中国医学百科全书

中医学

《中医学》编辑委员会

上海科学技术出版社

（上）

中国医学百科全书

中医学

《中医学》编辑委员会

上海科学技术出版社

(中)

中国医学百科全书

中医学

《中医学》编辑委员会

上海科学技术出版社

（下）

中国医学百科全书

中　医　学

《中医学》编辑委员会

（上）

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中 医 学

《中医学》编辑委员会

（中）

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中　医　学

《中医学》编辑委员会

（下）

上海科学技术出版社

中国医学百科全书

中　医　学

（上）（中）（下）

《中医学》编辑委员会

上海科学技术出版社出版、发行

（上海市瑞金二路450号）

新华书店上海发行所经销　上海新华印刷厂印刷

开本787×1092　1/16　印张152.75　插页15　字数5 463 000

1997年12月第1版　1997年12月第1次印刷

印数　1－5 000

ISBN 7-5323-4306-5/R・1151

定价：280.00元

（全 三 册）

《中国医学百科全书》编辑委员会

序

出版《中国医学百科全书》是发展我国医药卫生事业的一项基本建设，也是我国医学界的一项重大历史使命。60年代初，毛泽东同志曾讲过：可在《医学卫生普及全书》的基础上编写一部中国医学百科全书。百科全书是当代世界各国公认的知识密集型参考书的最佳形式，是反映一个国家科学文化水平的窗口。系统、全面地编写符合中国国情和医学科学发展史实的大型的医学百科全书在我国还是第一次。这是我国医学卫生知识领域建设中规模最大的一次系统工程和首创性事业。要办好这样庞大的系统工程，需要各方面的通力协作和热情支持。

《中国医学百科全书》自 1978 年开始筹备和成立编委会以来，在党中央、国务院和卫生部的领导和支持下，组织了全国中西医药专家和中青年骨干约四千余人，在继承发扬祖国医学和现代医学科学技术的基础上，总结各自的科研成果和实践经验，为共同编写好这部具有中国医学特色，代表中国医学科学水平的百科全书，进行了坚持不懈的工作。历经十余载，《中国医学百科全书》分卷本 93 个分卷终于陆续问世，赢得了读者好评。全书简明扼要，内容新颖可靠，体现了全、精、新、准、便等特点，对广大医药卫生人员，包括医药院校师生、研究生，从事临床和预防工作的各科医生，预防保健工作者，以及广大基层医务工作者，都有较高的参考价值。

《中国医学百科全书》的编纂和出版，是一项长期的、连续的、系列性的巨大工程。计划分两步走：先按学科专业撰写分卷本，然后在此基础上改编出版综合本。1984 年 12 月召开的厦门会议，开始就综合本的编纂原则和组织准备进行酝酿。1985 年 11 月在上海召开的编委工作会议上决定：要求综合本具有更高的质量，高度的思想性与科学性，全面而精确地反映出我国中西医药科学的重要内容和世界医药科学发展的最新成就；并在分卷本的基础上，着手编纂出版综合本。综合本分五部：《中医学》由中国中医研究院主编；《军事医学》由中国人民解放军军事医学科学院主编；《预防医学》、《基础医学》和《临床医学》由上海医科大学主编。综合本的编纂是以分卷本条目内容为重要材料，进行综合、改写、移植、新增，在条目结构和编写体例上有所改革和创新，以避免重复、补充遗漏、更新内容，统一体例，使综合本和分卷本这两种版本各具特色，长期并存，以满足读者的不同需要。

综合本的主要读者对象，仍是医药院校毕业及具有同等水平的医药卫生人员。条目编排，以知识体系分类为主，附有字顺索引，使可读性和可查

性结合，兼具检索查阅和辅导自学的双重功能。文字叙述力求言简意明，深入浅出，主要介绍基本概念、重要事实、科学依据、技术要点和肯定结论。总体设计力求结构合理，简明实用，体现综合性、整体性和简明性。

《中国医学百科全书》综合本的编写出版是一项承前启后、继往开来的事业，这对发展我国医药卫生事业，推动社会主义精神文明建设，将会发挥它应有的作用。由于涉及面广，工作量大，缺点错误在所难免，希望广大读者批评指正。

钱信忠

1991年8月

《中医学》编辑委员会

张　天　张　季　张　亮　张　涛　张　敏　张　缙　张一民　张之文
张天戈　张文江　张玉珍　张世坦　张世明　张令铮　张民庆　张有俊
张名伟　张孝芳　张肖敏　张谷才　张宝林　张珍玉　张剑秋　张洪文
张浩良　张曼华　张善忱　张慧宗　张德乾　张慰丰　陆寿康　陆炎垚
陆南山　陆绵绵　陆肇基　陈　永　陈　伟　陈大伟　陈大舜　陈仁寿
陈文国　陈玉琦　陈可冀　陈立行　陈汉章　陈巩荪　陈克彦　陈克勤
陈苏生　陈言霞　陈松育　陈泽霖　陈孟恒　陈昭定　陈重明　陈素珍
陈培燊　陈菊金　陈新谦　陈潮祖　姒元翼　范行准　范莲娣　范海鹰
林先智　林华森　林丽芳　林建德　林雅谷　林镇尧　郁觉初　尚志钧
罗元恺　罗志瑜　罗益宽　金义成　金寿山　金德康　周　衡　周一谋
周大成　周世成　周吉祥　周怀姜　周柏魁　周巢父　周慧琳　郑风胡
郑丽华　郑怀林　郑怀贤　郑金生　郑锡文　单吉平　法锡麟　孟昭威
孟景春　孟澍江　项济华　赵　棻　赵　培　赵　谦　赵　毅　赵文海
赵正山　赵石麟　赵立勋　赵永福　赵旭初　赵红军　赵宝峰　赵建琪
赵绍琴　赵祥文　赵善祥　赵湘筠　赵聚山　赵璞珊　郝恩恩　胡　烈
胡乃长　胡之亭　胡云亭　胡月仙　胡丽娟　胡定邦　胡建华　胡钧镛
胡美成　胡振洲　胡翔龙　胡锦贞　胡熙明　茹十眉　禹进声　俞大方
俞长荣　俞志鸿　俞慎初　饶曼人　施　杞　施汉章　施仲安　施奠邦
恒健生　姜春华　洪　恂　洪梦浒　费开扬　姚石安　姚培发　贺普仁
骆竞洪　骆继杰　袁家麟　袁银根　耿鉴庭　贾得道　贾静涛　夏一民
夏治平　夏德馨　顾伯华　顾荣复　柴宏寿　钱　霖　倪和宪　徐　宗
徐方镇　徐乐天　徐廷素　徐国榕　栾长业　高　正　高文柱　高尔鑫
高汉森　高忻洙　高荣林　高健生　高培质　高辉远　郭子光　郭仲轲
郭君双　郭春园　郭振球　郭绶衡　郭镜我　唐由之　唐吉父　唐思义
唐德才　陶广正　陶明龙　陶秉福　黄　桦　黄　健　黄月庭　黄文东
黄汉儒　黄永融　黄吉勋　黄廷佐　黄关亮　黄英俊　黄宗南　黄保民
黄振翘　黄健理　黄绳武　黄雅镕　黄耀燊　萨藤三　梅振翼　梅乾茵
曹一鸣　曹仁发　曹必如　曹玲仙　曹济民　曹振家　戚　淦　龚　纯
盛云龙　盛文彦　盛亦如　盛国荣　盛维忠　阎　海　梁　峻　梁颂名
梁繁荣　谌宁生　巢因慈　彭汉士　彭怀仁　彭胜权　葛英华　董胡兴
董国庆　惠纪元　程之范　傅　芳　傅世垣　傅维康　焦国瑞　焦树德
鲁兆麟　曾　健　曾昭铎　曾樨良　温汉隆　谢宗万　谢海洲　蓝麟达
赖天松　赖振添　甄志亚　裘沛然　虞　舜　虞孝国　虞佩兰　路志正
詹前贤　蔡　淦　蔡　荣　蔡允盛　蔡福养　蔡景峰　臧载阳　裴廷辅
管晓晴　阚毓铭　谭家兴　谭敬书　熊大经　熊同俭　翟静明　樊春洲
樊景博　黎秋婵　潘华兴　潘澄濂　薛伯寿　魏　淳　魏　稼　魏述征
魏康伯

参加《中医学》综合本编辑工作主要人员

（按姓氏笔画为序）

叶　宏　刘素慧　杨又才　杨振球　应小雄　宋宝森　张　帆　郑菡萍
柯如仙　俞克忠　郭美琳　高一聪　鲍国华　戴常彬　瞿世英

参加分卷本编辑工作人员

王德勋　叶　宏　史伊凡　刘素慧　杨振球　杨钰华　宋宝森　李承禧
郑中耀　郑菡萍　柯如仙　饶平如　俞克忠　唐雪琴　郭美琳　鲍国华
樊　雯　瞿世英

编 写 说 明

《中国医学百科全书·中医学》综合本，今天编写完成了，这是参加本书编写的所有中医专家学者，以及具体工作的同志们的共同努力，辛勤劳动的结果。他们十多年来，不分昼夜寒暑，呕心沥血，倾注了大量的精力和宝贵的时间。本书能够编写成功，也与中国中医药管理局、《中国医学百科全书》编委会、上海科学技术出版社等组织领导的重视，和在精神上的鼓励，物质上的支持分不开的。

本书的编写，应追溯至1978年，《中国医学百科全书》编委会成立，会议决定编写祖国医学分卷本。翌年，中国中医研究院即负责筹组并召开由全国各中医院校及科研、医疗单位的有关领导，和著名老中医专家参加的《中国医学百科全书》祖国医学分编委会，决定了分工负责，开始着手编写分卷本的工作。

祖国医学分卷本，计有少数民族医学四种；中医学分卷本，包括医学史的中医史部分在内，计有十四种。

1985年《中国医学百科全书》编委会，决定在完成分卷本的基础上，进一步编写五种综合本。其中中医学综合本，由中国中医研究院担任主编单位。另组成了由全国部分著名老中医，及负责分卷本编写工作的有关中医专家学者参加的《中国医学百科全书·中医学》综合本编委会。自此，屡经召开了上海崇明、河南新乡、辽宁兴城等多次编委工作会议。根据综合本要打破学科界限，按知识体系进行编写，以及在分卷本的基础上，避免重复，补充遗漏，更新内容，统一体例的总要求，讨论并决定了本书的框架结构，条目设置，以及体例、编写要求、任务分工等。

本书分为综论、中医学史、基础医学、治则与治法、中药、方剂、针灸、推拿、气功、临床医学十大部分。对于条目设置和释文内容，在分卷本的基础上，采取了移植、增删、合并、归纳、改修或重写等办法。因此，本书与中医学各分卷本的框架与体例有较大区别，主要在于分卷本是按学科体系，而综合本是按知识体系编写，因此内、外、妇、儿、针灸等各分卷本，均包括了本学科各自具有的基础与临床，而综合本则将在学科之间的相同的基础内容，均予按类集中，临床病证各学科相类同的条目，加以合并或归纳，并将针灸、推拿、气功等有关临床治法，与其他治疗方法，均归纳在相应所属病证条目之中。这样删去重复，保留特点，既保证了病证条目内容的系统性与完整性，同时也可使读者扩大了对该病证的知识面。因此这种体例，似更适合于中国广大基层的中医工作者的实际需要，并对一般读者亦较为相宜。但是由于基础与临床打破了学科界限，针灸、推拿、气功分卷本中临床应用部分在本书中被分列于相关的病证条目之中。因此综合本的针灸、推拿、气功等部分中，只保留了它的基础内容而显得篇幅较少，但从综合本整体来说，其主要内容，并未减少。故分卷本与综合本两种版本，各具特色，在长期并存中，可以互参。

关于方剂的条目设置，是在分卷本的基础上稍加增删，而综合本所收方剂较多，如方剂部中条目正文未收者，均予集中列表，注明其出处与药物组成，作附录以便读者查阅。

中国政府为了保护野生动物资源，已令禁止使用犀角、虎骨，因此，在本书药物部分中已删去犀角、虎骨。但需要说明本书某些方名，例如：犀角地黄汤、虎骨木瓜丸等，或某些方剂之药物组成中含有犀角、虎骨之名者，只是为了保持其历史原貌，绝非临床可以继续使用之意。

关于药物与方剂的用量，由于历代度量衡变化较大，与现代用量如何折算，可参考方剂学"古今方

剂药量的折算”即可。

本书临床病证以中医病证列条，但骨科、外科、耳鼻喉科等病证鉴于目前临床实际，保留了部分西医病名的条目。

基础医学内容较大程度上与内科重合，因而未另列内科辨证、诊法、治法等。

本书编写的日常工作由《中国医学百科全书·中医学》编委会办公室负责。本书的编写，得到北京中医药大学、上海中医药大学、广州中医药大学、南京中医药大学、河北中医学院、湖南中医学院、湖北中医学院等兄弟单位的大力支持，在此表示衷心的感谢！

由于综合本是在分卷本的基础上加以编写，参加编撰人员较多，以及编者水平所限，特别对如何达到综合的要求，经验不足，所以疏漏之处，缺点错误，难于避免，尚请广大读者，批评指正。

《中医学》编辑委员会

1994年10月

总 目 录

上

中

下

目　录

目　录

气功 …… 871

目　　录

综　　论

中医学

中国传统医学的重要部分为中医学。是通过长期的医疗实践，并在中国古代文化——天时、地理、物候以及阴阳、五行等自然科学和哲学的理论基础上逐渐形成和发展的一门医学。20世纪初，当西方医学传入中国并普及以后，人们为了有别于西医而始有中医学之名。曾又称为"国医"。它的理论基础，主要奠基于2 000多年前的《黄帝内经》(简称《内经》)，以及东汉张仲景《伤寒杂病论》和《神农本草经》等古代医著。中医学的理论体系，包括有阴阳学说、五行学说、运气学说，以及藏象、经络、病因病机、治则治法等。并在上述理论指导下，进行辨证论治。它的治疗方法，有内治法、外治法，包括有中药方剂、针灸、推拿按摩、气功，以及十分宝贵的大量的行之有效的单方、验方，和散在民间的各种简易疗法，这些内容，形成了中医学的诊疗特点。自古迄今，中医学为中华民族的生存繁衍，以及世界东方，特别是中国邻近国家的人民健康事业，作出了巨大贡献。

中医学的起源与形成 人类经过从猿到人的漫长进化阶段，随着生活实践和人脑智力的发展，其与疾病作斗争的宝贵经验也不断积累和丰富。在远古时代，人类对火的利用，促进和提高了卫生保健。如《韩非子·五蠹》说："上古之世……民食果蓏蚌蛤，腥臊恶臭，而伤肠胃，民多疾病，有圣人作钻燧取火，以化腥臊，而民悦之。"所以火的利用，使人得到了熟食，且能御寒防冻，大大改善了生活条件，减少了疾病。大约50万年前的周口店北京猿人所遗留下火燃后的灰烬表明，当时已不是天然之火，可见人类用火历史之久远。从《内经》一书，所记载的灸焫、熨等对疾病的外治方法，以及《素问·异法方宜论》所说："藏寒生满病，其治宜灸焫。"说明古代将火有意识地运用于医疗。公元前5 000年—公元前3 000年的新石器时代，已经有了陶器，这为后来酿酒创造了条件，相传在夏禹时仪狄作酒，可见酒史之久远。酒的发明，与历史上医学的产生，密不可分。汉代许慎《说文解字》对"醫"(医)字的解释曰："治病工也……醫之性然得酒而使从酉，……酒所以治病也。"战国时扁鹊为齐桓侯诊病，谓："其在肠胃，酒醪之所及也。"据《酒史》载，西汉末王莽诏书中有"酒为百药之长"的记载，说明当时用酒治疗疾病已很普遍。据有关考古资料，认为早在旧石器时代，已有使用砭石治病，当进入新石器时代以后，随着石制工具技术的逐渐精巧，由砭石发展而制成石针，又称箴石。《山海经·东山经》谓："高山之山，其上多玉，其下多箴石。"东晋郭璞注称："可以为砭针，治痈肿。"此说明上古之世，用石器以治外科疾病。相传于4 200年前，禹铸九鼎，亦即当时已进入青铜时代。根据殷代和西周的甲骨文中有关针灸的象形文字，说明已有用铜针以治病。通过殷周及战国时期，冶炼技术的不断发展，从砭石、箴石发展至青铜针，从青铜针发展至铁制金属针。《灵枢》一书中的"九针十二原"及"九针"两篇，均有不同形状及长短的九针之名。"九针十二原"中还明确地提出，有了疾病，"无用砭石，欲以微针通其经脉，调其气血"之说。以上告诉我们，中医针灸的起源，以至《灵枢》成书之时，针灸不仅在针具的发展方面，并在理论上，均已达到相当高的水平。

关于药物的起源，《淮南子·修务训》："古者民茹草饮水，采树木之实，食蠃(螺)蚌之肉，时多疾病毒伤之害，于是神农乃始教民播种五谷……尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所辟就，当此之时，一日而遇七十毒。"反映中国原始社会时期，随着农业的产生，利用药物以治疗疾病也逐渐开始。从古代文字所载来看，在甲骨文中最早记有"药"字，据考古资料，河北藁城县殷代遗址发现药用的桃仁、杏仁、郁李仁等。在《周易》、《诗经》、《尚书》等古籍中，都载有不少药物。另在战国时期，诸子各家许多著作，其所载的药物数量，越来越多，如《山海经》一书，它不是一部医学专著，然其载有具体治疗或预防、养生作用的药物，包括草、木、兽、鸟、鱼、虫类，共约130多种。在《尚书·说命》谓："若药勿瞑眩，厥疾勿瘳。"说明在春秋战国之前，观察到药物治疗反应与产生疗效之间的关系。《神农本草经》，其成书年代，意见不一，但它是中国最早的一部系统论述药物性能的著作。为中国本草学的发展，奠定了基础。

对疾病的认识，经考古者研究，甲骨文中载录了大量的有关内、妇、儿、外、眼、耳、鼻、喉、口腔等各科疾病，如头痛、腹痛、眩晕、伤风、痈疽、耳鸣、耳聋、齿病、目病……等。值得应予提出的，在殷商时期，已有"疒役(疫)"、"瘧(疟疾)"、"疒蛔"等传染病与寄生虫病。妇产科方面，对怀孕、分娩的确定，产期的预测，以及对妊娠病、难产、产后病、乳房病等的记载。所以从甲骨文的研究中，可以看到殷商时代对疾病的粗浅认识。《周礼》中："四时皆有疠疾，春时有痟首疾，夏时有痒疥疾，秋时有疟寒疾，冬时有嗽上气疾。"说明当时对不同季节，而易患不同的疾病，已有初步认识，由表面现象，逐步走向理性认识。

中医推拿按摩术，以及灸、烫、熨等外治法，甲骨文中也有记载。

综上所述，中医学的起源，始于上古原始时代，在春秋战国时代之前，尚未见有医学专著，中医学的系统理论，还未具备，因此从学术的角度来衡量，中医学尚未形成。

任何一门医学，它的形成、发展和特点，都与当时当地人民的生活习惯、地理环境、文化背景，包括哲学思想、自然科学的发展水平等密切相关。因此中医学经过漫长的岁月，从起始到形成，其所以成为今天的中医学，是各种客观因素有机地综合的结果。战国至汉，儒学盛行，诸子继起，道家思想，各种学术流派，使社会文化得到空前的发展。它们对医学都产生了不同程度的影响。《周易》一书，实质是一部阐述自然哲学的著作。对后世天文、历

算、医学等发展,均产生很大影响。例如它对自然气候、地理环境、饮食健康、诊治原则,特别是阴阳学说,对后来医学理论的发展,起到极为深远的作用。故有"医易同源"之说。《尚书》中记载了春秋前的重要史料,该书中有关医学方面涉及解剖、生理、养生……等不少内容。如《尚书·洪范》中的五行学说,被《内经》直接应用。至今仍为中医用来诊治疾病的理论依据。先秦诸子学术流派的相继出现,在他们的著作中,反映了在春秋战国时期医学的内涵与发展水平。在这样的社会文化背景中,就产生了中国现存最早的最为完整的医学理论专著——《黄帝内经》。该书成书年代,一般认为主要形成于战国时期,而完成于秦汉之际。对于 1973 年湖南长沙马王堆三号汉墓出土的大批医学帛书,经考古研究,应早于《内经》。但理论的完整性、系统性、深度与广度,以及对后世的影响,仍以《内经》为最。

《内经》包括《素问》、《灵枢》两书,评论了人体的藏象(脏腑生理)、病因、病机、治则、养生、预防,以及阴阳、五行、运气等学说在医学方面的应用。《灵枢》一书中,还重点论说了经络和针灸。由于历史久远,不少医著失佚。至东汉张仲景著《伤寒杂病论》,从现存医学文献来说,本书在中医学史上,成为临床辨证论治的先河。其中不少行之有效的方剂,仍为现代中医所习用。因此经历了 1 700 多年的漫长历史,依然具有巨大的生命力而经久不湮,正是在于能经得起长期的临床实践考验。

根据大量史实资料,战国时扁鹊的医疗水平、马王堆古籍医书的内容、西汉淳于意的"诊籍"、反映了对疾病的诊断与治法,可以说明中医学的理论与临床实践内容在西汉初已经基本形成。至《内经》,有了比较系统的完整的理论体系,更有《伤寒杂病论》系统的临床诊治方法,以及当时华佗的外科医疗水平,此时具有独特理论和临床的中医学,其基础医学和临床医学已基本具备,故中医学术体系更为完善,成为中医学发展史中划时代的标志。

中医学的发展 《内经》以后,《难经》一书,以问答释疑的形式,阐述了解剖、生理、脏腑、经络、营卫、脉诊、病因病机、病证、治则,实际上是对《内经》的理论上的补充。其中"七十七难",从病机分析而论治未病,这种中医临床治病的理论特点,对后世有很大的启迪。魏晋时期皇甫谧著《针灸甲乙经》,是在《灵枢》的基础上,加以系统整理,成为最早的针灸学专著。王叔和的《脉经》所定 24 种脉,对各种脉象的形容、相类脉的鉴别,均有十分形象的叙述,对后世脉诊的发展,作出了贡献。东晋葛洪所著《抱朴子·内篇》,在中国医学史上首先讲述炼丹,也是中国化学制药的开端。南北朝时,北齐龚庆宣撰《刘涓子鬼遗方》,这是中国历史上最早的一部外科专著。本书记载了痈肿辨别有脓无脓,以及切开排脓引流等治疗方法。本草学方面,梁代陶弘景著《本草经集注》收载药物 730 种。对药物首次按玉石、草、木、禽兽、虫鱼、果、菜、米谷等自然属性进行分类的方法,比《神农本草经》按上、中、下三品分类法,更为科学。南北朝时的雷敩撰《雷公炮炙论》,这是一部最早的药物炮炙专著,可惜本书已佚,然其内容散见于《经史证类备急本草》,对后世药物炮炙的发展,影响甚大。中医药物方剂的分类,《素问·至真要大论》有:"治有缓急、方有大小。""君一臣二、奇之制也,君二臣四,偶之制也。""奇之不去则偶之,是谓重方。"之说,后人称之谓"大小缓急奇偶复"之七方。北齐徐之才,根据方剂的性能,分为宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿十类,后人统称为"七方十剂"。至隋代,对病因学说,已有很大的发展,巢元方著《诸病源候论》,本书不仅论述各种疾病的病因,同时也论及病机及有关疾病的主要症状。全书 50 卷,67 门,其内容丰富,且对不少疾病的病因,有新的认识,反映当代的医学,已有了很大的发展,该书至今仍为中医的重要参考书籍。隋唐时期,本草学方面,唐代《新修本草》在《本草经集注》的基础上,新增药物,共计 844 种。但该书已佚,然其内容,在《千金翼方》及日本丹波康赖所著《医心方》中,大部分内容尚能见到。该书中还载有许多波斯、印度等国外的药物,如阿魏、安息香、毗黎勒……等,反映了当时中外药物交流之一斑。除《新修本草》外,尚有不少本草著作,惜皆散佚。但也可反映唐代药物的发展水平。唐代孙思邈著《备急千金要方》,该书在疾病分类上,一方面按妇、儿、五官、内、外等分科论述,另外对内科杂病,又按脏腑系统加以分类,反映孙氏对疾病的分类方法,较前又有进步。对每一疾病的治疗,除方剂外,还包括了单方、外治法、针灸等。本书还包括了解毒、备急等急症救治方法,以及食治的各种药物、养性法、脉诊和针灸等。本书与孙氏另一部著作《千金翼方》,两书对后世临床医学有着重要参考价值。《外台秘要》也是唐代一部中医古籍名著,该书集唐代及其以前的医籍资料加以编著而成。其所宗之"近效方"、"小品方"、"古今录验方"、"深师方"……等,其原书皆已失佚,故《外台》一书对整理古籍医著,有重要意义,并在临床上也有重要参考价值。以上也反映出对疾病的分科与分类,已较系统和全面。《仙授理伤续断方》是中国最早的伤科专著,说明了唐代伤科已发展到较高水平。隋唐眼科,除内容散见于《诸病源候论》及《千金》、《外台》等书中外,据认为当时曾有印度传入之"龙树眼论"一书,该书不久已佚,但本书可能为宋之《龙目论》之源流。

宋辽金元时期,本草学又进一步发展,《嘉祐本草》收载药物 1 082 种;《本草图经》又称《嘉祐图经本草》是当时在全国药物大普查的基础上编修,可惜以上两书均佚。唐慎微《经史证类备急本草》,博采引证经史百家、佛书、道藏等有关本草的论述。全书载药 1 746 种,每药附图,这是一部研究本草很有价值的名著。后有《政和本草》、《大观本草》均为在前书基础上的重订。寇宗奭《本草衍义》,也是一部有较大影响的本草名著。宋代的方书,有较大的发展,如《太平圣惠方》100 卷,1 670 门,载方 16 000 余首;《圣济总录》共 200 卷,收方 20 000 首,宋时

南北各地，名医辈出，如庞安时《伤寒总病论》、许叔微《普济本事方》及《伤寒发微论》、严用和《济生方》、朱肱《类证活人书》、金代成无己《注解伤寒论》都是传世名著。在针灸经络方面，如王惟一《铜人腧穴针灸图经》、元代滑寿《十四经发挥》，在病因学方面，有宋代陈无择《三因极一病证方论》；妇科专著有陈自明《妇人大全良方》；北宋时钱乙《小儿药证直诀》是重要儿科专著。其中载有六味地黄丸、导赤散等名方，皆出自本书。儿科指纹的诊法，乃源于南宋时《小儿卫生总微论方》"诸般色泽纹证论"之中。宋元时外科有不少专著，值得一提的是元代危亦林《世医得效方》卷十八所载"肠肚伤治法"，对肠道伤破，提出了具体的缝合方法。说明了当时外科已达到相当高的水平。人体解剖，早在《灵枢》中已有所载，至宋代，有对刑杀之人，进行解剖，并绘成"存真图"，惜该图已佚。

刘完素、张从正、李杲、朱震亨，后人称为"金元四家"。刘完素主火热，故治法重寒凉；张从正主邪实，故治法重攻逐；李杲主脾胃内伤，故治法重升补；朱震亨主阴虚，故治法重养阴。然四家的学术观点，说明其各有所重，然其临证诊治，仍然是依病证立法，非固执而一成不变。除四家外，同时代的张元素、罗谦甫等，皆为当代名医，对后世中医均有很大影响。

明清时期的医学，在本草药物方面，李时珍《本草纲目》一书，是中国医药学著作中，在世界上影响最大的一部。全书52卷，62门，载药1 892种，集方一万余首。本书对不少药物作实地考察，每一药物作大量考证，因此至今仍为中医药界奉为药物学方面的圭臬。清代赵学敏《本草纲目拾遗》、吴其浚的《植物名实图考》，也受到国外的高度评价。其他如缪希雍《神农本草经疏》、张璐《本经逢原》、邹澍《本经疏证》，以及黄宫绣《本草求真》……，皆为后人学习本草的著名参考书目。明清时期的方书及医学丛书甚多，较有影响者如：明代《普济方》，该书将明代以前的各家方书所载之方，加以收集整理而成。本书除方药外，还列有总论、方脉、药性、运气、脏腑身形等内容。本书共集方61 739方，可以认为是迄今中医方剂中集方最多的一部方书。其他如明代徐春甫《古今医统》、王肯堂《证治准绳》、孙一奎《赤水玄珠》、龚廷贤《寿世保元》、张景岳《景岳全书》。至清代，《古今图书集成医部全录》、清廷组织编纂之《医宗金鉴》……，以及对《内经》、《伤寒论》、《金匮要略》等经典著作，各家诠注之医书，其数更是不胜枚举。反映了明清时代医学理论的进展。另外，在临床医疗实践的经验总结，反映在医案一类的书籍之多，远超明代以前。如明代《薛己医案》、江瓘《名医类案》、清代魏之琇《续名医类案》、叶天士《临证指南医案》、《吴鞠通医案》、喻嘉言《寓意草》……等，对后人提高临床疗效，是很有价值的参考书。

明代以后，温病学说逐渐兴起，更因当时疫病流行，明末吴有性（又可）著《温疫论》，认为时疫与伤寒不同。后有叶天士著《温热论》，创温病卫气营血由表入里的传变规律，开后人卫气营血辨证论治法则，陆廷珍《六因条辨》系统地对外感疾病按卫气营血辨证施治予以论述。吴鞠通著《温病条辨》，乃继叶氏温病学说，但提出了温病的传变为"三焦由上及下，由浅入深"之说成为温病三焦辨证的起始。其他如薛雪"湿热病篇"、王孟英《温热经纬》、雷丰《时病论》，基本上皆属温病学派的著作。

当明末清初，西方医学开始传入中国，至清末与民国初期，已逐渐普及，因此西医学术对中医学术产生很大影响，出现了以西方医学的解剖、生理、病理、疾病，解释中医理论，以及在临床上中西医病名相对照，并以此指导临床诊治。即后来所称之"中西医汇通派"，如唐宗海、张锡纯、恽铁樵、杨则民、陆渊雷等。该派学术思想，成为目前中西医结合的渊源。

自新中国成立以来，迄今40多年，中医学得到了国家政府的重视和支持。随着中医临床、教学、科学研究事业的发展，学术界呈现了百家争鸣、百花齐放的局面。一方面中医传统学术，得到不断深化，对于古籍名著系统整理，进行了大量的、深入细致的诠注和评述探讨，历代名方、秘方被挖掘和老中医的临床实践经验，继承与整理都取得了很大成绩，利用科学仪器方法研究舌诊、脉诊，得到了很大进展。通过中西医结合，使中医对疾病的认识、疗效的判断，更为确切。针灸方面，各种针法，如耳针、头针等已普遍推广，特别是针刺止痛发展至针刺麻醉，这在世界上引起了很大反响，并促进了针灸走向世界。骨伤科方面，在传统的理论、手法、器具的基础上，得到了改进和提高，达到了新的水平。中药学发展迅速，经挖掘整理，至1977年出版的《中药大辞典》共收载药物5 767种，近年来通过对中药的现代科学方法的研究，不仅保留了传统的药物性味、归经、升降浮沉的内容，而且增加了现代药理的认识。中药的鉴定，以现代科学的技术、知识和方法，已达到较高的水平。炮炙加工的研究，方剂的整理研究，剂型的改革，均有较大进步，以现代科学方法研究复方，也已开始，已初步提示中医复方的科学意义，以及中医方剂传统理论的宝贵和实际意义。近年来计算机的应用于中医学，继承中医学术经验并运用于临床实践，必将使中医学术的提高，起到积极的推动作用。

中医学术的特点　几千年来，中医学是在中国传统文化的影响下，并与长期的医疗实践相结合，逐渐形成和发展起来的。因此使它形成了具有独特的理论体系与相应的诊治方法。它的主要特点如下：

阴阳五行学说的影响　《素问·天元纪大论》："夫阴阳者，天地之道也、万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。"这是把阴阳看作是自然界的一切事物和现象，生长、消亡的变化规律；《素问·阴阳离合论》谓："阴阳者，数之可十，推之可百；数之可千，推之可万，万之大，不可胜数，然其要则一也。"这是认为宇宙间所有一切及其变化无穷，均属于阴阳两个方面。在《内经》中，凡事物相对的两方面，如热与寒、水与火、上与下、前与后、男

与女、生与死、动与静、皆分属阴阳。人身来说，脏为阴，腑为阳；腹为阴，背为阳；上焦心肺为阳，下焦肝肾为阴；十二经脉中，阳经有六，阴经有六，且经脉起止，上下循行，均有阴阳不同规律。对致病邪气，凡热邪为阳，寒邪为阴。五脏本身也各有阴阳，如脾阴脾阳，肝阴肝阳，心阴心阳，肾阴肾阳，肺阴肺阳。阴阳变化与寒热的关系，阴胜则寒，阳胜则热，阴虚则内热，阳虚则里寒。阴阳相互之间，阴虚则阳亢，阳虚则阴盛。人身阴阳之间，贵在调和，所谓阴平阳秘，精神乃治。因此中医历来对疾病的变化、治疗、养生，着重在调和阴阳，使之达到阴阳平衡，形成了中医对疾病发生发展和诊断治疗的特点之一。

五行学说在医学方面的运用 主要为五脏分属五行的不同属性，如心为火、肝为木、脾为土、肺为金、肾为水。再根据五行间相生相克的学说，解释五脏之间互相生克制化的关系，从而在病机方面、脏腑之间对疾病发生发展的影响，并进一步指导不同的治则与治法。如补火生土法、滋水涵木法；制肝补脾法，实则泻子法，虚则补母法……等。中医在临床上往往用以上五行学说，指导临床诊治，而获得疗效。

运气学说的运用 主要研究气象运动与人体健康之间的关系，内容丰富而复杂，历来尚有争论。在中医方面主要对某些年份、季节所流行什么疾病，以运气加以解释或预测。一日之内的不同时辰，对疾病病情的影响，也常以运气与五行学说来认识，如对有的腹泻病人，为什么每逢清晨即腹痛腹泻，有的病人为什么下午发烧，有的病人为什么白天病轻，夜间病重等并进而指导治法。针灸学中的子午流注法、灵龟八法等皆属运气范畴。

藏象学说 这是中医理论的核心内容。中医重在脏腑生理机能。对于解剖，《灵枢》中虽早有记载，但在中医的理论学术及医疗实践中，不占重要地位。五脏六腑不仅各有其生理功能，如心主血脉、神志；肺主气、主呼吸；脾主运化；肝主藏血、主疏泄；肾主藏精、主闭藏。另外五脏与人体皮、肉、骨、脉、筋和眼、耳、鼻、口、舌各有所属，以及脏腑与十二经脉也各有所主，并通过五行学说相互制化关系，使人体成为一个整体。脏器本身的阴阳失调，生克制化的失衡，因而破坏脏腑生理而产生疾病。眼、耳、鼻、口、舌的病理变化，在诊断上可反映脏腑的变化，在治法上，通过调整脏腑的寒热虚实而治疗相应器官的疾病。藏象学说中的气血津液、营卫运行、情志变化，以及精气神的生理活动，皆与脏腑功能有关。

经络学说 是中医基础理论之一。它不仅是针灸的重要理论与临床实践的依据，通过经络脏腑之间、脏腑与身形与五官之间的所属关系，又可成为临床各科诊治疾病的依据。

病因学说 一般对引起疾病的原因：①有外感风寒暑湿燥火六邪，不同季节，可有不同的外邪发病。②饮食内伤，包括饮食生冷不洁，过食肥腻，暴饮暴食，饥饱失宜等。③精神情志内伤，主要为暴怒、抑郁、忧、思、悲、恐等过度所致，不仅影响精神神态变化，而且也可影响脏腑疾病的发生发展。④劳逸失调，指过度劳累，包括劳力和劳心，或过逸少劳，均可引起脏腑气血的失调。⑤刀刃、跌打损伤、虫兽所伤等。对病因的诊断，有时需通过病人的症状表现来判断，即辨证求因的方法。

病机学说 在病因作用下，疾病发生发展的机制，是辨别与诊治疾病的主要依据。如病人感受外邪，经络的传变，卫气营血的变化，寒热虚实的转化，脏腑相互的影响，这对疾病发生发展的判断和诊治，有重要意义。

诊法 主要是望、闻、问、切四诊。望诊是观察病人的神志、气色，如危重病、久病、剧痛、体虚、体实、或对某些脏器疾病的特殊病色，往往通过望诊，即可初步对疾病有所了解。舌诊是中医常用望诊之一，可知病人阴阳、寒热、虚实、津液、气血盛衰等。另外，对排泄物如大小便、痰、涕的性状，以判别相应脏腑的寒热所属……等。闻诊包括听声息和闻气味，听语言、呼吸、咳嗽之声，藉以判断病情轻重虚实。问诊是了解病人之病史、现症、既往治疗及其效果，以作辨证论治的依据。切诊包括切脉、切肤、切腹（按腹）。脉诊又称诊脉象，脉象大体有五：浮、沉是脉体，大、弱是脉势，滑、涩是脉气，动、弦是脉形，迟、数是脉息。脉象与男女老幼体质有关，又受饮食、劳动、情绪的影响，所以脉有正常的变异。脉分寸关尺三部，浮中沉三候，故有三部九候之称，左右两手寸关尺分属各脏腑，故候脉以候脏腑之寒热虚实。脉诊内容丰富而复杂，不可单凭切脉，即作出诊断或辨证。有人以为中医单凭切脉，即可知所患西医诊断的疾病，这是一种误解。

治则与治法 治则是治疗的原则，治法是在治则指导下的具体治法。治则有"治病求本"、"急则治标，缓则治本"、"标本兼治"、"扶正祛邪"、"寒则热之"、"热则寒之"、"虚则补之"、"实则泻之"……等。治法一般包括汗、吐、下、和、温、清、补、消，又称八法。治则与治法，是一个多层次的概念，如有的既是治法，但同时又是治则，如病人表证，按急则治标的治则，先以汗解，此汗法是治法，但病人为风寒犯表，宜用辛温解表法，则汗法又是治则。针灸的治则与治法，基本与用药相同，只是采用的是针法，治法又有内治法和外治法，外治法除针灸、推拿按摩外，尚有烙、熨、熏、洗、浴、坐药、药敷、膏贴、灌肠、括痧、放血等。临床各科，均有各自的特有的治疗方法。

中药与方剂 一味药物，所以成为中药，是以中医药理论对该药性味功能的认识，并应用于医疗实践。因此同一味天然药物，用什么医药学理论指导其应用，这味药就应属于什么医学的药物。如同一味麻黄，如按中国藏医药理论指导认识并应用，则麻黄为藏药，不应称为中药，所以天然药物并不都是中药。中药理论，主要有性味、归经，以及升降浮沉的性能，它是中医理论的一部分，并与中医整体理论结合起来，才能应用于医疗，因此医药密不可分。中药加工炮炙，可以改变性味作用，提高药效，减低毒性。同样的药名，产地不同，而药效亦异，因此

强调地道药材。有些药物名称虽同，然其科属不同，若性味功能相似，亦可相代，反之则应用时必须区别，所以必须加强生药的鉴定工作。

方剂根据剂型不同，有传统的丸、散、膏、丹，以及煎剂、酒剂，近来又有胶囊、滴丸、冲剂、气雾剂、注射剂……等。按组方特点和功能不同，有"七方十剂"之称。复方配伍，依照每味药在方剂中作用的主次或不同，有"君、臣、佐、使"之别，使之达到该方能切合病证，这是中医方剂的主要特点。

辨证论治 是中医诊治疾病的主要方法，是临床时"理法方药"的思维过程。古人讲辨证，并不是不讲病；讲病，也包括其证。因此传统中医多主张辨病与辨证相结合。大多数古代医籍，其内容皆是以病为纲，以证为目，凭证立方，随症加减。相同证候，不同疾病，可以异病同治；不同证候，相同疾病，可以同病异治。应予提出的是，辨证论治，应包括疾病的病机，笼统的得出疾病的证候而进行立法处方，往往辨证论治原则不错，而疗效不显，此时应进一步从病机分析，予以论治，如脾阳虚证，治脾无效，则需补肾阳，此即所谓"补火生土法"。此时病人无肾虚之证，但从肾治，这是中医辨证论治的重要内容。也是中医传统诊治疾病的特点之一。

针灸、推拿、气功 是中医学的重要组成部分。针灸包括针刺与艾灸，传统的针灸，同样是在中医理论指导下进行辨证论治。根据疾病病位脏腑经络，以及阴阳、表里、寒热、虚实、在气在血的不同，而选取不同经络腧穴，采用或补或泻的手法。针灸与药物治疗，应密切结合，根据具体病情，或先针后药，或先药后针，或针药合治。

推拿是在中医基础理论指导下进行临床诊治，根据病证不同，而采用不同的手法、不同的部位、不同的经络腧穴，进行推拿按摩。它既可以治病，又是养生保健的一种重要措施。内、妇、儿、外、骨伤、眼及耳鼻喉各科，均各有其特有的推拿按摩方法。

气功是一种通过调身、调心、调息的自我锻炼方法，使阴阳协调，气血调畅，经络疏通，元气旺盛，达到防病治病养生保健的目的。《素问·上古天真论》："呼吸精气，独立守神，肌肉若一，故能寿敝天地。"《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》："若人能养慎，不令邪风干忤经络，适中经络，未流传脏腑，即医治之，四肢才觉重滞，即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞。"说明利用导引、吐纳(气功)有预防疾病的作用。气功有动功与静功，但动中有静，静中有动，动静结合。强调意念集中，身心合一，所以它不同于一般的体育锻炼。值得注意的是，气功锻炼，要掌握练功要领，避免出现气功偏差，而产生不良反应。当前气功流派甚多，所以应加强科学研究，认真总结经验，以利于进一步发展和提高。

养生 又名"养性"、"摄生"、"道生"。中医养生，受历史上道家思想的影响较大，它的基本目的是通过养生的措施，达到防病、防老，增强体质，促进身心健康，延年益寿。《素问·上古天真论》谓："余闻上古之人，春秋皆度百岁，而动作不衰。"对此为什么能够达到这样的目的？又说："其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。"又谓："上古圣人之教下也，皆谓之虚邪贼风，避之有时，恬惔虚无，真气从之，精神内守，病安从来。"本篇又从反面论述养生的内容，如说："今时之人不然也，以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。"《素问》这段的养生论述，以及《内经》的其他有关内容，长期以来，一直为中医养生的基本原则。养生的具体措施，有以下几方面：生活起居规律；劳逸结合，避免过劳或过逸；精神情志防止过激，宜思想开朗；饮食有节，注意食养，避免烟酒；随四季气候变化，加以摄养，避免感受风寒、暑热；气功导引太极拳的锻炼；适当的药物调养和保健按摩；以及有空气清新、环境安静的居处条件。

中医学的历史，是学术不断发展、不断创新的历史。几千年来，经受了医疗实践的考验，至今仍然具有巨大的生命力。它的独特的理论与经验是中国优良传统文化中的瑰宝，是中华民族劳动与智慧的结晶。今后我们坚持运用传统的和现代的科学技术和方法，保持和发扬中医特色，中医学必将得到更大的发展，为全人类的卫生健康事业，做出更为巨大的贡献。

基础理论

研究和阐明中医学的基本概念、基本理论、基本规律和基本原则的一门学科称为基础理论。它以脏腑经络为理论基础，以古代的唯物论和辨证法思想——阴阳五行学说为基本方法，以整体观念和辨证论治为重要特点。

早在战国时期，《内经》、《难经》等对于人体的解剖、生理、病理，以及疾病的诊断、防治等都作了比较全面的阐述，初步奠定了中医学的理论基础。东汉末年，中国第一部临床医学专著《伤寒杂病论》，在《内经》、《难经》等理论基础上，用六经辨证和脏腑辨证方法，对外感伤寒和内伤杂病进行辨证论治，从而进一步确立了中医学的辨证论治理论体系和治疗法则；并对《内经》的病因学说有所发挥，首次提出了病因学的"三因论"，给后世的"三因学说"以深刻影响，为临床医学的发展打下了良好的理论基础。

在《内经》、《难经》和《伤寒杂病论》的基础上，历代医家从不同的角度，不断地总结医疗实践经验，有所发明、有所创造，各家医学流派日益兴盛，从不同方面丰富和发展了中医学的理论。其中如金、元时期刘河间的火热病机学说；张子和的攻邪理论；张洁古的脏腑病机学说；李东垣的脾胃理论；朱丹溪的阳有余阴不足学说；明代张景岳对阴阳命门学说的发挥；清代叶天士、吴鞠通、王孟英等对温热病发生、发展规律的探讨，以及对卫气营血辨证

和三焦辨证的创立等，对于中医学理论体系的丰富和发展，都作出了很大的贡献。

中医基础理论的内容，主要包括阴阳五行、五运六气、脏腑经络、病因病机、诊法辨证、治则治法，以及预防养生等方面。

阴阳五行学说 是中国古代的唯物论和辩证法哲学思想。中医学主要运用其关于矛盾对立统一及事物间相互关联的学说，研究和探讨人体结构、生理活动及病理变化的对立统一、相互促进、相互制约的有机联系，并用以说明疾病的性质，以及诊断和治疗的一般规律，从而有效地指导中医的临床实践。

运气学说 是中医学研究和探讨自然界天象、气候变化规律及其对人体和生物所产生影响的学说。它运用阴阳、五行等基本理论，以"天人相应"的整体观念为指导思想，把自然界气候现象和生命现象统一起来，把气象变化与人体的发病规律统一起来，从而通过对自然界运动节律的推演，来探讨天时气象变化对人体健康与疾病发生的密切关系，用以作为临床诊断和论治的参考。

脏象学说 是研究人体各个脏腑、组织器官的生理功能、病理变化，以及脏腑组织器官与外界环境相互关系的学说，是指导中医临床各科辨证论治的理论基础。其重点内容除阐明五脏、六腑、奇恒之腑的生理功能外，并介绍精、气、血、津液的化生、输布、作用，及其相互之间的关系，从而说明精、气、血、津液既是脏腑功能活动的产物，又是脏腑功能活动的物质基础。

经络学说 是研究人体经络系统的生理功能、病理变化及其与脏腑相互关系的学说。经络是人体沟通表里上下，联络脏腑组织器官，通行气血的一个完整的组织系统，有其特有的循行路线和走向交接规律。经络学说应用于生理、病理及诊断、治疗等各方面，具有重要的指导作用。近年来对于经络实质的研究，取得了重大的发展，已引起国内外医学界的普遍兴趣。

病因病机学说 是阐明疾病发生、发展的一般规律，以及各种致病因素的性质、特点及其所致病证的临床表现的学说。关于疾病的发生，中医学认为主要是由于人体内外环境的失调，因此对于病发阴阳、邪正斗争、新感与伏邪、染易、传变与复发等方面都有所阐述，并强调在疾病的发生、发展过程中，内在因素正气的虚损是疾病发生的根源，而外在因素即各种致病原因是疾病发生的条件，外因通过内因而起作用，方能发生疾病。其主要的病变机转，则不外表现在阴阳失调、表里出入、升降失常、寒热进退、邪正虚实等方面。对于脏腑病机、经络病机、六气病机、气血病机、津液病机、精神病机、痰饮病机、卫气营血病机、三焦病机、六经病机等，亦作简要之介绍。

诊法与辨证 诊法，即收集病情资料，诊察疾病的方法。中医诊病，主要运用望、闻、问、切的四诊方法，其望舌和切脉，更是中医诊病的独特之处。通过四诊所获得的病情资料则是辨证的依据，故熟练掌握四诊的方法，对于临床辨证论治具有重要意义。辨证，是对于病情资料进行综合分析以判断疾病的过程，是中医认识疾病的基本方法。中医临床通过辨证，即可确定疾病的原因、部位和性质，从而为治疗提供根据。其中主要介绍八纲辨证、脏腑辨证、经络辨证、气血津液辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等方法。这些辨证方法，从不同的角度总结了中医学认识疾病的一般规律，而它们彼此之间，则又是相互关联、相互补充的。

治则与治法 治则，是治疗疾病所必须遵循的基本原则。主要可概括为标本缓急、扶正祛邪、正治反治、调整阴阳，以及三因制宜等几个方面。"治病求本"是中医学辨证论治的根本原则，也是治则的总纲。临床上，必须抓住疾病的本质，寻求产生疾病的根本原因，并针对其本质进行治疗，方能取得预期的效果。故治则对于临床采用正确的治疗方法和措施，具有重要的指导意义。治法，是在治疗原则指导下所确立的具体方法，它直接关系到遣药组方以及运用各种的治疗措施。因此，对治法的正确运用，是解决疾病的重要环节。

预防与养生 预防，是采取一定的措施防止疾病的发生和发展，中医学强调"治未病"，并从"未病先防"和"既病防变"两方面提出了很多精辟的见解和具体措施。养生抗老，益寿延年，亦是中医学的重要组成部分，具有独特的理论和方法，其中有关衰老的认识和各种养生法的运用都具有较强的现实意义和指导作用。

因此，可以看出中医基础理论是一种自成系统的医学理论体系，有其独特的规律，对于揭示人体奥秘，探讨生命机理，研究疾病的发生发展等，将显示其重要的科学价值。近年来，很多学者运用现代科学知识（包括现代医学知识）对中医基础理论进行研究。如从细胞水平与分子生物学水平来论证阴阳学说的科学意义；运用系统论方法来论证中医学整体观念在生理、病理、诊断、治疗等各方面的指导意义；运用控制论原理来阐述五行结构的调节原理、脏腑经络的相互联系和制约规律，以及中医学辨证论治规律的理论基础等，都有所报道。

关于中医基础理论的实验研究方面，由于近年来中西医结合工作的大量开展，试图运用现代科学技术来探讨中医学基础理论的实质、开拓中医理论现代化的道路，也有了良好的开端。1979 年 5 月全国中医学术会议对阴阳、寒热、虚实、气血、经络，以及中医学的脏腑等科研成果，进行了交流和讨论，普遍引起了中国医学界的极大兴趣和重视。

例如关于中医学对肾本质的研究，上海医科大学等单位通过"异病同治"的方法来探索肾的物质基础，发现不同病种（如无排卵性功能性子宫出血、支气管哮喘、妊娠中毒症、冠状动脉粥样硬化、红斑狼疮和神经衰弱等）肾阳虚病人的 24 小时尿 17－羟皮质类固醇含量普遍低于正常值，尿 17－羟测定与冷压试验，在肾阴虚与肾阳虚病人因用药过偏而有阴阳症状转化时，也有相应的转

化，因而证明阴阳是有其共同的物质基础，调节肾中阴阳亦应按阴阳互根的观点来进行。为进一步探索肾阳虚病人尿17－羟低下的原因，结果发现肾阳虚病人对促肾上腺皮质激素两日静脉滴注试验反应多有延迟，而于补肾调整阴阳后则可复原，从而说明肾阳虚病人的尿17－羟皮质类固醇低下，可能继发于垂体功能低下或垂体以上中枢功能紊乱。为了进一步了解肾阳虚的发病原理，采用血11－羟昼夜节律测定SU－4885试验、ACTH试验，以全面观察下丘脑－垂体－肾上腺皮质系统，发现肾阳虚病人确有下丘脑－垂体－肾上腺皮质系统不同部位、不同程度的功能紊乱，并进一步发现肾阳虚患者的垂体－甲状腺轴和垂体－性腺轴亦呈功能低下。

又如关于中医对脾本质的研究，表明"脾"与消化功能具有一定的关系。北京、广州有关单位观察到某些脾虚患者的小肠吸收功能、胃分泌胃泌素功能和胰腺的外分泌功能均有所降低，消化道排空功能明显加快，唾液淀粉酶活性在酸刺激后降低，X线钡餐检查，则发现半数以上可有胃肠功能紊乱和器质性病变，其中尤以小肠功能异常占多数。各种实验结果亦表明脾虚患者的交感神经常处于抑制状态，而副交感神经则处于亢进状态，从而证明"脾"可能与自主神经功能有关。另外，还发现脾虚患者的细胞免疫及体液免疫功能均有所降低，从而说明"脾"与免疫功能有关。通过实验发现脾虚患者的甲状腺功能及肾上腺皮质功能均呈低下，并有糖代谢障碍，因而证实"脾"与代谢及内分泌系统之功能亦有关系。由于脾虚之症比较复杂，如水肿、痰饮、腹泻、便秘……等病，皆可由脾虚所致。因此，对各种脾虚之症，其现代医学的病理生理变化，以及按脾虚之证治疗后的疗效机理，作更深的研究，应能对脾虚的本质，有比较全面的现代认识。

关于经络学说的研究，通过对经络循经感传现象的观察，证实循经感传是客观存在的经络现象；其感传路线与经典所载经络循行路线，基本上是一致的，而与神经、血管的分布和走行则不同；循经感传的基本特征是传导缓慢（约20厘米/秒），具有双向传导性，可激发性和可阻滞性。

通过对穴位的研究，多数学者认为神经和血管的综合性结构可以作为穴位的形态学基础，穴位上的皮肤电现象是客观存在的。近年来还发现穴位的冷光信息与人体的生理、病理状态具有一定的关系。临床观察和动物实验也证明穴位具有相对的特异性，针刺穴位时对机体脏腑功能活动的影响，具有明显的相对的特异性。

通过大量的研究，许多学者从不同的学科、不同的角度对经络的实质提出了许多假说，如经络是多系统的综合功能说；经络－内脏皮层相关说；经络是尚未发现的新的独特系统说；经络是机体内的自控系统说；经络是大脑皮层上的循行性立体反射系统说；经络是进行比较低级和古老的传导系统说；经络波导说；经络中枢神经系统相关说等等。这些假说或学说的提出，为经络实质的研究开阔了思路，必将推动经络学说科学研究的进一步深入和发展。

科学进展在日新月异，中医学也必须向现代化迈进。中医学的现代化，包括中医理论的现代化和中医临床技术的现代化。要充分运用现代科学各有关学科的先进技术和方法，在中医学传统理论的基础上，系统地研究其独特的理论体系和丰富的临床经验，总结其规律，揭示其本质，发扬其精华，剔除其糟粕，使中医学的系统理论经过实验科学的验证，成为更加严密的先进的科学体系。

中药学

以中医理论为指导研究中国传统药物基本理论、实践经验以及药物来源、采制、炮炙等一系列有关知识的一门学科称为中药学。是中医学的重要组成部分。

中国人民防治疾病的药物古代多称为"药"，有时也称"药物"、"药草"或"毒药"，泛指各类药物时则称"百药"。自从西方医学传入中国以后，始有"中药"之称，其目的是与西药相区别。近二三十年来，又先后广泛应用"草药"和"中草药"两词。前者专指在民间流传应用，可以就地取材，具有廉、便、验等优点的药物；后者是常用中药与"草药"的复合名称。考中国民间应用的所谓"草药"，其中极大多数在历代本草或方书中早有记载，晋代葛洪的《肘后方》，唐代陈藏器的《本草拾遗》，宋代《证类本草》所附的本草图经外类药物和有名未用药物，明代兰茂的《滇南本草》，清代赵学敏的《本草纲目拾遗》等，都是记载民间药物较多的书籍，并无"中"、"草"之分。"草药"一词虽已早见于《抱朴子》、《本草经集注》、《千金方》诸书，但其义均指药物自然分类中的草类药，而不是民间药的代名词。宋代以后始出现将医生少用的民间药贬称"草药"。现代随着中医药事业的发展，流传于民间的所谓"草药"，已大量发掘，并不断研究和推广应用，发挥了很大作用，中药与草药更难截然区分。

"本草"是中国传统药物的特称，始见于汉代。或认为是药物中以草类最多，故名本草。中药专书在古代也被称为"本草"。本草所记述的内容，大体可概括为以下几个方面：

（1）中药性能知识和用药法则：主要有性味、归经、有毒无毒、阴阳补泻、升降浮沉、配伍宜忌、用药禁忌（含妊娠用药禁忌与服药食忌）以及用药剂量、煎药法、服药法等。这些都是从实践经验中积累和总结起来的基本理论、基础知识，对临床用药具有极为重要的指导作用。

（2）中药功能主治及理论研究：主治是药物有效使用的具体目标，功能乃是主治与药性相结合的理论性概括。两者既是药物效用的实验记录，又是指导对证遣药的依据。此外，古今医药学家在探讨药效与药理机制过程中，还积累了不少独到的临床用药经验和精辟的理论阐述，具有很高参考价值或学术研究价值。这些也都是

中药学的重要组成部分。

(3) 中药生产、制备的学术：这一方面包括药物的来源、分类、鉴定、栽培(饲养)、采集、贮藏、加工炮炙以及制剂等一系列内容。这些学识与技术，都有较强的专业性，在扩大药源、增加生产、提高质量等方面日益显示其重要作用，同时，也是安全用药和有效用药的保证。

中药学的主要特点是：历史悠久，源远流长；能反映中华民族的历史、文化、经济的特色；具有比较全面系统的学术内涵，富于实践性；它与中医学也可说是一源而两歧，在理论体系上相互沟通，密不可分。研究和发展中药学，具有历史的、现实的双重意义，它是继承发扬中医学遗产的一个重要方面，是实现中西医药在理论上的结合，发展中国新药学的前提和基础。

从中药的发现与应用到中药学理论体系的形成，经历了一个漫长的发展过程。根据史学家的研究和推断，医和药都是人类远古祖先在生活生产活动中，由偶然发现到进一步有意识地加以利用而产生，经过一定时间的反复实践遂成为用药的经验。这些经验，最初是通过眼观和口耳相传而互相交流传播，有了文字以后，才逐渐将医药知识记录下来。至于具体药物的记载，早在《诗经》(约公元前11—公元前4世纪)、《山海经》(约公元前5—公元前3世纪)、《离骚》(约公元前4—公元前3世纪)、《尔雅》(约公元前2世纪前后)等非医药古籍里就已出现。其不同点是，《山海经》里所载的植、动、矿物，一般都有简明的产地、形状和功效等描述，显然是作为药物而收载的，而《诗经》、《离骚》、《尔雅》里的植物或动物，虽然有不少也属于药用植(动)物，但当时尚不是以药物的形式著录的。

中国最早的一部药物专书为《神农本草经》。据考证此书是汉代医药学家不断收集周秦以后的药物记载加以整理而成。但其原著在唐代即已亡佚，现存《神农本草经》各种版本，都是明代以后的学者以《证类本草》、《本草纲目》为主并参考他书所辑出。全书收载药物365种，分为上、中、下三品。书中记述药物之性味功用多数都较正确，至今仍具参考价值，说明中国秦汉以前的药学已经达到相当高的水平，而《神农本草经》是集大成的著作，为后世药学的发展奠定了深厚基础。

汉代除出现了《神农本草经》第一部药学专书外，被尊为医圣的张仲景，在立方和遣药上也有很大贡献。他所著的《伤寒杂病论》，使用药物达214种，并极为重视生药的加工处理，书中各方药下所注的炮制方法有擘、切、捣、研、锉、洗、渍、去毛、去皮、去心、去节、去足翅、去腥、去咸、炒、熬、炮、炙、酥炙、烧、煨等。此外，对煎药的方法(包括水质、水量、水候、先煎后入)以及服药法等，也都有具体规定。与张仲景同时的另一位名医华佗，他把具有麻醉功能的药物研制成麻沸散，用以施行腹部手术，成为世界上最早发现和应用麻醉药物的先驱。

两晋南北朝时期，炼丹的风气颇为兴盛，当时最有成就的炼丹家首推晋代的葛洪(3—4世纪)。他承袭了秦汉以来的炼丹法术，通过实践而又有所发展。在他的著作《抱朴子》一书的"内篇"部分，有3卷都是专讲炼丹术的，炼丹的原料涉及20余种中药。炼丹的目的原是适应统治者幻想不老长生的需要，其结果，有些炼成的丹药却成了能为人治病的新药。由于在炼制丹药过程中创造应用了不少合乎科学原理的操作技术，成为中国药物化学的先驱。南北朝刘宋时期的药学家雷敩(5世纪)，总结前人有关药物修治炮制的经验著成《炮炙论》3卷，书中详述了300种药物的加工炮炙方法，成为现存最早的中药炮制学专著。到了梁代，著名医药学家陶弘景(6世纪)对古本草也进行了一次大的整理总结工作，他以《神农本草经》365种药物为基础，又从魏晋以来名医记录的药物中选取365种，与《神农本草经》合编为一书，名为《本草经集注》，使载入本草的药物总数增加了一倍，并把药物的三品分类改为按玉石、草木、虫兽、果、菜、米食等自然分类，这是一大进步。对于药物的产地、采集、形态鉴别以及性味等方面也都有新的发展。尤其值得称道的是，他在编写《本草经集注》时，凡属《神农本草经》的原文都用朱书，凡是增补名医所录的药物则用墨书，从而保存了《神农本草经》的原有内容，使其得以流传于后世。

隋唐时期由于国家渐趋统一，交通发达，经济文化繁荣，医药卫生事业亦随之发展，于唐高宗显庆四年(659)编写出版了《新修本草》。全书分为"本草"、"药图"、"图经"三个部分，合计54卷，收载药物850种。本书是由政府组织医官苏敬等20余人所编写，颁行全国，因此它是中国历史上第一部药典性的本草书。70年以后，日本留学生曾手抄此书带回国内，说明此书很早便流传到国外，在唐代药学发展中影响较大的还有下列几部本草学专著：①孟诜与张鼎合编的《食疗本草》(约621—714)。饮食疗法早在周秦之际即受到相当重视，如《周礼》中已记载有食医的官职，《素问》中也有"毒药攻邪，五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气"的理论。此后曾出现过不少有关食疗的著作，但几乎已全部亡佚。孟氏等的《食疗本草》内容较丰，是总结前人食疗经验的著作。②开元中(738)陈藏器鉴于《神农本草经》以后虽有陶弘景、苏敬之补集，但遗漏者尚多，乃凭个人所掌握的资料和经验，著成《本草拾遗》一书，他补遗的药物比陶、苏所补集的药物还多，当时民间习用而前人本草中所未收载的药物，多赖此书得以流传下来，对药品的考辨亦颇为精审。《本草拾遗》全书分为"序例"1卷，"拾遗"6卷，"解纷"3卷，合计10卷。③唐代对外经济文化交流进一步发展，输入的药物逐渐增多，应用也日见其广，从而丰富了中国的药学，不久即出现了以收载海外药物为主的药学专著——《海药本草》(9—10世纪)。该书作者李珣，祖籍波斯，对中国文学及药学均有研究。《海药本草》所收的药物，不仅补充了以前本草漏收的新药，对于旧有药物的功用也有所增补或纠正。

宋金元时期随着社会经济的发展，科学技术的进步，在药学方面也取得了新的成就。早在北宋初期，政府即开始整理重修本草。因为唐代的官方药典《新修本草》流传到宋初，已历300余年，不能适应当时的实际需要。故于开宝六年(973)诏令刘翰、马志等医药官员9人，以唐《新修本草》为基础，参考《本草拾遗》等书重加修订。该书共21卷，收载药物983种，其中新增者133种，并补充了很多新注，名为《开宝新详定本草》。次年复加校订，使该书的质量更为提高，又易名《开宝重定本草》，这就是后世一般通称的《开宝本草》。《开宝本草》的著成与刊行，一方面标帜着宋代本草学的发展，另一方面，由于它继唐本草而间接保存了《神农本草经》、《名医别录》和《本草经集注》的原文，尤其是在《新修本草》亡佚后，所起的承先启后作用，尤为重要。迨至嘉祐二年(1057)政府又诏令掌禹锡、林亿、苏颂等编写了《嘉祐补注神农本草》(简称《嘉祐本草》)，收载的药物发展到1 082种，同时在全国范围内征集药物标本，绘制药图，并详加解说，最后选收药物780种，绘图933幅，编成《本草图经》21卷，与《嘉祐本草》相辅而行。因此，本书较之《开宝本草》又提高了一步，其规模也超出了唐本草及其图经之上，取得了巨大成绩。

宋代本草学的发展还表现在其他一些个人的专著方面，其中最为突出的是《经史证类备急本草》。著者唐慎微是蜀中的一位世医，在医学上有很高的造诣。《经史证类备急本草》的内容十分丰富，它不仅集中反映了宋以前历代本草的成就，而且广泛收罗了民间方药经验、古代医方和经史杂家、佛书道藏等所记载的药物知识。全书31卷，载药1 558种，其规模在当时是空前的，为后世保存了不少已经失传的宝贵资料，文献价值很高。此书于大观二年(1108)、政和六年(1116)、绍兴二十九年(1159)，曾由政府先后数次加以修订增补，分别名之为《大观经史证类备急本草》、《政和新修经史证类备用本草》、《绍兴校定经史证类备急本草》，都成为药典性质的书籍。最后一次是淳祐九年(1249)又由金人张存惠增订，书名《重修政和经史证类备用本草》，收载药物总数达到1 746种，成为宋代最完备的本草专著，在中国医药学史上占有极其重要的地位。此外，在宋代本草专著中具有学术研究价值的还有《日华子诸家本草》(掌禹锡云为宋初开宝中四明人撰，不著姓氏。另一说作者为唐代人，姓大名明)，《本草衍义》(1116年寇宗奭撰)、《履巉岩本草》(1220年王介撰)和《宝庆本草折衷》(1227年陈衍撰)等，各书均有自己的特点，作出了不同贡献。

金元时代在医学史上是一个学派纷呈，具有创新精神的历史阶段，在本草学方面同样有了新的发展。主要以易水学派的张元素(12世纪)为代表，他强调要重视药物气味厚薄、阴阳属性和升降浮沉之间的关系。又指出五脏有苦欲(喜恶)，药物的五味和补泻作用，可随五脏的苦欲不同而变异。掌握了五脏所苦所欲，才能更有效地运用药物。张氏的这些见解，确有独到之处，这是他依据《内经》理论，结合实践，对药理作用经过潜心研究所得出的学术理论。另一重要方面是张氏倡导了药物"归经"和"引经"之说，把药物的治疗功能和经络脏腑密切结合起来。"归经"是指某一药物主要能人某经或数经发挥治疗作用，"引经"是指某药善人某经，临床便利用某一引经药作向导，引导其他药物同人该经。他认为只有理解药物性味和归经的关系，临证用药才能有的放矢，取得显著疗效。并重视四时用药以及不同药用部分的不同功效，不同炮制方法对药物作用的影响。张氏的主要药学著作有《珍珠囊》、《脏腑标本虚实寒热用药式》，在其综合性著作《医学启源》中也有专论药物的章节，如《主治心法》、《气味厚薄寒热阴阳升降之图》、《药性要旨》、《用药升降浮沉补泻法》等。他的学说对临床用药有一定的指导意义，影响颇为深远。其弟子李东垣所著的《药类法象》、《用药心法》，以及王好古所著的《汤液本草》，都继承了张氏的学术思想，并各有发挥。金元四大家之一的朱丹溪则著有《本草衍义补遗》一书，是推衍宋代寇宗奭《本草衍义》之作，也多有发明。

明清医药学家编著了大量的本草书籍，在学术研究上既有一定的深度，又有一定的广度。成就最大、影响最深的，首推明代李时珍的《本草纲目》。他以《证类本草》为蓝本，参考了800多部各类文献，并亲赴许多产药地区，深入考察采访，收集资料，从1552年至1578年，经过27年的艰苦努力，三易其稿，才完成了这部近200万言的本草学巨著。书中收载药物1 892种，其中为李氏新增者有374种，绘制药图1 100余幅，附方11 000余首。该书不仅系统地总结了各种药物知识，而且纠正了过去本草书中的许多谬误，提出了不少精辟见解，特别是他能把药学理论和医学理论结合起来，使之更富有临床实用价值，这一点也很突出。《本草纲目》的药物共分为16部、62类，虽然仍是采用自然分类法，但较之以前各种本草的分类有了巨大发展，成为当时世界上最先进的分类方法。《本草纲目》既是明代药学上的一部空前巨著，又是一部具有多学科成就的科学巨著。这部书于明万历二十四年(1596)首次在金陵(南京)刊行，在国外有日、英、法、德、俄等数种文字的全译本或节译本流传。至今它仍然是中国医药学界必读之书，也是国际药学界和有关学者的重要参考文献。

明代本草中受到重视的还有下列诸家著作：1505年明太医院刘文泰等集体撰辑的《本草品汇精要》共42卷，收载药物1 815种，并附有彩图1 358幅，每种药物分24项编写，内容精简扼要，是明代官修的一部大型本草。但稿件一直藏之内府，并未刊行。1700年清太医院王道纯等又采录《本草纲目》等书的资料，补收药物480余种，成续集10卷，直至1937年方有排印本问世。15世纪中期云南民间医药学家兰茂撰著《滇南本草》3卷，载药400余种，多为云南民间常用药物。1565年陈嘉谟撰著《本草蒙

筌》12卷，载药742种。陈氏为祁门医士，对药物有丰富的实践经验。书中除性能功用外，对于药物品种鉴别及产地、采集、炮制的叙述亦相当重视，并附有药图559幅，文句则多用骈体，便于初学者诵读。又如缪希雍著有《神农本草经疏》30卷(1625年前)，选收《证类本草》中常用药物484种，偏重于对药理的阐述。

清代在《本草纲目》的影响下，对药学研究也有相当进展。如刘若金竭30年之力，撰著《本草述》(1664)32卷，选收《本草纲目》药物约500种，主旨是"权药物生成之时，度五气、五味、五色以明阴阳升降之理"，多据金元以来名医之说，并广引医方，曲畅旁通，以阐述药性药用，自成一家。赵学敏辑著有《本草纲目拾遗》(1765)10卷，收载药物921种。其凡例云："是书专为拾李氏之遗而作，凡纲目已登者，或治疗有未备，根实有未详，仍为补之"，故书中新增药物即达716种。作者编著此书时，参考引用了医药及经史百家书籍600余种，其中包括一部分当时即属罕见的抄本、珍秘本而现已失传的文献。本书是继《本草纲目》后最富有研究价值的又一名著。此外，清代本草著作中着眼于临床实用者，尚有汪昂的《本草备要》(1694)，载药470余种；吴仪洛的《本草从新》(1757)18卷，载药720余种，系补订《本草备要》的著作；张璐的《本经逢原》(1695)4卷，载药700余种。结合本人的临症心得加以阐发，受到学者的推重；严西亭等3人合纂之《得配本草》(1761)10卷，载药640余种，著录重点在于药物的配伍应用；黄宫绣撰著《本草求真》(1769)10卷，载药520种。所论药效，精炼明确，药理亦有发挥；药物以功能分类为主，末附自然分类目录，以便检索，颇具特色。侧重于发挥《神农本草经》精义者，有张志聪等之《本草崇原》(1663)、叶桂之《本草经解》(1724)、徐大椿之《神农本草经百种录》(1736)、陈修园之《神农本草经读》(1803)、邹澍之《本经疏证》(1832)等。这些书也都各具特点，流传甚广。值得一提的还有《植物名实图考》一书，共38卷，收载植物1 714种，记述其形色、用途和产地甚详，尤其重视同名异物或同物异名的考订，兼及药物效用，附图亦极精确。作者吴其濬(1789—1847)，曾宦游鄂、豫、湘、滇、贵、闽、晋各地，所到之处，均极注意采访收集当地植物资料，掌握了丰富的植物学知识，且参考引证了800余种各类文献，是清代的一部科学性很高的植物学专著，对研究中药学具有很大的参考价值。

综观中国医药学历史的各个时期，中药学都有不同程度的发展和成就。中华人民共和国成立之后，中医药学专家和广大医药科技工作者，形成了一支数量较大的多学科组合的科研队伍，广泛开展中药科研和中药学研究工作，其范围远远超过历史上对本草或中药学的研究领域。通过多次大小规模的药源普查，不仅摸清了中国天然药物资源概况，而且发掘了大量新的药物、新的品种和有效的民间药物，经过研究筛选而应用于临床。不少药材原来都属于野生的植物和动物。现已大规模地实行家种家养，并日益扩大面积与产量；一些长期依赖进口的药物，大部分也已引种成功。在加强道地药材研究，促进优质药材生产的同时，对临床上具有高效显效而药源稀少的部分名贵药物，进行了多渠道开发药源的研究，收到了显著效果。在澄清药物品种混乱，辨识药材真伪优劣方面，除继续发扬传统的经验鉴别外，已广为采用现代仪器分析方法，大大提高了生药鉴定的效能。中药炮制，与疗效的关系十分密切，但传统炮制方法并非都是合乎要求的，而且缺乏科学的统一的炮制标准。炮制工作者结合和运用现代科学知识进行研究，掌握药物在炮制过程中理化性能的变化，可以更好地控制炮制质量。此外，在不断改进成药制剂的基础上，研制了很多新的中药剂型。中国已颁行了包括中药材和成方制剂在内的1963年版、1977年版、1985年版和1990年版《中华人民共和国药典》，中药有了法定的国家药品标准。

随着中西医结合工作的推进和现代科学技术的迅速发展，为中药临床应用的研究创造了有利条件，从而进行了多学科的共同探索。尤其对抗菌药、抗病毒药、抗炎药、镇痛药、抗疟药、抗癌药、强心药、降血压药、活血化瘀药、扶正培本药，以及治疗心血管病、脑血管病、血液病、烧伤、支气管炎等各种疑难疾病的中药，研究较多，成果较大。当前，对防治艾滋病中药的研究，也出现了可喜的苗头。

中国医药学是一个伟大的宝库，仅现存的各类本草专著即达700种以上，这是历代医药学家的智慧结晶。现代学者在中药学术研究方面做了大量发皇古义、融会新知、承先启后的艰苦工作，同样取得丰硕成果。不仅发表了大量有关中药基础理论、临床用药经验、实验报告、文献考证、历史沿革等各个专业学科的研究论文，还编写出版了大批图文并茂、适用范围更广的中药学各类著作；并且通过整理、校注而重新出版了许多重要的本草名著，辑复了一些原书久已亡佚的古本草。

中药在中国已有几千年的应用历史，积累了极其丰富的实践经验和理论知识，这是很大的一个优势。近10余年来，在中药学研究的各个方面也已取得了许多新的成果，受到国际上的广泛重视。他们认识到经过中国人民长久使用，今天仍在应用的中药，有其独特的价值，值得进行深入的科学研究。国外对植物药研究的速度大大加快，并出现了由合成药转向天然药的趋势。因此，现在对中药学研究的指导思想应该是：正确处理继承和发扬的关系。亦即正确处理吸取和利用当代先进科学技术与保持和发扬中医特色的关系。把中医、中药理论结合起来进行研究，是中药学研究的重要方法，中药与中医不可分割。实践已经证明，中药的研究和西药的研究有很大的不同。研究中药，不仅要从单味药入手，更重要的是必需进行复方和配伍作用的研究。只有把单味药的研究和复方研究结合起来，把现代的实验研究和中医药的临床经验与传统理论结合起来，才能反映中药疗效的本质，也

只有这样，才能建立既有高度科学水平，又有民族特色的中国的新药学体系。

方剂学

阐明和研究方剂配伍规律及临床运用的一门学科称为方剂学。是中医临床各科的基础学科之一。

方剂学是在中医学辨证立法的基础上，研究方剂的制方理论及其临床运用。它研究的范围包括：方剂的分类法、组成原则、药物配伍、剂量、剂型、用法、功效、主治、临床应用，以及对其作用原理、药物配伍关系进行的现代实验研究。方剂学的内容，它随着中医临床各科的发展，不断被充实。现代研究方剂学的任务主要是：①研究历代方书有效方剂的制方理论，以及临床效验。②为了适应社会及临床医学发展的需要，对一些古方不仅要研究它的传统用途，而且还要探讨其新用途。同时，也要开展对新方剂、新剂型的研制工作。③从中医药基本理论人手，对古今方剂的作用原理及药物配伍关系，进行多方面实验研究，要以现代科学手段来揭示中医方剂学的理论。

方剂在中医学中，是理、法、方、药的一个组成部分，必须在辨证立法的基础上才能正确运用。它是从属于治法，治法是应用方剂和创制新方的依据。方剂是由单味或若干药物组成的，是临床治疗的主要手段之一。它是在辨证立法的基础上，按照组方原则，配伍适当药物，酌定合宜剂量，制定一定剂型的成方。组成方剂用于临床，不仅能全面照顾复杂的病情，进一步促进药物间的协同作用，以加强疗效，而且能消除某些药物的不良反应。

方剂的形成有着悠久的历史。早在原始社会，药物治病就已开始，最初是用单味药，经过长期的医疗实践，为了更好地发挥药物的效用和适应比较复杂的病情，把几种药物配合起来用于治疗，于是就产生了方剂。由单味药到方剂的使用，是运用药物治病的一个飞跃。方剂最早的剂型是“汤液”（即现在的“汤剂”），它的最初应用约在奴隶社会的夏商时代。在出土文物中，夏代已有较为精致的陶釜、陶罐等烹调器具，商代的铜制饮食器皿更为精巧。随着烹调技术的不断进步，就出现了“汤液”。晋代皇甫谧在《甲乙经》序中记载有：“伊尹以亚圣之才，撰用《神农本草》以为汤液。”这是最早有关方剂起源伊尹创制汤液的传说。

现存医学文献中，最早记载方剂的是马王堆汉墓医书《五十二病方》。据考证，本书成于《黄帝内经》之前，应是战国时期的著作。书中共记280余方，内服药主要以散剂、水溶剂和酒溶剂为主，外用药主要以动物油膏为主。这一时期，《黄帝内经》载方12首，在剂型方面有汤（如半夏秫米汤）、丸（如乌贼骨丸）、酒（如鸡矢醴）、膏（如豕膏）等。同时书中已有君、臣、佐、使和七方（大、小、缓、急、奇、偶、复）的组方原则，为后世方剂学的发展奠定了理论基础。西汉初方书陆续出现，如《汉书·艺文志》载录方书11家，274卷。武威汉墓医书《治百病方》，大约是西汉时期的著作，现残存92简，其中可辨识的药方约36首。该书在方剂的组成、制药、用药的立法等方面，都比《五十二病方》有很大改进，辨证施治的运用也更加具体。到了东汉，国家机构内设立了专门管方的所谓“方丞”。这一时期，张仲景著《伤寒杂病论》，总结了汉代300多年的临床实践经验，保存了大量有效的方剂。其辨证明确，立法严谨，组方全面，用药精炼，至今仍是中医处方用药的基础，后世称该书为“方书之祖”，并将该书所载的方剂奉为“经方”。

两晋南北朝时期，方剂学又有了进一步的发展。如葛洪的《肘后备急方》，以治疗由于各种传染病、寄生虫病、内科、外科及五官科疾病所致的急症为主，验方多实用、简便、有效，有人认为该书相当一部急症手册。再如龚庆宣的《刘涓子鬼遗方》，是中国现存较早的中医外科方书，载内服、外用方剂共140首，充分反映了中国古代外科医疗成就。北齐徐之才著《药对》，根据药物的功效，提出“宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿”的分类方法（一说该分类法出于唐代陈藏器的《本草拾遗》），后人用于方剂学，称为“十剂”，这就为方剂学以功用分类打下了基础。

唐代出现了集唐以前方剂之大成的医学巨著，如孙思邈的《千金要方》、《千金翼方》和王焘的《外台秘要》。《千金要方》收载方剂约5 300首。书中每门疾病之下，先列举自《内经》以下各家有关理论，然后再根据不同症候附以大量的方剂。这些方剂大多是《伤寒杂病论》以后历代医家的经验方剂，其中包括了许多民间流传的偏方和验方。《千金翼方》对方剂的著录又弥补了《千金要方》的不足。《外台秘要》全书40卷，载方6 000余首。其中医论部分以《诸病源候论》为主，医方部分所选各书均注明书名卷第，使我们借此可以窥见晋、唐代间许多已经佚失的方书的基本内容。如两晋南北朝的《小品方》、《深师方》、《删繁方》、《集验方》，以及唐代的《古今录验方》、《广济方》、《必效方》、张文仲方等。

宋代的大型方书有《太平圣惠方》，全书分100卷，1 670门，载方16 834首，该书为中国现存的由国家编写的第一部方书。政和年间政府再次编写《圣济总录》，分200卷，66门，载方2万多首，该书为宋代一部理、法、方、药齐备的医学巨著。这一时期的小型方书如：陈言的《三因极一病证方论》，选方1 500余首，按“三因”和病证归类，并强调了审证求因而施治。严用和的《济生方》，选录作者试用有效的方剂450首，按病证进行分类。许叔微的《普济本事方》选方300余首，也较为简要。以上小型方书，力图使临床选方达到简约的程度。另外，这一时期成药的盛行是一大特点，当时国家设立了“太医局熟药所”，并颁布了作为处方标准的《太平惠民和剂局方》，可说是中国历史上第一部中成药规范。《太平惠民和剂局方》中成药的比重很大，由于该书的颁发，临床中成药的

使用普遍盛行，从而促进了方剂丸、散、膏、丹等各种成药剂型的发展。

金元时代以后，医学流派相继产生，从而又丰富了方剂学的内容。如金元时期的方剂桂苓甘露饮、益元散等，是刘完素创制具有寒凉派特色的代表方剂；三圣散、禹功散等，是张子和创制具有攻下派特点的代表方剂；补中益气汤、升阳益胃汤等，是李东垣创制具有补土派特色的方剂；大补阴丸、虎潜丸等，是朱丹溪创制具有滋阴派特色的代表方剂。明代朱橚编著的《普济方》，几乎把15世纪以前所有的方书都收集在一起，载方达6万余首，是中国历史上最大的一部方书。李时珍的《本草纲目》，总结了16世纪以前中国医药实践的经验，全书收载医方11 096首，涉及剂型近40种，所采集明代以前的中药剂型已相当完备，并为现代药剂学提供了丰富的研究资料。这一时期，在方剂学分类方面，有人提出了新的分类法。如张景岳在《景岳全书》中提出了"八阵"分类法，根据药物的功用，将方剂分为补阵、和阵、攻阵、散阵、寒阵、热阵、固阵、因阵等八类。施沛在《祖剂》一书中，又提出了"类方"（也称"祖方"）分类法，这是根据方剂的组成结构进行分类的一种方法，这在方剂分类学方面又是一种新的方法。

关于医方的注释工作，金代成无己的《伤寒明理论》已有集中地反映。该书卷四"药方论"，选常用方20首，论述其制方的道理，现代称之为"方解"或"方义"，这就使方剂学在理论上有了进一步的发展。自明清以后，注释医方的专著陆续出现，如明代吴昆著有《医方考》，清代罗美的《古今名医方论》、王子接的《绛雪园古方选注》、汪昂的《医方集解》、吴仪洛的《成方切用》、张秉成的《成方便读》等。这些方书，对每方的证治机理和组方原则都作了详细的阐明。《医方集解》在方剂分类上，参考了"十剂"的按功用分类法，并加以扩充，使方剂的分类学更趋完善。这样就使方剂学逐渐成为一门有较为完整理论体系的学科。

新中国成立以来，方剂学又有了进一步的发展，尤其在基础理论和临床应用的研究方面，主要表现在：①随着国内外逐渐重视对中药复方的研究，目前对一些方剂的作用原理与药物配伍关系的实验研究，都取得了一定的进展。②在方剂临床研究方面，为了适应临床的需要，一方面出现了一批新方剂，并不断被验证、充实和改进；另一方面传统方剂的应用范围也不断被扩大。③随着中国医药工业的发展，除了对中药传统剂型进行工艺改进外，现代制剂新技术也应用于中药制剂方面。因此，近年来中药新剂型陆续出现，如片剂、冲剂、针剂、滴丸、胶囊剂、气雾剂、口服安瓿剂等。

目前，在方剂学领域内，正进行着有关文献整理、临床研究、实验研究，以及剂型研究等工作。同时，结合方剂对治法的研究，如活血化瘀法、扶正固本法、通里攻下法、清热解毒法等，也取得了一定的进展，因此，本学科的发展有着广阔的前景。今后要从中医药基本理论入手，与临床紧密结合，开展现代药理学、药物分析化学、生物化学、分子生物学、免疫学等多学科研究，以逐步做到用现代科学阐明方剂的配伍规律和作用原理，使方剂学提高到一个更新的水平。

内科学

研究各种内科病证的病因病机、临床特征、辨证施治及预防保健措施等的一门临床学科称为内科学。根据中医学整体观念，任何病证都是整个机体的病机变化在局部的反映，所谓"有诸内，必形诸于外"。从这个意义上来说，内科学也是中医各临床学科的基础学科。

内科学涉及的范围极为广泛。一般可分为外感时病（包括伤寒、温病）和杂病两大类，二者各有其不同的病因病机。伤寒、温病主要根据六经、卫气营血和三焦的病机变化进行证候分类；杂病主要以脏腑的病因病机指导辨证施治。

伤寒有广义、狭义之分。广义伤寒为外感病的统称。狭义伤寒的病因，为人体感受六淫中的寒邪病毒。人侵途径，系由皮毛肌腠而人，循经脉由表而里，传至脏腑。其病机变化，为六经所属脏腑受寒邪侵袭，由表人里，由阳转阴。其临床特点，病初必见伤寒表证，寒邪人里化热，则转为里实热证；若伤寒日久不愈，正虚阳衰，则多传肝、脾、肾三脏，出现腹满、自利、但欲寐、厥逆等一系列损阳伤正的病机反映。

温病的病因为人体感受温邪病毒。人侵途径，系由口鼻而人，循卫气营血而分属于上、中、下三焦之脏腑。其病机变化，主要由于温邪出人卫气营血，温为阳邪，最易化火，烁津消液，耗血动血。其临床特点是化热最速，极易产生一系列火炽伤阴等病机反映。心主血，肝藏血，若热人血分，即易出现内伤心包，神识昏迷，邪人厥阴，动风痉厥以及迫血妄行等危急证候。

杂病病因多属内伤，有时亦兼外感。内伤既有七情、劳伤、起居饮食等不同类别，又有彼此的夹杂参合，因此病机变化也较复杂。由于临证以脏腑为辨证总纲，则能执简驭繁，纲举目张。以病因与脏腑的病机关系而言，如因七情、劳伤致病，必耗气伤阴，多先伤心、肝、肾三脏，出现抑郁不快，心烦不安，失眠梦遗，倦怠无力，饮食减少，心悸气短等症。由饮食失节致病，或为食滞，或为湿热，或为虚寒，多先损伤脾胃，出现胃纳呆滞，脘腹痞满或便溏泄泻等症。若起居无常，寒暖失调，则外邪易乘之而人。因皮毛肌腠为一身之外卫，肺系为气体出人之孔道，外邪人侵，肺卫首当其冲，或感于肺，或为皮毛所受，出现鼻塞咳嗽，恶风发热等表证。因为脏腑的生理功能和病机变化与经脉有密切联系，所以用脏腑的病因病机指导临床辨证，也就能将经络的病机变化同时反映出来。如肝经的主要为巅顶疼痛，两胁痛，目赤，面青等症。以五脏病机分析，则可概括为肝气化火和肝阳上亢的实热证。

因肝气郁而化火上冲，故症见巅顶疼痛，目赤，面青；胁为肝之分野，肝气郁阻必引胁而痛。如以经脉病机分析，因肝之经脉布胁肋，连目系，下颊环喉，会于巅，故上述诸证之出现，均与经脉循行的部位有密切关系。因此，各种内科杂病，就是脏腑病机变化反映在临床上的证候分类。所以，掌握脏腑生理和病机的基本理论，结合四诊八纲，对指导临床辨证施治，提高医疗效果，有重要意义。

中医内科学有着悠久的历史。在殷墟发掘的甲骨文里，已有"疟"、"蛊"等内科病名。古代医学巨著《内经》是春秋战国时代的著作，是2000年以前中国医学家在医疗实践的基础上总结出来的医学理论，内容包括脏象、经络、病因、病机、诊法、病证、治则等等，对疟疾、痹症、痿证、厥证、咳嗽等内科疾病，都有详细的描述。全书运用阴阳五行学说，着重说明了因时、因地、因人制宜的辨证施治原则，强调整体观念。这些重要论述，迄今仍为中医学家所沿用。大约成书于东汉的《神农本草经》，收录了大量治疗各种内科疾病的经验。例如用黄连治疗"肠澼腹痛下痢"；麻黄"止咳逆上气"；茵陈消退"黄疸"；海藻"主瘿瘤气、颈下核"；常山截止"温疟"等等。这些药物至今仍多用于临床。

东汉张仲景的《伤寒杂病论》，更对内科学术理论，作出了重要贡献。张氏在《内经》热病理论的基础上，发展了以"六经"为纲的辨证规律，并以各个病症为篇名，对发病机制、证候、治则、预后等作了精辟的讨论。《伤寒杂病论》所形成的辨证论治、理法方药的学术思想成为历代医家所遵循的内科临床理论的基础。

从魏晋南北朝以至隋唐五代，产生了一系列的医学名著，例如巢元方所著研究诸病之源，九候之要的病因、病机专书——《诸病源候论》，孙思邈所著以脏腑寒热虚实概括各种杂证而为立方遣药总则的《备急千金要方》等。这些著作系统总结了当时医学家积累的丰富临床经验，从而促进了内科学术理论的进一步发展。至金元时代，学术流派纷起，以刘完素倡"六气皆从火化"之说，属寒凉派；张从正认为治病着重驱邪，邪去则正安，善用汗、吐、下三法，属攻下派；李东垣强调"人以胃气为本"，擅长于温补脾胃，属脾胃派；朱丹溪倡"阳常有余，阴常不足"之说，治病多用滋阴降火法，属养阴派。他们四人被后世誉为"金元四大家"。明清以后，在继承前人温热理论的基础上，形成了以卫气营血和三焦辨证为特点的温病学说，进一步丰富了中医内科学的理论。在内科疾病的防治方面也积累了丰富的临床经验。

新中国成立以来，随着医疗卫生事业的发展，以及中医政策的贯彻，中医内科学术也有很大进展。全国各省市先后建立了中医学院以及中医研究机构，培养了大批中医内科人才，注释和整理了许多古典医籍，出现了一大批内科科学研究成果。各省市中医学会也相继成立了中医内科学分会，有力地推动了中医内科学术的进一步发展。对中医内科学术的研究，归纳起来大抵有以下几个方面：①文献研究：长期以来，各地对大量医学文献作了搜集、整理、研究工作，出版了许多有学术价值的医学典籍。②临床研究：中医内科学术的研究重点立足于临床，各地医学院校、附属医院、中医研究机构及医疗单位都设置了各种内科临床研究专题，充分发扬中医辨证施治的优势。在对乙脑、冠心病、疟疾、肾病、肝病、脾胃病、肿瘤等的治疗研究中，获得了可喜的进展。对中医内科急症的治疗研究，正逐步为中医界所重视。对高热、厥脱、出血、急腹痛等急症的处理，在继承前人经验的基础上，作了新的探索。对给药途径以及治疗剂型进行了改革，研制出一批行之有效的急救中成药。此外，总结整理各地老中医的学术思想和临床经验，也取得了显著成效。③用现代科学理论和技术手段对中医内科学理论及疾病防治进行研究。采取多种学科协同研究中医内科学术是近年来发展的新路子。较为突出的有对脾和肾的实验研究，对阴阳物质基础的探讨等，已初步取得成果；对"证"的研究，将有助于中医诊治疾病的规范化；用现代药理实验手段，提取中药的有效成分（如青蒿素的制取），促进了疗效的提高。

中医内科学作为一个临床学科，发展的关键在于疗效，而疗效的提高又取决于理论的指导、辨证施治的准确、方药的恰到好处。从发展的眼光来看，中医理论应该在原有的基础上力求有新的突破，四诊八纲应该纳入现代化的轨道，证候应该逐步规范化，剂型必须进一步改革，有效的药物有待通过实践筛选；另外，应切实加强与其他现代自然科学的合作，借以开拓思路、发扬光大。中医内科学的发展必将面临新的广阔前景。

妇科学

根据妇女生理、病因、病机的特点，研究防治妇女疾病的一门学科称为妇科学。传统的中医妇科学源远流长，有着数千年的悠久历史，对中华民族的繁衍昌盛起了极为重要的作用。

早在公元前十二三世纪，殷墟甲骨文有"育疾"之病名。周秦时代，《山海经》中就记载有食之"宜子"和"无子"的药物。在《左传》中明确提出："男女同姓，其生不蕃。"初步认识到近亲结婚对后代有一定的影响。《黄帝内经》总结了秦汉以前的医药经验，为中医妇科学的发展奠定了基础，如书中指出了女子特有的解剖组织"女子胞"，并比较系统地讨论了以"月经"为中心，女子生长、发育、衰老的过程，以及血崩、月事不来、带下、不孕、肠覃、石瘕等病证的诊断和治疗，且首载了妇科的第一首方剂四乌贼骨－藘茹丸治疗血枯经闭。

据《史记·扁鹊仓公列传》，在战国时代，就有了善治妇科病的专业医生，谓"带下医"。在公元前1世纪汉代初期，称妇产科医生为"乳医"或"女医"，如：义妁和淳于衍即是当时在皇宫里侍候皇太后和皇后的专门医生。汉

初名医淳于意在其《诊籍》中就有妇产科病案六则,乃是妇产科病历的最早记载。

古人对孕妇和胎儿的调护也十分重视,如马王堆汉墓出土文物中之医书——《胎产书》,对妊妇养生有一定的见解。北齐徐之才的《逐月养胎法》,对孕妇根据受孕月数,配以十二经所养,在生活上提出了逐月宜忌,并附以养胎方,保护胎儿的正常发育。

早在秦汉以前,中国就有妇产科专著,据《汉书·艺文志》、《隋书·经籍志》记载有《妇人婴儿方》、《范氏疗妇人方》、《徐文伯疗妇人瘕方》、《疗妇人产后杂方》等,惜原书均已散佚,但可证明当时对妇科学的重视。在现存的古医籍中有专篇论述妇科的,当推219年张仲景的《金匮要略》为最早,其中有《妇人妊娠病脉证并治》、《妇人产后病脉证并治》、《妇人杂病脉证并治》等3篇,内容有月经病、带下病、妊娠病、产后病及妇科杂病等的脉证和主治方药,列方30余首,如:温经汤、胶艾汤、桂枝茯苓丸、甘麦大枣汤等,至今仍不失为有效良方。还有外治法,如:阴中蚀疮烂者,用狼牙汤洗之、蛇床子散方等,为妇科外治法开创了先河。

与仲景同时,另有一位杰出的医学家华佗,他医术精湛,据《后汉书·华佗传》记载,凭脉测知难产病例,一生一死,并用针药合治以下死胎,由此窥测当时妇产科诊疗技术之一斑。

公元3世纪,晋代王叔和撰《脉经》10卷,其中第九卷主要阐述了妇人妊娠、产后、带下、月经病及妇女杂病等的脉证和辨证。如:妊娠脉法有"尺中之脉,按之不绝,法妊娠也。""三部脉浮沉正等,按之无绝者,有妊也"的描述,此类脉法,在临床仍有一定的参考价值。王氏还根据自己的临证经验,发现月经有并非一月一行的现象,提出有"居经"(三个月行经一次)、"避年"(一年行经一次)之异常月经。

公元7世纪之初,隋代以太医博士巢元方为首,集体编撰了一部病因病机、证候学的专著《诸病源候论》,其中有8卷(二十七至四十四卷)是专论妇产科疾病的,内有"妇人杂病诸候"、"妇人妊娠病诸候"、"妇人将产病诸候"、"妇人难产病诸候"、"妇人产后病诸候"等283种证候。认为妇产科的病因归咎为体虚气血不足,感受风冷之邪,伤于胞宫、冲任。如:对月水不调病因的认识,"妇人月水不调,由劳伤气血,或气血虚损,致体虚受风冷,客于胞内,伤冲脉任脉,损手太阳少阴之经也"。巢氏等首先提出在孕妇身体有病,影响胎儿健康成长的情况下,主张以"去胎"治之。如《妊娠欲去胎候》说:"妊娠之人羸瘦,或挟疾病,既不能养胎,兼害妊妇,故去之。"为在孕期终止妊娠提出了客观指征。从理论和实践中丰富发展了中医妇产科学,为中医妇产科学病因病机及证候分类奠定了基础。

在唐代,孙思邈著《备急千金要方》,把妇产一门列入卷首,以示对妇人的重视,并开宗明义提出妇科必需另立一科的必要性,如其曰:"妇人之别有方者,以其胎妊,生产、崩伤之异故也,是以妇人之病,比之男子十倍难疗……所以妇人别立方也。"该书广泛讨论了求子、妊娠、产难、胞衣不出、月经、带下、杂病等证候及治疗方法,收集方药达540余首。此外,对临产、产后护理也作了精辟论述。如在妇人临盆时,"特忌多人瞻视……若人众视之,无不难产耳"。与此同时,对节制生育也引起了重视。如:王焘所著的《外台秘要》中就汇集附录了《小品》、《千金》的坠胎方。至公元852年诞生了中国第一部产科专著《产宝》,现称《经效产宝》,全书分3卷,计41门,260余方,对妊娠、难产、产后等常见病的诊断治疗,以及血晕的急救方法作了简要论述,至今在临床仍有一定的指导意义。

宋代(960—1279),产科发展为独立专科,在太医局规定设置的九科之中,产科是其中的一门,并设有产科教授,这是世界医事制度上妇产科最早的独立分科。当时的妇产科专著有李师圣与郭稽中的《产育宝庆集》、杨子建的《十产论》、朱端章的《卫生家宝产科备要》、薛轩的《坤元是保》等等,均综述了宋以前的产科治疗经验,其中尤以《十产论》为最,他最早认识了因胎位异常引起的各种难产,如:横产、倒产、偏产等,并首创了矫正胎位异常的各种手法,大大促进了中国产科学的发展,然以上著述大多偏于胎产方面,其他妇科疾病则包括在大方脉内。至宋嘉祐元年(1237),陈自明的《妇人大全良方》刊印问世,为当时妇产科的代表作。全书分8门,总260余论,始自调经,迄于产后。系统地论述了调经、众疾、求嗣、胎教、妊娠、坐月、产难、产后等病证的病因及治疗。是宋代妇产科的杰作,对后世影响很大,颇得临床医家所推崇。

金元时代(1115—1368),医学流派很多,尤以刘河间、张子和、李东垣、朱丹溪为著,他们对妇科均有不同的独到之处。如刘河间在学术上以倡"火热论"著称,对女子"不月"之治疗,提出"先泻心火,血自下也"。论带下病因,乃"下部任脉湿热甚者,津液涌溢而为带下"。补充和发展了宋以前体虚风冷学说。刘氏还十分重视女性不同年龄阶段的生理特点,分别重视肾、肝、脾三脏的作用,见《素问病机气宜保命集》。为现今研究女性青春、育龄、更年期的生理特点,从中医理论方面提供了一条探索的途径。张子和虽然主张"邪去正安"之说,但对妇科精血不足的治疗,认为:"当补之以食,大忌有毒之药,偏盛而成夭阏。"李东垣倡内伤学说,重视脾胃,治疗妇科经、带疾病,以补脾益气、升阳摄血、升阳除湿等法,收效卓著。朱丹溪倡"阳常有余,阴常不足"之说,对妇科病治疗主以"滋阴降火",反对滥用辛热,如《格致余论·秦桂丸论》说:"欲得子者,必须补其阴血,使无亏欠,乃可推其有余以成胎孕,何乃轻用热剂,煎熬脏腑……。"对胎前病的治疗,提出:"产前当清热养血",黄芩、白术为安胎圣药,于妇科临床具有一定的指导意义。总之,金元四家的经验,充实和发展了妇科新内容。

明清时代(1368—1911),妇科也有很大的发展,尤其在临床上积累了很多经验,不少医家有妇产科著述,现存的约有100余种,其中对后世影响较大者,则有王肯堂的《证治准绳·女科》、武之望的《济阴纲目》、傅山的《傅青主女科》、《医宗金鉴·妇科心法要诀》等。《傅青主女科》治疗妇人病着重顾护脾胃、肝肾、气血,即使在病邪亢盛时,亦主张攻补兼施,这一方法对后世医家影响很大。在胎产方面的专著,有清代亟斋居士的《达生篇》,尤其重视临产调护,认为临产乃天然之理 提出"睡、忍痛、慢临盆"六字要诀,待其自然分娩,观此,实为临证经验之总结。其他如《叶天士女科》、《胎产心法》等,对妇科临床也有一定的贡献。

19世纪中叶,随着西洋医学的传入,妇产科学也受到影响,出现了中西医汇通派,当时影响最大者有唐容川、张锡纯等,他们虽无妇科专著,但对中医妇科也颇有研究。如唐容川的《血证论》,涉及妇科的内容有:经血、崩带、经闭、抱儿痨等,对血证的治疗拟"止血、消瘀、宁血、补血"四法,一直为临床医学家所推崇;张锡纯著《医学衷中参西录》,其中有"妇女科"和"女科方",全书以验案为主,对妇科病的治疗善用补益气血、调理冲任及活血化瘀为法,在"女科方"中有安冲汤、固冲汤、寿胎丸、活络效灵丹等,用之临床,确有效验,不失为之良方。

中华人民共和国成立之后,政府特别重视妇女的健康,在党的中医政策指引下,中医事业得到了很大发展,中医妇科学进一步得到整理和提高,如朱小南对冲、任、督、带的研究、李翰卿创活血化瘀治宫外孕、刘奉五对热入血室的新认识,于中医妇科理论和治疗作出了贡献。中西医结合临床、科研也取得了可喜成绩,如"中西医结合治疗宫外孕"、"中药锥切治疗早期宫颈癌"等。培养和造就了一大批中医妇科新生力量,自1960年以后,由国家卫生部中医司组织,先后编撰了中医院校教材《中医妇科学》共5版,1981年在卫生部部长钱信忠的领导下,组织全国中医妇科名家,由黄绳武主编《中国医学百科全书·中医妇科学》分卷,1983年,于中医药学会下成立了中医妇科学会,开展学术经验交流,为中医妇科学的继承和发展开创了新的局面。

儿科学

中医学领域里一门研究小儿生长发育及其疾病防治的医学科学称为儿科学。随着历史和时代的推移,中国医学不断地发展与提高,中医儿科学亦随之充实与完整。它对保护儿童的身心健康,保障人类的生存以及中华民族的繁衍昌盛,起着极为重要的作用。由于小儿气势微弱,肌体娇嫩,处于不断生长发育之中,因此在生理、病机、疾病诊断及其防治等方面,与成人有所不同,不能把小儿视为成人的缩影。但从中医儿科学的形成来看,它又和其他各科一样,都是奠基于《内经》、《难经》、《神农本草经》和《伤寒杂病论》而发展起来的。据《史记·扁鹊仓公列传》的记载,扁鹊名闻天下,他来到咸阳,闻秦人爱小儿,即为小儿医。西汉名医仓公(淳于意)以"下气汤"治婴儿"气鬲病"。著于秦汉之际的长沙马王堆汉墓帛书,即有婴儿瘛、婴儿病痫的记述。东汉张仲景勤求古训,博采众方,所著《伤寒杂病论》,总结了汉以前的辨六经病证以论伤寒,辨脏腑病证以议杂病,师其法,用其方,治儿科急性热病、黄疸、水肿、痢疾等多种疾病都有卓效。华佗以四物女宛汤治小儿下利病。在晋、唐医家的著作中,有关儿科理论自成体系,与秦汉医学理论一脉相承。其中如西晋王叔和专攻脉学,著有《脉经》,就论述了小儿脉法。葛洪《肘后备急方》最早记述了危害小儿最大的"天行发斑疮"(天花)的典型症状与流行。值得提出的是,此时已流传着第一部儿科专著——《颅囟经》,书中论述了小儿"纯阳"体质,小儿脉法以及惊、痫、疳、痢、丹毒等病的证治方法。隋代巢元方《诸病源候论》分小儿病诸候6卷,共255候,是儿科疾病病源、证候学的最早记述。唐朝孙思邈的《备急千金要方》立"少小婴孺方",并说"生民之道,莫不以养小为大",最为重要,该书载有儿科用方320首。并指出妇人受胎,要注意胎教、胎养,说明对妇人、儿童的重视。王焘的《外台秘要》虽是一部医学各科综合性著作,但其三十五、三十六两卷为"小儿诸疾"专卷,分86门,着重论述了小儿初生调护、喂养、保育以及惊悸、夜啼、中风、咳嗽、天行、伤寒等,载方400首。总之,隋唐医家不仅对于麻、痘、惊、疳儿科四大证已有所载,且治理方法亦都甚详。此外,唐代王超《水镜图诀》最早记述了小儿的指纹诊法,为后世儿科医家以"虎口三关"脉纹形色辨别疾病的先声。

中医儿科学的独立发展,始于晋唐而盛于宋,唐太医署称儿科为少小科,至宋改称小方脉科。宋太医局分9科,其中有小方脉的设立。宋淳祐九年创立慈幼局,收养遗弃的初生婴儿。两宋时期,随着中国医学的飞速发展,儿科学的成就亦甚显著。此时,不仅儿科专著日益增多,儿科医学理论体系亦渐臻完善。宋代淳化三年所编的《太平圣惠方》指出"腑热生于细疹,脏热生于痘疮"。对天花与麻疹的发病病机作了初步的分析。北宋儿科专家钱乙,精勤好学,于书无不窥,反对靳靳守古。阎季忠(阎孝忠)整理的《小儿药证直诀》反映了钱乙的学术思想和临床经验,阐明了小儿五脏寒热虚实的证候,建立五脏之方,如以地黄丸治疗肾脏怯;以泻心汤治疗心气实等,都是结合小儿疾病特点因证制方的。南宋刘昉的《幼幼新书》40卷,包括病源形色、禀受诸病、惊风急慢、斑疹麻痘以及眼目耳鼻、口唇喉齿诸条,对痈疽、外伤尤为重视,是现存的宋代儿科巨著。《小儿卫生总微论方》10卷,论初生至成童诸病,均有可取,更可贵的是书中认定小儿脐风与成人破伤风为同一疾病,并指出脐风是由断脐不洁所致,从而提出用烙脐饼子烧灼脐带以预防脐风;同时还介绍了骈指切除,兔唇修补等先天性畸形矫治手术。随着

当时对烈性传染病认识的不断深入，董汲的《小儿斑疹备急方论》为痘、疹专著的嚆矢。另外陈文中的《小儿病源方论》载有传统的育儿方法，其《痘疹方论》对痘疹防治亦颇有一定的影响。

金元时期各家学说的争鸣，又一次促进了中医儿科学的发展。刘完素在其《宣明论方·儿科论》中认为小儿为纯阳，其病"热多冷少"，主张用辛凉苦寒，泻热养阴以治小儿热病。善用攻下的张从正，依据《内经》"精不足者，补之以味"的原理，提出"养生当论食补，治病当论药攻"的观点，主张慎用补法。注意饮食调理，增强抗病能力，如偶然有病，则积极治疗，以期邪去正安。这对保护儿童的健康很为重要。同时，张氏还在《儒门事亲·小儿疮疱丹熛瘾疹旧蔽记》记载了"斑疹伤寒"的病名。善用温补的李东垣，认为脾胃气虚，升降失常是引起元气与阴火关系失常，导致疾病发生的主要因素。因此提出"病从脾胃所生，养生当实元气"，主张"阳气衰弱，不能发生，当从《藏气法时论》中升降浮沉补泻法用药"。脾胃为后天之本，在小儿生长发育中尤为重要。小儿脏腑柔弱，如何使其由弱转强，全靠后天的饮食营养。小儿很多疾病皆源于脾胃失于健运。东垣学术思想的理论核心——脾胃学说，对促进中医儿科学的发展，具有重要意义。善于滋阴的朱丹溪，首创"阳常有余，阴常不足"之说，在《丹溪心法·小儿论》中指出"乳下小儿常多湿热，食积、痰热为病"，这类病证多从热化，损伤阴液。当然，小儿时期没有旺盛的阳气，就难以促使"成而未全，全而未壮"的脏腑和形体的成长。由于阳气旺盛小儿疾病以阳、热、实证居多，因阴气不足，热盛易伤阴，实证又易转为虚证。故丹溪滋养阴液之法，实为儿科学中不可缺少的一环。元代曾世荣的《活幼心书》亦为当时儿科专著，对于小儿保育、审脉、辨证、用药等方面，在总结前人经验的基础上，又有新的发挥，反映了金元时期儿科学发展的概貌。

明清时期，儿科学的发展，又有跃进。如徐用宣的《袖珍小儿方》；寇平的《全幼心鉴》；薛铠、薛己父子的《保婴撮要》和《保婴粹要》；万密斋的《幼科发挥》和《育婴家秘》；鲁伯嗣的《婴童百问》等，皆为儿科名著，大多继承前人的学术思想，并有所发挥，如薛己继承了钱乙的"小儿五脏虚实辨证"，又以前贤之论加以补充，如在钱乙肝病胜肺、肺病胜肝的论治上，以张洁古之说为之注释，相得益彰。在五脏辨证上，薛己特别重视脾肾与各脏之间的关系，他说"凡脾之得病，必先察其肝心二脏之虚实而治之。盖肝者脾之贼，心者脾之母也。"这是薛己应用脏腑学说联系临床实践而发挥的。又如万密斋在钱乙"五脏所主"的基础上，提出肝常有余，脾常不足；心常有余，肺常不足；肾常虚的观点；在《内经》"一水不胜二火"的启示以及丹溪学说的影响下，提出小儿"阳常有余，阴常不足"的论点，对后世探讨小儿生理与病机的特点具有一定的意义。在治疗方法上，万密斋效法东垣，重视调理脾胃，保护胃气，提出"五脏以胃气为本，赖其滋养，……如五脏有病，或补或泻，慎勿犯胃气"。这对儿科学的发展起到了积极的作用。

自隋唐以来中医即分有专科，但又不为专科所局限，明代医家勤于治学，博而能约，在学业上内、外、妇、儿兼攻且精者，颇不乏人，其医学著作，各科咸备者，屡见不鲜。如明代方贤的《奇效良方》、王纶的《名医杂著》、楼英的《医学纲目》、徐春甫的《古今医统》，在其他学科论著的同时，均有儿科学的论述。王肯堂的《六科证治准绳》，其中即有幼科一册；张介宾的《景岳全书·小儿则》论述小儿初诞护养，变蒸，五疳、痘、麻等，颇切实际。

明代儿科学除发展专科系统理论外，仍重痘疹防治，如翁仲仁的《痘疹金镜录》，聂久吾的《活幼心法大全》、《痘疹慈航》等，立论精详，辨证确切，为清代痘疹防治树立了楷模。预防天花自10世纪宋代真宗时发明了人痘接种以来，明清又有了新的进展。清初俞茂鲲《痘科金镜赋集解》："明隆庆年间起始种痘。"清代康熙《庭训格言》有以政府命令推广"种痘"的记载。俞理初《癸巳存稿》还载："康熙时俄罗斯遣人至中国学种痘。"可见中国人痘接种法的发明和推广，比英人琴纳牛痘法为早，是世界免疫学发展的先驱。

清代儿科学的发展，不仅诊疗水平日益提高，儿科的专著更加繁荣。在《医宗金鉴》中，已将《幼科杂病心法》、《痘疹心法》、《幼科种痘心法》分作3卷。儿科专著影响较大的有夏禹铸《幼科铁镜》，主张"望面色，审苗窍，从外知内"；陈复正《幼幼集成》，认为母体的强弱与胎儿的成长及健壮有密切关系。他在书中除论赋禀、护胎外，尚列保产论，详述"产要"，以保母子平安。

清代温病学说兴起，更进一步促进了儿科学的发展。如叶香岩的《外感温热篇》、《幼科要略》；吴鞠通的《温病条辨·解儿难》；陈平伯的《外感温病篇》；余师愚的《疫疹一得》；薛生白的《湿热病篇》等；更开阔了儿科证治的视野。近年来多种急性感染性疾病，如流行性乙型脑炎，病毒性脑膜炎等的治疗，就是依据温病学说的理论知识和实践经验而取得显著成效的。《丹痧辑要》、《喉科指掌》、《重楼玉钥》以及《小儿按摩经》、《小儿推拿秘诀》等专著的问世，更加丰富了儿科学的内容。

中华人民共和国成立之后，由于国家的重视和中医政策的贯彻，中医儿科学更有进展。随着中医医学教育的发展，培训了不少中医儿科专业人员，加强了儿童保健工作，并重视孕期保健，使婴儿在胎时就受到保护。初生儿平均出生体重有明显增长。推行新法接生，不少地区已基本消灭了脐风。在广泛开展群众性爱国卫生运动的基础上，中华人民共和国成立之前严重危害小儿的许多传染病获得了有效的控制，天花在中国早已绝迹，对儿童健康有直接影响的麻疹、白喉等急性传染病的发病率已大为降低。当前尚需加强中医儿科专业研究机构的建设和管理；尽快地培养更多的中医儿科医师；继承、发掘、整理中医历代儿科的基本理论与临床经验；在不断提高儿

科常见病、多发病医疗质量的同时，大力开展中医儿科学基础理论和临床医学的科学研究，为保卫世界儿童健康成长作出更大贡献。

外科学

探讨和研究疮疡、瘿、瘤、岩、乳房病、肛门病、皮肤病和外科杂病的辨证论治规律为主要内容的学科称为外科学。过去，跌打损伤和发生于眼、耳、鼻、咽喉、口腔等的部分疾病，曾属于中医外科学范畴，随着各学科的发展，这些疾病都先后归属于有关专科。中医外科学所研究的疾病多有形可见，在治疗中常须内治与外治并重，亦有部分疾病单纯外治即可收效。中医外科学和中医其他学科一样，应以中医基础理论为指导，要有整体观念，既重视外症有肿痛痒脓等特点，又要以辨善恶顺逆来判断疾病的预后。因此，外科疾病的诊断和治疗不仅注意局部，而且要注意整体。

远在原始社会，人们在寻找食物与猛兽搏斗中，经常发生外伤，开始用树叶、草茎等包扎敷治伤口，以及压迫伤口止血等最简单的外科处理方法。在石器时代，人们开始石针砭石治病，用砭针排脓以治疗痈肿。《山海经·东山经》谓："高氏之山……其下多箴石。"郭璞注："砭针，治痈肿者。"其后，又发现一些外用药，这便是外治法的起源。从所发掘的甲骨文可以看到，早在殷代的卜辞中已载有13种疾病，如疾自(鼻疾)、疾耳(耳病)、疾齿(齿病)、疾舌(舌病)、疾足(脚病)、疾止(指趾病)等，其中包括这些器官的外伤疾患，说明这一时期对疾病已有一定认识，并以病变器官命名。据《帝王世纪》记载："伏羲画八卦……乃尝百药而制九针，以拯夭枉焉。"九针不单是针灸的器械，其中的鑱针、锋针、铍针等还是外科器械，说明中国很早便已开始使用简单的外科器械了。到了周代(公元前1066—公元前222年)，外科已独立成为专科。《周礼·天官》中始有食医、疾医、疡医、兽医之分，并载有："疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡"，"凡疗疡以五毒攻之，以五气养之，以五药疗之，以五味节之。"可以看出在周代外科已有外用药物、内服药物及调养的方法。周代的疡医就是外科医师，其治疗范围包括肿疡、溃疡、金疡、折疡等病，治疗方法则有用作外敷的"祝药"，用刀割除坏死组织的"劀"法，用腐蚀药物除去坏死组织的"杀"剂，在药物上则以五种药物(石胆、丹砂、雄黄、矾石、磁石)经烧炼而制成的外用药治病，说明中国在3000多年前已有丹药的雏形用于外科临床上，这是十分可贵的。

春秋战国时代，人们对痈疽的病因、病机、治疗已有相当的认识，《灵枢·痈疽》载有18种外科疾病，并提出用截趾手术治疗脱疽。汉代著名的外科学家华佗擅长外科手术，曾用麻沸散使病人麻醉后进行手术。这些方法曾流传到中东阿拉伯一带，对世界医学发展作出了贡献。现在我们使用的洋金花总碱或东莨菪碱复合麻醉药，就是在华佗的麻沸散启示下发展起来的。张仲景的《金匮要略》，对外科学的发展亦有很大的影响，如治疗肠痈、疮痈、浸淫疮等方药，至今仍为临床所应用。晋代葛洪的《肘后备急方》记载了用海藻治疗瘿疾，用狂犬脑贴敷狂犬咬伤的创口以治疗狂犬病。隋代巢元方的《诸病源候论》对瘿瘤、丹毒、疔疮、痈疽、痔瘘、疮病、伤疮病、兽蛇虫杂毒病、皮肤病等已有较详细的记载，并对病因病机有了进一步的认识，如疥疮的病源是疥虫，《诸病源候论卷35疥候》中云："状若水内瘑虫"等。唐代孙思邈的《备急千金要方》和王焘的《外台秘要》，是总结前人经验写成的两部医学方书，既有理论，又有治疗方药，其中包括有外科方面的内容，所以也是外科方药的重要参考文献。如《备急千金要方》除了痈疽之外，还有痔瘘的疗法，并载有阴卵脱出以桑皮作线缝合。

宋代医制把唐代的五科扩充为九科，把疮肿、皮肤病、骨折、出血、创伤等成为一科，金镞(军医)另成一科。外科专著有南宋李迅所著《集验背疽方》，《四库全书提要》给以很高评价："凡诊候之虚实，治疗之节度，无不斟酌轻重，辨析毫芒，使读者了如指掌……洵疡科中之善本矣。"南宋陈自明所撰《外科精要》，强调外疡的整体疗法，创托里排脓诸方，至今仍为医家所宗。王怀隐编的《太平圣惠方》中用很多篇幅论述了外科疾病，首先提到用砒剂治疗痔核，经过百余年的临床经验总结并加以改进，到了1227年魏岘的《魏氏家藏方》已经做到在痔核周围先涂膏剂，以免灼痛，使枯痔疗法更臻完善。东轩居士的《卫济宝书》在医疗器械上有很多发明，书中载有灸板、消息子、炼刀、竹刀、小钩、钩刀等。对疮疡的预后，《圣济总录》最早提出五善七恶的论述；有关瘰疬的治疗方法竟占2卷之多。到了元代，医学分科又把宋的9科扩大为12科，把金镞与疮疡合并为金疮肿科，正骨科独立成为一科。外科著作有朱震亨的《外科精要发挥》。齐德之著的《外科精义》是一本简明的外科书，总结了前人30多种方书的经验，在诊断、治法、用药方面都有简明扼要的叙述，足以代表14世纪中国外科发展的概况，他倡导陈自明的观点，强调整体观，反对局部论，认为"治其外而不治其内，治其末而不治其本"的方法是有缺点的，主张治疗疮疡必须先审察阴阳虚实，然后用内外相辅的综合疗法。危亦林的《世医得效方》中，有关外科方面的内容非常丰富，其中有关正骨的篇章，是当代比较成熟的创伤外科学，对正骨和创伤外科手术有一定的贡献。

明代外科学的发展可称全盛时期，外科名医名著较多，有价值的医学著作不下20多种，薛己著有医书16种，关于外科方面有《外科枢要》、《疬疡机要》、《外科发挥》等。《外科枢要》是参考前人经验并结合自己心得，从理论、治验到方药详加论述，条理清晰。如对预防新生儿破伤风的论述，强调"小儿生下时，欲断脐带，必以蕲艾拈香油浸湿，熏烧脐带至焦方断，其束带需软帛厚棉裹束，日间视之，勿令尿湿，以防脐风"。汪机的《外科理例》，提

出“治外必本诸内”,“外科者,以其痈疽疮疡皆见于外,故以外科名之。然外科必本于内,知乎内,以求乎外,其如视诸掌乎”。并且创造玉真散治疗破伤风。王肯堂的《证治准绳》外科的内容也非常丰富,对皮肤病亦有较详尽的叙述,并载有口唇、喉管创伤缝合术及缺耳、兔唇的矫形术,良性肿瘤和恶性肿瘤的鉴别诊断和手术原则,指出凡瘤“按之推移得动者,可用取法去之,如推之不动者,不可取也”。陈实功的《外科正宗》一书,既重视内治,也重视外治,既强调早期手术,又反对滥施刀砭,在外科诊断治疗上敢于创新,不墨守陈规,对促进中医外科的发展有一定的影响。该书重点论述了病因、证候、辨证、治疗及预后,并附有治验医案,切合实用,是一部较完善而富有临床价值的外科专书。陈司成的《徽疮秘录》是中国第一部论述梅毒的专书,其中已有用砒剂治疗梅毒的方法,并指出梅毒是一种传染病。这就足以证明,中国在应用砒剂治疗梅毒远早于欧洲各国。

清代在外科方面也有不少杰出的人才和著作,如祁广生的《外科大成》、陈士铎的《外科秘录》、王洪绪的《外科证治全生集》、顾世澄的《疡医大全》、高锦庭的《疡科心得集》以及官方出版的《医宗金鉴·外科心法要诀》都各有其特点。陈士铎不主张滥用刀针,而惯用内服药消散;王洪绪对痈疽的治疗,主张以消为贵,以托为畏,要明辨阴阳,对阴证的治疗有所创新,公开了家传的阳和汤、醒消丸、犀黄丸、小金丹等,至今仍不失其实用价值。高锦庭以鉴别诊断为主,辨证立法明显受到温病学说的影响,应用犀角地黄汤、紫雪丹、至宝丹等治疗疔疮走黄,获得较好疗效。此外,吴师机的《理瀹骈文》,专论药膏外治法,甚至内科病也用外治法,总结了不少治疗学上的新成就。近代外科著作中,晚清余听鸿编辑的《外证医案汇编》是一部外科医案的专著,收集了清代名家陈学山、薛生白等人的外证医案700余例,分为13部73门,并结合自己的实践经验,以“附论”的形式,总结该病的成因、证的变化以及内外方治法,论其利弊,辨其异同,并将流痰一病从流注中区分出来,对外科临床诊断起着一定的作用。本书特点是重在内治,而极少涉及外治之法,是其不足。近代张山雷的《疡科纲要》,主张治外疡必先精通内科学,他说:“抑知证虽外发,病本内因,固不仅大痈大疽非通乎内科学者,不能措手,即寻常疮疖,亦无不与内证息息相通,岂可专治其外,而谓可有全绩……而知其内,不知其外者亦殊是医学之缺憾矣。”书中所列各论,立论简要,辨证用药较为精确,对外疡的脉象亦有详细的分析。

中华人民共和国成立之后,由于贯彻执行党的中医政策,中医外科学和其他学科一样获得了进一步的发展。通过临床实践,在继承发扬中医外科学方面做了不少工作,同时,还编著和重印了大量的中医外科学专著,不断交流全国各地中医外科学的学术经验与成就,使中医外科学的理论和经验得到较快的普及与提高。如对疮疡的治疗,根据疾病的发展过程,按初起、成脓及溃后三个阶段,而采用消、托、补的三个大法,已成为疮疡辨证论治的一般规律;枯痔钉、局部注射消痔灵治疗内痔,挂线疗法治疗肛瘘,中医药辨证论治治疗脱疽,外用双柏散、玉露散等治疗痈疮疔疖等外科疾患,都获得较好的临床效果;中西医结合治疗硬皮病、毒蛇咬伤、烧伤、破伤风等也取得了一定进展;用中药五虎丹、白降丹等治疗皮肤癌有了可喜的苗头。今后仍应努力培养中医外科学专门人材,继续努力发掘中医外科学的宝贵经验,不断整理提高,同时还应注意吸收其他学科的优点,用以发展中医外科学,加强中医外科学的学术交流,以促进对中医外科学的深入研究,为人类的卫生事业作出贡献。

骨伤科学

研究防治骨关节伤折,肌肤、筋肉、脏腑、经脉、气血损伤疾患的一门科学称为骨伤科学。中医骨伤科学既有光辉的悠久历史,又迎来了令世人注目的现代科学成就,必将为人类医疗保健作出贡献。

骨伤科疾病很早便为人们所认识。早在殷商时代甲骨卜辞和器物铭文中已有疾手、疾肘、疾胫、疾足、疾止等13种伤病的记载,并已开始使用酒剂来治疗伤病。由于青铜器的广泛使用,骨伤科亦开始使用金属的刀针。

骨折与脱臼的诊断和治疗起源很早,中国在二三千年前的医事制度中,已专设疡医掌管“折疡”,即骨、关节创伤的治疗。《礼记·月令》记载:“命理瞻伤、察创、视折、审断。”蔡邕注:“皮曰伤,肉曰创,骨曰折,骨肉皆绝曰断。”记录了当时疡医对创伤所作的分类等,是建立在诊断与鉴别诊断水平提高的基础之上的。当时,并采用内外治结合的方法治疗创伤骨折,采用化腐生肌的药物处理感染伤口,并能做一些病灶清除手术。

春秋战国至汉代,中国医学有很大进步,《内经》比较系统地、全面地阐述了人体解剖、生理、病机、诊断、治疗等基本理论。《灵枢·骨度》还记载了人体骨骼的长短、大小、广狭,按头颅、躯干、四肢各部折量出一定的标准分寸。《灵枢·经筋》论述了附属于十二经脉的筋肉系统。《素问·缪刺论》云:“人有所堕坠,恶血留内,……此上伤厥阴之脉,下伤少阴之络。”《素问》还阐发了肝主筋、肾主骨、脾主肌肉以及“气伤痛,形伤肿”等理论,这些医学基础理论促进了骨伤科的发展,一直指导着骨伤科的医疗实践。《灵枢·痈疽》所述之大疽、疵痈、股胫疽、兔啮等是对骨关节化脓性疾患的较早认识,所采用内外兼治,即内服清热解毒药物和切开排脓、外敷膏药的方法,还记载了关节流注切开引流的禁忌和指征:“如坚石,勿石,石之者死,须其柔,乃石之者,生”。均反映了时代的先进水平。《灵枢·刺节真邪》记载“骨蚀”病名及其病因、病机,《内经》还论述了痿躄、筋痿、肉痿、骨痿、脉痿等肢体畸形的病因病机,指出痿证可引起关节的畸形。在治疗上亦已广泛使用针灸、熨贴、按摩等外治法。《吕氏春秋·季春

纪》认为："流水不腐，户枢不蠹，动也；形气亦然。形不动则精不流，精不流则气郁。"为动静结合的功能锻炼奠定理论基础。公元前3世纪，名医淳于意有两例完整的骨伤科病案，一为举重致伤，一为堕马致伤，记载了主诉、病史和治疗经过。《神农本草经》记载王不留行、续断、泽兰、地榆、扁青等23种药品用于骨伤科内服或外敷。《左传》已有"折肱"、"折股"的记载。马王堆汉墓出土的《五十二病方》记载了金伤、刃伤、外伤出血等多种外伤疾病，以及多种止痛、止血、洗涤创伤感染伤口的治疗方法和方药，并记载了"痉者，伤，风入伤，身信（伸）而不能诎（屈）"。指出破伤风是创伤后的并发症；《导引图》绘有生动的人体医疗体育动作，其文字注明有应用导引练功疗法治疗骨关节疾病者；《足臂十一脉灸经》和《阴阳脉死候》已有"折骨绝筋"和"折骨裂肤"的记载，对筋骨损伤及开放性骨折已有一定的认识；《阴阳十一脉灸经》记载的"肩以脱，臑以折"，即肩关节脱位和肱骨骨折；著名外科医学家华佗采用了麻沸散麻醉，进行死骨剔除术、剖腹术，此外，还创立了五禽戏，指出体育疗法的作用和重要性。在上述理论与技术基础上，汉代的军队医疗制度更有专门记录官兵伤折的医案《折伤簿》。这些都说明骨伤科学在中国古代是很被重视的，其原因可能由于战伤救治的需要。

魏晋、南北朝时期，中医骨伤科在诊断和治疗技术方面也有显著的提高。晋代葛洪著《肘后救卒方》，首先记载了颞颌关节脱位口内整复方法："令人两手牵其颐已，暂推之，急出大指，或咋伤也。"这种整复方法，直至现在还普遍沿用。他还首先记载了使用竹片夹板固定骨折，如："疗腕折、四肢骨破碎及筋伤蹉跌方：烂捣生地黄敷之，以裹折伤处，以竹片夹裹之，令遍病上，急缚，勿令转动"，指出固定后患肢勿令转动，避免骨折重新移位，同时夹缚松紧要适宜广泛。

南北朝龚庆宣著《刘涓子鬼遗方》，是中国现存最早的外伤科专书，对金疮和痈疽的诊治有较详尽的论述。当时已采用切开复位治疗骨折，《北史·长孙翼归传》中有："堕马折臂，肘上骨起寸余，乃命开肉锯骨"的病例记载。

隋唐时代的医学发展愈益趋向专科化，骨伤科已有了专门著作，特别对病因病机、诊断和治疗技术方面，又有很大的发展。隋代巢元方著《诸病源候论》探求诸病之源，载有骨伤科疾病多种，有"金疮病诸候"二十三论，"腕伤病诸候"九论。对骨折创伤及其并发症的病源和证候有较深入的论述，对骨折的处理提出了很多合理的治疗方法。该书指出软组织断裂伤、关节开放性损伤必须在受伤后立即进行缝合，折断的骨骼可采用线缝合内固定，开放性骨折应清除异物和碎骨，按一定技术操作规程缝合伤口。强调：伤口内因有碎骨、坏死组织、异物存在或血液积留，可引起化脓，伤口不愈合。同时介绍了外伤性肠断裂突出腹外的处理方法，以及"以生丝缕系绝其血脉"的结扎止血法。同时，明确指出："碎骨便更缝连"，更是中国骨伤科学史上最早的骨缝合内固定，也反映了对复杂骨折的处理水平。从其论述可知，他还描述了肢体损伤出现循环障碍、神经麻痹和运动障碍的症状。在内伤方面，已提出了重视内损与伤五脏的处理。此外，该书将化脓性骨感染分为附骨痈肿和附骨疽两种类型，并加以论述。对骨肿瘤的局部症状和性质也作了描述。

唐代孙思邈著《备急千金要方》记载了损伤瘀肿和颞颌关节脱位整复后可采用蜡疗和热敷，以助关节功能的恢复。王焘著《外台秘要》对骨折、脱位、伤筋、内伤、金疮和创伤危重症亦有较详细的论述，并主张用毡做湿热敷，减少损伤肢体的疼痛。

唐代骨伤科学的突出成就，集中反映在由蔺道人继前代和当代医家治疗骨伤疾病经验而总结的《理伤续断方》中。该书首先论述了骨折脱臼的诊断治疗常规，即清洁伤面的"煎洗"；检查诊断的"相度损处"；牵引的"拔伸"；手法复位的"收入骨"及"捺正"；外敷药物和夹板固定的"夹缚"；内服药物及换药等十大步骤，这是对骨伤治疗的一次科学的富有指导实践意义的理论概括。在他的医疗中还正确强调整复手术、手法要用麻醉药，对骨伤科的发展也是一大贡献。在治疗技术上，《理伤续断方》也取得了惊人的成就。如复杂骨折的处理水平，要求在手法复位仍达不到正确位置时，要用犀利之刀切去穿出皮肉的骨锋，或用切开整复术，使之正确复位，然后敷药包扎固定。对固定也要求垫以布帛，用杉木片相间排绕肢体一周，三道绳捆裹包扎，并三层，以达到充分固定的目的，防止因转动等造成畸形愈合或骨不连等后遗症。又如对脱臼的整复方法，也记载了古代积累下来的丰富经验。肩关节脱位整复术，强调了确诊后即用椅背复位法，其整复步骤、方法和原理基本上同目前临床上所用以整复的手法完全一致。当然，现代由于对人体解剖生理的深入了解，整复手法更符合科学的要求。另如髋关节脱臼的整复术，明确指出股骨头上脱位易治，对下脱位他也承认自己无法整复，这也是很符合历史实际的。从此，也可看出蔺氏严谨的科学态度。

宋元时代，医学学术争鸣加速了骨伤科的发展，整复方法有了较大的提高和进步。宋代的医事制度分为九科，内有疮肿兼折疡科和金镞兼书禁科。折疡与金镞均属骨伤科范围。《圣济总录》对腹破肠出的重伤亦有合理的处理方法。张杲在《医说》中介绍了采用脚踏转轴及以竹管搓滚舒筋的练功方法，并采用切开复位治疗胫骨多段骨折。《小儿卫生总微论方》记载了小儿先天并指的截除术。《夷坚志》卷十九《邢氏补颐》记载了在颌部施行类似同种异体植骨术的病例。《洗冤集录》是中国第一部很有价值的法医学专书，其中也记载了不少检查外伤的方法。该书对人体骨骼的认识已达到相当高的水平。其检验判断骨伤之水平也是比较科学的。

元代是中国骨伤科学发展的又一个重要时期，这可

能与当时骑兵连年征战的需要有关。在官方的医事制度中,正骨兼金疮科已从外科中分出而独立,民间以骨伤治疗为专业的医生也增加了。在医学著作中虽然未有骨伤科专著出现,但在内容丰富的医药巨著里,都有专门论述骨伤科疾病的理论、方药和手术技术,特别是危亦林《世医得效方》。危亦林是一位继承祖业而以骨伤科为专长的著名医学家,不但有着高深的医学理论修养,而且积累和总结了精湛的骨伤科学的医疗技术。他在骨伤科方面的突出成就,集中表现在该书重要的组成部分《正骨兼金镞》里。也代表了元代骨伤科学发展的水平。如在整骨麻醉技术方面,他科学的指出治损伤骨关节,要用草乌散使之"麻倒不识痛,或用刀割开,或用剪剪去骨锋者,以手整顿骨、节归原,……或用凿凿开取出,后用盐汤或盐水与服立醒"。并强调"服后麻不倒,可加曼陀罗花……,若其人如酒醉,即不可加药"。由这段记载足可以说明:整骨应用麻醉术已成常规,并且在用量方面有了严格的控制。其麻醉效果也已为现代科学研究和大量手术麻醉所证实;其次可见对复杂骨折的手术切开整复已达到相当高的水平;特别是术后服用盐汤、盐水用以恢复手术失血的体液平衡,促进病人苏醒等,更是一个很科学的措施。

在骨折的诊断技术和闭合复位手法上,危亦林比其前辈作出了更进一步的贡献。如所描述的"手臂出臼",实际上是肱骨髁上骨折在骨伤科治疗史上的最早记载。他所记录的整复方法和强调伸直单侧夹板固定,不但有利于骨折愈合,而且可纠正尺偏桡偏。由于主张伸直固定,又强调屈伸活动,也防止了"曲直不得"的后遗症,这对其后的屈肘固定也是一很有指导意义的经验。在关节脱臼的复位方面,危亦林的记录也是很可贵的,如肩、肘、腕、髋、膝及踝等关节的复位,均有所论述,特别是由于肌肉肥厚手法复位比较困难的髋关节脱臼,他创造性提出了悬吊复位法。这种复位法改变了蔺道人:"跨骨从裆内出,不可整矣"的结论,使股骨头向前下的脱出也可得到治愈。

危氏在骨伤科学上最为突出的创造还是脊椎骨折悬吊复位法所作的贡献。在中国对脊椎骨折进行系统记载,并创用符合科学原理的悬吊复位法,这是第一次。在世界骨伤科学史上也是罕见的。如所论述:"凡剉脊骨,不可用手整顿,须用软绳从脚吊起,坠下身直(按:为过伸),其骨使自归窠,未直未归窠,须要坠下,待其骨直归窠。"他还强调复位后固定"莫令屈",要用杉木皮固定于过伸位。这些要领至今还有指导意义,这就使元代骨伤科的治疗范围和治愈率取得了明显的提高。骨伤科治疗不单依靠手法手术,局部敷药和内服用药,改善全身状况增强骨折的愈合等也越来越被骨伤科学家所重视。

明清时期,研究和治疗骨折和脱臼的正骨科,或名接骨科,又从正骨兼金疮科中分立出来,成为一门独立学科。这一时期骨伤科专科医生和专门著作迅速增加,仅现存之不完全统计此期正骨著作等有近30种,而且多是几经刻印广泛流传于国内外,还有未印行的抄本、稿本四五十种。在医疗技术方面,切开整复的手术限于消毒、麻醉、止血等技术尚不理想,而手法整复则得到明显的进步,治愈率不断提高。《普济方》虽不是骨伤科专书,但由于主持者系明代统治者朱橚,所集中医家多系名流,因此其《折伤门》内容反映了当代的骨伤科的新水平。例如:兜颈坐罂复位法:"颈骨剉进者,……以手巾兜缚颏下,系于后脑壳"悬吊房上,按颈椎短缩情况,选用罂之高低,"令伸脚坐定,医以手拿按平正,说话令不知觉,以脚一踢,踢去罂子"。这一复位法虽有用力较暴的缺点,但其原理对后世影响至大,现在临床仍在应用的四头带牵引法,即其法的发展和改进。"牵头踏肩法"是《普济方》的又一创造,其法是令患者仰卧,术者坐伤员头上方,用手牵拉头项,双足用力下推双肩,使颈椎骨折脱臼复位。这比前法又是一次改进,明清两代医家多所应用,今天也不失其现实意义。此外,如"攀门拽伸法"整复腰椎骨折,是对危亦林悬吊复位法的进一步改良。近代医家仍然多宗其原理或改进其方法进行治疗。

攀索叠砖法是在危亦林悬吊复位和《普济方》兜颈坐罂法基础上的发展。其方法是伤者双手攀住高处两绳环,双足正好站在所叠的三块砖上,医者扶护伤处,助手一块一块除去伤者足下之砖,直至双足着地,伤者即"直身挺胸"脊椎或肋骨骨折脱位即可达到复位。此法首见于《医宗金鉴》,现代实验研究证明该法通过前纵韧带和椎间拉力,对屈曲压缩性脊椎骨折的整复,很符合解剖生理学的要求。

《普济方》载有手牵足蹬法:"肩关节脱落法,令患人服乌头散麻之,仰卧地上,左肩脱落者,用左脚蹬定……用软绢如拳大,抵于腋窝内,用人脚蹬定,拿病手腕肋(内收),用力侧身拉拽,可再用手按其肩上用力向下推。"这一方法实际上与椅背法等的原理相同,但由于用力缓和,操作简便,病人痛苦小,成功率高而沿用至今。其他如掮法整复肩关节脱臼,拉肩用膝顶腋法整复肩关节脱臼,盘脚按肩法整复髋关节脱臼,提膝屈髋伸足法整复髋关节脱臼等等近20种可供借鉴的方法,很是丰富多采。至于对人体解剖特别是骨骼认识的深入,诊断技术的提高,固定器具和技术的发展,以及正确复位的指标、功能锻炼的强调等,都得到了不断的进展。这些技术有时虽无高深理论,但依靠其一技之长,却能为骨伤科病者治愈疾病,减少痛苦。

又如:薛己《正体类要》、王肯堂《证治准绳》及清代御纂《医宗金鉴》中之《正骨心法要旨》、明廷光《伤科汇纂》、赵竹泉《伤科大全》等等,均对骨伤科之发展进步做出了重要贡献。

总结5000年中国骨伤科发展史,历代学者为我们积累了极其丰富的理论知识、医疗技术和经验,这就为中医骨伤科学在近数十年之飞跃发展创造了坚实的基础。中华人民共和国成立之后,随着医疗卫生事业的发展和中

医政策的贯彻,全国各省市先后建立了中医学院、骨伤科医院或骨伤科研究机构,编写出版了中医骨伤科学的专著、教材和词典,各地著名老中医与西医学习中医骨科学者合作,引进现代医学技术和西医骨科学的长处使他们的骨伤科经验得到整理、继承和提高,专业技术队伍迅速成长和壮大,在这方面作出贡献的有北京杜自明、刘寿山,上海石筱山、魏指薪、王子平,天津苏绍三,河南高云峰等。中西医骨伤科界团结合作,在中西医结合治疗骨关节损伤方面作出了相当的成绩。

40多年来,骨伤科界系统整理了中医的理伤手法,进行夹板材料力学测定和中草药促进骨折愈合的实验研究,开展了肾主骨和活血化瘀等理论研究,运用动静结合、筋骨并重、内外兼治和医患合作的原则治疗骨关节损伤,取得了损伤愈合快、功能恢复好、患者痛苦少及并发症少等良好效果。同时,中西医结合治疗骨折已得到普遍推广应用,如对四肢骨干骨折以及踝、肘关节和腕舟骨骨折等关节内骨折的治疗有了较大的进步;胸腰椎压缩性骨折采用垫枕练功法治疗,疗效良好;陈旧性畸形愈合骨折采用手法折骨,然后按新鲜骨折处理,获得满意疗效;开放性骨折采用中药外敷创面,促使骨面生长肉芽,愈合后瘢痕柔软,功能良好;附骨疽采用中药内外治疗,取得了一定的效果;对腰椎间盘突出症、颈椎病采用牵引、按摩推拿、中药离子透入和内服中药等综合疗法,效果较好;骨折整复的器械和固定器械也有了进一步改进和创新。中医与中西结合治疗骨伤科疾病及理论研究、新的治疗固定器具之研究,均在国外引起较广泛的关注。随着科学技术的日益发展,工农业机械化和高速交通工具的应用,各类损伤的发生也必将出现一些新问题,人类对伤病康复的要求也将越来越高,这就向中医骨伤科学提出了新的课题。从自然科学发展史来看,各门科学都是相互渗透、相互促进的。按照古为今用,洋为中用的方针,今后应继续发掘整理中医骨伤科历代文献和传统的经验,不断吸取现代科学的成就,运用现代科技手段,促使中医骨伤科学的迅速发展,为人类作出新的贡献。

中西医结合发展中国新的骨伤科学,正是在这样优越的坚实基础上发展起来的。中国骨科专家在结合中、西两种骨伤理论和治疗技术方面,已经取得了显著的成绩。创造提出了新技术新理论,今后必将获得更大的成就。

眼科学

研究人体重要器官眼和眼的附属器官的医学科学称为眼科学。它的特点是以中医理论体系为基础,研究眼的发生、形成、解剖、生理、病因、病机,以及诊断、防治眼病的一门学科。

在其发展的过程中,积累了十分丰富的经验与理论知识。中国眼科最早的记录,可追溯到殷武丁时代(约为公元前1324—公元前1266),从河南安阳殷墟甲骨文,载有当时王室对祖先的祷辞或卜辞,其中有眼和其他十几种疾病,如"贞国亡疾目"、"贞疾目不希",其意为贞问:王(武丁)无有眼疾,贞问:眼疾不带来什么祟祸。以后中国早期的古籍,对眼病的症状和治疗药物均有零星散记。如先秦古书《山海经》载有治疗各种疾病的药物100余种,其中治疗眼病者7种,如"其鸟多当扈……食之不眴目"(西山经),"是多冉遗之鱼……食之人不眯"(西山经),"其名曰萆草……服之不眯"(西山经)等。最早记载了目盲和瞳孔异常的资料,如《书经》中有"瞽奏鼓"的记录,当时乐师常是瞽人,历史上音乐名家师旷,就是瞽人。《诗经》中有"矇瞍奏公",《毛传》释为"有眸子而无见曰矇,无眸子曰瞍"。关于瞳孔异常的记载,在《荀子》中有舜帝(约公元前2255—公元前2205)、《史记》中有项籍(约公元前322—公元前220)均患有重瞳症。《淮南子》中有用梣木治疗眼病的记载。梣木即今之秦皮,此药迄今仍常见于中医眼科内服和外用方剂中。书中还载有"目中有疵,不害于视,不可灼也"。反映了当时已用灼烙术治疗目疾。

秦汉时期,医学专著的出现,对眼的解剖、生理和眼病的临床表现,以及治疗的药物等均有较多的记载,使眼科学初具雏形,为其专科的建立,打下了基础。如《灵枢·邪气脏腑病形》谓:"十二经脉,三百六十五络,血气皆上注于面而走空窍,其精阳气上走于目而为精。"《灵枢·大惑论》谓:"五脏六腑之精气皆上注于目而为之精,精之窠为眼,骨之精为瞳子,筋之精为黑睛,血之精为络,其窠气之精为白眼,肌肉之精为约束,裹撷筋骨血气之精而与脉并为系,上属于脑,后出于项中。"说明当时已粗略知道眼球外的筋膜包裹了血管、视神经和眼外肌形成的肌锥到视神经孔的纤维环,视神经通过此孔出眼眶与脑相连。进而认为如邪中于项,适逢其人体虚,邪气深入随眼系入于脑,则发生脑转目眩,以及目赤者病在心,青者病在肝等眼与脏腑相应的病因病机的整体观念、为中医眼科识病辨证、立法处方时,从整体出发,将眼和全身情况综合考虑的辨证原则奠定了基础。另外对全身病伴有眼部症状者亦有记述,如《灵枢·论疾诊尺》谓:"视人之目窠上微痈,如新卧起状,其颈脉动,时咳,按其手足上,窅而不起者,风水肤胀也。"乃说明双眼胞肿与手足浮肿是属于"风水肤胀",而非眼目自病,这为内科医师从眼的症状上去帮助诊断,亦为眼科医师提出正确的治本方向,是为眼与全身病最早的记载。

用针灸治疗眼病,亦属主要治疗方法之一,如《素问》中谓:"目中赤痛从内眦始,取之阴蹻。"

用药物治疗眼病,在当时亦已相当广泛,如中国最早的药物学专著《神农本草经》记有多种眼病及治疗眼病药物,如青盲以空青、决明子、苋实治之;目赤痛以石胆、黄连、戎盐、白敛治之;目翳以瞿麦、秦皮、贝子等治之;泪出,多涕泪以曾青、菊花、苦参、白芷治之;目中淫肤以蛴

蛸、决明子治之；风邪目盲以防风治之；目瞑以伏翼治之等，共有70余种药物，其中如"蒺藜明目"，"瞿麦明目去翳"，"黄连治目痛泣出"等，仍为现今临床所常用。

中国最早从事眼科的医生，当推公元前4世纪的扁鹊，如《史记·扁鹊列传》载"扁鹊过洛阳，闻周爱老人，遂为耳目痹医"。

在晋代，已有眼科手术的记载，如《晋书》载有："初帝目有瘤疾，使医割之……。"对雪盲亦有所记述，如北魏高僧宋云《行纪》中谓："雪有白光，照耀人眼，令人闭目，茫然无见。"

隋唐时期，眼科不但在国家医学教育体制中独立成科，而且出现了多种眼科专门著作。如《隋书·经籍志》所载之《陶氏疗目方》、甘濬之《疗耳目方》，均为中国最早的眼科专书，惜已散佚。《诸病源候论》对眼病的症状和病源的探讨较为详细，在目病诸候中论述了38种眼病，另外在小儿杂病、妇人产后、妇人杂病等篇章中记有眼病7种，共45种眼病。如记载了结膜囊内寄生蝇蛆之症名目蜡候，人暮目暗之雀目候，又目肥候，其症为"白睛上生点注，或如浮萍，或如榆荚，有如胡粉色者，有作青黑色者，似羹上之脂，致令目暗，世呼之为肥目……"，类似后世称维生素A缺乏所引起之毕脱斑，关于雀目的症候，在欧洲则晚到17世纪才有夜盲症的记载。并刊有体育按摩，以预防和治疗眼病。就其内容而论，说明对内外眼病有了较系统的认识。

在眼病的治疗学方面有较大的发展，《千金要方》载有七窍病，列验方71首，最早提出用羊肝治疗雀目。对外治用药方面记载颇详，如有仰卧洗目的洗眼法，以棉沾药汁注目眦中的滴眼法，用新毛笔蘸眼药粉撒入结膜囊内的点眼法，以冷水渍青布数易之的冷敷法、以及热敷法，熏眼法，按摩法等，还介绍了血管翳的钩割手法和目病针灸穴位。并首先记载了人的老视现象，如云："凡人年四十五以后，渐觉眼暗，至六十以后还渐自明。"另外总结了预防眼病应予避免的20种注意事项："生食五辛，接热饮食，热餐面食，饮酒不已，房室无节，极目远视，数看日月，夜视星火，夜读细书，月下看书，抄写多年，雕镂细作，博弈不休，久处烟火，泣泪过多，针头出血过多，右十六件并是丧明之本，养性之士宜熟慎焉，又有驰骋田猎，冒涉风霜，迎风追兽，日夜不息者，亦是伤目之媒也。"

唐代经济文化日趋繁荣，促进了中外文化互相交流，刘禹锡有赠眼医波罗门僧诗："师有金篦术，如何为开蒙"。金篦刮目，见诸佛经。可知当时已有印度眼医在我国行医。印度眼科理论亦在此时传入中国。如王焘《外台秘要》记有印度的地、水、火、风四大学说。对眼的解剖、病因和治疗方面，亦有所发展。如谓："夫人眼白睛重数有三，设小小犯触，无过损伤，但黑睛水膜只有一层，不可轻触，致败俄顷。"对白内障介绍了病因、症状及金针拨障手法。尤其是对青光眼的病理有独到的见解，认为"此疾之源，皆从内肝管缺，眼孔不通所致也"。并提出及早治疗的重要性。在防止胬肉攀睛术后复发，主张用烧灼法，如谓："割之三复生，不如取针烧令赤，烁着肤上，不过三烁，缩也。"还指出了"雪山巨睛视日"是丧明原因之一。

唐代不仅创造多种手术和药物疗法，还试行安装木假眼，以后到元代，进一步改为瓷眼。

《龙树眼论》已佚，查龙树为第3世印度名医。本书在9世纪，著名诗人白居易诗中有载："案上漫铺龙树论，盒中空燃决明丸，人间方药应无用，争得金篦试刮看。"现存从《医方类聚》辑出之本传世。后来可能为了避宋英宗（赵曙）讳，改称《龙木论》。明万历三年（1575）所刊行的《秘传眼科龙木论》，内载七十二病，有宋人刘浩在书前增编"审的歌发挥"、"眼叙论"等12篇，又于七十二病每病之后，附以歌括。该书对症状、诊断、鉴别诊断、治疗、预后已有了相当程度的认识。首先提出了眼科的内外障疾病的分类法，将眼病分为内障眼病23种和外障眼病49种。内障是泛指瞳神以内之疾病，其中特别对白内障的病因、症状、分类、鉴别诊断和金针拨障术论述颇详。将白内障分为先天性、后天性、外伤性以及青光眼晚期引起的并发性白内障，均能清楚的鉴别。并以白内障的神色形态，瞳神的展缩变化，对日、月、火三光的辨别能力等为依据，决定能否手术，反对盲目地不负责地进行手术治疗。对金针拨障术的术前准备、手术方法、术后护理及术后并发症的处理等，亦都有详细记述。另外对雀目的认识，有独到之处，比欧洲早约500年，把雀目分为肝虚雀目和高风雀目两类，前者相当于维生素A缺乏症引起的夜盲症，后者类似于视网膜色素变性，并从病因、症状和鉴别诊断等方面进行了论述。

外障眼病泛指瞳神以外的病变，罗列了常见的一些眼外病和治疗方法。在眼科手术方面，介绍了钩、割、熨、针、烙、镰洗手法。综观全书内容，对眼科学作出了极大的贡献。

"五轮"学说，为中医眼科识病辨证的基本理论，一般认为出于《龙木论》一书，查阅《医方类聚》中所录《龙树菩萨眼论》在两处提到"水轮"之名，一处提到血轮，未见其他三轮。在《秘传眼科龙木论》中刘浩增编有"五轮歌"，而在七十二证方论各症之后所附歌括，亦只提到"水轮"，另见有"睛轮"、"五轮"之称。而无其他四轮之名。有详细阐述"五轮"学说之方书，首推992年问世的《太平圣惠方》。

"八廓"学说，据明代徐春甫谓："……乃后世龙木禅师论五行八卦配合之意……。"但在《秘传眼科龙木论》正文和《龙树菩萨眼论》中均未提及，刘浩增编《眼叙论》中提到"八廓"一名，但该论原录自1174年宋代陈无择《三因方》。刘氏在各症后之歌括也未出现"八廓"之名，《太平圣惠方》亦未见记载。

《秘传眼科龙木论》书后，附有《葆光道人眼科龙木集》1卷，体载内容和前两书有所不同，中有"五轮歌"、"八廓歌"，但书内引有许学士等方剂，推揣其成书于宋之

后期,其或宋之后。因此"五轮"学说可能起于唐《龙木论》一书,而"八廓"学说则可能起于宋代。

宋金元时期,眼科理论水平上有较大的发展,宋代王怀隐等编《太平圣惠方》,内容丰富,其中论眼病者有2卷,共49门,首次系统的介绍了五轮学说,并主张摄养以预防眼病。眼科手术方面,介绍了钩、割、针、镰,对金针拨内障叙述较详,如术前注意事项,患者术式,手术方法,止血,止痛,止呕等方法,以及术后处理等。又《圣济总录》,共200卷,论眼病有12卷,分60门,计眼病58门,手术2门,该书是在《太平圣惠方》的基础上扩充而成。

《银海精微》署名为唐代孙思邈,经考证认为出于宋代以后之医人所著,本书的特点,除书首载有五轮八廓学说,列眼病83证,每证均比较详细的以阴阳、五行、脏腑、经络、六淫七情、寒热虚实来论证其病因症状。且其中80证附有简图,首次提出了眼的系统检查法。如谓:"凡看眼法,先审瞳人神光,次看风轮,再察白仁,四辨胞睑二眦,此四者眼科之大要,看眼之时,令其平身正立,缓缓举手,轻撑眼皮,先审瞳人,若有神光则开合猛烈,次看风轮,若展缩雄健,则魂魄无病,三察气轮,无病泽润光滑,四辨其肉轮若好,则开合有力,二眦不蠹亦矣。"在治疗上提出"瞳人开大者,……以酸药收之,焦小者以辛药散之"的理论,手术提出用夹法治疗内翻倒睫。

1078—1085年间,太医局设9科,眼科为其中之一,当时订《龙木眼论》为讲授主要课程之一,称为小经,为各科必读之书,眼科学生20人,至此眼科独立为专科,是后元代设13科,眼科亦为独立之科。

宋、金、元医家学术争鸣,反映到眼科学领域。如刘完素提出"论目昏赤肿翳膜皆属于热"的理论。张从正承刘氏之意作了进一步发展,谓"目不因火则不病","能治火者一句可了",并主张以针刺放血治疗眼病。李东垣则以"脾胃虚则九窍不通"和"诸脉皆属于目"立论,提出治目病"凡医者不理脾胃及养血安神,治标不治本,是不明正理也"。益气聪明汤即为李氏创立升阳益气聪耳明目的典型方剂。朱丹溪提出"眼黑睛有翳,皆用黄柏、知母"、"眼睛痛知母黄柏泄肾火,当归养阴水",又谓"眼疾所因,不过虚实两者而已。虚者眼目昏花,肾经真水之微也,实者眼目肿痛,肝经风热之甚也,实则散其风热,虚则滋其真阴,虚实相因,则散热滋阴兼之,此内治之法也"。

四家学说虽各有特点,但并未忽略辨证论治的原则,丰富和发展了眼科在病因病机方面的理论和治疗学上的内容。

宋代已有眼镜方面的资料记载,如宋代史沆断狱,于案牍之故暗者,以水晶承目照之则见,认为是眼镜的最初创始。宋宗室赵希鹄所著《洞天清录》中有"叆叇,老人不辨细书,以此掩目则明"。

明清两代是眼科发展的兴盛时期,尤其是明代,对眼病认识的广度和深度方面有较大的发展。明代以后,医家根据临证实际所见,在前人的基础上,分别病种,添列病名,不局限在内外障七十二病的范畴。其中以王肯堂辑《证治准绳》总结分类最为详细,该书七窍门,总结眼病共193种,所载证候与治疗方法极为详尽,几乎收集了肉眼所能察及的眼病的症状、体征及病情变化和转归。对眼底病的自觉症状,进行了较详细的描述。例如对黑睛常见之"凝脂翳证"之描述:"初起如星,色白无㬅,后渐大而变为黄色,始变出㬅者……如凝脂一片,肥浮脆嫩……甚则为窟为漏,为蟹睛,内溃精膏,外为枯凸,或气极有声,爆出稠水而破者。……虽救得珠完,亦带病矣。去后珠上必有白障,如鱼鳞外圆翳等状,终身不能脱,若结在当中,则视昏渺。"又在"蟹睛"症提到"凝脂翳破坏风轮神膏,绽出黑颗,小则如蟹睛,大则如黑豆,甚则损及瞳神,内视瞳神,亦如杏仁枣核状者,极甚则细小无了者"。另在"斑脂翳"症谓"其病是蟹睛收回结疤于风轮之侧……"。又在"瞳神欹侧"中谓"若风轮破损神膏流绽,致瞳神欹侧者,轮外必有蟹睛在焉,蟹睛虽平,而瞳神不得复圆"。可以看出王氏对角膜溃疡临床变化过程观察十分细致。对青光眼的发病过程认识也有可贵的贡献。如"青风内障"中谓"视瞳神内有气色昏蒙,如青山笼淡烟也,然自视尚见,但比平时光华,则昏蒙日进,急宜治之,免变绿色,变绿色则病甚而光没矣"。在"绿风内障"中谓"瞳神气色浊而不清,其色如黄云之笼翠岫,似兰靛之合藤黄,乃青风变重之证,久则变为黄风,虽曰头风所致,亦由痰湿所攻,火郁忧思,忿怒之过……此病初患则头旋,两额角相牵,瞳神连鼻鬲皆痛,或时红白花起,或先左而后右,或先右而后左,或两眼同发,或吐逆……"。在"黄风内障"谓"瞳神已大而色昏浊为黄也,病至此,十无一人可救者"。由于历史条件所限,当时作者不可能凭借仪器检查眼底病变。但王氏能较详细地将一些眼底病患者的自觉症状,进行详尽的描述,计有云雾移睛,视瞻昏渺,坐起生花,萤星满目,暴盲,青盲,视瞻有色,神光自现,黑夜精明,视正反斜,视赤如白,光华晕大等眼底病所具有的自觉症状,并附有病因治则,为眼底病的诊断治疗作出了巨大的贡献。在外眼病方面,凡今日能以肉眼所能检查到的常见病,本书几罗列无遗。在手术方面,用手术治疗斜视为王氏首次提出,在"瞳神反背"中谓"其珠斜翻侧转,白向外而黑向内也,药不能疗,止用拨治,须久久精熟,能识其向人何眦或带上带下之分,然后拨之,则疗在反掌"。本书之末后汇集治眼疾之单方、针灸。并附有前贤"医案"二十八则。《证治准绳》虽非眼科专著,但其中所载眼论,乃自唐《龙木论》以来,在中医眼科发展史中,具有重要的地位。

至清代,对白内障针拨术更有所补充和发展,如《张氏医通》(1695)在"金针开内障论"中提出医生之右手做患者之右眼,针须横过患者鼻梁,称为"过梁针",并指出术中之出血有两,一为针尖划损白睛外膜之血络而出血,二为进针后触着黄仁,而血灌瞳神。在黄庭镜所著《目经大成》中,首先提出进针部位在"风轮与锐眦相半正中插

人，毫发无偏”的精确定位，正好是在睫状体平坦部的中点，经国内外实践证明，是较理想的手术切口部位。书中还详细描述了针拨八法，为审机、点睛、射辐、探骊、扰海、卷帘、圆镜、完璧，使于学者学习和掌握本手术方法。

在清代，对眼与全身病的关系也有了进一步的阐述。如《银海指南》（又称《眼科大成》），其中对十二经主病和各种杂病与眼的关系，如肾经主病，三焦主病，胆经主病等和气、血、痰、食、郁致病，以及伤寒主目疾论，瘟疫兼目疾论，中风兼目疾论，臌胀兼目疾论，黄疸兼目疾论等共35篇，记载均较详细，是论述眼与全身病的代表作。

自清末以来，中医事业日趋凋零，中医眼科亦渐衰落，全国从事中医眼科工作的人，屈指可数，中医眼科的手术和治疗技术，如金针拨白内障手术近于失传。然而有志于中医眼科者，仍编有多种眼科专著问世，如1911年刘廷年辑《眼科金镜》等。此际欧洲医学传入中国已久，医界中用西方医学观点来整理中医眼科书籍，如1936年陈滋编《中西眼科汇通》。

中华人民共和国成立之后，政府制定了正确的中医政策，先后创办了中医研究院、中医学院，系统整理中医基础理论及眼科在内的临床各科。编撰中医眼科统一教材。这些单位大多设有中医眼科或研究室，并培养了大批中医眼科人才和西学中研究人员。中医眼科随着中医事业的兴旺而有所发展，尤其提出用现代科学方法来继承整理发扬祖国医学，如用眼底镜、裂隙灯显微镜、电眼压计等光电检查仪以及生物化学等检查法的应用，扩大和精确了中医眼科的四诊。研究工作中，有用电子计算机整理储存名老中医对角膜炎、角膜溃疡的治疗经验。有用血液化学、血液流变学、电子显微镜研究中医活血化瘀治则，治疗视网膜中央静脉阻塞。有用某些中医眼科外用药，以抑制病毒试验的实验研究来验证中医清热祛风退翳药对病毒性角膜炎的临床疗效。有用病理学观察针拨术切口，按《目经大成》“风轮与锐眦相半正中插人”的眼球组织病理改变等等，阐明中医理论和中医方药的客观科学论据。其中有取得中西医结合科研成果者，如中国中医研究院广安门医院“中西医结合白内障针拨术”的研究。全国眼科名老中医，总结几十年来的临证经验，各抒己见，著书立说，丰富了中医眼科学的内容。如1978年陈达夫著《中医眼科六经法要》，1979年陆南山著《眼科临证录》，1978年庞赞襄撰《中医眼科临床实践》，1978年姚和清《眼科证治经验》，1980年整理汇编有《韦文贵眼科临床经验选》等书，尚有中西医结合之论著各省均有出版，这些著作，均起到承前启后，推陈出新，推进了中医眼科的发展，亦丰富了现代医学内容。

中医工作者以“振兴中医”为己任，各省市通过举办中医眼科培训班、进修班，大力培养眼科人才，壮大眼科队伍，中医各医疗单位增设中医眼科临床科室，有条件的地方，成立中医眼科的研究单位，设立学术交流的办事机构，创办有关刊物，促进研究工作的进展。对常见病、多发病，特别是部分疑难病，要组织科研协作，利用现代科学设备和手段，深入开展研究，经过一个时期的努力，中医眼科学将以崭新的成就，对防盲治盲工作做出重大贡献。

耳鼻咽喉口腔科学

中医领域中研究耳、鼻、咽、喉、口、齿、唇、舌各器官的正常生理及疾病现象和防治的医学科学，称之为耳鼻咽喉口腔科学。它在诊断方面注重局部辨证与全身辨证相结合，具有整体观的特点，在治疗方面注重内治与外治相结合。

耳、鼻、咽、喉、口、齿、唇、舌各器官，通过经络与脏腑相联系，因此，这些器官与脏腑的功能紧密相关。例如肾气通于耳，肾和则耳能闻五音；肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭；心气通于舌，心和则舌能知五味；脾气通于口，脾和则口能知五谷。脏腑的病变，有时可以在这些器官上表现出来，而这些器官的疾病亦可影响有关脏腑的功能。临床上常见肾虚患者有耳鸣、耳聋、眩晕、牙齿动摇脱落、鼻流清涕不止、口疮反复发作等症状；乳蛾实热证的患者，除有咽痛、喉核红肿有脓等局部表现外，还可伴有高热、面赤、口臭、腹胀、大便秘结等胃腑热结的证候。此外，这些器官同位于头面部，位置毗邻，彼此通连，在生理上和病机上联系密切。例如语音的发出与鼻、咽、喉、口、齿、唇、舌等都有关系。又如风热犯肺，可以同时有鼻塞流涕、咽痛、声嘶、咳嗽、耳堵塞感、耳鸣、耳聋等多个器官病变的症状。另外，有些本科所出现的症状，是与他科疾病密切有关的，如鼻衄症，既可因损伤、外邪、气候变化等因素作用于鼻部而产生，亦可见于其他科的疾病，如伤寒太阳病的红汗和妇科的逆经。

中医耳鼻咽喉口腔科学对疾病的诊治遵循辨证施治的原则，运用局部与全身相结合的辨证方法，根据病情不同而采用不同治法。例如风热乳蛾，初起时症见咽痛、发热、恶寒、头痛、身痛、喉核红肿，舌红、苔白或黄，脉浮数，乃风热犯肺，应用疏风清热利咽之法；若咽痛加剧，出现高热、口渴引饮、口臭、腹胀、便秘，喉核红肿有脓，舌红、苔黄厚干，脉洪数等症，乃邪热传里、胃腑热盛，则应用清热解毒、利膈通腑之法。又如对于口疮，其证有阴虚、阳虚之不同，故治法有滋阴降火与温中祛寒之差异。还有，重视局部用药与全身用药相配合，是本科的特点之一，不少耳道滴药、纳药、吹药，鼻腔滴药、嗅药、纳药，咽部吹药、口腔含药、漱药、蒸气吸入药，以及皮肤粘膜的外涂敷贴药的各种治法，有着良好的疗效。针灸、穴位指压止痛、擒拿、提刮、刺割排脓、烙治、按摩和导引等治疗方法，亦分别应用于本科各种疾病的治疗。

中医对耳鼻咽喉口腔疾病的研究有悠久的历史。夏商时代人们对耳鼻口齿舌喉等疾病已有初步的认识，例如甲骨文中的“龋”字即表示了牙齿因虫蛀而发生了窟窿

的意思,即是后世所称的龋齿病。"𤕫"即鼻病的意思,并在卜辞中还载有"贞旨自病"(自者鼻也)、"贞病耳"、"贞病舌"、"贞病口"等记载。

西周时代的《礼记·月令》记载:"季秋行夏令,时其国大水,冬藏殃败,民多鼽嚏。"并载有"喑"病。《左传》有"耳不听五声为聋"、"既聋以昧",这是耳聋最早定义。《山海经·西山经》里载有治疗耳鼻咽喉疾病的药物,如"文茎,其实如枣,可以已聋"。

春秋战国时期,《黄帝内经》论述了耳、鼻、咽、喉、口腔的生理、经络、病机和治疗,总结了前人的医疗经验和理论知识,认识到耳鼻咽喉口腔不是孤立的器官,而是与五脏六腑有着密切的关系,如肾主耳、肺主鼻、咽为胃系,喉为肺系,脾主口,心主舌等,为耳鼻咽喉口腔科学奠定了理论基础。《难经》对耳、鼻、咽、喉、口腔解剖有进一步的论述,如《难经·四十二难》说:"口广二寸半,唇至齿长九分,齿以后至会厌深三寸半,大容五合,舌重十两,长七寸,广二寸半。""咽门重十二两,广二寸半,至胃长一尺六寸。""喉咙重十二两,广二寸,长一尺二寸,九节。"并载有耳、鼻、咽、喉、口腔解剖部位名称,达23个之多,可见当时对耳鼻咽喉口腔已有了初步的解剖认识。据《史记·扁鹊仓公列传》记载:"扁鹊名闻天下……过雒阳闻周人爱老人,即为耳目痹医。"可见扁鹊当时也从事五官疾病的治疗。"耳目痹医"可认为是五官专科的滥觞。

《神农本草经》问世,其中论及治疗耳、鼻、咽、喉、口、齿、唇、舌疾病的药物有50多种,这些药物大多沿用至今。汉代名医华佗,曾用大蒜、白矾治愈咽部重患的病人。东汉末张仲景的《伤寒杂病论》,对耳鼻咽喉口腔科的发展有很大影响,例如少阴咽痛一证,《伤寒论》分别用猪肤汤、甘草汤、桔梗汤、苦酒汤、半夏散及汤等方药辨证治疗。又如在《金匮要略》中对"妇人咽中如有炙脔"证,即后世所称"梅核气",用半夏厚朴汤治疗。此法被沿用至今。该书还载有用皂荚末吹入鼻内和用韭菜汁滴人鼻内以抢救危重病人的方法,可以说是吹鼻法和滴鼻法的最早记载。《淮南子·氾论训》中,曾提到"喉中有病,无害于息不可凿也"。这是对手术提出审慎的要求。

此外,张仲景还著有《口齿论》一卷,现已佚。在《金匮要略》中记载了以"雄黄、葶苈二味、末之,取腊月猪脂溶,以槐枝绵裹头四五枚,点药烙之"。此即失活牙髓的方法,是中国在口腔医学方面的重要贡献之一。汉墓出土的《五十二病方》中记述了治疗口腔疾患的"齿脉及其循行过程。还叙述了用榆皮、美桂及其他几种药物填充牙齿的方法,这可以说是中国最早的牙齿填充术。

葛洪的《肘后备急方》载有耳道异物、气道异物和食道异物等病的处理方法,例如吞食韭菜或薤取食道鱼骨刺或金属异物。晋代皇甫谧著《针灸甲乙经》详细记载耳、鼻、咽喉、口腔疾病的针灸疗法。嵇康的《养生论》中谈到"齿居晋而黄"的情况,可能是慢性氟中毒在牙齿方面的表现,现称为氟牙症(斑釉)。至晚在晋代,已有文字记载,表明中国已能做唇修补术,并提出要用流质饮食和禁止谈笑等注意事项。此时还有拔牙致死病例的记载,如谓温峤在42岁时因拔牙引起中风而卒。

隋代巢元方等人所撰《诸病源候论》,分设耳鼻咽喉口腔专卷,列举70候。连同散在其他各分卷者,全书共有130多候。书中把小儿耳鼻咽喉作了专卷论述,对病源、证状的辨析甚详,表明其时已注意到小儿的生理特点。例如脓耳治疗不当,可引起严重的并发症,即后世所称的黄耳伤寒(颅内并发症)。在其耳疼痛候中说:"凡患耳中策策痛者,皆是风入于肾之经也。不治,流入肾,则卒然变脊强背直,成痉也。若因痛而肿生痈疖,脓溃邪气歇,则不成痉。所以然者,足少阴为肾之经,宗脉之所聚,其气通于耳,上焦有风邪,入于头脑,流至耳内,与气相击,故耳中痛。耳为肾候,其气相通,肾候腰脊主骨髓,故邪流入肾,脊强背直。"这是从病证、病因、病机变化与脏腑经络关系,详细分析论述脓耳病证的发生和发展的机理。

《证类本草·玉石部》引《唐本余》银膏条云:"其法以白锡和银薄及水银合成之,亦甚补牙齿缺落,又当凝硬如银。"这是五代以前有关用汞合金充填牙齿的内容。唐代孙思邈所著《千金要方》、《千金翼方》,将鼻、喉、耳、口、齿、舌、唇病列为七窍病,收集治疗方法甚多(计有300余首,灸法14首),此外还列举通九窍、衄血、耳聋、坚齿、口疮等5个专题。在治疗方法上有内治、外治、手术、针灸、导引及食疗等,较为全面地介绍了耳鼻咽喉口腔病的治疗方法,并有用烧烙法治疗咽喉疾病的记载。王焘的《外台秘要》,治耳鼻喉口腔方药约400首,更为全面地介绍耳鼻喉口腔各种治疗方法。在唐代的医学教育,政府设立"太医署",内有耳目口齿科,这是耳鼻咽喉口齿科独立设科之始。

宋元时期,北宋的《太平圣惠方》、《圣济总录》、《太平惠民和剂局方》等官修医书,对耳鼻咽喉口腔疾病各设分卷,述其病因病机、辨证治疗、方药等内容。《太平圣惠方》中的:"治牙齿非时脱落令牢定铜末散"以及《圣济总录》中的"治牙齿摇落复安令着坚齿散方"都是中国在10世纪所实录施行的牙齿再植术。此外宋代也已有了人齿修复术。关于牙刷的应用,在宋代也比较普遍,如陈自明《妇人大全良方·产后将护法第一》中,就有"不得刮舌、刷齿及就下低头,皆成血逆、血运"的记载。宋代其他著名医家的著作中也记有许多有关的内容。如陈言《三因极一病证方论》、严用和《济生方》、杨士瀛的《仁斋直指方》等等,分别有耳、鼻、咽喉、口、齿、唇、舌等卷。这些医家结合个人经验,提出了一些新的内容。宋代还有《咽喉脉证通论》1卷,是较早的一本咽喉科专著。洪遵《洪氏集验方》载:"治鼻衄不可止欲绝者……常人以线勒颈后,尚可止衄。"可见其时已知用压迫颈外动脉的方法止住鼻大出血。沈括《梦溪笔谈》十三卷中谓:"世人以竹木牙骨之类为叫子,置人喉中吹之,能作人言,谓之颡叫子。尝有

病痔者,为人所苦,烦冤无以自言。听讼者试取叫子令颡之,作声如傀儡子,粗能辨其一二,其冤获伸。"这是有关人工喉的最早记载。

宋代医学教育的发展,医学分科更为精细。太医局中分9科,内有口齿咽喉科。到元代,咽喉和口齿被分为两科。分科向精细的方向发展,说明学科发展的水平有了进一步的提高。

金元时代,张子和在《儒门事亲》里,首先提到使用纸卷成筒,放入口内,再用筷子缚小钩,把误吞的铜钱取出,这是内腔镜钳取异物的原始方法。窦材《扁鹊心书》及窦汉卿《疮疡全书》所记切开排脓治疗咽喉痛、牙痛的方法,扩大了手术治疗。《世医得效方》对咽喉疾病的诊断分症更为详善,且在《儒门事亲》首立"喉风八症"的基础上补充为"喉风十八症"。当时,人们更加注意口腔的清洁卫生。元代饮膳太医忽思慧在《饮膳正要》中主张睡前刷牙或用盐刷牙。书中载:"清旦刷牙,不如夜刷牙,齿疾不生。"又说:"清旦盐刷牙,平日无齿疾。"用盐刷牙是中国治疗牙周病的有效方法。

明代耳鼻咽喉口齿科在此时期取得不少新的成就,如朱橚的《普济方》,论述耳鼻咽喉口腔科共18卷,分耳门、鼻门、咽喉门、舌门、口门、牙齿门等6门,收集前人经验,阐述详细,内容丰富为前所未有,对本科的发展有着重要的意义。明代治疗耳鼻咽喉科的药物也不断地增多。李时珍《本草纲目》载药1 892种,其中可用于治疗耳鼻咽喉口腔者达1千余种之多。王肯堂《证治准绳》中,立七窍门,分耳、鼻、口、齿、唇、舌、咽喉,分科详述与脏腑经络的关系,病因病机、辨证治疗。本科的治疗方面也有不少创举,如陈实功的《外科正宗》载有取鼻痔法"先用回香草散,连吹两次,次用细铜箸2根,箸头钻一小孔,用丝线穿孔内,两箸相离5分许,以两箸头直入鼻痔根上,将箸线绞紧向下一拔,其痔自然拔落……用头胎发烧灰,同象牙末等分吹鼻内,其血自止"。这与现代鼻息肉摘除术原理和方法基本相同。《杂病源流犀烛》卷二十三引《保生秘要》治耳内胀塞的导引法为:"定息坐,塞兑,咬紧牙关,以脾肠二指捏紧鼻孔,睁二目,使气串耳、通窍内,觉哄哄然有声,行之二、三日,窍通为度。"此即耳咽管自行吹张法。《景岳全书·杂证谟·耳证》载有:"凡耳窍或损或塞、或震伤,以致暴聋,或鸣不止者,即宜以手中指于耳窍中轻轻按捺,随捺随放,随放随捺,或轻轻摇动,以引其气,捺之数次,其气必至,气至则窍自通矣。"此即鼓膜按摩术。明代除了用马尾牙刷之外,还出现了棕制牙刷,高濂的《遵生八笺·起居安乐笺》说:"漱齿勿用棕刷,败齿。"

清代的耳鼻咽喉科承接了前人经验,对证分类细致,病因辨证施治论述详细,治疗方法多种多样,诊治内容更趋丰富。此时期的特点是专科医著多,喉科医著尤为丰富。如《医宗金鉴》内容丰富,载有耳鼻咽喉疾病40余种,并附有绘图说明。对耳内肿物,书中指出了有耳痔、耳蕈、耳挺的鉴别诊断。在不少医书中对脓耳辨证分类亦甚详尽。清政府组织编写的《古今图书集成·医部全录》,广泛收集汇编前人著作中有关耳鼻咽喉的资料,分设咽喉门、鼻门、耳门、舌门、齿门等门。嘉庆道光年间,疫喉流行,对咽喉疾病的研究和防治,有了较快的发展,出了不少喉科名医,具有特色的喉科专著陆续问世。据不完全统计,此时喉科专著约有60余种,其中疫喉专著约有50种,将喉科发展推向高潮。这些专著对病证分类细致,病因辨证施治论述详细,治疗方法多种多样。如张宗良《喉科指掌》列症72种,吹药12种;郑梅涧《重楼玉钥》记述喉风36症,除内服外吹药,着重针灸治疗。在疫喉和白喉的专著中,整理了临床经验,提供了较为完善和有效的治疗方法。清代曹庭栋《老老恒言》云:"骏刷不可用,伤辅肉也,是为齿之祟。"他们指出用植物棕或马鬃制的牙刷刷牙,都会伤害齿龈组织,表明当时对牙龈的保健,已十分重视。顾世澄在1686年提出修补唇裂时,要在涂布麻药之后,再开刀切皮,并以锈花针穿线缝合,待肌肉生满之后拆线,可见当时的唇裂修补术已达到相当高的水平。梁玉绳的《白士集》谓:"今市肆有补齿铺,悬牌云镶牙如生,盖宋以来有之。"并提到"《七修类稿》有种齿说,与今补齿不同",将补齿与齿牙再植术相区别。这说明中国在齿牙修复方面,已经达到相当先进的水平。

清代医学分科,由明代13科,减为11科,咽喉与口齿合并。由于疫喉的流行,民间逐渐发展独立出专门的喉科。

中华人民共和国成立之后,党和政府十分重视人民卫生事业。1956年以后,全国各地相继开办了中医学院,各院校陆续设立眼喉科教研组,并开设专科门诊,以后逐步发展成为五官科。随着分科的发展,又成立耳鼻喉科,包括口腔在内。在对历代有关文献进行整理的基础上,有关单位先后出版了全国统一教材(已6版)、教学参考资料及学习丛书,丰富和完善了本学科内容。同时,各医学家亦编写了一些专著和发表了许多总结本科临床经验的论文,对继承和发扬中医学遗产起了积极的作用。

针灸学

针灸学是中医学的一个专门学科,是整理研究针灸医疗技术,及其临床应用规律和基础理论的一门科学。

中医学医疗技术,分内治法和外治法两大类。针灸是最常用的外治法,被广泛地应用于临床各科,在中医学里占有很重要的地位。《素问》中提到的"微针治其外,汤液治其内"和"当今之世,必齐毒药攻其中,镵石针艾治其外",均表明针灸与药治同样重要。针灸医疗技术包括针法、灸法和后世发展的各种腧穴特种疗法。针法是以针形工具,刺入或按压腧穴或患病部位的医疗保健方法。灸法是以燃着的艾绒或其他可燃材料,温烤或烧灼腧穴或患病部位的医疗保健方法。两者都是根据中医基本理

论进行辨证论治,依据经络学说选穴施术,在临床中又经常配合使用,所以自古以来就被相提并论,合称为"针灸"。随着中医学的发展,针灸方法与技术不断丰富,针灸的涵义也相应扩大。古代的药物薄贴和拔罐疗法,逐渐发展为选穴施术。现代科学技术的兴起,又使得电、磁、激光、红外线、微波等成为刺激腧穴的手段,从而形成了一套如腧穴电疗、腧穴磁疗、腧穴激光照射、腧穴红外线照射和腧穴微波辐射等有别于传统针灸操作的腧穴特种疗法。与此同时,针法灸法也得到了相应发展:有的在针刺火灸的基础上又辅以其他性质的刺激,如温针、火针、电针和穴位注射等;有的不一定选穴施术,往往根据相邻腧穴的共性选区施术,如梅花针疗法和温灸疗法等。因此就今日的针灸学术而言,凡是以针刺火灸为基本形式的医疗方法,或者是按着腧穴施术的各种物理化学疗法,都属于针灸医疗技术范围。

针灸是中华民族的一项伟大发明,历史悠久。最初它只是古代医学中的一个重要医疗手段。后来才发展成为专门学科。

针灸的起源　针灸起源于中国原始社会的氏族公社制度时期。这个时期大约从4万年前一直延续到距今4000年前。古代有些关于针灸起源的传说。如公元3世纪,皇甫谧《帝王世纪》说,伏羲氏"尝味百草而制九针"。罗泌《路史》说,太昊伏羲氏"尝草治砭,以制民疾"。皇甫谧《针灸甲乙经》又说:"黄帝咨访岐伯、伯高、少俞之徒……而针道生焉。"这些传说中提到的伏羲和黄帝,他们都是原始氏族公社制度时期的代表人物。

距今2000多年前的古书中,经常提到原始针具是石器,称为"砭石"。如《左传》记载,公元前550年臧孙氏提到"美疢不如恶石"。这里提到的"石",就指的是砭石(2世纪服虔注)。《素问·宝命全形论》说:"制砭石小大。"5—6世纪的全元起注:"砭石者,是古外治之法,有三名,一针石,二砭石,三镵石,其实一也。古来未能铸铁,故用石为针。"最初的砭石,本是刺痈排脓放血的工具,后来发展到治疗多种病证。汉代《说文解字》说:"砭,以石刺病也。"应用砭石治病,符合原始时代广泛使用石器的特点。大约在旧石器时代,先民们就懂得了使用尖状器和刮削器之类的打制石器,刺破痈疡,排出脓血,缓解病痛。距今8000年前,进入了新石器时代。由于掌握了磨制精巧石针的技术,遂产生了专门的医疗工具砭石,并进一步发展了砭石的用途。中国曾在内蒙古多伦县和山东省日照县的两个新石器时代遗址里分别发现过砭石。这就为针砭的起源提供了有力的证据。

据《素问·异法方宜论》记载,砭石治病来源于中国东部沿海一带以渔业为主的民族,灸疗法来源于中国北部以畜牧为主的民族。北部地区气候寒冷,人们离不开烤火取暖,加上他们野居乳食的生活习惯,容易患腹部寒痛和胀满等症,非常适于热疗,如此经过长期积累经验,创造了灸法和熨热疗法。

针灸经验的早期积累　夏、商、西周、春秋时代(公元前21世纪—公元前476),人们积累了越来越多的医药保健知识。据古文字学家考证,甲骨文中的"殷"、"伊"、"尹"等字,都象形针刺。特别是春秋时期,由于医巫分立,加快了医疗经验的积累。

在这个时期,砭石仍然是治病的主要工具,《左传》中就保存着公元前550年提到砭石的文献记录。由于炼铜技术的进步,出现了青铜医针。关于艾的记载,最早见于《诗经》。春秋时期的名医医缓与医和,均擅长刺灸技术。公元前581年,医缓诊断晋景公病入膏肓时,就曾指出:"攻之不可,达之不及,药不至焉,不可为也。"据汉、晋时人的解释,这里的"攻"字指的是火灸,"达"字指的是针刺。

针灸基础理论的产生　从战国到西汉(公元前475—公元24),生产力的提高和社会制度的变革,促进了医药学从经验向理论高度深化。

随着铁器的推广应用,砭石经过了一个同金属医针并用的阶段以后,逐步被金属医针所取代,从而扩大了针刺医疗的实践范围,使针灸学术飞跃发展。据《灵枢》记载,当时的金属医针有9种不同形状和用途,称为"九针"。其一为镵针,长1.6寸,针头大而末端锐利,宜于浅刺泄热。其二为圆针,长1.6寸,针身粗大,末端呈卵圆形,用以按摩分肉。其三是鍉针,长3.5寸,针身较粗,末端圆如黍粟,宜于按脉候气,治疗脉气虚少等证。其四为锋针,长1.6寸,针身较粗,末端呈三棱形而且锐利,宜于泄热出血。其五铍针,长4寸,宽2.5分,形如剑锋,宜于破痈肿排脓血。其六圆利针,长1.6寸,圆而且锐,针身中部微粗,用以治暴痹。其七毫针,长1.6寸或3.6寸,末端象蚊虻的口器一样尖锐,宜于治寒热痛痹在经络者,能补正散邪。其八长针,长7寸,末端锐利,用以取深邪远痹。其九大针,长4寸,针身较粗,末端微圆,用以治疗关节水肿。1968年在河北满城的西汉刘胜墓(公元前113)中出土过4根金针和5根残损的银针,为我们展示了古代九针的一部分原形。这个时期的灸法,都是应用艾炷施行的烧灼灸法。

战国到西汉时期的医家都掌握多种医疗技术。如战国初期的杰出医学家秦越人(扁鹊),通晓临床各科,应用针砭、火灸、汤液、按摩和热熨等多种疗法给人治病。他曾刺"三阳五会"(或作"三阳五输"),急救一位患尸厥证而病势垂危的太子,被载入史册。西汉初期著名医学家淳于意,擅长针灸和药治。《史记》收载他对25人的诊疗记录,其中就有4人用过刺灸法。

战国时期开始了对医药学的总结,出现了一些医药方面的专门论著。关于针灸方面的有《针论》(或作《九针》)、《刺法》、《石神》和《经脉》等,遗憾的是均已散失。1973年,在长沙市马王堆三号汉墓出土的帛书中,有两种经脉专著,都是撰于先秦,反映了经络理论的早期面貌。《汉书·艺文志》著录的西汉末期之前医书颇多,但流

传至今的只有《黄帝内经》。包括《灵枢》(原名《九卷》或《黄帝针经》)和《素问》两部分。该书内容以针灸为主要医疗技术,也是针灸学的基础理论。在这个时期,还出现了《黄帝八十一难经》和《明堂孔穴针灸治要》(已佚)等书,补充了《黄帝内经》的某些不足,进一步充实了针灸学基础理论。

针灸学术体系的形成 东汉到三国时期(25—265),中国医药学又经历了一次总结,针灸学术体系随之形成。

东汉初期的涪翁著有《针经》(已佚)。其弟子程高和程高的弟子郭玉等人,都是长于针灸和药治的名医。郭玉上张针刺"随气用巧",取穴和刺法都要求精确。汉末名医华佗,每当针灸,取穴不过一两处,特别注意针刺得气和针感传导,并著有《枕中灸刺经》(已佚)。杰出医学家张仲景的《伤寒杂病论》中,也多次提到了刺灸、烧针和温针等法,注意针药结合和辨证论治。三国时期,魏国的曹翕著有《曹氏灸方》(已佚)。吴太医令吕广著《玉匮针经》和《募腧经》(均佚)。

在这个时期,虽已有了针灸学基础理论,但腧穴名称和定位仍莫衷一是。如甘肃省武威县出土的东汉医简,竟把足三里定在"膝下五寸";吕广把太仓(即中脘)定在"脐上三寸";华佗取背俞穴皆"侠脊相去一寸"。诸穴部位,无一与后世相同。就连《素问》、《黄帝针经》和《明堂孔穴针灸治要》这三部托名黄帝的著作,在长期流传中,也已经"有所亡佚","错互非一",不成系统。鉴于此,魏晋的著名医学家皇甫谧在魏甘露间(256—260),将这三部著作的针灸内容汇而为一,去其重复,撰成《针灸甲乙经》一书。全书共收349穴,分为12卷128篇,按脏腑、气血、经络、腧穴、脉诊、刺灸法和临床各科病证针灸治疗为次序加以编纂,成为一部最早的体系比较完整的针灸专书。由于该书将中医基础理论同针灸临床密切结合起来,其完整性和系统性远远超出当代其他各家,从而提高了黄帝明堂针灸学派的学术地位(明堂本是帝王宣布政教的场所。《素问》记载黄帝坐在明堂向雷公传授经络和腧穴。后世遂将有关经络腧穴的图书或模型称之为"明堂"),对后世针灸学术的发展影响巨大。

针灸经验的继续积累 两晋、南北朝时期(265—581),战乱相继。针灸特点就在于方便,医家也就在动荡不安的社会环境中多加提倡。晋代名医葛洪撰《肘后救卒方》普及医药知识,其中多为针灸治法,不书穴名,只介绍简易确定穴位方法。葛洪之妻鲍姑,专以灸治法而闻名。晋末到南北朝的徐熙家族,累世精于医术;徐秋夫、徐文伯和徐叔向等都是针灸史上的有名人物。

这个时期,针灸专著明显增多,且出现了针灸腧穴图,如《偃侧图》和《明堂图》等。不同学派的分岐,主要反映在腧穴名称和定位方面。这时除了有黄帝明堂针灸学派以外,还有扁鹊针灸学派,取穴及名字即大有不同。刘宋的秦承祖和北齐马嗣明等所用的针灸腧穴,也不同于黄帝明堂。

针灸成为专门学科 隋至初唐时期的名医甄权和孙思邈,都精通中医各科。甄权著有《针方》、《针经钞》和《明堂人形图》等(均佚)。鉴于晋、南北朝以来诸家腧穴名称与定位混乱,旧《明堂图》年代久远,传写错误,唐政府在贞观年间(627—649)组织甄权等人进行校订明堂图经工作。孙思邈撰有《备急千金要方》和《千金翼方》等书传世,广泛地收入了前代各家的针灸临床经验,并绘制了《明堂三人图》,"其十二经脉五色作之,奇经八脉以绿色为之,三人孔穴共六百五十穴",成为历史上最早的彩色经络腧穴图(佚)。此外,唐代杨上善撰《黄帝内经明堂》(7世纪),进一步订正并发展了黄帝明堂的学术内容。王焘编撰的《外台秘要》大量采录了诸家的灸治经验。

这个时期针灸专著更加增多,出现了针对专病的著作。约如唐代崔知悌撰《骨蒸病灸方》,专门介绍灸治痨病方法。刊于唐咸通三年(862)的《新集备急灸经》,是中国最早雕版印刷的医书,专论急证的灸治法。唐初,针灸发展成为一门专科,开始有了"针师"和"灸师"等专业称号。唐太医署掌管医药教育,分设4个医学专业和1个药学专业。针灸是医学专业中的1个,设针博士1人,针助教1人,针师10人,针工20人,针生20人。针博士掌教针生以经脉孔穴,使识浮沉滑涩之候,又以九针为补泻之法。

针灸学派辈出 五代、辽、宋、金、元时期(907—1638),印刷术的广泛应用,促进了医药学文献的积累,加快了医药学的传播与发展进程。在北宋政府的支持下,著名针灸家王惟一重新考订黄帝明堂,厘正了腧穴的位置及所属经脉,增补了腧穴的主治病证,于1026年撰成《新铸铜人腧穴针灸图经》,雕印刻碑,由政府颁行。1027年,王惟一设计并制成两具铜人模型,外刻经络腧穴,内置脏腑,作为教学和考试针灸师之用。这些成就和措施,进一步确立了黄帝明堂在针灸学术领域的主导地位,促进了经络腧穴理论知识的统一。南宋针灸家王执中撰《针灸资生经》,既遵黄帝明堂,又重视实践经验,包括民间经验,对后世颇有影响。元代名医滑寿考订经络循行及其与腧穴的联系,著《十四经发挥》(1341),进一步发展了黄帝明堂的经络腧穴理论。

这时期长于针灸的名医很多,著作也颇为丰富。有些医家在黄帝明堂基础上,侧重发展某一个方面的理论和技术,形成了不同针灸学派。如北宋吴复珪撰《小儿明堂针灸经》(佚),南宋闻人耆年撰《备急灸法》,以及元代胡元庆撰《痈疽神秘灸经》等,都体现了针灸在其他各科的深入发展。窦材著的《扁鹊心书》,极力推崇烧灼灸,每灸数十壮乃至数百壮;为防烧灼痛甚而采用"睡圣散"进行全身麻醉。金代何若愚和撰《子午流注针经》的阎明广,提倡按时取穴法。金元名医窦汉卿既推崇子午流注,又提倡八法流注按时取穴。金代马丹阳对少数重要腧穴深入研究,用以治疗多种病证。南宋庄绰撰《膏肓腧穴灸法》,提出一穴治多病的观点。

中国少数民族对针灸学术发展同样做出了贡献。如辽代吐谷浑族名医直鲁古撰《针灸书》(佚)。元代蒙古族翰林学士忽泰必烈撰《金兰循经取穴图解》(佚)。

针灸发展的高潮与低潮　明代至清代的鸦片战争时期(1368—1840),中国医药学继续发展。

针灸学术在明代发展到高潮,流派更多,研究的问题更加深入和广阔。明初的陈会、中期的凌云和后期的杨继洲,都是驰名全国的针灸学家,对针灸学术发展颇有影响。明代的主要成就有:①对前代的针灸文献进行了广泛的收集整理,如《普济方·针灸门》(1406)、徐凤的《针灸大全》(15世纪)、高武的《针灸聚英发挥》(1529)、在杨继洲著作基础上增辑而成的《针灸大成》(1601)、吴昆的《针方六集》(1618)和张介宾的《类经图翼》(1624)等,都是汇总历代针灸文献的著作。②针刺手法的研究,在单式手法基础上形成了20多种复式手法,并围绕手法等问题展开了学术争鸣,汪机的《针灸问对》(1530)就是争鸣的代表作。③灸法从用艾炷的烧灼灸向用艾卷的温热灸法发展,后来发展为加药的"雷火针法"和"太乙针法"。④对于历代不属于经穴的针灸部位进行了整理,形成"奇穴"一类。

迨至清代,医者重药轻针,针灸逐渐转入低潮。吴谦等人奉敕撰《医宗金鉴·刺灸心法要诀》,以歌赋和插图为主。李学川撰《针灸逢源》(1817),强调辨证取穴,针药并重。还有一些著述,亦多较浅薄,影响不大。公元1822年,清王朝竟以"针刺火灸,究非奉君之所宜"为理由,命令将太医院针灸科永远停止。

针灸事业的停滞与新生　1840—1949年中国沦为半殖民地半封建社会,针灸学术的发展更遇到严重阻碍。西方医学传入中国后,有些人竭力排斥和贬低中国医药学,有人甚至污蔑针灸是"医疗上的折磨",把医针叫做"致死的针"。从1914年开始当时政府曾多次提出要废止中医,并采取了一系列限制中医的措施,造成了中医事业的停滞,当然包括针灸事业在内。

由于广大群众需要针灸治病,所以针灸仍在民间继续流传。许多针灸医生为了保存和发展针灸学术,成立针灸学社,编印针灸书刊,开展函授教育,取得一定成效。近代针灸学家承淡安为振作针灸学术做出了贡献。这个时期除了继承古代针灸学术以外,还开始了用近代科学知识和技术提高针灸的尝试。1899年刘锺衡撰《中西汇参铜人图说》,在针灸学史上开创了汇通中西的先例。1934年唐世丞等发表的《电针学之研究》,是中国应用电针疗法的开端。

1945年4月,延安白求恩国际和平医院开设针灸门诊,是中国针灸第一次进入综合性医院。1947年,济南军区卫生部编印《实用针灸学》。1948年,华北人民政府卫生部所属卫生学校开设针灸班。所有这些工作,在解放区医务人员中播下种子,促进了西医对针灸学术的了解。

针灸学术的复兴　1949年中华人民共和国成立之后,采取一系列措施发展中医事业,使针灸学术得到了前所未有的普及与提高。1951年7月,卫生部直属的针灸疗法实验所成立。该所到1955年成为中医研究院针灸研究所。以后,一些省、市、自治区陆续建立了中医药研究机构,设置针灸研究室;少数省、市还建立了针灸研究所。各地中医学院设有针灸教学研究室或针灸系。许多城市医院设立了针灸科。公社医院也都开展起针灸医疗工作。不少西医学院校和研究机构,也把针灸列入教学课程和科研项目。

在认真继承发掘古代针灸学术的基础上,应用现代科学知识和方法进行研究,是中国现代针灸研究的特点。50年代前期,主要是整理针灸学基础知识,观察针灸适应证,用现代论著方法阐述针灸学术体系。50年代后期到60年代,专题深入地总结古代针灸文献,比较广泛地进行针灸临床总结,进行了针刺麻醉的研究和推广针刺麻醉在临床中的应用,并且开展实验研究,观察针灸对各系统各器官功能的影响,研究针灸的基本作用。70年代以来,从外科手术学、麻醉学、神经解剖学、组织化学、痛觉生理学、生物化学、心理学和医用电子学等多方面开展针麻临床和针刺镇痛机制的研究;又以研究循经感传为契机,从不同角度研究经络现象探究实质,以及腧穴与针感,腧穴与脏腑相关等理论问题。当时中国的针灸研究成就,包括对古代遗产的整理、临床的实际效果,以及用现代科学方法进行的理论研究,都居于国际前列。

针灸学术向国际的传播　6世纪时针灸传到朝鲜。梁武帝在541年派医师和工匠赴百济。朝鲜的新罗王朝在693年设博士教授针生。针灸传向日本也是在6世纪。562年中国以《针经》赠日本钦明天皇。562年吴人知聪携《明堂图》等医书赴日。7世纪时,日本多次派人来中国学医,学习针灸。702年日本颁布大宝律令,仿唐代的医学教育制度,设置针灸专业。中国针灸传到朝鲜和日本以后,一直被他们作为传统医学的重要组成部分流传至今。随着中外文化交流针灸也传到东南亚及印度大陆。6世纪时敦煌人宋云曾将华佗治病方术介绍给印度北部的乌场国。14世纪,针灸医师邹庚到越南为诸王侯治病,被誉为"神医"。在朝鲜、日本、斯里兰卡和越南等国,也同中国一样简易灸法成为民间长期流传的医疗方法。针灸传到欧洲开始于16世纪。以后在欧洲,从事针灸工作的逐渐增多。法国成为欧洲传播针灸学术的主要国家。

中华人民共和国成立之后,扩大了中国针灸学术对国际的影响,加快了对外传播。在50年代就曾帮助苏联和东欧国家的一些医师学习针灸。自1975年以后,又应世界卫生组织的要求,在北京、上海、南京举办国际针灸班,为许多国家培训了针灸人才。当前世界上已有120多个国家和地区有了掌握针灸的医务人员。有些国家还开展了针灸教学和科学研究,并取得了不少成绩。中国自1979年5月成立中国针灸学会以来,加强了同各国针

灸学术组织的联系与学术交流。1987年11月,由中国主办筹建的世界针灸学会联合会在北京宣告成立,进一步促进了国际针灸事业的发展。

推拿学

阐述、研究推拿的临床应用及其治疗原理的一门学科称为推拿学。推拿,是在人体体表上运用各种手法以及作某些特定的肢体活动来防治疾病的中医外治法,具有疏通经络,滑利关节,调整脏腑气血的功能,增强人体抗病能力等作用。

推拿有“按摩”(《灵枢·九针论》)、“按蹻”(《素问·异法方宜论》)、“乔摩”(《灵枢·病传》)之称。在其他古代文献中,又有“挢引、案扤”(《史记·扁鹊仓公列传》)、“矫摩”(《说苑》)等名称。在明代张介宾《类经》注释和龚云林《小儿推拿秘旨》中,开始采用“推拿”这一名称。目前,在中国有的地区称推拿,有的地区称按摩。

推拿在长期的发展历史中,已形成了一门以中医理论为基础,有系统的独特治疗规律的学科。推拿学的基本理论是阴阳五行、气血津液、脏腑经络等学说。近年来,结合现代的人体解剖生理学,来诊察疾病,重视辨证和辨病的结合。

推拿起源,可能萌发于人类的自我防护本能。原始社会人类在繁重而艰苦的劳动生产过程中,经常发生损伤和病痛,会不自觉地用手抚摸伤痛局部及其周围部位。原始人就从体会中积累了经验,由自发的本能发展到自觉的医疗行为,再经过不断的总结、提高,就成为一门古代的推拿医术。根据近人对甲骨文“[illegible]”字的研究:“[illegible]”表示人,“[illegible]”表示人腹部有病,“片”表示病人所卧之床,“[illegible]”表示手,“[illegible]”则表示古代人患腹部疾病,用手按摩进行治疗。这说明,古代人患病后,首先采用按摩治疗。现代有学者根据古代殷商地处中央,又依照《素问·异法方宜论》导引按蹻从中央来的说法,提出按摩之法是殷人发明的。

据《汉书·艺文志》所载,当时有推拿专著《黄帝岐伯按摩》10卷,此书已佚。《黄帝内经》是中国现存最早,且比较全面、系统阐述中医学理论体系的巨著。书中同时还论述了推拿的适应范围,分析了什么病证推拿可治,什么病证推拿无益,什么病证推拿会加剧病情的不同情况(《素问·举痛论》和《素问·玉机真藏论》),并还介绍了两种推拿工具,即可用“揩摩分间,不得伤肌肉,以泻分气”的员针和“主按脉勿陷,以致其气”的鍉针(《灵枢·九针十二原》)。古代推拿,还应用于抢救。《周礼注疏》卷五“疾医”中说:“案刘向云,扁鹊治赵太子暴疾尸蹶之病,使子明炊汤,子仪脉神,子书按摩。”描述了春秋战国时期,名医扁鹊运用推拿等方法成功地抢救了尸蹶病人一事。尤其突出的是,秦汉时代已科学地应用体外心脏按摩,抢救自缢死者。东汉名医张仲景在《金匮要略·杂疗方第二十三》介绍“救自缢死”方法中说:“徐徐抱解,不得截绳,上下安被卧之。一人以脚踏其两肩,手少挽其发,常弦弦勿纵之;一人以手按据胸上,数动之,一人摩捋臂胫屈伸之,……此法最善,无不活者。”古代在推拿手法操作时,已注意与其他方法的结合。如《史记·扁鹊仓公列传》记载了汉代淳于意以寒水推头治疗头痛、身热、烦满等症;《金匮要略》中提到,对四肢重滞的患者可用导引、吐纳、针灸、膏摩等法治疗。其中膏摩,即是将药煎成膏剂,涂在患处进行按摩。用“寒水”作递质进行推,以药膏作递质进行摩,都是加强两者的作用。在中国唐代之前,常常将“导引”和“按摩”联系在一起称谓。其实,这是两门不同的防治方法。导引,唐代王冰解释为“摇筋骨、动支节”,是自动还是他动,是自摇还是他摇,王氏未加详说;唐代慧琳在《一切经音义》中则认为导引是一种自摩自捏,伸缩手足,除劳去烦的方法,提出了自我操作的特点;《庄子·刻意》提出:“吹呴呼吸,吐故纳新,熊经鸟伸,为寿而已矣,此道引之士,养形之人,彭祖寿考者之所好也。”强调了呼吸运动的要求。从这些古代文献中可以概括地认为,“导引”是一种配合呼吸,进行自我手法操作,自主活动的防治疾病和强身保健的方法。推拿则是一种可以配合呼吸,既自动又他动地进行手法操作和防病治病的方法。因此,导引和推拿也是两种密切相关的疗法。尤其是自我手法操作,既可谓之推拿,也可称之导引。1973年,长沙马王堆出土的西汉帛画《导引图》描绘44种导引姿式,其中有捶背、抚胸、按压等动作,并注明了各种动作所防治的疾病。这些动作,就是自我推拿的方法。

魏晋时期,有不少将推拿应用于抢救的记载。如葛洪在《肘后救卒方》中记载治卒心痛方:“闭气忍之数十度,并以手大指按心下宛宛中取愈。”治卒腹痛方:“使病人伏卧,一人跨上,两手抄举其腹,令病人自纵重轻举抄之,令去床三尺许便放之,如此二七度止。拈取其脊骨皮,深取痛引之,从龟尾至顶乃止,未愈更为之。”治卒腹痛方所介绍的“拈取其脊骨皮,深取痛引之”的方法,可谓是最早的捏脊法。

隋唐时期,推拿已发展为一门独立的学科。如隋代所设置的全国最高的医学教育机构——太医署,有按摩博士的职务;唐代的太医署所设置的4个医学部门中就有按摩科,其按摩博士在按摩师和按摩工的辅助下,教授按摩生“导引之法以除疾,损伤折跌者正之”(《新唐书·百官志》)。此时,推拿已成为骨伤病的普遍治疗方法,不仅适应于软组织损伤,而且对骨折、脱位也应用推拿手法整复。同时,推拿疗法已渗透到内、外、儿诸科。《唐六典》中载有按摩可除风、寒、暑、湿、饥、饱、劳、逸,并认为人肢节脏腑积而疾生,宜导而宣之,使内疾不留,外邪不入。孙思邈尤推崇按摩疗法应用于小儿疾病,认为小儿“鼻塞不通有涕出”、“夜啼”、“腹胀满”、“不能哺乳”等病证,都可用按摩治疗。推拿还被广泛地应用于养生。又如隋代《诸病源候论》全书50卷中,有38卷附有导引按摩法。

唐代孙思邈在《千金要方》中详细介绍的"婆罗门按摩法"和"老子按摩法"基本上都是自我推拿锻炼的方法。在当时，导引是包含在推拿学科范围之内。除上述特点外，膏摩盛行。膏剂种类很多，有莽草膏、丹参膏、乌头膏、野葛膏、苍梧道士陈元膏、木防己膏等，可根据不同病情选择应用。孙思邈还在《千金要方》中指出："小儿虽无病，早起常以膏摩囟上及手足心，甚辟寒风。"

隋唐时期，中国对外交流比较活跃。中国推拿在唐代开始传到日本，同时，国外的推拿方法也流入到中国。如《千金要方》中介绍"婆罗门按摩法"，"婆罗门"即是古印度，说明与中国同样具有古代文明的印度，很早就与中国有推拿学术交流活动。

宋、金、元时期，推拿的学术发展主要表现在，推拿作为一种治疗方法，广泛地应用于临床各科，并在此基础上产生了丰富的诊疗理论，使对推拿治疗作用的认识也得到不断深化。宋代的大型医学著作《圣济总录》卷四说："可按可摩，时兼而用，通谓之按摩。按之弗摩，摩之弗按，按止以手，摩或兼以药，曰按曰摩，适所用也。"并提出了按摩具有"斡旋气机，周流荣卫，宣摇百关，疏通凝滞"的作用，可达到"气运而神和，内外调畅，升降无碍，耳目聪明，身体轻强，老者复壮，壮者益治"的目的，并能"开达则壅蔽者以之发散，抑遏则慓悍者有所归宿"。书中对于"凡坠堕颠扑，骨节闪脱，不得入臼。遂致蹉跌者"，强调用按摩手法复位；对骨折者"急须以手揣搦，复还枢纽"，最后"加以封裹膏摩"。宋代还运用按摩催产，如宋医庞安时用按摩法催产获得"十愈八九"的效果。金代创立"攻邪论"的张从正在《儒门事亲》一书中，认为按摩也具有汗、吐、下三法的作用，对推拿的治疗作用，提出了新的见解。

明代，太医院设十三科进行医学教育。《明史》卷七十四"太医院"条写道："太医院掌医疗之法，凡医术十三科，医官医生医士专科肄业，曰大方脉，曰小方脉，曰妇人，曰疮疡，曰针灸，曰眼，曰口齿，曰接骨，曰伤寒，曰咽喉，曰金镞，曰按摩，曰祝由。凡医家子弟，择师而教之，三年五年，一试、再试、三试，乃黜陟之。"推拿成为医术十三科之一。推拿在当时的发展，有两个显著的特点：一是"按摩"开始有"推拿"之称。二是形成了小儿推拿的独特体系。小儿推拿不是推拿诊治方法在小儿疾病中简单的应用，而是在理论、手法、穴位上都有异于推拿在其他临床科中的应用的特色。如小儿推拿的穴位有点，也有线；在手法应用上，较多地使用推法和拿法，并有复式操作法等；在临床治疗中，配合药物，既用药物作递质施行手法，又用药物内服。明代起，按摩又称推拿的原因，可能与小儿推拿的发展有关。这个时期有不少小儿推拿专著问世。《小儿按摩经》被收录于杨继洲的《针灸大成》一书中，作者仅说是"四明陈氏"，该书是中国现存最早的推拿专著。《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》又名《小儿推拿秘旨》和《小儿推拿方脉全书》等，系龚云林撰著。该书刊于万历三十二年(1604)，其中内容除一部分取材于钱乙的《小儿药证直诀》外，其余都是作者的经验和见解的记录。此书特点是：①主要以歌诀形式写成，易懂、易记、易于传播。②既是一部较早较丰富的推拿专书，又是一部儿科医籍。③既可供医家临证之用，也可供病家学习使用。《小儿推拿秘诀》又名《推拿仙书》，为周于蕃所撰，完成于万历三十三年(1605)。书中详细介绍了"身中十二拿法"的穴位和功效；绘有周身穴图；在治疗部分，则介绍了用葱姜汤推，用艾绒敷脐，用葱捣细捏成饼敷穴位等法。明代薛己撰的《正体类要》，是一部骨伤科疾病的诊疗著作，重视内外治并用。在外治法中，介绍了正骨手法19条。这是推拿手法治疗骨伤疾病的总结，对后世正骨推拿的发展有一定的影响。

清代，医学分科数度变动，太医院未设推拿专科。但推拿无论在临床实践中，还是在理论总结上仍得到了一定的发展。首先是，儿科杂病临床应用的发展。17世纪70年代，熊运英编撰的《小儿推拿广意》，对前人的推拿论述与经验进行了比较全面的总结，在详细介绍推拿疗法时，收录了不少小儿病证的内服方剂，具有较大的实用价值。张振鋆的《厘正按摩要术》在《小儿推拿秘诀》一书基础上增补了一些新的内容，书中所介绍的"胸腹按诊法"为其他医书所少见。此外，还有不少小儿推拿专著，如骆如龙的《幼科推拿秘书》、钱怀村的《小儿推拿直录》、夏云集的《保赤推拿法》等，都是小儿推拿实践和理论的总结。其次是，以骨伤科疾病为对象的正骨推拿已形成其相对独立的学科体系。《医宗金鉴·正骨心法要旨》对正骨推拿手法总结了摸、接、端、提、按、摩、推、拿八法；提出了手法操作的要领；对骨折、脱位的手法诊治意义，不仅提出有整复作用，而且指出了有康复价值。第三是，作为中医外治法之一的推拿，与其他外治法和药物疗法，在临床应用中相互补充，相互结合。吴尚先所著《理瀹骈文》(1864)，是清代外治法中成就最大最有影响的一部著作。该书将推拿、针灸、刮痧等数十种疗法列为外治方法，并介绍将药物熬膏，或敷、或擦、或摩、或浸、或熨、或熏的方法。这使古代的膏摩、药摩得到了较大发展。

1949年以前，推拿学科的发展特点是存在于民间，发展于民间。由于当时的卫生政策不重视中医，尤不重视操作型的医疗技术，所以，推拿只能以分散的形式在民间存在和发展。这种发展的方式，其缺陷是受一地之限，缺乏交流；但其优势是由于中国疆域辽阔，植根于民间，易按照该地域流行病的特点和民间要求，发展为各具特色的推拿学术流派，如鲁东湘西的儿科推拿，北方的正骨推拿，江浙的一指禅推拿，山东的武功推拿，川蓉的经穴推拿等等。由于西方医学的传入，推拿与中医其他学科一样受到冲击，但推拿作为一门临床学科，在冲击中吸收了西方医学的解剖、生理等基础知识充实自身，如上海的㨰法推拿就是在这种情况下发展起来的。

50年代以后，推拿学科有了显著的发展。1956年上

海成立了中国第一所推拿专科学校——上海中医学院附属推拿学校，1958年在上海建立了国内第一个中医推拿门诊部。通过设科办校，培养了一批推拿专业的后继人才，继承和整理了推拿的学术经验。60年代，推拿疗法在临床中得到广泛应用，并整理出版了推拿专业教材和专著，开展了推拿的实验观察和文献研究。70—80年代，推拿作为一种无创伤、非介入性的自然疗法，被国内外医学界有识之士重新认识。高等中医院校正式设置推拿专业，如上海中医学院针灸、推拿系于1982年招收本科生，培养推拿高级中医师，1985年上海中医学院还招收了第一批推拿硕士研究生；全国的医疗机构、康复（保健）机构，普遍设立推拿（按摩）科，推拿被更为广泛地应用到临床各科；1987年中华全国中医学会在上海成立了推拿学会；据近几年的统计，中国主要的推拿学术流派有小儿推拿、正骨推拿、运动推拿、指压推拿、保健推拿、一指禅推拿、㨰法推拿、内功推拿、经穴推拿、腹诊法推拿等10余家。

在临床研究方面，50年代后期，推拿的临床应用范围有伤、内、妇、外、儿等科病证。如1959年上海中医学院附属推拿学校根据世代相传的民间推拿临床经验整理编著的《中医推拿学》，所列出的治疗病证即达70余种。其中，内科病证有头痛、感冒、中暑、胃和十二指肠溃疡等；妇科病证有经闭、痛经、盆腔炎等；伤科病证有椎间盘突出症、腱鞘炎、伤气等；儿科病证有脊髓灰质炎后遗症、腹泻、惊风等；外科病证有痈、乳蛾等。50年代末期及60年代初期，医学临床开始逐步应用推拿治疗食道癌、胆道蛔虫病、小儿蛔虫性肠梗阻、小儿腹泻、流行性感冒、白喉、疟疾、乳腺炎、电光性眼炎、麦粒肿等。70年代初，根据推拿止痛的作用，开展了推拿麻醉，应用于甲状腺摘除、疝修补、剖腹产、胃大部切除等10余种手术。70年代中期到80年代，推拿治疗内、儿科疾病有了迅速的进展，如推拿治疗冠心病心绞痛、高血压、婴幼儿轮状病毒性腹泻、糖尿病等的疗效及其作用原理，都可通过现代检测仪器加以证实和一定的阐述。

60年代推拿开始了实验研究工作，80年代以来，在与各个基础学科相互渗透的情况下，得到比较快的发展。其研究主要从四个方面展开：①推拿手法动力学研究。②推拿镇痛研究。③推拿对内脏功能的影响。④推拿对周围循环的影响。

70年代后期以来，中国推拿与国外进行了广泛的交流。中国推拿学者出国讲学、医疗，赢得了国外的好评；同时，不少国家和地区的推拿专业人员也来中国学习中医推拿，且人员日益增多。

当代，生物医学模式正在发展到生物－心理－社会医学模式，人们治疗疾病的方法正在从偏重于手术和合成药物，向重视自然疗法和非药物治疗转变；在科学发展的新时代，学科之间相互渗透。在这样的背景和条件下，传统而古老的中国推拿学得到了充分发展的机遇并被期以厚望，推拿学的发展将进入一个崭新的时期。

养生学

根据中医学理论，研究衰老的发生发展、老年病的防治与增强健康，延缓衰老求得延年益寿具体措施的一门学科称为养生学。生、老、病、死是人类生命过程中的自然规律。中国人民早在春秋战国的百家争鸣时期，一些思想家对于延长生命曾进行了种种探索。如《老子·道德经》第44条"知足不辱，知止不殆，可以长久"，《庄子·在宥》的"抱神以静，形将自正。必静必清，无劳女（汝）形，无摇女（汝）精，乃可以长生"，以及《刻意》的"吹呴呼吸，吐故纳新，熊经鸟伸，为寿而已矣"，提出了精神安静、呼吸吐纳、运动肢体可以长寿的养生理论。孔子主张通过合理的生活安排来延长寿命，如《孔子家语》说："寝处不适、饮食不节、逸劳过度者，疾共杀之。"至于《管子·形势解》中记载的"起居时、饮食节、寒暑适，则身利而寿命益；起居不时、饮食不节、寒暑不适，则形累而寿命损"，则明确提出养生的重要原则是按时作息、节制饮食与适应气候变化。这些原则在今日也是适用的。

战国后期出现的《吕氏春秋》对于如何养生进行了较详尽的阐述，并且正确地认识到人的寿命有着一定限度。如《季春纪》篇说："年寿得长焉。长也者，非短而续之也，毕其数也。毕数之务，在于去害。何谓去害？大甘、大酸、大苦、大辛、大咸五者充形则生害矣。大喜、大怒、大忧、大恐、大哀五者接神则生害矣。大寒、大热、大燥、大湿、大风、大霖、大雾七者动精则生害矣。"除了提出注意饮食与气候变化之外，还认为剧烈的情绪变化能影响寿命。

《内经》中尤有不少老年学的记载。《素问》的《上古天真论》、《四气调神大论》与《生气通天论》专门叙述养生理论，既提到衰老的变化过程，又讨论了衰老的原因与延缓衰老的措施。其中有的说法至今仍有一定参考意义。人从什么时候开始进入衰老时期，《素问·阴阳应象大论》说："年四十而阴气自半也，起居衰矣。年五十，体重，耳目不聪明矣。年六十，阴痿，气大衰，九窍不利，下虚上实，涕泣俱出矣。"《灵枢·天年》则更加详细地叙述了人的生长、发育、衰老与死亡，略谓"人之寿百岁而死……其气之盛衰，以至其死，可得闻乎？……人生十岁，五藏始定，血气已通……二十岁，血气始盛，肌肉方长……三十岁，五藏大定，肌肉坚固，血脉盛满……四十岁，五藏六腑十二经脉皆大，盛以平定，腠理始疏，荣华颓落，发颇颁白，平盛不摇……五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明。六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧。七十岁，脾气虚，皮肤枯。八十岁，肺气衰，魄离，故言善误。九十岁，肾气焦，四藏经脉空虚。百岁，五藏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣"。由于四十岁后，五藏之气逐渐虚亏，故老人往往出现一系列的症状，如《灵枢·决气》

中提到"精脱者耳聋;气脱者目不明;津脱者腠理开,汗大泄;液脱者骨属屈伸不利,色夭脑髓消,胫酸,耳数鸣;血脱者色白,夭然不泽,其脉空虚"等。

古人很早就认识到男女两性的生长、成熟与衰老的情况不尽相同。如《素问·上古天真论》说:"女子七岁肾气盛,齿更发长。二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。三七肾气平均,故真牙生而长极。四七筋骨坚,发长极,身体盛壮。五七阳明脉衰,面始焦,发始堕。六七三阳脉衰于上,面皆焦,发始白。七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。丈夫八岁肾气实,发长齿更。二八肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子。三八肾气平均,筋骨劲强,故真牙生而长极。四八筋骨隆盛,肌肉满壮。五八肾气衰,发堕齿槁。六八阳气衰竭于上,面焦,发鬓颁白。七八肝气衰,筋不能动,天癸竭,精少,肾藏衰,形体皆极。八八则齿发去……五藏皆衰,筋骨解堕,天癸尽矣,故发鬓白,身体重,行步不正,而无子耳。"衰老虽然是存在于生物界的普遍规律,但是随着人们不同的生活习惯,它可以提前或延缓,故《上古天真论》又说:"上古之人……食饮有节,起居有常,不妄作劳,故能形与神俱,而尽终其天年,度百岁乃去……今时之人不然也,以酒为浆,以妄为常,醉以入房,以欲竭其精,以耗散其真,不知持满,不时御神,务快其心,逆于生乐,起居无节,故半百而衰也。"明确指出,如果生活无规律,就可促使衰老提前到来。

古人认识到生物的生长衰亡与周围环境密切相关,如果人能适应自然条件的变化(当时人们还没有能力去改造自然),就可享其天年。在《素问·四气调神大论》中曾详细阐述了如何根据四时不同的气候变化来保养身体,延长寿命。长沙马王堆发掘的墓葬中发现一些养生的资料,如彩绘导引图、"却谷"、"食气"的记载及一些讨论养生的资料,说明在公元前中国人民对于养生已有了相当的研究。东汉王充子《论衡·气寿》中,对寿命的长短进行了讨论,提出"夫禀气渥则其体强,体强则其命长。气薄则其体弱,体弱则命弱。命短则多病、寿短"。他所说的禀气,指的是体质,与遗传有一定关系。说明早在汉代,已经认识到寿命与遗传有关。那时的名医如张仲景、华佗等,对养生也有一定论述。如张仲景于《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》提出的"若人能养慎,不令邪风干忤经络"、"房室勿令竭乏,服食节其冷热苦酸辛甘"与有病及早治疗的"适中经络,未流传脏腑,即医治之",对于指导养生颇具价值。华佗则提倡积极的体育锻炼,创造了医疗体操五禽戏,提出"动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生,譬犹户枢不朽是也"(三国志卷 29)。

自两晋至唐代,佛道两教颇为盛行,一些著名的研究养生的医家如葛洪、陶弘景、孙思邈等就是道家。当时采药、炼丹、养生甚至幻想要达到长生不老之风颇盛。在这个时期的养生书籍中,既有着可供后世参考的科学内容,又有属于迷信、荒诞不经的记载。由于当时上层社会中,炼丹与服用矿物药十分流行,这一方面促进了制药化学的发展,另一方面却出现了服食矿物药后的毒性反应,因而致病、致死者甚多。从此之后,炼丹、服食矿物药的风气才逐渐衰落下去。

4 世纪,东晋的葛洪在他的著作《抱朴子内篇》中,用不少篇幅叙述养生的方法,并总结为如下的内容:"善摄生者,卧起有四时之早晚,兴居有至和之常制,调利筋骨有偃仰之方,杜疾闲邪有吞吐之术,流行营卫有补泻之法,节宣劳逸有与夺之要,忍怒以全阴气,抑喜以养阳气,然后先将服草木以救亏损,后服金丹以定无穷,长生之理,尽于此矣"(《极言》)。他的主张虽有一些错误,但起居有节,注意运动、情绪不要剧烈波动等提法是可取的。

南北朝时期的陶弘景在《养性延命录》突出地提到气功导引。书中的全身按摩法受到后世医家的重视。直到清代,甚至民国初年的养生书籍中,大多记载了他的全身按摩的方法。在至今尚存的养生学专著中,以此书与晋代许逊的《灵剑子》为最早。

唐代的孙思邈,是中国古代医生中寿命最长的一个,估计活到百岁以上。他的著作《备急千金要方》与《千金翼方》中的有关养生内容,是研究中国在宋代之前于老年学方面所获成就的重要文献。孙氏受佛、道两家思想的影响很大,故所著书中夹杂了一些迷信的内容,但仍不失为有价值的宝贵遗产。

宋代的陈直撰《养老奉亲书》,以后经元代的邹铉续增篇幅后改名为《寿亲养老新书》。内容颇为详尽,自老人应当如何保养,采用哪些饮食,内服什么药物,直到如何安排老人的生活起居与照顾老人,靡不毕备。

金元时代的有名医家朱丹溪在所著的《格致余论》中有篇"养老论",专门讨论老年问题。他根据"阳常有余,阴常不足"与重视脾胃的学术思想,提出老人具有脾胃虚弱与阴虚火旺的特点,在摄人饮食与药物时,均应有所节制。对于燥热易于动火的食物与药物都要设法避免。

元代邱处机《摄生消息论》,根据四时不同的气候,分别叙述了在春、夏、秋、冬四季内,老人容易出现哪些疾病,在饮食、衣着、起居、用药等方面要注意些什么,并将《素问·四气调神大论》中有关四季摄生的条文加以具体化,具有一定参考价值。

明代高濂的《遵生八笺》是继《寿亲养老新书》之后的另一部更为全面的老年医学专书。书中摘录了古代诸家对养生的一些论述,从而使人能够了解明代以前各家对老年学的认识。有的材料至今仍有一定科学价值。如书中《清修妙论笺》提到"始而胎气充实,生而乳哺有方,长而滋味不偏,壮而声色有节者,强而寿。始而胎气虚耗,生而乳哺不足,长而滋味过多,壮而声色恣放者,弱而夭",认为寿命与多种因素,包括遗传因素在内,有一定联系,这种观点是符合实际情况的。高濂并对于按摩导引十分重视,提出"延年却病,以按摩导引为先",书中列举各种按摩导引方法,包括从国外传来的天竺按摩法、婆罗

门导引十二法等。

清代曹廷栋根据历代300余家有关养生的著作,并结合自己的长寿经验,著有《老老恒言》。他从老年的生理特点出发,提出一些简单的养生方法,强调注意运动与节制饮食,对于指导养生有一定实用意义。郑官应于光绪十六年(1890)著《中外卫生要旨》。既收录中国历代的养生理论,又叙述西方医学的卫生方法。主张两者相互补充。

综上所述,自春秋战国直至清代,养生学的发展大致分为三个阶段:①魏晋之前,春秋战国时期的百家争鸣促进了养生学的产生与发展。诸子各家分别提出精神内守、呼吸吐纳、运动导引、注意饮食起居等各种养生理论与方法。其中虽有一些是消极的内容,但毕竟不是主流。这个时期在养生学方面的重要成就大多概括于《内经》中。故后世关于养生的进一步研究,几无不源自《内经》。②自魏晋至唐代,此为佛道两教盛行的时期,因而宗教的思想对养生学产生了一定影响。但在炼丹修行,希图长生之风出现的同时,气功、导引等养生方法依旧受到重视。从孙思邈的著作中可以看出,以《内经》理论为基础的各种积极的养生方法仍有进一步的发展。③宋、元、明、清时代,养生学受到医家的普遍重视。养生专著大量出现,一些积极的养生方法与理论进一步得到提倡与发展。饮食、药物、运动、气功等用于养生、抗老、防治老年病等方面已蔚然成风,以及预防疾病与养生的密切关系也得到了普遍重视,使养生学逐渐发展成为既有理论、又有实践的一门专门学科。

自中华人民共和国成立之后,中医养生学得到一定的发展,对于这份宝贵医学遗产的各项研究正在积极进行之中。

养生具体方法大致可分为以下几个方面:

起居有常 《素问·上古天真论》说:"起居有常,不妄作劳。"就是认为日常的劳动、休息都要有适当的安排。必须劳逸结合,适可而止,才能延长寿命。故陶弘景于《养性延命录》亦云"养性之道,莫久行、久坐、久卧、久视、久听、莫强食饮、莫大沉醉、莫大愁忧、莫大哀思,此所谓能中和。能中和者,必久寿也",高濂于《遵生八笺》中亦云:"摄生之道,莫若守中",这说明古人把"守中"即生活有规律、有节制作为养生的指导原则。

古人认为老人的一切活动,都应加以节制。所谓久视伤精,久听伤神,久卧伤气,久坐伤脉,久立伤骨,久行伤筋,久言伤液,多唾伤津,多汗伤阳。

古人根据人体与环境统一的原则,"天人相应"规律,总结出一套善于适应自然变化的保养身心以达到长寿目的之方法。如《素问·四气调神大论》提到在一年四季中,要根据气候的变化,采取不同的生活方法,掌握自然的变化规律,来达到益寿延年之目的。后来,明代周臣在《厚生训纂》中明确提出"若能顺四时运气之和,自然康健延年",可见古代养生诸家对适应自然的重视。

除上述外,古代的养生诸家对于老人起居的一些细小问题也很注意。例如老人不宜在阴暗的屋子里停留过久,不宜长久坐于湿地,被汗浸湿的衣服要及时更换。夏天不用凉水抹凉席,冬天不用火来烘衣服。因为冷水可使受湿,火能引起热毒,虽然取快一时,以后必生疾病。老人的头部与双足,应当特别加以保护,因为头属诸阳之会,不应受风雨的侵袭,否则会产生头部疾患。足部为三阴经聚会之处,湿浊之邪侵犯双足,阴邪内袭,能引起内脏病变。

用现代的观点来看,中国古代的一些养生措施非常科学。如主张晚上洗脚、饭后漱口、每日刷牙,甚至还提出清早刷牙不如晚间刷牙,可以防止牙齿有病等,完全符合目前对卫生的要求。

节制性欲 古代医家、佛家与道家都认为精液是人身最重要的物质之一,应当多加爱惜,勿使亏耗,以免损伤元气。肾为先天之本,内藏精液。故房室过度能使精液耗损,促使衰老。如《素问·上古天真论》说:"醉以入房,以欲竭其精……故半百而衰也。"与《灵枢·邪气脏腑病形》中的"若入房过度则伤肾"都说明纵欲不节,可致肾气亏损,未老先衰。所以古代的养生家都很强调节欲,如张景岳于《类经·卷一》中说:"欲不可纵,纵则精竭。精不可竭,竭则真散。盖精能生气,气能生神,营卫一身,莫大于此。故善养生者,必宝其精。精盈则气盛,气盛则神全,神全则身健,身健则病少。神气坚强,老而益壮,皆本乎精也。"明确指出节欲在于藏精。只有肾精充盈,才能健康长寿。

保养精神 中医学主张形神合一,即精神方面的变化能够影响身体健康。如《素问·阴阳应象大论》云:"喜怒不节……生乃不固。"《灵枢·口问》亦谓"悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇",都指的是情志变化会产生疾病,应当减思虑、节喜怒。孙思邈在《孙真人养生铭》中更具体指出"怒甚偏伤气,思多太损神",就是告诫人们在情绪上不宜过分激动,以免伤生。在一般情况下,七情是人们对客观外界事物的反应,属正常的精神生活范围。但是如果长期的精神刺激或突然的剧烈精神创伤,超过了生理活动的调节能力,就会引起体内阴阳气血的失调,脏腑功能处于正常状态,当然人也可获得长寿。

陶弘景《养性延命录》将保养精神归纳为如下的内容"少思、少念、少欲、少事、少语、少笑、少愁、少乐、少喜、少怒、少好、少恶,行此十二少,养生之都契也。多思则神殆、多念则志散、多欲则损志、多事则形疲、多语则气争、多笑则伤脏、多愁则心慑、多乐则意溢、多喜则忘错昏乱、多怒则百脉不定、多好则专迷不治、多恶则憔煎无欢,此十二多不除,丧生之本也"。由于陶弘景为道家,有的提法虽不够妥当,但总的原则是保持精神宁静,加强精神修养,使寿命得以延长。所以他的主要精神还是可取的。后来的养生家在保养精神方面大致没有逾越其范围。

注意饮食 自古以来,中国人民对饮食十分重视。

据《周礼·天官》记载，当时的医生分为疾医、疡医、兽医与食医四类。所谓"食医"，指的就是专门研究饮食营养与烹饪，为养生服务的。故李时珍《本草纲目》中说："古有淮南王食经一百二十卷、崔浩食经九卷、竺暄食经十卷、膳馐养疗二十卷、昝殷食医心鉴三卷、娄居中食治通说一卷、陈直奉亲养老书二卷，并有食治诸方，皆祖食医之意也。"至于李时珍未曾提到的忽思慧《饮膳正要》，以及李时珍以后高濂的《遵生八笺》等书，有关食养的内容也极为丰富。认为人的生命活动要以饮食为根本。《素问·藏气法时论》中讲得更具体"五谷为养、五果为助、五畜为益、五菜为充、气味合而服之，以补精益气"，说明饮食的主要内容是谷类、肉类、蔬菜与水果。另外随着季节的不同，饮食也要有所差异。

古代文献中有关通过饮食来养生的记载很多，大致可分三类。一类如《寿亲养老新书》，将过去有关书籍记载的食治诸方汇成养老食治方，分门别类加以列举，以便根据老人具体情况安排饮食。

另一类如《遵生八笺》中列出适于老人食用的各种饮食，包括汤品、熟水、粥、粉面、脯鲊、蔬菜、酒类、甜食等各若干种，老人可根据自己的具体情况与爱好进行选择。

第三类如《饮膳正要》，书中列举自米谷菜果至禽兽鱼类等各种食物以及食物利害(哪些食物不可食用)、食物相反(哪些食物不能同时食用)与食物中毒后如何解救等。书中也记载了一些治疗诸病的饮食与服食后可延长寿命的药物。这类书在养生书籍中所占比重最大。

虽然这三类书中所载的饮食种类繁多，但古代的一些养生家并不主张采用如此多的食物来养生。如清代郑官应在为王士雄的《随息居饮食谱》作序中说："嗜味纵口，疾病丛蓄……盖病之生也，其机甚微，由积渐而毒始发。迨病之成也，乃归咎于外感六气，内伤七情，鲜有悔悟于平日口腹之贪饕者……纵口图快一时，积久必为灾害……山野贫贱，淡薄为常，动作不衰，体健而康……可知茹淡者安，味厚者危，试观古今寿登百岁以上者多出于民间。"非常强调节制饮食的重要性。

饮食适当，可以养生；失当则能伤生。如《素问·痹论》云："饮食自倍，肠胃乃伤。"故历代养生诸家均主张饮食有节。他们在节制饮食上大多注意以下三个方面。

饮食时间　老人在进食时最好能够按时。早饭要早，午饭可以适当多吃一些，晚间一定要吃得少。进食前后应精神愉快，避免激动。

饮食数量　老人在进饮食时不宜过多，应掌握宁少毋多、宁饥毋饱、宁零毋顿的原则。由于老人往往脾胃薄弱，故应频频与食，使脾胃易化，谷气常存。进食量宜少，使脏腑肠胃，常令宽舒有余地，则气血得以流行。清代曹廷栋于《老老恒言》云："凡食总以少为有益。脾易磨运，乃化精液，否则极易之物，多食反致受伤，故曰少食以安脾也。"龚廷贤《寿世保元》也说："食过多则结积，饮过多则成痰癖。故曰大渴不大饮，大饥不大食，恐血气失常，卒然不救也。"明确指出饮食过多会引起疾病，而暴饮暴食甚至可使老人死亡。

饮食宜忌　远在《内经》时代，人们已经认识到饮食不当的危害性，其中包括饮食的温度冷热不当、偏嗜与过食厚味等。如《灵枢·邪气脏腑病形》云："形寒饮冷则伤肺。"《素问·生气通天论》谓"味过于酸，肝气以津，脾气乃绝，味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑……"，"高粱之变，足生大丁"等。后世医家在它的基础上增加了很多内容。例如李梴于《医学入门》中说："人至中年，肾气日衰……只得于饮食上调节。戒一切煎炒、炙煿、酒酢、糟酱、燥热之物，恐燥血也；戒一切生冷时果、时菜，恐伤脾也。能甘淡薄则五味之本，自足以养脏。"现将与老人保健有关的饮食宜忌举例加以说明。

老人应当进食温度适宜、柔软易于消化的煮熟食物。如《灵枢·师传》云："饮食者，热无灼灼，寒无沧沧。"《中外卫生要旨》亦提出"毋以脾胃热冷物，毋以脾胃软硬物。毋以脾胃熟生物"等。老人应当多吃蔬菜与清淡的食物。朱丹溪《格致余论》有《茹淡论》一篇，专论素食可以延年。《千金要方》也有类似的记载。牛乳与粥是老人的最佳饮食。《千金翼方·养性》说："牛乳性平，补血脉，益心，长肌肉，令人身体康强润泽，面目光悦，志气不衰。故为人子者，须供之以为常食。一日勿阙，常使恣意充足为度也。此物胜肉远矣。"《圣惠方》亦谓老人宜饮牛乳。张安道《粥经》提到每天早上起床后喝粥一大碗能"畅胃气，生津液"，很多养生书籍也认为喝粥对老人有益。如《老老恒言》云："粥能益人，老年尤宜……惟务有益而兼适口，聊备老年之调治。"

老人不宜进食辛辣气味浓烈的食物，像葱、韭、薤、蒜、芸苔，道家称之为五荤。辛臭散气，故能损老人之元气。煎煿油腻的厚味食物不易消化，当属禁忌。盐不宜过食，因为咸味能泻肾水，损真阴。酒应少饮，如《饮膳正要》说："酒味苦甘辛，大热有毒。主行药势、杀百邪、去恶气、通血脉、厚肠胃、润肌肤、消忧愁。少饮尤佳，多饮伤神损寿……醉饮过度，伤生之源。"饮茶亦不宜过多。古人认为久饮能使下焦虚冷，令人不眠。此外，古人还很注重饮食卫生，如《千金要方》提出进食时要细嚼，不要多说话，饭后漱口能使牙齿不败，饭后可按摩腹部与散步，以便帮助消化，饱食即卧乃生百病，以及饭后不要骑马与作剧烈运动等。

老人的身体较弱，有病时用药可能出现不良反应，因此饮食治疗对于老人颇具价值，《寿亲养老新书》云："老人之性皆厌于药而喜于食。以食治疾胜于用药。况是老人之疾慎于吐利，尤宜用食以治之。凡老人有患，宜先以食治。食治未愈，然后命药，此养老人之大法也。"说明可以通过饮食来治疗疾病，即以寒热温凉四气的食物来调整老人体内的脏腑功能与阴阳偏差。

中国古代对一切事物的性质均分为阴阳两类，食物自然也不例外。在让老人进食阴性或阳性的营养品时，

古人很讲究阴阳协调。既不让食物过于阴凝腻滞，又不使它辛热助火。如在养阴食品中往往加些阳性的调味品如花椒、茴香之类来纠正滋腻太过的偏弊；在助阳食品中加些青菜来克服引起上火的缺点。

总之，古人对于饮食的养生价值十分重视，认为其作用高于抗老药物。如果能够节制饮食，则五脏和平，血气滋荣，精神健爽，自然延年益寿。

养生方药 古代养生诸家，对于服用药物能否长生存在着不同的看法。如《神农本草经》中把药物分为上、中、下三品，提出上品能够养命，即轻身益气，不老延年。其中有不少毒性甚剧的矿物性药。在秦、汉、南北朝的时代，炼丹服石希图长生之风很盛，因而殒命者甚多。以后有人提倡服用植物性药物如五加、松脂、楮实等，但也有因服药过多而致身亡者。所以到了金元时代，张元素就提出不要服用性质猛烈的药，认为无病服药乃无事生事。清代有的养生家主张服用性质温和的药物来养生，如丁其誉在《寿世秘典》中说："凡药有偏效而无全功。金石之药最为酷烈，其伤生最速。其花草木之药，近于热者皆能蕴毒。古人服松脂而塞肠，服楮实而痿骨……养生者慎之"，"补虚助弱，用药槩须温和，久服自能奏功，乃无留害。"《寿世编》明确提出养生的服药原则为"昔人云先寝食而后缄药，又云谨摄以当药，益信慎寒暑、节饮食、谨嗜欲、养性情，保身即可却病也。因并列饮食起居数十方，或慎重于无病将病之时，或调理于病后病中之际，俾老者得以颐养天和，而少者渐登仁寿"。作者青浦君认为应当通过其他养生方法如注意饮食起居等来保持健康，只有当身体衰弱将要患病与病中病后的调理时才考虑使用药物。

在《本草纲目》中，记载有养生作用的药物共约160种。清代赵学敏《本草纲目拾遗》补充了冬虫夏草、延寿果等10种左右。在这些药物中，有的经实验证实具有一定作用，如首乌、灵芝等能使血中胆固醇含量下降。另外，一些未被本草列入有抗老作用的药物，近年据研究也有作用。山查的醇浸出液经临床试用均有降低血胆固醇的作用。山查还有增强心脏收缩力、扩张冠状动脉、增加冠状动脉血流量、防止心律失常的作用。可见由丰富的中草药资源中寻找养生药物有着广阔的前途。

有时食物与药物合而为一，既能发挥药物功能，又可补充营养，如一些药酒、药粥与糕点等。《寿世编》有几种以健脾养胃药物为主制成的食品像阳春白雪糕、八仙藕粉、七仙炒面、观音茶等，可作为老人养生之用。

适当劳动 古代医家对于劳动往往很重视，如后汉时华佗曾经说："人体欲得劳动，但不当使极耳。"(《后汉书·华佗传》)《千金要方》亦说："养性之道，常欲小劳，但莫大疲及强所不能堪耳。且流水不腐，户枢不蠹，以其运动故也"，"体欲劳于形，百病不能侵。"清楚地认识到适当劳动能够强身延年。在劳动时，古人主张不应过度，必须适中。如果在劳动时过于疲乏，也会有碍健康。

气功导引 气功疗法是中医学的宝贵遗产之一。古时称之为导引、纳气、按蹻之术，内容包括现在的静功与动功，以后逐渐被用于防治疾病与延长寿命。关于气功与延长寿命的关系，在《庄子》就有"吹呴呼吸，吐故纳新，熊经鸟伸，为寿而已"的记载。可以肯定，从春秋战国到秦汉两晋，气功导引的方法已经比较系统完整，如韩非子的《说林篇》、墨子的《枕中五行记》、魏伯阳的《参同契》等书中都曾提及。《汉书·艺文志》汇集方技诸书，将祛疾延年的导引术与医经、经方并列，说明当时已很盛行。

记载静功练习方法的医学著作《素问遗篇·刺法论》中提到"肾有久病者，可以寅时面向南，净神不乱思，闭气不息七遍。以引颈咽气顺之，如咽甚硬物。如此七遍后，饵舌下津令无数"。至于《素问·上古天真论》中的恬惔虚无，真气从之，精神内守，病安从来"讲的即是调气养生的基本原理。

《后汉书》中有着动功的最早记载，即华佗的"五禽戏"。相传华佗采用模仿禽兽动作，创造虎、鹿、熊、猿、鸟等五套体操。他指出"为导引之事，熊经鸱顾，引挽腰体，动诸关节，以求难老"(《后汉书·华佗传》)。后来的《抱朴子》中记载着与五禽戏近似的动功——龙蹻、虎蹻、鹿卢蹻等。

从《内经》开始，直到后世医家，在养生方面大多主张将日常起居、饮食、药物与气功相互配合。佛教叙述养生的密部经典与道家讨论养生的内景、服饵等经书中都提出练习气功要和饮食、服药等相结合。

古代医书中有着不少关于气功导引的记载，如《千金要方》于药物治疗和食治诸篇后列入养性篇，专门讨论按摩(即导引)与气功。如"心无烦，形勿极，而兼之以导引、行气不已，亦可得长寿……凡人不可无思，当以渐遣除之"，强调心情安静，一面练习气功，一面练习导引，不必急于求成，可以慢慢集中思想，坚持锻炼，就能延年。以后《圣济总录》、《泰定养生主论》、《古今医统大全》、《勿药元诠》、《沈氏尊生书》等都有很丰富的内容。

根据"形神合一"原则，要想长寿，不仅需要身体健壮，神气也应旺盛，所以养生的内容有养神(精神集中、排除杂念)与练形(锻炼身体、适应四时气候变化、节制性生活、注意饮食与生活规律等)。气功实际就包括养神(练静功)与练形(锻炼身体练动功)两个方面。练功者通过发挥主观能动作用在身心方面进行动与静的锻炼，使全身气血运行通畅，脏腑功能正常，从而长寿延年。现代科学的研究资料亦证实在练气功后可以改善呼吸、循环、消化、内分泌、神经等系统的生理功能。

太极拳是武术内家拳中的一种拳法。于中国民间颇为盛行，并已流传国外。很多老人坚持长期练习之后，保健效果非常明显。太极拳是一种动作柔和缓慢，具有连贯性与整体性的运动。在打太极拳时要做到精神集中、排除杂念、手足相随、连贯圆活、速度均匀。整套练习起来，好比行云流水，连绵不断。以意引导动作，动作与呼

吸相结合，起着调整机体阴阳气血的作用。《灵枢·官能》中提到的"理血气而调诸逆顺，察阴阳而兼诸方，缓节柔筋而心和调者，可使导引行气"，太极拳的运动就符合这些要求。

太极拳配合气功是较好的动静结合。两者同为气息锻炼，以意领气，气沉丹田，从而调整、改善机体功能。两者又有一定区别。气功锻炼的重点在于调节内脏功能，静多动少；而太极拳则以锻炼骨骼、肌肉、关节为主，锻炼内脏为辅，动多静少。两者结合能够收到更好的抗老效果。

按摩、针灸等 按摩分医疗按摩、保健按摩、运动按摩三类。其中保健按摩属于自我按摩范畴，用于防病延年，在古代的养生措施方面占有很重要的地位。它的作用机制在《遵生八笺·延年却病笺》中说："人身流畅皆一气之所周通。气流则形和，气塞则形病。"故《元道经》曰"元气难积而易散，关节易闭而难开。人身欲得摇动则谷气易消，血脉疏利……按摩导引之术，所以行血气，利关节……户枢不蠹，流水不腐，人之形体亦犹是也。故延年却病，以按摩导引为先。"

按摩在中国的历史颇为悠久。《史记·扁鹊仓公列传》已有"上古之时，医有俞跗。治病不以汤液、醴酒、镵石、挢引、案杌、毒熨"的记载。据《索隐》注云："挢者，谓如按摩之法。欠挢引身，如熊顾鸟伸也。杌音玩，亦谓按摩而玩弄身体使调也。"说明古代已经使用按摩来治病。古代的保健按摩，一种以动作为主，一种为自我按摩。

道家认为人的精、气、神为内三宝，耳、目、口鼻为外三宝。静功可以内养精、气、神，按摩耳、目、口鼻能外养形体。故道家特别重视头部按摩，包括漱咽、摩目、按耳、叩齿、摩面等。

漱咽又名漱津、咽津。最早见于《素问·遗篇刺法论》"肾有久病者，可以寅时面向南，净神不乱思，闭气不息七遍后，饵舌下津令无数"。根据道家理论，口为华池，或称玉池。唾液为醴泉，咽服可以养生。《养性延命录》亦云："唾者，凑为醴泉，聚为玉浆，流为华池，散为精浮，降为甘露……漱而咽之，溉藏润身，流利百脉，化养万神。肢节毛发，宗之而生也。"

摩目又名拭目、捏眦。首见于《养性延命录》。有"摩指少阳，令热以熨目。满二七止。令人目明"。《圣济总录》引用道书《太上三关经》、《内景经》等说明捏目四眦与摩目的作用。按耳、叩齿、摩面等分别可使耳不聋、齿坚不动摇与面部光泽等。

医家的保健按摩除了采纳上述道家的按摩方法外，还根据经络理论，重视对肾俞、命门、夹脊与涌泉等穴位的按摩。

佛家的保健按摩出现于明代后期。根据《易筋经》的理论，按摩着重于锻炼肌肉筋膜。最常用的是揉法，即揉按身体各部。《易筋经》中说："夫揉之为用，意在磨砺其筋骨也。磨砺者即揉之谓也。"《千金要方》中的"每食后以手磨面及腹，令津液通流……摩腹上数百遍……令人能饮食，无百病"，可能即来源于佛家。

虽然按摩在养生方面有一定功效，但古人还是主张与静功相配合。如《卫生要术》云："前列按摩导引之方，既行之于外矣，血脉俱已流畅，肢体无不坚强，再能调和气息，运而使之降于气海，升于泥丸，则气和而神静，水火有既济之功。"就认为在养生方面，动静两者不能偏废。

针灸，古代医家认为采用适当的灸法可以壮阳益阴、补肾健脾、强身延年。远在《内经》时代，《灵枢·经脉》提到"灸则强食生肉"与《官能》中的"阴阳皆虚，火自当之"，均认为灸法可使身体强壮。王执中《针灸资生经》也谓"柳公度，每岁一二度灸气海，气遂不促。凡藏气虚惫，一切真气不足，久疾不瘥，均宜灸之"。窦材《扁鹊心书》则明确提出灸后可以延年。他根据"阳精若壮千年寿"、"阳精若在必长生"的观点，提出"人之衰，由阳气衰竭，故宜常灸关元、气海、命关、中脘。虽未得长生，可保百年"。到了南宋，保健灸的范围由腹部扩充到了下肢，如张杲在《医说》中提到"若要安，三里莫要干"。杨继洲《针灸大成》亦云："但未中风时，一两月前，或三四个月前，不时足胫上发酸重麻，良久方解。此将中风之候也。便宜急灸三里、绝骨四处各三壮……常令两足有灸疮为妙。"说明自南宋以来，医家采用灸三里等穴位来预防老年病与延年益寿。

矿泉，在古代文献中有着利用矿泉来养生的记载。如公元前100年，汉代张衡在《温泉赋》中写："览中域之珍怪，无斯水之神灵……于是殊方跋涉，骏奔来臻。士女煜其鳞萃，纷什沓其如烟……六气淫错，有疾疠兮。温泉汩焉，以流秽兮。蠲除苛慝，服中正兮。熙哉帝哉，保性命兮。"说明中国人民在公元前已经知道矿泉可以治疗疾病，延长生命。矿泉分冷、热两种，除了张衡记载的是温泉外，在历代的本草书中记载着中国的数百处矿泉，多属冷矿泉。其中如福建的炼丹泉、广东的凤泉、福建的玉壶潮水、四川的牛跑泉等，古人认为饮后能够延年益寿。

综上所述，养生的材料极为丰富多彩。我们应当加紧发掘、整理与研究，使养生学得到进一步的发展，造福于全人类。

气功学

研究人体自我身心锻炼的方法与理论的科学称气功学。气功锻炼能增强体内元气，提高身体素质，发挥人体功能潜力，从而起到防病、治病、益智、延年的作用。它是中国医学遗产的一部分，也是古老的养生学的一项重要内容。它概括着中国古代医学中和神、调息和行气等重要理论和经验。因此，气功学是一门涉及人体身心互相作用的复杂生命现象和规律的人体科学。中国古代，人们在长期生活实践中，以整体观点为基础，通过内练"精、气、神"，外练"筋、骨、皮"，以培育元气，从而促进其充身

熏肤泽毛的效应;这样,身心正气得到舒发,体质得以增强,气功就是中国这种传统保健强身锻炼的功夫。

气功的锻炼方法,可以分为静功和动功两大类。静功是采取坐、卧、站等外表上静的姿势,运用松、静、守、息等方法锻炼精、气、神,即着重身体内部精神、脏腑、气血、津液的锻炼,所以也称“内功”。动功是采取和意气相结合的各种肢体运动及自我按摩、拍打等方法,以锻炼脏腑、筋骨、肌肤,因为它有动作表现于外,所以亦称“外功”。气功虽有动功和静功之分,但静功虽静,却未尝不动,古语说:“静未尝不动,动未尝不静。”(《王阳明全集·传习录》)“静者静动,非不动也”,“静即含动,动不舍静。”(《思问录·内篇》、《外篇》)所以静功又是锻炼“静中动”的功夫。动功是在意念集中、思想宁静的情况下进行锻炼的,所以也称为“动中静”的功夫。总之,气功锻炼是动静结合,内、外功兼练的。内功是关键,只有内功锻炼达到一定境界的时候,外功锻炼才能收到超乎平常的增强身体素质的效果。气功锻炼历来都是强调“身、心、息”兼调,“精、气、神”并练。正如古代道书所说:“夫人本生混沌之气,气生精,精生神,神生明。本于阴阳之气,气转为精,精转为神,神转为明。欲寿者,当守气而合神,精不去其形,念此三合以为一,……内以致寿,外以致理,非用筋力,自然而致太平矣。”(《太平经合校·佚文》)其后,气功界多解释为“练精化气,练气化神,练神还虚,练虚合道”的道理。

中医治病素来重气,从生理、病理,到临床应用,气的理论说明了一系列理论和实践中的重要问题。在生理上讲气化,疾病机理上讲气机紊乱和气血失调,在临床上则讲气血虚实的种种症候。所以明代张景岳说:“生化之道,以气为本,天地万物莫不由之,……人之有生全赖此气。”《类经》卷一指出了气在人体生命过程中的重要意义。气功锻炼先要百日筑基,这是练精化气过程,也是锻炼养神守一的基础功夫。中国古代气的概念形成极早,最初指的是天空中的云气和人们呼吸的气息以及天地之间的空气。以后在古代哲学史上气被认为是最基本的原始物质。《庄子·至乐》说:“察其始而本无生,非徒无生也,而本无形;非徒无形也,而本无气;杂乎芒芴之间,变而有气,气变而有形,形变而有生。”在《易纬·乾凿度》里也有类似的说法:“夫有形生于无形。……太易者未见气也,太初者气之始也,太始者形之始也,太素者质之始也。”这都是以肉眼可见为准来说明有形的东西是来源于无形的气的。东汉何休在《公羊传解诂》中说:“元者气也,无形以起,有形以分,造起天地,天地之始也。”《太平经》上说:“夫物始于元气。”认为天地万物是元气组成,元气是原始的精微物质。

人体的气,有多种多样的表现形式,其中最根本的称为元气。元气是人体中最重要的、最基本的一种气,是生命活动的原动力,它禀受于先天,由先天之精化生而来,出生以后又依靠后天水谷之精微物质和呼吸之气的滋养和补充。《内经》上说:“真气者,所受于天,与谷气并而充身者也。”(《灵枢·刺节真邪》)也是说,真气是由肾中的精气,经肺吸入的空气和肠胃吸收运化而来的水谷之气三者生生化化而成的。肾气是秉于父母的先天元阴元阳之气,是真气的根本。通过练功“三调”,能使丹田之气充盈,可出现气在体内运行的主观感觉,这是行气现象。古代运气导引之术,有疏通经络,平衡阴阳,运行气血之效,就是指气功的作用。所以,时守气、常养神、静乃寿,乃是气功养生的真谛。《素问·上古天真论》说:“恬惔虚无,真气从之,精神内守,病安从来。”就是说明人在虚静守气的状态时,真气得到正常运行,人体才有正常的功能。《灵枢·邪客》说:“心者五脏六腑之大主也。”《素问·灵兰秘典论》“主明则下安,以此养生则寿。”明代徐春甫的《古今医统》中说:“形者生之气也,心者形之主也,神者心之宝也。故神静而心和,心和而形全;神躁则心荡,心荡则形伤。将全其形也,先在理神,故怡和养神,则自安于内;清虚接心神,则不诱于外。神怡心清,则形无累矣。”从中医病因学来说,疾病的根本原因是气机不调,元气亏损,邪有所凑。通过气功锻炼,就能达到虚者强之,郁者通之,逆者和之的效果。因此,李东垣有“养生当实元气”(《脾胃论》卷上)之说,作为治病的根本。

气功既然以自我锻炼为其特点之一,就必须通过自我锻炼才能收到增强体质、防病治病的效果。所以要持之以恒,因人因病选择适当的方法,并要在具体指导下进行。为了有助于提高练功质量,使练功能顺利进行,从而取得良好的效果,必须掌握练功中一些共同遵循的规律——练功要领。练功要领主要有:松静自然、动静结合、练养相兼、意气相依、准确柔活、循序渐进等。

气功作为中国独特的民族文化遗产,至少已有5000年左右的历史。在远古年代里,气功的萌芽和发展很可能是由于生物本能的积累而逐渐被人们认识的。例如,我们的祖先在劳倦体乏的时候,以伸欠懒腰、闭目安静一下的方式,而感到轻松愉快;在腰背酸痛的时候,对腰背部自摩自捏,轻轻拍打一阵,可使酸痛减轻或者消除;在胸腹胀闷的时候,张口呵气,以手撸按胸腹,可使胀闷改善,在如此等等情况下,一种有静有动的气功锻炼的萌芽即由是而产生了,再通过不断的实践摸索,反复证实有一定效果后,一种方法就逐渐被人们保留采纳,并且得以流传应用。根据古籍记载,中国古代有些气功锻炼方法,是从古代“舞”的动作变化而来的。在4000多年前的唐尧时代,中国中原地区,曾经洪水泛滥成灾,《尚书·虞书》描述当时的情况是:“汤汤洪水方割,荡荡怀山襄陵,浩浩滔天。”而当洪水潴留,水湿之气太盛时,在人们中间普遍出现了肌肤重着、关节不利的情况,他们根据平时积累的知识,就以“舞”的动作,作为舒筋壮骨,通利血脉,强健体质之用。对此秦代吕不韦的《吕氏春秋·适音》中曾作如下记载:“昔陶唐氏(尧号陶唐氏,也称阴康氏)之始,阴多滞伏而湛积,水道壅塞,不行其源,民气郁阏而滞着,筋骨瑟

缩不达,故作为舞以宣导之。"以后《路史》、《帝王统录》中也有类似记载。古人在祀神祭祖,出发狩猎,猎获食物,采集果实的时候,常有模仿动物跳跃和飞翔而起舞庆祝或鼓动的习惯。在这些舞的动作中,诸如飞禽走兽的攀援、顾盼、跳跃、展翅等各类活动,可能被作为宣导之用,成为一种原始气功了。所以东汉傅毅的《舞赋》解释舞蹈的作用说:舞蹈是"娱神遣老,永年之术。"在青海省的大通县上孙家寨,考古工作者发掘了一批距今约5000年左右的新石器时代墓葬,其中出土了一件与古代气功有关的舞蹈纹彩陶盆。此彩陶盆绘有黑色舞蹈图画。彩绘主题是三组舞蹈画面,每组五人,手拉着手,面向一致,头侧各有1斜道,似为发辫,动作摆向一致,每组外侧的人,手臂画为2道,这可能是反映空着的两臂,因舞蹈动作较大而频繁之意。人体下的3道,接着地面的2竖道,表示两腿,而下腹体侧的1道,则可能是装饰的东西。舞蹈的整个画面,人物突出,神态逼真,用实线线条表现,写法流畅划一,重在写实,给人以深刻的印象,是一件难得的珍品。按这个舞蹈纹彩盆,属马家窑文化马家窑类型。马家窑文化,是在仰韶文化的基础上发展起来的彩陶繁荣时期,所以这个舞蹈纹彩盆,和上述《尚书》、《吕氏春秋》以及《舞赋》等等的记载,正表明了古代气功某些动作的起源和它的悠久历史。

《素问·异法方宜论》在论及上古时因地理环境不同,面形成的不同治疗方法时指出:"中央者,其地平以湿,天地所以生万物也众。其民食杂而不劳,故其病多痿厥寒热,其治宜导引按蹻,故导引按蹻者,亦从中央出也。"这个中央地区就是黄河流域中部,也正是洪水泛滥的主要地区。张景岳分析说:"土气通脾而主四肢,故湿滞则为痿,寒热则为厥。"(《类经》卷十二)因此《素问》中导引按蹻出中央,与《吕氏春秋》所说可互为佐证。《吕氏春秋》所说的"舞",即《素问》中的"导引按蹻",导引按蹻是舞的发展,也是春秋战国时期,古代气功的名称用语。

导引除见于《内经》外,还见于《庄子·刻意》,它有广义、狭义二说。广义的导引包括静功、动功在内的古代气功。如晋代李颐说:"导气令和,引体令柔。"(《庄子集解》)唐代成玄英说:"吹冷呼而吐故,呴暖吸而纳新,如熊攀树而可以自悬,类鸟飞空而伸其脚也。斯皆导引神气,以养形魂,延年之道,驻形之术。"(《南华真经注疏》)可见导引是有静有动的。狭义的导引仅指古代气功中的动功。如隋代杨上善说:"导引,谓熊经鸟伸五禽戏等,近愈痿躄万病,远取长生久视也。"(《内经太素·遗文》)唐代王冰说:"导引,谓摇筋骨,动肢节。"(《补注黄帝内经素问》)唐代释慧琳说:"凡人自摩自捏,伸缩手足,除劳去烦,名为导引。"(《一切经音义》)所以,导引有宣导气血,伸展肢体,医治病邪疾患之意,是属早期的气功动功活动。

"按蹻"是指动功中的自我按摩。唐代王冰说:"按谓折按皮肉,蹻谓捷举手足。"(《补注黄帝内经素问》)清代张志聪说:"按蹻者,蹻足以按摩也。"(《素问集注》)在古代大都是自我按摩,因古人体会自我按摩更可收到全身活动的好处。清代郑文焯在《医故》中说:"古之按摩,皆躬自运动,振掀顿拨,揉捺拗伸,通其百节之灵,尽其四肢之敏,劳者多健,譬犹户枢。"所以自我按摩是气功动功的一个组成部分,而他人按摩则发展为推拿。

现在所用"气功"两字,在古代练功书中极少见。仅在桑榆子注《延陵君修养大略》中提到的"只谓气功已晚,自我之事不及矣"(《云笈七籤》卷五十九),和晋代署名许逊所著《灵剑子·松沙记》中的"先行气功"之说。一般在武术界中用得比较多。如近代的《少林拳术秘诀》(1915年中华书局版)第一章《气功阐微》中提到气功之说有二"一养气,一练气。"以后的《武术汇宗》(1929年商务印书馆版)中也提到了"自然门气功"。用之于临床的医疗气功,只有1934年杭州祥林医院出版的《肺痨病特殊疗养法——气功疗法》和1938年公溥气功治疗院印的《气功治验录》。但此两书在当时流传不广,未引起医务界的重视。

古代气功至少可追溯到唐尧时代,已如上述,到了诸子蜂起,百家争鸣的春秋战国的学术高潮中,气功也得到相应的发展。在医学界方面,中国第一部经典著作——《黄帝内经》中,导引、按蹻被列为当时广泛应用的五种医疗措施之一,书中记载了精神内守,呼吸精气等古代气功的内容。在道家方面,《道德经》一书中所讲的虚其心,实其腹;绵绵若存,用之不勤;致虚极,守静笃;专气致柔,能婴儿乎等等,也是论气功的,常为后人所引用。《庄子·刻意》中有一段专讲古代气功的内容如"吹呴呼吸,吐故纳新,熊经鸟伸,为寿而已矣,此导引之士,养形之人,彭祖寿考者之所好也"。儒家的孔子有"曲肱而枕之,乐在其中矣"(《论语·述而》)的练功体会。同时颜回的"坐忘"之说,郭沫若认为是中国静坐的起始(《静坐的功夫》)。《吕氏春秋·季春纪》中,强调的"流水不腐,户枢不蠹,动也,形气亦然,形不动则精不流,精不流则气郁"和"精神安乎形,而寿得长焉",说明了动静功锻炼的重要意义。现存最早,且完整地描述气功锻炼的实物,是战国初年的玉刻文《行气玉佩铭》。铭文刻在十二面体的玉佩上,共45字,郭沫若释文为:"行气,深则蓄,蓄则伸,伸则下,下则定,定则固,固则萌,萌则长,长则退,退则天。天几春在上,地几春在下。顺则生,逆则死。"(《奴隶制时代》)

古代气功到了汉代有了进一步的发展,1973年底从长沙马王堆三号墓出土的西汉早期导引图,绘有人体各种操作姿势的帛画,计画象40余个及一些说明文字,是现存最早的图文并茂的古代气功动功资料。稍后的刘安在其《淮南子》一书中,所提到的"若吹呴呼吸,吐故纳新,熊经鸟伸,凫浴蝯躩,鸱视虎顾,是养形之人也"这一则,被认为是华佗五禽戏的滥觞。东汉末年大医学家张仲景提出用导引吐纳、针灸膏摩以通利九窍(《金匮要略》)。而华佗更编了一套"五禽戏"的导引方法,以除疾去病,活动肢节(《后汉书·方术列传》)。在汉代还有不少气功的

实行者和论述者,如张良(《史记·留侯世家》)、桓谭(《仙赋》)、王充(《论衡·自纪篇》)、矫慎(《后汉书·逸民传》)、荀悦、王真(《后汉书·王真传》)等。尤其是荀悦,他在《申鉴》中提到了:"邻脐二寸谓之关,关者所以关藏呼吸,以禀受四体也。……故道者,常致气于关。"这就是指气沉丹田,而同时的边韶在《老子铭》中更提出了"存想丹田"的练气功时特殊技巧的要求和气功术语。东汉后期,以托名于吉所得的,中国道教最早经典《太平经》也有关于古代气功的记载。同时魏伯阳的《周易参同契》一书,既讲外丹术,也强调了人体的内炼功夫,即内丹术,书中借用乾、坤、坎、离、水、火、龙、虎、铅、汞等术语及八卦爻象,以明炼丹"修仙"之术,为系统地论述炼丹的最早著作。"炼丹"源于古代方术,是外丹术和内丹术的统称。用炉鼎烧炼矿石药物称作"外丹术";将人体拟作炉鼎,以炼体内的精、气、神称作"内丹术"。因此,《周易参同契》一书为唐、宋时代兴起的周天派,尊为"万古丹经之王"(如宋真宗时高先编著的《金丹歌》)。东汉末年经安世高译出的佛教名著《安般守意经》,即是古代气功的一种"数息观"功法,书中的呼吸锻炼四种形态:风、喘、气、息,为后世所沿用。

三国时期,曹操曾集合过不少方术之士,包括有练功实践经验的人,如甘始、皇甫隆等人。甘始传授给众人以鸱视狼顾,呼吸吐纳的方法(曹丕《典论》)。皇甫隆曾与曹操论述有关服食导引的问题(孙思邈《备急千金要方》)。晋代葛洪在《抱朴子·内篇》中介绍了一些导引方法,提出了导引的作用是"疗未患之疾,通不和之气",并强调了闭气与胎息法。晋代出现的《黄庭经》,也是一部古代气功专书,相传为魏华存所授。著名书法家王羲之曾用楷书写过《黄庭经》中的《外篇》,他本人还编练鹅掌戏。书法与练功相结合,意到气到,意在笔先,可以提高书法艺术。南北朝时的陶弘景编有《养性延命录》一书,辑录了前人的不少练功方法。在呼吸方面,他第一个总结提出了以练呼为主的"吹、呼、唏、呵、嘘、呬"六字吐气法,被后人称为"六字诀",开创了分别应用呼和吸两类方法的先例。现存五禽戏操作法的最早文字记录也见于本书。古印度高僧菩提达摩也在南北朝时到达中国,他的禅定方法,即面壁而坐,终日默然,世称"壁观",也就是使心如壁立,不偏不倚,是静功中的一种锻炼意念的方法。

隋唐时期,气功被广泛应用在医疗上。隋唐三大古典医籍《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘要》中都有关于古代气功的记载。《诸病源候论》中,在论述病源证候之后,载有不少"养生方导引法",约计260多种,这说明气功在治病方面,它的应用范围更广泛了。这些导引法,也被继续收载在唐代王焘的《外台秘要》中。孙思邈的《备急千金要方》,内容丰富,包括临床各科,其中有《养性》一卷,介绍了不少锻炼方法。他的养生专著《摄养枕中方》一书中的导引、行气两节,也是讲的古代气功。佛教天台宗创始人隋代著名和尚智顗所传的"止观法",其中调身、调息、调心,也就是姿势、呼吸、意念锻炼的分类方法,仍为现代练功人士所采用。其数、随、止、观、还、净的"六妙法门",对气功锻炼也有参考价值。唐代及宋代的一些士大夫阶层中,也有不少人在论述服气或静坐的,如柳宗元、白居易、苏东坡、陆游等。一些理学家如程颐、朱熹也以静坐为一件大事,提倡半日读书,半日静坐。

两宋金元时期,道教内丹术兴起,古代气功融合了其中某些部分,出现了本时期古代气功发展的特点。而中医学在这个时期流派兴起,也是一个兴盛时代。北宋张伯端著的《悟真篇》,开始为内丹术提出了较完整的练功方法。"大小周天"就是其中的主要组成部分,他们某些具体方法和实践经验,也为气功练功人士所重视。北宋后期,由宋政府召集主编的《圣济总录》一书中所列的导引、服气两部分,记载了不少古代气功资料。南宋初无名氏编的"八段锦",是较早的一套实用动功锻炼方法。宋、元一些养生专书,如《寿亲养老新书》、《泰定养生主论》等也有气功的论述。在金元四大医家的著作中,都有关于气功的记载,如刘河间在《素问玄机原病式》中提到的六字诀;张子和在《儒门事亲》中把导引列为汗法之一;李东垣在《兰室秘藏》中对因劳倦而致的脾胃病,强调先要安心静坐,以养其气;朱丹溪在《丹溪心法》中则谈到气滞痿厥寒热者,可治以导引。

明清时期,气功更广泛地为医家所掌握与应用,所以在医学著作中,这方面的资料也就增多,各种动功锻炼方法,也日趋丰富了。从明初王履开始,以后的万全、徐春圃、李时珍、杨继洲、王肯堂、龚廷贤、龚居中、张景岳、傅仁宇、李中梓、尤乘、陈梦雷、沈金鳌、沈嘉澍等人的著作中,都有关于气功的记载。其中以徐春圃的《古今医统大全》中的气功资料最丰富。"内景隧道,唯返观者能照察之"这一练功与经络关系的著名论断,出之于李时珍的《奇经八脉考》。沈金鳌的《杂病源流犀烛》中以引用明代曹元白《保生秘要》中的气功资料为主,列述了以下46种病证的导引运功方法:咳嗽、哮喘、脾病、伤食呕吐、噎膈、胸腹胀闷、鼓胀、心病、心痛、膀胱气、癃闭、虚劳、遗泄、淋浊、秘结、肝病、肝家积聚、疝痛、伤风、瘫痪、偏风、麻木、痞块、息积、疟疾、痰火、咳红、吞酸、邪祟、面疾、目病、耳病、耳重、鼻病、鼻渊、鼻血、口干、齿病、头痛、头重目花、头晕脑痛及痰滞、神晕头晕、头风、背痛、腰痛、脚气。明人编著有气功资料的养生著作为冷谦的《修龄要旨》、高濂的《遵生八笺》、胡文焕的《类修要诀》、周履靖的《赤凤髓》等。明末陈继儒《养生肤语》中,提出了练功要辨别虚实寒热,非常可贵。王阳明一边讲学,一边要人静坐。高攀龙在《高子遗书》中,对气功锻炼也有精辟的阐述。清初颜元反对片面静坐,强调以动为主,并用端坐配合锻炼。后期潘伟如以徐鸣峰的《寿世传真》为底本,而加以增删,定名为《卫生要术》,又经王祖源重摹,改名《内功图说》。1919年席锡蕃又增图补充,题名《内外功图说辑要》。上述各书重视动功锻炼,书中有图是其特点。

辛亥革命后，出现了一些关于静坐的书，以蒋维乔的《因是子静坐法》为代表，其他还有丁福保的《静坐法精义》、杨践形的《指道真诠》等，对当时的静坐，有一定的推动作用。他们在各自的实践中，积累了许多宝贵的经验，根据人们的不同体质、特点和要求，创造了不少功种功法，形成了各种不同的流派。

气功在国内漫长的流传过程中，同时与国外进行交流，推广或吸收了国外的若干功法。982年日本著名医家丹波康赖辑录中国唐代以前多种医书，编写出版了《医心方》30卷，其中有2卷就是专讲养生保健及古代气功。清朝初年起，日本又出版了一些导引著作，如林正且的《导引体要》、喜多林利且的《导引体要附录》、竹中通庵的《古今养性录》、大久保道古的《古导引集》、田中乐山的《田子养生诀》等，都对中国古代气功作了不同程度的介绍和引用。此后日本还曾盛行过冈田、滕田等派的静坐法。朝鲜《医方类聚》、《东医宝鉴》，也介绍了中国古代的气功资料。此外，中国明代高濂的《遵生八笺》中有关古代气功部分，曾由美人德贞(J. Dudgeon)用英文节译，收于《功夫——道家健身术》中，于1895年在天津出版，向国外作介绍。

中华人民共和国成立之后，气功疗法得到了进一步的发展。以刘贵珍为首的"唐山气功疗法小组"通过临床实践，工作成绩斐然，得到卫生部的表彰。此后，1955年起，在唐山、北戴河、上海等地建立了气功专业机构，以内养功、放松功等功法为主，进行了气功疗法的临床观察，并开办了训练班，培养专业人员，逐步应用气功疗法治疗一些慢性病。1958年后，气功疗法在取得临床经验和气功原理研究的基础上，使用气功疗法防治疾病的医疗机构逐步增加，在一些慢性病，如溃疡病、胃下垂、高血压、青光眼、哮喘等病种方面取得了较好的效果。在运用现代科学方法，对气功的原理方面，开始进行了呼吸、循环、消化、神经等系统的实验研究；加强临床、研究单位之间的协作。1959年7月卫生部在上海召开全国中医经络针灸学术座谈会上，关于气功的临床及机制研究的报告也作了交流。上海第一医学院(现上海医科大学)生理教研组的《气功疗法机制的研究》一文并被选入《庆祝建国十周年医学科学成就论文集》中。同年10月在北戴河召开了全国气功经验交流会上，更检阅了临床观察和实验研究的成果。近年来，全国性或地区性的气功学术交流会或专题讨论会，在不断组织进行中。

防治疾病方面，从治疗溃疡病到胃下垂、胃粘膜脱垂等慢性消化道疾患开始，逐步应用到多种慢性病的治疗，如高血压、肺结核、肺气肿、支气管哮喘、神经衰弱、青光眼、糖尿病、妊娠高血压综合征、子宫脱垂、慢性盆腔炎等；对某些外科手术前后及配合针刺麻醉方面，气功也被作为一种辅助手段。近年来还开始应用气功治疗肿瘤等病症，也有人推广"自发动功"以治病。

原理研究方面，对气功锻炼的人体生理效应；练静功时的人体功能状态及练功时的人体电磁信息研究，作了大量工作。实验研究结果，发现气功的放松、入静和一定的呼吸方法，能直接作用于中枢神经及自主神经系统的生理功能，起安定情绪的作用。大脑皮质脑电α波加强，随着入静放松的深度而扩大，这时的大脑降低了它对"七情"劣刺激的敏感性。在练功入静状态下，练功者的生理变化是氧耗量、血压、心率、呼吸频率、交感神经系统活动普遍降低，说明气功能有效地防治过度紧张、过度疲劳、以及其他导致人体心身功能失调的作用。近年还开始了内气外放的实验观察，发现了外气作用的许多物理现象。从此之后，古老的气功学术不但在生理基础上说明了一些问题，而且对人体内"气"的概念，初步可以在物质基础上加以说明，也使气功事业开始走上科学道路，诞生了中国气功学这个新的学科。

培养气功专业人员方面，主要是举办训练班或进修班，对现有医务人员予以气功专业的培训。目前中医院校也在陆续开设气功课程，有条件的院校还在筹备设置气功专业。于此同时，还出版了数十种气功专业书，创刊了数种气功杂志，这为广大气功专业人员、气功爱好者，提供了一定的参考资料，并进行了一定的学术交流。

近年来国外同行要求来中国考察、参观、学习、交流气功学术的团体或个人日益增多。国外气功研究机构也在建立，从事气功的生理学、生物化学、心理学、物理学等研究工作。也有结合临床，研究气功对防治疾病的原理等。

今后，中国将随着气功研究机构的建立，加强规划，团结合作，认真继承整理发扬气功学术；扩大应用范围，总结临床及各方面的实践经验；充分运用现代科学的新成就、新技术，进行多学科的协作和实验研究。气功将在进一步认识和掌握人体的自我调节系统，了解人体内在机能的本质，发挥人体内部潜在功能，改善人们体质，加强人民保健事业中作出更多的贡献。

护理学

以中医基础理论为指导，根据四诊八纲的临床辨证结果，结合心理学(以七情学说为核心)、营养学(以食物疗法为主)以及现代管理学等知识，遵照防治疾病的需要，施以护理技术，以帮助患者康复的一门学科。

护理起源于生活实践，也就是人们对疾病的斗争中逐渐地认识和发展了生活护理、基本诊疗技术和病情观察。在护理学的发展过程中最早出现的是生活护理。古代火的发明引起了人类生活的极大变革，首先是饮食的改变。由于农业生产的逐渐发展，烹调技术也逐渐进步，从而产生饮食护理和食疗方法。在周朝的医疗制度中就有了食医。《周礼·天官冢宰·医师章》中详细地指出了饮食护理和食品卫生以及常用食品的治疗作用等。

《内经》奠定了中医护理学的基础，关于护理学的有

关内容有：天人合一学说等指导生活护理；脏腑学说等指导病情观察；经络学说等指导护理诊疗技术。以后历代对中医护理学均有补充和发展。如华佗所提倡的五禽戏的体育疗法一直应用于健身，并且是疾病恢复期的护理诊疗技术；张仲景《伤寒杂病论》发展了煎服中药的基础护理；巢元方《诸病源候论》对中医护理学的病情观察有很大的发展和补充；《晋书》记载为魏咏之进行唇缺修补手术之术后护理要求，以及巢元方《诸病源候论》所强调的断肠吻合手术后之护理要求，证明中医在手术后护理已达到很高水平。孙思邈《千金要方》、《千金翼方》对妇女(月经期、妊娠期、产后)、小儿(包括新生儿)的基础护理有很多的发展，并对养生、养老、食疗、退居(病室环境的选择)、补益(服用补药的指导)等均有发展；孟诜的《食疗本草》对中医的饮食护理发展了一大步；宋代《太平圣惠方》发展了中药成药的保管法及汤药的“服饵之法”，对目前的基础护理学中的药物保管和使用仍有良好的指导作用；宋代《小儿药证直诀》、《十产论》、《圣济总录》、《鸡峰普济方》以及元代《十药神书》、《妇人大全良方》、《活幼心书》，对内、外、妇、儿等常见疾病的护理方法均有了补充和发展；明代薛己《口齿类要》论述了口腔护理法；明代由于种痘术的发明，使中医护理学在预防接种和传染病护理有了发展；明末清初的吴又可《温疫论》对传染病的护理提出了新的见解，并论述了传染病的饮食和食疗，指出传染病在急性期宜流质饮食，在恢复期可进半流质，逐渐地再恢复到普食。清代由于温病学说的形成和发展，促进了护理学的降温措施，应用井水、冰水、雪水擦浴，同时亦发明括痧等护理诊疗技术。综上所述，中医护理学发展很早，在生活护理、心理护理、饮食护理、病情观察、护理诊疗技术，以及保健、预防、防疫、消毒等都有一定的成就。由于长期来中医护理尚未形成专业，多医护不分，使护理学的发展不能成为一门系统的完整的学科。

本世纪50年代后，由于全国各地创办了各级中医医院、中医专科医院以及中医护理学校，编撰中医护理学专书，为中医护理学的发展打下了良好的基础。中医护理学主要特点有：护理整体观和辨证施护。

(1) 护理整体观：中医学理论体系非常重视人体本身的统一性、完整性及其与自然界的相互关系。中医护理是在中医理论体系指导下进行的，是以脏腑学说为核心，通过经络、三焦、气血、津液等形成一个完整的组织体系，又为人体是自然界整体的一个部分，自然界的变化，会直接或间接地影响人体。这一护理整体观指导着中医基础护理，如生活护理(包括病人由入院到出院，由患病到痊愈过程中的环境安排、心理护理、饮食及食疗、排泄及睡眠的护理，以及病人在危重期间生活上所需的护理等)、基本诊疗技术(包括针灸、气功、推拿、拔罐、理疗、穴位注射、括痧、敷贴、医疗保健、康复体疗以及各科共有的或各专业特有的诊疗技术等)、病情观察(包括病情的发生和发展、向愈和恶化，以及病案、护理的记录和书写等)。

(2) 辨证施护：辨证是在中医基础理论指导下，将四诊所搜集到的有关疾病的各种症状及体征表现，根据病因、病机、八纲、脏腑的分析，然后综合、概括为某种性质的证候。辨证是决定护理的基础和依据，根据辨证施以情志护理、饮食调护以及中医的独特的各种护理技术。辨证施护的过程，就是认识疾病和护理疾病的过程。辨证与施护是在疾病的诊断、论治、施护过程中，既相互联系，又不可分割，论治中含有施护，施护中又不可脱离论治。因此，施护是辨证论治中的一个重要组成部分。

食疗学

以中医药理论研究食物的性味、功能，并用以防病治病和养生保健的一门学科称为食疗学。它是中医学中颇具特色的一个分科。中医食疗历史悠久，其食疗名词，盛行于唐代(《千金要方》、《食疗本草》)。在此之前，有关食疗内容，多见于食禁、食忌、食治等之中。目前食疗学的内容，包括了食物性味、饮食宜忌、饮食治病、饮食养生等。一般对食疗的要求，既能对人体有防病治病，延年益寿的养生作用，又能达到味美适口，为人们所乐于接受，对人体无毒害作用的各种饮食。《寿亲养老新书·饮食调治第一》谓：“若有疾患，且先详食医之法，审其疾状，以食疗之，食疗未愈，然后命药，贵不伤其脏腑也。”食疗的具体应用，一方面根据食物的性味功能的不同，针对不同的体质、年龄、病情和生理特点(如孕妇、哺乳期)，采用辨证施食的方法；又宜对每个人所处的不同地域和饮食习惯及爱好，而选择并调配成最为相宜的膳食。近年来中医食疗，在古代传统食疗基础上又有新的要求，就是要参考现代营养卫生学中对食物的热量、各种营养素的含量、膳食中的脂类以及膳食营养平衡等，这些因素对一些常见病如动脉粥样硬化、糖尿病、肿瘤……等发病的影响或者预防作用等，另外，食物的储存、制作加工过程中所产生或污染的有毒或致癌物质对人体健康的不良影响结合起来加以研究。并进一步作出具体的食疗措施，以使中医传统的食疗学，更为符合时代的客观要求。

饮食与医药起源 饮食与人类休戚相关。扁鹊云：“安身之本，必资于食”，“不知食宜者，不足以存生也。”指出了寻求食物和了解食性的重要性。远古时人类的饮食是十分简陋的，火的发明为人类改善饮食，增进健康创造了条件。饮食与医药的关系是十分密切的。《淮南子·修务训》记载了传说中的神农“尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所辟就”。因此，在医学史上有“医(药)食同源”的说法。尽管许多药物的产生主要是源于临床实践，但饮食对医药的发展有不可忽视的推动作用。《山海经》记载了服用许多动、植物后所产生的作用(如“不忘”、“多力”、“美人色”等)。《吕氏春秋》记载了伊尹(传说中汤液的创始人)的言论，其中提到的“阳朴之姜，招摇之桂”，原本就

是食用的调料,后来广泛作为药物使用。伊尹还说:“凡味之本,水最为始,五味三材,九沸九变……时疾时徐,灭腥、去臊、除膻,必以其胜,无失其理。”“调和之事,必以甘酸苦辛咸,先后多少……。”说明当时对调理饮食已有理论上的初步总结。

先秦时期的食疗 饮食疗法起源久远,发展也很迅速。在先秦时期,它就有一套比较丰富的理论知识。《周礼·天官冢宰》所记医学分科,食医和疾医、疡医、兽医并列。食医“掌和王之六食、六饮、六膳、百羞、百酱、八珍之齐”。这说明食医在当时已有一个初具规模的体系。以这一时期的人物命名的有关著作如《神农黄帝食禁》(《汉书·艺文志》)、《黄帝杂饮食忌》、《老子禁食经》(《隋书经籍志》)及《神农食忌》、《神农食经》、《扁鹊食禁》等。从今存的《神农黄帝食禁》等书的佚文可知,其内容主要在于讲求饮食宜忌,这可以和《淮南子》所说“知所辟就”相印证,是为早期食疗专著的古朴特点。

在先秦时期成书的《内经》及诸子百家书中,对食疗各主要环节都已有散在论述。古人对用以养身疗疾的饮食的要求是十分严格的,其范围包括对品种、作用性质(性味宜忌)、质量、配制的了解。《素问·藏气法时论》云:“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充。气味合而服之,以补精益气。”这里明确地提出了一个相当科学的配膳原则,即各类食物应调配得当,互相取长补短,才能对身体发挥有益的作用。这种五谷、五果、五畜、五菜的分类法在10世纪成书的《医心方》还在沿用。《灵枢·五味》中讨论五味所走、五脏喜欲时举例所用皆为食物,可以说这是对论述食疗最早的一首专篇。《灵枢·师传》云:“食饮者,热无灼灼,寒无沧沧。寒温中适,故气将持,乃不致邪僻也。”孔子的名言:“食不厌精、脍不厌细。食饐而餲,鱼馁而肉败,不食。色恶,不食。臭恶,不食。失饪,不食。不时,不食。割不正,不食。不得其酱,不食。肉虽多,不使胜食气。唯酒无量,不及乱。沽酒市脯不食。不撤姜食,不多食。”比较全面地概述了当时士大夫们对饮食的讲究情况,有不少是合乎道理的(如其中对饮食卫生及正确的进食习惯的叙述)。

古人对饮食除要求精美、洁净而外,特别强调进食的适量、配合、时间、方式等,尤其重视“饮食有节”。《管子》曰“饮食节……则身利而寿命益。”反之则“形累而寿命损。”《文子》说:“量腹而食。”《素问》云:“谷、肉、果、菜,食养尽之,无使过之,伤其正也。”又云:“五味过食,伤及五脏。”都告诫饮食必须适量。“膏梁厚味,足生大丁”(《素问》),指出了肥腻之物久食也会产生疾病。食以清淡为上,是自古养生家的一贯主张。孔子除主张“不时不食”外,还要求“食不语”,这是指良好的进食习惯。不同的时节对饮食也有影响,如黄帝(食禁)云:“九月勿食被霜瓜”,“七月勿食生麦(蓼),作蛲虫”等。食前食后的宜忌也是食疗内容之一。饥勿浴、饱勿浴,是一条著名的古训。“饱食讫,多饮水及酒,成痞癖”,“醉当风,成恶风”(《神农黄帝食禁》)。同样的食品在进食时还必须辨别体质,分清食性,如杏实“有热人,不可食,令人身热,伤神寿”,“芋不可多食,动宿冷”之类。《素问·热论》曰:“病热少愈,食肉则复,少食则遗。”指出了病后的调理法。

秦汉隋唐五代时期的食疗 这一段较长的时期内,食疗有了较大的发展。其特点是内容更充实,治疗范围更加扩大。人们不仅是讲宜忌,而是更多地主动运用食饮治病。《千金要方》引录前人之言说,“夫为医者,当须先洞晓病源,知其所犯。以食治之,食疗不愈,然后命药”。“若能用食平疴,释情遣疾者,可谓良工”。因此,当时的食疗并不是可有可无的辅助措施,而是好医生必须掌握的重要的治疗手段。

在汉唐之间出现的食疗著作有数十种之多。如《魏武四时食制》,魏代崔浩的《食经》9卷,南齐刘休的《食方》1卷(一作《食经》10卷),南齐虞悰的《食珍录》,晋代何晋的《食疏》,隋代诸葛颖的《淮南王食经并目》120卷(或作165卷),唐代孙思邈的《千金食治》、《孙真人食忌》,孟诜的《食疗本草》3卷,杨晔的《膳夫经手录》4卷,严龟的《食法》10卷,昝殷的《食医心鉴》3卷,韦巨源的《食谱》1卷,五代后唐代陈士良的《食性本草》10卷等。散见于其他医方书中的内容还不在其数。

汉代张仲景所著《金匮要略》后附“禽兽鱼虫禁忌并治”、“果实菜谷禁忌并治”中,除继承了汉代及先秦饮食宜忌等经验而外,在理论上有了不少新的阐发,且较多地列举了食物中毒及解救法。张仲景指出:“所食之味,有与病相宜,有与身为害。若得宜则益体,害则成疾。”简要地说明了食、病、身三者的关系。他指出的有毒食物大多符合科学道理,如“肉中有如朱点者,不可食之”;“六畜自死,皆疫死,则有毒,不可食之”;“菌仰卷及赤色者不可食”等。某些食物多食有副作用,如“梅多食坏人齿”等。书中列有多种解毒法,并提出“凡煮药饮汁以解毒者,虽云救急,不可热饮;诸毒病得热更甚,宜冷饮之”的服解毒药原则。晋代王熙认为“食不欲杂,杂则或有所犯;有所犯者,或有所伤;或当时虽无灾苦,积久为人作患”。葛洪在《肘后备急方》中记载:可以用豆类、牛羊奶等来治疗脚气病。唐代孙思邈在《千金方·食治》中指出:“安身之本,必资于食,救疾之速,必凭于药,不知食宜者,不足以存生也,不明药忌者,不能以除病也,……是故食能排邪而安脏腑,悦神畅志以资血气,若能用食平疴,释情遣疾者,可谓良工。”这说明孙氏不仅对食疗和药疗对人体的不同功用,同时也强调了食疗的重要性。他在本书中,还记载了很多食物疗法的新发现。如以青羊肝治目疾,用鹿靥、羊靥、昆布、海藻等治瘿瘤。《千金方》卷二十四还专列有“解食毒”一节。此外在“养性”一节中也记载了饮食法。如云“善养性者,先饥而食,先渴而饮。食欲数而少,不欲顿而多……常欲令饥中饱、饱中饥耳”。“故每学淡食。食当熟嚼,使米脂入腹……常须少食肉,多食饭及少菹菜”。又“食毕当漱口数过。令牙齿不败、口香”。而“食

毕当行步踌躇，计使中数里来……饱食即卧，乃生百病”。这与华佗所说“动摇则谷气则消”同出一理。《马琬食经》还指出：“凡食欲得安神静气，呼吸迟缓，不用吞咽迅速。咀嚼不精，皆成百病。”

唐代著名的《食疗本草》(见“食疗本草”条)，不仅品种众多，而且揭示了更多的食疗规律。该书多处提到南、北异地的人，对食物适应性也不同(见书中昆布、海藻、羊等药下)。该书经常提示小儿的饮食应有它特殊处，如“小儿不得与炒豆食之”。唐代的《食医心鉴》则是较完备且系统的食疗著作。记录了大量的食疗方剂。五代时的《食性本草》集中了前代诸书“所载食医诸方及五时调养脏腑之术”。此外，象北魏贾思勰的《齐民要术》等农家书中也有许多关于饮食宜忌和治疗作用的记载。

宋金元时期的食疗　这一时期产生的食疗著作不很多，但对某些食物的研究却很深入。由于都市贸易的繁华，也带动了“食药”的发展。在开封、杭州，市场出售“饮食果子”者众多(如河阳查子、沙苑榅桲、橄榄、金橘等)，有很多市售菜馔即属于现在的药膳，花样众多(如木瓜汁、香薷饮等)。这一时期出现的《橘录》、《笋谱》、《菌谱》、《荔枝谱》、《糖霜谱》、《蟹谱》、《酒经》、《临海异物志》等，把许多食物的研究推向纵深发展。这时出现的某些“食经”如：陈达叟的《本心斋食谱》，郑望之的《膳夫录》，司膳内人的《玉食批》，黄庭坚的《食时五观》，黄克明的《江餐馔要》，以及多种《法馔》等，与医疗联系较少，多为烹调法而设。但此时也不乏有见解的食疗著作。如郑樵的《食鉴》，就提出“调养以救饮食三失”：“一者，腹已馁，方进口，正美即止……以救饮食过度满胀之失也；二者，吃软暖食物，加熟嚼细吞……以救生冷硬食伤于腐熟之失也；三者，省鱼肉美味，服淳淡素食……以救过丰越于常分之失也”。他还提出了“食养六要”：“食品无务于淆杂，其要在于专简；食味无务于浓酽，其要在于淳和；食料无务于丰赢，其要在于从俭；食物无务于奇异，其要在于守常；食制无务于脍炙生鲜，其要在于蒸烹如法；食用无务于餍饫口腹，其要在于饥饱处中”。陈直撰《养老奉亲书》，后由邹铉续增之《寿亲养老新书》中，有“饮食调治”、“食治养老序”、“食治老诸疾”，以及附有老人食治的不少方剂，这是一部老年病学中有关食疗方面的很好的参考书。《食治通说》的作者娄居中，南宋人，终生为民间儿科医生，他在书中主张“食治则身治”，将此作为上工医未病之一术。他治小儿，“惟告节其乳食”，微以药温胃，认为“儿本无疾，爱之者害之也”。他把自己的食治之说写在药袋上，使人归而勿忘。

金元之际，战争频仍，人民由于饮食劳倦，信伤脾胃，李东垣等“补土派”应运而生。李氏在欲令阳气升浮时，主张“宜温食及薄滋味以助阳气”，忌酒、湿面、大料(香料)物。元代忽思慧的《饮膳正要》为食疗名著(见“饮膳正要”条)。该书有理论、有方药，内容丰富，图文并茂，还收集了许多北方少数民族的食疗经验，是现存元以前内容最完备的食疗本草。此外，吴瑞的《日用本草》，只不过“取本草之切于饮食者，分为八门，间增数品而已”，《本草纲目》有引录。宋金元时，从外域传入的食品有巴旦杏、胡萝卜等多种。

明清时期的食疗　明代的食疗法大体上袭宋、元时的格套。比较引人注目的是救荒类的食物书。这类书籍所提供的只能说大多数是“代食品”，其本意在于应付天灾人祸，维持生命，以免人们在饥不择食时因不知就避而造成损失。朱橚的《救荒本草》最为著称(见“救荒本草”条)。此外还有屠本畯的《野菜笺》、王磐的《野菜谱》、周履靖的《茹草编》、姚可成的《救荒野谱补遗》等，这些书中所提供的食物也有少数流传较广。如荠菜，至今为民间所喜食。

这一时期家庭小百科全书似的一类书籍也颇为盛行。这类书夹杂着介绍酒、醋、酱、豉制造法，食物收藏法及饮食烹饪法等等。如刘基的《多能鄙事》、韩奕的《易牙遗意》、高濂的《遵生八笺》、邝璠的《便民图纂》、商濬的《博闻类纂》、方以智的《物理小识》等等。食品专著中植物类的较少(如黄省曾的《芋经》、潘之恒的《广菌谱》以及多种《荔枝谱》等)，鱼类的较多(有黄省曾的《鱼经》、屠本畯的《闽中海错书》、《海味索隐》等多种)。这一时期琳琅满目的农家书中，也间或收录一些食法，较出名的有朱权的《臞仙神隐书》，徐光启的《农政全书》等等。传统的食疗类本草有薛已的《食物本草》2卷，宁原的《食鉴本草》等。明代药物学著作《本草纲目》中载食用水共43种；可供食用之谷物73种；菜105种；果品126种；各种动物数百种。是书虽非营养学和食疗专著，但其中有关内容也能反映出中国的食疗学在这一时期的认识水平已大大提高。书中记载的众多的食疗品，与医药联系紧密。著名鱼翅，就是李时珍记录下来的。此外，在明代传人了一些异国食品，如玉米，很快风行全国。番薯的栽培和食用也发展得很快。

清代食物本草数量较丰。大多为资料汇集或普及性读物，如尤乘的《食治须知》，沈李龙的《食物本草会纂》，叶盛的《古今治验食物单方》，龙柏的《脉药联珠食物考》，文晟的《食物常用药物》、《本草饮食谱》，何克谏的《食物本草备考》等。王孟英的《随息居饮食谱》撰写时，正值兵荒马乱，“石米八千，斋四十，茫茫浩劫……枵腹无聊，丐得枯道人秃笔一枝，画饼思梅，纂成此稿”。因此，其选材合乎民情，切于实用。书中对饮食的概念有所探讨：“水，食之精；谷，食之本也；调味为制宜之具，蔬果亦日用之常也，故曰饮曰食，而考之实、辨之详。羽毛、鳞介不言食，以非人人为常食也”。对豆制品的推崇及发物的忌口等，均有新的发挥。顾仲编的《养小录》内容也很丰富，除收前人资料而外，还附入了个人的实际经验。李化楠、李调元父子的《醒园录》，被称为绝好的烹调书，各类食品中每多药膳，如千里茶，用白砂糖、白茯苓、薄荷叶、甘草为细末，蜜与枣肉为丸，行千里咽喉不坏。袁枚所著《随园食

单》也是一本出色的食经，作者见多识广，各种名菜烹调法介绍颇详，其中有不少属于药膳的范围。费伯雄的《费氏食养三种》中，编入了《食鉴本草》(原为清代石成金撰，改题费伯雄)、《食养疗法》、《本草饮食谱》3种。书中药粥罗列较多，是其特色。章穆的《调疾饮食辨》重在理论述评，针砭饮食调疾方面的俗弊(如禁病人食粥、炒米成炭等)。清代的饮食疗法散见于他书的很多，各种笔记小说、方志农书乃至文艺作品中，都或有涉及。

近现代的食疗　近现代的食疗由于受西医学的影响，更多地注重所含营养素，许多饮食指南、家庭饮食常识之类的普及性小册子流行于社会。现代科学知识的发展使人们更进一步地深入了解食物对人体健康的重要性，有针对性地补充含有人体所缺营养素的饮食已成为治病常用手段，选择饮食时讲求营养价值已经是很普通的事。现代的营养化学和营养卫生学为保证人体健康提供了许多科学依据，制定了一些有效的措施，但是，越来越多的人认识到，中医食疗法中有许多宝贵的理论和经验值得深入发掘。本世纪70年代末以来，中国对传统食疗的研究不断加强，古典食疗类著作的出版和辑佚工作已取得许多进展，发扬中医传统食疗的优势，运用现代科学知识加以整理、提高，必将为人类的健康作出新的贡献。

食物性味　食物与药物一样具有寒热温凉四性(四气)、辛甘酸苦咸五味，以及升降浮沉之性和不同的归经作用。这些内容，在理论上与中药学相同，也可以说食物的性味归经，也是中药学中的一部分。有的食物，既是食品，又属药物。对于寒热温凉四性，一般食物与药物相比，食物之性均较平和。其寒与凉，温与热之间，在程度上稍有差别，因此也可将四性归纳为寒凉与温热两类，另外，多数食物其性既不偏于寒凉，又不偏于温热，而将之归属于性平之类。根据"寒者热之"、"热者寒之"的治则，凡热证病者，或阴虚之体，宜用寒凉之性的食品，寒证病者，或阳虚之体，宜用温热之性的食品。

食物的辛甘酸苦咸五味，辛能发散外邪及行气化滞之功，如外感表证，可用生姜、葱、香菜等。气滞腹痛，可用茴香、花椒、肉桂等。甘能缓急，并具调和的作用，如红枣、饴糖、蜂蜜等。酸能收敛固涩，如大便久泄或汗出不止，可用乌梅。苦能宣泄，如杏仁之苦，能宣泄肺气以治咳喘；槟榔之苦泄，以治积滞胀满。咸能软坚散结，如海带、海藻之能消瘿瘤(地方性甲状腺肿大)。另外，五味与五脏相合，如《灵枢·五味》谓："水谷皆入于胃，五脏六府皆禀气于胃。五味各走其所喜，谷味酸先走肝；谷味苦，先走心；谷味甘，先走脾；谷味辛，先走肺；谷味咸，先走肾。"这将五味与五脏的关系，运用于食疗的最早记载。食物与药物一样，有的食物，其所具有之味，往往不止一种，如萝卜具甘、辛二味，甘能生津止渴，辛能行气消胀。在辨析某一食物的功能时，还必须气、味、归经相结合，如甘蔗味甘性寒，入肺胃二经，因此，当热病肺胃之津液受损，而引起口渴、咳嗽等症时更为相宜。又如冬瓜，味甘淡性凉，入肺、大小肠、膀胱经，有利水、消痰、清热之功，故能治消渴、咳嗽、水肿。有的食物，生则性寒，熟则性温，在经烹煮以后，可改变原有之性。故在具体应用于食疗时，又须掌握食物生用、熟用及烹调方法(见"四气五味"条)。

辨证配膳　又可称为"辨证施食"。这是中医辨证论治在食疗方面的配膳原则。由于人的体质、生理特点和病情证候的不同，季节、地域、饮食习惯等差异，因此食疗对食物的选择，配膳的方法等必须根据具体情况，分别予以适宜的食疗配方。

食疗首重脾胃，若平素体质或疾病影响而脾胃运化功能素弱者，膳食必须不宜过多，避免生冷，少食或暂忌油腻厚味。当病属邪实，或病情正在发展之际，以及病情初愈之时，饮食皆宜清淡，并以糜粥自养。一般治疗疾病，根据"寒者热之"、"热者寒之"、"虚者补之"、"实者泻之"的治则予以配膳。对养生保健，一般均以调补五脏，尤以培补脾肾为主，但均宜按不同对象，或用清补，或用温补，或以理脾化痰等。一般均须忌油腻过多之品，以食不过饱为原则，使固护脾胃运化功能。

饮食宜忌　食物的性味不同，人体体质与病情各异，故饮食对人体有相宜者，有禁忌者。食物之间有宜相配伍者，有不宜相配者。有食用某种食物后，不宜再吃某物者。有的短时可食，而不宜长期久食者。也有宜熟食而不宜甚至禁用生食者，这些均称为饮食宜忌。例如肥胖之人饮食宜清淡，忌油腻；消渴患者，忌肥甘、膏粱厚味；阴虚火旺者，宜清凉滋润之品，忌辛辣助火之食。脾胃虚弱者，宜少食多餐，糜粥、软食及甘温之饮食，忌饱食及生冷油腻坚硬难化之物。外感表证，欲其汗出者，宜用辛味发散之品，忌用酸味收涩食物。食物之间，宜相配用者如螃蟹性味咸寒，食时加姜及胡椒之辛温，不仅调味，而且以制其寒凉之性。鲤鱼配赤小豆，可以利水消水肿。山药配薏仁米，可健脾利湿以止慢性泄泻。食物之间不宜相配者，如鳖甲忌苋菜，乌梅忌猪肉，绿矾忌荞麦。如服人参者，忌服萝卜，以免影响人参补养之力。另外民间有不少饮食禁忌，有的常与各地风俗习惯有关，因此并不完全相同，这些不一定完全可靠，有待我们进一步验证，总结经验，才能作出正确的结论。有些食物对个别从食后引起过敏者，应当禁忌。桃仁、杏仁、白果生食则中毒，应炒熟少量食用为宜。

食疗方剂的配伍组成，有不少是以食物与某些药物相配而成，如：人参与鸡共同烹调；小儿食用之八仙糕，食物有糯米、粳米、莲肉、白糖等，药物有人参、伏苓；又如《医学从众录》卷一之雪梨膏，其中食物有雪梨、藕、萝卜，药物如生地、葛根、麦冬相配；……。因此食疗方就不仅是一般的食物配膳，由于药物相配，使其在防病治病养生保健等方面扩大了应用范围，并有利于提高疗效。尤为老人、小儿及体质虚弱和久病患者所欢迎。食物与药物

相配，用于食治和食养，这是中医食疗的一大特点。

医学道德

医学道德简称医德，指医药工作中的职业道德。它是属于社会意识形态之一的道德在医学领域中的反映。医德作为调节医（药）家之间与病人及相关人员之间关系的行为规范的总和，在中国的产生和发展已有了悠久的历史。并经历代医家的倡导，使中国医学的医德内容不断地丰富和发展。

医学道德经常体现在对医学科学的追求和对患者的高度负责方面。医学在《内经》中被称作"圣人之术"，后世多称为"仁术"，充分说明了学医者应该具备高度的智慧和高尚的道德。医学科学的发展，须要众多医生为之献身和奋斗。"神农尝百草，一日遇七十毒"，这虽然只是一个古老的传说，但它却反映了在寻求医药过程中，无数先民以无畏的献身精神作出过重大的牺牲。春秋战国时期的名医扁鹊（秦越人），不仅作为神奇医术的化身，也作为高尚医德的典范而深入人心。他周游列国，以解除各地最迫切的疾患为己任。为了救治虢太子患尸厥，他不计较王宫内侍的非礼言行，用多种治法挽救了病人，表现了一个医生应有的宽广胸怀。当人们称赞他能起死回生时，他实事求是地回答："越人非能生死人也。此自当生者，越人能使之起耳。"《素问·五脏别论》中提到的"拘于鬼神者，不可与言至德"，则是对医生思想方法的具体要求。尊重科学，反对迷信，是医生最基本的思想道德之一，这在中国医学发展的早期就已然给予了高度的重视。

西汉著名医学家淳于意（仓公），虚心求师多人。每治病必加以记录，他的"诊籍"是中国最早的病历，其中不仅记录成功案例，也收录失败的病历。当有人问他："诊病决死生，能全无失乎？"淳于意客观地回答："败逆者不可治，其顺者乃治之。心不精脉，所期死生，视可治，时时失之——臣意不能全也。"表现了高度的实事求是的科学态度。东汉名医张仲景，对学医有非常明确的目的，即"上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生"。君亲和自己只是几个人，因此，他学医所担负的重任实际上是广大劳动人民的疾苦。他抨击那些竞逐荣势、蠢若游魂的趋世之士，进一步表明他是不逐名利，治病救人的高尚的思想境界。同时，张仲景学习医学是通过艰苦的"勤求古训，博采众方"，而不是象某些医生那样各承家技，始终顺旧；他看病十分仔细认真，因此他对那些"省疾问病，务在口给；相对斯须，便处汤药"的草率作风提出批评。被后人传为佳话的"虎守杏林"的故事，反映了三国时董奉热心为群众看病的美德。董奉"日为人治病，亦不取钱。重病愈者，使栽杏五株，轻者一株。如此数年，得十万余株，郁然成林"。每年卖杏得谷，又用来赈救贫乏，供给行旅贫困者，每年达2万余人。从此，"杏林春暖"成为赞美医家医德医术并佳的习用语。

医生应具备什么样的素质（包括道德修养），晋代杨泉认为："夫医者，非仁爱之士，不可托也；非聪明理达，不可任也；非廉洁淳良，不可信也。"要求"其德能仁恕博爱，其智能宣畅曲解……贯微达幽，如此乃谓良医。"唐代名医孙思邈，进一步阐述了医德的多方面内容。《千金要方·大医精诚》就是中国医学史上最早的医德专论名篇，闪烁着科学、文明的光辉，成为中国后世医家的医德教育范文。"大医精诚"在以下几方面有精辟的论述：①治学态度："学者必须博极医源，精勤不倦，不得道听途说，而言医道已了，深自误哉！"②诊疗作风："若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命。见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避崄巇，昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心。如此可为苍生大医，反此则是含灵巨贼。"这段精彩的语言，表明了孙思邈一切为治病救人的高尚医疗作风。③思想修养和仪表：孙氏认为"大医之体，欲得澄神内视，望之俨然。宽裕汪汪，不皎不昧"。并要临证精审果断，不为富贵所迷。所谓"纵绮罗满目，勿左右顾盼；丝竹凑耳，无得似有所娱；珍羞迭荐，食如无味；醽醁兼陈，看有若无"。完全急病人之所急。④学术道德：孙思邈还告诫医者应该正确处理和同行的关系，正确对待工作成绩。他反对"道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己得。偶然治瘥一病，则昂头戴面，而有自许之貌，谓天下无双，此医人之膏肓也"。孙思邈所倡导的"大医"，就是中国医学史上具有高尚医德的医家的尊称。千百年来，中国曾出现过许多医德高尚的医家。

北宋名医庞安时，为人治病常十愈八九。凡上门求治者，另准备房屋接待。亲自为病人熬粥煎药，一定要等病好了才让走。病不可治者，告之实情，不再让病人耗费钱财。他治活人无数，病家持金帛来谢，也不是全部收下。类似庞安时这样热心为群众治病的医家，在中国医学史上何止千百，各地的地方志中经常记载为人爱戴的民间医生。《证类本草》作者唐慎微就是其中突出的一员。他治病"不以贵贱，有所召必往，寒暑雨雪不避也"。宋代张杲的《医说》中，记载了何澄作风正派、不贪女色的故事。何澄曾为一个读书人治病。病人久病不愈，家资罄尽，其妻因无法开支诊金，便将何医生引入密室，愿意以身相酬。何医生正色拒绝，且说："但放心，当为调治取效，切毋以此相污。"最后治好了病人，成为千古美谈。南宋佚名氏《小儿卫生总微论方》也载有一篇有关医德的论说。该书谓："凡为医之道，必先正己，然后正物。"要求医生"性存温雅，志必谦恭，动须礼节，举乃和柔。无自妄尊，不可矫饰。""遇有请召，不择高下，远近必赴。""疾小不可言大，事易不可云难。"其内容也很深刻。

法医是医学领域一个比较特殊的部分。法医虽不以治病救人为主要任务，但他的检验却决定了当事人的"直枉屈伸"、"死生出入"。没有献身精神，"遥望而弗亲，掩

鼻而不屑者"是不堪此任的。更主要的是法医必须具备良好的道德修养和认真细致的工作作风。南宋时宋慈就是这样一位德、才兼备的著名法医学家。他对狱案,"审之又审,不敢萌一毫慢易心……或疑未决,必反复深思,惟恐率然而行,死者虚被涝漉"。为此,他博采诸书,结合自己的心得,写成了《洗冤集录》这一名著。中国许多学术上有卓越贡献的医学家,他们在医学道德上也是后世的楷模。元代名医李东垣,平时作风正派"忠信笃敬"。当罗天益来拜他为师时,他首先提出一个问题:"汝来学觅钱医人乎?学传道医人乎?"要求罗天益讲清他学习医学的目的是为赚钱还是为了继承发扬医学。当罗天益回答:"亦传道耳",李东垣才收他为徒,且提供饮食和资助。李东垣临死将遗书交给罗天益,告诫说:"此书付汝,非为李明之、罗谦甫,盖为天下后世。慎勿湮没,推而行之。"深刻地体现了李东垣学医为民的高贵思想品德。元代另一位名医朱丹溪,为了追求医学,四处访师。后知罗知悌得刘完素之真传,几次登门求拜,终于学有所成。

中国还有不少医家,很重视学术道德。其表现之一,是十分尊重他人的成果,凡所引述必注明出处。唐代王焘的《外台秘要》,宋代唐慎微的《证类本草》,明代李时珍的《本草纲目》等,都很讲究说明文献来源。李时珍说:"诸家本草……各以人名,书于诸款之下,不没其实,且是非有归也。"这从一个侧面表现了他高尚的学术道德。同行之间如何相处,是体现医德的又一个重要方面。同行未必要相轻,明代徐东皋推荐杨继洲治病的事例就是医家互相尊重的一个范例。徐氏是一位名医,治刑部官员王某咽喉病,认为用药很难治愈,而针灸又非所长,于是举荐杨继洲行针灸术,治之而愈。杨继洲十分感动,他说:"东皋之心,即东垣心也,而其德可并称焉。视今之嫉妒贤能者,为何如哉。"明代名医龚廷贤,在《万病回春》中有"医家十要",除了业务要求之外,还有道德要求。如"一存仁心,乃是良箴;博施济众,惠泽斯深";"九莫嫉妒,因人好恶","十勿重利,当存仁义,贫富虽殊,药施无二"。龚氏认为:"医乃生死所寄,责任匪轻,岂可因其贫富而我为厚薄哉!"尤其反对同道之间互相訾毁的坏品质。《医学入门》作者李梴,要求医生忠于职守,无论对学问对病人,都应做到"不欺而已矣"。"不欺则良知日益发扬,而医道愈昌"。陈实功则提出"医家五戒十要"。其中五戒谈得很具体。如"凡视妇女及孀尼僧人等,必候侍者在傍,然后入房诊视,倘傍无伴,不可自看。假有不便之患,更宜真诚窥睹,虽对内人不可谈。"这里提出一个为病人严守秘密的问题。此外,他反复强调,医家决不可利用工作之便,贪占病家的便宜。即便是"娼妓及私伙家请看,亦当正己视如良家子女,不可他意见戏,以取不正,视毕便回"。在"十要"中也有许多极有意义的论述。如"凡乡井同道之士,不可生轻侮傲慢之心。切要谦和谨慎,年尊者恭敬之,有学者师事之,骄傲者逊让之,不及者荐拔之"。这些言论,均闪烁着中国传统医德的光辉。但封建社会的医德境界毕竟有其局限性,往往受封建伦理道德的影响等等。

不同时期的医学道德与当时的政治、经济、战乱、信仰等有着非常密切的关系,到了近代,以至现代,医学道德有了更深刻、广泛的内涵,内容更加丰富和发展了。在近代革命史中的红色根据地、抗日根据地、解放区的医疗实践中,都曾涌现出无数全心全意为病人、舍己救患者的可歌可泣的模范先进人物和事迹。这里不只有炎黄子孙,更有国际主义战士。如有口皆碑的白求恩、柯棣华等。在后方老中医中,如国人尽知的施今墨,就曾提出五条医德标准:①破除门户之见。②诊断如作战,用药如用兵。③对病家一视同仁。④不攻击同道,不在病家面前抵毁同道。⑤做良医,不做庸医。为世人留下深刻印象。近年来随着社会主义精神文明建设的不断加强,在城市、农村、部队、少数民族地区等都涌现出许多医德高尚的模范人物,如一生献身医学事业的林巧稚、模范军医吕士才等。退休后仍然热心为患者解除病痛的老医生周超等,及皮肤病专家马海德等的先进事迹都将永铸人民心中。

医学史上有关医德的论述和事例很多,这也是中国医学宝库中一份宝贵的遗产。作为一位人民的医生,应该继承中医传统医德,全心全意为人民服务,为发展医学科学奋斗不已。

中西医结合

将中国传统医药学理论知识、诊治方法与现代科学(包括现代医学)的理论知识、实验,研究方法结合,采用取长补短、相互为用,来继承、研究和发扬中国传统医药学的一种手段和技能称为中西医结合。中西医结合是以中医学为基础的中西医学间的交叉渗透,不仅在一定程度上不断提高临床疗效以有利于中医药学实现现代化。

中国传统医药学有着吸收和融合国外医学及其他一切优秀科学成果的优良传统。汉代张骞出使西域,打通了东西方的通道,开创了经济和包括医学在内的文化交流。东汉佛教传入中国,印度医学亦随之而来。隋唐时期,中外医学交流日益增多,阿拉伯的乳香、没药、血竭、苏合香油、木香、阿魏、芦荟等传入中国。唐代《千金翼方》、《外台秘要》均收录了阿拉伯医方为中医所用。五代后蜀波斯人李珣撰《海药本草》6卷,是介绍外来药物的专著,成为中药学的一部分。宋元时期,海陆交通日益发达,更促进了中外医学交流,宋代由"市舶司"出口,经由阿拉伯转运至欧洲各国的药物有60多种。元代设立的"广惠司",是仿效阿拉伯医院形式建立起来的医疗机构,还聘用阿拉伯医生治病,设回回药物院。元代罗马天主教传入中国的同时,古希腊的医学也传入中国。由于当时的西方医学还未成为独立的专门学科,还不能对中医药产生较大的影响。

明清时期,欧洲人相继介绍和翻译了不少中医学书

籍，使中医理论、脉学、药物、针灸、人痘接种术传入欧洲。而中医药仍然保持并在一定程度上发展了自《内经》以来的朴素唯物辩证观，注重整体观和阴阳对立统一思想，主要反映在人天相关、藏象相关和形神相关等方面，采用类比、推理、演绎和归纳等逻辑思维方法。而在16—20世纪初这一阶段中（相当于明末及清代），西医学随着社会生产力的发展和有关科学技术的演进，在古希腊、罗马以及阿拉伯等国度的医学上进一步发展。注重分析和科学实验，注重病原体的发现、形态学上的观察和量度观念等，这些与中医学明显不同。在西医学的发展过程中，西方传教士、商人进入中国，也把西方医学知识如解剖、生理和神经学等著作传入中国。如明末天主教传教士利玛窦的《西国记法》中介绍神经及解剖知识。与利玛窦交友的王肯堂，在《郁冈斋笔尘》中推崇西医的解剖学为中医所用。善于吸收外来文化的中医学家，率先进行中西汇通的尝试。

中西医汇通应该属于中西医结合的前期阶段。明末及清的代表人物有方以智，提出中西医不同学术间的问题应"随闻、随决、随时录之，以俟后日之会通"。在介绍"脑主记忆"论时指出："此论以肝、心、脑而立论，是《灵》、《素》所未发，故存以备引触。"汪昂《本草备要》辛夷条中对"脑主记忆"作了阐释，认为"昂思今人每记忆往事，必闭目上瞪而思索之，此即凝神于脑之意也"。王宏翰以西方的"四液体学说"融合中医阴阳学说和脏腑学说，提出"太极元行说"和"命门元神说"等汇通学说。朱沛文《华洋藏象约纂》提出"精生于睾丸，藏于精宫，而连络于内肾"的新观点，并提出中西医不宜偏主，反对空谈名理，以临床效验为检验理论的科学态度。唐宗海在《唐氏中西医判·自序》中说："西医亦有所长，中医岂无所短，……（中西医）不存疆域异同之见，但求折衷归于一是。"

清末由于近代改良主义者办洋务、主维新，提出中体西用。传教士更加注重发展医疗事业，设立了不少医院和诊所，翻译了不少西医书籍。中医界力主以中医为主体的中西医汇通。周雪樵于1902年在上海创办《医学报》，主张应用中西两法来诊疗疾病，认为"凡治病器具……概用西法，至开方用药则用中法，有急病及中药之力所不及者，则以西药济之"；"西医与中医并治，中医占优势也"。蔡小香于1907年创办中国医学会，主张发明医学的新理论、新方法，在《中国医学会章程》中指出"改良医学，博采中西国医理，发明新理新法，取集思广益之效"。丁福保于1910年成立中西医学研究会，并创办《中西医学报》，主张中西医学的沟通，形成新中医。在《中西医学研究会上民政部禀》中预见"中西医学真有沟通之一日"。

1911年辛亥革命后，由于文化界对中国传统文化的批判日趋激烈，势必影响医学界。民国元年新定学制，摒弃中医于教育门外；北洋军阀政府教育总长宣称"决意今后废去中医，不用中药"。于是中医界开始有救亡请愿之举，办校立案之事。1916年余云岫提出所谓"医学革命"论，企图以西医来取代中医，实质是"废止中医"论。1929年2月，国民政府召开第一次中央卫生委员会议。通过余岩（云岫）等人提出"废止旧医以扫除医事卫生之障碍"。随即引起了全国各地中医药界的极大愤怒和强烈反对。全国各地中医聚集上海，于同年3月17日召开全国医药团体代表大会，并由15省132个团体组织联合赴南京请愿团，要求国民政府取消此决议。在19世纪的二三十年代中，中医药界为生存和发展而抗争。毛泽东早在井岗山时期，就坚持用中西医两法治病的主张，提出"草医草药要重视起来"。延安时期，毛泽东曾患风湿性关节炎，请精通中医的李鼎铭，到杨家岭给他看病，毛泽东对李鼎铭说，现在延安西医看不起中医，你看边区的医学应如何发展。李鼎铭说：中西医各有长处，只有团结才能求得进步。毛泽东说，你这个想法好，以后"中西医一定要结合起来"。这是毛泽东关于中西医结合的最早论述，这一科学论断，为发展中国的新医学指出了方向。

1950年8月，毛泽东在给全国第一届卫生会议题词时提出："团结新老中西医各部分医药卫生工作人员组成巩固的统一战线，为发展伟大的人民卫生工作而奋斗。"1956年8月毛泽东在一次谈话中指出：就医学来说，要以西方的近代科学来研究中国的传统医学的规律，发展中国的新医学。而且强调：你们是西医，但是要中国化，要学到一套以后来研究中国的东西，把学到的东西中国化。1958年毛泽东根据卫生部举办的首届全国西医离职学习中医班的经验和成绩，亲笔写下了批语"中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高"。并进一步提出："我看如能在1958年每个省、自治区各办一个70—80人的西医离职学习班，以两年为期，则在1960年冬或1961年春，我们就大约有2 000名这样的中西结合的高级医生，其中可能出几个高明的理论家。"而且强调指出："这是一件大事，不可等闲视之。"1959年毛泽东与著名中医刘惠民谈话中强调提出"关键的问题是西医学习中医"。1985年中央书记处关于卫生工作的决定，再次明确了中西医结合方针，中西医结合工作者要系统学习、整理提高中医传统理论与临床方法，又要充分利用现代科技，把中西医知识方法结合起来。直到1991年，在有24个国家和地区代表参加的国际传统医药大会上，中国政府还重申："我们的政策是中医与西医并重，中医和西医相结合，传统医学与现代医学相结合。"

40余年来中西医结合工作取得了很大的成绩，促进了中医药学术的发展。培养了近6万名中西医结合人员，设立了中西医结合的博士点和硕士点，并设立双学位制的西学中班；成立了中西医结合研究会，创办了《中国中西医结合杂志》；成立了省市级的中西医结合医院和中西医结合研究所，在基层，还成立了一批中西医结合专科专病医院。中西医结合研究，取得了一系列重大科研成果，1982年世界卫生组织介绍的中国医学在世界上处领

先地位的有5项，其中3项属中西医结合项目，即骨折、急腹症和针麻研究。对针麻、针刺镇痛和经络研究，丰富了针灸学内容，揭示了经络部分实质，促进了神经化学和神经生理的发展；对肾、脾、瘀血等实验研究，丰富了证的内容和客观指标，开发了中医药学现代实验研究途径与手段，推动中医药学跨入现代实验研究新阶段，使古老的中医药学和现代科学接轨。对卫气营血的研究与感染性疾病的治疗，丰富了流行病学的内容，抗疟新药青蒿素的发明，在国内外受到重视和赞誉；中西医结合对舌诊、脉诊的研究，对中医治则治法的研究，对中药方剂剂型的研究，同样促进了中医药学术的发展；中西医结合治疗肿瘤、心脑血管疾病、血液病、妇科病、儿科病、皮肤病、肛肠病、泌尿系统疾病以及针拨白内障，都取得了可喜的成果。中西医结合是当代中国发展医药科学的重要方针之一，将不断取得更大的成绩。

中医学史

中国医学史

中国医学史是研究中国医学发展过程及其规律的科学。医学是研究人体生命活动、防治疾病、增进健康、延长寿命和提高劳动力的知识体系和实践活动。医学的发展与社会的经济结构、政治制度、科学技术、哲学思想和一般文化都有着密切的联系。

医学在其发展过程中，总是受不同时期的哲学思想的影响。因此，研究医学发展的历史，总结历史经验和探索规律，运用辩证唯物主义、历史唯物主义作为指导思想是很重要的。医学的发展具有很强的继承性，总是在继承前人成就的基础上得到进步和创新。研究医学的过去，是为了总结历史经验，更好地了解现在，解决当前存在的问题；同时，通过总结过去，从中掌握其发展规律，以便更好地预见未来。

中国医学史的研究范围是十分广泛的，大体包括有中国医学通史、民族医学通史、比较医学史、学科医学史、疾病史、医学交流史、医学学术思想史、医事制度史、医学教育史、医学家和医学文献等等。就时代而言，又可分为古代医学史、近代医学史、现代医学史等。医学通史是研究医学发展的全过程，总结其一般规律；专科史是研究各个学科（基础、临床、预防等）的发展过程和特殊规律。

研究医学史的意义为：①揭示医学科学的本质特征和发展规律，有利于医学科学工作者逐渐摆脱旧哲学的困扰，树立辩证唯物主义的世界观和医学观。②研究社会制度、政治经济、哲学思想、科学技术与医学发展的关系，从中汲取历史经验和教训，对制定和评价卫生工作的方针政策，有一定的理论意义。③了解医学研究方法的历史，不断改进思维方法和研究方法，创造有利于突破的必要条件，对于选择科研方向、制订科研规划，将会获得有益的借鉴和启示。④研究历代医学家的成长道路、治学态度、工作方法和学术思想，对培养医学人才，树立良好学风，都会有一定的帮助与促进。⑤学习中外医学史，进行比较研究，可以增加国际主义和爱国主义思想，提高民族自尊心和自豪感，有利于医务工作者的医学道德修养。同时促进学习国外先进经验。

中国是一个多民族国家，各民族在发展过程中，有的形成了自己民族特色的医学。各民族医学的集大成者即中国医学。中国医学具有悠久的历史。有关中国医学史的资料，散见于历代的经、史、子、集各类文献中。在历代王朝编纂的正史中，也记载着丰富的医史资料，其中包括历代医事制度、疾病流行、医药交流、官府收藏的医书目录以及医学家传记等。唐代甘伯宗的《名医传》，是中国最早出现的医学史性质的专书。其后，宋代有周守忠的《历代名医蒙求》，明代有李濂的《医史》，清代有王宏翰的《古今医史》及徐灵胎的《医学源流论》等。然而，较系统论述中国医学编年史专著，在中国当以陈邦贤的《中国医学史》（1919）为较早，该书曾经5次修订出版，并有日译本。继而有王吉民、伍连德的《中国医史》（1932英文版）、李涛的《医学史纲》（1940）等。近40年来，中国医史工作者编纂出版了多种中国医学通史著作。以诸书所收集的资料和涉及论题的广度上看，确有一定程度的提高。1987年由卫生部领导批准的，集中全国医史专家集体编纂的大型《中国医学通史》，将分为古代卷、近代卷、现代卷与医史文物图谱卷四大分册，正在顺利进行中，估计1993年起陆续出版，从而把中国医学史研究推向新的高度。总之，经过中国医史工作者的辛勤劳动，医学史作为一门科学，在中国已经奠定了较为坚实的基础。特别是近几年来，中国的专业医史工作者和业余爱好者的队伍逐步扩大，加上相关学科的进步，考古发掘的新进展，中国医学史的学术水平已有明显的提高。

医史学术团体的设立 1935年中华医学会第三届大会时着手筹备中华医学会医史委员会，1936年2月正式成立。1937年中华医学会第四届大会时改名为中华医史学会，由王吉民、李涛分别任正副会长。1940年12月国际医史学会接受中华医史学会为会员。中华人民共和国成立之后，于1950年定名为中华医学会医史学会，医史学术活动不断开展，1950年在上海、1956年在北京均召开过全国性学术会议。1979年10月在中止活动若干年之后于北京召开了全国第四届医史学术会议（恢复活动后第一届医史学术会议），选举了由36人组成的中华医史学会全国委员会。会议前及会后10多年来，北京、上海、内蒙、黑龙江、辽宁、福建、浙江、陕西、安徽、广西、四川、吉林、河南、江西等省区，恢复或创建了中华医史学会的省市级医史分会，湖南还成立了马王堆医书研究会等。在各地举办的医史学术会议上，广泛交流了有地方特色的医史学术活动，使医史研究、教学和普及有了更广泛的基础。1982年学会在西安召开了纪念孙思邈逝世1 300周年学术讨论会。1984年11月在福州召开第五届全国医史学术讨论会。到会代表达200余人。改选出由32人组成的第五届全国委员会。1992年8月19—22日，学会在京筹备召开了第一届国际中国医学史学术会议，来自日、美、德、法、奥、澳、南韩及台、港学者30余名，国内学者近200名，就中国医学史学术研究进行了广泛的交流。

医史学术刊物的创办 《中华医史杂志》的前身是《中华医学杂志》的《医史专号》，该专号从1936年始，约每年一期，共用中、英文刊出九期。1947年《医史杂志》正式创刊。1953年改刊名为《中华医史杂志》。1980年恢复《中华医史杂志》，逐渐成为一种在国内外有较大影响的学术刊物。与此同时，许多中医杂志和科学史期刊也时时有中国医学史论文发表。

医学史教育的开展 医学史教育在中国医学教育中一向占有重要地位，说明中国人民有着重视医史教育的优良传统。本世纪初，恽铁樵函授教育以及广东、湖南、

四川、北京等地的中医院校，都编有自己的中国医学史讲义。1934年李涛在北京协和医校讲授中外医学史。1939年，陈邦贤在江苏省立医政学院、国立江苏医学院讲授中国医学史与疾病史。然而，医学史在高等医学院校正式设立教研室，以1946年北京大学医学院开创的“医史学科”为最早。现在，全国的高等中医学院均已设有医史教研室(组)。近年来，在西医院校也开始重视医学史教学，并纷纷成立医史教研室(组)。各院校除讲授中国医学史外，世界医学史的教学和研究工作也在逐步开展。1978年中国中医研究院医史文献研究室(中国医史文献研究所前身)在中国首先招收了医史学硕士研究生，次年各中医学院相继招生，据不完全统计，到1992年全国毕业生并取得硕士学位的医史高级研究人才约60%。1987年中国中医研究院中国医史文献研究所又率先在全国招收了中医学史博士研究生，到1992年包括黑龙江中医学院已毕业6名博士生。硕士、博士研究生的培养，使中国医学史研究专业队伍素质不断得到提高。

医史博物馆的设置 中国最早的医史博物馆于1938年由中华医学会医史学会创办，设在上海中华医学会图书馆内，1951年专设陈列室。1959年改属上海中医学院，即今之上海中医药大学医史博物馆。该馆在近四十年得到了较快的发展。1978年以来，陕西中医学院医史博物馆(现升格为陕西医史博物馆)也开馆接待参观。中医研究院中国医史文献研究所的中国医史博物馆，其前身为1950年全国卫生工作展览会之医史部分，经数十年充实和间断展览陈列，从1982年该所成立时已开始接待国内外学者参观。长春中医学院医史博物馆、甘肃中医学院医史博物馆，以及南京中医学院、广州中医学院、成都中医学院医史博物馆或陈列室等，均各收藏了中医医史文物，各有不少珍品。此外，还在河南南阳重建张仲景医史文献馆，陕西耀县重建孙思邈纪念馆、湖北蕲春重建李时珍纪念馆等。

医史研究机构的建立 1951年，在中央卫生研究院中国医药研究所建立的医史研究室是中国最早的医史研究专门机构。1955年该室划归中医研究院领导，由李涛、陈邦贤等共同主持该室工作，开展了内容广泛的科研、调查及教材编撰等多项工作。1956年，中医研究院医史研究室受卫生部委托，开办全国第一届医史师资训练班，为中国医学史的教学、科研培养了一批骨干。1982年经卫生部批准，在中医研究院医史文献研究室的基础上，正式成立中国医史文献研究所。1983年卫生部委托该所为全国中国医史文献科研、教学骨干培训基地，1984年10月，该所举办了全国第二届中国医史教研骨干进修班。该所现有人员60名，其中有研究员11名，副研究员12名，博士导师4名，硕士导师8名，目前承担有国家自然科学基金、卫生部、国家中医药管理局以及国际合作项目研究课题7项。他们的科研成果在国内外享有较广泛的影响。此外，上海中医药研究院、陕西中医药研究院、辽宁中医药研究院、湖北中医药研究院等，现均设有医史文献研究所(室)等，专门从事中医史或中医文献的整理研究。

民族医学史的研究 近年来，少数民族医药史的调查研究也有较快的发展。1976年由卫生部领导组织专门小组，对藏族古代医药文献进行整理研究，开始了较为系统和有组织的研究工作。为了更好地开展民族医学史的研究工作，并为搞好《中国医学百科全书》藏医、维医、蒙医及医学史等分卷中有关条目的编写工作，各有关省区还专门组织了调查研究小组，对本民族的医学史进行调查和研究，并编写出初稿，为开展民族医学史研究做出良好的开端。

对少数民族医学文献的整理研究工作也正在逐步开展，并取得一定成就，如藏医学古典著作《四部医典》已由中医研究院资助李永年先生全文译成汉文出版。复刊后的《中华医史杂志》，开辟了少数民族医学史专栏，几年来，陆续发表了一些质量较好包括国内藏、蒙、维、彝、朝、苗、壮、傣、布依等各主要少数民族医药文献史的论文。民族医学史研究工作已经成为中国医学史的一项重要内容。

20世纪以来，医学史作为一门学科已越来越赢得人们的重视。医学史的研究、教学和普及，是医学科学发展的一个不可缺少的组成部分，是提高民族科学文化素质的一个必要的条件。

中国医学界正在继承和发扬两种医药学，一是中国固有的传统医学，一是由西方传入的西洋医学。中国的医史工作者不但要重视中国医学史的教学和研究，也要重视世界医学史的教学和研究，并对两种医学史进行比较研究，使医学史的科研、教学在促进中国医学科学的发展上发挥重要作用。

原始社会的医学

原始社会的医学系指公元前22世纪以前这一时期的医疗卫生保健概况。由于缺少直接的文献资料，往往只能根据考古发掘的片断遗物、某些传说或后世研究报告的文献进行分析。在中国，远在百万年前已有人类生存，他们在生产和生活中必须同疾病和伤痛进行斗争，从而产生了中国最早的医疗救助实践。

元谋人在百万年前，“北京人”在50万年前均已经学会用火。火的使用，使人类得以熟食，防寒保暖，同时也有一定的防湿作用。这对于促进食物消化、人体发育、减少疾病、保持健康等，均有极为重要的意义。恩格斯在论述摩擦生火的历史时，认为它“最终把人同动物界分开”，其意义不亚于蒸气机的发明。

原始社会在居住方面，据《周易·系辞》记载：“上古穴居而野处，后世圣人易之以宫室，上栋下宇，以待风雨。”可以推想穴居野处是原始人的居住卫生的起源，易之以

宫室，则是中华民族在改进卫生保健上的一次飞跃。在衣服方面，《白虎通·号》说："古之时……能覆前而不能覆后……衣皮韦。"这是原始人以兽皮为衣御寒的情况。在饮食方面，据《韩非子·五蠹》："上古之世，民食果蓏蚌蛤，腥臊恶臭，而伤肠胃，民多疾病。有圣人作，钻燧取火，以化腥臊，而民悦之，使王天下，号之曰燧人氏。"这说明火的发明和熟食对原始人的饮食卫生起了重大的作用。

关于医药的起源，《淮南子·修务训》有："神农氏乃教人播种五谷，……尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避就。当此之时，一日而遇七十毒。"《史记·三皇本记》有"神农……始尝百草，始有医药"的记载。这也生动地说明医药起源于人类的生产、生活实践活动。

用针砭治病的起源很早，据《帝王世纪》："伏羲画八卦，所以六气六腑，五行五脏，阴阳四时，水火升降，得以有象，百病之理，得以有类，乃尝百药而制九针，以拯夭枉。"这是中国早期运用和制造砭石、九针刺治疾病的生动刻画，也给医药理论的起源以可供参考的证据。

此外，《吕氏春秋·古乐篇》说："昔陶唐之始，阴多滞伏而湛积，水道壅塞，不行其源，民气郁阏而滞着，筋骨瑟缩不达，故作为舞以宣导之。"这是医疗体育和按摩导引术的最初情况。

上述这些生动描述，虽然是成书于春秋战国或秦汉时期的文献记载，却真实地记录了原始社会先民在同恶劣环境、气候条件的搏斗中，在同创伤、疾患痛苦的斗争中，在企图改善生产、生活条件和增强身体健康的斗争中的情况。它说明中国医药卫生保健是起源于原始人群同各种疾患作斗争的实践。劳动、劳动生产创造了医药卫生，医药卫生的起源是由生产决定的。

关于中国医药学的起源问题，历来存在各种各样的看法和见解。有些学者认为医疗卫生是圣人创造的，如燧人氏、伏羲氏、神农氏、黄帝等等。历史唯物主义者认为，传说中的燧人氏等系中国历史发展一定时期的代表，医疗卫生的最早创造者是劳动群众在劳动生产中的共同创造的长期积累，而不是某个个人。还有些学者认为"各民族之医，多出于巫，吾族亦如此"。这种把中国医药学的起源归之为巫的观点，是不符合历史实际的。因为，自从有了原始人类，就有了原始的卫生保健和医疗活动。巫只是在原始经济得到一定发展后，一部分人才有可能脱离生产劳动而产生。原始的医疗卫生保健活动，比巫的出现早得多。还有一些学者，主张医药卫生起源于人类之间相互的爱，或由于人类来自动物的本能，这些观点作为医药卫生起源各自独立的依据，显然缺乏有足够的说服力，但若作为起源若干因素之一，则是有道理的。医药卫生的起源，实则是多种因素在其实践经验总结基础上发生发展的结果。

因此，医药卫生的起源，主要是人类生产劳动的需要，是生产、生活的需要决定了医药卫生的发生与发展。而爱与本能反射以及历史上少数圣人、杰出医家，以至宗教和巫术等，对医药卫生的发展，也有过它们的积极作用。

夏商周时期的医学

夏商周时期的医学系指公元前22世纪—公元前770年这一时期的医药卫生状况（周代自公元前770年以后的医学见"春秋战国时期的医学"条）。中国约在夏代开始，进入奴隶社会。农业生产的发展，使劳动力的需要大增。战争中的俘虏不再被杀掉，而被驱作奴隶从事劳动。虽然奴隶如牛似马地为奴隶主进行着无偿的劳动，但它却标志着社会发展的进步。农业生产的发展，粮食有了积余后，也促使更多的人可以脱离体力劳动，转而从事促进社会文明的脑力劳动。知识阶层多由奴隶中产生并日益扩大，从而使天文、历算与医药卫生等在原始经验积累的基础上得以发展与提高，进而促进了物质文明和精神文明的进步，使经济得到更大的发展。

这一时期的史料缺乏，因而有些医药卫生状况的描述只能依靠推论。当时社会上巫术活动在一段时期内还占居统治地位，医疗活动也几乎为巫医所掌握，呈现了医、巫难分的局面，但医疗实践活动却从来没有间断过。

酿酒与医药 中国酿酒有着悠久的历史，据《战国策》"仪狄作酒"的记载分析，中国约在公元前22世纪已知用粮食发酵造酒。《淮南子》中有"清醠之美，始于耒耜"的记载，则表明造酒与农业生产的发展密切相关，只有粮食生产出现剩余，才有可能用于酿酒。夏代已知用谷物造酒。商代更用小麦做酒曲，其所酿造之酒有"陈年甜酒"。甲骨文有"鬯其酒"，鬯即加人香草的香酒。当时行政上还设有专人进行管理。鬯酒还被用于尸体的处理，可以延缓腐败。商墓出土文物也证实当时已有酒曲。

酒不但是一种高级饮料，它更广泛地用于疾病的医疗。所以《内经》有"汤液醪醴"之论，《史记·扁鹊仓公列传》有"上古之时，医有俞跗，治病不以汤液醪醴"；《汉书》则称酒为"百药之长"。"醫"字从"酉"字衍生，就更足以说明酒与医疗的关系了。

饮食与医药 人们素有"医食同源"之说，也就是说医之源始于寻求食物之初。《淮南子·修务训》记载："神农尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所避就……。"神农代表了中国农业的开创时期，这一史料正是"医食同源"的生动例证。《吕氏春秋·本味》记有伊尹回答商汤有关烹调问题时，讲过"阳朴之姜，招摇之桂"的话，其中姜、桂，既是饮食调味佳品，又是治病常用之药物，也是"医食同源"的一个很好的说明。有个故事是关于殷商右相伊尹创汤液的传说。汤液是医生用水煎煮药物为人治病的一种水药剂型。《针灸甲乙经·序》记述："伊尹以亚圣之才，撰用神农本草，以为汤液。"而伊尹在为右相之前，正是出身于厨师家庭以善于烹饪而随汤王妻陪嫁的奴隶。《史记·殷本纪》有"伊尹以滋味说汤"。《资治通鉴》说他

"闵生民之疾苦,作汤液本草"。这些都在一定程度上反映了上古饮食、烹调与医药发展相互促进的密切关系。

巫术与医疗 原始社会人们从劳动实践中积累了丰富的朴素的用药经验。夏商时期随着祖先崇拜、宗教意识的日益浓厚,社会上以能通鬼神的巫,逐渐在先民的生活、生产和政治上居于权威地位。他们视疾病为鬼神、祖先作祟的认识也日益浓厚。对疾病的治疗也从原始社会的朴素经验,逐步转而为以巫术为中心的祈祷活动。甲骨文中记述疾病者共415辞(近年发掘未计人其中),几乎都是祈求先祖、鬼神之宽容,以治愈疾病的内容。如"甲辰卜、出,贞王疾首、亡祉"。意思是殷王武丁患头病,巫师出为占卜,请求不要缠延。又如:"乙丑,贞帚爵育子亡疾。"意思是在乙丑时,卜问武丁的妃子,帚爵生育是否会有产病,等等。

甲骨文中有"巫彭"、"巫戊"等巫医,据考巫戊即"巫咸"。巫咸是一位很有名的巫医。《世本》:"巫咸,尧帝时医,能祝延人之福,愈人之病,祝树树枯,祝鸟鸟坠。"《山海经》更记载:"开明之东有巫彭、巫抵、巫扬、巫凡、巫相……,皆操不死之药。"可见文献所载当时之巫医是很多的。或谓他们以祈祷为人治病,或谓他们在祈祷的同时,还配合药物治疗,特别是"皆操不死之药;可见有些巫医为人治病,虽然在形式上采取了祈祷等迷信手段,但实际上仍给予病人以"不死之药"进行治疗。从这里可以看出,巫医在西周末,或春秋战国时期,已每况愈下,得不到人们的普遍信任。民间医生之出现和成长,使人们对巫医的信赖日益动摇。俞跗、医和、医缓、扁鹊等名医的出现及《黄帝内经》等著作的产生,他们明确的倡导:"信巫不信医不治";"拘于鬼神者不可与言至德"。公然申明了与巫医的决裂。

对疾病认识水平的提高 农耕的发展和技术水平的提高,给天文、历算提出了新的要求,也为其进步创造了条件。而天文、历算的进步,又反过来给农业耕作水平的改进创造了更良好的条件。正是由于天文、历算的进步,使医学家们总结认识一些季节性疾病和传染病的发病规律成为可能。譬如《周礼·月令篇》:"春有痟首疾,夏有痒疥疾,秋有疟寒疾,冬有咳上气疾。"又如:"孟春行秋令,则民大疫。""季春行夏令,则民多疾疫。""孟秋行夏令,民多疟疾。""季秋行夏令,民多鼽嚏。""季秋行春令,民多风咳"等等。这说明中国医学在两千多年前,不但正确论述了若干疾病之发病与季节、异常气候条件的密切关系,而且也说明医术同巫术的分离和决裂。就其论述的科学性而言,春天多头痛感冒,夏天多皮肤疥疮,秋天多寒热往来之疟疾,冬天多咳嗽、气喘等疾病,这都是相当正确的规律性总结,对我们今天也仍然有着现实的意义。特别是按季节规律变化(应热而反寒,应寒而反热等气候异常时),确与一些流行病、传染病的发病很有关系。这些知识对人们适时令以避免流行病之患仍然是有意义的。

药物知识的积累 神农氏的故事,生动地反映了中国医学在原始社会的萌芽状态。虽然我们还列举不出许多原始时期人们用药的知识,但夏商时期很多巫医"皆操不死之药"的事实,恰好证明当时确已积累了丰富的药物知识和使用经验。《周礼·天官》:"聚毒药以供医事",意思是"医师"(医药官员)的职责是管理药物和负责人们的卫生保健。在这个文献中还具体记载了"药以酸养骨,以辛养筋,以咸养脉,以苦养气,以甘养肉,以滑养窍"等。可见当时对药物的性味、功能等,已能初步总结分类,并产生了原始的理论概括。由此可见《诗经》、《山海经》论述药物近二百种就不是偶然的了。

名医与医学分科 随着农业生产的发展,粮食有了富余,有些人开始脱离农业劳动,改而从事医药、天文、历算等与农业劳动相关的脑力劳动,逐渐形成知识阶层。其中产生了许多杰出的医药家代表。据文献记载,大约成长于这一时期的有僦贷季、岐伯。岐伯是僦贷季的学生。僦贷季专长理色脉而通神明。岐伯、雷公等与黄帝讨论医药撰《内经》,这虽系历史传说,但也反映了中国早期的医学家研讨学问的风度。此外,如伯高论脉,少俞长于外科,雷公长于药性、针灸,伊尹制汤液等等。《史记》记载,上古名医俞跗,治病不用内服药,"乃割皮解肌,抉脉结筋,搦荒爪幕,湔浣肠胃"。因而俞跗可能是一位精于外科手术的医生。由此可见夏商周时期医药知识进步之一斑。

专门从事医疗的医生增多,且各有专长,是医学分科的一个重要条件。中国医学约在此期或较晚些时期已有了医学分科。《周礼·天官》分医学为四科,即:"疾医,中士八人,掌养万民之疾病","疡医,下士八人,掌肿疡、溃疡、金疡、折疡","食医,中士二人,掌合王之六食、六膳、百馐、百酱、八珍之齐","兽医,下士四人,掌疗兽病、兽疡。"疾医相当于内科医师,疡医相当于外科医生,食医相当于营养医师,医学分科反映了当时医学已发展到较高的水平。在医药管理上也已形成相当完善的制度,当时最高的医药官员就是"医师"。《周礼·天官》记载:医师是众医之长,掌握医药卫生政令,聚毒药以供医事,并且负责众医技术水平的考核,奖罚等。按此制度,在医师之下设有下士四人,府二人,吏二人,徒二十人,协助医师进行卫生行政管理。其考核制度也十分严格,系按每年临床治愈率的高低,评定其待遇。"十全为上,十失一者次之,十失二者又次之,十失三者再次之,十失四者为下"。

卫生与卫生文物 从甲骨文的研究可见,在殷商时期或更早已有牛棚(牢)、猪圈(图)等,说明人畜已经分开居养,反映了当时讲究环境卫生的情况。《周礼》中定期逐疫、除蛊、灭鼠、熏扫房舍、淘井疏渠等,更是保持环境卫生,清洁水源的有力措施。甲骨文还记有沐、浴等字样,结合出土殷商青铜器匜、盆、盘等盥洗文物,可以看出商周时期的个人卫生也是很讲究的。凿井而饮与每年春天定期清除井内之污泥浊物以保持井水之清洁,乃至并

台、井栏、井甃、井亭及取水公用桶之应用等，都反映了饮水卫生的严格要求。食物烹调、不食腐臭变质的食物及食器之改进等，也都反映了饮食卫生的高水平要求。此期在居处、衣着御寒等卫生方面，也有很明显的进步。与此同时，人们还注意精神修养在预防疾病、保证健康上的重要意义，因此《礼记》强调："百病怒起"，"忧郁生疾"的道理。在婚姻问题上，《周礼》等明确要求"男三十娶，女二十嫁"，"礼不娶同姓"。《左传》则进一步强调："男女同姓，其生不蕃。"应该说这些科学的婚姻卫生，对保证中华民族繁衍昌盛的确发挥过有益的作用。总之，殷商西周时期的医药卫生方面的丰富经验和理论知识的积累，为中国封建社会科学文化和医药学发展奠定了良好的基础。

春秋战国时期的医学

春秋战国时期的医学系指公元前770—公元前221年这一历史时期中医学的发展概况。此期正是中国历史上由奴隶社会向封建社会过渡的阶段。当时，由于生产迅速发展，经济形态剧烈变动，学术思想活跃，形成了诸子蜂起，百家争鸣的局面。医学摆脱了巫神的羁绊，在临床治疗经验、理论知识总结、医学分科和职业医生的出现等方面，取得了显著的进步。

医学战胜巫术 这一时期，职业医家开始出现，对鬼神致病的信仰日益动摇。在病因上，医学家医和认为疾病之发生是由于六淫太过造成的，他提倡"阴、阳、风、雨、晦、明"的学说，与鬼神作祟的观点相对立。著名医学家秦越人，在他一生的医学实践中，总结出病有"六不治"的思想，其中"信巫不信医"不治，充分说明了医术已与巫术尖锐对立。这一历史时期的医学典籍《素问·五脏别论》更明确指出："拘于鬼神者，不可与言至德。"非医学书籍《吕氏春秋·尽数》，也断然告诫人们："近世尚卜筮祷祠，故疾病愈来。"医疗活动在这一时期十分活跃，理论探索也占有相当重要的地位，因而奠定了中国古代医学坚实的理论基础和唯物发展的道路。

临床治疗经验积累 春秋战国时期以来，医学从巫术的羁绊下解放出来时，临床治疗实践得以迅速发展。如《汉书·艺文志》记载的《泰始黄帝扁鹊俞拊方》20卷，《五脏六腑痹十二病方》30卷，《五脏六腑十六病方》40卷，《风寒热十六病方》26卷，《金疮瘲瘛方》等等，但这些内容丰富的临床治疗经验记录均已早佚。马王堆三号汉墓出土医书中有一部内容丰富的临床方书《五十二病方》，该书首先重点论述刀刃创伤及由此所引致破伤风、婴儿破伤风等病，对痔漏的分类和手术治疗，对于麻风病、狂犬病的认识，各种创伤和动物咬伤等的病因与治疗等等均有比较生动的描述。在论述疾病52种，绝大多数为外科疾病，所用药物共计200余味，治疗除汤剂、丸散外，还有灸法、熨法、熏法、手术、浸洗、药摩、砭法、角法等等，十分丰富。该书是中国现存未经任何校注的最早的临床治疗方书。它和《汉书·艺文志》的存目医方以及非医学书籍《诗经》、《山海经》等书中所记载的大量药物知识，足以证明春秋战国时期中国临床治疗经验大量积累的情况，这正是中国现存第一部医学理论专著《黄帝内经》产生的实践基础和背景的一部分。

理论知识总结 大量临床治疗经验的积累，必然导致深入的综合观察和分析研究，并由此总结成医学理论。其中最突出的代表作品就是现存的《黄帝内经》，当然也包括散佚的《黄帝外经》、《扁鹊内经》、《扁鹊外经》等等。《黄帝内经》(见"黄帝内经"条)包括《素问》与《灵枢》两部分。其文字纯朴古奥，现多认为：此书并非出于一时一人之手，而是无数医家共同劳动的创造。虽然就现存本而言，其中包括有秦汉医家掺入的内容，也有隋唐学者的整理、注释和润色，但就主要内容来说，还是春秋战国时期中国医学的一次大总结，代表着中国医学在公元前221年以前的理论水平。《黄帝内经》是一部专门进行理论概括的著作，它对人体生理、解剖、病因、病理的认识，对疾病诊断和防治法则的论述，颇多精辟论断和独特见解，至今还有实际意义。

《内经》首先强调整体观念。主要体现在①视人体内脏与体表为一有机整体，在论述生理、解剖、脏腑经络关系时，总结了一整套理论，把五脏六腑与五官肢体及其功能联系在一起。例如：心与小肠为表里，心主血脉，心开窍于舌，心属火，心主汗；肺与大肠为表里，肺主皮毛，肺开窍于鼻，肺属金，主诸气而司呼吸；又如：脾与胃为表里，脾主肌肉、四肢，脾开窍于口，脾属土，主运化水谷精微等等。在这一理论指导下，局部有病，诊治时就不能只着眼于局部，必须注意有关联的各个部位。内脏有病，其病征可见于局部或体表，诊断上要注意，治疗上更不能忽视。这些指导思想颇有参考价值。②人体的健康和疾病的发生，均与自然环境有着密切的关联。《内经》从千百年的实践经验中总结出，人要维持健康必须顺乎自然，适应四季寒温的变化，不可超越机体对自然界的适应能力，否则易生疾病。这些从季节变化的多发病、时令病、地方病中所总结出来的知识，是《内经》强调医疗必须因时、因地、因人制宜的依据。这些理论又有效地指导着千百年来的医疗实践。

重视脏腑经络 医疗实践促进对人体生理解剖知识的追求，解剖人体又促进了对人体的认识和疾病的治疗，并从而加深了人们对自身的脏腑经络及其相互关系的理解，这就形成一种独特的理论，即脏腑经络学说。脏腑是指人体的内脏，即五脏：心、肝、脾、肺、肾；六腑：胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦；平常习惯称作五脏六腑。经络是指人体内运行气血、联系脏腑肢体的系统，即十二经脉和奇经八脉，习惯称作十四经。各个内脏相互之间，内脏与五官、肢体、肌肤之间，以及与遍布全身内外的经络系统之间，组成为一个统一的有机整体。当这个相互依赖、互相制约的关系体系之间保持平衡时，即为生理状态，反之出

现病理状态；治疗用药也是在这一理论指导下，促其平衡的恢复为目标。这就是脏腑经络学说的梗概，千百年来这种学说虽也有笼统和形而上学的弊端，但其基本思想符合唯物和辩证法精神，一直被有效地沿用并发展着。

阴阳五行学说方面 阴阳五行是春秋战国前早已产生的一种哲学思想。它包含唯物、辩证法因素，在当时及以后的一段时期，曾经大大促进过科学技术的理论发展。医学实践既为这一思想的产生成长提供依据，同时，也由于它的引进而促进了医学本身的发展。这一哲学思想在春秋时期用以解释和阐述医学理论问题尚处于开始阶段，战国时期则普遍应用。在《五十二病方》中只有阴阳而没有五行，此后不断深入到医学的各个领域。这是医学科学运用先进思维方法，促进其发展的重要步骤，对医学科学沿着唯物的道路发展有着重要的历史意义。阴阳五行与人体解剖生理、病因病理、药物方剂、诊断治疗等的有机结合，成为一个不可分割的整体。正是由于阴阳五行学说深入医学科学，中国医学的发展基本上才能沿着唯物的道路前进。但是，由于这种哲学思想是朴素的，因而它自身也存在着形而上学等严重缺陷。

医学分科和职业医生的出现 医学在周代已经有了分科，由于专职医生的出现和诊治疾病水平的提高，同时医生可以摆脱体力劳动而专心于医疗，因此深入钻研医学有了条件和保证。这对医学迅速发展所起的作用是非常重要的。如专门从事医疗和医学理论研究的秦国医官医和（见“医和”条），在分析研究病因的基础上提出创造性见解：天有六气，降生五味，发为五色，征为五声，淫生六疾。六气者，阴、阳、风、雨、晦、明。阴淫寒疾，阳淫热疾，风淫四肢病，雨淫腹疾，晦淫、明淫生神经精神疾患。这一学说的提出，是中国医学发展史上一次重大的变革。又如民间专业医生扁鹊（见“扁鹊”条），在切脉等四诊方法、各科临床治疗以及与巫术作坚决的斗争等方面，为中国医学作出不可磨灭的贡献。体力劳动与脑力劳动的正式分工，是科学技术和医药卫生从朴素经验向理论提高方向发展的一个重要条件。医学分科与大批专业医生的出现，有力地促进了医疗理论和技术的提高与发展。

卫生保健方面 春秋战国时期，洒扫庭除，窗明几净，已成为传统。在饮食卫生方面，《论语》强调“鱼馁而肉败不食，色恶不食，臭恶不食”，还指出饮食要定时定量等。《吕氏春秋》更强调定量定时不饥不饱乃“五脏之葆”，过食肥美浓酒乃“疾首”，即发病之始。老子等很提倡养生养性以求健康长寿。《内经》“圣人不治已病治未病”的预防思想，正是先代《周礼》所强调的除蛊，《左传》所强调的国人逐瘈狗的经验总结。出土文物还表明，战国时期的城市已有下水道的设施，特别在河南阳城发掘的由山下引水入城（在山坡）的战国输水设施，包括陶管（并有三通、四通之陶管），通气、阀门、澄滤池、贮水池、井等设施，其设计之科学、保证山坡城市生活用水之作用等，令人钦佩。

秦汉时期的医学

秦汉时期的医学系指公元前221年秦统一六国，建立第一个封建王朝到220年东汉灭亡，三国鼎立这一历史阶段中医药卫生的发展情况。其特点是实践医学取得了空前的成就，为后代医疗实践的基本法则奠定了较坚实的基础。

秦汉以前的中医学在漫长而原始的医疗实践的基础上，在先秦哲学思想影响下，总结出一套医疗理论，初步形成了诸如《黄帝内经》这样的理论性的经典著作。这是中国医学理论的第一次总结。秦汉时期医疗实践的进步，一方面为两晋南北朝时期的医疗实践提供了借鉴，另一方面也为南北朝以后医学理论的繁荣准备了重要的客观实践基础。现从以下几方面来概括这一时期的医药卫生的发展情况。

医药学发展的特点 秦汉时期政治上相对稳定。秦始皇统一的中央集权制，在文字、交通等方面采取的统一措施；两汉的罢黜百家、独尊儒术的政策，儒学在思想方面所占的统治地位，以及阴阳五行等哲学思想对医学的影响，使中医学走上系统化和理论化的道路。然而，在实践医学方面，由于多次疫病的猖獗流行，使得这一时期在临床医学特别是传染性热病方面积累了丰富的经验，并形成一套较完整的临证医学理论原则，成为后代临证医学的基础。与此同时，由于医学临证方面的需要，也导致同一时期药物学相应的提高和发展，出现了中国医学史上对药物的首次总结。

临证医学的发展 秦汉时期，临证医学有了长足的进步。

伤寒病的临证学的成就 东汉张仲景在他所著的《伤寒杂病论》一书中，专门论述了伤寒病的辨证诊断及治疗原则，以及伤寒症以外的其他多种杂病的诊断及治疗原则，为后世的临床学开辟了一条广阔的道路，奠定了原则性的基础。伤寒病即后世所谓的传染性热病。张仲景在对待千变万化的传染性热病的客观表现方面，总结出一套六经辨证的方法，也就是六种类型的外感证，通过对患者客观症状的表现的认识，结合医者主观检查所获的脉、舌等方面的体征，加上患者所处环境、天时地理综合分析，体现了以阴、阳、表、里、寒、热、虚、实为纲领作为辨认病证之准则和基础。其次，根据不同证候的类别，采取不同的治疗方法，包括汗、吐、下、和、温、清、补、消等八法，并具体拟定了若干相应的治疗方剂；同时，还拟定了简练而组方原则严谨和治疗伤寒的方剂（后世称为“经方”）。这一套完整的临证程序，即为后世辨证论治的基础，也是临证工作中制定理法方药的典范。最后，张仲景在伤寒证的临证中把《内经》所制定的一整套治疗原则相当精确地具体化了，因而对于传染性热病的理论与实践相结合做出了独创性的贡献，形成了中医伤寒学这个特

殊的医学分科。

《伤寒杂病论》著成后，经晋代王叔和整理编次，分成《伤寒论》和《金匮玉函经》，后者又经宋代林亿等的整理成为杂病的专著《金匮要略》。此书论述了内科、外科、妇科、产科、急救、食物中毒等内容，同样有着严谨的理法方药的内容，也是辨证论治在治疗各科疾病的具体体现。中医学的发展，通过张仲景的努力，使原则性与灵活性相结合的辨证论治达到了具体化和初步规范化的水平，为以后的中医临床医学奠定了基础。其中有些方剂至今仍在临床实践中应用。

外科学的发展　汉代的外科学也是具有较高水平的。根据史书记载，后汉名医华佗已经开始使用全身麻醉剂酒服"麻沸散"，进行包括腹部在内的各种外科手术，其中特别是胃肠吻合术，是华佗所擅长的。这一外科成就从隋代《诸病源候论》中有关胃肠吻合术方面的记载，得以证实，惜后世因封建保守思想及其他因素的束缚而未能进一步发展。其他外科方面的成就，主要是皮肤外科疾病的认识和治疗，诸如疮疡、痈肿、外伤等等的辨证和治疗；对于妇女的月经病、白带、妊娠及产后等产科病证，也都有一定的认识和治疗水平，实为这方面最早的成就。

针灸学方面的成就　这一时期针灸学方面的成就不如其他临床科学的成就突出。张仲景和华佗在治疗疾病中有针药并用的记载。华佗针灸技术相当高明，为曹操针治头风仅其一例。华佗夹脊穴，对多种疾病具有疗效，至今仍为针灸临床家所应用。据载这一时期的"涪翁"还著有《针经》，说明针灸学已达到一定水平。

药物学的成就　药物是中医学治疗疾病的最主要的手段。先秦时期是一个漫长的使用药物的经验积累过程，《诗经》、《山海经》以及《尔雅》这些先秦时期的著作中，均有一些记载药物的内容。由于这些著作并非药物专书，因而还没有系统的论述。秦汉时期，对药物知识进行了总结。这一时期的本草学著作不少，如华佗的弟子吴普、李当之等，均著有本草书。从《伤寒杂病论》及现代出土的《武威汉代医简》等材料看，当时对药物性能的了解已经相当成熟，因而这一时期出现中药学总结性的著作，是很自然的。

《神农本草经》是中国药学方面现存最早的一部专书，现在有后人辑本。根据该书内容，它可能是在一段较长的时间内著成，并逐渐完善起来的，而其最终成书约在东汉。它总结了先秦起以迄汉代的药物学知识。书中对365种中药的分类是一种以上、中、下三品的原始分类方法。虽然这种方法比较原始而朴素，但它还是具有一定的代表性和影响。直至宋代，唐慎微的《经史证类备用本草》以及明代《本草品汇精要》等一些著作中，还保留着这种最早的本草分类法的痕迹。《神农本草经》为中国古代药物学著作制定了原始的体例。其内容有药物的性味、功能、主治、产地、采集等，序例中总结了药物的四气、五味、主治病证、相须相使、相畏相杀等内容，为中国古代药物学著作制定了原始的体例，影响相当深远。书中所提的若干特效药，如黄连止痢、麻黄治喘、常山截疟等，均为近代科学所证实，说明其经验都是来自客观实践，而非凭空想象。由于秦汉方士及统治者追求长生不死之药，讲求服食之道，致使书中掺入若干道家神仙不老之类的唯心主义邪说，此乃该书的支流，时代的局限。

汉代的方剂学　已经具有严谨的组成方式，有固定的方名，如西汉仓公有下气汤、火齐汤、苦参汤，后汉张仲景在《伤寒杂病论》中300多首方剂，以及《隋书·经籍志》所载的方书就有11家之多，说明方剂学至秦汉时期，已经步上成熟阶段。后世遵张仲景为"医方之祖"，实不为过。

医案的书写和辑录　据《史记·扁鹊仓公列传》记载，西汉初的名医淳于意（又称仓公）曾创造性地将所诊患者的姓名、里籍、职业、病状、诊断及方药明文记载，谓之"诊籍"。史载仓公所记之诊籍共25例，包括涉及内、外、妇、儿及口齿等多科疾病。"诊籍"不仅是后代病案记载的先声，更值得注意的是其中包括有治疗失败的记录，也包括死亡的病例。这种如实记载临证资料的高尚医德，加上后汉郭玉在临证中所提到的治病有"四难"（好逸恶劳，将身不谨，骨节不强，不信任医生），指出好逸恶劳等恶习，是造成病证难于驾驭的主要原因，这些都充分说明中医学医德优良的传统。

医事制度和卫生保健　秦汉时期，医事方面已经开始形成一些初步的制度。秦代宫庭设有太医、侍医，均为最高统治者服务之职官。汉初医官职称较之秦代为复杂，除有太医令丞之设而外，还有一些其他职官（如医待诏、尚方、本草待诏），宫庭内甚至还有女侍医之设。后汉时期，设有太医令，统领诸医事，其下又设员医、员吏、药丞、方丞等职，其职位补阙，均经考试选补。在医学教育方面，虽尚未有大规模之医学教育机构设立，但医学之传授，一直在民间以师徒授受方式进行。如淳于意先后受业于公乘阳庆及公孙光，又传其业于宋邑、高期、王禹、林倍、唐安、冯倍等人，这种师徒授受，一师多徒的方式，一直为后世所效法，即使在唐、宋医学教育机构大规模发展的情况下，仍然不失为一种主要的教育方式。

这一时期在卫生保健方面，亦有一定的成就，如秦时都城已有较大规模的下水道工程，汉代有类似传染病隔离治疗之设施，城市已设水车（翻车鸟）并有改造水车，讲求卫生等措施。这些都是有利于预防疾病流行的有力设置。张仲景对疾病三因（内所因、外所因及房室金刃虫兽等）的总结，成为后世三因学说的肇始。

中外及国内各民族医学交流方面　在这些方面秦汉时期已开始进行了一些接触。张骞出使西域，从国外及中国的西陲带入不少中原不产的药物，如胡桃、苜蓿、安石榴、胡豆、胡麻等，又由南方传入犀角、象牙、玳瑁等等。而秦始皇时期遣人入东海取神仙不老之药，也必然在一

定程度上把中国的医药知识带到朝鲜、日本等国。

秦汉时期的医药，尤其是在临证医学中的成就影响所及，极为深远。医方的制定和趋于成熟，以及对传染性热病及杂病辨证施治，理法方药的法度，都成为后代中医的规范，并形成一个独立的学术派别，后世称为"经方派"。宋元以后，注解伤寒金匮者，不下百家，至今影响未衰。这一影响，甚至波及国外（如日本）医学派别的发展，说明秦汉时期医学在中国医学史上所占的重要地位。

两晋南北朝时期的医学

两晋南北朝时期的医学系指 265—589 年这一历史阶段中国医药卫生的发展概况。这是中国医学发展史上实践医学进一步取得光辉成就的时期。

医药学发展的特点 两晋南北朝之前，秦汉时期的医药学在理论与实践方面，已经奠定了一整套基本理论系统，用于指导临床实践。不论在病因、病理、诊断、治则、用药等方面，都有了初步的、较为系统的理论。长期的医疗实践，也在临床治疗学方面积累了极为丰富的经验。《黄帝内经》、《难经》、《伤寒杂病论》、《神农本草经》等，是两晋南北朝以前医药学在基础理论、临床实践以及药物学等方面的代表作品。

两晋南北朝的医学，正处于古代医学进行了第一次理论性的总结，并对医疗实践发挥其具体的指导作用的时期。而南北方对峙及战乱的社会状态，以及各民族之间文化的融合与交流，使医药知识有了更加丰富的实践机会，因而进一步积累和丰富了实践经验。这就是这一阶段医药学的主要特点。

这一时期，理论方面的总结较少。比较重要的基础理论成就有诊断学方面的脉学。长期的实践表明，三部九候的全身遍诊法，对临床实践不太适用，于是就有《难经》的"独取寸口"的诊脉法。晋代王叔和《脉经》是脉学理论规范化的代表作。由于古代直观诊断法的高度发展，脉学在诊断学中就占有相当显著的地位，具有重要的参考意义。脉搏在很大的程度上可以反映人体内部各个器官的功能状态，有时对于某些疾病具有决定性的诊断意义。在缺乏其他更可靠的客观诊断方法作为依据的古代，脉学就具有首要的价值，很自然地会对脉诊法提出更高的要求，要求进行一次较全面的总结，并使之规范化。《脉经》就是这样的一次总结。《脉经》提出的寸关尺三部诊脉法及其与内脏相关的理论，亦即以左手寸关尺候心肝肾及其相表里的各腑；右手寸关尺候肺脾命门及其相表里的各腑的脉诊法，基本上成为后世中医脉诊的规范。此外，由《脉经》总结出来的脉象共 24 种，其所描述的脉象，基本上也是标准化的。这一在当时即具有世界先进水平的脉学成就，在国内外都有较大的影响。

魏晋之际，社会上玄学流行，玄学标榜清高，只搞"清谈"，极力避免与人事有牵涉的任何事物，避免评论时局。他们不问政治，回避臧否人事。他们空谈"玄理"，熔"道家"的"自然"与儒家的名教于一炉，合为一体。他们自命"清高"、"无为"，装腔作势，挥麈谈玄，为了满足精神上荒唐的空虚，人们讲求服石。由服石而炼丹，由炼丹而发现若干物质化学变化的秘密，以及由于服石而产生的疾病，由此对医学提出了新的要求，从而在客观上促进了疾病病因病理及临床治疗学以至于药物学的发展，是这一时期医学的另一特点，对后世有一定的影响。

临证医学的发展 由于战乱频仍，人民颠沛流离，生活贫困，身体抵抗力普遍降低，造成疫疠流行；外伤、虫兽的伤害，以及精神紧张造成人体生理功能紊乱和身体损害等疾病增多。玄学清谈导致的服石炼丹及其所引起的多种病证，这些都是这一时期临证医学发生变化的一些客观条件。

内科时疫热病方面的进展 是这一时期的重要成就之一。汉代张仲景的《伤寒论》，为治疗时疫热病奠定了一定的基础，树立了一些法则。但《伤寒论》的内容，对热性病的叙述较为笼统，特别是对各种热性病病因及病状的描述方面，多数都比较含混，换言之，共性的叙述多于个性的叙述。晋代在时疫热病上，取得了较多的进展，已经能分辨出若干种特殊的传染病。在这方面，东晋的葛洪可以称是有突出成就的医学家。首先，已经明确温病与伤寒有别。王叔和《脉经》中已提及温疟、温毒、温疫等病，葛洪《肘后备急方》指出《伤寒论》治疗寒症的 20 余张方，都是大方，难于尽备，因而提出了一些治疗时热病的简易方法。明确指出治疗温病另有方法，与伤寒者不尽相同。该书已经提出"疠气"的概念，并且明确地指出温病的传染性，即"鬼毒相注"。这是在《伤寒论》的基础之上向前跨进了一步。

对若干具体的传染病，作了深人的观察和详细记述。首先是对天花症状的描述。《肘后备急方》说："比岁有病时行，仍发疮头面及身。须臾周匝，状如火疮，皆戴白浆。随结随生，不即治剧者多死，治得差者，疮瘢紫黑，弥岁方灭，此恶毒之气。"这段记载是世界上有关天花病状的最早记录。其次为恙虫病，这时期不但对恙虫病的病状有较详尽而准确的记载，而且对其传染媒介也已经明确。《肘后备急方》载："初得之皮上正赤，如小豆黍米粟粒，以手摩赤上，痛如刺，三日之后，令百节强，疼痛寒热，赤上发疮，此虫渐入至骨则杀人"，书中把恙虫幼虫恙螨的生活习性、形态、大小均做了生动的描写，这也是世界上最早的记录。这一时期关于传染病免疫学的思想萌芽，"以毒攻毒"的思想，是古来已有的。但是，此前对于传染病似乎只局限于用药物来治疗，而首先考虑到用患有同一类疾病的机体组织来攻治疾病的，当推晋代的葛洪。他用狂犬的脑组织治疗狂犬病，这种思想可谓免疫思想的萌芽，也是后世人痘接种术的先声。

治疗学和症状学方面的进展 治疗学的主要趋向是适应社会局势动乱，人民极端贫困这些客观情况的需要，

大力提倡简便易行的治疗方法。如《肘后方》被后世誉为"便廉验"的方书，是一本实用的"急救手册"。书中提出简易治疗方法如拔罐(角法)、放腹水、局部用药导尿、下颌脱臼复位术、小夹板固定法、捏脊疗法等，都是一些具有创造性的简易外治疗法，有些至今仍有较高的实用价值。

在治疗方面还有不少特殊疗法值得予以肯定。如用绞取青蒿汁治疟疾，用大豆、牛乳、蜀椒等富含维生素 B_1 的食物治脚气病，以及食道异物急救等，也都是中国古代医学上的创举。

在疾病的症状学方面，除上述以外，有关脚气病、结核(虚劳)病以及类似于血吸虫病等一类疾病病状的描述，也是较为突出的，说明这一时期对疾病的认识已较前一阶段深入了。

外科学方面 出现了诸如《刘涓子鬼遗方》的专书。这是现存古代第一部外科学的专书。方中首先提出疮疡的辨脓方法，即局部触诊法。当时就注意到根据脓包是否有波动感，局部皮肤的性状等特点来加以区别。这一方法在当时是比较先进的，至今也仍然有实用价值。在治疗方法上还发展了一系列的治疗原则和措施，如内外合治、薄贴、拓洗、外用水银软膏以及利用活血化瘀药治疗外科疾病，对于以后的医学都有一定的影响。此外，已能进行兔唇的修复整形手术。

妇产科、儿科方面 已经有关于保护胎儿的"十月养胎法"。这是北齐著名医家徐之才在先秦有关养胎法方面的进一步总结。这对于隋唐时代妇产科的发展具有一定的影响，尤其是由此而衍化出来的所谓"胎教"，其中有一些合理的内容，涉及孕妇的保健。同时在妊娠医学方面也取得一定成绩。据《隋书·经籍志》载，还有专治妇女某一病症的方书，如徐文伯的《疗妇人瘕》等，说明妇科已经受到足够的重视。

两晋南北朝时期的儿科学著作甚多，如治疗小儿杂病的方书在《隋书·经籍志》上共载有六种。著名的儿科学家有徐叔响、范东阳等，惜其著作均已遗佚。

针灸学的成就 在秦汉以前已经奠定了针灸、经络学的基础上，两晋南北朝时期对针灸学进行了总结，取得了较大的成就。现存最早的针灸专书《针灸甲乙经》系根据《黄帝内经素问》、《针经》、《明堂孔穴针灸治要》三部书综合分类汇编而成。这是对晋以前针灸学的总结，书中以部位与经络相结合的方法对穴位的排列、穴数、主治、禁忌及手法等材料进行归纳。这对于澄清穴位的混乱、统一治疗适应证等，均有较大的作用。南朝针灸家秦承祖所著《偃侧杂针灸经》，系以经络为纲，对穴位进行排列，这个方法改变了《甲乙经》按部位的排列法，有利于针灸临床治疗方法(如循经取穴及配穴)的进行。南北朝开创的这一穴位排列方法，也有利于穴位的统一，对于后代影响较深，至今仍然为针灸学上的重要方法之一。

针灸经络穴位以图象的形式表示出来，是这一时期针灸学的重要发展之一。在文字上定经络穴位的位置有一定的困难，较容易发生差错，用图象表示，则其位置要比用文字叙述简便、明了而准确得多。经络穴位图在这一时期称为"明堂图"，一般都绘出侧面、正面、背面的"三人图"。《隋书·经籍志》所载的明堂图就有好几种。这一创举对后世针灸学的发展产生了较大的促进作用。

针灸学的另一重要进展是灸法的应用。由于灸法较针法简便、易学而安全，因而适合于这一动乱时期的客观需要。葛洪与鲍姑是一对灸法专家。鲍姑也是中国古代的女针灸医生。当时提倡的隔物灸治疗方法，用蒜、盐、椒、瓦等物进行隔物灸，可谓后世隔物灸之开端。对于灸法的壮数的计量方法，穴位的取量法等，也都具有创见。

药物学的成就 药物是治疗疾病的重要手段。魏晋之前，《神农本草经》以上、中、下三品的分类方法，对药物学进行了早期总结。在此前后，有吴普、李当之等人，对药物也做了一些总结。惜原书已佚，虽有人作了辑佚，仍未能窥得全貌。遗留下最有影响的医药学专著，当推陶弘景的《本草经集注》。陶氏根据《神农本草经》的内容及其后来在本草学方面的新成就(即《名医别录》)进行综合，著成本书。其特点是：①创造出新的药物分类法。已按药物的自然属性及来源进行归纳的方法，把中药分为玉石、草木、虫兽、果、菜、米食、有名未用等七类。在现存的古代本草著作中，这一分类法开创了按自然属性分类的先例，这种分类原则为后世多数本草学家所沿用。②首创"诸病通用药"的分类法，这一分类方法按药物的治疗作用，分出70多类，便于临床治疗疾病的选择，对治疗学有一定贡献。另外着重在药物性味方面的研究，在原有基础上有所发展，认为药物之"甘苦之味可略……惟冷热须明"。这一思想对药物的临床药理研究，起到了积极的推动作用。

中药原药材一般比较粗糙，并含有杂质，需要进行必要的药物加工和处理。这一门技术知识即所谓炮制(炮炙)学。从《神农本草经》对原材料药物的应用，经过长期的实践，积累了丰富的经验，出现了第一部炮炙学的专著《雷公炮炙论》(《隋书·经籍志》中有《雷公本草集注》4卷，可能即其原书)。根据清代辑本可知，当时掌握的炮炙方法，已经包括水制、火制、水火共制等，例如蒸、煮、炒、焙、炮、煅、浸(包括酒浸及醋浸)、飞等等方法。所有这些方法，大部分目前仍在实践中广泛应用，具有较大的实用价值。当时已经认识到防止药物的有效成分挥发油散失的方法，并已知道某些药物应避免用铜刀切割，以免发生化学变化而变质，影响药效。

炼丹术的发展是在寻找"仙丹"、"长生不老"药的指导思想下，逐步发展起来的现代化学的雏型。炼丹主要是以矿物药为原料，在密封的容器中加温加压，以促进物质间的化学变化，产生新的物质。当时常用的矿物药已有雄黄、雌黄、硫黄、曾青、胆矾、矾石、硝石、云母、磁石、铁、戎盐、卤盐、锡、砷、朱砂。在这些物质的变化过程中，

人们认识到许多化学变化的现象如氧化、还原、升华、可逆反应等。当时已发现了硫化汞(丹砂)加热后生成汞及其可逆反应等一系列化学变化。这些成就,一方面成为后代制作某些外用药(如红升丹、白降丹等)的基础,另一方面,又陆续传向国外,通过阿拉伯国家,辗转传入欧洲,成为现代制药化学的先驱。

医事制度与医疗设施 两晋时期之医事制度及设施,基本沿袭汉魏制度,于门下省设太医令史,管理宫庭及其他有关医药事宜。南朝时期基本上也互相沿袭,设有太医令、太医丞,南齐并设御师(即医师),梁更增设有药藏丞,均属起部或领军管辖。北朝时期之医事制度较为繁杂,北魏于门下省设尚药局,并置太医令、太医博士、太医助教、侍御师等职;北齐则有侍御师4人,典御2人,尚药监4人;北周有主药6人,还有天官太医小医、天官小医医正、疡医等职。

南北朝时期,已经有太医署的设置。《南史·王悦之传》载王悦之为侍中,曾掌管许多部门,其中即有太医署,由于史料不足,未能得知其中之详情。但其后的隋代建太医署,以至唐代扩充太医署成为规模宏大,影响深远的医学校,则太医署当始于南北朝时期。

中外医药交流 这一时期,医学与国外的交流已经开始。西汉末,两晋至南北朝时期,佛教盛行,统治者耽迷于建佛庙、造佛像、诵佛经。后来,佛教在某些朝代(如梁、北魏等)取得统治地位。由于大量输入佛经,而译成汉文,佛教的教义的影响迅速扩大,佛经中本来就有一些医学的内容,加上印度以"五明学"做为衡量知识界的学术水平的准绳,因而随着五明学的传人,也使大量印度医学的内容传入中国。

据《隋书·经籍志》所载,当时已译出不少印度医书(如《龙树菩萨药方》、《婆罗门诸仙方》、《耆婆所述仙人命论》、《龙树菩萨养性方》……)及其他东南亚国家医书计12种88卷之多。印度医学中的某些内容,曾被当时医家所吸收。如陶弘景虽是个道家,但他接受了佛教中的某些观念。他编次增补的《肘后百一方》,即系取自佛教中"人用四大成身,一大辄有一百一病"之意,这一思想对隋唐医学也有影响。但均未取得对整个医学系统的发展起决定性影响的作用。

《脉经》具有世界性影响。后来传入阿拉伯国家,并辗转传到印度及其他国家。梁、陈时期,中国医学传人日本。552年梁朝给日本一部《针经》;562年吴人知聪携明堂图及其他医书计160卷到日本,对日本古代医学产生了相当大的影响。

隋唐五代时期的医学

隋唐五代时期的医学系指581—960年这一历史时期中国医药的发展概况。这是中国封建社会发展中的鼎盛阶段。国家统一,经济繁荣,国内、国际海陆交通发达,中国与亚洲的交往日益频繁,中国的科学文化不断传至各国,外来的科学文化也不断为中国学者所吸收。各国学者云集的都城长安(今陕西西安),是当时科学文化交流中心之一。医药学是在这样的历史条件下得到了明显的发展。现从以下几方面来概述此时期的医学概况。

基础理论 对病因病理的整理研究更加重视。隋政府组织医学专家,以太医博士巢元方为首,共同讨论各类疾病的病因、人体发病后的变化和疾病引致的症状表现,从而探索如何予以正确的治疗。他们整理研究,共同编写完成了一部医学基础理论巨著《诸病源候论》。该书列载1 700余病证,分述了各科疾病的病因、病机、症状,一小部分还探索了诊断、预后及以导引、手术为主的治疗方法和步骤。其突出的特点是更加重视实际观察经验的总结,而不是满足于传统的"千般疢病,不越三条"的笼统信条,也不为《内经》理论所局限。因此,无论是对传染病共性的认识和一些不同传染病特点的描述;还是对不少疾病的分类以及接近实际的一些特点的描述;或是对若干医疗技术的总结创造和发明等,都明显地超过了前代。如疥虫、肠道寄生虫病、运动病等的病因学说,麻风病等的病机证候,外伤肠断的手术治疗等。唐代王冰继梁代全元起之后,次注《内经·素问》,使其难懂的文辞和医理易于学习和了解,扩大了《内经》的影响。

药物学 唐高宗李治采纳了苏敬的建议,命令全国各州府将所产地道药材之标本并绘图送京,且由当代最有才学的医药学家、科学家、艺术家共22人,对药物学进行了一次承先启后、继往开来的整理研究工作,历时两年,于659年编成《新修本草》,由政府颁行全国。该书对药物性味、产地和主治等有一定的规格要求,成为第一部由政府颁定的药典性本草。其内容之丰富,学术水平及科学价值之高,使之成为一代名著。它不但通行全国,而且很快成为日本等国培养医生的教材。五代时,有韩保昇的《蜀本草》,李珣的《海药本草》。

临床医学 隋唐时期的临床医学分科已十分明确。在官办的卫生机构里,分有医科、针科、按摩科和咒禁,而医科又分体疗、少小、疮肿、耳目口齿、角法,实际上就是内科、儿科、外科、五官口腔和拔火罐疗法等。这是从其教学体制反映出来的分科(见"中医医学教育的发展"条),从而也体现了临床医学的进步与发展。

内科 此期对内科病的认识治疗已有明显的提高,其特点是更重视每个具体病的描述、确诊和富有成效治疗方法的总结。如糖尿病,当时以病人的明显消瘦、口渴、尿多的症象命名为消渴病。而且将这种病人的小便甜作为确诊的依据,更提出了并发症的预防和治疗。如告诫病家要时常备好治疗化脓性感染的药物,禁用针灸,谨防病人破皮伤肉而成痈等。又如痢疾,当时已提出了这一病名,并按临床所见的病情和大便的性状等,分痢疾为白痢、血痢、脓血痢、久痢、休息痢,对鉴别诊断已有详实的叙述,而且在治疗上已总结出不同的治疗理论和方

药,在今天的实践中仍被证明是卓有成效的。对寄生虫病、营养缺乏病、过敏性疾病、麻风病、结核病、急性黄色肝萎缩、脑溢血、霍乱、疟疾、巨人症等症状体征的描述相当确切,在诊断、鉴别诊断上有据有理,治疗上也符合科学原理。

妇产科和儿科 著名医学家孙思邈强调:"妇人之别有方者,以其胎妊、生产、崩伤之异故也。"他重视妇人病胜于成人及老年病。在封建社会难得医家大声疾呼妇幼保健的重要,他的著作较正确地论述胚胎发育的过程和形状,系统地阐述了胎前、产后、月经不调、崩伤、带下等产科和妇科疾病的防治。如对孕妇,他强调了产前检查、节制嗜欲,调和性情,避免受惊。临产时要情绪安静,切忌惊扰。接生人员等绝不可显出惊慌或面露忧容,以防导致难产或其他疾患。《千金方》以7卷之篇幅首先论述妇产科疾病的证治,其后公元9世纪昝殷的《经效产宝》成为现存最早的妇产科专著。在小儿科方面孙思邈强调"生民之道,莫不以养小为大",最为重要。《千金方》等以初生、惊痫、客忤、伤寒、瘰疬、杂病等为篇,专门论述了儿科疾病,特别是新生儿的护理,乳母的选择,婴幼儿的发育,哺乳和羊乳喂养的卫生等,都已进行了科学的论述。其中不少方法至今还有着现实的意义。隋唐时期对天花(豌豆疮)和麻疹(时气发斑)已能加以鉴别,这种成就在世界传染病史上占着领先的地位。隋唐医家在儿科疾病防治上的成就,为其后专科医书的出现,奠定了坚实的基础。

外科、骨伤科 已有专书出现,取得了突出的成就。已成功地进行了外伤性大网膜坏死部分切除术与多次肠吻合术,这样复杂手术的成功,与强调吻合手术步骤的严格要求;创造了"8"字缝合法;创造和应用了丝线结扎血管止血等技术有密切关系。唇裂修补同样达到了很高的水平,如唐人方千作了唇裂修补,人称之为补唇先生。骨伤科医疗技术也是很出色的,如孙思邈记述的下颌关节脱臼整复手法、步骤、要领,完全符合解剖生理要求。《仙授理伤续断秘方》是中国现存最早的骨伤科专著,其中肩关节脱臼的椅背整复法,复杂骨折的手术整复法,在当时也都处于世界医学的先进行列。

五官科 隋唐医家对五官科疾病的认识和治疗技术也达到相当高的水平。如对白内障临床症状、诊断要点不但作了全面的论述,而且正确地叙述和鉴别诊断外伤性白内障、先天性白内障和多见的老年性白内障,《外台秘要》所描述的金针拨障术,是中国医书中最早而系统的有关记载。又如在牙科治疗技术上,创造性运用汞合金(银膏)填补牙齿缺落,《新修本草》记载的银膏,是用锡、银薄和水银合成的一种填补剂,西方应用晚在19世纪。又如用珠或木制眼球补眼的技术,以及拔倒睫、割除胬肉、拔牙等都已有了比较普遍的应用。

针灸 针灸疗法的治疗效果得到很大提高,其普及受到更多的重视。为了适应教授学生和普及针灸技术,一些医家还绘制了针灸经络挂图。孙思邈更在甄权针灸经络图的基础上绘制了3幅大型彩色针灸挂图,分别将人体正、背、侧面的十二经脉和奇经八脉用不同色彩绘出。王焘虽然根据《内经》有关论述反对针刺,提倡灸法,但仍进一步将针灸经络图改绘为12幅彩色挂图。此外,别具风格的医疗技术和方法,如按摩推拿、熏蒸等理疗方法,医疗体育,水蛭疗法,精神暗示疗法,导尿、灌肠等等,都取得了新的成就。

医学教育和卫生保健 中国传统的医学教育,历来多以师徒传授的方式进行。集中进行大规模多学科的学校教育,隋唐时期的太医署是一个创举,在世界医学教育史上也占着领先的地位。唐太医署的规模、制度不但比隋有了扩大和趋于完备,而且除在京城举办外,各府、州一级也有举办。

卫生保健设置有专门收养麻风病人的疠人坊、疠所及其他医疗机构。隋唐时期皇帝对普及推广医药知识比较重视。713年令诸州写《本草》、《百一集验方》。723年颁行《广济方》。746年,令郡县选《广济方》之要者,录于大板以示坊村等。唐医药卫生律令,对囚犯有病、怀孕、牢房卫生、以医诈骗、出售假药、士兵奴婢工匠疾病、同姓为婚、妻恶病(麻风之类的疾病)离婚等等,比前代都有着比较科学和合理的规定。

国内医药交流 国内各民族和内地与边远地区之间的医药卫生,由于国家的统一,生产的发展,得到了空前的交流,生活在中国西南边疆的藏族同胞,在同疾病作斗争的过程中,创造了藏族医药学,此时与内地医学的交流空前繁荣。在云、贵、川的一些地方,当时医药知识还处在十分落后的状况下,甚至只知卜巫,不晓医药。由于互相交流,医药也得以发展和进步。当时中央派往当地的官员等,对医药交流也起到了积极的作用。如益州(四川境)大都督府官员高士廉用医药和教育改变当地亲属不敢接近病人而"杖头挂食,遥以哺之"的风俗习惯;忠州(四川忠县一带)官员陆贽(被贬)虽然为了避谤不著书,但为了改变当地瘴疠流行给人们造成巨大痛苦的状况,于9世纪初编撰了《陆氏集验方》50卷以示乡人;在今云南、四川间,少数民族聚居的地方,当时有个南诏政权,在中央政府的支持下,派子弟到成都等内地学习。有时还以战争尽掠八百里之间的"百工"数万人,发展其纺织,"始用医药"。

中国北部当时是游牧的回纥族,与唐政府关系友好,帮助唐平定安史之乱,文化、医药交流增加。回纥族往往派专人以硇砂、羚羊角等药物到长安赠送统治者或在市场互易,甚至有"进梵僧名医"到京城为统治者诊治疾病。

契丹族原为辽河上游游牧民族,唐任命契丹首领为都督,他们重用内地医学家和吐谷浑医家为医官、侍医等,发展本民族的医药卫生。契丹的医药卫生制度多仿中央设置,当时他们翻译并编撰医药书籍,培养本民族医药学家。如耶律倍,辽太祖之子,通阴阳,知音律,精医药

砭焫之术，仁辽、汉文章。947年，辽太宗汴京称帝，将开封所藏的铜人明堂、医官等等分别送上京（今内蒙古巴林东北）或黄龙府（今内蒙古东部）。医药科学的发展，必然要给巫祝迷信以打击。957年，将杀人取胆合药的女巫肖古处死就不是偶然的事了。《辽史·耶律庶成传》："初，契丹医鲜知切脉、审药，上命庶成译方脉书行之，自是人皆通习，虽诸部族亦知医事。"

总之，全国各民族的医药知识在隋唐时期得到了空前交流，中国医药学这座伟大的宝库正是全国各族人民共同创造的。

同国外的医药交流 隋唐时期，海、陆交通的发达，贸易空前繁荣，医药著作的翻译和医药学家的相互交往，是中国历史上同国外交流医学学术思想和医疗技术的一个重要时期。中日医学交流继南北朝到隋唐时期打开了新局面（见"中日医药学术交流"条）。中国同朝鲜的医学交流，也有进一步发展（见"中朝医药学术交流"条）。中国同印度的医药交流，英国科学史家贝尔纳在论述印度科学文化的来源时除强调了希腊、罗马、阿拉伯、波斯外，指出还有中国，由陆路上的佛教徒、参圣徒和水路上的商人们输送而来。印度医书也被翻译成中文（见"中印医药学术交流"条）。阿拉伯帝国同中国建立了密切的联系，伊斯兰教创始人穆罕默德曾强调："要寻求学问，即使它远在中国"。据李约瑟（英）称，9世纪时有位中国学者，在医师和炼丹术士穆罕默德·伊本·查卡利亚·拉齐的家里，将盖仑的著作译成中文。中国同伊朗往来频繁密切，仅647—762年间，单波斯派往中国的使节就有28次之多，旅居或定居中国的波斯人也日益增多。著名药物学家李珣，是波斯人后裔，人称李波斯，全家以经营香药为业，撰有《海药本草》以收载外来药物为特点。中国还从大秦（罗马帝国）传入治疗眼病、痢疾的医疗技术，药物有肉豆蔻、底也伽等，其中底也伽是一种含鸦片的复方制剂。大秦药物在唐代医家的本草著作中得到普遍记述。中国与大夏（中亚细亚古国）、昆仑（唐人泛指肤色黑者为昆仑）、罽宾国（克什米尔一带）、安国（阿富汗）、大宛（今吉尔吉斯费尔干纳盆地）、诃陵（印度尼西亚）等的交流，或医、或药、或医书等，都或多或少发生着交流关系。

总结隋唐医学发展的历史经验，国内国外，不分种族和国界，自由交流，互相促进，给我们留下深刻的印象。其中，尤为可贵的是批判精神促进了隋唐医学发展，具体表现在以下三方面：

(1) 对宗教及其炼丹服食企图长生不死之说的信仰产生动摇，并予批评。如西域僧以"能咒人使立死，复咒即生"行骗，当时有人敢于当着太宗之面令僧咒自己而揭穿了骗局。649年，有印度僧自言能制长生之药，帝颇信。服其药而引致暴疾，658年，高宗令广征各地道术之士，合炼黄白。道士叶法善献身说法："金丹难就，徒费财物，有亏政理，请核其真伪"，帝然其言。810年，宪宗对宰相大臣说："神仙长生之说，可信乎?"李藩等以秦皇、汉武和文皇引致暴疾的实例，指出"古人云服食求神仙，多为药所误，诚哉是言也"。劝宪宗"勤于政务，天下太平，则帝亦永年之理"。845年，唐武宗更接受宰相李德裕的建议，废寺院，使数十万僧、尼从"不务农桑，空谈彼岸，而还俗生产"。860年，懿宗立将以丹剂引致帝（宣宗李忱）生背疽的太医李玄伯及方士等俱诛死。这些事例，说明唐代虽然宗教盛行，长生欺诈之术不断，但由于接连批判，对医药学的发展都或多或少是一个促进。

(2) 对统治者迫害医家的反抗和批判。在封建社会里，医家被统治阶级视为奴婢，动则问罪杀害，严重阻碍医学的发展。唐代公正舆论敢于给予揭露和批判，如868年，同昌公主因病久治不效而死亡，懿宗竟以医药不效，将翰林医官韩宗绍、康仲殷等杀害，还将两家宗族枝蔓300余人尽捕下狱，宰相刘瞻令谏官温璋上疏：以为刑法太过，竟遭贬。璋叹曰：生不逢时，死何足惜，是夜自缢而卒。刘瞻又亲自上疏说明：公主本来就是久患危疾，医工无不尽其方术，自陛上雷霆一怒，朝野震惊……因平人而结冤，此皆陛下安不思危，忿不顾难者也。帝竟大怒，即日罢瞻相位并牵连多人。可见迫害与反迫害的斗争十分尖锐。

(3) 医学家的批判精神。隋唐时期的医学家，对古代医药典籍虽也比较重视，但并不全盘肯定。正因为如此，在隋唐医学的发展中才呈现了蓬勃的景象。例如：隋代巢元方引文批判了"寒食散"的流弊。唐代孙思邈也对服石采取了批判的态度，指出服五石散之类的害处，强调了经常服用富有营养性植物、讲究卫生、经常劳动等，对养生保健的好处。还批驳了企图长生的谬误，坚持了长寿学说的唯物主义立场。孙氏对待张仲景的学术贡献，十分敬重，但当晚年读到仲景医书时，他并非墨守张说，全盘接受，而是吸取仲景治疗传染外感热病的丰富经验和辨证思想，弃去六经分类的格式，易之以方药为辨证施治的纲领，对研究仲景学说，作出了贡献。

宋辽金元时期的医学

宋元时期是中医药学一个重要的承前启后的发展时期。960年，宋朝建立，当时生产力有一定程度提高，火药、指南针的发明，雕板印刷的进步，中外交通的发达，对社会经济文化都起着推动的作用，医学也得到相应进展。

宋代政府对于医学较前代更为重视，宋初曾下令采访"医术优长者"，并奖励献书。其后至宋仁宗时，又成立了"校正医书局"，命掌禹锡、林亿、高保衡、孙兆主持其事，先后校正并刊行了《素问》、《灵枢》、《伤寒论》、《金匮玉函经》、《脉经》、《甲乙经》、《千金》、《外台》等医书，为学者提供很大方便。与此同时，辽、金、元各朝在医学方面也有一定成就。但是，由于宋朝与辽（契丹族）、金（女真族）先后对峙，不断战争，又使中国医学的发展在一定程度上受到影响。元初武功曾达于西亚，因此，对于汉族医

学和阿拉伯医学都很重视。

本草 宋太祖开宝六年(973),政府命刘翰、马志等,以《唐本草》为依据,写成《开宝新详定本草》20卷。次年又由李昉等重新刊定,改名《开宝重定本草》并目录2卷,收药983种。较《唐本草》增加139种。至嘉祐二年(1057),政府又命掌禹锡、苏颂再次修订,名《嘉祐补注神农本草》,收药1082种,增药99种。嘉祐二年至六年(1058—1061)苏颂又根据各地所进药物编成《图经本草》20卷,目录1卷,有图有说。宋哲宗元祐年间(1086—1093)四川阆中陈承著有《重广补注神农本草并图经》23卷,宋神宗时,四川唐慎微(审元)在《嘉祐本草》和《图经本草》基础上,博采经史百家、佛书、道藏有关本草论述,著成《经史证类备急本草》31卷,全书载药1746种。内容之丰富,超越前代各家(见"经史证类备急本草"条),大观二年(1108),学仕孙觌将唐慎微的著作略加整理,并增入陈承论述,由通仕郎艾晟作序改名《大观经史证类备急本草》。后来,还有两次刊定,一次为宋徽宗政府主持,在政和六年由曹孝忠校定本,称《重修政和经史证类备用本草》,一次在南宋高宗绍兴二十九年由医官王继先校定本,称《绍兴校定经史证类备急本草》。

另外,北宋初尚有《日华子本草》20卷,政和年间寇宗奭著有《本草衍义》20卷。南宋时陈衍著有《宝庆本草折衷》20卷,王介著《履巉岩本草》3卷等。其中寇宗奭以多年辨识药材经验为依据,所论470余种药物,对性味、效验、真伪鉴别有很多发明。

在金代,易州张元素(洁古)著《珍珠囊》1卷,李杲著有《用药法象》1卷,王好古又著有《汤液本草》3卷,论述药物的性味、生成流布等,体现学有所本。

方书 宋代官修方书,主要有宋太宗时政府主持编撰的《太平圣惠方》100卷,保存了宋以前各代有效验方16 000余首,其中有许多是已佚医书,如《点烙三十六黄经》的内容等,故该书有一定历史文献价值。其次是宋徽宗时编辑的《圣济总录》200卷,该书包括60余门,医方20 000多首,于北宋开国以来医家临床用之有效的方剂,无不网罗。但是宋徽宗赵佶本身是一个道家信徒,尊信运气学说,故本书开卷首述五运六气,对其中玄秘色彩,对当时医学发展客观上会带来某些不利的影响。至于本书后部还载有"神仙服饵",清代《四库全书总目》更批评这部分内容属于"妄语"。再次,《太平惠民和剂局方》原是北宋药局制剂规范,原为5卷,21门,收297方。其后又经过南宋时的增补,改分10卷,14门,788方,由于中外交通发达,舶来药物增多,书中所列方剂中包括不少香燥药品,故元代医家朱震亨曾批评该书说:"局方泛编成书……专以香热为用,"又说:"该书集前人已效之方,应今人无限之病,何异刻舟求剑,按图索骥,冀其偶然中,难矣!"(见"局方发挥"条),但是局方也包括很多有效方剂,至今仍然流传应用,受到人们的重视。

其他尚有汇集的方书。著名的有《苏(轼)沈(括)良方》、王衮《博济方》、董汲《旅舍备要方》、《王贶(子亨)《全生指迷方》、史载之《指南方》、严用和《济生方》、许叔微《普济本事方》等,也都有一定的特色。

临床各科 有以下各科:

内科 宋代校正医书局校正了《伤寒论》、《金匮玉函经》等书,促进了宋代医学对于伤寒病的研究,其中较著名的著作有庞安时(安常)《伤寒总病论》、朱肱(翼中)《南阳活人书》、郭雍(子和)《伤寒补亡论》、许叔微(知可)《伤寒发微论》、《伤寒百证歌》等,以及韩祗和《伤寒微旨论》,金代成无已《注解伤寒论》、《伤寒明理论》,元代杜本《伤寒金镜录》、李杲《伤寒会要》等,其中成无已的著作是《伤寒论》最早注本,他阐明张仲景《伤寒论》397法,辨析异同,给后世很大启发。清代汪琥曾说:《注解伤寒论》"犹王太仆之注《内经》,所难者惟创始耳。后之人于其注之可疑者,虽多发明,大半由其注而启悟"(汪琥《伤寒论辨证广注》凡例)。

妇产科 陈自明(良甫)著《妇人大全良方》24卷,该书特别重视妇女月经,对月经失调采用温经、通经、调和荣卫、滋养血脉等治法。此外,对带病及崩漏不育等也都详加论述(见"妇人大全良方"条)。

产科方面有李师圣《产育保庆集》、朱端章《卫生家宝产科方》、无名氏《产宝诸方》和杨子建《十产论》等,其中大部都是论述妇女临产疾病,以及难产、逆产、横产等产科病,体现了中国产科临床的丰富经验。

儿科 钱乙(仲阳)所著《小儿药证直诀》,为弟子阎季忠整理,其中特别对于小儿惊搐、疳疾、吐泻等儿科常见病论述详尽,并结合病因、证候、发病时间,联系季节特点进行辨证治疗。在用药方面,既尊重前人经验,又不墨守成方,而是加以化裁应用,如以张仲景《金匮要略》的八味丸化裁六味地黄丸等(见"小儿药证直诀"条)。

另外宋金时代的著名儿科专著尚有宋代刘昉《幼幼新书》、南宋佚名氏《小儿卫生总微论方》、董汲《小儿痘诊方论》、金代陈文中《小儿斑疹备急方论》、《小儿病源方论》等。

外科和伤科 宋元外科主要著作有李迅(嗣立)《集验背疽方》1卷,东轩居士《卫济宝书》2卷,陈自明《外科精要》3卷,金代窦汉卿《疮疡经验全书》13卷,元代齐德之《外科精义》2卷等。这几部书尤以《外科精义》强调外科疮肿应注重内治的论述最受重视。

元代危亦林(达斋)为五世名医,其所著《世医得效方》20卷,其中包括许多正骨、金镞和疮肿的重要临床经验,特别是在使用麻醉药物和对肚皮破裂、肠肚损伤的手术治疗,本书有详细的描述。

针灸科 自唐代王焘《外台秘要》不录针法,只存灸法,影响很大,如唐末宋初有《西方子明堂灸经》8卷。《四库全书总目》就曾说:"西方子不知何人,古法多针灸并言,自王焘《外台秘要》方,始言误针之害,凡针法、针穴,俱删不录,惟立灸法一门,此书言灸不言针,盖犹焘遗

意也。"后至宋代孙兆、林亿校正《外台秘要》始指出"王焘取灸而不取针，亦医家之弊"。针法始重新见重于世。宋仁宗天圣年间，政府命王惟一(一作惟德)考订针灸经络，先后铸铜人两具，脏腑具备，全身按俞穴标刻名称，用于传习针灸。传说铜人各腧穴均实以汞，外以黄蜡涂封，学生按穴试针，中穴则汞出。另外，王惟一还根据历代针灸书进行考订，写成《铜人腧穴针灸图经》3卷，包括354穴。不仅在编次上和晋皇甫谧《甲乙经》不同，并多出青灵、厥阴俞、膏肓3个双穴；督脉的灵台、阳关两个单穴。当时这部书不仅刊印颁行，同时还刻石永久保存，说明宋政府对针灸经络这一古老治疗和理论的重视。由于宋金战争，后来这两具铜人和刻石均作为金人战利品被携到北方，至明代针灸图刻石亦佚失，而宋代刻石则于近年拆毁北京城墙时发现残石五块。

两宋时代较著名的针灸著作尚有许希《神应针灸要诀》、王执中(叔权)《针灸资生经》、闻人耆年著《备急灸法》。其他，尚有金人李庆嗣著有《针经》1卷，但书已不传。又金太师窦杰(汉卿)著《针经指南》该书有"标幽赋"，为学习针灸人门著名歌诀。元代针灸专著尚有蒙古族人忽公泰(吉甫)所著《金兰循经取穴图解》，及滑寿(伯仁)《十四经发挥》两书。滑寿著作除论十二经脉外，兼论任、督两脉，内容纲举目张，立论清晰。

五官科 宋初《太平圣惠方》详细记载了针拨内障的手术方法，并对障沉、障浮，翳沉、翳浮区别了不同情况，给予不同手术治疗。然而，至北宋末，《圣济总录》一书则反映了针拨手术的不同看法，表示"治眼至于针，诚出不得已，岂可轻用妄投哉！"故该书只列针后调护，而不记述针拨手术，表现与《太平圣惠方》有不同观点。此外宋元间眼科专著尚有元代倪维德《原机启微》等。

其他 有诊断、法医学、人体解剖等方面的认识和进展。

(1)诊断：南宋陈言(无择)著《三因极一病证方论》，将病因归纳为内因七情、外因六淫、不内外因，所概括的病因比较具体，易于掌握和临床实用，故在病因学上是有贡献的。南宋道士崔嘉彦(希范)著有《脉诀秘旨》一书，以浮、沉、迟、数四脉为纲，论述七表(浮、芤、滑、实、弦、紧、洪)及八里(微、沉、缓、涩、迟、伏、濡、弱)和疾病的关系。此外，南宋施发著有《察病指南》3卷，元代朱震亨著有《脉诀指掌病式图说》1卷，滑寿著《诊家枢要》1卷，戴起宗(元末明初人)著《脉诀刊误》2卷等。

(2)法医学：南宋的宋慈著有《洗冤集录》，该书博采历代有关法医论述，汇集成编，这部书不仅在中国法医学方面受到极大重视，同时自16世纪以后，朝鲜、日本、美、德、法、荷等国先后均有人对该书进行翻译或介绍。

元代王与还写过一本《无冤录》，是在《洗冤集录》基础上写成的法医学专书。

(3)人体解剖：宋代的一些医学家为了探索人体的奥秘，曾对被杀的犯人进行脏腑绘图，历史记载，广西欧希范等56人被杀，州吏吴简令画工就五脏绘图，后被称为"五脏图"。这些图虽然存在一些错误，如将喉画成三个，一食、一水、一气，并受到当时人的指斥，但是这种探索人体脏腑奥秘的精神，还是值得人们钦佩的。

此外，北宋末杨介根据泗州犯人被杀，画工所绘的脏腑图，校以古书，益以十二经，称"存真环中图"。以上"五脏图"和"存真环中图"后来均佚，但元代孙涣重刻的托名华佗所著《玄门脉诀内照图》中将《存真环中图》一部分附于该书，因此，我们至今尚能见到"存真环中图"的大致内容。

金元四家 《四库全书总目》有"儒之门户分于宋，医之门户分于金元"。所谓金元四家，是指刘完素、张从正、李杲、朱震亨而言，他们的学说各有不同，又互有所本(见"金元四大家"条)。

医事制度 宋代有太医局和翰林医官院之设，太医局设太医丞，以教育生徒为主。翰林医官院，设院使、副史、尚药奉御、医官、医学等职，宋徽宗政和以前分14阶，至南宋分20余阶。

宋代重视医药人材的培养，分方脉、针科、疡科。每年春季考试，取合格者300人，分赴太学、律学、武学各营实习，岁终评比。翰林医官院则设大小方脉、风科、眼科、产科、疮肿、金镞、口齿、咽喉等科，另设御药院、尚药局，掌管皇家药物。

至于政府对民间医药设施方面，宋神宗熙宁九年(1076)，京师设太医局卖药所，制成熟药出售，其后增至7所，各省也相继设立。太平惠民和剂局即由熟药所，几经变动而改名的。一些州府还设有养济院或安剂坊以收养一部分病患者。

辽代医事制度，除设太医局外，尚设有医兽局，均设局使、局副使。医兽局主要是为了适应北方少数民族骑战、射猎的特点而设立的。此外，翰林院设翰林医官，汤药局设都提点，管理汤药，与宋朝官制大同小异。

金代医事制度则基本仿照宋制，亦设尚药局、太医院、御药院等，每3年进行医学考试一次，参加考试学生优秀者可任职医生。

至于元代医事制度，则除设太医院、御药院外，另外还在大都(北京)和上都(开平)各设回回药物院一所。太医院饮膳太医忽思慧著有《饮膳正要》3卷，为中国有名的食治专书，并具有蒙族的特点。回回药物院有《回回药方》一书流传，计分36卷，这是一部反映西部少数民族和阿拉伯医学为主要内容的著作，现该书中尚保留残书4卷。

明清时期的医学

明清时期的医学系指1368—1911年这一历史时期中国医药的发展概况。明初，社会经济恢复较快，生产力得到进一步发展。16世纪以后，社会上出现了资本主义

萌芽,农业、手工业、商业、海外交通都有不同程度的进展。全国出现许多市镇,这些市镇不仅是工商业的中心,也是科学技术和医药文化的中心。科学技术在此情况有了新的进展,涌现出朱载堉、徐光启、宋应星等有突出成就的科学家。医学上也出现新面貌,产生了象李时珍、吴有性等杰出人物。明后期,封建统治加剧,皇室豪门地主土地的兼并,使生产力遭到很大破坏,影响了科学技术和医药的发展。清代建立政权后,社会生产力一度得到一定的发展,清中叶社会经济的进一步发展,在一定程度上推动了科学技术和医药的发展。但是,晚清社会政治、经济走向下坡路,生产力遭到很大破坏,科学技术和医药的发展受到很大的束缚。

明清时期的医学,在继承前代成就的基础上,有许多新的进展,其主要表现为:名医辈出、学派林立,基础学科和临床各科,都有成就,尤以本草学和临床医学更为突出;医学著述广泛增多,不仅官方主持编纂了带有总结性的综合医书,并且私人著书立说也很为活跃。但清代所倡导的繁琐考据之学,使尊经复古之风盛行,学术研究常囿于引经据典的脱离实际的境地,这些都直接或间接地影响了医学的进展。清末,西医学大量传入,对医学产生了重要影响。有些医学试图对中、西医学进行汇通,出现了中西汇通学派。此外,明清时期中医药的外传,在国外产生了一定的影响,对世界人民的保健,也做出了贡献。

下面分几个方面对此时期的医学进行概述:

本草学 明代本草学的发展达到了空前的高峰,主要表现在著述较过去大为增多,内容丰富,不少著述皆具有一定特点,而且具有普及性和总结性。王纶的《本草集要》,按药物对人体的作用分为12门,这种依药性分类的方法,有一定进步意义。陈嘉谟的《本草蒙筌》,偏重生药学,注意药物与产地的关系和区别,对药物贮存、炮炙都有丰富经验;另有不少偏重食疗的本草,如吴瑞的《日用本草》、卢和的《食物本草》、朱橚主持编写的《救荒本草》等。兰茂的《滇南本草》,搜集云南少数民族地区的本草经验和知识,是中国本草学史上最早把中医药物理论与云南地区少数民族用药经验相结合的地方性本草专著,其他如薛己的《本草约言》、卢之颐的《本草乘雅半偈》、缪希雍的《本草经疏》、倪朱谟的《本草汇言》、皇甫嵩的《本草发明》等等,皆各具有一定特点及实用性。此外,官方由太医院刘文泰等于1505年编修的《本草品汇精要》,意在代替自明代即沿用的《政和类证本草》,载药1 815种,对药品、炮制、效用等,皆有记述,且附彩色插图,可称为一部简明而图文并茂的本草学,书成未刊,藏于内府。至1700年清太医院王道纯等对之补撰续集10卷。

明代本草学最突出的成就是李时珍的《本草纲目》。此书载药1 892种,附方万余,在药物分类、鉴定、生药、药性、方剂、炮制、编写体例等许多方面均有贡献,它在中国药学史上起到了继往开来的作用,其成就已超出医药范围,其影响已扩大到国外(见“本草纲目”条)。

清代本草著述虽然受社会发展的限制和社会上治学风气的影响,富有创造性的著述较少,但有些著述也有独到之处。这一时期的本草学著述,大体包括几个方面。一是注释考证性的,多以《神农本草经》、《本草纲目》等影响大的著述为基础,加以注释考证,间或结合或阐发些个人经验体会,如郭佩兰的《本草汇》、张璐的《本经逢原》、郭汝聪的《本草三家合注》、邹澍的《本经疏证》、屠道和的《本草汇纂》等等。有些著作对前人著述进行增补,并有一定的个人见解,如吴仪洛的《本草从新》,补充了一些《本草纲目》未收药物;刘若金的《本草述》选各家之说,删除迷信成分,就阴阳升降之理与脏腑经络的关系等方面来阐述药理;黄宫绣的《本草求真》对药物的气味形质和临床应用,有所阐发;吴其浚的《植物名实图考》及《长编》,可称为药用植物学专著,除综合了前人的研究成果外,更有实地调查的依据,所附插图,精致准确,在药用植物的鉴别方面,尤有价值,在国内外均有相当影响,至今仍是药用植物鉴定学的可贵资料。

基础医学和理论 明清的基础医学仍以《内经》以来所形成的自发唯物和朴素辩证的理论体系为基础。关于人体解剖生理的认识,有些医家对脑的功能有新的记述。如李时珍有“脑为元神之府”;金正希、王宏翰、汪昂记有“人之记性在脑”;喻嘉言有“脑之上为天门,身中万神集会之所”等记述。王清任强调认识人体脏腑对于临证治病的重要性,并做了些实地观察。其他不少医家对三焦、命门的位置形态和功能等问题,进行了论述和争论,特别是对于命门,赵献可、张景岳等十分强调命门在人体的重要作用,把命门看成是人体脏腑生理功能的动力,并受朱震亨相火论的影响,把命门相火联系起来,在临证上对后世医家有相当的影响。

临证医学 明清医家十分注意临证观察,在临证上经验丰富,有较明显的进展,表现在以下几方面:

四诊 许多医家强调四诊的重要性,写出不少关于四诊的专著,如:张三锡的《四诊法》、林之翰的《四诊抉微》、何梦瑶的《四诊韵语》等等。汪宏的《望诊遵经》为望诊专著。望诊中舌诊的成就,很是突出,是此时期临证诊断上的一个特点。舌诊专著如申斗垣的《观舌心法》,集当时舌诊之大成;张登的《伤寒舌鉴》载舌苔图120幅,很是生动;其他如刘一仁的《活人心法》、王文选的《舌鉴》等等,都汇集了前人的舌鉴经验,并结合了个人的实践体会,内容丰富而有特色。脉诊方面,如邹志夔的《脉理正义》、李延昰的《脉诀汇辨》、叶霖的《脉说》、王邦博的《脉诀乳海》等等,都是在综合前人经验的基础上,并有一定的实践心得。李时珍的《濒湖脉学》,是这一时期重要的脉学著作,该书以歌诀形式叙述介绍了27种脉象,便于学习、理解、诵读和记忆,流传甚广。不少名医强调问诊的重要性,如李梴《医学入门》提出学医的人首先要学问诊,举出55项问诊内容;张景岳有《十问篇》等等。

医案的书写和辑录 四诊的进展促进了病案的书写和辑录。许多医家很重视病案的书写规格和辑录整理前人或个人的医案。如喻昌《寓意草》中的"议病式",就是一份全面的病案规格。以辑录前人医案为主的著名医案专著有江瓘、江应宿父子的《名医类案》,其后魏之琇对之做了增补而成《续名医类案》。其他医案还有俞震的《古今医案按》等。以辑录个人的医案为主的医案尤多,如《石山医案》、《薛氏医案》、《孙文垣医案》、《芷园医案》、《寓意草》、《旧德堂医案》、《东庄医案》、《四明医案》、《静香楼医案》、《临证指南医案》、《洄溪医案》等等。有将几家医案合编的,如《柳选四家医案》、《三家医案合刻》等等。有专门辑疑难奇症的,如《奇症汇》。有专门辑录妇科医案的,如《叶天士女科医案》、《退思庐古今女科医案选粹》等等。明清医案辑录和问世之多,对医家交流临证经验和心得很有补益,也为后世留下了许多可贵的临证病史资料,是继承发扬中医学的一份生动而有价值的遗产。

辨证论治原则的深化 明清医家在广泛的临证基础上,运用辨证论治的思想,更加娴熟,使辨证论治的原则更加深化。许多医家都在不同程度上进一步发挥了辨证论治的精神。孙一奎在《赤水玄珠·凡例》中概括地指出"凡证不拘大小轻重,俱有寒热、虚实、表里、气血八个字。苟能于此八个字认得真切,岂必无古方可循?"张三锡在《医学六要》总结多年业医体会说:"张家世业医,致志三十余年,仅得古人治病大法有八,曰阴曰阳,曰表曰里,曰寒曰热,曰虚曰实,而气血痰火,尽在其中。"楼英在《医学纲目》中认为论病"必先分别气血、表里、上下、脏腑之分野,以知受病之所在;次察所病虚实寒热之邪以治之"。张景岳在《景岳全书》中强调以阴阳为总纲,以表里、虚实、寒热为六变。明末《周慎斋遗书》中明确提出了辨证施治的概念。清代章楠的《医门棒喝》又提出了辨证论治的名词。作为医生教本的《医宗金鉴》和流传较广的《医学心悟》等书,都对表里、寒热、虚实、阴阳这八个辨证纲领有较详的论述。这些都反映出辨证论治的原则自张仲景以来的不断得到深化,它使中医基本理论和临床实践更加紧密结合起来,形成了一套具有理、法、方、药的完整的理论体系,也构成了中医学发展到明清时期在临证医学上的一个主要特点。

内科 明清时期有关内科医著很多。薛己的《内科摘要》一书,是中国最早以"内科"为名的医书。内科学在中医基本理论的指导下,尤其是辨证论治对临床医学的指导作用以及本草学的进展,使许多内科病证的证治,都有提高,而且促进了其他有关学科的进步。具有代表性的著述如虞天民的《医学正传》、王纶的《明医杂著》、王肯堂的《证治准绳》、张景岳的《景岳全书》、秦景明的《症因脉治》、李用粹的《证治汇补》、林珮琴的《类证治裁》、胡慎柔的《慎柔五书》等,富有总结性的以内科为主的著述,不胜枚举。就学术理论而言,此时期以温补学派的出现和争论为一特点。温补说盛行于明代,延续于清,主要倡导者有薛己、孙一奎、张景岳、李中梓等,其主要论点是重视脾肾。薛己受金代张元素的脏腑辨证和李杲的脾胃论的影响,注重脾肾虚损症;同时,又受王冰、钱乙的影响,重视肾中水火和脾胃的关系,因而脾肾并举,注重温补,其论述主要见于《薛己医案》。赵献可阐发薛己之学,而重肾水命门,发挥命门理论,并以肾、命门概括脾胃,论述主要见于《医贯》。清代高鼓峰、吕留良等推重此说。温补论说的中坚张景岳原宗朱震亨说,后转而尊崇张元素和李杲,反对朱说,力倡"阳非有余,阴常不足",极力主张温补肾阳在养生和临证上的重要性,论点见其《类经附翼》、《景岳全书》。李中梓则在薛己、张景岳等的影响下,既重视脾胃,也重滋阴养阳。温补之论,对明清不少医家有较大影响而形成温补学派,成为明清临证医学发展上的一个特点。

温病学及温病学派的兴起 温病学是明清时期医学的突出成就之一。它是在伤寒学的基础上发展起来的,是在张仲景以后的许多医家的临证实践中,对伤寒学的一种补充和发展。在明清以前,特别是金元医家的实践,已孕育着温病学说的种子。明清时期疾疫的频繁大流行,更促使医家探索更多的方法去满足社会上抗病疗疾的需要,是温病学形成的客观背景。王纶在《明医杂著》中提到"戾气"说。王履在《医经溯洄集》中提出"温病不得混同伤寒"。吴又可更进一步认为温病多于伤寒十倍,强调伤寒与温病有别,如伤寒不传染于人,时疫则能传染,伤寒之邪自毫窍而人,时疫之邪自口鼻而入等等。他在《温疫论》中提出"戾气"说,认为温疫之病是由天地间所别有的一种物质性的"戾气"所致,而此"戾气"又多见于灾荒战事之年,从而突破了传统的"六气"说。明清时期温病学的成就,对急性传染病的防治做出突出贡献。宗温病学说的许多医家在临证实践中,都有所建树,如戴天章、喻昌、余霖等等,特别是叶天士的"温热论"、王孟英所纂《温热经纬》、陆廷珍的《六因条辨》等从而形成的"温病学派",对后世医家有很大影响。

外科、外治法、骨伤科 明初,太医院的 13 科中,有"金镞"、"正骨"科,隆庆五年(1571)改名外科和正骨科(又名正体科);清太医院的 9 科中,有"疮疡"和"正骨"科。这种改变和设置,在一定程度上反映了外科和骨科的进展。明清时期以外科闻名的医家和外科学专著空前增多。例如,赵宜真著《秘传外科》、薛己著《外科枢要》、汪机著《外科理例》、窦梦麟补辑有题为窦汉卿的《疮疡经验全书》、申拱宸著《外科启玄》、祁坤著《外科大成》等等,记述外科病证,论述外科证治,皆各有一定特点。以上外科流派,各有所长,其中以陈实功的《外科正宗》影响为最大。

此外,清代吴师机以重视外治而著称。他生活于太平天国农民革命时期,因见当时人民群众一方面缺乏药源,一方面又有"不肯服药之人"和"不能服药之症",遂综合当时民间各种外治方法和经验,撰成《理瀹骈文》,主张

外治可补内治之不足，外治可与内治平行，"外治之理，即内治之理；外治之药，即内治之药"。

明清时期骨科在医学基本理论，如气血、经络学说及有关学科的发展基础上，得到进一步提高。在当时具有较大影响的医籍中都有论述。如《普济方》的"折伤门"所记述的治疗骨折脱位的诊治和方药，内容比元代危亦林的《世医得效方》要丰富得多，可称为对15世纪中医骨伤科知识的总结。王肯堂的《疡医准绳》又继《普济方》之后对骨伤的方药诊治的进一步系统归纳。《医宗金鉴》的记述，则对骨伤科的知识和经验，起到承先启后的作用。对骨伤科具有影响和贡献的医家，如薛己、陈文治、胡廷光、钱秀昌等。这一时期的骨伤科，在诊断和治疗上包括骨折、关节脱臼的整复手法、固定、用药、止血、麻醉等方面，以及理论上均有成就。

皮肤性病学　出现不少有关的专论。如薛己的《疠疡机要》是最早的麻风专书。沈之问，积30年临证经验之撰有《解围元薮》4卷，论述了麻风病的病因、证候、预防、治法和方药等。书中记载了较丰富的防治麻风方药，肯定了麻风的传染性质和大风子的疗效，更报告病案一例。《本草纲目》记有大枫子的杀虫作用，《证治准绳》记有治疗麻风的验方，《景岳全书》更倡用"麻风"一词，指出麻木不仁的症状特点。

关于梅毒，韩悫《杨梅疮论治方》为较早的论述治疗梅毒的专著。俞弁的《续医说》记弘治末年(1488—1505)广东人始患恶疮，因状似杨梅，又叫"杨梅疮"。薛己报告用土茯苓内服，外用水银涂布和熏法治疗梅毒，并报告病例数例。汪机报告梅毒可由男女同床或同厕传染。陈司成《霉疮秘录》明确指出此病由性交感染及其遗传性，还报告有各期梅毒病例和先天梅毒，主张用砷剂治疗。薛己、汪机、徐春甫、陈实功等著述中对多种皮肤病均有记述。

妇产科　明清妇产科方面的著述如万全的《广嗣纪要》对影响生育的男女生殖器畸形、损伤，以及妊娠等做了记述。薛己在《薛氏医案》中强调妇科疾病之养正，记述有烧灼断脐法，以预防脐风。王肯堂的《女科证治准绳》收录和综合前人对妇产科的论述和知识。武之望的《济阴纲目》以《女科证治准绳》为蓝本，列述经、带、胎、产等项，纲目分明，选方实用。清代傅山于明亡后，隐居不仕，对女科有深入研究，其论述被辑为《傅青主女科》一书，对带下、血崩、妊娠、正产、小产、难产、产后等论述简要，注重辨证，理法严谨，强调整体观点，处方实用，重视培补气血和调理脾胃。署名亟斋居士的《达生篇》，强调产妇的自然分娩和情绪上的宁静，主张少用药或不用药，总结有"睡、忍痛、慢临盆"六字诀，指出产妇家人也应了解有关临产的注意事项，文字浅明易懂，是对胎产和临产可贵经验的通俗总结，流传颇广。此时期因封建社会高度发展，妇产科受礼教等社会条件的限制，其发展受到一定的阻碍。

儿科　明清时期儿科内容较前更加充实。儿科专著明显增多。寇平的《全幼心鉴》指出小儿饮食不宜是得病的直接条件。鲁伯嗣的《婴童百问》对幼儿初生养护、病候、病因、治方等均有详明论述。薛铠的《保婴撮要》对小儿初生养护、疾病诊治、内、外、皮、痘疹等病记述颇详，已知破伤风为脐带传染，强调母子之间的关系在小儿疾病上的意义，提出母病子病，母安子安，药从母传，婴儿有病，调治其母等等。万全的《全幼心鉴》、《幼科发挥》、《育婴秘诀》、《广嗣纪要》、《痘疹世医心法》等儿科著述，继承了钱乙之说，强调小儿肝常有余，脾常不足的特点，治疗重视调补脾胃，除药物外，还注意推拿等法。王肯堂《幼科证治准绳》综合历代儿科知识，采集各家论述，对麻痘、热症等多种小儿疾病论述颇详，流传甚广。清代陈复正著《幼幼集成》，强调辨证，纠正时医所主张的小儿为纯阳之体而滥用寒凉药剂之偏。他对惊风有较详的论治，批评某些时医，遇小儿发热，就以"惊风"论治之弊。对指纹在儿科上的诊断也有独到见解，并介绍和创立了不少适应于小儿的外治法。《医宗金鉴》的"幼科杂病心法要诀"，以七言歌诀加注的形式介绍儿种杂病要领及小儿初生后杂病证治，简明扼要，选方切于实用。周岳甫的《小儿推拿秘诀》、熊应雄的《小儿推拿广意》，列述儿科常见病的推拿法，亦是此阶段儿科特点之一。

眼科、喉及口齿科　此时期眼科的代表性著述有倪维德的《原机启微》，记述眼科疾患如倒睫、眼睑炎、眼出血、内障等多种，附有方剂，其特点是重视眼病与人体以及外环境的关系，很有整体观。王肯堂的《证治准绳》记述眼疾171症，详述证治，是对眼病知识的较好汇集。傅仁宇的《审视瑶函》，摘录前人有关眼科论述，结合本人30余年眼科临证经验，对眼科从理论到临证治法，包括对五轮八廓的论述，附有医案及108证和300余方剂，介绍了针灸术在眼科的应用，并强调眼与内脏相关的整体观点，附手术器械绘图，可称对当时眼科经验和知识的总结性著述，故又称为《眼科大全》。邓苑的《一草亭眼科全书》，将眼病总括为内障与外障两大类，有论有治，并附小儿眼病治法，叙述简要，方剂实用，流传也较广。

喉、口齿科在明清有显著进展，并出现专书。薛己的《口齿类要》记述口、齿、舌、唇、喉部的疾患，注重辨证治疗，简明扼要，介绍医方60余首，为现存以口齿科为名的最早专书之一。清代《尤氏喉科秘书》，包括喉症总论、咽喉、口、牙、舌、颈、面、腮等共25病，并介绍治法、制药、用药法、验方等，文字简明，切于实际。另有张宗良的《喉科指掌》、方补德的《喉风论》等等，其中以郑梅涧的《重楼玉钥》影响较大。该书原为郑氏先人得自福建黄明生的喉科秘本，传之子侄，郑氏汇集家传之经验，由其子郑瀚补充，包括咽喉、口、牙、耳等生理、病理、辨证、预后，针刺手法、补泻、用穴等治疗方法，书中还对时医惯以"实证"治疗白喉之偏，加以匡正，其所载"养阴清肺汤"治疗白喉，疗效较好，是一部切于实用的喉科专著。

人痘接种和天花免疫 人痘接种是中国人民预防天花和免疫史上的一个创造和贡献。明代文献对之已有记载，如周晖的《琐事剩录》、程从周的《程氏医案》等等。从清初以后，医书记述人痘接种的逐渐增多，并有专论，其中如《种痘新书》、《寓意草》、《医通》、《种痘新法》、《医宗金鉴》等等，记有痘衣法、痘浆、旱苗、水苗等法，以及痘苗之贮藏、改进等方面较详。人痘接种法不仅对中国人民防治天花上做出贡献，而且外传到其他国家（见"中医药外传欧美"及"中国预防医学的发展"条）。

针灸科 明清针灸医家辈出，他们多能根据前人的经验和理论，加以综合发挥，著述亦多。《普济方》中的针灸部分汇集古代资料，甚为丰富。陈会撰的《神应经》，由弟子刘瑾整理，为多年临证的经验总结。徐凤撰的《针灸大全》，以歌诀形式论述针灸理论、穴位、手法，并介绍子午流注，书中还附有不少插图，是本书特色之一。汪机的《针灸问答》，针对针灸的学术问题，以问答形式加以论述，颇有启发性。明代针灸学术领域中最有贡献和影响的当推高武和杨继洲。高武撰的《针灸聚英》，汇集各家之论，针灸取穴法等等，并有个人见解，对当时针灸禁忌方面的迷信说法有所批判。杨继洲为家传世医，祖父曾为太医，他本人亦曾被选入太医院任职多年，尤长于针灸，所撰《针灸大成》，对明以前的针灸知识做了较全面的总结，选录各家针灸方法和医案，参以家传经验，取材丰富，颇多精辟之处。他主张针灸和药物配合运用，而精于针灸，并创造和发展了多种针刺手法，提出了掌握灸治的原则。该书为当时搜罗最为完整的针灸专书。清代的《医宗金鉴·刺灸心法要诀》，以歌诀和插图形式，归纳前人针灸论述。此外，明代政府令人仿宋代铜人，另铸铜人，如正统八年(1443)、万历年间(1601)等，几度铸造铜人。高武曾铸铜人3座，包括成年男女及儿童各1座。针灸在明清太医院中曾列为一科。清末，道光二年(1822)，清廷竟颁旨以"针刺火灸，究非奉君之所宜"为理由，令太医院针灸一科，著永远停止，从而使针灸发展受到挫折。但针灸技术在广大民间仍然流传。

气功、养生学 明代，养生学较为受到医界重视，专著增多，并日益切合实际，出现不少有影响有特色的养生学专著。其中如冷谦的《修龄要旨》，论述四时调摄和却病，延年益寿法、十六段锦、八段锦、气功导引却病法等等，多以歌诀形式加以介绍。万全的《养生四要》、高濂的《遵生八笺》、胡文焕的《摄生集览》、李士材的《颐生微论》等著述，均为有影响的养生专书。此外，不少医家对养生之道颇有心得，如李梴在《保养说》中，发扬《内经》中的养生论述，反驳佛道两家的唯心色彩的养生说。张景岳在《类经·摄生》中也阐发《内经》的有关养生论述，对养神和养形做了精辟论述，富有唯物辩证精神。清代有关养生气功的著作亦有60余种，较重要的有曹庭栋的《老老恒言》、汤灏的《保生编》、叶志诜的《颐身集》、陈修园的《平人延年要诀》、黄克楣的《寿身小补》、尤乘的《寿世编》以及《易筋经》等等。另如叶天士在《临证指南医案》中记述300多例老年病的验案，强调颐养功夫，寒温保摄和戒烟酒等其中《老老恒言》总结了一套简便易行的养生方法，并根据老人脾胃特点，编制了粥谱100种，可谓药粥之大成。但相比之下，清代在养生学方面的进展不大。

医籍的整理编纂和学派的争论 明清时期许多医家致力于医籍的整理和编纂，多数是个人自发的工作，少数是政府或在具有权势的人物的主持下完成的。例如，明初由周定王朱橚领衔的《普济方》，多至168卷，广泛集明以前医籍和有关材料，分类整理而成的大型综合性方书，资料很丰富。私人的编纂，如徐春甫编《古今医统大全》，辑录230余部医籍及有关文献的医学内容，共100卷，是一部包罗广泛的医学全书。张景岳的《景岳全书》，王肯堂、吴勉学等的《古今医统正脉全书》，王肯堂的《六科证治准绳》、汪机的《汪石山医书》、薛己的《薛氏医案》、张璐的《张氏医通》、徐灵胎的《徐灵胎医学八种》、沈金鳌的《沈氏尊生》、陈修园的《南雅堂医学书全集》等等，都是有影响的医学丛书。由官方主持编纂的有《古今图书集成·医部全录》，共520卷，辑录自《内经》至清初医学文献百余种，分类编纂。《医宗金鉴》对18世纪以前的重要医著加以辑录编纂，包括医理和临证各科，从1749年起，规定为清太医院教科书，影响较大。

医事制度和医学教育 明代沿元制，把户口分为民、军、医、儒、灶、僧、道、匠等，各户均须子袭父业，不得更改，所以医业是世代相袭的。医户散在各地，社会地位和待遇低下，常出现逃户现象。太医院也是专为统治者服务的机构，并通过考试从民间征用医生。太医院分13科：大方脉、小方脉、妇人、疮疡、针灸、眼、口齿、接骨、伤寒、咽喉、金镞、按摩和祝由。太医院有考试制度，医生充役于太医院的，月俸很低。至于地方医学，明洪武十七年(1384)规定府、州、县设医学，兼管医药行政和医学教育。府一级的医官(正科)一人，从九品，是最低的官吏，其他可想而知。民间的医学教育，主要是家传或师徒传授。

清代在鸦片战争前，医事制度沿明制。太医院设9科：大方脉、小方脉、伤寒、妇人、疮疡、针灸、眼、口齿、正骨，后又取消针灸，说明太医院完全是为统治者的好恶与利害而设施的。另有御药房，管理药物的采办、储存和配制等。地方也有医学，与明代基本相同。如在民间发现有精通医理的人，还要上报，去太医院考试，以便征用。民间医学教育，仍以家传与师徒传授为主。鸦片战争后，在帝国主义入侵和西洋医学大宗传入情况下，清廷于1881年开办医学馆，1893年设北洋医学堂，1902年设陆军医学堂等，已不属中医教育。

明清军队、监狱等处所也设有医生，在社会上也有一些所谓慈善抚恤性的设施，但大都是虚设。由于医生社会地位低下，使许多有真才实学的医学家，甚至耻以医为业，广大医生在此种社会中，做出贡献是十分难得而可贵的。

太平天国的医学

太平天国的医学系指中国近代史上太平天国农民革命时期(1851—1864)的医学。太平天国农民革命在初期和建立政权以后,对于农民群众和太平军的医疗保健工作一直很重视。在医疗与管理方面,积累了较为丰富的经验,并有所创新,这些都对中国医学的发展产生了一定的影响。

医药卫生制度 太平天国的医药卫生制度是在艰苦的革命战争中建立并逐渐完善起来的。依其组织可以分为3个系列:①朝内医官。其主要任务是为朝内诸王、官员及其家属诊疗防治疾病。朝内医官,由殿前国医补天侯李俊良总管,下设内医(内科医生):其中职同指挥的4人,职同将军的4人,职同总制的4人,职同监军的4人,还有朝内诊脉医生9人等;掌医(外科医生):其中职同指挥的4人,还有拯危急(急救医生)1人。②军中医官。主要从事军队中的医疗工作。太平军每军(13 156人)的医疗组织是,恩赏检点督医将军1人,为军中最高医务官职。其下设职同总制的内医4人,职同军帅的内医14人,职同监军的拯危急医生及其所属的医务人员若干。在作战时,拯危急等人员进行战场救护,对伤员先以草药敷裹,重伤者转送"能人馆"(伤病疗养所)。军中的内医衙和掌医衙,分别为内外科门诊所。功臣衙即伤残军人疗养所或类似现代的荣军教养院。理能人(护理人员),负责看护伤病员,管理茶饭、汤药。另外,在朝内和军中设有马医。③街道医生。职同军帅,共计60人,他们的任务主要为太平天国京城居民诊疗疾病。在2 000多个居民中就有1个街道医生,这些医生的馆舍一般就是诊所。每逢初一、十五,这些街道医生必须到内医黄惟悦馆内参加例会,商讨,有关问题并接受指导。除此之外,当时还有开业医生,例如名中医张朗亭、王旭高,常熟的陈憩亭、季朗亭,苏州的谢元庆等人即是,他们的医疗工作同样受到太平天国的保护。

太平天国对医官曾实行晋升制度,以其业迹和技术情况而定。如李俊良在太平天国革命初期常用中草药为太平军将士治病,每获良效,被封为国医,职同将军,其后又屡建奇功,被加封为指挥,擢升检点。

1853年3月太平天国建都天京,在东王杨秀清总理朝政时,设国医衙于评事街胡宅,分设有大方脉、小方脉、内科,外科、眼科、妇科等。国医衙略似太医院形式,兼管医疗和卫生行政,为中央级的医疗卫生机构。

太平天国还注重药政,制定了有关的规章制度。太平军的《行营规矩》把"军兵男妇不得……搜操(抄)药材铺户"作为一条纪律。在定都天京后,于红纸廊大街建立了总药库,派精通医药的内医掌管,来统一管理药物的收集、调拨和分配,当时天京市内的药铺都受太平天国管理,药铺的原班人员仍然留用,各持其业,若有病者,给以诊疗。京外各地,太平军所到之处,对接收过来的药铺也允许其自行经营。在太平军中也设有随征药材局。

太平天国的军民一律享受免费医疗,其医疗费用一律由"圣库"支付,可是由于历史条件的限制和种种原因,这一制度未能很好地执行到底。不过,在太平天国的不少法令中,都涉及到对伤病残疾人员的医疗调养等问题。太平天国还免费为市民接种牛痘,以预防天花的流行。洪仁玕一再倡导兴办医院,建议没收庙宇寺观的资产作为医院基金,并把一些用于迷信的经费转来资助医疗公益事业。在洪仁玕的努力下,太平天国确实曾创建了一所中西医合璧的医院。

医生的聘任及医事 在太平天国革命一开始就有医务人员参加到农民革命队伍中来。洪仁玕是一位精通中西医理的革命家,他曾在乡间研究医道,曾在广州与开设惠爱医院的英国名医合信(Hobson)交往,后又在东莞县行医1年。他的《资政新编》中提到要用考试的方式,通过评议,再择优聘任医生。他本人身体力行,在中西医理论、医政管理和医事活动方面为太平天国作了大量的工作。其次是李俊良,他是参加太平天国革命的老兄弟,开始为军事长官,常为军中士卒治病,后来为洪秀全治愈了疫疾,被天王重用,他在天京聘任了杨斐成、宋耕裳、哈文台等10余名医生到国医衙工作,他们会诊并治愈了杨秀清的目疾。李俊良在太平天国的医疗工作上功绩卓著,不幸于天京事变中殉命。太平天国的名医还有黄益芸、何潮元、赖汉英、王震田、肖性忠,湖南医者、孙医生、刘丽川、肖奎和许多无名医生。太平天国医生众多,这与其征招聘任医生的优厚条件和群众工作有直接联系。1854年,北王韦昌辉发布了《招延良医诫谕》,愿以重金延聘精通大方脉、小方脉、内科、外科、眼科、妇科和小儿科医生。在太平军所到之处,也注意征招和聘任地方名医入伍,甚至不拘一格选用人才。1861年8月,太平军在嘉兴的招贤榜中就将"医士之能内外科者"作为招聘对象之一。走方郎中孙医生加入太平军从事医务与文书工作。原在扬州东门外开药铺的任鸿浩,参加太平军当船上医生。有时也请地方医生为太平军将士诊治。在太平军中的医生,用草药治疗外伤常获奇效,忠王李秀成之子及其义兄在战斗中身受矛伤经用草药治疗,不久就痊愈了。甚至太平军医生还能用外科手术和八宝珍珠散治愈脱骨疽。

重视卫生工作 太平天国一贯重视卫生工作,以确保军民的身心健康。在《太平条规》、《刑律诸条禁》中严格规定,营盘内要打扫干净,不论行军或驻扎,不得随地大小便,保持良好的卫生习惯。每克一城,太平军马上组织军民掩埋死尸,清洁街衢。在天京城内,设有"老民残废馆"数十处,收养老幼及有残疾者,每日打扫街道,拣拾字纸。在乡村,不论大小村庄均设乡兵,日间管理各户洒扫街道,以免秽毒伤人。这种乡村卫生组织的实施,使乡村的卫生面貌得以改观。

迷信、巫术和不卫生的习惯,是太平天国卫生工作的

严重障碍。所以太平天国严禁星相巫觋等迷信活动，禁止用符水治病，称之为“妖符”。对于危害人民健康的鸦片严加禁止，洪秀全曾以生动的五言诗向军民宣传禁止鸦片“烟枪即铳枪，自打自行伤，多少英雄汉，弹死在高床”(《钦定军次实录》)。《刑律诸条禁》中明文规定凡吸鸦片、黄烟及饮酒者一律斩不留。在对外通商中严禁鸦片进口，若有毒品禁品走私者杀无赦。表明了太平天国抵制外国侵略和毒害的决心。此外，太平天国还禁止给妇女缠足、禁绝娼妓、禁溺婴儿，凡违禁者罪之。这些措施对于保障妇女儿童的身心健康都起到了良好的作用。

注重医护道德 太平天国革命前，为了组织和发动群众，吸收了基督教义中的“平等”思想；中国儒家的“大同”思想；农民阶级“等贵贱、均贫富”和民间秘密社团的“铜肝铁胆，手足相顾，患难相扶，疾病相持”等思想，很注重人民群众之间相互关心、爱护。一直到发动起义和建立政权后，各军中的“佐将”常对军中医务人员进行有关的思想教育(包括医德教育在内)。1851 年，洪秀全在桂平茶地颁布的《行营铺排诏》中说：“多病伤，护持紧。”要求各军营都要“努力护持老幼男女病伤，总要个个保齐，同见小天堂(南京)威风”。杨秀清在《体惜号令》中规定：凡为佐将军者当知爱惜兵士。例如在行军中，有越岭过河不能行走的伤病者，不能遗弃，动员所有的马匹让于伤病员骑，若马匹不够，要组织兵士抬负伤病员而行。当部队扎定营盘时，及时安置好伤病员，每逢礼拜，一定要对所有伤病员进行仔细检查，痊愈几名，未愈几名，如实报明情况。令宰夫三日两日按伤病员人数给肉，以资调养。掌医与内医要对伤病员格外小心医治，拣选新鲜药饵，切不可因脓血之腥臭而对伤病员产生厌恶之心。由于太平军注重医德问题，所以在其医疗工作中出现了“医治甚勤，药饵无缺，左右常有服役之人”(《金陵杂记》)的优良医风。许多的医生以自己的亲身实践，实现了太平天国优良的医德思想，陈思伯自从 1853 年 1 月在武昌参加太平军以后，常为同馆病号代觅药饵，沿途调治，常带人出外为伤病员采集草药，不嫌伤溃臭气，殷勤医护，和伤病员休戚与共。在太平天国医务人员和全体军民的共同努力下，培育起了农民革命的优良医德传统，为军民的健康发挥了积极的作用。

近代的中医学

近代的中医学系指鸦片战争(1840)到中华人民共和国成立(1949)期间的中医学发展过程。本阶段是中国医学发生重大变革的时期。西方医学在中国得到发展和传播；传统的中医学受到挑战，尤其深受反动政府的压迫和摧残。但中医学由于临床实践的有效性，得以强大的生命力而继续存在和发展。

鸦片战争(1840)后，中国沦为半封建半殖民地社会。随着西方医学本身的发展和输入速度的加快，西医学在中国的传播及其影响增强了，无形中造成了对中医学传统基础理论的冲击。但中医在这一时期由于温病学说的建立和完善，理论上有所创新，临床中取得了新的疗效，为中医学术的发展推波助澜。

中医学的成就和发展 有以下几个方面：

温病学 温病学派的集大成工作在此期之初完成。其杰出代表是王士雄的《温热经纬》(1852)。其后，雷丰的《时病论》、柳宝诒的《温热逢源》及杨尧章的《温疫论辨义》和恽铁樵的《温病明理》等，都为温病学的发展作出了贡献。港口开放，海船频繁，使真性霍乱在上海等地猖獗流行，王士雄著《霍乱论》在中国首次记述了真性霍乱的传入与传染、流行、发病、证治与预后的全过程，并对其预防等提出了有效的方法，他认为人烟繁萃，水皆恶浊不堪，“臭毒二字，切中此地病因”，提出以浚河凿井，毋使饮浊的办法以为预防，同时对时疫霍乱与非时疫霍乱分别辨证施治。这在当时众医对霍乱无所措手的情况下是十分难能可贵的。

伤寒学 陆懋修著《世补斋医书》、周学海著《伤寒补例》(1905)等，各抒己见，结合临床而有发挥。如陆氏主张温病仍属伤寒阳明病范畴，自成一家之说。更有曹颖甫著《伤寒发微》、《金匮发微》、《经方实验录》，被誉为近代“经方大师”。

杂病学 名医费伯雄所著《医醇賸义》(1863)，总结了他多年对于劳伤、中风、咳嗽、痰饮、痿痹、胀、诸痛等慢性疾病治疗的丰富经验。独创了益气补肺汤、桂术二陈汤、滋阴补髓汤等名方。文晟辑《内科摘灵》(1850)、沈灵犀的《虚劳要则》(1875)、张山雷的《中风斠诠》(1917)、秦伯未的《痨病指南》(1920)、许半龙的《内科概要》(1925)、朱振声的《肝胃病》(1933)、杨志一的《胃病研究》(1935)、蔡陆仙的《中风病问答》(1935)等等，他们深入探索了当代发病率很高的结核病、脑血管病、消化道疾病以及内科所见的许多常见疾病的因、证、脉、治等，丰富了治疗经验，提高了治愈率，均对后人有一定影响。还有唐容川的《血证论》(1884)，是治疗血证理论和实践经验的总结，对后世有着更广泛的影响。

外、伤科 马培之对外科疮疡有丰富经验，名动京师。他重视辨证论治，攻补兼施、刀针同用。所著《外科传薪集》(1892)内容简明扼要，切于实用。他还对被外科医生奉为神秘的《外科全生集》作了评补、修正。他在指出王洪绪反对外科手术的片面性时，强调：“刀针有当用，有不当用，有不能不用之别，如谓一概禁之，非正治也”，接着更明确指出：王氏《外科证治全生集》“近时业疡科者奉为枕秘，设遇证即录方照服，既不凭脉，亦不辨证，贻误匪浅”。使中医外科学沿着比较正确的发展产生了积极的影响。著名外治法专家吴尚先撰有《理瀹骈文》(1864)，对传统外治法作了一次系统总结。以外治法通治内、外诸病，概以膏药为主，附以点、搐、熏、擦、熨、烙、掺、敷等法，方法简便尤为贫民百姓所乐用，成为中医学

发展的一大优势，对后世亦有着广泛的影响。金疮、接骨、跌打损伤等也有新的经验积累，如江考卿著有《江氏伤科方书》(1840)，能作麻醉后切开复位术、骨填补移植术等。马培之后人马日初且能熟练进行截肢术。晚近如石筱山世代伤科，冠于上海。

妇产科和儿科　妇产科有潘霨的《女科要略》(1877)、单南山的《胎产指南》(1856)、严鸿志的《女科精华》(1920)、恽铁樵的《妇科大略》(1924)、时逸人的《中国妇科学》(1931)等；儿科有张霞谿的《麻疹阐注》(1840)、吴砚丞的《麻疹备要方论》(1853)、温存厚的《急惊治验》(1886)、陈景岐的《七十二种急慢惊风救治法》(1930)、张节的《痘源论》(1909)、朱风樨的《时痘论》(1930)等，于儿科四大证(麻、痘、惊、疳)的治疗各有建树。而张振鋆的《厘正按摩要术》(1889)对各种按摩手法和儿科推拿取穴及"胸腹按诊法"等作了进一步介绍，为其他医书所少见。朱南山、徐小圃等为晚近妇、儿名医，经验丰富。张绍修、夏春农、耐修子、陈葆善等则著有治疗白喉病等的喉科专书。

针灸科　针灸科虽于1822年为太医院所取消，但在民间仍不绝如缕，并有廖润鸿撰的《针灸集成》(1874)，赵熙、孙秉彝、王秉礼合编的《针灸传真》(1923)，吴炳耀撰的《针灸纂要》(1933)等，尤其承淡安著的《中国针灸治疗学》(1931)，对保存针灸遗产，发展针灸科学，贡献殊大。

药物学和方剂学　顾观光于1844年编成《神农本草经》重辑本4卷，更有吴其浚著的《植物名实图考》(1847)，对于本草之学甚有发展。费伯雄著《医方论》(1865)，评述《医方集解》，使之更切当时病况，利于医家运用。吴克潜编《古今医方集成》(1936)、鲍相璈纂《验方新编》(1846)亦皆各有贡献。

文献和医史　许多医家就古典著作作了许多诠解、心得及发挥一类的撰述外，更多地产生了丛书、医案、医话和工具书等。裘吉生的《三三医书》(1924)和《珍本医书集成》，曹炳章的《中国医学大成》(1936)等为丛书代表；陆以湉的《冷庐医话》(1858)、何廉臣的《全国名医验案类编》(1929)、柳宝诒的《柳选四家医案》(1904)及秦伯未的《清代名医医案精华》、《清代名医医话精华》等为医案医话类著作代表；而谢观的《中国医学大辞典》(1921)开中医学工具书之先，继之又有陈存仁的《中国药学大辞典》(1935)问世。1919年陈邦贤撰《中国医学史》，成为近代较科学地论述中国医学史的奠基之作。1932年王吉民、伍连德合纂《中国医史》(英文版)。1940年李涛著《医学史纲》，将中医史纳入世界医学发展史的范畴。此外，张山雷、陈无咎、谢观等均有中医史方面的不少论著，1947年且创刊了《医史杂志》，对中医历史备多研究、介绍。

近代中医学的流派形成也极大地促进了中医学的发展。自费伯雄、马培之而下，师承者甚众，形成了"孟河医派"，至今仍流传不衰。北方则有北京号称"四大名医"的孔伯华、萧龙友、汪逢春、施今墨等，长于临证，各擅一家，并多传人。

中医界为生存发展而抗争　西洋医学东渐，至19世纪末已甚炽。近代改良主义者办洋务、主维新，提出中体西用。其间虽有个别人抵制西医，但尚无人主张消灭中医。20世纪上半叶，北洋军阀政府和民国时期政府当政期间，却接连发生了三起由政府当局人物出面主张废止中医的严重事件。引起中医界和全国各界的反对和抗争。1912年，北洋军阀政府教育总长汪大燮宣称："决意今后废去中医，不用中药。"但当即遭到中医界强烈反对，中医余德壎、包一虚等向全国发出呼吁，并联合各地中医组成"医药救亡请愿团"进行斗争。消灭中医的政策未能得逞，但此种民族虚无主义的错误主张并未收敛，例如1925年全国教育联合会申请把中医课程列入医学校规程，建议在医学校内设中医一科或设中医学校，结果仍然遭到拒绝。

1929年2月，民国时期政府召开第一次中央卫生委员会议，通过余岩(云岫)等人提出："废止旧医以扫除医事卫生之障碍案"，荒唐地认为"旧医一日不除，民众思想一日不变，新医事业一日不能向上，卫生行政一日不能进展。"乃至于企图用限期登记中医执照、训练中医、不准登报介绍中医、检查新闻杂志、禁止非科学医学之宣传、禁止成立中医学校及规定特种营业执照限期15年等六项措施来达到消灭中医的目的。这一提案居然被通过，1929年2月26日上海《新闻报》将2月24日通过的废止中医提案报道后，立即引起了全国中医药界的极大愤怒和强烈反对。全国各地中医聚集上海，于同年3月17日召开全国医药团体代表大会，并由15省132个团体262人组织联合赴南京请愿团，公推谢利恒、随翰英、蒋文芳、陈存仁、张梅庵5人为代表，提出："提倡中医以防文化侵略"，"提倡中药以防经济侵略"，"提倡中医药就是保全中国文化经济"等口号。要求：中医加入学制系统，成立全国医药团结总联合会，确定三·一七为国医节，要求民国时期政府取消此一决议。上海市中医中药人员罢工半日以示抗议；社会各界如全国商联、中华国货维持会，医药新闻报馆以及南洋华侨代表，亦均通电抗议。最后此一"废止旧医案"未得获准施行。中医界从此定三月十七日为"国医节"。然而未及半年，民国时期政府有关机构连续发布了带有明显歧视中医性质的政令，例如将中医学校一律改称"中医传习所"，中医医院改为医室并禁止参用西药、西医疗器械等等。这些政令再次遭到"全国医药团体联合会"临时代表大会的反对。

1929年12月1日，"全国医药团体临时代表大会"再一次在上海召开，到会的有17省及东南亚等国中医团体223个，457名代表。历时5天，重要议案有：要求中医参加卫生行政；中医药一律改称国医国药；编纂中医药字典及中医教科书；争取社会舆论等。会议推选23名代表赴南京政府请愿，使得教育部和卫生部的两个布告未能执行。由于南京政府消灭中医的基本政策未变，因而又引起了1934年1月、1936年12月的两次全国中医抗争运

动和部分省的中医抗争。

南京政府为了缓和与中医药界的矛盾，于1931年3月17日在南京设立中央国医馆，部分省、市、县也先后设立分馆。同时还在华侨比较集中的旧金山、菲律宾、北婆罗洲、巴达维亚、新加坡、泰国等地也设立国医分馆。中央国医馆在统辖中医药学术团体、中医药学校，审定国医资格，监督国药商和核验成药，制定整理学术标准大纲，统一病名，编审中医药教材，维护中医权利等方面做了一定的工作。

1933年，立法院为了缓和矛盾拟订"国医条例"(草案)，咨达行政院，但汪精卫拒不执行，公然诬蔑"国医言阴阳五行不重解剖，在科学上实无根据；至国药全无分析，治病效能渺茫"。主张"凡属中医不许执业，全国中药店，限令歇业"。当时《医界春秋》等严辞予以批驳，斥责汪精卫"亡国未足，必灭种而后快"。汪见众怒难犯，便转换手法，暗中阻止"国医条例"正式颁布，终致被压多年，直到1936年被迫公布，且其中还塞进了许多歧视中医的内容。例如条例中规定组织"审查国医资格委员会"，对中医资格审查，实际剥夺了大批中医行医的资格。1937年3月10日，成立南京政府卫生署中医委员会，是一个中医顾问性组织，但基本上未能真正执行审查中医的行政权。

抗战胜利以后，南京政府废止中医的活动又开始猖獗，发生了一起起反中医的事件，中医药界的反抗斗争也再度兴起，全国中医师工会联合会曾协助中医界组织两次请愿斗争，由上海中医学院、新中国医学院发起组织了全国中医药界请愿团，在湖南也发生1947年上半年的中医抗争示威和请愿。

在民国时期政府妄图消灭中医的思想和政策一直未改变，而中医药界的抗争一直延续到解放前夕。中医药界的志士仁人为了中医的生存和发展作了许多艰苦的努力。

中医为求生存和发展，各地都兴办中医教育和编刊中医书籍杂志，以与反动政策针锋相对的斗争。一方面政府取缔中医教育，另一方面中医界在此期间办起了不少中医院校。如瑞安陈虬的"利济医院学堂"(1885)、嘉定朱成璈开办"私立中国医药学校"(1914)等。中医教育在艰难的条件下对培养新一代中医药人才作出了贡献。

中医界知名人士还创建了一些中医药学术团体。如1906年上海成立的"上海医务总会"、1912年成立"神州医药总会"等。

"中央国医馆"是反动政府消灭中医，中医界奋起抗争的妥协产物。其宗旨为"采用科学方式整理中国医药，改善疗病及制药方法"，规定"为便利病家治疗及培养医药人才，得附设医院及医药学校"，各省并设分馆。实际的工作处于困难境地，但仍然为维护中医权利、出版刊物、开展学术研究、编写中医教材等做了不少有益的工作。

中医期刊杂志主要也在此期涌现，约达400多种。但多为团体或私人所办，经费困难，人员不足以及战争影响，难以长期维持，故历史较长者仅数十种。《中医杂志》、《三三医报》、《医学杂志》、《医界春秋》、《国医公报》、《光华医药杂志》、《华西医药杂志》等较为著名(见"中医药刊物的发展"条)。这些刊物在宣传中医、开辟论争、呼吁团结抵制政府的压迫、探讨中医药学术问题及促进中医发展等方面发挥了积极的作用。

近代的中国医学 中医、西医同时并存，相互影响，产生了中西医汇通派。这一学术派别的目的在于融合中、西医，但在方法论上，总的指导思想方面，对中、西两种医学的真正长处和短处的认识还存在不足之处，但这一学派的某些主张还是有积极性一面的(见"中西医汇通派"条)。

革命根据地的中医工作 与民国时期政府统治地区中医遭到严重摧残形成鲜明对照的是，革命根据地的中医工作得到了高度的重视。

在国内革命战争时期，毛泽东曾有"用中西两法治疗"的指示。1927年，红军在井冈山茨坪设立第一所红军后方医院，医院的3位医生中有两位是中医。红军医院全部用中医中药治疗伤病员，并用中药预防和治疗疟疾。1929年5月，工农红军在上海、杭州创办红色医院时，所聘6名医师中，有5名是中医。设在海南岛石泉县革命根据地的红军医院，中医师运用自采的中草药上山虎、下山虎、接骨草、龙眼核等，使大部分骨折和伤病员经中医中药治疗而康复。1929年5月，在黄安县刘家园，主持鄂豫皖苏区第一所红军医院的，是一位中医师和只有两年看护经验的"西医"。

1931年11月20日，中国工农红军卫生学校在江西瑞金诞生，这是中国革命政权创办的第一所军医学校。学校提倡运用中草药代替西药。例如：用小柴胡汤代替奎宁、阿司匹林；用饮食疗法、运动疗法等代替药物治疗。1933年，学校设在江西兴国县，发动学生采集中草药和制造中成药等；1934年秋末，红军军医学校随军长征，自己动手，上山采集中草药，提倡运用中医和民间医疗方法，完成了红军的医疗救护任务。在过草地时，学生与病房人员每天早晨都要先采好麻黄、贝母、知母、车前子、大黄、柴胡等，用以治疗部队常见的下肢溃疡、痢疾、疟疾、伤风感冒等，都获得了较好的效果。

在湖南创办的黄冈医院，最多时曾收容伤病员达千余人。医院专设有中医科、中药科，有中医主任1人，中医师4人，司药、采购及护士数十人；中药科的中草药队，专门负责上山采药和配制中成药等。在湘鄂苏区的红军游击队后方医院，有床位20张，仅有3名医师，均为中医。其外伤处理，除用盐水外，均用中草药，并获得显著效果。

在川陕根据地，1933年，红四方面军总医院设立了中医医院，该院共有中医百余人，运用中医中药、针灸等治疗伤病员。这个医院曾动员医务人员"研究中药代替

西药"。有百余人专门负责采药、煎药和将中草药加工制成粉末,以便分装携带,适应战争游动性大的需要。在川北通江城,省工农民主政府内务部也组建了一所中医医院,根据中医师之特长,设有内科、外科、妇科等临床科室。重要的是这所医院还举办了中医师训练班和护士训练队。中医师培养除学习《内经》、《伤寒论》、《脉经》以及本草书籍等之外,主要是以老师带徒弟的传统方式进行实际培养。学生跟随老师看病,老师结合实际病例讲解指导,先后培养中医内科、外科医师等百余名。医院每天必须满足千余剂中药处方的需要,所以,每天都派出30余人外出四处采购,同时还要有50余人各处去采集。当时自采中药有黄芩、知母、车前子、半夏、木通、桔梗、柴胡、前胡、麦冬、花粉等百余种之多,这所医院在扩大中医中药影响方面作用深广。

1933年,根据毛泽东同志的建议,原福音医院院长傅连暲把该院迁到瑞金,正式编为中央红色医院,该院有一位中医,这就是邓颖超的母亲。1934年,闽东游击队的医疗,也是依靠中医中药渡过难关的。在湘赣边区的红军卫生工作,也十分重视发挥中医中药的作用。譬如药物来源,除医护人员上山采集外,还有地方将生药、炮炙药物等作为支前的任务,不断送给红色医院。该院治疗疟疾多用小柴胡汤,治疗痢疾多用马蓝根制剂等。

抗日和解放战争时期的中医工作 红军1935年到达陕北,为了迅速改变边区卫生面貌和军民健康状况,号召中西医团结合作,互相学习,为推动边区和各根据地的卫生事业而共同努力。1938—1945年间在如何正确对待中国传统医学方面,毛泽东同志和边区政府发出了重要的指示。例如1940年在中国医科大学参加纪念白求恩逝世周年大会时毛泽东强调:要团结中医,发挥中医的作用。1941年,在陕甘宁边区人民政府第63次会议关于卫生工作的决议中强调:加强对中医中药的研究,使中医中药的优良部分逐渐科学化。1944年,毛泽东同志在边区文教工作大会上以《文化工作中的统一战线》为题,发表演说,进一步号召团结中西医,号召中西医要为改善人民健康而互相学习,共同进步。批评那种不关心人民疾苦,不为人民训练医生,不联合边区现有的一千多位中医,就是实际上帮助巫神。边区政府专门研究了中医工作问题,正式提出:"中医科学化,西医中国化"的方针和要求。在一次座谈会上,和平医院院长、西医外科兼妇产科专家鲁之俊等,表示要向中医针灸专家任作田老先生学习。中西医团结合作,在边区开创了中医发展的新局面。

(1) 建立中西医药研究总会:1945年3月13日,边区中西医药研究总会在延安正式成立。成立会上林伯渠致词强调说:"为了更好地为边区人民服务,必须集中中西医及医务各方面力量。……中西医合作之后,可以交流经验,使中医的经验与西医的科学方法相结合,而能创造新的医理和医术。"李富春号召中西医要"打破过去的成见,亲密团结,共同为边区人民服务,实现中医科学化,西医中国化"。参加大会的中外和中西医专家有毕光斗、傅莱、米勒、何穆、鲁之俊、黄树则、任作田、魏一斋、山田等,他们在发言中也都强调了研究会成立的重要意义,并表示一定要加强中西医的团结合作。会议一致通过《中西医药研究会组织简章》,并推选李富春为执行委员会主席,刘景范为副主席,傅连暲、苏井观、鲁之俊等13人为常务委员会委员,聘请国际友人傅莱、阿洛夫、米勒、山田、方禹镛为顾问。该会成立后十分活跃,他们组织中西医医疗队下乡防治流行病;登记会员,筹建地方分会、支会;举办中医训练班培养中医;召开中西医药学术经验座谈会等等,对开展中医工作发挥了重要的作用。

(2) 成立边区保健药社及卫生合作社:1938年在安塞成立的边区保健药社,曾对发展中医中药事业做了许多有益的工作。红军长征到达陕北时,延安仅有中药店7家,边区人口150万,每年死于传染病者却高达8万余人。这种状况引起中央和边区政府重视,为了迅速改变边区落后的卫生状况,边区政府委托中医李长春(当时任延安市委组织部长)在保健药社的基础上创办总社,并于1940年在延安正式成立,《陕甘宁边区政府保健药社暂行章程》同时颁布。该社除经营中西药材、器械外,还聘请中西医师为群众防治疾病。保健药社在调动中医中药人员积极性,改变边区卫生面貌和控制传染病流行、降低死亡率,以及加强中医中药研究和培养中医中药人才方面做了许多工作。

1945年,保健药社的中医集会,贯彻边区文教会议关于团结中西医精神,确定"团结和提高边区中西医,实行中西医合作"为该社的任务。提出:保健药社的医师不分中西,破除成见,团结合作,互相学习,交流经验,公开药方等。他们在合作研究关节炎和改进中药剂型,发展边区中医中药作出了富有成效的贡献,为中西医药研究总会的建立,创造了良好的思想基础。

(3) 卫生合作社:该社于1944年延安地区伤寒流行时诞生。合作社提倡:"中西合作,人兽并治"。社内既有中西医、中西兽医,又有中西药房,进行免费诊病。该社还十分重视民间单验方的收集、研究和推广。

(4) 西北制药厂的中药部:1938年初筹建西北制药厂,经费来自宋庆龄的捐助。该厂中药部的原料除采购以物交换外,主要还依靠组织人力四处自采,如边区盛产的麻黄、黄芩、知母、良菪、甘草、当归、桔梗、柴胡等数十种常用中药,经加工制成"热退尽"、"汗必灵"、"利痰尽"、"敌痢散"、"涤肠灵"、"壮而神"、"黑色补丸"、"经便通"、"红色幸福膏油"等成药,每月产量达200多公斤,深受医患的欢迎。该厂的中药有效成分提取,如麻黄素,黄芩碱甲、乙,当归油、精,以及生产陈皮酊、桂皮酊等,都做出了显著成绩。1940年总结经验时,编成《抗战新药集》,朱德题词指出:"中西药并用的发展是最实际最有前途的"。徐特立题词:"用科学方法改进中药,吸收中医的经验"。饶正锡序言强调,:"批判地对中国有悠久历史的国产药

材选择利用，用科学方法提高中药的地位”。这个厂对中成药的生产和有效成分提取积累了丰富的经验。

(5) 西医学习和研究中医：在边区政府召开的中西医高级知识分子座谈会后，鲁之俊院长即到延安著名中医针灸医师任作田家去学习针灸，同时跟随任老临诊，经过数月的刻苦学习，基本掌握了针灸的原理和常见病的针灸疗法，并回到和平医院开始进行针灸治疗和研究。此时，朱琏同志也参加了针灸学习和研究。经过3个月的临床观察，于1945年7月19日在《解放日报》以《针灸治疗的初步研究》为题，作了专门报道。同时，报社以《从研究针灸说起》为题，发表了署名评论。指出西医学习中医“这是一个重要的成就”，并“要求西医今后更多的研究中医治疗经验”，“希望中医也要迎头赶上”为进一步贯彻文教会议精神，加强中西医团结合作，发挥中医作用，起到了良好的推动作用。

(6) 晋察冀等制药厂：1939年下半年，晋察冀军区决定创办制药厂，中医杜伯华任卫生部副部长兼制药厂厂长。任职期间，在中药生产上做出了显著贡献。1941年7月杜伯华病故，为了纪念他的丰功伟绩，军区批准制药厂改名“伯华制药厂”，并于安国、阜平开办新华药店。该厂生产的疟疾丸、痢疾丸、黄连膏、行军丹、避瘟散、灭疥灵等共有119个品种，在冀中防治疟疾等传染病的流行和军民保健上发挥了重要的作用。又如唐县创办的制药厂，也以自制中成药而著名。冀中军区制药厂所生产的扑疟母灵、歼疟灵、痢必停、行军丹、十滴水、避瘟散、灭疥膏、人参片、参苓补丸等百余种，4万多公斤，为抗日战争的胜利做出了贡献。其他还有晋绥军区和120师所自办的中药厂，也很好发挥了中医中药的积极作用。

(7) 晋冀鲁豫军区的中医工作：解放战争中，第三、四野战军或办针灸学习班，或翻印鲁之俊编写的《针灸讲义》，使针灸发挥了巨大的作用。由朱琏主持的华北卫生实验学校，有4个班，针灸班是其中之一。这个班除要求学员学好针灸学外，还要求他们掌握生理、解剖等现代医学知识。朱琏著《新针灸学》就是在该校针灸教材的基础上编撰出版的。朱德委员长为该书题词：“中国的针灸治病，已有几千年的历史，他在使用方面，不仅简便经济，且对一部分疾病确有效果，这就是科学，希望中西医团结改造，更进一步地提高其技术与科学原理。”该书出版后，在国内外产生了广泛的影响。

(8) 东北抗联的中医中药工作：抗联开设的中药店，以鹤岗市“德泰和”影响最大，负责人是在东北解放后曾任哈尔滨医科大学一院中医科主任医师的翟延龄(河南安阳人)，他从小学习中医，并先后跟随名中医徐博承及黑红伤中医名家张子元学习中医内、外科。1933年他接受地下党资助开办药店，并挂牌“专治黑红两伤”。这个中药店开办以来，为抗联提供了大量治疗外伤的中成药。又如讷河县“和庆瑞”中药店掌柜李仁峰，中医赵麟阁，以及许多佚名中医都亲自跋涉为伤病员诊治伤病。特别是富锦县的一位老中医，献出祖传治疗枪伤的秘方，为部队治疗枪伤等作出了很大贡献。这一方法后来被许多于部作为治伤常识所掌握和使用。自学成医的王耀钧术通中西医，他亲自带领战士上山采集中草药穿地龙、蒲公英、马尿臊、老鸹眼、黄芩、山黄连、红花等，配制伤科用药及内科用药，在发挥中医中药作用方面做出了出色的贡献。

(9) 新四军组织中西医团结合作共救疫灾：1945年5月《拂晓报》以《武装抢救瘟疫工作纪实》为题，报道1944年夏于岔河、仁河等战胜传染病流行的事迹。在这次扑灭传染病的过程中，全县中西医师118人，共商中西医团结合作，共同扑灭传染病的措施。其中有力措施之一是成立了有10多位中西医师参加的研究会和巡回医疗队，各区、乡、镇也多仿此进行卫生宣传、开展卫生运动，到基层防治传染病等，使回归热等传染病得到迅速控制。发病率由1944年的30%下降到1945年的2%，群众献诗歌颂：“气属三春瘟疫流，沿村传染令人愁。四师特派四名士，百姓咸歌有病疗。只说华佗难再世，谁知岐伯竟重游。灵丹多活苏民命，一纸声扬颂万秋。”

闽东游击队、东江游击纵队等，也都十分重视动员吸收中医参加部队医疗卫生工作，日本占领香港，广东党组织按周恩来同志的指示，从香港抢救出文化界民主人士800余人，护送至安全处所。当时何香凝、柳亚子、邹韬奋等生病，正是东江纵队的中西医师为他们煎药送汤，很快恢复了健康。纵队领导要求医务人员都要访问民间医生，向中医学习中医中药和单验方治病的知识和技术，使根据地防治创伤和传染病的工作获得了较好的成绩。

革命根据地的中医工作不仅为防治军民疾病作出了贡献，更重要的为中华人民共和国成立之后发展中医药事业积累了宝贵的经验。正是由于有革命根据地的中医工作实践和经验，才会有中华人民共和国成立后“团结中西医”，“继承发扬中国医药学遗产”中医政策的制定，贯彻中医政策才更有了干部的思想基础和社会基础。

中国近代的医学发展为中华人民共和国成立后的医学科学提供了发展的基础。历史经验表明，只有消除阻碍医学发展的因素，继承发扬中医学传统，继续开拓西医事业，才能使中国医学科学走上健康发展的道路。

中国预防医学的发展

预防医学是研究预防和消灭病害，讲究卫生，增强体质，改善和创造有利于健康的生产环境和生活条件的医学。它从预防的观点出发，研究人类健康和疾病的发生发展规律，研究消除人体内外环境中对健康有害的因素和利用有益因素的措施，以增进人民健康，延长寿命，提高劳动生产率。根据不同的研究对象、内容和方法，又可分为卫生学、流行病学等专门学科。中国劳动人民在长期同疾病作斗争的过程中，积累了丰富的预防疾病的经验，尤其是预防医学思想源远流长。

早期预防措施及思想 远古人类的生活是极其艰难的，茹毛饮血，饥寒交迫，常因病害侵袭，死于非命。由于知识的不足和恐惧的心情，构成了先民们趋吉避凶的心理。他们把病害常归之于鬼神作祟，产生了种种驱逐鬼神的迷信举动。进入奴隶社会、封建社会以后，虽然统治者仍利用鬼神愚弄民众，维护统治，巫师们也继续利用巫术来蒙骗病家，但广大人民群众，在劳动、医疗实践中创造和发现了许多符合科学的防病方药和经验，也有了预防医学的一些理论。如《周易》提出："君子以思患而豫防之"，豫通预，这是"预防"二字在中国经书上之首次应用。《淮南子》提出："良医者，常治无病之病，故无病。"在春秋战国时期撰成的中国传统医学理论的奠基著作《内经》中更明确强调："是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之、乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎?"、"故曰上工治未病，不治已病，此之谓也。"著名史学家司马迁在记述春秋时期著名医学家扁鹊(秦越人)诊视齐桓侯之病后，说："使圣人预知微，能使良医得早从事，则疾可已，身可活也。"可见在公元前4—5世纪，在知识阶层和医学界，已有一个统一的认识，即凡是能预防、治疗疾病在未发生之前的医生，才是一个高明的医生。

与此同时，劳动人民在实践中创造积累之预防疾病的经验和方法也得到了总结和发扬。如在现存最早的本草学著作《神农本草经》中，就记载了防蛊药物和方法8种，防外科和五官科疾病的药物和方法16种，防内脏病的药物和方法4种，明确为防疫的药物有4条。其曰："箴鱼……食之无疫疾"，"鳖鱼……食之无疠"，"青耕，可以御疫"，"三足龟，食之无大疾。"宝贵的不在其实效如何，而是其对预防传染病经验的总结和代表的先进思想。先民对季节性疾病早有认识，如《周礼》记载："春时有痟首疾，夏时有痒疥疾，秋时有疟寒疾，冬时有嗽上气疾。"并采用了种种预防措施。后世流传着种种与预防相关的习俗，如元旦饮椒柏酒、屠苏酒，烧丁香，端午饮雄黄酒、艾叶酒，焚苍术、白芷……等等，这些饮服、焚烧的药物中，不少是能对杀灭细菌起一定作用的。这些饮酒，焚药的方法至今民间仍有应用。

个人卫生 从甲骨文和出土文物证实，在夏商时期，人们已养成洗脸、洗手、洗脚等习惯。周代，要人们定期沐浴，且由政府颁布律法加以固定之。如《礼记》曰："五日则燂汤请浴，三日具沐。"至汉代，《汉律》也规定"吏五日得一下沐，言休息以洗沐也"。此时还进一步认识到"头有创则沐，身有疡则浴"的治疗意义，并提出了不少洗沐的处方(如猪胆汁、桃叶汤等)以加强洗沐的防治效果。唐代的《千金月令》中还提出："凡衣服、巾、栉、枕、镜，不宜与人同之"的良好卫生习惯。对于痰唾，在纪元初，即已有用"唾壶"收拾痰涎的记载，是非常有意义的卫生措施。宋代的《童蒙须知》有："凡如厕必去上衣，下必浣手"，"着衣既久，则不免垢腻，须要勤勤洗浣"，"凡日中所着衣服，夜卧必更，则不藏虱。"说明在宋代已形成便后洗手、勤换衣服的习惯了，因而在教育儿童时已有关于个人卫生的内容。古人对口腔卫生也很讲究，在周代已有漱口习惯，《礼记》就有"鸡初鸣，咸盥漱"的记载。至隋代已提出："食毕当漱口数过，不尔，使人齿病"的要求，唐代孙思邈更提议："每旦以一捻盐内口中，以暖水含及叩齿百遍，为之不绝，不过五日，口齿即牢密"，而宋代的《医说》指出："早漱口不若将卧而漱，去齿间所积，牙亦坚固。"已明确了夜间漱口的重要意义。在刷牙用具方面，以敦煌壁画"劳度叉斗圣图"(晚唐时作品)看，当时清洁牙齿是用右手中指揩齿的。据记载，当时还有用杨柳枝的一端，咬成或打成刷状，蘸药揩齿的，如唐代的《外台秘要》载"每朝杨柳枝咬头软，点取药揩齿，香而光洁"。因此，严格说来，唐以前只是揩齿而非刷牙。至宋代，才有刷牙和牙刷的记载。北宋宝元(1038—1040)中温革撰《琐碎录》谓："早起不可用刷牙子，恐根浮兼牙疏易摇，久之患牙痛，盖刷牙子皆马尾为之，"刷牙子即牙刷。迄今发现的最早的牙刷实物为赤峰县辽驸马卫国王墓(辽应历九年即959年)出土之两把牙刷柄。在宋代时还是刷牙与揩齿并存，故在《太平惠民和剂局方》、《圣济总录》等书中还普遍记载有揩齿方。元代，刷牙方法更为普及，罗天益的《卫生宝鉴》已有刷牙药，并提出要早晚两次刷牙；忽思慧《饮膳正要》提出："凡清旦刷牙不如夜刷牙，齿疾不生"等，刷牙较揩齿更能清洁口腔，故在保持口腔清洁方面，刷牙要比揩齿进步。至明代文献中，已很难找到用杨柳枝揩齿的记载，揩齿药也都改为刷牙药了，牙刷毛束除马尾制外，还有棕制牙刷。清代在牙刷品种、刷牙方的数量方面更见增多，意味着对口腔卫生的更予重视，也可见刷牙在保持口腔卫生，减少口腔疾患方面所起的作用。

饮食卫生 "病从口入"是民间习用的谚语。古人对饮食卫生亦非常讲究。在夏商时代，人们就知凿井而饮，汉代王充曰："饮食不洁净，天之大恶也。"《内经》中并提出要"饮食有节"，这含有饮食要有节制和按时定量的双重意义；还提出了"饮食自倍，肠胃乃伤"及"膏粱之变，足生大丁"等因饮食不节所导致疾病的忠告。《金匮要略》更明确指出："秽饭、馁肉、臭鱼，食之皆伤人。……六畜自死，皆疫死，则有毒，不可食之。"说明了注意饮食卫生的重要性。唐代《千金要方》还提出"食当熟嚼"，"饱食即卧，乃生百病，不消成积聚"以及"食啖鲜肴，务令简少"等内容，对防止肠胃道疾病，特别是传染病方面，至今有现实意义。

环境卫生 远在原始社会，就有了畜圈。至夏商时代，人们已在住宅附近挖掘了排除积水的水沟。在殷墟遗址和在郑州附近的考古发掘中，均发现有用以排除积水的商代地下排水管道。战国时代已有较完备的下水道设备，不仅有阳沟，且有阴沟。河北省易县考古发掘出的陶窦，即战国时下水道实物。在公元前2世纪中国人民已知水源与疾患有关，如《吕氏春秋》说："轻水所，多秃与

瘿人;重水所,多尰与躄人;甘水所,多好与美人;辛水所,多疽与痤人;苦水所,多尪与伛人。"因此对水源的卫生是很注意的。早在《周易》中已载有浚井、修井和澄清井水的工作。至汉代,已由政府号召在每年一定时期,普遍地进行浚井工作,当时称之为"改井"。《后汉书·礼仪志》云:"夏至日浚井改水,冬至日钻燧改火,可去温病。"即可见对水源的重视。基于水源污染会导致疾病的认识,人们亦早已开始对井水进行消毒。后魏的贾思勰《齐民要术》记载用茱萸叶消毒井水;唐代孙思邈的《千金要方》记载用屠苏酒药渣消毒井水;宋代沈括的《忘怀录》用钟乳、磁石、硫黄、金纪玉等矿石消毒井水;明代李时珍的《本草纲目》则载有"凡井水,其城市近沟渠污水杂人……用须煮滚停一时,候碱澄乃用之"等。清洁水源,注意饮水卫生对防止肠胃道传染病无疑是一重要措施。在粪便、垃圾处理方面,在汉代,城市已设有"都厕"(即公厕),南宋已有专门清除粪便的行业,可见对环境卫生之重视。此外,汉代还发明了"翻车"和"渴乌",类似今之洒水车,以清扫街道时之用。南宋时已设专人清除垃圾,据《梦粱录》记载,当时已有"每日扫街盘垃圾者",并谓:"遇新春街道巷陌,官府差顾沟渠人沿门通渠,街道淤泥,差顾船只,搬载乡落空间处。"又宋代陈旉的《农书》载:"凡扫除之土,燃烧之灰,簸扬之穅秕,断藁、落叶,积而焚之,沃以粪汁,积之既久,不觉甚多,凡欲播种,筛去瓦石,取其细者,和匀种子,疏把撮之,待其苗长,又撒以壅之。"是化害为利的科学的垃圾处理法。

除害灭病 在甲骨文中已记有关于室内外洒水,清扫和除虫资料,如"庚辰卜、大贞:来丁亥寇寝……"即丁亥日要在室内扫除灭虫之意。后世如清代汪期莲的《瘟疫汇编》中记载:"瘟疫大行,有红头青蝇千百为群,凡入人家,必有患瘟而亡者。"已明确把苍蝇与传染病联系起来,并说用"逐蝇祛疫法",使青蝇远避,即不染瘟病了。在那时有这种观察,是难能可贵的。而在扑灭苍蝇方法上,文献上也有不少记载,如《日华子本草》用"百部……杀虱及蝇蠓",《斗鹌传》有药蝇方,《居家必用》用葶菜、草乌灭蛆方等等,都可见古人在灭蝇方面所作的努力。至于蚊子,因其螫人之故,故灭蚊法早就有之。常见的为烟熏法,唐代孙思邈的《食忌》说:"五月,取浮萍,烧烟,去蚊子。"北宋大多用艾熏法,至明清仍广泛流行。此外有用浮萍、樟脑、鳖甲、楝树叶及麻叶等作焚烧剂。医书中多有雄黄、巴豆焚烧以熏除毒虫包括蚊虫者,都起到了一定作用。南宋已有蚊香出售,洪迈《夷坚志》曾记一人因酒醉误食蚊香原料以致中毒者。其他如灭鼠等工作,也是古来就有之,在《周礼》、《仪礼》、《诗经》等书中就有许多除虫灭鼠的方法,如抹墙、堵洞、用药熏、洒灰、按时扫房等。《左传》还有"国人逐瘈狗"以防狂犬病的记载。除害灭病工作,在预防传染病流行方面也是一重要环节。

避疫检疫 由于传染病流行迅猛,后果严重,因此人们在趋吉避凶心理指导下,自然的有"避疫"的举动,这在保全生命上有一定作用,亦有一定的隔离意义,后来发展成为一种制度,如晋代有"朝臣家有时疾染易三人以上者,身虽无疾,百日不得入宫"的规定。这些虽能防止疫区的扩大,然还是消极的措施。对于传染病员的收容和治疗工作,是为较积极的措施,如汉代就已出现"民疾疫者,舍空邸第,为置医学"的最早的"传染病院",唐代设立了收容麻风病人之"疠人坊"及收容贫病之"悲田养病坊",一般皆由寺庙僧人照管,国家给予一定资助,以后历代也都有类似机构,则亦属隔离病院性质。至清初,由于天花的猖獗,清政府设立了"查痘章京"一官,专为检查痘疹。从避疫到检疫,这在预防传染病方面,是非常进步的措施。

免疫方法 这在预防医学发展中的意义尤其重要。3世纪医学家们已成功地运用狂犬脑敷贴于狂犬咬伤处以防治狂犬病的发作。葛洪的《肘后备急方》明确指出:"疗狂犬咬人方:仍杀所咬犬、取脑傅之,后不复发。"此后崔知悌的《纂要方》、孙思邈的《千金方》、王焘的《外台秘要》等书中都有记述,说明这种医疗技术在中国医学史上曾有过广泛和长久的运用。狂犬脑防治狂犬病的科学原理后为法国人巴斯德运用狂犬脑制取疫苗防治狂犬病成功所阐明。巴斯德的免疫思想和免疫技术,当然比葛洪的方法要高明得多,但葛洪运用狂犬脑较巴斯德早了1500年,在预防医学史上应有其明显地位。

同时,《肘后备急方》记载了射工毒蛊。至隋代,又称作溪毒、沙虱。沙虱即恙虫的幼虫(恙螨),恙虫病就是由这种形似小红蜘蛛的恙虫幼虫为媒介而传播的一种急性传染病。葛洪所提倡的服用虫屑的方法与后世应用疫苗法相似。本世纪初,美国的 Ricketts 始证明恙虫病的病源是一种"立克次体",并弄清了携带病源的小红蜘蛛的生活史,1945年才获得了病源并制出了疫苗。

4世纪时,中国医家们还采用蟾蜍、蛇肉等作为药物来防止狂犬病的复发。此法曾经法国学者卡默特 Calmette 和费沙利 Phisalix 两人的动物试验所证明。可见这种基于中医以毒攻毒理论指导下的方法是有科学根据的一种人工免疫法。公元7世纪,孙思邈创造了用血清和脓汁以防治疣、疵等疾病的方法。如"治小儿疣目方,以针及小刀子决目四面,令似血出,取患疮人疮中汁、黄脓傅之,莫近水三日,即脓溃根动自脱落","治小儿身上有赤黑疵方,针父脚中,取血贴疵上,即消",这些应用血清脓汁的方法与后世血清疗法相似。

在免疫发展史上更有意义的是预防烈性传染病天花的人痘接种法的发明。中国本来没有天花,其传入约在二三世纪间。为了战胜天花,人们进行过无数次的探索和观察,曾提出过种种预防和希望减轻病情的方法。如食鼠肉、白水牛虱、白鸽、蜈蚣入鸡卵中蒸食等,这些方法的防治价值难以确论,但如果以曾感染过牛天花的白水牛虱内服,可能获得成功的机会是不难理解的。然而这些方法毕竟没有能防治天花的强大效果。于是,导致了

人痘接种术的发明。据传说,宋真宗年间宰相王旦的儿子王素因请得峨嵋山神医为之种痘而得享天年,且一生未感染天花。较可靠的记载是明隆庆年间(1567—1572)中国有了种痘术。清代俞茂鲲《痘科金镜赋集解》记载"闻种痘法起于明隆庆年间,宁国府太平县,姓氏失考,得之异人,丹传之家,由此蔓延天下。至今种花者,宁国人居多"。张琰《种痘新书》言:"余祖承聂久吾先生之教,种痘箕裘,已经数代。"黄百家自叙《天花仁术》中说在康熙二十年到甬上种痘的浦阳人傅商霖,他的曾祖思川、祖岐山,始以种痘术闻名远近的话。以三十年为一世,则傅商霖的曾祖是隆万间人,张琰之远祖亦万历间人,可作为16世纪已有种痘术的旁证资料。参照孙思邈接种脓血以防治疣目的方法,再经300多年的发展和前述种种实践经验的总结,峨嵋山神医的接种人痘脓汁以预防天花是可以相信的传说。不过当时仅一个峨嵋山神医,而到16世纪,丹传之家已蔓延天下,人痘接种术已由少数神医发展到为痘医和儿科医所掌握的一种普及的技术了。同时,清政府早在1681年,即给人痘接种技术以充分的肯定,并列入政府计划予以推广。这从康熙的《庭训格言》可见,其曰:"国初人多畏出痘,至朕得种痘方,诸子女及尔等子女,皆以种痘得无恙。今边外四十九旗及喀尔喀诸藩,俱命种痘;凡所种皆得善愈。尝记初种时,年老人尚以为怪,朕坚意为之,遂全此千万人之生者,岂偶然耶?"1742年清政府正式颁布的医学百科全书《医宗金鉴》,也详载了人痘接种法。正因此,天花在中国并没有造成欧洲那样"半数以上人的脸上布满痘疮"和"墓园中挤满死尸"的惨状。人痘的贡献是不可磨灭的。

人痘接种法在接种、传播过程中,也得到了技术上的改进,例如痘衣法改为痘浆法;旱苗法改为水苗法;时苗法进而为熟苗法等。朱奕梁《种痘心法》在总结这一改进方法时指出:"其苗传种愈久,则药力之提拔愈清,人工之选炼愈熟,火毒汰尽,精气独存,所以万全而无患也。若时苗能连种七次,精加选炼,即为熟苗"。可见人痘接种术之选种育苗与现代疫苗的科学原理是完全一致的。人痘接种法的成功,很快就传到国外。1688年,俄国就派人至中国学痘医;俄土战争中,人痘接种术由俄国传到土耳其;英国驻土耳其公使夫人 M.L.Montague 学得人痘术传之于其本国,于是人痘术得倡行于欧洲。18世纪,人痘术传播到美洲。1744年中国痘医李仁山到长崎,日本始传人痘术。1752年《医宗金鉴》传入日本,人痘法在日本流传更广。人痘术传入朝鲜约在1763年。约在同一时期传至亚洲其他国家和地区。

1796年,英国人痘医琴纳(E.Jenner)为一男孩接种牛痘获得成功,牛痘源于人痘是无可怀疑的事实。1805年,牛痘接种法传至中国,才逐渐代替了有数百年历史的人痘接种传统。1890年,清代杨霖的《痧疹辑要》中,首先记载了麻疹接种法曰:"先于患者发疹最多处部,以铍针微刺之,急将绵一片浸取其血;尔后,就种者臑上徐徐刺之,令血流漓。凡一刻顷,乃取彼浸血绵贴其疵上,直紧缚之,放置三日许,而后撤去。但要其铖疵不深不浅,一适其宜,贴绵间不长不短,唯中其时。"明显也是据人痘和牛痘接种法而来。

1979年10月26日,世界卫生组织在肯尼亚的内罗毕宣布全球消灭天花,这是人类医学史上最为光辉的一页。这个胜利与琴纳的牛痘发明相连,同时,也与中国人痘接种法的发明和传播相连。

增强体质 在预防医学中也是重要的一环。中国古代人民早就总结出"流水不腐,户枢不蠹"的经验,因此有华佗"五禽戏"的提倡及养生家们的导引、气功、按摩、太极拳等医疗体育的产生与发展。

劳动卫生 是防治职业病的重要措施。汉代王充的《论衡》中已有关于冶炼工作中发生灼伤及火烟侵害眼鼻的记叙。公元七、八世纪已观察到某些产生有毒气体的地点,如隋代《诸病源候论》已提出:"凡在井冢及深坑阱中,多毒气,不可辄入……必须入者,先下鸡鸭毛试之,若毛旋转不下,即是有毒,便不可入"的认识,这对避免在有毒环境中工作是有益的。明代宋应星的《天工开物》中记载:"凡取煤经久者,从土面能辨有无之色,然后掘挖,深至五丈许,方始得煤。初见煤端时,毒气灼人,有将巨竹凿去中节,尖锐其末,插入炭中,其毒烟从竹中透上,人从其下施镢拾取者。"毒气,是指煤井中积贮的二氧化碳、沼气、硫化氢等。这是古人创造的简单的在矿井中用竹筒排出有毒气体之实例。明代《农政全书》记载:"凡凿井遇此,觉有气飒飒侵人,急起避之,俟泄尽更下凿之。欲候知气尽者,缒灯火下视之,火不灭是气尽也。"这种测验方法是非常科学的。对职业性铅中毒,《本草纲目》有载:"铅生山穴石间,人挟油灯入,至数里随矿脉上下曲折砍取之,其气毒人,若连月不出,则皮肤痿黄,腹胀不能食,多致疾而死。"《本草纲目拾遗》亦谓:"粉锡即铅粉,乃以铅打成薄片入甑用醋一瓶间蒸化作粉用,今杭城多有业此,名曰粉房,工人无年久业者,以铅醋之气有毒能炼人肌骨,且其性燥烈,坊中人每月必食鹅一次以解之,则其不能无毒可知。"据《本草纲目》鹅肉能解药毒,因此用于防治铅中毒。现代治疗慢性铅中毒,提出要给予患者合理营养,服食鹅肉也是合理的。对于砒中毒,在《天工开物》中也指出:"此物生人食过分厘立死。"在其炼制过程中是通过密封来防止毒气外溢的,这从《本草纲目》所曰:"观丹客升炼水银、轻粉,鼎器稍失固济,铁石撼透,况人之筋骨皮肉乎?"鼎为炼制的容器,固济则是相当严密的封固。《天工开物》"礁炼"项载:"靠炉砌砖墙一朵,高阔皆丈余,……周墙以抵炎热,鼓鞴之人方克安身。"是中国古代高温场合工作中预防"热射病"的珍贵史料。此外有关劳动者易发之疾患如皴裂、冻疮、日晒疮、汗淅疮、担肩瘤,在历代外科医籍中也多有记载及防治方法。

综上所述,中国预防医学思想不仅有悠久历史,亦有光辉成就和贡献。中华人民共和国成立之后,党和政府

十分重视人民的卫生事业，制定了卫生工作四大方针：面向工农兵；预防为主；团结中西医；卫生工作与群众运动相结合。中国传统的预防医学的成功经验将在预防工作中得到挖掘和发扬。

解剖学的发展

中医解剖学的发展系指人体解剖学在中国的发展过程。中国的人体解剖发源很早，《史记·扁鹊仓公列传》载："俞跗……乃割皮解肌，抉脉结筋，搦髓脑，揲荒爪幕，湔浣肠胃，漱涤五脏。"这段文字足可以说明远在商周或其以前中国医学家即已积累了一定的人体解剖知识。其后，《灵枢·经水》又载："若夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之。其藏之坚脆，腑之大小，谷之多少，脉之长短，血之清浊……皆有大数。"《灵枢》是使用"解剖"一词的最早文献。《汉书·王莽传》说："莽(公元前45—公元23年)诛翟义之徒，使太医尚方与巧屠共刳剥之。度量五脏，以竹筳导其脉，知所终始，云可以治病。"寥寥数语，说明在公元1世纪初，中国医学家在度量五脏的部位和血液循环的概念等方面，都有新的认识。也说明中国医学的人体解剖，在秦汉以前已达到相当高的水平。当时解剖的动机是为了临床治疗的需要，当时人体解剖的水平虽不免粗糙，但其科学求实精神是难能可贵的。

中国解剖学专家侯宝璋教授，通过对《难经》、《甲乙经》和《史记正义》等著作记载人体内脏的重量、长短、大小、形状、容量、相互间关系、生理功能等，进行分析研究和对比，并绳之以现代解剖学实测数据，得出结论，认为："舌之长短，尚无大差，脾之长短，与现代所见，亦无大别"，"咽门至胃之度……去确数尚不甚远"，"小肠之长短，其数最近"，"所云心有七窍三毛……，三毛者即三帽矣，所云心有七窍，亦通"，"准此论之，吾人可断言唐代以前确曾有解剖之事，而所解剖者，又确为人体而非畜体也……而脏腑之长短重量，以新莽时之度量衡制，与脏腑轻重大小之确数为最相近。"可见这一时期继秦汉及以前的人体解剖，在内脏解剖上取得了长足的进步。例如，《针灸甲乙经》的记载："肝重四斤四两，左三叶，右四叶，凡七叶。心重十二两，中有七孔三毛，盛精汁三合。……肾有两枚，重一斤二两。胆在肝之短叶间，重三两三铢，盛精液三合。……胃重二斤十四两，纡曲屈伸，长二尺六寸，大一尺五寸，径五寸，盛谷二斗，水一斗五升。……小肠重二斤十四两，长三丈二尺，广二寸半，径八分之少半，回积十六曲，盛谷二斗四升，水六升三合之大半。……大肠重二斤十二两，长二丈一尺，广四寸，径一寸半，当齐右回十六曲，盛谷一斗，水七升半。大肠即回肠也……膀胱重九两二铢，纵广九寸，盛溺九升九合……舌重十两，长七寸，广二寸半……咽门重十两，广二寸半，至胃长一尺六寸。……喉咙重十二两，广二寸，长一尺二寸，九节。喉咙，空虚也，言其中空虚，可以通气息焉。心肺之系也，呼吸之道，喉咙与咽并行，其实两异，而人多惑也，肛门重十二两，大八寸，径二寸太半，长二尺八寸，受谷九升三合八分合之一，肛，釭也，言其处似车釭，故曰肛门，即广肠之门。"虽然其中有些数据与今天的实测有不尽相符，但可以肯定解剖者态度还是十分严谨的。如计直肠之容量为九十三又八分之一合。其严格之要求即可见一斑。《甲乙经》的作者皇甫谧并非解剖学家，他的资料是直接来自《内经》的，因此，《甲乙经》反映的解剖水平不是两晋，而应该是先秦，或者可以说是春秋战国时期中国的解剖学水平。

根据有关文献记载，宋代曾解剖死刑犯人两次，尸体达30—56人之多。其解剖是命由医官和画家合作，在犯人临刑时进行，并将解剖所见，绘制五脏图，这确是中国解剖学史上光辉的一页。此次解剖的时间约在11世纪中叶至12世纪初之间进行的，其所绘五脏图虽不尽正确，然也尚称精密。如叶梦得、范缜等均系当代之人，据其记载："世传欧希范五脏图，此庆历间(1041—1048)杜杞待制治广南贼欧希范所作也。……杞入境，即为招降……其首领数十人，偕至。杞大为燕犒，醉之以酒，乃执于座上，翌日，尽磔于市；且使皆剖腹，刳其肾肠。因使医与画人，一一探索，绘以为图。"宋代赵与时的《宾退录》又载："庆历间，广西戮欧希范及其党，凡二日，剖五十有六腹，……为图以传于世。"《古今图书集成·艺术典》引章潢语："崇宁五年(1106)……强寇杨宗……临刑命医官并画工画之。……欧希范作恶当刑三十人，亦送来刑，命画工于法场割开诸人胸腹，详视画之。见喉咙排三窍，……杨推惟水食同一窍，走胞中，入胃上口。一窍通肺……喉管下有肺两叶，为华盖，盖诸心脏腑，肺下有心，外有黄脂，……心下有罗膈，罗膈下有胃，积曲可容一斗物，外有黄脂如旗焰。……肝赤紫，下有小肠，盘十六曲，极莹净，化物通行。右有大肠，内有所出糟粕之路，……下有膀胱，居脖亦莹净。"可惜《五脏图》已佚，但就这些资料看，其所观察、所记录，在900多年前亦是十分难能可贵的。宋代解剖学发展的另一个特点是人体解剖模型的制造。这就是北宋太医局医官王惟一等所设计制造的针灸铜人，不但体表的解剖部位和穴位关系比例协调，而且内脏部位、形状和相互的关系也是相当正确的。

明清时期的解剖学发展是很缓慢的，甚至由于旧礼教思想的束缚，解剖人体被视为大逆不道，所以相当一段时间内是停滞不前的。王清任是一位很有革新思想的医学家，突出强调："业医诊病，当先明脏腑"，"著书不明脏腑，岂不是痴人说梦；治病不明脏腑，何异于盲子夜行。"正因为此，他抱着改正前人人体解剖所存在错误的决心，积42年的时间，对义塚、法场的儿童和刑余之尸体，进行了认真的实地观察和记录，终于撰成《医林改错》一书。他认为：肺下无透窍，亦无行气之二十四孔；膈膜以上仅只心肺，余脏皆在膈膜以下，膈膜为胸腹上下之界，肝大

面向上，后连于脊，总提俗名胰子，其体上贲门之右，幽门之左，幽门之左寸许，另有一门，名曰津门，上有一管，名曰津管(实系胰管和胆管之发现)，两目系如线，长于脑，所见物归于脑(实为视神经之发现)等等。这些卓越的贡献，虽不比西医先进，但出于王氏之解剖实践所得，特别他不避人之诽谤，躬身研究的精神将永远受到人们的尊敬。

至于骨骼方面的解剖，远在秦汉至唐宋间，医学家和法医学家就重视人体骨骼的研究。《灵枢·骨度》对人体体表骨标志的度量和一些骨骼的大小尺寸作了论述。北宋医学家宋慈的《洗冤集录》对人体骨骼的解剖进行了比较系统的记载："人有三百六十五节……髑骨男子自项及耳并脑后，共八片。脑后横一缝，当正直下，至发际，别有一直缝……牙有二十四，或二十八，或三十二，或三十六。胸前骨三条。心骨一片，状如钱大。项与脊骨各十二节。肩井及左右饭匙骨各一片。左右肋骨男子各十二条，八条长，四条短，……。男女腰间各有一骨，大如掌，有八孔，作四行样。手脚骨各二段，……手脚大拇指并脚第五指各二节，余十四指并三节。尾骨若猪腰子，仰在骨节下。男子者其缀脊处凹，两边皆有尖瓣，如棱角，周布九窍，妇人者其缀脊处平直，周布六窍……。"该书所绘制的骨骼全图可谓早期之最佳者。对人体骨骼解剖叙述最详而比较正确者，明代王肯堂是其代表。他不但对人体的大小骨均一一详述其数，并各论其有无髓液，以及有髓之多少等等。

回顾中医解剖学之发展，始终重视人体实践之解剖，且每有改进和发展。虽然如此，但终未能自成体系，有倡导而无继承，有创见而少发挥。加之儒学理教之思想束缚，使中医解剖学的发展受到很大的损失，也未能形成一门专门的学科。西医解剖传入后，中国解剖学之发展，呈现了一个全新的局面。

经络学说的发展

经络学说的发展系指有关经络的理论实践体系在中国的发展历史。经络学说是中医学基本理论的重要组成部分，在临床各科、中药、针灸等理论和实践工作中得到广泛应用。经络学说在中国现存第一部具有较完整理论体系的医书《黄帝内经》中，已经有比较系统的阐述，但对经络的认识，其起源则是比较早的。关于经络系统的发现，与针灸术的发明有极为密切的关系，同时，与气功、按摩等临床实践也有一定的联系。

针刺与火灸这两种治疗技术起源很早。在新石器时代以前，由于应用石器、应用火来治疗某些疾病，逐渐导致一些具有特殊治疗作用的部位的发现。这些部位称为"穴位"或"腧穴"。随着生产水平的提高，由石针(砭石)逐步演变到骨针、竹针、陶针，最后产生了金属针。大约在殷商时期，即已制成金属针。金属针的制成，使针刺术产生了飞跃的发展。由于金属的韧性及制针术工艺的提高，使针刺穴位时取穴更加准确，针刺穴位时出现的循经传感现象(古代称为"得气")的机会增多，加上针刺治愈远距离脏器疾病的现象等，这些都是经络系统发现的基本前提。随着时间的推移和经验的不断积累，经络的发现由少到多，通过探索研究，由杂乱而逐步系统化。

约在战国以前，经脉和络脉已经开始系统化。在马王堆三号汉墓出土的有关经脉及灸术的帛书中，记载当时已有十一条经脉，分别称为足泰阳(巨阳)、足少阳、足阳明、足少阴、足泰阴、足厥阴、臂泰阴(巨阴)、臂少阴、臂泰阳、臂少阳、臂阳明等十一条脉。这一时期的经络，尚未曾与人体的脏腑、五行学说相联系，而经脉循行的方向，主要是由四肢末端走向躯体或头部，充分说明经络的发现，与针刺四肢产生循经传感现象的产生是密切不可分的。在每一条经络上，都有一些特定的点即穴位，气血在这里与体表相通。穴位的发现先于经络(一说经络的发现先于穴位)，特别是四肢末梢神经特别敏感的部位，穴位分布多，刺激时产生循经感传的现象的可能性也特别明显。《内经》共载穴位 160 个，晋代《针灸甲乙经》所引《明堂孔穴针灸治要》一书所载穴位为 349。这些穴位，在四肢部位又有井、荥、俞、原、经、合等特殊功能的穴名。

《黄帝内经》约成书于战国至秦汉之间，这一时期，对经络现象的研究和整理已经系统化。在当时哲学思想的影响下，经络系统与阴阳五行学说、脏腑学说、天人相应学说的互相结合，使经络学说形成一个十二经脉的系统，亦即手太阴肺经、手阳明大肠经、足阳明胃经、足太阴脾经、手少阴心经、手太阳小肠经、足太阳膀胱经、足少阴肾经、手厥阴心包经、手少阳三焦经、足少阳胆经、足厥阴肝经。气血沿着这些经络，顺序流动于全身，周而复始，维系着人体的健康。这一学说已经紧密地与临床医疗实践相结合，应用于解释生理、病理、诊断、治疗以及其他医学科学的分枝。

经络学说认为，经络是人体内气血循行的通道，互相连贯，如环无端。内连脏腑，外络支节。通过经络的联系，人体形成了一个完整的有机体。《难经》把《内经》中所提到的十二正经以及冲脉、任脉、督脉、带脉、阴蹻、阳蹻、阴维、阳维等总结为包括奇经八脉在内的完整的系统。至此，经络学说已经发展成为一个比较完整的系统学说。

经络穴位图是针灸经络学说的一个组成部分，最迟在晋代就已经出现经络穴位图，当时称为"明堂图"，晋代已有《明堂流注》、《偃侧图》，指前面、背面、侧面的"三人图"。唐代《千金要方》已经提到当时用不同的颜色绘制经络三人图。

宋金元时期，根据《内经》关于气血在经络中运行与季节、时间关系的学说，发展成"子午流注"及"灵龟八法"，认为治病需根据气血运行至某一部位的特定时间，

选穴治疗。此时，还特别讲究把药物分类归经，药物的引经报使等，这些是经络学说在本草学方面的应用。宋代王惟一整理的《铜人腧穴针灸图经》，厘订正经穴位为354穴(名)。他还主持铸造铜人2具，上面雕铸穴位名称及经络循行路线。这些对于经络学说的普及和提高都起到较好的作用。元代滑寿的《十四经发挥》总结了十二正经及督、任二脉的循行方向，成为其后论述经络的主要依据。

明代经络学说发展更臻完善。杨继洲《针灸大成》是古代集针灸学之大成的著作，其中的穴位定为359穴(名)。李时珍对正经以外的奇经八脉做了考证和汇集，对其穴位也作了厘定，著《奇经八脉考》，从而使经络学说成为一套完整的体系。清代在普及经络知识方面做了很多工作。许多经络歌诀一类的入门书相继问世，如汪昂《经络歌诀》等。经络不仅广泛应用于针灸，也与药物运用紧密相联。晚清以后，对经络的解剖研究开始出现。现代的经络学说在继承传统经验及理论的基础，又运用现代科学手段开展了经络实质的探讨。

诊断学的发展

诊断学的发展系指在中医理论体系指导下，研究诊察疾病，辨别证候等一系列诊断方法发展的历史。其范围广泛，内容颇为丰富。包括有四诊、八纲、辨证、症状鉴别、疾病诊断、病案记录等。

诊断学的理论与方法奠基很早，在战国时期，著名医学家扁鹊就以"切脉，望色，听声，写形，言病之所在"。

大约成书于秦汉时期中国早期医学理论著作《黄帝内经》，不仅在诊断方法上奠定了望、闻、问、切四诊的基础，更重要的是提出了诊断疾病必须结合发病的内外因素，加以全面考虑。《素问·疏五过论》指出："凡欲诊病，必问饮食居处，暴乐暴苦，……"并谓"圣人之治病也，必知天地阴阳，四时经纪，五藏六府，雌雄表里，刺灸砭石，毒药所主；从容人事，以明经道，贵贱贫富，各异品理，问年少长，勇怯之理，审于分部，知病本始，八正九候，诊必副矣。"这就是说，诊断时必须结合天时、体质、年龄、性情以及生活环境、经济情况、思想情绪等方面的变化，运用四诊的方法，全面地了解病情，加以分析研究，然后才能做出正确的诊断。

《难经》是继《内经》之后的一部中医经典著作。内容包括脉诊、经络、脏腑、阴阳、病能、营卫、俞穴针刺等中医基础理论。其中第六十一难，专论望闻问切四诊。阐述了四诊包括的内容及其诊断价值曰："经言望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切脉而知之谓之巧，何谓也？然：望而知之者，望见其五色以知其病。闻而知之者，闻其五音以别其病。问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也。切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。经言以外知之曰圣，以内知之曰神。此之谓也。"

西汉名医淳于意创"诊籍"，全面记载了患者姓名、职业、里居、疾病症状、脉象、诊断、治疗、预后等，是中国目前现存最早的见于文献记载的医案。

东汉时期伟大的医家张仲景，总结了汉以前的有关诊疗经验，他以六经论伤寒，脏腑议杂病，把病、脉、证结合起来进行分析研究，奠定了辨证、诊断的基础。张氏在《伤寒论·自序》中还批评了那些不负责任的医生，在诊断中草率从事："省疾问病，务在口给，相对斯须，便处汤药，按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参，动数发息，不满五十"等极坏的作风，另一方面也反映了张仲景在诊断上精审入微的科学态度。

随着时间的推移和医学的发展，自晋唐以来，历代医家大多把诊断与治疗结合起来进行研究，但亦有把诊断作为专门学科进行研究的。西晋王叔和的《脉经》集汉以前脉学之大成，在具体阐述脉理的前提下，联系临床伤寒、热病和妇儿科疾病的脉证，分述三部九候、寸口、二十四脉等脉法，是中国现存最早的脉学专著。在晋代的有关典籍中，对于传染病，妇、儿、内、外杂病的诊断比较翔实。如晋代葛洪的《肘后备急方》对传染病，如天行发斑疮(天花)、麻风、恙虫病(沙虱热)等基本上从发病特点和临床症状上作出诊断。同时对于疾病学的分类，皆能"分别病名以类相续，不相错杂"。如对颅脑损伤的危重病象及其预后的明确判断。南齐龚庆宣的《刘涓子鬼遗方》对痈、疽、疮、疖的诊断亦较明确。

诊断疾病，明悉病源，分清证候是极为重要的。隋代巢元方的《诸病源候论》，可以说是中国第一部论述病源与证候鉴别的专著。全书分67门，载列各种疾病的证候，分为1 720论。其中以内科疾病为多，对于其他各科疾病也有详细记录。如外科，仅"金疮"就有27种，眼科38种，妇科140多种，内容丰富，诊断指标明确，同时对一些传染病、寄生虫病、妇科、儿科病等的诊断，更有不少精辟论述。

唐代孙思邈主张医家习业必须"博极医源，精勤不倦"。诊病时不要为外部现象所迷惑，要透过现象看本质。他在《千金要方·大医精诚》中指出："病有内同外异，亦有内异而外同，故五脏六腑之盈虚，血脉营卫之通塞，固非耳目之所察，必先诊候以审之。"并且在诊候上要注意掌握病源与病机的演变，在"诊候第四"复又指出："夫欲理病，先察其源，候其病机。"在诊断方面，重视色、脉与按诊。其《千金翼方·色脉》中谓："夫为医者，虽善于脉候，而不知察于气色者，终为未尽要妙也。"从此不难看出，当时孙氏对诊断原理与诊断方法的研究，是师承有自，并有所发挥的。

宋金元时期，继承晋唐以来的医学成就，诊断学的发展与日俱增。宋代朱肱的《南阳活人书》在强调治疗伤寒，首先必须在详细诊察的同时，认为切脉是辨别伤寒表里虚实的关键，并且指出，伤寒必须诊太溪与冲阳，以察

其肾气和胃气的盛衰。陈言的《三因极一病证方论》论述诸症诸候，重点从内因外因，不内外因三因出发，是病因辨证理法完备的著作。施发的《察病指南》则是诊法的专著。北宋钱乙著有《小儿药证直诀》3卷传世，在儿科诊断上创立了五脏证治法则，尤对小儿望诊经验丰富，对麻疹、惊风等病的诊断有独到之处，被后世誉为"儿科之圣"。

金元之世，专攻诊断者，颇不乏人，除戴启宗所选《脉诀刊误集解》、滑寿的《诊家枢要》专载诊法，对脉学有所继承外，滑寿对唐代王超的《水镜图诀》据《灵枢经》的诊血络脉法而发展的3岁以内小儿诊察指纹，又有新的进展。认为3岁以下，首先看虎口的三关纹色，紫色热，红色伤寒，青色惊风，白色疳病。惟黄色隐隐，或淡红隐隐，是为常候。金元四大家对于诊断学的研究亦不遗余力。刘河间诊病、辨证，重视病机；李东垣辨脉重视四诊合参；朱丹溪诊病，主张从外知内；张从正诊病，重视症状的鉴别诊断。

明清以来，对于诊断中的脉诊与舌诊发展尤为突出，同时对于诊病、辨证的原理，更有进一步的阐明。在脉学方面，如张介宾的《景岳全书》对脉神、正脉十六部、脉之常变等，论述较为详细。另外介宾在问诊方面还把李梃的"五十问"简为"十问"，对问诊的内容及意义作了详细的阐述，后人又将其编为口诀。李时珍的《濒湖脉学》摘取诸家脉学精华，分详27脉，对其中同类异脉的鉴别点和各种脉象主病，毫厘之别，精核无遗，既能博考，又能精研，编有歌诀，便于诵习。清代李延昰的《脉诀汇辨》汇集诸家脉学论著，以脉参证，体现了切脉在诊疗疾病上的灵活性。清代医家在前人经验的基础上，研究脉学多把生理、病理以及证候结合起来以详究其脉原。如贺升平的《脉要图注详解》，共列27脉，用对比的方法鉴别各种不同脉象。论述疾病以脉与证相结合，联系病因、病机辨析其理，以定治法。又如沈金鳌、周学海的《重订诊家直诀》，罗浩所辑的《诊家索隐》等，亦均各有特点。

在舌诊方面，13世纪，敖氏著有《金镜录》，论伤寒舌诊，分12图，为论舌的第一部专著。后经杜清碧的增补，即为今所见到的敖氏《伤寒金镜录》。16世纪后叶，申斗垣氏集当时舌诊之大成，著《伤寒观舌心法》。清康熙七年张诞先取《舌观心法》著成《伤寒舌鉴》。备列伤寒观舌之大法，观舌辨证，颇为扼要。另有清代曾伯渊的"舌诊论"(《古欢室医学篇》)，对辨舌苔诊法作了提纲挈领的论述，并总结了自己的辨舌经验，强调把望舌色、苔色与口渴与否、津之枯润等结合起来进行辨证，并附有病案，有独到之处和创新精神。傅松元的《舌苔统志》把舌象分为枯白舌、淡白舌、黑色舌等8种，内容丰富，经验颇多。刘以仁的《活人心法》中，载舌鉴所录各家共149舌，对温热病的辨舌经验较诸以往有不少补充。叶天士诊舌，除望诊之外，并辅以"扪"、"察"、"问"法，用以鉴别舌之真干还是假干，是单纯津亏，还是挟杂痰浊；"察"，以察邪气之轻重；"问"，问舌觉等以佐证舌象之真伪。叶氏对舌诊的贡献有三。一是察舌辨病机，中心在辨"卫气营血"；二是察舌辨病理，重点在于察津液；三为察舌辨证，目的在于立方用药。

刘恒端的《察舌辨证新法》(1911)论述白、黄、黑三种舌苔及辨舌苔变换，真退、假退等，颇能指导实践。曹炳章的《彩图辨舌指南》(1917)，上考古籍，近探各家，并附彩图122舌，墨图6舌。杨云峰的《临证验舌法》，主要以舌苔的形色、浮、胖、坚、敛、干燥、滑、润、黑、白、青、黄来分析病情的虚、实、阴、阳和测知内脏的病变，并且密切结合治法，内容简要，多为经验之谈。

在四诊方面亦有不少专著。如清代吴谦的《医宗金鉴·四诊心法要诀》，以四言歌诀简要地介绍诊断理论与方法，便于习诵，清代何梦瑶的《医砭·四诊》及《四诊韵语》(即《乐只堂人子须知韵语》卷一)，首列十二经脉歌，次对四诊心法撮要，辨阴证阳证要诀，脉诊，望色、察面、五官、唇、齿、辨舌、闻声及问诊等予以论述，并且介绍八脉要诀，小儿诸诊歌等，内容多以韵语加注的形式阐述。林之翰的《四诊抉微》既不偏于切脉，也不忽略望、闻、问三诊。望诊详论神气、形色、颜面、五官、苗窍、齿、项、爪甲等各种形色变化，并附小儿指纹的特殊观察方法，闻诊中指出听声音可察盛衰存亡，并可徵中外情志之感。此外如陈修园的《医学实在易·四诊乃知》，论述四诊简明扼要，可为后学式程。又如汪宏的《望诊遵经》，搜集历代有关望诊资料，说明气色与病变变化的关系，从眼睑、口、舌、唇、齿、须、发、腹、背、手、足等部位的形容，及色泽和汗、血、便、溺等稀稠有无，通过分析比较，以辨别病证的表里，虚实，寒热，阴阳，计算起顺逆安危。

另外，在诊病方面，清代医家喻昌，主张"先议病，后用药"，强调诊断以及辨证的重要性。并且创立了"议病式"。其是一种比较详明的病历格，其中包括四诊八纲的具体运用以及在辨证明确的基础上，指导治法、方药的选用等。

辨证论治理论的发展

辨证论治理论的发展系指中医独特的分析辨识疾病证候，确立治疗疾病的原则这一全过程的发展概况。辨证论治也称为辨证施治。"辨证施治"四字最早见于明末《周慎斋遗书》卷二中；"辨证论治"四字最早见载于清代章楠《医门棒喝》卷三中。临床以辨证论治应用更为广泛，是中医学的基本特点之一。

辨证过程需要将四诊检查所得的证候(包括症状、体征及病史等)，运用中医学基本理论(脏腑、经络、病因、病机等)加以分析整理，判别疾病的性质、原因、病位及病机发展趋势。论治过程是依据辨证所得诊断意见，制定适当的治疗原则。辨证论治的提法，脱胎于《伤寒杂病论》的分部标目论治，如"辨太阳病脉证并治"等。但是这一

理论的产生及其运用，还可上溯到成书更早的医学著作。《素问·阴阳应象大论》所说："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"指的就是辨证过程。在《内经》中，已有许多辨证论说，分别从疾病性质（阴、阳、寒、热等）、部位（表、里、脏、腑、上、下等）、邪正相争的状态（虚、实）诸方面来辨识病证。在长期的医学发展过程中，人们对疾病的认识不断地深化，因此逐渐形成了几种各成系统的辨证方法，以适应于不同性质的疾病的辨证需要。

目前常用的辨证方法可分为：八纲辨证（阴、阳、表、里、寒、热、虚、实），是为诸多辨证方法的纲领；六经辨证（太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴），多用于伤寒类外感疾患；脏腑辨证（以五脏六腑机能失常及邪正斗争状态等综合表象进行辨证）主要适应于内伤杂病的辨别。以上三法的实际内容产生较早，临床运用的时间也很长（近2000年或超过2000年）。形成较晚的是清代产生的卫气营血辨证和三焦辨证，适用于外感温病的辨证。此外，还有气血津液、经络等辨证法，亦多结合脏腑、八纲辨证而施用。各种辨证法在运用时，经常相辅相成、综合运用，从各个不同的侧面揭示疾病的本质。明代楼英的《医学纲目》中指出："诊病者必先分别气血、表里、上下、脏腑之分野，以知受病之所在；次察所病虚实、寒热之邪以治之。务在阴阳不偏颇、脏腑不胜负。补泻随宜，适其所病。"说的就是综合辨证的过程。中医几种主要辨证方法各有其不同的发展经历。

八纲辨证　是分析疾病共性的纲领性的辨证方法。它的内容最早散见于《内经》。如谓"阴阳"："阳病者，上行极而下；阴病者，下行极而上。""阳受风气，阴受湿气"，"阳受之则入六府，阴受之则入五脏。"（《素问·太阴阳明论》）关于表里，有"其气来实而强，此谓太过，病在外；其气来不实而微，此谓不及，病在中"（《素问·玉机真脏论》）等论述，"中外"即与表里含义一致。关于"寒热"，所论较多，如谓："阳盛者则为热，阴盛者则为寒。"（《灵枢·刺节真邪论》）"阳虚则外寒，阴虚则内热；阳盛则外热，阴盛则内寒。"（《素问·调经论》）"虚实"之论则有："邪气盛则实，精气夺则虚。"（《素问·通评虚实论》）这些论说，为后世论八纲之渊源。

东汉张仲景的《伤寒杂病论》中贯穿了八纲辨证的内容，并把它与六经辨证、脏腑辨证糅合运用，是为八纲辨证施用于临床之实际示范。如谓："吸而微数，其病在中焦，实也，当下之即愈；虚者不治。""病人脉浮者在前，其病在表；浮者在后，其病在里。"（《金匮要略·脏腑经络先后病脉证治第一》）"腹满时减，复如故，此为寒。"（《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》）"下利清谷，里寒外热……"等等。张仲景医书所体现的八纲辨证法成为后世进一步发展运用这一方法的基础。在唐代孙思邈的《千金方》、王焘的《外台秘要》诸书所引录的医药著作中，经常可以看到八纲辨证内容的具体运用。

北宋寇宗奭的《本草衍义》中提出治病先明八要，即虚、实、冷、热、邪、正、内、外，这与后世总结的八纲比较接近。明清时代，八纲辨证渐臻明确和完善。王执中的《东垣先生伤寒正脉》（1477）卷一指出："治病八字，虚实、阴阳、表里、寒热八字不分，杀人反掌。"方隅的《医林绳墨·伤寒》（1584）说："虽后世千方万论，终难违越矩度，然究其大要，无出乎表、里、虚、实、阴、阳、寒、热八者而已。"张三锡的《医学六要》（1609）中说："锡家世业医，致志三十余年，仅得古人治病大法有八：曰阴、曰阳、曰表、曰里、曰寒、曰热、曰虚、曰实，而气血痰火，尽该于中。"这均是关于八纲含义的明确论述。张景岳的《景岳全书·传忠录·阴阳篇》（1624）中指出："凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领。"同书"六变辨"中说："六变者，表里寒热虚实是也，是即医中之关键，明此六变，万病皆指诸掌矣。"并深入分析表里、寒热、虚实诸证，对八纲辨证更有进一步的阐发。

清代程钟龄将此八字作为纲领加以提倡，其著作《医学心悟》设有"寒热虚实表里阴阳辨"专章，云："病有总要，寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字而已，病情既不外此，则辨证之法，亦不出此。"并对表与里，寒与热，虚与实之鉴别，阐发极为精细。论治病之方，则以"汗、下、吐、和、消、清、温、补"八字尽之，八纲八法俱见。直接提及"八纲"两字是近代祝味菊的《伤寒质难》（1949）。如"退行期及恢复期篇第七"云："所谓八纲者，阴阳表里寒热虚实是也。"近代以来，八纲辨证遂被作中医辨证总纲，且被收入各种中医教科书。

六经辨证　究其渊源，始于《素问·热论》中的"三阳三阴分证"，即伤寒病按日传经，历经巨阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴脉，在该经脉循行部位出现相应症状。如谓："伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强"，"十二日厥阴病衰，囊纵，少腹微下，大气皆去，病日已矣。""治之各通其脉，病日衰已矣。其未满三日者，可汗而已，其满三日者，可泄而已。"此论对伤寒的传经规律，两感以及治疗原则已有概括。但六经只从经络而言，且仅论述了六经的热证，未论及六经的虚证寒证。

东汉末年张仲景的《伤寒杂病论》在《内经》的理论基础上，总结了汉代以前的医学成就。结合其本人的临床经验，创造性地运用六经辨证诊治伤寒，开辟了中医学六经辨证的独特篇章。《伤寒论》首先将外感热病的演变过程，根据病人正气的强弱，邪气盛衰，病势进退，病情深浅加以分析综合，归纳为六种证候类型（即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴病脉证），作为论治的依据。其治疗原则以及药剂的配伍方法，始终严密而系统地将理法方药一线贯联。六经辨证阐明病变演变的规律，除渗透八纲辨证之外，还涉及到经络、营卫、气血、三焦等辨证方法，开各种辨证的先河。

隋唐之六经辨证，由于医家多重视每一个病证的论述，对此并不十分强调。如隋代巢元方的《诸病源候论》七八两卷，分77候论伤寒，简明而切合临床实用。唐代

孙思邈的《千金方》论伤寒,重视以病统证、以证统法、统方。金、元、明、清时代对《伤寒论》的研究日益深入,六经辨证之学说也日趋精细,由于医家见解不同,对六经本质的理解和临床辨证方法出现了百家争鸣的局面。历代医家对六经实质的认识大体有:即以经络、脏腑、气化来解释六经,或把六经看作单纯的"证候分类"方法。由于这些争鸣都是从不同侧面来阐述六经相应的脏腑所表现的病理反应,无法强求统一,因而这些争论一直延续到现在。

脏腑辨证 起源于《内经》。《内经》脏腑学说虽有解剖学的基础,但主要以脏腑生理、病理立论,是脏腑辨证的基础。《素问·玉机真脏论》云:"脉盛、皮热、腹胀、前后不通、闷瞀,此谓五实。脉细、皮寒、少气、泄利前后,饮食不入,此谓五虚。"此是诊断五脏虚、实的病证的依据;《素问·刺热》云:"肝热病"、"心热病"、"脾热病"、"肺热病"、"肾热病",则将热病以脏腑区分。《素问·至真要大论》云:"诸风掉眩,皆属于肝,诸寒收引,皆属于肾……。"(即病机十九条)则包括了以五脏概属常见证候病机。《内经》还重视脏腑相互关系,从整体观出发,注意一脏有病波及它脏,如《素问·灵兰秘典论》云:"十二官者,不得相失","主不明则十二官危"就是一例。《素问·至真要大论》载:"谨守病机,各司其属。有者求之,无者求之,盛者责之,虚者责之,必先五胜,疏其气血,令其调达,而致和平。"是治则的确立。《难经》从四十八难至六十一难是专门论述病因、病机、病证的篇章,强调诊病结合脏腑,并以脏腑的生克关系来说明疾病的传变和判断其预后。

东汉张仲景的《金匮要略》,是对杂病进行脏腑辨证的经典著作。书中所载杂病,多属脏腑内伤疾病,兼包括外科、皮肤科、妇产科疾病,共40余种,集中地用脏腑病机指导辨证,根据脏腑之间的整体联系确定治疗方法,强调治疗未病的脏腑。提倡治病求本的精神,重视人体的正气盛衰。对方剂的运用,往往是一方治疗多病,充分体现了"异病同治"、"同病异治"的精神。本书理法方药齐备,后世誉为"医方之祖,治杂病之宗"。

约产生于六朝时代的托名华佗所著的《中藏经》中,首倡脏腑寒热虚实辨证论治。如《论肝脏虚实寒热生死顺逆脉证之法》云:"肝与胆为表里,足厥阴,少阳是其经也。……脉虚而弦,则为太过。病在外,太过则令人善忘,忽忽眩晕,实而微,则为不及;病在内,则令人胸胁胀满。大凡肝实引两胁下痛,喜怒;虚则如人将捕之……。"大体对每脏腑都作了类似的分析。此后,唐代孙思邈的《千金方》中的杂病是以脏腑类证,先论脉而后分虚实。宋初,王怀隐等编写的《太平圣惠方》,书中第三卷至第七卷,专论脏腑病证,综述本脏生理、病理、脉证、治法然后列证,钱乙的《小儿药证直诀》,根据小儿特点,从五脏寒热虚实辨证论治,对后世颇有影响。张元素著《脏腑标本寒热虚实用药式》。李杲著《内外伤辨惑论》、《脾胃论》重视后天脾胃。元代朱丹溪主相火,倡"阳常有余,阴常不足"论。赵献可辨证,重先天命门。王清任主辨气血,明脏腑,立方重祛瘀益气。魏之琇论滋肝阴等。皆各有所见,从各个角度充实了脏腑辨证论治的内容,使之日趋完备。

卫气营血辨证 主要根据温热病过程中的病变深浅层次及传变情况来确定。叶天士说:"温邪上受,首先犯肺,逆传心包。肺主气,属卫,心主血,属营。辨营卫气血,虽与伤寒同,若论治法,则与伤寒大异也。"又说:"卫之后,方言气;营之后,方言血。在卫汗之可也,到气才可清气。入营犹可透热转气,如犀角元参羚羊角等物;入血就恐耗血动血,直须凉血散血,如生地、丹皮、阿胶、赤芍等物。"这些原则,成为此后温病学辨证论治的纲领。

三焦辨证 吴鞠通在《温病条辨》中进一步总结了温热学说体系。他以分辨阴阳水火的理论为主导思想,体验到火能克金,而温热先伤上焦,便采用了三焦辨证纲领,以有别于伤寒六经分证。他所说的三焦,沿用《内经》中"三焦"之名,却未尽用其实。只取了《灵枢·营卫生会》三焦分部的意义,用以区分温病整个发展过程中的三个阶段。他依据温热病变的重心所在及其传变关系,划分上、中、下三焦三个阶段。吴鞠通说:"温病由口鼻而入,鼻气通于肺,口气通于胃。肺病逆传,则为心包;上焦病不治,则传中焦,胃与脾也。中焦病不治,即传下焦,肝与肾也。始上焦,终下焦。"其法更适用于温病中的温热性病变。与张仲景六经辨证有一纵一横之妙,与叶天士卫气营血辨证相得益彰。但是在三焦辨证中,实际也采用了分经辨证的某些方法,因而它与其他辨证方法并不对立,而是互相关联。根据以上温热辨证,后世温病学家不断补充完善,并发展了种种温病治法。

中医的辨证方法在近现代也有新的发展。辨证与辨病相结合,辨证理论与现代科学检验技术相结合,使辨证向客观化、标准化的方面发展,这一方法当前学术界正在不断探讨和完善之中。

服石、炼丹与中医药的发展

服石与炼丹是古代医学发展史上的一个侧面,它们是互相联系的。服石,指为了某一目的而服用某些矿石类药物。炼丹则是为追求长生不老、发财致富而对某些矿物药进行加工的过程。服石起源较早,战国时期至西汉,可能就有服石,但当时并未形成一种社会上普遍流行的风气,而是把矿物药用来治病。

魏晋以来,由于社会为动乱而产生"清谈"之风,玄学讲求清高,不谈政治,由此而逐渐风行服用矿物药,以求享乐长生,或作为美容及房中术之辅助物。当时常用之矿物药为紫石英、白石英、硫黄、钟乳石、赤石脂等5种,一般又称为五石散。据历史记载,服石后,人体感到发热、身痒、坐卧不安,甚则神志颠狂。由于身痒搔挠而发生皮肤破损和感染,导致痈疮发作,高热舌缩。这是中毒的症状,当时称为石发。由于服食后产生高热,一般均需

宽衣松带,寒食寒卧,因而又称"寒食散"。自魏尚书何晏倡服石以后,至南北朝为止,服石之风盛行,成为一股歪门邪道的颓废风气。死于服石者甚多,因服石而致残、病者亦复不少。这就形成了一类特殊的病证。即隋代《诸病源候论》中所载述的"解散诸候",书中列述了服五石散所引起的各种病证。在《隋书·经籍志》中,所载的解散方书多达10多种,可见在当时医学上所占的位置。这种病证及治疗对策,是医学发展史上的一个插曲,在两晋南北朝隋唐之后,由于服石的弊端及遗害,这种风气也就逐渐销声匿迹了。从客观上说,服石所致的疾病对医学提出一些新的要求,促使医家去钻研医学面临的问题,因而在某些方面(如外症)得到相应的发展。

炼丹也有类似的情况,尽管其主观意图是消极的,但它对医药的发展,对现代化学的发展,均在客观上产生了有利的影响。炼丹学著作起源较早,汉代已开始炼制黄金,东汉魏伯阳有《周易参同契》,是炼丹的专书。炼丹术的代表人物为东晋的葛洪与南朝的陶弘景。葛洪的《抱朴子·内篇》一书中,有专门的篇章记述炼丹。当时,炼丹家们所追求的是通过对某些物质(主要是矿物质)的加工,找到能服用以求得长生不老的神丹,以及发财致富的黄金。据调查,古代用于炼丹的原始物质有60多种,包括无机物与有机物如汞、硫、碳、锡、铜、金、银,还有氧化物如三仙丹、铅丹等,此外,丹砂、雄黄、盐、硝石、胆矾、钟乳石、云母以至酒、醋等有机溶剂,也都是常用的炼丹材料。

炼丹时,多数采用密封加温的方法提炼。通过炼丹,中国古代已经认识到一些化学变化的现象如氧化、还原、升华、可逆反应等等,也已经掌握了丹砂、硫黄,甚至黄金的溶解方法。由于炼丹,不仅导致黑色火药的发明这一科学史上的重大成就,也在医学上产生了不小的影响。如对汞合金的炼制,能制作出锡汞剂、金、银、铅等金属汞剂。后来,汞剂在唐代就应用于牙科的治疗。而铅丹的炼制,最终导致一些外用药如红升丹的制成,至今仍为外科常用药物。

炼丹术很早就传到国外,古代阿拉伯国家的炼丹术,明显的是受到中国炼丹术的影响的。他们所用的炼丹原料,有的还明确注出中国产的名称。Alchemy 一词,据考证是来自阿拉伯语 al - kimiya,而后者是中国南方方言中"金液"一词的转译,金液是中国古代炼丹术的主要内容。

麻醉术的发展

麻醉术的发展系指用于手术治疗时的麻醉方法的发展过程。中国医学家自觉运用麻醉术,进行外科手术已有3000年的历史。《列子·汤问》载:"鲁公扈、赵齐婴二人有疾,同请扁鹊求治……扁鹊遂饮二人毒酒,迷死三日,剖胸探心,易而置之,投以神药,既悟如初,二人辞归。"故事叙述了扁鹊运用含有麻醉药物的毒酒,而酒的本身也是一种麻醉药,使两人饮后迷死3日,可见其麻醉效果之大。术后投以神药,即悟如初,说明给予解剂促其醒悟,又可见不但已掌握了迷死3日的深度麻醉术,还有了术后促醒的解醒药。换心术颇有传奇色彩,但麻醉术已足以使人信服。2000多年前成书的外科专著《五十二病方》,是1973年从汉墓出土,未经任何人删节增补保存了原貌,该书明确记有:"人温酒一杯中而饮之……至不痛而止","醇酒盈一衷杯,入药中……已饮,有顷不痛。复痛,饮药如数"。止痛还使用了有麻醉作用的药物——毒堇(乌头),这是医学书籍用酒及乌头止痛的最早记载。止痛与麻醉术有着不可分的关系,对毒酒麻醉术记载的可信,也是一个有力的佐证。毒酒的毒可能就是毒堇类药物所浸泡之酒的一个名称。

华佗是中国公元2世纪著名的外科专家,他曾成功地进行了腹腔肿物摘除手术等。当时借以保证手术在无痛条件下施行的麻醉术,是"酒服麻沸散,即醉无所觉,因刳腹破背,抽割积聚"。这说明华佗麻醉术所用药物除酒之外,主要为麻沸散。麻沸散的组成已失传,但后人有认为其组成包括麻蕡(大麻),成曼陀罗花、草乌等。即不仅麻沸散本身具麻醉作用,单酒也是一种良好的麻醉剂。酒是中国医学家用以为外科手术麻醉的传统药剂。

晋唐时期的外科手术麻醉与前代没有多大差别。《太平广记》引《玉堂闲话》:"饮以乳香酒数升,则懵然无知,以利刀开其脑缝。"又《酉阳杂俎》载:"张饮以药酒,破肉,去碎骨一片……。"又蔺道人《理伤续断方》(9世纪中)的整骨药即麻醉药,常"用大乌头……温酒调下。如未觉,再添二分药,酒下"。这些记载虽然缺乏文献上的渊源关系,但从实际内容看,与春秋战国乃至秦汉的麻醉术一脉相承。

宋元以来,麻醉术有了新的发展,《扁鹊心书》首先应用曼陀罗花(山茄花)与火麻花组成睡圣散作为临床麻醉。并强调了成人与儿童的不同用量和效果指标。元代骨伤科专家危亦林的麻醉剂有草乌散等等,他强调:"整顿不得,先用麻药服,待其不识痛处,方可下手。或服后麻不倒,可加曼陀罗花及草乌五钱,用好酒调些少服。若其人如酒醉,即不可加药……切不可过多。""麻倒不识痛处,或用刀割开,或剪去骨锋者。""伤重者加曼陀罗花,每服二钱,好红酒调下,麻倒不识痛处,即可手术。"可知宋元时期的麻醉术较之前代已有所改进,不仅严格掌握安全用药,既要达到较理想的麻醉效果,"不识痛处"、"如酒醉"。又要防止过量发生中毒甚至危及生命,同时可以看出主要靠酒进行麻醉的传统做法正在改变。如有麻醉作用的植物药得到更多的重视。曼陀罗花广泛应用即反映了这种过渡。现代中药麻醉术的主药即曼陀罗花,实验研究证明,不但有着比较理想的麻醉效果,且对防止休克的发生等有着较明显的作用。

麻醉术的发展与外科手术的发展关系密切,为要保证外科手术特别是腹腔手术能在无痛条件下进行,麻醉

之是否成功是十分重要的。如果麻醉药毒性大则容易造成过量中毒死亡，那就无法谈及外科手术治疗的成效。如麻醉药的麻醉效果不好，病人痛觉不能消失，那就很难得到病人的合作，手术也很难做好。中国古代麻醉术未能继续发展的原因，除封建伦理等社会因素外，麻醉药安全有效用量之未得解决，外科手术的发展受到阻碍等，互为因果。

明清时期的麻醉术，由于上述因素的影响，特别在清代日趋衰退。不少外科医家激烈反对外科手术，麻醉术就更加失去了提高发展的可能，加之当时社会上，有用以为窃盗谋杀，政府不区别用途，明令禁售麻醉药，使麻醉术医疗应用受到很大的限制。明代的外科学家虽然不再有进行颅脑、腹腔等大手术的记载，但多数还积极倡导一些外科病必须外科手术予以治疗。因此，麻醉术在明代仍有一定的进步，除全身麻醉外，局部麻醉得到创造性发展。在全身麻醉术方面，与唐宋比较无多大改进。如李时珍的记述："曼陀罗花、火麻子花等分为末，热酒调服三钱，少顷昏昏如醉，割疮炙火，宜先服此，则不觉苦也。"张景岳记述："蒙汉，一名铁布衫，少服止痛，多服则蒙汉，方用闹羊花、川乌、自然铜、乳香、龙子……热酒调服，乘饮一醉，不片时浑身麻痹。"反映了明清时期全身麻醉的技术和用麻醉法的适应范围。

在局部麻醉方面，明清时期麻醉术开拓了一个新领域，就是外用擦、敷麻醉药以达到局部麻醉的效果。这一方法得到了较明显的发展，如明代王肯堂首用的局部麻药："川乌、草乌、南星、半夏、川椒为末调擦"，用于局部手术麻醉。清代朱翔宇在王肯堂麻药方的基础上，加用何首乌、烧盐、全蝎、白芷、细辛等，吹喉部作为喉部手术的麻醉。《华佗神医秘传》的"外敷麻药方"，也是在王肯堂麻药方的基础上加入荜拨、蟾酥等，用烧酒调敷作为粘膜和皮肤麻醉剂。《医宗金鉴》的"外敷麻药"强调药用"川乌尖、草乌尖、蟾酥、胡椒、生南星、生半夏、烧酒调敷，此药敷毒上，麻木任割不痛"。从以上四则不难看出其渊源关系，也可以说明其局麻在粘膜、疮上是确有一定麻醉效果的。

远在唐代薛用弱的《集异记》一书中，已描述了类似针刺麻醉进行鼻部肿瘤摘除术。19世纪吴亦鼎的《神灸经纶》载："预先以手指紧罩其穴处"的方法，进行了指压麻醉下的艾灸烧灼术。解放后针麻是在外科手术后针灸止痛效果较好的启发下用于临床麻醉的。1958—1959年间，中国西安、上海等地均有这一创造性实践，见于文献报道者则以西安为早，而取得较大成绩并推广全国者，上海的贡献为大。现在全国已积累了数以万计的各种手术应用针麻的统计资料，其原理研究已引起国外不少学者的兴趣，在国内外均取得一定的进展。除针麻临床和实验研究已得到普遍深入的应用和研究外，中药麻醉也取得了很大进展。内服洋金花等制剂不但可以获得比较理想的麻醉效果，而且其本身还有预防休克等作用，有着比较广阔的发展前途，现均在进一步研究中。

外治法的发展

"外治法"一般是系指除口服以外，经其他给药途径或施以非药物措施（包括施行手术），以达到治病与防病目的多种疗法的泛称。当前对外治法的概念，基本上不包括针灸、按摩及有关手法等在内。因其纯属外治，故中医治疗学又称为"外取"。由于外治法多具简、便、效的特点，自古以来就比较广泛地应用于内、外、妇、儿、五官各科临床，迄今仍在中医治疗学方面，占有重要地位。

从治疗学的发展史来看，外治法的起源甚早。从漫长的旧石器时代到新石器时代，古人类为了自身的生存与繁衍，在不断与大自然进行顽强拼搏的同时，还必须与毒蛇猛兽展开殊死的斗争；人类间为了某种原因，彼此间的相互格斗、厮杀也经常有所发生；加上古代卫生条件较差，所以各种形式的创伤或动物咬伤，肌肤疮疡的发生，是不可避免的；与此同时，人类尽管逐渐改变"茹毛饮血"的生活，用火"炮生为熟，以化腥臊"，但内科病的罹患亦在所难免。人类为了应付这种厄运和减轻因疾病所造成的痛苦，从不自觉到自觉采用了各种可能利用的方法，诸如用泥土、炭木灰外敷以止血；用揉按以止痛；用洗浴以消肿或止痒；用烘烤以发汗解肌的简单外治措施等。经过反复实践，逐渐积累了更有效的方法，这就是最早的外治法起源。像上述极为简单的外治法，在中国现存最早古医书《五十二病方》中仍残存可见。就外治法形式而言，是经过从简单到复杂，从低级到高级不断发展的结果。故外治法和其他学科的发生发展一样，是与劳动息息相关的。

由于考古学家的发现与努力，中国缺乏文字记载以前的历史，逐渐地变得清楚起来。例如作为外治法之一的"熨"字，金文写作"[illegible]"，像是把形物置于火上加热。说明以烧热的石块在身上熨烙以治疗疾病的方法。夏、商（殷）时期的文化有较大的进展，除甲骨卜辞所记录疾鼻、疾耳、疾齿、疾舌、疾身、疾足等疾病外，近人在殷墟甲骨中还发现癣、疣、疥等皮肤病的记载，据此推测当时必然有相应的外治方法。但是从整个医学发展规律来看，神权在殷人心目中仍是至高无上的，故在运用简单的外治法同时，祝由、符咒等仍是不可缺少，这一点在《五十二病方》的治疗中亦可见到。

周代的文化较之前代有了长足的进展，此时已出现最早的医学分科，从"疡医掌肿疡、溃疡之祝药劀杀之齐"的记载不难看出，当时不仅有了刮去脓血的外治方法，而且还有"注药于疮"的记载；《周礼》记载："凡疗疮，以五毒攻之"中的"五毒"，汉人郑玄注，是指用五种金石药所烧炼的外用药。说明在当时或者更早一些时候，已经应用具有化腐生肌的散药敷疮了，是文献中敷散的最早记载。《五十二病方》，是中国现存最早的古医书，其抄写年代早于秦汉。在包括内、外、妇、儿、五官在内的52种疾病中，

几乎全有外治，包括敷贴、洗渴、蒸气熏或烟熏、角法、割疮法等。值得注意的是，于敷贴法中已经有脂肪、酒、醋、乳汁、胆汁、水银等多种不同调和剂的敷药法；洗浴法中的"酒痈方"，其药味组成、适应证以及具体使用方法上，都与现代医学所用的硫酸镁溶液是一致的；于治疗脱肛所采用的体位疗法("倒悬其人")，兼以凉水溅其腹部，可谓是一项独具匠心的外治法，它对加速脱出直肠的还纳，可以取得一定效果，而且与该病的病理生理机转是符合的；利用角法以"唤痔"，然后再行结扎并切除的方法，是外治法又一贡献。总之，《五十二病方》的记载，代表了该历史时期的外治法水平，也为后世外治法的发展奠定了基础。据考，《山海经》一书的论述中，出自战国时期的就有14篇之多。该书虽以古代文化、地理、神话传说为主要内容，但医学方面的记载亦不少。如"黄藋浴之已疥"、"薰草佩之可已疠"等均属外治范畴，特别对痈、疽、疣、疥、癣、蟞、骚等病的治疗积累了许多外治经验。成书于这一历史阶段的《黄帝内经》，虽然很少记载外治的具体方法，但却在外治法的理论方面作了进一步阐述："内者内治，外者外治"以及"从内之外者，调其内；从外之内者，治其外"等辨证观，为外治法发展的理论基础。如口僻的治疗"以马膏膏其急者，以白酒和桂以涂其缓者……"，这是外治法辨证思想的具体体现，对后世外治法的应用与发展以深远的影响。

秦汉时期的外治法，集中地体现于《伤寒杂病论》与《武威汉代医简》中。张仲景在"勤求古训、博采众方"的基础上，创造性地把外治法应用到内科病等方面，这是有异于此前医家最明显之处。他所创用的"蜜煎导法"是中医文献中最早的外治通便法，适用于丙气虚便秘而不宜攻下者，而猪胆汁灌肠法则用于体实大便秘结者，两者辨证不同，方法迥异；对于妇人常见下部湿热病，又倡用"坐药"；对于尸厥无法经口正常投药者，又发明经鼻腔或舌下给药途径，再一次为外治法的运用提供新的经验。《武威汉代医简》中的外治法突出地表现是进一步完善了软膏剂的制作并继续应用"膏摩法"，后一用法与《伤寒杂病论》是一致的；于患喉病者以"口噙法"；于目疾者则以滴眼法；于鼻病者则用塞鼻法等。尽管方法不多，但若与《伤寒杂病论》互参，则足以反映汉代的外治法的进展情况。

晋唐时期是中医医方发展比较突出的阶段，外治法亦然。此时外治法的特点是表现于急症的应用上，如葛洪《肘后备急方》在《内经》治疗腹水方法的基础上创用"在脐下二寸，入腹数分令水出"的安全部位排放腹水的方法；为了防止狂犬病的发生，又首次提出"先嗍去恶血"然后"杀所咬犬，取脑傅之，后不复发"的外治方法，后者是被动免疫思想在古代的体现；此外，《肘后备急方》还沿用并发展了各种敷贴法、洗溻法、涂擦法、嗜鼻法、熏法、浴药法、滴耳法、塞法、枕法、吹芦法、取嚏法、发泡疗法、蒜泥疗法等多种外治法。成书于晋末《刘涓子鬼遗方》是现存较早的外科、金疮专书。疡科的外治方面与《肘后备急方》所载大同小异，但有其自己的特点，例如对外伤性肠管脱出的治疗，刘氏首次记载了"颠簸"法以促使脱出肠管的还纳，当今中西医结合治疗肠扭转所用的"颠簸"疗法，就是借鉴于这一治疗思想。虽然早在《神农本草经》中便载有磁石疗法，但作为外治方法则见于这一历史阶段，用以治疗痈肿、鼠瘘、颈核、喉痛等症(《名医别录》)，直至明代李时珍《本草纲目》才对磁石治病作了比较详尽的记述。《诸病源候论》虽是记述病因病候的专著，但于外治法方面也有一些涉及，从"金疮肠断候"中所记载的缝合法、血管结扎法以及清创法。拔取病牙方法中，也能反映出当时的外治水平，盛唐时期的外治法主要收录于《千金要方》、《千金翼方》及《外台秘要》之中，虽多沿用古法，但亦有相应发展。例如孙思邈用鹿筋泡软成团线系以提取咽部、食管异物的方法；烧烙止血的方法；以葱管插入尿道的"导法"；后者在当时虽不够成熟，但它却反映了古人在这种外治法上的大胆尝试。对于所谓"胞转"的治疗，《外台秘要》记载了一种使病人"倒立"以达到排尿目的外治法，如尿不通是由石淋所致者，则有可能收到预期效果，这是继《五十二病方》之后运用体位变动治病的又一记载。用水蛭吸吮脓血的外治法，较早见于《本草拾遗》，宋代发展为"蜞针法"，并沿用很久，直到明代汪机发现并记录了一例因用水蛭吸吮而致死的病例后，这一疗法才逐渐少用。外用"针角法"在此前文献中虽有记载，但关于其适应证与禁忌证的论述甚少，孙思邈继《肘后备急方》之后作了进一步分析，从而为减少因滥用针角法可能出现的不良后果做出了贡献。疡科外用纸捻的引流(古作"紝")法较早地见于《千金翼方》，表明"虹吸"引流的现象早为人所理解，自"五代"以后则更多地用于外科临床，它对疡科深部脓肿或软组织漏道的治疗，都发挥过重要的治疗作用。

宋金元时代的医学突出地表现在医学理论以及方剂学的大发展，所以在外治法方面相对地处于停滞阶段。尽管如此，我们仍可在文献中看到有特殊意义的外治方法。如《杨氏家藏方》、《朱氏集验方》所记述的竹管"搓滚"法对改善和加速伤后肢体运动障碍的恢复，可以收到预期的效果；是书所创用"柳竹帘"夹缚固定法，较之唐代所用的"杉木片"，更具有优越性。这一时期在"紝"的使用上扩展到肛门漏管的治疗上，从而出现了枯痔与脱管的萌芽。《太平圣惠方》、《圣济总录》也收有大量外治方法。从宋代文献所记述的炼刀、小刀、竹刀、钩刀等不难看到，外科手术仍比较广泛应用着。金元四家的争鸣对中医学术的发展起到积极作用，然诸家多侧重于理论方面的研究，唯张子和在外治法方面有所发挥，对水疝的治疗创用以"漏针"法；对狐疝的治疗又发明了"钩铃"。前者所用的器械与今之"穿刺针"原理相似，后者与今之"疝带"具有相同效用，充分显示张氏于外治法上的创新精神。此外，对误吞异物的取出，发明了"鬅鬙"加小钩的套出法，为异物取出增添了新措施。《外科精义》的最大贡

献在于把疡科的脉因证治更加系统化与理论化，旨在扭转当时专攻外治而忽视内治的倾向。但是，该书对行之有效的砭镰、贴熻、溻浸、针烙、追蚀等外治方法，从实践到理论做了进一步论述，从而增强了外治法的理论认识。此时在锭剂的使用上又别有新见，主张"以银作细筒子一个长三寸许，随针下至疮痛处"，这种用套针形式插锭法对确保直达病所而又不损伤周围组织的用法，具有实际意义。

明代医学在外治法方面仍有所发展。如赵宜真在《秘传外科方》中所提倡的脱管法与枯痔法；陈实功在《外科正宗》中以唤痔、护痔、洗痔、枯痔、熏痔、脱管、结扎、挂线等一整套行之有效的外治法的创用等，把肛门常见病的治疗推向新的阶段。此外，陈氏还发明用止血带以止血；用多头带以缚疮；以"煮竹筒法"吸出脓血；用光照法或滴耳法引虫出耳；用"铁丝、蜡丸"（乌龙针）法下推治疗咽部异物；用"绞窄"法切除鼻息肉；以及有关外科小手术等都属中医外治法的范畴。《外科正宗》里所记载的大量的多种外用药剂型的临床应用，足以代表明代在疡科方面的外治水平。

清代，特别是所谓"乾嘉盛世"时期，大型类书的纂辑、个人丛刊、经典著作的注释、温病及其他临床各科著述，如雨后春笋般地相继问世，其中外治法很多，但多散在而不够集中。此时外治法的特点是，逐渐超越外科范围而向其他各科领域方面发展，就连《幼幼集成》中也附录不少外治法。值得注意的是，《串雅外编》的外治法内容相当丰富，有28门、593条之多，包括禁药门、起死门、保生门、奇药门、针法门、灸法门、熏法门、贴法门、蒸法门、熏法门、洗法门、熨法门、吸法门、杂法门、取虫门等。并涉及到内、外、妇、儿、五官各科急、慢性病证的治疗，从而把一向认为是"医中之小道"的外治法，赋予了新的生命，也为此后外治法的发展打下很好的基础。清末论外治法专书之最者，莫过于吴尚先所撰的《理瀹骈文》，吴氏溶古人外治经验与其本人的临床实践于一炉，为外治法的研究与发展，做出巨大的贡献。过去有人称《理瀹骈文》为"膏药专书"，而实际远远超出于此，是书除着重记述各种膏药外，尚有水疗、热疗、取嚏嚏、敷贴、括痧、缠缚、填塞、枕睡、佩挂、口噙、撒布、洗溻、拍法、箍围、夹握、擦摩、发泡、泥疗、蜡疗等多种外治方法。尤其难能可贵的是，他首次把内治理论具体地应用在外治法中，从而把外治法的经验推向新的高度，故后人称其为"外治法的宗师"是可以理解的。继《理瀹骈文》之后（晚4年刊出）又一有影响的外治专书，当推《外治寿世方初编》，邹氏鉴于有些外治法不仅可以作为急救使用，且有的效果往往可以超出内治法，故再次广为收录民间外治经验约8 000余言汇成此书。全书有一半以上的内容是针对内、妇、儿、五官各科杂病，它基本上没有超出《理瀹骈文》的范围，唯选方不同，初步统计约收载2 300余首外治方。

中医学的外治法经过长期的反复实践，不断地从低级向高级发展，适应证亦不断扩大，有些内容迄今仍为临床所应用。如醋蒸气吸入预防流感；大蒜、芒硝外敷腹部治疗急性阑尾炎；"坐药"之用于慢性盆腔炎或前列腺炎；外熏法治疗神经性皮炎或慢性湿疹；膏药用治哮喘；磁疗用于高血压、冠心病、神经痛；竹管疗法用于关节痛、神经痛；以及泥疗、蜡疗用于骨与关节炎的治疗，特别是"脐疗"近年进展较快，有关脐疗的文献学研究、临床观察、脐疗专著，相继涌现，展示了可喜的前景等等，都是借鉴于中医学中的外治法，经过不断地丰富、发展所取得的成果，为外治法的提高与发展，做出了贡献。因此，广泛收集，系统整理，深入研究切实可行的外治法，实属必要，从而使外治法和其他医疗方法一样，为保障人民的健康做出应有的贡献。

急救术的发展

古代以"急救、救急、拯急、救卒"等名词作为书名的书籍甚多，但其内容往往有不属于急救者。现在所说急救，指人们在突发急病或遭受伤害时为抢救生命、改善病况和预防并发症所采取的紧急医疗救护措施。中国古代在急救方面有许多丰富的经验，尤其是通过手法或借助器物进行急救，多获良效。

人工呼吸法 公元3世纪，中国著名医学家张仲景，在急救自缢的病人时，创造性地应用了人工呼吸的方法。他强调急救时要：徐徐抱住自缢者，轻轻放下，不可断绳造成自缢者掉下，然后妥善安放床上仰卧。一人以脚踏其两肩，以手挽其发；一人以手按其胸上，作一压一松运动；一人持其两臂作屈伸运动，一人持两腿作屈伸运动。若自缢者已僵，可以渐渐强制使其作屈伸运动，并按压其腹部。这样抢救约1小时，气从口出，呼吸恢复，眼睛睁开。这时还要继续施行上述人工呼吸法，医者不可因苦劳而懈怠。再等须臾，可给予桂汤、粥清含之，令喉润，渐渐能咽，方可停止。同时还介绍了用两管吹耳的方法，并说明这种方法也是最好的，用之急救无不成功。

这种人工呼吸抢救法到晋唐时期有了进一步的改进。葛洪的《肘后救卒方》在上述方法的基础上，改按压胸腹呼吸法为"塞两鼻孔，以芦管内其口中至咽，令人嘘之，有顷其腹中袭袭转，或是通气也……"。姚僧垣的《集验方》又加改进，强调："仰卧，以物塞两耳，以两竹筒内死人鼻中，使两人痛吹之。塞口傍无令气得出。半日，所死人即噫噫，勿复吹也。"这些人工呼吸急救术在当时医学家的著作中得到广泛的记载和应用。除《金匮要略》、《肘后救卒方》外，《甲乙经》、《诸病源候论》、《千金方》、《外台秘要》等，均作了较详的论述。

休克的急救 休克在中国医籍中有许多名称，如尸厥、卒死、脱气、昏沉、昏绝等。《内经》在论述由于不恰当针刺的问题时，叙述了"脱气"、"尸厥"、"烦闷"等，并指出"针过其日数则脱气"；"五络俱竭，令人身脉皆动，而形无

知也，其状若尸，或曰尸厥”。脱气是一种轻型的休克，尸厥则是休克之严重者。其急救方法与扁鹊治虢太子的尸厥一致，有针灸、按摩、热熨和吹耳等方法。晋代葛洪等在抢救卒死时，强调了保温的重要。他们应用铜器、瓦器盛热汤或茅草火，隔衣熨贴腹上，冷则易以热汤，显然是很有科学道理的。元代危亦林强调了骨折、脱臼整复或骨科手术中剧烈疼痛引致的休克(昏沉)，他还出色地“用盐汤或盐水与服立醒”的方法进行救治，这对恢复体内电解质平衡和纠正脱水显然是很有意义的。也正是能获“立醒”效果的科学依据。17世纪初，中国蒙族医学家绰尔济抢救身中30余箭，昏绝欲死的都统武拜，置患者于剖开的驼腹内，得到“顷刻间苏醒”效果，或记载用牛腹腔急救战伤休克者，在有关蒙族医疗救急文献记述上是很丰富的，此术是古战场急救休克的一种很杰出的贡献。

急救溺死 晋代葛洪的《肘后救卒方》和南北朝时期陈延之的《小品方》等关于急救溺死病人的方法和技术，至今也并非完全失去了意义。《外台秘要》说：“肘后疗溺死一宿者尚可活方：取瓮倾之，以死者伏瓮上，令口临瓮口，燃以芦火二七把，烧瓮中当死人心下，令烟出，小人死者鼻口中，鼻口中水出尽则活，芦尽更益为之，取活而止。常以手候死人身及瓮，勿令甚热。冬天当令火气能使死人心下得暖。若卒无瓮，可就岸穿地，令如瓮烧之令暖，乃以死人著上。亦可用车毂为之，当勿隐其腹，乃令得低头，使水出。并熬灰数斛以粉身，湿即易。”《小品方》疗溺死若身尚暖者方：“掘地作坑，中熬灰数斛，内坑中，下死人覆灰，湿彻即易之，勿令灰热焙㶿人，冷即易之，半日即活。”这些急救法是很有科学道理的。

损伤缝合术 这种急救手术有着悠久的历史，远在1000多年前已达到了相当高的水平，在缝合线的选择上，也逐步由桑白皮线发展到丝线，明代还应用银丝线作为战伤骨折缝合用线。以下仅举数例说明：

肠断裂缝合术 610年，巢元方的《诸病源候论》在论述有关创伤救治时，强调了肠断裂若一断端不见者不可救。若两断端可见者即可缝合。并较详细地讲了缝合的步骤、方法和要求，强调肠吻合要通畅，不可漏气等，包括术后饮食护理等方面的要求均较明确，其腹壁的分层缝合要求尤为具体。元代危亦林创救肠断裂的手术缝合也明确要求“肠及肚皮破者，用花蕊石散敷线上，轻用手从上缝之，莫令粪出。用清油撚活(按摩使肠管恢复蠕动)，放入肚内”，“肚皮裂开者，用麻缕为线或捶桑白皮为线，须用从里重缝肚皮，不可缝外重皮。留外皮开，用药掺，待生肉”。

气管缝合术 有因战伤或自杀刎颈而致气管断裂者，中国外科学家在16世纪初已有出色的缝合术记载。明代王肯堂叙述说：“凡割喉者，以丝线先缝内喉管，却缝外颈皮，用封口药涂敷，七、八日接住肉，剪去线。”又一位明代著名外科学家陈实功在《外科正宗》中作了更确切的描述。他说：“自刎者，乃迅速之变，须救在早，迟则额冷气绝，必难救矣。初刎时，气未绝，身未冷，急用丝线缝合刀口。……高枕，使刀口不开，外再用绢条，围裹三转，针线缝之。”

落耳缝合术 明清外科学家类似再植术者有多处，如耳被打落的缝合再植，鼻被打落的缝合再植，指、趾断落的再植，以及阴茎的断裂缝合再植等均有记载。从所描述来看，这些并非是没有根据的空想，很可能还有过成功的案例。王肯堂的《外科准绳》明确记载：“凡耳打落，有一端尚连者，即以鹅翎、竹夹子缚定。缚时要两耳相对，轻缚住。缺耳先用麻药涂之，却以剪刀剪去外些皮，即以绢线缝合，作两截缝合”等。

止血术 是外伤急救的重要组成部分。止血术对大出血之是否有效，直接关系到病人的生命。

烧烙止血 烧烙用于外科手术(本身即可达到止血效果)，远在秦汉前已相当普遍，但作为自觉止血的手段则较晚。孙思邈在论述“牙齿涌血出”的治疗时强调：“烧钉赤，炷血孔中即止。”《外台秘要》引《养生论》也有“便烧铁篦烙之”的记载。严用和的《济生方》中：“稽大夫治内翰痈疮，初发如莲花痔，根小垂大，治以勾刀决断其根，以烧铁器令赤七八，烙之以止血。”这是烧烙止血用于外科手术的最早记录。烧烙止血以其效果可靠的优点得到不断的发展，器械也有所改进。申斗垣的《外科启玄》运用烧烙止血术于肿瘤摘除术中的出血，并设计制造了烧烙止血的专门器具银烙匙，也是用金制成者，当时外科医家强调：“不拘金、银打成烙铁，每用艾火燃烧通红，乘热烫患上，再燃再烫”。

结扎止血 具有历史意义的创造性贡献是《诸病源候论》中记载的血管结扎术。巢元方在该书中描述腹腔大网膜切除手术时指出：“若肠腹膶从创出……膶下不留，安定不烦，喘息如故，但疮痛者，当以生丝缕系绝其血脉，当令一宿，乃可截之，勿闭其口，膏稍导之。”这是中国腹腔外科手术中运用血管结扎术以止血的最早最明确的记录。此外，危亦林在急救一般外伤出血时，还强调了“在伤处以帛子(绷带)扎之血止”，“皮裂开以桑白皮线缝合”等止血方法。明代外科专家陈实功也强调：“刀刃所伤，或磁锋割损，深者筋(血管)断，血飞不住。治宜如圣金刀散掺伤处，纸盖绢扎血即止”。这种方法之应用是最普遍的一种。止血药和压迫止血等不在此叙述。

异物剔除术 有以下两方面：

咽喉异物剔除术 本术历史悠久，而且所设计的器具和方法也很丰富。葛洪《肘后救卒方》对误吞钗、针哽于咽喉而不出，使用了口含磁石的办法。他说：“今吞针哽在喉中，若含磁石口中，或吸针出耳。”明代汪机改进了葛洪的方法，对“误吞针，用磁石如枣核大，磨令光，钻一孔，用线穿含之，针自口出”这样就可以使磁石更接近针而吸出，并不至于造成磁石再哽塞咽喉。清代赵濂曰：“铁针入肉，以大吸铁石吸之，立出”，是该术的继续。

咽喉食道异物之剔除术所用器械和方法是多种多样

的，除上所述外，还有琥珀珠巧取误吞渔钩术。《外台秘要》记载了4—5世纪时一位和尚用琥珀珠巧取一患者误吞渔钩的急症，其术是以琥珀珠"贯著钩绳，推令前入，至钩所，又复推，以牵引出矣"。这种急救措施在1000多年前是十分高明的。又如乌龙针剔除咽喉异物的急救术，唐代孙思邈救治异物哽塞咽喉的急症时，设计制造的，其方法是用鹿筋条揉作团球状物以线网之，另一头留在口外，令病人将鹿筋团吞下，使铁针异物入团内以提出。明代陈实功改制的乌龙针与孙氏的鹿筋团在指导思想上是一致的，而制作水平和治疗效果则有明显的提高，陈氏指出："乌龙针治骨哽于咽下难出者，用细铁丝烧软，双头处用黄蜡作丸龙眼大，裹铁丝头上，外用丝绵裹之，推入咽内哽骨处，其骨自然顺下矣，不下再推"，"误吞针刺哽咽疼痛者，用乱麻筋一团，搓龙眼大，以线穿系，留线头在外，汤湿，急吞下咽，顷刻扯出，其针头必刺入麻中同出。如不中，再吞再扯，以出为度。"又如钩取咽占钱术。即不慎误吞古钱人咽的急救术。13世纪初，张戴人（字子和）精心设计了一种医疗器械，以抢救古铜钱入咽不得出的患者。"一小儿误吞一钱，在咽中不下，诸医皆不能取，亦不能下，戴人熟思之，忽得一策，以净白表纸，令卷如箸，以刀纵横乱割其端，作鬅鬙之状，又别取一箸，缚针钩于其端，令不可脱，先下咽中，轻提轻抑，一探之，觉钩入钱窍，然后以纸卷纳人咽中，与钩尖相抵，觉钩尖入纸卷之端，不碍肌肉，提之而出"。这种设计的特点是套管式，并藏钩于管内，使之既能钩钱眼剔除异物，却不会钩伤食管或咽壁，这种设计已有了食管镜的雏形。

创伤内异物剔除术　《诸病源候论》说："若碎骨不去，令人痛烦，脓血不绝"，"骨破碎者，须令箭镞出，仍应除碎骨尽，乃傅药，不尔疮永不合"，"金疮有永不瘥者，……其疮内有破骨……缺刃、竹刺、久而不出，令疮不愈，喜出青汁，当破出之，疮则愈。"

肛门闭锁急救术　肛门闭锁亦称锁肛，是一种先天性畸形，若不予以紧急处理，一定会造成患儿的死亡。因此，在一定意义上讲，也可算作一种急救术。明代王肯堂曾用金簪通透法急救。他强调："凡初生儿不大便，若用按摩导引，而仍不通者，即是肛门内合，当以物透而通之，金簪为上，须刺入二寸许，以苏合香丸纳入金簪所透之孔中，粪出为快"。其后，清代顾世澄进一步发展了这一急救手术，认为"小儿初生，谷道不通，有一种内有薄膜遮住胎粪，不能大便，通之胎粪自利，可生；有一种肛门长皮，并无窍眼者，惟有用金刀割开，胎粪自利，亦可生者。必须知觉早，方能有效。若迟延胸腹胀突，面色青白，不能吮乳者不治"。

导尿术　导尿对于尿闭者亦应为急救之一种，因为完全的尿闭对患者生命之安危也是十分紧迫的。葱叶导尿是唐代医家孙思邈的一大发明，指导他作出这一重大发明的思想，可能是他对人体泌尿系解剖知识的了解，也可能是从已遗《救急方》的启示。该书记有："取印成盐七颗，捣筛作末，用青葱叶尖盛盐末，开便孔内叶小头于中吹之，令盐末入孔即通，非常之效。"我们再看孙氏如何作了进一步的关键改进，孙思邈《千金要方》强调："凡尿不在胞中，如胞屈僻，津液不通。以葱叶除尖头，内阴茎孔中深三寸，微用口吹之，胞胀，津液大通，便愈。"其论述显然有不尽正确之处，但不能不算作现代导尿管和导尿术发明之嚆矢。

中国法医学的发展

法医学是应用医学、生物学、化学和其他自然科学的理论和技术，研究并解决政法实践中有关医学问题，为侦查审判案件提供资料和证据的一门学科。其内容包括勘验现场，检验活体或尸体，证物和毒物以及审查其他有关法医方面的材料等。中国古籍《礼记》和《吕氏春秋》中记载了先秦时期每年孟秋之月，国家要求审理刑事案件的理官须"瞻伤、察创、视折、审断、决狱讼，必端平"。瞻、察、视、审，"即后世检验之法也，而其法不传"。而1975年湖北省云梦县睡虎地出土的秦简——《云梦秦简》，记载了秦统一后及其以前有关法医学的内容。

《云梦秦简》中的"封诊式"是世界上最早的刑侦技术书籍，所载的22个案例中有7个是法医学方面的。案例记录格式包括报案因由、检验记录、结论等，与现代法医学鉴定书相类似。涉及到他杀、缢死、外伤、首级、斗殴引起流产和麻风病等法医检验案例，反映了当时已有了关于手、足、膝、血、工具等痕迹的勘验。缢死案中对绳索的性质、走行特点、悬挂情况，缢死者的舌出、二便失禁、有叹息声等描述甚详。另外还记载了有关损伤性状、衣服伤与肉体伤的关系、凶器的推定，自杀和他杀特征的鉴别。与此同时，法医组织也相应地建立并逐渐健全起来，在县级有了主司活体、损伤、疾病、尸体检验和现场勘验的令史，有法医和从事辅助劳动的隶妾、隶臣。秦法规定，凡非正常死亡，必须告官府进行尸检，否则，要给死者的妻、子或其主人以处罚。这说明，在距今2000多年前，中国法医学已基本形成体系。

汉承秦制，可是汉律九章已佚失，然而其基本思想却被唐律继承下来。东汉蔡邕对《礼记·月令》中关于伤、创、折、断的概念作了较科学的解释："皮曰伤、肉曰创、骨曰折、骨肉皆绝曰断。"汉唐时期的医家、哲学家和史学家，对当时有关法医学的知识，在案例上有一定的论述和记载。散见于《汉书》、《后汉书》、《论衡》、《伤寒杂病论》、《诸病源候论》、《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》等书中。

《唐律》中规定："诸诈病及死、伤受使检验不实者，各依所欺减一等；若实病、死及伤不以实验者，以故入人罪论。"《唐律》以"见血"为损伤的定义被法医长期宗从。将成伤物体分为手足、他物与兵刃，以损伤程度、凶器性质定其刑罪。对诈病、自残、中毒、毒品、医疗事故等处理也

有一系列具体规定

五代时期的和凝(897—955)编撰成《疑狱集》,这是中国古代第一部以名人折狱案例汇集而成的刑侦书,涉及到有关法医学的内容。该书后经其子和㠓(950—995)补充整理,于北宋初印行。

宋代是法医学体系及其组织相对完善,不断健全的时期。中央有刑部、大理寺分管司法,地方各级长官兼理司法。并设有提点刑狱官,协助转运使,处理司法。《宋刑统》承袭《唐律》,进一步规定了检验官的职责,对失职的处罚。还规定:凡死亡当时无近亲在旁的,应差官检验;囚徒及非理致死者并应复验;病死者,人证属实,可以免检。自五代至北宋,官府对检尸文件逐渐重视。宋徽宗宣和六年(1124)规定:"限当日具验状(鉴定书)申所属,仍于状内分明书填验毕申发时日。"若逾期不报者,"杖一百科罪"。验状是审判杀人案件的依据,又有助于尸亲辨证无名尸体的作用,宋慈的《洗冤集录》中专设"验状说"一节。南宋郑兴裔作为提刑官,有鉴于郡县忽视法医检验,致使"冤枉不明,狱讼滋繁"的情况,创制《验尸格目》,于孝宗淳熙元年(1174)颁布。其内容相当于检验官吏报告赴检情况和执行检验制度的保证书,以杜绝失职情况的发生。嘉定四年(1211)颁布了《检验正背人形图》,是中国最早的尸图。书中曰:检验官司于伤损之处,依样朱红书画横斜曲直。仍于检验之时,喝唱伤痕,令罪人共同观看所画图本。众无异词,然后著押。则吏奸难行,愚民易晓。"有益于检验质量的提高。

宋代法医学著作的不断问世,是当时法医学发展的重要标志之一。《内恕录》现佚失,法医书,宋慈曾参考过此书,但作者与书的详细内容失考。《检验法》是较《洗冤集录》为早的一部法医书,无作者名与卷数,被收录在《遂初堂书目·刑法类》中。

南宋宋慈的《洗冤集录》,是一部承前启后法医书,内容包括宋代关检尸的法令,检尸的方法与注意事项,尸体现象,各种机械窒息死,各种钝器损伤、锐器伤,交通事故,高温致死,中毒,病死与急死,尸体发掘等。现代法医学正是在《洗冤集录》开创的基础上逐渐发展起来的。因为该书包括了现代法医学中心内容的大部,系统地阐述了法医学的尸体检验方法与各种死亡情况的实例。赵逸斋的《平冤录》,是以《洗冤集录》为蓝本编辑而成的,刊该于宋元间,现佚失。

刑侦书所载内容,与法医学有密切的关系,在宋代三部著名的刑侦书中,记载了不少法医案例,从一个侧面反映了法医学的成就。

《疑狱集》辑录了宋初以前有关治狱之道、折狱之法和检验经验的史料,可藉此来了解那时的刑侦技术和法医学成就。

《折狱龟鉴》为南宋郑克在《疑狱集》基础上增益改编而成,全书20门,每门条目多少不一,每条目录仿照《晏子春秋》体例,举其纲要,从目录便可知其内容大意。如"子产闻妇人哭知其有奸"等。许多条目之末,附有郑克的按语,将各种治狱经验加以比较分析,上升到理论。郑氏主张案情与求迹(物证、伤证)是折狱的基础。该书的学术思想和经验技术,对中国和日本的法医学与刑侦学的发展产生了重要的影响。

《棠阴比事》为南宋桂万荣所撰,初编于嘉定元年(1208),刊于嘉定四年(1211)。桂氏自序说:"遂于暇日,取和鲁公父子《疑狱集》,参以开封郑公《折狱龟鉴》,比事属辞,联成七十二韵,号曰《棠阴比事》。"书名出典于昔周召公在棠阴树下听讼决狱的故事。该书曾风行于朝鲜和日本,有多种版本。

宋代的《齐东野语》、《避暑录话》等史料笔记,《圣济总录》等医药书籍中记载了有关毒物及其中毒的法医学知识和案例。

元贞三年(1297)颁布的《儒吏考试程式》是世界法医史上最早的结案式。全文收载于《元典章》中,它是元朝政府规定上报民刑案件结论的通式,用来招考儒吏,以达文案之统一。全文24部分,计118条,与法医有关的是尸、伤、病、物四部分,共53条。"尸",相当于尸体检验;"伤"、"病",相当于活体检查;"物",相当物证检查。所以说《儒吏考试程式》第一次把法医学的三大组成部分有机地统一起来。在阐述生理、解剖、病因、病机等方面与中医学理论完全相通。至大元年(1308)王与根据《洗冤集录》、《平冤录》、《儒吏考试程式》及元代的检验制度和自己的经验撰成的《无冤录》问世。该书保存了元代及其以前有关法医学的许多内容和检验法令,纠正了前人的错误,考证了"滴骨验亲法"的历史。该书还流传到朝鲜和日本,成为朝、日古代法医学检验的指导性著作。

元代的法医检验制度基本上沿袭宋代,为了防止检复迟慢,特将《洗冤集录》中"四时变动"一文作为"检尸体式"发布,若过期尸坏,检验官应受刑事处分。元代还颁发"检尸式"、"检尸法式"、"检验法令"、"初复检验体式",这在外表尸体检验方面有指导作用。元代对毒药的管制很严,禁止买卖毒药,违令者受杖刑并罚款。

明清时期,在法医文献整理方面做了大量工作,一方面刊印《洗冤集录》、《无冤录》等,另一方面编撰新的法医书。明代王肯堂《大明律附例笺释》中所附的《洗冤录》30条、《检验尸伤指南附医救死伤法》各1卷,王明德《洗冤录及洗冤录补》2卷、陈芳生撰《洗冤集说》8卷、黄六鸿撰《福惠全书》32卷、郎廷栋撰《洗冤汇编》、国拙斋撰《洗冤录备考》、郎锦麒辑《检验合参与检验集证》、乐理莹撰《宝鉴篇补注》等。对《洗冤集录》进行研究、注解、补正、考稽者还有10余家。

明清时期法医学成就有:3种确定死亡新法(通鼻无嚏、勒指不红、遍身如冰)的发现(吕坤,1593),缢死者舌骨大角骨折的发现(国拙斋,1777),扼死者3种扼痕:指甲伤、指头伤、虎口叉伤的发现(郎锦麒,1829)。根据损伤的深浅、参差、排连等性状鉴别自刎与他杀割颈(姚德

像,1832)。枪创的射入口、射出口大小以及散弹创与射击距离的关系(国拙斋、李观澜),鸡奸的形态特征(郎锦麒),人畜骨的形态鉴别(李观澜),鸦片中毒假死例报告与假死机制分析(阮其新,1832),以僵硬(尸僵)、变色(尸斑)作为确定真死的依据(阮其新)。

明清时期的检验制度、检尸文件,基本上沿袭元代,清代后来还颁布了尸格与尸图。《大明令》、《大清律例》对检验程序、检验官吏的职责、免检、保辜等做了详细规定。

从明代开始,中国法医学著作在朝鲜、日本传播。羊角山叟重刊本《无冤录》(1384)首先传至朝鲜,由崔致云等音注而成为《新注无冤录》(1440),继由具宅奎结合《校正本洗冤录》加以增删训注(1744),其子具允明重订于1796年刊出,名《增修无冤录》。徐有邻用谚文(朝鲜文)翻译,又名《增修无冤录谚解》(1792)。此书被列为朝鲜司法官吏必修的课目,沿用400年之久。大约在日本德川时代,《新注无冤录》传入日本。河合甚兵卫源尚久译有《无冤录述》(1768),后经再版,于1891年更名为《变死伤检视必携无冤录述》。在此前后传入日本的法医书中,以《无冤录》的影响为最大。鸦片战争前后,《洗冤集录》在欧洲传播较有影响,法国有节译本(1779),Martin 译本(1882),荷兰有 Grijs 译本(1862),英国有 Giles 译本(1873),另外还有美、德等文版。

中国古代的法医学,有许多辉煌的成就,不少领域长期占据领先地位,对东西方法医学的发展产生了重大的影响。可是由于封建制度禁锢,科技水平的限制,把古代法医学仅仅局限在直观的进行外表检查的范围内,并且发展迟缓,未能及时完成向现代法医学的转变,从辛亥革命以后,近现代法医学便替代了传统的法医学。然而保存下来的古代法医学典籍,记载了许多宝贵的学术经验、方法技术,仍可资借鉴、研究整理,这是中医药文化的贵宝遗产。

中国军事医学的发展

军事医学的发展系指研究为军队服务的医疗卫生和保健机构发展的过程。由于军队所处的特殊环境,它与一般医学有一定的区别。

远古至西周(公元前770年以前) 是军事医学的萌芽时期。在中国的社会发展史上,进入渔猎社会,发明了弓矢,而用来从事渔猎和对敌斗争。疾字《说文》作𤕫,像人受矢伤卧在床板上;甲骨文作𠆥,释作像人腋下中矢,因此,可以说中国在使用弓矢为兵器时,就有了救护伤病员的活动。

夏代军队中为防范敌人在水中投放毒药,专门设置管理和开凿军井的官员,《周礼·夏官》中的挈壶氏就是这类官员。商周农业有了较大的发展。《尚书》中的糗粮就是用麦豆之类的粮食煮熟捣粉,制成干粮,既可久储,又保持了粮食的营养。军粮多采用糗粮。

春秋至秦汉(公元前770—公元220年) 是军事医学的形成时期。春秋战国时代诸侯国相互兼并,战争频仍,战国时著名军事家孙膑在"行军篇"中说:"军中无疾,是谓必胜",说明防治军中疾病的重要意义。在军医制度中《周礼·天官》记载有疡医下士8人,掌肿疡、溃疡、金疮、折伤。其中就包括军医官在内。吕望的《六韬》中提到军中有:"方士三人,主百药以治金疮,以痊万病"。《墨子·号令篇》指出:在与敌人作战时,当地富有人家应腾出部分房屋充作军用,或用来安置重伤的士兵,组成临时病院,给以医药和酒肉,并派员巡视,病愈即造册上报,以便归队。《通典》等文献中有官员巡视伤病员疗养的制度;对失职的医护人员处罚的规定;还有对伤病员愈后不归队私逃、装病、自残者诛之的严厉的军令记载。《吴越春秋》中曾提到越王勾践在伐吴前,向士兵讲话时说:"士有疾病不能随军从兵者,吾予其医药。给其糜粥,与之共食。"等朴素的医疗救护制度和规定。

秦汉时代为抵御北方民族进犯,加强屯戍边防的军队,从《居延汉简》的记载中可知在西北边防军队中备有战救药品和专掌医药的军医,并且已略具驻屯医院雏形。西汉时曾有掌管军队医药的官员,据《汉官》载:置官医卫士81人。后方传染病隔离医院创始于东汉延熹五年(162),皇甫规征陇右时军中发生传染病流行,他把患病的士兵隔离起来,安置在临时指定的房屋里,给予医药。由于兵器的改进,金疮、折伤成为战争中普遍的伤害,止血包扎法随之有所发展。汉代普遍使用地黄于伤科,治内出血和绞伤。《本草拾遗》记有刘邦曾用"斫合子"作为军中医治金疮的药物。《居延汉简》中还有预防冻伤的"发寒散"等医方。防治眼被烟火熏伤则有用醋之类的方药。《五十二病方》中对刀伤、金伤、箭伤及外伤引起的化脓性感染、破伤风等并发症已有了相当的认识和处理方法。当时已用燔发(头发灰)止血,对伤口处理已采取了煎药冲洗,如用黄芩、续断、乌头等煎取汁湿敷,消除瘀血缓解疼痛;用膏剂外涂保护创面。并且当时对战地救护依伤员外伤的轻重,作出不同的安排,《汉书·李陵传》记有"连战,士卒中矢伤,三创者载辇,两创者将车,一创者持兵战"的具体规定。

晋到五代(265—1127) 是军事医学的发展时期。晋代军医有太医校尉、太医司马和金疮医,前两者可能是军医官、金疮医或就是外科军医。随着战术的发展,而有了汤火所伤的方药,在晋代葛洪的《肘后方》、姚僧垣的《集验方》中都有记载。对处理涂有毒药的箭头所伤,则《小品方》中有用雄黄涂敷创口法和《刘涓子鬼遗方》中的用"蓝子散"内服解毒的方药。在《后周书》中并载有姚僧垣同其子曾担任过北周武帝宇文邕军医工作,于军次治愈武帝睢目(眼睑下垂)症。

隋唐时唐初中央最高军事机构中置天策上将军府,有功曹、参军2人兼管全国军队医药工作。地方政府也

有功曹、司曹负责医药行政。此外,因地方上平均3府才有1名医生,故而各地方的医学除担负医学教育和地方医疗外,也担任地方部队的医疗工作。这时军中仍有方士担任医药工作,《太平御览》载开元间(713—741)赵蕤叙述军中有"方士三人,主为医药,以全伤病人"。唐代制定了比较完善的巡视和护理制度。军中每营置检校病儿官,专门负责每日巡查伤病士兵,依病情安排治疗和后送,遇有新病人或危重病人,必须报告总管,令医生巡营,给以适当的治疗。而且要求军中军校,每3天必须巡行本军部士兵营房,检查他们的生活起居及患病士兵的医疗情况,对死亡者抚恤,负伤者随伤势程度给予赏赐。战伤救护中有傔人(类似看护)和缚辇(担架)的应用;对救护伤病员规定:能行走的伤病员给傔人1名,病重不能行的加给驴1头,不能乘骑的,则给驴2头,傔人2人缚辇运送。唐律中还颁布有对伤病员医药救护失职者的处罚细则。医疗救护工作从法律上加以保证,较前代大有发展和改进。唐代实行府兵制,征兵入伍已有了类似体验的规定,以身披铠甲而仍能战斗者为应征的标准。

五代时军队置有专门的军医掌医药,《五代会要》记载,后唐清泰三年(936),末帝李从珂对和凝奏的诏命中首次用"军医"的名称。这一时期在军事医学组织方面逐渐健全,有了比较完善的医疗制度和规定,战伤救护方面也有改进和发展。

宋至鸦片战争前(960—1840) 是军事医学的成熟时期。宋代军医也由翰林医官院掌管医药和治疗。太医局除担负医学教育外,也兼管军队医疗。此制自宋相沿至清末。地方部队和边防部队中置有军医,掌医药;驻京师部队中的医疗工作主要由太医局上舍生和内舍生担任,太医局的医官仅只在发生流行病,临时担任京师军民的医疗。在疾病流行季节,常由太医局发给各军药品,疫情严重时,派医官前去治疗。此外,皇帝常派遣使臣对各路军官宣谕赐药,作为定例。军医的名额与军队士兵人数,据许洞《虎钤经》载:"人医须二十以上,以兵数增之。"的记载可知当时已有了一定的比例,但仍不敷使用。徽宗靖康元年(1126)北方州郡在金人大举进攻下,地多失陷,溃散伤兵疲泄道路,赵将之在磁州(今河北省磁县)首先创立医药院,对他们收管医治,创立地方性军医院。

在金疮治疗方面较前有所发展,许洞在《虎钤经》中总结了金疮"八忌"、"九不治"和"四绝症"的治疗经验。这说明当时在处理金疮时,对其证候的识别和治法有了一定的水平。治疗金疮内漏《虎钤经》中多用虻虫、桃仁、大黄、水蛭、童子便等峻烈散血逐瘀之品,改变了自汉以来使用地黄治内伤出血的传统;又有用桑白皮以缝补兵器伤害腹部,皮内断裂的记载。冻伤也是军中常见的疾病,这时对冻伤的部位和原因有了具体而正确的认识,如《虎钤经》提到"士卒涉水踏冰,蒙犯霜雪风寒,一切凌冻所苦,或失于饮食,肌体虚劳,故头目手足皲瘃也"。又对于水质和水源以及其环境的优劣都极注意,并提出具体鉴别方法和五"勿食"(即死水、上源有敌者、水流而不能定其无毒者、水多粪草者、水上有人畜尸体者),否则非死即病;还有用胶质以澄清混浊的井泉水的方法。宋代在军事外科医学和部队卫生防疫方面都有了很大的发展。

金代对应征者的身体素质和技艺都有了具体要求,按规定的身高、臂力和武功等标准录取。元代军队中士兵患病,除令医工对症治疗外,还选派人员增设贡领官,专掌看治病兵的工作,病愈后才许重返原职。在考核时,按病死的士兵多少,定司病官的责罚轻重。元代初年开始出现近似兵站医院的"安乐堂",收容过路伤兵使之有憩息疗养之所。但安乐堂没有作为一种制度发展下去,元王朝覆灭后安乐堂随之消灭。元成宗大德元年(1297)以后,对伤病和死亡的军人提出了抚恤的规定。

明代仍沿袭历代由太医院随时派遣军医到军中的办法,且在京军、内地或边防卫所军中都设有正式的军医编制和固定名额,内地卫所还必需有司药和兽医。边防卫所遇有缺乏医药的地方,由总兵官等呈请派遣。军队的医疗工作亦定出制度,如对病兵的治疗、死者的处理、新伤病员的申报手续、太医院差遣去军中的医士的出差待遇、失职人员的责罚以及水源的保护等都有了具体规定。据《明实录》载,军队的药物由国家免费供给,军中设有管理药料的官员。军中有惠军药局设置,由精通业务的医士在药局工作。这在中国军医史上是一大改革。明代在边防卫所中设立医学,由太医院派遣医官、医士,教授军士学习医术,以解决军医缺乏的问题。郑和在1405—1433年先后7次远航东南亚一带,随船除有官校、勇士而外,还带有众多军医,这是中国最早的海军军医记录。养济院是各地官立的养老机关,收容无依靠的病残老人,诏令年老及残废无嗣的军人于养济院收养,但是到仁宗时(1425)养济院已名存实亡。

宋元以后火药使用渐广,有人把火药与毒药混合制成杀伤武器,既可使敌人灼伤,还可中毒而死。明初兵书中已有火药神效方,治疗这种灼伤的记载。这是中国军医史上治疗火药灼伤最早的记载。《明史·五行志》曾有由于火药炸伤人,遍体赤烂,被浸在臭酱、白酒等液体中,得以救活的记载。

鸦片战争(1840)前清代沿袭明代制度,军医仍由太医院派遣。军队中的医生没有固定名额,遇有军士患病,大多是临时奏请派遣。据《东华录》记载,自乾隆迄光绪朝,一般高级将领伤病,如病势轻或军情紧,则派遣御医或医官前往在营调治,或转送后方医治;病势严重者,则给假回家或来京医治。至于士兵仅在夏季或疫病流行时,由太医院配发时症药物。如有伤病士兵,战时在营调养,战后则遣返休养。当时军中无固定的军医,一旦疫疠发生,常造成军士大量死亡。自明末以来西洋大炮输入后,军医对近代火器伤还没有确切的疗法,仍不出过去治疗金疮用内服、外敷的方法。

近代军事医学的发展（1840年以后） 中日战争(1894)后，清廷仿照德国军制建立了新军，军事医学、军医制度也随之有了很大的改革。光绪三十三年(1907)在陆军、海军部下设军医司，司内设卫生、医务两科。禁卫军设军医科，标设副军医官，队设军医长。成立海、陆军医学堂及随军医院。如北洋医学堂(1893)于天津成立，1913年由北京政府海军部管理改名海军医学校，1930年停办。北洋军医学堂(1902)在天津开办，1915年迁北京，是中国最早的一所陆军军医学校。此后，又在广东设立了陆军、海军医学堂(1909)，从而中国开始有了西式的专门培养军医的学校，但教育权都掌握在外籍教员手中，充分反映了半封建半殖民地的依附性。光绪三十一年(1906)在广东相继成立了随营医院和随营军医学堂，聘日本医学士1人充任总教习及医院诊察长，另雇助手1人，药剂师1人作为副手。新军成立不久，清廷即告崩溃，新建起的军医制度，也没有发挥多大作用。辛亥革命后，临时政府陆军部下设军医司掌理医药，后来形成军阀割据局面，军阀在各自部队中设有简陋的军医院、军医或卫生队等，没有统一的军医体制。北伐战争(1927)后才逐渐形成一定的管理体制，有了各级军医院，团有卫生队或医务所。

民国时期南京政府，在军政部下设有军医署（军中最高行政管理部门）、各集团军、各战区、各军师（旅）设军医处，掌管军医工作。1946年改由新建立的联合勤务总部掌管。在医疗机构方面，有陆军总医院和军师（旅）的野战医院，后方医院和兵站医院则随着各地部队多少和分布相应配置。各级医院分科较粗，临床按大科分设，辅助科也很粗略。司药（药剂）人员大多未受过专业训练。药品医疗器械由各补给区或供应局（卫生处组）供应所辖部队。军医正规教育较早有北京陆军医学堂，北伐后迁南京名为中央陆军军医学校（大学性质），1938年迁贵州安顺，并在西安、昆明设有分校。专业设置主要是医疗和药学，设有研究部、大学部和专科部。研究部培训师资学制3年，大学部设医、药、牙3科，专科部设医、药两学组，招收在职人员毕业后回原单位。抗日战争胜利后于1946年陆军军医学校迁往上海江湾并与卫生人员训练所合并改为国防医学院，1948年迁台湾。由于民国时期政府不重视士兵的伤病痛苦，军事医学没有多大的发展。

中国工农红军时期，自1928年建军之日起就在井冈山上建设了红军医院，组织起卫生工作队伍，采用民间单方和草药治疗伤病员。1930年赣东北特区率先创办了卫生学校。1931年开办了中央红色看护学校。傅连暲任校长。1932年中国工农红军军医学校成立，贺诚兼任校长，后由中央革命军事委员会总卫生部分配工作。经过长征到达延安，1940年改称八路军医科大学，毛泽东曾为医大题词："救死扶伤，实行革命人道主义。"此外，又建立了医药干部学校。到长征开始时，已经训练出约300名医药护理人员。1932年后，工农红军的各级卫生组织和机构，初步形成起来，连队有卫生人员、团有卫生长、师以上设保健科，中央设总军医处（后改为总卫生部），颁布了全军卫生法规。在医院的组织系统方面，有总医院、医院，医院下设卫生所。

抗日战争时期，1938年八路军129师卫生部部长钱信忠奉命组建医生训练队，1940年在它的基础上成立129师卫生学校，不久改称18集团野战卫生部卫生学校，后又改称晋冀鲁豫军区医科专门学校。华中、苏北也相继成立了卫生学校。新四军军医学校于1945年在淮南成立，校长宫乃泉。医疗救护工作有了很大提高。各个医院一般都建立了正规制度。在医疗技术上进行了许多改革，如在创伤处理方面强调了消毒和无毒的原则，采用了早期施行扩创术和石膏封闭疗法。积极推行液体补充，积极预防破伤风等现代战争的治疗原则。在救护工作方面，开始提倡在火线上战士互相帮助抢救包扎的"互救普包"办法。在卫生防疫工作方面，总卫生部曾提出了"预防第一"的口号，使战士都养成了注意卫生的良好习惯。当时药品器材的来源，是从敌占区和大后方采买，从敌人缴获和自己生产三方面解决。当时在各个抗日民主根据地，也都建立了培养各级医务干部的学校，有的采取短期训练和短期轮训的办法培养。

解放战争时期，为了使卫生工作适应战争初期时大规模运动战的要求，组织了许多机动性医院，跟随部队行动，担任收容伤病员任务。当时救护工作不但大力提倡"互救普包"方法，而且又在连队设立了卫生战士，每连1名，后来每连二三名，作为卫生员的助手。同时在后送工作方面，也组织了"转运站"、"收转医院"、"随军担架队"和"快速担架队"。1947年中国人民解放军转为大兵团阵地战，这时的医疗技术水平有了很大提高，化学疗法（磺胺药）已普遍使用，对重伤员的输血一般也开展了，创伤的脓毒感染和破伤风发病率都大为减少，伤员的愈合归队率达到70%。这时期更普遍地开展了短期的干部训练工作。药材供应也有了新发展，在山东和东北建立了规模较大的军药器材厂，一般外科器材都能制造。

中医古代医学教育的发展

系指中国在清代(1911)以前的中医医学教育的发展概况。在两晋南北朝以前，中国还没有专门的医学教育机构。医学教育一般是通过师徒家传或私塾学习，个别授受。古代的名医，大多是跟随老师个人学习的，如扁鹊随长桑君、张仲景随张伯祖、淳于意随公乘阳庆学习医学，都是著名的例子。

《唐六典》载："晋代以上手医子弟代习者，令助教部教之。"说明晋代即有正式的医学教育。南北朝时期，于443年开始设置"医学"，培养医生。北魏有太医博士及太医助教的设置，南齐也在太常之下设保医学两人，这些显然都是为医学教育而设的。可惜历史记载简略，难于

稽考。隋代正式设立了医学教育机构太医署,属门下省管辖。《唐六典》载:署内设太医署令2人,太医丞1人,还有医监、医正等。署内分医科、按摩科、咒禁科,各有博士2人教授学生,并有助教2人辅佐,还有药园师、主药、药监等,负责有关药物教学。连学生在内,总人数达数百人。唐代继隋制,也设立了太医署。根据《唐六典》、《新唐书·百官志》等有关典籍的记载,唐太医署是一所制度较健全,分科和分工明确的医学教育机构,同时还兼负有对宫庭人员的医疗责任。

在人员设置方面,太医署由太常寺管辖,下设太医令、太医丞各2人,分别为从七品上及八品下官衔,主管全署工作。另设府2人,史4人,掌固4人,管理行政业务,还有医监4人,医正8人,专管教学业务。主药8人,药童24人,则是配制和管理药材业务的人员。在教学机构方面,太医署内设医学及药学两部分机构。

医学机构共分4个科,即医科、针科、按摩科及咒禁科,各部门中师生员工人员数先后有所不同,如隋太医署医师200人,医生120人,按摩师120人,按摩生100人等,唐太医署则有削减,但其他科又有增加者,即使是唐太医署也不是一成不变的,现以唐贞观中之人员情况列下表:

分科	职			称			
	博士	助教	师	工	生	典学	小计
医 科	1	1	20	100	40	2	164
针 科	1	1	10	20	20		52
按摩科	1		4	16	15		36
咒禁科	1		2	8	10		21
小 计	4	2	36	144	85	2	273

医科是4科中最大的一科,培养除去针灸及按摩以外的绝大部分临床医生。内设有体疗、疮肿、少小、耳目口齿和角法等课程,其修业年限分别为7、5、5、4、3年。其中体疗相当于内科,疮肿相当于外科,少小相当于小儿科,耳目口齿相当于耳、鼻、喉、眼、口腔科,角法相当于某些外治疗法。这些内科的学生中,有一半是体疗科的,其修业年限为7年。所有的学生都先学习中医的经典著作《素问》、《神农本草经》、《脉经》、《甲乙经》等,然后才分科学习。

太医署内的药学部分有师生员工共52人,其中府2人,史4人,掌管行政及文书等。另有主药8人,药童24人,管理药学方面的具体业务。此外,招收16—20岁的青年8人为药园生。另在京师辟有面积约3顷的药园,作为种植药材的实验园地,并在全国各出产药材的地区设置采药师1名,负责搜集当地出产的药材。太医署制定有严格的考核制度。每月、季、年均有考核。月试由博士主持,季试由太医令、丞主持,年试则由太常寺卿或少卿总考。考生按考试成绩优异或仅及格等不同水平,予以录用,分别授予医师、医正、医工或医人等职称。如果毕业考试连续两年均不及格,则予除名。太医署中还设有医疗部门,并附设药库,专为宫庭人员服务。唐太医署设立于624年,是当时世界上规模最大,也是最完备的医学校。可惜到中唐以后,太医署就逐渐衰落下去。五代时惟后唐清泰年间(934—935)于太医署和诸道置医学,设有医学博士。

唐代除中央的太医署外,还在地方一级设医学,包括京都学(京兆、河南、太原)、都督府学(大、中、小)及州学(上、中、下),各学均设医学博士及助教各1人(下州学无助教),学生数因各书记载略有不同,从10人至30人不等。

宋代把太医署改为太医局,恢复了一度中断的医学教育,但太医局是专门负责医学教育,不管卫生行政事务的机构。太医局有时隶属太常寺,有时则又改属国子监,其教师则从翰林院遴选。其下设大方脉科、小方脉科、风科、眼耳科、疮肿兼折疡科、产科、口齿兼咽喉科、针灸、金镞兼书禁等共9科。宋神宗时期,王安石实行变法,与其他教育一样,医学教育也实行"三舍法",即分为上舍、内舍、外舍3类,全部学生仍为300人,其中上舍40人,内舍60人,外舍200人,科目则仍旧为9科。后来曾一度扩大为13科,即在9科的基础上把针灸科分为针科、灸科;口齿咽喉科分设为口齿科及咽喉科;疮肿及伤折金疮、书禁亦分别设独立科目,另增设耳科。这就使学生得以理论联系实际,提高了教学的质量。其学习的课程包括《内经·素问》、《难经》、《神农本草经》、《伤寒论》、《金匮要略》、《诸病源候论》、《太平圣惠方》等。考试内容分六类,即墨义(指理论基础)、脉义(脉学)、大义(脏腑及天文地理、天人相应等内容)、论方(方药的制定与配伍)、假令(根据所见的症候制定治疗方剂医物)、运气(五运六气等内容),全校学生共300人。除太医局外,各路府各州县也都分别设医学,由教授传授学生,但各路医学的设立均流于形式,在封建社会成了升官晋爵的阶梯,为太医局及其他封建官僚机构选取官员。至南宋末,州路等医学已形同虚设。

元代,改太医局为太医院,主要掌管宫庭上层统治阶级的医疗保健事宜,另设医学选举司,掌管医学教育之行政事务,并把宋代的13科合并为大方脉杂医科、小方脉科、风科、产科兼妇人杂病、眼科、口齿兼咽喉科、针灸科、疮肿及祝由书禁科,另又设有正骨兼金镞科。地方虽也仿宋制设医学,但所起作用不大。

明代扩大为13科(大方脉、妇人、伤寒、小方脉、针灸、口齿、咽喉、眼、疮疡、接骨、金镞、祝由、按摩),学生由医户中选录。地方医学则于府设正科,州设典科、县设训科。清代减13科为11科(即增设痘疹科,去金镞、祝由、按摩科)。道光年间曾取消针灸、痘疹,口齿咽喉合而为一,共7科。医学教育在广大民间则仍以师徒形式个别进行。这种形式仍然是主要的培养形式。清末,开始出现近代医学堂。

中医医学院校的发展

中国古代的医学教育历史悠久，唐代以来，官方的太医署(局或院)都曾担负过医学教育的任务。地方府州县也有不少医学正科、典科和训科，培养医学人才。近代中医为了求得生存和发展，在许多中医志士仁人的努力下，建立了一批中医学校。这些学校汲取了近代教育的一些办学经验，并借鉴了西医学校的某些办学方式，但是，绝大多数中医学校为了发展中医，在艰难困苦的历程中闯出了一条中医教育的自立之路。近代中医教育的发展史，是近代中医为谋求立身世界医林并进一步得到发展的抗争史中的篇章之一。前辈们为现代中医教育事业提供了师资人才和办学经验，为其发展奠定了坚实的基础。

近代中医学校创办历史最早的是利济医学堂。该校由温州名医陈虬创办于光绪十一年(1885)，地点为浙江温州。从该校的组织和管理、课程设置及制度来看，这是一所名副其实的现代意义的中医学校。为了使课堂教学和临床实践紧密结合，该校又开办利济医院。它有一系列的教材，有自己的刊物(《利济学堂报》)。所编教材突出了古代医学经典著作的学习和中医理论的探求(如《利济元经》等讲义)，但又不像旧式中医带徒的取原著习诵。讲义中利用表格等形式，讲论中医理论和临床各科的主要内容，使之深入浅出，易于教授和学习接受。该校的体育课，以中医导引为主要内容也是颇富特色的。为了探讨医学与天文历算的关系，该校编有《医历表》、《医历问答》等教材，并要求学员昼占风，夜测候。此外，该校还设置了国文、历史、音韵等课程，以提高学员的文史水平。陈虬自任校长兼主讲习。陈葆善、池志徵等积极参与教学活动。学校有严格的考试制度及作息制度。受封建时代的影响，这个学校的师生一律按字号确定世系(类似家谱)，它的办学宗旨体现在为排世系而拟的十六字上："道济群生，泽衍万世，津梁广启，执圣立权。"该校持续了10余年之久，培养学生300多人。师生们并为扑灭温州地区的疫疾发挥了很大的作用，显示了办学成效。

进入本世纪后，在上海、绍兴、北京等地陆续出现了一些中医学校，但有以介绍西医知识为主(如1910年丁福保举办的函授新医学讲习社等)，或者中西医并举，以会通中西为目标(如镇江自新医学堂，1910年袁桂生创办)，但也有的中医学校始终将发展中医作为首务。在清末筹建，并一直在地方绵延不绝地得到发展的中医学校是广州医学求益社(1906)，由广东南海罗熙如、黎棣初等创办。1912年改名广州医学卫生社。由此而衍生的有广东医学实习馆(1916—1924)，为罗熙如主办；广东中医教员养成所(1917—1920)，为陈月樵主办。广东光汉中医学校也是以广州医学卫生社为基地建立起来的(1924)，由伍铨萃、赖际熙先后担任校长。该校创办人多为前清进士儒史，文化水平甚高，在教材编写方面颇有特点。现在广东中山图书馆及广东中医学院仍保存有该校多种讲义，其课程设置已接近于现代中医学院。辛亥革命以后至抗日战争爆发之前的20多年中，近代中医学校名称及类型繁多达80余所。但办校时间长短不一，卓有成效者为数很少。这种多而不盛的畸形现象是民国时期政府歧视中医，对中医采取高压政策的产物。

1913年上海神州医药总会等中医学术团体组织"医药救亡请愿团"，进京向北洋政府争取中医办学校的合法权力，得到全国十九个省的支持，获得了初步的成效，出现一批影响较大的中医学校(如上海中医专门学校等)。但是民国时期政府并没有真正给予中医以支持，相反采取了一系列压制中医、消灭中医的措施。余云岫等人是对中医抱有严重偏见甚至是敌视态度的一些西医人士，不仅在中西医学术论争中攻击中医，并且企图借助行政力量废止中医。1929年民国时期政府召开第一次中央卫生委员会议，通过了余云岫等人提出的"废止旧医以扫除医事卫生之障碍案"，其中包括禁止成立中医学校。这一提案遭到了全国中医激烈的反对，使该案未获准施行。此后，民国时期政府有关机构又连续发布了一些歧视中医的法令，将中医学校一律改称"中医传习所"就是其中的一条。民国时期政府的倒退逆行，激起广大中医的无比愤慨。各地的中医志士冲破重重阻碍，又建立了一批各种类型的中医学校，为挽救和发展中医进行了不懈的斗争。

在这段时间内，影响最大的是丁甘仁等人创立的上海中医专门学校。该校1915年即在北洋政府备案，1917年正式开办，谢观为首任校长。谢氏有着丰富的办学经验，为该校兴旺发达作出了贡献。1926年丁甘仁逝世，其孙丁济万等继续坚持办学。1931年改名上海中医学院，一直延续到抗战以后。主办者医学素养很深，早期执教者有曹颖甫、丁福保、陆渊雷、祝味菊等名医。该校为中医培养了很多人材，对中医学术发展和反对民国时期政府迫害中医发挥了很大的作用。该校早期毕业生丁济万、陈存仁、秦伯未、章次公、程门雪、黄文东等人皆为近现代中医的中坚。其中不少人为中华人民共和国成立之后的中医教育事业发挥了骨干作用。在浙江，以朱成璈(阆仙)创办的私立朱氏中国医药学校影响较大。朱成璈为嘉定黄墙名医，1916年建校，朱氏弟子张山雷操办校务工作。1918年朱成璈病故，该校停办。张山雷于次年赴浙江兰溪，任浙江兰溪中医专门学校教务处主任，为该校编写讲义10余种，培养了一大批中医人材。张山雷在1934年逝世以前，一直在该校为中医教育奋斗，是近代卓有贡献的中医教育家。

早期中医学校绝大多数都是民间办学，极少得到官方的支持。1919年山西中医改进研究会创办医学专门学校，曾从地方政府处获得资助。该校早期以"注重中医、兼授西医，以期发明中医理论，改进中国医学，俾能成为一有系统之科学"为宗旨。但在1933年以后，该校即

变成了西医学校。但杨如候、时逸人等在该校培养中医方面也作出过很大的贡献。20 年代建立的中医学校有 10 余所。1924 年郑守谦在长沙建立明道医校，学生思想比较活跃，自办学术刊物，名医任应秋等曾就学于这一学校。而在这一时期创立的广东中医药专门学校是办学时间延续最久的中医学校。该校由广州药业八行、香港药业三会及广东中药界创办。1913 年开始筹建，1924 年正式开学，学制五年，课程 30 门，由卢乃潼、陈任枚先后担任校长。周仲房、冯霖若、李植之、谭颖才、潘诗宪等也在 1936—1949 年陆续主持过校务。中华人民共和国成立之后，由罗元恺任最后一任校长，至 1955 年 8 月止，共有 21 届毕业生(571 人)，连同曾学课艺于该校者共计 893 人。在该校基础上建立的广州中医学院(1956)，是中华人民共和国成立之后，国家成立的第一批中医院校之一。

这一时期出现了颇有影响的函授中医专门学校。其创办人为武进名医恽铁樵，他矢志发扬中医，曾在上海诸中医学校讲学。1925 年举办函授，编写了一系列函授讲义(20 种)，遥从弟子几遍布全国。该校虽只办了两年多，但影响甚大。1926 年丁甘仁、夏应堂等又创办上海女子中医专科学校，别具一格，1929 年并人上海中医专门学校。1928 年，近代名医张锡纯，在天津创办国医函授学校，对近代中医教育也很有贡献。

北京的中医学校在 20 年代末陆续建立。萧龙友、孔伯华于 1929 年即创办北京医药学校，后又在此基础上建立北平国医学院。1932 年施今墨等人又筹建华北国医学院。迄建国为止，培养了数百名中医人才。30 年代以后，各省中医学校陆续创办，如四川高等国医学校(1930)、私立福州中医专门学校(1931)、福建仙游国医学校(1932)、香港中华国医学校(1933)、湖北国医专科学校(1933)、江西中医专门学校(1933)、厦门国医专科学校(1934)、广东省立国医学院(1935)、广西省立南宁高级中医职业学校(1940)、湖南国医专门学校……。

抗日战争爆发后，中医教育遭到摧残，许多中医学校相继停办。近代中医学校在内忧外患的情况下，艰难地寻求生存和发展。由于得不到政府的支持，一些中医学校在规模、设置等方面受到限制，甚至时办时停。为了筹集办学资金，不少人慨然解囊，甚至变买家产，以图维持学校基本费用。他们不畏艰难困苦，自编教材，尽一切努力发扬中医理论，扩大社会影响，最重要的是培养了中国近代第一批院校系统教育的中医人才，这些学生在中华人民共和国成立之后有许多均成为各地中医学院教学骨干。他们的办学经验也为现代中医教育发展提供了最直接的借鉴，为现代中医院校的建立和发展奠定了坚实的基础。

中华人民共和国成立之后，在中医政策的关怀下，中医院校得到了前所未有的发展。1954 年 10 月 12 日，《人民日报》发表了“贯彻对待中医的正确政策”的文章，强调要团结中西医，共同做好发扬祖国医学遗产的工作。在大多数省市成立了中医进修学校或进修班。以此为基础，1956 年成立了第一批中医学院，即北京中医学院、上海中医学院、成都中医学院和广州中医学院等 4 所。到 1965 年以前，全国已有了 22 所中医学院。为了提高教学水平，卫生部于 1963、1964 年先后在庐山、合肥召开了全国中医教材编审会议，到 1965 年，已经会议审定出版了中医学院试用教材重订本 18 种，形成了中国中医历史上第一次全国统编教材，为中医院校的教学和系统整理中医学术，完善中医学教学体系作出了重大的贡献。到 1983 年，全国中医学院发展到 24 所，并在各地建立了一些中等中医专科学校，各地还举办了中医函授和业余学校，各种形式的进修班等，形成了中医教育空前的繁盛局面。回顾近 30 年来的中医教育，成绩是很可观的，展望将来，中医院校必将有一个更大的发展，必将为振兴中医发挥巨大的作用。

中医学刊物的发展

中医学刊物是系指有关中医药学的定期或不定期的继续出版物，是中医药学界进行学术交流的重要工具。中医药期刊出现于近现代，据统计，截至 1949 年 10 月以前，中国的中医药期刊约有 400 余种。清代长洲唐大烈主编的《吴医汇讲》11 卷，(1792—1801)，其编辑大旨是“奥词显义，统为求教，长篇短节，并曰无拘”，内容已包括有当时 41 位作者的 94 篇文稿，所叙有内、外、妇、儿各科及历代医家论述，经义诠释，随诊笔记，读书方法，药物真伪鉴定等。从编例及内容而言，《吴医汇讲》可以说是近现代中医药期刊的雏形。其次为光绪二十三年(1897)瑞安陈虬主办的“利济堂学报”。

中医药期刊开始较多出现是在辛亥革命(1911)前后。现知较早的中医药期刊有上海医学公报社蔡小香等所编的《医学报》(创刊于 1904 年 4 月)，神州医药学会绍兴分会何廉臣等所编的《绍兴医药学报》(1908 年 6 月)，广州梁慎余等所编的《医学卫生报》(1908 年 7 月)，宁波徐友函等所编的《卫生杂志》(1911)，神州医药书报社余伯陶等编的《神州医药学报》(1913 年 5 月)等。当时的中医药期刊反映了中医药学界锐意革新的思潮，在内容上则中西兼备，在研究探讨中医学术的同时，对西医学知识也多有介绍。这一时期比较著名的中医期刊编撰者有蔡小香、丁甘仁、周雪樵、王问樵、梁慎余、唐乃安、袁桂生、顾宾秋、丁福保、何廉臣、裘吉生、曹炳章、徐友函、余伯陶、包识生等。

“五四运动”前后，到抗日战争以前，随着新文化运动的普遍开展，以及由于中医药学界联合起来反对对各届政府所采取的歧视、压迫、消灭中医等政策的坚决斗争，在斗争中中医药学界学术风气活跃，中医药期刊也显著增多。据统计，这一时期出版的中医药期刊在 250 种以上，其中在上海出版者最多，达 90 余种，其次则为浙江、

江苏、广东、福建、北京、天津等地。当时中医药期刊发行时间较长，影响较大的有：上海中医学会所编的《中医杂志》(1912年12月)，上海中华医药书局所编的《医界春秋》(1926年5月)，杭州三三医报社所编的《三三医报》(1923年5月)，广州杏林医学社所编的《杏林医学月报》(1929年1月)，山西太原中医改进研究会所编的《医学杂志》(1921年6月)等。值得一提的是，这一时期东南亚各国也多办有中医药期刊，如《医药月刊》(新加坡)(1930年2月)、《菲律宾医药会刊》(1930年4月)等。

这一时期的中医药期刊，按其性质可分为三类：其一是中医药学术团体机关刊物，如中央国医馆及各地分馆所编的《国医公报》；神州医药学会各分会所编的《神州医药学报》以及中医院校所编的院刊等等。这一类期刊多为各学术团体人撰稿。论文学术水平较高，且多报告了各团体的机构、成员、沿革及动向等。其二是中医药界同人刊物。如上海中国医学月刊社所编的《中国医学月刊》(1928年10月)，广州岭南医林一锷社所编《医林一锷》(1931年1月)等，这类期刊的内容广泛，思想较为活跃。其三是中医普及性刊物，如上海中医书局所编的《家庭医药杂志》(1930年1月)，健康报馆所编的《学医门径月刊》(1930年5月)，广州大众医刊社所编《大众医刊》(1931年4月)等，此外，当时各地报刊如上海《申报》、《新闻报》等，多编有医学卫生副刊，其中亦有特刊中医内容者。这类期刊的特点是宣传中医药卫生知识，读者面大，影响广泛。这一时期中医期刊的内容，一般都是有社论或言论栏。多反映当时中医界讨论中西医关系，如何整理中医学术，中医教育，医学道德等问题；学说栏多连载篇幅较长的著作和讲义；药物栏介绍各种中药的研究；医讯栏报告各地医疗法令，医学团体情况；问答栏多解答读者学医、治病的各种问疑；此外还有随诊笔记，医林文艺、杂俎等。

在1937年至1945年的抗日战争期间，新出版的期刊大约有60余种。除上海及江浙等沿海各省外，各地新刊的中医期刊增多。如重庆出版有《国医月刊》(1939年4月)，成都出版有《国医改进月刊》(1941年3月)，桂林出版有《复兴医药杂志》(1941年4月)，西安出版有《平民医学周报》(1943年6月)等。由于时局动乱，此时中医药期刊一般刊行年代不长。较有影响的是北京出版的《国医砥柱》。

1945年抗日战争胜利后到1949年10月中华人民共和国成立之前，全国各地刊行的中医药期刊有60余种。除少数为复刊者外，大多为新刊，但这些期刊发行时间均不长，影响也不够大。应当指出的是，在中国共产党领导下的革命根据地，随着医疗卫生事业的不断发展，在不同时代各革命根据地先后曾出版过一些医学期刊，如《红色卫生》(1933年10月)、《健康报》(1934年2月)、《国际卫生》(1940)、《卫生建设》(1942年8月)、《卫生月刊》(1946年1月)、《冀北卫生》(1947年5月)、《卫生通讯》(1947年6月)等。由于中国共产党一贯主张中西医团结合作，故上述刊物中也多有中医药学的内容。

考古发掘与中医药学

在考古发掘中，往往会发现一部分与医学卫生有关的史料和实物。在中国医学史上，如旧题南齐褚澄编的《褚氏遗书》，即唐人从褚氏椁中发现石刻整理而成(宋嘉泰年间刊行流传)，可谓中国医学考古之较早者。本世纪初，有不少医学考古珍品被发现，如敦煌出土的卷子本中，据考有62种医书，其中有《张仲景五脏论》、《平脉略例》、《本草经集注》、《食疗本草》、《新修本草》等等，都是从未见传世或传世甚少的医书；又如1907年和1916年在敦煌出土的简牍《流沙坠简》、《居延汉简甲编》等，也与医学有关。新中国成立40多年来，考古发掘有很大的进展，并取得了丰硕的成果，如马王堆的女尸等，都曾使世界科技史界震动。考古发掘中出土的医药文物，为医学研究提供了许多宝贵的实物史料，有助于澄清古代医学的某些问题。

(1) 出土与卫生有关的实物史料：1958年在郑州二里岗出土的商代遗址中，发现在城垣建筑之外，有烧制陶器的工场、制骨器工场和炼铜工场多处。表明了当时的人民已知这些烧炼工场的气烟是有害身体健康的，所以都将之设在居民区之外，这种城市规划是很合乎现代卫生学要求的。1965年，在韩都新郑故城发掘出地下建筑及冷藏井，冷藏井主要是贮藏食品的，是古代人民在夏季贮藏食物以免腐败变质的设备。1977年，在登封战国阳城遗址内发掘出陶水管道，据研究是作为输水管道用的，且有贮水池和输水管道的一整套设施，特别在贮水池和输水管道间，还设有开关用的"阀门坑"，其结构很像现代城市中的"自来水"设施。据阳城内调查得知，这种贮水和输水设施还有不少，结合河南偃师二里头商宫遗址，郑州商代二里岗遗址等发现的排水用地下陶水管来看，说明了中国早在商代已很重视并卓有成效地进行了城市中饮水卫生及废水排除的处理，对于研究中国城市用水发展史，也是有价值的资料。1981年在广西钦州隋唐墓中，1982年在广东揭阳南朝墓中，1983年在浙江金华西晋墓，1984年在河南偃师唐墓与镇江东吴、西晋墓中，都出土了唾壶，表明当时已有不随地唾痰和较普遍使用唾壶的良好卫生习惯。

此外，在辽宁、内蒙古、北京等省市多次发现辽代火葬墓；在黑龙江、北京、山西等地发现金代火葬墓；元代火葬墓除福建和元上都等地有发现外，主要在云南省发现较多；明代火葬墓在剑川、大理、宾川等地区发现较多，其他地方较少。从以上不完全资料来看，在宋元时期，中国曾有一段盛行火葬的历史。火葬在诸种葬法中最卫生，病原菌和其他细菌及它的芽胞等，在火化过程中可以被完全消灭，这在卫生学中也是一值得重视的史料。

(2) 出土的医学简牍、帛书和书籍：1973年冬至1974年春，在长沙马王堆继1972年发掘之一号汉墓后，又发掘了二号汉墓与三号汉墓，由此获得了大量珍贵文物，其中关于医学方面的资料，主要是三号墓出土的帛书和竹木简。经整理，按内容定名的帛书有《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》甲本、《脉法》、《阴阳脉死候》、《五十二病方》、《却谷食气》、《阴阳十一脉灸经》乙本、《导引图》、《养生方》、《杂疗方》、《胎产书》。竹木简中的医书，定名为《十问》、《合阴阳》、《杂禁方》、《天下至道谈》等。据考证，马王堆三号墓主是西汉初期被封为轪侯的长沙国丞相利仓的儿子，二世轪侯利豨的兄弟，死于公元前168年。因此出土帛书的抄写时间当早于公元前168年是可以肯定的。这对于我们研究西汉初期及西汉以前的中国古代医学是有极大意义的。其中《五十二病方》是迄今为止已发现的最早方书，有说为最早的外科专著（见"马王堆汉墓医书"条）。

1972年甘肃武威旱滩坡汉墓（初步推断是属东汉早期的墓）出土了与医药有关的简牍92枚，计简78枚，牍14枚，定名为《治百病方》。这批简牍是一份很珍贵的医疗记录资料，其中保存了比较完整的医方30余个，范围涉及内、外、妇科等疾病，每一方均详细地记载了病名、病状、药物、剂量、制药方法、服药时间以及各种不同的用药方式，方中所列药物近100味，其中69种见于《神农本草经》，11种见于《名医别录》，另外20种不见于上列本草。同时还记述了针灸穴位，刺疗禁忌等，是中国古代医家长期实践的经验结晶，在一定程度上反映了汉代的医药水平，为我们研究汉代的医药史提供了依据。其中有一木牍不仅写有各种药物的名称，而且列出药物的价值，这反映了当时医药已经作为一门独立的职业而存在于社会上。

比较上述二墓出土的《五十二病方》和《治百病方》，在条文所列方名、病名、症状、药物名称、分量、冶合和服药等各方面，《治百病方》均较《五十二病方》明确和具体，但《治百病方》比张仲景的《伤寒论》又朴素得多，所以《治百病方》反映了西汉向东汉过渡时期的医疗水平。

1975年于湖北省云梦县睡虎地秦墓中，发现了《云梦秦简》，记载了战国时期及秦统一以后法医学的内容（见"中国法医学的发展"条）。

1983年底至1984年初在湖北江陵张家山西汉前期墓葬中，发现了大量竹简。其中与医学有关者定名为《脉书》和《引书》。《脉书》内容相当于马王堆汉墓出土帛书之《阴阳十一脉灸经》、《脉法》和《阴阳脉死候》。马王堆汉墓帛书的缺字，由于江陵简书的出现，基本上都能补足。述及的病名达60余种，与内、外、妇、儿、神经科有关，是宝贵的医史资料。《引书》是用文字讲述导引的专门著作，详细描述导引的各个动作及治疗疾病，可与《导引图》相参阅。

安徽阜阳出土的汉简定名为《万物》，虽非医药专作，但述及药物70余种和疾病30余种。

此外发现的医书有在新疆吐鲁番阿斯塔那哈拉和卓古墓群的杜相墓（永徽二年，公元651年）出土的《针经》残卷，存墨书10行，记载有某些疾病的针治穴位，如"丈夫失精中极"、"呕血上气神门"等，及同墓出土上元元年（676）文书中记载的治疗牛病医方，反映了唐代东疆地区的医药情况与内地相仿。1981年在山东滕县金代苏瑀墓出土了一医书之残卷，为木版印刷之书籍，记载了治痛风疖气、走马牙疳等。1972年还在甘肃武威张义公社的小西沟岘发现一批西夏文物的印本和写本，其中有用西夏文字写的药方残页，并且治疗冷病所用药物很有地方特色，证明文献上有关于西夏"病者不用医药"的记载是不确切的。

(3) 出土的医疗器具、药物和其他：1973年和1977年两次在浙江余姚河姆渡新石器时代遗址中出土了骨针、锥、石刀等，据分析可能与医疗有关，而出土之动植物如穿山甲、芡实等，都是后来见于著录和至今仍常用的中药。在甘肃东乡林家马家窑文化遗址还出土了大麻的果实，这就把大麻的栽培史追溯到距今约5000年前的新石器时代晚期，并说明黄河流域是大麻的起源和栽培中心之一。大麻是后世用作麻醉的药物之一。1973年在河北藁城台西商代房址和文化层中出土了桃仁、郁李仁两种种子中药，在藁城十四号墓中出土了石镰，经研究实为中国考古中发现的最早的一件古代医疗器具砭镰，是外科手术刀的雏型。在此之前，曾在河北易县战国墓中曾发现陶砭，河南新郑古城遗址中发现石针状砭石及其后在云南的南宋宝塔基下发现凿状磨制砭石。

1968年，在河北满城发掘了两座西汉墓（中山王刘胜及其妻子之墓），两墓规模之大，出土文物之丰富，在考古工作中是少见的。与医药密切有关的文物有"医工盆"和医针。"医工盆"是一件口径为27.6厘米的铜盆，盆沿和盆身刻有"医工"字样，盆口和盆底有两处曾经加以修补（且都是着力处），可见此盆使用时间已很久，据研究可能用它隔水蒸过药物，以及用它调和药粉打坨制造过药丸，是一件医工专用的器具。证明早在2000年前，制药技术已有很大进步。医针共有9枚，其中4枚是金针，5枚是银针。针细长，长度为6.5—6.9厘米不等，上端做成方柱形的柄，宽0.2厘米，比针身略粗，柄上有1小孔，针尖有的尖锐，有的稍钝，有的呈圆卵状，有的为三棱形。据研究，与《内经》记载锋针、毫针、鍉针、员针等（有些因残旧而不能辨）相仿，除员针外，都是金针。说明当时医家已针对不同病证的需要，应用不同的针具进行治疗。刘胜墓中还出土有药锅、滤药器、铜药匙、灌药器等多种。

1972年，在山东巨野西汉墓出土随葬物中，发现了药匙4件，丸药150余粒及粉状药物等。据研究为丹药或五石散，也有认为是治病强身的矿物性药品代赭石、赤石脂或禹余粮等多种药物的混合物，此外有药石如石英、垩土、滑石、方解石、文石、寒水石、蚌壳等，反映了汉代炼

丹术的盛行。1983年，在广州象岗山南越王墓随葬物中有药石辰砂、铅块、紫水晶、硫黄和孔雀石，代表五色，总量有数公斤，配备有药具铜杵、铁杵和铜臼。这些药石和药具，表明南越王国统治者迷信长生、幻想升仙的思想也同汉朝贵族一样。

1970年，在陕西西安南郊何家村出土了两瓮唐代窖藏文物，其中有许多医用金银器物和金石药品。据研究属制药工具的有玉杵与玛瑙臼、单流金铛、单流折柄银铛、银锅、银制石榴罐等，贮藏药物及服药器具如金银盆及壶、杯瓿等。药物有丹砂、石钟乳、白石英、紫石英、珊瑚、金屑与金箔、密陀僧、琥珀和颇黎，可见至唐代，炼丹服石的风气仍有沿续。更有意义的是石榴罐的出现。据考证石榴罐是当时用的蒸馏器，从而支持了中国早在唐代已使用蒸馏器的观点。

出土的药物尚有马王堆一号汉墓发现的9种药材，有桂、花椒、杜衡、辛夷、佩兰、藁本、茅香、高良姜和姜，是迄今发现保存最好的一批药物标本。陕西韩城东汉墓出土了薄荷、薏苡实和枣核，薄荷是常用中药，最早记载于《唐本草》中，所以薄荷记入本草是在唐初，而韩城出土薄荷，说明中国人民早在汉代已经认识并使用了薄荷，而薏苡、枣子则作为营养补品，这也对中国养生史和古代食品的研究有重要参考价值。在新疆吐鲁番古墓中还出土了唐代中成药威蕤丸及墨书之服法说明，反映了唐代东疆地区的医药情况与内地相仿。1974年泉州湾出土宋代海船1艘，船舱中有降真香、檀香、沉香等大量香料木，未经脱水重达4 000多斤，此外还有胡椒、槟榔、乳香、龙涎香、玳瑁等，反映了宋代应用香药风气之盛况，而这些药品产地在今印尼、柬埔寨、越南、阿拉伯半岛甚至非洲等国家，这也是中外医药交流之宝贵资料。

明代的医疗器具也有发现。1974年在江苏江阴长泾公社一明代墓葬中，出土了一批明代医疗器具，如有铁柳叶形外科刀，已和现代手术刀相近；瓷淋洗壶，和现代眼科玻璃洗壶相似。在华士公社一明代合葬墓，出土了一"圆锥形银丝罩"，从其放置于男尸大腿骨和盆骨之间，推测死者生前患疝气，其使用银托罩与现代戴疝气托作用相同，是一种辅助医疗器具。

其他出土之有关医史文物有1965至1977年间，北京市文物管理处在配合拆除明代北京城墙的考古工作中，陆续发现了宋天圣《新铸铜人腧穴针灸图经》残石五方，刻有"手太阴肺经"等经脉腧穴名称部位，是研究针灸史和宋代医学的重要文物。山东出土的汉画像石中，已发现其中10幅石刻有神医手持砭石针灸的形象，对探讨九针起源有参考意义，提示了齐鲁之地是砭刺疗法的主要发源地之一。又从考古发掘的古墓中出土了不少古尸，特别是长沙马王堆一号汉墓出土的女尸，是古人把医药、卫生、防腐技术发展到一定水平的结果。解剖证明此人生前还患过血吸虫病，推测可能是由于胆石症的胆绞痛诱发冠心病突然发作以致心肌梗塞而死亡。湖北江陵凤凰山168号汉墓男尸，解剖见到有胸膜炎、心包炎和胆囊炎等病变遗留，肝中检出较多血吸虫卵和肝吸虫卵，肠内有人鞭虫卵等。血吸虫卵出现于上述两具尸体，说明2000年前中国两湖地区曾有血吸虫病流行。对出土古尸的研究，将对古代防腐技术、古人疾病种类及地方病、流行病等提供有价值的资料。

总之，通过考古发掘出的医药实物史料，使某些医药学术渊源得以阐明，使某些久已失传的医学书籍再次问世，填补了医学史上某些空白，也反映了古代医学科学的成就，证明了中国医药学确实是一个伟大的宝库。

经方派和伤寒学派

"经方"一词出自《汉书·艺文志》，载《五藏六府痹十二病方》30卷，"经方十一家"等共反映了西汉及其以前经方的学术成就。所谓"经方派"，则是以收集、运用发挥古代经验方为中心，在后世逐渐形成的一个医学学派。《汉书·艺文志》在记述"经方"具体内容后接着指出："经方者，本草石之寒温，量疾病之浅深，假药味之滋，因气感之宜，辨五苦六辛，致水火之齐，以通闭解结，反之于平。"显然这是搜集整理经验方的朴素概念。但在张仲景以后，历代医家对经方理解则产生了不同的变化。在宋以前，经方学派是指经验的积累，而宋以后，由于张仲景《伤寒论》的盛行，凡用仲景《伤寒论》113方、《金匮要略》226方以治病者，亦称为经方，即形成经方派。徐大椿说："古圣治病，其可考者，惟此二书，真所谓经方之祖。"称仲景方为经方，则经论方也。近代医家陈无咎指出："凡方有二，一遵六经而制方，便谓经方，如《伤寒论》方是；一循经而制方，如《宣明论方》是，下此者，非经方也。"所谓循经制方，指循《内经》病机之理而立方的，泛指今日之时方也。陈氏这一学说未得到后世承认，以仲景方为经方者却为人所称道。

所谓经方，乃张仲景博采众方所得的经验方。唐代孙思邈仍将仲景方列入经验方，并未赋予经方以经典方剂之义。鉴于仲景方已经奠定了方剂学的理论基础，故明清之时，尊仲景为祖为圣，尊《伤寒论》为经者甚众。仲景方被视为"经方"，其含义已成为"经论方"、"经典方"，而逐渐失去了经验方的原有含义。

明清有这一新起的经方概念，但并无经方家之称，所谓"经方派"，出现于清末民国，亦可谓历史上伤寒论学派之余绪，当时一方面由于时方派的大盛，一般习医者用药多趋向于轻淡，经方之用式微；另一方面因余云岫等诋毁中医，将中医理论与临床经典都诬为荒唐。中医界奋起反抗，在捍卫和复兴中国医学的洪流中产生出了经方派。其最有代表性者，如曹颖甫、吴棹仙等人。曹氏悬壶上海，用经方取效者十常八九，著有《经方实验录》92案，全部是应用经方的治验。此派医家应用经方的特点是能守原方、原量、服法，他们对伤寒论的研究很深，取得了不少

成就。

伤寒学派是由专门研究和阐发张仲景《伤寒论》的医家所形成的一大学派。从汉末名医张仲景的《伤寒杂病论》问世以来，曾有四五百家对其理、法、方、药进行研讨和探索，留下了近千种专著、专论，使之成为中国医史上的传承千余年的最主要学派。伤寒学派的历史发展，可以大略分为三个阶段。

晋唐之际，是搜集旧论，整理编次的第一阶段。《伤寒论》问世不久，即有晋太医令王叔和"搜采仲景旧论，录其证候，脉诊，声色，对病真方有神验者，拟防世急"。开创了从脉、证、方、治方面整理研究仲景学说的先河，但他编次张仲景方论为36卷的本子，早已不传。有的学者认为今《伤寒论》早期传本卷一、二中的《辨脉法》、《平脉法》、《伤寒例》3篇，以及卷第七《辨不可发汗病脉证并治》以下8篇，都是王叔和所增。而《辨太阳病脉证并治上》至《辨阴阳易差病脉证并治》共10篇，保存了仲景对伤寒辨证论治的整个内容。王叔和增补入《伤寒论》的内容及《脉经》中引述的仲景《伤寒论》条文，反映了王叔和从立方治法角度研究《伤寒论》的心得。其后，唐代孙思邈在晚年"披览《伤寒大论》鸠集要妙，以为其方"，构成《千金翼方》卷九、卷十。他按照太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病分类条文，在每一经中，又采取"方证同条，比类相附"的方法，突出主方，从方分证，以方类证，颇便于临床的比较鉴别、检索应用。同时他强调麻桂青龙三方三法，认为："夫寻方之大意，不过三种，一则桂枝，二则麻黄，三则青龙，此之三方，凡疗伤寒，不出之也。其柴胡等诸方，皆是吐下发汗后不解之事，非正对之法。"孙思邈将病分六经，以方为纲，重视三方三法的证候治法，对后世产生了深远的影响。

宋金之际，是校正定型，展开研究的第二阶段。晋唐虽有王叔和、巢元方、孙思邈、王焘等人的采录整理，但是现在传世的《伤寒杂病论》却是经过1065年北宋校正医书局医官林亿等的校正定型，才流传下来。后世学者，多以此为本。两宋至金元之间，研究《伤寒论》能自成一家言的，至少在80家以上，据《经籍访古志》谓："宋代医流王实、朱肱、韩祗和、许叔微之辈，皆莫非推广仲景者，而常器之、庞安时、郭雍三家，最称精核。"金元则以成无己、王好古影响最大。庞安时不仅以"能与伤寒说话"的卓越疗效闻名一时，且著有《伤寒总病论》6卷。他强调足太阳经气的盛衰是冬令寒毒之气能否为病伤寒的关键所在，认为："大寒之所折，则折阳气。足太阳为诸阳诸气，其经夹脊膂，贯五脏六腑之输，上入脑，故始则太阳受病。"这是伤寒从足论病的最早阐述。其次他提出温病虽与六经有关，却不可"一律作伤寒"，应分为青筋牵、赤脉攒、黄肉随、白气狸、黑骨温五大证，重用石膏、大青之属。这一主张是寒、温分立的先声。

朱肱著《类证活人书》20卷，开首即绘足六经经络图，认为《伤寒论》的六经，就是足三阳三阴6条经络，并且强调"治伤寒须先识经络"，倡导了对《伤寒论》三阴三阳实质的探讨。是书从病、脉、证、治几方面对《伤寒论》作综合分析，颇受后人称许。清代徐大椿云："宋人之书，能发明《伤寒论》，使人有所执持而易晓，大有功于仲景者，《活人书》为第一。"另许叔微著《伤寒百证歌》等三种，其突出见解是以为三阴三阳分证在于分辨寒热虚实的偏胜多寡，表里疑似的出入变化。因此阴阳表里寒热虚实贯穿一部《伤寒论》的始终，尤以阴阳之辨更为挈要。他从六经分证中总结八纲辨证，论述详密，最有代表性。

金人成无己的《注解伤寒论》10卷，不仅是注释《伤寒论》的第一家，而且概以《灵枢》、《素问》、《难经》作为注释的依据，又能引《伤寒论》前后条文互为印证，故其注释水平是很高的，被誉为引经析论，以经解经的代表之作。宋以后的《伤寒论》之所以上升为"经"，与成氏的引经为注不无关系。除上述诸书外，韩祗和的《伤寒微旨论》、郭雍的《伤寒补亡论》、王好古的《阴证略例》等，各从病机、病证、诊断、方药的不同角度阐发新意，也都盛负时誉。宋金医家所开拓的研究题目与成果，为明清伤寒学的兴起打下了坚实基础。

明清之际，可谓流派竞起，学术精进的第三阶段，这一阶段以方有执为开端，下至陈念祖等人。在理论研究方面，有三纲重订与维护旧论两大阵营。就六经实质方面，有脏腑经络、五运六气、形层部分、六区地面、八纲枢要等多种意见。偏重于临床实用者，重视"法"者或者称条目为法，或谓八法为纲；着意于推敲证候者，又分以方类证、分经审证种种不同，学术争鸣，推动了伤寒学达到它的鼎盛阶段。

伤寒学派内部有不同的学术主张，主要有：

以方类证派 以柯琴、徐大椿为代表。柯琴认为由于《伤寒论》六经辨证中，自有以方名证之例，故按照证随方分的原则，将六经各篇均以其中的主方类证。对于六经，他认为是"经界之经，非经络之经"，"六经之为病，不是六经之伤寒，乃是六经分司主病之提纲，非专为伤寒一症立法也"（《伤寒论翼·全论大法第一》）。他认为《伤寒论》中广泛存在着太阳证、桂枝证、柴胡证等。如《太阳篇》他汇列了桂枝汤、麻黄汤、葛根汤、大青龙汤、五苓散、十枣汤、陷胸汤、泻心汤、抵当汤等11类证；桂枝汤类证又汇辑有关脉证16条，桂枝坏证18条，桂枝疑似证1条，有关桂枝证的18方等。其他诸证，无不如此类分条例。这就是他以方为主，汇集六经诸论，各以类从的方法。这种证以方名，方随证附，对于临床来说，是具有较大的现实意义。徐大椿认为《伤寒论》"并非仲景依经立方之书，乃救误之书也"，"不过随证立方，本无一定次序"，因此他仅类方而不类经。强调疾病不论从何经来，从何经去，只要能见证用方，就与仲景原意相吻合，故其书名直呼：《伤寒类方》。

以法类证派 钱潢、尤怡为其代表。钱氏认为《伤寒论》辨证候立法治，极为详尽，故重视《伤寒论》的立法施

治。尤氏《伤寒论贯珠集》一书，一反汲汲于字句条文的流俗，议论纵横，概括出三阳篇无非是八法：即正法、权变、斡旋、救逆、类病、明辨、杂冶、刺法，此说立论精审，不同凡响。

分经审证派　陈修园、包承为其代表。陈氏将太阳病分经、府、变三证。经证以头痛、项强、发热、恶寒为典型症状，府证乃表邪不去，循经而入膀胱者，变证多由汗下失宜而来。并且在三证之中再加分辨，如太阳经证中分中风桂枝汤、伤寒麻黄汤，其他各经，诸如此分，非深得六经之旨，不能道其只字。包承著《伤寒审证表》1卷，从经、腑、脏的传变分辨，将太阳病分为本病中风、本病伤寒及兼病等7类，阳明病4类、少阳病5类、太阴病2类，少阴、厥阴病各3类，钩元提要，证候毕呈。

三纲编次派（或称重订错简派）　就是作者要把已经错乱不堪的《伤寒论》按照仲景的意图，加以考订移整。这一观点的代表人物有方有执、喻昌、张璐、黄元御、吴仪洛、周杨俊、程应旄、章南等。

方有执说《伤寒论》"编始虽由于叔和，而源流已远，中间时异世殊，不无蠹残人弊"。必须加以移整考订，以求不失仲景立论的本意。恢复叔和编次的旧观，方氏首创调整太阳篇为正中风篇、营伤寒篇、营卫俱中伤风寒篇。方氏用了20多年时间，寻求端绪，排比成编，著成《伤寒论条辨》一书。喻昌之学源于方有执，是"举三百九十七法分隶于大纲之下"。但他十分强调研究法的问题，他说："有卒病论六卷，已不可复睹，即《伤寒论》十卷，想亦劫火之余，仅得之读者之口授，故其篇目先后差错，赖有三百九十七法，一百一十三方之名目可为校正。"喻昌在方有执调整太阳篇的基础上，进一步提出了外感病"以冬月伤寒为大纲，伤寒六经，又以太阳一经为大纲，而太阳经中，又以风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫为大纲"，三纲鼎立说遂得成立。沈明宗的《伤寒六经辨证治法》不限于太阳篇、少阴篇，亦按三纲说重编，其他诸篇多以三纲说进行注解分析，较之方、喻两家又进一步。以下诸家，在推崇方、喻重订编次的思想指导下各有特色：张璐寒温分论，吴仪洛应用衬注，周杨俊重视经络，黄元御畅发运气，程应旄强调统领百病，他们都对发挥《伤寒论》的辨证论治精义多有贡献。

维护旧论派　以张遂辰、张志聪、张锡驹为主，还有陈念祖的论述也颇周详。他们都确信宋本《伤寒论》三阴三阳篇，"皆仲景原文，其章节起止照应，王肯堂谓如神龙出没，首尾相应，鳞甲森然"，绝非断简残篇，而是"医中诸书之《语》、《孟》"，因此不能增减一字，移换一节。张志聪等人除应用章句法证明《伤寒论》的联贯井然，无有遗漏之外，还引用五运六气说明三阴三阳。如张锡驹把六经六气分成平与病两种状态。生理之时，正气之传由一而三，始于厥阴终于太阳，是与大之六气相应同体的；病理之时，正气之传由三而一，始于太阳终于厥阴，是人体抗病的规律，弄懂了这个传经的道理，对于不拘时日无分次第的疾病传变，就能取得随证而治的主动权。这派医家对《伤寒论》三阴三阳辨证的独特结构与普遍适用性，作出了深刻入微的阐释。其中张志聪批驳方、喻一派三纲重订是举一废百，反失仲景辨证心法。

明清伤寒学家中，还有张隐庵（《伤寒论集注》）、秦之祯（《伤寒大白》）、舒驰远（《伤寒集注》、《六经定法》）、陈修园（《伤寒医诀串解》）、吴谦（《医宗金鉴·伤寒心法要诀》），都蔚为大家，影响面很宽，在此从略。

伤寒学派的地域性：大体言之，南方盛行陈修园的《伤寒论浅注》、《伤寒医诀串解》，北方盛行吴谦的《医宗金鉴·订正伤寒论注》。陈修园的伤寒之学源于钱塘二张，是维护旧论派，吴谦、刘裕铎之学源于方有执的《伤寒论条辨》。就各省区而言，浙江多守柯韵伯之《伤寒来苏集》；江苏多遵尤在泾《伤寒论贯珠集》、张石顽《伤寒缵论》、徐大椿《伤寒类方》之学；江西循喻嘉言《尚论篇》之学；安徽则尚方有执之学，四川、福建多守陈修园之《浅注》，山东守成无己《注解伤寒论》等，总之各个地区各有其所尚，现略述具有代表性的伤寒学家如下：

郑钦安：守寿全，四川临邛人。著《伤寒恒论》。承喻嘉言之学，认为《伤寒论》前后条文错乱，幸存三百九十七法。仍以风伤卫、寒伤营为太阳的要领等，和喻昌的主张一致。对条文的注解，不抄袭前人，只是密切扣合临床所见而切实说理。郑氏治疗三阴证，运用附子，量重而准，颇有盛名。成都的邓绍先、重庆的吴棹仙，其伤寒学皆深受其影响。

曹颖甫：学宗张隐庵、黄元御，但他不守旧论之说，亦不承五运六气之论，惟于张氏之说药，黄氏之重阳，则每审其义而扩充之，特别是对某些条文的订误，仲景方的运用，都能独具手眼，其著《伤寒发微》、《经方实验录》刊行后，颇受学者欢迎。

恽树珏：治学伤寒，对日人丹波元简《伤寒论辑义》颇为欣赏，在其著成《伤寒论研究》4卷后，以丹波书为底，写成《伤寒论辑义按》6卷，对六经的实质问题研究颇深，故其影响较远，上海的章巨膺是其入室弟子。

陆彭年：初受伤寒学于恽树珏，继受日人山田正珍（《伤寒诊集成》）、丹波父子（《伤寒论辑义·述义》）、喜多村直宽士栗（《伤寒论疏义》）诸家的影响亦较深。著有《伤寒论今释》、《金匮要略今释》。主要用现代医学理论加以阐明，其斥责六气、六经、水火标本、经络循行为陈旧相因的谬论，在沪当时影响较深。

黄竹斋：治伤寒多守钱塘二张及陈修园之学，谓仲景所称三阳三阴，也同于《素问·热论》，是将人体部位，质体分为六纲而已，以三阳标部位，三阴标质体，并结合现代生理为征述，太阳统躯壳表面，故六淫从之而入；阳明统咽至肛门肠胃表面，饮食之邪多受之；少阳统躯壳里，肚腑表之膜膜，所谓三焦居半表半里，太阴属营养系统，少阴属血液循环系统，厥阴属神经系统。他认为掌握了三阴三阳学说，整个《伤寒论》便可迎刃而解。著有《伤寒杂

病论集注》,在西北数省颇有影响。

时方派和温病学派

时方是指唐宋以后与仲景方相对的经验方而言。两宋时期,《太平惠民和剂局方》(《和剂局方》)问世,"官府守之以为法,医门传之以为业,病者恃之以立命,世人习之以成俗",一时间流行极广,成为时方的代表,同时也出现了以运用时方治病的"时方派"。宋代的《和剂局方》本身无可厚非,但其流行的结果,却造成据证验方墨守成规的不良风气,因而受到金元医家的反对,如张元素说:"运气不齐,古今异轨,古方新病,不相能也。"朱丹溪在《局方发挥》中疾呼:"医者,意也,以其传授虽的,造诣虽深,临机应变,如对敌之将,操舟之工,自非尽君子随时反中之妙,宁无愧于医乎?今集前人已效之方,应今人无限之病,何异刻舟求剑,按图索骥?冀有偶然中病,难矣!"金元四大家各创其说,自立新法,是为继《局方》之后的时方新派,朱丹溪所称的临机应变随时反中,也就成为此派医家的共同风格。到了清末民国年间,叶天士、薛雪、吴鞠通、王孟英诸家之影响所及,江南有24代世医何鸿舫,对于温病应变迅速,常得捷效,其门人30余位,分布浙江、江苏、安徽三省10余个县。浙江有金子久,主张"学无常师,择善而事,临症非难,贵在变化"。后人裘吉生评曰:"治病如析狱,诊断老练,用药轻灵,所谓合江浙时宜之法也。"从其学者,前后达150余人。沪有丁甘仁氏,治疗外感病,宗《伤寒论》而不拘于伤寒方,宗温病学说而不拘泥于四时温病、能独出心裁,打破常规,用药循经可去实的原则;以轻灵见长。丁氏曾联合夏应堂、谢利恒等创办上海中医专门学校,又成立沪南北广益中医院,故而他的学说传布也较广,蔚成丁氏学派。此外夏应堂、张骧云、范文虎,以及孟河费绳甫等,也都是这时期的临床大家。上述诸家,虽然各有千秋,但是他们立论总以和缓为宗,主张用平淡之法获取神奇之效,既博采众说,又能权变出入,最为此期时方派的共同风尚。

温病学派是指对外感温热病的病因、病机、证治规律进行系统阐发的医学流派之一。温病一词,可见于《素问·生气通天论》,认为:"冬伤于寒,春必病温。"张仲景的"太阳病,发热而渴,不恶寒者",称为温病。

晋代王叔和编次《伤寒论》,把《内经·素问》的"热论篇"附于伤寒例中,他认为:"中而即病者,名曰伤寒;不即病者,寒毒藏于肌肤,至春变为温病,至夏变为暑病。"由于受当时之理论与经验水平所局限,只知有伏气温病,而把新感急性热病归于伤寒,即无外感温病,宋代医家对于《伤寒论》极为推崇,但在临床治疗中,深感该书方药还不能适应治疗多种热病。如朱肱认为:"麻桂只适于西、北两方之用,若东南江淮间唯冬及春初可行;自春末及夏至以前桂枝证可加黄芩半两,夏至后须加知母一两,石膏二两。"他在《伤寒类证活人书·自序》中说:"偶有病家曾留意方书,稍别阴阳,知其热证则召某人,以某人善医阳病;知其冷证则召某人,以某人善医阴证。"可见宋时医者已分寒热两派。

金元刘河间是在温热病发展史上具有重要地位的医家。他提出"热病只能作热治,不能从寒医"的论点。他治疗温热病善用寒凉药物。其门人马宗素的《伤寒医鉴》、镏洪的《伤寒心要》、常德的《伤寒正统》对河间之学大加阐扬,从而形成"寒凉派"。温病学派可以说是萌芽于刘河间。但金元之前在外感病方面虽已有所创见,对仲景学说亦有所补充甚至异议者,仍以仲景为标榜,未敢标新立异。因而直至此时,在温病学上仍未能算有突破性之成就。

明代末年,山东浙江,南北直隶,温热成疫,流行极广,诸医以伤寒法治之不效,吴有性独辨其为温疫,而非伤寒,按疫施治,大获奇效。于是他就对温疫病所感之气,所入之门,所受之处及其传变之体,详加探究,并结合自己所用有效之方,加以整理发挥,著成《温疫论》。他认为温疫乃天地之疠气,自口鼻而入,感之深者,中而即发,感之浅者,营卫运行之机为邪所阻,便郁而为热,治疗宜疏利和分消。用达原饮、三消饮之类的方剂重在疏达膜原。吴氏学说成就主要表现在,提出了新的病源学观点——戾气学说。他说:"疫气者亦杂气中之一,但有甚于他气,故为病颇重,因名之疠气。"(《温疫论·杂气论》)明确地提出了"时疫之邪,自口鼻而入"的病邪侵入途径和传染之说。温疫之邪在治则上,以祛邪逐秽为第一要义,这是《温疫论》自始至终贯彻的基本观点。其祛邪之法,除前述之达原饮、三消饮之外,吴氏首推攻下,有"温病下不厌早"之说。次以战汗透解,谓温疫汗不厌迟,总宜顾存津液。上述主张均予以后各温病学家以极大启发。总之吴有性突破了《伤寒论》原有框架,从病因病机证治等方面阐发了温疫的特殊性,倡导在《伤寒论》之外,另辟途径,创立了辨治外感温热病的新学术流派。《四库全书总目提要》谓:吴氏"推究病源,参稽医案,著为此书,瘟疫一证,始有绳墨可守,亦可有功于世矣。"

戴天章之《广瘟疫论》仍以吴有性《温疫论》为基准,戴氏之书详言病状为主,以辨气、辨色、辨神、辨脉,从症状上来辨别伤寒与温病之区别,认为:"风寒十无一二,温证十有六七",以说明温热病之广泛性。其言治则兼收刘河间双解散、三承气,黄龙汤方及达原饮、三消饮、清燥养营等方。乾隆之际余师愚著《疫疹一得》,肯定病气自口鼻而入,并认为温疫乃运行之淫热,内入于胃,布于十二经所致,倡用石膏重剂,"清瘟败毒饮"即其所制名方。这段时期,研究温病的学者逐渐增多,《温疫论》还影响至国外,如日本田中内纪的《温疫论集览》颇具特色。各种温疫增补、评注、改编本不下数十种之多,学者们于温热病的病因、证状已有一定的认识,但在病机理论上仍未能统一。

温病(疫)学说经历明末清初发展阶段,及清代中叶

以后，日趋壮大，叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英是该学派后期成熟阶段的杰出代表，也有人称他们为“温病四大家”。

叶天士：终生忙于诊务，著作甚少，由门人手录而成的有《温热论》、《临症指南医案》等。叶氏的学术思想主要反映在对温热病的理论研究和辨证两方面。他吸取了前人的辛凉解表、邪自口鼻而人、热人心包诸说，并总结了察舌、验齿、辨斑疹、白痦等，对温病学的发展作出了重大贡献。在《温热论》中，叶桂首先提出：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包，肺主气属卫，心主血属营。”及“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血。”的新理论，明确地指出了温病的病因是温热之邪；其感受的途径是口鼻清窍；其传变规律，由卫而气而营而血是为顺传，由肺直陷心包是为逆传，即把温病的整个病理过程，划分为卫、气、营、血四个不同阶段，以此作为辨证论治的纲领，即卫气营血辨证。确立了“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，入血就恐耗血动血，直须凉血散血”的一系列治则。叶氏在《临证指南医案》中有各种温病的大量医案，体现了这一理论的临床效验，其中选药组方给后人以很大的启示。温病学至叶天士这一时期已趋向成熟。

吴瑭：师承张仲景、吴有性之说，特别受叶天士温病学说影响，著有《温病条辨》。首次系统地介绍了温病学说，并广泛汲取《伤寒论》、《温疫论》、《临证指南医案》的成功经验，融会贯通，根据叶天士所说的“河间温热，须究三焦”，而提出用三焦辨证统领11种温病。所谓三焦辨证，即按温热病传变情况，划分为上焦、中焦、下焦自上而下的三个阶段，作为辨证施治的纲领，如吴氏说：“温病自口鼻而人，鼻气通于肺，口气通于胃，肺病逆传，则为心包，上焦病不治，则传中焦脾与胃也，中焦病不治，传下焦肝与肾也。始上焦，终下焦。”由此可见，三焦辨证是结合其所属之脏腑来讨论温病病位病势的，这就揭示了温病病程中脏腑互相影响的内在联系与传变的一般规律，所谓11种温病，即风温、温热、温疫、温毒、冬温、暑温、伏暑、湿温、寒湿、温疟、秋燥等，这对后世诊断各种温病，都有着重要意义。吴瑭确立了清热养阴，顾存津液的治疗原则，从叶桂医案中总结出了桑菊饮、清营汤、大小定风珠、三甲复脉汤等有名方剂，在温病的危重阶段及时地应用中药“三宝”，(即安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹)等。清代朱彬评曰：“仲景为轩岐之功臣，鞠通亦仲景之功臣也。”《温病条辨》成为温病学派的重要著作之一。

薛雪：对湿热病深有研究。其《温热条辨》(亦名《湿热病篇》)所载，湿热病因及感染途径是：“湿热之邪从表伤者，十之一二；由口鼻入者，十之八九。”其发病机理，外因是感受湿热之邪，内因是脾胃所伤，正气虚弱，所谓“太阴内伤，湿邪停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热”，及“湿热乃太阴阳明同病也”(《湿热病篇·第一条自注》)，明确地指出了湿热病变中心在脾胃。对于辨证则主张，一要判断湿热孰轻孰重，是湿重于热、热重于湿或是湿热并重；二要观察人体正气盛衰情况，湿重于热者多见伤阳，热重于湿者多见伤阴，湿热并重者则气阴两伤。在治疗上，既要重视淡渗利湿、芳香化湿、苦温燥湿药物的运用，又要注意对各类清热药物的选择，总宜轻清扬散，又不助热伤阴，如湿温病危重证候，湿浊蒙蔽心包、化热入营动血等则善用犀牛角、羚羊角、鲜菖蒲、至宝丹等药，其处理有独到之处，薛氏这些理论和经验都有新意，对温病学说有一定的贡献。薛氏的《湿热病篇》讨论了湿热病因、病机、证治，进一步完善了温病学说。

王士雄：一生多经历湿热霍乱、疫疠诸病的流行，故对于这类疾病的研究，一宗叶桂、薛雪诸家之学，而多发挥，为清代温病四大家之一。其温病代表作为《温热经纬》。该书以《内经》及张仲景的论述为经，以叶、薛、陈、余诸为纬，择善而从，专研外感热病，故书名为《温热经纬》。各条之下，又收录了许多名家的注释，再结合自己的心得体会，集温病学之大成，成为后世研究温病学说的必读之书。

温病学说的创立，使中医学在急性传染病及危重感染性疾病的理论与治疗方面，取得了较大的进展，极大地丰富了中医学的内容，中医学者运用温病学说参加“乙型脑炎”、“流行性脑脊髓炎”、“钩端螺旋体”、“肠伤寒”、“流行性出血热”、“猩红热”等急性传染病的救治，并取得了显著的成绩，从而进一步验证和发展了温病学说。

易水学派

是以宋金时期易州(今河北易县)易水之滨名医张元素为代表而形成的医学学派。该学派以探讨脏腑病机为核心，重视精气虚损、五运六气学说，尤其对脾胃虚损最为突出，其临症治疗之发展演变，往往多偏于温补，所以又称之为温补学派。

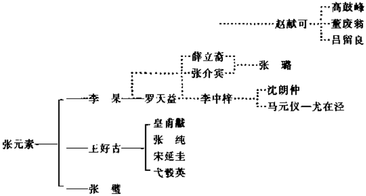
易水学派的出现，有其历史背景和学术渊源，一是宋金时期战事频仍，导致社会之外感热病流行，内伤虚损病多见，原有的一些医理不足以治疗这些疾病。如元素所述：“运气不齐，古今异轨，古方新病，不相能也。”不少医家根据自己的实践经验和体会，各张其说，“自为家法”；二是关于脏腑寒热虚实病变的研究，历代均有所涉及，远在《灵枢》中已有记载，如《邪气藏府病形》、《经脉》、《经筋》、《本藏》诸篇都有所及，以后在华佗的《中藏经》、孙思邈《千金方》、钱乙的《小儿药证直诀》中也重视这一问题。但将此作为专门的研究课题，首先起于张元素。他遥承《灵枢》、《中藏经》的思想，并受钱乙“五脏辨证的影响，逐渐形成了强调脏腑辨证，特别是重视脏腑虚损的学术思想。例如他研究五运六气，以其盛衰变化的现象来分析病理。对病机的阐发，以脏腑寒热虚实的论点来分析疾病的发生和演变。脏腑辨证说为张元素的主要学术思想。

继张元素学术思想而发展易水学派者，其代表人物

主要有李杲、罗天益、王好古、张介宾、薛立斋、李中梓、赵献可等。现将易水学派的师承和私淑的关系，试以表列如下：

张元素27岁后潜心医学，历20余年，医术精通，临症疗效甚高，因治好了当时著名医家刘完素的伤寒病而名声大噪。著有《珍珠囊》、《医学启源》、《药注难经》、《脏腑标本药式》等，以《脏腑标本药式》及《医学启源》为代表作。其学术成就主要有下列两方面：

（1）脏腑辨证说：脏腑辨证这一理论，自《内经》经汉唐到宋，从不同角度加以论述者，代不乏人，但尚未成为系统。元素深研《内经》，旁采《伤寒杂病论》、《中藏经》、《千金要方》、《小儿药证直诀》等诸家关于脏腑辨证的阐



发。他从脏腑寒热虚实标本着手，特别重视脏腑虚损病机的研究。在其《医学启源》论《五脏六腑除心包络十一经脉证法》篇中，全部录用《中藏经》分辨脏腑寒热虚实生死逆顺证法诸篇为卷首，并且另成《脏腑标本寒热虚实用药式》及《主治备要》等专篇，遂成为有独特性的完整系统的脏腑脉证方药体系。至此，从《内经》到唐宋关于脏腑辨证的思想，经元素的深研类辑，并结合自己的临床实践予以发挥，使之形成系统完整的理论概括，为易水学派学术思想体系的形成奠定了基石。

（2）对药物的研究：元素以《内经》为指导思想研究药物，对药物的气味、归经、补泻等理论有不少发挥与阐述。其内容主要为：①根据药物五味结合五脏苦欲论补泻。②根据气味厚薄论升降浮沉，并进行药物分类。③重视并发挥了归经理论。④创造了引经报使学说。⑤五脏苦欲补泻，本于《素问·藏气法时论》。药物升、降、浮、沉理论亦源于《素问》。张元素将《素问》药理原则与具体药物相结合，使之切合临床用药之需。药物归经学说经张元素体系化之后，对后世用药产生了巨大的影响。

在方剂学研究方面，元素主要有两大成就，一是依据《内经》精神，以气味与病机相协调为基础，拟定了制方原则，分为风制法、暑制法、湿制法、燥制法、寒制法等5类，并以"当归拈痛汤"作为启示后学处方方法的示例。另一是善师古方之法而化裁新方，九味羌活汤就是张氏对麻黄、桂枝两汤的主证所制成的四时发散通剂，是对仲景方剂的发展。

易水学派自元素之后，其弟子多专致于某些脏腑及其病症方面的研究。

李杲，为易水学派的中坚，他在元素辨脏腑虚实病的启示下，独阐发《素问》"土者生万物"之说，致力于脾胃及其病症之研究。著《脾胃论》和《内外伤辨惑论》。李氏脾胃学说强调：人赖天阳之气以生，而此阳气须化于脾胃；人赖地阴之气以长，而此阴气须化于脾胃；人赖阴精之奉以寿，而此阴精必源于脾胃；人赖营卫之气充以养，而此营气必统于脾胃。李氏认为"脾胃为元气之本"，"内伤脾胃，百病由生"，由于脾胃在生理与病理上这些特点，故治疗上强调补中、升阳、益气、益胃诸法，人称"补土派"。

罗天益为李杲的弟子，居李杲门人凡十数年，尽得李氏学术真谛。著作有《卫生宝鉴》24卷等。其论脾胃所伤，尚有饮与食之分；论劳倦所伤，虚中有寒与热之辨，比李杲所说，更加有条理。尤其难得是，罗天益的许多论点，都是通过临床治验来说明。

王好古先后学医于张元素与李杲，尽得易水之学。其论病重视脏腑辨证，尤重脏腑虚损。治疗内伤病症偏于温补脾肾，较之李杲重在调理脾胃又有所发展。王氏《汤液本草》较多地汇集了张元素、李东垣的药学论说，并加以发挥。

张元素之子张璧，号云岐子，著有《伤寒论保命集》、《脉诀》注、《论经脉迎随补泻法》等，均被收入《济生拔萃》，其承父业，对伤寒、针灸、脉诀均有发挥。如他与其父合注《脉诀》，对七表八里九道脉的论说颇为详明。

易水学派，由明至清的数百年间，颇为盛行，突出的代表有薛立斋、赵献可、张介宾、李中梓。

薛立斋名己，号立斋。其代表作为《内科摘要》。他的学术思想渊源于张元素的脏腑辨证，又以李杲的脾胃论为其核心。其中心思想是以脾胃、肾命为主。一方面调理脾胃，一方面滋补肾命。用药偏于甘温，不尚苦寒。是其处方用药的最大特点。

赵献可，字养葵。阐发立斋之学，独重于肾水命火，易水之学至此，可谓发生了一大变革。其著述有《医贯》6卷。

张介宾字会卿、景岳。精于临床，著述颇多，对张元素、李杲益气补脾之说颇为信服，并倡"阳非有余，阴常不

足”之说,认为阴不能没有阳,无气便不能生形,阳不能没有阴,无形便不能载气,所以生于阳而成于阴,故阴阳二气,不能有所偏,不偏则气和而生,偏则气乖而死。张氏精研《内经》,重视阴阳,并把真阴与真阳归根于肾之命门的水与火,从而把阳非有余与真阴不足两方面统一起来。在治疗上,阳非有余则慎用苦寒;阴常不足则慎用攻伐。因此张氏在治疗阴阳虚损时,主要观察命门水火的虚损所在,而左右化裁温补的方剂,所以张氏被后世视为温补派的中心人物。

李中梓字士材,号念莪。在李杲、薛己、张介宾诸家的影响下,他既重视脾胃,为人身之根本,复阐发阴阳,而以阳气为主的理论。中梓之学,一传于沈朗仲,再传为马元仪,三传为尤在泾。

易水学派为张元素所创,经李杲、王好古等医家的继承和发展,形成了一个研究脏腑病机及其辨证治疗并作出重大贡献的一个学派,丰富了中医学的脏腑学说。在医学史上产生了深远的影响。

金元四大家

指在金、元时期(1127—1368)出现的四位著名的医学家:刘完素、张从正、李杲、朱震亨。“金元四家”之说,首由明初宋濂推崇而渐被后人所认可。他们所处的时代,战争频繁,人民生活动荡困苦,内伤、外感疾病流行。北宋政府颁布的《和剂局方》无法适应各种新出现的疾病。在此情况下,有作为的医家立足临床实践,大胆创新,开展学术争鸣,形成了许多医学流派。故清代《四库全书总目提要》评价说:“儒之门户分于宋,医之门户分于金元。”四大家的出现,标志着中国医学史上学术争鸣进入一个崭新的阶段。

刘完素(1110—1200) 字守真,金代河间(今河北省河间县)人,后人尊称刘河间。为金元四大家之首,是河间学派的开山之祖。他25岁开始研读《内经》,直到66岁从未间断,著有《素问玄机原病式》1卷、《素问病机气宜保命集》3卷、《宣明论方》15卷、《伤寒标本心法类萃》2卷、《三消论》1卷、《保童秘要》2卷等书。

他通过理论研究和临床实践,对伤寒之辨证重视“火热”,发挥《素问》“亢则害,承乃制”之治则,在治疗上善于用寒凉、清热、泻火之剂,力图矫正当时滥用温燥药治疗热性病的风气。《四库全书总目提要》阐述完素医书“故其持论多以寒凉之剂攻其有余,皆能应手奏功,其作是书,亦因地因时各明一义,补前人所未及耳。”

刘河间学术思想的主要内容有:①五运六气。刘氏在《内经》天人相应的理论指导下,人体为一小天地,人体内同样存在着五运六气兴衰变化。他认为“医家之要,在于五运六气”,五运之中,四运各一,独火分君相而有二;六气之中四气各异其性,独暑与火合而为一。②河间是以火热作为阐发病机的主要内容,《素问·至真要大论》病机十九条,是专论病机的,刘氏在《内经》论病机的基础上,结合自己的认识,扩大了《内经》病机十九条中火热病的范围。《素问·至真要大论》所述病机中,属于火热病变的原文有15种,刘氏推行为56种,其他病变《内经》原文有6种,刘氏推行为25种,这25种属于风湿燥的15种,在他的论点上又大多与热有关,这样除10种病证属寒外,其余80%以上的病变都属于火热。③六气火化。河间在论火热与风、湿、燥、寒诸气在病理变化中,皆能化热生火。如论风:认为风为阳邪,而火热为阳气之本,热甚则能生风,“热甚风动”(《保命集》),凡言风者即是风热病,眩晕呕吐等病者即是风热之甚者。论诸湿、诸燥、诸寒等皆类同于风。总之他的“六气化火说”,扩大了火热病的范围。他一生在民间从事医学,积累了丰富的诊疗经验,促使他找出理论依据以打破常规,提倡新说,所以他的理论给后世温病学说以深刻的影响。刘氏实开清代温热病之先河,其所创立的防风通圣散、益元散、双解散、凉膈散、黄连解毒饮、大小金花丸、神芎丸、三花神佑丸等是治温热病之名方,被后世医家广泛应用。他治疗杂病,亦并不专主寒凉,而寒热并用,并以芳香辛燥之品,也能开发火热郁结,使气液宣通,流湿润燥,可以适当地运用于火热之证。

张从正(1156—1228) 字子和,自称戴人,睢州考城(今河南省兰考县)人。善用汗、吐、下三法驱邪,后世称他为“攻下派”倡导人。在医学界中独树一帜。由于他的医术与众不同,遭受一般医者的诽谤与中伤。《儒门事亲》一书,是由他草稿,经过麻知己和常仲明的修改补充而成。张氏在病因病机上,强调外邪伤正,病以热证、实证为多;邪去则正自安,主张祛邪以扶正。将多种疾患按风、寒、暑、湿、燥、火等发病因素分为六门,治之以汗、吐、下三法为主,故张氏学说的主要内容就是“三法六门”。张氏学说的形成:一是当时医学界有好用温补之剂的偏向尤甚;二是其当时所接触的病人患以实证、热证病为多;三是受河间学说的影响,他坚决反对迷信占人,迷鬼神和天命,注重博采众长。

张氏学说的主要精神是“主攻论”。①“凡病皆为邪”,病从外人或自内生,都是邪气。“邪气加诸身,速攻之可也”。邪气去而人身的元气自然恢复。②治病重在驱邪。凡病在上者可吐,凡病在表者可汗,凡病在下者皆可下,推演三法的范围。他指出:“引涎、漉涎、嚏气、追泪,凡以上行者皆吐法也;灸、蒸、熏、渫、洗、熨、烙、针刺、砭射、导引、按摩,凡表解者皆汗发也;催生、下乳、磨积、逐法、破络、泄气,凡下行者皆下法也。”③驱邪有道,凡汗、吐、下均有禁忌证,不能乱用。张氏善用攻法,但不能认为其不分虚实而滥用。其在“五虚五实攻补悬绝法”中说:“岂有虚者不可补,实者不可泻之理哉?”除了亦用补益药之外,他更主张在邪去之后,宜用五谷、五肉、五菜等食养补益。张氏善用心理疗法,治疗情志病,认为情志病多以心而发,五志所发,皆从心造,故凡喜、怒、悲、思、恐

之证，皆以平心火为主，对"五志过极"之证，当以寒凉药主之，五志加"惊"、"劳"为"七情"，情志病伤"神"的，都表现为精神病理状态，主张以"平心火"以调整心神。常以"生克制胜"的理论指导治疗，以"悲可以治怒，以怆恻苦楚之言感之；喜可以治悲。以谑浪亵狎之言娱之；恐可以治喜，以恐惧死亡之言怖之；怒可以治思，以污辱欺罔之言触之；思可以治恐以虑彼志此以言夺之。凡此五者，必诡诈谲怪，无所不至"。他曾治疗卫德新妻因惊得病一案，面对患者以木棒反复敲击木儿，竟治愈了患者每闻响声即惊倒不知人事的顽疾。这一验案即《内经》"惊者平之"之理，平者常也。

《儒门事亲》的"顾斋行言"曾评赞了张从正说："大定、明昌南渡以来，宛丘张子和出，专探历圣之心，阐发千载之秘，辨实于虚识燠于寒，以至阴阳之所造化，运气之所胜复，风土之异宜，形神之殊禀，无一不穷其极。凡所治疗，如取如携，识者谓长沙、河间复生于斯世矣。"

李杲(1180—1251)　字明之，号东垣。真定(今河北省正定县)人。学医于张元素，是脾胃学说的创始人，补土派的宗师。李杲所处的时代，正是金元混战的年代，人民处于饥饱失常，忧愁思虑，劳役与逃荒等灾难之中，因饮食劳倦所伤而死亡者甚多，此时所产生的疾病，沿用前人的方法，误治颇多，李杲遵其师"运气不齐，古今异轨，古方新病不相能也"的主张，运用脏腑辨证理论，发明疾病多与脾胃受伤有关，而后写成《内外伤辨惑论》、《脾胃论》以及由其弟子罗天益整理付印的《兰室秘藏》、《医学发明》。

李杲脾胃学说的主要内容有①内伤脾胃，百病由生。其认为人体内在元气充足时则诸病无由发生，而元气的充足与否视脾胃之气有无所伤。脾胃之损伤，由于饮食不节，劳倦过度，七情所伤而致，而"胃虚则脏腑经络皆无所受气而俱病"、"脾胃虚则九窍不通"。其脾胃内伤学说的基本观点是"脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也"。②治脾胃以升发脾阳为主。认为脾胃为精气升降的枢纽，把胃气说成是经气、真气和一切诸阳升发之气，许多疾病的发生与脾阳有密切关系。故主张升发脾阳以调整脾胃而治疗各种有关的疾病，并创立了以升阳为主的方剂，如补中益气汤、升阳益胃汤等。③相火为元气之贼。他认为元气不足会引起阴火独旺，阴火独旺又反过来耗伤元气，火与气不两立，故治此等症宜补脾胃、升阳气、降阴火，李氏在外感发热、阴虚发热的传统理论之外，提出了内伤脾胃发热之说，创用甘温之剂以除大热之法，补前人之不足，为后世治疗内伤发热开辟了先河。

李杲不仅善常于脾胃之说，而且对危急重症的外科、眼科等都有专长，是一位在理论上有所创新的杰出的医学家。他的脾胃学说对明、清两代医学影响较大，受到大多数医家的赞扬。但亦有加以批评和补充的，如明代张景岳在肯定李氏成就的同时，批评李氏的相火为元气之贼说，认为"邪火可言贼，相火不可言贼也"。清代叶天士认为李氏重治脾而忽略治胃，提出养胃阴之说以补充李氏之不足，体现了脾胃学说不断趋于完善的必要性。

朱震亨(1281—1358)　字彦修，人称丹溪翁。金华(今浙江省义乌县)人。滋阴学说的倡导者。他30岁始读《素问》，后读陈师文等所订方书，44岁时，几经恳求得从罗知悌学医。罗氏私淑于刘河间而旁通李杲、张从正两家学说。罗授丹溪以刘河间、张子和、李东垣等医书，告诉朱氏："医学之要，必本于《素问》、《难经》，而湿热相火为病最多"。从罗学一年半，为丹溪学说的产生，打下了良好的基础，朱氏著作有《格致余论》、《局方发挥》等书。

丹溪学说的内容有：①阳常有余，阴常不足论。认为人体气常有余，血常不足，并引《内经》"年至四十，阴气自半"及"男子六十四而精绝"，"女子四十九而经断"为证。提倡节饮食戒色欲，使气血充和，阴平阳秘，以防病延年。②相火论。人所以有生命力，根源于相火一气的运动，所谓"人非此火不能有生"。相火为肝肾两脏所专司，多分属于心包络、膀胱、三焦、胆诸腑。但相火妄动便为贼邪，即谓"元气之贼"。丹溪的"相火论"概括了相火正反的两种作用，一种是生理作用，一种是病理作用，对东垣"相火为元气之贼"学说有了补充，说相火秉位则有益，越位则有害，这样相火的概念就更明确了，故重视滋阴降火以治病。③反对滥用温燥与攻伐。因宋代官修《和剂局方》流行南北，医家滥用辛香燥热之剂，为害不浅，而著《局方发挥》加以批评。丹溪生当和平之世，地处江南，人多酗酒纵欲，病多不任攻击，提出对张子和汗、吐、下之法要慎用，并写了《张子和攻击注论》一文。④对老年病研究颇深。著有《养老论》，继承河间"阴虚阳实"的论点、从中得到启示，并从实践中认识到，老年阴精耗损者居多，在治疗上不宜使用温燥剂，而且要注意水谷、胃气对阴气的影响，在饮食方面也要注意节制酒肉、油腻、煎炙厚味，严防助火伤阴。并重视"动静与长寿"的关系，其认为生命的延续皆由于动，还强调"动皆中节"，这种保存阴气，动静结合的养生方法，对研究老年病医学大有裨益。

丹溪在《格致余论》篇末说："于是定阴易乏，阳易亢，攻击宜详审，正气须保护，以局方为戒哉。"这是他对其学术思想的全面概括，在上述理论指导下，在临床中，他重视辨证论治，对气、血、痰、郁诸证的治疗有独到的见解与卓越的成就。

朱丹溪医德高尚，经常救治重危患者"雨雪载途亦不为止"，"窭人求药无不与，不求其偿"，"困厄无告者，不待其招，注药往起之，虽百里之远弗惮也"(宋濂《丹溪先生墓表辞》)。丹溪学生较多，如戴元礼、王履，对医学都有贡献，丹溪学派对后世影响颇大，其影响远至国外，日本曾成立了丹溪学社。丹溪滋阴学说和刘完素的主火论，对温病学说的形成有重大影响，但丹溪学说亦曾受到明代温补派张景岳的攻击。

中西医汇通派

中西医汇通派系指近代中国传统医学因受到西洋医学的影响而出现的一种目的在于融合中、西两种医学的学术流派。自古以来,中国人民就有着吸收和融化国外医学及其他一切优秀科学成果的优良传统。古代中国医学中不断吸收古印度及其他医学的成分,由于中国固有医学体系在古代一直位居世界各国医学的前列,而且古代其他国外医学体系也多是经验医学,因此,其经验有为中医所吸收所应用者,但对中医的影响较微,冲击不大。

西欧自从文艺复兴以后,经验医学在近代自然科学的影响和渗透下,逐步发展成近代的实验医学。19世纪中叶以后,西洋医学大量输入中国,传教医士的到来,客观上为中国人民带来现代的西洋医学科学。他们翻译的西洋医学书籍,在中国国土上建立西医学学校、医院,吸收留学生。这一系列新鲜事物的出现,对传统医学产生了无法抵御的冲击。事实上,西洋近代医学早在明末清初就已传来中国,但近代医学大量传入中国,即所谓"第二次西洋医学的传入",则是19世纪开始的,牛痘术的逐步取代人痘术预防天花,即其1例。明末清初科学家、医学家如方以智、徐光启、汪昂等,受到西医的影响,其中如方以智,即已大量把西医的内容如生理解剖知识吸收到自己的科学著作如《脉考》、《物理小识》、《古方解》等书中,表现出明显的汇通中西医的倾向,在深人研究中医学术、涉猎西医知识之后,他认为西医"详于质测而拙于言通几",质测意为实地的生理解剖知识,通几指中医气化学说,亦即中西医各有所长的意思。最早提出"中西医汇通"说法的是洋务派首领李鸿章。戊戌变法前后,改良派的"废科举、兴学校"等主张以及随之出现的"保存国粹"等思想,在中西医汇通思潮中都有所反映。表现为对待西洋医学的不同态度以及中西汇通中的不同动机和方法。

一种思想是闭关自守政策的反映,认为中国固有的传统医学已经尽善尽美,毋须再学习别人的任何东西,对西洋医学采取拒之门外的保守思想;另一种则是全盘接受,否定固有医学的全盘西化思想。这两种极端思想都是不合潮流的。中西医汇通思想则认为西洋医学和传统中医各有长短,必需吸收西医所长,为我所用。显然,这是符合时代潮流的一种医学思想。出于不同的动机,中西医汇通思想的产生,也有不同的方法和形式。一种认为中国传统医学比西医高明,因此,学习和吸收西医的内容,是为了保存中医固有的东西。这种思潮以唐容川为代表。他认为即使西医的生理解剖学有自己的特点,但也完全超不出《内经》、《难经》的范围,甚至认为中医早已超越解剖阶段而进人更高级的"气化"阶段。因此,他虽然也说过"西医亦有所长,中医岂无所短","不存疆域之见,但求折衷归于一是",但他汇通中西医的最终目的仍然是要保留住《内经》原封不动的精神和内容。他的这种尊经复古思想集中表现在他的代表作《中西汇通医书五种》之中。这种思想是中医在帝国主义文化侵略和国内官僚买办阶级重重压迫下,被动产生的一种思潮。它在中西医汇通的过程中不可能取得什么实质性的成果。

另一种中西医汇通思潮是出于真正认识到中西医各有所长,亦各有不足,需要互相学习,互相补充,从而才能使传统中医继续进步,或者最后产生一种新的、融汇两者之长的汇通医学。这种思潮在后期的中西医汇通活动中占优势,虽然在吸收和汇通中西医的方法和深度、广度方面还存在一定的差异,取得的成果也不尽相同,但总地说来,这种思想是积极的,取得的成果是可观的,它代表着中西医汇通派的主流和方向。这一派的早期代表有朱沛文,后期的著名代表则有恽铁樵、张锡纯和杨则民等人。朱沛文对近代西医的基础表示肯定,认为"医治人身之道确乎有据,非可空谈名理。若不察脏腑官骸体用。但举寒热虚实之概,谬以温凉补泻之方,而能愈人之疾者鲜矣"。"脏腑体用华译著说不尽相同。窃意各有是非,不能偏主。有宜从华者,有宜从洋者。大约中华儒者精于穷理而拙于格物,西洋智士长于格物而短于穷理"。显然,朱氏反对"空谈名理"而重视"察脏腑官骸体用"。有这种思想倾向的早期汇通医家还有陈定泰等人。

恽铁樵充分认识到中西医互有短长,认为"今日中西医皆立于同等地位",中医重"形能"及"气化",重四时五行等,西医重生理解剖、细菌病理和局部解剖。他主张"中医而有演进之价值,必能吸收西医之长,与之化合"。他是站在维护中医的利益的立场上,来对待中西医汇通这一项工作的。所谓"居今日而言医学改革,苟非与西洋医学相周旋,更无第二途径"。他为了保存固有医学中的精萃,维护中医利益,与全盘否定中医的余云岫展开了持久的论争。认为中医不应止步不前,仅仅满足于《内经》的成就,而应该超过古人,吸收西医之长,继续前进。

张锡纯的中西医汇通思想充分表达在他的《医学衷中参西录》一书中。在医学理论上,他以中西医理互相印证,认为"观《内经》,知中西之说,皆函盖其中也"。他以这种思想指导着自己的临床实践,经常采用中西药并用的方剂治病,并用中西药理对之进行阐释,认为"中药和西药相助为理,诚能相得益彰。能汇通中西药品,即渐能汇通中西病理。当今医界之要务,洵当以此为首图"。在中西医汇通学术方面,他取得一定的成就。值得注意的是杨则民在中西医汇通这一问题上的指导思想。杨氏可称为近代医界首次自觉运用唯物辩证法为武器研究《内经》的医家,他著有《内经哲学之检讨》(1932),认为该书的指导思想是唯物辩证法,阴阳概念就是对立统一的概念。他从哲学的高度来对待中西医汇通的工作,对于汇通中辨证和辨病的关系也有独到的见解。此外,还出现一些中西医汇通的学术团体,出版了中西医汇通刊物,如丁福保发起的"中西医学研究会",刊物有《中西医学报》、《医学世界》等。

由于时代的局限，近代中西医汇通的方向虽然是正确的，但是，在方法论上，总的指导思想方面，以及对西医学和中医学的真正长处和短处的认识方面，都还存在不少缺点和错误观点，因而，总的说来，中西医汇通派的成绩还是很有限的。

明清外科三大学派

中医外科的发展，至明清时期达到相当高的水平，积累了丰富的经验。此时涌现出了一批著名的外科学家，形成了三个不同的学派，从不同方面促进了中医外科学体系的发展进步。

陈实功学派 以明代陈实功及其《外科正宗》为代表，注重中医外科学的基本理论和医疗技术，临证以脏腑经络为其辨证纲领，治疗以内外并重，内治善用消托补，外治重视外科手术。

据《外科正宗》范凤翼序所述：陈实功"少遇异人，授以刀圭之术，既后乃遂肆力于医，医辄精，即奇疡怪症，一觏辄晰，投以半匕，无不立痂而愈。虽有厚毒攻中，陷胸洞胁，万无生理者，亦必计日以瘥，心手之间，若有神与存焉矣。"著《外科正宗》4卷，陈实功认为外治与内治有着同等重要的意义，"内之证或不及于其外，外之证则必根于其内"，"痈疽虽属外科，用药即同内伤"。常从内伤方面来探讨外证的起因和变化。受金元诸家学说的影响，陈氏在治疗上重视脏腑与气血。他说："盖脾胃盛则多食而易饥，其人多肥，气血亦壮；脾胃弱则少食而难化，其人多瘦，气血亦衰。故外科尤以调理脾胃为要。"施治须辨气血之有余与不足，如疮疡未溃，则采用消、托、攻之法，使气血流通；但疮溃之后，气血大虚，当以托里纯补为主。另外，陈氏还注意到适饮食、调寒热、戒喜怒、节劳欲对于疮疡病人治疗与保健的重要作用。以饮食为例，如疮溃前禁生冷硬物，勿过饱，其饮食当香燥甘甜、热、浓，但宜少量。疮溃后不宜戒口太严，当随着病情的好转，食欲增进而调适其饮食。

陈氏学派还以科学态度力矫以往的守旧思想和好用寒凉药的弊端。《外科正宗》中收录了400余首方剂，有不少是陈氏精心研制的，如外科蟾酥丸、如意金黄散、立马回疔丹、保安万灵丹、太乙紫金锭、脏连丸、冲和膏、透脓散、海藻玉壶汤等，疗效显著，沿用于今。在一定程度上改变了当时治外科病仅局于数方的状况。一般在疮疡的治疗上喜用寒凉之品，陈氏结合临床辨证论治，有时甚至用参附护正托毒之剂，并不单纯攻伐。他说："疮疡脓溃之后，气血大虚，外形虽似有馀，实是亏损不足，于法当补，便有生机。"他对朱丹溪关于疮疡未破不轻用热药，既溃后不用凉药的论述非常推崇，认为"诚哉是言也"。但"又有不然，且如初病未破时，脉得微、沉、缓、涩、细、数、浮、空(芤)……若执前云未破毒攻五脏之说，必投药攻之，复损元气，患者其生乎？其死乎？予论治病，不论首尾，难拘日数，但脉证虚弱，便与滋补，乃可万全"。是为陈氏之创见。

在外治方面，陈实功常用外科手术治疗与外治法等，如腐蚀法、汞剂、砷剂、熏灸法、敷药法、淋洗法等。在外科手术方面，除擅用腐蚀药以清除坏肉，通脓管以使毒液外泄等医疗技术外，对非手术治疗难以治愈的疾病，强调外科手术治疗。例如：用截肢手术治疗脱疽(血栓闭塞性脉管炎)，对自吻切断食管、气管者，进行气管、食管吻合手术，设计制造鼻息肉摘除手术器具治疗鼻息肉；用竹筒吸取脓汁，用火针治疗瘰疬，用枯瘤法或手术摘除治疗某些良性肿瘤等。

陈氏还特别注重医德，提出"五戒十要"的医德规范，以"方为仁术"为行医宗旨，要求医生要对病人一视同仁，不得计较诊金之多少，不得远游和擅离职位，而应当精勤不倦地钻研学业，认真细致地为病人诊治。在同道之间，"不可生轻侮傲慢之心，切要谦和谨慎，年尊者恭敬之，有学者师事之，不及者荐拔之，骄傲者逊让之，如此自无谤怨，信和为贵也"。而热爱自己所从事的外科事业。

清代祁坤是陈氏学派的代表之一。顺治康熙年间(1644—1722)为御医，其著《外科大成》4卷，在继承陈实功学术思想的基础上，论述了外科病的病因、病机、辨证、治法及方药。强调外科手术切口"针锋宜随经络之横竖，不则难于收口，部位宜下去，……附于骨也，针寸许，毒生背、腹、胸、胁等处宜扁针斜入，以防透膜之害"。其论内治重在消、托，外治法有针、烙、砭、灸、烘、拔、蒸等外科医疗技术与手术。该书凡"疮疡之微者无不载，方法之善者无不备"。诚可谓集外科之大成也。乾隆年间编纂《医宗金鉴》，其中的《外科心法要诀》就是以祁坤的《外科大成》为蓝本的。

王洪绪学派 以清代王洪绪及其《外科证治全生集》为代表，是在继承明代张景岳《外科钤》的学术思想上发展形成的。该派强调外证阴阳辨证，治疗上张以消为贵，以托为畏，反对滥用刀针而以温通法为主要大法。

王洪绪承其家学，通临床各科，尤精外科，集数十年外科临证之经验，撰《外科证治全生集》4卷(1740)自谓诊治无一失误而全生，故名。

在王氏学派出现以前，外科医家对痈疽的论述，虽有发挥，但总不出《内经》的论述。王洪绪幼承庭训，发现家传外科书稿与世间诸书迥异，又经临床验证，据王氏自述，临危者救之，初起者消之，痛痒者止之，溃烂者敛之，百治百验。在此基础上，王氏倡导了外科学中别具一格的学术、学派思想。

据王洪绪《外科证治全生集》所载，其学术思想主要表现在：①以阴阳为辨证纲领。王氏强调："凭经治症，天下皆然，分别阴阳，唯余一家。"黄铉在《外科证治全生集》序中也指出："以阴阳辨痈疽之别，以赤白明阴阳之著，实能补古方书所未逮。"王氏认为，大凡患处红肿疼痛者为阳为痈，其毒浅，多为火毒之滞；而患处色白、根盘平塌为

阴为疽,其毒深,多为寒痰之凝,阴毒深伏。痈疽的病机不同,所以治疗亦各不同。对阴疽,他提出以滋阴散寒、阳和解凝为治则,从而为阴疽及阴寒症的治疗打开了一个新领域。②以温通腠理为治外证的基本大法。长期以来,医家都以"内消"法治痈疽,且多以清热解毒,或活血化瘀,或通里攻下之法。但王氏所用的内消法与上述诸法有明显的不同,王氏认为"痈有火毒之滞,疽有寒痰之凝"。不过两者均以开腠理为要,使邪从外出,毒从内解,以达内消之目的。王氏喜用麻黄、肉桂和炮姜,认为"非麻黄不能开其腠理,非肉桂、炮姜不能解其寒凝,此三味虽酷暑不可缺一也。腠理一开,寒凝一解,气血乃行毒亦随之消矣"。③反对滥用刀针手术和腐蚀性药物。王氏主张"以消为贵,以托为畏"。除疔可刺之外,概不可轻用刀针。他指出:"殊不知毒在皮里膜外,或应开刀,尚忌深过三分,恐伤内膜。若深入寸许,伤透内腑,病人何能堪此极刑?七恶之现顷刻矣。世之宗其法治,尽属刽徒。"对陈氏等主张手术治疗者进行了严励的批评。此论虽然有偏颇之处,亦不失为王氏学派之一大特色。王氏所传之犀黄丸、小金丹、梅花点舌丹、阳和汤等,一直被尊为外科的良方。

王氏学说中也有不足之处,如诊断上只强调望诊,忽视脉象与整体变化,过分自信家学,一味排斥别人的学术思想,因而带有一定的片面性。

清代宗王氏学派者随着保守思潮的发展而颇不乏人。如许克昌、毕法、邹五峰等,《外科证治全生集》经多次翻刻及整理,流传颇广。

许克昌、毕法以《外科证治全生集》为本,辑成《外科证治全书》,其学术思想上继承王氏,而又有所发展,并于该书内附有医案。例如在阴疽的治疗上,许、毕二氏不拘泥于阳和汤之温通腠理一概而论治,而是更注重具体病情的辨证论治,凡初起兼头痛、发热、恶寒、肢体拘急者,以保安万灵丹解表,或以人参败毒散去独活加桂枝而汗之。倘若溃后见表证者,以托邪饮加桂枝煎服,少顷啜热粥,暖卧微汗为止。仍有气虚者,可服补中益气汤加茯苓、半夏、熟地。

邹五峰《外科真诠》的学术思想也是既尊王洪绪,又在实践上发展之。邹氏特别注重阴阳辨证,而且对阴阳证型分得更加细致,并且重视脉诊。他说:"大抵疮毒,纯阳固多,纯阴原少,惟半阴半阳之毒居多。"而半阴半阳症一般表现为坚硬微痛、肤色淡红,常以和营解毒为治则,内服加减活命饮,外敷乌龙膏。不过,《外科真诠》中重药物治疗而轻刀针手法的倾向还是很明显的。

清末,马培之对《外科证治全生集》作了一定的研究整理,编辑成《马评外科证治全生前后集》6卷(1883年版)。反映了该派也是近代中医外科中一大流派。然而,马氏对王氏的学术思想进行了重要的修正。他指出:"刀针有当用,有不当用,有不能不用之别,如谓一概禁之……非正治也……王氏《全生集》,近时业疡科者,奉为枕秘,设遇症即录方照服,既不凭脉,亦不辨证,贻误匪浅。"

高秉钧学派 以清代高秉钧及其《外科心得集》为代表,是在总结外科学术经验和吸取清代温病学术思想的基础上形成的。该派通过比较分析,认为温病与外科病在病因、病机、治法上有许多一致的地方,故立论以鉴别诊断为主,应用了不少治温病的方剂来治疗外科病,获得了更明显的疗效。

高秉钧,字锦庭。由儒而医,精内外科,善采诸家所长,其治病效如桴鼓,诊治不计利,于嘉庆时名重江浙。高氏于1805年著成《外科心得集》3卷。

高氏常以温病学的理论来指导外科病的诊治。他认为暑热客于肌表易致暑热疮、串毒、丹毒、游火等外科病的发生,客于肌肉间易发生痈、疽,客于络脉易发生流注。伏邪内发的外科病症,缠绵难愈。在辨证方面以上、中、下三部来分析病因。如例言所述:"盖以疡科之证,在上部者,俱属风温、风热,风性上行故也;在下部者,俱属湿火、湿热,水性下趋故也;在中部者,多属气郁、火郁,以气火俱发于中也。其间即有互变,十证不过一二。"在证候的鉴别和治疗上,高氏"不循疡科书之旧例,每以两证互相发明而治法昭然若揭"。既有同病异治,又有异病而同治者。又如在治耳痈、耳内积脓的治疗方面,高氏说:"须知耳内有脓时,不可用末药掺之,盖耳窍止有开而无合,将药纳人,阻塞孔窍,脓不外泄,热毒即循经外达,绕耳红肿,则发外耳痛矣……。"高氏应用犀角地黄汤、紫雪丹、至宝丹等治温病的方剂来治疗疔疮走黄,也取得良效。

反映高秉钧学术思想的还有《谦益斋外科医案》2卷,为其弟子上池录刊高氏平生临证医案而成,末附"疡科日用丸、散、膏、丹论略",分为20门,97种病,计530余方。

高氏学派的后起之秀当首推沙石庵(1802—1887)。沙氏原名玉书,字石庵,为镇江大港沙派最负盛名者。《疡科补苴》最能代表沙氏的外科学术思想。他认为热蕴六经为温病,毒聚一处为外疡,痈疽不分阴阳,皆属于热毒,即使阴症之疽也是由于毒火陷阴所致。在治疗上,疮疡初起不用温散、温托,而以辛凉宣解为宜。基于阴液是防止病邪内陷之本这样一种认识,他指出:"痈疽无论大小肿硬,外溃内溃,过二十朝,腐肉不脱者,真阴亡也,服大剂甘寒益阴败毒,阴液生而腐脱者,犹有生机。"在《疡科补苴》中那种"能治温病,即能治外疡"的学术思想,贯彻于始终,从而为中医外科的发展开辟了新领域。

在明清时期相继出现的三大外科学派,是中医学术思想发展,尤其是中医外科学术体系日臻丰富的重要标志。各学派从不同的方位为中医外科学的发展做了开拓性的工作,并产生了深远的影响。

中医与民族医学

中华民族是由以汉族为主体的包括55个少数民族

在内的多民族所组成。中国医学是包括所有各民族在内所创造的各种医疗体系和经验的总和。汉族医学(习惯上称中医)和各少数民族医学共同构成了祖国医学宝库。

远自古代,中国的少数民族就开始了生活和生产活动,在这个过程中,他们创造了自己的文化和医学。有些民族,由于还创造了自己的文字,因而他们的医药知识,也就能用本民族的文字记载下来,有的还完整地保存至今。但也有些少数民族的古代文字,随着时间的推移、民族的变迁,这些文字已不再使用,而他们在历史上的医学成就却依然保存下来了;有些民族和他们所创造的文字则一直延续至今,其古代医学文献也依然保存和流传着,在广大民间应用。在中国医学史上,中医与各民族医学互相交流融合。现存主要的具有独立体系的少数民族医学和古代少数民族医学有以下几种:

西夏医学 西夏是中国古代党项族在 1038—1227 年建立的王朝,国号大夏,其文字今已不用。在近代出土的西夏文物中,存有若干西夏医药史料。如西夏医学文献《治疗恶疮要经》,系记录治疗外症之内容;1972 年在甘肃武威发现的西夏文伤寒病方及史书记载表明,西夏医学主要吸收汉族医学的内容,还有本民族的医疗经验。同时,它也吸收了若干古印度医学"四大不和"的理论内容。西夏文的辞书《文海》中记载的人体生理解剖、病症、药物等名词,计 100 多种,其中以外科病症居多,也涉及一些内科、妇产科、小儿科、五官科等内容。

契丹医学 契丹族于 10 世纪初兴起于辽水上游,并建立契丹国,创造了自己的文字即契丹文。契丹医学尤其擅长于外科与骨伤科,善于望诊,契丹医疗原来主要依靠巫术,很少医疗技术,建立政权后通过战争掳掠或派人到内地引进,大量吸收汉族医药文化和翻译汉族医书,发展了本民族的医药学。该族还有着比较先进的尸体防腐方法。《辽史·方技传》中,记载一些契丹族的名医如迭特里、耶律庶成、直鲁古等,其中有些医家还著有专书。

回鹘医学 指古代回鹘民族创造的医学。8 至 15 世纪,中国西域吐鲁番一带通行回鹘文,回鹘民族曾用回鹘文记载其医疗经验。近代曾在吐鲁番地区发现一些回鹘医的文献材料,从已知的材料可见回鹘医学包括有朴素的理论,对于内科杂病、外科、五官科、妇产科疾病,都有简易的治疗方剂。从其内容可见,回鹘族医学之形成曾广泛吸收了中医学的医学理论与医疗经验。其医学有较浓厚的地方色彩,常用药物有酪、葡萄酒、松香、麝香等少数民族地区的药物。

彝医学 彝医学是流行于云南、贵州、四川等省的彝族同胞中的民族医学。彝族也有自己的文字,留有医学著作,如中华人民共和国成立之后曾发现有明代彝医的《彝族医药书》,记载着彝族的医疗用药经验,具有本民族的特色。其医学理论比较古老,医疗技术也十分纯朴,虽然看不出十分明显的汉医学影响,但接受汉医内容的痕迹还是不难发现的。书中涉及内、外、妇产、五官等科病症,其所用药物有不少是彝族聚居地区特有的药物。但从已发现的医学文献资料看,尚缺少理论内容。

傣医学 傣族有悠久的历史。其文献材料最早均记录于贝叶上,即贝叶经。其医学认为人体生命活动物质为"四大生机",即土、水、火、气,认为任何一个生机出现偏胜或不协调,均可使人致病。对每一种要素所引起的疾病,都有固定的方剂治疗。治病多采用本民族地区的物产,一般以每方用药 3—6 味的复方形式出现。其诊断方法亦多采用望、闻、问、切四诊。从傣族医学之理论与医疗方法、技术等,也可见汉医学和印度医学影响的痕迹。

维医学 维吾尔族自古居于西域地区,历史悠久。其地盛产各种药材及物资,自古就与内地交流。公元 8 世纪,其名医占巴西拉哈著有《活体测量》、《尸体图鉴》,其书且曾流传至西藏地区。唐代《新修本草》中载有 100 多种产自西域地区的药物。由于维族居住地区处于交通要道,丝绸之路为其带来各国各族人民医疗经验,因而维医学在本民族所积累的医疗经验的基础上,又吸收了汉族医学、阿拉伯医学、波斯、古印度医学和藏医学的内容,融为一体,成为独特的维医学。其理论系统包括四元素(土、水、火、风)、四津(血津、痰津、胆津及黑胆津)及五行(金、本、水、火、土)的内容。维医的治疗以内服为主,多应用汤剂、丸剂,还有熏法、坐药、放血、浴疗、烙法、冷热敷等 10 多种治疗方法。维医擅长于治疗白癜风、肾炎、关节炎、糖尿病、肾结石等病症。

朝鲜医学 这里是指朝鲜族医学,其内容与中国紧密邻邦朝鲜的医学基本一致。古代朝鲜医学与汉族医学基本相似,受汉族医学(中医)的影响至深(见"中朝医药学术交流"条)。朝医学即东医。朝鲜族利用东医与本民族的医学相结合,提出了具有民族特色的朝鲜民族医学理论,亦即"四相方"的学说,以李济马的《东医寿世保元》为其代表。它把人体按不同体型、性格,分为太阳、少阳、太阴、少阴四种类型,用以指导临床实践。这是一个四相方与脏腑、表里寒热理论相结合的辨证理论体系,至今仍然指导着朝鲜医的临床实践。其他如《方药合编》(又名"活套"),其中包含着 800 多种有朝鲜族特色的药方,也是临床常用的。

蒙医学 蒙族民间传说,最早的药物为开水,是用来治疗消化不良的。古代的蒙古族人民早已知道应用火灸、刺血、酸马奶等疗法。蒙医的正骨疗法、脑震荡疗法均颇具特色,热罨疗法更是蒙族所特有。元代饮膳太医忽思慧的《饮膳正要》一书中,就有相当多蒙古族的饮食疗法在内,常用的酥、奶等制品,都为本民族常用食疗法。随着喇嘛教的传入蒙古地区,蒙医又吸收了一些藏医学的内容,同时也吸收了汉族医学的成分,从而创造了蒙医学独特的理论系统,其中包括三邪学说(赫依、希拉、巴达干)为主及阴阳学说、五大元素、六因辨证学说等内容。蒙医学也以藏医《四部医典》为主要理论依据,并编写有

较多的临床和基础理论的医书，较著名的如《方海》、《甘露之泉》、《蒙医正典》等，是临床上所常用的著作。

藏医学 藏医学也具有较悠久的历史，其内容比较系统，有理论，有实践。有史记载的藏医学已达1000多年。藏医学的主体，是青藏高原藏族人民在其特定的自然条件和社会条件下的医疗经验总结，同时也吸收了汉族医学及古印度吠陀医学的内容，有机地结合而成。其理论系统主要是"龙、赤巴、培根"三元素学说，以之解释人体的生理病理现象。诊断方面特别重视尿诊及脉诊。其治疗包括内服、外用、放血等方法。内服药主要采取丸剂、散剂、膏剂。藏族人民的祖先，早在公元7世纪就建立了空前统一的吐蕃王国。随后，唐代文成公主、金城公主与吐蕃国王联婚，进藏时带去大批医书及医工，对藏医学的形成产生明显的影响。藏医学在其形成过程中，也在一定程度上受古印度吠陀医学的影响。这些在其经典著作《四部医典》中有明显的反映。

除以上几种少数民族医学以外，一些人口较少，没有本民族文字的少数民族，以及人口多达千万计的如壮族、苗、白、畲、侗、黎……族等，也都有自己独特的疗病经验，从已有的调查研究不难看出，在其各自民族医药的形成上，也都不乏相互影响的痕迹和史实。只是缺少文字记载和系统的理论罢了。

中华人民共和国成立以后，党对少数民族医药学的发展给予足够的重视。1951年8月，在北京召开了第一次全国少数民族卫生工作会议，把少数民族医药学的问题列入国家的议事日程。各地先后建立了民族医院、民族医学院、民族医研究所。在继承和发扬方面，诸如文献整理、临床研究，为老民族医配备徒工、老民族医的职称晋升问题等等，都取得了较大的进展和成绩。目前，西藏、新疆、内蒙古等自治区先后成立了各自民族的医药学院校，在州盟、专区以上，基本上都有了民族医院，有的县旗也已成立，或在一般医院设立专科。出版了各种新的民族医读物及药志，在《中国医学百科全书》92分卷中，也专设了蒙医、藏医、维医、朝医几个分卷。1984年9月，在呼和浩特市召开了"全国民族医药工作会议"，这是在党的全面改革、开创社会主义现代化建设的新局面、新形势下召开的，会议对如何开创民族医药卫生工作的新局面，做出了一系列的新决定，采取了措施，一个民族医药卫生工作发展的新高潮，必将很快地到来。

中朝医药学术交流

早在公元前2世纪，中国与朝鲜已经有了友好往来。公元前1世纪中叶，新罗、高句丽、百济三个国家相继在朝鲜半岛崛起，史称"三国时代"。后来新罗实现了统一。中朝两国的医药交流不绝于史载。514年梁武帝萧衍应百济之请，派遣毛诗博士和医工、画师去百济。新罗曾多次派留学生来中国，带回中国医药学及其书籍，中国医学书籍在隋唐时期被带到朝鲜的很多，如《黄帝内经素问》、《伤寒论》、《针灸甲乙经》、《明堂经》、《本草经集注》、《诸病源候论》、《千金方》、《外台秘要》、《新修本草》等。唐代的《广利方》于元和年间(806—820)亦由朴正言携入朝鲜。新罗曾模仿唐代的医学教育制度和管理制度，设置医学，设医学博士2人，以《本草经》、《甲乙经》、《素问》、《针经》、《脉经》、《明堂经》、《难经》等教授学生。

朝鲜医药学家在实践中发展了自己的医学并影响到中国，如魏晋六朝的《名医别录》中即称赞高句丽的炼丹术，并记载了许多朝鲜的药物，如五味子、昆布、芜荑等；《新修本草》、《海药本草》等书中记载了白附子、玄胡索、新罗人参等朝鲜药物。与此同时，朝鲜医方也传入中国，如王焘《外台秘要》十八卷治脚气病的"高丽老师方"；《广济方》记载用高丽昆布白米泔浸一宿洗去咸味治膀胱结气；据《证类本草》所载，是新罗僧发现了威灵仙的药效。

中朝两国医药文化交流，在宋代达到新的高峰。936年王建统一朝鲜，定国号为高丽。1016年，高丽遣民部侍郎郭元使宋，宋真宗赠以《太平圣惠方》等书携归。1021年高丽又遣韩祚使宋，于次年携《圣惠方》等回国。1059年中国医生江朝东等赴高丽，留于该国。开封府的慎修，随海船入高丽，精于医术，于高丽文宗朝登第入仕。其子安之，亦善医术，先后于睿、仁两朝为官，并对高丽医学的发展有一定的贡献。1071年高丽文宗遣民官侍郎金悌等人奉表使宋，赠送的礼品中有人参、松子等药材，达千斤以上。1072年，宋遣医官王愉、徐光赴高丽，次年乃还。1073年，高丽遣太仆卿金良鉴、中书舍人卢旦，回访答谢，并请求医药书籍和技工，宋朝给予支援。1074年扬州医助教高世安等8人赴高丽。1078年高丽文宗王徽60岁病中风，宋使安焘、陆睦携诏书及贵重药品赴高丽诊治。1079年宋廷再派医疗团赴高丽，其中有翰林医官邢慥、朱道能、沈绅、邵化及阁门通事舍人王舜封等88人，并带去药物100品。1080年，高丽派遣崔思齐入宋答谢，赠送的方物中有人参、松子、香油等千余斤。1101年王嘏、吴延宠带回宋帝赐王《太平御览》一千卷。1103年及1118年先后两次应请派医官牟介、吕丙、陈尔猷、范子才等4人赴高丽设馆于兴盛宫教授医学，及派遣医官教授杨宗立、杜舜华、成湘、陈宗仁、蓝茁赴高丽，分科教授医学两年。1123年路云迪、傅墨卿奉宋朝之命入高丽，徐兢随行，翰林医学杨寅、医官李仁安、郝朱同往，以替换以前派出的两名医官，留两年方归。由以上史事可以看出宋与高丽王朝频繁的医药交流。

当中国的雕版印刷术传入朝鲜后，高丽靖宗王亨和文宗王徽时期曾以宋版和辽版医书进行覆刻印行。1058年，忠州牧进新雕《黄帝八十一难经》、《玉川集》、《伤寒论》、《本草括要》、《小儿巢氏病源》、《小儿药证》、《病源十八论》、《张仲景五脏论》诏置秘阁。1059年，异善贞等进新雕《肘后方》、《疑狱集》、《玉川集》。因而在高丽保存了许多中国医籍。当高丽秘书省向宋朝进呈医书时，其中

有许多是宋朝馆阁中所没有的版本。1091 年，宋哲宗抄录了一批在国内已佚医药书目交与当时回国的高丽使者李资义，其中包括有《甄权古今录验方》、《张仲景方》、《深师方》、《黄帝针经》、《黄帝九虚经》、《陈延之小品方》、《陶隐居效验方》、《名医别录》、《桐君药录》、《黄帝太素》等。1092 年高丽遣使黄宗悫进献《黄帝针经》，宋朝于次年镂行，使得该书重新流传。

在医事制度上，高丽仿宋制，设置医官、建立药局、惠民局、活人署、内医院、典医监等。在医学教育方面，高丽继续派遣留学生来中国学习。据《宋史·徽宗纪》所载："政和五年(1115)高丽遣子弟入学"。仁宗十四年(1136)又确立医学试科规则，列入考试的有《黄帝内经素问》、《甲乙经》、《明堂经》、《脉经》、《难经》、《痈疽论》、《刘涓子方》、《本草经》等。

宋元时中国与朝鲜的医学交流十分频繁。高丽益阳人李垣之(1083—1149)曾在中国名医处学医。据李氏墓志记载，其"会中国名医，随商船至东土，主上下制，简择名家子往习其术，公亦预其选，而深得其妙焉。"元代，高丽仍多次向中国请教医术，收藏医书，同时继续有朝鲜药物输入中国，其中如人参、白附子等。13 世纪，又有一种用药炮制的"脑原茶"输入，深得中国人民喜爱。1285 年元世祖病，诏求良医，高丽乃派遣尚药侍医薛景成入元，后留居中国未归。14 世纪中叶，高丽派张子温、吴季男使明，带回明朝赠送的药物。金元时期的大医家李东垣与朱丹溪的学术思想也引起朝鲜医生的重视，因而风行于世。

1392 年李成桂执政，改国号为朝鲜，史称李朝。中朝两国间的医药文化交往仍未中断。如明成祖时，朝鲜王李旦生了病，派遣其子芳远来中国购求龙脑、沉香、苏合香油等药物，明朝予以赠送。当时，朝鲜每次来使均有医师随行，曾多次向太医院医师质问疑难，将答词一一记录并编成书，现今可考知的有以下几部书：①《朝鲜医学问答》，朝鲜尹知微问，王应遴(1223—1296)答，淳保五年(1380)刊本。②《医学疑问》三卷，1617 年朝鲜派遣崔顺立、安国臣等来明请问医学，御医傅懋光，太医朱尚约、杨嘉祚及教习官赵宗智等答，1617 年刊本。③《高丽质问录》一卷(著者不详，见清代赵魏竹《庵奄传抄书目》)。

李朝提倡中国学术，中国书籍继续流往朝鲜，1412 年，李朝将原藏忠州府的医书移至春秋馆时，发现其中有不少中国已佚的书籍。太宗十五年(1415)，朝鲜据中国传入的铜人图复刻刊印。1592 年夏，日本丰臣秀吉侵朝，明朝闻讯令李如松等率兵支援朝鲜，两国士兵并肩作战。明朝援军中有不少军医，今见于史籍的有眼科医师张青和、内科医师孟二宽等。此外，明代著名医学家张景岳壮年时也曾到过朝鲜，居数年而归。17 世纪，中国的人痘术已很盛行，后于乾嘉时期传入朝鲜，从此在朝鲜国便开始推行普及。

朝鲜医学家通过长期实践，在医药学领域中作出了许多贡献。朝鲜最早的医书有《百济新集方》、《新罗法师方》，其年代相当于中国东汉时期，已佚。12、13 世纪出现了许多朝鲜医师的著作，如金永锡的《济众立效方》(约撰于 1146—1166)，已佚；崔宗峻的《御医撮要方》(1226)13 卷，已佚；郑晏等编著的《乡药救急方》3 卷，初刊于 1213—1258 年间。14 世纪有李希善的《乡药济生集成方》30 卷，已佚。15 世纪有俞孝通、卢重礼、朴允得合撰的《乡药集成方》85 卷，该书荟萃了朝鲜及传入朝鲜的中医著述之精华，具有朝鲜传统医药的特色。另外，最为著名的朝鲜医学巨著——《医方类聚》，全书 360 卷(现存 266 卷)，于 1445 年完成。由于该书卷帙浩繁，直到 1465 年才用活字排版刊出。《医方类聚》的体裁和《外台秘要》、《圣惠方》相同，内容包括临床各科理论及证治 95 门，先论后方，都注明出处，按引用书籍年代顺序排列，收方 5 万多条，约 950 万字，博引中朝古代医籍 153 种，其中保存有 40 余种已佚的中医典籍，如中国第一部产科专著《经效产宝》(现印本是从《医方类聚》中辑出的)。该书又兼收传记、杂说及道藏佛书等有关医药内容，堪称 15 世纪医方之大成。另有一部医学名著《东医宝鉴》，此书于朝鲜宣宗朝丙申年(1596)开始编纂，由太医许浚、杨礼寿、金应铎、李命源、郑礼男及儒医郑碏等设局撰集，次年已初具规模，因国内战事遂寝。后来宣宗又命许浚"独为撰成"，书成于 1610 年，由内医院设厅刻版，于 1613 年刊行，1643 年又重刊一次。该书共计 25 卷，参考中医书 83 种，朝鲜医书 3 种，所引医籍上自《内经》，下迄金元四大家及明代王纶、李梴、龚信、龚廷贤等人著作，分内景、外形、杂病、汤液、针灸五部分，选方丰富实用，每方均注出处，并采用中国民间单方等。《东医宝鉴》约在明末清初传入中国，乾隆三十一年(1766)由顺德人左翰文在广东刻版，嘉庆元年(1796)在江宁重刻。1955 年中国人民卫生出版社根据朝鲜重刊本影印发行，对医学的发展起到了积极的作用。

18、19 世纪，朝鲜李景华撰《广济秘籍》(1790)4 卷，康命吉撰《济众新编》(1799)8 卷，惠庵撰《医宗损益》12 卷，李济马撰《东医寿世保元》(1901)等书。李氏《东医寿世保元》一书创四象医学，以太阳、少阴、太阴、少阳分类，其原理出于中国的《周易》，五脏以心为中心——太极，肺脾肝肾为四维——四象，进行辨证治疗，这种四象医学，在中国朝医中仍被传习和应用。中朝两国人民的医药交流，起到相互学习、相互促进、互惠互利的作用，同时也通过医药文化的交流，增进了两国人民的友谊。

中日医药学术交流

中日两国人民自古以来有着密切的交往，医药的交流也有悠久的历史。相传秦代方士徐福——一名徐沛，《史记·秦始皇纪》："徐沛等费以巨万计，终不得药"，《汉书·郊祀志》："始皇遣徐福……入海求神采药"，《太平广

记》："东海中祖洲有不死之药，始皇乃遣福求之，福求得童男童女各三千人与偕，乃乘楼船人海，一去不返"。徐福抵达日本九州，今日本九州仍保留有关徐福登陆的标柱、熊野山有徐福墓、纪伊国有徐福宫，人们尊其为"司药神"。

在隋唐以前，中国医药主要通过朝鲜再传人日本。日本曾于允恭天皇3年(414)及雄略天皇3年(459)分别向新罗及百济求医，后一次为德来应征去日本，定居难波(大阪)，后代子孙世代业医，世称难波药师，日本在此200年间曾多次从朝鲜引进中国医学及其技艺。562年，吴人知聪携《明堂图》等医书160卷到日本，此为中国医学传人日本的一件有意义的史事。知聪定居日本，其子也精于医，日皇曾赐名为"和药使主"。隋唐之际，中日文化交流进人高潮。608年日本推古天皇派遣倭汉直福因等来中国学医，623年倭汉直福因、药师惠日学成回国。惠日后来又于630年和654年两次来唐，为引进中国医学和发展日本医学做出贡献。此后，日本研究中国医药日益兴盛。日本文武天皇大宝元年(701)颁布了"大宝律令"，其中医事制度、医学教育、医官设置均仿唐制，对古代日本医药学的发展起到了推动作用。日本奈良朝时期(710—794)，因统治者信奉佛教，中日两国通过佛教徒的往来，医药文化也得到交流。唐代扬州高僧鉴真(687—763)应日本佛教界的邀请，率弟子先后多次东渡，均因风向不顺等未成，终于在754年第6次东渡才抵达日本，传授医药知识和技艺，日本人民尊他为"过海大师"，并把他奉为医药始祖。日本的《皇国名医传》、《日本医学史》、《日本药学史》都载有鉴真的事迹，富士川游的《日本医学史》说："日本古代名医虽多，得祀象者仅鉴真与田代三喜二人而已。"

在日本历次的遣唐使中，均有医药人员随行，日本医学家也相继来唐学医。公元8世纪初，羽栗吉麻吕与阿倍仲麻吕(中国名晁衡)同来中国，羽栗娶中国女子为妻，生了名翼。翼年16岁时(730)随父回日本，成为名医，升任内药正兼侍医。同时期尚有秦辨正来唐，受到唐王朝的优遇，有两子，名朝庆与朝元。辨正与朝庆皆死于中国，朝元归国后，因善医，日本政府授以从六位下，朝元通汉语，733年奉日皇命，任遣唐使团中翻译，回日本后历任图书头等。但回国不久去世。805年日本医生菅原清来中国学医后回国，任大学头，在日本大力传授中医药学，颇有影响。菅原梶成于838年随遣唐使人唐请教医术疑义，844年回国，任针博士、侍医。日本的历次遣唐使、学问僧和留学生回国时，还带回了大批医籍，如《诸病源候论》、《千金方》等。据藤原佐世所编的《日本国见在书目录》(891)所载，当时日本所存的中医书籍已达163部，1309卷。其中包括不少后来在中国散佚的医书，如《新修本草》、《小品方》、《集验方》等。日本医学家在学习中国医药学的同时，结合本国医药学术经验形成了日本的汉医学体系。808年日本平城天皇的侍医安培真直、出云广真等编成《大同类聚方》100卷，此书参考《黄帝内经》、《黄帝针经》、《脉经》、《甲乙经》、《小品方》、《新修本草》等书，这是日本医家自己编撰的最早的卷帙浩繁的医书。984年日本著名医学家丹波康赖(911—995)参考南北朝和隋唐年间200余家方书，编成《医心方》30卷，此书保存了许多中医书籍，如《范汪方》、《虾蟆经》、《葛氏方》、《小品方》、《玉房指要》等，具有重要的历史文献价值。丹波康赖的后裔世代业医，大都任侍医、医博士等职，是日本著名的医学世家，如丹波康赖曾孙丹波雅忠(1021—1088)撰有《医略抄》、《急救选方》、《医心方略》等书，被称为"日本的扁鹊"。

公元10世纪初，中国处于五代十国时代，中日往来一度中断，直至北宋王朝建立，中日始恢复交往。1014年宋人惠清赴日，定居镇西行医。同年，藤原清贤奉命赴宋，求治眼病方，宋医郎元房人日本，得到当权者北条时赖等人的信任，任侍医。郎元房寓镰仓30余年，对中日医药交流作出了贡献。公元12世纪中叶，日本镰仓幕府时代，有大批僧徒来中国学习禅宗，通过僧徒的往来，中日之间的医药也得到交流。镰仓时代的日僧荣西(1141—1215)于1168、1187年先后两次人宋，于1168年归国时带回中国茶种，种植于肥前的背振山和京都的栂尾山。从此，日本也开始普遍种茶。1215年荣西向将军源实朝进清茶一盏，治愈了他的宿醒病。荣西撰有《吃茶养生记》2卷，提出吃茶有益于养生的学说，从此吃茶之风在日本广泛流行。由于造纸术和印刷术的改进，宋政府成立"校正医书局"(1057)，校刊了宋以前重要医书，因此，大量书籍流传日本。日僧圆尔辩圆(圣一国师)于1235年人宋，1241年归国时带回书籍数千卷，藏于京都普门院书库。据普门院《藏书目录》所载，该院藏有医书30余部，其中有宋宝庆三年(1227)刊本的《魏氏家藏方》11卷。据载当时宋代医籍如《太平圣惠方》、《和剂局方》、《圣济总录》、《三因方》、《济生方》、《外科精要》、《幼幼新书》、《颅囟经》、《婴孺方》、《婴童宝鉴》、《妇人大全良方》、《易简方》、《洗冤录》等，相继传人日本。14世纪初，日本医家梶原性全(号净观)根据唐宋医籍，结合家传及自己的临床经验，编成《医顿抄》(1303)50卷，《万安方》(1315)62卷，反映日本医药学的发展已有坚实的基础。

明清时代，中日两国医药交流更为频繁。由于宋代提倡理学，日本政府也采纳儒家哲学作为主导思想。自明代以来，中日两国僧徒、知识人士及医家之间的交往也增多起来。1370年日本竹田昌庆到中国，向道士金翁学习中医学与针灸术。竹田昌庆曾医治明太祖皇后的难产，使皇后安全产下一子，被明太祖封为"安国公"。1378年竹田昌庆回日，带去一批中医书籍及铜人形等。1452年日僧月湖(又号润德斋)入明学医，住钱塘，著《全九集》、《大德济阴方》。1487年田代三喜(1465—1537)来明学医，历时12年，拜月湖为师，攻李杲、朱丹溪学，1498年归国，在日本首先创导李、朱学说。因田代三喜蛰居关

东古河僻地，远离文化中心京都，其学未能普及日本。曲直濑道三(1507—1594)1531 年入田代三喜门下，受业 10 多年，1545 年到京都，设“启迪院”，传授医术，门徒甚众。道三宗丹溪之学，对虞抟、王纶的著作以及《绍兴本草》也颇推崇。著有《启迪集》(1571)，发挥李、朱学说，成为日本“后世派”的骨干。曲直濑道三的养子曲直濑玄朔(1549—1631)继道三之业，开设学舍，传授医术。“道三流”学派名医辈出，均为当时将军、诸侯家的侍医，影响遍及日本。“道三流”门徒古林见宜(1579—1657)曾入明学医数年，攻丹溪之学，兼及仲景、河间、东垣学说，著《纲目撮要》、《医统粹》等书。古林见宜与崛正意(号杏庵 1585—1642)创“嵯峨学舍”，广收门徒 3 000 人，讲学中推崇李梴《医学入门》，遂使该书广为流传。“后世派”至 18 世纪中叶尚盛行不衰，是日本医学史上极有影响的医学学派。与“后世派”对峙的另有“古方派”崛起。日本医家坂净运于 1492—1500 年入明学医，携回《伤寒杂病论》，大力宣扬仲景学说，著《新椅方》、《遇仙方》、《续添鸿宝秘要钞》等书。关东医家永田德本(1513—1630)承坂净运之学，反对曲直濑道三所倡之李、朱学说。随后，名古屋玄医(1627—1696)奉仲景学说为本，斥刘、张、李、朱学说为末，揭开了“古方派”与“后世派”之争。后藤艮山(1659—1733)提出百病生于一气论，病皆由“气滞”而生。他的弟子香川修德(1678—1735)倡儒医一本之说，谓古今医书只有《伤寒论》最重要，宋元以下诸家则无可取。古益东洞(1702—1773)提出“万病一毒”说，复经其子吉益南涯(1750—1813)的发挥及门徒们的推波助澜，使“万病一毒”说风行一时。“古方派”直到 19 世纪中叶德川幕府后期，仍流行不衰，对日本医界影响颇大。

明清时代日本医家吉田宗桂于 1539、1547 年两次来明，第二次来明时曾治愈明世宗的疾病，归日时世宗赐以颜辉扁鹊图、《圣济总录》及药笥等。吉田宗桂对本草学颇有研究，有日本日华子之称。金持重弘于 1541 年入明，寓四明嘉宾馆，精于针灸。和气明亲于 1504—1520 年入明，曾从熊宗立学医。自吴人知聪携《明堂图》至日本及 642 年纪几男麻吕至新罗学习针灸之后，针灸术在日本流传。《大宝律令》中专设有针灸部。但是，在镰仓至室町年间，由于医官制度的变更，废除针博士和针灸师的设置，针灸一度衰落。但是，针灸在民间始终流行不绝。16 世纪，吉田意休于 1558—1569 年在明学习针灸，著《针刺家鉴》。其子吉田意安继父业，是日本著名的吉田针灸派。还有入江赖明，于丰臣秀吉侵朝时随军赴朝，在朝鲜学得明人吴林达的针灸术，入江赖明后裔为日本著名针灸家庭，称“入江派”。日本最著名的针灸家杉山和一(1610—1694)师事入江赖明之孙入江丰明，杉山和一发明一种管针，从此针法有拈针、打针和管针 3 种。德川幕府命杉山和一设立针治讲习所，他的门人三岛安一在千住、板桥、新宿、品川等地设讲堂，共计 45 所针灸学校，成为日本针灸史上的鼎盛时代。

明清之际，中国医家赴日本者，如陈顺祖于元亡后东渡至日本九州行医，颇有声望。他的儿孙也以医术闻名。陈元赟(浙江余杭人)于 1619 年赴日，在长崎登陆，居 12 年，并与日本名医野间三竹、泷川恕水、黑川道祐、儿岛意春、板坂卜斋、深田正室等人交往。钱塘人戴曼公(名笠，1596—1672)，为明代名医龚廷贤弟子，于 1652 年赴日，削发为僧，在日本旅居 19 年，传授医学，并把治痘术介绍给日本人民。1745 年杭州人李仁山抵长崎，将人痘接种术传授给长崎医家折隆元、崛江元道。1752 年《医宗金鉴》传入日本后，中国人痘术在日本更为广泛流传。王宁宇于 1644—1654 年曾在江户白金町开业行医，从其学医的日本人颇多，有的门人还被列为幕府的医官。其后又有陈文齐、吴朝南、陈振先、朱来章、周岐来、赵淞阳等人抵日本，特别是陈振先到长崎以后，曾跋山涉水，采集草药 162 种，撰《药性功用》一书。

日本学者对于收集、翻刻中医典籍不遗余力，1606 年日本林道春自明朝回国，携《本草纲目》到长崎，献给德川幕府。1638 年日本根据万历 31 年夏良心、张鼎思江西重刻本《本草纲目》进行翻刻，后又多次重刻。日本益轩等医家参考《本草纲目》并结合日本的实际，于 1708 年编成《大和本草》16 卷，被誉为“日本本草始祖”。1645 年日本翻刻过《诸病源候论》；1663 年又翻刻明代陈实功的《外科正宗》等书。19 世纪，日本先后发现了两种《伤寒论》古传本，即康平本《伤寒论》和康治本《伤寒论》。康平本系 1346 年和气朝臣复录于丹波雅忠手抄的古卷子本。丹波抄录于日本康平 3 年(1060)。康治本原本为康贞元(785—805)时所写，相传为日本睿山僧入唐时誊写携归。于日本康治 2 年(1143)由河门了纯抄录。这两种抄本均较北宋林亿校定的《伤寒论》的时间为早，在内容上也有许多不同。对考订《伤寒论》原文具有重要参考价值。

19 世纪，中国医学在亚洲影响更大，琉球吕凤仪曾于道光年间问道于常熟名医曹仁伯，并师事之，学成回国 5 年后复贻书进质于曹仁伯，曹氏予以答难解惑，遂有《琉球百问》一书行世。该书内容涉及内、外、妇、儿、针灸、本草等，除对有关疑难问题提出答辩外，还探讨了预防、饮食起居以及疑难病案等。1849 年，由于多纪元坚为首的幕府医官的努力，完成了以原版为基础的《影北宋初刻本备急千金要方》。可是自从德川时代以后，荷兰医学开始传入日本。尤其是 19 世纪末明治维新后，日本统治阶级采用西方制度和文化，欧洲近代医学在日本取得了统治地位，而日本的汉医则遭到排挤与打击，逐渐趋向衰落。但是，仍有不少有识之士致力于汉医学的研究。例如田启十郎子 1910 年发表了《医界铁椎》，对汉、西两种医学体系的长短进行了比较研究；汤本求真于 1927 年刊出《皇汉医学》一书，以西医原理阐明《伤寒论》的长处，对日本汉医的复兴有相当影响。20 世纪 40 年代以来，日本人民又重新认识到汉方医学的价值。1938 年成立“东亚医学协会”，出版《汉方之临床》杂志。1950 年日本又成立

了东洋医学会，发行《日本东洋医学会志》。

清末杨守敬，于光绪六年至十年(1880—1884)任出使日本大臣黎世昌随员期间，曾致力于搜集中国散佚的书籍，撰有《日本访书志》等，其间收集了不少中医典籍，对保存医药文献有重要意义。

自新中国成立以来，由于政府推行了中医政策，中国的医务工作者在中医药领域内取得的一系列成果，对于日本汉医学的发展产生了一定的影响。日本不少科研单位、高等学校纷纷设立中医药研究机构。日本富士医科药科大学于1952年成立医药资料研究室，1972年又发展成立汉药研究所。北里研究所于1972年6月建立附属东洋医学综合研究所，由著名的汉方医学家大冢敬节、矢数道明分别任正副所长。1976年于兵库县立尼崎中央病院设立东洋医学研究所。1977年日本学术会议会长越智勇一向日本内阁总理大臣递交《关于确立东洋医学的研究和教育体制》提案，日本科学技术厅有研究汉方医学的五年规划。当今，日本的汉方医药出现了前所未有的新气象，汉方医的研究已逐渐由民间转入为国家资助，加强医教研工作，并出版有数十种汉方医药刊物，日本汉医界也正努力对针灸、草药、医史文献和基础理论方面进行研究。

中印医药学术交流

中印两国都是文明古国，两国人民在秦汉及其以前就开始有往来关系。印欧语系中China(中国)一词，最早是以梵文音译"秦"代或"秦"国而来的。印度是佛教发源地，佛教在东汉已传入中国，两国人民在相当长的一个历史时期中以佛教作为桥梁，曾进行了广泛的医药文化交流。东汉末期，安息国太子安世高是来中国从事佛经译述的高僧，又以医为名，在他翻译的佛经中有《人身四百四病经》、《人病医不能治经》等医书。魏晋南北朝以后，印度佛经大量译成汉文。魏明帝时(227—239)，有攘那跋陀罗和耶舍崛多的两位印度和尚，合译了《五明论》，其中有《医方明》。据《开元释教录》所载，从汉末至魏晋六朝，共译出佛经1 621部共4 180卷。在这些佛经中，就有一些是属于印度医学的内容。如《大宝积经》中就有论产科一章；《维摩诘经》中谓"四大"(地水火风)所造之身是一切病灾的根源。在规定和尚生活的"律"以及专门著作"论"中，常涉及人体解剖和医疗方法的内容。

后魏时，敦煌人宋云去西方求法。据《洛阳伽蓝记》卷五载，宋云于神龟二年(519)入乌场国，国王问起"彼国亦有圣人否"？宋云介绍了"华佗治病"等情况。乌场国在北印度，可证实世纪初，印度已知道中国的名医事迹。

据《隋书·经籍志》所载，当时被译成中文的印度医学书籍有：《龙树菩萨药方》4卷、《西域诸仙所说药方》23卷、《香山仙人药方》10卷、《西域婆罗仙人药方》3卷、《西域名医所集要方》4卷、《婆罗门诸仙药方》20卷、《婆罗门药方》5卷、《耆婆所述仙人命论方》2卷、《龙树菩萨合香法》2卷、《龙树菩萨养性方》1卷、《诸药要性》2卷、《种植药法》和《种神芝》各1卷。此外还有中国僧徒所作的医书，其中也有吸收印度医学的成分。当时印度懂医的和尚来中国传教，其中有竺法深(深师、深公)、道邃、昙鸾、求那跋陀罗等。隋时天竺三藏阇那崛多译的《不空羂索咒经》中记苏摩罗(栀子)、因陀罗波尼草(香附子)等多种药物和香料制成的药丸并加咒语治一切"鬼病"恐怖症。

《大藏经》所收录的佛教医学典籍有21部：《佛说婆罗门避死经》、《佛说奈女耆域因缘经》、《佛说奈女耆婆经》、《佛说温室洗浴众僧经》(以上安世高译)、《佛说佛医经》(竺律炎等译)、《佛说胞胎经》(晋代法护译)、《佛说佛治身经》(译人不详)、《佛说活意经》(译人不详)、《佛说咒时气病经》、《佛说咒齿经》、《佛说咒目经》、《佛说小儿经》(以上为东晋昙无兰译)、《禅秘要法经》、《坐禅三昧法门经》、《禅法要解经》(以上为鸠摩罗什译)、《禅要诃欲经》(译人不详)、《治禅病秘要经》(南北朝刘宋沮渠京声译)、《迦叶仙人说医女人经》、《说救疗小儿疾病经》(以上为南北朝刘宋法贤译)、《佛说医喻经》(南北朝刘宋施护译)、《五门禅经要用法》(南北朝刘宋昙摩密多译)。以上这些书中多记载以念咒等神秘方法来治病，但也包括一些病理和医法。

随着印度医学典籍的传入，印度的医学理论与医疗实践经验也开始渗透到中国医学中来。晋代葛洪的《肘后备急方》，南朝陶弘景的《补阙肘后百一方序》中都提到了印度的"四大"学说，谓："人用四大成身，一大辄有一百一病。"但《肘后方》的内容却未见印度医学的成分。

隋唐时期，中国佛教发展到鼎盛时期，医学著作始有佛教说教和印度医学的内容渗人。隋代巢元方的《诸病源候论》在"恶风候"中写："凡风病，有四百四种。总而言之，不出五种，即是五脏所摄，一曰黄风，二曰青风，三曰赤风，四曰白风，五曰黑风……所谓五风，生五种虫，能害于人。"反映了当时中医学中的五行说与印度医学中的四大说相互结合的情况。该书中已提到耆婆等印度医家。唐代名医孙思邈在其《千金要方》、《千金翼方》中对印度王舍城名医耆婆(jivaka)的医方引述得较多，如耆婆万病丸、耆婆治恶病方、耆婆汤、耆婆大士补益长生不老方等。有的医方一方多用，并且疗效颇佳，如阿伽陀圆，可治50多种病症。阿魏雷丸散方则是一首含有多种外来药味的治"疠风"良方。《千金要方·养性》中选录了"天竺国按摩"，实际上是古印度婆罗门所传习或创制的一套医疗保健体操，共分为十八节运动，包括四肢关节、躯干、头颈耳目和内脏器官的运动按摩，简便易学，练习不受场地的限制，老少皆宜。孙思邈评价其功效说："一月后百病除，行及奔马，补益延年、能食、明目、轻健、不复疲乏。"在医学理论方面，孙思邈注意吸取印度的"四大"、"百一"学说。如《千金要方·序例》中说："地水火风和成人。凡人火气不调，举身蒸热；风气不调，全身强直，诸毛孔闭塞；水气

不调，身体浮肿，气满喘粗；土气不调，四肢不举，言无音声。火去则身冷，风止则气绝，水竭则无血，土散则身裂。……凡四气合德，四神安和。一气不调，百一病生。四神动作，四百四病同时俱发。又云，一百一病不治自愈；一百一病，须治而愈；一百一病，虽治难愈；一百一病，真死不治。”他还注重印中医理之结合，指出：“凡百病不离五脏，五脏各有八十一种，冷热风气，计成四百四病，事需识其相类，善以知之。”王焘的《外台秘要》也引述了一些印度医学的内容，如卷二十一还引述了陇上道人（俗姓谢）所撰的《天竺经论眼序》，谓该方系“西国胡僧处授”，随又引谢道人治眼疾“叙眼生起”1首，“眼疾四类不同候”1首，“眼暴肿痛方”10首，“眼将节谨慎”等，又多次指出：“夫眼者，六神之主也；身者，四大所成也。地水火风阴阳气候，以成人体八尺之体。”“且身禀四大，性各不同；同以治者，证候非一，冷热风损，疾生不同”。并以四大学说来说明眼疾的病理变化，以及金针拨内障的医术的记载。据传印度的龙树菩萨善治眼病，眼科著作《龙树论》于唐代已传入中国，对中医眼科的发展产生了一定的影响。诗人白居易在眼病诗中说：“案上漫铺龙树论，盒中虚贮决明丸。”《刘宾客文集》有“送僧诗”，其“赠眼医婆罗门僧”诗写道：“三秋伤望远，终日泣途穷。两目今先暗，中年已老翁。看朱渐成碧，着日不禁风，师有金篦术，如何为发矇。”可见当时士大夫对印度眼科学及其技术推崇的情景。唐天宝七年（748），有眼科胡医在韶州悬壶行医，风行一时。

唐代佛学著作中反映了不少中印医学交流的事实。如唐高宗弘道元年（683）由西明寺沙门道世所撰的《法苑珠林》（100卷），此书分门别类，资料宏富，内有“医疗部”一节，以偈语形式简述了有关印度医学的内容，也记述了印度医学中的“四大”、“三毒”等学说。

唐代高僧去印度求法取经，翻译印度佛经等文献，多涉医药与养生的内容。义净在印度居住20年，他十分注意印度人民的文化习俗与医药，但他又常用中国医药为印度人诊疗疾病。义净在《大唐西域求法高僧传》中，介绍了印度的“八医”以及“绝食”疗法。他还翻译有《佛说疗痔病经》、《曼殊宝利菩萨咒藏中一字咒王经》。前者介绍了诸痔：“所谓风痔、热痔、痫痔、三合痔、囱痔、腹痔、中痔、鼻痔、齿痔、舌痔、眼痔、耳痔、顶痔、手足痔、脊背痔、屎痔、遍体支节所生诸痔”等。后者介绍用精神疗法及配合药物治疗内、外、妇、五官诸科疾病。此外，天竺三藏宝思维静翻译的《观世音菩萨如意摩尼陀罗经》，于阗三藏实义难陀翻译的《观世音菩萨秘密藏如意陀罗尼神咒经》等都涉及并记载有医药的内容。又如义净的《南海寄归内法传》中记述了：“若患热病者，即熟煎苦参汤饮之为善。茗亦佳也。自离故国，向二十余年，但以此疗身，颇无他疾。且如神州药石，根茎之类，数乃四百有余，多并色味精奇，香气芬郁，可以蠲疾，可以王神。针灸之医，脉诊之术，赡部州中无加也。长年之药，惟东夏焉。良以连冈雪巘，接岭香山，异物奇珍，咸萃于此……。”可见他向印度传授过中国的医药学。

中印两国医药文化的交往通道有多条，最有名的是丝绸之路，这是玄奘取经的道路；其次是海上的丝绸之路，义净赴印走的是南海通道；第三条是“身毒道”，即由成都、邛崃，经西昌至南华，或由成都经昆明至南华，再由南华至缅甸而后达印度，这条路又称“西南丝道”。还有一条是通过新疆，以西藏为中介，经由尼泊尔至印度。文成公主入藏曾带去了一批中医学书籍，其中可能有王叔和《脉经》。《脉经》的阿拉伯译本可能是从印度辗转传入穆斯林国家。

隋唐时期是中印医药文化交流的鼎盛时期。唐代曾有印度医生在中国开业。唐太宗曾派遣王玄策出使印度。印度方士那罗迩娑婆来唐朝为太宗制“延年药”。太宗又派人去印度学用甘蔗制糖的技术。中国人民在此基础上进行技术上的改进熬制成白糖，后来此术又重新传回印度。唐高宗时曾请印度医生来中国从事医药活动，同时还派中国僧人去印度访求医药。据唐代有关文献记载，印度有很多医生曾向唐朝献药，民间也有许多人从印度获得药物。传入中国的有胡椒、白豆蔻、郁金香、干姜、月桂、沉香等。据《南海寄归内法传》记载，中国的人参、茯苓、当归、远志、乌头、附子、麻黄、细辛等药物传人印度，被印度人称为“神州上药”。

宋代以后，印度佛教衰微，虽然中国的佛教继续发展着，但从印度传来的佛学以及从印度来中国译经的僧人已越来越少。《宋史》中仍可见到一些印度医书，如《耆婆脉经》、《耆婆六十四问》、《龙树眼论》、《耆婆要用方》、《波驼波利译吞字贴肿方》、《婆罗门僧服仙茅方》、《耆婆五脏论》等。

明清时仍有些印度传统医药书籍传入，明代高濂的《遵生八笺》中还收录了“婆罗门导引十二法”。有些药物，如菴摩勒（中国药名叫“余甘子”）、婆罗得（又名“重生果”）、诃黎勒等药名，都是梵语的汉语音译。李时珍《本草纲目》中记载的印度药名有光明盐、青木香、胡椒、刺蜜（蜜草）、天竺桂（月桂）、沉香、熏陆香、苏合香、龙脑香、阿魏等。

近现代以来，中印医学交流开始由萧条到频繁。1936年前后，曾有印度眼科医生在广州、长沙等地行医，诊务兴隆。新中国成立之后，中印两国在医药方面进行了多次的学术交流。印度的瑜伽术，源于印度北部的“超觉静思”养生术也开始在中国传播，引起气功学术界的重视。印中两国人民在医药文化的长期交往中，取长补短，互相促进，从而也缔结了友谊。

中国与东南亚医药学术交流

中国与柬埔寨、缅甸、泰国、老挝、越南、新加坡、马来西亚、菲律宾、印度尼西亚等东南亚国家是山水相连的邻

邦,医药学术交流在很久以前就开始了。

唐代以前 东南亚地区最早与中国有医药交流的是越南(古称交趾、安南)。据越南史书记载:远在公元前257年,中国有个叫崔伟的医生,曾在越南为人治病,并著有《公余集记》一书行世。汉武帝时,中国文化大量传入越南,医药学知识及其技术也随之传入,从此越南医学分为两派,即越南派与中国派,可见中国对越南医药学的影响之大。后来,越南的药物也逐渐传入中国。《后汉书·马援传》记载:伏波将军马援"在交趾,常饵薏苡实,因能轻身省欲,以胜瘴气。南方薏苡实大,援欲为种,军还载之一车。"晋代陶弘景也认为薏苡以交趾者最大,彼土呼为簳珠。三国时建安三名医之一的董奉在越南行医时,治愈了交趾太守杜燮的"痉厥"重症。南北朝时期,越南输送中国的香药有沉香、苏合香等。南齐时阴铿的妻子在越南因受潮湿而下腹胀满,后遇苍梧道士林胜在越南采药,施以"温白丸"而愈,此方遂传入越南。唐代中越医药文化交流颇为频繁,从越南传入中国的药物有沉香、琥珀、珍珠、犀角、龟壳、槟榔、蛇胆、丁香、白茅香、诃黎勒等,尤其以苏方木为大宗。这时期中国的医家和学者有不少到越南,《玉堂闲话》中记载了一位叫申光逊的中国医生,用胡椒、干姜等辛辣药物治愈一越南人的脑痛病。由于中医药学对越南的影响,越南称中医为东医,不断地从中医学中吸取学术经验,并且尊奉唐代名医孙思邈,在他们的先医庙中塑有孙思邈的像。

公元2世纪,印度尼西亚地区的国家曾派使臣访问中国,中国的医药文化开始与这些国家接触。从印度尼西亚传入中国的有《乾陀利国治鬼方》和《新乾陀利治鬼方》。干陀利国(今苏门答腊)、婆利国(今加里曼丹岛)输入中国的药物多达数十种。《南史》记载,扶南(今柬埔寨)国王遣使送来郁金、苏合香等。丹丹国(今马来西亚)输入中国不少香药。唐代,印度尼西亚的玳瑁、生犀、破故纸、白檀香等药不断传入。郑虔任南海节度使时,因越地卑湿,伤于内外,诸药弗效,后用诃陵(今印度尼西亚的爪哇)的方药(破故纸与胡桃肉),而获痊愈。

宋元时期 位于越南的交趾、占城、安南,输入中国的药材计有犀角、珍珠、玳瑁、乳香、沉香、龙脑、檀香、胡椒、丁香花、豆蔻、笺香、茴香、槟榔、荜澄茄、苏合香、朱砂,同时还派医生来学习,引进制药技术。据《安南小志》记载:"(安南)国多产药草,但国人不知制之,皆一致于中国,中国制而复送于安南,土人谓之北药。"南宋绍兴六年(1136),长安僧医明空以精神疗法治愈了越南王李神宗的"心神恍惚"病症,受到尊崇,被封为国师。元代针灸医生邹庚到越南行医,治病神验,被誉为"邹神医",官至宣徽院大使兼太医使,元世祖曾数次赠医药于安南国。

宋元时地处中南半岛一带的国家,在药物交流方面与中国关系密切。真腊国(今柬埔寨)于1285年进贡药材等物。元代周达观于元贞元年(1295)随使赴真腊访问,两年后返回。其著《真腊风土记》中记载了真腊出产的犀角、降真香、豆蔻、紫梗、大枫子油等药物,在"欲得唐货(中国货)"一节中,记载从中国传入的药物有檀香、草芎(川芎)、白芷、麝香、水银、硫黄、焰硝等。该书还将真腊国的医药卫生习俗等情况向中国作了介绍。1001年丹眉流国(今泰国)遣使打吉马等人贡木香千斤、苏木万斤,还有紫草、胡黄连若干。罗斛国(今缅甸国)1291年,遣使人贡犀角、龙脑等。

位于加里曼丹、爪哇岛、苏门答腊岛、马来亚半岛等地的渤泥国、阇婆国和三佛齐国等,与中国保持着药物交流。宋元时这些国家赠送中国的有龙脑、玳瑁、檀香、犀角、茴香、丁香、豆蔻、荜澄茄、降真香、胡椒、槟榔、硫黄、红花、苏木、珍珠、熏陆香、乳香等药材。中国泉州港出口的大宗川芎,运往盛产胡椒的东南亚国家,对防治那里采椒人的头痛病起到良好的作用。

明清时期 明永乐三年至宣德八年(1405—1433),郑和帅船队七下西洋时,曾将中国的医药带给沿途的东南亚地区,带回了这些国家的犀角、羚羊角、阿魏、没药、丁香、木香、芦荟、乳香、木鳖子、苏合香油、安息香、龙涎香、降真香、紫檀香、胡椒等。满剌加(今马六甲)向明朝贡献玳瑁、犀角、珍珠、苏合油、乳香、沉香、片脑、胡椒等,而中国则以人参、麝香、樟脑等物回赠之。清代钱陆灿《常熟县志》记载了该县名医匡愚随郑和船队三次到满剌加访问,还把南洋一带出产的珍贵药材带回中国。《西洋朝贡典录》记载,郑和一行曾在其所到的满剌加边境的九洲山采得沉香、黄熟香,皆黑细花纹,长八九丈,为世所罕见。永乐初年,婆罗(文莱)两次遣使人贡玳瑁、珍珠、降真香。渤泥国入贡的有玳瑁、大片龙脑、米龙脑、降真诸香药。民间贸易输入中国的还有梅花脑、沉香、速香、檀香、丁香、肉豆蔻、犀角等。彭亨国(今马来西亚东部)曾多次人贡片脑、乳香、速香、檀香、胡椒、苏木等,明成祖令郑和两次出使该国以礼报之。1796年,原籍广东梅县的华侨古石泉在槟城椰脚街(又称唐人街)创办了马来西亚第一家中药店——仁爱堂。为采办药材,古石泉一方面靠"水客"供应,另一方面有时亲自返回中国采办药材。其后裔敦守先辈创业精神与遗训,使该店一百多年来药业不衰。

明清时中国广东、福建人侨居印度尼西亚的人数较多,带去了中国的医药文化。而该国传入中国的药物也不少,如硫黄、胡椒、苏木、丁香、木香、降真香、沉香、速香、龙涎香、玳瑁、肉豆蔻、芦荟、阿魏、大枫子、血竭、番木鳖子、荜澄茄、荜茇、蔷薇露、奇南香、檀香、乳香、龙脑、安息香等。这一时期,菲律宾人常与华商交易,从中国带回许多中药。1772年吕宋商人郎安敦、牛黎美亚等带领商船到厦门,运来了苏木、胡椒、槟榔、乌木等货,还有些吕宋商船运来海参等,与中国交易,带回中国的土茯苓等药材。据《明史》、《清史稿》的《暹罗传》记载,泰国人贡中国的药物有几十种,有的药数量达数万斤,计有犀角、珊瑚、片脑、米脑、糠脑、脑油、脑柴、蔷薇水、丁香、阿魏、紫梗、

藤竭、藤黄、硫黄、黄熟香、降真香、乳香、树香、木香、丁香、乌香、胡椒、苏木、肉豆蔻、白豆蔻、荜茇、乌木、大枫子、沉香、樟脑、桂皮、白胶香、金银香等。朝廷回赠有中国人参等,并对暹罗药商予以优惠待遇。暹罗的药用酒类也引起了中国医家的重视。明代李时珍《本草纲目·烧酒》中载:"暹罗酒以烧酒复烧一次,入珍宝异香。其坛每个以檀香十数斤烧烟熏令如漆,然后入酒腊封,埋土中二三年,绝去烧气,取出用之。……有积病,饮一二杯即愈,且杀蛊。予亲见二人饮此,打下活虫二寸许,谓之龟蛊也。"

越南与中国在明清时期除了药物的交流之外,在医药学术经验的交流方面最为突出。据《越南史要》所载,黎朝宰相之子黎有卓(18世纪人),热心医学,奉《黄帝内经》之理为本,又钻研冯楚瞻的《冯氏锦囊秘录》、《景岳全书》,赵献可《医贯》等医书,结合临床实践,用中文编写了《海上医宗心领全帙》,该书包括医家冠冕、医海求源、玄牝发微、神化采真、运气秘诀、药品汇要、岭南本草,还涉及到医生的素养与医德等问题。黎有卓对《冯氏锦囊秘录》推崇备至,称中国医生冯楚瞻为"先正先师"。明代还有个叫阮大能的中国医生,在越南以火针治病颇有名望,后被任命为"广济医丞"。

近现代 随着交通的发展,特别是海运之发达,有力地促进了中国与东南亚各国的医药文化交流。

华侨为马来西亚中医药事业的发展建立了不朽的功绩。1881年,华侨甲必丹、叶观盛有鉴于锡矿工人多病及缺医少药的凄惨情况,遂在吉隆坡建立"培善堂",聘请了两位中医从事医疗工作,13年后,因得到各界人士的捐资支持,扩建为"同善医院"。自该院设立西医部以后,成为马来西亚唯一的中西医合璧医院。该院一直遵奉创办人叶观盛的宏愿:"重视中医,发扬中医。"此后,马来西亚中医事业在许多方面都得到发展。①中医医疗机构。从1884年槟城南华医院成立以来,相继建立的中医院有十数所。②中医药研究机构和学术组织。从本世纪20年代以来,计有麻坡中医研究所、雪兰莪杏林别墅、吡叻药材行、槟城中医联合会、马来亚华人医药总会。③中医刊物。《医药之声》、《医铎》。通过报纸宣传中医学术经验的有槟城光华日报《中医药》半月刊,吉隆坡中国报《医学周刊》。④中医院校。1950年以前,马来西亚的中医师相当一部分是来自中国的。1955年后,马来西亚先后成立了数所中医院校,其中以马华医药学院影响较大,从1959年至1984年共毕业13届301名学员。在学术活动方面,1979年5月在吉隆坡召开了马来西亚医史上一次各民族传统医药研究盛会,其中以华族中医师为多数,对中医药学术经验作了介绍和理论探讨。

新加坡的中医药发展与华人的移居有直接关系。1860年,在新加坡8万人中,华人占5万多。当时居民的疾病大都用中医药治疗。闽粤侨商何道生、梁炯堂在新加坡创建"同济医社",由数位中医挂牌施诊,迄今已发展成为规模宏伟的"同济医院"。1929年中国南京政府企图取缔中医时,引起全国中医药界的奋起抗争,新加坡中医药界闻讯参加抗争活动。1938年,厦门沦陷,福建名中医吴瑞甫(1871—1951)避居新加坡,继续行医。1946年,吴瑞甫、曾志远、游杏南等人发起组织了"新加坡中医药学会",1947年更名为"新加坡中医师公会"。吴瑞甫在新加坡还创办了"国医研究所",从事中医的研究与教学工作,撰有《诊断学讲义》、《身体学讲义》、《八大传染病讲义》、《卫生学讲义》、《四时感症》、《伤寒纲要》及《十三科医学全书》等。从本世纪50年代以来,新加坡在中医教学、医疗和学术研究方面得到一定发展,还时常邀请中国中医师前往讲学,重视与中国建立联系,交流中医药学术经验。

随着中泰两国医药文化的交往和华侨移居,中医药学得以在泰国发展。1929年,泰国中医界为了挽救中医药的危机,成立了"暹罗中医药联合会",次年依泰国法律申请立案,改名为"泰国中医总会",该会在泰国有较大影响,并在会址设有"华佗先师"神位,以示追述先贤之意。还有一个1927年由侨商组成的中药组织——联益药业公所,后改称"泰京联华药业公会"。在本世纪50年代,泰国有开业执照的中医约2 000人,一般诊务较忙。泰国的中医院以泰京天华医院最有声誉。在曼谷街头"中药店"、"中医诊所"很多。泰国人称中医大夫为"SIN SAE",是中国潮州方言"先生"的译音。近年来,泰国十分重视中医药,编译了不少中医药书籍。1983年11月,由中泰两国联合召开的"中国今日中药展览会在泰国举行,中国代表团专家组包括医史、药史、中药、中医内科、针灸等方面的专家教授10人,报告了中医药学术论文,听讲者除了泰国中医药界人士外,还有来自新加坡、马来西亚、南朝鲜等国及香港、台湾的中医药学者400余人。泰方认为这次中医药文化交流"轰动了泰国","大大增加了泰国人民对中医中药的了解和信任。并印行了《中华人民共和国今日中药展览会特刊》和《中医药学术交流会专刊》。

在菲律宾的华侨多习惯于中医药治疗,早在1917年经过无数华侨中医的努力争取,中药得到政府承认,中药店在全国各大城市均有开设。然而中医仍无法律保障,1922年成立了旅菲"中华医学会",1929年组织"中华药商会",1944年改中华医学会为"菲律宾中医师公会",1961年3月17日"马尼拉中国医药研究社"成立,开始举办中医研究班,免费教育。

印度尼西亚的中医大都来自中国,在华侨和民间享有信誉。1960年以前,中国与印尼的中医药交流一度很好。苏加诺访问中国,接受过中医治疗。其后中国的几位著名中医和针灸专家应邀前往雅加达大医院指导印尼医生学习针灸。同时,中国为印尼培养中医药人才方面也做了许多工作。

1983年6月25—26日,由东盟五国(新加坡、马来西亚、泰国、菲律宾、印度尼西亚)中医药团体联合举办的"第一届亚细安中医药学术大会"在新加坡召开,参加大

会有10个国家和地区700余名中医学者,交流学术论文55篇,包括中医的基础理论、临床经验、医史文献等内容。有台湾、香港的代表出席。第二届会议于1986年7月26—27日在马来西亚吉隆坡召开,大会参加者有来自10多个国家与地区,近1200名中医药医师与学者有中华人民共和国中医代表出席,并作了学术交流。第三届亚细安中医学术大会于1989年9月2—3日在泰国曼谷召开,参加大会的有来自10个国家和地区的中医学者634名,学术论文较前明显提高。第四届会议在新加坡、第五届会议在马来西亚吉隆坡举行。

中华人民共和国成立之后,与东南亚各国源远流长的医药文化交流关系进入了一个新的发展时期,使得优良的医药文化传统得以继承和发扬,既促进了东南亚国家医药学的发展.又在一定程度上不断地丰富中国本草学的内容,而展示出了广阔的发展前景。

中医药外传欧美

中国与西方交通,可溯及西汉张骞通西域,从"丝绸之路"起,东汉班超进一步开拓中国与阿拉伯国家的往来。中国的医药、炼丹术等曾多次传人阿拉伯,又通过阿拉伯,传到西方。中国医药外传欧美,据目前史料所及,可分下列三个阶段:

(1) 1840年以前:根据药物史记载,中国药物至少在公元10世纪已通过阿拉伯传到欧洲。宋代开宝元年(968)设置舶市,971年在广州设置市舶司,当时中国药物经过市舶司,由阿拉伯人运至西方的已约有58种,其中植物药47种,包括人参、茯苓、川芎、肉桂等(《宋会要》)。13世纪意大利马可勃罗(Marcopolo)在游记中记述他在马拉巴看到中国船运载的货物中有多种药材。他特别记述了大黄、肉桂等药,说唐古特满山是大黄。15—16世纪,葡萄牙人等到广州、福建、浙江港口,运往欧洲的商品中有大黄、土茯苓、桂皮等。中国的土茯苓曾被欧洲人当作治梅毒的良药,称为"China root"。解剖学革新家维萨留斯(A. Vesalius, 1514—1564)曾论述此药,并用之治病。中国大黄在欧洲享有盛誉,荷兰名医布尔哈维(H. Boerhaave, 1668—1738)曾得到中国大黄种子。17世纪耶稣会教士来华,卜弥格(M. Boym)用拉丁文写成《中国植物志》一书(1656年维也纳)。其中选择了《本草纲目》中的部分中药,但他的中医药文稿,被荷兰医生克莱尔(A. Cleyer)冒名后于1682年在德国出版,取名《中国医法举例》,其中有关于经络、脏腑的木刻插图及30页记述289种中药。李时珍《本草纲目》于18世纪已传到欧洲,1735年法人都哈尔德(Du Halde)在《中国史地年事录》第三册中有《本草纲目》的法文译述,并介绍了人参、冬虫夏草、海马、三七等药。达尔文在其关于物种变异的研究著述中,间接引述了《本草纲目》中关于金鱼变色的记述,并称之为中国的百科全书。法国植物学家勒姆萨(Abel Remsat)钻研中医药,并有著述。

脉学方面,卜弥格译述中医脉学、舌诊等,但未及出版而已死去。其关于脉学的文稿,先由法国哈尔文(R. P. Har-vieu)译成法文(1671),取名《中医秘典》,后又有几种法文译本及意大利文本。法国都哈尔德所编《中国史地年事录》(1735)第二册载有高阳生的《脉诀》的译述,并误以为该书是王叔和所作。17世纪末,英国名医弗洛伊尔(J. Floyer)因受卜弥格译述的中医脉学的启发,致力于脉搏的研究,并把卜弥格译述的中医脉学译成英文,连同他所写《医生诊脉的表》一书于1707年出版。弗洛伊尔发明用表计数脉搏,其成就直接受中医脉学的影响。

人痘接种,欧洲17—18世纪天花猖獗,王孙贵族亦难幸免。中国人痘接种法,于1672年左右通过切尔克西亚(Circassia)人传到君士坦丁堡。俄国于1688年派人到北京学习人痘接种法。人痘法曾经俄国传到土耳其。1700年约瑟夫·李斯特(J. Lister)自中国厦门写信给英皇家学会马丁·李斯特(M. Lister)报告人痘接种及其效果,当时还有其他人也做了报告。住在君士坦丁堡的欧洲人已于1706年天花流行时,学到此法。1713年12月意大利医生蒂蒙尼(Emanuel Timoni)向伦敦的伍德瓦尔德(Woodward)写信记述人痘接种法,后者于次年4月向皇家学会报告人痘法。1714年,希腊医生皮拉瑞尼(J. Pylarini)在威尼斯出版谈人痘法的文章,并在英皇家学会上宣读。另有其他关于人痘法的报告送到欧洲,但皆未引起应有的重视。英驻君士坦丁堡史节夫人蒙塔古(Montagae)于1718年在当地天花流行时,用人痘法为其子接种,并于1721年返英时,带回此法。此后,人痘法在欧洲和美国,逐渐应用。法国著名思想家伏尔泰(Voltaire)提倡用人痘法。不止一次地在信件及文章中提到此法,说:"我听说一百年来中国人一直就有这种习惯(按指人痘接种),这是被认为全世界最聪明、最讲礼貌的一个民族伟大先例和榜样"等语。人痘接种法是琴纳(E. Jenner)牛痘接种预防天花的先声和启发,它甚至推动了医学统计学,它是近代免疫的先驱。

针灸方面,据传马可勃罗的一封信中谈到中国医疗用的针。17世纪针灸已被某些欧洲人注意。荷兰东印度公司的旁特最早记述针术(1658);另一职员布绍夫(H. Busschof)用艾法治愈自己的多年痛风症,因向荷兰介绍灸术,后译成英文(1676)。同年吉尔弗西斯用德文写《灸术》一书。哥荷马(1683)等相继撰文介绍灸法。瑞尼(W. Rhijne)于1673年在日本长崎的出岛及1674—1676年居住日本,获得针灸材料,写书详介针术(1683)。17世纪英国名医希顿哈姆对针术不表赞同,对针灸无适当认识。18世纪以后欧洲人对针灸认识渐多,出版介绍针灸的书约50种。德国甘弗,法国考瑟涅特、克里汀等,英、瑞典、捷克等均有人介绍针灸。法国巴黎大医院采用针灸疗法,但也有人反对。德、意大利、美、俄等国都有部分医生注意到针灸。

(2) 1840—1949 年：鸦片战争后，半封建半殖民条件下，中医发展受到挫折，各种人士及部分西医生从不同角度看待中医药，轻视中医者。亦不乏其人。

针灸方面，法国人苏理氏(De La Soulie，1878—1955)在中国亲眼看到针灸效果。虽非医生，但致力针灸，著书介绍。另有夫耶(De La Fuye)等人也采用针灸。法国出现了针灸学会、研究会，开展国际学术活动，对针灸研究和推广起到积极作用。意大利、英、美、苏等国皆有部分人士采用针灸。加拿大著名医家奥斯勒(W.Osler)推荐针灸治疗坐骨神经痛等病。某些传教士医生对针灸看法片面，甚至污蔑，如杰弗里(W.Hamilton Jefferys)等。针灸未能推广与当时社会背景亦有不可分的关系。

中药方面，中药在此时期受到欧洲人较多的注意。来中国的各国医生、传教士等，相继对中药进行调查研究，包括资源、文献、生药、药理、药化等方面。法国教士苏伯利恩(L.Souberian)、达布理(Dabry)出版《中国药物》(1849)。英人汉伯雷(D.Hanbury)的《中国药物注解》(1862)。伊博恩(B.H.Read)居华多年，后在"雷士德医学研究所"专门从事中药研究，出版著述多种，有《本草纲目》金石、兽、禽、鳞、介、虫、鱼等部的译述7个分册；另与刘汝强合编《本草从新》(1935)，收药898种；另有关于《救荒本草》的译述，对其中414种植物进行考证，附化学材料，为西人最早用分析化学法研究中药的人士之一。弗吞(R.Fortune)等几次来华勘查植物和药材等等。

美国传教士医生麦高文(D.J.Mac Gowen)等在华搜集植物药；史密斯(F.D.Smith)出版《中国药材品物汇释》(1871)及司徒尔特(G.A.Stuart)补充修订的《中国药物·草木部》(1911)，以引《本草纲目》等书为资料，附实地调查，并附海关出口编号。其他如华生(E.Watson)的《中国主要商品药材》等书，这些均说明西人搜集中药资料之深入。俄国的基洛夫于1830—1840年来华搜集中药，使馆医官塔塔里诺夫的《中药目录》(1856)包括500种药物；另一名医官伯列士奈德(A.V.Brets cheider)深入研究中药，被称为"远东植物学权威"，有《中国植物志》(1882)等多种著述，他于1866—1895年间考察中药，从文献到实地，上及非医药文献《诗经》等，下及清代有关材料，为19世纪中叶前欧人研究中药收集资料最丰富的。此外，俄人对中国人参、大黄等药从引种到疗效，均有研究。

德国学者许宝德(F.Hübotter)译述中医药文献多种，有《中国药物学》(1913)等；德国恰默克药厂于1899年制成当归流膏"优美露"，曾畅销各地。其他德人对中药亦加研究和注意。日本化学家井长义1887年曾提纯麻黄碱，1923年陈克恢等报告麻黄对心血管的类肾上腺素作用。麻黄出口量大增，仅1927年自天津出口的麻黄就达4 275担(每担等于100斤)。大黄亦为欧洲各国进口主要药物之一。例如，英国1914年药典专门对之记述。著名医学刊物"柳叶刀"(Lancet)等，于1921—1923年连续刊有大黄药理研究，评价甚高。人参、鹿茸等药均为欧洲学者重点研究。关于中国的医籍，外人译述的有《内经》、《难经》、《濒湖脉学》、《脉诀》、《达生篇》、《产育宝庆集》、《卫生要旨》、《遵生八笺》、《医林改错》、《寿世编》、《针灸大成》、《洗冤录》等。此一时期西方对中医药除针灸外，接触临床实际的极少，其对中药之研究，多从寻找药源和博物学出发，对中医主要认为是一种古老的医术和经验医学，故其研究由于种种原因，不能深入到理论。此外，某些传教士医生对中医药的片面错误看法和言论，以及国内20世纪初消灭中医的错误作法，亦影响中医药在国内外的发展。

(3) 1949年以后：随着国际往来的增多，中医药的成果在国际上的影响日益加大，不少国家对中国的中医药事业的进展表示兴趣，特别是针麻的进展，使欧美不少国家出现了研究中医药的前所未有的高潮，不少学术团体、研究机构等开展中医药研究。英、美等国的不少医生，改变了过去怀疑、轻视中医药的态度，认识到过去来华的传教士医生等对中医药的错误态度和报道。联合国世界卫生组织开始重视中医。国外出版有关中医药和针灸的书籍以及刊物日益增多，学术团体相继成立。德国、加拿大、英国、美国、澳大利亚、法国、西班牙等国均有国际性的中医、针灸团体及研究教学的机构。据80年代前初步统计国外出版的中医药、针灸刊物有71种，包括美、加拿大、英、法、阿根廷、德国、菲律宾、匈牙利、印度、意大利、日本、韩国、荷兰、新加坡、独联体(前苏联)等国。应用针灸的国家已有70余国，开展针麻研究的有30余国。

国外对中医药、针灸的研究，包括医史、文献、基础理论、临床、针灸、针麻机制、中药理论、药化、药理、中药与免疫、方法论、新技术应用等等，在逐步深入。不少学者著书撰文估价中医药的历史成就和现实意义，及对未来的展望等等。中医药对世界医学总宝库的贡献已得到国际上的肯定，中医药在世界医学体系中的地位和重要意义正为国际上所公认。

医生

是指以医药卫生知识和医疗技术为病人防治疾病的职业者。当人类还处于原始社会晚期，生产力的发展使一部分人可以脱离体力劳动而从事脑力劳动的活动。中国社会第一次出现了以巫为职业的知识阶层，其中包括掌握先人医疗卫生经验和巫术为人治病的职业巫医。甲骨文中之"巫彭"、"巫咸"，《山海经》所追述的："开明之东有巫彭、巫抵……皆操不死之药"，这些掌握不死之药的巫医，可能是中国最早的职业医生。随着社会的进步，生产的发展，从事脑力劳动者日众，操不死之药的巫医，在医药卫生知识不断积累和提高的基础上，人们对巫的信任动摇了，《管子》所称"今卜筮多，疾病愈来"，正是这一历史时期人们思维认识的生动反映，因为单纯依靠巫术是不能治愈疾病的，故医的地位得到提高。春秋战国时

期，基本上脱离了巫术的职业医生医和、扁鹊等发展了医学理论，贬斥了巫术，强调"信巫不信医不治"。《内经》明确声言"拘于鬼神者，不可与言至德"，终于完成了医学与巫术的决裂。在此时期，医生多由其医疗之特长而被称之为"事疡"，即以治疡为职业；"事痈"，专门从事医治痈肿者。或在其所从事的专治某病之前冠以姓氏称呼者，如"王瘠"、"郭痤"等。《周礼》虽述医师之分科，而所称的疾医、疡医、食医、兽医，即内科医生、外科医生、饮食营养医生和兽医。其管理医药卫生之最高职务，则称之为"医师"。秦代医务官员最高者为太医令，副职名太医令丞，在其领导下的医生，按职务、专业和服务对象分别称呼为太医、侍医和御医。汉代宫廷还设有女医、乳医、女侍医、医待诏者，则是专门为皇室服务的妇产科（或为女性医生）医生。此外，还有称呼为太医监、医工、医工长的职业医生。两晋南北朝时期，政权分立，医生之称谓也多各不相同。除称之为太医、御医等通称之外，有按其技术之高明者尊称为"高手医"，有按其专长称之为"金疮医"等等。魏设有"仙人博士"以专煮炼百药之职务；北朝则按医生实际水平，给予太医正、侍御师、医正、司医等不同之职务与称谓。

中国医学史上最早出现"医生"之称呼者，从文献所记，可能始于隋唐。同时还有称之为针生、按摩生等。但是，按其实际内容则是指学习医学、针灸、按摩的学生，而不是为人治疗疾病为职业的医师。在隋唐医学校——太医署，设有医学，医学还分为体疗、疮疡、少小、耳目口齿和角法等；同时，还有针科、按摩科与咒禁科。在医、针、按摩等专业中，教师按技术学理而分别授予博士、助教等职务和称谓。各科学生经过毕业考试及格者，准于毕业，并各按其实际水平，分别授予医师、医正、医工、医人之职称。在隋唐医生之职称中，除历代沿袭的御医、侍医等之外，还有称呼为掌医、食医、司医、医佐等等。中国有军医之称谓者，大约始于五代，有医官之称者，也可能始于此时。

宋代医事制度有关医生职官品级作出了新的规定，而且名目繁多，时有调整者。例如《宋史·职官八·志第121》所规定为：和安大夫、成和大夫、成安大夫为从六品；成全大夫、平和大夫、保安大夫、翰林良医为正七品；保和郎、成和郎、成安郎、和安郎、保安郎、翰林医官、判太医局令、翰林医效、医痊为从七品；主管太医局、翰林医愈、医证、医诊、医候为从八品；太医局丞为正九品；翰林医学为从九品。上述医生之品位与不同称谓多达20多种。此外，还有翰林医官正、翰林医正、太医局正、医学博士、医学教授以及草泽医人之称谓。

宋代有关医生的称谓，因地区之不同和官府称谓之影响在民间形成不同的习惯。例如：中国南方多称医生为"郎中"，或由宫廷保和郎……等而来，如唐代刘禹锡有"答道州薛郎中论方书"者，在周密《武林旧事·诸色伎人》提到医生者有杨郎中、李郎中，即杨医生、李医生。北方不同，习惯称医生为大夫，或由宫廷成全大夫……等而来，也可能与《宋会要》所记医官职称大夫的尊称演变有关。郎中、大夫之称谓，至今仍是许多地方习惯的称呼。与此同时，人们习惯的称呼还有"先生"。此外，在孙光宪《北梦琐言》中有称医生为"衙推"者，则是宋代对操卜星相者称呼移为尊称医生之业者。

元代承宋制，但也有许多特点，如在"中书省"设"省医三人"，"御史台"设"台医二人"，在"大宗正府"设"医人一人"。医生品级不同，也有不同之称呼。例如：太医散官一十五，有保宜大夫、保康大夫从三品；保安大夫、保和大夫正四品；保顺大夫从四品；保冲大夫正五品；保全郎从五品；成安郎正六品；成和郎从六品；成全郎正七品；医正郎从七品；医效郎、医候郎正八品；医痊郎、医愈郎从八品。以上共分医生15级，并各有不同称谓。又如在太医院、典医监、掌医监、医学提举司、医官提举司、回回药物院以及诸路所设医学教授，对医生之称谓也或有不同。如在医学教育和考试选录根据成绩授予医名方面，有"试中30人内，一甲充太医，二甲副提举，三甲教授"即此。达鲁花赤多于医官设置中出现，或亦为医生官职名。

明代医生之称谓可能较宋、元已明显简化。其规定"太医院掌医疗之法，凡医术十三科，医官、医生、医士，专科肄业。曰大方脉，……"。从此段章程可知，明13科之医生，按专科而各有医官、医生、医士之称呼，这一规定是医生称呼的主要方面。同时，御医等传统称呼并未废除。在各地方之府州县所置之惠民药局，边关卫所和人口聚居处，亦设有医生、医士，或有医官，可知明代从中央到地方对医生的称谓已趋于统一。民间出身之医生，仍多被称之为"草泽医人"等。徐春甫在论述医生之称谓时作了如下的概括，他说："精于医者曰明医，善于医者曰良医，寿君保相为国医，粗工昧理曰庸医，击鼓舞趋祈禳疾病曰巫医。"由此可知，明代不见管理章程的医生称谓，也是其时关于医生技术水平、地位的一个生动有趣的写照。

世医之名自古有之，到明代由于政府实行医户制度，即医生之家，长子必须继承父亲的医业，因而被称之为或自称世医者不少。或因仕途不通而改业医者，人称之为或自谓儒医者也较为多见。这种情况沿袭于清代虽非政府法定但仍比较普遍，特别儒医之称谓更为多见。

随着人痘接种术的发明、普及推广，以为人接种人痘为职业者逐渐增多，人称之为痘医；有以一技之长而游走江湖民间为人治病医伤者，人称之为江湖医；有以串铃（虎撑）招呼病家为标志游走巡回民间为人治疗疾病者，人称之为铃医，亦称之为走方医；有以民族分者，称之为藏医、蒙医、蒙古医士等等；有专以草药为人治病者，人多称之为草医，或草泽医人者；有以专长时方为人治病者，人称之为时医；有专门以治疗蛇伤为业者，人称之为蛇医；有经考试专为宫廷等服务的女医，称之为医婆，或名待诏者；有专从事军队之医务者，称之为军医；有因地区不同而称医者为南医、东医者；有外人称中国医生为华医者；有中国人称西方来的医生为西医者；此外，人们除习

惯称医生为郎中、大夫外，还普遍有称呼医生为先生者，如此等等。近现代随着医学之发展以及与国际制度一体，中国无论中医、西医、中西医结合医生之称谓，均纳入了国家统一的职称，不赘。但人们习惯称为医生、大夫者仍继续存在。

黄帝

传说中华夏族的共同祖先。他是有熊氏部落首领少典之子，因生长在姬水之滨，姓姬（一说姓公孙）。住在轩辕之丘，号轩辕氏（一说有熊氏）。以土为德（可能与活动在黄土高原有关），故后世称其为黄帝。举凡兵器、舟车、弓箭、文字、蚕桑、衣服、音律、算术、指南针以及医药等，相传皆始于黄帝，关于医药之发生发展起于黄帝说颇多。相传黄帝酷爱医药，常与臣子一起研讨。使岐伯尝味草木，典主医病经方；伯高协助黄帝论脉经，穷究义理；鬼臾区协助黄帝发明五行，详论经脉；另外，还有熟悉药性的雷公、桐君，长于外科治疗的俞跗、少俞，以及兽医马师皇等。皇甫谧《针灸甲乙经·序》说：黄帝咨访诸医，"内考五脏六腑，外综经络，血气色候，参之天地，验之人物，本之性命，穷神极变而针道生焉。"故后世将黄帝宗为医药学的创始人，托名黄帝的医籍甚多，如《黄帝内经》、《黄帝外经》、《黄帝八十一难经》等。黄帝陵在陕西黄陵县北桥山，山下有轩辕庙、轩辕柏等纪念黄帝的名胜古迹和文物。

神农

一称炎帝。相传为上古华夏族一个农业部落的首领，被人尊为"农业之神"和"医药之神"。《帝王世纪》记载："神农氏，姜姓也。……长于姜水，有圣德，以火德王，故号炎帝。"他使用一种神奇的"赭鞭"抽打百草，使之各自呈现出本性，然后根据这些草药的不同性味给人治病，开始有了医药。《外纪》又载："古者民有疾病，未知药石，炎帝始味草木之滋，察其寒温平热之性，辨其君臣佐使之义，尝一日而遇七十毒，神而化之，遂作方书以疗民疾，而医道自此始矣。复察水泉甘苦，令人知所避就，由是斯民居安食力，而无夭枉之患，天下宜之。"民间传说神农"鞭草"、"尝药"的遗址有陕西宝鸡市西南神农的出生地姜城堡，相传盛产草药的太白山曾是神农的药圃。山西太原神釜冈原有神农尝药的鼎。成阳山，一名神农原，又称药草山，有神农鞭草处所。托神农之名而作的医书有《神农本草经》。

僦贷季

传说中的上古医家。相传为神农时期（一说为黄帝时期）人，擅长于通过观察病人气色、切脉来诊断病情，又善于用调和的药剂与按摩来治疗疾病。僦贷季将诊疗医术传授给了岐伯，后来岐伯又常与黄帝讨论医理，也使得师传得以发扬光大。

岐伯

传说中的上古时代医学家。后人又称岐伯天师。据传说岐伯是黄帝大臣，黄帝与岐伯君臣问答讨论医学，而产生《黄帝内经》这部著作。通常将岐伯、黄帝合称为"岐黄"，把它作为中医的代称。

雷公

（1）传说中的上古医家。相传为黄帝时人，黄帝常召雷公讨论医理，《黄帝内经》中的"著至教论"、"示从容论"、"疏五过论"、"征四失论"等篇，均以黄帝与雷公君问臣答的形式编述，反映雷公谙熟医理，精于针灸汤药。后世托雷公之名而编著的医书有《雷公药对》、《药性炮制》等。

（2）雷敩（5世纪），药物学家。其著《雷公炮炙论》，是中药学史上最早的有影响的一部炮制专著，故后世也将雷敩称为"雷公"（见《雷公炮炙论》）。

伊尹

商初大臣。名伊，尹是官名。一说名挚。传说他本是有莘氏女的陪嫁奴隶，擅长烹调而取悦于汤，汤用以为"小臣"，后汤王重用伊尹，任以国政，他帮助汤一举击灭桀王。又据皇甫谧《甲乙经·序》记载："伊尹以亚圣之才，撰用神农本草以为汤液"，因而有"伊尹创汤液"的传说。

医缓（公元前5世纪）

春秋时秦国名医。《左传》成公十年晋侯因梦见恶鬼而得病，求医于秦。秦伯派医缓为晋侯治病。医缓还没到晋国，晋侯就梦见两个小孩（疾病化身）在对话：来的医师是位良医，真怕他伤我，往哪里逃呢？其中一个说：居肓之上，膏之下，他就拿我没办法。医缓至，认为这病没治了。说："在肓之上，膏之下，攻之不可，达之不及，药不至焉，不可为也。"晋侯见他诊断如此明确，连称良医，厚赐而归之。后世"病入膏肓"成语即源于此。医缓作为名医，与医和齐名（或推测为一人），故后世常"和缓"并称。

医和（公元前5世纪）

春秋时期秦国医生。根据《春秋左传》昭公元年记载：晋侯患病，派人到秦地求医，秦派医和去诊疾。医和认为晋侯"疾如蛊"，其病因是由于他沉溺女色，惑而丧志，不是因鬼神致病。医和论述病机时说：女色"阴物而晦"，无节制地淫溺则生此"惑蛊之疾"。并且进一步提出

六气(阴、阳、风、雨、晦、明)致病说:"阴淫寒疾,阳淫热疾,风淫末疾,雨淫腹疾,晦淫惑疾,明淫心疾。"六气致病说正确地阐明了自然界气候异常变化等原因和人体疾病的关系,它是祖国医学阴阳学说和病因学说的雏型。

扁鹊(公元前5世纪)

战国时期著名医学家。姓秦名越人,勃海郡郑(今考为鄚,今河北任丘)人。少时为人舍长。舍客长桑君过,扁鹊非常敬重他,经过十几年交往,长桑君才对扁鹊说:"我有禁方,年老,欲传与公,公毋泄。"乃取一种药,令扁鹊用"上池之水"饮服,并将禁方书尽传予扁鹊。此后扁鹊依言行事,可以"视见垣一方人"(即隔墙见人),看病尽见五脏症结(出《史记·扁鹊传》)。扁鹊尤其善于诊脉。他是一位民间医生,经常往来于齐(山东)、赵(河北)、秦(陕西)等地行医。精通各科诊治,过邯郸,闻当地尊重妇人,就作一名带下医(即妇科医生);过雒阳,听说周人爱老人,就作耳目痹医;过咸阳,知秦人爱小儿,即为小儿医,随俗为变,深受广大群众欢迎。他采用汤药、针灸、砭石、蒸熨、按摩等多种方法为人治病,又提出病有"六不治"的见解(即"骄恣不论于理,一不治也;轻身重财,二不治也;衣食不能适,三不治也;阴阳并藏气不定,四不治也;形羸不能服药,五不治也;信巫不信医,六不治也"),具有朴素的唯物主义思想。扁鹊和他的弟子治虢太子尸蹶(假死),用针熨药物获愈。当时天下尽以为扁鹊能使死人复生,扁鹊却说:"越人非能生死人也,此自当生者,越人能使之起耳。"表现了他实事求是的科学态度。他除了善于脉诊之外,还精于望诊,相传他诊视齐桓侯之疾,能初见其微,而断其深入及预后。又相传他能行"剖胸探心"手术,并能采用毒酒麻醉(见《列子·汤问》)。扁鹊医名扬天下,秦太医令李醯自知医技不如扁鹊,就派人刺杀了扁鹊。

扁鹊本为上古传说或神化人物,至周秦间已成为高明医生的代称。有关他的事迹所涉及的时间跨度很大(达400余年),其中有一些是后人附会而成的传说。有人认为在秦越人之前,与黄帝轩辕同时有一位名医叫扁鹊。因秦越人医技高明,人故称其为扁鹊。"又家于卢国,因命之曰卢医也"(《黄帝八十一难经·序》)。后世或以"卢扁"喻名医。据记载扁鹊有弟子9人,如子豹、子阳曾参与救治虢太子。

托名秦越人撰的医著有《难经》等。

淳于意(约公元前205—前150)

西汉早期著名医学家。齐临菑(今山东淄博市临淄)人。曾任齐国(汉初分封的诸侯王国之一)的太仓长(一说太仓令),故称"太仓公"或"仓公"。他年轻时爱好医学,拜菑川名医公孙光为师,得古传方书,尽得其术。后经公孙光介绍,于高后8年(公元前180)得见隐医公乘阳庆,拜其为师,学得许多秘方和师传验方,接受了老师授给的黄帝扁鹊之脉书、上下经、五色诊病、奇咳术、揆度、阴阳外变、药论、石神、接阴阳等医书,研习3年出师,诊疗疾病颇多效验。他四处行医,访名师求药方。因得罪权贵,于文帝四年(公元前174)被人诬告,被解送长安问罪,小女缇萦随父前往,并上书皇帝,"愿入身为官婢,以赎父刑罪"。其后,淳于意得以赦免。他曾数次回答朝廷的询问,详细地讲述了自己学医的经过、师承关系、医疗的情况等等。司马迁据以撰为《史记》仓公列传中之25个病案,称之为诊籍。"诊籍"的格式是记录患者的姓名、职业、里居、病状、脉象、诊断、治疗、预后、禁忌等,是中国现存最早见于文献的医案记载。所叙述之医案内容包括有疟疾、气鬲、涌疝、热病、风瘅、肺消瘅、遗积瘕、迥风、风蹶、热蹶、肾痹、蛲瘕、难产、伤肺、伤脾、闭经、沓风、牡疝、龋齿等病症,涉及到内科、外科、妇产科、儿科、口腔科等。在诊疗方面,淳于意擅长于切脉望色,判断病情之轻重与吉凶,善于用药处方,根据不同病症选用汤、丸、酊、散、粥、含漱剂、栓剂来治疗,并擅长针灸,还注重用活动身体、远足、冷敷等方法治疗一些适于外治的疾病。他认为龋齿是由于"食而不漱"所致。他还明确反对服食"五石"散等,在医学史上都有着积极的意义。淳于意因材施教,先后将医术传给宋邑、高期、王禹、冯信、杜信、唐安等人。

涪翁(公元1世纪)

汉代针灸学家。隐姓埋名,时常在涪水(今四川境内)垂竿钓鱼,所以称为涪翁,真实的姓氏及里贯已无从查考。大约于西汉末东汉初年,因避乱隐迹不仕,流落乡间,遇上民众患病,他就给予治疗。精通脉诊,针灸技术尤其高明,往往手到病除,且悉心救治不分贫贱、不图报酬,因而备受当地群众的爱戴。后人于其地刻碑立像,表誉人民对他的怀念。涪翁治病救人的事迹远近传扬,程高(四川广汉人)慕名远道前来寻访,拜其为师,涪翁把自己精湛的医术传授给他,程高再传郭玉。郭玉后来当上汉和帝时候的太医丞,成为一代名医。涪翁的著作有《针经》及《诊脉法》,当时流传,现已佚失。

郭玉(1世纪后半叶)

东汉针灸学家。字通真,广汉雒(今四川境内)人。少年时跟随程高学医,是涪翁的再传弟子。精通医学,针术尤为高明,当代知名。汉和帝时任太医丞。相传和帝曾令一男一女处帷中,让郭玉各诊脉,郭玉立即判断出脉有男女,并非一人,和帝叹服。史书记载,郭玉与和帝讨论医道,郭玉认为:"医之为言意也",人体腠理至微,施针之时,差之分毫即致乖错,须随气用巧,神存于心手之际,心领神会而难以言传。郭玉为贫贱百姓治病,往往一针

即瘥，而治疗达官显贵，时常不见效，帝问是何缘故，郭玉说：为达官显贵治疗有四难。自作主张，不服从医嘱，一难；自身摄生不谨慎，二难；养尊处优，好逸恶劳，三难；筋骨不壮，不能使药，四难。而且显贵处尊高以待医生，医生怀恐惧之心、谨小慎微地临诊，这种状况下施针治疗难以奏效。和帝十分赏识郭玉的高论。

张仲景(约 150—219)

汉代著名医学家。名机，南郡涅阳(今河南邓县，一说南阳)人。或考为南阳蔡阳(今湖北枣阳)人。幼年时就显露出他的才智，何颙曾根据他"用思精"，预见他"后将为名医"，果如其言。从同郡张伯祖习医。由于他勤学苦研，时人称赞仲景识用精微，超过老师。后世据唐代甘伯宗的《名医传》记载，张氏曾任长沙太守，又称仲景为张长沙，称其医方为长沙方。关于张仲景是否出任长沙太守一事，现在学术界仍有争议，但在古代，这一说法已流行了千余年。

张仲景生活于东汉末年，战乱频仍，疫疾流行。据张仲景《伤寒论》自序介绍，张氏家族约有 200 多人，自建安纪元(196)以来，死于伤寒者占十分之七。张仲景"感往昔之沦丧，伤横夭之莫救，乃勤求古训，博采众方，撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎胪药录》，并平脉辨证，为《伤寒杂病论》合十六卷"。该书原本散佚，经后世医家搜集整理，分成现在流行的《伤寒论》和《金匮要略》两书。前者主要论伤寒，后者主要谈杂病证治，均成为中医的古典医学名著。

张仲景创用六经论伤寒，以脏腑论杂病，体现了贯穿理、法、方、药的一系列辨证施治原则，提出了三因致病说。所载方剂(二书合计 269 首)配伍严密，在因证立法、以法统方、随证加减等方面积累了丰富的经验，包含了许多重要的组方原则，因而被后世尊为"众方之祖"。该书的方剂被广泛有效地运用于各种病症，并由此衍生和推动了许多新方不断出现。后世对《伤寒论》、《金匮要略》进行了长期大量的研究，促进了中医的发展(见"伤寒学派与经方派"、"伤寒论"、"金匮要略"条)。但仲景医书也有他的局限性，主要表现在详寒略温；有成人之病，而无婴孺之方等。

张仲景被后世尊为医中"亚圣"或"医圣"，不仅在于他学术上成就，张氏对医学道德的论述，也为后世医者所景仰。张仲景批评了那些不负责任的医生，他说："观今之医，不念思求经旨，以演其所知。各承家技，终始顺旧。省疾问病，务在口给。相对斯须，便处汤药。按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参；动数发息，不满五十。短期未知决诊，九候曾无仿佛；明堂阙庭，尽不见察，所谓管窥而已。夫欲视死别生，实为难矣。"这一段话也可从另一面反映张仲景在临症时，精审入微；在学术上，广采博辑，探源索隐。他的医学著作就是他长期勤求古训，博采众方的结晶。

有关张仲景的传说中，也可反映人们对他高明医术的向往。如皇甫谧的《甲乙经》序中记载，张仲景通过望诊得知侍中王仲宣有病，四十岁当眉落，眉落半年死，令王氏服五石汤。王氏嫌他说话太忤，受汤不服。三日后张仲景根据色候断定他没有服药，但王氏不说实话，后来果如仲景所言。甚至有传说张仲景能诊兽脉者。在古书中著录的张仲景医书还有《张仲景五脏论》(《崇文总目》)、《张仲景脉经》(《宋志》)等，前者有敦煌卷子本存世。《千金要方》中还保存了一些题作"张仲景论曰"的条文。为了纪念、学习他，1959 年南阳重修了张仲景纪念馆和医圣祠，1985 年成立了张仲景国医大学，并召开了数次中华全国张仲景学说讨论会。1993 年张仲景的名字被刻在英国维尔康医史研究所图书馆大厅楣梁上，成为 29 位世界医学伟人中的唯一中国医家。张仲景作为中国医学史上一名伟大的医学家，永远受到人们的敬仰。

华佗(? —208)

东汉著名的医学家。一名旉，字元化，沛国谯(今安徽亳县)人。早年曾游学徐土(今江苏徐州一带)，兼通数经，晓养性之术。据《后汉书·华佗传》记载，华佗"年且百岁，而犹有壮容，时人以为仙"。太尉黄琬曾两次举荐为官，他均不就。华佗治病有许多独特之处，处方用药不过数种，简便廉验；灸疗取穴不过一两处，每处不过七八壮；针刺也取穴甚少，启针后病辄瘥减，"华佗夹脊穴"流传至今。若病积结在体内，针灸药物不能奏效时，就让病人先服麻沸散，待醉无所觉后，施以外科手术，抽割积聚，或断截肠胃，湔洗伤口，除去疾秽，随后缝合，敷以神膏，四五日愈合，一月之间可康复。由此可见，华佗曾在全身麻醉下进行过腹腔瘤肿切除术和肠胃部之切除缝合以除疾秽的手术，并获得了成功。麻沸散虽已失传，但在麻醉学史上是一个成功的先例。从史书所载华佗的 20 多个医案，包括有内科、外科、妇产科、小儿科、皮肤科的多种疑难疾病，都达到了较高的疗效。华佗还主张用体育锻炼的方法增强体质，祛病延年，指出："人体欲得劳动，但不当使极耳。动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬犹户枢终不朽也。"他根据虎、鹿、熊、猿、鸟的动作而创制的"五禽之戏"，对医疗保健有特效。不幸华佗被曹操所害，他的医著也因此而佚失。后世题为华佗撰的《中藏经》等十几种医书，均为伪托之作。华佗的弟子有吴普、樊阿、李当之。后世纪念华佗的胜迹，除了华佗故里"华祖庙"、河南许昌的华佗墓外，在项城、铜山、华阴等县和徐州市，也有纪念华佗的遗迹和文物。

吴普(约 149—250)

三国时魏国医学家。广陵(今江苏江都)人。曾跟随

华佗行医,按华佗所教方法治病,多所全济。华佗曾对吴普说:"人体欲得劳动,但不当使极耳。动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生,譬犹户枢终不朽也。"并传授吴普行导引术,活动关节。著名的五禽戏(虎、鹿、熊、猿、鸟)就是华佗传授给吴普的。吴普经常锻炼,年90余,耳目聪明,齿牙完坚。梁·阮孝绪的《七录》记载有《吴普本草》6卷(《蜀本草》作1卷)。原书流传甚广,后虽佚失,但佚文散存于《证类本草》、《太平御览》等书中。据宋代掌禹锡的介绍,该书"修神农本草成四百四十一种。唐经籍志尚存6卷,诸子书多见引据。其说药性,寒温五味,最为详悉。"据现存佚文,可知《吴普本草》除药性外,对于药物别名、产地、性味、主治、功用、形态、采集、加工等均有介绍,是中国比较重要的早期本草之一。

樊阿(二三世纪间)

三国时魏国针灸学家。彭城(今江苏铜山)人。为名医华佗弟子,善针术。据《后汉书·华佗传》记载:"凡医咸言背及胸脏之间,不可妄针,针之不可过四分,而阿针背入一二寸,巨阙胸脏乃五六寸,而病皆瘳。"可见樊阿能掌握许多高超的针刺方法。樊阿曾向华佗求方,华佗授以漆叶青黏散,云可服食,对人有益。樊阿遵方服用,寿至百余岁。

董奉(3世纪)

三国时吴国医家。字君异,侯官(今福建长乐)人。医术高明,医德高尚,与同时代的名医华佗、张仲景齐名,被后世誉为"建安三神医"。据《三国志·士燮传》记载,董奉治病神验,交州刺史士燮中毒病死已三日,董奉前往诊治,给药三丸,以水冲服。片刻,士燮手动眼开,半日能起坐,四日能言语,遂愈。董奉后来隐居庐山,每日为人治病,不计报酬,只要求重病痊愈者在其宅旁栽杏树五株,轻病痊愈者栽杏树一株,数年之间,共栽种杏树十万余株,郁然成林。在杏熟季节,于杏林中筑一草仓,人们可以按规定自由地用谷子换取杏子。董奉将每年所得谷米,用来赈济贫病之人,或供给来庐山旅游途中有困难的人,每年约有两万余人得到救济,一直被传为佳话。于是,"杏林"二字便成为称颂医家高尚道德之代名词,如"誉满杏林"、"春满杏林"、"杏林春暖",后世效仿董奉"杏林"精神者不乏其人,有不少中医书籍和报刊杂志,还冠以"杏林"的字样。

王叔和(3世纪)

魏晋间医学家。名熙,以字行,高平(今山东金乡西,一说邹县西南,一说微山县西北)人。曾仕魏国的太医令(一说仕吴,一说仕晋)。传为张仲景亲炙弟子。史称其性度沉静,博通经方,精意诊处,洞识修养之道。尤其对脉学有深入研究,尝谓"脉理精微,其体难辨";"在心易了,指下难明"。于是"考核遗文,采摭群论,撰集岐伯以来,逮于华佗经论要诀",成为《脉经》10卷。诸病脉象,以类相从;前贤所传,咸悉载录。其叙阴阳表里,三部九候,寸口诊法,及二十四脉等,至为详尽,是集魏晋以前脉学大成之作,对后世脉学的发展影响甚大。叔和又精于伤寒之学,时张仲景《伤寒杂病论》简编残乱,濒于失传,叔和重为编次,选论其精,指事施用,大行于世,对仲景之学的流布,功不可没。故唐代王焘编《外台秘要方》一书,列其为"伤寒八大家"之一。《隋志》还记有王叔和《论病》6卷,很可能是他本人临床经验的总结,惜已亡佚。《外台秘要方》中保存部分王叔和方药病案遗文,今不知出自何书。

皇甫谧(215—282)

魏晋间医学家。幼名静,字士安,安定朝那(今甘肃平凉西北,一说灵台,一说宁夏固原县西南)人。幼年过继于叔父,迁居新安(今河南渑池),少不好学,20岁后始发愤读书,从席坦学儒,为著名的经学大师。42岁时中风痹疾,半身不遂,仍然手不释卷,并开始钻研医学。曾数度被举荐孝廉,征辟为官,均不就,潜心医学。他鉴于医经中文多重复,于是把当时风行的《黄帝针经》、《素问》及《明堂孔穴针灸治要》三部书,"使事类相从,删其浮词,除其重复,论其精要,至为十二卷"著成《甲乙经》。该书对于脏腑气血经脉流注,经穴的名称和位置,疾病的针灸取穴法以及进针的分寸呼留多少等,均作了较详细的论述,是中国晋代以前针灸学成就的总结性文献。《甲乙经》文简意赅,以实用为依归,考定旧文,打破汉儒独守一经的旧习,说明皇甫谧在医经学上树立的新观点,开创了后世医家分类编撰医经的先例,这是值得肯定的。皇甫谧另著有《帝王世纪》、《高士传》、《烈女传》、《玄晏春秋》等。

葛洪(283—343)

东晋道教理论家,医学家,炼丹术士。字稚川,自号抱朴子,丹阳句容(今属江苏)人。世家出身,祖葛系仕吴为大鸿胪,父葛悌仕晋为邵陵太守,从祖葛玄为吴时道士。葛洪年13岁时丧父,家道中落,因之他自小勤苦读书,带经而农,携史而樵,学问成熟很早。初从葛玄习炼丹术。公元303年,曾参与镇压石冰领导的农民起义,因而赐爵关内侯。后至广州,师事南海太守上党鲍玄,并娶其女鲍姑为妻。公元317年左右居于江左,编撰抄集有《抱朴子》、《金匮药方》等著作600余卷。晚年闻交趾出丹砂,求为句漏令,后携子侄至回广州,止于罗浮山炼丹,在山积年而卒。史称葛洪"博闻深洽,江左绝伦",所撰

《抱朴子》,其内篇言"神仙方药,鬼怪变化,养生延年,禳邪却祸之事";外篇言"人间得失,世事臧否",他的思想,基本上是以神仙养生为内,儒术应世为外,以图儒道合一。葛洪对古代化学的发展很有贡献,《抱朴子》的"金丹"、"黄白"、"仙药"等篇,是现存较早的炼丹术著作。已反映了当时对化合、分解、置换等基本化学反应的初步认识,在古代化学史上有突出的地位。葛洪在医学上也有较大的贡献,他曾编撰有《金匮药方》(又名《玉函方》)100卷,其中的《肘后救卒方》3卷,是中国古代较早的急救医方书。该书最早记载了天花病、沙虱病等内科疾病,并提出了用小竹片夹裹治疗骨折,以及腹壁破裂肠突出的缝合等外科手术,又在妇科、儿科及五官科病方面有所发明,基本上反映了中国东晋以前的医学成就。在医学思想方面,葛洪反对汉代经师固守一家师法的保守方法,主张博采众家之长,他在编撰《肘后救卒方》时,就曾"省仲景、元化、刘戴秘要、金匮绿秩、黄素方近将千卷"。在研究方法上,他提倡实地观测,力求"目验",因而能最早提出恙虫病的传染媒介是沙虱,指出观测沙虱的方法是"著指上映光方见行动也"(《肘后方》卷七),并初步描述了生活习性。对于疾病原因的认识,他不承认是鬼神作祟,而认为是饮食起居失节所致。他提出应按疾病特征来认识和分类疾病,以类相续,不相错杂。葛洪的医学思想还突出表现在他主张医药知识应当普及,他曾用歌诀形式叙述部分药物方剂的主治,以便记忆,他还指出前代医书有的多用贵药,只对富家而居京师者有用,故《肘后救卒方》所用药物,"率多易得之药,其不获已须买之者,亦皆贱价草石,所在皆有";他主张多用针灸治法,并且指出应把针灸各穴与人身部位分寸同时介绍,这些都有利于一般人士学习医术。《肘后救卒方》能在我国古代起到防病治病的积极作用,是与葛洪的医学思想分不开的。葛洪的妻子鲍姑是晋代著名的针灸医师,擅长灸术,至今民间尤有鲍姑灸疣的多种传说。

范汪(4世纪)

东晋医家。字玄平,颍阳(河南许昌)人。曾任东阳(今山东境内)太守,故后世称他为范东阳。他精于医术,治病效果甚好,曾广泛收集民间验方及本人治病的经验,著成《范东阳杂药方》170卷,后世简称《范汪方》,原书已佚。其内容多为唐宋等后世医书如《外台秘要》等所引用,其中关于口服汞剂的治疗方法,已具有临床药理实验的雏型。

陶弘景(456—536)

南北朝时期医药学家。字通明,自号华阳隐居,后世称他为陶隐居,丹阳秣陵(今江苏句容县)人。陶弘景生活于南北朝这一政治动乱的历史时期,南北方各族文化充分交流,而其前代的本草学著作处于散失紊乱的状态,他决定对本草学进行一次较彻底的总结。陶氏根据汉代以前的本草学著作《神农本草经》及其后数百年的经验积累,参考《名医别录》,著成《本草经集注》一书,成为中国本草学史上一部具有代表性的著作。陶氏除去对本草学中有关药物炮制、度量衡、剂型等进行了考订修正,做出了总结以外,其主要贡献是确定了药物的分类编排,澄清了历代在本草上的紊乱。他的本草分类法是具有创造性的,影响深远。他一反《神农本草经》上、中、下三品的古老分类方法,创用按自然来源及药物属性的分类方法,把药物分为玉石、草、木、果菜、虫兽、米食等类。他还开始创用"诸病通用药"的分类方法,即依药物的治疗性能进行分类。这两种分类方法,在中国古代本草学史上具有深远的影响,成为其后本草作分类学的主要依据,对于本草学以至医学的发展,都有所贡献。陶弘景深入实际,进行具体调查的工作方法,使他在本草学上作出了较大的成就。他的治学态度认真严谨,澄清了前代关于螟蛉子的错误,又对苍术和白术的植物生态学进行鉴别研究,这些都为后代做出范例。此外,用墨笔和朱笔分别记载不同的文献来源的方法,在当时文献学上具有一定的进步意义。陶弘景在冶炼学及炼丹化学方面,也都有一定的成就。

徐之才(505—572,一说493—572)

南北朝时期北齐医学家。字士茂,祖籍东莞(今山东莒县;一说高平金乡,即今山东金乡)人,寄籍丹阳(今江苏镇江)。其先祖徐熙,字仲融,好黄老之学,精医术。熙子徐秋夫传其学,以针法著名。秋夫子徐道度、徐叔响,并精于医学。道度为兰陵太守,叔响官至太山太守及大将军参军,撰方书十数种。道度生徐文伯,即徐之才祖父,精于妇科本草诸学,撰述亦富,叔响生徐嗣伯,精于杂病,之才从祖徐謇,字成伯,亦有医名,子徐践传其业。之才父徐雄,医术称道江左。之才幼而隽发,五岁诵《诗经》,八岁略通义旨,十三岁召为太学生。粗通《礼》、《易》,兼通医术、初仕梁,后随梁豫章王萧综入魏,以医术见宠于北魏君臣,孝武帝时(532—534)封昌乐县侯。东魏天平年间(534—537),高欢征赴晋阳,常在内馆。自散骑常侍,转秘书监。北齐文宣帝登极,除侍中,封池阳县伯。皇建二年(561)授西兖州刺史,未及行而武明皇太后患病,之才疗之立愈。因善医术,虽有外授,顷即召还。天统四年(568),累迁尚书左仆射,寻除兖州刺史。武平元年(570),重除尚书左仆射,迁尚书令,封西阳郡王。之才聪辨强识,有兼人之敏,尤好剧谈戏语,善逢迎,故历事诸帝得宠。医名冠绝北地,唯马嗣明、崔叔正两人才技略相匹敌。撰有《徐氏家传秘方》2卷、《徐王八世家传效验方》10卷,系总结徐氏数代医疗经验之书。《药对》2卷,言治病用药最详,佚文散见于《证类本草》中。又撰《小儿

方》3卷,均佚。弟之范,尝任尚药典御,袭爵西阳王,入周授仪同大将军。徐氏一门六代,10余人精通医术,是魏晋南北朝时期极有名望的医学世家。

全元起

南北朝时期齐梁间医家。生平籍贯欠详。其医术甚为高明,据《南史·王僧孺传》记载,全元起曾注《素问》,是古代注解《素问》的首创。治学态度严谨,所注解之部分内容保存于《重广补注黄帝内经素问》中,对研究《素问》有较大的参考价值。

许胤宗(约503—625,一说约536—626)

隋唐间著名医学家。一作引宗。常州义兴(今江苏宜兴)人。曾历任主管统治者医药卫生保健的医官——尚药奉御。唐武德(618—626)初授予散骑侍郎。公元6世纪末,他强调:"口不可下药,宜以汤气薰之,令药入腠理,周理即差。"创用"蒸气疗法",治疗南北朝时期陈国柳太后病风不语,口噤不能服药的疾患。其法:造黄耆防风汤数十斛,置于床下,气如烟雾,其夜便得语。公元7世纪初,"关中(陕西中部)多骨蒸病(多指结核病),得之必死,能相连染,诸医无能疗者"。据记载经许氏诊疗者,多获治愈。许氏临床十分重视切脉诊断,探原识病。在用药方面强调:"唯需单用一味,直攻彼病,药力既纯,病即立愈。"他认为:"医者意也,在人思虑……意之所解,口莫能宣。"故未著书。

巢元方(7世纪)

隋代著名医学理论家。由于史书缺传,生卒贯里欠考,一说陕西华县人。大业年间(605—616),曾任隋太医博士、太医令。对疾病之病因、病理与证候之研究,有着很深的造诣,奉诏与当代许多医学家共同整理研究诸多疾病之病因、病理等,取得了突出的成就,并于公元610年撰成《诸病源候论》50卷,是中国医学史上第一部系统而全面论述病因、证候的巨著。他对传染病、过敏性疾病、运动病、寄生虫病以及各科杂病等,都有着许多值得称道的认识和描述。例如:①确认疥疮之病原为疥虫,指出检验方法,叙述各类疥疮的典型证候、特点,强调治愈标准为"虫死病除"。②认为传染病之病因是一种叫做"戾气"的物质引起的,强调:伤寒、时病、疫疠等传染病均可以预防的思想,多处指出"预服药及为方法以防之"。③正确指出肠道寄生虫病系由饮食不洁而感染的,确认绦虫病是因吃了半生不熟的牛肉、鱼肉等引起的。④详述了过敏性疾病——漆疮的病因、症状、体征等,更正确指出"有性自耐者,终日烧煮,竟不为害","有禀性不耐漆者,见漆及新漆器,便著漆毒"。⑤对晕动病除描述其临床症状外,强调"特由质性自然,非关宿夹病也",从而使中国医学认识水平达到了一个新的高度。巢元方比较重视一个病一个病的研究,因此,对深入探讨不同疾病之病因、症状、诊断、鉴别等创造了有利的条件,促进了对各种不同疾病认识水平的提高。因为他的整理研究重点是各类疾病的病源、证候,故其书命名为《诸病源候论》。一般来说,该书因而不涉及疾病的治疗方药与法则,但却比较系统的记述了适于导引气功治疗的疾病的具体技术,特别还论述了一些腹腔外伤的外科手术方法与适应证,例如断肠的抢救、肠吻合术的步骤方法和术后护理、大网膜切除及血管结扎术,死骨剔除术,创伤伤口缝合术等,说明巢氏或是一位擅长外科医疗的专家。公元609年,主持运河工程的大总管麻叔谋,患风逆不得起坐,隋炀帝命巢元方往宁陵(今属河南)诊视,经调治迅速痊愈,证明巢氏医疗经验丰富。巢氏等关于内、外、妇、儿科种种疾病病因、证候、病理、诊断与鉴别诊断等等的许多卓越认识和先进成就,对唐宋及其以后历代医学发展,产生了巨大的影响,有着明显的推动作用。例如:唐代著名医学家孙思邈、王焘,日本著名医学家丹波康赖,他们的医学巨著《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》、《医心方》等,均普遍引用了巢氏学术观点和理论论述作为自己的依据。宋代更以之为课试医生的重要依据之一。

甄权(541—643)

隋唐间针灸学家。许州扶沟(今河南扶沟)人。因母病与弟甄立言研习方药,精于针灸技术与脉理,遂为名医。隋开皇初为秘书省正字,后称疾免。鲁州(今山东)刺史库狄嵚因病风痹,手不得引弓,经诸医疗治莫能愈,权为之取穴"肩髃"进行针灸,应手而愈。唐武德中(622)在研究唐以前明堂图的基础上绘制了针灸明堂人形图3幅,以正面、背面及侧面描绘人体之经络穴位等,当时医家与缙绅之士多争相传抄摹绘以传天下。孙思邈在甄氏绘图的基础上,更绘制了彩色明堂人形图,对统一经络穴位和普及推广针灸学术作出了新的贡献。甄权的医学著作还有《针方》、《脉经》、《脉诀赋》与《针经钞》等,均佚。又如:深州(今河北深县)刺史成君绰,忽患颈部肿胀,喉中闭塞,水粒不下三日。权为针刺右手次指之端,如食顷,气息即通。次日食欲正常。贞观17年(643)甄权年已百二岁,唐太宗亲临其家,视其饮食,访以药性,授予朝散大夫,赐寿杖衣服等。弟甄立言撰有《古今录验方》50卷,内容丰富,所论消渴病(糖尿病)尿甜,为诊断和鉴别诊断提供了客观依据。

杨上善(约575—670)

隋唐间医学家。隋大业间(605—617)曾任太医侍御,奉敕注解《内经》。他取《黄帝内经·素问》与《黄帝内

经·灵枢》之内容，综合研究，重新分类，并加编次，书成后命名为《黄帝内经太素》30卷。其分类：先论养生、调食、寿限；继则阴阳等理论。其次为人体解剖、生理、病理。再次为诊断、针刺。最后为诸种疾病。由于杨氏熟谙训诂，其阐发、补正、注释者甚多，故为历代研读《内经》者颇多影响和参考价值，更系今之校注《素问》、《灵枢》者重要依据。杨氏是中国医学史上整理注释《内经》最早的医学家之一，对后世影响较大。另有《黄帝内经明堂类成》13卷，或简称《黄帝内经明堂》，乃注释杨玄操《黄帝明堂经》之作，曾定作唐太医署教学针灸之教材，惜已佚。

孙思邈(581—682)

唐代著名医学家。京兆华原(今陕西耀县)人。学者还有认为孙氏寿142岁、170岁者，且各有所据。孙氏从小多病，为筹汤药之资而使家庭生活十分困难，但他仍坚持攻读经史和医药科学著作，20岁时即以良好的治疗效果行医于乡里。此后，他更加勤奋地钻研古代名医名著和四处寻求采访流传在民间的医疗经验，往往为了一方一药的应用经验或炮炙技术而不远千里去求教。这就奠定了他知识渊博、学验俱丰的基础。对于病人的求治，他强调“不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想，亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜生命。见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避崄巇，昼夜寒暑，饥渴疲劳，一心赴救”。因此，他的医疗思想和道德品质为世所称道，成为历代医家之师表。

孙思邈鉴于古代诸家医方散乱浩繁，求检至难，他博览群经，勤求古训，删繁裁复，补益新知，以“人命至贵，重于千金，一方济之，德逾于此”，撰书名曰：《备急千金要方》30卷，《千金翼方》30卷，使中国医学发展达到了一个新阶段。该书被誉为中国医学史上第一部临床医学百科全书。

孙思邈在中国医学发展上做出了多方面突出成就。例如：①发展了张仲景伤寒学说：认为《伤寒论》的要意“不过三种，一则桂枝，二则麻黄，三则青龙……”。并以此为纲要，改仲景比较抽象的六经辨证，为按上述三方体系主治及其临床表现特点相结合的分类诊断方法，使理论更紧密联系临床诊治实际。②集唐以前医方之大成：其著作对医疗处方进行了系统的整理，共收载医疗方剂6 500余首，大多出自前代著名医家的宝贵经验，也包括有当代群贤、少数民族、文人学士、官僚、宗教界和国外传人的良方，并多注以出处。③使不少疾病的认识水平明显提高：如孙氏强调糖尿病要随时注意预防化脓性感染；霍乱之病因皆由饮食，非关鬼神；骨关节结核的好发部位喜注小儿及成人的大关节；对麻风、营养缺乏性疾病之脚气、夜盲、甲状腺肿，以及对结核病之描述或治疗等，均较前人认识更加确切深人。④丰富了医疗技术：如下颌关节脱臼手法整复术、葱管导尿术、食管异物剔除术、自家血脓汁接种疗法以防治疖病等免疫法之应用等等。⑤为小儿科、妇产科之成为专科创造舆论和技术条件：他特别强调妇幼设立专科的重要意义，并在自己的巨著中，利用很大篇幅总结论述了唐以前和当代在小儿科、妇产科方面的成就。⑥发展了唯物的养生长寿学说：他明确反对服石追求长生不老的幻想，提倡吐故纳新的静功与熊经鸱顾的动功相结合，并辅以食治、运动和讲求卫生等延年益寿学说，使养生学说与老年病的防治相结合。他至少活到百一岁，实非偶然。⑦在炼丹生涯中，记录了硫黄伏火法，是中国早期的“火药”配方，对火药之发明有着不可磨灭的贡献。

孙思邈在医学科学发展上的卓越贡献，对唐以后医学的发展产生了深刻而广泛的影响。北宋校正医书局医学文献整理研究学者——林亿，在整理校正孙氏著作后称赞：“上极文字之初，下讫有隋之世，或经或方，无不采摭，集诸家之秘要，去众说之所未至。”清代著名医学家徐灵胎，虽然极力宣扬崇拜《内经》与张仲景为绝对权威，并贬低隋唐以后的医学发展，但也不得不指出孙思邈学术思想为“医道之一大变也”，承认孙氏“其用意之奇，用药之功，亦自成一家，有不可磨灭之处”，也确实属难得，足证其成就之大和影响之深了。至于尊崇孙氏学术思想者则更是推崇备至。孙思邈不但在国内有着千余年不间断的影响，对日本、朝鲜等许多亚洲国家的医学发展，也有着明显的影响。在日本，公元981年成书的医学巨著《医心方》，即较广泛引用了《千金要方》等资料，孙氏著作除由中国被引进外，更有多次日本翻刻本流传，日本学者引用孙氏学术为据者不断发展，直至本世纪70年代，日本学者建立《千金要方》研究所，并重印其珍藏宋版抄本，作为“人类之全宝”，赠送发行至世界各国，使之成为人类的共同财富。朝鲜研究中国医学的学者，在15世纪时编撰了巨型医学专著——《医方类聚》等，也都从孙思邈的成就中吸取了众多经验。

孙思邈逝世后，历代以来，人们对他的怀念和崇敬也是十分令人钦佩的。纪念活动相当频繁而隆重，普遍尊称孙氏为药王，民间广泛建有药王庙，年年祭拜，而且流传着非常丰富的传说和神话故事，表露着成千成万人对孙氏的崇拜以至神化的感情。尤其在其故乡，改其故里五台山为药王山，建庙塑像，竖碑立传，也已有近千年的历史。如最有历史意义的是公元1081年孙氏诞生500周年宋代刻立的石碑，碑头精刻孙氏画像，碑身详载孙氏生平。其次是摘录孙氏重要医方刻立《千金宝要》碑四方八面，用以为学者、病家拓印流传，数百年来对推广普及孙氏学术成就和经验，发挥了巨大的作用。新中国成立后，孙氏故乡陕西耀县在药王山建立了纪念馆，丰富的历代碑刻和诸多文物得到了很好的保护。1961年中华医学会在京举办学术报告会隆重纪念孙氏诞辰1380周年，邮电部发行孙氏纪念邮票。1978年中国中医研究院中国医史文献研究所首届硕士研究生赴药王山进行实地考

察，为深入研究孙思邈学术思想与成就积累了丰富的资料。1982年中华医学会于西安耀县举行盛大的全国学术报告会，隆重纪念孙氏逝世1300周年，《中华医史杂志》出了纪念专辑，使研究孙氏学术思想、医德、成就等达到了空前的水平。会后，陕西建立了中华孙思邈研究社，耀县成立了孙思邈研究所，新建了孙思邈医院等，年年的纪念活动也更加生动活泼而富有学术性。

苏敬(599—674)

唐政府大臣，知医药。宋(今湖北境内)人，宋代大观因避讳，书作苏恭。曾为唐重要勋官，他鉴于当时医家用药纰缪紊乱，陶弘景所撰《本草经集注》也多有乖违，以其影响于显庆二年(657)表呈皇帝，请求对本草进行删繁补阙、鉴选正误。唐高宗李治接受苏氏意见，乃敕令当时著名医家、方伎名流以及勋臣李勣、长孙无忌、辛茂将、许敬宗、孔志约、许孝崇、巢孝俭、蒋季瑜、吴嗣宗、蒋义方、蒋季琬、许弘、蒋茂昌、吕才、贾文通、李淳风、吴师哲、颜仁楚等20余人，对本草进行了一次全面的整理研究。特别由政府下令全国地道药材产地将其所出药材，按实物描绘成图，并随同实物标本一并送京。无论羽毛鳞介、根茎花实，皆考其同异，择其取去，并详究其要，于公元659年集体编撰成《新修本草》20卷，目录1卷；《图经》7卷；《新修本草图》25卷，目录1卷，共54卷，订正纰缪400余处。书成后由政府颁行全国，故近人多有誉《新修本草》为世界第一部药典者。因为，过去被称作第一部药典之《纽伦堡药典》成书于公元1542年。苏敬除有功于修定本草者外，还以善治脚气而名于时，撰有《脚气方论》行世。

崔知悌(约615—685)

唐代著名结核病专家。许州鄢陵(今河南鄢县)人。对结核病、细菌性痢疾的诊治作出过突出贡献。他曾明确认为："骨蒸病者，亦名传尸，亦谓殗殜，亦称伏连，亦曰无辜……，无问长少，多染此病。"接着他叙述了儿童发病的状况，指出："婴孺之流，传注更苦。其为状也：发干而耸，或聚或分，或腹中有块，或脑后颈下，两边小结，多者乃至五六，或夜卧盗汗，梦与鬼交，虽目视分明，而四肢无力，或上气少食，渐就沉羸，纵延时日，终于溘尽。"从其所记可以看出，崔氏对结核病的相互传染以及临床表现等已作了比较系统而正确的描述，而且还明确指出颈淋巴结核、腹腔淋巴结核或回盲部肠结核同肺结核等同出一源。他对细菌性痢疾的传染、发病也有独到的论述。一次，洛阳军营热痢(相当痢疾杆菌之痢疾)流行，不断蔓延，发病者达数千人。崔氏创造性应用黄连丸，使菌痢之流行得到了较好的控制。实验研究证明：黄连对痢疾杆菌有着较好的杀菌作用，至今仍是治疗菌痢和其他肠道感染性疾病的有效药物。在用药剂型上，他强调汤剂较丸剂见效快，并指出：病人要忌食狗肉、忌饮冷水等，都是很有科学道理的。他所创用的黄连解毒汤，是一个著名的方剂，为历代医家所重视，至今仍是中医、中西医结合医生防治肠胃道感染性疾病等最为常用或首选的有效方剂之一。

张文仲(约620—700)

唐代医学家，洛州洛阳(今河南洛阳)人。690年，任武则天的侍御医、尚药奉御。对风、气诸病有着丰富的治疗经验。公元8世纪初，诸医咸推张文仲、韦慈藏、李虔纵3人为首。苏良嗣朝拜武则天，疾作而昏绝。文仲诊断为："此因忧愤，邪气激也。若痛冲胁，则剧难救。"未及果然冲胁绞痛而卒。又指出："若入心，则不可疗。"不一会，病人心痛发作而死。可见张文仲对心绞痛及其预后已有所认识。他对头风、脚气、上气之类的疾病尤为善长，主张对这类慢性病要重视季节气候之变化，常服药以预防其发作，待发作时只临时稍息之即可。近年医家治疗慢性气管炎的"上气"病用"冬病夏治"很有成效，证实了张氏的见解是有道理的。武则天令文仲集当时名医共撰《疗风气诸方》。文仲又自撰《随身备急方》3卷、《四时常服及轻重大小诸方》18首，行于世，惜均佚。其佚文于《外台秘要》可见其部分内容。

孟诜(621—713)

唐代大臣、医药学家。汝州梁(今河南临汝)人。少好方术医药。曾师事孙思邈学习阴阳、推步、医药等知识。睿宗在藩曾召充侍读。685年因识破朝廷赐刘祎之的黄金为药金，引起武则天不悦，被放为台州(今浙江临海县)司马。705年回原籍，以药饵为事，睿宗即位后，被召到京师，将加任用，但固辞衰老。在他的医疗实践中，十分重视医方的收集和饮食疗法。他倡导："若能保身养性者，常须善言莫离口，良药莫离手。"撰有《必效方》10卷、《食疗本草》3卷、《补养方》3卷，均佚。部分内容在《证类本草》、《医心方》中得到保存。如他首先记载用白帛各书记日，浸在黄疸病人每夜小便中，然后晾干并按日排序对比。若帛染黄色越来越淡，则说明黄疸渐轻，相反则加重，使观察黄疸病治疗效果的方法有了客观指标。他的饮食疗法对后世也颇有影响。

韦慈藏(644—741?)

名讯，唐京兆(今陕西关中)人。7世纪末，与张文仲、李虔纵并以医术擅名，曾任武则天侍御医。8世纪初为诸医所推崇，曾但任皇室掌管膳食的官职光禄卿。后辞官游走民间，常带黑犬随行，为群众治病，深得群众和官府的敬重，唐玄宗擢官不受，赐号药王。民间流传韦氏

成仙、黑犬成龙的故事，千年而不衰，足可说明其影响之大。

王焘（约670—755）

唐代整理医学文献大师。唐郿(今陕西郿县)人。出身于世代官僚家庭。青年时对医术产生浓厚兴趣，常常请教于高明医学家，学习其医学理论和医疗技术。约于公元8世纪初，曾管理国家图书中心弘文馆。在此期间，他夜以继日地沉醉于弘文馆数千卷医药文献的阅读，凡所参考之书，均经他逐条地鉴别摘录，去粗芜，采精华；凡经摘录者，都注明出自某书某卷，严肃认真，一丝不苟。在紧张的阅读、鉴赏、摘录中度过了20个春秋，积累了大量宝贵的资料。后因触犯统治阶级的戒律，被贬守房陵、大宁，地处僻陋，瘴疠盛行，因赖有所集医方而幸存。王焘虽然被迫离开国家图书馆，但在阅读图书十分困难的环境下，仍坚定不移地进行着医学文献的整理工作，又经十个寒暑，终于在752年将自己摘录的大量资料分类编辑，使前人的理论研究与治疗方剂第一次全面系统地结合起来，并整理成《外台秘要》。

王焘整理唐以前医学文献的出众才能，不仅表现在采摭群书之广，积累资料之丰富和条理的分明，而且更出色的是方法严谨，体例统一，对1 104门所引用的理论以及6 000余首医方等，都一一注明原始出处和来源、书名和卷数。若该方、论同出于多种医书，也都详列不误，有的还注明作者校勘正误的意见。这是中国医学史上整理医学文献引书详注卷第的创始。他不但为后世提供了极其丰富医学资料，而且为我们创造了整理医学文献详注出处的科学范例。例如：《外台秘要》卷十一指出糖尿病(消渴)的诊断，小便甜是一项重要依据，王焘注明该项论述出自《近效方》和《古今录验方》。又如卷二十九所述竹片夹裹固定骨折，固定部位要大、要早、不可转动等原则，则注明引自《肘后方》、《千金方》、《删繁方》等书。在中国唐以前大量医家个人著作多已散佚的情况下，他详注出处的严谨态度尤为可贵，为研究中国医疗技术史和发掘宝库等工作提供了极宝贵的资料和考察的依据，为唐以前已遗失医书的辑佚提供了良好的条件。清代徐灵胎《医学源流论》称赞其“唐以前之方，赖此书以存，其功亦不可泯”。

陈藏器（683—757）

唐代药物方剂学家。浙江鄞县人。于713—741年间任京兆府三原(今陕西三原县)县尉时，专心攻研本草，以《神农本草经》虽有陶弘景、苏敬补集，然遗逸纷争者有之。他乃补不足，拾所遗，解纷争，撰成序例1卷，拾遗6卷、解纷3卷，合成为《本草拾遗》10卷，用以补《新修本草》之所不备。陈氏首创：宣、通、补、泻、轻、重、滑、涩、燥、湿十剂。反映了他对近千种药物性味作用的认识，有着坚实的基础。他还指出：“今食姜处，亦未闻人愚。无姜处，未闻人智，为浪说。”批判了《神农本草经》食姜能使人少智的观点，叫人不要迷信古人经典。明代李时珍评该书“博极群书，精核物类，订绳谬误，搜罗幽隐，自本草以来，一人而已”。但其撰著中用人肉治病，助长了“割股疗亲”的陋俗。

鉴真（688—763）

唐代高僧医药学家。俗姓淳于，扬州人。14岁随父出家去扬州大云寺(后改为龙兴寺)，寺中僧人知医者，亦常施医送药于贫病之人。佛经中之“医方明”是僧人深造必修的课目。在这样的环境中，鉴真除刻苦钻研诵读佛经外，也潜心于医学和药学的学习。景龙初(707)至洛阳，次年到长安，随实际寺高僧兼医家弘景(又称恒景)律师学习，广交学僧，增长了各方面的知识与技能。开元元年(713)返回扬州。此后数十年间，他于淮南地区修筑寺院、施医赐药、讲经，很有威望。天宝2年(743)，受日本僧人荣睿、普照的邀请，开始准备东渡日本，历时11年，几经挫折，终于天宝12年(753)第6次东渡到达日本，鉴真已66岁，由于前5次东渡的失败、航海的艰辛，双目几已失明。但他在日本讲经，他和他的僧徒还为日本人治病，并把中国当时先进的建筑、雕塑、绘画、刺绣、书法、音律等技术和科学知识传给日本。鉴真仅凭着尝味、嗅觉和触摸竟能辨别药物正确无误。后来光明皇太后生病，鉴真诊治而效，被任命为大僧正。据藤原佐世的《日本国见在书目》所载，有《鉴上人秘方》。关于鉴真的医方，日本·丹波康赖的《医心方》中亦有所引述。相传日本江户时期以前，药商都宗奉鉴真为始祖。

韩维康（7世纪）

吐蕃藏王松赞干布时期，应邀进藏的汉族中医。据载，同时应邀人藏的还有印度的巴热达札、大食的嘎林诺。当时各人都译了本国的医著，韩维康所译为《汉医大小杂诊》。三人又合编了一部藏医著作，名为《无畏的武器》，此书后佚。近年来，国内外学者已有考证，认为巴热达札是印度纪元前的传说人物、医学始祖，而嘎林诺则是古罗马名医、公元2世纪左右的盖仑的波斯文读法。三人不在同一时期，不可能在松赞干布时期同时人藏。由此推论韩维康最大可能是象征性的汉族医学人物，可能是“轩辕黄帝”的转音。又译韩文海或韩信杭。

马哈金达（8世纪）

唐代医家。僧人，履贯欠详。公元8世纪上半叶，藏王赤德祖赞(一译弃隶缩赞，704—755在位)，命令把唐金城公主人藏时带去的医书进行整理翻译。马哈金达参加

了这一工作，对藏医学的发展，对汉藏两种医学体系的学术交流做出了贡献。

宇妥·元丹贡布(708—?)

唐代著名藏族医学家。生于西藏的堆龙德庆地区。幼年学医，勤勉好学，为增广见识，吸取先进经验，他到过内地及尼泊尔、印度等邻近国家学习。宇妥的医术高明，熟谙人体生理及病理。治病主张首先要分清病情的虚实寒热，并根据疾病的不同性质分别论治。在诊断疾病中，他强调应用脉诊的重要性。他不仅精于内科，也擅长外科、妇科，还经常用精神疗法、针灸疗法治疗疾病，取得较好的疗效。宇妥曾任当时的藏王赤松德赞的御医，但他治病不分贫富贵贱，主张一视同仁。据悉在宇妥的主持下，西藏医学家编成著名的藏医经典名著《四部医典》，此书在国内外有很大影响，是学习藏医的必读书籍，曾有俄文、英文等节译本，现已有两种汉文的全译本。此外，宇妥还著有《原药十八种》、《人体内针灸穴位》、《脉诊及其启示》等多种著作。据传宇妥活到125岁。他的家族世代业医，是藏医学中著名的世医家族，影响深远。

王冰(约710—805)

唐代研究《内经·素问》的注释家。号启玄子。他从青年时起就笃好养生，留心医学，曾在朝廷任过太仆令官职。他用了12年(750—762)的辛勤劳动，对《素问》一书进行了系统的整理，辑其所佚，并作注释，在保存古代医籍和解释古奥学术含意上，做出了积极的贡献。现传《黄帝内经素问》即王氏次注本，他的整理态度十分严谨，"凡所加字，皆朱书其文，使古今必分，字不杂糅"。注释深入浅出，易于理解，颇多有学术价值的发挥。如对"阴阳互根"理论的注释，作了"阳气根于阴，阴气根于阳，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化，……"的精辟阐述，关于治则等更形象地强调："滋苗者必固其根，伐下者必枯其上。"又如："益火之源以消阴翳"、"壮水之主以制阳光"，开明·薛己等探本命门之一法。据研究，《素问·天元纪大论》等7篇乃王氏次注时补入，其内容对后世运气学说之发展颇多影响。宋代林亿评价其功绩时指出：由于王氏的注解，使得"三皇遗文，烂然可观。"

蔺道人(约790—850)

唐代骨伤科医家。长安(今陕西西安)人。是一位很有学问的道家，精于骨伤科的理论和治疗技术，热衷于为伤折者服务。会昌年间(841—846)，唐室日趋衰竭，统治者试图解决经济上的严重困难，决心改变"不务农桑，空谈彼岸"的"僧徒日广，佛寺日崇"的状况，于845年下令佛僧道尼26万多人还俗生产，拆寺4 600余所，收上田数千万顷，这个措施虽有一定积极意义，但破坏了当时僧、道人士和寺院的医疗救治活动。蔺道人正是在这个背景下，由长安逃避到江西宜春县钟村，怀着悲观厌世的思想，盖茅屋、种田亩、隐名埋术，过着默默无闻的生活。一次，经常帮助耕耘的彭老头，对他讲起儿子四砍材坠折颈椎、肱骨，因为得不到很好治疗可能造成残废。蔺道人才重操旧业，用自己精巧的正骨技术，为这位骨折十分严重的患者治愈了伤痛。从此，远近知名，求者甚众。蔺氏即将自己的理论知识和治疗技术毫无保留地传授给彭老头，并将自己珍藏的骨伤科专著《理伤续断方》，无代价地赠送给这位老人，自己却另寻安静环境去度残年了。从此，彭老头得蔺道人的传授，成为当地一位知名的正骨专家。当时江西的一位统治者，知道这件事的来龙去脉后，便派人四处寻找蔺道人，很想发挥其才学技术，不料已无踪影，人们便传出蔺道人是一位神仙下凡的故事。因此，书名也被改为《仙授理伤续断秘方》。

蔺道人实际上是一位杰出的骨伤科专家。他在晚年将《理伤续断方》传授给彭老头并流传后世，使千百年来无数伤折病患得到相当科学的处理而恢复健康，这是一个不可磨灭的功绩。蔺道人的《理伤续断方》，在中国正骨伤科历史上有着十分重要的地位，他倡导的骨伤治疗常规：强调正骨麻醉、清洁伤口、检查诊断、牵引复位、敷药固定、定期复查、换药及其次第运用等，在今天仍有着现实意义。在治疗技术上，如改进骨折固定的方法及原则；创造性应用外科手术治疗粉碎性骨折；创用椅背复位法治疗肩关节脱臼，以及肘、腕、髋等诸大关节脱臼之手法复位技术等，都是很突出的成就。后世正骨多宗此书。

昝殷(约797—860)

唐代妇科学家。蜀(今四川)人。曾任成都医博士。当时，西川节度使白敏中，因家中妇人多患难产，有人荐举昝殷，白迎召并问其产乳病的道理，殷于大中(847—860)年间将所集妇人胎、产、经、带等证之效验方378首相告，并撰成专书，该书对经、带、胎、产等疾病均有所论述。白敏中读后，认为该书很简要，并命名为《产宝》。公元897年由周颋补益并序，即《经效产宝》，是中国尚能看到的第一部妇产科专书。昝氏在妇产科疾病方面的贡献，对后世有着广泛而深入的影响。著名医学家唐慎微《证类本草》、陈自明《妇人大全良方》等诸家的著作，征引颇多。朝鲜综合性医书《医方类聚》引《产宝》资料，虽然散在，但条理清楚，内容系统全面。现有根据日本影宋刻本刊印本及《医方类聚》辑本。另撰有《食医心鉴》3卷，论有药物煮粥、制茶、作酒等药方211首。

李珣(855—约930)

五代时药学家。字德润，祖籍波斯，可能是波斯国商

人李苏沙之后。于9世纪末由长安移居或生于梓州(今四川三台县)。兄弟5人,弟李玹、妹李舜玹,均以饶词藻或善书画为当代知名之士,其家素以售卖香药为业。他对香药有着比较广泛的研究,曾遨游岭南,深谙香药药理,并集为册。由于香药大多来自海外,因此,他将自己的本草著作命名为《海药本草》6卷。原书已佚,但从其他本草著作中仍可辑得124种,有辑佚本。他晚年从事炼丹活动,耗尽家产,逝世前之家产仅只道书和药囊而已。李珣及其家族对传播阿拉伯医药和中国与阿拉伯医药交流等作出了重要贡献。《全唐诗》存其诗作54首。

陈士良(10世纪)

五代南唐医学家。一作陈仕良,汴州(今河南开封)人。以医著名,曾为陪戎副尉、剑州(今四川剑阁)医学助教,药局奉御。他注重食疗,将《神农本草经》、《本草经集注》、《新修本草》、《食疗本草》、《本草拾遗》等书中有关食疗的内容进行分类编纂,附以己见,加入四时调养脏腑的学术经验,并附医方,编成《食性本草》10卷。该书已佚,其中部分条文被收载于《证类本草》、《本草纲目》中。陈氏子孙多能承继家学,宋代名医陈沂即为陈士良的后裔。

掌禹锡(990—1066)

北宋大臣,兼通医药。字唐卿,许州郾城(今河南郾城)人。累迁光禄卿直秘阁。好藏书,善记忆,为人勤谨厚道。嘉祐二年(1057)与林亿、张洞、苏颂等共同奏请,于集贤院设置校正医书局。同年会同医官秦宗古、朱有章等,以《开宝本草》为蓝本,参考诸家本草进行校正补注,撰《嘉祐补注神农本草》(简称《嘉祐本草》20卷,于嘉祐五年(1060)成书。该书广采博辑,补充了大量药物资料,又将当时已运用,但未收入本草的药品补入,计收药1 082种。掌氏同时又参与了《本草图经》的编撰组织工作。在地理方面,参加编修《皇祐方域图志》。

沈括(1031—1095)

北宋政治家和科学家。字存中,晚号梦溪老人,钱塘(今浙江杭州)人。仁宗嘉祐年间进士。曾在西北边陲任职,抵御外侮。因参与王安石变法受贬谪,晚年定居京口(今江苏镇江)。他博学善文,对天文、地学、物理、化学、数学、医药学等均有研究论述,晚年撰成《梦溪笔谈》等书,记载了他在自然科学上的见闻和见解,被国内外学者誉为"中国科技史上的坐标"。《梦溪笔谈》及《续笔谈》和《补笔谈》中对40余种中药名实作了考证,纠正了前人的一些错误,对药物用途及栽培等有论述。沈氏还非常注意吸收民间验方,结合验证,辑为《沈存中良方》,后人将苏轼的有关医方附入,改称《苏沈良方》。《良方》对辨疾、治疾、饮药、处方、辨药和医家的素养等,都有精辟论述。其中记载了"秋石"的制备法,被现代国内外著名学者誉为尿甾体性激素之最早提取者。为世界制药史上一大成就。另有《灵苑方》20卷,收载名方甚多,今仅存佚文,散见于《本草纲目》等书。

林亿(11世纪)

北宋医学家。熙宁间(1068—1077)为光禄卿直秘阁,同国子博士高保衡等人先后校正《内经·素问》、《伤寒论》、《甲乙经》等唐以前医药典籍。其以校正《素问》而医名大著。他广泛搜集各种版本和有关文献,以训诂通校勘的方法研究整理《素问》,"正谬误者六千余字,增注义者二千余条"。其校正非常严谨,"一言去取,必有稽考,舛文疑义,于是详明"。决不凿意空断,妄改经文。在词义的注释、句读、句义的辨析上,较杨上善、王冰等有所发现、发展。经林亿等人所校的医书,一直作为通行本而被广泛传习,其校正医书的方法也多为后之学者所宗。

庞安时(11世纪)

宋代医学家。字安常,蕲州蕲水(今湖北浠水)人,世业医,黄庭坚《伤寒总病论序》称:安时少年时"斗鸡走狗,蹴鞠击球,少年豪纵事,无所不为……中年乃屏绝戏弄,闭户读书,扁鹊八十一难,灵枢、甲乙,葛洪所综辑,百家之言,无不贯穿"。撰有《伤寒总病论》6卷,书末附《音训》及《修治药法》。另附"上苏子瞻端明辨伤寒论书","苏轼答安时帖","黄山谷伤寒总病论序"及"张耒跋"等。该书论述六经、汗吐下可不可、结胸、痞气、狐惑、阴阳毒、百合、痓、湿、暍和各种杂病,伤寒劳复。处方用药在《伤寒论》基础上有相当的补充和发挥。其次,本书还论述了暑病、时行寒疫、斑痘、天行温病、妊娠伤寒、温热病死生、差后禁忌等。但该书还收入有苏轼谪居黄州时所得之"圣散子"方(此方主要以辛热药物组成),谓通治百病。故清·汪琥的《伤寒论辨证广注》称:"庞氏论中虽间杂有发明仲景之处,然其用药亦寒热错杂,经络不分,即如苏子瞻所传圣散子方一例载入,殊为骇观。"此外,庞安时还著有《难经解义》1卷、《庞氏家藏秘宝方》5卷、《验方书》1卷等,均亡佚。

钱乙(约1032—1113)

宋代儿科学家。字仲阳,祖籍钱塘(今浙江杭州),其曾祖北上在山东郓州(今郓城)东平落户。父亲钱颢为针灸医生,于钱乙3岁时,东游不返;母亲早逝,由姑母抚养,并随姑父吕氏学医,为方不偏执一家,不拘泥古法,时出新意,后以善用《颅囟方》,闻名于山东。元丰年间(1078—1085),钱乙因治愈宋神宗长公主女儿病,被任命

为翰林医官。其后，又因治愈皇子的"瘈疭"病，升为太医丞。不久，因病请辞。宋哲宗(1086—1100)时，又被朝廷征用，后因患"周痹"，归乡养病，兼行医治病，求治者甚众，名噪一时。

徐春甫的《古今医统》记钱乙著有《伤寒指微论》、《婴孩论》若干卷，惜已佚。现存著述为《小儿药证直诀》，为其学生阎季忠根据所搜集的钱乙著述、医案等资料整理而成。钱乙在儿科理论上继承发扬了中国古代关于人的体质的理论和小儿生理特点的认识，强调临证注意小儿体质具有"成而未全，全而未壮"、"脏腑柔弱"、"易虚易实"、"易寒易热"等特点。钱乙还继承和发扬了古代医籍(《内经》、《难经》等书)中所论述的脏腑辨证理论，在儿科临证上，综合归纳了五脏对病变所反应出的主要证候，以五行生克理论，把五脏当为各有特点又互相影响的整体，并注意四时季节变化对内脏的影响。在对于小儿疾病的治疗上，注意针对小儿生理病理上的特征，重视小儿脏腑调养，力戒妄攻误下，用药平和。强调不任意使用耗损小儿身体的药物，并重视小儿脾胃和肾的辨证治疗，主张使用调养小儿脏腑和扶正的药剂，体现了古代中医在理、法、方、药上全面结合的辨证施治思想，一反当时某些医生一味盲目使用对小儿身体不适宜的香燥药物的风气。钱乙在继承前人的基础上，化裁和创制了许多新方(见"小儿药证直诀"条)。钱乙的论述不仅为中国古代儿科学发展成为一门独立的专科提供了丰富的内容，而且对后世儿科学的进展具有较大影响。因而受到其后许多名医，如薛铠、薛己、万密斋、王肯堂等人的推崇。钱乙的补阴思想，对后世的养阴派有很大启发，不少至今沿用的方剂，如"杞菊地黄丸"、"知柏地黄丸"、"左归饮"、"都气丸"等，均以钱乙的"六味地黄丸"的方意化裁而成，可见钱乙的影响，早已超出儿科范围。

唐慎微(11 世纪)

宋医药学家。字审元，蜀州晋原(今四川崇庆)人。元祐间(1086—1093)，因师事李端伯，迁居成都，故一说为成都华阳(今四川成都)人。宋翰林学士宇文虚中，儿时曾经由唐慎微治病，他记载说："唐慎微……貌寝陋，举措语言朴讷，而中极明敏。其治病百不失一，语证候不过数言。"可见他是具有丰富医疗经验的医生。唐慎微医德也很高尚，记载说："其于人不以贵贱，有所召必往，寒暑雨雪不避也。"著有《经史证类备急本草》(简称《证类本草》)31 卷，目录 1 卷。为了广泛收集资料，"其为士人疗病，不取一钱，但以名方秘录为请。以此士人尤喜之，每于经史诸书中得一药名、一方论，必录以告"。因此，《证类本草》内容极为丰富。该书以《嘉祐本草》和《本草图经》为基础，兼采诸家方书，经史传记，佛书道藏，凡能说明药物功能者，具列于书中。其时，尚书左丞蒲传正见此书，想保奏他为官，他拒而不受。两个儿子及女婿张宗说(字岩老)，皆得唐慎微传授，成为名医。《证类本草》后于大观二年(1108)经艾晟写序重定刊行，称：《大观经史证类备急本草》。政和六年(1116)医官曹孝忠奉命校正，更名《政和新修经史证类备用本草》。至南宋时，医官王继先再次奉命校定增补，是为《绍兴校定经史证类备急本草》(见"经史证类备急本草"条)。该书金元以来多次重刻，对中国本草学影响很大。

朱肱(约 11、12 世纪间)

宋医学家。字翼中，号大隐翁，又号无求子，吴兴(今浙江吴兴)人。元祐三年(1088)进士，官朝奉郎，医学博士。方勺《泊宅编》称：肱"善论医，在南阳时，太守盛次仲疾作，召肱视之，曰小柴胡汤证也，请并进三服，至晚乃觉满。又视之，问所服药安在？取以视之，乃小柴胡散也。肱曰：古人制㕮咀，谓剉如麻豆大，煮清汁饮之，名曰汤，所以入经络，攻病取快，今乃为散，滞在膈上，所以胃满而疾自如也。因法旋制自煮，以进二服，是夕遂安。"足见具有丰富临床经验。著作有《伤寒百问》3 卷，刊行后，复加以补充。前后著书时间自元祐四年(1089)至大观二年(1108)，约近 20 年。后武夷张藏与肱相识，将其书改名为《南阳活人书》，厘为 20 卷。政和八年(1118)，朱肱重校自序，上于朝廷。与此同时，四明王作肃以该书为依据，又博取前代各家议论，参附各条之下，改题《增释南阳活人书》。至明代王肯堂、吴勉学依据该本收入《古今医统正脉全书》，书首题《增注无求子类证活人书》(简称《类证活人书》)。这部书对于张仲景《伤寒论》内容要旨，如经络、病因、传变、疑似等，条分缕析，使人一目了然，颇有发挥，除明初王履、陶华对该书曾有诟评外，至于清代徐大椿《医学源流论》则认为"宋人之书，能发明《伤寒论》，使人有所执持而易晓，大有功于仲景者，活人书为第一"。朱肱尚著有《内外二景图》3 卷、《北山酒经》3 卷。

陈承(11、12 世纪间)

北宋医药学家。祖籍阆中(今属四川)。幼丧父，奉母移居江淮一带。从小好学，尤喜好医术，经过自学而精通诸家之说，见解超群。治病多奇效，名噪一时，且好用凉药，故谚云："陈承箧里一盘冰。"因在杭州一带进行医药活动，所以有人误以为陈承是武林或余杭人。陈承见《嘉祐补注神农本草》、《本草图经》二书流传不广，且读者难得兼有，遂合二书为一。又附入古今论说与己所见闻，编成《重广补注神农本草并图经》23 卷，元祐七年(1092)刊行。陈承治学严谨，注重实践，反对迷信用药，有关药物议论，其言皆稽据不妄。大观二年(1108)，艾晟将陈承本草书中的个人注说参引附入《大观本草》计有 44 条。每条冠以"别说云"作为标识，明代李时珍据此标识，称陈承所著本草为《本草别说》，此后竟沿用成习。大观年间

(1107—1110)陈承与陈师文、裴宗元等同校《和剂局方》时，其时官将仕郎措置药局检阅方书。

寇宗奭(11、12世纪间)

宋医药学家。籍贯不详。政和间官承直郎，澧州司户曹司，在浙江、江西等地做官时，留心医药，深入实际，积累了大量辨药经验。他认为宋掌禹锡等所修《嘉祐本草》，仍然存在错误，于是参考各种书籍，以10余年实践经验为依据，于政和六年(1116)撰成《本草衍义》20卷，目录1卷。该书前3卷论述摄养之道和医药之理，继载药物凡470余种，对于药物性味效验、真伪鉴别、炮炙、制剂等，均有说明。如对山茱萸与吴茱萸的分辨，指出前者大如枸杞，后者初结子大不过椒。又称秦椒粒大纹低，蜀椒则皮皱纹高。苍术辛烈，白术味微辛，指出："古方平胃散之类，苍术最为要药。"这些见解，对中国本草学及医学基本理论的发展均有一定影响。此书经太医学博士李康审阅，认为"委是用心研究，意义可采"，于是申报朝廷，转官通直郎添差充收买药材所辨验药材。李时珍《本草纲目》序例评述本书"参考事实，核其情理，援引辨证，发明良多，东垣、丹溪诸公亦尊信之，但以兰花为兰草，卷丹为百合，是其误也。"元代朱震亨曾著《本草衍义补遗》1卷，对寇氏书续有补充。

成无己(约1066—1156)

金代医学家。聊摄(今山东聊城)人。家世儒医，生于嘉祐、治平年间，其后聊摄入于金地，遂为金人。据开禧元年(1205)张孝忠的《伤寒明理论》跋，成无己至金正隆元年(1156)，时已90余岁，是一位高寿者。成无己继承家学，精通医术。金皇统二年(1142)与名医严器之邂逅，相与论医，出所著《伤寒明理论》3卷，该书计50篇，从内外、阴阳、虚实、浅深等多方面分析伤寒证候，多发前人之未发，又有《注解伤寒论》10卷，严器之为此书作序(1144)，盛赞该书所论"实前贤所未言，后学所未识"。该书分析伤寒397法的异同，阐释脉理、方义、药性等，以《内经》为宗，旁参众说，是《伤寒论》很有影响的早期注本。明清时方有执、喻昌等对成无己过于尊信王叔和，有所批评，但以王肯堂在《伤寒证治准绳》凡例中所作评价较中肯綮：认为"解释仲景书者，惟成无己最为详明，虽随文顺释，自相矛盾者时或有之，亦白璧微瑕，固无损于连城也"。

许叔微(1079—1154)

南宋医学家。字知可，真州白沙(今江苏仪征)人。绍兴二年(1132)进士，官集贤院学士，有"白沙许学士"之称。其治学对伤寒最有研究，著作有《伤寒发微论》(或疑与《翼伤寒论》采用同一书名)、《伤寒百证歌》、《伤寒九十论》以及《普济本事方》等。临床强调辨证论治，曾谓："伤寒治法，先要明表里虚实，能明此四字，则仲景三百九十七法，可坐而定也。"(《伤寒发微论》卷下，临证治疗上张重视脾胃，而以益肾滋润为主。《四库总目提要》称："其书属辞简雅，不谐于俗，故明以来，不甚传布。"另著有《仲景三十六种脉法图》、《治法》81篇，辨类5卷，均已亡佚。另《本事方续集》(一作《续本事方》)10卷，亦题为许叔微撰。清叶桂曾撰有《本事方释义》10卷，于许叔微的《普济本事方》详为诠释。

刘昉(? —1150)

南宋官吏。字方明，后更名旦，广东潮阳人。曾任职礼部员外郎和潭州兼荆湖南路安抚使等，喜方书。因关心小儿疾苦，命其部下王历(羲道)、王湜(子是)据前代医书和当时医工所传有关小儿初生护理、疾病诊断、治疗等编撰《幼幼新书》40卷(1150)。书成38卷，昉病逝。后2卷由楼璹继编完成。全书共667门，共有160余方言，是中国儿科学巨著。南宋人曾世荣评该书"似涉繁碎"，但其保存前代儿科论著内容很多，仍有一定文献价值。

陈言(12世纪)

南宋医家。字无择，号鹤溪道人，青田(今浙江青田)人。精于方脉，治病多效。绍兴辛巳(1161)曾集方6卷，名《依源指治》。该书分81门，论病因病理。集注《脉经》，并附方若干，然未刊行。陈言长于对中医学术进行理论归纳，执简驭繁。淳熙甲午(1174)，著《三因极一病证方论》(简称《三因方》)，将病因分作外因六淫，内因七情及不内外因三类。陈言三因学说源于《金匮要略》，但多有发挥。以三因分类各种复杂的疾病，虽不免过于局限，但他抓住病因以推究疾病诊治的作法，对后世中医病因病理学有一定的影响。陈言极力倡导用"名体性用"四字归纳医药学内容，认为以此四字可以读脉经、看病源、推方证、节本草。乾道中(1165—1173)成书的《纂类本草》，即以"名体性用"四字分项提要解说药物，该书未明记作者，仅有鹤溪道人陈言序文。根据其学术见解，有可能是陈言所著，原书已佚，难以确考。其学生较出名的有永嘉人王硕(字德肤)，著有《易简方》。

张元素(12世纪)

金代医学家。字洁古，易州(今河北易县)人，人称其为易水先生。为易水学派的主要代表。27岁试经义进士，因犯庙讳落第，从此放弃科举而发愤学医。据《金史·方伎传》记载，名医刘河间伤寒已八日，头痛脉紧，呕逆不食，不知所为，张元素前往诊视，分析病情，刘氏大服，服

元素方而愈，由此显名。张氏治病反对泥古僵化，认为"运气不齐，古今异轨，古方新病，不相能也"。强调临证处方用药必须根据当时气候环境之不同与病人体质情况而改变。他平时治病善于化裁古方，自制新方，改革颇多，其学术思想对金元医学争鸣产生了深刻的影响，撰有《珍珠囊》、《脏腑标本药式》、《洁古注叔和脉诀》、《药注难经》、《产育保生方》、《医学启源》，等。张氏以脏腑经络辨证为基础，对药物的四气五味、升降浮沉作了深人的阐述，对药物归经和用药规则作一定的规定，这对后世用药带来了方便，且能很好地发挥药物的效力。李时珍评赞张元素时说："辨药性之气味，阴阳厚薄，升降浮沉，补泻元气，十二经及随证用药之法……大扬医理，《灵》《素》之下，一人而已。"张元素的学生有李东垣、王好古等，均为易水学派的后起之秀。张氏之子张璧，继父业也以医名著当时。

李迅(约 12、13 世纪间)

南宋医学家。字嗣立，福建泉州人。官大理评事，以医著名，尤精于外科。撰《集验背疽方》1 卷(1196)，专论背疽，今存本共包括 53 条，对受病原因、发病形状、诊候虚实、治疗节度、用药次第辨析很详。所收临床经验方如五香连翘汤、内补十宣散，均为有效方剂。另如忍冬丸与乳痈发背神方，只用金银花一味，用药简易而有效，对于穷乡僻壤，无力请医服药的患者，很为有益。该书原本早佚，清《四库全书》从《永乐大典》中辑出。据《四库全书总目》称：本书有"麦饭石膏及神异膏二方，乃诸方中最神妙者，而《永乐大典》乃偶佚之，今据《苏沈良方》及危亦林《得效方》补人……"等语。商务印书馆影印《四库全书》珍本初集和裘吉生主编的《三三医书》均收有该书。

宋慈(1186—1249)

南宋法医学家。字惠父，福建建阳人。9 岁受业于名儒吴雅，19 岁入太学，31 岁中进士。历任主簿、县尉、通判兼摄郡事，赠朝议大夫等。嘉熙 6 年(1239)，在任刑狱官员以后，通过深人查访，核正事实，在短短 8 个月中就清除积案，解决了广东 200 多待决之囚，雪冤惩恶。先后在广东、江西、湖南从事提点刑狱工作。指出："狱事莫重于大辟，大辟莫重于初情，初情莫重于检验。"因此，检验是关系案件"幽枉屈伸"，人命"死生出人"的大事，在长期的实践中，他认识到"狱情之失，多起于发端之差；定验之误，皆原于历试之浅"，而冤错案件的发生辄因检验不是所致。于是，宋慈搜求前人有关论述，研究《内恕录》、《平冤录》、《检验格目》等法医著作，荟萃厘正，参以己见，总为一编，取名《洗冤集录》，于淳祐 7 年(1247)刻印于湖南。供检验官吏参考，藉以"洗冤泽物"，是中国法医学的奠基之作，很快传布全国，在国内外产生深远影响。

陈自明(约 1190—1270)

南宋医学家。字良父，又作良甫，晚年自称药隐老人，抚州临川(今江西抚州)人。世医出身，嘉熙年间(1237—1240)任建康府(今江苏南京)明道书院医学教授。精于外科、妇科，撰有《外科精要》3 卷，是书重视整体和内外结合疗法，对痈疽等证的辨证论述较详，对其后外科学的发展有相当影响。强调"世无难治之病，有不善治之医；药无难代之品，有不善代之人"的积极治疗思想。另有《妇人大全良方》，是他一生的主要著作。在长期的医疗实践中，陈自明认识到"盖医之术难，医妇人尤难，医产中数证则又险而难"，同时也看到当时的妇产科现状"纲领散漫而无统，节目谆略而未备"，故作者集南宋以前妇产科之医学成就，"采摭诸家之善，附以家传经验方。"首次将妇产科疾病系统分类，分门立论，以论设方，并结合以医案，"始自调经，讫于产后"，于 1237 年(嘉熙元年，作者 47 岁时)完成《妇人大全良方》。成为当时最完善的妇产科专书，亦对后世的妇产科发展影响很大。全书分为调经、众疾、求嗣、胎教、妊娠、疾病、坐月、产难、产后八门，24 卷，266 论，1 118 方，48 例医案。确实达到了作者在序文中所期望的"纲领节目，灿然可观，庶几病者，随索随见，随试随愈。"对于此书的成就，作者指出："仆于此编，非敢求异昔人也，盖亦补其偏而会其全，聚于散而敛于约，期更无憾！"表明了陈自明谦虚、严谨的治学态度。书中谈及师用古方时，认为"世之常用有效之方，虽曰通用，亦不可刻舟求剑、按图索骥而胶柱者也"。作者在 75 岁高龄时，又曾对此书作过修改，并在书中写道"……然自明学识浅鄙，未必全备，博学之士见其遗缺，倘能补而完之，不亦宜乎"！陈自明为中医的妇产科学发展做出了重要贡献，在妇科史上起到了继往开来的作用。

严用和(约 1199—1267)

南宋医学家。字子礼。南康军庐山(今江西九江)人。年十二受学于刘开(字立之)，开又受学于道士崔嘉彦。崔刘均为脉学名家，用和医名尤过于其师。他认为由于时、地、人事的变迁，不能概以古方治今病，所以将古人有效方剂结合自己 30 余年治学心得与临床经验写成《济生方》(1253)、《济生续方》(1267)两书。

用和治学严谨，重视脏腑辨证，在《济生方、五脏门》中，对脏腑病变的发生、发展、症候、转归及治法等总结得精辟扼要。强调脉因证治的完整性，在疾病的诊断和预后判断上特别重视脉象的变化，每病常列出生脉、易治之脉、难治之脉、死脉的不同表现。治疗上重视顾护和扶持胃气，认为保持脾胃的"冲和"之气，防止扰乱，是十分重要的。在治水肿时指出："治疗之法先实脾土，脾实则能含水，土得其政，面色纯黄，江河通流，肾水行矣，肿满自

消。"故治方中先列实脾散以实脾土，次列复元丹以温肾水。但他又提出"补脾不如补肾"之说。如在《济生方·脾胃虚实论治》补真丸下，他说："古人云，补肾不如补脾，余谓补脾不若补肾，肾气若壮，丹田火经上蒸脾土，脾土温和，中焦自治，膈开能食矣。"他所拟的方论，不泛不繁，切合实用。因此后世日用得效之方多出于严氏所制。

杨士瀛(13 世纪)

南宋医学家。字登父，号仁斋，三山怀安(今福建福州)人。家传医学，矢志于医，博览群书。著《伤寒类书活人总括》7 卷(1260)，简称《活人总括》。以仲景的《伤寒论》及朱肱的《南阳活人书》为本，总括要领，每条以歌诀贯其首，间附己说。据证定方，按法求治，且云："治杂病有方，治伤寒有法。一既通，其余可触类而长矣"。又撰《婴儿指要》(今佚)、《医脉真经》2 卷(1261)。其脉书出，颇得时人好评(或著录为杨士瀛《脉诀》)。景定 5 年(1264)，撰《仁斋直指方》26 卷，为南宋著名医方书。书中描述了杨梅疮证候，并加以辨证治疗，记有南宋时始用的一些药物(如大风子、蟾酥等)和方剂。从中可知杨氏在临证用药方面颇有经验，他反对用含汞药物(如硃砂、水银等)治小儿胎毒，对痘疹治法及护理亦有自己的见解，强调"对病识证，因证得药"，因撰此书以"原证择方，揭为直指之捷径"(《仁斋直指方·序》)。另有《医学真诠》(一作《医学真经》)20 卷，今不存。弟子李辰拱，得其传受，著《伤寒集成方法》(佚)。

窦默(1196—1280)

金元时期医学家，以针灸见长。字子声，早年名窦杰，字汉卿，广平肥乡(今河北肥乡)人。元兵伐金时被俘虏，后逃脱，南走渡河。有医者王翁，以其女作窦默妻，授以医业。在蔡州时遇名医李浩，授以铜人针术。元世祖时，被召为翰林，侍讲学士，卒赠太师。与名医罗天益曾有交游，罗氏的《卫生宝鉴》卷 20"针法门"记载："癸丑岁(1253)与窦子声先生随驾在瓜忽都田里住，冬与先生讲论，因视见《流注指要赋》及补泻法，用之多效……。"窦氏著作尚有《针经指南》1 卷，其书包括"标幽赋"等编，对于初学针灸掌握要领，很有启发。另有《疮疡经验全书》12 卷，系明隆庆三年窦氏裔孙梦麟增订，书前原署"宋燕山窦汉卿辑著"(《宋史艺文志》未载本书)，且署燕山，不署肥乡；署汉卿而不署窦默或窦杰，表明窦氏裔孙刊刻先人遗书，讳不称名，故后世有人指该书系梦麟所私撰，托名其祖以求见重。窦默弟子名王开，号镜潭，字启元，曾著《重注标幽赋》。

张璧(12、13 世纪间)

金、元间医学家。号云岐子，易州(今河北易县)人。张元素之子。继父业，名闻当时。撰《云岐子脉法》(全称为《云岐子七表八里九道脉论并治法》)。参《内经》、《脉经》、仲景脉法理论、后世有关论述及其家传脉学，分述七表八里九道脉主病及方治，颇多新见。又著《云岐子保命集论类要》(或简称《伤寒保命集》、《云岐子保命集》)，分述伤寒六经病证，伤寒主方、变方适应证及杂症。上两书后编入《济生拔粹》。另撰《脉谈》、《医学新说》、《叔和百问》、《云岐子论经络迎随补泻法》(又名《洁古云岐针法》)1 卷，流传较广。

罗天益(13 世纪)

元代医学家。字谦甫，真定(今河北正定)人。学医于李杲，经数年勤奋努力，得到李杲赏识，临终以所著书相托。《脾胃论》、《兰室秘藏》，罗天益均写有序言，并辑有《东垣试效方》9 卷。李杲死后 30 年，罗氏祠奉如生。著有《卫生宝鉴》24 卷，分"药误永鉴、名方类集、药类法象、医验记述"四部分，论述大旨，在于重视脾胃，并及各脏腑偏强偏弱对脾胃之影响。治学概以临床实践为依据，不尚空谈，曾称："余受学于东垣先生，先生授以《内经》要奥，仍授以制方之法……凡古今名方，亲获效者，类以成书"，足见其医学渊源和治学方法。另撰有《内经类编》和《经验方》两方，惜均不存。

王好古(约 13 世纪间)

金·元间医学家。字进之，号海藏，赵州(今河北赵县)人。先后学医于张元素和李东垣，曾任赵州教授提举管内医学，著作有《伊尹汤液仲景广为大法》4 卷、《汤液本草》2 卷、《阴证略例》1 卷、《医垒元戎》12 卷、《瘢疹论》1 卷。另著有《活人节要歌括》一书已佚。又哀集东垣医论为《此事难知》2 卷。其论学主张，大体宗李东垣，但亦同中有异，如李氏于病因多归于饮食劳倦，治疗重在调理脾胃；而王氏则认为人体本虚，腠理开泄，如感风寒，则阳气难守，极易为病，故治疗偏重温补脾肾。对于药物的运用，王氏受张元素的影响，重视药物归经，如《医垒元戎》中的五脏六腑主治药物，就是依据张元素的"脏腑标本药式"写成。而《汤液本草》一书，则首列李东垣"药类法象"和"用药心法"，继列王氏本人所论，都说明学有本源，具有特色。

罗知悌(约 1243—1327)

宋末元初医学家。字子敬(一作敬夫)，号太无。钱塘(今浙江杭州)人。能词章，善书法，精研天文、地理。医学得刘完素门人荆山浮屠之传。南宋末入宫为寺人，以医侍穆陵，甚见宠厚。宋亡掳至燕京，然辞不进内廷，闭门绝人事，研求医学。学宗刘完素，旁通张从正、李东

垣之说，将金元时北地著名医学学派之学术思想传播于江南。治病处方，灵活善变，辨证施治，疗病多效。推重精神疗法，又重顾护胃气。乐于济人，贫病或赠以药资。晚年病颓，好精辟。求医者至，令徒告以诊视脉状，口授配伍用药。元泰定二年(1325)，朱丹溪登门拜师，经3月恳求，始接纳为弟子，尽传其学。朱氏由此得见刘河间、张子和、李东垣、王海藏诸书，且得罗氏启迪，遂创丹溪学派。有《心印绀珠经》1卷，题为罗氏撰，或考为李汤卿之作。明·孙一奎《医旨绪余》引《罗太无药戒》，以医喻政，以政议医，主张采王道治法，不可有伤正气。吴澄《不居集》引有罗氏《风热论》、《神芎导水丸论》等，内容多崇刘河间风热怫郁致疾之旨。又有《罗太无先生口授三法》一书，载中风至产后诸疾(计七十六症)，次第论证、因、脉、药，简要明晰。其书或为丹溪传人所撰。

齐德之(13、14世纪间)

元代外科医学家。曾任御药院外科太医，籍贯生卒不详。著有《外科精义》2卷(1335)，上卷包括疮肿、诊候、辨证、治疗、将护、总慎等35则，下卷列汤、丸、膏、丹145方，附论药物炮制。其医学思想特点，主要认为外科疮肿应着重内治，并应着重诊脉，以知阴阳勇怯，血气聚散。《四库总目提要》称该书"务审病之所以然，量其阴阳强弱以施疗，故于疡科之中，最为善本"。又清代周中孚的《郑堂读书记》称该书"大旨近东垣之学，故后人附刊于《东垣十书》中"。齐德之的著作对中国外科学的发展具有一定影响。

危亦林(13、14世纪间)

元代医学家。字达斋，江西南丰人。自称高祖云仙游学东京(宋都城开封)，曾得到汉代名医董奉二十五世医方，由是精于大方脉。其后各代均经名医传授，擅长大小方脉、妇科、正骨、金镞、眼科、痨瘵各科。危亦林自幼学医，任南丰医学教授，以五世积累的丰富临床经验，并参究疮肿、咽喉、口齿各科疾病心得，自天历元年(1328)至后至元三年(1337)，约十年时间，汇编成《世医得效方》19卷。该书内容丰富，多为前人未发之秘，于骨伤科之论述尤精，其中关于骨折和关节脱臼之整复方法、治疗原则、手术整复与麻醉多有独到之见树，例如悬吊复位治疗脊柱骨折等，多有创新，很受后世医家重视(见"世医得效方"条)。惟危氏生平缺乏记载，故无从知悉其详细从医事迹。

忽思慧(13、14世纪间)

元代营养学家。蒙古族(一说维吾尔族)人。延祐、天历(1314—1329)年间，担任宫廷饮膳太医职务，管理上层阶级饮食、营养，对营养卫生、饮食疗法，有较深入的实践和研究。忽思慧从营养学的角度出发，对食物的营养价值有较为正确的理解。他并不认为那些珍禽异兽、山珍海味才是有营养价值的，他主张一般的日常食品，尤其是蒙古族的常用食品如羊肉、牛羊奶类及其制品、五谷、蔬菜、瓜果等，即是具有补养人体的"聚珍异馔"。他提醒人们注意食物在烹饪、储存的过程中，应防止由于变质而失去营养价值。他注重防止由于饮食不洁而伤害身体的健康，并在医学中首次引入"食物中毒"一词。此外，还主张治病首先用饮食调养，失败后再求之药疗。对于养成饮食卫生习惯，也多所注意。忽思慧把自己丰富的营养学经验，记载于《饮膳正要》一书中，成为中国现存第一部营养学的专著。

滑寿(14世纪)

元代医学家(医学活动主要在元代。卒于明初，故《明史》有传)。字伯仁，晚年号撄宁生，祖籍河南襄城，生长于江苏仪真(今仪征)。后寄居浙江余姚(一说鄞县)。自幼警敏好学，善作诗。长而业医，被称为"医师一代之良"。元·戴良的"怀滑撄宁"诗中有"欲为散木留官道，故托长桑说上池"一语，说明滑氏无意仕途，借医隐身晦名。京口(今江苏镇江)名医王居中客居仪真时，滑寿从其学习医理。在钻研《素问》、《难经》过程中，他觉得《素问》内容虽详，但多错简，遂将此书按藏象、经度、脉候、病能、摄生、论治、色脉、针刺、阴阳、标本、运气、汇萃十二项分类摘钞，集成《读素问钞》3卷，方便阅读。《难经》以荣卫脏腑与经络腧穴辨析虽博，但他发现缺误亦不少，因此探求该书义旨，作出注解，撰成《难经本义》2卷。滑氏主张精研经典医籍以掌握医学机要，所谓"浚其源则流长"。滑寿还向东平人高洞阳学针法，他认为督、任二经"苞乎腹背，有专穴；诸经满而溢者，此则受之，宜与十二经并论"。故尔从《素问》、《灵枢》采摘有关经穴专论，著成《十四经发挥》3卷(见"十四经发挥"条)。滑寿还认为"医莫先于脉"，所撰《诊家枢要》1卷(见"诊家枢要"条)整理归纳了29种脉象，颇有发挥。见于著录的滑氏医药著作还有《伤寒例钞》(一作《伤寒论钞》)3卷、《本草发挥》1卷、《脉诀》1卷、《医韵》、《痔瘘篇》等，均佚。滑氏治疗经验案数十则，被朱右收入《撄宁生传》。他发挥儒者通解古书文义之长，在医学理论经典著作的归纳阐发及经络腧穴的考订等方面，都作出了一定的贡献。

倪维德(1303—1377)

元代医学家。字仲贤，吴县(今属江苏)人。祖籍大梁(今河南开封)，后迁居吴地。晚年在敕山建别墅，故自号敕山老人。世代业医，祖、父都有医名。维德少受尚书于汤碧山，汤奇其才而劝之仕，然惟德曰："爵禄以济物，

然有命焉，不可侥致，不若绍承医学，以济吾事。”乃热衷医学。当时的医生多尊崇《和剂局方》，因此很难适应多种疾病的治疗。维德则钻研金、元诸名医的医学著作，施用于临床，很有疗效。穷人求治，不仅授药，而且赠送煎药罐，他常说“医为儒者之一事”，为儒者不可不兼医。又主张医者当通盘学习伤寒、内伤、妇女、小儿治法，不可单业某一科，所以维德精于治各科的疾病。他见治眼病的专书十分缺乏，乃编《原机启微》(1370)一书。其书名取法于《阴符经》所说：“生于物，死于物，机在目”，“原机”即讨论眼病的意思。书中论眼病机制及治则，又述方剂配伍及药物炮炙，是现存较早的眼科专书(见“原机启微”条)。倪氏治学，不拘泥于一家之言，他认为刘完素、张子和主攻，李东垣主补中气，乃是随时代形势变化而产生的治病主张，因而临证时处方用药不可拘于一说。他还曾校订李东垣的《试效方》行世。

葛乾孙(1305—1353)

元代医学家。字可久，长洲(今江苏苏州)人。父葛应雷，以医名世。当时北方刘完素、张元素的学说还未流行于南方。有一位河南名医李某，在苏州当官，和葛应雷交流医学。他十分佩服应雷的学问，以出张、刘医书共同讨究。应雷著《医家会同》2卷，官浙江医学提举，对传播张、刘两家学说卓有贡献。葛乾孙能文善武，但屡试不第，乃继承父业，治病多奇效，医名与朱丹溪相埒。据传葛氏与朱丹溪交谊甚厚，曾共同会诊病人。葛氏精于针刺术，《异林》曾载其针狂犬及瘫疾验案。又精于用药，《霏雪录》记载，他有一次因炒大黄过焦，就全部弃去不用，可见其用药的审慎。凡病家求治，不问贵贱皆往，且经常资助贫病。医学著作有《医学启蒙》、《经络十二论》(今均佚)。另《十药神书》世传为葛氏撰于至正八年(1348)，然也有怀疑是托名之作的。该书为治虚痨专书，仅载治虚痨吐血的良方10首，如十灰散、花蕊石散、独参汤、保元汤等，至今仍为行之有效的良方。葛氏治血证，首重止血，其次血瘀，继以人参补益元气，并辅以止咳润肺，下气消痰等法，对治疗肺痨有一定的作用，后世多遵其法。

戴思恭(1324—1405)

元末明初医家。字原礼，一字复庵，婺州浦江(今浙江浦江)人。年轻时和父亲戴垚同随名医朱震亨学医，又学医于罗知悌，治病有良效。洪武年间(1368—1398)因医名被朝廷征为御医。治病疗效卓著，颇受朱元璋重视，建文年间(1399—1403)升任太医院使。永乐初年(1403)以老请归，永乐三年复被征召，卒于是年冬。一生著述颇丰，主要着力于阐发和订正朱丹溪医论，对阳有余，阴常不足之说，尤强调“火”的危害，认为“火之为病，其害甚大，其变甚速，其势甚彰，其死甚暴”，且人身之火，除君相之外，各脏皆有。对朱丹溪关于“久身诸病，多生于郁”的观点加以发挥，对气郁、湿郁、痰郁、血郁、热郁、食郁等“六郁”之病的辨证治疗，阐述和体会较多并反对用燥热、温补之药，倡用滋阴降火的方法。他作为兴起吴门医派的第一人，在医界颇有影响。所撰《证治要诀》12卷(1443年刊)以丹溪之说为本，论治各科杂证证治，简明实用，对后世影响较大。《证治要诀类方》4卷，所论多持之有据，时出新意。另有《类证用药》1卷，已佚。戴氏曾将丹溪的《金匮钩玄》予以校补刊行。戴氏尚遗有手稿，推求朱丹溪未尽之意，此稿为明代汪机所见，由汪氏门人陈桷校刊，名书为《推求师意》(2卷)。

王履(1332—?)

元末明初医家。字安道，号畸叟，又号抱独山人，昆山(今属江苏)人。通诗文画艺，曾从朱震亨学医，博涉群书，以医名于世。1371年任秦府良医所医正。《昆山县志》称其著述有《伤寒三百九七法辨》、《百病钩玄》、《医韵统》等等，但现存仅《医经溯洄集》一书，为论辨性医著，包括医论21篇，对《内经》、《本草经》、《难经》、《伤寒论》等古典医籍加以阐述和发挥，并对古代名医约20余家有所评述。在医学思想方面，对伤寒、温病的区别有独到见解，提出温病“感天地恶毒异气”之说，认为“温暑及时行寒疫、温疟、风温、温毒、温疫等，决不可以伤寒六经诸病为通治”，对四气所伤、温病热病之分，三阴寒热之辨，均有独特见解。他主张外感伤寒宗仲景之法，而温热病则以清里热为主，为后世温病学派和温病学理论的先驱人物之一。他对《伤寒论》的评述和质疑，曾遭到其后一些尊崇仲景之说的医家的抨击。

楼英(1332—1402)

元末明初医家。一名公爽，字全善，号全斋，浙江萧山县人。《绍兴府志》有简短记述。少年时读《内经》等古典医籍，潜心医道，历30年，以医名于世，并通诗文。明洪武时，曾被朱元璋召到南京，拟任为太医，以年迈力辞归乡，曾与名医戴元礼交好，共论医道。积多年之功，编著《医学纲目》一书，遵从《内经》理论，尤重视阴阳五行之说，主张“千变万化之病态”，不离阴阳五行，掌握阴阳五行的变化规律，则行医之事，尽在其中。对气血、表里、脏腑、虚实、寒热等辨证要领，叙述简明，概括亦较系统，对辨证论治原则的总结清晰而切用。主张“先分别血气、表里、上下、脏腑之分野，以知受病之所在；次察所病虚实，寒热之邪以治之”(《医学纲目·自序》)，所论涉及内、外、妇、儿、眼等科，对病证按阴阳脏腑加以分类，纲举目张，条理井然。书中收录历代验方颇多，选方较严谨，阐发同病异治等原则。内容丰而详实，繁而有条。另著《运气类

注》4卷。

兰茂(1397—1476)

明医药学家。字廷秀,号止庵,自称和光道人、洞天风月子、玄壶子。河南洛阳人,后迁至云南嵩明县扬村。自幼博通经史、术数之书,酷好医药,藐视官场而不愿做官。他居乡期间,与农民以及少数民族人民生活在一起,亦常往返于昆明、扬村之间,搜集当地民间医药经验和药物知识,编成《滇南本草》一书,为中国现存本草中最早把中医药理论与民族药特色加以结合,反映云南地区用药经验的地方本草专书,所载药物主要为云南嵩明药林山和滇池流域的中草药和民族药。收药物400余种,除部分通用药物采用与其他本草相同的名称外,大部分用地方土名记述,突出了云南少数民族地区的用药经验,对当地药物形态描述简明扼要,并附图形,对部分药物,更附有方剂,收集有民间单方、验方和奇方,为研究云南地区本草提供了丰富的资料,做出了突出的贡献。该书有明正统文库、云南丛书本(1887)等几种刻本。清代吴其濬在《植物名实图考》中,曾对之加以引用。兰茂又撰《医门揽要》两卷,多载验方,间述医理,附刊于《滇南本草》之后。

熊宗立(15世纪)

明代医家。名均,字道轩,号勿听子,福建建阳人。幼时多病,喜读医书,从刘剡学医卜之术。在医学上涉及面较广,其著述较多,主要是对古典医籍《内经》、《脉经》、《伤寒论》以及外、妇、儿、本草等科书籍的编纂注释,有《医书大全》(1446)、《黄帝内经素问灵枢运气音释补遗》、《勿听子俗解八十一难经》(1446)、《伤寒运气全书》、《类证注释钱氏小儿方诀》、《妇人良方补遗大全》、《历代名医考》等书。他推崇五运六气说,并用较多篇幅对之加以宣扬。

虞抟(1438—约1517)

明代医家。字天民,自号花溪恒德老人,浙江义乌人。世医出身,幼年曾学习举子业,后弃而专攻医学,其曾叔祖诚斋曾受学于同邑名医朱震亨。他承家业,对朱震亨之说,亦颇尊崇。在临症中,他发现朱氏之书,虽能发前人之未发,然犹有未备,当参以诸贤所著,乃于晚年78岁时,写成《医学正传》(1515)一书,取端本澄源之意,目的在于使后学知所适从,而不蹈偏门以杀人。其中之基本理论皆宗《内经》、《难经》;伤寒宗张仲景;内伤宗李杲;小儿科则宗钱乙;其余诸病宗朱震亨,并选刘完素、张从正、李杲诸家之论附于后,是祖父口传心授及本人历验之方附于条末。虞天民治病主张不可固执古方,以售今病,反对巫术,并批判以病者之所生年月日,合得病之日期,推算五运六气之法,认为是"以世之生灵为戏","杀人多矣",劝人"勿蹈其覆辙"。另著有《苍生司命》8卷,论述药性、经络、医论、脉学、内景图解及临床各科证治方药,甚便检阅。又有《方脉发蒙》6卷,今佚。

王纶(约1460—1537)

明代官吏兼医家。字汝言,号节斋,浙江慈谿人。《明史》(299卷)对其有简短记述,他出生官僚家庭,1484年进士,曾任广东参政、湖广右布政史等数种官职,对当时农民暴动,诬称为"盗",并参与镇压。年轻时,因父病钻研医学,后在仕途,仍未断钻研,并为人治病。《慈谿县志》引嘉靖《府志》说他"朝听民讼,暮疗民疾,历著奇验"。明代士大夫中以医名于世者,首推王纶及王肯堂。他据古代本草及张洁古、李东垣、朱震亨等名医著作,删节编纂《本草集要》8卷;又把朱、李学说结合起来,结合临证经验,编成《明医杂著》6卷。在医理上以《内经》为主,推崇《内经》并受张仲景及金元四家学说影响,主张"外感法仲景、内伤法东垣、热病用河间、杂病用丹溪"。尤其强调朱丹溪为集诸儒医大成之大家;在临证中,多宗朱丹溪、李杲之说。对热病的病因,提出"疠气"致病,对内科杂病,妇、儿等科病证,辨证经验丰富,立方遣药,善于变通化裁,并能对前人论述,批判接受。其书对后世医家薛己等有一定影响,当时住在中国钱塘的日本僧人汉医月湖所编辑的《类证辨异全九集》一书中的论述多所引用,这亦有片面之处,如认为小儿无补肾之法,张景岳等医家曾对之提出批评。尚有《伤寒参戒》、《医论问答》、《节斋小儿医书》(已佚)等著述。

薛铠(15、16世纪)

明代医学家。字良武,江苏吴县人。明弘治(1488—1505)中任太医院医士,后赠院使,擅长儿科。曾著《保婴撮要》20卷(薛铠草创,薛己编成),自初诞法起始,终于痘身痈,论述200多种儿科常见证候,其子薛己附以验案。薛铠儿科主要特点认为:"小儿体质如草之初萌,生机正旺,故命方不宜峻攻。其次认为乳儿疾病与母乳有关,应通过母乳、慎七情、六淫、厚味、炙煿,则乳汁清宁,儿不致病。否则阴阳偏盛,血气沸腾,乳汁败坏,必生诸证。"又称:"婴儿未病则调治乳母,既病则审治婴儿,亦必兼治乳母为善。"另外,薛铠还精于外科、痘科。故其所著《保婴撮要》,对于儿科外证论述甚详,诸如疔疮痈毒,跌扑外伤,以及痘科诸症等,均有相当见解,为明代有一定成就的儿科医学家。

汪机(1463—1539)

明代医家。字省之,因几代家居祁门县石山,故又称

汪石山,号石山居士,安徽祁门人。其父汪渭为当地名医。他年轻时为邑诸生,后因母病而随父习医。一生究心医学,行医几十年,临床经验丰富,学识宏博,著述较多,有《石山医案》(1519)、《医学原理》(1519)、《本草会编》(佚)、《续素问钞》(1519)、《运气易览》(1519)、《脉诀刊误》(1523)、《外科理例》(1531)、《痘治理辨》(1531)、《针灸问答》(1532)、《伤寒选录》等书,又编录戴思恭之《推求师意》,其中《石山医案》为其代表作。他对内、外、针灸、痘疹等都有一定见解,他推崇《内经》等古典医籍,治病强调以调补气血为主,更偏于理气。他认为治病应博采众长,辨证论治,如病当升阳,治从东垣;病当滋阴,法随丹溪。但又认为"相火论"的"阳有余"是指气有余,故无需用补法。对外科,主张内、外结合,认为外科必本于内,反映出中医整体观念。又认为针能治有余之病,不能治不足之病,古人充实,病中于外,故针灸有功;今人虚耗,病多在内,针灸不如汤液。这种看法,虽不全面,但结合一定历史条件背景,也表现出一定的独立见解。他对运气学说的推崇偏于机械。

韩懋(15、16世纪)

明代医家。字天爵,号飞霞道人,又名白自虚,人称白飞霞,四川泸州人。出身官宦之家,因生来孱弱,父母多病,考科举不利,遂学医。曾从表舅华恒岍、金华王山人、武夷仙翁黄后鹤等为师。后周游天下,得到峨眉高人陈斗南授以秘术,经多年实践,医术精湛。正德间(1505—1512)至京师,曾得武宗召见,赐号"抱一守正真人",并诏筑"白云观"居处。后归蜀,晚年居成都。著有《韩氏医通》(1522),强调"四诊"在鉴别病证上的重要意义,对书写病案的规格有较全面而清晰的论述,其望色、闻声、问病情、切脉理、论病源、治方法等"六法兼施章"之医案格式为后世所遵循。书中所载方剂,如"三子养亲汤"等,多简易有效,常为其后医家所喜用。另有《杨梅疮论治方》1卷(已佚),为中国早期治疗梅毒专书。尚著有《方外奇方》、《滇壶简易方》、《韩氏有效方》等书,均佚。

薛己(1487—1559)

明代医学家,字新甫,江苏吴县人。为薛铠之子,少承家学,亦精于医。正德年间(1506—1521),被选入太医院为御医,继擢南京院判,嘉靖时进为院使。薛己治学极为刻苦,《保婴撮要》林懋序说,他曾偶见薛立斋在家中"蓬头执卷,抽绎寻思"地研究医学。薛己论著很多,自著者如《外科枢要》、《内科摘要》、《女科撮要》、《疠疡机要》、《正体类要》、《口齿类要》、《保婴金镜录》等。另有校订旧本,附以己说者,如校注陈自明的《妇人良方》、《外科精要》,王纶的《明医杂著》,钱乙的《小儿药证直诀》,陈文中的《小儿痘疹方论》,杜本的《伤寒金镜录》以及其父薛铠的《保婴撮要》等。上述医书大部收入《薛氏医案》中,各书显著特点是附有医案,以临床验证来说明理、法、方、药的依据。同时,薛己在论述方面,既熟悉前代医家各科治疗理论,而又不拘泥成方成法,具有一定的独立见解。如宋以来外科痈疽有托里内消之说,薛己则提出需要辨证治疗。指出:"夫痈疽疮疖,皆由气血壅滞而生也,当推其虚实表里而早治之。可以内消,此即托里之意也;若毒气已结,勿泥此内消之法,当辨脓之有无深浅……。"分别治疗。对于宋以来外科所谓"五善七恶",见四恶则属不治的说法,薛己也表示异议,认为"不可因其恶而不治","法当纯补留气"。另外,薛己还主张治病务求本源,以为张仲景八味丸与钱乙六味丸为直补真阳、真阴要剂,对后世温补学说有一定影响。清《四库全书总目·薛氏医案》曾评称:"赵献可作《医贯》,执其(指薛己)成法,遂以八味、六味通治各病,甚至以六味丸治伤寒之渴,胶柱鼓瑟,流弊遂多。徐大椿因并集矢薛氏,其实非己本旨,不得以李斯之故,归罪荀卿也。"可见对薛氏论述有较为中肯的评价。

李濂(约1481—1569)

明代文学家、医史学家。字川父,祥符(河南开封)人。正德八年(1513)乡试第一,次年成进士,授沔阳知州,稍迁宁波同知,擢山西佥事。嘉靖五年(1526),以罢归,时年38。肆力于学,善文辞,以文声驰河洛间。里居40年,著述较多。有《医史》一书,收录自《左传》医和以下至元李杲见于史传的名医55人,又采诸家文集所载自宋张扩以下,迄于张养正等10人,补写张机、王叔和、王冰、王履、戴原礼、葛应雷等6人,共收录医家71人。此书名为《医史》,实为医家传记,虽仍不免有遗漏、偏误之处,但仍可算中国现存最早的医学人物传记专著。《明史》、《四库全书提要》、《祥符文献志》等均对李濂事迹有所记载。

万全(约1495—1585)

明代儿科医学家。字密斋,又称全仁,湖北罗田县人。世医出身,为当时八代祖传儿科名医,初业儒,科举不第,转而为医。《万氏宗谱》、《湖北通志》对其事迹有所记述。万氏潜心于家学,通晓各科,尤善治小儿诸病。一生行医,活人甚众,著述颇丰,涉及面亦广,内容丰富。其《万密斋医学全书》(1549),共10种,包括《保命歌括》35卷、《伤寒摘锦》2卷、《养生四要》5卷、《万氏女科》3卷、《幼科发挥》2卷、《片玉新书》5卷、《育婴秘诀》4卷、《痘疹心法》23卷、《片玉痘疹》13卷、《广嗣纪要》16卷。近年发现有其轶著抄本《万氏秘传外科心法》、《万氏家传点金》等。由于他更长于儿科,故儿科著述影响较大。在儿

科理论上，受朱丹溪、钱乙等影响，临床诊治重视小儿体质特点，倡小儿五脏有余不足说，尤重小儿脾胃不足之论，认为小儿"肝常多余，脾常不足"，治疗方剂多简便实用。他还进一步发挥了五脏辨证理论，对小儿杂证、惊风，麻疹等病证有独到见解。临证治疗注重调理脾胃，兼顾他脏，并重视小儿的合理护养，提出"若要小儿安，常受三分饥与寒"等浅显的经验之谈，强调衣食等方面的调理。所用方法，除药物外，还注重推拿等法。他的著述，流传颇广，对后世有相当影响。名医王肯堂、张景岳、武之望、沈金鳌、陈复正等在著述中，均对其著述有所摘引。朝鲜医家许俊的《东医宝鉴》、日本名医汤本求真的《皇汉医学》、丹波元坚的《杂病广要》等书，均对其著述有所引用。

江瓘(15、16世纪)

明代医家。字民莹，又作廷莹，安徽歙县人。原为县诸生，因病弃儒学医，受《褚氏遗书》所言"博涉知病，多诊识脉"的启示，广辑古今名医治法验案，分门类抄，名为《名医类案》。包括《史记》、《三国志》、诸子列传、元明名医诊案，并结合家藏禁方，积20年而成，未及刊刻而殁。其子应宿承其业，又以瓘及其个人之医案，以及游江、浙、山东、河北等地所搜集之验方附入，补撰成书(1549)。书分205门，采录自汉至明诸名医内、外、妇、儿、五官等科治案，各评其病情方药，为中国第一部内容丰富而较系统的医案专著。虽夹杂有唯心迷信色彩的医案，仍不失为医案佳作，对临证及疾病史研究，提供了可贵的资料，颇有价值。

方广(约16世纪)

明代医学家，字约之，号古庵，安徽休宁县人。其师名周汝鸣。

方氏崇尚《丹溪心法》一书，谓："医道之全者丹溪一人，发丹溪之蕴者《心法》一书。"但是他又感到该书"详于法而略于方"，且经程充重订之后，其所辑"附录"与《心法》正法矛盾。于是将《丹溪心法》删除"附录"，去讹留正群方，删繁就简；并增补"丹溪本草衍义"、"丹溪论"、"河间风热湿燥寒论"、"诊家枢要"、"十二经脉歌"。在书末并附其师周氏之《医略》，此为平日方氏对他老师讲授之言整理而成；还将方氏本人对《丹溪心法》中某些主要学术观点，以及治则、方剂功能，以歌赋形式加以整理，名为"医指"，附于书后。并谓"药鉴医指一书，别有全本在广家。"但此书未见传世，大概已佚。方氏还在每篇病证之后，有"附诸贤论"，选集王节斋《明医杂著》等有关论述，谓："节斋深得丹溪之旨，故备载以俟参考。"方氏还以自己的按语对病证及药方予以述释。经过整理，撰成《丹溪心法附余》于明代嘉靖十五年(1563)刊行。所以方广对继承发扬朱丹溪的学术经验作出了较大贡献。

沈之问(16世纪)

明代医家。自号无为道人，履贯不详。以撰述《解围元薮》一书闻名于世。该书乃沈氏集其祖父沈怡梅、父沈艾轩和他本人三代相传之搜研所获，总结其数十年亲自验证之临床心得，于嘉靖二十九年(1550)撰成，是中国早期麻风病专著。其中，对"风癞"的病因、病理、证治和方药等，作了相当详尽而系统的论述。在其所列的三十六风、十四癞中，虽然包含了应予鉴别的其他若干种皮肤病，但在有关麻风病的论述方面，则提出了不少相当精确的见解，认为"大麻风"是传染性疾患，患者"皆有恶虫于脏腑"，发病"源流"乃"传染所袭"，因而"滋蔓于世，相感而生"；还特别列举了吴中患者等数则案例，强调说明家庭内传染的重要意义。他还注意到"血气虚，脾胃弱"以致"气秽蛊疰"和"保养失度"，"飞蠹传尸"等对致病的影响，同时，他对于"风水阴阳所损，不可救治"之说，及所谓"妖怪之脉"等论点持批判态度，斥之为"谬之甚"，指出此"皆虚妄之谈"。他主张"未曾发病之先，预常服药"，进行积极防治。对于麻风病的症状体征，诸如不知痛痒，眉须脱落，肢体秽烂，瘸瘸肿痠，手足痿痹，趾指堕折，直到器官残毁等，在今天看来，他对于皮肤和神经组织受损的各种表现进行了细致的观察，并作出了相当准确描述。在该书中汇集的249首方剂，他主张因时、因地、因人而异，辨证用之。尤足称道的是，他积累了应用大风子治疗麻风病的丰富经验，对过去认为服大风子可致瞽目的说法提出异议，指出"后人不可泥于纸上之语"，要尊古而不泥古。书中所列方药，乃沈氏"随集随证"，"旁搜考试，验而奇异者，始录"，其治学态度严谨，为麻风病方面的理论与实验经验的继承和发展，作出了一定贡献。

高武(16世纪)

明代针灸学家。字梅孤，浙江鄞县人。《鄞县志》载其好读书，通天文、律吕、兵法骑射，嘉靖(1522—1560)时中武举，曾北上历览关隘险要。晚年专精于医，尤长于针灸。尝慨当时针灸多误，曾铸铜人三座，男、妇、童子各一，以试穴位，并推之人身，所验不爽毫厘，惜未传世。为确定经络穴位，探索其渊源和要旨，参考《内经》、《难经》、铜人、明堂、窦汉卿以及明以前针灸文献10余种，编成《针灸聚英》，凡诸书与《内经》、《难经》相异同者，则取其同而论其异，并加按语，时有新见。对脏腑、经络、穴位、主治、各家取穴法，针灸注意事宜，均有所论述，更附诸家针灸歌赋80余首，其中不少为已佚的歌赋。另编有《针灸素难要旨》(又名《针灸节要》)，取《内经》、《难经》有关针灸取穴、补泻内容，加以编次，以供初学者用，作者在书内按语中发表了不少个人见解，并对针灸学中渗入的迷

信唯心之说，有所批判。另撰《痘疹正宗》等书，以阐前人之说。

徐春甫(16世纪)

明医学家。字汝元(或作汝源)，号思鹤，又号东皋，祁门(今属安徽)人。早年攻举子业，后因多病，改习医学，师事名医汪宦。博览医书，精通内、妇、儿诸科。治病时总是以救人为先，不讲求名利，他住在京邸时，每日求医者甚众。后因精医，授太医院官。隆庆初(1568)，参与组织成立"一体堂宅仁医会"，是中国最早之医学团体。徐氏以《内经》为本，理论知识和实践经验都很丰富。1556年，他搜求历代医书200余种，力求合群书而不遗，析诸方而不紊，经类聚条分，集成《古今医统大全》100卷。系统介绍了历代医家传略、《内经》要旨、各家医论、脉候、运气、经穴、针灸、临床各科证治、医案、验方、本草、制药、通用诸方及养生等内容。徐氏很推崇东垣学说，主张医家应兼通针灸、药物，不可拘泥于古方，必须辨证加减运用。另外徐氏还著有《内经要旨》2卷、《妇科心镜》3卷、《幼幼汇集》3卷、《痘疹泄秘》1卷、《医学入门捷要六书》6卷、《螽斯广育》1卷、《医学未然金鉴》等书籍。

马莳(16世纪)

明代医家。字玄台，或作元台，又字仲化，会稽(今浙江绍兴)人。庠生，后任职太医院。马氏精于《内经》，曾据《汉书·艺文志》记载《黄帝内经》18卷以及《素问·离合真邪论》载"九针九篇"之说，认为《内经》应分为《素问》、《灵枢》各9卷，认为唐代王冰将《内经》分24卷为误；又认为《灵枢》从前无注，文字古奥，阅而难明，于是对《素问》、《灵枢》重新分卷、注释，编注成《黄帝内经素问注证发微》及《黄帝内经灵枢注证发微》各9卷，刊于1586年。前者之注无所发明，后者注释较好，尤以经络穴道方面较为详明，且属《灵枢》最早之全注本，多为后世医家所参考。此外著有《难经正义》9卷、《脉诀正义》3卷，已佚。

李梴

明代医家。南丰(今江西省南丰县)人。字健斋。年轻时博极群书，因病而究心医学。深感医书浩漫，学者苦无门径，因而广泛搜集古今方论，提要钩玄，加以分类编排，编写成《医学入门》8卷(1575)。上自素问，下迄明代薛立斋全书，于取舍扬抑中反映了自己的学术思想和独特见解。其治学兼收并蓄，论经络以《明堂孔穴》为本，论脏腑则遵《素》、《难》，伤寒以陶华《伤寒六书》为据，杂病按危亦林《世医得效方》及丹溪治杂病心法，外科以《外科枢要》为主，女科以《妇人良方》为本。遵从《内经》，推崇仲景。主张病者当重视保养，戒绝煎炒生冷之品，安于冲和甘淡之味，不贪不躁不妄。在诊法上，除重视脉诊与望诊外，突出问诊内容。在经脉篇中强调经络的重要性："医而不知经络，犹人夜行无烛。"伤寒方面，从标本论六经，将其治法分为汗吐下渗和解温补八法。提出痰饮、虚烦、脚气、食积、疮毒、瘀血、劳发、痘疹、感冒、劳伤十证与伤寒鉴别。指出无论外感内伤，其理则一："伤寒温暑，内伤杂病，阴阳虚实之理，一而已矣。仲景东垣丹溪河间又岂有优劣哉。"其杂病提纲即包括外感(风寒暑湿燥火)；内伤(脾胃气血痰郁积热诸虚痼冷)两方面。"习医规格"一节反映了作者的医学教育思想与医德修养。门人有卢大嵩、刘学尧等。

方谷(1508—?)

明医家。钱塘(今浙江杭州)人。以医为业，曾任钱塘医官。因医道至重，其理至微，取生平读书中义理深长者加以补缀发挥，由其子方隅整理编辑成《医林绳墨》9卷，并由方谷亲自校正集成，刊于1584年。其论理多本《内经》、仲景及金元诸家之说。以医理与方药一一配合，使补泻升降得宜，寒热温凉有准。此书于表里阴阳辨证清晰，明白晓畅，每病后有"治病主意"一条，摘要叙述治病纲领。然叙证过简，鉴别欠明，为其所短。又因医学最难最验均莫过于脉，故著《脉经直指》7卷，以为后学阶梯。另纂有《本草集要》12卷。

李时珍(1518—1593)

明代伟大的医药学家、博物学家。字东璧，号濒湖，湖北蕲春人。李时珍出生在一个世医的家庭。父亲李言闻系当地名医，李时珍受父亲的影响极深。他从小喜爱医药，虽经父亲督促，精读四书五经、坟典传奇，但却无心功名，终于走上研究医药、研究自然科学的道路。蕲春县有着适宜多种生物生长的环境，加之李时珍所处的时代，正是中国封建社会开始孕育着资本主义萌芽的时期，因此，他受到当时环境因素的影响，具有探求事物真理的自然科学唯物主义的思想、"格物致知"的科学态度。

李时珍渊博的学识和在科学上取得的伟大成就来自他本人的勤奋学习、广博搜罗。他曾闭门读书，达十年之久，通过精读古代经史子集各部各类著作，李时珍在史学、哲学、文字学、训诂学等方面，造诣甚深；对于考释药物名称、药性、治疗等方面，均取得坚实的基础，成为其科学成就的重要原因之一。另一方面，他又躬亲实践，广泛地向具有实践经验的人们学习。如向农夫学习有关谷、菜等方面的知识，从渔人处学习到并熟悉各种鱼类的生活习性，向车夫学习采用旋花"益气续筋"的功用知识，从手工业工人处学习采矿和防止采矿过程中中毒的问题以及向猎人学习捕蛇、捕兽及这些动物的习性知识。他的足迹遍及湖广、河北、河南、江西、安徽、江苏等省，深入林

区、矿井、菜畦……亲身体验(诸如关于采集铅矿、种植韭黄、观察狸狼的生活习性等等)。对许多尚未弄清的事实,他就亲自进行实践,做了不少临床药理实验。为了区别蓬蘽的五种不同品种,他亲自采集,一一比较,并与古书《尔雅》所列对照"始得其的。诸家所说,皆未可信也"。类似的例子不可胜计,所有这些,都是他取得成就所不可或缺的条件。

善于吸收古今中外以及包括各少数民族医疗方面的成就,是李时珍虚心治学的另一特点。他在《本草纲目》中记载的天竺、大食、波斯、南洋诸国、胡人、蕃人以及由梵文、佛经引述的药物名称及知识是相当丰富的。这表明李氏虚心的学习态度,也是他取得成就的另一重要原因。从宋代唐慎微的《经史证类备急本草》一书问世以后,一直到《本草纲目》的著成,其间经过几百年的时间,李时珍搜集了这段时间出现的374种药物。其知识面之广,内容的丰富使得《本草纲目》成为中国古代具有世界影响的博物学著作。

李时珍具有人定胜天,利用自然、支配自然和改造自然的自然科学唯物主义思想。他通过研究历代本草学的著作,得出了时代不断在前进,科学总是在进步的结论,认为后人必然会超过前人,科学不会总是停留在一个水平上而停滞不前。他说,今人总是要"发前人未到之处"的,因而他敢于怀疑古人,批判地继承前人的成就。不论是近人还是古人,是经典著作还是一般专著,他都敢于批判错误,而不是回避矛盾。他在《本草纲目》一书中,在每一种药物之下,采用了"正误"的方式对前人的错误进行纠正和辨误,其中绝大多数是言之有据,符合科学道理的。这一体例在本草学上也是创造性的,说明他在自然科学方面的渊博知识和坚实基础。为了使药物发挥其更大的治病作用,他主张对药物的本性进一步加以改造,用人工的方法改造药物的自然性能。如对药物的升降浮沉的药性,主张采取某些办法,使其服从于治疗的需要。如认为对原来的药性下沉的药物,可以用酒引之,使其上升至巅顶;而原为升浮之药物则可以咸寒药为引使直达下焦。这样,他得出了人不仅能够"窥天地之奥",还有"达造化之权"的能力,能改造自然,支配自然。李时珍以科学批判服食,他痛恨迷信神仙之说,如在谈到古代以金银服食时,认为"血肉之躯,水谷为赖,何能堪此金石重坠之物,久在肾肠乎。求仙而丧生。可谓愚也矣!"(《本草纲目·金石部·金》)又说:"(银)性刚戾,服之能伤肝是也。抱朴子云银化水服可成地仙者,亦方士谬言也,不足信。"(《本草纲目·金石部·银》)认为所谓可以居住水中,步履水上,都是"邪说","幻诞之谈。"他斥《本经》、葛洪等关于服食的论述为"误世之罪,通乎天下",认为药物"治病可也,服食不可也。"(《本草纲目·兽部·伏翼》)

李时珍广泛涉猎,阅历极深,使他对于自然界的变化万千的现象,具有较高的鉴别能力,何者为常,何者为变,何者为真,何者为假,均予注意辨别。例如,对于人体的正常生理解剖现象与正常之外的变异现象,他认为是由于人体"有禀赋异常者,不可执一而论"。不能以自己的一隅之见,而认为自然界"古今六合无穷变化之事物为迂怪"。通过这一朴素辩证法的思想,他记载了自然界动植物形态、习性、变异等方面的多样化,注意到事物的多样性,因而其著作成为当代一部博物学的百科全书。李时珍对药物学的研究方法,在当时是具有启发性和代表性的。他强调亲自实践的科学态度,并开始应用了一些临床药理实验、比较解剖研究以及动物解剖的科学实验。李时珍亲自验证了罗勒子治疗眼翳和曼陀罗花的麻醉作用的临床药理实验。又对大豆、鸡肠草等植物的药理作用进行了药理实验。他实地解剖鲮鲤、蛇等多种低等动物,以证实其解剖结构。通过比较解剖学、比较生物学的研究,确定某些容易混淆的植物的特征和鉴别方法。李时珍的这些研究方法,对后世是有启发性的,在当时的科学界也可以称得上是一个创举。然而,他对于未知或知之甚少的事物,却常常用"未审然否?""亦无所询证,姑附于此,以俟博识"这样一类的语言,其实事求是的科学态度可见一斑。李时珍不仅是一位药物学家,又是一位博物学家。他对于生物、地质等学科很有研究,对化学、天文、历法、气象也有一定的心得。

李时珍更是一位高明的医药学家,他在自己的著作中,载有相当多的验案,均为本人治病之记录。他在自然科学各门学科方面的成就,以及精研医学理论及丰富的实践,使他在医疗活动中,取得较好的疗效,一度应召入太医院。他的坚实的理论基础,来自《内经》、《难经》、《伤寒论》等经典医著,但他的自然科学的唯物主义态度及朴素的辩证法思想使得他更加尊重《内经》。以后,尤其是金元以来的医学思想和成就,他受金元四家的影响最大,特别推崇张元素、李东垣的医疗思想。认为张元素是"大扬医理,灵素之下,一人而已。"他把在药物学上的突出成就,灵活地运用到治疗学上,除去遵循传统的医学理论进行严格的辨证论治以外,特别重视分析药物的归经,讲究性味,丰富和发展了本草学的理论内容,从而使其治疗的效果不断提高。李时珍对脉学、经络学说也都有较深的理解和研究。这些坚实的基础理论知识,也都是他医学、药学成就必不可少的条件。他的著作除去《本草纲目》是一部博物学的划时代作品外,还有《濒湖脉学》、《奇经八脉考》等书。在书中,李时珍以简洁明了的诗句,概括地总结了中医常用的脉象,极便于初学记诵,有利于普及脉学知识;《奇经八脉考》则是十二条正经以外的经络系统的总结。《濒湖脉学》曾被译为德文,在国外出版。在文学方面,李时珍还是一位诗人,他的《濒湖脉学》,就是用律诗体写成的。可惜文献中只保存他少量的律诗。

李时珍是中国古代具有代表性的杰出科学家。在国内外有崇高的声誉和很大的影响。1953年,莫斯科大学新校舍落成,请中国提供李时珍画像,作为世界上最有名的科学家之一。中国在五、六十年代中,为了纪念李时

珍，曾陆续发行邮票、拍摄电影故事片，并建立李时珍陵园。1983 年和 1993 年，为纪念李时珍逝世 390 周年和 400 周年，在李时珍家乡举行了隆重的纪念会。近年来还有研究李时珍的丛书、评传出版，对李时珍的研究现在仍在不断地深入发展。

孙一奎(16、17 世纪)

明代医家。字文垣，号东宿，又号生生子，休宁县(今安徽休宁)人。生活于嘉靖、万历年间(1522—1619)。初学儒，因父病有志于医。尝游括苍，得秘方，用之多验，归后，商得父亲同意，乃事岐黄。先师从汪机的弟子黄古潭，又研究经典医著及诸大家典籍，诵读无间，历寒暑 3 年。复游江、浙等地求师，择善而从，历 30 余年乃精于医，为人治病，每有良效，远近闻名。在医理上，对气血、三焦、命门之火有独到见解；在临床上，于噎膈、反胃二证及辨癫、狂、痫之异治，卓然有识。于 1584 年，著成《赤水玄珠》30 卷。书中采集古代名医言论，辨述古今病证，甚为明晰，但其中第十卷所附"方外还丹"，论采炼之法，唯心思想色彩较浓。此外撰有《医旨绪余》2 卷，论太极阴阳五行，评议过去医家的医理，持论甚为平正；其《痘疹心印》2 卷，乃综合儿科医家关于痘疹之方论及其已验而成。其子泰来、朋来，门人余煌继其术，并将其医案编辑成《孙文垣医案》9 卷行世。

杨继洲(1522—1620)

明代针灸学家。名济时，三衢(今浙江衢县)人。世医出身，祖父曾任太医院太医，纂修《集验医方》。他少时攻举子业，屡厄于有司，遂转而承继家业，于嘉靖年任侍医，隆庆二年(1568)任职圣济殿太医院，任医官直到万历年间。他精于医理，尤长于针灸，行医数十年，临证经验丰富，博采针灸文献，编著《卫生针灸玄机秘要》3 卷(约 1580 年刊)，复广求群书，与《铜人明堂图》合刊为《针灸大成》(1601)一书。对明以前针灸学成就做了较好的总结。虽编次和取材有欠精妥之处，然而资料丰富，对穴位考证、经络循行、辨证取穴、临床治疗等皆有详细论述。他讲究综合疗法，常针灸药并重，并将按摩一法附入书中第十八卷，为过去针灸书中所从未强调的。杨氏的著述流传较广，在中国针灸发展上起了承先启后的作用，并传到国外，其全部或部分已被译成法、德、英、日等国文字。

方有执(1523—1599)

明医学家。字中行，安徽歙县中山人。因两次以中风、伤寒丧妻，五次以惊风殇子，故发愤学医，对伤寒证治尤有研究。他认为张仲景的《伤寒论》经王叔和编次，已有所改移；金代成无己注解时又多所窜乱。使得后世医者以此为不全之书，置而不习；或沿袭两家之误，更造成失真。所以他竭 20 余年的心力，考究《伤寒论》作者的原意，重新排比原文，编成《伤寒论条辨》8 卷。该书刊刻于万历二十一年(1593)，在刊刻前一年，方氏已是 71 岁高龄，但为了使该书更臻完美，不顾年老体弱，花了一年时间详加审订，方始付梓，反映了他做学问一丝不苟的精神。除《伤寒论条辨》以外，他还著有《本草钞》1 卷、《或问》1 卷、《痉书》1 卷，均附刻于《伤寒论条辨》之后。在《伤寒论条辨》中，他首倡错简说，推断宋本《伤寒论》卷一的"评脉法"、"辨脉法"、"伤寒例"诸篇，与卷 7—10 中的"汗吐下"、诸可诸不可等篇，都是王叔和的言论。但又认为评脉、辨脉法可翼仲景原论，故放在篇末。他调整了篇目，重排条文，订为经 11 篇，法 397 条，方 113 首，希图恢复仲景原著旧貌。同时方氏将太阳病分为风伤卫、寒伤营、风寒而伤营卫等三种类型，提出"三纲鼎立"学说。他的这些学说对后世影响很大，如喻昌、张璐、吴仪洛、程应旄、周扬俊、黄元御、章楠等皆秉承方氏之学说而各有发明。《痉书》系方氏在妻儿亡于伤寒之后，客游楚淮期间，看到许多医家不明外感高热抽搐之病因，而皆误为惊风，乃发愤研读《伤寒论》、《金匮要略》两书中有关痉证的论述，并结合本人临证心得著成，用以救治医家时弊。他认为痉病的主要原因是伤寒发热汗出，血虚所致，多见于小儿和产妇，内容亦多可取之处。《本草钞》载录《伤寒论》所用药 91 种，逐药解说。《或问》以问答形式，设论 46 则，以发条辨未尽之意。这些对研究《伤寒论》一书都有参考价值。

龚廷贤(16、17 世纪)

明医家。字子才，号云林、悟真子，江西金溪人。早年曾隐居家乡的云林山，因以"云林"为号。世代业医，父亲龚信，字西园，曾任太医官，弟廷器，侄懋官，皆为医官。他承家学，又访贤求师，常与名家共同研讨医术，于是以医术闻名。因治愈鲁藩王妃之疾，被选入御医院任太医，并获得所赐"医林状元"的匾额。龚氏于行医之余，埋头著述，折衷各家之说，纂有《种杏仙方》4 卷(1577)、《万病回春》8 卷(1587)、《寿世保元》10 卷(1615)、《鲁府禁方》4 卷(1594)、《复明眼方外科神验全书》6 卷(1591)、《云林神彀》(1591)、《小儿推拿方脉全书》等，尤以《寿世保元》、《万病回春》流传为广。另有《本草炮制药性赋定衡》13 卷，亦托名龚氏撰。另续编龚信的《古今医鉴》。生平撰述内、外、妇、幼各科医书 10 余种，浅显实用，流传较广，且外传至日本等国。其《小儿推拿秘旨》可为现存推拿专书中较早较完善之作。

王肯堂(1549—1613)

明代著名医家。字宇泰，一字损仲，号念西居士，江

苏金坛人。出身官宦之家，万历17年(1589)进士，任翰林院检讨、福建布政司参政等职。曾因上书抗御倭寇事被降调，万历廿年(1592)引疾归里。年少时，曾因母病习医，罢官后，在家乡究心医术，博览医书，并以医名。所著《证治准绳》44卷，具有医学全书形式，其中《杂病证治准绳》(1602)，详述各种杂病的证治；《伤寒证治准绳》(1604)，以仲景方论为主，附其后医家之续法；《女科证治准绳》(1607)，以陈自明的《妇人大全良方》为蓝本，兼采其他医家之论；《幼科证治准绳》(1607)对儿科常见病(如痘疹、消化、营养类)证候叙述颇详；《疡科证治准绳》(1608)则广集过去名医方论。其著述采摭丰富，条理分明，多以证论治，且立论较平正，不执偏于一家，故流通颇广，多为后人所引用。另有《医镜》、《郁冈斋笔麈》(1602)等书，后者主为读书见闻札记，医药仅占十分之二三，其中记载西方历算及与利玛窦交往之事，这在一定程度上表现了对新鲜事物的接受。此外，王氏曾辑刻《古今医统正脉全书》(又作《医统正脉》，1601)，刊行自《内经》起至明代以前各朝较有代表性的医著44种，为现存医学丛书中影响较大者。

卢复(16、17世纪)

明末医学家。字不远，钱塘(今浙江杭州)人。万历(1573—1619)间名医。早年习儒，且精于医，20岁时以医为业，辨证入微，善治奇疾，常和名医王绍隆、缪仲淳等人交游论医。著述甚多，代表作有丛书《医种子》〔一名《芷园医种》(1616)〕。他认为只有《灵枢》、《素问》才是医学"第一义"，由此才衍生出各种医学种子。所以他选择了8种书，作为不同内容的"种子"。如"医经种子"(《本经》、《难经》)、"医论种子"(《伤寒论》、《金匮要略论》)、"医方种子"(《伤寒方》、《金匮要略方》)、"医案种子"(《史记·扁鹊仓公列传》)。他说："此书虽八，从经生论，从论生方，从方生按，一线穿成"。又曾费时14年，辑成现存最早的《神农本草经》辑本。继编成《医种子》之后，又刊刻《芷园臆草》，将他1611—1622年间的随笔所记，分成"覆余"、"日记"、"题药"、"勘方"、"存按"五种，分别记录见闻、交往、药议、方论、医案等。议论纵横，且常以佛理释医理，学术上推崇薛立斋。还编著了《本草纲目博议》一书，原书不存，但部分内容可见于其子卢之颐的《本草乘雅半偈》一书中。

吴昆(1551—约1620)

明代医家。字山甫，号鹤皋，安徽歙县人。少时攻举子业，不利，家藏医书甚多，年十五已钻研医学，后游于江、浙等地，求师访友，并在宣城一带行医，声名大作。推崇《内经》，并对之加以注释而成《素问注》一书。所注《素问》深入浅出，颇多参考价值。另有《脉语》对太素脉持有批判，称该脉实为"风鉴巫家之教。"对书写病案的格式，要求具体，规格详细而全面，反映出明代医家临证经验之丰富和实际；其《针方集》对八法的论述颇多独特见解；其《医方考》辑录历代医方700余首，参以己见，详考方药、见征、名义、事迹等项。为明代方剂学有一定影响之作。

武之望(？—1629)

明官吏、医学家。字叔卿，号阳纡，陕西临潼人。万历十七年(1589)中进士，尝官吏部主考官等职，后因得罪上司，一度免官归里。万历四十八年(1620)复任南京太常寺少卿、大理寺右少卿、大常寺卿等职。武氏因幼年多病，自习岐黄，《内经》之下典籍至金元诸家医论无不熟读，遂精于医，曾于1606年救治乡里小儿疫疾。对王肯堂的《证治准绳》一书甚推崇，以其《女科证治准绳》为基础，编成《济阴纲目》5卷(1620)。以经、带、胎、产、杂病为纲，诸病为目，条理清晰，论方精详。又检诸家方论数种，以管橓的《保赤大全》为主体，编成《疹科类编》1卷(1625)。该书以发热、见形、收后为纲，分24类归纳症方。1626年又编辑而成《济阳纲目》108卷。包括养生、病因、内科证治(除外妇人及小儿疾病)及眼鼻喉面诸疾。收方7 000余首，援引历代医家论说(达113家)，保存了许多很有价值的文献资料。且纲目清晰，便于观览。武氏毕生为中医文献的整理编纂做出了很大的贡献。卒后其乡里(临潼武屯乡广阳村)为他建祠纪念。

陈实功(1555—1636)

明代外科学家。字毓仁，号若虚，江苏南通人。幼年多病，少时开始究心医学，并学外科，博览内、外等科医籍及文学、哲学著述，尤重手术疗法。行医40余年，临证经验丰富，广泛吸收各家之长，编成《外科正宗》(1617)一书，该书分门别类，条理清晰，论述外科疾病的病因、症状、诊断和治疗原则，症之顺逆、治疗方剂和手术的适应证、禁忌证，并附录作者本人所治医案及诊疗心得。书中所记疾患，包括肿瘤、痔疮、皮肤性病等等，收集明以前内服外治的有效方剂甚多，有列症详、论治精的特点。其中记述不少手术，如鼻息肉摘除、气管缝合、下颌骨脱臼整复、咽喉和食管异物摘除等等，均为中医外科史上较突出的成就，并创制了许多行之有效的外科器械。如关于肠痈(阑尾炎)，指出系由"男子暴急奔走致肠胃传送不能舒利，败血浊气壅塞肠道而成"，或因"妇人产后体虚多卧，未经坐起活动，……以致肠胃内容停滞而成"，或因"饥饱劳伤，担负重物，醉饱，生冷并进，肠胃痞塞，运化不通，气血凝滞而成"。书中绘有肠痈图，其部位正在今所知之麦氏点与兰氏点之间，说明陈氏的观察之细致。关于脱疽(血栓闭塞性脉管炎)，他继承了前人的治疗经验，正确地

记述了此病的临床表现、诊断依据、预后，认为："凡脱疽多生手足，且以足为多。其皮犹如煮熟红枣，黑气浸漫相传，五指传遍则上至脚面。其疼如汤火燃，其形则骨枯筋烂，其秽则异香难解，其命则仙方难活。"并记述了保守治法和方剂，强调用利刀寻至本节缝，将患指徐顺取下，并指出早期截指、趾在治疗上的价值。

陈氏在外科诊治思想上，强调内外结合，认为"内之证或不及于其外，外之证则必根于其内"，故在治法上，主张内外并重，"消、托、补"结合，内服药与外治手术并重，对脓肿类疾患，主张尽早手术切开引流，反对单纯采用保守疗法，并且重视调理脾胃，饮食营养，反对无原则的饮食禁忌。陈氏注重医德，提出医家的"五戒"、"十要"。前者主要包括医生不得计较诊金的多少，对贫富病人要一视同仁，平等看待；医生不得远游和擅离职位，以防危急病人得不到及时治疗而发生意外等等。后者主要是要求医生要勤读古代名医确论之书，旦夕手不释卷，细心体会，以使临证不致发生错误；对药物则要精选，不可粗制滥造。其中有些见解，至今仍有实际意义。

缪希雍(约 1556—1627)

明代医家。字仲醇，号慕台，江苏常熟人。《明史》、《常熟县志》、《苏州府志》等对其生平有简要记述。他精医术、通词文，因不满当时官宦专权，腐败统治，一生未仕。他与东林党人交往，王绍徵的《东林党点将录》称他为"神医安道全"，后曾避祸金坛。著有《先醒斋笔记》(1613?)，主要为其医案和验方之汇集，由丁长儒选辑成书，后又经缪希雍增益群方，兼秉本草常用药物，增至400余种，又增入伤寒、温病、时疫等的治法，扩充成《先醒斋医学广笔记》(1622)，堪称其一生经验之汇粹。另有《神农本草经疏》(1636年刊)，主要是对《神农本草经》的阐发与注释，和一生药学经验之总结，该书共30卷，选药490种，详明药理及病忌药忌，可谓明代本草注疏药理之先。缪氏一生旅游颇广，并注意搜集民间方药，并对药物辨认、炮炙、文字考证等均有独到见解，有些主张，不为传统说法所拘，如对五运六气说，认为不可机械对待之，清代叶天士多取其说；吴仪洛以其《本草经疏》为蓝本，辑成《本草经疏辑要》。缪氏对医德亦很注意，写有"祝医五则"，对医德有较全面的叙述。

张景岳(1563—1640)

明代医学家。名介宾，字会卿，别号通一子，会稽山阴(今浙江绍兴)人。少年时随父游历京师(今北京)，拜名医金英(梦石)为师，尽得所传。壮年投笔从戎，遍历中国东北各地，后卸职回京，以医为业。明代黄宗羲"张景岳传"称："谒病者辐辏其门，沿边大帅皆遣金币致之"(《南雷文定》前集卷十)，可见医誉很大。晚年返回会稽隐居，著作有《类经》32卷，《类经图翼》11卷，《附翼》4卷，《景岳全书》64卷，《质疑录》1卷等。

张景岳医学思想的主要特点首先为阐发了"医易同源"的思想。如《类经附翼》指出"虽阴阳已备于《内经》，而变化莫大乎《周易》"，更说："易之为书，一言一字皆藏医学之指南；一象一爻咸寓尊生之心鉴"。故"易具医之理，医得易之用"，两者运用得当，就有"运一寸之木，转万斛之舟"的可能。其次关于命门阴阳学说。景岳以为命门位置，系"居于两肾之中，即人身之太极"。命门和肾正如易坎卦☵所表示的，上下断者属阴，代表两肾；中间一横属阳，代表命门。故称："肾两者，坎外之偶也；命门之一者，坎中之奇也，一以统两，两以包一"。命门总主两肾，为"水火之府"，"阴阳之宅"。命门重在生化，是生命的根本。命门之火，谓之元气(真阳)；命门之水，谓之元精(真阴)。两者"阳先阴后，阳施阴受"，治病当求其本，真阴真阳必须保持不伤。所谓："五液(汗、涕、泪、涎、唾)充则形体赖以强壮；五气(五脏之气)治则营卫赖以和调，此命门之水火，即十二脏之化源"。若"命门亏损，则五脏六腑，皆失所恃，而阴阳病变无所不至"。再次立甘温固本大法。张景岳指出："凡欲治病者，必以形体为主，欲治形者，必以精血为先。"凡"形不足者温之以气；精不足者补之以味"。明代王应震诗称："一点真阳寄坎宫，固根须用味甘温"，很好说明了张景岳的医疗主张。

基于上述观点，张景岳在《景岳全书》"新方八阵"中的"补阵"制定有左、右归丸。以左归壮水，右归益火，各方均以熟地为主，取其具有大补血衰、阴中有阳的药物功能，由于他喜用熟地，故人称"张熟地"。另外，张景岳为了阐明他的医学见解，对金代刘完素的"火热"之说表示反对，指出刘完素"不辨虚实，不察盛衰，悉以实火言病"(《景岳全书》卷三，"辨河间")。还对于元代朱丹溪的"阳有余，阴不足"提出意见说：人之"所以生精血者，先由此阳气，精血之不足，又安能阳气之有余"，从而指斥朱丹溪之说是"大伐生机之谬谈"(《景岳全书》卷三，"辨丹溪")。对于上述不同见解，清《四库总目提要》"景岳全书"条评称：张景岳"专以温补为宗，颇足以纠卤莽灭裂之弊，于医术不为无功，至于沿其说者，不察证候标本，不究气血之盛衰，概补概温谓之王道，不知误施参桂亦足戕人，则矫枉过直，其失与寒凉攻伐等矣……"。认为"阴阳不可偏重，攻补不可偏废，庶乎不至除一弊而生一弊也"，可谓持平之论。

聂尚恒(1572—?)

明儿科医学家。字久吾，江西清江人。万历年间以乡进士出身，任福建汀州府宁化县事，卓有政声。闲时研究医术，博览方书，临证时精察病情，因病施方，不拘旧说，每治辄效。擅长于治疗小儿痘疹，对患者不论亲疏贵贱，都尽心调治，医德高尚。经几十年的博取精研，医术

高明，退居之后取平日治疗验案，编成《奇效医术》2卷(1616)。又将治痘疹的心得，集成《活幼心法大全》(又名《活幼心法》、《痘疹慈航》)9卷。对痘疹的病因、病机、治法、用药，都有较详细的论述(见"活幼心法"条)。此外，尚撰辑《医学汇函》14卷，首卷列医学姓氏、导引法、运气等；其次阐述王叔和《脉诀》、《难经》之精义，又列临证各科、本草总括等门类，为综合性普及医书。此外还有《痘门方旨》(附《麻疹方旨》、《痢门方旨》)8卷等书，为明代儿科学发展有一定的贡献。

赵献可(16、17世纪)

明末医家。字养葵，又号医巫闾子，浙江鄞县人。读书较多，又儒道佛均有所涉，曾旅游于陕西、山西等地。哲学上受《易经》影响较大，医学上尊薛立斋温补之说而加以发挥。代表著为《医贯》(1617撰)。认为"人身别有一主，非心也"，主张"命门"是人身之主，不同意《内经》、《难经》等书所记述命门之说，而认为命门"乃一身之太极，无形可见，两肾之中是其安宅"；认为"命门"之火，是人身之至宝，人之生长、发育、活动，均赖命门之火做为动力。"命门"有水火两窍，火与真水相依相济，永不相离。阴阳五行亦与命门相联系，阴阳根系于水火，"命门"的水火即人体的阴阳，五行的生克制化为"命门"中无形之水火之功能演化。故平时当注意保养和节欲，医疗上则当以温养命门之火为主，并注意补火与壮水，所用方剂以"八味地黄丸"、"六味地黄丸"为主。赵氏之说，不乏大胆想象和假设，对后世医家有一定启发和指导意义，但其中亦不乏荒诞猜测之处，其把命门解释为人体的"太极"，反映了理学的影响，故又受到不少医家的批评和抨击。例如，清徐大椿针对其《医贯》一书写有《医贯砭》，对之提出截然不同的见解。其抨击虽不免偏激，亦有可取见解。赵氏另撰《邯郸遗稿》，为妇科专著，治疗上亦重水火，习以黄芩、白术安胎，后世亦有异议。《浙江通志》、《鄞县志》等书载其著述还有《内经钞》、《经络考》等书，皆未见传世。

陈司成(17世纪)

明末医家。字九韶，浙江海宁人。家中八代业医，以疡医闻名当地。少时攻科举，后继家业，研讨医术，旅游于江、浙等地。能博涉诸科证治，善治老人、妇女、婴儿疾病，尤其精于外科。当时海门通商，梅毒自外传人，岭南等地时有所见，遂专心研究，并总结前人经验，介绍家传秘法，撰成《霉疮秘录》(1632)1卷，为中国梅毒病第一部系统而资料丰富的专书。记述先天梅毒及梅毒之遗传性，肯定梅毒由性交和非性交传染，指出该病在预防方面应采取隔离措施。提出清热、解毒、杀虫等治法，其用生生乳(砒及轻粉为主)治疗霉疮，亦属创举，至今为世界医学界所公认。对过服汞剂，则采用土茯苓、蚤休等药进行救治等等，其中颇多可贵记述。

秦昌遇(17世纪)

明末医学家。字景明，号广埜山道人，上海人。少年时多病，于是立志学医，及长以治儿科病著称，而且也精通内科，临证治疗多奇效。他说："法当死者，虽卢、扁不能为；苟有生理，勿自我死之可矣。"表现了他坦诚、认真的医学道德。因见当时的幼科书论治病，或偏寒、偏热，或喜补、喜泻，不利于诊治，遂取各家之长，撰成《幼科折衷》2卷，凡50余篇。全书论述儿科杂证，每一证前载有一首七言歌诀及脉法，又引诸家论说，末附治法。另撰有《症因脉治》4卷，介绍内科杂病的诊治，主张先辨证候，次查病因，再审脉象，最后确定治法，并以顺序命名其书，这一主张至今对部分中医临证治疗有一定的影响。此外，还著有《脉法颔珠》(1641)、《幼科金针》、《痘科折衷》等书行世。另有《大方幼科》一书，已佚。卒年60余。弟子金铭，得其传；从孙秦之桢，亦精于医，著述甚多。

吴又可(17世纪)

明末著名医学家。名有性，吴县(今属江苏)人，居太湖洞庭山。崇祯14年(1641)，河北、江苏、山东、浙江等地大疫，传染迅速，时医用伤寒法治之不效，死者无数。吴氏认为患者"不死于病，乃死于医；不死于医，乃死于圣经之遗亡"。于是静心推究病源，又出平日所用历验方法，著成《温疫论》2卷(1642)。吴氏指出温疫与伤寒有相似之处，但病因、病机、治法等却迥然不同。提出了温疫起因于"戾气"，并阐明戾气(或作异气、疠气)从口鼻而入的传染途径和入内居于膜原的病所。他的这些理论(见"温疫论"条)对温病学说的形成和发展产生了很大的促进作用。《清史稿·吴有性传》评价说："古无温疫专书，自有性书出，始有发明。"他所创论的外感温疫病因及传受途径，开现代传染病学之先河。此外，吴氏尚著有《伤寒实录》，已佚。又有《温疫合璧》一书，为吴氏原撰，清人王嘉谟增删补辑而成。

傅仁宇(17世纪)

明末眼科医家。字允科，江苏南京人。家传眼科，行医30余年，对金针拨障及钩、割、针、烙等手术尤为所长，曾采集有关文献，结合个人临证经验，著有《审视瑶函》(又称《眼科大全》)(1644年刊行)一书，为宋元以后具有总结性的眼科专书，多辑录前人论述，所述眼科108症，主要根据王肯堂的《证治准绳》，病因方面则辑录自倪维德的《原机启微》。该书以前载160证失之滥，72证又失之简，故摘要精简，定眼疾为108证，对症状描写较详，并

包括有过去眼科未记述的病患，如色盲、眼肌麻痹等，表现出其眼科临证经验之丰富。书中所载各证主要附以治疗方剂，内服药为主，主张眼病与内脏有关，体现了整体观念，对手术亦较重视，但主张审慎，不可随意用之，并介绍有割攀睛胬肉手法、拨内障法，并附有手术用器简图。所载方剂如石斛夜光丸、滋阴地黄丸等，均为流传较广的方剂，至今仍为临床常用方剂。其子傅国栋（字维藩，号复慧子），亦业眼科。尝助仁宇编集《审视瑶函》，父子俩为中国眼科学发展作出了一定的贡献，影响较大。

喻昌（约 1585—1664）

明末清初医学家。字嘉言，别号西昌老人，江西新建（今南昌市）人。年轻时以贡生选入京，明亡后隐居读书，研习医学、行医，在南昌、靖安、常熟以医而著名，与张路玉、吴谦并称为清初三杰。由于他常以精湛的医术治疗广大贫病之人，深得群众爱戴，所以关于他的传闻轶事很多。喻氏推崇《伤寒论》，并对伤寒条文作了分类整理，是研究伤寒派中错简重订派的代表人物，著《尚论篇》（原著有论无方，名曰《尚论张仲景三百九十七法》，后经门人徐彬补充而成是书）。《寓意草》是喻氏与门人议病、用药的学术总结。《医门法律》是喻氏代表作之一。该书对风、寒、暑、湿、燥、火及杂证，分门别类加以论述，每门先论病证，次为法（即治疗之术和运用之机），再次为律（指医生在医疗上常犯的过失）。喻氏的著述还有《生民切要》、《张机伤寒分经注》、《伤寒抉疑》、《喻选古方》、《温证论》等。喻氏门徒甚多，多能继承和宏扬喻氏学术经验，尤以徐忠可、程林最为著名。

李中梓（约 1588—1655）

明末清初医家。字士材，号念莪，又号尽凡居士，上海人。曾祖为地方武官，抗击倭寇侵略时牺牲，父亲中进士，亦任武官。他先考科举不顺利，又多病，乃究心医学，博览群书。中梓潜心医学研究近 50 年，临证常获奇效，参考《内经》等书，结合多年临证经验，著述较多，有《内经知要》、《药性解》、《医宗必读》、《伤寒括要》、《本草通玄》、《病机沙篆》、《诊家正眼》、《删补颐生微论》等等。大都卷帙不多，而概括面较广，文字精简，深入浅出，便于初学，故流传颇广，在医药普及上也起有一定作用。其中尤以《内经知要》、《医宗必读》最为有名。他在医学理论上，主要宗《内经》，并受薛己、张景岳、王肯堂影响。学以平正不偏见长，在临证上着重"问因"、"别症"、"知己"和因病制宜，体现了辨证论治的特点。他在总结前人理论的基础上，结合个人临证经验所作出的一些概括，多为后世医家所遵循，如"肾为先天之本，脾为后天之本"，"气血俱要，而补气在补血之先；阴阳并需，而养阴在滋阳之上"等等。

张遂辰（约 1589—1668）

明末清初医家。字卿子，号相期，又号西农老人，祖籍安徽歙县，后迁居杭州。《钱塘县志》、《仁和县志》等记载，他少年羸弱，乃泛览方书，后遂以医名。他工诗词，万历间以国子生游金陵名声鹊起，著《湖上白下集》。明亡后弃儒隐居，以医自给。其在杭州城东业医，为人治病，每有良效，至今业医处，仍称为"张卿子巷"。其医理主宗《伤寒论》，并据成无己所纂注的《伤寒论》一书，参照许叔微、张洁古、庞安常、李东垣、朱丹溪、王安道诸家论述，汇编为《张卿子伤寒论》10 卷（1624），立论平正，为后世医家所重，对伤寒学说有不少发挥。此外，尚有《张卿子经验方》（1657）传世。弟子有张志聪、张开之、沈亮辰等，皆有医名。又常与名医卢复、卢子颐等交往，切磋学问，使当时杭州的医学界呈现一派兴旺气象。

卢之颐（约 1598—1664）

明末清初医学家。字子繇，一字繇生，号芦中人，钱塘（今浙江杭州）人。父卢复（见"卢复"条），有医名。自幼得家传，又多得名师传授。曾向王绍隆学习仲景医书，从陈芝先学习《薛氏医案》，所以青年时即精于方药，著《金匮要略摸象》。28 岁时，遵其父遗嘱，阐发本草。以其父所著的《本草纲目博议》为基础，历时 18 年，撰成《本草乘雅》。选药 365 种，各药分"覈、参、衍、断"四项予以解说，重在阐发药理。后这本书毁于兵火，凭记忆所得重修，因此时该书已非全本，故更名为《本草乘雅半偈》10 卷。又撰《仲景伤寒论疏钞金錍》（一名《伤寒金鎞疏钞》）15 卷，本《内经》理论，阐发伤寒。56 岁时，双目失明，遂暗中摩索《金匮要略》精义。60 岁时，由他的女婿陈曾篁记录其口授心得，成《摩索金匮》9 卷（今佚）。另有《痎疟论疏》1 卷，论证精详，力辟世俗"伤寒转疟疾、疟疾转伤寒"的谬说。此外还有《学古诊则》4 卷，疑为晚年未完之稿，于脉理多有发挥。因此书残缺讹错处很多，经王琦整理考订后，刊于 1770 年。卢氏一生勤于著述，从小又学过佛学，故其书中多兼谈禅理。明亡后曾跟随南明朝廷至福建，事败后归里，愤懑而卒。

傅山（1607—1684）

明末清初文人、画家兼医学家。初字青竹，后改字青主，号公之它、石道人、朱衣道人等，山西阳曲（今太原）人。少年聪敏善记忆，性任侠，重气节，提学袁继咸被人诬害，他联络同学诣阙上书，终使袁冤得伸，从此名闻天下。明亡以后，绝意仕途，隐于医、道，周游大江南北。清廷开博学宏词科，坚不应致。工书善画，精医术，通脉理，且以儒家义理用于医学研究，家有禁方，常资以活人。今

存傅氏医著有《大小诸症方论》(抄本),顾炎武于康熙12年所写的序中说:"予友傅青主先生手著《女科》1卷,《小儿科》1卷,《男科杂症》1卷,诚医林不可不有之书"。又《医学手稿》经鉴定为傅山遗墨。后世刊刻的傅氏医书有《傅青主女科》、《傅青主男科》、《傅氏幼科》等。有人认为《傅青主女科》系录自陈士铎《辨证录》,也有人考得该书与《医学手稿》基本相同,与《辨证录》不同。《傅青主女科》之后所附《产后编》有人说是将倪枝维《产宝》误收混编而成。

方以智(1611—1671)

明末清初思想家、科学家、医家。字密之,号曼公,桐城(今属安徽)人。少年时参加"复社"活动,为"明季四公子"之一。自幼学习各种格致书籍,对天文、地理、历史、物理、生物、文学、音韵等都有研究,并曾因父病而留意医药,随名医傅海峰学医。崇祯进士,任翰林院检讨。清军入关,他不仕于清,移居南方,靠行医卖药、卖字画为生,后在广东出家为僧,法名大智,字无可,有弘智、药地等别号。所著《通雅》52卷,其中有《脉考》1卷、《古方解》1卷。另有《物理小识》12卷,其中卷一专述人体解剖生理,卷二述医药,其他叙述本草、鸟兽、金石等卷中,亦多涉及医药知识。他对明季西方传入中国的医学知识,主张吸收其合理内容,以充实中国原有医学,并采用部分西方解剖生理学知识,如脑的功能和血的生成,论述中国原有的认识,具有启蒙思想器惟求新的精神,为中国试图汇通中西的早期人物之一。对西方传教士所宣传的关于上帝和真主等宗教迷信,则持驳斥态度。

汪昂(1615—1695)

清初医学家。字讱庵,安徽休宁人,后居括苍(今浙江丽水)。早年研习经史百家,入清后弃儒学医,笃志方书,效仿前贤,行医并著书。所编《灵素类纂约注》将《内经》分为九类,参酌诸家注文,条目清楚扼要。又收集前代本草,以李时珍《本草纲目》和缪希雍《神农本草经疏》为主,选择了常用的460种药,简而效验,为医家所喜用,编为《本草备要》一书。其著《医方集解》博采良方,注释详尽,分为21门,常见疾病之方大抵可鉴。还有《汤头歌诀》(1694)、《经络歌诀》等。汪氏之书,均有简明扼要、条理清晰、由博而约、通俗易懂、切于实用等特点,所以流传较广。汪氏认为西医在人体生理解剖方面比较精细,故相信"脑为元神之府"、"灵机记忆在脑"等学说。取人之长、补我之短,不论畛域,只要是先进而效用者,便择善而从,以丰富中医学的内容。

张璐(1617—1699)

清初医学家。字路玉,晚号石顽老人,长洲(今江苏苏州)人。年轻时习儒,明末战乱,乃隐居太湖洞庭山10余年,弃儒习医,临证著述,至老不倦。尤精伤寒,康熙六年(1667),集30余年研究之心得,撰成《伤寒缵论》、《伤寒绪论》各两卷,祖述仲景原文,条理各家论说,前书将原文重新分类,首列六经证治,次述结痞、温热、痉湿暍等杂病,并采喻昌《尚论篇》及各家注说以发明之。后书列140余证,分述诊脉、察色、劫病、刺灸诸法,附载杂方149首,且辑录先哲方论。其学术上推重方有执、喻昌,本三纲鼎立说,分太阳病为八类。于温热诸证亦有研究。所著《诊宗三昧》(1689)为论脉理专书(见"诊宗三昧"条),颇有见地。又以《神农本草经》为基础、参考《本草纲目》分类法,撰成《本草逢原》(1695),阐发药物理论,多述临证心得(见"本草逢原"条)。晚年仿《证治准绳》体例,汇集古人方论,时贤名言,附录个人治案,撰成《张氏医通》16卷(1695)。书中学术见解,与薛己、张景岳相近,持论平实,不立新异,后世治疗杂病的法则,宗《张氏医通》者甚多。张氏认为孙思邈《千金方》可与张仲景医书相媲美,因取原书,逐一发明,撰成《千金方衍义》30卷(1698年刊行),对孙氏处方特点,钻研颇深。张氏著述,较切实用,有不少阐发,流传较广。子张登、张倬,继其学,亦有著述。

张志聪(约1619—1674)

清初医学家。字隐庵。浙江杭州人,家世业医。少时丧父,遂弃儒学,从名医张卿子学医,后在杭州胥山建侣山堂,招同道,弟子于此研讨医理,交流学术经验。对《内经》和仲景学说深有研究。著述必遵医经,认为《伤寒论》本于运气学说,对前人关于"风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫"的说法持有不同见解。维护旧论,反对错简说。著有《伤寒论宗印》8卷、《金匮要略注》4卷、《素问集注》9卷、《灵枢集注》9卷、《侣山堂类辨》2卷。晚年,集各家学说,参以己见,撰成《伤寒论纲目》9卷。另著《伤寒论集注》一书未成而卒,后由门人高士栻续纂完成。张氏在本草学、针灸学方面亦有著述。其弟子王弘义、黄绍姚、朱景韩、莫昌善、徐永时、王廷贯、金绍文、倪昌大、朱轮等人,皆能师承其业。

高鼓峰(1623—1670)

清初医家。四明(今浙江鄞县)人。名斗魁,字旦中,鼓峰为号。曾祖父高士撰有《灵枢摘注》10卷。鼓峰早年习儒,明亡后弃举业以医行世,曾多方接济反清名士及家属。著有《四明心法》1卷,《四明医案》1卷,均收入杨乘六辑评之《医宗已任编》(刊于1725)。其学术思想受薛己、赵献可影响较深。在他们论述真阴真阳的基础上,发挥攻伐太过引起阴虚阳虚的治法以救败。如因寒凉而致阳遏不升,当以参术黄芪温之,姜桂助之,甚者八味右归从其原而救之。他辨脉细致,对辨郁火郁血两症的脉象

尤为精审。如说拂郁之脉大抵多弦涩凝滞，来去时有一种似数非数，躁动之象，并形容此脉是无焰之火，是无韵之音，是往来不圆滑，法当疏之发之。因郁是气抑，抑则气不透，不透则热，热则为火。将脉象形态与形成机制结合起来，有助于对病证的深化认识。其治案善用温补，对吕晚村等影响较大。

汪琥(17 世纪)

清初医学家。字苓友，号青谿子，长洲(今江苏苏州)人。先习儒学，后专医业。汪氏对伤寒学说造诣很深，曾于友人处得武陵(今湖南常德)陈尧斯的《伤寒论注》草稿，以为此书"极为入理，惜其书不全"，于是，在康熙十五年至十九年(1676—1680)间撰注成《伤寒论辨证广注》14卷，如自序所说："曰辨证者，辨仲景论中是伤寒则集之也；曰广注者，广，以广其方论，如古今伤寒之书，皆采附也；注，以注其正文，不分仲景后贤，其论皆为解释，其方皆为详考也。"该书指出了伤寒与中寒的区别，对《伤寒论》原有条文在次序和条文上作了一些调整，还列述评价了历代有关"伤寒"的著述。汪氏还著有《中寒论辨证广注》3 卷，按前书例逐条论述《伤寒论》属真寒证之条文，附于前书之末刊行。另撰《痘疹广金镜录》3 卷、《养生君主编》3 卷、《增补成氏明理论》、《医意不执方》等书。惜后两书已佚。

李用粹(17 世纪)

清初医学家。字修之，号惺庵，原籍浙江鄞县，至其父迁居上海，后世遂为上海人。父赞化，字与参，明末崇祯(1628—1644)间为中书舍人，兼工医学。用粹幼得家传，然初习举业，三试不中，遂有"不为良相，但为良医"之志，复从父习医，精心研究《灵枢》、《素问》，博览医书，旁涉张仲景、刘完素、张洁古、李东垣、朱丹溪等名家之说，审其异同，穷其辨论，故精通诊脉、处方。为康熙间(1662—1722)上海四医家(李用粹、徐子瞻、刘道深、沈元裕)之一。尤长于内、妇科疾病诊治。曾论治学"博"与"约"说："书以载道，非博无由考其详；学以穷理，非约不能操其要。"又认为古人立说，虽貌异而实非相悖，可"相济"互为补充，遂取各家之长，删繁存要，补缺纠偏，编成《证治汇补》10 卷(1687)。该书纲目清晰，注重脉法，尤详辨证审治，颇受后学的欢迎(见"证治汇补"条)。子揆文、孙春山，俱得其传。门人唐廷翊等，将用粹、揆文父子临证治案整理辑成《旧德堂医案》，其中怪病奇方甚多，然其治病之理则多本《内经》，不过临床尤其注重顾护脾胃。故近代医家秦伯未赞他"学养至深，见理独明。"

吕留良(1629—1683)

清初医家。字用晦，号晚村、庄生、东庄，浙江石门(今桐乡)人。祖父及父亲皆为官。留良 38 岁时，因拒科举考试，被革掉秀才，50 岁又拒绝"博学鸿词"科的推荐，后隐居于吴兴县埭溪之妙山，潜心著述。他学识渊博，长于文学及程、朱理学，曾参与鼓动反清的活动，不满于清代之统治，被革掉秀才之后，遂提囊行医，以自隐晦，并与名医高鼓峰过往甚密，时相对磋医道，著述甚富，但因曾静文字狱案所累，被剖棺戮尸，其著作均被清统治者列为禁书，几至绝迹。所著《东庄医案》，已被编入杨乘六之《医宗已任编》，另有对赵献可《医贯》之评述。其于医理概念清晰，亦主张温补而倡命门说，对赵献可称命门为"性命之门"深表赞同，但又批评赵献可之温补有执其一说而尽废诸说之偏。因之治法多适于败症而疏于初病等等。留良之用药制方，亦自有法度，重视药物配伍，主张就方以论药，不当执药以论方。

陈士铎(17 世纪)

清代医学家。字敬之，号远公，别号朱华子，自称为"大雅堂主人"，山阴(今浙江绍兴)人。其祖、父颇通医术，陈氏幼承家学，为诸生，后屡试不中。康熙二十六年(1687)于北京遇一隐医乃师事之，与其相处讨论医学达 5个月之久。所传医术，多有奇效，后陈氏精通内科与外科，主张以内科之法治外科之病。用药味少而量重。陈氏总结师传，结合自己的实践经验，著有《石室秘录》、《辨证录》、《本草新编》、《六气新编》、《洞天奥旨》、《脏腑精鉴》、《脉诀阐微》、《辨证冰鉴》、《内经素问尚论》、《灵枢新编》、《外经微言》、《伤寒四条辨》、《婴儒论》、《治伤指迷》、《历代医史》、《济世新方》、《琼芨秘录》、《黄庭经注》、《新增胎产秘书》等。陈氏医术高明，施医药不受酬谢，享年80余岁。有人认为其学术与傅山相近似，在外科上对王洪绪多有影响。

高世栻(17 世纪)

清代医学家。字士宗，浙江杭州人。少家贫，酷爱医书，23 岁时悬壶应诊。后自己因患病，请他医治之益剧，久之却不药而自愈。乃自愧医术不高，而从名医张志聪学医，研讨医理，历十年，遂窥医学之精奥。其治病必究本末，处方不拘成规，重视中医经典著作的研究。鉴于张志聪对《素问》、《灵枢》集注艰深，遂撰成《素问直解》9 卷(1695，刊行)，张志聪著《本草崇原》未竟而卒，高氏遂续成其书；又对张志聪《伤寒论集注》续加纂集。晚年从其学医者甚众。康熙三十五年（1696）始在乃师之侣山堂讲授医学，与众弟子质疑问难，凡 4 年有余，后弟子王嘉嗣等多人手录高氏医论及学术经验，后辑录为《医学真传》一书。内容多阐述病因、病机、诊治要则及辨药大略等。

马俶(1634—1714)

清代医学家。字元仪,号卧龙老人,吴郡(今江苏苏州)人。小时习儒后改学医,曾从李士材、沈朗仲等名医学习,并私淑喻昌之学。马氏精通医理,临症审证明晰、擅调营卫,善用补剂,妙投攻药,学验俱富。晚年常行游四方,喜参禅,强调医学也应心领神会,他一心向善,培养学生。马氏鉴于其师沈朗仲所撰《病机汇论》一书未能刊行,于是与弟子尤怡共同参订予以整理,加按语,以阐其旨,又附个人40余年所集之验案于后,谓之《印机草》(或《马氏医案》),将该书刊行公世,又有《马师津梁》8卷(门人姜思吾传其钞本,濂夫追题此名)、《证论精微》(抄本)。马氏弟子20多人,其中以尤怡最能传扬其学术。

柯韵伯(17、18世纪间)

清代医学家。名琴,号似峰,浙江慈溪人。生平事迹,文献记载不多。从孙介夫、冯明五等为其书《伤寒论翼》所写的序文中,可知他早年为儒生,好古诗文,贫而不得志,后弃儒治医,迁居吴之虞山(今江苏常熟),并客死该地。他深通《内经》和张仲景之学,曾校正《内经》,有《内经合璧》一书,惜已佚。他对伤寒学有独到研究,所著《伤寒论注》、《伤寒论翼》、《伤寒附翼》,合称《伤寒来苏集》(1669),堪称为代表作,颇得叶天士等医家之推许。他认为《伤寒论》经王叔和等之注疏和编次,内容颠倒窜易,常有矛盾,有失仲景原意,因对之重加整理、校正和注疏,以恢复仲景著述原貌。他主张以证分类研究《伤寒论》,因汇集六经诸论,各以类从其证。认为六经为百病之法,应包括伤寒和杂病两大方面所谓"仲景之六经,为百病立法,不专为伤寒一科;伤寒杂病,治无二理,咸归六经之节制,六经各有伤寒,非伤寒中独有六经"。他反对许叔微、方有执之所谓桂枝治中风,麻黄治伤寒,大青龙治中风见寒脉、伤寒见风脉的三纲鼎立说,从而扩大了六经分证的临床应用。他对《伤寒论》逐条细勘,逐句研审,详加考证和整理,对后世伤寒学的研究,很有影响。但在论述中过于强调六经地面分区的理论,有忽视经络的倾向,有时亦不免有拘泥于原文和牵强之处。

冯兆张(17、18世纪间)

清代医家。字楚瞻,浙江海盐人。13岁习医,从师访道十载,以医名于两浙等地。著有《锦囊秘录》(1702),历时三十载,汇选各家精要,结合己见,包括内、外、妇、儿等科病证,及药物、脉诊,并采集民间效方,内容丰富,流传颇广。该书传入越南,被视为重要医籍,兆张因之被尊为越南所供奉的名医中之上位。冯兆张继承明薛立斋等之温补说,推崇赵献可之命门理论,且善于化裁古方,曾仿钱乙六味地黄丸,加减衍为十方,以变通应用。其于内、外、妇、气功等科皆有研究,尤长于儿科痘疹。诊病主张因人、因时、因地制宜,尤重小儿先天禀赋之厚薄,后天之虚实而辨证施治,曾归有三法、四因、五治、六淫、八要等等,条理清晰,别具一格。他还很重视医德,强调勿以富贵贫贱而分先后,认为对贫病交加者,尤应格外加意。

叶桂(1667—1746)

清代著名医学家。字天士,号香岩,晚号上津老人。江苏吴县(今苏州)人。生于世医之家,少时读经史,颖悟好学,又承庭训,对医学颇能领悟。14岁丧父,遂从父亲门人朱某学医,长进很快,崭露头角。但他并不自满,先后拜师17人,博采众长,遂通各科,对温病学说的贡献尤为突出。他把温热病的发生传变,用"温邪上受,首先犯肺,逆传心包"来予以概括,创立了卫气营血的辨证纲领,指出温病浅深缓急等特点,以及辨舌、验齿、观察斑疹和白痦等诊断特征,有较高的临床价值。叶氏在总结前人学术经验的同时,又善于吸收民间的单验方,结合临床应用体会而加以化裁,他在温病的治疗上使用的清热解毒、芳香开窍、养阴生津等法,为后来的医家所宗崇。叶氏一生诊务繁忙,所传《温热论》、《临证指南医案》、《叶案存真》、《未刻本叶氏医案》等,均为门人弟子协助编著而成,其他托名叶氏的医著也不少。叶氏道全德备,对穷苦病人常施医药,无论朝野、临省外藩,莫有不知其名者,被誉为温病学派的宗师。其子奕章、龙章两人继承父业。叶氏的弟子朱心传、顾景文、张亮揆、吴厚存、华岫云等均名重于时。

尤在泾(?—1749)

清代医学家。名怡,又字在京,号拙吾,又号饲鹤山人,长洲(今江苏吴县)人。少时聪明好学,家道中落,曾在寺院以卖字为生。后随苏州名医马俶(为李士材弟子)学医,潜心修业,沉酣于医籍,尽得师传。曾协助参订沈朗仲先生《病机汇论》。尤怡与吴中叶天士、徐大椿、王晋山先后齐名,跟当时名医和学士往来密切。尤氏对仲景之学研究颇深,所撰《伤寒贯珠集》、《金匮要略心典》(1729),集前人之论注,阐述自己的心得体会,论述《伤寒论》和《金匮要略》的学术思想,其书条理清晰,简明扼要,为研究仲景学说的重要著作之一。又著《金匮翼》,荟萃各家之说,阐述仲景杂病论著,详其证治,广其方药,既与《金匮要略》比翼,又可补其不足。《医学读书记》、《医学续记》为尤氏读书札记,阐述古典医理及诸家之说。《静香楼医案》为其临证医案选集。在学术上,尤氏多仿喻嘉言,临证喜用经方,以治法分类,将《伤寒论》论治分为正治法、权变法、斡旋法、救逆法、类病法、明辨法,杂治法

等。善于应时因人而根据需要化裁古方。重视调治脾胃，擅长内科杂病和温病的论治。

程国彭(1679—?)

清代医家。字钟龄，号恒阳子，安徽歙县人。笃信佛教，生活于康熙、雍正(1662—1735)年间。晚年至天都普陀寺修行，法号普明子。少时体弱，自学医书，读书广博而勤于钻研，有多年实践经验，积30年业医心得，于1732年撰成《医学心悟》，概括前人理论和方法，浅显实用，重点突出，颇多个人所悟，流传很广，在普及医术上有相当贡献。强调学贵沉潜，思贵专一；认为医术关乎性命，操术不可不工，处心不可不慈。把《伤寒论》的病理概括为"寒、热、虚、实"四字，更引伸为表寒、里寒、表热、里热、表里皆热、表里皆寒、表寒里热、表热里寒等八个方面。对"四诊"、"八纲"、"八法"都有明晰论述和发挥，并列内、外、伤寒、瘟疫、妇、五官等科病症的病因、症候及诊治。《郑堂读书记》评其书曰："条分缕析，因证定方，大抵一衷于古，而又能神而明之，以补昔人智力所不逮。盖昔人论分，分则偏；钟龄之论合，合则全。剖抉辨晰，悉归简易。"此评基本道出了其书的特点。另有《外科十法》，列述外科常见病患，疔疮、痈疽、梅毒、乳痈、疥癣等症，亦简明实用。他的著述，条理清晰，深入浅出，论述切要，尤为初学者所欢迎，常被采用为习医课本。

王洪绪(17、18世纪间)

清外科医家。名维德，号林屋先生、定定子，江苏吴县洞庭西山人。曾祖父王若谷，曾广蒐有效之疡科方剂，汇集成册作为传家之宝。洪绪资质聪颖，幼承家学，于医书无不研读，并旁涉星命、卜筮之书，学识颇广。在医学方面，通内、外、妇、儿各科，尤擅长外科疾患之诊治。行医40余年，临床效果卓著。他治外科疾患以"红痈乃阳实之症，气血热而毒滞；白疽乃阴虚之症，气血寒而毒凝"为理论依据，认为两者均应以开腠理为治，然当时医生认证泥于辨经，以致药虽对经而实背证，患阴疽者因之而夭者更多，故王氏强调外科证亦必须以辨证施治为原则。他治疗阴症创用滋阴散寒、阳和解凝的原则，为治疗疽证开辟了新途径。他发明的阳和汤至今仍为临床治阴疽之代表方剂。然王氏强调"以消为贵，以托为畏"，虽对外科内治法有促进作用，但他完全否定刀针排脓，反对使用丹药及抨击明代著名外科学家陈实功一派"尽属刽徒"之论，显示了他思想保守的一面。故马文植曾评其"重用阳剂，发言过激，非古人和缓之意"。晚年将祖遗之术及其临证经验、有效之方、精制药石之法，撰成《外科证治全生集》4卷(1740)。自谓数十年诊治无一失误而全生，因以为名。亦名《外科全生集》。是近代外科学中流传较广的一种，也是外科内治一派之代表著，影响颇大。

吴谦(17、18世纪间)

清代医学家。字六吉，安徽歙县人。雍正、乾隆(1723—1795)年间名医。供奉内廷，官太医院判。乾隆中奉敕与刘裕铎任总修官编医书。谦曾以古医书有法无方，惟《伤寒论》、《金匮要略》始有法有方，而诸注又随文附会，难以传信，因自为删定，书成八九，及奉敕，乃就谦未成之书更加增减，于1742年编辑成清代一大综合性医学丛书《医宗金鉴》，包括医学各科15种，其中《订正伤寒论注》、《订正金匮要略注》两种为谦所自撰。因全书注重临证实际，图、说、方论具备，并附有不少歌诀，曾用作太医院教本。且因其内容精博，编次清晰，选方平稳，为后世医家推崇，流传很广。

薛雪(1681—1770)

清代医学家。字生白，号一瓢子，吴县(今属江苏)人，居苏州南园，名宅为扫叶山庄，故又号扫叶山人。薛氏多才艺，善拳勇，深研《易》理，且精于医学，治病多效，医名与叶天士相埒。薛氏认为张景岳的《类经》疑信参半，不能去华存实，于是将《内经》重新删述，撰成《医经原旨》6卷(1754)。广集诸家注说，附以个人见解，对《内经》颇多发挥。题为薛氏所撰的温病学著作有《湿热病篇》(收入《温热经纬》)。该书谓："湿热之病，不独与伤寒不同，且与温病大异。温病乃少阴、太阳同病；湿热乃阳明、太阴同病。"从而指出湿热病变的中心是脾胃。薛氏在辨析湿热证时说："湿热以阳明、太阴为多。中气实则在阳明，中气虚则在太阴。病在二经之表者，多兼少阳三焦；病在二经之里者，多兼厥阴风木。故本证易耳聋、干呕、发痉厥。"对湿热病的传变规律及辨证治疗有许多新的发挥。该书又名《湿热条辨》，是温病湿热证治的代表作之一(见"湿热条辨"条)。今存薛氏医著，见于《吴医汇讲》的有"日讲杂记"八则；《珍本医书集成》丛书中收有《扫叶庄医案》4卷。此外，陆士谔编有《薛生白医案》；今存于世的还有《膏丸档子》(未刊稿)、《薛一瓢疟论》(抄本)等。

何梦瑶(1693—1763)

清代医家。字报之，号西池。广东南海人。因旁通百家言，尤以诗名，有"南海明珠"之誉(《广东通志》)及"惠门八子"之称(《清史稿》)。他少攻科举，因病几次落第，38岁终中进士，历任广西义宁、阳朔等地县官及奉天辽阳州牧等官职，据记载他为官清廉，革除宿弊，处理僮族之间的纠纷械斗，以及防治疫病，均有政绩。在治经等学之外，更钻研医学，博通古代名家之学，强调学无偏倚，主张取各家之长，不能各执一见，推崇王肯堂之能综合多

家之说，尤通刘河间、朱丹溪之学，长于内科杂证及温病。所著《医编》(1751，刊)，融合各家之长，论述内科杂证较详，对外感内伤病因病机及临床辨治要点，说理通畅，总结前人经验，并有个人发挥。对"不问何证，概从温补"的时弊，加以批评。另著有《三科辑要》(妇、儿、痘疹)、《本草韵语》、《四诊韵语》、《乐只堂汤头歌诀》、《针灸吹云集》、《诊脉谱》等书籍。

徐大椿(1693—1771)

清代医学家。字灵胎，又名大业，晚号洄溪老人，江苏吴江人。青年时因家人多疾病，发愤学医，自《内经》以至元、明医家著作，穷源极流，广搜博览，而后有所获。一生著作很多，医书方面有《难经经释》、《神农本草经百种录》、《医学源流论》、《伤寒类方》、《兰台轨范》、《慎疾刍言》、《医贯砭》、《洄溪医案》(王孟英编)，以及评注叶天士的《临证指南医案》、《评定外科正宗》等，写作认真，具有一定见解，故很受后世学者重视。如《难经经释》一书，用《内经》和《难经》互相比勘，从而疏释《难经》。《伤寒类方》则指出张仲景的《伤寒论》原是救误之书，当时随症立方，并无定序。于是削除六经门目，使方以类从，证随方见，令人可按证以求方，不必循经以求证，具有独到识见。此外，《医学源流论》尤多精辟论述，如该书"病同人异辨"，"药性今古变迁"，"《内经》司天运气之说不可泥"，"人参论"等，持论精凿，对于后世医、病两家均有启发。但是，徐氏的著作也有许多偏激之处，如《神农本草经百种录》，对于方士延年之说，无所驳正。《兰台轨范》多取《素问》，迄于唐《千金》、《外台》之论方，而通治方中竟将《千金方》的钟乳粉，《和剂局方》的玉霜圆等金石燥烈药物收入，崇信服石之说，为后世所诟评。但总的说来，徐氏的医学成就还是主要的，其写作态度也是认真的。如《伤寒类方》虽只1卷，就用七年时间，五易其稿始完成。徐氏并自称："五十年中批阅之书约千余卷，泛览之书约万余卷，每过几时必悔从前疏漏……"(《难经经释》乾隆丁亥七月序)，可见徐氏治学用力之勤和谦虚谨慎精神。由于徐大椿医名很大，于乾隆二十五年(1760)被诏入京，原拟留京任职，徐氏坚辞隐居吴山画眉泉。后乾隆三十六年(1771)又被诏入京，至京三日突然病故，时年79岁。死前自作墓前对联称："满山芳草仙人药，一径清风处士坟"，以民间医家自居。此外，徐氏尚精文学，所著《洄溪道情》，时称"黄冠体"。

黄元御(1705—1758)

清代医学家。字坤载，号研农，别号玉楸子。山东昌邑人。雍正间补诸生(秀才)，研习经史子集。29岁时，被庸医误治而致左眼失明，于是发愤学医，拜金乡名医于子建为师，"综观古今医书数百种，荟萃古今名医学说，集大成为一家言"。行医、传授医术，足迹遍及本省及外省的北都(山西太原)、清江(今属江西)、武林(浙江杭州)等地，门人弟子以私淑者颇多。孚有盛名。黄氏注重中医经典的研究，广涉诸家之学，推崇岐伯、黄帝、秦越人和张仲景，誉称"四圣"。主张"扶阳抑阴"，反对"贵阴贱阳"。探求医源，重视哲理，常引征历代哲学观点阐发医学机制。受考据学之影响，极力校订医经中错简，注释并解难析疑，以伸己说。晚年主要从事著述，撰有《素灵微蕴》、《伤寒悬解》、《金匮悬解》、《四圣心源》、《四圣悬枢》、《长沙药解》、《伤寒说意》、《玉楸药解》、《素问悬解》、《灵枢悬解》、《难经悬解》11部医书和《周易悬解》、《道德经悬解》等经学著作。

张宗良(18世纪)

清代喉科名医。字留仙，云间(今上海松江)人，家世业医。张氏对喉科病症之诊断，重视神气脉色声诸方面之诊察，调整局部与整体的关系，治疗方药颇多效验。著有《喉科指掌》(1757)6卷，论述喉科诸证及针灸、药方，并公开了家传吹药方和秘制吹药法，还在书中附插图、介绍应用六味总方的经验及其加减变化。该书是一部较有影响的喉科专著。此外，与吴氏(佚名)合编有《咽喉秘集》又名《喉科秘旨》一书。

吴仪洛(18世纪中)

清代医家。字遵程，浙江海盐人，世居澉浦。幼业儒，乾隆初，弃儒学医，读家藏医书，并游于楚、粤、燕、赵等地，曾留四明(今属宁波)5年，阅览范氏天一阁之藏书，故读书广博，阅历亦深。后归里业医，资贫拯危，名噪一时。著述较多，且较实用，现存有《本草从新》(1757，刊)，为其鉴于汪昂的《本草备要》内容尚不完备，对该书进行补订而成，收常用药720种，便于临证应用。《成方切用》(1761，刊)以汪昂的《医方集解》及《医方考》为基础，选录古今成方1 300余种，多切于时用，注释也较详明，故流传较广。《伤寒分经》(1766，刊)为师法喻昌之《尚论篇》，参照周禹载的《伤寒论二注》以及程郊倩的《后条辨》而成，主要是对《尚论篇》的订证。另著有《一源必彻》、《四证须详》、《杂证条律》、《女科宜今》等皆多散佚。门人许栽继其术。

沈金鳌(1717—1776)

清代医学家。字芊绿，号汲门，晚号尊生老人，江苏无锡人。少举孝廉，师孙庆曾，与叶天士同门，又从华希闵、秦蕙田、顾栋高等人学习，博览典籍，工诗文，著有《尚书随笔》等。同时好方书，详究医理。大约40岁以后，专攻医学，遍览仲景以后的诸家著述，取其所长，集自己平

日学验，互相参证，先后撰成《脉象统类》1卷、《诸脉主病诗》1卷、《杂病源流犀烛》30卷、《伤寒论纲目》18卷、《妇科玉尺》6卷、《幼科释谜》6卷、《要药分剂》10卷，共计7种，72卷，总称之为《沈氏尊生书》。沈氏认为人命至重，非同寻常，医家必知其重而后能予以尊重，故名以"尊生"。该书包括药物、脉象、伤寒、杂病、妇科、小儿科等内容，论述精辟，编述有序，流传广，为后世医家所遵循。

赵学敏（约1719—1805）

清代医家。字恕轩，号依吉，浙江钱塘（今杭州）人。父亲曾任福建永春、龙溪等地盐吏等职。幼读经书，尤嗜好医学，常夜读家藏医籍，除在自家药圃观察药物外，并曾到各地求访民间医药。撰有《医林集腋》、《养素园传便方》、《祝由录验》、《囊露集》、《本草话》、《串雅》、《花药小名录》、《升降秘要》、《摄生闲览》、《药性元解》、《奇药备考》、《本草纲目拾遗》，合称《利济十二种》，其中除《串雅》和《本草纲目拾遗》外，均佚。《串雅》（1759）分内、外两篇，为根据走方医赵柏云的医疗经验，结合个人多年搜集的民间医药资料所成，意在使民间医药步入"大雅之堂"把走方医（铃医）的经验概括为贱、验、便等特点，并包括多种民间药物和疗法，《内篇》中辑方427种，筛选认真，注重疗效，为中国少有的反映民间医药的专书。《本草纲目拾遗》（1765）主在补《本草纲目》之遗阙，参考有关文献280余，经书340余，采访多人，结合实地采访观察所成，其中收《本草纲目》所未载或载而有阙误药物921种，包括外国传入的药物如金鸡纳、胖大海、各种药露"刀创水"（碘酒）、鼻冲水（氨水）等等，以及民间药物。对《本草纲目》的记述有不少纠正，为中国继《本草纲目》之后的一部有价值的本草著述。博览群书，广采众长，深入实践，注重观察，尤重民间经验，是赵学敏治学成功的重要因素。

魏玉璜（约1723—1778）

清代医家。字之琇，号柳州，浙江杭州人。世医出身，自幼丧父，家道清贫，刻苦自学，年轻时曾靠书画资助生活，20岁入典肆掌理帐务，夜间苦读，为避免影响同伴，踡跼坐帐中，拥被钻研医书，油尽为止。年30余，于医学已有心得，40余辞离典肆，悬壶行医，兼资以书画为生，有余则购买书籍，并与当时诗人胡沧来等相唱和。晚年辑《续名医类案》（1770）一书，采摭广博，内容丰富，包括医林名家、杂著、本草等，上及经史，下及稗官小说，以及方志、补辑历代名医治案，增录当代各家医案，内容涉及各科，急性传染病方面尤为丰富，可称集古今医案之大成。惜书未定稿而殁，后经杨照藜、王士雄、吕大纲、凌加六等合资刊行。另有未定遗稿《柳州医话》一书，由王士雄辑行，颇有个人心得见解。

郑梅涧（约1727—1787）

清喉科医学家。名宏纲，字纪元，梅涧乃其号，又号雪萼山人，安徽歙县人。父郑于丰，得闽人黄明生所授喉科秘书，遂精喉科，后代也多以喉科名世。因他的居所名"南园"，人称南园喉科。梅涧自幼得家传，精于治喉症，常救危起死，求治者盈门。他认为"白喉"一症，"发于肺肾本质不足者，或遇燥气流行，或多服辛烈之物，感触而发"。所以治疗时重视养阴清肺，创喉症名方"养阴清肺汤"。对喉症针灸治法也有心得，亦有专论。乾隆间经友人方成培整理后，撰成《重楼玉钥》2卷（或析为4卷）。该书详析喉风证治，内服、外治兼施（见"重楼玉钥"条）。其堂弟郑宏绩，为喉科名医，因居西园，其后裔业医者，人称西园喉科。子郑承瀚，字若溪，一字枢扶，亦有医名。除精喉科以外，兼擅幼科、痘科及针灸等科。参与整理其父梅涧医书，对喉科"白腐证"，按虚燥论治，补《重楼玉钥》之未备。郑氏后裔以喉科擅名者甚多，成为中医喉科重要的学术流派，影响很大。

陈复正（约1736—1795）

清代医家及道士。字飞霞，惠州府（今广东惠阳县）人。少时学易象、程朱之说，后曾在罗浮山修道。因自幼禀亏多病，乃留心医术，对《内经》、《神农本草经》等古典医籍，十分推崇，曾"瓢笠云游"，行医40余载，救危济贫，对儿科尤为所长。以前人论述为基础，搜集当世民间验方，结合个人经验，编成《幼幼集成》（1750），对儿科诸证，论述较详，且简明易懂，重视辨证论治，并对儿科证治的一些理论问题，提出个人见解，指出时医流弊，如小儿发热，不细察病源，统归为"惊风"不妥，并对轻用金石镇坠药者深恶痛绝。在治疗上重视培植小儿正气和保护脾胃生生之气，指出时人误信一般称"小儿为纯阳之体"之说，滥用寒凉，损伤小儿脾胃之贻害。书中记述不少验方，如鸦胆子治冷痢久痢等。并借用各种适宜小儿体质的外治法，如刮痧、引痰、针挑、按摩、热敷、贴药、艾火灸、磁锋砭法等，并采取敷、搽、涂、吹、密导等简便效捷的方法对儿科疗法做了很好的总结。对小儿指纹诊断概括为"沉浮分表里"。

余霖（18世纪）

清代医家。字师愚，江苏常州人。少业儒，攻科举，屡试不第，遂改攻医，博览医书，乾隆中（1736—1753）旅居安徽桐城。因父染时疫，为群医所误，见时医所用不外伤寒之剂，因研读本草，知石膏性寒，有解肌表热胃热、泻实热之功，乃恍然大悟，试用石膏重剂治疗瘟疫，取得良效。其后在京师用石膏治疗温疫，活人甚多，积多年临证

经验，著《疫疹一得》(1785)，重点论述疫疹证治，对温病学有一定贡献，为清代温病学派有影响的医家之一，创用"清瘟败毒饮"等方剂，至今仍有临证价值。

陈修园(1753—1823)

清代医学家。名念祖，字良有，号慎修，福建长乐(今福建长乐县)人。幼年丧父，随祖父习文学医，20岁补诸生，或为人诊疗疾病。中举后应试入京寓居，因治愈朝臣的中风瘫痪而名震京师，就诊者门庭若市。不久又返回原籍，治学兼行医。陈氏著述很多，有《神农本草经读》、《医学三字经》、《时方妙用》、《时方歌括》、《景岳新方砭》、《女科要旨》、《医学实在易》、《医学从众录》、《金匮要略浅注》、《金匮方歌括》、《伤寒论浅注》、《长沙方歌括》、《灵枢素问节要浅注》、《伤寒医诀串解》、《伤寒真方歌诀》、《十药神书注解》、《医学金针》等。后人将之辑成《陈修园医书十七种》，这些著作内容广泛，涉及中医基础理论和临床各科，文笔流畅，深入浅出，易于理解，深受学医者的欢迎。另有《陈修园医书》21种、48种、70种、72种很多种刊本，系书商将其书与他人医著合刊而成，学术经验也能兼采其长，但偏激与泥古的倾向也较明显，陈氏对医学的最大贡献，莫过于医学教育和医学普及。他晚年退居乡里，仍致力于医，曾在嵩山井山堂讲授医学，学生不少，一直到他临终前，仍以口授弟子，修改医稿。其子元豹、元犀，其孙心典、心兰，皆为名医，并且在琉球、越南等国也有一定的影响。

吴瑭(1758—1836)

清代医学家。字鞠通，江苏淮阴人。年轻时习儒，19岁因父亲病故，哀痛欲绝，于是立志以医为业。4年后，其侄又病温，遍请时医治疗不效，最后发黄而死。当时吴氏因初学医术，对温病也不得要领。3年后在京师检校四库全书，得览吴又可《温疫论》，深受启发，经过十年时间的临床和理论钻研，对温病颇有心得。他在学术上师承张仲景、叶天士，处方用药无门户之见，对经方、时方均能灵活运用，嘉庆三年(1798)，《温病条辨》初成，共7卷，该书采辑历代名医著述，间附己意以及考验，仿《伤寒论》写作法，文简易记，所有议论均分别注在各条之下，防止后人妄注而失本义。此书分三焦辨证论治，对温病学说的发展发挥了巨大的作用。后人称吴瑭"上为吴又可之诤臣，下导王孟英之先路"。吴氏对妇科、儿科证治亦颇有心得，曾著《解产难》(一名《胎产要旨》)、《解儿难》各1卷，附于《温病条辨》之末(亦有单行本)。其医案手稿经金月笙分类编次，分为5卷，题书为《淮阴吴鞠通先生医案》(简称《吴氏医案》)。又著有《医医病书》2卷(1798)。吴氏治学审慎，精益求精，认为"学医不精不若不学医"。他在温病诊治上有所收获时曾说："诸贤如木工钻眼，已至九分，瑭特透此一分，作圆满会耳。"他临证时，虽遇危证，不避嫌怨，尽力赴救，向为后世称道。

章楠(18、19世纪间)

清代医学家。字虚谷，浙江会稽人。因幼年多病而专究医学，读医家著述，颇受叶天士医案影响，并曾到广东、苏州、河北等地求师。撰有《医门棒喝》4卷(1825)，意在"阐明医理，评论诸家之流弊，以警后世"而故名。临证部分主以叶天士、薛生白温病说为基础，尤其推崇叶天士之说。他于温病的阐述，对王孟英编纂的《温热经纬》一书影响较大。在医学理论上，推崇张仲景辨证论治理论，对张景岳之说多所抨击，有一定见地。另有《伤寒论本旨》，强调伤寒与温病之不同，对六经、六气等概念，有所阐发，但也有不尽全面之处，如把温病机械地按四时分类，并有单从字面上推敲之弊。

曹仁伯(1767—1834)

清代医学家。字存心，号乐山，江苏常熟人。其父振业为当地名医。仁伯幼承家训，20岁时从学于吴郡名医薛性天，常废寝忘餐，苦学不倦。对师藏医籍，无不熟读，积十余年，尽得师传。且能融合诸家所长，自成家法，于是悬壶苏州，治病每奏奇效，求诊者甚众。曹氏处方用药严谨，每临疑难大症，苦思冥索，力求万全，即使微恙小病也一丝不苟。道光五年(1825)诊治一老妪呕血之病，用药一剂，果预期而愈，医名大震。曹氏诊务繁忙，从学者众多，积累诊案亦丰。吴元善录其诊案，集为《延陵弟子纪要》(一名《乐山先生遗案》)。1824年琉球有使节来华，闻曹氏之盛名，派吕风仪随曹氏学医3年，吕氏后将历年所遇疑难病证，贻书质疑，曹氏予以逐条分析解惑，此即《琉球百问》(1824)，《琉球问答奇病论》等书之由来。曹氏的著作还有《继志堂医案》、《曹仁伯医案论》、《过庭录存》、《继志堂医续录》、《曹仁伯医话》、《曹仁伯医学笔记》等。柳宝诒评曹氏医案均"审证的确，用药精当，有以匙勘钥之妙。"子文澜、孙博泉，均继其医术。

王清任(1768—1831)

清代医学家。字勋臣，河北省玉田县人。曾为武庠生，纳粟得千总衔，性磊落，精岐黄术，名噪京师。他20岁左右接触医学，后在北京城内行医，开设药铺名"知一堂"。主要活动于滦州(今河北唐山一带)、奉天(今沈阳)等地。他强调"业医诊病，当先明脏腑"对古书关于脏腑的记述持怀疑态度，故力图亲见人体脏腑。30岁时，在滦州稻地镇有机会亲自观察疫死小儿尸体30余具；后又三次去刑场，观察刑余犯人尸体，并用动物解剖，加以参证。为弄清"膈膜"一物，还走访曾镇守哈密的领兵恒某。

先后历 42 年，终将所了解到的人体内脏绘成图形，连同其他有关论述，一并写成《医林改错》一书。王清任通过自己的观察，确有一些新的发现，如关于主要动静脉的位置、形状和分布，包括左右颈动脉、主动脉、肠系膜上下动脉、左右髂总动脉、左右肾动脉、锁骨下动脉、下腔静脉等等。但限于条件，他的记述也有些错误，如认为"卫总管"（动脉）含气，心无血等等。

王清任在医学理论和临床方面的特点是强调和重视气血，关于"血瘀"，则认为与气虚密切相关，所谓"元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀"。他依据气有虚实，血有亏瘀的理论，结合临证经验，总结出 60 种气虚症，50 种血瘀症。在治疗方面主张补气与活血逐瘀相结合。自创了许多补气、逐瘀方。补气方中，多重用黄芪，配以活血之药。并根据瘀血的部位创制了通窍活血汤、膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤等逐瘀方剂。他倡用的补气活血逐瘀的原则，为后世医家沿用和化裁，确有疗效。王清任的独创精神，还表现在其他方面，如对脑的功能的论述，主张灵机记性不在心而在脑，认为耳、目、鼻、舌等的功能，都与脑有关，并援引了李时珍、金正希、汪讱庵等关于脑的论述。他还否定了前人所倡之天花系胎毒所致，"胎在子宫，分经轮养"等说法。王清任是中国医学史上一位具有实践和独创精神的医家。由于历史条件和个人知识上的限制，他的论述和实践都不免有片面和误谬之处。因之，历来对他的评价不尽一致，可称毁誉不同。例如，梁启超认为王清任"诚中国医界极大胆之革命论者"，而近人程祖培等则认为"《医林改错》，越改越错"。

林佩琴（18、19 世纪间）

清代医家。字云和，号羲桐，江苏丹阳人。嘉庆戊辰（1808）年举乡魁，喜读方书，精于医术。因感于其时行医者常治温疫以伤寒法，治血枯以通瘀法等，使轻者重，重者死，故力图矫正时弊，勤奋钻研医学数十年。平时虽未以医为业，然邻里之间，凡有羸童贫叟患病，求之必应，积累治验甚富。晚年乃采集各家之长，酌古用方，于 1839 年编撰成《类证治裁》8 卷（见"类证治裁"条）。强调治病首在识证与辨证，然后选择治法和方药，方能体贴病情而奏效。其书皆宗经立论，取材审慎，并附其验案以作参考，所以对后学在辨识病证，运用治法方面颇有帮助。于 1851 年付印，因兵燹板毁于火。其子芝本，虽未从其习医，然有人来求医者，循是书成法以求，所投辄效，并于 1884 年将此书重梓传世。

吴其濬（1789—1847）

清代官吏、植物学家。字瀹斋，别号"雩娄农"（即固始的农人），河南固始人。初以举人纳赀为内阁中书，后历任翰林院修撰，湖北、江西学政，兵部侍郎及湖南、湖北、云南、贵州、福建、山西等省巡抚和湖广、云贵总督等职。吴氏对植物学有浓厚兴趣，对历代本草深有研究。他走遍了大半个中国，广泛访问调查，并组织人力采集植物标本，绘制成图。他参考文献 800 余种，历时七载，完成《植物名实图考长编》及《植物名实图考》巨著。陆应谷在书中序文称："瀹斋先生具希世才，宦迹半天下，独有见于兹，而思以愈民之瘼，所读四部书，苟有涉于水陆草木者，靡不剬而辑之，名曰长编，然后乃出其生平所耳治目验者，以印证古今，辨其形色，别其性味，看详论定，摹绘成书，此《植物名实图考》所由包孕万有，独出冠时，为本草特开生面也……。"书中着重研究药用植物基原，对药品同名异物，异物同名进行了考证，纠正了一些本草学家的错误。所载植物图，绝大部分描绘精美、细致逼真，对植物分类学有重要参考价值。

吴氏具有严谨的实事求是的治学态度和朴素唯物主义的观点，他不墨守成规，厚古非今，认为天地生物，日出不穷，不能固定地看问题。他不仅尊重历代学者的经验，同时也重视劳动群众的知识，善于向劳动人民学习，认为对植物的认识，劳动人民优于士大夫阶层。在其著作中有许多材料是来自草医、牧童和农民的。他重视实践，在编著《植物名实图考》的过程中，深入山区采集，进行广泛细致的观察，访问药农，并亲自尝试草药毒味。吴氏这种实事求是，严谨认真的治学精神，在当时高官贵族中殊非多见。吴其濬在他任职期间，反对滥施刑律，提倡法制，严捕烟贩，洁己奉公，时称其清勤。由于他积极镇压白莲教起义，扼杀湖南农民阻米出境的正义斗争，颇受满清王朝的重用和赏识，维护了清王朝的封建统治。然而其所著《植物名实图考》确对中国植物学及本草学作出过重要贡献。

杨时泰（18、19 世纪间）

清代药学家。武进（今属江苏）人。字贞颐。嘉庆己卯（1819）年举人，道光六年（1826）任山东莘县知县，卒于任。医学宗明代周慎斋。曾得刘若金所撰《本草述》，深为喜爱。以此为蓝本，加以删订，于 1833 年编成《本草述钩元》32 卷，由门人伍拘刊行（1842）。刘氏原书善于用五行制化阴阳升降之理，从药物与脏腑经络的相互关系上分析药性效能及其机制。杨氏在此基础上削其冗杂，畅其词理，将篇幅大大压缩，使得辞旨较为显豁。

费伯雄（18、19 世纪间）

清代医学家。字晋卿，江苏武进人。居孟河（武进西北），五世业医。少年时习举子业，无所成，遂孑然舍儒从医，究心于《灵枢》、《素问》诸书，遍览张仲景以下诸家名医著述，医术日精。咸丰、同治年间以擅治杂证而享名远

近。求诊患者接踵而来,使他的住地成为繁盛之区。费氏在治疗上,认为常病多,奇疾少。治当戒偏戒杂,宜采用"和法"、"缓治"。这与秦代良医以"和缓"命名,在某种意义上也是相通的。他说:"天下无神奇之法,只有平淡之极乃为神奇,否则眩异标新,用违其度,欲求近效,反速危亡,不和不缓故也。"他认为李东垣补阳、朱丹溪滋阴,开两大法门。但升麻、柴胡、知母、黄柏却不是可以常用的药物,建议后人"但师其温补脾胃及壮水养阴之法可也",却不取含以上四药的方剂。在以上学术思想指导下,费氏自制了许多平和的新方,且十分重视食物疗法。道光年间,曾两次应召入宫廷治病。第一次治道光皇太后肺痈有效,获赐匾额曰"是活国手"。第二次治道光皇帝失音获愈,获赐联一幅:"著手成春,万家生佛;婆心济世,一路福星"。医学著作中以《医醇》为其力作,自谓"一生精力尽在《医醇》一书"。书中记录了费氏数十年业医心得,立意执简驭繁,补偏救弊,使"后学一归醇正"。原书24卷,分为6门。以察脉、辨证、施治为三大纲领。施治之下又分理(医理)、法(治法)、意("化裁通变,则又须得法外意也")三层。咸丰年间(约1852),此书坊刻定本及家藏副本尽毁于战火。费氏避难异地;又"因左足病废,艰于步履,坐卧一室,益复无聊",遂追忆《医醇》内容,随笔录出,所得不及原书十分二三,改题书名为《医醇賸义》4卷,同治二年(1863)成书,后人将此书卷一中的脉学内容另成一帙,名《晋卿脉法》。又撰《医方论》,据汪昂《医方集解》所列方剂,逐方予以评述。另有《怪疾奇方》(1865,刊行)及费氏批注的《医学心悟》等书存世。其医学著作详于杂病,略于伤寒。以擅长治杂症享盛名数十年。《清史稿》评说:"清末江南诸医,以伯雄为最著。"费氏不惟精医,且能书善画,并工诗词,有诗文传世(《费氏全集》录《留云山馆文钞》、《留云山馆诗抄》)。年80而卒。子费应兰,孙费荣祖(哲甫)、费承祖(绳甫)、费绍祖均传家学。孟河费氏作为一医学世家蜚声近代医坛。

王旭高(约1798—1862)

清代医家。字泰林,江苏无锡人。幼从舅父高锦庭学医,先以疡科闻名,后专攻内科,上承《内》、《难》、仲景之说,旁参其后诸家之论,临证善于化裁古方,对于肝病的证治,尤所擅长。总结清以前诸家治肝病的经验,提出"治肝三十法",多为其后医家所遵循。著有《西溪书屋夜话录》(残缺,仅存《肝病证治》一篇),后世将其与《退思集类方歌注》、《医方证治汇编歌括》、《医方歌括》、《医方歌诀》及《薛氏湿热论歌诀》,合刊为《王旭高医书六种》。另有《环溪草堂医案》3卷(收入《柳选四家医案》)。又著《医学刍言》,乃博览诸家论著,由繁返约,载述温热诸证治法,兼及内、妇科杂证。王氏临证医案,由方耕霞辑成《王旭高医案》。

陆以湉(约1802—1865)

清代医家。字敬安,号定圃,浙江桐乡人。道光丙申(1836)进士,读书广博,凡民生物理、医药均有所涉及。35岁宦游武昌,38岁官杭州教谕。因弟及子均为时医误药而卒,遂专心钻研医学而工于医。代表作为《冷庐医话》(1858),涉及医理、医学源流、各家学说、临证经验,持理较为公允,中肯切要,有一定见识,如主张"学识必合乎理,求乎据",认为《宋史·庞安常传》中"隔腹针以起死回生"等记述,不足深信。但亦杂有迷信及因果报应思想及误信传闻之失。另著有《冷庐杂识》、《再续名医类案》等医籍。兄陆瀚,亦精医。

吴尚先(1806—1886)

清代医学家。名樽,又名安业,字师机,又字杖仙,别号潜玉居士,浙江钱塘(今杭州)人。道光十四年(1834)考中举人,后弃儒学医。在较长期的民间生活和医疗实践中,吴氏看到广大贫苦人民缺医少药,或被误治、或不能服药而死于非命者很多。他不忍坐视,遂专致于外治法。采用简单易行而确有效验的敷、熨、熏、浸、洗、罨、抹、坐、嚏、嗃、缚、刮痧、火罐、推拿、针灸和水疗、蜡疗、泥疗、发泡、填塞等疗法,治疗常见的内、外、伤、妇、儿、五官等科的多种疾患和一些疑难病症,每获良效。在使用膏药和治疗内科病方面尤为突出。每日常诊治一二百病人,甚至三四百病人,随到随治,不以时限,人咸乐其便。特别在当时,他开设存济药局以利民、倡导外治法开拓中医治疗学的领域,吸收近代西医学的科学知识,采用"蒙古名医秘方"、"苗人秘方"等少数民族医学知识以丰富治疗学内容,难能可贵,别具一格。他的医疗学术经验著述,经多次修改、补充,以骈体文写成,又取"医者理也,理者意也。药者瀹也,瀹者养也"之义,定名为《理瀹骈文》,1870年刊行,遂即在大江南北产生了很大的影响,其子孙继承家学,也以医名。

王士雄(1808—约1868)

清末著名医家。字孟英,号梦隐,别号半痴山人,随息居士,堂号潜斋、归砚。祖籍浙江海宁,迁居钱塘(今杭州)。曾祖王学权精于医,曾撰《医学随笔》;祖父及父亲皆业医。士雄自幼失怙,历经贫困,20余岁时至婺州(今金华)佐理盐业为生,利用余暇钻研医书,后游于江浙等地,以医为业。道光十七年(1837)江浙霍乱流行,王氏救治危重病者颇多,后撰《霍乱论》(1938,刊行,晚年增订为《随息斋霍乱论》)。其时,叶天士、吴鞠通诸家温病学说盛行于世,坊间有关论著刊刻颇多,王氏吸取前贤经验,在医疗实践中摸索出一套独特的治疗方药,并着手系统

整理温病学理论体系，著《温热经纬》(1852，撰)，为中国温病学重要著述之一，乃采内经、伤寒之理为经，取叶桂、薛雪诸家之说为纬，结合自身实践经验而成，其中明确提出"新感"、"伏邪"两大辨证纲领，重视审同察异，灵活施治，充实并发挥了温病的发病机制和辨证施治理论，注意到发病季节、流行与饮食、水源等因素，以及卫生预防。又纂《随息居饮食谱》1卷，为清代营养学名著。另有《归砚录》、《王氏医案》等书，均颇富临证经验，主张四诊合参，洞察病之本源"勿徒遏其流"(《归砚录》卷四)，"不惑外显之假象"(《王氏医案》卷一)；处方治疗则主张"贵于用药之恰当病情而取舍得宜"(《王氏医案续编》卷二)，视症之危急轻缓，病体之虚实，或投重剂，或以轻灵取胜，驱邪而不伤正。他还参注和编撰有《女科辑要》、《四科简效方》，其著作多收入《潜斋医学丛书》。他对当时传入的西方解剖生理学持开明态度，对一概拒绝西说，认为中、西脏腑不同的谬说持以批判态度。

陆懋修(1818—1886)

清代医家。字九芝，又名勉旃，号江左下工，又号林屋山人，江苏元和(今江苏吴县)人。先世以儒显，皆通医。懋修初为诸生，世家学以文学著名，中年后肆力于医。咸丰(1851—1861)中转徙上海，以医名。晚年其子登第，就养京邸，乃定居北京。一生博览群书，至老著述不倦。1866年，撰成《世补斋医书》，包括6种，33卷，刊于1884年。对清代医家著述上的抄袭之风和医疗思想多所评述，其中虽有中肯之处，也有偏执之见。如陆氏推崇仲景之学，提出温病即包括在伤寒中的观点。且认为"温邪上受，首先犯肺，逆传心包"一语乃"误以胃热为肺热，由于不识阳明病"之故，这对沟通伤寒、温病学说有所补益；其论述之运气、《内经》、《难经》、妇科等内容，亦多为后世医家所重视。然其认为"治温病法不出《伤寒论》之外"，否定了温病三焦辨证，表现了其明显的保守倾向；其认为王清任之亲见脏腑，是教人在杀人场上学医道，亦属偏激之词。此外陆氏校订医书有4种，25卷，由其子陆润庠刊于1910年，称《世补斋医书》续集。

朱沛文(19世纪)

清代医家。字少廉，又字绍溪，广东南海人。出身医生家庭，自幼随父学医，父殁后家境清寒，刻苦读书，后亦业医。曾广读古今中医书籍及当时翻译之西医书籍，并亲到西医院内观察尸体解剖。通过临证实践20余年，对中西医汇通提出见解，为中国近代中西医汇通派中有见解的代表人物之一。撰有《华洋脏象约纂》(1892，又名《中西脏腑图象合纂》)，认为中西医"各有是非，不能偏生；有宜从华者，有宜从洋者"，中医"精于穷理，而拙于格物"，但"信理太过，而或涉于虚"；西医"长于格物，而短于穷理"，但又"逐物太过，而或涉于固"。主张汇通中西以临床验证为标准求同存异，"应通其可通，而并存其互异"。为医强调了解人体脏腑，认为"医治人身之道，非可空谈名理，若不察脏腑官骸之体用，但举寒热虚实之概，谬与温凉补泻之方，而能愈人之疾者，鲜矣"。书中附西洋解剖图百余幅，并试图以西方解剖生理阐述和印证中医理论，认为以西方解剖生理验证《内经》等古典医理，可使经义更加彰著，并对前人如程式、王宏翰、王清任所记述脏腑之差错，有所纠正。对于古代医学著述及医家的认识，较为中肯，指出《内经》、《难经》、《伤寒论》等古典文献为中医之渊源，而对宋元以后诸家亦加以肯定。平时治学，强调读书与临证相结合，主张读书以"培其根底"，临证以"增其阅历"，提出学医要"溯医源、参证候、习方药、研脉法"。

马培之(1820—1898)

清代医学家。字文植，江苏武进孟河镇人，擅长内外喉诸科，为孟河学派的代表之一。马氏初随祖父省三学医十余年，尽得家传。清咸丰、同治(1851—1874)与薛福辰、李德元等以医名噪京师。光绪六年(1880)经苏州巡抚推荐赴京为慈禧太后治病而效，慈禧赐其"福"、"务求精要"二匾，从此医名益盛，人称"马徵君"。因不屑于仕途，旋回。寓居苏州行医，并传授医术。其门人中以医名者甚多，其在苏州的故址，今仍称之为"马医科巷"。马氏重视辨证审因，用药平和而严谨。其著有《外科传薪集》1卷、《验方新编》、《马培之先生医案》、《医略存真》、《马氏医论》等，并评述《急救百病济世回生良方》及《外科证治全生集》。其立论公允切当，显示了马氏在外科学方面的深厚功底。继承马氏学术经验而有名者有丁甘仁、贺季衡、邓星伯、马伯藩等。

雷少逸(19世纪)

清代医学家。名丰。浙江三衢(今衢州)人。父逸仙，清道光、咸丰年间名医。少逸自幼从父习医，研读诸家医书，在时病治疗上颇具心得，以为四时杂病少而时病多，而历代前贤论时病之书又甚少，提出了"为时医必识时令，因时令必知时病，治时病而用时方"的观点，将《内经》中所论时病内容作为辨证纲领，同时再列四时、六气之病，按患者体质之差异，详述时病发生之常与变，结合新邪、伏气之不同而用散、补之法。有《时病论》(1882)，方药、验案详备，具有实用性强的特点，故被后世医者推崇为时病大家。其子大震，继父业，亦有医名。

莫枚士(19世纪)

清代文字学家、中医学家。名文泉，号苕川迂叟，浙

江归安(今吴兴)人。早年研习训诂之学,咸丰末年(1861)避乱上海,见时疫流行,病死者很多,才改习医学。莫氏论医常取儒学之法,根据小学(语言文字之学)来读解医经。对《伤寒论》、《金匮要略》等古典医著颇有心得,先后校注了这两部仲景医书。又撰《经方释例》4卷(1884)、《神农本草经校注》3卷(1900),体现了他的"治病在于处方,处方在于遣药"的主张。同治十年(1871),莫氏集其医论150余篇,编为《研经言》4卷。该书重在以经解经,辨析前人之误。他认为"致知在格物,书亦物也"。故致力于订正前人书中之谬。例如他根据《说文》区分疝、癞两病;据《玉篇》辨析癫、痫的不同。他考证"邪哭"就是"风痫","痠削"即为"痠消","龙咬"乃是"蚘咬"等,颇多新见。其代表作《研经言》深得医林赞许。

陈莲舫(1840—1919)

清末医家。名秉钧,别署庸叟,又号乐余老人,青浦(今属上海市)人。世代业医,至莲舫已历19世,其祖父陈焘,父陈垣,皆工医。莲舫少从祖父学医,兼习儒术,业至廪生。以医术闻名遐迩,熟谙经方,洞晓脉理,内外科皆精。悬壶于青浦珠溪镇(今朱家角镇),四方求诊者毕至。其弟陈眷舫悬壶于上海,亦有医名。光绪二十四年(1898),德宗病虚劳,屡药不效,宫保盛杏荪举荐陈氏人京应诊。陈氏所处方药平实允当,比较符合皇帝的心意,所以十年之内五进京城。在和马培之共同治疗慈禧太后疾病的过程中,交往甚洽,互相交流治疗经验。后光绪帝病渐起,敕封陈莲舫为三品刑部荣禄大夫。陈氏博学精思,推崇仲景之说。对杂病则宗李东垣,注意顾护胃气。为人朴实,不喜炫耀。所用处方之上有"庸工"印,后易"十九世医陈"。戊戌之后改用"戊戌徵士",取应召不禄之意。光绪三十年(1908)后行医于上海,历任上海广仁堂医务总裁及各善堂施诊所董事,从其学者甚众。著有《女科秘诀大全》(1909),汇萃前人论说,备述妇女病原;《加批时病论》(1909),系取雷丰的《时病论》批注以供课徒。序称"泥古而不能通今者,迂儒也;守常而不能济变者,庸医也",表达了他对医学的一些主张。另有《医学启悟》、《陈莲舫先生医案》、《御医请脉评志》等多种著作行世。《清代名医医案精华》中收有陈氏医案29则。子、孙亦多继其业。

柳宝诒(1842—1901)

清末医家。字谷孙,名冠群。澄江(今江苏江阴县)人。通览《内经》、《难经》、《伤寒论》及历代医学名著,尤以治温热病为长,于温病辨证,主张辨六经形证,对吴鞠通的三焦辨证持不同看法。光绪十二年(1886)任正红旗官学教习,兼悬壶于京师,士大夫因病求治,应手回春,名噪于时。后归隐于乡,行医之余,著书授徒,弟子盈百,名振江浙。曾创立"致和堂"药店,与药事人员切磋药理。著医书12种,其中尤以《柳选四家医案》为医人称颂。此书囊括尤在泾《静香楼医案》、曹仁伯《继志堂医案》、王旭高《环溪草堂医案》、张仲华《爱庐医案》,取材严谨,按语精辟切要。另有《温热逢源》、《柳宝诒医案》刊刻于世。其《惜余小舍医学丛书》中的《素问说意》、《惜余医话》等仅存抄本。

张乃修(1844—1905)

清末医家。字聿青,又字莲葆。江苏常熟人,徙居无锡。父张甫崖有医名。乃修年轻时习儒,兼学医。必察脉定方,必侍侧留心。曾随父为太平军治病。后父病不起,遂屏弃举业,专意攻医。张氏之学以仲景《金匮玉函》为宗,而别取刘李朱薛诸家论著。旅沪10余年,救治奇难症甚多。著有《张聿青医案》20卷(又名《医论治案》),刊刻于世。又有《如梦录》一篇,记其行止。他辨病识症每有独到见解,不株守一家言。曾说:"治病之要在乎辨证,辨证之道,求其精确。"如王孟英论霍乱热症多,寒症不过十中一二。而张氏根据同治初年在常熟梅里镇一带躬亲治验及三十年阅历,认为本病于未病之前先有火象之说殊难为信,从而提出初起不问寒热,概用芳开的治疗方法。芳开后再随所见之寒热对症用药。善用膏丸方。从学者甚多,知名的有吴文涵、萧蜕、邵正蒙等。

余景和(1847—1907)

清末医家。字听鸿,江苏宜兴人。伯祖葆葉,堂伯麓泉(名成椿)为当地名医。景和曾跟随麓泉学医。后因战乱避居孟河,入曹秋霞天宝堂药肆习业,并得当地名医费兰泉悉心传授。在孟河20余年,光绪初迁往常熟。余氏医术高超,尤重医德,所到之处深得患者崇信。著有《余注伤寒论翼》4卷(1893)、《外证医案汇编》4卷(1894),及《余听鸿医案》1卷(1906)。他治病遵照古人成法加以变化,主张将古方治今病当如拆旧屋造新屋,不能一成不变。如治瘰从干湿两字着眼,而看干湿在肉之削与不削,肌肤之枯润。治水肿则从其师费兰泉,用济生肾气开渠泄水胜于单纯崇土筑堤,即严用和"补脾不如补肾"之意。对于妇产科,他反对拘泥于"胎前忌热,产后忌凉;胎前忌泄,产后忌补"的旧论。对于外科,则建议外科医生要熟悉脉息方药,内科医生也要学习内痈刀针手法。这样,当遇到内外兼症时,医生可以始终调治,患者从而受益。余姚胡虞祥得其传。次子振基(幼鸿),三子振元(继鸿)均业医。继鸿且为丁甘仁门人。

唐宗海(1851—1908)

清末医学家。字容川,四川彭县人。光绪己丑

(1889)进士，少时因父多病而留心医学。他对气血说，颇为重视，对于气血的相互关系和各种血证的辨治，有相当的发挥。主张气统阴血，治血必调气，使气不为血之病，而为血之用。其治血之大法，均强调治气，有止血、消瘀、宁血、补血等法。其临证则有气盛泻实，气虚补脾等原则，对血证的辨证施治，很有实际经验和心得。《血证论》(1884)为其代表作。清末西医大量输入中国，时人反响不一，唐氏从维护中医的愿望出发，试图进行中西汇通，力图证明中医并非不科学，为中国中西汇通派代表人物之一。著有《中西汇通医经精义》(初名《中西医刊》)(1892)。他认为西医长于"形迹"，中医长于"气化"，中西医各有短长，主张"损益乎古今"，"参酌乎中外"，并试图用西医解剖、生理等知识印证中医理论。另著有《本草问答》(1893)、《金匮要略浅注补正》(1894)、《伤寒论浅注补正》(1894)。唐氏著作合刊为《中西汇通医书五种》。还有《医学一见能》等著作。

张锡纯(1860—1933)

近代医学家。字寿甫，河北盐山县人。幼时读经书，习举子业，两次攻考科举落第。父通医，遵父嘱而学医。自谓30岁以后读西医，颇喜其讲解新异，多出中医之外。后又10余年，于医学研究功深，乃知西医新异之理，多包括在中医之中。为学力图沟通中西医，为中国近代中西医汇通派的主要代表人物之一。张氏于辛亥后曾任德州驻军军医正。1918年在沈阳创办立达中医医院，任院长。该院为中国近代第一所中医式医院。1928年定居天津，并办国医函授学校。代表著作《衷中参西录》(1918)为其一生治学临证经验和心得之汇集。

张氏逢西学涌入中国之时，时代的影响，使他致力沟通中西医学，认为"沟通中西原非难事"，主张以中医为主体，取西医之长，补中医之短，所谓"欲求医学登峰造极，诚非沟通中西医不可"。师古而不泥古，参西而不背中，为其沟通中西医之主导思想。他的汇通，不免有牵强附会之处，这是历史条件的局限，是可以理解的。在临证上，他讲究细致的观察和记述病情，建立了完整的病历，其主要特点并不在于他曾大胆尝试中西药并用，而在于注重实际，勇于探索，在可能的条件下，通过自身的体会去追求知识，并独创了许多新的方剂，其他如对石膏、生山药、代赭石等药的应用，均独具匠心，在医界享有盛名。他对于中医理论，亦有独到体会和论述，如脾胃的论治，主张脾阳与胃阴并重，升肝脾与降胆胃兼施，补养与开破相结合，如对脱症，主张病机在肝，治疗不仅发展了升补肝气、大气的补气固脱法，而且重视酸敛。又如对大气下陷证中的喘、寒饮结胸、气郁、中气下陷等证的鉴别诊断等等，均有独特体会。此外，他还注重食治。

何廉臣(1861—1929)

近代医家。名炳元，号印岩，浙江绍兴人。晚清诸生，家世业医。自幼从其祖秀山读经习医，并曾随沈兰坨等前辈深造，后至樊开周处临诊实习，深得其传。壮年行医苏州、上海，每遇高手辄相切磋。旋归绍兴执业。行医50年，一生诊务繁忙，医名远扬。其时西洋医学大量输入，中医事业面临严重挑战。何氏参与近代较早的中医团体组织工作，历任绍兴医学会会长、神州医药总会绍兴分会评议长，并主持《绍兴医药学报》编辑工作。何氏主张："欲保存中医国粹，必先办中医学校；欲办中医学校，必先编医学讲义。"倡议组织全国医界力量，参照西方，以科学体例编辑中医讲义。

何氏以善治时病著称，对叶天士(号香岩)学说颇为推崇，为印证叶香岩学说而自号印岩。因感叶氏学说尚有不完善之处，乃主张以六经辨寒热，商榷卫气营血学说。何氏整理校勘俞根初之《通俗伤寒论》，继承发展绍兴伤寒学派，世称之为"绍派伤寒之中坚"。晚年编纂《全国名医验案类编》，风行海内。一生勤于著述，主要著述有《重订感症宝筏》、《重订广温热论》、《湿温时疫治疗法》、《内经存真》、《新医宗必读》、《何氏医论》、《印岩医话》、《全体总论》等20余种。门人曹炳章为当代名医。

傅嬾园(1861—1931)

近代中医学家。名崇黻，字筐笙，又字本善，浙江绍兴人。曾为清季举人，官至教谕，后因清廷衰敝，乃弃儒从医。精内科，尤长于妇、儿科。傅氏为反对北洋政府取缔、扼杀中医的反动政策，曾撰"振兴中医中药之刍议"一文，呼吁创办医校，设立医院。他认为"学校为造就人才唯一之机关，国家之强弱，学术之进化，莫不唯教是赖"。为此，傅氏联络浙江中医药界人士，集资创办浙江中医专门学校。自任校长，编写讲义，亲自授课。教学中，注重医、教结合，使理论紧密联系实际。他又筹划资金，在杭州开设两处施医所。傅氏对中医人才培养倾注心血，他说："欲振兴中华医药，当先注重人才"；"人才愈众，则学术上研究则愈精。"他不仅对学生的学业严格要求，而且重视医德教育，以古今名医医德言行教诲学生。在中医学术上，傅氏为绍兴伤寒学派的中坚。傅氏遵从张仲景六经辨证之法，以六经辨时病；辨证重湿，施治主化，用药朴实稳健，注意邪有出路。其学术主张，至今仍有参考意义。

陈伯坛(1863—1938)

近代伤寒学家。字英畦，广东新会人。博览经史，尤通《周易》，笃好医学，擅长仲景之学。他自幼好学，年二

十一中秀才，三十一中举人，但他并不醉心科第功名，而以研讨张仲景之《伤寒论》、《金匮要略》之学，救治群众疾病为志。他上溯《内》、《难》，旁及诸家，于仲景之学致力尤深。主张对仲景学说要以经解经，读伤寒论与金匮要略合璧而观；强调阴阳为纲要；阐发三阴三阳气化学说等，颇多独特见解，治疗以运用经方为特点，但并不排斥时方和经方加减。清末，曾应聘于广东省陆军军医学堂，为中国医学总教习。1924年应广州医家吴味苑等之请，曾主办中医夜学馆，专授《伤寒论》，经多年的研究讲授，于1930年撰成《读过伤寒论》十八卷，《读过金匮要略》十九卷两书，对后学颇多影响。于同年举家迁居香港，创办伯坛中医专科学校，专授仲景之学。中华人民共和国成立后得弟子于彭泽民之荐由人民卫生出版社印行。其著作还有《麻痘蠡言》等。

丁泽周(1864—1926)

近代中医学家。字甘仁，江苏武进孟河镇人。为孟河学派的代表之一。丁氏早年拜马绍成、马培之为师，精心钻研马培之的内、外、喉三科，又择良师多人求教，造诣益深，遂精各科。始行医于无锡、苏州，后经孟河名医巢峻提携，在上海仁济堂坐堂行医，医名大振。于1915年起，曾联合夏应堂、谢观等人，在上海创办中医专门学校、女子中医专门学校，从学者甚多。又创广益中医院，常与在上海的名医汪莲石、余听鸿、唐容川、张聿青等人问业请益切磋医术，学习诸家所长。曾任上海市中医学会会长。晚年多有善举，常资助慈善机构。丁氏治疗外感热病，能将"伤寒"与"温病"学说融汇贯通，经方时方兼用。在内科杂症治疗上，能兼采金元以来各家之所长，尽力避免偏执。善用和胃健脾之剂和益气托毒、助阳托毒等方治外科病。精于喉科，行医数十年间，诊治烂喉痧痧不下万人。丁氏著述有：《药性辑要》、《脉学辑要》、《丸散膏丹国药配制法》、《休德堂丸散集》、《喉痧证治概要》、《丁甘仁医案》等。其次子仲英、长孙济万均承家学，继其祖业，故世有丁派之称。门人甚众，其中秦伯未、章次公、程门雪、黄文东等，皆为当代名医。

曹颖甫(1866—1937)

近代中医学家。名家达，字尹孚，号鹏南，晚署拙巢老人，江苏江阴人。精于儒理词章，早年曾举孝廉(举人)，后入南菁书院，曾从黄以周经学大师学习经学、医学，也曾以治经之法移而治医，对中医经典著作颇有研究。曹氏师承有自，遂精其学，诗文书画俱佳，尤擅长仲景之学。1927年行医上海，曾先后任上海慈善团体同仁辅元堂诊务。不久应丁甘仁先生之聘出任上海中医专门学校教务长，主持教务并讲授《伤寒》、《金匮》。曹氏早年即好读张志聪所注《伤寒论》，又在临床实践中体会到伤寒方的精妙，因此笃信经方。善用麻黄、桂枝，反对时方派滥用桑叶、菊花。但他也认识到麻黄、桂枝并不适用于某些热病，故在温病宜发汗时，常仿效黄坤载，使用紫背浮萍。曹氏坚持用经方治病40余年，疗效甚佳，成为近代有名的经方大家。他把学习经方，看成是掌握中医学术的基本功。著有《伤寒发微》、《金匮发微》、《经方实验录》、《曹颖甫医案》等。其中《金匮发微》系在同仁辅元堂施诊记录；《经方实验录》则是运用经方的经验，每多心得，学术价值颇高。日寇侵入江阴后，胁迫曹氏出任维持会会长，曹氏慷慨陈辞，当场死于刺刀之下，充分体现了他崇高的民族气节和爱国主义精神。曹氏对诗文书画皆有很深的造诣，著有《气听斋诗词集》、《梅花集》等书。学生章次公、姜佐景等，皆以善用经方著称。

金子久(1870—1921)

近代中医学家。名有恒，祖籍杭州，后迁居浙江德清县大麻市(今归桐乡县)，故世称大麻金子久。家为世医，幼承庭训，坚持自学，博览医书，随父临诊。20岁时，开始以医为业。1915年，金氏在上海行医，于沪南慈善会施诊。金氏平生诊务繁忙，免费为贫病者诊疗，常谓"救人如救火，越快越好，时间稍晚，易变大患"。他不论早晚寒暑，有求必应，不辞辛劳。在学术上，尤重脾肾，治病注重因人因时因地制宜，用药清灵，讲究炮炙，对脉学造诣颇深，能以脉象决断病之预后。在诊断结核病时，除用四诊外，还重视察看病人咽喉部，用手按摸病人的手掌心和臂部，来诊断病之重轻。金氏善治热性病，早期辛凉解表，使"风从表解，热从汗泄"。中期清热通腑，"清膈中无形之热，涤肠中有形之垢"。后期甘寒凉润，注意养津存液、恢复胃气，其疗效显著。金氏生前留下了大量医案，经编辑成书的有《问松堂医案》、《金子久医案》。部分验案被收辑于《清代名医医案精华》、《三三医书》中，其学术经验被收于《全国近代名医学术经验选编》中。金氏的学生计150余人，遍及江、浙、津、皖、粤等省市。

萧龙友(1870—1960)

近现代中医学家。原名方骏，四川三台县人。清拔贡，曾任山东淄川枣阳知县。少年学医，1904年开始诊病，尤长于治疗慢性虚弱症。四诊之中，极重问诊。曾称："余诊病，问最留意，反复询究，每能使病者尽吐其情。盖五方之风气不同，天之寒暑湿燥不定，地之肥瘠高下燥湿有别，禀赋强弱习惯各殊，而病之新旧浅深隐显变化，又各人一状……自非详问不能得其致病之由。"(见《整理中国医药学意见书》)1934年与孔伯华共同创办"北京国医学院"，历时15年，毕业学生达数百人，为祖国医学教育的发展贡献了一定力量。新中国成立后，历任第二届全国人民代表大会代表，中华医学会副会长、中国科学院

生物地学部学部委员，中央文史馆馆员，卫生部中医研究院名誉顾问等职。

吴瑞甫(1871—1951)

近代中医学家。字锡璜，号黼堂，福建同安人。七世业医。吴氏幼承家学，又访求名师。14岁时向大田杨氏学习治疗痘症，并进而钻研《种痘新书》，故长于痘科，且精内科。1894年吴氏开始行医，兼习儒术。曾于1902年中举人，后因科举废，乃绝意功名，并辞去广西候补知县之职，专心研讨医学。吴氏在同安执教诊病10余年，曾评注宋陈无择的《三因方》等书。1918—1921年曾悬壶上海，后返厦门行医，在这段时间受到西医学的熏陶，自谓："乃知中西医学，有宗旨悬歧者，有名词不同，而理法并无差别者"，主张"参互考证，以汇其通"。本着这一宗旨，吴氏著有《中西脉学讲义》、《中西内科学》、《中西温热串解》、《脑髓病论》、《删补中风论》、《奇验喉症明辨》等书。吴氏认为："固不愿徒学西法者，有鄙夷中法之思；尤不愿专习中医者，有尊中抑西之见。总期取彼之长，以补我之短。"他治学强调独立思考，突破"故常"，并抨击当时政府不重视医学，倡议创设医校。他曾创办中医学传习所，晚间授课，白天实习。1934年又创办厦门国医专门学校，任校长，并主编《国医旬刊》，培养了许多中医人才。1938年厦门被日本侵略军占领，吴氏遂避居新加坡，继续行医，并在当地创办国医研究所，从事中医教学和研究。先后撰有《四时感症》、《伤寒纲要》及多种讲义，为中医学的传播和发展作出了贡献。

张山雷(1873—1934)

近代医家。名寿颐，江苏嘉定人。先学文，尤精小学训诂，家清寒因母病而究心医学，博览医籍，赴沪上从名医黄醴泉治内科3年，继至黄墙从疡科名医朱阆仙学外科，由是精于医。1914年协助朱阆仙创办了中国近代较早的医学校——黄墙朱氏私立中国医药学校，张氏任教务主任。两年后朱氏病逝，学校停办，嗣后赴沪任教。1919年任浙江兰溪中医学校教务主任，先后主持该校教务15年。编有讲义及有关著述多种，如《中风斠诠》、《疡科纲要》、《古今医案平议》、《妇科辑要笺正》、《难经正义笺》、《经脉腧穴考》、《脉理学》、《生理新语》等等。张氏一生致力振兴中医，临证、治学、著述不间寒暑，主张参考西洋医学，以取长补短，在近代中医教育事业上做出了贡献。

裘庆元(1873—1947)

近代医家。字激声，后改吉生，浙江绍兴人。16岁进钱庄当学徒，因患肺病，工暇自学医籍。其时清廷腐败，裘氏参加光复会，与徐锡麟等结交，鼓吹革命。徐氏等被害后，裘氏赴沪参加同盟会。后去奉天(今沈阳)，结识日医多人，托其搜购海外中医书籍，得孤本善本颇多。辛亥革命后回绍兴，与何廉臣、曹炳章等创办《绍兴医药学报》(后改名《绍兴医药月报》)，继而任绍郡医药研究社副社长。1923年迁居杭州，成立"三三医社"，出版《三三医书》、《三三医报》和《医报增刊》，组织杭州施医所，并任主任。又设三三医院，聘请中西医师任职。1935年又精选善本、孤本，纂辑《珍本医书集成》90种，由上海世界书局出版。另外，曾编纂《医药丛书》、《国医百家》、《医士道》、《医药杂著》、《医话集腋》、《古今医学评论》、《杏林文苑》、《女科治疗学》等。曾积极参加反对废止中医药的救亡斗争，奔走呼号，不遗余力，在中国近代中医事业上有相当贡献。

蒋维乔(1873—1958)

近现代经文学家、气功家。字竹庄，号因是子，江苏武进人。清代廪生，早年就学南菁书院，与曹颖甫、丁福保同学。辛亥革命后，于蔡元培任教育总长时，出任教育部秘书长。后曾任江苏省教育厅长、商务印书馆编译所编译，上海光华大学中文系主任，诚明文学院院长等职。新中国成立后曾任上海文史馆副馆长。蒋氏对运用气功等呼吸运动以锻炼身体、保持健康有一定研究，著有《因是子静坐法正续篇》、《废止朝食论》等，对近代气功方面有一定影响。

包识生(1874—1934)

近代中医学家。名一虚，字德逮，福建上杭人。叔祖伯寅，父桃初(名育华)，均精医。包氏幼得家传，又兼潜心钻研，伏案十载，深得张仲景医书奥秘。年二十即出应诊，撰《伤寒论章节》一书，阐仲景伤寒，有独到见解。后游广东，治疾多效，医名颇盛。为发展中医学术，乃于1912年至上海，荟集同志，组织"神州医药总会"，主编《神州医药学报》，创办"神州医药专门学校"，包氏自任教务长，并教授诸生，自编《伤寒杂病讲义》及《诊断学》等书。又于该校附设"神州医院"，以为学生实习之所。1914年，北洋政府教育总长汪大燮倡言废止中医中药，不准中医学校立案，包氏与余伯陶等发起联络全国各省市中医团体，组织"医药救亡请愿团"，赴北平(今北京)请愿力争，迫使该案撤消。包氏一生勤于著述，有《包氏医宗》一、二、三集行世。第一集皆为伤寒论著，第二集论杂病，第三集为各科讲义，其中很多内容皆作为教材教授给及门弟子。当代名医程门雪、秦伯未、章次公、张赞臣等，皆出其门下。其子包天白亦精于医，曾在上海中医专门学校、中国医学院等处执教多年。

曹炳章(1877—1956)

近代中医学家。名赤电,浙江宁波人。幼年随父到浙江绍兴学习医药,后问学于名医方晓安,历时七载,悉心钻研经典医籍,卒业后行医于绍兴,热心为患者服务,医名日盛。为人谦逊好学,尝先后向名医王馥原、邵兰荪、何廉臣等学习,于是学业日进。性喜购藏医书,其藏书之富,与裘吉生同闻名于海内,1914年,所藏5 800余种医书遭火灾焚毁殆尽,曹氏并不因此灰心,又广罗博采,得书3 500余种。1913年创设"和济药局",注重真伪药物的鉴别,改进炮制方法,著有《增订伪药条辨》、《规定药物商榷》及多种单味药考证专书。曹氏热心为发展中医服务,与何廉臣等组织绍兴医药学会,编行医药学报,促进中医界交流临床经验,并任"同义"、"同善"等局施诊职务,每日应诊不暇。著述甚富,有《辨舌指南》、《瘟痧证治要略》、《医界新智囊》等数十种医药书。30年代应上海大东书局之聘,主纂《中国医学大成》,选书365种,撰述提要,编校付印,然因抗日战争爆发,此丛书刊未及半,即告中辍。这一套丛书内容甚广,收集了许多近现代名家著述,为整理保存祖国医药学文献作出了贡献。

杜自明(1877—1961)

近现代中医骨伤科专家,满族,四川省成都市人。他自幼随父习武,其治伤手法与伤科秘方均得自家传。1905年开始行医,1949年前后,杜先生已在当地具有一定名望。成渝铁路施工时被聘任为特约医师,后又受聘为四川医学院特约医师并当选为成都市人民代表。1956年应卫生部中医研究院的聘请,在广安门医院任骨伤科主任,1959年当选为全国政协委员。杜先生治学严谨,他强调中医整骨医师必须首先练功,他亲自带领徒弟练习少林派"达摩洗髓易筋经"等功术。他从事中医骨伤科工作60年,从不脱离临床,擅长手法治病。配合药物和功能锻炼,疗效显著。对于各个关节的急性或慢性扭挫伤、退行性骨关节炎、初生婴儿的先天性肌性斜颈和马蹄内翻足、新鲜闭合性骨折和迟延愈合等都有较显著的疗效。他的治疗手法分治骨与治筋两大类。治骨用牵接挤靠,治筋用点穴按摩、弹筋拨络。杜先生不仅精于治疗,而且重视预防。他曾亲自到芭蕾舞练习地和体育训练场所提出过许多有益的预防意见,如提示运动员在大量运动后不要立即坐下休息,免受内伤。杜先生在广安门医院工作期间,医院曾配备3名西医拜他为师,他言传身教,将自己60年的临床经验传授给徒弟,以后,由徒弟们整理总结出版了《杜自明整骨经验概述》。他先后带徒30余名,为中医骨伤科事业的发展作出一定贡献。另外,还有《杜自明整骨经验》科教影片、《扭挫伤治疗常规》、《增补少林十二式》(内部印行)等。

恽铁樵(1878—1935)

近代中医学家。名树珏,江苏武进人。出身官吏家庭,幼时,父母双亡,由族人抚养。1906年毕业于南洋公学,1911年入商务印书馆为编译员,次年主编《小说月报》,译述西方小说,风靡一时。1916年因丧子且自身体弱多病,遂发愤究心医术,曾就学于医家汪莲石,并钻研《内经》、《伤寒论》等古典医籍。1921年辞去商务印书馆之职,挂牌行医,不久名声大振,尤擅儿科。恽氏日间行医,夜间著书,并创办中医函授学校,培养中医人才。其时,余岩撰写《灵素商兑》否定中医理论,恽氏著文予之论战,捍卫中医体系。《群经见智录》(1922)为恽氏学术思想的代表著作。其撰述有《药盦医学丛书》,包括《论医集》、《伤寒论研究》、《温病明理》、《热病学》、《生理新语》、《脉学发微》、《病理概论》、《药盦医案》等20种,另有函授医学讲义20种,及讲演集。他对《内经》、《伤寒论》之理十分推崇,同时主张"医者不当以《内经》为止",而应"融会新知","取西国学理,补助中医",并指出"欲昌明中医学,自当沟通中西,取长补短",认为"今后中医如循之轨道",是"必须吸取西医之长,与之化合,以产生新中医",还提出"新中医"是"渐与古说相离,不中不西,亦中亦西",要改进中医,须先"发皇古义","万不可舍本逐末",极力反对当时有些人企图取消中医病名,以西医病名代之的主张。恽氏的医论和活动,反映了近世中国中医界为维护中医理论体系,沟通中西医而进行的努力探索。

余云岫(1879—1954)

近现代医学家。名岩,浙江镇海县人。早年曾赴日本学习西医,归国后又从事中医。研究中医学之后认为中医"穿凿附会"、"凭空结撰",其学说一定要被淘汰,因而极力主张废止中医。国民党统治时期,在其任中央卫生委员会委员时,提出"废止旧医以扫除医事卫生之障碍案",成为中医发展史上的一股逆流,因广大中医坚决反对而未能付诸实施。其研究中医,多以西医观点硬套,因而未能了解中医学说之实质。对中医古代文献,从训诂学之角度作了考证和笺释,有一定的参考价值。所著有《医学革命论》、《古代疾病名候疏义》等,后者于新中国成立后曾重印出版。

冉雪峰(1879—1963)

近现代医学家。名敬典、又名敬兴、别号恨生,辛亥革命时化名冉剑虹。四川省巫山县大溪乡人。他出身于中医世家,自幼学医,17岁时父因采药摔成重伤而病故,他将冉作楫医寓改名为冉雪峰医寓,开始行医。25岁迁居武昌,数年后医名武汉三镇。1911年参加辛亥革命,时

任湖北省新闻社社长兼武昌起义指挥机关军务处秘书长。辛亥革命失败后，一度不问政事，专心医学研究。1918年在中国鼠疫大流行期间曾总结出“太素清燥救肺汤”和“急救通窍活血汤”等有效方剂，并在白喉、天花、麻疹、霍乱等方面都有较深入的研究，在中医药防治急性传染病方面有所贡献。抗日战争时期，他曾组织“湖北省中医后方服务团”，捐资免费为抗日战士和难民治病。冉先生还十分热爱中医教育事业，新中国成立前，曾独资创办“湖北中医专门学校”，并任校长。新中国成立初期，他任四川重庆中医进修学校校长并编有内经、伤寒等讲义。1955年，卫生部中医研究院成立时，调该院工作并任院学术委员会主任。1959年，他以《八法效方举隅》一书向新中国成立10周年大庆献礼。冉先生一生著述颇多，其主要著作有《大同生理学》(抗战时期)；《冉雪峰医案》(1959)《冉注伤寒论》(1963)等。他历来主张不同学科的交流渗透，“大同”两字蕴含中西汇通之义。他既反对死啃书本、称脱离实践的医生为“伪医”；又反对盲目实践，称没有理论的医生为“医匠”，他认为理论与实践结合才是中医药学的最大特色。冉先生不仅有精湛的医术，而且有高尚的医德和谦虚治学的态度。他说：“士先器而后文章，医先医德而后学问。”又说：“我国医书，汗牛充栋，竭毕生精力，尚难融会贯通。……吾平生不敢以学问骄人。”冉先生不仅为中医药事业的发展做出了贡献，而且，他高尚的道德情操也给后人留下了深刻的印象。

陈无咎(1880—1947)

近代中医学家。名淳白，一名易简，字茂弘，号无垢居士。浙江义乌人。幼习举子业，后改学习医学，曾受医业于东阳周外翰、同邑龚茂才，探源索流，深得奥旨。陈氏之学远宗《内经》、《伤寒论》，近师刘完素、朱丹溪。其论病必本于《内经》，而处方则多采用经过长期临床实践验证确有效验的自制新方。1915年至上海设诊，求治者甚众而多效，名噪一时，对刘完素、朱丹溪之学研究甚深。曾任中央国医馆编审委员会主任委员，上海中医专科学校校长。陈氏学验俱富，著有《医轨》2卷、《藏府通诠》1卷、《黄溪大案》1卷、《医量》1卷。其《明教方》1卷尤能阐发《灵枢》、《素问》病症，且证诸实践，在近代医家中独树一帜。另著《内经辨惑提纲》及《伤寒论蜕》等书。

谢观(1880—1950)

近代医家。字利恒，号澄斋老人，江苏武进人。伯祖兰生，祖葆初为孟河名医。幼承家学，并学医学古典著作，后入致用精舍(原名龙城书院)，讲新学。21岁肄业于苏州东吴大学。1905年后任两广督学，在广州教授地理学3年余。辛亥前后两度供职商务印书馆，编纂地理书数种。1908年掌上海澄衷学校，后改业医。1917年与丁甘仁创办“上海中医专门学校”，任校长。谢氏制定课时，编写讲义，并亲自授课，培养中医人才良多。1924年又创办“上海中医大学”。1929年积极参与反抗废止中医的斗争，任赴宁抗争之首席代表，并积极参与上海市国医公会、中央国医馆等医学团体工作。主编《中国医学大辞典》(1921)，为中国第一套大型辞书，搜罗广泛，内容丰富。著作颇多，《中国医学源流论》为其医学思想代表作。对中医学术源流之演变言简意深，评价各流派及各家得失，语多中肯，颇有独到见解。其临证亦富经验，用药处方，重于法度，尤重养生防病之道。谢氏对中国现代中医教育，传播中医学术方面做出了贡献。

王仲奇(1881—1945)

近代医家。名金杰，晚号懒翁，安徽歙县人。世医出身，曾祖学健，父养涵俱以医名，时称新安王氏医学。仲奇承家学，远溯仲景，近效杏轩，旁及叶天士、徐灵胎，而于乡先辈吴谦服膺尤深。1903年行医，擅治温热证，于叶、薛、吴、王诸家用功甚勤，1923年悬壶沪上，则以善调内科杂病及妇科著称。生平忙于诊务，无暇著述，有《王仲奇医案》抄本遗世。他析病论治一丝不苟，出入经文而不为经文所囿，每将人体视作一个整体，从经络与病变的关系以及脏腑相关理论分析病机，重视肾及肾与其他四脏间的联系。此外，他还特别重视脑的功能与病变。认为脑为髓海，神之所舍，宗脉之所聚，脑虚精髓不充，肾阴不能镇其下，肝阳易于浮动；或因性情急躁，肝亢阳升，脑筋震动，引起偏瘫，因此治宜柔肝清脑。他的治案，常以经方时方并用，不拘一格。弟子甚众。

施今墨(1881—1969)

近现代中医学家。原名毓黔，浙江萧山县人。少年时，学医于安阳名医李可亭，并在山西大学、京师法政学堂肄业。后始行医，擅长治疗肠胃病及妇科病等。1929年曾参加反对国民党反动政府企图废止中医的活动，同时主张中医应进行革新，一度任南京中央国医馆副馆长。1932年，在北京创办华北国医学院，设中、西医学两套课程，新中国成立前，毕业学生达数百人。还举办中医医院和进行中药剂型改革的尝试，曾说：“中医累积千余年之经验，必须与西洋医学相结合，始能究明其理”，“吾以为中医之改进方法，舍借用西学之生理、病理，以互相佐证，实无别途。”(见《华北国医学院第三届毕业生纪念刊》)施今墨重视疗效，认为疗效是检验医学理论之标准。新中国成立后，被任为中国人民政治协商会议第二、三、四届全国委员会委员；中华医学会副会长；中医研究院、北京医院、北京中医学会顾问等职。著作有祝谌予编选的《施今墨医案》4卷。1981年4月15日，中华全国中医学会举办了座谈会，纪念施今墨一百周年诞辰，对于他主张吸收

现代医学新知识发展祖国医学理论,给予很高评价,称他是探索中西医结合,建立祖国新医学的先驱者。

赵燏黄(1883—1960)

近现代生药学家。又名一黄,字午乔,号药农、去非、老迟、高翁。江苏武进人。青年习儒,后改学实用科学。1904年就学于上海实学通艺馆附设的理化传习所,受业于顾观光。1905年留学日本,入上野东京药学专门学校。1908年在东京参加创建中华药学会。次年考入东京帝国大学药学科深造,随下山顺一郎、长井长义博士攻读生药学及药物化学。1911年归国参加辛亥革命。此后一直致力于药学研究和教学。先后任浙江医药专门学校生药学、药用植物学和卫生化学教授(1915)、上海中央研究院化学研究所国药研究室研究员,兼中法大学药学专修科生药学教授(1929)、北平研究院生理学研究所生药研究室研究员(1935)、上海新亚制药厂华北分厂厂长(1938)、北京大学医学院中药研究所研究员(1941),并兼任该院药学系生药学教授。新中国成立后仍在北京医学院执教,并兼任中央卫生研究院中国医药研究所顾问和研究员。1955年任中医研究院生药研究室研究员、中国药学会理事和中华人民共和国药典委员会委员。赵氏从事药学50余年,培养了许多药学人才。为发展本国制药工业,赵氏在30年代利用简单设备生产出了麻黄素。他认为药物可作为中西医之间通行的桥梁,且说"今后之医药,不特中医可因中药而尚存,即西医亦必因中药而大振"。1934年赵氏与徐伯鋆合编《现代本草生药学》(上册),为中国近代生药学之首著。他提倡应用现代科学方法系统整理研究药学,注重实地考察,发表了《祁州药志》、《本草药品实地之观察》等论著。赵氏尤其重视本草的整理,对《本草纲目》等古本草研究甚深,并在30年代编写了《中国新本草图志》。晚年又在《国药与本草之检讨》初稿基础上撰写《本草新诠》这一巨著(未完稿即殁)。他善于将本草文献与生药学研究密切结合起来,经他整理过的中药有地黄、当归、鹤虱等许多品种,晚年对黄芪的研究被黄胜白誉为整理中国本草之示范。一生共发表论文专著80余篇。其学风严谨、谦虚、务实。平生好藏书(达5 600余册),善读书(常加批注)。殁后其家人遵其遗嘱,将藏书、遗稿全部捐赠给国家。1983年,中医研究院等单位联合举办"纪念赵燏黄先生诞辰一百周年"大会,称赞他为一代本草学家、中国生药学先驱者。

祝味菊(1884—1951)

近现代中医学家。别号傲霜轩主。浙江山阴(今绍兴)人。弱冠入蜀,在成都协助姑夫经营盐务,暇余自学中医,又从刘雨笙等学医问道,苦读医书。1917年投考四川军医学校,攻读两年,因故随教师石田东渡日本考察医学,次年回国,曾任成都市政公所卫生科长,主政成都官医院,后移居上海。曾与同道在上海创办中西医会诊所,与神州医学会诸友襄办景和医科大学,任新中国医学院实习导师及附设新中国医学院院长、新中国研究院院长。集医、教、研和卫生管理工作于一身。祝氏擅用附子,因被称为祝附子,于1927年秋治愈一个被某名医判为不治之症的患者,遂名噪沪上,从此诊务繁忙。祝氏学贯中西,与上海西医梅卓生、德国医生兰纳博士等合组"中西医会诊所",治病奇验,医德高尚,深得群众信任。著有《祝氏医学丛书》,其中包括有《伤寒新义》、《伤寒方解》、《金匮新义》、《病理发挥》、《诊断提纲》等。又有21则病案被收载于《上海名医医案选粹》中,其代表作为《伤寒质难》。祝氏学宗仲景、景岳,以八纲论杂病,以邪正斗争分五段释伤寒六经,善于结合临床验证和理论研究,发皇古义,融合现代科学技术知识,倡扬革新,发展中医学术,总结整理出了"本体疗法"。祝氏入室弟子有罗弟安、陈苏生等,学生与私淑者更众。

孔伯华(1885—1955)

近现代中医学家。名繁棣,山东曲阜人。早岁从祖父游,继因母病,立志学医,对清以来温病学说尤有研究。因求诊者日多,于1908年开始在河北各地应诊,继于1910年来北京就职外城官医院。1917年曾参加晋绥防疫会议,对当时疫病防治作出一定贡献。1929年国民政府有取消中医之议,全国中医界大为震动,孔伯华亦极力反对。以中医为祖国文化遗产重要组成部分,为维护祖国医学事业,代表华北中医界赴南京开会据理力争,返北京后,孔伯华与萧龙友合办北京国医学院,前后历时15年,培养中医人才达700人。至抗日战争时,由于敌伪企图接管北京国医学院,始毅然停办。孔氏擅长湿温症治,对于生石膏一药,运用得心应手,有"石膏孔"之称。著有《八种传染病证治析疑》、《时斋医话》、《中风说》等著作。

黄竹斋(1885—1960)

近现代中医学家。名谦,又名维翰,字吉人,号中南山人,又号诚中子。原籍陕西临潼,迁居西安市。幼年家境贫寒,随父学打铁为生。18岁开始发奋识字,学习经、史、历、算、理、化、天文、地理和近代西方科学,尤爱好医学。曾参加辛亥革命,1925年任军医官,后辞职返回,在西安行医,从事著述。曾任中央国医馆常务理事、编审委员。新中国成立后被聘为西北医学院中医科主任,1955年调至中医研究院,任针灸科主任,后兼任卫生部针灸学术委员会委员。以针药治疗疑难病症而享有盛誉,著述50余种。黄氏在仲景学术研究方面致力尤多,发起并组织医界人士维修南阳医圣祠,调查研究和保护祠内医史文物古迹;先后编注的伤寒论著有《三阳三阴提纲》、《伤

寒杂病论集注》、《伤寒杂病论新释》、《伤寒杂病论类编》、《伤寒类证录》、《校订白云阁藏本伤寒杂病论》、《伤寒杂病论会通》、《重订伤寒杂病论读本》、《经方类编》、《经方药性辨》。在针灸学术上，黄氏撰有《针灸经穴图考》、《针灸经穴歌赋读本》、《针灸治疗会通》、《校订白云阁藏本难经》、《校订铜人俞穴图经》、《针灸要诀》、《袖珍针灸集要》；用针灸治疗脑中风偏瘫，疗效尤为显著。其他还有临床各科的专著。在中医学教育、医史文献的研究整理方面，黄氏做了大量而艰苦的工作。他主张"会中西，通古今"。认为"中华古医学，世界将风行。"故终生以挖掘整理和继承发扬中医学为己任。

蒲辅周(1888—1975)

近现代中医学家。号启宇，四川梓潼人。其三代业医出身。15岁时祖父正式给他讲授医学，即遵严训，发愤学医，承继家学，在学习中医经典医著的同时，随父辈应诊，尽得家传之秘。18岁出师，真正走上了"辅助贫病，周济病人"的行医之路，深受群众信赖。因不屑与政界劣绅合流，于1934年迁居成都行医。由于他学术精湛，医德高尚，且能兼收各家之长，博采众方，疗效显著，对治疗疑难病症，也每奏奇功，因而享有盛誉。1955年调中医研究院，从事医疗、教学和科研工作。历任中医研究院副院长、国家科委中医专题委员会委员、中华医学会常务理事、第四届全国人大代表、第三、第四届全国政协常委等职。蒲氏认为中医学是东方文化的结晶，是人类保健的宝库，有其独特的理论体系，应该研究、应用和发展中医学术。他应用唯物辩证法思想和中医的辨证论治理论，指导医疗实践，对流行性乙型脑炎、腺病毒肺炎、冠心病和肿瘤等病作了重点研究，总结出了一套可行的治疗方法，成绩卓著。周总理曾赞扬说："蒲老是高名的医生，又懂辩证法。"蒲氏精通内、妇、儿科，冶伤寒学说与温病学为一炉，临证辨证缜密、立法精当，处方用药味少而量轻，经方与时方合宜而施，形成了别具一格的医疗风格。曾为国家领导人和国际友人担任医疗保健工作。蒲氏早年诊务繁忙，无暇著书，后来在其学生们的协助下整理出版了《中医对几种急性传染病的辨证论治》、《蒲辅周医案》、《蒲辅周医疗经验》等论著。

陈邦贤(1889—1976)

近现代医史学家。字冶愚、也愚，晚号红杏老人。江苏省镇江市人。随从丁福保学习医学并攻研医史，发起建立"医史研究会"以交流学术，促进医史学研究。曾兼任江苏医学院医学史教授、国立编译馆编审。新中国成立后任中医研究院医史研究室副研究员、副主任、中华医学会医史学会常委、中华医学杂志编委、第四届全国政协委员、农工民主党中央委员等。他的主要著作《中国医学史》(1919年刻印出版)，以医学概貌、医学家、医学源流、医学著作、医事制度为基本内容，比较全面系统的论述了中国医学在历代的发展与变革，是中国第一部医学通史著作。1937年经修订收入商务印书馆《中国文化史丛书》，并由山本成之助译为日文在日本东京出版。1957年修订再版，使之有了明显的充实和提高，在国内外学术界有较大影响。他勤奋好学，虽年逾八旬，仍然孜孜不倦，从十三经和二十六史中摘录医药卫生史料，编成《中国医学史料汇编》一书。其中《廿六史医学资料汇编》已由中国医史文献研究所印行。他还在全国医学杂志等发表学术论文50余篇，与严菱舟合编《中国医学人名志》，另有多种本草著作与非医学著作等行世，为发展中国医学史的科研、教学工作做出了贡献。

黄胜白(1889—1982)

近现代医药学家。名鸣鹄，江苏扬州人。1914年毕业于上海同济大学医科。新中国成立后历任苏南行署卫生处主任秘书、华东卫生部医教处副处长、医务生活社社长、中华医学会副秘书长、人民卫生出版社副总编辑。1957年起任江苏省植物研究所研究员、江苏省政协委员。黄氏一生致力于本草学研究，早在1918年就创办了《医药学》杂志，是中国较早的药学杂志，出版发行长达28年，在医药学术界颇有影响。黄氏对《本草纲目》和《植物名实图考》等中药学著作研究精深，发表过不少论著。其《本草纲目译名考订》一书，通过认真考订，纠正了长期以来流传的《本草纲目》版本中的错误，发现了其中换去的400多幅插图和妄加的一些条文，在本草文献研究上取得了较大的成绩。

赵树屏(1891—1957)

近现代医学家。江苏武进人。父赵云卿为清太医院医官。赵氏自幼秉承家学，精通医理，继于1914年毕业顺天高等师范（即师范大学前身）英文系，初服务于教育界。1924年正式行医，擅长内科，尤精肝病，曾师事萧龙友。1925年编撰《改进中医药刍议》；1927年著《关于国医之商榷》，提出创办中医药专门学校及研究机构，编制统一的医学教材及设立中国医学图书馆等建议。1929年针对余云岫反对中医论说，发表了"异哉旧医学校系统案驳议"一文，援引外国医家对中医之重视和研究，从而驳斥余氏之论说；1931年著《肝病论》、1936年著《中国医学史纲要》、1939年著《中医系统学概要》等。新中国成立后，于1950年任北京中医学会主任委员，创办《北京中医》杂志，1952年任卫生部医政处技正兼中医科科长。1954年任中医司副司长。同年当选为政协全国委员会委员、北京市人民代表、北京市人民委员会委员，以及北京市卫协副主任委员等职，积极贯彻党的中

医政策。

杨则民(1893—1948)

近代中医学家。名寄玄,号潜盦,浙江诸暨人。青年时曾就读于浙江第一师范学校,因受进步思想影响,参与学潮而被开除。后从事革命,曾两次被捕入狱,在狱中钻研中西医学,出狱后对中医学研讨尤勤,特别是对《内经》、《伤寒论》等医学典籍有很深的造诣。先后在上海、浙江等地医学刊物发表论文,影响甚大,后执教于浙江中医专门学校。杨氏知识广博,又兼掌握辩证法,因而他撰写的《内经哲学之检讨》一文,见解新颖,当时有10余种医刊均予转载。他对当时中西医论争有比较正确的认识和切中要害的剖析,他率先用辩证唯物主义思想阐释《内经》,认为:"吾人欲讨论《内经》之真价,宜以哲学眼光衡量之,不当以自然科学之见解批判之。"他指出《内经》的"最高理论为阴阳五行,生长收藏与调节,而以辩证法叙述之。故欲研究而理解其内容之精义,自以辩证法为最正确之途径。《内经》作者之思想方法虽正确,然为时代所限,其所采用以为说明之材料(如脏腑、经络)较以近世实验证明,多悖而不可信,但不得并其最高之思想唾弃之。"他以辩证法观点分析了《内经》中阴阳五行学说及疾病发生发展规律,明确地宣称《内经》最高理论是"辩证法的观察"。杨氏对《内经》有比较全面的了解,又掌握了先进的思想方法,因而他的这篇论文至今仍然有他的价值。

杨氏晚年著述多兼采中西医精义,在疾病、治疗以及药物、方剂分类方面,多采用系统、效用分类法。他在《医林独见·辨证与辨病》中说:"中医重辨证,西医重识病。辨证之目的在应用药治,识病之目的在明了病所"。主张各取所长。他编纂的讲义书籍有《内经讲义》、《伤寒论讲义》、《伤寒论附翼》、《症候学通论》、《药物学概论》、《方剂学》等。另有《随便写些》、《国药今释》、《中药方论》、《医事类记》、《读书小记》、《旅桐随笔》、《医林独见》、《古医斟今》、《诊余随笔》、《医家杂记》、《仲景书卮言》等手稿30余册。杨氏积极参与维护中医的斗争,是一名出色的革命医家。1948年遇害牺牲。

陆渊雷(1894—1955)

近现代中医学家。名彭年,上海市川沙县人。早年从姚孟醺习古文及天文历算。1919—1925年先后在水产、商业、国学等专科学校执教,授课之余,致力医学。后随恽铁樵学医并协办医学函授学校。1928年春陆氏任上海中医专门学校教职,同年秋,任上海中医学院教职。1929年与徐衡之、章次公一起创办上海国医学院,聘请章太炎为院长,陆氏任教务长,担任《伤寒论》、《金匮要略》等课程。1931—1933年曾任中央国医馆学术整理委员,1932年办"遥从部"(函授),创办《中医新生命》杂志,传播交流中医学术思想,培养中医人才。陆氏力主中医"科学化",著述"取古书之事实,释之以科学之理论",善于吸收国外医学知识,在诊法上他除采用中医传统诊法外,并能应用日本汤本求真的腹诊、西医的叩诊。陆氏著述有《伤寒论今释》、《金匮要略今释》、《陆氏论医集》、《流行病须知》、《中医生理术语解》、《中医病理术语解》、《伤寒论概要》、《脉学新论》、《舌诊要旨》等。新中国成立后,陆氏主办上海中医进修班,主编中医教材,任上海市卫生局中医顾问、上海市中医学会主任委员、上海市卫生工作者协会副主任委员、中国红十字会上海分会理事、上海医学科学研究委员会副主任委员等职。

王文鼎(1894—1979)

近现代中医学家。四川江津人。早年习文,后随颜阐修等人学习中医。初悬壶于武汉,以后长期在四川成都行医,利用医疗的有利条件为党工作。1955年调中医研究院,任西苑医院副院长、卫生部医学科学委员会委员、中华医学会理事、中医学会筹备委员会副主任、全国人大代表、五届全国政协常委等职。王氏治学谨严,重视中医经典著作的学习,博及各家学术经验,取其所长。擅长中医内科和儿科,曾将个人的主要学术思想概括为:"时其起居,节其饮食,调其情志,适其劳逸"的预防思想;"人、病、证三结合,以人为主整体观念,全面分析,辨证论治"的诊断学思想;"治疗之要、贵在调整、自力更生、更为要紧"的治疗思想。他指出诊脉当"静以观其象,动以察其体"。提出用"围"、"消"、"定"的法则来治疗肿瘤,取得了一定疗效。对经方研究精深,对时方的应用也很娴熟,遣药精当,尤善于用附子治疗风湿等病症。对"癫狂"、"哮喘"等疑难杂症的治疗亦有丰富的经验,在执行党的中医政策方面做了大量的宣传工作,为党和人民的利益、为中医事业奋斗一生。

时逸人(1896—1966)

近现代中医学家。江苏仪征人,后迁居镇江。从师汪允恭习医,年20时悬壶,1928年于上海创办江左国医传习所并兼课,同时在上海中医专门学校、中国医学院讲授古今疫病及温病等课。次年应山西中医改进研究会邀请赴晋,任该会常务理事,主编《山西医学杂志》,兼医学专门学校(后改名川至医专)教授。任中央国医馆理事兼学术整理委员会委员、山西国医分馆馆长。抗战初,至武汉、重庆等地行医,参与中医学校立案通则的制订。1939年与施今墨、张赞臣、俞慎初等创办复兴中医专科学校,并主编《复兴中医杂志》,组织复兴中医社,任该社社长。1941年返回太原行医。1948年受施今墨之约请,在南京筹办中医院。新中国成立后曾在南京中医进修学校、江苏省中医学校任教。1955年受卫生部聘请,任中医研究

院西苑医院内科主任,1961年任宁夏自治区医院中医科主任兼自治区医药卫生学会副会长。时氏以擅长诊治温热病而著名,主张中西医结合,博采众长。著有《中国时令病学》、《时氏内经学》、《时氏诊断学》、《时氏处方学》、《时氏妇科学》、《中国药物学》及《实用中医内科诊治手册》等。

承淡安(1899—1957)

近现代针灸学家。原名澹盦,江苏江阴人。父乃盈,精于针术。淡安既承家传,又得同邑名医瞿简庄传授,对针灸研究造诣甚深,曾行医于苏州、无锡一带,深得病家信赖。针灸科在清代一度被废止,承氏为继承、振兴针灸学,做了大量的工作。新中国成立前他创办中国针灸研究社、针灸学校,并出版针灸杂志。他联络全国针灸人士共同研究,并主动承担了繁重的教学和函授工作,培养了数千名针灸人才。承氏为了进一步了解针灸在日本的发展状况,东渡日本,学习和考察该国的针灸术。承氏除擅长针灸以外,对内科及伤寒也很有研究。生平治病以针灸为主,针所不及者,则施用汤药,或针药并用。善用经方,药少而力专,治疗多效。新中国成立后,承氏继续为壮大针灸队伍,发展针灸学贡献力量。历任江苏省中医学校校长、中国科学院生物学学部委员、中华医学会副会长等职,并任中国人民政治协商会议第二届委员会委员。承氏生平著作颇多,约10余种,其中《中国针灸学》兼采西医生理解剖等有关内容。另有《伤寒论新注》、《经穴图考》、《针灸精华》等书,为近现代针灸发展作出了贡献。

赵炳南(1899—1984)

中医皮外科学家。回族,名德明,河北宛平县人。幼年家贫,14岁时,经人介绍到北京德善医室拜丁德恩老中医为师。他以顽强的毅力学完了《医宗金鉴·外科心法》、《外科准绳》、《疡医大全》、《濒湖脉学》、《本草纲目》等书。凭平素眼观心记,学到了熬膏药、摊膏药、搓药捻、上药面、炼丹药等基本功。在其学徒的第四年,老师病故,遂与师兄弟共操医室业务,开始从医治病。20岁考得开业执照,23岁独立行医,开设西交民巷医馆。1947年任华北国医学院名誉董事、外科实习教授,以治皮外科病有独特疗效而"誉满京城"。新中国成立后,是第一批参加国家医疗机构工作的名医之一,曾任北京中医医院副院长、皮外科主任,北京市中医研究所所长、北京第二医学院中医系教授、中华全国中医学会副理事长、第四届全国人大代表等职。他与同道共同研究湿疹、牛皮癣、神经性皮炎等病的防治,取得了良好的效果。他在长期的医疗实践中,研究药物方剂,研制出确有良效的全虫方、麻黄方等,并撰写了不少专题论文,在医药期刊上发表了他的熏药、黑布药膏以及对湿疹、牛皮癣、丹毒、红斑性狼疮等病症的治疗方法、医案、医话等。他与西医皮肤科专家胡传揆合作的黑布药膏治疗瘢痕疙瘩的论文,在波兰召开的第十五届世界皮科学会上进行了宣读。1975年,《赵炳南临床经验集》一书出版,书中记载皮外科病51种、医案137例,较系统地总结了赵氏一生的医疗学术经验。该书荣获全国科学大会奖。

余无言(1900—1963)

近现代中医学家。原名愚,字择明,别署不平。江苏阜宁县人,因原籍附近有射阳湖,故在论著中常署"射水余无言"。幼读经史,后随父(奉仙)习医,勤读医经,深研仲景学说,18岁起即在本县益林镇应诊。当时西方医学东渐,中医界衷中参西派较为活跃,余氏受此影响,于1920年赴沪,先从俞凤宾博士攻读西医内科,复向德医维都富尔学习西医外科,后又去旧陆军某部任军医官2年。1929年起定居上海执业,初与《医界春秋》社负责人张赞臣合组诊所,合创《世界医报》,以改进中医为素志。1934年膺聘任中央国医馆名誉理事兼编审委员。还先后在上海中国医学院、上海新中国医学院等中医院校任教。1937年与张赞臣再度合作,另立上海中医专科学校,余氏分管教务,负责主讲《伤寒论》、《金匮要略》及《外科学》等课目。

余氏一生著述颇勤,诊余常为医报、医刊撰稿,从30年代至50年代,先后编写出版了《实用混合外科学总论》、《实用混合外科学各论》、《伤寒论新义》、《金匮要略新义》等共6种医著。其中《伤寒论新义》、《金匮要略新义》对传播仲景学说具有一定影响。

新中国成立后,余氏在党的中医政策鼓舞下,在1954年召开的华东及上海市中医代表会议上,积极提出改进中医工作的提案。1956年膺聘赴京,先后在卫生部、中医研究院和北京中医学院工作。

在学术上,余氏主张"中医科学化,西医中国化"。他说:"医分中西,系以国界限之。其实医为仁术,不应有所谓中西之分,宜取长补短,熔冶一炉,以为人民司命,久而久之,使其学说……成为世界医学。"他尤为推崇仲景论著,指出《伤寒论》和《金匮要略》中的主方"均有颠扑不破之价值,药味少而配合齐,分量重而效力专。认症用药,大法俱在,为后世模范,盖其处方精纯,不似后世时方之芜杂,对症用药有立竿见影之功,深合科学原理与原则"(见《金匮要略新义·自序》)。余氏临证善于融化经方、时方于一炉,辨证细致,断证明确,方治颇有胆识。

岳美中(1900—1982)

近现代中医学家。名钟秀,号锄云,河北滦县人。早年攻读文史,25岁时因肺病严重而吐血,遂发愤自学中医。1928年开办"锄云医社",治病兼执教。1935年任山

东菏泽县医院门诊部主任,同年又参加陆渊雷在上海举办的遥从中医函授,博览医书,在冀东、鲁西一带行医颇有名望。新中国成立初期,任唐山市卫生局顾问、唐山市医联总会副主任委员及中医公会主任委员、华北中医实验所医务主任。1955年调任中医研究院内科主任,后任中医研究院研究生班主任、中华全国中医学会副会长、中国中西医结合研究会顾问、卫生部科委委员、全国人大常委等职。岳氏对治疗泌尿系统、呼吸系统和消化系统疾病有显著疗效,积累了丰富的临床经验,先后九次赴欧亚一些国家为其国家元首或要员治病,享有盛誉,为国争了光。岳氏数十年在临床和医籍方面进行了广泛深入的研究,特别推重仲景、东垣、叶桂,并对其学术思想致力最深。著有《岳美中医案集》、《岳美中论医集》、《岳美中医话集》、《岳美中老中医治疗老年病的经验》和近百篇学术论文,为中医学术的发展和培养中医人才做出了贡献。

秦伯未(1901—1969)

近现代中医学家。字之济,号谦斋,别号又辛,上海县人。祖父为前清贡生,精于医术,伯父和父亲皆精通儒学,受他们影响,秦氏也酷爱文学,并对医学产生了浓厚的兴趣。他早年毕业于上海中医专门学校,学业优异,留母校任教,同时在同仁辅元堂施诊。秦氏致力于医疗和教学,著书立说,并积极维护中医事业,参加反对国民党政府消灭中医的斗争,曾受"全国中医药团体联合总会"的委派,赴南京请愿。1928年,与王一仁等创办上海中国医学院,历任教务长、院长、名誉院长等职,并担任该院校《内经》和内科的教学,还编有药物学、生理学、诊断学、内科学、妇科学、幼科学等讲义印行。1938年筹资创办中医疗养院于上海连云路,在沪西设有分院,作为学生实习基地,培养了许多中医人才。秦氏还曾创办上海中医书局,影印古医书近百种,储藏医书数千种。曾任《中医世界》、《中医杂志》、《中医指导社》、《现代国医》、《中医疗养专刊》等杂志社社长、主编等,又任上海中医公会执行委员,中医试验委员会委员、中央国医馆名誉理事。新中国成立后,任上海市第十一人民医院中医科主任,1955年调往北京,为中央卫生部中医顾问,兼北京中医学院顾问并任教、中华医学会副会长、国家科委中医中药组成员、药典编委会委员等职。曾到河南、陕西、吉林、黑龙江等地讲学,还奉命去前苏联、蒙古等国参观和进行医疗活动。秦氏桃李遍神州,在中医教育上成绩卓著。其学贯古今,汇通中西,重在继承和发扬祖国医学。其临证极为精审,对危重病症的诊治有胆有识,每获良效,尤擅长医治虚劳顽痼之疾。秦氏平生著述很多,有《实用中医学》、《内经类证》、《中医临证备要》、《清代名医医案精华》、《清代名医医话精华》、《内经病机十九条之研究》、《内经知要浅解》、《难经之研究》、《金匮要略简释》、《药性提要》、《丸散易知》、《膏方大全》、《治疗新律》、《验方类编》、《百病通论》、《国医小史》等40余种。

程门雪(1902—1972)

近现代中医学家。字九如,号壶公,江西婺源人。早年到上海从歙县名医汪莲石学医,后拜孟河名医丁甘仁为师,尽得汪、丁二师之长,以擅长治温病、伤寒而出名。由于他辨证准确、立法严谨、方药合拍、疗效显著而受到群众信赖,故求诊者日众。青年时曾任中医学院教务长,兼授《金匮》,撰成《金匮篇解》一书。其后又著《伤寒论篇》。学宗仲景,对叶天士学说与著述也致力最勤,曾手批叶天士医案3种,对喻昌的温热著述也批注甚多。于妇科、方剂、脉法、杂证等均有论述,先后出版有《校注未刻本叶氏医案》、《程门雪医案》、《妇女经带胎产歌诀》等书。程氏从事中医教育数十年,常结合读书心得、临床经验来阐述医理,著书立说,使学生们深受其益。程氏又喜爱诗、书、画、篆刻,谓可以艺术悟入医学,涉及中医美学之领域。曾任上海中医学院院长、上海市中医学会主任委员及全国第二、三届人大代表等职。

赵锡武(1902—1980)

近现代中医学家。原名钟录,河南省夏邑县人。中医心血管病专家。赵氏自幼家境贫寒,15岁时立志学医,悉心钻研历代医学名著。后从陶卿学医,27岁时悬壶北京。在北京时,又到国医公会办的医学讲习所学习,常与施今墨、孔伯华等名中医交往。1943—1949年在华北国医学院任教时积极发起组织中医学社。新中国成立后,先后任中医研究院西苑医院心血管病研究室主任、中医研究院教授及副院长等职务。1956年他加入中国共产党,曾被选为北京市人民代表、第三届全国政协委员、第三届全国人民代表大会代表、中共第十一次代表大会代表、中华全国中医学会副理事长、卫生部医学科学委员会委员。赵先生治学严谨,学识渊博。他首先提出对某些急性传染病的中医辨证论治不必拘于卫气营血的学说。对小儿麻痹症有独特见解,主张初期清热透表、恢复期滋肝肾、强筋骨、补气血。在糖尿病治疗上打破上、中、下三焦分型的治疗方法,提出"三焦兼顾、三消同治"的学说。他研究心血管病多年,对冠心病的诊疗主张以补为主、通补兼施、补而不塞、通而不损正气,并提出宣痹通阳、心胃同治、补气养血、扶阳抑阴、补肾养肝等六种治则,还提出以大黄䗪虫丸治疗陈旧性心肌梗死的思路。1958年亲自与西医心血管病专家黄宛教授共同协作,商讨对心血管病的中西医治疗方案。他还主张办好中医研究生班,主张中西医之间要相互学习、取长补短、共同攻关。赵先生的主要著作有《赵锡武医疗经验》(1980)、《赵锡武心脑血管病医案选》等。赵先生为人光明磊落、纯朴憨厚,他注重医德,不贬同道,扶危济贫。他几十年如一

日，为继承发扬祖国医药学献出了自己的毕生精力。

黄文东(1902—1981)

近现代中医学家。字蔚春，江苏吴江县震泽镇人。14岁考入上海中医专门学校，受业于名医丁甘仁门下，毕业后回原籍行医。1931年应聘回母校执教。新中国成立后，先后任上海中医学院内科教研组主任兼附属龙华医院内科主任、医疗系主任、院长，中华全国中医医学会副理事长、上海分会理事长，上海中医药杂志编委会主任。1960年加入中国共产党。

黄氏著作已出版的有《黄文东医案》及主持编写的中医学院教材《中医内科学》。并先后发表"丁氏学派的形成和学术上的成就"等20多篇论文。为中医教育事业辛勤工作，60余年培养了大量中医人才。其学术思想突出"人以胃气为本"，强调调整脾胃与其他脏腑之间升清降浊的功能，重视五行学说在治疗上的应用，善于根据五行生克理论运用诸如抑木扶土、泻火清金、培土制水、清金制木、壮水制火；补肝养心、益土生火、培土生金、清金制水、滋水涵木等治法。用药不尚矜奇，以轻灵平淡见长，并善用活血化瘀及虫类搜剔药。

章次公(1903—1959)

近现代中医学家。名成之，号之庵，江苏镇江大港人。遵父亲遗训，于16岁就读于上海中医专门学校，亲受孟河丁甘仁先生指点，又师事曹颖甫先生研习经方，学业成绩优异，留校任教。后来兼上海广益中医院内科主任、上海世界红十字会医院中医部主任。1928年春，与王一仁等人创立中国医学院，任药物学教授。又与陆渊雷、徐衡之创建上海国医学院，以"发皇古义"、"融会新知"为校训。章氏任该校药物学教授和图书馆主任。坚持临床及学生实习指导工作。他热心为贫苦人诊疗疾病，被称为"贫民医生"。新中国成立后，曾任卫生部中医顾问、中国医学科学院院务委员、北京医院中医科主任、第三届全国政协委员等职。在学术上提倡积极进取，反对因循守旧，力求沟通中医学中寒温两派的学术思想，打破中西医的界限，取长补短。主张"双重诊断，一重治疗"。将医方验、便、廉视为铃医三字诀。对医学史也深有研究。著有《中国药物学》、《章次公医案》、《诊余抄》和许多学术论文。

陆瘦燕(1909—1969)

近现代针灸学家。从母氏姓陆，名昌，江苏昆山人。父李培卿，精于针术。瘦燕自幼随父学医，深研《内经》、《难经》、《甲乙经》等著作。1927年经考试获开业执照，并参加神州医学会，行医于昆山与上海南市。新中国成立后于1956年任上海中医学院针灸系主任、龙华医院针灸科主任、上海市针灸研究所所长等职。1959年参加中国医学代表团出国讲学，向国外介绍针灸学。回国后被任命为国家科委委员。陆氏业秉家传，又兼采各家之长，经数十年苦心揣摩，每多新见。他认为"假如没有经络学说的理论指导，针灸将会对浩繁复杂的各种疾病一筹莫展"。为此他十分重视经络学说的整理研究，编撰了《经络学图说》等专著，系统地阐释了经络学说的主要理论原则，并联系针灸临床进行全面的讨论。陆氏在针灸辨证论治中尤重切诊，除寸口脉外，还注意诊察"脐下动气"、"虚里之动"、"太溪"、"冲阳"、"颔厌"等脉的变化。因为他认为胃气和肾气的虚实是至关重要的，所以诊治时注意切诊太溪脉(肾脉)和冲阳脉(胃脉)，并选用滋水培土法进行治疗。陆氏对针刺手法很有研究，曾编著《刺灸法汇论》一书，阐述古今刺灸方法；并撰写了多篇论文，阐析针刺手法的种类和组合等有关问题，使之系统化、条理化。他曾与其他研究部门合作，用多方位肌电测绘记录针刺导气(行气)手法所致感觉传导现象，并对针刺"烧山火"、"透天凉"手法予以实验研究，希图探索针刺手法的物质基础和现代科学原理。在临床实践中，陆氏大力推广温针、伏针、伏灸等治法，取得显著的疗效。

陆氏针灸著作甚多，《腧穴学概论》、《针灸腧穴图谱》等书对人体腧穴有系统的整理和详细的考证；《针灸正宗》中记录了他的许多临床经验。此外还发表了数十篇学术论文，影响甚大。陆氏毕生为发展针灸事业而操劳，新中国成立前曾创办了"新中国针灸学研究社"及针灸函授班；新中国成立后偕同夫人朱汝功举办针灸学习班，为培养针灸人才作出了贡献。在上海中医学院执教时，亲自编写教材，并与原上海教学模型厂共同设计创制中国第一座大型的经络腧穴玻璃人模型。

朱琏(1909—1978)

近现代女针灸学家。字景雩，江苏溧阳人。17岁学西医，抗日战争前，曾在石家庄正太铁路医院当医生，后在石家庄自设诊所，掩护共产党地下工作者，1935年加入中国共产党。朱氏历任中共石家庄市委、石家庄市《正言报》、《大华报》编辑、八路军一二九师卫生部副部长兼野战医院院长、延安中国医科大学副校长、晋冀鲁豫边区人民政府卫生局局长兼边区医院院长、华北人民政府卫生部第一副部长、中共中央华北局委员、华北卫生学校校长，新中国成立后任卫生部妇幼卫生司副司长、中医研究院副院长兼针灸研究所所长等职。

1944年，朱氏在延安时期曾与鲁之俊学习针灸，并拜针灸名医任作田为师，从此坚持研究和应用针灸30余年，继承和发扬祖国医学遗产，并结合现代医学科学，特别是联系巴甫洛夫神经学说来探讨针灸学机制，取得了一定的成绩，她一贯主张针灸医疗、教学、科研三结合。

1948年，她在华北卫校编写了《针灸学讲义》。新中国成立后在此基础上进一步充实修改，编写成《新针灸学》一书，曾多次印行，还译成朝文、俄文版。朱氏热心针灸教育事业，先后举办针灸训练班多期，创办针灸疗法实验所。在下放广西任南宁市市长期间，创办南宁市"七·二一"针灸大学，并亲自任教，还培训了一些来华学习针灸的外国学者。在50年代，她在实验研究和临床研究上颇多发现和贡献，作了针灸对人体补体的影响、对疟原虫的抑制、对锑剂中毒的作用的观察及用安全留针的方法治疗顽固性疼痛，改进指针和艾卷灸法等，还发现了19个新的穴位。

任应秋(1914—1984)

近现代中医学家。字鸿宾，四川江津县人。早年在其祖父严格督导下学习国学，打下良好文化基础。1931年拜当地名医刘有余为师，经三年苦学，在中医理论和临床各科及药物方剂等方面积累了较丰富的知识，遂后赴上海中国医学院深造，他克服种种困难，参师请教，刻苦钻研，学有渊源，奠定了扎实的基础。1937年回四川，行医并执教。于40年代中期任《华西医药杂志》主任编辑，发表了《蜀医渊薮》、《四库全书医家类鸟瞰》等许多文章。中年开始致力于中医文献研究整理和著述。从事医学教育。1957年调北京中医学院历任古文、医史、各家学说教研室主任、中医系主任、第四届全国政协委员、农工民主党中央委员、中华全国中医学会副会长、国家科学技术委员会中医专业组委员、国务院学位委员会中医专业组召集人、卫生部医学科学委员会委员、卫生部药典委员会委员兼中医组组长，全国高等中医药院校教材编审委员会副主任等职。任氏著述甚富，发表论文300余篇，在《任应秋论医集》中包括有医学小议、学习指导、基础理论、医学史论、典籍研究、医学流派、方药琐言、争鸣碎语、诊治管见、医案实录、诊余文钞11类；学术专著37部，包括有医学史、中医各家学说、中医基础理论、临床各科、古医籍校点、编纂整理等。代表性的有《中国医学史略》、《通俗中国医学史话》、《内科治疗学》、《病机临证分析》、《中医病理学概说》、《中医药理学》、《伤寒论语释》、《伤寒论证治类诠》、《金匮要略译释》、《濒湖脉学白话解》、《重订中医脉学十讲》、《内经十讲》、《五运六气》、《中暑》、《阴阳五行》、《祖国医学整体观》、《中医舌诊》、《点校医学起源》、《新辑宋本伤寒论》、《中医各家学说》等。任氏平生博览群书、治学谨严，先后涉猎医书六千多种，作了大量的笔录与近十万张卡片。任氏在中医基础理论和中医现代化的研究与中医高等教育方面，卓有贡献。

历代名医遗迹

历代名医遗迹系指中国历代对医药学卓有贡献的医史人物所遗留下来的史迹，或后人为了褒扬这些人物(甚至包括传说中的医神)而设立的一些纪念性的设施和建筑。后者虽然每多附会，但其目的同样是表达后人对古代名医的崇敬和感戴。现知历代主要名医遗迹有：

神农　中国传说中的古代农业和医药发明者。在汉代的《史记》、《淮南子》等书中就记载了"神农尝百草"，而后知医药以疗民病的传说。自古以来，神农被作为中国药物学的鼻祖而受到后人的尊崇。现存最早的药物学专著即命名为《神农本草经》。神农氏活动的区域在黄河与长江流域，因此，至今湖北的德安，还有"神农祠"古迹。据载汉代在湖南长沙有炎帝祠、祭祀神农，在其他许多地方也都建立了以神农为土地神的祠庙，今河北安国药王庙的前身即神农祠，北京的药王庙所祀也是神农，汉武梁祠石刻有神农像。神农肖像常被描绘成头长双角，跣足赤膊，手握束草，腰围树叶裙。

黄帝　传说中的中原各族的共同祖先。医学相传也创始于黄帝时期。今存《内经》即托称黄帝(号轩辕氏)与其臣下岐伯等论医时所作。因此轩、岐已作为中医的源起和代名词(或称中医为"岐、黄"之术)。今陕西黄陵县城北的桥山建有黄帝陵，陵前有台，传为汉武帝所筑的祈仙台。黄帝陵墓为一硕大园丘，此陵周围有千年古柏数万株，郁郁苍苍，庄严肃穆。黄帝庙中还残存宋以来的碑石50多块，刻有汉族及满、蒙古等少数民族的祭文。为全国重点文物保护单位。

扁鹊　即秦越人，战国时名医(见"扁鹊"条)。渤海郡鄚(今河北任丘鄚州镇)人。见于史籍所记的扁鹊墓有多处。如唐代段成式的《酉阳杂俎》云："卢城之东有扁鹊冢。"《元和郡县志》云："扁鹊墓在朝城县罗城西北隅。"《咸阳记》云："鹊冢在咸阳城东。"宋人笔记中屡见称河南伏道有扁鹊墓，时人以墓四旁土及艾人药。明代李恒茂称邢地亦有鹊王庙，在后周显德中(954—960)即有王称。但影响最大的是鄚州镇的扁鹊遗迹。鄚州药王庙自古有"天下大庙属鄚州"之称，此庙在宋人王兆云的《挥尘新谭》中即记曰："扁鹊墓在河间任邱县，其祠名药王祠。"经元明扩建，规模宏大，成为北方著名的庙会集中地。每年4月28日(相传即"药王"生日)前后，商贾云集，四方货物毕至。故有诗记曰："鄚水环丘起暮烟，老翁遥指越人阡。千年药裹埋荒草，四月人奔拜墓田"(清代庞铠)。清康熙、乾隆年间屡遭火灾，景物消歇。1938年日军侵华时焚毁殆净，今仅存白石砌成的三座山门，山门额部分别刻有"敕建药王庙、敕建三皇殿、敕建文昌阁"等字样。原大庙之后有扁鹊墓，鄚州东门外又有扁鹊故宅，或称为药王庄。另外，河北内丘县神头村也有许多扁鹊遗迹。据载扁鹊曾"田子赵而多游焉。既没，民思其功，立字以祠，因号其山为鹊山。"鹊山在县城西(亦名蓬山)山中有一"太子岩"，均由扁鹊治虢太子疾而得名。鹊山麓有神头村，村北有鹊王庙，据庙中碑记所载，此庙至少在唐时已建。庙前有九龙桥及鹊楼。山门左前有碑楼，原有至元五年

(1268)所立:"国朝重修鹊王神应王庙碑"。庙内有鹊王献殿、鹊王殿等。据50年代的调查,庙中存有五代、宋、元、明、清历代碑石数十方,较详细地记述了当地扁鹊遗迹的历史。

70年代,山东出土人身鹊首石刻图,手持器物似为病人刺病状,类似画面多处,学者以为传说之扁鹊。

1981年河南省汤阴县出土一块扁鹊墓的石碑,墓碑已残,高134厘米,宽64厘米,正面刻有"广应王扁鹊之墓"之字,下边落款是"泰定四年冬十月□日立名"。泰定四年为1327年。汤阴扁鹊墓祠在县东南15华里火龙岗上,墓祠坐北朝南,仅存正殿三间和古井一口。殿后有土丘一座,乃扁鹊墓,墓前立有清康熙年间重修扁鹊庙的石碑。汤阴县已将扁鹊墓列为文物保护单位。相传扁鹊遇难于汤阴伏道。故清代文人袁枚所作《扁鹊墓》诗曰:"不种青山药满林,那知国手葬汤阴。"每年农历三月十五日为祭祀扁鹊的庙会,千年经久不衰,可见广大人民对他的爱戴和崇敬。80年代陕西省委拨款重修了临潼的扁鹊墓,纪念扁鹊的遗迹尚有多处。

华佗 三国时著名外科学家(见"华佗"条)。华佗为沛国谯人(沛在今铜山县西北,谯,即今安徽亳县)。游学于徐州。清初于亳县始建华祖庵,近年修葺一新。华祖庵坐落在亳县县城亳州镇的西北角,全庵由两个庭院组成,青砖青瓦。右侧院内筑有小亭,作为相传华佗读书的处所。正厅塑有华佗像,布衣布履,高大挺拔,作行走状,犹如奔波在为民治病的道路上。最近又修建有"华佗纪念馆",有华佗事迹介绍及有关陈列。另徐州亦有华庄,华庄内原有华佗庙,庙内有华佗铜像及华佗墓,墓前石碑上书"后汉神医华佗之墓",墓前有石案及石人。今庙及墓已毁,铜像尚存。据传华佗真墓在许昌,当地还有哭佗村等与华佗传说有关的地名。

张仲景 名机,东汉末名医,人称"医圣"(见"张仲景"条)。南郡涅阳(多认为即今河南南阳,一说为邓县)人。据记载,明崇祯五年(1632),在南阳城东、仁济桥西、三皇庙后,"园丁掘井圃中,丈余得石碣",上书"汉长沙太守医圣张仲景墓"(关于此碑年代尚有争议,或疑为晋末时立)。清顺治十三年(1656),即此地修建"医圣祠"及仲景墓,立碑记事。后经多次扩建,有正、偏两院,正院墓门前有圣祖庙,故里碑亭。后为仲景墓,墓后大厅有仲景塑像。偏院有内经楼、灵枢阁、素问亭、医圣井、智圆斋、医林会馆等20多座建筑。经多次劫难,今仲景墓和祠堂正殿尚存,祠内还有明末掘出的石碑及历代修祠之碑记。1964年曾重修张仲景纪念馆,1981年12月在河南成立南阳张仲景研究会时,仲景祠、墓又经整修,面目一新。

王叔和 晋代名医(见"王叔和"条)。山阳高平人。晚年定居湖北新洲,据传死后亦葬在新洲。今新洲县边缘有一老爷山,上有药王墓,建有药王庙,当地称此地为药王山,旧时常有人来此敬香。据说新洲县徐古区王氏宗祠还藏有王氏族谱,且有王叔和遗像。新洲药王庙正殿原供奉有王叔和塑像,后移至王氏宗祠。山阳高平长期以来被认为是山西高平县,故当地有王叔和制药石臼和石碾等遗迹。最近经考证,王叔和乃山东高平(今邹县西南)人(陈存仁《中国医学史》)。故山西高平遗迹当是后人为仰慕王氏而设。

皇甫谧 晋代针灸学家(见"皇甫谧"条)。朝那(今甘肃灵台,一说为平凉西北)人。灵台张鳌坡,据传即其陵墓所在地。近年于此地修筑"皇甫谧之墓"。墓丘芳草萋萋,四周筑有方形陵台(分内外两层)。1963年,甘肃省将古墓列为省级文物保护单位。在其附近有一大土山,旧时称作书台,传为皇甫谧读书处。清人有诗云:"山中谁筑读书台?元晏先生著作来。载籍兼修高士传,行踪不与俗人猜。天还有意怜衰草,云自无心锁绿台。几度登临深景仰,长留明月共徘徊",即就此景而作。此外当地还有药园、窖洞及皇家坪、皇帝花园等与皇甫谧的传说相关的遗迹。1983年为纪念皇甫谧逝世1701周年,当地又再次对皇甫谧的遗迹加以调查,并整修了皇甫谧墓。

葛洪 晋代的道家和医药化学家(见"葛洪"条)。江苏句容人。有关葛洪炼丹的遗址很多,最著名的为广东博罗县罗浮山所存的数处遗迹。据载葛洪在东晋咸和年间(326—334)于此山修道炼丹,行医采药,始建庵舍。共分辟都虚(后称冲虚)、孤青、白鹤、酥醪四庵,现存有冲虚古观、葛洪炼丹灶、洗药池等遗迹,冲虚古观是葛洪所建四庵中的南庵。东晋安帝义熙初年建葛洪祠,此观四周林木深郁,殿堂秀美,为当地名胜。葛洪炼丹灶在罗浮山东麓冲虚古观侧,初建于东晋咸和年间。苏东坡游罗浮山时,曾题"稚川丹灶"四字,灶顶高3.60米,四角形底座边长2.25米,八角形坛体边长0.80米,花岗石砌成,按方位雕有八卦图形和灵禽异兽图案,四角石柱上雕有云龙。据《罗浮山志》载,灶旁曾悬古剑、古镜等物,地上留有五色土,传为炼丹遗余残物。另麻姑峰下有洗药池,清人丘逢甲题诗于池畔钓鱼台:"仙人洗药池,时闻药香发"、"采药仙人去不还,古池冷浸梅花月"等。

此外,在中国某些名山大川,亦有葛洪炼丹遗迹,如杭州葛岭,即因相传为葛洪结庐炼丹处而得名,山上有炼丹台、炼丹井、抱朴庐、葛仙庵等遗迹。福建霞浦县城南10里有葛洪山,亦因传葛洪炼丹于此而得名。山有石洞,洞中有石屏、石几、棋局等。在广西勾漏山亦有葛洪炼丹之勾漏洞等遗迹。类似的相传为葛洪炼丹处还可见于浙江、江西等省。

孙思邈 唐代医学家(见"孙思邈"条)。京兆华原(今陕西耀县)人,据说耀县孙家塬即其故里。耀县今存孙氏遗迹多处,以药王山最为著名。此山在城东0.75公里,又名"五台山"。山上的建筑可分南庵(升仙台)、北洞(显化台)两个群体。南庵文昌阁(魁星阁)尚存,下有一"御道"。当地传说是唐太宗为嘉勉孙氏治愈其爱妃之病而亲临此山的通道。"御道"之前有晒药台,阁上原有静明宫、拜真台(系为一块八角石,今不存)等遗迹。南庵碑

石甚多,今可见最早的碑文出于北宋崇宁三年(1104),据此碑所记孙氏封为妙应真人似始于北宋。此外还可见镌有孙思邈像、龙王献海上方、《福寿论》等内容的碑石。北洞主体建筑是药王庙,殿宇依山而立巍峨雄伟,山门前矗立两根铁旗杆,蟠龙缠绕,铁制对联云:"铁杆铜条耸碧霄千年不朽,铅烧汞炼点丹药一匕回春。"药王大殿正中端坐孙思邈塑像,原座前石虎和屏上云龙(所谓"降龙伏虎""坐虎针龙")今不存。殿后一洞名太玄洞,传孙氏为龙王治病,龙穿飞而去所遗。药王大殿东庑塑有十大名医像(岐伯、雷公、扁鹊、华佗、仓公、张仲景、王叔和、皇甫谧、葛洪、陶弘景)。廊下及殿中石碑众多。碑亭中有明隆庆六年(1572)秦王守中所刻"千金宝要碑"4块8面。另有"海上方碑"(残)、"历代名医神碑"等。殿西跨院尚有人工凿就的"洗药池"两眼,上刻"石盆仙迹"等字。药王山因藏有北魏石刻,1962年即被列入第一批全国重点文物保护单位。耀县城东北7.5公里为孙家塬。村民相传孙氏世居村北,今可见旧堡残址及塌窑数孔。村中唐槐一株,传即孙氏读书处。村西南原"孙真人祠"及"圣母殿"塑像已毁,建筑仍存。孙氏祖茔已夷为耕地,今存者仅后世所立"唐代敕封妙应真人之先茔碑"。

此外,中国的一些名山也留有孙思邈隐居、采药、炼丹的遗迹。如峨嵋山牛心寺,相传是孙思邈隐居遗址。宋代范成大曾作《孙真人庵》,诗曰:"何处仙翁旧隐居,青莲巉绝似蓬壶。云深未到淘米洞,雨小先寻炼药炉。硐下草香疑可饵,林间虎伏试教呼。闲身尽辨供薪水,定肯分山一半无。"该等地处偏僻,山势险要,现寺庙已破旧不堪。山中还有丹砂洞、炼丹灶、玩丹石、呼应峰、棋盘石等遗迹。《峨嵋山志》均有记载。1982年又在河南省修武县太行山发现药五洞和孙真人碑。次年河南省西太行山麓的五岩山上,又发现了孙真人洞及宋、明、清有关孙思邈的摩崖石刻等遗迹,反映了伟大的医药家孙思邈不远万里,行医采药在民间留下了大量的遗迹。

药王 中国民间对某些古代名医的尊称,或称医王(医王之称汉代即有)。随时代、地区不同,药王所指的人物也不相同。各地药王庙甚多,在封建社会中,每赋予药王以传奇色彩。前述神农、扁鹊、王叔和、孙思邈等都有药王之称,并有药王庙建立。史书所记药王韦慈藏,今无遗迹,惟民间传其形象为携黑犬行医云。河北安国(古祁州)药王庙因为旧时成为药都的中心场所尤著称于世。该庙前身即广布各地的神农祠,东汉末改为皮场庙,为中原一带多见的土地神祠。安国皮场庙约始建于宋,规模甚小,金元时凋敝不堪,至明中期以后不断扩建,香火颇盛。清康熙、乾隆间邻县任丘药王庙(扁鹊庙)毁于火灾,药材贸易转移到安国,地处南关的皮场庙改名药王庙,成为药市的旗帜。在短短的几百年中安国药市即发展成为全国药材集散地。今药王庙建筑仍存,门前两根铁旗杆上龙飞凤舞,另有牌楼、山门及石狮(一对)。门内有马殿、钟鼓楼、药王墓亭、大殿、后殿及廊庑(原两厢有十大名医像,大殿有药王塑像,今皆重塑)。庙内尚存明、清石碑多块。从明清以来,当地关于药王的传说愈演愈繁,最盛行的是以药王为汉代云台廿八将之一的邳彤(安国人),此实为清代文人嫌"皮场"不雅而附会。也有的记载说药王为宋时河南相阴库吏张森,因谨事神农、祷神杀蝎有功于民,遂封为皮场大王。至于民间传说更多,不一而足。药王庙旧时散见于各地。北京有药王庙,建于明代,祭祀神农,且亦列有十大名医(各药王庙十大名医名称各异)神像。

鉴真 唐代医药家(见"鉴真"条)。江苏扬州人。今存鉴真大师的主要遗迹为日本良唐招提寺。该寺为鉴真生前创建,寺中鉴真漆塑像经过1200多年,仍存放在御影堂中。御影堂东为鉴真和尚御庙,乃鉴真埋骨之所,墓塔在静静的松林中任游人凭吊。寺中所藏鉴真带去的释迦、多宝两佛像及铜如意、铁钵等已被日本定为国宝。1980年鉴真塑像回国,在扬州、北京举行了极隆重的纪念仪式,并在扬州原鉴真种药的药铺旁栖灵塔遗址筑成唐式殿宇"鉴真纪念堂"。

朱丹溪 元代医学家。婺州义乌(今浙江义乌)人。据考朱氏号"丹溪",是因居地有水名"丹溪"而来,相当现在的赤岸。朱姓家族原为"蒲墟古族",共18派,朱丹溪为其中西宅派。当地有"朱丹溪祠"。丹溪墓位于东朱山。新建的"丹溪庙"与墓地之间有林荫小道相连。墓坐北朝南,有"丹溪朱先生墓碑"一块,为其裔孙重修于1946年。朱氏后代每年清明、冬至均来扫墓,此习延续数百年。旧丹溪庙今亦存,1979年群众自发捐资另建了一座丹溪庙,新庙仿旧庙建造,正殿有丹溪泥塑像,中有天井,副殿墙上载有丹溪生平简介,右侧有药房。在今存的《赤岸朱氏宗谱》第二卷中,还保留有朱丹溪正面白描肖像一幅(《浙江中医学院学报》1981年6期)。1992年12月在朱氏陵园新铸一尊丹溪铜像,以资纪念。

兰茂 明代医药学家(见"兰茂"条)。原籍河南洛阳,后为云南嵩明县杨村千户所石羊山人。以药物学著作《滇南本草》及诗集《玄壶集》等闻名于世。卒后乡人于嵩明杨村镇南街尽头建兰茂墓及兰公祠。兰公祠始建于明成化十二年(1476)。康熙二十九年(1690)翰林侍读李澄中捐金修葺。祠后院有兰茂墓,为石砌圆形土冢(高约2米,直径约10米),坐西朝东。后历经修缮,在1936年所立墓碑有清末状元袁嘉谷所书"明兰隐君墓"。碑两侧石柱刻有"古滇真名士,玄壶老诗人"对联。1912年兰祠一度被毁坏,后续有修整。1982年省人民政府重修祠、墓,并陈列有关兰茂的文物和资料。楚图南题词曰:"神农后裔,滇南乡贤"。

李时珍 明代医药学家(见"李时珍"条)。湖北蕲州(今蕲春县)人。今存的李时珍主要遗迹为其墓地。1956年和1983年分别进行了两次大整修,建成了颇有气魄的李时珍陵园。该陵园坐落在雨湖南岸,首为高大的牌坊,上有郭沫若题额:"医中之圣"。进园后李时珍半身塑像

高高端立，像座下有郭沫若题词及李时珍传记。其后即李时珍夫妇合葬墓和他的父母的合葬墓。李时珍父母的墓碑立于隆庆壬申，由"长男李果珍、次男李时珍奉祀"。最近又发现了李邻湖(即李果珍)的墓碑，由李建木立石于万历辛巳。这些墓碑为考证李时珍生平提供了可靠的依据。陵墓现修缮一新，供后人瞻仰。陵墓两旁各建有纪念亭，四周还种植了药材(如曼陀罗等)。西边还有二层楼的李时珍展览馆，收集了大量的文献资料和蕲州特产药材等。陵园内设李时珍文物管理所，收集和整理有关文献。李时珍陵园于1981年已公布为全国第二批重点文物保护单位。从墓地西北方向过雨湖，原为李时珍居处"薖所馆"遗址，在此附近发现了一块清光绪乙巳(1905)的石碑，载明为李氏祖孙三代的坊表故址(即李时珍、李建中、李建木、李树初)。石碑斜对面原有一座"玄妙观"，据说是当年李时珍和他父亲李言闻为群众看病的诊所(今此观已不存)。为了纪念李时珍，当地办起了李时珍医院，该院设李时珍医史文献馆，收藏了部分文献资料和名人题词等。

陈修园 清代名医。福建长乐田乡溪湄村人(见"陈修园"条)。卒后葬于溪湄村"面前山"(附葬其父坟)。陈家祠旁有陈族家墓，有陈修园中嘉庆癸亥(1803)为其父母所立石碑坊。

王孟英 清代温病学家(见"王士雄"条)。咸丰十一年(1861)秋，寓居浙江秀水县(今属桐乡县)濮院镇，并题所居曰"随息"(所著《随息居饮食谱》即以此命名)。今濮院镇平桥尚存王氏旧居，系二楼二底之瓦房，分三进，王氏曾居第三进，其住房还部分保留了原状，惜王氏故物不复存。

除以上主要名医遗迹外，还有不少地方保留有当地名医遗址或纪念建筑。如苏颂之墓、祠可见于江苏丹阳，福建泉州南安建有苏颂纪念馆；宋慈墓在福建建阳崇雒乡。又如陈实功、傅青主、吴有性、徐灵胎等名医，当地也建祠纪念，或保留有关遗迹。在中国留存的历代名医遗迹，见于史籍记载的甚多，然经世事沧桑，有不少已遭湮没。近年来，现存的历代名医遗迹正在不断整修，并得到切实的保护。经过不断地调查发掘，可望发现一些尚未被人所知的遗迹。

古代医学文献

中国古医籍学著作数量浩繁，就其演变的过程，截至清末可分为6个时期。

先秦时期 追溯中国古医书的起源，根据现知的资料和旁证，约在战国以前已出现了大量写录在竹木简牍和缣帛(丝制品)上的医学文献。这首先可以从战国时期成书的《黄帝内经》中得到证明。该书中已引用了数十种古医籍的名称及其佚文。如《上经》、《下经》、《外揣》、《逆顺五体》等等。这些已佚的古籍都是撰写《黄帝内经》的重要参考资料。1973年从湖南马王堆汉墓中出土了多种写在帛上的古医书实物，其中包括《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》、《脉法》、《阴阳脉死候》、《五十二病方》等，从其内容来看大都也是早于《黄帝内经》以前写成的。

《黄帝内经》是在公元前4世纪左右(战国中期)由佚名氏撰集而成的一部大型医学理论著作，其内容包括了生理、病理、诊断、治疗等多方面的内容，也是传世医书中撰年最古而内容基本完整的一种。因而受到历代医家的高度重视，并在构成中医学理论体系方面产生了重要影响。先秦时期还有其他一些医书，它们的书名可见于《史记·仓公列传》、《汉书·艺文志》等书，但均早佚。

秦汉三国时期 这时期的医书仍写在简帛上。其中传世医书主要有：佚名氏的《黄帝名堂经》及后汉时期张机(仲景)、华佗及其弟子(吴普等)和三国时期王熙(叔和)、皇甫谧等人撰写的著作。

《黄帝明堂经》是约秦汉之际佚名氏撰写的一部比较系统的针灸专书。张机所撰《伤寒杂病论》共16卷是一部论述临床治疗著作。书中记述医学各科病症诊治，而尤详于伤寒病的法则。此书传世已无全书，而被分成单独的《伤寒论》和《金匮要略方论》等医书。华佗撰写的医书罕有直接传世的，但其有关佚文则被后人辑人《中藏经》及《内照法》等书中。三国时期王熙在整理张机著作的基础上撰写的《脉经》10卷，是诊断学的专书。皇甫谧撰《黄帝三部针灸甲乙经》10卷，是将《素问》、《针经》(即《黄帝内经》)和《明堂孔穴针灸治要》三书分类合编而成的一部著作，其传世本为后人改编后的12卷本。它既是《黄帝内经》的另一种古传本，又是保存最完整一种较早的针灸学专著。这时期出土的古医书有1972年掘自甘肃武威汉墓中的《治百病方》残简，约为东汉初期佚名氏所作临床医著。

晋及南北朝时期 这一时期的医书除写在竹木简者外，多利用纸为工具，书写在卷轴(卷子)上，而不论种类与数量均较前代有很大增加，但传世者只有《肘后救卒方》及《本草经集注》(残卷)等极个别医书，其余均已亡失，仅有书名或佚文存世。后者如晋代葛洪的《玉函方》100卷、范汪的《范东阳方》105卷、陈延之的《小品方》12卷、僧深的《药方》30卷、姚僧垣的《集验方》12卷等，其中不少是卷帙很多的医书。它们的部分佚文大都被传世的《外台秘要》、《医心方》等书所辑录。

《肘后救卒方》卷，是葛洪将其所撰《玉函方》中选录的常用简要应急医方。复经梁人陶弘景补充，改称为《补阙肘后百一方》。此后又经人修订补充始成为现在的传世本(即《肘后备急方》7卷)。《本草经集注》是陶弘景为《神农本草经》所撰的注本，其佚文散见于后代一些本草著作中，近世出土者仅存其残存"序例"部分。

隋唐五代 这时期的医书仍以手写的卷子本为主，个别的刻版医书虽已出现(如长安印行的《新集备急灸

经》原书已佚,仅存抄本残卷),但为数极少。医书的名称较前代续有增长,可惜绝大部分失传。其中有的仅存书名,有的则尚存部分佚文。见于《隋书》"经籍志"及新、旧《唐书》"经籍志"、"艺文志"中的已有二三百种,约4 000余卷之多,有些医书的佚文散见于宋代以后的文献中。本阶段医书总的特点是随着医学的不断发展,医学各科的分工也更加细密。特别是由隋唐政府组织编写的几部大型著作,其中《四海类聚方》全书共2 600卷,显示了收罗的医书已相当广泛,堪称当时的医学百科全书。此外,由隋政府组织巢元方等人撰写的《诸病源候论》50卷,是一部内容丰富的系统病原学著作。

唐代初期还由政府组织杨上善等人注释了《黄帝内经太素》30卷、《黄帝内经明堂类成》13卷(此两书均存残本),以及由政府组织编写的《新修本草》54卷。《新修本草》是在继承前代药学著作的基础上,结合全国药物和实物绘图而成的一部药典性著作。唐代私人撰写的医书也很多,传世的主要有孙思邈的《千金要方》和《千金翼方》各30卷,王焘的《外台秘要》40卷,王冰整理注释的《黄帝内经素问》24卷等。五代时期后蜀政府组织人力编纂了《重广英公本草》(即《蜀本草》)20卷。此外,在这时期还有很多未收入史志书目中的佚名氏医学著作,少数民族如藏族医著及国外移植的外域医书,宗教(佛、道教)医方书等。它们一些手写本医学残卷于20世纪初在中国西域地区(敦煌、新疆、甘肃等地)不断发现,其数量不下数十种之多。

宋金元时期 自北宋初期以后基本均是木版印刷的医书。官修的和民间医家撰写的医书都有很大数量特别是北宋政府于1057年成立了编印医书的专门机构(即"校正医书局"),先后整理校刊了《黄帝内经素问》、《伤寒论》、《金匮要略方论》、《脉经》、《针灸甲乙经》以及《千金方》、《外台》等书。此外还有宋政府组织医官撰写的大型医书,其中医方书有《太平圣惠方》100卷、《神医普救方》1 000卷、《圣济总录》200卷;官办药局的成方配本著作如:《太医局方》13卷、《和剂局方》5卷(按此书经多次修订,书名及卷数也不断有所改动);药学著作有在《新修本草》的基础上先后修订成的《开宝本草》20卷、《嘉祐本草》20卷、《政和本草》30卷(按此书是以唐慎微撰《经史证类备急本草》为基础修订的);针灸著作如以医官王惟一为首撰写的《铜人俞穴针灸图经》3卷、南宋初的《绍兴本草》以及其他一些医学著作。

民间的医学方书也很多,如北宋的庞安时、董汲、孙用和、沈括、苏轼等,南宋的许叔微、陈言、洪遵、刘信甫、严用和等撰写了不少结合临床试用有效的著作。专科医书的种类也逐渐增多,如内科方面朱肱的《南阳活人书》20卷;妇科方面朱端章的《卫生家宝产科方》8卷,陈自明的《妇人大全良方》24卷、《外科精要》3卷;儿科方面钱乙的《小儿药证直诀》8卷,刘昉的《幼幼新书》40卷,佚名氏的《小儿卫生总微论方》20卷。都是影响较大的一些医书。

金元时期出现的医学流派和与此相应的一些著作有:刘完素的《素问玄机原病式》、《宣明方论》、《素问病机气宜保命集》;张元素的《医学启源》;张从正的《儒门事亲》;李杲的《脾胃论》、《兰室秘藏》、《内外伤辨惑论》;王好古的《医垒元戎》、《汤液本草》;朱震亨的《局方发挥》、《格致余论》;罗天益的《卫生宝鉴》等,形成了金元时代的独特医学风格。

明清时期 明清时期中医文献的种类和数量续有很大增长,但在质量上自1840年鸦片战争以后由于西洋医学广泛传入的影响而进展减缓。这个阶段的中医文献除了有不少医学方书及综合性医书外,尚有以下几类具有特点的医书。①温热病专书:这是自明末吴有性的《温疫论》以后出现的一大类专书,包括《温疫论》的其后继性著作,叶桂的《温热论》,吴瑭的《温病条辨》及其后继性著作。杨璿的《伤寒温疫条辨》,王士雄的《温热经纬》,雷少逸的《时病论》以及其他暑热、痧胀、霍乱、鼠疫、疟、痢等著作。②临床各专科著作:在咽喉科、眼科、齿科、外科疔疮、瘰疬、麻风(疠疡)、痔瘘、梅毒、伤科(正骨)等方面的均有很多专书。③药物学专著:这个时期刊行了多种本草名著,其中又以明代李时珍《本草纲目》最有代表性,清代赵学敏《本草纲目拾遗》,亦为后人所重视。④翻刻影刻古医书:宋元以前有价值的传世医书,如医经类、仲景医书类、医学方书、本草类等,在明清时期均一再由书肆翻刻。有价值的宋、元版某些古医书也有人作了复刻。⑤研究古医书的著作:主要是《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匮要略》等的注释与考证以及《神农本草经》的辑佚等均有不少专书。⑥整理集录医书的著作:包括多种大型的医学全书、丛书与类书。如《普济方》、《薛氏医案》、《古今医统正脉全书》、《古今医统大全》、《医学纲目》、《六科证治准绳》、《景岳全书》、《古今图书集成·医部全录》、《医宗金鉴》等。此外还有不少有关医书的分类汇编、精简摘要性以及启蒙普及性医书。⑦中西医汇通著作:如唐容川的《中西汇通医书》,王清任的《医林改错》等。这类著作虽然数量很少,但已呈现了中西医结合医书的萌芽。

黄帝内经

中医理论著作。后世简称《内经》。原为18卷。其中9卷名《素问》,另外9卷无书名,故汉、晋时的医家即取"九卷"作为书名(见张仲景《伤寒杂病论·序》、皇甫谧《针灸甲乙经·序》等)。由于《九卷》一书开始即记有"先立《针经》"之语,故也被称为《针经》。《黄帝内经》一名可见于汉代的《七略》及《汉书·艺文志》等书中,是现存的早期中医经典著作之一。

《内经》并非成自少数人之手,也不是成书于某一时代,它是在长时期的流传过程中,经过众多医家之手编撰而成。关于其基本成书的年代,目前还有争议,大致有成

书于战国时期、战国末期至秦汉之际、西汉前期等多种说法。但可以认为,该书的主要部分已形成于战国时期,但在它传抄流布过程中,也掺入了一些后人补撰的内容,并出现了多种不同传本。《素问》和《九卷》各自成书,故逐渐分别衍化成《内经》的两个早期传本。《九卷》在唐代王冰时称为《灵枢》。至宋代史崧献家藏《灵枢经》,并予以刊行,《灵枢》始有定本。此后《素问》、《灵枢》遂成为后世《黄帝内经》的两大部分。现存的《素问》及《灵枢》两书主要内容是:

《素问》:一—二篇(以下篇目均从略)论述人体发育的规律,养生的原则与方法,以及"不治已病治未病"的预防医学思想;三—七篇论述阴阳五行学说在自然界、人体各部机能以及疾病治疗等方面的联系;八—十一篇论述脏腑的生理与其主病;十二—十四篇论述针、砭、灸法、按摩、汤剂、药酒、温熨等治疗方法;十五—二十一篇论述以脉诊为主,包括色诊、问诊的诊断学,及疾病转归、死亡征兆;二十二—三十篇论述有关脏腑、经络等病证的临床辨证规律;三十一—四十八篇论述若干主要病类(包括热病、疟、厥病、痉病、腹中病、风病、痹病、奇病等)的病候及其针治方法;四十九—六十五篇论述周身孔穴("气穴"、"气府"、"骨空")的名称、部位和针刺的手法、补泻和禁忌,以及有关经脉病候的解释,疾病演变过程等;六十六—七十一篇及七十四篇(第七十二、七十三两篇仅存篇目,原文已佚)共7篇,篇目均有"大论"字样,系唐代王冰据古佚医书补入者,主要阐述运气学说在医学上的应用;七十五—八十一篇杂论有关医理及诊法中的一些问题。

《灵枢》:一—九篇论述九针的形制、十二原穴、五腧穴(井、荥、输、经、合)、根结穴,针刺方法(九变刺、十二节刺、三刺、五刺等),针法补泻,熨法,脏腑病候及与情志的关系;十—十八篇论述人体经络系统(经脉、经别、经水、经筋),体表测量(骨度、脉度)及营、卫、气、血、三焦所主等;十九—三十篇论述四时杂病、五脏病、寒热病、癫狂、厥病、周痹及其他杂病的病候及刺法;三十一—四十一篇论述脏腑解剖、色诊、不同体质刺法、泻血,有关四海、五乱、阴阳清浊、阴阳应十二月之理论及胀病、癃病等;四十二—四十六篇论述五行与五腧,针刺之道,疾病传变,梦与疾病,五变病;四十七—五十五篇论述脏腑类型,脉诊(人迎、寸口),望诊,疼痛病机,灸法补泻,人体发育,要穴(标、本、气街)及禁刺;五十六—六十六篇论述二十五种人体类型,动输,百病始生,病之逆顺,卫气失常,贼风,水胀病,五行与五味等;六十七—八十一篇论述人与自然,五行所主,五人,尺肤诊法,卫气行,九宫八风,九针论,行针之法,刺有五节,以及多种杂病(上膈、寒热、目不眠、疟病、风病、眼目诸病、痈疽等)。

《黄帝内经》流传甚广,其中《素问》、《九卷》两种传本的流传及其文字定型化的过程分别是:

《素问》:公元6世纪,由全元起进行了全面注释。当时由于第7卷早佚,故全氏注本只有8卷,共69篇。唐代宝应元年(762),王冰将全氏注加以改编,称《黄帝内经素问》,共24卷,81篇。但其中七十二篇"刺法",七十三篇"本病"虽有篇目,但缺原文(相当全氏注本所缺的第7卷部分),八十一篇中经王冰新补入7篇,即所谓"旧藏之卷"。其名称是:天元纪大论、五运行大论、六微旨大论、气交变大论、五常政大论、六元正纪大论和至真要大论。王冰注本除了参考多种古书对《素问》原文进行了较详明的注释外,还将原书的次序重加调整,并对个别文字予以增删。北宋初,医官院再次校定《素问》。11世纪北宋政府设校正医书局,以林亿、孙奇、高保衡等医官为首对王冰注释的《素问》进行了认真细致地校勘注释,改称为《重广补注黄帝内经素问》,仍为24卷,81篇,又称"新校正"本。此书不仅保存了王冰注本中的全部文字,而且补注中纠正了王注中的一些错误。由于"新校正"本《素问》是政府组织人员编定刻印的,使《素问》一书的原文基本定型,成为后来刊刻与研究《素问》文字的蓝本与依据。这种24卷的"新校正"本,即王冰、林亿注本,是宋代以后传本的主要型式,仅既知的各种刊本即不下数十种之多。此外尚有12卷本、50卷本等。其卷数虽有增减,但内容不变。

《九卷》:此传本流传到6世纪前后,出现了各种不同书名的传本,其中主要有《针经》、《九墟》、《九灵》及《灵枢》等。其中影响最大的是《针经》和《灵枢》。

《针经》又名《黄帝针经》。在南北朝及隋唐时期已出现了一些注本,但均早佚。唐代医事法令和其稍后的日本、新罗、高丽等国医事法令中均将此书列为学医必读的重要教材。北宋时期《针经》传本内容已经不全,当时虽曾根据高丽保存的《针经》一度在国内刊行,但一直未流传下来。《九卷》古传本中唯一被流传下来的是《灵枢》。这主要是南宋绍兴乙亥(1135)史崧将其家藏的《灵枢》9卷,共81篇,重加校订,并扩编为24卷(内容未变),正式刊行。至此以后,《灵枢》成为《九卷》的唯一刊本,其原文也已定型。南宋以后此书虽有24卷本及12卷等不同,但内容次序全同,其中以12卷本的各种刊本数量最多。

此外,还有另一种古传本,系战国时期的韩国诸公孙,将《内经》一书加以改编,重新整理为20篇,称为《黄帝太素》(据《七略》)也单独地流传下来,此传本流传到唐初。以杨上善为首进行了整理改编,并进行了较详细的注释,名《黄帝内经太素》,由原来的20卷扩充为30卷。后来日本政府也将《太素》列入医事法令(天平宝字敕令及延喜式等)中,定为学医必读的重要教材,且出现了日本医家的《太素》注本。13世纪后,《太素》在国内一度亡佚,此时在日本医书中虽仍被引用,但16世纪以后此书在日本也下落不明,直到19世纪初日本学者才开始从仁和寺等地陆续发掘出此书的残卷,并在中国和日本出现了校勘、注释的多种刊本。但迄今为止所发现的《太素》共25卷,其余5卷均已失传。

晋代皇甫谧《甲乙经》一书,取材于《素问》、《针经》和

《明堂孔穴针灸治要》三书,"使事类相从,删其浮辞,除其重复,论其精要。"故《甲乙经》中也包括有《黄帝内经》的内容。此外,由于《素问》的王冰注本中缺第72"刺法"及第73"本病"两篇。因而在唐宋之际出现了所谓《素问亡篇》(一作《素问遗篇》、《素问佚篇》)一书,补足以上两篇,但考其文体均和《素问》有显著区别,应系后人伪托,但其成书年代不晚于北宋初期。

《黄帝内经》一书在朴素的唯物主义观点指导下较全面地阐述了中医的基本理论,包括人体解剖、生理、病理、诊断、治疗及卫生学等范畴的问题。由于《内经》的历史价值及其在医学理论等方面的学术成就,自秦、汉以来一直受到历代医家的高度重视。从而产生了和《内经》有关的大量注释、节要、语译及其他医学著作。主要有如下几类:

(1) 注释:属于《内经》全文注释的著作除了上述杨上善的《黄帝内经太素》,全元起的《黄帝素问注》及王冰、林亿等人先后注释的《重广补注黄帝内经素问》外,主要有明代马元台的《黄帝内经素问注证发微》、《黄帝内经灵枢注证发微》(为《灵枢经》之首注本)各9卷(1586),吴昆注《黄帝内经素问·灵枢集注》9卷(1672),高世栻注《素问直解》9卷(1695),黄元御注《素问悬解》13卷、《灵枢悬解》9卷(1745),张琦注的《素问释义》10卷(1829),周学海评注《内经评文》36卷(1896),胡澍的《黄帝内经素问校义》1卷(约19世纪末)等书。其中尤以马元台、张志聪两家注释阐发原文意旨较为详备,流传更广。

在将《内经》全文重新分类后的注本,学术价值较高的是明代张介宾的《类经》32卷(1624),此书将《素问》、《灵枢》原文重新编次,分为摄生、阴阳、脉象、脉色、经络、标本、气味、论治、疾病、针刺、运气、会通12类。此外,张介宾更撰《类经图翼》11卷、《类经附翼》4卷,作为弥补《类经》原文之不足。

(2) 节要:将《内经》原文精简提要编写的著作,较早的有元代滑寿的《黄帝素问钞》7卷(一名《读素问钞》,又有9卷本)。此书后经明代汪机续注,是一部摘录《内经》原文加以分类注释的书。其后又有黄俅的《黄帝内经素问节文注释》10卷(1619),但流传不广。影响较大,流传较广的有明代李中梓的《内经知要》2卷(1642)及清代汪昂的《素问灵枢类纂约注》3卷(1689),两书均选录切要,诠释简明,对于初学尤为便利。其他尚有薛雪的《医经原旨》6卷(1754),陈念祖的《灵枢素问节要浅注》12卷(1865),唐宗海的《中西汇通医经精义》(又名《中西医刊》)2卷(1884)等。

(3) 语译:《素问》一书有:1958年山东省中医研究所的《黄帝内经素问白话解》,1959年南京中医学院的《黄帝内经素问译释》。《灵枢》一书有:1962年陈璧琉、郑卓人的《灵枢经语译》,1963年山东中医学院的《灵枢经白话解》等书,都是将《内经》全部原文译成语体文并附加注释与按语的著作。

(4) 国外引录、注释及译本:《内经》一书在古代亚洲地区如日本、朝鲜、越南等国均作为主要的医学经典著作有多种传本、刊本及引录。这些书均仍用原来的汉文原文。如日本方面最早的医事法令"大宝令"(701)所规定医学生必读书目中有《素问》、《黄帝针经》。日本人编写的各种医书中也广泛引录《内经》之文。现存较早的日本人注本有1699年竹中通庵集注的《素问要语》9卷,《灵枢要语》8卷,1854年喜多村直宽注的《黄帝内经讲义》12卷等书。其中尤以丹波元简的《素问识》8卷、《灵枢识》6卷(1806)及其子丹波元坚的《素问绍识》4卷(1846)等书,选录《内经》中深奥难解的部分原文加以考证诠释,多有发挥。

朝鲜古代,在1091年高丽国曾派使节来华送还中国当时已失传的多种古医书。书目中即有《黄帝针经》、《九墟经》及《黄帝太素》等书。在1136年的医事制度中同样将《素问》、《针经》列为必修课目。1433年的《乡药集成方》、1445年的《医方类聚》、1611年的《东医宝鉴》等书中均引录了大量《内经》原文。越南方面,黎有卓撰《海上医宗心领全帙》(刊于1879—1885)一书也是《内经》节录注释的一部大型综合性医书。

近代以来《内经》一书也引起欧美医家的重视。其中美国维茨(I. Veith)译《黄帝内经》一书(1949)就是将《素问》的前34篇译成英文出版而获博士学位的。此外,英国福克(Alfred Forke)的《中国人的世界观、天文、宇宙和物理哲学的理论》(1925)。美国摩西(William R. Morse)的《中国医学》(1934)等书及道森(Percy M. Dawson)的《素问——中国医学的基础》(1925)一文中也都译述了《内经》的部分内容。

其他在各种综合性医学著作中论述《内经》的专门篇节或专文外,还有很多研究《内经》中某一专题的著作。如有关运气的著作有唐代王冰的《元和纪用经》1卷,《玄珠密语》17卷,宋代刘温舒的《素问入式运气论奥》3卷(1091)等书。

难经

中医理论著作。原名《黄帝八十一难经》。3卷(或分为5卷)。原题秦越人撰,但根据多数医家的考证,这是一部托名的著作。成书约在东汉以前(一说在秦汉之际),其书名最早见于《隋书·经籍志》。本书以问难的形式,亦即采用假设问答、解释疑难的体例予以编纂,故名为《难经》。论述内容包括脉诊、经络、脏腑、阴阳、病能、营卫、俞穴、针刺等基础理论,也列述了一些病证。其中一—二十二难以分析脉诊为主,第一难就将《内经》时期的繁琐切脉法加以简化,明确提出"独取寸口",对后世切脉诊断产生了深远的影响。二十三—二十九难介绍经脉流注始终、经脉长度、营卫度数、奇经八脉及其病证等。三十—四十七难以脏腑为重点内容,对脏腑配象、三焦、肾与命门、胃肠消化、营卫等方面的论述,在《内经》理论

基础上，有不少的补阐与发挥。四十八—六十一难介绍诊候、病能、脏腑传病、脏腑积聚、泻、痢疾、伤寒等，继之以望、闻、问、切四诊。六十二—六十八难，论脏腑井俞诸穴。六十九—八十一难谈用针补泻之法。这部著作以基础理论为主，结合部分临床医学，在基础理论中更以脉诊、脏腑、经脉、腧穴为重点。书中对命门和三焦的学术见解以及所论"七冲门"（指消化道的七个冲要部位）和"八会"（指脏、腑、筋、髓、血、骨、脉、气等精气会聚处，亦为针灸疗法中的八个要穴）等名目，丰富和发展了中医学的学术理论体系。又在临床方面，明确提出"伤寒有五"（包括中风、伤寒、湿温、热病、温病），并对五脏之积、泄、痢等病多有阐发，为后世医家所重视。

全书内容简要，辨析亦颇精微。在中医学典籍中，常与《内经》并提，被认为是最重要的、具有中外影响的古典医籍之一。故历代的刊本和注本颇多，早期的注本有三国时东吴的吕广《黄帝八十一难经》，吕氏并对《难经》的编次加以整理。嗣后较著名的注本有：唐代杨玄操的《集注难经》；宋代丁德用的《补注难经》、虞庶的《虞庶注难经》、杨康侯的《注解难经》；元代滑寿的《难经本义》；明代熊宗立的《勿听子俗解八十一难经》、王九思辑《难经集注》、张世贤的《图注八十一难经》；清代莫熺的《难经直解》、徐大椿的《难经经释》、丁锦的《古本难经阐注》、黄元御的《难经悬解》、叶霖的《难经正义》；以及1923年张寿颐所撰《难经汇注笺正》等。此外，1819年日本人丹波元胤撰写了《难经疏证》，这是日本国研究或注释《难经》中较为著名的著作。在上述注本中，滑寿的《难经本义》被认为是影响较大的一种。滑氏针对《难经》传本有文字缺漏、编次错乱的情况，遂参考元代以前的《难经》注本及有关医籍，对全书进行诠释注疏。并对其中部分内容予以考订辨正，释义能融会诸家学说，结合个人见解，颇多发挥。明代王九思的《难经集注》（原题"宋·王惟一撰"）是最早的集注本，书中将三国时东吴的吕广，唐代杨玄操，宋代丁德用、虞庶、杨康侯等人的注文加以选录汇编而成，此书按脉诊、经络、脏腑、疾病、腧穴、针法等次序分为13篇，选注比较精要。清代徐大椿的《难经经释》是以《内经》理论为本，阐发《难经》的义理及其学术渊源，颇有参考价值。丹波元胤的《难经疏证》，其注疏部分以参考《难经本义》、《难经集注》、《难经经释》等书为主，所写按语有一些较好的见解，并在一定程度上考订了《难经》的原文。

总之，《难经》为中医学理论宝库增添了光彩，是一部简明扼要，内容丰富的重要著作。宋代大诗人苏轼在《楞伽经·跋》中称颂此书"句句皆理，字字皆法"。它是后世学医者打好理论基础所必读的一种古典医学文献。

黄帝内经太素

《黄帝内经》的一种早期传本，简称《太素》。此书是第一部对《内经》全文进行分类编订的典籍，亦可视为中国现存最古的《内经》传本和注本。书中包括《素问》、《针经》两部分内容，原书在隋唐之际经杨上善编注，共30卷，今已残缺，国内刊本只有23卷（佚卷1、4、7、16、18、20、21）。该书从分类、注释和校勘三个方面研究《内经》，以《说文解字》、《尔雅》等书为根据，对《内经》中部分文字进行了诠释、校勘，训诂远优于王冰的注本。杨氏将《素问》及《灵枢》内容分成摄生、阴阳、人合、脏腑、经脉、输穴、营卫气、身度、诊候、设方、九针、补泻、伤寒、寒热、邪论、风论、气论和杂病等类编排，使《内经》的学术内容更为系统。全书对《内经》篇论及文句的诠释较为精当，释词深入浅出，易理解。如《素问·八正神明论》云："是以天寒无刺，天温无疑……"，杨氏注释后一句时曰："天温血气淖泽，故可刺之，不须疑也。"较后世马莳、张志聪、高世栻的注解通达。此书保存了《黄帝内经》中一些原文的较早形态，杨上善力求以注文阐发蕴义，并引录不少古典医著的佚文，在考核字义、诠释发挥和引录古医书佚文等方面，对研读《内经》均有重要参考价值。由于本书的编注早于王冰注本，在对待《内经》原文方面，杨氏持慎重态度，故《太素》被后世视为《内经》的重要校正参考书，是公认具有很高学术价值的。现存多种日刻本和清刻本，1955年人民卫生出版社据兰陵堂仿宋嘉祐本予以影印，另有校注本正在编印出版中。

素问玄机原病式

医经著作。1卷。金代刘完素撰。约成书于12世纪。此书系作者在深研《素问·至真要大论》的基础上，融汇贯通"病机十九条"，更结合个人临床经验，将五运六气主病整理归纳成11条病机而成。该书将病机十九条所概括的病证由36种扩大到91种，其中属火热者则由原来的17种扩大到50种。用五运六气学说阐发病因病机及转归。作者认识到火热在六气病机中的重要地位，首创"六气皆从火化"、"五志过极皆为热甚"的理论。治疗上注重辛凉解表和清热养阴，被后世称为"寒凉派"。在病机中补入了"诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥"一条。对于中风病机，明确提出"内风论"，是中风病机由外风说回归到内风说的重要转折点。此书文笔精炼、说理明白，是研究《内经》病机理论、刘完素学术思想及临证特点的重要文献。对后世有广泛影响，现存《医统正脉》等多种刻本，中华人民共和国成立之后有影印本及排印本。

类经

医经著作。32卷。明代张介宾编著。刊于1624年。作者深研《内经》，探赜索隐，颇得奥蕴。参照元代滑寿《读素问钞》对《素问》的分类方法，拆散《素问》、《灵枢》原帙原篇，按篇、段内容，分别归纳为摄生、阴阳、脏象、脉

色、经络、标本、气味、论治、疾病、针刺、运气、会通等12类。使《内经》经文各成系统,纲目清晰,条理分明。尤可贵者此书对《内经》经义的注释,不唯阐发了经旨,并对临床实践有较大的指导意义。如对《素问·至真要大论》中"诸寒之而热者取之阴;热之而寒者取之阳"一句作注释时说:"诸寒之而热者,谓以苦寒治热而热反增,非火之有余,乃真阴之不足也。阴不足则阳有余而为热,故当取之于阴,谓不宜治火也,只补阴以配其阳,则阴气复而热自退矣。热之而寒者,谓以辛热治寒而寒反甚,非寒之有余,乃真阳之不足也。阳不足则阴有余而为寒,故当取之于阳,谓不宜攻寒也,但补水中之火,则阳气复而寒自消也。"故启玄子注曰:"益火之源以消阴翳,壮水之主以制阳光。"象这样详尽而又有创见的注释可以说比比皆是。由于作者博通天文、地理,尤精《易经》、运气,故此书在注释《内经》原文时不仅能从脏腑经络、阴阳气血等理论加以论述;并能从易理及五运六气学说予以阐释,对读者颇有启迪。在《内经》的各种注本中,《类经》是最具特色而又成绩卓著的一种。现存多种明清刻本。1965年人民卫生出版社出版铅印本。

释骨

中医骨骼解剖学著作。1卷。清代沈彤(冠云)撰。撰年未详。本书之编撰,贯串文理与医理相结合。作者运用名物训诂的考据学方法,参考《内经》所述人身诸骨以及其他书籍,引证《说文》、《玉篇》等书,对《素问》、《灵枢》、《难经》、《甲乙经》各篇中所载人体骨骼的部位形象、名称,逐条予以考评、注释,并改正了前人在人身骨骼部位、名称论述方面的讹误。除对某些解剖结构予以正名外,对针灸经穴部位、名称的定位、考证,对《内经》有关名词的释义,乃至对《内经》和其他中医古籍的校勘,均有较大的参考价值。段玉裁在《说文解字注》骨部中引沈氏释文作为文字训诂的依据,如:"髁,髀骨也。从骨果声。医经亦谓之股骨,沈氏彤《释骨》云:'……在膝上者,曰髀骨,曰股骨。'"后世孙星衍《释人》、叶德辉《释人疏证》中皆曾引用《释骨》文字作为训诂之证。该书收入《沈果堂全集》本及《汉阳叶氏从刻医类七种》,此两书今皆存,中华人民共和国成立之后未出版排印本。

诸病源候论

中医病因、证候专著。又名《诸病源候总论》、《巢氏病源》。这是中国现存第一部以论述各科病证的病因、证候为主要内容的古典临床医著。由隋代太医博士巢元方等编撰,书成于大业六年(610)。全书共50卷,分为67门。包括内、外、妇、儿、五官、口齿、骨伤等多科病证,列述诸病病源、证候计1 739论。从全书内容可以看出,巢元方总结了隋以前的医学成就,对临床各科病证进行了搜求、征集、编纂,并予以系统地分类。可以说,此书继东汉张仲景的《伤寒杂病论》以后,为临床医学理论开拓了一个较为深广的基础。

巢氏所编,内容极为丰富。不仅收罗病证之多为前所未见;对诸病病因、病理的阐析,和证候的描述分类,也达到了较高的水平。一—三十卷以内科病证(外感热病及内科杂病)为主,兼述五官、口齿病证。三十一—三十六卷重点论述外科病证(包括疮疡、痈疽、瘿、瘤、瘰疬、多种皮肤病、肛肠病、烧伤、骨伤、内痈等)。三十七—四十四卷列述妇产科疾证(自"妇人杂病"至"产后病诸候")。四十五—五十卷为"小儿杂病诸候"(实际上包括小儿易患的内、外、五官等科多种病证)。对于每一门类中的若干病证,均能简要介绍其病因、病理和证候。于诸证之后,基本上不载述治疗方药,而多附有"导引法"。由于隋以前的导引专著多已佚失,故从治疗学的角度,《诸病源候论》保存了中国早期"导引"疗法的不少精粹内容,是值得进一步学习研究的。

该书在疾病分类方面,较之前人更为细致、明确,如对内科的急性热病,巢氏分为伤寒病、时气病、热病、温病、疫疠病五类。对传染性热病的病因,提到患者接触"乖戾之气",足见对致病原的认识,较前有了突破。还提到可采用预先服药以预防疫病或控制感染。书中指出山区瘿病,系因饮用缺碘的"沙水"所致,这是对地方性甲状腺肿(缺碘)病因的生动描述。该书还记载了人体多种寄生虫病(所谓"九虫"),并认识到疥疮的发病与疥虫侵染直接相关。对于消渴病(糖尿病)容易合并痈疽、水肿等,也有明确的载述。至于内科杂病中的疟病、黄病、气病、脚气病、咳嗽病、淋病、水肿病等,无论在证候和分类的补充,或病因、病理的认识等方面,均较前有了较大的发展。外科则扩展了较多的病种,在分类方法上,将原属内科杂病的"肺痈",列入外科病证;指出漆疮是由于个体"禀性畏漆"的特异性。书中对恶性肿瘤也有片断载述,如提出"禽疽"是一种体表多处可见"肿合牢核痛"的病证;"杼疽"的证候特征是项及两耳下有肿块……。此两证均可在半月左右致人于死,提示了这些病的外现主证及预后不良,可以说是中医对恶性肿瘤的较早记述。值得提出的是,该书还介绍了腹腔外科中断肠的"针缕"吻合手术、创面的缝合以及血管的结扎术(所谓"以'生丝缕'系绝其血脉"),反映了中国古代外科在手术基本操作方面所取得的较高水平。妇产科方面,对胎、产、经、带及妇科杂证有较为扼要的介绍;对已婚、未婚,已产、未产的不同病证特点,也有重点的分析。对儿科多种杂病(包括先天、后天)的病源、证候作了较全面的归纳;并指出小儿脏气脆弱、易虚易实的病理特点。为后世儿科专著提供了丰富的临床资料。五官、口齿,也选编了常见多发病证。

《诸病源候论》在中医临床文献中占有十分重要的位置,对后世具有相当广泛和深远的影响。唐代孙思邈编写《千金要方》时,较多地引了该书的内容;唐代王焘的

《外台秘要》，宋代王怀隐等的《太平圣惠方》、刘昉等的《幼幼新书》，明代朱橚主编之《普济方》等名著中有关病因、病理分析，大多依据《诸病源候论》，或以此书作为重要的参引文献。故清代《四库全书总目》称誉此书为"证治之津梁"。现有多种刊本，国内现存最早为元刻本，另有日刻本及多种明、清刊本，近现代排印本。中华人民共和国成立之后，人民卫生出版社相继出版影印本及南京中医学院所编《诸病源候论校释》，为继承和发扬中医临床理论作出了一定的贡献。

脉经

脉学著作。西晋王叔和撰于公元3世纪。是中国现存最早的脉学专著。据王氏《脉经》自序称：此书乃"撰集岐伯以来，逮于华佗，经论要诀，合为十卷……其王、阮、傅、戴、吴、葛、吕、张所传异同，咸悉载录"。可见本书是集晋代以前脉学理论与经验之大成者。本书共10卷，卷一论三部九候，寸口脉及二十四脉；卷二—三论脏腑经络合脉之阴阳虚实，以辨形证之异同；卷四为决四时百病死生脉法；卷五列述张仲景扁鹊脉法；卷六介绍诸脏腑病脉法；卷七为伤寒热病脉法；卷十论奇经八脉及右侧上下肢诸脉。王氏首次将脉象归纳为"浮、芤、洪、滑、数、促、弦、紧、沉、伏、革、实、微、涩、细、软、弱、虚、散、缓、迟、结、代、动"共24种，具体描述每一脉象（包括脉的体状，搏动征象及其变化），并对相似的脉象进行比较、分析，便于读者学习掌握。此书之编成，将晋代以前的脉学资料予以整理保存，并初步形成了一整套较为完整的脉学理论和诊脉的系统方法，使其有效的指导临床实践，对中国医学乃至世界医学的发展产生了重要的影响，素为历代医家所推重，并有一定的国际影响。须予指出的是，该书体例较为混乱，有不少节段直接引自前人著述而未加以系统整理，故有一些彼此矛盾或脱节之处。书中几乎转录了《伤寒论》的全部条文，其中包括一些与脉学无关的内容。《脉经》流传深广，刊本很多，现存最早为元代广勤堂刻本，另有多种明清刻本，日刻本以及《医统正脉》、《四部备要》等丛书本，中华人民共和国成立之后商务印书馆、人民卫生出版社、上海科学技术出版社先后出版影印本和排印本，另有《王叔和脉诀》一书，系六朝人高阳生将本书要点加以整理编为歌诀而成，并非叔和原著。

脉诀

脉学著作。历史上以《脉诀》作为书名的相当多，其中影响深远、比较重要的有以下两种：

《王叔和脉诀》：简称《脉诀》。1卷。旧题：晋代王叔和撰，但据考证是五代时高阳生的托名著作，或认为是宋代熙宁以前医家的托名作品。这本书的特点是以比较通俗的歌诀形式阐述脉理，联系临床实际较紧密。书中有些内容，取材于王叔和《脉经》而予以重新编撰，故有其一定的实用价值。作者论述二十四脉，立七表（浮、芤、滑、实、弦、紧、洪）、八里（微、沉、缓、涩、迟、伏、濡、弱）、九道（长、短、虚、促、结、代、牢、动、细）脉的名目；书中有关脉学的若干观点，对脉义的理解以及文字的鄙浅等方面，后世有不少论评。但由于这部著作易于讲授和学习，在相当长一段历史时期，流传极为广泛，并产生了不少派生的著作。如明代熊宗立曾将此书加注，书名《勿听子俗解脉诀》；张世贤则有《图注脉诀》（又名《图注脉诀辨真》），书末有附方1卷。还有不少医家在订正《脉诀》方面下过功夫，其中较有代表性的为元代戴起宗的《脉诀刊误》（又名《脉诀刊误集解》），共两卷，戴氏认为高阳生的《脉诀》中有语意不明、立义偏异之处，并存在不少错误，遂以《内经》、《难经》，张仲景、华佗、王叔和及历代有关论著，对《脉诀》原文考核辨妄详细校订，其中不乏较好的见解。清代李延昰撰《脉诀汇辨》，汇集诸家脉学，特别是李中梓的脉学观点，对《脉诀》一书中存在的错误或不当之处加以辨驳。这些由《脉诀》而派生的脉学专著，对后世医学也有一定的影响。

《脉诀秘旨》：1卷。宋代崔嘉彦（紫虚）撰于淳熙十六年(1189)。崔氏是个道士，人称"紫虚真人"，他认为"持脉之道，非言可传，非图可状。其枢要，但以浮、沉、迟、数为宗，风、气、冷、热主病"。为了便于初学者掌握脉诊，其弟子张道中撰《西原脉诀》（后世托称《崔氏脉诀》、《崔真人脉诀》、《紫虚脉诀》）。书中以四言歌诀的形式，介绍如何切脉，寸口分部，主要脉象，并以浮、沉、迟、数四脉为主，统述其他病脉，对多种病证进行脉证分析，末附怪脉数种。崔氏善于将寸、关、尺三部脉与上、中、下三焦及脏腑、肢体病证相联系，并扼要地予以辨证归纳，全书内容简明精要，便于记诵，为古代脉学门径书中影响较大的一种。但崔氏将脉学宣扬为"天机之秘，神授之诀"，未免涉于玄虚。此书流传颇广，明代李言闻曾予改编补订，名为《四言举要》；后其子李时珍将这一部分内容编入《濒湖脉学》中。又《医灯续焰》（明代王绍隆传，潘楫增注）是一部以《崔氏脉诀》内容为基础，加以引伸发挥的著作，内容较为详备。明代李中梓的《新著四言脉诀》，系据《崔氏脉诀》予以删修改编者。

此外，南宋刘开（见《国史经籍志》），明代唐继山（见《会稽县志》），清代刘璞（见《医学集要》卷一）、叶盛（见《证治合参》卷二）、董西园（见《医级》卷十）、陈璞、陈玠（见《医学青篇》卷一）等，均曾撰《脉诀》，其中刘开、唐继山所著《脉诀》已佚。

察病指南

诊断学著作。3卷。宋代施发撰。约成书于淳祐元年(1241)。作者专心于诊法有年，其主体思想认为诊法必当精审细致，四诊合参。指出"今人往往遗其三而主其

一"(亦即单凭切诊)之非。遂取《素问》、《灵枢》、《难经》、《甲乙经》、《黄帝内经太素》及诸家方书、脉学和诊法论著参互考订,选其明白易晓,切于实用者分门别类,内容以脉诊为主,脉象沿用七表(浮、芤、滑、实、弦、紧、洪)八里(微、沉、缓、涩、迟、伏、濡、弱)九道(长、短、虚、促、结、代、牢、动、细)分类法,并有听声、察色、考味等诊法。全书内容扼要而系统,作者对古代诊法专著中述理欠明处,亦能参附己意予以发明,为中国现存较早的一部诊法专著。书中根据作者凭手指觉察出来的脉搏跳动情况,绘制"脉影图",这是现知最早的脉图。该书曾多次刊行,国内现存最早为日本正保3年(1646)刻本,另有多种刊本,1957年上海卫生出版社出版排印本。

诊家枢要

脉学著作。1卷。元代滑寿撰,约成书于至正十九年(1359)。本书首论脉象大旨及辨脉法,包括左右手配脏腑部位、五脏平脉、四时平脉、三部所主、诊脉之道等内容。其中"诊脉之道"一节,滑氏阐述持脉的要领及察脉法等,颇多独到的见解。而在切脉方面,滑氏所归纳总结的"举"(轻手切脉,相当于浮取法)、"按"(重手切脉,相当于沉取法)、"寻"(不轻不重,介于浮取、沉取之间的中取法)三法,尤为后世医家所重视和效法。继之分析浮、沉、迟、数、虚、实、洪、微、弦、缓、滑、涩、长、短、大、小、紧、弱、动、伏、促、结、芤、革、濡、牢、散、细、代等二十九脉脉象及其主病。后述妇人及小儿脉法,论述简明扼要。此书有清代周学海评注本,周氏于卷后附录"诸脉条辨"(出程文囿《医述》)及"持脉总论"(出李中梓《士材三书》)。该书现存早期刊本为明代天启二年(1622)之丛书(灑刻)本;周学海评注本见于《周氏医学丛书》等数种木刻或石印本,1958年上海卫生出版社出版影印本。

濒湖脉学

脉学著作。1卷。明代李时珍撰于嘉靖四十三年(1564)。作者鉴于世传的《脉诀》(五代高阳生撰)中错误或缺漏颇多,贻误读者,虽有元代戴启宗《脉诀刊误》一书加以辨正,但李氏考虑到应为初学者编写一部切于实用、内容比较完备,并能进一步辨正《脉诀》错误的作品。而其父李言闻生前曾撰著《四诊发明》8卷(未刊行),遂撷取这部书稿有关脉学的精华,参以诸家学说编成此书。李时珍号濒湖,故以《濒湖脉学》为书名。书分两部分,分别论述二十七脉(浮、沉、迟、数、滑、濇、虚、实、长、短、洪、微、紧、缓、芤、弦、革、牢、濡、弱、散、细、伏、动、促、结、代),作者以明晰的语句和生动的比喻分析各种脉象,其中同类异脉的鉴别点和各脉主病,均编成七言歌诀便于读者学习记诵;后一部分为脉诀,系李言闻根据宋代崔嘉彦所撰《紫虚脉诀》加以删补而成,比较全面地叙述有关脉学的多种问题。限于当时的历史条件和认识,书中有个别缺乏科学性的论述,如以脉参合八卦等,但以全书而言,论脉简要,易学易用,故流传甚广。《四库全书提要》特别提到自《濒湖脉学》刊行后,"《脉诀》遂废",亦即取代了《脉诀》风行天下的局面。此书1956年人民卫生出版社出版影印本,内附李时珍所著《奇经八脉考》和《脉诀考正》,有助于读者对脉学的全面理解。

又北京中医学院中医系于1961年编写了《濒湖脉学白话解》,后于1973年加以修订,由人民卫生出版社出版。此书按概论、各论性质,将《濒湖脉学》原本的前后两部分内容予以颠倒,并就其不同的内容,分成段落,另加小标题;此外,删节了原书中一些封建糟粕,并加注说明,这种整理性的脉学著作,可供学习和研究脉学作参考。

图注难经脉诀

中医合刊著作。13卷。系《图注八十一难经》(8卷,亦有并作4卷者)和《图注王叔和脉诀》(4卷,加附方1卷共5卷)两书的合订本。明代张世贤图注。张氏为明代正德年间(16世纪)名医,他对《难经》、《脉诀》均有较深人的研究。鉴于《难经》一书早期有吕广(三国时吴国人)、杨玄操(唐代医学家)等注本;其后宋代丁德用在诠释《难经》时,对其中文义隐奥者加了一些图注,便于读者理解经义,这是《难经》用图注的开始。嗣后元代滑寿撰《难经正义》亦附有数图。张氏感到图注能较形象地帮助读者领会原文,"……于是折衷群言,傅以己意,每节为之注,每难为之图,精微曲折,如诸指掌。然后八十一难得以发明,而八十一图始见详备……"(《郑堂读书记》)。故《难经》图注的形式虽始于宋代,但每难有图注则自张世贤始。

《图注王叔和脉诀》(简称《图注脉诀》,又名《图注脉诀辨真》)系张氏取世传一卷本《王叔和脉诀》(实为托名著作,系五代时高阳生所撰)予以图注。图解较明晰,注文亦通俗,故张氏图注本的影响相当广泛。后世对《图注脉诀》一般有两种看法,一种看法认为:《脉诀》是一部伪书,张氏误为王叔和所撰,选取此书加以图注,"根柢先谬,其他可不必问矣"(《四库全书提要》);另一种看法认为:《脉诀》虽系伪书,但"阅其意旨,本于《素(问)》、《难(经)》、叔和《脉经》,撰为俚言,俾便初学诵读,由浅入深,深得入门之径……承启后学,似不可遽认为伪托而弃之"(见曹炳章《中国医学大成总目提要》)。故从实用的角度,刊行此书对普及医学还是有一定贡献的。《图注脉诀》附方一卷中有凭脉用药的记述,而临床上脉证的变化相当复杂,如印定某脉用某方,亦有刻舟求剑之弊。《图注难经》和《图注脉诀》的刊本极多。明代正德五年(1510)吴门沈碧(梧亭)校刊本为《图注难经》的初刻本,《图注脉诀》亦有明刻本。清代顺治年间(1670),武林马之骥将此两书校定后合序刊行。康熙年间,沈薇垣予以

删注，名为《图注八十一难经辨真》（改为4卷本）、《图注脉诀辨真》（或名《删注脉诀规正》），已失原著面貌。其后坊刻本更是多不胜数。故此书从16—19世纪，风行全国，影响深远，有利于当时医学的普及和推广。

诊家正眼

脉学著作。2卷。明代李中梓撰于崇祯十五年（1642），初刻于清代顺治七年（1650）。后原刻本散佚，顺治十七年（1667）李氏得意门生尤乘予以增补，并与李氏另两种著作（《病机沙篆》、《本草通玄》）合刻，名为《士材三书》，故目前所见的《诊家正眼》单行本即从《士材三书》中抽出镌版者。该书首述"脉之名义"，辨五脏平脉、病脉、死脉和真脉，强调脉以胃气为本，脉贵有神。卷一介绍脉学基础理论及其临床应用，论述以《内经》、《难经》理论为主。并引王叔和、李东垣、朱震亨、滑寿、戴同父、李时珍诸家之说而加注按予以发挥，尤氏择要增补了望色、形诊、闻声、问诊、望舌等其他诊法。卷二则考核各家学说，以四言歌诀分述浮、沉、迟、数、滑、涩、虚、实、长、短、洪、微、细、濡、弱、紧、缓、弦、动、促、结、代、革、牢、散、芤、伏、疾二十八脉，介绍各脉的脉象、主病及兼脉，李氏参酌各家脉学理论经验，结合个人见解予以阐述，对高阳生《脉诀》进行辨误批判，末附"脉法总论"。此书刊行后不久，原刻本即散失，后世多次翻刻的本子，即为尤氏增补本。1966年上海科学技术出版社出版《诊家正眼》时，删去了书中有关封建迷信的文字。

诊宗三昧

脉学著作。全称《石顽老人诊宗三昧》。1卷，共12篇。清代张璐（石顽）著，由其子张登整理编纂而成。成书于康熙二十八年（1689）。张璐认为人身有病，莫不见之于脉。此书以论述脉理为主，首先阐明脉学宗旨，以下分别列述医学、色脉、脉位、脉象、经络、师传、口问、逆顺、异脉、妇人、婴儿共12篇。其中"医学篇"，对金元四大家以及《脉经》、《紫虚脉诀》、《诊家枢要》、《濒湖脉学》、《诊家正眼》等前人脉学著作，均有所论述。张璐认为习医和学习脉诊，如"入门宗派不慎，未免流入异端"，所以他提出要"以三昧水涤除尘见"，意即编写此书，应尽可能抉取脉学精华，指导学医者得到脉学的正宗，故以《诊宗三昧》为书名。本书第七篇"师传三十二则"，详述浮、沉、迟、数、滑、涩、虚、实、弦、缓、洪、微、紧、弱、长、短、大、小、芤、濡、动、伏、细、疾、牢、革、促、结、代、散、清、浊三十二脉；第八篇"口问十二则"，列述古今辨证论脉之异同；书中论述异脉、妇女及婴儿诸脉亦颇精要。全书分析脉证比较全面深入，反映了张氏独特的脉学见解和丰富的临床经验，在脉学著作中具有一定的影响。但他在评论前人的脉学专著方面，每多贬词，给读者以自诩而不够客观的印象。书中并掺杂了个别封建迷信内容，如作者在介绍清脉、浊脉时，没有完全摆脱太素脉涉于虚玄的学术影响。此书有多种刊本，1958年上海卫生出版社出版排印本。

四诊抉微

诊断学著作。8卷。清代林之翰撰于雍正元年（1723）。林氏在行医过程中，看到不少医生在诊病时，只重视脉诊，而忽略望诊、闻诊和问诊。因此他以《内经》色脉并重的观点为依据，决心编写一部四诊合参的著作以纠正这种不良倾向。因而他抉取古今医籍中有关四诊论述的精微，编纂此书，冀以使读者较正规地学习中医诊断学内容。作者力求全面地介绍诊法，在四诊中又以脉诊内容较为充实。本书在望诊方面，其重点在于望颜色神气、辨苔色泽、辨纹察便。包括望面部气色、五官、口齿、爪甲、舌诊、体表诸部、大小便以及小儿指纹、虎口纹的辨识，作为诊察病证的依据。闻诊的重点在于闻声审音，如听取患者的气息、呻吟，可以察悉其元气之盛衰及病痛之所在。问诊以明悉起病的原因及其病情变化。林氏据明代张介宾"十问歌"内容为主予以阐析，并问生活起居、嗜欲情绪等情况。切诊则以脉诊为主，详述其切脉部位、指法及辨脉法；在介绍各种脉象时，仿李时珍《濒湖脉学》的体例，列述30种脉（浮、沉、迟、数、滑、涩、虚、实、长、短、洪、微、细、濡、弱、紧、缓、弦、芤、革、牢、伏、动、促、结、代、疾、散、清、浊）的形状、鉴别要点和主病等。林氏博采诸家学说以阐述脉理，并能结合诊断介绍治法，此书被认为是诊断专著中内容较完备的一种。书末附《管窥附余》一卷，介绍"原脉体用"，重点分析浮、沉、迟、数等脉，启发读者对这些脉须认识其常变，作为辨证论治时的重要参考。但书中也有所谓"验胎贵贱寿夭"、太素脉等流毒影响，以及用较多篇幅论述缺乏实用价值，涉于虚玄的运气脉等，应予分析批判地对待。此书清代有多种刊本，1957年人民卫生出版社出版排印本。

三指禅

脉学著作。3卷。清代周学霆撰于道光七年（1827）。周氏精研脉学有年，他认为五代时高阳生所撰《脉诀》已失去《内经》、《难经》所论脉诊的原意。作者信佛道，自称在脉学方面曾得"异人"的指点，他认为在短暂的切脉过程中，患者全身的脉症都可以在医生的三个手指的感觉上反映出来，而这又是"全凭禅悟"所得，故以《三指禅》为书名。全书自"总论"以下，共有81个论题，具体说明诊脉的部位、方法以及切脉诊病等问题。周氏论脉，以"缓脉"作为正常脉，指出医生首先应精熟缓脉，然后才能体会到各种病脉，并以浮、沉、迟、数为四大纲，列二十七脉，除上述五种外，另有微、细、虚、实、长、短、弦、弱、滑、涩、芤、革、紧、散、濡、牢、洪、伏、结、促、动、代二十二脉。周

氏采取对比的方法(如"微"与"细"对;"虚"与"实"对……)分析各种脉象的不同之点,便于读者领悟掌握。作者本人有丰富的临床经验,在论述各病时,能以脉诊紧密联系病因、病理、证候以决定治法和方药。该书有清刻本及近代石印本10余种。1956年人民卫生出版社出版排印本。

望诊遵经

诊断学著作。2卷。清代汪宏撰于光绪元年(1875)。汪氏认为诊病是知病和治病的关键,并着重指出:"治病必须知诊,诊病必须遵经"。望诊为四诊之首,在望诊确切的情况下,才能有利于审知诸病,故望诊在诊法中具有重要的地位。由于过去缺乏专著,作者遂从《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》及其他著作中搜集有关望诊方面的资料予以编纂成书,论述以上述典籍为依据,全书内容比较丰富。上卷叙述望诊的重要性及其掌握运用的基本原则,内容包括周身部位、面貌的望诊,明堂、五官、五色,相气十法,部色主病,四时、五方、气质、老少、居养、变色等望法,以及望色中的五色交错合参、五色十法合参、气色部位合参等。下卷列述体表各部位的望诊提纲,包括面目望法,望舌诊法,口、唇、牙齿、耳、眼眉、髭须、发鬓、头、腹、手、背、足、毫毛、腠理、尺肤、皮、肉、筋、骨、爪甲、乳、脐府(即肚脐)、肾囊(即阴囊)、阴茎、汗、血、痰、大便、溺、月经、身形、身容、坐、卧、意态等望法,络脉望法及主病、身容四法等。全书提纲挈领,叙述分明,既有前人论述,又有个人经验。作者编写望诊专书的目的是为临床服务的,取材精要,切于实用,故在诊断专著中具有一定的影响。今有求志堂初刻(1875)本、《中国医学大成本》及1959年上海科技卫生出版社出版铅印本。

形色外诊简摩

诊断学著作。2卷。清代周学海撰于光绪二十年(1894)。本书以望诊为重点,兼谈问诊、闻诊。周氏首先将《内经》有关望、闻、问三诊的原文予以编录,并将《难经》以下有关论著,选其切于实用和重要的内容加以补充后综合整理而成。上卷专谈"望形",首叙"形诊总义",包括身形内应脏腑部位及其病证;次述"生形"(生理的)、"病形"(病理的)以及络脉形色等,作者系统引证《内经》论述,有不少个人的见解和发挥。下卷以"望色"为主,先谈"面色总义",包括面部内应脏腑、外应肢节,面部脏腑、肢节分位图说明等;次述面色,分析面色吉凶情况,并介绍伤寒、温病、杂病的面色见证等;又次为目色、舌色及外诊杂法类等。其中"目色"介绍目部内应脏腑部位,目胞、目睛的形色见证等;"舌色"以论述舌苔和舌质为主,并辨伤寒、温病、杂病的舌苔所见。外诊杂法包括诊毛发、鼻、人中、唇、齿、耳、爪(指甲)等,并介绍按、嗅、闻、问四法。全书内容丰富,反映了周氏钻研"形色外诊"具有一定的深度,对临床辨证颇有参考价值。现有《周氏医学丛书》本等,中华人民共和国成立之后有排印本。

敖氏伤寒金镜录

舌诊著作。又名《伤寒金镜录》、《外伤金镜录》。元代杜本(号清碧)编纂。刊于至正元年(1341)。本书前身为"敖氏"所著《金镜录》(原书载辨别伤寒舌法12首,另附简图12帧),杜氏在此基础上详予稽考,并结合个人临症体会,增补24图合成36舌,每幅舌图治于图左。此书编成后,因世人"皆秘不传",故流传受到限制。后经明代薛己增注润色,易名《外伤金镜录》收入《薛氏医案》,始得广泛流传。此书为现存中国最早的舌诊专书。共收载舌诊图谱36帧,其中专论舌苔者20帧,以论述舌质为主者16帧(36帧舌诊图谱中,舌苔、舌质同论者11帧)。在介绍舌诊方面,又以伤寒为主,兼及内科杂病及其他病证。结合脉象证候的寒热虚实,分辨内伤外感、病因病机、证治方药、预后好恶。如论舌苔有白、黄、灰、黑四种,白苔多主表证或表邪初入于里;黄苔主实热;灰或黑苔,病多危笃。辨舌质有淡红、纯红、深绛、青紫以及裂纹舌、芒刺舌等,凡见纯红、深红者,多为热入血分,耗血动血之险恶病证。又本书每将舌苔、舌质结合论病,并附治则,方药于后,颇便于临床参阅。本书首次确立了舌诊在中医诊断学上的重要地位,对后世舌诊诊断的发展有较大影响。其后不少舌诊专著,多以本书作为祖本。如明代薛己评介此书时称:"敖氏《金镜录》一篇,专以舌色视病,既图其状,复著其情,而后别其方药。开卷昭然,一览俱在,虽不期乎仲景之书,而自悉合乎仲景之道。可谓深而通,约而要者也。"现存有《薛氏医案》本、清代乾隆间钱塘王氏刻本等多种刊本。1955年,史介生从《摄生众妙方》中录出予以重订,由杭州新医书局及上海卫生出版社先后排印。

伤寒舌鉴

舌诊著作。清代张登(诞生)撰于康熙七年(1668)。本书系在申斗垣《伤寒观舌心法》的基础上,修订删补,结合张璐、张登父子经验编成。张登认为:"盖邪气入里,其虚实寒热之机,必现于舌,非若脉法之隐而不显也。况阴盛格阳,与邪热郁伏,多有假证假脉,惟验舌上胎色之滑、燥、厚、薄,昭若冰鉴,无所遁形。"遂取申斗垣《伤寒观舌心法》137舌,通过精选、改写、订正错误,删去了与伤寒无关的舌象,并结合其父及个人的经验撰成此书。全书详述伤寒观舌的方法,分为白胎舌、黄胎舌、黑胎舌、灰色舌、……霉酱色胎舌、蓝色胎舌、妊娠伤寒舌等9节,共附120图。每节均有总论,各图均有说明。如白胎舌总论云:"伤寒邪在皮毛,初则舌有白沫,次则白涎白滑,再次白屑白疱。有舌中、舌尖、舌根之不同。是寒邪初入太

附,头疼、身热、恶寒,舌色微白有津。香苏散、羌活汤之类发散之。"如此将辨舌和辨证处方予以结合,便于临床参阅。此书观舌辨证,简明扼要,是中医舌诊中之佳作。现有康熙间刻本及其他多种清刻本、《四库全书》本等。1959年上海科学技术出版社出版排印本。

神农本草经

本草学著作。又名《神农本草》,简称《本草经》、《本经》。4卷(见《隋书·经籍志》)。撰人不详,"神农"为其托名。书中集录整理了中国古代辽阔地区的多种药物,是广大医药工作者长期临床实践的经验总括。该书成书年代自古以来就有不同意见。陶弘景认为:"此书应与《素问》同类,但后人多更修饰之尔……所出郡县,乃后汉时制,疑仲景、元化等所记。"可见该书总结了战国时期的许多用药经验,经秦汉医家不断地抄录增补而形成全书。

《本经》的内容根据本书后代通行的4卷辑本,共分为序例(或称"序录")1卷和本文3卷两部分。序例是药物学的总论。首先将药物分为3类即:"上药一百二十种为君,主养命"。"中药一百二十种为臣,主养性"。"下药一百二十五种为佐使,主治病"。"三品合三百六十五种"(按:据《证类本草》统计今存药名共375种)。其次论述了药物"君、臣、佐、使"配伍的原则,药物"七情"的宜忌(包括:单行、相须、相使、相畏、相反、相恶、相杀七类),药物的五味(酸、咸、甘、苦、辛),四气(寒、热、温、凉),有毒、无毒,有关药物的加工和剂型,以及按照病因、病位的用药要求等。

各论是按照上、中、下三品分类的药物解说。每药均依次分记其药名、性味、主治病证、及药物的别名,生长环境等,这些药物的来源根据《证类本草》中的佚文统计,植物244种,动物药67种,矿物药46种,在药用价值上,书中绝大多数药物临床应用都有很高的疗效,举如补气的人参、黄芪,补血的当归、地黄,解表的麻黄、桂枝,泻下的朴硝、大黄,去寒的附子、吴茱萸,清热的黄连、石膏等直到现在仍沿用之。

《神农本草经》是中国经典性的药学著作。后世医药学家在此基础上不断地增补内容,形成了众多的本草文献。如约于汉魏之际产生的《本经》补注本《名医别录》(简称《别录》),不仅补充了《本经》原有药物的性味功治、产地等内容,而且新增了数百味药(经陶弘景辑录的有365种)。晋及南北朝时期,《本经》的传本和注本种类更多,当时影响最大的注本是陶弘景的《本草经集注》7卷(见"本草经集注"条)。辑本以南宋时王炎辑《本草正经》3卷(1188年左右)为最早(今佚),此后有明代卢复辑《神农本经》(1616),清代孙星衍、孙冯翼辑《神农本草经》3卷(1844年,附加考证)。此外,还有王闿运、姜国伊、黄奭等人的辑本及日本森立之辑本。以二孙氏辑本、顾观光辑本流行较广,森立之辑本旁参日本所存中医古籍,考证较详。1981年以后又有尚志钧、曹元宇、王筠默等辑本。明清以注疏《本经》药物为主的书籍甚多,如明代缪希雍的《本草经疏》,清代张志聪的《本草崇原》,张璐的《本经逢原》等。但所收药物,并不局限于《本经》,常兼采后世常用药物予以疏解。

本草经集注

本草学著作。7卷。梁代陶弘景撰于公元500年前后。该书是当时较全面地整理注释《神农本草经》的著作。书中共收药物730种,分别辑自《神农本草经》和《名医别录》(各365种)。用红字表示《本经》药,墨字表示《别录》药。

全书分为序例(序录)和本文两部分。序例部分,首先将《本经》中的药物总论文字予以解释和补充,其次较详细地记述了采药、制药方法,诸病通用药例,凡药不易入汤酒者,药有相制使者(有关配伍宜忌)等。本文部分,分述各种药物,全书首次将《本经》中的上、中、下"三品"分类方法按照药物在自然界中的属性改为6类,即玉石类、草类、木类、虫兽类、果菜类、米食类(以上共551种),此外尚有179种药物(绝大多数是《名医别录》的药物),由于陶氏当时已不详其品种,故称之为"有名无实"(或"有名未用")类,总计7类。记述药物的方法首先是用红字(朱书)和墨字(墨书)分别书写《本经》和《别录》原文,其次是各药项下用小字记出陶氏注文(在后代本草中在这类注文前均记以"陶隐居云"字样),注文中除广泛参考文献及有关药物调查的各种资料外,还提出陶氏本人见解,编例比较严谨,是南北朝时代药物学的一部重要著作。

成书后约150年左右,唐朝政府纂修《新修本草》时即系在本书基础上进一步加以修订、增补而成。此后历代重要的本草学如《蜀本草》、《开宝本草》、《嘉祐本草》、《证类本草》、《本草纲目》等都很重视此书,其佚文也被辗转保存于这些文献中,而其完整的原书则因之早佚。本书在隋唐时期的写本,现只存两种残卷。其一出土于敦煌,只存全部卷一"序例"部分,曾于1915年影印入《吉石庵丛书》中,书名题:《开元写本本草集注序录残卷》,1955年上海群联出版社再次影印。其二出土于吐鲁番,只存残片一块,仅有燕屎等4种药物的残文,1933年日人黑田沅次曾撰文考证。1960年尚志钧辑成《本草经集注》,有油印本流传。

雷公炮炙论

中药炮炙著作。3卷。雷敩撰。雷氏的生活年代至今仍有争议,通行的意见认为雷氏为南北朝刘宋(420—479)人,理由是宋代赵希弁说:"雷公炮炙三卷,古宋雷敩

撰，胡洽重定"。胡洽之名见于《肘后方》及刘敬叔的《异苑》，故雷敩当在胡洽之前的刘宋时代。另一种意见雷氏为隋代（581—618）人，北宋著名学者苏颂持这种意见。因敦煌出土的《五藏论》记有"雷公妙典，咸述炮炙"，故该书为唐以前炮制专著是毫无疑问的。李时珍据前人所说（该书多本"乾宁晏先生"），将乾宁作为年号（乾宁 894—898）是缺乏充分依据的。

该书专门记载药物的炮熬煮炙，列药制方，共收药300种。原书已佚，其内容散见于《证类本草》，计有药条242条，涉及药名277个。该书是中国既知的最早的炮制专著，它总结了在它以前的制药经验，保存了很多制药史料。对药物的炮制涉及净选、粉碎、干燥、各种加辅料的炮制方法均有较详细的论述。对炮制后药性变化也有一些初步的认识，如白垩条："水飞过，免结涩人肠"；半夏条："上有粘涎，若洗不净，令人气逆，肝气怒满"等。在炮制药物时，首先注意药物品种的鉴别，如"防葵，凡使勿误用狼毒，缘真似防葵，而验之有异，效又不同"。并介绍药材性状，如"其蓖麻子，形似巴豆，节节有黄斑点"等。炮制之前鉴别药物，由该书开始，作为一个传统，贯穿于众多中药炮制专书。受时代影响，该书中也存在一些问题，如有些药物炮制法相当繁琐而又不切实用，汲取了一些道家制药的方法。有时还出现一些荒诞不经的内容，如云母，"经妇人手把者并不中用"；龙骨"妇人采者不用"等等。

该书作为中国炮制最早的著作，在历史上影响很大。后世许多制药书，常以"雷公"或"炮炙"命名，由此可反映后人对该书的信仰。有的人甚至将后世出现的一些炮制方法，也托名雷公，如所谓"雷公炮制十七法"，并不全见于《雷公炮炙论》。明代钱允治曾将《证类本草》中散见的该书条文摘编入李中梓的《药性解》，名书为《雷公炮制药性解》。在其他一些本草（尤其是炮制）书中，也常附有该书条文。真正意义的该书辑本最早的是清代张骥的《雷公炮炙论》（1932）。近有尚志钧辑《雷公炮炙论》（1983，油印）行世。

新修本草

本草学著作。简称《唐本草》（又称《英公本草》）。54卷。是唐朝政府在陶弘景的《本草经集注》一书基础上，组织医官苏敬（一作"苏恭"，系避唐讳）等20余人集体编撰而成。撰于显庆二至四年（657—659）。全书包括《新修本草》本文20卷，目录1卷，《新修本草图》25卷，目录1卷，《本草图经》7卷。在编写过程中除了参考古代文献外，还同时进行了全国性的药物普查，并绘制出药物图形及有关生药、药材及炮炙等资料。本书不仅较系统地总结了唐以前药物学的成就，也对以后的药物学发展以深刻的影响。同时也是世界上国家颁布最早的药典著作，较欧洲最早的纽伦堡药典（1542）早883年。本书撰成后，首先由唐政府列入学医的必修课目。稍后，日本、朝鲜等国也都作为医学的法定教材。

《唐本草》本文包括序例及850种药物。全书药物共分为9类，即玉石类、草部、木部、兽禽部、虫鱼部、果部、菜部、米谷部、有名未用部。除有名未用部外均分上、中、下三品。书的体例仍按《本草经集注》的朱、墨字书写法，保留了全部《本经》、《别录》及陶弘景注文，同时又新增入了115种新药和大量的注文（原书记以"新附"及"新注"字样；唐以后改记为"唐附"及"唐本注"）。《新修本草图》是根据全国各地绘制的生药图编集的。但这一部分在北宋以前已全部失传。《本草图经》是配合记述药物性味主治、应用等的本文部分，专门记述药物形态、产地及采药制药等内容的。

《唐本草》一书经辗转保存下来的本文部分，主要是通过历代本草书，特别是《蜀本草》、《开宝本草》、《嘉祐本草》、《证类本草》及《本草纲目》等书重复收载的结果。其次还有唐代的《千金翼方》和日本的《本草和名》、《医心方》等书。至于《本草图经》的佚文，则散见于《蜀本草》佚文及《千金翼方》等书中。在唐人手写的《唐本草》本文方面，近代发现有两类。一类是在敦煌出土的残卷两种，现存英国伦敦不列颠博物馆（编号 S·5434）及法国巴黎图书馆（编号 P·3714），内容均已残破不全。另一类公元731年（天平三年）的日本卷子本（仅存10卷，后又补辑1卷），此书近代在日本及国内均有影印本。关于《唐本草》，近来中国及日本学者都作了不少工作，日本有冈西为人辑本，中国有尚志钧辑本。

食疗本草

本草学著作。3卷。唐代孟诜撰成于701—704年间。张鼎又在开元九年至二十七年（721—739）间予以增补。有人认为原书名《补养方》，张鼎补订后始改名《食疗本草》，因内容为食物药治病而得名。孟诜原书有138种药物，后张鼎补入89种，总计227条。各药之下注有药性，记述功效主治。张鼎加入的内容列在"谨案"二字之后。原帙今已无存，其佚文散见于《证类本草》和《医心方》等书中。1907年英国人斯坦因在敦煌莫高窟中发现该书残卷，收有从石榴到芋共26种食药的条文。1930年日本中尾万三在考察《食疗本草》基础上，校合了该书。1984年人民卫生出版社出版了辑佚本。

本草拾遗

本草学著作。简称《拾遗》。10卷。唐代陈藏器撰。或名《陈藏器本草》。成书于开元二十七年（739）。因系以拾缀唐《新修本草》遗漏的药物为主旨，故以"拾遗"名书。全书共10卷，分为：序例1卷，拾遗6卷，解纷3卷。卷一"序例"相当于总论，记载有"十剂"的内容，谓药有

宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿十剂，是中国早期按药物性能分类的重要方法，对后世影响很大。其序文与《雷公炮炙论·序》的某些文字相同。卷二—七为"拾遗"药物，共载药692种。分为石部、草部、木部、兽禽部、果菜米部。各药内容有药名、性味、毒性、药效、主治、产地、药物形态、采制等。这些药物取材于唐以前多种本草、医书及其他有关书籍。卷八—十为"解纷"部分，现知论药269种。主要为纠正《唐本草》所出现的某些错误，并对形态、药名相似易产生混乱的药品进行辨析。

本书又一次广泛总结唐代药物学内容，补充了大量的药物，所收药品中有不少被后世本草引录为正品药条。如《海药本草》引2种，《开宝本草》引64种，《嘉祐本草》引59种，《证类本草》引488种。另日本的《和名类聚钞》、《医心方》及宋代大型类书《太平御览》等书中都曾援引该书内容。李时珍对此书评价甚高，认为该书"博极群书，精核物类，订绳谬误，搜罗幽隐"，有很多药物"若非此书收载，何从稽考"。此书取材不厌详悉的做法对李时珍编写《本草纲目》有直接的影响。据统计，该书共参考116种史书、地志、杂记、医方等书籍，引述了与之同时代的《食疗本草》、崔知悌方等资料，还保留了其他一些重要的科技史料，如石漆条云："堪燃烛膏半缸如漆，不可食"，这条记载与石油的出现有关。由于历史条件的影响，该书也收录了一些传闻不实或荒诞不经之言，如记人肉可以疗疾，每受到后世批评。李时珍认为人肉疗亲在《本草拾遗》之前就已出现，但陈藏器收载这一内容时，没有"立言破惑"，应负一定的责任。原书久佚，主要内容存于《证类本草》中。尚志钧于1973年整复该书，有辑复本。

食医心鉴

食疗著作。唐代昝殷撰。成书于853年。昝氏所撰原书《宋志》作2卷，《通志·艺文略》作3卷。宋代尚存，后遂失传。今本系日人从朝鲜东医著作《医方类聚》中所辑出者。共1卷，分16类。论述中风、脚气、消渴、淋病、诸气、心腹冷痛等内科及妇儿科疾病的食疗诸方。全书载方211首，包括药粥、药酒、药茶诸方。其表述方法，一般为先述病因、病机、病状，后列食疗方药、制法、服法。病证结合，简明实用。本书所介绍的食疗方，大多简要易得，疗效确实，如治痔疮之槐叶茶；治产后虚损，乳汁不下的猪蹄粥；治真心痛之桃仁粥等，多为后世医家所习用。本书是早期食物疗法专著之一，对后世国内外食疗学的发展有一定影响。现有1924年北京东方学会排印本及日本抄本。

日华子诸家本草

本草学著作。20卷。通称《日华子本草》，简称《日华子》。据宋《嘉祐本草》介绍："国初开宝中四明人撰。不著姓名，但云日华子大明。序集诸家本草，近世所用药。各以寒温性味、华实虫兽为类。其言近用功效甚悉，凡二十卷。李时珍推测："按千家姓大姓出东莱，日华子盖姓大名明也。或云其姓田。未审然否。"因此后世又习称此书为《大明本草》，简称《大明》。日华子为五代末吴越人，撰此书时约在宋开宝(908—923)年间，因他与唐代陈藏器同是四明(今浙江宁波)人，故《古今图书集成·医部全录》误将日华子作唐开元年间(713—741)人。

该书原有序例，叙药物的七情畏恶制使等内容。各药条下介绍的内容有正名、别名、性味、药效、主治、用法、七情畏恶、产地、形态、采收时月、炮炙等。对药性论述尤详，计有6类药性：凉(53味)、冷(52味)、温(25味)、暖(24味)、热(15味)、平(44味)。认为药物不同药用部位可有不同药性，如李子温，李树根凉，李树叶平。药物经炮炙后其性亦异，如干地黄日干者平，火干者温等等。另所记药物之味有"莶、涩、滑、辛、烈"等提法，比较新颖，如半夏味莶(刺激咽喉产生的辛辣感)，槟榔味涩，天南星味辛烈，苎根味甘滑等。本书所论炮炙内容表明，同一药物经不同方法炮炙后可引起药效改变。如蒲黄破血消肿生用，止血须炒用。卷柏生用破血，炙用止血等。由于该书简明实用，且反映了五代以前江南一带民间用药实际状况，因而受到后世本草学家的重视。原书已佚，经《嘉祐本草》摘引，现存于《证类本草》中的条文约有600余条。此书尚志钧曾加辑复(1983)，共辑得药物618味，分为20卷(卷1为序例，余19卷为各论)，10类(玉石部、草部、木部、兽部、禽部、鱼部、虫部、果部、菜部、米部)。

开宝本草

本草学著作。为宋开宝年间政府编修的《开宝新详定本草》和《开宝重定本草》的统称(以后者为主)。《开宝新详定本草》有20卷，于开宝六年(973)由政府组织医官、翰林学士集体校修。参与校修者有尚药奉御刘翰，道士马志，翰林医官翟煦、张素、王从蕴、吴复圭、王光祐、陈昭遇、安自良等9人，马志为之作注解。书成由左司员外郎扈蒙、翰林学士卢多逊刊定。开宝七年(974)因前书"所释药类，或有未允"，政府又命刘翰、马志重新校定，命翰林学士李昉，知制诰王祐、扈蒙等审校，更名为《开宝重定本草》并目录21卷。此两书原书不存，《开宝重定本草》的主要内容存在《证类本草》中。两书相互之间的差异仅知重定时"颇有增损"，正文采用白、黑(阴阳文)分别书写等，其余很难详分。习惯上《开宝本草》统指上两书，但引述内容却以《开宝重定本草》为主。

《开宝本草》是以唐的《新修本草》为基础加以校补而成，是中国既知的第一部版刻药学专著。共收药984种，它尽考《新修本草》的传误，使之刊为定本，并增益药品134种(凡新增药条下注"今附"二字)，如使君子、白豆蔻、山豆根等，均系本书首载，增加新注文270余条，分

"今按"、"今注"两种形式。"今按"之下的文字系转载前人本草及有关文献的药物资料;"今注"则注解药物形性,辨析前人谬误。本书体例基本上保持《新修本草》旧例,最显著的改进是采用白字(阴文)来取代旧抄朱色字所表示的内容,以适应雕版印刷需要(所谓"白字为神农之说,黑字为名医所传"即指这种体例)。该书内容保存在《证类本草》中(见"经史证类备急本草"条)。

嘉祐补注神农本草

本草学著作。简称《嘉祐本草》。20卷,目录1卷。宋代掌禹锡等编修。嘉祐二年(1057)集贤院成立校正医书局,同年8月,儒臣掌禹锡、林亿、张洞、苏颂,医官秦宗古、朱有章等奉诏校修《开宝本草》,在编纂过程中,陈检、高保衡也参与复校。至嘉祐五年(1060)书成,书名为《嘉祐补注神农本草》。次年缮写成版样刊行。该书在《开宝本草》基础上补缀前人本草的漏略,并添加新注(注文列于"臣禹锡等谨按"和"今据"之下)。收药1 082种(据原书序),增药99种,其中82种"新补"药辑自前人本草,17种"新定"药系宋时新用,不见书载者。该书体例上沿袭《新修本草》、《开宝本草》旧例,突出的成就是补充了大量药物资料,共收集了"诸家医书药谱"、"经史百家"书共50余种,保存了《药对》、《药性论》、《食疗本草》、《日华子本草》、《南海药谱》等许多古本草内容。由于校修者在引文时尚能较忠实地摘取原文,因而为后世辑佚古本草提供了宝贵的材料。本书序例保存的徐之才《药对》、陈藏器的《本草拾遗》原序例,以及列举所引书传16种,是了解宋以前药物分类和主要本草有关情况的珍贵的本草史料。《嘉祐本草》宋时有监本及小字本,原书在明代藏书目录中还有记载,今原书已佚,其内容可见于《证类本草》中。

本草图经

本草学著作。又称《嘉祐图经本草》或《图经本草》。20卷,目录1卷。宋代苏颂主编。嘉祐三年(1057)在修撰《嘉祐本草》(见"嘉祐补注神农本草"条)时,校正医书局的掌禹锡、苏颂、张洞等建议编写《本草图经》。这是因为唐《新修本草》的药图和图经在宋代已丧失殆尽。为了方便识别药物,政府决定仿唐代修《图经》、《药图》的办法,下诏全国,征集药图及药材标本,由苏颂主编。《本草图经》至嘉祐六年(1061)成书,次年镂版刊行。据"图经本草奏敕"记载,为征集资料,曾诏令各路州县"应系产药去处,令识别人仔细详认根茎苗叶花实,形色大小,并虫鱼鸟兽玉石等堪入药者,逐件画图,并一一开说著花结实收采时月及所用功效"。对外域所产,则令访问客商,并取药材样品,画成本草图。这是一次规模很大的全国药物调查,有约150个州郡提供了药图(据各药图名所冠地名统计)。集中了北宋时大量的民间辨药、用药的经验,也吸收了部分国外药物知识。苏颂根据各地经验及校正医书局搜集的资料,撰成图经。在解说中对药物来源及鉴别有较详细的论述,并结合用药实际讨论药物功效,以达到"叙物真濫,使人易知;原诊处方,有所依据"的编书目的。

该书20卷中,无序例,但较《嘉祐本草》新设了外草类、外木蔓类2卷。据《证类本草》所收该书资料,可知其共讨论药物780种,有图933幅,新增药物103种,附有大量的单验方,其体例为先图后文,一药一图或数图。由于此书是在全国药物大普查的基础上编修的,因而集中地反映了北宋本草发展状况,他所取得的成果受到中外学者的一致赞扬。原书在宋代有蓝本及小字本,后失传,其内容仍可见于《证类本草》(见"经史证类备急本草"条)。今存《证类本草》各主要刊本中的药图,基本上取材于《本草图经》,"《图经》"之下的小字注为苏颂所撰《图经》之文。1983年该书有尚志钧辑本油印行世。

经史证类备急本草

本草学著作。简称《证类本草》。31卷。宋代唐慎微撰。初稿写于元丰五年(1082),于元符元年(1098)增订成书。本书是在《嘉祐补注神农本草》及《(嘉祐)图经本草》的基础上,又参考了大量医药文献及文史古籍编撰而成。全书共收药物1 746种。卷一—二为"序例"。主要收载了前代重要本草著作的序文、凡例、药物炮炙、药性理论、方剂组成、各种病证的常用药物,以及药物的配伍宜忌等药物总论方面的内容。卷三—二十九系药物各论部分。将药物分为10类:即玉石部、草部、木部、人部、兽部、禽部、虫鱼部、果部、米谷部、菜部,每部又按照上品、中品、下品的次序排列,每一种药物均首列该药的图形,并广引历代文献中有关该药的记载,内容有该药的正名、别名、性味、毒性、药效、主治、产地、生药形态、采制药法以及临床有效单方、医案等。卷三十为"有名未用"类,系将原《神农本草经》及《名医别录》等书中的194种药物,但后世已不详其用途者辑录出原文,以供参考。卷三十一"本草图经外草类"及"本草图经外木蔓类",是将《(嘉祐)本草图经》一书中增入的植物药品98种分别收载各药的原文及图形。

本书的编写体例是,每种药物的本文部分用白色大字记《神农本草经》原文,用黑色大字记《名医别录》原文。《新修本草》、《开宝本草》、《嘉祐本草》的原文也记以黑色大字,但分别注以"唐附"、"今附"、"新补"等字样。唐慎微新增的药物原文则在药名之上用"墨盖子"(一)作为标记。注文部分先记以《别录》的旧注(未作标记),以下依次记出陶弘景注文(记以"陶隐居云")、《新修本草》注文(记以"唐本注")、《开宝本草》注文(记以"今注")、《嘉祐本草》注文(记以"臣禹锡等谨按×××"字样及其以后的

白色小字标题)、《本草图经》原文(记以"《图经》曰"大字标题)、唐慎微续增的内容(均在"墨盖子"的标记以下),其中引录了《雷公炮炙论》的原文、该药的临床处方应用以及文史著作中有关该药的论述等。本书比较系统地总结了北宋以前中国本草学的成就,故刊行后受到北宋末期以至明代医学界的很大重视,出现了大量的复刊本、增订、改编本等,而且与此同时在日本及朝鲜也有很多翻刻本,对于这一时期的药学事业发展起了重要的推动作用。

《证类本草》的版本,首刻本是在大观二年(1108)刊行的,故称为《经史证类大观本草》(简称《大观本草》),其后刊本又有改"大观"为"大全"者。在刊行之前曾经艾晟加以校正,并在原书内容中逐条补入陈承《重广补注神农本草并图经》(书中简称《别说》)的文字,由此发展出后来的《大观》本系统。政和六年(1116),北宋政府指定以曹孝忠为首对《证类本草》重予校订,将原第30及31卷合并为一,共30卷,内容方面仅作了部分的文字订正,又将书名改为《政和新修经史证类备用本草》(简称《政和本草》),由此发展出后来的《政和》本系统。南宋绍兴二十九年(1159)政府组织王继先等人再次校定《大观本草》,增补了少数新药(记以"绍兴新添")及部分注说(记以"绍兴校定")。书名则改称《绍兴校定经史证类备急本草》(简称《绍兴本草》,原附《音释》1卷),由此产生了《绍兴》本系统。

以上三个系统的刊本除"绍兴"刊本宋代以后在国内已失传,仅见有日本方面的残存钞本若干种外,《大观》和《政和》两种刊本在国内外都有大量的重刻本及增补重刻本。其中最早的一次增补是在1249年由张存惠将《本草衍义》的药物逐条加入《政和本草》,题名为《重修政和经史证类备用本草》(即晦明轩刊本),这一刊本此后叠经复刻,不仅是现存《政和本草》的唯一形式,而且也是《证类本草》最多的一类刊本。1957年人民卫生出版社出版影印本。在《政和本草》逐条编入《本草衍义》的影响下,明代以后的《大观本草》系统中也出现了将《本草衍义》的药物逐条编入的刊本型式。除了上述完整的《证类本草》刊本外,宋、元之际又有将《证类本草》的主要内容节要录出与《本草衍义》合编成书者,其书名不一,如宋代刊有《新编类要图经(注)本草》,元代刊有《类编图经集注衍义本草》42卷等,均题"许洪校正"。

本草衍义

本草学著作。20卷。宋代寇宗奭撰于政和六年(1116),宣和元年(1119)由其侄寇约刊行。本书为补充发挥《嘉祐补注神农本草》和《(嘉祐)图经本草》两书未尽之义而著,故题名"衍义",其编次仍依《嘉祐本草》之旧。卷一—三为序例,论述本草原始、五味五气、摄养之道、治病八要(虚、实、冷、热、邪、正、内、外)、药物剂量、炮炙诸法、州土所宜、蓄药用药之法,以及作者应用单味药的若干医案等。卷四—二十为广泛参考各种文献及作者本人辨认、应用药物的经验,将《嘉祐本草》中有待深人探讨研究的药物约470种,予以进一步辨析和讨论。其范围涉及各种药物的名义、产地、性状、真伪鉴别、制法、用途等方面,并多结合具体病例加以发挥。对于药性及疗效的介绍,尤能本着实事求是的精神,阐发作者本人的观点,并纠正了前人的一些错误。作者还批判了服食丹药的迷信观点,指导正确使用人工化学药品的途径,这些都是本书的特点,但书中也有某些牵强和片面之处,须予正确对待。本书除有单行刊本外,在南宋以后有合刊于《经史证类大观本草》之后者。金代张存惠则于1249年将本书内容逐条编人《政和经史证类本草》。近现代有多种影印本或排印本。

脏腑标本药式

本草学著作。又名《脏腑标本寒热虚实用药式》。1卷。金代张元素约撰于13世纪。此书分为肺、大肠、胃、脾、小肠、膀胱、肾、心、三焦、胆、肝等共11部,分别记述了五脏六腑的主病及用药法则。书中讨论了脏腑功能,本病(即脏腑之病)与标病(即经络之病)的证候及不同疾病的治疗法则,每法均有病证证治及其所用的主要药物功效。全书文字简明扼要,在根据脏腑学说总结各种不同疾病的辨证用药方面,具有提纲挈领的作用。此书在明代以前未见传世刊本,明代李时珍首先将其编人《本草纲目》卷一,题:"脏腑虚实标本用药式"。清代赵术堂又编人《医学指归》十二经各篇的"本草脏腑虚实标本用药式"项下,并附增了若干注文。清末周学海在编《周氏医学丛书二集》时始将其单独列为一种著作,名《脏腑标本药式》。民国间张寿颐再次补注名《藏府标本药式补正》,并析为3卷。

珍珠囊药性赋

本草学著作。又名《雷公药性赋》、《珍珠囊指掌补遗药性赋》。原题元代张元素(或李杲)撰。实为多种不同时期的同类著作合编而成。其中《珍珠囊》为12世纪张元素所撰(又名《洁古珍珠囊》、《洁古老人珍珠囊》),今存节录本(收人《济生拔粹》)。元代《东垣珍珠囊》在明朝有多种刊本,均已佚失。明代有人将题有元山道人"叙"的《药性赋》1卷,与《珍珠囊》合刊。明代熊宗立又将此两书合编为2卷(称《京本珍珠囊药性赋》)。明末有人又将此与佚名氏所集410种药的药性赋合编为4卷本,另题全书为《珍珠囊药性赋》。也有的刊本称为《珍珠囊指掌补遗药性赋》,并与《雷公炮炙药性解》合刊。此类合刊本在中华人民共和国成立之前有50余种,书名前多冠以"校正"、"增补"等字样,但内容始终未变。

卷一为《药性赋》的原书,前有题为"元山道人"的"原

叙"，内容包括寒性药(66种)、热性药(54种)、温性药(60种)与平性药(68种)共248种药物的主要临床应用。其次为"用药发明"，统论药性阴阳、标本、升降、浮沉、补泻、五脏苦欲、禁例等。卷二为"主治指掌(逐段锦)"，分别记述90种常用药物的性味主治；其次为"用药须知"，包括用药法象、四时用药法、用药丸散、炮制药歌、妊娠禁忌等。卷三—四即另一种药性赋(撰者佚名)，分述9类药物，即玉石部(46种)，草部、上、中、下(共127种)，木部(77种)，人部(7种)，禽兽部(19种)，虫鱼部(37种)，果品部(16种)，米谷部(15种)，蔬菜部(21种)共410种药物，均以歌赋记其主治，并加按语补充说明。由于本书所记载的药物比较切于实用，又有常用的制药方法，并主要是以歌决形式编写，故自明代以后一直为广大学习医药人员所采用。但此书屡经众手修易，勉强糅合数种著作，因而体例与论述之处多未能融合为一。1956年上海卫生出版社出版排印本。

汤液本草

本草学著作。3卷(或作2卷)。元代王好古撰。该书有自序3篇，末署戊戌、丙午、戊申三种干支纪年。在考证其相当于公元年数方面存在着两种意见：一种据王好古之师李东垣卒于蒙古宪宗第一年(1251)及王好古的《阴证略例》有麻革信之序等，推定丙午为1246年；另一种意见据王好古的《此事难知》有至大改元序(1308)及《汤液本草·药味专精》补充了至元庚辰(1280)病案等理由，认为《汤液本草》三序干支纪年当为公元1298、1306、1308年。两种意见相差一甲子(60年)。当以前一种意见为准。作者认为神农本草、伊尹汤液为医家之正学，故著此书论药议方，且题书名为《汤液本草》。

全书共收药物242种。卷上相当于总论，其编写法与《证类本草》完全不同。内容主要以金元药理学说的重要课题为名目，集中采用了金元医家之说。此卷采纳了"东垣先生药类法象"、"东垣先生用药心法"，且吸收了张元素的《洁古珍珠囊》中许多观点，提出了作者在用药宜忌和方剂配合方面的许多研究心得。卷中为草部，收药108种，卷下为水、果、菜、米谷、玉石、禽、兽、虫部，载药134味(合计242味)，均为医家常用药。各药名下首列：气(性)、味、有无毒、归经。次引张元素、李东垣及宋代本草诸家所论，述药之功效主治及配伍运用。本书综合了金元药理学说的主要成就，以实用为编书主旨，金元本草著作很少流传至今，因此该书有其特殊的价值。此书元代有刻本，现存明代刊本计有：嘉靖间梅南书屋本、《医统正脉》本、万历三十六年刊本、明刊《东垣十书》本等。清代有《四库全书》本及其他多种刊本，中华人民共和国成立之后人民卫生出版社于1956年据《医统正脉》本影印出版。

饮膳正要

营养学专著。3卷。元代蒙古族营养学家忽思慧与大臣普兰奚编著。刊于天历3年(1330)。此书系作者在任元代统治者宫廷饮膳太医这一官职期间，对食物营养、饮食卫生及其他有关知识的总结。卷一叙述了养生避忌、妊娠食忌、乳母食忌、饮酒避忌及94种膳食方；卷二为诸般汤煎、服饵等83方，食疗诸病61方。且列举四时所宜，五味偏走，食物利害、相反、中毒及禽兽变异诸项内容；卷三列米谷品、兽品、鱼品、果品、菜品、料物等230余种(附图168幅)。全书从营养学的角度，讲述饮食的营养价值，烹饪技术，患病期间的饮食制度、饮食的卫生要求等，主张治病应首先讲求饮食，以饮食疗法为先。书中记载较多的蒙族饮食营养方面术语、食物名称及卫生习惯，并立有专篇记述食物中毒，对研究中国古代营养学以及蒙古族饮食卫生习惯提供丰富的史料，有较大参考价值。另外，作者也采用若干维吾尔族的饮食，并提出一些养生方法，包括个人卫生、性卫生等方面的内容。书中还保留一些后来已佚的书籍，因而具有一定的文献学价值。本书是现存最早的古代营养学专著，今存有明经厂刊本及近代影印的几种刊本。

救荒本草

本草学著作。2卷，明代朱橚等原撰。初刊于永乐四年(1406)。作者在全国各地调查访问的基础上，将民间在饥荒年代可代食品用的植物(包括草本、木本植物的根、苗、花、实等)，描绘图形，记明产地，指出食用部位的性味，及食用方法等。全书虽未涉及每种植物的医疗主治用途，但却补充了不少尚未收载入本草学中的野生草药品种。有利于后世对中草药的进一步发掘和利用。本书初刊本已佚，现存最早者为嘉靖四年(1525)刊本，收载本草414种，明末徐光启撰《农政全书》时，将本书收入其中，改为14卷。此外本书尚有万历二十一年(1593)刊本，收载药物112种。

滇南本草

本草学著作。3卷。明代兰茂撰。成书于天顺三年(1459)。这是一部融传统中医药理论与民族药特色为一体的著作，集中反映云南地区用药品类及经验。全书继承了《神农本草经》以来传统的本草学理论和论述方法，系统整理和总结了明以前滇省人民用药治病的经验，如无花果治无名肿毒；白果治咽喉十八证；野姜治九种胃痛；粟子花治一切血症；臭灵丹截疟；接骨草接骨等。正确描述滇产药物的名称、产地、形态、辨伪、性味归经、功效主治及应用举例(附方、验案)。书中所载药物主要为

云南嵩明药林山和滇池流域的中草药和民族药，其中不少品种属于两者的交叉品种。本书各版本所载药数不一致，"务本堂"本载约 458 种，其中约 240 种为云南地方性中草药，具有独特疗效，如"滇池赤虾"，即是以闻名的滇池特产命名的民族药。书中重视民间饮食疗法，如介绍南薄荷药效时，载有"滇南处处产薄荷，老人作菜食，返白发为黑"。同时记载了某些用药习惯不同的中药与民族药，如栀子，在本书以花入药，名栀子花，可泻肺火，止肺热咳嗽，止鼻衄血，消痰。在附案中，记录了 33 例病案，每案均附于药物介绍之后，以证实该药之功效。所记验案皆用单方和验方。其复方药味亦较精炼，方中有法，主次分明，配伍精当，论理清楚，切于临床实用。

《滇南本草》早于《本草纲目》100 余年，它丰富了中医药学宝库，推动和促进了药学发展，对后世影响很大。清代著名植物学家吴其濬，在其所著《植物名实图考》中，即引用本书所载药物 70 余种。1977 年版《中华人民共和国药典》收载有大红袍，小红参等几十种药物。本书原刊本已佚失，现存有经明、清医家增补的刊本、抄本 10 余种。1978 年云南人民出版社出版了《滇南本草》整理本。

本草品汇精要

本草学著作。42 卷。明太医院院判刘文泰等奉命撰修。书成于弘治十八年(1505)。该书在《证类本草》基础上，删繁去复，略有补辑，以求精简切要。全书按玉石、草、木、人、兽、禽、虫鱼、果、米谷、菜为序分部，各部下又粗加分类，如草木谷菜分成草、木、飞、走四类；禽兽虫鱼分成羽、毛、鳞、甲、裸五类，其下各注生长或生殖情况，这种分类主要是受《皇极经世经》的影响。共收载药物 1 815 种，其中有 40 余种药物是《饮膳正要》等书中补入的。各药下分为 24 则(名、苗、地、时、收、用、质、色、味、性、气、臭、主、行、助、反、制、治、合治、禁、代、忌、解、赝)，将有关内容分别归人各项，不同于《证类本草》按注家先后罗列。《本经》文字及 24 则简称、引文出典等均采用朱笔书写。原书有药图 1 358 幅，由王世昌等八名画师描绘，五彩工笔。该书在文字内容方面新东西很少，但在编排方面仍有自己的特色。药图精美，新增药图 366 幅(大多为写生)，如银杏、胡萝卜、八角茴香等，均为新制的彩图。

由于此书在编纂时，太医院医官等与翰林院词臣之间产生矛盾，所以原定由"翰林院遣官两员，会同太医院删繁补缺"，编纂此书的计划未能实现，影响到该书在文字方面的质量。原书编成后，刘文泰等主要编纂人员因医疗事故等原因获罪。该书朱墨分书、五彩绘图的形式也不利于雕版，加上最高统治者的不重视，因而此书(弘治本)一直搁在内府，未得刊行。清代康熙三十九年(1700)，武英殿监造赫世亨与张常住受清圣祖之命，摹造了一部弘治本的绘图。同时，太医院吏目王道纯与医士汪兆元受诏校正弘治本中字句错落及注释舛误之处，又进而参照《本草纲目》，仿弘治本体例编成补遗本 10 卷，附以《脉诀四言举要》，题书为《本草品汇精要续集》。1923 年中正殿失火，弘治原本和康熙摹造的绘图流人社会。前者今在香港(后为日人大塚恭男收藏)，后者流落罗马。经王道纯校正的本文和《续集》于 1937 年由商务印书馆排印，中华人民共和国成立之后又再次由人民卫生出版社印行。此外，在国内还可见到该书的明代抄绘本(存图 246 幅及 192 幅者各一种)及清代抄绘本(存图 520 幅)的残卷。日本尚有一种清代抄绘全卷，存于私人手中。

本草纲目

本草学、博物学巨著。明代李时珍撰成于 1578 年，初刊于万历二十一年(1593)。全书共 52 卷，载药物 1 892 种，其中植物药 1 094 种，其余为矿物及其他药。由李时珍新增人的药物为 374 种，书中附有药物图 1 109 幅，方剂 11 096 首，约有 8 000 多首是李氏自己收集或拟定的。

《本草纲目》产生于明代中叶，当时社会上已经出现了资本主义经济的萌芽，各种手工业作坊规模较大，采矿业发达。在自然科学方面，积累了大量的资料和经验，需要进一步进行分析研究和加工，使之系统化；在工作方法方面，发展了初步的科学实验方法，这些都是《本草纲目》产生的客观条件。作者李时珍搜罗百氏，穷览群书，参考书达 800 种左右。躬亲试验的实践精神和勤奋虚心、实事求是的科学态度，则是《本草纲目》取得成就的决定因素。《本草纲目》以药物的天然来源及属性为纲，把药物分成 16 部；同一部的药物，又以相近的类别为目，全书分 60 类目。这一本草条目的分类叙述方法，是在原有本草书基础上的创造性发展，它条分缕析，读者可一目了然。更重要的是本书的分类方法，具有相当高的科学价值。

《本草纲目》的植物药，是根据各种植物的根、茎、叶、花、果的特点及其性味、外形、皮核以及其生长环境、生活习性与人类生活的关系等各种因素，综合分析、归纳比较而进行分类的，具有一定的科学性。最为突出的是《本草纲目》对动物类药物的分类方法、书中把 444 种动物药分成虫、鳞、介、禽、兽、人等 6 部，每部又分若干类。根据其中各类所列，虫类相当于无脊椎动物；鳞类相当于鱼类；又有一部分爬行类、介类相当于两栖类(其中含有少数软体动物在内)；禽类则相当于鸟类；兽类系指哺乳动物，最后则是人。这样的排列顺序，《本草纲目》认为是"从贱至贵"的顺序。这里指的不是各种药物的经济价值，也并非动物体型的大小，而是指一种从简单到复杂，从低等到高等的发展过程。书中把那些在封建社会被认为是至高无上的动物如龙、凤等，均列人相应的低一级的类别，说明这个贵贱是指动物机体的复杂性，这正是生物进化的一

种概念。《本草纲目》中记载着丰富的关于生物学的资料，动物对生活环境的适应是其中重要的一项，对每一类动物，都有概括性的定义、充分抓住各类动物的生物学特征，例如："鸟产于林，故羽似叶；兽产于山，故毛似草"，"毛合四时，色合五方"，这是动物对环境的适应。《本草纲目》中关于动物的相关变异，如乌骨鸡但验舌黑，红花莲藕及白花莲藕在莲藕方面的量有所不同的事实，说明作者对生物的适应和变异已有一定认识。《本草纲目》还指出生物受到人工方法的干预而发生生活习性改变的特性，如野生动物可人工驯养，家种植物优于野生植物等等，说明当时已经注意到动物遗传的某些特征。

《本草纲目》对矿物质所做的科学分类，表明当时的无机化学已具备一定的水平。书中记载了19种单体元素，即钠、钾、钙、镁、铜、银、金、汞、锌、锡、铝、锰、铅、铁、硼、碳、硅、砷及硫等，如以化合物论，则多至数十种。对每一种物质的来源、鉴别及化学性，都有较详细的介绍。书中以各种单体元素为纲，对各种化合物做了分类，基本上澄清了过去在这方面的混乱。书中对药物的分类学，尤其是生物的分类，是划时代的。它采用了"双名法"的命名方法，这种双名法虽然不如目前应用的拉丁系统的双名法那么科学精确，但在当时却是最先进的。在制药化学方面，也有较突出的成就，书中记载了包括蒸馏、蒸发、升华、重结晶、风化、沉淀、干燥、烧灼、倾泻等各种化学反应。其制取碱式碳酸铅(粉锡)及醋酸铅(铅霜)；利用消石与矾石分解和氧化作用以制备铅丹；区别软石膏与硬石膏等方法，都说明当时的化学水平。其制备没食子酸的方法，系先以浓茶煎熬五倍子后，使其产生沉淀，经曲菌发酵水解而析出没食子酸的白色结晶，这是以五倍子制没食子酸的最早记录。有关其他学科的记录也不少，如指出古代动物粪便可以变成化石；月球中的"阴魂"、"婆娑"，并非有树，而是"山河之影"。书中对雨中降落金钱铅汞、毛血鱼肉等物，进行了科学的解释；还有以瓦瓶精确称量空气含水蒸汽(湿度)之多寡，而预测晴雨等等，说明这确实是一本内容丰富的古代科学巨著。书中还记载大量宝贵的医学资料，除去大量的附方、验方及不少精彩的治验病案外，还有一些宝贵的医学史料。其中属于首次记录的病证有铅中毒、汞中毒、一氧化碳中毒、肝吸虫病；首次记录的治疗技术有冰块冷敷退热法、蒸汽消毒法以及辛烈香窜原料熏烟消毒法等等。在人体生理解剖学方面，书中创造性地提出大脑是全身的主宰，即"脑为元神之府"，这就打破旧有的"心为君之主官"的传统概念。还认为古代所说的脾，即俗名"联贴"亦即今之胰脏，这些见解都是有启发性的。

《本草纲目》著成后，在明万历二十一年(1593)由金陵(今南京)胡承龙刊刻，世称"金陵本"，至今只有少数几部存世，成为稀有的珍贵版本。1630年，夏良心等又在江西刻成"江西本"，是比较可靠的早期版本。以后历经300多年，这部卷帙浩繁的巨著，先后刻印达数十次之多。该书在1606年被携至日本，后来又通过各种途径传入欧洲，因而本书在国内外都有很大的影响。在国内，它促进了本草学、生物学的研究，本草学著作大量涌现，并由原著派生出不少其他著作；在国外，各国学者竞相研究，出现英、法、德、日等多种文字的节译本或全译本。《本草纲目》中的一些资料，直接影响达尔文生物进化论的形成。达尔文在自己的著作中提到的"中国古代百科全书"，据所引的材料分析，指的就是《本草纲目》。

本草原始

本草学著作。12卷。明代李中立撰于万历四十年(1612)。李中立(字正宇)是雍丘(今河南杞县)人，与明末名医李中梓的兄长李中立(字士强，上海人)同时代，后世或误将李士强作为本书作者。李中立认为当时的医家常"谬执臆见，误投药饵，本始之不原而懵懵"，于是"覈其名实，考其性味，辨其形容，定其施治"，撰成该书。

书中诸药分草、木、谷、菜、果、石、兽、禽、虫鱼、人等10部，共载药品452种。各药次第介绍产地、形态、性味、主治、药材图及解说、修治、附方等项。叙述简明，重点突出，有关临床用药的内容多选摘自《本草纲目》。该书的特色在于其药材鉴别及炮制。全书附药图379幅，以药材图占绝大多数，这些药图皆由李中立根据商品药材亲自绘图，并在图旁注明药材特征，为药材鉴别提供了可靠的依据。作者以眼见为实，不妄断盲从，如他在漏芦条下云："前人多用苗，今人多用根。今市通货之，医通用之。予无见使苗者，故画根以告人"。他吸收了许多药工的鉴别药材经验及术语，形象生动。如"凤眼降香"，"鹅眼枳实"等药名，就已反映了鉴别特征。又如肉豆蔻"外有皱纹，内有斑缬，纹如槟榔，纹肉油色者佳"，就把特征及优劣介绍清楚了。书中还揭示了多种伪品药材作伪的手法，为辨别真伪提供了依据。作者还介绍了许多炮制方法，特别注意与临床用药紧密结合。如他指出：木香"凡人理气药，只生用不见火。若实大肠，宜面裹煨熟用之。"又谓栝楼"子去外壳用仁，渗油只一度，免人恶心。毋多次，失药润性"等。该书是中国颇有特色的一部药材学专著，自刊行以后，共翻印20余次。今存明万历四十年(1612)原刊本及明崇祯十一年(1638)鹿城葛鼐校订本两种明刊本，另有近20种清代刊本。

本草经疏

本草学著作。30卷。明代缪希雍约撰于天启三年(1623)。该书"据经(《本经》)以疏义"，故名《本草经疏》。书中记载了作者研究药物的心得，在"续序例"上卷中，撰有药学论文33篇。其中有"药性差别论"、"论治吐血三要"、"论痰饮药宜分治"等，均有新的见解。各论部分为卷三—三十，共收药490种。编排次序，悉依《证类本

草》。所论药以《本经》、《别录》所载为主，兼采后世常用之品。每药内容分三项：①疏：阐发药性、主治之所以然。②主治参互：介绍配伍及主治病证，引录单验方。③简误：辨析容易混误的品种及主治，并详细记载药物的禁忌证。该书论药，多根据诸药的生成、性味、阴阳、五行、归经、主治等予以理论阐发，经常结合脏腑理论。增补了许多个人用药经验和单方，如以陈芥菜卤治肺痈等，确有显著疗效。

该书以其雄辩的论说，丰富的经验，赢得了许多后世医家的崇信。缪氏在书中提倡尊经，虽然也有牵强附会的一些弊端，但客观上对当时俗医"学无本原"是一次冲击，促进了学术界重视理论探讨。在临床药学方面，该书的影响并不次于《本草纲目》。清代众多以阐释《本经》为主旨的本草，多受该书的影响。清人吴仪洛评价说："缪氏之《经疏》，不特著药性之功能，且兼言其过劣，其中多所发明。"但其书中的一些错误也遭到激烈的攻击。该书是明代仅次于《本草纲目》的一部本草名著，在临床用药和中医药理的探讨方面卓有成效。今存有天启五年（1625）绿君亭原刊本及《四库全书》本等多种清刊本。1980年江苏广陵古籍刻印社影印《周学海医学丛书》本。

本草述

本草学著作。32卷。清初刘若金撰于康熙五年（1666）。本书共收载691种药，分为水、火、土、丘金、石、卤石、山草、芳草、隰草、毒草、蔓草、水草、石草、谷、菜、五果、山果、夷果、果之味、果之蓏、水果、香木、乔木、灌木、寓木、苞木、虫、鳞、介、禽、兽、人等32部，作者根据药有阴阳升降的学说及其与脏腑经络的关系加以发挥，对于药性的理论及其临床应用作了较详明的阐述。有一定参考价值。此后清代杨时泰鉴于此书内容较繁，遂重新加以删节，"汰其冗者十之四，达其理者十之六"，进行了改编，名《本草述钩元》，仍为32卷。其药名、药数、目次、分类等均未变动，在内容方面虽起了一些精简作用，在个别文义方面也略有所补充引伸，但此书中又往往将出处删去，是其不足之处。该书现存清代刊本5种。近代有上海万有书局石印本（1933、1956年两次印行）及黄冈萧兰陵堂刊本。

本草备要

本草学著作。8卷。清代汪昂撰。刊于康熙二十三年（1694）。本书卷首为"药性总义"，统论药物的性味、归经及炮制大要，卷一草部药191种，卷二木部药83种，卷三果部药31种，卷四谷菜部药40种，卷五金石水木部药58种，卷六禽兽部药25种，卷七鳞介鱼虫部药41种，卷八人部药9种，共478种。每药先辨其气、味、形、色，次述其所入经络，功用及其主治，并根据药物所属之"十剂"，分记于该药之首。在阐述各药药用时，引录各家学说加以综括，附有简注，文字比较明晰，后世刊本增附400余幅药物图。本书作者虽非医生，但由于编排得体，文字顺达，因而刊刻次数较多，流传很广，对普及药物知识影响较大。

本经逢原

本草学著作。4卷。清代张璐著成于康熙三十四年（1695）。书名有"本经"两字，但实际取自《神农本草经》的药物并不多，大部分都是临床常用药（计药784种）。内容以讨论药理为多，参照了《本草纲目》和《本草经疏》，介绍了个人用药心得，全书仿《本草纲目》分为32部。每药药名下叙述性味、产地、性状、鉴别、功效、禁忌等，另以"发明"两字为标题，讨论药理及介绍用药经验。由于张氏本人是一位临床经验丰富的临床医生，故这部分内容颇为切合实用，也是全书重心所在。自刊行以来，深受临床医家欢迎，流传甚广，计翻印了10余次。中华人民共和国成立之后有排印本。

本草从新

本草学著作。18卷。清代吴仪洛撰。刊于乾隆二十二年（1757）。本书作者鉴于汪昂《本草备要》一书收罗资料较多，对于学医者影响较大，但汪氏本人不是医家，论述方面又多拘泥古说，故在该书基础上重加修订，内容半数保留，半数更改新增，故名《本草从新》。首卷"药性总义"，系药物总论内容，全书共收药物720种，均按《本草纲目》的分类方法排列。其中卷一——六为草部219种，卷七—九为木部87种，卷十为果部50种，卷十一为菜部59种，卷十二为谷部59种，卷十三为金石部49种，卷十四为水部33种，卷十五为火土部20种，卷十六为禽兽部46种，卷十七为虫鱼鳞介80种，卷十八为人部14种，书中对药性释义每多结合作者经验作了补充论述，内容简要实用。该书有乾隆二十二年（1757）初刊本，其他清刊本近30余种。近现代石印及铅印本10余种，流传甚广。

得配本草

本草学著作。10卷，附《奇经药考》1卷。清代严洁（西亭）、施雯（澹宁）、烘炜（缉庵）同纂。刊于乾隆二十六年（1761）。三位作者有感于"药之不能独用，病之不可泛治"，遂博采群书，互相辨论，编成《得配本草》。书凡10卷，搜罗之广不亚于《本草纲目》。"职任专于古方，前则辨性以明其体，后乃详治以达其用，得一药而配数药，一药收数药之功，配数药而治数病，数病仍一药之效。以正

为配，因倡而随；以反为配，亦克而生”(《得配本草·魏序》)。此编因作者订出各种药物的“得、配、佐、和”，故取“得配”两字作为书名。书中选用《本草纲目》中647种药物，按水、火、土、金、石、草、谷、兽、人等项分类，除记明各药的性味、主治外，注重药与药之间的相互配合作用，如畏、恶、反、使之例。详述药与药对在治疗中所起的共同作用，如得、配、佐、和之例，使本书独具特色。书后附“奇经药考”，简介43种药物归经主治。现有清刊本及1957年上海卫生出版社排印本。

本草纲目拾遗

本草学著作。各论10卷，卷首另列“小序、凡例、总目、正误、目录”。清代赵学敏撰。初稿成于乾隆三十年(1765)，但此后又续加补订，直到1803年还增添人新材料。赵氏殁后，此书初刊于1864年。因本书主要为拾李时珍《本草纲目》之遗余而作，故以“拾遗”名书。书前“正误”项下纠正《本草纲目》错误34条。各论分类大致按《本草纲目》次序，仅将原金石部细分为金部、石部，又增加藤部和花部。他认为人部药“非云济世，实以启奸”，故不列人部。全书载正品药716种，附品药205种(总计921种)，各药解说不分项目，“统为直叙”。赵氏个人心得也附注于后或夹注于文中，无固定格式。引用文献资料十分丰富，正品条中记载了不少现在常用的药物(如冬虫夏草、千年健、藏红花、建神曲、鸡血藤膏、胖大海、鸦胆子等)。由于作者注意实物观察及实地采访，故全书内容翔实，尤其是药物的产地、形状、效用、鉴别等记载很有参考价值，是清代重要的本草著作，备受后世重视。今存世刊本有多种，比较常用的有合肥张绍棠刊本(1887)，中华人民共和国成立之后商务印书馆及人民卫生出版社均多次印行。该书原稿亦存，今藏于中医研究院。

本草求真

本草著作。10卷。清代黄宫绣纂。刊于乾隆三十四年(1769)。此书内容主要取材于《本草纲目》，予以删节编纂而成。共收集药物520种。编次悉以药物功能分为补、涩、散、泻、血、杂、食物7大类。各类又详分子目，如血剂又分温血、凉血、下血等。为便于披阅，作者仍按前人本草著作，以草、木、金石、鸟兽分部，另立篇目附于卷末。每种药物均分述形色、气味、功能、禁忌、配伍和制法。所论药品补泻，俱以阴阳气血分辨。对于药有形质相同、气味相近者，先于篇首合论，再于各味之中取其相类者予以分别阐发。于药性、药效、归经与宜忌义蕴难明之处，无不从实处追求，予以论析。对张璐极力尊崇《本经》持否定态度，认为难免有强为纽合之嫌。此书流行刊本较多，现乾隆年间初刻本及多种清刻本、石印本等，中华人民共和国成立之后有排印本。

本经疏证

本草学著作。26卷，包括《本经疏证》12卷、《本经续疏》6卷、《本经序疏要》8卷。清代邹澍撰。其中《本经疏证》撰于道光十二至十七年(1832—1837)，取张仲景所用药173味予以疏解；此后又取常用药142味，撰成《本经续疏》；道光二十年(1840)，以病为纲，归类常用药，以便临证检索，又撰《本经序疏要》。

各论诸药先录《本经》、《别录》等书药论作为正文，继引述前人本草介绍的形态等，附列后世药论(以卢子繇、刘若金两氏药论居多)及邹氏自己的解说，以辨析药性及其运用为主。其特点之一是“引证渊博，凡经史子集，释典道藏，泰西域外之书，佐引无遗”。并记载了作者访问民间“村夫圃叟”所得的用药经验。邹氏论药最突出的优点是将《本经》等书所载药性与古方用药结合起来。对张仲景医书用药规律研究入微，一药见于数方，用法之差异，多能仔细推究，提出了许多新的见解。除药性讨论之外，还兼论药物品种，把论病、议方、述药贯穿起来。所以近人谢观认为该书“最为精博”。该书在邹氏殁后(1844)始刊行，今有五六种清刊本。中华人民共和国成立之后上海卫生出版社等于1957、1959年两次排印出版。

植物名实图考

植物学及本草图谱著作。38卷，清代吴其濬(瀹斋)撰。初刊于道光二十八年(1848)。吴氏另有《植物名实图考长编》一书，系植物药的文献汇编，凡22卷。

本书是中国第一部科学价值较大、地域较广的植物志。全书以实物精绘图谱结合文字考证，共介绍1714种植物的形态、颜色、性味、用途及药用价值。吴氏将植物分为谷类、蔬菜、山草、湿草、石草、水草、蔓草、芳草、毒草、群芳、果类、木类等12类，所收载的植物较之《本草纲目》增加620种。所述植物产地，涉及中国19个省，对江西、湖南、云南、山西、河南、贵州等省的植物载述尤多。此书也是中国第一部对民间草药有大量记载的植物学著作，其中收载了较为珍贵的民间医药经验和植物的地方名和土名。吴氏注重对植物名称和原植物是否统一的考证，订正了不少前人的谬误。本书绘图精美，考证精细，在中国本草学和植物学向近代发展过程中起了重要的推动作用，对国内外学术界影响甚大。光绪间张绍棠曾将本书所绘之图近400幅移人《本草纲目》，遂成《本草纲目》冶山竹居版，而流行国内外。日本牧野富太郎的《日本植物图鉴》和松村任山所编《植物名汇》中，大多数植物均据本书以定名。本书不仅是植物学、药物学的名著，对农业、林业、园艺等方面也有重要的参考价值。但由于历史条件所限，书中也夹杂一些不切实际的论述和唯心主义的解释，少数附图抄自《图经本草》、《救荒本草》而未加

以考证。本书在作者殁后2年(1848)由山西太原陆应谷初刻,继有多种国内重刊本及日本刊本。商务印书馆于1919、1957年先后出版排印本。排印本附有植物名称、人名、地名、引书等四种索引,颇便检索。

中国药学大辞典

中药工具书。分上、下两册。民国间陈存仁主编。刊行于1935年。本书搜集药学、医学、植物学、矿物学、动物学及化学中有关中国药学文献资料,用科学方法整理删选,分条编纂而成。书中博考药品名目,取其流行较广、意义较正者,定为药品主名,并选辑该药学说理论详列于主名之下,其余名目,或为古籍别名,或为处方用名,一概另立子目。如丁香为主名,凡以公丁香、鸡舌香为名者,皆注名为丁香之别名,须查丁香条。常用药品,首述命名之意义,次处方用名,次古籍别名,次外国名词,间有用原名、学名等以资考证;次为基本产地、形态、种植、性质、成分、效能、主治、历代记述考证、辨伪、近人学说、配合应用、用量、参考资料等项目。如某项不详者,则该项子目缺如;如另有新资料者则予补入。书中记述之处方用名,或有在古书中不易查找者,如"上湘军"即大黄,也予载入,并以首字笔划另立条款。所引用之古今学说,均标示书名,便于查核。对一名数药、药品俗名、处方用名、简笔别名者另备条目,注明出处。同一药品有叶、茎、根部,如人参、人参叶、人参须等,其性质、功效不同,亦予分条记述。本书排比法以首字笔划为序,如首字相同者,则以次字笔划为序;划数相同之字,则从《康熙字典》部首为序。现存初刊本及1956年人民卫生出版社排印本。原书经陈存仁氏增补彩色药物原枝标本图画8幅,编制了700多种常用药物目录等内容后,于1979年由台湾世界书局再版印行。

马王堆汉墓医书

出土古医书。共14种。1973年湖南长沙马王堆三号汉墓出土。均属有关医学方技帛书和简书,统称之为马王堆汉墓医书。这些医书大都未题书名,也没有序、跋及作者姓名,但它们均有其独立的体例与完整的内容。这14种著作,成书于西汉以前的不同年代,为了整理和研究工作的需要,帛书整理小组根据原书主题和内容,分别拟定了书名。

马王堆三号墓的墓葬年代是汉文帝初元十二年(公元前163),各书的抄录年代,根据其书写文字约在公元前4世纪初或前3世纪末。各书的著作年代,根据其内容与传世古医书及有关资料的对照,其中有些是在战国时期成书的《黄帝内经》以前的著作,有些则是战国至秦末以前的著作。这些医书出土时分别书写在大小不同的5张帛和200枚简上。出土时均已有不同程度的残缺破损,经过缀合复原,全部医书可辨识的字数约2.3万字左右,估计原书总字数约3万字左右。按照《七略·方技略》的图书分类方法,这些著作中相当"医经"类的有《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》、《脉法》、《阴阳脉死候》;相当"经方"类的有《五十二病方》;相当"神仙"类的有《却谷食气》、《导引图》、《胎产书》、《杂禁方》;相当"房中"类的有《养生方》、《杂疗方》、《十问》、《天下至道谈》、《合阴阳方》。

《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》是已发现的中国最古的两部人体经脉学和灸疗学专书,书中记述了全身共11条脉的循行路线、主病和灸法。前书较后书文字更为古奥、简练,两书都是《黄帝内经》以前的著作。《脉法》是论述用灸法所引起脉的感传现象,以提高疗效和利用砭法在血脉上排泻脓血治疗痈肿的著作。《阴阳脉死候》是论述诊断三阴三阳脉疾病的死亡症候的专书。《五十二病方》是中国既知最早的一部医方著作。书中共记52种疾病的症状和医疗方法等,其中大多数是外科、皮肤科疾病,其次是若干内科病、儿科病及妇科病。全书现存291条,每条1方,以内服及外用药为主,也有一些是祝由方。书末附有后人续增的卷末佚文。1979年文物出版社刊行校释本。《导引图》共绘有44幅多种运动姿势的彩色人形图,每图题有其所治疗的病名或模拟某种动物的名称。此外还有利用深呼吸及器械运动的图象,这是一种古代医疗体育的专书。《却谷食气》是在道家思想影响下的和气功有关的著作,但其中杂有某些迷信论述。《养生方》和《杂疗方》两书中都载有若干药方,主要用于补益、强壮虚损诸疾,并有虫蛇所伤等方。《胎产书》是有关胎产的方技书,内容不全是医方,并包括十月养胎、埋胞等内容。《十问》、《天下至道谈》、《合阴阳方》三书主要是房中类著作,其中或有涉及某些养生学的理论问题。《杂禁方》所述属于巫术方,内容很少。

金匮要略方论

内科杂病专著。简称《金匮要略》。东汉张仲景撰于3世纪初。仲景原撰《伤寒杂病论》,经西晋王叔和编集后,其古传本之一名《金匮玉函要略方》,共3卷。北宋治平二年(1065),校正医书局孙奇、林亿等根据宋仁宗时翰林学士王洙在馆阁中发现的蠹简文字,重新加以整理编校,取其中以杂病为主的内容,仍厘订为3卷,改名《金匮要略方论》。由于此书迭经后人整理,书中已附有一些东汉以后医家的方论,但其主要内容仍为仲景手著。

全书共25篇,以论述内科杂病为主,是奠定中国临床医学基础的重要古典医籍之一。所述病证属于内科方面的有:痉(痓)、湿、暍、百合病、狐惑病、阴阳毒、疟病、中风、历节、血痹、虚劳、肺痈、咳嗽上气、奔豚气、胸痹、心痛、短气、腹满、寒疝、宿食、风寒积聚、痰饮、消渴、小便不利、淋病、水气、黄疸、惊悸、吐血、下血、胸满、吐血、呕吐

哕、下利等 40 多种病证；外科、伤科方面有：痈肿、肠痈、浸淫疮、刀斧伤等病证。另有女科病证的专篇论述。《金匮要略》总结了东汉以前的丰富诊疗经验，当时对多种疾病的病因认识，已明确地归纳为三大类，并将体虚感受外邪、从经络传入脏腑（所谓“内所因”）列于发病的首位。在诊断上重视四诊合参，辨证以脏腑经络为重点，结合营卫气血、阴阳五行等理论。在论治方面，重视预防和早期治疗，所谓“上工治未病”（《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》）。强调在治病时必须照顾整体，调整脏腑功能。书中第 2 篇至 22 篇介绍多科病证的脉证治疗，论述精要，为读者提供了辨证论治及方药配伍的一些基本原则。此书分篇的特点是将类似症候或病位相近的病证合编于一篇，便于读者分析比较。所论每种病证的不同症型和不同阶段的治疗，以及“同病异治”和“异病同治”的临床实践，启发后世业医者在临证过程中必须善于思考，辨证精细，还须学习掌握治疗中的圆机活法。

此书共收集方剂 262 首（包括后人整理编校时所加入的附方在内），方剂的特点和《伤寒论》方一样，具有药味精炼、配伍严密、主治明确的特点，被后世誉为“众方之祖”，或称之为“经方”。《金匮要略》所收载的大部分选方，确有较高的疗效，如大柴胡汤、泻心汤、大建中汤、黄芪建中汤、防己黄芪汤、防己茯苓汤、鳖甲煎丸、当归生姜羊肉汤、半夏厚朴汤、厚朴七物汤、茵陈蒿汤、茵陈五苓散、甘麦大枣汤、酸枣仁汤、肾气丸、麦门冬汤、橘皮竹茹汤、葶苈大枣泻肺汤、黄土汤、枳术汤、栝蒌薤白白酒汤、桂枝茯苓丸、温经汤、胶艾汤、大黄牡丹皮汤、薏苡附子败酱散、白头翁汤、苓桂术甘汤、十枣汤等方，均广泛地应用于临床，是后世方剂学发展和变化的重要依据。从全书内容尚可看出张仲景是一位善于运用多种治疗手段来治疗不同病证的临床家，除汤、丸、散剂内服和针灸治疗外，《金匮要略》尚载述了温熨、坐药、烙法、洗浴法、药摩、鼻内用药、吹耳、灌耳、浸足等外治法，为临床治疗学和保健卫生事业作出了不可磨灭的贡献。本书还记载了若干急救卒死的治法，特别是对自缢，书中生动地记述了如何用人工呼吸配合药疗、食疗、按摩、吹耳外治等综合治疗措施进行抢救，操作规程符合科学性。此外，书中另有脏腑经络病脉，摄生养慎以及饮食卫生、饮食禁忌和食物中毒的防治等论述。

《金匮要略》自北宋刊行后，历代均有刻本传世。目前中国所存最早为元刻本，藏于北京大学图书馆。中华人民共和国成立之后，商务印书馆据明代王肯堂所辑《医统正脉》本予以铅印（1954—1955）；人民卫生出版社则据明代赵开美刻本，于 1956 年出版影印本。至于历代注释和研究《金匮要略》的著作亦颇多。在古注本中，较早的全注本有元代赵以德所撰《金匮方论衍义》，此书诠释《金匮要略》较为详明，但刊本甚少流传。清代医家周扬俊评介赵氏此书“理明学博，意周虑审”。赵氏原编删去了北宋校正医书局整理本 25 篇中的最后 3 篇，后世注释《金匮要略》的医家，颇多引录他的见解。赵氏以后涌现了很多《金匮要略》的注家和注本，其中影响较大的有：徐彬的《金匮要略论注》（撰于 1671），程林的《金匮要略直解》（刊于 1673），周扬俊的《金匮玉函经二注》（撰于 1687），沈明宗的《金匮要略编注》（刊于 1692），魏荔彤的《金匮要略方论本义》（撰于 1720），尤怡的《金匮要略心典》（撰于 1729），黄元御的《金匮悬解》（刊于 1754），吴谦的《订正金匮要略注》（刊于 1742），陈念祖的《金匮要略浅注》（刊于 1803），高学山的《高注金匮要略》（撰于 1872），唐宗海的《金匮要略浅注补正》（刊于 1892）等。在国外研究张仲景《金匮要略》较为著名的有日本丹波元简的《金匮玉函要略辑义》（撰于 1806），丹波元坚的《金匮要略述义》（撰于 1842）等。

在上述注本中，又以尤怡的《金匮要略心典》最为著名，尤氏研究仲景学说很有心得，纂注此书时，力求得其典要，故以“心典”为书名。书中阐述仲景原文的精义，文笔简炼，条理通达，对原书中难以解释的深奥文义宁可缺略，不强予衍释，并改正了一些原文中传写之误，删略了后人增添的内容，是《金匮要略》古注本中为多数医家所推崇的一部著作。又中华人民共和国成立前后陆续出版或刊印《金匮要略》较有特色的注本、语译本尚有：曹颖甫的《金匮要略发微》、陆渊雷的《金匮今释》、余无言的《金匮要略新义》、南京中医学院的《金匮要略译释》、中医研究院的《金匮要略语译》、湖北中医学院的《金匮要略释义》、成都中医学院的《金匮要略选读》等，这些著作对读者学习《金匮要略》原著有一定的参考价值。

小品方

医方书。又称《经方小品》。12 卷。南北朝陈延之撰。本书对晋唐医学的发展有较大影响，在唐代，与张仲景的《伤寒论》齐名，同为医学教科书。该书卷一载疗心、腹诸痛症及疗水肿方；卷二载疗咳嗽、喘逆诸方；卷三载疗虚劳羸瘦诸方证；卷四载疗黄疸、霍乱、下焦诸热及尸注中蛊等方证；卷五为疗鬼魅、癫狂诸方；卷六为疗伤寒、天行温疫诸方及治瘴疟方；卷七为疗妇人经、带、胎、产及儿科方证；卷十有疗缓疽、代指、金疮及救溺死、入井冢闷冒诸方。其他各卷内容则无考。《小品方》比较重视对伤寒、天行温疫等传染性热病的论治，该书对天行温疫提出了用茅根汤、葛根橘皮汤等治疗方剂，在治则上则已体现后世温病学派的养阴生津、清热解毒等方法。该书还比较重视妇产科疾病的诊治，提到养胎、治妊娠胎动不安、子痫、逆产、产后胞衣不出及疗妊娠得病或羸人欲去胎（即人工流产）诸方法，说明当时妇产科的内容已比较丰富。对内科疾病如瘿病（地方性甲状腺肿）、脚气病（包括现代医学所谓维生素 B_1 缺乏症）也有较深刻的认识。在治疗方面强调组方用药的因人施治，主张综合治疗，并使用灸、熨、割、烙、涂、浴、摩、熏等多种外治方法。在急救

治疗方面,也记载有金疮、虫兽咬伤、跌打烧伤、溺水窒息的抢救及各种食物、药物中毒的解救等,是古代急救医学的宝贵内容。原书在北宋初年即已亡佚,其佚文多保存在《外台秘要》、《医心方》等书中,今人据之编成《小品方辑校》(天津科技出版社 1983)。《小品方》也是日本古代的医学教科书,对当时的日本医学有较大的影响。1984年在日本又发现有卷子抄本《小品方》残本。

肘后备急方

医方书。8卷(73篇)。东晋葛洪著。原名《肘后救卒方》,系作者将其原著《金匮药方》(一作《玉函方》)撷要而成。经陶弘景增订改名为《补阙肘后百一方》。今本系再经金杨用道修订增补而成的,简称《肘后方》。系一部包括内、外、五官、妇、儿各科在内的方书,涉及伤寒、温病、各科杂病、外伤、寄生虫病等多种病证。书中所列的治疗方法,"率多易得之药,其不获已须买之者,亦皆贱价,草石所在皆有"。此后历代认为这是一本古代的急症手册,其所用之药物及治疗方法,具有便、廉、验的特点。《肘后方》对若干急性传染病的记述,具有较高的医学史价值。书中对天花、恙虫病、脚气病以及恙螨等的描述,都属于首创,也都具有医学史价值,尤其是倡用狂犬脑组织治疗狂犬病,被认为是中国免疫思想的萌芽。此外,该书还记载有青蒿绞汁治疗疟疾、食道异物急救术、捏脊疗法、烧灼疗法、拔罐法(角法),骨折复位后的小夹板固定、下颌骨脱臼整复法等。在治疗学上也都是一种创新,是前人所未曾提及的。该书今有明、清版本10余种,1956年人民卫生出版社影印了明万历二年本,1983年安徽科学技术出版社出版尚志钧辑校的《补辑肘后方》。

备急千金要方

医方书。又名《千金要方》,简称《千金方》。30卷。明代后有按《道藏》经义析为93卷者,内容同。唐代孙思邈约撰于652年。作者感于当时的方药本草部秩浩繁,仓卒间求检不易,乃博采群经,删繁去复,并结合个人临床经验,撰成此书。作者以为"人命至重,有贵千金,一方济之,德逾于此",故以"千金"命书名。

其内容:卷一为医学总论,包括医学伦理学、本草、制药等;卷二—四为妇科病;卷五为儿科病;卷六为七窍病;卷七—八为诸风脚气;卷九—十为伤寒;卷十一—二十为脏腑病论(五脏、五腑各1卷);卷二十一为消渴淋闭诸症;卷二十二为疗肿痈疽;卷二十三为痔漏;卷二十四为解毒并杂治;卷二十五为备急诸术;卷二十六—二十七为食治并养性;卷二十八为平脉;卷二十九—三十为针灸孔穴主治。总计233门,合方论5 000首。书中所载医论,医方,较系统地总结和反映了自《内经》以后至唐代初期的医学成就,是一部科学价值较高的著作。如该书首列之医学总论,提出"大医精诚"、"大医习业",是中医学伦理学之基础;其妇儿科专篇列于总论之后、诸科之前,显示了作者对妇儿科之重视,其论述胎产经带生理和病理之内容及小儿护养、儿科疾病之诊治,奠定了中医妇儿科成为专科之基础;它对内科证候的辨证,以脏腑寒热虚实为纲,有现代按系统分类的意义。其中将飞尸鬼疰(类似现代肺结核病)归入肺脏证治,并提出霍乱皆因饮食,非关鬼神等,都很有科学性。对脚气病史之论述及创用榖白皮粥、赤小豆汤以预防脚气之发生,是医学史上最早之记载;该书描述附骨疽(类似骨关节结核)的好发部位及消渴病(类似糖尿病)与痈疽的关系,显示了相当高的认识水平;其阐明之"针灸孔穴主对法",实为针灸治疗的临床手册;其用动物之肝治夜盲症,用动物之靥(甲状腺)治地方性甲状腺肿都较前代有所发展并更切实用。故宋代林亿评赞曰:"上极文字之初,下讫有隋之世,或经或方,无不采摭,集诸家之秘要,去众说之所未至。"现代有的医学史学者称之为中国历史上第一部临床医学百科全书,可见《千金要方》之价值。

《千金要方》自宋至现代,中外翻刻版本有30余种。这些版本可分为三类:一类为未经北宋校正医书局林亿等校刊者;一类为经校刊者,均为30卷本;第三类为明代中期道教徒根据早期《道藏》本及北宋校刊本等析编之93卷本。近代中、日两国均多次择善本加以影印。《千金要方》尚有详注本及节选本。1124年北宋郭思选录《千金要方》中的单方,并续附有关验方编成《千金宝要》,曾刻石于华州公署,后有刻石本及刻本板本,为8卷本;1572年秦靖王朱敬镕(守中)重刻为6卷本。清代至1949年该书各种重刊本近10种。另有1698年张璐详注之《千金方衍义》30卷,其后此书各种复刻本亦有10余种,在清代中末期很大程度上取代了《千金要方》之传播。还有1908年黄思荣氏将《千金要方》本进行分类,改编为《唐千金类方》24卷,附加按语,也是以《道藏》93卷本为依据的。

《千金要方》在日本流传甚广,为丹波康赖的《医心方》(984)大量引录。1974年日本还成立了"千金要方研究所",并重新影印了《千金要方》,誉之为"人类之至宝",可见其对日本医学之影响。朝鲜金礼蒙所撰《医方类聚》和许浚之《东医宝鉴》,亦以《千金要方》为重要参考资料。近代美国学者从炼丹术角度,德国学者从医学伦理学方面,分别对孙氏及其《千金要方》作了研究,因此《千金要方》之流传很广,影响深远。中华人民共和国成立之后,于1955年、1982年人民卫生出版社曾两次出版影印本。

千金翼方

医方书。30卷。唐代孙思邈撰成于682年。作者取"輗軏相济"、"羽翼交飞"之意,借以与早年巨著《千金要方》相辅相成,故名。该书首以4卷篇幅论述药物学,强

调地道药材，对野生变家种、自采、自种、炮炙，保管储藏及临床处方应用原则等作出了创造性记述；其次4卷及卷十一论述妇女、小儿疾病，体现了他重视妇幼保健的一贯思想；卷九—十专论伤寒，是其晚年获见仲景书而予以发展的研究结晶。开创了"方证同条、比类相附"研究方法之先河，后世研究伤寒论之"三纲鼎立说"即源于此；卷十二—十五为集中体现了孙氏将古代延年益寿学说同防治老年病结合一体，并使之成为一门有特色的学科。他所论述的养性、退居、补益等，有许多观点和实践经验值得今人借鉴；以下15卷为中风2卷、杂病5卷、疮痈3卷、针灸3卷、禁经2卷，则对内科杂病、外科疮肿医疗技术、疾病诊断及针灸学等，都提供了很宝贵的内容。毋庸讳言，禁经显然是孙氏笃信佛、道的集中表现，当然与其为之奋斗终生的医疗实践和杰出成就是背道而驰的，但也有人认为其中之心理疗法内容应予以积极评价。《千金翼方》与《千金要方》被誉为中国医学史上第一部临床医学百科全书。历代以来对国内外医学家的医疗活动、科研撰著及教授学生等，都有着深远的影响。如唐代王焘的《外台秘要》40卷、日本丹波康赖的《医心方》30卷、朝鲜金礼蒙等的《医方类聚》266卷，以及宋、明、清医药学家的许多著作，近现代名著、教材等，也普遍从中汲取营养。

《千金翼方》撰成后，到宋代对其传本予以校正，并刊行全国，据现存本中国刻印或影印近20版次。日本除珍藏有中国刊本6种（包括在中国已不存在的大德梅溪书院公元1307年刊本）外，尚有日本翻刻的两种现存的最佳本。目前，国内珍藏的《千金翼方》，以公元1605年王肯堂刻本为最佳。1955年人民卫生出版社据日本江户医学影印之《千金翼方》，即大德梅溪刻本。

外台秘要

医学方书。又名《外台秘要方》40卷。唐代王焘辑成于752年。王焘历经十个寒暑，对医学文献进行大量的整理工作，"凡古方纂得五六十家，新撰者向数千百卷"，取《魏志》"兰台"（即官内藏书处）为"外台"之谓（一说因出守于外），命名为《外台秘要》，使前人的理论研究与治疗方剂全面系统地结合起来。卷一—二为伤寒；卷三—六为天行、温病、疟疾、霍乱等；卷七—二十为心痛、痰饮、咳嗽等内科杂病；卷二十一—二十二为眼、耳、鼻、齿诸病；卷二十三—二十四为瘿瘤、痈疽等；卷二十五—二十七为痢、痔诸病；卷二十八—三十为中恶、金疮、恶疾等；卷三十一—三十二为采药、丸散、面部诸病；卷三十三—三十四为妇人病；卷三十五—三十六为小儿病；卷三十七—三十八为乳石；卷三十九—四十为明堂灸法。全书共1 104门，均先论后方，载医方6 000余首。凡书中引用书籍都详细注明出处，为中国详注引文出处、卷第最早之文献。

《外台秘要》汇集了初唐及唐以前之医学著作，故在保存古代医学文献方面功效卓著。如《近效方》、《古今录验方》、《肘后方》、《删繁方》、《深师方》、《小品方》、《骨蒸病灸方》等都赖《外台秘要》之保存，使今天尚能探其窥略，故宋代孙兆称曰："……且古已如张仲景、集验、小品方最为名家，今多亡逸，虽载诸方中，亦不能别白，王氏编次各题名号，使后之学者，皆知所出，此其所长也。"徐大椿曰："历代之方，于焉大备，……唐以前之方，赖此书以存，其功亦不可泯。"因此，《外台秘要》是研究中国唐以前医学的一部重要参考著作，为研究中国医疗技术史及发掘中医宝库提供了极为宝贵的资料和考察依据。如消渴尿甜，即首见于该书引录之《古今录验方》；竹片夹缚法治骨折，见于引录之《肘后方》等。公元1065年本书曾经北宋校正医书局校刻，1640年又经程衍道校勘，自宋至今多次翻刻，现有版本19种，其中之一为中华人民共和国成立之后人民卫生出版社两次影印。

医心方

日本古代医书。日本丹波康赖编撰于982年。丹波康赖(912—995)为日本平安朝圆融帝时名医，精通汉方，尤擅长针灸，累迁针博士，左门卫佐兼丹波介（均为日本古代官职名），赐姓丹波宿弥。《医心方》共30卷。计论用药法度及本草1卷，俞穴及针灸疗法1卷，内科疾病9卷，外科及皮肤疾病6卷，五官科疾病1卷，妇产科4卷，小儿科1卷，服石2卷，养生3卷，食疗2卷。该书系汇集晋唐医书约150种，并加以分类择录编辑而成。其编辑体例是每卷各为一类，下分子目，再分条论病，全书约有7 000余条，每条先载证候，下列其方，遇有可注者则附以案语。就理论言该书多用《诸病源候论》及《千金方》，本草则以《本草经》为主，其余引录较多者，则有葛氏方（即《肘后百一方》）、《小品方》、《新录方》、《集验方》、《产经》、《僧深师方》、《录验方》、《陶弘景本草经注》等书。《医心方》为日本古代方书，从该书可了解日本10世纪时的医疗状况，由此看出中日古代医学的密切联系。由于《医心方》引录有较多的晋唐医籍，其中大部分今已亡佚，故该书可提供大量中国晋唐医学发展的史料，也是校勘和辑佚晋唐医籍的重要资料来源。原书为卷子本，日本安政年间(1854—1859)由多纪元坚等校勘纂写刊行，各卷附有校勘记，称安政本。1956年人民卫生出版社据安政本影印发行。

传信方

系医方著作。2卷。唐代刘禹锡（梦得）撰于元和十三年(818)。本书系刘氏集个人用于临床确有良效的方剂编辑而成。选方内容较为广泛，包括内、外、妇、皮肤、眼、口腔科、虫毒咬伤等所用方剂及治法。选方大多具有

"廉、验、便"之特色,其中不乏一般方书未予载述之方药,如盐黑丸、盐汤治于霍乱及治痢诸方;葱涕治金疮;稻秆灰治伤折;芦荟治癣;案纸烧灰治月经;羊肝丸治青盲内障;皂荚矾治喉痹;蔷薇根治口疮等。本书在唐、宋方书中颇多引用,苏颂《图经本草》,苏轼、沈括《苏沈良方》,唐慎微《政和证类本草》、许叔微《本事方》、洪遵《洪氏集验方》、陈师文《太平惠民和剂局方》以及金人杨用道《附广肘后方》等,均引录《传信方》一些方剂,甚至日人丹波康赖《医心方》中,也录有此书处方。

本书原辑有50余方,自元以后,即告散佚。1958年冯汉镛氏在古人方书中,辑出《传信方》45方(较原书50余方仅差十之一二),并于每方之后介绍方剂药性、适应证与治验等内容。1959年由上海科学技术出版社出版,名《传信方集释》。

太平圣惠方

医方书。100卷。北宋王怀隐、王祐、郑彦、陈昭遇等依据宋太宗亲验医方千余首和医局所藏各家验方编纂。自太平兴国三年(978)开始,至淳化三年(992)编成,历经14年。作为大型方书,该书整理、总结了10世纪以前中国各科方治的成就。据王应麟《玉海》记载,全书共1 670门,方16 834首。包括脉法、处方用药、五脏病证、内、外、骨伤、金创、胎产、妇、儿、丹药、食治、补益、针灸等,每一病证,冠以隋代巢元方的《诸病源候论》有关论述。该书所搜集的医方,除少数迷信内容外,很能反映北宋前期的医学水平,其中有关外科五善七恶之说,小儿急、慢惊风的分辨,眼科"开内障眼论"所载白内障针拨手术之详细过程,均为中国现存最早记录。该书还保存了不少已佚医书的内容,诸如第五十五卷所载"三十六种黄证候点烙论并方"及"三十六种黄点烙应用俞穴处"均为已佚医书《点烙三十六黄经》的主要内容,由于此书各科病证的方论比较齐全,选方广泛,主治明确,故具有相当重要的临床参考价值。但本书因卷帙较大,流传极少,1958年人民卫生出版社根据几种抄本校勘铅印,始广流传。另外,北宋中期福建何希彭曾节取该书编《圣惠选方》,书已不存。

博济方

医方著作。原名《王氏博济方》。3卷。宋代王衮撰,初刊于庆历七年(1047)。王氏潜心医学,留意方书,积20余年之经验,搜辑医方7 000余首,本书是从其中选取500余方编辑而成。该书刊行后毁于兵火,久已失传,清代乾隆年间撰修《四库全书》时从《永乐大典》中辑出350余方,改编为5卷,虽仅及原书十分之七,但因有此辑本,使王氏书得以流传。此书分伤寒、风证、劳证、血证、三焦证治、五脏证治、诸气、诸积、目疾、齿须发以及胎产、经气、疮科、丹药、修制药法等29门,每门之前间或附有小论,详述症状、脉象、病因等。方药剂型以丸、散、膏、丹为主。每门之后,首列方名,附带说明病象、病原和处治,然后开列药名、药量和服法。该书是王氏所搜集的秘方和验方汇编,反映了宋代医方的特点。书中保存了一些比较少见的医方,如草还丹、神效龙脑丸、赚气散、澡牙散等。但也有同名数方者,如金花散、如圣散、顺气散等均有3—4种不同的组方,并分列于各证之中。

今传本有引用南宋人之著作内容,注语中或亦引用后人著述。据分析,本书内容可能已被后人的所羼乱。书中也存在某些不科学之处,需予分析批判地对待。现存《四库全书》本等近10种刊本。1959年商务印书馆出版排印本。

圣济总录

医方书。原名《政和圣济总录》。200卷。北宋政和年间(1111—1117)由政府主持编纂。包括内、外、妇、儿、五官、针灸及养生、杂治等,分66门。因当时宋徽宗推行五运六气之说,故以"运气"列为首篇,其次为序例,治法自"诸风"起至"神仙服饵"止。每门之前都有论说,词简理明,继列各种病证,凡病因、病理、方药、炮炙、服法、禁忌等都有说明。共有医方约两万首,大部分来自医家献方和内府所藏,除"神仙服饵"等涉及迷信外,主要内容均很充实。眼科虽未载针拨术,但有"内障眼针后用药",并称:"治眼至于针,诚出不得已,岂可轻用妄投",表示对针拨术要慎重对待。该书镂板后,未及刊印,金兵灭北宋,书板被运往北方。金大定年间(1161—1189)和元大德4年(1300)曾两次刊印。该书原有"政和圣济总录序",元刻本增加集贤学士焦养直"大德重校圣济总录序"1篇。其后,日本文化10(1813)亦有集珍本刊行。1962年人民卫生出版社根据现存善本和元刻残本互相校补,删去"产妇推行年等法并安产图"、"符禁"等个别章节,增加标点,重新铅印。

太平惠民和剂局方

医方书。宋神宗元丰年间(1078—1085)已有和剂局、惠民局之设,专司药物制剂。至徽宗崇宁年间(1102—1106),药局拟定了制剂规范。称《和剂局方》。大观时(1107—1110),医官陈承、裴宗元、陈师文曾加校正。分5卷,21门,收279方。宋南渡后,绍兴十八年(1148)药局改称"太平惠民局",因此《和剂局方》也改称《太平惠民和剂局方》。其后陆续添补绍兴、宝庆、淳祐年间方等,改为10卷。分诸风、伤寒、痰饮、诸虚等14门,共788方,每方之后,详列主治证候,其中名方很多,诸如至宝丹、牛黄清心丸、苏合香丸、紫雪丹,以及妇科常用四物汤、逍遥散,儿科常用方五福化毒丹、肥儿丸等均出于

此书。另外，该书还附有南宋太医助教许洪所编《指南总论》3卷，专论药物炮炙和修治。

《太平惠民和剂局方》在北宋末至元代的两百多年中应用极广，元代医家朱震亨所著《局方发挥》说："和剂局方之为书也，可以据证检方，即方用药，不必求医，不必修治，寻赎见成丸散，病痛便可安痊……自宋迄今，官府守之以为法，医门传之以为业，病者持之以立命，世人习之以成俗"，可见流传之广。但朱震亨还曾指出"局方泛编成书……专以香热为用……今乃集前人已效之方，应今人无限之病，何异刻舟求剑，按图索骥，冀其偶然中，难矣！"对局方作了批评。故清代《四库全书总目》称：《太平惠民和剂局方》"盛行于宋元之间，至震亨《局方发挥》出，而医学始一变也"。该书今存有南宋（残本）及元、明、清10余种翻刻本，中华人民共和国成立之后有铅印本。

苏沈良方

医方书。15卷。本书是南宋时人（约12世纪初）将沈括的《良方》（又名《得效方》、《沈氏良方》、《沈存中良方》）10卷，与苏轼的《苏学士方》（又名《医药杂说》，卷数不详）两书合编而成。但15卷本（见《通志》）早佚，南宋时又有10卷本（见《书录解题》）传世，内容以收罗各种医疗验方为主，间杂以医话、随笔等资料。其中卷一有脉说、苍耳说、记菊等38论，及唐代崔知悌的《灸二十二种骨蒸法》佚文；卷二论风病，治风气四神丹等18则方论；卷三论圣散子方等16则方论；卷四为服茯苓说等25则方论；卷五为与翟东玉求地黄等18则方论；卷六为问养生等20则方论；卷七为治眼齿等10则方论；卷八为治水气肿法等19则方论；卷九为治疮疡久不合等34则方论；卷十为治妇人产乳百疾泽兰散等29则方论，并附引多种笔记小说家言，其中不少方论均经原作者耳闻目睹后所辑，有一定的临床参考价值。本书现存最早的刊本为明代嘉靖刊本，此后又有18世纪程永培校刊的《六醴斋医书》（丛书）本，题名：《苏沈内翰良方》及1782年的《四库全书》辑本（共8卷）等。近人胡道静曾将该书中的苏、沈两家所记内容区别开来。

普济本事方

医方书。又名《类证普济本事方》、《许学士类证普济本事方》、《本事方》。10卷。南宋许叔微撰，成书于12世纪中期。本书系作者将其临证及见闻之医方编辑而成，所收诸方"皆有当时事实"，故名《本事方》。首为"制药制度总例"（今本不全），书中有论有方，按病类分为23门，共收318方，在各方之后大都附记应用该方的具体病例、传方人姓名或出处，以及作者对使用该方的看法与评述等。所附医案及在临床辨证用药方面颇多个人创见，如对气厥病者与中风病候的鉴别；益肾之法主张用滋润药物，以及对伤寒时疫等病的见解等均是。清代名医叶桂将《本事方》加以评释撰成《本事方释义》10卷，对于原书方剂的药物配伍之义每多提出个人的用药见解，加减法及所拟用的变通方案等，有较高的参考价值。此书叶氏生前未能刊出，殁后由其曾孙叶锺重予校订，于嘉庆十九年（1814）刊行。《本事方》有清刊本10余种，另有《普济本事方续集》（或称《续本事方》），该书以验方为主共收341方，间附医论及医案，对于《本事方》一书作了很大补充。该书虽题为许叔微撰，但还有待于进一步证实。

宣明论方

医方书。又名《黄帝素问宣明论方》、《医方精要宣明论》。15卷（一作7卷，据《素问玄机原病式》刘氏自序称《医方精要宣明论》为3卷本，但世传未见3卷本）。金代刘完素撰于大定十二年（1172）。本书将《素问》一书的病名和证候作了比较系统的整理，总分为18门。卷一—二诸证门，列述煎厥、薄厥、飧泄、䐜胀、风消等证；卷三风门；卷四热门；卷五—六伤寒门；卷七积聚门；卷八水湿门；卷九痰饮门、劳门；卷十燥门、泄痢门；卷十一妇人门；卷十二补养门；卷十三诸病门，介绍疮疡、瘰疬、疔疮、疥癣、跌打损伤、牙疳、口疮等病证的证治。全书内容系将《素问》所述若干病证予以阐发，并补以方治。刘氏所拟订之方剂，宗张仲景制方之旨，尤多取法于《金匮要略》，但较多地运用寒凉药，如双解表里之防风通圣散、双解散；清热解毒之黄连解毒汤、凉膈散等，反映了作者的学术流派和制方的一大特点。当前流通的15卷本，系后人重予整理者，其中掺入了一些元、明以后的方剂和治法，病证的种类也在《素问》的基础上有所补充。又从文字来分析，第二卷之菊叶汤、薄荷白檀汤；第四卷之妙功藏用丸；十二卷之荜澄茄丸、补中丸、楮实子丸等，均注"新增"两字，说明当前的流通本已非刘氏的原著面貌。刘氏全面分析《素问》所记载的多种病证，并为之制订了治疗方剂，这种结合临床治疗的方法，为《内经》的研究提供了新的途径。本书有《刘河间伤寒三书》、《刘河间医学六书》、《医统正脉》等多种刊本，是刘氏著作中较重要的一种。

三因极一病证方论

综合性医书。原名《三因极一病源论粹》，简称《三因方》。《直斋书录解题》和《宋史艺文志》记作6卷，今通行本为18卷。南宋陈言（无择）撰，成书于淳熙甲午（1174）。陈言认为"医事之要，无出三因"。"倘识三因，病无余蕴"。书名"三因极一"，即取分别三因，归于一治之意。三因说源出汉代张仲景《金匮要略》，陈言所说三因分为内因（七情所伤、发自脏腑、形于肢体）、外因（六淫为病、起于经络、舍于脏腑）、不内外因（饮食饥饱、叫呼伤气以及虎狼毒虫、金疮压溺等）。陈言对三因说的发挥在

中医病因的发展方面有一定的影响。该书卷一以论脉辨证为主,相当于总论。作者谓"辨因之初,无踰脉息",对脉诊极为关注。卷二前半部亦为医论,列"三因论"一节。此外在"五科凡例"等节中,阐发了整理古籍与学医论证之要。他说"凡古书新诠,不出脉、病、证、治四科",学医者当"因脉以识病,因病以辨证,随证以施治,则能事毕矣"。这四科又可以"名、德、性、用"四字加以归纳要点。卷二下半部至卷十八,分证论治列方,计分180门,得方1 500余首。所述病证包括内、外、五官、妇、儿各科。方、论结合,议论详明。《四库全书总目提要》称其"文词典雅,而理致简赅,非他家俚鄙冗杂之比"。该书今存有南宋刻配补元麻沙复刻本及元刻本,清代有《四库全书》本等多种版本。1957年人民卫生出版社据宋刊配补元麻沙复刻本铅印,1983年该社再版此书。

御药院方

方剂著作。11卷。不著撰人。成书于宋代。初刊于淳祐二年(1242),咸淳三年(1267)由许国桢"暨二三僚友,取御药院壬寅所刊方书板,正其讹,补其缺,求其遗亡而附益之"(高鸣序),成为后世之通行本。本书是元代宫廷中药管理机构御药院的成方配本。全书收载方药1千余首,分治风药门、治伤寒门、治一切气门(上、下)、治痰饮门、补虚损门、积热门、治咽喉口齿门、治眼目门、治妇人诸疾门等,搜集金元及其前的宫廷用方,而以丸、散、膏、丹之成药为主,其中有些配方不见于一般方书。通过此书不但可以窥见宋元时代宫廷用药之一斑,亦有助于当今临床实践。书中每方之下列有主治病证、药物及剂量、煎服法,便于临床应用。本书重刻本东传后,朝鲜曾以活字版据之排印。日本千贺芳久,于宽政戊午(1798)冬,取佐伯毛利所藏,仿乾隆聚珍板,摆字刷印250部。1983年中医古籍出版社据宽政本予以影印刊行。

济生方

医方书。10卷。南宋严用和撰于宝祐元年(1253)。卷一为中风、中寒、中暑、中湿、伤寒、疟、痹、脚气、白虎历节等;卷二为疝、眩晕、霍乱、呕吐、咳、喘、噎膈;卷三为心痛、怔忡、惊悸、健忘、虚烦、癫痫、五劳六极、痼冷积热;卷四为虚损、白浊赤浊等病;卷五为水肿等病;卷六为五痔、肠风、脏毒、痈疽等病;卷七为五脏六腑虚实诸病;卷八为头面五官诸病;卷九—十为妇人经、带、胎产诸病。书中所载各病均先论病原症治,后载作者使用或经试有效的药方与外治法。全部论治共80篇,选方450余首,所选各方比较切要实用。此书元代以后流传较少,明初编《永乐大典》时曾予收载,1872年编《四库全书》时自其中辑出8卷本,后收入《当归草堂医学丛书》中,1956年人民卫生出版社即据此本影印。原书10卷本的复刊本在日本尚存有两种。此外作者于1267年又撰有《济生续方》8卷(又名《严氏济生续方》),分风、痫、头、眼、鼻、耳、口齿、舌病、咽喉、翻胃、喘嗽、心痛、胁痛、吐血、衄血、唾血、便血、秘结、泻痢、淋疾、遗精、白浊、脚气、积聚,其编排体例同《济生方》。共有评文24篇,方90首。此书现存1822年的日本刊本。

瑞竹堂经验方

医方书。15卷。元代萨谦斋(萨里弥实、沙图穆苏)撰。成书于泰定三年(1326)。萨谦斋系蒙古族人,于元代泰定时为江西建昌太守,在任期间致力于考订名家方书,博采经验诸方,积集前人应用记有实效及当时医者、病家试用屡效之单方验方予以分门别类,编辑订正成书。原本已亡佚,现行本是由清代丁嘉鱼据乾隆年间《四库全书》所收该书辑本,厘为5卷24门,收入《当归草堂医学丛书》中。连附补遗部分,共188方,分调补、消导、劳伤、遗浊、喘嗽、痰饮、反胃、湿气、诸痛、脚气、疝、淋、泄、蛊、眼、耳、鼻、齿、唇、面、齿发、女科、幼科、疡科24门。《瑞竹堂经验方》收方广泛,内有迄今仍广泛用于临床之名方。其编写体例,每方前首列该方适应病证,次列方剂组成、药物用量、炮制方法及煎服法。部分方剂,前有病机分析;方后列述药物作用及禁忌证。书中并有不少有关方剂应用评述之内容,如羡补门之益卫丹等。此书在中国元代方书中具有一定的代表性,其中不少内容,分别被《本草纲目》、《普济方》、《薛氏医案》和《南北经验医方大成》等医籍所援引。

《瑞竹堂经验方》原本流传到日本后,日本著名医学家桂川国瑞和多纪元简以中国明代高濂刻本为底本,参照《医方类聚》、《袖珍方大全》和《事林广记》以及《瑞竹堂经验方》的几种抄本,加以校雠,由缮生药室活字排印。此本在中国现存共两部,分别珍藏于中国中医研究院图书馆和上海中医学院图书馆。1957—1958年上海卫生出版社出版此书的5卷本。

1980年,浙江省中医研究所文献组等据日本宽政7年(1795)缮生药室仿高濂校刻本活字排印本及《当归草堂医学丛书》、《医方类聚》、《普济方》、《本草纲目》、《太平惠民和剂局方》相互校对,合辑得344方,按各方主治分人有关门类,名曰《重订瑞竹堂经验方》,1982年由人民卫生出版社出版。

局方发挥

医学理论著作。1卷。元代朱震亨约撰于14世纪中期。作者鉴于宋代政府编修的《太平惠民和剂局方》(即《和剂局方》)一书所载,均以成药治病,不论病原,只记用于所患证候,各药主治范围也有夸大之处,方中药物配伍也多与制方之法不合,而且多重用温补燥热之剂,失

之过偏,因而根据该书所存的主要问题列举31条,并逐一作了解答。其所论述,多结合作者本人的学术见解及临床治验案例加以发挥,着重阐发了作者主张滋阴降火法则的具体运用,是丹溪学派的一部重要理论著作。现存元代以后的多种刊本,1956年人民卫生出版社出版影印本。

普济方

医方书。426卷。书成于1406年。由明皇太祖第五子朱橚主持,滕硕等人汇编而成。本书广泛搜集了明初以前各种医籍中的方剂,甚至于还兼收其他传记杂说、道藏、佛书中的有关记载,据《四库提要》统计,共收载方剂61 739首,并且每个病候都有论有方,是中国最大的一部方书。全书分列100多门,大致可分为总论、身形、诸疾、诸疮肿、妇人、婴孩和针灸七大部分。第一部分为方脉总论、运气、脏腑;第二部分为身形,内分头、面、耳、鼻、口、舌、咽喉、牙齿、眼目等9门;第三部分为诸疾,包括诸风、伤寒、时气、热病以及杂治等39门;第四部分为诸疮肿,内分疮肿、痈疽、瘰疬、瘿瘤、痔漏、折伤、膏药等门;第五部分为妇人,内分妇人诸疾、妊娠诸疾、产后诸疾、产难等4门;第六部分为婴孩,先载儿科诊断法,次为新生儿护理法和新生儿常见疾病,后列各种儿科病候;第七部分为针灸,分总论、经络腧穴、各种病候针灸疗法,此外还附本草药性畏恶和异名2卷。本书内容丰富,所汇集的方药保存了明代以前中国医学的宝贵资料,可供查考。其主要缺点在于内容庞杂,篇幅过大,所载方药有相当一部分不切实用,因而编成之后并未能在医学界产生应有的影响,流传不广,刻本较少。1958—1959年人民卫生出版社据四库抄本排印出版。

奇效良方

医方著作。69卷,刊于明代成化六年(1470)。本书初为明代正统间太医院使董宿纂辑,未完而卒。继由成化间太医院使方贤及御医杨文翰订补刊行。全书共分64门,载方7 000余首,是明代早期一部规模比较大的方书。其特点是汇集了明初以前的经验成方,综合了内、外、妇、儿各科的医疗经验,以病分门,按类编排。除每门前附有一简短论述外,余均以方为纲,方下叙简明主治,再次即药味、分量、配法、服法等,简明扼要,眉目清楚。书中以宋至明初的医方收辑最多。兼述针灸及正骨等治法。其中不乏奇效、实用之方,也有个别封建迷信的记述。本书所收诸方,除一般膏、丹、丸、散、汤剂而外,亦有不少酒剂、搐鼻剂、熏沐剂等。现存初刻本及多种明刻本,1959年商务印书馆据明代成化六年初刻本出版排印本。

医方集解

医方著作。列21门,不分卷。清代汪昂(讱庵)撰于康熙二十一年(1682)。汪氏鉴于古方书只注明某方治某病,而不解释药性功效。于是仿宋代陈无择《三因方》,明代吴昆《医方考》遗意,辑数十家之言以评析方理,故名《医方集解》。全书分补养、发表、涌吐、攻里、表里、和解、理气、理血、去风、去寒、清暑利湿、润燥、泻火、除痰、消导、收涩、杀虫、明目、痈疡、经产诸门。各方名之下,简注功效及方剂出处,次列药物组成、主治、服法、方义阐释等。对各方所治病证的病源、脉候、脏腑、经络以及治法、类方等,无不备录,便于初学及临症取用。本书共收方剂795首,其中正方378首,附方417首。所收方剂,多为医家所常用。凡药味幽僻、采治艰难,或品类过繁之方,则未予选录。作者认为仲景伤寒之方,为古今方书之祖,故尤详于对经方的注释。如白虎汤一方,除选录《伤寒论》有关经文详加考释之外,还对人参白虎汤、白虎加苍术汤、桂枝加白虎汤、柴胡石膏汤、化斑汤等加减变化方作了较为全面的介绍,便于读者举一反三,触类旁通。本书是一部理法方药紧密结合的方书,学者可由此入手,逐步探索医学之本源。诚如作者所言:"本集虽名方解,然而病源脉候、脏腑、经络、药性、治法,罔不毕备。诚医学之全书,岐黄之捷径也。"本书为中医门径书中之名著,刊行后流传甚广。现存初刻本及多种清刻本、近代刊本。

汤头歌诀

普及性医方著作。1卷。清代汪昂(讱庵)撰,刊于康熙三十三年(1694)。作者鉴于前贤方论,卷帙稍繁,不便携带习诵,故将常用方编成歌诀,便于习诵。全书选取临床常用方剂290首,编成七言歌诀200余首,分为补益、发表、攻里、涌吐、和解、痈疡、经产等20门。每方下附有简要注释,说明方义、主治、剂量、服法及临床运用。明清时汤头歌诀一类方书甚多,而以汪氏所撰最为盛行。其特点在于分类简要,便于检索;且"歌不限方,方不限句,药味药引,俱令周明,病症治法,略为兼括。或一方而连汇多方,方多而歌省,并示古人用药触类旁通之妙,便人取裁"。本书为后世常用习医入门书之一,以其选方实用,便于记诵而颇受初学者欢迎。现存初刻本及其他刊本30余种(包括日刻本),并在刊行后涌现后人多种修订本,包括注释续补、增注、改编、白话解等多种刊本。中华人民共和国成立之后修订出版的《汤头歌诀》,如《汤头歌诀白话解》、《汤头歌诀详解》等,较汪昂旧本更切实用。

成方切用

医方著作。12卷。清代吴仪洛(遵程)辑,刊于乾隆

二十六年(1761)。吴氏选辑成方以切于实用为原则,此书系在《医方考》和《医方集解》两书的基础上选录古今成方1 180余首编成。首卷先论"方制总义",次述《内经》方,然后依照方剂性类及使用的不同,分列为治气、理血、补养、涩固、表散、涌吐、攻下、消导、和解、表里、祛风、祛寒、消暑、燥湿、润燥、泻火、除痰、杀虫、经带、胎产、婴孩、痈疡、眼目、救急等24门。每方均记明出处,详述适应证,次为组成及加减法,再次为方义及附方,条理赅括,词目明爽,注释引证,不厌详明。对于临床应用要点,尤多经验之谈。例如琥珀散治诸淋,在注解中辨析诸淋之病因病机及辨证特征、方药配伍、加减等,言简意明,对初学者甚有裨益;书中选辑仲景方尤多,并采撷方中行、喻嘉言、周扬俊诸说,以阐发其精义。书末急救门中,介绍了治疗缢死、溺死、中毒、刀斧伤、霍乱搅肠痧、鼻衄不止、产妇血晕等急症的处理方法,多属简便易行,可资仓卒间查考。本书选方切于实用,注释较为详明,颇受后世医家推崇。现存初刻本及其他多种刊本,1958年上海科技卫生出版社出版排印本。又在此书一些版本中,或在卷末附清代汪昂《勿药元诠》74条。

《串雅》内外编

走方医术专书。8卷。清代赵学敏撰,刊于乾隆二十四年(1759)。简称《串雅》。分《串雅内编》、《串雅外编》各4卷,是中国系统总结和介绍走方医疗技术的重要著作。《串雅内编·原序》记载:赵学敏和著名铃医赵柏云晤谈后,提出走方医术"颇有奥理,不悖于古而利于今",他自己在长期临床实践中也深感此术"操技最神而奏效甚捷",遂下决心将赵柏云口述和提供的资料予以删削、补订,使之趋于系统,由于在整理过程中注意精选,"弃俗从雅",故以"串雅"为书名。

据作者自称,此书约有30%的资料取自赵柏云的手抄本;30%得自《救生海》、《百草镜》;30%出于《养素园传信方》及《江闽方本》;10%为世医所传。"内编"分截药总治、内治、外治、杂治、顶药、串药、单方内治、外治、杂治、奇病等门。"外编"介绍禁药及起死、保生、奇药、针法、灸法、贴法、熏法、洗法、熨法、吸法、杂法、伪品、法制、药品、食品、杂品、取虫等门。收罗相当广泛,而其中又以走方医的截、顶、串、禁四法论述更详。全书所列治疗方剂,大多属于药味不多的单方、验方,其中"截药门"和"顶药门"收集了不少符合验、便、廉的效方。"禁药门"有辟疫(预防传染病)、截疟等法,并收载了如禁蚊、灭虱、除蚤、辟蝇等除害灭病方,"起死门"列述多种危重病证的急救治法。"保生"、"奇药"二门,治法别开生面,颇有启发性。此外,本书记录了多种外治法及其主治、适应证,针刺和灸法也有一些不同于一般针灸专著的论述。但本书选方尚未达到相当精纯的水平,其中也掺杂了个别带有封建或唯心色彩(如符禁等)的内容。现存初刻本等数种刊本,中华人民共和国成立之后人民卫生出版社先后出版《串雅内编》影印本和《串雅外编》选注本。

时方妙用

医方著作。4卷。清代陈念祖(修园)撰于嘉庆八年(1803)。陈氏认为"时方固不逮于经方,而以古法行之,即与经方相表里,亦在乎用方之妙也",故名。卷一首论望、闻、问、切四诊。作为辨证识病,选方用药的基础。卷二—四共列内科38种常见病证的主症主方及其加减运用。末附"妇人科"、"伤寒科"证治。各症先论证,次议治法及选方,能由博返约,提纲挈领,常阐述自己的独到经验。如诊脉以浮、沉、迟、数、虚、实、大、缓八脉赅括28种脉象,纲举目张,条理井然。论泄泻时说:"《难经》有五泄之分……其实不必泥也;总以虚实久暂为辨",简要实用平易可法。陈氏宗古而不泥古,擅长温补,仅痨证门,即有温补方18首。但他又不一概拒绝寒凉,如"痨证"中,仍首列能培养生气的寒凉方。本书虽曰《时方妙用》,而其所论108首方剂中,所选仍多是唐宋以来古方,对张仲景的厚朴三物汤、大黄附子汤、大建中汤等经方,亦甚为推崇。书中并阐述作者不少精辟论见,如认为眩晕由风、火、痰、虚所致;治嗽主张干姜、细辛、五味并用等,可供临床参考。此书刊本很多,现存《陈修园医书》诸种本及多种清刻本、近代刊本,中华人民共和国成立之后有排印本。

成方便读

医方著作。4卷。清代张秉成(兆嘉)著,成书于光绪三十年(1904)。书中分补养、发表、攻里、和解、理气、理血、祛风、祛寒、清暑、利湿、润燥、清火、除痰、消导、收涩、治疟、杀虫、治目及外科、经产、小儿之剂等21门,收载古今成方240余首,附方50首。书中仿汪讱庵《医方集解》之例,分门别类,各方均用七言歌诀表达其药味组成及主治要点。方歌后详释病因及方义,先述致病之原,再叙立方之意,以及各药性味等,反覆说明药物之君、臣、佐、使及加减变化等配伍运用,务求切于实用。此书通俗易懂,便于诵读,是学习中医方剂学的门径书之一。1955年千顷堂书局出版铅印本。

伤寒论

外感热病著作。10卷。东汉张仲景撰于3世纪初。此书为张氏原著《伤寒杂病论》的组成部分之一(另一部分以论述内科杂病为主,后世加以整理编纂,名为《金匮要略方论》)。《伤寒论》是一部论述外感热病——"伤寒"为重点的名著,原书曾经西晋王叔和整理编次;北宋治平二年(1065)校正医书局孙奇、林亿等校订后,成为当时的

通行本。现存较早的有明代赵开美影宋刻本的《伤寒论》(简称"宋本")和金代成无己的《注解伤寒论》(简称"成本")两种刊本。全书内容包括辨太阳病、辨阳明病、辨少阳病、辨太阴病、辨少阴病、辨厥阴病脉证并治(亦即后世所谓"辨伤寒六经病"),这是《伤寒论》的主体组成部分。此外,尚有"平脉法"、"辨脉法"、"伤寒例"(此三篇,多数学者认为系由王叔和编撰增入)、辨痉湿暍、辨霍乱病、辨阴阳易、差后劳复脉证并治等内容。还介绍了伤寒用汗、吐、下等治法的应用范围及其禁忌。书中介绍了桂枝汤、麻黄汤、白虎汤、承气汤、柴胡汤、四逆汤、真武汤、乌梅丸等方的方药组成、用法及主治、适应证,世称《伤寒论》共记述了397法(此说最早见于"宋本"《伤寒论·序》,后世附和者颇多,而事实上缺乏确据,故《伤寒论》著名注家柯琴在《伤寒论翼·自序》中斥之为"妄编")113方(其中禹余粮丸仅有方名,故实为112方)。有关论病和治病的部分,正如孙奇、林亿等所赞誉和介绍的那样,"其言精而奥,其法简而详",为后世所广泛推崇。

《伤寒论》以六经辨证为纲,方剂辨证为法。在诊断方面,贯串运用了四诊八纲,并对伤寒各阶段的辨脉、审证、论治、立方、用药规律等,以条文的形式作了较全面的阐述。书中有关病证的叙述,详于三阳病,尤详于太阳病及其变证,论析主次分明,条理清晰,能有机地将理、法、方、药加以融会,使读者易于从中掌握证治要领。此书在认识和处理疾病的方法方面,强调运用多种诊法,对患者复杂的临床证候进行综合分析,并根据中医的诊疗原则确立治法,这就是后世所说的"辨证论治"。这个先进的诊疗思想是从张仲景著述中开始有比较完整认识的,历代医学把它作为诊疗各科疾病必须遵循的一种思想方法,体现了中医学独特的和相当合乎科学思维逻辑的医疗体系。

张仲景提倡"精究方术"。作为在临床医学方面具有重大贡献的一代宗师,他对伤寒六经病的"脉证并治",归纳总结了不同的病程阶段和证候类型的证治经验。对于六经病各立主证治法(如"太阳伤寒"用麻黄汤;"太阳中风"用桂枝汤;阳明经证用白虎汤;阳明腑证用承气汤;少阳病用小柴胡汤……),并将八法(汗、吐、下、和、温、清、补、消)以及一些外治法运用于六经病等多种病证的治疗之中。其中的治疗八法,或单用或结合应用,或分阶段施治,治法灵活而法度谨严,对后世临床工作者颇多启悟。他所博采或个人拟制的方剂,精于选药,讲究配伍,主治明确,效验卓著,后世誉之为"众方之祖",尊之为"经方"。这些方剂经过千百年临床实践的考验,为中医方剂学提供了变化和发展的基础。《伤寒论》是一部重点论述伤寒热病的专著,但张仲景的辨证论治及其六经大法在临床实践方面是具有广泛指导意义的。正如柯琴的《伤寒论翼》所指出的,"仲景之六经为百病立法,不专为伤寒一科"。这个见解相当精辟,为多数医家所赞同。由于张仲景在医学上的杰出成就,后世尊之为"医圣"。自宋代迄今,注释或研究《伤寒论》的著作多不胜数,日本等国对仲景学说亦有相当深入的研究。《中医图书联合目录》中所记《伤寒论》注本尤多于《伤寒论》研究性著述。而有据可考,刊行于世并具有一定影响的注本达400余种,大致可分三个影响较大的注本体系。

成无己系:金代成无己于1144年编撰《注解伤寒论》。这是中国第一部《伤寒论》全注本。此书的特色在于条文的编排遵从北宋校正医书局所校正的《伤寒论》,对原文不妄加删改,其注文的阐发,主要参阅《内经》、《难经》等书,是即所谓"以经解论",同时复能"以论证经"。成氏注本十分重视脏腑经络功能的整体性,论治则以辨证中的八纲作为客观依据,故对继承发扬仲景学说具有承先启后的作用。属于成无己系的重要注本尚有明末张遂辰的《张卿子伤寒论》、清代王丙的《校正王朴庄伤寒论注》等。

方、喻系:即明代方有执和明末清初喻嘉言的注本体系。由于这二位对《伤寒论》的学术见解比较趋于一致,后世往往方、喻并提。方氏的《伤寒论条辨》和喻氏的《尚论篇》,对其后学习、研究《伤寒论》者,具有相当广泛的影响。方氏对《伤寒论》逐条辨难,重予排比成篇,一一分析推论仲景原意而为之考订,故以"条辨"为书名。方氏对王叔和、成无己颇多抨击,认为"宋本"和"成注本"的原文编排颇多错简,遂移动仲景原文的次序,重予编注,所谓"错简"说,实自方氏始。他删去了"宋本"卷一所载的"伤寒例";提出《伤寒论》以六经为纲;六经则以太阳为纲;而将太阳又分为"风伤卫"、"寒伤营"、"风寒两伤营卫"三纲,即后世所谓的"三纲鼎立"说。他在改订《伤寒论》太阳篇时,又分"卫中风"、"营伤寒"、"营卫俱中伤风寒"三篇(或称之为"三证")。喻嘉言的《尚论篇》认为方氏删去王叔和的"伤寒例"是"大得尊经之旨,然未免失之于过激,不若'受礼存羊',取而驳正之……"。他对方氏三纲、三证说亦颇推崇,在承袭方有执学术思想的同时,也体现了某些不同之处。如主张以冬伤于寒、春伤于温、夏秋伤于暑热为主病大纲;四季之中又以冬月伤寒为大纲;伤寒六经之中,仍以太阳为大纲;太阳篇中亦沿用方氏三纲之说。其余《伤寒论》原文则六经各自为篇,每一经之前,均叙述证治大意,以下则以"法"为目,又将合病、并病、坏病、痰病四类附于三阳经末,使全书显得提纲挈领,条理清楚。其编纂方法较之方氏实前进了一步,故喻氏《尚论篇》的影响竟超出方氏之上。属于方、喻系的重要注本有清代张璐的《伤寒缵论》、程知的《伤寒经注》、程应旄的《伤寒论后条辨》、钱潢的《伤寒溯源集》、周扬俊的《伤寒论三注》、沈明宗的《伤寒六经辨证治法》、舒驰远的《舒氏伤寒集注》、高学山的《伤寒尚论辨似》、郑重光的《伤寒论条辨续注》等。

钱塘二张系:指清初钱塘张志聪和张锡驹的注本体系。张志聪对《内经》和《伤寒论》均有较深入的研究。他写了三种有关《伤寒论》的著作,其中又以《伤寒论集注》

为其代表作。此书内容系张志聪在侣山堂讲学时的讲稿,其中吸收了他的学生参正讲稿的见解,故虽名"集注",并非汇集历代注家之言。这部著作张氏在生前没有完成脱稿,后由其弟子高世栻于1683年重予编纂成书。张志聪虽受业于张遂辰,但在伤寒学方面,师生见解颇不相同。在编法上,志聪强调六经编次须条理通贯,不应随意去取,但又删去"伤寒例",移动平脉、辨脉篇。又对《伤寒论》条文进行汇节分章(共分100章节),每一章节均有提要。其立论和诠注的主导思想是重视气化学说,并期以阐明人体"经气"的变化。他以《内经》中"标本中气"、"阴阳"、"经络"、"五运六气"等与六经病相联系,从而形成在立论上某些与众不同之处,张锡驹的《伤寒论直解》(刊于1712)的见解与之相仿,后人合称"钱塘二张"。属于钱塘二张系的重要注本有清代黄元御的《伤寒悬解》、陈念祖的《伤寒论浅注》、陈恭溥的《伤寒论章句方解》、唐容川的《伤寒论浅注补正》等。

除三大注本体系外,在《伤寒论》古注本中享有盛誉的有清代柯琴的《伤寒论注》(柯氏《伤寒来苏集》的组成部分之一),其编法的特点是"以证为主"(如麻黄汤证、桂枝汤证、白虎汤证、承气汤证等),各以相关的条目归纳类聚,柯氏予以阐注、发挥,条理清楚,见解精辟,深受广大读者的欢迎和重视。又清代尤怡的《伤寒贯珠集》在探讨伤寒六经病治法方面,很有特色,注文亦精炼通达,在古代《伤寒论》注本中,读者对它也有较高的评价。关于古代《伤寒论》研究性著作,目前可以见到的刊本近200种之多。这类著作对于《伤寒论》并不采取逐篇、逐句注解的形式,而是针对《伤寒论》全书或书中有关内容,采用研究、分析、归纳、阐述、论辨、发挥、解疑、释义、补订、提要等形式进行整理编写,有助于对《伤寒论》内容实质和学术思想的深入学习和理解。这类著作较著名的有宋代韩祗和的《伤寒微旨论》、庞安时的《伤寒总病论》、朱肱的《类证活人书》,郭雍的《伤寒补亡论》,许叔微的《伤寒发微论》、《伤寒九十论》、《伤寒百证歌》(合称《许叔微伤寒论著三种》),杨士瀛的《伤寒类书活人总括》;金代成无己的《伤寒明理论》,刘完素的《伤寒直格》、《伤寒标本心法类萃》,宋云公的《伤寒类证》;元代王好古的《阴证略例》,吴恕的《伤寒图歌活人指掌》;明代陶华的《伤寒六书》(《伤寒琐言》、《伤寒家秘的本》、《伤寒杀车槌法》、《伤寒一提金》、《伤寒截江网》和《伤寒明理续论》),戈维城的《伤寒补天石》,王肯堂的《伤寒证治准绳》,张介宾的《伤寒典》,李中梓的《伤寒括要》,许宏的《金镜内台方义》;清代陈尧道的《伤寒辨证》,秦之桢的《伤寒大白》,程云来的《伤寒抉疑》,黄元御的《伤寒说意》,陈念祖的《伤寒医诀串解》、《长沙方歌括》,徐大椿的《伤寒类方》等。

本世纪以来,有关《伤寒论》注本或研究性著作也相当多,较著名的如:曹颖甫的《曹氏伤寒发微》,恽铁樵的《伤寒论辑义按》,陆渊雷的《伤寒论今释》,余无言的《伤寒论新义》,黄竹斋的《伤寒论集注》,任应秋的《伤寒论证治类诠》,冉雪峰的《冉注伤寒论》,中医研究院的《伤寒论语译》,南京中医学院的《伤寒论译释》,湖北中医学院主编的《伤寒论选读》等。日本国有关《伤寒论》注本或研究性名著有山田正珍的《伤寒论集成》,丹波元简的《伤寒论辑义》,丹波元坚的《伤寒论述义》、《伤寒广要》,浅田惟常的《伤寒论识》、《伤寒辨术》,中西惟忠的《伤寒论辨证》、《伤寒之研究》,杉原德行的《伤寒论新解》,奥田谦藏的《伤寒论阶梯》等。至于《伤寒论》的刊本,除通行于历代的"宋本"、"成本"(此两种在中华人民共和国成立之后人民卫生出版社亦曾多次出影印本和排印本)外,国内和日本国还可以看到一些不同的刊本,其中以《桂林古本伤寒杂病论》和《古本康平伤寒论》(简称《康平伤寒论》)较为著名。"桂林古本"系以《伤寒论》与《金匮要略》合编,多数学者认为此书作伪的可能较大。《康平伤寒论》据称系1346年(日本贞和二年)日人和气朝臣复录丹波雅忠手抄的中国古卷子本,由于丹波氏录于日本康平三年(1060),故以"康平"为书名。按年代此书早于"宋本"《伤寒论》,而篇目则少于"宋本"。其中个别条文与文字表达与"宋本"互有出人,故对校勘或研究《伤寒论》有一定的参考价值。但《康平伤寒论》的真伪问题,目前尚有争议。

伤寒总病论

伤寒类著作。6卷。宋代庞安时撰于1100年。主旨在于注解《伤寒论》,但对仲景学说在学术临床方面有颇多补充、发挥之处。卷一为叙论及六经证治;卷二为伤寒汗吐下法及不可汗吐下法;卷三为杂病;卷四—五为时疫温病;卷六为方药。书末附"音训"、"修治药法"各1篇。全书所述各证,皆有论有方。既尊经旨,又重前贤。更能结合己见,多所发明。如倡伤寒病因为寒毒,"伏邪发温"的关键是"勇者气行则已,怯者著而成病"。强调体质与发病的辨证关系。突出阐发了天行温病,认为温病病因是不同于寒毒的乖疠之气,能造成传染流行。温病按四时分为五类:青筋牵,赤脉攒,黄肉随,白气貍,黑骨瘟,治疗则重用石膏。此书对温病学之独立颇具影响。后世缪希雍、余霖、张锡纯等名家治疗温病皆善用石膏,究其渊源,盖出此书。现存清刻本、石印本以及1912年武昌医馆刻本、1956年商务印书馆出版排印本等。

类证活人书

伤寒著作。宋代朱肱撰于大观二年(1108)。初名《无求子伤寒百问》,1118年重刻时改名《南阳活人书》。本书共分22卷,卷一—十一以问难的形式,论述伤寒各诸证及有关杂病证治共计100问;卷十二—十五对《伤寒论》113方的组成、功用予以注释;卷十六—十八收载各家治伤寒方126首,其中也包括部分《金匮》方,如百合知母汤、百合洗方、竹皮大丸等;卷十九主要介绍妇人并妊

痂伤寒方；卷二十—二十一为小儿伤寒、小儿疮疹方；卷二十二载宋代医家李子建"伤寒十劝"。此书的主要部分是"伤寒百问"。朱氏认为"治伤寒先须识经络，不识经络，触路冥行，不知邪之所在"。因而强调治伤寒者，应首先从经脉方面体会病变机理，再从表里、阴阳、寒热以辨识病证概貌。就病而言，虽名伤寒，实有伤寒、伤风、热病、温病、湿病、痉病等不同；就证而言，同一恶寒发热，而有三阳表里之分；就脉而言，"浮为在表，沉为在里。阳动则有汗，阴动则发热。得汗而脉静者生，汗已而脉躁者死"。凡此种种，颇得仲景心法。本书为研究《伤寒论》较早的一部著作，对仲景学术多所发明，颇为后世医家称许。故张蒇说："得此书者，虽在崎岖僻陋之邦，道途仓卒之际，据病可以识证，因证可以得方，如执左契，易如反掌。"但书中所载药方，每与《伤寒》、《金匮》等书互有出入。此书宋刊本今已无存。流传较广者为王肯堂、吴勉学收入《古今医统正脉全书》的宋代王作肃增释本。1955年上海商务印书馆即据此本及明代万历年间徐瑢所校《南阳活人书》参照校勘排印。

注解伤寒论

伤寒著作。10卷。金代成无己著于1144年。此书以王叔和编次的张仲景《伤寒论》为蓝本，对原文逐条注释。是中国医学史上第一部，也是新中国成立前唯一全文注释《伤寒论》22篇的著作（后世注家一般只为《伤寒论·辨太阳病脉证并治》以下10篇作注，而方有执作俑主张将六经病证治以外的11篇内容删去）。此书特点有二：一是首次全文注释。即由伤寒例、平脉法、辨脉法直至最后辨伤寒可汗吐下及不可汗吐下诸篇——逐条诠注。二是以经释论。即引《内经》、《难经》理论注释《伤寒论》的病因、病机、立方、治则。力图按原书本意理解，而未擅加发挥。引文准确、说理严谨，是首次将《内经》、《难经》、《伤寒》融会贯通之作。《伤寒论》因有王叔和编次、成无己注解，才得以广为流传。成氏此书对后世影响很大，钱塘三张（张卿子、张志聪、张锡驹）及陈修园受其影响最深，成为尊王（叔和）、赞成（无己）伤寒学派（又称维护旧论学派）的代表人物。《四库全书总目提要》在评赞《注解伤寒论》的同时，亦称赞成氏曰："无己于斯帙，亦必深有所得。"汪琥亦云："成无己注《伤寒论》，犹王太仆之注《内经》，所难者唯首创耳。"这里将成无己与王冰相提，亦是将《注解伤寒论》与《王注内经》并论，其历史地位是不言而喻的。此书再版30余次，1956年人民卫生出版社据赵开美本影印，另有排印本。

伤寒明理论

伤寒论著作。4卷。金代成无己（聊摄）撰，初刊于泰和五年（1205）。该书是成无己在其《注解伤寒论》之后，为进一步阐发仲景辨证论治之理而撰写的一部心得之作。全书从证候鉴别诊断和方药理论的角度研究《伤寒论》，将有关伤寒病定体、分形、析证的理论，提纲挈领地加以分辨解说。卷一—三论病，分论伤寒50证。卷四论方药，对桂枝汤、麻黄汤等有代表性的20首方剂进行分析。书中对证方的训解方法，与《注解伤寒论》同，立论悉宗《内经》、《难经》之旨。书中将每一方剂所用药物按照病证，分别注出君、臣、佐、使，说明彼此配伍制使的关系，并详论各方主治，对药之寒温、证之虚实及方之大小、奇偶等论述精详，使理、法、方、药一线相贯，因而历代以来对本书备加推崇。正如严器之在该书序文中所云："凡五十篇，目之曰明理论，所谓真得长沙公之旨趣也。使习医之流，读其论而知其理，识其证而别其病，胸次了然而无惑。"后世对本书作增补者，有陶华之《伤寒明理续论》、巴应奎之《伤寒明理补论》、闵芝庆之《伤寒明理论删补》及汪琥《增补成氏明理论》等。现存有宋、明、清刻本及日刻本等20余种版本。1955年商务印书馆出版排印本。

伤寒论条辨

伤寒著作。8卷。明代方有执著于1594年。首次大胆提出王叔和编次的《伤寒论》多所篡乱。认为前3篇、后8篇都属王叔和附以己见之作，成无己只是依文顺释而已。因此，本书削去"伤寒例"，将其余前两篇置六经病后。如此，将《伤寒论》的编次改为：卷一—五为六经证治；卷六为风温、杂病、霍乱、阴阳易、瘥后病；卷七为痉湿暍、辨脉法；卷八为可不可汗吐下证，书末附《本草钞》、《或问》、《痉书》各1卷。在卷一—五中，对原有条文次序大加改动，以"风伤卫、寒伤营、风寒两感营卫俱伤"为总纲，归纳条文，突出了太阳篇的三纲鼎立学说，加强了条理性和系统性。这种不囿旧制，大胆改易经典，首倡错简的观点，对后世影响很大。许多伤寒名家起而响应，蔚然形成错简重订的伤寒学派。推动了《伤寒论》研究的纵深发展。1957年人民卫生出版社据清代浩然楼刊本排印。

伤寒来苏集

伤寒著作。8卷。清代柯琴著于1674年。其中《伤寒论注》4卷于1669年先予刊行。《伤寒论翼》、《伤寒附翼》各两卷于1674年始成。三合为一，名曰《伤寒来苏集》。此书对《伤寒论》的编次及证治方药进行了全面探讨。编次法既不取叔和旧例，亦反对三纲鼎立，主张以方名证，方从六经。《伤寒论注》将太阳篇分为桂枝汤证、麻黄汤证等11类。阳明篇分栀子豉、白虎及承气汤证等5类。诸经同例，即以方证为目汇集六经原文，揭示了伤寒方证一体的规律性。《伤寒论翼》卷上为全论大法、六经正义等7大论，卷下为六经病解6篇，制方大法1篇。主张六经为疾病的地面分区，伤寒为百病立法。《伤寒附

翼》专论伤寒方、解释方义及使用法俱精。此书以方类证的研究方法颇受后世推崇，徐大椿、罗东益等均从之。此书与《伤寒贯珠集》一以方领，一以法贯，一纵一横，被后世称为伤寒研究之双璧。此书曾多次重印。1956年上海卫生出版社、1959年上海科学技术出版社曾予排印。

伤寒贯珠集

伤寒著作。8卷。清代尤怡撰于1729年。尤氏受方有执影响，不录《伤寒论》前3篇及后8篇。按照伤寒治则为纲，类列六经证治原文。卷一—二为太阳证，分为正治、权变、斡旋、救逆、类病、明辨、杂治及三阳刺法等8篇。每经之首皆先陈"条例大意"，阐明本经证治大旨。卷三—四论阳明证，分正治、明辨、杂治法等篇。卷五为少阳证，分正治、权变、刺法等篇。卷六为太阴诸法。卷七为少阴诸法，分清、下、温法，生死法等。卷八为厥阴证，分进退之机，清、温、病禁、简误、瘥后等法。明确揭示了伤寒治则的规律性。此书辨证明晰，善抓主证，鉴别诊断，突出要点，对临床辨证施治大有启发。此书与《伤寒来苏集》堪称双璧，有一法一方之妙，后人认为成无己注重在理论，尤在泾注重在临床。徐大椿谓此书"最得古人之意"。唐立三谓此书使"仲景著书之旨如雪亮月明，令人一目了然，古来未有"。谢利恒称其"若以切于实用论，则此书当首屈一指矣"。1956年上海卫生出版社排印发行。

伤寒论类方

伤寒著作。4卷。清代徐大椿撰于1759年。徐氏认为《伤寒论》本非依经立方之书，乃救误之书。"仲景不过随证立方，本无一定次序"，况且"方之治病有定，而病之变迁无定"，故采用以方类经、方不分经的方法，从方治规律方面阐明《伤寒论》辨证施治的原则性与灵活性。将《伤寒论》113方分为12类。卷一为桂枝、麻黄、葛根、柴胡四类汤证，载方34首。卷二为栀豉、承气两类，载方19首。卷三为白虎、泻心、五苓、四逆四类，载方27首。卷四为杂方、六经脉证两类，方22首。每类之中先列主方，以有关条文归之；次附注文，末附方药加减。由方证角度对原文进行了系统整理。分类方法较柯琴"以方类证、方分六经"更为简捷明了。临床可因证求方，不必去循经而求证，因此深受临床医生喜爱。但其否定六经辨证法，与《伤寒论》基本精神不符，使学术价值受一定影响。又认为《伤寒论》诸方为金科玉律，不可增损一字，亦失之偏颇。1956年人民卫生出版社出版排印本，另有影印本。

尚论篇

伤寒著作。8卷。清代喻昌撰于1648年。原名《尚论张仲景伤寒论重编三百九十七法》。1763年江西陈氏将原书并为4卷，别刻喻昌《尚论后篇》4卷，即今传世的8卷本。《尚论篇》要旨是推崇方有执，主张《伤寒论》错简须予重订，而错简主要体现于王叔和的编次和成无己的注释本，故将前3篇及后8篇置于书末，"存而驳正之"。卷首有尚论张仲景伤寒大意、论叔和编次，林亿、成无己校注之失，又驳正序例等，是为总论。卷一为风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫3篇。卷二为太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明3篇。卷三—四为其余诸经证治。《后篇》4卷论述温病、伤寒、真中风、小儿诸证以及六经方剂。在每篇前冠以证治大意。又大倡三纲学说："四季伤寒以冬月伤寒为纲，冬月伤寒以太阳一经为纲，太阳经证以风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫为纲。"并强调伤寒397条，条条皆法。方、喻以下，主张错简之说颇多，俨然形成伤寒一大学派。然而本书所谓三纲学说似有穿凿之嫌，柯琴、尤怡对此颇有非议。现存多种清刻本及石印本。

温疫论

温病著作。2卷。明代吴有性撰于1642年。作者认为温疫与伤寒有霄壤之别，而"温疫多于伤寒百倍"，然诸家皆以伤寒法治温病，甚觉不妥，故据个人临证经验，著成此书。这是中国第一部治温疫专著。卷上载文50篇，从病因、病机、证候、治疗等方面论述了温疫与伤寒的鉴别。卷下载文33篇，述温疫的兼夹证及疫疠证治等。此书首次提出一种崭新的病源说，认为温疫是六淫之外的一种"戾气"所感。戾气是肉眼看不见的物质。它有三大特点：一是多样性。可传染不同温疫；二是特殊性。有专病人之某脏腑、某部位之特点；三是偏中性。有瘟人、瘟鸡、瘟牛之不同。还提出某些外科疾患亦是戾气所感。这一认识比J. lister提出伤口化脓与内科传染病同样由微生物引起要早200余年。本书认为戾气传染途径是由口鼻而入，舍于人体半表半里之募原。然后分别向表里传变而发病。凡此，说明他对急性传染病在前人认识的基础上，有所突破和发挥，所创达原饮等方亦十分有效，并受后世重视。清代编《四库全书》将下卷之安神养血汤、太极丸等条以及成书后陆续补入的正名、伤寒例正误、诸家温疫正误等篇并为1卷，以为补遗。《四库全书总目提要》评之曰："瘟疫一证始有绳墨之可守，亦可谓有功于世矣。"又曰：然"其谓数百温疫之中乃偶有一伤寒、数百伤寒之中乃偶有一阴证，未免矫枉过直。"所评甚得其纲纪。后世郑重光为之作《温疫论补注》，孔以立为之"加评"，戴天章作《广温疫论》，刘奎撰《温疫论类编》，王嘉谟辑《瘟疫合璧》等不一而足，影响很大。曾再版数十次，流传甚广。康熙年间，日本即有刊本，中华人民共和国成立之后有多种铅印本及评注本。

痧胀玉衡

痧证专著。3卷(加卷后则为4卷)。清代郭志邃(字右陶)撰。刊于清代康熙十四年(1675)。郭氏以痧之重者为痧胀,本书旨在示人以治疗痧证之权衡规矩,故名曰"痧胀玉衡。"痧证始见于明代,是疫疠之气所致,发病甚暴,变化甚速。郭氏以前尚无专书。本书上卷为"痧症发蒙论"、"玉衡要语"、"玉衡脉法",以总论痧证的病因、病机、诊法和治疗;中卷论述45种痧证的脉证及治验;下卷选列治痧方剂70首,兼议荆芥、防风等常用治痧药的使用及治验。卷后为"痧胀看法"、"痧胀兼证及变证",系为补前三卷之未备而作,并附治验。本书系作者从大量临床实践中所概括总结而成。推究始终,讲求实效,故凡"言有不实,治有不效者,一句不载;药有不当,用有不明者,一味不入"。郭氏认为痧证为一种具有强烈传染性的疾病,痧毒为天地间的戾气,其传染途径多由口鼻而入,或病在肌肤,或发于血肉,或病在肠胃经络及脾、肝、肾三阴。其治疗原则,痧在肌肤者刮之;在血肉者放之;痧胀危症,以药济之。对痧证的具体诊治,本书也有详明的论述。书中所载痧证的类型达45种之多,如身胀痧、闷痧、落弓痧、噤口痧、扑鹅痧等,各有细致的描述,便于学者鉴别。每种后均序列验案数则,示人以治疗大法。本书是一部理、法、方、药俱备的痧证全书,搜集宏富,说理明晰,后世痧证诸书,皆祖述本书而损益者。但本书亦有分症过细,或牵强附会之弊。本书流传较广,版本甚多,初刊本今仍存。1957年上海卫生出版社据《中国医学大成》重印本较为通行。

温热论

温病著作。1卷。清代叶天士讲授,其门人顾景文、华岫云等据笔记整理而成。此书在《续临证指南》中称为《外感温热篇》;《温热经纬》中称作《叶香岩外感温热病篇》;《医门棒喝》则称《叶天士温热论》。唐大烈曾将本书稍加修饰后收入《吴医汇讲》中,取名为《温证论治》。本书重点揭示温热病的一般传变规律,它在阴阳、寒热、表里、虚实以外,又辟出了辨治外感温热病的气血之纲,发前人所未发。叶氏认为:"卫之后方言气,营之后方言血。"即气之轻浅者为卫,血之轻浅者为营,以卫气营血作为温热病的辨治纲领。本书把温热病的传变规律概括为"温邪上受,首先犯肺,逆传心包","病仍不解,渐欲入营"。其治疗大法则为"在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气,入血就恐耗血动血,直须凉血散血"。在辨舌、验齿及辨斑疹、白痦等方面,本书亦有较多的发挥,丰富了中医诊断学的内容。书中也谈到湿热为病,提出"通阳不在温,而在利小便"的治湿热原则。此书文字简炼,论述精辟,概括性强,实用价值高,对后世医学的发展影响很大,是中医温热病学的奠基著作。因篇幅较小,多附刊于其他医书。如《吴医汇讲》将其编入卷一,《温热经纬》编入卷三。另有多种刊本及影印本。

湿热条辨

温病著作。1卷。清代薛雪(生白)撰于18世纪中期。本书专论湿热病的传变规律及其辨治原则,分46条条文辨析证治,每条下均有薛氏自注。薛氏详阐湿热的性质、致病特点、感人途径,湿热病主证、变证及治则方药,以及湿热所致的痉、厥、疟、痢诸证等。作者认为:"湿热之邪从表伤者,十之一二,从口鼻入者,十之八九。""湿热乃阳明太阴同病",提出三焦分治为湿热病辨证的纲领。以芳香宣化以治上焦,辛开、辛泄和苦温辛香或清热攻下以治中焦,"独以分利"以治下焦。其所采用的以三焦辨证为纲,结合八纲、脏腑、六经、卫气营血各种辨证方法辨治湿热病,对后世有较大的影响。此外,薛氏对湿热发痉、湿热变证与类证之论述,湿热病恢复期及后遗症之调理,亦有独到见解。本书是论治湿热病的代表作,原书已佚,仅于《重刻医师秘籍》及《温热赘言》中得传。后经章虚谷加注后收入《医门棒喝》中,王孟英又加按语,增补内容,改名为《薛生白湿热病篇》,收入《温热经纬》。1956年人民卫生出版社出版影印本。

伤寒指掌

热病著作。4卷。清代吴贞(坤安)辑撰。书成于嘉庆元年(1796)。原作2卷,经其弟友石辑为4卷,刊于嘉庆十三年。吴氏行医30余年,私淑叶天士、薛生白。他探究伤寒之秘旨,辨析诸家之得失,推崇叶天士治案,能"寓伤寒于六气之中……其云仲景伤寒,先分六经;河间温热,须究三焦"。寒、温分治,不以足经之药混治手经之病。于是分门别类,条辨诸书,眉目清晰,如观指掌。全书分本病及变病、类病两大部分。卷一—二首述"类伤寒辨"(19症)及察舌、察目辨症法,次列六经本病,每病先古法,后新法;卷三叙变症(26种);卷四叙类症(16症)。古法系依据《证治准绳》、《医宗金鉴》、《伤寒来苏集》等书的注释;新法则参考叶天士医案、《伤寒第一书》、《温热暑疫全书》等著作中的治法。该书合伤寒、温病为一,主张"伤寒者,热病之总名",以"因于寒者"为正病,"因六淫之兼气,或非时之戾气",所发诸病作为"类伤寒"。且以为"伤寒正病绝少,类症尤多"。治法详明,方药初备,为热病著作中较好的一种。1957年上海卫生出版社出版排行本。

温病条辨

温病学著作。6卷。清代吴瑭(鞠通)撰于嘉庆三年

(1798)。作者受吴又可、叶天士影响，在多年临证实践的基础上，写成该书。因书仿《伤寒论》笔法，分条列论，以求简要易诵；又恐简则不明，故一切议论悉分注于各条之末，因以"条辨"名书。卷首除序、例而外，设"原病篇"，引《内经》文19条，其下分注，讨论温病之原始。卷一—三为分上中下三焦立篇目。上焦列治法58条，方46首；中焦列治法102条，方91首；下焦列治法78条，方64首；卷四为"杂说"，论救逆、病后调治等；卷五为"解产难"，专论产后调治与产后惊风诸症；卷六为"解儿难"，议小儿急慢惊风痘症等。

吴氏在此书中建立了温热学说的体系。他以分辨阴阳、水火的理论为主导思想，认为火能克金，而温热克伤上焦，便采用了三焦辨证纲领，有别于伤寒六经分证。温邪易耗阴液，故此书倡导养阴保液之法，有别于伤寒之着重扶阳保阳，是为该书特点。吴氏以三焦分部来区分温病整个发展过程中的三个阶段，以此归纳病机转变。三焦辨证与仲景六经辨证、叶天士卫气营血辨证名实虽异，但相辅相成，互为羽翼。此外，吴氏将叶天士散存于医案中的清热养阴诸法，通过自己的临床实践，加以提高，列出了清络、清营、育阴等各种治法。对温病用方也卓有贡献，如他把银翘散作辛凉平剂，桑菊饮作辛凉轻剂，白虎汤作辛凉重剂，使气分病变用方层次清晰。经吴氏精心化裁，从叶天士信手遣药的处方中构成了许多名方(如桑菊饮、清宫汤、连梅汤等)。吴氏有着坚实的临症实践基础，又善于从理论上加以提高，因此，在温热病的病机、辨证、论治、方药等多方面均有精辟的论述，全书内容丰富，条理清楚，系统性强，切于实用。此书刊行之后，为医家所重刊行达50余次，中华人民共和国成立之后亦多次排印。增评注之本甚多，较有名的为王孟英、叶霖、郑雪堂的评注本。将此书有关内容编为歌括，以为温病入门之书者更多。中华人民共和国成立之后，中医界有人将此书列为"四大经典"之一。在现行中医温病教材中，每多取用该书之说。书后两卷对妇科产后及幼科证治也独具创见，或有将此两篇另出单行本者。

疫疹一得

温病著作。2卷。清代余霖(师愚)撰。初刊于乾隆五十九年(1794)。本书专论热疫斑疹，认为其病交相传易，病同症同。证候与治法与一般热病、疫病不同。余氏潜心疫疹证治，颇有发明，而自谦"千虑之一得"，故以名书。卷上主要内容为：论运气之变成疫，论疫与伤寒似同而异，论疫疹之脉不宜表下等论以及头痛倾侧、骨节烦痛、腰如被杖等52种疫疹之证的证治。卷下为四肢浮肿、大便燥结等瘥后20症及疫疹之形、疫疹之色、疫疹不治之证及疫疹诸方。本书对伤寒和温疫的鉴别论述颇详，提出："伤寒不发斑，瘟疫乃发斑"，"伤寒初起，先发热而后恶寒；疫症初起，先恶寒而后发热"，"伤寒无汗，而疫则下身无汗、上身有汗，惟头汗更盛。"余氏认为"非石膏不足以治热疫"，因而创制了清瘟败毒饮等名方，对火热盛实的热疫发斑重证，确有较好的疗效。书后所附治疗验案，亦为作者经验之心得，颇便参阅。本书初刊后，曾多次刊行，后经王孟英删润，收入《温热经纬》卷四。现通行为1956年人民卫生出版社据清代道光延庆堂藏版之影印本。

温热经纬

温热病专著。5卷。清代王士雄(孟英)编撰于咸丰二年(1852)。该书"以轩岐、仲景之文为经，叶(天士)、薛(生白)诸家之辨为纬"，故以"经纬"名书。卷一为"内经伏气温病篇"，辑录了《内经》中与温热病有关的条文，各条文之下又引用了诸家的注解，间附王氏自己的心得，以阐明温热病的病源、证候、诊断及治疗原则等；卷二录"仲景伏气温病篇、仲景伏气热病篇、仲景外感热病篇、仲景湿温篇、仲景疫病篇"，集注《伤寒论》、《金匮要略》中有关温热病的论述，确立随症论治的法则；卷三收叶香岩的"外感温热篇"和"三时伏气外感篇"；卷四录陈平伯"外感温病篇"、薛生白"湿热病篇"、余师愚"疫病篇"，集中了清代颇有影响的几部温热病专论。除了引章虚谷、华岫云、吴鞠通等人对以上有关篇章的阐释外，王孟英自家的注说也很丰富(包括校勘和评议)；卷五为"方论"，选方112首，附以诸家及王氏的方义解说。此书为清代温病学说的总汇，淹贯各家之长，立论持平，不抱门户之见。该书以资料汇辑为主，也有不少地方发挥王氏的新见解，如他认为"阳邪为热、阴邪为暑"的说法不妥，暑即是热，不可妄立阳暑、阴暑之类的名目，且认为云暑多兼湿则可，"暑必兼湿"则不可，对暑、湿、火三气的性能体用，卓有见地。因此，该书成为一部较有影响的温热病专著，对温病发展发挥了一定的作用，清代以来，争相翻刻，至今有30余种版本。1956年人民卫生出版社出版了影印本。

时病论

外感病著作。8卷。清代雷丰(少逸)撰于光绪八年(1882)。因本书专论春夏秋冬不同时令所见外感病故名。全书以《素问·阴阳应象大论》的"冬伤于寒，春必病温；春伤于风，夏生飧泄；夏伤于暑，秋必痎疟；秋伤于湿，冬生咳嗽"的论述为纲领，集四时六气之病为目，分述春温、风温、温毒、伤风、泄泻、痢疾、中暑、疟疾、湿温、秋燥、咳嗽、伤寒、冬温等时病的病因病机及辨证立法。并备有常用成方。末附雷氏治验案。全书论病总计72种，拟"诸法"60余则，列方106首，选医案87例。较为全面的总结了四时气候变化与人体生理病理变化的关系以及各种时令病的辨证与治疗。所论八类时病中，每类均以经旨冠于卷首，后详述其病因病机与证治。如作者将春时

伏气发病分之为春温、风温、温病、温毒、晚发5种，并拟定辛温解表、凉解里热等治疗八法，每法详载主方组成、功用、立法大意，并选古今名方10余首备用。后选雷氏典型治验案例10余首以为佐证，从而使春令伏气为病之理法方药一目了然。王氏所拟诸法及所选诸方多有较高的临床实效，如所拟松柏通幽法，是在五仁丸的基础上加桔梗、瓜蒌、薤白、大腹皮、白蜜组成，用以治秋燥、腹胀、便闭之证，疗效甚佳。所选前贤名方，在临床运用方面，亦有其独到之处。由于该书理论联系实际，理法方药齐备，内容简要，备受近代医家所崇信。自初刊以来，有各种清刊本近10种，中华人民共和国成立之后也有多种排印本。

中藏经

综合性医书。又名《华氏中藏经》。3卷(或著录为8卷、2卷、1卷)。旧题汉代华佗撰，撰年不详。书名“中藏”系取“宝而藏之”之意。全书分两部分，前一部分为医论，自“人法于天地论”至“察生死形证决死法”共49篇，联系脏腑生成和病理的虚实寒热，分析证候和脉象；并论各个脏腑的虚实寒热、生死逆顺之法等。所述病证多系内科杂病，如阴厥、劳伤、传尸、中风偏枯、脚弱、水肿、痹症、痞症、癥瘕积聚等病证。兼论外科常见的疔、痈疽病证，并对当时比较盛行的服饵有比较中肯的分析和评述。后一部分介绍各科治疗方剂及其主治病证，包括内、外、妇、儿、骨伤、五官、口腔等科较常见的病证及其主治方药。本书介绍的病证，又以内科杂病为重点，所列方剂，大多配伍严密，有较详细的服用法，便于读者应用，其中有不少治疗方剂不见于其他方书，这些方剂尤为后世医家所珍视。

本书前有应灵洞主、道士邓处中序言一篇，邓氏自称是华佗游公宜山时，入古洞遇两位老人所赠，邓氏于华佗死后所遗留的石函中获见此书。据前人分析，认为《中藏经》系托名著作，书成于北宋(一说成于五代时)，持这种见解的人认为，本书地黄煎丸，内有山药，这是宋英宗以后才开始用的药名(山药古名薯蓣，为避英宗讳而改名)；又如烧肝散方有白术和苍术，按“术”在古本草著作或方书中，一般是苍、白不分的；此外，牢牙地黄散方有细注，提到此方见于宋僧文莹《湘山野录》中；又从版本目录来看，《中藏经》不见于宋以前的有关著作，故认为此书实成于北宋。《慈云楼藏书志》认为此书虽是宋代方士所托名，“然其书文义古奥，方论亦及有精理，其渊源非无自也”。说明此书作者的学术经验比较宏富，而这部著作确有实用价值，流传颇广。现有《医统正脉》、赵孟頫手写本等多种刊本。

扁鹊心书

综合性医书。3卷(附“神方”1卷)。宋代窦材撰于绍兴十六年(1146)。据窦氏自序称，他初学医时曾博览方书，包括张仲景、王叔和、孙思邈等名家的著述，后遇“关中老医”，认为窦氏所学并非岐黄正派，经指点后，遂以《内经》为医学正传，后撰写此书，托名为扁鹊所传。上卷论经络、灸法等内容，在治法上比较强调扶阳，禁戒用寒凉之剂；卷中、卷下列述伤寒、阴毒、劳复、喉痹、虚劳、中风、厉风、水肿、消渴、厥证、黄疸、肠痈、肠痔、膏肓病、肾厥、头痛、眼病等多种病证，兼述老人、妇女、小儿的一些常见病证，书中并附作者的若干治验。“神方”1卷，共94方，分别介绍其主治及服用法。其中有相当数量的治疗方剂不见于宋以前的医著，多数方剂药味精炼，配伍严谨；又有睡圣散，由山茄花(即曼陀罗花)和大麻花组成，是中国文献中具体载述药物组成较早的中药麻醉方，有一定的中外影响。本书后经清代胡珏参论百余条，乾隆三十年(1765)由王琢崖予以重校刊行。窦材临床经验丰富，比较重视灸刺法，卷上所附“窦材灸法”，体现了他在运用此法方面的变化与发展。窦氏自诩“扁鹊第三”，但书中也并杂一些封建糟粕的内容。

内外伤辨惑论

内科著作。3卷。金代李杲(东垣)著。成书于正大八年(1231)，刊于1247年。该书始终贯彻作者所创导的“脾胃论”学说，对“内伤”、“外感”两大病类的病因、病状、脉象、治法等，从理论到实践予以详述分析。卷上，载辨阴证阳证、辨脉、辨寒热、辨外感八风之邪、辨手心手背等13篇；卷中为饮食劳伤、四时用药加减、暑伤胃气等论并附方；卷下为用药所宜所忌，附内伤用方，以及酒客病、临病制方、随时用药等。全书从脾胃气虚立论，着眼于内伤与外感病证的鉴别，指出外伤六淫之邪，主要伤形，为有余之病；而劳役所伤、饮食失节，主要伤气，为中气、元气不足之病。无论内伤外伤，脾胃之气至为关键，反映了东垣学说的主旨。李氏指出：“脾胃有伤，则中气不足；中气不足，则六腑阳气皆绝于外，营卫不守，诸病由之而生……”，强调“其中变化，皆由中气不足，乃能生发”。虽有恶风寒，身疼痛诸证，实为“无阳以滋于皮肤”，不同于外感风寒之证。书中强调外伤风寒六淫客邪，皆有余之病，当泻不当补；饮食失节，中气不足之病，当补不当泻。其辨证诸论，强调外感、内伤证脉的不同。卷中着重补脾胃之虚，列述补中益气汤等共23方。卷下论饮食之伤，介绍枳术丸等计23方，主张在消导方中反佐以健脾厚胃之品。

本书阐述医理深微，列方切于实用，为李氏《脾胃论》的编著奠定了基础。此书对研究东垣学说及指导临床，均有重要价值。正如《四库全书总目提要》所评：“是编发明内伤之证，有类外感，辨别阴阳寒热有余不足，而大旨总以脾胃为主。故特制补中益气汤，专治饮食劳倦，虚人感冒，法取补土生金，升清降浊，得阴阳生化之旨。其阐

发医理，至为深微。"现存元、明、清各代版本10余种。1959年人民卫生出版社出版排印本。

脾胃论

内科著作。3卷。金代李杲（东垣）撰于宋代淳祐九年（1249）。卷上载"脾胃虚实传变论"、"脾胃盛衰论"、"肺之脾胃虚论"、"仲景引内经所说脾胃"等论文，及方论4篇；卷中为"气运衰旺图说"及"饮食劳倦所伤始为热中论"等并补脾胃诸方；卷下论"脾胃虚则九窍不通"、"胃虚之气不足诸病所生"等及有关方论。共载医论36篇，方论63篇。作者在著成《内外伤辨惑论》之后犹恐世医对饮食劳倦损伤脾胃不能明辨，遂著《脾胃论》。本书为作者创导脾胃论学说的代表作，重点阐述脾胃的重要作用，脾胃与元气的关系，以及内伤脾胃诸病的证治。李氏认为，人的正常生命活动，主要依靠元气支持，而元气的虚实，又取决于脾胃之气的盛衰。书中指出"元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气。若胃气之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，诸病之所由生也"。其中所阐发的"人以胃气为本"、"内伤脾胃，百病由生"的思想，对后世的影响很大。书中"脾病则下流乘胃，令人骨乏无力……足不能履地，是阴气重迭，此阴盛阳虚之证"，对王海藏著的《阴证论》很有启示。该书所说："湿能滋养于胃，胃湿有余，当泻湿之太过。胃之不足，惟湿物能滋养。"这一论点，又启示了清代叶天士，成为叶氏"养胃阴"一说的理论依据。李氏所拟一系列以补中益气、升阳散火为主的方剂，如补中益气汤、升阳益胃汤、清暑益气汤、调中益气汤等，对中气不足，邪气有余的脾胃虚损诸病的治疗，确有较好的疗效，至今仍为临床所常用。本书版本甚多，现存《济生拔萃》、《东垣十书》、《医统正脉》、《四库全书》等丛书本及明清、近代多种刊本。中华人民共和国成立之后人民卫生出版社曾先后出版影印本及注释本。

兰室秘藏

综合性医书。3卷。金代李杲（东垣）撰。刊于元至元十三年（1276）。此书是李杲晚年的作品，书名《兰室秘藏》是借战国时《素问》撰成后藏于"灵兰之室"的典故，以示此书在临床上的珍贵价值。原刻本前有罗天益的序言，天益为李杲晚年的学生，所以有人怀疑《兰室秘藏》就是元砚坚所说李杲在临终前交付罗氏的那部著作。全书共分21门（自"饮食劳倦门"起至小儿门止），以内科杂病为主，兼及眼耳鼻、口齿咽喉、妇人、疮疡、小儿病证。在内科杂病中，又以脾胃病证为重点。本书首论饮食劳倦门，次述中满腹胀、心腹痞、胃脘病诸门以及其他内科杂病和各科常见病证。作为"补土派"的一代宗师，李杲强调补益、调理脾胃在治病中的重要性，在该书的脾胃虚损论中，对当时有些医生由于泥学刘（完素）、张（从正），而在临床滥用寒凉、攻伐药物，以致损伤脾胃功能，影响疾病预后的情况，予以分析其弊害之所在，其学术见解颇为后世医家所重视。李杲立方遣药是很有特点的，此书共载方剂280首，其中大多为李杲所创用，方剂的药味似较同时代的其他名医处方略多，但他制方讲究配伍，善于掌握药性的升降浮沉和药物的相制相用，在临床应用多有良效，故本书也是研究李杲在方剂学上重要贡献的一部名著。现存元刻本及其他多种刊本，1957年人民卫生出版社出版影印本。

儒门事亲

综合性医书。15卷。金代张从正撰。张氏是金元四大家之一，善用汗、吐、下三法，治病主攻邪，世称"攻下派"，本书是阐明这一学派观点的代表作。全书论述病证分风、暑、火、热、湿、燥、寒、内伤、内积、外积，内容比较丰富。此书前3卷为张从正所撰，其余部分为麻知几、常仲明所收集整理。一—三卷以论辩的文体阐述攻邪理论，集中地反映了张从正本人的学术观点；六—九卷用医案的形式，旨在通过验案印证三法尽治诸病的论点，由于对病案的记述比较真实，保留了较丰富的疾病记录资料，有些病例（如"惊"、"因惊风搐"）治法别出心裁，对后人有所启发；四—五卷以及第十二卷等，叙述临证治法方药，其用药多承继"寒凉派"刘完素，于方剂治疗则较少建树。此外，将刘完素的《三消论》一篇收于本书卷十三。对张从正偏执三法尽治诸病，重攻轻补的弊端，后世医家颇多异议，但此书对治病应当首先攻邪在理论上作了充分的论述，这一点对后世医学发展有一定的影响。现存明清及近代刻本多种，1958年上海卫生出版社出版排印本。

卫生宝鉴

综合性医书。24卷，补遗1卷。元代罗天益撰。撰年不详。罗氏是李杲（"金元四大家"之一）晚年得意门生，此书在一定程度上反映了李氏和"易水学派"张元素的学术经验，但又旁采诸家学说，参以个人的心得编成此书。卷一—三为"药误永鉴"，罗氏结合病案，辨析一些误治病例以为借鉴，警示后学不要重犯类似的错误；卷四—二十为"名方类集"，介绍以内科杂病为主的各科常见病证，精选古今效方，为了便于读者掌握运用，详述这些方剂的主治及服用法，是为本书的主要部分；卷二十一为"药类法象"，简述一些常用药物的性味、功能；卷二十二—二十四为"医验纪述"，联系临床实例，诊治思路比较活泼，方证契合。体现了作者在继承李杲学术经验的同时，有相当丰富的证治心得。"补遗"1卷，系后人所增订，选辑张仲景以下一些名家有关治疗外感、中暑等病证的经

验方，有一定参考价值。据考证，《卫生宝鉴》原有元刻本，后在频繁的战争年代散佚。又元代杜思敬编刊《济生拔粹》(丛书)时曾收入本书，迄1417年(明代永乐十五年)，杨荣、韩公达校刊此书，后亦少见流传，目前通行本系清代李锡龄于道光二十六年(1846)校刊《惜阴轩丛书》时所编入的刻本。1959年商务印书馆出版排印本。

医垒元戎

综合性医书。元代王好古(海藏)著。初撰于金正大八年(1231)。原书12卷(另有1卷本)。王氏认为"良医之用药、若临阵之用兵，故书名为《医垒元戎》"。其体例是以六经分门，每门以方名为目，方名下首为主治，次列药品、用量、加减。方中除列前人成方外，也收入不少王氏自创方。本书对临床辨证有深入的阐述，如辨气血之体，辨阴阳二证，辨内外伤，辨伤寒六经的传变等。作者并将治疗杂病的方药，纳入六经辨证之内，如将黄芪建中汤与十全大补汤纳入太阳证；将参苏饮纳入少阳证，又将四物汤和八珍汤归纳于厥阴证中等等，从而扩大了伤寒六经的证治范围。此外，作者还列举了一些病证的通用方药，如"三焦热用药大例"、"通治大寒"等，颇便于临床医生参用。本书是一部很有特色的综合性医学著作。现存最早有明嘉靖二十二年(1543)刻本，及明代吴勉学校刊本、《四库全书》本、日刻本等(以上为12卷本)；另有《医统正脉》、《陈修园医书》等丛书本(1卷本)及石印本。中华人民共和国成立之后人民卫生出版社出版影印本(1卷本)。

格致余论

医学理论著作。不分卷。元代朱震亨撰于至正七年(1347)。朱氏精研医学，取儒家"格物致知"的涵义作为本书的书名。作者写这部著作的缘起和当时所处的年代和所见的病证有关，14世纪后期，中国历史上处于一个相对承平的时期，有些人因为生活不知节谨，酗酒纵欲，精竭火炽而致病，如果遇到医生滥用《和剂局方》一些辛燥刚烈的方药治疗，往往造成流弊，甚至误治致死。朱氏精读《素问》和本草著作，对张仲景、李东垣有关外感、内伤的学术经验，均有相当深入的研究。他提出人体阳易动而阴易亏，故着重阐析"阳常有余，阴常不足"的医理。全书列述"阳有余阴不足论"、"治病必求其本论"等40余篇医论，包括基础理论、病证辨析、治法和一些方剂的评述等多方面内容。在"阳有余阴不足论"之前，列"饮食箴"、"色欲箴"，谆谆劝人对此不可贪纵沉湎。在治法上反对妄用攻下法和滥用《和剂局方》辛燥刚烈之剂，主张以补阴为治疗大法，以纠正世俗用药之偏。朱氏在临床上擅长滋阴降火、导痰、行滞、解郁等治法，书中所发议论浅近易懂，观点明确，不少论述能列出治疗案例予以验证，故此书能较充分地反映他的学术思想。但书中记述丹溪得自"西域异人"的"倒仓法"，则后世颇多论评，认为此法易致吐泻，弊端甚著。纵观《格致余论》全书，侧重理论阐析，有鉴于此，这是一部研究丹溪学说的重要著作。此书现存元刻本、明清及现代多种刊本、日刻本等，1954年人民卫生出版社出版影印本。

金匮钩玄

综合性医书。3卷。元代朱震亨撰，明代戴元礼校补。此书论述临床各科病证，卷一—二以内科杂病为主，兼述喉症和外科的一些病证，如中风、六郁、内伤、伤寒、温病、咳嗽、痢、泄泻、伤食、五疸、水肿、臌胀、头风、眩晕、心痛、腰疼、劳瘵、咳血、缠喉风、咽喉生疮、肠痈、痔疮等；卷三为妇人及小儿科，包括妇科有关经、带、胎、产及儿科吐泻、黄疸、急慢惊风、疳病等常见病证。全书分证论治，条理赅括，词旨简明，《四库全书总目提要》指出："震亨以补阴为宗，实直开补真水之先，其以郁治病，亦妙阐《内经》之旨。"朱氏所论和他拟订的大补阴丸等补阴诸方及治疗郁证的越鞠丸等，较充分地反映了朱氏这方面的学术经验，诸证的论述部分标有"戴云"者，为朱氏门人戴元礼所补订，阐述颇多发明。书末所附"火岂君相五志俱有论"、"气属阳动作火论"、"血属阴难成易亏论"、"滞下辨论"、"三消之疾燥热胜阴论"、"泄泻从湿治有多法论"6篇医论，均为戴氏所撰，其中不乏较好的见解，此书曾因避清代康熙名讳，将"钩玄"改为"钩元"。又《薛氏医案丛书》收入本书时，则将书名改为《平治荟萃》，仍为3卷本。

世医得效方

综合性医书。19卷，另附1卷。元代危亦林撰。刊于1337年。本书是按元代医学分13科的顺序编著而成的。危氏世代医家，在临床各科方面都积有丰富的经验，并藏有大量经验效方，复经过10年的辛勤努力，终于完成这部综合性医学著作，故名《世医得效方》。卷一—十为大方脉杂病科；卷十一—十三为小方脉科；卷十四—十五为产科兼妇人杂病科；卷十六—十七为口齿兼咽喉科；卷十八—十九为正骨兼金镞科、疮肿科；后附孙思邈《养生方》节文。全书共有子目280条之多，不仅分类较详，而且选方实用。卷十八的正骨部分是继《理伤续断秘方》之后内容系统、精湛且有深远影响的，如首次把追加使用曼陀罗的全身麻醉法用于骨科临床，并根据患者之年龄、体质及有无出血等具体情况掌握麻药用量，与现代医学全身麻醉法的给药原则吻合；对各个部位的关节脱位及骨折的整复手法记载较详，本书所载的以"悬吊法"治疗压缩性脊柱骨折，是伤科史上的最早尝试。总之，全书编次条理清晰、科目齐全，内容丰富，所选诸方有较好的实

用价值。今流传者有元代至元年间官刊本，明代正德年间重刊本及《四库全书》本等，中华人民共和国成立之后有精装排印本发行。

丹溪心法

综合性医书。5卷（一作3卷）。题元代朱震亨著述，明代程充校订。刊于成化十七年（1481）。此书并非朱氏自撰，由他的学生根据朱氏学术经验和平素讲述的内容纂辑而成。但当时并无刊本问世，明代景泰年间（1450—1456），先由杨林玉收集本书流传的遗稿予以刊行；成化初，王季献增加了附方，重刊于西蜀。这些刊本在篇目、编次以及所增附的内容上都存在一些问题，而较突出的是朱氏和后世增附的内容混淆难别，并有取材于其他医著的治疗方剂和药物，或有与朱氏主病的宗旨不符的情况。有鉴于此，为了尽可能恢复原著的面貌，程充参阅有关著述及朱氏曾孙朱贤的家传本，结合己见予以删订校正，亦即后世的通行本。

本书卷首有"十二经见证"、"不治已病治未病"等6篇医论。全书5卷共100篇。第一—九十五篇为临床各科病证，其中以内科杂病为主，兼及外、妇、儿、五官科等，论述病证包括中风、中寒、中暑、中湿、瘟疫、痢、泄泻、痰、咳血、消渴、六郁、眼目、口齿、耳聋、鼻病、痈疽、妇人、小儿等病证。第九十五—一百篇分述倒仓法、吐法、救急诸方、秘方等。在介绍每一病证时，程氏以朱氏原论录于前，次或记述朱氏门人戴元礼有关辨证等方面的论述，并介绍治疗方剂。各病证的附录部分，对于病名的解释、病因证候、治疗等方面，有相当深入的分析，原附录中的方剂作为附加予以保存。书中外科病证及倒仓法等内容，系程氏所补订。《丹溪心法》比较集中、全面地反映了朱氏"阳常有余，阴常不足"的学说，以及他对气、血、痰、郁诸病的临床见解和丰富经验，是一部研究内科杂病理论、治法和朱氏学说的重要著作。程充称誉朱氏的学术经验"集先贤之大成"，其临床治疗虽重视补阴，但不泥执专方，治法也比较灵活可取，而对气、血、痰、郁、泄泻等病的辨证、治法及其立方遣药，亦在前人的基础上有所创新与突破。《丹溪心法》较突出地反映了朱氏在内科杂病方面的精深造诣，自明、清迄今所编的大量内科著述均较多地引录《丹溪心法》的有关内容。此编书末附"故丹溪先生朱公石表辞"和戴九灵所撰"丹溪翁传"。自本书刊印后，风行甚广，刻本颇多，1959年，上海科学技术出版社出版排印本。

又明代嘉靖年间，方广鉴于程充所校订的《丹溪心法》，没有削去附录部分，其中或有与朱氏学术观点相矛盾的论述和治法，遂删去附录部分，只以丹溪正法、正方具录于前，其后补入能切合病情的有关著述内容和方剂，使证方进一步契合，又取《本草衍义补遗》、《崔氏脉诀》、《明医杂著》等书论述附载于中，使药性、脉理、病机、治法、经络、运气六方面的内容趋于齐备。方广将自己这部以《丹溪心法》内容为主的编著，称之为《丹溪心法附余》。亦曾多次刊印。此外，还有《丹溪心法附录》刻本，明代吴勉学校，共27卷，其中除有《丹溪心法》外，另辑入《金匮钩玄》、《活法机要》、《脉诀指掌》、《医学发明》、《证治要诀》、《证治要诀类方》共7种。另有《丹溪心法治要》一书，题名朱震亨述，明代高叔宗校正。重点介绍朱氏治法，取材以《丹溪心法》为主，选方颇精，附有医案。此书初刊于明代嘉靖年间，清末萧树霖曾予以重校刊行。

医经溯洄集

医论著作。又名《溯洄集》。1卷。明代王履撰于洪武元年（1368）。本书集王氏医学论文共21篇，包括《内经》、《伤寒论》的研究和对李东垣学说的探讨等，其中对伤寒与温病辨析的独特见解，对医学发展影响深远。他认为《伤寒论》是为既病伤寒而设，不是为温暑而设，提出热病应严格区分伤寒与温病，治伤寒用仲景桂枝汤、麻黄汤等辛温之剂，治温病要采用后人的辛凉之剂。王氏的论点为创立温病学说打下了理论基础。书中对伤寒立法的考辨，对397法的辨疑，以及对《内经》原文的解释等等，大多是围绕这一见解而发的议论。此外，王氏发挥丹溪的论说，明确提出区分"真中风"与"类中风"的说法欠妥当。总观全集，对医学理论的研究，能穷本溯源，构思新颖，立论严谨，受到后世医家的一致好评。该书有多种明清刊本，中华人民共和国成立之后曾由人民卫生出版社影印出版。

玉机微义

综合性医著。50卷。明代刘纯（宗厚）撰，初刊于洪武29年（1396）。本书系刘氏续增元末明初徐彦纯《医学折衷》一书并予更名而成。卷一—七，分列中风、痿证、伤风等7门；卷八—三十三，分列热、火、暑、湿、燥、寒、气血等26门；卷三十四—四十三，分列头疼、头眩、咳逆等10门；卷四十四—五十，列斑疹、黄疸、霍乱等7门。共计50门。其中中风、痿证等内科杂证17门为徐氏原撰，并经刘氏阐发补充而成；咳嗽、热等33门为刘氏续补。

本书为集明代以前诸家大成的综合性医学全书。自《内经》以下，诸如张仲景、王叔和、巢元方等医论，多所选录。作者对资料选择甚为慎重，凡荒诞不经、巫祝迷信者，均摒弃不录。每家论述，均条分缕析，品评得失，阐发微旨，折衷得当。如中风门，引李东垣说，谓大秦艽汤、愈风汤、天麻丸为"调经养血安神之剂"，而作者在按语中，对此三方之主治、疗效予以客观地评述、分析，对读者颇有启发。可见此书不同于一般资料罗列堆砌之著作。作者并注重"诊证方例"的范式，如腹痛，列举伤寒、阴毒、因

疝、肠痈腹痛等。这些范式，对于临床鉴别诊断和辨证治疗均有重要意义。书中还保存了不少今已失传的医学文献，如宋代赵嗣真《活人书释疑》、李恩训《保命新书》、郑端友《全婴方论》，元代朱丹溪《外科精要发挥》，明代郭文才《疮科心要》以及《外科正理论》等有关内容。为深入研究明以前医学文献提供了宝贵的线索和资料。现存明初刻本（残卷）及正统元年（1436）刻本，其他明清刻本、日刻本等，1986年人民卫生出版社出版《刘纯医学全集》点校本（内含《玉机微义》）。

医学正传

综合性医书。8卷。明代虞抟撰于正德10年（1515）。作者晚年（78岁）编集此书，以丹溪治法为主体，兼收诸家之长，折衷各派学说，并附上祖传经验方。首卷有"医学或问"51条，用问答的形式讲述个人见解，对经典著作以及前辈医学家的许多论点作了纵横评述，他反对推算五运六气治病，认为"此马宗素无稽之术"。该书按伤寒、瘟疫、杂病及妇儿诸症，列述了近百种病证，收集了1 000余方；对于每个病证的介绍，列"论"、"脉法"、"方法"，或附医案，将丹溪治法冠于其首，其次选录刘（河间）、张（子和）、李（东垣）三家或其他医家之说，末附虞氏家传验方。该书伤寒宗张仲景，内伤宗李东垣，儿科多采用钱乙，脉法取自王叔和，诸病疗法以丹溪为主，综合诸家并结合个人临床经验，内容丰富，立论平正不偏，切合实用。该书今存明刊本及日本17世纪的刻本近10种，近代会文堂书局曾石印，中华人民共和国成立之后人民卫生出版社于1965年又予排印。

韩氏医通

综合性医书。2卷。明代韩懋撰。刊于嘉靖元年（1522）。韩氏搜辑家传有效方案，结合个人临床心得编撰成书，书分9章，共95则。卷上为绪论、六法兼施、脉诀、处方、家庭医案共5章；卷下为悬壶医案、药性裁成、方诀无隐、同类勿药4章。作者善用补法，对常用补药的配伍和用法深有研究；并发展了医案程式，重视四诊对病证的鉴别，颇为后世医家所重视。其于临证"一望形色、二闻声音、三问病情、四切脉理、五论病源、六治方法，每诊病必填式纸，慎重其事"（谭天骥《意园读医书笔记》）。由此可见，韩氏平素诊治疾病，重视程式和规范化，其制方亦较有深意，创用了三子养亲汤、天一丸、异类有情丸等方，其中三子养亲汤已成为后世广泛运用的著名方剂。此外韩氏并介绍了半夏曲制法、固本丸制法、枳术丸烧饭法以及食疗中黄牛肉、梨汁等的临床应用等。全书卷帙虽少，然皆切于实用。现存初刻本及其他多种刊本，1958年上海卫生出版社出版排印本。

明医杂著

医学杂著。6卷。明代王纶撰，薛己注。刊于嘉靖28年（1544）。前二卷以医论为主，王氏于古代医学家中，折服张仲景、刘河间、李东垣、朱丹溪四位。在这四大家中，王纶提出："外感法仲景，内伤法东垣，热病用河间，杂病用丹溪"，认为这样才是"医道之大全"。同时强调朱氏尤为"集诸儒之大成"，故此书在临床方面，更多地是宗法朱丹溪。书中论述密切联系临床病证，包括发热、劳瘵、暑症、泄泻、痢疾、疟疾、咳嗽、痰饮、喘胀、头痛等常见内科杂病，兼述眼、鼻、口腔、妇科的一些病证，并介绍李东垣、朱丹溪的治病方论及治法，薛氏于卷三末附元代滑寿的《诊家枢要》，以补王氏略于诊法之不足；卷四专谈风症，附拟治诸方；卷五为小儿病证，列述脐风、潮热、急惊、惊搐、风痫、痘疮等病，并介绍小儿用药方法；卷六附方。王氏治医基本上宗法朱丹溪，如朱氏以滋阴为大法，立大补阴丸等方，王氏另立补阴丸，丰富了养阴治法的实际内容；朱氏长于治郁，王氏临床治痰郁，立化痰丸方，制方别具匠心，临床疗效较好，体现了他所拟订的方剂在前人的基础上有所变化和发展。但他生平临证，畏用参芪，并认为小儿无补肾治法，认识上有一定的片面性。《明医杂著》原撰于弘治15年（1502），目前流通本为《薛氏医案》本，由薛氏另加注按，或附医案，1979年上海古籍书店据明刻本出版影印本。

医学纲目

综合性医书。40卷。明代楼英编撰。初刊于嘉靖四十四年（1565）。本书内容辑自《内经》以下历代方书、文献，结合个人见解分部论述。卷首为运气占候；卷一——九为"阴阳脏腑部"，属医学总论，广泛阐述虚实、寒热、诊脉、察病、方药、疗法、刺灸、调摄、宜禁等内容；卷十——二十九为介绍各脏腑有关病证证治，包括"肝胆部"、"心小肠部"、"脾胃部"、"肺大肠部"等。楼氏将多种病证，根据其病理、症候的特点，分别归属于这些脏腑，予以分门列述，多系临床常见病证，如"肝胆部"，作者将中风、癫痫、痉厥、破伤风、癫狂、颤振、怒气、目疾、诸疝、胁痛、前阴诸疾、头痛等病证归人此部，病种颇多，其中以内科杂病为主，兼及外科、五官科等病证；卷三十—三十三为"伤寒部"，以伤寒病证为主，兼述温病、暑病、温疫等；卷三十四—三十五为"妇人部"，叙述妇人通治，经、带、胎前、产后等病；卷三十六—三十九为"小儿部"，介绍小儿通治、五脏所主各种病证；卷四十为"运气部"，内有《内经》运气论治、运气占候补遗等。作者撰写此书，重点论述临床病证，每种病证均引录历代有关记述，所列各门病证，其治法和方药各有特点，而介绍病证，分为正门和支门，并以正门为主，支门为辅。如以心痛为正门，则将卒心痛、胎

前心痛、产后心痛等列为支门，治法的介绍也以正门为重点。不论正门、支门所列病证，其选方摘自先贤名著，全书有详细目录，便于读者检索。楼氏编写此书，参阅和选辑资料颇广，对于古书中引录经文有遗漏或错脱者，一一予以订正；参考文献中所述病证的方论不相契合或互有矛盾者，尽可能予以辨明。作者善于汲取诸家之长，充分体现同病异治的特点。全书纲目清晰，选论、治方较有法度，颇为后世医家所重视。现存初刻本及其他数种刊本。

医林绳墨

综合性医书。8卷。明代方隅编集，方谷校正。刊于万历十二年(1584)。本书所载原系方谷为学生讲学的内容，方谷的学术经验宏富，他看到前人的著作中，或有病证论述而未及配方，或有列主治方剂而未及著论，使习医者难以直接运用于临床，因此他下决心予以补编配方。他要求自己论述病证及治疗，须"使补泻升降得宜，寒热温凉有准，分门别类，酌病投汤，俾有志救世者，引绳画墨，不致以生人之道而为死人之具……"(见本书方谷"自序")，故以"绳墨"为书名。书中论述以临床常见病证为主，包括中风、伤寒、疟、痢、痰、喘、咳嗽、泄泻、虚损、噎膈、鼓胀等内科杂病，以及一些妇科、外科、五官、口舌病证等。编写的特点以医论为主，辨证求因，随症处方，理论以《内经》和张仲景的《伤寒杂病论》为本，参考金元诸家学说，并有较多个人的见解。《医林绳墨》立论简明，详于诸证之脉象、证候；选方精审，阐析诸药之性味、主治大多切于临床实用。此书由方谷之子方隅予以编集整理，方谷除对全稿予以详细校正外，并加按语。本书刊本颇多，除初刻本、清刻本等刊本外，1957年商务印书馆出版排印本。

古今医鉴

综合性医书。16卷(原作8卷)。明代龚信纂辑，龚廷贤续编。龚信原撰年不详，其子廷贤续编于万历十七年(1589)，后经王肯堂订补，亦即后世的流通本。此书的书名，据龚廷贤在自序中称："夫医，意也。何取于鉴？鉴惟空而后无遗照，医必明而后无遗疾。是书上考诸古，古之明验者取之；下质诸今，今之明验者取之。隐伏沉痼，罔不洞察。与鉴之照物，妍媸不爽，有相类者。此之为医鉴。"此书记录了龚信父子对临床各科病证的学术经验。作者多年来搜辑古今医家有关论述，上自《内经》、《难经》，下迄金元四大家及明代戴思恭等所撰医学论著，取其明白晓畅的理论以及用之确有良效的验方，广搜博采，并能结合己见分析诸病原因、证候及治法，精选方药，历时20年汇辑编成。

本书首论脉诀、病机、药性、运气4篇，作为学习临证的理论基础；以下分述各科病证证治，内科有伤寒、温疫、中暑、伤食、郁证、痰饮、咳嗽、哮吼、疟疾、诸气、水肿、虚劳、失血、眩晕、头痛等常见病证；妇产科如经闭、崩漏、带下、产育、产后等病证；幼科分惊风、诸疳、诸热、虫痛、脐风、痘疹、麻疹等病证；以及耳、鼻、口、牙、眼病、外科、伤科等多种病证。作者于临床各科的治疗方面倾注了较多的心血，据"凡例"称："罄南北之奇良，括古今之秘验"，其中还记载了不少民间经验方和外治、针灸疗法。王肯堂订补部分，亦多可取。所以说《古今医鉴》是一部内容较为丰富、切于临床实用的医著，历代刊本颇多，1958年商务印书馆出版排印本。

明医指掌

综合性医书。10卷。一作《明医指掌图》。明代皇甫中(云州)撰。刊于万历间(16世纪)。本书系仿效吴恕(蒙斋)《伤寒活人指掌图》之法，用歌赋、论述相结合的形式编纂而成。卷一为病机赋、经络总抄及龚云林《药性歌》；卷二—七为内科杂病；卷八为五官、外科病证；卷九为妇科病证；卷十为小儿科病证。每病证下首列歌诀，次载论述，再列脉法及附方。本书所编歌诀，少则四句，多则数十句，对仗工稳，语词流畅，既综每证之要，又便于初学者诵习。其论证多采自《内经》、张仲景、张元素、刘河间、李东垣、朱丹溪之说，较为精当可取。附方多选先哲效方，或结合个人经验予以变通。便于学者因脉辨证，因证用方。本书后经王肯堂订补，邵达参校，重予分类，附列歌注，增补有关内容，题名《订补明医指掌》。现存明代万历七年(1579)刘氏重刻本及其他明清刻本、本世纪刊本等多种，1959年上海科学技术出版社出版排印本。

寿世保元

综合性医书。10卷。明代龚廷贤撰。约成书于17世纪初期。龚氏在编撰《寿世保元》之前，曾有他所著述的《万病回春》刊行于世。随着他学术经验的积累和增长，总感到过去的著述"意有未尽"(见《郑堂读书记》)，遂编写了此书。书中重点论述各科临床治疗经验。卷一介绍有关诊断、治疗的基础理论；卷二—六以内科杂病为主，论述中风、伤寒、四时感冒、瘟疫、痰饮、咳嗽、诸气、五疸、发热、眩晕、头痛等多种病证，兼述面、耳、鼻、口舌、牙齿、眼目等病证；卷七为妇人科，首列总论，次述经带、妊娠、产育、产后诸病；卷八为小儿科，介绍惊、疳、热症、脾胃、伤食、吐泻等病证；卷九为外科，包括痈、疔、疥、癣、瘰疬、下疳、打伤、汤火等病证；卷十为医学杂论，介绍单品杂治、杂方、中毒、邪祟、救荒、辟谷、灸法等内容。龚氏论述各病证比较强调辨证论治，颇有一些独到的见解，书中搜集了较多的治疗方药和治法，包括古今用方、单方、急救、外治、灸疗等，并附医案。全书内容比较丰富，方论契

合，选方精审，切于实用，流传较广。自刊行后，刊本有数十种之多，1959年上海科学技术出版社出版排印本。

万病回春

综合性医书。8卷。明代龚廷贤撰于万历十五年(1587)。龚氏善于折衷诸家之说，这部著作的基础理论部分以《内经》、《难经》为依据；临床部分以金元四大家及历代名家的论述为主，吸收其中的精华方论，参以个人的见解编集成书。卷一为总论部分，包括"万金一统述"以及药性歌、诸病主药、形体、脏腑、经脉等；卷二—五以内科杂病为主，介绍中风、伤寒、疟疾、痢疾、泄泻、鼓胀、水肿、虚劳等70余种病证，兼述五官、口腔等病证；卷六—八分述妇人、小儿及外科常见病证，并附述中毒、膏药、通治、奇病等内容，末附"云林暇笔"("云林"乃龚廷贤之号)十二条、"龚氏家训"三十二条。全书选择病种较多，辨证详明，治法、方剂选辑颇精，但也掺杂了个别糟粕性内容，须予分析地对待。现存最早为明代万历三十年(1602)刻本，另有明清刻本、日刻本及近现代刊本30余种。

医贯

医论著作。6卷。明代赵献可(养葵)撰。初刊于万历四十五年(1617)。崇祯元年(1628)重刊本题作《医无闾子医贯》3卷。全书分作5门，每门下又分子目。卷一为玄元肤论，论述《内经》十二官、阴阳、五行；卷二为主客辨疑，论述中风、伤寒、温病、郁病；卷三为绛雪丹书，论述血症论；卷四—五为先天要论，主要论述八味丸、六味丸、滋阴降火论、相火龙雷论、阴虚发热论，及痰、咳、吐血、喘、泻痢、梦遗、滑精等；卷六为后天要论，阐论补中益气汤及伤食、中暑、疟、痢疾等。赵氏被后世誉为"温补派的巨匠"，在学术思想上推崇薛己的温补学说。全书重点阐述发挥"命门学说"，以保养"命门之火"贯串处理养生、治病及有关疾病的一切问题，故以"医贯"为其书名。赵氏认为："命门为人身之君，养身者既不知撙节，致戕此火，以致于病；治病者复不知培养此火，反用寒凉以贼之，安望其生。"书中对命门的部位、性质、作用、病理变化、治疗原则和方药等予以系统阐论，并提出精辟的见解。赵氏认为"命门"是性命之门、人体"十二经之主"，是脏腑中的"真君真主"，对整个生命起着统帅作用。书中形象地把人体生理活动譬之走马灯，走马灯之转动与否及其运转速度，取决于中间所燃蜡烛的旺微；人的健康与否，取决于命门功能的衰旺，命门功能越协调，人就越健康；反之，命门之火一旦灭绝，生命也就停止。命门主火，内含真水，命门火须肾水予以涵养，真水真火须保持平衡，无论养身或治病，均须加意于养火养水，对命门之火的不足或失调，其治则宜予调补而不可攻泻。书中所述中风、伤寒、温病、血病、痰饮、喘息、消渴等具体疾病的辨证论治均以命门学说为指导，注意运用水火阴阳相互关系的理论，通以六味丸(补水)、八味丸(益火)为主要方剂以随证加减。赵氏的"命门"理论，体现了中医发展过程中有关命门最完整的学说，对后世有重大的影响，是现代医学进一步探讨研究"命门"实质的重要参考资料。

由于赵氏受理学思想的影响，书中也有一些片面的观点，如过分强调水火，动辄以八味、六味丸通治各病，有时并不符合临床现实情况。此书现存初刻及明清多种刻本，1959年人民卫生出版社出版排印本。

景岳全书

综合性医书。明代张介宾(景岳)撰。刊于崇祯十三年(1640)。64卷。分为传忠录、脉神章、伤寒典、杂证谟、妇人规、小儿则、麻疹论、痘疹诠、外科钤、本草正、新方、古方、外科方等。其中"传忠录"三卷，"脉神章"三卷，为总论部分，主要论述阴阳、六变、七问、脉神等中医基础理论和治疗原则；卷七—八为"伤寒典"，介绍伤寒(包括部分温病)证治；卷九—三十七为杂证谟，分71门论述内科杂病证治。每论一病，首列经义，介绍《内经》、《难经》有关记载。次为论证，讨论本病的虚实寒热及所犯脏腑。又次为论治，分别介绍各种治法，间附治案；卷三十八—四十七分别论述妇科、儿科、麻痘、外科病的证治；卷四十八—四十九，介绍常用300种药物的性味功能及主治，以人参、附子、熟地、大黄为药中"四维"，参、地为良相，黄、附为良将。卷五十一—六十四，包括新方八阵、古方八阵及妇人、小儿、外科、痘疹方等共2624首。本书是张介宾临床医学代表作，集中反映其重视辨证论治，强调温补肾中阴阳，善于立方遣药等学术思想。本书对八纲辨证有系统的阐述："凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领。""阴阳既明，则表与里对、虚与实对、寒与热对，明此六变，明此阴阳，则天下之病，固不能出此八者。"八纲辨证经张氏阐述，逐渐成为后世医家临床辨证的准则。在治疗大法方面，本书鉴于元气之虚为疾病的主要方面，故提出："虚实之法，大抵实能受寒，虚能受热，所以补必兼温，泻必兼凉。"张氏每用温补之法治疗虚损之疾，是继李东垣之后温补派的主要代表。本书在总结前人遣方用药经验的基础上，把古方分为八类(即补、和、攻、散、寒、热、固、因)，名曰"古方八阵"；后又创新方189首，设"新方八阵"。新方大都药味精简，功效专一，调配有法，疗效较佳。右归饮、左归饮、六味回阳饮等均为张氏名方，流传至今，为临床所广泛应用。本书被誉为温补学派的代表作，对后世医学的发展有一定影响。惟近有人发现作者在引证《内经》等原文时，个别篇名有误，读者须予注意。本书刊本甚多，流传甚广。现存清代以前刊本即有近30种之多，1958年上海卫生出版社据岳峙楼本出版影印本。

张氏医通

综合性医书。16卷。清代张璐撰于康熙三十四年(1695)。本书初名《医归》,未及刊行即佚其目科、痘疹两册,晚年命其子张登、张倬、张以柔补成完帙,改题此名。前十二卷论病,以内科杂病证治为主,兼及五官、疮疡、妇人、婴儿各科;后四卷载方,共分94门。其论病部分,自中风至婴儿共分16门,每门又各分子目,其证类次第,悉如王肯堂的《证治准绳》,而选辑较为精审。每病先列《内经》、《金匮要略》之论述,次引后世诸家之说,末附治例。所引诸家有关文献百余种,选录孙思邈、李东垣、朱丹溪、赵献可、薛己、张介宾、缪仲淳、喻嘉言等名家论述尤多,并结合个人经验予以阐发。如杂门"过饥胃竭"篇中,淳淳示人以顾护胃气为重;治疗嘈杂,以"六君子汤为专药"。其于脉诊,亦有深人研究,各门"诊"字项下,均详言脉象。如论中风之脉:"初中之时,周身之气,闭塞不行,故多沉伏。少顷气还微省,则脉随气奔而见洪盛,皆风火痰湿用事也。"本书所选诸方,既有古人经验效方,亦有作者化裁创制的新方。如经其改定的三痹汤,寓参附、芪附、术附、桂附、真武诸法于一方,较原方更胜一筹;其自拟之玉竹饮子,化痰而不助火,养阴而不碍痰,洵为治疗痰火证的良方。本书各门下所附医案,是作者数十年临床经验的结晶,其中多属急、危、重症的验案,可供临床参考。本书纂辑得当,议论翔实,选方实用,理论联系实际较为密切,故有较广泛的影响。现存康熙三十八年刻本,其他清刻本、日刻本等,1963年上海科学技术出版社出版排印本。

慎斋遗书

综合性医书。10卷。明代周之干(慎斋)撰。成书于万历元年(1573)。据书前赵树元序称,是书为周氏门人记其师所指授,由勾吴逋人整理而成。前二卷讨论阴阳脏腑、亢害承制、气运经络、望色切脉,辨证施治5个专论;卷三以歌诀形式阐述"二十六字元机",卷四—六讨论方药、炮制、古经、古方、寒热、内伤、外感等15个专题;卷七—十分别论述虚损、潮热、中风、麻木、疟、痢、痰火、腰痛、带下、产后、惊痫、外科等89种病证的证治,病证后或附验案。周氏善以五行制化、阴阳升降、辨证论治,重视调理脾胃、扶阳养阴。书中所述的"二十六元机"(即理、固、润、涩、通、塞、清、扬、逆、从、求、责、缓、峻、探、兼、候、夺、寒、热、补、泻、提、越、应、验)体现其独到的医疗经验和学术见解。其中理、固两法即调理脾胃、温固下元。周氏认为:"病证多端,颠倒难明,必从脾胃调理,乃岐黄正法也"。除采用治、理、调、和、养、补诸法调理脾胃外,还提出用山药、归身、茯苓、陈皮、甘草、苡仁等清灵流动之品补养脾阴,实开后世脾胃论治一大法门。本书又以扶阳为治病之要诀,擅用补中益气汤、保元汤等温补元阳、升提清气。此外,周氏尝从薛立斋、张璐每以六味、八味等加减变通,治疗诸病,或有人认为他颇近温补派。本书为总结周氏毕生学术经验而成,立论中肯,有方有案,不失为一家之言。惟其内容大多为门人记录,系统性较差,虽经整理,也难免隐晦重复之弊。本书现存清乾隆间刊本及清王琦校刊本。1959年上海科学技术出版社出版排印本。

东医宝鉴

综合性医书。23卷。朝鲜许浚等著。成书于1611年,刊于1613年。该书系选集中国68种医籍(包括现已佚失的一些著作)以及朝鲜《医方类聚》、《乡药集成方》等数种医书分类编纂而成。朝鲜称中国古代医学为"东医",故以为书名。全书分内景篇、外形篇、杂病篇、汤液篇和针灸篇5类,每类又详分细目。前3篇是本书的主要内容,分108门,按人体解剖部位,先述生理,后述病因病候,其次详列治则、方药、单方、针灸等,每方均注明出处。汤液篇,论述药物总论及各药性味主治。针灸篇,介绍经络俞穴及灸法。本书取材广泛,内容浩繁而有条理,理、法、方、药俱全,在朝鲜医家所撰的汉方医著中最负盛名,对临床和文献研究颇有参考价值。中国现存明代万历四十一年(1613)刻本、其他多种清刻本及朝鲜刊本、日刻本等,1982年人民卫生出版社据明万历刊本缩影发行。

先醒斋医学广笔记

综合性医书。简称《医学广笔记》。4卷。明代缪希雍撰。刊于天启2年(1622)。此编初由长兴(在浙江省北端)丁元荐取缪氏论病治病的学术经验加以归纳整理,编成《先醒斋笔记》。辑录的内容以缪氏常用的治疗方剂和医案为主,选其确有效验可征者予以汇选。丁氏所编具有语简法备,切于临床实用的特点,此后,缪希雍在《先醒斋笔记》的基础上,增补了不少方剂、验案,并将常用药的介绍,增至400余种;还增入伤寒、温病、时疫等病治法,论病论治较《先醒斋笔记》更为广泛深入,故将书名改为《先醒斋医学广笔记》。

本书较突出地反映了缪氏的临证心得和经验。前三卷分述中风、寒、暑、疟、痢、泄泻、脾胃、虚弱、吐血、消渴、妇人、幼科、杂证等病证,重点介绍缪氏对这些病证的临床心得及其验案、效方,并能从中提炼出对一些病证的规律性认识和治疗大法,如"中风治法大略"、"三阴治法总要"、"春温夏热病大略"、"吐血三要法"等,其中"吐血三要法"尤为后人所重视。从他的治案中并可看出缪氏治病不泥于古,掌握圆机活法,有较好的疗效。此外,缪氏列述不少简效验方,以备临症检用。从以上的论述内容

不难体会缪氏的临床医学，大旨是宗法刘完素和朱震亨两大家，但在立方遣药方面则颇多变化，然又符合治病大法，并有理论渊源可稽。卷四选取常用药物，分为水、火、土、金、石、草、木等 14 部，共 400 余种，分别介绍其炮制大法；末附用药凡例，可供临床医生和药剂人员的参考。本书历代刊本颇多，1958 年上海卫生出版社出版排印本。

痰火点雪

虚劳专著。一名《红炉点雪》或《炉火点雪》。明代龚居中(应园)撰，刊于明代崇祯三年(1630)。本书共 4 卷，卷一——二论述痨瘵的各种主证、兼证的鉴别与治疗。每条主证之后，各有主方、捷方，并附治验，便于学者因证施治，因治立方，知变通而不泥于古方；卷三重点论述治法，并列有脏腑补泻用药等项，以及六味丸、大造丸等方论及杂证补遗；卷四为痨瘵病的灸法及"却病秘诀"(实为保健气功疗法)。本书论治痨瘵，以痰火立论，认为痨瘵的病因病机，与金水二脏之虚衰，肺肾阴虚，心肝火炽密切相关，故全书从水亏、火炽、金伤着眼，提出益水、清金、降火的治疗原则。可谓深契治疗痨瘵病的关键。本书在痨瘵治疗方面，除采用作者经验效方作为主方外，并附元代葛可久治疗痨瘵诸方，以备选用。又附确经作者验证的简易捷方，如治吐血之地黄粥，治心虚遗精之硃砂、猪心等，颇便仓卒间使用。所附龚氏及历代名医验案 19 首，则有助于学者随证掌握痨瘵病的辨治原则。本书是继元代葛可久《十药神书》之后又一论治痨瘵病的专书，对结核病的防治具有一定临床参考价值。现存清嘉庆九年(1804)鄞江书林星聚楼刻本，及其他清刻本、《中国医学大成》本等，1958—1959 年，上海卫生出版社、上海科学技术出版社出版排印本。

医门法律

综合性医书。6 卷(一作 12 卷)。清代喻昌(嘉言)撰于顺治十五年(1658)。本书结合临床病证正面阐述辨证论治的法则及其临床运用，即所谓"法"；并分析和判断一般医生在辨证治疗上易犯之错误，明确提示禁例，即所谓"律"，故以"法律"为其书名。《四库全书提要》指出："(喻)昌此书，乃专为庸医误人而作。其分别疑似，既深明毫厘千里之谬，使临证者不敢轻尝；其抉摘瑕疵，并使执不寒不热、不补不泻之方，苟且依违、迁延致变者，皆无所遁其情状。"所以《医门法律》既是论病析治之书，又是一部为医生诊疗立法、定律、纠偏之作。

卷一首述诊法，包括望诊、闻声、辨息、问病、切脉等内容，喻氏比较注重色脉合参，列有专题予以阐析；其次申明《内经》法律、仲景律书，并附先哲格言 67 条，格言选自《内经》及后世有关论著，内容以诊治法则为主；卷二——六分门叙述中寒、中风、热、湿、暑、伤燥、疟症、痢症、痰饮、咳嗽、关格、肺痿、肺痈、消渴、虚劳、水肿、黄疸等病证。每门先为"论"，分析所论病证的病因、病理、变化；次为"法"；再次为"律"。作者论述诸病以仲景学说结合后世医家和个人的见解，内容比较详于方治，选方大多切于实用。喻氏为清初三大名医之一，学术经验丰富，本书又是他晚年的作品，论析明白透彻，书中所制订的"法"和"律"，对一般医生技术水平的提高能起积极的作用。现有多种清刊本(其中有将喻氏医案著作《寓意草》附于其后者)，1957 年上海卫生出版社出版排印本。

证治汇补

临床医学著作。8 卷。清代李用粹撰。刊于康熙 26 年(1687)。作者为清代前期著名的临床医学家。其学术见解上参《内经》，下考诸家学说，善于撷取前人学术经验的精华。他认为古人立说，各有一长，学其所长，可以彼此相济。本书以内科杂病为主，作者汇集历代名医有关论述和方药，删繁存要，补缺正偏，并结合他本人的医疗经验和见解，共介绍 80 余种较常见的病证。全书分为提纲、内因、外体、上窍、胸膈、腹胁、腰膝及下窍 8 类，每类分别记载了多种疾病的证治，每症列为 1 章，每章分成数节，先引述《内经》，后选列后世医家论述的精义，注明出于何书，便于读者参阅。此书所列各种病证，分别介绍其病因、外候、辨证、脉象、治法、用药、附证、方剂等项，详而不繁，备而不冗，在以内科杂病为主的临床著作中，是一部内容丰富、繁简合宜，较为实用的著作。所以《郑堂读书记》称誉此书"大纲毕备，条理井然……流览诵读，无太繁太简之弊"。刊行后颇受读者的欢迎。现存初刻本及其他多种刊本，1958 年上海卫生出版社出版排印本。

石室秘录

综合性医书。6 卷。清代陈士铎(远公)编述。首刊于康熙二十八年(1687)。该书托名岐伯所传，雷公、张机、秦越人、华佗、孙思邈等发明，书前有岐伯、张机序各 1 篇。卷一—五主要论述正医、反医、内治、外治、急治、缓治、止治、反治等 128 法；卷六论述伤寒、杂病、内、外、妇、儿、五官等百余种疾病的证治。此书在学术方面上承《内经》、《难经》等典籍，旁及金元诸家之学，对前人理论颇多发挥，并有一些独到的见解。如"脏治法"中提出："脏有五，治法惟三。脾肺同一治，肝肾同一治，心肾同一治。"这是对脏气相关理论的高度概括。又如"霸治法"之治疗大渴、大吐、大泻等急症；"吸治法"之治疗产后胎盘不下、脱肛；"缚治法"之治疗肺痈等，均与一般医学论著之说迥异。本书收载古今成方及作者自定方 500 余首，所列之方，多量大力专，别具新义。但作者诡称前圣所授，涉于荒诞，也受到后人的批评。刊行后流传甚广，其

后顾世澄的《疡医大全》、沈金鳌的《沈氏尊生书》等，均常引其方论，并信服其新奇。国内现存各种刊本约 30 余种，除初刻本、多种清刻本、近代刊本外，尚有日抄本和其他合刻本，中华人民共和国成立之后有石印本等。

冯氏锦囊秘录

综合性医书。又名《冯氏锦囊》、《锦囊秘录》。50 卷。清代冯兆张(楚瞻)撰。刊于康熙三十三年(1694)。本书系冯氏所撰的 8 种医书汇刻而成。全书荟萃历代医家精要，订伪存真，删繁就简，参以己见，附以验方。分为卷首 1 卷，《内经纂要》2 卷，《杂证大小会参》14 卷、《脉诀纂要》1 卷，《女科精要》3 卷、《外科精要》1 卷、《药按》1 卷、《痘疹全集》15 卷，《杂证痘疹药性主治合参》12 卷。《杂证大小会参》为此书的重要组成部分，分述自胎儿至成人各种杂病证治，以病因风、寒、暑、湿、燥、火分门，又以虚实、寒热分条，采集各家论述及方药，既列古方、验方，并介绍其加减用法。《药按》为冯氏治验，大多为重笃复杂病案，治法宗温补，强调补肾健脾，大抵用八味、六味丸、八珍、十全等剂。《痘疹全集》对痘疹论述甚详，内容包括概论、痘疹变证、兼证、方药、验方等。《杂证痘疹上治药性会参》阐述 570 味药物功能，其中 213 味药主治功用中有"痘疹会参"一栏，专述该药在治疗痘疹中的功效，体现了冯氏精于儿科的特长。此编内容丰富，分别介绍了基础理论、脉诊、药物、内、儿、妇、外科病证证治。在各科中尤详于儿科辨证论治，并附有较多民间验方。此书刊行后素为医家所重，并传至越南、日本等国。越南名医黎有卓十分推崇冯氏，在他撰写的《海上医宗心领》中，较多地引录《冯氏锦囊》有关论述。现存初刻本及其他多种清刻本、近代刊本等。

辨证录

综合性医书，一名《辨证冰鉴》。14 卷。清代陈士铎(远公)撰。刊于雍正三年(1725)。陈氏以本书内容为"辨病体之异同，证药味之攻补"，故名。全书以《内经》、仲景学说为立论依据，详述内、外、妇、儿各科疾病的辨证与治疗。卷一—十为伤寒、内科及五官科疾患；卷十一—十二为妇科；卷十三—十六分别为外科、幼科。共 126 门，载 760 余证。每一病证，先列症状、病因，次以阴阳互根、五行生克之理辨析病情，分析病证，确定立法处方及方药配伍。每病下除一主方外，还附有备用方以资互参。本书虽托名为岐伯、张仲景所传，实乃博采诸家之长，结合作者实践经验而成，有较高的临床实用价值。现存题名清代太医院钱镜湖《辨证奇闻》，内容与本书基本相同，当是此书的别行本。《辨证录》流传较广，现存雍正间刻本，尚有多种清刻本及日本刊本。1956 年人民卫生出版社出版排印本(后附《脉诀阐微》1 卷、《胎产秘书》3 卷)。

喉症全科紫珍集

喉科专著，简称《喉科紫珍集》。上下卷。清代朱翔宇撰。刊于 1804 年。卷上论说，认为：大凡喉症多因胃膈间蕴积热毒所致，临症虽以"先去风痰，通咽膈而后解其热毒"为常法，但仍须审症求因，辨证施治，切忌"不审虚实、擅用刀针、轻施凉剂"。并概述 72 种咽喉口齿病的证治经验。卷下收内外方药 140 余首，其中不乏临症常用名效医方。全书论述明了，切于实用，更绘成图说，以启后学。现存多种清刻本及石印本。

兰台轨范

综合性医书。8 卷。清代徐大椿(灵胎)撰。刊于乾隆二十九年(1764)。兰台本为宫内藏书之处，徐氏认为其所撰辑的内容力求作为治疗的典范，故名。本书以论述内科杂病的辨证治疗为主。卷一为通治门，分述 97 首常见方剂的主治与应用；卷二—八包括风、痹、历节、痿、厥、虚劳、消瘅、伤寒、百合病、寒热、霍乱、痉、癃闭、利淋、湿、暍、疟疟等 36 门，分述内科杂病及妇儿科病证证治。取材严谨，层次井然。每叙一病，均先叙病源，次叙病证，再列治法，后附方药。征引医籍以《内经》探其本，以《难经》、《金匮》、《伤寒论》求其治，再酌取六朝、唐人之方以广其法。如喘门，先引《内经》"经脉别论"、"阳明脉解篇"、"脉要精微论"、"逆调论"等篇以及《金匮要略》有关论述以阐述病源，并据证选用麦冬汤、桂枝加厚朴杏子汤、麻杏甘石汤、定喘汤诸方，或加按语抒发个人见解。如黑锡丹方后按云："按黑锡丹镇纳元气，为治喘必备之药，当蓄在平时，非一时所能骤合也。"这种先叙病源，次辨病证，后立治法，间加按语的编纂方法，使理法方药一线贯串，脉因证治环环紧扣，便于学者研习。在治疗方面，本书强调要抓住每病每证的主方主药，治必有主法，法必有主方，方必有主药，实为一定不移之法。徐氏主张广采诸法，反对专用汤药；主张辨证论治，反对滥攻滥补；主张用方严谨，反对任意加减等等，为后世医家所赞许，惟此书所列通治方中，每取钟乳粉、玉霜丸之类金石燥烈之药，临床当予注意。本书是一部论述精要，切于实用的临床著作，故流传甚广。现存初刻本、《四库全书》本及其他多种清刊本，1958 年上海卫生出版社出版排印本。

医述

综合性医书。清代程文囿(杏轩)撰，刊于道光六年(1826)。本书共 16 卷，计 65 万余言，系作者将平生收集的医学札记，参合心得，分类比附，整理汇编而成。因遵崇孔子"述而不作"之义，故名曰"医述"。本书引录历代医书 320 余家，经、史、子、集 40 余种，选其精萃，去其糟

粕。阐述经义650余条，先哲名论5 000余款，选案284首，附方191道。其卷一—二为医学溯源，包括养生、阴阳、生克、脏腑、望色、辨脉、治法等内容；卷三为伤寒提钩，主要摘取前贤有关伤寒论述；卷四为伤寒析疑，内容为有关伤寒例序、传误、衍文、注辨、会通、阙疑、错简、脱佚、字讹、方考、问难等；卷五—十二为杂证汇参，介绍内科杂病的证治；卷十三为女科原旨，论述经、带、胎、产及妇科杂病的证治；卷十四为幼科集要，内容包括幼科纲领、胎证、初生及杂病；卷十五为痘疹精华；卷十六为方药备考，选录诸家方论等内容。本书的主要特点：一是采摭广博，资料宏富。所辑内容上自《灵枢》、《素问》，下至历代各家，医书之外还包括经史子集诸书中有关医药资料。得此一编，既可省涉翻检之劳，又可收取精用之效。二是编次严谨，切于实用。本书各卷、各门、各条排列均有条不紊，层次清晰；资料取舍严谨，重点突出，所辑内容总以"切要"为旨。每条资料均注有出处，便于查考。其三是刻意存真，不拘一家。本书对有关经文的错、讹、脱、误之处，细加寻绎，予以考证。此外，本书对每一论题，都列述多种有代表性的观点，不以己见妄为评述，比较客观地保存了中医学术的历史面貌，便于学者择优参考。近人耿鉴庭在重印《医述》"跋"中盛赞此编乃最切要之书。现存初刻本及其他清刊本，1959年安徽人民出版社曾以初刻本与光绪十七年(1891)朱氏重刊本互校后，以长宋体宣纸线装木印行，后又据此校订，于1983年7月由安徽科技出版社出版点校本。

类证治裁

综合性医书。8卷。附卷1卷。清代林佩琴撰于道光十九年(1839)。林氏认为诊治疾病，难于识证和辨证，识证的重点是阴阳虚实，六淫七情；辨证则须辨其在经、络、腑、脏、营卫、筋骨等不同的病位。他编写此书，首先以《内经》理论为本，因为是临床为主的著作，他广泛吸取古今名医的学术经验，上自张仲景，中迄金元刘完素、李杲、朱震亨等，下迄清代张璐、叶香岩、程钟龄辈，立论比较严谨，收采的治疗方剂颇多。

本书卷首部分，除序、传、凡例外，列"内景综要"，简要介绍脏腑生理等内容。卷一—八论述病证，以内科杂病为主，列述中风、伤风、暑、湿、燥、疫、虚损、痨瘵、三消、泄泻等多种病证，兼有鼻口、齿舌、咽喉及肠痈、痔漏、白癜风、牛皮癣等。妇科病证有经、带、胎、产、热入血室等病证；卷八后附述外科诸疮、瘰疬、梅疮结毒、疔毒、发背等；附卷为"生死辨"及"舌色论"，对临床诊断和辨证有一定参考价值。林氏论述病证，善于根据其不同的病因和临床表现，详予辨析并介绍切于实用的具体治法和方药，对于其中的不少病证，附以个人治案作为学医者的借鉴。本书具有博采诸家之长，取材审慎，编排分项明晰，方治便于检用等特点，在临床参考书中颇有影响。初刊于咸丰元年(1851)，其后曾多次刊印，1959年上海科学技术出版社出版排印本。

医醇賸义

综合性医书。清代费伯雄(晋卿)撰。刊于同治二年(1863)。费氏曾著《医醇》24卷，由于战乱，稿本毁于兵火。晚年回忆《医醇》中有关内容，随笔录出约十分之二三，改题名《医醇賸义》。费氏认为医必归乎醇正，学必切于实用，而醇正的标志在于"医理之的当"。本书主旨在于医理之"醇正"，而又为《医醇》之賸(剩)义，故以此命名。本书共分4卷，卷一包括"晋卿脉法"、"重药轻投辨"、"同病各发"等论，以及中风、中暑、泄泻、淋浊等病证证治；卷二—四分述秋燥、肺燥、真心痛、刚痉、柔痉、火证、关格、痰饮、结胸、黄疸、消渴、痿、痹、胀、利、诸痛等病证证治。作者结合个人诊治心得，以首察脉，次辨证，次施治为辨治大纲。治疗又分三层，曰理、法、意。提出："医有医理，治有治法，化裁通变，则又须得法外意也。"说理精湛，不拘成法，而又不离于成法。如伤寒必辨传经、直中，中风必究内外、主次，治劳独重脾胃，诸伤必归本于心等等，体现了作者临床经验之升华。费氏认为："天下无神奇法，只有平淡之极，乃为神奇。"故崇尚和缓之法。试图通过崇尚和缓来达到"一归醇正"的目的。用药则主张，轻药重投，反对重药轻投。更主张轻病轻药，重病重药。这样，既不致药过病所，反伤正气；又不致姑息养奸，贻误病情。本书附方多为费氏化裁或独创。费氏尤善用归、芍、红枣等滋养营阴的药物治疗各种营血亏损之证，反映了其对杂病的治疗强调调营血、养胃阴的特点。本书论理透彻，立法醇正，选方平实，用药精简，是中医内科杂证较有影响的名著。但本书认为："惟升、柴、知、柏，非常可用，故方中凡有此四味者，概不多录。"则属费氏一家之言，恐难免涉于偏颇。现存初刻本及其他清刻本等，1957年上海卫生出版社出版排印本。

医门补要

综合性医书。3卷。清代赵濂撰，刊于光绪九年(1883)。作者是一位经验丰富的临床家，并对《内经》、《难经》、张仲景、孙思邈、王焘及金元以后临床主要流派的著作，均有研究。其外科曾得到有关专科医家的指点，有较深的造诣。本书上、中两卷为"医法补要"，论述内、外科等多种病证的证候、治法和方药，其中又以外科病证为重点。书中所介绍的金属拔脓管、痔漏挂线法、铁针入肉治法、疔毒走黄治法等，可补一般外科专著之不足。下卷"见症实录"，记载治案196条，反映了作者对各科病证的临床心得，赵氏医案文字精练，突出证治，对于疗效的介绍比较实事求是。医案中记述了一些疑难病证及其治法，如先天性肛门闭锁的治法，尿道扩张术，舌痛等恶性

肿瘤案例，并报道了一例比较典型的无脉症。赵濂在治法上能突破陈规，善于变通和创新，比较重视外科杂证的手术治疗、外治和民间效方。书中还列述了阴囊积水、化脓的刀针法、动脉出血的“止血涌射法”等，为临床医学提供了不少值得重视和借鉴的治疗经验。书末附载“先哲察生死秘法”等3篇。全书内容简要，切于实用。现存初刻本、《珍本医书集成》本等多种刊本；1957年以后，上海卫生出版社、上海科学技术出版社先后出版排印本。

血症论

内科血症专著。8卷。清代唐宗海(容川)撰成于光绪十年(1884)。唐氏因见血证自古绝少名论，故从《内经》、《难经》及仲景之书中探求有关论述，加以发挥而成本书。卷一为总论，首述阴阳水火气血、男女异同、脏腑病机、脉证死生、用药宜忌诸论；卷二—五分论血上干、血外渗、血下泄、血中瘀诸症(共32条)；卷六为失血兼见诸症(共40症)；卷七—八为方解，共择古今方201首，间议诸方适应的病机及方义。

唐氏为近代中西医汇通派代表人物之一(见“唐容川”条)，《血症论》是他所著中西汇通医书5种中的一种。书中系统论述血症的病因病机及证治要点，阐发了许多心得，其发明处，多证诸经验，且引伸古义，旁参西法，分门别类清晰，甚便查索。唐氏论治血证，首先阐明气血的相互关系，他认为“人之一身，不外阴阳。而阴阳二字，即是水火；水火二字，即是气血。水即化气，火即化血”。“血生于心火而藏于肝，气生于肾水而上主于肺，其间运上下者脾也”，故血证当兼顾脾胃(偏于脾阴滋降)。气血相互依存，相互为用，所谓：“气为血之帅，血随之而运行；血为气之守，气得之而静谧；气结则血凝，气虚则血脱，气迫则血走。”从这些认识出发，他详析了各种血证的病机，并主张以调气和气为主要原则，并以和法为治血第一良法。调和气血具体的方法又分为调气(包括降逆气、泻实火)、补气(包括补虚、升陷)两个方面。对出血之证，提出止血、消瘀、宁血、补血四个大法。唐氏在血证选方议药方面也有独到见解，因此，《血症论》问世以来，倍受医家重视，百年之内，已翻印10余次，中华人民共和国成立之后多次排印出版。

医学衷中参西录

综合性医学著作。又名《衷中参西录》。张锡纯著。初刊于1918—1934年间。共7期。1980年，河北人民出版社曾出修订本，对原书进行了适当的调整和删节。修订本的内容分为医方、药物、医论、医话、医案5个部分。医方部分分为33项，介绍了张氏所拟订治疗各科病的方剂。药物部分详述88种药物的临床应用。医论部分多为作者在各杂志所发表的文章，共90论。涉论范围较广，包括伤寒、温病、内、妇、儿、外、咽喉诸科。医话部分多为复函问答形式，也包括一部分临症札记，诊余随笔，共44节。医案部分列述143案，每案均以病因、证候、诊断、方解、效果说明等项记载。本书是张氏临床经验与学术研究的总结，书中坚持以中医传统理论为基础，积极融会新知，以衷中参西的理论和实践阐发医理，有不少独到的见解。作者认为“欲求医学登峰造极，诚非沟通中西医不可”。师古而不泥古，参西而不背中，为其沟通中西医的主导思想。并在临床实践中大胆尝试中西药并用，创导中西医药取长补短，为我所用。这种见解，对当前亦有积极的现实意义。作者对《内经》中“大气”的解释和阐发有独到之处，认为“大气”是“原以元气为根本，以水谷为养料，以胸中之气为宅窟者也”。“为生命之根本”。大气下陷，则能导致诸种病变。他自创升陷汤治疗大气下陷之证，有较好的疗效。本书方论共11卷，载方189首，其中自制方166首，所制之方多具药精量重，契合病机之特点。如升陷汤、镇肝息风汤、玉液汤、滋膵饮、活络效灵丹、固冲汤、寿胎丸等，均为取法严谨，疗效确切的名方。本书所载医案，大都载述详明，辨证精确，能给读者以较大的启迪。由于受当时历史条件的限制，本书在为“衷中”而“参西”的同时，也有折衷失当或失于片面之处。某些议论，不无偏颇。此外原书体例不一、重复之处也较多。本书流传较广，自初版后，多次重印，修订再版。1985年河北科学技术出版社出版点校本。

医学入门

医学门径书。8卷(又卷首1卷)。明代李梴(健斋)编纂。刊于万历三年(1575)。书分内外集，自谓“医能知此内外门户，而后可以设法治病，不致徇蒙执方，夭枉人命，故题之曰《医学入门》”。全书以刘纯《医经小学》为蓝本，撰辑各家医书予以分类扩充，用歌赋形式为正文，以注文补充阐述。卷首载明堂图、历代医学传略、运气等；卷一论述经络、脏腑、诊断、针道、灸法；卷二—三为本草；卷四—八为内、外、妇、儿各科疾病证治及急救方等。其中“历代名医姓氏”，载述明代以前名医215人。诊法除重视脉诊、望诊外，并强调了问诊的重要性，主张初学者必先学会问诊，列举应询问的事项55项。本草2卷，介绍900余味中药，按药性的寒凉温热及其效用，分为治风、治热、治湿、治燥、治寒、治疮、食治7门，门下又予分目。“习医规格”一节，反映了作者的医学教育思想，论述了对习医者学习与医德修养方面的较高要求。其学术均有所本，如论经络以《明堂孔穴》为本；论脏腑遵循《素问》、《难经》理论；伤寒以陶华《伤寒六书》为据；杂病则宗危亦林《世医得效方》及丹溪治杂病之法；外科宗薛己《外科枢要》；女科宗陈自明《妇人良方》。此书以诀赋形式溶诸家之说于一书，简要实用，便于记诵，是一部较有影响的医学入门书。但在学术上，也掺杂一些理学、佛学的思

想影响。本书流传较广，国内现存初刻本及其他多种刊本，并有日本、朝鲜刊本。据《大南会典》记载，该书也传入越南。故《医学入门》是古代在医学普及和对外交流方面卓有贡献的一部名著。中华人民共和国成立之后另有排印本刊行。

医学心悟

医学入门书。5卷。清代程国彭(钟龄)撰于雍正十年(1732)。卷一共22论，阐述八纲辨证、八法治病和保健预防的要点法则等内容；卷二辨析《伤寒论》六经证治，辨析伤寒与类伤寒，附述两感及伤寒兼证等；卷三—四分述内科、外科、五官等科常见病的辨证论治；卷五为妇人门，列述妇科杂病，经、带、胎、产共40余种病证，并有验胎法、食忌、药忌、临产和产后将护法等内容。本书系程氏潜心探索历代医家学术，总结个人丰富经验编成。全书纲目清晰，述理质朴可取，论治切实可行。作者推崇张仲景，但又主张博采众方，对金元诸家学术经验采摭甚多。在诊断学方面，程氏将传统的辨证方法，明确地归纳为"寒热虚实表里阴阳"八字，成为诊病之"八纲"，这是对中医辨证论治的一大贡献。他所归纳的汗、吐、下、和、温、清、补、消，治疗"八法"，较为全面确切，且各法正反俱论，知其所当用和不当用，审常知变，颇有助于临症。其于各科临证上，列述常见病证100余种，每证分别记述病原、病状、诊断和治法，下附一二主治方剂，并详载各方的加减。选方无论是自创方还是成方，大多为程氏"苦心揣摩所得，效者极多"，如治痢散、止嗽散、半夏白术天麻汤、加味香苏散、消瘰丸等，均为医家所广泛采用。全书提纲挈领，条理清晰，文字简要生动，深入浅出，在医学门径书中卓有影响。现存雍正间序刊本及其他多数版本大多附有程氏《外科十法》。中华人民共和国成立之后人民卫生出版社先后出版影印本和排印本。

医学三字经

中医学入门读物。4卷。清代陈修园刊于嘉庆九年(1804)。在此之前曾托名叶天士撰，"取时俗所推崇者，以投时好"，后宣布"今特收回"，"属归本名"。卷一—二用三字诀的形式归纳诸症，且作者认为此书系"采集经文，还之先圣"，故仍以"经"名，此为全书命名"医学三字经"的由来。其目的是"欲其便诵也，识途也"，为初学启蒙、临证查索之用。卷一首述医学源流，高度概说了中医学术发展简况，评论历代医家亦颇为中肯；卷二论列33症(最末为妇人、小儿)，每一联之下，又有小字注文，阐其未尽之意。各症论证议治，以时法列于前，仲景之法列于后，由浅入深，其撰述所凭，多依据《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匮要略》等经典医籍；卷三—四为药方，按前两卷诸症为类，方后每附论说，或采前人之言，或录陈氏心得，颇有参考价值。由于此书能以简明的歌诀形式介绍中医学术，且重视选择经典医籍的精华，以浅显的形式表达深奥的医理，故书出即风行海内，成为旧时习医启蒙入门读物之一。此书自刊行后翻印数十次，中华人民共和国成立后又多次出版排印本，1957年四川医学院(今华西医科大学)中医教研组编印《医学三字经简释》，1959年人民卫生出版社出版《医学三字经浅说》。

刘涓子鬼遗方

外科专书。原题10卷。系晋末人刘涓子所撰。因托名为"黄父鬼"所遗，故名《鬼遗方》。后经南北朝齐国龚庆宣重新加以整理、编次而流传下来，今传世者乃经龚氏整理的宋刻5卷本。原内容有大量佚散。其佚文除散见于《千金翼方》、《外台秘要》等方书外，尚有《刘涓子治痈疽神仙遗论》一书，是《刘涓子鬼遗方》佚文比较集中的另一早期传本。这一传本目前尚有清代陆心源收于《群书校补》中的《刘涓子治痈疽神仙遗论》1卷；及日本于1706年所刊刻的《疮痈新书·附录》1卷，两者内容一致，同是宋钞。另有散在佚文载于罗福颐的《西陲古方技书残卷汇编》中。刘涓子的著作内容，基本反映了两晋南北朝时外科方面的主要成就。包括痈疽、疖疮、皮肤病的症治经验；提倡早期诊断及早期治疗思想；并载大量内服、外治方药；主张积极的刀针排脓法；金疮内容尤精湛，是中国古代军阵外科的较早记载。本书不论在临床或文献研究上，均有一定的参考价值。1956年人民卫生出版社有宋刻5卷本影印出版。

仙授理伤续断秘方

伤科专书。原名《理伤续断方》。1卷。旧题唐代会昌年间(841—845)蔺道人撰。是中国现存较早的伤科专书。本书扼要而科学地总结了唐代在伤科方面的主要成就，集中地论述了骨折与关节脱位的治疗原则与方法。全书由两部分所组成，前一部分记载包括局部冲洗、诊断、手法复位、局部敷药、夹缚固定，以及内服损伤方药等一系列的基本方法。对于以手法复位有困难的骨折，主张手术切开复位法。对于开放性损伤，主张先行"清创"，然后以手法复位、缝合等，符合把开放性损伤变为闭合性损伤的现代创伤治疗原则。在夹缚固定方面，主张以软物作垫，以减少局部"压疮"的发生；在强调有效固定和不发生骨折再移位的前提下，患肢应作适当的运动，这种"静中有动"、"动静结合"的治疗原则，对于加速骨折愈合与减少伤后病残的发生，均有重要的临床意义。此外，书中尚记载肩关节与髋关节脱位的整复手法。后一部分收录40余首有关伤科的各种方药。该书对临床实践及文献研究方面均有价值。今流传的版本有明代洪武年间刻本、正统道藏本，并收于《青囊杂纂》中。1956年人民卫生

出版社据洪武本、道藏本予以合校后，出版排印本。

卫济宝书

外科专书。又名《外科痈疽方》。1卷。原书已佚。宋代东轩居士撰，姓氏不详，约生活于宋孝宗（1162—1188）以前。此书刊于12世纪初，世未见原书，唯《永乐大典》内尚存其文并序一篇云："家藏痈疽方论二十二篇，图症悉具，可传无穷，故记之曰家传卫济宝书。"今流传者，系从《永乐大典》中所辑，分上、下两卷，并先后收入《四库全书》、《当归草堂医学丛书》、《古今医学汇通十一种》等丛书中。此书首列论治诸条，虽系以问答形式，但对痈疽的辨证严谨，内容平正可取。文后罗列诸方，并收录外科常用药的炮制经验及针灸疗法，书后附有乳痈及软疖等门的证治经验。全书较好地体现了疡科辨证论治的思想与方法，故为后世喻为"卫家济世"之书。中华人民共和国成立之后有影印本出版。

外科精要

外科专书。别称《外科宝鉴》。3卷。宋代陈自明（良父）撰。约刊于1263年，是宋代有代表性的一部外科专著。陈氏三世业医，在医学方面有较深造诣，曾任建康府明道书院医学教授。陈氏鉴于当时专攻疡科的医生，多只重视外症而忽视医理方脉，每遇痈疽之症，"无非对病阅方"，甚而"心中惶惑，当下不下，悠悠弗决，迁延日久"，以致发生"轻者重，重者死"之不良后果，遂决心广辑古今医家之"得效方论"并结合其个人的经验编撰而成。《外科精要》一书较早见于明代《文渊阁书目》，传于后世者有明代熊宗立校本及薛己注本，熊本流传甚少，今广为流传者为薛己注本。薛氏在注释的同时，又增补个人治验及附录1卷，厘为4卷，畅发了原著的义理，提高了原著内容的学术水平，成为历代习外科者必读之作。本书在论述痈疽病因、病机、诊断、预后等内容的同时，强调按八纲辨证而选方，反对拘泥于热毒内攻而专用寒凉攻伐之剂；并对疡科用药次第作了恰如其分的归纳、整理，从而使后学在辨证治疗上有所遵循，对中医外科学术的发展起到积极作用。全书有55论，选方70余首，虽属个人撰著，但它较好地反映了当时的外科学术水平，有其一定的参考价值。

外科精义

外科专书。上下2卷。元代齐德之撰。刊于1335年，后在明代嘉靖年间收于《东垣十书》中。上卷载有痈疽辨证法则；下卷广泛收录诸家行之有效的汤、丸、散、膏、丹等方145首。齐氏鉴于当时某些习外科者，常单凭外症所见，不重视疮疡病的脉理变化以及在治疗上偏于外治的倾向，故十分强调医理、脉诊在疡科诊断中的重要意义。在开宗明义的第一篇，便把26种脉象变化结合疡科所见作了详细的论述，构成了本书之特征。继而先后阐述疡科之辨虚实、辨深浅、辨脓、辨善恶、辨症候等，并首次把肺痿、肺疽列为外科范畴。在治疗方面收有灸法、砭镰法、贴熁法、溻洗法、针烙法、追蚀法、内消法、托里法、止痛法等的临床应用。本书所论内容之全面、系统，为元以前外科文献中所未见者，它不仅比较全面地反映了金元时期外科学术的主要观点与成就，且对后世外科学的发展起到承前启后的作用，颇有学术价值。今流传有明初刊本、嘉靖本、《医统正脉》本、《四库全书》本、《中国医学大成本》等。中华人民共和国成立后，人民卫生出版社出版影印本。

外科枢要

外科专书。4卷。明代薛己撰。刊于1521年。后收入《薛氏医案》中。本书凡60条，先论后方，并附有治验，是薛氏治疗疮疡的经验总结。卷一收疡科医论21条；卷二详载21种痈疽病的证治经验；卷三论述腰以下外科疮疡18种；卷四附录疮疡各症附方计154首。后世对该书的评价是"盖不独补诸刻之所未备而立，凡举要深，足为疡家指南"。认为疡科临床必须在明虚实、本末，在调阴阳、和气血的基础上，正确运用疏通、托里、和荣卫三大法则。反对滥用化腐生肌药，强调整体治疗，甚至主张在针刺排脓时亦应先药而后针。总之，本书在较大程度上突出内治方法在疡科临床的重要意义。内容简要，条理清晰，是一部有实用价值的临床参考文献。

正体类要

伤科专著。2卷。明代薛己撰。刊于嘉靖八年（1529）。上卷载有正体主治大法，包括扑伤治验、坠跌金疮治验、汤火伤治验等，并在每种病证论述之后均附录临症医案。下卷收载内、外治疗方药70首。本书以论述一般性软组织损伤的证治经验为主，故不论在证候的诊断或疗法上，都与其他伤科专书有显著不同。本书不侧重外治手法的治疗，而是以内治法为主要治疗手段。全书采用大方脉形式，强调辨证论治、理法方药在伤科临证中的具体应用，其总的治则是以补气血为主，行气活血为辅，对后世伤科内治法的发展有一定的影响。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中的某些治则，在一定程度上受本书治疗思想的影响。今流传者有《薛氏医案》本、《中国医学大成》本。1957年上海有排印本出版。

外科理例

外科专书。7卷，并附方1卷。明代汪机辑撰，为汪

氏晚年之作。刊于嘉靖十年(1531),后收入《汪石山医书八种》中。汪氏鉴于当时之疡科医生,在诊疗病患时,往往只靠外症所见,不重视脉理虚实之殊,经络表里之异,故撰辑此书。他在"外科必本诸内,知乎内以求乎外"的思想指导下,广辑刘河间、朱丹溪、李东垣等金元医家有关疡科之论,并收录当代医家薛己的疡科临症经验。全书从医学理论出发,较深入地阐述了诸外科病的证治经验,每论一证之后,均附有医案,并以按语形式加以剖析。本书之所以取名"理例",意在使后学重视整体,学其理,仿其例,提高辨证论治的水平。对痈疽的治疗大体以调补元气、先固根本为主,重申"以消为贵,以托为畏"的观点,反对滥用刀针,不轻易投用寒凉之剂,强调详审脉症,或舍脉从证,或舍证从脉,根据具体情况,施以不同的治疗方法,充分体现中国医学辨证论治的观点。全书理论联系实际,在处方遣药方面,随症变通,不拘成法,对后世外科治疗思想的发展有一定的影响。中华人民共和国成立之后有排印本出版。

解围元薮

风病专书。4卷。明代沈之问撰于嘉靖二十九年(1550),刊于嘉庆二十一年(1816)。该书是一部"麻风病"专著,且属侧重于麻风病的综合性方书。因喻此书对麻风病的治疗犹如解"城池受围于寇"之"元元妙法",故名《解围元薮》,是沈氏在继承其世家医学的基础上,广集当代名医及民间治疗麻风的经验编纂而成。卷一为总论,首列疠风并36种风受病所在经络及药病总说。卷二列证治经验,强调以六经辨证为主导的整体治疗原则,反对以"一方对诸症"的治疗方法。其治则大抵以排毒、杀虫、补血、壮元理气为主,申明盲目地"以毒攻毒"作法的危害性;重视"扶正"对麻风病的治疗意义。卷三—四为方药部分,详载249首多种剂型方药的临床应用。总之,本书广论风病,尤对麻风病的论症清晰、平正。全书分类简明,内容精要,选方实用,是一部有参考价值的医学文献。中华人民共和国成立之后,上海科学技术出版社据清代嘉庆本出版排印本。

疡科选粹

外科著作。明代陈文治撰。刊于明代崇祯元年(1628)。本书系在汇集外科各家学说的基础上,结合作者经验体会编辑而成。共8卷,分111篇。内容包括外科总论、脉论、用药所宜、针烙、灸法、调摄以及外科、伤科、皮肤科、五官科各类病证计80余种的证治。本书取材甚广,选材颇精。对外伤、疮疡诸证,几赅括无遗。如对跌损折伤的治疗,强调以补气养血为大法。治疗上则汇集元代危亦林以下诸家论述和治法,便于检阅。明代殷仲春《医藏书目》曾予著录,惟殷氏将陈岳谿(岳谿乃陈氏之号)误作陈鹤溪。现存初刻本及其他多种明清刻本、近代刊本等,1954年锦章书局出版石印本。

疮疡经验全书

外科专书。12卷(另有6卷本,内容同)。又名《窦氏外科全书》。旧题宋代窦汉卿著,实为其裔孙窦梦麟辑自明代以前诸书的托名之作。原书约成于1569年。后为清代洪瞻岩所获,复参考其他刊本,与陈友恭共同校勘、编纂而成,刊于康熙五十六年(1717)。又后附"毒疮秘录总说"1卷,共为13卷。本书除载有痈疽、疔疮等病的病因症治经验外,尚收录诸喉症、大麻风、痘疮、毒疮等形症的治疗方法,尤对"痘"的论述颇详。总之,本书内容较庞杂,除论述疮疡经验外,更详载口腔咽喉病的脉因症治,其中尚夹有窦梦麟的"自述"。此书虽是后人托名之作,但以临床实践为基础,内容朴实,论症确切、平正,论题范围亦较广泛,选方简明实用,文图并茂,确有较高的临床实用价值。今存明刻本残卷及10余种清刻本。

外科启玄

外科著作。明代申斗垣(拱宸)撰。初刊于万历三十二年(1604)。全书共12卷,卷一—三计72论,概括论述疮疡、痈疽、疔疮、发背等病候的病理和诊法及治则;卷四—九分论外科191种病证证治,每病均附有图形,可资对照;卷十专论痘疹证治;卷十一—十二列外科治疗方剂249首,包括内服、外敷、针灸、灸烙、熏点、刀割等,大多切于实用。申氏认为"发挥疮疡,乃先贤未发之秘,启前人不尽之玄",故名其书为《外科启玄》。本书从整体观念出发,强调外科病证与人体脏腑、经络、气血之关系。要求诊视外科疾患,应首先察其疮疡生于何经部位,次查其兼现何经证候及主要痛楚,以明辨病变之标本,然后再酌用内托、调泻营气诸法,使经络流通,脏腑内无壅滞。对一般人畏惧的针刺、刀割等手术疗法,作者认为必要时亦应果断应用,"如背痈疔疮杖毒内死肉侵之,若不急用刀割,恐内毒侵于脂膜脏腑,多致不救,岂不畏之"。《内经》云:病在血脉,决之则愈。又云:"恶于针刀(石)者不可以言其至妙。"这些见解,无疑是很正确的。申氏诊治外科诸病,重视整体,强调辨证,广泛采用各种内外兼治之法,全书图文并茂,是一部内容较为完整的中医外科专著。此书现存初刻本及其他明刻本、日刻本,1955年由人民卫生出版社出版排印本。

外科正宗

外科专书。4卷。明代陈实功撰。刊于万历四十五年(1617),是中国明代较有影响的一部外科专著。本书是在总结前代医家经验的基础上,结合陈氏本人40余年

的临床实践编撰而成。比较全面、系统地记载了外科原委、诊法、治则及150余种病症的临床经验，并于每一论述之后均附有治验，后世医家对本书有“列症详，论治精”的好评。本书与其他外科专著之不同点在于它特别重视外治法，认为外敷药、刀针、手术等是治疗外科病不可缺少的重要措施，因此，他对外治法进行精心研究，积累了丰富的经验。例如陈氏所创用的摘除鼻息肉的手术方法，不仅是医学文献上记载较早者，而且这一手术原则至今尚为临床所应用；对脱疽病的治疗，首次提出从关节面处实行离断的手术原则；对良性肿瘤的割治，较早地发现连同包膜一起完整切除的临床意义；对痈疽已溃排脓不畅者，主张剪除坏死组织，扩大创口，以利引流等等，凡此种种都是从积极方面着手的。不难看出，《外科正宗》在古代外科的论症及治疗上，均有较大的贡献，与此同时，在内科治疗方面，始终强调辨证论治在外科临床中的重要意义。主张治病贵在审症和灵活地运用消、托、补三大治疗法则；他所提出的“疮疡全赖脾土”，“饮食何须戒口”等论点，是东垣脾胃学说在外科学术中的发展，对加速外科病人康复有积极意义。总之，本书内容详尽，条理清晰，选方实用，并重视外治、手术，对后世外科学术的发展颇多影响。今流传的有康熙年刻本，日本重刻康熙本及徐大椿评注的12卷本等。中华人民共和国成立之后有影印本及排印本出版。

黴疮秘录

梅毒病专书。1卷。明代陈司成（九韶）撰。刊于明代崇祯五年（1632）。分总论、或问、治验、方法及宜忌五部分。论述黴疮（梅毒病）的病因病机、诊断辨证与治疗。本书是继明正德间（1506—1521年）韩悉的《杨梅疮论治方》之后，又一部系统论述梅毒病的著作。陈氏对梅毒病的病因、传染特点、治法宜忌等，均有较深入地研究并有相当精辟的学术见解。他认为梅毒是由于不正常的性关系而接触传染的，故又称其为“奸疮”。他在本书中指出：“人禀浇薄，天厉时行，交媾斗精，气相传染，一感其毒，入髓沦肌，流经走络，心肝脾肺肾均能中其毒。”在治疗方面，陈氏主张用砷剂和汞剂，创用含有水银和砒石等合成的“生生乳”、“金顶砒”等一类成药驱梅，开创了世界上应用砷剂和汞剂治疗梅毒的最早记录，较后来德国艾利氏发明驱梅砷剂“六〇六”约早300余年。本书现存崇祯间刻本及清刻本，18世纪中叶后传入日本，并有较多日刻本，颇受日人重视。

疡医大全

综合性外科专著。40卷。清代顾世澄撰。刊于乾隆二十五年（1760），是继《医宗金鉴·外科心法要诀》后又一部外科巨著。顾氏三代为医，此书采辑历代有关著述，结合顾氏40余年的临证经验汇编而成。内容包括痈疽、疮疡、皮肤病、大麻风、金疮、跌打损伤、小儿痘疹、中毒急救、奇病治法等部分，分类详明，内容宏富，堪称疡科书中之“大全”。本书首列《内经》等古典医理，阐发“外症必发于内”的观点，次论疡科诸症形候；在治疗上强调辨证施治的重要性。因此，在每论一病证时，辄引用先贤精言，或荟集历代医家灼见以广开思路，启迪后学。书中并收载丰富的内、外治疗方法。全书内容比较系统、全面，注重理论联系实际，用方广泛、实用，是一部有参考价值的外科专书。今流传者有清代乾隆年间刊本，同治与光绪年刊本及近代上海迎时书局石印本。

外科大成

外科专书。4卷。清代祁坤（广生）撰。刊于康熙四年（1665）。祁氏世代医家，自幼聪颖好学，更热衷于岐黄之术，对外科造诣较深。曾任太医院御医。他鉴于当时习外科者，临证时多以外治法为主，甚而轻视脉理，忽视内治法在外科临床中的重要意义，故殚精竭虑，参《素问》、《灵枢》之奥旨，搜古今名贤之确论，并结合其家传与个人的经验汇编成《外科大成》。本书对痈疽之原委、症候、诊法、经络、治法等作了全面的论述，特别对内、外治法理论的阐述有了进一步提高。书中所记述的“痈，以寒为内消；疽，以“热为内托”以及用循经取穴的方法原则等，均较此前医论有所发展。本书分类清楚，列症详明，治法善备，堪称集外科之“大成”，是清代外科之名著，对后世外科学术的发展，有一定的影响。清代官修的《医宗金鉴·外科心法要诀》中的不少内容便取材于本书。今流传除康熙四年原刻本外，尚有乾隆年间诸刊本，中华人民共和国成立之前也广有刊行，1957年上海卫生出版社出版铅印本。

洞天奥旨

外科学著作。一名《外科秘录》。清代陈士铎（远公）撰。刊于清代康熙三十三年（1694）。本书是陈氏集前贤及其家传三世的外科医疗经验编著而成。因本书托名“岐伯天师”所传，且称其“谈医用约，无不本诸洞天之传”故名。本书共16卷，卷一—四论述疮疡标本、辨脉、善恶、虚实、顺逆、合并症、治法、调护等内容；卷五—十三记述外科、皮肤科157种病证的治法；卷十四—十六选载各家治疗外科病证方剂281首。陈氏重视辨证，强调诊治外科疾病要明辨标本、脏腑、经络和阴阳，提出从疮疡的形、色、痛、痒、脓血及全身症状辨其阴阳虚实，吉凶顺逆。而对外科病证的鉴别诊断，也比较重视。如辨咳唾脓血：“其气腥臭人水则沉者肺痈也；反之，若所唾只是涎沫而无脓血者则肺痿”。足见当时已具有相当高的诊断水平。本书对外科病证的治疗也颇具特色，如治疗疮疡外发“宜

顾其胃气"，治疗乳痈一证，以补中散邪为大法，分邪实、正虚而分别采用和乳汤、消化汤、化岩汤等方剂，大多切于实用。现存初刻本及其他多种清刻本、近代石印本。

外科证治全生集

外科专书，又名《外科全生集》。4卷。清代王洪绪(维德)撰。刊于乾隆五年(1740)。卷一载痈疽的病因、证候、诊法并列症29种；卷二扼要地论述外科诸病治则及王氏家传经验，并收有内、妇、儿各科病证治疗经验；卷三为外科常用药的炮制法及常用方百余首。本书以"痈乃阳实之症，气血热而毒滞；疽乃阴虚之症，气血寒而毒凝"为理论依据，创用滋阴散寒、阳和解凝等治疗原则，从而为疽证的治疗开辟了新途径，著名的阳和汤便是这一治则的代表性方剂。与此同时，再次强调"以消为贵，以托为畏"是痈疽初期主要治疗原则。书中所载之犀黄丸、小金丹、梅花点舌丹等均为外科有效方剂，迄今仍为临床医家所常用。但另一方面，王氏过分强调自家的经验，如把外证之白陷，一概作阴疽论未免失于片面；又在治疗上反对刀针排脓、反对使用丹药等，亦属偏见，反映其治疗思想保守的一面。但清代马培之注本对原书作了较为公允的评介，纠正了原书某些不足，故本书仍不失为一部有影响的外科专书。从清代乾隆到光绪年间多次刊刻，流传甚广，中华人民共和国成立之前亦屡有发行，中华人民共和国成立之后人民卫生出版社曾有影印本出版。

理瀹骈文

外治法专书。不分卷。清代吴师机撰。刊于同治三年(1864)。原名《外治医说》，因其正文是用"骈文"形式撰成者，故改名为《理瀹骈文》，是一部以内科理法方药为理论依据，而以外治法为主要内容的临床著作。所论内容除外科病证外，更有内、妇、儿、五官等多科疾病的证治经验。内容丰富，治法多样，简便、经济、有效，堪称是别具一格和有实用价值的外治全书。书中所收载的外治法，绝非出于单纯的用药经验，而是中医学理论在外治方面的具体应用，故在本书序言中说："外治之理，即内治之理；外治之药，亦即内治之药。所异者，法耳。"又说："外治必先知内，先求其本，本者何？明阴阳，识脏腑也……"，表明本书中的外治法是建立在实践与理论紧密结合基础上的。但因原书是以"骈文"形式出现的，加之在内容排列上或有纲目不清，缺乏章节分类等缺点，不易为一般读者所理解与接受，一度处于被埋没状态。长期以来，不少人把本书误认是专门论述膏药的方书，实际并非仅此，本书除收有多种膏药疗法外，还有敷贴法，熨法、洗法、熏法、照法、拭法、浴法、搨法、吸入法、取嚏法、灌导法、火罐法、割治等多种外治措施，充分显示了中医学外治法的优越性与广泛性，有的方法至今仍为临床所采用。故本书不论对临床工作或对文献整理研究，都是有参考价值的。今流传者有同治、光绪年间的刊本，中华人民共和国成立之后有影印本出版。

疡科会粹

外科著作。10卷。清代孙震元纂辑。约撰于嘉庆七年(1802)，原为抄本，1985年刊行。内容包括各种痈疽、疮疡、丹毒等，外科疾病的病因、病机、辨证治疗及医案等。作者推崇王肯堂有关疡科理论，强调外治法的重要性，并总结出疡科三十六治法。对于药物制法与用法，每加按语以阐述其经验和见解。书取王肯堂《疡医准绳》为基础，博采众书，依类增补诸家之精华，引用书目多达200余部。所引资料均指明出处。所引某些古籍现已佚失，如《伤寒汇言》、《医说佛乘》、《外科灵茇》、《秘授外科》等等。本书资料丰富，对保留古代中医文献工作有较大贡献。此书稿系作者历半生临床经验编纂而成，完稿后一直未予梓行，1985年崔扫尘等人予以整理，由人民卫生出版社出版点校本。

疡科心得集

外科著作。3卷。附《疡科心得集方汇》及《景岳新方歌》。清代高秉钧(锦庭)撰于嘉庆十年(1805)。本书主要为高氏治疗外科病证的临床经验总结，对各种外科病证的辨证有所阐发。全书共列辨痈疽、疮疡、瘰疬、癣疥以及病证总论等共104论，以人身上、中、下部位为序编次。同时将二三种类似的疾病合于一篇内论述，便于学者掌握鉴别诊断之要点。在外科病因学方面，高氏认为："盖以疡科之症，在上部者俱属风温、风热，风性上行故也。在下部者俱属湿火、湿热，水性下趋故也。在中部者多属气郁、火郁，以气火俱发于中也。"这种认识，概括了外科疾病发病的部位与病因关系的一般规律，对指导辨证治疗有一定实用价值。本书对《外科理例》中"外科必本于内"的理论有进一步的发挥，强调外科疮疡，是大多由于感受外邪而起，但如正气不虚，卫气营血运行正常，就不会受邪而发病。故临床必须谨察阴阳、寒热、表里、虚实、气血、标本之变化，据证施治，才能取得预期的疗效。此外，本书作者首先将温病学说引进到外科领域中来，用卫气营血的学说指导火毒扩散与内陷等急性化脓性疮疡的救治，取得了显著的疗效，使外科学术有了长足的进步。本书所附《景岳新方歌》，是将张景岳《新方八阵》各方编成七言歌诀而成。现存有清代嘉庆十四年(1809)尽心斋刻本及其他刊本数种。

外科图说

外科著作。6卷。清代高文晋辑。刊于道光十四年

(1834)。此书系作者将所著《花蜜若图说》与《窦氏外科全书》合二为一，兼收其他医学家著述而成。该书主要论述人体各部位疮毒、痈疡、疔疖等外科疾病之证治方药。所述病证皆绘图说明。外科常用器械亦以图示，以助后学明辨。治法上主张内外并用，不仅收录大量常用内服、外用方药，同时载述一些外科治疗方法，如开刀、割取腐肉法等。高氏于药物炮制，外用方药修合有一定研究，书中详述其部分外用药制备方法。此书作者积 40 余年证治经验，于后世外科学术临床具有一定的影响。现存初刻本及其他清刻本石印本多种。

经效产宝

妇产科医书。又名《产宝》。3 卷，续编 1 卷。唐代昝殷撰于 852—856 年。上卷有妊娠病 12 论、产难 4 论。前者包括妊娠呕吐、胎漏胎动不安、数堕胎、胎乳腹中、妊娠小便淋沥、妊娠大便秘结、妊娠水肿等常见病。后者包括催产方药、乳胎不下、产程过长、胎衣不下等病证。中下卷列产后 25 论，续编录周颋《传授济急方论》及李师圣、郭稽中所论"十九证"，另有"产后十八论方"。在论难产中，主张用药物内服配合手术治疗的方法，所谓"多门救疗，以取其安"。对横产、倒产、子死腹中不出、胎胞不下等，均有相应的处理方法。本书附方共 200 余道，大多药味精炼，方法简便，其中不乏卓有疗效的验方。但书中某些论述和方药，或有荒诞不经之处。续编三篇，均为宋代产科名著，很有重要参考价值。本书是中国现存最早的产科专著，其中保留了唐以前产科方面的经验方药，在中国产科学的发展史上具有一定的贡献。现存宋代刊本，光绪年间多次刊行影宋本(多续编一卷)，1955 年人民卫生出版社按清代影宋本出版。

十产论

产科著作。宋代杨子建(名康侯，号退修，四川青神人)撰于 1098 年。因杨氏有感于收生(助产)者很少有精良妙手，产妇婴儿多死于无辜，故撰此书。书中将妇女产育分作十证：正产、伤产、催生、冻产、热产、横产、倒产、偏产、碍产、坐产。其中涉及多种异常产的处理方法。其书今存于《妇人大全良方》等书中。

产育宝庆集方

产科专著。2 卷。原名《产科经验宝庆集》(一名《产育保庆方》)。最初由北宋末李师圣收得产论 21 篇，但有说而无方。郭稽中为当时良医，尤长于产科，切脉用药，屡获奇效，他将家藏方逐条附在产论之末，纂成于大观三年(1109)。南宋时陈言(无择)在《三因方》中对此书加以评说，婺医杜荍将陈言评说附入各条之下，此后赵莹得友人所赠《产乳备要》，又增以《杨子建七说》，合产论为一集。元代龚致君又采御药院杂病方论及入月产图、体元子借地法、安产藏衣位等缀于书末。故今存此书已非李师圣、郭稽中纂辑之时的原貌。

现存诸本分为两卷。卷上列 21 论，每论后附方剂(34 首)，其后或附陈言的评说(计 16 条)；卷下为产乳备要、经气调治法、妊娠调养法 3 篇，列方 62 首。据考证以原本体例推之，上卷之方皆出郭氏(稽中)，下卷除娩乳、安产、经气 3 条外，殆即杨氏(子建)之说，所附方药，亦即龚致君所采御药院方。今存世的该书，为修《四库全书》时从《永乐大典》中辑出，其中龚致君所补的体元子借地法等内容原缺。此书是宋代有代表性的产科专书，论难产及产后诸症较详，所选方药也比较实用，对后世颇有影响。今存有近十种清代刊本。

卫生家宝产科备要

产科医书。8 卷。宋代朱端章撰。刊于淳熙十一年(1184)，是中医学文献中较早的一部产科专著。本书汇集了宋以前产科方书中关于胎产诸疾的证治经验与保婴内容，它保存了宋以前产科方书中的一些佚文。书中除收载产科临床经验外，首载产科中的"借地、禁草、禁水"三法，有利于减少产褥期的并发症。朱氏重申卧式临产及产科将护法的重要意义。所撰《初形保育》1 卷，比较深入地讨论了对初生儿的护理方法及婴儿常见病的治疗方药。总之，本书文字朴实，取材简要、实用，可供临床研究参考借鉴，对文献整理工作亦有一定的参考价值。今流传有宋代淳熙刊本及清代光绪刊十万卷楼丛书本。

妇人大全良方

妇产科著作。简称《妇人良方》。南宋陈自明撰于嘉熙元年(1237)。后经明代熊宗立补遗刊印，题为《妇人良方补遗大全》；又经明代薛己校注刊印，题为《校注妇人良方》。前者基本上保留了陈自明《妇人大全良方》的原貌，补遗处均有醒目注明。后者对原方做了大量删改、补充，实已自成一书。

《妇人良方》是一部有继承、有发挥、有实践、有分析、综合性很强、具有独创特点的妇产科专书。全书分为调经、众疾、求嗣、胎教、妊娠、坐月、产难、产后 8 门，24 卷，266 论，1 118 方，48 例医案，约 30 余万字。书中引录南宋前与妇产科有关的医书近 30 种，提及对妇产科有建树的医家 30 余位。此书在编写体例上分门列病，以病著论，论下设方，更以医案辅佐说明。在论治方面，书中涉及妇人在不同生理阶段的各种疾病近 200 余种。并提出了一些对后世中医妇产科发展很有影响的观点，如在治疗大法上总结出"大抵产前先安胎，产后先补益"；对孕妇而挟病者，特别指出"应避其毒药饵"；又科学地指出"……切

不可多睡，须时时行步，不宜食粘硬难化之物，不可多饮酒，不可乱服汤药，亦不可妄行针灸，须宽神，减思虑，不得负重和登高涉险"。在妇科特点方面，陈氏十分重视病人在不同生理变化时期患同一种病证治法上的差异，选方用药亦细加区别。

此书总结了南宋以前妇产科成就，保存了大量已佚失的中医妇产科文献及其他佚书中的有关资料。如昝殷的《产宝方论》，杨子建的《十产论》及《养生必用方》、《博济方》、《小品方》等。该书在中医妇产科发展史上起了重要的承上启下的作用，南宋以后较重要的妇产科著作，均以《妇人良方》作为重要参考文献。由于受科学技术水平及历史时代的局限性，书中也带有一定的封建迷信色彩。尤其是在求子和胎教两门中，如求男论、转女为男论、避邪等等论述均属此类。该书最早版本为元代勤有书堂刻本，自此以后，属于此书各系统的诸类版本，现可见近30种(包括补遗本和校注本)，并有朝鲜活字抄本及日本手抄本；近年有该书校点本刊行，另有《妇人良方校注补遗》(余瀛鳌等点校整理)，系将陈自明原著、熊宗立补遗及薛己校注本予以系统整理加注，1991年由上海科学技术出版社出版。

女科百问

妇产科著作。宋代齐仲甫撰。刊于祥兴二年(1279)。2卷。上卷五十问，论述妇女之生理，月经、带下及妇科杂病的病因病机与诊断治法。下卷五十问，主要论述妊娠胎孕之由，胎前产后诸病的证治。本书以问难的形式，对妇产科主要疾病的辨证和治疗作了简要的论述。本书所列问答之辞，大多精要明晰。又有《产宝百问》一书，原题元代朱震亨纂辑，明代王肯堂订正，其内容与本书类同，系有人将本书易名而托朱丹溪之名而予刊行者。另有钱国宾《妇科百病问答》一书，亦与《产宝百问》内容相同。现存明代万历间刻及其他明清刻本。1986年北京中国书店出版影印本。

万氏女科

妇产科著作。4卷。一名《万氏妇人科》。明代万全(密斋)撰。刊于嘉靖二十八年(1549)。卷一为总论及调经章、崩漏章、种子章，论述月经病、崩漏、带下、孕育等内容；卷二为胎前章，论述妊娠恶阻、胎动不安、子悬、子痫、子肿、难产等胎前27种病证，并有专章论述胎教、临产须知等；卷三为产后章，论述难产、产后血晕、产后中风、产后大便闭涩不通等48种产后疾病的证治；末卷为附方。该书以肝、脾、肾立论，调经专以理气、补心脾为主。万氏重视培补气血、调理脾胃，注意固护元气。对具体病证的治疗，则强调辨证确切，因证施治。如治崩漏，初止血、次清热、后补其虚，而以止血为急则治标之法。对胎教的论述，亦在前贤所论基础上有较多的发挥。万氏对孕妇保健提出了合理而可行的要求，提出怀孕后应慎房事，调饮食，淡滋味，避寒暑，慎喜怒，宜活动，具有现实指导意义。全书内容简要，切于实用，有一定临床参考价值。该书收入《万密斋医学丛书》，后续有单行本行世。现有1984年湖北科技出版社铅印本。

女科撮要

妇产科著作。2卷。明代薛己(立斋)撰。刊于嘉靖二十七年(1548)。上卷列述经候不调、经漏不止、带下、乳痈、乳岩、阴疮等妇科常见病证的证治和方药；下卷介绍保胎、小产、胎衣不出、产后腹痛等产科病证的证治和方药。共计论述病证30种，每病证先论其病因、病机及治则，然后列举临证治验，并附方于卷末。

本书辨证精细，条理清晰，论"热入血室"证时云："妇人伤寒，或劳役，或怒气发热适遇经行，以致热入血室；或血不行，或血不止，令人昼则明了安静，夜则谵语如见鬼状，用小柴胡加生地黄；血虚者，用四物汤加生地、柴胡。切不可犯胃气。若病既愈而血未止，或热未已，元气素弱，用补中益气。脾气素郁者用济生归脾；血气并弱，用十全大补，庶无误矣。"足见本书之辨证确切，叙证简括。本书所附验案，多为薛氏临床经验的记录；如"一妊娠将三月，呕吐恶食，体倦嗜卧，此恶阻之证，用人参橘皮汤，二剂渐愈。又用六君加紫苏，二剂而安。简略地将作者有关妊娠恶阻之辨治经验、疗效概括，全书论述精要切于实用。现存《薛氏医案》本等多种刊本，1983年人民卫生出版社出版排印本。

济阴纲目

妇产科著作。5卷。明代武之望(叔卿)撰。首刊于万历四十八年(1620)。清代康熙四年(1665)经汪淇整理重订，改为14卷刊行。本书是在王肯堂《女科证治准绳》的基础上，广搜博采，条分缕析，重予编次，整理修订而成。全书分为调经、赤白带下、求子、胎前、产后等13门，分别论述月经病、带下病、肿瘤、不孕等病证证治，对胎、孕、产、乳等产科疾病及妇产科杂病的诊治，也有详明的论述。本书旨在"因论识病，因病取方"，"专以妇人所独者汇为一书"，较诸《女科证治准绳》有所发挥与充实，是一部集明代以前妇产科大成之作。全书共收各种妇科方1736首，大部分选自《医学入门》、《寿世保元》、《万病回春》、《万密斋妇科》等诸家医著，其中选自《女科证治准绳》者612首，占全书总方剂数的35.2%。武氏还自撰了不少医论、医话，对所引诸书中编次不当，归类错误之处，也有较多的订正。书引录资料丰富，分类精当，选方切于实用，故虽有《四库全书提要》之误贬，而后世医家仍多视其为中医妇产科的重要著作，对中医妇产科学的发展有

一定影响。本书刊本较多,流传甚广,原刻5卷本国内仍有藏本。目前通行的1665年汪淇笺释之14卷本,其历代刻本有数十种之多,1958年上海科学技术出版社排印本系据14卷本重校后印行。

傅青主女科

妇科著作。又名《女科》。2卷。后收入《傅青主男女科》中,其合刊本名《傅氏女科全集》,后附《产后篇》2卷。清代傅山撰。刊于道光七年(1827)。《女科》上卷载有带下、血崩、鬼胎、调经、种子等5门,每门下又分若干症候,计38条,39症,41方;下卷分别收录妊娠、小产、难产、正产、产后诸症等5门,共39条,41症,42方。《产后篇》又名《女科产后篇》。上卷包括产后总论、产前产后方症宜忌及产后诸症治法三部,分列为17症;下卷继上卷之后又分列26症,并附补篇1章。本书又有清代陆懋修收入《世补斋医书》中之校订本,其中将《女科》析8卷、8门,改称为《重订傅徵君女科》,并易《产后篇》为《生化篇》。作者积数十年之临床经验,运用中医脏腑学说,阐明女性生理、病理的特点及诸病证之临床表现;在诊断上以肝、脾、肾三脏作为辨证的主要依据;在治疗方面强调辨证论治,善用培补气血、调理脾胃为主的治疗法则。全书文字朴实,论述简明扼要,理法严谨,方药精炼实用,表明了傅氏在妇产科临床方面有较深的造诣,为后世妇产科医家所推崇。本书刊本较多,流传亦广,中华人民共和国成立之后有排印本出版。

女科经纶

妇产科著作。8卷。清代萧赓六编撰。刊于康熙二十三年(1684)。这是一部重点介绍妇产科理论和临床诸病证及其治法研究的专著,萧氏汇辑历代女科名著及其他医著中有关内容,依不同的病类予以选编。全书分月经、嗣育、胎产、产后、崩带、带下和杂证7门,共列病证163种,引录各家论述7 000余条。作者将热入血室证、血分证、水分证、咽中证、癥瘕痃癖证、乳证、前阴诸证、夜梦鬼交等,归入妇科"杂证门"中,在经、带、胎、产诸类病证中,尤详于胎前、产后病证。在引述前人学术经验方面,选论的内容比较广泛,摘录亦较精要,对所征引原文中一些义理隐晦或阐发精义不够充分之处,另附按语予以补充发挥。萧氏撰写此书,对一些病证的内、外、虚、实、寒、热,以条文的形式分别列述,并注意收选非妇产科专著中的精辟见解,使学医者思路开阔,为进一步钻研女科证治指点了门径。在治疗方面,提示立法原则及治疗大法,作者的原意是给读者示以治法上的规矩准绳,而并无具体处方,这也是本书在编法上的一大特点。《女科经纶》在清代曾多次翻刻,1959年由上海科技卫生出版社出版排印本。

达生篇

产科专著。1卷。清代亟斋居士撰。刊于康熙五十四年(1715)。本书不著姓名,大体为难产而设,分上下两篇。上篇包括原生、临产、试痛诸项,并附有医案;下篇收载保胎、饮食、小产、产后、胎死腹中、胞衣不下、乳少诸症以及格言、治疗方药等。书中对临产时处理原则的记载,明确而实用,某些观点和现代医学相似。强调接生人必须善于区别"试痛"与"正产"时的腹痛,从而可避免过早地让产妇增加腹压,以减少因产妇疲倦所致的娩出无力。因此,书中重申"一曰睡,二曰忍痛,三曰慢临盆"六字诀的重要性,它对减少产妇在产前的恐惧心理及按正常产程进行分娩具有实际指导意义。本书在清代有广泛的影响,版本很多,流传亦广。

胎产心法

产科著作。3卷。清代阎纯玺撰。刊于雍正八年(1730)。阎氏幼习举业,为康熙间进士。生平酷嗜岐黄,鉴于其妻数次堕胎而医不能救治,遂专攻妇产科。认为"胎产一门,宗嗣所系,两命所关,尤为医道之最难者"。于是"博采方书,探求其理,考验揣摩,历30余年而得其要领",撰成是书。卷上论述胎孕脉法、受胎养胎、饮食药物禁忌与妊娠诸病证治。卷中分述临产脉候、保产、安产、难产、催生、禁忌及产中之病。卷下列述产后脉病、调补方法、饮食起居、产后诸病及方药证治忌宜等。书中先议病证,后附方药,议病简明中肯,选方平正允妥,颇切临床实用。全书除引用《内经》、《金匮》、《脉经》等经典著作有关女科文献史料外,还大量参考《千金要方》、《妇人大全良方》、《万氏女科》、《女科证治准绳》、《济阴纲目》等女科证治依据,并结合临症实际和个人证治经验予以择选载述,使内容日臻完善,集中反映作者"妇人受胎之始,有以固其根;临产之际,有以防其变;即产之后,有以保其生"的临证学术见解。此书版本较多,流传颇广,于后世有一定影响。中华人民共和国成立之后有排印本。

大生要旨

妇产科专书。5卷。清代唐千顷撰。刊于乾隆二十七年(1762)。主要内容包括种子、胎前、临盆、产后、保婴,并后附《居家必用方》、《经验方》等。在治疗不孕症方面,认为应从男女双方寻求病因,不宜单纯从女方着手;对妊娠期的调理方面,认为除保持孕妇心情舒畅外,主张"体宜动而不宜逸"劳逸结合的正确观点;在分娩处理上,再次强调《达生篇》的"一睡、二忍痛、三慢临盆"六字诀的实际意义。作者并对宋代杨子建《十产论》的内容作了相应地充实。此外,对早期破水、交骨不开、临盆晕绝、胞衣

不下、子宫脱垂、乳少、乳痛等产褥中的常见病也作了相应的论述,最后收载了常用方100余首。总之,本书内容简明扼要,论症清楚,处方严谨实用,曾被誉为“家庭方书”,在清代有一定的影响。其原本刊行了30余次,叶灏的增订本有14个版本,马振藩增订本也曾多次翻刻刊行。

沈氏女科辑要

妇科书。2卷。清代沈尧封辑著。字又彭,浙江嘉善人。此书约成于乾隆二十九年(1764),原书仅寥寥十页,后经徐正杰校订补注,王孟英加按语,刊于1850年。1922年张山雷又加笺疏,名书为《沈氏女科辑要笺正(一作笺疏)》,成为今通行之本。沈氏裒集前贤医书中妇科有关论说,与自己的临症治验相印证。不拘成法,立足实践,故所论“精当处勘透隐微,切中肯綮,多发前人所未发,实验彰彰,始觉轩爽豁目”(张山雷语)。如沈氏对王宇泰所说“(月经)既行而紫黑,定非寒症”持有异议,他在临症所见:“投热药取效,十中尝见一二”。他指出属于气虚经行紫黑者,不宜补火。主张“细察脉象,复参旁证”。倘有疑似,先用补气,不效再投补火。又如沈氏认为经闭有冷无热,即骨蒸内热,亦属阴亏,非同实火,故(张)洁古、(李)东垣降心火、泻三焦之说,不可尽信。此书后经王孟英加按语进一步阐述女科证治,临症经验丰富。张山雷笺正的殊详,然多参西医之理。张氏疏正本中华人民共和国成立之后有排印本刊行。

竹林寺女科

妇产科著作。书名系浙江萧山县竹林寺僧撰写的女科著作的总称。竹林寺创建于南齐(476—502),至后晋天福八年(940),有僧高晷开始兼医女科(一云,由南京风井寺僧传去),此后历代相传,据有谱可查者至清末已达97世,寺僧大多擅长妇科,但代有盛衰,并传有多种女科专书,这些著作的各种不同名称的刊本仅现存者已不下30余种。它们的体例与内容虽异,但其治病处方仍多有相同或相近之处,可知其本自一源,但何者为最古的原书已难稽考。其中流传较广的一种,即《竹林寺女科全书》,又名《竹林寺三禅师女科三种》。这是现存最早的一种刊本,刊于乾隆三十六年(1771),共20卷,包括以下三书:①《女科秘要》8卷(又称“前集”)题:“静光禅师考订”,卷一胎产杂病,卷二胎前、产后各症,卷三经期各症,卷四经带各症,卷五胎产备要,卷六—七产后各症,以上共169条,每条均有标题,有论有方,卷八为“方症补遗”。②《女科旨要》4卷(又称“后集”),题:“雪岩禅师增广”,卷一月经诸病,卷二胎前诸症,卷三产后诸症,卷四为十八般难产及“儿科问候”。③《女科秘旨》8卷又称“续集”。题:“轮印(一作“应”)禅师续增”,均为胎前、产后诸症的证治。以上三书内容各异,但可互为补充。

此外,以竹林寺女科命名的著作中,其内容还有将女科疾病分为经、胎、产三类,每类分述各种病证治法的。其书名如《妇科秘传》、《竹林寺女科秘书》、《女科秘录》等,也有将女科的各种病证按顺序编号排列者。其中又有91症本、96症本、147症本等数种。由于此书流传甚广,而所录方论大多平妥实用,在近代妇产科学的普及传播方面具有较大的影响。

产孕集

产科著作。2卷。清代张曜孙撰。书成于道光十年(1830)。上卷论妊娠,包括辨孕、养孕、孕宜、孕忌、孕疾等;下卷辨产科诸疾,包括辨产、产戒、用药、应变、调摄、怀婴、拯危、去疾等,共13篇。本书以《内经》为理论依据,扼要介绍妊娠及临产前后若干病证证治。其中对妊娠的辨识提出孕脉之象,“不外滑利和平,不偏不弊。所谓身有病而无病脉,身无病而有病脉”。对临产的辨识,本书在爰引《难经》、《脉经》、《千金方》有关论述的基础上,也有具体的发挥。如“正产腹痛,必连腰乃脐,或牵引脊背,胎气陷下,或月中生火,谷道挺迸,浆血下血,腹痛愈紧,乃为欲生”。此外,并介绍了横产、逆产、偏产、碍产、盘肠产等难产的处理方法。本书是一部深入浅出、切于实用的产科专著。现存道光年间刻本,书后附包兴言《补遗》1卷。此外尚有《珍本医书集成》本及《中国医学大成》本等多种版本。

颅囟经

儿科著作。2卷。不著撰人。颅指头骨,囟指脑盖骨,因小儿初生颅囟未合,证治各别,故以此名书。书前有序,托称“王母金文”,“黄帝得之升天,秘藏金匮”,后为周穆王时贤士师巫所得,再加阐释。但《四库全书总目》疑为唐末宋初人所为,因“王冰《素问注》第七卷有师氏藏之一语,遂托名师巫,以自神其说耳”。日本丹波元胤的《医籍考》认为“按《诸病源候论》所谓《巫方颅囟经》,即是书也”,不同意此书为托名之作。此书有宋刊本著录,其所用药有胡黄连(唐代始用)、枳壳(宋《开宝本草》始著录)等药,故当以《四库全书总目》提法比较可信。书中间有祝由法等,保留了一些早期医书的内容。

该书为中国现存最古的一部儿科专著。全书论“脉法”、“病证”的内容有不少可取之处。认为小儿脉候至数之法与大人不同,“若有脉候,即须一寸取之,不得同大人分寸”,又“呼之脉来三至,吸之脉来三至,呼吸定息一至,此为无患”。是书能抓住小儿生理病理特点进行诊治,故《四库全书总目》评曰:“次论受病之本与治疗之术,皆极中肯綮,要言不烦;次论父母证治,分别十五名目;皆他书所未尝见。”从而推测此书“盖必别有师承,故能精晰如此”。此书中的“变蒸”之说,对后世儿科理论发展也有一

定的影响,但所收方剂较为古朴,至今用者很少。宋代儿科医家钱乙,据说也受过此书影响,曾"以颅囟经著名"。今存世本多以修《四库全书》时从《永乐大典》辑出本为祖本,翻刻频多,1959年人民卫生出版社影印出版。

小儿斑疹备急方论

儿科著作。不分卷。宋代董汲著。刊于1093年。是书首篇总论,阐明斑疹(包括天花、麻疹及其他有斑疹之热病)常见之证候与常用之方药,及其用白虎汤之经验,反映了作者善以寒药治斑疹的特点;次篇药方,详载升麻散、白虎汤、紫草散、牛黄散、护目膏、珍珠散等十七方之主治证候、药物组成及服用方法。本书是较早之痘疹专著,深得儿科医家钱乙之欣赏,曰:"是予平昔之所究心者,而子乃不言传而得之",因将之附于其书《小儿药证直诀》卷尾,得以流传。今有翻刻宋本《小儿药证直诀》诸本后的附件及《周氏医学丛书》本等刊本。

小儿药证直诀

儿科学著作。又名《小儿药证真诀》、《钱氏小儿药证直诀》。3卷。宋代钱乙(仲阳)撰,由钱氏门人阎孝忠编集而成。书成于宣和元年(1119)。

卷上为"脉证治法",简述脉法、儿科诊断及儿科常见病的诊治;卷中"记尝所治病23证",列述钱氏医案23则;卷下"诸方",详述120余方的配伍和功用。书末附阎孝忠《阎氏小儿方论》1卷、董汲《小儿斑疹备急方论》1卷。钱氏在钻研《内经》、《诸病源候论》等医学典籍的基础上,结合自身临床体会,精确地概述小儿生理病理特点,着重提出小儿"脏腑柔弱,成而未全,全而未壮",一旦患病"易虚易实,易寒易热"。故治疗戒妄攻误下。他说:"小儿易为虚实,脾虚不受寒湿,服寒则生冷,服温则生热。当识此勿误也。"上述学术见解对小儿病的证治具有重要的临床指导意义。钱氏所提出的以五脏为纲的儿科辨证方法,将儿科一些常见证候与五脏直接相联系(如心主惊、肝主风、肺主喘、脾主困、肾主虚等),提示了儿科辨证的纲领。本书还确立了儿科较为完整的诊断理论和方法,除以证、脉辨病的寒热虚实外,钱氏更重视望诊,创造性地总结出"面上证"、"目内证"两种特殊望诊法,即审视小儿面部及眼内色泽以判断疾病。诊病观察细致,举凡小儿全身状况、皮肤、指甲、大便、小溲,特别是头面各部位的气色变化,均予阐论。书中详述多种常见病(尤详于儿科麻、痘、惊、疳四大证),为中国儿科疾病史提供了重要的参考资料。在鉴别诊断上,已能从皮疹的特征上初步鉴别天花、麻疹、水痘等几种发疹性传染病,并能区别惊、痫两证。对惊厥的诊治尤有创见,指出急惊风和慢惊风,由于病因和证候的不同,当分别采用凉泻与温补的治疗大法,从而丰富了此类疾病的认识和治疗。在治疗方面,钱氏结合小儿生理、病理特点,处处强调照顾小儿的正气,侧重于小儿脾胃和肾脏的调养;时时以"痛击"、"大下"、"蛮补"为禁。钱氏善于化裁古方,创制新方,如将六君子汤去半夏,改为五味异功散,四君子汤加藿香、木香、葛根,制成七味白术散,均能适应小儿体质和寒热虚实等不同病情的需要。又将崔氏肾气丸去桂附,方名六味地黄丸。已成为滋阴的代表性方剂。本书集中反映了钱乙的学术思想和医疗经验。理、法、方、药俱全,内容丰富,深为后世医家所推崇。明代熊宗立誉之为"活动之筌蹄,全婴之轨范"。《四库全书总目提要》亦赞云"小儿经方,千古罕见,自乙始为专门,而其书亦为幼科之鼻祖。后人得其绪论,往往有回生之功"。薛己"更其次序,为之注,厘为四卷",将此书收入《薛氏医案》丛书。清代康熙起秀堂仿宋刻本后附刘跂《钱仲阳传》、《阎氏小儿方论》及《董氏小儿斑疹备急方论》各1卷。1955年人民卫生出版社据周学海3卷本予以影印出版,为今日流行的主要版本。

小儿卫生总微论方

儿科学著作。20卷。宋佚名氏撰。于宋绍兴二十六年(1156)由太医局刊行。明弘治二年(1489)朱臣重刻时改名为《保幼大全》(或称《保婴大全》)。南宋太医局何大任在该书序言中云:"家藏甚久,今六十余载矣……自婴孩初育以至成童,所谓保卫其生,总括精微,视古今方书极为详尽。"本书系统总结了南宋以前的儿科成就。卷一—三为总论,分别阐述胎儿的禀受、胎疾,初生儿的洗浴、断脐、哺乳、慎护、食忌、脉理,以及五脏主病、发热证治等,体现了防病与治病并重的思想,并结合前人论述,对小儿生理、病理特点及诊治方法,作了扼要的阐明。各论部分除介绍小儿内科常见多发病外,还有一些外科、皮肤科及五官、口齿、扑坠损伤等病证,尤详于儿科四大证(麻、痘、惊、疳)及咳嗽、吐泻、黄疸、诸虫等病的论述。书中论方俱备,内容丰富,体现了辨证与辨病相结合的特点。卷四为惊痫论。卷五为惊痫方治,书中认为"小儿疳病,诸论丛杂,唯五疳之说为当。其证候外则传变不同,内则恶属五脏",将小儿疳病分为肝疳、心疳、脾疳、肺疳、肾疳,并分列有治五脏疳方。对小儿"身热",则根据发热特点和兼证不同,辨明潮热、壮热、温热、风热等不同热型,采取不同治疗方法。书中所列用的文献,多出于《千金方》、《小儿药证直诀》、《圣济经》诸书,还有一些现已佚失的医著。

该书刊本颇多,现存最早为明弘治二年(1489)刊本。1959年上海科学技术出版社据兰陵堂刊1924年黄陂萧氏重校本勘正后出版排印本。

幼幼新书

儿科学著作。宋代刘昉等撰辑。刊行于绍兴二十年

(1150)。全书40卷,667门(篇),计100余万字。该书收载宋以前140余种医籍中有关儿科的理论和方剂,是中国南宋时期的一部大型儿科类书。书中包括儿科总论、病源形色、胎教、调理、摄护、初生疾病、先天疾病、内科杂病(尤详惊、痫、中风、伤寒、诸血痰涎、虚热蒸疸、诸寒羸瘦、癥瘕积聚、疳证、泄痢)以及血痰淋痔、癫疝、虫疰、眼耳鼻齿诸证、斑疹麻痘、一切丹毒、痈疽瘰疬、疮瘰疥癣、头疮冻疮、鲠刺虫毒等证,用药治法也很详备,除常用的丸、散、膏、丹外,亦有针法、灸法以及很多外治法。本书集宋以前儿科之大成,广泛辑录古代名医的著述、医论,汇集了很多现已佚失的早期儿科著作,同时又注意选取近世儿科名家钱乙、刘元宾、董汲等人之学术见解及经验方,并收集较多民间传方及私人藏方,使此书在医理论述上和方剂收集方面,具有一定的深度和广度。书中介绍望指纹诊法及望指甲诊法,为记录指纹望诊法较早的一部著作。该书将新生儿疾病独列为一科,指出"脐风"因"水入"、"胎多热"及"贼风所人"而导致。详述新生儿破伤风的典型症状为"撮口不开,下乳不得,其候面青,哭声不出,多撮唇口"等症。在婴幼儿的护养上,指出孕妇饮食起居,可直接影响胎儿发育;父母身体状况,能直接影响胎儿健康等。这些看法,在一定程度上带有优生学思想的萌芽。

《幼幼新书》所引文献有明确的出处和严格的体例。在每段引文上方,均记有所引书目的名称。特别是书中保留了一些现已散失的医籍内容,对于研究中国宋代儿科发展史极有价值。该书目前约有5种版本,为①宋本(仅存第38卷),现收藏日本国。②明人尹少川抄本(残本)。③明人刘氏抄本(足本),日人丹波元坚收藏,并于宽政年间又仿抄,即现在的日抄本。④明万历年间刊本(删节本)。⑤《幼幼新书集要》旧抄本(仅存一—三卷,辑人不详)。其中明刊本为现在的主要流传本,系由明代儿科医家陈履端予以重编的。陈氏根据个人临床经验并以小儿体质特点为基础,抨击原书中服石,滥用苦寒方药之弊,对于一些含剧毒药物的方剂,予以严格筛选、整理,使之更切于实用。《幼幼新书》方、论内容十分丰富,是目前中国中医儿科收方最多的一部方书,因而在儿科发展史上占有重要地位,它是南宋时作为大医习业必读的儿科专著。其中之医论及方治内容,多为宋以后儿科著作所引述。此外,该书典型的文献学特性,已成为历代目录学家、考据家、医学史专家们颇为注目的医学文献。1987年4月,人民卫生出版社出版《幼幼新书》点校本。

活幼心书

儿科著作。3卷。元代曾世荣编撰。刊于1294年。卷上为"决证诗赋",将儿科疾病编成歌赋75首,并择要详论之,便于初学者记诵;卷中"明本论",将儿科病证分成43篇立论,并附遗8篇,介绍了作者临证心得;卷下"信效方",为作者选录切于实用的儿科验方230首,分成汤、散、丸膏、丹饮、金饼等分述之。现有1910年武昌医馆据艺风堂藏至元刻本重校刊本、中国医学大成本及18世纪日本刊本等。

婴童百问

儿科著作。10卷。明代鲁伯嗣著。刊于1542年。其内容卷一载初生儿护养、小儿脉法、变蒸、脐风、五脏病证;卷二载抽搐、急慢惊风、惊痫;卷三载五硬、五软、夜啼证;卷四载胎疾、解颅及五官科诸病;卷五载五迟、腹胀、腹痛和积滞证;卷六载伤寒及喘嗽等;卷七载霍乱、吐泻、痢证;卷八为脱肛、痔证及溲闭、便闭和疳证;卷九为虚证、蚘虫、疝气等;卷十为疟疾及痈、疽等外科证。每一证均以问题形式提出,然后详述之。每问必究其病源,每证必详其治疗,因病处方投药,剂量、服法、临证加减,均其详备,共计百问,828方。且鲁氏能参会众说,自成一家,取材审慎,表明了鲁氏在儿科证治方面的造诣。是书初为郭定所藏,后其子坤刊刻于陕西蓝田,始得流传,复由吏部尚书许赞献于当朝,得王肯堂、熊宗立氏校定,流传乃广。王肯堂评曰:"故其为书,论辨详审,制合精当,……病无遗载,方有余奇,开卷昭然,瞭是发矣。"中华人民共和国成立之后有排印本。

幼科发挥

儿科学著作。4卷(一作2卷)。明代万全(密斋)编辑。约刊于嘉靖二十八年(1549)。万氏三世家传小儿科,对女科、养生等亦有相当造诣,其所撰儿科著作有数种。又以《幼科发挥》流传较广。此书简明而富有条理,能重点反映万氏儿科的学术经验。首卷以总论内容为主,内有形色发微论、原病论、入门审候歌,以及胎疾、幼疾等篇论,扼要地论述了新生儿、婴幼儿的生理、病理、证候、诊视等儿科基本知识。其余诸卷介绍儿科病证证治。万氏儿科以《素问》经义为纲,结合钱乙的脏腑辨证,论述小儿"五脏诸证"及"五脏主病",其对于儿科医生"审察病机、无失气宜",具有重要的指导作用。书中按照肝、心、脾、肺、肾五脏顺序,介绍儿科疾病的诊断、治疗,每脏先列主病,次及兼证,再次为所生病,并进行简要的阐析,并根据"主病"及"兼证"辨证的虚实,分别论治、列方,方后附方解及服用法。万氏重视调补脾胃,立法组方严谨,治病善于应变,立方遣药多出自家传经验,且每病后均附有医案。本书现存主要版本有《万密斋医学全书》10种本。清康熙年间韩江张氏重刊本等。1957年人民卫生出版社出版排印本。

活幼心法

儿科著作。又名《活幼心法大全》。9卷。明代聂尚

恒(久吾)撰。刊于万历四十四年(1616)。卷一—六论述痘疹的证候诊治;卷七记述作者本人治痘之经验和医案;卷八论麻疹;卷九论儿科惊风、吐泻、疳证、发热、腹痛等及小儿面部望诊法。聂氏参酌前贤之方论阐述心得,于痘疹各阶段证候辨析详明,治疗上颇多创见,用方亦甚精切,故《活幼心法》甚得后世儿科医家之重视,影响较大,流传颇广。如朱纯嘏推崇曰:"久吾聂氏集痘疹之大成,开幼科之法眼。议论精,辨证确,用药当,不偏于寒凉,亦不偏于温补,深得中和之理,合宜之用,无过不及之差。"朱氏著《痘疹定论》即师法于此。今有明清以来多种刊本。

小儿推拿广意

推拿专书。又名《推拿广意》或《儿科推拿广意》。3卷。清代熊应雄(运英)撰。后经陈紫山(世铠)重订刊于康熙十五年(1676)。卷上载有小儿疾病总论、诊断及各种推拿手法,文图并茂;卷中结合20余种小儿常见病,具体介绍每一病证的取穴及推拿方法;卷下收录胎毒、惊风以下16门病证的药物治疗经验并附常用丸、散、膏、丹方多首。总之,本书所载与明《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》内容相似,但手法较前具体,方药亦有增加,体现了推拿方面的进展,所收载诸手法及有关论点平正可取,有一定的参考价值。是现存较早的一部小儿推拿方书,有较广泛的流传,中华人民共和国成立之后人民卫生出版社有铅印本发行。

幼科铁镜

儿科著作。6卷。清代夏鼎(禹铸)撰,刊于康熙三十四年(1695)。卷一主要论述儿科医生的医学道德规范和推拿疗法的应用;卷二论面部望诊及新生儿疾病的辨证;卷三为惊痫诸病的论治;卷四论述麻疹、伤寒、腹痛、吐泻、痢疾、疟疾等病的证治;卷五辨咳嗽、夜啼、淋浊、疳证等小儿杂病的证治;卷六为幼科药性赋及主要附方。本书是作者及其先辈从事儿科临床之经验总结。除介绍儿科疾病证治外,并对儿科诊断、治疗推拿等提出了一些个人见解。作者认为要提高儿科疾病治疗效果,必当诊断明确,而以"望颜色、审苗窍"为儿科诊断的秘诀。他说:"凡小儿病有百端,逃不去五脏六腑气血。症虽多,怪不去虚实寒热风痰;病纵难知,瞒不过颜色苗窍;症虽难辨,莫忽略青白红黄。"治疗则主张用发表、消导、通利诸法以祛邪外出。强调"不可关门杀贼"。本书对推拿疗法阐述颇多,所撰"推拿代药赋",明示推拿和药物疗法之间的关系。书中并附有一些儿科医案,可资参阅。此外,夏氏对小儿指纹诊法的价值和意义也提出了一些不同看法。本书是一部颇具特色的儿科名著,现存初刻本及其他30余种刊本,1958年上海卫生出版社据光绪二十一年(1895)贵池信天堂刊本出版排印本。

痘疹定论

儿科著作。4卷。清朱纯嘏撰。刊于康熙五十二年(1713)。卷一论痘疹之病因、病理、症状及调治法;卷二论痘疹之伏陷倒逆症,兼杂症及痘后痢、痈等;卷三述人痘接种的方法及历史;卷四论麻疹之证治,脐带处理以防脐风之发生。此书为朱氏师法聂尚恒之《活幼心法》的治疗原则及其临床种痘20余年之经验,提出痘疮源于"胎毒",因四时正气失序,两间杂气交攻而发。此论发聂氏之未发。他还认为治痘需明辨虚实寒热,庶几孰宜温补,孰宜寒下,能临症不误。是书虽攻毒之剂较少,然适用于江南之环境,且作者亦未曾偏废大黄之用。其治痘主张逐毒外出,初起宜发,灌浆宜催,提倡活血以长浆,以免戕伤元气等,是作者治痘经验之体现。《痘疹定论》现有多种近代刊本。1883年徐安澜将本书内容加以增删调整,改名为《痘麻定论》刊行。

麻科活人全书

麻疹专书。4卷。清代谢玉琼(璞斋)撰。刊于乾隆十三年(1748)。谢氏广泛收集麻疹文献,对各家有关麻疹之学术理论及证治、方药内容,悉为录出,并通过实际验证,取其精论效方,编订成册。卷一详述麻疹病因、证候、病程、病情、治法和用药等;卷二—四分别论述麻疹各地不同的病名、岁气、预解宣毒、认证、禁忌鉴别诊断、主证兼证、并发症、顺证、逆证、险证,以及麻疹后期"余邪为殃"等共108条。本卷附录麻疹论、瘄论和麻证补论。本书有论、有法、有方,在每一条之前面,用诗歌韵文撷取内容的要点,然后对所述病证的证、因、脉、治,予以阐析,其后列举要方。谢氏强调麻疹的传染性,指出麻疹"多带时性"。全书阐论麻疹之病因、临床表现、麻疹与痘疮等病的鉴别、治疗、麻疹兼烦躁、谵语等17种见证的具体治法。其中有关痘疮与麻疹之鉴别较有特色,指出:"痘出于五脏,脏属阴,阴主血,故痘有形而有汁,其证寒热备有;而麻发于六腑,腑属阳,阳主气,故麻有形而不浆,其证多实热而无寒。"从病机、症状、治疗等方面,将两者之鉴别要点概括无遗。书中列述有关麻疹逆证、险证及其相应治法,大多切于实用。谢氏所选用的宣毒发表汤、葛根解肌汤两方及其加减,均为麻疹初期散发透疹的效方,也是长期以来多数儿科医生所习用的基本方。全书共列述麻疹应用药150余味;收方近300首。谢氏因证立方,因方用药,善于随证加减,为麻疹病的治疗提供了较为完整的方案,故此书的编纂,可以说是集麻疹治法、方剂、药物之大成,在古代麻疹专著中极负盛誉,备受后世医家推崇,此书对热性病、流行性传染病的治疗,也有一定的参考价值。该书有多种刊本,除初刻本外,另有20余种;

1937—1948年，上海千顷堂书局出版朱礼堂评按本，1957年上海卫生出版社出版排印本。

幼幼集成

儿科学著作。6卷。清代陈复正（飞霞）编撰。初刊于乾隆十五年（1750）。此书吸取前贤儿科精要内涵，结合陈氏个人学术经验编成。全书内容较为丰富，论治尤有特色。卷一介绍儿科指纹、脉法及有关初生婴儿的救治、调护、变蒸和养护等；卷二载述胎病、惊风、痫、乳子伤寒、伤风、伤暑、伤湿及霍乱证治；卷三—四载述小儿40余种常见多发病的辨证、治法、处方和用药；卷五—六为陈氏删节润色的万氏痘麻歌赋共170余首，附方130余则。陈氏儿科颇有独到之处，如在"指纹晰义"中，指出小儿指纹乃太渊脉之旁支，辨证时宜掌握"浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实"，被后世认为是简要而切于临床实用的经验。陈氏引用《内经》、《伤寒论》的观点，指出世人误以伤寒无汗为急惊风，以伤风自汗为慢惊风，以脾败胃伤竭脱之证为慢脾风；并主张用"搐"字易"惊"，将急惊风、慢惊风及慢脾风分别名为误搐、类搐、非搐，因而在书中新立"误搐、类搐、非搐分门别证"1篇，不仅对诸搐作了鉴别诊断，并将临床上出现抽搐、厥逆、内闭外脱诸证的小儿疾病均称之为搐，而不名为惊风。对小儿病的诊治，均以保护脾胃生生之气为原则。在"勿轻服药"的论述中，他强调须保护脾胃，不可"杂药乱投"，并不同意"小儿为纯阳之体"的说法，认为后人误信此说，肆用寒凉，致伤败脾胃，遗祸无穷。此外，书中对小儿惊风及脐风的灯火灸法等均有一些较好的见解，并创立了不少适宜于小儿的外治法，药简效捷，颇受欢迎，如按摩、热熨、贴药、针刺、艾火等，以补内治法之不足。由于该书内容全面，观点明确，有独创之见，故自刊行后流传较广，目前可见的清代刊本颇多，日本文化11年（1801）有林权兵卫刊本，说明此书具有一定的国际影响。1962年上海科学技术出版社出版排印本。

幼科释谜

儿科著作。6卷。清代沈金鳌（芊绿）撰，刊于乾隆三十九年（1774）。24门。卷一总论小儿诊法及初生诸病、惊风，计2门。卷二—四分22门，论述小儿痫痉、疳积、发热烦躁、伤寒、麻疹、疟疾、黄疸、水肿、腹痛腹胀、痞结积癖、食积、吐泻、痢疾、感冒、咳嗽哮喘及小儿杂病的证治。卷五—六为诸病应用方。收载儿科常用方剂381首。每论之前，各编四言韵句一首，综述该病证之病因、病机及主证、探源析流，阐明义理。简括扼要，颇便记诵。韵语之后，复采前人有关学术经验，阐述该病辨证及治法，其后又选诸家有关议论，以相发明。作者于儿科证治有关问题提出了不少个人见解，如强调小儿脏气未全，不胜药力，药宜中和，不可过猛，更不可峻攻峻补，大寒大热。主张处方必须结合患儿禀赋体质等具体情况灵活化裁。沈氏还提出儿科应注意鉴别小儿的真病与"诈病"，"有一种娇养小儿，至四五岁，六七岁，知识略开，便生诈伪。不饥为饥，不渴为渴，不痒为痒，不疼为疼。父母溺爱不知，谆谆告医，医若不察，便尔多误"。凡此，对读者均有一定的启发。此书曾收入《沈氏尊生书》，现存乾隆间初刻本及同治元年（1862）单刻本，1957年上海卫生出版社据《沈氏尊生书》出版《幼科释谜》单行本。

疫痧草

儿科专著。3卷。清代陈耕道撰。刊于嘉庆六年（1801）。卷上"辨论章"，系疫痧（猩红热）的总论部分，阐明疫痧因感染疫毒所致，通过"气息传染"、"一感即发"，表明其有较强之传染性，极易避之（即预防之）及疫痧之一般证候及治则；卷中"见象章"，详论疫痧诸证候，如发热、痧疹形式、面色、舌苔、脉象、咽喉部症状及其他症如神昏、肌燥、便溏、咳嗽、气促、牙疳、遗毒等；卷下"汤药章"，订疏达、清散、清化、下夺和救液五大法，作为治疗本病的法则，每法下列相应之方药，并附汤药总论及吹药、漱喉方、牙疳方等。因其列证详而论之慎，疗治精而有常法、变法，为其后儿科医家奉为治疫痧之圭臬，是流传较广的疫痧专著。有清道光十八年（1838）以来多种刊本。

厘正按摩要术

推拿按摩专书。4卷。清代张振鋆撰。张质（幼樵）等校订，刊于光绪十四年（1888）。本书是在明代周于蕃的《小儿推拿秘诀》基础上，经进一步校订、增补而成，故名"厘正"，是清代流传较广的按摩文献。卷一为辨证，重在诊法，除收录四诊八纲诊法，尤侧重小儿望诊，并载胸腹按诊法，后者是同类文献中罕有者，体现了诊法方面的发展；卷二论立法，包括按摩、掐、揉、推、运、搓、摇等八种手法，以及针灸、淬、砭、浴、熨、汗、吐、下等近30种治疗方法；卷三论按摩取穴原则，强调八纲辨证与循经取穴的重要性；卷四收录24种小儿常见病的治疗经验及多种内服与外治方药。总之，本书详于辨证、立法、考穴，且以手法见长，每一手法均绘之以图，弥补文字上的不足。所有论述几乎都附有文献出处，为本书又一特点，故对临床应用及文献研究均具实用价值。1955年人民卫生出版社曾据原刊本缩印发行。

小儿推拿方脉活婴秘旨全书

小儿推拿专书。原书2卷，后析为上、中、下3卷。又名《小儿推拿活婴全书》或《小儿推拿秘旨》。明代龚廷贤撰，姚国祯补辑。刊于1604年。是中国现存较早的儿

科推拿专著。卷上为总论，对小儿常见病的病因证治作了较系统的论述，并详载各部位的取穴原则与手法；卷中、下以歌诀形式总结了小儿常见病的推拿治疗经验，并附常用方50余首。本书是一部论述清晰，取穴及手法详明，不仅继承前代的经验，而且结合其本人的心得阐述了辨证论治观点在儿科推拿术中的应用，它对后世小儿推拿治疗的发展有一定的影响。中华人民共和国成立之后江苏人民出版社校订排印。

秘传眼科龙木论

眼科学著作。10卷。撰人不详，约宋元间人编集。卷一—六载《龙木总论》及《七十二证方论》，内述72种眼科病证及治疗方药，其中论内障23症、外障49症（内含小儿外障5症）、方剂近百条；卷七《诸家秘要名方》，内容为《巢氏论针眼候》、《三因方》、《本事方》、《百一选方》、《和剂方》，引录《三因方》等书38个眼药方；卷八《针灸经》系从各书辑录眼科常用针灸穴位、针灸治法以及适应证与禁忌证；卷九—十《诸方辨论药性》，记述155种眼病药物之药性、主治、炮制和用法。卷末附《葆光道人眼科龙本集》，内有论五轮八廓、钩割针镰法、论眼捷法、论眼昏花捷要、七十二问答，内容与《龙木总论》之“七十二证”大同小异。此书立论精微，治法详备，对中国古代眼科学发展具有一定影响，深受后世医家推崇，是中国眼科学重要文献之一。作者于眼科病因，明确提出：“六淫外伤，五脏内郁，饮食房劳，远视悲泣，抄写雕镂，刺绣博奕，不避烟尘，刺血发汗，皆能病目”的三因论。如“惊振内障”因五脏虚劳受疾，亦由肝气不足，热毒冲入脑中；或因打筑，脑中恶血流下，渐入眼内，后经二三年间变成白翳，一如内障形状。书中提出眼病治疗，可用金针拨障术、针灸，并配合服药。并注明某些眼病不宜用金针拨障术，如“惊振内障”只需依法针之即可，然后服镇肝丸、还睛散即瘥。书中所列治疗方剂大多切于实用。

据考隋唐年间自天竺传人《龙树眼论》，但不久即亡佚，部分内容散见于古方书中，如朝鲜之《医方类聚》，日本之《医心方》等书。宋代《龙树论》因避英宗（赵树）讳，故改称《龙目论》；《圣济总录》则称《龙木论》。以上为本书之源流。《龙树论》虽佚，《秘传眼科龙木论》与《龙树论》相间不远，故其内容在一定程度上有近《龙树论》之处。此书可谓中国现存最早之眼科著作，现存明万历三年（1575）刻本及其他明、清刻本、日抄本等，1958年人民卫生出版社出版校刊排印本。

原机启微

眼科专书。2卷，附录1卷。元代倪维德（敕山老人）撰。明代薛己（立斋）校注。刊于明初。卷上论眼病之病因、病机与治则，共18论；卷下论眼症之制方例法，述药物之君臣佐使，从逆反正之义，附46方，每方均载炮制方法、临床应用与方义说明。倪氏将《内经》、《难经》学术理论灵活地参用于各类眼病之中，如在“淫热反克之病”篇中说“膏粱之变，滋味过也；气血俱盛，禀受厚也；……”等。倪氏诊察眼病，不拘泥于五轮八廓，倡导整体综合辨证，创眼病病因分类法，并按病因将眼病分为18类（淫热、风热、七情五贼、血凝、气散、血气不分、热积、强阳搏阴、亡血、斑疹、深疳等），审因论治，立法处方，从内服之汤、丸，到外用之点、洗、散、膏诸药，均一一详载，搜罗广泛且疗效显著。既注意整体综合，又精于局部辨析，分经论治。本书从病理病因来分析眼病，把眼病与人体功能及外部环境联系起来。附录1卷，系明代薛己校订时增补，内有11论，附方39首。最后“附东垣诸先生治法”，载方39首。对小儿眼病，如小儿五脏目疾，小儿雀盲眼，小儿肝脾等眼疾之治法，述之颇详；另介绍肾脏风眼治法，飞丝尘垢入目等，概括了薛氏眼科临床的精华。本书是较有影响的眼科专著，对后世眼科学术理论的完善与发展起了重要作用，至今对中医眼科临床仍有指导价值。明代傅仁宇所著《审视瑶函》就将《原机启微》全部收录其中。本书现存有明代嘉靖十一年（1532）刻本，另有多种明清刻本（包括《薛氏医案》本）等；1958年上海卫生出版社据《薛氏医案》本予以点校，出版排印本。

银海精微

眼科学著作。2卷。撰年不详。旧题唐代孙思邈辑。该书不见于唐、宋史志著录。现存最早为明代嘉靖间刊本（不著撰人）。万历年间，齐一经从友人李冲涵处得到此书，称“未知何人氏所撰”。此后始有托名孙思邈之刊本。《四库全书总目提要》考得“银海”为道家语（“目为银海”），苏轼“雪诗”有“光摇银海眩生花”之句，断为宋以后书。此书序文与南宋杨士瀛《仁斋直指方》“眼目方论”雷同，亦支持这一说法。或据书中药物采用金元以后盛行的归经说等，推测此书成于元明之间。

全书分上、下2卷，列82症。书中遵循《内经》倡导的整体观思想，阐述眼的生理和病理。上卷列“五轮八廓”并附图说明方位，详述五轮与五脏分属，强调“目为五脏之精华”，列述眼睛五轮病变与脏腑的关系，将眼局部病变与脏腑功能失调、阴阳气血失和相联系，对风、热、火邪在眼病病因中的重要性尤为重视，形成具有中医特色的眼科发病学，如认为大眦赤脉传睛为“心经之实热”；小眦赤脉传睛缘于“心火虚”。这种以五轮联系五脏认识眼病的观点和辨证方法，至今仍为中医眼科所沿用。以下记各种目症（上卷64症，下卷19症），补充了《龙木论》未载病证，并较《龙木论》记载的眼病更为详细具体。各症先图后论，述症较详，辨析病因病机、病位病状（间采问答式体例），强调“治之须究其源，因风则散之，热则清凉之，气结则调顺之，切不可轻用针刀钩割”，末附方药。书中

对某些眼病观察人微(如天行赤眼的流行情况及症状,对瞳人疾患的描述等),讲究辨证用药,治法丰富,注重祛邪,除一般内服、外治法外,还补泻兼施,因人因地制宜。在用药方面,提出"当量人之老小,气质之虚实",并应斟酌"地处之南北而异"等。还常配合劆、洗、针、烙等手法。卷下还附有107首眼科方,包括点、搽、涂、贴、熏、洗等剂型的制备、用法,以及常用中药134味的药性及主治。该书总结了前人眼科望诊的经验,提出了诊察眼病的顺序和方法:"凡看眼法,先审瞳人神光,次看风轮,再察白仁,四辨胞睑二眦,此四者眼科之大要"。书中评介"烙法"、"夹法"的操作,并简述"金针拨障术"。该书是一部理、法、方、药具备的较早的眼科专著,对后世有较大影响,至今仍为中医眼科重要参考书之一。现存有明嘉靖间刊本。1956—1957年人民卫生出版社据醉耕堂刊本出版影印本。1986年12月北京中国书店出版影印本。

审视瑶函

眼科学著作。6卷。又名《眼科大全》、《傅氏眼科审视瑶函》。明代傅仁宇(允科)撰,由其子傅国栋(维藩)刊于崇祯十七年(1644)。卷首介绍五轮八廓、五运六气及前人医案23则;卷一为总论,叙述五轮八廓所属论、目为至宝论、钩割针烙宜戒慎论,内外二障论等;卷二论病因病机,内容录自《原机启微》;卷三—六介绍眼病证候,述其证因治法,兼论小儿目疾、眼科针灸等。书中深入阐发"五轮八廓"等眼科理论,指出"目五轮乃五脏六腑之精华,宗脉之所聚","脏有所病,必致于轮",在病因上遵从陈无择的"三因论",提出"目病有三因","喜怒不节,忧思兼并……皆内因。如数冒风寒,不避暑湿,……皆外因。若嗜欲无节,饮食不时,频食五辛,过啖炙煿,驰骋田猎,冒涉烟尘,……皆丧明之本,此内外因也"。此书将眼病分为19类、108症,收载300余眼病方,论前附有歌括,便于记诵。在眼病的诊断上,强调鉴形辨色以验其因;施治主张标本兼顾,内外并治,其所列"用药寒热论"、"用药生熟各宜论"、"开导之后补宜论",以及对片脑冰片的临床应用,点服药、内外二障证治等均能体现其独到的学术经验。对药物之寒热、生熟、丸、散、膏、丹及针灸等均予详述。所用手法、方药亦多切于实用。书中并介绍金针拨障术、钩、割、针、烙、点、洗、敷、吹等眼病外治法以及用药宜忌。并绘图说明多种眼科器械;另载有煮针法,对术前洗眼、手术方法及术后处理均有记载。末附"眼科针灸要穴图象",定针灸适应证,介绍常用穴位和各类眼药的配置方法。此书系综合各家名著编纂而成,内容录自《龙木论》、《证治准绳》、《原机启微》等,参以家传及作者个人30余年临床经验,不失为中医眼科学一部重要的参考文献。此书现存初刻本及其他明清多种刻本、日刻本等,中华人民共和国成立之后上海卫生出版社(1958)、上海人民出版社(1977)先后出版排印本。

目经大成

眼科著作。3卷。清代黄庭镜(1703—?)撰。初稿完成于1741年,四易其稿后,于1774年定稿。1804年黄氏门生邓赞夫录读其书,以《目科正宗》之名刊出。该书总括前代眼科诊治成就,提纲挈领介绍眼科知识。上卷总论,包括诸药外治章;中卷为各论,论眼病12因及眼病81症;下卷类方。该书由博返约,将《龙木论》内障23证归结为一。又古之内障一证包括了青光眼和眼底病,黄氏在《目经大成》中除明确申述了内障病证外,区别了今之青光眼和眼底病,书中附有眼病方剂229首,外用药19方。又介绍多种手术方法,将内障针拨术总结为拨眼八法(审机、点睛、射覆、探骊、扰海、卷帘、圆镜、完璧),注明眼病手术的适应证及术前后的处理。另附眼科器械及图形。今存《目科正宗》之清刊本3种。1818年由黄庭镜之孙再刊时,更名《目经大成》,有清刊本4种。

一草亭目科全书

眼科学著作。1卷。明代邓苑撰,撰年未详。此书论、方俱备,书中首述有关眼科理论,次为治法(附小儿眼病如痘毒眼、疳积眼、雀目等的治法);方药之后附以药物之炮制、用法、宜忌等。选方(包括外用药)切于实用,其中不少方药为后世所沿用。为明代眼科名著之一。然书中所述方药之来源与验案,或有迹近荒诞者,应予分析批判地对待。另有清刊本所附《异授眼科》1卷,为清人所撰,姓氏不详。该书首载眼病证治、歌赋及眼科验方配制;另有看眼法,判断眼病之可治与不可治;复有点药法、制药法、煎膏法、研药法、合药法、服药法等。其次用问答体裁叙述眼科72症之病因、病情、治法、方药等,言简意明。《一草亭目科全书》、《异授眼科》于清道光、光绪年间合刊行世;光绪八年(1882)胡芝樵校订,1957年上海卫生出版社出版排印本。

眼科纂要

眼科著作,一作《秘传眼科纂要》,2卷。清代黄岩(耐庵)撰于咸丰七年(1867)。卷上为"眼科药要"包括心、肝、脾、肺、肾经药要歌,五轮八廓图,认证歌以及眼科常用方剂,常见病证等;卷下载眼科病证证治歌和眼科杂证如漏睛眼、瞳仁细小、眼瘤等16种,后附作者验案150余则以及李东垣、朱丹溪、钱仲阳、汪石山等"先哲验案"24首。全书以歌诀形式为主,较全面、系统地论述眼科疾病的病因病机,诊断辨证,治法用药以及临床经验。所撰歌诀,多能概括眼科诸病之症状及病因。对卷云丹、珍珠开目丹、珍珠散等眼科外用药的组成修合和配伍用法,均有详细的说明。又此书所附医案大多叙述简洁,证治

兼备，可资参考。现有民国间上海千顷堂书局石印本。

口齿类要

口腔科著作。1卷。明代薛己撰于嘉靖八年(1529)。为中国现存唯一口齿科专著。其论口齿疾病，始于口唇部茧唇，次及各型口疮，再述诸般齿痛，最后记载舌及喉部疾患。书末附有诸鲠、误吞诸物疗法以及60余方。每病均阐述病因、病机和治法。对口疮病指出系因"上焦实热、中焦虚寒、下焦阴火，各经传变所致，当分别而治之"。书中每种疾病均附有病例疗效记录，如茧唇11例中，死亡者为3例，并强调"若患者忽略，治者不察，妄用清热消毒药，或用药线结去，反为翻花败症矣"。由此可见，薛己对于唇癌已有明确的证候描述。对口齿疾病的疗法，注重整体辨证，多采用内服药物。所载医案辨证精详，理法方药俱全，体现了薛氏擅长温补的学术特点。如案中用补益脾肾之剂者甚多，并告诫医者临证不要"妄用解毒之药"，以免引起它证。本书现存《薛氏医案》本、明刻本、日刻本等。1983年人民卫生出版社出版排印本。

重楼玉钥

喉科著作。2卷(一作4卷)。清代郑梅涧撰于1768年。本书系作者在其所得福建黄明生先生传授秘本的基础上，参以郑氏个人临床经验编成。稿成后，又经郑氏同里方成培整理、修改、补充、作序，其子郑承瀚增补。初刊于1839年。上卷17则，首论"咽喉说"、"咽喉总论"，以明确咽、喉的解剖部位及生理上的重要性，并指出咽喉是呼吸、消化之门户。次分论病因、证治、诊断及不治之证等。书中列36种喉风名目，将咽喉、口齿、唇舌各证均以"风"字名之，分别详论各病的症象和治疗。郑氏认为咽喉诸症，多是火热证，其有虚实之别，临床上宜根据病情分别采用"内服"、"外治"等治法，治方则以紫地汤化裁，并灵活配用针灸、吹喉药、噙化、外敷及刀刺放血等法，体现了郑氏辨证、用方和治法的独到之处，深受后世医家重视。上卷末附有"梅涧论症"一则，对白缠风的病机，有精辟论述，治疗方面有超越前人之效方"养阴清肺汤"。卷下论针法及喉间发白症39篇，包括行针手法、补泻、禁忌及咽喉科常用十四经经穴，以及针灸疗法配合应用等。书中对白喉诊治及宜忌论述尤详。此书之养阴清肺汤今已为临床医家所习用，今所谓"抗白喉合剂"即以其为祖方。所论忌药，为后世《白喉忌表抉微》的渊源。此书详于针灸，略于方药，后世却多取其方，而忽其针刺喉证经验。该书之后有郑梅涧之子郑承瀚的《重楼玉钥续编》2卷及《喉白阐微》，皆可与《重楼玉钥》相互补充发明。因该书为喉科名著，清末翻印次数较多，现存有清道光十九年(1839)喜墨斋刊本及其他多种清刻本等，1956年、1982年人民卫生出版社先后出版影印本和排印本。

喉科指掌

喉科专著。6卷。清代张宗良(留仙)撰，刊于1757年。卷一列咽喉大纲论、咽喉形名总论、喉舌分经说、咽喉看治法等；卷二载精选应用方及制药法；卷三为咽喉门、乳蛾门；卷四为喉痹门、喉风门；卷五为喉痈门、大舌门；卷六录小舌门与杂喉门。在治学思想方面强调中医整体观念及基础理论对诊治上的重要意义；对神气、脉理、色泽变化、声音之高低等均详加论述；治疗上刀、针、药并用，所辑之精选方均系在古方基础上，复经个人及长期实践所创用者。全书条理清楚，文图并茂，了如指掌，故云，是清代影响较大的喉科专著。现存清代乾隆二十二年刻本，清代同治三年重刊。

咽喉经验秘传

喉科专书。不分卷。清代程永培(瘦樵)撰。刊于1792年。内容包括：咽喉总论、通喉痹论、诊法、治法凡例；并详述50余种常见咽喉、口舌病的证治经验；同时收载内外治医方近百首。指出咽喉病虽然繁大险恶，然其病总归于"火"，临证必须详辨火之虚实。对属虚者宜补虚而降火；于实者须先去风痰而后消其热毒。在具体调治时主张宜解不宜遏，忌滥用苦寒之剂以减少变症的发生。总之，全书理论密切联系实际，在例案分析的同时，还收有针刺、刀圭等排脓解毒方法，从多方面启迪后学，故曰"经验秘传"。原刻已佚，今仅存光绪二年重刻本，1957年商务印书馆出版排印本。

喉白阐微

咽喉科著作。1卷。清代郑枢扶(承瀚)撰于嘉庆二年(1797)。一名《咽喉白腐要诀》。本书是作者在整理其父郑梅涧《重楼玉钥》之后，总结作者治疗白喉病临床经验心得而成。概括论述白喉之辨证论治、药用宜忌、常用验方等。作者认为，白喉一证，乃"伤燥及感受疫气所致，"其病机由肾水不足，水虚则气不润而燥，故"辨证论治最忌发散，又忌苦寒"，当以养阴清润为主。对时医每以辛温发散或苦寒降泄治疗白喉的错误，力予矫正。据考证，《重楼玉钥》中养阴清肺汤一方，实乃郑枢扶创制。

本书歙县藏有清嘉庆八年抄本，1956年安徽人民出版社出版排印本。

喉科心法

《喉科心法》系喉科专书。上下卷。清代沈善谦(吉斋)撰。刊于1847年。是书上卷论说，着重阐述各种喉风病的脉因证治；下卷载常用汤、丸、吹散的临床应用，并

详述制药方法。所论简明，不尚深奥，但求明白，并由博返约，即或素不知医者按图索骥亦无舛误。并认为喉科乃形体之病，除整体用药外更强调外用吹散对治疗的重要，所收录之方均属临症屡试屡验者，有较好的实用价值。后附压舌板、刀针、箝镊及吹药器等之绘图，以资参考。现存光绪年间刻本及石印本。

咽喉脉证通论

喉科专著。不分卷。旧题宋僧阙名原本，实乃清代法医学家许梿（珊林）所辑托名之作。主要内容为总论、通治、用药、用药禁忌、丸散方药，并对锁喉、重舌、气痈、乳蛾、弄舌、缠喉、哑瘴、骨槽、悬蜞、烂喉癣、热喉风、弱喉、喉闭、呛食、发颐、悬痈、喉菌、牙痛等18种咽喉口齿病的脉因证治做了简要的论述。是书批评当时业喉科者不辨脉理之非，强调临证须首辨寒热虚实，运用散风、下气、清火、消痰诸法；在"用药禁忌"项中对古方甘桔汤不适于急性喉风的治疗作了理论方面阐述。所论虽多一家之言，但因其选方颇精、论证简明，仍不失其在临证中的参考价值。现存多数清刊本，并收于《陈修园医书三十二种》中。有《尤氏喉科秘书》合刊本。

针灸甲乙经

针灸学著作。10卷。原名《黄帝三部针灸甲乙经》，简称《甲乙经》。皇甫谧撰于魏甘露四年（259）左右，南北朝时期改为12卷本。本书将《素问》、《针经》（即《灵枢》古名）和《明堂孔穴针灸治要》（即《黄帝明堂经》）三书分类合编而成。原书以天干编次，内容主论医学理论和针灸之法，故名《针灸甲乙经》。本书内容前6卷主要是脏腑、经络、俞穴、诊法与病机，后6卷主要是各种病证及针灸法。卷一论脏腑阴阳、官能、十二原、十二经水、营卫、精气、津液、血脉、五色、阴阳二十五人等；卷二论十二经脉络脉、奇经、脉度、标本、根结、经筋及骨度、肠度等；卷三按头面、躯干及四肢分别记述周身腧穴名称与位置；卷四论经脉循行及上病、病形、脉诊及三部九候；卷五论针灸禁忌及各种刺法；卷六论脏腑虚实、生病、传变、寿夭、耐痛、形气盛衰；卷七论六经伤寒热病、狂、厥、痉、疟诸病证；卷八论五脏寒热、积聚、胀瘕、浮肿诸病证；卷九论头痛、心痛、欬逆以及脾胃、大肠、小肠、肾、膀胱、三焦诸病；卷十论痹、风、痿、饮诸病证；卷十一论痫、狂、尸厥、霍乱等杂病及痈疽、浸淫病证；卷十二论五官咽喉病、瘤瘿、妇人及小儿病。

本书保存了《黄帝内经》（无七篇大论及《素问遗篇》）和《黄帝明堂经》的内容，是它们的古传本之一，也是现存最早而完整的针灸学著作，对后世针灸学的发展起了重要作用。本书在唐代及同期稍后的日本、朝鲜等国医事律令中均列为学医的必修教材。北宋校正医书局并予以校刊，但南宋以后刊刻较少，现存最早的只有明刻本数种。

铜人腧穴针灸图经

针灸学著作。3卷，附《穴腧都数》1卷。宋代王惟一撰。刊于天圣四年（1026）。本书系王氏在医官院任职时写成。与此同时，王氏还主持修铸了记有经脉腧穴的针灸铜人两具，由于本书系阐释针灸铜人著作，文图相兼，故名《铜人腧穴针灸图经》。卷上首载仰伏人尺寸图，十二经脉及任脉、督脉经穴图等。其次按照手足阴阳十二经脉及督、任脉顺序逐经记述了经脉循行、主病及其所属经穴的位置；卷中首载针灸避忌太乙图，其次按头、面、肩背、颈、膺、腋、股、胁的顺次及经穴排列的行序详论每一经穴的部位、主治、针灸法、宜忌等；卷下首载论十二经气血多少及井、荥、俞、经、合穴名，其次按手、足、阴、阳十二经脉顺序详论其在四肢部经穴的部位、主治、针灸法等。

此外，王氏在撰成此书后，医官院将其书刊刻于四面石壁上，每卷一壁，剩余一壁则另撰《穴腧都数》1卷补人，其内容是分别记以头面、颈、项、背、肩、胸、腋、腹、胁及手足十二经穴在四肢部的经穴部位、及"修明堂诀式"（即周身骨度尺寸）、"五脏六腑、大小形状"等，文字简要，具有全书经穴的索引性质。当时除石刻外，尚有木版刊行，惟现存者只有明政府于正统八年（1443）重刊此书后的复刻本数种。北宋原书石刻的残石数块，及明代石刻的拓本等，此外，在大定丙午（1186）金人有称闲邪瞆叟（佚名）者将此书略加增补，改编为5卷，题：《新刊补注铜人俞穴图经》，其内容主要是在原书基础上删去骨度法、脏腑图、"穴腧都数"等内容，补人经脉循行的注文、针灸避忌人神图等，并将经穴图及十四经脉的排列均作较大的修改，这种补注5卷本，该书增删变动较大，后代复刊本较多，流传甚广。本书总结了北宋以前针灸俞穴的主要成就，对于针灸学的发展起了一定的推动作用。

针灸资生经

针灸学著作。7卷。宋代王执中撰。刊于嘉定十三年（1220）。卷一为俞穴的部位及主治、针灸法，按头、面、肩、背俞、侧颈项、膺俞、侧腋、腹、侧胁及手足三阴、三阳分列诸穴，共收载360穴，并附经穴图46幅。作者根据各书所记进行了讨论；卷二为针灸须药、针忌、孔穴相去、定发际、同身寸等针灸方法；卷三—七分别论述虚损、劳瘵、肾虚、消渴……等临床各科病证共193种的取穴法和配方，作者还结合本人实践验案与有关文献、见闻等作了补充说明，并补充了一些行之有效的单验方。本书特点是收罗的临床资料比较丰富，又能不拘于前人旧说提出自己的独到的看法，因此有较高的参考价值。现存版本主要有元、明刊本及日本刊本。1959年国内又有排印本。

备急灸法

针灸学著作。1卷。南宋闻人耆年约撰于1226年，明代仝循义、金义孙等辑。为通俗性灸疗的小册子。共有22个灸方，包括诸发证、肠痈、丁疮、卒暴心痛、霍乱等常见病，每方均记有所治病名，出处及灸法，并大都附有灸穴取法图解。原蜀刻本已无，现存为淳祐五年(1245)孙炬卿重刊的复刻本。重刊时附刊有无名氏的《骑竹马灸法》及《竹阁经验备急药方》两种。前书记述了应用骑竹马穴的取法部位，图解及常用外科药方。后书共记载了36个单验方。此书无早期刊本，现存清刻本、石印本等，中华人民共和国成立之后，人民卫生出版社出版影印本。

十四经发挥

经脉专著。3卷。元代滑寿撰。刊于至正元年(1341)。卷上名"手足阴阳流注篇"，总论经脉循行之法；卷中名"十四经脉气所发篇"，按照十二经脉和督脉、任脉的顺序分别记述了各经经穴歌诀，相应的脏腑机能，经脉循行经路，所属经穴部位及经脉主病等。以上两篇的正文部分均按《金兰循经》(元代忽泰必烈撰，今佚)一书，滑氏则作了注释和补充；卷下名"奇经八脉篇"，主要参考《素问》、《难经》、《甲乙经》及《圣济总录》等书，对奇经八脉的循行、主病及所属经穴部位等作了较系统地记述。全书文字简要，并附有仰、伏人尺寸图及十四经的经穴分图。本书在明代除复刻本外，又被收入《薛氏医案二十四种》中，此外又有日本八田泰兴译本及1956年承淡安校注本。

针灸大全

针灸学著作。6卷。明代徐凤撰于正统四年(1439)。卷一为有关针灸经穴、经脉宜忌及治疗的歌赋22首；卷二为《标幽赋》的全文及注释；卷三首载周身折量、寸法，及全身各部的十二经穴位置七言诗；卷四为窦文真公八法流注，记载了灵龟飞腾八法的取穴时日歌及八法主治的各种病证及其所用的配穴；卷五首载徐氏本人的金针赋及子午流注针法。卷六为点穴、艾炷、壮数、避忌、灸疮保养、要穴取法及经穴别名等。是一种综合性的针灸学著作。现存明、清刊本及人民卫生出版社排印本。此外，作为相同的书名，另有一部内容与本书不同的《针灸大全》，则是明代杨继洲《针灸大成》的又名(见"针灸大成"条)。

针灸聚英

针灸学著作。又名《针灸聚英发挥》。4卷。明代高武撰。刊于嘉靖八年(1529)。作者以"诸书于《素问》、《难经》多异少同。今取其同，议其异，故以《聚英》名。"卷首"集用书目"，简介明以前主要针灸学著作；卷一论五脏六腑，仰伏人尺寸，手足阴阳流注，十二经脉、奇经八脉及其所属经穴的循行及主病，并附有经脉经穴图；卷二为骑竹马法、四花穴、灸痨穴、窦氏八穴、子午流注等各家取穴方法；卷三为煮针、火针、温针、折针、艾炷、灸疮、禁忌等针灸法；卷四为多种经穴的要穴歌、经脉歌、针灸临床主治经穴的歌赋、针灸补泻手法歌及针灸禁忌歌等，末有用问答体裁的针灸治疗若干问题。本书集录了明以前针灸学的主要成就，作者又多用按语形式提出了自己的独到见解。书中收集的针灸歌诀较多，尤便于初学习者，现有明刻本及日本复刻本，后者扩为8卷，但内容未变，中华人民共和国成立之后有排印本。

针灸问对

针灸学著作。又名《针灸问答》，3卷。明代汪机撰于嘉靖九年(1530)。作者鉴于从事针灸者，必须根据《内经》、《难经》理论，结合察脉审病，辨别在经在络与气候之已至与否，方可犹有良效，遂撰成此书。书中以问答体裁，对于有关针灸疗法的演变，阴阳、气血、经络、要穴、病因、病理、诊法、针刺手法、针法补泻、灸法以及经穴流注等都作了较详细的解说，作者还对于后代的某些针灸学术见解与医疗作用提出了自己的不同看法，如对南唐何若愚指导的按照干支时日俞穴开合学说所作的批判，以及对个别不负责任，巧立名目的医家进行谴责。由于此书扼要地总结了针灸学中的一些基本理论，因而对于进一步钻研针灸理论提高针灸技术都有一定的参考价值，原书收入汪氏所撰的《汪氏医学丛书》中，近代有抽出单独刊行的石印本及排印本。

针灸大成

针灸学著作。一名《针灸大全》。10卷。明代杨继洲撰。靳贤校正。刊于万历二十九年(1601)。本书是在杨氏早年撰写的《卫生针灸玄机秘要》(简称《玄机秘要》)一书基础上广泛参考了明代以前主要针灸学著作并结合作者的针灸临床经验编集而成。卷一首载仰、伏人周身总穴图，针道源流，其次为"针灸直指"，包括选自《内经》、《难经》的17篇有关针灸论述；卷二为周身经穴赋、百症赋、标幽赋等10个针灸赋；卷三为五运六气歌，百穴法歌、十二经脉歌等及有关针灸法的问答；卷四为仰伏人尺寸图，背俞、腹部穴歌，寸法，九针论及针法，补泻，针灸禁灸等；卷五为井荥俞原经合穴、子午流注针法及灵龟飞腾八穴针法；卷六一七为五脏六腑及十四经穴的主治、经穴歌及考证穴法、奇经、络脉、经筋、要穴、经外奇穴等；卷八首载《神应经》穴法，其次为诸风、伤寒、痰喘咳嗽等23

门,包括内、外、五官、妇、儿各种疾病的针灸取穴方法;卷九选录各家针法及灸法,最后附以杨氏本人的针灸医案;卷十附录陈氏(佚名)的《小儿按摩经》一书。由于本书较系统地总结了明代以前的针灸学成就,内容较丰富,因而影响较大,各种版本约50余种,是近代学习研究针灸的重要参考著作。本书的版本除通行的10卷本外,尚有1737年章氏重刊此书时的木刻12卷本及20世纪初期刊行的一些石印12卷本,前者所增2卷,系将坊刻《铜人针灸经》(按:此将《铜人腧穴针灸图经》)与《西方子明堂灸经》两书合称《铜人腧穴》而附刊于书末者;后者所增2卷则系将原书的第二及第四卷各析分为2卷,但内容未变。

新针灸学

针灸学著作。朱琏著。出版于1951年3月。本书是朱氏1948年在华北卫生学校编写并讲授的《针灸学讲义》的基础上修订补充而成。内容包括正文5篇和附件3节。第一篇为绪论,论述针灸的现状和由来,研究针灸的目的,以及正确对待针灸疗法的态度;第二篇分述针灸治病的原理,针灸治病的关键,手法补泻以及适应证、禁忌证等问题。第三篇分述针术和灸术具体操作方法,第四篇为孔穴各论,分头颈、背部及肩胛部、胸、腹、侧胸腹部、上肢、下肢等部位,共介绍369个腧穴,包括朱氏发现的19个新腧穴的位置、解剖部位、针灸法及主治疾病。第五篇按消化、呼吸、泌尿生殖、循环、神经等系统介绍了有关疾病的针灸治疗穴位。书末附有中国古代十四经针灸经穴图及国内外学者对针灸疗法的实验观察报告。本书是中华人民共和国成立后第一部用现代科学观点和方法,探索针灸疗法的科学原理,系统介绍针灸治疗技术的一部重要著作,影响相当深远。前苏联、朝鲜等国先后将本书翻译成俄文、朝文出版。本书被誉为"利用唯物辩证法和现代科学知识整理发扬中医学遗产,创造中国新医药学的一个范例"。曾先后3次再版。第3版修订工作尚未完成,朱氏即患病辞世。修订工作得由其学生继续完成,于1980年6月由广西人民出版社出版。

马王堆汉墓导引图

古代"导引"(此编偏重于医疗体育)图谱。其绘作时间不晚于西汉初期。1973年在湖南省长沙市马王堆3号汉墓出土。共绘有44幅多种运动姿式的彩色人形图(绘于软帛上),图侧附着标题,帛画幅高53厘米,宽约110厘米,所绘人像高9—12厘米,有男有女,有老有少,或著衣,或裸背。图分上、下4层排列,每层平列10—12人不等。各图形态逼真,姿态服饰各异。据现能辨认的各图标题,明示用导引可以防治的某些疾病名称,如烦、癫、聋、膝痛、溃厥、戾中、温病、痛明等;有记以动物形象者,如龙登、鹞背、信(伸)、鹤、熊经等八九种,这是古代仿生学在医疗体育中的具体运用;还有以人的运动姿势命名的导引图,如"以杖通阴阳"、"仰呼"、"坐引八脆"等。各图以徒手运动为主,尚有少数利用器械(如盘球、棍、袋等)辅助运动者。帛画导引图的出土是中国古代医学科学资料的新发现,进一步填补了中国医学史和医疗体育史在秦汉时期有关导引疗法方面的一段重要空白。

寿亲养老新书

养生学著作。4卷。元代邹铉编撰,约成书于十四世纪初。本书是宋代陈直《养老奉亲书》(约成书于11世纪中)的增补本。卷一为《养老奉亲书》原文,重点论述老年人四时调养措施、食物疗法,以及防治老年病的理论与方法。所录老年病药方及食疗药方,大多用法简便,切于实用。卷二为邹氏所收集的保养及服食药饵,如治血气诸病之地黄粥、猪肚粥、生地黄粥、鲤鱼粥、鸡子羹、猪蹄羹、牛乳饮等。卷三为诸香、汤、药饵及杂论。卷四为古今嘉言善行七十二事,主要摘录宋以前历代典籍有关修身养性,待人接物的记载。本书以奉亲养老为主旨,系统阐述了老年病的病因、病机、诊断治疗、调养防护,是中国早期老年病学专著。内容涉及保健、强身、食疗、养性以及老年病的防治等。本书对老年病食疗问题尤有较多的发挥,认为善治病者,不如善慎疾;善治药者,不如善治食。故主张凡老人之患,先宜食治。本书所附200余首方剂中,食疗方占大多数,而且多为药物和食物混合加人佐料调味,适当烹调,做成既保持药效、又鲜美可口的食品,从而达到既可食用,又有治疗作用的目的。须予指出的是陈直《养老奉亲书》赖此书以传,体现了《寿亲养老新书》的重要文献价值。惟本书取材驳杂欠精,编排体例不一,是其不足。本书流传甚广,日本、朝鲜均有刊本,国内现有元代至正间(1342)刊本。较通行者有1919年上海潮记书庄排印本及中华人民共和国成立之后排印本。

遵生八笺

养生保健著作。明代高濂(深甫)著。刊于万历十九年(1591)。高氏本系文人,自幼羸弱,稍长喜好医学,常咨访奇方秘药以及调摄怡养延年益寿之术。此书系参考诸家论述,结合个人心得体会编成。共20卷,从八个方面,介绍养生保健的理论和方法,其八笺的主要内容如下:

(1)《清修妙论笺》 记述戒心律己的格言。作者从儒、释、道三教百余种著作中摘录有关养生格言250余则。又列举"百病"以告诫人注意精神、心理、社会因素对健康长寿的影响,并列述调摄精神起居的一百种方法——"百药"。

(2)《四时调摄笺》 阐述春、夏、秋、冬四时不同的

养生调摄方法，并概括介绍气功、导引之法。其中论述五脏保健方法较为详备。该笺附有治疗四时季节病证的方剂 40 余种，其所录《玉经八方》更属秘传而有奇效者。

(3)《却病延年笺》 内容有气功、按摩、导引、八段锦以及饮食宜忌等。其所录《修养五脏坐功法》、《治百病坐功法》、《八段锦导引法》以及《太上混元按摩法》、《天竺按摩法》等文献均颇珍贵，具有参考价值。

(4)《饮馔服食笺》 列述品茶、饮膳、菜蔬及养生药物。对饮茶的知识，以及汤、粥、粉面、蔬菜、鲊脯、酿造、甜食等 400 余种饮馔的制法，均予简介。作者并载录用于日常保健法制橘皮、法制半夏等药品以及服食类方剂 40 余首。

(5)《燕闲清赏笺》 介绍鉴赏古董书画、文房器具、花卉养护等知识，并以此作为怡养情性，养生延寿的一种主要方法。

(6)《灵秘丹药笺》 介绍作者所收集到的秘验奇方以及一些有延年益寿之功的补药，其中包括膏、丹、丸、散，及药酒、经验奇方等，此外尚有治疗痰火、眼目、风、痨、寒、噎膈、泻痢、痔漏、痈疽疮毒等病证的单方百余种。

(7)《起居安乐笺》 主要介绍起居、待人接物、床椅、陈设、衣冠等宜忌。包括"恰适自足条"、"居室安处条"、"晨昏怡养条"、"溪山逸游条"、"宾朋交接条"等。反复强调"节嗜欲，慎起居"对养生保健的意义。此外，还介绍了一些花卉的品类和特点。

(8)《尘外遐举笺》 论述了鼓城老父、梁鸿、陶弘景等凡百名"尘外隐士"的逸事。宣扬了心无所营，物无容扰的消极退避的养生观点。

本书以养生为主旨，涉及到气功导引、营养卫生、精神调摄、情性怡养、环境调理等各个方面，内容相当丰富，是一部研究保健医学和老年医学的重要著作。但由于作者受释、道、儒诸家思想的影响，其中也混杂一些封建迷信或消极荒诞的内容。

此书现存明代万历十九年(1591)刊本及其他多种明清刻本、近代石印本等，19 世纪美国学者德贞(J. Dudgeon)曾节译此书部分内容，收入《功夫·道家健身术》中，1985 年巴蜀书社以节本形式分七册出版排印本。

随息居饮食谱

食疗学著作。清代王孟英(士雄)撰。刊于咸丰十一年(1681)。本书共 1 卷。分水饮、谷食、调和、蔬菜、果实、羽毛、鳞介等 7 类，收载可供食疗的食品及药品 330 余种，详细论述其性能及医疗用途、使用方法。有关水和素食之养生保健作用，王氏有较深入的研究，认为水是维持人体和保持健康的重要物质，"人可以一日无谷，不可以一日无水"。此书详论井水、泉水、天雨水、露水、冬雪水、溪河湖池水等不同来源水之性味功能，主治特点等内容。并提出如何运用煮试、日试、味试、称试、纸试等方法以鉴别水质的好坏。对饮水的贮藏、洁制以及水源的保护，论述较详。王氏强调素食，认为水谷为食之本，蔬菜为日用之常。故《饮食谱》中介绍大米、豆类制品尤详。本书载有不少食疗膳食及药饵配方，并详列其主治功用。如胡桃肉粥之治石淋，西瓜汁之治霍乱，猪脊髓久服治骨蒸劳热，桑椹久服使须发不白等，至今仍有相当的实用价值。此外，作者还介绍了利用一些食物或药物用以外治的方法，如用捣蒜贴敷涌泉穴以治疗鼻衄不止等，确有一定疗效。同时，作者反对偏嗜，提倡"食忌"，并按发病性质将饮食发物归纳成发热、发风、助湿、积寒、动血、动气等六类，有一定指导意义。现存咸丰、同治、光绪间多种刻本。1986 年人民卫生出版社出版点校本。

洗冤集录

法医学著作。简称《洗冤录》。5 卷。南宋宋慈(惠父)撰。刊于淳祐七年(1247)。是世界上现存第一部系统的法医学专著，比欧洲法医学者(Fortunato Fedele，1602 年)的著作早 350 余年。该书对尸体现象、窒息、损伤、现场检查、尸体检查等方面均有细致的观察和较为科学的观测手段和方法。其主要成就有：尸斑的发生与分布；腐败的表现和影响的条件；尸体现象与死后经过时间的关系；棺内分娩的发现；缢死的绳套分类；缢沟的特征及影响的条件；勒死的特征及与自缢的鉴别；溺死与外物压塞口鼻死的尸体所见；窒息性玫瑰齿的发现；骨折的生前死后鉴别；各种刃伤的损伤特征；生前死后及自杀他杀的鉴别；致命伤的确定；各种死亡情况下的现场勘验方法等。此书系统总结尸体外表检验经验，集南宋以前法医学尸体检验经验之大成，在法医学史上具有划时代的意义，为后世法医学奠定了基础。书中在"被打勒死，假作自缢"中记述了死后被人用绳索系扎，因其人已死，血气不行，其痕无血荫，虽被系缚深入皮，无青赤色，只是白痕。记述形象具体，富有科学性，对法医鉴定死因很有价值。在"论中毒篇"中又指出"凡可以致人于死者，非独砒、鸩为然，而参、附为尤甚，日夕服之不置，以致口鼻流血，肤为寸裂而死"；在中毒症状的描述中，提出了血液中毒与胃肠型中毒的不同，列举了许多自杀、谋杀、各种毒物及急救、解毒方法。书中述及棺内分娩，是世界法医学史的最早记载。宋氏指出"有孕妇人被杀或因产子不下身死，尸经埋地窖，至检时却有死孩儿。推详其故，盖尸经埋地窖，因地水火风吹死人，尸首胀满，骨节裂开，故逐出腹内胎孕"。明确这是在尸首胀满(巨人外观)的情况下发生的，是尸体腐败过程中的一种伴随现象。由于该书是一部有价值的、系统的法医学著作，因而自元迄清的 40 余种法医学著作，无不以此作为祖本。目前，该书宋刻本已佚，现存最早的版本为元刻《宋提刑洗冤集录》，此外又有从《永乐大典》中辑出的 2 卷本。清代多种刊本与元刻本完全相同。该书被译成日、英、法、俄、德、朝鲜、荷兰等国

文字,流传世界。近来有杨奉琨校译本、贾静涛的繁体字校注本。美国 Mcknight,BE.根据《洗冤集录》译成《The Washing Away of Wrongs》(1981)。

平冤录

法医学著作。赵逸斋订。宋元间刊行。据王与《无冤录序》:"昔宋惠父念狱情之失,由定验之误,曾编《洗冤录》,赵逸斋又订《平冤录》"。即该书在《洗冤集录》之后,《无冤录》(1308)之前问世。久已失传。从《无冤录》中有注明"出《平冤录》"的内容看,《平冤录》所述主要源于《洗冤集录》,仅少数内容有所不同,而这些内容又已收入《无冤录》内,这可能就是《平冤录》失传的主要原因。现今《无冤录》是记载《平冤录》内容的唯一书籍。已知各种版本的《平冤录》,包括:北京图书馆藏明刻本《平冤录》1卷;明代《国史经籍志》载《平冤录》2卷,题东瓯王氏;明代胡文焕《新刻平冤录》1卷;《宋元检验三录》本《平冤录》1卷等,均非《平冤录》原著面貌。由北京图书馆藏明刻本"平冤录"的首页看出,实即《无冤录》卷下的首页。虽将书名改为《平冤录》,但书中的"出洗冤录,平冤录同"字样却一仍其旧,由此证明《平冤录》实为被割裂的《无冤录》下卷。

无冤录

法医学著作。2卷。元代王与撰于1308年。作者初撰于温州,晚年予以修订定稿。该书以《洗冤录》、《平冤录》为蓝本,参考了宋代《刑统》、元代《检会通制》、《考试程式》及至元、元贞、大德、至大、延佑等年间的官牒条格,并结合作者自己多年治狱经验编写而成。该书分三部分:第一部分包括"今古验法不同"至"病死罪囚",共13项,是王与自己的经验。第二部分题为卷上,自"尸帐式"至"初覆检验关文式",共17项,为元代的检验制度。这两部分系针对当时官吏检验疏忽而设。如见丽水、开化等地作作检尸用"毫厘有差,短长无准"的营造尺,因此强调用统一的官尺;如论银钗试毒,鉴于市铺银器滥伪不真,影响检验,提出官家用足色花银制造专用检尸银钗,并对其进行试验、函记、封收。第三部分题为卷下,包括"检覆总说"、验法、各类尸伤鉴别及"发冢"共43项,是根据儒吏考试程式(结案式)、洗冤、平冤二录汇编而成,内容有所阐发、补充。如将自缢和勒死分为两类鉴别,至清代犹遵用之。明代《无冤录》的流传有三种形式:①由羊角山叟将元椠《无冤录》重刊,加入序言。此书后来流传国外,成为朝鲜、日本的检验专书。在朝鲜,李朝正统三年(1438)崔致云等奉世宗之命完成对《无冤录》的音注,成《新注无冤录》,这是中国最早输出国外的法医著作。后来又有训注、重订的《增修无冤录》及谚文(朝鲜文)《增修无冤录谚解》等。《无冤录》在朝鲜不仅是检验尸伤的参考书,而且是任用司法官吏的考试科目,直至1908年在《新旧刑事法规大全》中方将《无冤录》列为失效法令。日本于1768年将朝鲜《新注无冤录》译成《无冤录述》,该书成为日本最早的法医学书籍。《无冤录》在中外文化交流史上作出很大的贡献。②不著撰人名氏、无序跋之《无冤录》,见《新刊无冤录》及《四库总目·法家类存目》所载浙江巡抚采进本《无冤录》2卷。③被割裂的《无冤录》,下卷改名为《平冤录》,第一部分及卷上合刊为《无冤录》,如胡文焕的《新刻无冤录》、崇祯本《无冤录》、《善本书室藏书志》所载的《无冤录》,《宋元检验三录》中的《无冤录》等。现今易见之《无冤录》刊本有:《枕碧楼丛书》本(1909)、《敬乡楼丛书》本(1929)及《无冤录辑注》本等,后两本是朝鲜《新注无冤录》在中国的重刊本。

洗冤录

法医学专著。又称律例馆校正《洗冤录》或校正本《洗冤录》。4卷。刊于康熙三十三年(1694),多以单行本刊行,或将本书附于大清律例之后。卷一为总论;卷二为各种窒息死、损伤和烫伤;卷三为中毒、病死、急死、诸种钝器伤与雷击死;卷四论急救。本书是大清律例馆以《洗冤集录》为主,以王明德的《洗冤录补》为辅,采各家之书汇编而成。在许多方面继承和发展了宋慈以后法医学的成就,缺点是选材不够严谨,收录了不少荒诞无稽的内容。已有四国七种欧文译本,都是据本书予以语译的。《洗冤录》经刑部颁发后,成为清代法医检验中不可侵犯的官书,因此,该书问世后,清代就不再有单独著述的系统法医学书。大部分采取以下三种形式:①集证、详义、义证、补注。②探讨某些问题的论集:如《洗冤录备考》、《洗冤录解》等。③"校正本"的通俗化,各种歌诀、录表等。其中值得重视的有李观澜的《检验杂说并检验杂说歌诀》(1796),郎锦麒的《检验集证》(1829),姚德豫的《洗冤录解》(1832),文晟的《重刊补注洗冤录集证》(1844)和徐梿的《洗冤录详义》(1854)。

医方类聚

医学类书。原书共266卷(现存262卷,缺卷155、156、209、220),92门,约950万字。朝鲜金礼蒙等辑。成书于1445年。原书在朝鲜早已散佚,约于1852年,日人丹波元坚将家藏此书残本(原缺12卷),请人参考诸家予以补辑,并仿朝鲜原本活字铅印,刊于1861年,即江户医学训堂本。书中卷一—三为医学总论;卷四—十二为五脏诸论;卷十三—六十三为风、寒、暑、湿及伤寒证治;卷六十四—八十二为眼、齿、咽喉、口、舌、耳、鼻、头面疾患证治;卷八十三—一六八为身形、脏腑、内科杂病证治及中恶、解毒、虫兽伤等;卷一六九—二〇五为皮肤、外科诸病及急救、养生等;卷二〇六—二三八为妇产诸病证治;

卷二二一——二六六为小儿诸病证治。全书收辑中国明代以前医籍150余种，按不同内容分类汇编，有论有方，收方5万余，每方悉载出处，内容极为丰富广博，堪称集医方之大成。金氏除博引历代各家方书外，并兼收其他传记杂说及道藏、佛书等有关医药内容。由于书内有些资料在中国早已散佚，因而本书对于整理研究中医学很有参考价值。1979年人民卫生出版社出版校点本。

万密斋医学全书

医学丛书。108卷。明代万全(密斋)辑于1549年。共收有万氏著作十种，故又作《万密斋医书十种》。计有《保命歌括》35卷、《伤寒摘锦》2卷、《养生四要》5卷、《万氏女科》3卷、《幼科发挥》2卷、《片玉新书》5卷、《育婴秘诀》4卷、《痘疹心法》23卷、《片玉痘疹》13卷、《广嗣纪要》16卷。万全为明代祖传儿科医家，精于儿科及养生学，《万密斋医学全书》为其家传及个人临床医疗经验的汇集。该丛书以儿科内容较多，在理论上宗钱乙，发挥了钱氏五脏辨证理论。在治疗上重视调补脾胃，对小儿杂证如痉风、痘疹等尤富经验，治疗方剂也多简便实用。如《幼科发挥》一书，按五脏主病的系统论述多种儿科病证的诊断和治疗，较详细地介绍万氏家传儿科秘方，并有不少个人独到的见解，对明、清儿科学家有较大的影响。现存清代顺治十一年(1654)刻本及多种清刻本，中华人民共和国成立之后有排印本。

古今医统大全

个人医学丛书。又名《古今医统》。100卷。明代徐春甫(汝元)辑。成书于嘉靖35年(1556)。此书系徐氏搜录明以前历代医书及经史诸家有关医药资料，力求"合群书而不遗，析诸方而不紊，舍非取是，类聚条分"，编撰而成，因其书要旨"在明《内经》旨，正炎黄之统，总统百家以归《内经》"，故题名为《医统》。卷首载有所征引的书目约280种，全书分为"《内经》要旨"、"历代圣贤名医姓氏"(介绍270多名医家传略)、各家医论、脉候、运气、经穴、针灸、临床各科证治、医案、验方、本草、通用诸方、养生等项内容。其中以80余卷的篇幅详述各科病证的辨证论治。病证各分门类，每一病证均载有病机、脉候、治法、药方、易简诸方、灸法、导引法。徐氏主张良医当兼通针灸、药物，认为针灸具有"奇功伟绩，可起死回生"之效用，因此各病宜于针灸者，必附经穴、针法，又谓"药性最为要务"，"良医对药学必须详悉，而尽通变化裁之妙用"，书中有4卷论及本草性能、功用及服药忌宜。"通用诸方"1卷，多载生活保健小常识。全书除引录古说外，作者在医理、方药上有所阐发，资料宏富，系统完整。故有较高的学术参考价值。现存最早为嘉靖三十六年(1557)刻本及其他明、清刻本，并有日刊本等。

赤水玄珠

医学丛书。其全称为《赤水玄珠全集》，又名《孙氏医书三种》。明代孙一奎(文垣)撰。刊于1584年。《赤水玄珠全集》系由《赤水玄珠》30卷、《医旨绪余》2卷、《孙氏医案》5卷等三部分所组成。《赤水玄珠》收载内、外、妇、儿等科病证75门之多，是广辑《内经》以后170余种历代医家名著并结合其本人经验所撰。本着"医难于用药"的指导思想，在论述每一病证时，均引经据典，博采诸家之论，并结合其本人的观点对诸家所论加以评说，客观上起到广集诸家之长的目的。《医旨绪余》是采集诸家之言，与人辩论等语汇编而成。大旨发明太极、阴阳、五行之理，畅发脏腑、气血、经络、命门、相火、三焦之义。其中有的论点较前人有所发挥，有理有据，平正可取，体现了孙氏的学术思想。《孙氏医案》是按孙氏行医地区为顺序而编写的，又名《孙文垣医案》，计有《三吴治验》、《新都治验》、《宜兴治验》三部分。所集医案约300多例，内容广泛，对进一步了解孙氏的学术起到相辅相成的作用。由其于孙泰来、明来及其门人余煌等为整理孙氏临床经验而编辑。总之，本书列证清晰，专以辨证为主，所论多精辟，且汇集明代以前诸家之粹，是一部有参考价值的综合性医书。今流传者有明刊本、《四库全书》本、《中国医学大成》本等。

薛氏医案

医学丛书。系明代吴琯辑，薛己(立斋)及其父薛铠所撰著或校刊注释的医学丛书(共二十四种)。初刊于明代万历年间(1529)。本书所收著述大致可分为以下几类：

属薛己撰著者计10种，31卷。包括《内科摘要》2卷、《女科撮要》2卷、《保婴金镜录》(一名《过庭新录》)1卷、《外科发挥》8卷、《外科心法》7卷、《外科枢要》4卷、《正体类要》2卷、《口齿类要》1卷、《疠疡机要》3卷、《外科经验方》1卷。

属薛己校注的医书计6种，40卷。包括宋代陈自明《妇人大全良方》24卷、《外科精要》3卷，宋代钱乙《小儿药证直诀》3卷，宋代陈文仲《小儿痘疹方论》1卷，明代王纶《明医杂著》6卷，明代倪维德《原机启微》3卷。

属薛己校刊的医书计5种、6卷。有元代滑寿《难经本义》2卷、明代陶华《痈疽神秘验方》1卷、元代朱震亨《平治荟萃》1卷、元代马宗素《伤寒钤法》1卷、元代杜清碧《敖氏伤寒金镜录》1卷。

属薛铠撰辑或校刊者3种，计27卷。其中撰著者1种，即《保婴撮要》20卷；校刊者两种，即明代徐彦纯《本草发挥》4卷和元代滑寿《十四经发挥》3卷。

以上计24种，共104卷。

《薛氏医案》除收载薛氏父子撰著之外，还集中校刊了不少重要医学著作，对保存和传播中医文献，发展中医学术，产生了积极的作用。薛己所撰《疠疡机要》、《口齿类要》、《正体类要》等，都是现存最早的专科文献。薛己所校刊的医书如《小儿药证直诀》、《明医杂著》等，多附以个人医案，用实践验证或阐发原书理论。所谓"订立旧本，附以己说"，与一般随文注释者迥异。明代以前的不少珍贵医学著作，如宋代陈文中《小儿痘疹方论》、宋代陈自明《外科精要》、元代杜本《敖氏伤寒金镜录》、明代倪维德《原机启微》等书籍，都是经薛氏校刊而赖以保存，获得流传。《薛氏医案》是一部重要的医学丛书。现存明万历间刻本，清代以后版本约10余种之多。此外，尚有《薛氏医案十六种》、《薛氏医案九种》等刊本流传。

古今医统正脉全书

医学丛书。简名《医统正脉》。明代王肯堂辑，吴勉学校。初刊于万历二十九年(1601)。此丛书包括44种明以前医学名著。卷首吴氏谓"医有统有脉，得其正脉，而后可以接医家之统。医之正统，始于神农、黄帝，而诸贤直溯其脉，以绍其统于不衰，犹之禅家仙派，千万世相续而不绝，未可令其阙略不全，使观者无所考见也。"故汇辑自《内经》起至明代《伤寒明理续论》等历代著名医家主要医籍，而以"医统正脉"作为书名。内容十分丰富，全书计有：《(补注)黄帝内经·素问》24卷；《黄帝内经灵枢》12卷；晋代皇甫谧《黄帝针灸甲乙经》12卷；汉代华佗《中藏经》8卷；晋代王叔和《脉经》10卷；元代滑寿《难经本义》2卷；汉代张机《金匮要略方论》3卷；金代成无己《注解伤寒论》10卷、《伤寒明理论》4卷；宋代崔嘉彦《脉诀》1卷；宋代朱肱《类证活人书》22卷；金代刘完素《素问玄机原病式》1卷、《黄帝素问宣明论方》15卷、《伤寒直格论方》3卷、《伤寒标本心法类萃》2卷、《素问病机气宜保命集》3卷；金代常德《伤寒心镜》1卷；金代镏洪《伤寒心要》1卷；金代张从正《儒门事亲》15卷；金代李杲《内外伤辨惑论》3卷、《脾胃论》3卷、《兰室秘藏》3卷、《脉诀指掌病式图说》1卷；元代王好古《医垒元戎》1卷、《此事难知》2卷、《汤液本草》3卷、《癍论萃英》1卷；元代朱震亨《格致余论》1卷、《局方发挥》1卷、《活法机要》1卷、《金匮钩玄》3卷、《丹溪心法》5卷附录1卷、《医学发明》1卷；元代齐德之《外科精义》2卷；元代王履《医经溯洄集》1卷；元代马宗素《伤寒医鉴》1卷；明代戴元礼《证治要诀》12卷、《证治要诀类方》4卷；明代陶华《伤寒家秘的本》1卷、《伤寒琐言》1卷、《伤寒杀车捶法》1卷、《伤寒一提金》1卷、《伤寒截江网》1卷、《伤寒明理续论》1卷。各书多经吴氏校订，所选均为较好的医籍版本。本书为医学丛书中较有影响的一种。万历二十九年(1601)初刊本今仍存。光绪三十三年(1907)由京师医局重予校补刊行。1923年北京中医学社再次修订续印。

证治准绳

临床医学丛书，又名《六科证治准绳》6种。共44卷。后《四库全书总目》改为120卷。明代王肯堂(宇泰)编撰。初刊于万历三十年(1602)。王氏精究医学，博极群书，历11年编成此书，先成《杂病证治准绳》8卷，附《杂病证治类方》8卷；续成《伤寒证治准绳》8卷(1604)、《幼科证治准绳》9卷(1607)、《女科证治准绳》5卷(1607)、《外科证治准绳》6卷(1608)。全书阐述临床各科证治，以脉、因、病、症、治为纲领，每一病证先综述明以前历代医家治验，后阐明己见，辨别病证、脉象的异同，随证论治。因该书内容突出辨证论治，可视为证治之准则，故全书总称《证治准绳》。

《杂病证治准绳》专论杂病证治。分为诸中、诸伤、寒热、诸血、诸风、七窍等13门，各门前有总论，后按150余种病证(子目不计)分述。每一病证之下先综述《内经》、《伤寒论》及历代诸家之说，复阐以己见。各证又详列不同症象，分述其辨证论治要点，如对癫、痫、狂三种病的鉴别；将眼科疾患分为190余证予以论述，都体现了对疾病观察认识的深入和发展。最后附以对症方药及加减法。《杂病证治类方》是按《杂病准绳》分类、列方，每方多注明出处，分130余种病证论述。后四种证论方治合为一编，体例稍有不同。《伤寒准绳》系王氏积30年精研伤寒心得编成。全书以《伤寒论》方论为主，首叙入门辨证诀，论述发热、外感内伤辨和伤寒类伤寒辨。书中除仲景原文外，还广集各家学说，附以治法，并一一予以标注；并有四时伤寒传变、六经辨证论治、伤寒全病、变证证治及辨脉法、药性等内容。《外科准绳》乃"集先代名医方论，融以独得"编成。此书较全面地论述痈疽、疮疡等外科疾患及跌扑伤损、正骨手法等内容，如损伤门中记载了人的骨骼形状、位置及各种骨折和脱臼等的整复法，是明以前人体骨骼解剖叙述最详而较为正确者。书中每病证有论有方，个别论方，注明出处。《幼科准绳》体例宗钱乙五脏分证编次，于麻痘门收辑尤详。他认为历代医家"以幼科为最难"的说法是不确切的，因为小儿"精神未受七情六欲之攻，脏腑未经八珍五味之渍"，只要治疗得法，反易为见功。书中论述了儿科初生胎疾及肝脏部、心脏部、脾脏部、肺肾脏部各种病证如惊、痫、咳、喘、发热、吐、泻、痢、疳等。《女科准绳》以陈自明《妇人大全良方》(薛己校注本)为蓝本再增以各家方论，结合王氏经验编成。该书成为反映明代妇产科水平的代表著作。全书分治法通论、调经门、杂证门、胎前门及产后门，每门包括若干病证，每病有论有方。凡引录资料，均注明出处。总之《证治准绳》收罗广博，整理严谨，议论持平，具有"博而不杂，详而有要，于寒温攻补，无所偏主"的特点(《四库全书总目》)。它与《本草纲目》、《景岳全书》被称为明代三大医学杰作，是17世纪流传最广的医学著作之一。并为历代医家所

推崇。本书有 10 多种版本，重要的如明万历初刻本、《四库全书》本、《图书集成》本，中华人民共和国成立之后有缩影本，备有病证索引。另《类方》以下五种均有单行本；此外，除《杂病证治准绳》、《女科证治准绳》外，均有日本翻刻本。

士材三书

个人医学丛书。6 卷。明代李中梓（士材）撰。刊于康熙六年（1667）。包括《诊家正眼》2 卷、《本草通玄》2 卷、《病机沙篆》2 卷。由李氏的学生尤乘汇刻刊行，末附尤氏辑录之《寿世青编》。《诊家正眼》是脉学专著，原刻本已散佚，此传本由尤乘增补考订。上卷论述脉学基本理论及其临床应用，多本《内》、《难》二经，另引王叔和、李东垣、朱丹溪、滑伯仁、李时珍诸家之说，而加注按予以发挥；并简述望、闻、问三诊。下卷辨 28 种脉象，以四言歌诀文体分述"体象"、"主病"、"兼脉"，再加按语，后叙脉法总论。1966 年上海科学技术出版社据清嘉庆甲子（1804）书业堂本出版单行本。《本草通玄》分草、谷、木、菜、果、虫、禽、兽、人、金石等 14 类别，介绍近 300 种常用药的功用、性能、归经，并引历代各家论述，参以作者自己的经验予以论述，附食物性鉴 4 首，末附用药机要、引经报使两文。书中强调不可执一药而理众病，须随百病而变通。在辨药性的寒热温凉时，李氏重温热药，轻寒凉药。《病机沙篆》论述 30 余种内科杂病及妇科疾病的病因、病证及诊治，引证《内经》及各家名著有关学说。尤乘认为此三书包括了诊断、治疗的全面基础知识，故予汇刻。所附尤乘《寿世青编》，广泛记叙了养生却病之道，并介绍各种服食调理法、"勿药须知"、"服药须知"等内容。现存有清康熙六年（1667）刻本。

顾氏医镜

医学丛书。一名《顾松园医镜》。16 卷。清代顾靖远（松园）辑于康熙 57 年（1718）。顾氏尝就职于太医院，学术上主要受喻嘉言的影响，此书为其晚年所辑。作者选录《内经》、《伤寒论》及历代医著之精华，结合个人学术经验予以阐述注解。该丛书包括《素灵摘要》、《内景图解》、《脉法删繁》、《格言汇要》、《本草必备》和《症方发明》6 部分，论及生理、解剖、病原、病理、疾病各论、诊断、疗法、药物、方剂等方面，内容较为广泛及系统。顾氏在专证专论之后，又列举病例，详述有关病证的误治、正治经过情况，这对后世学医者掌握中医辨证论治甚有裨益。对所介绍的病证，分析其病因病机及临床症状，阐明诊治法则、方药配伍，所载方剂多有良效，对同一病证，能因时、因地结合具体症情分别立方。因受时代限制，书中所绘《内景图解》的部分插图尚欠准确。现存康熙年间抄本、清末武林印书馆排印本等；1961 年河南人民出版社据其家属所献抄本校订出版，并将《内景图解》插图全部删去。

医宗己任编

医学丛书。8 卷。清代杨乘六（以行）辑，王汝谦（镜堂）补注。成书于雍正三年（1725）。作者取"以天下为己任"之意，故以"己任"为书名。全书辑评清代医著四种，即高鼓峰《四明心法》（3 卷）、《四明医案》（1 卷）及吕用晦《东庄医案》（1 卷）、董废翁《西塘感症》（3 卷）。高氏等三位均系浙江籍医家，学术渊源宗薛己、赵献可一派。《四明心法》叙诊法、脉义、方论、药论及各种证候的辨治方法，悉从实践经验中归纳写成，述理较为简要。书中对病因的认识偏重于内因，认为"人之元气有限"，故内伤补不嫌早，外感散之戒重，病久更不可妄攻。病机上重视脏腑功能失调，尤着眼于真阴真阳的偏盛偏衰；治疗着重调整水火之偏、补土升阳和疏肝理郁。以五脏生克关系，各主以 5 方，以 25 方概治五脏诸病，善用六味、八味加减及补中益气汤、逍遥散诸方，阐发了薛立斋、赵献可对六味及八味的加减运用。王琦所辑《医林指月》收入此书，改名为《医家心法》，由胡念庵评述。《四明医案》为高鼓峰所治疑难病证 28 例，颇多独到见解。高氏在诊法上尤精于脉，治法上善用温补，临床多宗薛立斋脾肾双补。此外，高氏还善于补肾养阴，用六味加肉苁蓉治便秘；并擅长养肝，用滋水清肝饮治小儿惊证、肝痛等，并从脾肾着手进行善后调理，巩固疗效。案中有以麻黄、桂枝等止汗，以大黄、桃仁等止血，"时而攻人之所不敢攻，时而补人之所不敢补，洵非有胆者不能，尤非有识者未及也"（杨乘六评语）。《东庄医案》为吕氏临证治验笔记，载案 28 例。吕氏论治脾肾并重，而偏于肾命，善于温补，对补中益气、归脾、六味、八味等方运用纯熟，几无案不用人参与地黄。书中对劳倦而致的虚人外感，多用补中益气汤加减；对内伤虚寒或阳脱危证则用温补。吕氏不仅重温补，对滋阴法的运用亦有独到之处。《西塘感证》将时邪外感诸证，分本病、变病、兼病三篇，阐述其辨证、处方的运用要则，条理清晰。董氏立论本于《医学纲目》、《证治准绳》，参以高、吕二家学术经验，书中系统论述"感证"的概念、邪人途径、传变过程、病理变化、各病证治。治疗上分正治、从治，广收各家经验，尤擅用寒凉药。既精于祛邪清解，又重人体正气，强调胃津存亡是"感证"易治难治、可治不可治的关键，以"始终照顾阴津"为根本。制定滋阴五法，发展了赵献可等的滋阴补水思想，对后世养阴救津法治疗温热病很有启发。书中还包括一些危症救治和孕妇伤寒。《医宗己任编》之评注内容，亦多精当。现存清唧三堂初刻本及其他清刻本；1958 年，上海卫生出版社出版排印本。

古今图书集成·医部全录

大型医学类书。简称《医部全录》。520卷，约950万字，是现存规模最大，体例亦较完善的官修医学类书。原隶《古今图书集成》"博物汇编·艺术典"之下的"医部汇考"。整个类书于清代康熙年间由陈梦雷、蒋廷锡等编纂，成书于雍正四年(1726)。编辑方法独具一格。全书结构严谨，层次清楚，从基础理论到分科证治(包括临床各科)赅括无遗。又以各科病证为主，引述历代有关各该疾病的医学文献，前为医论，后为方药，眉目清楚，便于查阅。书中分类辑录自《内经》至清初的120余种医学文献。有古典医籍的注释、各科疾病的辨证论治、医学艺术、记事及医家传略等，搜罗甚富，记述较为系统，各科证治有论有方，其引证材料一一详注出处，标明书目、篇目和作者，便于查对原书，分门别类较为明确，是一部比较全面的医学文献参考书。书中医经注释部分(卷一一七十)，包括对《素问》、《灵枢》、《难经》三书的注释。《素问》注释采用唐代王冰、明代马莳、清代张志聪注文；《灵枢》注释采用马莳、张志聪两家之注；《难经》注释采用元代滑寿注文。脉法、外诊法部分(卷七十一一九十二)汇集30余种医书中有关四诊的论述，详细阐发中医望、闻、问、切四诊。脏腑身形部分(卷九十三一二一六)汇集50余种重要医著的有关资料，论述脏腑学说、经络学说、运气学说、身形学说等。诸疾部分以内科杂病(卷二一七一三五八)占较大篇幅，编者将中医古籍中有关资料依时代先后顺序分类归纳，介绍52种内科疾病的证治，治疗上除介绍方药外，还有针灸、单方等。外科部分(卷三五九一三八〇)，包括痈疽疔毒、附骨流注、游风丹毒、疬疡癜风、浸淫疥疮等11门，其中所辑录的文献资料多取材于《疮疡经验全书》、《外科精义》、《外科正宗》、《医学纲目》、《证治准绳》等书。妇科部分(卷三八一一四〇〇)，包括多种妇科疾病，分经脉、子嗣、胎前、临产、产后、崩漏、带下、乳疾、前阴诸疾、梦与鬼交、交肠等11门。所辑录文献除取材于医学名著外，还有一部分为少见妇科专著。儿科部分(卷四〇一一五〇〇)分两部分，一为小儿一般疾病(25门)，包括胎养、初生护养、诊断以及各种疾病的治疗；一为痘疹专论，详述中医对天花、麻疹的治疗经验。所辑文献，亦包括少见之儿科专著。卷五〇一一五二〇为总论、列传、艺文、纪事、杂论、外编部分。总论系从《易经》、《周礼》及《内经》等书中取集有关医学概论性资料；列传系从史书、地方志及有关医著中收集清初以前的名医传记1 200多则；艺文系历代医书中有研究价值的序和论文；纪事系历代史书、笔记中有关医药纪事；杂论为有关医学事迹和寓言等；外编为非医学书籍所记载的有关医学传说等。此书1726年用铜活字印行。清末有影印本和排印本，另有1934年中华书局出版缩印本等。1959年人民卫生出版社出版排印本，分12册，就其内容性质，订为医经注释、脉诊、外诊法、脏腑身形、诸疾、外科、妇科、儿科，总论及列传、艺文、纪事、杂论、外编等(共8部分)。对其中"太素脉诀"、"产图"等迷信糟粕已作删节。

徐灵胎医学全书

医学丛书。清代徐大椿(灵胎)的个人著作全集。该书通行本收医书16种。分前、后集。前集8种：计《医学源流论》2卷，《难经经释》2卷，《神农本草经百种录》1卷，《医贯砭》2卷，《伤寒论类方》1卷，《兰台轨范》8卷，《慎疾刍言》1卷，《洄溪医案》1卷；后集8种：计《内经诠释》1卷，《脉诀启悟注释》1卷，《伤寒约编》6卷，《杂病源》1卷，《洄溪脉学》1卷，《六经病解》1卷，《舌鉴总论》1卷，《女科医案》1卷。作者徐大椿，早年钻研古典医著，将《难经》和《内经》文字异同之处一一加以校勘，著《难经经释》，接着又撰《神农本草经百种录》，以后陆续写成《医学源流论》、《伤寒论类方》、《医贯砭》和《兰台轨范》，于雍正五年(1727)至乾隆二十九年(1764)间，自刊徐氏医书6种。该书前集部分即徐氏自刊的6种医书，加上晚年完成的著作《慎疾刍言》以及由后人搜集整理的《洄溪医案》。前集部分是徐灵胎本人撰写的，也可以说是比较主要的著作，而后集所收医书，大多并非出于他的手笔。

《医学源流论》是徐灵胎主要的医学论著。他认为要从源到流地研究医学，医学首先要熟读《内经》、《神农本草经》和《伤寒论》、《金匮要略》等古典著作，继而博览《千金》、《外台》以下各种医书。这本医书中有近百篇医论，其中《元气存亡论》、《诊脉决死生论》、《知病必先知症论》、《人参论》、《医学渊源论》等篇，阐述了他的学术观点和新的见解。《伤寒论类方》将《伤寒论》113方，以方为纲归为12类，采取不类经而类方的形式整理研究张仲景的著作，临证应用时可按病证求方，不必随经求证。《神农本草经百种录》从《神农本草经》所载的药物中选取100种，阐述这些药的功用和主治。《医贯砭》对《医贯》作者赵养葵(献可)的学说以及对推崇温补派的医家偏执六味、八味丸，以砭治百病的弊端，提出尖锐的批评。《兰台轨范》叙述内科杂病的证治为主。从徐灵胎的著作中反映出他对中医学学识广博，一生中涉猎的医学古籍很多，并对前辈医家的得失提出种种评论，其中有些论述切中时弊是可取的，但矫枉过正和言过其实处亦不在少数。徐氏认为"仲景《伤寒论》中诸方"字字金科玉律，不可增减一字"，相反，对于《千金》、《外台》以下的医学方论却较轻视，这些是徐灵胎著作中的主要缺陷。现存晚清以来多种石印本及排印本。

医宗金鉴

医学丛书。90卷。清代乾隆年间政府组织编辑。

由太医院院判吴谦(六吉)任总修官,选精通医学兼通文理者纂修,历时3年,至乾隆七年(1742)书成刊行。

全书采辑自《内经》至清代乾隆以前各家重要医书,"分门类聚,删其驳杂,采其精粹,发其余蕴,补其未备"(见《卷首·奏疏》)。全书共分15种,包括内、外、妇、儿、针灸、伤科、眼科等临床各科,还有诊断和方剂学、运气等基础理论内容。计有《订正仲景全书伤寒论注》、《订正金匮要略注》、《删补名医方论》、《四诊心法要诀》、《运气要诀》、《伤寒心法要诀》、《杂病心法要诀》、《妇科心法要诀》、《幼科杂病心法要诀》、《痘疹心法要诀》、《种痘心法要旨》、《外科心法要诀》、《眼科心法要诀》、《刺灸心法要诀》、《正骨心法要旨》。首列《伤寒论》、《金匮要略》注,为吴谦据20余家有关著述订正,对原文逐条予以校注,列述方解,又集存诸家旧注,以歌诀体裁概括疾病诸证的辨证论治,将所有订正及存疑条目汇成"正误"、"存疑"两节,以备参考。吴氏崇尚仲景学说,故首订两书,以为临证规范。《删补名医方论》精选自汉至明以来医方200余首,分温、清、泄、补等类,记有病源、病证、方解及各方的加减,后附以清以前医学名家之论作为注解,使方论具备,便于临证裁夺。《四诊要诀》取宋代崔嘉彦《脉诀》,参以《内经》等书有关内容编成,介绍望、闻、问、切四种诊断方法,叙述简明,易于理解。各科"心法要诀"为本书精粹部分,它以歌诀体裁,概括了各科疾病诸证的辨证论治,并列注释,易于习诵。《郑堂读书记》谓其:"每门又各分子目,皆有图有说,有方有论,并编成歌诀,便于记诵。凡论一证须于阴阳、表里、寒热、虚实八者反复详辨,故谓之心法,大都理求精当,不尚奇异"。如《外科心法要诀》系据祁坤《外科大成》纂辑而成,首叙总论及痈疽诊断、治法;次介绍各种外科处方;再次各论按部位发生的各种外科疾病,并附图说;最后为杂病,包括跌打损伤及婴儿特有外科疾病,有歌有注,文图对照,对外科诸疾论述较为全面。又如正骨手法,素少专书,现《正骨心法要旨》据《内经》诸书有关骨度、十二经络,结合骨伤科临床实际,先论正骨手法及经义,总结出骨折整复摸按、端提、按摩、推拿八字手法,有关人体骨骼解剖及处方;再介绍内治杂证法,并附竹帘、夹板等器械图解,是正骨专书中较好的一种。其他各科心法各具特色。全书注重实际,内容丰富,叙述简明,易懂易记,是中国医学具有"简要、完备"双重特色丛书的一种。清代将此作为医学教科书。本书刊现存有清内府精写稿本和清乾隆七年武英殿刊本等。1956年人民卫生出版社据武英殿刊本出版影印本。1963年又出排印本(作为校勘,并改编目录,附加索引)。1979年再予校点出版。另有《伤寒心法要诀》、《幼科心法要诀》等白话注释本。

医林指月

医学丛书。清代王琦(载韩)辑。刊于乾隆三十二年(1767)。王氏感于有价值的医著不得尽传而易致湮没,故辑集宋、元、明、清时医著12种(附1种)予以校订合刊。所辑医著包括:清代高世栻《医学真传》(主述病因、病机、诊断和治疗),明代张介宾《质疑录》(重点阐述多种病证治则),清代高鼓峰《医家心法》,明代易大艮《易氏医案》(强调"治病贵先识病性"),明代卢复《芷园臆草存案》,元代杜本《伤寒金镜录》,明代卢之颐《痎疟论疏》(详述痎疟因证,附《痎疟疏方》),清代亟斋居士《达生篇》,宋代窦材《扁鹊心书》,清代张志聪《本草崇原》、《侣山堂类辩》,明代卢之颐的《学古诊则》(论述脉理脉法)。每书后有王琦跋文,简略评述作者及其著作。丛书题名《医林指月》,取自佛经《楞严经》中"以手指月示人,人当因其所指而仰视月轮","近觅于指上,岂惟不见月体,亦复不知指用"之意。以喻《素问》、《灵枢》是高挂天空的月亮,即医学中的根本道理;而此套丛书只是为学者指示学习《灵》、《素》的途径,阅读它们应以领悟《灵》、《素》的著作精神为指归,而不可胶泥于丛书具体文词。现存清乾隆三十二年(1767)宝笏楼刻本和清光绪二十二年(1896)上海图书集成印书局排印本。

沈氏尊生书

个人医学丛书。共7种,70卷。清代沈金鳌撰于乾隆三十八年(1773)。沈氏认为"人之生至重,必知其重而有以尊之,庶不致草菅人命",故以"尊生"为书名。卷首为《脉象统类》、《诸脉主病诗》两种,另有《杂病源流犀烛》30卷、《伤寒论纲目》16卷、《幼科释谜》6卷、《妇科玉尺》6卷、《要药分剂》10卷。

《脉象统类》以浮、沉、迟、数、滑、涩六脉为纲,统领诸脉,用以测知阴阳、表里、冷热、虚实、风寒燥湿、脏腑气血。附载"人迎气口脉法"。《诸脉主病诗》仿李时珍《濒湖脉诀》法,作27脉主病诗,认为"欲知病必先知脉,既知脉方可识病",与《脉象统类》相呼应。《杂病源流犀烛》按脏腑经络、风寒暑湿燥、内伤外感、面部身形等统领诸杂病。每病各著"源流"1篇,重点说明脏腑之间及局部与整体在生理、病理之间的有机联系。各篇详究病原,悉列形证,考其方治及病情变幻、病势缓急、病体轻重。尤重病脉、病因,理法方药较为契合。于每门类之末,并附养生导引之术。书中博采《内经》、《难经》、《甲乙经》及历代前贤名论之精萃,并阐发个人见解,论理精到,对读者多所启发,是一部理论与实践相结合的医学专著,在杂病专著中有较大的影响。《伤寒论纲目》以柯韵伯《伤寒论注》为蓝本,予以归类整理。卷首为总论,讨论脉症、六经主症、表里、传变等。卷一—十五以仲景之论为纲,历代诸家阐明仲景学说者为目。又将不属六经者(如伤寒后症及辨脉、平脉等篇),列入卷16。本书突出六经辨证,集中了王叔和以下的各家精论,不仅在理论方面阐析精当,对《伤寒论》方与法亦颇多发明,所引诸论均能注明出处。

《妇科玉尺》介绍了求嗣、月经、胎前、小产、临产、产后、带下、崩漏、杂病等内容。认为医者当注意妇人因见地拘局,性多躁怒忧思,幽私隐曲,不肯自述的特点。沈氏要求医者必按脉切证,辨证精当。这样来治妇女病,有如玉尺量物,准确分明。此亦书名"玉尺"之由来。《幼科释谜》介绍了初生小儿诸病及惊风、痫痉、疳积以至五官疾患、丹毒等,分列24门。采用四言韵语,探源析流,阐明义理,简括扼要。提出小儿用药应以"中和当病为归";"小儿多由食积",医家当慈会而毋胶执等观点。作者此编结合个人学术经验,以解幼科之谜。《要药分剂》取常用药420种,按宣、通、补、泻、轻、重、滑、涩、燥、湿分为10卷,每药列主治、功用、性味、归经、前人精切议论、禁忌、炮制等项,并附沈氏按语,是以简明为特色的药性著作。

以上7种医著于1773—1774年合为《沈氏尊生书》,由无锡沈氏师俭堂首刻。以后有多种清刻本及近代石印、排印本。1957年上海卫生出版社出版该书的排印本。《妇科玉尺》、《幼科释谜》、《要药分剂》、《伤寒论纲目》、《杂病源流犀烛》均有排印本。

陈修园医书十六种

个人医学丛书。陈念祖(修园)撰。陈氏以医术闻名,博览群书,医理精湛,临床经验丰富,晚年讲授医学,生平著述宏富。经后人予以收辑成套,或以其书斋南雅堂而题名为《南雅堂医书全集》;或以其公余著录而命名为《公余十六种》。该丛书计有《灵素节要浅注》12卷、《金匮要略浅注》10卷、《金匮方歌括》6卷、《伤寒论浅注》6卷、《长沙方歌括》6卷、《医学实在易》8卷、《医学从众录》8卷、《女科要旨》4卷、《神农本草经读》4卷、《医学三字经》4卷、《时方歌括》2卷、《时方妙用》4卷、《景岳新方砭》4卷、《伤寒真方歌括》6卷、《伤寒医学串解》6卷、《十药神书注解》1卷。

陈氏在医理上以《内经》、《神农本草经》为基础,以《伤寒论》、《金匮要略》为中心,尤为推崇张仲景学术经验。陈氏阐发医理能融汇诸家之精萃予以贯通,由博返约,通俗易懂。为了使文字古奥、义理深邃的古典医著便于读者习诵,竭毕生之精力予以浅注。其中较有影响的如《神农本草经读》(1803),此书选《神农本草经》中常用药物百余种,附录40种,对原文逐字逐句予以阐释。又《伤寒论浅注》和《金匮要略浅注》两书,编写体例相仿,作者选集前人注文结合己见以阐明经旨,较之其他多数注本浅显易读。同时他鉴于各种医籍汗牛充栋,卷帙浩繁,遂采用"返博为约"的方法,先集以金元明诸大家之说,用通俗语言,写成《医学实在易》一书。其命名的意思是为了消除人们学医的畏难情绪,卷一论理;卷二—四论证;卷五—七论治,分证析方;卷八为补遗、外备诸方并附女科。而《医学从众录》系"就世俗所供奉者,采其名言,录其方治"编成。这些书比较集中地反映了陈氏的主要学术思想和实践经验。陈氏为了让习医者由浅入深,易于熟记,还常用歌括的形式概述医学理论和临床知识,其中著名的如《医学三字经》(1804)、《时方歌括》、《长沙方歌括》、《金匮要略歌括》等。

陈氏的著作涉及基础理论与临床医学,内容广泛,文字简练,通俗易懂,切于实用,100多年来,成了最受读者欢迎的医学读本。后人称赞他"生前活人无算,身后济世有书"(《医学从众录·林序》)。须予指出的是,在陈氏逝世以后编纂"陈修园医书"也风行一时。其版本有18种、21种、23种、28种、36种、40种、48种、60种、70种、72种等,多系书商为谋利而附入其他医家的一些著作。此书现存有清代同治以来20余种版本,中华人民共和国成立之后先后刊印陈氏所著的大部分著作。

世补斋医书

医学丛书。清代医家陆懋修(九芝)编撰。首刊于光绪十年(1884)。全书分正集、续集。正集收医书6种:《文集》16卷、《不谢方》1卷、《伤寒论阳明病释》4卷、《内经运气病释》9卷(附《内经遗篇病释》1卷)、《内经运气表》1卷、《内经难字音义》1卷。此六书均为陆氏所撰,记述了他对医学理论的阐述、辨误及行医30余年的经验体会。如《文集》收陆氏医学论文百余篇,其中对"六气司天"、"五种伤寒"、"三法温清"的论述尤发前人所未发。又如《伤寒论阳明病释》记录了陆氏对《伤寒论》阳明病的论述,他认为"阳明无死证,而不解世人病何以多死于阳明",故著此书,辨释阳明证治,以告世医。续集收陆氏重订医书四种:即《重订傅青主女科》9卷、《重订戴北山广温热论》5卷、《重订绮石理虚元鉴》5卷、《校正王朴庄伤寒论注》12卷。该书现存续集稿本、清光绪年间刻本及1912—1914年江东书局石印本。

周氏医学丛书

医学丛书。清代周学海(澂之)校勘、评注、撰写。3集,共收医著了32种,计194卷。刊于光绪十七至宣统三年(1891—1911)。周氏认为丛书的长处在于"良法得以类聚",但必须校雠精审。此书收有医经、本草、脉学、论证治各类,内容广泛,且校勘精细。

初集为周氏校刊的12种古医书,所据多为宋、元古本,世称善本,计有《神农本草经》3卷。明代缪希雍《本草经疏》30卷。晋代王叔和《脉经》10卷。元代戴起宗《脉诀刊误》2卷。元代滑寿《难经本义》2卷(周学海增辑)。原题汉代华佗《中藏经》3卷(附方1卷、《内照法》1卷)。元代朱震亨《脉因证治》4卷。隋代巢元方《诸病源候论》50卷。宋代钱乙《小儿药证直诀》3卷。宋代阎孝忠《阎氏小儿方论》1卷。宋代董汲《董氏小儿斑疹备急方论》1卷。两集为周氏撰著及评注书,计14种。其中

包括周学海编撰《脉义简摩》8卷，《脉简补义》2卷，《诊家直诀》2卷，《辨脉平脉章句》2卷，《内经评文》36卷，《读医随笔》6卷。周学海评注、校正的医书有元代滑寿《诊家枢要》1卷（附录1卷），金代张元素《藏府标本药式》1卷。元代朱震亨《金匮钩玄》3卷，金代刘完素《三消论》1卷，清代叶桂《温热论》1卷、《幼科要略》2卷，《叶案存真类编》2卷，清代马元仪《印机草》1卷。3集为周氏校刻，撰著及评注的医书，计6种。如周学海《伤寒补例》2卷、《形色外诊简摩》2卷、《重订诊家直诀》2卷；校刻明代韩悫《韩氏医通》2卷、《评注史载之方》2卷、明代胡慎柔《慎柔五书》5卷。其撰写的8种著作对中医诊法有较大发挥，尤详于脉学。如《脉义简摩》、《脉简补义》、《诊家直诀》、《辨脉平脉章句》，是周氏精研近百种古籍医书中的脉学，取其精要，参以个人阅历写成。《形色外诊简摩》阐述望、闻、问三诊，以望诊为详。《读医随笔》则以随笔体裁，论叙其博览群书及临诊心得。《伤寒补例》是结合《内经》及临床经验，阐述《伤寒论》中有关病证证治的笔记。其评注之著作多言之有物，不依托附会。故周氏所撰写、校注、评述的多种著作，有不少学术可取之处，大多切于实用。本丛书现存光绪十七年（1891）至宣统三年（1911）池阳周氏福慧双修馆刻成汇印本及1936年建德周学熙以家刻原本（福慧双修馆刊本）出版影印本。

当归草堂医学丛书

医学丛书。清代丁丙（嘉鱼）辑于光绪四年（1878）。初集有书10种：《颅囟经》2卷、《传信适用方》4卷、《卫济宝书》2卷、《太医局诸科程文》9卷、《产育宝庆集方》2卷、《济生方》8卷、《产宝诸方》1卷、《急救仙方》6卷、《瑞竹堂经验方》5卷、《痎疟论疏》1卷。续刻本刊于1884年，增补《明堂灸经》8卷、《铜人针灸经》7卷。丁丙是清末著名藏书家（著《善本书室藏书志》），因见当时的医家"蔑古者惟事师心，泥古者不参通变"，因于兵燹之余，收检《四库全书》中辑自《永乐大典》的医书，择其精要，先刊10种，李芝绶（昭文）参与校勘。各书之前首录《四库全书提要》，所收书籍多切实用，刻工校勘亦较精。

三三医书

医学丛书。裘庆元（吉生）辑于1923年。3集，每集33种。取《礼记·曲礼》中"医不三世，不服其药"及《左传·定公十三年》中"三折肱知为良医"之典，题名为"三三医书"。所辑内容包括《内经素问校义》、《内经博义》、《难经古义》、《难经正义》等中医基础理论著作外，还有《南病别鉴》、《医阶辨证》、《疡科纲要》、《沈氏女科辑要笺疏》、《陈氏幼科秘诀》、《重楼玉钥续编》等，内、外、妇、儿、五官各科，以及针灸、本草、方书、医案、医话、医论等各类较为切于实用的医著，且以明、清时医著为上，并收入少数日本研究汉方医学者所写的中医著作。所选诸书大多篇幅短小，切于实用。1924年杭州三三医社刊行。

珍本医书集成

医学丛书。近代医家裘庆元辑于1935年。由上海世界书局出版。该书为裘氏有感于医学之藏书未能普及，因此继其赠书杭州鼓楼流通图书馆500余册以惠读者后，又于其所藏之3 000余种中医学文献中，精选较切实用之孤本、精刻本、精钞本、批校本、稀有本、未刊稿本等90种，并分门汇编而成。计有医经类5种、本草类5种、脉学类3种、伤寒类4种、通治类8种、内科类12种、外科类3种、妇科类4种、儿科类12种、方书类17种、医案类15种、杂著类（医治、医论）12种。所选内容丰富，去取严谨，卷帙虽繁富，但均经详细校订，并加句读。对保存中医学文献及研究中医学有着重要的意义。

名医类案

医案著作。12卷。明代江瓘编辑。原书撰于嘉靖二十八年（1549），后由其次子江应宿述补，刊于万历十九年（1591）。江氏平素受《褚氏遗书》的"博涉知病，多诊识脉"学术思想影响，又本"宣明往范，昭示来学"的宗旨，决意编写一部可供临床参考借鉴的医案著作。遂广辑明以前医籍中名医经治的案例，参阅《史记》、《三国志》、诸子列传等多种文献并家藏禁方，历时20年写成初稿，书未获刊行而病逝，后由其子应宿将遗稿予以编次补遗，方得刊行。《名医类案》编法以病证分类加以汇辑，其中以内科案例为主，兼及外、妇、儿、五官、口腔等总计205门病证，包括中风、伤寒、瘟疫、内伤、消渴、郁、痰、痹、疟、泻、痢、肿胀、虚损、诸虫、血证、痿、痫、黄疸、痈肿、疮疡、崩漏、带下、难产、胎毒、惊风、痧疮、疳积等常见多发病。江氏注意选取叙述较完整、理法方药较契合的案例，并于若干医案加有夹注或按语，或评其治法、方药，或阐述己见，对读者有一定的启发。应予指出的是江瓘原编并没有附个人的医案，在江应宿于述补时，增入江瓘和他自己的治验，附在有关病证之后。在他编次补遗的过程中，基本上按照其父所制订的"凡例"，而内容则较原著丰富完整，江应宿所补充的治验亦颇多运思精审、效验卓著的案例。故为后世医家所重视。迨清代乾隆年间，魏之琇将此书予以校阅，认真地考订了江氏父子著述中存在的疏漏和脱文，并能探求本源、补缺正误；鲍廷博予以重刊时，还改正了原书中的一些讹字，使这部著作较之明刊本尤为生色，并成为后世的通行本。

《名医类案》是中国第一部医案著作，具有较高的临床和文献价值，《四库全书提要》称这部著作"可为法式者固十之八九"。但后世亦有评论江氏收辑资料不够详备、颇多挂漏者，故嗣后魏之琇复编撰《续名医类案》一书，补

充了不少江氏所漏辑明以前的医案。《名医类案》自刊行后，刊本较多，大致能反映原著风貌的是现存最早的明代万历十九年(1591)刻本；经魏之琇校定、由新安鲍氏知不足斋于1770年刊行的刻本则相当多见，1957年人民卫生出版社出版了知不足斋的影印本。

寓意草

医案著作。1卷。明末清初医家喻嘉言以笔记体裁撰成，成书于明崇祯十六年(1643)。喻氏据唐代许胤宗"医者意也"说，笔叙生平治验以寄寓医意，故以"寓意"作为书名。此书开篇倡导"定议病式"和"先议病后用药"，详列病历各项内容，突出了临床辨证要点，为中医病历书写树立了规范。先议病后用药规定四诊的具体要求，并注意病人的生活习惯、环境、发病季节及其治疗经过，强调识证辨证的重要性。全书记述喻氏医论、医案64则(一作66则)，除开首两则为医论之外，余62则为医案，共记所治患者70余人次，所治病证多为伤寒危证和内科疑难重证，治多奇中，议论纵横。书中详记治例之病因、证候，并予分析证治，辨证精辟周密，多能揭示案中关键之处及难点，颇多创见，但有不少治案只议病情而无处方。喻氏治病善用经方，病案中用伤寒方者有25案。对格阳上脱证和吐血证的辨证治疗颇有心得。其"大气论"和"秋燥论"在验案中亦有见证。喻氏在书中的立法处方案例表明，他时时注意据理立法，并斟酌用药前后的病机转归。书中较早地载述中国人工种痘，并附病例。其于肿胀治法，归纳为培养(补益元气)、招纳(升纳阳气)、解散(开鬼门、洁净府)三法。治痢7案，治法各异，其中之"逆流挽舟法"尤为后世所尊崇。陈修园誉此法"可补《金匮》之未逮"。此外，喻氏运用麦冬、阿胶、生地、人参、梨汁等生津养阴药，亦颇有心得，对后世温病学派用药有一定的影响。此书现存明崇祯间原刊本，此后的单行本和合刊本多达50余种。清代光绪年间谢甘澍撰《寓意草注释》。1958年上海卫生出版社出版《寓意草》排印本。

临证指南医案

医案著作。10卷。清代叶桂(天士)临症之医案，由其门人辑成。首刊于乾隆二十九年(1764)。1766年华岫云又出其采辑所得，并加分类而成。全书以病证类案(共分90篇)，次第罗列治案，每案先论证，言简意赅，每症之后，由华云岫邀集同志撰写一段文字，提纲挈领，探析病源，以便后人观览。叶天士毕生忙于诊务，著述甚少，他对温热证的见解，可见于《温证论治》等书。至于在临证中体现出来的经验和理论，则主要集中在该书之中，可与其理论著作相互印证。如叶氏在理论上虽提高脾胃和贬低肾命，但在医案中却可见他未必拘于成见。他虽以温热著称，但医案中也使用仲景伤寒方，并不囿于温热病一隅。从医案可以了解到叶氏治疗脾胃病，确有独到之处，他认为：纳食者胃，运化者脾，脾气升乃健，胃气降则和；太阴湿土，得阳始运；阳明燥土，得阴自安，故脾喜刚燥，胃喜柔润。他的这些观点，在医案中皆有体现。该书刊行之后，风行海内，自清代以来，翻刻40余次。由于其医案零散，后世常加以节选、评点，从不同角度研究此书的文章更其众多，是为了解叶天士学术思想的重要书籍，也对中医临床具有较高的参考价值。

续名医类案

医案著作。36卷。清代魏之琇编于乾隆三十五年(1770)。魏氏鉴于明代江瓘《名医类案》所选医案资料尚有不少缺漏，遂旁搜博采予以续补。据《四库全书提要》称魏氏所编《续名医类案》"杂取近代医书，及史传地志，文集说部之类，分门排纂，大抵明以来事为多，而古事为瓘书(指《名医类案》)所遗者，亦间为补苴。故网罗繁富，细大不捐"。全书共分345门，其中内、外、妇、儿、五官等各科病证大致齐备。内科包括伤寒、温病、疫证及多种杂病；其他各科大致以专卷的形式予以编述，如卷十七—十八主要是五官口腔科案例；卷二十三—二十五为妇产科病证；卷二十六—三十为小儿科病证，其中"痘证"(天花)案例占有二卷之多；卷三十一—三十六为外科病证，病证分类较有条理。由于魏氏本人是一位学验俱富的临床医家，书中也选辑了他个人的若干医案。他在医疗方面善于调肝育阴，其治案大多具有述证明晰、辨证精审、论治熨贴、记录详备等优点，亦颇为后世医家所赞赏。读《续名医类案》尚可看到魏氏对所选人医案的夹注和案后所写的按语(多标以"琇案"二字)，着重发明、辨析有关案例证治的异同，议论较为平正可取，在一定程度上反映了他的临床学术见解，对各科临床医生颇有参考价值。魏氏此编采摭甚博，案例中收辑变证亦相当详备，卷帙之多，两倍于江氏《名医类案》，可以说是医案著作中选案较广泛，内容最丰富的一种。但此书在一定程度上也有收罗偏于芜杂，编次或有重复，失于精细的缺陷。该书现有《四库全书》本，及同治、光绪年间刻本多种。1957年人民卫生出版社据信述堂重刊本(1885)予以影印出版。

古今医案按

医案著作。10卷。清代俞震纂辑。刊于乾隆四十三年(1778)。此书以证析分门类，计106门，内容介绍以内科病证为主。卷一—八列述中风、类中、伤寒、温热病、温疫、消渴、泄泻、疟、痢、眩晕、虚损、七情、咳嗽、喘、肿胀、痫、诸虫、黄疸、瘘、痹等(其中卷七有五官口齿病)；卷九为女科；卷十为外科、幼科。所选编的病证，基本上属于常见多发病。俞氏编写此书，取江瓘《名医类案》中部分医案，并参录其他有关医学著述，间或收采诸史传、说

部、杂著中医案之有新意或立奇法者，以广读者见闻。所选的医案，一般以脉证俱全，辨证详明，有议论、有发明者为依据。俞氏于案后加写按语，按语注重说理，概括性强，对读者有一定的启发。对所选案例的辨证治法，能明辨其真伪、是非，分析其同中之异，指出证治要领和案例的特色。在编法上的另一特点是，俞氏将选案中"或涉鄙俚矜夸之语概削去，只存其脉证方论……偶有文繁而词晦者，僭为修饰"（见本书"凡例"），说明编者选案较严格，并对若干医案是下过一番整理功夫的。

俞震认为学习医案著作，能给医者治法之"巧"。他在自序中指出："名医能审一病之变与数病之变而曲折以赴之。操纵于规矩之中，神明于规矩之外，靡不随手而应"。说明医生之于临证，必须多读医案著作，学习掌握若干巧治活法，以丰富自己的治疗手段，提高临床实效。俞氏对医案的看法，提高了读者对学习医案著作重要性的认识。他本人具有丰富的学术经验，思路活泼，著述态度严谨，故此书在同类著作中具有较高的水平。值得一提的是，俞氏所选医案中，有一些是属于比他年轻的医家经治案例，这在封建社会尤为难得。《古今医案按》刊行后数十年，王士雄于咸丰三年（1853）复将此书中较好的医案分类选辑，编成《古今医案按选》，王氏另增写了不少按语，进一步阐明治案中的辨证、立法和处方精义。《古今医案按》目前国内尚有此书的初刻本，其他刊本亦不少，1959年上海科学技术出版社出版了排印本。

吴医汇讲

中国最早具有医学刊物性质的著作。清代唐大烈（笠山）编辑。在清乾隆五十七年至嘉庆六年（1792至1801）的10年中，共出版11卷。由江浙地区40余位医家撰稿，后经汇辑成书，故题名为《吴医汇讲》。该书是一部很好的医论性杂著，其编辑宗旨强调作者撰文须"发前人所未发"，不作"人云亦云"之说，诚如陈修园所评述此汇讲"以独开生面，不袭老生常谈为高"。选刊之文章（特别是有创见的医学著述），则不拘科别，不分门类，不限卷数，并"不以年齿次先后，亦不以先后寓轩轾"，凡是佳作均可辑入，正如唐氏所云："凡属医门佳话，发前人所未发，可以益人学问者，不拘内外女幼各科，无不辑入"，而"集腋成裘，堪补艺林之阙"。对不同学术见解，只要"能通一理，两说并采"则均可采用，这种编辑思想无疑是很进步的。书中内容丰富，包罗较广。既有经典著作之阐注，有学术理论之争鸣；又有临床治验之记述，和药物方证之考释，以及医话、歌诀等。对每一作者，"各于条论之前，分列姓氏，下注讳号爵里。如先世所遗旧稿，并注生年卒岁，及令嗣某付梓，略仿小传之意"，简要介绍当时一些名医的医事活动，此书并反映了清代中叶江南一带的医药情况（包括学术动态），对医术经验的交流和医家争鸣起到促进的作用。如书中所讨论的温热病、烂喉丹痧、天花、麻疹，均为时行传染病，有较高的实用价值。本书还保存或辑编了一些很有学术价值的医家著述。如叶天士的《温证论治》，是温病学说的重要文献；另有不少临床经验及医话等论述，如薛生白《日讲杂记》、唐笠山《读书十则》和《摄生杂话》、薛公望《伤寒辨证歌》、王绳林《考正古方权量说》、翁寿承《五志伤胜了解》、汪缵功《虚劳论》、周省吾《阴阳常度论》以及孙庆增的《石芝医话》等，在医学传授或临床工作中，均切于实用，并有一定学术影响。此书自清代乾隆五十七年（1792）刊行后流传甚广，后有其他清刊本，近代有石印本，中华人民共和国成立之后有排印本；1983年上海科学技术出版社出版点校本。

柳选四家医案

医案著作。清代光绪年间柳宝诒选评，其门人王吉臣、柳颂全、金兰舟集资刊行，首刊于光绪三十年（1904）。本书选编了清代江南名医尤在泾、曹仁伯、王旭高、张仲华四家以治疗杂病为主的医案。按病类拟定40条总目，下据不同病证分为若干子目。分门编列，便于查检。尤在泾医案系柳氏从其所得尤氏《静香楼医案》藏本中选取精粹者十之五予以评录，分上下两卷而成，尤案详辨病机、审慎投剂，论病平易，立方熨贴。柳氏赞其"不第为治病之良规，并可为读古之心法"。曹仁伯《继志堂医案》上下两卷，证分23门，选案100余则，从中可以看出曹氏善用温药，而不轻用温药；学习香岩，而不囿于香岩。并善于化裁李东垣、叶天士之法而灵活运用的特色。王旭高《环溪草堂医案》3卷，是柳氏以所得顾莲卿本及方耕霞新刊本，并参考多种抄本选辑补录而成。王氏善从古法中化裁新方，如治小儿喘嗽之药枣，从葛可久之白凤丹化出；治上热下寒之八味丸，用紫雪为衣，从喻嘉言外廓之论悟出等等。经柳氏逐一点出，颇便读者领会。张仲华《爱庐医案》116证24条，系从原刻抄本100余案中选出，柳氏评价这些医案"论病选药，思路精细，用法精到。颇能独开生面，发前人所未发"。本书所选医案，以内科杂病为主，理法方药较为完备。每一家医案之首，简介主治者生平，评述医家之医案特色，并于每一医案又加按语予以阐析。现存初刻本，其他多种清刻本及近代排印本，1957年上海卫生出版社出有排印本。

丁甘仁医案

医案著作。8卷。丁泽周（甘仁）撰，初刊于1927年。卷一为伤寒、风温、暑温、湿温、痉症等5种温热病案；卷二为霍乱、泄泻、痢疾、疟疾、喉痧等5种传染病案；卷三—六为中风、咳嗽、痿痹、疝气等22种内科杂证病案；卷七为妇科病案；卷八为外科病案。全书共收载病案400例，方案641则。其所集者多为作者较典型之临床验案，能较全面地反映丁氏辨证精细、用药审慎的特点。丁氏

治疗外感病,每融伤寒、温病诸法于一炉,如治瘰疬用清解化痰之剂内服,外用消核锭陈醋磨敷;治疗疔疮热毒用野菊叶捣汁饮之,渣涂患处,取效最捷。又如治痿不唯独取阳明,痹当细分虚实等等,皆为经验之谈。本书对仲景方法的运用,亦颇有心得,如胸痹用瓜蒌薤白汤,水气用麻黄附子甘草汤,血证见黑色用附子理中汤,寒湿下利用桃花汤,湿热下利用白头翁汤,阳明腑气不实用白虎汤,胃家实用调胃承气汤,黄疸用栀子柏皮,阴黄用附子等,深为当时曹颖甫等伤寒大家所称道。今有上海科学技术出版社排印本。所附"喉痧症治概要"一节,对喉痧的病因、病理、治疗阐发甚详。此书初刊于1927年,中华人民共和国成立之后有排印本。

全国名医验案类编

医案著作。12卷,民国间何廉臣(炳元)选编,初版于1929年。何氏鉴于当时中医界学术交流不够,医疗经验不易传播交流。而中国幅员辽阔,气候风俗各异,"苟非各出验案,以析异同,资比较,将无以指迷广见而速医学之进步"。遂选取当时名医张锡纯、周小农等共67位的医案(择取案例记述较完整者),并制订医案程式。程式包括载述病者、病名、原因、证候、诊断、疗法、处方、效果等内容。何氏从登报后近千篇应征稿件中,选取验案371例,并细加评按,编成此书。全书分上、下两集。上集为风、寒、暑、湿、燥、火四时六淫病案;下集为温疫、喉痧、白喉、霍乱、痢疫、瘄疫等传染病案。在选案中,何氏对20世纪初中医治疗各种急性热病的验案收罗较丰,医案格式划一,记载完整,分类较为清晰。何氏认为"每家医案中,必各有一生最得力处,细心遍读,是能萃众家之所长矣"。于是对各案中得意之处,详为评按阐述,对读者有一定的启发。但本书所收集的医案,详于时病而略于杂病;详于内科疾病而略于其他各科疾病,因此不够全面反映该时代内各科名医的实践经验和中医学术发展的整体水平。本书出版后曾一再印行,上海科学技术出版社先后两次重印,名为《重印全国名医验案类编》。

医说

医史、医话著作。10卷。南宋张杲撰于淳熙十六年(1189),刊于嘉定十七年(1224)。在同类著作中,此书为现存较早的一种。张氏博览群书,锐意搜辑医事典故,凡涉于医者,则分类录载。及至晚年,犹搜访不辍,共历时30年,将"目览之文,耳听之说"编成此书。书中广泛收集南宋以前各种医著及文史著作中有关医学典故、传说等史料,分为三皇历代名医、医书、本草、针灸、神医、神方、诊法及多种病证、养生等49门。卷首为"三皇历代名医",共收载了上古至五代唐慎微等146位医家的姓名、传略,按年代顺序排列,辑编反映了较高的史学水平。书中汇集若干具有生动情节的医话、医案,发人深省,增长学识。如赵学敏《串雅·序》中提到的"欧阳修暴利几绝,乞药于牛医;李防御治嗽得官"等载述均可见于此书,成为盛赞民间医药的佳话。另外还记载了不少怪疾险证、奇方异治,增广读者见闻,并保存了民间医学和有关卫生保健论述。全书内容丰富,涉及面广,引文多注明出处,颇便于查核参阅。故《四库全书总目提要》称本书"然取材既富,奇疾险证,颇足以资触发,而古之专门禁方,亦往往在焉"。书中间有一些收录欠当之内容。此书流传较广,在其后有不少仿作、续作、或节本行世,如明代俞弁《续医说》,周恭《医说会编》和不详辑人之《医说钞方》等。现存最早有宋刊本,另有多种明、清刻本及日刻本等;1984年6月上海科学技术出版社据上海中医学院图书馆馆藏之癸西夏五陶风楼配补宋本影印出版。

历代名医蒙求

医学史著作。2卷。南宋周守忠撰于嘉定十三年(1220)。为中国现存最早的医史著作。书以一百联韵语,每联下简注数语,汇叙自上古迄宋200则历代名医事迹、医林典故和一些民间医生的技术专长及疑难病证案例,对读者了解中国医史具有启蒙作用,使之获得概要的认识,故以《历代名医蒙求》为书名。资料辑自历代医籍,又以"诸史杂说之书"为主,每则均注明出处。此书保存了不少有价值的史料,如"范汪燃薪"一则,记载了晋代医家范汪精于医术,"燃薪"写成了500余卷《杂药方》的事迹,在范书已佚的情况下,使读者获悉中国4世纪时曾有这部比较大型的方书。又如"能嗣延年"一则,生动地记叙了中药"何首乌",如何被人们在实践中发现的过程。书中有上古时代神农尝百草、伏羲制九针等神话传说,有历代名医扁鹊、淳于意、郭玉、华佗、张仲景、陶弘景、徐文伯、马嗣明、孙思邈等的医林佳话;还有民间医生"草泽笔头"、"异人治疽"等故事。全书内容比较丰富,但由于历史条件所限,书中也掺杂迷信的内容,如"秋夫针鬼"等。现存主要版本有1931年故宫博物院据宋临安本影印《天禄琳琅丛书》之一。1955年人民卫生出版社据临安府太庙前尹家书籍刊行本出版影印本。

医史

医家传记著作。10卷。明代李濂撰于正德年间(约1513)。前5卷收录自《左传》医和以下,迄《元史》李杲等正史有传的医家55人;后5卷收集诸家文集所载,自宋代张扩以下,迄于张养正共10家传记,又参考有关文献,补写了张仲景、王叔和、王冰、王履、戴原礼、葛应雷6人传记。各传之后,或附有评论。书中采录诸名医多为"学本《素》、《难》,方术醇正"者,而那些"颇涉幻诞"之人,"悉黜而不录,恐滋后人之惑",这种态度是科学严肃的。该

书是中国现存最早的医史人物传记专书。其中补撰医家传记及收集的文集、墓铭等资料，至今仍有较高的医史价值。现存有明正德间刻本及几种后世刊本、抄本。

冷庐医话

医话著作。清代陆以湉(定圃)撰。刊于咸丰八年(1858)。本书系作者"摭拾闻见，随笔载述"编成，共5卷。卷一论述医范、医鉴、慎疾、保生、慎药和诊法、用药；卷二评述古今医家及医书；卷三一五按病证、针药等搜集历代名医治案，结合自己经验体会，推求原委，评其利弊。全书笔叙浅近生动，论述较有见地，集中反映了作者的学术经验。陆氏对问诊、脉诊有较深的研究。他认为诊病首先应详于问诊，"非详问得之，奚由奏效"。并举《伤寒论》六经提纲为例，强调问诊的重要性；对脉学亦有比较正确的认识，认为临证应四诊合参不能仅凭脉诊断病。对某些病证的鉴别诊断，陆氏论述颇详，如中风闭证与脱证，阳厥与阴厥等，均能发前人之未发，有理有据，独抒己见。对民间流传的秘验单方，本书亦有收载。如鲜合欢皮之治鸡盲，活鲫鱼贴脐四周治疗黄疸等。其用大剂量黄芪粥治疗水肿的验方，至今仍应用于临床，具有较高的疗效。有关学医态度，医学道德等问题，本书在广征前人论述的基础上，也有较多的发挥。陈氏主张习医术者，不可不博闻多识也。反对诊脉"以捷为工，以捷为能"的草率，以及处方"喜用新奇之药以炫其博"等不良医疗作风，至今仍有指导意义。本书为医话著作中之名著，现有清咸丰间乌程庞氏刻本、《中国医学大成》本等。1958年上海卫生出版社将作者所著《冷庐杂识》中有关医事者择要补入，增为补编一卷，出版排印本。

中国医学源流论

医史著作。不分卷。谢观(利恒)撰于1925年，为《谢利恒先生全书》之一种。该书考镜医学源流，别其枝派(同名书有清代徐大椿著《医学源流论》，见"徐大椿"条)。该书刊于1935年，此前曾在《国医公社》、《医界春秋》中发表。书中共分64论，内容有医籍考证、学派辨析、学说讨论，以及断代史、专科史、疾病史、东洋医学等。每论简明扼要，切中肯綮，辨析精当，旗帜鲜明。如书中"儒学比例"、"医学变迁"两论中指出，中国医学的变迁颇类儒学，并将儒医发展加以比较，分析利弊。对医书之病空谈，医家每喜侈谈鬼怪等积习或时弊，亦着力针砭。谢氏所处时代，中西医之争颇为激烈，但谢氏能从历史发展的角度去认识问题，对中西医汇通等有比较中肯的评价，如他认为"唐容川《中西医经汇通精义》之类，虽不免有牵强附会之处，然筚路蓝缕之功，固足以没世不忘矣"。书末"结论"中说："遵古之理，用今之法。精固有之专长，采新法之优点，但以疗病尽善为指归，不拘古今新旧之成见，则无谓之纷争自少，真理之发明自多"，可以反映谢氏的态度。此书内容广泛，立论新颖而不偏颇，对了解中医学术发展等方面有较高的价值。秦伯未说："此书启后学之津梁，树医林之楷范"，给予了高度的评价。此书有1935年上海澄斋医社铅印本。

中国医籍考

中医目录学著作，原名《医籍考》。80卷。日本丹波元胤撰，约成书于1826年。本书根据大量医学专著及各种书目，史传方志，笔记文集等有关文献，广泛收录了中国远自秦汉以来，近至清代中叶的历代医籍约2 600余种。书中将各种医籍分为医经、本草、食治、脉象、诊法、明堂经脉、方论、史传、运气9大类，对所录的每一种医书，顺次列出作者姓名、书名、出处、卷数、存佚、序言、跋语、作者传略、历史考证，并附有评论及按语，较详细地介绍了各种中医文献，对中医古籍的整理及医史文献研究工作有一定的参考价值。现存1933年日本东京国本出版社影印本、1936年上海中医药研究社影印本、1956年人民卫生出版社铅印本。

中国医学大辞典

中医辞书。谢观(利恒)主编。刊于1921年。本书收集古代中医学著作及朝鲜、日本汉医著作共2 000余种中之人体、生理、病名、证候、治法、方药名称及医家医籍有关内容，计收词目7万余(实际不足4万条)。分病名、药名、方名、身体、医家、医书、医学7大类，逐条予以注释。释文博采众家之论、考释滞疑之处，提纲挈领，条分缕析。病所释病名，首论病因，次论治法；药名首述形态，次述性质，再述功用，并附以图形，以便辨识；方名则采用古今通用者，计约10 000余首，先述功用，次述药品、制法及加减法；身体名词、收集散见古今医籍者，共数百条；医家凡六朝以前必录，唐以后则择要收录；全书共300余万字，按辞条首字笔顺排列。首字相同者则以次字笔顺为序，次字相同则以第三字笔画为序，按笔画检索。是中国第一部中医学辞典，也是研究中医学的重要工具书之一。现有初刊本，中华人民共和国成立之后有排印本。

宋以前医籍考

中医目录学著作。日本冈西为人编于1945年前。本书收辑有中国宋代以前医学书目1 860种，分为《内经》、运气、《难经》、《脉经》、五脏、针灸、女科、幼科、外科、口齿、眼科、养生、月令、按摩导引、房中、祝由、兽医、医史制度、仲景方论、医经、经方、本草、食经等23类。每一种书目则分为出典、考证、序跋、版本等项，并载其著录情

况；考证则详述作者、成书年代、各家评论等项资料；序跋刊录各种版本的序、跋；版本则述其流传情况。该书主要辑自中国历代医书、史书、各种书目、地方志、笔记小说等500余种，较全面地介绍了中国宋代以前各种医籍出处、卷数、存佚、作者及版本流传，对研究中国医学史及整理中医古籍均有较重要的参考价值。本书后附"参考书志书目"，著录中、朝、日等国历代有关医书、史书、书目、丛书、类书、杂著等共451种。并附有按笔顺排列的书名和著者索引，颇便于检阅。1958年由人民卫生出版社出版。

基　础

中医学的哲学基础

医学和其他自然科学一样，同样也要受到一定的哲学思想和世界观的支配和影响。中医学属于自然科学范畴，它是在长期的医疗实践中逐步形成和发展起来的，并经受了千百年长期医疗实践的反复检验而能不断前进和发展，且在科学技术蓬勃发展的今天，还显示出其强大的生命力，其根本原因就在于中医学的理论体系，从其创立起就是建立在古代的唯物论和辩证法哲学基础之上的，从其完整的理论内容，到其丰富的实践经验，无不体现着唯物论和辩证法的基本观点，因而才使中医学的发展在正确的哲学思想的指导下，立于科学的不败之地。

中医学是一个非常广博的医学理论体系，它虽然以人体为主要研究对象，但是它把人体看作是自然界整体的一部分，并不孤立地研究人体，而是把人体放在自然界的整体运动和动态平衡之中来进行研究。因此，在中医学理论体系中，综合运用了与人体有关的各门自然科学知识，无论在中医学的生理、病理、诊断、治疗、药物等各方面，处处都渗透着古人对天文、气象、历算、地理、生物、物理、心理，以及哲学的综合理解。

哲学是关于世界最一般的运动规律的科学。中医学理论体系在创建的时候，即曾直接大量地利用了当时的哲学成果。如中医学的“阴阳”、“五行”、“形神”、“精气”等，原本即是古代哲学范畴的概念，但应用于医学之中后，经过发展，便又成为具有医学特定内涵的中医学重要概念。从而使中医学沿着正确的方向，延续发展至今，成为一种具有整体观念和辨证论治特点的医学理论体系。

中医学的哲学基础，即是古代的唯物论和辩证法观点，主要体现在唯物观、恒动观、辩证观、整体观等四个方面。

中医学的唯物观　辩证唯物主义认为，承认世界的物质性是一切科学研究的前提。物质是第一性的，精神是第二性的，物质决定精神，而精神则是物质的反映，这是哲学的最基本问题。中国医药学对于物质世界、生命起源、形体和精神的关系，以及疾病的成因等医学上的一些重大问题，均作出了唯物主义的论述。

关于物质世界的认识：中医学首先认为世界是物质的，并认为“气”是物质世界的本元，物质世界乃是阴阳二气相互作用的结果，世界万物都是由“气”所构成。如《素问·天元纪大论》说：“在天为气，在地成形，形气相感而化生万物矣。”《类经·摄生类》亦指出：“生化之道，以气为本，天地万物，莫不由之。”因此，《素问·气交变大论》说：“善言气者，必彰于物。”古代医家既然把“气”看成是一切物质形体的基础，“气”理所当然地是物质的一种形态，而且还把物质当成了连续的“气”和不连续的“形”的统一。这就把中医学的基本理论建立在唯物论的基础之上了。

中医学认为物质世界是在阴阳二气作用的推动下孳生着、发展着，而木、火、土、金、水五种最基本的物质，则是构成物质世界的不可缺少的元素，这是中国春秋时代即存在的一种朴素的唯物的元素论观点。所以，中国最早的阴阳五行说，乃是属于物质的概念。例如“阴阳者，万物之能始也。”（《素问·阴阳应象大论》）“人生有形，不离阴阳”（《素问·宝命全形论》），“故以土与金、木、水、火杂，以成百物。”（《国语·郑语》）“天生五材，民并用之，废一不可。”（《左传·襄公二十七年》）这里所说的“五材”，即指五行。即是认定世界事物乃是由阴阳二气和五行等物质所构成。

中医学认为，人也是物质的，人禀天地之气而生。如《素问·阴阳应象大论》说：“天有精、地有形……故能为万物之父母。”又说：“天复地载，万物悉备，莫贵于人。”“人以天地之气生，四时之法成。”（《素问·宝命全形论》）意思是说，宇宙之间充满着无数的物质体，人是万物之一，而包括人在内的这些物质体，都是宇宙自然界本身的产物，人在万物之中又是最可宝贵的物质体。可以看出，这不但对人和万物的性质及区别有了一定的认识，而且已初步认识到生命（人）是起源于非生命物质（天地之气），只是人比普通的生命物质体更为高级而已。

中医学还认为人体主要由精、气等物质所构成，这在《内经》中亦有很多的论述，如“人始生，先成精”（《灵枢·经脉》），“常先身生是谓精”（《灵枢·决气》），“夫精者，身之本也”（《素问·金匮真言论》），“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛乃能泻。”（《素问·上古天真论》）说明“精”有先天和后天两种，先天之精即生殖之精，禀受于父母，这是构成机体含有生命活力的原始物质。后天之精则来源于饮食水谷之化生，经过经脉运行而达于周身，以营养脏腑组织及形体。先天之精藏于肾，并持续地获得后天之精的充养，从而成为机体生命活动的物质基础。

同时，中医学认为精能化气，故“气”也是构成机体和维持生命活动的物质之一。如《素问·阴阳应象大论》说：“形食味，化生精”，“精化为气”，“气生形。”《灵枢·决气》亦说：“上焦开发，宣五谷味，熏肤充身泽毛，若雾露之溉，是谓气。”说明“气”在机体内的客观存在，是通过脏腑组织的不同机能活动所反映出来的。并以气的运动变化来阐释人体的生命活动。中医学就是根据人体“气”所分布的部位和反映出来的不同作用，而区分为元气、宗气、营气、卫气，以及脏腑之气等。

关于人的形体和生命活动（神）的关系，中医学也作出了正确的唯物解释。如“生之来，谓之精”（《灵枢·本神》），此“生”，即指生命活动。“两精相搏谓之神”（《灵枢·本神》），“神者，水谷之精气也”（《灵枢·平人绝谷》），“气和而生，津液相成，神乃自生。”（《素问·六节脏象论》）这就说明了“神”是由精气所产生的，初步肯定了精神活动是离不开物质基础“精气”的。人之形体和精气等物质是第一性的，生命活动和精神意识思维活动则是第二性的，故人的精神活动往往随着精气的盛衰而变化。

中医学的形神关系，强调"形与神俱"(《素问遗篇·刺法论》)，形神统一。"形"是基础，是根本，"神"是生命活动的表现，神不能脱离形体而单独存在。有形体才能有生命，有生命才能产生精神活动和具备生理功能。而人之形体又须依靠摄取自然界的一定物质(水谷精气)方能生存。《素问·八正神明论》指出："血气者，人之神。"这又进一步说明神的物质基础是气血，而气血则是构成形体的基本物质。反之，人体脏腑组织的功能活动，以及气血的营运等，又必须受"神"的主宰，这种形与神相互依存不可分割的关系，即称之为"形与神俱"。形乃神之宅，神乃形之主，两者相辅相成，是生命活动存在的根本保证。

精神活动的高级形式是思维。《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官也，神明出焉。"《灵枢·五色》说："积神于心，以知往今"，这即指出心(包括脑的功能)是思维的器官。《灵枢·本神》又说："所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志，因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智。"这是指思维过程，"任"，即担任、接受之意。所谓"任物"，即是心通过感官接触外界事物，从而产生感觉作用，并由此产生意、志、思、虑、智等认识和思维活动，其过程是一级高于一级的。但从"任物"到"处物"，一刻也不能离开"物"。人虽禀天地之气而生，但物质世界并不依赖于人而存在，因而所谓"任物"，只能是反映外界事物的意思。"物"不依赖于"心"而独立存在，而"心"只能起到反映外界事物的作用，这亦是属于唯物论的反映论之认识。

中医学的恒动观 中医学对于物质世界的认识，是从自然现象开始的，古人通过长期的观察和验证，逐步认识到自然界的一切事物(包括人在内)，都是处于永恒的运动变化之中，从而建立了认识和分析事物发展变化的"恒动观念"。

关于宇宙自然界的运动，古人已经认识到大地是循着一定的规律在不停顿地运行着，如《素问·五运行大论》说："动静何如？……曰：上者右行，下者左行，左右周天，余而复会也"，"地之为下否乎？……曰：地为人之下，太虚之中者也。……曰：冯(凭)乎？……曰：大气举之也。"这就明确地指出了自然界是处于不停地运动之中，人类所赖以生存的大地，也不是固定不动的，它是凭借大气(可理解为太阳系的宇宙引力)的升举而运行于太虚(即宇宙)之中。天体右旋，自东而西，大地左转，自西而东，左右旋转而周行于太阳系之中，四时万物的变化，均因之而产生。

例如，正是由于天体有规律的运动，自然界气候便发生节律性的周期变化。如《素问·天元纪大论》所说："欲知天地之阴阳者，应天之气，动而不息，故五岁而右迁；应地之气，静而守位，故六期而环会，动静相召，上下相临，阴阳相错，而变由生也。"动与静，是两种不同的运动形式，动固然是运动，静是与动相对而言的。天体属阳，故以五行之气运行于上，由土运而金运，而水运，而木运，而火运，一年一更替，有规律地运行无已，故谓之"五岁右迁"、"动而不息"。地体(即地球本身)属阴，故以风、火、热、湿、燥、寒六气运行于下，每年以厥阴风木、少阴君火、少阳相火、太阴湿土、阳明燥金、太阳寒水为序，毫无错乱地运行着，这就是"六气环会，静而守位"。天之运，地之气，永恒地有规律地运动，就成为自然界无穷变化的根源。

关于物质的运动形式，中医学概括为"升降出入"，也就是内在活动和内外交换两个方面，如《素问·六微旨大论》说："出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。"这就说明生、长、壮、老、已及生、长、化、收、藏等所有物质世界的无穷变化，均是由于升降出入的运动而形成。《读医随笔·升降出入》云："人身肌肉筋骨，各有横直腠理，为气所出入升降之道，升降者，里气与里气回旋之道也；出入者，里气与外气相交接之道也。里气者，身气也；外气者，空气也。鼻息一呼，而周身毛孔皆为之一张，一吸而周身毛孔皆为之一翕，出入如此，升降亦然，无一瞬或停者也。"这是前人对人这个有机体生理机能升降出入运动的科学论述，认为人体的机能活动及其内外气体交换无一瞬可以停止，这是非常正确的。人这个物质体是如此，推之于数不清的大大小小物质体亦莫不如此。故《素问·六微旨大论》说："无不出入，无不升降，化有大小，期有远近，四者之有，而贵常守"，即说明升降出入乃是物质运动的普遍形式。凡是具有形体的物质，虽然由于不同的情况，其变化范围有大小，其运动时限亦有长短，但升降出入四种运动形式，总是具备的。如果不具备这种运动，其物质体便不可能存在。因此《素问·六微旨大论》又说："是以升降出入，无器不有。故器者生化之宇，器散则分之，生化息矣。"器，就是指的物质体。因此，事物的运动是连续的，不断的，无限期的，永恒的。《素问·六微旨大论》又指出："成败倚伏生乎动，动而不已，则变作矣。有期乎？曰：不生不化，静之期也。"就是说唯有永恒的运动，才能使物质变化及其发展无有终时，假使绝对的静止不动，则不生不化，生命便因之而毁灭，物质体本身也就因之而不可能存在。

永恒运动的物质世界，其发展变化虽然是极其复杂的，但中医学已明确地指出了下面两点：一是事物的运动变化是可以认识的，所以《灵枢·五音五味》既提出了"孰能明万物之精？"《灵枢·逆顺肥瘦》则又认为"将审察于物而心生"。二是指出事物的运动变化是有规律可循的，如《素问·至真要大论》所说的"物化之常"，"常"，即是规律。而人通过认识和把握事物运动变化的规律，就可以能动的改造物质世界，使其更好地为人类服务。

中医学的辩证观 经过长期实践检验的中医学理论体系，在许多方面都体现出具有唯物辩证法的思想因素。实践说明，中医学之所以有生命力，就在于其理论体系是在古代的唯物论和辩证法思想指导下逐步形成和发展起

来的。

辩证法认为,一切事物都是对立的统一,"事物发展的根本原因,不在事物的外部,而在事物的内部,在于事物内部的矛盾性。"(《矛盾论》)中医学亦认为阴阳的对立统一乃是一切事物运动变化的根本原因。故《素问·阴阳应象大论》说:"阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始。"《素问·天元纪大论》并指出:"动静相召,上下相临,阴阳相错,而变由生也。"上之与下,动之与静,阴之与阳都各有矛盾的对立面,但它们又都在相召、相临、相错的运动中统一起来,这种对立统一的运动是万事万物发展变化的根源,所以称其为"父母"或"本始"。又如五行学说的相生相克,同样具有对立统一的意义。相生,是相互滋生和助长。相克,是相互制约和克服。没有相生,就没有事物的发生和成长;没有相克,就不能维持事物正常发展变化的协调关系。所以《类经图翼》说:"造化之机,不可无生,亦不可无制,无生则发育无由,无制则亢而为害。"这就说明,一切事物的运动变化,都存在着相互资生、相互制约的对立统一关系,而且只是生中有制,制中有生,相反相成,才能发展变化,运动不息。

中医学根据这种辩证法思想,首先认为人体本身就是一个有机的对立统一体,在正常生理情况下,这个统一体的内和外、脏和腑、气和血、物质和功能等等,都是处于一种相互联系、相互制约的相对平衡对立统一之中,从而维持着机体正常的生命活动。如《素问·金匮真言论》说:"夫言人之阴阳,则外为阳,内为阴;言人身之阴阳,则背为阳,腹为阴;言人身之藏府中阴阳,则藏者为阴,府者为阳;肝心脾肺肾五藏皆为阴,胆胃大肠小肠膀胱三焦六府皆为阳。"这就说明,人体的内和外、背和腹、五脏的藏精气和六腑的传化物,都是一阴一阳既相互对立,却又统一起来,发挥着相反相成的正常生理作用。所以,人体正常的生命活动过程,即体现为阴阳两方面对立统一的协调,亦称之为阴阳平衡。故《素问·调经论》说:"阴阳匀平,以充其形,九候若一,命曰平人。"《素问·生气通天论》指出:"阴平阳秘,精神乃治。"但是,这种平衡不是绝对的,而是相对的动态平衡。一旦这种平衡遭到破坏,而又不能自行调节时,则疾病就会发生。正如《素问·生气通天论》所说:"阴阳之要,阳密乃固,两者不和,若春无秋,若冬无夏。"而发展到"阴阳离决"的程度,则"精气乃绝",人的生命也就随之而终结。

中医学认为任何疾病的发生和发展,都离不开内因与外因两方面的相互作用,并强调内因在发病上的重要作用,例如《素问·评热病论》说:"邪之所凑,其气必虚",《灵枢·五变》说:"人之有常病也,亦因其骨节皮肤腠理之不坚固者,邪之所舍也,故常为病也。"这就说明疾病的发生、发展是人体正气和邪气这一对矛盾斗争的过程,是正气不能抵御邪气的结果。而且在正邪矛盾斗争中,中医学一向把正气摆在主要矛盾的地位,强调内因的作用,这就符合"内因是变化的根据,外因是变化的条件,外因通过内因起作用"(《矛盾论》)的科学论断。同时,也提出了"虚邪贼风,避之有时"(《素问·上古天真论》)、"避其毒气"(《素问·刺法论》)等理论,说明中医发病学既重视内因,也不排斥外因,是符合辩证法观点的。

中医治疗疾病,主要在于解决疾病过程中的矛盾,调整内在的不平衡,使其在新的基础上恢复其相对平衡。因而在治疗上特别强调辨别标本,治病必求其本。标和本,是一个相对的概念,随着具体病人、具体疾病而各有所指,概括来说,在疾病的发展变化中,特别是复杂的疾病,往往存在着多种矛盾,其中主要矛盾即是"本",次要矛盾即是"标"。中医学所谓的"辨证求因","审因论治","治病求本",就是强调治疗疾病先要解决主要矛盾,然后再继续解决其他次要矛盾。如治病的八法,即汗、吐、下、和、温、清、消、补,便是为解决疾病的主要矛盾而设。中医方剂的组成原则,强调"君、臣、佐、使",其中的"君"药,便是解决主要矛盾的药物。这就是辩证法关于主要矛盾思想在中医治疗学中的体现。

此外,中医学还强调区别疾病矛盾的特殊性,因人、因时、因地制宜地进行辨证论治,并根据疾病发生发展的共同性和特殊性,分别进行"异病同治"或"同病异治"等,亦无不体现了辩证法的思想。同时,中医学也已经认识到矛盾对立的阴阳双方,可以依据一定的条件,向其相反的方面转化。如说:"四时之变,寒暑之胜,重阴必阳,重阳必阴。故阴主寒,阳主热。故寒甚则热,热甚则寒,故曰寒生热,热生寒,此阴阳之变也。"(《灵枢·论疾诊尺》)又说:"寒极生热,热极生寒。"(《素问·阴阳应象大论》)其中的"重"、"甚"、"极",标志着古代医家对于转化的条件,已经有了一定的认识。

中医学认为,人体生理、病理上的阴阳消长是量变的过程,而病理上突然发生的阴阳转化则属于质变过程。阴阳的消长或转化,在临床疾病的发展变化中,是经常可以遇到的。某些急性热病,如中毒性肺炎、中毒性痢疾,由于热毒深重,表现为高烧之阳热实证,明显看出这是病势发展的量变过程。但是由于大量耗伤机体的阳气和津液,病情可突然出现体温和血压降低、面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝等阴寒虚脱证危象,便是由阳证转化为阴证,由量变转化为质变过程。若抢救及时,处理得当,亦可导致四肢转温,色脉转和,阳气津液得以恢复,病情逐渐好转,则又是由阴证转为阳证,此即是阴阳转化的典型例证。

总之,中医理论体系中贯穿着丰富的唯物辩证法思想,只是由于历史条件的限制还不够彻底和完备而已。正如《矛盾论》所说:"辩证法的宇宙观,不论在中国在欧洲,在古代就产生了。但是,古代的辩证法带着自发的朴素的性质。"

中医学的整体观 中医学理论体系非常重视人体本身的统一性、完整性及其与自然界的相互关系。它认为人体本身是一个有机的整体,机体内部各个脏器组织之

间,在功能上是相互协调、相互为用的,并进行着统一的整体活动,而在病理上则又是相互影响的。同时亦认识到,人类生活在自然界中,人体的生理功能、病理变化又不断地受到自然界的影响,并在能动地改造和适应自然环境的斗争中,保障和维持着机体正常的生命活动,从而形成了中医学的统一整体观。它主要体现在以下几个方面:

宇宙整体观　中医学从整体观念出发,认为宇宙是一个整体,如《素问·阴阳应象大论》说:"天地者,万物之上下也",《素问·生气通天论》亦说:"天地之间,六合之内,其气九州九窍,五脏十二节,皆通乎天气。"即是说自然界的一切事物和一切现象,它们彼此之间都是相互影响、相互关联、相互依存的,而不是孤立存在的,从而明确地指出了宇宙的整体关系。例如,一年的春夏秋冬四个季节,既各有其特点,又是互相联系而不可分割的,充分表现在春生、夏长、秋收、冬藏的连续性方面。虽然四季变化各有不同的特点,但实质上却又是不可截然划分的整体。正因为有了春温之生,才可能有夏热之长,秋凉之收,冬寒之藏。所以,《素问·至真要大论》说:"夫气之生,与其化,衰盛异也。寒暑温凉盛衰之用,其在四维。故阳之动,始于温,盛于暑;阴之动,始于清,盛于寒。春夏秋冬,各差其分。故《大要》曰:彼春之暖,为夏之暑,彼秋之忿,为冬之怒,谨按四维,斥候皆归,其终可见,其始可知。"这就明确指出,春夏秋冬四个季节的变化是有连续性的,每个季节总是在前一个季节的基础上而发生发展起来,没有温热,也就无所谓寒冷,没有生长,也就无所谓收藏。推而至于风、寒、暑、湿、燥、火六种气象的变化,亦是如此。虽然说"燥以干之,暑以蒸之,风以动之,湿以润之,寒以坚之,火以温之"(《素问·五运行大论》),各有其特点,但它们之间仍是相互作用、相互调节的一个整体,而且是缺一不可的。

人与天地相应　"天地",即指整个自然界。人类生活在自然界,自然界存在着人类所赖以生存的必要条件。所谓"相应",即是说自然界的运动变化,常常直接或间接地影响着人体,而人体受自然界的影响,也必然相应地产生生理上的适应或病理上的反应。因此,"人与天地相应",实质上是说人与自然界也具有着不可分割的整体联系。

有关自然环境对生理的影响,是指有机体在生活过程中,除了不断地求得机体内环境的相对平衡外,同时与变化着的外界自然环境亦应求得相对的平衡,方能维持其相互间的完整统一性。而对于作为高等动物的人类来说,"天人相应"则更具有特殊的含义。《素问·宝命全形论》说:"人以天地之气生,四时之法成,人能应四时者,天地为之父母。"这就指出,人为万物之灵,其生存虽不能脱离天地之气,但在其生命活动过程中却能掌握自然环境变化的某些规律,则自然界的一切就能为人类所用,成为生命活动的源泉,人也就能成为适应和改造自然的主人。因此,《素问·生气通天论》说:"苍天之气清净,则志意治,顺之则阳气固,虽有贼邪,弗能害也,此因时之序。""故阴阳四时者,万物之终始也,死生之本也,逆之则灾害生,从之则苛疾不起,是谓得道。"(《素问·四气调神大论》)所谓"得道",就是指掌握了四时阴阳变化的规律,因而便能避免灾害苛疾,也就是人在自然界中取得了主动权。如《灵枢·五癃津液别》指出:"天暑衣厚则腠理开,故汗出……天寒则腠理闭,气湿不行,水下流于膀胱,则为溺与气。"人体夏季汗多尿少,冬季汗少尿多,即是机体在不同气候影响下所产生的适应性调节反应。同样,人体气血的运行,在不同季节气候影响下,也有不同的适应性反应,如春夏脉搏较为浮大,秋冬脉搏则较沉小等。

不仅四季气候变化对人体的生理功能有影响,就是一天之内昼夜晨昏的变化,对人体影响也很大。如《素问·生气通天论》说:"阳气者,一日而主外,平旦人气生,日中而阳气隆,日西而阳气已虚,气门乃闭。"所谓"人气",即指阳气。意思是说,人体阳气,在白天运行于外,推动和维持着人体的机能活动,早晨阳气初生,中午阳气最盛,故白天人们多从事劳动,气血的运行比较旺盛。而夜晚则阳气内敛,便于人体休息安眠,故气血运行比较沉静。

此外,中医学认为地理环境和生活习惯的不同,对人体生理均有一定的影响。中国西北地势较高,气候偏于燥寒,东南地势较低,气候偏于湿热,因而饮食习惯各有不同,这些因素都直接影响着人们的体质。如"东方之域,天地之所始生也,鱼盐之地,海滨傍水,其民食鱼而嗜咸,……故其民皆黑色疏理";"西方者,金玉之域,砂石之处,天地之所收引也,其民陵居而多风,水土刚强,……其民华食而脂肥,故邪不能伤其形体";"北方者,天地所闭藏之域也,其地高陵居,风寒冰冽,其民乐野处而乳食";"南方者,天地所长养,阳之所盛处也,其地下,水土弱,雾露之所聚也,其民嗜酸而食胕。故其民皆致理而赤色";"中央者,其地平以湿,天地所以生万物也众,其民食杂而不劳"。(《素问·异法方宜论》)这些认识,随着时代和科学的进展,现在看来未必尽然,但从地区方域对人体密切相关精神来看,仍属正确的认识。事实上,人们由于地理环境的不同,一旦易地而处,常感不适,就是由于机体尚不能适应之故,但经过一段时间,则能逐渐适应。这就说明自然环境固然能影响于人,但人更具有适应环境的本能。

有关自然环境对病理变化的影响,是说人类虽有适应自然变化的能力,但毕竟有一定的限度,当气候剧变超过了人体的适应能力,或由于人体的调节机能失常,不能对自然变化作出适应性调节时,就会发生疾病。各个季节不同的气候变化,对人体的影响也各不相同,所以各个季节的多发病或流行病也不一致。如"春善病鼽衄,仲夏善病胸胁,长夏善病洞泄寒中,秋善病风疟,冬善病痹厥"。(《素问·金匮真言论》)"春伤于风,邪气留连,乃为

洞泄；夏伤于暑，秋为痎疟；秋伤于湿，上逆而咳，发为痿厥；冬伤于寒，春必温病。四时之气，更伤五脏。"(《素问·生气通天论》)说明疾病的发生往往随季节的不同变化而各异。而且某些疾病也往往可由于气候剧变或季节的交替而引起发作或病情加重。如关节疼痛的痹证，在天气寒冷变化时，则病情加剧。因此，通过某些疾病反映的轻重，亦能预测气候即将发生变化或季节将要交替。这都说明自然环境与人体病理变化的关系是非常密切的。

一日之中，昼夜晨昏的变化，对疾病的影响也很明显，如《灵枢·顺气一日分为四时》说："夫百病者，多以旦慧昼安，夕加夜甚，……春生、夏长、秋收、冬藏，是气之常也，人亦应之。以一日分为四时，朝则为春，日中为夏，日入为秋，夜半为冬。朝则人气始生，病气衰，故旦慧；日中人气长，长则胜邪，故安；夕则人气始衰，邪气始生，故加；夜半人气入脏，邪气独居于身，故甚也。"说明人体的正气亦随晨昏昼夜而有盛衰之不同，反映在病情发展上，即可出现或减轻或加重的不同变化。又如某些地方性疾病，如瘿瘤(地方性甲状腺肿)等，则与地域环境的影响更有直接的关系。

脏腑生理整体观　中医学认为人体的生命活动体现于脏腑经络的功能活动。"脏腑"，不仅是一个形态学单位，更重要的是一个机能单位，因此，脏腑的功能活动，是一系列综合性的整体统一活动，它们不是孤立进行的，而是相互联系、相互制约、相互依存的系统功能活动。"五脏"，实质上就是人体的五个生理功能系统，人体所有的脏腑、组织和器官，都可以包括在这五个系统之中。这五个系统及其所属器官，虽各有其生理作用，但它们之间是密切相关的，是一个不能截然分开的整体。在生理上，五脏(肝、心、脾、肺、肾)、六腑(胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦)和皮、肉、脉、筋、骨等形体组织，以及口、鼻、舌、眼、耳、前后阴等五官九窍之间，存在着有机的联系，它们共同完成人体统一的机能活动。所以，人体生理活动的正常与否，主要决定于五脏系统之间的活动是否协调。

人体正常生理活动，既然是五脏系统之间的紧密配合和协调统一，因而五脏系统中任何一个脏器的生理活动，也都是在其他脏器的协助和配合下共同进行的。例如心的生理功能是主司血液的运行，称为"心主血脉"。血液循环的基本动力，固然有赖于心气的推动，但是，循行于周身的血液均要汇聚于肺，通过肺气的作用，方能得以布散全身，所以又有"肺朝百脉"之说。除了心肺作用外，血液的循行还有赖于脾气的统摄、肝气的归藏与疏泄功能的调节。这就说明，心的主司血行的功能活动，是在肺、脾、肝等脏的配合之下来完成的。

又如脾的生理功能是运化水谷精气以营养全身，而脾的这一功能又是在肝之疏泄作用的协助下进行的。同时，水谷精气之所以能够运输布散于全身，还要通过血液的运行和津液的输布，而血液的运行，主要依赖心肺的作用，津液的输布，则要依赖肺肾的功能活动。这就说明脾脏的运化是和心、肺、肝、肾等脏的相互配合分不开的，当这些脏器中的任何一脏发生病变时，则都能影响脾的运化功能。

脏腑之间虽然是相互为用的，但毕竟还有主次之分。心是脏腑中最主要的脏器，它的正常与否，则会影响及其他各个脏腑、组织和器官。如《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官也，神明出焉，……凡此十二官者，不得相失也，故主明则下安，主不明则十二官危。"又《灵枢·邪客》亦说："心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。"可以看出，主神明的"心"，在脏腑中是居于主导地位的，虽然任何一个脏器的生理活动，都是机体整体活动的组成部分，但都必须在"心"的主导下，协调而有序地进行其统一的生理活动。

病理变化整体观　整体观念表现于病理方面，主要在于说明任何一个脏腑发生病变，都能影响其他脏腑，如脏与脏、脏与腑、腑与腑，都可以通过经络气血的沟通与联系，因而在病理上产生相互影响或传变。其次还说明机体任何一个局部病变，不应单纯把它看成是一个局部问题，而应从整体活动方面去分析和研究它的实质。例如脏腑病变既可以反映于体表组织或器官，反之，体表组织或器官有病，也可以影响及所属脏腑而发生病变。

脏腑之间在生理功能上既然是协调统一、密切配合的，因之在病理上通过其相互影响和传变，即可导致功能上的失调。疾病的发生，就是这种协调统一关系遭到破坏，从而出现某些偏盛偏衰的病理表现。如肝脏的功能是主疏泄，当由于情志刺激等因素而使其疏泄机能发生郁遏时，就可能影响脾的运化，出现胸腹痞满，不欲饮食等症；也可以影响及肺的宣发，而出现喘促胸闷等症；还可以影响及心，而产生烦躁不安。总之，或由脏及腑，或由腑及脏，或由表及里，或由里及表，或由上及下，或由下及上等等，在临证时都是常见的。

由于人体是一个有机整体，各形体组织器官都和内脏活动紧密相连，所以，任何一种局部病变(创伤例外)，都是整体生理机能失调的局部反应。例如眼的疾患，似在局部，但往往多是由于内脏病变而发生，其特点是肝开窍于目，故肝脏病变，在眼的部位反应尤多。如《素问·脏气法时论》说："肝病者，……虚则目䀮䀮无所见"，《灵枢·天年》说："五十岁，肝气始衰，……目始不明。"说明视力减退病变，多责之于肝脏精气的不足。因此对于眼病的诊断和治疗，亦不能单纯地仅注意于眼的局部，而应从内脏的诸种病变去分析，方能找出病证的本源，采取正确的治疗措施。所以，任何局部病变，都应理解为是整体生理功能失调的集中反应。

诊断治疗的整体观　正是由于各脏腑、组织、器官在生理病理方面的相互联系和相互影响，因而就决定了在诊治疾病时，必须通过五官、形体、色脉等外在变化，来了解和把握内在的脏腑病变，并进而提示不应单纯注意病变所在的脏器和部位，而应通过病变的所在脏器和部位，

进一步分析和研究其与其他脏器乃至整体的联系，从而明确疾病的本质。只有这样才能作出正确的诊断，进行恰当的治疗。例如肝的经脉，上行连目系，肝开窍于目，故暴发火眼多由肝火上炎所致，临床常以清肝泻火方法治之。两目干涩昏花，视力减退，则多因肝肾虚亏所致，在治疗上则常以滋补肝肾之法治之。又如心开窍于舌，口舌糜烂多因心火上炎所致，而心与小肠相表里，故临床多用清心、泻小肠火方法治之；肺合皮毛，有宣发肃降和司呼吸之生理功能，故临床对于感冒咳嗽，则多用宣肺方法治疗；肾藏精，主生长发育，开窍于耳，其华在发，故临床上对于发育不良、脱发、耳聋等病，多以补肾之法治之。

同时，在治疗疾病时，还应注意病变的相互影响和传变，如"见肝之病，知肝传脾，当先实脾。"(《金匮要略·脏腑经络先后病脉证第一》)即是说一脏有病对它脏亦可能有所影响，其治疗则亦应兼顾它脏。例如腹部胀满，不欲饮食等脾机能失调病变，则首先应分析其是单纯的脾脏病变，还是由于其他有关脏腑的机能失调影响而引起，更要进一步分析其病情发展可能影响及哪些脏腑，只有这样进行全面细致的分析，才能把握住病变的主要矛盾，从而有效地治愈疾病。

此外，在临床治疗组方用药时，还应考虑到天时地理的变化，适当注意"必先岁气，无伐天和"(《素问·五常政大论》)等原则，在处方用药时，应注意四时气候变化的温热寒凉，以及南方、北方地理环境的不同，从而适当选用不同的治法和方药。

综上所述，可以看出，人体无论在生理活动或病理变化等各方面，都是一个有机的整体。生理上各脏腑相互联系和配合，以保证整体活动的协调统一；在病理上，则各脏腑之间，局部与整体之间，则又是相互影响或相互传变而发生疾病。同时，无论生理或病理，则又和自然环境息息相通，这就提示在治疗疾病时，不但要注意分析和考虑整体情况，而且更要注意自然环境的变化，这就是中医学整体观的具体运用。

阴阳学说

中国周秦时代形成的阴阳学说是一种哲学理论，被广泛地应用于各种学术领域。阴阳学说作为中医学的基础理论，包括哲学和医学两个方面的内容，这两个方面相互渗透，构成一个不可分割的有机的统一体。

阴阳学说的基本特点　中医基础理论中的阴阳学说属于唯物主义范畴，它认为世界统一于物质，世界的本原是物质性的元气。元气分为阴气和阳气两大类，由于阴阳两气的相互作用产生了万事万物。

阴阳学说包含着丰富的辩证法思想，认为世界上无论有形的物体或无形的太虚，无论宇宙中的天体或大地上的物类，都发生着普遍的联系，处在无休止的运动中。而一切事物的变化都是在两种对立势力的相互作用之下发生的。诸如天与地，日与月，水与火，昼与夜，明与暗，寒与热，动与静，表与里，上与下，生与死等等，无不由于相互关联而又相互矛盾的事物所发生变化的现象。

古代的阴阳学说认为，所有相互对立的事物尽管千差万别，但它们有着共同的特点，就是矛盾的双方在性态上总表现出两类特定的相反趋向：一类趋向为明亮、活跃、向前、向上、温热、充实、外露、伸张、扩散、开放等；另一类趋向为暗晦、沉静、向后、向下、寒凉、虚空、内藏、压缩、凝聚、闭阖等。将前一类性态称作阳，而后一类性态称作阴。由于阴阳是从具体事物与现象中抽象出来用以标示事物性态的范畴，并不代表某种具体的事物，所以《灵枢·阴阳系日月》说："且夫阴阳者，有名而无形。"明确指出，阴阳并无固定的形体，只是一种属性概念。

对于阴阳这两类属性，《素问·阴阳应象大论》认为可以用"水"和"火"的特性来代表。它说："水火者，阴阳之征兆也。"在古人看来，火性炎热、升腾、轻浮、活动、集中体现了阳性特征；水性寒冷、沉降、润下、宁静，正反映出阴性的本质。

阴阳学说认为阴阳两个方面之间存在着相反相成即对立统一的关系。两者既相互斗争，相互消长，又相互依存，并且在一定条件下相互转化。例如：季节上寒与暑的矛盾，寒属阴，暑为阳，寒与暑虽然是相互排斥的，然而它们之间又有互根的关系。一年四季，寒来暑往，体现了气候上阴阳矛盾双方相互依存和相互转化。又如，在气化理论中形与气的矛盾，气主动、主散，属阳；形主静、主凝，属阴。动与静，散与凝是相互对立的。但是形为气合而成，气为形散而来，因此两者又相互依存，相互转化。《素问·天元纪大论》说："动静相召，上下相临，阴阳相错，而变由生也。"动静、上下都是阴阳的具体表现。相召、相临、相错，即相互作用。就是说，正是阴阳的对立统一引起了世界的运动和变化。

在古人看来，阴阳的对立统一关系是普遍存在的。事物之间复杂的关系都可以纳入到阴阳这两类范畴中去。《素问·阴阳离合论》说："阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万；万之大，不可胜数，然其要一也。"意思是五光十色，变化万千的事物和现象无一不是阴阳矛盾的展开和体现，任何事物都包含着阴和阳两个矛盾的方面。阴阳关系的普遍性，不仅表现在空间方面，而且表现在时间方面，就是说，万物的产生的消灭，自始至终贯串着阴阳矛盾。正如《素问·四气调神大论》所说："阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也。"认为阴阳矛盾存在于一切事物的全过程之中。

阴阳矛盾无处不存，无时不在。《素问·阴阳应象大论》指出："阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。"这里"神明"，是指物质世界的无穷变化。就是说，阴阳这两种势力此消彼长，此长彼消，互相制约，互相转化，由此推动着世界万物的运动、变化和发展，所以阴阳的对立统一是一切事物运动的源

泉和动力，是世界的根本规律。

由于事物发生着错综复杂的联系，从而使阴阳在划分上具有相对性和灵活性。事物的阴阳属性不是绝对不变的，它通过与自己的对立面相比较而确定，随着时间、地点和条件的变更而发生改变。在某种场合属阴的事物，在另一种场合则属阳；在某种场合属阳的事物，在另一场合则属阴。例如六腑位居胸腹腔之内，四肢显露于机体之外，两者相对，六腑属阴，四肢属阳。但在内部脏器之中，六腑"传化物而不藏"，五脏"藏精气而不泻"，腑以通为用，脏以藏为主，所以就腑与脏说来则脏属阴，腑又属阳。阴阳的划分具有变化性，但是在变化之中包含着不变，在灵活之中不能违背一定的原则，在每一特定的场合，阴阳的划分是确定的，不是任意的。如六腑与五脏相对时属阳，而与四肢相对时属阴，这是根据阴阳概念和事物本身的实际性质划分的，不能更动。

物质世界纵横交错的复杂关系还使事物表现出无限多的层次，具有无穷可分的特性。阴阳学说对于这一点也作出了朴素的反映。所谓阴阳之中复有阴阳就是这个意思。例如白天为阳，黑夜为阴。白天可分日中之前和日中之后两部分，前半日阳光越来越充足，故为阳中之阳；后半日阳光渐减弱，故为阳中之阴。同样道理，黑夜也可分前后两部分，鸡鸣之前，夜色和寒气渐深沉，故为阴中之阴；鸡鸣之后，夜色逐渐消退，晨曦慢慢来临，故为阴中之阳。再如根据其功能性质，五脏相对于六腑属阴，而五脏之中又可再分阴阳：心、肺在横膈以上属阳，肝、脾、肾在横膈以下属阴。不仅如此，各脏内部还可分阴阳，如心阴、心阳、肾阴、肾阳等。古代阴阳学说通过阴阳之间既对立又统一的关系，正确地反映了矛盾法则的最主要的内容，因而是中国古代十分光辉的对立统一理论。但是，阴阳学说与现代辩证法所讲的矛盾范畴相比较，有着一定的差别。

首先，它们产生于不同的时代，具有不同的认识基础。现代辩证法，即马克思主义的唯物辩证法是在资本主义大工业蓬勃兴起的条件下出现的，是批判地继承了德国资产阶级古典哲学，特别是黑格尔的辩证法的合理内容，总结了19世纪中期的科学成果，主要是能量守恒和转化定律、细胞学说和达尔文生物进化论，因而具有了科学的形态。而阴阳学说产生于中国奴隶社会和早期封建社会时期，那时的生产完全依靠简单的手工劳动，还没有以严格实验为依据的系统的自然科学，所以阴阳学说不可能超出直观观察的广度和深度，也不可能具备十分科学而精确的表现形式。

其次，阴阳范畴与矛盾范畴有质的不同。对立统一是宇宙中最普遍的现象，因此矛盾范畴适用于一切领域，是各种事物相互关系的最抽象最一般的概括。而阴阳范畴，虽然具有对立统一的属性，但还具有另外一些特殊的质的规定，即前面所说阴阳各自代表的一定趋向和性态。所以，在无限的宇宙中，阴阳毕竟只是一种有限的具体的矛盾形式。

古代的对立统一理论以阴阳的形态表现出来。主要是由于当时生产力和科学技术水平低下，限制了人们的眼界和抽象思维的能力，使之不可能概括出现代辩证法所讲的"矛盾"这种最一般的哲学范畴。在社会领域，如生产力与生产关系的矛盾，经济基础与上层建筑的矛盾，各种经济部门之间的矛盾，阶级矛盾等等，显然不能用阴阳来进行概括。在自然界，一旦超出了直观所能达到的界限，如对于分子、原子、基本粒子之间的关系，生态关系等等，就很难用阴阳来解释。阴阳学说除了包含着对立统一规律的某些一般原则之外，还具有自己的特殊内容和独创之处。它们表现在：

(1) 阴阳学说所研究的对象，是寒与热，动与静，虚与实，表与里，升与降，散与聚，……等等那些以水和火为征兆的特殊矛盾关系。这类矛盾的特点是，对立面的一方必然具有阳性特征，另一方则具有阴性特征。凡是这类特殊矛盾所共同具有的特殊的运动规律，都属于阴阳学说的范畴。

(2) 阴阳学说认为人体以及其他有形物体，其形质为阴，运动功能为阳。就人体而言，功能活动的产生必然要消耗一定的营养物质，而各种营养物质的摄取和新陈代谢，又必然要消耗一定的能量。这正是阳长阴消，阴长阳消的过程。《素问·阴阳应象大论》说："阳化气，阴成形"，"阴在内，阳之守也；阳在外，阴之使也。"又说："阴者，藏精而起亟也；阳者，卫外而为固也。"《素问·生气通天论》说："凡阴阳之要，阳密乃固。两者不和，若春无秋，若冬无夏。因而和之，是为圣度。"功能与形质的特殊矛盾关系，是阴阳学说的重要内容之一。

(3) 阴阳学说强调阴阳在总体上的相对平衡，对事物的存在和正常发展具有重要意义。它认为，阴阳之间有相互调节，以保持相对平衡的反馈功能。这种调节作用是通过阴阳的相互克制和相互为用实现的。例如，在人体内，若病邪使机体阴阳某方过旺，那么另一方就会起抵消其偏盛的作用。只有当这种抵消作用不能控制对方的偏盛，或抵消功能因故丧失之时，机体才显示病态。于是即会出现"阴胜则阳病，阳胜则阴病"(《素问·阴阳应象大论》)的病理变化。相反，若病邪使机体阴阳某一方遭受损伤因而消弱时，则另一方又会起保护对方和补充对方的作用，所谓"阳者卫外而为固"，"阴者藏精而起亟"就包含着这一层意思。由此，阴阳学说在某种程度上揭示了人体系统维持自身相对稳定的内在根据。从这一原理出发，中医学提出"从阴引阳，从阳引阴"，"阳病治阴，阴病治阳"(《素问·阴阳应象大论》)的治疗法则。

(4) 为了更细致地反映阴阳现象之间相互渗透和相互转化的关系，阴阳学说还可与六气(风、寒、暑、湿、燥、火)统一起来，把阴分为太阴、少阴、厥阴，把阳分为太阳、阳明、少阳等六个层次，同时探讨了它们的特殊含义及其相互关系，建立了三阴三阳开、阖、枢的理论。

阴阳学说是对相当广阔的自然现象的概括，它在宏观领域正确地揭示了许多与人直接有关的矛盾事物的内在联系，所以阴阳学说的这些特殊内容有着巨大的科学价值和实践意义。正是这些特殊内容，一方面体现了矛盾运动的一般规律，另一方面又使阴阳学说有可能与医学更加紧密地结合在一起，从而为辨证论治的核心——通过调节使人体恢复整体平衡，奠定了理论基础，因此在探讨阴阳学说时，既要注意它的一般性，又要注意它的特殊性。深入研究阴阳学说所包含的这些特殊内容，是哲学和医学的一项重要课题。

阴阳学说的基本内容 阴阳学说的基本内容可以从阴阳的对立斗争，阴阳的依存互根，阴阳的消长转化和阴阳的相对平衡等四个方面加以说明。

阴阳的对立斗争 自然界中许多事物都包含有阴和阳两个既相对立又相统一的方面。阴阳的相互对立指的是阴阳双方相互排斥，相互否定，相互斗争的作用。这里所说的对立和斗争并非专指某一种特定的矛盾冲突的形式，而是具有极其广泛意义的概念。它们可以是激烈的外部冲突的形式，也可以是和缓的内部调节的形式，举凡一切阴阳矛盾双方相互克制、相互排除的趋向，都属于阴阳对立和斗争。例如一年四季的交替，就是炎热的阳气和寒冷的阴气相互斗争的结果。当阳热之气胜过阴寒之气，季候即由冬转春，由春入夏；相反，当阴寒之气胜过阳热之气，季候就又由夏向秋冬过渡。寒暑的更迭，明显地显示出阴阳两气之间相互排斥、相互斗争的作用。再如《素问·阴阳应象大论》说："阴胜则阳病，阳胜则阴病；阳胜则热，阴胜则寒。"(《疟论》说："阴阳上下交争，虚实更作，阴阳相移也。"意思是在人体内也存在着阴阳两种因素的对立和斗争。阳亢则阴虚，阴盛则阳虚。一方面的太过必然引起另一方面的不及；一方面的不及，又会导致另一方面的太过。阳胜过阴时，人体发热；阴胜过阳时，人体又会发冷。只有阴阳之间的斗争处于相对平衡时，人体才呈现出健康状态。《类经附翼·医易义》提出："动极者镇之以静，阴亢者胜之以阳。"正是要利用阴阳动静之间的相互斗争来治疗疾病。当人体内阴过盛时，就用阳性药物来抵制过盛之阴；当阳过盛时，又用阴性药物来压抑过盛之阳。阴阳矛盾是广泛存在的。而凡是有阴阳矛盾的地方，都存在着阴阳双方的对立和斗争。

阴阳的依存互根 阴和阳两个方面，既有着相互对立和斗争的关系，又有着相互依存的关系。没有阴，就没有阳；没有阳，也没有阴。阴阳所代表的一切性质和状态，如寒与热，虚与实，动与静等等，每一方都必以相对一方为自己存在的前提。阴阳之每一方假如没有和它对立的另一方，它自己就失去了存在的条件。所以古人说："孤阳不生，独阴不长"，表明每一方都不能脱离开对方而孤立存在。

阴和阳之间不仅相互依存，而且相互渗透，相互包含，相互资生。例如就一昼夜的变化来说，鸡鸣至平旦虽然属阴，但阳的成分在阴的内部已逐渐发展；日中至黄昏，虽然属阳，但阴的成分在阳的内部已逐渐增长。又如人体的物质基础与生命机能的关系，物质为阴，机能为阳。生命活动的物质基础居于体内，所以说"阴在内"，生命的活动机能表现于体外，所以说"阳在外"。在外的阳是机体物质的功能表现，所以说阳为"阴之使"；在内的阴是产生机能的物质基础，所以说阴为"阳之守"。可见在人体的物质基础内就潜藏着转化为生命机能的契机。同时，也只有在生命机能的发挥过程中，通过新陈代谢，人的物质机体才得以维持和生存。因此古人说，"阳中有阴，阴中有阳"；"无阴则阳无由生，无阳则阴无由长"。阴和阳虽然相互排斥，然而它们又相反相成，形成一个互根的整体。

阴阳的消长转化 阴阳的矛盾关系不是静止不动的，而是在相互渗透，相互斗争中不断地变化着，发展着。这一变化发展的过程，表现为阳长阴消或阴长阳消两种不同情况。例如关于春夏秋冬四时的递变，《素问·脉要精微论》说："冬至四十五日(立春)阳气微上，阴气微下；夏至四十五日(立秋)阴气微上，阳气微下。"从冬至到立春，阴气逐渐减弱，阳气逐渐增强。从夏至到立秋，阳气逐渐减弱，阴气逐渐增强。前者呈现阳长阴消，后者呈现阳消阴长，由此产生了寒暑的变换。又如，人体在新陈代谢过程中，各器官的功能的发挥(阳)要消耗一定的营养物质(阴)，而营养物质(阴)在不断得到补充和增长时，又必定消耗一定的能量(阳)，这是机体内的阳消阴长和阳长阴消的一种表现形式，亦是运动过程。

在这一运动过程中，如果阴阳的消长保持在一定的阈限之内，即事物处在量变阶段，因而呈现出相对稳定的状态。如果超过一定的阈限，就会出现阴阳一方偏盛或偏衰，事物整体就会出现异常，以致发生转化，引起质变。《灵枢·论疾诊尺》说："四时之变，寒暑之胜，重阴必阳，重阳必阴，故阴主寒，阳主热，故寒甚则热，热甚则寒，故曰寒生热，热生寒，此阴阳之变也。"所谓"重阴必阳，重阳必阴"，就是阴阳所代表的事物发展到一定程度必然要向相反的方面转化。阴转化为阳，阳转化为阴，四季更换是如此，疾病也是如此。如寒证未能得到及时治疗，以至阳郁到一定程度可能转化为热证；反过来危重的热证，由于大量耗散机体阳气，也可能转化为寒证。《素问·六元正纪大论》又说："动复则静，阳极反阴。"表明阴阳的转化，不是随时随地都能发生的。动只有反复进行之后才能转化为静，阳只有达到自己的顶点而不能再往前进的时候，才能转化为阴。事物没有发展到成熟的程度，即没有一定的条件，阴阳是不会发生转化的。

辩证唯物主义认为世界的运动是一个由低级向高级发展的前进过程，整个物质世界包含着无限多的质和量。古代阴阳学说由于历史的局限，对事物由低级向高级的发展，以及物质世界运动发展的无限丰富内容尚缺乏足够的了解，错误地认为"终而复始，是谓天地之纪。"(《灵

枢·营气》)把周期性的循环当作世界变化的普遍规律，认为宇宙的全部变化可以归结为气和形的往复，而气候的变迁，四季的更迭，人体经络气血的循环等等，一切事物永远是“阴阳相贯，如环无端”。这种观点，应当予以纠正。

阴阳的相对平衡　由阴阳所概括的一切事物的正常生存和发展，都以阴阳矛盾的整体平衡为基本前提。所谓阴阳矛盾的相对平衡，是指阴和阳两个方面在斗争中处在大体均势的状态，阴阳双方虽然不断地相互排斥着，相互作用着，不断地发生着此消彼长，此进彼退的情形，但是它们仍然保持着相对稳定的结构关系。《素问·六微旨大论》说：“亢则害，承乃制。制则生化，外列盛衰；害则败乱，生化大病。”意思是，事物内部和事物之间合乎规律的阴阳结构关系只有处在相对稳定状态，事物的生化盛衰才会正常进行。如果阴阳某一方偏亢而超过一定限度，致使阴阳之间的相互约制失去效力，阴阳相对均衡的结构遭到破坏，那么事物本来的生化过程就会受到损害。

就人体而言，机体内部的以及机体与周围环境的阴阳平衡，标志着人体的健康生存，平衡的破坏则意味着生病。在一定的阈限内，人体阴阳之间能够通过相互制约、相互促进，达到相互协调，以抵御病邪的侵扰，保持两者的相对平衡。疾病是机体阴阳不协调的表现，而一切摄生和治疗方法，都不外是为了恢复和维持机体的阴阳平衡。所以《素问·调经论》说：“阴阳匀平，以充其形，九候若一，命曰平人。”阴阳乖戾，疾病乃起。《素问·至真要大论》亦说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”这里所说的“以平为期”不是绝对的静止，而是一种动态的均势。事实上每一个健康的人体，在正常的生命过程中，气血循环，物质代谢时刻也不能停顿，而且正是在这种阴阳消长的运动之中，机体的整体平衡才能维持。人体如此，一切事物的阴阳平衡无不如此，所以《素问·六微旨大论》说：“升降出入，无器不有。”认为这种升降出入的运动，既是事物维持动态平衡，得以存在的条件，同时在一定条件下又将最终打破整体平衡，破坏事物原来固有的阴阳结构关系，使事物发生转化。所谓“动而不已，则变作矣”就是这个意思。

关于阴阳相对平衡的理论，是合乎科学的，是符合辩证法的。辩证唯物主义认为，物体相对静止的可能性，暂时的平衡状态的可能性，是物质分化的根本条件，因而也是生命的根本条件，如果物质内部的矛盾永远没有暂时的均势、相持、平衡存在，矛盾总是处于不停顿的相互转化之中，那么物质世界就将瞬息万变，不可能分化出各种不同的相对稳定的物质形态，生命现象当然也就不可能存在。因此医学的任务从根本上说是设法维持人体的整体平衡，以使人体能够正常的生存、成长和延长寿命。

阴阳学说在中医学中的应用　阴阳学说广泛地应用于中医学基础理论以及辨证论治的各个方面，借以说明人体的组织结构、生理功能、病理变化，并指导着对疾病的诊断和治疗。

说明组织结构　阴阳学说认为人是男女媾精，即阳精和阴精结合而成。人体作为一个有机的整体，它的一切组织结构之间，都是有机联系的；而各个组织结构，又都可以根据其所在部位和功能特点来划分阴、阳属性。如就大体部位分，则上部属阳，下部属阴；体表属阳，体内属阴；背部属阳，腹部属阴；外侧属阳，内侧属阴。由于头部居于人体的最高位，为诸阳经所循行，故称为“诸阳之会”。两足位于人身最下部，足小趾居于最下之末端，故称其俞穴为“至阴”。以脏腑分，五脏主藏精气而不泄，故属阴，六腑主转化物而不藏，故属阳。五脏之中又分阴阳，心、肺居胸中在膈上，故属阳，为阴中之阳脏；肝、脾、肾居腹部在膈下，故属阴，为阴中之阴脏。人体的经络系统也分阴阳，其中正经十二经脉，即有手足三阴三阳，阳经行于肢体的外侧面，阴经行于肢体的内侧面。奇经八脉的蹻脉与维脉，行于身之内侧者，称阴蹻、阴维，行于身之外侧者，称阳蹻、阳维。督脉，行于背，又具有总督阳经的功能，故称为“阳脉之海”；任脉行于腹，具有任养各阴经的作用，故称为“阴脉之海”。络脉亦可根据其分布的上下、浅深部位，分为阳络和阴络。五官九窍也有阴阳之分，在上的七窍属阳，在下的二窍属阴，故习惯上称之为“前后二阴”。总之，人体上下、内外各个部位及其组织器官，均可以用阴阳来概括其属性，并进而说明它们之间的对立统一关系。正如《素问·宝命全形论》所说：“人生有形，不离阴阳。”

说明生理功能　人体的生理功能，无论是就整体还是就局部而言，都是阴阳两个方面相互作用的结果。

根据阴阳所代表的不同功能和属性，中医学把对人体具有推动、温煦作用的气称之为“阳”，把对人体具有营养、滋润作用的气称之为“阴”；把机能活动归属于阳，把物质基础归属于阴。由于阴阳的相互作用，并始终保持着对立统一的动态平衡，才能维持人体的正常生命活动，否则阴阳不能相互为用而“离决”，人的生命活动也就停止。这正如《素问·生气通天论》所说：“阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝。”

升降出入，是人体气化功能活动的基本形式，也是阴阳矛盾运动的基本过程。阳主升，阴主降；阳主出，阴主入。人体的生理功能，均是通过阴阳的升降出入而实现的。如清阳上升，浊阴下降；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑；以及脾升胃降，心火下降，肾水上升等等，无不是属于阴阳升降出入的运动。《素问·六微旨大论》说：“升降出入，无器不有”，“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。”即指出了阴阳的升降出入，是人体生命活动，包括脏腑功能活动的普遍形式，对机体的生死存亡有着极为重要的意义。

阴阳还常用来说明人体各种具体的生理功能和生命现象，如把固护、温煦肌表的气称之为“卫阳”或“卫气”，把能化生血液，具有营养补益的气称之为“营阴”或“营

气”。卫气昼行于阳,夜行于阴,行于阳则动而为寤,入于阴则静而为寐。总之,人体的一切生理功能,都可以用阴阳这个概念来说明它,故《素问·生气通天论》说:“生之本,本于阴阳。”

说明病理变化　阴阳失调,是一切疾病发生的根本原因,是各种复杂的病理变化的根本所在。

疾病的发生发展,关系到人体的抗病机能和各种致病因素,即正气与邪气两个方面的相互作用、相互斗争的状况。而这些又都可以用阴阳及其运动变化的规律来概括说明。正气包括阴精与阳气两个部分,邪气也有阴邪与阳邪两大类别。阳邪致病,可使阳偏盛而阴受伤,发为热证或阳证;阴邪致病,则使阴偏盛而阳受伤,发为寒证或阴证。阳气虚不能制阴,则发为阳虚阴盛的虚寒证;阴液亏不能制阳,则发为阴虚阳亢的虚热证。《素问·阴阳应象大论》以及《素问·调经论》所谓:“阴胜则阳病,阳胜则阴病,阳胜则热,阴胜则寒”、“阳虚则外寒,阴虚则内热,阳盛则外热,阴盛则内寒。”正是反映了上述的病理变化。至于在疾病发展过程中,由于阳气虚损而累及阴精的化生不足,或阴精亏损而累及阳气的化生不足,因而导致阳损及阴、阴损及阳以及阴阳两虚的病证;或在疾病的严重阶段,由于阴寒盛极,格阳于外,或热极深伏,格阴于外,或阴竭阳脱所导致的亡阴、亡阳等病证,也无不是反映了阴阳失去相对平衡,甚至不能互相维系所发生的病理变化。

阴阳学说不仅用于说明人体阴精、阳气自身发生的偏盛偏衰的各种病理变化,而且也常用于说明脏腑、经络、气血、营卫、升降、出入等多种病理变化。如病有三阴三阳,阳经病在腑,阴经病在脏,在腑者属阳,入脏者属阴。病在卫分、气分属阳,入于营分、血分属阴。这是以病变部位来划分阴阳。而脾不升清,胃不降浊,心火不降,肾水不升等,则又是阴阳上下升降失常的病理变化。就是疾病的证候,也可以用阴阳盛衰来概括说明,如临床表现“少寐”往往是由卫气盛于阳经,不得入于阴,即所谓“阴虚则目不瞑”(《灵枢·邪客》);自汗出,是由于阳气不固于表所致,故一般称为“阳虚自汗”;昏厥多是因“阳气并于上,阴气并于下”(《素问·解精微论》),阴阳不能上下交通而出现一时性的“离决”所致;消谷善饥,是阳气有余,阴气不足;肠鸣腹痛是阳气不足,阴气有余;疟疾的寒热往来,发作有时,也是“阴阳上下交争,虚实更作,阴阳相移”(《素问·疟论》)的结果。总之,人体内部的一切矛盾对立统一关系,均可以用阴阳来概括,而阴阳失调则是贯穿于疾病始终的最基本的病理变化。

用于疾病诊断　阴阳学说用于疾病诊断,是以阴阳概括说明病变部位、性质及各种证候的属性,从而作为辨证的纲领。中医学对疾病提出治疗方法的依据,在于辨证,因而辨证即是诊断。疾病的证候是复杂的,故辨证的方法也多种多样,如脏腑辨证、经络辨证、病因辨证、气血辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、八纲辨证等。在上述各种辨证中,八纲辨证贯穿始终,而辨阴阳则是八纲辨证的总纲。因为诊断疾病,首先要分辨病位在表、在里,进而辨识病性的寒热虚实。而表、里、寒、热、虚、实又都可以归属于阴阳两类证候之中,如病在表,表现为热证、实证者,概属于阳证;病在里,表现为寒证、虚证者,概属于阴证。在这里阴阳用以统领表里、寒热、虚实,起到了辨证总纲的作用。但八纲之间又有着错综复杂的关系。

还有阴阳本身病变的诊断,即对由于阴阳相对平衡遭到破坏所产生的各种证候,则直接用阴阳的盛衰来表示,阴液亏损,称为阴虚,阳气虚衰,称为阳虚;阴虚不能制阳而阳盛,称为阴虚阳亢;阳虚不能制阴而阴盛,称为阳虚阴盛;阴液的消亡,称为亡阴;阳气的消亡,称为亡阳;阴寒盛而格阳于外,称为阴盛格阳;阳热盛而格阴于外,称为阳盛格阴等等。但是阴阳辨证亦必须和脏腑经络等辨证有机地结合起来,才能做到确切的诊断,而为治疗提供依据。

在四诊方面,亦无不以阴阳来划分脉症的属性,如望色:色泽红赤鲜明者属阳,苍白晦暗者属阴。闻声:声音高亢洪亮者属阳,低微断续者属阴。问寒热:但热不寒者属阳,但寒不热者属阴。切脉:左右分阴阳,左为人迎属阳,右为寸口属阴;以寸尺分阴阳,则寸为阳,尺为阴;以脉体分阴阳,则浮、大、滑、实者属阳,沉、小、涩、虚者属阴;以脉率分阴阳,则疾数者为阳,迟缓者为阴等等。察色脉,是辨证的基础和依据。任何病证的诊断与鉴别,都是根据它们所显示的色、脉、症的不同属性来确定的。如黄疸病,即根据其色泽鲜明与晦暗而确定为阳黄或阴黄,如阴水、阳水,阴暑、阳暑等病证的诊断与鉴别,也均是如此。故《素问·脉要精微论》说:“察之有纪,从阴阳始”,《素问·阴阳应象大论》也说:“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”说明辨别阴阳,在疾病诊断上居于首要地位。

用于疾病防治　调理阴阳,使之保持或恢复相对平衡,达到阴平阳秘,是防治疾病的基本原则,也是阴阳学说用于疾病防治的主要内容。

注意养生是保持健康无病的重要手段,而养生最根本的就是要善于调理阴阳。人体有阴精、阳气,是生命的根本。自然界气候变化有春夏秋冬,即所谓“四时阴阳”。善于养生者,就要使人体中的阴阳与四时的阴阳变化相适应,以保持人与自然的协调统一。《素问·四气调神大论》所说:“夫四时阴阳者,万物之根本也,所以圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根,故与万物沉浮于生长之门。逆其根,则伐其本,坏其真矣。”就指出了调养四时阴阳的具体内容和对于预防疾病的重要性。

由于一切疾病均可概括为阴阳失调,故审察阴阳变化是决定治疗的前提,而调理阴阳,则是治疗疾病的根本法则。《素问·至真要大论》所谓:“谨察阴阳所在而调之,以平为期”就讲的是这个道理。如因阳热盛而伤及阴液。即“阳胜则阴病”者,当损其有余之阳,用“热者寒之”的治

法；若因阴寒盛而伤及阳气，即"阴胜则阳病"者，应损其有余之阴，用"寒者热之"的治法；若在阳胜或阴胜的同时，其相对的一方出现偏衰而构成虚损时，又当兼顾其不足，配合以益阴或扶阳的治法。以上举的是阴阳偏盛治法的例证。阴阳偏衰的病变有阴虚、阳虚、阴阳俱虚三种类型。因于阴虚不能制阳所表现的虚热证，当滋阴以抑阳，即所谓"阳病治阴"、"壮水之主，以制阳光"；因阳虚不能制阴所表现的虚寒证，应扶阳以制阴，即所谓"阴病治阳"、"益火之源，以消阴翳"；若属阴阳两虚，则应阴阳双补。

又由于疾病的各种病理变化，如表里出入、上下升降、寒热进退、邪正虚实以及营卫不和、气血不调等，均可归属于阴阳不调的范畴，故从广泛的意义来讲，解表攻里、越上引下、升清降浊、温寒清热、补虚泻实以及调和营卫、调和气血等治疗方法，也皆具有调整阴阳的意义。

阴阳用于对疾病的治疗，不仅可以确定治疗原则，而且也用以分析药物的性味与功能，作为指导临床用药的依据。就药性讲，有寒、热、温、凉之分，即所谓"四气"，其中性寒凉者属阴，性温热者属阳；药味有酸、苦、甘、辛、咸之别，即所谓"五味"，其中味辛、甘者属阳，味酸、苦、咸者属阴；药物的作用趋向，不外升降浮沉，其中升浮者为阳，沉降者为阴。根据病变的阴阳偏盛、偏衰情况，确定治疗原则与方法，再结合药物的阴阳属性和作用，选用相应的方药进行治疗，这就是阴阳学说用于治疗的主要内容。

复杂的疾病，其病情有标本主次之分，因而治疗也有先后缓急之别。而要知标本，则必须先别阴阳，掌握了阴阳病变的标本主次，才可以在治疗时做到层次分明，重点突出，收到良好的效果，否则就无益于治疗，甚至造成过失。《灵枢·终始》以及《灵枢·五色》所说："病先起阴者，先治其阴，而后治其阳；病先起阳者，先治其阳，而后治其阴。""病生于内者，先治其阴，后治其阳，反者益甚；其病生于阳者，先治其外，后治其内，反者益甚。"这些既是前人丰富的经验总结，也是治疗学的基础理论。

历代医家对阴阳学说之研究　阴阳学说被引进医学领域以后，逐渐发展成为中医学基础理论的重要组成部分。故从《黄帝内经》开始，便把它列为专篇来讨论。如《灵枢》的《阴阳系日月》，《素问》的《阴阳应象大论》、《阴阳离合论》等，都在着重阐发阴阳学说足以成为医学理论指导的问题。继《内经》之后，历代医学家又都非常重视这一学说的研究，并从各个不同的角度，对其作了进一步的探讨与阐发。

《内经》的理论体系中，汇阴阳诸说而为专论者，先后倡自杨上善、滑伯仁、张景岳诸家。如杨上善《太素》说："阴阳者，天地纲纪，变化父母，养生之道，法之以成。"滑伯仁《读素问钞》则谓："阴阳者，造化之权舆，物各有阴阳，人云乎哉！"都把阴阳看作是宇宙和人身运动的最高准则，所以称为纲纪、权舆。张景岳《类经》则从辩证法的角度来认识，他说："阴阳者，一分为二也"也就是对立的统一。还有汪讱庵，他辑《素问灵枢类纂约注》，并没有列阴阳专篇，他说："医理以阴阳为本，故先次阴阳，盖全经皆阐阴阳之奥，观本文可见。"意思是说，所有中医学的理论，都贯通了阴阳学说这一古代哲学思想，因而认为在编辑医书的时候，亦不必为它另立一门，可与脏腑、病机等医学理论平列起来。近人恽树珏从宇宙的宏观方面，来阐发阴阳学说的自然观。他认为宇宙是运动变化的，而四时的变化，是万物变化之所由；一阴一阳的变化，又是四时变化的根源。这对阴阳的认识更具有说服力。

用阴阳学说来阐明辨证论治的理论，虽首见于《素问·热论》，但以张仲景所著《伤寒杂病论》最为全面。将阴阳各分为三，以太阳、阳明、少阳构成三阳经；以太阴、少阴、厥阴构成三阴经，对三阳三阴病证的辨别，即称为"六经辨证"。辨证的基本精神是，从外感病言，"病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也"。从内伤杂病言，见于躯壳体表的病证，如头痛、项、腰、脊、臂、脚掣痛等一般称为阳病；躯壳以内的病证，如咳，上气，喘，哕，咽，肠鸣胀满，心痛拘急等一般称为阴病，这也是最早的疾病分类方法之一。尔后研究《伤寒论》的诸家，特别是朱肱、许叔微、周扬俊等，更是重视阴阳辨证，并结合实践又有进一步发挥。朱肱认为阴证、阳证的辨证要点，即"阳候多语，阴证无声；阳病则旦静，阴病则夜宁；阳虚则暮乱，阴虚则夜争"（《活人书》）。许叔微强调在辨证时要把阴阳表里寒热虚实这八个方面结合起来，并应以阴阳为纲。他认为阴阳不辨，则无法进一步分辨表里寒热虚实。周扬俊为了突出辨识阴证阳证的大纲，还把论中"病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也"一条，列于篇首。历代医家对阴阳辨证的内容不断加以充实，特别如罗天益在《卫生宝鉴·医验记述》中所说："凡阳证者，身须大热，而手足不厥，卧则坦然，起则有力，不恶寒，反恶热，不呕不泻，渴而饮水，烦躁不得眠，能食而多语，其脉浮大而数者，阳证也。凡阴证者，身不热，而手足厥冷，恶寒踡卧，面向壁卧，恶闻人声，或自引衣盖覆，不烦渴，不欲食，小便自利，大便反快，其脉沉细而微迟者，皆阴证也"，可谓用阴阳学说密切结合临床的体会。

易水学派诸医家以阴阳升降失常和水火不相济的理论，来阐发脏腑病机有独特的见解。其中李东垣重脾胃，认为脾胃居于中焦，是气机升降运动的枢纽。脾胃健运，则升降正常，使清阳上升输入心肺，浊阴下降归于肝肾；若脾胃气虚，升降失常，清浊相干，阴火得以乘其土位，即可导致病变。而赵献可、张景岳尤十分重视肾中阴阳水火的作用。赵献可谓两肾俱属水，但一为阴，一为阳；命门居两肾间而为火，命火养于肾水之中，即以有形之水，沃无形之火，阴阳水火升降既济，而为生机之所系。张景岳又进一步发挥认为，五脏为身之本，肾为五脏之本，命门为肾之本，阴精为命门之本，凡阴阳诸病变，当责之于并具水火的命门。易水学派以阴阳学说探讨脏腑病机，尤重视脾肾之间的阴阳水火病变，为尔后补土与补水两

大流派的形成奠定了理论基础。

"阳常有余,阴常不足"与"阳非有余,阴亦不足"之争,对进一步发展阴阳偏颇以致病的病机学说,起了推动作用。朱震亨从天象日月的变化,联系人身阴阳的变化,指出日为阳,日恒圆而不缺,是阳有余;月为阴,月虽圆而常缺,是阴不足。"人身之阴气,其消长视月之盈缺"(《格致余论·阳有余阴不足论》),而为自然之规律。并认为君相火动,阴精耗泄,是致成"阳有余阴不足"的基本原因。张景岳不同意朱震亨的看法,他在《类经附翼·大宝论》中说:"天之大宝,只此一丸红日;人之大宝,只此一息真阳","凡阳气不充,则生意不广,故阳惟畏其衰",而所谓"真阴",即"元阴"、"真精";是构成人体、藏于肾中最基本的物质,也本无有余,其病亦多由于不足。如阴盛为病者,乃由于命门之火衰;阴胜于标者,多缘于命门之水亏。其论点一侧重于病理,一侧重于生理的不同而已,对于临床实践都有一定的指导意义。

在疾病的治疗方面,许多医家根据阴阳学说的基本观点,特别是对病机的分析,提出了大量的具有很高理论价值和现实意义的治法方药。如王冰在注解《素问·至真要大论》关于"诸寒之而热者取之阴,热之而寒者取之阳"时提出"益火之源,以消阴翳;壮水之主,以制阳光"的消阴制阳的大法,竟为薛立斋用六味地黄丸以补肾阴、八味地黄丸以补肾阳的张本。李东垣重视脾胃升降,既强调胃气升发的重要,着重于对升阳益气方药的运用,也不忽视潜降阴火,并以此确立了升阳益胃、甘温除热、升清降浊等相应的治疗方法。温病家吴瑭在寒温、水火、阴阳辨证基础上所提出的"伤寒伤人身之阳,故喜辛温、甘温、苦热,以救其阳;温病伤人身之阴,故喜辛凉、甘寒、甘咸,以救其阴"(《温病条辨》)等治疗大法与原则,不仅在理论上有独特的见解,而且由于结合了具体病证在实践上尤有很大的指导作用。在以阴阳学说解释药物性能方面,张元素以药物气味厚薄、升降浮沉作用,说明阴阳中又有阴阳,气薄者未必尽升,味薄者未必尽降的理论也至为深刻,为后世以四气五味探讨药性,开辟了广阔的思路。

自西方医学传入中国以后,随其影响的不断扩大,很早就形成了中西汇通派,试图以西医理论阐明阴阳学说。如王宏翰认为西方所说的"四行"(水、火、风、土),即类似于阴阳。阴阳生于太极,而人身之命门,乃元气之息所,造化之枢纽,阴阳之根蒂,即先天之太极,四行由此而生。唐宗海以西方所谓碳、氢、氧、氮四气弥漫地球化生万物之说,来说明中央属土为阴阳交会之所,由阴阳水火交会而生湿气,以化生万物的道理。张锡纯更以衷中参西的病理学,解释一些病证的发生原理。如他认为"中风",即"脑充血",乃"系肾脏真阴虚损,不能与真阳相维系,其真阳脱而上奔,并挟气血以上冲脑部","若其气上行不反,升而愈升,血亦随之充而愈充,脑中血管可致破裂"(《医学衷中参西录》)所致。这可以说是中西医沟通用以分析病机的一种大胆尝试。

近年来运用现代的科学知识与方法,通过大量的临床实践和科学实验,整理研究阴阳学说,又提出了新的见解,并有所发现。其中,从哲学角度进行研究的学者普遍认为:由于阴阳学说承认世界是物质性的,由阴阳两气相互作用而构成,并阐述了对立统一规律的许多重要原则,因而它具有朴素的唯物论和辩证法思想。同时也指出它和科学唯物辩证法的矛盾范畴尚有本质的区别。表现在矛盾范畴对于对立面的性质,除指出它们的对立统一外,不加任何其他限定,而阴阳学说则对矛盾双方的性质做了某种限定的概括,且由于阴阳学说没有超出直观观察的广度和深度,没有严格的科学实验作依据,因而在表现形式上缺乏概念的准确性和逻辑的严密性。又大量的临床与实验研究证明,阴阳普遍存在于医学研究对象的各个领域,它具有广泛而坚实的物质基础。如在生命活动的新陈代谢这一基本矛盾中,同化作用产生的物质,相当于阴,异化作用释放的能量,相当于阳;机能活动表现的兴奋、亢进过程属阳,抑制、衰退过程属阴;在组织结构方面,细胞、组织的修复增生属阳,变性萎缩属阴;在人体生命的控制与调节活动中,神经系统具有反应迅速、准确、短暂的特点,故属阳;而体液调节系统反应迟缓、广泛、持久,故属阴,还有交感神经与副交感神经以及多种激素间的协同与拮抗作用等等,无不是阴阳对立统一的具体体现。现代分子生物学发现,激素调节作用的第二信使,即两类环核苷酸和中医的阴阳相似。环-磷酸腺苷(cAMP)和环-磷酸鸟苷(cGMP)的生物效应恰恰是相反相成的。cAMP有促进脂肪分解、糖元分解、心肌收缩的作用,而cGMP的作用则相反;影响两者的神经介质和激素也是相反的。还发现,蛋白质$\rightleftharpoons$氨基酸,核酸$\rightleftharpoons$核苷酸,脱氧核糖核酸$\rightleftharpoons$核糖核酸,三磷酸腺苷$\rightleftharpoons$二磷酸腺苷,胱氨酸$\rightleftharpoons$半胱氨酸等等,都是对立的统一体,相当于阴阳的关系。现代免疫学证实,人体免疫系统分为细胞免疫和体液免疫两类。细胞免疫有白细胞和淋巴细胞之分,淋巴细胞又分T细胞和B细胞,同时还有协助性T细胞和抑制性T细胞;体液免疫又有抗体和抗抗体之分,其反应有太过与不及两种倾向,如此等等,也都可以用阴阳的对立统一关系加以概括。

时间生物医学证明,人体由于受太阳运动节律的影响,各种生理机能均存在着周期性的变化。阴阳学说从整体水平上概括了人体的许多周期性节律,包括昼夜、朔望、四季、年及超年周期等。现代医学发现,人体的血压、脉搏、呼吸、体温、血和尿的生化成分,各组织器官的功能和物质代谢以及对致病因素的敏感性,对药物的反应性等,都有明显的昼夜节律或月或年或超年的周期性变化。如人的体温,入夜开始下降,过午夜至早上4时左右最低,而后又升高,过日中至下午4时左右升至最高。健康人体温高低变化约在华氏2°左右。同时,体内物质代谢过程,亦随体温变化而产生相应地变化。这种长期以来形成的有规律的周期性变化,对人类来说几乎是不可更

改的，它是人体阴阳活动适应天地阴阳变化的结果。又如在体液调节系统中，激素内分泌的周期性节律与一日和一年的阴阳消长很相似。临床实践和动物实验证明，肾上腺皮质激素、甲状腺素、肾上腺素等，与中医所说的阳气相似，它们的分泌量一般是白天高夜晚低，活动时高安静时低；在一年中，秋冬每日皮质醇平均浓度和分泌量比春夏增加一些，甲状腺素的分泌也与季节气温的变化有关，夏天热则减少，冬天冷则增加。人的免疫系统也有昼夜节律，白天交感神经兴奋，免疫系统相对抑制；晚上副交感神经兴奋，免疫系统也兴奋。这与临床上所观察到的白昼易感染某些疾病的情况相吻合，说明人对致病因素的敏感性有昼夜阴阳的节律变动。时间治疗学表明，人体对药物的敏感性也有昼夜变动，如心脏病人对强心苷的敏感性以早晨4时最高，约为平时的40倍，麻药在晚上20时用治疗剂量小，而中毒剂量大等。虽然目前尚不能揭示其机理，但人体对药物敏感性随昼夜阴阳变化而有所不同的事实，是存在的。

近几年有些科学工作者用控制论、信息论、系统论的原理与方法研究阴阳学说，又为阴阳学说的研究开辟了一个新的领域，提出了一些很有价值的见解。他们认为人与自然和人体本身都是一个可以自动调节的整体系统，而阴阳学说正反映了这种自动调节的原理，含有"反馈论"和"信息论"的概念；阴阳的对立、依存、消长、转化的规律，也恰是对自然界和人体内许多复杂的反馈机制和维持稳态机制的高度概括。尽管这些研究还是初步的，但它们已经可以从另一个方面说明阴阳学说的科学性。

五行学说

古代的一种朴素的系统理论五行学说，它以朴素的系统观点观察一切，把世界和万物看作是有统一结构的整体。它力图用水、火、木、金、土五种物质属性来概括自然事物，以统计和取象比类等方法将诸种自然物归纳为五大类，通过说明它们之间的稳定联系，证明自然界的一切事物具有共同的功能结构，这种共同的功能结构就是五行。

五行由水、火、木、金、土五个方面构成，每一个方面即每一行不仅代表一种物质，而且代表一种功能属性。"水曰润下，火曰炎上，木曰曲直，金曰从革，土爰稼穑"（《尚书·洪范》）。它们之间，具有生克、乘侮、胜复、制化的关系。通过这些相互作用关系，五行整体获得动态平衡，从而维持事物的生存和发展。

五行学说的基本特点是，它不研究每种事物的实体究竟是由什么质料构成的，也不考察事物之间具体的作用方式。五行学说着意研究的是事物内部和事物之间最一般的功能结构关系，并用五行结构观念构成关于自然界各种事物联系的理论体系。

在五行系统中，五行之间的相生相克是最基本的功能关系。乘侮、胜复和制化关系是在相生相克的基础上产生出来的。相生，即滋助、养长、促进的意思；相克或相胜，则包含克制、压抑、约束之意。依照五行法则，相生相克关系是固定不变的，即木生火，火生土，土生金，金生水，水生木；木克土，土克水，水克火，火克金，金克木。《素问·宝命全形论》说："木得金而伐，火得水而灭，土得木而达，金得火而缺，水得土而绝。万物尽然，不可胜竭。"伐、灭、达、缺、绝是相克的五种不同形式和结果。可见，五行中的每一行，都承担着"生我"、"我生"、"克我"、"我克"四种关系，虽然就任何两行之间的直接关系（或生或克）看来，是不平衡的，但是就每一行的关系总和以及五行结构整体看来，相生和相克是平衡的。五行之间的这种生克关系，是事物在正常情况下的内在联系，它们维持着事物的正常生化和协调发展。这就是所谓五行制化。

相乘和相侮，则属于事物的异常现象。所谓异常包括太过或不及两种情况。如木太过，则它对土会发生超过正常限度的克制，称之为相乘；并反过来对克它的金加以欺凌，名之曰相侮或反侮。如木不及，则金就会来乘木，土也会给木以反侮。相乘和相侮的出现，将造成五行系统的局部不平衡。由于五行之间交错的连锁式的生克关系，一旦出现克制太过的现象，在五行系统内部必然会产生出一种相反的力量，将其压制下去。古人把超过限度的克制称作"胜气"，把反过来压制胜气的力量称作"复气"。经过复气对胜气的调节作用，最后仍然会使五行系统恢复相对平衡的状态，实现制化。五行制化是万物正常运动和生存的根本条件。五行制化关系的破坏，必将给事物的生化过程带来损害。

五行学说认为，具有五行结构的不同事物之间，也会按五行法则发生一定的联系。属于同一行而不同类的事物，由于它们有一定相同的功能属性，因而同气相求，相应相通。如"五味入胃，各归其所喜，故酸先入肝，苦先入心，甘先入脾，辛先入肺，咸先入肾"（《素问·至真要大论》）。其原因正在于酸（木）、苦（火）、甘（土）、辛（金）、咸（水）依次与肝（木）、心（火）、脾（土）、肺（金）、肾（水）属于同一行。属于不同行的不同类事物，也可能发生一定的相生相克关系。如《素问·藏气法时论》说："夫邪气之客于身也，以胜相加。"意思是六淫邪气侵入人体，将按照五行相克的法则戕害五脏，即燥金伤肝（燥属金，肝属木，金克木），寒水凌心（寒属水，心属火，水克火），风木乘脾（风属木，脾属土，木克土），火热烁肺（暑属火，肺属金，火克金），濡湿侵肾（湿属土，肾属水，土克水）。

在五行学说看来，宇宙万物的运动并非杂乱无章，各行其事，而是步调相应，秩序井然。春夏秋冬四时的更替和东西南北中五方的变换对于事物的形成和变化具有决定性的影响。如《素问·四气调神大论》说："故阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也。"《素问·阴阳应象大论》

又说："天有四时五行，以生长收藏，以生寒暑燥湿风。"即一年四时为阴阳的消长所形成，它直接决定和影响着万物的生长、壮大和死亡。《素问·四气调神大论》说："春三月，此谓发陈。天地俱生，万物以荣。""夏三月，此谓蕃秀。天地气交，万物华实。""秋三月，此谓容平。天气以急，地气以明。""冬三月，此谓闭藏。水冰地坼，无扰乎阳。"就是说万物在一年中呈现发陈、蕃秀、容平、闭藏等不同阶段，都是四时阴阳所形成的。自然界的四时变化是一个大循环，万事万物的运动是在这个大循环带动之下的小循环。

依据五行学说，四时的变换与来自不同方向的风雨又有密切联系，并且五方不同，气候也各异。如"东风生于春"，"南风生于夏"，"西风生于秋"，"北风生于冬"。"东方生风"，"南方生热"，"中央生湿"，"西方生燥"，"北方生寒"(《素问·金匮真言论》、《素问·阴阳应象大论》)。这就表明，四时和五方在本质上相互关联，是决定天地离合，万物生死的根基，是世界上一切变化的决定因素。

为了使时间观念与空间观念统一起来，适应五方说和五材说，古人将四时也分为五个变化阶段，即在夏秋之间再独立出一个"长夏"，又称为"季夏"。既然万物的生死取决于阴阳四时的变化，万物的运动随着季节的周而复始，表现出相应的周期性和阶段性，必然使各种不同事物的内部形成相应的统一结构。这样，在古代天文学、地理学、气象学、物理学、生物学和哲学等多种知识的基础上，形成了五行学说，提出五行生克作为普遍适用的功能结构模型。

五行学说在理论上主要包括以下四个方面：①它力求证明一切事物内部都具有一定的结构，并且要求从结构关系的总体及其与外界环境的联系上研究事物，因此五行作为一种方法论，实际上把所有对象都当作系统整体来对待。按照这种方法研究事物，就有可能获得关于事物整体特有的某些规律性。②它认为一切事物的内在结构在发生学上有着共同的根源，因而存在着普遍的逻辑上的相似性，具有统一的结构形式。这种统一的结构形式，就是五行，其构成宇宙整体，并可以推知事物的某些性质和关系。③它指出五行结构系统有保持动态平衡的能力，并通过五行生克胜复的反馈联系，说明了五行系统能够保持相对稳定的原因。④五行学说将自然界万物之间的作用关系抽象为相生和相克这两种基本形式，强调生和克同时是一切事物生化过程所必不可少的因素，生克的结构平衡是万物正常运行的根本保障。根据以上四点可见，五行就其实质而言，是中国古代关于一切事物普遍适用的整体结构模型，五行学说是一种朴素的普通系统论。

古人把五行学说应用于医学，对研究和整理古代人民积累的大量临床经验，形成中医学特有的理论体系，起了巨大的推动作用。它促使人们从系统结构的观点观察人体，有助于比较辩证地认识人体局部与局部、局部与整体、体表与内里之间的有机联系，以及人体与生活环境的统一。五行学说的应用，使中医学的整体观念得到进一步加强和系统化。

但是五行学说作为一种直观朴素的理论，不可避免地存在着某些缺点。它自发地把整个世界看作是大大小小的系统整体，因而只能在某种固定的简单的数字排列中，在某种特殊的物质属性(木、火、土、金、水)和特殊的功能关系(相生相克)中，去寻找系统整体普遍适用的结构模型，这样构筑起来的结构模型，不可能完全作出科学的说明。

五行学说把五季、五方、五气、五材、五脏、五色、五味等不同事物排列起来，构成世界的五行关系图式，主要是根据经验积累，采用朴素的统计方法，将那些直观可察的大量重复出现的现象之间的动态功能联系确定下来，逐渐形成的。用这种方法确定下来的联系观念，能够在一定范围内和一定程度上反映事物的某些规律性，有一定的实用价值，但不可能深入地掌握事物的内在本质，更不可能完全地把握整个世界的结构。但是五行学说把事物看作是一个系统，强调对事物进行整体观察，要求分析事物内部和事物之间的结构关系，并注意研究它们维持整体动态平衡的机制，这些原则都是正确的。五行学说中关于五行生克胜复以及其他一些有关自然界普遍联系的具体论述也包含着许多深刻的合理内容。

五行学说的基本内容 五行学说的基本内容可概括为两个方面，一是五行归类，一是生克乘侮。

事物属性的五行归类 五行学说将一年四时分为春、夏、长夏、秋、冬五个阶段。其气候特点是春季多风，夏季暑热，长夏湿闷，秋季燥凉，冬季寒冽。此五季与风、暑、湿、燥、寒五气对应。并进一步认识到世界万物都随四时的更替，进行着有节律的周而复始的运动，每一个运动周期也明显地分为五个阶段，而且在一切整体事物的内部必定形成统一的结构，这种结构分为五个方面，以与运动周期的五个阶段相适应。例如就事物的生化过程来看，可分为生、长、化、收、藏(或生、长、壮、老、已)五个阶段，而生与春，长与夏，化与长夏，收与秋，藏与冬分别相应。又如颜色，作为整体在结构上可分为青、赤、黄、白、黑五个方面，在运动过程上也与四时相应形成周期循环，即春季草树萌生，大地多呈青色；夏季烈日暴晒，现出赤色；长夏万物从化需要土地的养长，而土呈黄色；秋季天高气爽，万木凋落，田野空荡明亮，故显白色；冬季阳光衰弱，夜长日短，予人以黑色之感。再如人有五脏，也与四时有着复杂的对应关系，如春季多肝病，夏季多心病，长夏多脾病，秋季多肺病，冬季多肾病等。

古人将春、夏、长夏、秋、冬五个不同季节中经常出现的事物，或与季节有密切关联的事物，联系起来综合分成五大类。与春相联的一类用木代表，与夏相联的一类用火代表，与长夏相联的一类用土代表，与秋相联的一类用金代表，与冬相联的一类用水代表。

五行学说认为,上述每一类事物本身既然联系紧密,因此必然有着相同的功能属性。这五类事物的属性是:"木曰曲直",木类具有生发、柔和的特性;"火曰炎上",火类具有阳热、升腾的特性;"土爰稼穑",土类具有长养,变化的功能;"金曰从革",金类性质坚刚,可以变革他物;"水曰润下",水类特点是寒润,下行。在五行学说看来,任何事物的内部结构,都由具有五行属性的五个方面所构成,因此所谓五行归类,也就是对各类整体事物的五行结构进行分析,然后按照功能属性,分别将属于同一"行"的事物归纳到一起,进行系统排列。兹综合《素问·阴阳应象大论》和《素问·金匮真言论》两篇的论述,将与人体有密切关系的事物的五行归类,列表如下:

自然界								五行	人体						
昼夜	五音	五味	五色	生化	气候	方位	时令		脏	腑	五官	形体	情志	五声	变动
平旦	角	酸	青	生	风	东	春	木	肝	胆	目	筋	怒	呼	握
日中	徵	苦	赤	长	暑	南	夏	火	心	小肠	舌	脉	喜	笑	忧
日西	宫	甘	黄	化	湿	中	长夏	土	脾	胃	口	肉	忧	歌	哕
日入	商	辛	白	收	燥	西	秋	金	肺	大肠	鼻	皮毛	悲	哭	咳
夜半	羽	咸	黑	藏	寒	北	冬	水	肾	膀胱	耳	骨	恐	呻	栗

依照五行学说,物质世界是一个以四时和五方为核心的庞大的五行结构系统。通过五行归类,就把人体以及与人体密切相关的自然事物与五行相联系,得出它们自身以及它们之间的五行结构关系。这对于我们从五行来把握整个自然系统,进一步探索人体整体的运动规律,以及人体与生活环境的统一,是很有帮助的。

五行生克　自然界的事物是多样的。他们之间的相互作用形式也千变万化。五行学说的特点是,它并不具体地考察这些事物的实体究竟是由什么质料构成的,也不具体地研究它们之间各自特殊的相互作用形式,它着意考察的只是系统内部和系统之间的功能结构的一般形式。因为它对事物之间各种不同的相互作用进行了抽象,将其归纳为相生和相克(或相胜)这两类基本形态。

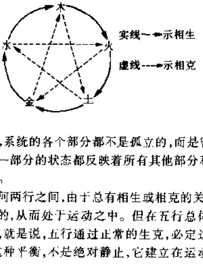
相生,含有滋生、助长、促进之意;相克则是指克制、压抑、约束的作用。相生相克是五行关系在正常情况下的表现。在五行系统中,相生和相克的关系是固定不变的。

五行相生的顺序是:木生火,火生土,土生金,金生水,水生木。依此相生,循环不已。

五行相克的顺序是:木克土,土克水,水克火,火克金,金克木。依此相克,往复无穷。

五行生克的关系是古人从观察现实生活中的一些具体现象概括出来的。例如,木生火,是因木可燃而生火,或钻木生火。火生土,是因树木燃后成灰,即为灰土,且可肥沃土壤。土生金,是因金属之类蕴藏于土石之中。而金属加热可化为液态,金属工具是凿井开渠的利器,故金生水。草木的长养必得于水,水利是农业丰产的保障,故水生木。木克土,是由于树木之根须可以间着土壤,防止水土流失。土克水,反映了古代兴修水利主要用土。水克火,是因水可灭火。火克金,是由于用火可以冶炼金属。金克木,是因为金属可制刀斧,能砍削树木。但是当古人把这些具体的事物关系,抽象成为五行的生克关系时,就发生了质的变化。五行生克关系不再是上述这些具体事实的简单描述,而已经成为自然界五种最一般的功能属性关系的概括,例如木生火和木克土,表示具有木行属性的事物对具有火行属性的事物有促进作用,而对具有土行属性的事物则具有克制作用。

相生关系,又称母子关系。生者为母,被生者为子。如木生火,木为母,火为子。火生土,火为母,土为子,余此类推。五行中每行,都具有"生我"和"我生"两方面的关系。相克关系,又称之为"所胜"和"所不胜"关系。克我者为"所不胜",我克者为"所胜"。如木克土,木对土说来为"所不胜",土对木说来为"所胜",余此类推。五行中之每一行,都具有"克我"和"我克"两方面的关系。见下图:



可见,系统的各个部分都不是孤立的,而是密切相关的。任何一部分的状态都反映着所有其他部分和系统整体的情况。

在任何两行之间,由于总有相生或相克的关系,所以是不平衡的,从而处于运动之中。但在五行总体上呈现动态均势,就是说,五行通过正常的生克,必定达到整体平衡,而这种平衡,不是绝对静止,它建立在运动的基础之上。

表面看起来,两行之间的生或克的关系不是相互的,如木和火,只有木生火的关系;木和土,只有木克土的关系,然而如果从五行整体看就会发现,五行之中任何两行之间的关系并不是单向的。试以火为例,在正常情况下,火受到水的约制,火虽然没有直接作用于水,但是火能生

土,而土有克水的作用。火通过生土间接地对水发生制约性的反作用,以使水对火的克制不致过分,造成火的偏衰。同时,火还受到木的滋助,火虽然没有直接反作用于木,然而火通过生土,加强土对水的克制,从而削弱水对木的滋养,使木对火的促进不致过分,因而火不产生偏亢。其他四行,可依此类推。受作用者,通过某些中间环节,反作用于作用者,产生调节的效果,使系统整体保持相对平衡,这种反馈机制在人类社会是普遍存在的,五行学说以朴素的理论形式反映了这类现象。

相生相克是整个五行系统的基础。其他如五行乘侮、胜复、制化等关系,都是在五行生克的基础上产生的。

五行乘侮胜复　相生相克是指五行处于"平气",即在正常情况下各行之间的作用关系。由于某些内在或外在因素的影响,各行还可能出现异常情况。五行学说的特点是不考虑事物所发生的异常变化的特殊性态,而把一切异常变化归纳为"太过"和"不及"两大类。太过即偏盛,不及即偏衰。

当出现太过或不及时,五行之间正常生克关系遭到破坏,于是出现相乘和相侮的反常现象。乘是乘虚而侵害,侮是恃强而欺弱。相乘即相克关系太过,超过了正常约制的程度。相侮,是相克的逆行,即被克者由于偏盛反过来克制克己者。例如火太过,便会对金发生超过正常限度的克制,称之为相乘,并反过来欺凌本来克制自己的水,称之为反侮或相侮。若火不足,则水对火的克制也会因而超过正常限度,由正常的相克变为相乘;本来被火所克的金则会反过来侮火。其余依此类推。正如《素问·六节藏象论》所说:"太过,则薄所不胜而乘所胜也……不及,则所胜妄行,而所生受病,所不胜薄之也。"《素问·五运行大论》说:"气有余,则制己所胜而侮所不胜。其不及,则己所不胜侮而乘之,己所胜,轻而侮之。"这两段话都是对相乘和相侮的说明。

可见,当五行中某一行出现太过或不及时,这一行与其他任何一行之间的不平衡关系加剧而发生异常,从而与其他四行的关系在总体上出现了不平衡。假如偏盛偏衰得不到及时纠正,即有可能出现强者愈强,弱者愈弱,以强凌弱,乖乱日甚的局面。对于人体来说,就要出现种种不适。但是五行学说认为,五行结构作为系统整体对于太过不及的出现,在一定限度内有自行调节,使之恢复正常的能力。这种能力称为"胜复"作用。

五行学说把过度的克制即相乘称"胜气",认为"有胜之气,其必来复也"(《素问·至真要大论》)。就是说,这种胜气,在五行系统内必然会引出一种相反的力量,将自身压下,这种相反的力量,称"复气"。《素问·五常政大论》说:"不恒其德,则所胜来复,政恒其理,则所胜同化。""德"是指五行正常的功能属性,"政"是指五行系统生制运动的状况。在五行结构中,如果出现太过而乘袭己所胜(克)者,那么胜(克)己者定要前来报复,削伐己之太过,使之平复。当太过恢复正常,所胜者(克者)和被胜者(被克者)就会协调制化。如果出现不及时,又说:"故乘危而行,不速而至。暴虐无德,灾反及之。"意思是某一行不及,则胜(克)己者就会像不速之客前来相乘,可是胜(克)己者之所不胜者(相克者)又必会进行报复,使不速之客反遭其灾,而归于平复。

五行学说指出,所有报复行为的轻重,都随五行太过不及所引起的过度克制的大小而定。胜气重,复气也重,胜气轻,复气也轻。胜气和复气方向相反,大小相等。《素问·气交变大论》说:"胜复盛衰不能相多也,往来大小不能相过也,用之升降不能相无也,各从其动而复之耳。"《素问·五常政大论》说:"微者复微,甚者复甚,气之常也。"肯定复气与胜气微甚相当,恰恰相互抵消,因此,五行结构才在出现异常的情况下,通过自身的调节,恢复整体的相对平衡。试举例说明:如火气出现太过,则对金克伐过度使金偏衰,金因此减弱了对木的约束,于是木偏亢而加剧对土的克制,土因此降低对水的制约,于是水旺盛起来,把太过的火气压抑下去,使之恢复正常。相反,若火气不及,则会受到水的过度克制,但同时又引起金偏亢,因此使木受到过度的克制而偏衰,于是又造成土偏亢,土偏亢则导致水偏衰,水偏衰则使火气由不及复归平气。余者类推。《素问·天元纪大论》说:"形有盛衰,谓五行之治,各有太过不及也。故其始也,有余而往,不足随之,不足而往,有余从之。"这段话指的正是这一调节过程。由于被胜气欺凌的一行,与最后起来抵制胜气的一行总是母与子的关系(如上面两例中的金与水、火与土),所以又把复气对胜气的反作用称作"子复母仇"。《素问·气交变大论》说:"夫五运之政,犹权衡也,高者抑之,下者举之,化者应之,变者复之,此生长化成收藏之理,气之常也。"五行结构系统犹如权衡之器,高、亢的它能压抑下去,低、衰的它能举上来。所谓权衡之器即求得平衡之器,表明五行结构在自行调节机制的作用下,有维持整体平衡的能力。

五行制化　五行制化的主要意思是,五行整体若保持动态平衡,协调统一,事物即能正常地生存、变化和发展。而这种平衡和统一,一旦遭到破坏,事物就会受到损害,生化作用就不能正常进行。在一般情况下,五行系统通过各行之间的相生相克的正常发挥,即可达到系统整体的平衡。如果出现偏盛偏衰的异常现象,经过五行系统胜复作用的调整,系统整体仍可保持平衡,达到制化。就是说,要想造成事物正常生存和发展的制化局面,需要设法保证五行系统内部相生相克关系的协调。生是发育繁衍的根由,克则使其不致泛滥成灾。不能只有生,也不能只有克。相生和相克是对立的统一,是不可分割的两个方面。生和克是相互为用的,无论哪一方都不可长期出现太过或不及的情况,两者必须和谐统一,才能造成五行整体的相对均势或平衡,产生制化的作用,保证运动不止,生化无穷。《类经图翼》说:"造化之机,不可无生,亦不可无制,无生则发育无由,无制则亢而为害。必须生中

有制，制中有生，才能运行不息，相反相成。”这段论述，反映了客观事物之间正常发展的相互关系，说明了五行制化的道理。

五行制化的理论，强调事物生克作用的相对平衡对事物正常发展的重要性，是正确的。将这一道理应用到生态学和医学上，尤其显得重要。大量事实已经证明，人的行为如果破坏了自然界的生态平衡，势必遭到客观规律的惩罚。医学的最终目的是减少病人的痛苦，延长生命，也就是要维持人体系统的整体平衡，使之不致遭受破坏。因此医学应当着重研究有关一切系统，尤其是人体的整体平衡的规律。但是从哲学角度来看，五行学说不够重视事物整体不平衡的出现，以及原有结构的解体，对于此一事物向彼一事物的过渡，对于事物发生质的飞跃等等。这是五行学说的不足之处。

五行学说在中医学中的应用 五行学说应用于中医学，就是以事物属性的五行分类方法和生克乘侮的变化规律，来说明人体的生理功能、病理变化，以及生理功能与病理变化在整体方面的各种联系，并指导着对疾病的诊断与治疗。

说明生理功能 五行学说用于说明人体的生理功能，主要是把五脏以其功能不同，分别归属于五行，以五行的特性及其相互资生、相互制约的关系，来说明五脏各自的功能特点，以及五脏之间在生理上的相互联系。

以五行的属性说明五脏的功能，肝属木，是以木有生发、柔和的特性，比类说明肝喜条达、主疏泄的功能；心属火，是以火有温热的特性，比类说明心阳的温煦作用；脾属土，是以土有长养万物的特性，比类说明脾能生化气血；肺属金，是以金有清肃收敛的特性，比类说明肺气的清肃下降；肾属水，是以水性的润下，比类说明肾主水而藏精，具有滋生的特性。

以五行相生、相克规律说明五脏功能在生理上的相互联系，肾之精以养肝，为水生木；肝藏血以济心，为木生火；心之热以温脾，为火生土；脾化生水谷精微以充肺，为土生金；肺津气下行以资肾，为金生水。以上是五脏在生理上相互资生的关系。肺气清肃下降，可以抑制肝气的冲逆；肝的疏泄，可以克制脾土的壅滞；脾的健运，可以防止肾水的泛滥；肾水的上济，可以防止心火的亢烈；心的阳热，可以制约肺金的清肃太过，这是以五行相克规律，说明五脏在生理上相互制约的关系。正因为五脏之间存在着这种相生相制的关系，所以才使五脏在功能上保持着协调统一和动态平衡，成为一个有机的整体。

说明病理变化 五行学说用于说明病理变化，是以五行属性及其乘侮规律，来阐述某些脏腑病变的性质、特点及各有关脏腑在病理上的相互影响。

说明脏腑病变的性质和特点，例如心为火脏，火热上炎，口舌糜烂，因舌为心之窍也；甚则烦躁不安、谵语狂妄，这是心所主之神明被扰而不能主持的表现。肾为水脏，水性就下，病则往往出现小便不利、腰以下肿。肺气属金，总以清肃下降为顺，病则逆而上行，咳嗽喘息诸症，由之而生。脾为土脏，职司运化，病则水湿不能健运，郁滞而为痰为饮。肝为木脏，生发之气由之而出，如木气失其条达，则见胁肋胀满疼痛诸症；若生发太过，风阳上扰，则见头目眩晕。

以五行的乘侮关系说明内脏之间在病变上的相互影响，如肝病传脾，是木来乘土；脾病及肝，是土反侮木；肝火犯肺，为木火刑金；肝病影响及心，为母病及子；影响及肾，为子病及母。以上举肝为例，其他脏器的病变也同样存在着这样的相互影响关系。

用于疾病的诊断 五行学说用于疾病的诊断，是将望、闻、问、切四诊所搜集的病情与体征，如面色、声音、气味、神态、脉象等，按五行所属及其生克乘侮的变化规律，来判断病变部位、性质以及预后与转归。

五脏功能活动的异常，各就其生理、病理的特性，在临床上必然有种种不同表现，通过望、闻、问、切便可推知其病变之所在。正如《难经·六十一难》所说：“望而知之者，望见其五色，以知其病。闻而知之者，闻其五音，以别其病。问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也。切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。”即明确指出，内脏病变必然要显见于肤色、声音、气味、脉象等各个方面，这些都是临床所必须诊察，并以之作为诊断疾病的依据。如患者面呈青色，性急多怒，或喜惊呼，或嗜酸味，脉见弦象，可诊断为肝郁气滞。因为肝属木，而青为木之色，在志为怒，在声为呼，其味酸，其脉弦。若患者面呈赤色，喜笑不休，口味苦，脉见洪象，当诊断为心火亢盛。因心属火，而赤为火之色，在志为喜，在声为笑，其味苦，其脉洪等。

以五行生克乘侮的变化规律，来推断内脏之间病变的相互影响，以及病情的预后和转归，如脾虚患者，见面青、脉弦，为木来乘土；心脏病患者，见面黑、脉沉，为水来克火；肝病患者，见面黑，水肿、脉沉，为子病及母；肾阴虚患者，见眩晕、烦躁易怒、面红目赤、脉弦，是水不涵木，肝阳上亢，为母病及子等等。内脏病证常相互传变，从五行生克关系来看，其病情的预后是按相生顺序传变者为顺，病势较轻；按相克顺序传变者为逆，病势较重。

用于疾病的防治 五行学说用于疾病治疗，一方面是根据药物的色、味，按五行归属确定其作用部位而入何脏腑，另一方面是按五行生克乘侮规律，确定其防治大法。

不同的药物，有不同的颜色与气味。以颜色分，有青、赤、黄、白、黑“五色”；以气味辨，有酸、苦、甘、辛、咸“五味”。药物的五色与五味，都是以其天然色味为基础，以它们的不同性能与归经为依据，按照五行归属来确定的。反过来，又可根据药物的色味来选择用药，以治疗疾病。如青色入肝，赤色入心，黄色入脾，白色入肺，黑色入肾；酸味养肝，苦味泄心，甘味补脾，辛味宣肺，咸味益肾。

疾病的发生发展，反映着有五行生克乘侮的规律，因

而在确定治法、运用药物时，亦应按其传变规律而施治。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》说："夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾……夫肝之病，补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之。……肝虚则用此法，实则不再用之。"就是运用五行学说指导临床防治疾病、确定治法及用药的例证。肝病传脾，是木来乘土，先调补脾脏以实其气，即所谓"扶土抑木"，为既病防变之法。如果肝气虚，便用酸味药以补肝之体，并佐以苦味善泻心火之品，因心为肝之子，免子令母实也。土为万物之母，脾为气血生化之源，更以甘味药调补脾气，因培土即可以荣木。治肝病如此，治其他内脏疾患亦可类推。后世医家运用五行生克乘侮的规律，结合具体病情，在辨证论治的基础上，又提出了以五行相互关系作为依据的许多具体治法，如肺脾两虚的病证用"培土生金"法，重点在于补脾；肝肾阴虚而导致肝阳上亢的病证，则用滋肝肾之阴以潜肝阳的方法治疗，即为"滋水涵木"；脾虚肝乘，治以实脾和肝，为"扶土抑木"法；肺肾阴虚，或因肺病及肾，或因肾病及肺，应肺肾同治，而为"金水相生"法；脾肾虚寒所致之下利清谷，以及久泄、久利等证，治当补命火以益脾土，是为"益火生土"法；脾不制水而致水肿，或水气上冲，则用"培土制水"法；肾阴虚损，心火无制而上炎，则用"壮水制火"法，以滋肾阴、降心火等。这些治疗方法，在临床上仍被广泛应用，并常可取得满意的疗效，因而有着一定的现实意义。

历代医家对五行学说之研究 五行学说被引进医学领域，与阴阳学说相结合，从而成为中医基础理论的重要组成部分。《黄帝内经》用取象比类的方法，将自然界的"五方"、"五季"、"五气"、"五化"、"五色"、"五味"与人体的"五脏"、"六腑"、"五官"、"五体"、"五志"等结合起来，分别归属于五行之中，借以说明人体各脏腑组织器官之间以及人体与自然界之间的复杂联系。尔后历代医家均不同程度地承继了这一五行模式的思想，并就某些方面有所发挥。其简要情况介绍如下：

探讨五行学说的理论，将五行与阴阳结合起来，阐发其唯物观和辩证法思想，《华氏中藏经》说："阴阳者，天地之枢机；五行者，阴阳之终始。非阴阳则不能为天地；非五行则不能为阴阳。……天地有阴阳五行，人有血脉五脏，……从之则吉，逆之则凶。"这不仅将五行与阴阳结合起来，同时将人体的生理功能和天体的运行变化，都通过阴阳五行的理论联系起来，说明它们的共同规律。这一思想，在中医学理论中，是有着极为丰富的内容。特别是王冰补入《素问》的《天元纪大论》等七篇大论，从"五运六气"的角度，来探索自然界气象运动规律，以及人体与之相应变化的一致性，有较精深的见解，"天人相应"的整体观念，此后便益为医家所重视。七篇大论中有关五运和六气的变化规律，都是通过五行的生克制化关系来阐发的。《素问·六微旨大论》说："亢则害，承乃制，制则生化，外列盛衰，害则败乱，生化大病。"认为六气亢盛造成危害，随之要加以克制。只有克制，才能生化。六气太过、不及都会败坏生化之机而致成大病。后王安道在《医经溯洄集》里，将"亢害承制"的理论，认为是各种事物运动变化的普遍规律。他说："盖造化之常，不能以无亢，亦不能无制焉耳。"

以五行学说阐发病机，特别是对脏腑病机、六气病机以及某些病证发生的机理，分析得更加精细深刻。如刘完素以运气学说解析病机十九条，并倡"六气皆能化火"，是有所创新的。他以五行的理论阐释一些病证的发生，如认为"湿为土气，火热能生湿土"、"湿病本不自生，因于火热怫郁，水液不能宣通，即停滞而生水湿也"(《宣明论方·水湿论》)；"所谓风气甚而头目眩运者，由风木旺，必是金衰不能制木，而木复生火，风火皆属阳，多为兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转"(《素问玄机原病式·五运主病》)。此论述结合临床是很有指导意义的。温病家吴瑭认为，温邪为火之气，肺为金之脏，温邪上受，始于手太阴，是火克金，阐明了温病不同于伤寒的发病机理。医家绮石，以五行说的"火刑金"立论，阐发虚劳病机，有独特见解。他在《理虚元鉴》中，详细地论证了伏逆之火，燔灼肺金，清肃之令不行；金不生水，水火失济，阴火复炎，从而发生劳嗽、吐血、干咳、痰中带血、骨蒸、梦遗滑精等各种病证的病理机制。

张仲景著《伤寒杂病论》，首创辨证论治的体系与方法。《伤寒论》中有"肝乘脾"、"肝乘肺"、"纵"、"横"的辨证，是五行乘侮理论最早用于外感病者。《金匮要略》第一篇脏腑经络先后病脉证，即以肝病为例，根据脏腑相关的整体观所确定的方法，特别是预防疾病传变的治疗法则，对多种杂病的防治具有普遍的指导意义。还提出："寸口脉动者，因其旺时而动，假令肝旺色青，四时各随其色。肝色青而反色白，非其时色脉，皆当病"的论述，这是五行理论用于色脉诊的实例。石寿棠以五行的某些属性特点，说明某种病证的声音变化，如他在《医原》中辨声音谓："痰壅肺络，咳声不扬，金实无声也；劳瘵音哑，金破无声也"、"声出于肺而根于肾，其有无还声如鸦声音，乃肺肾将绝，金水不交，声音不能发自丹田，亦不能还至丹田，故声直而无回音耳。"王肯堂在《证治准绳》里有"金之精，腾结而为气轮；木之精，腾结而为风轮；火之精，腾结而为血轮；土之精，腾结而为肉轮；水之精，腾结而为水轮"等关于"五轮"与五行关系的系统论述，并列举了五轮病变的各种辨证方法，这不仅发挥了《内经》关于"五脏六腑之精气，皆上注目"的理论，而且对于眼科临床辨证治疗有重要指导意义。

以五行学说指导确立治法，为遣方用药寻找理论根据，用于阐释治法方药的理论原则，也是历代医家深入研究的一个方面，他们发表了许多见解。如王安道认为，火乃木之子，子火既助母木而致肝气亢实，只有补水泻火，使水能胜火，则火势退而木气衰。补水泻火之法，虽没有直接益金，实则火退则金不受克而制木，土又不受克而生

金，故虽不补金而金自受益，此即所谓"不治之治"的方法。在这里王安道把《难经·七十五难》提出的："东方实，西方虚，泻南方，补北方"的治法精义畅发得淋漓尽致。张从正为攻邪论的代表者，他以脏腑五行的属性特点，为脾胃邪实，其治当下，即所谓"土郁夺之"的治法，提出了理论根据。他在《儒门事亲·凡在下者皆可下式》中说："内经曰：'脾为之使，胃为之节'，"人之食饮酸咸甘苦百种之味，杂凑于此，壅而不行，荡其旧而新之，亦脾胃之所望也。况中州之人，食杂而不劳者乎！中州土也，兼载四象，木金水火，皆聚此中，故脾胃之病，奈何中州之医不善扫除仓廪，使陈莝积而不能去也。"张元素在阐发《素问》气味理论的基础上，参以运气学说，用五行生克之理，说明遣药制方用于治疗疾病的道理。他在《医学启源·五行制方生克法》中说："夫木火土金水，此制方相生相克之法也"，"酸苦甘辛咸，即肝木、心火、脾土、肺金、肾水之本也。四时之变，五行化生，各顺其道，违则病生。圣人设法以制其变，谓如风淫于内，即是肝木之失常也。火随而炽，治以辛凉，是为辛金克其木，凉水沃其火，其治法例皆如此。"张元素还根据自己的医疗经验，按照五行生克规律，制定出五脏虚实补泻的标准方药，如以肝脏为例，即"肝苦急，急食甘以缓之，甘草。……肝欲散，急食辛以散之，川芎。以辛补之，细辛。以酸泻之，白芍药"(《医学启源·脏气法时补泻法》)。"肝虚，以陈皮、生姜之类补之。经曰：虚则补其母。水能生木，肾乃肝之母。肾，水也，若补其肾，熟地黄、黄柏是也。如无他证，钱氏地黄丸主之。实则白芍药泻之，如无证，钱氏泻青丸主之。实则泻其子，心乃肝之子，以甘草泻心"(《医学启源·五脏补泻法》)。这种遣方用药的方法，至今仍有参考价值。

运用五行学说探讨各种杂病治法，如绮石在以伏火刑金阐发虚劳病变的基础上，随之提出"清金保肺，无犯中州之土"，"培土调中，不损至高之气"，"金行清化，不觉水自流长，乃合金水于一致"，"治虚有三本，肺脾肾是也"(《理虚元鉴》)的治疗要点。朱震亨在《格致余论》中全面地总结了治疗臌胀的经验，即"验之治法，理宜补脾，又须养肺金以制木，使脾无贼邪之虑；滋肾水以制火，使肺得清化之令；却盐味以防助邪，断妄想以保母气，无有不安"。

至于以五行之理阐释用方之旨者，如张石顽谓小建中汤治疗胀满，是土中泻木，以"土得木而达"也。石寿棠在分析钱仲阳为小儿制六味丸，取酸甘化阴之义时说："酸，木味也；甘，土味也。木非水不生，非土不载，木实初结多酸，犹禀木之本味，成熟则纯甘，甲已合而化土，全得土之正味，五味惟甘为无毒，甘润得木土气足，故能滋液"(《医原》)等等，虽属于"援物比类"之说，但据之以立方，往往能取得良好疗效。

近人恽树珏用四时气候的盛衰变化，阐述五行生克胜复的道理，借以说明用于医学领域的五行，与阴阳家术数巫祝的五行有本质的区别。他在《群经见智录·五行之研究》中说："《内经》言五行，配以五脏，其来源本于天之四时。……五行相生之理，木生火者，谓春既尽，夏当来，夏从春生也。火生土者，谓夏之季月为长夏，长夏从夏生也。土生金者，谓长夏尽为秋，秋从长夏来也。金生水者，秋尽为冬日也。水生木者，冬尽则为春也。春主生，所以能成生之功者，实拜冬日秘藏之赐。夏主长，所以能成长之功者，拜春日发陈之赐。秋主收，所以成收之功，拜夏日长养之赐。冬主藏，所以能成藏之功，拜秋日成实之赐，故曰相生也。五行相克之理，春行秋令，勾萌乍达，肃杀之气加之，春之功用败矣。夏行冬令，严寒折盛热，闭不得发，长养之功隳矣。秋行夏令，收束不得，发泄无余，秀不实矣。冬见长夏郁蒸之气，寒水不冰，当收反泄，盖藏竭矣。长夏为夏至阴生之候，行春令，则阳亢不和矣，故曰克也。其春行冬令，为至而未至，谓春气当至而不至也。春行夏令，为未至而至，谓夏气未当至而先至也。夏秋冬三时同，未至而至为有余，至而不至为不足，虽能病人，犹贤于克贼，不为克也。顾虽不克，其气则有偏胜，胜之甚者，必有反应。偏胜为胜，反应为复，故言胜复。……是故五行相克云者，换言之，即春行秋令，即当生长之时见肃杀之气，以本气当受克耳。余三时同。五行之在术数巫祝口中，诚不免荒诞，然古代亦必有说，特吾侪不知耳。其在《内经》，当如此解释为长也。"说明五行生克之理，古人从一年五个季节气候变化之正常与否而得出的概念，是有一定的客观事实做为根据的。

近年来对五行学说的研究，主要是对其哲理的探讨，并评价其作用。一部分学者认为，五行学说承认世界是物质的，由木火土金水五种物质元素组成，其生克乘侮反映了事物相互联系、相互制约、相互影响的关系，因而就其基本观点来说，属于唯物论和辩证法思想范畴。另一部分学者认为，五行学说所讲的联系，只是在一个平面上的循环往复，不能反映事物的发展；且以固定不变的程序或公式，说明实际存在的千变万化而又极为复杂的事物之间的各种联系，因而属于机械唯物论。也有相当一部分学者指出，五行学说在早期以其朴素唯物辩证的观点，说明医学上的许多理论问题，确实起过进步作用；而后期则被形而上学所取代了。围绕对五行学说的评价及存废所展开的争论，仍在继续进行。

以控制论原理研究五行学说，是新开辟的一个领域。随着"三论"，即系统论、信息论、控制论知识的普及，参与这项研究工作的学者日益增多。他们认为中医理论与控制论原理有许多相似之处。由于五行学说反映了人体的自动调节原理，因而也含有"反馈论"和"信息论"的概念；五行的生克乘侮，正是对自然界和体内许多复杂的反馈机制的高度概括。五行分类的"取象类比"方法，与控制论的"同构系统"概念相似；把动态信息加以分类，矛盾的输入（生我、克我）和输出（我生、我克）信息，必然有四条通道，联系五个方面。这五个方面或者说五个子系统，相互联系，相互作用，形成了多路多极的反馈调节的闭合系统，维持着自控系统的稳定，这与控制论的"自同态机器"

模型极其相似。从而说明五行胜复，也是对维持稳态机制的高度概括。中医的五脏，按取象类比的方法，可分别归属于五行。五脏在生理与病理上的相互联系与相互影响，可以五行的生克乘侮关系加以概括。在以控制论研究藏象学说时发现，五脏间的联系是普遍存在的，每一脏跟其余四脏均有反馈关系，按五行生克乘侮可归纳为20种主制关系，借以反映五脏系统生理功能的相互滋养、生化和相互约束、克制的作用，以及病理状态下疾病的传变方式和机体各部分抗病功能的协调方式。尽管古人对五脏具体的结构与机能的联系，并不完全清楚，但通过观察生活条件、致病因素以及药物等各种治疗手段，输入人体后所出现的反应，运用了类似"黑箱理论"的方法，建立了独特的关于人体结构和机能的模型和理论——脏象学说。尽管它可能有某些臆测的地方，但却大体上反映了人体生命过程中各组织、器官、系统机能活动的整体联系。

近年来，由于能以运用现代科学知识与方法，整理研究五行学说，故能较客观地评价它的地位与价值，既肯定了它讲系统联系的辩证法思想，也指出了它只能在一个有限的范围内，说明事物的某些联系，而不能深刻地、更具体地揭示系统结构的本质联系和一般规律等不足之处。

阴阳学说和五行学说的关系

阴阳学说和五行学说有不同的渊源，约到战国后期这两种学说才合在一起。由《内经》奠基的中医学理论，运用阴阳和五行观点研究人体及其生活环境，使阴阳和五行在一个具体的科学门类中结合起来。

阴阳和五行虽然同为中医理论基础的重要组成部分，但是它们仍然是两种学说。这主要是因为它们各有自己特殊的研究领域。

作为一种哲学思想，阴阳学说是中国古代的一种特殊的对立统一理论。它起源于人们对自然界中一些显而易见的矛盾现象的观察和概括。它认为，宇宙万物到处都存在着两种对立的趋势和力量，这两个对立方面，一方具有阴性特征，一方具有阳性特征，它们彼此排斥而又协调以及互根、转化，由此演生出自然界。阴阳学说力图用阴阳的对立统一来说明宇宙万物运动的源泉，运动的最基本的形式，以及万事万物形成和毁灭的根本原因。例如《素问·阴阳应象大论》说："故积阳为天，积阴为地。阴静阳躁，阳生阴长，阳杀阴藏。阳化气，阴成形。""阴阳者，万物之能始也。"《素问·天元纪大论》也说："阴阳相错，而变由生也。"可见，阴阳学说所要揭示的是宇宙万物最一般的联系和本质，是世界运动最普遍的规律，因此《素问·阴阳应象大论》说："阴阳者，天地之道也，万物之纲纪。"

五行学说的研究对象与阴阳学说不同，它希求揭示和证明宇宙万物都有一定的结构，而且具有统一的结构模式。木、火、土、金、水，生克乘侮、胜复制化的联系图式即是宇宙万物普遍适用的结构模型。这就是说，五行是研究事物内部以及事物之间的功能结构关系的。可见，五行学说与阴阳学说之所以内容不同，一个讲阴阳的相反相成，一个讲五行之间的相生相克，并不是因为这两种学说对宇宙有着截然不同甚或对立的看法，而是因为它们本来有着不同的研究领域。

阴阳和五行的研究对象不同，所以它们的应用范围也不同。阴阳学说是关于宇宙的最根本最一般的联系的理论，它力图适用于宇宙的一切领域和一切方面。五行学说尽管也强调自己的广普性，但实质上它是一种关于一般结构的理论，与阴阳学说比较，它的研究领域和应用范围要相对狭窄，因为它仅限于探讨事物整体功能结构方面的规律。当然，也可以把阴阳的对立统一看作是一种结构模型，不过，这种结构模型是最抽象的模型，它并不能具体地说明系统结构的丰富内容和多方面的交错关系。而五行学说则试图具体地刻画出系统事物错综复杂的结构关系的一般机制。但是，阴阳学说与五行学说在理论上又有许多重要的相同之点，如：它们都以气的理论为基础，认为物质性的气是宇宙的始基。它们都着重从功能方面、关系方面，整体方面研究和把握客体，强调动态平衡对事物正常发展的重大意义，认为系统整体具有自我调节以维持动态平衡的一定能力等等。这些共同之点是阴阳学说和五行学说能够统一起来并同时应用于医学的根据。

中医学基础理论认为，阴阳是五行的基础，五行关系受阴阳对立统一的决定和制约。首先，从宇宙的演化来看，五行是在阴阳的基础上产生出来的。宇宙的本原是气，作为世界始初的元气，最先分化为阴气和阳气。阴气和阳气的交错作用，才形成了四时和万物。《素问·四气调神大论》说："夫四时阴阳者，万物之根本也。"又说："故阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也。"春夏秋冬四时是在阴阳之气相互作用下产生的。四时在五行学说看来应该划分成五季。阴阳相推和四时（五季）更迭使万物的运动变化显示出生、长、化、收、藏五个阶段。正是在阴阳四时（五季）的影响和决定下，万物具有了木、火、土、金、水五行结构，产生出五行运动。

其次，在逻辑上可以把五行的结构关系看作是阴阳对立统一的展开。事实上，在人体和自然界的每一运动过程中，不一定只是两个方面在发生相互作用，而往往是两个以上的方面交错地发生作用。许多复杂的作用系列，尤其是生物机体的变化，从根本上看是阴阳的对立统一，但具体分析却是一个复杂的整体结构的反馈系统。五行就是一个具有反馈功能的系统模型。如金能克制木，木虽然一般说来不直接反作用于金，但是木通过生火，能够发生反过来克制金的作用。金生水，水虽然不能直接反作用于金，但水能生木，木能克土，土由于被克因而减少了对金的滋助，从而使金受到制约。以此类推，五

行之中的每一行向其他行发出的任何作用,都会由于五行之间特有的生克胜复关系,得到一个相应的反作用,使五行在一般情况下,总能在运动的过程中保持整体平衡。因此,可以说五行的相生相克、胜复制化,是阴阳关系(相互排斥,相互促进)延伸和扩展开来的一种具体表现,而阴阳是对这些具体结构关系的更高概括。

阴阳五行作为方法论被用来探察人体时,各自发挥着不同的功能,同时又相辅相成,相得益彰。人体阴阳两个方面相互作用的势态,标示着人体生命活动的基本状况。阴阳平衡,则为健康。阴阳平衡的破坏,是为生病,以至死亡。因此,从阴阳角度对人体进行观察探究,是最基本的分析,但是仅有这种认识还不够,在五行学说的帮助下,则能够更为具体地揭示人体内部各重要脏器、组织之间的功能结构关系。依据五行学说,心、肝、脾、肺、肾五脏分属五行,人体内部的其他组织器官和功能,以及生活环境的各重要因素,又按照一定的法则分别与五脏相互关联,形成了一幅以五脏为中心的人体与生活环境系统的五行结构图式。通过这幅五行结构图式可以具体地了解人体各个部分之间以及它们与生活环境各有关要素之间的相互影响和相互作用关系。

由于阴阳是生之本,所以历来医家主张察色按脉,先别阴阳。确定病人究竟是阴虚阳亢,还是阳虚阴盛,或阴阳俱虚,这是最基本的诊断。施治的总的原则,即在于恢复机体的阴阳平衡。而五行学说则帮助医生从人体的五行结构关系上,具体地寻找究竟是那一个脏腑得病,并指出应如何在脏腑和各机体组织之间进行调节。由于阴阳的对立统一无所不在,阴阳和五行也相互渗透,相互包含。例如人体每一脏,它们既分属于五行,同时本身又有阴阳之分。所以在进行病理观察时须从阴阳中辨别五行,又要从五行中辨别阴阳。但是,无论在生理上还是在病理上,从总体上说,阴阳分析是五行分析的基础,五行分析是阴阳分析的具体化。阴阳学说和五行学说在认识自然和人体的过程中,表现出分工合作的关系。

运气学说

以阴阳五行为核心,在天人相应的整体观念的基础上,研究气象、气候变化规律,及其与人体生理、疾病的发生与发展的一门科学理论称为运气学说。运气学说的研究,早在先秦时代便已开始,他们是以其生活地带即黄河流域大平原为中心,经过长期的观察,把中国一年的气候变化,基本上分为五个季节,并总结出一般运动规律——木、火、土、金、水五运;又从气候的区划和特征,总结出三阴三阳六种不同的气旋运动——风、热(暑)、火、湿、燥、寒六气。对于五运六气的各种变化,对人体健康的影响,并进而指导人们养生以及诊治疾病,所以也可以认为五运六气学说,是中国古代的医学气象学。

运气学说的形成基础　中国古代关于气象运动的研究,涉及的面是比较广泛的,诸如历法、天文、气候、物候等知识,经常都是相互交叉在一起的。由于气象学是人类在生产斗争中最迫切需要的一种基本知识,所以人类很早就留心研究它了。人们若不能把握寒暑阴晴的变化规律,无论衣、食、住、行都会发生问题。远在3000年以前,殷墟甲骨文中许多卜辞,都是为了要知道阴晴雨雪而留传下来。到周代前半期,我们的祖先已经搜集了许多气象学的经验,撰为诗歌。如《诗经·小雅》说:"如彼雨雪,先集维霰。"笺云:"将大雨雪,始必微温,雪自上下,遇温气而搏谓之霰。久而寒甚,则大雪矣。"也就是说冬天下大雪之前,必先飞雪珠。又《国风·鄘·蝃蝀》说:"朝隮于西,崇朝其雨。"隮,即是虹。意思是说,早晨太阳东升时,西方看见有虹,不久就要下雨了。到了春秋战国时期,由于铁的普遍应用,生产技术和交通工具大有改进,我国天文学和气象学的知识也大大提高,给运气学说奠定了科学基础。表现在以下几个方面:

二十四节气的确定　四季的递嬗,中国知道极早,二分二至已见于《尚书·尧典》中:"日中星鸟,以殷仲春;日永星火,以正仲夏,宵中星虚,以殷仲秋;日短星昴,以正仲冬。""尧"的时代,在历史上属于原始公社时期,说明春、夏、秋、冬四季,以及春分、秋分、夏至、冬至的认识,早在原始公社时期便已具备了。到了战国、秦、汉之间,遂有二十四节气的名目。立春、雨水、惊蛰、春分、清明、谷雨、立夏、小满、芒种、夏至、小暑、大暑、立秋、处暑、白露、秋分、寒露、霜降、立冬、小雪、大雪、冬至、小寒、大寒二十四节气记载最全而又较早者,当以《淮南子·天文训》为最。从立春到立夏为春季,自立夏到立秋为夏季,从立秋到立冬为秋季,自立冬到立春为冬季。每季分三气三节,每月规定为一气一节。凡在月首者为节气,立春、惊蛰、清明、立夏、芒种、小暑、立秋、白露、寒露、立冬、大雪、小寒是也。凡在月中者为中气,雨水、春分、谷雨、小满、夏至、大暑、处暑、秋分、霜降、小雪、冬至、大寒是也。

阴阳两历调整的成功　阳历和阴历调合的困难,在于月亮绕地球和地球绕太阳两个周期的不能配合。月亮绕地球一周所需时间为29天12小时44分3秒。地球绕太阳一周所需时间为365天5小时48分46秒。两个周期不能相互除尽。古代农历把阴阳两历调和得相当成功。阴历月大30天,月小29天,一年12个月只354天,要比阳历少11天有余。每隔3年插入1个闰月,却尚多了几天。但若19个阴历年,加了7个闰月,便和19个阳历年几乎相等。中国在春秋中叶,已知19年7闰的方法。《尚书·尧典》说:"期三百有六旬有六日,以闰月定四时成岁。"所谓"三百六旬有六日",就是阳历年。"以闰月定四时成岁",乃阴阳历并用。《孟子·离娄》说:"天之高也,星辰之远也,苟求其故,千岁之日至可坐而致也。"古人称冬至,夏至为日至,像孟子所说,在战国时代我们测定阳历年的长短,已极有把握。

重要天象记录的详实可靠　中国古代可靠的天象记

录,不但时间早,而且也详尽。其中日食是最受人注意的,大白青天,太阳忽然不见,出现满天星斗,这在当时是一件惊心动魄的事。为了要明白这个道理,我们的祖先3000年前就不断地在记录和观测,在殷墟甲骨文及《尚书》和《诗经》上都有记载,因为年代不详,姑置无论。单是《春秋》一书242年中便记有36次日食。其中32次已证明是可靠的,最早是鲁隐公三年二月朔的日食,即在公元前720年2月22日。比西方最早可靠的记录,即希腊人泰耳所记的日食要早135年。又如太阳黑斑,是太阳上的一种风暴,因为风暴区的温度要比太阳旁的部分温度来得低,所以它的光芒也比较幽暗些。中国历史上从汉成帝河平元年(公元前28年)起,即有记载,一直继续到明代、清代。著名天文学家刻卜勒在1607年5月间看到了日中黑斑,尚以为是水星凌日。不久以后伽利略用天文镜观察太阳,西洋才知道太阳里有黑斑。由太阳黑子数所决定的太阳活动性,在17世纪到18世纪初期的70年代间,由于缺少记载,而定为太阳的衰落期,天文学称之为蒙德极小期。南京紫金山天文台徐振韬夫妇在19种地方志中查出23条关于17世纪的黑子记录,其中6条在蒙德极小期中,经分析后,证明17世纪太阳活动一直是正常的。所谓蒙德极小期,是资料不足的假象(1980年3月18日《北京日报》)。这亦说明中国古代对天象的记载,一直是比较详实可靠的。

古人之所以有这样大的成就,首先是由于广大的群众都留心于气象和天象的观测,在有条件的时候并进行详细的记录和总结,甚至制造气象仪器以助人力之所不及。例如在春秋时期以前没有二十四节气,人们的衣食住行均要看星宿的出没来作决定,所以当时人们对于观测天象的知识是很普遍的。明代顾炎武《日知录》说:"三代以上人人皆知天文,'七月流火',农夫之辞也。'三星在户',妇人之语也。'月离于毕',戍卒之作也。'龙尾伏辰'儿童之谣也……。"说明春秋以前的天象知识,在群众中是相当普遍的。历代京都所在地区,特别重视特殊气候的记载,如大旱、大水、大寒,以及霜、雪、冰、雹等。例如南宋建都在杭州,从高宗绍兴五年(1131)到理宗景定五年(1264)凡132年间,有41次杭州晚春下雪的记载。气象学家根据这些记载和近年杭州春天最后一次降雪日期相比,推断在南宋时代的春天降雪期,要比现在延迟两个星期。所以中国科学家竺可桢曾说:"在我们的史书上和各地方志上,古代气候记录的丰富,是世界各国所不能比拟的。"

其次,古人对气象的研究,不单是直接观测,还制造仪器来辅助观测之不足。如后汉或魏晋人所著的《三辅黄图》说:"长安宫南有灵台,高十五仞,上有天仪,张衡所制。又有相风铜乌,过风乃动。"其制法虽不详,但据《观象玩占》说:"凡候风必于高平远畅之地,立五丈竿,于竿首作盘,上作三足乌,两足连上外立,一足系下内转,风来则转,回首向之,乌口衔花,花施则占之。"雨量器也是在中国最早应用的。宋代秦九韶著的《数书九章》,其中有一算题,就是关于算雨量的容积。到明永乐二十二年(1424)令全国各州县报告雨量多少,当时为各县颁发了雨量器,一直发到朝鲜。到清代康熙、乾隆年间,陆续颁发雨量器到国内各县和朝鲜。日本人和田雄治先后在大邱、仁川等地,发现乾隆庚寅年(1770)所颁发给朝鲜的雨量器,高一尺、广八寸,并有标尺以量雨量之多少,均为黄铜所制。这是世界上现存最早的雨量器。张衡创浑天学说的同时,还制造浑天仪,立黄赤二道,相交成二十四度。分全球为三百六十五度四分度之一。立南北二极,布置二十八宿及日月五星,以漏水转之。某星始出,某星方中,某星今没,和实际完全一样,其精巧程度为前所未有。这些仪器的制成与应用,使人们对天象和气象的认识,大大地提高了一步。

中医学一向重视人与自然界的关系,对于气象运动规律更有深入的探讨。《素问·宝命全形论》说:"天复地载,万物悉备,莫贵于人,人以天地之气生,四时之法成。"说明人这个物质体,要想很好地生存于天地之间,首先就要认识春夏秋冬四时变化的规律,以及掌握好适应四时变化的法则。在《素问·四气调神大论》里对此亦有详尽的叙述,认为春三月要善于保养春气奉生之道,夏三月奉长、秋三月奉收、冬三月奉藏。总之,"春夏养阳,秋冬养阴",这是保持人身健康的根本问题。反之,"逆春气则少阳不生,肝气内变;逆夏气则太阳不长,心气内洞;逆秋气则太阴不收,肺气焦满;逆冬气则少阴不藏,肾气独沉"。四季气候变化,对人身影响如此之大,促使中医学从这方面加以研究,并在此基础上,创造了探讨气象变化规律的运气学说。可见运气学说的产生,是有它的科学基础的。沈括著的《梦溪笔谈》中有关于运气学说的论述:"医家有五运六气之术,大则候天地之变,寒暑风雨,水旱螟蝗,率皆有法;小则人之众疾,亦随气运盛衰。今人不知所用,而胶于定法,故其术皆不验。假令厥阴用事,其气多风,民病湿泄,岂溥天之下皆多风,溥天之民皆病湿泄?至于一邑之间,而旸雨有不同者,此气运安在?欲无不谬,不可得也。大凡物理,有常有变,运气所主者,常也,异乎所主者,皆变也。常则如本气,变则无所不至,而各有所占,故其候有从、逆、淫、郁、胜、复、太过、不及之变,其发皆不同。若厥阴用事,多风而草木荣茂,是谓之从;天气明絜,燥而无风,此谓之逆;大虚埃昏,流水不冰,此之谓淫;大风折木,云物浊扰,此之谓复;山泽焦枯,草木凋落,此之谓胜;大暑燔燎,螟蝗为灾,此之谓复,山崩地震,埃昏时作,此之谓太过;阴森无时,重云昼昏,此之谓不足。随其所变,疾厉应之,皆视当时当处之候。虽数里之间,但气候不同,而所应全异,岂可胶于一定。"他所记载的运气的观点是较正确的。

由于中医学一向重视气候变化与疾病发生的关系,所以对于外来病因都着重于风、寒、暑、湿、燥、火六淫邪气的研究,特别是注重对于"岁露"的研究。所谓"岁露",

即岁时不正常的气候变异。《灵枢·岁露》,就是讨论这一问题的专篇,颇类似医学所谈的气象预报。

运气学说的基本内容　包括以下几方面:

天干地支　推算五运六气,必须运用天干和地支。甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸,叫做十天干,也就是计算十天的符号。十日为旬,来源于原始最早计旬的历法,日为阳,所以又将十天干称“岁阳”。在运气学说中,用以推算五运。子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥,称十二地支,在古代历法中,用以纪月,因为一年只有十二个月,月属阴,所以又称它为“岁阴”。推算六气,主要是借重于十二支。

十天干分属于五行,甲乙属木,丙丁属火,戊己属土,庚辛属金,壬癸属水。每一行再分阴阳,甲为阳木,乙为阴木;丙为阳火,丁为阴火;戊为阳土,己为阴土;庚为阳金,辛为阴金;壬为阳水,癸为阴水。按十天干的顺序,甲、丙、戊、庚、壬均为奇数,奇为阳,故属阳干;乙、丁、己、辛、癸均为偶数,偶为阴,故属阴干。

十二支亦要分属于五行,亥子属水,巳午属火,寅卯属木,申酉属金,辰戌丑未属土。且各分阴阳,子为阳,亥为阴;午为阳,巳为阴;寅为阳,卯为阴;申为阳,酉为阴;辰戌为阳,丑未为阴。这样阴阳的划分,仍是以奇偶数为依据的。十二支本所以纪十二月,古历法称为“月建”。一月建寅,二月建卯,三月建辰,四月建巳,五月建午,六月建未,七月建申,八月建酉,九月建戌,十月建亥,十一月建子,十二月建丑。由此寅、辰、午、申、戌、子,都为奇数,都属阳支;卯、巳、未、酉、亥、丑都是偶数,都属阴支。至于五行之所以如此分属,则关系于春、夏、秋、冬四季。寅月为孟春,卯月为仲春,春乃木之气,故寅卯皆属木;巳月为孟夏,午月为仲夏,夏乃火之气,故巳午皆属火;申月为孟秋,酉月为仲秋,秋乃金之气,故申酉皆属金;亥月为孟冬,子月为仲冬,冬乃水之气,故亥子皆属水;土气在一年之中寄旺于春夏秋冬四个季月,如:辰月季春,戌月季秋,丑月季冬,未月季夏,因此辰、戌、丑、未皆属土(图1)。

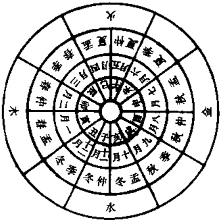


图1　十二支月建五行所属图

甲子的配合　计算年、月、日、时,在古历法中,都是用甲子来作番号的。十天干与十二地支两相配合,天干在上,地支在下,按着干支各原有的顺序,以次相加,便自然地见到天干的甲,和地支的子,所以便称它为甲子。干支配合的方法是,甲、丙、戊、庚、壬五个阳干,和子、寅、辰、午、申、戌六个阳支相配;乙、丁、己、辛、癸五个阴干,与丑、卯、巳、未、酉、亥六个阴支相配。由于天干是十数,地支是十二数,因此天干须反复排六次,地支反复排五次,便构成六十轮甲子的一周,其排列如下表:

甲　子　表

天　干	甲 乙 丙 丁 戊 己 庚 辛 壬 癸
地　支	子 丑 寅 卯 辰 巳 午 未 申 酉
天　干	甲 乙 丙 丁 戊 己 庚 辛 壬 癸
地　支	戌 亥 子 丑 寅 卯 辰 巳 午 未
天　干	甲 乙 丙 丁 戊 己 庚 辛 壬 癸
地　支	申 酉 戌 亥 子 丑 寅 卯 辰 巳
天　干	甲 乙 丙 丁 戊 己 庚 辛 壬 癸
地　支	午 未 申 酉 戌 亥 子 丑 寅 卯
天　干	甲 乙 丙 丁 戊 己 庚 辛 壬 癸
地　支	辰 巳 午 未 申 酉 戌 亥 子 丑
天　干	甲 乙 丙 丁 戊 己 庚 辛 壬 癸
地　支	寅 卯 辰 巳 午 未 申 酉 戌 亥

60年中,由阴阳干支配合的甲子来推衍,凡五运六气的太过不及,均可推算而得。甲子的天干,主要是主五运的盛衰;甲子的地支,主要司六气的变化。所以讲求五运六气,必不能离开干支甲子。

五运　即以木、火、土、金、水五行之气来概括一年五个季节气象变化规律的总称。《素问·天元纪大论》说:“五运阴阳者,天地之道也。”道,就是运行变化的规律。五行之所以化为五运,虽是由于十天干的推衍而得,但它毕竟不同于五行的分属。《素问·五运行大论》说:“土主甲己,金主乙庚,水主丙辛,木主丁壬,火主戊癸。”这与十干主五行不相同。甲为木行的阳干,己为土行的阴干,甲己相合,化为五行的土运。乙为木行的阴干,庚为金行的阳干,乙庚相合,化为五运的金运。丙为火行的阳干,辛为金行的阴干,丙辛相合,化为五运的水运。丁为火行的阴干,壬为水行的阳干,丁壬相合化为五运的木运。戊为土行的阳干,癸为水行的阴干,戊癸相合,化为五运的火运。从这甲己土运,乙庚金运,丙辛水运,丁壬木运,戊癸火运的次序来看,仍然是土生金、金生水、水生木、木生火五行相生的次序。而化运的十天干不同于分属五行的十天干相配,其根本是五行十天干的分属是以五方、五季的关系来确定的,因为甲乙是东方和春季的两干,故分属于木;丙丁是南方和夏季的两干,故分属于火;戊己是中央

和长夏的两干，故分属于土；庚辛是西方和秋季的两干，故分属于金；壬癸是北方和冬季的两干，故分属于水。至于十天干化为五运，则是从每一年的第一个月"月建"的"寅"位上化生的。例如：凡是逢甲逢己的十二年，第一月的月建都是"丙寅"，丙为南方火，丙火生土，故甲己化为土运。凡是逢乙逢庚的十二年，第一月的月建都是"戊寅"，戊为中央土，戊土生金，故乙庚化为金运。凡是逢丙逢辛的十二年，第一个月的月建都是"庚寅"，庚是西方金，庚金生水，故丙辛化为水运。凡是逢戊逢癸的十二年，第一个月的月建都是"甲寅"，甲为东方木，甲木生火，故戊癸化为火运。凡是逢丁逢壬的十二年，第一个月的月建都是"壬寅"，壬为北方水，壬水生木，故丁壬化为水运。以上丙寅、戊寅、庚寅、甲寅、壬寅，都是阳干在寅上，阳主化气，寅为万物的始生，所以一干一支相加，五运即由之而化生。由十干化生的五运，称为"中运"，因上有"司天"之六气，下有"在泉"的六气，五运居其中而运行不息故名。每一中运，均统管一年，所以《素问·天元纪大论》说："甲己之岁，土运统之；乙庚之岁，金运统之；丙辛之岁，水运统之；丁壬之岁，木运统之；戊癸之岁，火运统之。"所谓统，就是通纪一年的意思。例如逢六甲年，则为阳土通纪全年的运；六己年，则为阴土通纪全年的运。以甲为阳干，己为阴干故也。其他各运，准此类推。亦正因为它能统管一年的运气，所以又把它称为"大运"。

十天干纪运，凡逢阳干之年，均主运气太过。甲（甲子、甲戌、甲申、甲午、甲辰、甲寅）、丙（丙寅、丙子、丙戌、丙申、丙午、丙辰）、戊（戊辰、戊寅、戊子、戊戌、戊申、戊午）、庚（庚午、庚辰、庚寅、庚子、庚戌、庚申）、壬（壬申、壬午、壬辰、壬寅、壬子、壬戌）共"五六"三十个阳年，各主本运之气的太过；乙（乙丑、乙亥、乙酉、乙未、乙巳、乙卯）、丁（丁卯、丁丑、丁亥、丁酉、丁未、丁巳）、己（己巳、己卯、己丑、己亥、己酉、己未）、辛（辛未、辛巳、辛卯、辛丑、辛亥、辛酉）、癸（癸酉、癸未、癸巳、癸卯、癸丑、癸亥）共"五六"三十个阴年，各主本运之气的不及。凡推算阳运太过之年，均须从头一年的大寒节（十二月中气）前十三日起算；阴运不及之年，则在大寒节后的十三日起算。《素问·六元正纪大论》说："运有余，其先至；运不及，其后至"，就是这样的意义。但亦有既非太过，又非不及，而是属于"平气"之年的。例如：癸巳年是火运不及，因癸为阴火也。但巳在南方属火（图1），不及的癸火，得到南方巳火的帮助，于是便平均而无不及之弊了。因而火运不及的癸巳年，便一变而为平气之年。又如：戊辰年是火运太过，以戊属阳火也。但辰年总是太阳寒水司天，太过的火运，遇着司天的寒水，便被抑制住了，因而火运太过的戊辰年，又一变而为平气之年。又如：辛亥年是水运不及，以辛为阴水也，但亥在北方属水，不及的辛水，得到北方亥水的帮助，于是亦平均而无不及之弊了，因而水运不及的辛亥年，又一变而为平气之年。诸如此类，都是从年干支的关系来测定的。另外还有一种情况，也可以产生平气。例如：每年的初运，总是在年前的大寒节交接，假使是丁亥年，交运的第一天，与日甲子的"壬"相合，即是年干和日干相合，称为"干德符"，符者，合也，亦称为平气。或者是交运的时刻甲子是"壬"，年干与时干合，还是"干德符"，为平气。又如：在阴运不及之年，而所逢的月干皆符合相济，没有胜过它的，仍然称为平气。总之，平气不能预测，要以当年的辰（年支）日、时依法推算，才能决定。

主运　即五运之气分主于一年各个季节的岁气。把全年分做五步运行，从木运开始，火运、土运、金运、水运、按着相生的顺序运行，直至水运而终。每一步运，各主七十三日另五刻，每年木运的起运，都开始于大寒日，岁岁如此，居恒不变（图2）。

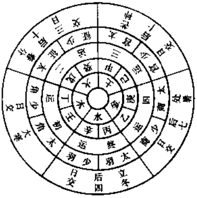


图2　五运主运图

从上图看出，要了解主运的具体内容，必须首先弄清以下几个问题：

（1）五音建运：五音，即宫、商、角、徵、羽。宫为土音、商为金音，角为木音、徵为火音，羽为水音。由于五音亦生于五行之气，所以它们亦分别属于五行。角者，触也，由阳气的触动而发生，木亦是由阳春之气发动而生者，所以角为木之音。徵者，止也，阳盛而极，物盛则止，火为盛阳之象，司炎暑之令，所以徵为火之音。宫者，中也，为中和之义，惟土居中央，化生万物，所以宫为土之音。商者，强也，为坚强之义，五行惟金最坚刚，所以商为金之音。羽者，舒也，阴尽阳生，万物将舒，惟水令具有这种生机，冬尽春回，水能生木，所以羽为水之音。将五音与十天干的五运联系起来，称为"十干建运"。宫为土音，建于土运，为十干为甲己；商为金音，建于金运，在十干为乙庚；羽为水音，建于水运，在十干为丙辛；角为木音，建于木运，在十干为丁壬；徵为火音，建于火运，在十干为戊癸。

（2）太少相生：由于十干有阴阳之别，五音建于五运，亦应有阴阳的区分，据《素问·六元正纪大论》所述，它是以"太"和"少"来分辨五音的阴阳。如：十干以甲、丙、戊、庚、壬为阳，乙、丁、己、辛、癸为阴，在阳干则属太，在阴干则属少。故甲己土均为宫音，阳土甲为太宫，阴土己为少宫。乙庚金均为商音，阳金庚为太商，阴金乙为少商。丙辛水均为羽音，阳水丙为太羽，阴水辛为少羽。丁

壬木均为角音，阳木壬为太角，阴木丁为少角。戊癸火均为徵音，阳火戊为太徵，阴火癸为少徵。五运的相生，既为木生火，火生土，土生金，金生水，水生木。五音既建立于五运之中，当然亦必以五运之相生而生。但除此而外，另有一太少互为相生之义存乎其中。所谓太少相生亦即阴阳相生。试以甲己土年为例，甲为阳土，土生金，便是阳土生阴金，于五音便是太宫生少商；金生水，便是阴金生阳水，也就是少商生太羽；水生木，便是阳水生阴木，也就是太羽生少角；木生火，便是阴木生阳火，也就是少角生太徵；火生土，便是阳火生阴土，也就是太徵生少宫。己为阴土，土生金，便是阴土生阳金，也就是少宫生太商；金生水，便是阳金生阴水，也就是太商生少羽；水生木，便是阴水生阳木，也就是少羽生太角；木生火，便是阳木生阴火，也就是太角生少徵；火生土，便是阴火生阳土，也就是少徵生太宫。如此太少相生，往复无穷，以推衍运气阴阳的种种变化。太为有余，少为不足，不仅纪主运是如此，中运、客运，亦各有太少相生之义(图3)。

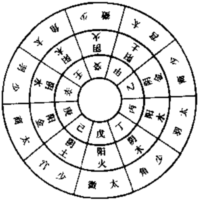


图3　五音建运太少相生图

(3) 五步推运：主运五步，在一年的五个季节中，木运主春令而为角。木能生火，故火运次之，主夏令而为徵。火能生土，故土运又次之，主长夏而为宫。土能生金，故金运又次之，主秋令而为商。金能生水，故水运又次之，主冬令而为羽。在这春木角、夏火徵、长夏土宫、秋金商、冬水羽的次序中，再辨别其属阳年、属阴年、其为太、其为少，从其主岁的本身而推到初运木角，这就称为五步推运。例如：

甲年为阳土，运属太宫用事，必须按照主运五步圆周图从太宫土运本身依次上而推至初运的角，便会清楚地看到：生太宫的是少徵，生少徵的是太角，因而逢甲年的主运，便是起于太角。太少相生，则为太角生少徵，少徵生太宫(甲本运)、太宫生少商，少商生太羽，而终于太羽。

己年为阴土，运属少宫用事，从阴土运本身依次上而推至初运的角，便见到生少宫的是太徵，生太徵的是少角。因而己年的主运，便是起于少角。太少相生，则为少角生太徵，太徵生少宫(己本运)，少宫生太商，太商生少羽，而终于少羽。

乙年为阴金，运属少商用事，从阴金运本身依次上而推至初运的角，便见到生少商的是太宫，生太宫的是少徵，生少徵的是太角。因而乙年的主运便是起于太角。太少相生，则为太角生少徵，少徵生太宫，太宫生少商(乙本运)，少商生太羽，而终于太羽。

庚年为阳金，运属太商用事，从阳金运本身依次上而推至初运的角，便见到生太商的是少宫，生少宫的是太徵，生太徵的是少角。因而逢庚年的主运，便是起于少角。太少相生，则为少角生太徵，太徵生少宫，少宫生太商(庚本运)，太商生少羽，而终于少羽。

丙年为阳水，运属太羽用事，从阳水运本身依次上而推至初运的角，便见到生太羽的是少商，生少商的是太宫，生太宫的是少徵，生少徵的是太角。因而逢丙年的主运，便是起于太角。太少相生，则为太角生少徵，少徵生太宫，太宫生少商，少商生太羽(丙本运)，而终于太羽。

辛年为阴水，运属少羽用事，从阴水运本身依次上而逆推至初运的角，便见到生少羽的是太商，生太商的是少宫，生少宫的是太徵，生太徵的是少角。因而逢辛年的主运，便是起于少角，太少相生，则为少角生太徵，太徵生少宫，少宫生太商，太商生少羽(辛本运)，而终于少羽。

丁年为阴木，运属少角用事，角本是初运，无从上推，则逢丁年即从少角起算，太少相生，即少角(丁本运)生太徵，太徵生少宫，少宫生太商，太商生少羽，而终于少羽。

壬年为阳木，运属太角用事，亦无从上推，即从太角起算。太少相生，即太角(壬木运)生少徵，少徵生太宫，太宫生少商，少商生太羽，而终于太羽。

戊年为阳火，运属太徵用事，从阳火运本身上推一步，即是少角。因而逢戊年的主运，便是起于少角。太少相生，则为少角生太徵(戊本运)，太徵生少宫，少宫生太商，太商生少羽，而终于少羽。

癸年为阴火，运属少徵用事，从阴火运本身上推一步，即是太角，因而癸年的主运，便是起于太角。太少相生，则为太角生少徵(癸本运)，少徵生太宫，太宫生少商，少商生太羽，而终于太羽。

如此逐步推算，得知本年的主运在哪一步，亦明白主运必始于角终于羽一定不易之理。

(4) 交司时刻：主运五步，分司五季而成为每岁的常令，其于各年交司的时刻如下：

申、子、辰年

初运角：大寒日寅时初初刻起。

二运徵：春分后十三日寅正一刻起。

三运宫：芒种后十日卯初二刻起。

四运商：处暑后七日卯正三刻起。

五运羽：立冬后四日辰初四刻起。

巳、酉、丑年

初运角：大寒日巳初初刻起。

二运徵：春分后十三日巳正一刻起。

三运宫：芒种后十日午初二刻起。

四运商：处暑后七日午正三刻起。

五运羽：立冬后四日未初四刻起。

寅、午、戌年

初运角：大寒日申初初刻起。

二运徵：春分后十三日申正一刻起。

三运宫：芒种后十四日酉初二刻起。

四运商：处暑后七日酉正三刻起。

五运羽：立冬后四日戌初四刻起。

亥、卯、未年

初运角：大寒日亥初初刻起。

二运徵：春分后十三日亥正一刻起。

三运宫：芒种后十日子初二刻起。

四运商：处暑后七日子正三刻起。

五运羽：立冬后四日丑初四刻起。

申、子、辰、寅、午、戌六阳年，寅为木，午为火，申为金，子为水，辰与戌为土，此为十二支五行之属于阳者。巳、酉、丑、亥、卯、未六阴年，卯为木，巳为火，酉为金，亥为水，丑与未为土，此为十二支五行之属于阴者。凡阳年的初运，均起于阳时，所以申、子、辰三阳年都起于寅；寅、午、戌三阳年都起于申。阴年的初运，均起于阴时，所以巳、酉、丑三阴年都起于巳；亥、卯、未三阴年都起于亥。统观六阳六阴十二年中所交司的时刻，从寅到丑，顺序而下，与全年月建的次序一样，秩然无紊。五运推移而司岁气的道理，于此越发显然。《素问·六元正纪大论》云："五运气行，主岁之纪，其有常数。"又说："先立其年，以明其气，金、木、水、火、土运行之数；寒、暑、燥、湿、风、火临御之化，则天道可见，民气可调。"因此，认为主运之建立，即可以说明一年五纪常令运化的秩序。

客运　即中运之推步而计算者。中运统管一年，客运则以每年的中运为初运，循着五行相生的次序，分五步运行（每步为七十三日零五刻），行于主运之上。与主运相对而言，称为客运，逐岁变迁，十年一周。例如：甲己年属土运，甲年为阳土，为太宫；己年为阴土，为少宫。每逢甲年，便以太宫阳土为初运；太生少，土生金，则少商为二运；少生太，金生水，则太羽为三运；太生少，水生木，则少角为四运；少生太，木生火，则太徵为终运。若逢己年，便以少宫阴土为初运；少生太，土生金，则太商为二运；太生少，金生水，则少羽为三运；少生太，水生木，则太角为四运；太生少，木生火，则少徵为终运。凡乙、庚、丙、辛、丁、壬、戊、癸诸年，均如此太少相生，十年一司令，而轮周十干，周而复始。于此得出主运与客运的同异是：阴阳干互为起运，太少相生，五行顺序，五步推移等都是相同的。惟主运年年始于春角，终于冬羽，万年不变。而客运必须以本年的中运为初运，循五行次序，太少相生，十年之内，年年不同，十年一周，周而复始。这是主运和客运的不同处。兹列图4，以观其十年中的变化规律。

六气　即风、热（暑）、火、湿、燥、寒六种不同的气旋活动，它是根据中国各地区的气候特点而产生的。由于

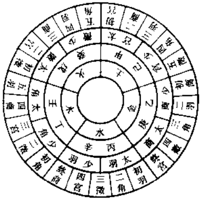


图4　五运客运图

东、南、西、北、中五方气候的干燥度、蒸发量、雨量等差异，必然产生风（温的意思）、热（火）、湿、燥、寒等不同气候特征。由于中国气候偏于温热，故六气除湿与寒外，其他四气也是偏于温热的。同时并以三阴三阳来概括，风为"厥阴"，热为"少阴"，湿为"太阴"，以上三阴；火为"少阳"，燥为"阳明"，寒为"太阳"，以上三阳。这六种气旋活动的变化，时至而气至，便为天地间的六元正气，如果化非其时，便为邪气。

六气在运气学说中的应用，首先要与十二地支联系起来，明其各自的归属。风属巳亥，热属子午，火属寅申，湿属丑未，燥属卯酉，寒属辰戌。这与前面所说的十二支月建所属五行不相同。它是由于十二支的"正对化"演变而归属的（图5）。

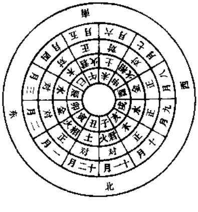


图5　六气正对化图

从图5可以看到：子与午相对，午为正方，子为对方；丑与未相对，未为正方，丑为对方；寅与申相对，寅为正方，申为对方；卯与酉相对，酉为正方，卯为对方；辰与戌相对，戌为正方，辰为对方；巳与亥相对，亥为正方，巳为对方。所谓正方，不是取其方位所在的意义，而是具有五行相生的道理。例如：子与午均为君火，但午之方位在正南，在月建为五月，南方与五月仲夏均属火，所以午为正

方；子为十一月月建，居正北方，与正南方的午遥遥相对，故在对方而从化。丑与未均为湿土，未为六月月建，六月为长夏，正当湿土的旺季，所以未为正方；丑为十二月月建，与未遥遥相对，故居于对方而从化。寅与申均为相火，正月建寅，在时令为孟春，正当木气旺时，木能生火，为火之母，所以寅为正方；申为七月月建，七月初秋属燥金，是下半年的第一个月，与上半年的第一个月遥遥相对，故申为对方而从化。酉与卯均为燥金，酉为八月月建，正是西方金气旺盛的季节，所以酉为正方；卯为二月月建，八月仲秋，二月仲春，仲春卯月与仲秋酉月遥遥相对，故卯居于对方而从化。辰与戌均为寒水，九月建戌，为秋金隆盛之时，金能生水，为水之母，所以戌为正方；辰为三月月建，三月为季春，与季秋戌月遥遥相对，故居于对方而从化。亥与巳均为风木，十月建亥，为水令之孟冬月，水能生木，为木之母，所以亥为正方；巳为四月月建，属孟夏月，与孟冬月遥遥相对，故居于对方而从化。通过这样正对化的关系，十二支与六气的归属，便成为：子午属少阴君火，丑未属太阴湿土，寅申属少阳相火，卯酉属阳明燥金，辰戌属太阳寒水，巳亥属厥阴风木。

主气　亦称地气，即风木、君火、相火、湿土、燥金、寒水六气，分主于春、夏、秋、冬二十四节气，显示着一年季节的显著变化，所以它的次序仍是按着木、火、土、金、水五行相生的顺序而排列的。厥阴风木为初气，主春分前六十日八十七刻半，以风木是东方生气之始，所以为初气。从十二月中的大寒节起算，经过立春、雨水、惊蛰，至二月中的春分前夕，木能生火，则少阴君火为二气，主春分后六十日又八十七刻半。从二月中的春分起算，经过清明、谷雨、立夏，至四月中的小满前夕，火要分君火和相火，两火相随，君火在前，相火在后，所以少阳相火势必要紧接着君火而为三气，主夏至前后各三十日又四十三刻有奇。从四月中的小满起算，经过芒种、夏至、小暑，至六月中的大暑前夕。火能生土，则太阴湿土为四气，主秋分前六十日又八十七刻半。从六月中的大暑起算，经过立秋、处暑、白露，至八月中的秋分前夕，土能生金，则阳明燥金为五气，主秋分后六十日又八十七刻半。从八月中的秋分起算，经过寒露、霜降、立冬，至十月中的小雪前夕，金能生水，则太阳寒水为终气，主冬至前后各三十日又四十三刻有奇。从十月中的小雪起算，经过大雪、冬至、小寒，至十二月中的大寒前夕。一年的主气，至此而一周，兹列图6说明如下：

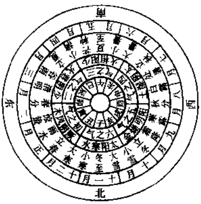


图6　六气主时节气图

总上六步主时之气，共得三百六十五日又二十五刻，一岁一周遍，年年无异动，所以称之为主气。

客气　则当为天气。地为阴常静，故主气六步，始于春木，终于冬水，居恒不变。天为阳主动，故客气运行于天，动而不息。主气分做六步，客气亦分做六步，即"司天"之气，"在泉"之气，上下左右四步"间气"。这六步气的次序，是从阴阳先后的次序来排定的，即先三阴，后三阳，三阴以厥阴为始，次少阴，又次太阴，因此厥阴为一阴，少阴为二阴，太阴为三阴。三阳则以少阳为始，次阳明、太阳。亦因为少阳为一阳，阳明为二阳，太阳为三阳的原故。合三阴三阳六气而计之，则一厥阴，二少阴，三太阴，四少阳，五阳明，六太阳。分布于上下左右互为"司天"，互为"在泉"，互为"间气"，便构成了司天在泉的六步变化。

司天、在泉、四间气，为客气的六步，凡主岁之气为司天，位当三之气；在司天的下方恰与之相对的，是为在泉，位当终之气。司天的左方为左间气，右方为右间气；在泉的左方为左间气，右方为右间气。如图7。

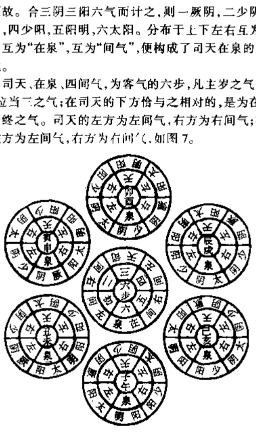


图7　司天在泉左右间气图

每岁的客气，总是始于司天前的第二位，即上列中心小圆"六步"图在泉的左间，是为初之气。自此右向退行而到二气（司天的右间）而三气（司天本身），而四气（司天的左间），而五气（在泉的右间），而六气（即终气，在泉本身），一步一气，各主六十日又八十七刻半。《素问·六微旨大论》云："上下有位，左右有纪，故少阳之右，阳明治之；阳明之右，太阳治之；太阳之右，厥阴治之；厥阴之右，

少阴治之;少阴之右,太阴治之;太阴之右,少阳治之,此所谓气之标,盖南面而待之也。"

六步客气在天的位置,也就是按着这样顺序排列的。古人以为地包于浑天之中,因而假设人居于上列六个小圆图任何一图的圆心,则面对少阳时,阳明在右;面对阳明时,太阳在右,即所谓"南面而待之"也。"上下有位",即司天在上,在泉在下,各定其位。上下之位既定,司天既有其左右间气,在泉亦自有其左右间气,这便是"左右有纪"。总之,六气的互为司天,互为在泉,互为间气,是按着十二支的顺序,迭为迁移的,如图8所示:

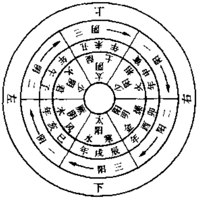


图8 六气迁升顺序图

司天之气在上,不断地右转,自上而右,以降于地;在泉之气在下,不断地左转,自下而左,以升于天,即如上图所示。例如:逢戌年太阳寒水司天,太阴湿土在泉,转太阳寒水于上方,则太阴湿土自然在下方。又如逢亥年,厥阴风木司天,少阳相火在泉,将图依箭头所示而转动,转厥阴风木于上方,则少阳自然在下方。图中箭头所示之方向,在上者自左向右,在下者自右向左,这就是《素问·五运行大论》所谓:"上者右行,下者左行",如此左右周天,一周之后而复会也。从上图还可以看出司天在泉之气,总是一阴一阳,二阴二阳,三阴三阳上下相交的。如:一阴厥阴司天,必然是一阳少阳在泉;二阴少阴司天,必然是二阳阳明在泉;三阴太阴司天,必然是三阳太阳在泉;一阳少阳司天,必然是一阴厥阴在泉;二阳阳明司天,必然是二阴少阴在泉;三阳太阳司天,必然是三阴太阴在泉。天地阴阳之数相参,就是这样秩然不紊的。司天和在泉,共主一年的岁气,司天之气主管上半年,在泉之气主管下半年。上半年始于前一年的十二月中大寒,终于六月初小暑;下半年始于六月中大暑,终于十二月初小寒。惟四间气只能纪步,即一间气只管一步(六十日又八十七刻半),这是它和司天在泉之气不同的地方。

客主加临 在天的客气,和在地的主气,虽然上下攸分,动静迥异,而它们相互间的关系,仍是非常密切的。正如《素问·五运行大论》所云:"上下相遘,寒暑相临",变化顺逆,便由斯见。客气与主气如何相遘相临,这首先要确定逐年客气司天的所在。即逢子逢午年为少阴君火(热)司天,逢丑逢未年为太阴湿土司天,逢寅逢申年为少阳相火司天,逢卯逢酉年为阳明燥金司天,逢辰逢戌年为太阳寒水司天,逢巳逢亥年为厥阴风木司天。将逐年的司天客气(即三气),加临于主气的第三气上面,其余五气便自然的依次相加,而成为以下的公式:

子午年少阴君火司天,阳明燥金在泉。初气的主气为厥阴风木,客气则为太阳寒水;二气的主气为少阴君火,客气则为厥阴风木;三气的主气为少阳相火,客气则为少阴君火;四气的主气为太阴湿土,客气亦为太阴湿土;五气的主气为阳明燥金,客气则为少阳相火;六气的主气为太阳寒水,客气则为阳明燥金。

丑未年太阴湿土司天,太阳寒水在泉,初气的主气为厥阴风木,客气亦为厥阴风木;二气的主气为少阴君火,客气亦为少阴君火;三气的主气为少阳相火,客气则为太阴湿土;四气的主气为太阴湿土,客气则为少阳相火;五气的主气为阳明燥金,客气亦为阳明燥金;六气的主气为太阳寒水,客气亦为太阳寒水。

寅申年少阳相火司天,厥阴风木在泉。初气的主气为厥阴风木,客气则为少阴君火;二气的主气为少阴君火,客气则为太阴湿土;三气的主气为少阳相火,客气亦为少阳相火;四气的主气为太阴湿土,客气则为阳明燥金;五气的主气为阳明燥金,客气则为太阳寒水;六气的主气为太阳寒水,客气则为厥阴风木。

卯酉年阳明燥金司天,少阴君火在泉。初气的主气为厥阴风木,客气则为太阴湿土;二气的主气为少阴君火,客气则为少阳相火;三气的主气为少阳相火,客气则为阳明燥金;四气的主气为太阴湿土,客气则为太阳寒水;五气的主气为阳明燥金,客气则为厥阴风木;六气的主气为太阳寒水,客气则为少阴君火。

辰戌年太阳寒水司天,太阴湿土在泉。初气的主气为厥阴风木,客气则为少阳相火;二气的主气为少阴君火,客气则为阳明燥金;三气的主气为少阳相火,客气则为太阳寒水;四气的主气为太阴湿土,客气则为厥阴风木;五气的主气为阳明燥金,客气则为少阴君火;六气的主气为太阳寒水,客气则为太阴湿土。

巳亥年厥阴风木司天,少阳相火在泉。初气的主气为厥阴风木,客气则为阳明燥金;二气的主气为少阴君火,客气则为太阳寒水;三气的主气为少阳相火,客气则为厥阴风木;四气的主气为太阴湿土,客气则为少阴君火;五气的主气为阳明燥金,客气则为太阴湿土;六气的主气为太阳寒水,客气则为少阳相火。

这样主岁的客气与主时的主气,在一年的六步中,上下交遘,错综互见,以成一期年的变化,六年一周期。为了进一步明白这个公式变化的由来,特制图9如下页。

客气和主气的加临,主要是观察其相生相克的关系所在,正如《素问·五运行大论》所谓:"气相得则和,不相得则病。"客主之气彼此相生,便相得而安;如果彼此相

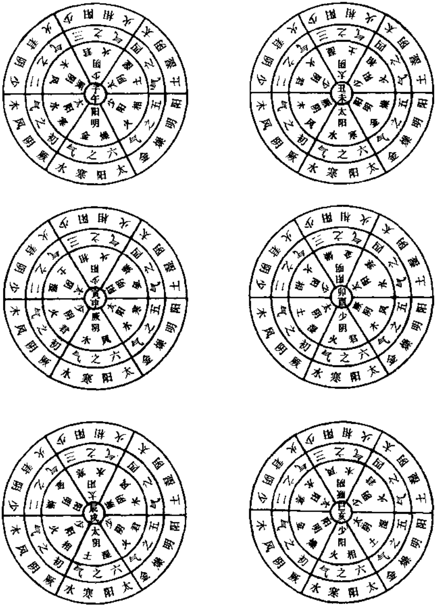


图9　六气客主加临图

克，便不相得而病。例如：逢子逢午之年，少阴君火司天，初气的主气是厥阴风木，客气是太阳寒水，水能生木，是客主之气相得。二气的主气是少阴君火，客气是厥阴风木，木能生火，客主之气仍为相得。三气的主气是少阳相火，客气是少阴君火，同一火气，而君相相从，亦为相得，惟当防其亢盛。四气的客气和主气同为太阴湿土，同气相求，仍属相得之例。五气的主气为阳明燥金，客气是少阳相火，火能克金，似乎客主之气不相得，但《素问·至真要大论》云："主胜逆，客胜从。"相火克制燥金，是客气胜主气，因而亦可以称为相得。六气的主气为太阳寒水，客气是阳明燥金，金能生水，当然更为相得。因而子年午年客主气六步，基本都属于相得之气。又如：卯酉阳明燥金司天之年，初气的主气是厥阴风木，客气是太阴湿土，既是木克土，又是主胜客。三气的主气是少阳相火，客气是阳明燥金，火克金，也是主气胜制客气，都属于客主不相得的病气，其余可以类推。主胜为逆，客胜为从的理由是：主气居而不动，为岁气之常；客气动而多变，为岁气之暂。如果居而不动的主气胜制短暂的客气，则客气便无从司令。因此，宁使短暂的客气胜制主气，不要使固定的主气胜制客气。

运气同化　主运客运，主气客气，在六十年一周期的变化中除互为生克，互有消长外，还有二十多年的"同化"

关系发生,即运与气出于性质相同而有化治之意。如:木同风化,火同暑热化,土同湿化,金同燥化,水同寒化。不过在运气里又有太过不及、同天化、同地化等的区分。兹分述如次:

(1) 天符:通主一年中运之气,与司天之气相符而同化的,即称做天符。《素问·天元纪大论》云:"应天为天符",也就是指运气与司天之气相应而符合的意思。例如:己丑、己未年,己为阴土运,丑未均为太阴湿土司天,是五运的己土,与司天的丑未湿土相合,故为天符。戊寅、戊申、戊子、戊午四年,戊为阳火运,寅申为少阳相火司天,子午为少阴君火司天,是五运的戊火,与司天的寅申相火、子午君火相合。乙卯、乙酉年,乙为阴金运,卯酉为阳明燥金司天,是五运的乙金,与司天的卯酉燥金相合。丁巳、丁亥年,丁为阴木运,巳亥为厥阴风木司天,是五运的丁木,与司天的巳亥风木相合。丙辰、丙戌年,丙为阳水运,辰戌为太阳寒水司天,是五运的丙水与司天的辰戌寒水相合,都叫做天符年。故六十年中,凡此己丑、己未、戊寅、戊申、戊子、戊午、乙卯、乙酉、丁巳、丁亥、丙辰、丙戌十二年,都属于天符(图 10)。

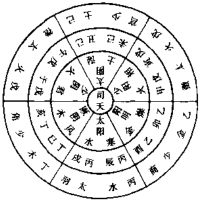


图 10 天符图

(2) 岁会:通主一年的中运之气,与岁支之气相同,则称岁会。如:丁卯年,丁为木运,卯在东方属木;戊午年,戊为火运,午在南方属火;甲辰、甲戌、己丑、己未四年,甲己均为土运,而辰、戌、丑、未分布在四个季月,辰为季春,戌为季秋,丑为季冬,未为季夏,同属于土气寄旺之支;乙酉年,乙为金运,酉在西方属金;丙子年,丙为水运,子在北方属水。凡此八年,都是本运同于本气,均称岁会年。子午为经,卯酉为纬,在一年四季中,子居正北方而为仲冬,午居正南方而为仲夏,卯居正东方而为仲春,酉居正西方而为仲秋。东西南北,经纬相对,是为四正支。以上列举的丁卯、戊午、乙酉、丙子四年,即为四正支与运相合之年,所以又把这四年称为"四直承岁"。它如:壬寅皆为木、庚申皆为金、癸巳皆为火、辛亥皆为水,这四年也是运与年支相合的,但并不称之为岁会,即因寅、申、巳、亥四年支不当于经纬四正位的原故。惟亦称之为"类岁会",以其类似岁会而实非也(图 11)。

(3) 同天符:凡逢阳年,太过的中运之气,与在泉之气相合,即称同天符。因为司天之气与中运相合叫称天

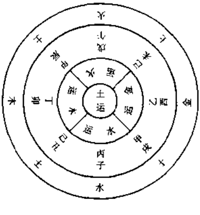


图 11 岁会图

符,运与在泉之气相合,与天符具有同样意义,故名为同天符。如:甲辰、甲戌年,中运是太宫阳土,辰戌是太阴湿土在泉,是甲土太宫与在泉的太阴湿土相合。壬寅、壬申年,中运是太角阳木,寅申是厥阴风木在泉,是壬木太角与在泉的厥阴风木相合。庚子、庚午年,中运是太商阳金,子午为阳明燥金在泉,是庚金太商与在泉的阳明燥金相合,所以都称为同天符。在六十年中,有此同天符六年(图 12)。

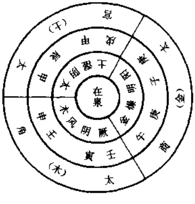


图 12 同天符图

(4) 同岁会:凡逢阴年,不及的中运之气,与在泉之气相合,即称同岁会。原本中运与岁支之气相同,才称岁会。但司天在泉之气,仍取决于岁支,今中运与在泉之气合,并不是完全取决于岁支,而是据岁支所主的在泉之气,这便与岁会有似同而实异,所以称同岁会。如:癸巳、癸亥、癸卯、癸酉年,中运都是少徵癸火,惟巳亥两年的客气,是少阳相火在泉;卯酉两年的客气,是少阴君火在泉。以火运少徵,分别与在泉的少阳相火和少阴君火之气相合,是为同岁会。又辛丑、辛未年,中运是少羽辛水,丑未为太阳寒水在泉,不及的辛水,与在泉的太阳寒水之气相

合，仍属于同岁会。兹列图13。

(5) 太乙天符：既为天符，又是岁会，称太乙天符。如：戊午、乙酉、己丑、己未四年，天符十二年中有它，岁会八年中又有它，因而这四年便为太乙天符。既为天符，又

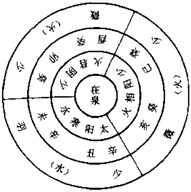


图13　同岁会图

是岁会，也就是天气、中运、岁支三者之气都会合，《素问·天元纪大论》云："三合为治"，就是指此而言。如戊午年，戊为火运，午年为少阴君火司天，而午又属南方火位。乙酉年，乙为金运，酉年为阳明燥金司天，而酉在岁支又属西方金位。己丑、己未年，己为土运，丑未均为太阴湿土司天，丑未本身又属土。这样的三气会合，便为太乙天符。《素问入式运气论奥》云："太乙者，所以尊之之号也。"

以上天符十二年，岁会八年，同天符六年，同岁会六年，太乙天符四年，共为36年。但太乙天符四年，已在天符的十二年中，即戊午、乙酉、己丑、己未年。岁会八年，亦有四年(即与太乙天符相同的四年)在天符中，实际只有26年。在这26年中，天地同化、运气符会，无所克侮，而气象纯正。可是，这样的运气同化，并不等于是平气。相反，正因其同化的纯一之气，尤须防其亢害为灾。

运气学说的临床运用　五运六气之变化，总不外太过不及、生克制化几个方面。而人体病变的发生，也就是这几方面的问题。因而必须掌握运气学说的盛衰生克规律。《素问·五运行大论》说："主岁如何？曰：气有余则制己所胜，而侮所不胜。其不及，则己所不胜，侮而乘之；己所胜，轻而侮之。侮反受邪，侮而受邪，寡于畏也。"主岁之气，无论其为太过，为不及，均不能离于生克制化的相互关系，来推算其气运的相得与否。"己所胜"，是我克制它；"所不胜"，是它克制我。例如：木气有余，不仅能克制着己所胜的土，使其湿化之气大衰，甚至还能欺侮其素所不能胜的金，而风气大行。这就是太过的主岁之气"制己所胜，而侮所不胜"。假使木气不及，不仅它素所不能胜的金气，将乘其衰而来欺侮，即是它素所能胜的土气，亦将视其弱而欺侮于木。这就是"己所不胜，侮而乘之；己所胜，轻而侮之"。但是，事物运动的规律，有极必有反，有胜必有衰。胜气发展到势极而衰时，亦将使自己受到灾害。"侮而受邪，寡于畏也"，就是"物极必反"的运动所造成的。这种生克制化的规律，无论其为五运、为六气，或五运与六气之间，推而至于为五脏，为六腑，或脏与腑之间，都存在这样的关系。以上即是运用运气学说的基本原则。至于逐年的具体运用，试以辛酉年为例说明如下：

辛酉年，就五运来说，辛为阴水，则本年的中运为水运不及。从本年的客运和主运的关系来看，自去年大寒日巳时初初刻起，便交了本年的主运初运少角，客运初运少羽，少羽生少角，水来生木，阴运而得阳生，水虽不及，木犹滋荣。春分后十三日巳时正一刻起二运主运太徵，客运太角，太角生太徵，木来生火，还是客运生主运。芒种后十日午时初二刻起交三运，主运少宫，客运少徵，少徵生少宫，火来生土，也是客运生主运。处暑后七日午时正三刻起交四运，主运太商，客运太宫，太宫生太商，土来生金，仍为客运生主运。立冬后四日未时初四刻起交终运，主运少羽，客运少商，少商生少羽，金来生水，全年五步客主运都是相生，则本年春夏秋冬四季应该是比较正常的。惟客主运五步不是太少相生，而是少生少，太生太，前者嫌其力有不足，后者则恐其偏亢。

从六气方面来观察，酉年为阳明燥金司天，少阴君火在泉。上半年是燥金之气主事，下半年是君火之气主事，中运又为阴水不及，则本年的气象偏于燥热可知。故从大寒交节气以来，一直很少下雪的原因亦可知。从运与气的关系来看，上半年燥金之气偏盛，弱水不足以济之。下半年的水运，本可以克君火在泉之气，奈何是不及之水，难以制胜。故本年总的气象变化是：水运不及，燥金司天，君火在泉，阴水无力以制燥火，凡属阴精不足，津液亏损，或阴虚阳亢的患者，无论在心在肺，在肝在肾，总宜生津以润燥，甚则养阴以泻火。

再从客主气的加临来分析，自去年大寒日(十二月十五日)巳时初刻至本年春分日(二月十六日)卯时初刻为初气，客气是太阴湿土，主气是厥阴风木，既是风木克湿土，又是主气克客气，故初气是以风、燥两盛为特点，对于脾虚肝亢的患者，应着重于柔润息风，泻木清燥，甘淡培土诸法的运用。自春分日卯时正刻起，至小满日(四月十八日)丑时正刻为二气，客气是少阳相火，主气是少阴君火，两火同气，于脾虚湿邪盛者颇相宜。于阴虚火旺者，将助其炎上之势，故当慎用辛温诸法。自小满日寅时初刻起至大暑日(六月二十二日)子时初刻为三气，客气是阳明燥金(即司天本气)，主气是少阳相火，相火固能克制燥金，时当盛夏，火热之气独旺，故出现多年未见之奇热，酷暑袭人。于阳热疾病应注意泻火养阴诸法的运用。自大暑日子时正刻起，至秋分日(八月二十六日)戌时正刻为四气，客气是太阳寒水，主气是太阴湿土，本年中运已为水气不足，又逢主气之土克客气之水，水将益见其不足。下半年在泉之气又为君火，对于阴虚阳亢证甚不相宜。自秋分日亥时初刻，至小雪日(十月二十六日)酉时

初刻为五气,客气是厥阴风木,主气是阳明燥金,金克木,主胜客,燥金挟君火之气以行,是本年秋季仍当显得燥热,呼吸系统之病,应注意清火润燥。自小雪日酉时正刻起,至大寒日(十二月十五日)未时正刻为终气,客气是少阴君火(即在泉之本气),主气是太阳寒水,水克火,主胜客,本年火热之气将由此衰竭,交明年壬戌的木运,太阳寒水司天,太阴湿土在泉之气。

总之,本年气候总的说来是偏于燥热的,特别是反映在春夏秋三个季节。其他各年,可以类推。这说明掌握运气的基本精神,仍在于胜衰生克之所在,胜者抑之,衰者扶之,生者助之,克者平之。故《素问·六元正纪大论》云:"安其运气,无使受邪,折其郁气,资其化源,以寒热轻重,多少其制。"郁气,即被克而郁结不散之气。如水胜则火郁,火胜则金郁之类。要折散其被郁之气,必先折服其胜制之气,如水得制则火郁解,火得制则金郁解之类。化源,即指生化之源,如木能生火,火失养则当资木;金能生水,水失养则当资金,各从其母气以资养,是谓"资其化源"。这在临床上是很有指导意义的。

历代医家对运气学说之研究 由于中国天文、历法等知识的丰富积累,所以运气学说的研究,在先秦时代便已产生了。他们首先认识到气候变化对于人们生活的影响,特别是对疾病的影响,是十分密切的,通过不断地实践认识,反复提高,最后总结出认识气候变化的规律。从运气学说的具体内容来看,他们基本是以黄河流域大平原为中心,经过长时期的"则天之明、因地之性",进行观察,把中国的一年的气候变化,基本上分为五个季节,并总结出一般的运动规律——五运。又从气候的区划和特征,总结出三阴三阳六种不同的气旋活动——六气。虽然与现代的气候学、气象学比较起来,它是相当朴素,甚至还有不尽符合的地方,但是,它毕竟是在长期的生活和生产实践中总结出来的,亦曾反复经过长期的生活和生产的验证,说明它是具有一定的科学基础的。例如,许多流行性疾病的发生,是与气候的正常与否密切相关的。如1959年丙申,属少阳相火司天,乙型脑炎猖獗,病儿高热,抽搐,多数都用白虎汤加减治愈。张仲景早在《伤寒论》中既有六经病的欲解时:太阳从巳至未,阳明从申至戌、少阳从寅至辰、太阴从亥至丑,少阴从子至寅,厥阴从丑至卯,而在《金匮要略方论》里又有:"冬至之后,甲子夜半少阳起,少阳之时阳始生,天得温和。以未得甲子,天因温和,此为未至而至也。以得甲子,而天未温和,此为至而不至也。以得甲子,而天大寒不解,此为至而不去也。以得甲子,而天温如盛夏五六月时,此为至而太过也。"可见仲景所叙述的太过不及是指冬至一阳生以后的气候变化,属于运气学说的范畴。当两汉之际已存在着《阴阳大论》、《太始天元册文》一类关于运气学说的文献。经过王冰次注《素问》,得以流传下来,这是很宝贵的。略后于唐代王冰,而专门从事于运气学说的阐发者,首推宋代元符(1098)间刘温舒的《素问人式运气论奥》,他认为"气运最为补泻之要"乃"括上古运气之秘文,撮斯书阴阳之精论,若网之在纲,珠之在贯,粲然明白。"并根据《素问》七篇大论,分作31个专题解说,从"五行生死顺逆"至"五行胜复",解说犹有未尽者,并辅以图,确为阐述运气学说最成系统而晓畅的专著。后来言运气的,无不以之为蓝本。赵宋时期对运气学是相当重视的,政和(1111—1117)间宋徽宗敕廷臣修《圣济总录》200卷,首先就是列入60年的运气图,包括主运、客运、司天、在泉、客主加临的变化规律。成无己的《注解伤寒论》卷首,亦详列南北政脉应,运气加临汗差、棺墓、补泻病证诸图,并强调说:"五运六气主病,阴阳虚实,无越此图。"同时刘完素亦言气运之学,谓:"易教本乎五行八卦,儒教存乎三纲五常,医教要乎五运六气。其门三,其道一,则不知运气而求无失者鲜矣。夫别医之得失者,但以类推运气造化之理、而明可知矣。世俗或以谓运气无征,而为惑人之妄说者,或言运气为大道玄机,若非生而知之,则莫能学之者,由是学者寡而知者鲜。观夫医者,唯以别阴阳虚实,最为枢要,识病之法,以其病气归于五运六气之化,明可见矣。"于是,他把《素问·至真要大论》的病机十九条,分别纳入五运六气之中,如肝、心、脾、肺、肾所属诸条为五运主病,以肝属木、心属火、脾属土、肺属金、肾属水也。其余皆六气为病,并补"诸涩枯涸,干劲皴揭,皆属于燥"一条,使六气之病,臻于完整。经刘完素的提倡,河间、易水诸医家,言气运之学者,便日益众多,可以说影响到当时整个医学界。元代泰定(1324)年间有程德斋者,托名张南阳,作《伤寒钤法》1卷,以病日为司天,从生日求病原,计日传经,归号主治,亦风靡一时。明代熊宗立的《素问运气图括定局立成》,亦基本与《伤寒钤法》类似,取病人之生年,及其得病日的干支,推其气运的生克盛衰,以定治法,以决生死,把运气学说引向封建迷信邪途。所以王履、万全、汪机、徐春甫等对之都有所批评,甚至引起一些医家的反对。缪希雍著《本草经疏》,就有辟"五运六气之缪"的专篇,他说:"今之医师,学无本源,不明所自,侈口而谈,莫不动云五运六气,将以施之治病,譬之指算法之精微,谓事物之实有,岂不误哉。殊不知五运六气者,虚位也,岁有是气至则算,无是气则不算,既无其气,焉得有其药乎?一言可竟已。昔人谓不明五运六气,检遍方书何济者,正指后人愚蒙,不明五运六气之所以,而误于方册所载,依而用之,动辄成过,则虽检遍方书,亦何益哉。"清初张飞畴著《伤寒兼证析义》,对运气同样持反对态度。他认为"稍涉医理者,动以司运为务,曷知《天元纪》等篇,本非《素问》原文,王氏取《阴阳大论》补入经中,后世以为古圣格言,孰敢非之,其实无关于医道也。况论中明言'时有常位,而气无必',然犹谆谆详论者,不过穷究其理而已。纵使胜复有常,而政分南北,四方有高下之殊,四时有非时之化,百步之内,晴雨不同;千里之外,寒暄各异,岂可以一定之法,而测非常之变耶"。缪张二氏的持论,一则曰"不明五运六气之所以","有是气则算,无是气

则不算"；一则曰"谆谆详论者，不过穷究其理而已。"意思还是认为运气学说是研究气候变化之所以然的，只是医者未能穷究其理，不明其所以，竟以一定的法，而测非常之变。这是对运气学说未曾深入研究的问题，并不是运气学说本身的不存在。惟近人陆渊雷则持根本否定的态度。他说："六气根本无理由，五运之根据，仍极薄弱，去六气一间耳。夫考其书，则出于汉魏以后，好古者无取焉。寻其理则涉于渺茫之谈，核实者亦无取焉。如是而谓五运六气之不足信，当废除，则事之当然，绝非好作翻新之论矣。"(《生理补正》卷四)

明清以来有少数的医家对五运六气持反对意见，而大多数医家，特别是部分具有代表性的大医学家都相当重视对运气学说的研究。如张志聪说："仲祖采方治病，亦本神农经义，夫人与天地相参，与日月相应，故撰用《阴阳大论》，谓人之阳气，应天气之在外；五脏五行，应五运之在中，升降出入，环转无端，若为风寒所伤，始见外内浅深之病，故学者当于大论中之五运六气求之，伤寒大义，思过半矣。"经过他的提倡，参考运气学说治《伤寒论》的，极为广泛。特别是他对标本中气的发挥，所谓"天之六气为本而在上，人身之三阴三阳为标而上奉之，所谓天有此六气，人亦有此六气"之说，盛行于伤寒学中，后来陈修园、唐容川等均阐其学说的主张。在同治光绪年间，元和陆懋修倡"六十年大司天"之说，即取六气上岁的次序而扩大之，以一气司一甲子，因而推勘前代名家，偏温偏凉，偏攻偏补，而皆为良医者，都是适合当时"大司天"岁气之所致，其所推算，亦多有史实可据。近人办中医函授教育较早其影响亦较大的武进恽铁樵氏，著《群经见智录》，谓五行六气，无非在阐明一年四季气候的变化。他说："《内经》认定人类生老病死，皆受四时寒暑之支配，故以四时为全书之总骨干。四时有风寒暑湿之变化，则立六气之说以属之于天；四时有生长收藏之变化，则立五行之说以属之于地。五行六气，皆所以说明四时者也。"恽氏所说的五行，即概括五运，所以他说："《内经》最重要者为五行甲子。"推测五运，必言甲子，因此，他在《群经见智录》中对甲子作了反复的研究阐明。

对于运气学说的争论，最主要的还在取决于究竟有无实践意义。宋人沈括于《梦溪笔谈》曾记载熙宁(1068—1077)中大旱，而有"燥金人候，厥阴当折，太阴得伸"而大雨的占验。唐立三《吴医汇讲》有乾隆癸巳年，少徵火运，少阳相火在泉，而炎暑酷烈，中暍无算的应验。有嘉庆丙辰年，太羽水运，太阳寒水司天而奇寒的应验。近据天津市气象局整理的资料报道，1928年戊辰，火运太过，夏季炎热，七月二日，最高气温达41.0℃。1966年丙午，太羽寒水当运，冬季严寒，二月二十二日最低温度在零下22.9℃，为60年所罕见的奇冷。并复习天津市1955—1975年21年的气象资料，1959年己亥，运气为"风乃大行"，该年大风日数60天(常年值41天)，为21年之最。1964年甲辰，太宫土运，寒水司天，雨湿流行，该年降雨量为862.1毫米(常年值552.5毫米)，平均绝对湿度为12.7毫巴(常年值11.6毫巴)，均为21年之最高值。1957年丁酉，阳明燥金司天，该年平均绝对湿度为10.7毫巴，为21年之最低值，全年降雨量偏少，仅457.3毫米，气候干燥。(载《浙江中医杂志》1981年第3期)虽然这些资料还不是很多，但亦说明运气学说具有一定的实践意义和科学价值。

同时，我们必须强调运气学说是结合医学来探讨气象运动规律的一门科学，它是在当时历法、天文，气候、气象、物候等科学的基础上发展起来的。五运，旨在探索一年五个季节变化的运动规律；六气，是从中国的气候区划、气候特征来研究气旋活动规律的。古代的气候区划是从五方观念来的，故有春温、夏热、长夏湿、秋燥、冬寒之说。而现代气象学家则谓中国为季风气候区域，冬季风偏北，夏季风偏南，春秋两季为风向转变之时期，这与《素问·至真要大论》："彼春之暖，为夏之暑；彼秋之忿，为冬之怒"的理论，有些近似。因为它同样具有以春秋两季为冬寒夏热之转换起点的意义。现代气象学把中国分为五带，即寒温带、温带、暖温带、积温带、热带，说明中国气候偏于温热。而运气学说的风木、君火、相火、湿土、燥金、寒水，除湿与寒外，其他四气亦以温热为主，说明古今探讨气象、气候的运动规律，虽然科学水平有高下，具体方法有不同，但对于气象、气候的基本认识还是相同的，这是从实践中得来的必然结果。运气学说是以阴阳五行学说为支架的，并用以说明了气象、气候运动的一个基本规律——动态平衡。由于自然界客观地呈现着大量的周期性循环，正如《吕氏春秋·圜道》所说："日夜一周，圜道也。日躔二十八宿，轸与角属，圜道也。精行四时，一上一下，各与遇，圜道也。物动而萌，萌而生，生而长，长而大，大而成，成乃衰，衰乃杀，杀乃藏，圜道也。云气西行，云云然，冬夏不辍；水泉东流，日夜不休，上不竭，下不满，小为大，重为轻，圜道也。"这些大象、气候、气象、物候，都是一个首尾相接的圆圈，因此古人便着重从循环运动方面来研究气象、气候运动的根源。循环运动是自然界整体运动平衡的一种重要表现形式，而阴阳消长，五行生胜，是最能说明这一动态平衡的。所以《素问·天元纪大论》说："夫五运阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。"运气学说中十天干、十二地支，都是从不同角度来说明气象、气候的循环运动的，故都有阴阳之分，都有五行的生胜关系。用阴阳以说明气象、气候平衡和不平衡的两个方面，如《素问·至真要大论》说："夫阴阳之气，清静则生化治，动则苛疾起。"前者是阴阳的平衡性，后者是阴阳的不平衡性。事物的运动，总是存在着平衡和不平衡的两种状态。没有平衡，事物就不可能有一定的质的规定性；没有不平衡，矛盾统一体就不会破坏，一事物就不能转化为它事物，气象、气候的运动更是如此。春温、夏热、秋凉、冬寒，这一相对的平衡，就是阳生阴长、阳杀阴藏的具体体现。太过与不

及，即相对的平衡受到破坏，阳主太过，阴主不及，也就是阴阳盛衰的表现。尤其是五行生胜说，则不仅说明了气象、气候运动内部结构关系的复杂性，同时还从气象、气候运动异常变化中能保持自身的相对稳定性。五行中任何两行之间的关系并不是单向的，而是相互的，表现为与调节路线或反馈机制相似的形式。反馈是相互作用的一种特殊形式。例如：火是受水制的，但火能生土，而土却能制水，即是火能通过生土的间接关系对水发生胜制的反作用，使水不能过分地胜制于火而使之偏衰。即受作用者通过某些中间环节，反作用于作用者，产生调节的效果，使系统得以保持相对平衡。这种反馈机制，在运气学说中是非常突出的。气象、气候的运动，由于太过不及所引起的变化，还能产生"胜气"和"复气"的调节关系，《素问·至真要大论》说："有胜之气，其必来复也。"就是说既产生胜制之气，必然要招致一种相反的力量，产生将其压抑下去的"复气"。而且还如《素问·五常政大论》所说："微者复微，甚者复甚，气之常也。"这个意思中包含着反作用与作用等同的意义。正因为如此，五行结构才能在局部出现较大不平衡的情况下，通过调节，继续维持其循环运动的相对平衡。此即是运气中的五行关系存在着两种类型的自行调节机制，一种类型是正常情况下相生相胜的机制，另一类型是反常情况下的胜复机制。这样就形成并保持了气象、气候循环运动的动态平衡。运气学说固然古老，但它却具有系统论的思想，因此是很值得研究的一门科学理论。

在现代科学领域里，对于运气学说的研究，有从生物钟学说来探讨的。因气候变化与生物的生态，往往呈周期性的规律，如上所述《吕氏春秋》所称的"圜道"，《素问·六节藏象论》所说的"天度"、"气数"，所谓"五运相袭，而皆治之，终期之日，周而复始，时立气布，如环无端"。都是说明宇宙间是整个呈节律性的周期变化，甚至每日每时都是如此。《素问·至真要大论》所说："彼春之暖，为夏之暑，彼秋之忿，为冬之怒，谨按四时，斥候皆归，其终可见，其始可知。"这是年周期的节律。《素问·金匮真言论》说："平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。"这是日周期的节律。在人身上亦明显的有这种周期性的节律变化，如《灵枢·营卫生会》说："营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端，卫气行于阴二十五度，行于阳二十五度，分为昼夜，故气至阳而起，至阴而止。故曰日中而阳陇，为重阳；夜半而阴陇，为重阴，故太阴主内，太阳主外，各行二十五度，分为昼夜。夜半为阴陇，夜半后而为阴衰，平旦阴尽，而阳受气矣。日中为阳陇，日西而阳衰，日入阳尽，而阴受气矣。夜半而大会，万民皆卧，命曰合阴，如是无已，与天地同纪。"说明人身营卫之气运行的日周期节律，与自然界的日周期性节律，是密切关联而有其一致性的。现代科学研究，大量测定表明，人类皮质激素在午夜至凌晨四点钟左右最低，而在上午八九点钟时最高，这是否与"合夜至鸡鸣为阴中之阴，平旦至日中为阳中之阳"有关系，值得研究。

有从物候学来研究的。所谓物候学，是记录一年中植物的生长荣枯，动物的往来生息，从而了解气候变化及其对生物的影响，是介于生物学和气象学之间的边缘学科。运气学对于物候的征验特别注意。故《素问·阴阳应象大论》说："天有四时五行，以生长收藏，以生寒暑燥湿风。"生长收藏，可以说是对物候的总概括，其具体表现，在7篇大论中屡有详尽的叙述。如《素问·气交变大论》说："岁木太过，云物飞动，草木不宁，甚而摇落；不及，草木晚荣。岁火太过，火燔焫，水泉涸，物焦槁；不及，物荣而不凝，乃折荣美。岁土太过，泉涌河衍，涸泽生鱼，风雨大至，土崩溃，鳞见于陆；不及，草木茂荣，飘扬而甚，秀而不实。岁金太过，收气峻，生气下，草木敛，苍干凋陨；不及，长气专胜，庶物以茂，燥烁以行。岁水太过，大雨至，埃雾蒙郁，雨冰，雪霜不时降，湿气变物；不及，湿乃大行，暴雨数至，蛰虫早藏，地积坚冰。"人生存于气交之中，亦随着运气的太过不及，而发生相应的生理病理变化，诸篇大论中记叙尤详。这些研究气候及生物态一年一度的有规律的变化，是很有研究价值的。

有从医学气象学来研究的。运气学的本身，就是在于研究气候变化对人体生理病理影响的关系。所以《素问·宝命全形论》说："人以天地之气生，四时之法成。"故人体对于适应四时气候变化，是养身防病的一个重要方面。正如《素问·四气调神大论》指出的：春气养生，夏气养长，秋气养收，冬气养藏。"逆春气则少阳不生，肝气内变。逆夏气则太阳不长，心气内洞；逆秋气则太阴不收，肺气焦满；逆冬气则少阴不藏，肾气独沉。""所以圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根。"由于人与自然界是一个对立统一的整体，外在环境的一切自然变化，都会对人体产生不同的影响，而机体对这些外界的影响，必然要作出相应的反应。所以，科学研究证明，太阳光照的强弱、地球的周期运转、宇宙线自身的变化、太阳黑子的活动、气象的变化，以及地磁、地热等外来刺激，都能在生物体内引起一定的反应。并证明人体内在生理活动及物质代谢，诸如体温、脉搏、血压、血糖、基础代谢，以及激素的分泌、酶活性的增减、尿中各种成分的排泄、对致病因子的感受性、药物的敏感性等，均要受到自然界周期节律的影响。故《素问·八正神明论》说："天温日明，则人血淖液而卫气浮；天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉。月始生，则血气始精，卫气始行；月郭满，则血气实，肌肉坚；月郭空，则肌肉减，经络虚。"又《灵枢·五癃津液别》说："天暑衣厚，则腠理开，故汗出；天寒则腠理闭，气湿不行，水下流于膀胱，则为溺与气。"这也扼要地提到了天象和天气变化，对人体的血液、卫气、经络、腠理、肌肉、汗液、尿液等，无不发生影响。因此，医学气象学在国际间已引起极大的重视，并制定全面科研规划，对"医学——生物学——太阳地球

物理学——气象学",进行详细的同步观察,可见运气学说是具有强大的生命力的。

藏象学说

中医基础理论的重要组成部分为藏象学说。它是通过对人体生理、病理现象的观察,研究人体各脏腑、组织、器官的生理功能、病理变化及其相互关系,以及脏腑组织器官与外界环境相互关系的学说。

藏象的含义　中医学对人体脏腑机能活动状况的了解,是通过表现于外的生理、病理现象来把握的,《内经》称之为"藏象"。"藏象"一词,首见于《素问·六节藏象论》。藏,《说文》:"匿也。"据此,"藏"有隐藏和贮藏之义。"藏",一字二音。一读 cáng,指物之隐匿较浅者;二读 zàng,指物之隐匿较深者。因人体的内部脏器(五脏、六腑等)隐居于人体深处,古代医家认为它们隐匿得很深,故应读为 zàng。此是"藏"字读 zàng 之故。"藏"有二义:一为隐藏、收藏,如《礼记·檀弓上》曰:"藏也者,欲人之弗得见也。"此义之"藏"读作 cáng。二指贮存东西的地方,如府藏,《汉书·文三王传》:"及死,藏府余黄金尚四十万余斤。"此处"藏府"乃府库之义。此义之"藏"读作 zàng。人体脏腑是贮存精气和水谷之处,犹如库府之贮物,故曰"藏"(zàng)。后加"月"字旁作"臟"(简化为"脏")。这样就变成有具体形质的五脏之臟了。据此,藏象学说中的"藏"主要指隐居于体内而不可直视的内脏,其次指贮藏其精气和水谷的场所。象,是中国古代哲学的一个重要概念。象论则是《易传》哲学的重要组成部分,具有古代中国系统的思维方式。《系辞下》说:"易者,象也。"可见,"象"在一定意义上乃是《易》学的体现和本质。《系辞上》说:"在天成象,在地成形,变化见矣。"又说:"见乃谓之象。"由上可知,《易传》所说的象,首先是指客观事物表露于外的形象、现象,人们可以凭借肉体感官可以直接感知它们。《易传》象论对中医学的影响是重大的。其"取象比类"方法是贯穿整个中医理论体系的基本方法之一。其次,藏象学说中的"象"亦源于《易传》之象论。如王冰在解释《素问·六节藏象论》之"藏象"时说:"象谓所见于外可阅者也。"吴昆注云:"象,犹天之象,可见者也。"(《素问吴注》)张志聪注曰:"象者,像也,论脏腑之形象,以应天地之阴阳也。"(《黄帝内经素问集注》)上述所论之"象"皆指客观事物(内脏)表露于外的形象、现象。它一是指生理的,二是指病理的。医者正是通过这些对表现于外的生理、病理现象的观察,来测知内脏的功能活动是否正常。即是说,人体内脏功能活动是通过观察其表现于外的各种现象来把握的。故"藏"和"象"之间有着确定的相应关系,这就是"有诸内必形诸外"的理论依据。"藏"与"象"相合,故谓之"藏象"。正如张介宾注释说:"脏,藏也。……犹言库藏之藏,所以藏物也。"(《类经·藏象类·十二官》)又说:"象,形象也。藏居于内,形见于外,故曰藏象。"(《类经·藏象类·藏象》)

藏象学说的基本内容　藏象学说,是以脏腑为基础的。藏象与脏腑是两个不同层次的概念。脏腑,是中医学对内脏的总称。根据脏腑的生理功能特点,将其分为脏、腑和奇恒之腑三类。脏有五,即心、肺、脾、肝、肾,称为五脏。心包在经络学说中亦作为脏,加之共有六脏,故又有"六脏"之称。腑有六,即胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦,称之六腑。奇恒之腑是指这一类腑的生理功能均有异于六腑。奇恒之腑有六,即脑、髓、骨、脉、胆、女子胞。

脏腑的功能活动化生了气血津液,气血津液的运行和输布又通过不同脏腑的功能活动才能完成。而脏腑的功能活动,又必须以气血津液为物质基础,故脏腑与气血津液的关系至为密切。气血津液亦属于藏象学说的内容。

经络系统亦是人体重要的组成部分。人体各脏腑组织器官之间的联系,气血津液的运行和输布,皆须依赖经络系统的作用。正如《灵枢·本藏》所说:"经脉者,所以行气血而营阴阳,濡筋骨,利关节者也。"《灵枢·海论》说:"夫十二经脉者,内属于腑脏,外络于肢节。"脏腑与经络系统有着密不可分的关系,经络系统亦属藏象学说的内容,故又可称为藏象经络学说。

脏腑有五脏、六腑和奇恒之腑,它们在组织结构和生理功能上是各有其特点的。在组织结构上,脏多为实质性的脏器,腑多属空腔器官。五脏的生理功能共同特点是化生和贮藏精气,六腑的生理功能共同特点是受盛和传化水谷,故《素问·五脏别论》说:"所谓五脏者,藏精气而不泻也,故满而不能实。六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也。"《灵枢·本藏》说:"五脏者,所以藏精神气血魂魄者也;六腑者,所以化水谷而行津液者也。"这些论述,不仅是对五脏和六腑生理功能的概括,同时也指出了脏与腑在生理功能上的区别。所谓"满而不实"和"实而不满",主要是针对精气和水谷的不同特点而言,如王冰对此注释:"精气为满,水谷为实。五脏但藏精气,故满而不实;六腑则不藏精气,但受水谷,故实而不能满也。"奇恒之腑在生理功能上,具有类似于脏的贮藏精气作用,故《素问·五脏别论》说:"脑、髓、骨、脉、胆、女子胞,此六者,地气之所生也,皆藏于阴而象于地,故藏而不泻,名曰奇恒之腑。"王冰解释说:"脑、髓、骨、脉虽名为腑,不正与神藏为表里。胆与肝合,而不同六腑之传泻。胞虽出纳,纳则受纳精气,出则化出形容,形容之出,谓化极而生。然出纳之用有殊于六腑,故言藏而不泻,名曰奇恒之腑也。"吴昆注云:"奇恒,异于常者也。"

藏象学说的形成　藏象学说在《黄帝内经》中已基本形成一个较完整的理论体系。它的形成,是中国古代人民在长期的医疗和生活实践中,观察到不同的生理现象和病理反映与某些脏腑的正常或异常活动密切相关。这些现象与自然界也有一定关系。同样观察到,某些脏腑的正常或异常变化,又常常在机体外在的一定部位上表

现出来。同时,通过人类尸体解剖,进一步观察人体各内脏的形态、部位和性质,用以研究探索人体外在表现与内脏生理功能和病理变化之间的关系。概言之,藏象学说的形成主要有以下几个方面:

(1) 古代的解剖知识:在古代,人们通过宰杀动物和战争中掠夺来的俘虏,对动物和人体内部的器官有了最早的观察和了解,这是解剖学的开始,也是人们认识人体的发端。但当时解剖动物和人体,进行观察,还不是自觉的医疗实践活动,宰杀的直接目的是为了饱腹和祭祀,而观察和认识只是附带的偶然行为。随着人类知识的发展以及医疗疾病的需要,人们对动物和人体内脏的观察逐渐变成比较自觉的认识活动,并把人体解剖与医疗卫生活动联系起来。从殷墟出土的甲骨文来看,早在公元前1400年就有耳、目、口、鼻、首等多种人体器官名称的记载。说明当时已认识到人体器官的部位不同,作用相异,而确立了专用名称。据《史记·扁鹊仓公列传》记载,上古之时,有一位名叫俞跗的医生,他给人治病能"割皮解肌,诀脉结筋,搦髓脑,揲荒爪幕,湔浣肠胃,漱涤五脏,练精易形。"说明上古时代的医生已能利用解剖技术实行某些外科手术。至《内经》时代,解剖学有了进一步的发展,人们已把解剖尸体作为认识人体的一条重要途径,并在理论上加以总结。如《灵枢·经水》说:"若夫八尺之士,皮肉在此,外可度量切循而得之,其死可解剖而视之。其脏之坚脆,腑之大小,谷之多少,脉之长短,血之清浊,气之多少,十二经之多血少气,与其少血多气,与其皆多血气,与其皆少血气,皆有大数。"《灵枢·肠胃》记载:一般成年人,从咽门到胃,即食管的长度是一尺六寸,整个肠道(包括小肠、大肠、直肠)的长度是五丈五尺八寸,其食管与肠道之比例为 $1.6:55.8\approx1:35$,而在近代斯巴德何辞所著的人体解剖图谱中,这一比例是 $25:925=1:37$,由此可知,《内经》关于消化道长度的测量是相当准确的。《灵枢·骨度》记述了人体骨骼的名称、位置和长度等,其测量之数据与现代解剖学之数据基本相符合。

在解剖方法的帮助下,《内经》还提出了"心主血脉"的见解,指出血受心的支配和统率,血脉与心相联属。此外,还认识到肺司呼吸,外通于鼻,膀胱与尿道相连接等等。同时还认识到心、肺、脾、肝、肾以及脑髓等,皆主"藏精气而不泻",胃肠消化道和膀胱等,皆主"传化物而不藏"。这些从解剖实践得来的知识,不仅是藏象学说内容的组成部分,而且是深入认识脏腑生理活动规律的重要基础。可以说,古代的解剖方法和知识,是藏象学说形成的基础。

(2) 长期对生理、病理现象的观察:古代医家在整体思想指导下,在解剖学知识的基础上,通过长期对生理、病理现象的观察,逐步积累了人体生理、病理知识,如"肺藏气"、"肺司呼吸"、"天气通于肺","胃为水谷之海"、"人以水谷为本"、胃主"受纳"、"腐熟",心"主血脉"、"其华在面"、"藏神",大肠主"传导"等。

(3) 反复的医疗实践:古代医家通过长期的反复的医疗实践,从病理现象和治疗效果来分析和佐证机体的某些生理功能,从而获得了藏象理论。如"肺主皮毛"、"开窍于鼻","肝开窍于目","心开窍于舌"、"肾开窍于耳及二阴","脾开窍于口","肾主骨",以及"肝主疏泄"等理论。

(4) 以表知里的推导方法:古代医家在从长期对生理、病理现象的观察和医疗实践经验的总结中建立起来的以表知里的整体推导方法,是藏象学说形成的主要方法之一。在古代,人们在对动物和人的尸体进行解剖的同时,还采用了另一种方法研究人体,就是对活着的人体进行整体观察,在不破坏和不干扰人体正常生命活动的情况下进行研究,通过分析人体对不同的环境条件和外界刺激的不同反应,来认识人体的生理、病理规律。《内经》主要依靠这种方法,同时结合解剖得来的知识,因而形成了藏象学说。

综上所述,古代医家在中国传统哲学思想指引下,通过长期对生理、病理现象的观察和医疗实践经验的总结,采用了以表知里的整体推导方法,或以生理推导病理,或以病理推导生理,如此反复验证实践,逐步从感性认识上升为理性认识,找出了脏腑活动规律,确定了"脏"和"象"之间的相互关系。这样,以心、肺、肝、脾、肾五脏为中心的五大生理系统——藏象理论终于形成。

藏象学说的发展 在《内经》中,藏象学说已形成了较为完整而系统的理论体系。后世医家在此基础上,不断充实、发展和完善了藏象理论。在《内经》的基础上,《难经》对脏腑的解剖形态和功能有了进一步的认识,提出了消化道"七冲门"的概念;首次提出"左肾右命门"的观点,开命门学说之先河;强调"肾间动气"为人体生命之源;最早提出"奇经八脉"一词,指出奇经具有调节十二经气血的作用;对三焦理论有较深刻的阐述,认为三焦为"原气之别使"、"主持诸气"和"有名而无形"等理论。东汉,张仲景在《内经》、《难经》的基础上,集汉代医家之成就,著成《伤寒杂病论》,将伤寒病各种类型的证候及其发展演变的过程概括为六经辨证理论,实际上是对六经及其所属脏腑病变的系统论述,开创了辨证论治的方法。太阳病主要反映膀胱或小肠的病变,部分还反映肺的病变;阳明病主要反映胃及大肠的病变;少阳病主要反映胆或三焦的病变;太阴病主要反映脾的病变;少阴病主要反映心或肾的病变;厥阴病主要反映肝或心包的病变。由于心为五脏六腑之大主,所以六经病中均有心的症状。可见,六经病联系着整个五脏六腑。《金匮要略》是从脏腑经络之理论出发,将《脏腑经络先后病脉证》作为总纲列为首篇,认为脏腑经络功能失调,是疾病发生、发展和转归的根本原因。全书主要以脏腑辨证为纲来治疗杂病,包括内、外、妇等科疾病在内。如《水气病脉证并治》和《痰饮咳嗽脉症并治》,指出水气病有五脏水之异,痰饮病有水在五脏之别。并提出"见肝之病,知肝传脾,当先

实脾"及"四季脾旺不受邪"的防治机制，对后世颇有启发。可见，《伤寒论》和《金匮要略》，不仅发展了《内经》中藏象学说的理论，而且更重要的是，为脏象学说的临床应用打下了基础。

晋代医家王叔和撰《脉经》，主要总结了24种脉象及其反映的病证。王氏在《两手六脉所主五脏六腑阴阳顺逆第七》说："肝心出左，脾肺出右，肾与命门俱出尺部。"又说："脉长而强，病在肝，脉小血少，病在心；脉下坚上虚，病在脾胃；脉滑（一作涩）而微浮，病在肺；脉大而坚，病在肾。"（《迟疾短长杂脉法第十三》）明确地指出了左右手寸、关、尺三部分候脏腑的部位及其病脉。

隋代著名医家巢元方所撰的《诸病源候论》，这是中国第一部以藏象学说为核心，系统论述中医病因、病机学的专著。如中风以五脏分证；对五劳、六极、七伤，均归于虚劳范围，也以五脏为纲，分述各种虚劳证。该书又专列《五脏六腑病诸候》、《心痛诸候》和《脾胃病诸候》，以探讨脏腑诸疾的病因、病机及其证候。对于妇、儿、外科诸疾，均以脏腑（经络）气血的虚实状态来论证病理，为进一步探讨、研究和发展脏象学说有关病因病机学的理论，作出了很大的贡献。

唐代著名医家孙思邈所撰《备急千金要方》，卷十一至二十一，专门系统地论述了五脏六腑脉、证的虚实寒热和治疗方法。在他晚年所著的《千金翼方》卷一中，亦载有"补五脏药品"，王焘的《外台秘要》，是一部总结汉唐时期医疗经验的巨著，亦是运用脏象理论总结各种疾病治疗经验的参考资料。

宋元时期，医学界里出现了"百家争鸣"的局面，医学流派不断涌现，促进了新的医学理论之产生，从而发展了脏象学说。金代医家李东垣对脏象学说的贡献，主要在于脾胃学说方面。叶天士曾说："脾胃之论，莫详于东垣。"（《临证指南医案》）李氏专著《脾胃论》，认为"元气之不足，皆由脾胃之气所伤，而后能滋养元气"（《脾胃论·脾胃虚实传变论》）。"脾胃俱旺，则能食而肥；脾胃俱虚，则不能食而瘦"（《脾胃胜衰论》）。所以主张"诸病从脾胃而生"。并论证"脾胃虚"或"胃虚"是脏腑经络及九窍发生病变的根本所在，反复阐明诸病皆从脾胃虚而生的论点。因此，强调治疗各种疾病，均应以调理脾胃为主，用甘温药补益脾胃而负盛名。李氏提出的"甘温除大热"，在中医治疗学上是一个突破，对于脾胃气虚引起的发热确有疗效，影响较大。在脾胃病的护理上，李氏写了《脾胃损在调饮食适寒温》及《脾胃将理法》两章，从脏腑的整体机能上，较全面地阐述了脾胃病的用药及护理措施，对临床亦具有重要的指导意义。

宋代医家钱乙撰《小儿药证直诀》，主要以脏腑的病机立论，根据脏腑的虚实寒热而论证小儿病证。如《五脏所主》、《五脏病》和《胃气不和》等，比较系统地叙述了脏腑辨证及处方用药的原理，为后世儿科脏腑辨证开创了先例。他所提出的"脏腑脆弱，易虚易实，易寒易热"的论点，是对小儿生理、病理特点的卓越贡献。医家许叔微，重视脾肾，而以肾为主，在其所著《普济本事方·补脾并补肾论证》中说："因肾气怯弱，真元衰劣，自是不能消化饮食，譬如鼎釜之中，置诸米谷，下无火力，虽终日米不熟，其何能化。"所以许氏主张补脾"常须暖补肾气"（《八味肾气圆并论证》）。

元代医家朱丹溪强调"相火"的重要作用。在生理上，认为人体"肝肾之阴，悉俱相火"，"人非此火不能有生"（《格致余论·相火论》），并提出人之阴气"难成易亏"的论点。在病理上，则结合自己的临床体验，认为相火最易受色欲的刺激而妄动，致使肝肾之阴耗损不足，成为各种疾病发生的重要因素。如说："主闭藏者肾也，司疎（疎即疏字）泄者肝也，二脏皆有相火，而其系上属于心，心君火也，为物所感则易动，心动则相火亦动，动则精自走，相火翕然而起，虽不交会，亦暗流而疎泄矣。"（《阳有余阴不足论》）主张"阳有余而阴不足"之说，治病主张应以补阴为主，后世称其为"滋阴派"。同样，朱氏亦很重视"人以胃气为本"，主张"病邪轻而药力重，则胃气受伤，……唯与谷肉果菜相宜"（《气逆论》）。说明朱氏在脾胃学说上的观点是，"重胃气，宜食养"，其重点还在于养胃阴。

医家张元素著《医学启源》及《珍珠囊》，从脏腑的虚实寒热的演变论述脏腑的病机，对后世脏腑辨证有较大的影响，并根据脏腑疾病的不同证候，将治疗原则及药物明确而具体地规定下来，从而使脏腑辨证用药有了准则。他还结合药性，创立药物归经之说。

明清时期，脏象学说，通过临床实践得到了进一步充实和深化，其著名医家及其成就主要有张介宾、赵献可、孙一奎等对肾与命门关系的研究。自《难经·三十九难》提出"左为肾，右为命门"的观点和"命门者，精神之所舍也，男子以藏精，女子以系胞，其气与肾通"等重要生理功能之后，直至明代，始为医家所重视，堪称肾与命门理论研究的极盛时期，对命门功能的认识日臻完善，并广泛应用于临床，其论说主要有：①命门在两肾之间：其代表为著名医家张介宾和赵献可。张氏同意《难经》"命门真气与肾通"的观点，但不同意"左为肾，右为命门"的说法。他认为"命门居两肾之中"（《类经附翼·求正录》）。"命门总主乎两肾，而两肾皆属于命门"（《三焦包络命门辨》）。他对命门功能的认识说："命门为元气之根，为水火之宅，五脏之阴非此不能滋，五脏之阳非此不能发。"（《景岳全书·传忠录下》）又说："命门之火，谓之元气，命门之水，谓之元精。"（《类经附翼·求证录》）说明他认为命门有水火之分，包括元精和元气。后世所称的肾阴即元精或元阴、真阴、真水；所称的肾阳亦即元气或元阳、真阳、真火。由此，张氏对命门功能的认识是，人体五脏六腑之阴都由肾阴来供给，五脏六腑之阳又都由肾阳来温养，肾阳即命门之火。唐代王冰所提"壮水之主，以制阳光；益火之源，以消阴翳"的著名论点，至明代广泛用于临床，颇具指导意义。②命门为肾间动气；其代表为明代医家孙一奎，在所

著《赤水玄珠·医旨绪余》中说："命门乃两肾中间的动气，非水非火，乃造化之枢纽，阴阳之根本。"他所指的命门，从位置上说，似与张介宾所说一致，所不同者，认为命门之作用"谓之阳则可，谓之火则不可"（《赤水玄珠·医旨绪余·右肾水火辨》）。③两肾总号命门：其代表是明代医家虞抟，在所著《医学正传》中说："夫两肾固为真元之根本，性命之所关，虽为水藏，而实为相火寓乎其中，愚意当以两肾总号命门。"虞氏认为命门相火与人之性命至关重要。命门为相火之说，为后世多所采用。综上所说，对于命门位置的争论，临床上似无实际意义，而对于命门作用的认识，则应值得注意。多数人主张命门具有"火"的作用，为十二脏之化源，关乎着人之生命。

医家薛立斋、李中梓等，均重视脾、肾在人体的作用。薛氏在《明医杂著》中注王节斋《补阴丸论》说："肾经阴精不足，阳无所化，虚火妄动。"李中梓明确提出"肾为先天之本，脾为后天之本"的卓越见解（《医宗必读·肾为先天本，脾为后天本论》）。及"乙癸同源，肝肾同治"的主张，至今深为中医界所遵循。医家李梃在所著《医学人门·脏腑》中说："心者一身之主，君主之官。有血肉之心，形如未开莲花，居肺下肝上是也；有神明之心，神者，气血所化，生之本也，主宰万事万物。"李氏是中国医学史上首次提出心有"神明之心"和"血肉之心"，打破了 1000 多年来，一直被认为心具有"主神明"和"主身之血脉"的两种功能的传统观念，所谓"神明之心"，实指大脑的主要功能，"血肉之心"即司血液循环的心脏。李氏对心功能认识的区别，确是中医理论上的一大贡献。

医家喻嘉言著《医门法律》，在卷一"经络论"中指出："凡治病，不明脏腑经络，开口动手便错。"又提出"人之脏腑以脾胃为主"。（《先哲格言》）在发病学上，又以脏腑之虚为基点，提出"风中五脏，其来有自脏气先伤，后乃中之"的看法。（《卷三·中风门》）说明喻氏非常重视脏腑理论在临证上的实际应用。外科学家陈实功所著《外科正宗》，是一部以脏腑论述痈疽疮疡的发病和治疗的专书。如说："痈疽皆出于脏腑乖变，开窍不得宣通而发也。"（《痈疽原委论第一》）"痈疽，脑项疔毒大疮，形势虽出于外，而受病之源实在内也。及其所治，岂可舍于内而治外乎。"（《痈疽治法总论第二》）并认为脾胃是"命赖以治，病赖以安"的脏腑，因而把调理脾胃置于至关重要的位置。

清代著名医家王清任著《医林改错》一书，他敢于疑古，重视实践，对脏象学说中的解剖学基础，作出了新的贡献。在《医林改错·脏腑记叙》中，既收载《古人脏腑图》，又绘制《亲见改正脏腑图》，纠正了一些错误。他的《脑髓说》也是一大进步。医家王旭高著《西溪书屋夜话录》，对肝病的分类和治法颇有创见，从而发展了脏象学说在临床上的应用。他把肝病分为肝气、肝风、肝火三大类，治疗上提出疏肝、柔肝、温肝等十三法，每法举出相宜之药物，故对后世治疗肝病广开了门路。医家沈金鳌著《杂病源流犀烛》，把脏腑论病列为该书分类之首，对五脏六腑疾病的源流、生理、病理治疗的论述极为详尽。

温病学家叶天士著《温热论》，所创立的卫气营血辨证方法，实质上也是以脏腑分证为基础的。叶氏对脾胃学说贡献卓著，除了李东垣益气升阳治法外，又提出"养胃阴，降胃气"的治法，使脾胃病的治疗日趋全面。他还提出"六腑以通为用"的论点，对开展中西医结合治疗急腹症，具有较高的指导意义。傅山所撰《傅青主女科》，突出肝、脾、肾三脏在妇科生理、病理上的重要性，通过妇科的临床实践，发展了脏象学说，并有较深的影响。

近百年来，由于西方医学的传人，给中医学术带来一定的影响。许多中医自发地学习西方医学，接受西医知识，并在理论上探索中、西医之异同，遂出现了中西"汇通派"。持这一学术观点的主要代表有唐容川、朱沛文、张锡纯及恽铁樵等。

此外，清代医家费伯雄著《医醇賸义》，对燥、火两证颇有研究，并以脏腑分证论治，对临证有较好的参考价值。曹炳章著《彩图辨舌指南》，专列了《辨舌审内脏经脉之气化》和《辨舌察脏腑之病理》两章，比较详细地阐明舌诊在诊断脏腑病证上的重要作用，强调察舌"尤以察胃气为至要"。吴师机著《理瀹骈文》，则主张"外治与内治一理"，论述专用膏药等治疗脏腑病证及其他病证。

综上所述，可以看出，藏象学说中的心、肺、脾、肝、肾等脏腑名称，虽与现代人体解剖学中的脏器名称相同，但在其生理、病理的含义中，则两者是有所不同的。脏腑，除包括主要脏器外，更主要的则是人体生理功能和病理变化的种种复杂现象的概括。迄今为止，诸如心的藏神、肝的疏泄、脾的运化、肺的通调水道，以及肾藏精、胆为中正之官等等，均难以用现代人体解剖学中同名内脏的生理功能进行解释。实质上，藏象学说所阐释五脏，乃是五组由特定内涵所组成的生理功能的集合，是以由表知里的整体推导方法和取象比类的方法所概括而形成的与现代医学不同的功能系统。

五脏

心、肝、脾、肺、肾的总称为五脏。它们的生理功能主要是生化和贮藏精、气、血、津液和神。五脏的功能各有特点：心主血脉，为全身血管的总枢纽，心脏通过血脉将气血运送于周身；心又主神志，为精神意识思维活动的中心（相当于大脑的主要功能），在人体内处于最高的主导地位。肝主藏血，有贮藏血液和调节血量的功能；肝又主疏泄，能调节人的情志活动，可协助脾胃消化食物。脾主运化，有对营养物质的消化、吸收与运输的功能，故有"后天之本"之称；脾又主统血，能统摄血液使之不溢出于经脉之外。肺主气司呼吸，为人体气体交换的场所，与宗气的生成密切相关，并能宣发卫气和津液使其输布全身以温润肌腠皮肤；又主肃降可以通调水道使水液下输膀胱。肾藏精，与人体生长发育和生殖能力密切相关，故有"先

天之本"之称;肾又主水,在调节人体水液平衡方面起着极为重要的作用。心、肝、脾、肺、肾虽各有其不同的功能,但它们的活动不是孤立的,是处于有机整体之中。脏与脏,腑与腑,脏与腑,脏腑与皮、肉、筋、骨、血脉、四肢、九窍等体表组织器官之间均有着密切的联系,它们在"心"的统一领导下,相互协调,互相配合,共同维持人体正常的生命活动。

脏腑学说中的心、肝、脾、肺、肾,虽与现代医学的脏器名称相同,但在生理、病理的含义上却不完全相同,这是由于五脏在中医学里不单纯是一个解剖学概念,更重要的是一个生理或病理学方面的概念,也是一个多功能的单位。一个中医脏腑的功能,往往涉及到好几个现代医学脏器的功能;一个现代医学的脏器功能,往往分散在好几个中医脏腑的功能之中。例如心脏,除了它既代表解剖学上的实体外,还包括一部分神经系统,尤其是大脑方面的某些功能,所以脏腑学说的"心",不能完全和现代医学解剖学上的心等同起来。如何通过中西医的结合,逐步地互相补充,把它统一起来,这是基础理论方面研究的重要课题之一。因此,中医学对五脏的认识,和现代医学的同名脏器有许多不同的特点,所以不能把两者完全等同起来。

心

心位于胸腔之中,尖长而圆,形似倒垂的未开莲花,外有心包围护,开窍于舌,其华在面。它的主要生理功能有两方面:一是"主血脉",司血液循环。全身的血脉都起始于心脏,它是全身血管的总枢纽,通过心脏及其所联系的血脉,将气血运送至全身各个脏腑组织器官,循环不息,周而复始,以维持人体正常的生理功能。中医学所指的这种心——"血肉之心",实与现代解剖学的心脏殊无二致。二是"主神志",为"君主之官"。具有主管人的精神意识思维和情志活动的功能,以及由这些活动所反映的聪明智慧语言等作用,它是精神意识思维情志活动的中心,在人体内处于最高的主导地位,调节着一切生理活动。中医学所指的这种心——"神明之心",相当于人体内大脑的主要功能。正如明代医学家李梴所说:"心者,一身之主,君主之官,有血肉之心,形如未开莲花,居肺下肝上是也;有神明之心,神者,气血所化,生之本也……主宰万事万物。"(《医学入门·脏腑》)

主血脉 心主血脉,是指心有主管血脉及推动血液在经脉内运行的作用。《素问·痿论》说:"心主身之血脉",《素问·脉要精微论》说:"夫脉者,血之府也。"《灵枢·本脏》说:"经脉者,所以行血气而营阴阳",明代医学家李梴在《医学入门》说:"人心动,则血行于诸经。"这些论述,说明心脏是全身血脉的总枢纽,血脉是血液运行的道路,血脉通过心脏将气血运送于周身。血液在血脉内能够运行不止,主要是靠心气的作用,《素问·平人气象论》所谓:"心藏血脉之气也",就是指的这种气,故"心气"的强弱,心血的多寡,对血液的通塞,血脉的盈虚,以及脉象的变化等都有关。"心气"或心血正常,则血液畅通无阻,血脉充盈,脉象则和缓有力;"心气"弱或心血少,血流不畅,血脉空虚,脉象则细、弱、微、芤,甚至发生气血瘀滞,血脉受阻,脉象可能出现结、代或促。"心气"的有无,还直接影响着人的生命的存亡,如《灵枢·经脉》说:"手少阴气绝,则脉不通;脉不通,则血不流;血不流,则髦色不泽,故其面如漆柴者,血先死。"手少阴是心脏的经脉。中国对血液循环的发现是很早的,从《灵枢》的记载看,中国早在公元前3世纪—公元前2世纪时已开始了尸体解剖,在对心脏形态解剖的基础上,特别是通过长期丰富的临床观察,发现了人体的血液循环。这是由人体解剖而认识生理功能的一个飞跃。《素问·举痛论》说:"经脉流行不止,环周不休",《灵枢·动输》说:"营卫之行也,上下相贯,如环之无端,终而复始。"这些记述,说明中国古代医学家已经认识到人体血脉在川流不息地运行,上下贯通,循环不已。至公元1341年,元代滑伯仁在其所注的《十四经发挥》一书中更明确地提出"络脉传注,周流不息"的论点,说明对血液循环的认识又进了一步。并且对动脉、静脉、毛细血管的认识亦较早,如《灵枢·经脉》说:"经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见;诸脉之浮而常见者,皆络脉也。"《脉度》又说:"经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙。"《血络》又说:"血脉者,盛坚横以赤,上下无常处,小者如针,大者如筋。"可见,浮于体表而常见的"络脉"、"孙脉"包括人体浅表的静脉及毛细血管,位置深而不易见到的"经脉"亦包括动脉在内。这是根据所见血管部位的深浅和大小之不同,区别出来的。可以说,"经脉"、"络脉"、"孙脉"包含着对于动脉、静脉、毛细血管的初步认识,因为他们不仅从血脉的深浅粗细有了区分,而且从血液的颜色和出血的动态也有了一定鉴别,如《血络》说:"血出而射者,何也?血少黑而浊者,何也?(按《甲乙经》:少作出)血气俱盛而阴气多者(按《甲乙经》注阴是"阳"字之误)其血滑,刺之则射;阳气蓄积,久留而不泻者(按以上《甲乙经》的根据"阳"字应是"阴"字之误),其血黑以浊,故不能射。"显然是说:含"阳气"多的血脉,血流快急,刺破后出血呈喷射状的为动脉;含"阴气"多的血脉,血流缓慢,刺破后血呈黑色而浊,不喷射的为静脉。此外,还从血脉(经脉)的搏动与否来区分动脉和静脉,如《难经·一难》说:"十二经脉皆有动脉。"注解说:"手太阴脉动太渊,足阳明脉动冲阳。"这里说的"脉动太渊"是指前臂桡骨茎突掌侧面桡动脉的搏动处;"脉动冲阳",是指足背动脉的搏动处。因此,中医学从血脉的部位、大小、搏动,出血的颜色,以及刺破后是否为喷射状等来区分出动脉、静脉和毛细血管,是有其科学性的。

汗液的排泄亦为心所主。由于汗是津液所化生,津液是血液的重要组成部分,津液和血液又是互相渗透的,故《注解伤寒论·平脉法》说:"水入于经,其血乃成。"且血

液既由心所主，若出汗过多，就容易伤津耗血。所以平时津亏血少的人，汗源不足，虽有表证，亦禁止发汗，正如《灵枢·营卫生会》所说："夺血者无汗，夺汗者无血。"因此，中医学有"汗为心之液"、"血汗同源"之说。心之所以主汗，不仅指出了"心"有主管汗的分泌和排泄的作用，而且还认为出汗过多，既容易伤津耗血，又可以耗散心气，甚至损伤心阳；若伤津耗血严重时，更能导致津少血燥，出现心悸、失眠等症状。所以《伤寒论》中指出："亡血家不可发汗"，"衄家不可发汗。"心气损伤，容易出现心慌、气短，若进一步发展而损伤心阳，还可见畏寒、战慄、肢冷、自汗，甚至大汗淋漓，酿成"亡阳"或"虚脱"的严重后果。

心既主身之血脉，而面部的血脉又较为丰富，所以心的气血盛衰，可以从面部色泽的改变反映出来，所以《素问·六节脏象论》有"其华在面，其充在血脉"的记载。心主血脉的功能正常，则心气旺盛，血脉充盈，循环通畅，面色就显得红润光泽。若心血暴脱，面部色泽迅速改变，明显苍白，正如《灵枢·决气》所说："血脱者，色白，夭然不泽。"至于某些原因引起的血液凝涩、血行不畅所致的心血瘀阻，常可见到面部两颊、舌质、口唇等处的颜色变成紫暗或青紫。因此，从面色的"有华"与"无华"，可以观察心的气血盛衰。

主神志 脏象学说中有"心藏神"、"主神志"、"主神明"诸说，谓神与"神志"、"神明"，都是指人的精神、意识、思维等高级中枢神经活动，以及这些活动所反映的聪明、智慧及语言。正如《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官也，神明出焉"，《灵枢·邪客》说："心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也"，《难经·三十四难》说：心："其声言。"《灵枢·本神》又作了进一步的解说："所以任物者，谓之心。"任物，就是接受事物，反映事物，说明这个心不同于主血脉之心。而把接受的事物，经过加工，分别反映出来，这就是人们的聪明智慧的来源，故张介宾《类经·脏象类》注释心的功能说："聪明智慧，莫不由之。"于此可知，主神志的"心"，在人体内处于最高的主导地位，为意识思维活动的中心，故相当于大脑的功能。《素问·宣明五气论》说："心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。"《素问·阴阳应象大论》又说："人有五藏化五气，以生喜怒悲忧恐。"说明神、魂、魄、意、志等活动和喜、怒、悲、忧、恐等情志变化，虽各由五脏所主，但这些活动和变化都是在"心"的统一领导下进行的。如张介宾说："心为五脏六腑之大主，而总统魂魄，兼该志意，故忧动于心则肺应，思动于心则脾应，怒动于心则肝应，恐动于心则肾应，此所以五志唯心所使也，""情志之伤，虽五脏各有所属，然求其所由，则无不从心而发。"(《类经·疾病类》)如果心的意识思维活动发生异常，则魂魄意志等精神活动就会紊乱，喜、怒、悲、忧、恐等情志变化也会失常。所以《灵枢·大惑论》说："神劳则魂魄散，志意乱。"神志、神明的物质基础主要是精和气血。《灵枢·本神》说："故生之来谓之精，两精相搏谓之神。"说明当精形成胚胎之际，生命之神即随之产生，但还须有后天之精的不断补充和滋养，正如《灵枢·平人绝谷》说："故神者，水谷之精气也。"单凭水谷精气还不够，还有赖于相当的气血来不断地濡养它。故《素问·八正神明论》说"血气者，人之神"，明代医学家李梴在《医学入门》中说："神者，气血所化，生之本也。"由于精和气血是可以互相转化的，精可以化气，也可以生血，精虚则少气，精旺则血足，所以神志的物质基础又往往多以气血言之。"心"的气血旺盛，则神志清晰，思维敏锐，记忆增强，精力充沛。在病理情况下，心血不足，常可出现失眠、多梦、健忘、神志不宁等症状。

"心"不仅是人体意识思维的中心，而且还是体内各个脏腑组织器官一切生理活动的调节者。《淮南子·原道训》说："夫心者，五脏之主也，所以制使四支，流行血气"，张介宾《类经·脏象类》注说："藏府百骸，惟所是命。"说明五脏六腑，气血津液，四肢肌肉等一切生理活动，都是在"心"的主导下进行的。《素问·灵兰秘典论》说："凡此十二官者，不得相失也，故主明则下安，主不明则十二官危。"《灵枢·口问》说："心动则五脏六腑皆摇。"这就进一步指明了人体各个脏腑组织器官之间，必须在"心"的统一调节下，密切配合，相互协调，维持其正常的生理功能，以保证整体活动的协调统一。一旦"心"的调节功能发生障碍，其他脏腑和组织器官便要受到影响，甚至发生疾病，严重时可出现神志失常，甚或危及生命。由此可见，"心"的功能在人体内处于主导地位，调节着一切生理活动。中医学"主神志"的"心"，主要是指大脑的功能而言。

主舌窍 《素问·阴阳应象大论》说："心主舌"，"在窍为舌"，《千金要方·心脏脉论》说："舌者，心之官，故心气通于舌。"这是说"心气"与舌体相通，"心"直接支配着舌的功能活动，所以舌的形态活动，都是直接由"心"来控制的。心之所以能与舌窍相通，是由于经络的循行而联系起来的。如《灵枢·经脉》说："手少阴之别，循经入于心中，系舌本。"故心的生理功能正常，则舌质红活荣润，一旦发生了病变，便会从舌象上反映出来。例如舌质淡白，多为心血不足；舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，多为心血瘀阻；舌卷、舌硬、语言謇涩、失语，多为"热入心包"(热扰"神明之心")，或痰迷心窍等。

心包络 简称"心包"，它是心脏的外围组织，具有保护心脏的生理作用。《医学正传》说："心包络，实乃裹心之膜也，包于心外，故曰心包络也。"包络又名膻中，所以《医贯·形景图说》说："心之下有心包络，即膻中也，象如仰盂，心即居于其中"，心居于包络之中，膻中在心之外，所以《内经》以之比作心之宫城。《灵枢·胀论》说："膻中者，心主之宫城也。"正因为包络是保护心的，所以无论在生理方面或病理方面，往往都能够代表心的作用。在脏象学说中，喜乐本是"心"所主的生理表现，因膻中能代表心，所以《素问·灵兰秘典论》亦说："膻中者，臣使之官，喜乐出焉。"又《灵枢·邪客》说："心者，五脏六腑之大主

也，精神之所舍也，其脏坚固，邪弗能容也。容之则心伤，心伤则神去，神去则死矣。故诸邪之在于心者，皆在心包络。包络者，心主之脉也。”这亦说明心若受病，首先是包络受病。所以当“温邪内陷”时出现的神昏、谵语等心神异常症状，往往称为“热入心包”，或“热闭心包”。实际上，温热病所出现的上述症状，是热邪侵犯“神明之心”，扰乱心神所引起的病理表现。

肺

肺位于胸腔之中，居于诸脏之上，喻为“华盖”。上通于喉，开窍于鼻，外合皮毛，与大肠相表里。主要生理功能是主气、司呼吸，既是人体内外气体交换的场所，又主一身之气，与体内各种气机活动密切相关，所以《素问·六节脏象论》说：“肺者，气之本。”另外，肺有宣发、肃降和主治节、朝百脉的生理功能，既可通调水道，参与水液代谢的过程，又能辅助心脏，主持人体的血液循环，因此肺脏功能的正常与否，对于其他各脏腑功能及皮毛的卫外功能等，都有密切的关系。

主气、司呼吸　肺主气，是指肺有主持人体气的功能，包括两个方面：一是指肺主呼吸之气。即是肺有主司呼吸的作用，为体内外气体交换的场所。人体通过肺，吸入自然界的清气，呼出体内的浊气，吐故纳新，使体内外之气体不断地得到交换，从而保证了人体新陈代谢的进行。所以《素问·阴阳应象大论》说：“天气通于肺，”就是这个意思。至于肺司呼吸的过程，明代医学家赵献可描述最详，在《医贯·形景图说》说：“咽喉二窍，同出一脘，喉在前主出，咽在后主吞。喉系坚空，连接肺本，为气息之路，呼吸出入；咽系柔空，下接胃，本为饮食之道路，二道并行，各不相犯。喉下为肺，两叶白莹，谓之华盖，以复诸脏，虚如蜂窠，下无透窍，故吸之则满，呼之则虚，一吸一呼，本之有源，无有穷也，乃清浊之交运，人身之橐籥。”说明古人对于肺的观察了解是较为深刻的。二是指肺主一身之气。认为肺有主持全身之气的作用，这是由于肺与宗气的生成有着密切的关系。因宗气是水谷之精气与肺所吸入之清气相结合而成，积于胸中，上出喉咙以司呼吸，又通过心脉而布散全身，以温煦四肢百骸，并维持他们的正常功能，在生命活动中占有重要地位，故肺起到了主持一身之气的作用。正如《灵枢·邪客》所说：“宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。”《素问·五脏生成》也说：“诸气者皆属于肺。”即指肺的这一功能而言。肺主气的功能正常，则气道通畅，呼吸均匀和调。如肺气不足，不仅会引起肺脏呼吸功能的减弱，而且也会影响宗气的生成，因而出现呼吸无力，或少气不足以息，以及语言低微，身倦无力等气虚不足等症状。若一旦肺失去呼吸功能，清气不能吸入，浊气不能呼出，宗气不能生成，肺即失去了主持一身之气的作用，随着呼吸的停止，人的生命也就会停止，所以说肺主一身之气。

主宣发与肃降　所谓肺主宣发，主要是指通过肺气的推动，使卫气和津液布散全身，以温润肌腠皮肤的作用。主要可以体现在三个方面：①通过血液循环，布散卫气和津液于全身。《灵枢·决气》说：“上焦开发，宣五谷味，熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉，是谓气。”这里所说的“上焦开发”，主要是指肺的宣发作用。②通过呼吸运动，吸入清气，呼出浊气，进行吐故纳新。如清代医学家沈金鳌在《杂病源流犀烛·脏腑门》中说：“肺主气，司呼吸出入，出纳清气，以出浊物。”③通过汗腺的排泄，蒸发水份于体外，所以《素问·生气通天论》把汗孔称作“气门”。若肺气不能宣发而壅滞，则可见到胸满、鼻塞、咳吐痰涎等症。肃降即清肃下降之意。肺居胸中，位于上焦，其气以下降为顺，故《类证治裁》卷二曾说：“肺为华盖，职司肃清。”可见，“肃”是古人对肺内清净条件的概括，“降”是气、津从肺布散的主要趋向。因为肺居诸脏之上，肺从外界吸入的清气，以及由脾上输于肺的水谷精微，均需下降，“若雾露之溉”以敷布于全身，若肺失清肃，气不得降，即可出现胸闷、咳嗽、喘息等肺气上逆的病变。宣发与肃降是肺脏生理功能相辅相成的两个方面。它们在生理上是相互协调的，在病理上也是相互影响的宣发与肃降正常，则肺气出入通畅，呼吸调匀，保持人体内外气体的交换；如果两者的功能失去协调，就会发生“肺气不宣”或“肺失肃降”的病变，而出现咳嗽、喘息、胸闷胁胀等症。正如《素问·至真要大论》所说：“诸气膹郁，皆属于肺。”即是此意。

通调水道　是指肺对水液代谢有着疏通和调节的作用。肺主宣发，其性肃降，既可将津液宣发于全身并司汗液的排泄，又能通调水道，而使浊液下输于肾与膀胱，从而保持水液运行的通利，故有“肺主行水”、“肺为水之上源”的说法。肺对水液代谢的这种疏通，调节作用，习惯上称为“通调水道”。《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。”这是对水液代谢过程的扼要概括。肺在水液代谢过程中起着宣降的作用，如果肺失宣降，影响到通调水道的功能，即可发生气息喘急，水肿胀满等病变。

主治节、朝百脉　此均是肺的生理功能活动。《素问·灵兰秘典论》说：“肺者相傅之官，治节出焉。”《经脉别论》也说：“脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。”所谓肺主“治节”是指肺对其他内脏以及营卫气血，均有一定的调节功能；“朝”是指肺在呼吸过程中，全身血液均须流经肺脏通过心脉输布于全身；“相傅”是和“君主之官”的心相对而言，“傅”同“辅”字，是指肺对心有协助作用。肺主气，心主血，人体是凭借气血而维持各种机能活动的。当水谷入胃之后，其精微物质化为血液，上归于心，然后通过肺脏的气体交换（吸清呼浊、吐故纳新）的作用。再内灌脏腑，外营皮毛，以供养全身，故有“肺朝百脉”之说，明代赵献可在《医贯·内经十二官论》中说：“肺之下为心，心有系络，上络于肺，肺受精气，下乃灌注。”张

介宾《类经·食饮之气归输藏腑》注释中也说:"经脉流通,必由于气,气主于肺,故为百脉之朝会。"《内经》中还论述肺对人体气血的运行所起的主导作用,当宗气从手太阴肺开始循行之时,是同呼吸往来相配合的。如《灵枢·动输》说:"胃为五脏六腑之海,其清气上注于肺,肺气从太阴而行之,其行也,以息往来,故人一呼,脉再动,一吸脉亦再动,呼吸不已,故动而不止。"

肺藏魄 见于《素问·宣明五气》。是说精神意识的一部分活动,是属于肺的功能。所谓"魄",《灵枢·本神》谓"并精而出入者谓之魄"。"精",《经脉》认为是产生人体生命活动的物质基础。所谓"人始生,先成精"。《灵枢·决气》谓"两神相搏,合而成形,常先身生,是谓精"。明代张介宾在《类经》中注释说:"魄之为用,能动能作,痛痒由之而觉也。及其精神意识,渐有知觉,此则气之神也。""魄"的作用,固然属于肺的功能,但总是在"心"的统一领导下进行的。

主皮毛与喉鼻 "皮毛"包括皮肤、汗孔与毫毛等,这里主要指肌表皮肤而言。肺气主表,故合于皮毛。《素问·痿论》说:"肺主身之皮毛",是肺与体表组织具有特殊联系。皮毛为一身的外卫,靠肺布散卫气以温养,所以《灵枢·经脉》有"太阴者(指手太阴肺),行气温于皮毛者也"。及《素问·阴阳应象大论》有"肺生皮毛"之说。肺主呼吸,而皮肤之汗孔也有散气以调节呼吸的作用,所以《素问·生气通天论》称汗孔为"气门"。清代医学家唐容川在《中西汇通医经精义》中也说皮毛有"宣肺气"的作用。由于在生理上肺与皮毛紧密关联,所以在病理上也常互相影响,如外邪侵袭,常由皮毛而犯肺,从而出现恶寒、发热、鼻塞、咳嗽,甚则气喘等"肺气不宣"的证候。《素问·咳论》所说:"皮毛者,肺之合也。皮毛先受邪气,邪气以从其合也。"即指出了此种证候的病理特点。肺气足则卫外固密,邪不易干;肺气虚则卫外不固,而易患感冒。又由于卫气与肺气的宣发有关,卫气司汗孔的开合,所以肺卫气虚,肌表不固,则常自汗出;而肺卫闭实,毛窍郁闭,又常见无汗的症状。至于外感发热,无汗而喘的表实证,治疗时运用解表发汗的方法,祛邪以从皮毛外出,汗出表解之后,就会热退喘平。这种治疗原则,是根据"皮毛者,肺之合"及《素问·阴阳应象大论》谓:"其在皮者,汗而发之"的理论而制定的。

肺开窍于鼻,鼻和喉是呼吸出入的通道与门户,所以有"鼻为肺之窍"、"喉为肺之门户"的说法。鼻的通气和嗅觉的功能,主要依赖肺气的作用。肺气和,呼吸利,嗅觉才能灵敏,所以《灵枢·脉度》说:"肺气通于鼻,肺和则鼻能知臭香矣。"而且鼻又成为邪气侵犯肺脏的重要途径。所以《素问·阴阳应象大论》说:"在脏为肺,在窍为鼻。"若风寒袭肺,则鼻塞、嗅觉不灵;肺有燥热,则鼻干而涩;邪热壅肺,可见气急鼻扇。临床上常把鼻的变化作为推断肺脏病变的依据之一,而鼻的疾患也常从肺脏进行治疗,就是根据"肺开窍于鼻"的理论而来。喉咙是呼吸通道,肺之门户,也是发音的器官,故喉的通气与发音,直接受肺气的影响,所以肺有病变时,往往可以引起声音嘶哑及喉咙的病变。如外邪犯肺,肺气不宣,常可导致咽喉不利或失音。《千金要方·肺脏脉论》所载:"若其人本来语声雄烈,忽而不亮,施气用力,方得出言,而反于常人,虽曰未病,势当不久,此为肺病声之候也"的病例,足以说明肺病是影响发音的。所以《难经·四十难》有"肺主声"的说法。

脾

脾位于中焦,与胃相表里,开窍于口,其华在唇。脾的生理功能主要有主运化、主统血、主肌肉四肢、主口与唇等,中医临证时,都以此作为指导实践的理论根据。它是气血生化之源,为人体赖以生存的"后天之本",在脏腑学说中占有重要的地位。中国古代医学家,对脾的位置、大小、重量等,均有记述。如《医籍考》中说:脾位于"肺之下,心之左。"《难经·四十二难》也说:"脾重二斤三两,扁广三寸,长五寸,有散膏半斤。"近年来,对于脾的实质进行了一些研究,从其初步的资料来看,脾除了包括消化系统的主要机能外,还涉及到神经、代谢、免疫、内分泌等系统,称为多器官系统的综合功能单位。

主运化 是指脾有主管饮食物的消化、吸收和运送各种营养物质的功能。如《素问·厥论》说:"脾主为胃行津液者也",《素问·灵兰秘典论》说:"脾胃者,仓廪之官,五味出焉。"明代医学家张介宾在《类经·十二官》注释中说:"脾主运化,胃司受纳,通主水谷。"均指此意。脾的运化功能,包括两个方面:一是食物的消化、吸收和运送。食物经过胃的腐熟,初步消化后,下送于小肠以"泌别清浊",将"浊"的部分分别送于大肠和肾,转变为废物,排出体外,把"清"的部分由脾吸收变化而运送至各个脏腑、组织,以发挥其营养作用。如《素问·经脉别论》所说:"食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食人于胃,浊气归心,淫精于脉。脉气流经,经气归于肺,肺朝百脉,输精于皮毛。"食物的代谢是一个复杂的过程,其中"散精于肝","浊气归心","经气归于肺",是古代医学家认识的脾主运化的不同途径,脾将食物中各种不同营养物质吸收后并转输于肝、心、肺等脏内,化生精、气、血、津液,以营养全身脏腑、组织和器官。脾将食物中的营养物质——"谷气",上输于肺,并与吸入的"清气"相结合为"宗气",以增强肺主全身之气的生理作用,称为脾的益气功能。如果脾气虚损,运化失常,常可导致肺气不足,出现体倦无力,少气懒言等症状,故有"脾为生气之源,肺为主气之枢"的说法。二是水液的吸收,运送和排泄。《素问·经脉别论》说:"饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。"指出饮水入胃后,经脾的吸收,将其中的"精气"(即津液)首先运送于肺。到达肺的津液,又分为清浊两部分,将"清"的部分,经心气

的推动，输于全身而营养脏腑组织器官；将"浊"的部分经肺的宣发作用，输布于皮毛而为汗。同时将"浊"的另一部分，经肺的肃降和通调水道的作用，归于肾。而浊中之清者，经肾阳的气化又复归于肺，其浊中之浊者，渗注膀胱而为尿液排出体外。可见，体内水液的代谢、运送及平衡调节，脾起了转输的主要作用。

一般来说，"脾主健运"即指脾具有正常而强健的运化功能，它是依赖于脾气的作用的。所以脾气健运时，饮食的消化、吸收和运送营养物质的功能才能旺盛；反之，脾不健运，则消化、吸收及运送营养物质的功能失常，便容易引起食少、纳呆、脘腹胀满、倦怠、消瘦，以及气血生化不足等证的发生。若进一步发展为脾阳虚时，还可发生腹胀、便溏、手足怕冷以及"三喜"症状(即喜热饮、腹部喜揉按、喜热敷)。由于脾主运化关系到水液的代谢与输布，所以脾气健运时，水液一般不易停滞，即使停滞，也能自行调节逐渐恢复正常。如果脾的运化功能减退时，则水液就容易停滞而变为导致疾病的水湿之邪。日常生活中，居处潮湿，或外界湿度增高，湿邪侵犯人体时，若脾的健运功能正常，则侵人的湿邪便通过脾的运化功能排出体外。反之，脾的健运功能减退时，则水湿停滞而成各种病变。如水湿凝聚而为痰为饮(此即"脾为生痰之源"的根据)；溢于皮肤而为水肿(脾虚水肿)；停留胃肠而为泄泻。所以《素问·至真要大论》说："诸湿肿满，皆属于脾"，《素问·阴阳应象大论》说："湿胜则濡泻"，《医方考·脾胃门》也说："湿淫于内者，脾土虚弱不能制湿而湿内生也。"由此可见，脾有喜燥而恶湿的特性，故有"脾主湿而恶湿"的说法。《素问·宣明五气篇》说："脾恶湿"，《临证指南医案》卷三说："脾喜刚燥，胃喜柔润。"临床上对泄泻、痰、饮，或肢体浮肿等湿盛的病证，治疗上都以健脾燥湿为主，即是根据这一理论而制定的。

脾主运化的功能，主要是依靠脾气的作用，其次还要依赖命门之火的帮助。《景岳全书·传忠录下》说："脾胃以中州之土，非火不能生，岂非命门之阳气在下，正为脾胃之母乎。"《石室秘录》也说："胃得命门而能受纳，脾得命门而能转输。"脾气的生理特性，以上升为主，脾主运化的作用与"脾气主升"的生理特性密切相关。这是因为"脾脏居中，为上下升降之枢纽"。(《医碥·五脏配五行八卦说》)叶天士在《临证指南医案》卷三中也说："脾宜升则健，胃宜降则和。"可见，脾之所以能将饮食中营养物质上输于肺，再通过心肺而化生气血津液以营养全身，就是借脾的升清作用而完成的。如果脾气不升，甚或下陷，则可引起久泄、脱肛、子宫下垂、胃下垂，以及其他内脏下垂等病证。

脾为气血生化之源。饮食是气、血生成的主要物质基础，而饮食的运化则是由脾所主管，故有脾为气血生化之源的说法。《灵枢·营卫生会》说："人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫。""营出中焦"。《灵枢·决气》又说："中焦受气取汁，变化而赤是为血。"这些论述不仅说明了脾胃是人体气血生成的场所，而且五脏六腑，全身各个组织器官，都因气血的供养而发挥其正常的生理功能。脾化生气血功能的正常与否，反映了脾运化功能的好坏。脾的运化功能强健，气血的生成也就正常。反之，脾虚失健，气血虚少，则可见萎黄、贫血、头晕、目眩、心悸、倦怠、血枯经闭等病证。又因气血生成的物质基础是原于饮食，所以饮食纳人的多少，对气血生成的关系也极为重要。若饮食物摄人的来源不足，气血的生成自然会减少，同样也会造成气血不足的病证。《济阴纲目·论脾胃生血》引薛立斋说："补脾和胃，血自生矣。"这是对脾为气血生化之源理论的深切体会，是颇有临床意义的。如气血生化之源不足所产生的贫血，从现代医学的观点看，多属于营养不良性贫血及缺铁性贫血，治疗多从调理脾胃人手而取得效果。

脾为后天之本这一学说，是在《内经》论述脾胃的生理、病理的基础上发展起来的。具体则孕育于东汉时代杰出医学家张仲景的《伤寒杂病论》，发挥于金代的李东垣，正式提出于明代的李中梓。其在脏象学说中，与"肾为先天之本"的学说均占有重要的地位。如《素问·平人气象论》说："人以水谷为本，人绝水谷则死。"李中梓在《医宗必读·肾为先天本脾为后天本论》中更明确的提出："脾何以为后天之本？盖一日不食则饥，七日不食则肠胃涸绝而死。《经》云：'安谷则昌，绝谷则亡'，胃气一败，百药难施，一有此身，必资谷气。谷入于胃，洒陈六腑而气至，和调五脏而血生，而人资之以为生者也，故曰后天之本在脾"。所以人体五脏六腑，四肢百骸以及皮毛、筋、肉等组织器官，若没有脾的这一巨大作用，是难以维持其正常生理功能的。即使在现代科学技术发达的条件下，一旦脾胃功能完全丧失，仅靠体外给液而输送营养或给药治疗，亦是权宜之计，终难继续维持其生命，故"脾为后天之本"的理论至今仍具有现实意义。汉代张仲景在《金匮要略》中提出"四季脾旺不受邪"，"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"，及李东垣提出"百病皆由脾胃衰而生"的论点，说明了"脾为后天之本"在预防医学上的重要性，始终为医学界所重视。

"脾为后天之本"对中医学中老年医学的发展起了一定的作用。如脾胃功能正常，饮食如常，则全身五脏六腑、经络、气血均旺盛，身体常少疾病，易于长寿；否则，健康不佳，人体易病，不易长寿。正如《中藏经》说："胃者，人之根本，胃气壮，五脏六腑皆壮也。"李东垣《脾胃论·脾胃胜衰论》说："百病皆由脾胃衰而生也。"明代张介宾《类经·病不主时篇》注释则说："脾胃为藏府之本。"所以，历代医学家主张欲要保持机体的健康，必须维护脾胃功能的健旺，从而使饮食经常保持正常，消化吸收良好。在发病时，由于前人有"肾为先天之本"和"脾为后天之本"之论说，因而对此两者在学术上存在着争论，重视"脾为后天之本"者，如李东垣、罗谦甫等以补土立说，故有"补肾不如补脾"的主张；重视"肾为先天之本"者，如许叔微、严

用和、赵献可等以壮火为法，故有“补脾不如补肾”的论点。两种主张，各持己见，都具有一定的理论依据。我们认为，中医诊治疾病，必须根据具体情况具体分析的原则。有脾胃病表现时，一般都主张应先治脾胃病，然后再治其他脏腑病，在治疗其他脏腑病时也必须要顾护脾胃，以保持胃气的健旺，这样不仅使药力能充分发挥它的治疗作用，而且营养的来源有所供给，抗御疾病的能力也有所保障。对各种慢性病的治疗，若从脾胃角度治疗无效时，多主张“久病及肾”的观点，从肾着手治疗，往往可以收到一定的效果。但有时，当脾肾俱病时，又须从双方论治。以上说明“脾为后天之本”的理论对临床指导的现实意义。

主统血 是指脾有统摄或控制血液在血脉内运行，不致溢于血脉之外的作用。《难经·四十二难》说：“脾裹血，温五脏”，就是指这一功能而言。裹，裹结不散的意思。沈月南《沈注金匮》说：“五脏六腑之血，全赖脾气统摄。”《血证论·脏腑病机论》说：“脾统血，血之运行上下，全赖于脾，脾阳虚，则不能统血”，气属阳，这里的脾阳，即指脾气。脾气充盛则能统摄血液，使之循行于血脉之内而不致外溢。

如果脾气虚弱，脾的健运功能减退，脾的统血作用便发生障碍，血液就容易溢出血脉之外而引起各种出血证，此即所谓“血不循经”，如便血、尿血、吐血、皮下出血，月经过多等。正如《金匮翼》所说：“脾统血，脾虚则不能摄血。脾化血，脾虚不能运化，是皆血无所主，因而脱陷妄行。”因“脾不统血”引起的各种出血证，主要是指现代医学中某些出血性疾患，如上消化道出血后之便血，原发性血小板减少性紫癜，功能失调性子宫出血等。这些疾病必须兼有脾虚证状时，才能根据“脾主统血”的理论指导，采用益气摄血的方法进行治疗。因此，并不意味着一切出血性疾病都应以此理论来指导。清代李用粹《证治汇补·血症》说：“故血症有脾虚者，当补脾以统其血”，正是此意。

脾能统血，也能生血。脾生血和脾统血为脾具有的双重生理功能。若脾胃气虚，饮食减少，或脾虚不运，化源不足，皆能导致血虚。清代武之望《济阴纲目·论心脾为经血主统》指出：“血生于脾。”清代沈金鳌《杂病源流犀烛·诸血源流》也说：“血生于脾，统于心，藏于肝，宣布于肺，根于肾，灌溉于一身，以入于脉。”说明脾脏生血的功能，在中国清代已经有所认识。

主肌肉、四肢 《素问·痿论》说：“脾主身之肌肉。”《素问·阴阳应象大论》又说：“脾生肉。”脾之所以主肌肉，是因脾为后天之本，气血生化之源，脾的运化功能旺盛，可将饮食中的营养物质输送到全身肌肉中去，为之营养，使其发达丰满，壮实有力，正如《素问集注·五脏生成》的注释说：“脾主运化水谷之精，以生养肌肉，故主肉。”若脾的运化功能减退，不能正常的吸收和运送营养物质，则肌肉消瘦，痿软无力，所以《脾胃论·脾胃胜衰论》说：“脾胃俱旺，则能食而肥，脾胃俱虚，则不能食而瘦。”又说：“脾虚则肌肉削。”清代黄元御《四圣心源·形体结聚》说：“脾气盛则肌肉丰满而充实。”可见脾的运化功能的强健与否，往往关系着肌肉的壮实和萎软。《灵枢·五邪》说：“邪在脾胃，则病肌肉痛。”临床上对于慢性病，特别是患有慢性胃肠病后引起的营养不良、肌肉消瘦等，一般都根据“脾主肌肉”这一理论去指导治疗，并能取得一定的疗效。

“脾主四肢”，人体的四肢，同样需要脾气的运送营养，才能维持其功能活动。若脾气健运，输送营养充足，则四肢肌肉丰满，指掌活动运用自如。故《素问·阴阳应象大论》说：“清阳实四支。”反之，若脾失健运，则清阳不布，营养不达四肢，以致肌肉痿软，四肢倦怠无力。所以《素问·太阴阳明论》说：“脾病而四支不用何也？四支皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液，四支不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”说明四肢功能的正常与否，与脾的运化水谷精微功能，密切相关，所以《素问·太阴阳明论》又说：有“脾病而四支不用”之说。

主口与唇 《素问·阴阳应象大论》说：“脾主口”，脾“在窍为口。”又《灵枢·脉度》说：“脾气通于口，脾和则口能知五味矣。”脾是主运化饮食的内脏，其气与口相通，同司饮食消化，可见口腔也是主消化的器官，与脾的关系互为密切。《素问·宣明五气》说：“脾为涎”，明代章璜著《图书编·脾脏说》中亦说“涎者脾之液”，这就指出唾液有消化食物的生理作用。并说明唾液具有消化作用的认识，在中国公元前3世纪一公元前2世纪时已有记载，在正常情况下，所谓“脾和”，即指脾的健运功能良好，食欲正常，口能辨认五谷之味。反之，在病态时，脾不和，脾虚则口淡无味，饮食不香；脾热时则口苦，口酸，口臭；脾胃湿热则口中发甜，粘腻，《内经》称“脾瘅病”。正如《图书编·脾脏说》所说：“食不消，脾不转也；不欲食者，脾中有不化之食也；食不下者，脾寒也；好食甘味者，脾不足也。”凡此种种，说明“脾主口”，“脾开窍于口”是有一定道理的。临床上因脾病而影响口腔生疮糜烂的不少，如说：“口疮口糜，皆统于脾，为脾热或脾火。”（景日珍《嵩崖尊生书》）《素问·五脏生成》说：“脾之合肉也，其荣唇也。”《素问集注》注释说：“脾乃仓廪之官，主运化水谷之精，以生养肌肉，故合肉；脾开窍于口，故荣在唇。”说明脾的精气之所以能够反映于口唇，是和它主肌肉，气通于口的功能有关。所以观察口唇的色泽变化状态，即可以测知脾的生理或病理变化。脾能健运，则气血充足，口唇红润光泽；脾不健运，则气血虚少，口唇淡白不泽，甚至萎黄无华。

主思 《素问·阴阳应象大论》说：脾“在志为思”，《素问·宣明五气》说：“脾藏意”，《难经·四十二难》又说：“脾主藏意。”思，是思考。意，是意识。是一种思维活动，也是精神活动的一种反映。“脾主思”，“脾藏意”的含义，是说脾与人的精神活动有关，实际上，这是由于思维变化而

影响脾的生理功能的反应，前人有忧思伤脾的说法，就是根据《内经》这些理论而提出的。过多的忧虑，可使精神沉默呆滞，气机结滞不行，脾胃的升降功能失调，脾运化无力，则饮食易于停滞中焦而发生脾病，即所谓"思伤脾"。《素问·举痛论》说："思则心有所存，神有所归，气留而不行，故气结矣。"指明思虑的产生与"心"有关，脾病是思虑导致疾病的结果，始在"心"而不在脾，思是在心主神志的统一领导下进行思维活动的。

胰，是腹腔中内脏之一，又称脺脏，即胰脏。它是促进消化的主要内脏之一，中医文献里虽然没有明确提出这一脏器名称。但从《难经·四十二难》所说："脾重二斤三两，扁广三寸，长五寸，有散膏半斤"的记载看，这种"散膏"，即似指胰腺。因为胰尾接触脾门，共同靠近胃部，因此称散膏，而附于脾。所以中医学之脾与现代医学的脾脏、胰腺可能有密切关系。

肝

肝位于胁部，与胆相表里，在体合筋，开窍于目，性喜条达，与春季生发之气相应。肝的主要生理功能有两个方面：一是"主藏血"，具有贮藏血液和调节血量的功能，即根据人体动静时的需要，供血于全身，或者藏血于肝脏，以维持人体正常的生理活动；二是"主疏泄"，有疏通气机，调畅气血和协助脾胃消化食物的功能，从而保持人的情志活动正常，气血运行通畅，消化功能旺盛。可见，中医学中的"肝"是一个多功能脏器，它涉及到现代医学的肝脏以及神经、血液循环、内分泌等系统的部分功能。

主藏血　"肝藏血"（《灵枢·本神》）是指肝脏具有贮藏血液和调节血量的功能，人体各部分的血液流量，常随着人体的活动、情绪的变化以及外界因素的影响而有所改变。当活动剧烈、情绪激动时，肝脏把所贮存的血液输出，以供全身的需要，这时血液的流量就会增加。而当休息安静及情绪稳定时，由于机体活动减少，部分血液便藏之于肝。所以《素问·五脏生成》说："人卧血归于肝"，王冰注解说："肝藏血，心行之，人动则血运于诸经，人静则血归于肝藏。"正是说明了肝具有贮藏血液，调节血量的生理功能。如果肝脏有病，藏血功能就会异常，既能影响人体的正常活动，也易出现血液方面的病变。例如，肝血不足，上不能滋养于目，外不能濡润于筋，就会出现两目昏花，视物不清，筋肉拘挛，屈伸不利，以及妇女的月经量少，经闭等症。所以《素问·五脏生成》说："肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。"

血的运行，不仅需要心、肺之气的推动和脾气的统摄，而且还需要肝疏泄功能的协助，才能保持气机的调畅使血行不致瘀阻。因为肝主藏血，又主疏泄，如疏泄功能正常，则气机才能畅达，气行则血行，血流无阻滞，说明肝的疏泄与藏血功能之间有着密切的联系。唐容川所谓："肝属木，木气冲和调达，不致过郁，则血脉得畅"（《血证论·脏腑病机论》），就是这个道理。疏泄太过或不及均可影响肝的藏血功能。若疏泄不及，肝郁气滞，则血也可随之而瘀，瘀血阴滞经脉，就可见到胸胁刺痛，经行不畅有块，甚或经闭，癥瘕，以及《血证论·血鼓》所说的"蟹爪纹路"或"血丝缕"等症；若疏泄太过，气机紊乱，血不循经，就可出现衄血、呕血、吐血及妇女血崩等病症。

《素问·宣明五气》说："肝藏魂。"魂和神都是属于精神活动的范围，与大脑的活动有关，魂的活动服从于心神的变化，居于从属地位，诚如《灵枢·本神》所说："随神往来者谓之魂。"魂的物质基础和神一样，主要也是血，所以《灵枢·本神》又说："肝藏血，血舍魂。"肝的藏血功能正常，魂就有所舍，则夜寐安和。在病理情况下，肝的藏血功能异常，而致"魂不守舍"，不能藏之于肝，就可出现多梦易惊、卧寐不宁、梦游、梦语及梦中幻觉等症。

主疏泄　"疏泄"一词，源出《内经》。《素问·五常政大论》说："发生之纪，是谓启敕（敕，古陈字），土疎泄（"疎"即"疏"），苍气达。"王冰注释说："生气上发，故土体疏泄；木之专政，故苍气上达。达，通也，出也，行也。"所以早在《内经》时代，就把"疏泄"作为肝的生理功能之一。在后世医学著作中虽有所论述，但明确提出"肝主疏泄"者，首推朱丹溪，他在《格致余论·阳有余阴不足论》中指出："主闭藏者肾也，司疏泄者肝也。""疏泄"，即疏通畅达的意思。"肝主疏泄"是指肝脏具有疏通气机和畅达气血运行的功能，肝之所以能主疏泄，是由于肝有主生发，喜条达的生理特性，古人比喻为春天的树木条达疏畅，充满生机，有其生发伸展不可压抑之特性，亦即顺其自然，遂其性能。因而肝的生理活动既不可亢奋太过，又不能阻遏抑郁，必须保持一种舒展畅达的状态，即心情愉快，气血调达，正如《类经·运气类》说："木喜调（条）达。"肝疏泄功能的具体表现，主要有以下两个方面：

情志方面　情志活动，指情感、情绪的变化，是精神活动的一部分，也是人的大脑对客观事物的反映。人们一切精神活动是在"心"的统一领导下进行的，但精神活动中的某些情志活动，如情感舒畅（或心情舒畅），抑郁，忿怒等，又与肝的疏泄功能有关。因此，人的情志活动除了由"心"所主之外，与肝也密切相关。肝的疏泄功能正常，气机调顺通畅，血液藏泄适度，脏腑功能协调，五志才能安和，心情方可舒畅，情志因而条达，人的情绪就能轻松愉快。所以《素问·至真要大论》说："疎其气血，令其调（条）达，而致和平。"由此可见，肝的疏泄功能正常，情志才能舒畅。肝的舒泄功能失常，就能引起情志的异常变化，甚至发生疾病，一般多表现在太过和不及两方面，如果肝气疏泄不及，常呈抑郁状态，可见胸胁胀满，嗳气叹息，抑郁不乐，多疑善虑，甚则闷闷欲哭，或胸闷胁痛，咽中作梗，不思饮食，月经不调等气机不畅的证候；如果肝气疏泄太过，常呈亢奋状态，可见急躁善怒，失眠头痛，头晕目眩，目赤胁痛以及吐血衄血。但反之，情志变化也能影响肝的疏泄功能。故《素问·阴阳应象大论》有"怒伤

肝"的说法。

消化方面　胃主受纳，脾主运化，脾胃的消化吸收过程，与肝的疏泄有密切的关系。因为肝的疏泄功能正常，能使气机调畅，影响着脾胃之气的升降，从而使脾胃功能旺盛，消化能力增强。所以《素问·宝命全形论》说："土得木而达"，就是这个意思。另一方面肝能分泌胆汁，而胆汁又可帮助胃肠腐熟水谷，消化食物。可见，肝的疏泄功能是组成人体正常消化吸收过程的重要环节。临床常可见到由于肝的疏泄功能失常，而导致肝郁气滞，既可出现胃气不降的嗳气恶心，脘腹胀满，食欲不振等肝胃不和症状，也可出现脾不健运的腹胀腹痛，大便稀溏等肝脾不和症状。由于肝气的疏泄能影响胆汁的排泄，所以，肝气郁结，则能导致胆汁郁遏而出现目黄、口苦、胁痛、呕吐的黄疸症状。由此看来，肝的疏泄功能与脾胃的消化吸收过程紧密相关，所以《血证论·脏腑病机论》说："木之性主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化。设肝不能疏泄水谷，渗泄中满之证在所难免。"

此外，肝主疏泄，还有通调水道的作用。在正常情况下，肝的疏泄功能正常，气机调畅、气血运行畅达。脾气旺盛，水湿得以运化，而无水肿之患。如情志郁结，肝失调达，疏泄失司，气机不畅，则气滞血瘀，阻碍水液通利，以致出现水肿、腹水。另一方面，肝气郁结不舒，则横逆而乘脾土，脾气受制，而致运化失常，水湿因而停滞不行，亦可引起水肿、腹水等病证。《金匮要略·水气病》所说："肝水者，其腹大不能自转侧，胁下腹痛。"就是指的这种病证。

主筋与爪　筋是一种联络关节、肌肉，专司运动的组织。《素问·五脏生成篇》说："诸筋者皆属于节。"筋的收缩、弛张，可使骨节运动自如。但如果运动过久、过剧，则可使筋力衰弱而疲劳，甚至筋伤不能屈伸，所以《素问·宣明五气》又有"久行伤筋"之说。《灵枢·九针》说："肝主筋"，《素问·阴阳应象大论》说："肝生筋"，说明筋与肝有一定的关系。肝所以能主筋，是由于筋的营养来源于肝，因为肝的精血充足才能养筋，筋得其所养方能活动有力，故《素问·经脉别论》说："食气入胃，散精于肝，淫气于筋"，《素问·平人气象论》说："肝藏筋膜之气"，都是这个意思。如果肝的精血衰少，不能供给筋以充分的营养，则筋的活动力就会减退，诚如《素问·脉要精微论》所说："膝者筋之府，屈伸不能，行则偻附，筋将惫矣"，老年人的动作迟缓，行动不便，就是由于肝不养筋所致。所以《素问·上古天真论》说：丈夫"七八，肝气衰，筋不能动。"如果肝血不足，筋得不到肝血的濡养，而致血不养筋，即可出现手足震颤，肢体麻木，屈伸不利等症。若热邪劫伤津血，血不营筋而见四肢抽搐，甚则牙关紧闭，角弓反张，称为"肝风内动"。《素问·至真要大论》所说的"诸风掉眩，皆属于肝"、"诸暴强直，皆属于风"，都是对肝筋病变的高度概括。古人所说的筋，除指关节周围的韧带、滑膜外，似包括运动神经的功能在内。

肝血的盛衰，能够影响筋的活动，也可影响爪甲的荣枯。肝血充足，则筋力健壮，爪甲坚韧，透红光泽；肝血不足，则筋弱乏力，爪甲软薄，枯而无光泽，甚至变形脆裂。所以《素问·五脏生成篇》说："肝之合筋也，其荣爪也。"

主目窍　《素问·金匮真言论》说：肝"开窍于目"，其经脉又上连于目系，目主视觉。肝主藏血，所以人的视觉正常，目光炯炯，能视万物，辨别五色，全赖肝血濡养。《素问·五脏生成》说："肝受血而能视"，《灵枢·脉度》说："肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。"由此可见，肝的生理功能正常与否，往往可从目反映出来，如肝血不足，则视物不清，或为夜盲；肝阴不足，则两目干涩；肝经风热，可见目赤痒痛；肝火上炎，可见目赤多眵；肝阳上亢，可见头目眩晕；肝风内动，可见目斜上吊等。故临床所见之眼病，多从治肝入手，常可收到显著的效果，所以《素问·阴阳应象大论》说："肝主目。"

肾

肾在中医脏腑学说中占有重要的地位，其功能广泛，作用特殊，有主宰生命之概念，故历代医学家称"肾为先天之本"，"生命之根"。

肾左右各一，肾与膀胱相表里。位于腰部，《素问·脉要精微论》说："腰者肾之府。"《难经·四十二难》更明言："肾有两枚，重一斤一两。"至明代赵献可著《医贯》绘述更详，他在《内经十二官论》中说："肾有二，精所舍也，生于脊膂十四椎下，两旁各一寸五分，形如豇豆，相并而曲附于脊，外有黄脂包裹，里白外黑，各有带二条，上条系于心包，下条过屏翳穴，后趋脊骨。"古代解剖虽观察不够精密，但亦可看出肾的概貌。

肾的生理功能极为广泛，它包括了肾阴、肾阳两个方面的作用，肾阴包括肾精，肾阳亦即命门之火。肾阴对人体各脏腑组织起着濡润、滋养的作用，为人体阴液的根本；肾阳对人体各脏腑组织起着温煦和生化的作用，为人体阳气之根本。肾阴肾阳都是以肾藏的精气为物质基础的，与人体的生长、发育、生殖功能有密切关系。肾阴和肾阳在人体内互相资生，相互制约，共同发挥藏精、主水液、主骨、生髓、通脑，其华在发，开窍于耳及二阴等生理功能。

近年来，中国医务工作者对"肾"的实质开展了一系列实验研究工作，初步认为肾除了包括泌尿系统的功能之外，与神经、内分泌、免疫等等系统均有密切关系。肾阳虚具有下丘脑－垂体－肾上腺皮质系统和下丘脑－垂体－性腺、甲状腺系统功能低下的表现，为揭示"肾"的奥秘取得了若干进展，出现了一些可喜的苗头。

藏精，主人体的发育和生殖　精是构成人体的基本物质，也是人体各种机能活动的物质基础。《灵枢·经脉》说："人始生，先成精。"《素问·金匮真言论》也说："夫精者，身之本也。"足见精在人体中是非常重要的物质。肾

藏精，是肾的重要功能之一。《素问·六节脏象论》指出："肾者主蛰，封藏之本，精之处也。"说明肾脏有贮藏精的作用。肾脏所藏之精包括先天之精和后天之精两部分。先天之精禀受于父母，是形成生命的原始物质，具有促进生长发育和生殖的功能。如《灵枢·决气》说："两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精。"这种精因其具有繁殖后代的作用，故又称为"生殖之精"。后天之精来源于饮食物所化生的精微物质，通过心脉输布于全身，以营养脏腑、组织、器官，维持人体生命活动，促进人体之生长、发育，因为这种精是各脏腑产生功能必不可少的营养物质，故又称为"脏腑之精"。先天之精和后天之精是相互依赖，相互为用的，先天之精的充沛，必须得到后天之精的不断充养；而后天之精的化生，又必须依赖先天之精活力的资助。两者相辅相成，共同发挥促进人体生长、发育和生殖的功能。

肾所藏之精，称为肾精。肾精所化之气，称为肾气，肾精与肾气互为体用，故常将两者合称为肾之精气。肾精属于肾阴，肾气属于肾阳。肾阴又称"元阴"、"真阴"、"真水"；"肾阳"又称"元阳"、"真阳"、"真火"。实际上肾阴和肾阳概括了肾脏生理功能的两个方面。肾的功能活动必须要有肾精这种物质作为基础才能发挥作用，没有肾精这种物质，就无从产生功能活动，而功能活动又是化生肾精必不可少的动力。故肾精充足，肾气就旺盛；肾精不足，肾气也随之而衰减。所以古人认为肾为五脏之本，肾阴为人体阴液之源，肾阳为人体阳气之根，肾阴和肾阳又都是以肾藏的精为物质基础的。两者在人体内相互制约，相互依存，形成一种对立的动态平衡，以维持人体正常的生理活动。正如《素问·生气通天论》所说："阴平阳秘，精神乃治。阴阳离决，精气乃绝。"所以当机体的这一阴阳对立统一关系，一旦由于某种原因遭到破坏时，体内便产生阴阳偏胜、偏衰的病理，临床上就会出现肾阴虚、肾阳虚或阴阳两虚的一系列证候。肾阴虚既可出现"肾精"亏损所引起的腰膝酸软无力，头目眩晕，健忘失眠等肾阴不足的证候，也可出现阴虚阳亢的潮热盗汗，头晕耳鸣，以及男子遗精，女子梦交等虚火妄动的表现。肾阳虚，既可出现由于肾气不足温养所引起的精神疲惫，腰膝冷痛，形寒肢冷，小便频数等肾阳不足的证候，也可出现阳痿、早泄，女子宫寒不孕等生殖功能衰退的表现。由于肾阴虚和肾阳虚的本质都是肾的精气不足，同时两者之间又存在着相互制约、相互依存的内在联系，亦即"阴阳互根"的关系。因此肾阴虚到一定程度时可以累及肾阳，而肾阳虚到一定程度时，也可伤及肾阴，形成阴损及阳或阳损及阴的肾阴肾阳两虚证。

肾对人体的生长、发育和生殖功能起着促进作用。人的生殖能力、生长、发育和衰老过程均与肾脏精气的盛衰有密切关系。人从幼年开始，由于肾的精气逐渐充盛，便产生了更换乳齿等生理变化，发育到了青春期，由于肾的精气进一步旺盛，体内便产生了一种"天癸"的物质，于是男子就能产生精子，并能排精而可以育子，女性就能出现月经周期，并能排卵而可以妊娠。所以说"天癸"的产生，标志着男女性机能发育成熟，并有生殖能力。到了老年，肾的精气逐渐衰减，性机能和生殖能力也随之减退，进而丧失，形体也就逐渐衰老。这种发育，生长而至衰老的过程，从年龄上讲，男女是有一些差异的，一般女子较男子发育稍早，衰老也较早，《内经》对人体的这种客观规律和肾之间的关系，作了精辟的论述，如《素问·上古天真论》说："女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七肾气平均，故真牙生而长极；四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八筋骨隆盛，肌肉满壮；五八肾气衰，发堕齿槁；六八阳气衰竭于上，面焦，发鬓须白；七八肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极；八八则齿发去。肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛，乃能泻。今五脏皆衰，筋骨解惰，天癸尽矣。故发鬓白，身体重，行步不正而无子耳。"由此可见，性机能的成熟和衰退，人体的生长、发育和衰老，乃是肾气由盛而衰的结果。说明这个肾气是代表了人体内促使生长和发育的具体物质。而"天癸"又是直接与性功能和生殖功能的成熟有密切关系的一种物质。因此，在临床上常常可以看到，肾虚的人往往会出现一系列未老先衰的症状，如腰痛、脱发、耳鸣、牙齿松动、记忆力减退、性功能低下等。

主水液　肾主水液，是指肾脏有主持和调节人体水液代谢的功能，故《素问·逆调论》说："肾者水脏、主津液。"肾的这一功能，主要是靠肾中阳气的作用来实现的。人体水液代谢包括两个方面：一是将从饮食物中所化生的津液（指人体正常水液），输送到全身去，以发挥补充血液容量和滋养五脏六腑、组织器官的作用；一是把各脏腑组织利用后的水分（包括机体的代谢产物），变为汗和尿液，排出体外，而这两个方面的作用，都必须在肾阳所产生的"气化"作用下才能完成。

肾中阳气主持水液代谢的主要方式是"升清降浊"。进入人体的水液通过胃的受纳，脾的运化，肺的宣降，三焦的通调，肾的气化，使清者上升于肺，输布于全身，以滋养脏腑、组织器官，这个过程叫做"升清"；浊者经过肺气的肃降，下流而归于肾，再经过肾的气化，使浊中之清者，升腾回流而发挥其营养作用，其浊中之浊者下注膀胱而排出体外，这个过程叫"降浊"。如此循环，以维持人体水液代谢的动态平衡。《素问·经脉别论》中说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾；脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"正是古人对人体水液代谢的简要说明。

人体水液代谢是一个比较复杂的过程，是由各脏腑

相互协调配合而进行的，除了胃、肠、脾、肺、肾、三焦、膀胱之外，与肝气的疏泄，心气的推动，也有一定关系，但其中以肺、脾、肾三脏关系最大。三脏之中又以肾的作用更为重要，因为肾中的阳气具有气化作用，它能升清降浊，以调节体内水液的输布和排泄。同时，肾中阳气为一身阳气之根，脾的运化，肺的宣降，三焦的通调，膀胱的开合，无不依赖肾中阳气的作用，才能发挥正常的功能，所以，肾在维持人体水液代谢方面起着主导作用。如果肾的阳气不足，气化就要失常，升降就要紊乱，就会引起水液代谢的障碍而导致疾病，水肿一证，正是如此。所以《素问·水热穴论》说："肾者胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也，上下溢于皮肤，故为胕肿。胕肿者，聚水而生病也。"

主纳气 肾主纳气，是指肾脏有摄纳肺气以助呼吸之功能。人体的呼吸功能虽为肺所主，但吸入之气，必须下达于肾，才能保持呼吸均匀，气道通畅，故有"肺为气之主，肾为气之根"和"肺主呼气，肾主纳气"之说，说明"肾"也参与了人体的呼吸生理。肾的纳气功能主要是靠肾中阳气的作用，吸入之气，经过肺的肃降，才能使之下纳于肾，两者相互协同以维持人体气机的出入升降功能。当肾中阳气充足，肺得其温养才能气道通畅，呼吸匀调，气体出纳正常。若肾阳不足，摄纳无权，气便不得归元而上浮，就会出现呼多吸少，动则气喘，呼吸困难等症。中医学的这一"肺肾相关"理论，在防治慢性阻塞性肺疾患上确有一定的指导意义，收到了满意的疗效。中国国内许多单位对慢性支气管炎，阻塞性肺气肿和支气管哮喘，采取"发作时治肺，缓解时治肾"的治疗原则，使这些疾病的远期疗效显著地提高。这一事实也说明"肾主纳气"是构成人体呼吸生理的重要一环。

主骨、生髓，上通于脑，其华在发 骨、骨髓和脑的生成、功能以及病理变化，都与肾有密切的关系。骨的生长有赖于肾脏精气的濡养，《素问·宣明五气》说："肾主骨。"《素问·六节脏象论》也说："肾者主蛰，封藏之本，精之处也，其华在发，其充在骨。"说明肾具有促进骨骼生长、发育的功能。骨中有髓，《素问·阴阳应象大论》说："肾生骨髓"，说明肾有促使骨髓生长的功能。髓上通于脑，脑为髓的汇聚之处，故《灵枢·海论》说："脑为髓之海"，《素问·五脏生成》也说："诸髓者，皆属于脑"。说明髓和脑的来源，都是肾脏精气所化生，两者同属于一种物质，只是因分布部位不同，而有不同的名称，分布于脑者名脑髓，分布于骨中者名骨髓。

骨虽为肾所主，但需要骨髓的滋养，《素问·痿论》说："髓者骨之充也"，说明肾藏精、精生髓，髓居于骨中，滋养骨骼。骨髓充盈，则能增进骨骼的坚强。可见骨、髓、脑三者在生理状态下是相互滋生的，但其根本仍在于肾。因此肾精充足，则骨髓生化有源，骨骼得髓之滋养，则坚韧有力，耐久立而强劳作。髓足则脑海充盈，聪敏而多智慧。正如《灵枢·海论》所说："髓海有余，则轻劲多力，自过其度"，《素问·灵兰秘典论》也说："肾者作强之官，伎巧出焉。"说明人的精力充沛和聪明智慧，均与肾脏精气的盛衰有密切关系。肾精虚少，则骨髓生化乏源，形成"肾不生则髓不能满"(《素问·逆调论》)。骨髓不足又会影响骨的生长，产生"骨枯而髓减，发为骨痿"(《素问·痿论》)。髓不足则髓海虚，出现"髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧"。(《灵枢·海论》)所以临床上，肾虚病人，每出现胫酸乏力，头昏健忘，智力衰退等"髓海不足"的表现，用补肾益精之药物，多能收到良好的效果。对骨折病人，采用补肾的治疗，确能促进骨折的愈合。

中医学还认为，牙齿和骨同出一源，都是由肾的精气所化生，故有"齿为骨之余"之说，所以牙齿的生长和坚固，也依赖于肾精的充养。《素问·上古天真论》说："丈夫八岁，肾气实，发长齿更"，"三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极"，"五八肾气衰，发坠齿槁"，说明牙齿的生长、更换与脱落，反映了肾脏精气由盛而衰的过程。故肾精充沛，牙齿坚固而不易脱落；肾精不足，牙齿易于松动而不坚，甚至早期脱落。临床上对肾虚而引起的牙齿松动，采用补肾之法多能获效。

中医学还认为，发的生长与脱落，润泽与枯槁，也是反映肾的精气盛衰的一个标志。精与血是相互滋生的，精足则血旺，血旺则发茂而光泽，故有"发为血之余"之称。发的营养来源于血，但其生机则根源于肾，故《素问·六节脏象论》有：肾"其华在发"之说，青壮年肾精充沛，毛发光泽；老年人肾气虚衰，毛发变白而脱落，一般来说是正常发展规律，但临床所见未老先衰，头发枯萎、早脱、早白者，多责之于肾。

开窍于耳及二阴 耳的听觉功能的灵敏与失聪，与肾脏精气的盛衰有密切联系，《素问·阴阳应象大论》中提到肾"在窍为耳"，《灵枢·脉度》也说："肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣。"王清任《医林改错》解释说："两耳通脑，所听之声归于脑。"这就说明，肾的精气充足，脑海充盈，听力才能灵敏。如果肾的精气不足，脑海空虚，耳失其养，便出现耳鸣、耳聋等。老年人由于肾精虚衰，故多见听力失聪，所以临床上常常把耳的听觉变化，作为推断肾气盛衰的一个标志。

二阴，指前阴和后阴。前阴有排尿和生殖功能，后阴仅有排泄粪便的作用。尿液的贮存、排泄虽在膀胱，但须依赖肾阳的气化功能，人体的生殖机能尤为肾所主。因此，肾脏精气充足，膀胱气化有度，贮尿、排尿以及生殖功能才能正常。如果肾阳不足，膀胱气化不利，水液不能外泄，则可见小便不利或阳痿等症；若肾气失其固摄之能，则又可导致遗尿、多尿或小便失禁或早泄、遗精等症。大便的排泄，虽然通过后阴，但也要受到肾阳温煦作用的影响。如果肾的阳气充足，脾胃运化和大肠传导功能正常，则大便通畅。若肾阳虚衰，既可因阳虚火衰，寒自内生，凝滞肠胃，传导无力而大便秘结；也可因肾阳不足，脾失温煦，运化失常而大便溏泄，即所谓黎明泄。正因为排

尿、排便均与肾有关，所以张介宾在《景岳全书·泄泻》中说："盖肾为胃关，开窍于二阴。所以二便之开闭，皆肾脏之所主。"

命门　"命门"一词最早见于《灵枢·根结》，其说："太阳根于至阴，结于命门，命门者目也。"可见它所说的命门，是指眼睛和睛明穴。将命门作为内在脏器提出则始于《难经》，如《三十六难》说："肾两者，非皆肾也，其左者为肾，右者为命门。"自《难经》之后，在汉、晋、隋、唐、宋代等医书中，很少提到命门的作用，只提到"肾气"的功能。直到明代，命门学说始为医家所重视，它的功能概括起来主要有以下五方面：①为人身阳气之根，是生命活动的动力，对身体各脏腑的生理活动，起着温煦和推动作用。②主持和调节人体水液代谢。③能温运脾阳，帮助脾对营养物质的消化、吸收与运输。④有促进人体生长、发育和生殖能力的作用。⑤有摄纳肺气、参与人体呼吸生理之功能。

六腑

胃、小肠、大肠、膀胱、胆和三焦的总称为六腑。它们的功能是受纳和腐熟水谷，传化精华，排泄糟粕。所以《灵枢·肠胃》有"六腑传谷"之说，《素问·五脏别论》谓："六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。"即是说，六腑能传化饮食，使精华物质输入五脏，糟粕排出体外，而不使之储留，故称"实而不满"。而且古代医家已经认识到人体的整个消化道，从唇齿开始，经胃、小肠、大肠到肛门，共有七个门户，《难经》称为"七冲门"（即冲要的门户），并直接指出它的部位和各自的名称，如《难经·四十四难》说："唇为飞门，齿为户门，会厌为吸门，胃为贲门，太仓下口为幽门，大肠小肠会为阑门，下极为魄门，故曰七冲门也。"飞，同扉字，口唇像柴扉一样自由开关，是曰飞门。户，户限也，食物入口，上下齿为之户限，以便咀嚼，是谓户门。会厌是食管和气管的相会处，为咽物送入食管必经之地；吸，吸取之义，故称会厌为吸门。胃上口称贲门，贲，奔也；贲门是不使饮食物上逆的关口。太仓即胃，其下口称幽门；幽，深也；谓由此下行愈是深入的意思。小肠和大肠的交会处称阑门，阑，即遮阑，饮食精微不得自此而去。下极，即消化道的末端，是糟粕排出的地方，所以称魄门。魄，古与粕通，也称肛门。由此可知，"七冲门"的命名是有一定含义的，即使在现代人体解剖学上，消化道中的某些交接处的名称，亦仍然沿用着《难经》中的命名，如贲门、幽门即是。

胃

胃在膈下，其上端接食管，下端接小肠。胃与食管相接处名贲门，与小肠相接处为幽门。胃的上部名上脘，下部名下脘，上下脘之间名中脘。三部统称胃脘。中国古代医学家对胃的大小、形态、位置和重量等，已有了较详尽的记述。《灵枢·肠胃》说"胃纡曲屈，伸之长二尺六寸，大一尺五寸，径五寸。"现知胃大弯的长度约为四十厘米，周代的二尺六寸，约合五十二厘米，虽稍偏大，但亦证明前人是经过实际观察的。明代李梴的《医学入门·胃腑赋》说："胃号太仓，俗名曰肚。……上透咽门，而受其所吞，曲接小肠，而传其所腐。"这就明确指出了胃上接食管，下通小肠的正确位置及其受纳传化的生理功能。

主受纳水谷　由于胃有受纳水谷的功能，故又称为"水谷之海"、"仓廪之官"。《灵枢·平人绝谷》说："胃……横屈，受水谷三斗五升，其中之谷常留二斗，水一斗五升而满，上焦泄气，出其精微，慓悍滑疾，下焦下溉诸肠。"说明胃中能受纳水谷，是上焦下焦得到精气滋养的唯一来源。《素问·五脏别论》说："水谷入口，则胃实而肠虚，食下，则肠实而胃虚；故曰实而不满，满而不实也。"说明胃与肠的盛受作用是互相交错的。正因为交替配合，才能使水谷精微上下灌溉，遍及全身。胃充分发挥其受纳作用主要决定于胃气的虚实，胃气壮实则善纳，反之，便不能盛受。胃气，李东垣称为元气，他在《脾胃论·脾胃胜衰论》中说："胃中元气盛，则能食而不伤，过时而不饥。脾胃俱旺，则能食而肥；脾胃俱虚，则不能食而瘦。"能食，是受纳的功能强；不能食，则受纳的功能减退；可知能食与不能食，是胃受纳功能的具体反映，也就是胃中元气强弱的直接表现。李东垣之所以重视胃中元气，其义可知。正因为胃必须经常盛受着水谷，故又有"胃喜湿恶燥"之说。胃喜之湿，即指水谷而言；所恶之燥，即指水谷少而干燥之意。所以《脾胃论·用药宜禁论》说："人禀天之湿化而生胃也，胃之于湿，其名虽二，其实一也。湿能滋养于胃，……胃之不足，惟湿物能滋养。"这说明胃所喜之湿，是水谷湿物，而非水湿邪气。如果它所喜的水谷湿物缺少，不能滋养于胃，便显得干燥，所以才恶之。因而说胃之喜湿，正是对胃受纳水谷功能的概括。在五行说中胃为燥土，是代表着胃腑功能性质属阳的含义，故以名之。若是水湿邪气，胃亦无有不恶的，故《脾胃论·用药宜禁论》又说："胃湿有余，亦当泻湿之太过也。""有余"和"太过"，都是指邪气而言。

主腐熟水谷　胃中受纳的水谷，在胃气的作用下，进行初步消化，变为食糜，这个过程，称为腐熟。经过腐熟之后，即变为各脏腑组织所需要营养的精微。《灵枢·营卫生会》说："此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微。"犹言水谷入胃之后，受到阳气的蒸腐，则精微、津液、糟粕，均随之而出，并各随其经隧之不同，分别发挥其不同作用，正如《灵枢·邪客》所云："五谷入于胃也，其糟粕、津液、宗气分为三隧，故宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉而行呼吸焉。营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，……卫气者，出其悍气之慓疾，而先行于四末分肉皮肤之间。"这说明水谷精微都是由于胃的熏蒸腐熟而化生的。胃之所以具有这种腐熟水谷的功能，全凭其蕴藏有丰富

的阳和之气，所以《灵枢·营卫生会》所说"此所受气者"，即指胃之阳气加于水谷，而发生"泌糟粕、蒸津液"的腐熟作用。成无己《注解伤寒论·平脉法》亦说："胃气实，实则谷消而水化也。"实，即胃气强盛充实之义。胃气固有腐熟水谷的作用，但还须有赖于脾脏的配合，才能很好的完成。《辨脉法》云："脾，坤土也；坤助胃气，消磨水谷，脾气不转，则胃中水谷不得磨消。"而李东垣在《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》中也说："脾受胃禀，乃能熏蒸腐熟五谷者也。"由于胃气有蒸腐饮食物功能，并与脾气共同作用，化生气血津液，以供应全身，故古代医学家特别强调"胃气"的重要性，如《素问·平人气象论》说："平人之常气禀于胃。胃者，平人之常气也，人无胃气曰逆，逆者死。"《中藏经·论胃虚实寒热生死逆顺》云："胃者，人之根本也。胃气壮，五藏六腑皆壮。……胃气绝，则五日死。"胃气的虚实，关系着人体之强弱，甚至生命的存亡，其理益明。

以降为和(顺) 饮食物在胃中，经胃气腐熟以后，精微与糟粕各循其清浊之道分别散布于其他有关脏腑。凡属精微部分，都由脾输入诸脏组织，发挥其营养作用；糟粕部分，则由胃径入小肠、大肠，一直排出体外。所谓胃气主降，主要是指它排泄糟粕来说的。水谷糟粕之所以能传入肠道，排出体外，也是由胃气下降而推送的缘故。胃气之以下降为和为顺，就是指的这一作用。如《伤寒论》之治"胃家实"证，辄用大小诸承气汤，也就是促其胃气下降。成无己《伤寒明理论·伤寒明理药方论》云："承，顺也。……胃中气郁滞，糟粕泌结，壅而为实，是正气不得疏顺也，……以汤荡涤，使塞者利而闭者通，正气得以舒顺，是以承气名之。"即是说承气汤的作用，就是在于舒顺胃气之降。又如《素问·阴阳应象大论》说："浊气在上，则生䐜胀。"言浊秽之气，正应由胃气推之下降而出，若胃气不降，反使之滞于上，则发生䐜胀的病变。可见胃气以降为和顺，颇有指导临床的现实意义。

所谓"胃气"，实际是指人体消化、吸收的功能而言。故"胃气"的含义有两个方面：一是单指胃的功能(狭义的胃气)：胃的受纳和腐熟功能，皆是胃气的作用。这些功能正常与否，取决于胃气的强弱。二是泛指脾胃的消化吸收功能(广义的胃气)：饮食物的消化吸收过程，是脾胃两气共同作用而完成的。胃气受纳腐熟，脾进行初步消化；脾为胃行其津液，输水谷之精微上归于肺，然后达于五脏六腑，机体才能进行正常的生命活动。人体后天的营养取决于脾胃两气的共同作用，故称其为"气血生化之源"、"后天之本"。

同时，胃气的功能还表现在食欲、舌苔、脉象和面色等方面。如人的食欲、舌苔正常，面色荣润，脉搏从容和缓，皆称之为有胃气。

小肠

小肠上接胃，下接大肠。小肠与胃相接处名幽门，与大肠相接处名阑门。中国古代医家对小肠的大小、形态、位置、重量等已有了较详尽的记载。如《灵枢·肠胃》说："小肠后附脊左环，回周迭积，其注于回肠者，外附于脐，上回运环十六曲，大二寸半，径八分分之少半，长三丈二尺。"《灵枢·平人绝谷》说："小肠大二寸半，径八分分之少半，长三丈二尺，受谷二斗四升，水六升三合合之大半。"《难经·四十二难》对小肠的重量及其受纳水谷的数量有相似的描述。它说："小肠重二斤十四两，长三丈二尺，广二寸半，径八分分之少半，左回迭积十六曲，盛谷二斗四升，水六升三合合之大半。"

小肠的主要生理功能，是主受盛化物和泌别清浊。

主受盛化物 小肠接受胃所传下的水谷，进一步进行消化，而将水谷之精微吸收，故称它为"受盛之官"。《素问·灵兰秘典论》说："小肠者，受盛之官，化物出焉。"凡胃所纳之物，皆受盛于小肠作进一步消化。"化物"，消化之意，是指饮食物通过小肠而化生精微，下输糟粕。小肠与心通过经脉互相络属，构成表里关系，在正常情况下，心火下降于小肠，小肠才能有蒸腐化物之功能。

主泌别清浊 即分清别浊之义。张介宾注《素问·灵兰秘典论》时说："小肠居胃之下，受盛胃中水谷而分清浊，水液由此而渗于前，糟粕由此而归于后，脾气化而上升，小肠化而下降，故曰化物出焉。"这就是说，小肠将饮食物经过充分消化后，其精微物质，由脾转输到全身，渣滓(浊者)通过阑门下注于大肠，无用之水液渗入膀胱，排出体外。小肠泌别清浊的功能，与水液代谢有密切关系。《灵枢·经水》说："手太阳……内属小肠，而水道出焉。"这说明小肠亦参与水道通调。因此《诸病源候论·诸淋候》论小便之由来说："膀胱与肾为表里，俱主水。水入小肠，下于胞，行于阴，为溲便也。"小肠这一功能正常，水液和糟粕各走其道，则大便通利，大便不溏不秘而正常。如果小肠的这一功能失常，就会出现大小便的异常，如小便短赤、大便水泻等，"小肠主液"的理论也就在这里。

大肠

大肠上端接小肠，大小肠的交接处为阑门，下端为广肠，外口即肛门。《内经》、《难经》对大肠的位置形态、大小和重量等都有较详细的记载。如《灵枢·肠胃》说："回肠，当脐左环，回周叶积而下，回运环反十六曲，大四寸，径一寸寸之少半，长二丈一尺。广肠传脊，以受回肠，左环叶积上下辟，大八寸，径二寸寸之大半，长二尺八寸。"《难经·四十二难》谓："回肠大四寸，径一寸半，长二丈一尺，受谷一斗，水七升半。……大肠重二斤十二两。"可知《内经》、《难经》所说的回肠为大肠(相当于现代解剖学上的盲肠、结肠)，广肠即现代解剖学上的直肠。根据《内经》、《难经》的记载，大肠不包括直肠。而现代解剖学上的大肠包括直肠(即广肠)。

大肠的主要生理功能，是主传导和主津。

主传导　大肠接受小肠下注的浊物，再吸收其中部分多余的水分，使食物残渣成为粪便，经广肠由肛门排出。故《素问·灵兰秘典论》说："大肠者，传道之官，变化出焉。"传道，即传送之意。"变化出"三字，即变为糟粕而排出。唐容川《医经精义·脏腑之官》说："谓小肠中物至此，精汁尽化，变为糟粕而出。"饮食物由口入胃，经胃之受纳腐熟，脾之运化，小肠化物与分清别浊，其精微物质由脾转输于肺，在心肺的共同作用下，布散于全身，其浊者分别由膀胱和肛门排出体外。唐容川《中西汇通医经精义·脏腑之官》说："而大肠所以能传导者，以其为肺之府，肺气下达，故能传导。"这就是饮食物的消化、吸收及其精微物质输布的整个过程。广肠的末端为肛门，因其借肺气下达而有排泄糟粕的作用，故亦称"魄门"("魄"通"粕")。《内经》对肛门的排泄功能十分重视，它认为肛门是在为五脏六腑行使排泄糟粕之职。故《素问·五脏别论》说："魄门亦为五脏使，水谷不得久藏。"正因为大肠主传导，由肛门及时而又规律地将水谷之糟粕排出体外，饮食物的消化才能"胃实而肠虚"，"肠实而胃虚"地正常进行。若大肠传导失职，或太过，或不及，则可导致脏腑之精气衰微或腑气不通等病变。大肠与肺有经络互相络属，构成表里关系。《灵枢·本脏》谓："肺合大肠。"肺的生理功能正常，肺气充足，则大肠的传导功能顺利进行。否则，若肺气虚弱或肺气宣降失常，皆可导致大肠传导功能的失常；反之，若大肠传导失职，亦可影响肺，导致肺的功能失常而发生病变。

主津　《灵枢·经脉》有"大肠手阳明之脉……是主津液所生病者"之语，张介宾注说："大肠与肺为表里，肺主气而津液由于气化，故凡大肠之或泄或秘，皆津液所生之病，而主在大肠也。"这是说，大肠所主之津液，是由肺气所化，因此肺气不足，不能化津，或热结大肠耗伤津液，可形成大便或秘或泄的病变，临床上参苓白术散所治之便泄，即是补肺气以利湿；承气汤所治之便秘，即是泻热结以通肺气。大肠所主之津液不但借助于肺气，同时还有赖于胃所化之营气，才能行津液。所以李东垣在《脾胃论》一文中说："大肠主津，小肠主液，大肠小肠受胃之营气，乃能行津液于上焦，灌溉皮毛，充实腠理。若饮食不节，胃气不及，大肠小肠无所禀受，故津液涸竭焉。"即是说津液的形成是由大小肠参与消化的结果。

膀胱

膀胱位于小腹，是人体主持水液代谢的器官之一，主要有贮尿和排尿的作用。沈金鳌《杂病源流犀烛·膀胱病源流》中说："《内经》曰，水液从小肠泌，则汁渗入膀胱之中，胞气化之，而为尿以泄出也。"《难经·四十二难》对膀胱的重量和大小亦作了记载。它说："膀胱重九两二铢，纵广九寸，盛溺九升九合。"在人体水液代谢过程中，水液通过肺、脾、肾、三焦诸脏腑的作用，敷布全身，以供机体之需要，其浊者或多余部分则下达膀胱而为尿，在肾和膀胱的气化作用下排出体外。故《素问·灵兰秘典论》说："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣"。膀胱与肾有经脉互相络属，构成表里关系，故《灵枢·本输》云："肾合膀胱。"《中藏经·论膀胱虚实寒热生死逆顺》云："膀胱者，津液之府。与肾为表里，……足太阳是其经也。"水液在机体的代谢过程中，经小肠泌别清浊后，其浊者即渗入于膀胱之中，由膀胱贮存起来，故称"州都之官"。州即洲，都即渚，是水中可以居住之地，有都会、汇集之意。在气化的作用下，膀胱适度地开合，使尿液排出体外。膀胱的这种功能与肾有密切关系，这里所说的气化过程，就是水液代谢的功能。若肾气功能失常，则膀胱气化不行，开合失权，可出现小便不利，或癃闭，以及尿频，小便失禁等证。《素问·宣明五气》说："膀胱不利为癃，不约为遗溺。"这里所说的不利是小便不通利，滴沥而出，故称为癃，甚则闭而不通，多为实热结于膀胱所致。不约，即小便失禁，故遗溺多为气虚固摄失职所致。

胆

胆附于肝，内藏精汁。《难经·四十二难》说："胆在肝之短叶间，重三两三铢，盛精汁三合。"精汁即胆汁，味苦色黄，来源于肝，受肝之余气，由水谷之精转化而来。胆与肝有经络互相络属，构成表里关系，故《灵枢·本脏》曰："肝合胆"，胆的生理功能与肝有密切关系。肝的疏泄功能正常则胆汁分泌充足，由胆贮存。在肝气疏泄的作用下，胆则排泄胆汁下行，注入于肠中，以助饮食物的消化。故孙思邈在《千金方·胆腑脉论》中谓："胆腑者，主肝也。肝合气于胆。胆者，中清之府也。"若肝的疏泄功能失常，胆的排泄胆汁的功能亦失常，故可出现右胁下痛、口苦、呕吐苦水，厌油腻以及胆汁外溢的一身面目发黄等病证。胆的功能有下列几方面：

主决断　《素问·灵兰秘典论》说："胆者，中正之官，决断出焉。"胆在十二官中属中正之官，所谓中正，即处事不偏不倚，有判断事物并作出决定措施的作用，这属于思维范畴。由于胆与肝互为表里，肝好比将军而主谋虑，但要作为决断，还要依靠胆，所以《素问·奇病论》说："夫肝者，中之将也，取决于胆，……此人者，数谋虑不决，故胆虚气上溢……。"这说明了肝胆相互作用在思维方面的关系。

主升发　《素问·六节脏象论》说："凡十一脏取决于胆也。"张志聪《素问集注·六节脏象论》注云："胆主甲子，为五运六气之首，胆气升，则十一脏腑之气皆升，故取决于胆也。"就是说十一脏皆需取得少阳升发之气。这种升发之气犹如春天生发之气。所以古人认为春天之生气一来，万物生长，胆气升发，各脏腑都能正常活动。正如沈金鳌《杂病源流犀烛·胆病源流》说："故十一经皆借胆气以为和，经曰，少火生气，以少阳即嫩阳，为生气之首也。"

主勇怯 《灵枢·论勇》说："勇士者，目深以固，长衡直肠，三焦理横，其心端直，其肝大以坚，其胆满以傍；怒则气盛而胸张，肝举而胆横，眦裂而目扬，毛起而面苍，此勇士之由然者也。"又说："怯士者，目大而不减，阴阳相失，其焦理纵，䯏骬短而小，肝系缓，其胆不满而纵，肠胃挺，胁下空；虽方大怒，气不能满其胸，肝肺虽举，气衰复下，故不能久怒，此怯士之所由然者也。"此段经文论述勇士和怯士的不同，除了目光神气，三焦纹理的横或纵，肝的坚与缓，气的盈虚等以外，其主要原因，在于胆满和胆横与否而定。由此可以推知勇怯的不同表现，也是由胆气虚实所决定。在日常生活中，对于勇敢的人，称其为胆大；对懦怯的人，称其为胆小，故勇怯属胆，已成为习惯用语，是有一定根据的。胆虽属六腑之一，但其内藏清净之胆液，故《灵枢·本输》称胆为"中精之府"，《难经·三十五难》称它为"清净之府"，《中藏经》和《千金要方》称"中清之府"。虽然胆汁输泄而不藏，但与胃、大肠、小肠、三焦、膀胱的传化输泻水谷不同，故古人将胆又列为奇恒之腑。

三焦

为六腑之一的三焦，是上焦、中焦、下焦的合称。《内经》不但指出了三焦的名称，同时论述了三焦的部位。如《灵枢·营卫生会》说："上焦出于胃上口，并咽以上，贯膈而布胸中……，中焦亦并胃中，出上焦之后……，下焦者，别回肠，注于膀胱而渗入焉。"可见，在人体十二脏腑中，唯三焦一腑最大，故《灵枢·本输》称它为"孤之腑"。张景岳注说："盖即脏腑之外，躯体之内，包罗诸脏，一腔之大腑也。"

三焦生理功能 由于三焦纵贯于人体躯壳之内的上、中、下三部，包罗诸脏，所以它的生理功能和相应脏腑的生理功能是分不开的，兹分述之。

主持诸气，总司人体的气化 三焦有总领五脏六腑、营卫、经络、内外、上下之气的功能，五脏六腑的气化功能都是通过三焦来实现的。如《难经·三十一难》说："三焦者，水谷之道路，气之所终始也。"《三十八难》谓三焦"有原气之别焉，主持诸气"。《六十六难》说："三焦者，原气之别使也，主通行三气，经历于五脏六腑。"元气是人体的根本之气，它源出于肾，通过三焦而敷布全身，推动脏腑气化活动，为人体生化动力之源泉。换言之，人体的元气，是通过三焦面运行全身的，故称三焦为元气行使之道路。《中藏经·三焦虚实寒热脉证顺逆》说："三焦者，人之三元之气，号曰中清之府，总领五脏六腑、营卫、经络、内外、左右、上下之气也。三焦通则内外左右上下皆通也，其于周身灌体，和内调外，营左养右，导上宣下，莫大于此者也。"

协助脏腑输布饮食精微、排泄废物 人体的饮食水谷，特别是水液的消化吸收、输布与排泄，是由若干脏腑参加共同完成的一个复杂的生理过程，但都与三焦有关。

上焦的功能主要是将饮食物的精气宣散敷布于全身，像自然界的雾露一样滋润灌养全身，故云"上焦如雾"。《灵枢·决气》说："上焦开发，宣五谷味，熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉。"由此可知，上焦的功能实际上就是心肺的运行气血、输布营养物质的功能。

中焦的功能主要是受纳腐熟水谷，泌别清浊，将水谷之精微转输于上焦，将糟粕部分移传于下焦，故云"中焦如沤"。《灵枢·营卫生会》说："中焦亦并胃中，……此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉"，可见，中焦的功能就是脾胃受纳、腐熟和运化水谷的功能。

下焦的功能主要是排泄水谷之糟粕废物，故云"下焦如渎"。《灵枢·营卫生会》说："故水谷者，常并居于胃中，成糟粕而俱下于大肠，而成下焦，渗而俱下，济泌别汁，循下焦而渗入膀胱焉。"

可见，下焦的功能实际上就是大肠、肾和膀胱等脏腑排泄粪便和尿液的功能。由上可知，三焦对于水谷的作用，实际上概括了饮食物在体内消化、吸收及其精微的输布和废物排泄的整个代谢过程，是脾胃、心肺、大小肠、肾和膀胱等脏腑共同作用的结果。

疏通水道，是体内水液运行之道路 《素问·经脉别论》说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"这是对体内水液代谢过程的简要概括。肺脏通调水道，使水液下达于肾；肾气蒸化，使水液上腾于肺；水液上腾下达，皆以三焦为道路。而且，水液的上升和下达，是和三焦的气化功能分不开的。故《素问·灵兰秘典论》说："三焦者，决渎之官，水道出焉。"由此可知，三焦通调水道的生理功能乃是整个脏腑在参与水液代谢过程中气化作用的综合表现。

所以，从部位上论三焦，则咽喉至胃上口为上焦，胃上口至胃下口为中焦，胃下口至二阴为下焦。从功能上论三焦，则上焦包括心肺的功能，中焦包括脾胃的功能，下焦包括肝、肾、大小肠、膀胱等功能。

历代医家对三焦的不同论述 历代医家对三焦的形态亦有许多争论，争论的焦点即是有形和无形的问题。现将这两方面的论争分述如下：

有名无形的论述 首见于《难经》，如《十八难》说："脏唯有五，府独有六者，何也？然，所以腑有六者，谓三焦也。有原气之别焉，主持诸气，有名而无形。"又《二十五难》说："心主与三焦为表里，俱有名而无形。"《难经》即明确提出了"有名无形"的说法。自此以后，《中藏经·论三焦虚实寒热生死逆顺之法》中亦主张三焦无形之说，它说："三焦者，人之三元之气也……有其名而无形者也。"《千金要方》谓"有名无形"、"可闻不可见"。《难经本义》则言"盖三焦外有经而内无形"。《医学入门》说三焦是"无形而有用"。张山雷在其《难经汇注笺正·三十八难注》中不但认为三焦是有名无形，同时还否定了三焦有"原气之别"，"主持诸气"的功能，他说："姑以无声无臭之

原气二字，作为三焦所主持，见得有此三焦之名，於吾身不无作用，究之此身元气，自有发源之地，亦不能空空洞洞，概以归之三焦，然则《难经》此节，仍是蜃气之楼台，故曰有名无形。"以上，即为历代医家对三焦有名无形的认识，虽然它是有名无形，但都一致认为它有一定功能，而且是人体不可缺少的一腑。因此有"无形而有用"的论点，大抵和命门相火、肾间动气联系起来，认为三焦只不过是一种元气而已。这就是所谓"气化三焦"学说的理论根据。

有名有形的论述　历代医家主要是根据《灵枢·营卫生会》对三焦的论述，确定了三焦是一个脏器，所以不论是在《灵枢》，还是在《素问》，都在生理和病理上说明了它是"有名有形"，虽然论述的不够具体，但已经具备了部位和功能，所以《内经》称三焦为"孤府"，《难经》称"外府"。如《灵枢·营卫生会》说："上焦出于胃上口，并咽以上，贯膈而布胸中……；中焦亦并胃中，出上焦之后，……下焦者，别回肠，注于膀胱而渗入焉。"此即"三焦有名有形说"的根据，同时在《难经》中对三焦的部位及功能更作了具体说明，如《难经·三十一难》说："三焦者，水谷之道路，气之所终始也。上焦者，在心下，下膈，在胃上口，主内而不出，……中焦者，在胃中脘，不上不下，主腐熟水谷，……下焦者，当膀胱上口，主分别清浊，主出而不内，以传道也。"后世医家更从具体形态部位来说明三焦，如《医学正传·医学或问》谓三焦"其体有脂膜，在腔子之内，包罗乎六脏五府之外也"。从部位上则谓："胸中肓膜之上，曰上焦；肓膜之下，脐之上，曰中焦；脐之下，曰下焦，总名曰三焦。"《血证论·脏腑病机论》称三焦"即人身上下内外相联之油膜也"。近世许多学者从形态学、生理学方面来认识三焦，如陆渊雷、章太炎则认为是淋巴系统，有的则认为是组织间隙等等。

奇恒之腑

奇恒之腑包括脑、髓、骨、脉、胆、女子胞六种器官组织。奇，异也；恒，常也。所谓奇恒，是异于通常之意。因为这六个器官组织与五脏六腑相比较，有相同又有不同之处，在形态上大多中空像腑，而在功能上则"藏精气而不泻"又多像脏，由于既区别于腑，又不同于脏，故称"奇恒之腑"。《素问·五脏别论》说："脑、髓、骨、脉、胆、女子胞。此六者，地气之所生也，皆藏于阴而像于地，故藏而不泻，名曰奇恒之府。"所谓"藏于阴而像于地"，是指这些器官组织皆深藏于躯体之内而不与外界直接相通；"藏而不泻"，是说能贮藏精气，以盈满为常。如脑藏髓，称"髓海"，为"元神之府"；骨能藏髓，髓由肾藏精气所化，髓能充养骨骼；脉藏血，为气血运行之管道，故又称为"血之府"；胆藏胆汁，称为"中精之府"；女子胞能妊育胎儿等，皆是指此而言。

脑

脑居颅内，由髓汇聚而成，故《灵枢·海论》说："脑为髓之海。"《素问·五脏生成》说："诸髓者，皆属于脑。"对于脑的作用，《内经》中已有了简要说明。如《素问·脉要精微论》说："头者，精明之府。"《灵枢·大惑论》说："五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束。裹撷筋、骨、血、气之精而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。故邪中于项，因逢其身之虚，其入深，则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。"这是《内经》把视觉的生理病理与脑结合起来的论述。同时《内经》认为听觉的正常与否与脑亦有密切的关系。如《灵枢·海论》说："髓海不足，则脑转耳鸣。"《灵枢·口问》则谓："上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。"脑、耳、目皆在头部，脑之"不满"，则可导致耳鸣、目眩，可见古代医家已经认识到听觉和视觉皆与脑有关。王清任在前人认识的基础上把脑的功能作了较为详细的论述，他在《医林改错》中说："灵机记性在脑者，因饮食生气血，长肌肉，精汁之清者，化而为髓，由脊骨上行入脑，名曰脑髓。……两耳通脑，所听之声归于脑；……两目系如线长于脑，所见之物归于脑；……鼻通于脑，所闻香臭归于脑；……小儿……至周岁脑渐生，……舌能言一、二字。"他的这一认识，已把记忆、视、听、嗅、言等感官功能统归于脑。至此，中医学对脑的认识已提高了一大步。与近代医学对脑的认识基本相同。

古代医学虽然对脑的生理、病理有一定的认识，但就脏腑学说和形神学说而论，则把人的精神、意识思维活动等都统归于心，故曰"心藏神"。又把神分为不同表现的神，即五神（神、魂、魄、意、志），而分别归属于五脏。如心藏神，主喜；肝藏魂，主怒；肺藏魄，主悲；脾藏意，主思；肾藏志，主恐等等。因此，中医学把有关脑的生理和病理以及病证的辨证治疗，除以心为主外，都和其他四脏密切地联系起来。因为心为"君主之官，神明出焉"，为"五脏六腑之大主，精神之所舍也"。肝主疏泄，与情志有密切关系。肾主藏精，生髓而通于脑。如临床上热性病而出现的神昏、谵语等神志病变叫做"热入心包"或"热邪扰心"，治疗当"清热开窍"、"育阴养心安神"等；情志不遂或精神过度刺激而致的精神病变，叫做"痰迷心窍"、"痰蒙心窍"或"痰火扰心"，治疗当"疏肝解郁"、"豁痰开窍"、"清心泻火"、"理气养血安神"等；先天大脑发育不全，骨软，五迟，或后天失养、房室纵欲而导致的神经衰弱等病证，称为"先天肾精不足"、"肾气不足"或"心肾不交"等，治疗当"补肾益精"、"填精补髓"或"交通心肾"等。这就是应用脏腑学说的理论来指导临床治疗脑病证的具体说明。

骨与髓

人体的骨骼有维持体形，保护脏器和支持体重的作用。《灵枢·经脉》提出"骨为干"，《内经》对骨骼的长短、大小、广狭等已有初步的认识。如《骨度》说："头之大骨围二尺六寸，胸围四尺五寸，腰围四尺二寸，发所复者，颅至项尺二寸，发以下至颐长一尺……结喉以下至缺盆中长四寸，缺盆以下至髑骬长九寸，……天枢以下至横骨长六寸半，横骨上廉以下至内辅之上廉，长一尺八寸，内辅之上廉以下至下廉，长三寸半……。"这是古人对人体之所有骨骼进行的全面测量，不但对针灸俞穴定位起了很大的作用，同时对成人的高度"八尺之士"提出了标准。

中医学认为骨的生长、发育和骨质之坚脆与肾有密切关系。肾主藏精，精能生髓，髓有骨髓和脊髓之分，骨髓居于骨中，骨赖髓以充养。故《素问·宣明五气》说："肾主骨"，《素问·阴阳应象大论》说："肾主骨髓。"《素问·五脏生成》说："肾之合骨也"，《素问·六节脏象论》说："肾者……其充在骨"，《素问·平人气象论》谓："肾藏骨髓之气也"，这些都说明了肾与骨、髓的关系。肾精充足，则骨髓的生化有源，骨骼得到髓的充养而迅速成长和坚固有力。若肾精虚少，则骨髓的化源不足，不能营养骨骼，就会出现骨骼脆弱无力或发育不良。所以临床所见的小儿囟门闭迟，骨软无力，常常由于先天之精不足所致。若肾为邪气所伤或房室过度，导致肾精不足，便会出现腰膝酸软无力，甚至足痿不能行动等症。如《素问·痿论》说："肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。"脊髓上通于脑，脑为髓汇聚而成，故《灵枢·海论》称"脑为髓之海"。若肾精不足，不能生髓充脑，可导致髓海不足之病证。如《灵枢·海论》所说："髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"故临床上见到上述骨与脑的病变，常从治肾人手（见"骨"条）。

脉

脉为气血运行之管道，故《素问·脉要精微论》说："夫脉者，血之府也。"《灵枢·决气》对脉的概念做了简明的论述，它说："壅遏营气，令无所避，是谓脉。"张景岳《类经》注此云："壅遏者，堤防之谓，犹道路之有封疆，江河之有涯岸，俾营气无所回避而必行其中者，是谓之脉。然则脉者，非气非血，而所以通乎气血者也。"脉虽是人体生理的组成部分，但它是血气通行的路径，所以习惯上常血脉并提。

脉与心的关系至为密切。《素问·五脏生成》说："心之合脉也"，《素问·六节脏象论》说："心者……其充在血脉"，《素问·平人气象论》说："心藏血脉之气也"，《内经》的论述不但发现了血液循环，同时并提出了动脉血和静脉血的不同。《灵枢·经水》有"脉之长短，血之清浊"记载，《灵枢·决气》也有"血脉之清浊"论述，显然，血之"清"者是指的动脉血，血之"浊"者是指的静脉血。在正常情况下，心气充足，作为动力，使血在脉中随呼吸有节律地、沿一定方向周流不息。《素问·平人气象论》说："人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸定息脉五动。"在病理状态下，心或其他脏腑气血有病，可以通过脉搏动的大小、形态、幅度、紧张度和频率、节律等反映出来，这就是中医学候脉动之所以诊病的道理。《素问·脉要精微论》说："夫脉者，血之府也，长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，上盛则气高，下盛则气胀，代则气衰，细则气少，涩则心痛。"脉诊是中医学的一种独特的诊断方法，在四诊中占有重要地位，目前研制的电子脉诊仪，可以用以描记各种脉象图形，来分析心血管系统的疾病或全身的疾病。

女子胞

女子胞亦名胞宫，即子宫，位于小腹中，有孕育胎儿和定期产生月经的作用。《素问·五脏别论》首先提出女子胞之名，并认识到它有蓄藏精血、孕育胎儿的作用，故把它列为奇恒之府之一。张景岳《类经》注此云："女子之胞，子宫是也，亦以出纳精气而成胎孕者为奇。"《校注妇人良方·胎教门》说："阴阳交媾，胚胎始凝，所藏之处，名曰子宫。"女子胞和肾脏及冲、任两脉的关系最为密切，因生殖机能由肾精所主，而冲、任两脉同起于胞中。当人发育到一定的年龄，肾中精气旺盛，冲任两脉气血充足时，胞宫才能"月事以时下"，而具备生殖和孕育胎儿的作用，《素问·上古天真论》说："女子……二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。"如果肾气衰弱，冲任两脉气血虚少，就会出现月事不调、经闭等证，甚则生殖机能丧失。除疾病外，人的年龄与此亦有密切关系。《素问·上古天真论》又说："七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。"此外，胞宫与心、肝、脾三脏亦有密切关系。因为月经的产生，胎儿的孕育，都有赖于血液，而心主血，肝藏血，脾不但主统血又是血液生化之源，故当心、肝、脾三脏功能失调时，均可影响胞宫的正常功能而出现月经疾病和胎孕疾患。如心脾两虚，气血不足，可致月经量少，愆期而至，甚则经闭；脾虚不能统摄，冲任不固则血液妄行，可致崩漏；肝气郁结，疏泄失权，亦常引起月经不调。上述几种原因又皆可引起妇女不孕或胎产疾患。故临床上见到妇女月经不调及胎孕等病证，首先要考虑到肾及冲任两脉的病变，其次要分析肝、脾、心等脏的功能是否正常，治疗时多从肝肾方面着手。

脏腑之间的相互关系

人体是一个统一的有机整体，它是若干脏腑、经络、组织和器官所组成的。各脏腑、组织、器官之间，通过经

络的连结作用，建立了不可分割的密切联系。中医学的脏腑学说，不但系统地阐述了脏腑各自的生理功能，而且认为这些生理功能的正常进行，是脏腑之间相互协作、互相配合、互相制约的结果，脏和腑，它们之间在生理功能上互相联系、依赖，在病理上又互相影响、传变。这是整体观念在生理病理方面的体现，对于中医学理论体系的发展起着重大作用，并有效地指导着临床的辨证论治。

脏与脏　可以从下面几方面来认识：

心与肺　心肺同居上焦，心为"阳中之太阳"，肺为"阳中之太阴"（《素问·六节脏象论》）。心主血脉，肺主气，且肺朝百脉，故心肺两脏是气血相互为用的关系，其关系最为密切。《素问·经脉别论》说："食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。毛脉合精，行气于府，府精神明，留于四脏，气归于权衡，权衡以平，气口成寸，以决死生。"这里提出了"肺朝百脉"，使心所主的血和肺所主的气能汇合在一起，并提出了"毛脉合精"，即心血肺气相合，营运于全身，支持了全身脏腑组织的功能活动。心血和肺气是互相依存的。血的运行有赖于气的推动，而气的输布亦需要血的运载，气寓于血中，两者不可分离，故有"气为血之帅，血为气之母"之说。气血的关系，实际上就是心肺的关系。在病理上，若肺气虚弱，则血液运行迟滞，可出现胸闷气短、心悸、唇青、舌紫等心血瘀阻之证。若心气不足或心阳不振，血脉运行不畅，也会影响肺的宣降功能，从而出现咳喘、气促、胸闷憋气等肺气上逆的症状。在温热病的发展过程中，有"温邪上受，首先犯肺，逆传心包"的由肺卫阶段直入心营的情况，亦说明心肺在病理上的互相影响。

心与脾　心主血，脾为气血生化之源，脾气足，运化功能正常，则水谷之精微由脾气布散，上归于肺心，奉心化赤为血，则心所主之血液自能充足。血液正常循行于经脉之中，虽由心气之推动，肺气之辅佐，但必赖脾气为之统摄，才能使血液在脉管中沿一定方向正常循行，不致妄溢。总之，心与脾的关系主要是血液生成和运行的关系。在病理上，心脾两脏亦互相影响。若脾气虚弱，运化无权，则心血的化生不足；脾不统血而使血液妄溢，亦可导致心血亏损；若思虑过度耗伤心血，又可影响脾之健运，以上情况均可出现心悸、失眠、腹胀食少、肢倦、面色无华等症，称"心脾两虚"证，临床用补益心脾的方法来治疗。

心与肝　心主血，肝藏血。心血充足，则肝有所藏，以维持其正常生理功能。若心血不足，则肝血亦常因之而虚；肝血不足，心血亦常因之而损。心肝血虚，则常见心悸、失眠、面色白、视物昏花、月经量少而色淡等血虚病证。心藏神，肝藏魂，肝主疏泄，心主神志，都与精神情志活动有关，故《灵枢·本神》说："肝藏血，血舍魂，肝气虚则恐，实则怒。……心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休。"由此可知，在某些精神因素所致的病变中，心肝两脏常互相影响。并在其血虚，阴虚的病变中，心烦失眠与急躁易怒等精神症状亦常同时并见。

心与肾　心为阳脏，位居于上，其性属火；肾为阴脏，位居于下，其性属水。在生理状态下，心火下降于肾，使肾水不寒；肾水上济于心，使心阳不亢。古代医家把这种心火下降，肾水上济的关系叫做"心肾相交"或"水火既济"。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·心病源流》说："故必肾水足，而后心火融，肾水不足，必至心火上炎。"又说："是以像川翁曰：精能生气，气能生神，营卫一身，莫大于此。"这就充分地说明了心与肾的关系。在病理情况下，若心阳衰微，心火不能下温肾水，以致水寒不化，上凌于心，可出现心悸、心慌、水肿等"水气凌心"的病证。若肾水不足，不能上济心阴，或肾阳不足，不能蒸化肾水，不能上济于心阴，皆可致心阳独亢，出现心悸、怔忡、心烦、失眠、健忘、耳鸣等症证。心火独亢于上，还可出现口舌生疮、口干少津、五心烦热等"阴虚火旺"的病证。

心主血，肾藏精，精血之间又能互相资生。如巢元方《诸病源候论》说："肾藏精，精者，血之所成也"。沈金鳌《杂病源流犀烛·心病源流》说："血即精也……故血盛则神明湛一，血衰则志气昏蒙。"唐容川《血证论》说："肾藏精，然精虽以肾为主，而实则心血之所化也。"由此可知，肾精亏损与心血不足亦常互为因果。肾藏精生髓充脑，脑为精髓所组成的元神之府。肾精不足，则"髓海空虚"，可出现神疲、健忘、眩晕、失眠、耳鸣、多梦等症。心主血脉而藏神，心血不足，亦常出现神衰、健忘、心悸、失眠、多梦等心神失常之症状。这就充分说明了心血肾精在病理上互相影响的关系。临床上见到上述病证，按其主次，可用补心益肾安神法治疗，效果比较满意。

肺与脾　肺主气，脾统血，且为气血生化之源。肺司呼吸，脾主运化。肺吸入的自然界之清气与脾运化的水谷精微相合产生宗气。可见，宗气的生成是离不开脾和肺的。肺在进行生理活动时所需要的营养物质，是靠脾运化精微来供应；而脾主运化，则有赖于肺气宣发和肃降功能的资助。在机体水液代谢中，肺为水之上源，脾主中洲而为转枢，肾为水之下源，三脏密切配合，以完成水液之代谢。所以，张介宾认为肿胀之病未有不关于脾肺肾三脏者。其意以脾主运化精微，肺主气，行治节，肾主五液而行水。凡五气所化之液，悉属于肾；五液所行之气，悉属于肺；转输两脏利水生金，悉属于脾。由此可知，水肿病证，皆由于三脏失职所形成。此外，肺与脾对精微的输布有着很大作用，正如《素问·经脉别论》说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"在病理上脾肺两脏亦互相影响。由于肺主气，脾为气血生化之源，故临床上一般所说的"气虚证"，指脾气虚与肺气虚而言，常见体倦乏力、少气懒言、动则气喘等症。在治疗上，补脾气即所以生肺气，古代医家叫做"培土生金"。若脾失健运，水湿不行，可聚为痰饮，进而影响肺的宣降功能，出现咳喘痰多等症。故有"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"之说。若肺

气虚衰，宣降失职，水液代谢失常，致使湿停中焦，脾阳受困，则出现水肿、倦怠、腹胀、便溏等症。

肺与肝　肺与肝之关系主要表现在气血调节及气机升降等方面。肺主气，周身之气赖肺气以宣布；肝藏血，全身之血，由肝进行调节。王冰说："肝藏血，心行之，人动则血运于诸经，人静则血归于肝藏。"气血互为依存，须赖肝肺的配合。肝主升发，肺主肃降，关系到人体气机的升降运动。从五行方面看，肺对肝有一定的克制作用。肝火过旺，可以反侮肺金，影响肺主气的宣降功能。从而出现咳逆、气急、咯血等损及肺阴(肝火灼肺)的证候。相反，肺气不足则不能制约肝，可出现"金不制木"的肝气逆乱之病证，出现气短咳嗽、胸胁胀痛、头目晕胀而痛等症。

肺与肾　肺与肾的关系，主要表现在水液代谢和呼吸两个方面。前已述及，肺主气，通调水道，为"水之上源"，肾主开阖，通过气化作用于膀胱。机体的水液代谢，通过宣降作用，使水精四布，五经并行，通达全身各部。而其中之浊液则下输膀胱，在肾的气化作用下，其清者复蒸腾上行于肺；浊者则变为尿液排出体外，从而保证了体液的正常代谢。肺主呼气，肾主纳气，两脏共同完成呼吸的出入升降运动。由此可知，肺的呼吸功能，需要肾的"纳气"作用来协助。肾气充盛，吸入之气才能经过肺的肃降，下纳于肾。故有"肺为气之主，肾为气之根"、"呼出心与肺，吸入肾与肝"之说。在病理上，若肺的宣降功能失调，或肾的气化作用不利，皆可导致水液代谢失常，出现咳逆喘息不得卧、水肿等病证。若肾气虚衰，摄纳无权或肺病日久，伤及肾气而致肾不纳气，皆可出现气喘，呼多吸少，动则尤其等"肾不纳气"之证候。

其次，肺肾之阴液亦是互相滋养的。肾阴为全身阴液之根本，张景岳称全身各脏腑"非此不能滋"。肾阴虚损不能上滋于肺金，可致肺阴亏虚。肺主宣发，若肺阴亏虚则不能正常宣布精微，亦能损及于肾而使肾阴亏虚。故在临床上，肺肾阴虚，常并见颧红、潮热、盗汗、干咳音哑、腰膝酸软、梦遗等症状。

肝与脾　肝脾两脏除对血液的运行有调节和统摄的直接关系外，它们之间还有疏泄和运化的关系。肝藏血，主疏泄；脾统血，主运化，为气血生化之源。脾胃的升降、运化，有赖于肝气的疏泄。肝的功能正常，疏泄调畅，则脾胃升降得宜，运化健旺。若肝失疏泄，就会影响脾胃的升降、运化，临床常见有两种情况，一是肝气横逆，克伐脾脏，称为"肝脾不调"，常见胸胁胀满、食欲不振、腹胀、便溏等症；二是肝气横逆乘袭胃腑，称为"肝胃不和"，常见胸胁胀满疼痛、胃脘痛、呕恶、嗳气泛酸等症。反之，脾病亦可影响及肝。若脾虚不运，气血生化无源，或脾不统血，失血过多，均可导致肝血不足；若脾失健运，水湿内停，久蕴成热，湿热郁蒸，使肝胆疏泄不利，则可形成黄疸，总之，肝病可以传脾，脾病可以及肝，在临床上都是屡见不鲜的。

脾与肾　脾为后天之本，肾为先天之本。脾之健运，须借助于肾中元阳的温煦作用，故有"脾阳根于肾阳"之说。肾主藏精，其精有先后天之分。先天之精禀受于父母，后天之精即水谷之精，来自于脾的健运化生。故《素问·上古天真论》中说："肾者主水，受五脏六腑之精而藏之。"这里所说的"五脏六腑之精"，即是后天之精。也就是说，肾所藏的先天之精，必须依赖脾所化生的后天之精的滋养，才能不断得以补充和成熟。因此在生理活动中，脾与肾是相互资助、相互促进的。在病理上亦常互相波及，若肾阳不足，不能温煦脾阳，可见腹部冷痛、下利清谷或五更泄泻、水肿等症。若脾阳久虚，进而可损及肾阳，除出现脾阳虚的上述症状外，可见畏寒肢冷、腰膝酸软或冷痛、或见阳痿、遗精、早泄等症。临床上见到以上两种情况，均可统称为"脾肾阳虚"证。

肝与肾　肝藏血，肾藏精，肝血与肾精是相互滋养，相互滋生的。《张氏医通》说："气不耗，归精于肾而为精；精不泄，归精于肝而化清血。"肝血充盛，血可化为精，肾精充满，精也可化为血。故有"精血同源"之论；肝阴须赖肾阴滋养，肝的功能才能正常。肝肾同位于下焦，同具有相火，故有"肝肾同源"的说法。在病理上，肝肾两脏的病变常互相影响。如肾精亏虚，可导致肝阴不足；肝阴不足，亦可引起肾精亏损。再如肾阴不足可引起肝阴不足而导致肝阳偏亢；肝火太盛，亦可下灼肾阴，从而形成肾阴不足，凡此种种均为临床之所常见。

脏与腑　有以下几方面的关系：

心与小肠　心的经脉属心络小肠，小肠的经脉属小肠络心。两者通过经脉的互相络属构成表里关系。在正常情况下，心阳下达，布于小肠，则小肠"受盛化物"、"泌别清浊"之功能正常。在病理上表现较为突出，例如，心火盛，移热于小肠，能够影响小肠的"泌别清浊"的功能，煎灼津液，引起尿少、尿赤、尿热、尿痛等小肠火热的症状。反之，若小肠有热亦可循经上炎于心，可见心烦、舌赤、口舌生疮等症。故在临床治疗上，泻心火、清利小便的药物常常并用。

肺与大肠　肺与大肠亦通过经络互为络属而构成表里关系。大肠的传导功能，依靠肺气的肃降；肺气的宣发和肃降，亦与大肠的传导有关。肺气肃降正常，大肠传导如常，则粪便排出通畅。若肺气失于肃降，津液不能下达，可见大便困难；肺气虚弱，气虚推动无力，可见大便秘结，临床称"气虚便秘"，若气虚不能固摄则可见大便溏泄。若大肠实热积滞，腑气不通，则又可引起肺气宣降失常，而产生咳喘胸满等症。

脾与胃　脾与胃通过经脉的络属构成表里关系。胃主受纳腐熟，脾主运化，共同完成饮食物的消化、吸收及其精微的输布，以营养全身，故称脾胃为"后天之本"。胃气上降，脾气主升，胃气下降，水谷及其糟粕才能得以下行；脾气升清，水谷之精微始得以上输于肺。胃为阳腑，喜润恶燥；脾为阴脏，喜燥恶湿。脾与胃燥湿相济，升降得宜，阴阳相合，两者相辅相成，人体饮食物的消化、吸收

等功能才能正常进行。在病变时，若脾脏受邪，运化失职，清气不升，可影响胃的受纳与和降，出现食少、呕吐、恶心、腹胀痛等症。若胃腑受病，胃失和降，亦可影响脾的升清与运化。出现腹胀、泄泻等症。故《素问·阴阳应象大论》说："清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生䐜胀。"在治疗上，治脾用药宜燥，治胃用药宜润。于此，临床常运用的健脾消导或醒脾和胃等脾胃同治的方法也就不难理解了。

肝与胆　胆附于肝，肝之经脉、属肝络胆；胆的经脉属胆络肝。胆汁来源于肝，故《灵枢·天年》说："五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始减……。"《东医宝鉴·内景篇》说："肝之余气，溢入于胆，聚而成精。"故《灵枢·本输》称胆为"中精之府"。这就说明肝与胆，相依为用。胆汁所以能正常排泄和发挥其作用，有赖于肝的疏泄功能。反之，肝的疏泄失常，就会影响胆汁的分泌与排泄。胆汁排泄不畅，又会影响肝的疏泄，因此，肝胆的病症常常同时出现。因此临床上疏肝作用的药物，都有利胆功效。

肾与膀胱　肾与膀胱，有经脉互相络属，相为表里。膀胱的贮尿排尿功能，依赖于肾的气化作用。肾气充足，则固摄有权，膀胱开合有度以维持水液的正常代谢。如果肾气不足，气化失常，固摄无权，则膀胱开合失度，可出现小便不利或失禁、遗尿、尿频等症。故在临床上见到尿液的贮存与排泄失常的病症，除膀胱本身外，多与肾脏有关，例如老年人的尿失禁，多由肾气衰弱所引起。

腑与腑　六腑的主要功能是"传化物"。在饮食物的消化、吸收及废物的排泄等功能活动中，六腑之间亦相互联系，密切配合。

饮食入胃，经胃的腐熟和初步消化，下传于小肠。小肠再进一步消化，并泌别清浊。其清者为精微以营养全身。浊者，其水液部分渗入膀胱，食物之糟粕部分导入大肠。渗入膀胱的水液经气化作用，及时排出体外；进入大肠的糟粕，经燥化与传导作用而为粪便，由肛门排出体外。在饮食物的消化、吸收和糟粕的排泄过程中，还有赖于胆汁的输泄以助消化。三焦不但是水液运行的道路，更重要的是三焦主持诸气，能敷布元气于全身脏腑，推动了传化水谷的功能活动。《灵枢·本脏》所谓："六腑者，所以化水谷而行津液者也"，即是对六腑功能的总概括。由于六腑传化水谷，需要不断地受纳、消化、传导和排泄，宜通畅而不宜留滞，故《素问·五脏别论》有"传化物而不藏"和"胃实而肠虚"、"肠实而胃虚"的论述。说明了饮食物在胃肠中更替运化的生理过程，后世医家所谓"六腑以通为用"和"腑病以通为治"的理论，即是根源于此。

六腑之间在病理上，亦可相互影响。如果胃有实热，消灼津液，可使大便燥结，大肠传导不利；大肠燥结，便秘不行，亦可影响胃的和降，导致胃气上逆，出现呕恶、口臭、不欲食等症；胆火炽盛，常可犯胃，可见呕吐苦水等症；脾胃湿热侵及肝胆，则使胆汁外溢，可见黄疸等病证。但是六腑之间虽以通为要，若其通之太过或不及，亦皆为病态。

气血

气和血是构成机体的基本物质。《素问·调经论》明确指出："人之所有者，血与气耳"。气血为水谷精微所化，气属阳，血属阴，两者不可分离。在气血关系中，气为动力，血为基础，故有"气为血帅，血为气母"、"气行则血行，气滞则血瘀"之论。由此可知，气和血是相互依附而不可分割的，它们之间无论在生理、病理上都是互相联系，互相资生，互相影响的。

气　气在古代是人们对自然现象的一种朴素的认识。首先认为气是构成世界的最基本物质，宇宙间的一切事物都是气的运动变化而产生的。如《易·系辞上说》："精气为物"，孔颖达疏曰："云精气为物者，谓阴阳精灵之气，氤氲积聚而成万物也"，《公羊传·解诂》说："元者，气也，无形以起，有形以分，造起天地，天地之始也"，王充《论衡·自然》中说："天地合气，万物自生。"这些都说明了古人认为气是构成客观世界的基本物质。可以说，气是古人对物质和能量的朴素概括。古人所说的气，是肉眼所不能见的极微小的物质颗粒。气和物是统一的。气的理论被引进到中医学领域，同样认为气是构成人体的基本物质，并以气的运动变化来说明人的生命活动。故《素问·宝命全形论》说："人以天地之气生"，"天地合气，命之曰人。"指出人是物质的，是靠天地之气而生养的。又《素问·六节脏象论》说："天食人以五气，地食人以五味……气和而生，津液相成，神乃自生。"亦说明了人的生命活动，是以气为物质基础的。因此，中医学气的含义是指构成人体和维持人体生命活动的最基本物质。由于气具有活力很强的不断运动的特性，对人体生命活动有推动和温煦等作用，因而中医学以气的运动变化来阐释人体的生命活动。所谓"真气"即指人体的正气而言。《灵枢·刺节真邪》说："真气者，所受于天，与谷气并而充身者也。"《灵枢·决气》说："上焦开发，宣五谷味，熏肤，充身，泽毛，若雾露之溉，是谓气。"说明真气的来源，一是接受自然界的空气及先天赋予的精气。一是接受食物中的精微，通过上焦心肺的布散达于全身，从而维持脏腑组织的功能活动。因而气是人体的根本。所以宋代杨士瀛《仁斋直指小儿方论》说："人以气为主，一息不运则机缄穷，一毫不续则穹壤判。阴阳之所以升降者，气也；血脉之所以流行者，亦气也；营卫之所以转运者，气也；五脏六腑之所以相养相成者，亦此气也。盛则盈，衰则虚，顺则平，逆则病，气者也，非独人身之根本乎?"

气的分类　由于气的分布不同及其功能活动的各异，故有元气、宗气、中气、营气、卫气之分。

（1）元气：元气又称"原气"。原，亦最初之义，故元气即是先天之气。它是人体中最重要、最基本的一种气，是生命活动的原动力，故称为原气。元气主要由先天之精化生而来，降生之后，又依靠后天水谷之精微的滋养和

补充。元气中含有元阴元阳两个部分，人体各脏腑组织得到元气的激发，才能各自发挥其不同的功能，所以张景岳认为："非此(指元阴)不能滋"，"非此(指元阳)不能发"(《景岳全书·传忠录下·命门余义》)。由此可知，结合到脏腑之气而言，元气实际上就是肾气。元气充沛，脏腑组织功能健旺，身体则康强而少病；反之，先天禀赋不足，或因久病劳损，则会出现元气衰惫而诸种病变丛生。

(2) 宗气：宗，有汇宗、根本之义。宗气聚于胸中，又称"大气"、"动气"。它是由肺所吸入的清气与脾胃运化而来的水谷之气结合，经心肺的共同作用而产生的，因此，属于后天之气。它能推动肺的呼吸和血液的运行，如《灵枢·邪客》说："宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉"。《素问·平人气象论》说："出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。"《灵枢·五味》称宗气为大气，它说："其大气之抟而不行者，积于胸中，命曰气海。"宗气为诸气所宗，故名"气海"。它不仅对呼吸和心的搏动有推动作用，而且与整个机体的视听言动等功能，都有密切关系。故周澂之在《读医随笔》中说："宗气者，动气也。凡呼吸、语言、声音以及肢体运动、筋骨强弱者，宗气之功用也。虚则短促气少，实则喘喝胀满。"宗气虽积于胸中，但随心肺之血气流动于全身，故又称曰"动气"。结合到脏腑之气而言，宗气即心肺相合之气。宗气的生理功能，既以动为特征，故劳倦或郁结，往往为宗气的病变。

(3) 中气：即中焦脾胃之气，乃脾胃功能活动的总称。脾胃活动产生了中气，中气又支持了脾胃活动。其生理作用是腐熟和运化水谷，化生营养精微。由于全身各脏腑组织的功能活动，都有赖于脾胃所化生的精微支持，因此称脾胃是"气血化生之源"，为"后天之本"。如果脾胃功能减退，中气不足，气血化生无力，生命活动也就衰减乃至停止。《素问·太阴阳明论》说："四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也……故太阴为之行气于三阴。阳明者，表也，五脏六腑之海也，亦为之行气于三阳。"李东垣《脾胃论·脾胃盛衰论》亦说："脾禀气于胃，而浇灌四旁，营养气血者也。"《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》说："人以胃气为本，盖人受水谷之气以生。"总上所述，中气是概括脾胃之气而言，以其位于中焦，能溉四旁，故以"中气"名之。

(4) 营气：营有营运和营养两个含义。营气主要由脾胃运化的水谷精微所化生，是水谷之气中比较轻柔而富有营养的物质。营在经脉之中，是血液的重要组成部分。营运于全身而发挥其营养作用。故《素问·痹论》说："营者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也，故循脉上下，贯五脏，络六腑也。"《灵枢·营卫生会》说："人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端。"这就明确地指出了营气的生成、运行和功能。由此可知，营气，实质上就是血液的营养物质和功能。因血液周流于全身，而具有营养作用，所以称为营气。正如《灵枢·营卫生会》所说："以奉生身，莫贵于此，故独得行于经隧，命曰营气。"由于营气存在于血液之中，对于血液的生成具有重要的催化作用，所以《灵枢·邪客》说："营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。"正因为血与营气有着如此的密切关系，故常常相提并论而称"营血"。

(5) 卫气：卫有保卫、卫护之义。卫气亦由水谷精微化生而来，是水谷精微中比较慓悍滑疾的部分，属于阳气之一。故《素问·痹论》说："卫者，水谷之悍气也。"《灵枢·营卫生会》说："浊者为卫"，这里的浊，应理解为强悍之义，而不是混浊之义。故张介宾注此说："浊者属阳，其性慓疾滑利，不能入于脉也，故不循经络，而直达肌表，充实于皮毛分肉之间，是为卫气。"卫气的运行不受经脉的约束，它行于经脉之外，外而肌腠皮毛，内而胸腹脏腑，布散全身。如《素问·痹论》说："其气慓疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。"故卫气的主要功能是：保卫肌表，抗御外邪入侵，控制汗孔的开合，调节体温，内而煦濡脏腑，外而温暖皮毛。故《灵枢·本脏》说："卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合者也。"

总之，由于气的分布在人体的部位不同，则其名称各异，但就其生成来源来说，不外三个方面。①元气，即先天之气，这种气在出生之前就已禀受于父母，先天之气藏于肾中，出生后赖后天之气以滋养。②水谷之气，它是由脾胃消化、吸收饮食的精微而来。③自然界的清气，由肺吸入体内。元气为先天之气，水谷之气合自然界之清气为后天之气，先天之气与后天之气相合而构成充养人身的"气"，即是真气。由此可知，人体正气的强弱，与先天禀赋、肺的呼吸及脾胃的运化功能有最密切的联系，其中脾胃的受纳与运化功能尤为重要，这就是《内经》所谓之"胃气"。"胃气"为气的源泉，故《素问·平人气象论》说："平人之常气禀于胃，胃者，平人之常气也。人无胃气曰逆，逆者死。"这里所说的"常气"即指生命活动的一切气。生命活动之气必须依赖胃气的支持，因此古人强调胃气的重要性，其道理即在于此。张介宾《景岳全书·胃气解》说："盖胃气者，正气也。"犹言人之正气，即由于胃气之所出。

此外，脏腑之气是对元气分布于不同脏腑及其特点的概括，又是推动和维持各脏腑、经络进行生理活动的物质基础。如肝气是生发之气，主疏泄，主藏血；心气是火热之气，主血脉，主藏神；脾气是水谷之气，主运化，主统血；肺气是清肃之气，主一身之气，司呼吸；肾气是元阴元阳之气，主藏精。六腑亦各有其气，如胆气、胃气(此指胃的受纳腐熟作用)、三焦气、膀胱气、大小肠气等。经脉之气，则称经气，亦都是它们各自生理功能之概括。

气的功能　由于气运动流行于全身各脏腑、经络等组织器官，时刻推动和激发着各种生理活动，所以中医学又有"气化"和"气机"等理论。所谓"气化"，是指机体内精微物质的化生及其转化。气化过程及生理活动所表现

的种种形式，则称"气机"。换言之，气的运动就是气机。气的机能活动(功能)概括起来主要有如下五个方面：

(1) 推动作用：人体之生长发育、脏腑经络的生理功能、血的循环、津液的输布等，无不依赖于气的激发和推动。例如，元气是人体气的根本，在人体生长发育、生殖功能和各脏腑的功能活动中，都起着激发和动力作用。若元气衰微，则生长发育迟缓，生殖功能低下，脏腑功能衰退等。宗气有推动心脏搏动和血液运行的功能，若宗气不足，则心脏搏动无力或节律失常，血液运行不畅等。中气有运化水谷精微，升清降浊之功能，若中气不足，则气血生化无源，升清降浊功能失常等。

(2) 温煦作用：人体之所以能维持正常的体温，主要依赖气的温煦熏蒸作用。从阴阳属性上论，气属阳，血属阴，但气又有阴阳之分，气中之阳(即阳气)有温煦作用。故《难经·二十二难》说："气主煦之"，若气虚而温煦作用减退，多出现畏寒怯冷、四肢不温以及内脏功能衰退的寒性病变等。

(3) 防御作用：阳气能充实于肌表，以防御外邪的侵袭。《素问·生气通天论》说："阳者，卫外而为固也"。即指阳气运行于周身，则肌腠得以坚固，而为卫外之用，则邪气无从入侵。相反，阳气不能卫于外，则腠理疏豁，病邪得以随时入侵，即《素问·评热病论》所谓"邪之所凑，其气必虚"是也。病邪虽已侵人，只要阳气存在，仍能奋起与之斗争，驱除邪气，使之外出。《灵枢·刺节真邪》说："虚邪之入于身也深……有所结，气归之，……有所结，深中骨，气因于骨。"所谓"气归之"、"气因于骨"，即是指正气聚积于病邪入侵之处与病邪作斗争而言。

(4) 固摄作用：固摄，为控制、统摄之义。气的固摄和动力作用是相反相成的两个方面，如血液的运行和汗液的排泄等，一方面受气的推动，另一方面受气的固摄，不致妄泄。气的固摄主要表现在以下几个方面：①统摄血液的运行，使之不溢出于脉外。如脾主统血，若脾气虚弱，统摄无权，则出现便血、崩漏、紫癜、鼻衄等症。②控制汗液与尿液，使其有规律地排泄。如卫气主司汗孔之开合，开合失司，则出现多汗、少汗或无汗等症。肾气主司二便，若肾气虚弱，固摄无权或气化失常，可出现多尿、遗尿或尿少、尿闭等症。③固摄精液，使之秘藏而不妄泄。肾主藏精，若肾气虚弱不能固摄，可出现遗精、早泄或滑精等症。④升举脏腑，使之保持一定的部位。若气虚下陷(主要指中气虚陷)，固摄无力，则可致内脏下垂、子宫脱垂及脱肛等症。

(5) 气化作用：机体内精微物质的化生及其转化，叫做气化。精微物质的化生以及精微物质转化为功能和废物，都是气的功能。因此，气化作用是气的功能之一。气化作用主要表现在两个方面。一是指精、气、血、津液的化生及其相互转化。如《素问·阴阳应象大论》说："气归精，精归化，精食气，形食味，化生精，气生形……精化为气"等，即是精气之间的相互化生。二是指脏腑的某种功能活动，及代谢产物的产生和排泄等。如尿的产生和排泄是肾和膀胱的气化作用。《素问·灵兰秘典论》说："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。"又如津液的化汗、化涕、化唾、化泪等，均属之。

气化贯穿于生命的始终，其活动以五脏为中心，六腑为辅助，担负着生命活动的全过程。气化学说是古代医家对机体内复杂的物质代谢过程的朴素认识。气在人体内不断地运动，无处不到。气在人体脏腑组织器官的运动形式(即气机)有升降出入四个方面。气机的升降出入正常，则机体功能活动正常，反之，若气的升降出入障碍，则机体的功能活动失常，甚至完全丧失而生命告终。故《素问·六微旨大论》说："出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。"又说："非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有，故器者生化之宇，器散则分之，生化息矣。故无不出入，无不升降。"具体到脏腑功能的升降出入，如肺的宣发与肃降；肝升肺降；肺主呼气，肾主纳气；心肾相交，水火既济；膀胱的排泄，大肠的传导等，无一不是气机升降出入运动的具体体现。在病理上的升降出入失常，则可表现为肺失宣降、胃失和降、脾不升清、气虚下陷、肾不纳气，心肾不交、水气凌心，以及阴阳气血逆乱等。

血　血是经脉中流行的赤色液体，它是脾胃中的水谷精微经过一系列的复杂变化过程(气化)而形成的。如《灵枢·决气》说："中焦受气取汁，变化而赤是谓血。"因此，血是经脉中具有一定节律运行的含有丰富营养作用的液体物质。由于气的推动作用，血在经脉中周流不息，循环无已。故《素问·脉要精微论》说："夫脉者，血之府也。"这就指明血液是不可能离开经脉而运行的。

血的生成　中焦脾胃是血液化生的基础，故有"营出中焦"之说。由于脾胃接受水谷，经腐熟消化之后，摄取其中的精微，成为血液最根本的物质，再通过在心肺中会合的作用，血液的化生才得以完成。故《灵枢·营卫生会》说："中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血。"《灵枢·决气》说："中焦受气取汁，变化而赤是谓血。"皆是对血液生化过程的概括。此外，血液的化生，还必须有赖于营气的参与。营气不但是血液的组成部分，而且对于血液的生成具有动力作用。营和津液由脾上输于肺，再由肺入心脉化赤为血，故《灵枢·邪客》说："营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。"另一方面，精和血还可以互相转化。肾藏精，精生髓，精髓可以化血。诚如《张氏医通》所说："气不耗，归精于肾而为精，精不泄，归精于肝而化清血。"《景岳全书·血证》亦谓："人之初生，必从精始，精之与血，若乎非类……而血即精之属也。"此即后世"精血同源"说之所由来。由此可知血的生成，是以水谷精微(津液)和精髓作为物质基础，通过脾、胃、肺、心、肾、肝、营气等的共同作用而完成的。

血的功能　血在气的推动下，内至五脏六腑，外达皮

肉筋骨，循行全身，对全身组织器官起着营养和滋润作用。《难经·二十二难》认为："血主濡之"。正由于血的营养作用，五脏六腑、四肢百骸才能发挥正常功能。如《素问·五脏生成篇》说："肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。"《灵枢·本脏》说："血和则经脉流行，营复阴阳，筋骨劲强，关节清利矣。"张介宾在这个基础上则对血的作用作了更详细的说明。《景岳全书·血证》说："凡为七窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和，为肌肉之丰隆，以至滋脏腑、安神魂，润颜色，充营卫，津液得以通行，二阴得以调畅，凡形质所在，无非血之用也。是以人有此形，惟赖此血，故血衰则形萎，血败则形坏。而百骸表里之属，凡血亏之处，则必随所在而各见其偏废之病，倘至血脱，则形何以立？气何所归？亡阴亡阳，其危一也。"同时，血又是神志活动的物质基础。故有"神为血气之性"之说。神志活动由心所主，但其产生必须得到心血的营养，心血充足才能神志清晰，精神充沛，思维敏捷。故《素问·八正神明论》说："血气者，人之神。"《灵枢·营卫生会》说："血者，神气也。"《灵枢·平人绝谷》说："血脉和利，精神乃居。"都说明神志的产生是以血液为其物质基础的。

血液的循行　血液循行于经脉之中，流布全身，环周不休。《素问·举痛论》说："经脉流行不止，环周不休。"《灵枢·营卫生会》说："营在脉中……营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端。"血液的正常循行，是心、肺、肝、脾等脏器共同作用的结果。心主血脉，心气是推动血液运行的基本动力。肺主一身之气，肺气与宗气的生成有密切关系，而宗气的功能之一是贯心脉以行气血。此外，循行于周身的血脉，均要汇聚于肺脏，并通过朝百脉的作用，血液才能敷布周身。脾统血，血液的循行有赖于脾脏的统摄，方能不溢出于脉外。肝主藏血，具有贮藏血液和调节血量的功能。根据人体动静的不同情况，以调节经脉中的血液流量，使脉中的循环血量维持在一个恒定水平上。

由上可知，血液的正常循行，是在很多脏器的相互配合下所完成的。其中任何一脏的功能失调，都可以引起血行失常的病变。例如，心气不足，血运无力，进而可导致"心血瘀阻"证。肺气(或宗气)不足，则血行无力，可引起"瘀血"证。脾气虚不能统血，可产生各种出血证。肝血不足，可见妇女月经量少，甚至闭经；肝气不调，疏泄失职，又可导致吐血、衄血及妇女崩漏等证。

津液

人体内各种正常水液的总称为津液。就其生成和作用来说，津液的含义有：①指饮食物通过胃、脾、肺、三焦等脏腑而化生的，具有濡养和滋润作用的液体，在脉中为血液的组成成分之一，在脉外遍布于组织间隙之中，故《灵枢·五癃津液别》说："三焦出气，以温肌肉，充皮肤为其津，其流而不行者为液。"又《灵枢·决气》说："谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽补益脑髓，皮肤润泽，是谓液。"②泛指一切体液及其代谢产物，包括汗、尿等，如《素问·灵兰秘典论》说："膀胱者，州都之官，津液藏焉。"这里的"津液"即是尿液。《灵枢·决气》说："腠理发泄，汗出溱溱是谓津。"这里的"津"是指汗液。

津液来源于饮食水谷，通过脾胃的运化及有关脏腑的气化作用而形成。《素问·经脉别论》说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"这是对津液的生成与输布的简要说明。饮食物通过小肠、大肠时，在小肠之泌别清浊和大肠的传导过程中，也包括了对津液的吸收。故《灵枢·经脉》有"小肠主液"、"大肠主津"的说法，指出了大肠、小肠的功能是直接作用于津液的。津与液还有一定的区分，凡清而稀薄者称为津，浊而稠厚者谓之液。津一般存在于血液之中，调和血液，以利于环周运行；其分布于体表者，见于外则为泪、唾、汗等。液则只是藏于骨节、筋膜、颅腔之间，以滑利关节，滋养脑髓。但在临床上，"津"与"液"往往不予严格区分，而合称"津液"。津液归属五脏，则如《素问·宣明五气》所说："五脏化液：心为汗，肺为涕，肝为泪，脾为涎，肾为唾，是谓五液。"临证见到这五类津液的异常时，多从其所主的脏器论治。因津与液本属一体，都是体内的正常水液，两者之间互为转化，故一般以津液并称，只是在发生"伤津"和"脱液"的病理变化时，临床辨证论治才有所区别。

津液的主要生理功能有：①滋润濡养作用。布散于体表的能滋养皮毛肌肤；渗入于体内的能润泽脏腑；输注于孔窍的(如泪、涕、唾液等)能湿濡眼鼻口等孔窍；流注于关节的能滑利关节；渗透于骨髓的能充养骨髓和补益脑髓。②津液为血液的组成部分，并有调节血液浓度的作用。即是说血液的形成必须有津液的参与。《灵枢·邪客》说："营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。"也就是说，注于脉中的津液与具有丰富营养作用的各种精微物质相合，形成了血液。津液和血液之间是互相渗透的。当血的浓度增高时，津液就渗入脉中而稀释血液。《注解伤寒论·平脉法》说："水入于经，其血乃成"，就是指此而言。当机体的津液亏乏时，血中之津液可以从脉中渗出，以补充体液。正是由于津和血互相渗透，汗又是津液所化，所以大出血的病人不宜用发汗法，汗出过多的病人也不宜用耗血的药物。故《灵枢·营卫生会》说："夺血者无汗，夺汗者无血。"

人体津液的生成、吸收和输布，主要是由肺、脾、胃、肾、三焦、膀胱等脏腑共同完成的。津液布散全身，以及化成汗与尿，都离不开肺的宣散和肃降功能，水液经脾上输于肺，其中清纯的部分经肺的宣发作用而向外布散于肌腠皮毛、五官七窍，渗出肌表的津液即是汗。经肺的肃降作用向内洒陈于五脏六腑，其中较浊的部分，则通过肺的通调作用而下归于肾。又经过肾的气化作用，其浊中之清者，复上腾于肺而周于全身，发挥其营养功能；其浊

中之浊者，即渗入膀胱为尿液，复经肾和膀胱的气化及时排出体外。故后世医家称“肺为水之上源”。水液从肺下降，从肾上腾的过程中，脾脏起着转输作用，而三焦则是水液升降的道路。《素问·灵兰秘典论》说：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”可以看出，津液的输布要依靠脾的转输，肺的宣降以通调水道，肾的蒸腾气化、升清降浊等作用。其中尤以肾的作用最为重要，故《素问·逆调论》说：“肾者水脏，主津液。”故称“肾为水之下源”。通过以上脏腑的作用，津液输布得以外达肌腠皮毛，内注五脏六腑，滋灌全身各个组织器官，这就是《素问·经脉别论》中所说的“水精四布，五经并行”。其中任何一个脏器的功能失调，都可能使水液代谢发生障碍形成水液潴留或泛溢的疾患。

此外，气候与衣着因素，对人体水液代谢的调节也有影响。如天气炎热或衣着较多，则腠理开泄而易汗出；天气寒冷或衣着单薄，则腠理闭密，津液不能从肌表发泄，则下流于膀胱而为尿。故《灵枢·五癃津液别》说：“天寒衣薄则为溺与气，天热衣厚则为汗。”由于汗或尿的及时排泄，从而对水液的代谢起着一定的调节作用。人在夏天汗多尿少，在冬天汗少尿多，就是气候影响体液调节的具体表现。

精与神

精神与气血是生命的根本。故《灵枢·本脏》说：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也。”人的生命起源于精，生命活动的表现乃是神。精和神虽有不同，但他们又是不可分割的整体。精是神的物质基础，神则是精微物质的功能表现。故有“精为神之基，神为精之用”之论，精足则神存，精却则神亡，因此，精脱者死，失神者亦死。所以古人非常重视精神的保养。《素问·上古天真论》说：“精神内守，病安从来？”这就是说不妄耗精神，乃是延年却病的关键。

精 精是具有生命活力的精微物质，也是构成人体和维持人体生命活动的基本物质。故《素问·金匮真言论》说：“夫精者，身之本也”。指出精是生命的根本。凡人体内的一切具有支持生命活动及生殖功能的精微物质之统称谓之精。它分先天之精和后天之精两大类。其中具有生命活力，形成胚胎，构成人体的物质为生殖之精，即先天之精；而维持人体生命活动所必须的精微物质为水谷之精，即后天之精。在构成人体与营养人体的生命活动中，先天之精不断地依靠后天水谷精微的补充，乃得以滋养壮大，从而维持了生命的正常活动。

先天之精禀受于父母，是构成胚胎的原始物质，与生俱来，因此也是生殖和繁衍后代的基本物质。《灵枢·决气》说：“两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精”，《本神》说：“生之来，谓之精。”都是指的先天之精。万物化生，必从精始。男女之精相合，便能构成身形，所以精是先身而有的，人身即由此精而生成，故称为先天之精，又称生殖之精。先天之精藏于肾。

后天之精来源于饮食，由脾胃化生，故称“水谷之精”。水谷之精可以化生气、血、津、液，源源不绝地输送到各脏腑组织，成为各脏腑功能活动的物质基础，故又称脏腑之精。余者乃下归于肾，成为肾精的组成部分，故《素问·上古天真论》有肾“受五脏六腑之精而藏之”的说法。由此可知，肾之所藏，乃包括先后天的精气。

精是生命的基础，古代哲学家和医学家都已认识到生命起源于精，如《易·系辞下》说：“男女媾精，万物化生。”当然这里的男女，不仅指的是人类的男女二性，乃泛指生物界的雌雄二类。由于阴阳两种精气的交合，才产生了生命。《淮南子·精神训》认为：“精气为人”，也已认识到有了精气才能产生人体。东汉王充在《论衡·论死》篇说：“人之所以生者，精气也。”《黄帝内经》在这方面论述的更为具体，除上述《灵枢·决气》和《灵枢·本神》所说外，《灵枢·经脉》还说：“人始生，先成精，精成而脑髓生，骨为干，脉为营，筋为刚，肉为墙，皮肤坚而毛发长。”这里不但指出了人之生命来源于精，并较为科学地论述了人的胚胎发育成长的过程。明代张景岳在《类经·脏象类》注：“两精相搏谓之神”说：“万物生成之道，莫不阴阳交而后神明见。故人之生也，必合阴阳之气，媾父母之精，两精相搏，形神乃成，所谓天地合气，命之曰人也。”恩格斯曾科学地揭示了生命的起源，认为“蛋白体是生命的存在方式”。中医学在古代条件下不可能认识到构成生命存在的蛋白体，可贵的是已把这些无数的蛋白体称之为“精”（说明精和蛋白体之间有一定内在联系，而精还可能包括其他的重要物质）。人体降生之后，则靠后天之精的滋养，不断地充实壮大，维持和促进着人体的生长、发育和生殖功能。肾精化生肾气，故肾精充实，肾气才能旺盛，到了一定的年龄，体内便产生一种叫“天癸”的物质，形体发育渐成熟，女子月经来潮，男子精气溢泻，生殖机能开始旺盛，逐渐具备了生育能力。到了老年，肾精渐衰，肾气随之而虚，而天癸竭绝，生殖机能衰退，以至于丧失。故《素问·上古天真论》说：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。三七肾气平均，故真牙生而长极……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子……八八天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去。”由此可知，精是生命的基础，生命过程又依赖精进行着各种生理活动，并由此而繁衍了后代，使生命嗣衍无穷。由于精是构成人体和维持人体生命活动的物质基础，气、血、津、液皆由其化生，所以它又是正气的根本。若精气充盈，五脏充盛，则身体强壮，精神充沛，抗病力强，不易招受病邪，故《素问·金匮真言论》说：“夫精者，生之本也，故藏于精者，春不病温。”反之，若精气亏损，则身体虚弱，精神委靡，抗病力弱，容易遭受病邪侵害。因此，精的充盛与否，对人体正气有直接关系，精充

则正气旺，精衰则正气弱。

神 神是人体生命活动的总体现。它有广义和狭义之分，广义的神是指整个人体的生命活动和生理机能，是对机体生命活动的高度概括。换言之，生命即是神。狭义的神是指心所主的神志，即人的精神、意识和思维活动，包括魂、魄、意、志、思、虑、智等。这些神志活动虽各有区别，但总的主宰者是心。故《灵枢·本神》说："所以任物者，谓之心。"《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官，神明出焉。"《素问·宣明五气》谓："心藏神"，《灵枢·邪客》说："心者，五脏六腑之大主，精神之所舍也。"这些所谓"神明"、"神"、"精神"等，都是指心所主宰的神志，即人的精神、意识和思维活动。

神在生命之初即已产生，如《灵枢·本神》说："两精相搏谓之神。"这就是说男女(阴阳)两精相结合，便产生了新的生命个体，开始了新的生命活动。由此可知，精是神的物质基础。人体降生后，神的一切活动都必须依赖于后天水谷精微的滋养。所以《灵枢·平人绝谷》说："神者，水谷之精气也"，《素问·八正神明论》说："血气者，人之神"，皆指出水谷精气是神(生命)的物质基础。由于水谷精微化生气血，形体有了血气的供养，才能产生神。这里的"神"，仍然是指生命活动现象而言的。此外，《内经》还认为，神的活动是建筑在五脏功能活动基础之上的，故《素问·宣明五气》说："心藏神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，肾藏志。"由于五脏的功能各有不同，故在神志的表现上亦有所区别，这是有一定的临床意义的。兹将神、魂、魄、意、志、思、虑、智等的意义分述如下：

神 此处所言之神乃指心所主之神，即人的精神、意识和思维活动。中医学认为，神由心所主，如《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官，神明出焉。"(《内经》关于这方面的论述颇多，前已述及，此略)。现代生理学认为，这是属于大脑的功能。

魂 属于精神活动的一种，舍于血，属于肝。如《灵枢·本神》说："肝藏血，血舍魂"，"随神往来者，谓之魂。"张景岳注云："魂之为言，如梦寐恍惚，变幻游行之境皆是也。神藏于心，故心静则神清；魂随乎神，故神昏则魂荡。"即指魂是在神的支配下活动的，是神的活动的一部分。《左传·昭七年》疏注云："精神性识渐有所知，此则附气之神也。"即是说精神意识逐渐成熟而产生魂。做梦、幻觉、梦游等，皆属于魂的活动范围。

魄 也是精神活动的一部分。《灵枢·本神》说："并精而出入者，谓之魄。"指男女两精相合形成新的形体时，魄就存在了。张景岳注此说："魄之为用，能动能作，痛痒由之而觉也"。可以认为，魄是属于本能的感觉和动作，如耳的听觉，目的视觉，皮肤的冷热痛痒感觉，手足四肢的动作和婴儿的啼哭、吸乳动作等都属于魄的范围。人体这种本能的感觉和动作，同人体的精有密切的关系。精足则体健魄全，魄全者则感觉灵敏，动作正确。

意志 是决定达到某种目的而产生的心理过程。《灵枢·本神》说："心有所忆谓之意，意之所存谓之志。"忆，即忆念活动，心中产生忆念活动叫意。张景岳注云："意，思忆也，谓一念之生，心有所向而未定者，曰意。"志，通誌，即认识，在意念积存的基础上产生的认识标志。张景岳注云："意之所存，谓意已决而卓有所立者，曰志。"意志是人类特有的功能，是人体出生以后不断发展和健全的思维过程，是大脑分析综合活动的产物。古人认为这一功能活动多与肾气之充沛与否有关。

思虑智 此是思维活动过程中的不同阶段。思为反复思考，虑即深谋远虑。人们对于事物的认识和处理是否合乎客观实际，必须一再思虑，经过反复深思熟虑之后，将事情处理的完善、正确，谓之智。《灵枢·本神》说："因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智。"所谓智，即是聪明智慧，正确处理问题的本领。可以看出，中医学对思虑智所下的定义是符合思维活动过程和规律的。

魂、魄、意、志、思、虑等精神活动，虽各有不同，但总的主宰者是心，故合称为"心神"，其中任何一种概念都是心神活动的组成部分，因而都属神的范畴。故《灵枢·本神》又说："所以任物者，谓之心。"心之神可以统率和支配认识外界事物，以至正确处理一切事物。心神的活动如有异常，则魂魄意志等精神活动就会紊乱。故《灵枢·大惑论》说："故神劳则魂魄散，意志乱。"这就充分说明神的正常与否，对其思维活动都有一定影响。

气血津液精神之间的相互关系

人体是一个有机的整体，气、血、津、液、精、神之间互相依存、互相化生、互相制约。从人体生命活动来看，人体可分为形、神两大部分，气、血、津、液、精属于形质(有形之物质)，是体内的精微物质，是产生一切功能活动，维持生命力的物质基础。神则是人体生命活动的表现，包括了精神、意识、思维活动，它是在人体形质正常的基础上产生的。兹将它们之间的关系分述如下：

神与精(包括气血津液精)的关系 神，是在精的基础上所产生的，神不能脱离物质基础而存在。故《灵枢·本神》说："两精相搏，谓之神。"《灵枢·平人绝谷》说："神者，水谷之精气也。"《素问·六节脏象论》说："气和而生，津液相成，神自乃生。"《素问·八正神明论》说："血气者，人之神"等等，都说明精、气、血、津液乃是产生神的物质基础。以形神言之，则精、气、血、津液是构成人之形体的主要物质，或者说，形体即由精、气、血、津液等精微物质所构成。神寓于形体之中，脱离形体的神是不存在的。《荀子·天论》指出："形具而神生。"《灵枢·天年》说："血气已和，营卫已通，五脏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人。"但神又是人体的统帅和主宰，没有神的形体就是失去生命的尸体，故有"得神者昌，失神者亡"的说法。中医学在诊断和治疗疾病以及判断预后时，特别重视人的神

气，其道理就在这里。形和神的关系是辩证关系，即对立统一关系。《内经》提出的精神修养和形神共养的许多养生方法，在养生学上具有重要意义。

气和血的关系　气和血是构成人体的两大类基本物质。《景岳全书·血证》说："人有阴阳，即为血气。阳主气，故气全则神旺；阴主血，故血盛而形强。人生所赖，唯斯而已。"气和血皆为水谷所化，气属阳，血属阴，两者不可分离。气具有推动、温煦的作用，血具有营养、滋润的作用。因此两者无论在生理或病理上都是互相联系，互相资生，互相影响的。兹分述之：

气为血帅　主要表现在如下几方面：

(1) 气能生血：是指气为血液化生的动力。气盛，则化血功能自强而血充；气虚，则化血的功能自弱而血亏。所以，气虚常可以进一步导致血虚，而见气短、乏力、面色无华、头昏、眼花、心悸等气血两虚的病证。在临床治疗时，常于补血药中，配以益气之品，也是取"气能生血"之义。李念莪《医宗必读·医论图说》曰："故气血俱要，而补气在补血之先；阴阳并需，而养阳在滋阴之上。"吴鞠通《温病条辨·治血论》中说："故善治血者，不求之有形之血，而求之无形之气。"程国彭《医学心悟》说："盖有形之血不能速生，无形之气所当急固。"这是说在大失血的情况下，更需要急速补气固脱，以恢复机体之机能，气固则血液才能渐生。

(2) 气能行血：上已述及，血液的运行主要有赖于心气的推动，肺气的敷布，肝气的疏泄。即所谓"气行则血行"。《血证论·阴阳水火气血论》有"运血者即是气"。若气的功能障碍，如气滞或气虚，常可引起血行不利，甚至导致血瘀。故在临床上治疗瘀血证时，常于活血化瘀药中加入行气导滞之品，才能获得较好的疗效。

(3) 气能摄血：摄血指脾气对血液的统摄作用。由于脾气健旺，统摄作用正常，血液才能正常运行于经脉之中而不致溢出脉外。若脾气虚弱，失去对血液的统摄作用，则往往导致各种出血证(如崩漏、便血、衄血、紫斑、紫癜等)，称为"气不摄血"或"脾不统血"。在治疗上，必须用补脾益气的方法，恢复其统摄血液之功能，方能达到止血之目的。尤在泾在《金匮翼》中说："脾胃为统血之司，而甘温之味有固血之用也。"

血为气母　血为气母，一是指气存在于血液之中，即血能载气；一是指气的化生以血为物质基础。气能行血，血能载气，气存在于血液之中。若气不附于血中，则将飘浮而无根。《医学真传·气血》说："人之一身皆气血之所循行，气非血不和，血非气不运，故曰气主煦之，血主濡之。"《血证论·阴阳水火气血论》中说："守气者，即是血"，就是指气不能离开血而存在。气存血中，血以载气的同时，血不断为气的功能活动提供物质基础，使其持续得到补充，所以气不能离开血而存在。气与血相辅相成，两者的关系不可分割，所以周澂之说："气充则血耗，血少则气散，相辅而成，不可偏者也。"(《读医随笔·气能生血，血能藏气》)正是由于这种关系，在大失血时，气亦随之而丧失；大出汗时，气亦随之而耗散。两者均可导致在亡阴基础上的亡阳，若不及时抢救，生命即可告终。这说明"血为气母"是有一定道理的。

总之，气属阳，血属阴，在正常生理情况下，气血阴阳是相对平衡的，正如《素问·生气通天论》所说："阴平阳秘，精神乃治。"反之，则"血气不和，百病乃变化而生"(《素问·调经论》)，甚至"阴阳离决，精气乃绝"(《素问·生气通天论》)。在治疗时，应调整气血之间的关系，使之恢复平衡的状态，正如《素问·至真要大论》所说："疏其血气，令其条达，而致和平。"

气与津液的关系　气与津液，亦皆为水谷精微所化，运行于全身。就气与津液而言，气属阳，津液属阴。津液的生成、输布与排泄，依赖于气的升降出入运动，离不开肺、脾、肾、三焦、膀胱的气化功能。气有固摄和司开合的作用，以使津液的代谢正常。气的功能障碍则影响津液的代谢而发生病变。若气化失职，则水液停留，或为痰饮，或为水肿。若气虚不固，开合失司，可发生自汗、多汗、多尿、遗尿，甚至小便失禁等津液代谢失常的病变。前已述及，气须依附血和津液而存在，津液的损伤，亦必然导致气的损伤。如大汗、大吐、大泻下，皆可导致"气随液脱"的亡阳证。水湿停留，痰饮积聚，亦能阻碍气机的流通，即所谓"水停则气阻"的病理变化。

津液与血的关系　津液与血，两者都是水谷精微所化，故有"津血同源"之称。它们又都是体内液体状态的精微物质，都以营养、滋润为其主要功能。津液与血同属阴。在生理上津液是血液的重要组成部分。津液渗入于脉中即为血，如《灵枢·痈疽》说："中焦出气，如露，上注溪谷而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血。"前已述及，津液有调节血液浓度的作用，血液中清稀部分，如渗出脉外，即为津液。在病理上，津液和血液的病变，往往互相影响。反复或大量的出血常影响津液，出现耗血伤津的病证。严重的伤津脱液，也会影响到血液的化生和循行，出现津血俱伤的病证。在临床上，治疗失血的病证，不宜使用发汗药物；治疗大汗津伤的病人，不要用温燥耗血的药物。故《灵枢·营卫生会》说："夺血者无汗，夺汗者无血"。《伤寒论》第八十八条云："衄家不可发汗，汗出必额上陷脉急紧，直视不能眴，不得眠。"八十九条云："亡血家不可发汗，发汗则寒慄而振"等，都说明了津液与血的关系，并指出了在病变过程中所应当注意的事项。

天癸

一种能促进人体生长发育，并促使生殖机能成熟的精微物质，人体肾中阴精或元阴的重要组成成分称为天癸。故马莳注释《素问》时说："天癸者，阴精也。盖肾属水，癸亦属水，由先天之气蓄极而生，故谓阴精为天癸也。"又说："盖男女之精皆主肾水，故皆可称为天癸也。"

《景岳全书·传忠录·阴阳篇》亦说："元阴者，即无形之水，以长以立，天癸是也，强弱系之。"

天癸来源于肾精，并受后天水谷精微之滋养而逐渐充盛，且在肾中精气充盛的前提下，在人体发育到特定的年龄阶段，方蓄极生成而发挥其生理作用。一般来说，天癸可随机体肾中精气的旺盛而逐渐充盛，亦随其肾中精气的衰退而亏竭。因此，天癸的"至"与"竭"及其盛衰变化与肾中精气的盛衰具有密切的关系。

天癸的生成及其生理作用的发挥，标志着人体的生长发育已进入青春期，男女性功能成熟，并具备一定的生殖能力。对妇女来说，天癸至，主要表现为女性生殖器官发育成熟，能产生卵子，并能使任脉所司之精、血、津液等旺盛而通畅，且与冲脉相资，即可汇聚脏腑一定之血，依时由满而溢于子宫，从而使月经按期来潮，具备受孕能力。对男子来说，则天癸至，可表现为男性生殖器官成熟，能产生精子，并促使精室满溢，即可届时排精，从而具备生育能力。待到老年，则无论男女，其肾中精气渐衰，冲任脉气血衰少，天癸亏竭，其性功能和生殖能力亦必随之减退而消失，故其形体逐渐衰老，从而导致"形坏而无子"。故《素问·上古天真论》指出："女子七岁肾气盛，齿更发长；二七天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子。……七八肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾藏衰，形体皆极；八八则齿发去。"

由此可见，人体的性功能与生殖能力是肾脏精气自然盛衰的反映，因此，临床所见的某些不孕证，以及性功能异常等病证，亦多与肾有关。

月经

月经，是妇女特有的生理现象，表现为周期性的、有规律的子宫出血，一月一次，应时而下，经常不变。如月之盈亏，潮之有信，故谓之"月经"。亦称"月事"(《黄帝内经》)、"月水"(《妇人大全良方》)、"月信"(《本草纲目》)。

健康女子，一般14岁左右月经始潮，常以第一次经潮时间，谓"初潮"。初潮年龄可早自12岁，迟至18岁。至49岁左右月经逐渐竭止，则称"绝经"，或谓"经断"。初潮或绝经年龄，每可因禀赋体质、自然气候、生活环境的不同而相应的提早或退迟。如《沈氏女科辑要笺正》卷上引王孟英之言："有未及二七之年而经水已行者，有年逾花甲而月事不绝者，有无病而偶停数月者，有壮年而汛即断者，……禀赋不齐，不可以常理论也。"

正常月经，自有定期，以日为计，28—30日一行，但如一贯在21—35日一行者，亦属正常。月经周期是以本次月经的第一日算起，至下次月经第一日为止，乃为一个月经周期。月经除有一定的周期以外，经量基本恒定，大约50—100毫升左右，经期是指行经持续的时间，一般3—7日干净。经色以色红为正，开始色淡，以后逐渐加深，最后又转淡红。如朱丹溪曰："经水阴血也，阴必从阳，故其色红。"

此外，也有身体无病，而月经每二月一至者，为"并月"；三月一至者，为"居经"，亦名"季经"；一年一行者，为"避年"；还有终身不来月经而有生育能力者，为"暗经"。这些均为生理的个别现象，与禀赋素质有关。如《女科秘诀大全》卷一云："室女年长大而经竟不来者，嫁后仍能受孕，名曰暗经，每月临期，必作腰痛为信，此本先天不足使然。"而《医宗金鉴·妇人心法要诀·调经门》则谓"……此所禀之不同，而亦非病，不须治也。"总的认为是禀赋的虚弱。临床一旦遇此，宜细心体察，若无其他伴随症状，则不可妄用通经之药，蹈伐无过之弊。《女科百问·第十二问》："此乃赋禀素弱，非虚衰而然也，憎燥之药，尤宜速戒。"即或用药，亦宜滋肾培元，调补气血为要。

月经的正常来潮，与肾气的充盛，天癸的泌至，以及冲任两脉的通盛密切相关。因冲任并起于胞，冲脉总司月事，十二经气血皆汇于此，故有"冲为血海"、"十二经之海"、"五脏六腑之海"之称。冲脉隶于阳明，附于肝，肝肾同源，由此可知冲脉既受先天肾气之资助，又受后天胃气的充养；任脉，总任一身之阴，专司精、血、津、液，为"阴脉之海"。冲任两脉相资，共司月事，使血海满盈，下行为经。

然月经由血所化，而血由脏腑精髓所化生，但须赖气的生化与调节。血气来源于脏腑，心生血，是胃之母；肝藏血，主疏畅气机；脾统血，化精微而生血，与胃同为生化之源；肺主气，朝百脉而输精微；肾藏精，精化血，为精血之源。它们在产生月经过程中，分司着血之生化、调节、统摄、输注等作用，是以五脏安和，冲脉血盛，任脉流通，则月事如常。

妊娠

从怀孕到分娩这个阶段称妊娠。《素问·腹中论》称重身，俗称怀孕。妊娠之名，首见于《金匮要略·妊娠病脉证并治》。"妊"与"娠"的含义，《说文》的解释是"妊，孕也"，"娠，女妊身动也"。春秋时代的《左传》有"后婚方娠"的记载。

妊娠的机制，与肾气、冲任、气血密切相关。必须肾气盛实，任通冲盛，月事正常，阴阳和合，阳施阴化，乃能成孕。《素问·上古天真论》说："女子七岁，肾气盛……，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。"《灵枢·决气》又说："两神相搏，合而成形。常先生身，是谓精。"说明受孕是由父精母血相结合而成。如《格致余论》云："父精母血，因感而会，精之施也，血能摄精成其子。"此外，阴阳交合还要选择絪缊之时，顺而施之，才易受孕。如《女科经纶》卷三引袁了凡语云："天地生物，必有絪缊之时，万物化生，必有乐育之候。"指出了男女交合受孕，必须掌握时机。

受胎后，端赖母体气血聚以养胎。血气由脾胃化生，胎系于肾，肾中精气充盛，脾胃壮健，则胎有所系，血有所养。如《济阴纲目·胎前门》引《集略》云："母之肾脏系于胎，是母之真气，子之所赖也。"故受孕后宜令安静，内调七情、外避风寒，孕胎才能正常发育。其发育过程，如《千金要方》卷二说："妊娠一月始胚，二月始膏，三月始胞，四月形体成，五月能动，六月筋骨立，七月毛发生，八月脏腑具，九月谷气入胃，十月诸神备，日满即产矣。"这种描述，与现代医学所阐述的胚胎发育颇相近似，而远在一千多年前已能观察得如此详情矣！至于妊娠何时为满期，明代李梴《医学入门》卷六说："气血充实，则可保十月分娩。……凡二十七日即成一月之数。"十个月为二百七十天，与现代计算妊娠日数为二百八十天亦相接近，故一般称为"十月怀胎"。妊娠期满后，胎儿通常便自然产下，尤如"瓜熟蒂落"，"栗熟自脱"。每次妊娠，一般一孕一胎。亦有一孕二胎者，称为双胎或骈胎；一孕三胎者为品胎；间或有超过三胎者，但属少见。

精室

男性内生殖器官称为精室。有化生和排泄精液，主持生殖的功能。《素问·五脏别论》在论奇恒之腑时，虽内含"女子胞"，但并无"精室"之名。男子无女子胞，其奇恒之腑相当于女子胞者为何？故清代陈士铎《石室秘录》说："胞胎为一脏，男女皆有。"唐容川《中西汇通医经精义》亦说："女子之胞，男子名为精室，乃血气交会，化精成胎之所，最为紧要。"故至清代，对《内经》所论奇恒之腑的笼统提法，在男女之体始有了明确认识。女子胞是女性内生殖器官，而精室则应为男性内生殖器官。由现代人体生理解剖学可知，男性内生殖器包括睾丸、附睾及精囊腺等组织，故精室当为上述组织的总称。

睾丸俗称外肾，又称势，具有产生精子的功能，故属男子内生殖器。如将睾丸阉割，则不能生育，同时性欲消失，声音女性化，胡须不生。如封建朝廷的太监即是如此。《灵枢·五音五味》说："宦者去其宗筋，伤其冲脉，血泻不复，皮肤内结，唇口不荣，故须不生。"日人丹波元简注云："宦者少时去其势，故须不生。势，阴丸也。此言宗筋，亦指睾丸而言。"附睾有贮藏精子的作用，还分泌液体供给精子营养，促进精子继续发育成熟，并增强其活动力。精囊腺位于膀胱底与直肠之间，在输精管末端的外侧，是一对长椭圆形的囊状器官，下端为排泄管，与输精管末端汇合成射精管。精囊腺分泌弱碱性液体，成为精液的一部分。

身形

形是指人体各部及其体表不同部位，以及各部与脏腑、经络的关系的总称。人体一般可分为头面，包括眼、耳、鼻、口各器官在内，颈项、胸、背、腹、腰、四肢、前阴、肛门等部。并根据显露於体表的骨骼突起，肌肉膨隆，器官、毛发或皮肤纹理等标志，区划各个不同的部位，并冠以相应的名称。眼、耳、鼻、口，合称七窍，再加前、后二阴，谓之九窍。我们了解身形不同部位与脏腑、经络的内在联系，对于推拿、针灸，以及指导临床各科的诊断与治疗，均具有重要意义。《东医宝鉴·外形篇》收集了历代名著中，有关人体各部（包括眼耳鼻口和皮肉脉筋骨等）与脏腑经络阴阳气血的关系，以及各部所生疾病的治疗等内容。清代周学海《形色外诊简摩》卷下"色诊面色总义"是一篇对颜面分部与脏腑肢节关系的专章论述。现代上海市中医学会编著的《藏象学说的理论与运用·形体》一章中，对人体体表各部名称作了比较详细的介绍。

头面

头，指头颅，又名首面，指颜面。头面包括颅脑、面部及五官。头为诸阳之会，精明之府，髓海之所居、七窍之所在。十二经脉在头面部有一定的分布规律，从而为头部疾患的诊治提供了一定的理论依据。面部色泽为脏腑气血的外华，《素问·五脏生成》说："心之合脉也，其荣色也。"心主血脉，因此，面部为心之外华所在；同时，其他脏腑之精气，也通过经脉而上荣于面，正如《灵枢·邪气脏腑病形》所说："十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。"这为面部望诊的脏腑肢体分属提供了理论依据。

头为诸阳之会　头部为全身阳气会聚之处，故称头为"诸阳之会"。头为诸阳之会的理论依据与经脉的走向和交接有关。据《灵枢·逆顺肥瘦》记载："手足三阳经脉，皆会于头部。如：手三阳经从手指走向头部，足三阳经从头部走向足趾，手三阳经与足三阳经在头面交接。如手阳明大肠经与足阳明胃经交接于鼻翼旁的迎香穴；手太阳小肠经与足太阳膀胱经交接于目内眦的睛明穴；手少阳三焦经与足少阳胆经交接于目外眦的瞳子髎穴。这些经络皆交会於面部，因此《东医宝鉴·外形篇》又称为"面为诸阳之会。"头面为诸阳之会的理论既可以解释人体头部整年暴露于外而不畏寒的生理现象，如《难经·四十七难》曰："人面独能耐寒者何也，然头者诸阳之会也，诸阴脉皆至颈胸而还，独诸阳脉皆上至头耳，故令面耐寒也。"也可以说明阳邪侵犯或清阳不升容易出现头部症状的病理状态。

头为精明之府　头部为精气神明所聚之处《素问·脉要精微论》说："头者，精明之府。头倾视深，精神将夺矣。"《东宝医鉴·外形篇》称"头为天谷以藏神"，所谓天谷，即"元神之宅"，认为是"灵性之所有，是神之要也"。故头面部的外观，最能反映脏腑精气的盛衰和精神意识的状态，此对临证辨证和判断预后十分重要。

头面与经络　经络系统中的十二经脉在头面部的分

布有一定规律：手足阳明经循行于颜面、额侧部；手足太阳经循行于面颊、头项部；手足少阳经循行头两侧部；足厥阴经上行出于头顶部。此外，奇经八脉中的督脉沿背脊上行，并经头顶、额、鼻、上唇，到上唇系带处；任脉则沿胸腹正中线上行，经咽喉至两目眶下。其他如冲脉、阴蹻、阳蹻、阳维等奇经也分别行至头面部。对头面部经络的正确认识，有助于头面疾患的分经辨证。以头痛为例，前额连眉棱骨痛，属阳明经头痛；头侧部痛，尤以太阳穴附近为甚者，属少阳经头痛；后头部连项痛，属太阳经头痛；头顶部痛，属厥阴经头痛。再如外科对头面部疔疮痈疽的命名与诊治，亦常以不同的经络分布为依据。《医宗金鉴·外科心法要诀》论额疽时说："额疽生额火毒成，左右膀胱正督经。"其生于前额正中者，属督脉，而生于左右额角者，则属膀胱经，两者诊治因之而同中有异。

头面分部 面部不同部位的具体名称，在《内经》有明确记载。《灵枢·五色》，主要叙述人体面部不同部位的区分和名称，并观察各部的色泽变化与疾病的预后顺逆善恶，以及与五脏六腑肢节的所属关系。历代文献如明代钱雷《脏腑证治图说人镜经》、《医宗金鉴》及清代沈彤《释骨》……等对人体分部名称，均有说明，今综合有关文献择要加以介绍。

面部脏腑肢体分属 《内经》对于面部不同部位的脏腑肢体分属有明确的记载，如《灵枢·五色》指出："庭者，首面也。阙上，咽喉也。阙中，肺也。下极者，心也。直下者，肝也。肝左者，胆也，下者，脾也。方上者，胃也。中央者，大肠也。挟大肠者，肾也。当肾者，脐也。面王以上者，小肠也。面王以下者，膀胱子处也。颧者，肩也。颧后者，臂也。臂下者，手也。目内眦上者，膺乳也。挟绳面上者，背也。循牙车以下者，股也。中央者，膝也。膝以下者，胫也。当胫以下者，足也。巨分者，股里也。巨屈者，膝膑也。此五脏六腑肢节之部也，各有部分。"（图1、2）

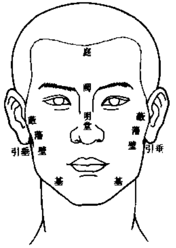


图1 明堂藩蔽图

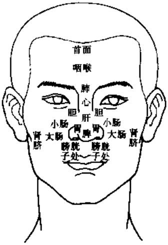


图2 面部色诊分属部位图

另外，《素问·刺热》把五脏与面部的相关部位，划分为：左颊一肝；右颊一肺；额一心；颏一肾；鼻一脾。

上述两种分部方法，每以前一种为主要依据，后一种可作临床参考。然而，病有深浅，色有显晦，由于病因繁杂，病机不一，故面部色诊也不能过于机械呆板，必须灵活运用，四诊合参。

眼

眼是七窍之一，喻为人身之至宝。又称目、眼睛、眼目、目睛等。由眼珠、目系、胞睑、眼带、液道、泪窍、眼眶骨等组成。眼珠通过目系与脑相连，共同完成视物辨色之功。眼带司运转眼珠之职，胞睑、液道、泪窍、眼眶骨等有保护润养眼珠之功能。

早在《灵枢·大惑论》中对眼的解剖和功能已作了初步阐述，如："骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束"，以及"肝受血而能视"。"肝气通于目，肝和则目能辨五色"等。以后历代医家又作了补充阐述，在《外台秘要》卷二十一中指出，"眼之白睛有三重，黑睛只有一层"，以及提出"肝管"之说。刘完素有"玄府"之论。至清代王清任通过人体的解剖，对目系作了更科学的描述。通过历代医家的不断观察和总结，对眼的结构和功能的认识逐步趋于完善。

眼的结构与功能 名称和功能分述如下：

眼珠 又称"目珠子"、"神珠"等。《外台秘要》卷二十一云："其眼根寻无他物，直是水耳，轻膜裹水，圆满精微，皎洁明净，状如宝珠，称曰眼珠。"眼外形如珠似球，运转灵活。眼的外壳有保护眼珠内部组织的作用。眼珠前部为黑睛，后部为白睛。后连目系，入通于脑。眼珠内包黄仁、神水、神膏、黄精等。

白睛 又称"白眼"、"白仁"。为肺之精气升腾所结。在五轮学说中为气轮。白睛表面上有一层外膜，上有微

细血络。外膜之内为白珠，质较坚韧。因此，《证治准绳·七窍门》云："金为五行之至坚，故白珠独坚于四轮。"其内包涵神水、神膏，有保护眼珠的作用。一旦被锐器所伤，则有膏伤珠陷之危。

黑睛　又称"黑眼"、"黑珠"、"乌睛"、"乌珠"、"黑仁"、"青睛"。黑睛为肝之精气升腾所成。在五轮学说中为风轮。位于眼珠前部，后接白珠。内包神水，以涵养瞳神。黑睛晶莹清澈，菲薄娇嫩，易为外邪侵袭，或外伤所损。

黄仁　《东垣试效方》中称"黄睛"。位于黑睛之后，黄精之前。浸于神水之中。呈圆盘状，菲薄娇嫩，呈棕色，纹理微密。中央圆孔称为"瞳神"。它具有展缩功能，如《银海精微》一书论及"瞳神之大小，随黄仁之展缩而变化，黄仁展则瞳神小，黄仁缩则瞳神大"。

瞳神　又称"眸子"、"瞳人"、"瞳仁"、"金井"，简称为"瞳"。即指黄仁中央之圆孔。瞳神由肾之精气升腾所成。在五轮学说中为水轮。乃先天之气所生，后天之气所养，阴阳之妙蕴，水火之精华。气为运用，神则维持，能鉴万类，察秋毫。正常之瞳神，黑莹幽深，圆圆端正，阳看则小，阴看则大，变化灵活。

黄精　又称"睛珠"。黄精悬于黄仁之后，瞳神之中，神水之内。《目经大成》谓"黄精"在"风轮下，一圈收放者为金井，井内黑水为神膏，……膏中有珠，澄澈而软，状类晶棋子，曰黄精……"。黄精晶莹明澈，与瞳神共承视远察近之责。黄精调节失常，或质地改变，均可致视物昏暗。若黄精混浊即成内障，障蔽瞳神，神光不能发越，则不辨人物，仅见三光。

神水　又称"护睛水"。在黑睛之后、黄精之四周，神水明净澄澈，不易察见，有护养黑睛、瞳神、黄仁、黄精、神膏之功。神水被火邪蒸灼，则易失去明润清澈之性，而变为混浊，甚则变为黄液。气机郁闭，脉道阻滞，神水瘀留，则眼珠胀硬，头目胀痛。神水的另一功能，是在目外，具有润泽目珠的功能。如神水不足，则目珠干涩，黑睛晦暗。

神膏　在黄仁、黄精之后，为清莹粘稠之膏液。有涵养瞳神之功。《张氏医通·七窍门》中记载在金针开内障时，观察到年高卫气不固之患者，神膏质地常稠而不粘。

神光　是指眼视物辨色的功能，能纳山川之巨，近鉴毫发之微，悉云霄之高，尽泉沙之深，辨五色而明视万物。神光取决于人体命门火和心火的盛衰，以及肝胆之精气的充旺与否。如《审视瑶函·目为至宝论》云："神光者，谓目中自然能视之精华也，夫神光原于命门，通于胆，发于心，皆火之用事。"

肝管　是指眼珠中濡润滋养眼睛的精、气、血、津液的通道，一旦不通，则目内生养之源内绝，而成痼疾，难于治疗。如《外台秘要》卷二十一论绿翳青盲谓："此疾之源，皆从内肝管缺，眼孔不通所致也。亦宜须初欲觉时，即须速疗之。"

玄府　又称元府。眼中之玄府为精、气、血等升运出入之通路门户，若玄府郁滞，则目失滋养而减明，若玄府闭塞，目无滋养而三光绝。玄府一词在《素问》中已有记载，系指全身汗孔而言。刘河间在《素问玄机原病式》中发展其说，认为目、耳、鼻、舌均有玄府。谓："然皮肤之汗孔者，谓气液之孔窍也；……然元府者，无物不有，……乃气出入升降之道路门户也，……人之眼耳鼻舌身意神识，能为用者，皆由升降出入之通利也。有所闭塞者，不能为用也。若目无所见，耳无所闻，鼻不闻臭，舌不知味，筋痿骨痹，齿腐，毛发坠落，皮肤不仁，肠不能渗泄者，悉由热气怫郁，元府闭密，而致气液血脉，荣卫精神，不能升降出入故也。"

目系　又称"眼系"、"目本"。目系位于眼珠后部，裹撷筋骨血气之精，与经脉并行为系，向后与脑相连，眼之光华所见，最后皆经目系传导于脑。如《医林改错》云："两目即脑汁所生，两目系如线长于脑，所见之物归于脑。"

胞睑　在上者称"上眼胞"，属脾；在下者称"下眼睑"，属胃。两者常合称为"胞睑"，又称"睑皮"、"眼脾"、"眼皮"等。胞睑为肌肉之精气升腾所成。在五轮学说中为肉轮。《灵枢·大惑论》称："肌肉之精为约束"，《类经》中解释："约束，眼胞也，能开能合。"胞睑之边缘为睑眩，又称"眼睫"。睑眩上下各生一排睫毛，与胞睑共同护卫眼珠，避免风尘外袭及汗水浸渍之害。

眼眦　上下胞睑连接处称"眼眦"，属心。位于鼻侧者称"大眦"或"内眦"，位于颞侧者称"小眦"、"锐眦"或"外眦"。眼眦为血之精气升腾所成。在五轮学说中为血轮。又有大眦属君火，小眦属相火之分。

液道　是泪液所出之处。液道开则哭泣泪下。如《灵枢·口问》篇中说："目者宗脉之所聚也，上液之道也。……故悲哀愁忧则心动。心动则五脏六腑皆摇，摇则宗脉感，宗脉感则液道开，液道开故泣涕出焉。"

泪膛　常称"泪窍"，位于内眦部。上下眼弦近内眦处各有小孔窍一个，略隆起，贴附于白睛内眦部。泪膛与鼻窍相通。泪液由此排出。

眼带　又称睛带，有牵转眼珠之功。人之二目能灵活运转，相配协调而不违。与眼带之舒缩功能有关。若眼带功能异常，则目珠运转失灵而偏视。

眼眶骨　乃指容纳眼珠之骨性空腔之四壁，有保护眼珠的作用。骨性空腔呈锥形深凹，称为"眼窠"。

眼与脏腑的关系　眼与脏腑的关系是局部与整体的关系。眼乃脏腑先天之精所成，为脏腑后天之精所养。《灵枢·大惑论》谓："五脏六腑之精气皆上注于目而为之精，精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋骨血气之精，而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。"若脏腑之阴阳失调，气血乖和，可引起种种眼病。后世医家多有论述，择其要者，分述于下。

眼与肝、胆的关系　眼与肝的关系是多方面的。

(1) 黑睛属肝，为肝之精气升腾所成。

(2) 足厥阴肝经之脉上连目系；内生和外感之邪均可循目系为害而致眼病。如《三因极一病证方论》谓："病者喜怒不节，忧思兼并，致脏气不平，郁而生涎，随气上厥，逢脑之虚，浸淫眼系，荫注于目。"又如《东垣试效方》中"论瞳子散大"云："风热连目系，邪之中人，各从其类，故循此道而来攻，头目肿闷，而瞳子散大。"

(3) 肝藏血：肝中轻清之血升运于目，为养目之源，使眼能视山川之巨，辨毫发之微，故眼的视物功能与肝血盛衰有关。《素问·五藏生成》载有"肝得血而能视"之说，一旦肝失藏血之职，血不循经而行，溢于络外，则可造成眼内外出血诸症；肝血不足，可致视物昏花，夜视罔见等症。

(4) 肝主疏泄，性宜条达：眼的辨色能力与肝气调和畅达有关，《灵枢·脉度》云："肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。"但怒为肝志，肝气郁滞，对眼的病变影响很大，如忧思郁结，暴怒忿哀，致使气机逆乱，玄府郁滞，神光不能发越，有暴盲之忧，或青盲之变。

(5) 泪液的产生与肝的功能有密切关系：如《银海精微》称"泪乃肝之液"，肝有收制泪液的作用，流泪的多寡与肝气的盛衰有关。肝气盛能收制泪液，故不见流泪；肝气衰收制之职失司，则可见泪液时下。

(6) 肝主风，风主动：有因肝风搏激，胞睑、眼带被其牵拽，筋脉振惕，缓急无常，以致目睛瞤动、辘轳转关、双目通睛、目偏视等。风善行而数变。如肝风痰火攻及头目，而致头痛如劈，目若锥钻，眼珠坚硬如石，瞳神散大等，有朝发暮盲，不辨三光之危。

(7) 一些与肝病有关的全身性疾病，往往多见眼睛的症状：如肝风、肝气、肝火等病证，出现风牵偏视、口眼歪斜、目眩、目赤、目昏等。为了说明眼与肝的这种密切关系，《素问·金匮真言论》以"肝开窍于目"作为概括，以示区别于眼与其他脏腑的一般关系。

眼与胆的关系，胆与肝为表里，眼的神膏、神光与胆有关，如《证治准绳·七窍门》谓神膏是"由胆中渗润精汁而成者，能涵养瞳神，衰则有损。……神光者，谓目自见之精华也。夫神光发于心，原于胆，火之用事"。胆汁衰减，则视物不明。如《灵枢·天年》谓："五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始减，目始不明。"

眼与肾、膀胱的关系　眼与肾的关系有，①瞳神属肾。眼的瞳神亦是由肾中先天之气升腾上达于目结成。②眼睛的神光是肾中真阳在眼目的功能表现。《审视瑶函·目为至宝论》谓："神光者，谓目中自然能视之精华也，夫神光源于命门。"说明神光充沛与命门真火有直接密切的关系。③肾藏精，精生髓，脑为髓之海，眼与脑通过目系相联，目之所视，经过目系，悉归于脑。因此，视物昏蒙，头痛目胀者，除目系的病变外，还可能与脑的病变有关。《灵枢·海论》谓："脑为髓之海，……髓海有余，则轻劲多力。髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"人眼成于先天之精，若先天禀赋不足，则常有胎患目疾，目暗不明等。

膀胱与肾为表里，上水之化源以输津液。若敷布失职，水湿停留可致眼部肿胀等症。故《银海指南》有"治目不可不细究膀胱"之说。

眼与脾胃的关系　表现为：①眼之上胞属脾，下睑属胃。眼的约束、眼带等均由脾之精气升腾结聚而成。②脾胃为后天之本，五脏六腑之精气皆禀受于脾，上贯于目。脾虚则五脏六腑之精气不能归明于目。③脾胃具升清降浊之功，升降得宜，九窍通利。若升降失调，浊气上犯，而害头目。④脾喜燥而恶湿，为生痰之源，痰火结滞于胞睑，致生痰核，多因脾阳不运，水湿凝聚而成。⑤脾虚不能统血，则血不归经，亦可引起眼内外的出血病变。

眼与心、小肠的关系　眼与心的关系有：①眼之大小眦属心，血之精腾结为血络。②心主血脉，诸脉皆属于目，心气充足，血脉调和，目能得视。③心主火，眼眦的病变常为心火亢盛所致，如《证治准绳·七窍门》说："心君主也，通于大眦，故大眦赤者实火也，心包络为小心，小心相火也，代君行令，通于小眦，故小眦赤者虚火也。"④心主神明，《灵枢·大惑论》曰："目者，心之使也。"眼的一切活动与神态表现，皆受心的支配。

眼与小肠的关系，因心与小肠相表里，小肠为火府，眼的红赤疼痛常与心、小肠之火有关。

眼与肺、大肠的关系　眼与肺的关系有：①白睛属肺，眼之白睛是由肺之精气升腾所结成。②肺主气，气充则神旺目明，气聚则瞳神展缩灵活，气耗则瞳神散大，气衰则视物昏矇，如《灵枢·决气》曰："气脱者，目不明。"临床中因肺气上逆，可引起白睛溢血。③肺主表，易感外邪，可致白睛红赤等症。

眼与大肠的关系，表现为大肠与肺相表里，上运清纯之气、下输糟粕之物，升降之机常在，如大肠传导之令不行，热结于下，则火炎于上，熏蒸眼目。若有热毒目病者，兼有大便热结，必有目痛难忍诸症，若腑气一通，则结解热散，诸症悉减。

眼与经络的关系　经络是联系人体五脏六腑，四肢百骸，上下内外及气血运行的通路。五脏六腑的精气，亦依靠经络的运行而上注于目，始能发挥其视物功能。《灵枢·邪气脏腑病形》谓："十二经脉、三百六十五络，其血气皆上注于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛。"

眼与经脉　十二经脉中起止或行经眼区者计有八条。

手阳明大肠经：止于靠近眼区之禾髎。

足阳明胃经：起于眼区之迎香穴，循经而行有承泣、四白、巨髎诸穴紧旁眼区，为眼科常用之要穴。

手少阴心经：其支者，从心系上挟咽、系目系。

手太阳小肠经：有颧髎穴在眼外眦直下。

足太阳膀胱经：起于目内眦之睛明穴，次为攒竹，位

在眼区眉头陷中。

手少阳三焦经：止于目锐眦瞳子髎。

足少阳胆经：起于目锐眦之丝竹空穴，循行中有阳白穴。

足厥阴肝经：循行过程中，连目系，上出于额。

肺、脾、肾、心包四经，虽无直接起止或行经于眼区，由于脏腑表里相通，经脉相互会络，使十二经脉直接间接与眼均有贯通。

在奇经中，除阴维脉、冲脉、带脉外，其余五条经脉也起止或循行于眼区附近。

任脉：循行至咽喉，上颐循面入目。

督脉：入喉上颐环唇，上系两目之下中央。

阳蹻脉：至目内眦，与手足太阳，足阳明，阴蹻四脉汇于睛明。

阴蹻脉：至目内眦，与阳蹻、手足太阳、足阳明经会于睛明穴。

阳维脉：经眉上之阳白穴。

眼与经筋　经筋的功能也和经脉一样，只因为它是循行于体表的肌肉部分，又多作用于筋骨方面，故称“经筋”。经筋之中，太阳为目上网，阳明为目下网，足少阳之经筋结于目外眦为眼目向外侧活动的维系，手太阳、手少阳之经筋均属目外眦。

眼与经别　经别是十二经脉的别行部分，其主要作用是补充十二正经之不足，使各经之间的阴阳表里相互配合得更为严密，作用更加协调，据《灵枢·经别》所载：手太阳、手少阴之经别，合于目内眦．足少阳与足厥阴之经别，上系目系，合足少阳经于眼外眦。

十二经脉所主眼病　常见眼病与十二经脉的关系概述如下：

(1) 手太阴肺经：眼之白睛属手太阴肺经，因此白睛所患诸症均应考虑与本经病变有关。如白睛赤脉、玉粒侵睛、状若鱼胞、色似胭脂等病证。

(2) 手阳明大肠经：大肠经与肺经相表里。大肠者，传导之官，排泄糟粕，故手太阴肺经有关之眼病，兼见大便秘结者，均应考虑与手阳明大肠经之功能失调有关。

(3) 足阳明胃经：胃为水谷之海，与脾相表里，眼病之兼有前额疼痛或齿痛或呕吐泛恶，消渴善肌者，亦应注意与足阳明胃经有关，此外足阳明为目下网，凡眼部赤脉由下而上者，或黄液上冲应考虑到与本经有关。

(4) 足太阴脾经：脾为后天之本，脾主肌肉，在眼之为约束胞睑，因此胞睑所患诸症，均应考虑与本经病变有关，如椒疮、粟疮、风弦赤烂、上胞下垂。

(5) 手少阴心经：心主血脉，眼之大小眦属手少阴心经，故大小眦所患诸症就要考虑与本经的病变有关，如大小眦赤脉贯睛、胬肉攀睛、眦帷赤烂、漏睛疮、窍漏等。

(6) 手太阳小肠经：小肠经与手少阴心经为表里。《诸病源候论》云：“心主血，与小肠合，若心家热，结于小肠。”因此凡手少阴心经诸病，每每累及小肠经，如锐眦赤痛，小便短赤，应考虑与心热移于小肠有关。

(7) 足太阳膀胱经：膀胱经与足少阴肾经为表里。膀胱者州都之官，气化出焉，故凡肾经之病兼有小便不利者均应考虑与本经病变有关。因太阳为目上网，故眼部之赤脉出上而下者，与太阳经受邪有关。此外，膀胱经为巨阳，其经脉最长，统束全身，凡外感疾病有眉头痛、目赤者，往往与太阳经病变有联系。

(8) 足少阴肾经：肾主骨，骨生髓，脑为髓之海，瞳神属肾，故凡瞳神疾患应考虑与本经病变有关、如圆翳内障、云雾移睛、视瞻昏渺等。

(9) 手厥阴心包经：心包经与手少阴心经之病有类似之处，本经病变可见手少阴心经。

(10) 手少阳三焦经：三焦者，决渎之官，水道出焉。手少阳三焦经止于目外眦，故眼之赤脉从外眦而入，兼有小便赤者，应考虑与本经病变有关。

(11) 足少阳胆经：胆经与肝经互为表里。故肝经诸病，往往均可与胆经有关。

(12) 足厥阴肝经：黑睛属足厥阴肝经，其经脉连目系，凡黑睛及目系疾患，均应考虑与本经有关。如凝脂翳、蟹睛、青盲、暴盲等。

综上所述，眼与经脉关系至为密切，不论外感六淫，或内伤七情，都可以通过经脉而反映到眼及其附近有关经脉循行的所在部位上，故可以根据症状出现的部位，推断疾病发生于何脏何腑，或其所属经络，为疾病的诊断和治疗提供依据。正如《审视瑶函·识病辨证详明金玉赋》中谓：“论目之病，各有其症，识症之法，不可不详。故曰：症候不明，愚人迷路，经络不明，盲子夜行，不可不慎乎。”

眼与血、气、精、津液的关系　血、气、精、津液是维持人体正常功能的物质基础。目属清窍，其位至高，脉道幽深，经络细微，结构复杂，唯血、气、精、津液之轻清精微者方能上达于目，视为至宝。许多中医眼科文献中常将上注于眼的血、气、精、津液特名为“真血”、“真气”、“真精”、“神水”、“神膏”等，以示区别于一般血、气、精、津液等。

早在《素问·五脏生成》中就有“肝受血而能视”的记载。《灵枢·五癃津液别》亦曰：“五脏六腑之津液，尽上渗于目。”至《证治准绳·七窍门》中对眼内之真血、真气、真精、神水、神膏、神光的生成作用，及相互关系作了概括的阐述。

眼与血的关系　血为养目之源。在眼内经脉中往来运行之轻清精微者，特名之为“真血”。《审视瑶函》曰：“真血者，即肝中升运于目，轻清之血，乃滋目经络之血也，此血非比肌肉间混浊易行之血，因其轻清上升于高而难得，故谓之真也。”眼与血的关系表现为：①真血供养二目以维持视物功能。因肝开窍于目，肝气与眼相通，肝中之血充，则目中之血盛。目中之血盛方能视，故曰“肝受血而能视”。②目中真血有化生和濡养神水、神膏之功。血之气化为真水，在脏腑而为津液，升运于目而为神水、神膏。血足则真水足，真水足则神水、神膏有所滋养，故

目能精彩光明。如血损则真水亏，目亦不明。③血的异常变化可以引起眼睛病变，血太过，即血气在局部运行不畅，有郁滞瘀阻之象，表现为红赤肿痛等。血不及，即指局部养目之血亏乏，常表现为干涩昏花，视物不明，或乍后酸痛，不能久视等，妇女临经血室空虚，二目亦可隐隐疼痛。劳瞻竭视，弱光下阅读细字，雕镂细作等，均可因久视伤血而病目昏。《儒门事亲》对血病影响于眼概括为："血亦有太过不及也，太过则目壅塞而发痛，不及则目耗竭而失明。……要知无使太过不及，以血养目而已"。④其他脏腑的病变亦可影响血而致眼病。如肺气上逆，顿咳不已，致白睛溢血；肝肾阴亏，阴虚火炎，迫血妄行，溢于络外，可致血灌瞳神等。⑤因血与气的关系密切，血者气之守，气者血之卫，相偶而不相离，若因失血过多而引起双目暴盲，往往补血无效，而重在急速固气每获良效。

眼与气的关系　气是维持神光保证眼能明视的物质基础。故《济生方》有"眼通五脏，气贯五轮"之说。眼位至高，脉道细微，气中非清阳精微者难以升腾上达于目。因此，凡能往来出入于眼之经络脉道，具有生养作用之气，特名之为"真气"，有别于体内一般之气。目之所以能视万物，别五色，精明微巧，真气的濡养是重要条件之一。真气充养二目，必须具备三个条件：第一，在脉道中循行要调达和畅。如玄府幽深之源郁遏，则气机郁滞，真气的生用功能不足，目视不明，治疗上当以疏利玄府，解郁导滞。气机一旦和畅，则两目复得光明。第二，脾胃升清降浊之功能正常。升降有序轻清之阳气才能不断升运，濡养目窍，一旦升降失常，则清阳之气不能上行，目失滋养，目光必减。因此在治疗上应以益气升阳为主，清阳上升，则九窍通利，耳聪目明。第三，真气充旺，则两目神光外发。瞳神由气所充，气充则神旺，神旺则眼目精彩光明。当然，真气的充沛与否，又与全身状况及脏腑功能有直接密切的关系，如果全身脏腑之气虚少，甚至衰脱，则养目之源衰竭，而致目暗不明。所以《灵枢·决气》说："气脱者，目不明。"

在气与血的关系方面，气病亦可影响血病，如气行则血行，气滞则血滞，甚至血凝而不行。《灵枢·刺节真邪》说："宗气不下，脉中之血，凝而留止。"又如血为气所统摄，气不摄血，则血不归经，溢于络外。因此，在眼病中所见血凝不行，甚则脉道闭塞，或者血溢脉外之出血，均应考虑血与气的相互关系。

眼与精的关系　眼中之精谓"真精"，是脏腑之精中轻清精微者，经过幽深的脉道和细微的经络，升运于目窍，目之生成、功用及其滋养，无不赖于精。眼与精的关系表现为：①眼由五脏六腑之精气所成。如《灵枢·大惑论》曰："五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。"②目之功能与真精的关系极为密切，如瞳神之展缩，取决于精气的盛衰，瞳神由精气所充，精气聚则瞳神聚，精气散则瞳神散。《审视瑶函》云："真精者，乃先后二天元气所化之精汁，起于肾，次施于胆，而后及乎瞳神也。"眼睛能视万物、辨颜色，亦赖精气之充养。精气亏损，则此功能减弱，或丧失。如《素问·脉要精微论》曰："夫精明者，所以视万物，别黑白，审长短。以长为短，以白为黑，如是则精衰矣。"在临床上，凡有房劳过度，或梦遗滑泄而致精亏液损者，常有两目干涩，视物昏花，腰膝酸软等症。目病者（特别是内障眼病），若房事不节或梦遗滑泄，每使病情加重，影响治疗效果。

眼与津液的关系　津液为养目之液，五脏六腑之津液皆上渗于目，具有濡养、滋润、护卫眼睛的作用。眼中之神水、神膏亦由津液所化生。如果神水不足，轻则耗涩昏花，重则白睛污浊，黑睛晦滞，神水将枯。神膏包涵于目内，有护养瞳神之功。神膏一衰，则瞳神必损。目中之泪液亦由津液所化生，如《灵枢·口问》曰："目者，宗脉之所聚也，上液之道也。"又说："液者，所以灌睛濡空窍者，故上液之道开则泣。泣不止则液竭，竭则精不灌，精不灌则目无所见矣。"过度悲伤哭泣，易伤津耗液，津液亏损，养目之源亏乏，则两目干涩昏花。

眼与神的关系　神是意识思维、七情活动及形体功能等方面的概括。神与眼之关系密切，眼为神之所注，通称"眼神"。《内经》中早有"心藏神"、"目者，心之使也"之说。

神产生于先天之精，亦生于后天脏腑之气和津液，有依赖于后天水谷精气濡养。神体现着人体气血外在功能的表现，亦体现着人体抗御病邪的正气。由此可见，神之生成，与精、气、血、津液有密切关系，神之维持，亦赖于精、气、血、津液之供养。

眼神是神的外在表现的重要方面。反映着全身精、气、血、津液盛衰之状况。如精、气、血、津液充盛，则神采奕奕，神志敏锐，面色明润，双目转动灵活，视物精明，为目中有神，即有眼神之意，虽有病患，亦易治疗。

眼神的变化，还反映着眼局部精、气、血、津液的盛衰状况。如高风雀目内障后期，患者行动畏缩，双目呆滞，不能旁察四方之物，是眼神将殆的表现。说明睛内脉道闭塞，玄府郁遏，气机阻滞，养目之精、气、血、津液将竭，已属青盲重症，实为难疗之候。又如小儿疳眼症后期，黑睛枯瘁，生白膜一片，失去晶莹明润光泽，与白睛均呈晦滞干涩之态，为神水将枯之象，全无眼神可见。因此在临证中，详察眼神之变化，不仅可以了解精、气、血、津液之盛衰，而且对眼病或全身病变之诊断和预后，有重要的参考意义。

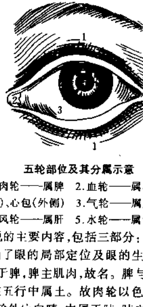
眼神是神在眼的功用方面的重要表现，眼的视物辨色的功用，被名之为"神光"。如《证治准绳·七窍门》说："神之在人也大矣，在足能行，在手能握，在舌能言，在鼻能嗅，在耳能听，在目能视。"该书并指出："神光者，谓目自见之精华也。"目睛运转灵活，视物辨色敏锐，为目有神光。反之，视物昏矇，运转呆滞，忽上忽下，忽左忽右，系目无神光之表现，治之亦难。

神表现于七情变化和思维活动之中。《灵枢·本神》曰："怵惕思虑者则伤神，神伤则恐惧流淫而不止，……喜乐者，神惮散而不藏，……恐惧者，神荡惮而不收，……神伤则恐惧自失，……。"七情变化和思维活动是通过眼神表现出来。如喜则目张眉开。悲哀愁忧则心动，心动则液道开而泣涕俱下。怒则双目圆睁，眈眈而视。恐则睛珠凝定，瞳神散大。七情的异常还可以影响眼病的发生和发展。因此观察眼神的变化，了解患者的七情异常，不仅对眼病，而且对其他疾病的病因、诊断、辨证和治疗都有一定的帮助。

总之，眼神是神在眼方面的表现，眼神的正常与否，与人体各部的功能、思维活动、七情变化的状态，以及精、气、血、津液的盛衰状况皆有密切关系。

五轮　把眼的五个部分——胞睑、两眦、白睛、黑睛、瞳神，分属于五脏，取其像似车轮圆转运动之义而冠以"轮"字，名曰五轮。五轮即肉轮、气轮、血轮、风轮和水轮。主要内容是以脏腑、五行学说为指导，阐述五轮之生理功能，病理变化及相互关系。

五轮学说的理论基础来源于《灵枢·大惑论》所云之"骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束"。它具体地把眼的五个部分分属于五脏。尔后《医方类聚》一书所收录的《龙树菩萨眼论》中提到"水轮"、"血轮"，但未述及其他三轮。至《太平圣惠方》已比较详细的记载了五轮的名称，及所属心、肝、脾、肺、肾五脏与五行相配等内容。明代《医学入门》将二眦分开，大眦属心，小眦属小肠。《证治准绳》又将大眦属心君火，小眦属心包络相火（见图）。



五轮部位及其分属示意

1.肉轮——属脾　2.血轮——属心（内侧）、心包（外侧）　3.气轮——属肺　4.风轮——属肝　5.水轮——属肾

五轮学说的主要内容，包括三部分：

（1）明确了眼的局部定位及眼的生理状态：肉轮外应胞睑，内属于脾，脾主肌肉，故名。脾与胃相表里，其色黄，其味甘，在五行中属土。故肉轮以色黄润泽，开合自如者为顺；气轮外应白睛，内属于肺，肺主气，故名。肺与大肠相表里，其色白，其味辛，在五行属金，故气轮以白泽者为顺；血轮外应内外两眦，内属于心，心主血，故名。心与小肠相表里，其色赤，其味苦，在五行属火，故血轮唯红活者为顺；风轮外应黑睛，内属于肝，肝主风，故名。肝与胆相表里，其色青，其味酸，在五行属木，故风轮以青莹者为顺；水轮外应瞳神，内属于肾，肾主水，故名。肾与膀胱相表里，其色黑，其味咸，在五行属水，故瞳神以黑莹形圆，展缩灵活者为顺。

（2）轮脏标本关系：眼之有轮，各应于脏，脏有所病，每现于轮。肝有病则现于风轮，肺有病则现于气轮，心有病则现于血轮，脾有病则现于肉轮，肾有病则现于水轮。如《儒门事亲》卷一云："气轮变赤，火乘肺也；肉轮赤肿，火乘脾也；黑水神光被翳，火乘肝与肾也；赤脉贯睛，火自甚也。"

（3）用五轮学说中生克乘侮的理论，来阐述各轮的生理功能，病理变化及其相互关系：如《证治准绳·七窍门》云："气若怫郁，则火胜而血滞，火盛而血滞则病变不测，火克金，金在木外，故气轮先赤，金克木而后病及风轮。"又如《目经大成》中"流金凌木"一症，乃火郁肺金，白睛有病，金气凌木，似膜非脂，从气轮而蚀风轮，黑睛亦伤。因此既要了解轮脏标本的关系，又要熟悉五行生克乘侮的关系，才能通权达变。

五轮学说对临床实践有一定的指导意义，但由于产生的历史条件的影响，有其一定的局限性，因此在临床中，还必须灵活运用，切勿拘泥。

八廓　将眼分为八个部位或方位，取其匡廓卫御之意，名为"八廓"。其主要内容是以脏腑学说为基础，与八卦相配，作为眼病分类和辨证的理论。

历代医家对八廓的内容所论不一，八廓在眼部分布的位置各持异见，对其评价极不相同，而运用八廓的理论指导临床治疗的实例也相当少见。因此，对八廓学说的内容只择其要者介绍于下：

八廓学说的肇源，明代医家徐春甫认为是龙木禅师所首创。现存的《秘传眼科龙木论》书后附《葆光道人龙木集》中有"八廓歌"，是将部分眼病归属于相应脏腑，分为八类，以"廓"名之。在宋代《严氏济生方》中已有关于八廓的记载，如谓："方论有五轮八廓，内外障等之证，兹不复述。"说明严氏之前八廓学说已经形成。以后至元代《医方大成》中记载了八廓和"八卦"的关系，并谓："五脏分五轮，八卦名八廓。……至若八廓，无位有名。胆之腑为天廓，膀胱之腑为地廓，命门之腑为水廓，小肠之腑为火廓，肾之腑为风廓，脾胃之腑为雷廓，大肠之腑为山廓，三焦之腑为泽廓。"《世医得效方》中图绘将八廓分属于眼部外表的八个部位，以示说明，使八廓学说从有名无位到有名有位可辨。《证治准绳·七窍门》中，又将眼部分为八个方位，分属脏腑相配，与八廓结合起来，并解释八廓为："应呼八卦，脉络经纬于脑，贯通脏腑，达气血往来，而匡廓卫御之意也。"书中还对八廓的命名作了全面的解释："乾卦"应居于西北方，络通大肠之腑，肺与之相配，大肠的功能是下输糟粕，称为"传导廓"。"坎卦"居于正北方，

络通膀胱之腑，肾与之相配，膀胱是津液之腑，称“津液廓”。“艮卦”应居于东北，络通上焦，命门与之相配，因为会合诸阴分输百脉，称“会阴廓”。“震卦”应居于正东方，络通于胆，肝与之相配，为清净之府，称“清净廓”。“巽卦”应居于东南方，与中焦相通，肝络与之相配，因肝络通血以滋养，中焦分气以化生，称“养化廓”。“离卦”应居于正南方，络通小肠，心与之相配，为阳受盛之胞，称“胞阳廓”。“坤卦”应居于西南方，络通于胃，脾与之相配，主纳水谷与养生，称为“水谷廓”。“兑卦”应居于正西方，络通下焦，肾络与之相配合，主阴精化生之源，称为“关泉廓”。提出艮卦上焦与命门相配，巽卦中焦与肝络相配，兑卦下焦与肾络相配的论点。强调目专窍于肝，而上于肾，故有肝络和肾络与之相配。《审视瑶函》根据《证治准绳》中八廓的所处方位，以及“左目属阳，阳道顺行，故廓之经位法象亦以顺行。右目属阴，阴道逆行，故廓之经位法象亦以逆行”的理论，绘以八廓定位图。

清代《医宗金鉴·眼科心法要诀》因鉴于八廓学说意见不一，而另立新论。认为：“眼科皆以五轮属脏配五行，八廓属脏腑配八卦。遂使脏腑混淆，无所适从。夫五轮既属脏，八廓自应属腑。今改订之，俾学者按轮廓之部位视之，而病之在脏、在腑，自能了然矣。”将八廓中的四廓与五轮中的四轮相配。如水廓即水轮，主腑为膀胱病，风廓为风轮，主腑为胆病；天廓为气轮，主腑为大肠病；地廓即肉轮，主腑为胃病。其他的火廓、雷廓、泽廓、山廓都属于血轮部位，因为血轮属心，心与小肠相表里，故轮主脏为心病，廓主腑为小肠病。其余如雷廓命门，泽廓三焦，山廓包络，皆附于血轮者，以命门、三焦、包络，俱属相火，当禀命于君火，故以附之。

《目经大成》中又独创新说，在巽卦中选用髓海与肝膈相配，在兑卦中选用膻中与肾脂相配，并将八廓另立新名，分别称为行健廓、宣化廓、育德廓、镇靖廓、定光廓、虚灵廓、资生廓、成能廓。

根据以上所述，八廓学说的具体内容包括：①将眼病常见症候，归纳为八组，与相应脏腑相联系，命名为八廓。②将八廓与八卦相配。③将眼部的外在可见区域分为八个方位，与八卦及脏腑相配合。④八廓除与五脏六腑相配外，还选用了命门，肝络，肾络，膻中，髓海，肝膈，肾脂相配。

八廓学说的内容，历代医家各抒己见，看法也不一。如《银海精微》云：“八廓无位有名。”楼英《医学纲目》称：“又有八廓之说，无义无据，今不得删入焉。”徐春甫在《古今医统》中云：“甫考八廓，乃后世龙木禅师论五行八卦配合之意，于义不切，奈何传误既久，俗习一辞，遽尔釐删，似为脱简。夫何世谓眼科开口五轮八廓，若遗言者，即谓弗工，姑存而辩之，以俟枉渐。”以后李梴在《医学入门》中强调：“表证多属三阳部，里证多属三阴部分，要知以肝为主，表里虚实，不通五行生克之理，八廓不必深泥。”强调了眼病应以八纲辨证为主的思想。以后《景岳全书·眼目》中，对八廓学说也提出了反对意见。但《审视瑶函》列有“勿以八廓为无用论”一节，呼吁世人要重视八廓。而书中所集一百三十五症，非但无一症用八廓学说指导辨证治疗，相反在大小雷头风症中删去了《证治准绳》类方中用八卦对清震汤的解释：“雷者震也，震仰盂，故东垣制药用荷叶者，象震之形。”所以《张氏医通·七窍门》指出：“速夫八廓，有名无位，……此虽眼目之源流，而实无关于治疗也。”（见下表）

历代八廓主要内容一览表

书　名	乾　天	坎　水	艮　山	震　雷	巽　风	离　火	坤　地	兑　泽
《医方大成》 1321 年	天廓 胆	水廓 命门	山廓 大肠	雷，廓 脾，胃	风廓 肾	火廓 小肠	地廓 膀胱	泽廓 三焦
《世医得效方》 1345 年	传导廓 肺、大肠 内动，视物生烟，眦疼难开，不能辨认	会阴廓 肾 常多暗昏，睛眩泪多	清净廓 胆 肉生两睑，翳闭双眼	关泉廓 小肠 眦头赤肿，睑内生疮，倒睫拳毛，遮睛胬肉	养化廓 肝 黑睛多痒，两睑常烂，或昏暗多泪	抱阳廓 心、命门 赤脉侵眦，血灌瞳仁，热泪如倾	水谷廓 脾，胃 眼眩紧急，瘀血生疮	津液廓 膀胱 脑脂凝聚，血泪攻潮，有如雾笼
《秘传眼科龙木论》	传导廓 肺 病涩翳包睛	津液廓 膀胱 轮廓内青赤翳	会阴廓 肾 障翳裹睛	关泉廓 小肠 两眦热泪痒	养化廓 三焦 冒暑冲风时犯光	抱阳廓 命门 眼前花乱色难分，赤脉交加	水谷廓 胃 胞沿肿，侵睛赤	清净廓 肝 视物似雾，冷泪频下
《银海精微》	传导廓 肺、大肠 肺家壅热，大肠闭涩	会阴廓 肾 视物如着蒱雾，畏日	清净廓 胆 视物似雾，冷泪频出	关泉廓 心，小肠 两眦赤痒痛	养化廓 肝 膜障裹双眸	抱阳廓 心、命门 眼前花发，睛肿	水谷廓 脾、胃 胞睑渐肿，生睛赤	津液廓 膀胱 冷泪，赤脉
《古今医统》 1556 年	传导廓 肺、大肠	会阴廓 肾	清净廓 胆	关泉廓 小肠	养化廓 肝	抱阳廓 心、命门	水谷廓 脾、胃	津液廓 膀胱
《医学入门》 1575 年	肺、大肠 白睛	肾 瞳子	胆 神光	小肠 白睛上截向小眦	肝 乌睛瞳人外	心、命门 大小眦	脾、胃 上下睑	膀胱 白睛下截向大眦

（续表）

书　名	乾　天	坎　水	艮　山	震　雷	巽　风	离　火	坤　地	兑　泽
《证治准绳》1602年	传导廓 大肠，肺与之相配 西北 上运清纯，下输糟粕	津液廓 膀胱，肾与之相配 北方 上水之化源以输津液	会阴廓 上焦，命门与之相配 东北 会合诸阴，分输百脉	清净廓 胆，肝与之相配 东方 主清净不受浊秽	养化廓 中焦，肝络与之相配 东南 通血以滋养分气以化生	抱阳廓 小肠，心与之相配 正南 阳受盛之胞	水谷廓 胃，脾与之相配 西南 主纳水谷以养生	关泉廓 下焦，肾络与之相配 西方 关主阴精化生之源
《医宗金鉴》1742年	传导廓 大肠	津液廓 膀胱	会阴廓 包络	关泉廓 命门	养化廓 胆	抱阳廓 小肠	水谷廓 胃	清净廓 三焦
《目经大成》1748年	行健廓 肺、大肠 白珠	宣化廓 肾、膀胱 神膏	育德廓 脾、命门 上睑	镇靖廓 肝、胆 青睛	定光廓 肝膈、髓海 金井	虚灵廓 心、小肠 内眦	资生廓 脾、胃 下睑	成能廓 膻中、肾脂 锐眦

耳

耳为七窍之一，故又称耳窍。因肾开窍于耳，肾气通于耳，肾脏的盛衰常反映于耳，故亦称肾窍。《灵枢·卫气》说："窗笼者，耳也"，故又有"窗笼"之称。刘完素《素问玄机原病式》说："所谓聋者，由水衰火实，热郁于上，而使听户玄府壅塞，神气不得通滞也。"所以耳又有"听户"之称。耳的结构，由耳廓、耳孔、耳底、皮膜、完骨、耳门骨所组成。

头面为诸阳所会，耳位于头面二侧，是清阳之气上出之处，属"清窍"之一。《灵枢·口问》篇说："耳者宗脉之所聚。"指出了主要脉络聚会于耳，构成了耳与五脏六腑的密切关系。

耳为肾之窍、肾之官，为肾所主，耳得肾的精气滋养，其听觉及主平衡的生理功能，才能正常。在《普济方·耳门·总论》说："夫耳属足少阴之经，肾家之寄窍于耳也，肾通乎耳，所主者精，精气调和，肾气充足，则耳闻而聪。"《圣济总录·耳门·耳统论》也说："肾气通于耳，心寄窍于耳，气窍相通，若窗牖然，声音之来，虽远必闻，若心肾气虚，精神失守，气不宣通，内外窒塞，斯有聋聩之疾。"实际上，人是一个统一整体，除了肾脏之外，其他脏腑和经脉对耳的听觉功能也均有影响，如《灵枢·邪气脏腑病形篇》说："十二经，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍……其别气走于耳而为听。"

耳的平衡功能，古代医籍未有明确记载，但对于人体平衡感觉障碍而出现的眩晕症状，却早有研究。如古人已注意到眩晕症状，每与耳鸣、耳聋并见，《素问·至真要大论》说："厥阴之胜，耳鸣头眩。"《普济方·耳门·总论》更明确指出："厥气搏入于耳，是为厥聋，必有时见眩晕之证。"由此可见，耳与眩晕有一定关系，从而可知耳在人体平衡功能上所起的作用。

耳的结构与功能　名称和功能分述如下：

耳郭　又称耳壳。即耳突出头面两侧部分，对收集声音和判断声音方向有一定作用。耳为宗脉之所聚，因此可将耳壳分若干区，并分别隶属于脏腑和人体各部，以此作为诊断疾病和治疗疾病的依据。耳郭包括耳轮、耳门、耳根、耳坠。耳轮指耳郭的边缘部位，又称耳弦。耳门又称蔽，《灵枢·五色篇》说："蔽者，耳门也。"即耳前缺口处，内为耳孔。耳根指耳郭与头之连接处。耳坠指耳郭之下垂部，又称耳垂。因其垂下如珠，故又称耳垂珠。

耳孔　接耳门之后，通入耳底之孔道，即外耳道，将收集的声波输入耳内。

耳膜　又称鼓膜，在耳孔深处，是一层薄膜，将耳孔与中耳之鼓室隔开，主要将声波传达至中耳之小骨，再至内耳产生听觉。

耳底　指外耳道深部，包括鼓膜及中耳等部分，内有三块小骨连接，主要是传送声波作用。

皮膜　包括耳膜及内耳部位，《血证论》卷六载："为司听之神所居，其形如珠，皮膜气裹真水，若真水破，而耳立聋；有为大声所震而聋者，皮膜破也，或聋或不聋。"

完骨　位于外耳门的后方，内有很多小孔成蜂窝状，《灵枢·骨度篇》说："耳后当完骨者，广九寸。"可见，完骨是指耳后乳突部位之骨。

耳门骨　因其正当耳孔处，故又名玉梁骨。《医宗金鉴·正骨心法要旨》说："玉梁骨，即耳门骨，其处上即曲颊、下即颊车，两骨之合钳也。"

此外，尚有"龙葱"，《温热经纬·余师愚疫病论》说："肺经之结穴在耳中，名曰龙葱，专主乎听。"由此看来，龙葱指耳中。另有耳中指耳内、或指耳中穴（图1）。

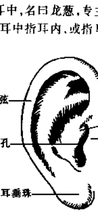


图1　耳的部位名称

耳与脏腑的关系　人体生命活动以五脏为中心。六腑与五脏相配合，经络则内连脏腑，外络四肢百骸，皮毛

筋骨，肌肉血脉，五官九窍等，形成一个统一的机体。耳为五官之一，与脏腑经络均有密切的关系。

耳与肾的关系　耳为肾所主。在历代文献载有"耳者肾之窍"、"耳为肾之官"、"耳为肾之外候"、"肾气通于耳"的论述。《素问·阴阳应象大论》在归纳五窍与五脏的关系时指出："肾主耳，……在窍为耳。"肾为封藏之官，受五脏六腑之精而藏之，其精气上通于耳而为听，对耳的听觉功能起着重要的作用。故《灵枢·脉度》说："肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣。"又因肾精能化生骨髓，髓充于骨而汇于脑，故脑为髓海。髓海也为肾所主，耳窍内通于脑，髓海泌渗精气以荣耳窍，对耳的听觉功能和平衡功能有重要影响，故《灵枢·海论》说："脑为髓之海"，"髓海有余，则轻劲多力，自过其度，髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"说明肾的功能健旺，髓海充足，耳窍得以滋养则听觉灵敏，并能步履稳健。反之，肾精亏损，髓海不足，耳窍失于荣养，则有平衡感觉障碍，自觉天旋地转、自身动荡不安及耳鸣、耳聋、呕吐等一系列症状。《济生方·耳门》说："肾气不平，则耳为之受病。"临床上，肾功能失调，多产生耳鸣、耳聋、眩晕、耳内胀塞、脓耳日久等虚性症候。耳壳形态大小、厚薄、高低、气色荣枯等与肾的功能有一定关系，如耳轮干枯焦黑，多属肾精亏耗，精不上荣之候，观察耳壳的变化有助于了解肾脏精气的盛衰。故称"耳为肾之外候"。《医学心悟》说："耳者，肾之窍。察耳之枯润，知肾之强弱。故耳聋红润者生，枯槁者难治。薄而白、薄而黑、薄而青或焦如炭色者，皆为肾败。"

耳与心的关系　耳为心之寄窍。《素问·金匮真言论》说："南方赤色，入通于心，开窍于耳。"指出耳与心之关系。但在《素问·阴阳应象大论》又有"心主舌，……在窍为舌"的提法。后世医家在总结临床实际的基础上，提出耳为肾之窍，又为心之寄窍的理论，比较恰当地说明了耳与肾和耳与心的主次关系。心主火，肾主水，心火与肾水，相互制约，和水火既济的作用，共同维护耳的功能。若心肾失调，肾水亏虚，心火亢盛，或心血不足，不荣于耳，均可导致耳病。如《古今医统·耳证门》说："忧愁思虑则伤心，心虚血耗，必致耳聋耳鸣。"

耳与肝、胆的关系　足少阳之经脉，属胆络肝，其支者从耳后入耳中，出走耳前，其经气环循于耳，对耳的生理、与病机有着极大的影响。肝胆互为表里，共主疏泄升发，其病变以气机郁结化火或升发太过为主，每可循经上扰耳窍，以致耳痛、脓耳、耳鸣、耳聋、眩晕等症。如《素问·脏气法时论》说："肝病者……虚则目䀮䀮无所见，耳无所闻。"《素问·六元正纪大论》说："木郁之发，……甚则耳鸣眩转。"说明耳与肝、胆有关，尤其是耳病的实热症候多由肝胆的病机变化而致。

耳与脾的关系　脾为后天之本，气血生化之源，人体的五脏六腑、四肢百骸、头面空窍，无不承受精气于脾，耳的功能也一样与脾有关。脾的功能旺盛，生化之源充足，运化有力，清气上升，浊阴下降，耳窍得其濡养而清宁，听力聪敏而无病。若脾气虚，不能上奉于耳，则耳易得病，如《素问·玉机真脏论》所指出：脾不及则令九窍不通。若脾有湿浊，上滞耳窍，则可致耳部湿烂、脓耳、耳鸣、耳聋、眩晕等症。

耳与肺的关系　耳与肺的关系，《证治汇补·耳病章》说："肾窍于耳，而能听声者肺也，因肺主气，一身之气贯于耳故也。"指出了肺与耳在生理功能的关系。其病机变化，当肺虚或外邪犯肺，可出现耳聋耳鸣等症，如《证治准绳·杂病》说："耳聋少气，嗌干者为肺虚。"《素问·气交变大论》说："肺金受邪……嗌燥、耳聋。"在临床上，耳病初起，常因外邪犯肺脏所致。

耳与经络的关系　人体经络纵横交错，分布全身，许多大的或主要的经络均循经或有分支汇聚于耳，故《灵枢·口问》篇说："耳者，宗脉之所聚。"

耳与经脉　《灵枢·邪气脏腑病形》说："十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍……其别气走于耳而为听。"其中，与耳关系比较密切的经脉和穴位有5条(图2)。

(1) 足少阳胆经：起于目锐眦，上抵头角，下耳后，其支者，从耳后入耳中，出走耳前。其经气环循于耳，故一般耳部实热病症，多与胆经有关。如《素问·热论》说："伤寒三日，少阳受之，少阳主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。"本经于耳的病症多见耳内胀塞、耳痛、流脓、耳鸣、耳聋、眩晕等症。临床上，常取胆经穴位，如听会、上关、完骨、窍阴、曲鬓、颔厌、浮白、侠溪等以治疗上述耳病。

(2) 手少阳三焦经：其经脉也环绕于耳部，其中一个分支从膻中出缺盆，上项系耳后，直上出耳上角，另一个分支从耳后入耳中，出走耳前，过客主人前，交颊，至目锐眦。本经于耳的主要病症有耳聋、耳后疼痛。如《灵枢·经脉》说："是动则病耳聋浑浑焞焞。"用于治疗耳病的穴位有：翳风、瘈脉、颅息、角孙、耳门、和髎、液门、中渚、外关、会宗、三阳络、四渎、天牖等。

(3) 手太阳小肠经：它的一个分支，由目锐眦进入耳中，《灵枢·经脉》云："是主液所生病者，耳聋。"耳聋是本经主要病症。常用于治疗耳病的本经穴位有听宫、后溪、腕骨、天窗、天容、颧髎等。

(4) 足阳明胃经：其经脉循颊车，上耳前，过客主人。本经于耳的主要病变为耳痛、耳部湿烂、耳聋等。用于治疗耳病的本经穴位有下关、足三里、解溪等。

(5) 足太阳膀胱经：其分支从巅分出，向两侧下行至耳上角。本经于耳的主要病变有耳痛、耳聋等。用于治疗耳病的本经穴位有通天、络却、昆仑、申脉等。

除了以上主要经脉外，还有手少阴之脉络于耳中；手阳明之脉，其别者，入耳，合于宗脉；手心主之正，出耳后，合少阳完骨之下；足少阳之筋，直者，循耳后；足阳明之筋，其支者，从颊结于耳后。

位于耳及耳旁的局部穴位有足少阳胆经的听会、上关、完骨、窍阴、曲鬓；手少阳三焦经的翳风、瘈脉、颅息、角孙、耳门、和髎；手太阳小肠经的听宫等(图2)。

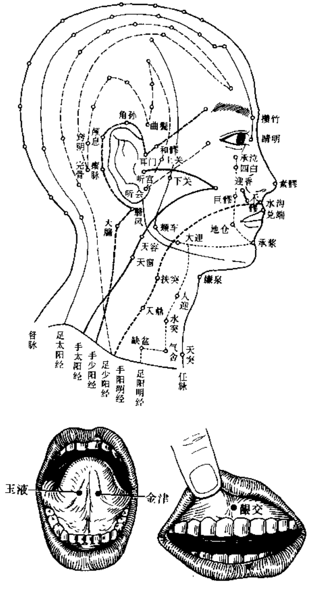


图2　耳鼻咽喉口腔部经脉及穴位图

耳针穴位　耳是宗脉之所聚，又因十二经脉三百六十五络之气血上注于空窍，故耳与全身各器官组织有着广泛的联系。由于脏腑经络循行所属之不同，使人体各个部位和器官与耳的不同部位，发生相应的联系。因耳将耳壳各部，分别隶属于人体各器官组织，以此作为观察疾病和治疗疾病的依据。在耳壳上，各个耳穴的名称和身体各部名称相同，其在耳壳上的分布，有一定的规律，与头面相应的穴位在耳垂，与上肢相应的穴位在耳舟，与躯干和下肢相应的穴位在对耳轮和对耳轮前、后脚，与内脏相应的穴位集中在耳甲艇和耳甲腔，这些穴位连接起来，正象一个倒置的胎儿(图3)。

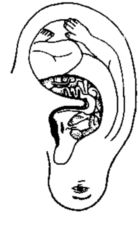


图3　耳穴形象分布示意图

当人体的脏腑或躯体有病变时，往往会在耳壳上的穴位反映出来，如有压痛、局部变色、起结节、脱屑、或有导电性能的改变等。利用这些变化，可以帮助诊断疾病，针刺这些穴位，可以防治有关疾病。用于防治耳科疾病的常用耳穴有：肾、内耳、内分泌、枕、肝、胆、脾、胃等(图4)。

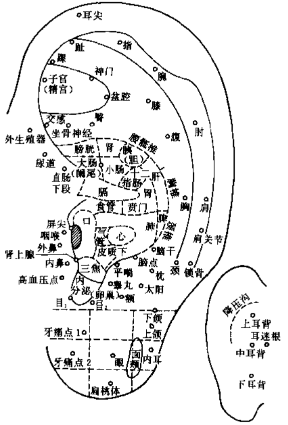


图4　耳穴示意图

在很久以前，中医已懂得刺割耳壳不同部位以治病，经过不断的实践和总结，形成一套与十二经脉的穴位不同的独特的耳壳穴位，简称耳穴。目前耳穴总数已达

180个左右。选用耳穴治病也已形成一些选穴处方的原则。可按疾病相应部位选穴，如胃病选胃穴；按中医理论选穴，如耳鸣选肾穴，因"肾开窍于耳"；按现代医学知识选穴，如高血压选降压沟；根据临床经验选穴，如目赤肿痛选耳尖穴，癫狂选神门穴等。此外需注意选穴的精炼，一般以选用2—3穴为宜。

鼻

鼻属七窍，故又称鼻窍。为肺所主，肺气通于鼻，故又称肺窍。又名明堂，《灵枢·五色》说："明堂者，鼻也。"也称天牝，《景岳全书·杂证谟》说："鼻为肺窍，又名天牝。"又称元门、玄门、神庐。《东医宝鉴·外形》篇说："鼻通天气，曰玄门"。"神庐者，鼻也。乃神气出入之门也。"

鼻的结构 鼻由頞、鼻梁、鼻准、鼻孔、鼻道、鼻翼所构成(见图)。

頞(è遏) 即鼻根部分，指鼻茎。《灵枢·经脉》说："頞鼻茎也，……两目之间、鼻凹深处，谓之頞中。"《证治准绳·杂病》说："頞亦作齃，鼻山根也。"《东医宝鉴·外形》篇说："印堂之下曰山根，即两眼之间。"《中西汇通医经精义·望形察色》说："下极即山根。"又说："王宫今名山根。"故頞又名山根、下极、王宫、齃。

鼻梁 由頞至鼻准的鼻正中突出的鼻顶地方称鼻梁。其内为鼻柱骨，支持鼻部突起，并将鼻分为左右二鼻腔。《灵枢·师传》说："鼻柱中央起。"故鼻梁又称鼻柱。

鼻准 鼻梁前下端隆起的顶部，《秘传证治要诀》称之为鼻尖，《医学入门》称之为准头，《景岳全书·杂证谟·鼻证》说："鼻准为面王。"故鼻准又有准头、鼻尖、面王之称。

鼻孔 出《灵枢·师传》。即今之前鼻孔，为鼻道之外孔，是呼吸出入之门户。

鼻道 即鼻两侧气体出入之通道。《灵枢·师传》称之为鼻隧。有调节吸入气体的温度、干湿度及清洁气体作用。

鼻翼 指鼻准两旁之圆形隆起，古人有称之右侧鼻翼为庭尉，左侧鼻翼为兰台(见图)。



鼻的部位名称

鼻的功能 鼻位居阳中之阳，属"清窍"之一，为清阳之气出入之道，又为血脉汇聚之一。其主要功能是司呼吸，主嗅觉，助发音。

司呼吸 鼻属肺系，居肺系之首，其前孔与外界相通，后孔与喉、气管和肺相连。鼻为呼吸气体出入的通道，协助肺完成呼吸的功能。鼻内的津液，有清洁、湿润及调节呼吸气体温湿度等作用，对保护肺脏有着一定的影响。故《灵枢·五阅五使篇》说："鼻者，肺之官也。"

主嗅觉 《灵枢·脉度》说："肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭矣。"说明嗅觉和鼻气通畅与否有很大的关系。鼻能知香臭，鼻和心、脾、肾等有关，这些脏腑功能正常，则鼻气通畅，鼻方能知香臭。反之，可以出现嗅觉障碍。

助发音 声音出于声门，并通过会厌、唇、舌、腭、鼻的共同作用，使声音形成语言。《灵枢·忧恚无言》有"会厌者，音声之户也。口唇者，音声之扇也。舌者，音声之机也。悬雍垂者，音声之关也。颃颡者，分气之所泄也。"正常情况下，由于软腭等部位的运动，使气流由鼻腔而出，可以发出鼻音，由于进入鼻腔的气多少不同，而出现不同的鼻音。如鼻塞则鼻音重，称为闭塞性鼻音，如有腭裂，鼻中隔穿孔等，气流由鼻分散，则其语言也不清晰，称为开放性鼻音。

鼻与脏腑的关系 与鼻有关的脏腑有肺、脾、胃、心、肾、胆、膀胱、大肠、肝等，其中与肺、脾、胆、肾、心的关系更为密切。

鼻与肺的关系 鼻与肺的关系最为密切。鼻为肺所主，又为肺之窍、肺之官、肺之外候。《素问·阴阳应象大论》说："肺主鼻……在窍为鼻。"鼻位于头面正中，前孔通于外界，后孔下连喉部，接气道而通于肺脏。鼻、喉、气道、肺统称为"肺系"，鼻是肺系之外窍，故《素问·金匮真言论》说："肺开窍于鼻。"所谓肺主气而司呼吸，实际是肺系的共同作用。鼻位于肺系最前端，为呼吸气体出入之门户，鼻窍的通塞影响着气体的出入，且鼻内有津液，能够调节吸入气体的温度、湿度，使之适应肺系需要。鼻有协作肺主气司呼吸的作用，故《灵枢·五阅五使》说："鼻者，肺之官也。"在肺气的作用下，鼻能司嗅觉，故《灵枢·脉度》说："肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣。"对于病机，邪气可由鼻吸入而内传于肺，肺的功能障碍，又可引致鼻部发生病症。如《素问·五藏别论》说："五气入鼻，藏于心肺，心肺有病，而鼻为之不利也。"《灵枢·本神》说："肺气虚则鼻塞不利。"鼻的许多病证，都与肺有关，而肺部有病，往往可以引起鼻部气、色、形态的改变，故诊察鼻的气、色、形态改变，又可协助诊断肺的病变，如见鼻翼扇动，为肺热喘促，鼻头苍白为肺气虚寒，鼻红赤为肺热，鼻起黑色，乃胃败肺绝之危症。故在《济生方·鼻门》说："夫鼻者，肺之候。"

鼻与脾的关系 脾为后天之本，气血生化之源，能化生气血而奉养周身，鼻也赖其气血的濡养，才能保持健旺的功能。且脾有升清降浊之功，《素问·阴阳应象大论》说："清阳出上窍"，就是由于脾的升发作用，使清气上达于鼻窍，鼻窍得以通利。另从五行关系来说，脾属土，肺

属金,脾为肺母,《素问·经脉别论》说:"脾气散精,上归于肺",因为肺气得到脾气的不断补充,肺气才能充盈,肺主气的功能才能正常发挥。故鼻虽为肺窍,但有赖于脾气的濡养,若脾气不足,鼻窍得不到濡养,则能为病,故《素问·玉机真藏论》指出"脾不及,则令人九窍不通"。

脾为统血之脏,鼻为血脉多聚之处,脾有病常影响于鼻,如血脉壅滞,则鼻头红赤,或鼻甲肿胀,呼吸不畅。若脾胃积热、脾经湿热等,也均可引致鼻病。临证上,可通过观察鼻部的变化以测候脾胃的病变,如《素问·刺热》说:"脾热病者,鼻先赤。"又如久病之人,鼻头转见淡黄,可知其脾胃之气渐复,病情转轻,有康复的希望,正所谓"有脾胃之气则生"。

鼻与胆的关系　胆为"中精之府"(或称"中清之府"),胆之经脉布于脑后,胆之精气与脑相通,两者与精神、情志活动有关,脑为精髓之海,下通于频,频之下为鼻,胆经有热,上移于脑而下渗于频及鼻,引起鼻流浊涕不止。故《素问·气厥论》有"胆移热于脑,则辛频鼻渊。鼻渊者,浊涕下不止也,传为衄衊"。临床上,不少鼻病都与胆热有关,用清胆热之治法因而收到较好的效果。

鼻与肾的关系　肾主纳气,为气之根,正常情况下,肺肾协作,共同调节呼吸气体之出入、升降,故有"肾为气之根,肺为气之源"之说,鼻气的通畅与否,与肾也有一定的关系。在五行之中,肺属金,肾属水,金能生水,反之,子虚必夺母气,以致肺金也虚,出现鼻窍疾病,如《素问·宣明五气论》说:"肾为欠,为嚏。"临床上可见因肾脏亏损而致鼽嚏等症者,也说明了鼻与肾的密切关系。

鼻与心的关系　鼻的嗅觉功能由心主宰。《难经·四十难》:"心主臭,故令鼻知香臭。"《素问·五脏别论》说:"心肺有病,而鼻为之不利。"心主血,肺主气,气血互相依赖,气血失调,则可能引起鼻病。

鼻与经络的关系　人体经络中的阳脉都上于头面、起于头面或交会于头面。

鼻居面中,故诸阳经多循经行于鼻及鼻旁,如足阳明胃经、手阳明大肠经、足太阳膀胱经、手太阳小肠经等,此外,督脉、任脉、手少阴心经、阳蹻脉、阴蹻脉也分别循行于鼻及鼻旁。

(1) 足阳明胃经:其经起于鼻翼两侧,上行到鼻根部,与足太阳交会,向下沿着鼻的外侧,进入上齿龈内。本经于鼻的病变多为鼽衄、鼻窒,常用穴位有足三里、巨髎、内庭、厉兑等。

(2) 手阳明大肠经:其分支左右交叉于人中,分布在鼻孔两侧。本经于鼻的病变多为流清涕、鼻衄、鼻渊、鼻窒等。常用穴位有禾髎、迎香、二间、合谷、偏历等。

(3) 足太阳膀胱经:起于目内眦,上额、交于巅顶。本经与鼻的病变多为鼻塞多涕、鼻衄、头痛等。《灵枢·经脉》指出:"是主筋所生病者……头囟项痛、目黄、泪出、鼽衄。"常用穴位有睛明、攒竹、眉冲、曲差、承光、通天、玉枕、天柱、肝俞、飞扬、昆仑、通谷、至阴等。

(4) 手太阳小肠经:其支者从颊抵鼻旁到内眦。本经于鼻的病变多为鼻塞、流涕等,常用穴位有后溪穴。

(5) 督脉:其脉由巅顶沿前额下行鼻柱。其病变多为鼻流清涕、鼽嚏、鼻塞等,常用穴位有风府、百会、前顶、囟会、上星、神庭、兑端、素髎、龈交等。

此外,任脉上行环绕唇口,经过面部(鼻旁),进入目眶下;手少阴心经,其支脉挟咽,经面部(鼻旁),系目系;阳蹻脉和阴蹻脉都从鼻旁经过,至目内眦。常用于治疗鼻病的经外奇穴有印堂穴(两眉头连线的中点)和鼻通穴(鼻唇沟上端尽处)等。位于鼻及鼻旁的局部穴位有足阳明胃经的巨髎、承泣、四白;手阳明大肠经的禾髎、迎香;足太阳膀胱经的睛明、攒竹;督脉的素髎、水沟。这些局部穴位,均可用以治疗鼻病(鼻部经络及穴位图参考"耳"条内"耳鼻咽喉口腔部经络及穴位图")。因为鼻居面中,五脏六腑在面部的分属部位分别列于鼻上和鼻旁,五脏六腑及肢体有病变可以在鼻上或鼻旁的相应部位显现出来,这对于诊察五脏六腑病变有重要作用,针刺鼻的不同部位以治疗疾病或麻醉作用,也来源于此理论。

口腔

口腔是人体外窍,包括口、齿、唇、舌等组织。内连于咽,其后下接食管,系联于胃;前下接气道,系联于肺,饮食由此而进,发音由此而出,呼吸气体由此通过。在《三因极一病证方论·口病证治》说:"夫口乃一身之都门,出入荣养之要道。"在《世医得效方·口齿兼咽喉科》说:"口为身之门,舌为心之官,主尝五味,以布五脏焉。"《血证论·口舌》说:"口者胃之门户。"

口腔的结构与功能　口腔解剖,《灵枢·肠胃》说:"唇至齿长九分,口广二寸半,齿以后至会厌深三寸半,大容五合;舌重十两,长七寸,广二寸半。"口腔生理功能主要有以下三方面:

齿磨谷物,进饮食　津液为气血生化之变,脾胃为气血生化之源,津液的分泌,有赖脾胃的化生水谷,舌下两侧有金津、玉液二穴,是津液之泉,唾液由此而分泌。口腔纳食后,金津、玉液泌唾液,经舌、齿的咀嚼调拌,起化生之变,故口腔有助脾胃行消化之功。

舌辨五味　舌为心之苗,口乃脾之窍,心气和平,脾气健旺,则舌能辨五味。《灵枢·脉度》云:"心气通于舌,心和则舌能知五味矣。"又云:"脾气通于口,脾和则口能知五谷矣。"说明舌之所以能辨明食物及其滋味是由于心与脾的关系。舌还有助咀嚼,将水谷送咽而下入于胃,这要靠脾气的旺盛,舌才能完成此项功能。

口助发语言　肺气推动声门发生声音,再经口、舌、唇、齿的协作,产生清晰的语言。在《灵枢·忧恚无言》说:"口唇者,声音之扇也,舌者,言声之机也,悬雍垂者,音声之关也。"主要指出了口腔内各组织互相配合协助,才能有发生语言的功能。

口：又名牝户，《东医宝鉴·外形篇》卷二说："口通地气，口牝户。"位于口唇之内、喉关之外的口腔，为脾所主。

齿：即牙或牙齿，又称当门或户门，属肾经所主。《太平圣惠方·治牙疼诸方》说："夫牙齿者，肾之所主。"《难经·四十四难》说："齿为户门"，但亦有把牙或齿相区别，将上下不同部位的牙齿，分别隶属于不同脏腑者。如《外科大成·牙齿部》说："当门为齿，上属督脉，下属任脉；两旁为牙，上属足阳明胃经，下属手阳明大肠经。"

龈：又称齿龈、牙龈或牙肉，指包附牙齿根部的粘膜、肌肉等组织。

牙床：又名牙车，指载牙的部位组织，包括牙槽骨、牙周膜、牙龈等。牙床分上下牙床，为胃之所属。

牙根：又名齿根，为牙齿埋于牙床部分。

板齿：又名门齿，即切齿。

犬齿：又名虎牙。

槽牙：在犬齿两旁，上下左右各二个，即第一二双牙。

真牙：又名智牙，俗称尽头牙，即第三磨牙。《素问·上古天真论》说："女子七岁，肾气盛，齿更发长……三七肾气平均，故真牙生而长极"，"丈夫八岁，肾气实，发长齿更……三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极。"

天花板：上腭之俗称，因其状如天花板故名。

唇：古亦作脣。《难经·四十四难》称："唇为飞门。"《素问·五脏生成》说："脾之合肉也，其荣唇也。"故称唇为脾之外候。口唇的四周，称唇四白。

吻：指口角或泛指唇四周。

人中：泛指人中沟，或指人中穴。

舌：位于口腔内，舌为心之苗。《灵枢·五阅五使》说："舌者心之官也。"

舌本：又名舌根，即舌之根部，指舌与咽喉相连部分。

舌尖：舌之尖端。

舌旁：舌之两侧。

舌中：又称舌心，即舌之中心部分。

舌系：舌下紫筋，即舌下静脉。《杂病源流犀烛·面部》说："舌下紫筋为舌系，下通于肾。"

舌柱：即舌系带，《类经·针刺类》说："舌柱，即舌下之筋如柱者也。"

口、唇、舌与脏腑的关系 口、齿、唇、舌同属于口腔范围，它们与脏腑之间的关系基本相同（见表1）。

表1 口、唇、舌与脏腑

相关脏腑	部位
脾心肾胃	口
脾心肝胃	唇
脾心肾肝	舌

表2 口、唇、舌与经络

经络	循经口腔部位		
手阳明大肠经	口	唇	
手太阳小肠经	口颊		
手少阳三焦经	口		
足少阳胆经	口		
足阳明胃经	口	唇	
足太阴脾经			舌
足少阴肾经			舌
足厥阴肝经	口	唇	
任脉		唇	
督脉	口	唇	
冲脉	口	唇	
阴蹻脉	口		
阳蹻脉	口		

口、唇、舌与脾的关系 口为脾之窍。《素问·阴阳应象大论》说："脾主口……在窍为口。"《灵枢·五阅五使》说："口唇者，脾之官也。"《灵枢·经脉》又说："脾足太阴之脉"，"连舌本，散舌下。"若脾气健运，精气上输于口腔，舌下金津、玉液二穴，得以泌津液，可助脾胃消化水谷，润泽口喉唇舌。《素问·六节脏象论》载有："脾……其华在唇四白。"《灵枢·脉度》又有"脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。"可见脾与口腔的生理关系。脾病时，可引起口腔发生病证，如《医学正传·口病》说："脾热则口甘。"《证治准绳·杂病》也有："风热传脾，唇肿裂或患茧唇。"因此，在临床上以口腔的不同病证的表现来候脾的病变，如《灵枢·师传》说："视唇舌好恶，以知吉凶。"

口、唇、舌与心的关系 心开窍于舌。《素问·阴阳应象大论》说："心主舌，……在窍为舌。"又如《灵枢·脉度》指出："心气通于舌，心和则舌能知五味矣。"若心的生理功能失常，则引起口腔病变，在《杂病源流犀烛·面部》说："心热则口苦或生疮。"《备急千金要方·心脏》亦有"热则伤心，使人好怒，口为色赤，甚则言语不快。"可知心脏有病可反映于舌，故又云"舌为心之苗"。在临床上常见由于心经热盛而出现口腔红肿疼痛、溃烂、唇红燥裂等症。

口、唇、舌与肾的关系 口、唇、舌功能健旺，要靠肾的精气濡养。肾阴虚或肾阳虚，均可影响口、唇、舌的生理功能。如肾阴虚，虚火上炎，肾阳虚，寒湿困结肌膜的口疮；肾阳虚，风寒邪毒所致的口腔白斑；肾阴虚，邪毒滞留唇部的茧唇；又如唇裂、舌蕈、舌衄等病，肾脏病变是其发病原因之一。

口、唇、舌与胃的关系 口下连脾胃，是胃系所属，参与胃系之生理功能活动，故口腔与胃有着密切关系。同时，足阳明胃经，连于舌本而络于唇口。如胃功能失常，反映于口腔。在临床上常见因胃火上升引起口腔病证。

口、唇、舌与肝的关系 足厥阴肝经，其支者从目系下颊里，环唇内，其筋脉经肝胆而络于舌本。若肝气郁

结，导致气血痰浊结聚而成口腔肿块，在临床上见有"肝气热，则胆泄口苦"（《素问·痿论》），"肝热则口酸"（《医学正传·口病》），"肝胆气虚，口苦舌疮"（《医方考·口齿舌疾门》）及"肝中寒者，两臂不举，舌本燥，善太息"（《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》）等病证。

口、唇、舌与经络的关系　口腔通过经络与五脏六腑及全身紧密地联系起来（见表2）。

口与经脉　在十二经脉和奇经八脉中，直接循行于口腔的有以下经络：

（1）手阳明大肠经：其支者从缺盆上颈，贯咽颊，入下齿中，还出挟口上唇，与对侧手阳明大肠经相交，到对侧鼻翼两旁。本经于口腔的病证，主要有口干，唇肿。故《灵枢·经脉》说："是动则病……口干。"常用于治疗口、唇、舌病的穴位，如合谷、三间、商阳、下廉、手三里、二间、口禾髎等。

（2）足阳明胃经：循经鼻外侧入上齿龈内，环绕口唇，下交承浆穴处。本经于口、唇、舌的病证，主要有唇疹、口㖞、龈肉红肿，在《灵枢·经脉》有："是主血所生病者……口㖞、唇胗……。"常用于治疗口腔病的穴位如地仓、四白、大迎、巨髎、颊车、下关、内庭等。

（3）足太阴脾经：上循咽喉，连于舌根，散舌下。本经的病证，主要有舌根强硬，舌体痛，运动不灵，口底肿胀。《灵枢·经脉》有："是动则病舌本强……是主脾所生病者，舌本痛，体不能动摇……。"本经穴位少用于口腔疾病。

（4）手太阳小肠经：其支者从缺盆沿颈侧上颊部，再分二支到眼内眦及眼外眦。本经的病证，主要有颊部及颔部肿痛，口腔粘膜溃烂。故《灵枢·经脉》有："是动则病嗌痛，颔肿……颊肿"。常用于治疗口腔病的穴位如颧髎、少泽、前谷、阳谷、小海、天窗、天容穴等。

（5）足少阴肾经：循经喉咙，挟舌根。本经于口腔的病证，主要有口舌干燥，舌痹。在《灵枢·经脉》有："是主肾所生病者，口热，舌干……。"常用于治疗口腔病的穴位如关冲、天牖、涌泉、太溪、大钟、阴谷穴等。

（6）足厥阴肝经：其支者循经目系，下经颊部内侧，环绕口唇之内。本经于口腔的病证，可出现肝火上逆，口咽干而痛，口腔癌瘤等。常用于治疗口腔病的穴位如行间、太冲、大敦穴等。

（7）任脉：从咽喉部上行环绕口唇。本经于口腔的主要病证为舌强、口㖞、流涎等。常用于治疗口舌病的穴位有廉泉、承浆穴等。

（8）督脉：循经鼻部上唇，到上唇内唇系带处。本经于口腔的病证主要有唇肿痛、口疮等。常用于治疗口唇病的穴位如素髎、兑端、水沟、龈交等。

（9）冲脉：上循到喉，环绕口唇上至龈交。本经于口腔的病证主要有舌强、唇肿痛。常用于治疗口、唇、舌病的穴位有承浆。

此外，阴蹻脉、阳蹻脉亦循经口角。在口腔及口腔周围的穴位、经外穴位有金津、玉液、散笑、颏髎。督脉有龈交、水沟、兑端。任脉有承浆、廉泉。足阳明胃经有地仓、大迎、巨髎、颊车、下关。手阳明大肠经有禾髎。这些穴位用于口、唇、舌病的临床治疗（口腔部经络及穴位图见"耳"条）。

牙齿

牙齿包括牙体及牙周组织在内。

牙齿与脏腑关系　以下分述与肾、胃、大肠的关系：

牙齿与肾的关系　牙齿与肾的关系最为密切，《医学正传·齿病》说："夫齿者，肾之标，骨之余。"《素问·宣明五气》说："肾主骨。"《素问·阴阳应象大论》指出："肾生骨髓"，骨髓是由肾精所化生，齿是由骨之余气所生。也就是说，齿由肾精所化生和滋养，所以称齿为肾之标。《素问·上古天真论》认为："女子七岁气盛，齿更发长"、"七肾气平均，故真牙生而长极"、"丈夫八岁肾气实，发长齿更"，"三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极"、"五八肾气衰，发堕齿槁"，"八八……则齿发去。"指出肾的盛衰，影响齿的生长。在肾气亏损时，则发生齿龈病证。《素问·痿论》说："肾热者，色黑而齿槁。"《证治汇补·齿痛章》说："齿者……凡动摇豁脱，或大痛或不痛，或出血或不出血，如欲脱之状者，皆属肾病。"说明肾病与齿的关系。

牙齿与胃的关系　足阳明胃经，循行齿龈，《证治准绳·杂病》有牙床属胃的论述，《外科大成·牙齿部》说："两旁为牙，上属足阳明胃经，下属手阳明大肠经。"说明了牙龈（包括牙周组织）或单指上牙龈属胃。胃火上炎，见牙龈红肿，牙痛、牙龈宣烂。脾胃虚弱而致气血虚弱者，亦可导致某些虚性牙病（如齿迟、齿龂等）。

牙齿与大肠的关系　手阳明大肠经，循行于下齿中。《外科大成》指出："两旁为牙，下属手阳明大肠经"（主要是指牙龈），大肠实热，出现便秘；上炎于牙肉，可出现牙肉红肿之症。

牙齿与经络关系　直接循行于牙齿及牙周组织有以下的经络：

（1）手阳明大肠经：其支者从咽颊入下齿中，还出颊口上唇，本经主要牙齿病证有下牙痛、颊肿。《灵枢·经脉》说："是动则病齿痛。"常用以治疗牙齿的穴位有：商阳、三间、合谷、阳溪、手三里穴等。

（2）足阳明胃经：循经鼻外侧入上齿龈内，环绕口唇。本经于牙齿病证主要有牙痛、颊肿。常用穴位有巨髎、大迎、颊车、下关、内庭穴等。

阴脉与阳脉相互交接，循经口腔的经脉，往往与牙周组织相依连，相互影响，故某些未循经牙齿的经脉，其穴位亦可用于治疗齿龈病证。如手少阳三焦经的四渎、翳风；足少阳胆经的听会、上关；督脉的兑端、龈交穴等。

咽喉

咽喉是呼吸和饮食之要道。《杂病源流犀烛·面部门》说："咽喉者，心、肺、肝、肾呼吸之门，饮食音声吐纳之道，关系一身，害人迅速。"《血证论·咽喉》说："咽喉为肺之关，胃之门。"《增删喉科心法·临症要诀》说："人人身五脏六腑，十二经脉，除足太阳经，其余十一经，皆内循咽喉，尽得以病之，不独肺胃也。"说明了咽喉是经脉循行交会之要冲。《重楼玉钥·喉科总论》说："咽者嚥也，主通利水谷，为胃之系。"又说："喉者空虚，主气息出入呼吸，为肺之系。"把咽与喉分为胃系与肺系的不同功能的消化与呼吸系统。

咽和喉，古人统称为喉或咽喉，甚至包括了口腔部分。也有专指咽部者，如《灵枢·忧恚无言》说："咽喉者，水谷之道也。"除此，有咽嗌、喉嗌、喉头、喉道等名称，多泛指咽喉，也有偏指咽或喉。

咽喉的结构与功能 名称（见图1、2）和功能分述如下：

咽 咽为饮食之道，又名嗌、食喉。《太平圣惠方·咽喉论》说："咽者嚥也、空可嚥物，又谓之嗌，主通利水谷胃气之道路，故为胃之系。"咽前连口腔，下接食管，它与口、齿、舌等配合，使水谷通过食管输入胃腑，《类经·针刺类》说："人有二喉，一软一硬，软者居后，是谓咽喉，乃水谷之道，通于六腑者也。"指出了咽喉的解剖部位和功能。

喉 喉为呼吸气体出入之路，又称气喉、喉咙，《太平圣惠方·咽喉论》说："喉咙者，空虚也。言其中空虚，可以通于气息、呼吸出人，上肺气之流通，故为肺之系。"《儒门事亲·喉舌缓急砭药不同解二十一》说："会厌与喉，上下以司开阖，食下则吸而掩，气上则呼而出。"喉前接口腔及鼻，下连气管，直达于肺，呼吸时通过鼻与喉腔的通畅，会厌的开阖，完成肺主呼吸气体之功能。《类经·针刺类·卒然失音之刺》说："人有二喉，一软一硬……硬者居前，是谓喉咙，为宗气出入之道，所以行呼吸，通于五脏者也。"以上记载均指明了喉的解剖结构和部位。

喉核 即腭扁桃体，位于咽前柱和咽后柱之间，左右各一。

喉关 即咽峡部，由喉核、悬雍垂、咽前柱和咽后柱、舌根共同组成，形如关隘之险要，故谓之喉关，喉关之内为关内，即内喉关；喉关之外为关外，即口腔。

喉底 喉关内之底，即咽后壁。

悬雍垂 为口腔内软腭游离缘之间向下突出部分。又名小舌、蒂丁、蒂中、喉花等。

会厌 位于舌部与舌骨之后，能张能收，呼吸及语言时会厌开启，饮食吞咽时或呕吐时，则会厌关闭，故名会厌。《类经·针刺类·卒然失音之刺》说："会厌者，喉间之薄膜也，周围会合，上连悬雍，咽喉食息之道得以不乱者，赖其遮厌，故谓之会厌，能开能阖，声由以出故谓之户。"

咽门 指咽之下段，上起会厌上缘，下为食管入口，即喉咽部。但亦有把食管包括在咽门之内者，如《灵枢·肠胃》说："咽门重十两，广一寸半，至胃长一尺六寸。"

咽路 咽喉入胃之通路，包括咽与食管。

颃颡 指鼻咽部，位于软腭之上，前接鼻后孔，后下与咽相连，《灵枢·忧恚无言》说："颃颡者，分气之所泄也……故人之鼻洞涕出不收者，颃颡不开，分气失也。"指出颃颡是气体交换之道，在软腭的活动下，将鼻窍之气及涕与口腔之软食及唾痰分道而通过。

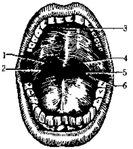


图1 咽喉的部位名称
1.咽腭弓 2.喉底 3.天花板（上腭） 4.悬雍垂、蒂丁 5.喉核 6.舌腭弓

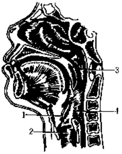


图2 咽喉的部位名称
1.会厌 2.喉 3.颃颡 4.咽

咽喉与脏腑的关系 咽喉是呼吸饮食之道，历代著作多有"咽喉乃肺胃之门户"之说。《疮疡经验全书·咽喉说》中说："喉咙以下言六脏为手足之阴，咽门以下言六腑为手足之阳。"可见咽喉与五脏六腑的关系。在脏腑的生理和病机变化上，常反映到咽喉的，以肺、胃、脾、肾、肝等脏腑为多。

咽喉与肺的关系 喉为气息出入呼吸之道，下接肺之气，《喉科指掌·咽喉大纲论》说："喉属肺，……呼吸出入之所也。"《疮疡经验全书·咽喉说》说："喉应天气，乃肺之系也。"可见肺与喉同属肺系。肺气的盛衰，或邪热外犯，均可影响喉的功能。肺气充沛，则呼吸通畅，喉的声门得肺气之鼓动，语言宏亮；若肺气耗伤，或肺经热盛，会发生"金破不鸣，金实不鸣"的病理变化，出现咽喉干燥、声嘶，声音低弱，或红、肿、痛、失音等症状。

咽喉与胃的关系 咽为水谷饮食之道，上接口腔，下贯胃腑。《重楼玉钥·喉科总论》载有："咽者嚥也，主通利水谷，为胃之系，乃胃气之通道也。"指出两者在生理上的关系，咽与胃均为胃系所属。咽喉通调，胃气才得健旺；胃气健旺，咽喉功能得以正常。若胃腑发生病理变化，热毒蕴积，则上熏咽喉，发生红肿、痛，吞咽困难，甚则成痈。《重楼玉钥·诸风秘论》说："咽主地气，属脾土，其变动为湿，湿则肿而胀，皆火郁上焦，致痰涎气血结聚于咽喉。"指出了脾与咽喉在病机上的关系，故《诸病源候论·喉咽

肿痛候》说："咽喉者脾胃之候，气所长下，脾胃有热，热气上冲，则喉咽肿痛。"

咽喉与肾的关系　肾为藏精之脏，足少阴肾经循喉咙，咽喉得肾之精气上荣而功能健旺。若肾脏亏损，咽喉失于滋养，易受邪毒侵犯，正如《疮疡经验全书·咽喉说》说："其肾水不能潮润咽喉故其病也。"另一方面，肾阴虚，水不济火，则虚火上炎；肾阳虚，阳不守舍，则虚阳上越，均能伤及咽喉而发生阴虚或阳虚的咽喉病。

咽喉与肝的关系　足厥阴肝之经循喉咙，厥阴肝经之病变可引起咽喉病，如《素问·诊要经终论》说："厥阴终者，中热嗌干。"《素问·脉解》又说："所谓甚则嗌干热中者，阴阳相薄而热，故嗌干也。"而《杂病源流犀烛》及《外科正宗·咽喉》载有"咽为心、脾、肝、肾，呼吸之门，饮食声音吐纳之道。"在临床上常有因肝失条达，疏泄升降失常，影响咽喉正常生理功能，发生病变者。如七情所致，肝气郁结，气机不利，碍于咽喉。或因肝郁日久，气血滞留，积聚壅结而成癌瘤。或肝气横溢，犯及脾胃，均可致气、血、痰浊滞留咽喉而为病。

咽喉与经络的关系　在十二经脉及奇经八脉中，除手厥阴心包络经、手阳明大肠经、带脉、督脉等间接联系于咽喉外，其余均直接循经于咽喉内外。

咽喉与经脉　咽喉是经脉循行交会之处，当五脏六腑发生病变，常易反映于咽喉。

(1) 手太阴肺经：上循入肺，沿肺系到喉中。本经于咽喉的病证，主要有咽喉红肿痛、音嘶、咽干痒、声低等，常用穴位有列缺、鱼际、少商、太渊。

(2) 手阳明大肠经：其支脉从缺盆上走颈部，经咽颊入下齿。本经于咽喉的病证，主要有咽喉肿痛、颈肿，《灵枢·经脉》载有："是主津液所生病者，目黄、口干、鼽衄、喉痹。"常用治咽喉病的穴位有天鼎、商阳、三间、合谷、扶突、曲池、手三里。

(3) 足阳明胃经：循经上齿，挟口环唇，相交于承浆穴处，下行沿喉咙入缺盆。本经于咽喉病证，主要有咽喉肿痛，颈肿，吞咽障碍，《灵枢·经脉》有："是主血所生病者……颈肿，喉痹。"常用治咽喉病的穴位有人迎、厉兑、足三里、内庭、水突、气舍。

(4) 足太阴脾经：上循过膈，挟咽喉连于舌根。本经于咽喉病证，主要有咽喉肿痛，吞咽难下，食物滞留。《灵枢·经脉》论述脾经的病变时有"食不下"的记载。常可用泻法针刺三阴交、血海，以泻咽喉热毒。

(5) 手少阴心经：其支者，从心系挟食道上循咽喉连于目。本经于咽喉病证，主要有咽喉干燥、咽痛感，《灵枢·经脉》有"是动则病嗌干"。常用治疗咽喉病的穴位如神门、通里、少冲(出血泄热)。

(6) 手太阳小肠经：其支者，从缺盆循颈侧经咽喉上颊。本经于咽喉病证，主要有咽痛，下颌及颈部肿痛。《灵枢·经脉》有"是动则病嗌痛颔肿"。常用治咽喉病的穴位如少泽、天容、天窗。

(7) 足少阴肾经：其支者，从肺系循喉咙挟舌根。本经咽喉部病证，主要有咽干痛，咽淡红微肿。《灵枢·经脉》有："是主肾所生病者，口热、舌干、咽肿、上气、嗌干及痛。"常用治咽喉穴位如太溪、照海、涌泉。

(8) 手少阳三焦经：从肩上走颈，过咽喉，至耳上角到颊部。本经咽喉部病证，主要有咽喉肿痛，喉中梗阻，《灵枢·经脉》有："是动则……嗌肿喉痹。"治咽喉常用穴位有关冲、中渚、天牖、外关、支沟。

(9) 足少阳胆经：其支脉从目锐眦下循至颊车，走颈经咽喉至缺盆。本经于咽喉部病证，少有论述。用本经穴位治疗咽喉病亦比较少。

(10) 足厥阴肝经：从胁肋，上沿喉咙的后面入颃颡。本经于咽喉病证，主要有咽喉干不适，喉中哽哽感，《灵枢·经脉》有："是动则病……甚则嗌干。"常用治咽喉穴位有太冲、膝关等。

(11) 任脉：从胸部正中上循咽喉，到达下唇。本经于咽喉病证，主要有妇科病兼挟的声嘶，咽喉异物感等。常用治咽喉病穴位有天突、廉泉。

此外，冲脉、阴蹻脉、阳蹻脉、阳维脉均通联于咽喉。位于咽喉的局部穴位有手阳明大肠经的扶突、天鼎；手太阳小肠经的天容、天窗；足阳明胃经的颊车、人迎、气舍、水突；手少阳三焦经的天牖；任脉的天突、廉泉。这些局部穴位，均应用于咽喉疾病(咽喉部经络穴位图见"耳"条)。

颈项

颈，是肩上头下的部位，其功能主要是联系躯干与头部，支撑头部，并使头部能俯仰转侧。前方为颈，即从舌骨到胸骨柄上缘的部位；颈的后方称项，即从枕骨到大椎之间。项骨(颈椎骨)和颈部肌肉是支撑与活动头部的主要组织。第一颈椎上与枕骨相连，其间有穴位名曰风府；第七颈椎下与第一胸椎相连，其间有穴位名曰大椎。颈项部肌肉群的协调配合维持着头颈的正常活动。项骨易因年老退化或外力损伤而发生病变。躺卧姿势不良或外感风寒亦可致项部肌肉强直不舒。颈部前方正中突起的部位(女性不明显)，相当于喉头的甲状软骨处，古称结喉。结喉两旁颈总动脉搏动处，称为"人迎脉"，为古代三部九候诊法的切脉部位之一。

颈项部所过经络颇多。十二经脉中除手厥阴心包经外，其余十一条经脉或其分支均经过颈项部。手之三阴经，从手走至头，足之三阳经，从头走至足，颈项部自为其必经之处。《伤寒论》指出太阳病可见"项背强几几"，即因行经后项部的足太阳膀胱经感受外邪，经气郁滞所致。手三阴经虽从胸走手，然手太阴肺经上抵咽部，手少阴心经之分支挟食管上行走于目系，可见肺、心两经亦行经颈部。足之三阴经，从足走腹后，均上行经颈部而分别抵头舌、目等官窍。奇经八脉之中，除带脉以外，其余的经脉亦均经过颈部。可见，颈项与全身经络有着广泛的联系。

胸

胸是指缺盆(即锁骨上窝)以下,腹部以上的部位。胸腔为心肺之所居,宗气积聚之所。十二经脉多数行于胸部或贯穿膈膜,冲、任等脉亦经过胸部。

胸部结构 两乳连线以上,颈部以下,谓之胸;胸下两乳中间至鸠尾处,谓之膺,一般将两者统称为胸。胸部上方有锁子骨,亦称缺盆骨,即位于前胸部上方两侧的锁骨。胸部下方至膈。古代医家认为膈可以遮隔胃肠消化饮食所产生的浊气,使其不能上熏心肺。通常膈随呼吸而升降。锁骨上缘的凹陷处,名缺盆。胸骨上端的胸骨柄切迹部分,其外侧连接锁骨的骨骼,称上横骨。胸骨最下端,即剑突,名鸠尾。胸骨、肋骨、脊骨连同有关肌肉、筋膜等组成胸廓,有保护心肺和协助肺进行呼吸的作用。心肺居于胸腔,心下脂膜,古称膏;膈,古称肓。心之下,膈之上的部位,称为膏肓。古代医家认为若病入膏肓,其病位深隐,药物、针灸等难以抵达故而为难治之证。左侧乳部的下方,即心尖搏动区,称为虚里。《素问·平人气象论》说:"胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也。"可见诊察虚里处的搏动状态,可测候宗气的盛衰。

胸膈与脏腑、经络 胸属上焦范围,心肺藏于胸中。肺左右各一,心位于两肺之间而偏居左侧。心脏外面的包膜,名心包络,简称心包,具有保护心脏的作用。藏象学说认为,在生理上心包代心行令,在病机上心包代心受邪,故心与心包,分之则二,合之则一。临床询问胸部的异常感觉,主要可以了解心肺的病情变化。《温病条辨》创立三焦辨证,其上焦病亦即包括手太阴肺与手厥阴心包的病证。

胸膈与经络的联系颇为广泛。十二经脉中除足太阳膀胱经外,其余则均行经前胸部或贯膈过胸腔。其中手三阴经起于胸腹,自胸前两侧上方浅出体表后走至指端。手三阳经起于指端而行至头面,并均于颈部两侧下至缺盆后进入胸腹腔,分别与有关脏腑络属。足之三阴三阳经中,循行于胸腹面的经脉,自内向外的顺序是:足少阴肾经、足阳明胃经、足太阴脾经、足厥阴肝经。其中足阳明胃经恰过乳头而沿乳中线下行。另有足少阳胆经一分支入缺盆后进入体腔,贯膈后络肝属胆。此外,奇经八脉中的任脉、冲脉、阴跻脉、阴维脉亦均循经胸部或贯穿胸腔。

乳房

乳房位于胸前,左右各一,相互对称。乳房高处突出部位名乳头,乳头周围有一圈红色围绕,称为乳晕。小儿的乳房平坦,尚未发育。青春期以后,男子乳房仍平坦如故,女子则隆起成半球形。在妊娠和哺乳期间,乳房最为丰隆,从乳头泌出乳汁,以哺育婴儿。断奶之后,乳房又恢复常态。女子经绝之后,生育能力消失,乳房亦随之逐渐萎缩。

乳房和脾胃、肝及冲任二脉的关系较为密切。

乳房的主要功能是分泌乳汁,乳汁乃气血所化生。胃为水谷之海,脾胃为气血生化之源,且足阳明胃经到达乳房,《灵枢·经脉》:"胃足阳明之脉,起于鼻……其直者,从缺盆下乳内廉,下挟脐,入气街中……",该经多气多血,能滋养乳房,供给气血,以生乳汁。

冲任二脉也是乳房的主要气血来源之一。《甲乙经·奇经八脉》:"冲脉、任脉者,皆起于胞中,上循脊里,为经络之海。其浮而外者……并阳明之经,挟脐上行,至胸中而散。"冲脉、任脉乃十二经脉气血之海,十二经脉气血满溢,乃注入二脉。而冲脉并足阳明胃经,挟脐上行至胸,即至乳房之处而散,故《景岳全书·乳病类》:"妇人乳汁乃冲任气血所化,故下则为月经,上则为乳。若产后乳迟乳少者,由气血之不足,而犹或无乳者,其为冲任之虚弱无疑也。"

肝主疏泄,能促进全身气血疏通畅达,使之通而不滞,散而不郁。且足厥阴肝经所过之处靠近乳房,《灵枢·经脉》:"肝足厥阴之脉,起于大趾丛毛之际……上贯膈,布胁肋,循喉咙之后,上入颃颡……",胁肋与乳房相邻,故肝对乳房气血的疏通流畅,起着明显的作用。若肝失疏泄,可引起月经前后乳房连胁肋胀痛,日久不愈,可见乳房气血凝滞,出现肿块,甚则肿块坚硬高突,古称乳岩。故凡乳房气血不畅,胀痛结块者,多从肝论治。

腋胠胁肋

肩下胁上的凹陷部位,谓之腋,俗称"夹肢窝"。腋下胁上部分,谓之胠。腋下肋骨所在部分,统称为胁肋。

腋窝是手三阴经所过之处。《灵枢·经脉》:"肺手太阴之脉,起于中焦……从肺系横出腋下……";"心手少阴之脉,起于心中……其直者,从心系却上肺,下出腋下……";"心主手厥阴心包络之脉,起于胸中……其支者,循胸中,出胁下腋三寸,上抵腋下……"。腋亦属肝,《灵枢·邪客》:"肝有邪,其气流于两腋。"同时,腋与脾经亦有关,因脾之大络即在腋下胠部。所以中医外科对腋下痈疽诸病,多从肝脾二经论治。

两胁为肝胆之分野。足厥阴肝经自足上行"过阴器,抵小腹,挟胃,属肝,络胆,上贯膈,布胁肋……"(《灵枢·经脉》)。胆附于肝之短叶间而亦居胁里。足少阳胆经自头下行入胸中,"贯膈,络肝,属胆,循胁里,出气街……"(《灵枢·经脉》)。肝胆两经相络属,互为表里。胁肋胀满疼痛等异常感觉的出现,每与肝胆病变有关。

背

背,位于人体躯干后面,项之下,腰之上,即上自大椎

及两肩，下至十二胸椎及两侧肋弓下缘之间的部位。

背即胸廓的后侧，中有脊柱为主干；左右为十二根肋骨的背面部分；背的外上方各有肩胛骨一块，古称胛，亦称髆；脊柱两侧肋骨上，自上而下有纵行的肌肉，古称膂，亦称膂筋。背，乃至整个胸廓，对其中所藏的心肺二脏有保护作用，同时协助肺进行呼吸。

背保护着心肺，并与此二脏关系密切。如《灵枢·本脏》："肩背厚者，肺坚；肩背薄者，肺脆；背膺厚者，肺端正；胁偏疏者，肺偏倾也。"《素问·脏气法时论》："肺病者，喘咳逆气，肩背痛……"，还说："心病者，胸中痛，胁支满……膺背肩胛间痛，两臂内痛。"《灵枢·厥病》："厥心痛，与背相控。"可见心肺两脏的生理或病理变化，均可在背反应出来。背为阳，心与肺皆在背内，故《素问·金匮真言论》："背为阳，阳中之阳，心也；背为阳，阳中之阴，肺也。"

背部的经脉有督脉、足太阳膀胱经、冲脉和任脉。如《灵枢·经脉》："督脉之别，名曰长强，挟膂上项，散头上，下当肩胛左右，别走太阳，入贯膂。"督脉之主干起于下极之俞，并于脊里，经背脊中线，上抵项后之风府。可见督脉的干与支，主要分布在腰背与头项。《灵枢·经脉》："膀胱足太阳之脉，起于目内眦……其直者，从巅入络脑，还出别下项，循肩髆内，挟脊抵腰中……其支者，从髆内左右，别下贯胛，挟脊内，过髀枢……。"正因该经分布于背，故该经之病亦及于背，《灵枢·经脉》："是动则病……脊痛……是主筋所生病者……项、背、腰、尻、腘、腨、足皆痛，小趾不用。"冲任二脉行于背内，胸廓里面，下连女子胞。二脉之血满，下注于胞，而成月经，故《灵枢·五音五味》："冲脉、任脉皆起于胞中，上循背里，为经络之海……今妇人之生，有余于气，不足于血，以其数脱血也。"

腰

腰，位于人体躯干后面，背之下，骶与臀之上，即上自第十二胸椎与第十二肋下缘，下至骶骨上缘与髂骨上缘之间的部位。

腰的中央为脊柱，左右有强有力的纵行肌肉，古称膂，两者共同支撑着人体的上半身，并为人体俯仰转侧等各种运动的枢纽，在人体运动中起着至关重要的作用。

腰与肾的关系最为密切。肾位于腰部脊柱两侧，膂筋之内，故《素问·脉要精微论》："腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣。"肾的生理和病理变化常表现于腰，如《灵枢·本脏》："肾小，则脏安难伤；肾大，则善病腰痛，不可以俯仰，易伤以邪；肾高，则苦背膂痛，不可以俯仰；肾下，则腰尻痛，不可以俯仰……肾偏倾，则苦腰尻痛也。"

腰部分布有足少阴肾经、足太阳膀胱经、督脉、冲脉和任脉。《灵枢·经脉》："肾足少阴之脉，起于小趾之下……上股内后廉，贯脊，属肾，络膀胱。"可见该经贯于腰部脊柱之内。"膀胱足太阳之脉，起于目内眦……循肩髆内，挟脊抵腰中，入循膂，络肾，属膀胱。其支者，从腰中下挟脊，贯臀入腘中。"此经行于腰之脊柱两旁。《素问·骨空论》："督脉者，起于少腹以下骨中央……合少阴上股内后廉，贯脊属肾。"此脉与足少阴肾经，在腰部同贯于脊柱内上行。《灵枢·五音五味》："冲脉、任脉皆起于胞中，上循背里，为经络之海。"该二脉行于腰背里面，脊柱之前。

腹

腹在胸之下，相当于横膈之下，耻骨联合以上的部分。腹部范围较大，其各部位与不同的脏腑经络有着相应的联系。腹部症状的辨析和体征的诊察，是中医诊断学的重要内容。

腹的分部 腹的分部，是对腹腔各区域和腹壁各部位的综合划分。腹部自上而下各部位的划分大致如下：鸠尾(即剑突)下方称为心下；上腹部胃所在部位称为胃脘；胃脘至脐称为大腹；脐周围称脐周；脐下中央称为小腹；小腹两旁即为少腹，亦有将脐下部位混称为小腹或少腹者。脐直下三寸处为丹田。古人认为此部位为男子精室、女子胞宫所在之处，并为气功意守部位的名称。

腹与脏腑、经络 胃脘为胃所在之处，包括上脘、中脘和下脘；大腹当脐部分，为足太阴脾之所属；肠绕腹中，部分肠居于大腹脐周；脐下至毛际为小腹，为膀胱、胞宫所居之部；小腹两旁为少腹，系足厥阴肝经所过。

腹部与经络有着十分广泛的联系。十二经脉中，循行于腹面自内向外的排列次序为足少阴肾经、足阳明胃经、足太阴脾经、足厥阴肝经。奇经八脉之中，督脉、任脉、冲脉均起于胞中，胞宫位于小腹之内；腹部正中线，为任脉循行部位；自腹股沟处气街穴上行挟脐两旁，则属于冲脉；另有带脉环绕腰腹一周，在腹面下垂至少腹；阴跷、阴维则分别循行于脐旁两侧之腹面。

脐

脐位于人体腹正中线中点的稍下方。在胚胎发育期，脐为腹壁最晚闭合处。脐在人体胚胎发育和生命活动中起到特别重要的作用。《东医宝鉴》说："夫人之脐也，受生之初，父精母血相受，凝结以成胞胎，在母腹中，母呼儿呼，母吸儿吸，是胎儿之脐带如花果在枝而通蒂也。既生之后，从口呼吸，脐门自闭。既长之后，外耗精神，内伤生冷，真气不得调畅，所以，蒸脐固蒂，如水灌土培，草木自茂壮也。"脐部中间陷窝又是"神阙穴"所在，乃经络任脉之穴并与脏腑有着密切的联系。如《医学原始》说："脐者，肾间之动气也，气通百脉，布五脏六腑，内走脏腑经络，使百脉和畅，毛窍通达，上至泥丸，下至涌泉。"可见，脐与身上下经络、脏腑相通。一方面，因为脐部腹壁最薄，病邪可以从脐内侵人体而致病，尤易感受风寒，故小儿虽当炎夏，仍须用巾盖腹以护脐。另一方面，以脐部腹壁之薄，有利于药物的穿透弥散，故各种治疗方法，如

灸脐、熨脐、敷脐、熏脐、贴脐、滴脐、涂脐、封脐、填脐、缚脐、围脐、拔罐、刺血、推拿、按摩、气功等法，应用于多种疾病，统称为"脐疗"。

四肢

四肢，又名四维、四极。四肢的末梢，即手与足，称为四末。四肢为脾之所主。四肢的不同部位与脏腑、经络及躯体的不同区域存在某些特定联系。十二经脉在四肢具有一定的分布规律。

上肢分部 上肢与躯体连接的肩关节，古称肩解；肩部以下、肘部以上的肱部，古称臑，又名上膊。解剖学上的肱骨，古称臑骨；肘部以下、腕部以上的前臂或称为臂，亦称下膊；臂部骨骼称为臂骨。臂骨有二：一为正骨，即解剖学上的尺骨；一为辅骨，即解剖学上有桡骨。手腕背部小指一侧的骨隆起，即尺骨茎突，古称锐骨、兑骨。手腕部近拇指一侧的骨隆起，即桡骨茎突，古称高骨。从肘部内侧至掌后横纹的一段皮肤，古称尺肤。诊察尺肤为古代切诊的内容之一。两手腕后桡动脉所在部位，谓之寸口，又名气口、脉口，为切脉的主要部位。寸口可分三部：高骨处为"关"部，关之前（腕端）为"寸"部，关之后（肘端）为"尺"部。寸、关、尺三部可分别测候相应脏腑的生理和病理状态。腕以下为手。腕以下、手指以上的手指屈侧面为手掌，手掌伸侧面为手背。拇指以外的其余四个指掌关节，古统称本节。第一、第二掌骨关节前方分歧处称为虎口。大指小指后侧隆起的肌肉称鱼，拇指侧称为大鱼，小指侧称为小鱼。大鱼的边缘，为手背与手掌深、浅皮色交界处，称为鱼际。鱼际部位有手太阴肺经经过，肺经分支布于食指掌侧者，称为鱼络。临床上观察鱼络的现象，可作为诊断手阳明经病变的参考，如《灵枢·邪气藏府病形》说："鱼络血者，手阳明病。"小儿食指桡侧的脉络，习称小儿指纹。可分为风、气、命三关。食指本节为风关，第二节为气关，第三节为命关。望指纹，对三岁以下小儿的病变有诊断意义。

上肢与脏腑经络 循行于上肢的经脉，主要是手三阴经和手三阳经。手三阴经循行于上肢内侧，即屈侧；手三阳经循行于上肢外侧、即伸侧。内侧的前缘为手太阴肺经，中线为手厥阴心包经，后缘为手少阴心经。外侧的前缘为手阳明大肠经，中线为手少阳三焦经，后缘为手太阳小肠经。手三阴经与手三阳经分别于食指、无名指及小指端交接。寸口为手太阴肺经的动脉，肺主气而朝百脉，肺经起于中焦脾胃，脾胃为脏腑气血营养的来源，所以全身脏腑经脉气血的情况，可从寸口脉体现出来。关于寸口的寸关尺三部分候脏腑的对应关系，历代说法颇多，目前较为公认的三部配脏腑如下：左手寸脉可候心与膻中，关脉可候肝胆与膈，尺脉可候肾与小腹。右手寸脉可候肺与胸中，关脉可候脾与胃，尺脉可候肾与小腹。这一分配方法是根据《内经》"上竟上，下竟下"的思想和历代医家的临床经验而形成的。它体现了上（寸脉）以候上（躯体上部）、下（尺脉）以候下（躯体下部）的原则。必须指出的是，寸关尺分配脏腑，其所候者，为五脏六腑之气，而非脏腑之脉所居处。且这种分配方法也不是绝对的，故不能机械地看待。

下肢分部 髀枢以下，即髋关节以下为下肢。膝关节部位古称膝解，又名骸关。膝以上的大腿部统称股。股前上方称为髀关。股前下方、伸腿时肌肉的隆起部分，因其状如伏兔，而称"伏兔"。解剖学上的股骨，古称髀骨。膝前的髌骨，古今同名。膝解以下、足以上的小腿统称胫。小腿后方隆起的腓肠肌，称为腨或腓肠、腓腨。位于小腿内侧的胫骨，古称骱骨或骭骨。位于小腿外侧的腓骨，古称外辅骨。踝关节内外两侧圆形的骨隆起为踝部。其内侧者名为内踝，是骱骨的下端。其外侧者名曰外踝，为外辅骨的下端。踝下为足。足背部称为足趺，又名跗。足背上踝关节前横纹的两筋之间胫前动脉搏动处，称为趺阳脉，是古代三部九候遍诊法的切脉部位之一，属足阳明胃经，用于候脾胃。足大趾本节前方，皮肤长有较长毫毛处称为三毛，亦称聚毛或丛毛。足大趾下面的远端称为跖，近端称为板，跖与板之间称为踹。足后跟之骨，称为跟骨。足后跟着地部分称为踵。

下肢与脏腑经络 循行于下肢的经脉主要是足三阴经和足三阳经。足三阴经循行于下肢内侧，足三阳经循行于下肢外侧。大体上，足太阴脾经、足阳明胃经行于前缘；足厥阴肝经、足少阳胆经行于中线；足少阴肾经、足太阳膀胱经行于后缘。其中有一特殊情况，即在小腿下半部和足背部，肝经在前缘，脾经在中线，二经上行，至内踝上八寸处交叉后，脾经转到前缘，肝经转至中线。足三阴经与足三阳经分别交接于足大趾端、足大趾从毛中及足小趾端。奇经八脉中的冲脉、阴蹻脉、阳蹻脉、阴维脉、阳维脉均行经下肢。

四肢均为脾之所主。其生理功能的正常维持，需要脾胃运化水谷精微的营养，故有"脾主四肢"之说。四肢的营养输送，全赖于清阳的升腾宣发，故曰："清阳实四肢。"脾主运化和升清。脾气健运，则四肢营养充足，活动强劲有力。若脾失健运，清阳不升，布散无力，则四肢失养，倦怠无力，甚或萎弱不用。所以《素问·太阴阳明论》说："四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无气以生，故不用焉。"筋，附着于骨而聚于关节，膝者筋之府，所以屈伸不能，行则偻附，表明筋将衰惫。爪即爪甲，包括指甲与趾甲，乃筋之延续，所谓"爪为筋之余"，"肝主筋，其华在爪"。肝血的盛衰，可影响筋的运动和爪甲的荣枯。

周身分部名位图

中医古代对人体各部位的名称与现代名称大体相

同,但也不完全一致,如称脊柱及其两旁的骶脊肌为膂,称胸骨为髑骬骨,称上臂为臑,髋关节为髀枢,大腿外侧为髀,称胸廓两侧面为胁等等。为使读者易于明了,特附《医宗金鉴·正骨心法要旨》插图5幅,以供参阅。

具体内容分为头面、眼、耳、鼻、口、颈、项、胸、乳房、腋胠胁肋、背、腹、腰、四肢、前阴、肛门等作专条叙述。

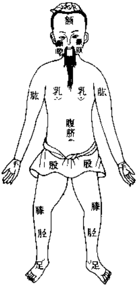


图1 人身正面全图

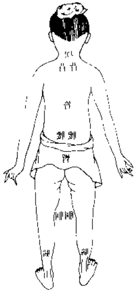


图2 人身背面全图

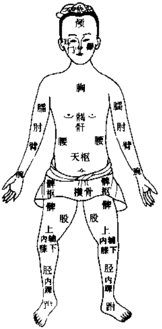


图3 骨度正面全图

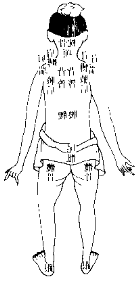


图4 骨度背面全图



图5 骨度侧面全图

皮

皮,又称皮肤,是覆盖在人体表面的一层组织。皮,具有防止外邪人侵,调节人体津液代谢与体温,并有一定的辅助呼吸的作用。皮肤与肺的关系最密切,和十二经脉也有广泛的联系。

皮肤的结构与功能 皮肤覆盖在人体表面,除手掌与足心外,大部分皮肤上都长着毫毛、头发或胡须。皮肤上的纹理和肌腠一起,合称腠理。皮上有许多汗孔,亦称气门,或名玄府,是汗液排泄的孔道。皮肤的生理功能主要有:①防御外邪:因皮肤是人体表面最大的保护器官,是防御外邪的主要屏障,外来致病因素首先侵犯皮肤,若皮肤致密,则邪不能入,因而不能致病;若皮肤疏缓,卫气不足,则邪气可乘虚而入,引起疾病。故《灵枢·百病始生》曰:"是故虚邪之中人也,始于皮肤,皮肤缓则腠理开,开则邪从毛发入,入则抵深……。"②调节津液代谢:汗为津液所化生,出汗是津液排泄的途径之一。皮肤腠理疏缓,汗孔开,则汗出多,反之则汗出少。因此,皮腠的疏密调节着津液的排泄。若调节失当,汗出过多,损伤津液,甚至引起津液不足。③调节体温:人体的温煦,全赖阳气的作用。阳气的大部分存在于津液之中。若感受外邪,汗孔闭,汗不出,阳气亦不得出,郁而化火,引起发热。采用解表发汗药,使汗孔开,汗得外泄,邪气随之外散,发热乃退,故《素问·生气通天论》曰:"体若燔炭,汗出而散。"但是,汗出不可太多,否则阳气随津而脱,会导致阳虚的寒证,甚至有大汗亡阳之虑。④辅助呼吸:呼吸主要是肺的功能,肺合皮毛,汗孔的开合也可辅助起呼吸作用,所以《素问·生气通天论》称汗孔为气门。清代医家唐容川说:"皮毛属肺,肺多孔窍以行气。而皮毛尽是孔窍,所以宣肺气,使出于皮毛以卫外也。"

皮肤与肺的关系 皮肤与肺的关系十分密切,《素问·阴阳应象大论》曰:"肺生皮毛。"皮与肺之间的联系主要有三:①肺输布精气,充养皮肤:肺将水谷精微布散到皮毛,使皮肤滋润,毫毛光泽,如《素问·经络别论》所说:

"食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。"若肺气亏虚，则皮毛憔悴，故《灵枢·经脉》曰："手太阴气绝，则皮毛焦。"②肺宣发卫气，外达皮肤：卫气充于皮内，主要有三种作用，一是温养皮肤；二是协助皮肤抵御外邪；三是控制汗孔之开合。若肺虚卫气不充，则病人肤冷畏寒，汗出较多，且抵抗力差，容易感受外邪而致病。若外邪犯肺，肺失宣发，则皮内之卫气亦不得外达，使汗孔闭塞而无汗。而宣发肺气的药，却往往能起到发汗的作用。③皮肤感邪，常内传入肺：皮肤受寒，每易出现流涕、喷嚏、咳嗽等肺经的症状，已为人们所熟悉。《素问·痹论》曰："皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。"可见皮与肺之间是相互沟通的。

皮肤与经络的关系 按十二经脉在体表的分布，将皮肤分为十二部分，每条经脉濡养一部分皮肤，称为十二皮部。如果哪一条经络发生病变，也会从其分布的皮部内反应出来。如《素问·皮部论》说："欲知皮部以经脉为纪者，诸经皆然。阳明之阳……视其部中有浮络者，皆阳明之络也。其色多青则痛，多黑则痹，黄赤则热，多白则寒，五色皆见，则寒热也。"若某皮部受邪，亦多进入该部之络脉，继而进入经脉，内传脏腑，故《素问·皮部论》曰："皮者脉之部也，邪客于皮则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满则注于经脉，经脉满则入舍于府藏也。"

腠理

腠理，即肌肉和皮肤的纹理。腠，指肌肉的纹理，又称肌腠，即肌纤维间的缝隙；理，指皮肤的纹理，即皮肤之间的缝隙。唐代王冰在注释《素问·皮部论》时说："腠理，皆谓皮空及文理也。"因而可以认为，肌肉和皮肤的间隙互相沟通，共称腠理。

腠理与三焦相通，三焦中的元气和津液向外流入腠理，以濡养肌肤，并保持着人体内外气液不断交流，所以《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》说："腠者，三焦通会元真之处，为血气所注。"

汗孔开口于皮肤，故腠理的疏密会影响汗孔之开合和汗液排泄。故腠理紧密则汗孔闭，体表无汗；腠理疏缓则汗孔开，汗外泄。所以腠理的疏密直接影响到汗液的多少，因而能调节人体的水液代谢和体温之高低。在正常情况下，卫气充斥于腠理之中，并控制和调节腠理的活动，如《灵枢·本脏》所说："卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合者也。"

腠理是外邪入侵人体的门户。《灵枢·百病始生》说："是故虚邪之中人也，始于皮肤，皮肤缓则腠理开，开则邪从毛发入，入则抵深……。"正是由于卫气能调控腠理，抗御外邪，故《灵枢·本脏》说："卫气和则分肉解利，皮肤调柔，腠理致密矣。"明代孙一奎在《医旨绪余·宗气营气卫气》中亦说："卫气者，为言护卫周身，……不使外邪侵犯也。"

毛发

毛发，系皮肤的附属器之一。全身皮肤除手掌、足底外，均有毛发。毛发分长毛（如头发）、短毛（如眼睫毛）、毳毛三种。以部位不同，所生毛发亦不同。主要有须、发、眉。如《古今医鉴·须发》谓："人须、发、眉虽皆毛类，而所主五脏各异。故有老而须白，眉发不白者；或发白而须眉不白者，脏气有所偏也。"

毛发与五脏的关系 "发为血之余"，而血乃精之所化，肾为精之处，《素问·六节藏象论》中以肾"其华在发"，此说明了发与肾的密切关系。在《素问·上古天真论》中论述了发的变化与年龄的老、少与肾气的盛衰相关。如："女子七岁，肾气盛，齿更发长。……四七，筋骨坚，发长极，身体盛壮。五七，阳明脉衰，面始焦，发始堕。六七，三阳脉衰于上，面皆焦，发始白。……丈夫八岁肾气实，发长齿更。……三八，肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极。……五八，肾气衰，发堕齿槁。六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白。……八八，则齿发去。"后世一般皆宗《内经》以上所说，强调肾脏与头发的重要关系，是养发、美发、以及治疗发异常变化的理论依据。在《东医宝鉴·毛发》认为脏腑中胆荣须，肾华于发，精气上升则须润而黑。年龄到了六八以后，则精华不能上升，以致须发焦槁如灰白色，所以养生者，宜服补精血药以预防之。又肺居上焦，主气，合皮毛，故上焦开发，宣五谷味，熏肤充身泽毛。《医门法律·虚劳门》谓"一损损于肺，皮裂而毛落。"说明肺与毛的关系。

毛发与气血的关系 《灵枢》在"阴阳二十五人"一篇中，论及须眉的多少、有无、美恶皆与气血的盛衰有关，又于"五音五味"篇中论及妇人无须的原因，谓："血气盛则充肤热肉，血独盛则澹渗皮肤，生毫毛。今妇人之生，有余于气，不足于血。以其数脱血也。冲任之脉不荣口唇，故须不生焉。"脾胃为气血生化之源，故脾胃功能与气血盛衰有关，从而也影响毛发的生长润泽。

毛发与睾丸的关系 《古今医鉴·须发》谓："男子肾气外行，上为须，下为势（睾丸），故女子、宦（太监）人无势，则亦无须，而眉发无异于男子。"《灵枢·五音五味》篇："宦者去其宗筋，伤其冲脉，血泻不复，皮肤内结，唇口不荣，故须不生。"对于天宦（指自身睾丸异常者）未尝被伤，而须不生的原因，认为此总由于天生不足所致，其冲任不盛，宗筋不成，有气无血，唇口不荣，故须不生。

综上所述，毛发的荣枯可以反应脏腑、气血的盛衰，故临床望毛发的荣润或枯槁，是望诊的内容之一。正如《圣济总录·髭发门》所说："眉、髯、发、髭，率本于经络之血气，或黑或绀，或黄或白，可以知盛衰。盖血气在人，犹水之精也，髭发犹津之有乡也。津之槁泽而乡随之，则髭发本血气可知矣。"

肉

肉，即肌肉，包括肌肉组织、脂肪和皮下组织。现所称的肌肉，在中医古籍中称为“分肉”。分肉的膨大部位称为“䐃”；分肉上的纹理称为肌腠，和皮肤的纹理共称为腠理；分肉和分肉之间的凹陷称为“溪谷”，其中较小的凹陷称为“溪”，较大的凹陷叫“谷”。溪谷大多是经络穴位所在之处，也是人体之气汇聚之所，故《素问·气穴论》说：“肉之大会为谷，肉之小会为溪。肉分之间，溪谷之会，以行营卫，以会大气。”

肉的功能　肉的主要功能有：①保护内脏：肉分布在内脏和筋骨的外围，起着保护作用。尤其在胸腹部，内藏人体主要之脏腑，而保护这些脏腑的主要屏障就是该部的肌肉。所以《灵枢·经脉》生动地比喻称：“肉为墙”。②抵御外邪：肌肉与皮肤的纹理合称腠理，是外邪入侵人体的门户。卫气充足，则腠理致密，故邪不得侵入，若腠理疏缓，则外感病邪易于乘虚而入。所以《灵枢·五变》说：“肉不坚，腠理疏，则善病风。”③进行运动：中医提到机体运动时，既强调筋骨，亦不忽视肌肉的作用。如《灵枢·天年》说：“二十岁，血气始盛，肌肉方长，故好趋；三十岁，五脏大定，肌肉坚固，血脉盛满，故好步；……”，这说明随着年龄增长，肌肉渐趋壮盛，运动能力也逐渐增强。反之，若气血不足，筋骨与肌肉失养，则运动无力，甚至肌肉萎软，四肢不用。如《素问·太阴阳明论》说：“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”

肉与脾的关系　肉与脾的关系，主要表现在以下两方面：一是脾化生精气以养肌肉，隋代张志聪注释《素问·五脏生成》时说：“脾主运化水谷之精，以生养肌肉，故主肉。”元代李东垣在《脾胃论·脾胃胜衰论》中也说：“脾胃俱旺，则能食而肥；脾胃俱虚，则不能食而瘦；……脾虚则肌肉削，……。”二是肉病日久可内传及脾，如《素问·痹论》曰：“肌痹不已，复感于邪，内舍于脾。”

筋

筋，包括肌腱、韧带和筋膜。筋有连接和约束骨节，主持运动，保护内脏等功能。在五脏当中，筋和肝的关系最为密切，并和十二经脉有广泛的联系。

筋的主要生理功能有：①连接和约束骨节：筋附着在骨骼上，把骨骼连接起来。在骨与骨的连接处，由筋加以包裹约束，形成关节，保证了肢体的运动。②主持运动：人体的关节之所以能屈伸俯仰，运动自如，主要依靠筋的收缩和弛张。所以《素问·痿论》说：“宗筋主束骨而利机关也。”③保护内脏：筋和骨、肉、皮共同组成躯壳，内盛五脏六腑，并具有保护内脏，防其损伤的作用。

筋与肝脏关系密切。首先肝之气血可以养筋，《素问·经脉别论》说：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。”《素问·平人气象论》还说：“脏真散于肝，肝藏筋膜之气也。”可见肝所获得的精气，都会布散到筋，发挥濡养作用。若肝之气血不足，筋得不到充足的滋养，就会发生病变。如《素问·上古天真论》所说：丈夫……七八，肝气衰，筋不能动。”其次在病理方面可见肝病及筋，引起诸筋病变。如《素问·气厥论》说：“脾移寒于肝，痈肿筋挛。”《素问·痿论》还说：“肝气热则胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿。”同时亦可久病及肝，指筋病日久，将及于肝，引起肝病。如《素问·痹论》说：“筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。”

全身的筋，按十二经脉的分布，分为十二部分，每部分接受一条经脉气血的滋养，该经脉之气“结、聚、散、络”于该部的筋当中，使这一部位筋成为该经脉的“经筋”。如手太阴肺经气血滋养的筋名为手太阴之筋；足阳明胃经滋养的一组筋则称为足阳明之筋；……。十二经脉之气血所养的筋，统称为十二经筋。

骨

骨是人形体的支架。《灵枢·经脉》有“骨为干”，骨的主要功能有如下三方面：①支撑人体：如人背面正中的项骨（即颈椎）、背骨（即胸椎）、腰骨（即腰椎）和尻骨（即骶骨与尾骨）由脊筋连接起来，形成支撑人体的脊梁。②保护内脏：如头部的天灵盖（即顶骨）、山角骨（即颞骨）、凌云骨（即额骨）和后山骨（即枕骨）互相接连成壳，保护着脑。又如胸部的髑骬骨（即胸骨）和肋骨相连，共同构成胸廓，保护着心与肺。③进行运动：骨与骨的连接处，由筋约束，并加以包裹，形成关节。再通过附着在骨骼上的筋和肌肉的收缩与弛张，使关节出现屈伸乃至旋转等运动。如上肢由臑骨（即肱骨）、臂骨（包括尺骨、桡骨）、腕骨和五指骨经筋连接而成；下肢由髀骨（即股骨）、膑骨、胻骨（即胫骨）、辅骨（即腓骨）、跗骨、跟骨与足五趾骨连接而成。骨与骨之间均有关节相连，借助筋与肌肉的伸缩，则四肢能做各种各样的运动。

骨与肾脏关系密切，骨骼中空，内藏骨髓。骨髓为肾精所化生，对骨骼有充养作用。齿为骨之余，故骨与齿均有赖于肾精之滋养。由于肾能生髓养骨，故《素问·宣明五气》称：“肾主骨。”故同时《素问·痿论》也有：“肾主身之骨髓。”当幼儿发育时，随年龄之渐增，肾精日渐充盈，小儿头部囟门关闭，骨骼日渐长大，先生乳齿，然后更换恒齿；到年老之时，肾精日渐亏虚，故可见牙齿松动、脱落，骨骼也变得脆弱而易折，且骨折之后不易愈合。临床上肾病可以及骨，产生骨髓病证，如《素问·痿论》说：“肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。……肾热者，色黑而齿槁。”同样，骨有病变亦将内传及肾，如《素问·痹论》说：“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。……肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。”

前阴

前阴是男女外生殖器与尿道口的总称。男性的前阴包括阴茎、阴囊和阴囊中的睾丸，古称“宗筋之所聚”，有排尿和生殖功能，并同男子的第二性征有密切关系。如《灵枢·五音五味》说：“宦者，去其宗筋，伤其冲脉，血泻不复，皮肤内结，唇口不荣，故须不生。”还说：“其有天宦者……此天之所不足也，其任冲不盛，宗筋不成，有气无血，唇口不荣，故须不生。”女子的前阴包括尿道口和阴户，有排尿，排出月经和娩出胎儿的功能。

前阴与经络的关系　在所有经脉中，前阴与足厥阴肝经和任脉的关系较密切。①前阴与足厥阴肝经的关系：《灵枢·经脉》说：“肝足厥阴之脉，起于大趾丛毛之际，上循足跗上廉……上腘内廉，循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹……。”正因为肝经过阴器，所以当肝经受邪侵犯时，前阴会出现病变。如湿热下注肝经，会引起男子阴囊潮红瘙痒，或红肿热痛，或见睾丸肿痛；女子则可出现阴部瘙痒，或带下黄稠，或带下如米泔水而腥臭，或发为阴疮。②前阴与任脉的关系：任脉由后向前，经过前阴，故任脉有病常累及前阴，如《素问·骨空论》说：“任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚。”

前阴与脏腑的关系　前阴与肾、膀胱、肝、脾四者的关系较为密切。①前阴与肾、膀胱的关系：肾开窍于前阴，对生殖和排尿均有作用。肾主生殖，肾精充盈到一定程度，则产生天癸，以促进性成熟，维持生殖功能。若肾精亏虚，青年人则前阴发育不良，生殖机能不全；中年人则性机能减退，阳痿，甚至早衰。肾气有封藏肾精的作用，若肾气虚，固摄无力，则见遗精或早泄。肾主水，对排尿影响较大。若肾气不足，固摄无力，如小儿肾气未充，常见遗尿；老人肾气已衰，控制小便的能力减弱，甚则小便失禁；肾阳虚，蒸腾气化无力者，小溲清长；肾阴虚，无力推动津液输布与排泄者，则尿少，或伴有浮肿。尿道上通膀胱，故膀胱与尿道口在功能上必须相互协调，病变时又往往互相影响。如秽浊之邪可经尿道口上入膀胱，而膀胱受湿热侵犯后，又会引起排尿障碍，出现尿频、尿急、尿痛等症状。②前阴与肝的关系：肝主筋，主疏泄，主藏血，这三项功能对男女生殖功能都有明显的影响。肝主筋，前阴乃宗筋所聚之处，故前阴的生殖机能与肝密切相关。肝气损伤，则宗筋无力，男子出现阳痿，女子白带过多。同时，肝主疏泄与肾气闭藏的功能必须协调，才能保证前阴正常地进行生殖活动。如对于男子排精，元代朱丹溪在《格致余论·阳有余阴不足论》中说：“主闭藏者，肾也；主疏泄者，肝也。”若肝失疏泄，则精闭而射不畅；在女子则月经不调，经行不畅，或见痛经。若肝疏泄太过，肾闭藏不及，男子则早泄、遗精；女子可见月经过多等症。③前阴与脾的关系：脾主运化，主升清，对前阴皆有影响。脾主运化水液，前阴乃排水之孔，故有关。脾不健运时，水停为湿，湿性趋下，常注于前阴，女子常见白带量多如水，男子则注于阴囊，发为水疝（阴囊肿大，内积水，以光照之呈半透明状，现代医学称为鞘膜积液）。脾不升清，女子可见子宫下垂，甚则自阴户挺出；男子则小肠常坠入阴囊中，发为疝气；亦有因中气下陷而小便失禁者。

肛门

肛门是排出粪便的器官。由于它专门排出水谷之糟粕，故称“粕门”，又因它是大肠下口，大肠与肺相表里，肺藏魄，故又称之为“魄门”。

肛门与大肠、肺、肾、脾四个脏腑的关系较为密切。肛门是大肠的下口，两者紧密相连，相互协调，以完成排便的任务。大肠与肛门的病变，不但互相影响，而且很容易相互蔓延。若湿热下注大肠，可蔓延至肛门，阻滞经络，蒸灼气血，使肛门周围红肿热痛，易成肛门直肠周围脓肿。肺与大肠相表里，肺的肃降，有助于大肠向下传导糟粕，因而间接地对肛门造成影响。肛门亦为肾之窍，《素问·金匮真言论》说：“北方黑色，入通于肾，开窍于二阴。”肾藏精，为封藏之本，肾气的固藏功能对肛门固摄粪便，不使其无控制地排出，起了重要的作用。若久病使肾气亏损，固摄无力，或老迈体虚，肾气不固，均可造成肛门不约，大便的外排失于控制。同时，肾为一身阴阳之根本，如肾阴的盛衰，就决定了脏腑的润燥。肾阴虚，大肠燥，粪便干燥而坚硬，加之肛门燥而失润，局部的粘膜和皮肤变得脆弱，排便时就容易引起肛裂。脾主运化水谷，主升清。运化功能直接影响粪便的润燥，与肛门直接有关；升清功能正常，则肛肠维持正常的位置，若脾虚气陷，则可引起直肠下堕而脱肛。

肛门主要与足太阳膀胱经和督脉有联系。足太阳膀胱经之经别入肛门，如《灵枢·经别》有“足太阳之正，别入于腘中，其一道下尻五寸别入于肛……”。因而《灵枢·经脉》认为“膀胱，足太阳之脉……是主筋所生病者，痔、疟、狂、癫疾……”，故临床治疗肛门病常取足太阳经的承筋、承扶、委中诸穴。督脉起于胞中，下出会阴，绕肛门后行，故该脉病症常波及肛门，如《素问·骨空论》：“督脉者……此生病……不孕、癃、痔、遗溺、嗌干。”故治痔疮、脱肛等病常取脊中、百会等督脉经俞穴。

经络学说

经络学说是以经络为主题而开展的一系列有关理论的总和。包括经络的循行、生理、病理及其与脏腑、五官、皮部、经筋、气血的关系等方面内容；它和气血、脏象等学说密切结合在一起，共同阐明机体气血运行和各部分相互关系，从而论证机体的完整和相对稳定，论证机体同外界环境间的统一。经络学说是中医学基础理论的重要组成部分，贯串于临床各科，尤其对针灸临床实践具有特殊

指导意义，成为针灸学术的理论核心；它集中地体现了中医学理论体系中的整体观点。

经络学说的形成和发展　经络学说的形成经历了一个漫长的历史时期，主要是从春秋战国到西汉。如《国语》、《管子》、《左传》和《周礼》等书中就已经有了关于"脉"的记载。《庄子》中提到的"缘督以为经"，指的就是气功过程中经气沿任督脉循环的现象。战国初期名医扁鹊在论述尸厥时，就曾提到过"阴脉上争，阳脉下遂"和"中经维络"等。马王堆汉墓帛书中更进一步展现了十一脉的雏形。到《黄帝内经》成书年代，经络理论作为一个学说已基本形成。《灵枢》中有关经络资料最多。《素问》也有不少专篇论述。主要内容有十二经脉的循行路线及其络属的脏腑、十二经脉病候、各经腧穴、十二经别、奇经八脉、十五络脉、十二经筋、十二皮部、标本、根结、气街、四海、营卫气血的分布循行等。

《难经》、《伤寒论》、《针灸甲乙经》、《十四经发挥》和《奇经八脉考》等记载的有关经络内容，反映了《黄帝内经》以后历代学者们对经络理论又有了不少新的补充、发挥和发展。公元6世纪，经络学说也传到了国外，引起不少国家学者的兴趣。中华人民共和国成立之后，经络学说的研究随着针灸学术的普及和发展，更引起极大的重视，到处建立了经络研究机构。尤其是近十几年来已形成了一支专业队伍，围绕着循经感传现象这一重点课题，做了大量工作，积累了极其丰富的资料，不仅明确了循经感传的基本特征和一般属性，并发现了一些颇有意义的新现象。

经络的片断发现，自然属于远古。然而它构成系统并较完整地被描绘出来，阐明其作用，从现存资料看应首推《内经》。经络的形态，最初似指血管之类管形带状组织。这一点和当时解剖学的发展有关。由于历史条件限制，古人往往将其在活体上观察到的现象（如循经感传现象等）同在尸体解剖中看到的索状、管状结构联想到一起，其实古代经络图和血管分布并不一致。从马王堆汉墓帛书中揭示的十一脉材料到近年来在循经感传现象的研究上所积累的资料都支持这种观点。古代体育疗法如按蹻、导引和气功等，也往往会出现脉气运行、扩散或沿着一定经络传导的感觉。先人们就是这样，在无数次医疗实践中逐渐发现和认识到人体内有多种复杂的联系通路。

然而，经络的实质问题从《黄帝内经》开始，一直被认为和血管密切联系在一起。后世人们越来越觉察到，仅仅用血管去解释经络是远远不够的。近代国内外学者也有不同的看法，如经络与周围神经系统相关说、经络与神经节段相关说、经络与中枢神经机能相关说、经络与周围神经血管相关说、经络与神经体液调节相关说、经络-内脏-皮层相关说、类传导说、生物电说、综合发生系统说、经络与淋巴管系相关说和第三平衡系统说等。所有这些都有待于今后做更深入的探讨。

经络学说在现代生命科学研究中，既是一个古老的命题，又是一个崭新的内容。对经络学说进行不断深入研究，有可能改变传统生物学的某些观点，实现现代生命科学中的新突破。

经络系统的主要内容　经络是人体气血运行的通路。它内属脏腑，外连肢节，沟通表里，贯串上下，像网络一样地分布全身，构成一个庞大的系统，渗灌濡养周身，并将人体各部分联系成统一的、协调而稳定的有机整体。

经络由经脉和络脉组成。直行者为经，支而横者为络。经脉犹如路径，为上下纵行的主干，分为十二经脉、十二经别与奇经八脉。络脉恰似网络，指横斜交错的分支。络脉中较大者有十五络脉；进而分出的细支为孙络；孙络中浮现于皮表者为浮络。络脉也来往于经脉和脏腑之间，既有贯通连接，又有交叉、交会、分离和会合等。经络可深入体腔连属脏腑，也可浅出体表联系十二经筋、十二皮部和三百六十五节，构成极其复杂的通路。如此形成了遍及全身的经络系统。兹列表如下：

经络系统表

- 经络系统
  - 经络部分
    - 经脉
      - 十二经脉——"伏行于分肉之间，深而不见"（亦称十二正经）
      - 十二经别——别行的经脉
      - 奇经八脉——不拘于十二经脉之内
    - 络脉
      - 十五络——主要的大络
      - 孙络——络脉之分枝细小者
      - 浮络——孙络之浮而常见者
  - 连属部分
    - 内部——脏腑——十二经脉内连脏腑
    - 外部
      - 十二经筋 }分属十二经脉
      - 十二皮部 }分属十二经脉

中医学根据阴阳学说的演绎，把十二经脉分为阴阳两大类。阴经又分为手三阴经和足三阴经。阳经亦分为手三阳经和足三阳经，共计十二经（亦称十二正经），就是手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经、足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经；手太阳小肠经、手阳明大肠经、手少阳三焦经、足太阳膀胱经、足阳明胃经、足少阳胆经。循行于十二经脉系统以外的奇经八脉，根据它们所行的部位和功能特点，也各有一定的命名。分别名之曰冲脉、任脉、督脉、带脉、阴阳蹻脉、阴阳维脉。今将各经脉名称分别列表如下。

至于十二经别、十二经筋均分属于十二经脉。十五络除十四经各有一络外，另加脾之大络，共十五络，故名。也有的认为还应加进胃之大络，共成十六络，但一般均用十五络之名。

经络的生理、病机　从以下几方面进行分析。

经络的生理　在生理方面，经络有通行气血，联系人体内外表里、脏腑器官及各种组织，调节平衡，抗御外邪，保卫机体等作用。①通行气血，协调阴阳：《灵枢·本脏》说："经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也。"可见经脉是气血循行的通道，气血通过在经脉中流

经脉名称表

- 经脉
  - 十二经脉（十二经脉与督脉、任脉合称十四经脉）
    - 手三阴
      - 手太阴肺经
      - 手厥阴心包经
      - 手少阴心经
    - 手三阳
      - 手阳明大肠经
      - 手少阳三焦经
      - 手太阳小肠经
    - 足三阴
      - 足太阴脾经
      - 足厥阴肝经
      - 足少阴肾经
    - 足三阳
      - 足阳明胃经
      - 足少阳胆经
      - 足太阳膀胱经
  - 奇经八脉
    - 督脉——诸阳之海
    - 任脉——诸阴之海
    - 冲脉——十二经之海
    - 带脉——束腰如带，统束诸经
    - 阳蹻——足太阳之别（主一身左右之阳）
    - 阴蹻——足少阴之别（主一身左右之阴）
    - 阳维——维络诸阳
    - 阴维——维络诸阴

行循环而荣灌脏腑，协调阴阳，濡养筋骨，通利关节，润泽皮毛，使人体气血得以正常循环，阴阳交接，周而复始，如环无端，昼夜不息地维持着机体的生命活动。②沟通表里上下，联系脏腑器官及肢体关节等，使人体成为一个统一的有机整体：《灵枢·海论》说："夫十二经脉者，内属于府藏，外络于肢节。"《灵枢·脉度》说："阴脉荣其脏，阳脉荣其腑，如环之无端，莫知其纪。终而复始，其流溢之气，内溉藏府，外濡腠理。"说明经络有沟通表里、上下，联系肢节，内而溉于肝腑，外而濡于腠理的作用。经络系统以十二经脉为主体，结合奇经八脉、十二经别、十二经筋、十五络脉等，形成了一个网状整体，内连五脏六腑，外系四肢百骸，关节肌腱，经筋皮部，五官七窍，把人体各部，紧密地联系在一起，使之成为一个运动不息、统一协调的有机整体。③平衡调节作用：经络在通行气血，沟通表里，联系脏腑的同时，通过气血昼夜不息"如环无端"的循行流注和"营阴阳，濡筋骨，利关节"等功能，从而使身体阴阳气血、营卫津液的动态平衡得到适当的调节。人体通过经络系统的气血调节，使内外、上下，都能协调统一，维持正常的生理活动，于是脏腑营卫、腠理皮毛的温煦滋养及卫外等功能得到经常的保持，使机体的适应能力增强，起到保护机体，抗御外邪的作用。

经络的病机 经络系统之在人体，既然具有通行气血，沟通表里，调节阴阳使机体保持平衡等生理活动。一旦阴阳失调，气血不能通畅，而使各种疾病的发生、发展、传化、转归，其直接有关于经络，则不言而可知。今从以下几个方面进行列述：①经络与内脏：外邪侵犯人体，必先通过经络而传入于脏腑。如《素问·缪刺论》说："夫邪之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，入舍于孙脉，留而不去，入舍于络脉，留而不去，入舍于经脉，内连五脏，散于肠胃，阴阳俱感，五脏乃伤。"又《素问·皮部论》说："邪客于皮则腠理开，开则邪入客于络脉，络脉满则注于经脉，经脉满则入舍于腑脏也。"反之，内脏有病也必然累及经络。《素问·脏气法时论》说："肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒，虚则目䀮䀮无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之。"《灵枢·邪气脏腑病形》说："小肠病者，小腹痛，腰脊控睾而痛，时窘之后，当耳前热，手小指次指之间热。"说明无论从表入里，或从里出表，无不以经脉为之桥梁，故其表现的症状多在经脉循行的部位。此外，脏与脏之间，脏与腑之间的病变转化，亦通过经脉，而互为影响。例如肝病时最易影响脾胃，以肝之经脉从足交出太阴之后渐上而抵小腹，挟胃上贯膈也。心热时可移热于小肠，以心脉出属心系，下膈，络于小肠也。肾阳虚时可致水气凌心、射肺等，以肾之经脉从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本，从肺出络心，注于胸中也。②经络与五官七窍：眼、耳、口、鼻、咽、喉、齿、舌等器官，都有不同脏腑的经脉循行和络属或为所过、所系，表里相合等关系，一旦发生病变，这些孔窍同样可以反映出五脏六腑的虚实寒热等病证来。例如：手阳明大肠经贯颊，入下齿，挟口左右相交，病则齿痛、颈肿；足少阴肾经循喉咙、挟舌本，从肺出络心，注胸中，病则可见"口热舌干，咽肿上气"；足太阴脾经上膈，挟咽，连舌本，散舌下，病时则出现"舌本强"、"舌本痛"。凡此经脉与七窍的联属关系，是屡经临床验证而不失的。③经络与四肢筋骨：人体的四肢、筋骨、皮肉等，都遍布三阴三阳十二经脉以及奇经等，将气血津液输送到各部，以供其温煦濡养之所需，而维持其生理的正常。反之，各部经脉失去其正常生理的作用，各部的病变反映即随之而起。例如：手太阴肺经循臂内上骨下廉，入寸口，循鱼际，出大指之端，病则可出现"臑臂内前廉痛，掌中热"；手阳明大肠经起于手大指次指之端，上肩，出髃骨前廉，病则可出现"肩前臑痛，大指次指不用"。因为经脉既发生病变，经气营血不能温煦濡泽所主属的肢体、筋骨、皮肉、关节等，故可出现肢体失灵，屈伸不利，肌肉萎缩、麻木、肿痛、痹痹、不遂诸种病症。④经气厥逆：沿着经脉循行不息的元（原）气、宗气、营气、卫气等，概称之为经气。循行于十二经脉的经气，如果因于外感六淫、内伤七情，阻遏其运行之机，致阴阳两气不相接续，便将发生厥逆的病变，其临床表现，亦随其阴阳经循行之不同，而各有殊异，出现不同的厥证。例如：手太阴肺经有"臂厥"证，主要症状为"交两手而瞀"，瞀即目眩神乱，因肺经脉由中府出腋下，行于肘臂之间，因以为名。足阳明胃经病有"骭厥"证，主要症状为"贲响腹胀"，也就是肠胃雷鸣不已，骭即足胫，胃脉循行自膝膑下胫骨外廉故也。⑤"是动"、"所生病"：脏腑通过经络的沟通联络，形成了气血循行环周不休的整体。但是每一经络、脏腑又各自保持着自己的功能系统，因而在病理上也各有着不同的证候反映。古人把各经脉反映出的不同的病证，归

纳为两大类，一类称“是动”病，一类称“所生病”。例如：肺手太阴之脉“是动则病肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚则交两手而瞀，此为臂厥。是主肺所生病者，咳，上气，喘喝烦心，胸满，臑臂内前廉痛，掌中热”（《灵枢·经脉》）等等。《难经》第二十二难解释“邪在气气为是动，邪在血血为所生病”。清代张志聪认为“从外之内谓之是动，从内之外谓之所生”。解说虽然不一致，但说明了由于经脉的性质和所属的脏腑不一，便各有其不同的发病见证，这一点是可以肯定的。

此外，十二经脉（脏腑）之气虚弱到了终绝的地步，在临床上至为危笃，对此《素问·诊要经终论》、《灵枢·经脉》等有较为详细的阐述，后世则称为“经气终绝”。若一二经经气终绝，已属危重之候，若三阴经或三阳经的经气同时终绝，则危在顷刻。

经络学说的临床意义 在临床上，经络学说同脏象学说一样，对疾病的诊断和治疗有重要的指导意义。

经络在诊断上的应用 经络在临床诊断、辨证方面，有重要的指导作用。正如《灵枢·经脉》所说：“经脉者，所以能决死生，处百病，调虚实，不可不通。”又《灵枢·卫气》说：“能别十二经者，知病之所生；候虚实之所在者，能得病之高下。”因而，在临床上可以根据症状特点、部位、性质等结合经络循行和脏腑关联等情况，对疾病进行分析而达到诊断目的。例如：肝胆的经脉过两胁部，故胁痛多为肝胆病。肺的经脉过缺盆，故缺盆中（锁骨上窝）痛，多属肺的病。再如头痛，可根据疼痛出现部位的不同而分辨其为何经之病。足阳明之经脉循发际至额颅，故前额痛属阳明。足太阳之经脉从巅入络脑系，还出别下项部，故颅顶及后头痛属太阳。足少阳之经脉上抵头角，下耳后两侧，故两侧或偏头痛属少阳。又如在外感病中，《素问·热论》就用太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴进行六经辨证的。汉代医家张仲景在这六经辨证的基础上作了补充与发展，选订出应用的方药，写成《伤寒论》一书，奠定了辨证论治的坚实基础，为后世医家反复实践所证实，成为学习中医学必读之书。再如仲景在《金匮要略》论中风病时也说：“邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜。”说明经络在内伤杂病的辨证方面，也有指导作用。至于经络所反映脏腑的各种不同病证见“十二经脉”条。

中医的诊脉法也是以经络学说为基础的。如《素问·三部九候论》中的全身上下诊法，就是以十二经脉分布在头、手、足三部的动脉，分别进行诊切的。《灵枢·经脉》的“人迎气口”诊法，以结喉旁“人迎”处的动脉与手腕处寸口动脉的脉大脉小互为比较，来诊断疾病的虚实。《难经》的两手寸关尺诊法，也是以经络为依据的，如《一难》说：“十二经中皆有动脉，独取寸口以决五脏六腑死生吉凶之法何谓也？然，寸口者，脉之大会，手太阴之脉动也。”古人还有观察皮部络脉的变化以诊断疾病虚实的方法。如观察皮部有血络壅现者，此为络脉有邪，如络脉陷下者，此为络脉之气不足。仅举以上诸例，则可看出经络在诊断方面有着极其重要的作用。

经络在治疗上的应用 经络学说目前已广泛地应用于临床各科的治疗，不论是药物、针灸、推拿、气功等各种不同的治疗方法，若没有经络学说作指导，便会脱离整体观念，而影响辨证论治的准确性。如在用药方面，前人根据药物对某脏腑、经络起主要作用，而总结出药物归经的理论。如麻黄入肺、膀胱二经，可发汗、平喘、利尿；柴胡入肝、胆两经，可开郁解热，疏行结气，以治胁痛，胸闷，往来寒热等；香附行十二经之气；附子助十二经之阳等等。金元时期的医家张元素、李东垣，很重视分经用药，他们对肩臂痛也分辨六经。痛在前面的属阳明，加用升麻、白芷、葛根；痛在后面的属太阳，可加用藁本、羌活；痛在外侧、内侧的属少阳、厥阴，加用柴胡、青皮；痛在内侧前属太阴，加用升麻、白芷、葱白；痛在内侧后属少阴，加用细辛、独活。这种按十二经引经用药的方法，对提高疗效，是有帮助的。在针灸治疗方面，常用循经取穴的方法，如：治胃痛，取足阳明胃经的“足三里”穴；治肝病，刺肝经的“期门”穴等。当前被广泛应用于外科手术的针刺麻醉，也是在经络学说的理论基础上发展起来的。它是通过针刺一定的穴位，可以达到麻醉、镇痛的作用。再如推拿疗法，治疗寒邪留滞而致的胃脘痛时，用推拿方法按其上腹部中脘穴，则热气随手而至，热气至则心气外发，寒邪即散，经络疏通，痛即消失。如按背部胃俞穴亦有同样功效。所以说经络学说在对疾病治疗方面，起着重要的作用。

经气

经气，即经络之气。主要指支配经络活动功能而言；但它又和沿经内外流注输布的某些精微物质密切相关。“真气者，经气也”（《素问·离合真邪论》）；经气属于真气，真气散布于全身经络者称为经气。经气构成生命整体活动功能的一个方面。经气循行于脉中的，又称脉气。

经络是运行气血的通路。经络之所以能够运行气血，是经气正常活动的结果。如经络之气失常，气血在经络中运行就会发生这样或那样的障碍，表现出相应的病候。

经气属于阳气。阳气还包括原气中的元阳、宗气、脏腑之气和卫气等，一般是无形的，是不可见的。血属于阴液。阴液包括精液、血液和津液等，是有形的，通常是可见的；其中包含着谷气和营气等精微物质，也包含某些不易于被察觉到的成分，如呼吸之气等。“气主煦之，血主濡之”（《难经》第二十二难）。阳气是各种活动功能的动力，阴液则主要是滋养机体的物质。两者相互依存，相互转化，是密不可分的。气与血均为食物中营养物质结合某种先天之气所化生，先形成于胃，再通过经络输布全身，具有各自独立而相互联系的重要生理功能。“气为血

帅，血为气母”，气居于主导地位，对血有推动和统摄的作用，而血是气形成的物质基础和依附的根据。

营气和卫气分布广泛，生理功能重要，一向被看成是阴液和阳气的两个代表。所以它们常同气血相提并论，称“营卫气血”。“清者为营，浊者为卫；营在脉中，卫在脉外”（《灵枢·营卫生会》）。营气不仅和血液同行于经络之中，也参与血的生成。卫气性质悍疾滑利，弥散力强，“昼日行于阳，夜行于阴”（《灵枢·邪客》），能启闭汗孔，温养内外，滋润腠理，护卫肌表和抗御外邪等。这些都表明，营卫二气跟经气有着密切关系。营气和卫气的沿经循行或扩散，也反映了经气活动的特点。

脏腑之气主要是指支配各脏腑活动的功能说的，如心有心气，脾有脾气。经络之气和脏腑有着特殊的密切关系；对经气来说，脏腑之气居于支配地位；对脏腑之气来说，经气处于从属地位。

原气即元气，包括元阴和元阳，主要由肾脏（包括命门）先天之精所化生而藏于丹田，为生命的形成和机体的成长、发育、活动的根本要素，也是“十二经之根本”（《难经》第八难），是经气活动的根本。宗气“积于胸中，出于喉咙”（《灵枢·邪客》），上行呼吸道，推动肺脏呼吸，并贯通心脉，振奋经气，促进气血的运行。生命整体功能的总称，为真气。所以真气包括的范围最广，诸如原气、宗气、脏腑之气、经气和卫气等皆是，彼此相联，互不分割。对病邪来说，真气也被称为“正气”，这时则侧重指机体的综合抗病能力而言。

腧穴是各经脉气所发，是脏腑经络之气输注聚集于体表的部位。给腧穴以针灸等刺激，必然直接激发卫气而引起局部反应，但更主要的是激发和调整经气，间接影响所连属的脏腑功能活动。针灸得气或循经感传，乃至于被诱发出来的各种可见经络现象，也只能是这种反应综合作用的结果。反之，脏腑的功能状态和病理变化也会主要借经气的活动反映到体表上来，从经络病候反应的归纳到六经辨证、卫气营血辨证、脏腑辨证、八纲辨证，以至于近代得到发展了的体表经络诊断，无不是经气理论的具体运用。

经气在历代医书中无专篇论述，许多有关问题还不十分清楚。尤其是经气的实质及其形成的机制，尽管近代在研究循经感传现象时做了广泛的联想和探索，但至今仍无定论，尚待以后深入认识。

十二经脉

十二经脉是经络系统的主体，它们对称地分布在身体各部。简称为十二经，又称十二正经。十二经脉有阴经、阳经、手经、足经之分。即：手太阴肺经，手少阴心经，手厥阴心包经，手阳明大肠经，手太阳小肠经，手少阳三焦经，足阳明胃经，足太阳膀胱经，足少阳胆经，足太阴脾经，足少阴肾经，足厥阴肝经。它们在四肢分布的部位是：阴经分布在内侧面，阳经分布在外侧面。内侧和外侧又各分三阴经和三阳经。大体上是太阴、阳明在前，少阴、太阳在后，厥阴、少阳在两经之间。在头面、躯干分布的情况是：手足三阳经分布到头面、躯干部的前、后、两侧部。手足三阴经则分布在胸腹部。

十二经脉各属于一定的脏腑，阴经属脏而络腑，阳经属腑而络脏，从而构成脏腑、阴阳、表里相互结合的联络关系。十二经之间，互相衔接，成为气血流注的主要网状通路。各经脉还在体表分布有一定的腧穴（穴位），这是脏腑气血输注出入之所。

最早记载十二经脉的著作是《灵枢·经脉》。它是以营气运行的顺序来叙述的，故以手太阴肺经为首，依次相传，尽于足厥阴肝，是记叙十二经脉起止最完整的文献，以下从四个方面加以叙述。

十二经脉的相互关系 十二经脉通过阴阳、表里、脏腑关系，相互联结在一起。凡阴经皆属脏、属里，阳经皆属腑、属表。手足各有三阴经、三阳经，阴阳相配，相互表里，相互联系。试用下表说明：

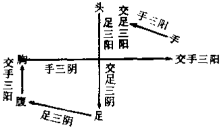
十二经脉相互关系表

	阴	里	脏	腑	表	阳	
太阴	手	→肺	①——→	②↓	大肠	手	阳明
	足	脾	④←——	③	胃	足	
少阴	手	心	⑤——→	⑥↓	小肠	手	太阳
	足	肾	⑧←——	⑦	膀胱	足	
厥阴	手	心包	⑨——→	⑩↓	三焦	手	少阳
	足	└肝	⑫←——	⑪	胆	足	

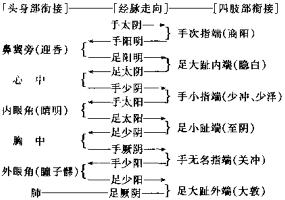
十二经脉走向、交接规律 十二经脉皆循行于四肢，其循行的走向皆有一定规律。古人将其走向规律概括为：“手之三阴，从胸走手。手之三阳，从手走头。足之三阳，从头走足。足之三阴，从足走腹”。于此可以看出，如以头面躯干为中心，则手三阴经的走行方向是远心性，手三阳经的走行方向是向心性的，足三阳经的走向是远心性的，足三阴经的走向是向心性的。如人体采取立正的姿式，则总的走行原则是阴经向上升，阳经向下降。

十二经脉不但在走向上有其规律性，即在阴经阳经互相交接联系方面，也有着明显的规律性。总括起来，有如下的交接规律：①阴经与阳经在四肢交接。如手太阴自腕后与手阳明交接；手少阴在小指与手太阳交接；手厥阴在掌中与手少阳交接；足阳明从跗上与足太阴交接；足太阳从足小趾斜趋足心与足少阴交接；足少阳从跗上与足厥阴交接。②同名的手足阳经，在头面部交接。如手足阳明都通于鼻旁，手足太阳均通于目内眦，手足少阳皆

通于目外眦。③手三阴经与足三阴经在心、胸、肺中交接。如足太阴与手少阴交接于心中，足少阴与手厥阴交接于胸中，足厥阴与手太阴交接于肺中。今将十二经脉的走向、交接规律以及相互衔接情况，归纳成图，示意如下：



十二经走向、交接示意图



十二经衔接走向示意图

十二经脉表里关系与流注次序　现分别以论述。

表里关系　十二经脉内系脏腑，外络肢节，左右对称，互相交接，并由阴阳相互配偶，脏腑相互属络而形成互为表里关系，使其联系更为密切。它们之间是太阴与阳明相表里，少阴与太阳相表里，厥阴与少阳相表里。具有表里关系的经脉，在四肢循行于内外两个侧面的相对位置(在下肢内踝上八寸处，足厥阴经与足太阴经的经脉交叉交换前后部位)，并于手或足相互交接；在内脏的循行上，阴经属脏络腑，阳经属腑络脏。从而十二经脉就构成了六对表里相合(六合)关系。

十二经脉阴阳表里的配合，除了说明部位和脏腑属性外，还说明了互为表里的两经在生理、病理上有相互影响的关系。例如手太阴肺经与手阳明大肠经为表里，当肺经受邪，可传之于大肠经，而发生肠风下痢等；肺燥时也可发生大肠燥而大便秘结等。再如手少阴心经与手太阳小肠经为表里，故心火炽盛时，可以移热于小肠经而出现小便色赤、淋痛等。再如足太阴脾经与足阳明胃经为表里，所以脾不健运时，胃中之水谷也可产生消化不良等情况等。足少阴肾经与足太阳膀胱经为表里，故肾气虚失去摄纳之力时，就可以发生膀胱失约而小便失禁等症。兹列简表如下：

十二经脉表里关系及循行部位表

	阴经(里)	阳经(表)	循行部位	
	属脏络腑(行于内侧)	属腑络脏(行于外侧)		
手	太阴　肺经	阳明大肠经	上肢	前　线
	厥阴心包经	少阳三焦经		中　线
	少阴　心经	太阳小肠经		后　线
足	太阴　脾经*	阳明　胃经	下肢	前　线
	厥阴　肝经*	少阳　胆经		中　线
	少阴　肾经	太阳膀胱经		后　线

* 在小腿下半部和足背部，肝经在前缘，脾经在中线。至内踝上八寸交叉之后，脾经在前缘，肝经在中线。

十二经脉流注次序　十二经脉分布在人体内外，气血营卫皆循其经脉流行贯注，昼夜不停。通过有规律有次序的气血流注，而协调阴阳，荣养脏腑，调整虚实，维持平衡。它们的流注次序是从手太阴肺经开始，依次传于手阳明大肠经，再次传入足阳明胃经……至足厥阴肝经，复传于手太阴肺经，首尾相贯，如环无端。正如《素问·举痛论》所说："经脉流行不止，环周不休。"十二经脉流注次序如下表：

十二经脉流注次序表

→手太阴肺经 ①	→手阳明大肠经 ②↓
足太阴脾经← ↓④	足阳明胃经 ③
手少阴心经 ⑤	→手太阳小肠经 ⑥↓
足少阴肾经← ↓⑧	足太阳膀胱经 ⑦
手厥阴心包经 ⑨	→手少阳三焦经 ⑩↓
足厥阴肝经← ⑫	足少阳胆经 ⑪

标本与根结　十二经脉还通过"标本"、"根结"关系，把人体的四肢与头面躯干部的关系联系得更为密切，尤其对针灸治疗方面，有重要的指导意义。是在肢体远端肘膝关节以下取穴治疗疾病的重要理论依据。张志聪注《灵枢·卫气》说："标者，如树之梢杪，杪绝而出络外之径路也。本者，犹木之根干，经脉之血气从此而出也。"说明经脉的标本，犹树本梢杪之于根干，无梢杪，无以遂其生发之性；无根干，便失其生长之源。经脉标本的关系，于此可以概见。

关于十二经脉标本、六经根结部位的分布，分别见"十二经标本"、"六经根结"条。

根结与标本，名虽异而义实同，本与根同义，标与结同义。从以上记述来看，经脉的"本"与"根"都在四肢部，"标"和"结"都在头面躯干部。阴经的"标"和"结"都在头

面部，阴经的“标”和“结”都在胸腹(背)部。说明了四肢与头面躯干之间的联系范围是有选择性的，也就是说是有规律性的。熟悉掌握这些规律，对认识疾病和治疗疾病有重要的意义。

十二经离合 十二经脉循行于人体，不仅是各条经脉首尾上下，自为起迄，而且手足六阳经和六阴经之间，是一阴一阳，一表一里，互为配合的。从每一经脉的完整性而言，自有首尾，自为起迄，是各自分离，而具有独立性。若从十二经脉的整体性而言，则手足经的三阴三阳，又是上下表里，互相配合，不可分离的。十二经离合的含义，便在于此。正由于经脉的循行，有离有合，因而沟通了阴经和阳经之间的渠道，使其阴阳相贯，上下相维，经气和血脉的运行，秩然有序，而于病变的反应，则阳经可影响到阴经，阴经可影响到阳经。

这一离合关系，不但有助于辨证，可以指导临床，同时对病在阴而治在阳，病在阳而治在阴，病在上而治在下，病在下而治在上等治疗原则，提供了物质基础和理论根据。因此，十二经离合关系具有指导临床的现实意义。

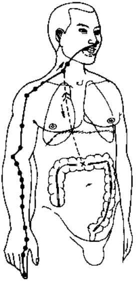


图2 手阳明大肠经示意图

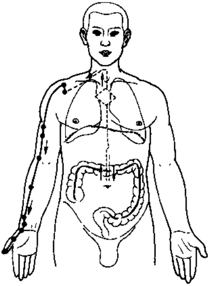


图1 手太阴肺经示意图

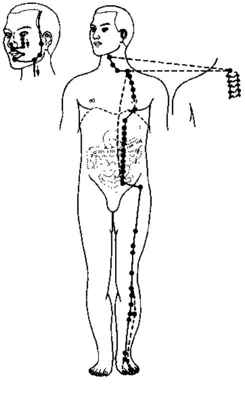


图3 足阳明胃经示意图

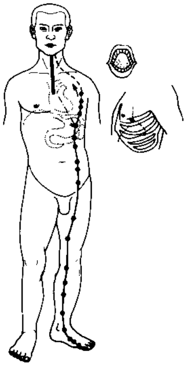


图 4　足太阴脾经示意图

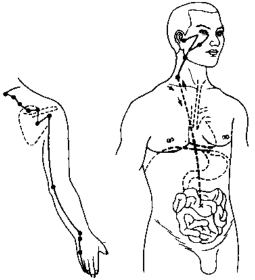


图 6　手太阳小肠经示意图

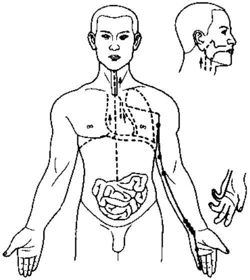


图 5　手少阴心经示意图

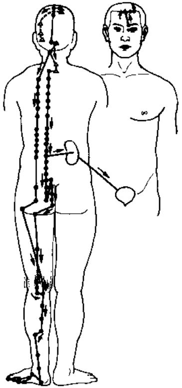


图 7　足太阳膀胱经示意图

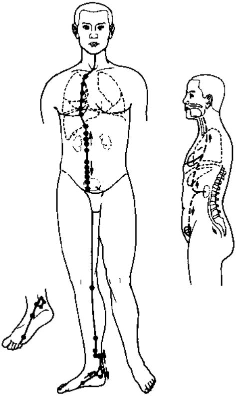


图 8 足少阴肾经示意图

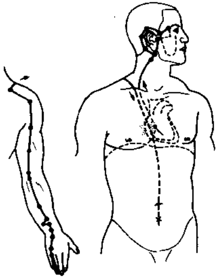


图 10 手少阳三焦经示意图

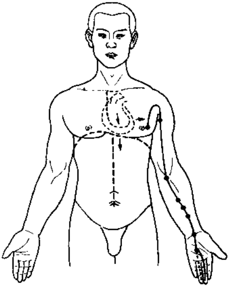


图 9 手厥阴心包经示意图

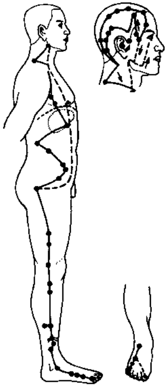


图 11 足少阳胆经示意图

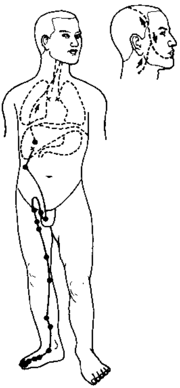


图12 足厥阴肝经示意图

十二经脉循行部位和主要病症

十二经脉循行部位和主要病症，是经络学说的核心。今将每一经脉分为循行部位和主要病症两个部分，介绍于后。

手太阴肺经 循行部位：起于中焦，下络大肠，还循胃口，通过膈肌，归属于肺，从"肺系"的喉部横行至胸部外上方，浅出于体表，横行至腋下。循沿上肢内(屈)侧下行，行于手少阴心经和手厥阴心包经的前面(屈侧前缘)，向下行，过肘中，循前臂内侧，沿上骨(即桡骨)下缘入寸口，上手掌的大鱼际，循鱼际到大指之端。其分支从腕后分出，从手背侧下行出于食指桡侧端(交于手阳明大肠经)。

主要病症 胸闷胀满，气喘，咳嗽，缺盆疼痛，肩背痛或肩臂寒痛，掌中热，出汗，小便频数而少，尿黄赤。

手阳明大肠经 循行部位：起于手示指桡侧端，循沿食指的桡侧缘向上经过第一、第二掌骨之间(合谷穴)，进入两筋之间，循臂前缘，入肘外缘，向上经过上膊上肩部，出肩关节前上缘，向后上方出于第七颈椎棘突，向前下入锁骨上窝，在此处分为两支，一支进入胸腔络肺，向下穿过横膈连属大肠；另一支从锁骨上窝上行经颈部贯穿面颊进入下齿中，返回出来挟口两旁，在人中沟处，左右交会，上行挟鼻孔到鼻翼两旁(交于足阳明胃经)。

主要病症 下齿痛，颈部肿，目黄口干，鼽衄，咽喉痛，肩及上臂前侧痛，食指疼痛，活动不便，经脉分布的部位灼热肿痛或僵冷等。

足阳明胃经 循行部位：起于鼻孔两侧，上行至鼻根处，左右侧的经脉交会，到内眼角，与足太阳经相交，向下循鼻外侧，进入上齿中；返回出来挟口两旁，环绕嘴唇，在颏唇沟承浆穴处，左右相交，退回来循下颌骨后下缘，到大迎穴处，循下颌角(颊车)上行到耳前，经过足少阳经的上关穴(客主人)，循沿发际到额颅。下行的一条支脉，从大迎前方向下经过人迎穴，循沿喉咙进入锁骨上窝，深入体腔，下行穿过膈肌，属于胃，连络脾。其主干，从锁骨上窝向下，循行胸部，经过乳内侧，向下至腹部，挟脐两旁，入于腹股沟中央部的气街穴中。走在腹内的一条支脉，起于胃下口，向下循沿腹腔里，到腹股沟中央气街穴处与上干相会合。再下行经过大腿前侧髀关、伏兔等穴处，下至膝、膑中，向下循胫骨外缘到足背处进入中趾内侧缝里。另一支脉，在膝下三寸处分出，向下到中趾外侧缝。循胫骨外缘下行的那条主干，在足背处又分出一条支脉，进入大趾内侧，出大趾内侧端(交于足太阴脾经)。

主要病症 胃胀满，消谷善饥，胸腹痛，腹鸣，腹胀，腹水，身前部发热，寒战，颜面发黑，闻响声易惊，烦躁恶人，甚或发狂。疟疾，身热难退，汗出，鼻衄，口㖞唇疡，颈部肿胀，喉痛，膝膑肿痛，下肢前外侧痛，足中趾运动障碍等。

足太阴脾经 循行部位：起于足踇趾内侧端，循踇趾内侧白肉际，过大趾本节骨(核骨)后，上行到内踝前边，向上循沿胫骨内缘，上行八寸，交出到足厥阴肝经前，上行经膝关节和大腿内侧前，进入腹部，归属于脾、络联于胃，向上贯穿膈肌入胸部，沿食管、咽的两旁，通过舌根部，散布在舌头下面。它的分支，另从胃中分别出来，通过膈肌，注入心中(交于手少阴心经)。

主要病症 呕吐，嗳气，腹胀，大便或得矢气后则舒，胃痛，心烦，心下急痛，大便溏泻，水肿，黄疸，失眠，身体沉重不易转侧，舌根僵硬或疼痛，大腿及膝内侧肿胀或厥冷，足大趾运动障碍等。

手少阴心经 循行部位：起于心中，出后归属于心周围与各脏相联系的脉络组织(心系)，向下穿过膈肌，络联小肠。其分支从"心系"挟沿食管上部、咽的两旁，向上连系于眼球后面深处通入颅腔的组织(目系)。其主干，再从"心系出，退回上行经过肺，从腋下出来，循上肢内侧后缘，走行于手太阴肺经、手厥阴心包经的后面，到手掌后豆骨(锐骨)处，进入掌中的后侧部，沿小指的桡侧，出小指桡侧端(交于手太阳小肠经)。

主要病症 心痛，咽喉干燥，口渴思饮，胁痛，上肢内侧后缘疼痛、厥冷，手掌热痛，目发黄。

手太阳小肠经 循行部位：起于小指尺侧之端，循行于手掌尺侧缘，上行到腕部，出尺骨茎突，向上循尺骨(臂骨)下缘到肘部，出肘内侧两筋之间，向上循上臂外侧后面，出行到肩关节后面，绕行肩胛部，在肩上(当七颈椎棘突下处)左右相交，再向前进入锁骨上窝中，深入体内，络

联于心，沿食道，通过膈肌，抵达胃部，归属于小肠。上行的一支从锁骨上窝出来，循沿颈部浅行，向上到面颊，至外眼角部，退回来进入耳中。其分支，从面颊部分别出来，向上行于眼下，到鼻根部的内眼角（交于足太阳膀胱经），并斜络于颧部。

主要病症 耳聋，目黄，咽痛，下颌或颊部肿胀、疼痛，颈部转动不灵活，以致头不能回顾，肩、上臂、前臂经脉分布处疼痛等。

足太阳膀胱经 循行部位：起于内眼角，向上经额部，到头顶（巅）左右经脉相交。其分支，从头顶到耳上角部。其主干，从头顶部入颅络脑，回出后左右分别下行到颈部，循沿肩胛内侧，行于脊柱两旁，下抵腰中，进入脊柱两旁的肌肉，深入体内，络联于肾，归属于膀胱。向外行的一支，则从腰中继续挟脊下行，贯穿臀部，进入腘窝中。另一支脉，由颈部向下从肩胛内左右分别下行，贯穿肩胛，沿脊中线旁开三寸，向下经过股骨大转子部（髀枢）循沿着髋关节外侧、大腿后侧下行，与前述的支脉在腘中相合，然后贯穿过腓肠肌，出走于外踝的后面，循沿足跖（京骨）外侧缘，到足小趾外侧端（交于足少阴肾经）。

主要病症 头项强痛，眼痛，目黄，流泪，鼻流清涕或衄血，项背疼痛，腰痛，髋关节活动不灵活，大腿后侧、腘窝、腓肠肌及脚皆痛，足小趾不能运用，痔疾，疟疾，筋病，癫，狂，痫等。

足少阴肾经 循行部位：起于足小趾跖侧，斜行走向足心，出于足舟骨粗隆（然谷）下，向上循沿内踝的后边，分出进入足跟中，向上到腓肠肌（踹）内，上行沿腘窝内缘、大腿内侧后缘，贯穿入脊内，归属于肾，络联膀胱。其主干，从肾出来，向上贯穿过肝和膈肌，进入肺中，循沿喉咙入于舌根两旁。其支脉，从肺出，络联心脏，注入胸中（交于手厥阴心包经）。

主要病症 口中热，舌干，咽喉干燥、肿痛，脊柱及大腿内侧后缘疼痛、发凉，肌肉萎缩，足心热痛，嗜卧，面色发黑，腹中空而不欲食，咳，唾带血，气喘，眼花、视物不清，易感惊恐，黄疸，腹泻，心烦，心痛等。

手厥阴心包经 循行部位：起于胸中，出来归属于心包络，向下通过膈肌，依次络联上焦（胸部）、中焦（上腹部）、下焦（下腹部）。其支脉，循行胸中浅出于胁部，当腋下三寸处，向上抵至腋下，循沿上肢内侧，行于手太阴、少阴二经的中间，向下进入手掌中，循沿中指到中指端。其分支，从手掌中央分别出来，沿无名指尺侧缘到指端（交于手少阳三焦经）。

主要病症 心烦、心痛、心中热、心悸、怔忡，喜笑不休，面赤，目黄，其则腋肿，胸胁支满，上肢拘挛，手心热等。

手少阳三焦经 循行部位：起于无名指尺侧端，上出第四五掌骨之间，循沿手背到腕部，上臂外侧，行尺骨、桡骨之间，上通过肘，循沿上臂外侧向上到肩部，在第七颈椎棘突下，左右相交，出走足少阳胆经的后面，向前进入锁骨上窝，分布在胸内膻中部，散布络联心包，向下穿过膈肌，循沿，归属于上、中、下三焦。另一支从膻中部向上浅出锁骨上窝，上行到项部系联耳后，再直向下行出耳上角，然后屈曲向下到达面颊，直达眼下。还有一支，从耳后入耳中，再出来行走于耳前，经过上关穴前面，在面颊部和前面的一条支脉相交，到达外眼角（交于足少阳胆经）。

主要病症 出汗，耳聋，重听，咽喉肿痛，外眼角痛，颊肿，耳前、耳后、肩部、上肢其经脉分布处疼痛，无名指运动障碍等。

足少阳胆经 循行部位：起于外眼角，向上抵达头角部，向下经耳后，循沿颈部行手少阳三焦经脉前面，至肩上，退行在第七颈椎棘突下左右相交，出手少阳经后面，入锁骨上窝。其支脉，从耳后入耳中，出走耳前，至外眼角后面，入锁骨上窝。其支脉，从耳后入耳中，出走耳前，至外眼角后面。另一支脉，从外眼角分出来，向下到大迎穴处，与手少阳经分布在面颊部的支脉相合并，一起到达眼下，向下经过下颌角部，下经颈部和主干在锁骨上窝会合后，进入胸中，贯穿膈肌，络联于肝，归属于胆，循沿胁肋的里面，浅出腹股沟中央的气街，绕经阴毛之际，横向进入股骨大转子部。外行的主干，从锁骨上窝下行到腋窝，循沿着胸部经过浮肋处（季胁）下行，和前面的支脉在股骨大转子部合并，再向下循沿大腿外侧、膝关节外缘，行于腓骨之前面，直向下到腓骨下端浅出外踝的前面，循沿足跗，进入第四趾外侧趾缝到末端。它的分支，从足背上分出，进入足大趾趾缝，循沿第一、第二跖骨之间，出足大趾外侧端，返回贯穿爪甲，出布在足大趾背上的丛毛部（交于足厥阴肝经）。

主要病症 寒热往来，口苦，咽干，面色灰暗，心胁痛，善太息，头痛，外眼角痛，颔部痛，锁骨上窝肿痛，胁痛，腋下肿，瘰疬，胸胁、股骨大转子、膝外侧、小腿外侧、外踝前以及经脉所经过的各关节疼痛，足第四趾运动障碍，足外侧热，疟疾等。

足厥阴肝经 循行部位：起于足踇趾背上丛毛处，向上循足背到内踝前一寸处，上沿胫骨内缘，到内踝上八寸处，交叉至足太阴经脉的后面，上缘腘内缘，循大腿内侧，进入阴毛中，经过生殖器，抵达小腹，向上挟胃两旁，归属于肝，络联于胆，向上贯穿膈肌，布在胁肋部，循沿喉咙的后面，进入鼻咽部，连接眼球后面通入颅腔的组织（目系），返出向上到额部，与督脉会合在巅顶。支脉从目系出来，向下到面颊内，环绕在口唇内。它的另一支脉，从肝分出来，贯穿膈肌，向上注入于肺（交于手太阴肺经）。

主要病症 胁胀痛，胸满，呕逆，腹泻，遗尿，尿闭，腰痛不能俯仰，男子疝气，女子小腹肿等。

奇经八脉

奇经八脉是督脉、任脉、冲脉、带脉、阴蹻脉、阳蹻脉、阴维脉、阳维脉的总称。奇经是与正经相对而言。奇，字书训作“异”，即不同之义。由于从《灵枢·经别》称手足三

阴三阳十二经别为"正",故到《难经》使有"奇经"之称,如《二十七难》说:"脉有奇经八脉者,不拘于十二经。"即是说奇经八脉不同于十二正经。其区别主要在于奇经八脉的分布不象十二经脉那样规则,同脏腑没有直接的相互络属,相互之间也没有表里相配关系。故李时珍在《奇经八脉考》中明确指出:"奇经凡八脉,不拘制于十二正经,无表里配合,故谓之奇。"但是,奇经八脉与肝、肾等脏及女子胞、脑、髓等奇恒之腑的关系较为密切,相互之间在生理和病理上均有一定的联系。

奇经八脉的生理作用　奇经八脉纵横交叉于十二经脉之间,对十二经脉的气血运行产生着重要的影响,其生理作用主要表现在如下三方面:

联系组合作用　由于奇经八脉的循行与十二经脉存在着不可分割的联系,因而进一步密切于十二经脉之间的相互联系。如督脉能联系手足三阳经,故阳经经气都交会于督脉之大椎穴。任脉同三阴经脉贯通,故足三阴经气都交会于任脉之关元、中极穴。冲脉"起于气街,并少阴之经,挟脐上行",从而密切了足阳明与足少阴的联系,并与任脉同起于胞中,且上循脊里又与任、督两脉相联系,故称为十二经脉之海。带脉横绕腰腹,联系着纵行通过躯干的各条经脉,其穴输会于足少阳胆经。阳维脉交会于手、足三阳经脉。阴维脉交会于足三阴和手厥阴经脉。阳蹻脉交会于足三阳经脉和手阳明、手太阳经脉。阴蹻脉则交会于足少阴和足太阳经脉。因此,奇经八脉不仅是通过其分支与各相应正经联系,而且除督、任二脉有本经的直属腧穴外,其他如冲、带、阴维、阳维、阴蹻、阳蹻等六脉的腧穴,都列于正经,存在着腧穴的交会联系。并且从交会的方式来说,阴维、阳维主要对阴、阳经脉起着网络维系的作用;阴蹻、阳蹻则左右交叉,阴阳互结。可以看出,正是由于奇经八脉对十二经脉的联络交会,从而密切了经脉与脏腑之间的联系,并起着不同的相互作用和影响。

十二经脉或属阴,或属阳,各有特点,奇经八脉则根据其特点进行一定的分类组合。如"阳维维于阳",组合所有的阳经;"阴维维于阴",组合所有的阴经,起着一表一里的"维络"作用;阴蹻脉和阳蹻脉则以阴阳相交为特点,阳入于阴,阴出之阳,均交会于目锐眦,特别是由于男女属阳属阴之不同,而异其性。男属阳,以阳蹻为经,阴蹻为络;女属阴,则以阴蹻为经,阳蹻为络。带脉能"约束诸经",沟通腰腹部的经脉;冲脉则通行上下,渗灌三阴三阳。这样,就从上下左右,阴阳交互,加强了经络的纵横联系。

总管主导作用　是指奇经八脉通过对十二经脉的分类组合所起的统率和主导作用。如督脉行于背,"总督诸阳",而为人体诸阳经脉之总汇,能督率全身阳气,统摄真元,同时和肾、脑有密切关系,并对足厥阴肝经有一定影响。任脉行于胸腹,具有妊养和总管阴经气血的功能。《妇人良方》有"任主胞胎",即是说胞胎有赖于气血的温煦和濡养。冲脉起于胞中,上至头,下至足,后至背,前至腹,内至溪谷,外至肌肉,阴阳表里,无所不涉,凡十二经之气血皆受之,以营养周身,故称"血海",同时又对十二经脉及五脏六腑有较大的影响,所以又称之为十二经脉和五脏六腑之海。带脉从躯干部位约束诸经,调节气血,使其通畅无阻,而具有统带之义。阴蹻脉和阳蹻脉,"分主左右之阴阳",即是说人体两侧的阴阳经脉都要受同侧之阴阳蹻脉所管理与统率,从而发挥其协调作用。阴维脉与阳维脉,有分别"维系"周身阴经和阳经的功能,已如上述。

渗蓄调节作用　所谓渗蓄,是指对气血的渗灌和存蓄作用。奇经八脉的渗蓄调节,主要表现为当十二经脉和脏腑气血旺盛时,则奇经能将其藏蓄起来,而当生理功能活动需要时,则奇经便能予以渗灌,以供其所需,这样一存一渗的调节,从而保证了人体气血的正常循行。古代医家把这种调节作用,比喻为江河与湖泊的关系,以十二经脉喻为江河,以奇经八脉喻为湖泊,是有一定道理的。《素问・上古天真论》指出,当人体肾气充盛之后,则"任脉通,太冲脉盛,月事以时下"。《灵枢・逆顺肥瘦》亦谓冲脉上行能"渗诸阳"、"灌诸精",下行则能"渗三阴"及"诸络"。阴维脉及阳维脉亦能"灌溉诸经"(《难经》第二十八难)等等,皆是对奇经渗灌和存蓄作用的描述。

奇经八脉的循行部位与主要病症　分述如下:

督脉　起于胞中,下出会阴部,向后沿骶、腰、背、项正中线上行,至项后风池穴进入脑内,属脑,沿头部正中线经头顶、额、鼻、上唇正中线,到上唇系带处的龈交穴止。还有支脉络肾贯心,并到咽喉部同任、冲二脉会合(图1)。

督脉是主持全身阳气的经脉,所以《奇经八脉考》称它为"阳脉之海"。其所以称之为"督",不外两个意思,首先是督具有统率的意思,谓全身阳气都由它来统率。其次,督亦训为中,谓其循行于背部的正中。《庄子・养身主》有"缘督以为经",就是取义于督脉位居正中而来的。主要病症:脊柱强直,角弓反张,癫痫惊厥,腰背疼痛等。

任脉　起于胞中,下出会阴,经阴毛沿腹正中线上行,过曲骨、中极、关元、气海,通过胸部、颈部到达下唇内,环绕口唇,在龈交后接于督脉,并络于两目下(图2)。

任脉是主持全身阴血的经脉,故《奇经八脉考》称它为"阴脉之海"。《素问・上古天真论》说:"任脉通,太冲脉盛,月事以时下,……任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭。"冲脉的盛衰,月经的有无,都直接关系于任脉,所以王冰在注《素问・骨空论》说:"任脉者,女子得之以任养也。"既然男女都有任脉,其在男子生理上的作用,则《灵枢・五音五味》中所谓任脉浮行于外者,上会于咽喉,络于唇口,皮肤间血气充盛,在男子则生胡须。这就说明任脉的作用,无论在男女身上同样都是任养血脉,因须发乃血之余也。主要病症:疝气、带下,月经不调,不孕,遗尿,少腹包块,阴囊肿痛等。

冲脉　起于胞中,出会阴之后分为三支:一沿腹腔后壁与督脉相通;二沿腹腔前壁上行,挟脐散于胸中,上喉,

环绕唇口至眼下；其三则下出会阴，沿腹股沟，经气街沿大腿内侧下行，进入足底渗透三阴。又一别支进入大趾同足厥阴肝经相通（图3）。

因此，冲脉有上下行之分，下行者虽会于阳明之气街，而实并于足少阴之经。且其上至头，下至足，后至背，前至腹，内至谿骨，外至肌肉，阴阳表里无所不涉，故《灵枢·海论》说："冲脉者，为十二经之海。"

冲脉既与足阳明胃经会于气街，又与足少阴肾经相并而行，因而它密切联系着先天之肾和后天之胃，而为经脉精血的生化之源。《灵枢·逆顺肥瘦》说："夫冲脉者，五脏六腑之海也，五脏六腑皆禀焉。"脏腑所禀受的就是它所贮藏的精血，因而冲脉实为精血所聚之经，并用以渗灌溪谷，而使肌肉得温，机关得利。至于它对于妇女的生理功能，则与任脉大致相同。主要病症：月经不调，经闭，崩漏，乳少，吐血及气逆上冲等。因为冲脉挟脐上行，至于胸中，故气不顺则膈塞逆气；血不和则胸腹里急。

带脉　起于季胁下缘，斜向下行至带脉穴（季胁下一寸八分），横行绕身一周，又斜向前下方与五枢、维道二穴相连（图4）。《难经》第二十八难说："带脉者，起于季胁，回身一周。"即是对带脉循行部位的概括。

杨玄操注《难经》说："带之为言，束也。言总束诸脉，使得调柔也。"张子和《儒门事亲·论带下》云："十二经与奇经七脉皆上下周流，惟带脉环身一周，络腰而过。"冲、任、督三脉同起而异行，一源而三歧，但皆络于带脉。故带脉不弛，则任督升降亦自有力。据此，则知约束诸脉使其能更好地上下周流，即是带脉的主要作用。主要病症：男子为腹满，腰冷溶溶若坐水中，酸软无力；女子为少腹痛，里急后重，瘛疭，月事不调，赤白带下等。

阴蹻脉　起于足跟的然谷穴之后（在内踝前一寸陷中），同足少阴循内踝下照海穴（在内踝下五分），上内踝之上二寸，直上循阴股入阴上循胸里，入缺盆上出人迎之前，至喉咙交贯冲脉，入颅内廉上行，属目内眦，与手足太阳、足阳明、阳蹻五脉会于睛明（图5）。

阴蹻为少阴的别脉，主持阴经诸气，上达睛明，濡养于目，下透涌泉，灌渗于足，通贯五脏，主持诸里。《奇经八脉考》云："蹻者，捷疾也。"谓阴蹻气盛，则下肢行动敏捷而轻快也。主要病症：《难经》第二十九难说："阴蹻为病，阳缓而阴急。"阳缓，谓外踝以上弛缓；阴急，谓内踝以上拘急。使两足内翻，行走为难，也可病少腹痛，里急，腰及髋窌下相连阴中痛，男子阴疝，女子漏下不止等。

阳蹻脉　起于足跟中，出于外踝，下足太阳申脉穴（在外踝下五分），当踝后绕足跟上外踝，直上循股外廉，循胁后髀上，上行肩膊外廉，会手阳明于巨骨（在肩尖端上行两叉骨罅间陷中），上人迎，挟口吻同足阳明上而行巨窌，复会任脉于承泣，至目内眦与手足太阳、足阳明、阴蹻五脉会于睛明；从睛明上行入发际，下耳后入风池（图6）。

为足太阳的别脉，主持阳经诸气。《奇经八脉考》云："阳蹻在肌肉之上，阳脉所行，通贯六腑，主持诸表。"从足至目，敷布阳气，以温煦三阳诸经，是其所长。主要病症：阳蹻在外踝上，病则其脉从外踝以上急，内踝以上反缓，可见足外翻之病。张洁古说："阳蹻为病，阳急则狂走。"故又可发生癫狂诸症。《甲乙经》说："病目不得瞑者，卫气不得入于阴，常留于阳，则阳气满，阳气满则阳蹻盛，不得入于阴，则阴气虚，故目不瞑也。"因此，阳蹻为病又可发生不眠与目赤等症。

阴维脉　阴维脉起于足少阴筑宾穴，经内踝上循股内廉上行入小腹，会足太阴、厥阴、少阴、阳明于府舍，上会足太阴于大横、腹哀；循胁肋会足厥阴于期门，上胸膈挟咽与任脉会于天突、廉泉，上至顶前（图7）。

《难经》第二十八难说："阴维、阳维者，维络于身，溢蓄不能环流，灌溉诸经者也。"意思是说维脉之在人体，它的主要作用是维持经脉之间的相对平衡，不孕不损，与其他经脉"环周不休"的功用大不相同。阴维脉就是在手足三阴经之间起维持作用的经脉。主要病症：心痛、胃疼，胸腹疼痛等里症为主。《难经》第二十九难说："阴维为病苦心痛。"《奇经八脉考》解释说："盖阴维之脉虽交三阴而行，实与任脉同归，故心痛多属少阴、厥阴，任脉之气上冲而然。"

阳维脉　发于足太阳金门穴（在足外踝下一寸五分），上外踝循膝外廉上髀厌抵少腹之侧，会足少阳于居髎（在章门下八寸），循胁肋上肘，过肩前至缺盆，入肩后上循耳后，会手足少阳于风池，上脑空、承灵、正营、目窗、临泣，下额与手足少阳、阳明五脉会于阳白，循头入耳，上至本神而止（图8）。

《难经》第二十九难有"阳维维于阳"，也就是指维持手足三阳经之间的相对平衡。主要病症：《难经》第二十九难说："阳维为病，苦寒热。"《奇经八脉考》解释说："卫为阳主表，阳维受邪在表，故苦寒热。"

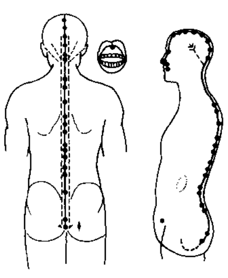


图1　督脉示意图

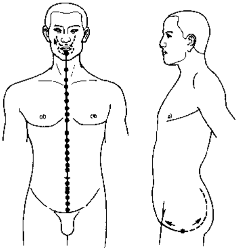


图2　任脉示意图



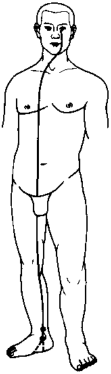


图4　带脉示意图　　图5　阴蹻脉示意图

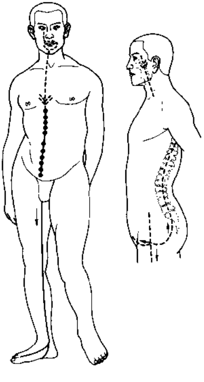
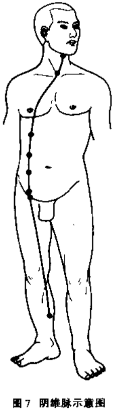


图3　冲脉示意图





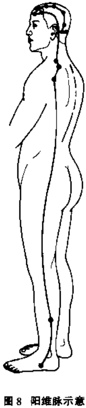


图6　阳蹻脉示意图　图7　阴维脉示意图　图8　阳维脉示意图

十二经别

经别，即别出的正经。十二经别，即是从十二经脉别行分出循运于体内的十二条支脉。但经别与本经经脉的其他一般分支不同，一般的分支别出以后不再与本经相合，而十二经别，从阴经别出的必归向于相为表里的阳经，从阳经别出的则仍归向于阳经，并有相应的离、合、出、入关系为其特点。所以，十二经别，主要是从躯体深部来说明阴经与阳经的表里相通关系，并通过经别，将十二经脉配合成六组，称之为"六合"。十二经别，以其经气布散范围广泛而成为经络系统中的另一组成部分。

十二经别生理作用及临床意义 主要有以下几方面：

加强了十二经脉表里两经在体内的联系 十二经脉之分布和循行，有表里的相互配合，阳经为表，属腑络脏，阴经为里，属脏络腑。十二经别进入体腔之后，表里两经相并而行，通过互为表里的脏腑，并浅出于体表。如阴经经别与阳经经别相合，其经气得以注于体表之阳经。这样，不仅使十二经脉在肢体的阴阳表里关系增多了一层联系，同时，由于经别进入胸腹内脏之后，绝大多数都循行于该经脉所属络的脏腑（特别是阳经经别全都联系其本经有关的脏腑），因而就使体内有关脏腑的配合，以及表里两经在内行部分的联系更加密切，这对于针灸临床运用表里关系循经取穴，以及表里两经穴位的配合应用，是具有重要的意义的。

加强了体表与体内、四肢与躯干的向心性联系 由于十二经别一般都是从四肢部分的十二经脉而分出，且进入体内之后都呈向心性的循行，这对于扩大经络的联系，以及由外而内地传导刺激信息，起着重要的作用。

加强了十二经脉与头面的联系 十二经脉循行于头面部位者，主要是阳经，而阴经循行一般不上头部，其中只有足厥阴肝经的支脉上达巅顶，手少阴心经上连目系。而十二经别则不仅阳经经别循行到达头部，而且足三阴经别合入阳经经别之后，亦上达于头部。手三阴经别，从胸部进入内脏以后，亦经喉咙而合于头面。这样，就弥补了十二经脉循行中六阴经不上头面的不足，成为"十二经脉其血气皆上头面而走空窍"理论的基础，并为近代临床发展的耳针、面针、鼻针等疗法，提供了理论依据。

扩大了十二经脉的主治范围 由于十二经别的分布广泛，从而能弥补十二经脉所不能到达之处，因此相应地扩大了经络穴位的主治范围。如足太阳经脉并不到达肛门，但足太阳经别"别入于肛"，故足太阳经的承山、承筋等经穴，亦可以治肛门病。所以，《百症赋》、《玉龙歌》、《灵光赋》、《马丹阳天星十二诀》、《肘后歌》等，都记载承山可治痔疮，其理即是如此。

加强了足三阴、足三阳经脉与心脏的联系 足三阴、足三阳的经别上行，通过腹、胸，除加强了脏腑的表里联系外，又都与胸腔内之心脏相联系。因此为"心为五脏六腑之大主，主明则下安，主不明则十二官危"等理论，提供了物质基础。并对临床分析病理、病症等的联系具有重要意义。

十二经别分布走行路线 具体如下：

足太阳经别 从足太阳经脉的腘窝部分出后，其中一条经别在骶下五寸处别行经过肛门，上行属于膀胱，并络于肾脏，又沿着脊柱两旁的肌肉，到达心脏后散布于心脏。其直行者则从脊柱两旁的肌肉继续上行，浅出于项部，仍归属于足太阳本经（图1）。

足少阴经别 从足少阴经脉的腘窝部分出后，即和足太阳经别相合并行，再向上到肾脏，在十四椎（第二腰椎）处分出，则归属于带脉。其中直行者继续上行，系于舌根，并上出于项部，归属于足太阳经经脉。这是阴阳经别的第一合（图1）。

足少阳经别 从足少阳经脉股部外侧分出，绕过前缘，进入外阴部，同足厥阴经别会合，上行直入季胁，经过胸腔，归属于胆，散络于肝，贯穿心脏，再向上挟食道而行，浅出于下颔、口旁，散于面部，与目系相连，并在外眼角处与本经经脉会合（图2）。

足厥阴经别 从足厥阴经脉足背部分出，上行达外阴部，与足少阳经别会合，相并而行。这是阴阳经别的第二合（图2）。

足阳明经别 从足阳明经脉髀关部分出，进入腹腔里面，属于胃，络于脾，继续上行，通过心脏，沿食道浅出于口腔部位，上达鼻根及眼眶下，并回过来与目系相连，合于足阳明本经（图3）。

足太阴经别 从足太阴经脉髀部分出后，于股内侧向外循行，与足阳明经别相合而并行，上结于咽喉，通贯舌中。这是阴阳经别的第三合（图3）。

手太阳经别 从手太阳经脉肩关节部位分出，向下进入腋窝，走向心脏，一直向下系于小肠（图4）。

手少阴经别 从手少阴经脉腋窝两筋之间分出，进入胸腔，归属于心脏，再向上走到喉咙，浅出于面，在内眼角处与手太阳经脉相会。这是阴阳经别的第四合（图4）。

手少阳经别 从手少阳经脉的头顶部位分出，向下进入锁骨上窝，布于胸中，并下走三焦（图5）。

手厥阴经别 从手厥阴经脉腋下三寸渊液处分出，进入胸腔，分别归属于三焦，向上循喉咙，浅出于耳后，于乳突之下与手少阳经脉交会。这是阴阳经别的第五合（图5）。

手阳明经别 从手阳明经脉肩髃穴处分出，进入第七颈椎，下行者直达大肠，上行者归属于肺，并向上沿喉咙，浅出于锁骨上窝（缺盆），仍交会于手阳明本经（图6）。

手太阴经别 从手太阴经脉渊液处分出，行于手少阴经别之前，进入胸中，走向肺脏，散布于大肠，复向上浅

出于锁骨上窝，沿喉咙，合人于手阳明经脉。这是阴阳经别的第六合（图 6）。

十二经别六合表

六合	经　名	别　　入	别　　行	出　　合	合　千
一合	足太阳 足少阴	腘中、肛 腘中	膀胱、肾、心 带脉、舌本	项	足太阳
二合	足少阳 足厥阴	毛际、季胁 毛际	胆、肝、心 与别并行	颐、外眦	足少阳
三合	足阳明 足太阴	髀、腹里 髀	胃、脾、心 与别俱行、 贯舌本	口、目系	足阳明
四合	手太阳 手少阴	肩髃、腋 渊液两筋间	小肠、心 心	面、内眦	手太阳
五合	手少阳 手厥阴	巅、缺盆 渊液下三寸	三焦、胸中 胸中、三焦	耳后、完骨下	手少阳
六合	手阳明 手太阴	肩髃、柱骨 渊液少阴前	大肠、肺 肺、大肠		手阳明

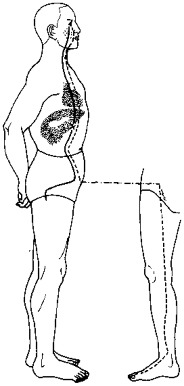


图 2　足少阳、足厥阴经别分布示意图

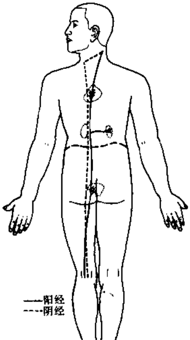


图 1　足太阳、足少阴经别分布示意图

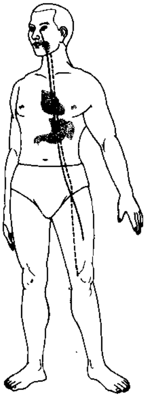


图 3　足阳明、足太阴经别分布示意图

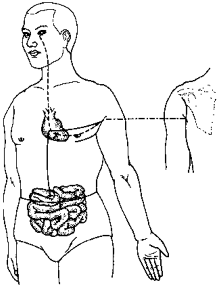


图4 手太阳、手少阴经别分布示意图

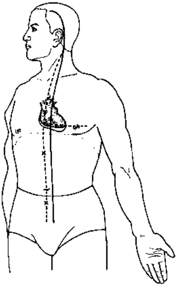


图5 手少阳、手厥阴经别分布示意图

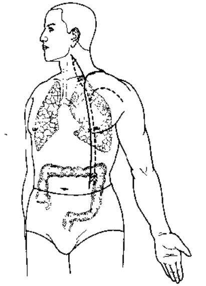


图6 手阳明、手太阴经别分布示意图

十五络脉

十五络脉是十四经分出的支络和脾之大络的合称。

十五络脉的形成 始见于《灵枢·经脉》。又称十五别络，是指各经之络脉有一别通它经的腧穴，故加一"别"字，以与一般络脉相区别。十二经脉从肘、膝以下分出十二条络脉，任脉从鸠尾穴，督脉从长强穴各分出一条，再加上足太阴脾经从大包穴分出的一条，共为十五络脉。实际上，足阳明胃经亦有二络，一名丰隆，一名虚里，但从《灵枢·经脉》论"十五络"起，就不包括胃经的虚里在内，故至今仍称十五络脉。

十五络脉循行部位和主要病症 十五络脉在体表的循行分布有一定规律性。十二经络脉均从四肢络穴分出，阴经络脉走向与之相表里的阳经，阳经络脉走向与之相表里的阴经；任脉和督脉之络脉与脾之大络分布于躯干部，它们从本脉络穴分出后，任脉之络下行散于腹部，督脉之络上行散于头，并别走足太阳经，脾之大络则散布于胸胁之间。这样，十二经络脉补充十二经脉中气血的运行，形成了表里阴阳相配的关系；任、督二络与脾之大络加强了躯干前后左右的关系，并有难以计数的浮络和孙络将气血灌注到人体各个部位中去，起着联络周身，渗灌及濡养身体的作用。

手太阴络脉 系从腕上列缺穴处分出之后，与手太阳经并行直入手掌，散布于鱼际部位，在腕后1.5寸处走向手阳明经(图1)。若本络脉邪气实，则手掌热；正气虚则呵欠、气短、尿频、遗尿。治疗应取列缺穴。

手少阴络脉 系从腕上通里穴处分出之后，沿着本

经上行进入心中，向上联系舌本，再向上归于目系，在掌后1寸处走向手太阳经(图1)。若本络脉邪气实则胸膈部支撑不适；正气虚则不能言。治疗应取通里穴。

手厥阴络脉　系从腕上内关穴处分出之后，沿着本经上行，连系心包，络于心系(图1)。若本络脉邪气实则心痛；正气虚则头颈强直。治疗应取内关穴。

手太阳络脉　系从腕上支正穴处分出之后，向内注于手少阴经；其支脉上行过肘，络于肩髃部(图1)。若本络脉邪气实则关节纵缓，肘部痿废；正气虚则皮生赘疣。治疗应取支正穴。

手阳明络脉　系从腕上偏历穴处分出之后，走向手太阴经；其支脉向上沿臂膊，经肩髃上行到下颌角，遍布于牙齿；其又一支脉进入耳中，与耳部聚集的许多经脉会合(图1)。若本络脉邪气实则生龋齿、耳聋；正气虚则齿寒、胸膈不畅。治疗应取偏历穴。

手少阳络脉　系从腕上外关穴处分出之后，绕行臂外侧进入胸中，与手厥阴经会合(图1)。若本络脉邪气实则肘部拘挛；正气虚则关节不收。治疗应取外关穴。

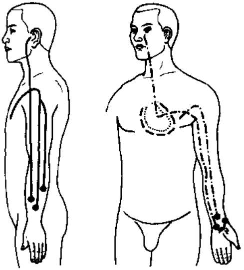


图1　手三阳、手三阴络脉分布示意图

足太阳络脉　系从踝上飞扬穴处分出之后，走向足少阴经(图2)。若本络脉邪气实，则鼻塞流涕、头背疼痛；正气虚则鼻流清涕、鼻出血。治疗应取飞扬穴。

足少阳络脉　系从踝上光明穴处分出之后，走向足厥阴经，向下连络足背(图2)。若本络脉邪气实则足冷；正气虚则下肢瘫痪，不能起立。治疗应取光明穴。

足阳明络脉　系从踝上丰隆穴处分出之后，走向足太阴经；其支脉沿胫骨外缘，向上联络头顶，与各经脉气相合，向下联络咽喉部(图2)。若本络脉邪气实则癫狂；正气虚则足不收，胫部肌肉萎缩；如气逆喉肿痛，突然音哑。治疗应取丰隆穴。

足太阴络脉　系从足部公孙穴处分出之后，走向足阳明经；其支脉上行入腹，联络肠胃(图2)。若本络脉邪气实则腹绞痛；正气虚则腹胀；气逆则发生霍乱而上吐下泻。治疗应取公孙穴

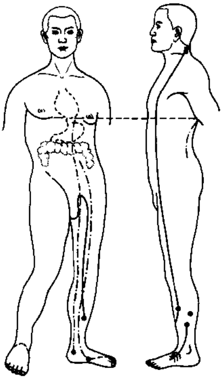


图2　足三阳、足三阴络脉分布示意图

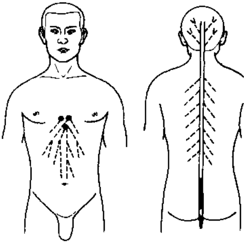


图3　任脉、督脉络脉分布示意图

足少阴络脉　系从足后大钟穴处分出之后，绕过足跟走向足太阳经；其支脉与足少阴经相并上行，走到心包下外行通贯腰脊(图2)。若本络脉邪气实则小便不通或排尿困难；正气虚则腰痛；气逆则心烦、胸闷。治疗应取大钟穴。

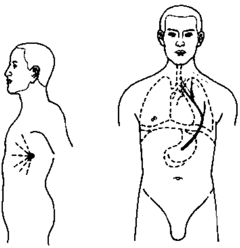


图4 脾之大络分布示意图

足厥阴络脉 系从踝上蠡沟穴处分出之后，走向足少阳经；其支脉经胫骨处上行到睾丸部，结聚于阴茎（图2）。若本络脉邪气实则阳强不倒；正气虚则阴部痒；气逆则睾丸肿胀、疝气。治疗应取蠡沟穴。

任脉之络 系从胸前鸠尾穴处分出之后，散布于腹部（图3）。若本络脉邪气实则腹皮痛；正气虚则皮痒。治疗应取鸠尾穴。

督脉之络 系从尾骨下长强穴处分出之后，沿脊柱旁肌肉上行到项部，散布于头部，又下行经肩胛两旁，走入太阳经，行入脊柱旁的肌肉中（图3）。若本络脉邪气实则脊柱强直；正气虚则头沉、头摇。治疗应取长强穴。

脾之大络 系从腋下大包穴处分出之后，散布于胸胁部（图4）。若本络脉邪气实则周身疼痛；正气虚则周身关节松弛无力。治疗应取大包穴。

十二经筋

十二经筋，简称"经筋"，是十二经脉连属的筋之总称。"筋为肉之力，腱为筋之本"（《说文解字》）。它与运动功能密切相关。最早见于《灵枢·经筋》；在《素问·厥论》和《灵枢·官针》里也有部分内容。

十二经筋位于十二经脉相应区域的皮部深层。每条经筋均由大小形状不一的"大筋、小筋、膜筋"（《黄帝内经太素》）等构成，一律呈向心性分布，即各起自四肢末端，结聚于关节和骨骼等部位，有的进入体腔，但并不直接连属脏腑，最后多终止于头面部。手、足三阳经的经筋，其性多刚，主要分布在肢体外侧和躯干背面；手、足三阴经的经筋，其性多柔，主要分布在肢体内侧和躯干前面。

十二经筋的功能 经筋的主要功能是"联缀百骸、维络周身"（张景岳《类经》），主司运动和保护内脏等，起到了"筋为刚，肉为墙"（《灵枢·经脉》）的作用。显然，假设没有经筋，那关节的屈伸，肢体的活动，各种姿式的形成和变换，以及内脏的保护等，都是不可想象的。又丙"前阴者，宗筋之所聚"（《素问·厥论》），前阴的功能与经筋是分不开的。经筋之所以能够维持自己的固有结构和功能活动，全赖于经络气血的濡润滋养，赖于肝、脾的正常活动。"肝者，罢极之本……其充在筋"，脾者"其充在肌"（《素问·六节脏象论》），说的就是这个道理。张景岳更认为，一身之筋"皆肝之所生"（《类经》）。

肌肉能舒缩，关节能屈伸。在阴阳处于平衡状态下，这种舒缩和屈伸是自如的。若阴阳失调经筋发生异常改变时，则必然破坏了这种常态而导致抽痛，或掣强、拘挛、瘛疭，或痿废、弛纵等运动障碍的病证。如"寒则反折筋急，热则筋弛纵不收。"（《灵枢·经筋》）对于这些病证，《灵枢·经筋》统称之为"痹"症，并指出其治疗除筋纵不收者无用燔针外，余者皆可用"燔针劫刺，以知为数，以痛为输"的方法，即以火针在阿是穴上速刺速出，直至病愈为止。"阳缓则阴急，阴缓则阳急"（《难经》第二十九难），从辨证角度对经筋理论的运用予以发展。近代治疗小儿麻痹症，对某些因一侧肌肉弛缓而对侧拘急的病例，在分析肌力失去平衡情况基础上进行矫正，则是从治疗角度运用和发展经筋理论的体现。

十二经筋循行部位和证治 分述如下：

足太阳经筋 起始于小趾，向上结于外踝，斜上结于膝部；其下者沿足外侧，结于足跟部，并继续沿足跟向上，结于腘窝；其分支结于小腿肚，然后向上到腘窝内侧与前者并行，上结于臀部，又向上夹脊旁到项部；其分支入结于舌根部；直行者结于枕骨，再向上过头顶到面部，结于鼻部；其分支形成"目上网"，下结于目下颧部；背部的一条分支，通过腋后外侧结于肩髃部位；其另一分支进入腋下，向上出自锁骨上窝；结于乳突部；在锁骨上窝处的一条分支，斜上结于目下颧部（图1）。本经筋发病，症见小趾向外支撑或足跟肿痛，膝腘挛缩，脊背反张，项部肌肉拘急，肩部不能抬举，腋部支撑不合，锁骨上窝部扭劲样疼痛，不能左右活动。

足少阳经筋 起始于第四趾，上行结于外踝，再向上沿着胫骨外侧结于膝部外侧；其分支起始于腓骨部，上走大腿外侧，又分成两支，前支结于伏兔穴上方，后支结于骶部；其直行者经侧腹季胁，上走腋前方，联系胸侧乳房部后结于锁骨上窝；其继续直行者，通过腋前方，穿过锁骨上窝，走在足太阳经筋的前方，沿耳后上绕到额角，交会于头顶部，向下奔下颌部，又转回来结于目下颧部；又一小的分支结于外眦，构成目的"外维"（图2）。本经筋发病，症见第四趾支撑不收，或转筋，并牵连着膝部外侧，所以膝关节不能如意屈伸；腘窝部经筋拘急，向上前面牵连大腿部，后而牵引着骶部；又继续向上牵及胁下和季胁部作痛，并牵引着锁骨上窝部位，侧胸部、乳房部和颈部所维系的经筋拘急；如果从左侧向右侧维络的经筋发生拘急时，则右眼不能张开。因此筋上过右侧额角与跷脉并行，阴阳跷脉在此互相交叉，左右之筋也相互交叉，左

侧的维络右侧，所以左侧额角筋伤会引起右足不能活动，这称"维筋相交"。

足阳明经筋　起始于第二、三、四趾，结于足背；其斜行者，向外附着于腓骨，并上结于膝外侧，又继续上行结于股关节部位，再向上沿着胁肋归属于脊柱骨；其直行者，从足背向上沿着胫骨，结聚于膝部；其分支结于腓骨并合并于足少阳经筋；直行者从膝部继续上行，沿循着大腿前方，结于大腿根部而会聚于外生殖器，再向上散布于腹部和胸部，结于锁骨上窝部，再继续上颈部，通过口旁合于颧部，下结于鼻部，从鼻旁又上行合并于足太阳经筋，在上眼睑的足太阳经筋构成"目上网"，在下眼睑的足阳明经筋构成"目下网"；另一条从颊部发出的分支通过颊部，结于耳前部(图3)。本经筋发病，症见中趾支撑不适或小腿前方拘急，足部呈跳动感和坚硬感，大腿前部转筋，大腿根部前方肿胀，阴囊肿痛，少腹部拘急疼痛，向上牵引到锁骨上窝及颊部，突然发生口角歪斜；眼睑拘急不能闭合，热则筋弛目不得开；颊部受寒则表现为拘急而牵引口角上移，热邪就会使口筋弛纵而收缩不利形成口歪。

足太阴经筋　起始于大趾内侧端，上行结于内踝，然后直行向上结于胫骨内髁，再继续上行循大腿内侧，结于大腿根前，会聚于外生殖器，然后又向上行结于脐部，并沿着腹内上行结于肋骨散布于胸部；循行于深层的附着于脊柱骨(图4)。本经筋发病，症见大趾支撑不收，并牵引内踝作痛或转筋，膝部内侧抽痛，大腿内侧牵引着大腿根痛，外生殖器扭转作痛，同时向上抽痛波及到脐和两胁部，也牵引胸部和脊柱深部作痛。

足少阴经筋　起始于小趾下方，进入脚心并行于足太阴经筋内侧，斜行向上到内踝下，结于足跟部，会合于足太阳经筋，向上结于胫骨内髁下方，又并行于足太阴经筋内侧上行，沿着大腿内侧，结于外生殖器，然后再循着脊柱旁肌肉深处上行到项部，结于枕骨，会合于足太阳经筋(图5)。本经筋发病，症见足下转筋，所经过和所结聚的部位均发生疼痛与转筋；病在足少阴经筋，主要有痫证、抽搐和项背反张等；病在背侧的不能前俯，在胸腹侧的不能后仰；背为阳，腹为阴，阳病项背部筋急，而腰向后反折，身体不能前俯，阴病腹部筋急而身体不能后仰。

足厥阴经筋　起始于大趾之上，斜上结于内踝前方，继续向上沿着胫骨内侧，结于胫骨内髁之下，再向上沿着大腿内侧，结于外生殖器而与诸筋相联系(图6)。本经筋发病，症见大趾支撑不收，内踝前方疼痛，胫骨内髁下部作痛，大腿内侧抽痛并转筋，外生殖器功能障碍；如果是因为房劳过度耗伤阴精则阳痿不举，伤于寒邪则阴器缩入，伤于热邪则阴茎挺长不收。

手太阳经筋　起始于小指上边，结于腕背，上循前臂内侧，结于肱骨内上髁之后方(以手弹该骨处则会有麻感传到小指上)，又上行入腋并结于腋下；其分支行走于肘后，向上绕肩胛部，沿着颈旁出走在足太阳经筋前方，结于耳后乳突部；在该处的一条分支进入耳中；继续直行的出于耳上，向下结于下颔处，向上连属目外眦(图7)。本经筋发病，症见小指支撑不收，肘内肱骨内上髁后缘作痛，沿上臂内侧到腋下及腋下后侧等处均痛，绕肩胛牵引颈部作痛，并感到耳中鸣响且痛，牵引着下颔部亦痛，眼睛闭合很长时间才能看清视物，颈筋拘急，或可发生筋痿、颈肿。

手少阳经筋　起始于无名指端，结于腕背，向上沿着前臂外侧，结于肘尖部，再向上绕行于上臂外侧到肩，又到颈部会合于手太阳经筋；其分支在下颌角部位走进深层，连接于舌根部；又一条分支从颈部发出，奔向下颌处，沿着耳前，连属目外眦，上达颞部，结于额角(图8)。本经筋发病，症见本经筋所循行的部位发生支撑、牵引或转筋，舌体卷缩。

手阳明经筋　起始于食指端，结于腕背，上循前臂外侧结于肘外侧，又循上臂外侧结于肩端部位；其分支绕肩胛附着于脊柱旁；其直行者继续从肩端部上颈部；又一分支奔向面颊部而结于目下颧部；其直行者继续向上，走在手太阳经筋前方，向上至左额角，并绕络于头部下行到右侧下颔部(图9)。本经筋发病，症见经筋所过之处掣引、疼痛或转筋，肩不能高举，颈部不能左右转动顾视。

手太阴经筋　起始于拇指桡侧端，沿拇指上行，结于第一掌骨基底部，在腕部行于桡动脉外侧，上行循着前臂屈侧上缘，结于肘中，再上行沿着上臂内侧进入腋下，然后从锁骨上窝出来，结于肩端前，上方的结于锁骨上窝，下方的结于胸部深层，并散布于膈部，与手厥阴经筋会合

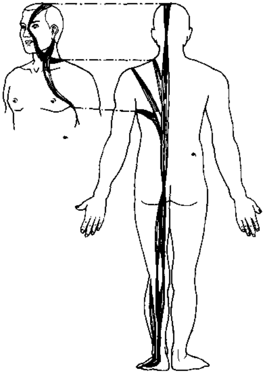


图1　足太阳经筋分布示意图

于腘下，最后到达季胁部(图 10)。本经筋发病，症见本经筋所过部位出现支撑不适、拘急或转筋、抽痛；严重者可变成“息贲”病，表现为呼吸急促、气逆上奔、胁肋拘急、吐血。

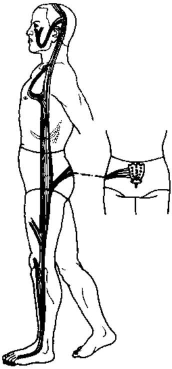


图2 足少阳经筋分布示意图

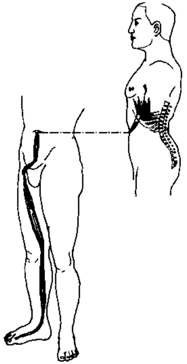


图4 足太阴经筋分布示意图

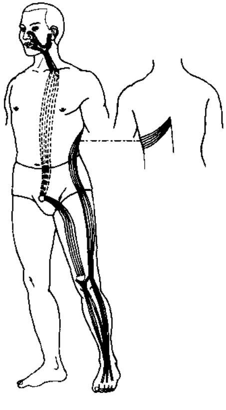


图3 足阳明经筋分布示意图

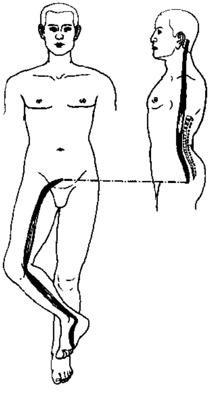


图5 足少阴经筋分布示意图

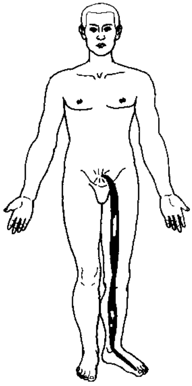


图6 足厥阴经筋分布示意图

手厥阴经筋 起始于中指端，并行于手太阴经筋，结于肘部内侧，继续上行沿着上臂内侧，结于腋下并散布于季胁前后；其分支进入腋下，散布于胸部，结于膈部(图11)。本经筋发病，症见经筋所过部位支撑不适或拘急、转筋、胸痛，乃至于成为“息贲”而气急上逆。

手少阴经筋 起始于小指内侧端，结于腕前尺侧豆骨处，向上循着前臂下缘入肘，结于肘内侧，又继续上行入腋窝内与手太阴经筋相交，以后又伏行于乳房深层，并结于胸中，再沿着横膈部位下行与脐相连(图12)。本经筋发病，症见胸内拘急，心下潜伏有坚硬积块即“伏梁”，在肘部呈罗网束缚一样屈伸不利；经筋所过部位发生支撑不适、掣引或转筋、抽痛。

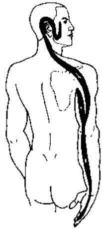


图7 手太阳经筋分布示意图



图8 手少阳经筋分布示意图

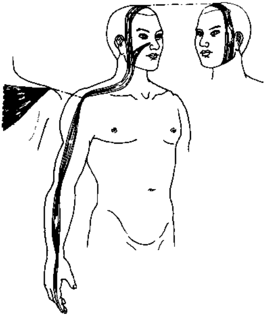


图9 手阳明经筋分布示意图

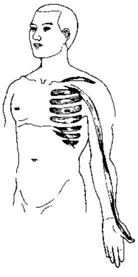


图10 手太阴经筋分布示意图

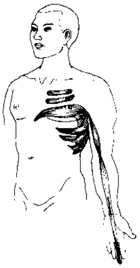


图11 手厥阴经筋分布示意图

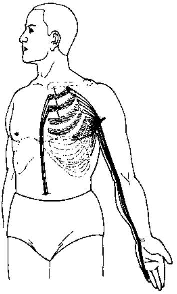


图12 手少阴经筋分布示意图

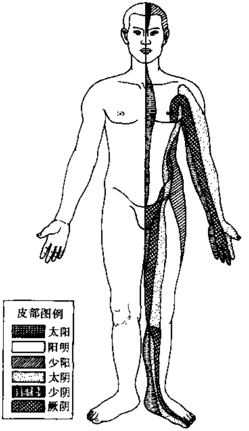
十二皮部

皮部，指经络系统在人体皮表的部分，为包裹人体之最外一层，是机体直接接触外界环境气候变化最敏感的组织。皮部具有重要的调节和适应机能，起着保卫机体，抵抗外邪，即“卫外而为固”的屏障作用。皮部之所以具有如此重要的作用，主要是依赖于人体的正气，特别是卫气的功能。卫气宣发于上焦，充斥于皮表，故皮部(皮肤)与肺是息息相关的，所以《素问·咳论》说：“皮毛者，肺之

合也。"

但是，整个皮表又遍布着三阴三阳十二经络，《素问·皮部》所谓"皮有分部"，就是指皮表有着经络的分布而言。所以它又接着指出："皮部以经脉为纪。"人体经脉有十二，则皮表的划分，亦相应地分为十二个部位，称之为十二皮部。所以，皮部即是经脉及其所属络脉在皮表的分区，尤其与络脉之中的浮络关系更为密切，故《皮部》反复地从经脉的角度指出："凡十二经络脉者，皮之部也。"

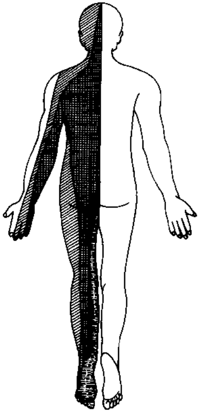
十二皮部作为十二经脉在体表的分区，与经络的不同之处，在于经脉呈线状分布，络脉呈网状分布，而皮部则属于"面"的划分，其范围虽与经络的分布基本一致，但更为广泛（见图）。



皮部分区示意图（正面）

关于经络在皮表的分布，有人从感觉传导现象进行观察，发现刺激经络某些穴位，所显示的路线多呈带状分布，有的还产生较宽的皮肤过敏带或麻木带。据有关资料报道，在某些皮肤病中，有时皮疹的出现也可呈带状分布，这些现象即被认为与经络皮部有关。

皮肤理论在临床上，尤其是在针灸临床上有广泛的应用，凡属经络系统的局部疾患多与其所分布的皮肤部位有一定关系。例如，足太阳经脉从巅顶入络于脑，别下项部，挟脊抵腰中，病则头项痛，腰脊强；阳明经脉挟鼻络于目，故身热目痛而鼻干，不得卧；少阳经脉循胁络于耳，故病则胸胁痛而耳聋；太阴经脉布胃中，络于嗌，故病则腹满而嗌干；少阴经脉贯肾络于肺，系舌本，病则口燥舌干而渴；厥阴经脉循阴器而络于肝，病则烦满而囊缩。说明不同部位的皮肤受病，即是不同的经脉受伤，便会出现不同的疾病。



皮部分区示意图（背面）

在疾病的诊断方面，由于皮部为浮络所在部位，故审视皮肤或浮络的颜色变化，即成为中医学色诊的重要内容，如见青紫色者多为痛证；见暗黑色者多为痹证；见黄赤色者多为热证；见苍白色者多为虚证或寒证等。又如《素问·刺热》说："肝热病者左颊先赤，心热病者颜先赤，脾热病者鼻先赤，肺热病者右颊先赤，肾热病者颐先赤。"《灵枢·论疾诊尺》亦指出："肘所独热者，腰以上热；手所独热者，腰以下热；肘前独热者，膺前热；肘后独热者，肩背热；臂中独热者，腰腹热；……鱼上白肉有青血脉者，胃中有寒"等等，皆反映了疾病在皮部的表现，都体现了皮部与机体的整体联系。

中医学认为，外感疾病表证可以入里，里证同样可以出表，故根据皮部理论，凡邪在肌表者，首当发汗以解表，而且清代著名医家叶天士更指出，即使邪已入里，其治疗亦有"入营犹有透热转气"、"若其邪始终在气分流连者，

可冀其战汗透邪"等方法,从而可使病邪由里达表,通过皮部而汗解。其他如中医外科关于皮肤疾患的外病内治、由里达表等治疗方法,可以说都是皮部理论在临床上的应用。

至于皮部理论在针灸临床上之应用,则更有其广泛的意义。首先在古代文献《灵枢·官针》中,就有浅刺皮肤的"分刺"、"毛刺"等方法的记载,近代临床上广泛应用的"皮肤针"、"皮内针",即取法于"分刺"及"毛刺"而来。此外,根据皮肤吸收药物的原理,结合经络穴位所形成的"薄贴"疗法,以及温灸、热熨等,都是通过皮肤一定的分区部位而对病变起相应的治疗作用。这些疗法与刺及深层肌肉组织的针刺穴位疗法不同,主要是应用浅表刺激皮部的作用,以温通气血,疏调经络,振奋气和,增强抗病能力,从而达到治愈疾病的目的。

近年来,针刺麻醉方法有所发展,发现按手术切口部位的皮部循经取穴,其镇痛作用有较好的效果。根据报导曾在人体上进行过观察,并用各种测痛方法测定针刺前后躯干各部位的痛阈变化,证实针刺麻醉所选用的数十个穴位,对身体各部位即有不同程度的镇痛作用。这种针刺一定穴位而对有关部位皮肤产生痛阈提高的特异性,不仅说明皮部的分区对针麻选穴有指导意义,同时也证实了经络学说的十二皮部理论,有其科学的物质基础。

十二经标本

十二经标本,出自《灵枢·卫气》,是十二经脉空间分布主次部位及其相互关系的说明。"本",根本和始发之意,分布在下在四肢;"标",末梢和枝节之意,分布在上在头面或躯干。两者相互影响,密不可分。掌握十二经标本对理解腧穴主治,对临床灵活取穴,均有重要指导意义;正如《灵枢·卫气》中所说:"能知六经标本者,可以无惑于天下。"

经脉在机体的分布有上下内外之别,但又互有关联。古人从腧穴治疗作用来分析这些关系时,将四肢部位的经脉看作是经络的"本",将头面和躯干部位的经脉看作是经络的"标"。在《灵枢·卫气》中,对各条经脉的标本均做了具体的介绍。详见下表。

调衡阴阳,是治病的根本。从针灸角度看,调衡阴阳是通过调整经气实现的。本,是经气作用所出之处;标,是经气影响所及之处。反映在腧穴治疗上,主要指四肢肘膝以下的腧穴与头面、躯干、脏腑间的联系。如病在头面、躯干或脏腑,可用四肢肘膝以下的腧穴治疗;而病在四肢部位,亦可用头面或躯干的腧穴治疗。但影响最为明显的是前者,而不是后者。这就是标本部位的划分前提。经络学中的标本理论,为这种远隔部位取穴治疗提供了重要依据。

腧穴,既可治疗局部疾病,又可治疗经气所通达的远

十二经标本分布的具体位置

	本部(相当于附近的腧穴)	标部(相当于附近的腧穴)
足太阳	跟上5寸(跗阳)	命门(目)(睛明)
足少阳	窍阴之间(足窍阴、侠溪)	窗笼之前(耳前)(听会、听宫)
足阳明	厉兑(厉兑)	人迎、颊、挟颃颡(人迎、地仓)
足太阴	中封前上4寸(三阴交)	背腧与舌本(脾俞、廉泉)
足少阴	内踝上下3寸(交信、然谷)	背腧与舌下两脉(肾俞、金津、玉液)
足厥阴	行间上5寸(中封)	背腧(肝俞)
手太阳	外踝之后(养老)	命门(目)上1寸(攒竹、鱼腰)
手少阳	小指次指间上2寸(中渚)	耳后上角和目外眦(颅息、丝竹空)
手阳明	肘骨中上至别阳(曲池、臂臑)	颜下、合钳上(迎香、承浆)
手太阴	寸口之中(太渊)	腋内动脉(中府)
手少阴	锐骨之端(神门)	背腧(心俞)
手厥阴	掌后两筋间2寸中(内关)	腋下3寸(天池)

隔部位的疾病。此即近代所说的局部取穴法和远道取穴法。古代医籍中尤其强调远道取穴法。如《素问·五常政大论》说:"气反者,病在上,取之下;病在下,取之上;病在中,傍取之。"这里提示了标本治法的基本原则。所谓"气反",即具有标本含义的。故后世医家有"气反者,本在此而标在彼"(《类经》卷二十五)的解释。

六经根结

六经根结,出自《灵枢·根结》,是足六经的根部和结部的总称。根,是经气相合而始生;结,是经气相交而所向。根和结,是相对的概念:根,有根源和根本之意;结,有结聚和归结之意。从分布的部位看,根结与标本有某些相似之处;不同的是,根结强调脏腑和气候相应,强调阴阳各经的开、阖、枢作用。

"太阳根于至阴,结于命门;命门者,目也。阳明根于厉兑,结于颡大;颡大者,钳耳也。少阳根于窍阴,结于窗笼;窗笼者,耳中也。……太阴根于隐白,结于太仓。少阴根于涌泉,结于廉泉。厥阴根于大敦,结于玉英,络于膻中"(《灵枢·根结》)。六经的根穴均在下肢,而结穴

在头面或躯干；阳经结于头面，阴经结于胸腹。详见下表：

六经根结及其腧穴

	根 部	腧 穴	结 部	腧 穴
足太阳	小 趾	至 阴	命门(目)	睛 明
足阳明	次 趾	厉 兑	颡大(钳耳)	头 维
足少阳	第四趾	窍 阴	窗笼(耳中)	听 宫
足太阴	大趾内侧	隐 白	太仓(上腹)	中 脘
足少阴	足 心	涌 泉	廉泉(喉)	廉 泉
足厥阴	大趾外侧	大 敦	玉英(胸)	膻 中

根结理论和标本理论同样反映了经脉远近联系的规律，说明了四肢穴位远道治疗作用的重要性。从阳经的结和标都在头面，阴经的结和标都在躯干来看，也说明了四肢与头面和躯干之间的联系范围是有选择性的。这对理解腧穴主治性能和掌握针灸配穴处方均有重要意义。金元时期的针灸家窦汉卿在《标幽赋》中就明确地指出过："更穷四根三结，依标本而刺无不痊"。其中的"四根"，即指经脉以四肢为根；"三结"则指经脉以头、胸、腹三部为结。

气街

气街，出自《灵枢·卫气》等篇，是指经气汇聚通行的径路。"所聚所行之道路，故谓之气街"(《类经·经络类》)。人体共有四街，即"头气有街，胸气有街，腹气有街，胫气有街"(《灵枢·卫气》)。气街理论，是经络学中的一项重要内容；它是对经脉之"结"与"标"的总概括，所以与六经根结和十二经标本等理论有密切关系(见"六经根结"和"十二经标本"条)。

关于气街的具体所在部位，在《灵枢·卫气》中做了介绍，但后人对它的解释尚不完全一致。如"气在头者，止之于脑"；这"脑"有的解释为百会穴，有的认为是泛指头脑五官等部位，也有理解为经气到头部的都联系脑。"气在胸者，止之膺与背俞"；这"膺"有的解释为胸前两旁的膺部，有的认为是胸部之募穴；而其"背俞"有的解释为心俞和肺俞，有的认为是脊背两侧七椎以上的各个背俞穴。"气在腹者，止之背俞，与冲脉于脐左右之动脉者"；这里的"背俞"有的解释为肝俞、脾俞和肾俞，有的认为是脊背两侧七椎以下的各个背俞穴；余者有的解释为冲脉，有的认为还包括挟于脐的左右动脉即肓俞与天枢穴。"气在胫者，止之于气街与承山，踝上以下"；这"气街"有的解释为气冲部，有的认为就是指气冲穴；余者有的承认，有的不予以提及。

气街理论重点阐明头和躯干是经气汇合通行的径道。气街部位的腧穴，既可治疗局部脏腑或器官的疾病，又可治疗远隔部位的四肢疾病。例如头部腧穴可治头部病证，又可治疗全身性病证；胸背部腧穴可治心肺病证，又可治上肢病证；腰腹部腧穴可治肝、胆、脾、胃、大肠、小肠、肾和膀胱等病证，又可治下肢病证；气冲部位腧穴可治下腹部和髋关节病证，也可治下肢病证。近些年来兴起的头针和耳针技术，应该说是气街理论在临床应用上的新发展。

经络现象

经络现象是指沿着《灵枢·经脉》等中医典籍中所描述的经络循行路线而出现的各种生理和病理现象的总称。其基本特征是循经，或循行于经脉的一部分，或循行于经脉的全程。经络现象在中国历代医籍中均有记载。新中国成立以来，特别是二十年来，许多单位对各种经络现象进行了广泛的调查和研究，积累了丰富的资料。国外也有这方面的报道。通过大量事实，充分肯定了经络现象的客观存在，并为进一步探索其规律性，深入研究经络学说奠定了一定基础。

经络现象是多种多样的。依其性质和特点，可分为三大类：一类是受试者或患者叙述的主观感觉过程，包括针灸等刺激穴位时出现的循经感传和病理情况下出现的各种循经异感、循经疼痛、循经压痛等；第二类是受试者觉察不到，他人也看不到，而是借助一定的仪器或通过某种特殊方法测查而得知的，如隐性感传和痛阈、触觉阈以及声、光、电、同位素等理学指标的循经性特征；第三类是刺激穴位时循经皮表出现的红线、白线、皮丘带、皮下出血或自发出现的各种循经性可见改变，包括各种各样的循经性皮肤病。后者肉眼可见，行程清楚，直观地显示了经络的循行路线，证实了这一特殊路线的客观存在，故又被称为"显现的经络"。

在各种经络现象中，以循经感传现象为最多见，在不同地区、种族、性别、年龄、职业和不同健康状况的人群中均可出现。阳性率为15%—30%；如以适当方法激发或诱发，可使其提高到70%以上。关于循经感传的若干特征和一般规律性，通过近十几年的研究实践，也越来越清楚了(见"循经感传现象"条)。

在病理情况下自发出现的阵发性循经疼痛、循经压痛和各种性质的循经性异常感觉，国内有不少报道。其发作频度从数日1次到每日数次不等。发作时间短者数分钟，长者可达数小时。有的发作后还可遗留不同性质的感觉障碍。这类患者多有某种内脏的或肢体的病灶，神经系统的病灶尤为多见(见"循经病理反应"条)。

某些人在产生循经感传现象过后，借助某些方法测查可发现，他们的痛阈或触觉阈有循经性的变异，多升

高。也有的人针刺时无明显感传，但沿着所属经脉垂直方向依次叩击，会在不同水平上找到一个特殊麻感点；多个麻感点连接的线与经脉循行线吻合。这种现象被称为隐性循经感传；其出现率在一般人群中约为70%左右（见“循经感传现象”条）。近些年来用多种物理学指标测查皮表发现，有许多变异现象呈现循经性特征。如皮肤通电抵抗，往往是沿着经脉走行的部位偏低；相反皮肤电位的改变，却往往是沿着经脉走行的部位偏高（见“经络腧穴电特性”条）。有人对人体体表经络线上的冷光进行了精确的测量，结果发现经络线上测试点的发光较经络线外0.5厘米测试点的发光强1.5倍；也就是说，高发光线与十二经线路是重合的。高发光线，还和皮肤低电阻线吻合，和隐性感传线吻合。有人利用红外线成像技术测出的循经光带，多与受试者的感传性质和路线一致，与经络循行线路基本相符；循经热感者显示亮带，循经凉感者显示暗带。针刺得气而产生循经感传现象时，循经线上经穴的放电明显高于非经对照点，局部血流图的改变亦有循经的趋势。穴位的皮温处在刺激状态下，呈循经性变化特征。对某些病人用辐射场照像方法测定指趾端电晕光环时发现，光环的改变与中医经络辨证的结果表现有某种程度的一致性。借助声发射技术检测发现，循经脉线路伴有声信息，与经脉旁开1—2厘米的非经脉部位相比较，特异性非常明显。在人体和实验动物身上都得到同样结果。有人用放射性核素^{32}磷穴位注射发现，其行踪在四肢与十二经循行基本一致。有人观察液晶肽在体内的特殊分布，借以验证经脉循行线路，取得了可喜的结果，而且重复性较好。

行穴位刺激时，还有极少数人循经出现白线、红线、丘疹、水泡、皮丘带或皮下出血等。这些变化，有的细如丝线，有的宽如扁带；有的连续不断，有的间断出现。快者，在穴位刺激后数分钟即可出现；慢者，需要数小时乃至十几个小时才开始显现。一旦出现，持续时间可长达数小时甚至数日之久。出现皮疹者，多从刺激穴点开始，逐渐向前延伸；但也有人先出现散在皮疹，继而融合成条状。出现白线或红线者，其中有的可进一步发展成为丘疹、水泡，甚至皮下出血。白线或红线消失后，多不留任何痕迹。皮下出血消失后，则可留下色素沉着。此外还有人循经出现竖毛或发汗等现象。这些反应多伴随循经感传出现，但也可单独出现。有人可多次重复出现，也有的不能重复。

循经皮肤病是又一种十分引人注目的经络现象。目前见到的国内报道已将近140例，包括贫血痣、色素痣和扁平苔藓等十几个病种，有的是先天性的。其病理变化多发生在表皮或真皮层上部，与一般非循经性皮肤病并无不同。皮肤病损可以波及象足太阳膀胱经这样经过身体多个部位而行程最长的经脉的全程。下图是一例贫血痣病人，其病损呈条状，边缘整齐，境界清楚，分布路线与心包经循行基本一致。



郑××，女，4岁，右心包经贫血痣（李定忠提供）

上述各种经络现象，有的是激发或诱发的，有的是自发的，有的是受试者或病人叙述的主观感受过程，有的是测查得知的，有的则是看得见摸得着令人无可怀疑的形态学变化。它们之间是互相关连的，其出现是各有条件的。其客观存在均为大量事实所证明，并从不同侧面反映了经络的某些内在联系。这是古人创立经络理论的重要依据，也是今天研究经络学说和探讨经络实质的重要线索。

循经感传现象

循经感传现象，主要是指病人或受试者在接受穴位刺激时产生的酸、麻、重、胀等沿经传导的主观感觉而言，为最常见的一种经络现象。早在《黄帝内经》中就已经见到。如“中气穴，则针游于巷”（《灵枢·邪气脏腑病形》）；“见其乌乌，见其稷稷，从见其飞，不知其谁”（《素问·宝命全形论》）等即是。不仅医书中有，也散见于其他书籍中。如《魏志》在记述华佗医事活动时，有这样一段：“若当针，亦不过一两处。下针言，‘当引某许，若至语人’。病者言，‘已到’，应便拔针，病亦行差。”以后在历代的医籍中，都有记载。到了明代，在《金针赋》和《针灸聚英》、《针灸大成》等著作中对这种现象的描绘就更为详细，并提出“飞经走气”、“通经接气”等某些控制循经感传的具体操作方法。1949年后，尤其是从1972年以来，中国广大科学工作者遵循着“肯定现象，探索规律，提高效果，阐明本质”的程序，对循经感传现象进行了广泛深入的调查和研究，以大量的临床观察和实验数据证明，循经感传现象是普遍存在的生理和病理生理现象，从而认为深入研究循经感传现象对于探讨针灸针麻原理和阐明经络实质都有着重要意义。

现有的资料已明确了以下几点：

循经感传现象在人群中的分布　循经感传现象在人群中的分布是相当普遍的。它与地区、民族、性别和职业等无关，而与年龄、遗传和健康状况有一定关系。其检出

率的大小，与检测方法和条件有关。如用不同的测试方法刺激参数和腧穴，测查同一批人群，会得出不同的结果。检测环境的温度高，检出率也高；在低于20℃的环境中，感传现象即不出现。

按测试时出现的感传长度和经数，将循经感传现象分为四个类型：六条经以上出现全程感传，其余六条经感传均超过三个大关节者，为显著型；两条经以上但不足六条经出现全程感传，或二条经以上感传超过二个大关节者，为较显著型；一条经以上但不足三条经感传超过三个大关节者，或两条经以上感传超过一个大关节者，为稍显著型；不能满足上述条件者，为不显著型。以低频电脉冲刺激井穴方法进行普查，循经感传出现率一般为15%—30%。其中显著型者占整个群体的0.2%—0.4%。采用某些方法进行激发，可使检出率大幅度提高。在某些病人群体中，循经感传现象的出现率偏高。

循经感传的路线 循经感传的路线，与《灵枢·经脉》等古典医籍中所描绘的经络循行路线基本一致，但也常出现不同程度的变异，表现为不及、超过、窜经或不循经。一般情况是，在四肢部位基本和经络循行路线吻合；在躯干部常发生偏离；在头面部变异较大。刺激两侧同名穴引出的感传，其循行路线多数是左右对称的。在相同的刺激和机体功能情况未变的条件下，同一个体的感传路线基本上是稳定的。感传路线的宽窄和深浅，因人和部位而异；有人的感传细如丝线，然而多数人呈窄带状；在四肢部位的感传较窄，约为0.5—1.0厘米，躯干部的较宽，可达数厘米之多；在肌肉丰厚处，感传较深，在肌肉浅薄处则较浅。有人当感传循行通过腧穴部位时，常出现感觉增强，或暂时性停顿。这种现象被称为感传的腧穴现象。它反映了腧穴的某种特性，也提示腧穴可能是一个机能位置。《灵枢·九针十二原》说过："所言节者，神气之所游行出入也，非皮肉筋骨也。"

当两路或三路感传同时产生时，彼此互不干扰，受试者可清楚地加以分辨。如刺激位于经脉中段的某一腧穴时，感传可同时双向离心传导向经脉的两端。如刺激经脉的一端，则感传呈单向传导，直至另一端或循行经脉的一段。测试某个腧穴不出现感传时，若改换另外某些腧穴进行刺激，可引出感传。

循经感传的速度 循经感传的速度，个体差异较大，快者几秒钟即可通达一条经脉的全程，慢者则需几十分钟，一般为每秒10厘米左右。同一个体感传速度基本是稳定的，但在不同经脉或不同部位上常呈现不同程度的差异。感传在通过关节时，常变慢，甚者暂停。循经感传速度与环境温度亦有关；在刺激的穴位周围或感传路线上加温，可使感传速度加快，传程增长；降温时，则会得到相反的效果。此外感传速度与刺激穴位使用的方法、刺激参数也有一定关系。在多数情况下，穴位刺激停止，感传亦即停止并立即消失；也有的产生一过性回流现象，在回流过程中逐渐消失，或回流到刺激点后消失。

循经感传趋向病所 在病理情况下，循经感传有趋向病所的特点，古代称为气至病所。到达病所经过的途径各有不同：有的通过表里经到达病所；有的在接近病所部位上偏离本经，奔向病所。感传到达病所后，有的停止，有的继续向前循行。

循经感传与脏腑器官效应 "夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节"（《灵枢·海论》），脏腑与体表腧穴间，通过经络保持特定的密切联系。刺激腧穴可影响相应脏腑器官的机能活动。这种联系在感传显著者身上，表现得更为清楚；当感传循经到达相应的脏腑器官时，该脏腑器官的活动即发生显著变化。如刺激内关穴，感传循心包经上达胸部时，受试者即会觉得心慌、心悸，并有心率的改变。刺激大肠经或膀胱经腧穴时，虽然也出现感传，但对心率却无明显影响。刺激足三里等穴位感传上达腹部时，受试者会感觉胃部灼热、抽动，或有胃肠运动增强，肠鸣音密度增高等反应。刺激肝经或胆经腧穴，感传到达眼区时，受试者会觉得亮堂，或出现结膜充血和瞳孔散大等反应。有的在感传经过或终止的部位可观察到不自主的肌肉收缩现象，并能记录到肌电反应；感传消失，这种效应亦随之减弱或消失。这些事实表明，循经感传现象也可用针刺手法来激发经气。经过多次激发性刺激，不仅可使大多数人出现循经感传现象，还可使相当一部分病例感传到达病所。激发的效果主要表现在后期取消接力上，即行单穴刺激就可出现长程或全程的循经感传。用循经加热的方法，也可以取得激发感传的效果。

循经感传还可以通过诱发方法产生。入静诱导结合腧穴刺激，是诱发感传的一种有效手段。首先让受试者闭目静坐，排除杂念，肢体放松，默数呼吸，然后给以"启动信号"，并刺激腧穴，即可诱发出感传。一旦诱发成功，在相当一段时间内，只要刺激腧穴即可引起循经感传现象，无需再行诱发。青少年的入静诱发成功率为80%；成年人较低。

隐性感传 隐性感传，是对显性感传而言。有些人刺激井穴时，不能觉察到有感传的存在。如用小锤沿着与经脉路线垂直的方向依次叩击，则在原穴以上每一水平的叩击线上都可找到一个阳性点；叩中该点，即有一种特殊的麻胀感向井穴放散。把这些阳性点连接起来，即可得到一条轨迹；其行程，与该井穴所属经脉的循行路线基本一致。这种现象称为"隐性感传"。在一定条件下，隐性感传可以转化为显性感传。隐性感传在人群中的出现率约为70%—90%。隐性感传的发现表明，不论主观是否体察到感传存在，大多数人在体表上确实出现了与经络路线基本一致的轨迹。

综上所述可以认为，循经感传现象是一种相当普遍地存在于各种人群中的正常生理现象，并非为少数人所特有。当机体处于病态时，它可以受到病理过程的影响而发生某些变异。通过激发可提高其显著程度，促其传

向病所，有助于明确病位和提高疗效。目前根据现有的医学和生物学知识，尚难以对循经感传现象产生机理做出本质的阐述。在已有基础上，继续深入研究循经感传现象，无论是对于探讨针灸针麻原理还是揭示经络实质，都是十分必要的。

循经病理反应

循经病理反应，即循经病理现象，属于经络病理现象的一种，是指在体表上发生的具有循经特征的病理现象而言。它主要反映了病理生理和经脉皮部之间的某些规律性联系。

循经病理反应和腧穴病理反应密切相关，有如整体和局部关系。它们的形成均以经络为基础，共同构成经络病理现象；它们的不同点主要在于表现形式，前者以线状或条状形式出现，后者以点或小块形式出现。两者并非截然分开，常可互相转化。循经病理反应中，有的就是从腧穴病理反应开始和发展而来的；腧穴病理反应中，有的就是循经病理反应在趋向恢复时缩小范围的结果。

现存古典医籍中，最早记载循经病理反应的是马王堆汉墓出土的帛书。其中一种有关经脉的著作，论述"其病"几乎都带有明显的循经性特征。以足少阳脉为例，"其病：病足小指次〔指〕废，胻外廉痛，胻塞，膝外廉痛，股外廉痛，髀外廉痛，胁痛，□痛，产（生）马，缺盆痛，瘘，聋，䐐痛，耳前痛，目外眦痛，胁外肿"（《五十二病方》），和我们现在所说的"循经性感觉病"完全吻合。关于循经病理反应，在其后历代主要的针灸医籍中，也都有所提及。

循经病理反应有多种多样的表现，按其可见与否，自发还是诱发以及具体呈现形式等可有感觉性循经病理反应（又称循经性感觉病），以及可见性循经病理反应两类。

感觉性循经病理反应　是循经病理反应中以感觉异常为表现形式的。其中以疼痛为主者又称为"循经性疼痛"；呈现疼痛以外的各种异常感觉者，如麻感、热感、冷感、酸重感、痒感、蚁走样感、跳动感、吹风样感或流水样感等，又称为"循经性异感"。

循经性感觉病，即指感觉性循经病理反应说的。这种病实际并非少见，只是常常不易为人们所注意。近20年来在循经感传现象研究的实践中，循经性感觉病才引起并受到学术界的重视。1979年在全国针灸针麻学术讨论会上，曾报告了175例，其中男性为121例。循经性感觉病有自发和诱发两种；作为循经性感觉病来说，更主要强调的是自发的。循经性疼痛和循经性异感，均属自发性循经感觉病。自发性循经感觉病，多数具有发作性特点。发作的持续时间和间歇时间不定，以每日2—6次发作者居多。发作一般可持续3—5分钟，也有持续几个小时的。发作每从体表上恒定的一点开始（称"始发点"），以一定的宽度（1.5—3.0厘米）和速度（10—40厘米/秒）循经走行。走行距离不等，有近半数例可达经脉全程。发作时可伴有循经所过肢体的不自主运动，或所过部位内脏的危象。共278经次的观察结果表明，循经性感觉病可以发生在任何经脉上，十二经脉上有，奇经八脉上也有，但大多数发生在膀胱经、胃经、大肠经、胆经、心包经与任、督二脉上。同一病既可以单经出现，也可在多条经脉上出现。不同病，有的在单侧经脉上出现，有的双侧对称出现，有的表里经或同名经同时出现。有68.8%的症例可出现压迫阻断现象。这种病人常伴有其他病候或临床症候群。兼症所在部位或所属脏腑，多与循经性感觉病所涉及的经脉呈相应的从属关系。有58.8%的症例在发作后遗留有循经感觉障碍带或多节段组合形式的感觉障碍区。这种感觉障碍带也出现在诱发性循经感觉病的患者身上，称为诱发性循经感觉反应带。诱发性循经感觉反应带又有循经性感觉脱失带和循经性感觉异常带之分。少数例自发性循经感觉病患者，在发作后继以沉睡或相应肢体的轻瘫。诱发性循经感觉病需和循经感传相区别。

循经性感觉病的实质还不清楚。循经性感觉病人中，有46.3%症例患有不同程度的器质性病变或有损伤性病灶存在，也有的患有神经官能症，或由于潮湿、劳累或精神创伤等因素影响而发病，多数具有抑制过程减弱，容易激动和情绪极不稳定等倾向。21.3%症例有脑震荡的既往史。其中有的，当病灶去除后，循经性感觉病也随之消失。在发作间歇期查脑电图的13例中，有4例慢波活动占优势。口服抗癫痫药，或在始发点上用药物封闭、埋线治疗，对本病有效。所有这些情况提示，循经性感觉病可能与癫痫有关。

可见性循经病理反应　是循经病理反应中以皮肤发生可见性改变为表现形式的。其中自发性者，多为稳定性病理改变，故称"循经性皮肤病"；诱发性者，多属于一过性反应，故称"可见性循经反应带"。

关于循经性皮肤病，早在《灵枢》经脉篇里就曾有过记载，如"手太阳之别，名曰支正……实则节弛肘废，虚则生疣，小者如指痂疥"。但在以后历代针灸医籍中未能给以应有的注意，补充发挥者甚少。其实，皮肤病按循经特点分布者并非偶然，当然也就不会是少见的，只是容易被人们忽略。晚近从50年代起，即见有专题报道。随着经络研究工作的不断深入，循经性皮肤病的报道也日渐增多，并对其临床表现、病理改变、诱发条件、产生基础以及针灸治疗等都进行了某些探讨。截至1979年为止，从报道资料上见到的，就有132例之多，共179条经脉皮部循经分布着15种皮肤病。其中仅北京第六医院皮肤科李定忠医师一人，在自己20几年临床实践中就积累了93个典型病例，共111条经脉皮部上循经分布着13种皮肤病（图1、2）。



图 1　典型循经性皮肤病之一

赵××,女,26岁,右心经神经性皮炎(1974年初诊,病期2个月,皮损从胸部经极泉穴直达通里穴,不正常心电图)。(李定忠提供)



图 2　典型循经性皮肤病之二

刘××,男,10岁,右心包经疣状痣(病期10年,皮损起于胸部正中,向外经腋前沿心包经走向手心,止于食、中指端)。(李定忠提供)

循经性皮肤病不同于可见性循经反应带。两者可能有共同的产生基础,但出现条件不同,所以表现的形式也不同。循经性皮肤病多属于自发的,多为我们所未知的某些因素所引起的;可见性循经反应带多属于诱发的,其主要诱发条件是物理的或化学的刺激因素作用于腧穴。循经性皮肤病包括:表皮及真皮乳头层发生病理变化的色素痣、疣状痣、神经性皮炎、白癜风、色素沉着、皮肤萎缩、湿疹、银屑病和扁平苔藓等;真皮血管扩张,或缺少,或出血,或胶原纤维变性的鲜红斑痣、贫血痣、紫癜和硬皮病等;皮肤附属器官发生病理变化的皮脂腺痣和汗孔



图 3　典型循经性皮肤病之三

杨××,男,6岁,右膀胱经神经性皮炎(病期半年,苔藓化皮损从臀部向下经承扶穴,委中穴直达昆仑穴)。(李定忠提供)



图 4　典型循经性皮肤病之四

韩××,女,20岁,右心经皮脂腺痣(自幼发病,皮损起于胸部正中,向外上方经极泉穴、少海穴直达小指内侧)。(李定忠提供)

角化症等(图 3、4)。可见性循经反应带包括循经立毛带、循经发汗带、循经充血带、循经贫血带、循经皮丘带和循经出血带等(图 5)。产生可见性循经病理反应的共同基础是经络,是过敏性体质的人,他们多有荨麻疹或食物、药物的过敏史等。



图5　典型循经性反应带

何××，女，22岁，胃经皮丘带（病人患胃下垂，以低频电脉冲刺激右少商穴，沿左胃经出现皮丘带，可重复出现）。（李定忠提供）

资料表明，同一病例可出现多经皮部发生病变或反应带；多种病变或多种反应也可以在同一条经脉的皮部上同时出现。反应带可出现在任何一条经脉上；而循经皮肤病可出现在十二经脉上的任何一条，也可出现在奇经八脉中的任、督、带三脉上。其中胃经为最多见，其次是大肠经、肺经和心包经。约20%症例，皮部病损同时出现在两条以上的经脉上。在各种经络现象中，循经皮肤病是最稳定的一种，它可以存在几天乃至于几十年。可见性循经病理反应客观而形象地反映了经络的循行路线，验证了经络的客观存在，对进一步探讨经络的实质有重要意义。

经络诊断　是依据经络学说理论，检查经络腧穴部位病理反应，测定经络和腧穴部位的皮肤电和皮肤温热度等，借以辨别病位、病经及其虚实状态的一种特定诊断方法。为针灸临床所常用。由于经络"内属于脏腑，外络于肢节"（《灵枢·海论》），分布于人体四肢百骸和头面躯干，无所不到，体内脏腑器官的病变往往通过经络途径反映到体表的一定部位，因此经络诊断对临床辨证具有重要意义，也为针灸临床治疗提供了直接根据。常用的经络诊断方法，包括以下几个方面：

经络望诊　这是通过医生直接观察经络所过部位的皮表所发生的各种异常改变，来诊断疾病的。经络望诊要注意观察全身经络穴位和头面五官的色泽、形态的变化，如皮肤的皱缩、隆陷、松弛，以及颜色的变异、光泽的明晦、色素的沉着和斑疹的有无等。在望诊时要注意病人体位和光线，要注意和触按结合，要认真仔细，否则容易误漏。经络望诊观察的是人体外部表现，而其目的却在于通过外部表现去察知内在脏腑的病变。如两目红赤在排除眼病和高热的情况下，可考虑肝阳亢盛（肝经上行连目系）；齿龈红肿可以考虑胃火上炎（胃经下行入齿龈）；肺之疾患常在肺俞和中府等穴位出现白色或红色皮疹；肝之疾患可在中都等穴位上见到色泽变异。得知这些体表部位的异常反应，就可以结合其他有关方面资料进行综合分析去考虑诊断。如肝阳亢盛的诊断就要结合年龄、脉象及病人的主诉等。

察看络脉是经络望诊的重要内容之一。它包括看络脉的隆陷和察络脉的色泽两个方面。《灵枢·经脉》中就指出过："凡此十五络者，实则必见，虚则必下，视之不见，求之上下，人经不同，络脉异所别也。"这里说的是根据络脉见与不见，隆起或凹陷，来确定是实证还是虚证的。"凡诊络脉，脉色青则寒且痛，赤则有热。胃中有寒，手鱼之络多青矣；胃中有热，鱼际络赤。其暴黑者，留久痹也；其有赤有黑有青者，寒热气也；其青短者，少气也。"（《灵枢·经脉》）这里说的是察络脉所表现的各种不同颜色，是判断不同病证的重要依据。

此外，在唐代王超《水镜图诀》中最早提到的小儿指纹诊法，也是由经络望诊发展而来的。这是通过观察浮络于食指内侧表现的情况来判断病证的，对于小儿疾病的诊断有重要意义。通过四轮八廓的外在变异来诊断脏腑病证的眼诊，以及近年来发展起来的以看耳穴变化诊断全身病证的耳诊部分，也都属于经络望诊的范畴。循经性皮肤病和循经反应带是在实践中被注意到的；它们和内在脏腑病变是一个什么样的关系还不清楚。据初步探索，当脏腑患病时，可以伴随相关经络体表感觉异常和各种皮疹出现；也可以由于循经性皮肤病的发生而对脏腑病证发挥制约作用。如微循环障碍型溶血性贫血病人，由于肝损害而诱发出胆经出血带；同类病人，由于肾损害而诱发出肾经出血带等。

经络按诊　这是在经络腧穴部位上运用按压、触摸或撮捏等方法来寻找异常变化，如压痛、麻木、硬结、索条状物、肿胀、凹陷等，借以判断病证的。这一诊法常可为针灸临床治疗提供选穴的直接根据，所以也在治疗过程中应用。经络按诊的部位大多为背部的腧穴，其次是胸腹部的募穴以及四肢的原穴、郄穴、合穴或阿是穴等。耳穴按诊，也属于经络按诊范畴。感觉异常者，用拇指或食指轻轻按压穴位，就会出现酸、麻、胀或痛等感觉，甚或向远端沿经络走行方向放散。其中以压痛最为常见，尤其在急性病时，其明显程度常与病情呈比例。根据压痛程度可分为三级：轻压就有不可忍受的疼痛者为"+++"；以中等压强按之就可以呈现明显疼痛者为"++"；重压方可出现轻度疼痛者为"+"。判定压痛分级，要注意和周围对照，和对侧对称部位对照。酸、麻、胀等主要出现在虚证方面。如脾失健运而导致消化不良的病人，其脾俞穴位多有酸、麻或胀等压感，也可出现局部组织松弛或凹陷等。胃癌病人，可在胃俞穴位上出现隆起或硬结等，皮下出现结节或索条状物，称为反应物。反应物有多种

形状，其大小和数目之多少也不同，有梭形、球形或扁平形的，更有串珠形的。有的小如麦粒，有的索条状物竟达4厘米长。反应物多数质硬，少数较软，病轻时只是隐约可见。较大的结节一般偏软，并多可有移动性；小结节或索条物一般是不可移动的。各种表现可以单独出现，也可以同时并见，如松弛、凹陷和酸麻并见，或反应物与麻、痛并见。胃下垂病人常在足三里穴位上出现索条状物，中脘穴位上出现结节，胃俞穴位上出现凹陷（见“腧穴特异性”条）。

经络腧穴皮肤电测定 这是利用经络经穴测定仪检测腧穴部位的电参量，以判断各经气血盛衰的。测定的内容现阶段主要包括两个方面：一是探测经络穴位皮肤导电量的变化（即电阻）；一是探测经络穴位上引出电流的大小（即电位）。大多数临床资料和实验报道认为：人或动物身上确实存在着皮肤“良导点”（指导电量偏高的部位）和“活动点”（指皮肤电位高的部位）；这些点的分布大体上与经络穴位一致，并且还受疾病等因素的影响而发生变化（见“经络穴位电特性”条）。因此测定这些变化，对于诊察脏腑经络疾病和选取治疗穴位，都有重要参考价值。测定时一般多采用各经原穴，也可同时测定各经井穴、郄穴、背腧和募穴，将所得数值做综合分析，然后进行脏腑经络虚实的推断。耳诊在耳穴上进行探测，一般来说，测量数值明显小于中位数（指在一组经络电测量数据中经计算所得的中间数）者为虚证；相反，测得的数值明显高于中位数者为实证。但要注意测定条件的一致，注意病人随时生理机能状态的变化，否则容易发生误诊。如能做到电阻、电位等电特性互参，进行全面分析，则较为理想。近来有人设计经络图示仪，自动描记经络腧穴部位的微安曲线，使诊断准确率更加提高。

经络腧穴皮温测定 这是运用特制仪器测定有关腧穴的皮肤温度，以诊断疾病的。如解放军304医院穴位诊断室用自己研制的DTC－Ⅰ型穴位测温仪，测定双侧对称同名腧穴（即测定对称的背腧穴和井穴的温度），根据其温差大小，可以诊断疾病。在正常情况下，左右对称部位温度处于相对平衡状态，温差不超过0.5℃。当脏腑患病时，相应经络穴位温度发生异常改变并导致双侧同名腧穴温差大于0.5℃。据初步研究表明，利用这种皮温测定方法不仅可以诊断一般脏腑病变，还可用于肿瘤早期筛选性普查。

此外，知热感度测定也属于经络诊断范畴，但目前在国内已很少有人使用，故在此不做介绍。

经络的现代研究

经络学说是中医学理论体系的重要组成部分，它关系到中医学基础理论与临床各科的诊断、治疗以及预防保健等各个方面。至于经络的组织结构，长期以来，存在着不同的见解，从近年来大量的研究报道来看，证明“经络现象”确实是客观存在的。关于经络的实质问题，由于针刺麻醉的成功与研究工作的进展，也有了进一步的认识，归纳起来，可分为三大类。现将一些有代表性的看法和假说，作概括性的介绍。

经络与周围神经、血管、淋巴管相关说 《灵枢·经水》说：“八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之，其脏之坚脆，府之大小，谷之多少，脉之长短，血之清浊，气之多少，十二经之多血少气，与其少血多气，与其皆多血气，与其皆少血气，皆有大数。”可见古人也注意用解剖方法观察人体。所以现代也有不少研究者运用解剖学的方法来研究经络。

根据尸体解剖的研究，观察到人体三百多个穴位中，有半数的穴位下面有神经直接通过，另一半的穴位则在其附近半厘米范围内有神经干或其较大分支通过。用显微镜观察，也证明穴位处从表皮到肌肉各层组织中具有丰富且多样的神经末梢、神经丛和神经束。这是从穴位观察到的，从经络循行路线进行解剖观察，也证明有神经的分布。例如手太阴肺经沿肌皮神经、前臂外侧皮神经、桡神经分布。手少阴心经沿臂、前臂内侧皮神经、尺神经分布。手厥阴心包经沿正中神经分布等等。在胸腹部任脉、肾经、胃经的相当部位，则有肋间神经及第一腰神经的分支上下重叠分布，吻合成丛。在经脉的弯曲部位以及从经脉上分出较大络脉的部位，也有相应的神经或其分支。如足太阳膀胱经在腘窝由“浮郄”经“委阳”到“委中”这一段弯曲，可以用腓总神经与胫神经之间的联系来理解。在手太阴肺经的络穴“列缺”上，有前臂外侧皮神经（和肺经有关）的分支与桡神经浅支（与大肠经有关）相吻合等等。近些年仍有不少单位在作进一步研究，例如用分层大体解剖方法，观察了成人尸体8具及游离上肢49条、下肢24条，观察了十二经和任脉共324个穴位，观察到有脑神经有脊神经支配的共有323个穴位，说明经络腧穴与周围神经具有密切的关系。并有的从针感“得气”方面进行研究，也证明了经络、穴位与神经的密切相关。

用针刺穴位而产生酸、麻、胀痛、发热、发凉及触电样感觉，沿着经络循行路线扩散，表现出循经行走的经络现象，古人把这种感觉和现象称之为“经气来至”或“其气之来如动脉之状”（《难经》第七十八难）等，简称之为“得气”。强调用针刺治病时，必须使病人产生“得气”感，并使这种感觉沿着经络路线到达一定部位，才能取得预期的良好效果。至今在临床上用针灸治病时仍非常重视“得气”，无数实践证明，针刺时产生“得气”感的疗效就明显，无“得气”感的疗效就不明显。所以抓住“得气”这一重要环节，通过观察“得气”感的产生与否，来进一步分析研究经络的实质，是会有帮助的。

研究“得气”问题时，在给下半身神经功能丧失而成为截瘫的病人进行针刺，无论选取任何穴位，即使用强的刺激手法，病人都不会产生“得气”感觉，在其上肢进行针

刺时则能产生"得气"感,说明"得气"和神经系统有着密切关系。又如在下半身麻醉的病人中观察,发现针刺腿部穴位,也不能产生"得气"感。用穴位局部麻醉方法,把普鲁卡因液作穴位深部注射后,使该处神经受到麻醉,再针刺此穴位时也不能产生"得气"感;如仅在穴位的皮内或皮下组织注射麻醉药,则不影响"得气"感的产生。有的单位用针刺猫小腿下部某穴位,通过在主要神经干上分离出一小束神经纤维,记录其生物电变化,结果发现每当捻动银针,就有一串来自神经纤维的电脉冲,出现在荧光屏上。说明针刺产生的感觉信号是由神经负责传送的。另一研究单位通过观察穴位肌电的变化,认为针刺的感觉信号经外周神经传入脊髓,并在脊髓中上传至高级中枢后形成"得气"感觉,并指出针刺"得气"感觉传导通路与痛温觉的传导通路有密切关系,"得气"感觉的持续则与深感觉传导通路关系较大。大量的实验还证明,当有关神经通路的某一部分受到阻滞、切断或破坏后,针刺效应就相应的消失。例如通过封闭正中神经及阻断臂丛神经,或切颈6、7、8脊髓后根,都能直接影响针刺内关效应的产生。因此认为针刺内关的兴奋是由正中神经传入的。一些实验还表明,用切断坐骨神经、股神经或破坏血管壁外的交感神经,或破坏动脉管壁外神经丛等方法,都可以影响针刺足三里的效应。因而认为足三里的针感传导可能是通过多种途径进行的,但阻断肢体循环并不影响针刺效应,故针刺效应的传入途径是神经而不是体液因素。据以上多种实验表明,针刺"得气"感,是和神经系统的功能完整与否,有着密切关系的。据此,再结合穴位和经络路线的形态结构上皆与神经干、分支、神经丛、神经束有关,故假设出神经系统就是针刺穴位引起"得气"感的物质基础。

再从解剖学观察,经络穴位与血管也有明显关系,但不如神经那样密切。例如在尸体四肢的141个穴位上扎针定位,用冰冻锯断法,对穴位下深部组织进行观察,发现针尖刺中较大神经干的有72穴,针刺在神经干周围的有58穴,刺在大血管上的49穴。另从古典文献中对络脉的描述来看,也包括血管。如传统的"刺络"放血疗法,即是刺破皮肤微血管及浅静脉。还有的研究者观察到手太阴肺经、足阳明胃经、手少阴心经、足太阴脾经、足太阳膀胱经,几乎与分布在该处的深的或浅的淋巴管完全一致。在主要的肢体经脉与躯体经脉相连接的中转站缺盆,也是位于锁骨上淋巴结。另如云门、极泉等穴,分别与锁骨下淋巴结和腋淋巴结有关等等。总之,通过以上研究证明穴位、经络与神经关系最为密切,其次为血管、淋巴管。并且经过反复密切地观察组织的微细结构,未发现任何新的组织结构。以上这些事实,都支持经络与周围神经和血管、淋巴相关的假设。

另外,对针刺"得气"感的传出环节用自主神经的内容进行解释,则更能说明经络与脏腑的一些联系。如认为手三阴经在上肢掌面,通过上肢的脊神经组成的颈丛和臂丛,在颈部和胸部与交感神经相联,因其接近心肺,所以能治疗胸部疾患;而手三阳经在上肢背面,通过颈部神经和颈上交感神经节,又经颈内动脉(颈动脉丛)和脑神经,与头部各器官相连,所以主治头部疾患。足三阴经分布在下肢内侧,通过下肢脊神经组成的腰丛和骶丛,在腰骶部与自主神经相连,所以主治腹部疾患;而足三阳经分布在下肢外侧,通过腰骶部脊神经与交感神经相连,并上达背部和头部的神经相连,所以主治头部及五官疾患。

还有被注意到,一些外科教科书中所描述的相当于隐白、大都、少冲、少商等穴位处,局部感染所致的淋巴管炎的走向,分别与脾经、心经、心包经和肺经的走向吻合。因此,指出人体的经脉,包括十四经脉和带脉、冲脉,与淋巴管收集丛或淋巴管和淋巴结有关。

以上的研究,虽然做了大量的工作,积累了许多资料,从解剖形态结构和感觉关系、功能范围等方面证明了穴位、经络与周围神经、血管和淋巴密切相关的假设。但是,也有些问题,用这一假设尚难以解释。如"得气"的感觉循行速度较慢,一般约在20厘米/秒;"得气"感也可以从受刺激的穴位向相反的两个方向沿经循行;临床实践证明经络学说中"病在左,取之右,病在右,取之左"(如在对侧肢体上取穴进行针灸治疗)的理论,在临床上应用确实有效;并且根据这一提法,在对侧肢体上取穴施行针麻,也获得了满意的效果等等。这些问题用经络是周围神经、血管、淋巴这一假设则不易解释。尚有待进一步深入研究。

经络与神经节段相关说 从四肢部来看,经络的分布与周围神经的分布有相似之处,从躯干部来看,经络主要是纵行分布,而神经则主要呈横行分布。但是,如果进一步从经络所属的穴位作用来分析,则可以看出,经络有经有络,在纵行联系之中,还包含有横行的前后联系。有人以此为依据,提出经络与神经节段相关的假设,有以下论据:从解剖学分析,发现俞、募穴及任脉的穴位与其所主治的内脏,在神经节段上有相当的一致性。例如手太阴肺经的俞穴"肺俞",募穴"中府",都受胸$_{1-5}$节段的神经支配,而管肺脏的神经也出入于该节段。又如任脉的膻中穴属胸$_4$,主治呼吸系(颈$_2$—胸$_4$)疾患;中脘穴属胸$_8$,主治胃(胸$_{6-9}$)疾患;关元穴属胸$_{12}$,主治泌尿系(胸$_{10-12}$)疾患,都有类似上述的现象。从分析所属穴位的主治性能看,也有符合神经节段划分的例子。如手少阴心经的穴位可以治疗肺、心、气管的疾患,而本经从小指尖端内侧起,经过前臂内侧,上行到胸部,所经过的皮肤原属于胸$_{1-3}$,这一区域的皮神经也属于胸$_{1-3}$,与心、肺、气管等神经支配所属的节段是一致的。在古代文献记载上,也有关于经络穴位横行联系的描述。例如《灵枢·动输》说:"四街者,气之径路也。"这四街在什么地方?同书《卫气》说:"胸气有街,腹气有街,头气有街,胫气有街。故气在头者,止之于脑;气在胸者,止之膺与背腧;气在腹者,止于背腧与冲脉于脐左右之动脉;气在胫者,止之于气街与

承山、踝上以下。"（这后面说的"气街"是指下腹气冲穴等部位）这样的划分，与现在的神经节段划分也是很相似的。

还有用测痛试验来观察经络者。如一组按神经节段取穴，针刺"扶突"，并针刺颈浅神经丛的颈皮支。另一组循经取穴，针刺合谷、内关。结果表明：两组颈部痛阈、耐痛阈升高对比，以扶突组上升更为明显（扶突组无一例下降）。以上结果说明穴位有相对特异性，从经络观点分析，扶突、合谷同属于手阳明大肠经，合谷为大肠经原穴，治疗本经疾病，效应高于扶突，但在针刺测痛中，合谷穴对颈部痛阈之提高不如扶突穴。扶突穴位于颈浅神经丛上，颈部测痛点也是属于该神经丛支配，故上述结果可用神经观点解释。还有的研究单位用微体解剖方法，观察了"内关"等21个穴位的组织，比较穴位范围内的组织结构和神经纤维、神经末梢的形态特点。结果表明：①穴位处神经分布和相关脏器的神经分属于相同髓节段，或该脏器所属的神经节范围内。②各对阴阳表里经的神经分布基本上都属于脊髓的相同节段，而有关神经的侧支也有重叠和吻合的现象。③从21个穴位的组织结构观察，基本结构的厚薄、神经分布密度、纤维的粗细和排列方向等都有一定的差异，而且神经末梢的形态也不同。还有的研究者，从胚胎学角度进行考察，认为体节是脊椎动物和人体的原始功能局部单位。以后虽随着胚体而生长和分化，但在功能上都仍保持着节段性的支配关系，即原来所属的节段支配领域不变。每个体节就是一个以神经节段为中心，并经过躯体、内脏神经联系的表里相关，内外统一的整体。而经络穴位的分布形式在很大程度上同节段支配关系一致，有其相应一致的规律性。尤其是在躯干腹、背侧部两种形式的吻合更为典型。这并不是偶然的，他们通过对十四经穴的综合对比，发现中医学记载的各经穴的主治证候（尤其在四肢部），绝大部分同节段反射联系是一致的，四肢远侧的穴位也符合这一规律。因此，认为穴位有其相对的特异性；穴位就是内脏病理生理状态在体表的功能感应点。躯体内脏神经的节段性联系则可能是其物质基础。

以上这些研究构成了所谓的神经节段说的设想。但亦有些现象不易解释，如针刺镇痛不只是局部作用，因不论取穴合谷，还是颈浅神经丛，都能使身体多处痛阈升高，并不仅限于颈部。针刺麻醉的选穴法中循经取穴的方法仍为常用而且有效的方法，只用根据神经分布选穴，还不能完全代替循经取穴等等。总之，仍须再做更多更深入的研究。

经络与神经体液综合调节功能相关说 从中医古典著作中对经络功能的记载，如"经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节者也"；"内属于脏腑，外络于肢节。"与现代生理学认为机体各部分及各种功能之间能够紧密地联系起来，使内外环境之所以能够保持协调和相对平衡，乃是通过神经－体液综合调节来实现的看法极其相似。因此，不少人把经络同神经－体液之间作了必然的联系和比拟，从而提出了经络与神经－体液综合调节功能相关说。

神经－体液综合调节，包括神经的调节和体液的调节。神经调节包括神经末梢到大脑皮层的完整系统；体液调节，是指来自内分泌腺或任何组织细胞的激素或代谢产物等化学物质，通过血液循环或渗透浸润等其他途径传递到体内各处，影响各相应器官的活动，由于人类和高等动物的体液调节，已直接或间接地接受神经系统的管辖，因此，在完整机体内，神经调节和体液的调节综合起来，形成以神经反射为主的神经－体液调节功能，担负起保持机体内外环境协调和相对平衡的任务。

近些年来通过实验研究证明，针刺经络上的穴位，可使急性阑尾炎患者血液内氢皮质激素含量增加，以提高抗炎能力。针灸还能促进垂体前叶分泌卵泡刺激素和黄体生成素，影响排卵等。并可以改变体内化学过程或酶系统的活动等等。针刺还可使血液中白细胞总数显著提高，嗜中性白细胞比例增加，淋巴细胞比例下降，同时能够提高白细胞的吞噬作用。还有的研究者发现针刺可使患者的血清中甲种、乙种和丙种球蛋白的数量提高，并可提高血清中的凝集素、沉淀素等特异性抗体的效价等等。认为这些事实，均说明针灸作用是通过神经－体液的综合性调节作用而实现的。

此外，在穴位的解剖观察中，除发现经络穴位和神经的关系很密切之外，还有相当一部分穴位与动静脉及淋巴管有关。例如曾有人针刺309个穴位中，直接刺中动脉干者有24穴，针刺点旁0.5厘米内有动、静脉干者262穴。这也说明经络与体液循环系统存在一定关系。还有的实验证明，动物耳郭压痛点（耳针疗法的扎针部位）与神经系统的高级部位有关。例如给动物造成骨折创伤，在耳廓上即形成固定的压痛点；如果在脑干的中央脑室附近的神经组织注射麻醉药或兴奋剂，可以相应地使压痛点消退或反应增强。所有这些都在一定程度上反映了经络是与神经－体液综合调节功能具有密切关系。

从上假设，虽然说明了一些经络实质问题，但对经络现象中的某些问题，例如远距离的感传现象；皮肤上按经络分布的皮疹、色素沉着等等，根据这些知识，还不能予以完满的解释。所以，对于人体组织结构及其功能的认识，对于经络实质的研究，将通过不断的研究，还会有其他一些假设提出来。

经络与中枢神经功能相关说 中国有关针灸科研单位，按照统一的方法和标准对循经感传现象进行了大规模的调查工作。调查的对象包括十多个民族，不同性别、年龄和不同健康状况的人群。在所调查的63 228人中，感传出现者占三分之二以上。有的单位，采用针刺，感传出现率达53%。若再施行催气手法，则感传出现率可提高到80%以上。调查的结果表明，经络感传现象是普遍存在的。在广泛的调查中，观察到循经感传一般都有以

下几个共同的特征：①循经性：感传循行的路线与《灵枢·经脉》篇等古典医籍所载的经脉路线基本一致。②双向性：感传从受刺激的经穴开始，向相反的两个方向循经传导。③传导速度：较慢，一般约在20厘米/秒左右。但个体差异较大。快者几秒钟即可通达经脉全程，慢则要几十分钟才能走完一条经脉。④可阻滞性：在感传循行的路线上施加轻度压迫49.35千帕(500克/平方厘米的压力)感传多数可被阻断。⑤感传到相应的器官时，能引起该器官功能的显著变化。这些结果很难用神经、血管、淋巴管、神经节段或神经－体液途径的传导调节来解释。因为第一，迄今所知道的还没有一根神经的分布走向能完全符合于经络感传的走向；第二，神经传递的是神经冲动，而神经冲动在神经传递时是不能被感知的。神经分布和经络感传的走向是两回事。因此有人认为，在体表发生的感传线并非就是体表存在这种线，而是一种在中枢神经系统里发生的过程。

有的单位，通过动物实验，在证实体表经穴与内脏活动间存在特定的规律性联系的同时进一步探讨经络与大脑皮层间的联系。结果发现：当针刺狗的足三里时，与食物结合多次，便可形成条件反射性的唾液分泌，在胃经其他穴位捻针时，亦出现条件性唾液分泌。说明条件反射有循经泛化(扩展)的特点。现代生理学认为，条件反射的泛化原来就是在中枢神经系统里进行的过程。因此“循经泛化”不是在体表，而是在中枢神经系统里进行的。于是他们提出了一种“经络-内脏-皮层相关”的假说。

临床上还有些例子，可以支持看起来存在于身体的周边即四肢、腹背、头面等处，而实际过程是在中枢神经系统里进行的这种看法。例如截肢以后，有时还会感到已不存在的肢体发生疼痛，即所谓“幻肢痛”。在这种病人肢体残端上方针刺，仍发现有针感传导到不存在的肢体的末端。某些神经系统疾患病人，有时皮肤上会产生蚁行感。局部麻醉下施行开颅手术时，刺激大脑皮层表面感区的一定部位，有些病人会感到身体某些部位有游走样的感觉等等。

从上述分析可以假设，经络是大脑皮层各部位之间特有的功能联系。经络上的穴位，在大脑皮层上各有其相应的点。针刺一个穴位，引起大脑皮层相应点的兴奋后，这一兴奋就按其特有的功能联系，有规律地扩散到同一经上有关穴位的相应点，引起该经系统的兴奋。大脑皮层上某一系统发生兴奋后，在体表的投射，在主观上就形成了循经感传的感觉。在建立起条件反射后，就使得同经的一些穴位虽未进行过条件反射的建立，也发生条件反射性唾液分泌或呼吸抑制。

但也有人认为，中枢兴奋的扩散，很难设想是按照一条狭窄的路线来进行的，身体各部分在大脑皮层上的投影排列，也和经络路线截然不同。因此，不同意经络感传现象仅仅是一种在中枢神经系统里发生的过程。总之，经络学说虽然未被某一假说全部说明，但相信这些研究工作，在对于经络实质的认识方面，会有极大帮助。

用生物控制论观点探讨经络 有的研究者，用生物控制论观点来解释经络现象。生物控制论认为人体是一个控制系统，在长期的生物进化过程中，人体成为自行协调、自动平衡的具有自适应、自组织功能的多极控制系统。例如体温、血压、血糖等生理参数的调节与稳定，从单个的细胞(如白细胞)到复杂的器官系统(如神经系统)都具有自动控制特性。而生物(特别是人)与各种自动化机器中的控制过程，确实存在着共同的规律，例如“反馈”(即将输出端的讯息送回输入端的控制过程)，既是各种自动化装置的基本原理，也是人体维持正常生命活动的基本条件。

经络学说则认为经络是维持人体生命活动的气血的运行通路，能“行气血，营阴阳”调节各种生理功能的平衡，保持人体的正常生理活动。从生物控制论的观点看，经络学说和生物控制论在概念上、方法上都有许多相同之处。例如经络则相当于讯息的“传送道”，俞穴相当于“发生器”，针灸等各种刺激相当于“信息源”。经络便在控制系统与控制对象之间传送控制讯号与反馈讯号。这种讯号就是“电脉冲”，传递电脉冲的传送道(经络)是由人体电位分布与阻抗体系统所决定的“等效”线路，其物质基础为电磁场。根据这种假设，研究者认为，这种传送道，即经络可能不具备特异的形态学上的线状结构，如小管、小体等，也不是由某一组织所单独构成的。它应是整体的多种因素综合反映的结果。但是这并不排除在更高水平上，例如分子生物学水平上，进一步发现经络的新的结构形式，作为经络物质基础的可能性。

从生物电角度探讨经络 有些研究工作表明，经络和穴位处皮肤电现象的变化具有一定的规律性。皮肤上确有一些传导电量较高或电流量较大的点。这些点与穴位的分布相一致，而且有些点还排列成线，与经络相一致。有的研究者，用精密电流计探测，在经络的主要穴位上，发现特有的静电位。穴位的静电位一般都比其周围的电位要高，在针刺穴位“得气”时，其电位升高更明显，而且使靠近所属脏器的经穴，电位也升高，并且在经络路线上出现电位波动，而在经络路线以外的地方则不出现。这可以说明经络存在的客观性及经络线上的电活动有其特殊性。有的还观察到内脏功能活动改变时，相应经络上的皮肤电流也发生相应的变化。如昆仑、膀胱俞能反应膀胱的排尿过程。内庭、陷谷、解溪、足三里、胃俞、中脘，能反映进食的情况。左大肠俞与排粪功能有关等。用经络测定仪进行经络测定研究时还发现，当器官活动增强时，相应的经络“原”穴(经络、脏腑原气留止的穴位)电位增高，器官摘除或经络经过的地方组织遭受破坏时，则相应经络的“原”穴电位明显降低，甚至于零。这又说明经络的活动是与内脏器官的功能状态有着极其密切联系的，没有脏器的活动，经络活动也就成了无源之水。

根据这些事实，又根据人体原来是一个放电体和导

电体,提出了一些从生物电角度探讨经络实质的假设。有认为经络实质上是人体内电的通路。就是从组织器官发出的电流沿着特殊的电通路行走,纵横交错,遍布全身,形成经络系统。因为身体内任何组织均可导电,因此,经络导电通路的组织是具有多样性的。也有人认为,生物电在体内通过组织和体液中含的电解质,呈容积导电形式投射于皮肤表面。在皮肤上各器官生物电电力线的交叉点就是穴位,生物电的电轴就是经络。又有人认为,经络是独特的电子,电子束沿着特定的路线循行的电磁波;穴位是体内外通电的门户,是通电量最大的地方。还有的研究者认为,皮肤上的电活动反映了体内电磁场的作用,而人体的电磁场与宇宙的磁场有关,宇宙间的变化可以反应在经络的电位变化上,中医学的所谓"气",就是现代的电磁现象等等。持不同看法者则认为,皮肤电量之测定结果很不一致,皮肤电量只代表表皮组织,而经络则"深达分肉间",因此,皮肤电位及电阻的测定不能反映经络现象,不能作为研究经络的根据。应当说,经络是生命物质及其运动形态,而皮肤电的"电性质"、生物电的"电场"等则是一种物理现象,是较生命物质运动形态为低级的运动形态等等。总之,这些研究工作,对研究认识经络实质来说,是有力的验证资料,但尚需广泛深入地进行研究与观察。

经络是一种独特的传导系统说 在研究经络实质的实验工作中,也发现一些现象,不能用已知的神经学说所能解释,因而也有的研究者提出在神经系统以外另有一种独特的传导系统存在的假设。研究者以某种物质(^{32}磷)从兔耳炎症灶被吸收的速率和淋巴管腔的状况为指标进行观察。发现针足三里(胃经穴),可以改善炎症的血液循环状态,表现为某种物质(^{32}磷)的吸收加速,他们认为这反映了经络学说的特异效应,并称此为"经络吸收现象"。当针阴陵泉(脾经穴与胃有表里关系)时,出现与针足三里时相同的效应,认为这是经络吸收感应现象。若先后或同时针足三里和丘墟时,则吸收量著降低。称为"经络吸收抑制现象"。若改变针刺强度,足三里弱刺,丘墟强刺,可解除上述抑制现象,称为"经络吸收脱抑制现象"。经络吸收现象可以被生理盐水所封闭,而生理盐水对神经系统并无损害,称此为"经络吸收封闭现象"。根据这种特殊现象,假设经络系统是一种类传导系统,认为经络可能是分布在体表的、有相对独立的体系,它受神经系统所调节,但绝不等于古典解剖学所指的中枢神经功能活动的体现者,它似乎具有特异的生理和理化特性,并且可被某种物质所阻断,从而认为经络的本质很可能是进化比较古老的、分化较为低的传导系统。

也有从比较生理学角度推论,提出了类似的设想。从经络学说和目前的研究资料来看,经络具有"兴奋性"、"传导性"和"调节性"等几种特性的"整合功能"。从低级动物到高级动物,整合功能经历了原浆整合功能、兴奋运动器性整合功能、体液整合功能和神经整合功能等一系列进化演变过程。而经络的整合功能在兴奋、传导、调节方面与神经整合功能有类似点,但它没有控制中枢。在传导方向、速度、空间方面也没有神经整合功能那样高度集中、迅速、准确。因此设想经络很可能是一种比较低级的整合功能系统,在进化史上可能介于神经与原浆整合方式间的中间产物。在机体内,这种原始结构与高级神经中枢同时并存。

还有的研究根据针刺合谷时的针感能同时被普鲁卡因、生理盐水及指头压迫而阻止其传导,并将它局限在一定范围内,不完全消失。因此提出一种假设,认为经络是与神经有密切关系的索状或管道系统。当经络受到刺激时,就产生一种"波"(可能是电磁波、兴奋波、蠕动波等)。这种"波"可以向两端传导,激动管道系统周围分布的神经末梢,就产生了具有特殊途径的经络感传现象。

也有根据针刺可以形成条件反射,其泛化途径又与神经干分布不一致,认为经络系统是与神经系统、血管系统有密切联系的独立的特殊的传导系统。这个传导系统对于电、磁、声、气、机械刺激及化学刺激有特殊的反应。

在经络实质的研究中,除上述几种有代表性的假说外,还有其他一些看法。如有的试图用自主神经系统功能来解释经络,研究者用肾上腺能神经和胆碱能神经遍及全身的分布来说明经络"内属脏腑,外络肢节",用这种神经沿小动脉及毛细血管前动脉的分布来说明运行于经脉内外的"营"与"卫"、"血"与"气"之间的关系。也有根据经络感觉传导有时伴有循经出汗、循经出现皮丘疹带、循经汗毛竖立等与自主神经有关的现象,因而设想经络可能是自主神经末梢结构的特殊联系等等。

也有人从气功的角度来研究经络,认为"内气"现象是气功练习中的特殊产物。对"内气"的产生,提出"电力吸聚说"的假设,即认为内气是"带电的胶体微粒集合体"在机体内沿组织液循行。当气功练习达到高级阶段,把"内气"练的较多、较集中时,便可清晰地感觉到它的运行路线为奇经八脉和十二经。从而提出经络是"内气的电力吸聚说"。近来有用实验证实了气功者发射了带有信息的红外电磁波。

有报道,用氦-氖激光照射穴位,有明确的治疗作用,并可诱发出循经感传,甚至可用激光代替针刺,作为手术的麻醉方法。激光对生物体的作用机理,是非常复杂的。这种作用,不单取决于激光本身的一系列特性,还取决于被照射组织的物理化学特性和生物特性。有些作者支持用"经络是电磁传导通路"假说,来解释激光对穴位照射的效应。

亦有人认为,经气的实质是红外线微波波段为主体的电磁波。人体内的电磁波,是不停息地在传播着,能产生与代谢相关的无线电波化学反应。并主张把经络看成是导引电磁波传播的"波导管",认为"人体分肉之间,溪谷之会处",就是这种经络波导管之所在。此外,还有结合磁疗的机制,探讨经络实质等等。

经络腧穴电特性

经络腧穴电特性，指的是经络和腧穴部位所表现的特异电现象。

很早人们就注意到生物机体不仅可以导电，还能发电。1786年发现了神经肌肉的生物电。相继有人发现并研究了皮肤电反射现象，认为它和心理活动、自主神经系统密切相关。自20世纪30年代以来，有人注意到经穴具有低电阻特性，以后研究者日益增多。中国林长庚早在1949年就用电阻测定法作为取穴根据。不少学者，从50年代至今，研制出多种类型的探测仪器，不但在观察经络、经穴、耳穴电特性方面，取得了大量资料，而且也已应用到针灸临床的实际工作中去。目前多数学者认为：皮肤电现象与经络腧穴确有一定联系；在不同病理生理条件下，相应腧穴电阻电位有所波动；一般可将低电阻高电位作为取穴参考指标；组成测定条件的每一环节，如电极及其与皮肤接触面积、压力、时间、乃至于仪器性能等无不对测值产生一定影响，被测者当时功能状态和环境等也有影响。

经络电特性　用拉普拉斯平面分析对同一条经两穴间交流阻抗进行测定，可见到经穴间阻抗低于对照线两点间(经线旁1.5厘米)，而容抗则偏高，相角(ϕmin)则无明显差异。用自动化技术和固体电路研制的自动测定经络平衡仪，可即时显示任意一条经络的相对状态，但探测电流不宜超过5微安，电压不宜超过5伏，宜于用不锈钢电极，用电脑自动调控导电率维持一相对稳定的比例。通过离子泵示波技术观察，可见到经络流注的方向性；即用天线接受80千赫的交流波，经离子导线与人体相应经穴连接，以示波器观察并记录不同经穴交流波图形变化时发现，当顺经方向连接离子泵时，经络脉流的示波波形呈箝位波，反之则呈负相箝位波。

腧穴电特性　主要反映在电阻和电位两个方面：

腧穴低电阻特性　系指电流通过腧穴时，该部位具有较周围皮表为高的导电量而言。腧穴导电量，低者10微安，高者可达100微安以上。由于测定的部位和具体条件不同，测定值的波动性很大，呈现向头面部递增的明显趋势，关节部位偏低。

腧穴之所以呈现低电阻特性，还不十分清楚。有的认为是由于脏腑与其相应体表部位处于同一神经节段或相邻节段的脊髓中枢支配，当脏腑功能改变时可通过同一或相邻节段的反射引起相应体表神经兴奋性的改变，从而使该处血管、汗腺、皮脂腺以及细胞组织活动也发生改变。腧穴与运动点和触发点的吻合，也是形成穴位低电阻的重要原因。运动点是体表神经末梢密集区，相当于神经终板部位。约有半数腧穴在已知的肌肉运动点上。触发点是肌肉组织中局部变性区域，肌纤维破坏，肌纹消失，并且由于肌纤维皱缩和结节中纤维组织与脂肪组织浸润而出现肌细胞核积聚现象。或认为腧穴低电阻的形成，是由于体内生物电彼此相互作用和机体导电按集肤效应或容积导体导电原理，在体表构成电轴形式的投影，从而组成等效电路和电阻的特殊活动点，其电阻值随脏腑病理生理过程改变而改变。

腧穴电阻大小，受许多因素影响。特别是情绪紧张、疼痛或出汗等交感神经处于兴奋状态时，腧穴电阻可明显降低，而睡眠、麻醉或疲劳等状态时则明显升高。腧穴药物封闭或有关神经受损，腧穴电阻偏高。当交感神经受到刺激时，腧穴电阻偏低。电刺激迷走神经时，有关部位的低电阻点明显增多。皮肤电阻包括直流欧姆电阻和电容电阻。皮肤清洁度和湿度、电极大小及其与皮肤接触的紧密度等均影响皮肤直流欧姆电阻。电极与皮肤间存在电容，因此电极面积影响电容及其充电放电时间，从而测定读取测值时间不同对结果影响也很大。探测电极的机械刺激对上皮细胞活动的影响和外加电压对组织液的电解效应等，也会导致腧穴电阻值发生波动。

各种腧穴电阻测定仪基本结构大体相同，有直流与交流之分，高频与低频之分。直流者又有直流电阻式与电桥平衡式之分。中国最近研制的"经穴电参量自动巡回检测系统"，在实现多点快速检测方面已取得进展。根据腧穴电流密度偏高的原理，借用电化学反应方法，可观察到穴位具体图象、大小和位置。

依据腧穴低电阻特性去探测穴位，不论表现在人体或各种动物，其符合率均可达60%—90%。按五腧穴测值作为判断经络虚实或平衡与否，可为诊断提供参考性根据。

腧穴高电位特性　皮肤电位变化是活组织代谢过程的表现，比较稳定，特异皮电位点与脏腑功能间规律性联系和腧穴关系密切，而与腧穴旁点间的差异均较明显，它不同于皮肤电阻；皮肤电阻是机体对外加电流通过组织时所表现的一种生物物理特性，只能间接反映皮肤发生的某些理化变化。根据生物体表均有不同电势分布的原理，测出蝾螈体表具有高电位的三极点，在背腹部各有一条高电位线，并进一步证明人体某些腧穴和周围皮肤比表现为正电位。腧穴电位变化与神经功能密切相关。

测腧穴电位，多采用高输入阻抗的阴极毫伏计，可消除机体本身电阻变化所产生的影响。采用阴极平衡电路装置和负反馈原理，可把检流计的光点控制在零点上，有利于稳定。用差分放大器消除50赫兹交流电源的干扰，再配合生理记录仪，可连续记录腧穴电位的动态变化。70%腧穴呈高电位，头面部腧穴最高，躯干次之，四肢较低，上臂为最低。基于机体生理功能状态不同，经穴电位波动于30微伏—30毫伏之间。针灸等腧穴刺激，对皮表腧穴电位亦有影响。如刺激井穴仅在背俞和募穴上呈现电位反应；刺激背俞穴则仅在井穴上呈现电位反应。

常态生理情况下，机体左右同名经穴电位值均相接近，而病理情况下就会出现有关腧穴左右不平衡现象。

根据皮肤电位值改变，可帮助判断肺结核活动情况，鉴别子宫外孕和急性阑尾炎，诊断肾、心、肝、胆等疾病。如观察阑尾炎，绝大多数能够和手术结果相符合。

腧穴电位与电阻有密切关系，综合测定具有特殊意义，是今后值得深入探讨的。

腧穴

腧穴是脏腑、经络之气输注于体表的部位，也是人体上施行针灸和防治疾病的特定处所。战国时期称之为"输"；两汉初期也叫"砭灸处"；《黄帝内经》上称作"节"、"空"、"会"、"俞"、"气穴"；《明堂孔穴针灸治要》称为"孔穴"；《圣惠方》称作"穴道"；到了晚清《神灸经纶》中首次提出"穴位"这个名称。

人体上的腧穴，是先民在长期的临床实践中陆续发现的。人们从砭石治疗痈疽和烤火御寒的过程中逐渐得到启发，发现了供砭、灸治病的"砭灸处"。最早是在局部"以痛为腧"，嗣后则由于经验的积累，逐步意识到不仅是病变局部，而且某些特定部位虽然距离病所较远，但却能对疾病产生影响并通过砭灸治疗疾病。经过筛选，将这种特定部位加以定名，于是正式成为腧穴。

随着实践经验的不断丰富，新发现的腧穴越来越多。在这种情况下，腧穴开始按其与经脉的关系及主治功能等等进行分类。《黄帝内经》中虽然还没有明确提出这些名称，但其所载的井、荥、输、经、合五输穴，已经分经论述，具有经穴的性质；"以痛为腧"，实际上就是"阿是穴"；至于经外奇穴，该书也有记载。现将腧穴的分类列表如下：

- 腧穴
  - 经穴
    - 依腧穴性质与作用分类（类穴）
      - 五输穴
        - 井穴
        - 荥穴
        - 输穴
        - 经穴
        - 合穴
      - 原穴
      - 络穴
      - 背俞穴
      - 募穴
      - 郄穴
      - 交会穴
      - 下合穴
      - 八会穴
      - 交经八穴
    - 依腧穴所属经脉分类（十四经穴）
      - 手太阴肺经穴
      - 手阳明大肠经穴
      - 足阳明胃经穴
      - 足太阴脾经穴
      - 手少阴心经穴
      - 手太阳小肠经穴
      - 足太阳膀胱经穴
      - 足少阴肾经穴
      - 手厥阴心包经穴
      - 手少阳三焦经穴
      - 足少阳胆经穴
      - 足厥阴肝经穴
      - 任脉穴
      - 督脉穴
  - 经外奇穴
  - 阿是穴

腧穴的命名，思路十分广泛，可谓上而天文，下而地理，远取诸物，近取诸身，而且还有一个基本布局，即一般以上为天，下为地，外为阳，内为阴，前胸模拟宫殿，后背联系脏腑，而四肢则多引用地貌。其中以人身命名的有：①以解剖部位命名。有直接使用解剖名词命名的，如手侧之腕骨，项下的大椎，毛际的曲骨，两阴之间的会阴；有依原来解剖部位而转注其义的，如耳前的耳门，脑后的玉枕，鬓角的曲鬓，乳下的乳根，前囟的囟会，脊间的脊中，肩端的肩髃等。②以脏腑、经络、气血命名。以脏腑及其功能命名，多为背俞。如肺俞、魄户、心俞、神堂、肝俞、魂门、脾俞、意舍、肾俞、志室等；以经络命名的，如三阴经相交的三阴交；以气血命名的，则有气户、气穴、气舍、气海和血海等。③以治疗作用命名。如治目疾的睛明、光明；治聋哑的哑门；治鼻疾的迎香；治流涎的承浆；治惊风的瘈脉；治哮喘的喘息；治血病的血海；治津液病的照海；治命门火衰的关元、命门；治水肿的水分等。

由于针灸在全世界广泛传播，各国对于腧穴的名称译法不一，妨碍了正常的学术交流，因而在世界卫生组织主持下，制订了关于经络穴位名称的国际标准化方案，并于1989年11月在日内瓦会议通过。国际标准穴名由三部分组成，即汉语拼音、汉字和序号。序号是以经络名称的英文缩写加上穴位号，如中府为 LU_1，足三里为 ST_{36} 等。各经的缩写是：

经脉	缩写
手太阴肺经	LU
手阳明大肠经	LI
足阳明胃经	ST
足太阴脾经	SP
手少阴心经	HT
手太阳小肠经	SI
足太阳膀胱经	BL
足少阴肾经	KI
手厥阴心包经	PC
手少阳三焦经	TE
足少阳胆经	GB
足厥阴肝经	LR
任脉	CV
督脉	GV

中国于 1990 年公布了关于经穴部位的国家标准。其中的穴名序号，除了三条经的缩写词不同外，其他都与国际标准相同。这三条经是：

手少阳三焦经	SJ
任脉	RN
督脉	DU

腧穴特异性

腧穴特异性，是指腧穴在形态结构、空间分布、体表征象、病理反应以及刺激效应等方面，与其周围的非穴位比较，或与其他腧穴比较，具有的特异性质而言。数千年积累的临床经验，早已从针灸适应证及其疗效方面肯定了腧穴的特异性。但是腧穴的特异性都表现在哪些方面，它在理论与实践上的意义如何，这是针灸研究者一向关心的问题。近代的大量科学实验资料充分证明，腧穴的特异性是相对的，是有条件的，它主要表现在与之关联的如下几个方面：

腧穴结构特性 腧穴空间分布多在关节隙缝或骨孔部位，很少在骨骼的隆起处。"穴"字本身就有这种象形的含义。形态学的研究结果表明，腧穴部位是动脉、淋巴管、神经的有髓和无髓纤维贯穿表皮、真皮和皮下组织所形成的交错立体结构，其直径一般约为5—7毫米。绝大多数腧穴部位，神经、血管、感受器和效应器比较丰富。肌肉丰厚处的腧穴以肌梭分布为主；肌与腱接头处的腧穴则以腱器官为主；腱附近的腧穴以环层小体为主；头皮处的腧穴以游离神经末梢为主；关节囊处的腧穴以类路芬尼氏小体为主。腧穴局部，粗纤维分布占优势，尤其是Ⅱ类纤维。某些腧穴部位，末梢血管呈球状小体，其直径约300—600微米。也有些腧穴部位，肥大细胞较多。

腧穴生物物理特性 现代研究较多的是腧穴的电学特性。国内外多数观察结果表明，腧穴与其周围非穴部位比较，具有电阻偏低、电位和电容偏高等特性（见"经络腧穴电特性"条）。脏腑功能活动增强时，相应经穴的电位也增高。某脏腑被摘除或某经络线路组织被破坏，则相应经穴电位降低，甚至到零。进食前后则普遍下降。白天穴位导电量偏高，夜间偏低。穴位的各项电学指标，无不随时跟从着机体生理功能状态的改变而波动。最近发现，用特殊技术对人体体表冷光进行精确测定，经穴部位常可呈现高发光特性。腧穴部位皮肤温度的特异性，常在某种刺激的诱发下明显化。如在阳陵泉穴上给以针刺施行平补平泻手法，丘墟穴皮温明显升高；若用穴位注射10%当归液方法取代针刺，这种效应就更为明显。

腧穴病理反应特性 脏腑疾患，常在与其相关的腧穴呈现病理反应。古人早就指出，背腧穴、募穴、五输穴、原穴、下合穴等，都是易于出现病理反应的腧穴。阿是穴则是患病脏腑反映在体表的压痛点。如胆囊穴在胆囊疾患时出现压痛过敏现象；阑尾穴常在患阑尾炎时出现痛敏现象。腧穴病理性反应，总是伴随着疾病证候的消长而发生变化。

体表病理反应的表现形式很多，有色泽或感觉阈值方面的改变，也有组织形态或生物物理指标等方面的改变。体表病理性反应具有明显的部位特异性。如胃腑发病，多在胃俞和足三里穴上有所反应；肝脏发病，多在肝俞或太冲穴上有所反应。十二指肠溃疡病人，中脘和梁门（右）等穴均有压痛。不同疾病和不同腧穴，在反应形式上也多有不同倾向。如同是胃病，足三里反应多以条索状物出现，而胃俞穴反应则多以局部组织松弛形式出现，或呈凹陷，或感觉异常。然而如果患的是胃癌，则胃俞常出现结节样反应物。肝炎病人的太冲穴反应，则多以压痛形式表现。活动性肺结核病人中约有90%以上病例，在肺俞穴上呈现反应。肾病患者，肾俞穴压痛率为最高。用经络测定仪热探头测定井穴与交经八穴的热敏反应，在肺心病人中约有80%病例心包经穴呈现异常反应。病情轻者，阳性反应穴位数较少，反应物也少，且软；病情严重者则相反。病情好转或恶化，穴位病理反应也随之发生相应改变；病愈则反应消失，轻症急症消失迅速，重症慢症消失缓慢。不同脏腑患病时，也同样可以在相应经络腧穴的皮肤温度上反映出来。如肝实热证，肝俞和太冲穴皮温均明显升高。借用红外线成像技术也可显示出这种特性；有人观察溃疡病或癌病患者，相应背俞穴位红外线显示率达90%以上。

腧穴刺激效应特性 用针灸等刺激腧穴部位对机体产生的影响，一般来说较穴位周围非穴点明显。以同样条件进行穴位刺激，不同腧穴常可引起不同效应，或对不同部位产生影响。如针足三里穴对肠胃蠕动有明显影响，而刺激非穴点则不明显，甚或不起作用。在反覆针足三里穴并已形成条件反射的情况下，针其他胃经腧穴时虽未曾与食物结合过，但大多数可引起条件反射性唾液分泌，而在同样条件下针膀胱经腧穴则不出现反应，或偶尔出现反应分泌量也少；针足三里穴附近的胆经阳陵泉穴也不引起唾液分泌。在同一条件下，灸脾俞和足三里穴，均可引起胃收缩，而灸曲池穴则引起胃弛缓。在五肽泌素导致胃液分泌亢进时，电针足三里穴胃酸分泌下降，而电针合谷穴则影响不明显。电针至阳或肝俞、期门、日月穴，胆汁分泌量均明显增加，而电针太冲、陷谷或阴陵泉等穴则影响不明显。针灸期门与肝俞，肝血流量明显减少；而针灸肺俞与中府则肝血流量明显增多。针足三里穴对肝内柠檬酸的影响可明显增加葡萄糖的产生，从而降低酮体、游离胆固醇和游离脂肪酸；而针非穴点则不明显。针曲池或地机穴可引起胰岛素分泌亢进；而针足三里穴则否。针合谷或大杼等穴可使乙酰甲基胆碱诱发的支气管痉挛迅速缓解；而针非穴点则变化不显著。对循环系统的影响，针人中或人迎穴可产生拟交感神经性效应；而针足三里或阳溪穴则产生拟副交感神经性效应。针内关穴对冠心病患者心脏供血和心缩间期等都有明显的特异良性影响；而针与之相对的外关穴则无明显影响

针长强穴可明显增加心血搏出量,降低心率和平均动脉压,减低外周血管阻力;而针非穴点变化不明显。针照海和阴谷穴呈利尿效应;针复溜和肾俞等穴则表现抗利尿效应。针人中穴脑皮质氧分压立即增加;而针腹部非穴点则反而减少。针足三里穴可使脑血流图容积波幅增高,脑血管紧张度降低;针合谷穴则相反。在一定条件下针人中穴可使月经逐渐减少,针承浆穴则使月经恢复而怀孕。将催产素注入三阴交或合谷穴可使宫缩加强;而以同样剂量缩宫素(催产素)注臀部非穴点或悬钟、外关等穴则不引起明显改变。

艾灸至阴穴矫正胎位成功率达95%以上,而少商穴却无此效应。针哑门可使外周血中粒细胞增多,淋巴细胞减少;针脑户穴则使粒细胞减少,淋巴细胞增多。针足三里或合谷穴可提高白细胞吞噬指数;而针非穴点则否。针刺镇痛穴位的选择性很强。腹痛取足三里穴最佳,胸痛取内关穴最佳,眼痛取偏历或合谷穴为优。背部夹脊穴镇痛效应以上腹部为佳,而冲门和维道穴的镇痛效应,则以股内侧部为佳。电针合谷和三阴交穴,使上肢痛阈提高最明显,腹部次之,颈部最差。针麻肺叶切除术,三阳络一穴的镇痛效应,超过其他各穴组。胃切除术施行针麻,以辨证取穴为最好。

腧穴的特异性是相对的,是说这种特异性是比较而言的,是有条件的。腧穴在空间分布上不是一个绝对的点,而是相对的面;穴位的特异形态结构并不存在一个截然界限;所谓穴位生物物理特性,也不是恒定的;穴位病理反应多属倾向性提示,还不足以构成决定性的诊断根据;穴位刺激效应更不是一成不变的,如胃蠕动处于弛缓时针足三里穴可使其蠕动增强,相反胃呈痉挛状态针足三里穴则可使其缓解。研究腧穴特异性不仅是临床取穴、诊断和治疗所需要,也是进一步发展腧穴学所不可缺少的基础。

腧穴定位法

腧穴定位法一般分标志法、骨度折量法、同身寸法和压痛测定法四种,兹分述如下:

标志法 凡以身体的某一部位或器官作为标志定取腧穴的方法称标志法。这种方法又分定型标志和动态标志两种:①定型标志:是指利用五官、毛发、爪甲、乳头、脐窝以及骨节、肌肉凸起和缝隙等作为定取穴位的标志。如目内眦旁取睛明,两眉之间取印堂;耳屏前方取听宫;鼻子尖端定素髎;口角两旁取地仓;两乳之间取膻中;脐孔中间定神阙。肩胛骨下角平第七胸椎棘突定至阳,髂嵴平第四腰椎棘突定腰阳关等。②动态标志:即关节的皮肤皱折,经活动而出现的筋肉凹陷等作为定取腧穴的标志。如张口取听宫;闭口取下关;屈肘横纹定曲池;拇指翘起两筋之间取阳溪等。

骨度折量法 古人以骨节为标志测出一定度数,用以量定人体各部长短、大小,谓之骨度。"骨度"一词,虽出自《灵枢》,但它并不是专为针灸定穴而设。用"骨度"作为针灸定穴的折量尺寸的最早记载,首推《黄帝内经太素》。但年深久远,针灸临床家为了定穴之便而将骨度几经改易,这就形成了现在的骨度(见表)。

针灸常用骨度分寸表

部位	起止点	折量分寸(寸)	度量法	说明
头颈部	前发际至后发际	12	直寸	前、后发际不明者,从眉心至大椎上(第七颈椎棘突上方)折作18寸
	眉心至前发际	3	直寸	
	后发际至大椎上	3	直寸	
	两乳突之间	9	横寸	发角不明者,可用神庭至头临泣的距离加倍计取
	前额两发角之间	9	横寸	
胸腹部	胸骨上切迹至剑突	9	直寸	胸部与胁部诸穴,一般以肋间隙作准,每一肋间隙相当于1.6寸
	歧骨至脐中	8	直寸	
	脐中至耻骨联合上缘	5	直寸	
	两乳之间	8	横寸	不论男女,都可用两锁骨中线间距离为8寸。避免妇女差异较大之弊,乳中仍以乳头正中为准
背腰部	第一胸椎至骶骨	21椎	直寸	背腰部穴位以脊椎棘突作为定穴依据
	两肩胛骨脊柱侧缘之间	6	横寸	
上肢部	腋前皱襞至肘横纹	9	直寸	用于手三阴、手三阳经
	肘横纹至腕横纹	12	直寸	
下肢部	耻骨上缘至股骨内髁上缘	18	直寸	用于足三阴经
	胫骨内髁下缘至内踝中点	13	直寸	用于足三阳经。臀沟至腘横纹,可以作14寸计算
	股骨大转子中点至腘横纹	19	直寸	
	屈膝时外膝眼(伸膝时膝中)至外踝中点	16	直寸	
	外踝中点至足底	3	直寸	

骨度折量法的具体应用,就是将某一部位按骨度常数以寸为单位进行等分,然后参照腧穴的定位与距离折量定取。例如:按骨度,前、后发际之间长12寸,即将前、后发际中点之间的距离划分为12个等分。上星在前发际向后一个等分处定穴;百会在后发际上7个等分处定穴等,余此类推(图1)。

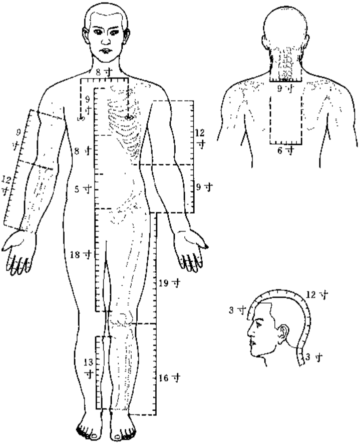


图1　骨度分寸图

同身寸法　以病人自身的某些特定部位折为一定长度用来测定腧穴位置的方法。古代曾用过目寸、口寸、人中寸等量度穴位，而最多用的是指度法。指度法是以手指或手指的某一部位作为寸度，用以量定腧穴的方法。指度法分中指同身寸法、拇指同身寸法和一夫法三种。①中指同身寸法：屈指以中指中节两端横纹头之间的距离作1寸。②拇指同身寸法：即以拇指指节横纹两端间距作为1寸。③一夫法：以示、中、环、小四指相并作为3寸。此法使用方便，但因易有误差，故应用时以不超过3寸为宜（图2）。

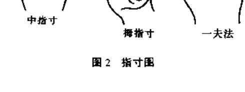


图2　指寸图

压痛测定法　凡以压痛点作为定取腧穴的方法称压痛测定法。这种方法多用于阿是穴定位，同样也适用于经穴和奇穴的定穴。如《灵枢·背腧》说："肾俞在十四焦（椎）之间，皆挟脊相去三寸所，则欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其腧也。"其他如奇穴中的阑尾穴、胆囊穴等，也都以其所在部位结合压痛法进行定取。

腧穴的临床应用

腧穴位居体表，是经气输转的部位，它内借经络与脏腑发生联系，外与自然界相通，如同门户一样，起着内通外达的作用。中医临床凭借着腧穴的这种内通外达的规律，辨别病证并采取相应治疗措施。主要用在以下两个方面：

协助诊断　在疾病情况下，腧穴有反映病痛的作用，是指一种小面积的压痛、酸楚、舒快以及结节、充血、肿胀、变色、丘疹、脱屑、凹陷、麻木等异常现象。也就是说，腧穴部位出现的各种反应，可以用来协助诊断某一个病证。如阑尾穴可以反映阑尾病痛；胆囊穴可以反映胆囊

疾患等。至于耳穴也有这种作用，如肾病反应于肾区，肝病反应于肝区，眼病反应于眼区等。

防治疾病 针灸所以能防治疾病，主要有赖于腧穴接受各种外来的治疗性刺激，激发经络，调整经气，以达到补虚泻实，扶正祛邪的目的。腧穴在临床上的应用有局部取穴、远道取穴、上病下取、下病上取、中病旁取、前(面)病后(面)取、后(面)病前(面)取、左病右取、右病左取等形式，还可以结合不同部位、特性而加以灵活选用。

腧穴主治纲领

腧穴的主治，决定于它所处的位置、隶属的经脉和是否类穴等。一般说，所有腧穴都可以主治局部和邻近部位的病证，这是腧穴主治的共性。头身部的腧穴，一般以主治局部和邻近部位的病证为主，但有的也可以主治四肢和全身病证；四肢部的腧穴大都能治疗远端疾患，但有的也只局限于主治局部和邻近部位的病证。现将全身腧穴分部主治列表1—10如下(其他可见经穴和各种类穴条)：

表1 头面颈项部腧穴主治表

分 部	主 治
前头、侧头区	眼、鼻病
后 头 区	神志、眼、局部病
项 区	神志、咽喉、眼、头项病
眼 区	眼病
鼻 区	鼻病
颈 区	舌、咽喉、气管、食管、颈部病

表2 胸膺胁腹部腧穴主治表

分 部	主 治
胸 膺 部	胸、肺、心病
腹 部	肝、胆、脾、胃病
少 腹 部	经带、前阴、肾、膀胱、肠病

表3 肩背腰尻部腧穴主治表

分 部	主 治
肩 胛 部	局部、头项病
背 部	肺、心病
背 腰 部	肝、胆、脾、胃病
腰 尻 部	肾、膀胱、肠、后阴、经带病

表4 腋胁侧腹部腧穴主治表

分 部	主 治
胸 胁 部	肝、胆、局部病
侧 腹 部	脾、胃、经带病

表5 上肢内侧部腧穴主治表

分 部	主 治
上臂内侧部	肘臂内侧、胸部病
前臂内侧部	胸、肺、心、咽喉、胃、神志病
掌指内侧部	神志、昏迷、发热病

表6 上肢外侧部腧穴主治表

分 部	主 治
上臂外侧部	肩、臂、肘外侧病
前臂外侧部	头、眼、鼻、口、齿、咽喉、胁肋、肩胛、神志、发热病
掌指外侧部	咽喉、昏迷、发热病

表7 下肢后面部腧穴主治表

分 部	主 治
大腿后面	臀股部病
小腿后面	腰背、后阴病
跟后、足外侧	头、项、背腰、眼、神志、发热病

表8 下肢前面部腧穴主治表

分 部	主 治
大腿前面	腿膝部病
小腿前面	胃肠病
足跗前面	前头、齿、咽喉、胃肠、神志、发热病

表9 下肢内侧部腧穴主治表

分 部	主 治
大腿内侧	经带、小溲、前阴病
小腿内侧	经带、脾胃、前阴、小溲病
足 内 侧	经带、脾胃、肝、前阴、肾、肺、咽喉病

表10 下肢外侧部腧穴主治表

分 部	主 治
大腿外侧	腰尻、膝股关节病
小腿外侧	胸胁、颈项、眼、侧头部病
足 外 侧	侧头、眼、耳、胁肋、发热病

经穴

凡已归属于十四经脉的腧穴称为经穴。这类腧穴全部分布在经脉的循行线上。对于穴位归经的认识，肇源于《黄帝内经》。如《灵枢·本输》将四肢部的五输穴分经记载，该书所载经穴名已达160个。嗣后历代有所增加，

现今则为361个名。兹将历代经穴数字的发展情况列表如下：

经穴数字发展情况表

年代	书名	作者	穴名数		
			单穴	双穴	合计
战国至公元前1世纪	《黄帝内经》		25	135	160
晋	《甲乙经》（收引《明堂孔穴针灸治要》）	皇甫谧	49	300	349
宋	《铜人图经》	王惟一	51	303	354
明	《针灸大成》	杨继洲	51	308	359
清	《医宗金鉴》	吴谦	52	308	360
清	《针灸逢源》	李学川	52	309	361

经穴归属于一定经脉，其上下先后的次序排列与脉气运行基本一致(图1—14)。

运用针灸治病，除熟悉经穴的归属、位置以外，掌握每个经穴的主治范围是一个非常关键性的条件。但经穴众多，主治复杂，如不得要领，往往难以掌握。其实，经穴主病有它一定的规律，主要表现在以下几个方面：①每个经穴均可治疗其所在部位和邻近部位的疾患(包括深部脏腑疾病在内)。②四肢部，尤其是肘、膝关节以下，每个经穴均可治疗本经脉循行所过部位及连属脏腑的疾患。③表里经穴，可以治疗表里经病。④手三阴经穴均可治

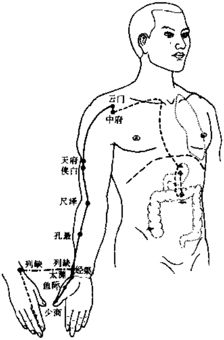


图1　手太阴肺经穴

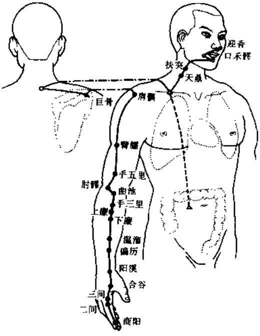


图2　手阳明大肠经穴

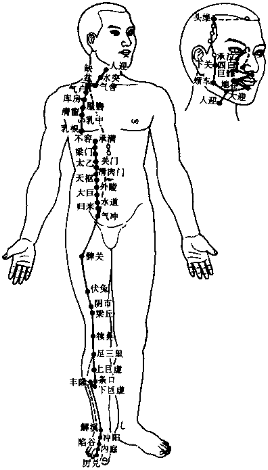


图3　足阳明胃经穴

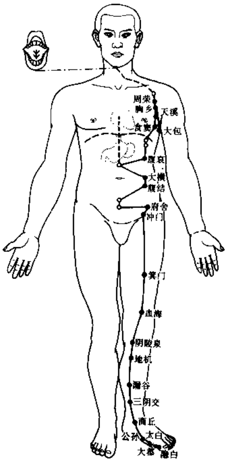


图4 足太阴脾经穴

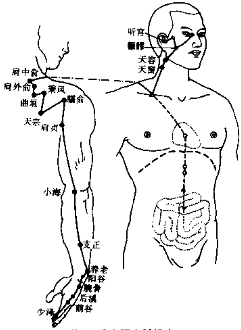


图6 手太阳小肠经穴

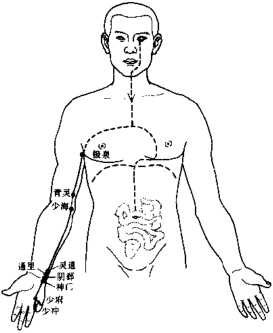


图5 手少阴心经穴

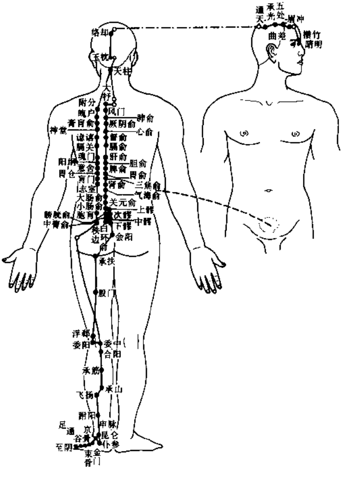


图7 足太阳膀胱经穴

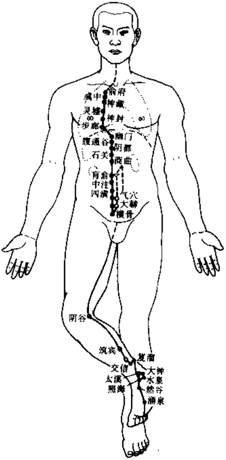


图 8 足少阴肾经穴

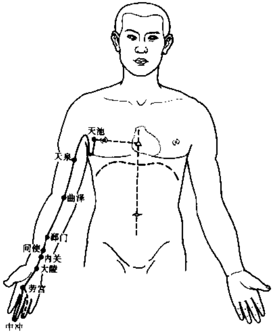


图 9 手厥阴心包经穴

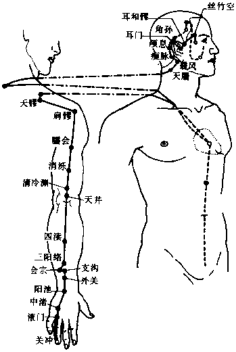


图 10 手少阳三焦经穴

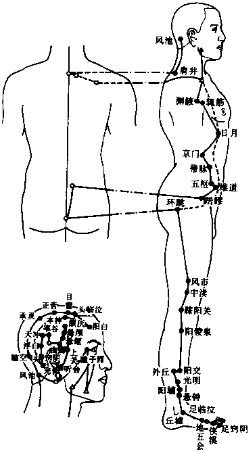


图 11 足少阳胆经穴

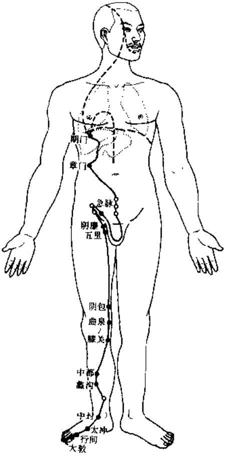


图12 足厥阴肝经穴

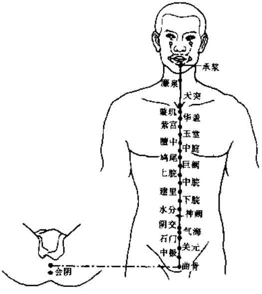


图13 任脉穴

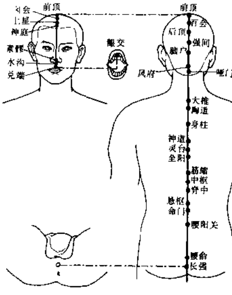


图14 督脉穴

疗胸部疾患；足三阴经穴均可治疗胸腹疾患；手足三阳经穴均可治疗头面、五官疾患。

掌握了以上内容，不难对每个经穴的主治勾划出一个初步的轮廓。再结合各种类穴的不同特点，合并考虑，才能对经穴主治有一个比较全面的了解。现将各经穴的主治要点列表1—5叙述如下：

表1 手三阴经穴主治表

经名	本经病	二经病	三经病	备注
手太阴经	喉、胸、肺、鼻病		胸（包括胸部内脏）部病	肺、喉以手太阴为主
手厥阴经	胸、心、胃、神志病	心、神志病		心、神志以手少阴为主
手少阴经	胸、心、神志、舌病			心、胃以手厥阴为主

表2 手三阳经穴主治表

经名	本经病	二经病	三经病	备注
手阳明经	前头、面、目、齿、鼻、喉、颈项、热病		头、目、喉、热病	头面、颈项、咽喉以手阳明为主
手少阳经	侧头、耳、目、喉、胸胁、热病	耳病		头侧、耳、胸胁以手少阳为主
手太阳经	后头、项、目、耳、鼻、喉、脑、热病			后头、项、目以手太阳为主

表3 足三阳经穴主治表

经 名	本经病	二经病	三经病	备 注
足阳明经	前头、面、目、鼻、齿、喉、脑、腹、热病、神志病	脑病	目病、热病、神志病	躯体正面各部以足阳明为主;躯体侧面各部以足少阳为主;躯体背面各部以足太阳为主;头面、五官病以足部穴为主;脏腑、脑病、热病,以膝以下穴为主
足少阳经	侧头、目、耳、喉、胸胁、热病、神志病			
足太阳经	后头、目、项、腰背、后阴、脑、热病、神志病			

表4 足三阴经穴主治表

经 名	本经病	三经病	备 注
足太阴经	腹部、生殖器官、舌本病	腹部和生殖器官病	腹部病以足太阴为主;生殖器官病以足厥阴为主;咽喉、耳病以足少阴为主;足三阴统治胸腹疾患,其中尤以下腹及相应内脏病为主
足厥阴经	少腹、生殖器官、胸胁、眼病		
足少阴经	腹部、生殖器官、神志、咽喉、耳病		

表5 任督二脉穴主治表

经 名	本经病	二经病	备 注
任 脉	生殖器官、胸腹、咽喉、舌本、神志病	神志病	生殖器官、腹部病以任脉为主
督 脉	头项、后阴、背腰、热病、神志病		后阴、腰背、头项、神志病以督脉为主

奇穴

凡于经穴之外具有固定位置、主治和名称的经验效穴称为奇穴。这类腧穴一般位置分散,难以归经,所以习惯上称它为经外奇穴。奇穴是与经穴相对而言,没有经穴,便不可能有经外奇穴。但这并不说明奇穴的出现在时序上一定晚于经穴,因为两者名称上的不同,完全是一种分类上的需要。其实,它们的出现并无明显的时界可供划分。这可以从中医学最早的经典著作《黄帝内经》中得到证实。该书虽然没有明确提出"经外奇穴"或"奇穴"这个名称,但确确实实记载了不少如"诸症而脉不见,刺十指间出血,血去必已"等被以后称之为经外奇穴的腧穴。晋代葛洪的《肘后备急方》里这种穴位又有所增加;到了唐代,孙思邈撰《千金要方》里散见各卷的奇穴,竟达到187穴之多。明代方书《奇效良方》,首创将"奇穴"单独立节专论。《针灸大成》论穴有"奇"、"正",提出了"经外奇穴"这个名称,收载35个,对后世影响很大。以后《类经图翼》称为"奇俞",收载84穴。《针灸集成》汇集144穴。这说明了历代医家对奇穴是颇为重视的。奇穴都是由阿是穴升华而来,而其本身又成为经穴发展的来源。例如膏肓俞、厥阴俞等穴,在《千金要方》中还没有归经,属于奇穴,但后来的针灸书籍已将它列入经穴的范畴。奇穴的临床应用,一般主治针对性较强,疗效也比较奇特。如四缝穴之治疳疾,太阳穴之治目赤等等。有的还可以用来诊断某些疾病,如胆囊穴的压痛,往往与胆道疾患有关。

阿是穴

凡以病证在体表上的反应点作为腧穴使用者称为"阿是穴"。这类穴位,既没有具体名称,也没有固定位置,往往随病而出,病愈而失。它是穴位形成的最初形式。《灵枢·经筋》所载的"以痛为输"和《灵枢·五邪》所载的"以手疾按之,快然乃刺之",指的就是这类腧穴。但最早提出"阿是穴"这个名称的却是唐代孙思邈所撰的《千金要方》。他说:"吴蜀多行灸法,有阿是之法,言人有病痛,即令捏其上,若里(果)当其处,不问孔穴,即得便快成(或)痛处,即云阿是,刺灸皆验,故曰阿是穴也。""阿",有痛的意思(见《汉书·东方朔传》颜师古注);"阿是",则是吴语问词(即是不是)。医生在临床上用撮捏按压等手段检查病体时,询问病人是不是敏感(舒快或疼痛)的部位,"是"则作为穴位使用,故称"阿是穴"。也有人以按压痛处,病人会"阿"的一声,来进行解释的(《腧穴学》)。因为这类穴位位置不定,随病应合,所以也有"不定穴"(《扁鹊神应针灸玉龙经·玉龙歌》)和"天应穴"(《古今医统》)的称呼。今人所指的"压痛点"或"敏感点",名称虽异,其义实同。

阿是穴经过长期的、反覆的临床实践,确认它对某些病证行之有效,经过定名、定位、定主治、定刺灸的过程,便成为固定的穴位。"经穴"或"奇穴"无不来源于此。临床上对于阿是穴的定取,必须择用与病证有关的敏感部位,如果忽视了"敏感"这个重要因素,也就失去了阿是穴的实际意义。阿是穴在临床上可以用来治疗任何与之有关的病证,特别对各种疼痛性疾患,往往有立竿见影的疗效。这是针灸临床选穴的一个重要方面。另外,它在疾病诊断上也有一定的参考价值,例如足三里下1—2寸间有明显压痛,结合临床右下腹部疼痛等体征,就可诊断为有阑尾炎。

类穴

在十四经穴中,将某些具有特殊性质和作用的腧穴另加组合,称为类穴,也称特定穴。类穴在十四经穴中不仅数量上占有相当比例,而且在针灸学的基本理论、临床应用等方面,也都有着极其重要的意义。它与经络以及气、血、筋、脉、骨、髓等之间有着密切关系。

类穴的组合具有一定的规律,大致有以下几点:①腧穴与五脏六腑有密切关系(包括生理、病理、诊断、治疗等),如背俞、募穴、原穴、下合穴。②腧穴与经脉、气血等有密切关系,如五输穴、郄穴、交会穴、络穴、交经八穴、八会穴等。另外,就是在主治上的同一性和协同性。如《内经》中的热病五十九俞、水病五十七处,《千金要方》用来治疗精神疾患的十三鬼穴,《针灸聚英》用于各种危急症候的回阳九针穴等,从广义上说也同样属于类穴范畴,尽管习惯上没有这种归属。类穴的具体内容及其分类如下表:

类穴分类表

分 类	意 义	临 床 应 用
背俞穴	脏腑经气输注于背腰部的腧穴	诊治脏腑病证,以脏病多用
原 穴	脏腑原气经过和留止处的腧穴	诊治脏腑病证
募 穴	脏腑经气结聚于胸腹部的腧穴	诊治脏腑病证,以腑病多用
下合穴	六腑经气合入于足三阴经的腧穴	诊治六腑病证
五输穴	各经在肘膝关节以下的五个要穴	治疗本脏腑经络病证
郄 穴	脉气深聚之处的腧穴	诊治脏腑急性病证
络 穴	络脉从本经别出处的腧穴	主治本络脉和表里经病证
交会穴	两条以上经脉交会通过处的腧穴	治疗交会经脉病证
交经八穴	与奇经八脉脉气相通的腧穴	主治相应部位与经脉的病证
八会穴	与脏、腑、筋、脉、气、血、骨、髓相通的腧穴	主治脏、腑、筋、脉、气、血、骨、髓的病证

在十四经穴中,类穴具有明显的自身特点,主要表现在:①腧穴的作用,主要体现于各种类穴,它是十四经穴的主体。②类穴都是脏腑、经脉、气血等作用比较明显的部位,许多病证都可以从类穴上得到反应和治疗。③类穴的种类较多,一个类穴可以单属于其中的一类,也可以同属几类。如中脘穴既是募穴,又是八会穴,也是交会穴等。④类穴的主治针对性较强,如募穴之治疗六腑病,背俞穴之治疗五脏病等。

背俞穴

五脏六腑之气输注于背部的腧穴称为背俞穴。《素问·长刺节论》:"迫脏刺背,背俞也。"说明背俞穴接近内脏,对有关脏腑具有相对的特异性。

背俞穴,经历过由少到多,从不完整到完整的发展过程。《灵枢·背腧》只记述了五脏背俞。晋代王叔和撰《脉经》一书,补充了大肠俞、小肠俞、胆俞、胃俞和膀胱俞五穴。后来《甲乙经》又补充了三焦俞。迄至《千金要方》补出厥阴俞一穴,背俞穴方始完备。

背俞穴表

脏腑	肺	心包	心	肝	胆	脾	胃	三焦	肾	大肠	小肠	膀胱
背俞	肺俞	厥阴俞	心俞	肝俞	胆俞	脾俞	胃俞	三焦俞	肾俞	大肠俞	小肠俞	膀胱俞
所在椎数	3	4	5	9	10	11	12	13	14	16	18	19

背俞穴全部分布在背部足太阳膀胱经第一侧线,"挟脊相去三寸",即后正中线旁开一寸五分。其上、下排列与脏腑位置的高低基本一致。即脏腑在上者,其背俞位置高;脏腑在下者,其背俞位置低。因为背俞穴是脏腑之气输注的一些特定腧穴,最能反应脏腑功能的盛衰,所以背俞穴局部出现的各种异常反应,如敏感、压痛以及结节、凹陷等等,经常被用来诊察相应脏腑病证。基于此,背俞穴可以治疗相应脏腑病证。如针刺大肠俞,对预防和治疗痢疾有明显疗效;针刺心俞能治心悸、胸痹心痛;湿痹久治不愈,根据脾主湿的理论,可以用脾俞进行治疗。肝主筋,开窍于目,凡筋脉挛急和各种目疾,均可取用肝俞等。另外,根据《难经》"阳病行阴"、"阴病行阳"的理论,背俞穴在临床上既可单独使用,也可与募穴相配而用,即所谓"俞募配穴"。

募穴

五脏六腑之气聚集于胸腹部的一些特定腧穴称为募穴。《素问·奇病论》:"胆虚,气上溢而口为之苦,治之以胆募俞。"这是募穴的最早记载,但尚未指出具体穴名。以后《脉经》记述了除心包、三焦以外10个脏腑的募穴。到了《甲乙经》出现了三焦募穴石门,后世又有人将膻中作为心包募穴。具体内容如下表:

募穴表

双侧		正中	
脏 腑	募 穴	脏 腑	募 穴
肺	中府	心包	膻中
肝	期门	心	巨阙
胆	日月	胃	中脘
脾	章门	三焦	石门
肾	京门	小肠	关元
大肠	天枢	膀胱	中极

募穴的分布,较背俞更接近于相应脏腑,即脏腑位置高的募穴在上,脏腑位置低的募穴位置在下。募穴,有半数分布于任脉,其他则分布于肝、胆、肺、胃四经。由于募

穴接近脏腑，所以无论病生于内，或邪犯于里，均可在相应的募穴上出现酸胀，压痛等病理反应。临床上根据这些反应，可以作为诊断某些疾病的参考。《难经本义》说："阴阳经络，气相交贯，脏腑背腹，气相通应。"说明背俞穴与腹募穴是互相贯通的。因此，脏有病，其气出行于阳部时，在其相应的背俞穴处会出现压痛等反应；病邪外袭，每因其病气入行于阴，而在其相应募穴也会出现压痛等反应。所以临床上有"审募而察俞，取俞而诊募"的方法。募穴都是治疗脏腑病证的重要腧穴，如肝募期门可治胁痛，大肠募天枢可治泄泻等。募穴在临床上既可以单独使用，也可以与背俞穴相配。例如咳嗽气喘、胸闷、痰多等肺脏病证，既可以独取中府，也可以与肺俞同用；胃脘胀痛等胃腑病证，既可以独取中脘，也可以与胃俞同用等等。俞、募合用，针灸学上称之为俞募配穴。

五输穴

十二经脉在肘膝关节以下各有五个重要腧穴，从指、趾末端起始，依次为井穴、荥穴、输穴、经穴、合穴，总称为五输穴。五输穴首先见于《灵枢·本输》，载有十一条经脉的五输穴名称，唯缺手少阴五穴。至皇甫谧著《甲乙经》，五输穴方始完备(五输穴见表)。

十二经五输穴表

五输名	肺	大肠	胃	脾	心	小肠	膀胱	肾	心包	三焦	胆	肝
井	少商	商阳	厉兑	隐白	少冲	少泽	至阴	涌泉	中冲	关冲	窍阴	大敦
荥	鱼际	二间	内庭	大都	少府	前谷	通谷	然谷	劳宫	液门	侠溪	行间
输	太渊	三间	陷谷	太白	神门	后溪	束骨	太溪	大陵	中渚	足临泣	太冲
经	经渠	阳溪	解溪	商丘	灵道	阳谷	昆仑	复溜	间使	支沟	阳辅	中封
合	尺泽	曲池	足三里	阴陵泉	少海	小海	委中	阴谷	曲泽	天井	阳陵泉	曲泉

五输穴以井、荥、输、经、合的顺序排列。意指脉气自四肢末端开始向上流注于躯干、头面，象水流一样自源而出，由小到大，由浅入深。经气初出，如水之源头，故称之为"井"，多位于四肢爪甲之侧；经气稍盛，如水流尚微，萦迂未成大流，所以称之为"荥"，多位于掌指(跖趾)关节之前；经气渐盛，由小而大，由浅注深，由此输彼，所以称之为"输"，多位于掌指(跖趾)关节之后；经气更盛，如畅通之水，行经流过，所以称之为"经"，多位于腕(踝)或臂(胫)部；经气大盛，由此深入，犹如江河合入于海，所以称之为"合"，位于肘膝关节附近。五输穴配属五行是：阴井木、阳井金、阴荥火、阳荥水、阴输土、阳输木、阴经金、阳经火、阴合水、阳合土。如肺经的井穴少商属木，大肠经的合穴曲池属土等。

五输穴都是重要腧穴，在临床中最常用。在应用方面，有按主病选穴、补母泻子和按时取穴三种形式。

按主病选穴，系根据五输穴各自的特点。《灵枢·邪气藏府病形》说："荥俞治外经，合治内府。"意指荥穴、输穴主要治疗经脉循行所过部位的病证；而合穴则较多地应用于治疗脏、腑疾患。《灵枢·顺气一日分为四时》对五输穴的主病又另有所说："病在脏者，取之井；病变于色者，取之荥；病时间时甚者，取之输；病变于音者，取之经；经满而血者，病在胃及以饮食不节得病者，取之合。"后来《难经》又做了补充："井主心下满，荥主身热，输主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄。"近代对于五输穴的应用，基本上没有脱离上述范围。井穴多用于昏迷急救；荥穴多用于各种热病；输穴多用于肢节酸痛；经穴多用于咽喉、浮肿等证；合穴多用于胃肠等消化系疾病。

补母泻子，系根据《难经》第六十九难提出的"虚者补其母，实者泄其子"的观点，将五输穴配属五行，然后按生我者为母，我生者为子的原则，实证取用子穴，虚证取用母穴。如肺属金，金能生水，实则泻其子，故肺虚的疾病补肺经的输穴(属土)太渊。余此类推。

按时取五输穴，称为子午流注，详见子午流注纳甲法、子午流注纳子法、子午流注养子时刻取穴法三条。

原穴

脏腑原气行经和留止于四肢部的腧穴称为原穴。原穴与原气有关。根据《难经》第六十六难的解释，脐下的肾间动气，是人体维持生命活动的动力，也是十二经脉维持正常生理功能的根本，所以称为原气。原气贯通运行于上、中、下三焦，输布到五脏六腑、头身四肢。其留驻于四肢部的腧穴，即是原穴。

原穴有12个，但各家所指并不完全一致。《灵枢·九针十二原》所指出的是五脏之原及膏之原、肓之原，都在阴经。即肺之原太渊，心之原大陵，肝之原太冲，脾之原太白，肾之原太溪，以上都左右各一，再加上膏之原鸠尾

和肓之原脖胦(气海),共 12 穴。《灵枢·本输》所载只是手三阳、足三阳经的原穴。即大肠原合谷,小肠原腕骨,三焦原阳池,胃原冲阳,膀胱原京骨,胆原丘墟。左右各一,合为 12 穴。《难经》第六十六难则兼容二说,去其膏、肓二原而增补手少阴之原兑骨(即神门)。这样,十二经脉就都有了各自的原穴。其中阴经的原穴,实际上就是五输穴中的输穴。但《千金要方》所载十二原除阳经的与《难经》相同外,阴经的则全部不同,即肺之原列缺,心包之原内关,心之原通里,脾之原公孙,肝之原中封(《外台秘要》作中都),肾之原水泉。对于以上几种不同观点,自宋元以后已基本统一,皆从《难经》之说。

十二原穴表

经脉	肺	大肠	胃	脾	心	小肠	膀胱	肾	心包	三焦	胆	肝
原穴	太渊	合谷	冲阳	太白	神门	腕骨	京骨	太溪	大陵	阳池	丘墟	太冲

原穴在临床上主要应用于对疾病的诊断和治疗。《灵枢·九针十二原》:"五脏有疾也,应出十二原,十二原各有所出,明知其原,睹其应,而知五脏之害矣。"说明五脏有病,在原穴部位可以表现出一定的反应;反过来,原穴部位出现的各种异常变化,也同样可以推知五脏功能的盛衰情况。例如现代的经络测定仪,主要就是测定原穴,根据其实测数据换算以后,可协助判断其脏腑、气血的虚实变化。目前对于经络的研究,原穴也往往作为一经的代表穴加以运用。在治疗方面,原穴主要用来治疗五脏病变,即所谓"五脏有疾,当取之十二原"。例如咳嗽、气喘,可取肺之原太渊;心痛、心悸,可取心包之原大陵等,均有较好疗效。另外,在腧穴配伍上,原穴与络穴往往同用,称原络配穴,可以用来治疗表里经之间的病证。

络穴

十五络脉从本经分出处的腧穴称为络穴。络穴计 15 个。现根据《灵枢·经脉》的记载,列表如下:

十五络穴表

经脉名称	肺经	大肠经	胃经	脾经	心经	小肠经	膀胱经	肾经	心包经	三焦经	胆经	肝经	任脉	督脉	脾之大络
络穴名称	列缺	偏历	丰隆	公孙	通里	支正	飞扬	大钟	内关	外关	光明	蠡沟	鸠尾	长强	大包

十五络穴及其主病表

络穴	隶属	主病	
		实	虚
列缺	肺	锐掌热	欠故、小便遗数
偏历	大肠	龋聋	齿寒、痹膈
丰隆	胃	气逆则喉痹、卒瘖、狂颠	足不收、胫枯
公孙	脾	霍乱、腹中切痛	鼓胀
通里	心	支膈	不能言
支正	小肠	节弛、肘废	生疣
飞扬	膀胱	鼽窒、头背痛	鼽衄
大钟	肾	气逆则烦闷、癃闭	腰痛
内关	心包	心痛	头强、心烦
外关	三焦	肘挛	不收
光明	胆	厥	痿躄坐不能起
蠡沟	肝	气逆则睾肿、卒疝、挺长	暴痒
鸠尾	任	腹皮痛	瘙痒
长强	督	脊强	头重高摇之
大包	脾	身尽痛	百节皆纵

十五络穴以各自主治所属经脉、络脉的虚实病证为主,也可治疗表里经的某些疾病。如手太阴肺经络穴列缺,它既能主治本经病候中的咳嗽、气喘、臑臂内前廉疼痛和络脉病候中的手锐掌热、欠故、小便遗数,也能治疗手阳明经病候中的齿痛颈肿、鼽衄喉痹、肩前臑痛等。余此类推。络穴在临床上可以单独应用,也可与其表里经的原穴相配,这种配穴称之为"原络配穴"或"主客配穴",主治表里脏腑、经脉病证。

郄穴

经脉气血曲折汇聚之处的穴位称为郄穴。据《甲乙经》记载,十二经脉及阴跻、阳跻、阴维、阳维各有一郄。总称"十六郄穴"(见表)。

十六郄穴表

经脉	手太阴	手阳明	足阳明	足太阴	手少阴	手太阳	足太阳	足少阴	手厥阴	手少阳	足少阳	足厥阴	阴跻	阳跻	阴维	阳维
郄穴	孔最	温溜	梁丘	地机	阴郄	养老	金门	水泉	郄门	会宗	外丘	中都	交信	跗阳	筑宾	阳交

郄穴都分布在四肢肘膝关节以下，脏腑患病时常在其相应郄穴处产生疼痛、酸胀等反应，临床上可作诊断的参考，同时也是治疗相应脏腑及本经病证的重要穴位。根据近人经验，郄穴对急性病有其独特疗效。其中阴经的郄穴还可用来治疗血证，如地机治崩漏，孔最治咯血等。

交会穴

凡有两条以上经脉交会通过的腧穴称交会穴。交会穴的内容首载于《黄帝内经》，至《甲乙经》已颇为详细。以后《外台秘要》、《素问》王冰注、《铜人图经》、《十四经发挥》、《针灸聚英》、《奇经八脉考》及《针灸大成》等书又有所增补（见表）。

交会穴表

所属经名	交会穴名	交会经脉	文献依据
手太阴	中府	手（可能脱“足”字）太阴之会	《甲乙经》
		手足太阴之会	《素问·气穴论》王冰注
手阳明	臂臑	手阳明、手足太阳、阳维之会	《奇经八脉考》
		手阳明、络之会	《甲乙经》
	肩髃	手阳明、阳蹻之会	《甲乙经》
		手阳明、少阳、阳蹻之会	《奇经八脉考》
		手太阳、阳明、阳蹻之会	《图翼》
	巨骨	手阳明、阳蹻之会	《甲乙经》
	迎香	手足阳明之会	《甲乙经》
足阳明	承泣	阳蹻、足阳明之会	《甲乙经》
	巨髎	阳蹻、足阳明之会	《甲乙经》
		手足阳明、任脉、阳蹻之会	《大成》
	地仓	阳蹻、手足阳明之会	《甲乙经》
		手足阳明、任脉、阳蹻之会	《奇经八脉考》
	下关	足阳明、少阳之会	《甲乙经》
	头维	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
		足少阳、阳明之会	《素问·气穴论》王冰注
	人迎	足阳明、少阳之会	《聚英》
	气冲	冲脉者，起于气街	《素问·骨空论》

（续表）

所属经名	交会穴名	交会经脉	文献依据
足太阴	三阴交	足太阴、厥阴、少阴之会	《甲乙经》
	冲门	足太阴、厥阴之会	《甲乙经》
		足太阴、阴维之会	《外台》
	府舍	足太阴、阴维、厥阴之会	《甲乙经》
		足太阴、厥阴、少阴、阳明、阴维之会	《奇经八脉考》
	大横	足太阴、阴维之会	《甲乙经》
	腹哀	足太阴、阴维之会	《甲乙经》
手太阳	臑俞	手足太阳、阳维、阳蹻之会	《甲乙经》
		手太阳、阳维、阳蹻之会	《外台》
	秉风	手阳明、太阳、手足少阳之会	《甲乙经》
	颧髎	手少阳、太阳之会	《甲乙经》
	听宫	手足少阳、手太阳之会	《甲乙经》
	天容	手少阳脉气所发	《甲乙经》
		四次脉，足少阳也，名曰天容	《灵枢·本输》
足太阳	睛明	手足太阳、足阳明之会	《甲乙经》
		手足太阳、手足少阳、足阳明五脉之会	《铜人》
		手足太阳、足阳明、阴蹻、阳蹻五脉之会	《素问·气穴论》王冰注
		足太阳、督脉之会	《奇经八脉考》
	大杼	足太阳、手太阳之会	《甲乙经》
		手足太阳、少阳、督脉之会	《奇经八脉考》
		督脉别络，手足太阳三脉之会	《素问·气穴论》王冰注
	风门	督脉、足太阳之会	《甲乙经》
	附分	足太阳之会	《甲乙经》
		手足太阳之会	《外台》
	上髎	足太阳、少阳之会	《甲乙经》
	中髎	足太阳、厥阴、少阳三脉左右交结于中	《素问·刺腰痛》篇王冰注
		足厥阴、少阳所结之会	《聚英》
	下髎	足太阳、厥阴、少阳三脉左右交结于中	《素问·刺腰痛》篇王冰注
	跗阳	阳蹻之郄	《甲乙经》

（续表）

所属经名	交会穴名	交会经脉	文献依据
足太阳	申脉	阳蹻所生	《甲乙经》
	仆参	足太阳、阳蹻所会	《外台》
	金门	阳维所别属也	《甲乙经》
足少阴	大赫	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	气穴	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	四满	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	中注	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	肓俞	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	商曲	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	横骨	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	石关	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	阴都	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	腹通谷	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	幽门	冲脉、足少阴之会	《甲乙经》
	照海	阴蹻脉所在	《甲乙经》
	交信	阴蹻之郄	《甲乙经》
	筑宾	阴维之郄	《甲乙经》
手厥阴	天池	手厥阴、足少阴之会	《甲乙经》
		手足厥阴、少阳之会	《聚英》
手少阳	臑会	手阳明、少阳二络气之会	《素问·气府论》王冰注
		手阳明之络	《甲乙经》
		手少阳、阳维之会	《聚英》
	丝竹空	足少阳脉气所发	《甲乙经》
		手足少阳脉气所发	《聚英》
	天髎	手少阳、阳维之会	《甲乙经》
		足少阳、阳维之会	《外台》
		手足少阳、阳维三脉之会	《素问·气府论》王冰注
	翳风	手足少阳之会	《甲乙经》
	角孙	手足少阳、手太阳之会	《甲乙经》
		手足少阳之会	《铜人》
	和髎	手足少阳、手太阳之会	《甲乙经》
		手足少阳之会	《外台》

（续表）

所属经名	交会穴名	交会经脉	文献依据
手少阳	瞳子髎	手太阳、手足少阳之会	《甲乙经》
		手足少阳之会	《外台》
	上关	手少阳、足阳明之会	《甲乙经》
		手足少阳、足阳明三脉之会	《素问·气府论》王冰注
		足阳明、少阳之会	《铜人》
	颔厌	手少阳、足阳明之会	《甲乙经》
		足少阳、阳明之会	《外台》
		手足少阳、阳明之会	《铜人》
	听会	手少阳脉气所发	《外台》
	悬颅	手足少阳、阳明三脉之会	《聚英》
		足阳明脉气所发	《素问·气府论》王冰注
		足少阳、阳明之会	《图翼》
	悬厘	手足少阳、阳明之会	《甲乙经》
	曲鬓	足太阳、少阳之会	《甲乙经》
	天冲	足太阳、少阳二脉之会	《素问·气府论》王冰注
足少阳	率谷	足太阳、少阳之会	《甲乙经》
	浮白	足太阳、少阳之会	《甲乙经》
	头窍阴	足太阳、少阳之会	《甲乙经》
		手足太阳、少阳之会	《外台》
	完骨	足太阳、少阳之会	《甲乙经》
	本神	足太阳、阳维之会	《甲乙经》
	阳白	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
		手足少阳、阳明、阳维五脉之会	《奇经八脉考》
	头临泣	足太阳、少阳、阳维之会	《甲乙经》
		足少阳、太阳之会	《外台》
	目窗	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
	正营	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
	承灵	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
	脑空	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
	风池	足少阳、阳维之会	《甲乙经》
		手足少阳、阳维之会	《奇经八脉考》

（续表）

所属经名	交会穴名	交会经脉	文献依据
足少阳	肩井	手少阳、阳维之会	《甲乙经》
		手足少阳、阳维之会	《素问·气府论》王冰注
		手足少阳、足阳明、阳维之会	《奇经八脉考》
	辄筋	足太阳、少阳之会	《聚英》
	日月	足少阴、少阳之会	《甲乙经》
		足太阳、少阳、阳维之会	《铜人》
	环跳	足少阳、太阳二脉之会	《素问·气穴论》王冰注
	带脉	足少阳、带脉二经之会	《素问·气府论》王冰注
	五枢	足少阳、带脉二经之会	《素问·气府论》王冰注
	维道	足少阳、带脉之会	《甲乙经》
	居髎	阳跷、足少阳之会	《甲乙经》
		阳维、足少阳之会	《奇经八脉考》
	阳交	阳维、足少阳之会	《奇经八脉考》
		阳维之郄	《甲乙经》
足厥阴	章门	足厥阴、少阳之会	《甲乙经》
		足厥阴、带脉之会	《奇经八脉考》
	期门	足太阴、厥阴、阴维之会	《甲乙经》
		足厥阴、阴维之会	《奇经八脉考》
任　脉	承浆	足阳明、任脉之会	《甲乙经》
		手足阳明、督脉、任脉之会	《奇经八脉考》
	廉泉	阴维、任脉之会	《甲乙经》
	天突	阴维、任脉之会	《甲乙经》
	膻中	足太阴、少阴、手太阳、少阳、任脉之会	《大成》
	上脘	任脉、足阳明、手太阳之会	《甲乙经》
	中脘	手太阳、少阳、足阳明所生、任脉之会	《甲乙经》
	下脘	足太阴、任脉之会	《甲乙经》
	阴交	任脉、气冲之会	《甲乙经》
		任脉、冲脉、足少阴之会	《外台》

（续表）

所属经名	交会穴名	交会经脉	文献依据
任　脉	关元	足三阴、任脉之会	《甲乙经》
		足三阴、阳明、任脉之会	《图翼》
		冲脉起于关元	《素问·举痛论》
		三结交者，阳明、太阴也，脐下三寸关元也	《灵枢·寒热论》
	中极	足三阴、任脉之会	《甲乙经》
	曲骨	任脉、足厥阴之会	《甲乙经》
	会阴	任脉别络，挟督脉、冲脉之会	《甲乙经》
督　脉	神庭	督脉、足太阳、阳明之会	《甲乙经》
		足太阳、督脉之会	《奇经八脉考》
	水沟	督脉、手足阳明之会	《甲乙经》
	龈交	督脉、任脉二经之会	《素问·气府论》王冰注
		任脉、督脉、足阳明之会	《奇经八脉考》
	百会	督脉、足太阳之会	《甲乙经》
		手足三阴、督脉之会	《聚英》
		督脉、足太阳之会，手足少阳、足厥阴俱会于此	《图翼》
	脑户	督脉、足太阳之会	《甲乙经》
	风府	督脉、阳维之会	《甲乙经》
		督脉、足太阳、阳维之会	《奇经八脉考》
	哑门	督脉、阳维之会	《甲乙经》
	大椎	三阳、督脉之会	《甲乙经》
		手足三阳、督脉之会	《铜人》
	陶道	督脉、足太阳之会	《甲乙经》
	命门	当十四椎，出属带脉	《灵枢·经别》
	长强	足少阴、少阳所结会	《铜人》
		督脉别络，少阴所结	《甲乙经》
		督脉、足太阳、少阴之会	《奇经八脉考》

交会穴是经脉与经脉之间互通脉气的处所。在主治上，四肢部的交会穴可以治疗所交会各经的病证，例如三阴交位于足三阴脉气互相交会之处，所以是治疗足三阴经及脾、肾、肝三脏病变的主要穴位。由于头身部的腧穴

多数只能治疗局部和邻近部位的疾患，所以头身部的交会穴本身基本并不具备所交会各经的作用，而是意味着所交会的各经在四肢部的腧穴都能治到该穴部位的疾患。如中府穴属手、足太阴经的交会穴，它说明手太阴经在上肢的腧穴和足太阴在下肢的腧穴均能治疗到中府穴部位的疾患。

下合穴

六腑在下肢足三阳经上各有一合穴，称下合穴，是六腑之气输注出入的重要部位。据《灵枢·邪气脏腑病形》记载，下合穴的具体内容是："胃合于三里，大肠合入于巨虚上廉，小肠合入于巨虚下廉，三焦合入于委阳，膀胱合入于委中央，胆合入于阳陵泉。"其中，胃、胆、膀胱的下合穴，正是本经五输穴的合穴；而大肠、小肠、三焦则不然，它们的经脉都在上肢走行，已有五输穴的合穴，另在下肢又有下合穴。所以如此，是因为大肠、小肠、三焦各经在上肢部的合穴，主要是主治经证，即本经所过部位的病证，一般不治或很少治疗本腑病证。据《灵枢·本输》说："六腑皆出足之三阳"，并且指出："大肠小肠，皆属于胃"，三焦是"太阳之别"，"入络膀胱"，所以大肠、小肠的下合穴都在足阳明胃经。至于三焦的下合穴位于足太阳膀胱经。下合穴的临床应用，主要用来治疗六腑病证，即所谓"治府者，治其合"。例如胃病之取足三里，肠痈之取上巨虚，泻痢之取下巨虚等，皆为临床所常用。也可以用作辅助诊断，如上巨虚、足三里穴出现压痛、敏感等反应，多与阑尾炎、消化性溃疡等病有关。

八会穴

脏、腑、筋、脉、气、血、骨、髓八者精气，在躯体会聚之处的腧穴，称为八会穴。八会穴首载《难经》第四十五难："腑会太仓，脏会季胁，筋会阳陵泉，髓会绝骨，血会膈俞，骨会大杼，脉会太渊，气会三焦外一筋直两乳内也。热病在内者，取其会之气穴也。"据后世注解，"太仓"指中脘穴，"季胁"指章门穴，"绝骨"指悬钟穴，"直两乳内"指膻中穴。这八个腧穴，除悬钟以外，余者均属其他类穴（见表）。它们除了各自原有的功能以外，对脏、腑、筋、脉、气、血、骨、髓还有着特殊的作用。六腑取禀于胃，故中脘为腑会；脾胃共主中宫，为后天之本，故章门为脏会；阳陵泉为胆之合穴，胆与肝合，肝主筋，且位居膝下，膝为筋之府，故为筋会；肾主骨，诸髓皆属于骨，故悬钟为髓会；心主血，肝藏血，膈俞位居于心俞之下，肝俞之上，故为血会；大杼会于脊背部，髓自脑注脊，下贯尾骶，渗灌诸节，故为骨会；太渊为肺之原穴，位于寸口，乃脉之大会，故为脉会；膻中位居胸中，称为气海，故为气会。历史上某些医家对髓会绝骨、骨会大杼曾提出异议，认为应该髓会枕骨，骨会大椎，可供参考。

八会穴表

八会穴	同属类穴	主治病证	
		分治	同治
腑会中脘	胃之募穴	六腑病	热病在里者
脏会章门	脾之募穴	五脏病	
筋会阳陵泉	五输穴（合穴）	筋病	
髓会绝骨		髓病	
血会膈俞	膈之背俞	血病	
骨会大杼	手足太阳之会	骨病	
脉会太渊	五输穴（原穴）	脉病	
气会膻中	心包募穴	气病	

八会穴主治范围很广，凡属脏、腑、筋、脉、气、血、骨、髓之病证，皆可选用。如咳血、咯血、吐血、衄血、血崩之取膈俞；胃脘疼痛、霍乱吐泻之取中脘等，都是因为血会膈俞、腑会中脘之故。

交经八穴

在十二经脉中，有八穴与奇经八脉脉气相通，称为交经八穴或流注八穴，首见于金元时期针灸学家窦汉卿所著的《针经指南》。据说"乃少室隐者所传也。"得之于"山人宋子华"之手。但在《针经指南》并未载明八穴与奇经八脉的关系。到明代徐凤《针灸大全》才加以明确，并称为八脉交会穴。所谓"交经"、"交会"，可能古人认为是脉气的交融会通，并非十二经脉与奇经八脉在循行路线上的交会。

在交经八穴中，后溪、申脉、足临泣、外关四穴都归属阳经，其会合部位主要是头面、耳目、颈项、肩胛部；公孙、内关、列缺、照海四穴都归属阴经，其会合部位主要是胸腹和咽喉部。临床上，大凡上述会合部位的病证，均可择取相应的交经八穴主治，列表如下：

交经八穴主治表

穴名	主治病证
公孙（通冲脉）	心、胸、胃病
内关（通阴维）	
后溪（通督脉）	目、耳、颈项、肩、背病
申脉（通阳蹻）	
足临泣（通带脉）	目、耳、颊、颈、肩病
外关（通阳维）	
列缺（通任脉）	肺、咽喉、胸膈病
照海（通阴维）	

交经八穴如结合天干、地支、九宫、八卦等应用，称之为“飞腾八法”和“灵龟八法”，是一种临床选穴的方法。

禁针禁灸穴

凡禁止针刺、艾灸或两者皆禁的腧穴分别称禁针穴、禁灸穴或禁针禁灸穴，简称禁穴。早在《黄帝内经》已载有禁针禁灸穴，以后历代医家根据各自的临床实践又进行了补充和修订。古人划定禁针禁灸穴主要是为了防止针灸意外，如感染、出血、晕厥、麻痹、器官损伤等，这对保障患者的生命安全，无疑起了积极作用。但在现代，由于针具的改进，消毒方法的提高，解剖知识的丰富，过去的禁针禁灸穴，许多已没有禁用的必要。实践证明，有些禁穴如果用之得当，还有着很好的疗效。如手五里治半身不遂；三阳络治暴瘖、耳聋；鸠尾之治疗癫痫；膻中之治缺乳；隐白之灸治崩漏；少商之灸治鼻衄等等，已为临床所常用。现在一般认为，只要消毒严密，深度掌握适当，已无绝对禁针的穴位。但要注意避免直接刺入内脏器官和血管（刺血者除外）等。对乳头、脐孔等处，亦应慎重。灸法也同样如此，除在大血管表面、皮肤皱襞、颜面五官、阴部及心尖搏动部等处不宜使用烧灼灸法以外，一般亦不必拘泥古说。不过对于有些腧穴的临时禁忌，因其具有一定的实用意义，应予充分重视。例如孕妇不能针灸会使子宫产生收缩的腧穴，如三阴交、合谷以及腰腹部的某些腧穴，囟门尚未闭合的孩子不宜针刺囟会等等。

中府 LU_1 Zhōngfǔ

手太阴肺经穴。首见《甲乙经》。《素问·水热穴论》所载之“膺俞”，王冰注即本穴，亦名膺中俞。肺之募穴。又是手太阴肺经与足太阴脾经的会穴。

位于胸壁外上方，前正中线旁开6寸，平第一肋间隙处，仰卧取之。简便取穴法，可于锁骨外端下1寸的凹陷中定取。局部有胸大肌、胸小肌，深部为第一肋间内、外肌；上外侧有腋动、静脉，胸肩峰动、静脉；并有第一肋间神经分支，锁骨上神经中间支和胸前神经分支。

一般向后外斜刺0.3—0.5寸。针感向肩部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。《素问·刺禁论》载：“刺中肺，三日死，其动为咳。”因此，本穴不宜直针深刺，或向内斜刺，以免误伤肺脏，造成意外。

本穴是临床常用的穴位。主治胸、肺等疾患，如咳嗽，气喘，咳吐脓血，胸膈胀满，肩背疼痛，喉痹，皮肤骨痛，寒热烦满等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，肺脓疡，肺结核，肺炎，肋间神经痛，肩关节及其周围软组织疾患等。也可用作辅助诊断，如《圣惠方》：“募中府隐隐而痛者，肺疽也；上肉微起者，肺痈也。”《外科大成》：“肺痈之发，必先中府穴隐痛不已。”《素问·水热穴论》曰：“写胸中之热。”

云门 LU_2 Yùnmén

手太阴肺经穴。首见《素问·水热穴论》。位于胸壁的外上方，前正中线旁开6寸，锁骨外端下缘凹陷处，仰卧取之。局部正当胸大肌的外上方；有头静脉，胸肩峰动、静脉分支；并有胸前神经，锁骨上神经和臂丛神经的外侧束。

一般向后外斜刺0.5—0.8寸。针感向肩部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。据《甲乙经》载：“刺不可深（深则令人逆息不能食）。”《圣惠方》载：“通灸禁针。”因此，本穴不宜直针深刺或向内斜刺，以免误伤肺脏，造成意外。

主治胸、肺等疾患，如咳嗽，气喘，胸中烦闷，胸胁彻背痛，气上冲心，喉痹，瘿气，肩臂痛不可举，外感风寒，四肢热不已等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，肋间神经痛，肩关节及其周围软组织疾患等。

天府 LU_3 Tiānfǔ

手太阴肺经穴。首见《灵枢·本输》。位于腋前皱襞尽头向下3寸，当肱二头肌桡侧缘的凹陷中，正坐垂臂取之。简便取穴，将臂向前平举，俯首，鼻尖触及处是穴。穴位在肱二头肌外侧沟中；有头静脉，肱动、静脉分支；并有臂外侧皮神经和肌皮神经。

一般直刺0.5—1寸。针感多向肘部方向传导。艾卷灸5—10分钟。据《甲乙经》载：本穴“禁不可灸，灸之令人逆气。”

主治胸肺、眼目、口鼻等疾患，如气喘，咳嗽，口鼻出血，瘿气，目眩，泪出，远视䀮䀮，喘咳多唾，恍惚善忘，身肿，外感风寒，风汗出，上臂内前廉疼痛等。现多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，鼻衄，急慢性鼻炎，瘿气，精神分裂症，臑痛等。

侠白 LU_4 Xiábái

手太阴肺经穴。首见《甲乙经》。手太阴之别。位于肱骨前外侧，肘横纹上5寸，当肱二头肌桡侧缘凹陷中，正坐垂臂取之。局部有头静脉，肱动、静脉分支；并有臂外侧皮神经及肌皮神经。

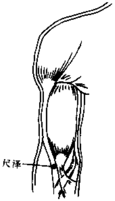
一般直刺0.5—1寸。针感多为局部酸胀，有时可向肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺等疾患，如咳嗽，干呕，烦满，心痛，紫、白癜风，上臂内前廉痛等。现又多用以治疗支气管哮喘，支气管炎，鼻出血，心悸等。

尺泽 LU_5 Chǐzé

手太阴肺经穴。首见《灵枢·本输》。本经合穴。

位于肘横纹上，肱二头肌腱桡侧缘凹陷处，仰掌，微屈肘取之。穴位在肱桡肌的起始部；有桡返动、静脉，头静脉；并有前臂外侧皮神经，直下为桡神经本干。



一般直刺 0.5—0.8 寸。针感多向拇指方向传导。也可用三棱针点刺放血。艾卷灸 5—10 分钟。《素问·刺禁论》："刺肘中内陷，气归之，为不屈伸。"《资生经》引甄权云："不宜灸"。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、肺、胃肠及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心烦，胸胁胀满，咳嗽唾浊，气喘，少气不足以息，咯血，潮热，咽喉肿痛，舌干，小儿惊风，绞肠痧，风痹肘挛，手臂不举等。现又多用以治疗肺结核，肺炎，支气管炎，支气管哮喘，胸膜炎，急性肠胃炎，丹毒，肘关节及其周围软组织疾患等。

实验研究表明：针刺正常人尺泽穴，可使阑尾运动增强，排空时间缩短。有人用于治疗热带嗜酸粒细胞增多症，可使嗜酸粒细胞减少。

孔最 LU_6 Kǒngzuì

手太阴肺经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。位于前臂内侧，当腕横纹桡侧端的太渊穴与肘横纹肱二头肌腱桡侧缘的尺泽穴连线上，腕横纹上 7 寸陷中。局部有肱桡肌及旋前圆肌；上端外缘为桡侧腕伸长；短肌的内缘，有头静脉和桡动、静脉；并有前臂外侧皮神经和桡神经的浅支。

一般直刺 0.5—1 寸。针感向拇指或向肘部方向传导。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

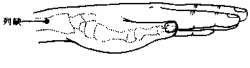
本穴是临床常用的穴位。主治外感，咽喉、胸肺及本经脉所过部位的疾患，如头痛鼻塞，咳嗽气喘，咯血，失音，热病汗不出，咽喉肿痛，肘臂挛痛和屈伸不利等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，肺结核，肺炎，扁桃体炎，肋间神经痛等。

列缺 LU_7 Lièquē

手太阴肺经穴。首见《灵枢·经脉》。本经络穴。四总穴、马丹阳天星十二穴之一。又是八脉交经穴之一，通任脉。

位于腕横纹桡侧端上 1.5 寸，桡骨茎突上方的凹陷中。简便取穴，可以左右两手虎口交叉，一手的示指押在另一手的桡骨茎突上，当示指尖端尽处是穴。穴位在肱桡肌腱与拇长肌腱之间；有头静脉，桡动、静脉分支；并有前臂外侧皮神经和桡神经浅支的混合支。

一般斜刺 0.3—0.5 寸。针感向示指或肘部方向传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。





本穴是临床常用的穴位。主治外感，头项、胸肺及本经脉所过部位的疾患，如热病烦心，身热痩疭，头项强痛，偏风口㖞，健忘，厥逆，疟疾，咳嗽，气喘，少气不足以息，咽喉肿痛，溺血，阴茎痛，手腕无力，掌中热，四肢肿，口噤不开，小便遗数等。现又多用以治疗感冒，神经性头痛，面神经麻痹，落枕，荨麻疹，无脉症，遗尿，桡神经麻痹，腕关节及其周围软组织疾患等。

经渠 LU_8 Jīngqú

手太阴肺经穴。首见《灵枢·本输》。本经经穴。位于腕横纹桡侧端上 1 寸，当桡动脉搏动处，舒腕仰掌取之。局部内侧有桡侧腕屈肌，深层有旋前方肌；有桡动、静脉；并有前臂外侧皮神经和桡神经浅支之混合支。

一般直刺 0.3—0.5 寸，注意避开动脉。针感多向拇指方向传导。艾卷灸 3—5 分钟。据《甲乙经》载："不可灸，灸之伤人神明。"因本穴位居动脉之上，一般不宜用艾炷直接灸法。

主治胸肺、心胃及本经脉所过部位的疾患，如心胸疼痛，咳嗽，气喘，胸背拘急，咽喉肿痛，呕吐，热病汗不出，手腕痛，掌中热等。现又多用以治疗支气管炎，扁桃体炎，食管痉挛，无脉症等。

太渊 LU_9 Tàiyuán

手太阴肺经穴。首见《灵枢·本输》。本经输穴、原穴，亦为八会穴中的脉会穴。位于手腕横纹桡侧端，桡动脉搏动处，舒腕仰掌取之。穴位在桡侧腕屈肌腱与拇外展肌腱之间；有桡动、静脉；并有前臂外侧皮神经和桡神

经浅支的混合支。

一般直刺 0.3—0.5 寸，注意避开动脉。针感多向拇指方向传导。艾卷灸 3—5 分钟，不宜用艾炷直接灸法。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺、头面及本经脉所过部位的疾患，如咳嗽，气喘，咯血，心痛，胸闷，心悸，缺盆相引痛，肺胀，咽喉肿痛，头痛，牙痛，目生翳膜，呕哕，寒热，狂言，振寒，热病汗不出，手腕疼痛无力，掌中热等。现又多用于治疗流行性感冒，支气管炎，百日咳，肺结核，心绞痛，肋间神经痛，无脉症，桡腕关节及其周围软组织疾患等。

鱼际 LU_{10} Yújì

手太阴肺经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴。位于第一掌骨中点桡侧，赤白肉际处，仰掌取之。局部有拇短肌和拇指对掌肌；拇指静脉的回流支；并布有前臂外侧皮神经和桡神经浅支混合支，掌侧为正中神经掌皮支。

一般直刺 0.3—0.5 寸，针感局部酸胀或向指部方向传导。艾炷灸 3—5 壮，艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，胸肺、咽喉及本经脉所过部位的疾患，如身热头痛，伤寒汗不出，寒栗鼓颔，目眩，干咳嗽，咯血，失音，乳痈，腹满，腹痛食不下，溺血，肘挛，指痛等。现又多用以治疗支气管炎，肺炎，扁桃体炎，咽炎，鼻炎，心悸，小儿单纯性消化不良，以及手腕部腱鞘病等。

少商 LU_{11} Shàoshāng

手太阴肺经穴。首见《灵枢·本输》。别名鬼信。本经井穴。位于拇指桡侧，距指甲根角 0.1 寸处，立拳伸指取之。局部有指掌侧固有动、静脉形成的动、静脉网；并有前臂外侧皮神经和桡神经浅支的混合支，正中神经的指掌侧固有神经的末梢神经网。

一般斜刺 0.1—0.2 寸，针感多在局部或向腕部方向传导。也可用三棱针点刺放血。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，胸肺、咽喉及本经脉所过部位的疾患，如疟疾振寒，寒热鼓颔，热病，咳嗽，气喘，鼻衄，颔肿，喉痹，烦心善哕，呕吐，昏厥，癫狂，手挛指痛等。现又多用以治疗感冒，肺炎，扁桃体炎，腮腺炎，小儿单纯性消化不良，膈肌痉挛，精神分裂症，中风昏迷等。

商阳 LI_1 Shāngyáng

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经井穴。位于示指桡侧，指甲根角旁 0.1 寸处，立拳伸指取之。穴位在示指桡侧爪甲根切迹处，有食指固有伸肌腱；有指及掌背动、静脉形成的动、静脉网；并有正中神经的指掌侧固有神经，桡神经的指背侧神经。

一般斜刺 0.1—0.2 寸。针感多在局部或向腕部传导。也可用三棱针点刺放血。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，五官及本经脉所过部位的疾患，如青盲内障，耳聋，耳鸣，口干，齿痛，喉痹，颔肿，胸闷喘咳，疟疾，热病汗不出，中风昏迷，肩、臂肿痛，示指麻木等。现又多用以治疗腮腺炎，咽炎，急性扁桃体炎，口腔炎，急性胃肠炎等。

二间 LI_2 Èrjiān

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴。位于示指桡侧处，掌指关节前赤白肉际处的凹陷中，侧掌屈指取之。局部有指屈浅、深肌腱；指背及掌侧动、静脉；桡神经的指背侧固有神经和正中神经的指掌侧固有神经。

一般直刺 0.2—0.3 寸。针感向指端或腕部方向传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、五官及本经脉所过部位的疾患，如目眦伤，鼻衄，口眼歪斜，颔肿，齿痛，喉痹，热病，肩、背、手指疼痛，厥冷，麻木等。现又多用以治疗三叉神经痛，咽喉炎，扁桃体炎等。

三间 LI_3 Sānjiān

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经俞穴。位于示指桡侧，第二掌骨小头后赤白肉际陷中，立拳取之。局部有第一掌骨骨间背侧肌，深层为拇内收肌；有手背静脉网（头静脉起始部），指掌侧固有动脉；并有桡神经的浅支。

一般直刺 0.3—0.5 寸。针感向指端或腕、肘方向传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治面口、胸腹及本经脉所过部位的疾患，如发热，鼻衄，目眦急痛，齿龋痛，咽喉肿痛，齿痛，身热胸闷，气喘，腹满，肠鸣，洞泄，下痢脓血，手背、手指肿痛等。现又多用以治疗三叉神经痛，面神经麻痹，扁桃体炎，痢疾，肠炎，肩关节及其周围软组织疾患，臂神经痛等。

合谷 LI_4 Hēgǔ

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。别名虎口。本经原穴，又是四总穴、马丹阳天星十二穴和回阳九针穴之一。

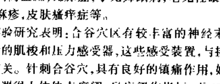
位于手背侧第一、第二掌骨之间，近第二掌骨桡侧缘的中点处，立拳取之。简便取穴，可用一手拇指指骨关节掌面横纹，对准另一手拇、示指之间的指蹼缘，拇指端到

处是穴，或于第一掌骨间背侧肌隆起之中央处定取。局部有第一掌骨间背侧肌，深层为拇内收肌横头；当手背静脉网上升至头静脉的起始部，近侧当桡动脉从手背部穿向手掌处；并有桡神经浅支的掌背侧皮神经，深部有正中神经的指掌侧固有神经。

一般直刺0.5—0.8寸。针感局部酸胀或向拇、食二指和肘、肩部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。据《南史》载：刘宋废帝与名医徐文伯出游苑门，逢一妊妇。废帝曰：此妇妊女。文伯曰：一男一女。废帝欲剖腹验胎，文伯止之，并用针泻足太阴(三阴交)、补手阳明(合谷)。胎应针而下，果如文伯之言。后世遂以合谷、三阴交为妊妇禁刺穴。现研究表明，针刺本穴，特别是配合三阴交等，有明显促进子宫收缩的作用，故妊妇应用本穴当以谨慎为是。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头面、五官、口腔、胸肺、胃肠及本经脉所过部位的疾患，如头痛目眩，热病无汗，汗出伤风，咳嗽哮喘，鼻塞鼻衄，耳聋耳鸣，目赤肿痛，痄腮，牙痛，龈肿，口疮，舌痛，乳蛾，喉痹，中风昏迷，晕厥，口噤，口眼㖞斜，腹痛，吐泻，惊风，痛经，经闭，月经不调，滞产，胎衣不下，恶露不止，乳少，疔疮，痈疽，丹毒等。现又多用以治疗三叉神经痛，面神经麻痹或痉挛，流行性感冒，腮腺炎，急性扁桃体炎，舌炎，齿龈炎，齿神经痛，高血压，无脉症，小儿舞蹈病，电光性眼炎，近视眼，荨麻疹，皮肤瘙痒症等。

实验研究表明：合谷穴区有较丰富的神经末梢和一定数量的肌梭和压力感受器，这些感受装置，与接受针刺感传有关。针刺合谷穴，具有良好的镇痛作用，如以弹簧测痛仪测得人体体表痛阈、耐痛阈作指标，于17个阳性穴位中，以针刺合谷的有效点较多；20—40分钟后达高峰，可平均高出对照值60%—90%；针刺或电针合谷穴，或配内庭、颊车、内关、足三里、下关等穴中的1—2穴，对于体表和内脏都具有明显的镇痛效果。以作用部位而论，一般认为对面、颈部较其他部位为优。针刺合谷穴，可使直肠蠕动加快，对人脑血流图亦有良好的影响，表现重搏波好转，波幅增高，上升时间缩短，主峰变锐；也可增加视网膜电流图的兴奋性；调节不正常的血压和血糖使之渐趋正常；并可使白细胞总数和中性分类增加，吞噬指数和吞噬能力明显提高；血中17-羟皮质酮含量增高；以及胃液总酸度增加，游离酸度和氯离子减少等。说明针刺或电针合谷穴，对神经、循环、血液、消化、内分泌等系统均具有良好的调整作用和增强机体的防御免疫功能。



阳溪 LI_5 Yāngxī

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经经穴。

位于腕背横纹桡侧端，拇长伸肌腱与拇短伸肌腱之间凹陷中，侧掌取之。局部有头静脉、桡动脉本干及其腕背支；并有桡神经浅支，前臂外侧皮神经。



一般直刺0.3—0.5寸。针感向食指或肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、五官和本经脉所过部位的疾患，如头痛厥逆，耳聋，耳鸣，咽喉肿痛，胸满不得息，肠澼，瘾疹，痂疥，狂言，善笑，舌本痛，烦心，吐舌，戾颈，手腕痛，五指拘急等。现又多用以治疗半身不遂，桡骨茎突狭窄性腱鞘炎，小儿单纯性消化不良，腕关节及其周围软组织疾患等。

偏历 LI_6 Piānlì

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经络穴。位于腕背横纹桡侧端阳溪穴与肘横纹桡侧端曲池穴的连线上，当阳溪穴上3寸陷中，屈肘侧掌取之。简便取穴，可用两虎口交叉，当中指端尽处陷中定取。局解在桡侧腕伸肌腱与拇长展肌之间；有头静脉属支；并有前臂背侧皮神经和桡神经的浅支。

一般直刺或针尖向上斜刺0.5—0.8寸。针感向食指或肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治五官和本经脉所过部位的疾患，如耳聋，耳鸣，鼻衄，目视不明，口僻，齿龋痛，喉痹，咽干，颊肿，水臌，小便不利，肠鸣腹痛，风疾汗不出，肩、臂、肘、腕痛等。现又多用以治疗扁桃体炎，癫痫，腹水，前臂神经痛等。

温溜 LI_7 Wēnliū

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。别名蛇头、逆注。本经郄穴。位于腕背横纹桡侧端阳溪穴与肘横纹桡侧端曲池穴的连线上，当阳溪穴上5寸陷中，侧掌取之。穴位在桡侧腕伸肌腱与拇长展肌之间；有头静脉浅支和桡动脉分支；并有前臂背侧皮神经和桡神经的深支。

一般直刺0.5—1寸。针感向指端或肘部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头面、口齿及本

经脉所过部位的疾患，如寒热头痛，伤寒身热，疟疾，面赤肿，口舌痛，齿龋痛，咽肿，喉痹，舌肿，肠鸣腹痛，狂仆，肩臂酸痛等。现又多用以治疗癫痫，口腔炎，舌炎，腮腺炎，扁桃体炎，面神经麻痹，疔疮等。

下廉 LI_8 Xiàlián

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。位于肘横纹桡侧端曲池穴与腕横纹桡侧端阳溪穴的连线上，当曲池穴下4寸陷中，屈肘侧掌取之。局部有桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌，深层为旋后肌；有头静脉属支和桡动脉分支；并有前臂背侧皮神经和桡神经深支。

一般直刺0.5—1寸。针感向指端或肘部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头面、脾胃及本经脉所过部的疾患，如头风，头痛，眩晕，目痛，唇干，涎出，食物不化、腹满痛，飧泄，便血，溺黄，乳痈，狂言狂走，肘、背痛等。现又多用以治疗肺结核，支气管哮喘，三叉神经痛等。

上廉 LI_9 Shànglián

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。位于肘横纹桡侧端曲池穴与腕横纹桡侧端阳溪穴的连线上，当曲池穴下3寸陷中，屈肘侧掌取之。局部有桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌，深部为旋后肌；有头静脉属支，桡动脉肌支；并有前臂背侧皮神经和桡神经深支。

一般直刺0.5—1寸。针感向指端或肘部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脘腹及本经脉所过部位的疾患，如腹痛，肠鸣，飧泄，小便黄赤，脑风头痛，眩晕，半身不遂，手臂麻木、疼痛等。现又多用以治疗肠炎，臂神经痛，上肢麻痹、瘫痪等。

手三里 LI_{10} Shǒusānlǐ

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。

位于肘横纹桡侧端曲池穴与腕横纹桡侧端阳溪穴的连线上，当曲池穴下2寸陷中，屈肘侧掌取之。局部有桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌，深部为旋后肌；有头静脉属支；并有前臂背侧皮神经和桡神经深支。

一般直刺0.5—1寸。针感向指端或肘部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸5—10分钟。

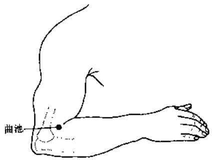
本穴是临床常用的穴位。主治面、口、腹及本经脉所过部位的疾患，如口僻，齿痛，颊肿，失音，腹痛，泄泻，霍乱，中风半身不遂，腰背痛，肩膊痛，肘挛不伸等。现又多用以治疗面神经麻痹，三叉神经痛，咽喉炎，腮腺炎，臂神经痛，肘关节及其周围软组织疾患等。

实验研究结果：针刺大白鼠"手三里"和"环跳"部位，镇痛有效组，不同脑区天门冬氨酸都有显著减少，下丘脑γ-氨基丁酸增加，说明神经中枢兴奋性下降，抑制机能增强。在与上述相同的实验中，其蓝斑核、缝际核及其递质亦参与针刺镇痛及其调整过程。

曲池 LI_{11} Qūchí

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·经脉》。别名鬼臣。本经合穴，也是马丹阳天星十二穴之一。

位于肘横纹桡侧端陷中，屈肘拱手取之。穴位在肱桡关节之桡侧，桡侧腕长伸肌的起始部，肱肌下端，肱桡肌的桡侧；有头静脉属支，桡返动、静脉；并有前臂背侧皮神经，深层为桡神经。本穴位置另说在肱骨外上髁与肘横纹桡端之中点。



一般直刺1—1.5寸。针感局部酸胀或向指端、肩部方向传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸5—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头面、耳目、口齿、胸腹及本经脉所过部位的疾患，如伤寒余热不尽，热病，瘾疹，头痛，眩晕，目不明，目赤痛，耳前痛，齿痛，喉痹，咳嗽，气喘，吐泻，痢疾，肠痈，便秘，消渴，水肿，癫狂，痫，月经不调，乳少，半身不遂，肘臂疼痛，疔，疖，湿疹，丹毒，瘰疬等。现又多用以治疗流行性感冒，高血压，神经衰弱，过敏性疾患，麻疹，猩红热，小儿麻痹后遗症，胸膜炎，肋间神经痛，贫血，甲状腺肿大，肩、臂、肘神经疼痛等。

实验研究表明：针刺或电针家兔双侧"曲池"穴部位，可使辐射热照射兔鼻的痛阈提高；也可抑制丘脑内髓板核群和脑干下段内侧网状结构对内脏痛的放电。针刺大白鼠或家兔的"曲池"、"阑尾"穴部位，对实验性阑尾炎有一定治疗效果。

肘髎 LI_{12} Zhǒuliáo

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。位于肘横纹桡侧端凹陷中曲池穴直上1寸，当肱骨边缘的凹陷中，屈肘取之。穴位在肱骨外上髁上缘肱肌起始部，肱三头肌外缘；有桡侧副动脉；并有前臂背侧皮神经及桡神经。

一般直刺0.5—1寸。针感向肘部方向传导。艾炷

灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治局部疾患,如肩臂酸痛、麻木、挛急,肘痛不得屈伸等。现又多用以治疗上肢瘫痪,臂神经痛,肱骨外上髁炎,肘关节及其周围软组织疾患等。

手五里 LI_{13} Shǒuwǔlǐ

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。原称五里,《圣济总录》始名手五里。位于肘横纹桡侧端凹陷中曲池穴直上3寸,肱三头肌前缘凹陷中,屈肘取之。穴位在肱骨桡侧,肱桡肌起点,外侧为肱三头肌前缘;有桡侧副动、静脉;并有前臂背侧皮神经,深层为桡神经。

一般直刺0.3—0.5寸。避开动脉。针感多向肘部方向传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸5—10分钟。本穴《甲乙经》、《千金要方》、《铜人图经》、《针灸大成》等书均载禁针刺,施灸则采用左病取右,右病取左的方法。

主治胸肺及外感等疾患,如寒热,疟疾,瘰疬,咳嗽吐血,心下胀满,惊悸,嗜卧,视物不清,四肢不能动摇,臂、肘痛不举等。现又多用以治疗上肢麻痹,肘关节炎等。

臂臑 LI_{14} Bìnào

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。手阳明络之会。位于肘横纹桡侧端凹陷中曲池穴直上7寸,三角肌下端后缘凹陷处,垂臂取之。穴位在肱骨桡侧,三角肌止端后缘,肱三头肌外侧头前缘;有旋后动、静脉的分支及肱深动、静脉;并有臂背侧皮神经,深层为桡神经。

一般斜刺0.5—1寸。针感向肩部或肘部方向传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治颈项、肩臂等疾患,如颈项拘急,寒热,瘰疬,肩背痛,臂不得举等。现又多用以治疗目疾,颈淋巴结结核,肩关节及其周围软组织疾患等。

肩髃 LI_{15} Jiānyú

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·经筋》。手阳明大肠经与阳蹻脉的会穴。位于三角肌上部中点,肩峰与肱骨大结节之间。当上臂外展至水平位时,在肩前出现明显的凹陷处是穴。局部有旋肱后动、静脉;并有锁骨上神经后支,深层为腋神经分支



一般直刺0.5—1寸。针感呈现酸胀或向肘部方向传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治上肢疾患,如肩中热,肩背疼痛,手臂挛急,中风半身不遂,臂细无力,风热瘾疹,瘿瘤等。现又多用以治疗肩关节及其周围软组织疾患,臂神经痛,上肢瘫痪等。

巨骨 LI_{16} Jùgǔ

手阳明大肠经穴。首见《素问·气府论》。是手阳明大肠经与阳蹻脉的会穴。位于锁骨肩峰端与肩胛冈之间的凹陷中,正坐垂肩取之。局部有斜方肌,深层为冈上肌;有肩胛上动、静脉;并有锁骨上神经后支,副神经分支,深层有肩胛上神经。

一般直刺0.5—0.8寸。针感呈现酸胀或向肩、肘方向传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治肩、臂及颈项等疾患,如肩背痛,臂痛不得伸屈,半身不遂,惊痫,吐血等。现又多用以治疗颈淋巴结结核,肩关节及其周围软组织疾患等。

天鼎 LI_{17} Tiāndǐng

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载"柱骨之会各一",王冰注即本穴。位于颈侧部,高度与甲状软骨下切迹相平,当胸锁乳突肌后缘凹陷处,正坐仰靠取之,或于扶突穴与缺盆穴连线的中点定穴。局部有颈阔肌,胸锁乳突肌后缘,深层为中斜角肌起点;深层内侧有颈升动、静脉;并有耳大神经、枕小神经、副神经,深层为膈神经。

一般直刺0.3—0.5寸。针感呈现酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治咽喉、颈项等疾患,如暴喑气哽,喉痹咽肿,喉中鸣,饮食不下,瘿气,瘰疬等。现又多用以治疗扁桃体炎,喉炎,舌骨肌麻痹,声带疾患,吞咽困难等。

扶突 LI_{18} Fútū

手阳明大肠经穴。首见《灵枢·本输》。位于颈侧部,平甲状软骨,人迎穴的外侧,当胸锁乳突肌后缘中点处,正坐仰靠取之。穴位在胸锁乳突肌后缘,深层为肩胛提肌起点;深层内侧有颈升动、静脉;并有耳大神经、颈皮神经、枕小神经和副神经。本穴位置另说有:①在气舍后1.5寸。②在气舍上1.5寸。

一般直刺0.5—0.8寸。针感呈现酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺及颈部等疾患,如咳逆上气,喘息咳嗽,咽喉肿痛,暴瘖气哽,瘰疬,瘿气等。现又多用以治疗吞咽困难,甲状腺肿,声带疾患等。针刺本穴,对甲状腺手术

有良好的镇痛效果。



口禾髎 LI_{19} Kǒuhéliáo

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。位于鼻翼外缘直下，与人中沟中、上1/3交界处的水沟穴相平处，正坐仰靠取之。穴位在上唇方肌止端，上颌骨犬齿窝部；有面动、静脉的上唇支；并有眶下神经与面神经的吻合支。

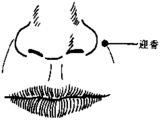
一般直刺或斜刺，深0.3—0.5寸。温灸3—5分钟。针感呈现酸胀。一般不灸。

主治口、鼻等疾患，如鼻塞，鼻衄，鼻疮，口僻，口噤等。现又多用以治疗鼻炎，嗅觉减退，面神经麻痹或痉挛等。

迎香 LI_{20} Yíngxiang

手阳明大肠经穴。首见《甲乙经》。是手阳明大肠经与足阳明胃经的会穴。位于鼻翼中点旁开0.5寸的鼻唇沟中，正坐仰靠取之。穴位在鼻翼外沟中央，上唇方肌，梨状孔边缘；有面动、静脉和眶下动、静脉的分支；并有眶下神经与面神经的吻合支。

一般直刺或向上斜刺0.3—0.5寸。针感呈现酸胀。一般不灸。本穴《圣惠方》云："不宜灸。"

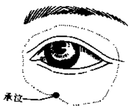


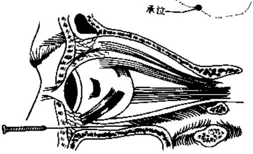
本穴是临床常用的穴位。主治口、鼻等部疾患，如偏风口僻，面痒如虫行，鼻塞不闻香臭，鼽衄，喘息不利，多涕等。现又多用以治疗鼻炎，嗅觉减退，面神经麻痹或痉挛，胆道蛔虫病等。

承泣 ST_1 Chéngqì

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名面髎、鼷穴、鼠穴。阳蹻脉、任脉与足阳明胃经的会穴。

位于瞳孔直下，当眼球与眶下缘之间处，正坐仰靠，两目正视取之。穴位在眼轮匝肌中，深层眶内为眼球下直肌和下斜肌；有眶下动、静脉分支，眼动、静脉分支；并有上颌神经的眶下神经支，动眼神经下支的肌支，面神经的颧支。





一般先嘱患者闭目，医者用手拇指轻轻将眼球上推，眼球向上，轻轻使之固定，针尖沿眶缘缓慢直刺0.5—1寸，不宜深刺。忌作提插、捻转等手法。针感多为眼球发胀。禁灸。《外台秘要》载："禁不宜灸，无问多少，三日以后，眼下如大拳，息肉长桃许大，至三十日即定，百日都不见物，或如升大。"《铜人图经》："禁不宜针，针之令人目乌色。可灸三壮，炷如大麦。"若眶内出血，应予冷敷止血，血止后改用热敷，以助吸收，一般10天左右恢复，不影响视力。

本穴是临床常用的穴位。主治眼、面等部疾患，如目赤肿痛，眼睑瞤动，迎风流泪，目生白翳，青盲，夜盲，远视不明，口眼㖞斜等。现又多用以治疗急、慢性结膜炎，近视，远视，散光，青光眼，斜视，角膜炎，泪囊炎，白内障，视神经炎，视神经萎缩，视网膜色素变性；面神经麻痹或面肌痉挛等。

四白 ST_2 Sìbái

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于瞳孔直下，正当上颌骨的眶下孔处，正坐仰靠，两目正视取之。穴位在眼轮匝肌与上唇方肌之间；有面动、静脉，眶下动、静脉；并有眶下神经及面神经的颧支。

一般直刺0.3—0.5寸，针感多为酸胀或有麻电感向四周扩散。禁灸。

主治眼、面等部疾患，如头痛目眩，目赤肿痛，目翳遮睛，迎风流泪，目瞤动，面痛，口眼㖞斜等。现又多用以治疗结膜炎，角膜炎，近视，面神经麻痹，三叉神经痛，副鼻窦炎，胆道蛔虫症等。

巨髎 ST_3 Jùliáo

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。阳蹻脉与足阳明胃经的会穴。位于瞳孔直下，平鼻翼下缘处，仰靠取之。局部浅层为上唇方肌，深层为犬齿肌；有面动、静脉及眶下动、静脉的会分支；并有眶下神经支及面神经的颊支。

一般直刺0.2—0.3寸。或沿皮刺0.3—0.5寸，针刺局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治面、目等部疾患，如面目恶风寒、唇颊肿痛，口眼㖞斜，鼻塞无闻，青盲，目视不明，胬肉攀睛，障翳，泪出等。现又多用以治疗面神经麻痹，三叉神经痛，鼻炎，角膜炎，视神经萎缩等。

地仓 ST_4 Dìcāng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名胃维。阳蹻脉、手阳明大肠经与足阳明胃经的会穴。位于口角外侧旁开0.4寸，巨髎穴直下处，正坐或侧伏取之。局部有口轮匝肌，深层为颊肌；有面动、静脉；并有眶下神经分支，面神经颊支，深层为颊神经分支。

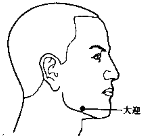
一般沿皮刺0.5—1寸，或透刺颊车，针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治面颊、口齿等疾患，如口眼㖞斜，流涎，口噤，齿痛颊肿，目瞤动，远视𥆨𥆨，夜盲，手足酸软，脚肿等。现又多用以治疗面神经麻痹，三叉神经痛等。

大迎 ST_5 Dàyíng

足阳明胃经穴。首见《灵枢·寒热病》。别名髓孔。位于下颌角前方1.3寸，咬肌附着部前缘，闭口鼓腮时呈一沟形凹陷，按之有动脉应手处，正坐或侧伏取之。局部为咬肌附着部；有面动、静脉；并有三叉神经第三支的颊神经及面神经的下颌缘支。

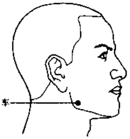
一般斜刺0.3—0.5寸，避开动脉。针后局部酸胀。艾卷灸3—5分钟



主治面颊、口齿等疾患，如面痛，颊肿，口僻，口噤，唇紫，齿痛，舌强，唇吻瞤动，目眩，寒热瘰疬，大头瘟等。现又多用以治疗面肌痉挛，颜面浮肿，腮腺炎，面神经麻痹等。

颊车 ST_6 Jiáchē

足阳明胃经穴。首见《灵枢·经脉》。别名曲牙、机关、齿牙、鬼床。位于下颌角前方约一横指，用力咬牙时，当咬肌隆起处，正坐或侧伏取之。局部有咬肌动、静脉；并有耳大神经，面神经的下颌缘支。一般斜刺0.5—0.8寸，或透刺地仓。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。



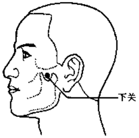
本穴是临床常用的穴位。主治面颊、口齿等疾患，如口眼㖞斜，牙痛颊肿，口噤不开，流涎，颈项强痛，癫狂等。现又多用以治疗面神经麻痹，三叉神经痛，颞颌关节炎，咬肌痉挛，腮腺炎等。

下关 ST_7 Xiàguān

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。足少阳胆经与足阳明胃经的会穴。

位于耳前方，颧弓之下，当颧弓与下颌切迹所形成的凹陷处。正坐或侧伏，闭口取之。穴位在颧弓下缘，皮下有腮腺，为咬肌的起始部；有面横动、静脉，深层为下颌动、静脉；并有下颌神经耳颞神经支，深层为下颌神经，面神经的颧支。

一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。《外台秘要》载：聤耳有脓，不可灸之。"《资生经》："下关，不得久留针。"本穴刺激或留针时间过长，会发生张口困难，用局部热敷，按摩或艾卷熏灸可解。若聤耳有脓者，一般不灸。



本穴是临床常用的穴位。主治面颊、口齿、耳颞等部疾患，如口眼㖞斜，牙车脱臼，牙痛，口噤，耳鸣，耳聋，耳痛，耳中流脓等。现又多用以治疗面神经麻痹，三叉神经痛，下颌关节炎，咬肌痉挛，中耳炎，聋哑等。

头维 ST_8 Tóuwéi

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名颡大。足少阳胆经与足阳明胃经的会穴。位于额角入发际 0.5 寸，前正中线旁开 4.5 寸处，仰靠或仰卧取之。穴位在颞肌上缘，帽状腱膜中；有颞浅动、静脉额支；并有耳颞神经支，上颌神经，颧颞神经及面神经的颞支。

一般沿皮刺 0.5—0.8 寸。针感局部酸胀。艾卷灸 3—5 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头颞、面目等疾患，如偏正头痛，眩晕目痛，迎风流泪，视物不明，眼睑瞤动，呕吐，喘逆，心胸烦满等。现又多用以治疗神经血管性头痛，面神经麻痹，眼轮匝肌痉挛，精神分裂症等。

人迎 ST_9 Rényíng

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。别名天五会、五会。位于甲状软骨切迹旁开 1.5 寸，胸锁乳突肌的前缘，颈总动脉搏动处，仰卧、去枕取之。穴位在颈阔肌、胸锁乳突肌前缘；有甲状腺上动脉，约当颈内、外动脉的分歧处，有颈前浅静脉，外侧为颈内静脉；并有颈皮神经，面神经颈支，深层为颈动脉球，最深层为交感神经干，外侧有舌下神经降支及迷走神经。

一般直刺 0.3—0.5 寸，避开动脉。针后局部酸胀。禁灸。《甲乙经》载："刺入四分，过深不幸杀人。"本穴不宜深刺、强刺和留针，以免发生意外。

主治胸肺、颈部等疾患，如胸满气逆，呼吸喘鸣，咳嗽喘息，咽喉肿痛，瘰疬，瘿气，吐逆，食不下，狂言，妄见妄闻等。现又多用以治疗高血压，低血压，支气管哮喘，颈淋巴结结核，甲状腺肿等。

实验研究表明：针刺、指压或用针柄按压经乌拉坦麻醉的兔"人迎"部位，颈动脉血压则明显下降。针刺人迎、睛明、攒竹等穴，在部分受试者身上发生心率减慢；注射阿托品后，可减弱这种效应。

水突 ST_{10} Shuǐtū

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名水门。位于颈前外侧，胸锁乳突肌前缘，平甲状软骨下缘处，当人迎与气舍之间，甲状软骨切迹旁开 1.5 寸的人迎穴直下，正坐或仰靠取之。穴位在胸锁乳突肌与肩胛舌骨肌上腹的交叉点，有颈阔肌；外侧为颈总动脉；并有颈皮神经，深层为交感神经发出的心上神经及交感干。

一般直刺 0.3—0.5 寸，避开动脉。针后局部酸胀。艾炷灸 1—3 壮；艾卷灸 3—5 分钟。

主治胸肺、颈部等疾患，如咽喉肿痛，咳逆上气，呼吸短促，喘息等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，百日咳，扁桃体炎，甲状腺肿等。

气舍 ST_{11} Qìshě

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于颈前外侧，锁骨内侧端上缘，胸锁乳突肌的胸骨头与锁骨头之间的凹陷处，正坐仰靠取之。局部有颈阔肌，当胸锁乳突肌的锁骨头与胸骨头之间；有颈前浅静脉，深部为颈总动脉；并有锁骨上神经前支，舌下神经的分支。

一般直刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 1—3 壮；艾卷灸 3—5 分钟。

主治胸肺、颈项等疾患，如咽喉肿痛，瘿气瘰疬，项强不得回顾，咳逆喘息，呃逆，哽噎，饮食不下等。现又多用以治疗甲状腺肿，颈淋巴结结核，咽喉炎，支气管炎，膈肌痉挛，消化不良等。

实验研究表明，针刺地方性甲状腺肿患者的气舍、天突等穴，可见颈围逐渐缩小，尿碘降低，尿中类固醇类物质增加，但血浆蛋白结合碘，放射性核素^{131}碘的吸收率，血浆胆固醇及基础代谢却无明显变化。

缺盆 ST_{12} Quēpén

足阳明胃经穴。首见《素问·气府论》。别名天盖。位于锁骨上窝中点，胸锁乳突肌锁骨头的外侧凹陷中，距前正中线 4 寸，下与乳头相直，正坐或仰卧取之。局部为颈阔肌，肩胛舌骨肌之中间腱；下方为颈横动脉，内侧为锁骨下动脉；并有锁骨上神经中支，深层为臂丛神经的锁骨上支。

一般直刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。《素问·刺禁论》载："刺缺盆中内陷，气泄，令人喘咳逆。"本穴针刺不宜过深，以免发生气胸。

主治胸、肺、上肢等疾患，如咳嗽，咯血，喘息，缺盆中痛，胸满水肿，肩臂疼痛，手指麻木，喉痹，瘰疬，落枕，水肿，腰痛不可俯仰等。现又多用以治疗上肢疼痛及麻痹等。

气户 ST_{13} Qìhù

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于锁骨中线上，当锁骨下缘凹陷处，正坐或仰卧取之。局部为胸大肌起始部，深层上方为锁骨下肌；有胸肩峰动、静脉；并有锁骨上神经和胸前神经分支。

一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—

5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺等疾患,如哮喘,咳逆,吐血,胸胁支满,胁肋疼痛,食不知味等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,肋间神经痛,膈肌痉挛等。

库房 ST_{14} Kùfáng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于锁骨中线上,当第一肋间隙中,正坐或仰卧取之。局部有胸大肌、胸小肌,深层为第一肋间内、外肌;有胸肩峰动、静脉及胸外侧动、静脉;并有胸前神经分支。

一般斜刺0.3—0.5寸。针感为局部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺等疾患,如咳逆上气,呼吸喘促,咳唾脓血,痰多,胸痛等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,胸膜炎,肋间神经痛等。

屋翳 ST_{15} Wūyì

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于锁骨中线上,当第二肋间隙中,正坐或仰卧取之。局部有胸大肌,胸小肌,深层为第二肋间内、外肌;有胸肩峰动、静脉及胸外侧动、静脉;并有胸前神经胸大肌肌支。一般斜刺0.3—0.5寸。针感为局部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺等疾患,如胸胁支满,咳逆上气,咳唾脓血,痰浊壅阻,乳痈、噎塞,身肿,皮肤痛不可近衣,皮肤瘙痒等。现又多用以治疗支气管炎,咯血,胸膜炎,肋间神经痛,乳腺炎等。

膺窗 ST_{16} Yīngchuāng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于锁骨中线上,当第三肋间隙中,正坐或仰卧取之。局部有胸大肌,深层为第三肋间内、外肌;有胸外侧动、静脉;并有胸前神经分支。一般斜刺0.3—0.5寸。针感为局部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺及乳房等疾患,如胸满胸痛,咳逆短气,哮喘,乳痈,膺肿,肠鸣泄泻等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,乳腺炎,肋间神经痛等。

乳中 ST_{17} Rǔzhóng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于乳头之中央,正坐或仰卧取之。局部有胸大肌,深层为第四肋间内、外肌;有胸外侧动、静脉;并有第四肋间神经外侧支前皮支。

禁刺灸。《素问·刺禁论》:"刺乳上,中乳房为肿,根蚀。"《甲乙经》:"禁不可刺灸,灸刺之,不幸生蚀疮,疮中有脓血清汁者可治,疮中有息肉若蚀疮者死。"现仅作胸部定穴标志。但据《肘后方》、《千金方》等记载,本穴可灸治卒癫,暴痛,热喝等。

乳根 ST_{18} Rǔgèn

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于锁骨中线上,当第五肋间隙中,仰卧取之。局部有胸大肌,其深层有第五肋间内、外肌;有肋间动脉,胸壁浅静脉;并有第五肋间神经外侧支的内侧皮支,深层为肋间神经干。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺、乳房等疾患,如胸痛,膺肿,咳嗽气逆,哮喘,心悸,乳痈,乳少,呕吐,呃逆,食噎,翻胃,霍乱转筋,四肢厥逆,胎衣不下等。现又多用以治疗乳腺炎,乳汁分泌不足,肋间神经痛,风湿性心脏病等。

实验研究表明:针刺本穴,可使风湿性心脏病患者的房性早搏短期内相对减少,对早期房颤有一定的复律作用。

不容 ST_{19} Bùróng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐上6寸的巨阙穴旁开2寸处,仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处,深层为腹横肌;有第七肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉;并有第七肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治胸、腹等疾患,如呕血,脘腹胀满,呕吐,嗳酸,不嗜食,口干,肠鸣,腹痛,胸背相引痛,咳嗽,胁下痛,疝瘕,痃癖等。现又多用以治疗胃炎,胃扩张,胃下垂,胃或十二指肠溃疡,胆绞痛等。

承满 ST_{20} Chéngmǎn

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐上5寸的上脘穴旁开2寸处,仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处,深层为腹横肌;有第七肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉;并有第七肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治脾、胃、肠腑等疾患,如脘腹疼痛,饮食不下,纳呆,肠鸣腹痛,下痢,咳喘气逆,吐血,胁下坚痛等。现又多用以治疗食欲减退,胃炎,胃或十二指肠溃疡,腹膜炎等。

梁门 ST_{21} Liángmén

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐上4寸的中脘穴旁开2寸处,仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处,深层为腹横肌;有第七肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉;并有第八肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局

部重胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾、胃、肠腑等疾患，如呕吐，呃逆，胃痛，纳呆，完谷不化，大肠滑泄，腹中积气，痰饮心痛，脱肛等。现又多用以治疗急、慢性胃炎，胃或十二指肠溃疡，胃下垂、胃神经症等。

关门 ST_{22} Guānmén

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐上3寸的建里穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第八肋间动、静脉分支及腹壁上动、静脉；并有第八肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾、胃、肠腑等疾患，如脘腹胀满，食欲不振，腹中积气，绕脐急痛，身肿，泄利，便秘，遗溺，痰饮等。现又多用以治疗急、慢性胃炎、急、慢性肠炎等。

太乙 ST_{23} Tàiyǐ

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐上2寸的下脘穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第八肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉；并有第八肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾、胃、肠腑等疾患，如呕吐呃逆，胃脘疼痛，食欲不振，腹胀肠鸣，烦心癫狂，脚气，遗尿等。现又多用以治疗胃痉挛，急、慢性胃炎，肠疝等。

滑肉门 ST_{24} Huáròumén

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名滑幽门。位于脐上1寸的水分穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第九肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉；并有第九肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾、胃、肠腑等疾患，如肠鸣，泄泻，胃痛，呃逆，舌强，吐血，癫狂等。现又多用以治疗急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，精神分裂症等。

天枢 ST_{25} Tiānshū

足阳明胃经穴。首见《灵枢·骨度》。别名长溪、谷门、循元、补元。大肠之募穴。

位于脐孔中点的神阙穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第十肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉；并有第十肋间神经分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀，并向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肠胃、少腹等疾患，如呕吐，纳呆，食不化，腹胀肠鸣，绕脐切痛，脾泄不止，赤白痢疾，便秘，水肿，疝气，月经不调，癥瘕积聚，崩漏带下，产后腹痛，疟疾振寒，热甚狂言等。现又多用以治疗急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，细菌性痢疾，小儿单纯性消化不良，阑尾炎，腹膜炎，肠麻痹，肠道蛔虫症，子宫内膜炎，高血压等。也可用作辅助诊断，如《圣惠方》载："天枢隐隐而痛者，大肠疽也；上肉微起者，小肠痈也。"《外科大成》："大肠痈之发，必先天枢穴隐痛不已。"

实验研究表明：针刺溃疡病急性穿孔患者的足三里、天枢等穴，可使呼吸运动曲线显著改善，说明针刺后有迅速的止痛作用。电针家兔"上巨虚"、"天枢"等部位，血浆杀灭痢疾杆菌的能力比针前明显提高。针刺本穴，能使肠蠕动增强。对消化不良患儿，针刺本穴后，可使低下的胃游离酸、总酸度、胃蛋白酶和胃脂肪酶迅速恢复正常。

外陵 ST_{26} Wàilíng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐下1寸的阴交穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第十肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉；并有第十肋间神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治少腹、前阴等疾患，如腹痛，腹胀，泄泻，痢疾，疝气，痛经等。现又多用以治疗阑尾炎，输尿管结石等。

大巨 ST_{27} Dàjù

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名腋门。位于脐下2寸的石门穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第十一肋间动、静脉分支，外侧为腹壁下动、静脉；并有第十一肋间神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治少腹、前阴等疾患，如小腹胀满，小便不利，遗精早泄，阳痿，疝气，烦渴，便秘，偏枯四肢不用，惊悸不寐等。现又多用以治疗腹直肌痉挛，肠梗阻，膀胱炎，尿潴留等。

水道 ST_{28} Shuǐdào

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于脐下3寸的关元穴旁开2寸处。仰卧取之。相当于腹直肌及其鞘处；有第十二肋间动、静脉分支，外侧为腹壁下动、静脉；并有第十二肋间神经。本穴位置另说有：①在大巨下2寸。②在大巨下3寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治少腹、前阴等疾患，如小腹胀满，痛引阴中，二便不通，疝气偏堕，胞中瘕，子门寒，痛经等。现又多用以治

疗肾炎，膀胱炎，睾丸炎，尿潴留，子宫脱垂，卵巢炎等。

归来 ST_{29} Guīlái

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名溪穴。位于脐下4寸的中极穴旁开2寸处。相当于腹直肌外缘，有腹内斜肌，腹横肌腱膜；外侧有腹壁下动、静脉；并有髂腹下神经。本穴位置另说有三：①在水道下2寸处。②中极（玉泉）穴旁开2.5寸。③曲骨穴旁开2寸。仰卧取之。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治少腹、前阴等疾患，如月经不调，经闭，痛经，阴挺，白带过多，阴中寒，不孕，卵上入腹，引茎中痛，木肾，疝气，阳痿，奔豚等。现又多用以治疗睾丸炎，卵巢炎，子宫内膜炎，子宫脱垂，腹股沟疝等。

气冲 ST_{30} Qìchōng

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名气街。是冲脉与足阳明胃经的会穴。位于耻骨结节外上方，当脐下5寸的曲骨穴旁开2寸处。仰卧取之。局部有腹外斜肌腱膜，当腹横肌和腹内斜肌下部；有腹壁浅动、静脉分支，外侧为腹壁下动脉；并有髂腹股沟神经。本穴位置另说有三：①在归来穴下，鼠蹊上1寸。②天枢下8寸。③横骨（耻骨）两端动脉宛宛中，当脐下6寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。《素问·刺禁论》："刺气街中脉，血不出，为肿鼠仆。"《甲乙经》："灸之不幸，不得息。"

主治少腹、前阴等疾患，如小腹满痛，水肿，奔豚，疝气，阴肿阴痛，阳痿，偏堕本肾，癃淋，月经不调，崩漏带下，经闭不孕，难产，胞衣不下等。现又多用以治疗子宫附件炎，子宫内膜炎，睾丸炎等。

髀关 ST_{31} Bìguān

足阳明胃经穴。首见《灵枢·经脉》。位于髂前上棘与髌底外侧端连线上，与臀沟平高处。或以髌底外侧端上12寸定位。正坐或仰卧取之。简便取穴，以手掌掌后第一横纹中点按在髌底中点处，手指并拢押在大腿部，中指尖所到处作一标记；再以手掌掌后第一横纹中点按在标记上，手掌平伸向上，中指端到处是穴。相当于缝匠肌与阔筋膜张肌之间；深层有旋股外侧动、静脉分支；并有股外侧皮神经。

一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀或向膝部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治股、膝等部疾患，如腰腿疼痛，膝股痿痹，股内筋急不得屈伸，足麻木不仁，小腿疼痛等。现又多用以治疗下肢瘫痪，腹股沟淋巴结炎，股外侧皮神经炎，膝关节及其周围软组织疾患等。

伏兔 ST_{32} Fútù

足阳明胃经穴。首见《灵枢·经脉》。别名外勾。位于髂前上棘与髌底外侧端连线上，当髌底直上6寸处。正坐或仰卧取之。简便取穴，从手掌掌后第一横纹中点，按在髌底中点处，手指并拢押在大腿上，中指尖到处是穴。相当于股骨前外侧，股直肌肌腹中；有旋股外侧动、静脉；并有股前皮神经，股外侧皮神经。

一般直刺0.8—1.2寸。针后局部酸胀或向膝外侧扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治股、膝等部疾患，如股膝冷痛，下肢不仁，寒湿脚气，风痹，寒疝，瘾疹，腹胀，狂邪妄语等。现又多用以治疗下肢瘫痪，股外侧皮神经炎，膝关节及其周围软组织疾患等。

阴市 ST_{33} Yīnshì

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。别名阴鼎。位于股前外侧，髌底外侧端直上3寸。正坐或仰卧取之。局解在股直肌和股外侧肌之间；有旋股外侧动脉降支；并有股前皮神经、股外侧皮神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部或膝关节酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治股、膝、腹等疾患，如腿膝酸痛，脚弱无力，痿痹不仁，两足拘急，脚气，腹胀，水肿，腰痛，消渴，心痛手颤等。现又多用以治疗下肢瘫痪，膝关节及其周围软组织疾患等。

梁丘 ST_{34} Liángqiū

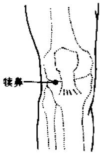
足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。位于大腿前外侧，当髌底外侧端直上2寸处。正坐或仰卧取之。相当于股直肌和股外侧肌之间；有旋股外侧动脉降支；并有股前皮神经、股外侧皮神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部或膝关节酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、股、膝等疾患，如胃脘疼痛，肠鸣泄泻，膝脚腰痛，冷痹不仁，鹤膝风，乳痈等。现又多用以治疗急性胃炎，胃痉挛，乳腺炎，膝关节及其周围软组织疾患等。

犊鼻 ST_{35} Dúbí

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。俗称外膝眼。位于膝关节前外侧，当股骨外侧髁，胫骨外侧髁与髌韧带外侧缘所构成的凹陷处。正坐或仰卧，屈膝取之。局部

有膝关节动、静脉网；并有腓肠外侧皮神经、腓总神经关节支。一般斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀，并可向下扩散。艾卷灸5—10分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治局部疾患，如膝中疼痛，伸屈不利，脚气，下肢痿痹等。现又多用以治疗下肢瘫痪，膝关节及其周围软组织疾患等。

足三里 ST_{36} Zúsānlǐ

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。原名三里、下陵。《九针十二原》称下陵三里。《圣济总录》始名足三里，别名鬼邪、下三里。本经合穴，又是四总穴、马丹阳天星十二穴、回阳九针穴之一。

位于髌韧带外侧凹陷外的犊鼻穴直下3寸，胫骨前嵴外侧约一横指处。正坐或仰卧，屈膝取之。简便取穴，从犊鼻穴向下量四横指(一夫)，距胫骨前嵴一横指处定取；或以掌心按住膝盖，手指向下，当胫骨外侧中指端到处是穴。局部有胫骨前肌，外侧为趾长伸肌；有胫前动、静脉；并有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支，深层为腓深神经。



一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀并向足背、膝上部传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。《类经图翼》载："小儿忌灸三里，三十外方可灸，不尔反生疾。"小儿为稚阴之体，阳气旺盛，肌肤娇嫩，一般不用或少用灸法，尤不宜用着肤灸法。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、心神、胸肺、少腹及本经脉所过部位的疾患，如胃气不足，心腹胀满，口苦无味，恶心呕吐、纳呆，胃脘疼痛，饮食不化，肠鸣腹痛，泄利脓血，霍乱，遗矢，噎膈，吐血，四肢肿满，蛊毒痃癖，便秘，头晕，心烦，惊悸怔忡，胸胁满痛，癫狂，惊痫，不寐，中风，厥逆，咳嗽，痰饮，喘息，虚痨，咯血，寒湿脚气，膝痛，下肢痿躄，足胫酸痛，疟疾，小便不利，遗尿，疝气，眼目诸疾，虚劳羸瘦，耳聋，颔痛，喉痹，颈项肿痛，脱肛，妇人脏躁，血晕，子痫，妊娠恶阻，赤白带下，痛经，催产，产后腰痛，疔，疖，乳痈，瘾疹等。凡真气不足，脏气虚惫，五痨七伤，羸瘦虚乏等症皆治之。现又多用以治疗急、慢性胃炎，胃或十二指肠溃疡，急、慢性胰腺炎，肝炎，消化不良，急、慢性肠炎，细菌性痢疾，阑尾炎，休克，神经性头痛，高血压，癫痫，神经衰弱，精神分裂症，动脉硬化，支气管哮喘，白细胞减少症，坐骨神经痛，下肢瘫痪，膝关节及其周围软组织疾患等。据《医说》载："若要安，三里莫要干。患风疾人宜灸三里者，五脏六腑之沟渠也，常欲宣通，即无风疾。"说明艾灸足三里具有保健作用。今人称之为"保健灸"。近人用针刺或艾灸足三里预防流行性感冒和艾灸预防中风都取得显著效果。《外台秘要》载："凡人年三十以上，若不灸三里，令人气上冲目。"《循经考穴编》载：灸之则可无失明。可见此穴能起到强身保健的作用。此外，本穴也可用作辅助诊断，如胃痛、肝病患者，本穴常出现条索状反应物。

实验研究表明：针刺健康人或动物(家兔)的"足三里"部位，一般情况下，可使胃肠(包括小肠、直肠)蠕动增强，血液循环改善。如果蠕动亢进者，则呈现减弱反应。针刺足三里穴治疗小儿单纯性或中毒性消化不良时，可见肠蠕动明显增强，胃总酸度、游离酸、胃蛋白酶和胃脂肪酶活性迅速升高。阑尾炎患者针刺本穴后阑尾蠕动增强，血液循环改善，排空提前，促进粪石排出，解除因炎症所致的痉挛状态。便秘患者，可使直肠蠕动增强。X线不易明确诊断的胃窦部变形，可依其对胃蠕动的影响协助诊断，准确率甚高。

针刺健康人或慢性胃炎患者的足三里等21个腧穴，观察对胆囊收缩的影响，结果以足三里的阳性率最高。针刺急性胆道疾病患者的足三里、阳陵泉、太冲等穴，可使注射吗啡后的胆道压力迅速下降；针刺足三里、太冲，可使胆汁流量增加。针刺足三里穴还可使呼吸和代谢机能显著增强；最大通气量，静息通气量，屏息时间均较针前显著增加。针刺健康人的足三里穴，可显著地抑制因冷刺激而引起的非条件性血管收缩反应。对高血压病人，主要引起血管舒张反应，使血压明显下降。针刺动物"足三里"、"合谷"穴部位，可以阻断因注射肾上腺素而引起的升压效应。而针刺实验性休克动物的"足三里"、"涌泉"穴部位，则有明显的升压效应。针刺足三里、三阴交、八髎等穴，对阵发性心动过速或器质性心脏病合并室性早搏二联律具有消减效应。对动物实验性Ⅱ度房室传导阻滞急性心肌缺血时，针刺足三里部位，可明显缩短心动过缓的自然恢复时间，并使房室传导阻滞消失，S波及ST段变化有所恢复。

针刺足三里穴，可使实验性白细胞减少症的白细胞总数迅速上升，吞噬能力增强。临床治疗急性阑尾炎患者，针刺本穴，则可使白细胞总数迅速下降。针刺大白鼠的“足三里”、“肝俞”、“肾俞”穴部位，则可使肝肾组织中还原型谷胱甘肽含量明显增加。连续针刺家兔足三里穴部位 3—5 天，可使肾上腺皮质和髓质分泌活动均趋增加，皮质增厚，整个肾上腺体积增大，称重增加。针刺家兔“足三里”部位，可使淋巴细胞转化率提高，血清中调理素和裂解素均见增加。针刺足三里等穴，通常可以使红细胞及血红蛋白增加，血沉加快。而在治疗高血压和高血脂症，则可使多数人的血清总胆固醇及其卵磷脂比值明显下降。

针刺或艾灸足三里穴，有助于疲劳的恢复，使肌肉的工作能力得到不同程度的提高；而针刺非穴位则无此效应。针刺足三里对多种痛模型的动物均有显著的镇痛效果。在针麻下胃大部切除术中，发现足三里与人中、承浆同刺，有较好的镇痛效果；与公孙同刺，对抑制牵胃反应效果较好。

上巨虚 ST_{37} Shàngjùxū

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。原名巨虚上廉。《千金翼方》始名上巨虚。别名巨虚、足上廉、上林。大肠之下合穴。位于髌韧带外侧凹陷处的犊鼻穴直下 6 寸。正坐或仰卧取之。简便取穴法，于犊鼻穴直下二夫（四横指为一夫），上与足三里穴相直处取之。局部有胫骨前肌；有胫前动、静脉；并有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支，深层为腓深神经。本穴位置另说在膝下 4 寸。

一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀或向小腿、足趾传导。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胃肠、下肢及本经脉所过部位的疾患，如肠鸣泄泻，脐腹疼痛，胸胁支满，饮食不化，偏风不遂，脚胫酸痛，咳逆气喘，小便黄等。现又多用以治疗急性细菌性痢疾，急性肠炎，急性单纯性阑尾炎等。

实验研究表明：针刺急性细菌性痢疾患者的上巨虚、漏谷穴后，嗜酸粒细胞计数明显降低，中性粒细胞吞噬能力显著增强，淋巴细胞转化率与玫瑰花结试验均趋明显提高。电针家兔“上巨虚”、“天枢”部位后，血浆杀灭痢疾杆菌的能力比针前有明显提高。α_1 和 α_2 球蛋白明显减少，而 β 和 γ 球蛋白比对照组明显升高；在 γ 球蛋白升高的同时，肝脏网状内皮系统的吞噬能力也明显增强。

条口 ST_{38} Tiáokǒu

足阳明胃经穴。首见《甲乙经》。位于髌韧带外侧凹陷处的犊鼻穴直下 8 寸，当小腿前外侧之中部。正坐或仰卧取之。简便取穴，在犊鼻穴与外髁尖连线中点，胫骨前嵴外开约一横指处是穴。局部有胫骨前肌；胫前动、静脉；并有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支，深层为腓深神经。本穴位置另说有：①在上巨虚下 1 寸。②在膝下 5 寸。

一般直刺 0.5—1 寸。针后局部或小腿酸胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

主治膝、胫、足等疾患，如膝胫酸痛，下肢麻木，脚气，转筋，跗肿，足缓不收，足底热等。现又多用以治疗膝关节炎，多发性神经炎，下肢瘫痪，肩关节周围炎等。

下巨虚 ST_{39} Xiàjùxū

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。原名巨虚下廉。《千金要方》始名下巨虚。别名下廉、足下廉、下林。小肠之下合穴。位于髌韧带外侧凹陷处的犊鼻穴直下 9 寸。正坐或仰卧取之。相当于胫骨前肌与趾长伸肌之间，深层为踇长伸肌；有胫前动、静脉；并有腓浅神经分支，深层为腓深神经。本穴位置另说在上巨虚下 2 寸。

一般直刺 0.5—1 寸。针后局部或小腿部酸胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肠胃及本经脉所过部位的疾患，如肠鸣腹痛，泄利脓血，消谷善饥，腰痛控睾，流涎，喉痹，偏风不遂，寒湿脚气，胫肿，足痿，跟痛，胸胁痛，乳痈，暴惊狂言，小便黄等。现又多用以治疗细菌性痢疾，急、慢性肠炎，下肢瘫痪等。

丰隆 ST_{40} Fēnglóng

足阳明胃经穴。首见《灵枢·经脉》。本经络穴。

位于小腿前外侧，外髁尖上 8 寸，距胫骨前嵴 2 横指处。简便取穴，可于髌韧带外侧凹陷处的犊鼻穴与外髁尖连线的中点处定取。正坐或仰卧取之。局部有趾长伸肌和腓骨短肌；有胫前动脉；并有腓浅神经。

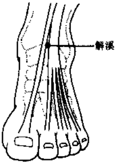
一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀或有麻电感向小腿部放散。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、神志及本经脉所过部位的疾患，如胸腹痛，四肢肿，呕吐痰涎，肢体懈怠，伤寒吐蚘，大小便难，咳逆，痰饮，头痛，眩晕，癫狂，面目浮肿，喉痹，卒瘖，经闭，血崩，脚气等。现又多用以治疗神经衰弱，癫痫，精神分裂症，神经血管性头痛，高血压，耳源性眩晕，支气管炎，支气管哮喘，腓肠肌痉挛等。

解溪 ST_{41} Jiěxī

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。别名草鞋带穴。本经经穴。位于足踝关节前横纹中央，或于第二足趾直上，当踇长伸肌腱与趾长伸肌腱之间取穴。正坐或仰卧

取之。局部有胫前动、静脉;并有腓浅神经,深部为腓深神经。



一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 1—3 壮;艾卷灸 3—5 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、脾胃及本经脉所过部位的疾患,如头痛,目赤,眩晕,面肿,口痛,腹胀,霍乱,气逆发噎,饥不欲食,便秘,癫狂,瘈疭,惊悸,咳喘,膝肿转筋,脚踝无力等。现又多用以治疗神经性头痛,消化不良,胃炎,肠炎,肾炎,癫痫,面神经麻痹,足下垂,踝关节及其周围软组织疾患等。

冲阳 ST_{42} Chóngyàng

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。别名会原、趺阳。本经原穴。位于足背部,第二、第三跖骨之间,当足背之最高处,动脉应手;或于解溪穴直下 1.5 寸定位。正坐或仰卧取之。相当于趾长伸肌腱外侧;有足背动、静脉及足背静脉网;并有来自腓浅神经的足背内侧皮神经,深层为腓深神经。

一般直刺 0.2—0.3 寸,避开动脉。针后局部重胀。禁灸。《素问·刺禁论》:"刺跗上中大脉,出血不止,死。"张隐庵注:"跗上,足跗之上,足阳明之冲阳处也。"可见针刺此穴宜于适当注意。

主治头面、脾胃及本经脉所过部位的疾患,如头重,头痛,口眼㖞斜,齿痛,颊肿,呕吐,腹坚,胃脘痛,不嗜食,癫狂,足痿、足缓不收,足背红肿等。现又多用以治疗齿龈炎、癫痫、脉管炎等。

陷谷 ST_{43} Xiàngǔ

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。别名陷骨。本经俞穴。位于足背部,当第二、第三跖骨结合部前方凹陷处。或于第二、第三趾趾缝端的内庭穴直上 2 寸处定位。正坐或仰卧取之。局部有第二趾骨间肌;有足背静脉网;并有足背内侧皮神经。《灵枢·本输》载:"上中指内间上行二寸陷者中。"一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头面、脾胃及本经脉所过部位的疾患,如身热,面浮身肿,目赤肿痛,肠鸣腹痛,善噫,热病,足背红肿,卒疝,疟疾等。现又多用以治疗结膜炎,急、慢性胃炎,急、慢性肠炎等。

内庭 ST_{44} Nèitíng

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴,又是马丹阳天星十二穴之一。位于足背第二、第三趾缝间的缝纹端。正坐或仰卧取之。局部有足背静脉网;并有足背内侧皮神经。《灵枢·本输》载:"次指外间。"一般直刺或斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治口面、脾胃及本经脉所过部位的疾患,如齿痛,颊肿,鼻衄,喉痹,口噤,口㖞,腹痛,腹胀,吐酸,纳呆,泄泻,痢疾,肠痈,便血,大、小便不利,四肢厥逆,胫骨痛,脚气,足趾肿痛等。现又多用以治疗急、慢性胃炎,急、慢性肠炎,齿龈炎,扁桃体炎,三叉神经痛,肠疝,趾跖关节痛等。

厉兑 ST_{45} Lìduì

足阳明胃经穴。首见《灵枢·本输》。本经井穴。位于足第二趾外侧,甲根角旁 0.1 寸处。正坐或仰卧,伸足取之。局部有趾背动脉形成的动脉网;并有腓浅神经的趾背分支。一般直刺 0.1—0.2 寸。针后局部疼痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸 1—3 壮;艾卷灸 3—5 分钟。

主治神志,口面及本经脉所过部位的疾患,如晕厥,癫狂,多惊好卧,梦魇不宁,口㖞,唇疹,鼻衄,齿寒齿痛,喉痹,颈肿,心腹胀满,消谷善饥,黄疸,水肿,便秘,便血,热病等。现又多用以治疗精神分裂症,神经衰弱,消化不良,鼻炎,齿龈炎,扁桃体炎等。

隐白 Sp_{1} Yǐnbái

足太阴脾经穴。首见《灵枢·本输》。别名鬼垒。本经井穴。位于足大趾内侧,甲根角旁 0.1 寸。伸足仰趾取之。局部有趾背动脉;腓浅神经的趾背分支,深层为胫神经的足底内侧分支。

一般斜刺 0.1—0.2 寸。针后局部疼痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸 5—7 壮;艾卷灸 10—15 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治血证和脾胃、神志以及本经脉所过部位的疾患,如衄血,吐血,下血,崩漏,呃逆,呕吐,腹胀,纳呆,腹痛,暴泄,肿满,厥症,癫狂,烦心,梦魇不寐,急、慢惊风等。现又多用以治疗上消化道出血,功能性子宫出血,急性肠炎,精神分裂症,神经衰弱,休克等。

实验研究表明:针刺本穴在 X 线下观察到,可使胃

病患者的胃蠕动波的波行时间和波次间隙瞬即缩短。

大都 Sp_2 Dàdū

足太阴脾经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴。位于足大趾内侧缘，第一跖趾关节前缘，当赤白肉际处。正坐或仰卧取之。相当于𧿹外展肌的止点；有足底内侧动、静脉分支；并有足底内侧神经的趾底固有神经。

一般直刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛或酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃及本经脉所过部位的疾患，如呃逆呕吐，脘腹胀痛，霍乱泻利，四肢浮肿，肌肤不仁，身重骨痛，热病无汗，手足厥冷，气滞腰痛，小儿客忤，足大趾本节红肿、疼痛等。现又多用以治疗急、慢性胃炎，急性胃肠炎等。

实验研究表明：针刺胃病患者的大都穴，可使胃蠕动变慢减弱。

太白 Sp_3 Tàibái

足太阴脾经穴。首见《灵枢·本输》。本经俞穴、原穴。位于足内侧，第一跖骨小头后缘，当赤白肉际处。正坐或仰卧取之。局部为𧿹外展肌；有足背静脉网，足底内侧动脉及跗内侧动脉；并有隐神经与腓浅神经分支的吻合支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃及本经脉所过部位的疾患，如呕吐，呃逆，腹痛，腹胀，饥不欲食，食而不化，肠鸣泄泻，便秘，水肿，身重，骨节酸痛，胸胁胀满，热病无汗，手足厥冷，脚气红肿，膝胫酸痛、转筋等。现又多用以治疗神经性呕吐，消化不良，急、慢性胃炎，胃痉挛，急、慢性肠炎，痢，肠出血等。

公孙 Sp_4 Gōngsūn

足太阴脾经穴名。首见《灵枢·经脉》。本经络穴，又是八脉交会穴之一，通冲脉。《千金要方》作本经原穴。位于足内侧，第一跖骨基底部前下方凹陷处，正当赤白肉际。正坐或仰卧取之。相当于𧿹外展肌中；有跗内侧动脉及足背静脉网，并有隐神经及腓浅神经分支吻合支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位，主治脾胃、肝肾及经脉所过部位的疾患，如呕吐，呃逆，反胃，噎膈，腹痛，胃脘痛，食不化，肠鸣，泄泻，痢疾，黄疸，水肿，眩晕，妇人血晕，胎衣不下，癫痫，疟疾，胁痛，疝气等。现又多用以治疗食欲不振，消化不良，神经性呕吐，急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，腹水，消化道出血，胸膜炎，肋间神经痛等。

实验研究表明：针刺公孙等穴，对胃和小肠的运动有明显的调整作用，能抑制胃酸分泌。针刺正常人的公孙穴，还可以使腹部的耐痛阈显著提高，若同时针刺内关，则能提高头、面、颈部的痛阈和耐痛阈。

商丘 Sp_5 Shāngqiū

足太阴脾经穴。首见《灵枢·本输》。本经经穴。位于足内踝前下方，当胫骨前肌腱内侧凹陷处。正坐或仰卧取之。局部为小腿十字韧带；有跗内侧动脉和大隐静脉；并有隐神经及腓浅神经分支。

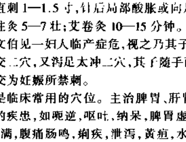
一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向踝关节扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃及本经脉所过部位的疾患，如呕吐，吞酸，胃痛，腹痛，黄疸，食饮不化，肠鸣泄泻，痢疾，体重节痛，嗜卧，舌本强痛，梦魇，癫痫，疟疾等。现又多用以治疗神经性呕吐，消化不良，急、慢性胃炎，急、慢性肠炎，腓肠肌痉挛，踝关节及其周围软组织疾患等。

三阴交 Sp_6 Sānyīnjiāo

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。别名太阴。是足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经三经的会穴，又是回阳九针穴之一。

位于内踝尖直上3寸，当胫骨内侧面后缘处。正坐或仰卧取之。简便取穴，可于内踝尖上量四横指(一夫)，当胫骨内侧面后缘凹陷中定取。相当于胫骨内侧面与比目鱼肌间，深层为趾长屈肌；有大隐静脉，深层有胫后动、静脉；并有小腿内侧皮神经，深层后方为胫神经。



一般直刺1—1.5寸，针后局部酸胀或向足底和膝部扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。据《针灸大成》载：昔文伯见一妇人临产症危，视之乃其子死在腹中，刺足三阴交二穴，又泻足太冲二穴，其子随手而下。后世随以三阴交为妊娠所禁刺。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、肝肾及本经脉所过部位的疾患，如呃逆，呕吐，纳呆，脾胃虚弱，完谷不化，心腹胀满，腹痛肠鸣，痢疾，泄泻，黄疸，水肿，月经不调，经闭，带下，癥瘕，血崩，血晕，死胎，恶露不止，阴茎

痛,小便不利,遗精白浊,七疝,癫痫,不眠,瘾疹,股、膝、踝内侧肿痛等。现又多用以治疗急、慢性肠炎,细菌性痢疾,功能性子宫出血,子宫脱垂,肾炎,肾盂肾炎,尿潴留,尿失禁,遗尿,性功能减退,高血压,神经衰弱,小儿舞蹈病,下肢神经痛或瘫痪等。

现代研究证实,针刺本穴,特别是配合合谷等穴,有促进妊妇子宫收缩的效应,故妊妇应用本穴当特别审慎。现也有人利用本穴的此种效应而做临床引产,取得一定疗效。

实验研究表明:针刺单纯性消化不良患儿的三阴交、足三里等穴,可使原来低下的胃游离酸、总酸度、胃蛋白酶和胃脂肪酶活性迅速升高。对于不同原因引起的尿潴留、尿失禁等可恢复正常排尿功能,并可使急、慢性肾炎患者排尿量明显增加。在具有慢性输尿管瘘的动物实验中,针刺"三阴交"部位,有促进利尿效应。对妊娠7—8个月的胎位异常者,艾灸三阴交,能使腹壁松弛,胎动活跃,有助于矫正胎位。针刺家兔单侧"三阴交"部位,5分钟后,下腹正中皮肤及鼻尖部位痛阈可明显提高,大多数在起针后30—40分钟内,其痛阈仍可保持在较高水平,个别动物还可以保持1—5小时以上。在针麻施行胃大部切除术中,同时针刺三阴交,足三里,呈现较好的抗切皮痛和松弛肌肉的效应。

漏谷 Sp_7 Lòugǔ

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。位于足内踝尖直上6寸,当胫骨内侧面后缘处。正坐或仰卧取之。相当于胫骨后缘与比目鱼肌之间,深层有趾长屈肌;有大隐静脉,深层为胫后动、静脉;并有小腿内侧皮神经,深层后方为胫神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃、肝肾、小腹及本经脉所过部位的疾患,如脘腹胀满,肠鸣切痛,食欲不振,小便不利,遗精,疝气,少腹疼痛,下肢湿痹,足胫肿痛。现又多用以治疗消化不良,尿路感染,功能性子宫出血,癔病,脚气等。

地机 Sp_8 Dìjī

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。位于内膝眼下5寸,胫骨内侧面后缘,亦即胫骨内侧髁下缘直下3寸处。正坐或仰卧取之。相当于胫骨后缘与比目鱼肌之间;前方有大隐静脉及膝最上动脉的末支,深层为胫后动、静脉;并有小腿内侧皮神经,深层后方为胫神经。本穴位置另说有:①在阴陵泉下5寸,骨内大筋外,与上巨虚相对。②在漏谷穴上5寸。

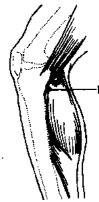
一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、肝肾、少腹及本经脉所过部位的疾患,如食欲不振,腹胀腹痛,水肿,大便溏泄,月经不调,痛经,白带过多,遗精,疝气,小便不利,痔疾等。现又多用以治疗胃痉挛,细菌性痢疾,功能性子宫出血,精液减少症等。

阴陵泉 Sp_9 Yīnlíngquán

足太阴脾经穴。首见《灵枢·本输》,名"阴之陵泉"。《甲乙经》称阴陵泉。本经合穴。

位于膝下内侧,胫骨内侧髁下缘凹陷处。正坐或仰卧取之。相当于比目鱼肌起点的上方;前方有大隐静脉,膝最上动脉,深层为胫后动、静脉;并有小腿内侧皮神经,最深层为胫神经。本穴位置另说与阳陵泉相对。



一般直刺1—1.3寸。针后局部酸胀,并可向下扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

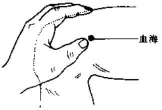
本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、肝肾、少腹及本经脉所过部位的疾患,如腹痛,腹胀,食欲不振,水肿,黄疸,霍乱吐泻,小便不利或失禁,遗尿,月经不调,痛经,遗精,阳痿;疝瘕,膝痛,脚气等。现又多用以治疗急、慢性肠炎,细菌性痢疾,腹膜炎,尿潴留,尿失禁,尿路感染,阴道炎,疝,膝关节及其周围软组织疾患等。

实验研究表明:针刺细菌性痢疾患者的阴陵泉穴,可使白细胞吞噬指数和吞噬能力显著增加,并可促使凝集素的产生,提高凝集素的效价。

血海 Sp_{10} Xuèhǎi

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。别名百虫窠。位于髌底内侧端上2寸。屈膝时,当股骨内上缘股内侧肌隆起处。正坐屈膝取之。简便取穴,屈膝垂足,以对侧手掌盖住膝盖,2—5指向上伸直,拇指约呈45°角向内斜置,拇指端到处是穴。相当于股内侧肌下部;有股动、静脉肌支;并有股前皮神经及股神经肌支。本穴位置另说在膝髌上内廉白肉际2.5寸,或云3寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治肝肾、皮肤及本经脉所过部位的疾患，如月经不调，崩漏带下，经闭，痛经，产后血晕，阴部瘙痒，疥癞，两腿疮疡，丹毒，气逆腹胀，淋病等。现又多用以治疗功能性子宫出血，睾丸炎，荨麻疹，湿疹，皮肤瘙痒症，神经性皮炎，贫血，下肢内侧及膝关节疼痛等。

箕门 Sp_{11} Jīmén

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。位于髌骨内侧端上8寸，亦即血海穴直上6寸处。仰卧取之。相当于缝匠肌内侧缘，深层为内收大肌；有大隐静脉，深层外方有股动、静脉；并有股前皮神经，深部为隐神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治肝肾及本经脉所过部位的疾患，如小便淋沥，遗溺，癃闭，遗精，阳痿，小腹肿痛，鼠蹊痛，阴部湿痒，两股生疮等。现又多用以治疗睾丸炎，性功能减退，腹股沟淋巴结炎，小儿麻痹后遗症等。

冲门 Sp_{12} Chōngmén

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。别名慈宫。是足太阴脾经与足厥阴肝经的会穴。位于腹下部，平耻骨联合上缘，前正中线旁开3.5寸。仰卧取之。相当于腹股沟韧带中点外侧，在腹外斜肌腱膜和腹内斜肌之下部；其内侧有股动、静脉；并有股神经。本穴位置另说有：①去腹中行4寸。②去腹中行4.5寸。

一般直刺0.5—1寸，避开动脉。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治肝肾、前阴及下腹部等疾患，如月经不调，崩漏带下，缺乳，癃闭，疝气，少腹疼痛，霍乱，泄痢，腹部痞块等。现又多用以治疗尿潴留，睾丸炎，精索神经痛，子宫内膜炎，子痫等。

府舍 Sp_{13} Fǔshè

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。是足太阴脾经、足厥阴肝经与阴维脉的会穴。位于耻骨联合上缘中点处的曲骨穴旁开4寸，再向上0.7寸处。仰卧取之。相当于腹股沟韧带外侧上方，腹外斜肌腱膜，腹内斜肌下部及腹横肌下部；有腹壁浅动脉，肋间动、静脉；并有髂腹股沟神经。本穴位置另说去腹中行3.5寸，或云4.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃及下腹部等疾患，如腹痛，积聚，霍乱，疝气，髀中急痛，厥逆等。现又多用以治疗脾肿大，便秘，子宫附件炎，腹股沟淋巴结炎等。

腹结 Sp_{14} Fùjié

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。原名腹屈。《千金要方》始名腹结。位于脐中神阙穴旁开4寸，再直下1.3寸处。仰卧取之。局部为腹内斜肌、腹外斜肌及腹横肌；有肋间动、静脉；并有第十一肋间神经。本穴位置另说去腹中行3.5寸，或云4.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀向周围扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃及局部等疾患，如绕脐疼痛，腹寒泄痢，便秘，疝痛等。现又多用以治疗细菌性痢疾，腹膜炎，肠梗阻等。

大横 Sp_{15} Dàhéng

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。是足太阴脾经与阴维脉的会穴。位于腹中部，脐中神阙穴旁开4寸。仰卧取之。局部为腹内斜肌，腹外斜肌及腹横肌；有肋间动、静脉；并有第十肋间神经。本穴位置另说去腹中行3.5寸，或云4.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀向周围扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床的常用穴位。主治脾胃及局部等疾患，如腹胀，腹痛，泄泻，便秘，四肢无力，惊悸怔忡等。现又多用以治疗急、慢性肠炎，细菌性痢疾，习惯性便秘，肠麻痹，肠寄生虫病等。

腹哀 Sp_{16} Fùāi

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。是足太阴脾经与阴维脉的会穴。位于腹上部，在脐中直上3寸的建里穴旁开4寸处。仰卧取之。局部有腹内斜肌、腹外斜肌及腹横肌；有肋间动、静脉；并有第八肋间神经。本穴位置另说去腹中行3.5寸，或云4.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀向周围扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃、肠腑等疾患，如腹中疼痛，饮食不振，大便脓血，泄利无度，便秘等。现又多用以治疗消化不良，胃痉挛，胃及十二指肠溃疡，胃酸过多或减少，细菌性痢疾等。

食窦 Sp_{17} Shídóu

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。别名命关。位于胸下部，在胸骨中线旁开6寸的第五肋间隙中。仰卧取之。局部有前锯肌，深层为肋间内、外肌；有胸腹壁静脉；并有第五肋间神经。本穴位置另说有：①在中府穴下6寸。②在乳下1.6寸，横过1寸，与中庭穴相平。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃及胸胁部等疾患，如翻胃，噎嗝，食已即吐，腹胀水肿，黄疸，脾泄下注，胸满气喘，胁痛不止等。现又多用以治疗胃炎，腹水，肝区痛，胸膜炎，肋间神经痛，慢性支气管炎等。

天溪 Sp_{18} Tiānxì

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。位于胸部，在胸骨中线旁开6寸的第四肋间隙中。仰卧取之。简便取穴可于乳中穴外侧2寸，第四肋间隙中定取。局部有胸大肌，前锯肌，肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉分支，胸腹壁动、静脉，肋间动、静脉；并有第四肋间神经。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺部等疾患，如咳嗽，胸中满痛，咳逆上气，乳汁少，乳肿痈溃，呃逆，喉鸣有声，暴喑气哽等。现又多用以治疗支气管炎，肺炎，肋间神经痛，产后乳汁分泌不足，乳腺炎等。

胸乡 Sp_{19} Xiōngxiāng

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。位于胸部，在胸骨中线旁开6寸的第三肋间隙中。局部有胸大、小肌，前锯肌，肋间内、外肌，胸外侧动、静脉，肋间动、静脉；并有第三肋间神经。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺部等疾患，如胸胁胀满，胸痛引背，呃逆，吞咽困难等。现又多用以治疗支气管炎，胸膜炎，肋间神经痛等。

周荣 Sp_{20} Zhōuróng

足太阴脾经穴。首见《甲乙经》。位于胸上部，在胸骨中线旁开6寸的第二肋间隙中。仰卧取之。局部有胸大、小肌，肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉，肋间动、静脉；并有胸前神经肌支和第二肋间神经。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺部等疾患，如胸痛引背，咳逆上气，咳唾脓血，饮食不下，呃逆等。现又多用以治疗支气管炎，支气管扩张，肺脓疡，食管狭窄，胸膜炎，肋间神经痛等。

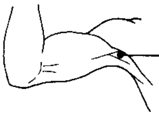
大包 Sp_{21} Dàbāo

足太阴脾经穴。首见《灵枢·经脉》。为脾之大络穴。位于侧胸部的腋中线上，当第六肋间隙中。侧卧或正坐举臂取之。局部有前锯肌，肋间内、外肌；有胸背动、静脉，肋间动、静脉；并有第六肋间神经。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺部等疾患。如胁痛，气喘，全身疼痛，四肢无力等。现又多用以治疗肺炎，支气管哮喘，胸膜炎，肋间神经痛等。

极泉 HT_1 Jíquán

手少阴心经穴。首见《甲乙经》。位于腋窝正中，当腋动脉搏动处。举臂开腋取之。相当于胸大肌下缘，深层为喙肱肌；外侧为腋动、静脉；并有臂内侧皮神经，尺神经，正中神经及前臂内侧皮神经。一般直刺0.5—0.8寸，避开动脉，针感朝指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟



主治胸胁、心神等疾患，如胁下满痛，胸闷不乐，心痛心烦，干呕，咽干烦渴，目黄，肘臂厥冷等。现又多用以治疗心肌炎，心包炎，胸膜炎，肋间神经痛，肩关节周围炎，淋巴结结核等。

青灵 HT_2 Qīnglíng

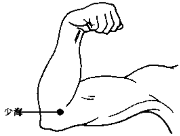
手少阴心经穴。首见《圣惠方》。位于肘横纹内侧端少海穴直上3寸，肱二头肌内侧沟中。开腋伸臂取之。局部有肱动脉，贵要静脉，尺侧上副动脉；并有臂内侧皮神经，尺神经，前臂内侧皮神经及肌皮神经。一般直刺0.5—0.8寸，针感朝指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治上肢、头目等疾患，如肩臂不举，头痛振寒，目黄，胁痛等。现又多用以治疗肋间神经痛，肩关节周围炎，腋窝淋巴结炎等。

少海 HT_3 Shàohǎi

手少阴心经穴。首见《甲乙经》。本经合穴。位于肘

横纹尺侧端与肱骨内上髁连线中点凹陷中。仰掌伸臂取之。局部有旋前圆肌，肱肌、贵要静脉，尺侧下副动脉，尺返动脉，并有前臂内侧皮神经



一般直刺0.5—0.8寸，针后局部酸胀，或向指端或腋窝方向传导。《外台秘要》引甄权云："不宜灸"。一般不用艾炷直接灸法。

本穴是临床常用的穴位。主治心神及本经脉所过部位的疾患，如身热，心痛，健忘，癫痫，发狂，气逆，呕吐，上肢不举，手颤肘挛，瘰疬等。现又多用以治疗心绞痛，精神分裂症，神经衰弱，胸膜炎，肋间神经痛，尺神经疼痛或麻痹，淋巴结炎，肘关节及其周围软组织疾患等。

灵道 HT_4 Língdào

手少阴心经穴名。首见《甲乙经》。本经经穴。位于腕横纹尺侧端神门穴上1.5寸，当尺侧腕屈肌腱桡侧的凹陷中。伸臂仰掌取之。相当于尺侧腕屈肌腱与指浅屈肌腱之间，深层为指深屈肌；有尺动、静脉，前臂内侧皮神经，以及尺神经。一般直刺0.3—0.5寸，针感朝指端或肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心神及本经脉所过部位的疾患，如心痛，胸闷，悲恐，干呕，暴瘖不能言，肘挛臂痛等。现又多用以治疗心绞痛，心内膜炎，癔病，精神分裂症，尺神经疼痛或麻痹等。

通里 HT_5 Tōnglǐ

手少阴心经穴。首见《灵枢·经脉》。本经络穴，又是马丹阳天星十二穴之一。位于腕横纹尺侧端神门穴直上1寸，尺侧腕屈肌腱桡侧的凹陷中，伸臂仰掌取之。此穴在尺侧腕屈肌腱与指浅屈肌腱之间，深层有指深屈肌；有尺动、静脉，前臂内侧皮神经，尺神经。

一般直刺0.3—0.5寸，针感朝指端或肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心神、口腔及本经脉所过部位的疾患，如惊悸怔忡，心神不安，热病头痛，目痛，咽喉肿痛，暴瘖，舌强，妇人经血过多，崩漏，遗溺，臂肘腕疼痛等。现又多用以治疗心律不齐，神经衰弱，癔病，遗尿，月经不调，急性舌骨肌麻痹等。

阴郄 HT_6 Yīnxì

手少阴心经穴名。首见《千金方》。《素问·气府论》所载"手少阴各一"，王冰注即本穴。《甲乙经》名"手少阴郄"。本经郄穴。位于腕后横纹尺侧端神门穴直上0.5寸，尺侧腕屈肌腱桡侧的凹陷中。仰掌取之。此穴在尺侧腕屈肌腱与指浅屈肌腱之间，深层为指深屈肌；有尺动、静脉，前臂内侧皮神经，尺神经。

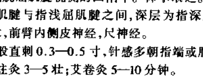
一般直刺0.3—0.5寸，针感多朝指端或肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用穴位。主治心神、胸肺及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心烦，惊悸，怔忡，头痛，眩晕，恶寒，盗汗，吐血，衄血，咳嗽，暴瘖不能言，胃脘痛，霍乱，小儿骨蒸等。现又多用以治疗神经衰弱，肺结核，心绞痛，局部软组织疾患等。

神门 HT_7 Shénmén

手少阴心经穴。首见《甲乙经》。《灵枢·邪客》所载"独取其经于掌后锐骨之端"即指本穴。本经输穴、原穴。

位于腕横纹尺侧端，豌豆骨下，尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷中。仰掌取之。相当于尺侧腕屈肌腱与指浅屈肌腱之间，深层为指深屈肌；有尺动、静脉，前臂内侧皮神经和尺神经



一般直刺或针尖向指端方向斜刺0.3—0.5寸，针后多局部酸胀，或有麻电感朝指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

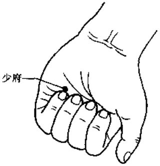
本穴是临床常用的穴位。主治心神、胸肺及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心烦，善忘，不寐，惊悸，怔忡，痴呆，癫狂，痫证，头痛头昏，目眩，目黄，咽干，热病不嗜食，呕血，咳喘，虚劳，胁痛，手臂寒痛，麻木等。现又多用以治疗精神分裂症，神经衰弱，癔病，心绞痛，心律不齐，尺神经麻痹等。

实验研究表明：针刺健康人神门穴，与针刺冲阳及非穴位，观察心电、肌电的变化，显示腧穴有相对的特异性。针刺癫痫病人的神门、阴郄、通里、百会、大陵等穴，可使部分癫痫大发作患者的脑电图趋向规则，或使病理性的脑电波电位降低。针刺神门、合谷或神门、合谷、大陵，可缩短循环时间，静脉压下降，从而改善心衰的症状。针刺狗的"神门"穴部位，对实验性垂体性高血压，呈迅速的降压效应。

少府 HT_8 Shàofǔ

手少阴心经穴。首见《甲乙经》。本经荥穴。

位于手掌第四、第五掌骨之间的中点。仰掌取之。简便取穴，屈指握拳时，当小指指端所着之处。局部有第四蚓状肌，指深屈肌腱，深层为骨间肌；有指掌侧总动、静脉，第四指掌侧总神经。《甲乙经》载："在小指本节后陷者中直劳宫。"



一般直刺0.3—0.5寸。针感为局部胀痛或朝指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、前阴及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，胸痛，烦闷少气，目黄，口渴，咽干，肘腋挛急，手指屈曲难伸，掌中热等。现又多用以治疗风湿性心脏病，心绞痛，心律不齐，精神分裂症，癔病，尿道炎等。

少冲 HT_9 Shàochōng

手少阴心经穴。首见《甲乙经》。本经井穴。位于手小指桡侧，距指甲根角0.1寸处。伸指取之。相当于手小指桡侧爪甲根切迹处，有指掌侧固有动、静脉所形成的动、静脉网和指掌侧固有神经。

一般针刺0.1—0.2寸。针感为局部疼痛或朝腕部方向传导。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治心胸、神志及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，胸胁痛，热病烦心，悲恐善惊，喜怒无常，目黄，口中热，嗌干，咽痛，肘腋肿痛，手挛不伸，手掌热等。现又多用以治疗心肌炎，心绞痛，肋间神经痛，癔病，精神分裂症，休克等。

少泽 SI_1 Shàozè

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。别名小吉。本经井穴。位于手小指尺侧，指甲根角旁0.1寸处。伸指取之。相当于手小指尺侧爪甲根切迹处；有指掌侧固有动、静脉和指背动、静脉所形成的动、静脉网；并有来自尺神经的指掌侧固有神经及指背侧固有神经。《灵枢·本输》曰："小指之端也。"

一般斜刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛或可向腕部传导。也可用三棱针点刺放血。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头目、心胸及本经脉所过部位的疾患，如寒热，疟疾，头痛，目生翳膜，耳聋，喉痹，舌卷，舌强不语，心痛，心烦，短气，咳嗽，胸胁痛，黄疸，乳痈，产后无乳，臂内廉痛，小指不用等。现又多用以治疗角膜炎，翼状胬肉，乳腺炎，乳汁分泌不足，精神分裂症等。

前谷 SI_2 Qiángǔ

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴。位于手小指尺侧缘，第五掌指关节前横纹赤白肉际处。微握拳取之。局部有指背动、静脉；并有来自尺神经的指掌侧固有神经和指背神经。

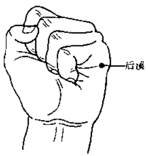
一般直刺0.2—0.3寸。针感向小指外侧端或沿上肢外侧后缘向肩部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位，主治外感，头面、五官及本经脉所过部位的疾患，如热病汗不出，寒热，疟疾，头项急痛，颈项不得回顾，颊肿，目痛泣出，目中白翳，耳鸣，鼻塞不利，鼻衄，咽肿喉痹，咳嗽，妇人产后无乳，臂痛不得举等。现又多用以治疗乳腺炎，扁桃体炎，腮腺炎，落枕等。

后溪 SI_3 Hòuxī

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经俞穴。又是八脉交会穴之一，通督脉。

位于手尺侧缘，第五掌指关节后外侧，掌横纹头赤白肉际陷中。微握拳取之。相当于第五掌骨小头后方，有小指外展肌，小指对掌肌；有手背静脉网，指背侧动、静脉；并有尺神经的分支。《灵枢·本输》曰："在手外侧本节之后也"



一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向小指外侧端或肩部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头项、五官、心神及本经脉所过部位的疾患，如疟疾振寒，身热烦满，头晕目眩，头项痛，目赤痛，烂眦，目生翳膜，鼻衄，耳聋，耳鸣，心痛烦闷，癫狂，肩、臂、肘痛，五指尽痛等。现又多用以治疗小儿麻痹症，癔病，神经衰弱，落枕，肋间神经痛，急性腰扭伤，肩关节周围炎，风湿性关节炎等。

腕骨 SI_4 Wàngǔ

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经原穴。位于手尺侧缘，当钩骨、豌豆骨与第五掌骨基底所构成的凹陷中。伏掌取之。相当于第五掌骨基底后方的尺侧，小指展肌起点外下缘；有手背静脉网，腕背侧动脉；并有尺神经分布。

一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀或向小指、肩部传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头面、耳目及本经脉所过部位的疾患，如寒热，黄疸，热病汗不出，疟疾，头风，头痛，颈颔肿，目泪出，目翳，耳鸣，癫狂，惊风瘈疭，偏枯，臂、肘不得伸屈，五指挛痛等。现又多用以治疗感冒，慢性泪囊炎，胆囊炎，胃炎，糖尿病，坐骨神经痛，腕关节及其周围软组织疾患等。

阳谷 SI_5 Yánggǔ

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经经穴。位于手腕部尺侧缘，腕背横纹尺侧端凹陷中，当尺骨茎突与三角骨之间处。伏掌取之。相当于尺侧腕伸肌腱尺侧缘，有腕背侧动脉；并有尺神经的手背支。

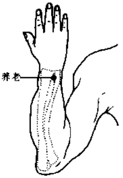
一般直刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀或向小指、肩部传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感热病，头面、五官及本经脉所过部位的疾患，如热病汗不出，寒热，头痛，耳鸣，耳聋，目痛，目眩，龋齿痛，舌强，颈颔肿，胸胁痛，癫疾狂走，妄言，小儿瘈疭，肩痛不举，臂、腕外侧痛等。现又多用以治疗腮腺炎，肋间神经痛，腕关节及其周围软组织疾患等。

养老 SI_6 Yǎnglǎo

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。位于前臂背侧，平尺骨小头中央，当尺骨小头桡侧缘凹陷中。屈肘，掌心向胸取之。穴位正当尺侧腕伸肌腱与小指固有伸肌腱之间；有前臂骨间背侧动、静脉的末支；并有前臂背侧皮神经和尺神经手背支的吻合支。

一般直刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀或向小指、肩部传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治眼目及本经脉所过部位的疾患，如目视不明，青盲内障，肩臂酸痛，手臂痛不举，肘外廉红肿，腰痛等。现又多用以治疗急性角膜炎，视神经萎缩，膈肌痉挛，落枕，前臂神经痛等。

支正 SI_7 Zhīzhèng

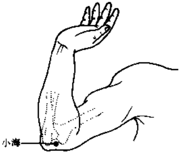
手太阳小肠经穴。首见《灵枢·经脉》。本经络穴。位于前臂背面尺侧，腕背横纹尺侧端阳谷穴和尺骨鹰嘴与肱骨内上髁之间小海穴的连线上，当阳谷穴上 5 寸处。屈肘伏掌取之。此穴在尺侧腕伸肌的尺侧缘；有前臂内侧皮神经，深层桡侧有前臂骨间背侧神经。

一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀或向小指、肩背部传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头目、神志及本经脉所过部位的疾患，如振寒，寒热，头痛，目眩，癫狂，惊恐悲忧，颈项肿，腰背酸痛，四肢无力，肘臂挛急，指不能握等。现又多用以治疗耳源性眩晕，神经衰弱，体癣，尺神经麻痹等。

小海 SI_8 Xiǎohǎi

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。本经合穴。位于肘内侧，尺骨鹰嘴与肱骨内上髁连线中点的陷沟中。正坐，屈肘向头取之。穴位正当尺神经沟中，尺侧腕屈肌



的起始部；浅层有贵要静脉属支，深层为尺侧上、下副动、静脉及尺返动、静脉；并有前臂内侧皮神经及尺神经。

一般直刺 0.3—0.5 寸。针感向小指或肩背部传导。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位，主治外感，耳目、口齿及本经脉所过部位的疾患，如恶寒，寒热，风眩头痛，颊肿，耳聋，目黄，齿龈肿，颈项痛不得回顾，肩、臂、肘痛，上肢不举，癫痫瘈疭等。现又多用以治疗舞蹈病，颈淋巴结结核，尺神经痛，肘关节及其周围软组织炎等。

肩贞 SI_9 Jiānzhēn

手太阳小肠经穴。首见《素问·气穴论》。位于肩胛骨外侧缘腋后皱襞尽头直上 1 寸处。正坐垂肩合腋取之。相当于大圆肌、三角肌后缘；有旋肩胛动、静脉；并有腋神经分支，深部上方为桡神经。一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀，艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，耳病及肩部等疾患，如伤寒，寒热，颈项瘰疬，耳聋，耳鸣，肩中热痛，风痹，手臂不举等。现又多用以治疗肩关节周围炎，上肢瘫痪，腋汗等。

臑俞 SI_{10} Nàoshū

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载"曲腋上骨各一"，王冰注即本穴。是手太阳小肠经，阳维脉与阳蹻脉的会穴。位于腋后皱襞尽头直上，当肩胛冈下缘凹陷中。正坐垂肩合腋取之。相当于肩胛骨关节窝后方的三角肌中，深层为冈下肌；有旋肱后动、静脉，深层为肩胛上动、静脉；并有腋神经，深层为锁骨上神经后支，臂外侧皮神经，肩胛上神经。

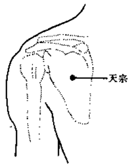
一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治肩、臂等疾患，如寒热肩肿，肩臂痛不举，臂酸无力，颈项瘰疬等。现又多用以治疗肩关节周围炎，上肢瘫痪等。

天宗 SI_{11} Tiánzōng

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载"肩解下三寸各一"，王冰注即本穴。位于肩胛冈下窝中，相当肩胛冈下缘与肩胛下角之间的上、中 1/3 交点处，约与第四胸椎相平。正坐或俯伏坐取之。穴位在冈下肌中；有旋肩胛动、静脉肌支；并有第四胸神经和肩胛上神经分支。本穴位置另说有：①在肩贞上 1.7 寸，横向内开 1 寸。②在冈下窝与第五胸椎棘突下相平处。

一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。



本穴是临床常用的穴位，主治胸肺、肩背等疾患，如胸胁支满，咳逆抢心，颊颔肿痛，肩臂酸痛，肘外后廉痛等。现又多用以治疗肋间神经痛，肩关节周围炎，落枕等。

秉风 SI_{12} Bǐngfēng

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载"肩解各一"，王冰注即本穴。是手阳明大肠经、手太阳小肠经、足少阳胆经与手少阳三焦经的会穴。位于肩胛冈上窝中点，举臂时有凹陷处，与冈下窝中央的天宗穴相直。正坐或俯伏坐取之。局部有斜方肌、冈上肌；有肩胛上动、静脉；并有锁骨上神经和肩胛上神经。一般直刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治以颈项、肩背疾患为主。如项强不得回顾，肩痛不能举，咳嗽等。现又多用以治疗肩关节周围炎，冈上肌腱炎，落枕等。

曲垣 SI_{13} Qūyuán

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。位于肩胛冈上窝内侧端凹陷处。上与肩井穴相直。正坐或俯伏坐取之。局部有斜方肌，冈上肌；有颈横动、静脉降支，深层为肩胛上动、静脉分支；并有第二胸神经后支的外侧皮支，副神经，深层为肩胛上神经肌支。一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治肩背等疾患，如肩痛不举，臂膊拘急，痈疽发背等。现又多用以治疗冈上肌腱炎，肩关节及其周围软组织疾患等。

肩外俞 SI_{14} Jiānwàishū

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。位于第一胸椎棘突下陶道穴旁开 3 寸处，当肩胛骨内上方之凹陷中。正坐或俯伏坐取之。局部有斜方肌，深层为肩胛提肌及小菱形肌；有颈横动、静脉；并有第一胸神经内侧皮支，副神经和肩胛上神经。一般直刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸

胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肩背部等疾患,如肩胛痛、寒至肘,肩背酸痛,颈项强直等。现又多用以治疗肩胛神经痛,上肢痉挛或麻痹等。

肩中俞 SI_{15} Jiānzhōngshū

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。位于第七颈椎棘突下大椎穴旁开2寸处。正坐或俯伏坐取之。相当于第一胸椎横突端,有斜方肌,肩胛提肌;深层为颈横动、静脉;并有第一胸神经后支内侧皮支,副神经,深层为肩胛上神经。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治肩背、胸肺等疾患,如咳嗽,上气喘息,寒热劳嗽,吐血,瘰疬,目视不明,肩背疼痛,项强等。现又多用以治疗肩胛神经痛,支气管炎,支气管哮喘,支气管扩张,落枕等。

天窗 SI_{16} Tiānchuāng

手太阳小肠经穴。首见《素问·气穴论》。别名窗笼、天笼。位于侧颈部,平甲状软骨切迹,前正中线旁开3.5寸,胸锁乳突肌后缘。正坐或俯伏坐取之。相当于斜方肌前缘,肩胛提肌后缘,深部为头夹肌;有耳后动、静脉及枕动、静脉;并有颈皮神经及枕小神经。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治颈、颊、耳、咽等疾患,如颈痛,颊肿,喉中痛,瘖不能言,中风口噤,耳聋,耳鸣,肩痛引项不能回顾等。现又多用以治疗腮腺炎,扁桃体炎等。

天容 SI_{17} Tiānróng

手太阳小肠经穴。首见《灵枢·本输》。位于下颌角后下方,胸锁乳突肌前缘凹陷中。正坐或侧伏坐取之。相当于胸锁乳突肌停止部前缘,二腹肌后腹的下缘;前为颈外浅静脉,有颈内动、静脉;并有耳大神经的前支,面神经的颈支,副神经,深层为交感神经干的颈上神经节。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治耳、咽及胸肺等疾患,如耳聋,耳鸣,喉痹,颊肿,咽梗,咳逆上气,呕逆,胸痛,胸满不得息,气瘿,瘰疬,颈项肿痛不得回顾,肩痛不举等。现又多用以治疗牙龈炎,腮腺炎,急性扁桃体炎,咽炎,颈淋巴结结核,肋间神经痛等。

颧髎 SI_{18} Quánliáo

手太阳小肠经穴。首见《甲乙经》。别名兑骨、兑端。《素问·气府论》所载"頄骨下各一",王冰注即本穴。是手少阳三焦经与手太阳小肠经的会穴。位于目外眦直下,颧骨下缘凹陷中。正坐仰靠取之。相当于颧骨下缘的颧肌中,当咬肌的起始部;有面横动、静脉分支;并有眶下神经和面神经的颧支。一般直刺0.3—0.5寸;斜刺或平刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治面、目、口唇等疾患,如面赤,面痛,目黄,口㖞,龈肿齿痛,眼睑瞤动,唇痛等。现又多用以治疗面肌痉挛,三叉神经痛,齿神经炎等。

听宫 SI_{19} Tínggōng

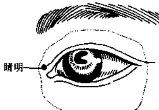
手太阳小肠经穴。首见《灵枢·刺节真邪》。别名多所闻。手少阳三焦经、足少阳胆经与手太阳小肠经的会穴。位于耳屏前方,下颌骨髁状突后缘凹陷中。张口取之。局部有颞浅动、静脉分支;并有耳颞神经和面神经。本穴位置另说在耳中珠子,大如赤小豆。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治耳、齿部等疾患,如耳鸣,耳聋,聤耳,齿痛,癫疾等。现又多用以治疗下颌关节炎,面神经麻痹,耳源性眩晕,神经性耳聋,化脓性中耳炎,聋哑等。

睛明 BL_1 Jīngmíng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名泪孔。是手太阳小肠经、足太阳膀胱经、足阳明胃经、阳蹻脉与阴蹻脉的会穴。

位于目内眦向鼻侧旁开0.1寸处。正坐仰靠或仰卧取之。相当于眶内缘,睑内侧韧带中,深部为眼内直肌;有内眦动、静脉和滑车上、下动、静脉,深层上方为眼动、静脉本干;并有滑车上、下神经,深层为眼神经分支,上方为鼻睫神经。本穴位置另说有三:①在目内眦泪孔中。②在目内眦红肉陷中。③在目内眦角上方0.1寸。



一般先嘱患者闭目,医者用手指将眼球轻轻推向外侧固定,针尖沿鼻侧眶缘缓慢刺入,深0.5—1寸。忌作提插、捻转等手法。针后整个眼球发胀。禁灸。

本穴是临床常用的穴位。主治眼部等疾患,如目赤肿痛,胬肉攀睛,泪出多眵,疳眼雀目,内外翳障,视物不明,青盲,翻胃呃逆,头痛目眩等。现又多用以治疗结膜炎,泪囊炎,视神经萎缩,视网膜炎,角膜炎,电光性眼炎,早期轻度白内障,近视,面神经麻痹,心动过速等。

攒竹 BL_2 Cuānzhú(Zǎnzhú)

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。《素问·骨空论》所载"眉头二穴",王冰注即本穴。别名始光、夜光、明光、员在、光明、员柱。位于眉毛内侧端凹陷处,下与睛明穴相直。正坐仰靠或仰卧取之。局部有额肌及皱眉肌;当额动、静脉处;并有额神经内侧支。

一般斜刺或沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀或有麻电感。禁灸。

本穴是临床常用的穴位。主治头、目等疾患,如头额痛,目眩,目赤肿痛,迎风流泪,胬肉攀睛,眼睑瞤动,赤翳内障,鼻衄,项强不可回顾,癫痫,尸厥,狂症,小儿惊风等。现又多用以治疗结膜炎,泪囊炎,角膜白斑,面神经麻痹,神经性头痛等。

眉冲 BL_6 Méichōng

足太阳膀胱经穴。首见《脉经》。别名小竹。位于攒竹穴直上,人前发际 0.5 寸处。正坐仰靠取之。局部有额肌;当额动、静脉处;并有额神经内侧支。本穴位置另说在眉头直上人发际处。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾卷灸 3—5 分钟。

主治头、目等疾患,如头痛,眩晕,目痛,鼻塞,癫痫等。现又多用以治疗神经性头痛,鼻炎,结膜炎等。

曲差 BL_4 Qūchá(Qūchāi)

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名鼻冲。位于前头部,眉弓直上,入发际 0.5 寸,前正中线旁开 1.5 寸处。正坐或仰卧取之。相当于额肌中;有额动、静脉;并有额神经外侧支。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头、目、鼻等疾患,如偏正头风,巅顶作痛,目眩,鼻塞,鼽衄,喎僻,心中烦满,热病汗不出,喘息不利,头部疮疡等。现又多用以治疗面神经麻痹,三叉神经痛,鼻息肉等。

五处 BL_6 Wǔchù

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于上星穴(前正中线入发际 1 寸)旁开 1.5 寸。正坐或仰卧取之。穴位在额肌中;有额动、静脉;并有额神经外侧支。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治神志及局部疾患,如头痛目眩,鼻衄,善嚏,惊风癫痫,脊强反折,抽搐,半身不遂等。现又多用以治疗面神经麻痹,鼻炎,视力减退等。

承光 BL_6 Chéngguāng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于前正中线入发际 2.5 寸,再旁开 1.5 寸处。或于五处穴后 1.5 寸定位。正坐或仰卧取之。穴位在帽状腱膜中;有额动、静脉,颞浅动、静脉及枕动、静脉;并有额神经外侧支和枕大神经会合支。本穴位置另说有:①在五处穴后 1 寸。②在五处穴后 2 寸。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头面、五官及局部疾患,如头痛,眩晕,鼻塞,鼻衄,鼻痔,青盲,远视不明,目生白翳,口喎,呕吐,心烦等。现又多用以治疗鼻炎,角膜炎,感冒等。

通天 BL_7 Tōngtiān

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名天臼、天目。位于前正中线人发际 4 寸,再旁开 1.5 寸处。或于承光穴后 1.5 寸定位。正坐或仰靠坐取之。穴位在帽状腱膜中;有颞浅动、静脉和枕动、静脉;并有枕大神经分支。本穴位置另说入前发际 3.5 寸,或 3.8 寸,或 4.5 寸,或 5 寸。

一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、口鼻等疾患,如头痛,眩晕,面肿,口喎,鼻塞,鼻衄,鼻痔,耳鸣,项强,气瘿,喘息,瘿疭,中风偏瘫,遗尿,足跟痛等。现又多用以治疗鼻炎,高血压,面神经麻痹等。

络却 BL_8 Luòquè

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名强阳、脑盖、反行。位于前正中线入发际 5.5 寸,再旁开 1.5 寸处;或于通天穴后 1.5 寸定位。正坐或俯伏坐取之。穴位在枕肌停止处;有枕动、静脉;并有枕大神经分支。本穴位置另说在入发际 5 寸,或云 5.3 寸,或云 6 寸,或云 6.5 寸。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头面、五官等疾患,如头痛,眩晕,青盲内障,目视不明,口喎,鼻塞,颈肿,气瘿,呕吐,癫疾,瘿疭等。现又多用以治疗面神经麻痹,鼻炎,精神分裂症等。

玉枕 BL_9 Yùzhěn

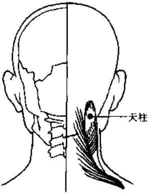
足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于头正中线枕外粗隆上缘的脑户穴旁开1.3寸处。正坐或俯伏坐取之。穴位在枕肌中;有枕动、静脉;并有枕大神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部胀痛。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头项、五官等疾患,如头痛,目赤,耳聋,鼻塞,项强,呕吐,癫痫,寒热骨痛等。现又多用以治疗三叉神经痛,近视等。

天柱 BL_{10} Tiānzhù

足太阳膀胱经穴。首见《素问·气府论》。

位于哑门穴(后正中线入发际0.5寸)旁开1.3寸,当斜方肌外缘的凹陷处。俯伏坐取之。穴位在斜方肌起始部,深层为头半棘肌;有枕动、静脉干;并有枕大神经干。本穴位置另说有:①在项后大筋外廉,平发际。②脑后发际中各开寸半



一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向头顶部扩散。不宜向内上方深刺。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头目、颈项等疾患,如头痛眩晕,目赤肿痛,视物不明,迎风流泪,鼻塞,咽肿,寒热,颈项强痛,癫狂,惊痫,角弓反张,肩背痛等。现又多用以治疗枕大神经痛,咽喉炎,癔病,神经衰弱等。

实验研究表明:针刺本穴可使血液中嗜酸粒细胞增多,而白细胞总数下降。在X线观察下,用重手法针刺天柱,可使食管弛缓,粘膜皱襞显影清楚。

大杼 BL_{11} Dàzhù

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·刺节真邪》。是督脉的别络,八会穴中的骨会穴,又是足太阳膀胱经与手太阳小肠经的会穴。

位于第一胸椎棘突下的陶道穴旁开1.5寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌、上后锯肌,深层为骶棘肌;有第一肋间动、静脉背侧支;并有第一或第二胸神经后支内侧皮支,深层为后支外侧支。本穴位置另说在第一胸椎下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部及肩背部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺、项背等疾患,如伤风不解,头痛如裂,咳嗽气急,喘息喉痹,颈项强,肩背痛,热病身不安席,胸胁支满,腰脊强痛,癫痫,厥逆,眩晕,虚劳,骨髓冷痛,疟疾,肢体麻木等。现又多用以治疗感冒,支气管炎,肺炎,腰背肌痉挛,骨结核等。

风门 BL_{12} Fēngmén

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。亦称风门热府(一云左称风门,右称热府)。是督脉与足太阳膀胱经的会穴。

位于第二胸椎棘突下,后正中线旁开1.5寸处。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌、上后锯肌,深层为骶棘肌;有第二肋间动、静脉背侧支的内侧支;并有第二或第三胸神经后支内侧皮支,深层为后支外侧支。本穴位置另说在第二椎下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀,有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺、项背等疾患,如伤风感冒,头痛发热,颈项强痛,鼻流清涕,咳嗽气喘,胸背疼痛,发背痈疽,呕吐,黄疸,水肿,角弓反张,疮疥等。现又多用以治疗流行性感冒,支气管炎,支气管哮喘,肺炎,百日咳,胸膜炎,荨麻疹,项背部软组织劳损等。《铜人图经》载:"若频刺,泄诸阳热气,背永不发痈疽。"《新针灸学》:针灸本穴"可预防感冒"。

肺俞 BL_{13} Fèishū

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·背腧》。为肺之背俞穴。

位于第三胸椎棘突下的身柱穴旁开1.5寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌,深层为骶棘肌;有第三肋间动、静脉背侧支的内侧支;并有第三或第四胸神经后支内侧皮支,深层为后支外侧支。本穴位置另说在第三椎下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针感后部酸胀,有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肺、胸、背等疾患,如咳嗽上气,胸满喘逆,头项强痛,自汗盗汗,肺痿痨瘵,骨蒸潮热,吐血咯血,背偻如龟,脊背疼痛,喉痹,眩晕,黄

疸，呕吐，癫狂，瘈疭，瘿气，肉痛皮痒等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，肺炎，肺结核，胸膜炎，皮肤瘙痒症，胸背神经痛，背部软组织劳损等。也可用作辅助诊断，如《资生经》载：哮喘“按其肺俞穴、疼如锥刺。”

实验研究表明：针刺肺俞、天突等穴，可增强呼吸机能，使通气量、肺活量及耗氧量增加。对支气管哮喘发作期患者，可使呼气时的气道阻力明显减低。夏季对肺俞穴进行直接灸或药物贴敷，可以增强机体的免疫能力。对热带嗜酸性细胞增多症，可使其血中的嗜酸粒细胞数随着症状好转而逐渐下降。

厥阴俞 BL_{14} Juéyīnshū

足太阳膀胱经穴。首见《千金要方》。为心包之背俞穴。位于第四胸椎棘突下，后正中线旁开 1.5 寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌，深层为骶棘肌；有第四肋间动、静脉背侧支的内侧支；并有第四或第五胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支。本穴位置另说在第四胸椎下，除脊各开 1.5 寸，即后正中线旁开 2 寸。

一般向椎体方向斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治心、肺、胸、背等疾患，如咳嗽，心痛，胸胁满痛，肩胛酸痛，逆气呕吐等。现又多用以治疗风湿性心脏病，冠心病，神经衰弱，肋间神经痛，背部软组织劳损等。

心俞 BL_{15} Xīnshū

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·背腧》。为心之背俞穴。

位于第五胸椎棘突下的神道穴旁开 1.5 寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌，深层为骶棘肌；有第五肋间动、静脉背侧支的内侧支；并有第五或第六胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支。本穴位置另说在第五胸椎下，除脊各开 1.5 寸，即后正中线旁开 2 寸。

一般向椎体方向斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心肾、神志及局部等疾患，如心痛，胸闷，惊悸，癫、狂、痫，悲愁恍惚，卧不得安，失音不语，口唇破裂，盗汗，气喘，咳嗽咯血，呕吐不食，噎膈，黄疸，便血，目昏目痛，鼻衄，肩背痛，痈疽发背，手足心热，遗精等。现又多用以治疗风湿性心脏病，心动过速，心房纤颤，冠心病，神经衰弱，精神分裂症，癫痫，癔病，肋间神经痛，胃出血，食管狭窄等。

实验研究表明：针刺心俞、厥阴俞等穴，大多可使心率减慢。

督俞 BL_{16} Dūshū

足太阳膀胱经穴。首见《圣惠方》。别名高盖、督脉俞。位于第六胸椎棘突下的灵台穴旁开 1.5 寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、背阔肌、骶棘肌；有第六肋间动、静脉背侧支的内侧支，颈横动脉降支；并有第六或第七胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支，肩胛背神经。本穴位置另说在第六胸椎下，除脊各开 1.5 寸，即后正中线旁开 2 寸。

一般向椎体方向斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治心、胸、背、腹等疾患，如心痛，胸膈气逆，腹痛，腹胀，肠鸣，恶寒发热，背部疔疮等。现又多用以治疗心内膜炎，冠心病，膈肌痉挛，乳腺炎，皮肤瘙痒症，银屑病等。

膈俞 BL_{17} Géshū

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·背腧》。是八会穴中的血会穴。

位于第七胸椎棘突下的至阳穴旁开 1.5 寸。俯伏坐或俯卧取之。局部为斜方肌下缘、背阔肌、骶棘肌；有第七肋间动、静脉背侧支的内侧支；并有第七或第八胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支。本穴位置另说在第七胸椎下，除脊各开 1.5 寸，即后正中线旁开 2 寸。

一般向椎体方向斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、肝膈、脾胃、血证等疾患，如心痛，心悸，胸痛，胸闷，咯血，衄血，呕血，便血，产后败血冲心，呕吐，呃逆，腹痛积聚，饮食不下，噎膈，黄疸，朝食暮吐，嗜卧怠惰，肩背寒痛，骨蒸潮热，咳逆气喘，自汗盗汗，痰饮，喉痹，疟疾，癫狂等。现又多用以治疗贫血，慢性出血性疾患，胃炎，胃癌，食管狭窄，神经性呕吐，膈肌痉挛，心内膜炎，胸膜炎，支气管炎，荨麻疹等。

实验研究表明：针刺实验性贫血家兔的“膈俞”、“膏肓”等部位，与对照组相比，可大大提前纠正贫血状态，明显缩短恢复正常所需时间。临床上针刺本穴并能改善膈肌的运动幅度，提高部分慢性气管炎患者的动脉血氧饱和度。

肝俞 BL_{18} Gānshú

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·背腧》。为肝之背俞穴。

位于第九胸椎棘突下的筋缩穴旁开 1.5 寸。俯伏坐或俯卧取之。相当于背阔肌、骶棘肌与髂肋肌之间；有第九肋间动、静脉背侧支的内侧支；并有第九或第十胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支。本穴位置另说在第九胸椎下，除脊各开 1.5 寸，即后正中线旁开 2 寸。

一般向椎体方向斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀，

有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝胆、神志、眼、血证等疾患,如脘腹胀痛,胸胁支满,黄疸结胸,吞酸吐食,饮食不化,目赤痛痒,胬肉攀睛,目生白翳,多眵,雀目,青盲,癫狂,痫症,脊强反折,鼻衄,唾血,吐血,头痛眩晕,颈项强痛,腰背痛,咳逆短气,寒疝,气瘿,瘰疬等。现又多用以治疗急、慢性肝炎,胆囊炎,慢性胃炎,胃痉挛,胃扩张,胃出血,肋间神经痛,神经衰弱,精神分裂症,各种眼病,支气管炎,月经不调等。也可用作辅助诊断,如肝病属于虚证时,肝俞穴处常出现组织松弛或凹陷;病情严重时,又可出现以结节为主的阳性反应物。

实验研究表明:连续针刺家兔"肝俞"、"肾俞"、"足三里"及"风府"等部位,5—7天后,可使皮层、皮层下、肝、肾及腓肠肌组织中的琥珀酸脱氢酶活性增强;而连续针刺大白鼠的"肝俞"、"肾俞"、"足三里"部位,5天后,又可使肝、肾组织中的还原型谷胱甘肽含量明显增强。

胆俞 BL_{19} Dǎnshū

足太阳膀胱经穴。首见《脉经》。为胆之背俞穴。

位于第十胸椎棘突下的中枢穴旁开1.5寸。俯伏坐或俯卧取之。相当于背阔肌、骶棘肌和髂肋肌之间;有第十肋间动、静脉背侧支内侧支;并有第十胸神经后支内侧皮支,深层为后支外侧支。本穴位置另说在第十胸椎下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀,有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝、胆、胃、胸胁等疾患,如胸胁疼痛,脘腹胀满,饮食不下,呕吐胆汁,口苦,舌干,咽痛,目黄,翻胃,噎膈,黄疸,头痛振寒,骨蒸潮热,惊悸不寐,虚劳失精,诸血证等。现又多用以治疗肝炎,胆囊炎,胆道蛔虫症,胃炎,食管狭窄,胸膜炎,淋巴结结核,肋间神经痛等。

脾俞 BL_{20} Píshū

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·背腧》。为脾之背俞穴。

位于第十一胸椎棘突下的脊中穴旁开1.5寸。俯伏坐或俯卧取之。相当于背阔肌、骶棘肌与髂肋肌之间;有第十一肋间动、静脉背侧支内侧支;并有第十一胸神经后支内侧支,深层为后支外侧支。本穴位置另说在第十一胸椎下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向腰部扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、脘腹等疾患,如呕吐,噎膈,胃痛,胸胁胀满,黄疸水肿,不欲饮食,羸瘦,痃癖积聚,泄泻痢疾,四肢不收,遗精,白浊,吐血,便血,尿血,虚劳,腰背痛等。现又多用以治疗急、慢性胃炎,胃或十二指肠溃疡,胃下垂,神经性呕吐,消化不良,肝脾肿大,贫血,慢性出血性疾患,肝炎,肠炎,神经衰弱,白细胞减少症,子宫脱垂,荨麻疹,糖尿病等。也可用作辅助诊断,如内脏下垂患者,脾俞处常可出现明显的压痛或凹陷。胃病患者也常在脾俞穴处出现皮下组织松弛、凹陷或结节等阳性反应物。

实验研究表明:给大白鼠注射四氧嘧啶造成四氧嘧啶性糖尿病,针刺"胰俞"、"脾俞"及"肾俞"部位,可使尿糖含量较对照组明显减少,胰岛与肝脏组织损害较对照组轻微,并使肝糖分布一天后即恢复正常。

胃俞 BL_{21} Wèishū

足太阳膀胱经穴。首见《脉经》。为胃之背俞穴。

位于第十二胸椎棘突下,后正中线旁开1.5寸。俯伏坐或俯卧取之。相当于腰背筋膜,骶棘肌和髂肋肌之间;有肋下动、静脉背侧支的内侧支;并有第十二胸神经后支内侧皮支,深层为外侧支。本穴位置另说在第十二胸椎下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向腰部扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、腰脊等疾患,如脾胃虚弱,脘腹胀痛,翻胃吐食,噎膈,饮食不下,食多身瘦,肠鸣腹痛,霍乱吐泻,黄疸水肿,小儿疳积,胸胁支满,腰脊挛痛,疟疾,痞块,咳嗽,虚劳,痿证,经闭,痈疽等。现又多用以治疗胃酸过多,消化不良,急、慢性胃炎,胃扩张,胃下垂,胃或十二指肠溃疡,胃癌,胰腺炎,肝炎,肝脾肿大,肠炎,神经衰弱等。也可用作辅助诊断,如胃病严重时,本穴位常出现以结节为主的阳性反应物;虚证时则呈现组织松弛或凹陷。

实验研究表明:针刺胃俞,有调整胃的蠕动和胃液分泌的作用,并使胃蛋白酶活性增强。

三焦俞 BL_{22} Sānjiāoshū

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。为三焦之背俞穴。

位于第一腰椎棘突下的悬枢穴旁开1.5寸。俯卧取之。相当于腰背筋膜,骶棘肌与髂肋肌之间;有第一腰动、静脉背侧支的内侧支;并有第十胸神经后支外侧皮支,深层为第一腰神经后支外侧支。本穴位置另说在第十三椎(第一腰椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺或向椎体方向斜刺0.5寸。针后局部酸胀,有时向腰部扩散。艾炷灸5壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、前阴等疾患,如呕吐呃逆,饮食不化,胸腹胀满,肠鸣泄泻,黄疸水肿,食少身瘦,头痛目眩,腰脊强痛,妇人瘕聚,小便不利,尿血,遗尿,遗精,消渴等。现又多用以治疗胃炎,肠炎,腹水,

肾炎,尿潴留,神经衰弱等。

肾俞 BL_{23} Shènshū

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·背腧》。别名少阴俞。为肾之背俞穴。

位于第二腰椎棘突下的命门穴旁开1.5寸。俯卧或侧卧取之。相当于腰背筋膜、骶棘肌与髂肋肌之间;有第二腰动、静脉背侧支的内侧支;并有第一腰神经后支的外侧支,深层为腰丛。本穴位置另说在第十四椎(第二腰椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺或向椎体方向斜刺0.5—1寸。针后腰部酸胀或有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝肾、膀胱等疾患,如腰脊酸痛,小便淋沥,尿频尿闭,遗尿,尿血,阴中疼痛,遗精白浊,早泄阳痿,月经不调,痛经,血崩,赤白带下,不孕,头痛,眩晕,视物不明,耳鸣,耳聋,水肿,消渴,咳喘,虚劳,中风失语,手足不遂,失眠健忘,癫疾,心腹膜胀,少腹急痛,食不化,肾泄,骶部疼痛,脚膝拘急,丹毒等。现又多用以治疗肾炎,肾绞痛,肾下垂,肾盂肾炎,肾结石,糖尿病,支气管哮喘,神经衰弱,神经性耳聋,斑秃,性功能障碍,腰部软组织损伤,下肢瘫痪等。据《扁鹊心书》载:"凡一切大病,于此灸二、三百壮。盖肾为一身之根蒂,先天之真源,本牢则不死。"

实验研究表明:针刺肾俞,对正常机体的利尿有抑制效应,但对肾病少尿患者却有利尿效应。对于出现蛋白尿的慢性肾炎或高血压患者,可使尿蛋白显著减少或消失。

气海俞 BL_{26} Qìhǎishū

足太阳膀胱经穴。首见《圣惠方》。位于第三腰椎棘突下,后正中线旁开1.5寸。俯卧或侧卧取之。相当于腰背筋膜、骶棘肌与髂肋肌之间;有第三腰动、静脉背侧支的内侧支;并有第二腰神经后支的外侧支,深层为腰丛。本穴位置另说在第十五椎(第三腰椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺0.5—1寸。针后腰部酸胀,有时有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治腰骶、少腹等疾患,如腰骶疼痛,月经不调,痛经,痔疮下血等。现又多用以治疗腰部软组织损伤,骶髂关节炎,功能性子宫出血,下肢瘫痪等。

大肠俞 BL_{25} Dàchángshū

足太阳膀胱经穴。首见《脉经》。为大肠之背俞穴。

位于第四腰椎棘突下的腰阳关穴旁开1.5寸,约与髂嵴最高点相平。俯卧或侧卧取之。相当于腰背筋膜、骶棘肌和髂肋肌之间;有第四腰动、静脉背侧支的内侧支;并有第三腰神经的后支,深层为腰丛。本穴位置另说在第十六椎(第四腰椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀,有时有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胃肠、腰骶、下肢等疾患,如翻胃噎膈,饮食不化,肠鸣腹胀,绕脐切痛,肠澼泄利,便秘脱肛,脏毒便血,遗尿,癃淋,痛经,腰腿痛,脊强不得俯仰等。现又多用以治疗急、慢性肠炎,细菌性痢疾,阑尾炎,腰部软组织损伤,骶髂关节炎,坐骨神经痛等。

关元俞 BL_{26} Guānyuánshū

足太阳膀胱经穴。首见《圣惠方》。位于第五腰椎棘突下间,后正中线旁开1.5寸。俯卧取之。局部有骶棘肌;腰最下动、静脉后支的内侧支;并有第五腰神经后支。本穴位置另说在第十七椎(第五腰椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。一般直刺0.8—1.2寸。针后腰部酸胀,有时有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治少腹、前阴及局部疾患,如腹胀肠鸣,泄泻痢疾,腰痛,遗精,遗尿,尿闭,小便难,消渴,妇人癥瘕积聚等。现又多用以治疗慢性肠炎,膀胱炎,盆腔炎,腰部软组织损伤,贫血,糖尿病等。

小肠俞 BL_{27} Xiǎochángshū

足太阳膀胱经穴。首见《脉经》。为小肠之背俞穴。位于骶部,第一骶椎棘突下,后正中线旁开1.5寸。俯卧取之。相当于骶棘肌起始部和臀大肌起始部之间;有骶外侧动、静脉后支外侧支;并有第一骶神经后支外侧支和第五腰神经后支。本穴位置另说在第十八椎(第一骶椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺0.8—1.2寸。针后局部及骶部酸胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治二便、腰骶等疾患,如腹痛,肠鸣,泄泻,痢疾,便秘,便血,遗精,遗尿,淋浊,尿血,疝气,腰骶疼痛,妇人带下,消渴,头痛等。现又多用以治疗急、慢性肠炎,盆腔炎,骶髂关节炎等。

膀胱俞 BL_{28} Pángguāngshū

足太阳膀胱经穴。首见《脉经》。为膀胱之背俞穴。

位于臀部,第二骶椎棘突下,后正中线旁开1.5寸。俯卧取之。相当于骶棘肌起始部和臀大肌起始部之间;

有骶外侧动、静脉后支的外侧支;并有第一、第二骶神经后支外侧支,并有交通支与第一骶神经交通。本穴位置另说在第十九椎(第二骶椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部及臀部酸胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治前阴、腰骶等疾患,如小便赤涩,尿失禁,遗尿,癃闭,疝气偏坠,木肾,阴内湿痒肿痛,阴部生疮,泄泻,痢疾,腹痛,腰腿疼痛等。现又多用以治疗膀胱炎,尿道炎,肾炎,糖尿病,性功能障碍,腰骶神经痛,坐骨神经痛等。

实验研究表明:针刺膀胱俞、中极等穴,对神经系统功能正常的尿潴留患者,捻针时可使逼尿肌收缩,停止捻针时则舒张。

中膂俞 BL_{29} Zhōnglǚshū

足太阳膀胱经穴。《灵枢·刺节真邪》称中膂,或称中膂内俞。《甲乙经》始名"中膂俞"。别名脊内俞。位于骶部,第三骶椎棘突下,后正中线旁开1.5寸。俯卧取之。局部有臀大肌;骶外侧动、静脉后支的外侧支,臀下动、静脉分支;并有第一、二、三、四骶神经后支外侧支。本穴位置另说在第二十椎(第三骶椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀,有时向臀部扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治腰骶、二阴等疾患,如腰骶疼痛,痉疼反折,胁痛腹胀,疝痛,赤白痢疾,肾虚消渴等。现又多用以治疗腰骶神经痛,坐骨神经痛,肠炎,糖尿病等。

白环俞 BL_{30} Báihuánshū

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名环俞、玉环俞、玉房俞。位于骶部,第四骶椎棘突下间的腰俞穴旁开1.5寸。俯卧取之。局部为臀大肌;有臀下动、静脉,深部为阴部内动、静脉;并有臀下皮神经,一、二、三骶神经后支外侧支所组成的神经干,臀下神经。本穴位置另说在第二十一椎(第四骶椎)下,除脊各开1.5寸,即后正中线旁开2寸。

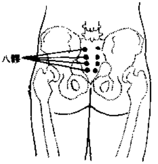
一般直刺1—1.5寸。针后臀部重胀或向下肢扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治前阴、少腹及骶部等疾患,如腰骶疼痛,胫膝不遂,月经不调,赤白带下,血崩,不孕,遗尿,遗精,疝气,尿闭,小便黄赤等。现又多用以治疗骶部神经痛,坐骨神经痛,子宫内膜炎,下肢瘫痪等。

上髎 BL_{31} Shàngliáo

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。《素问·骨空论》所称八髎已包括本穴。是足太阳膀胱经与足少阳胆经之会。

位于骶中嵴的外侧,相当第一骶后孔中。俯卧取之。相当于骶棘肌及臀大肌的起始部;有骶外侧动、静脉后支;并有第一骶神经后支



一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀,并向周围扩散,或向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治少腹、肝肾、腰腿等疾患,如腰膝冷痛、痉痓反折,下肢痿痹,历节痛风,月经不调,赤白带下,阴中痒痛,不孕症,遗精阳痿,大、小便不利,淋症,尿闭,热病汗不出,呃逆,翻胃等。现又多用以治疗睾丸炎,卵巢炎,子宫内膜炎,盆腔炎,腰神经痛,坐骨神经痛,下肢瘫痪等。

次髎 BL_{32} Cìliáo

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。《素问·骨空论》所称八髎已包括本穴。位于骶中嵴外侧,相当第二骶后孔中。俯卧取之。相当于臀大肌起始部;有骶外侧动、静脉后支;并有第二骶神经后支。

一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀,可向周围扩散,或向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝肾、腰腿等疾患,如月经不调,赤白带下,痛经,不孕,遗精,阳痿,疝气,癃淋,衄血,呕吐,肠鸣泄泻,腰背寒,腰脊痛,下肢不仁等。现又多用以治疗阴部瘙痒,子宫脱垂,盆腔炎,子宫内膜炎,睾丸炎,骶髂关节炎,坐骨神经痛,下肢瘫痪等,并可作催产、引产之用。

中髎 BL_{33} Zhōngliáo

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。《素问·骨空论》所称八髎已包括本穴。为足厥阴肝经、足少阳胆经之会。位于骶中嵴外侧,相当第三骶后孔中。俯卧取之。相当于臀大肌起始部;有骶外侧动、静脉后支;并有第三骶神经后支。

一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀,并向周围扩散,

或向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治肝肾、腰腿等疾患,如小便淋沥,癃闭,呕吐,腹胀,泄泻,痢疾,月经不调,赤白带下,痛经,阴痒,不孕,遗精,阳痿,腰膝冷痛等。现又多用以治疗尿潴留,肠炎,睾丸炎,卵巢炎,盆腔炎,子宫脱垂,坐骨神经痛,骶髂关节炎,下肢瘫痪等,并可作催产、引产之用。

下髎 BL34 Xiàliáo

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。《素问·骨空论》所称八髎已包括本穴。位于骶中嵴外侧,相当第四骶后孔中。俯卧取之。相当于臀大肌起始部;有臀下动、静脉分支;并有第四骶神经后支。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀,并向周围扩散,或向下肢传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治肝肾、腰腿疾患,如腹痛,肠鸣,下利脓血,尿血,癃闭,淋症,月经不调,痛经,阴中痒痛,带下,腰骶痛等。现多用以治疗睾丸炎,卵巢炎,盆腔炎,子宫内膜炎,坐骨神经痛,下肢瘫痪等。

会阳 BL35 Huìyang

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名利机。位于尾骨尖旁开0.5寸,当长强穴外上方凹陷处。跪伏取之。局部有臀大肌;臀下动、静脉;并有尾神经,深部为阴部神经干。一般直刺1—1.5寸。针后臀部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治肠腑、肛门、前阴等疾患。如泄泻,痢疾,便血,痔疮,淋病,阳痿,经期腰痛,赤白带下,臀部痛,阴部汗湿等。现多用以治疗肠炎,坐骨神经痛等。

承扶 BL36 Chéngfú

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名肉郄、皮部、阴关。

位于股后侧上端,当臀沟之中点处。俯卧取之。相当于臀大肌下缘;有坐骨神经伴行的动、静脉;并有股后皮神经,深层为坐骨神经干。

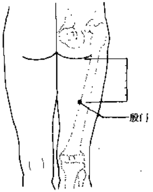
一般直刺1—2寸。针后局部酸胀或有麻电感向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治以腰腿部疾患为主,如腰腿疼痛,下肢痿痹,大便秘结,痔疮出血,小便不利。现多用以治疗腰背部神经痛,坐骨神经痛,小儿麻痹后遗症等。

实验研究表明:当热水烫伤家兔一侧耳壳形成非感染性炎症时,针"承扶"、"耳门"部位,可使白细胞吞噬能力较对照组明显增强,病灶区血管通透性明显降低,耳壳水肿远较对照组为轻。

殷门 BL37 Yīnmén

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于股后侧中部,承扶穴(臀沟中点)直下6寸,下与委中穴相直。俯卧取之。局部有半腱肌、股二头肌;外侧为股深动、静脉第三穿支;并有股后皮神经,深层为坐骨神经干。本穴位置另说在臀横纹中点至腘窝横纹中点连线之中点处。



一般直刺1—2寸。针后局部及下肢酸胀或有麻电感向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腰腿部等疾患,如腰腿疼痛,下肢痿痹,股后肿痛,疝气等。现多用以治疗腰椎间盘突出症,坐骨神经痛,急性腰扭伤,小儿麻痹后遗症等。

浮郄 BL38 Fúxì

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于腘横纹上1寸,股二头肌腱内侧缘凹陷处,即委阳穴直上1寸处。俯卧取之。穴位在股二头肌腱内侧;有膝上外侧动、静脉;并有股后皮神经、腓总神经。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胃肠、下肢等疾患,如呕吐,泄泻,臀股麻木,腘筋挛急,大便秘结,小便热赤,髀枢不仁,股内贴骨痈毒等。现多用以治疗急性胃肠炎,膀胱炎,腓肠肌痉挛,下肢麻痹等。

委阳 BL39 Wěiyáng

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·邪气脏腑病形》。是足太阳膀胱经的别络,又是三焦的下合穴。位于膝关节后面,腘窝横纹外侧端,股二头肌腱内侧缘凹陷处。俯卧取之。局部有膝上外侧动、静脉;并有股后皮神经、腓总神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部及下肢酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治二阴、腰腿等疾患,如小便淋沥,遗溺,癃闭,便秘,腋下肿,胸腹胀,腰背痛,脚筋急痛,腿足挛缩,瘈疭,癫痫等。现又多用以治疗肾炎,膀胱炎,乳糜尿,腰部扭挫伤,腓肠肌痉挛,发热等。

委中 BL_{40} Wěizhōng

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·本输》。别名血郄、郄中、中郄。为本经合穴,又是四总穴、马丹阳天星十二穴之一。

位于膝关节后面,腘窝横纹中点。俯卧取之。穴位在腘窝正中,有腘筋膜;皮下有股腘静脉,深层内侧为腘静脉,最深层为腘动脉;并有股后皮神经、胫神经。

一般直刺0.5—1寸。针后局部、小腿及足部有麻电感。或用三棱针于穴位静脉上点刺出血。艾卷灸5—10分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治腰腿、肠胃及本经脉所过部位的疾患,如腰脊痛,尻股寒,髀枢痛,风寒湿痹,半身不遂,腘筋挛急,脚弱无力,脚气,丹毒,头痛眩晕,目视不明,衄血不止,小腹肿痛,手足厥逆,小便难,遗溺,痔痛,霍乱吐泻,赤白痢疾,癫痫,瘈疭,疟疾,暑热,痧症,黄疸,瘾疹,浑身疮癞等。现又多用以治疗急性腰扭伤,坐骨神经痛,中暑,急性肠胃炎,膝关节炎,下肢瘫痪,腓肠肌痉挛等。

实验研究表明:将金黄色葡萄球菌液直接注入家兔腹腔,造成细菌性腹膜炎,针刺"委中"部位可使白细胞吞噬能力比对照组明显增强,病灶区腹膜粘连,炎性细胞渗出迅即停止,细菌培养转阴时间明显提前。

附分 BL_{41} Fùfèn

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。是手太阳小肠经与足太阳膀胱经的会穴。位于第二胸椎棘突下,旁开后正中线3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌,深层为髂肋肌;有第二肋间动、静脉后支及颈横动脉降支;并有第二胸神经后支外侧支,肩胛背神经。本穴位置另说在第二胸椎下,除脊各开3寸,即旁开后正中线3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后肩部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治肩背、上肢等疾患,如肩背拘急,颈项强痛,肘臂麻木等。现多用以治疗肩背部神经痛,冈上肌腱炎等。

魄户 BL_{42} Pòhù

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第三胸椎棘突下的身柱穴旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌,深层为髂肋肌;有第三肋间动脉背侧支及颈横动脉降支;并有第二、第三胸神经后支外侧皮支,肩胛背神经。本穴位置另说在第三胸椎下,除脊各开3寸,即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀,有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺、肩背等疾患,如伤寒发热,咳嗽气喘,肺痨,项背痛,肩膊痛急,臂痛,霍乱吐泻等。现多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,肺结核,胸膜炎等。

膏肓俞 BL_{43} Gāohuangshū

足太阳膀胱经穴。首见《千金要方》。

位于第四胸椎棘突下,后正中线旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌,深层为髂肋肌;有第四肋间动脉背侧支及颈横动脉降支;并有第三、第四胸神经后支外侧支,肩胛背神经。本穴位置另说在第四胸椎下,除脊各开3寸,即后正中线旁开3.5寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀,有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肺、心、胸背及衰弱性疾患,如羸瘦虚损,五劳七伤,骨蒸潮热,盗汗自汗,脾胃虚弱,四肢倦怠,翻胃噎嗝,久嗽痨瘵,咳血吐血,肩背痛风,痈疽发背,癫狂,不眠,健忘,梦遗失精等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,肺结核,胸膜炎,神经衰弱,一切慢性虚衰性疾病等。久病体虚,常灸此穴有强壮效应。

实验研究表明:针刺实验性失血性贫血家兔的"膏肓"部位,可使血红蛋白增加,红细胞数上升,提前纠正贫血状态。

神堂 BL_{44} Shéntáng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第五胸椎棘突下间的神道穴旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌、菱形肌,深层为髂肋肌,有第五肋间动、静脉背侧支及颈横动脉降支;并有第四、五胸神经后支外侧支,肩胛背神经。本穴位置另说在第五胸椎下,除脊各开3寸,即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀,有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸背、心肺等疾患，如咳嗽，气喘，脊背强痛，胸闷，腹胀，善噫等。现又多用以治疗心脏病，支气管炎，神经衰弱，精神分裂症，肋间神经痛等。

譩譆 BL_{45} Yìxǐ

足太阳膀胱经穴。首见《素问·骨空论》。位于第六胸椎棘突下的灵台穴旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。相当于斜方肌外缘，有髂肋肌；有第六肋间动、静脉背侧支；并有第五、六胸神经后支外侧支。本穴位置另说在第六胸椎下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。

一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治心、胸、背、腹等疾患，如胸痛引背，少腹胀满，肩胛内廉痛，腰胁痛，癫狂，痫症，痴呆，不眠，虚劳烦热，热病汗不出，咳嗽，气喘，呕吐，目痛，目眩，疟疾等。现又多用以治疗心包炎，支气管哮喘，肋间神经痛等。

膈关 BL_{46} Géguān

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。《类经图翼》曰："此亦血会。"位于第七胸椎棘突下的至阳穴旁开3寸。俯伏或俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有第七肋间动、静脉背侧支；并有第六、七胸神经后支外侧支。本穴位置另说在第七胸椎下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治膈、胃及局部疾患，如呕吐噎膈，嗳气吞酸，呃逆不止，胸腹满痛，小便黄赤，脊强背痛，浑身骨节疼痛等。现又多用以治疗膈肌痉挛，肋间神经痛，胃痛或出血等。

魂门 BL_{47} Húnmén

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第九胸椎棘突下的筋缩穴旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有第九肋间动、静脉背侧支；并有第八、九胸神经后支外侧支。本穴位置另说在第九胸椎下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治肝、胃及局部疾患，如脘腹胀满，胸痛彻背，呕吐呃逆，饮食不下，胃脘疼痛，腹中雷鸣，小便黄赤，头痛头昏，黄疸，眩晕等。现又多用以治疗肝炎，胆囊炎，胸膜炎，胃炎，肋间神经痛，神经衰弱等。

阳纲 BL_{48} Yánggāng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第十胸椎棘突下的中枢穴旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有第十肋间动、静脉背侧支；并有第九、第十胸神经后支外侧支。本穴位置另说在第十胸椎下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胆、胃、胸、腹等疾患，如饮食不下，脘腹䐜胀，黄疸，消渴，不嗜食，身热，胁肋痛等。现又多用以治疗肝炎，胆囊炎，胃炎，胸膜炎等。

意舍 BL_{49} Yìshè

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第十一胸椎棘突下的脊中穴旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有第十一肋间动、静脉背侧支；并有第十、十一胸神经后支外侧支。本穴位置另说在第十一胸椎下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾、胃、脊背等疾患，如脘腹䐜胀，饮食不下，呕吐黄疸，肠鸣泄泻，消渴，身热，咳嗽，腰脊酸痛等。现又多用以治疗胃炎，胃扩张，食管狭窄，消化不良，肝炎，胆囊炎，胸膜炎，糖尿病等。

胃仓 BL_{50} Wèicāng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第十二胸椎棘突下，后正中线旁开3寸。俯伏坐或俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有肋下动、静脉背侧支；并有第十一、第十二胸神经后支外侧支。本穴位置另说在第十二椎下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾胃、脊背等疾患，如呕吐呃逆，胃脘疼痛，腹部膨胀，水谷不消，水肿，肠鸣泄泻，便秘，脊背痛等。现又多用以治疗胃炎，胃或十二指肠溃汤，肠炎等。

肓门 BL_{51} Huāngmén

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于第一腰椎棘突下的悬枢穴旁开3寸。俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有第一腰动、静脉背侧支；并有第十二胸神经后支外侧支，第一腰神经后支外侧支。本穴位置另说在第十三椎(第一腰椎)下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般直刺或向椎体方向斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向整个腰部扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治胸、腹等部疾患，如胸腹胀满，胃脘疼痛，气攻两

胁，痞块，便秘等。现多用以治疗胃炎，乳腺炎，脾肿大等。

志室 BL_{52} Zhìshì

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名精宫。位于第二腰椎棘突下的命门穴旁开3寸。俯卧取之。局部为背阔肌和髂肋肌；有第二腰动、静脉背侧支；并有第十二胸神经后支外侧支，第一腰神经后支外侧支。本穴位置另说在第十四椎（第二腰椎）下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。

一般直刺或向椎体方向斜刺0.5—1寸。针后腰部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腰、肾及前阴部等疾患，如腰脊强痛，小便淋沥，阴中肿痛，遗精阳痿，食不消，小腹痛，霍乱吐泻，水肿，大便难等。现又多用以治疗肾炎，前列腺炎，阴囊湿疹，腰部扭挫伤，下肢瘫痪等。

胞肓 BL_{53} Bāohuāng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于臀部，第二骶椎棘突下外侧，后正中线旁开3寸。俯卧取之。局部为臀大肌、臀中肌及臀小肌；有臀上动、静脉；并有臀上皮神经，深层为臀上神经。本穴位置另说在第十九椎（第二骶椎）下，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般直刺1—1.5寸。针后局部及臀部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治前阴、腰骶部等疾患，如腰脊疼痛，少腹坚满，小便淋沥，大便秘结，骶骨疼痛，肠鸣，腹胀，食不消等。现又多用以治疗尿潴留，睾丸炎，肠炎，坐骨神经痛等。

秩边 BL_{54} Zhìbiān

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于臀部，第四骶椎棘突下的腰俞穴旁开3寸。俯卧取之。局部为臀大肌，在梨状肌下缘；有臀下动、静脉；为臀下神经及股后皮神经的起点，外侧为坐骨神经。本穴位置另说在第二十一椎（第四骶椎）下间，除脊各开3寸，即后正中线旁开3.5寸。一般直刺1.5—2.5寸。针后臀部或前后、阴酸胀或有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治二便、腰腿等疾患，如腰骶疼痛，下肢痿痹，阴肿阴痛，二便不利，痔疮肿痛，癃闭，遗精白浊等。现又多用以治疗坐骨神经痛，膀胱炎，下肢瘫痪等。

合阳 BL_{55} Héyáng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。位于委中穴（腘窝横纹中点）直下2寸。俯卧取之。此穴在腓肠肌二头之间，有小隐静脉，深层为腘动、静脉；并有腓肠内侧皮神经，深层为胫神经。本穴位置另说有三：①在委中下1寸。②在委中下3寸。③在委中下4寸许。一般直刺1—1.5寸。针后小腿部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治腰腿、前阴等疾患，如腰脊强痛，脚腨酸重，腿筋挛急，足附痛，疝气，崩漏，带下，阴暴痛，癫痫，瘈疭，腹痛，肠澼等。现又多用以治疗腓肠肌痉挛，痔疾等。

承筋 BL_{56} Chéngjīn

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名腨肠、直肠。位于合阳穴（腘窝横纹中点直下2寸）与承山穴（腓肠肌两肌腹间的陷沟下端）连线的中点处。俯卧取之。穴位在腓肠肌两肌腹之间；有小隐静脉，深层为胫后动、静脉；并有腓肠内侧皮神经，深层为胫神经。本穴位置另说有三：①在胫后，从脚跟向上7寸腓肠部中央陷中。②在合阳下2寸。③在承山上1寸。

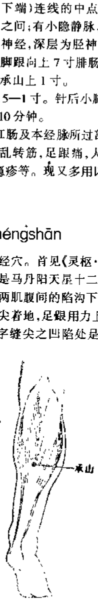
一般直刺0.5—1寸。针后小腿部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治腰腿、肛肠及本经脉所过部位的疾患，如腰背疼痛，膝腨酸重，霍乱转筋，足跟痛，大便难，痔疮，脱肛，眩晕，鼻衄，癫疾，瘾疹等。现又多用以治疗腓肠肌痉挛，坐骨神经痛等。

承山 BL_{57} Chéngshān

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·卫气》。别名鱼腹、肉柱、伤山、肠山。是马丹阳天星十二穴之一。

位于腓肠肌两肌腹间的陷沟下端。俯卧取之。简便取穴法：直立，足尖着地，足跟用力上提，小腿肚正中呈现"人"字缝，"人"字缝尖之凹陷处是穴。相当于腓肠肌两



肌腹交界下端；有小隐静脉，深层为胫后动、静脉；并有腓肠内侧皮神经，深层为胫神经。

一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀或有麻电感向腘窝、小腿、足底部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腰腿、肛肠等疾患，如腰脊痛，膝下肿痛，脚腨酸重，霍乱转筋，脚跟急痛，脚弱无力，下肢不遂，脚气，大便难，泄泻，脱肛，痔疾，便血，腹痛，腹胀，癫疾，瘕疝，小儿惊痫等。现又多用以治疗腓肠肌痉挛、坐骨神经痛，急性胃肠炎，下肢瘫痪等。

飞扬 BL_{58} Fēiyáng

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·经脉》，原作飞阳。别名厥阳。为本经络穴。位于昆仑穴（外踝后跟腱前）直上7寸，腓骨后缘。正坐或卧位取之。局部有腓肠肌与比目鱼肌；并有腓肠外侧皮神经。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀或有麻胀感向踝部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—15分钟。

主治头项、腰腿及局部等疾患，如头痛，目眩，鼻衄，颈项强，腰腿痛，膝胫无力，腨肠酸痛，足痿，历节风，足趾不得屈伸，寒疟，痔疮，癫狂，脚气等。现又多用以治疗风湿性关节炎，肾炎，膀胱炎，癫痫，坐骨神经痛，下肢瘫痪等。

跗阳 BL_{59} Fūyáng

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。是阳蹻脉的郄穴。位于昆仑穴（外踝后，跟腱前）直上3寸处。正坐或卧位取之。相当于腓骨后部、跟腱外缘，深层为踇长屈肌；有小隐静脉，深层为腓动脉末支；并有腓肠神经通过。本穴位置另说在昆仑穴上2寸。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀或有麻胀感向踝部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头、腰、膝、踝等疾患，如头重如石、头痛目眩，腰、骶、髋、股后外侧疼痛，膝胫酸重，霍乱转筋，寒湿脚气，外踝红肿，两足生疮，下肢不遂等。现又多用以治疗坐骨神经痛，踝关节及其周围软组织疾患等。

昆仑 BL_{60} Kūnlún

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·本输》。别名下昆仑。为本经经穴，又是马丹阳天星十二穴之一。位于外踝尖与跟腱水平连线的中点凹陷处。正坐或卧位取之。局部有腓骨短肌，小隐静脉及外踝后动、静脉，并有腓肠神经。

一般直刺0.5—0.8寸。针后局部及足趾部酸胀。孕妇禁针。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头项、腰腿及本经脉所过部位的疾患，如头痛目眩，目赤肿痛，鼻塞鼻衄，齿痛颊肿，项背强痛，腰痛如折，腿股疼痛，腘筋挛急，足跟痛，脚气，浮肿，心痛，喘逆，腹满，大便难，疟疾，癫狂，痫症，难产，胞衣不下等。现又多用以治疗神经性头痛，甲状腺肿大，坐骨神经痛，腰部软组织损伤，下肢瘫痪，踝关节及其周围软组织疾患等。

仆参 BL_{61} Púcān

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名安邪。是足太阳膀胱经与阳蹻脉的会穴。位于昆仑穴（外踝后，跟腱前）直下，当跟部外侧面，赤白肉际处。正坐取之。局部有腓动、静脉跟骨外侧支；并有腓肠神经跟骨外侧支。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治腰、腿、踝等疾患，如腰痛不举，膝部红肿，跟骨痛，足痿不收，霍乱转筋，脚气红肿，癫疾，晕厥等。现又多用以治疗腓肠肌痉挛，精神分裂症，踝关节及其周围软组织疾患等。

申脉 BL_{62} Shēnmài

足太阳膀胱经穴名。首见《甲乙经》。《素问》所载"阴阳蹻四穴"，王冰注阳蹻即是本穴。别名阳蹻、鬼路。是八脉交会穴之一，通阳蹻脉。又是足太阳膀胱经与阳蹻脉的会穴。

位于外踝下缘中点直下0.4寸的凹陷处。正坐或侧卧取之。局部有外踝动脉网；并有腓肠神经。本穴位置另说在外踝尖下2寸，赤白肉际。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头项、神志及本经脉所过部位的疾患，如偏正头痛，目赤肿痛，眩晕，眉棱骨痛，鼻衄，耳鸣耳聋，口眼㖞斜，心悸，腰背痛，腋下肿，肢节酸痛，足胫肿痛，癫狂，痫症，中风不省人事，口噤不开，半身不遂，足背生疮等。现又多用以治疗脑脊髓膜炎，耳源性眩晕，癫痫，精神分裂症，踝关节及其周围软组织疾患等。

金门 BL_{63} Jīnmén

足太阳膀胱经穴。首见《甲乙经》。别名关梁。为本经郄穴，阳维脉的别属。位于外踝前下方，骰骨外侧凹陷处，约当申脉穴与京骨穴之中间。正坐或仰卧取之。局部有腓骨长肌腱和小趾外展肌；有足底外侧动、静脉；并有足背外侧皮神经，深层为足底外侧神经。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头项、腰尻、下肢等疾患，如腰膝酸痛，下肢不

遂,历节风,外踝红肿,足部扭伤,头风,牙痛,项强,肩背痛,尸厥,癫痫,眩晕,头痛,惊风,暴疝,疟疾,霍乱转筋等。现又多用以治疗神经性耳聋,踝关节及其周围软组织疾患等。

京骨 BL_{64} Jīnggǔ

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·本输》。为本经原穴。位于足外侧缘,当第五跖骨粗隆下方的赤白肉际。伸足取之。相当于小趾外展肌下方;有足底外侧动、静脉;并有足背外侧皮神经,深层为足底外侧神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头目、背腰、下肢等疾患,如头痛眩晕,目赤目翳,鼻塞鼻衄,背寒,脊强,腰尻疼痛,髀枢痛,半身不遂,膝胫酸痛,寒湿脚气,两足生疮,心痛,腹满,泄泻,便血,癫狂,痫症,疟疾等。现又多用以治疗急性腰扭伤,神经性头痛等。

束骨 BL_{65} Shùgǔ

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·本输》。为本经俞穴。位于足外侧缘,第五跖骨小头后缘的赤白肉际处。伸足取之。相当于小趾外展肌下方;有第四趾跖侧总动、静脉;并有第四趾跖侧总神经及足背外侧皮神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头目、腰背、下肢等疾患,如身热,头痛,目赤,耳聋,眩晕,项强,腰痛,髀枢痛,脚腨拘急,癫狂,惊痫,泄痢,疟疾,痈疽,疔疮等。现又多用以治疗神经性头痛,落枕,腓肠肌痉挛,癫痫等。

足通谷 BL_{66} Zútōnggu

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·本输》。原名通谷。《针灸大全》始名足通谷。为本经荥穴。位于足外侧缘,第五趾跖关节前缘的赤白肉际处。伸足取之。局部有趾跖侧动、静脉;并有第四趾跖侧固有神经及足背外侧皮神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头项、下肢等疾患,如头痛,目眩,鼻塞,鼻衄,口㖞,舌肿,颈项强痛,膝痛,热病汗不出,咳喘,胸满,癫痫,疝气,疟疾等。现又多用以治疗精神分裂症,神经性头痛等。

至阴 BL_{67} Zhìyin

足太阳膀胱经穴。首见《灵枢·本输》。为本经井穴。位于足小趾外侧趾甲根角旁0.1寸。伸足取之。局部有趾背动脉和趾跖侧固有动脉形成的动脉网;并有趾跖侧固有神经及足背外侧皮神经。《灵枢·本输》载:"足小指之端也。"

一般直刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

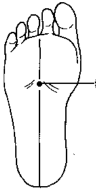
本穴是临床常用的穴位。主治头面、腰膝、胎产等疾患,如头痛,眩晕,目翳,鼻衄,耳鸣耳聋,颈背疼痛,腰膝相引急痛,膝肿,转筋,寒湿脚气,两足生疮,死胎,胎衣不下,难产,热病汗不出,烦心,癫疯,小便不利,疝气,失精,疟疾,皮肤瘙痒等。现又多用以治疗胎位不正,神经性头痛等。

实验研究表明:针刺或艾灸人或家兔的"至阴"穴,可使子宫活动加强,宫缩频率加快,子宫紧张度升高,胎儿心率加快。用本穴矫正异常胎位,临床多用艾条灸法。一般横位成功率最高,臀位次之,足位较差。凡妊娠八个月,腹壁不太紧张,灸后胎动活跃的经产妇疗效最好;胎次在六次以上者,则成功率显著降低。

涌泉 KI_1 Yǒngquān

足少阴肾经穴。首见《灵枢·本输》。别名地冲。本经井穴。又是回阳九针穴之一。

位于足底中线的前、中1/3交点处。简便取穴,可在足趾跖屈时呈凹陷处定取。相当于第二、第三跖骨之间,跖腱膜中,有趾短屈肌腱,趾长屈肌腱,第二蚓状肌,深层为骨间肌;深层有足底动脉弓;并有足底内侧神经支。《灵枢·本输》载:"足心也。"



一般直刺0.5—0.8寸。针后局部疼痛酸胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治神志、五官、胸肺、前阴及本经脉所过部位的疾患,如尸厥,癫狂,痫症,善恐,善忘,小儿惊风,头痛,目眩,舌干,咽喉肿痛,鼻衄,喑不能言,喘逆,咳嗽短气,咳血,肺痨,经闭,难产,妇人无子,水肿,足心热,五趾尽痛等。现又多用以治疗休克,中暑,中风昏迷,高血压,癔病,神经衰弱,支气管哮喘,下肢瘫痪等。

实验研究表明:针刺实验性休克的猫或家兔的"足三

里”,“涌泉”部位有明显的升压和兴奋呼吸的效应。艾灸涌泉,可使高血压病人的收缩压有不同程度的下降。

然谷 KI_2 Rángǔ

足少阴肾经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴。

位于内踝前下方,当舟骨粗隆下缘凹陷处。局部为跗外展肌;有跖内侧及跗内侧动脉分支;并有小腿内侧皮神经末支及足底内侧神经。本穴位置另说有三:①在内踝前直下1寸。②去照海1寸赤白肉际,与外侧京骨相对,较涌泉当微前些。③在公孙后1寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治妇科、前阴、脾胃及本经脉所过部位的疾患,如月经不调,阴挺,阴痒,痛经,白带,血崩,不孕,遗精白浊,小便淋沥,疝气,黄疸,消渴,喉痹,厥心痛,咳喘,咯血,胸满,癫疾,脐风,脚气,脚腿转筋,疥疮癣痒等。现又多用以治疗咽喉炎,扁桃体炎,膀胱炎,尿道炎,睾丸炎,糖尿病,阴部瘙痒,心肌炎,破伤风,足部扭伤等。

太溪 KI_3 Tàixī

足少阴肾经穴。首见《灵枢·本输》。别名吕细、内昆仑。本经俞穴、原穴,又是回阳九针穴之一。



位于内踝尖与跟腱水平连线的中点。仰卧或正坐取之。局部有胫后动、静脉,并有小腿内侧皮神经和胫神经。

一般直刺0.5—0.8寸,或透昆仑。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治前阴、胸肺、五官及本经脉所过部位的疾患,如遗精,阳痿,遗溺,月经不调,经闭,癥瘕积聚,不眠,癫狂,咳逆,气喘,吐血,头痛,牙痛,咽喉肿痛,鼻衄不止,耳鸣耳聋,口中热,热病烦心,多汗,心痛,消渴,黄疸,痿症,腰痛,足跟肿痛,两腿生疮等。现又多用以治疗肾炎,膀胱炎,口腔炎,慢性咽炎,神经性耳聋,神经衰弱,乳腺炎,血尿,下肢瘫痪等。

大钟 KI_4 Dàzhōng

足少阴肾经穴。首见《灵枢·经脉》。本经络穴。位于足跟内侧面,内踝尖与跟腱水平连线中点的太溪穴直下0.5寸,当跟腱附着部前缘凹陷处。仰卧或正坐取之。局部有胫后动脉的跟内侧支;有小腿内侧皮神经及胫神经的跟骨内侧神经。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治咽喉、胸肺、心神、前阴及本经脉所过部位的疾患,如咽喉肿痛,舌本出血,食噎不下,咳嗽,咯血,哮喘,烦心,嗜卧,痴呆,疟疾,腰脊强痛,小便淋漓,足跟肿痛等。现又多用以治疗支气管哮喘,神经衰弱,癔病,精神分裂症,口腔炎,食管狭窄,尿潴留等。

水泉 KI_5 Shuǐquán

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。《千金要方》作肾之原穴。位于足跟内侧面,内踝尖与跟腱水平连线中点的太溪穴直下1寸,当跟骨结节前上方之凹陷处。仰卧或正坐取之。相当于跟腱附着部之内侧;有胫后动脉的跟内侧支;并有小腿内侧皮神经,胫神经的跟骨内侧神经。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治妇科、前阴及本经脉所过部位的疾患,如月经不调,经闭,痛经,阴挺,妬乳,小便淋沥,疝气偏坠,腹中痛,目昏花等。现又多用以治疗子宫脱垂,子宫内膜炎,近视等。

照海 KI_6 Zhàohǎi

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。《素问·气穴论》所载“阴、阳蹻四穴”,王冰注阴蹻即是本穴。别名阴蹻。是八脉交会穴之一,通阴蹻脉。又是足少阴肾经与阴蹻脉的会穴。

位于内踝尖直下,当内踝下缘与距骨相接的凹陷处。正坐或仰卧取之。简便取穴,可以两足底对合,当内踝尖下陷中是穴。局部后方有胫后动、静脉;并有小腿内侧皮神经,深层为胫神经。

一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治面目、咽喉、胸腹、肝肾、神志及本经脉所过部位的疾患,如面目浮肿,目赤肿痛,视物昏花,咽喉肿痛,咽干,喉痹,心痛,气喘,蛊胀,腹痛连脐,肠鸣泄泻,月经不调,痛经,经闭,赤白带下,阴挺,阴痒,妇人血晕,胎衣不下,恶露不止,难产,疝气,淋病,遗精白浊,癃闭,小便频数,遗尿,痫病夜发,瘈疭,手足转筋,脚气红肿,四肢懈惰等。现又多用以治疗咽喉炎,扁桃体炎,肾炎,精神分裂症,癔病,神经衰弱,子宫脱垂,足踝关节及其周围软组织疾患等。

实验研究表明:针刺本穴有明显的促肾脏排尿效应,

排尿量增加，水的排泄加快。对肾炎病人，针刺照海、太溪等穴，可使动脉压降低，尿蛋白减少，以及酚红排出量增加。

复溜 KI_7 Fùliū

足少阴肾经穴。首见《灵枢·本输》。本经经穴。

位于内踝尖与跟腱水平连线中点的太溪穴直上2寸处。正坐或仰卧取之。相当于比目鱼肌下端移行于跟腱处之内侧；深层前方有胫后动、静脉；并有腓肠内侧皮神经和小腿内侧皮神经，深层为胫神经。本穴位置另说，在内踝尖直上2寸，胫骨后缘。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心、肾、汗液及本经脉所过部位的疾患，如心痛若悬，喜笑不休，腹部胀满，四肢浮肿，小便淋沥，肠鸣泄泻，大便脓血，盗汗自汗，伤寒无汗，咽干，腰痛，血痔，乳痈，赤白带下，寒湿脚气，脚腨及足跗疼痛等。现又多用以治疗肾炎，睾丸炎，功能性子宫出血，脊髓炎，下肢瘫痪等。

实验研究表明：针刺健康人的复溜穴，出现抑制肾脏水排泄效应，排出量较正常减少。针刺本穴，在X线下还观察到对阑尾蠕动有加强效应，能促使阑尾腔内钡剂排空。

交信 KI_8 Jiāoxìn

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。阴蹻脉的郄穴。位于内踝尖直上2寸，胫骨内侧面后缘处。正坐或仰卧取之。局部有趾长屈肌；深层有胫后动、静脉；并有小腿内侧皮神经，后方为胫神经。本穴位置另说在内踝尖与跟腱水平连线中点的太溪穴直上2寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治肝肾、少腹及本经脉所过部位的疾患，如月经不调，赤白带下，崩漏，痛经，经闭，阴挺，阴中痛，疝气，淋病，赤白痢，小腹疼痛，大小便难，股、膝、胫内侧痛等。现又多用以治疗功能性子宫出血，子宫脱垂，急、慢性肠炎，细菌性痢疾，腹膜炎，睾丸炎，脊髓炎等。

筑宾 KI_9 Zhùbīn

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。《素问·刺腰痛论》所载"内踝上五寸与阴维之会"，王冰注即本穴。是阴维脉的郄穴。位于内踝尖直上5寸，腓肠肌肌腹下方凹陷处，下与太溪相直。正坐或仰卧取之。相当于腓肠肌和趾长屈肌之间；深部胫侧为胫后动、静脉；并有腓肠内侧皮神经和小腿内侧皮神经，深层为胫神经。本穴位置另说在内踝上6寸。

一般直刺0.8—1.2寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治神志、少腹及本经脉所过部位的疾患，如癫疾，狂症，疝气，不孕，呕吐涎沫，腹痛，脚软无力，足腨痛等。现又多用以治疗肾炎，膀胱炎，睾丸炎，盆腔炎，癫痫，精神分裂症，腓肠肌痉挛等。

阴谷 KI_{10} Yīngǔ

足少阴肾经穴。首见《灵枢·本输》。本经合穴。位于胫骨内侧髁后缘，腘窝横纹内侧端，当半腱肌腱与半膜肌腱之间的凹陷处。正坐或仰卧，屈膝取之。局解有膝上内侧动、静脉，并有股内侧皮神经。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀，麻木，或向小腿部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治少腹、前阴、肝肾及本经脉所过部位的疾患，如少腹疼痛，水肿，小便不利，疝气偏坠，遗精阳痿，阴囊湿痒，崩漏，带下，经闭，烦闷，膝痛不得屈伸等。现又多用以治疗肾炎，尿路感染，阴道炎，阴部瘙痒，功能性子宫出血，癫痫，精神分裂症，膝关节及其周围软组织疾患等。

横骨 KI_{11} Hénggǔ

足少阴肾经穴。首见《脉经》。别名下极。是冲脉与足少阴肾经的会穴。

位于腹下部，在耻骨联合上缘中点的曲骨穴旁开0.5寸。仰卧取之。局部为腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌；有腹壁下动、静脉，阴部外动脉；并有髂腹下神经。本穴位置另说去腹中行1寸或1.5寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向周围扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。本穴内为膀胱，不宜在膀胱充盈的情况下直针深刺。

主治前阴、肝肾及少腹等疾患，如遗精，阳痿，疝气偏坠，遗尿，癃闭，经闭，少腹痛，脱肛，腰痛等。现又多以治疗肠疝痛，膀胱痉挛或麻痹，尿道炎，性功能减退等。

实验研究表明：针刺有神经系统合并膀胱功能障碍病人的中极、横骨二穴，对紧张性膀胱能使张力降低；对松弛性膀胱能使张力增高。针刺本穴并能使逼尿肌、肛门括约肌的肌电活动增加，表明两者收缩能力增强，有助于恢复大小便的随意控制能力。

大赫 KI_{12} Dàhè

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹下部，在耻骨联合上缘中点，直上1寸的中极穴旁开0.5寸。仰卧取之。局部为腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌；有腹壁下动、静脉肌支；并有

第十二肋间神经及髂下神经。本穴位置另说去腹中行1寸或1.5寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀，并可向周围扩散。本穴深部为膀胱，不宜在膀胱充盈情况下直针深刺。艾炷灸5—7壮；艾卷灸5—15分钟。

主治肝肾、前阴部等疾患，如小腹急痛，虚劳失精，阴上缩，茎中痛，女子赤白带下等。现又多用以治疗精液缺乏，精索神经痛，性功能障碍，阴道炎，膀胱炎等。

气穴 KI_{13} Qìxué

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹下部，在脐中直下3寸的关元穴旁开0.5寸。仰卧取之。局部为腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌，有腹壁下动、静脉肌支；并有第十二肋间神经。本穴位置另说去腹中行1寸或1.5寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治肝肾、胎产、少腹等疾患，如子宫虚寒，月经不调，经闭，经痛，崩漏，带下，不孕，小便不利，泄利不止，奔豚，胁痛等。现又多用以治疗肾炎，膀胱麻痹，性功能障碍，子宫脱垂，肠痉挛等。

四满 KI_{14} Sìmǎn

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。别名髓府、髓中。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹下部，在脐中直下2寸的石门穴旁开0.5寸。仰卧取之。局部为腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌；有腹壁下动、静脉肌支；并有第十一肋间神经。本穴位置另说去腹中行1寸或1.5寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治肝肾、前阴、少腹等疾患，如月经不调，痛经，经闭，崩漏带下，不孕，胎漏，遗精白浊，小便不禁，奔豚上下，癥瘕积聚，腹痛泄泻，臌胀等。现又多用以治疗肠炎，肠痉挛，尿路感染等。

中注 KI_{15} Zhōngzhù

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹中部，在脐下1寸的阴交穴旁开0.5寸。仰卧取之。局部为腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌；有腹壁下动、静脉肌支；并有第十肋间神经。本穴位置另说去腹中行1寸或1.5寸。一般直刺0.5—1寸。针感局部重胀或向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治肝肾、二阴等疾患，如月经不调，小便淋沥，腹泻不止，大便燥结，腰脊疼痛等。现又多用以治疗卵巢囊肿，睾丸炎，输卵管炎，肠炎等。

肓俞 KI_{16} Huāngshū

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹中部，在脐中神阙穴旁开0.5寸。仰卧取之。局部为腹内、外斜肌腱膜，腹横肌腱膜及腹直肌，有腹壁下动、静脉肌支；并有第十肋间神经。本穴位置另说去腹中行1寸或1.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治消化、二阴等疾患，如腹部胀满，肠鸣切痛，黄疸，泄泻，大便干燥，疝气，五淋等。现又多用以治疗胃痉挛，肠疝，习惯性便秘，肠炎，痢疾等。

商曲 KI_{17} Shāngqū

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹中部，脐中神阙穴直上2寸的下脘旁开0.5寸。仰卧取之。相当于腹直肌内缘；有腹壁上、下动、静脉分支；并有第九肋间神经。本穴位置另说有：①脐上2寸，去腹中行1.5寸。②脐上1寸水分穴旁开1.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾胃、肠腑等疾患，如腹中积聚，肠鸣切痛，不嗜食，泄泻，便秘等。现又多用以治疗胃痉挛，肠疝，食欲减退，黄疸等。

石关 KI_{18} Shíguān

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹上部，脐上3寸的建里穴旁开0.5寸。仰卧取之。相当于腹直肌内缘；有腹壁上动、静脉分支；并有第九肋间神经。本穴位置另说去腹中行1.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向周围扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾胃等疾患，如脾胃虚寒，饮食不消，翻胃吐食，呃逆，多唾，腹痛，便秘，脊强，不孕等。现又多用以治疗食管痉挛，胃痉挛等。

阴都 KI_{19} Yīndū

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。别名食宫，是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹上部，脐上4寸的中脘穴旁开0.5寸。仰卧取之。相当于腹直肌内缘；有腹壁上动、静脉分支；并有第八肋间神经。本穴位置另说去腹中行1.5寸。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向周

围扩散。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

主治胸、腹部等疾患，如胸满气逆，胁肋胀痛，呕吐，胃痛，腹胀，肠鸣，盗汗等。现又多用以治疗肺气肿，胸膜炎，支气管哮喘，胃炎等。

腹通谷 KI_{20} Fùtōnggǔ

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。原称通谷。为与足部通谷穴相区别，《针灸大全》则名腹通谷。是冲脉、足少阴肾经的会穴。位于腹上部，脐上 5 寸的上脘穴旁开 0.5 寸。仰卧取之。相当于腹直肌内缘；有腹壁上动、静脉分支；并有第八肋间神经。本穴位置另说去腹中行 1.5 寸。一般直刺 0.5—1 寸。针后局部重胀或向周围扩散，艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

主治胸、腹部等疾患，如脾胃虚弱，恶心呕吐，腹痛腹胀，饮食不消，胸胁支满，心悸，惊恐，咽喉不利，暗哑等。现又多用以治疗胃扩张，急慢性胃炎，消化不良等。

幽门 KI_{21} Yōumén

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。别名上门。是冲脉与足少阴肾经的会穴。位于腹上部，脐上 6 寸的巨阙穴旁开 0.5 寸。仰卧取之。相当于腹直肌内缘；有腹壁上动、静脉分支；并有第七肋间神经。本穴位置另说去腹中行 1.5 寸。一般直刺 0.5—1 寸。针后局部重胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

主治脾胃、胸膜等疾患，如呕吐多唾，饮食不化，积聚疼痛，少腹胀满，肠鸣泄泻，下痢脓血，胸中痛引腰背，咳嗽，妇人乳汁不通，乳痈等。现又多用以治疗胃痉挛，胃扩张，肝炎，妊娠呕吐，肋间神经痛等。

步廊 KI_{22} Bùláng

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。位于胸下部，在胸骨中线旁开 2 寸的第五肋间隙中。仰卧取之。相当于胸大肌起始部，有肋间外韧带及肋间内肌和第五肋间动、静脉；并有第五肋间神经前皮支，深部为第五肋间神经。一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治胸、腹等疾患，如胸胁支满，咳逆呕吐，喘息，不嗜食等。现又多用以治疗胸膜炎，肋间神经痛，支气管炎，胃炎，腹直肌痉挛等。

神封 KI_{23} Shénfēng

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。位于胸部，在胸骨中线旁开 2 寸的第四肋间隙中。仰卧取之。相当于胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌；有第四肋间动、静脉；并有第四肋间神经前皮支，深部为第四肋间神经。一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治胸、肺等疾患，如胸胁支满，咳嗽，气喘，肺痈，乳痈，呕吐，不嗜食，卧寐不安等。现又多用以治疗胸膜炎，肋间神经痛，支气管炎等。

灵墟 KI_{24} Língxū

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。位于胸部，在胸骨中线旁开 2 寸的第三肋间隙中。仰卧取之。穴位在胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌有第三肋间动、静脉；并有第三肋间神经前皮支，深层为第三肋间神经。一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治胸、肺等疾患，如胸胁支满，咳逆喘息，呕吐噎膈，不嗜食等。现又多用以治疗胸膜炎，肋间神经痛，支气管炎等。

神藏 KI_{25} Shéncáng

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。位于胸上部，在胸骨中线旁开 2 寸的第二肋间隙中。仰卧取之。穴位在胸大肌中，有肋间外韧带及肋间内肌；有第二肋间动、静脉；并有第二肋间神经前皮支，深部为第二肋间神经。一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治胸、肺等疾患，如咳嗽，气喘，胸痛，心烦，呃逆，呕吐等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，肋间神经痛，胸膜炎等。

彧中 KI_{26} Yùzhōng

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。位于胸上部，在胸骨中线旁开 2 寸的第一肋间隙中，仰卧取之。局部为胸大肌，有肋间外韧带及肋间内肌；有第一肋间动、静脉；有锁骨上神经前支；并有第一肋间神经前皮支，深部为第一肋间神经。一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治胸、肺等疾患，如咳嗽，气喘，吐血，痰涎壅盛，呃逆，盗汗，胸胁支满，乳痈，紫、白癜风等。现又多用以治疗支气管炎，胸膜炎，肋间神经痛等。

俞府 KI_{27} Shūfǔ

足少阴肾经穴。首见《甲乙经》。位于锁骨下缘，当胸骨中线旁开 2 寸处。仰卧取之。穴位在胸大肌中；有胸内动、静脉穿支；并有锁骨上神经。一般斜刺 0.3—0.5

寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸、肺等疾患，如咳嗽，气喘，痰多，骨蒸潮热，呃逆，呕吐，胸满。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，胸膜炎，肋间神经痛等。

天池 PC_1 Tiānchí

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·本输》。别名天会。是手厥阴心包经与足少阳胆经的会穴。《针灸聚英》作"手、足厥阴、少阳之会"。

位于前胸第四肋间隙，乳头外开1寸处。仰卧取之。穴位浅层有胸大肌，胸小肌，深层为第四肋间内、外肌，胸壁静脉，胸外侧动、静脉；并有胸前神经及第四肋间神经。本穴位置另说有：①在乳后二寸。②在乳下二寸。

一般向外斜刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。《素问·刺禁论》："刺乳上中乳房，为肿根蚀……刺腋下肋间内陷令人咳。"此穴不宜直针深刺，以免造成气胸。

主治心胸、腋胁及乳房等疾患，如心胸烦满，胁肋疼痛，腋下肿，马刀挟瘿，寒热，疟疾，头痛，热病汗不出，喉中鸣等，现又多用以治疗心绞痛，心内膜炎，乳腺炎，乳汁分泌不足，腋淋巴结炎，肋间神经痛等。

天泉 PC_2 Tiānquán

手厥阴心包经穴。首见《甲乙经》。别名天温。位于上臂掌侧，腋前皱襞尽头直下2寸，肱二头肌的长、短头之间。开腋仰掌取之。局部有肱动、静脉肌支，臂内侧皮神经和肌皮神经。一般直刺0.5—0.8寸。针感朝肘部方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治心肺、胸胁等疾患，如心痛，胸中痛，咳逆，胸胁支满，胁肋疼痛，呃逆，石水，膺、背、肩胛及两臂内廉痛等。现又多用以治疗心内膜炎，心悸，支气管炎，肋间神经痛，臂神经痛等。

曲泽 PC_3 Qūzé

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·本输》。本经合穴。位于肘横纹上，肱二头肌腱尺侧缘凹陷处。仰掌，微屈肘取之，局部有肱动、静脉，并有前臂内侧皮神经，正中神经及肌皮神经。一般直刺0.5—0.8寸。针感朝指端或腋窝部传导。也可用三棱针点刺出血。艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、脾胃、时疫及本经脉所过部位的疾患，如心痛善惊，心悸，心烦，口干，呕血，胃痛，呕吐，身热烦渴，伤寒，霍乱，痧症，风疹，肘臂掣痛不伸等。现又多用以治疗风湿性心脏病，心肌炎，中暑，急性胃肠炎，妊娠恶阻，臂神经痛，小儿舞蹈病等。



郄门 PC_4 Xìmén

手厥阴心包经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。

位于腕横纹上5寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。仰掌取之。局部有指浅屈肌，深部为指深屈肌；前臂正中动、静脉和前臂掌侧骨间动、静脉；并有前臂内侧皮神经，正中神经和前臂掌侧骨间神经。

一般直刺0.5—1寸。针感朝肘部或指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—15分钟。

本穴是临床上常用的穴位。主治心神、胸肺及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，胸痛，咯血，呕血，五心烦热，衄血，癫痫，疔疮，痔疮等。现又多用以治疗风湿性心脏病，心肌炎，心绞痛，心动过速，心律失常，胸膜炎，乳腺炎，膈肌痉挛，癔病，精神分裂症，臂神经痛等。

实验研究表明：电针狗的"郄门"穴部位，对急性实验性心肌梗死的心外膜心电图有改善。对下丘脑外侧区(AHL)放电的影响，"郄门"以增频为主，而足三里则以减频为主。

间使 PC_5 Jiānshǐ

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·本输》。别名鬼路。本经经穴。位于腕横纹上3寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。仰掌取之。局部有指浅屈肌，深部为指深屈肌，前臂动、静脉和前臂掌侧骨间动、静脉；并有前臂内侧皮神经，正中神经和前臂掌侧骨间神经。

一般直刺0.5—1寸。针感朝肘部或指端方向传导。艾炷灸3—5壮，艾条灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、神志、脾胃、妇科及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，胸胁痛，癫狂，痫证，胃痛，呕吐，热病，久疟，伤寒结胸，中风气塞，喑不能言，咽中如哽，月经不调，血结成块，肘挛腋肿等。现又多用以治疗风湿性心脏病，心绞痛，癔病，精神分裂症，咽喉炎，急性胃肠炎，子宫内膜炎等。

内关 PC_6 Nèiguān

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·经脉》。别名阴维。本经络穴。《千金方》作本经原穴，又是八脉交会穴之一，通阴维脉。

位于腕横纹上2寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。仰掌取之。局部有指浅屈肌，深部为指深屈肌；有前臂正中动、静脉和前臂掌侧骨间动、静脉；并有前臂内侧皮神经，正中神经，前臂掌侧骨间神经。

一般直刺0.5—1寸。针感朝肘部或指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心神、胸腹、脾胃及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，心澹澹善惊，烦心，癫痫，狂妄，胸胁支满，胃脘疼痛，呕吐，呃逆，疟疾，黄疸，妊娠恶阻，产后血晕，热病汗不出，头项强痛，目昏，面赤肌热，中风肘挛，脱肛等。现又多用于治疗风湿性心脏病，心内膜炎，心肌炎，心绞痛，心律失常，休克，胃炎，胃痉挛，胃溃疡，神经性呕吐，膈肌痉挛，肋间神经痛，神经衰弱，癔病，精神分裂症，甲状腺功能亢进，正中神经痛或麻痹等。

实验研究表明：针刺家兔或大白鼠的"内关"穴部位，对乙酰胆碱所造成的低血压和垂体性高血压具有明显的调整效应。针刺"内关"、"足三里"部位可使犬或家兔的实验性心律不齐，迅速恢复正常。针刺内关穴，通过X线胸片、心电图、超声心动图等多项指标的观察，提示风湿性心脏病和冠心病患者的多项心功能有明显的改善；并发现与其他穴位，如外关、光明、足三里、交信等穴有显著性差异。此外，针刺内关穴，尚有明显的镇痛效应，可使健康人或颅脑手术患者因体表痛刺激或手术刺激所引起的皮质诱发电位产生抑制。

大陵 PC_7 Dàlíng

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·本输》。别名心主、鬼心。本经输穴、原穴。

位于腕横纹中央，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。仰掌取之。局部有拇长屈肌和指深屈肌腱；腕掌侧动、静脉网；并有前臂内侧皮神经，正中神经掌皮支，深层为正中神经本干。

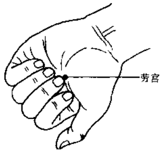
一般直刺0.3—0.5寸。针感朝肘部或指端方向传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心肺、神志、脾胃、头目及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，心悬若饥，心烦掌热，悲泣惊恐，喜笑不休，狂言不乐，胸中热痛，短气，喘咳，呕血，身热头痛，目黄，目赤痛，喉痹，咽干，胃痛，呕吐等。现又多用以治疗心肌炎，心绞痛，心律失常，胃炎，肋间神经痛，失眠，精神病，扁桃体炎，腕关节及其周围软组织疾患等。

劳宫 PC_8 Láogōng

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·本输》。别名五里、掌中、鬼路、鬼窟。本经荥穴，又是回阳九针穴之一。

位于掌心横纹，第二、第三掌骨之间。屈指握拳时当中指端下是穴。仰掌取之。局部有掌腱膜，第二蚓状肌及指浅、深屈肌腱，深层为拇指内收肌横头的起端，骨间肌；有指掌侧总动、静脉；并有正中神经的第二指掌侧总神经。本穴位置另说在第三、第四掌骨之间，握拳当中指与环指端着处的中间是穴。

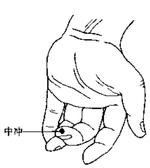


一般直刺0.3—0.5寸。针感朝指端方向传导。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、神志、脾胃及本经脉所过部位的疾患，如心痛，心悸，心烦善怒，喜笑不休，癫狂，胸胁支满，胁痛，气逆，目黄，口中糜烂，小儿惊厥，溺赤，大便下血，掌中热，鹅掌风，手指麻木等。现又多用以治疗中风昏迷，高血压，心绞痛，动脉硬化，精神分裂症，癔病，中暑，口腔炎，手掌多汗症等。

中冲 PC_9 Zhōngchōng

手厥阴心包经穴。首见《灵枢·本输》。本经井穴。位于手中指尖端中央，距爪甲游离缘0.1寸处，仰掌取之。局部有指掌侧固有动、静脉所形成的动、静脉网，并有正中神经的指掌侧固有神经。本穴位置另说在手中指桡侧指甲根角旁0.1寸处。



一般斜刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛或朝腕部方向传导。也可用三棱针点刺出血。艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治热病,心神、脾胃及本经脉所过部位的疾患,如心痛,心烦,中风,晕厥,中暑,热病汗不出,目赤,舌本痛,小儿夜啼等。现又多用以治疗休克,昏迷,心肌炎,心绞痛,急性胃肠炎,小儿消化不良,高热等。

关冲 $TE_1(SJ_1)$ Guānchōng

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。本经井穴。位于手环指尺侧,指甲根角旁0.1寸处。伸指取之。相当于手环指尺侧爪甲根切迹处;有指掌侧固有动、静脉形成的动、静脉网;并有尺神经的指掌侧固有神经。

一般斜刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛或向腕部传导。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感,头面、五官及本经脉所过部位的疾患,如寒热头痛,热病汗不出,头眩目赤,颔痛,目生翳膜,视物不清,耳聋,耳鸣,舌卷口干,喉痹,心烦,胸中气噎,不嗜食,霍乱,臂、肘疼痛等。现又多用以治疗急性扁桃体炎,角膜炎,结膜炎,神经血管性头痛,耳源性眩晕,腮腺炎等。

液门 $TE_5(SJ_2)$ Yèmén

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。本经荥穴。位于手背侧第四、第五掌指关节前方,当指缝间赤白肉际处。微握拳取之。局部有来自尺动脉的指背动脉和来自尺神经的指背神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向第四指端和肩部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感,头面、五官及本经脉所过部位的疾患,如热病汗不出,疟疾,寒热头痛,目赤泪出,耳聋,耳鸣,咽喉肿痛,齿龋痛,手背红肿疼痛等。现又多用以治疗急性扁桃体炎,腮腺炎,中耳炎,结膜炎,牙龈炎等。

中渚 $TE_3(SJ_3)$ Zhōngzhǔ

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。别名下都。本经俞穴。位于手背,当第四、第五掌骨小头后缘之间的凹陷中,即为液门穴后1寸处。微握拳取之。局部有第四骨间肌;有手背静脉网,第四掌的背动脉;并有尺神经的掌背支。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向第四、第五指端和肩部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感,头面、五官及本经脉所过部位的疾患,如热病汗不出,寒热,头痛目赤,目眩,目痛,目生翳膜,耳聋,耳鸣,喉痹,肘臂痛,手臂红肿,五指不得屈伸等。现又多用以治疗中耳炎,神经性耳聋、聋哑,结膜炎,腮腺炎,扁桃体炎,肋间神经痛,肩关节及其周围组织疾患等。

阳池 $TE_4(SJ_4)$ Yángchí

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。别名别阳。本经原穴。位于第三四掌骨间直上的腕横纹凹陷处,亦即腕背横纹的指总伸肌腱尺侧陷中。伏掌取之。局解在指总伸肌腱与小指固有伸肌腱之间;有腕背静脉网与腕背动、静脉;并有尺神经的手背神经及前臂背侧皮神经。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或朝手背和肩部方向传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。本穴《铜人》云:"不可灸。"

本穴是临床常用的穴位。主治头项、肩背及本经脉所过部位的疾患,如头痛,头晕,耳鸣,耳聋,项痛,肩臂痛不得举,腕痛无力,腕关节红肿不得屈伸,消渴,烦闷,口干,疟疾等。现又多用以治疗感冒,扁桃体炎,疟疾,腕关节及其周围软组织疾患等。

外关 $TE_5(SJ_5)$ Wàiguān

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·经脉》。别名阳维。本经络穴。又是八脉交会穴之一,通阳维脉。

位于前臂伸侧,腕横纹上2寸,尺、桡两骨之间凹陷中。伏掌取之。相当于指总伸肌和拇长伸肌之间,屈肘俯掌时则在指总伸肌的桡侧;有前臂骨间背侧动、静脉和掌侧动、静脉;并有桡神经的前臂背侧皮神经和前臂骨间背侧及掌侧神经。本穴位置另说在阳池穴上1寸。

一般直刺0.5—1寸。针感向手或沿上肢外侧向肩部传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、耳目及本经脉所过部位的疾患,如热病、头痛,耳鸣,耳聋,目赤肿痛,项强,瘰疬,胸胁痛,肘不能伸屈,五指尽痛不能握物,手颤,中风偏瘫,舌强难言等。现又多用以治疗感冒,肺炎,三叉神经痛,高血压,偏头痛,结膜炎,腮腺炎,胸膜炎,肋间神经痛等。

支沟 $TE_3(SJ_6)$ Zhīgōu

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。别名飞虎。本经经穴。

位于前臂伸侧,腕横纹上3寸,尺、桡两骨之间凹陷中。伏掌取之。相当于指总伸肌和拇长伸肌之间,屈肘俯掌时则在指总伸肌的桡侧;有前臂骨间背侧动、静脉和掌侧动、静脉;并有桡神经的前臂背侧皮神经和前臂骨间

背侧及掌侧神经。

一般直刺0.5—1寸。针感向手或沿上肢外侧向肩部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感,头面、耳目、心胸及本经脉所过部位的疾患,如热病汗不出,耳聋,耳鸣,面赤,目赤肿痛,暴瘖不能言,口噤,咳嗽,逆气,心痛,胁肋痛,产后血晕,大便不通,肩臂酸痛不举等。现又多用以治疗心绞痛,胸膜炎,肋间神经痛,习惯性便秘,肩关节及周围软组织疾患等。

会宗 $TE_9(SJ_7)$ Huìzōng

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。位于前臂伸侧,腕横纹上3寸,当尺骨的桡侧缘凹陷中。伏掌取之。相当于尺侧腕伸肌和小指固有伸肌之间;有前臂骨间背侧动、静脉;并有前臂背侧皮神经和前臂骨间背侧神经。本穴位置另说有:①在支沟穴旁1寸。②在支沟穴旁0.5寸。

一般直刺0.3—0.5寸。针感向手或沿上肢外侧向肩部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头、耳、神志及本经脉所过部位的疾患,如偏头痛,癫痫,耳聋,肌肤疼痛,咳喘胸满,臂痛等。现又多用以治疗神经性头痛,腮腺炎,前臂神经痛等。

三阳络 $TE_8(SJ_8)$ Sānyángluò

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。《素问·骨空论》所载"臂骨空在臂阳,去踝四寸两骨空之间",王冰注谓通间,即指本穴。

位于前臂伸侧,腕横纹上4寸,尺、桡两骨之间凹陷中。伏掌或曲肘侧掌取之。相当于指总伸肌和拇长展肌起端之间;有前臂骨间背侧动、静脉;并有前臂背侧皮神经,深层当前臂骨间背侧神经。本穴位置另说在支沟穴上2寸。

一般直刺0.5—1寸。针感向手或沿上肢外侧向肩部传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治口齿、耳部及本经脉所过部位的疾患,如暴瘖,齿龋痛,耳聋,嗜卧,身体不能动摇等。现又多用以治疗臂神经痛,神经性头痛,神经性耳聋,急性腰肌纤维织炎等。

实验研究表明:针刺或电针正常人或病人三阳络,痛阈或耐痛阈,两点辨别阈值均有显著提高,重痛出现率大为减少。针刺病人三阳络,血中内啡肽明显升高,且与镇痛效果有平行关系。针刺时,血中组织胺无明显影响,而对照组则升高。针刺家兔"三阳络"部位,其血中组织胺降低。给其腹腔注射组织胺,针刺效应减低。注射糖元引起血中组织胺降低,则电针镇痛效应加强。说明组织胺对针刺效应有拮抗作用。针刺三阳络与全麻相比,它不影响机体的免疫机能,而全麻可使免疫机能减弱。本穴为肺切除针麻的主要用穴。在针麻手术中血压较全麻稳定。针刺家兔"三阳络"部位,在失血性休克过程中,降压速度慢,幅度小;停止放血后,其升压速度快和幅度较对照组为好。

四渎 $TE_9(SJ_9)$ Sìdú

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。位于前臂伸侧,尺骨鹰嘴前下5寸,当尺骨桡侧缘凹陷中。屈肘伏掌或侧掌取之。相当于指伸总肌和尺侧腕伸肌之间;深层有前臂骨间背侧动、静脉;并有前臂背侧皮神经,深层当前臂骨间背侧神经肌神经丛。一般直刺0.5—1寸。针感朝手或沿上臂外侧向肩部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治耳、口齿及本经脉所过部位的疾患,如耳聋,耳鸣,齿龋痛,臂膊疼痛等。现又多用以治疗喉炎,腮腺炎,肘关节痛,臂神经痛及麻痹等。

天井 $TE_{10}(SJ_{10})$ Tiānjǐng

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。本经合穴。位于上臂伸侧,尺骨鹰嘴上1寸凹陷中。以手叉腰取之。相当于肱骨下端后面的鹰嘴窝中,尺骨鹰嘴突起的上缘,有肱三头肌腱;有肘关节动、静脉网;并有臂背侧皮神经和桡神经分支。

一般直刺0.3—0.5寸。针感向手背或沿上臂外侧向肩部传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、耳目、心胸及本经脉所过部位的疾患,如头痛,寒热,目锐眦痛,耳聋,耳鸣,颊肿,喉痹,咽痛,胸痹,心痛,咳逆上气,不嗜食,瘰疬,颈、项、肩、臂痛等。现又多用以治疗颈淋巴结结核,荨麻疹,神经性皮炎,偏头痛,扁桃体炎,肘关节及其周围软组织疾患等。

清冷渊 $TE_{11}(SJ_{11})$ Qīnglěngyuān

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。别名清冷泉。位于上臂伸侧,尺骨鹰嘴上2寸凹陷中。以手叉腰取之。相当于肱三头肌下部;有中侧副动、静脉末支;并有臂背侧皮神经和桡神经分支。一般直刺0.5—1寸。针感沿上臂外侧向肩部或手部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头、目等疾患,如头痛,目黄,肩、臂痛,肘痛不举等。现又多用以治疗神经血管性头痛,结膜炎,肘关节及其周围软组织疾患等。

消泺 $TE_{12}(SJ_{12})$ Xiāoluò

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。位于上臂伸侧,

尺骨鹰嘴上5寸。前臂旋前时,当肱三头肌外侧头隆起外下缘的凹陷中,亦即清冷渊与臑会穴连线的中点。以手叉腰取之。局部有肱三头肌;有中侧副动、静脉;并有臂背侧皮神经和桡神经的分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀,或向肩部、手部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治头项、肩背等疾患,如寒热头痛,颈项强急,肩背拘急,风痹,癫痫等。现又多用以治疗神经血管性头痛,落枕,肩关节及其周围软组织疾患等。

臑会 TE_{13}(SJ_{13}) Nàohuì

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。别名臑髎、臑交。与手阳明大肠经之会。位于上臂伸侧,肩峰后缘凹陷处肩髎穴直下3寸的三角肌后缘处。正坐垂肩取之。相当于肱三头肌长头与外侧头之间;有中侧副动、静脉;并有臂背侧皮神经和桡神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向肩部、手部传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸5—15分钟。

主治颈项、肩臂等疾患,如气瘿,瘰疬,臂痛酸重,肩肿引胛中痛,肘难屈伸等。现又多用以治疗甲状腺肿,肩关节周围炎,上肢麻痹等。

肩髎 TE_{14}(SJ_{14}) Jiānliáo

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。位于肩峰突起后端下方之凹陷处。举臂取之。简便取穴,上臂外展,肩峰后下方出现的凹陷处是穴。相当肩胛骨肩峰的后下缘,肩关节后方,三角肌中;有旋肱后动脉;并有腋神经的肌支。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向手部传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肩、臂等疾患,如肩重不举,臂痛,半身不遂,风热瘾疹,臂细无力等。现又多用以治疗中风偏瘫,高血压,肩关节周围炎等。

天髎 TE_{15}(SJ_{15}) Tiānliáo

手少阳三焦经穴名。首见《甲乙经》。是手少阳三焦经、足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于冈上窝中,当第七颈椎棘突下与肩峰连线中点的肩井穴向后1寸处。正坐取之。局部为斜方肌,冈上肌,颈横动脉降支,深层为肩胛上动脉肌支;并有第一胸神经后支外侧皮支,副神经,深层为肩胛上神经肌支。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀,艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治颈项部等疾患,如颈项强痛,缺盆中痛,寒热汗不出,胸中烦闷等。现又多用以治疗冈上肌炎,落枕,肩关节周围炎等。

天牖 TE_{16}(SJ_{16}) Tiānyǒu

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·本输》。位于颈外侧,颞骨乳突后缘直下与下颌骨下缘相平处。正坐或侧伏坐取之。相当于胸锁乳突肌后缘;有颈后浅静脉,耳后动、静脉和枕动脉的肌支;并有枕小神经和耳大神经分支,深层为面神经、颞神经。本穴位置另说有二:①在完骨下发际宛宛中。②在风池穴上1寸。③在风池穴下1寸稍外些。

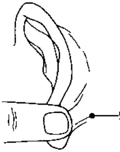
一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、五官等疾患,如头痛,面肿,颔痛,目昏,目中痛,鼻不闻香臭,鼻衄,耳聋,耳鸣,喉痹,颈项强不得回顾等。现又多用以治疗扁桃体炎,颈淋巴结结核,视神经萎缩,神经性耳聋,落枕等。

翳风 TE_{17}(SJ_{17}) Yìfèng

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载"耳后陷中各一",王冰注即本穴。是手少阳三焦经与足少阳胆经的会穴。

位于耳垂后方,颞骨乳突与下颌骨下颌支之间的凹陷中。正坐或俯伏坐取之。相当于乳突前下方,下颌骨后缘;有颈外浅静脉,耳后动、静脉;并有耳大神经,深层为面神经干从颅骨穿出处。



一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。《圣济总录》载:"耳后宛处不可伤,伤即令人口颊㖞斜。"此穴用针不可太粗,更不宜大幅度提插和强刺激性药物穴位注射,以免致伤。

本穴是临床常用的穴位。主治面颊、耳部等疾患,如口眼㖞斜,目不明,赤白翳膜,口噤不开,颊肿,牙车急痛,耳聋,耳鸣,项背强急等。现又多用以治疗下颌关节炎,下颌关节脱臼,神经性耳聋,中耳炎,聋哑,面神经麻痹,腮腺炎等。

实验研究表明:针刺翳风有加强大脑皮质兴奋和抑制过程的效应,能治疗因音分析器兴奋和抑制过程相互冲突的实验性听神经症。表明针刺翳风具有调整大脑皮质功能障碍的作用。

瘈脉 TE_{18}(SJ_{18}) Chìmài(Qìmài)

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。《灵枢·五邪》所载“取耳间青脉,以去其掣”即指本穴。别名资脉、体脉。位于耳垂后方凹陷中的翳风穴与耳尖发际处的角孙穴沿耳轮连线的中、下1/3交点处,约与屏尖相平。正坐或侧伏坐取之。相当于乳突中央与耳根之间,耳后肌中;有耳后动、静脉;并有耳大神经分支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸,针后局部酸胀。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

主治耳目和神志等疾患,如头风,耳痛,耳鸣,目睛不明,小儿惊痫,瘈疭,呕吐泻痢等。现又多用以治疗神经血管性头痛,小儿高热抽搐,急性球结膜炎等。

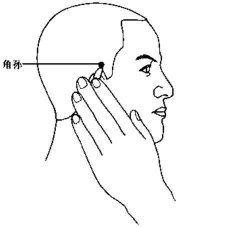
颅息 TE_{19}(SJ_{19}) Lúxī

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。别名颅颞。位于耳垂后方凹陷中的翳风穴与耳尖发际处的角孙穴沿耳轮连线的上、中1/3交点处。正坐或侧伏坐取之。相当于乳突前上方,耳后肌中;有耳后动、静脉,并有耳大神经和枕小神经的吻合支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

主治耳、目和神志等疾患,如耳鸣,耳聋,聤耳,目睛不明,小儿惊痫,瘈疭,呕吐涎沫,身热头痛,胸胁痛不得转侧等。现又多用以治疗神经血管性头痛,视网膜脉络膜炎,支气管哮喘等。

角孙 TE_{20}(SJ_{20}) Jiǎosūn

手少阳三焦经穴。首见《灵枢·寒热病》。足少阳胆经与手少阳三焦经的会穴。位于侧头部,当耳尖直上之发际处。正坐或侧伏坐折曲耳郭取之。局部有耳上肌;



有颞浅动、静脉分支;并有耳颞神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治口齿、眼目等疾患,如偏头痛,齿不能嚼,齿龈肿痛,唇燥,目生翳膜,颈项强痛等。现又多用以治疗腮腺炎,视神经炎,视网膜炎,耳郭红肿等。

耳门 TE_{21}(SJ_{21}) Ěrmén

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。位于耳屏上切迹前方,下颌骨髁状突后缘凹陷中。张口取之。局部有颞浅动、静脉;并有耳颞神经及面神经的分支。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀,有时扩散至半侧面部。艾炷灸1—3壮;艾卷灸5—10分钟。《甲乙经》:“耳中有脓,禁不可灸。”

本穴是临床常用的穴位。主治头、耳、口齿等疾患,耳聋,耳鸣,聤耳,耳中痛,颔痛,齿龋,唇吻强等。现又多用以治疗下颌关节炎,下颌关节脱臼,面神经麻痹,神经性耳聋,化脓性中耳炎,神经血管性头痛等。

耳和髎 TE_{22}(SJ_{22}) Ěrhéliáo

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。原作和髎。近代一般作耳和髎,以与手阳明经之“禾髎”相区别。《素问·气府论》所载:“锐发下各一,”王冰注即本穴。是手太阳小肠经、足少阳胆经与手少阳三焦经的会穴。位于鬓发后缘,平耳郭根上缘,当颞浅动脉处。侧伏坐取之。相当于颧弓上方颞肌中;有颞浅动、静脉;耳颞神经的分支和面神经分支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸,避开动脉。针感局部酸胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

主治头面、耳部等疾患,如头痛,头重,颔痛引耳中,面风寒,耳鸣,口僻,瘈疭,牙关引急,鼻准上肿等。现又多用以治疗下颌关节炎,面神经麻痹,咀嚼肌痉挛等。

丝竹空 TE_{23}(SJ_{23}) Sīzhúkōng

手少阳三焦经穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载“眉后各一”,王冰注即本穴。别名目髎。位于眉毛外侧端凹陷中。正坐或侧伏坐取之。局部有眼轮匝肌;颞浅动、静脉分支;并有耳颞神经的分支和面神经的分支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。《甲乙经》载“不宜灸,灸之不幸令人目小及盲。”今多不灸。

本穴是临床常用的穴位。主治头、目等疾患,如偏正头痛,目赤,羞明流泪,目眩,视物不明,面掣眉跳,齿痛等。现又多用以治疗视神经萎缩,电光性眼炎,结膜炎,泪囊炎,神经血管性头痛,面神经麻痹或痉挛等。

瞳子髎 GB_1 Tóngzǐliáo

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名太阳、前关、后曲、鱼尾。是手太阳小肠经、手少阳三焦经与足少阳胆经的会穴。位于目外眦外侧0.5寸。正坐仰靠或侧伏坐取之。简便取穴,可于外眼角相平的眶骨外侧缘凹陷中定取。局部有眼轮匝肌,深层为颞肌;有颧眶动、静脉;并有颧面神经,颧颞神经及面神经的额颞支。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部及耳前重胀。艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、眼目等疾患,如头痛眩晕,目赤痛痒,迎风流泪,目多眵,目生翳膜,青盲雀目,眉棱骨痛,口眼㖞斜等。现又多用以治疗血管性头痛,结膜炎,角膜炎,屈光不正,夜盲,视神经萎缩,三叉神经痛,面神经麻痹等。

听会 GB_2 Tīnghuì

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名听呵、后关。位于耳屏前下方,下颌骨下颌支后缘,与屏间切迹相平,张口时呈凹陷处。正坐仰靠或侧伏坐,张口取之。局部有颞浅动脉耳前支,深部为颈外动脉及面后静脉;并有耳大神经及面神经。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治耳、面颊等疾患,如耳鸣,耳聋、聤耳,耳底痛,眩晕,口噤,瘖哑,齿痛,腮肿,口眼㖞斜,牙车脱臼,癫狂,痫证等。现又多用以治疗外耳道炎,中耳炎,聋哑,神经性耳聋,面神经麻痹,咀嚼肌痉挛,腮腺炎,下颌关节炎等。

上关 GB_3 Shàngguān

足少阳胆经穴。首见《灵枢·本输》。别名客主人。是手少阳三焦经、足少阳胆经与足阳明胃经三脉的会穴。(据《素问·刺禁论》新校正)。又本穴:《甲乙经》作"手少阳、足阳明之会。"《铜人》作"足阳明、少阳之会。"

位于下关穴(颧弓与下颌切迹之间)直上,颧弓上缘微上方的凹陷中。正坐仰靠或侧伏坐取之。局部有颞肌;颧眶动、静脉;并有面神经的颧眶支及三叉神经分支。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。《素问·刺禁论》:"刺客主人内陷中脉,为内漏为聋。"王冰注:"刺太深则交脉决破,故为耳内之漏。脉内漏则气不营,故聋。"《灵枢·本输》又曰:"刺上关者,呿不能欠。"意指本穴应张口而刺,不宜太深,否则会引起张口困难。如若发生,局部热敷或艾条熏灸可解。

主治耳、面颊、口齿等疾患,如耳鸣,耳聋,耳痛,聤耳,上齿龋痛,牙车不开,口眼㖞斜,唇吻强,目眩,青盲等。现又多用以治疗神经血管性头痛,三叉神经痛,面神经麻痹等。

颔厌 GB_4 Hànyàn

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是手少阳三焦经、足少阳胆经与足阳明胃经的会穴。位于颞部鬓前发际内,当头维穴(额角直上入发际0.5寸)至曲鬓穴(鬓角后缘直上与耳尖发际相平处)沿鬓前发际划一条弧形线,此穴正当该线的上1/4折点,入发际0.5寸。正坐或侧伏坐取之。局部为颞肌;有颞浅动、静脉额支;并有耳颞神经颞支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

主治头颞、耳目等疾患,如偏正头痛,耳鸣耳聋,目眩,齿痛,身热,善嚏,惊痫,手腕痛等。现又多用以治疗神经血管性头痛,神经性耳聋等。

悬颅 GB_5 Xuánlú

足少阳胆经穴。首见《灵枢·寒热病》。是手少阳三焦经、足少阳胆经与足阳明胃经的会穴。位于颞部鬓前发际内,当头维穴(额角直上入发际0.5寸)至曲鬓穴(鬓角后缘直上与耳尖发际相平处)沿鬓前发际联成的弧形线的中点,入发际0.5寸。正坐或侧伏坐取之。局部为颞肌;有颞浅动、静脉额支;并有耳颞神经颞支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

主治头目、口鼻等疾患,如偏正头痛,目外眦痛,目眩,齿痛,鼻流清涕,鼽衄,面颊痛,身热烦满汗不出等,热病头痛身重。现又多用以治疗神经血管性头痛,鼻炎,神经衰弱等。

悬厘 GB_6 Xuánlí

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是手少阳三焦经、足少阳胆经与足阳明胃经的会穴。位于颞部鬓前发际内,当头维穴(额角直上入发际0.5寸)至曲鬓穴(鬓角后缘直上与耳尖发际相平处)沿鬓前发际联成的弧形线的下1/4折点,入发际0.5寸。正坐或侧伏坐取之。局部为颞肌;有颞浅动、静脉额支;并有耳颞神经颞支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸1—3壮;艾卷灸3—5分钟。

主治头面、耳目等疾患,如偏正头痛,目外眦痛,耳鸣耳聋,齿痛,面痛,心烦,癫痫等。现又多用以治疗神经血管性头痛,神经性耳聋,三叉神经痛等。

曲鬓 GB_7 Qūbìn

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于耳前鬓角后缘直上，与耳尖直上的发际相平。正坐或侧伏坐取之。局部为颞肌；有颞浅动、静脉额支；并有耳颞神经颞支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治头面、口齿等疾患，如头痛连齿，口眼㖞斜，口噤不开，颔颊肿痛，暴喑，颈项强急等。现又多用以治疗三叉神经痛，颞下颌关节炎等。

率谷 GB_8 Shuàigǔ

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名耳尖。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于头颞部，耳尖直上，入发际1.5寸。局部为颞肌；有颞浅动、静脉顶支；并有耳颞神经与枕大神经会合支。本穴位置另说在耳上入发际1寸。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后颞部热胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头、目、耳等疾患，如偏正头痛，眩晕，耳鸣，耳聋，呕吐，烦满，小儿急慢惊风等。现又多用以治疗神经血管性头痛，神经性耳聋，腮腺炎等。

天冲 GB_9 Tiānchōng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于耳根后缘直上入发际2寸凹陷处。正坐或侧伏坐取之。局部有耳后动、静脉；并有耳大神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治头面、神志等疾患，如头痛、耳鸣，龈肿，项强，癫疾，惊悸，痉证等。现又多用以治疗神经血管性头痛，神经性耳聋等。

浮白 GB_{10} Fúbái

足少阳胆经穴。首见《素问·气穴论》。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于乳突上后方，平耳郭根上缘，向后横量入发际1寸；或于天冲与完骨穴弧形联线的上1/3折点定穴。正坐或侧伏坐取之。局部有耳后动、静脉分支；并有耳大神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治头项、五官等疾患，如头痛，耳鸣，耳聋，眼目疼痛，齿痛，喉痹，颈项痈肿，咳逆，喘息，胸满，肩臂痛，足缓不收等。现又多用以治疗耳源性眩晕，神经性耳聋等。

头窍阴 GB_{11} Tóuqiàoyīn

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。原名窍阴。《圣济总录》名首窍阴。《资生经》始名头窍阴。别名枕骨。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于颞骨乳突根部后缘陷中，前与耳屏平高；或于天冲与完骨穴弧形连线的下1/3折点定穴。正坐或侧伏坐取之。局部有耳后动、静脉分支；并有枕大神经和枕小神经的吻合支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治头部、五官等疾患，如头痛，眩晕，目痛，耳鸣，耳聋，喉痹，口干，口苦，舌本出血，咳逆，手足烦热，胁痛等。现又多用以治疗神经性耳聋，耳源性眩晕，三叉神经痛等。

完骨 GB_{12} Wángǔ

足少阳胆经穴。首见《素问·气穴论》。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于颞骨乳突后下方凹陷处。正坐或侧伏坐取之。相当于胸锁乳突肌附着部上方；有耳后动、静脉分支；并有枕小神经本干。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部及耳道酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治头项、五官、神志等疾患，如头痛，耳鸣，耳聋，耳后痛，口㖞僻，牙车急，面颊肿，齿痛，喉痹，瘿气，癫疾，癫狂，疟疾，烦心，中风不语，足缓不收，小便黄赤等。现又多用以治疗神经血管性头痛，中耳炎，乳突炎，齿龈炎，扁桃体炎，癫痫，面神经麻痹，腮腺炎，失语症等。

本神 GB_{13} Běnshén

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于额部前正中线旁开3寸，入前发际0.5寸处。正坐仰靠取之。局部为额肌；有颞浅动、静脉额支和额动、静脉外侧支；并有额神经外侧支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后头额部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治神志、头项等疾患，如中风不省人事，半身不遂，呕吐涎沫，癫疾，头痛，眩晕，颈项强急，胸胁相引而痛，小儿惊厥等。现又多用以治疗神经性头痛，齿龈炎等。

阳白 GB_{14} Yángbái

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于额部，目正视时，当瞳孔直上，眉上1寸。正坐仰靠或仰卧取之。局部为额肌；有额动、静脉外侧支；并有额神经外侧支。本穴位置另说在眉上0.7寸，

直瞳子。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治眼目、头面等疾患,如头痛如破,颈项强急,目赤肿痛,眼睑瞤动,胬肉攀睛,迎风流泪,瞳子痛痒,目眵、雀目,背膜寒栗等。现又多用以治疗眶上神经痛,眼睑下垂,近视,角膜炎,面神经麻痹,三叉神经痛等。

头临泣 GB15 Tóulínqì

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。原名临泣。《圣济总录》名目临泣。《资生经》始名头临泣。是足太阳膀胱经、足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于额部,目正视时,当瞳孔直上,入前发际 0.5 寸。正坐仰靠取之。局部为额肌;有额动、静脉;并有额神经内、外侧支会合支。

一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部或前额重胀。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头目、神志等疾患,如头痛目眩,目赤肿痛,内障雀目,翳膜遮睛,多眵冷泪,小儿惊痫,反视,卒中不省人事等。现又多用以治疗急、慢性结膜炎,角膜炎,泪囊炎,癫痫,中风昏迷等。

目窗 GB16 Mùchuāng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名至营。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于额部;目正视时,当瞳孔直上,入前发际 1.5 寸。正坐仰靠取之。穴位在帽状腱膜中;有颞浅动、静脉额支;并有额神经内、外侧支的会合支。本穴位置另说在头临泣后 1.5 寸。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头、面、目等疾患,如头痛头晕,面目浮肿,目赤肿痛,青盲内障,目翳遮睛,鼻塞,唇吻强,上齿痛,龈肿,惊痫等。现又多用以治疗屈光不正,结膜炎等。

正营 GB17 Zhèngyíng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于顶部;目正视时,正对瞳孔,入前发际 2.5 寸。正坐仰靠取之。穴位在帽状腱膜中;有颞浅动、静脉顶支和枕动、静脉吻合网;并有额神经和枕大神经会合支。本穴位置另说在目窗后 1.5 寸。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头面、口齿等疾患,如头痛,眩晕,齿痛,唇吻强急,呕吐等。现又多用以治疗神经性头痛,牙龈炎等。

承灵 GB18 Chénglíng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于顶部,目正视时,正对瞳孔,入前发际 4 寸,亦即正营穴后 1.5 寸处。正坐取之。穴位在帽状腱膜中;有枕动、静脉分支;并有枕大神经分支。本穴位置另说在正营穴后 1 寸。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头、鼻等疾患,如头痛,眩晕,目痛,鼻塞,鼻衄,鼻多清涕,喘息,发热等。现又多用以治疗感冒,鼻炎,支气管炎等。

脑空 GB19 Nǎokōng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名颞颥。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。位于枕部,风池穴(胸锁乳突肌和斜方肌之间)直上,与枕外隆凸上缘相平。俯伏坐取之。穴位在枕肌中;有枕动、静脉分支;并有枕大神经分支。本穴位置另说有:①在承灵穴后 1.5 寸。②在风池穴上 2 寸,与耳尖平。

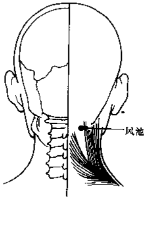
一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治五官、神志等疾患,如头痛,眩晕,目痛,鼻渊,鼻衄,鼻瘤,头面虚肿,耳鸣,耳聋,心悸,癫狂,项强等。现又多用以治疗感冒,哮喘,鼻窦炎,癫痫,精神分裂症等。

风池 GB20 Fēngchí

足少阳胆经穴。首见《灵枢·热病》。是足少阳胆经与阳维脉的会穴。

位于枕部。项后枕骨下两侧凹陷处,正当胸锁乳突肌上端与斜方肌上端之间,正坐或俯伏坐取之。局部深层为头夹肌,有枕动、静脉分支;并有枕小神经分支。



一般直刺1—1.5寸。或向对侧风池穴透刺。针后局部酸胀，并可向头顶、颞部、前额或眼眶扩散。但勿向对侧眼窝外上方针刺过深，以防刺入颅内或脊髓腔。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

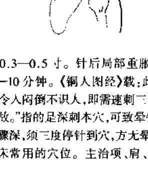
本穴是临床常用的穴位。主治外感、头目、耳鼻和神志等疾患，如头痛发热，洒淅振寒，热病汗不出，颈项强痛，头痛头晕，目赤肿痛，迎风流泪，翳膜遮睛，目视不明，雀目，青盲，面肿，口喎，鼻渊，鼻衄，耳鸣耳聋，瘿气，疟疾，失眠，癫，狂，痫，中风昏危，气厥，肩背痛等。现又多用以治疗流行性感冒，神经性头痛，视神经萎缩，视网膜出血，电光性眼炎，近视，鼻炎，神经性耳聋，神经衰弱，高血压，癫痫，流行性乙型脑炎等。

实验研究表明：针刺实验性脑振荡家兔的"风池"、"足三里"部位，可使颅内压下降。用针刺风池等穴治疗高血压患者，大多数人血压下降，且可降低血清中总胆固醇含量及其与卵磷脂的比值。对视力减弱患者，针刺本穴可提高视力。用手指按揉或梅花针叩刺本穴，对防治青少年近视眼有效。

肩井 GB_{21} Jiānjǐng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。《素问·气穴论》称肩解。别名膊井。是手少阳三焦经、足少阳胆经与阳维脉的会穴。

位于肩部高处，当大椎穴（第七颈椎棘突下）与肩峰连线的中点处。《甲乙》："在肩上陷者中，缺盆上，大骨前。"正坐取之。简便取穴：医者以右（左）手示、中、环三指并齐按在左（右）肩上，示指紧靠在颈部，当中指尖所到之处是穴。浅层在斜方肌中，深层为肩胛提肌与冈上肌之间；有颈横动、静脉；并有锁骨上神经，副神经和肩胛上神经。



一般直刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—7壮；艾卷灸5—10分钟。《铜人图经》载：此穴"乃连于五脏气，若刺深则令人闷倒不识人，即需速刺三里下气，先补后泻，须臾平复如故。"指的是深刺本穴，可致晕针。故《循经考穴编》载："不可骤深，须三度停针到穴，方无晕针之患。"

本穴是临床常用的穴位。主治项、肩、背、胎产、神志等疾患，如肩臂疼痛，手臂不举，颈项强，腰髋痛，中风不语，咳嗽气逆，眩晕，瘰疬，难产，崩漏，乳痈，胎衣不下，产后乳汁不下等。现又多用以治疗乳腺炎，功能性子宫出血，乳腺增生，颈淋巴结结核，中风偏瘫等。

渊液 GB_{22} Yuānyè

足少阳胆经穴。首见《灵枢·经脉》。别名腋门、泉腋。位于腋中线，当第四肋间隙中。侧卧，举臂取之。局部有前锯肌和肋间内、外肌；有胸腹壁静脉，胸外侧动、静脉；并有第五肋间神经外侧皮支，胸长神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸胁等部疾患，如胸满，腋肿，胁痛，瘰疬，臂痛不举等。现又多用以治疗肋间神经痛，胸膜炎，颈或腋淋巴结结核等。

辄筋 GB_{23} Zhéjīn

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足太阳膀胱经与足少阳胆经的会穴。位于侧胸部，当第四肋间隙中，腋中线前1寸处。侧卧，举臂取之。相当于胸大肌外缘，有前锯肌，肋间内、外肌；有胸外侧动、静脉；并有第五肋间神经外侧支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸胁、脘腹等部疾患，如胸中暴满，喘不得息，胁肋疼痛，腹部膨胀，瘰疬，呕吐宿汁，吞酸等。现又多用以治疗胸膜炎，肋间神经痛等。

日月 GB_{24} Rìyuè

足少阳胆经穴。首见《脉经》。别名神光。胆之募穴，又是足太阴脾经与足少阳胆经的会穴。

位于锁骨中线的第七肋间隙中。仰卧取之。局部有肋间内、外肌，肋下缘为腹外斜肌腱膜，有腹内斜肌，腹横肌；有肋间动、静脉；并有第七肋间神经。本穴位置另说有：①在期门下0.5寸。②在期门旁1.5寸，直下0.5寸。③在章门下2寸，与中脘平。④在期门直下0.8寸。⑤从辄筋行乳下二肋端缝下0.5寸。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胁肋、胆、胃等疾患，如呕吐，呃逆，翻胃吞酸，口苦多唾，黄疸，胸闷，胁肋疼痛，四肢不收等。现又多用以治疗胆囊炎，胆道蛔虫症，胃或十二指肠溃疡，膈肌痉挛，肋间神经痛等。

实验研究表明：在超声波探查胆囊液平段时，针刺日月、期门等穴，均可引起胆囊不同程度的收缩。根据胆囊造影显示，针刺日月、期门对胆囊的收缩影响多在起针后

60分钟表现明显。针刺上述两穴,且可使胆道术后置T管引流患者奥狄氏括约肌开放频繁,开放时间稍延长,关闭时间稍缩短,但对胆总管的内压无明显影响。

京门 GB_{25} Jīngmén

足少阳胆经穴。首见《脉经》。别名气府、气俞。为肾之募穴。位于胁下,当第十二肋游离端下际。侧卧取之。局部有腹内、外斜肌及腹横肌;有第十一肋间动、静脉;并有第十一肋间神经。本穴位置另说有:①一头齐神阙,一头齐命门,折中是穴。②在脐上0.5寸,再旁开9.5寸。③直对章门,外开2寸。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治背腰、肾等疾患,如腰脊痛,项背寒,肩胛内廉痛,胁肋痛,腹胀,小便不利,溺黄,小腹痛,洞泄下痢等。现又多用以治疗肾炎,肠疝痛,肋间神经痛等。也可用作辅助诊断,如《圣惠方》载:"京门隐隐而痛者,肾疽也;上肉微起者,肾痈也。"《外科大成》:"肾痈之发,必先京门穴隐痛不已。"

带脉 GB_{26} Dàimài

足少阳胆经穴。首见《灵枢·癫狂》。是足少阳胆经与带脉的会穴。位于侧腰部,当第十一肋游离端的章门穴直下,与脐相平。侧卧取之。简便取穴,侧卧举臂,暴露胁肋,当腋中线与脐水平线之交点处是穴,约当脐旁7.5寸处,局部有腹内、外斜肌及腹横肌;有第十二肋间动、静脉;并有第十二肋间神经。本穴位置另说有:①在脐上0.2寸,旁开7.5寸。②脐旁8.5寸(肥人9寸,瘦人8寸)。③京门直下2寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀。艾炷灸3—7壮;艾卷灸5—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治少腹、腰胁、经带等疾患,如妇人少腹坚痛,月经不调,赤白带下,经闭,痛经,不孕,七疝偏坠,腰痛,胁痛连背等。现又多用以治疗腰胁痛,月经不调,子宫附件炎,盆腔炎,膀胱炎等。

五枢 GB_{27} Wǔshū

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足少阳胆经与带脉的会穴。位于髂前上棘前方腹侧缘凹陷处,与脐下3寸的关元穴相平。侧卧取之。局部有腹内、外斜肌;有旋髂浅、深动静脉;并有髂腹下神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀,可向腹、股部扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治腰腹、前阴等疾患,如男子寒疝,妇人带下,腹胀腹痛,腰脊酸痛,痃癖,便秘,瘈疭等。现又多用以治疗子宫脱垂,子宫内膜炎,睾丸炎等。

维道 GB_{28} Wéidào

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名外枢。是足少阳胆经与带脉的会穴。位于髂前上棘前方腹侧缘,五枢穴下0.5寸处。仰卧取之。局部有腹内、外斜肌及腹横肌;有旋髂浅、深动静脉;并有髂腹股沟神经。本穴位置另说有:①在中极穴旁8.5寸。②在章门穴直下7寸。一般斜刺1—1.5寸。针后局部酸胀,有时向前阴扩散。

本穴是临床常用的穴位。主治少腹、前阴等疾患,如妇人带下,阴挺,少腹痛,腰腿痛,呕吐,不思饮食,水肿等。现又多用以治疗阑尾炎,肾炎,肠炎,睾丸炎,子宫脱垂,子宫附件炎,子宫内膜炎,盆腔炎等。

居髎 GB_{29} Jūlíao

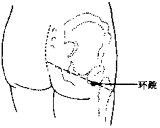
足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。是足少阳胆经与阳蹻脉的会穴。位于髂前上棘与股骨大转子连线的中点。侧卧,伸下腿,屈上腿取之。局部有臀中肌,臀小肌;有臀上动、静脉下支;并有臀上皮神经及臀上神经。本穴位置另说有:①在环跳穴上1寸。②在维道下2寸,后开0.5寸。一般直刺1—2寸。针后局部酸胀,有时可向股外侧传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治腰腿、下肢等疾患,如腰痛引腹,肩痛引胸,臂重不举,瘫痪痿弱,腿脚诸疾,疝气等。现又多用以治疗髋关节功能障碍,下肢瘫痪,膀胱炎,子宫内膜炎等。

环跳 GB_{30} Huántiào

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名膑骨、分中、髋骨、髀厌。是足少阳胆经与足太阳膀胱经的会穴,又是马丹阳天星十二穴和回阳九针穴之一。

位于股骨大转子最高点与骶管裂孔连线的外1/3折点处。侧卧,伸下腿,屈上腿取之。相当于臀大肌,梨状肌下缘;内侧为臀下动、静脉;并有臀下皮神经,臀下神经,深部正当坐骨神经。



一般直刺2—3寸。针后局部酸胀;或有麻电感沿股后侧或外侧、腘窝、腓肠肌、足趾传导。有时针感可传向

外生殖器。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腰腿、下肢等疾患,如腰胯疼痛,下肢不遂,膝胫酸痛,冷风湿痹,脚气,风疹,水肿等。现又多用以治疗坐骨神经痛,下肢瘫痪,髋关节及其周围组织疾患等。也可用作辅助诊断,如《循经考穴编》:"环跳痛不已,防生附骨疽。"可供参考。

风市 GB_{31} Fēngshì

足少阳胆经穴。首见《肘后方》。别名垂手。位于股外侧面中线上,腘窝横纹上7寸处。正坐或侧卧取之。简便取穴:直立,手臂下垂,手掌贴股,当中指尖到处是穴。相当于阔筋膜下,股外侧肌中;有旋股外侧动、静脉肌支;并有股外侧皮神经和股神经肌支。



一般直刺1—2寸。针后局部酸胀,有时向下扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腰腿疾患,如腰尻重痛,下肢痿痹,膝痛,脚气,浑身瘙痒,历节,疝气,遗尿等。现又多用以治疗坐骨神经痛,股外侧皮神经炎,荨麻疹等。

中渎 GB_{32} Zhōngdú

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。位于股外侧面中线上,腘窝横纹上5寸处,在股外侧肌与股二头肌之间。正坐或侧卧取之。相当于阔筋膜下,股外侧肌中;有旋股外侧动、静脉肌支;并有股外侧皮神经及股神经肌支。一般直刺1—2寸。针后局部重胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治腰、腿等疾患,如腰胯疼痛,下肢痿痹,腿膝酸痛,筋痹不仁,脚气等。现又多用以治疗坐骨神经痛等。

膝阳关 GB_{33} Xīyángguān

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》,原名阳关。《针灸大全》名足阳关。别名足阳关、关阳、关陵,寒府。位于股骨外上髁后方,髂筋束与股二头肌腱之间凹陷处,相当阳陵泉穴直上3寸处。正坐屈膝取之。简便取穴:下肢伸直,从腓骨小头前下缘之阳陵泉直上一夫定取。穴位在髂胫束后方,股二头肌腱前方;有膝上外侧动、静脉;并有股外侧皮神经末支。本穴位置另说有:①在阳陵泉上5寸。②在阳陵泉上2寸。

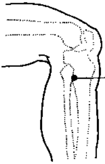
一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀,或向股部扩散。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腿、膝等疾患,如膝胫疼痛,屈伸不利,风寒湿痹,肌肤不仁,鹤膝风,脚气等。现又多用以治疗下肢瘫痪,膝关节及其周围软组织疾患等。

阳陵泉 GB_{34} Yánglíngquán

足少阳胆经穴。首见《灵枢·邪气脏腑病形》。为本经合穴,又是马丹阳天星十二穴之一,八会穴中的筋会穴。

位于小腿外侧面上端,当腓骨小头前下方凹陷处。屈膝取之。相当于腓骨长短肌中;有膝下外侧动、静脉;在腓浅神经分为腓总神经及腓深神经处。



一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀或向膝及小腿下端扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胆、肝及本经脉所过部位的疾患,如胸胁支满,胁肋疼痛,呕吐胆汁,寒热往来,头痛,腰痛,半身不遂,膝股疼痛,下肢麻木,脚胫酸痛,筋挛,筋软,筋缩,筋疼,脚气,虚劳失精,小便不禁,遗尿,颜面浮肿,小儿惊风等。现又多用以治疗肝炎,胆囊炎,胆道蛔虫病,高血压,肋间神经痛,舞蹈病,坐骨神经痛,下肢瘫痪,膝关节及其周围组织疾患等。

实验研究表明:针刺正常人阳陵泉穴,在胆囊造影中,可见多数人胆囊明显收缩,排空加快。起针后10分钟时表现更为明显。在给胆道手术患者皮下注射吗啡后,引起胆道内压升高,针刺足三里、阳陵泉,胆道内压不仅停止上升,且可迅速下降,并可解除肝胰壶腹括约肌痉挛。

阳交 GB_{35} Yángjiāo

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名别阳、足窌。为阳维脉的郄穴。位于外踝尖上7寸，腓骨后缘凹陷处。正坐或侧卧取之。相当于腓骨长肌附着部；并有腓肠外侧皮神经分支。本穴位置另说在腓骨前缘。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治胸胁、神志和下肢等疾患，如胸胁胀满，颈项强痛，惊悸怔忡，癫疾惊狂，瘖不能言，喉痹，髀枢痛，膝痛，足胫痿痹，霍乱转筋等。现又多用以治疗胸膜炎，咽喉炎，腓浅神经麻痹，坐骨神经痛，精神分裂症等。

外丘 GB_{36} Wàiqiū

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。本经郄穴。位于外踝尖上7寸，腓骨前缘凹陷处。正坐或侧卧取之。简便取穴：可于阳陵泉与外踝尖连线的中点定取。相当于腓骨长肌与趾总伸肌之间，深层为腓骨短肌；有胫前动、静脉肌支；并有腓神经。本穴位置另说在腓骨后缘。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治胸胁、下肢等疾患，如头项强痛，胸胁支满，癫疾呕沫，肤痛痿痹，寒湿脚气等。现又多用以治疗胸膜炎，肠炎，腓肠肌痉挛等。

光明 GB_{37} Guāngmíng

足少阳胆经穴。首见《灵枢·经脉》。为本经络穴。位于外踝尖上5寸，腓骨前缘凹陷处。正坐或侧卧取之。相当于趾长肌和腓骨短肌之间；有胫前动、静脉分支；并有腓浅神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向足背部扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治眼目、小腿等疾患，如目赤肿痛，视物不明，青盲雀目，腿膝酸痛，下肢痿痹等。现又多用以治疗夜盲，白内障，视神经萎缩，偏头痛，腓肠肌痉挛等。

阳辅 GB_{38} Yángfǔ

足少阳胆经穴。首见《灵枢·本输》。别名绝骨、分肉。本经经穴。位于外踝尖上4寸，腓骨前缘凹陷处。正坐或侧卧取之。相当于趾长伸肌与腓骨短肌之间；有胫前动、静脉分支；并有腓浅神经。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—7壮；艾卷灸5—15分钟。

主治头、胸胁及本经脉所过部位的疾患，如偏头痛，口苦，腋下肿，瘰疬，胸胁痛，腰痛，膝关节酸痛，脚气，足冷，下肢痿痹等。现又多用以治疗高血压，颈淋巴结结核，腋窝淋巴结炎，坐骨神经痛，腓肠肌痉挛等。

实验研究表明：针刺家兔"丰隆"、"阳辅"部位，可使痛阈明显提高；同时，脑内5-羟色胺含量显著增加和脑内谷氨酸含量明显下降。

悬钟 GB_{39} Xuánzhōng

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。别名绝骨。是八会穴中的髓会穴。位于外踝尖上3寸，腓骨后缘。正坐或侧卧取之。相当于腓骨短肌和趾长伸肌分歧部；有胫前动、静脉分支；并有腓浅神经。本穴位置另说在腓骨前缘。

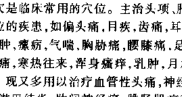
一般直刺1—1.5寸。针后局部及踝关节酸胀或向足底放散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头项、胸胁及本经脉所过部位的疾患，如偏头痛，颈项强，鼻衄，喉痹，瘰疬，胃中热，不嗜食，心腹胀满，胸胁疼痛，四肢关节酸痛，半身不遂，筋骨挛痛，血痔，脚气，膝胫痛，跟骨痛，脑疽，附骨疽，浑身疮癞等。现又多用以治疗落枕，偏头痛，颈淋巴结结核，腋窝淋巴结肿大，肋间神经痛，坐骨神经痛，小儿舞蹈病，血管性头痛，踝关节及其周围软组织疾患等。

丘墟 GB_{40} Qiūxū

足少阳胆经穴。首见《灵枢·本输》。为本经原穴。

位于外踝前下方，当趾长伸肌腱外侧，距跟关节间凹陷处。足微背屈取之。相当于趾短伸肌的起点；有外踝前动、静脉分支；并有足背中间皮神经分支及腓浅神经分支。



一般对准内踝后下缘直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头项、肝、胆及本经脉所过部位的疾患，如偏头痛，目疾，齿痛，耳聋，咽肿，颈项痛，腋下肿，瘰疬，气喘，胸胁痛，腰膝痛，足腕不收，脚跗肿，足跟痛，寒热往来，浑身瘙痒，乳肿，月水不利，疟疾，疝气等。现又多用以治疗血管性头痛，神经性耳聋，胆囊炎，腋窝淋巴结炎，肋间神经痛，腓肠肌痉挛，肠疝痛，坐骨神经痛，踝关节及其周围软组织疾患等。

实验研究表明：针刺胆石症患者的丘墟等穴，可在短时间内引起胆囊明显收缩，促进胆汁排空。

足临泣 GB_{41} Zúlínqì

足少阳胆经穴。首见《灵枢·本输》。原名临泣，《圣济总录》始名足临泣。为本经俞穴，又是八脉交会穴之一，通于带脉。位于足背部，当第四、第五跖骨结合部前方的凹陷中，小趾伸肌腱的外侧。适当趾缝端侠溪穴上1.5寸处。伸足取之。局部有足背静脉网，第四跖背侧动、静脉；并有足背中间皮神经。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头目、胸胁及本经脉所过部位的疾患，如头痛目眩，目赤肿痛，目外眦痛，颔痛腮肿，齿痛，耳聋，咽肿，瘰疬，腋下肿，乳肿，乳痈，胸痹，胁肋痛，髀枢痛，膝、踝关节痛，足背红肿，足趾挛痛，咳逆，喘息，疟疾，皮肤瘙痒，月经不调等。现又多用以治疗结膜炎，泪囊炎，乳腺炎，胸膜炎，肋间神经痛，颈淋巴结结核等。

地五会 GB_{42} Dìwǔhuì

足少阳胆经穴。首见《甲乙经》。位于足背部，第四、五跖骨间，当小趾伸肌腱内侧缘，侠溪穴上1寸处。伸足取之。局部有足背静脉网，第四跖背侧动、静脉；并有足背中间皮神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。据《甲乙经》载："不可灸，灸之令人瘦，不出三年死。"

主治头、胸等疾患，如偏头痛，目赤肿痛，耳鸣耳聋，内伤吐血，乳肿，乳痈，腋下肿，腰痛，足背红肿等。现又多用以治疗肋间神经痛，神经性耳聋，乳腺炎等。

侠溪 GB_{43} Xiáxī

足少阳胆经穴。首见《灵枢·本输》。为本经荥穴。位于足背，当第四、第五趾缝间趾蹼缘上0.5寸处；或于第四五趾间的缝纹端定位。伸足取之。局部有趾背侧动、静脉；并有足背中间皮神经之趾背侧神经。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头、胸及本经脉所过部位的疾患，如头痛眩晕，颔痛颊肿，外眦红肿，迎风流泪，耳鸣耳聋，腋下肿，胸胁痛，瘰疬，乳肿痛，气喘，咳逆，疟疾，偏风，狂疾，足背红肿，五趾拘急，趾间湿烂，足心发热，四肢浮肿等。现又多用以治疗偏头痛，高血压，咯血，肋间神经痛，乳腺炎，下肢麻痹等。

足窍阴 GB_{44} Zúqiàoyīn

足少阳胆经穴。首见《灵枢·本输》，原名窍阴。《圣济总录》始名足窍阴。为本经井穴。位于足第四趾外侧爪甲根角旁0.1寸。伸足取之。局部有趾背侧动、静脉和趾跖动脉形成的动脉网；并有趾背侧神经。

一般直刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头、五官、胸胁及本经脉所过部位的疾患，如头痛，眩晕，目痛，耳鸣，耳聋，喉痹，舌卷，口干，舌强，舌本出血，热病，胁痛，咳逆，烦心，梦魇，手足转筋，臂不得举，痈疽，疮疖等。现又多用以治疗肋间神经痛，高血压，胸膜炎，乳腺炎以及月经不调，神经衰弱等。

大敦 LR_1 Dàdūn

足厥阴肝经穴。首见《灵枢·本输》。为本经井穴。

位于足踇趾外侧趾甲根角旁0.1寸。伸足取之。相当于踇长伸肌腱外侧缘；有趾背动、静脉；并有来自腓深神经的趾背神经。本穴位置另说有：①在足大趾丛毛中。②在足大趾爪甲根后0.4寸，节前陷中。

一般直刺0.1—0.2寸。针后局部胀痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。《类经图翼》载："孕妇产前产后，皆不宜灸。"

本穴是临床常用的穴位。主治肝肾、少腹、前阴、神志及本经脉所过部位的疾患，如月经不调，血崩不止，阴挺，阴缩，阴部肿痛，七疝，五淋，遗精，遗尿，癃闭，小便失禁，尿血，癫狂，尸厥，痫症，瘈疭，善寐，中风不省人事，小儿急、慢惊风，脐腹痛，口苦，鼻衄不止，寒湿脚气，破伤风等。现又多用以治疗肠疝痛，功能性子宫出血，子宫脱垂，睾丸炎，血尿等。

实验研究表明：给狗注射脑垂体后叶素造成垂体性高血压，针刺"大敦"部位，有明显的降压效应。在X线下观察到针刺大敦等穴，可引起结肠下部及直肠蠕动明显增强。

行间 LR_2 Xíngjiān

足厥阴肝经穴。首见《灵枢·本输》。为本经荥穴。

位于足背第一、第二趾缝间，约当趾跖关节至趾蹼缘之中点处，或于足背第一、第二趾间的缝纹端凹陷处定穴。正坐或仰卧取之。局部有足背静脉网，第一趾背侧动、静脉；正当腓深神经的跖背神经分为趾背神经的分歧处。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头目、肝肾、前阴、神志及本经脉所过部位的疾患，如头痛目眩，雀目内障，目赤红肿，迎风流泪，疝气，茎中痛，月经不调，崩漏带下，癥瘕积聚，遗精白浊，遗尿，癃闭，厥症，善惊，癫疾，痫症，中

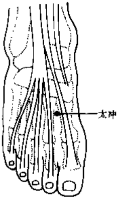
风，急、慢惊风，厥心痛，咳逆，呕吐，胸胁痛，少腹肿，手足拘急，四肢厥冷，脚气红肿、消渴，便秘，身热，喉痹，口眼㖞斜等。现又多用以治疗神经性头痛，高血压，视神经萎缩，青光眼，肋间神经痛，睾丸炎，肠疝痛，消化不良，糖尿病等。

实验研究表明：针刺行间穴，可使不同代偿功能的原发性青光眼的眼压在短时间内下降0.667—3.07kPa。若与人中、后溪配伍，针治因血钙降低而引起的手足搐搦症，可使血钙增高，症状缓解。

太冲 LR_3 Tàichōng

足厥阴肝经穴，首见《灵枢·本输》。为本经的俞穴、原穴，又是马丹阳天星十二穴之一。

位于足背第一二跖骨结合部前方凹陷处。约当行间穴直上2寸。正坐或仰卧取之。相当于踇长伸肌腱的外侧缘；有足背静脉网及第一跖骨背侧动脉；并有腓深神经的跖背侧神经，深层为胫神经的足底内侧神经。



一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝肾、少腹、前阴、神志及本经脉所过部位的疾患，如月经不调，痛经，经闭，崩漏，带下，难产，乳痛，阴痛，精液不足，狐疝，遗尿，癃闭，小便赤，淋病，呕吐，胸胁支满，绕脐腹痛，飧泄，头痛，眩晕，头昏目痛，口中烂，喉痛咽干，口㖞，厥心痛，筋挛，腿软无力，脚气红肿，五趾拘急，腰脊疼痛，瘰疬等。现又多用以治疗高血压，肝炎，胆囊炎，神经衰弱，肋间神经痛，血小板减少症，乳腺炎等。肝病严重时，太冲穴处可以出现以结节为主的附件反应物。

实验研究表明：对施行胆囊切除术和胆总管探查术的急性胆道疾病患者，针刺太冲或足三里等穴，观察到能使皮下注射吗啡后胆道压力不仅停止上升而且迅速下降。针刺太冲对缓解肝胰壶腹痉挛的效应，大于足三里和阳陵泉。针刺太冲、足三里，还可使大多数胆道造瘘患者胆汁流量明显增加。

中封 LR_4 Zhōngfēng

足厥阴肝经穴。首见《灵枢·本输》。别名悬泉。为本经经穴。《千金要方》作本经原穴。

位于足内踝前1寸，胫骨前肌腱内侧缘凹陷处。正坐或仰卧取之。相当于舟状骨结节的上方，胫骨前肌腱的内侧；有足背静脉网；并有足背内侧皮神经的分支及隐神经。本穴位置另说在胫骨前肌腱与踇长伸肌腱之间。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向踝关节扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治前阴、肝脾及本经脉所过部位的疾患，如疝气偏坠，遗精白浊，阴痿，阴痛，癃闭，五淋，身黄，臌胀，浮肿，脐腹痛，疟疾，瘿气，膝肿，筋挛，寒湿脚气，草鞋风等。现又多用以治疗传染性肝炎，胆囊炎，膀胱炎，踝关节及其周围软组织疾患等。

实验研究表明：针刺中封等穴治疗急性传染性黄疸型肝炎，不仅可以消除症状，而且可以使转氨酶降低。

蠡沟 LR_5 Lígōu

足厥阴肝经穴。首见《灵枢·经脉》。别名交仪。为本经络穴。位于内踝尖直上5寸，胫骨内侧面上。正坐或仰卧取之。穴位后方为大隐静脉，并有隐神经的前支。本穴位置另说在内踝上5寸，胫骨后缘凹陷处。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治肝肾、少腹、前阴及本经脉所过部位的疾患，如月经不调，赤白带下，阴挺，崩漏，疝气，遗溺，癃闭，阴痛阴痒，强阳不倒，少腹痛，腰痛，足寒胫酸等。现又多用以治疗子宫内膜炎，肠疝痛，睾丸炎，性功能亢进等。

中都 LR_6 Zhōngdū

足厥阴肝经穴。首见《甲乙经》。别名中郄。为本经郄穴。位于内踝尖直上7寸，胫骨内侧面上。正坐或仰卧取之。穴位后方为大隐静脉；并有隐神经分支。本穴位置另说在内踝上7寸，胫骨后缘。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治肝肾、少腹及本经脉所过部位的疾患，如疝气，遗精，崩漏，产后恶露不绝，心腹满痛，肠澼，手足拘急，胫内廉红肿等。现又多用以治疗急性肝炎，下肢神经痛，膝关节及其周围软组织疾患等。

膝关 LR_7 Xīguān

足厥阴肝经穴。首见《甲乙经》。位于胫骨内侧髁的后下方，阴陵泉后1寸。正坐或仰卧，屈膝取之。相当于

腓肠肌内侧头上部;有胫后动脉;并有腓肠内侧皮神经,深层为胫神经。本穴位置另说在犊鼻(指内膝眼)下2寸;或作3寸。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治下肢及本经脉所过部位的疾患,如白虎历节,寒湿走注,下肢疼痛,腰腿不便,咽喉肿痛,浑身瘙痒等。现又多用以治疗风湿性膝关节炎,痛风等。

曲泉 LR_8 Qūquán

足厥阴肝经穴。首见《灵枢·本输》。为本经合穴。

位于膝股内侧,腘窝横纹内侧端上方凹陷处。正坐或仰卧,屈膝取之。相当于股骨内侧髁的后缘,半腱肌、半膜肌止点前方;有大隐静脉,腘动、静脉;并有隐神经,闭孔神经,深层为胫神经



一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝肾、前阴、膝部及本经脉所过部位的疾患,如小便不利,遗尿癃闭,疝气腹痛,阴痛阴痒,遗精白浊,早泄阳痿,月经不调,阴挺,经闭,血瘕,胸胁支满,膝胫冷痛,筋挛不伸,四肢不举等。现又多用以治疗肾炎,肠疝,尿潴留,阴道炎,子宫脱垂,前列腺炎,膝关节及其周围软组织疾患等。肝病患者,常可在本穴出现压痛,酸麻等异常反应。

实验研究表明:给狗注射脑垂体后叶素造成垂体性高血压,针刺"曲泉"部位有明显的降压效应。针刺"曲泉"、"丘墟"、"侠溪"部位,可使带胆瘘的狗胆汁分泌增加。

阴包 LR_9 Yīnbāo

足厥阴肝经穴。首见《甲乙经》。位于股内侧,腘横纹内侧端曲泉穴直上4寸凹陷处。正坐或仰卧取之。相当于股内侧肌与缝匠肌之间,内收长肌中点,深层为内收短肌;有股动、静脉,旋股内侧动脉浅支;并有股前皮神经和闭孔神经浅、深支。本穴位置另说有:①横直阴市。②在血海穴上1寸。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治肝肾、少腹、前阴等疾患,如月经不调,小便不利,少腹疼痛,癃闭,遗溺,腰痛,股内生疮等。现又多用以治疗痛经,尿失禁,腰骶神经痛等。

足五里 LR_{10} Zúwǔlǐ

足厥阴肝经穴。首见《甲乙经》。原名五里。《圣济总录》始名足五里。位于股内侧,气冲穴(耻骨联合上缘中点旁开2寸)直下3寸,股动脉搏动处。仰卧取之。局部有内收长肌,深层为内收短肌;有股内侧动脉浅支;并有闭孔神经。一般直刺1—1.5寸。避开动脉。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治以少腹、前阴疾患为主,如少腹胀满,小便不利,阴囊湿痒,肠风下血,嗜卧,四肢不举,股内侧痛等。现又多用以治疗尿潴留,遗尿等。

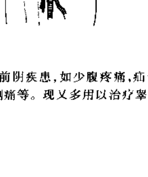
阴廉 LR_{11} Yīnlián

足厥阴肝经穴。首见《甲乙经》。位于股内侧,气冲穴(耻骨联合上缘中点旁开2寸)直下2寸处。仰卧取之。局部为内收长肌,内收短肌;有旋股内侧动、静脉;并有股内侧皮神经分支,深层为闭孔神经浅、深支。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治肝肾、前阴疾患,如月经不调,赤白带下,妇人无子,疝痛,阴部瘙痒,气攻两胁,腿股疼痛等。现又多用以治疗腹股沟淋巴结炎,下肢麻痹等。

急脉 LR_{12} Jímài

足厥阴肝经穴。首见《素问·气府论》。位于腹股沟部,平耻骨联合下缘,距前正中线2.5寸处。仰卧取之。局部有耻骨肌,阴部外动、静脉,腹壁下动、静脉;外方有股静脉;并有髂腹股沟神经,深层为闭孔神经分支。一般直刺0.5—1寸。避开动脉。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。



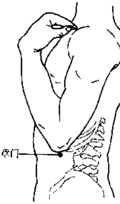
主治少腹、前阴疾患,如少腹疼痛,疝气偏坠,茎中痛,阴挺,股内侧痛等。现又多用以治疗睾丸炎、精膜积

液，子宫脱垂等。

章门 LR_{13} Zhāngmén

足厥阴肝经穴名。首见《脉经》。别名长平、胁窌、脾募、季胁、胁廓。为脾之募穴，也是八会穴中的脏会，足厥阴、少阳之会。

位于胁部，当第十一浮肋游离端前缘处。简便取穴：侧卧，屈上足，伸下足，屈肘合腋，中指尖点着耳垂，肘尖尽处当肋端是穴。局部有腹内、外斜肌及腹横肌，肋间动、静脉；并有第十、第十一肋间神经。本穴位置另说在脐上2寸，两旁各6寸（一作8寸，一作9寸）；或作脐上1.8寸，两旁各开8.5寸.



一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。本穴右侧为肝右叶前缘，左侧为脾下方；凡肝脾肿大的病人，不宜深刺。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、肝肾等疾患，如口干，食噎，呕吐宿汁，黄疸，饮食不化，脘腹胀满，癖块积聚，腹肿如鼓，肠鸣泄泻，久痢不止，大便秘结，羸瘦，疝气，血尿，白浊，腰痛，中风诸急，胸胁支满，惊恐，善怒，癫、狂、痫，心烦，奔豚，惊风，咳嗽，喘息，四肢懈惰等。现又多用以治疗肝脾肿大，肝炎，肠炎，消化不良，肠寄生虫病，高血压，膈肌痉挛，胸膜炎，肺结核，支气管哮喘，腹膜炎，肠疝痛，膀胱炎，肾炎等。并可用作临床上的辅助诊断。《圣惠方》："章门隐隐而痛者，脾疽也；上肉微起者，脾痈也。"《外科大成》："脾痈之发，必先章门穴隐痛不已。"

期门 LR_{14} Qīmén

足厥阴肝经穴。首见《伤寒论》。为肝之募穴，又是足太阴脾经、足厥阴肝经与阴维脉的会穴。

位于锁骨中线，乳头直下，当第六肋间隙中。仰卧取之。局部有腹直肌，肋间动、静脉；并有第六、第七肋间神经。本穴位置另说有：①在巨阙旁3.5寸二肋端，上直两乳。②乳下第二肋端，旁1.5寸。③乳下4寸，第三肋端。④乳旁1.5寸，直下1.5寸。据《甲乙经》载："在第二肋端，不容旁各一寸五分，上直两乳。"《千金方》载："直两乳下第二肋端旁一寸五分。"又云："在第二肋端乳直下一寸半。"

一般斜刺0.3—0.5寸，不宜深刺。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

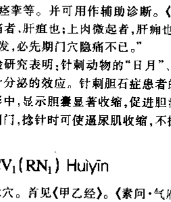
本穴是临床常用的穴位。主治脾胃及胸胁部疾患，如心下切痛，饮食不下，呕吐呃逆，伤食腹坚，霍乱泄注，下利脓血，奔豚上下，消渴，血臌，虫心痛，胸胁支满，积聚痞块，胸中热，卧不安，谵语不止，目眩，面赤，项强，瘖不能言，时寒热，咳嗽气喘，短气，伤寒过经不解，妇人热入血室，坚痃，疝气，难产等。现又多用以治疗肝炎，肝脾肿大，胆囊炎，胸膜炎，肋间神经痛，胃炎，胃神经症，腹膜炎，膈肌痉挛等。并可用作辅助诊断。《圣惠方》："期门隐隐而痛者，肝疽也；上肉微起者，肝痈也。"《外科大成》："肝痈之发，必先期门穴隐痛不已。"

实验研究表明：针刺动物的"日月"、"期门"部位，有调整胆汁分泌的效应。针刺胆石症患者的日月、期门，在胆囊造影中，显示胆囊显著收缩，促进胆汁排空。针刺正常人的期门，捻针时可使逼尿肌收缩，不捻时则舒张。

会阴 CV_1（RN_1） Huìyīn

任脉穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载"下阴别一"，王冰注即本穴。别名屏翳、海底、鬼藏。是任脉的别络，冲脉、督脉与任脉的会穴，也是十三鬼穴中男性的鬼藏穴。

位于会阴部。男性在阴囊根部与肛门连线的中点；女性在大阴唇后联合与肛门连线的中点。亦即会阴部之中点处。仰卧屈膝取之。相当于球海绵体中央，有会阴浅、深横肌，会阴动、静脉分支；并有会阴神经分支。



一般直刺0.5—1寸。针后局部胀痛。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。《类经图翼》载："一曰禁针，惟卒死者针一寸补之。溺死者令人倒驮出水，用针补之，尿屎出则活，余不可针。"

主治前阴等疾患，如小便难，窍中热，男子阴寒冲心，遗精，女子阴门痛，经水不通，阴部多汗，阴中痒，溺水窒息，卒死，癫狂等。现又多用以治疗尿潴留，前列腺炎，尿道炎，阴道炎，月经不调等。

曲骨 $CV_2(RN_2)$ Qūgǔ

任脉穴。首见《甲乙经》。别名尿胞、屈骨、回骨。是足厥阴肝经与任脉的会穴。位于前正中线耻骨联合上缘中点处。仰卧取之。相当于腹白线上，下有锥体肌，深部为膀胱；有腹壁下动脉及闭孔动脉分支；并有髂腹下神经分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向阴部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治小腹、肝肾、前阴等疾患，如小腹胀满或急痛，小便淋漓，遗精，阳痿，阴缩，绣球风，赤白带下，行经腹痛，月经不调等。现又多用以治疗膀胱炎，尿潴留，尿失禁，睾丸炎，子宫内膜炎，宫颈糜烂，产后宫缩不全，子宫脱垂等。

中极 $CV_3(RN_3)$ Zhōngjí

任脉穴。首见《素问·骨空论》。别名气原、玉泉、气鱼。膀胱之募穴，又是足少阴肾经、足太阴脾经、足厥阴肝经与任脉的会穴。

位于前正中线，耻骨联合上缘中点的曲骨穴直上1寸处。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为乙状结肠；有腹壁浅动、静脉分支，深层有腹壁下动、静脉分支；并有髂腹下神经的分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向阴部传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。《素问·刺禁论》载："刺少腹中膀胱溺出，令人少腹满。"故本穴不宜在膀胱充盈的情况下直针深刺。

本穴是临床常用的穴位。主治小腹、肝肾及前阴等疾患，如小腹热痛，脐下结块，奔豚抢心，遗精，阳痿，遗尿，尿频，尿闭，经闭不通，阴挺，阴痛，阴痒，子门肿痛，崩中带下，产后恶露不止，胞衣不下等。现又多用以治疗肾炎，尿路感染，水肿，尿潴留，尿失禁，性功能减退，产后宫缩痛，月经不调，痛经，子宫内膜炎，功能性子宫出血，输卵管炎，盆腔炎等。

实验研究表明：针刺中极、横骨，可使紧张性膀胱内压降低，使弛缓性膀胱内压升高。

关元 $CV_4(RN_4)$ Guānyuán

任脉穴。首见《灵枢·寒热病》。别名次门、丹田、大中极、下纪、三结交。小肠之募穴。又是足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经与任脉的会穴。

位于前正中线，脐中直下3寸。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动、静脉分支，深层有腹壁下动、静脉分支；并有第十二肋间神经的分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向阴部传导。艾炷灸5—10壮；艾卷灸10—20分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治小腹、肝肾、前阴、肠胃等疾患，如脐腹绞痛，癥瘕，膨胀，少腹胀满，小便赤涩，遗尿，癃闭，遗精，阳痿，妇人带下，月经不调，经闭，绝嗣不育，阴门瘙痒，阴挺，胞衣不下，产后恶露不止，腹痛泄泻，痢疾，脱肛，奔豚抢心等。现又多用以治疗消化不良，细菌性痢疾，急、慢性肠炎，水肿，尿路感染，睾丸炎，膀胱炎，尿潴留，尿失禁，盆腔炎，功能性子宫出血，子宫脱垂，性机能减退，前列腺炎，高血压，神经衰弱，肠道蛔虫病等。多灸本穴有一定的强身保健作用。《扁鹊心书》："可一年一灸脐下三百壮，令人长生不老。"并可用作辅助诊断。如《圣惠方》："关元隐隐痛者，小肠痈也；上肉微起者，小肠痈也。"《外科大成》："小肠痈之发，必先关元穴隐痛不已。"

实验研究表明：给狗皮下注射痢疾杆菌后，针刺"关元"、"天枢"、"足三里"等部位，能使其抗体显著增高。

石门 $CV_5(RN_5)$ Shímén

任脉穴。首见《甲乙经》。别名利机、精露、丹田、命门、精室、端田。三焦之募穴。

位于前正中线，当脐中直下2寸处。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动、静脉分支，深层有腹壁下动、静脉分支；并有第十一肋间神经分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向阴部传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。《甲乙经》："女子禁不可刺灸中央，不幸使人绝子。"此后针灸文献均载女子禁针灸。

主治小腹、肝肾及脾胃等疾患，如腹胀坚痛，疝气，小腹绞痛，阴缩入腹，奔豚，卒疝，绕脐痛，水肿，小便不利，遗精，阳痿，经闭，带下，妇人产后恶露不止，阴门瘙痒，完谷不化，泄痢不禁，脱肛，中风脱证等。现又多用以治疗胃下垂，消化不良，慢性肠炎，阑尾炎，尿潴留，子宫后屈，高血压等。并可用作辅助诊断。如《圣惠方》："丹田隐隐而痛者，三焦疽也；上肉微起者，三焦痈也。"《外科大成》："三焦痈之发，必先丹田穴隐痛不已。"

实验研究表明：艾灸小白鼠"石门"部位，卵巢中黄体数量增加，体积增大，卵泡数量减少，未孕者占42.8%。电针家兔"石门"、"会阴"部位，可使子宫活动增加，频率加快。

气海 $CV_6(RN_6)$ Qìhǎi

任脉穴。首见《甲乙经》。《灵枢·九针十二原》所载"脖胦"，即指本穴。别名下肓，丹田，脖胦。

位于前正中线，脐中直下1.5寸。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动、静脉分支，深层有腹壁下动、静脉分支；并有第十一肋间神经的分支。本穴位置另说在脐中直下2.5寸。

一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向阴部传导。

艾炷灸 5—10 壮；艾卷灸 10—20 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治小腹、肝肾、脾胃等疾患，如胃脘痛，腹胀，绕脐腹痛，癥瘕结块，脐下冷痛，水肿臌胀，纳呆，水谷不化，大便不通，泄痢，小便赤涩，遗尿，遗精，阳痿，早泄，卵缩，疝气，崩中带下，经期腹痛，阴挺，胞衣不下，脏气虚惫，形体羸瘦，四肢乏力，一切气疾等。现又多用以治疗低血压，胃下垂，慢性腹膜炎，阑尾炎，肠粘连，急、慢性肠炎，功能性子宫出血，月经不调，痛经，子宫脱垂，脱肛，膀胱炎，尿潴留，遗尿，尿频，神经衰弱，小儿发育不良等。

阴交 CV_7(RN_7) Yīnjiāo

任脉穴。首见《甲乙经》。《难经·二十一难》所载"其治在脐下一寸，"即指本穴。别名少关、横户。是任脉与冲脉的会穴。位于前正中线，脐中直下 1 寸。仰卧取之。此穴在腹白线上，深部为小肠；有腹壁浅动、静脉分支，深层有腹壁下动、静脉分支；并有第十肋间神经分支。

一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀或向阴部传导。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

主治腹部、肝肾等疾患。如腹满，水肿，绕脐冷痛，疝气，奔豚，腹胀坚痛引阴中，不得小便，阴下湿痒，妇人血崩，月事不绝，带下，产后恶露不止，小儿陷囟，腰膝拘挛等。现又多用以治疗尿路感染，功能性子宫出血，子宫脱垂，产后虚脱，睾丸炎等。

神阙 CV_8(RN_8) Shénquè

任脉穴。首见《外台秘要》。《素问·气穴论》名脐中。别名气舍、维会、命蒂、脐中。位于脐孔中央。仰卧取之。穴位在脐窝正中，深部为小肠；有腹壁下动、静脉；并有第十肋间神经分支。

一般艾炷灸（隔盐）5—15 壮；艾卷灸 10—30 分钟。据《甲乙经》载，本穴"禁不可刺，刺之令人恶疡，遗矢者死不治。"今多不针。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、肠腑疾患，如脐腹冷痛，肠鸣泄泻，水肿臌胀，下利赤白，脾胃虚寒，完谷不化，脱肛，痛经，中风脱症等。现又多用以治疗急、慢性肠炎，慢性痢疾，肠结核，肠粘连，休克等。

水分 CV_9(RN_9) Shuǐfēn

任脉穴。首见《甲乙经》。别名中守、分水。位于前正中线，脐中直上 1 寸。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为小肠；有腹壁下动、静脉；并有第八、第九肋间神经分支。

一般直刺 0.5—1 寸。针后局部重胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。《铜人图经》："若水肿灸之大良，可灸七壮至百壮止；禁不可针，针水尽即毙。"

本穴是临床常用的穴位。主治脾、胃等疾患，如腹胀如鼓，水肿盈脐，绕脐腹痛，翻胃吐食，肠鸣泄泻，气上冲胸不得息等。现又多用以治疗急、慢性肠炎，腹水，腹直肌痉挛，食欲不振，小儿陷囟等。

下脘 CV_{10}(RN_{10}) Xiàwǎn

任脉穴。首见《甲乙经》。别名幽门。是足太阴脾经与任脉的会穴。位于前正中线，脐中直上 2 寸。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为横结肠；有腹壁上、下动静脉交界处的分支；并有第八肋间神经分支。一般直刺 0.5—1 寸。针后局部重胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾、胃等疾患，如腹痛，腹胀，完谷不化，不嗜食，腹坚硬，痞块连脐等。现又多用以治疗消化不良，胃扩张，胃下垂，胃痉挛，急、慢性胃炎，肠炎等。

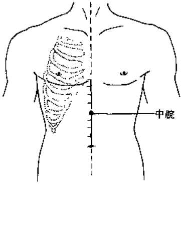
建里 CV_{11}(RN_{11}) Jiànlǐ

任脉穴。首见《甲乙经》。位于前正中线，脐中直上 3 寸。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为横结肠；有腹壁上、下动、静脉的分支；并有第八肋间神经分支。一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾、胃等疾患，如胃脘痛，呕吐，腹胀，不嗜食，肠鸣，腹痛，呃逆上气等。现又多用以治疗消化不良，胃下垂，急、慢性胃炎，胃神经症，腹直肌痉挛，腹膜炎，腹水等。

中脘 CV_{12}(RN_{12}) Zhōngwǎn

任脉穴。首见《甲乙经》。《黄帝内经》、《脉经》等所称的太仓、上纪、胃之募，皆指本穴。胃之募穴，八会穴中的腑会穴，回阳九针穴之一，又是手太阳小肠经、手少阳三焦经、足阳明胃经与任脉的会穴。



位于前正中线，脐中直上4寸，适在胸骨体下缘与脐孔连线的中点处。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为胃幽门部；有腹壁上动、静脉；并有第六、第七肋间神经分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向下传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾、胃等疾患，如腹痛腹胀，胃脘痛，翻胃吞酸，妊娠恶阻，呕吐，呃逆，完谷不化，肠鸣，泄泻，赤白痢疾，霍乱，便秘，肠痈，黄疸，疳疾，中暑，脏躁，癫狂，头痛，虚劳等。现又多用以治疗急、慢性胃炎，胃神经痛，胃扩张，胃痉挛，胃出血，胃溃疡，胃下垂，急性肠梗阻，神经衰弱，失眠，精神分裂症，高血压等。也可用作辅助诊断。如《圣惠方》："中管隐隐而痛者，胃疽也；上肉微起者，胃痈也。"《外科大成》："胃痈之发，必先中脘穴隐痛不已。"

实验研究表明：针刺中脘，可使胃蠕动增强，幽门开放，肠鸣音增加，空肠蠕动增强，对肠道疾患病人影响更为明显。艾炷灸小白鼠的"中脘"部位，能增强单核巨细胞的吞噬机能。

上脘 CV_{13}(RN_{13}) Shàngwǎn

任脉穴。首见《甲乙经》。是足阳明胃经、手太阳小肠经与任脉的会穴。位于前正中线，脐中直上5寸，亦即胸骨体下缘直下3寸处。穴位在腹白线上，深部为肝下缘及胃幽门部；有腹壁上动、静脉分支；并有第七肋间神经分支。

一般直刺0.5—1寸。针后局部重胀或向下传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、心神等疾患，如胃痛，胃胀，翻胃呕吐，妊娠恶阻，寒中伤饱，完谷不化，呃逆，肠鸣，积聚，黄疸，奔豚，惊悸，癫痫等。现又多用以治疗慢性胃炎，胃扩张，胃痉挛，食欲不振，消化不良，胃神经症等。

巨阙 CV_{14}(RN_{14}) Jùquè

任脉穴。首见《脉经》。心之募穴。

位于前正中线，胸骨体下缘直下2寸，亦即脐中直上6寸处。仰卧取之。穴位在腹白线上，深部为肝脏；有腹壁上动、静脉分支；并有第七肋间神经的分支。

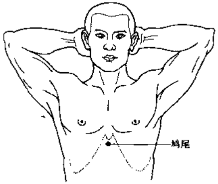
一般斜刺0.5—1寸。针后局部重胀或向下传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心胸、神志、脾胃等疾患，如胸满短气，胸胁支满，胸痛心痛，咳逆上气，心烦惊悸，尸厥，癫痫，健忘，呃逆，胃痛，呕吐翻胃，吞酸，噎塞不通，腹痛息贲等。现临床上又多用以治疗支气管炎，胆道蛔虫病，胃下垂，胃痉挛，急、慢性胃炎，胃溃疡，食欲减退，心绞痛，脑膜炎，精神分裂症等。并也可用作辅助诊断。如《圣惠方》："巨阙隐隐而痛者，心疽也；上肉微起者，心痈也。"《外科大成》："心痈之发，必先巨阙穴隐痛不已"。

鸠尾 CV_{15}(RN_{15}) Jiūwěi

任脉穴。首见《素问·气府论》。别名尾翳、髑骬、臆前、神府。是任脉的络穴。位于胸骨剑突下0.5寸，正当脐中直上7寸处。仰卧取之。穴位在腹直肌起始部，深部为肝脏；有腹壁上动、静脉分支；并有第六肋间神经分支。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部重胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。



主治胸肺、心神、脾胃等疾患，如胸满咳逆，咽肿，喉痹，胸中痛不得卧，心悸，心痛，癫狂，痫症，胃痛，反胃吐食，呕血，食不下等。现又多用以治疗咽炎，支气管炎，支气管哮喘，肺心病，急、慢性胃炎，胃痉挛，精神分裂症等。

中庭 CV_{16}(RN_{16}) Zhōngtíng

任脉穴。首见《甲乙经》。别名龙颔。位于胸骨中线，当胸骨体与剑突连接处的凹陷中，适与第五肋间隙相平。仰卧取之。相当于胸骨体与剑突结合处，深部为心包和心脏；有乳房内动、静脉的前穿支；并有第五肋间神经的分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治心胸及脾胃疾患，如胸胁支满，心痛，噎塞，饮食不下，呕吐反胃，小儿吐乳等。现又多用以治疗急、慢性胃炎，神经性呕吐，心绞痛等。

膻中 CV_{17}(RN_{17}) Tánzhōng

任脉穴。首见《灵枢·根结》。别名元儿、上气海。心包之募穴，八会穴中的气会穴，又是足太阴脾经、足少阴肾经、手太阳小肠经、手少阳三焦经与任脉的会穴。位于胸骨中线，平第四肋间隙处。一法，在两乳之间，折中有陷是穴。仰卧取之。穴位在胸骨体上；有乳房内动、静脉

的前穿支;并有第四肋间神经分支。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治心、肺等疾患,如咳嗽气喘,咯唾脓血,胸痹,噎膈,心痛,心烦,心悸,心中懊侬,产妇乳汁少,小儿吐乳等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,心律不齐,心绞痛,肋间神经痛,贲门痉挛,乳腺炎等。

玉堂 $CV_{18}(RN_{18})$ Yùtáng

任脉穴。首见《难经·二十一难》。《灵枢·根结》所载的"玉英",即指本穴。位于胸骨中线,平第三肋间隙处。仰卧取之。穴位在胸骨体中部;有乳房内动、静脉的前穿支;并有第三肋间神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺等疾患,如胸满不得息,胸膺骨痛,咳嗽气喘,咳逆上气,呕吐寒痰等。现又多用以治疗胸膜炎,支气管炎,支气管哮喘,心绞痛,肋间神经痛等。

紫宫 $CV_{19}(RN_{19})$ zǐgōng

任脉穴。首见《甲乙经》。位于胸骨中线,平第二肋间隙处。仰卧取之。穴位在胸骨体上;有乳房内动、静脉的前穿支;并有第二肋间神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺等疾患,如咳嗽,气喘,胸胁支满,胸膺骨痛,喉痹咽塞,饮食不下,咳逆上气,吐血等。现又多用以治疗支气管炎,支气管扩张,支气管哮喘,肺结核,胸膜炎,食道痉挛等。

华盖 $CV_{20}(RN_{20})$ Huágài

任脉穴。首见《甲乙经》。位于胸骨中线,平第一肋间隙处。仰卧取之。穴位在胸骨角上;有乳房内动、静脉的前穿支;并有第一肋间神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺等疾患,如咳嗽,气喘,胸胁支满,痛引胸中,咽肿,喉痹,水浆不下等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,胸膜炎,咽喉炎等。

璇玑 $CV_{21}(RN_{21})$ Xuánjī

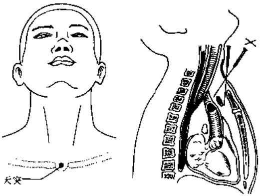
任脉穴。首见《甲乙经》。位于胸骨中线,胸骨柄的中央,当胸骨切迹下1寸处。仰卧或仰靠取之。局部有乳房内动、静脉的前穿支;并有锁骨上神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺疾患,如胸胁满痛,咳嗽,气喘,喉痹,咽肿,水浆不下,胃中有积等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,食道或贲门痉挛等。

天突 $CV_{22}(RN_{22})$ Tiāntū

任脉穴。首见《灵枢·本输》。别名玉户、天瞿。是阴维脉与任脉的会穴。

位于前正中线,胸骨切迹上缘上0.5寸的凹陷中。正坐仰靠取之。穴位在胸骨切迹中央,两胸锁乳突肌之间,深层左右是胸骨舌骨肌和胸骨甲状肌,内部是气管;皮下有颈前静脉弓,深层有甲状腺下动、静脉分支,再往下胸骨柄的后方有无名静脉及主动脉弓;并有锁骨上神经的分支。本穴位置另说有四:①在结喉下2寸。②在结喉下3寸。③在结喉下1寸。④在结喉下5寸。



一般先直刺0.2—0.3寸,然后针尖向下沿胸骨柄后缘、气管前缘刺入0.5—0.8寸。针后局部酸胀或咽部有发紧阻塞不畅之感。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺及颈部等疾患,如咳嗽,气喘,胸中气逆,肺痈,咳唾脓血,喉痹咽干,暴喑不能言,瘿瘤,呕吐,心痛,瘾疹等。现又多用以治疗咽喉炎,扁桃体炎,甲状腺肿,支气管哮喘,支气管炎,食道痉挛,食道炎,膈肌痉挛,神经性呕吐,声带疾患等。

实验研究表明:针刺天突、合谷、膻中,可使食道癌患者的食道蠕动增强,内径增宽。与天突、廉泉、合谷同用,则可使甲状腺机能亢进的患者基础代谢减低,地方性甲状腺肿患者的基础代谢增加。电针家兔"天突"、"内关"部位,对实验性结核病的研究表明较对照组明显减轻。显示电针后白细胞总数及中性分数、淋巴细胞转化率皆有明显增加。针刺小白鼠"天突"部位,观察吞噬细胞的吞噬能力与吞噬指数均较对照组有明显的提高。

廉泉 CV_{23}(RN_{23}) Liánquán

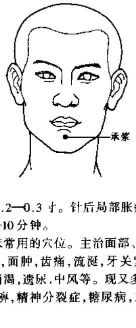
任脉穴。首见《灵枢·根结》。别名本池、舌本。是阴维脉与任脉的会穴。位于前正中线,喉头结节上方与舌骨体下缘之间的凹陷中。正坐仰靠取之。相当于甲状软骨和舌骨之间,深部为会厌,下方为喉门,有甲状舌骨肌,舌肌;有颈前浅静脉,甲状腺上动、静脉;并有颈皮神经,深层为舌下神经分支。本穴位置一说在前正中线,当结喉正上方,舌骨上缘处。

一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向舌根部传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治口舌、咽喉等疾患,如舌下肿痛,舌根缩急,舌纵涎下,舌强不语,咽食困难,暴喑,喉痹,聋哑,口舌生疮,咳逆上气,胸满胸痛,消渴等。现又多用以治疗支气管炎,支气管哮喘,口腔炎,咽喉炎,舌肌麻痹等。

承浆 CV_{24}(RN_{24}) Chéngjiāng

任脉穴。首见《甲乙经》。《素问·气府论》所载的"下唇一",王冰注即本穴。别名天池、鬼市、悬浆、垂浆。是足阳明胃经与任脉的会穴。《针灸聚英》作"大肠脉、胃脉、督脉、任脉之会"。位于前正中线,颏唇沟中点凹陷处。正坐仰靠取之。穴位在口轮匝肌和颏肌之间;有下唇动、静脉;并有颏神经的分支、面神经的下颌支。



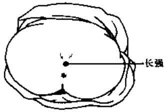
一般直刺0.2—0.3寸。针后局部胀痛。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治面部、口唇等疾患,如偏风口㖞,唇紧,面肿,齿痛,流涎,牙关紧急,暴喑不能言,癫、狂、痫,消渴,遗尿,中风等。现又多用以治疗口腔溃疡,面神经麻痹,精神分裂症,糖尿病,三叉神经痛,口唇疱疹等。

长强 GV_1(DU_1) Chángqiáng

督脉穴。首见《灵枢·经脉》。别名气之阴郄、龟尾、尾翠骨、胸之阴俞、骶尾、尾闾、撅骨。是督脉的络穴,足少阴肾经之所结处,又是足少阴肾经、足少阳胆经与督脉的会穴。

位于尾骨端下0.5寸,当肛门与尾骨之中点陷中。跪伏取之。穴位在肛尾膈中,有肛门动、静脉分支,棘间动、静脉丛的延续部;并有尾神经及肛门神经。



一般针尖沿尾骨和直肠之间刺入0.5—1寸。针后局部酸胀或扩散至肛门。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治前阴、肛门及神志等疾患,如泄泻,便秘,便血,痔疾,脱肛,遗精,阳痿,小儿惊痫,癫狂,腰脊强痛,瘈疭,小儿陷囟等。现又多用以治疗肠炎,痢疾,会阴瘙痒,阴囊湿疹,性机能障碍,前列腺炎,小儿遗尿,精神分裂症,癫痫等。

实验研究表明:针刺家兔"长强"部位,对实验性结肠低紧张度者,多数可使内压升高;高紧张度者,可使内压降低。

腰俞 GV_2(DU_2) Yāoshū

督脉穴。首见《素问·缪刺论》。别名背解、髓空、腰户、腰柱、髓俞、髓府。位于后正中线,第四骶椎棘突下,骶管裂孔中。伏卧取之。局部有骶尾韧带,深部是骶管;有骶中动、静脉后支及棘间静脉丛;并有尾神经分支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治腰腿、二阴等疾患,如脊强,腰髋痛,下肢痿痹,痔疾,月经不调,带下赤白,淋浊,尿频,尿闭,温疟,寒热等。现又多用以治疗腰骶神经痛,尿路感染,癫痫,尿失禁,下肢麻痹等。

腰阳关 GV_3(DU_3) Yāoyángguàn

督脉穴。首见《素问·气府论》王冰注。原名阳关。《针灸大全》名背阳关。《循经考穴编》名脊阳关。近人称腰阳关。位于后正中线,第四腰椎棘突下。伏卧取之。局部有腰背筋膜,脊上韧带及脊间韧带,深部是椎管;有腰动、静脉后支,棘间皮下静脉丛;并有腰神经后支内侧支。

一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治前阴、腰腿等疾患，如月经不调，赤白带下，遗精，阳痿，腰痛，膝痛不可伸屈，下肢痿痹等。现又多用以治疗腰骶神经痛，膀胱麻痹，性神经衰弱，功能性子宫出血，膝关节炎，慢性肠炎，下肢麻痹等。

命门 GV_4(DU_4) Mìngmén

督脉穴。首见《甲乙经》。别名属累、精宫。

位于后正中线，第二腰椎棘突下。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有腰动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有腰神经后支的内侧支。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，深刺时有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—10壮；艾卷灸10—30分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治腰脊、肝肾等疾患，如腰脊强痛，遗精，阳痿，遗尿，小便不利，白浊，赤白带下，寒热痃疾，头痛，耳鸣，小儿发痫，瘈疭等。现又多用以治疗神经衰弱，前列腺炎，性功能减退，子宫内膜炎，盆腔炎，肾炎，肾盂肾炎，脊柱炎，急性腰扭伤，坐骨神经痛，小儿麻痹后遗症等。

实验研究表明：电针家兔或猫"命门"、"脊中"部位（针尖至硬脊膜外，电针频率60次/秒，强度为5—10毫安）可使肢体痛阈显著提高，后肢较前肢为好。

悬枢 GV_5(DU_5) Xuánshū

督脉穴。首见《甲乙经》。位于后正中线，第一腰椎棘突下间。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有腰动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有腰神经后支内侧支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治脾胃、腰背疾患，如腹中留积，完谷不化，洞泄下利，腰脊强痛，脱肛等。现又多用以治疗急性胃肠炎，腰肌纤维组织炎等。

脊中 GV_6(DU_6) Jǐzhōng

督脉穴。首见《素问·骨空论》。别名神宗、脊俞。

位于后正中线，第十一胸椎棘下。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有第十一肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第十一胸神经后支内侧支。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。《甲乙经》："不可灸，灸则令人痿。"此后诸书所载其义相同。惟《千金》载："可灸七壮。"今多不禁灸。

本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、脊背疾患，如腹部胀满，翻胃吐食，吐血，不嗜食，黄疸，痔疾便血，下利赤白，脱肛，腰背强痛，痫，癫狂等。现又多用以治疗肝炎，急性胃肠炎，胃溃疡，胃神经痛，精神分裂症等。

实验研究表明：电针猫"脊中"部位，对伤害性刺激痛反应有明显的抑制效应，后效应可延续30—60分钟。但如切割腰、脊髓后部，抑制效应即明显减弱，后效应基本消失。说明脊髓下行抑制是针刺镇痛过程中的重要环节。

中枢 GV_7(DU_7) Zhōngshū

督脉穴。首见《素问·气府论》王冰注。位于后正中线，第十胸椎棘突下。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有第十肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第十胸神经后支内侧支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治腰腹、脊背等疾患，如腰背强痛，脊柱强直，脘痛腹满等。现又多用以治疗胃炎，肝炎，胆囊炎，视力减退等。

筋缩 GV_8(DU_8) Jīnsuō

督脉穴。首见《甲乙经》。位于后正中线，第九胸椎棘突下。俯伏坐或伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有第九肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第九胸神经后支的侧支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治心、肝、脊背等疾患，如心痛，惊痫，狂走，癫疾，瘈疭，多言，脊背强急，目上视等。现又多用以治疗神经衰弱，癔病，肝炎，胆囊炎，胃炎，胸膜炎，肋间神经痛等。

至阳 GV_9(DU_9) Zhìyáng

督脉穴。首见《甲乙经》。《素问·刺热》所载之"七椎下间主肾热"，即指本穴。别名肺底。

位于后正中线，第七胸椎棘突下。俯伏坐或伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有第七肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第七胸神经后支内侧支。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺、脾胃等疾患，如咳嗽气喘，胸胁支满，胸背相引痛，少气懒言，胃寒不能食，黄疸，脊背强痛，四肢重痛等。现又多用以治疗肝炎，胆囊炎，胆道蛔虫病，胸膜炎，肋间神经痛，疟疾，支气管哮喘等。

实验研究表明：电针狗的“至阳”部位，刺至硬脊膜外腔，电流强度为3—7毫安，诱导20分钟，对腹部手术有较好的镇痛效果。

灵台 GV_{10}(DU_{10}) Língtái

督脉穴。首见《素问·气府论》王冰注。《素问·刺热》篇所载之“六椎下间主脾热”，即指本穴。位于后正中线，第六胸椎棘突下。伏俯坐或伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有第六肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第六胸神经后支内侧支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺、脊背等疾患，如气喘不得卧，风冷咳嗽，胃痛，痈疽，疔疮，脊背痛等。现又多用以治疗支气管炎，支气管哮喘，疟疾，胆道蛔虫病等。

神道 GV_{11}(DU_{11}) Shéndào

督脉穴。首见《甲乙经》。《素问·刺热》所载之“五椎下间主肝热”，即指本穴。别名脏俞、冲道。位于后正中线，第五胸椎棘突下，伏俯坐或伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘间韧带，棘上韧带，深部是椎管；有第五肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第五胸神经后支内侧支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治心神、外感等疾患，如惊悸，健忘，恍惚悲愁，小儿惊痫，瘈疭，头痛，发热恶寒，咳嗽，风寒汗不出，疟疾，脊背强痛等。现又多用以治疗心脏病，肋间神经痛，癔病，神经衰弱等。

身柱 GV_{12}(DU_{12}) Shēnzhù

督脉穴。首见《甲乙经》。《素问·刺热》所载之“三椎下间主胸中热”，即指本穴。位于后正中线，第三胸椎棘突下。伏俯坐或伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有第三肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第三胸神经后支内侧支。

一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺、心神等疾患，如咳嗽痰喘，胸背痛，风痫发狂，身热，癫疾，瘈疭，谵语，妄见等。现又多用以治疗感冒，支气管炎，支气管哮喘，神经衰弱，癔病，精神分裂症等。

陶道 GV_{13}(DU_{13}) Táodào

督脉穴。首见《甲乙经》。是督脉与足太阳膀胱经的会穴。位于后正中线，第一胸椎棘突下。伏俯取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管，有第一肋间动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有第一胸神经后支内侧支。一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下或向两肩部传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治外感，心神等疾患，如发热恶寒，头痛，头重，瞑目，项强不得顾，脊强汗不出，疟疾，瘈疭，恍惚不宁等。现又多用以治疗感冒，神经衰弱，癔病，精神分裂症等。

大椎 GV_{14}(DU_{14}) Dàzhuī

督脉穴。首见《素问·气府论》。别名百劳、上杼。是手阳明大肠经、手太阳小肠经、手少阳三焦经、足阳明胃经、足太阳膀胱经、足少阳胆经与督脉的会穴。

位于后正中线，第七颈椎与第一胸椎棘突间凹陷中。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带，棘间韧带，深部是椎管；有棘间皮下静脉丛；并有第八颈神经和第一胸神经后支内侧支。

一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，或向下或向两肩部传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

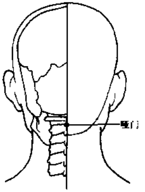
本穴是临床常用的穴位。主治外感，胸肺、心神等疾患，如发热恶寒，头项强痛，肩背痛，肺胀胁满，咳嗽上气，疟疾，中暑，呕吐，黄疸，痿痹，癫疾，五劳七伤，项背拘急等。现又多用以治疗感冒，支气管炎，肺结核，支气管哮喘，颈椎病，神经衰弱，小儿舞蹈病，精神分裂症，贫血等。

实验研究表明：针刺大椎对各种急性传染病患者大多数有退热效应，但其中有少数短时间内又有回升。对病程短，温度高者降温效果好。针刺或电针家兔“大椎”部位，对实验性发热有退热效应；与对照组相比，其发热反应被抑制或减弱，针刺家兔或大白鼠“大椎”部位，观察对人工创伤或化学性炎症的影响，在炎症形成前针刺可预防炎症；在炎症形成后针刺，可减轻炎性渗出，并加强增殖过程。电针正常家兔“大椎”和一侧“水突”部位，能引起甲状腺滤泡变大，摄碘量下降。在哮喘病人的大椎、肺俞行化脓灸，发现对白细胞有调整效应，使淋巴细胞转化率、玫瑰花结试验显著提高。大量动物实验表明，针刺或电针“大椎”部位或“大椎”、“命门”，或“大椎”、“陶道”部位，能增加网状内皮系统的吞噬能力，使调理素、凝集素、溶血素、补体等效价明显增加。“大椎”穴部位行抗原注射，凝集素效价与肌肉注射相比有明显的增高。封闭穴位其退热和对网状内皮系统的吞噬效应消失。

哑门 GV_{15}(DU_{15}) Yǎmén

督脉穴。首见《素问·气穴论》。原名瘖门。《铜人图经》名哑门。别名舌厌、舌横、横舌。是回阳九针穴之一，又

是阳维脉与督脉的会穴。位于后正中线，入后发际 0.5 寸，当第一、第二颈椎棘突之间处。正坐，头微前倾取之。局部有项韧带、项肌，深部是椎管；有枕动、静脉，棘间静脉丛；并有第三枕神经。本穴位置另说在项后发际陷中。



一般直刺或针尖向下颌方向斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀。《甲乙经》载："不可灸，灸之令人瘖。"本穴禁深刺，以免损伤脊髓或延髓。

本穴是临床常用的穴位。主治口舌、头项等疾患，如喑哑，舌缓不语，重舌，失语，头风头痛，项强不得回顾，脊强反折，癫疾瘈疭，中风尸厥等。现又多用以治疗精神分裂症，癔病，脑性瘫痪，语言障碍，大脑发育不全等。

风府 GV_{16}(DU_{16}) Fēngfǔ

督脉穴。首见《灵枢·本输》。别名舌本、鬼枕、鬼穴、曹溪。是督脉与阳维脉的会穴。位于后正中线，入后发际 1 寸，当枕外粗隆下缘处。正坐，头微前仰取之。局部有项韧带，项肌，环枕后膜，深部是椎管，稍上方有小脑延髓池和延髓；有枕动、静脉，棘间静脉丛；并有枕大神经及第三颈神经。

一般直刺或针尖向下斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀，或向下传导。不宜深刺。《甲乙经》载："禁不可灸，灸之令人瘖。"

本穴是临床常用的穴位。主治外感，头项、口鼻、神志等疾患，如太阳中风，头痛，振寒汗出，颈项强痛，目眩，鼻塞，鼻衄，咽喉肿痛，中风舌强难言，半身不遂，狂走，狂言，妄见。现又多用以治疗流行性感冒，疟疾，神经性头痛，癔病，精神分裂症等。

脑户 GV_{17}(DU_{17}) Nǎohù

督脉穴。首见《素问·刺禁论》。别名匝风、会额、合颅、仰风、会颅。是督脉与足太阳膀胱经的会穴。位于后正中线，入后发际 2.5 寸，当枕外粗隆上缘凹陷处。正坐或伏俯坐取之。局部两侧为左右枕骨肌；有左右枕动、静脉分支；并有枕大神经分支。本穴位置另说入后发际 2 寸。

一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾卷灸 3—5 分钟。《甲乙经》："此别脑之会，不可灸，令人瘖。"王冰云："灸五壮"，此穴今多不用艾炷灸。

主治头面、眼目及神志疾患，如风眩头痛，头重项强，面赤，面痛，目睛痛不能远视，目黄，喑不能言，癫狂，瘈疭，口噤，瘿瘤肿痛等。现又多用以治疗癫痫，三叉神经痛，面神经麻痹或痉挛，视神经萎缩等。

强间 GV_{18}(DU_{18}) Qiángjiān

督脉穴。首见《甲乙经》。别名大羽。位于头部中线，入后发际 4 寸，正当矢状缝的后端凹陷中。正坐或伏俯取之。局部有帽状腱膜、左右枕动、静脉吻合网；并有枕大神经分支。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治头目、神志等疾患，如头痛，眩晕，烦心呕吐，项强不可回顾，癫疾狂走，瘈疭摇头等。现又多用以治疗失眠，癔病，癫痫等。

后顶 GV_{19}(DU_{19}) Hòudǐng

督脉穴。首见《甲乙经》。别名交冲。位于头部中线，入后发际 5.5 寸，或于两耳尖连线中点百会穴后 1.5 寸定穴。正坐取之。穴位在帽状腱膜中；有左右枕动、静脉吻合网；并有枕大神经分支。一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部发胀。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治头目、神志等疾患，如头昏目眩，偏正头痛，目视䀮䀮，额颅上痛，头项强急，历节汗出，癫疾不卧，狂走，痫发瘈疭等。现又多用以治疗神经性头痛，感冒，失眠，精神分裂症等。

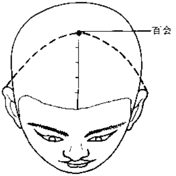
百会 GV_{20}(DU_{20}) Bǎihuì

督脉穴。首见《甲乙经》。《灵枢·热病》"巅上一"与《史记·扁鹊仓公列》传所载的"三阳五会"，均指本穴。别名巅上、天满、维会、泥丸宫。是督脉与足太阳膀胱经的会穴。

位于头部中线，入前发际 5 寸陷中。简便取穴：可将两耳前折，于两耳尖连线与头部正中线的交点处。正坐取之。此穴在帽状腱膜中；有左右颞浅动、静脉及左右枕动、静脉的吻合网；并有枕大神经及额神经分支。

一般沿皮刺 0.3—0.5 寸。针后局部重胀，艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、五官、神志等疾患，如头风，头痛，眩晕，耳聋，耳鸣，目眩，目不能视，鼻



塞，鼻衄，口噤不开，中风，昏迷，角弓反张，热病呕吐，小儿惊痫，尸厥，脱肛等。现又多用以治疗高血压，低血压，神经性头痛，神经衰弱，癔病，精神分裂症，休克，胃下垂，子宫脱垂，脱肛等。

实验研究表明：艾灸百会对失血性休克有一定疗效。灸狗的"百会"部位，对实验性休克有明显的升压效应；灸后血浆中的游离肾上腺素含量有明显增加。

前顶 GV_{21}(DU_{21}) Qiándǐng

督脉穴。首见《甲乙经》。位于头部中线，人前发际3.5寸陷中。正坐取之。穴位在帽状腱膜中；有左右颞浅动、静脉吻合网；并有额神经和枕大神经分支。本穴位置另说在前发际上4寸。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头、面等部疾患，如头痛，头风，顶中痛，目眩，面赤肿，鼻塞多涕，小儿惊痫，瘈疭等。现又多用以治疗高血压，鼻炎，神经性头痛，头面部浮肿等。

囟会 GV_{22}(DU_{22}) Xìnhuì

督脉穴。首见《灵枢·热病》。别名顶门、囟门。位于头部中线，人前发际2寸陷中。正坐取之。穴位在颅骨冠状缝与矢状缝的交会处；有帽状腱膜，左右颞浅动、静脉的吻合网；并有额神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。此穴小儿囟门未合者，禁针灸。《铜人图经》载："若八岁以下，即不得针，盖缘囟门未合，刺之不幸令人夭。"今皆从之。

主治头、面疾患，如头痛、目眩，头风生白屑，颜青，面赤暴肿，鼻塞，癫疾呕沫，多睡等。现又多用以治疗神经性头痛，神经衰弱，萎缩性鼻炎等。

上星 GV_{23}(DU_{23}) Shàngxīng

督脉穴。首见《甲乙经》。别名神堂、明堂、鬼堂。位于头部中线，人前发际1寸陷中。正坐取之。穴位在左右额肌交界处；有额动、静脉分支和颞浅动、静脉分支；并有额神经。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀，也可用三棱针点刺出血。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。《铜人图经》："以细三棱针刺之，即宣泄诸阳热气，无令上冲头目。可灸七壮，不宜多灸，若频灸即拔气上，令人目不明。"此穴诸书均谓不宜多灸，今多从此说。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、口、鼻等疾患，如头痛，头风，面肿，目睛痛不能远视，目眩，目不明，鼻衄，鼻塞不闻香臭，鼻渊，疟疾，热病汗不出，癫狂惊痫等。现又多用以治疗鼻炎，角膜炎，视神经萎缩，癫痫，神经性头痛等。

神庭 GV_{24}(DU_{24}) Shéntíng

督脉穴。首见《甲乙经》。《灵枢·热病》所载的"发际"，即指本穴。是督脉、足太阳膀胱经与足阳明胃经的会穴。位于头部中线，人前发际0.5寸陷中。正坐或仰靠取之。穴位在左右额肌交界处；有额动、静脉的分支；并有额神经分支。本穴位置另说在前发际正中。

一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头面、目、鼻等疾患，如头痛，头风，寒热，目不能视，目赤，羞明隐涩，鼻衄，鼻渊，疟疾，癫痫等。现又多用以治疗神经性头痛，高血压，耳源性眩晕，急性结膜炎，精神分裂症等。

素髎 GV_{25}(DU_{25}) Sùliáo

督脉穴。首见《甲乙经》。别名面王、鼻准。

位于前正中线，当鼻尖端中央陷中是穴。正坐仰靠或仰卧取之。穴位在鼻尖软骨上；有面动、静脉的鼻背支；并有筛前神经鼻外支(眼神经的分支)。

一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向鼻根、鼻腔扩散。

主治以鼻部疾患和急救为主，如鼻塞，鼻衄，鼻渊，酒皶鼻，鼻瘜肉等。现又多用以治疗鼻炎，休克，低血压，心动过缓，痛经等。据临床观察，本穴有较强的升压作用和对血糖有调整效应。

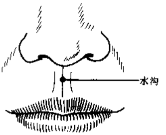
实验研究表明：动物实验性失血性休克或过敏性休克，针刺"素髎"或"水沟"、"会阴"部位，可增强呼吸，升高血压。将动物作局麻或深度全麻后，上述效应即消失。说明针刺效应有赖于神经系统功能的完整性。阻滞星状神经节和迷走神经，针刺"素髎"只有轻微的升压效应，说明其传出途径可能与交感神经和迷走神经有关。

水沟 GV_{26}(DU_{26}) Shuǐgōu

督脉穴。首见《甲乙经》。别名人中、鬼宫、鬼市、鬼

客厅。是手阳明大肠经、足阳明胃经与督脉的会穴。

位于前正中线，人中沟的中、上1/3交点处。仰靠取之。局部有口轮匝肌，上唇动、静脉；并有眶下神经分支和面神经分支。



一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部疼痛或胀痛。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主要用于急救和治疗头面、神志等疾患，如晕厥，昏迷，癫痫卒倒，小儿惊风，中风口噤，口眼㖞斜，面肿唇动，鼻塞鼻衄，消渴，腰背强痛等。现又多用以治疗休克，昏厥，癔病，精神分裂症，癫痫，鼻炎，龋齿痛，面神经麻痹，面神经痉挛，急性腰扭伤，晕车，晕船，中暑等。

实验研究表明：针刺"水沟"穴部位，对动物多种实验性休克有显著的急救效应，其原理与改善内脏器官的血流量和心功能有关。针刺或电针"人中"、"承浆"穴部位可以提高家兔、大白鼠的体表痛阈，抑制内脏痛和内脏牵拉反应；对刺激内脏大神经诱发的丘脑和脑干网状结构单位放电有抑制效应。但如果封闭或切断眶下神经后，其升压效应、中枢电位减弱，甚至消失。刺激大白鼠中缝核群，可以加强针刺"人中"、"承浆"穴部位的镇痛效应。

兑端 GV_{27}(DU_{27}) Duìduān

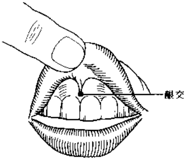
督脉穴。首见《甲乙经》。位于上唇中央尖端，当人中沟与上唇粘膜连结处。仰靠取之，局部有口轮匝肌，上唇动、静脉；并有眶下神经的分支和面神经的颊支。一般斜刺0.2—0.3寸。针后局部胀痛。

主治口唇、神志等疾患，如口噤鼓颔，口㖞唇动，鼻渊，鼻衄，鼻塞，唇翻，齿龈肿痛，口臭，口疮，舌干，消渴，癫疾呕沫，晕厥等。现又多用以治疗遗尿，口腔炎，鼻炎，癫痫，休克等。

龈交 GV_{28}(DU_{28}) Yínjiāo

督脉穴。首见《素问·气府论》。位于上唇系带与牙龈相接处。正当门齿缝微上方处。正坐或仰卧，将上唇提起取之。穴位在上牙龈中；有上唇动、静脉；并有上颌齿槽神经分支。

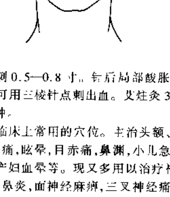
一般直刺0.1—0.2寸。针后局部胀痛。也可用三棱针点刺出血。禁灸。



主治头面、五官等疾患，如额颊中痛，头项强痛，目赤心烦，小儿面疮，目痛不明，内眦赤痒，目生白翳，鼻中瘜肉，鼻塞不利，口僻，口噤不开，牙疳肿痛等。现又多用以治疗牙龈溃疡，面神经麻痹，鼻炎，鼻痔，以及癫痫，精神分裂症等。

印堂

奇穴。首见《玉龙经》。但《素问·刺疟篇》已有"刺头上及两额两眉间出血"的记载。《千金翼方》初名曲眉。位于前额部的督脉循行线上，当两眉头间的连线与前正中线之交点处。正坐或仰靠坐取之。局部有颦眉间肌；两侧有额内侧动、静脉分支；并有滑车上神经的睑上支。



一般斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向鼻尖方向传导。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床上常用的穴位。主治头额、目、鼻、神志等疾患，如头痛，眩晕，目赤痛，鼻渊，小儿急、慢惊风，头汗多，呕吐，产妇血晕等。现又多用以治疗神经性头痛，急性结膜炎，鼻炎，面神经麻痹，三叉神经痛，高血压，神经衰弱等。

发际

奇穴。首见《圣惠方》。别名前发际。位于外眼角直上之前发际处。正坐或仰卧取之。穴位在额肌中；有颞浅动、静脉的额支和眶上动、静脉的分支；并有三叉神经的颧颞支及面神经的颞额支。本穴位置另说有：①平眉上3寸。②在太阳穴直上3寸。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头、目等疾患，如偏、正头痛，眩晕，目外眦痛，眼睑瞤动等。现又多用以治疗神经血管性头痛，面神经麻痹，三叉神经痛等。

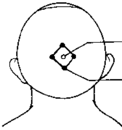
当阳

奇穴。首见《千金要方》。位于前头部，目正视，当瞳孔直上入前发际1寸处。亦即足少阳胆经的头临泣穴直上0.5寸处。正坐取之。穴位在额肌上缘的帽状腱膜中；有颞额动、静脉额支；并有额神经内、外侧支的会合支。一般沿皮刺0.5—0.8寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治头目、神志等疾患，如偏、正头痛，头昏目眩，目赤肿痛，鼻塞，卒不识人等。现又多用以治疗感冒，鼻炎，神经性头痛等。

四神聪

奇穴。首见《银海精微》。别名神聪、神聪四穴。亦可按四穴位置的前后左右分别称前神聪、后神聪、左神聪、右神聪。位于头顶部，在头部中线入前发际5寸的百会穴前、后、左、右各开1寸处。正坐取之。



一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治神志、头部等疾患，如中风昏迷，半身不遂，惊悸怔忡，不眠，善忘，偏、正头痛，头昏头晕，癫狂，惊痫等。现又多用以治疗休克，神经衰弱，精神分裂症，神经性头痛，脑血管意外引起的偏瘫等。

耳尖

奇穴。首见《银海精微》。别名耳涌。位于耳郭部。摺耳向前，当耳郭尖端是穴。正坐仰靠或侧伏坐取之。局部为耳郭软骨；有颞浅动脉前支及耳后动脉；并有枕小神经穿支。一般直刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、眼、口等疾患，如目赤肿痛，目生翳膜，偏、正头痛，头面疔疮等。现又多用以治疗沙眼，急性结膜炎，角膜炎等。

翳明

奇穴。首见《中华医学杂志》(1956年第6期)。位于头颞部，耳垂后方，当乳突和下颌骨之间凹陷处的翳风穴向后1寸处。正坐或俯伏坐取之。穴位在胸锁乳突肌止腱前部纤维中；有耳后动、静脉分支，深部在颈内动、静脉间(有迷走神经、交感干的颈上神经节)；并有耳大神经、枕小神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或半侧头皮发胀及触电感。

本穴是临床常用的穴位。主治头、目、神志等疾患，如视神经萎缩，白内障，夜盲，近视，远视，神经性头痛，耳源性眩晕，腮腺炎，面神经麻痹，神经衰弱，精神分裂症等。

安眠

奇穴。首见《常用新医疗法手册》。位于侧头部，当耳垂后，下颌骨下颌支与颞骨乳突间凹陷处的翳风穴与枕骨下胸锁乳突肌和斜方肌之间的风池穴连线的中点处；或于翳风穴后1寸处定取。正坐或侧伏坐取之。穴位在胸锁乳突肌止腱中部，深部有头夹肌；有枕动、静脉；并有枕小神经及耳大神经分支。一般直刺1—1.5寸。针后局部酸胀，有时可扩散至半侧头部。

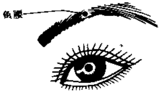
本穴是临床常用的穴位。主治心神及局部疾患，如神经衰弱，失眠，癔病，精神分裂症，耳源性眩晕，神经性头痛，颈项部扭挫伤等。

鱼腰

奇穴。首见《玉龙经》。《银海精微》初名光明。位于眉弓中点，目正视时，下与瞳孔相直。正坐或仰靠坐取之。穴位在眼轮匝肌中；有额动、静脉外侧支；并有额神经外侧支。一般沿皮刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向眼球扩散。

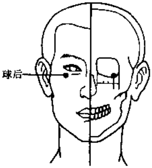
本穴是临床常用的穴位。主治眼、面部等疾患，如目赤肿痛，眼生翳膜，暴发火眼，迎风流泪，眼睑瞤动，口眼㖞斜等。现又常用以治疗急性结膜炎，眶上神经痛，眼睑

下垂，视网膜出血，面神经麻痹等。



球后

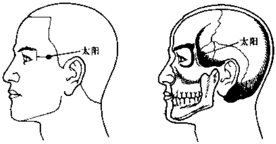
奇穴。首见《浙江中医杂志》(1957年第8期)。位于目眶部，在眶下缘的外1/4与内3/4交接处。正坐仰靠取之。穴位在下睑板外下方，眼轮匝肌中；深部有眶下动、静脉；并有眶下神经和面神经颧支，深层有泪腺神经和颧面神经，近眶尖处有结状神经和视神经。一般直刺，先嘱病人眼向上看，用示指或拇指轻轻固定眼球，针尖略向内上方朝视神经方向刺入0.5—1寸。不宜作提插、捻转等手法。针后眼球酸胀或有突出感



主治各种眼疾，如视神经萎缩，青光眼，近视眼，视网膜色素变性，玻璃体混浊，内斜视，虹膜睫状体炎等。

太阳

奇穴。首见《银海精微》。别名前关。位于侧头部，在眉梢与目外眦连线中点外开1寸的凹陷中。正坐仰靠或侧伏坐取之。穴位在颞筋膜及颞肌中；有颞筋膜间静脉丛，颧眶动、静脉，颞深动、静脉；并有耳颞神经及面神经，深层为颧颞神经。

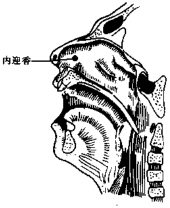


一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀。也可用三棱针点刺出血。禁灸。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、目部等疾患，如偏、正头痛，头昏目眩，目赤肿痛，目睛斜视，口眼㖞斜，眼皮生珠，面痛，齿痛等。现又多用以治疗急性结膜炎，眼睑炎，视神经萎缩，视网膜出血，麦粒肿，神经血管性头痛，面神经麻痹，三叉神经痛，高血压等，并可应用于多种眼科手术的针刺麻醉。

内迎香

奇穴。首见《玉龙经》。《肘后备急方》所载的“取葱黄心刺其鼻”，即指本穴。位于鼻腔内上部粘膜上，与鼻唇沟尽端的上迎香穴相平处。正坐仰靠取之。穴位在鼻粘膜上；有鼻后外侧动、静脉；并有筛前神经的鼻外支。一般用圆利针或三棱针轻轻点刺出血。针后局部疼痛。有出血素质者不宜应用。



主治头目、热病、神志等疾患，如目热暴痛，中恶卒死，口噤不开，中暑，头痛等。现又多用以治疗急性结膜炎等。

上迎香

奇穴。首见《银海精微》。别名鼻通。位于鼻侧部，鼻唇沟上端尽处，即鼻翼软骨与鼻甲的交接处。正坐仰靠取之。穴位在上唇方肌中；有面动、静脉及眶下动、静脉分支；并有眶下神经分支及面神经的吻合丛。一般斜刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀或向鼻、目部扩散。

本穴是临床常用的穴位。主治鼻、眼等疾患，如头痛，鼻塞，鼻流清涕，鼻息肉，火眼烂弦，暴发火眼，迎风流泪等。现又多用以治疗鼻炎，鼻窦炎，过敏性鼻炎，结膜炎，泪囊炎等。

燕口

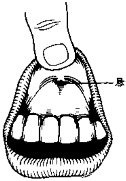
奇穴。首见《肘后方》。别名口吻。位于口角外方，

当皮肤与粘膜的移行部。正坐或仰卧取之。穴位浅层有口轮匝肌，深层有颊肌；有面动、静脉；并有面神经及下颌神经。一般向外沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部胀痛。艾炷灸1—3壮；艾卷灸3—5分钟。

主治口面、神志等疾患，如口眼㖞斜，口流涎液，口面疼痛，狂乱骂詈，大、小便不通等。现又多用以治疗面神经麻痹，三叉神经痛等。

悬命

奇穴。首见《千金要方》。别名鬼禄。位于口腔前庭，当上唇系带之中央处。仰靠坐或仰卧，掀起上唇取之。局部有上唇动脉分支；并有眶下神经上唇支，上齿槽神经前支。一般直刺0.1—0.2寸。针后局部疼痛。也可用三棱针点刺出血。古说可用钢刀决断，或用艾炷直接灸法；现在少用



主治神志等疾患，如小儿惊痫，中恶卒死，狂癫妄语，神志错乱等。

聚泉

奇穴。首见《奇效良方》。位于舌部，当舌面之正中处。仰靠坐或仰卧，张口牵舌向外取之。穴位在舌肌中；有舌动、静脉；并有舌神经及舌下神经。一般用圆利针或细三棱针点刺出血，也可用毫针直刺0.2—0.3寸。针后局部疼痛。或用隔姜灸法(热嗽用雄黄末和艾作炷；冷嗽用款冬花末和艾作炷)。灸毕，用青茶连生姜细嚼咽下。

本穴是临床常用的穴位。主治脾、肺等疾患，如食不知味，舌强，久嗽不愈，哮喘等。现又多用以治疗舌肌麻痹，支气管哮喘，味觉减退等。

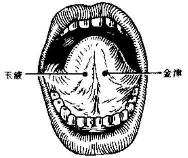
海泉

奇穴。首见《针灸大全》。别名鬼封。位于口腔内，当舌系带之中点处。仰靠张口，卷舌取之。局部有舌动、静脉分支；并有舌神经及舌下神经分支。一般用圆利针或细三棱针点刺出血。针后局部疼痛。主治口、舌等疾患，如消渴，舌肿，呃逆等。

金津玉液

奇穴。首见《针灸大全》。但《千金要方》已有"刺舌下两边大脉"的记载，所指即为本穴。本穴名亦可以左右分称，即左为金津，右为玉液；或可称左金津、右玉液。

位于口腔舌系带两侧，正当舌静脉上。正坐或仰靠坐，张口卷舌取之。穴位在舌静脉上；有来自三叉神经第三支的舌神经和舌下神经。



一般用三棱针点刺出血，或用毫针向舌根部斜刺0.3—0.5寸。针后局部疼痛。据《千金要方》载："刺舌下两边大脉，出血，勿使刺着舌下中央脉，出血不止杀人。"应引以为戒。

本穴是临床常用的穴位。主治口腔、咽喉等疾患，如口舌生疮，舌强舌肿，热病口干，乳蛾，喉痹，消渴，呕吐不止，失语等。现又多用以治疗急性扁桃体炎，口腔溃疡，舌炎，咽炎等。

颊里

奇穴。首见《千金要方》。位于口腔内颊粘膜上，平口角向里1寸处。张口取之。局部有颊肌及口轮匝肌，面动、静脉；并有颊神经末支、眶下神经及面神经支。一般向耳区斜刺0.3—0.5寸。针后局部胀痛。也可用细三棱针点刺出血。

主治口腔、肝胃疾患，如黄疸，口臭，面颊肿痛，口眼㖞斜，齿龈溃烂等。

侠承浆

奇穴。首见《千金要方》。位于下颌部，颏唇沟中点处的承浆穴旁开1寸，正当下颌骨之颏孔处。正坐取之。局部有口轮匝肌及下唇方肌；有面动、静脉及颏下动、静脉；并有面神经、颏神经分支。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部胀痛或有麻电感向下唇传导。

本穴是临床常用的穴位。主治颜面、口鼻部等疾患，如口眼㖞斜，面颊浮肿，齿龈肿痛，口唇疔、疸等。现又多用以治疗面神经麻痹或痉挛，三叉神经痛等。

牵正

奇穴。首见《新医疗法手册》。位于面部，耳垂前方0.5寸，约与耳垂中点相平处。正坐或侧伏坐取之。穴位在咬肌中，有腮腺，上前方有腮腺管；深部有咬肌动、静脉分支；并有面神经颊支和咬肌神经。一般斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向面颊部扩散。艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治面颊、口腔等疾患，如面神经麻痹或痉挛，口腔溃疡，腮腺炎，牙龈炎等。

崇骨

奇穴。首见《针灸集成》。《千金要方》所载"灸大椎上三壮"，所指即本穴。别名太祖、椎顶。位于项部中线，当第六、七颈椎棘突之间凹陷处，亦即大椎穴上一椎。俯首取之。相当于棘上韧带及棘间韧带中；有棘间皮下静脉丛；并有第七颈神经后支内侧支。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向两肩部扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治胸肺、神志等疾患，如寒热往来，咳嗽哮喘，疟疾，颈项强痛等。现又多用以治疗疟疾，癫痫，支气管炎，支气管哮喘，百日咳，颈项部扭挫伤等。

百劳

奇穴。首见《针灸资生经》。位于项部，在第七颈椎棘突下的大椎穴直上2寸，再向两旁各开1寸处。俯伏坐或俯卧取之。本穴位置，《针灸资生经》原作阿是穴使用，《针灸集成》才明确其位。穴位在第五颈椎横突端，当斜方肌与肩胛提肌之间；有颈横动脉升支；并有第四颈神经的锁骨后上神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治颈项、肺部等疾患，如颈项强痛，咳嗽气喘，肺痨，骨蒸潮热，瘰疬，产后浑身骨节疼痛等。现又多用以治疗支气管哮喘、慢性支气管炎，肺结核、百日咳、落枕、颈项部扭挫伤，神经衰弱等。

喘息

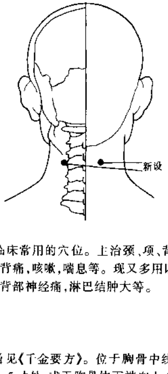
奇穴。首见《针灸经外奇穴治疗诀》。别名定喘、治喘。位于背部，当第七颈椎棘突与第一胸椎棘突之间的大椎穴旁开1寸处。俯伏坐或俯卧取之。局部有斜方肌及菱形肌，上后锯肌及头夹肌，深层为骶棘肌；深层有颈横、颈深动静脉分支；并有第一胸神经后支的皮支及第一胸神经肌支。本穴位置另说有：①在大椎穴旁0.5—1寸，找压痛最明显处。②在大椎穴旁0.5寸。

一般向脊柱方向斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向肩部扩散。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治胸肺及肩背部疾患，如慢性支气管炎，支气管哮喘，肺结核，肩背部神经痛，荨麻疹，落枕等。

新设

奇穴。首见《新针灸学》。位于项部，在枕骨下方两侧凹陷处的风池穴直下，当后发际下1.5寸处，适在第四颈椎横突尖端，斜方肌的外缘处。正坐或俯伏坐取之。局部有颈横动脉分支，并有第四颈神经后支。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向两肩部扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治颈、项、背部等疾患，如颈项强，肩背痛，咳嗽，喘息等。现又多用以治疗落枕，枕神经痛，肩背部神经痛，淋巴结肿大等。

龙颔

奇穴。首见《千金要方》。位于胸骨中线，当胸骨剑突下缘向上1.5寸处，或于胸骨体下端向上0.5寸定取。仰卧取之。局部有乳房内动、静脉的前穿支，第五肋间神经前皮支的内侧支。一般向下沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治心、胃等疾患，如心窝疼痛，胃寒胃痛，吞食困难，喘息等。

胸堂

奇穴。首见《千金要方》。位于前胸部，当胸骨体两

侧缘的第四肋间隙中。仰卧取之。局部有胸大肌,肋间外韧带及肋间内肌,第四肋间动、静脉,第四肋间神经前皮支;深部为第四肋间神经。一般用灸法。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。本穴深层为心包,禁用针刺。

主治胸、肺等疾患,如咳逆上气,吐血咯血,喘息,消渴,心悸,乳汁不足,乳痈等。

命关

奇穴。首见《扁鹊心书》。别名食窦。位于腹上部,乳头直下,与脐上四寸的中脘穴相平处。仰卧取之。局部有腹外斜肌,腹内斜肌和腹横肌,肋间动、静脉;并有第八肋间神经。一般用灸法。艾炷灸7—10壮;艾卷灸15—20分钟。

主治脾、胃等疾患,如脘腹胀满,翻胃呕吐,纳呆,食不化,大便失禁,黄疸、黑疸,气喘不续,胁肋疼痛,小便不利,全身水肿,脾疟等。据《扁鹊心书》载:"此穴属脾……能接脾脏真气。……凡诸病困重,尚有一毫真气,灸此穴二、三百壮,能保固不死。一切大病属脾者,并皆治之。"现在用者不多。

肋罅

奇穴。首见《类经图翼》。《千金要方》所载:"以细绳量患人两乳头内,即截断中屈之,又从乳头向外量,使当肋罅于绳头",即指本穴。位于侧胸部,乳头外开4寸之第五肋间隙中。侧卧举臂取之。局部有前锯肌,肋间内、外肌,胸外侧动、静脉;并有第五肋间神经外侧皮支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治昏厥不省人事,四肢厥逆等。现又多用以治疗肋间神经痛,胸膜炎,腹膜炎等。

转谷

奇穴。首见《外台秘要》。位于侧胸部,在腋前线之第三肋间隙中。举臂取之。此穴在胸大肌外侧,有前锯肌,肋间内、外肌,胸腹壁静脉,胸外侧动、静脉;并有第三肋间神经的外侧皮支,胸长神经分支。一般沿皮刺0.3—0.5寸。针后局部重胀。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃、胸部等疾患,如纳谷不香,饮食不化,翻胃呕吐等。现又多用以治疗胸膜炎,肋间神经痛等。

提托

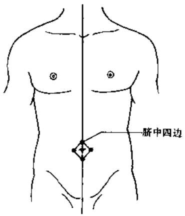
奇穴。见《常用新医疗法手册》。位于腹下部,前正中线旁开4寸,与脐下3寸关元穴相平处。仰卧取之。局部有腹外斜肌,腹内斜肌及腹横肌,髂腹下动、静脉;并有髂腹下神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀,有时有子宫上提感觉。主治子宫脱垂,腹股沟斜疝等。

胃上

奇穴。见《新医疗法汇编》。位于腹上部的足太阴脾经循行线上,前正中线旁开4寸,与脐上2寸的下脘穴相平。仰卧取之。局部有腹外斜肌,腹内斜肌及腹横肌;有第九肋间动、静脉;并有第九肋间神经。一般向脐中方向沿皮刺2—8寸。针后局部酸胀并向周围扩散;有时胃部有收缩感。主治胃下垂。

脐中四边

奇穴。见《针灸孔穴及其疗法便览》。《千金要方》所载"灸太仓及脐中上下两傍各一寸",即含有本穴。位于腹中部,当脐中神阙穴之上、下、左、右各开1寸处,其中上、下穴即任脉之水分、阴交;左、右二穴即任脉之神阙与足阳明胃经之天枢二穴连线的中点,亦名魂舍。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向脐周围扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治脾胃、肠腑疾患,如急、慢性胃肠炎,胃痉挛,小儿消化不良,全身水肿,痛经等。

脐旁

奇穴。首见《神应经》。别名三角灸。位于腹中部,先以患者两口角间距离为折,延长三倍,折成一等边三角形,以一角置脐心,底边呈水平,两底角顶端是穴。相当于腹直肌内缘;有腹壁下动、静脉分支;并有第十肋间神经。一般用灸法。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治疝气偏坠,绕脐腹痛,不孕症等。

胞门子户

始见《甲乙经》。是足少阴肾经气穴穴的别名。至唐代孙思邈撰《千金要方》,也出胞门、子户,所指则是足阳明胃经的水道,并开始左右分称,在左侧的称胞门;在右侧的称子户。专治妇人不孕,腹中积聚,临盆难产等。后人以水道穴应用于妇科病时专称胞门、子户,并作经外奇穴使用(见"水道"条)。

长谷

奇穴。首见《千金要方》。别名循际、循脊、长平。位于腹中部,脐中神阙穴旁开2.5寸。仰卧取之。穴位在腹直肌及其鞘处;有第十肋间动、静脉分支及腹壁下动、静脉;并有第十肋间神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向同侧腹部扩散。艾炷灸3—7壮;艾卷灸5—15分钟。

主治脾、胃等疾患,如食谷不香,消化不良,肠鸣泄泻,便秘,多汗,四肢无力,水肿盈脐等。

肠遗

奇穴。首见《千金翼方》。位于腹下部,脐中直下4寸的中极穴旁开2.5寸。仰卧取之。相当于腹直肌外缘,有腹内斜肌和腹横肌腱膜;有腹壁下动静脉;并有髂腹下神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向同侧腹部扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治肠腑、肝肾等疾患,如便秘,泄泻,阴茎痛,赤白带下,月经不调等。

子宫穴

奇穴。首见《医学纲目》。《千金要方》所载"灸侠玉泉(中极)三寸"的记载,所指即为本穴。位于腹下部,前正中线旁开3寸,与脐下4寸中极穴相平处。仰卧取之。局部有腹外斜肌,腹内斜肌及腹横肌;有髂腹下动、静脉,肋间动、静脉;并有髂腹下神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向同侧腹部扩散,或向外生殖器传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治妇科及前阴等疾患,如痛经,月经不调,赤白带下,不孕,子宫脱垂,尿频、尿急、尿痛,遗尿,癃闭,大便失禁等。

玉门

奇穴。首见《千金要方》。为十三鬼穴中女性的藏穴。别名女阴缝。位于女性外生殖器,当阴蒂头中点是穴。截石位取之。主治妇人癫狂,阴疮,梦与鬼交。

脊背五俞

奇穴。始见《类经图翼》。《千金要方》所载"灸背第二椎及穷骨",即为本穴。位于第二胸椎棘下一穴;尾骨端一穴;两穴连线的中点一穴;又以上1/2段距离用纸作一等边三角形,以一角置于中点脊椎上,底边呈水平,两底角端各一穴。共5穴。俯卧取之。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。小儿酌减。主治成人癫疾,小儿惊痫、抽搐等。

巨阙俞

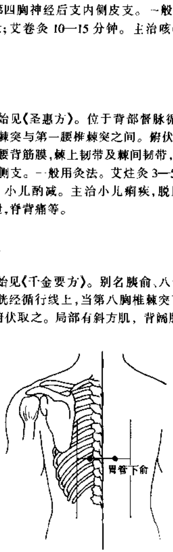
奇穴。始见《千金翼方》。位于背部中线,当第四、第五胸椎棘突间陷中。俯伏坐取之。局部有腰背筋膜,棘上韧带及棘间韧带,第四肋间动脉后支和棘间皮下静脉丛;并有第四胸神经后支内侧皮支。一般用灸法。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。主治咳嗽,气喘,胸膈中气等。

接脊

奇穴。始见《圣惠方》。位于背部督脉循行线上,当第十二胸椎棘突与第一腰椎棘突之间。俯伏坐或俯卧取之。局部有腰背筋膜,棘上韧带及棘间韧带,第十二肋间动脉后支内侧支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。小儿酌减。主治小儿痢疾,脱肛,腹痛,消化不良,飧泄,脊背痛等。

胃管下俞

奇穴。始见《千金要方》。别名胰俞、八俞。位于背部足太阳膀胱经循行线上,当第八胸椎棘突下两旁各开1.5寸处。俯伏取之。局部有斜方肌,背阔肌,骶棘肌,



第八肋间动、静脉背侧支内侧支；并有第八、第九胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支。一般向椎体方向斜刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀，有时向肋间扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治消渴，咽干，咳嗽，胸胁痛等。

下极俞

奇穴。首见《千金翼方》。位于背部中线，当第三腰椎棘突下。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带及棘间韧带，深部是椎管；有腰动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有腰神经后支内侧支。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肠鸣腹痛，慢性腹泻，小便不利，腰骶酸痛，痛经等。

十七椎穴

奇穴。首见《类经图翼》。《千金翼方》所载"第十七椎灸五十壮"即指本穴。位于后正中线，第五腰椎棘突下。伏卧取之。局部有腰背筋膜，棘上韧带及棘间韧带；有腰动、静脉后支，棘间皮下静脉丛；并有腰神经后支的内侧支。一般直刺0.5—0.8寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。主治妊娠癃闭，腰骶疼痛等。

腰奇

奇穴。见《中医杂志》(1955年第9期)。位于后正中线督脉循行线上，尾骶骨尖端直上2寸。俯卧取之。局部有骶尾韧带，棘间静脉丛，并有尾神经分支。一般向上沿皮刺1—1.5寸。针后局部酸胀。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。主治癫痫。

尾穷骨

奇穴。首见《针灸集成》。《千金要方》所载"灸穷骨上一寸七壮，左右一寸各灸七壮"即指本穴。位于尾骨端上1寸一穴，两旁各开1寸处各一穴，共3穴。跪状取之。一般用灸法。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。主治腰骶疼痛，淋病，尿闭，痔疮，便秘等。

肘椎

奇穴。始见《肘后方》。位于腰部，患者俯卧，两臂伸直贴身，以绳量两肘尖，在绳与后正中线交点向外1寸处。简便取穴，在第二、第三腰椎棘突之间的命门穴向外1寸处定取。俯卧取之。局部有腰背筋膜，骶棘肌，第二腰动、静脉背侧支的内侧支，第一腰神经后支外侧支，深层为腰丛。一般直刺或向椎体方向斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀或有麻电感向下肢传导。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

主治胃、肠等疾患，如霍乱转筋，腰背疼痛，肠鸣腹泻等。现又多用以治疗急性胃肠炎，胃痉挛，胃扩张，胃出血，腓肠肌痉挛等。

患门

奇穴。始见《外台秘要》。位于背部足太阳膀胱经循行线上，当第五胸椎棘突高处旁开1.5寸，即心俞穴之微上方处。俯伏坐取之。局部有斜方肌，菱形肌，深层为骶棘肌；有第五肋间动、静脉背侧支的内侧支；并有第五或第六胸神经后支内侧皮支，深层为后支外侧支。一般用灸法。艾炷灸5—7壮；艾卷灸10—15分钟。

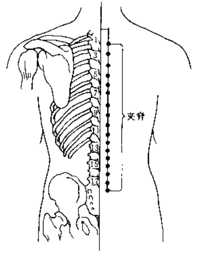
主治骨蒸潮热，咳嗽，吐脓唾血，盗汗，手足心热，精神不振，骨节酸痛，畏寒，食少，胸背酸痛，气短，遗精等。

四花穴

奇穴。始见《外台秘要》。位与第七、第九胸椎棘突下旁开1.5寸的膈俞、肝俞相同。共4穴，俯卧取之。局解见"肝俞"、"膈俞"条。一般用灸法。艾炷灸7—10壮；艾卷灸10—15分钟。两穴联用，主治骨蒸潮热，盗汗，咳嗽气喘，遗精，胸痛，食少，消瘦等。

夹脊

奇穴。始见《华佗别传》。别名华佗夹脊。位于第一胸椎至第五腰椎各棘突下旁开0.5寸处，共34穴。俯伏坐或俯卧取之。局部有横突间韧带。因各穴的位置不



同,其下的解剖结构亦随之而异,一般浅层有斜方肌,背阔肌,菱形肌;下层有上、下后锯肌,深部有骶棘肌和棘突间短肌;每穴都有相应椎骨下方发出的动、静脉和脊神经后支的内侧支。

一般胸段直刺0.5—1寸;腰段直刺1—1.5寸。针后局部酸胀或有麻电感向四肢或胸腹部传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

本穴是临床常用的穴位。一般颈1—颈4多主治头部疾患;颈1—颈7多主治颈部疾患;颈8—胸9多主治胸腔内脏疾患;胸5—腰5多主治腹腔内脏疾患;腰1—骶4多主治盆腔及下肢疾患。

痞根

奇穴。始见《医学入门》。位于第一腰椎棘突下旁开3.5寸处。俯伏坐或俯卧取之。局部有背阔肌,骶肋肌、第一腰动、静脉背侧支;并有第一腰神经后支外侧支及第十二胸神经后支外侧支。一般向椎体方向斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀或向整个腰部扩散。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治积聚痞块,腰痛,翻胃,疝痛等。近多用以治疗肝、脾肿大。

腰眼

奇穴。始见《肘后方》。别名癸亥、鬼眼、腰鬼眼。位于第三腰椎棘突下旁开3—4寸的凹陷处。俯卧取之。穴位在髂嵴上方背阔肌腱膜中,骶棘肌外缘;有腰动、静脉分支;有臀上神经和腰神经丛。一般直刺或向椎体方向斜刺0.5—1寸。针后局部酸胀。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。主治虚劳咳嗽,哮喘,消渴,腰痛等。

腋缝

奇穴。首见《针方六集》。《千金翼方》所载"垂两手,两腋上纹头",即指本穴。位于肩前部,在腋窝前皱襞尽端处。正坐垂臂取之。局部有胸大肌,喙肱肌,腋动、静脉;并有臂丛神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或有麻电感向指端传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。

主治上肢、颈、胸等疾患,如肩痹不举,瘿瘤,胸胁疼痛等。现又多用以治疗中风偏瘫,肩关节及其周围软组织疾患等,并可作上肢手术的针麻用穴。

后腋

奇穴。首见《外台秘要》。《千金要方》所载"灸患人背两边腋下后纹上",即指本穴。位于肩后部,在腋窝后皱襞尽端处。正坐垂肩取之。相当于肩关节后下方,肩胛骨的外侧缘,三角肌后缘,背阔肌中;有旋肩胛动、静脉;并有腋神经分支。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀,有时有麻电感向指端传导。艾炷灸5—7壮;艾卷灸10—15分钟。

主治肩胛痛,颈项强,臂痛不举,瘿气瘰疬,颔肿,喉痹等。

肘尖

奇穴。首见《圣济总录》。《千金要方》所载"屈两肘,正灸肘尖锐骨",即指本穴。位于肘后部,尺骨鹰咀突之尖端处。屈肘叉手取之。此穴在尺侧腕屈肌腱的起始部;有肘关节动、静脉网;并有前臂内侧皮神经。一般用灸法。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。主治瘰疬,肠痈,霍乱等。

小肘尖

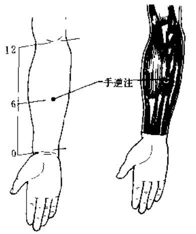
奇穴。首见《外科大成》。位于肘关节部,肱骨内上髁之尖端处。屈肘叉手取之。一般用灸法。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。主治瘰疬。

怪穴

奇穴。首见《医学纲目》。位于前臂屈侧,当肘横纹肱二头肌腱尺侧缘之曲泽穴直下1寸处。伸肘仰掌取之。局部有旋前圆肌,尺、桡侧腕屈肌,掌长肌,前臂正中动、静脉;并有前臂内侧皮神经和正中神经。一般直刺0.5—1寸。针感局部酸胀或有麻电感向指端传导。艾炷灸3—5壮;艾卷灸5—10分钟。主治肠风下血。

手逆注

奇穴。首见《千金要方》。别名臂中。位于前臂屈

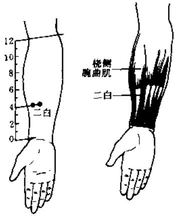


侧，腕横纹中点直上6寸，尺、桡两骨之间。伸臂仰掌取之。穴位在桡侧腕屈肌，指浅屈肌中，深层为指深屈肌；有正中动、静脉，前臂掌侧骨间动、静脉；并有正中神经及前臂掌侧骨间神经。一般直刺0.8—1.2寸。针后局部酸胀或向上下扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治上肢及神志等疾患，如前臂神经痛，上肢偏瘫、痉挛、麻痹，癔病，精神分裂症等。

二白

奇穴。首见《玉龙经》。位于前臂屈侧，腕横纹上4寸，桡侧腕屈肌腱之两侧缘。共4穴。伸臂仰掌取之。桡侧一穴。局部有桡侧腕屈肌腱及指浅屈肌，深层为拇长屈肌；深层有桡动、静脉；浅层有前臂外侧皮神经。尺侧一穴，在桡侧腕屈肌与掌长肌之间，局部有指浅屈肌，指深屈肌；深层有骨间掌侧动、静脉；并有前臂内、外侧皮神经分支，深层为正中神经。一般直刺0.5—1寸。针后局部酸胀或有麻电感向指端传导。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治痔疮出血，脱肛等。

龙玄

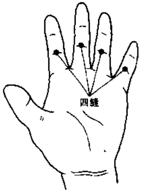
奇穴。首见《神应经》。别名龙元、龙因、龙虎。位于前臂桡侧缘，桡骨茎突上方，腕横纹桡侧端直上2寸处，亦即手太阴肺经的列缺穴直上0.5寸。屈肘侧掌取之。此穴在肱桡肌腱与拇长展肌腱之间，桡侧腕长伸肌腱的内侧；有头静脉属支和桡动、静脉；并有前臂外侧皮神经和桡神经浅支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。主治手痛，牙痛，中风口㖞等。

研子骨

奇穴。首见《千金要方》。位于前臂伸侧面尺侧缘，尺骨茎突之尖端处。正坐屈肘，掌心微向外取之。局部有尺侧腕伸肌腱，小指固有伸肌腱，前臂骨间背侧动脉本支，腕静脉网；并有前臂背侧皮神经与尺神经手背支的吻合支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。主治豌豆疮。

四缝

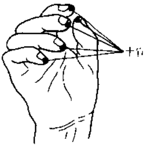
奇穴。首见《奇效良方》。位于第二、第三、第四、第五指掌面的近端指节横纹的中点。仰掌取之。局部有指纤维鞘，指滑液鞘，屈指伸肌腱，深部为指关节腔；有指掌侧固有动、静脉；指掌侧固有神经的分支。本穴位置另说在第二、第三、第四、第五指掌侧，远侧指关节之中央。一般用圆利针或三棱针轻轻点刺，挤出黄色透明粘液。针后局部胀痛。本穴均不灸



本穴是临床常用的穴位。主治脾胃和局部等疾患，如疳积，顿咳，五指尽痛等。现又多用以治疗小儿单纯性消化不良，肠寄生虫病，百日咳，手指关节炎等。

十宣

奇穴。首见《奇效良方》。《千金要方》所载"灸手十指头去爪甲一分"，即指本穴。别名鬼城、手十指头、手十指端。位于手十指尖端，距爪甲游离缘0.1寸处。共10穴。伸指取之。局部有痛、触觉感受器；指掌侧固有动、静脉，末梢形成的血管网；并有指掌侧固有神经末梢形成



的神经网,深部为末指节骨的甲粗隆。

一般用圆利针或三棱针点刺出血,针后局部胀痛。

本穴是临床常用的穴位。主要用于急救和咽喉、神志等疾患,如各种晕厥,昏迷,发热,中暑,小儿惊厥,咽喉疼痛,乳蛾,胸腹绞痛,霍乱吐泻,癫狂,指端麻木等。现又多用以治疗休克,中风昏迷,高热不退,扁桃体炎,癔病,精神分裂症,末梢神经炎等。

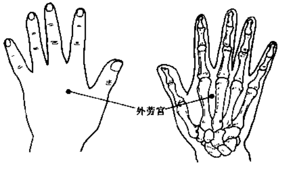
虎口

奇穴。首见《千金要方》。位于手背部,拇指与示指间指蹼中点,当赤白肉际处。屈肘立拳取之。穴位在骨间肌中;有手指静脉网,掌背动脉;并有桡神经的手背支。一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀或向指端传导。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治头面、口齿及局部等疾患,如头痛烦热,小儿唇紧,眩晕,失眠,盗汗,牙痛,口渴,牙关开合不利,乳蛾,手指拘急疼痛等。

外劳宫

奇穴。首见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。别名落枕、项强。位于手背侧,第二、第三掌骨间,指掌关节后 0.5 寸之凹陷中。伏掌,微握拳取之。局部有骨间背侧肌,掌背侧动、静脉,手背静脉网;并有桡神经的手背支。一般直刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀或有麻电感向指端传导。

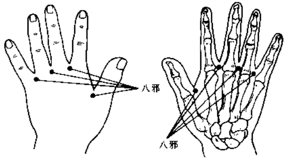


本穴是临床常用的穴位。主治头项、肩背等疾患,如落枕,肩背疼痛,手指麻木,胃脘疼痛,手背红肿,五指尽痛等。

八邪

奇穴。首见《奇效良方》。《素问·刺疟篇》所载"刺十指间出血"即指本穴。别名八关。

位于手背部,第 1—第 5 指间各指蹼中点,当赤白肉际处是穴。每手4穴,共8穴。微握拳取之。穴位在掌骨



间肌中;有手背静脉网,掌指动脉;并有尺、桡神经手背支。八邪各穴如单独使用,则又有各自名称,在拇指、示指间的名大都,与奇穴虎口同位;示指、中指间的名上都;中指、环指间的名中都;环指、小指间的名下都,与足少阳胆经液门穴同位。

一般斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀或有麻电感向指端传导。也可用三棱针点刺出血。

本穴是临床常用的穴位。主治头项、手部等疾患,如手背红肿,五指麻木、肿痛,头项强痛,咽喉痛,牙痛,落枕,目痛,烦热等;也可治毒蛇咬伤。

拳尖

奇穴。首见《圣惠方》。《千金要方》所载"灸右手中指本节头骨上",即指本穴。位于手背侧,第三掌骨小头之高点处。握拳,掌心向下取之。局部有指总伸肌腱,手背静脉网,掌背动脉;并有尺、桡神经的分支。一般用灸法。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。主治目疾,如目赤肿痛,目生翳膜等。

大骨空

奇穴。首见《扁鹊神应针灸玉龙经》。"空"与"孔"通,故亦称大骨孔。位于拇指背侧中线,当指骨关节横纹的中点处。立拳取之。局部有指背动脉和桡神经的浅支。一般用灸法。艾炷灸 3—5 壮;艾卷灸 5—10 分钟。

主治目疾和局部疾患,如目赤痛,目生翳膜,内障,风眩烂眼,迎风流泪,衄血,吐泻,拇指麻木、疼痛、不用等。

鬼眼

奇穴。见《针灸大成》。《千金要方》所载"合手大指缚指灸合间"即指本穴。别名鬼哭。位置与手太阴肺经少商穴同。唯使用方法有别。据载:先将患者两手拇指相并缚定,上置艾炷,使炷底半在爪甲,半在肉上,然后点火燃烧,各使四处(两爪甲、两肉上)都能烧到,并强调"一处不烧,其疾不愈"。如此使用,则名鬼眼。或加足太阴

脾经隐白二穴，方法同上。两穴合用，近人称为商白。

本穴主要治疗精神性疾患，如癫狂，惊痫等。古人认为这类疾患，多系鬼邪作祟所致，因此将治疗这些疾病的穴位以"鬼"命名。

大指甲根

奇穴。首见《针灸集成》。《医学纲目》等书所载"手大指背节上甲根，排刺三针"的记载，即指本穴。别名三商。位于拇指背侧，当指甲尺侧缘距甲根0.1寸处一穴，名曰老商；拇指正中距甲根0.1寸处一穴，名曰中商；拇指桡侧距甲根0.1寸处一穴，即手太阴肺经之少商。三穴联用，合称三商，或称大指甲根。局部有皮下组织，指掌侧固有动、静脉网；并有前臂外侧皮神经和桡神经浅支。

一般斜刺0.1—0.2寸。针后局部胀痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治咽喉、胸肺、热病等疾患，如急性扁桃体炎，咽峡炎，口腔糜烂，流行性感冒，腮腺炎，高热不退等。

五虎

奇穴。首见《奇效良方》。位于示指、环指背侧中线，当掌骨小头之高点处是穴。握拳，掌心向下取之。局部有指背动脉，尺神经的手背支和桡神经的浅支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治手部、头颈等疾患，如手背红肿疼痛，五指拘急不伸，颈项强痛，坐骨神经痛等。

中魁

奇穴。首见《扁鹊神应针灸玉龙经》。位于中指背侧中线，当近端指关节横纹中点处。握拳，掌心向上取之。局部有指背动脉，尺神经的手背支和桡神经的浅支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治脾胃、口鼻等疾患，如呕吐不止，呃逆，翻胃，噎膈，牙痛，白癜风等。

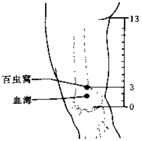
小骨空

奇穴。首见《扁鹊神应针灸玉龙经》。"空"与"孔"通，故亦称小骨孔。位于小指背侧中线，当近端指节横纹中点处。握拳，掌心向上取之。局部有指背动脉和尺神经的手背支。一般用灸法。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治目疾和局部疾患，如目赤痛，目生翳膜，喉痹，小指麻木、疼痛、不用等。

百虫窝

奇穴。首见《神应经》。别名血郄。位于大腿胫侧，髌底内上缘上3寸，亦即足太阴脾经血海穴直上1寸处。屈膝取之。相当于股骨内上髁上方，股内侧肌内侧缘；有股动、静脉肌支；并有股神经及股神经肌支。一般直刺1—1.5寸。针感局部酸胀或向髋部扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。



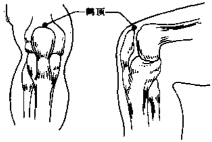
本穴是临床常用的穴位。主治以皮肤疾患为主，如荨麻疹，皮肤瘙痒症，神经性皮炎，牛皮癣，阴部湿痒，蛔虫病等。

髋骨

奇穴。见《类经图翼》。位于大腿伸侧，当髌底外上缘直上2寸的梁丘穴左、右各开1寸处。共4穴。正坐屈膝或仰卧位取之。其中外侧一穴，在股外侧肌中，有旋股外侧动脉降支和股外侧皮神经分支；内侧一穴，在股内肌中，有膝最上动脉和股内侧皮神经。一般直刺0.5—1寸。针感局部酸胀或向膝关节部扩散。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。主治下肢疾患，如腿痛，下肢瘫痪，鹤膝风等。

鹤顶

奇穴。首见《医学纲目》。别名膝顶。位于膝关节部，髌底上缘正中陷处。屈膝取之。穴位在髌骨上缘囊中，有股四头肌腱，膝关节动、静脉网；并有股神经前皮



支。一般直刺或斜刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀或向膝关节扩散。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治下肢疾患，如下肢瘫痪，腿脚无力，膝关节酸痛等。

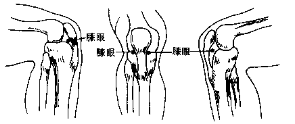
膝旁

奇穴。首见《针灸集成》。《圣惠方》所载"灸曲瞅两纹头"，即指本穴。位于腘窝部，当腘横纹两侧端处是穴。共4穴。俯卧取之。其中外侧一穴，在股骨外上髁后方，股二头肌后缘；有膝上外侧动、静脉网；并有股外侧皮神经末支及股后皮神经的分支。内侧一穴，在股骨内髁后方，半膜肌上部；有膝关节动、静脉网；并有股内侧皮神经和股后皮神经。一般艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 10—15 分钟。据《圣惠方》载，本穴"每灸一脚，二火齐下，艾炷才烧到肉，初觉痛，便用二人两边齐吹至火灭。"

主治腰腿疾患，如腰痛不可转侧，脚筋挛急，下肢酸软无力等。

膝眼

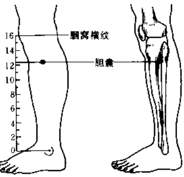
奇穴。首见《外台秘要》。《千金要方》初名膝目。目前多以本穴所处位置内、外分称，在外侧的称外膝眼，在内侧的称内膝眼。位于膝关节部伸侧，当髌韧带两侧与胫骨内、外侧髁所构成的凹陷处。屈膝取之。每膝 2 穴，共 4 穴。局部有膝关节动、静脉网；并有隐神经的髌下支及胫、腓总神经的膝下内、外关节支。一般直刺 0.5—1 寸。针后局部酸胀或向下扩散。



本穴是临床常用的穴位。主治下肢疾患，如下肢麻痹，脚气，膝关节及其周围软组织炎等。

胆囊穴

奇穴。首见《中华外科杂志》。位于小腿腓侧，腓骨小头前下方凹陷处的阳陵泉直下 1—2 寸，择压痛最明显处是穴。正坐或侧卧取之。相当于腓骨长肌与趾长伸肌之中；有腓肠外侧皮神经分支，深部正当腓深神经。一般直刺 1—1.5 寸。针后局部酸胀或向下传导。艾炷灸 3—5 壮；艾条灸 5—10 分钟。



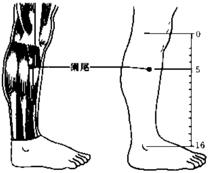
本穴是临床常用的穴位。主治胸胁、肝胆等疾患，如胆囊炎，胆绞痛，胆道蛔虫症，肋间神经痛，肝炎，耳鸣、耳聋，腓肠肌痉挛，下肢瘫痪等。也可用作辅助诊断：凡胆道疾患，往往此处表现压痛。

阑尾穴

奇穴。首见《新中医药》(1957 年第 2 期)。

位于小腿腓侧，髌韧带外侧凹陷处的犊鼻穴直下 5 寸左右，查压痛最明显处。正坐或仰卧取之。相当于胫骨前肌中；有胫前动、静脉；并有腓肠外侧皮神经，深部为腓深神经。

一般直刺 1—1.5 寸。针后局部酸胀或向足背方向传导。艾炷灸 5—7 壮；艾卷灸 10—15 分钟。



本穴是临床常用的穴位。主治肠腑、下肢等疾患，如急、慢性阑尾炎，消化不良，下肢瘫痪，足下垂等。也可用作辅助诊断；如阑尾炎患者，此处常有压痛或硬结出现。

实验研究表明：针刺正常人阑尾穴，可使阑尾蠕动增强，紧张度增加，位置移动，排空提前；给阑尾炎患者针刺本穴，上述效应则更加显著，少数病例甚至出现阑尾蠕曲摆动。X线钡餐检查发现，针后 1—2 分钟就有阑尾排空现象出现，阑尾局部痉挛逐渐解除，血液循环得到改善，还可导致皮质素及氢可的松有所增加，从而抑制细胞的炎性反应，体温下降，炎症过程缩短。在动物实验中，针刺正常家兔的"足三里"、"天枢"、"阑尾穴"部位，可以显

著提高全血吞噬细胞的吞噬能力。针刺急性实验性盲肠炎狗的"阑尾穴"部位，不仅可以导致盲肠运动增强，还可使盲肠的血运得到改善。

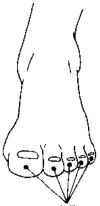
内踝尖

奇穴。首见《奇效良方》。《肘后方》所载"灸两足内踝上，一尖骨"即指本穴。别名吕细、踝尖。位于足踝部，当内踝尖端是穴。伸足取之。局部有小腿内侧皮神经分布。一般多用灸法。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

主治咽喉、口腔等疾患，如乳蛾，牙痛，小儿不语，霍乱转筋等。

气端

奇穴。首见《千金要方》。位于足十趾尖端，距爪甲游离缘 0.1 寸处。共 10 穴。伸足仰趾取之。局部有足底动脉弓形成的动脉网；并有足底内侧神经和足底外侧神经。一般直刺 0.1—0.2 寸。针后局部胀痛。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸 1—3 壮；艾卷灸 3—5 分钟。



主治足部疾患，如脚背红肿，趾端麻木、疼痛，脚气，足趾麻痹等。也可用于急救。

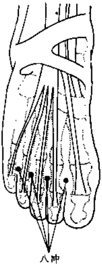
内太冲

奇穴。首见《针灸集成》。位于足背，与第一、第二跖骨底结合部前方陷中的太冲穴相平，趾长伸肌腱胫侧陷中是穴。伸足取之。局部有足背静脉网，第一跖背侧动脉；并有腓深神经的跖背侧神经。一般斜刺 0.3—0.5 寸。针后局部酸胀或向足背部扩散。艾炷灸 1—3 壮；艾卷灸 5—10 分钟。主治疝气上冲，呼吸不畅等。

八冲

奇穴。首见《千金要方》。《素问·刺疟篇》所载"刺足阳明十指间出血"，即指本穴。《奇效良方》称八风。

位于足背部。当五趾间的四个缝纹端是穴，两足共 8 穴。其中包括足厥阴肝经的行间，足阳明胃经的内庭和足少阳胆经的侠溪三穴。伸足散趾取之。各穴位置，都处在跖骨小头间前方的跖骨间肌中；有跖背动、静脉分支和跖骨底动、静脉分支；并有腓深神经、腓浅神经及趾跖侧总神经。



一般斜刺 0.5—0.8 寸。针后局部酸胀或向趾端传导。也可用三棱针点刺出血。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治头面、脾胃、肝肾等疾患，如头痛，面痛，口眼㖞斜，牙痛，胃脘痛，疟疾，月经不调，痛经，足背红肿疼痛，足下垂，足趾厥冷、麻木、疼痛，下肢痿痹，毒蛇咬伤等。

外踝尖

奇穴。首见《千金要方》。位于足踝部，当外踝尖端是穴，伸足取之。局部有腓动、静脉分支和腓浅神经分支。一般用灸法。艾炷灸 3—5 壮；艾卷灸 5—10 分钟。也可用细三棱针轻轻点刺出血，注意勿伤骨膜。

主治足部、口齿等疾患，如脚气，卒淋，十趾拘急，脚外廉转筋，牙痛，小儿重舌，白虎历节风等。

女膝

奇穴。首见《膏肓灸法》。位于足跟后正中线下部的

赤白肉际处。俯卧取之。穴位在跟腱中；有胫后动、静脉及腓动、静脉的交通支；并有腓肠神经支。一般直刺0.2—0.3寸。针后局部胀痛。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

主治神志、口腔等疾患，如惊悸，癫狂，霍乱转筋，牙痛，牙槽风，气逆等。

里内庭

奇穴。见《针灸孔穴及其疗法便览》。位于足跖部，第二、第三跖趾关节前方，与足阳明胃经内庭穴相对之凹陷中。仰卧取之。局部有跖腱膜；并有足底外侧动脉分支和足底内侧神经。一般直刺0.3—0.5寸。针后局部胀痛。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。主治五趾疼痛，小儿搐搦，癫痫等。

独阴

奇穴。首见《奇效良方》。《圣惠方》所载"灸大指次指内横纹"，即指本穴。位于足第二趾之跖侧，趾节横纹的中点处。伸足仰趾取之。局部有趾短屈肌腱，趾底动脉；并有趾底固有神经。一般直刺0.1—0.2寸。针后局部胀痛。艾炷灸3—5壮；艾卷灸5—10分钟。

本穴是临床常用的穴位。主治肝肾及脾胃等疾患，如月经不调，小肠疝气，死胎，难产，胎衣不下，癥瘕积聚，卒心痛，胃脘痛，呕吐，干哕，胸腹疼痛，第二趾厥冷、疼痛、麻木和不用等。

体质学说

体质是人群中的个体，在其生长、发育和衰老过程中形成的代谢、机能与结构上的特殊性。这种特殊性往往决定着它对某种致病因子的易感性，及其所产生的病变类型的倾向性。体质病理学是研究人类体质的本质及其在疾病过程中的意义与规律的科学。体质病理学是将人类学及生理学中的体质概念加以深化和发展后引入病理学中的，从而赋予了体质学说以病理学的意义。类于将原属于生物学范畴的细胞学说引入病理学，从而形成细胞病理学一样。体质病理学应成为临床诊疗学的理论基础之一。中医学对疾病的认识是从整体出发的，而且认为疾病的发生、诊断与治疗完全不能离开病人的具体体质。中医学临床所辨的"证"与体质有密切的关系，异病同证与同病异证在很大程度上是以中医特有的体质学说为基础的。因此，如果能将中医学中关于体质学说的论述进行系统地研究，并运用现代科学技术加以归纳提高，不仅具有人类学和病理学方面的理论意义，而且对提高临床治疗质量具有十分重要的现实意义。

体质之形成及其物质基础　体质形成有先天因素及后天因素。形成体质的先天因素即体质的遗传性问题。生物的遗传性是肯定的。体质是可以遗传的。

中医学认为父母脏腑之气有所不足能影响子代之禀受而影响其体质状态。如《幼科发挥》称："小儿疾病有因父母禀受所生者，胎务是也。胎弱者，禀受于气之不足也。子于父母，一体而分，如受肺之气为皮毛，肺气不足，则皮脆薄怯寒，毛发不生。受心之气为血脉，心气不足，则血不华色，面无光彩。受脾之气为肉，脾气不足，则肌肉不生，手足如削。受肝之气为筋，肝气不足，则筋不束骨，机关不利。受肾之气为骨，肾气不足则骨软。子之羸弱，皆父母精血之弱也。故儿有头破，颅解，神慢，气少，项软，头倾，手足痿弱，齿生不齐，发生不黑，行走坐立要人扶掖，皆胎禀不足也。"由此可见，先天禀赋在体质形成过程中起着关键性的作用。

体质的上述遗传因素，仅仅是体质形成的一个方面，但更为重要的是体质形成的后天因素。后天因素中影响较大的主要有：地理环境、年龄因素、营养、房劳、疾病、锻炼与药物等。

《素问·异法方宜论》说："东方之域，天地之所始生也。鱼盐之地，海滨傍水，其民食鱼而嗜咸，皆安其处，美其食。鱼者使人热中，盐者胜血，故其民皆黑色疏理。其病皆为痈疡，其治宜砭石。……西方者，金玉之域，沙石之处，天地之所收引也。其民陵居而多风，水土刚强，其民不衣而褐荐。其民华食而脂肥，故邪不能伤其形体，其病生于内，其治宜毒药。……北方者，天地所闭藏之域也，其地高陵居，风寒冰冽，其民乐野处而乳食，脏寒生满病，其治宜灸焫……南方者，天地所长养，阳之所盛处也，其地下，水土弱，雾露之所聚也。其民嗜酸而食胕，故其民皆致理而赤色，其病挛痹，其治宜微针。……中央者，其地平以湿，天地所以生万物也众，其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热。其治宜导引按跷。故导引按跷者亦从中央出也。故圣人杂合以治，各得其所宜。故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也。"这里所说"得病之情"，即知由于地域不同而形成之特殊体质；所说："知治之大体"，即掌握针对不同体质所宜用之治病原则。现代环境地质学研究指出：在地质历史的发展过程中逐渐形成了地壳表面元素的分布的不均一性。这种不均一性在一定程度上控制和影响着世界各地区人类、动物和植物发育，造成了生物生态的明显的地区性差异。与这种地质差异同样重要的是气象因素对于人类体质的影响，如南北地区的人对气温寒热适应能力的差异。

在后天因素中还要指出，人体结构、机能与代谢是随着年龄而改变的，因此，体质常随年龄而变化。《灵枢·天年》说："人生十岁，五脏始定，血气已通，其气在下，故好走；二十岁，血气始盛，肌肉方长，故好趋；三十岁，五脏大定，肌肉坚固，血脉盛满，故好步；四十岁，五脏六腑十二经脉，皆大盛以平定，腠理始疏，荣华颓落，发颇斑白，平盛不摇，故好坐；五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始减，

目始不明；六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧；七十岁，脾气虚，皮肤枯；八十岁，肺气衰，魄离，故言善误；九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚；百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。"这段经文说明了人体气血及内脏盛衰与年龄的关系，从生长、发育、壮盛以至衰老、死亡的过程中，五脏精气由盛至衰，影响着人体的生理活动，决定着人们的体质，从而决定着各年龄组对致病因子反应的能力与类型。按临床观察结果，可将人的一生分成三个阶段，即：小儿期、成年期及老年期；和二个转折，即：青春期和更年期。小儿并不是成人的缩小，在机能、结构和代谢方面都有特殊性。中医学对小儿体质素有"稚阴稚阳"之说。这学说正确地反映了小儿形体脆弱，血气未定，易虚易实和易寒易热等病理特点。因此，在小儿疾病的治疗上，苦寒伤阳，温燥伤阴，过寒过热都是不相宜的。小儿期的另一个特点是所谓"肝常有余，脾常不足"。这是因为小儿消化机能较差而对营养的要求又较高，如喂养不当，则易饥易饱，或饮食不洁而导致消化不良等脾胃症状；或于既病之后，不善调理；或本已属营养不良，故致胃弱肌瘦而为疳为积，这类情况，中医即称为"脾气不足"。小儿处在生长发育之旺盛时期，中医称此为"禀少阳生发之气"，又称之为"肝气有余"，这是就生理而论的，就病理而论则因小儿神经系统功能尚未完善，相对而言是不稳定的，易于兴奋，加之抗病能力差，常易感受外邪而发热，往往导致抽风搐搦诸症。中医认为"诸风掉眩，皆属于肝"，故从病机而论，此属"肝气有余"。这种情况在儿科临床上是常见的，故对临床有指导意义。

青春期是从性不成熟和不能生育的儿童转变成性成熟和具有生殖能力的成年人的过渡时期。青春期中随着性的发育，体内机能、结构与代谢发生急剧的变化，进行着整体性的调整。在心理上也有显著的变化。在临床上观察到，青春期体质上的强弱对日后身心发育起着极为重要的作用。小儿期体质较差者，如能在青春发育期注意调养，一二年内可望变成健壮的青年，虽以前体弱多病，如哮喘病、佝偻病、过敏性疾患等，均可消失。相反，小儿期体质并不差，但由于青春期摄生不当，而体质日益低下，形成种种病理体质，如结核病、月经病等，这类情况也是屡见不鲜的。继青春期后即进入成年期，此时体质类型一般而言比较稳定而少变。

更年期的转变对一生来说是第二个重要时刻，其顺与不顺对老年期的影响是很大的，如同青春期的发育对成年期的影响一样。更年期是中年走向老年的一个渐进性的衰老过程。此时阴阳气血失调的可能性更大。或为阴不足，或为阳不足，或为阴阳俱虚；或为气不足，或为血不足，或为气虚血瘀。因此，在更年期注意调其阴阳，补其气血以及时纠正病理体质之形成，将是进人老年期后延年益寿的要诀。

营养对体质的影响是明显而肯定的。这里指的营养因素并不是指的一餐一顿，而是指长期的饮食习惯与食物品种质量。原来体质正常者由于长期饮食中营养成分的改变可以造成体质的改变。不良的饮食习惯，如饥饱不匀，也可以造成脾阳易衰。李东垣《脾胃论》的产生与此有关。孙一奎《医旨绪余》说："当金元扰攘之际，人生斯世，疲于奔命，未免劳倦伤脾，忧思伤脾，饥饱伤脾，何莫而非伤脾也者。"孙氏说明东垣当时环境，以推伤脾之理，由于生活营养等关系，体质总不免受到一定的影响。

房劳，这是中医学向来所强调的摄生问题。《素问·上古天真论》说："今时之人不然也，以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。"《格致余论》曾提出："善摄生者，宜暂远帷幕，各自珍重，保全天和"，强调保护阴精之重要性。《景岳全书·虚损》道："色欲过度者多成劳损……其有先天所禀，原不甚厚者，但知自珍而培以后天，则无不获寿，设禀赋本薄而且恣情纵欲，再伐后天，则必成虚损，此而伤生，咎将谁委。"临诊确见，淫欲邪思，性欲不节而体质日衰，病证百出者，或为遗淋带浊，或为健忘晕眩，或为吐为衄，或为痿为脱，追其病源，均与房室不节有一定关系。

疾病与体质有互为因果的关系。慢性疾病对体质的影响更为明显。例如崩漏患者未能及时治疗，日久以后常能导致正气虚弱，气血不足。这在临床上是颇为常见的。

对于体质是否可变的问题，如同体质能否遗传一样，其基本观点渐趋向任何物种在其进化过程中既有遗传的一面，也有变异的一面，体质是可以改变的。体育锻炼可以改变体质，持久锻炼可使弱者变强。药物可以改变体质。当然作为体质类型而存在的特征不是短期所能改变的，往往需要长期服药，持之以恒，并加上生活起居、劳动、锻炼等综合措施，才能获得纠正和改造。对于具体的体质状态还应根据阴、阳、气、血、五脏六腑之实际情况选择药物，灵活运用。

现代分子遗传学遗传工程研究的结果表明，同种与异种生物体中 DNA 可以通过各种药物而诱发突变，多数突变只是 DNA 分子中的一对碱基的变化结果，可是就这一点点变化即可以引起各种生物的多种变化。分子生物学的产生与发展为体质病理学的研究开拓了广阔的研究领域。如果能对上述影响和改变体质形成的因素进行深入地研究，探明其确切的机理，掌握其变化之规律，这将为能动地改造体质提供理论根据与物质手段。

体质之分型及其特征　体质分型是体质人类学研究中一个极为重要的内容，因为判断和分析人类体质类型将有利于探讨体质之本质。因此，世界人类学界和医学界们都致力于体质分型的研究，并提出过 30 余种体质分型学说，但这些学说多出于人类学研究的需要，故难于指导临床诊疗工作。

就医学而言，中医学对人类之体质曾有过卓越的、独特的研究，在人类学及医学上曾处于领先地位，如《灵枢·

阴阳二十五人》根据阴阳五行学说把禀赋不同的各种体形归纳,进一步再分5类就成为25种类型的人。该篇详细地指出了各型人的肤色、体形、禀性、态度以及在时令适应方面的差异性,而且还把他们分别配合手足三阳经,列举了因气血盛衰而出现在上部或下部的生理特征,并借此以测候脏腑的内在变化。其分型的目的是要使人们对于不同类型的人应采用不同的治疗原则和方法。《灵枢·阴阳二十五人》说:"木形之人,比于上角,似于苍帝。其为人苍色,小头、长面、大肩背,直身,小手足,好有才,劳心,少力,多忧劳于事。能春夏,不能秋冬,感而病生。足厥阴佗佗然。大角之人,比于左足少阳,少阳之上遗遗然。左角之人,比于右足少阳,少阳之下随随然。钛角之人,比于右足少阳,少阳之上推推然。判角之人,比于左足少阳,少阳之下栝栝然。"

"火形之人,比于上徵,似于赤帝。其为人赤色、广𦙶、锐面小头,好肩背髀腹、小手足,行安地,疾心,行摇,肩背肉满。有气轻财,少信,多虑,见事明,好颜,急心,不寿暴死。能春夏不能秋冬、秋冬感而病生。手少阴核核然。质征之人,比于左手太阳,太阳之上肌肌然。少征之人,比于右手太阳、太阳之下,慆慆然。右征之人,比于右手太阳,太阳之上鲛鲛然。质判之人,比于左手太阳,太阳之下支支颐颐然。"

"土形之人,比于上宫,似于上古黄帝。其为人黄色,圆面,大头,美肩背,大腹,美股胫,小手足,多肉,上下相称,行安地,举足浮。安心,好利人,不喜权势,善附人也。能秋冬不能春夏,春夏感而病生。足太阴敦敦然。太宫之人,比于左足阳明,阳明之上婉婉然。加宫之人,比于左足阳明,阳明之下坎坎然。少宫之人,比于右足阳明,阳明之上枢枢然。左宫之人,比于右足阳明,阳明之下兀兀然。"

"金形之人,比于上商,似于白帝。其为人方面,白色,小头,小肩背,小腹,小手足,如骨发踵外,骨轻。身清廉,急心,静悍,善为吏。能秋冬不能春夏,春夏感而病生。手太阴敦敦然。钛商之人,比于左手阳明,阳明之上廉廉然。右商之人,比于左手阳明,阳明之下脱脱然。左商之人,比于右手阳明,阳明之上监监然。少商之人,比于右手阳明,阳明之下严严然。"

"水形之人,比于上羽,似于黑帝。其为人,黑色,面不平,大头,廉颐,小肩,大腹,动手足,发行摇身,下尻长,背延延然。不敬畏,善欺绐人,戮死。能秋冬,不能春夏,春夏感而病生。足少阴汗汗然。大羽之人,比之右足太阳,太阳之上颊颊然。少羽之人,比于左足太阳,太阳之下纡纡然。众之为人,比于右足太阳,太阳之下洁洁然。桎之为人,比于左足太阳,太阳之上安安然。是故五形之人二十五变者,众之所以相欺者是也。"

除上述25人之外,《灵枢·卫气失常》中还按人体肌肉及皮下结缔组织之特征将人分成肥、膏、肉及众人4种体质类型,说:"人有肥、有膏、有肉,""䐃肉坚,皮满者,肥。䐃肉不坚,皮缓者,膏。皮肉不相离者,肉。"从外形之肥瘦方面,各型人是有区别的:"膏者,多气而皮纵缓,故能纵腹垂腴。肉者,身体容大。脂者,其身收小"。这些体质在寒温方面亦各有特点:"膏者,其肉淖而粗理者身寒;细理者身热。脂者其肉坚,细理者热,粗理者寒"。在气血多少上,"膏者多气,多气者热,热者耐寒。肉者多血则充形,充形则平。脂者,其血清气滑少,故不能大"。至于众人,是属正常型匀称体质,与上三型是有明显区别的,《灵枢·卫气失常》称:"众人皮肉脂膏不能相加也,血与气不能相多,故其形不小不大,各自称其身"。

《灵枢》在《逆顺肥瘦》中又提出另一种按肥瘦为标准的体质分型学说,认为:肥人和身体结实的人大多气迟血滞;瘦人大多血清气滑;肥瘦适中的人大多血气和顺。该文强调说:"年质壮大,血气充盈,肤革坚固,……广肩腋项,肉薄厚皮而黑色,唇临临然,其血黑以浊,其气涩以迟。……瘦人者,皮薄色少,肉廉廉然,薄唇轻言,其血清气滑,易脱于气,易损于血。"由于肥人,瘦人和肥瘦适中的人在气之滑涩及血之清浊方面各不相同,因此,在作针刺治疗时应采用不同的手法。

《灵枢·通天》还提出了所谓"五态之人"的分型学说,其中虽然也描述了阴阳之多少及气血之涩浊等等特征,但五态之人主要是论述各型人的心理和行为特征的气质学说,故《灵枢·通天》曾着重指出:"众人之属,不知五态之人者,故五五二十五人,而五态之人不与焉"。显然,《灵枢》对气质学说与体质学说在概念上是作了明确的区别的。

张仲景著《伤寒论》,虽然并没有明确地提出体质分型学说,但他在临床诊治工作中却处处注意了人的体质特征,在论中常用的"强人"、"羸人"、"本有寒分"、"寒湿"、"阳气重"、"阳虚"、"其人本虚"、"虚家"、"阴虚"等词,实质上是指病人的体质而言的。

在后世各家学说中对人体之阴阳、气血、虚实、寒热、燥湿、痰饮等病机都有所论述和发挥,但对体质分型学说却较少专论。至清代叶天士所著《临证指南医案》中明确提出了"体质"这一名词,且在医案中提出了某些体质之命名,如吐血门某案中有"体质木火",汪案中有"质体气弱",某案中有"阴弱之质",梅案中有"阳有余、阴不足",喘门徐案中有"阳虚体质"等名称。华岫云在该书湿病辨证一节之按语中对叶氏的辨质论治说得颇为明确,称:"治法总宜辨体质阴阳,斯可以知寒热虚实之治。若其人色苍赤而瘦,肌肉坚结者,其体属阳;若内生湿热,多因膏粱酒醴,必患湿热湿火之症;若其人色白而肥,肌肉柔软者,其体属阴。"由此可见,《临证指南医案》虽未明确体质分型学说,而体质分型实已寓于各案及其医论之中了。

近年来,有以临诊实践所见及中医理论中有关阴阳、气血、虚实、燥湿等病机学说为根据,明确地提出了新的体质分型学说,并以此为根据讨论了体质辨证及辨证论治等一系列重要理论问题。他们将人类之体质分为二大

类,即正常体质与病理体质。

正常体质 阴阳无明显的偏盛偏衰,对致病刺激之反应无过亢与不及,此型禀赋特厚,体壮力强,面色润泽,胃纳佳,能耐寒暑,口微干,二便调,脉有力,舌象正。一生少病,一旦得病则多属外感,多见于劳动人民,亦可见于青春期前后发育正常之健康男女。

病理体质 有五种类型:①晦涩质:常见肤色晦滞,口唇色紫,眼眶暗黑,爪甲枯槁,肌肤甲错,丝缕斑痕,脉沉涩弦紧,舌质瘀。发病后多见痞闷作胀,痛有定处,或有时出血,或症瘕结聚,或午后潮热。中医临床所见气血易阻者常属此种体质类型。②腻滞质:常见体形肥胖,口甜面粘,身重如裹,口干不饮,大便不实,脉或濡或滑,舌苔多腻。可见于嗜饮酒者。发病后常见中脘痞满,胸满昏眩,肢节疼痛,带浊淋漓,延绵难清。中医临床所见痰湿易盛者常属此种体质类型。③燥热质:常见形弱消瘦,面颊红,口燥咽干,内热便秘,阳兴遗精,尿黄短少,喜凉饮而饮不解渴,少眠心焦,五心烦热,耳鸣耳聋,脉细弦数,舌红少苔或无苔。发病后常见内热炽盛,易入里化热,伤津液。中医临床所见阴易亏者常属此种体质类型。④迟冷质:常见形体白胖,形寒怕冷,唇淡口和,四肢怠倦,肌冷自汗,面色不华,大便稀溏,毛发易落,夜尿频频而清长,喜热饮,脉沉迟无力,舌淡胖嫩有齿痕。发病后常见外寒较甚,易从寒化而伤阳气。中医临床所见阳易衰者常属此种体质类型。⑤倦㿠质:常见面色㿠白,气短懒言,乏力眩晕,心悸健忘,动辄汗出,子宫下坠感,脱肛感,手易麻,月经淡少,脉细弱无力,舌淡。发病后抗病能力较差,常易虚脱,非扶正不足以御外邪。中医临床所见气血易虚者常属此种体质类型。

上述分型之主要精神如下:

(1) 此体质分型不是按单个指标作为分型依据的,而是综合中医临床辨证论治的实践经验进行分型的。中医辨证一向强调审阴阳,察脏气,详参形证脉色,辨而治之。上述的体质分型是以其临床所见的形证脉色之特征为依据的,是以临床机能变化为主,结合形体结构与代谢特征分型的。在生理情况下,应用这种分型可以及早采取措施,纠正某些不良倾向性,以增强体质,预防疾病。在病理情况下,应用这种分型进行辨证,就能够在错综复杂的病情中辨别出患者的体质特征,如能参照用药之体质宜忌庶能获得更全面的诊断和更恰当的治疗。这种体质辨证是与八纲辨证,六经辨证,脏腑辨证,卫气营血辨证,三焦辨证等密切相关而又有区别的辨证纲领。上述体质辨证丰富了中医临床辨证之内容,是来自临床实践,又能为临床实验所验证的。这是上述体质分型的优点与特点。

(2)《素问·阴阳应象大论》说:"阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也。治病必求于本,"《素问·生气通天论》说:"生之本,本于阴阳。"张景岳说:"凡诊病施治,必须先审阴阳,乃为医道之总纲,阴阳无谬,治焉有差,医道虽繁,而可以一言蔽之者,曰阴阳而已。"所以体质亦有阴阳之别。燥热质则属阴易亏,虚寒质则属阳易衰。

(3) 中医八纲辨证中有虚实一项。体质亦有偏盛偏衰之倾向,有余者偏盛,如晦涩质、腻滞质;不足者偏衰,如燥热质、迟冷质、倦㿠质。这种分型对发病以后正邪相争的类型及论治原则是相应的;偏盛者易实常宜泻,偏衰者易虚常宜补。

(4) 中医理论认为气和血是人体生命活动的动力和源泉,它既是脏腑功能的反映,又是脏腑活动的产物,人体生理活动与病理变化无不涉及气血。因此人类体质必将在气血上反映出来。中医理论又认为"气为血帅,血为气母",两者是相互依存的,所以体质类型亦在两者之相互关系中反映出来。晦涩质与倦㿠质即和气血功能状态有关。

痰与湿(内湿)是脏腑病理变化的产物,也是脏腑疾病的临床表现,但它的产生与形成和肺、脾、肾三脏之功能有密切关系。腻滞质的形成与痰湿有关,是一种比较特殊的类型;发病后多为虚实夹杂,以实为主的见证,临床上并不少见。

(5) 在以上论述中,其提法是"易亏"、"易衰"、"易阻"、"易虚"和"易盛",这是表明在生理情况下的体质类型,并未进入病理状态。"易",表示这种体质在发病前是一种潜在的倾向性,如大便易秘易溏,人易倦,舌苔易腻等。此等表现一般并不算病态。当一旦得病后,则上述表现常可转甚,同时兼见其他特征,此时,即转为"已亏"、"已衰"、"已阻"、"已虚"和"已盛"了。遵循辩证唯物主义的原理来认识生理与病理过程,两者是可以转化的,量的变化到一定程度即可引起质的变化。正常生理情况下的体质可以视为一种潜在因素,一旦生病,这种潜在倾向性即将结合着病理变化而显现出来。

(6) 任何分型都是带有模式性的,临床所见往往不是单一的类型,而有交错与夹杂,但总的看来则属上述六大类型。

应当指出,上述体质类型,应具有微观的代谢、机能和结构上的特殊根据,而且是有规律可循的。这将是体质病理学今后必须深入研究的任务。

传统中医书籍中有"从化"与"类化"的理论。如刘完素曾倡六气皆能"火化"之说。《医宗金鉴·伤寒心法要诀》说:"六淫为病尽伤寒,气同病异岂期然?推其形脏原非一,因从类化故多端。明诸水火相胜义,化寒变热理何难。漫言变化千般状,不外阴阳表里间。"《医门棒喝》说:"盖邪气伤人,随人禀体而化。如上所云,禀体多火,暑随火而化燥;多寒,暑随寒而化湿之类。"有人认为从化与类化不能明确反映病变趋向之原理,不能回答从何而化或类何而化的问题,故提出"质化"的概念,这能明确地指出病变从体质而化,是病势附于质势而化的过程。在上述体质概念中曾强调:"体质上的特殊性往往决定着患者发

病后临床类型的倾向性。质化是这种倾向性的内在病机基础。病因作用于人体以后能否产生症状与体征取决于病因的强度与人体抵抗力之强弱。当正常质的人接受了病因的作用而发病，即在体内产生相应的病理变化，不同的病因具有不同的致病特性，形成不同的病变，如感受寒邪得寒证，感受湿邪得湿证。这是致病因子与人类经过亿万年的进化过程中形成的。这种病变趋势称为"病势"。如果某些人在体质上存在着阴阳偏盛偏衰，或气血亏损，或气血瘀滞，或有某些病理性代谢产物的积聚，则形成了病理体质。不同的病理体质类型对内外刺激的反应形式都与迟常质有所不同。不同的体质类型有不同的潜在的、相对稳定的倾向性，这种倾向性即为"质势"。具有病理体质的人一旦感受致病刺激而形成病理变化，则病势将和质势结合起来而形成临床上见到的这个人所特定的"证"。这个过程即称为"质化"。我们在临床上往往可以看到：有些疾病在不同的病人身上有相同的开始而有不同的结局；或者开始时并不相同，而在疾病过程中，因为体质类型相同而在某一个时期可出现类似的证候。这就是"质化"在起作用的缘故。

研究中医体质学说的主要目的在于研究辨质论治的原理与规律。最近有人按上述六种主要体质类型提出了调质六法。①正常质——平补阴阳强质法。正常质是指阴平阳秘，脏腑气血功能均属正常的人。当然无需药治，故无所谓治法，只有摄生保养之法而已。但有以下几种情况应予考虑：一是小儿生长发育时期应采用食补法促进其生长发育；二是产后妇女气血骤虚，虽然这是生理性的，也应补充足够的营养，并调补其体质；三是更年期与老年期，即使正常质者亦稍服平补肾阴肾阳之品以利于延缓衰老过程。②迟冷质——壮阳祛寒温质法。形成迟冷质之主要病机基础是元阳不足，因此应以温补命门之火为主。③燥热质——滋阴清热润质法。形成燥热质之主要病理基础是人体内真阴不足。因此，必须以滋阴为首务。阴不足者多有内热，故同时应加用清热法。长期阴不足，必然成燥。燥者宜润，将此法称为滋阴清热润质法。④倦㿠质——益气生血健质法。形成倦㿠质之主要病理基础是气血两虚，或以元气虚为主而累及血，或以血虚为主而累及元气，也可以气血同时受累。不论何种病机过程均应以益气生血为治。⑤腻滞质——除湿化滞利质法。形成腻滞质的主要病理基础是湿浊留滞于体内的顽固倾向。因此治疗这类病理体质当以除湿为根本。调治腻滞质必须给湿以出路，常谓："治湿不利小便，非其治也"，故以利为主。又谓："治湿不分三焦，亦非其治也"。一般而论，湿在上焦宜化，在中焦宜燥，在下焦宜利。此当为治湿之大法。⑥晦涩质——行血消瘀活质法。形成晦涩质之主要病机是由于气血运行失调，血脉瘀滞不畅而引起的脏腑、组织的血液循环与新陈代谢障碍。在调理时主要通过活血的办法使不通者得通，不畅者流畅。在调整此型病理体质时有几个原则应多加注意：一是要强调"气帅血行"的观点；二应注意区别血虚与血实；三是应鉴别其寒热。应戒虚虚实实之误。

至于体质的八法宜忌问题，根据《内经》"热则寒之，寒则热之，实则泻之，虚则补之。""谨守病机，各司其属；有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之"的原则是不难解决的。在此拟强调一个原则：与临床治病一样，调体质也往往并非单纯用一法，而是二法、三法并用的，如温清齐行、汗下并用，攻补兼施，消补合治等，因为人的体质是复杂的，不是单一的。因此，所论八法宜忌与方药宜忌也只是相对的。总之，临诊时必须细察体质，详审病机，合而为治。

小儿年龄分期

由于小儿不断生长发育，各个年龄阶段有着不同的机体特点，《内经》以六岁以上为小儿，十八岁以上为少年。《千金要方》谓：小儿"生后六十日瞳子成，能咳笑应和人；百日任脉成，能自反复；百八十日尻骨成，能独坐；二百一十日掌骨成，能匍匐；三百日膑骨成，能独立；三百六十日膝骨成，能行。"因此，整个小儿时期可划分为若干阶段，以便更好地指导小儿保育和疾病的防治。《小儿卫生总微论方·大小论》："当以十四岁以下为小儿治。《幼科发挥·原病论》："初生曰婴儿，三岁曰小儿，十岁曰童子，儿有大小之不同，病有浅深之各异。"而《寿世保元》则以半岁至二岁内为婴儿，三四岁为孩儿，五六岁为小儿，七八岁为龆龀，九岁为童子，十岁为稚子。历代各家分期不一，现综合各家意见分作如下几期：

胎儿　从受孕到分娩共九个多月为胎儿。前人认为儿在母胎受其精气，一月胚，二月胎，三月血脉，四月形体成，五月能动，六月筋骨成，七月毛发生，八月脏腑具，九月谷气入胃，十月百神备而生。《婴童百问·初诞》："婴童在胎，禀阴阳五行之气，以生成五脏六腑，百骸之体悉具，必藉胎液以滋养之，受气既足，自然分娩。"若母妊之时，失于固养，形气不充，可能为胎疾的致病原因，因此受孕后，应注意养胎、护胎，以利胎儿的发育。

初生儿　从出生到一个月内为初生儿，《千金要方·灸例第六》命名为新生儿。此期小儿初离母体，形气未充，肌肤嫩弱，刚开始接触外界，在新的环境中生活，应特别注意寒温调护，以防感邪致病。见"初生儿特点"条。

乳儿　从一个月到一周岁为乳儿，又名婴儿。《灵枢·逆顺肥瘦》："婴儿者，其肉脆，血少，气弱。"清代吴仪洛《成方切用·杂将护法》："婴儿百日，任脉生，能反复，乳母当存节喜怒，适其寒温。婴儿半晬，尻骨已成，乳母当教儿学坐。婴儿二百日外，掌骨成，乳母教儿地上匍匐。婴儿三百日，膑骨成，乳母教儿独立。婴儿周岁，膝骨已成，乳母教儿步行。"乳儿生机蓬勃，饮食以乳汁为主，可逐渐增加辅助食品，以满足其机体发育的需要。但胃不强，运化力弱，食有不慎，每易发生乳食停滞。加之丁

血未充，筋骨柔弱，不能耐受风寒湿热病邪的侵袭，容易发生高热及惊搐等病，应加强其护养，以固其真气。

幼儿 从一周岁以上到三周岁为幼儿。这一时期机体对外界逐渐适应，机体生长发育较乳儿为慢，各种生理机能日趋成熟，接触外界比较广泛，生活更加多样化，语言及体质发育迅速，有助于对周围环境的熟悉，促进思维活动的发展。若哺养不当，每易造成脾胃气机逆乱，乳食易于停滞，故应做好防护，并培养幼儿良好的生活与卫生习惯。

幼童 从三周岁以上到七周岁为幼童。此期脏腑经络之气充盛，抗病能力增强，与外界环境接触机会增多，模仿力强，对各种事物容易形成较朴素的概念，因此，必须在做好小儿保育工作的同时开展适应于他们特点的文体活动。

学童 从七周岁以上到十四周岁为学童。此期继续发育成长，胃气日臻充实，此后开始性的发育，而转入少年。

初生儿特点

小儿自出生至一个月为初生儿，亦称初生婴儿，或称月内之儿。初生婴儿如草木之嫩芽，形体、气血均较娇嫩，对周围环境、气候寒温的适应能力薄弱。初生儿肢体踡曲，上肢曲肘握拳，下肢曲髋屈膝，四肢欠温。初生时体温与母体相仿，出生后随即降低，若在寒冷季节，保温不当，则易外感寒邪，阳气被遏，而致肌肤僵硬作肿，四肢厥冷，发生寒凝气滞或血瘀证候。若遇炎热夏天，初生儿的肌体又常随气温的升高而发热。如吮乳与喂水不足，复受暑热之气，暑热伤津，则可突然壮热，伴口渴，唇干，舌干而绛，以及尿少等津亏液耗的证候。这类寒、热证候的发生，均为初生儿所多见，尤以早产儿或先天禀赋不足者发病率更高。故《奇效良方·初生总说》云："凡婴孩始生，……浴水未到，且以绵絮包裹，暖大人怀中。浴汤须调和，若冷热失所，则令儿惊，亦致五脏疾矣。虽浴出亦当暖之。若遇暑月，亦未可去其绵絮。乍出母腹，不可令冒寒气也。"此外，初生儿的体质和所患疾病，与母体有密切关系。明代《幼科类萃·小儿初生总论》指出了由各种内外病因，可以引起胎热、胎寒、胎肥、胎怯、胎惊、胎黄和噤口、脐风、锁肚、不乳等病，并分别列举了各证的症状和治法。《育婴家秘》："盖儿之生，受气于父，形成于母，父母俱强者，则形气有余；父母俱弱者，则形气不足。"凡所生婴儿，体质异常羸瘦，某些先天性缺陷等，均与其父母营养、健康状况，遗传以及胎中受毒等因素有关。因此，强调护胎、养胎，特别是临产前的保健，有利于初生儿先天性疾病和禀赋不足等病证的预防。又初生儿肌肤柔嫩，腠理不密，脐带待脱，或脱而未干，最易感受外邪而发病。《幼科发挥·脐风》云："脐在两肾之间，任冲督脉之所系也。儿之初生，断脐护脐，不可不慎。"小儿初生，脾胃怯弱，乳食易伤，用药尤当慎重。《保婴金镜录·论初生用药》："凡小儿在月内外者，调补之剂，每服亦不过二三匙。若表散攻伐之药，则每服只可匙许而已。过多则反伤元气，余当量大小虚实加减。"

小儿生理

小儿脏腑娇嫩，形气未充，生机旺盛，发育迅速为其生理特点。

脏腑娇嫩，形气未充 小儿时期各脏器尚处于嫩弱阶段，形态和功能均未臻完善和成熟。历代儿科医家通过长期实践，认识较深，有较多论述。如《小儿药证直诀·变蒸》云："五脏六腑，成而未全……全而未壮。"认识到小儿时期的皮毛、肌肉、筋骨、脑髓、五脏、六腑、营卫、气血等物质基础，虽已形成，但尚未充实和坚固。脏腑娇嫩在五脏六腑中以肺、脾、肾三脏最为突出。明代万密斋认为"肺常不足"、"脾常不足"和"肾常虚"。由于肺主一身之气，脾为后天之本，肾为先天之本，三脏之间，是相互关联，而又相互影响。脾胃薄弱之儿，常肺气虚弱。肺气虚弱又常影响小儿生长发育。

生机蓬勃，发育迅速 是小儿生理的另一特点，小儿处于生长发育旺盛时期，随着年龄增长，而不断向完善、成熟方面发展，年龄越小，生长发育越快，在形态增长的同时，功能也不断趋向完善。小儿生长发育有其规律性。《千金要方》有较详细的记述。如小儿生后两个月，能对别人的声音、笑貌，有所反应，四五月左右能翻身，六个月时能坐，七个月时能爬行，十个月时能站立。这种正常生长的速度，好比旭日初升，草木方萌，蒸蒸日上，欣欣向荣。前人对这种生长发育过程，曾建立了变蒸学说。称为变蒸，又叫小儿变蒸。所谓变蒸，即每隔一定时间，出现一些轻微的症状，所谓"三十二日为一变，六十四日为一蒸。"变者变其情志，发其聪明；蒸者蒸其血脉，长其百骸。这是小儿在生长发育和智慧增长期间的一般生理现象。变蒸之说，始自西晋王叔和，隋唐以后相继传衍，其说益繁。《诸病源候论》云："小儿变蒸者，以长血气也。"认为小儿出现的身热、惊搐，呕吐，不思食等症状，均属变蒸中的必有现象，近者可五六日而歇，远者八九日，蒸毕则症状可自行消失。并谓小儿蒸者，是荣其血脉，改其五脏，蒸毕乃逐渐成人。认为变蒸不是病态，乃儿生长之次第。

后世医家对变蒸学说持有异议。《景岳全书》、《临证指南医案·儿科要略》以及《幼幼集成》等著作，均认为凡小儿病不因外感，必以内伤，未闻有无因而病者。陈复正还历举了自己在临证四十载中，从未见有一儿依期作热而变者的实例，也有从出生到长成中，"未尝一热者"，并告诫后学者，毋执以为实，而以正病作变蒸，迁延时日，误事不小。但多数医家仍然认为变蒸不是疾患，而是小儿发育的一种生理现象。

此外，对小儿生理的特点，古代医家还提出“纯阳之体”、“稚阳稚阴”以及“三有余(阳常有余、心常有余、肝常有余)四不足(阴常不足、脾常不足、肺常不足、肾常虚)”等基本理论，指导临床实践。

纯阳之体说　首见于《颅囟经》“孩子三岁以下，呼为纯阳。”所谓“纯阳”，是指纯净旺盛阳主升发之意，是形容小儿蓬勃旺盛的生机。学说认为小儿在生长发育过程中，从体格、智慧以及脏腑功能活动，均在不断趋向完善和成熟，与体内属阴的物质基础相比，处于相对的优势。钱仲阳更把“纯阳”引伸运用于临床，主张治疗小儿疾病，应用寒凉，唯恐辛温大热之药，生火助热。清代叶天士支持这一论点，认为襁褓小儿，体禀纯阳，所患热病居多。

稚阳稚阴说　清代吴鞠通《温病条辨·解儿难》云：“小儿稚阳未充，稚阴未长”。阳是指生理功能，阴是指精、血、津液、筋骨、脑髓、血脉、肌肤等有形物质。稚阳稚阴即小儿各种生理功能薄弱和脏器发育尚未成熟，说明小儿时期阳既未充，阴亦不足。清代余梦塘特别崇尚这一论点，在《保赤存真》中云：“小儿纯阳，其阳几何？……特稚阳耳”。近代名医徐小圃认为：阳气在生理状态下是全身动力，在病理状态下是抗病主力，主张治疗小儿疾患以维护阳气为主。

阳常有余、阴常不足说　明代万密斋《育婴家秘》云：“水为阴，火为阳，一水不胜二火，此阳常有余，阴常不足……”所谓“一水”即肾水，“二火”即君火和相火。君火是指人体正常需要之火，无此则不能熟腐水谷，无此则无以生长化收藏。相火是指一切病理邪火，消烁津液，有害于人体。小儿时期，以阳为用，生长旺盛，需要供给大量的水谷精气。生病后又常阳旺化火，易使阴伤水亏。这种“一水难胜二火焚”的认识，实质是对“纯阳”学说的补充和发展。

心常有余说　明代万密斋在《育婴家秘》卷一中提出：“心常有余”。认为“心主血脉，色者血之萃，脉者心之合也，如色见红润，脉来大数者，此心气有余之象，其儿易养。”小儿初生，知觉未开，由于心气有余见闻易动，故神怯易惊，易喜易怒，如心热火盛，则津液干而病渴，神志乱而卧不安。心恶热与风相搏，则叫哭发热，饮水而搐。小儿外感诸病，最易从阳从热，人心入肝，往往壮热不退，因热生痰，因痰生风，肝风得心热而搐作，惊厥神昏不已。心属火，火性炎上，舌为心之苗，心热甚则舌破成疮。诸痛疮疡，皆属于心，心火亢盛，多病瘤丹斑疹，蛇缠虎带，虫疥瘰疮等疾，动辄神昏愦乱，斑疹变黑。故万密斋认为：心热为火同肝论，“人皆曰肝常有余……予亦曰心常有余……”从脏腑学说阐述了小儿心的特点。

肝常有余说　明代万密斋提出小儿“肝常有余”，肝为厥阴之经，与少阳相表里，少阳之气，万物所资以发生。《育婴家秘》卷一认为“儿之初生曰芽儿者，谓如草木之芽，受气初生，其气方盛，亦少阳之气方长而未已，故曰肝有余。有余者乃阳自然有余也”，而非亢盛太过之意。肝属木，木中有火，亦易生风。感邪之后，每易嚣张，邪正交争则剧，一时风火煽动，柔不济刚，筋脉失养，故壮热惊搐不已，甚至角弓反张。在病机上亦形成了肝常有余，有泻无补的特点。但是，肝乃少阳之气，赖以养生，如肝脏无病，切不可泻，以伐生气；亦不可补，助长风火。故万密斋明确指出：“虽然泻之无用补，少阳生气与春同”。

脾常不足说　首见于明代万密斋《育婴家秘》，认为“脾常不足”是谷气自然不足，即谷气不能适应生长发育的需要，所谓“自然”，是指小儿脾之所以不足，乃自然的生理现象。因此，在脾常不足生理情况下，也就很易产生脾胃方面的疾患，如呕吐、泄泻、伤食、虫积等。一旦患病，必又损伤脾胃，久而不已，形成脾胃功能难复的局面，且易伴发他病。

肺常不足说　明代万密斋云：“娇肺易遭伤”，认为“天地之寒热伤人也，感则肺先受之”。因肺为清虚之体，既易于受邪，又不耐寒热，故在病机上形成了肺为娇脏，难调而易伤的特点。小儿肺气之所以娇弱，主要关键在“脾常不足”。《素问·阴阳应象大论》云：“脾生肉，肉生肺。”脾与肺为子母之脏，母病必涉及于子，脾气虚弱，则肺气不足，外邪最易乘虚而入，使肺失清肃产生各种疾病。如脾气健旺，则水谷精微之气上注于肺，卫外自固，邪从何入？故肺之强弱与否，实赖于后天的脾胃之气。《育婴家秘》云：“娇肺遭伤不易愈”以及“脾肺皆不足者”，实即指此而言。

肾常虚说　宋代钱乙《小儿药证直诀》认为：肝有相火，有泻而无补；肾为真水，有补而无泻。并立地黄丸为补肾要药，指出了小儿时期生长发育与肾的关系。

肾为先天之本，内寄元阴元阳，主人体的生长发育。《素问·上古天真论》云：“女子七岁肾气盛……丈夫八岁肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极”。说明人的发育生长，直至衰老的整个过程，是肾气盛衰的全过程，肾气盛则发育成熟，肾气衰则逐渐趋向衰老。小儿时期从不成熟到成熟，赖肾阳、肾阴以生长，故正常小儿的健康成长，是由肾的元阴元阳相互协调，相互支持，相互影响的结果。肾的功能在作用上相应的感到不足。《素问·灵兰秘典》云：“肾者，作强之官，伎巧出焉。”所谓“作强”，就是工作能力坚强，所谓“伎巧”，就是思维活动灵巧。肾之所以主作强，出伎巧，因为肾主藏精，精生髓，髓充骨，髓又上通于脑，故称脑为髓之海，精足则令人智慧聪明。由于肾主骨髓，髓足则筋骨坚强。如果由于先天的肾气虚弱，加之后天脾气失调，则小儿生长发育必将受到影响，甚至出现解颅、五迟、五软等禀赋不足之病。

脾与肾又是相互关联的，因先天之精，要发挥它的生命力，必须有后天精气的滋养，而后天精气之所以能够化生，又必须依赖先天之精的资助。因此，产生了万密斋“脾常不足肾常虚”的学说理论。

老年期体质特征

人的体质随年龄增长而变化。《素问·上古天真论》说："女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七肾气平均，故真牙生而长极；四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八筋骨隆盛，肌肉满壮；五八肾气衰，发堕齿槁；六八阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八肝气衰，筋不能动；八八天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，则齿发去。……今五脏皆衰，筋骨解堕，天癸尽矣，故发鬓白，身体重，行步不正，而无子耳。"《灵枢·天年》又说："人生十岁，五脏始定，血气已通，其气在下，故好走；二十岁，血气始盛，肌肉方长，故好趋；三十岁，五脏大定，肌肉坚固，血脉盛满，故好步；四十岁，五脏六腑十二经脉皆大盛以平定，腠理始疏，荣华颓落，发颇斑白，平盛不摇，故好坐；五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明；六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧；七十岁，脾气虚，皮肤枯；八十岁，肺气衰，魄离，故言善误；九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚；百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。"这两段经文生动而具体地说明了人体气血及脏腑盛衰与年龄的关系，从生长、壮盛以至衰老、死亡的过程中五脏精气由盛至衰，影响着人体的生理活动，决定着人们的体质。陈直《养老奉亲书》称："女子过六十之期，丈夫逾七十之年，越天常数。"这算是长寿人了。鉴于现代人生活水平的改善，人类寿命的延长，社会老龄化日益明显之际，研究老年人的体质特征，从而采取合理措施以提高生存质量是十分有意义的工作。

中国古代对老人的生理、病理与心理、行为的观察十分细致。如元代赵松雪《刀圭闲话》曾有诗云："老态年来日日添，黑花飞眼雪生髯。扶衰每借过眉杖，食肉先寻剔牙签。右臂拘挛巾不裹，中肠惨戚泪长淹，移床独坐南窗下，畏冷思亲爱日檐。"清代褚人获《坚瓠集》载魏骥《老态诗》云："渐觉年来老病磨，两肩疼痛背梁驼。耳聋眼暗牙齿蛀，腿软足疼鼻涕多。脏毒头风时又举，痔疮疝气不能和。更兼酒积微微发，三岁孩童长若何。"此诗形容龙钟老态的确是维妙维肖。这反映了老年人在机能、结构与代谢上存在的深刻变化。上述体质改变及其机理可归纳为六个要点：①阴阳失调。②气血渐衰。③五脏衰退。④形体亏损。⑤心态失衡。⑥宿疾交加。

阴阳失调 阴阳变化是生命产生、发育与衰老的根基所在。《素问·阴阳应象大论》说："阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始。"《素问·生气通天论》说："生之本，本于阴阳。"阴平阳秘，精神乃治，阴阳离决，精气乃绝。"因此，人的生命活动全赖阴阳的相互协调，上顺天时，下合地理，中和人事。一旦为内外邪气所犯，则阴阳失去平衡，势必影响正常的生命活动而造成病损，日积月累，损及元气，将促进衰老的进程，或阳气先衰以致累及阴精使其阴失阳动而生化不足，或阴精先亏而累及阳气，阳失阴依而生化无源。故《素问·阴阳应象大论》又说："年四十而阴气自半也，起居衰。"《千金翼方·养老大例》亦说："人年五十以上，阳气日衰，损与日至，心力渐退，忘前失后，兴居怠惰，计授皆不称心，视听不稳，多退少进。"年过半百，阴阳俱嫌不足，这是生命老化的自然规律，也是一个根本规律。

气血渐衰 气和血是构成人体的物质基础，是人体生命活动的动力与源泉。《素问·调经论》说："人之所有者，血与气耳。"《灵枢·本藏》说："人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也。"在气与血的相互关系上，当以气为主。《素问·六节脏象论》说："天食人以五气，地食人以五味……气和而生，津液相成，神乃自生。"这说明了人的生命活动是以气为主要物质基础的。杨士瀛《仁斋直指小儿方论》说："人以气为主，一息不运则机缄穷，一毫不续则穹壤判。阴阳之所以升降者，气也；血脉之所以流行者，亦气也；营卫之所以转运者，气也；五脏六腑之所以相养相成者，亦气也。盛则盈，衰则虚，顺则平，逆则病，气者也，非独人身之根本乎？"这是中医"气学"理论的重要表述。随着增龄过程，阳气与阴血日益衰减，故朱丹溪《格致余论》说："人生至六十、七十以后，精血俱耗。"如以气血两虚为主者则见气短懒言，乏力自汗，心悸、失眠、面色苍白或萎黄、唇色淡、脉细弱等；如以气滞血瘀为主者则见气短懒言与乏力外，更见心胸刺痛、肢体麻木、其或瘫痪，或有肿块，面色青紫，舌有瘀点等。这些在老年人是比较多见的。

五脏衰退 随着年龄的与日俱增，五脏六腑之功能则日益衰退。如前所述，年至三十，五脏功能到达高峰，此后则与日俱退。但五脏衰退之过程是有先后的，有规律的，当然也不是千篇一律的，受每个人先天禀赋与后天调摄所左右。故其个体差异比较明显，有的未老先衰而有的则"越活越年轻"！中医学对五脏老化之论述是非常精细而独具特色的。兹分论于后：

(1) 肾气盛衰与老年体质之关系：最为密切。《内经》及历代医家一贯强调肾为先天之本。上引《上古天真论》一节短短的经文中论人之生长、发育与衰老全过程时七次提及"肾气"，足见其重要性。肾为先天之本，肾藏精之含义至少有三：一为禀赋，这是先天之本的第一个含义。章虚谷《医门棒喝》说得透彻："男女媾精，妙合而凝，始成一珠，有气无质（理应有气有质），即太极浑然之体，故名先天。既而分形，象如两仪，名为阴阳，遂生两肾（当然，此为臆测，事实不然），百骸次第而成，均名为后天也。"禀赋是由父母之精传给子代的"先天之气"，包括遗传物质及其所携带的信息。人之寿命长短，五脏六腑衰

退之进度与禀赋有密切关系。王充在《论衡·气寿》篇说："强寿弱夭，谓禀气渥薄也。……夫禀气渥则其体强，体强则寿命长；气薄则其体弱，体弱则命短，命短则多病寿短。"当然，先天禀赋要靠后天善于调摄方才能尽其天年。《景岳全书·传忠录》说："故以人之禀赋言，则先天强厚者多寿，先天薄弱者多夭；后天培举者，寿者更寿；后天斫削者，夭者更夭。两天俱得其全者，耆艾无疑也，先后俱失其守者，夭促弗卜也。若以人之作用而言，则先天之强者不可恃，恃则并失其强矣；后天之弱者当知慎，慎则人能胜天矣。"所谓慎即慎其饮食起居，以保五脏之功能免于亏损，以保天年。二是肾所藏之精液。道家医家都强调节欲保精。《内经》强调："醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也"。张景岳于《类经》中说："欲不可纵，纵则精竭。精不可竭，竭则真散。""精盈则气盛，气盛则神全，神全则身健，身健则病少。神气坚强，老而益壮，皆本乎精也。"由此可见，能否保精是老年人体质强弱的关键所在。三是五脏六腑之精入藏于肾者。这种精，除生命赖之以营新陈代谢之五谷精微之处，还有些什么尚需研究。总之，在老年人，其肾气，包括元阴元阳都是逐日衰竭的。叶天士常称："男子向老，下元先亏"，"高年下焦阴弱"。他们在其体质上必将有种种表现，但是每位老人之肾虚表现又各现其特殊性，并不是千篇一律的。如老年人肾阳不足则见下焦虚寒，以致肾失秘藏之权而见精液自遗；肾虚阳气不达于四末而四肢畏冷，不达于外府则腰冷；不能煦养宗筋而阳痿不举；元阳不能卫外，风湿人袭筋骨血脉而致痹病。在肾阳不振之重症老年人中更见神衰而筋力软弱，疲乏无力等神气虚衰的表现。老年人的另一型肾虚是元阴亏损，多见阴虚火旺，内热壅盛而致心烦、口渴与内热化燥诸症。若年轻时劳逸失度，房室不节，利欲伤神，形神过度耗损而致肾精亏损，或肾气衰备，或阴阳两虚。这种种差异或与先天禀赋之阴阳原有偏亢有关。此型阴虚火旺者多见骨节烦热；肾水不足以上承时则见口干、烦渴，饮不解渴，舌红无苔等伤津之象。由于精损不能化气，气虚而上不制下，则见尿少色黄；如见热伤阴液，脏腑干枯，津气两伤，更加虚热内扰，可致烦渴不已而成消渴，或为上消，或为中消，或为下消，更或三消俱见。又因肾开窍于耳，故老年人肾虚耳鸣耳聋颇为多见。

(2) 脾胃强弱与衰老之关系：脾胃居中宫，为仓廪之官，胃主受纳，脾主运化，营养精微之吸收与输布全赖脾胃之功能正常。脾胃为滋养元气及气血生化之源，故素有"后天之本"之称。陈直《寿亲养老新书》中说："主身者神，养气者精，益精者气，资气者食。食者生民之天，活人之本也。……故脾胃者，五脏之宗也。四脏之气皆禀于脾，故四时皆以胃气之本。……高年之人真气耗竭，五脏衰弱，全仰饮食以资气血。"近代岳美中也曾指出："治疗老年病要首重脾胃。"人之始生，先成于精，肾精旺而后有脾胃，即所谓"先天生后天"；人之衰老，肾精先枯，累及诸脏，此时全仗脾胃运化，吸收精微，使五脏滋荣，元气得继，才能却病延年，即所谓"后天养先天"。人生以肾气为本，生老病死无不以此为命根。人到老年，肾气日衰，这是不可抗拒的规律。但补以后天则是可以做到的。如果再失去保脾胃，以后天补先天的机会则不仅不能延缓衰老而且会促进衰老的。在老年人中，脾胃虚弱者也不少见。如胃气不足则不能受纳水谷；脾气不足则津液转输传导失常，或见食少脘胀，或见嗳气吞酸，或见肌肉瘦弱，四肢乏力等症。老年人每见脾胃虚寒，多责之脾肾阳虚。脾虚不能制水，肾虚不能主水，故常聚水成肿，或晨起脸面虚浮，或日暮脚肿，或水阻脾络而上凌心肺而见痰饮咳喘。治宜健脾、开胃、壮阳、利水。由此可见，老年人应多顾护脾胃。

(3) 肝气衰退与衰老的关系：《内经》有云："五十岁，肝气始衰"、"血气懈惰"，故其精气不能上注于目而见肝虚目不明，或为远视，或为内障，或见白翳，或见眼暗弱视。一般人年过五十则种种眼病将接踵而至。老年人的另一个体质特征是"肝阳多有余"，此因肾水多亏而水不涵木，以致虚阳上亢，为风、为眩、为振颤、为麻木等等，不一而足；甚则虚风内动，气血相并，上窜颅顶而为卒中。老年人常见筋脉不利，筋骨挛急，腰膝以下疼痛，或痛无定处，时作时止，甚或骨质疏松，常易骨折，尤以股骨颈处为多见。这是由于年老肝肾俱虚，筋骨俱耗所致，故呈老态龙钟而步履艰难。

(4) 肺气不足与衰老之关系：《内经》云："八十岁，肺气衰，"事实上，肺气不足在60岁左右已相当多见。老年性支气管炎及喘咳之发病年龄较早，可能与吸烟及空气污染严重有关。另一方面从老年人五脏衰退而言，由于年轻时肾精有伤，以致下不制上，气不归根而见肾不纳气之上气喘嗽而气急，此时常有腰酸背痛及头晕耳鸣等肾阳虚见证，多见于迟冷质者。或由于肾阴不足，津液受损而现肺火旺盛之象，常兼见胃阴不足，口干舌燥，不思饮食。肺与大肠相表里，大肠风燥气秘所引起的便秘在老年人颇为多见。此肺燥咳喘多见于燥热质者。或因脾虚不运而肺气不宣，体内水液运化失常，遇寒凝而为饮，遇灼而为痰，痰饮之邪阻遏气机而见胸胁支满及气急等症，多见于腻滞质者。由此可见，老年人"肺气多不足"。

(5) 心阳不振与衰老之关系：老年人浮沉沧海，饱经风霜，往往思虑过度，易伤心气；如经常挑灯夜读者，易耗心阴，更加年高肾虚，脑失所养而水火不济，多见少寐健忘、怔忡心悸，耳鸣耳聋，脑转眩晕等心气不振之象。由于心气不足，心阳不振，血运失畅，每致气虚血瘀，或见胸闷、胸痛等，这在临床上是十分多见的。

形体亏损　老年人的形体亏损是最令人注目的，可望而知之。《灵枢·天年》说："四十岁……腠理始疏，发华颓落，发颇斑白。"《素问·上古天真论》也认为："五八面始焦，发始堕"，"面焦，发鬓颁白"。由于年老而皮肤失水，弹性丧失而皮纹增多增深，面容憔悴，更因皮脂腺功能减

退而皮肤干枯，出现瘙痒症状。《素问·五脏生成论》说："肾之合骨也，其荣发也。"老年人骨质疏松，皮质萎缩，脊柱受压变矮、变驼，步履日益艰难，从而出现老态龙钟之状。《素问·阴阳应象大论》说："年五十，体重，耳目不聪明矣；年六十，阴痿、气大衰，九窍不利，下虚上实，涕泣俱出矣。"老年人因眼轮肌松弛以致涕泪常流，老眼昏花。因肝肾功能衰虚而耳鸣目暗。由于肝筋失养而见双手握物不准，书写缓慢，振颤而字迹歪邪如锯齿状。这些都是衰老的外在表现。

心态失衡 老年人性情怪僻，人际关系，尤其与儿孙的家庭关系紧张者不乏其人。陈直《养老奉亲书》说："眉寿之人，形气虽衰，心亦自壮，但不能随时人事遂其所欲。虽居处温洽，亦常不足，故多咨煎背执，等闲喜怒，性气不定，止如小儿。""若愤怒一作，血气虚弱，中气不顺，因而饮食，便成疾患，深宜体悉。"孙思邈《千金翼方·养老大例》也说："人年五十以上，阳气日衰，损与日至，心力渐退，忘前失后，兴居怠惰，计授皆不称心，视听不稳，多退少进，日月不等，万事零落，心无聊赖，健忘瞋怒，性情变异，饮食无味，寝处不安。子孙不识其情，惟云大人老来恶性不可谘谏。""老人之性，必持其老，无有藉在。率多骄恣，不循轨度，忽有所好，即须称情。"这些都是心态失去平衡的表现。在老年人的精神特征中另一个不可回避的问题是对死亡的恐惧，对大千世界的留恋。如何引导老年人正确对待死亡问题是心理治疗的一个重大课题，值得深入研究。

宿疾交加 人生七十而毫无疾患者极为少见，然由于年轻时体质较为强壮，风吹雨打，烟酒无忌，或熬夜操劳，或情场作乐，百无禁忌，由此而蚁塚暗筑者，屡见不鲜。心肝脾肺肾都有可能受到损害，当步入老年时则种种弱点日渐水落而石出，造成所谓"老年病"。其实老年病并非都是到了老年时才得的病，不少是青壮年时期埋下的祸根。常见的胸痛——冠心病、心肌梗死是与遗传因素和饮食有关的慢性病，由来已久，少则10余年，多则几十年的病程。癃闭——前列腺肥大亦是一个渐进的过程，或与房室不节有关。喘嗽——肺气肿与抽烟有关，多见于有二三十年吸咽史的"老枪"。糖尿病虽老年人多见，但与年轻时隐患有关。陆渊雷认为是年轻时纵欲过度所致。如此等等都可以认为是宿疾交加，于老年体弱时暴露出来。当然，也有相当多的疾病确是增龄的结果，如颈椎病、老年性白内障、关节软组织老化症等，都是过用性慢性损伤的结果。这些变化既是老年的结果，处理不及时也能促进衰老的进程。因此，及时采取养生防老与延年益寿的有效措施以改善老年人的体质是极为重要的，且宜早不宜迟，更应持之以恒，才能日久见成效。

病因学

研究有关病理过程的发生原因和条件的学说为病因学。病因是指破坏人体相对平衡状态而导致疾病的原因。中医学对于病因的认识是在其特有的整体观指导下，用"审证求因"的方法加以分类的，有其独特的理论体系。

作为中医学理论基础的阴阳学说对疾病的原因作出了朴素的解释。如《素问·调经论》说："夫邪之生也，或生于阴，或生于阳。其生于阳者，得之风雨寒暑；其生于阴者，得之饮食居处，阴阳喜怒。"所谓"邪"，即致病因素。其次是正邪相争的概念在病因学上占有重要地位。中医学认为："正气存内，邪不可干"、"邪之所凑，其气必虚"。在病因学中又重视内因为主要因素。张仲景在《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》中对病因作了归纳，称："若五脏元真通畅，人即安和，客气邪风，中人多死，千般疢难，不越三条：一者，经络受邪入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤，以此详之，病由都尽。"他将病因分为三条，是以客气、邪风为主，不以外感、内伤分内外，而以经络脏腑分内外，认为由经络入脏腑的，为深为内；从皮毛流入血脉的，为浅为外；至于房室、虫伤等其发病既非客气邪风之类，又非脏腑经络之属，故列为不内外因。至宋代陈无择著《三因极一病证方论》，以天人表里立论，称六淫所感为外因，七情所伤为内因，饮食、房室、跌扑金刃所伤为不内外因。这是以病从外来，病发于外及病从内生，病发于内为分类标准的。这种分类法与《金匮要略》所主张略有不同。至近人陆士锷在《医学南针治病总论》中称："病名虽多，内伤外感四字可以尽之，内因外因为病之根原，兹分两种，便于认证也"。传统中医将六淫：风暑寒湿燥火，称为外因，将七情：喜怒悲忧思恐惊，称为内因。

中医在建立其特有的病因学理论时，主要是运用审证求因的方法。病因作用于人体而产生疾病，疾病必将以证候的形式表现出来。外现的证候是致病原因和内在病变的反映，两者应该是一致的。如《灵枢·本藏》说："视其外应，以知其内脏，则知所病矣。"透过证候现象可以探求病因病机之本质。这就是中医按审证求因的方法进行病因学分类的认识论基础。

现将中医病因学的主要内容分述如下：

气候异常 《素问·生气通天论》称："春伤于风，邪气留连，乃为洞泄；夏伤于暑，秋为痎疟；秋伤于湿，上逆而咳，发为痿厥；冬伤于寒，春必温病。四时之气，更伤五脏。"六淫病即属于此类。清代喻嘉言倡"秋伤于燥"一说，又丰富了这一内容。

时行疫疠之气 《诸病源候论·殃注候》称："人有染疫疠之气致死，其余殃不息，流注子孙亲族，得病证状与死者相似，故名殃注。"明代吴有性在《温疫论·原序》中提出："夫温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿乃天地间别有一种异气所感。"这种异气、戾气，实际上就是指的生物性致病因子。这在病因学上是一大发展。

创伤　金刃、禽兽,跌打损伤等机械性创伤。

地土方宜　这与气候因素有密切关系,不仅如此,它还包括地质特征及风俗习惯等因素。如《素问·异法方宜论》称:"东方之域,其病皆为痈疡;西方者,其病生于内;北方者,脏寒生满病;南方者,其病挛痹;中央者,其病多痿厥寒热。"

饮食不节　暴饮暴食,饥饱不匀,偏食酗酒等均可导致疾病。《素问·五脏生成》称:"多食咸,则脉凝泣而变色;多食苦,则皮槁而毛拔;多食辛,则筋急而爪枯;多食酸,则肉胝䐢而唇揭;多食甘,则骨痛而发落。"《素问·痹论》称:"饮食自倍,肠胃乃伤。"《素问·本病论》称:"饮食劳倦即伤脾。"金代李东垣著《脾胃论》对"饮食劳倦所伤始为热中"又作了发挥。

毒物　如水银、砒霜及各种药物中毒即属于此类化学性致病因子。

精神因素　中医古籍每将此列入内因之中。今有认为七情所伤乃由于外界刺激而引起的精神上的异常反应,故应属外因之列。其实并不尽然。还有另一种精神异常却并非由于外界刺激所致,而是由于内脏病变所引起的。对此《内经》亦有论述。《素问·宣明五气》称:"精气并于心则喜,并于肺则悲,并于肝则忧,并于脾则畏,并于肾则恐,是为五并,虚而相并者也。"又《素问·调经论》说:"血有余则怒,不足则恐。"这种精神活动的反应超越常度,又能反过来影响内脏之活动。《素问·阴阳应象大论》有:"怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾"的记载。因此,七情所伤的属内属外不能一概而论,应按具体情况作具体分析。

体质状态　这实为内因之主要含义。素体阳虚则易感寒邪,病后多从寒化;素体阴虚则易感温邪,病后多从热化。小儿之体稚阴稚阳,易虚易实,易寒易热。老年人则阴阳均有不足,抗病能力下降,病多绵延或常危急。近人曾对体质病理学作了专题研究。性别与发病亦有密切关系。经带胎产诸疾显然为女性所特有。《金匮要略·妇人产后病脉证治》称:"新产妇人有三病:一者病痉,二者病郁冒,三者大便难。"这时因为"新产血虚,多汗出,喜中风,故令病痉;亡血复汗,寒多,故令郁冒;亡津液,胃燥,故大便难。"再如妇女经期外感,易致热入血室。这些都与妇女生理状态上的特异性有关。

胎传　严格讲,这应属于内因,因为这是当母子一体时疾病由亲代传给子代的。某些病因是遗传所致,某些则是因病原通过胎盘传入的。《幼幼集成·胎病论》中有胎弱、胎毒、胎寒、胎热、胎搐等论述。《幼幼集成·杨梅疮证》一节中指出此疾"由于父母胎毒传染而致"。除疾病外,先天禀赋与胎传直接有关。禀赋强弱又与日后发育过程中形成的体质状态密切相关。因此,这也是胎传应属于内因的理由之一。

房室问题　是病因学中的特殊问题,亦应作具体分析。性生活,如同饮食一样,是生物的本能之一,是人类生命活动中无可非议的正常现象。但若纵欲不节则常导致百病丛生,甚至病入膏肓而不可救药。《素问·上古天真论》曾指出:"醉以入房,以欲竭其精,以耗散其真,不知持满,不时御神,务快其心,逆于生乐,起居无节,故半百而衰也"。朱丹溪在《格致余论》中说:"心,君火也,为物所感则易动,心动则相火亦动,动则精自走,相火翕然而起,虽不交会,亦暗流而疏泄矣。"张景岳也说:"思想无穷,所愿不得,欲火摇心,真阴日削,遂致虚损不救。"因此他告诫人们:"苟欲惜命,必须惜精;苟欲惜精,先宜静心"。这里充分说明精神活动与房劳伤精是结合在一起致病的。这些论述对病因预防与养生学也有意义。

误治　这是由于医生诊断错误,或用药不当,或语言不慎而致病。

中医对病因的认识是比较全面而细致的,上涉天文,下及地理,中关世态人事,诸如饮食起居,房室劳倦,虫兽创伤,几乎无所不包,都有论述。但对致病原理的具体环节方面还须在今后作进一步的深入研究。

三因学说

南宋陈言著《三因极一病证方论》,书中提出了发生疾病的"三因学说",并阐明了"分别三因,归于一治"的学术思想,主张辨证重脉而处方不拘。"三因论"曾为宋以后不少医家所遵循。

中医学的病因学说渊源于《内经》,如《素问·至真要大论》说:"夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火,以之化之变也,"《灵枢·顺气一日分四时》称:"夫百病之始生者,必起于燥湿、寒暑、风雨、阴阳、喜怒、饮食、起居。"后又《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》又说:"千般疢难,不越三条。一者,经络受邪,入脏腑为内所因也;二者,四肢九窍,血脉相传,壅塞不通,为外皮肤所中也;三者,房室、金刃、虫兽所伤,以此详之,病由都尽。"这一理论对陈氏颇有启发,故陈说:"金匮之言,实为要道。"

陈氏十分强调病因探究对于临床治疗的重要性,故说:"凡治病,必须识因。""不知其因,施治错谬,医之大患,不可不知","治之之法,当先审其三因,三因既明,则所施无不切中。"他总结了前代医家之病因理论,并根据自己的认识,提出:"六淫者,寒、暑、燥、湿、风、热是;七情者,喜、怒、忧、思、悲、恐、惊是。……六淫,天之常气,冒之则先自经络流入,内合于脏腑,为外所因。七情,人之常性,动之则先自脏腑郁发,外形于肢体,为内所因;其如饮食、饥饱、叫呼伤气,尽神度量,疲极筋力,阴阳违逆,乃至虎狼毒虫,金疮踒折,疰忤附着,畏压溺等,有背常理,为不内外因。""所谓中伤寒暑、风湿、瘟疫时气,皆外所因。"由此可见,陈氏将六淫之邪、瘟疫时气等归为外因,七情所伤为内因,非六淫七情之致病原因均列为不内外因。

此外,上述诸原因在致病过程中必将影响脏腑经络

之正常生理功能而造成病理变化，由此而产生病理性产物，如痰饮、瘀血等。陈氏认为这些产物也是"病之所因"。如他在论痰饮病时曾指出："人之有痰饮病者，由荣卫不清，脏气不行，郁而生涎，涎结为饮，为内所因；外有六淫侵冒，玄府不通，当汗不泄，蓄而为饮，为外所因；或饮食过伤，嗜饮无度，叫呼疲极，运动失宜，津液不行，聚为痰饮，属不内外因。三因所成证状非一，或为喘、或为咳、为呕、为泄、晕眩、嘈烦、忪悸、愪憹、寒热、疼痛、肿满、挛癖、癃闭、痞膈、如风、如癫，未有不由痰饮之所致也"。再如论及吐血证时，称："或因四气伤于外，七情动于内及饮食、房劳、坠堕伤损，致荣血留聚膈间，满则吐溢。"这是陈氏论述的第二层次的"三因论"，即由第一层次之内因、外因与不内外因引起的病理性产物的致病作用。

陈氏认为三因既可单独致病，也可杂至为病。一病可兼数种病因，例如淋闭，称："诸淋大率有五，……多因淫情交错、内外兼并，清浊相干、阴阳不顺，结在下焦，遂为淋闭。"此乃内外因相兼而为病。又如他引《内经》所云："夫风、湿、寒三气杂至，合而为痹"的论述以说中医学的多病因理论。

至于对三因致病的诊断问题，陈氏强调"从脉候三因"。他说："医事之要，无出三因，辨因之初，无逾脉息。遂举《脉经》曰：'关前一分，人命之主，左为人迎，右为气口。'盖以人迎候外因，气口候内因，其不应人迎气口，皆不内外因。倘识三因，病无余蕴。"又如《三因极一病证方论·总论脉式》说："以脉之潮会，必归于寸口，三部诊之，左关前一分为人迎，以候六淫，为外所因；右关前一分为气口，以候七情，为内所因，推其所自，用皆经常，为不内外因。"

陈氏认为识别病因的目的在于审证求因、治病求本，三因既明，便可辨因论治。如在论五疸之治时，他说："若论所因，外则风寒暑湿，内则喜怒忧惊，酒食房劳，三因悉备，世医独丽于伤寒论中，不亦滥矣。学者宜识之。"

陈氏论三因自成系统，亦能解决当时临床治疗之实际需要，故后人颇多赞词，如尤在泾《金匮要略心典》说："按陈无择《三因方》以六淫邪气所触为外因，五脏情志所感为内因，饮食、房室、跌扑，金刃所伤为不内外因。盖仲景之论以客气邪风为主，故不从内伤外感为内外，而以经络脏腑为内外"，"无择合天人表里之论，故以病从外来者为外因，从内生者为内因，其不从邪气、情志所生者为不内外因，亦最明晰，虽与仲景并传可也。"但明代陈实功《外科正宗》认为："此说从于先古，其词意尚有发挥未尽者。内因者，皆起于七情蕴结于内，又兼厚味膏粱熏蒸脏腑，房欲劳伤亏损元气，乃五脏受之，其病由此内发者，但发之多在富贵人及肥胖者，十有八九。""外因者，皆起于六淫体虚之人，夏秋露卧，当风取凉，坐眠湿地，以致风寒湿气袭于经络；又有房事后得之，有寒毒乘虚深入骨髓，与气血相凝者尤重；或外感风邪，发散未尽，遂成肿痛。此肌肉血脉筋骨受之，其病由此外来者，发之多在不善调摄、寡薄劳碌人，十有八九。""又有不内外因，内无七情干内，外无六淫伤外，其病得之于饥饱劳役，喜怒不常，饮食者冷热不调，动作者勤劳不惜，以致脏腑不和，荣卫不顺，脾胃受伤，经络凝滞，故为疾者，外无六经形症，内无便溺阻隔，其病多生于膜外肉里，肌肤之间，似瘰疬、痰注、气痞、瘿瘤之属。……此是三因之理尽矣。"

其实，陈言所倡之三因论，将不属六淫七情之因素统归之不内外因似亦不尽合理，如虎狼毒虫、金疮踒折等显然来自外，应属外因。将体内之病理性产物如瘀血、痰饮等也按外因、内因、不内外因分类更属牵强。但陈言之三因论在中医病理学史上仍有其贡献。

由此可见，历代医学对三因论有多种理解，今后应作进一步研究。

六淫

人生活在自然界中，与天时气候变化息息相关。《素问·宝命全形论》说："天复地载，万物悉备，莫贵于人。人以天地之气生，四时之法成。"《素问·至真要大论》又说："夫百病之生也，皆生于风寒暑湿燥火，以之化之变也。"这是中医历来强调的"人与天地相应"的学术思想，它在整个中医理论中占有重要地位。一年四季，春夏秋冬，循着一定的规律循环往复，周而复始，这种由温而热、而凉、而寒的消长递变过程时刻影响着自然界一切生物的生长发育，人类亦不例外，而且气候变化已成为一切生命活动必不可少的自然条件。《素问·四气调神大论》说："故阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也。"又说："春三月，此为发陈，天地俱生，万物以荣。……此春气之应，养生之道也"，"夏三月，此为蕃秀，天地气交，万物华实。……此夏气之应，养长之道也"；"秋三月，此谓容平，天气以急，地气以明。……此秋气之应，养收之道也"；"冬三月，此为闭藏，水冰地坼，勿扰乎阳。……此冬气之应，养藏之道也。"这种春生夏长秋收冬藏是生物界的一种普遍规律。历代医家不仅观察到四季气候更迭的一般现象，而且归纳出六种更为具体的气象因素，把流动的空气称为"风"，气温降低称为"寒"，气温增高称为"热"或"暑"，湿度增加称为"湿"，湿度降低称为"燥"，暑与热的进一步发展称为"火"。古人将"风寒暑湿燥火"总称为"六气"。六气是气候变化的正常现象，如果气候正常，人又顺之，则两相得宜而健康成长；如果人不能顺应四时六气而逆之，就会出现贼害现象而罹致疾病。另一方面，如果四时气候不按一定的顺序和程度发展，则可发生太过或不及，正如《素问·六微旨大论》所说："至而不至，来气不及也；未至而至，来气有余也。"这些反常现象对一切生物都是不利的。古人称这种太过与不及的风寒暑湿燥火为"六淫"。《素问·六节藏象论》说："苍天之气，不得无常也，气之不袭，是为非常，非常则变矣，变至则病。"《素问·四气调神大论》说得更明确："交通不表，万物命故不施，不施

则名木多死。恶气不发,风雨不节,白露不下,则菀槀不荣。贼风数至,暴雨数起,天地四时不相保,与道相失,则未央绝灭。"总之,人与天地四时之气不相应,则将发生疾病,甚至可能引起疫疠的流行。

古人对六淫的致病比较重视。归纳起来,六淫为病往往具有以下几个特点:①六淫多从皮毛或口鼻侵入人体,都从外部感受而发病,故把六淫列入外因中,并将六淫引起的疾病统称外感病。②外感病的发生往往呈季节性,如春多风病,夏多暑病,长夏多湿病,秋多燥病,冬多寒病,可见它与时令关系比较密切,故又称"时病"。③六淫致病,病初常有发热,故又有"外感热病"之称。④由于时令不同,不同的气候变化将影响不同的脏腑。《素问·咳论》说:"五脏各以其时受病,非其时各传以与之。人与天地相参,故五脏各以治时,感于寒则受病,微则为咳,甚者为泄、为痛。乘秋则肺先受邪,乘春则肝先受之,乘夏则心先受之,乘至阴则脾先受之,乘冬则肾先受之。"⑤风寒暑湿燥火在致病过程中,在一定条件下可以互相影响,互相转化。刘河间曾倡:"六气皆能化火"之说。石寿棠又提出"寒热化燥湿"和"燥湿赅六气"之论。他在《医原·百病提纲论》中说:"水火即燥湿所变,而燥湿又因寒热而化也。水气寒,火气热,寒搏则燥生,热烁则燥成;热蒸则湿动,寒郁则湿凝。是寒热皆能化为燥湿也。"又说:"六气风居乎始,寒暑湿燥居乎中,火居乎终。风居乎始者,风固燥湿二气所由动也;寒暑居乎中者,寒暑固燥湿二气所由变也;火居乎终者,火又燥湿二气所由化也。"这是对风寒暑湿燥火之间的相互关系的独特理解。当然,上述特点仅仅是与内伤杂病相比较而言的,是相对的,发病情况将随个体体质特征及地理环境之不同而有所差异,不能一概而论。

关于六淫为病的概念,还需提出古人所称六淫致病,实质上除气象因素外,还包括着生物性致病因子如病毒、细菌、寄生虫等在内。由于历史条件的限制,当时不可能认识这类生物性致病因子,但这时已能将这类疾病归之于外邪的范围中。并且在疾病过程中由于机体本身脏腑功能异常而造成一些病理现象,有时其临床表现与外感六淫之风寒湿燥火所致颇有些相似之处,中医常称之为"内风"、"内寒"、"内湿"、"内燥"、"内热"或"内火"。但就其病机本质而言,两者是不同的(见"六气病机"条)。

现将六淫的特性及其致病特征分述如下:

风 风为春季之主气,然风四季都有,无处不在。风为阳邪,性开泄,善变易动。风既可单独作为致病因子,也常与其他淫气兼夹为病。因此,风病之病种较多且病变复杂,故《素问·风论》称:"风者,百病之长也。"风气又常为外感病之先导,故《素问·骨空论》又说:"风者,百病之始也。"风气致病常喜袭人体之阳经及上部,如伤风感冒常见头痛、鼻塞、多涕、咽喉痒痛等症状。风水一证,初起也多以眼睑水肿为多见,这是风邪与水液相搏,而风性向上所致。伤风感冒多见头项疼痛、恶风、畏寒等症,此为风邪在表的见证。因风邪常从外表侵犯人体,故肺与皮毛首当其冲而最先罹患,尤其当贼风避之无时,或汗出当风时,腠理开,风邪乘虚而入,常可导致肺气不宣,卫气不固,营卫不和,而见发热、恶风、咳嗽、汗出等症状。由于风邪善行数变,变化无定,病变范围较广,在表可稽留于皮毛或肌肉腠理之间,或游走于经脉之中;逆于上,可直达巅顶;犯于下,可侵及腰膝胫腓等处。这种来去迅速、变化多端的特点,在临床上也有所体现。例如皮肤风疹,其来势急剧,甚至数分钟内即可遍及全身,其痒难忍。但有时去也迅速,而退后常不留任何痕迹。至于"风痹"等证,常见游走性的大关节红肿热痛,有些典型病例可见病损由肩至肘,肩肘渐退而膝踝又起,因此,《素问·风论》称:"风者,善行而数变。"古人见空气流动而成风,因此推断风邪致病,其证亦以动为特征,即所谓"风胜则动"。故凡见肢体运动异常,如抽搐、痉挛、颤抖、蠕动,甚至角弓反张,颈项强直等症往往责之于风而列为风病。《素问·至真要大论》称:"诸暴强直,皆属于风。"破伤风之抽搐及面神经瘫痪所致的口眼歪斜等可为代表。春夏之季,风邪常与湿邪侵袭脾土,往往可见消化不良,腹胀,腹泻等脾受累的症状。故又说:"风气大来,木之胜也,土湿受邪,脾病生焉。"风邪常与其他淫气夹杂而致病,如与湿合而为风湿;与热合为风热;与寒合为风寒,或风寒湿三气杂至。如常称的风热外感,风寒外感,风湿痹痛等即为例证。且风又可与体内之病理产物如痰相结合而成风痰。风痰上犯又可引起种种病证。

寒 寒是以气温较低或气温骤降为特点的。寒为冬季之主气。在平时,如汗出当风,淋雨涉水,喜进生冷及某些特殊工种(如冷藏库工人等)亦常能感受寒邪而罹患寒病。寒为阴邪,常伤人阳气。寒性具有收引凝滞的特性。由于感受寒邪之途径不同,又常分成寒邪伤于肌表之伤寒及直中脏腑之中寒。人身之阳气盛衰往往标志着人体生理功能活跃的程度。寒邪伤阳,阳气受损,人体生理功能受到抑制,因而产生寒象。如寒邪外束肌表,则与卫气相搏而见腠理闭塞,卫阳受遏而不得宣泄,则见啬啬恶寒,翕翕发热之象。故《素问·热论》说:"今夫热病者,皆伤寒之类也。人之伤于寒也,则为病热。"如寒邪直中脾胃,则可伤脾胃之阳气,而出现脘腹冷痛,呕吐清水,下利清谷,甚至四肢厥冷等症状。寒邪着于人体,可以引起肌肉、皮筋拘挛,血脉收缩,可见脉紧,或迟或沉。《素问·八正神明论》说:"天寒日阴,则人血凝泣而卫气沉。"因此而致气血不畅,脏腑失荣,出现肌肉骨节疼痛。《素问·举痛论》说:"寒气人经而稽迟,泣而不行。客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。"故寒邪中人常常引起痛证,如寒袭肝经,肝脉气血凝滞,则见睾丸肿胀冷痛,即所谓"寒疝病";寒邪客于四肢,则可以引起严重疼痛之痛痹。其病机都与寒性收引凝滞,气血运行不畅有关。寒邪伤人在临床症状上还有一个特点即排出物、分泌物往往澄澈清冷,如鼻流清涕,咳吐清痰,呕吐清水,小便清

长，下利清谷等。故《素问·至真要大论》说："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。"如果外感寒邪，郁久不解，则这些排出物、分泌物将转清为黄为赤，此即是已属由寒化热的象征。

暑 暑为夏季的主气，为火热之气所化，独发于夏季。夏季气温过高，如长期暴露于炎炎烈日之下，每易感暑而病。轻者称为："伤暑"，重者称为"中暑"。《素问·五运行大论》说："其在天为热，在地为火，其性为暑。"暑是强调其季节性而言的，火热则往往指致病因子的属性而言的。暑为阳邪，其性升散，容易耗气伤津，这是它的病理特点。暑邪侵人人体，常见腠理开而多汗，汗出过多而体液减，此为导致伤津的关键，常见口渴引饮、唇干口燥、大便干结、尿黄、心烦等症。如开泄太过，则伤津可以进一步发展，超过生理代偿的限度必然将耗伤原气。故《素问·举痛论》说："炅则腠理开，营卫通，汗大泄，故气泄矣。"此时可出现身倦乏力，气短懒言等一系列阳气外越的症状，甚至卒然昏倒，不省人事而导致死亡。即如《素问·六元正纪大论》所说："炎火行，大暑至，故民病少气，甚则瞀闷懊侬，善暴死。"此外，暑热之邪可内传心包，扰乱心神而致神昏谵语，这在"中暑"之重症病例中也是极为严重的现象。

张景岳认为暑本是夏月之热病，但其中还有中暑而病和因暑而病的区分。既病之后，又有阴暑和阳暑的不同。他在《景岳全书·杂证谟》中提出："阴暑阳暑，治犹冰炭，不可不辨也。阴暑者，因暑而受寒者也。凡人之畏暑贪凉不避寒气，以致寒邪袭于肌表，而病为发热头痛，无汗恶寒，身形拘急，肢体酸痛等症。此以暑月受寒，故名阴暑，即伤寒也。阳暑者，乃因暑而受热者也。凡以盛暑烈日之时，不辞劳苦，以致热毒伤阴，而病头痛烦躁，肌体大热，大渴大汗，脉浮气喘，或无气以动等症。此以暑月受热，故名阳暑。若或因暑之名，而不分表里，不察阴阳，则误人不浅矣。"张氏提出阴暑和阳暑应分治的观点是值得重视的。虽然季节相同，但受病之具体条件不同，其病机原理应当有所不同。

由于夏令季节除气温较高外，常多雨潮湿，因此有"暑多挟湿"之说。其临床特征为身热不扬，四肢困倦，头重如裹，食欲不振，胸闷泛恶，大便溏薄，苔腻脉濡等症。

湿 湿为长夏之主气，故湿病多见于长夏季节。因外伤雾露，或因汗出沾衣，或因涉水淋雨，或因居处潮湿，以至感受湿邪而发病者最多。湿为阴邪，亦好伤人阳气，因其性重浊粘滞，故易阻遏气机，病多绵缠难愈，这是湿病的病理特征。湿邪又好伤脾阳，因脾性喜燥而恶湿，一旦脾阳为湿邪所遏，则可能导致脾气不能正常运化而气机不畅，可见脘胀腹满，食欲不振，大便稀溏，四肢不温，口甜苔腻等症。脾气升降失司，水液随之滞留，常见水肿形成，目下呈卧蚕状。湿性重浊，故外感湿邪多有身重困倦，头重如裹等症状。又因湿性粘滞，病损往往着而难移，如其侵犯肌肤筋骨，则既重且酸，固定一处，故有"着痹"之称。湿邪为病，往往病程较长，如湿温病。风湿夹杂，侵犯肌肤关节所形成的风湿痹证，则往往反复发作。内湿病，常见其病理性产物多呈秽浊不洁之状，如皮肤病变之渗出物，湿热带下之分泌物，质粘而腥臭。因此，常称湿为"有形之邪、其性秽浊。"湿之形成往往与地之湿气上蒸有关，故其伤人也多从下部开始。临床所见之下肢溃疡，湿性脚气，带下等症往往都与湿邪有关。故《素问·太阴阳明论》有："伤于湿者，下先受之"的论述。

燥 燥为秋季的主气，故常称之为"秋燥"。其气清肃，其性干燥。每值久晴未雨，气候干燥之际，常易发生燥邪为患。由于肺司呼吸，肺合皮毛，肺与大肠相表里，故当空气中湿度下降时，肺、大肠与皮毛首当其冲，这是燥邪致病的病理特征。故燥邪伤人，容易耗人津液，即所谓"燥胜则干"。津液既耗，必现一派"燥象"，常见口干、唇干、鼻干、咽干、舌干少津、大便干结、皮肤干，甚或皲裂等症。肺为娇脏，性喜润而恶燥。燥邪犯肺，最易伤其阴液，肺失津润，功能必然受到影响，因而宣降失司，轻则干咳少痰，痰粘难咯，重则肺络受伤而出血，见痰中带血。肺中津液亏少，无液以下济于大肠，因而使大便干结难解。又因燥在五行属金，金克木，故燥淫为病常及于肝，症见两胁作痛，少腹痛，目眦赤痛等。故《素问·至真要大论》说："清气大来，燥之胜也，风木受邪，肝病生焉。"秋令燥气又有温、凉之分。一般认为早秋气温尚高，故为温燥。晚秋气温下降，故为凉燥。两者之临床表现有所不同，温燥伤人，常表现为不恶寒或微恶寒，发热较明显，脉呈细微；凉燥伤人，则常不发热或微发热，反之，恶寒较为明显，脉多不数。

火 火为阳盛之气，故在炎热之夏季比较多见，但因风寒湿燥都能化火，故火邪所致的疾病在其他季节也不少见。常称温为热之渐，火为热之极。温、热、火三者仅有程度上的差别，并无本质上的不同。火为阳邪，其性炎上，耗伤津液则更甚，且常扰动血分。火邪来势迅猛急剧，致病后常见口渴引饮，咽干口燥，便结尿赤，舌绛有芒刺，脉呈疾速等症。火邪之甚者，确有燎原之势。若伤及脉络，则营血被迫妄行，不循常道而溢于脉外，临床可见衄血、吐血、便血、尿血、瘀斑等。如火毒之邪客于血肉，与卫气相搏，聚而不散，久则化为腐肉，溃则为脓。若火毒内陷心包，轻则烦躁不安；重则狂躁妄动，登高而歌，弃衣而走，不避亲疏，甚则神昏谵语和抽搐等。这些都是火证之危候。

上述风寒暑湿燥火六种气象因素，作用于人体，将引起一系列生理性的适应性反应，如果适应不良，代偿不全，则可以导致病理状态。古人经过长期观察，通过审证求因过程，真实地反映了客观实践。对照现代科学研究结果，可以充分地证明六淫为病是有科学根据的。六淫作为病因刺激作用于人体的方式不外乎两种，一是上述气象因素先通过某些中间环节，然后再作用于人体而表现出季节性来。以昆虫为媒介的急性传染病是最好的例

证。疟疾多见于夏秋两季，这与自然界蚊虫孳生的条件有关。恙虫病的流行与恙螨的生长季节有关，故多见于6月至9月之间。其他如流行性脑膜炎多见于春季而属春温，流行性乙型脑炎多见于长夏季节而称为暑温。另一种是气象因素直接作用于人体感受器而产生生理的或病理的效应。其中机理当然比较复杂，但现代科学也有不少研究资料可供佐证。大致有以下几个作用环节：

(1) 通过皮肤感受器接受气象因素的刺激：皮肤内密布多种感受器，它们能将作用于它的各种物理刺激转变成神经冲动，通过中枢神经与全身发生联系，借以调节机体内外环境之间的平衡。当夏季炎热天气，如气温高于30℃时，则人体就会产生一系列的适应性反应，当适应不良时，能导致疾病。如在高温环境中，中枢神经系统往往可以出现注意力不集中，共济失调，反应迟钝，动作的准确性降低，嗜睡，致使工作能力降低，此时机体免疫力降低，血中球蛋白减少。心血管系统可见体温增高，血浓缩，粘度增大，心率增加，血压波动，心电图往往有所改变。由于大量出汗和氯化钠丧失的缘故，可见胃液pH值降低。这类变化如果持续较久而没有得到良好的代偿，则可导致多种病理性反应。在美国有些州郡，在夏天遇上"热波"过境，心血管病发作和猝死激增。中医以"暑"为夏季之主气，夏天易患暑热，暑月中寒及中暑之类的疾病是有其生理与病理学基础的。反之，如在冬季严寒环境中，如气温低于7℃时，人体同样会产生一系列适应性反应。由于寒冷作用于皮肤温热感受器引起皮肤血管收缩，血液经皮肤的速度减慢，肢体亦相应蜷缩，因而机体散热减少。因皮肤遇冷就收缩致密，致密则无汗，正如《素问·八正神明论》所说："天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉。"与此同时，肝脏动员糖原的分解和甲状腺分泌功能增强，总代谢增强，使人体产热量增加。如果这种适应反应发生障碍，或虽经代偿仍不足以抗拒寒邪时，则可产生寒病。

(2) 通过视觉接受光线刺激：现代动物学比较详细地研究了受光周期控制的多种现象，如观察到在自然及实验条件下，光照的变化对有些脊椎动物的繁殖现象是一个有力的刺激。季节可以造成生长激素和生殖腺激素的波动，它们在春天迅速增加，这主要是由于日照长度增加引起的。因此认为光线对生殖器官的影响是通过眼睛及前部垂体腺的"中间作用"的，光线还可能有直接作用，甚至胎儿发育也受紫外线照射的季节性差异的影响。据统计，5岁以内的孩童，在冬季出生的龋齿和佝偻病发病率比夏季出生的高一倍多。植物、动物，甚至人类的昼夜生理变化，也认为是与光线有关的。

(3) 通过耳内的压力感受器接受气象因素的刺激：观察到家兔的血压在气压降低时降落。气压变化对母牛的产奶有影响。这些事实表明，气压可以引起体内复杂的生理反应。

(4) 通过鼻腔及其粘膜接受气象因素的刺激：长期的冷刺激可使鼻粘膜的毛细血管收缩，血流减少，形成干裂。因此认为鼻粘膜分泌较多时与其中抗体浓度的增加是平行的。也有认为鼻粘膜分泌之抗体与血清中的是平行的。因此，当相对湿度降至30%以下时，能使上呼吸道粘膜出现干燥不适感，并可产生粘膜的破裂和感染。中医称秋为燥金之令，常易罹患上呼吸道感染是有科学根据的。

(5) 内分泌系统参与了反应：当寒流来到时，可见利尿现象。这部分是由于垂体后叶抗利尿素发生波动的缘故。此时还可以看到甲状腺滤泡内毛细血管高度充血，滤泡中胶质消失。寒冷刺激时还可见到尿中17－酮类固醇波动，这是由于气象因素引起了ACTH的波动而作用于肾上腺皮质的结果。湿温气流可使饥饿动物的血糖降低，其波动范围比冷湿或冷干的影响为大，这是胰岛素分泌发生变化的关系。

(6) 生物性致病因子：中医病因学中所指的风寒暑湿燥火，实质上，有一部分是指的生物性致病因子。如破伤风的"风"作为病因概念时即指破伤风杆菌所致。某些湿温证的湿邪与温邪就包括了现代微生物学中的伤寒杆菌。

气象因素作用于人体的机制是非常复杂的，上述引证仅仅借以证明六淫为病是有科学根据的。而且其中还有部分领域在机制上还未被完全阐明，例如季节与脉象，与气色，与经气起伏等方面，有待今后进一步加以发掘与研究。

染易与疠气

凡外邪引致之疾病，大多可传染他人，谓之染易。疠气乃是引起染易疾病之主要外邪。其传染性甚为强烈，亦称疫病、瘟疫、疫疠。《素问·刺法论》说："五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似……。"隋代巢元方《诸病源候论·时气病后阴阳易候》说："其毒度著于人如换易也。"至明代吴又可在《温疫论》中，开始应用"传染"一词，沿用至今，仍称这类病证为传染病。

染易的途径，可归纳为以下几方面：

空气相染　古代医家很早就认识到："一人病气，足充一室"，被病邪污染的空气，常经呼吸道而感受于人。正如张介宾《景岳全书·杂证谟》所说："正以气通于鼻，鼻通于脑，毒入脑中，则流布诸经，令人相染矣。"吴又可说："凡人口鼻之气，通乎天气"，"邪从口鼻而入。"说明空气传染是重要的传染途径。通过此途径传染的疾病甚多，如风温、麻疹、烂喉痧等。《疫痧草·辩论疫气感染》云："家有疫痧人，吸受病人之毒而发者，为传染。"

饮食相染　陈腐不洁饮食，常系湿热疫毒污染，若饮食不节，病邪可从口而入，直犯脾、胃、肠道，导致诸如霍乱、痢疾等胃肠系统疫疠流行。如《诸病源候论·食注候》云："人有因吉凶坐席饮啖，而有外邪恶毒之气，随食饮入

五脏，沉滞在内，流注于外，使人支体沉重，心腹绞痛，乍瘥乍发，以其因食得之，故谓之食注。”

直接接触相染 与某些具有传染性的疾病的病人长期直接接触，可受其传染。如张仲景早就指出，与初愈病人交媾而病者为“阴阳易”。吴又可在《温疫论》中更明确指出，疠气，众人触之者即病。

影响染易的因素有以下几方面：

（1）病邪致病力的强弱：致病力强的，易于染易，严重者可造成流行。关于温疫病的致病因素或病邪，古代有多种认识，大多认为是六淫外邪等气候因素所致。王叔和称它为“非时之气”，他在《伤寒例》中说：“凡时行者，春时应暖而反大寒，夏时应热而反大凉，秋时应凉而反大热，冬时应寒而反大温，此非其时而有其气，是以一岁之中，长幼之病多相似者，此则时行之气也。”历代基本均持此说。但也有不同的意见，如晋代葛洪《肘后备急方》就提到疠气的病邪，但未加论述。明代吴又可明确提出不同意见，认为“温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感”。而且对疫病之流行认为：“不可以年岁四时为拘，盖非五运六气所能定”，即是说并非“四时不正之气”引起，而是由于感受了“戾气”、“疠气”、“杂气”、“异气”而致。他说：“疫者，感天地之疠气，在岁运有多寡，在方隅有厚薄，在四时有盛衰。此气之来，年老少强弱，触之者即病，邪从口鼻而入，则其所客，内不在脏腑，外不在经络，舍于夹脊之内，去表不远，附近于胃，乃表里之分界，是为半表半里，即《针经》所谓‘横连募原’是也。”由此可见，温疫与一般外感不同，温疫因感受疠气所致，由口鼻侵入，常分传表里，一般外感则感受六淫之气，由皮毛而入，其传变常由表及里。温疫与伤寒之病因也有不同，他说：“夫伤寒必有感冒之因，或单衣风露，或强力入水，或临风脱衣，或当檐出浴，当觉肌肉粟起，既而四肢拘急，恶风恶寒，然后头痛、身痛、发热、恶寒、脉浮而数、脉紧无汗为伤寒，脉缓有汗为伤风。时疫初起，原无感冒之因，忽觉凛凛，以后但热而不恶寒。然亦有因所触而发者，或饥饱劳碌，或焦思气郁，皆能触动其邪，是促其发也，不因所触无故自发者居多，促而发者，十中之一二耳。”而且疫疠之为病，常可因疠气不同而产生不同的病证，所谓“众人触之者，各随其气而为诸病”。此外，某种戾气对某些脏腑有特异的感染性。《温疫论》更指出：“盖与其时，适有某气专入某脏腑经络，专发为某病”。吴氏更观察到戾气具有种族感受的特异性，他指出：“然牛病而羊不病，鸡病而鸭不病，人病而禽兽不病，究其所伤不同，因其气各异也”。疠气学说是传染病病因学说中的一大发明，是难能可贵的。

（2）正气的盛衰及机体的机能状态：一般而言，正气旺盛，邪气不易相染，故《景岳全书·杂证谟》说：“瘟疫乃天地之邪气，若人身正气内固，则邪不可干，自不相染。”相反，正气虚衰，则外邪容易入侵。如辛苦劳役，或营养不良，或于房室劳倦之后，正气不固，若接触外邪，特别是触及疫疠之气，则易于相染。张景岳在论述预防温疫的措施时，特别强调增强人体的正气，以抗御外邪的入侵。他说：“故避之之法，惟在节欲节劳，或于房室劳倦之后，尤不可近，仍勿忍饥以受其气，皆要法也。”吴又可也明确提出正气之盛衰与发病与否、发病早晚的关系，指出“感之深者，中而即发，感之浅者，邪不胜正，未能顿发。或遇饥饱劳碌，忧思气怒，正气被伤，邪气始得张溢。”

（3）气候因素：气候反常亦是诱发疫邪染易、流行的因素，如春时应暖而反寒，夏时应热而反凉，秋时应凉而反热，冬时应寒而反温，非其时而有其气，正如巢元方《诸病源候论·疫疠病候》所说：“皆由一岁之内，节气不和，寒暑乖候，或有暴风疾雨，雾露不散，则民多疾疫，病无长少，率皆相似”，又说：“皆因岁时不和，温凉失节，人感乖戾之气而生病，则病气转相染易，乃至灭门，延及外人。”（《诸病源候论·温病令人不相染易候》）

外伤

一般指机械暴力等外因所致的创伤为外伤。包括的范围较广，如一般外伤、扑击、跌仆等，所致皮肤、肌肉、筋骨受伤等。所谓“金创”是指金属利器如古代武器造成的创伤，如刀、枪、剑、戟、箭、斧等所致者，都包括在内。此外，还包括因创伤而化脓溃烂的疮疡。烫火伤主要指高温引起的灼伤，其中高温液体如油、水，或蒸气所致者称为烫伤；火焰或火器所致者，称为火伤。相反，低温引起的伤称冻伤。虫兽伤为各类动物袭人所致的损伤，如蛇咬伤、犬咬伤、昆虫叮刺伤等（见“虫兽伤”条）。对于各种损伤所引起的病变特征、病机及其治疗方法在中医外科学中曾有不少论述。

蔡邕曾根据机体暴力伤所及组织深度分为四种：“皮曰伤，肉曰创，骨曰折，骨肉皆折谓之断”。轻者，顿挫气血，凝滞作痛，此当导气行血；重者，伤筋折骨，必须接续。中医学认为打扑金刃损伤，是不因气动而病生于外，外受有形之物所伤，乃血肉筋骨受病，非如六淫七情为病，有在气在血之分。故损伤一证，专从血论，但须分其有无瘀血停积及亡血过多之证。受刑、杖伤、打扑、坠堕，皮不破而肉损者，必有瘀血、恶血留于内，不问经何所伤，血凝胁下，必归于肝。因血者，皆肝之所主。严重者，血闷抢心，可见气绝不能言，或心腹肠中停积郁血不散，而造成后患。若金疮之伤，或有磁锋割损，浅者皮破血流而已，深者筋断血飞不住，以致亡血过多。两者病机不同，不可同法而治。有瘀血者，宜攻利之，若亡血者，兼补而行之。又当察其所伤，辨其轻重深浅之异，经络气血多少之殊，总宜先逐瘀血、通经络、和血止痛，然后调养气血，补益胃气以治之。

跌扑闪挫是指由于意外事故突然受伤挫筋折骨，或与人斗殴，皮肉受损。在现代社会中，工伤事故与交通事故是常见的，其病变往往可以由外及内，气血俱伤。《杂

病源流犀烛·跌扑闪挫源流》认为："虽受跌闪挫者为一身之皮肉筋骨，而气既滞，血既瘀，其损伤之患必由外侵内，而经络脏腑等并与俱伤，其为病，有不可胜言，无从逆料者矣"。近人从临床实验研究中见到严重外伤者，其睾丸生精上皮有退行性变。

汤泼火伤，轻者不日可愈，重者则可致逼毒内攻，多见全身中毒症状，体表温度降低，类似热病为患。冻伤则多见于局部温度下降，以致血脉瘀阻，甚至日久溃破，但随天气的转暖可渐渐愈合。

如果损伤较深，且创口受到污染，则可能发生破伤风。中医对此证早有认识，如《河间六书》中即有《破伤风论》，认为："诸疮不差，荣卫虚，肌肉不生，疮眼不合者，风邪亦能外入于疮，为破伤风之候"。《医学正传》论述更为明确，曰："若夫破伤风证，因事击破皮肉，往往视为寻常，殊不知风邪乘虚而客袭之，渐而变为恶候。又诸疮久不合口，风邪亦能内袭。其为证也，皆能传播经络，烧烁真气，是以寒热间作，甚则口噤，目斜，身体强直，如角弓反张之状，死在旦夕。"前人虽列有治之之法，但亦多云难治，如称："汗后前证不退，伤处不高，或醒或昏，时发时止，口噤不开，语声不出者，终为死候"。

七情所伤

七情指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情感。喜是心情愉快的表现，喜则意气和畅，营卫舒调。怒是遇事气愤不平，勃然情绪激动的表现。忧是思想上的焦虑和情志沉郁的状态，常见闷闷不乐。思是指在集中精神，运用智慧，考虑问题时的精神状态。悲是由于精神拂逆烦恼而产生的痛苦情绪。恐是一种精神极度紧张所引起的胆怯表现。惊是猝然遇到非常事变而精神上突然紧张的表现，如突然遇到危急而产生的骇惧状态。人的情志是在接受外界环境各种刺激后，或在内脏病变的基础上产生的反应。七情在一般情况下属于正常生理现象，故常言道："喜怒哀乐，乃人之常情。"但是，如果情志波动过于剧烈，或过于持久，超越了常度，则将引起机体多种功能紊乱而导致疾病。此时，七情便成为致病因子，例如过于喜会使神气耗散，故《灵枢·本神》说："喜乐者，神惮散而不藏。"过于怒，则往往耗伤阴血，故《素问·阴阳应象大论》有"暴怒伤阴"之说。忧愁太过，则伤肺脾而使气机不利，故《灵枢·本神》说："忧愁者，气闭塞而不行"，"忧愁不解则伤意。"过于悲，则伤及内脏，如《素问·痿论》说："悲哀太甚，则胞络绝，胞络绝，则阳气内动，发则心下崩，数溲血也"，《素问·举痛论》又说："悲则心系急，肺布叶举，而上焦不通，营卫不散，热气在中，故气消矣。"过于恐惧则伤脾肾，故有"恐伤肾"、"恐则脾气乘矣"等论述。大惊致病多表现为内动心神而气乱不定，如《素问·举痛论》说："惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。"凡此七情内伤，均受到历代医家的重视。

内伤七情可导致机体的阴阳失调，气血不和，经络阻塞，脏腑功能紊乱而发生种种病理状态，或即时发病表现为精神失常，或使脏腑受损，削弱正气，给外邪入侵以可乘之隙。后者往往更为重要而易被医家所忽视。精神因素在疾病发生发展过程中的作用机理是非常复杂的，兹分三个方面分述。

精神、情绪与意志对内脏活动的影响　在生理情况下，神是维持人体健康所必需的，如《灵枢·天年》说："何者为神？岐伯曰：血气已和，营卫已通，五脏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人"，显然，只有当形与神都具备了才能成为人。又说："人百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。""何失而死，何得而生？岐伯曰：失神者死，得神者生也。"可见只有形没有神则死。又说："和喜怒而安居处，如是僻邪不至，长生久视。"《素问·上古天真论》亦说："精神内守，病安从来。"这说明神在正常生命活动中的重要性，有神则生，无神则死，守神则不病，这个基本观点是贯穿在整个中医学基础理论始终的。

精神活动超出了常度，情绪过于激动，则可以影响内脏的功能而导致病理变化。如《灵枢·百病始生》称："喜怒不节则伤脏，脏伤则病起于阴也。"《素问·举痛论》说："余知百病生于气也。怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱，思则气结。"之所以会引起这些病理反应，是因为："怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。喜则气和志达，营卫通利，故气缓矣。悲则心系急，肺布叶举，而上焦不通，营卫不散，热气在中，故气消矣。恐则精却，却则上焦闭，闭则气还，还则下焦胀，故气不行矣。惊则心无所依，神无所归，虑无所定，故气乱矣。思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。"这是由于七情所伤而导致气的功能紊乱后产生的一系列病变。《灵枢·本神》说："是故怵惕思虑者则伤神，神伤则恐惧流淫而不止。因悲哀动中者，竭绝而失生。喜乐者，神惮散而不藏。愁忧者，气闭塞而不行。盛怒者，迷惑而不治。恐惧者，神荡惮而不收。"不同的情绪刺激，将伤及不同的脏腑，产生不同的病理变化。故《素问·阴阳应象大论》说：喜伤心，悲伤肺，恐伤肾，怒伤肝，思伤脾。《灵枢·本神》又说："心，怵惕思虑则伤神，神伤则恐惧自失。破䐃脱肉。毛悴色夭，死于冬。脾，愁忧而不解则伤意，意伤则悗乱，四肢不举，毛悴色夭，死于春。肝，悲哀动中则伤魂，魂伤则狂妄不精，不精则不正，当人阴缩而挛筋，两胁骨不举，毛悴色夭，死于秋。肺，喜乐无极则伤魄，魄伤则狂，狂者意不存人，皮革焦，毛悴色夭，死于夏。肾，盛怒而不止则伤志，志伤则喜忘其前言，腰脊不可以俯仰屈伸，毛悴色夭，死于季夏。恐惧而不解则伤精，精伤则骨酸痿厥，精时自下。是故五脏主藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚，阴虚则无气，无气则死矣。"虽然五脏各有所伤，但当以心为主宰，《灵枢·口问》曾明确指出："心者，五脏六腑之主也。故悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。"这种以"心为十二官之主"的论点是正确的，因为它

确切地反映了神明，即精神活动，对人体生理和病理过程的深刻影响。至于不同情志影响不同脏腑的具体内容与过程，还有待于进一步验证与发展，而在中医理论中很早就指出这些联系是难能可贵的。

脏腑活动异常可以引起精神、情志与意志的改变 情志活动是以五脏精气作为物质基础的。《素问·阴阳应象大论》说："人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐。"因此，情志致病与脏腑功能有不可分割的关系，生理状态及病理状态都是如此。如《素问·宣明五气》说："精气并于心则喜，并于肺则悲，并于肝则忧，并于脾则畏，并于肾则恐，是谓五并。虚而相并者也。"这是五脏精气乘一脏之虚而相并后引起的情志变化。《灵枢·本神》称："肝藏血，血舍魂，肝气虚则恐，实则怒。"这是说由于肝气虚怯，肝血不足，就会产生恐惧情绪，肝气实则容易发怒，俗称："肝经火旺"。又称："心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休。"《素问·调经论》说："血有余则怒，不足则恐"，"血并于上，气并于下，心烦惋善怒。血并于下，气并于上，乱而喜忘。"这是气血异常可以影响情志活动。张仲景《伤寒论》中亦有"其人善忘者，必有蓄血，宜抵当汤下之"的条文。邪客于经络也可以产生情志的变化，如《素问·缪刺论》称邪客于足少阴之络，则可见"无故善怒"。若"人有所堕坠，恶血留内，腹中满胀，不得前后"，则为"上伤厥阴之脉，下伤少阴之络"，有时可见"善悲惊不乐"。如邪客于手少阳之络，则可见心烦等表现。《灵枢·淫邪发梦》还讨论了脏腑活动与梦境的关系。这些内容充分反映了中医理论的丰富多采。篇中说："阴气盛，则梦涉大水而恐惧；阳气盛，则梦大火而燔焫；阴阳俱盛，则梦相杀。甚饥则梦取；甚饱则梦予。厥气客于心，则梦见丘山烟火；客于肺，则梦飞扬，见金铁之奇物。客于胃，则梦饮食；客于阴器，则梦接内；客于胫，则梦行走而不能前；客于胞脯，则梦溲便。"以上所述具体梦境，有些则与事实不一定完全一致，这是因为梦的形成因素比较复杂，并不完全决定于内脏当时之活动，但《内经》明确指出了梦境形成与脏腑之功能、属性，与气血之盛衰等情况有关。这个论断是正确的，可取的。

精神、情绪、意志与临床诊疗之关系 中医四诊，以望诊为先，首先应望病人之精神状态。《素问·移精变气论》说："得神者昌，失神者亡。"《素问·脉要精微论》说："头者，精明之腑，头倾视深，精神将夺矣。"一般认为精神受损伤者，症虽轻而预后不佳；精神无损者，症虽重而尚不足虑。此外，如精神不振、健忘、嗜眠、心烦不安，夜不安寐，怔忡惊惕，恐恐然如人将捕之等神志不安症状，按脏象学说分析此等症状，则各有所归，或属心脾，或属肝肾等等，都是临床辨证论治的重要依据。中医理论一向强调病人精神与意志对诊疗的重要作用，不仅诊断应从望神入手，治疗也应以治神为本。《素问·脉解》篇说："必正其神者，欲瞻病人目，制其神，令气易行也。"这是指针刺时医生以目凝视病人，引导其精神专一，集中至病所，可容易得气而获得较好的疗效。故《灵枢·本神》又说："凡刺之法，必先本于神。"在治疗过程中还应强调作病人的思想工作，《灵枢·师传》说："人之情莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦，虽有无道之人，恶有不听者乎?"从而解除其思想顾虑，促进疾病的向愈。

中医学早在2 000余年前对精神、情志与疾病诊疗之关系已有如此详尽而精辟的论述，后世各家医案中也不乏内伤七情所致病例之治验报道。这确是宝贵的文化遗产，也是值得进一步研究的课题。近些年来，人们通过中西医结合研究工作，对这个问题作过一些探讨。现代心理学认为：那些能够满足需要或适合社会要求的对象，就会引起肯定的情绪体验，如满意、愉快、喜爱等等。反之，那些不能满足需要或不适合社会要求的对象就会引起否定的情绪体验，如不满意、痛苦、忧愁、恐惧、忿怒、仇恨等等。积极的情绪体验就能提高人的生活活力，增强人的体力、精力，驱使人去活动；反之，消极的情绪体验则会降低人的生活活力。中枢神经系统和内分泌系统也均参与了这种过程。当一个人在得到沉重打击的消息时，可能会在其整个机体上产生巨大的改变，如心脏血管的痉挛、胆管的痉挛、肝脏胆液的充积，甚至呆若木鸡。目前认为大脑额叶，边缘系统中的杏仁核与海马回与意志、情绪的关系比较密切。丘脑下部神经内分泌信息是通过垂体门脉系输送到垂体前叶的。这样，便通过激素的作用进一步调整或改变着机体的生理活动和病理反应。已有实验证明：精神活动与行为的改变，可以引起激素的改变；反之激素的改变也可以引起精神与行为的改变。在妇女中并不少见的所谓"经前期紧张症"和"更年期综合征"便是最常见的实例。此外，神经介质与内感受器也参与这个过程。今后如果能对七情喜怒忧思悲恐惊等不同情绪所引起的具体生理反应与病理变化的本质作深入的研究将是很有价值的。这将有利于进一步从理论上阐明人类疾病与动物疾病的根本区别。而且将为医学科学研究、哲学研究与社会科学研究作出贡献。

虫兽伤

虫兽伤应包括两个主要内容，一是虫伤，指寄生虫病与虫咬伤，二是兽伤，指虎狼犬鼠之类所伤，人咬伤亦应属此类。兹分别介绍于下：

寄生虫病 中医学论寄生虫病已有很久的历史。《灵枢·五味》篇说："男子之胀病，如犯蛊毒也。"蛊毒是一种寄生虫病。《灵枢·厥病》篇又说："肠中有虫瘕及蛟蛕……往来上下行，痛有休止，腹热喜渴，涎出者是蛟蛕。"这是描述的肠道寄生虫病。隋代巢元方《诸病源候论》论之更详，有"九虫病诸候"等论，称："九虫者，一曰伏虫，长四分；二曰蛔虫，长一尺；三曰白虫，长一寸；四曰肉虫，状如烂杏；五曰肺虫，状如蚕；六曰胃虫，状如虾蟆；七曰弱

虫,状如瓜瓣;八曰赤虫,状如生肉;九曰蛲虫,至细微,形如菜虫。"下面举五种常见的寄生虫病为例,以示概梗。

血吸虫病　《诸病源候论·水毒候》说:"自三吴以东及南诸山群山县,有山谷溪源处有水毒病,春秋辄得……亦名溪温。"它描述了血吸虫病的流行地区的特征及发病季节与溪水接触等传染方式。《诸病源候论·肠蛊痢候》说:"肠蛊痢者……连年不愈,侵伤于脏腑,下血杂白,如病蛊之状,名曰肠蛊也。"《诸病源候论·蛊毒痢候》说:"毒气蕴积,值大肠虚者,则便痢血,其痢状血色,蕴瘀如鸡鸭肝片,随痢下,此是毒气盛热,食于人脏,状如中蛊,故谓之蛊毒利也。"《诸病源候论·水蛊候》说:"此由水毒气结聚于内,气腹渐大,名水蛊也"。这里描述了血吸虫病的下痢与腹水等临床症状。在《诸病源候论·蛊毒候》中更称:"凡中蛊病,多趋于死。"在当时的医疗条件下血吸虫病之预后不良,多趋于死。

蛔虫病　《素问·咳论》说:"胃咳之状,咳而呕,呕甚则长虫出。"《金匮要略》说:"蚘虫之为病,令人吐涎心痛,发作有时",还说:"蛔厥者,当吐蛔,令病者静而复,时烦,此为脏寒,蛔上入膈,故烦,须臾复止,得食而呕又烦者,蛔闻食臭出,其人当自吐蛔","蛔厥者,乌梅丸主之。"关于蛔虫之传染途径,大多医家都认识到由于饮食不洁而生,《奇效良方》称:"杂食生冷,或食瓜果与畜兽内脏遗留诸虫之类而生。"《景岳全书·杂证谟》称:"惟生冷生虫为最。"《外台秘要》指出:诸虫依肠胃之间,若脏腑气实,则不为害,若虚则能侵蚀,随其虫之动而变成诸患也。"《景岳全书·杂证谟》更说:"有因胃火而吐蚘者,以内热之甚,蚘无所容而出也","有因胃寒而吐蚘者,以内寒之甚,蚘不能存而出也。"对蛔虫病发作时的机体条件作了精辟的分析。

绦虫病　绦虫,古医籍称之为寸白虫,应推《金匮要略》论之最早,称:"食生肉……变成白虫","牛肉黄猪肉食之,必作寸白虫。"《诸病源候论·寸白论候》说:"寸白者,九虫内之一虫也。长一寸,而色白,形小扁",并指出由"以桑树枝贯牛肉炙食"而得病。《景岳全书·诸虫》对此描述更为详细:"此虫长寸许,色白,其状如蛆,母子相生,有独行者,有个个相接不断者,故能长至一二丈"。可见其观察已精细入微。古籍中更有以南瓜子治绦虫的记载。

钩虫病　在《诸病源候论·九虫候》中,对钩虫的描述并不十分确切,至龚廷贤《寿世保元·九虫形状》中载曰:"诸般痞积,面色萎黄,肌体羸瘦,四肢无力,皆缘内有虫积。或好食生米,或好食壁泥,或食茶炭咸辣等物者,是虫积。"这是对钩虫病临床所见之虚损、贫血及异嗜症的生动描述。他还提出可用使君子、槟榔治之。陆伊山《农田余话》说:"黄胖以常触毒秽所致","作田士,治蔬菜,其人必病黄。"这说明钩虫是由接触田土,从皮肤感染而得。

蛲虫病　《诸病源候论》专为《蛲虫候》立一条,称:"蛲虫犹九虫内之一虫也。形甚小,如今之蜗虫状。"《外台秘要》更指出:"蛲虫多是小儿患之。"这与今日儿科临诊所见一致。《寿世保元·九虫形状》说:"蛲虫者,九虫内之一虫也,在于肠间,若脏腑气爽,则不妄动,胃弱阳虚,则蛲虫乘之,轻者或痒,或虫从谷道中溢出,重者侵蚀肛门疮烂。"这说明蛲虫病发作与机体免疫降低有密切关系。

综上所述,中医学对某些寄生虫病之严重性及其发病过程已有相当明确的认识,并在诊断与治疗上积累了不少经验。

恶虫叮咬伤　《外科正宗》对虫咬伤载有诊治之法,并称:"恶虫乃各禀阴阳毒种而生。见之者勿触其恶,且如蜈蚣用钳,蝎蜂用尾,恶蛇以舌螫人,自出有意附毒害人,必自知其毒也。"毒蛇咬伤,初则局部灼痛,继则麻木,肿胀,逐渐上延,每致蛇毒攻心,目不见人,呼吸困难,呕吐,脉细数无力,身热随肿势上升,如不及时抢救,每于数小时或十数小时死亡。《洗冤集录》亦有蛇虫伤之描述,认为:"凡被蛇虫伤致死者,其被伤处微有啮伤黑痕,四畔青肿,有青黄水流,毒气灌注,四肢身体光肿,面黑"。这是从现场实践中来的精确描述。

兽咬伤　常见的是犬咬伤,也可见人咬伤。犬咬为患,良肉受伤,每致伤人发肿,其痛异常,每因感染日久而致臭胨腐烂,痛彻连心。疯犬咬伤,起始并无全身症状,日后始见精神委靡,伴有恐惧、失眠、烦躁、口渴、尿涩痛、久则怕光怕火,闻声则惊,每见搐搦,甚则二便俱闭,烦乱腹胀,口吐白沫,发狂咬人,其声如犬,眼神露白,每致难治身死。

关于人咬伤,《外科正宗》说:"人咬为患,良肉受伤,但感乃阳明胃经有余脏腑,多火多热,生穴于此。凡食经此,无不爆烂下咽;又饮食炙煿之毒,无不侵袭。"由于人口腔中杂菌众多,感染多较严重,故常致咬处疼痛异常,痛不可忍,且多腐肉奇臭难闻,常称为牙毒攻心。

饮食所伤

由于饮食失宜或无节制而引发疾病的一种病因称为饮食所伤。饮食所伤大致有:一为暴饮暴食,大饥大饱,饮食过寒过热及酗酒之类;一为饮食偏嗜或过食厚味。李东垣认为:饥饿不得饮食者,胃气空虚,以为不足;饮食自倍而停滞者,胃气受伤,此不足中兼有余。饥饱失时,饮食不节可使脾胃升降失调而发病。此外,过食油腻,亦能损伤脾胃,而致诸种病变,《素问·生气通天论》说:"高粱之变,足生大丁。"这是因多食肥甘厚味,令人血热,以致引起痈疽疮毒。又《素问·通评虚实论》说:"消瘅、仆击、偏枯、痿厥、气满发逆,肥贵人,则高梁之疾也。"李梴说:"善食厚味者,生痰。"由此可见,多食肥甘,可以生火、生风、生痰而导致多种疾病。《内经》认为:饮食入胃,其气由经脉上肺,所以饮食过寒过热,亦能伤肺。故《灵枢·邪气脏腑病形》说:"形寒寒饮则伤肺。"《灵枢·师传》又

告诫人们："食饮者，热无灼灼、寒无沧沧"。古人认为生冷瓜果最易伤脾胃之阳，使之虚冷，而致运化失司，滞积于中，则可发为腹痛、泄泄等病。关于偏食的危害，五味偏嗜则影响脏腑正常功能，脏腑偏胜，则诸病从生。如《素问·五脏生成》说："是故多食咸，则脉凝泣而变色；多食苦，则皮槁而毛拔；多食辛，则筋急而爪枯；多食酸，则肉胝腸而唇揭；多食甘，则骨痛而发落。此五味之所伤也。"《素问·生气通天论》亦说："味过于酸，肝气以津，脾气乃绝；味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑；味过于甘，心气喘满，色黑，肾气不衡；味过于苦，脾气不濡，胃气乃厚；味过于辛，筋脉沮弛，精神乃殃。"由此可见，五味过偏，可引起某些疾病。

关于饮酒之弊，历代医家多有评述。如《素问·上古天真论》就告诫人们不要"以酒为浆，以妄为常"。张仲景《金匮要略》有酒疸之证。黄坤载在《四圣心源》中说："酒酿之性，湿热之媒。其濡润之质，入于脏腑则生下湿。辛烈之气，腾于经络，则生上热。"李东垣《脾胃论》卷下中亦有"论饮酒过伤"专篇，他指出："夫酒者大热有毒，气味俱阳，乃无形之物也"，"酒性大热，以伤元气"，此外，还有"酒癖"之病，这是指由于嗜酒而腹部发生痞块的慢性病，临床上常表现为消瘦、腹水、腹中有硬块等，类似酒精中毒所引起的肝硬化。这些论述多表明饮酒过量对人体的危害性是较大的，它不仅累及脾胃，对心与脑髓也不无影响，实应引以为诫。

饮食不洁也是致病之由，腹泻、下痢、黄疸等湿热郁蒸之证多与饮食不洁有密切关系。

病后饮食不节往往可引起"食复"。尤其在温病热退之后，余邪未尽，骤进谷食，往往由于脾胃之气虚弱，不及运化而致食滞内停，余邪复作，病患复燃。庞安常说过："凡病瘥后，先进清粥汤，次进糜粥，亦须少与之，切勿过食也，至于酒肉，尤当禁忌，若有不谨，便复发热，名曰食复"。轻者损谷即愈，重者应随证治之。

劳逸失调

是指生活中由于过度的劳累或安逸而导致诸种疾病发生的一种病因称为劳逸失调。因劳致病又称劳伤，《素问·宣明五气》篇中提到五劳所伤："久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋"。在这五种劳伤中，久视、久立、久行应属因劳致伤；久卧、久坐应属过逸致病的范畴。所以实际上《素问》中已有过劳与过逸可以致病的内容。在《诸病源候论》中，也有五劳之称，即"志劳"、"思劳"、"心劳"、"忧劳"、"瘦（有作"疲"）劳"。除瘦劳外，其余皆属情志或思虑过极一类导致发病的病因。前人又有房劳所伤，因此劳伤致病的概念，正如清代许豫和《怡堂散记》所说的"或劳于力作，或劳于思虑，或劳于房帏"即劳力、劳心、房劳三个方面。

因过逸而致病者，早在《吕氏春秋·季春纪》一篇中，谓"流水不腐，户枢不蝼（有作蠹），动也。形气亦然，形不动则精不流，精不流则气郁……。"这里明确地提出了由于静而不动，致使人体发生气郁的各种危害。可以认为这是对过逸致病的很好比喻和阐述。刘完素《伤寒直格》卷一，在论内外八邪中谓："外有风寒暑湿，内有饥饱劳逸。"并指出"逸"乃"怠惰而生病也，与劳相反"。并对所称病因饥饱劳役，明确提出了"作'役'者误也"。《世补斋医书》卷七"逸病解"，专论逸之为病，指出"食后反倦，卧起反疲者皆逸病"的病证，须用行湿健脾导滞理气的治法。

劳力过度，可以致病，《千金要方·道林养性第二》谓："养性之道，常欲小劳，但莫大疲及强所不能堪耳。"今将因劳逸失调所引起的疾病，分述如下：

劳倦伤脾 是指因劳累过度而伤及脾气，以致肌肉乏力，肢倦少气，怠惰嗜卧，四肢不收；脾病而胃亦病，故常见素有胃病者，每因过于劳累而胃病复发者。李东垣《脾胃论·脾胃胜衰论》谓："形体劳役则脾病，脾病则怠惰嗜卧，四肢不收，大便泄泻，脾既病则胃不能独行津液，故亦从而病也。"《内经》中对阴虚内热之证，亦由劳倦所致，如《素问·调经论》："阴虚生内热奈何？曰：有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内热。"此为李东垣以调理脾胃，甘温除热治疗劳热的依据。

劳力伤筋 是因过度的劳动，或站立过久引起筋缩不伸，卧床呻吟，难于举步，腰背及遍身疼痛，手臂酸麻等症。

劳损胞宫 妇女过度劳累，可使胞宫受损，如月经期因过劳而使月经过多；当孕期过劳易致流产或小产；产后过劳，则引起血崩或阴挺等。

久视损目 《内经》谓"久视伤血"，《千金要方》卷六上谓："房室无节，极目远视，数看日月，夜视星火，夜读细书，月下看书，抄写多年，雕镂细作……并是丧明之本。"我们日常中每当看书过久，或字体过小，常使眼肌疲劳而睏倦，不欲睁眼，或视物不清。

房劳致病 见"房劳"条。

因逸致病 包括体力与脑力过逸两个方面。体力过逸少劳则易于脾滞，清代陈德求《医学传灯·脾胃》谓："食后慢行百步，用手搓摩其腹，庶几饮食可消，最忌食后就寝，耳无所闻，脾即不磨……惟有郁结成病而已。"这里指出了食后应稍劳而不能过逸，否则导致脾不健运之功。脾气滞而不运，则饮食不能运化，滞而内生痰湿。身体日胖，体懒少力，行动迟缓，关节不利，特别是老年人更易发生。当痰湿内阻，气血运行不畅，胸中阳气不能旷达，则胸闷胸痛而成胸痹；或痰阻经脉，而为中风偏瘫。脑力过逸少思，所谓"饱食终日，无所用心"。人的精神意识，思维活动由脑主宰，所以经常发挥脑的思维活动，使人更为聪明与思维敏捷。若平素脑力少动，则易致健忘，思维迟钝，特别是老年人，更易如此。

劳和逸，皆应适当相调，如一有过偏，皆可成为病因。

房劳

是指房室不节、淫欲过度、耗伤精气而引起疾病的一种病因，称为房劳。房事与心肾之功能密切相关，其中尤以肾为主。同时还涉及与精、气、神的相互关系问题。男女两性交合之精气，是人类所以能够生育繁殖的最基本的物质。它与人体之形成、生长、发育以致衰老、死亡都直接有关。房室不节而内伤致病的关键就在于纵欲无度、耗精伤气而失神。房劳能使有形之精液耗损而伤肾。清代徐灵胎《医学源流论·肾藏精论》说："夫精即肾中之脂膏也，有长存者，有日生者，肾中有藏精之处，充满不缺，如井中之水，日夜充盈"，"若纵欲不节，如浅狭之井，汲之无度，则枯竭矣。"肾精属阴，伤精即伤阴。元阴与元阳原均为肾所秘藏，平时"阴平阳秘，精神乃治"。如果阴精既亏，则阳无所依，浮而上越，以致虚火上炎而为病。阴虚日久，阴损及阳而阴阳俱虚。《十药神书》说："虚劳之由，盖因人之壮年，血气充聚，精液完足之际，不能保养，惟务酒色，日夜耽欲，无有休息，以致耗散精液，虚败精液，则呕血吐痰，以致骨蒸烦热，肾虚精竭，气力全无，谓之火盛金衰。男子之阳痿、遗精、滑泄及自淫之类，女子之赤白带下，月经不调等证，也多因房室不节而来。如若房劳纵欲，精血既亏，相火必旺，则肝肾之阴亏，始而经来甚少，尚不为病，继而奇经失养，无以下注冲脉，终至闭经不行，如此则房劳伤肾为本，而经病为标，对于妇人产后不慎房室也能引起不少妇科疾病。《千金要方》卷三说"妇人产后百日以来，极须殷勤，忧畏勿纵心犯触，及即便行房。若有所犯，必身反强直，犹如角弓反张，名曰蓐风，则是其犯候也"。这是产后过早房事而引起感染的表现。仲景《伤寒论》有"辨阴阳易差后劳复病脉症并治"专章，论及男女在伤寒病将愈之时，余邪未尽而犯房事后出现的反复证治。方广《丹溪心法附余》中论及下脱时称：或因伤寒，误与妇人交，其证小腹紧缩，外肾收缩，面黑气喘，冷汗自出。唐容川在《血证论》中告诫人们说："失血之人，以养息为第一，若不忌房劳，是自促命期，于医何咎?"

在此应强调的是，房劳伤的表现虽以肾为主，但其原始动因却在心。对此，张景岳也认为：淫欲邪思，损惟在肾，盖心耽欲念，肾必应之，凡君火动于上，则相火应于下，炽而无制则为龙雷，而涸泽燎原，无所不至，故其在肾则为遗淋带浊，而水液渐以干枯。凡帅尼室女失偶之辈，虽非房室之劳而私情系恋，思想无穷，所愿不得，欲火摇心，真阴日削，遂致虚损不救。张景岳还告诫人们说："苟欲惜命，先须惜精；苟欲惜精，先宜静心"。故凡治虚劳者，必先治心，以免房劳伤精。

人与天地间的其他生物一样，为了维持种族蔓延而肯其生殖本能原是正常的生理现象，当然是不会致病的。因此，禁欲是不对的。问题在于纵欲无度，超越了正常生理限度，以致房劳成为一种病因。正如《医学源流·肾藏精论》说："故精之为物，欲动则生，不动则不生，能自然不动则有益，强制则有害，过用则衰竭，任其自然，而无所勉强，则保精之法也。"在此所以要指出房劳伤之重要性在于希望能防患于未然而达到延年益寿的目的。

水土不服

是指人们由一地远迁他方，初到之时，由于自然环境与生活习惯的改变，暂时不能适应而出现食欲不振、腹胀、腹痛、泄泻或月经不调等现象称为水土不服。巢氏《诸病源候论·不伏水土候》说："不伏水土者，言人越在他境，乍离封邑，气候既殊，水土亦别，因而生病。病之状，身体虚肿，或下利而不能食，烦满气上是也"。产生水土不服的机理是复杂的。《素问·异法方宜论》曾说："东方之域，天地之所始生也。鱼盐之地，海滨傍水，其民食鱼而嗜咸。鱼者使人热中，盐者胜血，故其民皆黑色疏理。西方者金玉之域，沙石之处，天地之所收引也。其民陵居而多风，水土刚强，其民不衣而褐荐，其民华食而脂肥。北方者，天地所闭藏之域也。其地高陵居，风寒冰冽，其民乐野处而乳食。南方者，天地所长养，阳之所盛处也。其地下，水土弱，雾露之所聚也。其民嗜酸而食胕，故其民皆致理而赤色。中央者，其地平以湿，天地所以生万物也众，其民食杂而不劳。"这是说不同地区的人，长期处于特定的自然环境中。已经形成了一种相对稳定的生活条件。一旦迁居远方，环境改变了一时不能适应，即可产生种种病证。环境变化越大，水土不服者越多，症状也越明显。分析其产生机理有以下几个主要方面：

(1) 土质与水质：地壳表层的土质成分是不均匀的，不同地区的水土环境是不同的，中国土地广阔，东南西北的差异较大。由于水土不同，影响了食物成分之差异，同样的水果，地区不同，酸甜不一，同一个品种，移植后常会发生变异，"桔逾淮而为枳"，就是一个实例。人到异处也需要一个适应过程，适应不良常可出现腹泻、腹胀等证候。

(2) 气象条件：就中国而言，南温北寒，东湿西燥；而且东南西北在一年四季中阳光与雨露的分布是显著不同的。千里迢迢骤迁一地，常常不能适应这种差异，而易患感冒等上呼吸道疾患，若原有上呼吸道疾病的人，则更不易适应而每致病情加重。

(3) 饮食习惯：各地饮食习惯往往很不相同，如东北好咸，江苏好甜，四川好麻辣，山西好酸醋。一日三餐，不能适应，也能引起种种不舒感觉。

(4) 个体体质：产生水土不服者，往往多见于体质衰弱者，如幼儿、老年人或慢性病患者。这些人的适应能力不及常人，即使在原籍，每当气候或饮食稍有变化，亦常易感冒及腹泻，远迁他地当然更易产生种种不适。

水土不服诸症在绝大多数人，经过一段时间的适应后，常常可自然消失。但亦有少数人需经治疗才能适应调整。

误治

主要是指由于医者治疗不当而导致的疾病，或加重病情，称之为误治。相当于现代医学所称之医源性疾病。自古以来皆称医为仁术，医生的职责就是治病救人，减除病人的疾苦，因此，首先要求每个医生具有对病人深切的同情与责任心。否则将会因误治而犯医疗过错，或因责任心不强而失治，坐失时机，以致回生乏术。《素问·疏五过论》曾指出医生草率从事而贻误病人的五种过失。绮石在《理虚元鉴》中曾指出虚证有六因，其中之一即为医疗之因。他说："因医药者，本非痨证，反以药误而成。或病非因感冒而重用发散，或稍有停滞而妄用削伐，或并无里热而概用苦寒，或弱体邪侵，未经宣发，因其倦怠，骤患其虚而漫用固表滋里，遂致邪热胶固，永不得解。凡此能使假者成真，轻者变重，可不慎哉可不戒哉。"这些都是医者失职的表现，都能使病情加重，造成病家不必要的痛苦和损失。

古人曾对误治与失治作过分析和研究，推究其原因不外二种：一为责任事故，治病态度不严肃，不认真，马虎了事。张仲景《伤寒论》原序中曾指出"观今之医，不念思求经旨，以演其所知，各承家技，始终顺旧，省病问疾，务在口给，相对斯须，便处汤药。按寸不及尺，握手不及足，人迎、趺阳、三部不参，动数发息，不满五十，短期未知决诊，九候曾无彷佛，明堂阙庭，尽不见察，所谓管窥而已。夫欲视死别生，实为难矣！"

此外，还有医者在诊疗过程中语言不慎，无意之中，触伤患者；更有甚者，为了显示其医术而轻病重报，危言耸听，这些都是能使病情恶化，造成医源性疾病的不良后果。二是技术事故。医生才识浅薄，见病不识病。这是造成误治和失治的技术上的原因。孙思邈要求医生：智欲圆而行欲方，胆欲大而心欲细，方可知病善断，药到病治。他告诫医生必须"省病诊疾，至意深心，详察形候，纤毫勿失，处判针药，无得参差"。不如此则往往造成误治。更有医者不辨药性，药石妄投而殆害不浅者。这往往也是造成误治的一个重要环节。

胎传

禀赋与疾病由亲代经母体而传给子代的过程称为胎传。中医认为禀赋对个人后天的生长发育与抗病能力有密切关系。而禀赋在很大的程度上取决于先天因素。如《素问·奇病论》说："人生而有病癫疾者，病名曰何？安所得之？曰：病名为胎病，此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾也。"张景岳在《类经·疾病类》中指出："夫禀赋为胎元之本，精气之受于父母者是也。凡少年之子多羸弱者，欲勤而精薄也！老年之子凡强壮者，欲少而精全也。多欲者子多不育，盖以酒乱精，则精半非真而湿热胜也。多欲者子多不育，以孕后不节，则盗泄母阴，夺养胎之气也。此外，如饥饱劳逸，五情六气，无不各有所关，是皆所谓禀赋也。"而禀赋不足，常可导致胎病。陈复正《幼幼集成·胎病论》说："儿之初生有病，亦惟胎弱、胎毒二者而已矣。胎弱者，禀受于气之不足也。子于父母，一体而分，而禀受不可不察。如禀肺气为皮毛，肺气不足，则皮薄怯寒，毛发不生。禀心气为血脉，心气不足，则血不华色，面无光彩。受脾气为肉，脾气不足，则肌肉不生，手足如削。受肝气为筋，肝气不足，则筋不束骨，机关不利。受肾气为骨，肾气不足，则骨节软弱，久不能行。此皆胎禀之病。随其脏气而求之。故小儿有头破颅解，神慢气怯，项软头倾，手足痿软，齿生不齐；发生不黑，行住坐立，须人扶掖者，此皆胎禀不足之故也。"所谓胎怯者，是指"生下即面无精光，肌肉瘦薄，大便白而身无血色，目无精彩，时时哽气多哕者，非育于父母之暮年，即生于产多之孕妇。成胎之际，元精既已浇漓，受胎之后，气血复难长养，以致生来怯弱。若后天调理得宜者，十可保全一二。调元散助之。"因此，必须强调孕期卫生，注意摄生保养，以其先天禀赋充足，免却生后多病。故中医素有护胎之说。《幼幼集成》又称："胎成之后，阳精之凝，尤仗阴气护养，故胎婴在腹，与母同呼吸，共安危。而母之饥饱劳逸，喜怒忧惊，食欲寒温，起居慎肆，不相为休戚，古人胎教，今实难言，但愿妊娠之母，能节饮食，适寒暑，戒嗔恚，寡嗜欲则善矣。此尤切于胞胎之急务，幸勿视为泛常而忽之。"

胎毒一说，乃指婴幼儿生疮疖、痘疹等疾病，古人认为是胎儿从母体中遗留之热毒所致。实际上多为生后感染所致，并非由胎内传入。但对梅毒之类的传染病，乃由父母传染而致。《幼幼集成》谓：泄精之后，毒气由精道乘虚直透命门，以灌冲脉，所以外而皮毛，内者筋骨。凡冲脉所到之处，无不受毒。这便是胎传梅毒。

就病因学而言，胎传一途，不容否认，但每多忽视。这实与妇幼保健之关系至为密切，且对增强人民体质有重大之意义。

病机学

探讨疾病发生、发展和结局的基本规律的学说称为病机学。病机学与病因学有着很密切的关系。病因学着重研究疾病发生的原因和条件，病机学则着重研究人体对致病原因产生反应的过程与规律。在漫长的中医学发展过程中，历代医家在广泛的临床实践的基础上所创立的学说，极大部分是阐明病机原理的，诸如：《素问》病机十九条，后世的六气病机、六经病机、经络病机、脏腑病机、气血病机、精神病机、津液病机、痰饮病机、温病卫气

营血与三焦病机等，内容极为丰富。其中大部分原理至今仍指导着中医临床实践，并能为今后医学科学的进一步研究提供资料，这是具有重大现实意义的。

兹将病机学中一般的规律，如阴阳失调、表里出入、升降失常、寒热进退及邪正虚实作一概略的叙述。

阴阳失调　阴阳两个方面既对立又统一，维持动态的相对平衡，以保证人体生命活动的正常进行。如果阴阳动态平衡失调就会引起疾病。所以《素问·生气通天论》说："阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝。"阴阳失调，是疾病病机的总概括，是疾病发生、发展的内在根据。各种疾病的发生都可以归结为阴阳的偏盛偏衰。阴阳的偏盛偏衰主要有三种情况：

阴阳偏盛　《素问·阴阳应象大论》说："阴胜则阳病，阳胜则阴病；阳胜则热，阴胜则寒。"阳胜则热，指感受性质属阳的病邪（如风、暑、热、燥），或虽感阴邪但从阳化热，或情志内伤郁而化火等因素所引起的阳气偏盛，机能亢奋，而产生的发热、气粗、烦躁、口干等热性病证。故《素问·阴阳应象大论》又说："阳盛则身热，腠理闭，喘粗为之俯仰，汗不出而热，齿干以烦冤，腹满死，能冬不能夏。"这类属阳亢的热性病变，常使阴精津液受到损耗，而导致阴虚的病变，所以说"阳胜则阴病"。阴胜则寒，指感受性质属阴的病邪（如寒、湿），或阴气偏盛，机能衰退而生的虚寒、厥逆、痰饮、水气等寒性病证。《素问·阴阳应象大论》说："阴盛则身寒，汗出，身常清，数栗而寒，寒则厥，厥则腹满死，能夏不能冬。"这类属阴盛的寒性病变，常使阳气受到损耗，而导致阳气虚的病变，所以说"阴胜则阳病"。

阴阳偏衰　常由于素体虚弱，或因大病、久病使阴阳损耗所致。阳虚则火衰，失于温煦，阳不制阴，阴寒内盛而表现倦怠无力、少气懒言，畏寒肢冷、自汗、面色淡白，小便清长，大便稀溏，舌质淡嫩，脉虚大或微细等症。阴虚则水亏，失于濡养，阴不制阳，火热内生，而表现低热，手足心热，午后潮热，消瘦、盗汗，面色潮红、口燥咽干，急躁易怒，尿短赤，舌质红、无苔或少苔，脉细数无力等症。由于阴阳互根，阳无阴不生，阴无阳不长，所以在疾病发展过程中，阴虚或阳虚又常相互影响。先病阳虚，因阳气虚弱，致使精津的生成不足，而使阴也渐虚，此即阳损及阴；先病阴虚，而阴精亏损，致使阳气的化生乏源，而使阳也渐虚，此即阴损及阳。到了疾病的危重阶段，阴精和阳气虚极，由于阴竭阳脱，阴阳不能互相维系，则会导致亡阴、亡阳的发生。

阴阳格拒　这是疾病发展阶段中，阴阳失调的一种比较特殊的、严重的病变。由于阴寒过盛，拒阳于外，就会导致阴盛格阳，真寒假热的病理变化；而阳热过盛，格阴于外，就会导致阳盛格阴，真热假寒的病理变化。

阴阳失调除了着重指人体本身阴精及阳气的病理变化外，在认识及分析疾病时，还用阴阳的概念来概括下述的表里、升降、寒热、虚实等内容。如病机属表、升、热、实者为阳；属里、降、寒、虚者为阴。在疾病发展过程中。病位表里的内入外出，病性寒热的相互转化，病势虚实的消长盛衰也无不体现了阴阳两方面的转化与演变。就一般而言，疾病由阳转阴是病机的逆变，常提示疾病的进展与恶化；由阴转阳则为病机的顺变，反映病情由重转轻，有向愈之机。在综合病象，分析证候的基础上，运用阴阳理论加以归纳说明，有助于加深对疾病的认识，因此，以阴阳为总纲的病理变化，是中医病机学的主要内容。正因为如此，《景岳全书·传忠录·阴阳篇》说："医道虽繁，可一言以蔽之，曰阴阳而已。"

表里出入　表里，亦即内外，它代表病位的浅深，标志着病机的趋势。表里是一个相对的概念。一般指病在皮肤肌腠、经络为表，而病在脏腑则属里。在经络脏腑中又可再分表里。以经络言，三阳经为表，三阴经为里。在三阳中，又是太阳为表，阳明为里，少阳为半表半里。以脏腑言，则腑为表，脏为里。如《景岳全书·表证》篇说："人身脏腑在内，经络在外，故脏腑为里，经络为表。在表者手足各有六经，是为十二经脉，以十二经脉分阴阳，则六阳属腑为表，六阴属脏为里。""太阳为阳中之表，阳明为阳中之里，少阳为半表半里。"病之在表在里，与所受病因的性质密切有关。如六淫之邪，由外侵入，首先犯表，引起表证；而情志过极，饮食不节，劳逸失度等原因则常病起于内，引起里证。如《景岳全书·传忠录·表证篇》说："表证者，邪气之自外而入者也，凡风寒暑湿火燥，气有不正，皆是也。"表证一般起病较急，病程较短，较易治愈。病邪在表，多有恶寒、发热、头身不适，甚至疼痛等邪在表在经络肌腠的症状。病邪在表，与太阳经和肺脏关系较密切，因太阳主一身之表，如《景岳全书·传忠录·表证篇》说："太阳一经包覆肩背，外为周身之纲维，内连五脏六腑之肓腧，此诸阳之主气，犹四通八达之衢也，故凡风寒之伤人，必多自太阳经始。"肺合皮毛，亦主一身之表，《素问·咳论》说："皮毛者肺之合也。皮毛先受邪气，邪气以从其合也。"所以外邪袭表，常内舍其合犯肺，而出现咳嗽、气喘等肺气不宣的症状。肺气不足之人，则常因表虚不固而易感外邪。《景岳全书·传忠录·里证篇》说："里证者，病之在内在脏也。凡病自内生，则或因七情，或因劳倦，或因饮食所伤，或因酒色所困，皆为里证。"里证一般起病较缓，病程较长，较难治愈。病变在里，则分别表现脏腑、气血、津液、精神等多方面的症状。人体的脏腑经络，原是表里相通的，在疾病发展变化的过程中，疾病可以逐渐由表入里。如《素问·缪刺论》说："邪之客于形也，必先舍于皮毛，留而不去，舍于孙络，留而不去，舍于络脉，留而不去，舍于经脉，内连五脏，散于肠胃，阴阳俱感，五脏乃伤，此邪之从皮毛而入，极于五脏之次也。"由于人体感邪过重或机体正气不足，以致正不胜邪时，则表邪可以入里内陷，由皮毛而经脉，进而内侵脏腑，引起脏腑的不同病变，表现出相应的症状。正如《景岳全书·传忠录·里证篇》说："表证已具而饮食如故，胸腹无碍者，病不及

里也。若见呕恶口苦，或心胸满闷不食，乃表邪传至胸中，渐入里也。若烦躁不眠、干渴、谵语、腹痛自利等证，皆邪入于里也。若腹胀喘满、大便结硬、潮热斑黄、脉滑而实者，此正阳明胃腑里实之证。"又如杂病中的各种痹证，复感于邪，可以由表入里，内舍于各有关的脏。《素问·痹论》说："五脏皆有所合，病久而不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝；脉痹不已，复感于邪，内舍于心。"在温热病中，卫分属表，气分、营分、血分都属于里。所以，温病病至气分、营分、血分都是病邪由表入里，病情逐渐深重的具体表现。而当正胜邪却时，里病也可以出表。但是和由表入里时所要出现的各种不同里证症状情况不同，因由里出表，是疾病向愈的病机变化，各种里证逐渐减轻甚至消除，而不一定要再现表证的各种症状。

升降失常 升降出入，是人体气化功能的基本形式，是脏腑经络、阴阳气血矛盾运动的基本过程。人体脏腑、经络、气血、津液的功能活动及相互联系，均有赖于气机的升降出入。正如《素问·六微旨大论》说："出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。"故《读医随笔·升降出入论》说："人之眼耳鼻舌，身意神识能用者，皆由升降出入之通利也，有所闭塞则不能用也。"在脏腑的功能活动中，肺之肃降，肝之升发；脾之升清，胃之降浊；心火之下降，肾水之上升；肺之主呼气，肾之主纳气等，都是气机升降出入的具体体现。而升降出入这一运动能否顺利进行，与肾及脾胃有密切关系。肾阳亦称命火，是人体阳气的根本，推动着脏腑升降出入的生理活动，所以《医贯·内经十二官论》说："命门为十二经之主，肾无此则无以作强，而伎巧不出矣；膀胱无此则三焦之气不化，而水道不行矣；脾胃无此则不能蒸腐水谷，而五味不出矣；肝胆无此则将军无决断，而谋虑不出矣；大小肠无此则变化不行，而二便闭矣；心无此则神明昏，而万事不能应矣。"脾胃是后天生化之源，居于中焦，通连上下，是升降运动的枢纽，《医门棒喝·阳明篇腑病证治》说："升降，实由脾之转运，脾受约制而不转运，则升降失度，三焦气化不宣。"脾胃的升降正常，出入有序，就可以维持"清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑"(《素问·阴阳应象大论》)的各种正常生理功能。由于气机的升降出入，关系到脏腑经络，气血阴阳等各个方面的功能活动，所以升降失常就会波及脏腑经络，表里内外，四肢九窍，而发生多种病理变化。如肺主肃降，以下行为顺，若逆而上走，则发为喘咳；肝主疏泄，性喜条达，但若过亢，升发有余，则将上逆而出现面红目赤，性情急躁，眩晕，头痛，甚至昏厥等症；胃主降浊，亦以下行为顺，若失其和降而上逆，则致嗳气，恶心，呕吐，脘腹胀满；脾主升清，能转输布散水谷精微，若清气不能升，脑海失养则致头晕目眩。运化失职，则致便溏腹泻。甚至中气下陷，则致腹部坠胀，便意频数，脱肛或子宫下垂等；心阳不能下交于肾，肾阴不能上济于心，心肾不交，而表现虚烦不眠，心悸健忘，头晕耳鸣，咽干，腰膝酸软，遗精，潮热盗汗等症；肾主纳气，若肾虚不能摄纳，则致呼多吸少，喘促短气，声低气怯，动则尤甚。故《素问·阴阳应象大论》说："清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生䐜胀"，以及《素问·生气通天论》说："大怒则形气绝而血菀于上，使人薄厥"等。都是指升降失常的病变而言。在升降失调的病变中，尤以脾胃的升降失调最为重要，也最为常见。脾胃的升降出入失常，则清阳之气不能敷布，后天之精不能归藏，饮食清气无法进入。废浊之物亦不能排出，多种病变将由此而生。正如《吴医汇讲·辨脾胃升降》说："治脾胃之法，莫精于升降，……俾升降失宜则脾胃伤，脾胃伤则出纳之机失其常度，而后天之生气已息，鲜不夭折生民者已。"升降与出入相互为用，密不可分，升降失常必然病及出入。《读医随笔·升降出入论》说："分言之，为出入，为升降，合言之，总不外乎一气而已矣"，"升降之病极，则亦累及出入矣；出入之病极，则亦累及升降矣"，"气之开阖，必有其枢，无升降则无以为出入；无出入则无以为升降。升降出入互为其枢者也。故人以病风寒喘咳者，以毛窍束于风寒，出入之经隧不利，而升降亦迫矣；病尸厥卒死者，以升降之大气不转，而出入亦微矣。"

寒热进退 寒和热是机体阴阳消长的具体反应，寒热进退的病机，决定了疾病的性质。《素问·阴阳应象大论》说："阳胜则热，阴胜则寒。"《素问·调经论》说："阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒。"《景岳全书·传忠录》比较具体地阐述说："寒热者，阴阳之化也。阴不足则阳乘之，其变为热；阳不足则阴乘之，其变为寒，故阴胜则阳病，阴胜为寒也；阳胜则阴病，阳胜为热也。"寒是机体的功能活动衰减所导致的病机，感受寒邪及内伤久病，阳气耗伤，阴邪内盛则形成寒的病理变化。因为阳气不能布达，脏腑组织失于温煦而表现恶寒喜暖，口淡不渴，面色苍白，肢冷蜷卧，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白而滑润，脉迟或紧等症。热是机体的功能活动亢进所导致的病机，感受火热之邪以及因情志、饮食、劳倦等病因造成火热内郁或阴虚阳亢，则会形成热的病理变化。因热邪熏灼及脏腑组织失于阴津濡润，而表现发热喜凉，口渴饮冷，面红目赤，烦躁不安，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄而干燥，脉数等症。一般情况下，热可以由于阳胜，亦可以由于阴虚；寒可以由于阴胜，亦可以由于阳衰。但还应该注意分辨，阳胜之热及阴盛之寒属实；阳虚之寒及阴虚之热属虚。除了单纯的寒证、热证外，由于机体素质，原患疾病及感受邪气的不同，可以导致寒热错杂的病机，如本有内热而复感风寒，以致形成表寒里热；脾胃阳气素虚而外感热邪，或表热未解，而因过服寒凉，损伤中阳，以致形成表热里寒。寒热病机，在疾病发展变化过程中，会在一定条件下发生转化。《素问·阴阳应象大论》说："寒极生热，热极生寒。"寒热的转化，取决于邪正双方

的力量对比。一般而言，由寒转热，是人体正气充实，阳气亢盛，邪气才能从阳化热，往往较易治疗；如果正不胜邪，阳气衰耗，则会由热证转化成为寒证，往往较难治疗。正如《灵枢·论痛》说："其身多热者易已，多寒者难已。"例如症见恶寒身热、无汗、苔白、脉浮紧的表寒证，由于病变的发展变化，寒邪入里化热，恶寒消失，而见发热不退、心烦口渴、苔黄脉数的里热证，其病机即为由寒转热。而热证患者，由于大汗不止，或吐泻过度，阳随津耗，可出现四肢厥冷、面色苍白、脉象沉迟等虚寒证，其病机即属于由热转寒，在寒热转化的过程中，还有一种比较特殊，比较严重的病理变化；病机属热，而反见寒象；或病机属寒而反见热象，表现在临床上即是通常所称的真热假寒和真寒假热。真热假寒证，是由于热邪内盛，阳气闭结，拒阴于外的病理变化所形成，故又称为阳盛格阴。这种病机多见于外感热病的严重阶段，其临床表现手足逆冷、脉沉，似属寒证，但肢冷而身热不恶寒，反恶热，脉虽沉但数而有力，甚或兼见烦渴喜冷饮、咽干、口臭、谵语、小便短赤、大便燥结，或热痢下重、舌色深红、苔黄而干等，均为热证，其外寒属于假象，里热才是本质。根据其阳郁热盛而致手足厥冷的特点，故亦有称为"阳厥"或"热厥"者。真寒假热证，由阴寒内盛，逼阳于外，孤阳外越的病理变化所形成，故又称阴盛格阳。这种病机在内科杂病及外感疾病的严重阶段均可发生。其临床表现身热、面红、口渴、脉大，似属热证，但身热反欲盖衣被。口渴不欲饮或喜热饮，脉大而无力，甚或兼见四肢厥冷、尿清、便溏、舌淡、苔白等，均为寒证。其外热属于假象，里热才是本质。

邪正虚实　虚与实，是概括人体正气与病邪相互斗争消长形势的病机。《素问·通评虚实论》说："邪气盛则实，精气夺则虚。"实，指邪气亢盛，是邪气虽盛而正气犹能抵抗，邪正相持而以邪气盛为矛盾主要方面的一种病理反映。多见于外感六淫致病的初、中期以及由痰浊、瘀血、水湿、饮食等停滞所引起的疾病。主要表现有壮热，胸闷烦躁，腹胀拒按，狂躁，声高气粗，食积不化，痰涎壅盛，水湿泛滥，瘀血阻滞，二便不通，脉实有力等病症。正如《素问·玉机真脏论》说："脉盛，皮热，腹胀前后不通，闷瞀，此为五实。"虚，指正气亏虚，是正气不足，不能与病邪抗争，而以正气虚损为矛盾主要方面的一种病理反映。多见于素体亏虚，或久病致虚。并随各种脏腑及其阴、阳、气、血亏损的不同，而有不同的虚损见症。常见面色苍白或萎黄，精神萎靡，纳差食少，身倦乏力，心悸气短，形寒肢冷，或五心烦热，自汗，盗汗，大便溏泄，小便失禁，舌质淡或舌红少苔、无苔，脉虚无力等症。如《素问·玉机真脏论》说："脉细、皮寒、气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。"在一些比较长期和复杂的疾病中，还常形成虚实夹杂的病变。或由于病邪久留未去，而正气已损伤；或由于正气不足，无力驱邪，以致瘀血、痰浊、水湿等内停，均会形成正虚邪实，虚实交错的病变。正邪的斗争与消长，不仅决定着病变的虚实，而且直接影响疾病的发展变化与转归。正邪斗争的结局，可以概括为正胜邪衰、正邪相持、邪胜正衰三种情况。①正胜邪衰，在邪正斗争的过程中，若正气充实，抵抗力强，邪气难于发展，则疾病的反应轻浅而病程短暂。若正气完全战胜邪气，脏腑气血的功能得以恢复，疾病趋于痊愈。②正邪相持，若正邪双方势均力敌，便会在一定时间内相持不下，以致疾病缠绵迁延。③邪胜正衰，在邪正斗争中，若邪气过盛而正气虚弱，正气不仅不能战胜邪气，甚至日益亏损，则脏腑气血的功能更为衰退，以致病势日趋恶化。

发病学

关于病邪作用于人体引起发病的规律的认识称为发病学。是病机学中的重要内容。任何疾病的发生都有原因病因。如只有病因，而没有致病的诱因与素因为条件，也是不能发病的。具体研究疾病的原因、诱因与素因在发病中的致病机理、受病途径、发病类型，就构成中医发病学的内容。

发病原因、诱因与素因，一般说病因的特性决定发病的特点与性质。六淫邪气多从外感受，或由肤表入，或自口鼻入，其发病急骤，病程较短，风寒暑湿燥火六者，分别引起各自之证。而感受疫疠邪气，则发病暴急，多相互染易，形成流行性。内伤情志、劳倦等，则发病缓慢，病程长，常以脏腑气机紊乱，气血亏损为发病特点。人体感邪轻则病轻，感邪重则病重。应知致病原因在各种疾病的发生与过程中的作用是不同的，有的原始病因在疾病过程中自始至终起主导作用，如各种虫邪、疟邪等便是。有的原始病因的作用随着病情的发展，它的重要性便逐渐让位于它引起的结果，表现为因果交替的发病规律。换句话说，在一定阶段它是病变的结果。而这个结果在另一阶段又成为新发病的原因。原因和结果交替不已，形成链锁式的发病过程。例如，痰饮是由感受外邪、情志过极、饮食劳倦等原因，引起肺脾肾气化功能失常，三焦失调，致使津液停聚而成，但当痰饮形成之后，留于体内，随气升降，无处不到，可引起不同的脏腑经络发生新的疾病，如哮喘、心悸、悬饮、癫狂、眩晕、乳癖、不孕等病症，所以，原本是病理产物的痰饮，又成为这些疾病的发病原因。这种因果交替的发病规律，在许多慢性疾病过程中尤为常见。

所谓诱因，就是指那些能够促使致病原因发挥致病作用的因素。在通常情况下，人体正气的抗病能力、自身调节能力，一般能够抵御病邪使机体免遭疾病。致病原因所以能够发挥作用，主要是由于各种诱因使人体正气的抗病能力和自身调节能力降低，邪气的侵袭力量，超过正气的抵抗力量所致。正气弱一分，邪气则进一分，正气愈弱则邪气愈盛，发展到一定限度就发病。例如，外感时令病，六淫邪气是其致病原因，但每当劳倦过度，起居不适宜，致使正气的抗病能力降低时才诱使发病。许多慢

性沉疴痼疾的复发,多与诱因有关。如慢性水肿、久咳、痰饮、肺胀、哮喘等,常因受凉等诱使复发或加重。情绪激动、饮食过饱、受凉、抽烟等,并非心痛的直接致病原因,可常由这些因素而诱发。慢性淋证的病人,过度劳累与进食醇酒炙煿而诱使复发,也是常见的。这说明不论外感内伤疾病的发病与复发,都有诱因存在。不过,诱因与原因有区别,但区别不是绝对的。同一因素在某种情况下是诱因,而在另一种情况下却是原因。例如,饮食不节,过食辛辣生冷厚味,可以是慢性腹痛、腹泻的诱因,也可以是引起这些病证的直接原因。所以,诱因与原因要辩证地看待。

所谓素因,就是人体禀赋素质,包括人体脏腑功能、气血盛衰,以及所具备的天然抗病能力、适应能力和自身调节能力,统称之谓正气。在一般情况下,人体正气对于发病与否起决定作用。也就是正气强盛之时,虽有邪气侵袭,正气也能制伏而免于发病,叫做"正气存内,邪不可干"。只有当正气虚弱,抵抗能力减退之时,邪气才侵袭人体而引起发病,叫做"邪之所凑,其气必虚"。诚如《灵枢·百病始生》云:"风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人。卒逢疾风暴雨而不病者,盖无虚,故邪不能独伤人。此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。"不同的素质和正气的盛衰,还决定着发病的状况、种类和演变。《灵枢·五变》所云:"肉不坚,腠理疏,则善病风……五脏皆柔弱者,善病消瘅……粗理而肉不坚者,善病痹。"指出脏腑肌肤坚脆刚柔不同的人,其发病种类大有差异。同样感受温热邪气,因患者正气盛衰不同,发病有顺传逆传之异。同样感受湿温邪气,叶天士《外感温热篇》指出:"在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少"。小儿脏腑娇嫩、形气未充,心神未健,卫外能力柔弱,易招致外邪而发病,发生高热、惊风之候。先天禀赋不足、早产或后天乳养不良,易发生佝偻、五迟、五软等证。妇女以血为本,由于月经、胎孕、产育都是以血为用,所以易发血虚、血瘀之证。不同的素质,如阴虚体质、阳虚体质、痰湿体质等,其发病倾向都各有特点。不仅如此,人体素质与正气盛衰,还影响到病情的演变,例如,同是外感温疫,吴又可在《温疫论》说:"传变不常,皆因人而使。"以上说明素质、正气在发病中的决定作用。但是,在某些特殊条件下,邪气对发病又起决定作用。例如,《素问·刺法论》所云:"五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似。"说明某些疫疠邪气引起的传染病,由于邪气旺盛,人体正气难于抵御,一经感受必然发病。这种情况则病邪对发病又起决定作用。又如各种外伤、水火烫伤、虫兽毒蛇咬伤等,也是病因在发病中起了决定作用。除此之外,天时运气、地域水土、社会环境等因素,对一些季节性、地方性和社会性多发病的发病性质与方式,也有一定影响。

总之,中医发病学上的原因、诱因与素因的作用,要辩证地看待,才能正确理解发病过程的主导环节。而从发病学来说,也为预防医学上采取针对病因和诱因和增强素因的综合防护措施,提供了理论与实践依据。

病发阴阳

致病因素侵袭人体不同的病理反应而引起的发病类型称为病发阴阳。由于人体病理反应有阴阳之分,如表为阳、里为阴,卫为阳、营为阴,气为阳、血为阴,腑为阳、脏为阴,身半以上属阳、身半以下属阴,经络也有阳经阴经等,故称之为病发阴阳,或"阴阳发病"(清代钱璜《伤寒溯源集·阴阳发病六经统论》)。不同性质的邪气,侵袭人体不同属性的病理反应,则引起不同的发病类型,其传变、转归也迥然不同。《素问·调经论》云:"夫邪之生也,或生于阴,或生于阳。其生于阳者,得之风雨寒暑;其生于阴者,得之饮食居处,阴阳喜怒。"指出不同的阴阳发病与致病因素的特性有关,感受六淫外邪多病发于阳,因于饮食情志多病发于阴。汉代张仲景《伤寒论》从辨证立法立论,在其《辨太阳病脉证并治上》云:"病有发热恶寒者,发于阳也;无热恶寒者,发于阴也。"为外感热病辨别病发阴阳,指出了明确的证候属性。其在《辨太阳病脉证并治下》指出:"病发于阳,而反下之,热入因作结胸。病发于阴,而反下之(《千金翼》作'汗之',诚是),因作痞也。"说明不同的发病类型,应当用不同的治法。兹将病发阴阳的几种常见类型分述如下:

病发于阳 邪气侵袭人体阳分而发病,称为病发于阳。诸如发于三阳,或发于表卫等,皆属此类。正如钱璜《伤寒溯源集·阴阳发病六经统论》云:"外邪之感,受本难知,发则可辨,因发知受……发于阳者,邪入阳经而发也。"一般说,病发于阳,多为外感疾病,其病势较浅,正盛邪实,常有发热以"拒邪"的表现。故凡以发热恶寒为发病特征者,便知病发于阳。不过,此言其常,而太阳病或未发热,阳明病得之一日不发热而恶寒、少阳病但恶寒,则言其变。如新感外邪引起两经以上同时发病者,称为"合病";两经以上先后发病者,称为"并病"。"合病"与"并病"都属于三阳发病的复杂表现。如新感外邪引动宿疾,致使表里同时发病者,称为"表里兼病"。病发于阳,如因邪气太盛,正气不足,误治失治等,其病势可由表入里,由阳转阴,由实转虚,向人体更深的层次转变。

病发于阴 邪气侵袭人体阴分而发病,称为病发于阴。诸如营阴受邪,"直中"三阴等,皆属此类。外感疾病,病发于阴,正气不足,"拒邪"能力减退,故以无热恶寒为发病特征。此言其常。三阴的反发热,反不恶寒,手足反温等,则言其变。如病发于阴,调治得当,病势由里出表,由阴转阳,亦可出现发热征象。内伤杂病,常因脏腑气血失调而起病,故以病发于阴为多见,过程中常由气分而血分,由气机紊乱而形质损伤为传变特点。

阴阳两感 是指同一外邪同时侵袭人体的阴分和阳分而发病的状况。《伤寒论·伤寒例》所谓"两感于寒",以及营卫两伤,表里受邪,阴阳俱病等,皆属此类。两感发

病的特点是,既病发于阴,又病发于阳、阴阳两证俱见,而且多层次多途径传变,如表里俱传,两经俱传等。正如金代成无己《注解伤寒论·伤寒例》注云:"阴阳俱病,表里俱伤者,为两感。以其阴阳两感,病则两证俱见。至于传经,则亦阴阳两经俱传也。"例如,太阳与少阴两感发病,随着病情的发展,则太阳传阳明,少阴传太阴;再进一步发展,则阳明传少阳,太阴传厥阴,形成复杂传变的病势。《伤寒例》云:"若两感于寒而病者,必死。""必死"二字,虽未免言过其实,但也说明两感发病,是外感病中最严重的证候。

阴阳相错 是指不同属性的邪气,同时侵袭人体阴分和阳分,形成多因素多层次多属性的复杂的发病状况。诸如寒热错杂,虚实相兼,阴阳混淆等,皆属此类。显然,阴阳相错与阴阳两感,有同有异,两者的相同点:都是多个阴阳层次同时发病;其不同点是:前者各发病层次的病因病理,其性质是不同的,既见于外感发病,也见于内伤发病,而后者各发病层次的病因病理、其性质是相同的,且多见于外感发病。临床上发病时即表现为表寒里热,上实下虚,胃热脾寒等,都属于阴阳相错之类。

邪正相争

人体的抗病能力(正气)与致病因素(邪气)的斗争称为邪正相争。从一定意义上讲,疾病的过程也就是邪正相争的过程。邪正相争,不仅仅关系着疾病的发生,而且影响着疾病的发展和转归。

邪正相争与疾病的发生 疾病的发生首先是由于各种致病因素(六淫、疫疠、七情、饮食劳逸、外伤、虫兽伤等)对机体的作用。外邪所能入侵,各种致病因素所以能导致发病,是取决于机体的抗病能力,取决于邪正力量的对比。正气盛,抗邪力强,则外邪不得入侵,即《素问·刺法论》所谓:"正气存内,邪不可干"。若正气不足,防御力低下,则病邪容易入侵,正如《灵枢·百病始生》篇说:"风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚,故邪不能独伤人。此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。"外邪入侵,是否立即发病,与机体的机能状态密切相关,例如阴精不足者,在感受寒邪之后,寒邪渐从热化,至正不胜邪,则逾时而发病,此即《素问·生气通天论》所谓:"冬伤于寒,春必温病"之"伏气温病"。再如疫戾入侵,盘踞募原,必待机体抵抗力减弱时,邪气才从内发,即如吴又可所说:"感之浅者,邪不胜正,未能顿发,或遇饥饱劳碌,忧思气怒,正气被伤,邪气始得张溢。"(《温疫论·原病》)

邪正相争与疾病的发展 疾病的发展过程,就是邪正斗争的过程。正气有盛衰不同,邪气有强弱之异,由于邪正相争的结果,在临床上反映出虚实两种不同的病机和发病类型,即《素问·通评虚实论》所说:"邪气盛则实,精气夺则虚。"所谓实,是指邪气亢盛言,是以邪盛为矛盾主要方面的一种病理反映;所谓虚,是指正气不足言,是以正气虚损为矛盾的主要方面的一种病理反映。疾病的发展,一般可分为初、中、末三期。在初、中期,由于正气盛邪气实,邪正相搏,则表现为实证。例如伤寒初起,寒束肌表,卫阳受郁,正气抗争,则症见恶寒发热,头项强痛,无汗,脉浮紧等表实证。又如,阳明多气多血,为十二经之海,防御机能旺盛,抗邪力强,邪入阳明,则邪正剧争,或表现为以大热、大汗、大渴、脉洪大为主症的阳明经热炽盛证,或表现以痞、满、燥、实、坚等为主症的阳明腑实证。可见,邪入阳明,为正气盛,邪气实,邪正斗争激烈的实热证。邪入少阳,邪气未除,正气渐虚,邪正分争于表里之间,而为少阳枢机不利的病证,表明外邪即将进入后期之三阴。邪入三阴,正气抗邪力弱,则反映为虚证。再如温病,邪在卫分或上焦、中焦阶段,多为病之初期、中期,此时正气盛、邪气实,邪正相搏,则为实证热证。一旦病邪传入营血分,或深入下焦肝肾,正气逐渐由盛转虚,至阴精耗竭,则阳气失于依附而外脱,生命也就危在旦夕。在内科杂病中,以痰、水、湿、食、气、血等留滞郁阻而产生的病证,属于实证,亦多见于疾病的初、中期。例如水肿初起多为阳水属实证,后期多为阴水属虚证。一般而言,在疾病的初、中期以邪实为主,是为矛盾的主要方面,疾病的后期则以正气亏虚为主,以正气虚为矛盾的主要方面。

临床上见高热汗出,神昏狂躁,气粗声高,腹痛满拒按,二便闭结,脉沉实有力等急性热病;或非热病,而有涌盛之痰浊,停积之食滞,阻滞之瘀血,泛溢之水湿等证候,皆属于实证范畴。若素体虚弱、疾病后期或多种慢性疾病等,则多见虚证,例如久病或大病之后,耗损精气;呕吐、腹泻、大汗出、大出血等则损伤气阴,导致正气虚弱。虚证多见神疲倦怯,憔悴懒言,气短难续,心悸怔忡,或五心烦热,或自汗盗汗,或畏寒肢冷,脉虚无力等。

此外,在疾病的发展过程中,尚有虚实错杂及真实假虚、真虚假实等病理变化。例如病邪久羁,损伤正气,或正气本虚,驱邪无力,而致气、痰、食、湿、水、血等凝结阻滞体内,则成虚实错杂的病证。若因实邪格阻,气血不能外达,则表现真实假虚证,相反地,或因脏腑气血不足,运化无力,而表现为真虚假实证等。

邪正相争与疾病的转归 在疾病过程中,邪正相争的结果,或为正胜邪却,迨至正气渐复,疾病也就痊愈;或为正败邪陷,因正气损伤严重,故疾病趋于恶化甚至死亡;或为邪正两败,邪去而正亦亡;或为正邪势均力敌,而在一定时间内出现正邪相持的状况。

正胜邪却:正气旺盛,抗病力强,当病邪完全为正气所战胜,则其不能传变或难于传变,对人体的作用也就消失、终止。同时,脏腑气血功能得以迅速恢复。所反映的病变较轻,病程较短,易于痊愈。例如外感疾病,邪气初袭于表,由于正气御邪深入,外邪顿挫不传,病变局限于表卫,并为正气所驱逐。正胜邪却的表现,随疾病的性质

而异，例如外感热病，多见汗出热解，即《素问·热论》所谓“邪却而精胜也”。斑出热减，苔退能食，神清不烦，脉静不躁，如《伤寒论》所谓“脉静者为不传”等。

正败邪陷：邪气盛实，正气虚衰，正不御邪，则邪气内陷，正如《素问·玉机真藏论》所说：“故邪气胜者，精气衰也。”由于邪气盛，正气不能抗邪，而致脏腑气血功能障碍，病邪危害作用不断增加，故病势发展快，传变迅速，预后差。若正气衰竭，邪气独盛，脏腑气血功能一蹶不振，以致“阴阳离决”则人体生命活动即告终止。正不胜邪的表现，在外感病中最为明显，如外感热病出现的热势不为汗解，伴有脉搏躁疾，狂言不能食等，均为邪气内陷的表现。《素问·评热病论》对汗出复热，不为汗解作了恰当的解释，如云：“复热者，邪气也。汗者精气也。今汗出而辄复热者，是邪胜也。不能食者，精无俾也。病而留者，其寿可立而倾也。且夫热论曰：汗出而脉尚躁盛者死。今脉不与汗相应，此不胜病也，其死明矣。”此外，尚可见到斑疹出而神昏，即如叶天士所说：“正不胜邪，内陷为患，或胃津内涸之故。”温病后期，精血亏损，不能托邪达热，则表现长期低热持续，甚至衰竭死亡，其原因正如《温病条辨·原病》篇说：“病温之人，精血虚甚，则无阴以胜温热，故死。”

此外，在邪正斗争过程中，亦可出现邪正相持，此时若正气奋起抗邪，驱邪外出，疾病可逐渐痊愈。若正气抗邪之力不足，则邪气缠绵，例如温热病邪始终在气分留连，由于邪正双方势均力敌，邪正剧争，则出现“战汗”。表现突然脉伏，四肢厥冷，或爪甲青紫，全身战慄，继则壮热，周身汗出。若正气鼓动，驱邪有力，可经一战而病邪外解，症见大汗出后，脉静身凉，神情清爽，气息匀静，脉搏和缓；相反若驱邪无力，虽战而邪不外解，症见汗出肤冷，继则复热，神烦气粗，脉搏躁疾，一般预后较差。

邪正相争与治疗的关系　把握邪正斗争过程中邪、正消长力量的对比，病势的发展，正气耗损的程度，而正确地使用祛邪与扶正的方法，是取得良好的治疗效果的关键。①先祛邪后扶正：一般而言，外感疾病的初、中期，邪气鸱张，正气未虚，其治疗应首先使病邪受到顿挫，故以祛邪为急务，例如，伤寒病在三阳，温病邪入气分，多为病程的初期或极期，邪正相争，正气未致大虚，故以解表、清热、攻下等祛邪方法为治疗原则，迨至邪未去而正伤（例如因热盛而阴伤），则以扶正为治。在使用祛邪方药时，亦要审视正气情况，若不暇详审，过用祛邪方药，包括过量投剂，导致病邪虽去而正气受伤，甚至邪去而正亡的严重后果。②先扶正后祛邪：正虚而无力逐邪者，常致病邪留恋，其治疗可以扶正为先，例如中焦温病久羁不解，潜入下焦，劫夺阴精，邪少虚多，以填补真阴的扶正方法为总的治则，使阴精渐复，至正能敌邪，则有生机。若正气已复，而病邪犹存者，后可酌情祛邪。在使用扶正方药时，切忌不察病邪性质，病邪多少，病变部位，而遽投壅补、呆补之剂，使气机窒塞，病邪胶着难解。③邪正并治：在疾病过程中可出现邪气壅盛，元气将脱的邪正关系，此时攻之不可（几微之气不任攻夺），补之不及，预后极差，例如，阳明腑实而失于攻下，邪火壅闭于内，耗气伤阴，终致气液欲脱，而腑实犹存，故以扶正、驱邪并举为治，如黄龙汤、新加黄龙汤等，以图回生于万一。根据邪正斗争中邪与正的消长关系，合理、正确地使用祛邪与扶正的方法，务使邪去而正安，则是对疾病的治疗所要达到的根本的目的。

总之，邪正斗争及其消长，决定着疾病的发生、发展和转归。正虚邪凑，则疾病发生。正气虚，邪气实，则病邪深入。正气虚极，邪气独盛，则疾病恶化，甚至死亡。相反地，正气存内，则邪不可干。正气较盛，或正气渐复，至正能敌邪，邪气被逐，则病情向好的方面转化，并臻于痊愈。

新感与伏邪

阐述温病发病类型有两种学说，一是新感学说，二是伏邪学说。

新感　感邪后立即发病的温病称为新感温病，简称新感。

关于新感温病，《内经》未明确论及。《素问·六元正纪大论》所称“民厉温病”，不能臆断为新感。张仲景同样未就新感专门论述，所云“太阳中热者，暍是也。其人汗出恶寒，身热而渴也”。王孟英将其列入《温热经纬》中“仲景外感热病篇”之首条，意欲与伏邪并列。王叔和所论“时行之气”，未言其伏而后发，如“其冬有非节之暖者，名曰冬温”，故有视之为新感者。晋唐以降，亦鲜有其专论。明代汪石山出，首论“新感温病”概念，如云：“又有不因冬月伤寒至春而病温者，此特春温之气，可名曰春温，如冬之伤寒、秋之伤湿、夏之中暑相同，此新感之温病也。”清代陈平伯专论新感，不言伏气，谓“外感不外六淫”，至于冬不藏精，春必病温，系指“里虚者表不固，一切时邪皆易感受”，否定有伏气之说。

新感温病初起，病邪在表，无里热证。客邪外袭，卫气受郁，邪正相争，故恶寒发热为其必有的表现，伴有头身疼痛，无汗或少汗，咳嗽，口微渴，舌边尖红赤，舌苔薄白，脉浮数等表证。由于体质因素不同，感邪轻重有差异，在表之邪有不内传而自愈者，有沿卫气营血渐传入里者，甚至有自肺卫传陷心营者。一般新感较伏邪病程短，治疗确当，邪不内传，预后较好。属新感温病的有风温、暑温、湿温、秋燥等。

伏邪　伏邪指感邪后未立即发病，邪气伏藏，过时而发的一类温病。

伏邪学说导源于《内经》。《素问·生气通天论》“冬伤于寒，春必病温”之论，开创伏寒化温理论的先导；《素问·金匮真言论》“藏于精者，春不病温”，最早从体质因素指明阴精不足者是伏寒化温的条件；其《素问·刺热》说“其

热病内连肾”,说明伏气温病的病变部位与肾相关。后汉张仲景《伤寒论》未明确论及伏邪问题,所云“太阳病发热而渴,不恶寒者为温病;若发汗已,身灼热者名曰风温”,一般认为是伏热外发的临床表现及有关治疗禁忌的记载。晋代王叔和首先提出邪伏部位的问题。他在《伤寒序例》中论及了寒毒藏于肌肤,如云“中而即病者曰伤寒;不即病者,寒毒藏于肌肤,至春变为温病,至夏变为暑病,暑病者热极重于温也”。同时,王氏指出了伏邪激发的因素是“更感异气”。他还根据激发因素的不同,对伏气温病命名,如重感于寒者称为温疟,更遇于风变为风温,更遇温热变为温毒,更遇温气变为温疫等。隋代巢元方认识到不独伏寒化温,更“有冬月天时温暖,人感其气,未即发病,至春又被积寒所折,毒气不得发泄,至夏遇温热、温毒始发者”。这就突破了伏寒化温单一因素的局限。唐代王焘亦宗其说。宋代朱肱对伏邪的激发因素作了重要补充,指出伏邪被气候所引发。金元时期刘河间认为伏气温病四时皆有,扩大了伏气温病的范围,《伤寒医鉴》引其说,如云:“今春温、夏热、秋凉、冬寒,是随四时天气所感……,合而言之则一也,冬伏寒邪,藏於肌肉之间,至春变为温病,夏变为暑病,秋变为湿温,冬变为正伤寒。”历代医家对邪伏部位和邪发途径作了多种探索。近代医家何廉臣认为,凡伏气温病,皆是伏火。伏邪学说至今仍不失其重要的临床意义。

邪伏条件　邪气伏匿有一定条件,在病因方面,感邪不盛,则藏而不察。如《灵枢·邪气脏腑病形》云:“正邪之中人也微,先见于色,不知于身,若有若无,若亡若存,有形无形,莫知其情。”《内经》所言正邪是指六淫从时令旺方来者,如冬以寒为正邪,故冬伤于寒,令人不觉,至春变为温病。吴又可亦说:“感之浅者,邪不胜正,未能顿发。”在体质因素方面、正气不足,邪气得以乘虚潜藏,如肾精亏虚,寒邪内伏,渐从热化;或肾气先馁,邪气深伏,不能托邪达热等。

邪伏部位　感受病邪的性质和体质因素及其状况不同,病邪伏藏的部位有异。①肌肤:冬受寒毒之邪,常伏藏肌肤而不发,晋代王叔和持此说。②肌骨:《诸病源候论》即认为,寒毒藏于肌骨中,至春变为温病。③募(膜)原:如吴又可认为,疫戾之气始则匿于募(膜)原,根深蒂固。蒋宝素《医略十三篇》亦论其冬寒伏于膜原之间。④少阴:柳宝诒《温热逢源》即论述了肾气先虚,病邪乃凑之而伏于少阴。雷少逸《时病论》认为,邪伏部位因体质因素而异,其肾虚之体,病邪伏藏于少阴,一病津液即伤,变证迭出;而劳苦体实之人,病邪则伏藏肌肤,病发则病势由渐而加。此外,喻嘉言还提出了邪伏部位的三纲鼎立说,即冬伤于寒,病邪则伏藏肌肤;冬不藏精,病邪伏于骨髓;冬不藏精,复冬伤于寒,则内外受邪。喻氏之说,似失于机械。

激发因素　伏邪外发,其激发因素有如下几种:①气候引发:多在春令阳气升发之时,引动在里伏热,如春温即是。②再感激发(新感引动伏邪):重感外邪,激发在里伏热,如叶桂说:“新凉引动伏暑”即是。③情志及其他因素:包括忧郁、愤怒等情志变化,或过分劳顿,抵抗力下降,或饮食不节,正气受伤等,正如吴又可说:“感之浅者,邪不胜正,未能顿发,或遇饥饱劳碌,忧思气怒,正气被伤,邪气始得张溢。”(《温疫论·原病》)

伏邪传变　被激发之伏邪,或由里达表,或自里而再传入里。伏邪由里而出于表,于病机为顺。若病发于里,即溃于里,不达于表,则其病机为逆。

临床表现　伏邪内溃,里热外发,充斥肆逆,而见一派里热证候,如灼热、烦躁、口渴、尿赤、斑疹、吐衄血、痉厥、舌红绛无苔等。如无外感激发,一般无表证。伏气温病病程长,缠绵难愈,非伏邪透尽则邪热不解,故有抽蕉剥茧之喻。正如王孟英说:“若伏气温病,自里出表,乃先从血分而后达于气分,故起病之初,往往舌润而无苔垢。但察其脉软而或弦、或微数,口未渴而心烦恶热,即宜投以清解营阴之药,迨邪从气分而化,苔始渐布,然后再清其气分可也。伏邪重者,初起即舌绛咽干,甚有肢冷脉伏之假象,亟宜大清阴分伏邪,继必厚腻黄浊之苔渐生。此伏邪与新邪先后不同处。再有邪伏深沉,不能一齐外出者,虽治之得法,而苔退舌淡之后,逾一二日舌复干绛,苔复黄燥,正如抽蕉剥茧,层出不穷,不比外感温邪由卫及气、自营而血也。”伏气温病的治疗以直清里热为主。

新感与伏邪比较表

	病　因	病　机	证　候
新感	感邪后立即发病	初起病邪在表,或为正气所逐而外解,或因正不胜邪,而由表入里	初起即现表证,无里热证,以恶寒发热,头身疼痛,口微渴无汗或少汗,舌苔薄白,舌边尖红赤,脉浮数等表证为主
伏邪	感邪后邪气伏匿、逾时而发	伏邪内发,或由里出表,或自里而再传入里。病程长,非伏邪透尽,其病不愈	初起即为里热证,如灼热、烦躁、口渴、尿赤、舌红、苔黄、脉躁数等。如无再感激发,则无表证

新感与伏邪是根据感邪后是否立即发病而有所区别,但实际上对发病的迟早难于确定,主要是通过对临床表现的分析,以明确温病初起病变的浅深及其传变的趋向,并确定其治疗原则。

对于伏邪温病,古代医家亦有持异议者,如《温热经纬·陈平伯外感温病》篇对冬不藏精,春必病温的解释是:“非谓冬宜藏而他时可不藏精也,即春必病温之语,亦是就近指点。总见里虚者表不固,一切时邪皆易感受。”也就是说,里虚者易感邪发病,未必皆逾时而发。刘松峰亦说:“至于晚发之说,更属不经,夫冬月寒疠之气感之即病,那容藏于肌肤半年无恙至来岁春夏而始发者乎?此必无之理也。”(《松峰说疫·温疫名义论》)至今日视之,伏邪固不容否定,陈、刘之说亦有可取处。

六气病机

疾病发展过程中机体本身由于内脏功能异常而造成化风、化燥、化湿、化火、化热、化寒等不同的病理变化称为六气病机。故属于病机学的范畴。病因条中论及的"六淫"风、寒、暑、湿、燥、火，是泛指外感病的致病因素而言的，属病因学的范畴。两者虽然名称相同，而其概念实质是不同的。但彼此又不是绝然无关的，其中还存在着所谓"同气相求"的关系。例如外湿可以引动内湿，外寒亦好犯内寒者。肺阴不足而内燥者，难度秋燥之令。所谓"温邪独击下虚人"，即指肾水亏损，阴虚内热者易为温热之淫气所伤也。兹将六气病机分述于下：

风气内动 风性善动，凡在疾病过程中出现了诸如头目眩晕，四肢抽搐，振掉强直，乃至卒然昏倒，暴不知人等症状，即称为风气内动。《素问·至真要大论》曾概括说："诸暴强直，皆属于风。"此等症状，大多与肝所主之筋与目有关。因为肝的主要功能为藏血，肝之精上注于目，目得其精而明视，淫气于筋，筋得其养而屈伸自如。肝性喜调达而恶抑郁，故情志异常，亦往往与肝有关，因此风从内生往往责之于肝。故《素问·至真要大论》又说："诸风掉眩，皆属于肝。"肝体阴而用阳，若由于情志所伤，致肝气不得疏泄，郁而化火，火动则阳失潜藏，阳亢则风自内生，风火相煽，上升巅顶，或横窜脉络，以致血不归藏，随气火而并走于上，从而导致卒倒暴不知人。张景岳为了否定外感风寒可以引起"中风"，故特名此曰非风。此风实由内伤积损，颓败而然。如果由于津液亏损，液少血枯，血不养筋，肝阴不足，阴不潜阳，肝阳亦能上亢。这种情况多见于严重之汗、吐、泄泻及失血之后，症见手足蠕动，或筋惕肉瞤等。这是由于久病伤阴，阴血不足，筋脉失养，虚阳浮亢，生风而动的表现。这种风称为血虚生风。如果由于肾阴亏虚，精不化血，肝失濡养，可形成水不涵木之证，肝阴亦相应不足而致虚阳上扰，风从内化，这些均属虚风。如在急性热病过程中，由于燥热过盛，邪热燔灼肝经，此时亦能鼓动肝风而出现神昏、搐搦诸症，这是属于实热证。如热甚伤精，阴液耗伤而生风，则属实中有虚之证。在病机上应注意识别其虚实盛衰，以便根据病机而采取正确之治疗措施。

寒从中生 凡是由于阳衰气虚而导致人体生理功能衰退的，都能显示出寒从中生的病理过程。此时，由于阳气虚衰，机体的代谢过程是低的，故出现体温低下或活动少。寒在腠理则为毛窍收缩，闭塞无汗；寒在肌肤筋肉则表现为肢冷畏寒，厥逆不仁，挛急不伸，为痹为痛等；在血脉则为脉急踡缩而少血，血行凝泣。《素问·举痛论》说："寒则气收"，即指此而言。由于阳气衰微，常能导致阴盛内寒，而出现水液不化，壅滞不行的现象，如水聚、肿胀、痰饮之类。因此，《素问·至真要大论》说："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。"寒从中生之根源实在于肾，因为肾气乃阳气之本，由于肾阳不振，命门火衰，生化无源，釜底无薪，水谷难熟，无以温煦人体，故尔诸寒丛生。所以《素问·至真要大论》又有"诸寒收引，皆属于肾"的论述。各脏腑不同的阳气虚衰，有不同的病机与证候，如肾阳亏虚，则因气化不利，开合失司，带脉不固而症见腰酸，脊冷，小便清长或不利，男子阳痿，女子带下清稀等，是属下焦虚寒。如脾胃阳虚，则运化无力，水谷难腐，升降失司，而多见泛吐清水，下利清谷，畏寒肢冷，以及中气下陷诸证，是为中焦虚寒。如心肺阳气虚损，则肺之宣降失司，而见咳逆气短，心阳不振而见血瘀气滞，面青唇紫，胸痛彻背等，是为上焦虚寒。

湿邪停滞 指体内水谷津液运化转输的机能受阻而蓄积停滞的病机。这种内湿停滞，常由于久病之后，损伤脾土，脾阳不健，升降失调，则不能为胃行其津液，以致聚而成湿，或停而成痰，或留而为饮，甚则积而为水。因此，《素问·至真要大论》说："诸湿肿满，皆属于脾。"此外，三焦为津液之腑，决渎之官，有疏通水道之职。如果三焦不利，也能产生肿胀和小便不利等症，故《灵枢·四时气》说："小腹肿痛，不得小便，邪在三焦。"肾为水脏，亦主津液，《素问·水热穴论》说："肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。上下溢于皮肤，故为胕肿。胕肿者，聚水而生病也。"可见小便不利和水肿与肾关系密切。故后世治疗肾病浮肿、小便不利之属于肾气虚衰者多可用金匮肾气丸温肾利水而获效。清代石寿棠所著《医原》中论及内湿病机，认为内伤于湿者，可以是阳气虚的结果，因为"阳气虚则蒸运无力而成内湿"，也可以是思虑过度而气结的结果，因为气结则枢转失灵而内湿以成。就脏腑功能而论，则认为"内湿起于肺、脾、肾，脾为重，肾为尤重。盖肺为通调水津之源，脾为散输水津之源，肾又为通调散输之枢纽"。由于湿邪所犯部位不同，可出现不同的症状，其病机也不尽相同。如湿阻上焦，则可蒙蔽清阳而致胸中气机不利，症见胸闷不舒，头晕如重裹，或为咳嗽喘急。如湿在中焦，则脾胃阳气受遏，气机被郁，升降失调，症见胃脘痞胀，泛恶呕吐，大便稀溏。如湿阻下焦，湿浊下注膀胱，肾与膀胱气化受阻，水道失其通调，则见足胫水肿，或小便赤热而不利。如湿注大肠则为传化失司，症见大便粘滞不畅。妇女之湿浊带下，也属湿阻下焦之范畴。如若湿滞筋肉之间，则觉肢体重滞，伸屈不便，或为项部转动不利。此即形成《素问·至真要大论》所指的："诸痉项强，皆属于湿"的病理状态。

津伤化燥 指津液不足，干枯不润的病机。多由于严重之汗、吐、下或亡血失精之后，或由于阴虚液亏，或由于高热蒸灼而致津液不足，内不能滋养脏腑，外不能濡润腠理孔窍，以致皮肤憔悴，毛发枯焦，口唇燥裂，舌上无津，口渴咽燥，大便结而小便少。如进一步发展到血燥津枯，不能濡养筋骨，则可致关节伸屈不利，甚至挛急反戾而为痉为搐。内燥之生，虚实均可见，多与肺及胃肠有关。津化于气，而肺主气，又为水之上源，如肺气不足，则

水液不能四布而成燥，此属肺阴虚。胃与大肠为阳明燥金之腑，上津液所生病。如胃肠受热邪所犯，每易灼伤津液而致内燥，此者属胃肠实热。石寿棠《医原》也论及内燥之病机，他认为内伤于燥者，可以是阴血虚的结果，因为"阴血虚则营养无资而成内燥"。也可以是气结的结果，因气结血亦结，血结则营运不周，内燥因之以成。就脏腑功能而论，则认为"内燥起于肺、胃、肾，胃为重，肾为尤重，盖肺为敷布精液之源，胃为生化精液之本，肾又为敷布生化之根柢。"因此，内燥和内湿一样，均以肾为枢纽。肾阳不足，则气不化水，可以留湿为患；肾阴虚亏，则津液内涸，可以燥热为患。故石氏提出内燥内湿均以肾为根底的理论是具有卓见的。

火热内扰　火为热之甚，热为火之渐。火与热之病机基本上是一致的。热主开泄，热在皮肤，则腠理开，汗出。热在血脉，则脉流疾速，热甚耗血动血则见迫血妄行而为衄为吐。热在筋肉，则弛纵不收，懈惰无力。如热能得到疏泄，则热泄而退，如热不能疏泄，则内郁益重，甚则化火为患。如热郁于腠理肌肤，则为痤痱，热甚则肉腐化脓，发为痈肿。热郁于脘腹肠胃之间，使运化传导功能失常，则见腹胀便泄及呕吐等症。《素问·至真要大论》说："诸胀腹大，皆属于热"，"诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热"，"诸转反戾，水液浑浊，皆属于热"，"诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。"其中某些病情就是热郁于肠胃之间所致。热甚则为火，火盛则神动。这种情况尤多于热病过程中，当热入阳明，或入营入血，火扰心神时则见神昏谵语，烦躁不安，甚至四肢抽搐，胡言乱语，登高而歌等等。或见气血上溢，而出现喘促、闷满，呕血、衄血等。故《素问·至真要大论》说："诸热瞀瘛，皆属于火"，"诸逆冲上，皆属于火"，"诸躁狂越，皆属于火。"至于"诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于火"，这是热极似寒的表现，是假寒真热，临诊时务须仔细辨认。

火热内生的具体病机，一般可见以下几种：①阳气有余。这是阳气过亢使阴精耗伤而致的阴虚内热。②外感风寒燥湿之邪，或内伤积滞不化郁结而化热生火。③"五志化火"这是内伤七情，拂抑不解，气机壅塞不通，郁久遂致化火。如怒气伤肝，郁而化火，肝阳上亢，使气血并病而致暴卒。④劳伤过度，则精血亏少，阴虚致阳亢而生热，这是属于虚火。内热生火，可累及五脏六腑，且有虚实之分，其病机病证亦各有特殊性。实火多见于外感，风、寒、暑、湿、燥五气亦能化火。如心火炽盛，多因火盛阴伤，表里俱热，甚则扰动心神而出现五心烦热，口舌糜烂，神昏谵语等症。再如肺火壅盛，则由于肺热伤阴，灼液为痰，宣肃失职，而见口干鼻燥，咳吐黄痰，甚或咯血。虚火多见于内伤阴精津液所致，如心阴不足所致之心火，由于阴虚阳亢，阳不入阴，神不内守，症见心悸怔忡，失眠健忘，五心烦热，低热盗汗等。肺火，则由于肺阴不足，不能制阳，虚火内生，阴液更伤，清肃无权，虚火灼络，症见潮热颧红，干咳声哑，咽干盗汗，痰中带血等。肾火，多由于房室不节，或久病及肾而致真阴亏损。肾阴不足，脑髓空虚而头晕健忘，耳鸣失聪，骨骼失养而腰膝酸软。虚火妄动，扰动精室，在男子则为梦遗滑泄，在女子则为白淫带下，经少经闭等症。

六气病机在疾病发生发展过程中占有特殊的重要地位，它与病理体质之形成也有密切的关系。

六气病机之历代研究　中医理论所称之"六气"包括"外六气"和"内六气"，因有同气相求的理论贯穿着，故多没有加以严格的区别。现本条将两者合并一起，略予介绍。

《内经》很强调岁时节令与人体生理病理的关系，并详细地论述了六气病机。《素问·至真要大论》指出："诸热瞀瘛，皆属于火；诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于火；诸痉项强，皆属于湿；诸逆冲上，皆属于火；诸胀腹大，皆属于热；诸燥狂越，皆属于火；诸暴强直，皆属于风；诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热；诸病胕肿，疼酸惊骇，皆属于火；诸转反戾，水液浑浊，皆属于热；诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒；诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。"这是病机十九条中有关乎六气病机者，凡十二条。其后，刘完素认为病气与年岁时节的变化有密切关系，著《素问玄机原病式》提出了"病气归于五运六气"的见解。他说："一身之气，皆随四时五运六气兴衰，而无相反矣"，"经曰'治不法天之纪，地之理，则灾害至矣'又云：'不知年之所加，气之兴衰，虚实之所起，不可以为工矣'。由是观之，则不知运气而求医，无失者鲜矣。"他明确地指出了业医治病，不能不明运气演变的规律，否则将犯误治失治之弊。但是他在阐明五运六气与人体生理病理相关时又强调：人在自然界中对气象因素不是完全被动的适应，而是有其独立自主的能力的。他认为："主性命者在乎人"，"修短寿夭、皆是人为"。他不同意那些专以某年主某气，必发某病的机械论观点。这一点是正确的也是重要的。他分析了《素问》病机十九条，扩大了其中火热病证的范围，而且强调了风、湿、燥、寒诸气在病变过程中皆能化火生热，例如他说："火本不燔，遇风冽乃焰"，"湿为土气，火热能生土湿"，"湿病本不自生，因于火热怫郁，水液不能宣通，即停滞而生水湿也"，"金燥虽属秋阴，而其性异于寒湿，而反同于风热火也。"至于寒气，如感冒寒邪，或内伤生冷，均可见"冷热相并"，使"阳气怫郁，不能宣散"而生热。后人将此论点称为"六气皆从火化"。鉴于刘氏这一主导思想，故在临床上都用寒凉之剂论治火热之证，其"主火派"或"寒凉派"之名即由此而来。刘氏这一学说为后世温病学派奠定了始基。

张从正采用刘氏按病理变化类分疾病的方法，即按风、暑、湿、火、燥、寒六气分证，并提出"三消当从火断"之说。他认为人体疾病的发生，或从外来，或从内生，都是邪气。既是邪气，即应速用攻法，驱其邪，不当让邪气稽留体内。他认为：凡是风寒之邪所发的疾病，在皮肤之间和经络之内，可用汗法；凡是风痰宿食，在胸膈或上脘，可用吐法；凡寒湿痼冷或热客下焦等在下的疾病，可用下

法。所谓:"处之者三,出之者亦三也。"他认为只有"脉脱下虚,无邪无积之人"才可以用补法。后世称此为攻邪派。

朱丹溪立论仍宗一个"火"字。而丹溪生于江南地土卑湿之域,湿热相火为病最多,当时盛用辛燥药较多的《局方》,每与湿热相火不相能,因此,极力反对滥用《局方》。他又从阳动阴静的理论中悟出"动气即是火"的道理,惟丹溪所论火热,非属外来而属内生。他认为:"相火易起,五性厥阳之火相扇,则妄动矣。火起于妄,变化莫测,无时不有,煎熬真阴,阴虚则病,阴绝则死。故曰:相火元气之贼。"因此,他主张节饮食,戒色欲,不使相火妄动,以保持阴平阳秘。故常用知母、黄柏,以泻相火而保阴精。

戴思恭从学于丹溪,倡"气火同源"之说,认为:火与气原为一家,因其常变之不同而分化为二。常则为气,足以生化万物;变则为火,足以败乱生机。他说:"火之为病,其害甚大,其变甚速,其势甚彰,其死甚暴。"他把火与五脏之功能联系起来,提出:"大怒则火起于肝,醉饱则火起于胃,房劳则火起于肾,悲哀动中则火起于肺,心为君火,自焚则死"的观点。而且主张应按五脏五志化火之不同证候,分辨虚实予以治疗,如黄连泻心火,黄芩泻肺火,知母泻肾火,芍药泻脾火,柴胡泻肝火等。如遇虚火,则不能用苦寒直折之剂,如内伤脾胃元气而火动者,宜用甘温之剂而除之,肾水受伤而火失其守者,宜壮水之剂以制之。这是对丹溪"阳有余,阴不足"和"相火论"的继承和发扬。此外,他在《金匮钩玄》中又以气血痰郁为纲,以六气致病为目,从而分辨标本先后,地土方宜,以审证求因。这一学术思想给后世医家的启发很大。

王履对《内经》"四气发病"又有所阐发。历代医家都是从四气之因说明所以致病之理的。而王履则主张从现有的病症以逆料其病原,他说:"夫洞泄也,痎疟也,咳与痿厥也,温病也,皆是因其发动之时,形诊昭著,乃逆推之,而知其昔日致病之原,为伤风、伤暑、伤湿、伤寒耳,非是初受伤之时,能预定其今日必为此病也。且夫伤于四气,有当时发病者,有过时发病者,有久而后发病者,有过时之久自消散而不成病者,何哉?盖由邪气之传变聚散不常,及正气之虚实不等故也。"因此,他认为必须从病邪的聚散,正气的盛衰,体质的强弱及时令之过与不及等方面结合现在的形证去推断致病的原因,预测疾病的演变,只能断其然,而不能断其必然。这样论述四气发病是有其独到之处的。

张景岳在六气病机中对"中风"证,提出了"非风"之说。唐宋以前论中风者,多以"内虚邪中"立论,《金匮要略》则谓因"脉络空虚",然后风邪乘虚人中。宋元时刘河间主张"心火暴盛";李东垣称由于"正气自虚",而朱丹溪则以由于"湿痰生热"所致。张景岳则认为:"本皆内伤积损颓败而然,原非外感风寒所致","多以素不能慎,或七情内伤,或酒色过度,先伤五脏之真阴","阴亏于前,而阳损于后,阴陷于下,而阳泛于上,以致阴阳相失,精气不交",此为致病之本。因此,他提出"非风"以正其名。对此,后世叶天士又进一步提出"精血衰耗,水不涵木,木不滋荣,故肝阳偏亢"的发病机理。对于暑之为病,张景岳又提出了"阴暑"和"阳暑"之分。认为:"阴暑者,因暑而受寒者也。阳暑者,乃因暑而受热者也。"阴暑多得于安逸之人,以其恣情任性,不慎风寒也。阳暑多得于劳苦之人,以其触冒暑热,有势所不容已者。阴暑之证有在表在里之分;阳暑之证有热证实证之别。

喻嘉言对《素问》"秋伤于湿,上逆而咳"和"秋伤于湿,冬生咳嗽"之文提出了异议,认为此乃"秋伤于燥"之错简。他认为《素问·至真要大论》病机中所说:"诸气膹郁,皆属于肺;诸痿喘呕,皆属于上",都是指燥气伤肺而言的。他说:"诸气膹郁之属于肺者,属于肺之燥,非属于肺之湿也;苟肺气不燥,则诸气禀清肃之令,而周身四达,亦胡致膹郁耶?诸痿喘呕之属于上者,上亦指肺。惟肺燥甚,则肺叶痿而不用,肺气逆而喘鸣,食难过膈而呕出。三者皆燥证之极也。经文原有'逆秋气则太阴不收,肺气焦满'之文,其可称为湿病乎。"他认为秋燥之形成是"大热之后,继以凉生,凉生而热解,渐至大凉而燥令乃行"。因此,他制定了清燥救肺汤,以甘寒滋润为主,既清燥热,又养阴液,用此方法治疗秋令气候干燥。燥热伤肺,以致气阴两损之证,确有良效。

吴瑭在《温病条辨》风论中,论风颇具精义,其要点有三:①风无定体,每随四时八节,早晚晴雨之不同,而有兼夹寒热燥湿之各殊。②从风气的本质而言,风木生于水之气,故本性多带寒凉,风木能生火热,故其变化,常出现转化为热的现象。③由于风性善行数变,故治疗之法,不能泥于一种,辛温辛凉,应各随其所变而施治。

石寿棠著《医原》,条析燥湿为病,颇多发挥,极为精辟。他认为:"六气风居乎始,寒暑燥湿居乎中,火居乎终。风居乎始者,风固燥湿二气所由动也;寒暑居乎中者,寒暑固燥湿二气所由变也;火居乎终者,火又燥湿二气所由化也。"因此,可以"燥湿赅六气"一句,代表《医原》的中心思想,也是他的独特见解。当论及燥湿与寒热之关系时他指出:燥湿两气为天地间寒热之气所化,因"寒搏则燥生,热烁则燥成;热蒸则湿动,寒郁则湿凝"。当论及燥湿与时节的关系时,指出:冬至以后,阳气化湿,夏至以后,阴气化燥,故湿为阴中之阳,燥为阳中之阴。此外,他认为燥与湿可以互为因果,说:"燥邪不行水而夹湿,湿郁不布精而化燥。"对于内伤燥湿之病机,他认为其关键在于阳气与阴血之不足,他说:"阳气虚则蒸运无力而成内湿,阴血虚则营养无资而成内燥。思虑过度则气结,气结则枢转不灵而成内燥。"并指出:"内燥起于肺、胃、肾,胃为重,肾为尤重。""内湿起于肺、脾、肾,脾为重,肾为尤重。"这对燥湿两气之辨证论治具有指导意义。

综观六气病机学说之发展经过,可见其重点在于论述火热证之病机和治疗。我们当熔冶各家之长于一炉,庶能取其偏而得其全。六气病机也是中医病机学说中颇具特色的理论,今后值得作进一步的研究。

传变

病邪在体内的传播变化称为传变。由于病邪的传变必然要反映在证候的变化上，故通过证候的观察，可判断其传变过程。影响病邪传变的因素较多，主要者有：①病邪性质。例如风热病邪传变较快，因风为阳邪，善行而数变，初犯肺卫，较易内陷心包。暑热病邪易直中心包，其原因正如王士雄说："暑是火邪，心为火脏，邪易入之。"（《温热经纬·三时伏气外感篇》暑厥按语）②感邪多少。感邪少者，因正气御邪，外邪不易深入，故多在表而自解。③体质因素。阴精不足的体质，阳气偏亢，感受外邪时，病邪多从热化，邪热复伤其阴，故易成燎原之势，传变较迅速。阳气素虚者，寒邪可直中三阴，易损阳气。④治疗是否确当。正确而及时的治疗，可使外邪顿挫而不内传。若迁延失治或误治，则可促使病邪传变。例如风热袭表，及时辛凉解表，可使表邪随汗而解；若误用辛温发汗，则助长热势，劫夺津液，促使风热病邪的传变。此外，在表之邪误用攻里之剂，亦可引邪深入。

伤寒的传变　关于伤寒六经传变的论述，首见于《素问·热论》，所论传变的程序是：伤寒一日，巨阳受之，二日阳明受之，三日少阳受之，四日太阴受之，五日少阴受之，六日厥阴受之，其三阴三阳俱是实证。后汉张仲景继承和发展了《热论》的理论，总结了伤寒的六经传变规律。宋代朱肱提出寒邪直中三阴的理论。金元刘完素提出伤寒六经传变俱是热证，《伤寒医鉴·论六经传变》说："病前三日，巨阳、阳明、少阳受之，热在于表，汗之则愈，后三日，太阴、少阴、厥阴受之，热传于里，下之则愈。六经传受，由浅至深，皆是热证，非有阴寒之证。"古代医家的这些不同的见解，是根据各自的临床实践观察所总结的，对今天的临床实践仍有指导意义。

伤寒六经传变，是脏腑经络及其气化活动在邪正斗争中的动态变化过程，其规律大约是：

循经传变　指病邪按六经顺序呈渐进性的传递变化，即循太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴等六经的程序传变。实际上，六经依次传变的并不多见。

越经传变　指病邪不循六经顺序，趋越一经或几经的传变，例如，太阳之邪传入少阳，或太阳之邪传入太阴等。

表里传变　指病邪按六经的表里关系传变，例如由太阳传少阴，《伤寒论》21条说："太阳病发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之"，此为太阳病治疗失当，伤及少阴的传变。又如214条说："此但初头鞭，后必溏，不可攻之，攻之必腹满不能食也"，此为由阳明传入太阴的传变。

首尾传变　指病邪由初期的太阳直接传入末期的厥阴的过程。

直中　指病邪不始于太阳之表，而径入在里的三阴的发病过程。其实，直中不只限于外邪直犯三阴，凡起病不经太阳，而直入其他五经者皆可称为直中，例如直中阳明、直中少阳等。

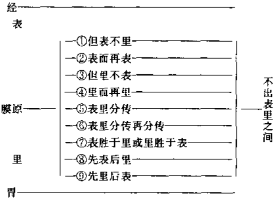
合病　指两经或两经以上同时发病，如《伤寒论》32条的太阳、阳明合病，224条的三阳合病。表里关系的两经合病称为两感，例如《伤寒论》30条的太阳、少阴合病即是。

并病　指六经中之一经病未解，另一经病又发的病机传变，例如《伤寒论》48条的"二阳并病"，为太阳病未罢，阳明病又起的传变。

由里达表　指正气渐复，邪气已衰，由于正逐邪出，则病邪由阴转阳。例如《伤寒论》192条说："伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴……至七八日大便鞭者，为阳明也"，此为太阴病转出阳明的腑实证。又如290条云："少阴中风，脉阳微阴浮者，为欲愈"，此为少阴病由里出表，转出太阳经而渐解。由里达表，是病情向愈，预后良好的转归。

温病的传变　温病的传变规律有：

九传　明代吴有性提出的温疫的九种传变方式。邪由口鼻上受，直趋中道，伏于膜原而不发。膜原外通肌肉，内近胃腑，为三焦之门户，实一身之半表半里。膜原伏邪适逢饥饱、劳碌、忧思、气怒等因素，使正气受伤，张溢外发，或外淫于经，或内陷胃腑，不外表里两途。由于传变有先后不同，表里之分，故细分则有九种：①但表不里，指仅现表证，而无里证。②表而再表，指表解之后，复现表证。③但里不表，指仅现里证，没有表证。④里而再里，指里证解除后，复现里证。⑤表里分传，指表证里证并现。⑥表里分传再分传，指表里分传之后，复现表里之证。⑦表胜于里，或里胜于表，指表证胜于里证，或里证胜于表证。⑧先表后里，指先有表证，后现里证。⑨先里后表，指先现里证，后现表证。见九传示意图：



九传示意图

上述九种传变，基于伏邪不能一时透尽。若伏邪不尽，则变证迭起，层出不穷，反覆难愈，这是形成九传的病理基础。

顺传与逆传　关于温病顺传与逆传的概念不甚统一，大约有两类认识。首先是一般的习惯称谓，即：①循

卫、气、营、血的顺序，呈一趋向的，渐进性的传变，即自卫及气，由气传营，进而深入血分。②称邪自肺卫（不经过气分）而径陷心营的为逆传。顺传与逆传是指传变的两种病机和表现症状。其次是根据温病学的古代名著的论述确定顺传与逆传的概念。第一部温病学专著《温疫论·原病》提出："从外解者顺，从内陷者逆"，此指病邪始动于半表半里之膜原，循着相反方向的两种传变，所称之顺、逆还含有预后的吉、凶在内，如《温疫论·统论疫有九传治法》说："凡自外解者为顺，勿药亦能自愈。"相反，其邪内陷者，病邪深入于里，预后差。

自叶桂《温热论》、吴瑭《温病条辨》问世以来，温病学理论臻于完善，其中关于传变的认识，在吴有性的认识的基础上，不断补充和发展。①顺传：因有新感温病与伏邪温病的不同，顺传的概念有异。新感顺传，指温邪始自肺卫，传入气分胃肠，病邪渐解的过程。由于胃肠抗御外邪力甚强，病邪未及营血即受顿挫，故从肠道排出体外而解，正如王士雄说："肺、胃、大肠一气相通，温热究三焦以此一脏二腑为最要。肺开窍于鼻，吸入之邪先犯于肺，肺经不解则传于胃，谓之顺传，不但脏病传腑为顺，而自上及中，顺流而下，其顺也有不待言者，故温热以大便不闭者易治，为邪有出路也。"（《温热经纬·薛生白湿热病篇》11条王士雄按）伏邪顺传，指温邪自里达表的过程，如由血传营，由营转气，由气分出表。曹炳章称：温病在气分在血分，最宜分别清楚，一言以蔽之曰："自内达外为顺，由外入内则为逆。"（《温病条辨·上焦篇》41条眉评）②逆传：新感逆传，指温邪初起在表，其传变则循卫、气、营、血次第渐进深入，即陈光淞说："病以退为顺，进为逆，由内达外为顺，由外入内为逆。"（《温热论笺证》第1条注）叶桂提出的"温邪上受，首先犯肺，逆传心包"，包涵着温邪循卫、气、营、血诸层次的传递演变。由于肺主气属卫，心主血属营，故邪气初犯肺经时，已影响到卫与气，病邪传至心包之际，病变已累及营与血。叶桂又说："前言辛凉散风，甘淡驱湿，若病仍不解，是渐欲入营。"（《温热经纬·叶香岩外感温热篇》）其过程涉及卫、气、营、血诸层次的病机变化。所称"病仍不解"是指邪尚在肺经的卫分证，后言"渐欲入营"，"即撤去气药"，指出温邪已由卫、气分传入营分，紧言"营分受热，则血液受劫"，显然道明温邪已损及血分，涉及了卫气营血的全过程。传变进程受体质因素、感邪性质的不同、感邪多少的差异等影响而或速或缓，其症状显现于某些阶段突出，于某些阶段则隐匿不露。其呈渐进性深入者，卫气营血诸阶段的症状多典型而清楚。总之，勿论传变进程的迟速缓急，大凡由表及里者符合内陷为逆的传变规律，包括一般所理解的邪在肺卫而径陷心营的途径和邪气循卫气营血层次不断演进的过程。王士雄称温邪尚在肺经，"若不传于胃，而内陷心包络，不但以脏传脏，其邪由气分入营，更进一层矣，故曰逆传"（《温热经纬·薛生白湿热病篇》11条王士雄按）。此处王氏将吸入之邪首先犯肺的病变归属于气，是以气赅卫，其传之入营，必涉及于血。因此，王氏称由气入营为逆，实际含有由卫气传入营血的过程。伏邪逆传，是指伏邪内溃，里而再里的过程，例如，伏邪始发于气分，深传于营血；始发于营分，内及于血分等，柳宝诒说："若病发于阴，而即溃于阴，不达于阳，此病机为逆"（《温热逢源·伏温阴阳淆乱见证错杂》），即指此而言。温病传变的顺逆，包含着预后的好坏，故在治疗上，要根据邪正的盛衰，合理应用祛邪与扶正的方法，促使温邪外达（顺传），截断病邪深入的逆传，务使邪去正安。

复发

外感热病初愈后，由于饮食劳倦，起居不慎，调摄失宜，或复感外邪，致正气亏损，原病复作者，谓之复发。最早见于《素问·热论》："病热少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也。"其病机包括两个方面：一是余邪未清，余热未尽，余火未息，即叶天士《温热论》所说："炉烟虽息，灰中有火"的病变；二是病后气血津液尚未平复，脏腑气机亦未完全复原，即正气还没有充实而外于虚弱状态，故未尽之邪，易于复炽，或易于复感外邪。复发的具体表现是热势复起，前证复作，即《诸病源候论·伤寒病诸候》所说："复者，谓复病如初也。"由于导致复发的原因和诱因不同，通常区分为以下几种：

劳复 病后未能合理休息，过早从事体力劳动或剧烈活动，致元气伤伐，邪热复作。《伤寒指掌·瘥后劳复》说："伤寒瘥后，元气未复，余邪未清，稍加劳动，其热复作。……即经复热，必有余火余邪结于中。"即指此而言。

食复 病后胃气尚虚，脾气亦弱，受纳运化，两俱不足，若饮食不当，或进食坚硬生冷，或早进油腻和辛辣酒浆等辛热之品，致伤损脾胃，内生积滞，加以辛热助火，致余邪复燃而发。即《伤寒指掌·瘥后食复》所说："伤寒热退之后，胃气尚虚，余邪未尽，若纳谷太骤，则运化不及，余邪假食滞而复作也。"胃气为后天之本，营卫化生之源，胃气强则营卫和调，邪不能侵；胃气衰则气血不足，诸病立至；胃气滞则饮食难消，邪从内生。因饮食不当，以致病邪复作，其为胃气之亏损可知。

房劳复 一名"色复"。既病之后，精气常多亏虚，气血亦未复原，而又过早地进行性生活，致真气内损，邪气得以复炽。《伤寒指掌·瘥后色复》邵仙根谓："病后气阴两虚，早犯房事，真元大伤，而复着外邪，邪入下焦阴分，销灼阴精，为病极重。"《重订通俗伤寒论·伤寒房复》引钱天来说："男女一交之后，自然元气空虚，余邪……乘其交后虚隙之中，入而浸深于脏腑筋骨脉络俞穴之间，则正气因邪而益虚，邪气因虚而益盛"，都是对房劳复病机的深刻阐述。

自复 既不由于上述诱因，亦不因于复感外邪而复发者，谓之自复。《温疫论》将此列为复发的一种，在"自复"中说："若无故自复者，以疫邪未尽，此名'自复'。"据

吴氏所说，其机理虽出于余邪之未尽，其实最主要的还是在正气之亏虚，若正气足以抗邪，残余的病变就没有复发的机会了。

此外，《重订通俗伤寒论》还提出"伤寒感复"一种类型，认为是"瘥后伏热未尽，复感新邪，其病复作。"这与"自复"还有所不同，自复并未感邪，而此则以感邪为诱因，引起前病的复发。

脏腑病机

探讨疾病在发生、发展、变化过程中，脏腑的正常生理功能所产生病理改变的内在机理称脏腑病机。任何疾病的发生，无论因外邪引起，还是由内伤导致，都会造成脏腑功能活动的紊乱，并导致气、血、津液的改变。因此，根据不同脏腑的生理功能来分析、归纳其异常状态时的病变规律，就成为临床运用辨证的理论依据。

疾病既然发生，必然要出现一系列症状。这是医者借以认识和处理疾病的主要根据。这些症状，不是孤立存在的，它们之间具有有机的内在联系，共同地反映着人体发生疾病时的邪正斗争、阴阳失调、升降失常、基础物质发生病理改变等状况。中医学在具体分析、归纳、判断各种证候的病变机理时，其方法是多种多样的，且各具特点，但若要确切地阐明疾病的部位和性质，则必须落实到脏腑上，才能使临床辨证和治疗具有较强的针对性。因此，脏腑的病变机理，对辨证论治具有非常重要的意义。

探讨脏腑病机，要注意神志与五脏的关系。神志系指人的精神情志，意识思维。它是阴精和阳气运动变化发展到高级阶段的表现，是生命运动的最高主宰。《内经》根据精神情志活动的不同表现，分为神、魂、魄、意、志五神和喜、怒、悲、忧、恐五志。心藏神，肝藏魂，肺藏魄，脾藏意，肾藏志，是谓五神。心志为喜，肝志为怒，肺志为悲，脾志为忧，肾志为恐，是谓五志。分析脏腑病机，应当静观神志变化，察其是否正常，其中心肝两脏与神志关系尤为密切。

研究脏腑病变的机理，除必须依据脏腑的生理功能外，还需要联系病因的"六淫"、"七情"；八纲的表里寒热虚实阴阳；基础物质的气血津精；气机的升降出入等。只有综合病因、病位、病性、病势各个方面进行分析，才能较为全面、深刻、具体地认识疾病。

研究脏腑病机，还要注意以下六个方面的关系，这几层关系也是五脏六腑发生病变时的共同规律，反映了整体观和动态观的两个特点。

结构系统与生理功能之间的关系　以五脏为核心的中医学理论，从长期实践中体验到六腑、五体、五官与五脏有着不可分割的联系。于是形成以六腑、五体、五官从属五脏的五大生理系统。某脏一旦发生病变，可从本脏所有的生理功能和所属各个方面反映出不同的征象。例如：肺主气之宣降以敷布津液，通调水道，外合皮毛，卫外为固，上通于喉，开窍于鼻。所以，肺脏有病，常从肺脏、肺系、肺卫、肺窍各个部位反映气和津液的盈亏状态。又如：心藏神，主血液的循环运行，外联脉络，下合小肠，开窍于舌。所以，心脏有病，常从心、神、血、脉、舌五个方面反映其病变征象。只有联系本系统的结构和功能的各个方面进行分析，才能揭示其病变本质。

五脏六腑之间的协同关系　《素问·玉机真脏论》说："五脏相通，移皆有次"，指出了五脏之间是相通的。各脏的功能活动既是本系统的紧密配合，也需要五脏间的协同合作。五脏相互协调，相互制约，才能完成气机的升降出入运动。所以，五脏之间是不可分的。分析任何一脏的病机，都要考虑五脏间的协同关系。

脏腑功能与基础物质之间的关系　气血津精是脏腑功能活动的物质基础，是五脏六腑赖以维持正常生命活动的能源。相反，气血津精的摄纳、生化、输泄又反映了脏腑之间的协同作用。所以，如果脏腑的功能活动不正常，就不可能进行基础物质的正常代谢；没有基础物质的正常代谢，五脏亦就不能正常进行功能活动。任何一脏发生病变，无论属于功能障碍还是功能低下，总要影响气血津精发生病理改变，不是阻滞，就是亏损。分析脏腑病机，必须注意气血津精的盈亏状态和两者间的有机联系。

基础物质之间的依存和转化关系　基础物质之间是相互依存和相互转化的。《灵枢·营卫生会》说："谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气。其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，阴阳相贯，如环无端"，就阐述了水谷精微化生为营卫，以及营行脉中卫行脉外的依存关系。这种依存和生化的关系一旦失常，就会成为病态。所以，分析每一脏腑病机，都要注意气血津精之间的相互关系是否正常。

脏腑气机与基础物质的升降出入　脏腑功能和气血津精都反映升降出入的运动形式。肺主宣发肃降，脾胃主升清降浊，心肾之阴阳相济，肝胆司升降疏调，反映了五脏协同以维持升降出入的动态平衡。作为脏腑功能活动的物质基础——气血津精的摄纳生化和输泄过程，也就是五脏气机升降出入的具体内容。所以，五脏气机的升降出入，实质就是气血津精的升降出入。例如，元气发源于下焦，由阴精化为阳气，经肾阳的蒸腾，肝脾的升运，心肺的宣发，体现了向上向外的态势；肺气的肃降，胆胃的和降，心阳的下交，肾气的摄纳，又反映了向下向内的趋向，故物质之气是有升有降，有出有入的。血液运行于脉中，和调于五脏，洒陈于六腑，周而复始，如环无端，亦总不离乎升降出入这一基本规律。至于《素问·经脉别论》所论述的"饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行"，更充分反映了津液在体内升降的复杂过程。五脏六腑与气血津精之间的关系既然如此密切，所以脏腑气机的升降出入障碍，必然要影响气血津液的代谢失调，而气血津液的升降出入失调，亦将导致脏腑的功能障碍。分析脏腑

病机，必须联系基础物质的升降出入以阐明两者间的因果关系。

五脏六腑宜通的病理特点 五脏六腑都在为气血津精的摄纳、生化、输泄进行着功能活动，而五脏六腑的功能活动又无不以气血津精为其物质基础。由此可知，五脏六腑之间是相通的，五脏六腑自身亦宜流通。否则，这些物质就既不能生成转化，也不能成为脏腑功能活动的动力。脏与腑虽然都具通的共性，但五脏流通的是精微物质——气血津精，宜藏而不泻；六腑流通的是功能活动产生的废物、糟粕和废液，宜泻而不藏。六腑以通为用，古人早有定论，五脏宜通和五脏相通之说，《内经》早有论述，如《素问·痹论》说："荣者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也。故循脉上下，贯五脏，络六腑也。卫者，水谷之悍气也，其气慓疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。"这里较为具体地论述了营卫运行于五脏六腑的生理活动。《素问·经脉别论》则详细地阐述了水液运行时的升降过程，以及与肺脾肾的关系。《内经》对脏腑不仅作了生理上宜通的论述，也作了不通的病理分析。如《素问·举痛论》说："五脏卒痛，何气使然？经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"《素问·调经论》说："百病之生，皆生于五脏也。五脏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生。"《素问·热论》又说："荣卫不行，五脏不通则死矣。"结合五脏的解剖、生理、病理进行观察和分析，五脏所藏的气血津精，确是以流通为正常，壅滞为病态的，用通与不通的观点分析每一脏腑的病机，是符合临床实际的，五脏宜通之说，即是对一切皆变，一切皆流这一恒动认识的深化。

脏腑病机之历代研究 脏腑病机学说最早见于《素问·至真要大论》，在病机十九条中提出了："诸风掉眩，皆属于肝；诸寒收引，皆属于肾；诸气膹郁，皆属于肺；诸湿肿满，皆属于脾；诸痛痒疮，皆属于心，诸厥固泄，皆属于下；诸痿喘呕，皆属于上"的论点。这是《内经》根据临床所见的种种病症结合五脏的不同生理特性归纳而成的七条五脏病机。如对其余十二条关于风、寒、湿、热、火的六淫病机进行分析，则可见实际上也没有离开脏腑而孤立地论证六淫。如论热的病机，"诸胀腹大，皆属于热"，"诸转反戾，水液浑浊，皆属于热"，"诸呕吐酸、暴注下迫，皆属于热"。再如，"诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒"，是由于寒邪伤及阳气，阳衰而不能制化阴寒，或为胃中寒甚或热炽而水浊失于和降，或为肾阳虚衰而小便不固，因而尿长而清，诸如此类，都与脏腑功能密切相关。虽然此十九条所概括的并不全面，但确为以后的脏腑辨证奠定了理论基础，为病机归纳作出了范例。

至汉，张仲景著《金匮要略》，亦是以脏腑经络学说作为基本论点的，论述证候的产生都是脏腑病理变化的反应，第一篇即名为"脏腑经络先后病脉证"，并作为总论渗透至全书各个病篇中，如《中风历节病脉证治》根据其经络脏腑所产生的病理变化，以在络，在经，入腑，入脏来进行辨证。又如《水气病脉证治》根据内脏病变所出现的证候按五脏之水分类论述。《五脏风寒积聚病脉证治》还论述五脏中风、中寒、五脏积聚以及五脏死脉等。此外，还有"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"的著名论述，提出了脏腑虚实及其病变传递规律，突出了应根据脏腑病机而治未病的思想。由此可见，禀承《内经》理论，根据脏腑病机对内伤杂病进行辨证论治是《金匮要略》的主要精神。

华佗著《中藏经》，他分析归纳了《内经》的《玉机真藏论》、《平人气象论》、《藏气法时论》、《脉解》、《经脉》、《本藏》、《本神》、《淫邪发梦》、《邪气脏腑病形》等篇的主要理论，并结合他本人的临证经验，写成《五脏六腑虚实寒热生死逆顺之法》十一篇。他从平脉辨证的角度论证五脏六腑寒热虚实病证。例如辨肝脏之脉证，首先明确肝的生理属厥阴、主春气，与少阳胆互为表里，然后辨析肝脉之特征及其病理意义、并分析肝病的发展与转归，最后列出肝中寒、肝中热及肝虚冷三大证候。华佗还把脏腑生理与病理运用于辨证上，使脏腑辨证的理论系统化，这对后世研究脏腑病机具有很大的影响。

梁代陶弘景著《辅行诀脏腑用药法要》提出了一依五脏补泻之法例，并列了汤药，从而明确了脏腑虚实与大小补泻方药，内容较为具体。据考系六朝人托名。

孙思邈所著《千金要方》是中国现存最早的医学类书。此书是以五脏六腑为纲综述该脏腑的生理、病理、辨证、治疗等方面，次列虚实寒热诸证候，然后博采仲景以后之众方而辨证施治。如此以五脏六腑为纲，分门别类，内容丰富，理法方药俱全的类书，实为创举。

脏腑分证，最先见于《内经》，至《金匮要略》、《中藏经》及《千金要方》各有发展。然诸家所论，以叙述成人疾患为多，而很少论及小儿者。至钱乙著《小儿药证直诀》时，该书才总结了一套以五脏为纲的儿科辨证法。如书中《五脏所主》说："心主惊，实则叫哭发热，饮水而搐，虚则卧而悸动不安"，"肝主风，实则目直大叫，呵欠，项急，顿闷，虚则咬牙，多欠"，"脾主困，实则困睡，身热饮水；虚则吐泻生风"，"肺主喘，实则闷乱喘促，有饮水者，有不饮水者；虚则哽气，长出气"，"肾主虚，无实也，惟疮疹，肾实则变黑陷。"钱氏在临床实践中认识到小儿脏腑在生理上和病理上与成人显然不同，指出：小儿"五脏六腑，成而未全，全而未壮"，"脏腑柔弱，易虚易实"。这是钱氏儿科的临诊论治的指导思想，对后世儿科学产生了深远的影响。

宋金时代，张元素以《内经·脏气法时论》为指导思想，并在《中脏经》的影响下，著《脏腑标本寒热虚实用药式》，将药物的归经和补泻作用与脏气的喜恶相结合，作出了系统的归纳。他在临诊中选用川芎散肝，细辛补肝，白芍泻肝；芒硝软心，泽泻补心，黄芪、甘草、人参缓心；甘草缓脾，人参补脾，黄连泻脾；白芍敛肺，五味子补肺，桑白皮泻肺；知母坚肾，黄柏补肾，泽泻泻肾。他对药物和

脏腑之相互关系提出了独创的见解，并在临床实践中取得了卓越的疗效。其《用药式》颇得李时珍的重视，并将此采录于《本草纲目》中。

李杲著《脾胃论》对脾胃之生理功能进行了系统的阐发，他认为人的生命主要依靠元气的维护，而元气是要靠胃气滋养的。但胃不能独行津液，又需得脾运始能输布，因此一旦脾胃受伤则百病由生。而且胃气一虚，五脏受病，就会产生"阳气下陷，阴火上乘"的病理状态。"火与元气不两立，一胜则一负"，此是东垣立论的要点。从而在"治则"上提出了要解决升阳与泻火的矛盾，首先以"益元气"为主的见解，元气旺，自然阳气升而阴火降，故创造了"甘温除热法"。这是贯注《脾胃论》全书的主要精神。这一点，经后世医家的实践证明确实符合临床实践。其代表方剂补中益气汤对许多劳倦内伤始为热中的病证都有显著的疗效。因此，他提出"脾胃为元气之本"，"脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也"的论点。这是李氏关于内伤病病机学说的核心思想。此外，他还提出了所谓"肺之脾胃虚"和"肾之脾胃虚"两个问题，并进行了阐发。前者为脾胃虚损不能滋养肺气的一种病变，后者乃脾胃虚损，寒邪上侮的一种病变。但东垣《脾胃论》，详于治脾，略于治胃；详于升脾，略于降胃；详于温补，略于清滋。这一点直到清代叶天士才作了发展。自《脾胃论》问世以后，医家们常侧重于五脏病机原理探讨，尤以脾、肾为多，兼及肝、肺。

陈自明著《妇人大全良方》则以脏腑经络病机为纲领，论述妇产科疾病的发病原理。例如，他提出肝脾损伤为月经不调证的主要病机，称"妇人月水不通，或因醉饱入房，或因劳役过度，或因吐血失血，伤损肝脾，但滋其化源，其经自通"。脾为气血生化之本，肝为藏血之脏，若肝脾受损，则脾不生、肝失藏，化源断绝，必然导致月经不通。因此，补脾以生血，调肝以藏血，已成为后世妇科病诊治的一大准则。又如论及室女经闭成劳时说："盖忧愁思虑则伤心，而血逆竭，神色先散，月水先闭。且心病则不能养脾，故不嗜食。脾虚则金亏，故发嗽。肾水绝则木气不荣，而四肢干痿，故多怒，鬓发焦，筋骨痿。"又如他论及喘满病机时，是以《内经》"出肾病肺"，"出肝害脾"，"出肺伤心"之说为依据的。陈氏继承和阐发了《内经》的脏腑经络理论，并结合临床实践经验，归纳成系统理论。

朱丹溪著《格致余论》，对心肾肝三脏的生理功能与病理变化进行了探讨，并提出了"阳有余，阴不足"论。所谓"阴不足"，主要是指肾所藏的阴精难成易亏而言的，他说："男子四十而精绝，女子四十九岁而经断，夫以阴气之成，止供给得三十年之视听言动，已先亏矣。人之情欲无涯，此难成易亏之阴气，若之何而可以供给也。"所谓"阳有余"，主要是指肝肾之中所存在的相火容易妄动而言的。而相火之易于妄动，实由于心火易为物欲所动的结果。他说："古人谓不见所欲，使心不乱。夫以温柔之盛于体，声音之盛于耳，颜色之盛于目，馨香之盛于鼻，谁是铁汉，心不为之动也。"肾精之难于生长，心火之易于煽动，相火之易于妄动，丹溪认为这是人身中容易发生病变之关键。他认为想避免"阴不足"，首先要不使"阳有余"，不使相火妄动。因此，他告诫人们："善摄生者，宜暂远帷幕，各自珍重，保全天和"，并著"饮食色欲箴"置于卷首。临诊时倡用泻相火以保阴精之治疗原则。这对某些适应证是有效的。

薛己《内科撮要》以主症联系全体，分别脏腑辨证论治，其中心思想是以脾、胃、肾、命门为主的，薛己重视脾胃是渊源于李东垣。他说：真精合而人生，是人亦借脾土以生。他认为因脾胃虚弱而不能统摄诸血者，必须以调补脾气为先；如果背血亏损，亦必须从调补脾胃入手。对于肾与命门，薛己认为必视其阴阳虚实之偏颇而论治，不囿于丹溪"阳常有余，阴常不足"之说。例如肾经阴精不足，阳无所化，导致虚火妄动，临证可见劳瘵、咳嗽、咯血等证，他主张用六味地黄丸以补之，使阴旺而阳化。若是因肾经阳气燥热，阴无以生，虚火内动而致者，则宜用八味地黄丸补之，使阳旺而阴生。若是脾肺两虚，无以资肾而阴阳俱不足者，则宜用补中益气汤合六味地黄丸，培补元气以滋肾水。可见薛氏重视脾胃，有异于东垣，他常脾肾并重。而其养阴之法又不同于丹溪，不泥于寒凝之剂，而以温化为主。因概服知柏等滋阴泻火之品，每易伐伤脾胃。此似又胜丹溪一筹。其徒周慎斋等推而广之，于是脏腑辨证通行于大江南北。

赵献可阐发薛己之学，独重于肾水命火，著《医贯》六卷，对命门学说加以发挥，提出："人身之主非心，而为命门"之说，并说："命门即在两肾各一寸五分之间，当一身之中，是为真君真主。"他认为命门之火乃人身之至宝，无形之火为生机之所系。他的结论是"欲世之养身者，治病者，以命门为君主，而加意于火之一字"。他认为六味丸是壮水的主剂，凡肾水虚而不足以制火者，非此方便无以济水；八味丸是益火的主剂，凡命门火衰不足以化水者，非此方便无以济火。而两方运用得宜，能达到益脾胃的目的。由此可见，薛己脾肾并举而无上下，献可则以肾命概括脾胃，两者同中有异，各具特点。易水之学至此可谓发生了一大变革。

孙一奎著《赤水玄珠》是根据《难经》"命门者，谓精神之所舍，原气之所系"一语悟出命门只是两肾之间的原气而已，并无形质可指。对三焦问题，他认为只有一个，即是膀胱之用，原气之使，作用虽能普及上中下三部脏腑肓膜之间，实无具体形质存在于五脏六腑之外。综观孙氏之学，以命门为动气之所系，三焦为原气之别使，火为生生不息之机，气有宗、营、血、卫、原之别，统关于人身阴阳两气，这是他对脏腑病机的发挥。

李中梓著《医宗必读》倡《先天后天根本论》，认为人身根本有两处：一是先天之本，一是后天之本。先天之本在肾，后天之本在脾。因此在治疗方面主张先天分水火，水不足而引起火旺的用六味丸，火不足而导致水盛的用

八味丸。后天分饮食劳倦,饮食伤者是虚中有实,用枳实丸消而补之;劳倦伤者纯属虚,用补中益气汤升而补之。由此可见,这是脾肾并重的观点,其治肾,基本上接受了薛己、赵献可的方法;其治脾,则又渊源于张元素、李东垣的主张,确是兼收并蓄,具相得而益彰之妙用。

张介宾对肾阴肾阳进行了卓越的论述。著《景岳全书》倡"阳非有余,阴常不足"之论,认为:"凡阳气不充,则生意不广,故阳惟畏其衰,阴惟畏其盛,非阴能自盛也,阳衰则阴盛矣。凡万物之生由于阳,万物之死亦由于阳;非阳能死物也,阳来则生,阳去则死矣"。至于阴,则认为:"物之生,生于阳;物之成,成于阴"。《内经》称:"五脏主藏精者也,不可伤,伤则失守而阴虚,阴虚则无气,无气则死矣。"所以阳非有余,而阴亦仍不足。他论述了真阴之象。阴为精,阴成形,阴虚则精虚,精虚则气无所依,生化之机息矣,故主死。并指出五脏虽各有阴精,但都统归于肾,而肾的藏精之所,称"命门"。命门兼具水火,为性命之本,故欲治真阴,当治命门。命门之火,谓之元气;命门之水,谓之元精。无水无火,皆在命门,统称为阴虚之病。他论元阴元阳之相互依存关系是比较辨证的,认为阴不能无阳,无气便不能生形;阳不能无阴,无形便不能载气。他由此而提出了"阴中求阳,阳中求阴"的指导思想,制定了左归右归以治阴阳不足之证,辨证而治,颇具卓识,治疗虚损诸证,实有其独到之处。他曾说:"凡临证治病,不必论其有虚证、无虚证,但无实证可据而为病者,便当兼补,以调营卫精血之气。亦不必论其有火证、无火证,但无热证可据而为病者,便当兼温以培命门脾胃之气。"张氏被后世称为温补派之中心人物,给当时及后世医界的影响很大。但亦有反对张氏之说者,或攻其一点,不及其余;或不善学者,往往不能掌握原则与分寸,动辄以温补误人,此实非张氏之过,乃不善学者之过也。

绮石著《理虚元鉴》对虚劳一证,颇多心得,认为虚劳的病理变化,主要是精血不足,水不济火,以致阴虚火亢,相火上炎,伤其肺金所致。结合脏腑病机,他认为:"治虚有三本,肺脾肾是也。肺为五脏之天,脾为百骸之母,肾为性命之根,治肺、治脾、治肾,治虚之道毕矣。"而在三脏之中,尤以肺脾为要,认为补肾水者,不如补肺以滋其源,补命火者,不如补脾以健其中,他认为东垣重脾胃是有益于治疗虚损的,但他不用其升、柴等辛燥之品,以免妨乎肺金;丹溪重滋阴,亦有益于治疗虚损,但他力避其苦寒降火之法,以免有害于中土。薛己尚温补,但不能肆用鹿茸,桂附之类,以免助其郁热。这对于虚损之脏腑病机作出了独到的阐发,为后世治虚劳一门作出了贡献。惟从论中可见,他虽然肺脾肾三脏并提,且说肾为性命之根,但相对而言,对肾在虚劳一证中的重要性是认识不足的。从卷下所列虚劳治方及治虚用药,均可以看到这一偏向。

王泰林著《西溪书屋夜话录》论述了肝病之病机,指出:肝病有肝气、肝风、肝火之别,然皆同出异名。又因其中有侮脾乘胃、冲心犯肺、挟寒、挟痰、本虚标实等种种不同,因此,肝病最为复杂而治法亦较纷繁。惜该书残缺不全,难以窥其全貌。从仅存的《肝病证治》一篇而论,已有补肝、镇肝、敛肝、平肝、散肝、搜肝等多种对肝病的治疗方法。

唐容川著《血证论》其中有"脏腑病机论"一篇,不仅讨论了各脏腑对血证的影响,而且就五脏六腑之特性分别论述了它们的主要病机原理。他从各个脏腑的主气、经脉、部位、特征等几个方面,概括扼要地叙述了每一脏腑的常见病证及其病理变化。此篇对脏腑病机学说所作的论述,言简意赅。

综观历代诸家,对脏腑病机各有阐发,确能启发后学,并对临床诊疗工作具有指导意义。但各家对脾、肾、肝、肺之论述较多,唯对作为"君主之官"的心,却少见专论。近人有鉴于此,曾作过"心神病机论"的专题探讨,指出《内经》中对心神之病机论述颇详。中医历来强调摄生治病以治神养心为先,故有"精神内守,病安从来"之论。古人已经看到精神、情绪与意志对脏腑活动往往有很大的影响,如称"心为十二官之主","心者,五脏六腑之主也。故悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇"。而且亦看到脏腑活动异常也可以引起精神、情绪和意志的变化。如有"心气虚则悲,实则笑不休","血有余则怒,不足则恐"等论述。在治疗时也强调以治神为先,提出过"得神者昌,失神者亡"的精辟论断。这些都是值得进一步加以研究的问题,对发扬中医学脏腑病机不仅具有理论意义,而且具有现实意义。

肺与大肠病机

肺脏位于胸中,司一身之气,它的生理功能为宣发和肃降两个方面。因而它的病机变化,也主要反映在肺气的宣降失常,从而影响气和津液的敷布而为病。至于引起肺脏病变的原因,多数属于外邪侵袭,这与它司呼吸主皮毛的生理特点有关。当然,也可由其他脏腑病变所引起。

肺气失宣 肺气的宣发,不仅使阳气外达以熏肤充身,而为卫外之用,并使津液敷布于表而润泽皮毛。因此,肺合皮毛主表的功能,主要表现在防御外邪,排泄汗液,调节体温等方面。如果发生病变,则常因外邪经皮毛或口鼻侵袭人体,使肺气宣发之机受阻,产生表卫调节功能失常的外感证候。复由于外邪性质不同,可常见风寒、风热两大类。若因肺气不足,亦可见到卫气不固的表虚证。

外感风寒 常见恶寒发热,无汗或少汗,头身肩背酸楚疼痛等症状。这为风寒之邪客于表。卫气不得发散所致,同时也可见鼻塞、流涕、咽痛、失音、咳逆、吐痰等症,这是肺气郁而不宣,水津凝聚不布的结果。若治不及时或治不如法,病邪继续深入,多见下列转归:①外邪由表入里,直侵肺脏,而呈现肺系症状。故《素问·玉机真藏

论》说："今风寒客于人，使人毫毛笔直，皮肤闭而为热，弗治，病人舍于肺，名曰肺痹，发咳上气。"②传入三焦、膀胱，影响水液失调而小便异常。③伤及少阳、阳明，或由卫入里，传至气分而由寒化热。

外感风热　风热邪气（包括温邪）由口鼻而入，侵犯肺卫，导致肺气失于宣降，卫外功能不调，临床上见到发热、微恶风寒、咽干、鼻燥、口微渴、咳嗽等卫分证候。《温热论》所谓："温邪上受，首先犯肺"，《温病条辨》所谓："凡病温者，始于上焦，在手太阴"，都是指此病变而言。温热之邪，传变最速，邪在肺卫，若失治误治，将顺传而见胃、大肠、三焦、胆等脏腑的气分病变；或逆传心包，内陷心营而见营分病变，甚至可见气营两燔之证。

表虚不固　临床常见的有两种情况：①肺卫气虚，易于反复感冒。《灵枢·本藏》说："卫气者，所以温分肉、充皮肤、肥腠理、司开合者也。"柯韵伯谓虚人感受风邪，"不患无以驱之，而患无以御之，不畏风之不去，而畏风之复来，何则？玄府不密故也"。就是在阐明这一机理。②以自汗为主证。但形成表虚自汗的机理不一，有因卫气不固而自汗的，盖由肺卫气虚，开合失常之故。有因发汗太过，耗伤其卫外阳气而引起自汗的。如《伤寒论》："太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者。"即属于这一类型。有因营卫不和而自汗的。如《伤寒论》云："病常自汗出者，此为营气和，营气和者外不谐，以卫气不共营气谐和故尔。""病人脏无他病，时发热自汗出而不愈者，此卫气不和也。"皆属之。

肺失肃降　肺气的肃降作用，表现在五个方面：①随心脉运行全身，以熏肤充身泽毛。②抑制肝木，防其升发太过。③助肾纳气，共同完成呼吸作用。④助胃肠之腑气通降，使其受纳传导，各守其职。⑤通调水道，下输膀胱，使水液畅行无阻。若其肃降功能失常，便会导致下列各种病变。

心肺虚损　循行于周身的血脉，均汇聚于肺，故有"肺朝百脉"之说，通过肺气的宣降作用，血液才能布散全身。相反，肺气又需心血的运载，才能到达各个组织。若肺气失于肃降，血液的运行就会受到影响；而心血的运行失利，又可引起肺气的肃降失常，于是形成心悸、气短、咳嗽、吐痰等心肺同病的病证。

肾不纳气　见"肾与膀胱病机"条。

金不制木　肝性升发，以其含有相火；肺主肃降，以其禀性清凉。故清肃的肺气，可以防止肝木相火之太过，而遂其春温升发之性。如果肺金清肃之气失常，不能下降，肝木相火将因之而亢。出现头晕目眩，口干舌燥，五心烦热，多梦遗精，易于激动以及咳嗽，胸胁作痛等症。

胃气不降　肺位居高，又禀清肃之气而下走，胃居于肺之下，承肺之气，亦以下行为顺。若肺气失其肃降作用，则胃中无气可承，必将因之而阻滞，一失其通降的作用，甚至逆而上行者亦有之。薛生白《湿热篇》说："湿热证，呕恶不止，昼夜不差欲死者，肺胃不和，胃热移肺，肺不受邪也。"即指此等病而言。

水液失调　肺为水之上源。水液在体内的正常敷布和运行，有赖于肺气的宣降作用。由于肺气的宣发，使津液敷布于体表，并因肺气的肃降，使水液经三焦下输膀胱。如肺的肃降功能有失，便会影响水液正常运行，可向痰水阻滞，肺虚失制两方面发展。

痰水壅肺　水液能在体内正常地升降出入，四布运行，经脾的健运，上输于肺以后，便由肺气的肃降，使水道通调，下行归于膀胱；再经肾气的蒸腾气化，使水津四布，五经并行。手少阳三焦，则是水液运行的道路，故《灵枢·本输》说："三焦者，中渎之府也，水道出焉。"若肺的肃降功能失常，不能通调水道，则停蓄而为痰饮，泛溢而为水肿。

肺虚失制　或因气虚，或因肺寒，而肺主一身之气，肺气虚寒则不摄，故膀胱失约出现遗尿、小便数等症。肺虚失制和痰水壅肺，病机一通一塞，两者相反，但在临床上亦有两者同时出现的。如咳而遗尿一证，咳是肾阳不足，不能化气行水，水邪犯肺所致。是病变由下而及于上；遗尿则因肺气虚损，上虚不能制下所致，病变由上而及于下。

肺窍病机　鼻与喉均为肺所主之窍，其为病变有虚实之分，实证病机多与肺气失宣，水湿壅滞密切相关；虚证则多属于肺气或肺阴的虚损。

实证　鼻窍发生病变，多见鼻塞、流涕、嗅觉减退等症。形成上述症状的机理有：①外邪袭肺，肺气失宣，以致呼吸不畅，肺系不利。②因于肺气不宣，进而影响津液不布，水道失调，水液壅滞，而为鼻塞流涕，香臭不辨。③瘀血阻络，亦是嗅觉失常原因之一。血液运行于百脉，无处不到，鼻窍血络瘀阻，肺气不得宣通，则嗅觉减退，不辨香臭。上述气郁、湿滞、血瘀三种病机变化，既可单独出现，亦可同时并见；既可见于新病，亦可见于久病。

喉咙的功能，在于通气与发音。故其发生病变，常见喉肿或痛，呼吸不利，自觉梗阻，失音声嘶等症。究其成因，或因风寒犯肺，肺气不宣；或因温邪上受，久羁不散；或因少阳三焦，湿热阻滞；或因少阴阳虚，气化不利，痰水上壅。无论何种致病原因，皆属于实证的机理。

虚证　反映在鼻窍的，以肺气虚损，鼻流清涕，或肺阴不足，鼻窍干痛为主，往往由于实证日久不愈转变而来。

见于喉咙的，以干涩疼痛，干咳无痰，声音嘶哑为主症。多由肺阴虚损，虚火上炎，或肝肾阴虚，虚火犯肺所致。

肺与大肠同病　肺与大肠为表里。在正常生理状态下，肺气肃降，有助于大肠的传导；大肠通畅，亦有助于肺气的肃降，因而肺与大肠某一方发生病变便会互相影响，出现脏病及腑，腑病及脏两种病机变化。

脏病及腑　肺失宣降以后，有四种情况可以影响大肠的传导功能。①风寒束表，外邪挟湿，归于三焦，传于

胃肠，以致大肠传导失调而呈里急后重的下痢证。喻嘉言用解表的仓廪散所治之证，谓为“逆流挽舟”，即属于这种病机。②肺气壅实，脏病及腑，大肠积滞不通。即《温病条辨》用宣白承气汤治“喘促不宁，痰涎壅滞，右寸实大，肺气不降”而兼便秘之证。③肺气虚损，影响大肠传导无力而便秘。但这种病机，与脾气虚弱的关系尤为密切，可与脾脏病机合参。④肺热下传大肠，当肺感温热之邪而发热咳嗽，因肺与大肠相为表里，故肺热之邪下传大肠而同时发生大便泄泻。若肺热清则便泄自止。

腑病及脏　大肠须借助于肺气的肃降，才能正常传导，肺气需大肠的传导，才不致于壅滞。故阳明腑气实，往往是导致肺气不降，逆而为喘的主要病证。

大肠病机　大肠者，传导之官，受事于脾胃，大肠与阳明胃经相接，故其病与胃往往相同《灵枢·平人绝谷》说：“胃满则肠虚，肠满则胃虚，更虚更满，故气得上下，五脏安定。”又《灵枢·邪气脏腑病形》说：“大肠病者……与胃同候。”都明确地指出了胃和大肠在消化水谷过程中，生理上存在着相互协调的关系，病机上也反映着彼此从属的联系，临床所见的大肠病变，多与胃腑的病变密切相关。故张仲景在《伤寒论》中，将手阳明大肠经与足阳明胃经合为一篇，以“胃家实”一证作为阳明病的总纲，与足太阴脾相对，各自代表着脾胃病变的一个侧面。手足阳明代表着胃肠道的实证，足太阴脾则代表着胃肠道的虚证，阳明和太阴合参，可较为完整地反映出脾胃的病变规律。

大肠虚寒　《杂病源流犀烛·大肠病源流》谓：“《灵枢》曰：‘大肠病者肠中切痛而鸣濯濯，冬日重感于寒即泄，当脐而痛，不能久立。’又曰：‘肠中寒则肠鸣飧泄。’”一般大肠虚寒则因大肠气虚下陷，或与寒气相搏，则可为久痢、大便鹜溏、脱肛、肠鸣等病症。

大肠实热　由于大肠湿热邪毒郁积大肠所致，常见大便下脓垢、痢疾，或为便血、肠风、脏毒、痔疮、脱肛、肠痈、肛门痒痛等病证。

热结阴亏　伤寒邪传阳明之腑，由寒化热，或温病热入气分，热盛津伤，遂致大肠燥结；若津亏证象显著而热势已减，是水不足以行舟，吴鞠通谓之“无水舟停”；若邪热久羁，正气日损，即呈正虚邪实病机。此外，肺与大肠相表里，腑气不通，可影响肺气肃降失常而气逆作喘；或引起腑气不通而便秘。

寒凝积滞　多因阳气不足，温煦无权，寒从内生，凝滞肠道而传导无力。阳气不足虽然泛指三阴，但肾阳虚衰，却是引起虚寒便秘的主要原因。肾司二便，二便之所以正常，虽为膀胱与肠所司，亦赖肾阳的气化作用，使水精四布，五经并行，则水道开合正常，肠中的燥湿合度。若肾阳虚损，气化失司，可致水液失调而凝聚，肠道失濡而燥结，甚至两种矛盾症状同时出现。

肠燥津枯　素体阴虚，或产后失血，或热病后期，津液虚乏，肠道失濡而大便干燥。亦有因劳倦内伤，或年老体弱，中气不足而大肠传送无力者。

脾与胃病机

脾胃位居中焦，主要功能为受纳和运化。其他功能皆与此有密切联系，如脾胃的纳运，反映了升清和降浊两个方面的功能活动。又如脾胃所运化的水谷精微，是化生气、血、津、精的物质基础，五脏六腑，四肢百骸唯此是赖，故又主水谷之气与统血。由于脾胃的主要功能是纳运水谷，而升清降浊又是纳运功能的具体体现，所以脾胃病变主要反映在纳运和升降的异常等方面。引起脾胃病变的原因，多由饮食不洁，或饥饱无常，冷热不匀而致，但由其他脏腑病变而及于脾胃者，亦为不少。

纳运失常　胃司纳谷，脾主运化。所谓脾主运化，是指脾有输布水谷精微的作用。若饮食不节，冷热不匀，或进入不洁之物，影响脾胃的正常纳运，遂呈饮食积聚，水湿停滞的病理变化。若津液不足，则呈胃燥津伤之证。若纳运功能衰弱，又可形成脾虚气弱，或中焦虚寒的病变。

食积停滞　导致食积停滞之因有二：一由饮食不节，或过食生冷油腻之物，伤胃滞脾，以致食积阻滞而呈脘闷不适，甚至疼痛；升降失常而呈吐泻。一由禀赋不足，或年老体衰、脏气虚弱，或因过用克削药物，损伤脾胃，以致纳运功能减退，饮食稍不留意，即呈脾虚食滞。

水湿停滞　脾主运化水湿。若因各种原因，使脾不能正常输布津液，反为水湿所侮，可导致寒湿困脾，湿热阻滞，脾虚水泛，或湿聚为痰诸证。《素问·至真要大论》说：“诸湿肿满，皆属于脾”，即指出水湿为患与脾不运化至关重要。

(1) 寒湿困脾：多因恣食瓜果生冷，损伤脾阳，脾不运化，以致湿浊阻滞，而食欲不振，脘痞腹胀，呕恶便溏，舌淡苔白。由于脾主肌肉、四肢，故湿滞体表，又常见肢体酸软沉重等症。

(2) 中焦湿热：多因先有内伤，脾运不健，如客邪再至，不仅湿聚，更进而化热。所以《温热经纬·湿热病》说：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。”湿热阻滞，常见面色淡黄，胸痞呕恶，纳差便溏，或溏而不爽，或泻利，渴不引饮，秽气触人，舌红苔黄。若病在阳明、太阴二经之表，多兼见少阳三焦症状而有头昏目眩，寒热起伏，身热不扬，有汗或无汗，溺赤便秘，四肢倦怠，肌肉烦疼。若病在阳明、太阴二经之里，则每兼手足厥阴症状而神志昏蒙、耳聋、干呕、发痉、发厥。虽是脾胃病变，却有兼表兼里之各异。

(3) 脾虚水泛：亦称土不制水。多由嗜酒过度，饮食不节，损伤脾阳，致使脾虚不能运湿，水湿停聚，外泛作肿，内停作胀。若水肿鼓胀，形盛气实，即成正虚邪实病变。此外，脾虚不能胜湿，湿滞肌肉而肢体烦疼者，亦屡见不鲜。

(4) 脾湿生痰：痰与饮异名同类，稠者为痰，稀者为饮，均由水液凝聚而成。痰饮之成，虽与肺、脾、肾三脏有关，但脾不运湿，却是生痰的主要原因，故谓脾为生痰之源。若脾不运湿，水湿凝聚，为痰为饮，可以导致多种病变。如痰饮停于胃脘，则痞闷不适，嘈杂似饥，或背心一点常冷；随胃气上逆，则恶心欲呕；下注于肠，则为痰泻；痰饮随少阳三焦气机升降出入，停于胸胁，则为悬饮内痛；蓄于肠间，则辘辘有声，腹部䐜胀；犯于肺则咳喘；凌于心则悸；影响阴阳升降之机，则失眠不寐；阻碍营卫运行之道，则生寒热；僭居巅顶，则眩晕、头痛；闭阻清窍，神志异常，则中风不语，癫狂惊痫；注于前阴，则阴囊潮湿，或呈白带；留滞肌肉，则麻痹不仁；流注经络，则为流痰走注、瘰疬、痰核等等。

胃阴亏损　脾喜燥恶湿，胃喜润恶燥。在正常情况下，脾的运化既不太过，也无不及，燥湿互济，自然无病。若热病后期，胃津被劫，即见口燥唇焦，咽干舌燥。此证亦有属于平素胃阴不足者。

脾虚气弱　气有先天之气和后天之气。先天之气，源出于肾，后天之气，取资肺脾。自然界的清气，由肺吸入，水谷之气，化生于脾胃，故脾胃为后天之本，营卫气血生化之源。只有脾胃纳运功能健全，才能使水谷精微与清气、元气和合而充身，成为各脏腑机能活动之动力。故《灵枢·刺节真邪》说："真气者，所受于天，与谷气并而充身者也。"若脾虚气弱，遂见食少便溏、四肢倦怠，声低息短，少气懒言等症。所以，《素问·脉要精微论》指出："言而微，终日乃复言者，此气夺也。"而脾运不健的食少便溏，却是导致气虚的根本原因。

中焦虚寒　过食生冷，或过用凉药，或长期患病，或年老体衰，均可导致脾胃虚寒。此一机理，除见一般虚寒症状外，常以吐泻腹痛为主症。寒邪凝结则气血凝泣不通而腹痛，升降失调则清浊相干而吐泻。若中阳式微，阴寒太盛，则呈腹痛拒按的正虚邪实见证。若中焦虚寒，肝木乘虚克贼，又以腹痛喜温喜按为特征。余如命门火衰，不能暖脾；或寒邪直中，亦可形成中焦虚寒病机。

阳明实热　薛生白《湿热病篇》谓："阳明之表，肌肉也，胸中也。"阳明为阳盛之经，伤寒之邪，由表人里，邪在阳明之表，由寒化热，见高热、烦渴、汗出、脉洪大有力等阳明经证。若热郁胸中，则心烦懊侬；水热互结，则结胸疼痛。脾开窍于口，阳明经脉，夹口环唇，络于牙龈。若热邪壅滞阳明经脉，又常以唇口面颊牙龈红肿疼痛，牙宣失血，或溃烂为主症。上述诸证，虽然病位有在肌肉、胸中、唇口、牙龈之不同，但皆为阳明实热病机的反映。

统摄无权　主要常见以下两种病变：

气不摄血　不同部位的出血，均有因气不摄血而致者。此证常兼见心悸气短，少气懒言等气虚症状。关于气不摄血的病机，当从营卫气血之间的关系来理解。营卫源出于中焦，而"营行脉中，卫行脉外"。营血之所以能正常地循行于脉中不泛溢妄行，有赖卫气的固护作用。若脾虚气弱，导致卫外的阳气虚损，则脉中的营血失去卫气的固护而漏泄，于是形成气不摄血的病机。

脾不统血　可引起吐血、衄血、发斑、便血、崩漏等不同部位的出血。此一机理的失血，常以血色晦暗不鲜，或色淡清稀如水，面色萎黄，舌淡苔白，喜暖畏寒等阳虚证象为特征。脾不统血与气不摄血的机理略同，仅有一兼阳虚症状一兼气虚症状的差异。因此，两种机理常同时存在。此外，亦有中焦虚寒不能统血与肝经有热不能藏血同时并见者、寒热错杂之机，临证尤宜详审。

升降失常　人从口摄取饮食之后，经食道下输至胃和小肠进行消化、吸收，再经大肠将所余糟粕排出体外，这一自上而下的传导过程，需胃气的下降而下降，故谓胃主降浊。水谷经运化之后，还须经脾的输布作用，将水谷之精微上输至心肺等脏，而转化为气血津液，这一自下而上的转输作用需脾气的上升而上升，故谓脾主升清。故脾胃升清降浊的功能是总的气机升降重要组成部分。若升降失调，则常见脾气下陷，胃气上逆，清阳不升，浊阴不降，升降失调等各类病变。

脾气下陷　系指气机下陷而言。亦可称为中气下陷，多由中气不足进一步发展而来。脾胃位居中焦，为脏腑气机升降之要冲。如劳倦伤脾，中气不足，加之努力负重，则导致脾虚气陷，则气内郁而不外达，下陷而不上升，即见发热、恶寒、自汗、口渴、头痛、眩晕、短气难于呼吸，腹中空坠等症。余如久泻、久痢、小便淋沥失禁或不通、脱肛、子宫下垂等证，亦有因脾虚气陷而致者。

清阳不升　指脾不运湿，湿浊下行的泄泻等证而言，亦称清阳下陷。多因感受外邪，或饮食所伤，影响脾运化水湿的功能失调，以致泄泻。故《杂病源流犀烛·泄泻源流》说："湿盛则飧泄，乃独由于湿耳。不知风寒热虚，虽皆能为病，苟脾强无湿，四者均不得而干之，何自成泄？"此外，这一病机并不仅限于泄泻，如阴囊潮湿，妇女带下，亦有因脾湿下渗，清阳不升而致者。

胃气上逆　常以嗳气、呃逆、干呕为主症。胃气以下行为顺，胃气逆而不降，常与肝木克贼脾土有关。盖肝司疏泄，喜条达而恶郁结。若情志怫郁，冷热失调，肝胆之气郁而不疏，横逆犯胃，胃气上逆，遂呈干呕、呃逆、嗳气等症。呃逆古称为哕。此证亦有因二便不利而木失条达者。故《伤寒论》指出"伤寒，哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈"。

浊阴不降　胃中涎液、食物随胃气上逆而呈呕吐、反胃，称为浊阴不降，或浊阴上逆。引起胃浊不降的原因，有如下几种：①风寒暑湿之邪，秽浊不正之气，侵犯胃府，以致胃失和降，水谷随胃气上逆，发生呕吐。《素问·举痛论》说："寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。"《素问·六元正纪大论》说："火郁之发，民病呕逆。"《素问·至真要大论》说："太阴之复，湿变乃举，……唾吐清液。"即指出因寒、因热、因湿均可引起呕逆。此外，暴饮暴食，食积阻滞，或脾虚食停，亦为胃气上逆的原因。②二便不利，浊

阴上逆。胃气上逆有由肠道不通而致者，虽胃气欲降但下行之机被阻，遂上逆而呕。有由小便不利而致者，肾为胃之关，若下焦气化失常，水道不利，则脾之输机虽运，而胃之关门不开，水无去路，逆而上行，遂呈水入即吐之症。③"肝木克土"。常由恼怒伤肝，木失条达，或肝胆有热，横逆犯胃，胃气上逆而呕。④肺胃不和。已于肺脏论及，可以见肺与大肠病机条。⑤胃阴不足，失其润降，亦可致呕。故《证治汇补》指出："阴虚成呕，不独胃家为病，所谓无阴则呕也"。

升降失调　可见两类截然不同的证候。①以吐泻痞胀为主症。此类见症，多因邪犯胃肠，脾不运湿，升降失司，致使清阳不升，浊阴不降，清浊相干而吐泻交作；或湿浊阻滞而痞闷不适；或三焦湿郁，升降失司而脘连腹胀。如《伤寒论》用理中丸、五苓散治霍乱吐泻；半夏、生姜、甘草三泻心汤治痞、呕、泻；《温病条辨》用一加减正气散治脘连腹胀，均属升降失调机理。②以上不得吐，下不得泻，腹部绞痛的干霍乱；或二便不通，食不得下的关格为主症。此类见症，属于三焦气机升降失调，隔塞不通的病变。三焦为水液运行之道，气机升降之路。升降失常，滞塞不通而诸症遂见。其症与霍乱吐泻的病情相反，所以，《杂病广要》指出："霍乱为三焦失守之病，关格为三焦隔塞之病"，反映了升降失调的两个方面。脾胃位居中焦，为三焦气机升降之要冲，故升降失司；当责之于脾胃。

传导失职　《素问·灵兰秘典论》说："大肠者，传道之官，变化出焉；小肠者，受盛之官，化物出焉。"小肠主泌别，大肠司传导，共同体现消化、吸收、传导等功能。其生理特点是：动而不静，降而不升，实而不能满，以通降下行为顺。若泌别与传导的功能异常，即呈泻痢与便结两种不同的病变。泄泻属于运化失司，此处限于湿热下痢，虚寒失禁及便结的病变。

湿热下注　饮食不洁，疫毒之邪侵及肠胃，运化失司，生湿蕴热，湿热郁蒸，气血与暑湿、疫毒搏结，肠道腐烂溃胀，遂成里急后重，下痢脓血的湿热痢或疫毒痢。伤于气分，则为白痢；伤于血分，则为赤痢；气血俱伤，则为赤白痢。若误治失治，可兼热入营血危证；病程日久，可由实转虚，成为余邪未尽而正气大虚；或成为虚寒证的病变。

虚寒失禁　若年老体衰，或久病气虚，或过用凉泻，以致脾阳虚损，运化失司；或因肾阳衰微，无力温煦肠道，导致肠道失约，滑脱不禁而呈久泻、久痢。

肝与胆病机

肝居胁下，藏血，司疏泄，主筋膜；胆附于肝，贮藏和输送胆汁，参与消化。肝胆的生理功能涉及气、血、津、筋各个方面，多与疏泄功能有关。发生病理变化，多因疏泄失常，从而影响气机的条达，血量的调节，津液的流通，筋膜的和柔而为病。引起肝胆病变的原因，既有外邪相加，也有情志怫郁，既有本脏自病，也有它脏累及者。

肝经虚寒　引起肝寒的原因有：①寒邪直中，肝经受寒，气血凝涩，筋脉挛急而为病。寒邪影响肝的疏泄功能，不能正常调节血量，血脉凝涩，则四肢厥冷，指甲青紫；妇女经期受寒，寒凝血滞，则腹痛经闭，或成瘕块。肝脉循少腹、络阴器。寒滞肝脉，气结不通，则呈疝气、腹痛。肝主筋膜，寒主收引，寒邪伤筋，则筋脉挛急而囊卷阴缩，手足转筋。②肝脏自身功能衰弱，阳气虚损。临床表现为肢体懈怠，不耐疲劳，郁郁胆怯，四末不温，发病较缓，多系逐渐形成。

肝胆实火　肝火与肝热的性质相同而部位有别。火性炎上，故见于中上部者称为肝火，见于下部者称为肝热。形成肝火的病机，或因邪传少阳、厥阴，或因大怒气逆，疏泄无权，气郁化火，火随气窜，上扰巅顶而发狂神乱，头痛昏眩，面红目赤，耳鸣耳聋；壅滞经脉而胁痛、口苦；肝胆火郁，外不得疏解，内不得通泄，邪壅少阳三焦，湿热郁蒸，即发黄；若肝胆湿热随少阳三焦水道下注前阴则呈小便黄赤涩痛，阴囊潮湿，阴痒阴肿等症。

肝血病变　肝脏有贮藏血液，调节血量的功能，故与血的关系至为密切。血液得以循环于脉，环周不休，须赖心气的推动，肾阳的温煦，肺气的宣布，脾气的统摄。但脉中血量的多少，却赖肝脏进行调节。血贵流通而恶凝泣，贵循经脉而恶外溢，贵充盈而恶不足，故血分病变常见血虚、血瘀、血溢三种病变转归。此类疾病，每与心脾有关，可以合参。

肝血亏损　常见头昏眼花，爪甲无华，面色萎黄，经少经闭等症。形成血虚的机理有二：一责之于生化之源不足；一责之于贮藏之亏已甚。血需五脏的协同作用，才能正常地生成，贮藏和运行。《张氏医通》谓："……水谷精微，……得脾气之鼓运，如雾之上蒸于肺而为气，气不耗，归精于肾而为精；精不泄，归精于肝而化清血。"故血液的生成，取资于脾，化生于肾；阴血生成之后，贮藏于肝脏，运行于心脉。若脾虚气弱，则化源不足；肾精或肾气亏损，则不能将阴精化生为血。若因脾肾有病所致的血虚，即属血的生成不足。若因创伤、吐衄、崩漏、产后……大量失血，则为阴血直接受损而致血虚。《素问·五脏生成论》说："肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。"血虚则目失血养，而头昏眼花，爪甲无华等症遂见。

瘀血阻滞　形成瘀血为患的机理有：①血因寒凝：血贵流通，遇寒则凝，此常理也。若寒邪相侵，则血脉凝泣而为病。②血因热结：血液运行，亦须阴津充足，才不粘滞。若热入营血，营阴大伤，血液运行不利，可致血瘀；若热与血结，即成蓄血之证，蓄于上则善忘，蓄于下则如狂。③心气虚衰，血运无力：血的运行，全凭心气的推动，肺气的宣降。若心气虚衰，推动乏力，肺气不足，宣降无权，瘀血阻滞，即呈唇口发绀，心悸气喘等症。④气滞血瘀：肝司疏泄而调节血量。若肝气郁结，疏泄失常，血随气滞，

运行不利，则呈气滞血瘀之证。⑤出血致瘀：多因过食肥甘，肝阳素旺，一旦肝阳暴张，疏泄太过，血与气并走于上，血溢脉外，则由出血病机转成瘀血阻络而半身不遂。亦有热证出血，过用寒凉，以致瘀血为患者。⑥外伤瘀阻：血行脉中，运行不息。若跌扑损伤，伤及血络，局部血运障碍，即呈瘀血阻络见症。故瘀血为患，就病性而言，有寒热虚实之不同；就部位而言，又有瘀留内脏与瘀滞体表之各异。

血不循经　血不循经，溢于脉外，即呈吐血、衄血、便血、溺血、崩漏、发斑等出血证状。引起出血的原因，有下述主要病机：①营血热盛，迫血妄行；血遇寒则凝，遇热则沸，心肝热炽，则血为热迫而泛溢。木火刑金，则咳血、衄血；肝火犯胃，则吐血；迫血下行，则血崩、便血、溺血；外溢肌表，则发斑。②肝不藏血，疏泄失常：肝司疏泄，肝热，则血不安居于室；挟风，则疏泄太过；阴虚阳搏，则血不得宁；肝气郁结，则疏泄失职；暴怒伤肝，肝阳暴张，则气火升腾莫制。故肝热、肝风、阴虚、肝郁、肝阳暴张均可致疏泄失常而使血妄行。③瘀血阻滞，血不循经：心主血脉，血瘀则不能循行常道而横流。如《金匮要略》谓："妇人宿有癥病，经断未及三月而得漏下不止，……"即系血瘀成癥引起的出血。④跌扑损伤，血管破裂：营血运行，环周不休，以脉隧为约束。若因跌扑损伤，血管破裂，血随破损之处溢于脉外，即为外伤性出血。⑤元气虚损，气不摄血。⑤中阳不足，脾不统血：脾虚气弱，统摄无权，则血液漏泄。上述六种，前四种责之于肝心，后两种归咎于脾胃。几种病机，又常错综并见，或相互转化。

疏泄失常　肝司疏泄。疏泄失调可直接影响气血津精发生病变。如情志异常，气机不畅，藏血功能紊乱；胆汁、汗液及三焦水道失调；以及"木不疏土"或疏泄太过而见脾胃运化功能障碍；"子泄母气"而见肾的封藏不密等。其病理变化具体反映在疏泄太过与肝气郁结两方面。

疏泄太过　多因大怒气逆，或肝火暴盛，或兼挟风邪，或阴虚阳亢，以致疏泄太过而烦躁易怒；或动血而暴崩、吐衄；或邪热杀谷而消谷善饥；或相火亢盛，疏泄甚于闭藏而遗精梦泄。上述证候，既有本脏自病的见症，亦有肝病影响其他各脏的见症。

肝气郁结　多因情志怫郁，木失条达疏泄无权，以致肝胆气机郁结而出现诸症。①情志病变：情志异常，则多愁善感，抑郁寡欢。②气分病变：少阳三焦为卫气升降出入之区，卫气能正常的升降出入，是有赖肝的疏泄调节。若肝气郁结，失其疏泄条达之常，气机运行不利，阻滞少阳三焦，即呈胸胁、少腹、腰骶胀痛不适。③血分病变：影响藏血功能紊乱，则月经不调，时前时后，时多时少。④水液病变：影响汗液的正常排泄，则自汗盗汗。自汗虽多见于卫虚不固，但营卫不和而营阴外泄的自汗亦属常见。营阴之所以外泄，一当责之于卫气虚损，不能固护营阴，或不与营气谐和；一当责之于肝的疏泄失常，以致营阴外泄。人寐时出汗，谓之盗汗。虽然汗为心液，但营分开合亦与肝的疏泄有关。若患者已呈阴虚，加之寐时阳入于阴，遂致阴津外泄而为盗汗。此外，湿阻少阳三焦，亦可呈为盗汗。盖湿阻半表半里的少阳三焦，阳气本已受其遏郁，加之寐时阳气内入于阴，湿受阳气蒸腾外泄，则呈盗汗。影响少阳三焦水道失调，则小便不利，淋涩作痛，甚至成为消渴，故《素问·痹论》说："肝痹者，多饮、数小便。"⑤精液病变：肝病及肾，肾的藏精功能紊乱，则遗精梦泄；胆汁不能正常疏泄，瘀阻肝胆，则胁肋胀痛；木不疏土，脾胃运化失调，则不思饮食。⑥筋膜病变：影响筋膜的和柔，则胸胁疼痛，或胆气犯胃而呕吐，肝木乘脾而腹痛。

筋膜病变　筋是膜的主干，会聚而成腱束，膜是筋的延展，分布而成原野。《素问·痿论》说："肝主身之筋膜。"《素问·诊要经终论》说："少阳终者，百节皆纵。"说明厥阴少阳皆与筋膜关系密切。筋膜全赖阴津濡润，血液滋荣，才能维持正常的运动。但是，濡润筋膜的津液，既不能多，也不能少，否则即呈病态。故筋膜病变每与津液的多少和流通与否有关。《素问·生气通天论》说："湿热不攘，大筋緛短，小筋弛长，緛短为拘，弛长为痿。"即指出湿与热是两种致病因素，如不予以攘除，将会发生两种不同的病理改变。热盛津伤，则大筋緛短而痉挛抽搐、筋脉拘急；津液壅滞，则小筋弛长而瘫痪、痿躄、眩晕、神昏。故筋膜异常，燥则筋急而拘挛，湿则筋弛而痿废。筋膜既司运动，发生病理变化，自然反映出动与不动的征象。动是风的特征，故《素问·至真要大论》说："诸暴强直，皆属于风。"由于是肝所主的筋膜病变，故又说："诸风掉眩，皆属于肝。"筋膜为病，约言之，有外风致痉，肝风内动，肝阴亏损，湿阻三焦，筋脉绌急五种。

外风致痉　《灵枢·五变》说："肉不坚，腠理疏，则善病风。"筋膜之外，即是腠理，腠是三焦通会元真之处，人之所以能够抵御外邪侵袭，须赖营卫充实，腠理固密。故腠理是人体防御外邪的第二屏障。若营卫不足，腠理空疏，风邪即可乘虚而人，伤及筋膜，发生病变，故腠理疏者善病风。若寒风侵袭，筋膜受病，则筋脉拘急；同时影响水液失调，痰阻窍隧而半身不遂，口眼㖞斜，语言蹇涩。此系外来风邪引起，故名外风，亦称真中。若邪从伤口破损处侵袭人体，筋膜受病，则呈牙关紧急，口撮唇紧，身体强直，角弓反张的破伤风。此外，亦有风寒客表，经脉不利致痉者。

肝风内动　属于阴津不足，不能濡润筋膜，筋脉失其和柔的病理改变。导致肝风内动的病机，常见的有下述三种。①肝阳上亢：多因年事渐高，阴气日减，或过食肥甘，化为痰火，或房室不节，阴精亏损，阴不制阳，水不涵木，以致肝阳偏亢，风阳上越而见头目眩晕，或目胀耳鸣，或脑中疼热，或面色如醉；或移时始醒，或醒后不能复元而半身不遂。此即《素问·调经论》所谓："血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死。"的病机。②热盛生风：见于急性热病的热盛阶段。邪热传入

厥阴，可见壮热神昏，手足抽搐等既有热盛的证象，又有风动的见症。手足之所以抽搐，则因热邪横窜经脉，搏击其筋；热盛伤阴，筋膜失养；炼液为痰，痰滞筋膜等三种因素共同影响的结果。③阴虚风动：见于热病后期，阴伤液耗，以致阴津亏损，不能濡润筋膜而见舌绛少苔，口燥唇焦，筋脉拘急，手足颤动等症。

肝阴亏损　肝体阴而用阳，在正常情况下，阴血充盈，阴能涵阳，则阴阳相对平衡而无病。若素体阴亏，阴虚不能制阳；或热入下焦，肝阴受劫，筋膜失濡则呈头晕目眩，耳鸣眼花，潮热盗汗，或入暮发热等症。肝阴亏损，每呈阳亢证象，故又常称为阴虚阳亢；若热象显著，亦称阴虚火炎。内伤所致的肝阴虚损，多因肾阴不足，影响肝阴亦虚，故又与水不涵木的病机密切相关。肾阴亏损，则水不涵木而肝阳偏亢。肝阳偏亢，令疏泄太过而遗精梦泄，以致阴愈虚而肝愈旺，肝愈旺而阴愈虚，恶性循环，不竭不已。

湿阻三焦　手少阳三焦，内联脏腑，外通肌腠，位居表里之间，是气机升降出入的门户，故《素问·痹论》说："卫者，水谷之悍气也，其气慓疾滑利，不能入于脉也。故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。"三焦也是水液运行出入的通道。故《素问·灵兰秘典论》说："三焦者，决渎之官，水道出焉"，水液的正常运行和代谢，赖肺气的宣发肃降，脾气的运化输布，肾阳的蒸腾气化，肝气的疏泄调节。四脏中任何一脏的功能失调，水液均可壅滞于三焦，变成痰饮水湿为患。痰饮水湿随气流行，病变百出。常可见下述八类病变。①阻滞筋脉而瞤动、强直、抽搐。《素问·至真要大论》指出："诸痉项强，皆属于湿，"可见古人对湿浊阻滞筋脉而强直已早有认识。筋惕肉瞤，常因少阴阳虚，气化失司，水气内停而致。《素问·生气通天论》说："阳气者，精则养神，柔则养筋。"阳虚则筋脉失其温煦，水停则筋脉为其所困，以致筋惕肉瞤。如仲景《伤寒论》用真武汤治"心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地"；用苓桂术甘汤治"身为振振摇"即是。有因湿热阻络而致者，如薛生白《湿热病篇》说："湿热证，三四日即口噤，四肢牵引拘急，甚则角弓反张，此湿热侵入经络脉隧中。"有因痰浊壅阻而致者，如《临证指南》说："痫病或由惊恐，或由饮食不节，或由母腹中受惊，以致内脏不平，经久失调，一触积痰，厥气内风，卒焉暴逆，莫能禁止，得其气反然后已。"②湿阻筋脉，又可使筋膜弛长而瘫痪，痿躄，不仁，不用。如《素问·痿论》说："肝气热，则筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿"；"入房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿。"指出了燥湿皆可导致筋痿不用。③阻于膜腠而见神昏、脊闷、惊悸、失眠、癫痫等神志异常证候，如薛生白《湿热病篇》"十四条"湿热证，初起即胸闷不知人，瞀乱大叫痛，湿热阻闭中上两焦，即指此类病变机理。眩晕尤多痰饮水湿而致者。④是引起多种病证的原因。如痹证、悬饮、结胸、胸痹等。《灵枢·周痹》："风寒湿气客于外，分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛。……此内不在脏而外未发于皮，独居分肉之间，真气不能周，故命曰周痹。"即指湿聚少阳三焦，影响真气的流通而疼痛的病理变化。⑤痰饮壅滞少阳三焦，根据痰浊阻滞的不同部位而有不同见症。⑥成为水肿、重着等病变。⑦是形成包块的原因之一。如《灵枢·水胀》谓："肠覃何如？寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得营，因有所系，癖而内著，恶气乃起，瘜肉乃生。其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成，如怀子之状。"即论述了寒邪客于肠外之膜，与卫气相搏，从而影响津与血的流通，形成包块的病理过程。⑧三焦既是水与气共同升降出入之所，两者即可互为影响，气滞可导致津液壅阻；水停又可导致气滞，故因三焦湿郁，升降失司而生胀满者，临床亦较常见。

筋脉绌急　高士宗《素问·调经论》注谓："包络主脉，心主血。"手厥阴心包络与手少阳三焦，皆主膜腠，脉属筋膜组成部分，所以古人常将筋与脉相提并论。筋司运动，脉为血隧。在正常情况下，筋脉得阳气的温煦、津血的濡养，则和柔而无病，一旦发生病变，除前述痉挛抽搐，痿废不用等症以外，又常以绌急疼痛为主症。引起筋脉绌急的机理，大致有：①绌急因寒：寒邪侵袭，筋因寒而收引，脉因寒而绌急，收引则牵引拘急，绌急则踡缩而痛。故《灵枢·经筋》详述十二经筋发病，多以转筋拘急疼痛为主证。《素问·举痛论》从脉的病理改变论述痛证，亦系因寒所致，如说："寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩踡，缩踡则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛。"此阐述脉因寒而绌急，因绌急而疼痛的病理变化。筋与脉绌急疼痛的机理虽然同属于寒，却又同中有异，筋病与津液的盈亏有关，脉病与营血的虚滞相涉，在分析病理时，应结合津血进行思考。②绌急因热：热盛伤津，筋脉失濡则绌急。亦有因霍乱吐泻，大量失水，筋失其濡而转筋腹痛者。③绌急因虚：阴血亏虚，是筋脉失养而拘挛；阳气不足，则筋脉失温而绌急。

邪踞少阳　胆与三焦同属少阳半表半里，膜和腠是少阳三焦的组成部分，仲景称为腠理，有防御外邪侵袭的机能。故《金匮要略》说："不遗形体有衰，病则无由入其腠理。"并注明腠是流通和会聚元气、真气的场所，是"血气所注"之处。气血旺盛，"病则无由入其腠理"。若正气不足，邪即乘虚而入，踞于少阳，故《伤寒论》说："血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下，正邪分争，往来寒热，休作有时……。"邪踞少阳半表半里，正欲祛邪出表，邪欲胜正入里，正邪分争，故往来寒热。由于少阳三焦是气机升降出入之门户，水液运行之道路，邪踞少阳必然影响气机的升降出入和水液的正常运行而为病。如影响胆气郁结，胆道不利则胁下痞硬、胀满；三焦津液壅滞，则小便不利，凌心而悸，犯肺而咳。此外，膜原既是少阳三焦的组成部分，则邪犯少阳，自然会影响筋膜发生病变，故少阳病又常见"目眩"、"干呕"、"颈项强"等症状。病在少阳三焦，有两种转归：①经过和解表里或分消上下

的治疗措施，使病痊愈。②失治误治，病邪继续深入，里结阳明或内陷三阴。

肝窍病变 肝开窍于目，但五脏六腑之精气皆上注于目，故目病不仅与肝有关，与其他脏腑都有内在联系。引起目病的原因虽多，总由外感、内伤导致气血津精的不足，或气血津液的阻滞，从而反映虚实两类病变。

虚证 气、血、阴、阳虚损，均可导致目疾。

(1) 气虚：《灵枢·天年》说："五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明。"目为肝窍，肝气衰则目不明。脾主肌肉，眼胞属脾，脾气虚则开合无力，胞睑下垂。

(2) 血虚：《素问·五脏生成》说："肝受血而能视"；《灵枢·脉度》说：肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。"肝血不足，则五色莫辨，视物不明，或呈夜盲。

(3) 阴虚：含义有二，一是泛指津液不足，引起目珠干涩，甚至筋膜失养，液涸动风而斜视上窜；一指肾精亏损。《灵枢·经脉》说："肾……是动则……目䀮䀮如无所见"；《素问·脉解》篇进而引伸其义，谓"阴阳内夺，故目䀮䀮无所见也。"因于真阴不足，则目力减退，视物昏花。

(4) 阳虚：目能视物，有赖于阳气，阳气盛则明察秋毫，"阴阳内夺"，则"目䀮䀮无所见也"。若阳虚阴盛，水湿停滞，上干清阳，则目如雾蒙而视物不清，目眩眼花。

实证 外感六淫及气血津液壅滞，均可形成目疾实证。①外感风寒，经脉受邪，或口眼歪斜，或迎风流泪，或生翳膜。②外感风热，或肝郁化火，肝火上攻，或阴虚火炎，均可引起目赤肿痛。③肝郁气结，可致暴盲。如《审视瑶函》用加味逍遥饮治暴盲即是例证。④血络瘀阻：多因寒凝血脉，瘀血阻络、或因热伤血络，出血致瘀；以致目暗失明。⑤水湿壅滞：湿热、痰火、水饮等湿浊壅滞少阳三焦，上干清窍，能导致肿痛，目眩，眼花，昏瞀。

心与小肠病机

心脏位于胸中，心包是心的外围，有保护心脏的作用。邪气犯心，常侵犯心包，故心包受邪所出现的病证与心是一致的。心主血脉而藏神，与小肠为表里。《灵枢·本神》说："心藏脉，脉舍神。"血液是神志活动的主要物质基础，故血与神的功能活动不能截然划分。血液运行于脉，环周不休，贵流通而恶瘀滞；神是情志意识思维活动的概括，宜清明、宁静而忌昏愦、躁动。所以神以明静，血以流通为正常，昏躁、瘀滞为病态。导致心病的原因，既有外感，亦有内伤。《灵枢·邪客》说："诸邪之在于心者，皆在于心之包络"，故外邪内陷，多归咎于心包；内伤致病，才责之于本脏，其实都是心脏受病，故心脏病机包括心包病机。

心脉病变 血液在脉内运行，脉是血行的隧道，心气则是推动血行于脉的动力。心、血、脉三者彼此协调，共同完成血液的循环运行。由于心、血、脉三者在生理上是不可分割的整体，所以在发生病理变化时的临床症状，自然也就彼此关联，影响全局。

心气虚、心阳虚 多因禀赋不足，或久病体虚，或年老脏气日衰，或暴病耗伤阳气，以致心气虚损，鼓动无力，血脉不得充盈而心悸气短，动则尤甚，脉细弱；脉气不相接续则脉结代。此外，因心气虚损，心神不足而精神恍惚，语无伦次，或常怀恐惧，悲伤欲哭者有之；心气虚损，心神不摄，心肾不交而遗精、白浊者亦有之。

上述诸证，兼见畏寒怯冷，手足不温，即属心阳虚衰的机理，心阳虚则阳气不能达于四末而四肢逆冷。若肢冷脉微而兼见面赤，为戴阳，或身反不恶寒即呈阴盛于内，格阳于外，阴盛于下，阳浮于上的阴盛格阳，真寒假热证候。若阳虚暴脱，宗气大泄，即呈四肢厥冷，汗出如珠，气短息微，神志模糊，甚则昏迷，脉微欲绝的虚脱危证。

心阳痹阻 以心胸憋闷疼痛，唇舌青紫为主症。多因心阳虚损，导致气滞、血瘀、痰凝、湿阻；或因气滞、血瘀、痰凝、湿阻导致心阳痹阻不通，不通则痛，故有胸中憋闷、疼痛等症。

心阴不足 以心悸、健忘、失眠、多梦为主症。除上述主症外，若兼见烦热盗汗，口燥咽干，舌红少津，脉象细数，即为心阴不足之象。多见于热病后期，热退身凉而营阴受损。但七情内伤，营阴暗耗者亦属常见。心阴不足，心体失养，故心悸、健忘；阴不涵阳，神不守舍，故失眠多梦。若热象显著，即呈阴虚阳亢或阴虚火旺病机。

心血亏虚 仍以心悸、健忘为主症。但在主症之外，兼见面色无华，唇舌淡白，脉象细弱。此证或因血的生化之源不足，或见于失血之后，以致血虚不能荣于面，华于舌、充于脉，则见上述脉症。

心经热盛 可出现下述病变：①令人喜笑不休。《灵枢·本神》说："心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休。"②热毒壅滞于脉，血脉凝泣不通，发为疮痈。③舌为心之苗，心营热盛，可见舌肿、弄舌、溃烂、出血、舌疔。

神志异常 心藏神，神是情志意识思维活动的概括。在正常情况下，阴平阳秘，气血和调，水液流畅，则神志清明宁静而无病。若瘀血阻窍，肝气郁结，心气虚损，气机被阻，升降失调，痰阻清窍，热扰心神，均可导致神志异常。

热扰心神 有以下几种情况：①热入心包：见于急性热病危重阶段，以神昏谵语为主症。温邪上受，首先犯肺，逆传心包，清窍闭阻则神昏，意识已乱故谵语。②中暑致厥：以突然昏倒，不省人事为主症。见于夏令久暴于烈日之下，或久劳于高温之室，感受暑邪，热郁气逆，阻遏气机，闭阻清窍而卒然发厥。③热盛发狂：以精神失常，骂詈不避亲疏，甚则登高而歌，弃衣而走，逾垣上屋为主症。《素问·至真要大论》说："诸躁狂越，皆属于火。"《素问·病能》又说："有病狂怒者，此病安生？曰生于阳也。"多因肝火暴张，上扰神明，神志已乱而打人骂人，狂乱无知。

痰浊阻窍 痰浊乃津液运行失常，水湿停滞所生。

痰涎蒙阻清窍,或呈昏不知人的痰中;或呈喜怒无常的癫疾;或呈狂乱无知的狂证;或呈猝倒抽搐的痫证。湿浊阻滞亦可导致神志异常。如《温病条辨》用人参泻心汤治"湿热,上焦未清,里虚内陷,神识如蒙,舌滑脉缓";《广温热论》用加减半夏泻心肠治"气分湿热,内蒙包络清窍,神昏谵烦,舌苔腻者"即是实例。又如《温病条辨》用三香汤治"湿热受自口鼻,由膜原直趋中道,不饥不食,机窍不灵"之证,其中机窍不灵即指精神失常。

气机闭阻　常以猝倒无知为主症,古医籍称为气中。多因恼怒惊骇,情志过极,以致气机逆乱,上壅心胸,蒙闭窍遂;或感受寒邪,气机闭塞,升降失常而猝然倒仆,昏不知人。此外,由元气素弱,又遇悲恐,或疲劳过度,致使阳气消乏,气虚下陷而清阳不升,造成突然昏厥者亦有之。

小肠病机　手少阴经脉下络小肠,心与小肠相表里。又小肠接胃之下口,凡胃中腐熟水谷,皆下传於小肠。《素问·灵兰秘典论》说:"小肠者受盛之官,化物出焉。""受盛",是指小肠有承受、容纳水谷的功能;"化物",是指小肠有消化吸收水谷精微和将所余糟粕下传至大肠的作用。这一生理功能与脾司运化的作用是一致的。因此,小肠的"受盛"和"化物",实际就是脾胃纳运功能的组成部分(见"脾与胃病机"条)。凡胃挟有寒热未清之邪,往往转入小肠而致病;又因与足太阳膀胱经相连,故太阳经有病,亦常小肠、膀胱并举。故小肠之病,常与心、膀胱、大肠、脾胃相关。

小肠虚寒　由於中气不足而发生肠鸣;寒气内积,可为小腹疼痛,大便泄泻;小肠虚,风冷内侵,而引睾作痛,甚则为小肠疝气。

小肠实热　小肠湿热则可引起茎中刺痛,小便不利而涩;若小肠火热,瘀血留积,可成小肠痈;膀胱移热於小肠,则为口糜。

肾与膀胱病机

肾脏位于腰部,膀胱位于下腹,脏腑之间,有经隧相通,同居下焦互为表里。肾的藏精、主水、纳气、主骨、生髓等功能,均与肾阴肾阳密切相关,而肾阴肾阳又都以所藏之精为其物质基础。阴精宜藏而不泄,故《素问·六节脏象论》说:"肾者主蛰,封藏之本,精之处也",强调了阴精宜藏的一面。肾在调节体内水液平衡方面起着极为重要的作用。水液赖肾阳的蒸腾气化,才能正常地运行敷布和排泄。这种流动之水,宜泄而不藏,故《逆调论》说:"肾者水脏,主泄液",强调了水液宜泄的一面。阴精宜藏,水液宜泄,反映了肾脏的生理特点。一旦发生病变,多呈阴精亏损,或水液失调之证。至于导致肾病的原因,既有外邪相侵,尤多内伤致病。外邪为患,有直接侵犯本脏者,有从它脏经少阳三焦传来者。这类证候,病性属实。内伤致病,多因恣情纵欲,耗竭真阴;或因它脏病变,终归于肾,这类证候,病性属虚。张景岳指出:"五脏之伤,穷必及肾",故肾病之因,内伤多于外感。

肾阴肾阳亏损　肾为先天之本,真阴真阳之根。在正常情况下,肾阴肾阳,彼此依存,相互制约,以维持生理上的相对平衡。若失去这种相对平衡的正常关系,常反映三种病理变化,即肾阴虚、肾阳虚、阴阳俱虚。肾脏的所有生理功能均与肾阴肾阳密切相关,所以阴虚或阳虚的临床症状涉及肾的所有功能,这是在分析病机时应注意的一点。

肾阴亏损　阴精宜封藏固密,藏而不泄。若房室不节,耗伤阴精,或热入阴分,真阴被劫,或它脏阴伤,终归于肾,皆可导致真阴亏损。此一病变,可见以下几方面的症状:①腰痛:腰为肾之府,肾虚不足,常见腰部酸痛。②生殖功能病变:肾藏精,阴精亏损,可见男子遗泄、阳强易举;女子梦交、血崩、经闭等生殖机能病变。③水液失调:肾为主水之脏,肾阴亏损,开合失常,可导致水液失调而见小便淋闭涩痛等症。④骨髓病变:肾主骨,齿为骨之余;肾生骨髓,脑为髓海。肾阴虚损,骨髓发生病变,可见小儿齿迟,行迟智迟,囟门不闭,齿牙动摇,痿废无力等症。故《素问·痿论》指出"肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿"。⑤窍隧病变:耳为肾之窍,瞳子属肾。《灵枢·脉度》说:"肾气通于耳,肾和则耳能闻五音矣。"《灵枢·大惑》说:"五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。精之窠为眼,骨之精为瞳子。"肾阴亏损,则听觉失聪,视觉不明而耳鸣眼花,故《灵枢·海论》又说:"髓海不足,则脑转耳鸣。"肾阴亏损,不仅本脏自病,其他几脏均可受其影响,形成两脏同病。

肾阳虚衰　肾阳是阳气的根本。若因禀赋不足,素体阳虚,或摄生不慎,损伤真阳,或过服寒凉,戕伐阳气,或它脏阳虚,途穷归肾,均可导致肾阳虚损。《素问·生气通天论》说:"阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰。"肾阳一虚,则百病丛生。①阳虚生寒:腰膝冷痛,形寒怯冷。②生殖功能减退:男子阳痿、早泄,女子宫冷不孕。③气化失常:不能化气行水,水液失调,则小便不利或清长;或肾虚失约而遗尿不禁。④阳虚不能化精为血:肾阳不足,阴精无阳气的温化,则不能变化为血而面色无华,唇舌爪甲淡白。⑤寒滞经脉:少阴阳虚,寒滞少阴经脉则暴哑失音,咽喉疼痛、不适。⑥阴寒凝结:肾阳不足,不能温煦血脉、筋骨,流通气血津液,甚至凝结而成阴疽。肾阳既为阳气的根本,则肾阳虚损可以波及它脏而呈两脏同病,其中尤以脾肾阳虚和心肾阳虚为常见。

阴阳俱虚　肾阴与肾阳彼此依存,互为其根。发生病变,或单见阳虚,或独呈阴损,但两者又可相互影响和相互转化。阴虚日久,可以导致阳虚,阳虚日久,亦可导致阴损,成为阴阳俱虚的病变。这种阴损及阳,阳损及阴的关系,亦即物质基础与功能活动之间的相互依存和转化的关系。

肾精不固　肾精是化生肾阴肾阳的物质基础,藏而不泄。发生病理变化,常见阴虚、阳虚、精不化血(已如前

述)、精失封藏,四类病变。

精失封藏,以遗精滑泄为主症。导致遗滑之因,大要有:①肾脏自虚,精关不固:多因房室不节,过耗阴精,以致精关不固而滑泄无度。②肝肾阴虚,相火妄动:阴虚阳亢,疏泄胜于闭藏,影响精的宁谧而遗泄。即《医贯》所谓:"肾之阴虚则精不藏,肝之阳强则火不秘,以不秘之火,加临不藏之精,有不梦,梦即泄矣。"③心肾不交:常因用心过度,心神不摄,以致心肾不交而失精。④湿浊下注,扰动精室:多因脾胃痰湿,或肝胆湿热随少阳三焦下行,扰动精室,故《明医杂著》指出:"饮酒厚味,痰火湿热之人多有之。"

水液失调　肾主水,若肾失主水之权,水液代谢失调,可见气化失常,肾虚失约,下焦湿热等病变。

气化失常　水液之所以能在体内运行不息,"水精四布,五经并行",有赖肾阳的气化作用。若肾阳虚损,气化失常,水液失调,可见小便反多或水液停蓄两类症状相反的疾病。下焦阳虚,气化失常,不能蒸化水津上升而直趋下行,遂成消渴。故张景岳指出:"阳不化气,则水精不布,水不得火,则有降无升,所以直入膀胱而饮一溲二,以致泉源不滋,天壤枯涸者,是皆真阳不足,火亏于下之消证也。"若肾阳虚不能化气行水,水液停滞为患。见于本脏则腰痛,少腹不仁,小便不利或不通。如《伤寒论》用真武汤、五苓散治"小便不利";《金匮要略》用肾气丸治"少腹不仁","虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利",均属阳虚阴盛,水邪滞留本脏的见症。阳虚水泛,每随少阳三焦而无处不到,犯于某部,某部即呈病态。①滞留体表:可见肢体重着、不用、疼痛、浮肿。②内犯肠胃:阳虚不能化气,脾虚不能制水,内侵肠胃,可致升降失调,或吐或泻,或吐泻交作。或水寒凝聚,腹痛膨胀。③水气凌心:少阴阳虚,水饮凌心,则心悸;或胸阳痹阻而心痛。④水泛高源:水寒犯肺,肺失宣降,则喘咳痰稀,倚息难卧。⑤上干清阳:浊阴上逆,上干清阳,则头目眩晕,或头如裹,首如蒙。⑥阳虚水泛,壅阻清窍:可见目眩眼花,耳鸣耳聋,鼻塞流涕等七窍不利的病变。故《素问·生气通天论》说:"阳不胜阴,则七窍不通。"⑦少阴阳虚:气化不行,湿滞经脉,可见失音声嘶,咽中如有物阻等症。

肾虚不约　肾主水液,肾气盛则开合有权而无病。若肾气虚损,约束无权,水液不能气化升腾而直趋下走,遂呈小便淋沥、失禁、频数、遗尿等症。此类证候,因中气不足,清阳下陷;肺不布津,水失约束而致者,亦有之。

下焦湿热　常以淋浊、癃闭、水肿、带下为主症。导致下焦湿热的病因有:①膀胱受邪,腑病及脏,肾与膀胱有经脉相通,脏腑相连,互为表里。外邪侵犯膀胱,由腑及脏,则呈小便淋涩作痛的淋证。淋证兼见余沥不尽的,病在气分,与肝的疏泄失常有关,称为气淋;兼见小便下血,茎中痛不可忍的,已经动血,称为血淋。②过食肥甘,郁结化热,湿热下注,蕴结下焦而呈小便浑浊的,称为膏淋;湿受热蒸,尿中杂质结成砂石的,称为砂淋、石淋。湿热蕴结,亦可导致小便困难,甚至不通的癃闭。③肺失宣降,上病及下。《灵枢·本输》说:"少阳属肾,肾上连肺,三焦者,中渎之府也,水道出焉。"三焦下连肾脏,上连肺系,外近肤表、内联肾肠。寒邪犯表,或温邪上受,均会影响肺气的正常宣降,肺气失宣则水津不布,肺气不降则水道失调,此自表而入或自上而受之邪皆可随少阳三焦下行,侵犯肾脏,以致水液失调而外泛作肿,或小便不利而热淋涩痛。至于妇女带下,上述三种病机皆可致之。下焦湿热若不及时治疗,或治不如法,即转化为虚证。

肾不纳气　肾主纳气,肺须肾的协助,才能正常呼吸以吐故纳新。只有肾中精气充沛,吸入之气才能经过肺的肃降下纳于肾。如果精气虚损,根本不固,吸入之气不能归纳于肾,就会出现动则气急。呼吸困难的病变,《灵枢·经脉》所谓:"肾足少阴之脉,是动,则病……喝喝而喘",即指此种病变而言。肾不纳气常见下述情况:①肾阴虚损,气不归根。②肾气虚损,气不归元。③阳虚阴盛,上实下虚。

肾窍病机　《素问·阴阳应象大论》说:"肾主耳",《素问·金匮真言论》说:"肾开窍于二阴",故耳与前后二阴,均为肾主之窍。

耳窍病变　以耳鸣、耳聋、耳肿为主症。耳病当分虚实,虚证多因精气虚。实证多因气血津液阻塞清窍。故虚证多责之于少阴或太阴不足;实证多责之于少阳或厥阴有余。肾开窍于耳,耳病则与肾脏有关,但手少阳三焦经脉沿耳后入耳中,出走耳前,所以三焦与耳的关系亦颇为密切。由于少阳三焦是气机升降出入之所,水液运行之枢,故气与津液发生病变,均可通过三焦影响耳窍而产生耳鸣、耳聋、耳肿。导致上述诸证的机理有:①心肝胆之火循少阳三焦上攻。②少阳三焦湿热或痰火蔽塞清窍。③肾阳不足,气化不行,水液壅阻。④阴精亏损,阴虚阳亢,或"髓海不足,脑转耳鸣"。⑤气虚下陷,清气不升。⑥瘀血阻络,窍隧不通。上述六种病机说明气血津精发生病变,均可影响耳窍。

二便失调　肾主水的功能对二便起着调节作用,水液的运行代谢正常,二便亦就正常,所以肾司二便。若肾阳虚损,不能温脾,形成脾肾阳虚,水液不能正常运行输布而从肠道直趋下出,常致大便溏泻。但肾阳虚损,不能温煦肠道,或气化失常,不能使"水精四布,五经并行",亦可影响大肠传导失职,形成便秘。故肾阳虚所致的大肠传导失职,可见便秘与泻利两类截然相反的见症。反之,肾阴不足,不能濡润肠道,亦可导致便秘。

膀胱虚寒　膀胱为州都之官,主藏津液,必待肺肾之气化而始能出。故肾阳不足,不能化气,或肾虚不能固摄下焦,小便因膀胱之气不约而为遗,或小便不禁;若膀胱之气不利则为癃闭,小便不通,或成劳淋。

膀胱实热　膀胱热结则小腹苦满,小便不利,尿色黄赤。膀胱之热,或由肾虚有火,或由小肠有热,热入膀胱所致。

转脬尿闭　由强忍小便，或尿急疾走，或忍尿入房，使水气迫于脬，此症孕妇患此，乃为胎满逼脬所致。

两脏同病病机

五脏六腑之间彼此联系，构成整体，共同完成气血津精的摄纳、生化、输布和排泄的全部功能活动。古典医籍用相生相克以阐述五脏间的关系，不是抽象的概念，而是建立于气血津精的相互生成、转化及输布等关系之上的。凭借这些物质基础以反映五脏相互协调、相互制约的功能活动。故两脏同病，是指两脏功能发生病变时的内在联系。

部分疾病的病位，并不限于一脏或两脏同病，但是，通过两脏同病病机的研讨，即可将五脏联系起来，收到举一反三的效果

疾病的传变，有由表入里，由腑入脏；自上而下，自气而血；五脏之间，相乘相侮此三种传变规律。仲景《伤寒论》的六经传变，邪由太阳而少阳，由少阳而阳明，由三阳而三阴，揭示了外邪侵袭，由表入里，由浅入深，由腑入脏的传变规律(但亦有不循此例，寒邪直中三阴者)。叶氏《外感温热篇》的卫气营血辨证，由肺卫而心营，由心营而肝肾；吴瑭《温病条辨》的三焦辨证，由上焦而中焦而下焦，揭示了温邪上受，自上而下，逐步深入的病变规律。五脏之间的相乘相侮，则反映了五脏间彼此相通的密切关系。《素问·玉机真藏论》指出："五脏相通，移皆有次，五脏有病，则各传其所胜"，不仅说明五脏彼此相联，彼此相通，并说明某脏发生病变，可以传其所胜的脏而成两脏同病。上述三种传变规律，比较完整地把表里、上下和五脏联系起来，说明疾病是处于不断的变化之中，突出地反映了中医学理论的整体观和动态观。

肺脾同病　后天之气的来源有二：肺司呼吸，清气摄取于肺；脾主运化，谷气化生于脾。脾主运化水湿，肺主敷布津液，通调水道，两脏与水液的关系亦甚密切。因而气与津液发生病变，多为肺脾同病的见症。

肺脾气虚　肺主气，《素问·五脏生成》说："诸气者皆属于肺。"气的来源除肺呼吸的清气以外，还有水谷化生之气。谷气来源于脾胃。故《灵枢·营卫生会》说："人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气。"肺的清气与脾的谷气注于心脉以行于五脏六腑，成为脏腑功能活动的物质基础。故肺脾两脏同为后天之气的源泉。两气之中的清气，一般而言，是取之不尽用之不竭的。所以，气虚多因脾的功能衰弱，生化之源不足使然。由于气虚有声低息短，少气懒言等肺气虚损见症，而产生上述见症的原因又每源于脾虚，故将此种病变，称为"土不生金"。

肺胃津虚　肺为水之上源，胃为水谷之海，故风热在两脏气分，则热盛津伤，多呈肺胃津虚。两脏又常相互影响，互为因果，肺阴受损，可由肺及胃。如温邪上受，首先犯肺，肺热伤津；或久晴无雨，燥邪犯肺，肺阴受劫，均属于肺津受损。但因肺津实源于胃，势必导致胃阴亦虚。相反，胃阴被劫又可由胃及肺。如伤寒邪传阳明，由寒化热，热盛伤津，胃阴被劫，不能正常输津于肺，肺津的来源匮乏，势必导致肺阴亦损。故口燥唇焦，舌燥乏津常是肺胃津虚的共有症状。

水液停聚　水液停聚涉及肺脾两脏同病的甚多。如《灵枢·邪气脏腑病形》说："形寒饮冷则伤肺。"指出寒饮内伤，可由胃及肺而成肺寒液聚。又如"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"一语，亦指出脾不运湿，湿聚成痰，痰浊犯肺，可呈两脏同病。此外，中上两焦湿热，尤为常见。

心肺同病　肺主气属卫，心主血属营。在正常情况下，营行脉中，卫行脉外；心血上朝于肺，肺气下注于脉；气与血、营与卫之间，相互依存，相互协调，关系密切。故周学海《读医随笔》谓："营卫之生也，各具其体而不可相离也；各成其用而不可相胜也；各行其道而不可相干也。"发生病变，有以下几种见症：①卫外不密，营阴外泄则自汗。②营阴亏损，阴虚阳凑则盗汗。③营卫不和，卫强营弱，则发热、自汗、恶风。④气虚，则血无所摄而外溢。⑤血虚，则气无所依而浮越。

营卫不和　《灵枢·营卫生会》说："营在脉中，卫在脉外，阴阳相贯，如环无端。"营为阴，卫为阳，营阴之所以能循行脉中而不溢出脉外，有赖卫气的固护和统摄；卫阳之所以能运行脉外不致漫无所依，又借营血以为依附，阴阳相恋，气血相依，营卫谐和，不能相失。故《素问·阴阳应象大论》说："阴在内，阳之守也；阳在外，阴之使也。"若外感风邪，郁遏卫气的运行，阳邪与卫阳相合，则形成卫强而发热；营阴失去卫阳的正常护卫，则阴津外泄而自汗，即成营卫不和。

气营两燔　温邪犯肺，由气分传入心营，若气分热邪犹盛，营阴热势已张，即呈气营两燔见症。气热易伤津液，里热蒸腾，迫津外泄，热盛津伤，引水自救，故有高热、汗出、口渴等症。营热易扰心神，热入营阴，每呈身热夜甚，心烦不寐，神昏谵语，舌质红绛。若热盛动血而发斑、吐衄、如狂发狂；耗血伤阴，筋脉失濡而痉挛抽搐，即为气血两燔见症。

气血两虚　常以声低息短，少气懒言，头目昏眩，心悸怔忡，面色无华为主症。声低息短，少气懒言是肺脾气虚证象；头昏目眩，心悸怔忡是心肝血虚征象，故气血两虚病变，实与心肝脾肺四脏有关。此证多由久病不愈，或用药过于克削，损伤正气，由气虚而致血的生化之源不足，导致血虚。

心肺阴虚　肺主敷布津液，心为血运主宰，两脏与津血密切相关。若素体阴虚，或年老津血渐亏，或热病耗伤阴液，均会形成心肺阴虚。心阴虚则心体失养，心神不宁而心悸、烦躁，肺阴受损，无津可布，气失宣降则口舌干燥，短气气逆。此外，症见"意欲食，复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不欲闻食臭

时，如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤，……身形如和，其脉微数”的百合病，若“见于阳”，亦属心肺阴虚。

肺肾同病 肾为水脏，肺为水源；肺司呼吸，肾主纳气，是以两脏功能皆关乎气与津液。肺肾同病，常见肺肾阴虚，水液失调，肾不纳气等病变。

肺肾阴虚 金水失调，则虚火犯肺。常以颧红颊赤、潮热盗汗，痰中带血为主症。肾主水、肺为水之上源。水源足则肾阴的来源不乏；肾阴足，则“火不刑金”而肺阴亦充。这种相互滋济的关系，称为“金水相生”。一旦发生病理变化，水源不足，则肺病可以及肾；阴虚火炎，则肾病可以及肺，两脏互为影响，于是形成肺肾阴虚。

水液为患 肺气宜宣发肃降以敷布津液，通调水道。若邪犯肺卫，宣降失常，水液停滞，则肺病可以影响肾脏亦病。《金匮要略》用宣肺行水，开源导流的越婢汤治“风水”；越婢加术汤治“里水”，均属肺病及肾实例。相反，水液之所以能正常运行，有赖肾阳的蒸腾气化。若肾的气化失常，水泛高源而为痰饮，如《伤寒论》用温阳化气的真武汤证治，即是实例。

肾不纳气 见“肾与膀胱病机”条。

脾肾同病 脾肾两脏，有以下四层关系：①谷气之本，元气之根：脾为谷气之本，肾为元气之根。脾化生的谷气，是脏腑功能活动的物质基础；肾生发的元气，是脏腑功能活动的动力源泉，两脏均与气的生化有关。②血的生化，关于脾肾：脾运化的水谷精微，是生化为血的原料，而水谷精微之所以能转化为血，又需肾的气化作用才能将谷气变化为精髓，由精髓化生为血液。故两脏对血的生化休戚相关。③水液运行，关于两脏：脾主运化水湿，肾为主水之脏。水液能在体内正常运行，有赖肾阳的气化和脾气的健运，是以两脏又与水液代谢相关。④脾肾两脏，相互滋济：脾须借肾阳的温煦，才能正常运行；肾亦赖脾的健运，精气的来源才不匮乏，故脾肾有相互资生的关系。由此可知，两脏功能关系到气血津精的生化与输布，是生命活动的动力源泉，故称肾为先天之本，脾为后天之本。脾肾发生病理变化，常呈阳气不足与水液失调。

脾肾阳虚 脾肾有相互资生的关系。发生病变，常相互影响，互为因果。如肾阳不足，不能温煦脾阳；或脾阳久虚，进而损及肾阳，均可导致脾肾阳虚而呈腹部冷痛，下利清谷，五更泄泻等症。

阳虚水泛 脾主运化，肾主气化。脾阳虚不能胜湿，肾阳虚气化不行，水液的运行代谢失调，从而导致痰饮水湿各种病变。所反映的病状，可见于全身各个部分。所以脾肾阳虚，水邪为患证候，临床最为多见。

肝肾同病 肝肾两脏有如下关系：①“乙癸同源”：肝为藏血之脏，肾脏藏精主髓。肝所藏的血，实由肾的精髓化生，古籍将这种血源于精的密切关系，称为“乙癸同源”。②水能涵木：肝主筋膜，肾主水液。肝所主的筋膜，赖肾所主的阴津濡润，才能活动自如，此种关系，谓之水能涵木。此外，肝阳易于上亢，须藉肾阴以为涵养，此种肝阳须藉肾阴滋济的关系，亦寓水能涵木之意。③同司相火：肝为阴中阳脏，中寄胆火，职司疏泄；肾脏藏精主水，内舍真阳，宜于闭藏。两脏同司相火，而相火宜潜。此火能够潜藏，全赖肾阴以为约制，才能控制肝的疏泄，以免相火妄动。上述三层关系，均与肾阴有关，故肝肾同病，由于阴津不足而致阳亢者为多。此外，肝肾虚寒或水液失调亦较常见。

肝肾阴虚 肾阴虚损常累及肝脏，导致肝肾阴虚，此一病理转归，古籍谓之水不涵木。肝藏血，肾藏精，精血同源，血从精化。两脏又同司相火，而相火宜潜。此火能秘藏而不妄动，则赖阴精充足。若肾阴不足、水不涵木则筋膜失养；水不生木则阴血亏虚；阴不制阳则相火亢盛。故肝肾同病多呈阴虚火旺，头晕目眩，耳鸣眼花，筋脉挛痛，月经量少等症。

下焦湿热 见“肾与膀胱病机”条。

肝肾虚寒 肝肾同居下焦，同具相火，如其阳气亏虚，则称为下焦虚寒。如男子的寒疝、缩阴等症，病变部位均在肾脏，就其病机而言，则因寒滞肝脉引起。又如妇女月经不调，经冷腹痛，或胞寒不孕等证，病位亦在肾脏，但病机却涉及肝藏血、司疏泄的功能，所以也属两脏虚寒的证候。

肝肺同病 可见金不制木和肝火犯肺两类病变。①金不制木：见“肺脏病机”条。②肝火犯肺：常以咳血，急躁易怒，颊赤心烦，舌赤脉弦为主症。在正常情况下，肺气肃降，以制约肝气的升发，免其太过。若肝火过旺，则金不制木，反而木火刑金见以上诸症。

心肝同病 心主身之血脉，肝为藏血之脏。心所运行的血，有赖肝的疏泄调节。故两脏功能协调，血脉才能正常运行。若血分发生病变，又往往影响心和肝。两脏都与精神情志活动有关，故于神志变化时，亦常同病。

肝病及心 肝藏血，司疏泄。若肝气郁结，疏泄失常，不仅本脏自病，且可影响及心。如肝郁常反映情志抑郁，甚至精神异常，成为癫疾。亦可导致血运不利而四肢欠温，心悸不宁等症。如《伤寒论》：“少阴四逆，其人或咳，或悸……四逆散主之”一证，即属肝失条达，阳郁于里，心阳失宣使然。

心病及肝 血液运行于脉，全凭心气的推动。若心气虚衰，血运无力，可致肝血瘀阻而成癥积疝痛等证。

心肾同病 常见阴阳、精血、神志三方面的病变。

心肾阴虚 常以盗汗、失眠、咽干舌痛为主症。肾中真阴不足，不能上济于心，心肾阴虚，阴不制阳，心阳独亢，加之寐则阳入于阴。致使阳蒸阴分则血热，血热则蒸液而为盗汗。阴虚不能涵阳则失眠，即《临证指南》所说：“阳亢不入于阴，阴虚不受阳纳”的失眠机制。少阴经脉循喉咙，挟舌本，阴虚火炎，故咽干舌痛，所以多有上述病症。

心肾阳虚 心阳以肾阳为根本，故肾阳衰惫，会影响

心阳亦虚；心阳虚衰，会影响肾阳亦损，于是导致心肾阳虚。《伤寒论》“少阴之为病，脉微细，但欲寐，”即指的此种病变。

精血亏损　肾精亏损与心血不足常互为因果。如肾精亏损，无以转化为血，则心血随之亦虚；大量失血，不能正常输送精微供肾转化为精，则精亦随之不足。《素问·五脏生成论》说：“肾之合骨也，其荣发也。”发为血之余，精不足则发失荣，证明了精血之间病变的相互影响。心藏神，脑为元神之府而由精髓组成。故肾精与心血亏损，又可见到失眠、健忘、多梦等神志方面的病症。

心肾不交　心居上焦，肾居下焦。在正常情况下，心阳宜下交于肾阴，肾阴宜上济于心阳，阴阳协调，才能维持正常的生命活动。一旦气机不畅，痰湿阻滞少阳三焦阴阳升降之路，即可形成心肾不交而见心悸、失眠、遗精等症。所以，心肾不交，实即气血津精的升降失调所反映出来的心肾同病。

心脾同病　心主营血，脾主气津。所以气血津液发生病变，均可出现心脾同病。临床以心脾两虚与痰饮凌心较为多见。

痰饮凌心　脾主运化水湿。若脾为湿困，湿聚成痰，痰随气升，上凌于心，可见惊悸、失眠；蔽阻胸阳，可见胸中憋闷疼痛，或心区绞痛；阻于心窍，可见神志异常的癫、狂、痫；或舌强难言，或神昏不语。上述征象的病位虽然在心，病机却因脾湿生痰，痰饮凌心所致。

心脾两虚　血生于脾而统于脾，脾虚则血之化源不足，致血虚心神失养而心悸、健忘、失眠、多梦。脾气虚则血无所摄而引起月经量多，皮下出血等症。

肝脾同病　常见的有木不疏土；胆气犯胃；肝木克脾；土不荣木，气血两虚。

木不疏土　肝分泌的胆汁，经胆管输注于肠，参与消化，若忧愁思虑，情志不畅，木失条达，疏泄失常，影响脾的正常运化，即成胸胁脘腹胀闷不舒，食欲不振的肝脾郁结证。

胆气犯胃　肝胆病变，常影响胃气的正常下行而上逆作呕。黄元御“胃本不呕，胆木克之则呕，”一语，可谓言简意赅。惟应包括肝木，如《伤寒论》吴茱萸汤证的“干呕，吐涎沫……”就是肝气犯胃的实例。

肝木乘脾　常以腹痛、腹泻为主症。寒热虚实均可形成此一病机。如《伤寒论》说：“伤寒发热，汗出不解，心中痞鞕，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”“……呕不止，心下急，郁郁微烦者……与大柴胡汤下之则愈”，即是肝胆实热引起肝木克土的腹痛腹泻。《金匮要略》说：“妇人腹中诸疾痛，当归芍药散主之”，则属于虚寒型肝木克土的腹痛。

土不荣木　肝脏贮藏的血，由脾供给的水谷精微所化，此种关系，谓之土能荣木。若脾虚不运，无以生血，可呈气血两虚；吐泻亡津，土不荣木，筋膜失濡，又可导致虚风内动。

经络病机

人体脏腑与体表肌肤、四肢百节、五官孔窍的联系，是通过经络而实现的。十二经络作为气血运行的通道，各络属一脏一腑，表里相接，阴阳相承，互相通连，故疾病时则互相影响，脏腑之病可累及经络，经络之病亦可内传脏腑。此外，奇经八脉，包括冲、任、督、带、阳维、阴维、阳蹻、阴蹻，则与人体血海、胞宫以及阴阳诸脉的督束维系有关。

由于经络是气血循行的通道，其发生病变，主要表现在气血的偏虚偏实，以及运行逆乱和郁滞不畅等方面。

经络气血虚少，不能濡润或温养所联系的器官组织和所络属的脏腑，以致功能低下，则当升不升，当降不降。如果气血偏实，常以功能亢盛，生克反常而为病。无论虚与实，最后都会导致经络气血的逆乱与郁滞。例如《灵枢·经脉》说：胃足阳明“气盛则身以前皆热，其有余于胃，则消谷善肌，溺色黄；气不足则身以前皆寒栗，胃中寒则胀满。”又说：足阳明之别“实则狂巅，虚则足不收，胫枯。”足阳明胃经有实或虚的病变，其他诸经，亦复如此。《素问·五脏生成》篇说：“头痛巅疾，下虚上实，过在足少阴、巨阴，甚至入肾。”因足太阴膀胱经从巅顶直络脑，并络肾属膀胱。肾虚不能引导巨阳之气，于是太阳之气逆于上，故头痛而为巅疾，病甚则入肾。这是由肾虚而引起气血运行逆乱所致。故经络病机虽极复杂，但不外虚实两途，所以《灵枢·经脉》指出经络病症的治疗原则为“盛者泻之，虚则补之”。

经络气血运行逆乱，主要是当升不升，当降不降，气血的上逆与下陷而形成的病变。《素问·厥论》说：“巨阳之厥，则肿首头重，足不能行，发为眴仆。”厥即气的上逆。足太阳之脉起目内眦，上额交巅入络脑，故气上逆则为肿首、头重，眴仆之症。气既逆于上，则不降于下，故足不能行。又如《灵枢·经脉》篇说：“足太阴之别，厥气上逆则霍乱。足厥阴之别，其病气逆则睾肿，卒疝。”由于足太阴之别入络肠胃，其气上逆，扰乱肠胃运化功能，使清气不升，下为泄泻；浊气不降，上为呕逆，故出现霍乱病证。而足厥阴之别经胫上睾，结于茎，其气上逆，故发为睾肿、卒疝。《素问·调经论》说：“血之与气，并走于上，则为大厥。”也是经络气血上逆，而发为昏仆和不省人事的病变。

经络气血郁滞不畅，可因外感六淫所伤，或七情怫郁引起，且可影响到五脏所属之外窍发生病变。如风寒伤于手太阴肺经，失其宣肃的功能，即出现咳嗽，气喘，无汗或自汗出，发热，恶寒，鼻塞流涕等；湿热阻滞于足太阴脾经，运化呆滞，可出现胸脘痞满，口淡乏味，黄疸等；如情志怫郁，肝经失其条达，则胁痛苦满；思虑过度，脾经失其运化，可发生不思饮食等。如肌表肢体筋骨之经郁滞，则可出现局部的肿、痛、寒、热、痿、痹、挛、废等种种病变。

经络气血衰竭，通常是经络病变发展的终局。由于各经气血多少和循行部位不同，故其衰竭的变化亦各有特点，如《素问·诊要经终论》说："太阳之脉，其终也，戴眼，反折，瘛疭，其色白，绝汗乃出，出则死也。"所谓"终"、"绝"就是极度衰竭的意思。因为足太阳膀胱经起于目，行于背，其气血外荣一身之表，如极度衰竭，则目失濡养而戴眼，筋失滋润而反折、瘛疭，卫外不固而汗出。由于各经互相衔接，环周不休，一经衰竭，它经亦将因之而受到影响。故观察经络气血衰竭的情况，可以判断疾病的预后。

由于经络是联系人体表里内外的通路，故经络发病可以累及脏腑，脏腑病变也可以从经络上反映出来。经络主病有病在经、病在脏、病在腑、经腑同病、经脏同病等具体内容，并都通过经络的循行部位反映出来，因此，经络脏腑病变总有其特定的症状。例如足厥阴肝经布两胁，开窍于目，疏泄胆汁，如郁滞不畅，则可发生胁痛、目黄等症状，即从胁痛、目黄等症状便可测知是厥阴肝经病，手太阴肺经之脉起于胸部，开窍于鼻，司呼吸，如郁滞不畅，则可发生咳嗽、气喘、胸痛、鼻塞等症状，即从这些症状便可测知是手太阴肺经之病。再以头痛为例，前额痛属阳明经，偏头痛属少阳经，枕、项痛属太阳经等，都是根据经络的行经来确定的。关于经络发病，《灵枢·经脉》有"是动"、"所生"病之分。《难经》并为之解释说："是动者，气也。所生病者，血也。气流不行者，为气先病也。血不壅而不濡者，为血后病也。故先为是动，后所生病也"。"是动"、"所生病"原本所讲即是两组病证变化的先后过程。"先为是动"，表述了经脉因异常变动(包括郁滞不畅和运行逆乱等)而发生的病变；"后所生病"，是指后一段的病变，这是一个由浅而深，由经脉而脏腑津液血脉筋骨气病的变化过程。有人称"是动"为原发性或急性病候，或前驱症性质，"所生病"属于继发性或慢性病候，或后遗症性质，但实际上这两组病证的区分是相对的，通常都是相互出现，其应用价值，尚有待进一步研究。

至于奇经八脉的基本病变，虽也不外郁滞、逆乱与虚衰，但却别有所主。大体冲任二脉与女子的经、带、胎、孕、乳病有关，与男子下窍之病，如精关、疝气、下利等亦有关系。督脉总诸阳，若其亏虚，则女子不孕，男子不育，性功能异常。带脉环腰，功能约束任、督、冲三脉，其病变多反映为腰部疾病，如带下、腰痛、缠腰火丹等。阳维阴维是阴阳诸脉之维系，二脉之病变主要是维系不用，阴阳不和，以致神不制形而失志。正如《难经·二十九难》所云："阴阳不能自相维，则怅然失志，溶溶不能自收持。"由于人体营卫之气，是通过阳蹻阴蹻的调节，而得以相互协调司其濡养温煦筋肉之功能，如二蹻失和，可引起筋肉屈伸和眼睑开合失常的病变。此即《难经·二十九难》云："阴蹻为病，阳缓而阴急；阳蹻为病，阴缓而阳急"以及《灵枢·脉度》所谓："气并相还则为濡目，气不荣则目不合"的病机。

气血病机

气与血是组成人体的两大基本物质，是生命活动的动力，人体生理现象，病理变化的物质基础。气与血是相互依存的。两者关系，密不可分。故气病易影响及血，而血病也易影响及气，气行则血行，气滞则血瘀，气盛则血充，气衰则血少，气虚则血失统摄，气病日久必及于血，血虚则气少，血瘀则气滞，血脱则气脱，血病日久必及于气，故临床常见气血同病，然气属阳，血属阴，以其功能各有所司，故其为病，亦不尽同。再则，人体脏腑、经络患病时，亦在不同程度上累及气血，并互为因果，加重病情。凡气血之有余不足，或气与血之间平衡失调，都能导致疾病，不论外感六淫还是内伤七情而致脏腑经络功能失调者，也往往累及气与血。故气血为病，不能截然分开，仅在于或以气病为主，或以血病为主而已。气的病机，《素问·举痛论》说："百病皆生于气也。怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结。"寒与炅乃六淫为病，寒则气收，如伤寒无汗之类；炅则气泄，如风热自汗之类。喜怒悲恐惊思乃七情为病，恐则气上，如肝阳亢逆之类；喜则气缓，如心神不定之类；悲则气消，如肺虚少气之类；恐则气下，如肾虚精却之类；惊则气乱，如肝风抽搐之类；思则气结，如脾伤不运之类。劳则气耗，如房室不节，精耗气衰之类。有的病机属于营卫不和，如寒与炅；有的病机涉及气血津液之亏耗，如劳损；五脏之气所伤则累及精神气血。可见气病之范围及病机极为广泛。《素问》还有气虚、气郁、气逆诸论，如《素问·通评虚实论》称："气虚者，肺虚也"，以人身之气统属于肺之故。《素问·六元正纪大论》称："金郁泄之，水郁折之，火郁发之，木郁达之，土郁夺之。"五行之气郁，即五脏之气郁也。《素问·四气调神大论》说："逆春气则少阳不生，肝气内变；逆夏气则太阳不长，心气内洞；逆秋气则太阴不收，肺气焦满；逆冬气则少阴不藏，肾气独沉。"逆则本气自伤，故其病变如此。凡太过与不及，皆为气逆之病机。这是说如果逆于四时之阴阳，则产生相应内脏之气机异常，而导致诸种疾病。

血的病机《灵枢·决气》说："血脱者，色白，夭然不泽"，此乃血虚的表现。《素问·调经论》称："血气者，喜温而恶寒，寒则泣不能流。"《素问·八正神明论》称："天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉。"泣而不流和凝泣，都属于血瘀的病变。《素问·六元正纪大论》称："不远热则热至，血溢血泄等病作矣。"这是血热妄行之类。气为血之帅，血为气之母，故气血失调，总是相互影响的。又《素问·调经论》说："五脏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生。"又说："气血以并，阴阳相倾，气乱于卫，血逆于经，血气离居，一虚一实。血并于阴，气并于阳，故为惊狂；血并于阳，气并于阴，乃为炅中；血并于上，气并于下，心烦惋善怒；血并于下，气并于上，乱而喜忘。"可见

对气血病机《内经》作了原则性的论述，后世历代医家又有所发挥。《难经·二十二难》阐发"是动"与"所生"病说："经言是动者，气也；所生病者，血也。邪在气，气为是动；邪在血，血为所生病。气主呴之，血主濡之。血流而不行者，为气先病也；血壅而不濡者，为血后病也，故先为是动，后所生病也。"《难经》此说固然有一定的拘泥。但其从气和血两个方面来发挥病因病机，这一点还是可取的。

张仲景在《内经》理论的基础上，著《伤寒杂病论》，在《伤寒论》太阳病及阳明病篇中较多地阐述了"蓄血证"的证治；在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》中对瘀血作了专论。妇女由于生理上的原因，于经、带、胎、产时，容易表现为瘀血证，《金匮要略》论之甚详。如更年期瘀血，带下证用温经汤，妊娠瘀血用桂枝茯苓丸，产后瘀血用下瘀血汤、大承气汤等。用红蓝花酒止痛更是突出的经验。他总结了瘀血证的辨证论治规律，使活血化瘀治则有了新的发展和应用。

巢元方著《诸病源候论》，探求诸病之源，九候之要，为论证病证病机之大著，对后世病机学发展具有深远之影响。书中常用气血变化解释某些证候之病机，如称：风偏枯候乃由于血气偏虚，则腠理开，受于风湿，风湿客于半身，在分腠之间，使血气凝涩不能润养，久不瘥，真气去，邪气独留，则成偏枯。风半身不随候乃由于脾胃气弱，血气偏虚，为风邪所乘故也。对血痹证认为是由于邪人于血而痹所致。气病诸候与血病诸候中对气血病机颇多阐发。甚至虚痨病诸候中亦多从气血立论。如论及虚劳羸瘦候时说："夫血气者，所以荣养其身也，虚劳之人，精髓萎竭，血气虚弱，不能充盛肌肤，此故羸瘦也。"他用虚劳血气衰少，脾胃冷弱解释胃气弱不能消谷之病机；用血气微弱，阴阳俱虚解释虚劳客热候；用损伤血脉，致令心气不足解释虚劳惊悸候；用血气俱虚，五脏气不足，不能荣于目解释虚劳目暗候。诸如虚劳心腹痞满候、体痛候、寒热候、口干燥候、舌肿候、手足皮剥候、喜梦候等等都是以血气所伤为基本病机的。

李东垣《脾胃论》，阐发了内伤学说，虽为论脾胃，实是论元气。他指出：内在的元气是健康之本，而脾胃则是元气之本，因为元气之产生，主要在脾胃，所以他提出："养生当实元气"，"欲实元气，当调脾胃。"若脾胃之气受了损伤，元气即不能充实，由此而诸病从生。他还提出了"相火为元气之贼"的论点，说："此因喜，怒，忧，恐，损伤元气，资助心火。火与元气不两立，火盛则乘其土位，此所以病也。"这种阴火上升，元气即下陷、谷气即下流，于是脾胃必受病。所以他用甘温之剂升其阳，补其中，佐以甘寒以泻其火，借以解决火与元气之间不两立的矛盾，张景岳的举元煎，张锡纯的升陷汤，叶天士提出的"上下交损，当治其中"的治则都是从《脾胃论》中受到启发。这个重视调养元气的学说，对后世影响很大。

朱棣等所编《普济方》阐发了慢性病病机中血瘀的重要性，在《诸血门》中指出："人之一身，不离乎气血，凡病经多日，治疗不痊，须当为之调血。血之外证：痰呕，燥泻，昏溃迷忘，常喜汤水漱口，不问男女老少，血之一字，请加意焉，用药川芎、蓬术、桃仁、灵脂、生地黄、北大黄为要，呕甚者，加生姜，以此先利其宿瘀。"疾病之所以拖延难愈，其根本在于正气不足以驱除留患之邪气，此亦不足以修复受伤之脏腑，此时，或为气虚，或为气滞。气为血帅，气机不利，势必血行不畅，着而为瘀。由此可见调其气，化其瘀是慢性病治本之法。长期以来，对此病机较少阐发，直到明清以后，尤其近年来对活血化瘀法之大力研究，才日益受到注意。

《丹溪心法》中对气血病机亦有所发挥，并认为："气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人身诸病，多生于郁。"创气、湿、痰、热、血、食六郁之名。戴原礼解释道："郁者，结聚而不得发越也。当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化，此为传化失常，六郁之病见矣。"由此可见，六郁乃与气机不利有密切关系。丹溪创用越鞠丸通治诸郁。辨证的当，效如桴鼓。王节斋在所著《古今名医汇粹·诸郁证》中称："丹溪先生治病，不出乎血、气、痰三者。故用药之要有三，气用四君，血用四物，痰用二陈。又云久病属郁，立治郁之方曰越鞠丸。盖气、血、痰三病，多有兼郁者，或郁久而生病，或病久而生郁，或误药杂乱而成郁。故予每用此三方治病时，以郁法参之。故四法治病，用药之大要也。"丹溪又从血属阴难成易亏论诸血证，他说："阴气亏伤所变之证，妄行于上则吐衄，衰涸于下则虚劳，妄迫于下则便红，稍血热则膀胱癃闭溺血，渗透肠间则为肠风，阴虚阳搏则为崩中，湿蒸热瘀则为滞下，热极腐化则为脓血，水极似火，血色紫黑，热盛于阴，发为疮疡，湿滞于血，则为痛痒瘾疹，发于皮肤，则为冷痹，畜之在上，则人喜忘，畜之在下，则为喜狂，堕恐跌扑，则瘀恶内凝。"对如上疾患提出了自己的见解。在《金匮钩玄》中尤可见到丹溪"气属阳，动作火"之论，他认为："捍卫冲和不息之谓气，扰乱妄动变常之谓火。"这与"气有余，便是火"的论点是一致的，与他的"阳常有余，阴常不足"也是一脉相承的。

张景岳著《景岳全书》在《总论气理》与《论调气》中畅发己见，语多中肯。他说："天地间阴阳变迁，运数治乱，凡神神奇奇作用于杳冥莫测之乡者，无非气化之所为使，能知此而气得其正，则何用弗臧，一有违和而气失其正，则何往弗否，故帝曰百病生于气也。"他处处强调气的作用。在《论调气》中说："夫百病皆生于气，正以气之为用，无所不至，一有不调，则无所不病，故其在外，则有六气之侵，在内则有九气之乱，而凡病之为虚为实为热为寒，至其变态，莫可名状，欲求其本，则止一气字足以尽之。盖气有不调之处，即病本所在之处也。"接着对调气的真义作了精辟的分析，提出了新的见解，他说："然而人多难能者，在不知气之理，并不知调之法，即自河间相传以来，咸谓木香、槟榔可以调气，陋亦甚矣！夫所谓调气者，调其不调之谓也。凡气有不正，皆赖调和，如邪气在表，散即

调也；邪气在里，行即调也；实邪壅滞，泻即调也；虚羸困惫，补即调也”，“此外，有如按摩导引，针灸熨洗，可以调经络之气；又如喜能胜忧，悲能胜怒，怒能胜思，思能胜恐，恐能胜喜，可以调情志之气；又如五谷、五果、五菜、五畜可以调化育之气；又如春夏养阳，秋冬养阴，避风寒，节饮食，慎起居，和喜怒，可以调卫生之气，及其至也，则精气有互根之用，阴阳有颠倒之施，或以塞之而实通之，或以启之而实封之，莫非调之之谓”。前节强调一个“气”字，后节强调一个“调”字。景岳论血之为病亦颇精湛。他在《血证·论证》中说：“血本阴精，不宜动也，而动则为病。血主营气，不宜损也，而损则为病。盖动者多由于火，火盛则逼血妄行。损者多由于气，气伤则血无以存，故有以七情而动火者；有以七情而伤气者，有以劳倦色欲而动火者，有以劳倦色欲而伤阴者；或外邪不解而热郁于经；或纵饮不节而火动于胃；或中气虚寒则不能收摄而注陷于下；或阴盛格阳则火不归原而泛滥于上，是皆动血之因也。故妄行于上，则见于七窍，流注于下，则出乎二阴，或壅瘀于经络，则发为痈疽脓血，或郁结于肠脏，则留为血块血癥；或乘风热，则为斑为疹；或滞阴寒，则为痛为痹，此皆血病之证也。若七情劳倦不知节，潜消暗烁，不知养生，意本亏而耗伤弗觉，则为营气之羸，为形体之敝，此以真阴不足，亦无非血病也。”由此可见血证之病机在于动血、损血与逼血，而其根本癥结在于真阴之不足。其言赅而其意深，实发人深思。

晚清对气血病机有重大发展者首推王清任与唐容川。王清任不盲从古人，通过实际的尸体解剖，详细观察了人体结构后，著《医林改错》，对气血病机又作了新的发挥。他认为：“治病之要诀，在明白气血，无论外感内伤，所伤者无非气血”，对于气与血之关系，他明确提出气虚可致血瘀的病机，认为：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”他在书中列举了12种气虚之证和50余种血瘀之证，并根据《内经》“血实宜决之，气虚宜掣引之”的原则，将补气与逐瘀之法结合起来，创立补阳还五汤、通窍活血汤、膈下逐瘀汤等；将理气与活血结合起来创立了血腑逐瘀汤等方剂，对益气活血化瘀治法作出了新的贡献，至今仍为临床上广泛采用的著名方剂。此外，他又在“痹证有瘀血说”一章中指出：痹证用温热发散药不愈，用利湿降火药无功，用滋阴药又不效者，是因为风寒热入血管使血凝之故。所以提出逐瘀活血，通经祛邪之法。这是王清任运用气血病机以论杂病的新发展。对于内伤发热一证，他指出：“后半日发烧，前半夜更甚，后半夜轻，前半日不烧，此是血府血瘀。若午后身凉，发烧片刻，乃气虚参芪之症；若天明身不热，发烧只一阵，乃参附之症。”这是他对血瘀发热，气虚发热及阳虚发热的独特见解。唐容川在《血证论》中指出：“王清任极言瘀血之证最详”，“血化下行不作痨句，颇有见识，凡痨所由成，多是瘀血为害。”他运用气血病机理论治疗内伤发热，特别是对血瘀发热独创一格，为后人开拓了思路。唐容川著《血证论》条分缕析，辨别疑似，论证用药，颇有独到之处。他首先以阴阳水火气血立论，认为：“阴阳二字，即是水火。水火二字，即是气血。水即化气，火即化血”。在气血病机中，唐氏强调了脾在血证中的重要性，对于脾不统血所致的升降失调、元气不摄等证，均强调从脾治，他说：“血生于心火而下藏于肝，气生于肾水而上主于肺，其间运上下者脾也。”但他临诊时还是审证求因，辨证施治的，如吐血总以调胃降气为主；对咳则强调应从肺治，因“肺通调津液而主制节，制节下行，则气顺而息安，若制节不行，则气逆而咳”，对咯血则强调从肾治，因“所谓咯血出于肾者，乃肾气不化于膀胱，水沸为痰而惹动胞血之谓也”。对血病而影响气的病变也作了分析，认为可出现“营血暴竭，卫气无依”，也可以表现为血有所瘀而壅塞气道，阻滞生机，久则变为骨蒸、干血、痨瘵等证。对于血证的治则，唐氏主张以调气和气为主要。在大出血的具体措施上。提“止血、消瘀、宁血和补血”四大原则，如当大出血时，他说：“此时血之委原，不暇究治，惟以止血为第一要法。血止之后，其离经而未吐出者，是为瘀血，既与好血不相合，反与好血不相能，或壅而成热，或变而为痨，或结瘕，或刺痛，日久变证，未可预料，必亟为消除，以免后来诸患，故以消瘀为第二法。止吐消瘀之后，又恐血再潮动。则须用药安之。故以宁血为第三法。邪之所凑，其气必虚。去血既多，阴无有不虚者。阴者阳之守，阴虚则阳无所附，久且阳随而亡，故又以补虚为收功之法。四者乃通治血证之大纲。”这四个步骤是非常合理的。不仅如此，唐氏还指出，在止血时，必须设法“止其经脉中未曾溢出之血”，强调“所谓止血者，即谓此未曾溢出，仍可复还之血，止之使不溢出，则存得一分血，便保得一分命”。说明他所主张的止血，是具有调气宁血的意义在其中的。在消瘀的主张上，他不仅注意于瘀血的祛除，而更重要的是要照顾新血的滋生，因为“瘀血去则新血已生，新血生而瘀血自去，其间初无间隔”。在补血上他告诫人们补虚时忌犯虚虚实实之误时说：“其虚未成者，更不可留邪为患，故实证断不可用补虚之方。”以上为唐氏对气血病机之重要发挥，对指导当前临床诊疗血证是有贡献的。

气病病机

气是指构成人体和维持人体生命活动的精微物质，又是指脏腑组织的生理功能。从气病的病机来说，更多的是由于功能之气失调所致。气以“升降出入”为基本运动形式，不断地流行全身，发挥维持脏腑经络的生理功能，促进精、血、津液的化生，推动血和津液的输布，维持正常体温，护卫肌表，防御外邪入侵，固摄血液、精液，控制和调节汗液、尿液的排泄等十分重要的作用。当各种病因（如外邪、饮食、情志、劳倦等）作用于人体，导致气的生成不足，功能异常或运行障碍时，就会产生疾病。正如《丹溪心法·破滞气》所说：“人以气为主。一息不运则机

绒穷，一毫不续则穹壤判。阴阳之所以升降者，气也。血脉之所以流行者，亦气也。荣卫之所以运转者，此气也。五脏六腑之所以相养相生者，亦此气也。盛则盈，衰则虚，顺则平，逆则病。气也者，独非人之根本乎。"由于气病所形成的病证是相当广泛的，《证治汇补·气症》说："气之为病，生痰动火，升降无穷，燔灼中外，稽留血液，为积为聚，为肿为毒，为疮为疡，为呕为咳，为痞塞，为关格，为胀满，为喘呼，为淋沥，为便秘，为胸胁胀痛，为周身刺痛，久则凝结不散，或如梅核窒碍于咽喉之间，咳咽不下，或如积块攻冲于心腹之内，发则痛绝。"如从广义的范围来看，则更可以说明各种疾病的产生无不与气有关。早在《素问·举痛论》就说："百病生于气也。"《景岳全书·杂证谟·诸气》论述说："夫百病皆生于气。正以气之为用无所不至，一有不调则无所不病。故其在外则有六气之侵，在内则有九气之乱，而凡病之为虚为实，为热为寒，至其变态，莫可名状，欲求其本，则只一气字足以尽之。盖气有不调之处，即病本所在之处也。"这里概括论述气的常见病机如下：

气虚 是由于正气不足，不能正常发挥气的各种作用，脏腑机能减退所形成的一类病机。引起的原因主要有两方面：一是由于饮食失调，水谷精微不充，以致气的来源不足，如《灵枢·五味》说："故谷不入，半日则气衰，一日则气少矣。"二是由于大病或久病之后，年老体弱，以及烦劳过度等，以致脏腑机能减弱，气的化生不足。这类原因在临床上则为常见。

"气者，人之根本也。"（《难经·八难》）气对人体具有温煦、防御、固摄、气化等十分重要的作用。正气亏虚，就会因气的作用不能正常发挥而出现一系列的临床症状。如《幼科准绳·心脏部二》说："凡气虚之证，初发身热，手足厥冷，乍凉乍热，精神倦怠，肌肉㿠白，饮食减少，四肢倦而睡卧安静，便清自调，虚证无疑。"由于气虚不能荣于上则头晕目眩。气虚不能化生水谷精微，形体失养则体倦乏力。肺气不足则声低懒言。脾气不足，失于健运则饮食减少。卫气虚弱，表卫不固则为自汗，以及易受外邪而致感冒。卫气虚弱，以致营卫失和，则见恶寒发热。《医门法律·虚劳脉论》说："卫虚则恶寒，荣虚则发热耳。当缓调其荣卫，俾不相亢战，则寒热自止。"正气亏虚，鼓动运行之力不足，以致气血不能荣于色，充于脉，则表现面白，舌质淡，脉虚无力。

气陷 属于气虚病机中的一种，但以气虚下陷为主要特点。主要由于先天禀赋不足，久病体虚，老年体衰，饮食损伤以及烦劳过度所致。尤其是久病泻痢，妇女生育过多及产后失于调养等更易发生。气陷与脾的关系最为密切，脾居中焦，其气主升，脾气受损则升举无力以致气虚下陷。在临床上，除可表现头晕目眩，倦怠乏力，面白，舌质淡，脉虚无力等气虚的共同症状外，还可见腹部坠胀，胃下垂、脱肛、子宫脱垂的病证。中气下陷，脾胃运化失常，则表现食少，腹胀肛坠，泄泻。《素问·阴阳应象大论》说："清气在下，则生飧泄"，清阳之气应在上，今反在下，即因其衰弱不能升举，以致下陷而飧泄无度也。

气脱 亦属于气虚病机之一，并为气虚中的病情严重，情况紧急者。为大汗，大泻，大失血，精液大泄以及中风、厥证等病情严重的一种病理变化。气的功能发挥，有赖于血及津液的正常，当血液或津液大量损耗时，就会发生"气随血脱"或"气随液泄"的病变。气是人体生命活动的根本，当气虚至脱绝，便见气息低微，眩晕昏仆。气虚则无力推动阳气及津血布达脏腑、经络及躯体，故见面色苍白，四肢厥冷，脉微弱。气脱固摄无力，津液外泄，故见汗自出，甚至汗出如珠。《景岳全书·杂证谟·厥逆》说："气虚卒倒者，必其形体索然，色清白，身微冷，脉微弱，此气脱证也。"《景岳全书·杂证谟·非风》又说："凡非风卒倒等证，无非气脱而然。何也？忽为汗出者，营卫之气脱也；或为遗尿者，命门之气脱也；或开口不合者，阳明经气之脱也；或口角流涎者，太阴脏气之脱也；或四肢瘫软者，肝脾之气败也；或昏倦无知，语言不出者，神败于心，精败于肾也，凡此皆冲任气脱形神俱败而然。"

气郁 属于气运行障碍的一种病变。一般多指肝气郁结。主要由于忧思郁怒，情志不舒所致。情志内伤虽为引起气郁的病因，但易患气郁者，常有本身脏气虚弱的内在因素。正如《杂病源流犀烛·诸郁源流》说："诸郁，脏气病也。其原本于思虑过深，更兼脏气弱，故六郁之病生焉。"肝主疏泄，性喜条达，能疏达气机，发泄壅滞。肝气郁结，气机不畅，则表现为精神抑郁，胸闷不舒，两胁胀满或串痛。肝本之于脾土，本为制胜之脏，肝气郁结之后，横逆乘脾犯胃，使胃失和降，脾失健运，则见脘闷，嗳气，吐酸，腹胀，泄泻等症。在气郁的基础上，由于病机的发展变化，常继发血郁、火郁、痰郁、食郁、湿郁等多种病变。正如《丹溪心法·六郁》说："气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁。"气郁日久，影响及血，以致血循环不畅，脉络阻滞，则成血郁。表现胸胁刺痛，痛有定处，舌有瘀点或瘀斑等。气郁日久化火，以致肝火上炎则成为火郁，表现性情急躁，口苦咽干，目赤耳鸣，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数等。气机郁滞，使津液的运行不畅而结成痰涎，形成痰郁。若痰气交阻于胸膈之上，则表现胸中窒闷，咽中有物作梗，吞之不下，咯之不出，亦即形成所谓的"梅核气。"忧思气结伤脾，以及肝郁横逆侮脾，都会使脾失健运，不能消磨水谷以及运化水湿，饮食停滞则成食郁，表现纳差，腹胀，胸脘痞闷，吞酸嗳气等症；水湿内停阻滞中焦成湿郁，表现食少嗳气，脘腹胀闷，便溏腹泻，苔腻等症。

气滞 是由于气的运行不畅，因而在某一脏腑、经络或某些部位产生气机郁滞的病变。情志不舒，饮食失调，感受外邪，闪挫劳伤，以及痰饮、瘀血阻滞等多种原因，都会使气机运行不畅而导致气滞。气滞与气郁两者均属气机郁滞，运行不畅的一类病变，此为相同之处。不同之点，在于气郁因情志内伤所致，主要病机为肝气郁结。而

气滞则可由多种原因引起，其病变可分别涉及多个脏腑经络。气在人体的运行连绵不止，环周不休。气机阻滞之后，就会因气血运行障碍，郁滞不通，而在病变脏腑或部位出现胀闷、疼痛。身体各处均有发生气滞的可能，其中以肺、脾胃及经络的气滞较为常见。肺气壅滞，失于宣降，则见胸胁满闷，胸背疼痛，咳嗽，气促，痰多等症。脾胃气滞，中焦壅塞，升降不利，则见腹部胀满，嗳气，叶酸，便秘等症。经络气滞，营卫受阻，表现受阻部位的经络、肌肉、关节胀痛。

气逆　是由于气的升降失常，当降不降，或升发太过所致的病变。升降是气的基本运动形式之一，有升有降，升降相对平衡，是维持机体正常生理功能的一个必要条件。它具体地体现于各个脏腑功能活动以及脏腑之间的协调关系，如肺既宣发又主肃降；脾主升清，胃主降浊；心火下降，肾水上腾，水火既济等。其发生病变，在临床上以肺、胃、肝的气逆较为多见。肺气以下行为顺，若因感受外邪，或痰浊壅肺，使肺气不能宣发、肃降，肺气上逆则表现为咳嗽，喘促。胃主降浊，亦以下行为顺，若因感受外邪，或饮食不节、痰浊积滞，或胃寒积饮等损伤胃腑，致失其和降，遂上行而见呃逆，嗳气，恶心，呕吐，反胃等症。肝气本疏泄条达，若伤于郁怒，势必升发太过，肝气上逆而见性情急躁，头痛，眩晕甚至昏厥等症。若肝气横逆，乘侮脾胃，使胃失和降，脾失健运，以致脘闷，纳差，嗳气，吐酸，腹胀，腹泻。

血病病机

血液的运行由心所主，血液的生成及统摄有赖于脾气的健旺，血的贮藏及调节则有赖于肝。所以血病的病机常和心、脾、肝三脏有密切关系。气为血帅，气行则血行，气止则血止。血的运行除赖气的推动外，尚需津液的运载，津液亏耗亦会引起血液运行不利。如《读医随笔·自啮狂走是气血热极而非祟也》说：“血犹舟也，津液水也”，“津液为火灼竭，则血行愈滞。”因此，对于血的病变，尚需考虑其与气和津的关系。血的病机，归纳起来主要有血虚、血溢（出血）、血瘀、血厥及血热等几类。

血虚　是由于营血亏虚，使脏腑、经络、组织等失于濡养的病变。常因脾胃虚弱，营养不良，水谷精微不充，以致生化之源不足；或因思虑劳伤，损伤过度以及寄生虫证，或因于大出血以后，都是造成血虚的重要原因。由于血虚不能上荣于面，头目失于滋养，故见头晕眼花，面色苍白或萎黄，唇色淡。由于心血不足，血不养心，则见心悸、怔忡、失眠、健忘。经脉失于濡养则见手足发麻，肌肉润动。血不养肝、肝气郁滞则胁痛。肝开窍于目，肝血不足还可表现为视力减退。妇人则冲任空虚，以致月经不调甚或闭经。

血溢　由于各种原因，导致脉络损伤或血液妄行，以致血液溢出脉外，是为血溢的病变，亦称为出血。引起出血的原因比较广泛，诸如感受外邪，损伤脉络；嗜食辛辣醇酒厚味，滋生湿热，迫血妄行，或损伤脾气失其统摄之能；劳倦过度，损伤心脾，气伤则无以摄血，阴伤则虚火内生，迫血妄行；情志过极、郁怒伤肝，肝火上逆乘肺，或横逆犯胃；以及跌扑堕坠，脉络损伤等，都是临床最常见的。邵新甫在《临证指南·吐血》中说：“若夫外因起见，阳邪为多，盖犯是证者，阴分先虚，易受天之风热燥火也。至阴邪为患，不过其中一二耳。若夫内因起见，不出乎嗔怒郁勃之激伤肝脏，劳形苦志而耗损心脾，及恣情纵欲以贼肾脏之真阴真阳也。”总之，无论内伤外感，只要损伤脉络，都有造成出血的可能。其所以然者，正如《景岳全书·杂证谟·血证》所说：“血本阴精，不宜动也，而动则为病。血主营气，不宜损也，而损者为病。盖动者多由于火，火盛则逼血妄行，损者多由于气，气伤则血无以存。”血热之中，又有实火及虚火的不同。如感受六淫中之风、热、燥、火等邪；里热亢盛或湿热蕴结；情志怫郁所化生的火热等均属实火。如肺、肝、肾、胃等的阴精不足；致阳气失所养，亢而为热，则属虚火。当火热熏灼及气虚不摄的病机发生在不同的脏腑经络时，就会引起鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血、尿血、皮下出血等血证，并有相应的症状表现。一般说来，出血初期多为实火；经过反复出血，由于血液亏损太甚，不足以养阳，阳气浮越，则又呈现虚火。所以阴虚火旺及气虚不摄既是引起出血的病机，往往又是出血导致的病理结果。若气损及阳，不仅正气不足，而且阳气亏虚，气虚阳弱，不能统率固摄血液，以致形成虚寒性的血证，这类病机在部分吐血、便血患者中，也是屡见不鲜的。

血瘀　血液运行不畅，甚至停滞凝聚；或离经之血积于体内，皆为瘀血。《证治准绳·蓄血》说：“夫人饮食起居，一失其宜，皆能使血瘀滞不行，故百病由污血者多”，《皇汉医学·论瘀血之毒害》说：“瘀血者、即污秽之血液而非正常之血液也”；以及《血证论·瘀血》说：“离经之血，虽清血鲜血，亦是瘀血。”以上说明瘀血有离经与未离经之分。血瘀留而不行之因，以及由血瘀而造成的诸种病证，其范围都是相当广泛的。

多种原因都可以导致血瘀。如①跌扑损伤：《圣济总录·折伤恶血不散》说：“脉者血之府，血行脉中，贯于肉理，环周一身。若因伤折内动经络，血行之道不得宣通，瘀积不散则为肿为痛。”②各种出血证中形成瘀血的因素有两个方面，一是出血之后，已离经脉而未排出体外的血是为瘀血；二是治疗血证时过用寒凉止涩的药物，使已离经之血凝而不易排出体外，未离经之血循行不畅。另外，妇女经血排出不畅或闭阻，以及产后恶露未尽，亦会形成瘀血，故《圣济总录·妇人血积气痛》说：“若月水不通，产后恶露未尽，或因他病使血不行，皆致气血凝滞。”③精神因素：怒则气逆，忧则气滞，思则气结。情志过极，先令气病，发生气滞或气虚，进一步由气及血，影响血液的运行而发生血瘀。如《景岳全书·妇人规》说：“或恚怒伤肝，气

逆而血留；或忧思伤脾，气虚而血滞。"④感受寒邪：血遇寒则凝，《灵枢·痈疽》说："寒邪客于经脉之中则血泣，血泣则不通。"⑤感受热邪：由于热邪伤灼津血，热灼则血易于凝结，津亏则血失其载运，有一于此，均可导致血瘀。故《重订广温热论·清凉法》说："因伏火郁蒸血液，血被煎熬而成瘀。"《读医随笔·自啮狂走是气血热极而非祟也》说："津液为火灼竭，则血行愈滞。"⑥久病正虚：正气不足，不能推动血液的运行而发生血瘀。如《灵枢·经脉》说："手少阴气绝则脉不通，脉不通则血不流"，《读医随笔·虚实补泻论》说："叶天士谓久病必治络，其说谓病久气血运行不利，血络之中，必有瘀凝，故致病气缠延不去，疏其血络而病气可尽也。"又《读医随笔·承制生化论》说："气虚不足以推血，则血必有瘀。"⑦津液亏耗：周学海把血比作舟，津液比作水，津液有载血运行的作用，津液亏耗不能载血运行而致血行不畅甚至凝滞。如《读医随笔·自啮狂走是气血热极而非祟也》说："夫人身之血，如胭脂然，有色有质，可粉可淖。人血亦可粉可淖者也。其淖者，津液为之合和也，津液为火灼竭，则血行愈滞。"

汉代张仲景在《伤寒论》里所论述的蓄血证，即是由外邪不解，深入于里，邪热与血相搏，瘀结于下焦所引起的病变，亦属于血瘀的范畴。如《景岳全书·伤寒典》说："伤寒蓄血者，以热结在里，搏于血分，留瘀下焦而不行也。"由于具体病机及临床症状的不同，伤寒蓄血又有太阳蓄血及阳明蓄血之分(见"六经辨证"条)。

上述的许多原因都会导致血瘀病理过程的发生，同时血瘀又是进一步引起许多病证的原因。因此瘀血既是病理产物，又是致病因素。血液周流不息，灌溉一身，担负着滋润、营养脏腑经络及各种组织器官的重要作用，脏腑经络及各种组织器官因此才得以发挥其正常功能。在各种原因导致血瘀之后，由于血行不畅甚至停滞凝聚，就会因血行不通而引起疼痛，因血液凝积而结成包块，因血脉瘀滞，肌肤失于濡养而肌肤甲错，因血液停积而见舌质及皮肤有瘀点、瘀斑。并由于血行瘀滞不畅，使有关的脏腑组织得不到血液滋养，以致受病脏腑组织的功能甚或形质异常，进而出现各类的临床症状及体征。

血瘀所致常见病症的病机如下：①疼痛：因血脉瘀滞，气血不通而引起瘀痛。《本草求真·痛》说："痛者，血气不通之意。"血瘀疼痛常具有痛处固定，久痛不愈，反覆发作，性质多为刺痛，用其他药物治疗不效等特点。瘀血疼痛多见于所瘀之处。人身各处的痛症都有血瘀的证型，外伤性的疼痛，尤其是这样。②发热：由于瘀血阻滞，卫阳郁闭而不能宣发，可以见到局部或全身的发热。③咳喘：瘀血阻滞气道，妨碍气机出入，以致壅而为咳为喘。如《丹溪心法·咳嗽》说："肺胀而嗽，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病。"④心悸怔忡：瘀血阻滞心脉，心失所养而心悸怔忡。《血证论·脏腑病机论》说："血虚则神不安而怔忡，有瘀血亦怔忡。"⑤黄疸：肝胆血脉瘀滞，疏泄失常，胆汁外溢则导致黄疸。《张氏医通·黄疸》说："以诸黄虽多湿热，然经脉久病，不无瘀血阻滞也。""有瘀血发黄，大便必黑，腹胁有块或胀。"《读医随笔·黄疸黑疸》亦说："黄之为色，血与水和杂而然也。总须兼用化血之品一二味，为其已坏之血不能复还原质，必须化之，而后无碍于新血之流行也。"⑥痈疮：湿热、火毒等邪侵犯人体，导致败血留滞，血瘀肉腐则会形成内、外痈疮，如《景岳全书·外科·论证》说："凡疮疡之患……其为病则无非血气壅滞，营卫稽留之所致。"《外科医镜》说："瘀血凝阻肠中，而成肠痈。"⑦健忘：由于瘀血阻滞，心神失养，以致健忘。《血证论·健忘》说："凡心有瘀血，亦令健忘。"⑧癫狂：瘀阻神明，心神惑乱，精神失常则发生癫狂。《医林改错·癫狂梦醒汤》说："癫狂一症，哭笑不休，詈骂歌唱，不避亲疏，许多恶态，乃气血凝滞，脑气与脏腑气不相接，如同作梦一样。"⑨肢体感觉或运动功能失常：由于血脉瘀阻，经隧不通则导致肢体麻木、疼痛甚至瘫痪。⑩癥积包块：瘀血内结、凝聚成块。《医林改错·膈下逐瘀汤所治之症目》说："无论何处，皆有气血。气无形不能结块，结块者必有形之血也。血受寒则凝结成块，血受热则煎熬成块。"⑪由于血行瘀滞，还会出现皮肤颜色异常的症状。如青紫肿痛，赤丝缕纹，皮肤粗糙甚至肌肤甲错。⑫舌质上有紫红色的瘀点、瘀斑，甚或舌色紫暗。《重订通俗伤寒论·六经舌苔》说："舌色见紫，总属肝脏络瘀。因热而瘀者，舌必深紫而赤，或干或焦。因寒而瘀者，色多淡紫带青，或滑或黯。"⑬瘀血阻滞，气机不畅则见弦脉；血液瘀滞，血行不畅则见涩脉；瘀血阻滞，心气不匀则见结脉。血瘀的脉象多表现为弦、涩、结脉。如《读医随笔·瘀血内热》说："凡瘀血初起，脉多见弦。"《证治准绳·腰痛》说："瘀血为病，其脉必涩"。《医学广笔记·吐血》说："内有瘀血，故结脉时见。"

由于瘀血部位的不同，又由于患者机体各殊，以及除血瘀外往往合并有其他病因、病机(如气滞、痰浊、寒邪、湿邪、热邪等)，所以可能出现各类不同的临床证候。辨证诊断血瘀的主要依据是：①血瘀致病的证候特点，如刺痛、固定不移、反复发作。②血瘀体征：如积块，皮肤赤丝缕纹、青紫，肌肤甲错、舌有瘀点、瘀斑，舌质青紫，脉弦、涩、结等。③起病前有外伤、出血，月经及胎产等疾病的病史。④病程较长，他药不效的治疗史等四项，其中尤以一二项为主要。

近些年来，经临床及实验研究，认为中医所称的血瘀，与现代医学的血栓形成，动脉粥样硬化，微循环障碍，血液流变性异常，结缔组织增生、变性，以及免疫调节功能异常等有关，因此活血化瘀的方药被广泛用于由于这些病理变化所引起的多个系统的多种疾病，并取得较好的疗效。

血厥 是由于血的病变而导致突然昏厥，不省人事的病证。其病机有血逆而厥及血脱而厥两种。如《景岳全书·杂证谟·厥逆》说："血厥之证有二，以血脱、血逆皆能厥也。"血逆之厥，因平素肝阳亢旺，加之恼怒气逆，以

致血随气升，气血上壅，蒙蔽神明而引起。表现突然昏厥，不省人事，牙关紧闭，面赤唇紫，脉象沉弦，属于实证。亦即《素问·生气通天论》所说："大怒则形气绝而血菀于上，使人薄厥，"及《素问·调经论》所说的："血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复反则生，不反则死。"血脱之厥，因失血过多，如大崩、大吐，或咳血、便血过多，以致气随血脱，脑海失养所引起。表现突然昏厥，面色苍白，口唇无华，肢冷汗出，气息低微，舌淡脉细数等气血脱失，脏腑无以温煦濡养的症状，属于虚证。

血热　是由于血分郁热或热邪侵犯血分而引起的病变，在外感热病及部分内伤杂病中均会出现。由于热在血分，熏灼营阴，故身体灼热，入夜尤甚，舌红绛，脉细数。血热炽盛，扰及心神，则心烦不安，甚至躁扰昏狂。热盛动血，血液妄行，则致衄血、吐血、便血、尿血、月经过多，或外发斑疹。

气血同病病机

气血，《灵枢·营卫生会》说"血之与气，异名同类"，两者关系，密不可分，故气病易影响及血，而血病也易影响及气。气行则血行，气滞则血瘀，气盛则血充，气衰则血少，气虚则血失统摄，气病日久必及于血；血虚则气少，血瘀则气滞，血脱则气随血去，血病日久必及于气。所以临床上除单独的气病、血病外，还常见到气血同病。

气血两虚　多因久病不愈，气血两伤，或先有失血，气随血耗，或先因气虚，不能生化血液，以致气血两虚。由于气血亏虚，失于温煦濡养，故见短气懒言，乏力自汗，心悸，失眠；面色苍白或萎黄，唇色淡，脉细弱等症。

气滞血瘀　多因情志不遂或闪挫外伤等引起脏腑或经络的气机郁滞。气为血帅，气滞不行则血液运行障碍，形成气滞血瘀的病机。由于气血的运行均受到障碍，表现为病变部位胀满、刺痛或有肿块，拒按，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑等症。

气虚血瘀　多由于久病正虚或年老体虚，正气不足，不能推动血液的运行，以致血行不畅甚至瘀滞。《景岳全书·杂证谟·胁痛》谓："凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞者。"气虚血瘀的病机，导致其临床主要表现短气、心悸、乏力、自汗等气虚证的同时兼有病变部位刺痛，肢体麻木、疼痛甚至瘫痪，面色紫暗，舌质有瘀点、瘀斑等。

气不摄血　由于各种原因引起正气亏虚，气虚则不能统摄血液，血液溢出脉外而形成出血。可以表现为鼻衄、齿衄、吐血、便血、尿血等症。同时伴有神疲乏力，心悸短气，动则汗出，面色苍白，舌淡，脉弱等气虚症状。其中若见气虚下陷诸症，而又见便血、尿血者，则称为血随气陷。

气随血脱　各种原因所致的大量出血，均会使正气随之暴脱。因气与血相依相成，血为气母，血以养气，血以载气，大量失血之后，则气无所依附，故气亦随之外脱。气脱阳亡，不能固摄肌表，则见冷汗淋漓；阳气不能达于四末，所以四肢厥冷；气血不能上荣于头目，故见晕厥。气血脱失，不能鼓动及充盈血脉，故脉微细或见芤象。

津液病机

津液的生成、输布及排泄，是由多个脏腑相互协调来完成的一个重要而复杂的生理过程，其中肺、脾、肾及三焦的关系最为密切。因此，脏腑的病变会使津液的生成、输布或排泄发生障碍，而津液的病变也会影响到脏腑的功能。临床上最常见的津液的病变主要有下列几个方面：

津液亏损　主要通过以下四种途径产生。

燥热伤津　在六淫之中，燥邪与热邪均易伤耗津液，尤以热邪为甚。因为热邪的性质，善于熏蒸发散，其燔灼之势所及，津液首当其冲，或被迫而外泄，或受灼而枯焦。临床表现为发热、口渴喜饮、咽干舌燥、大便秘结、小便短赤等症状。

《素问·阴阳应象大论》有"燥胜则干"之说。燥邪经由口鼻而入，最易伤耗肺津，使肺失濡润，不能维持其宣发与肃降的功能，临床表现咽干、鼻燥、咳嗽、皮肤干涩等症。其中尚有凉燥与温燥的区分，热象不显者为凉燥，则见苔薄白，脉浮涩。燥而有明显热象者为温燥，则见发热、咳喘、舌质红、苔干黄、脉细数，甚或咯血等症。

汗出伤津　汗为津液所化生，所以张景岳在《类经》中解释说："汗者，津之泄也。"微微汗出，肌肤润泽，是脏腑经络交相贯通，营卫调和的正常生理现象。由于各种原因使汗出过多，则会引起津液亏耗。《灵枢·决气》说："津脱者，腠理开，汗大泄"，正是指汗出过多而致津伤的病变。引起汗出过量的常见病机有：①感受热邪，熏蒸于内，使腠理开泄而致汗大出。《素问·举痛论》说："热则腠理开，荣卫通，汗大泄，故气泄也。"此种汗出伤津，多见于外感热病，尤其是温热病。常表现高热、脉数、口渴、喜冷饮、大便干结等症。正如《伤寒论·阳明病》所说："阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便鞕，鞕则谵语。"②阴虚生内热，津液外泄而引起汗出过多。《素问·评热病论》说："阴虚者，阳必凑之，故少气时热而汗出也。"此种汗出，多表现为盗汗，且常和潮热，五心烦热，形体消瘦，舌红、少苔，脉细数等阴虚火旺的证候同时出现。③重病久病，心肾之阳虚气脱。因汗为心液，肾主五液，心肾阳虚则卫外不固，不能敛阴而汗液大泄。此种汗出，多表现为冷汗出，甚或大汗淋漓，常伴畏寒、短气，四肢厥冷，面色苍白，舌淡，脉微细等症。亦称为绝汗或脱汗，是元气欲脱，津随气泄的危笃证候。

多尿伤津　津液通过肺、脾、肾、三焦等脏腑的作用，布散周身，发生滋养濡润的作用后，经肾及膀胱的气化作用，多余的部分即作为尿而排出体外。《诸病源候论·小

便病诸候》说："小便者，水液之余也。"肾及膀胱对津液的调节起着重要的作用，所以《素问·逆调论》说："肾者水脏，主津液"，又《灵兰秘典论》说："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。"引起尿多的主要病机是由于饮食不节，情志失调及素体阴虚等原因，使津液亏虚、燥热内盛，以致肺失治节，肾失固摄，水液直趋而下，小便频数量多，伤耗津液。这种病变，主要见于消渴病。①阴虚肺燥：肺为水之上源，肺主治节，阴虚肺燥，则肺的治节功能障碍，水液直趋而下，导致尿量增多。尿愈多，津愈伤，肺愈燥，以致引水求救，烦渴多饮。②肾气不固：由于肾阴不足，虚热内生，或疾病日久，肾阳亏虚，均会导致肾气不充，气化失常，不能固摄津液，以致小便频数而伤津耗液。

吐泻伤津　津液源于脾胃所运化的水谷精微。由于感受外邪及饮食所伤等原因，损伤脾胃，以致脾胃升降失常、运化失司，发生呕吐、腹泻，则津液的来源即感不充，而津液的损耗又甚严重，正如《景岳全书·杂证谟·泄泻》说："盖胃为水谷之海，而脾主运化，使脾健胃和则水谷腐熟而化气化血，以行营卫。若饮食失节，起居不时，以致脾胃气伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降而泻痢作矣。"《证治汇补·燥证》说："或大病而攻伐太过，或吐泻而津液顿亡，或饥饿劳倦损伤胃液，皆能动火烁阴而为燥。"吐泻过度以致津液亏耗，常表现口干唇焦、口渴、皮肤干燥，甚至皮肤皱起，两目凹陷等症。这些证候，在重症的吐泻病人表现得尤为明显。《伤寒论·阳明病》说："伤寒，若吐若下后，七八日不解，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。"此为外感热病吐下之后，热邪内盛而气津两伤的情况。《医宗必读·泄泻》说："水液去多，甚而转筋，血伤故筋急也"，即指泻下失水，津液伤耗，以致津血不能濡养筋脉而致转筋挛急。

津液输泄障碍　是通过以下三种原因形成。

水湿困脾　脾主运化水湿，脾气虚则运化失职，不能转输津液，聚而成湿。湿性重着、粘滞，阻遏气机，致阳气愈伤，而表现食欲不振、胸闷、呕恶、脘腹痞满、头身困重、口腻不渴、便溏腹泻、面黄肤肿等症。和下述的水液内停及痰饮凝聚相比较，虽三者均属津液运行障碍的病变，但水湿困脾的湿，是呈弥散状态的水液，主要病及脾胃，而水液内停及痰饮凝聚，多半聚集在某些局部，其临床表现各随病及的脏腑而有所不同。

水液内停　津液的正常运行，有赖于肺气的通调，心气的推动，肝气的疏泄，脾气的转输，肾气的开合。当各种原因使津液的运行输布障碍，就会引起水液内停而发为水肿、鼓胀等证。《景岳全书·杂证谟·肿胀》说："盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。水不归经则逆而上泛，故传入于脾而肌肉浮肿，传入于肺则气息喘急。"肺、脾、肾的功能失调，水液运行障碍，潴留体内，泛溢肌肤，引起头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身水肿。若由于肝气郁滞，血脉瘀阻，脾肾亏虚，水湿停聚，主要潴留于腹内，致使腹部胀大，而成为鼓胀者，亦属常见之症。

痰饮凝聚　痰和饮都是由于脏腑功能失调，水液代谢障碍，以致津液停聚，凝结在机体的某些部位而成的病理产物。正如《圣济总录·痰饮》所说："三焦调适，气脉平匀，则能宣通水液，行入于经，化而为血，灌溉周身。三焦气涩，脉道闭塞，则水液停滞，不得宣行，聚成痰饮。"在饮证里，随饮停部位的不同而有痰饮（狭义的痰饮，指饮留胃肠）、悬饮（饮留胸胁）、支饮（饮邪犯肺）、溢饮（饮留四肢）等的区别，各有相应的临床表现。痰则随气升降，无处不到，可病及不同的脏腑、经络，而表现为各类不同的临床症状。

津、气、血同病病机　有以下几方面：

津停气阻　津液的生成、输布和排泄，都依赖于脏腑的气化功能，依赖于气的升降出入运动，因此可以说气帅津行。如果脏腑的气化功能失常，便将导致津液病变，而津液停聚为患，亦将使脏腑的气化功能障碍，形成津停气阻的病机。例如水饮犯肺，使肺气壅塞，失于宣降，表现胸满、咳嗽、喘促不能平卧等症；水饮或痰浊阻遏于心，使心之阳气被抑，表现心悸、心痛等症；水饮停滞中焦，脾胃气机受阻，以致清气不升、浊气不降，表现头晕、困倦，脘腹胀满、纳差、恶心呕吐等症；饮停四肢则经络气机受阻，表现肢体沉重、疼痛等症。

气随液脱　津液的生成，有赖于脏腑气机的健旺，即所谓气旺津生。反之，气也要依附津液而存在，津液亏耗太甚，必然导致气随液脱。这个病机在高热、大汗、吐泻等原因引起的津伤病变中更为多见。在这些情况下，不仅津液亏耗，而且正气也随液外脱，形成津气两伤，气随液脱的严重病机。《伤寒论·阳明病》说："发汗多，若重发汗者，亡其阳，谵语，脉短者死，脉自和者不死。"即指出汗过多，津液外泄，阳气随液而亡的病变。频繁而大量的泄泻和呕吐，不仅会丧失大量的津液，而且正气亦随之伤耗。如《景岳全书·杂证谟·泄泻》说："关门不固则气随泻去，气去则阳衰。"《金匮要略心典·痰饮》篇也谈到"吐下之余，定无完气"。

津枯血燥　津液是血液的重要组成部分，正如《灵枢·痈疽》说："中焦出气如露，上注溪谷而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血。"如患热证、烧伤等的病人，因津液大量伤耗，就会导致津枯血燥，表现心烦、口渴喜饮、小便短少、舌红乏津，脉细数等症。由于津血相生，故失血患者的津液也必然不足，《灵枢·营卫生会》说："夺血者无汗，夺汗者无血。"《伤寒论》还强调"衄家不可发汗"，"亡血家不可发汗"，其所以然者，正是为了固护津液。

津亏血瘀　津液是保持血液正常运行的重要因素。清代医家周学海用船和水来形象地比喻血和津的关系。高热、烧伤、吐泻、大汗出等的病人，因津液大量亏耗，不足以载血运行，而发生津亏血瘀。在原有疾病症状的基

础上，出现舌质紫绛，或有瘀点、瘀斑，苔下黄或有芒刺，神昏谵语，甚或斑疹显露等症。《读医随笔·自啮狂走是气血热极而非祟也》说："夫人身之血，如胭脂然，有色有质，可粉可淖者也。其淖者，津液为之合和也。津液为火灼竭，则血行愈滞。""夫血犹舟也，津液水也，医者于此，当知增水行舟之意也。叶天士所谓救阴不在补血，而在养阴，即此义也"，这就明确指出了津亏与血瘀的密切关系。

痰湿水饮病机

痰和饮都是由于脏腑功能失调，以致水湿津液停积凝聚而成。其中清稀者为饮，稠浊者为痰。引起痰饮的原因很多，当各种病因导致肺、脾、肾功能失调，三焦气化不利，不能正常地生化、输布水谷精微，就会使津液停积凝聚而成痰湿水饮，并进一步形成多种病证。所以痰饮既是一个病理产物，又是一个致病因素。唐代以前，详于论饮。《内经》所说的水饮（《素问·五常政大论》）、积饮（《素问·六元正纪大论》）等，均属于饮。《金匮要略·痰饮咳嗽病》篇首创痰饮的病名，该篇所论的痰饮、悬饮、支饮、溢饮均属饮证的范围。《诸病源候论·痰饮病诸候》已将痰证和饮证加以区别，分别列出诸痰候及诸饮候。《诸痰候》说："诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也。或冷或热，或结实，或食不消，或胸腹痞满，或短气好眠，诸候非一，故云诸痰。"又说："诸饮者皆由营卫气痞涩。三焦不调，而饮水过多，停积而成痰饮，其为病也，或两胁胀满，或心胸烦闷，或眼暗口干，或呕逆短气，诸候非一，故云诸饮。"但总的来说在唐以前的医学著作，详于饮而略于痰。自宋代杨仁斋《直指方》明确区分饮清稀而痰稠浊以后，历代对痰的病因病机、辨证、治疗等的认识有了很大的发展。这种情况如《杂病广要·水饮》说："古方详于饮而略于痰，后世详于痰而略于饮。"

痰和饮的主要区别为：饮清稀而痰稠浊；饮属寒者多，而痰则有寒有热；饮的停积部位主要在胃肠、胸膈、肺、四肢，而痰则无处不到，可以引起多样复杂的病证。正如《景岳全书·杂证谟·痰饮》所说："痰之与饮，虽曰同类，而实有不同也……饮清澈而痰稠浊，饮惟停积肠胃，而痰则无处不到。"痰和饮的区别已如前述。由于湿、痰、饮三者均属水湿为患，所以还有必要将湿和痰饮加以区别。湿有外湿内湿之分。故六淫中有湿邪，而内湿主要为脾不健运所产生。痰和饮均为脏腑病理变化的产物，因各种原因而使肺、脾、肾功能失调，三焦气化不利，水湿聚集而成，也就成为停聚在身体某些部位的水湿。

痰湿病机　陈无择在《三因极一病证方论》中认为：凡感受外邪、情志过极、饮食不节、劳倦过度、生活失宜等因素影响使脏腑功能失调，水津停聚，痰遂由之而生，正如《证治汇补·痰症》说："津液流通，何痰之有。若外为风、暑、燥、湿之侵，内为惊怒忧思之扰，饮食劳倦、酒色无节、荣卫不清、气血浊败、熏蒸津液，痰乃生焉。"人身的水谷精微，通过肺之治节，脾之运输，肾之开阖，三焦之气化作用或蒸为气，或变为血，或化为津，以温煦濡养全身。如果各种病因导致肺、脾、肾功能失常，不能生化、输布水谷精微，三焦气化不利，就会使津液聚而为痰。《景岳全书·杂证谟·痰饮》说："痰即人之津液，无非水谷之所化，此痰亦既化之物，而非不化之属也。但化得其正则形体强，营卫充，而痰涎本皆血气。若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。"所谓"化失其正"，即肺、脾、肾、三焦失其正常的功能，而发生病理的变化。王节斋则根据张仲景因肾气丸治疗气虚有痰的临床经验，提出了"痰之本，水也，原于肾；痰之动，湿也，主于脾"的病机观点。赵献可对阴火生痰的病机作了发挥。他说："阴火炎上，熏于上焦，肺气被郁，故其津液之随气而升者，凝结而成痰，腥秽稠浊，甚则有带血而出者，此非中焦脾胃湿痰、寒痰之所比，亦非半夏、枳壳、南星之所治，惟用清气化痰，须有效耳。"这在临床上是值得注意的一种类型。张景岳也强调脾胃是生痰的主要脏腑，称："脾主湿，湿动则为痰；肾主水，水泛则为痰。故痰之化，无不在脾，而痰之本，无不在肾。"这种辨证重顾本，以绝生痰之源，重视病机预防的观点也是前人所不及的。明清时代对痰饮病机之认识日臻完善。喻嘉言强调了火是使饮成痰的主要因素，反对不分寒热虚实而见痰治痰的错误治则，从而提出了实脾、燥湿、降火，行气为治痰之常法。温病学家叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英等对湿痰、热痰、燥痰更有新的认识，特别对湿热逗留气分，郁而生痰，以及痰热浊邪，内蒙包络清窍，出现谵语，烦乱及神昏等症，结合温热病机，习用分消上下，清热涤痰和开窍辟痰等新法治之，提高了临床疗效。这对痰饮病机学说又有了新的发展。

下面将主要脏腑与痰饮病机分述于下：

（1）脾失健运：由于外受湿邪，或饮食不节，或思虑劳倦。使中焦脾胃受伤，运化无权，水湿内停，痰即随之产生，《医宗必读·痰饮》说："脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，淤而成痰。"由于人体阴阳盛衰的不同，痰停日久，可以寒化或热化，而有寒痰与热痰之分。

（2）肺失治节：外感邪气，侵袭肺卫，使之失于宣发及肃降，以致津液阻滞，渐聚成痰，并从所感邪气之不同，而有寒痰、热痰、燥痰之异。更有久病肺虚，治节无权，水湿津液不能宣化，亦因之聚而为痰。或由于肺阴不足，阴虚火旺，煎熬津液而成痰者。

（3）肾气亏耗：由于久病及肾，年老体衰或房劳过度，以致肾气亏耗。若肾阳不足，开阖不利，则水湿上泛而为痰；肾阴亏耗，则虚火内炽，煎灼津液而为痰。正如《罗氏会约医镜·论痰饮》所说："痰之本在肾，肾有阴阳，阳虚则水泛为痰，痰清而稀；阴虚则火动，火结为痰，痰稠而浊"。又如：肝郁气滞，乘侮脾土，脾失健运，则聚湿而生痰，或气郁化火，木火刑金，灼伤津液，则煎熬而成痰。或经络阻滞，气血津液运行不畅，则蓄聚而为痰。

痰形成以后，留滞于不同的脏腑、经络，即可出现多种多样的病证。正如《丹溪心法·痰》说："痰之为物，随气升降，无处不到。"又说："凡痰之为患，为喘为咳，为呕为利，为眩为晕，为嘈杂、怔忡、惊悸，为寒热痛肿，为痞膈，为壅塞，或胸胁间漉漉有声，或背心一片常为冰冷，或四肢麻痹不仁，皆痰所致。"所以《症因脉治·痰症论》概括地说："痰之为病，变化百出。"归纳起来，主要有下述八类：

(1) 痰浊蕴肺：肺气不能宣发肃降而发生咳嗽、喘促、咳痰、胸闷等症。临床所见有风、寒、热、燥、湿之分。①风痰：外感风痰由外感风邪，闭束肺气，肺津停聚而成。表现咳嗽痰多如沫、多泡。②寒痰：由外感风寒，或脾肾阳虚，痰湿上泛而引起，以咳嗽清稀白痰为特征。外感风寒所致者则兼恶寒、微热、喉痒、咳嗽。脾肾阳虚所致者，则兼形寒肢冷，手足不温，神疲乏力，纳呆便溏等症。③热痰：多由于感受热邪，或湿痰郁久化热所致。咳嗽较剧，胸闷气促，咯痰黄稠或痰中带血，舌红、苔黄腻，脉滑数。④燥痰：由于感受燥邪，或肺肾阴虚，燥热炼津为痰，表现咳嗽喘促，痰少色白，或呈米粒状痰，涩而难出，口干咽燥。⑤湿痰：为脾失健运，聚湿生痰，上干于肺所致，表现咳嗽、痰多色白，容易咯出，胸痞呕恶，肢体困倦，苔腻。

(2) 痰阻中焦：由于饮食积滞，损伤脾胃，以致水湿停聚成痰，或因痰浊阻滞中焦，使脾胃失于健运，不能消磨运化水谷，以致出现脘闷腹胀、口嗳食臭、苔腻等症。此种证候亦称为食痰，痰浊阻滞中焦，使脾胃升降失调，以致清气不升，浊气不降，则表现为胸脘痞闷、胀满、恶心、呕吐清水或痰涎，心悸、头晕；胃肠传化功能失调，则表现为腹泻时作时止，下如白胶，或是便秘；痰热互结，则成痰热结胸，表现为胃脘部硬满、压痛，苔黄腻，脉滑。

(3) 痰浊蒙心：因心主神明和血脉，痰浊蒙心，则心失所养，而见心悸、失眠、多梦、易惊；心阳不得宣通，则见胸闷、心痛，发为胸痹；阻遏心神，则见神志失常，烦躁易怒，骂詈号叫，语无伦次，时笑时哭，发为癫、狂。或突然昏倒，不知人事，口流涎沫，肢体抽搐，移时苏醒，发为痫症；温热病邪入于营血时，痰热结于心包，使神机闭塞，则见神志模糊，甚或昏迷不醒，舌强语蹇，喉中痰鸣等。

(4) 痰蕴胆腑：胆为"中清之府"，若因痰虚气郁，痰浊内蕴，则痰浊上扰心神，心神不宁而致虚烦不得眠。正如《证治要诀·不寐》说："痰在胆经，神不归舍，亦令不眠。"

(5) 痰浊上逆于头：蒙蔽清阳，则见眩晕、耳鸣、头重、头痛，或有胸闷脘痞，呕吐痰涎清水等症；痰湿素盛之人，复因恼怒气逆，痰随气升，上蒙清窍，则突然昏仆，四肢厥冷，喉有痰声，而发为痰厥。

(6) 痰阻经络：痰湿浊邪滞于经络，气血运行不畅，肌肤及经脉失于濡养，以致肌肤不仁，手足麻木，肢体重着疼痛，转侧不利；风阳内动，痰浊内壅，风痰横串经络，使经络气机阻闭，则致口眼喎斜，半身不遂。若更加风痰上蒙心窍，阻闭神明，则致头目昏晕、突然昏仆、不省人事；若情志抑郁，痰与气结，气滞痰凝，结于咽喉，自觉有物梗阻，吞之不下，咯之不出，而成为梅核气；痰凝气滞，结于颈前，肿大成块，则发为瘿瘤。

(7) 痰滞肌肉筋骨：痰凝肌腠，则在身体各处结成大小不等的颗粒肿块，如痰核、瘰疬等；湿痰流注关节，则发为流痰，漫肿疼痛，日久破溃，脓液稀薄，难以收口，并常有消瘦、乏力、潮热、盗汗等症。

(8) 痰滞胞宫：妇人体质肥胖，或恣食肥甘厚味，痰湿滞于胞宫，则引起月经不调、不孕，白带量多、稠浊。兼有胸闷、腹泻、泛恶、痰多、苔腻等症。

痰证病机是相当广泛的，临床上凡有形症之可见者，如咳痰、痰核之类，称为有形之痰，反之，则为无形之痰。无论其为有形或无形，都具有指导临床的现实意义。

水饮病机 水饮的产生与肺、脾、肾的功能失调密切相关，以肺主治节，如水之上源；脾主运化，为转输水液之枢纽；肾司开阖，为主水之脏。如《素问·经脉别论》说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"《济生方·痰饮》说："盖肾为水之官，肾能摄水，肾气温和则水液运下，肾气虚寒则邪水溢上。"在正常情况下，水谷精微通过肺、脾、肾及三焦的气化作用，或化为气，或化为血，或化为津，以温煦、濡养全身。若肺、脾、肾功能失调，三焦气化不利，就会使水液停聚而成水饮。故《明医指掌·痰证》说："若气血津液稍有一时不得运行，则隧道不通，凝滞而为痰为饮，故有五饮之证生焉。"引起水饮停积的原因主要有：①阳气不化成饮：水液属阴，全赖阳气以转输蒸化。若久病体虚或年老体衰，脾肾阳气不足，水液即难以转输蒸化，而易于停聚成饮。三焦是水液运行的通路，在外、内因的作用下，使三焦壅塞，水液运行不畅，便停聚而为水饮。故《圣济总录·痰饮》说："三焦者，水谷之道路，气之所终始也。三焦调适，气脉平匀，则能宣通水液行入于经，化而为血，灌溉周身；三焦气涩，脉道闭塞，则水饮停滞，不得宣行，聚成痰饮。……病虽多端，悉由三焦不调，气道痞涩而生病焉。"②饮食伤脾成饮：暴饮过量之水，过伤生冷，饮酒过多，使中阳损伤，脾失健运，以致水湿停积而成。正如《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》说："人因劳役远来，乘困饮水，脾胃力衰……饮酒过多，肠胃已满，又复增之……因隆暑津液焦涸，喜饮寒水，本欲止渴，乘快过多，逸而不动，亦为留饮。"③寒湿浸渍成饮：由于外感湿邪，或经常冒雨涉水，坐卧湿地，久之水湿浸渍肌肉，由表及里，阻遏脾胃的气化功能，水津失运蓄积而成。如《素问·五常政大论》说："湿气变物，水饮内蓄。"饮为阴邪，多由阳气微弱，不能化阴所致，故病情属寒者多。《金匮要略·痰饮咳嗽》说："病痰饮者，当以温药和之。"即用温药以扶阳消阴之义。

常见的水饮病变，有痰饮、悬饮、支饮、溢饮几种：①饮留胃肠，则形成痰饮。症见脘腹胀满，胃中有振水声，或肠间水声辘辘。由于心下饮邪阻滞，阳气不能达于背

俞，背部常有发冷感。饮邪冲逆，胃失和降，则呕吐痰涎。脾胃失于健运，不能化生水谷精微，故饮食减少而形体消瘦，肠鸣腹泻。②饮停胸胁，形成悬饮。胸胁为气机升降的道路，饮邪阻滞于中，则气血运行不畅，故见胸胁胀满疼痛，尤以呼吸、咳唾及转侧时为甚。③饮邪犯肺，则成支饮。肺气被饮邪壅塞，失其宣肃之机，势必上逆，而见胸满、咳嗽、痰成白沫、量多，喘促、短气、不能平卧等症。久咳饮邪随气上泛，更可见到面部浮肿。④饮溢四肢，则成溢饮。常见四肢沉重、疼痛、浮肿。若兼及于肺，亦可见咳喘、吐白沫痰等。

精神病机

精是构成人体脏腑组织和维持生命活动的基本物质。精充则生命力强，能适应外界环境的变化，具有较强的抗病能力；精亏则生命力减弱，适应能力及抗病能力减退。

神指精神意识活动。神能主导和协调脏腑经络的功能活动，保持人体与外界环境的统一。故神旺则身强，神衰则身弱，神存则生，神去则死。以下分别叙述精的病机、神的病机。

精的病机　有以下几方面：

阴精不足　精、血、津液等水谷精微所化生的物质，都可以概括在阴精的范围内。若由于饮食失调，水谷精微缺乏；劳烦过度，情志过极，伤耗阴精；以及大病久病，脏腑气化功能不足，均会导致阴精不足，以致脏精亏虚，失于濡养而形成疾病。《灵枢·本神》说："五脏主藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚。"各个脏腑阴精不足的具体病机及所表现的临床症状，可见"脏腑病机"条。阴精不足的严重情况，也称为精绝、精脱、精散。如《素问·生气通天论》说："阳气者，烦劳则张，精绝，辟积于夏，使人煎厥"，即指阴精亏损、阳气亢盛而导致昏厥。《灵枢·决气》说："精脱者耳聋，"及《灵枢·大惑论》说："五脏六腑之精气皆上注于目"，"精散则视歧，视歧见两物"，则是阴精不足而使视、听功能失常。

精气夺失　精气泛指生命的精微物质及其功能，精是气的物质基础，而气又是精的活力体现。《素问·阴阳应象大论》说："精化为气"，《素问·生气通天论》说："阴者，藏精而起亟也。"《类经》十三卷对此解释说："亟，即气也。观阴阳应象大论曰精化为气，即此藏精起气之谓。"《灵枢·本神》又说"五脏主藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚，阴虚则无气。"可知，精盈则气盛，精亏则气衰。精与气互相滋生，精气充足则神气健旺，人体处于健康状态。精气夺失，就是由于各种病因，引起人体精气的过度耗损，以致阴精亏虚，正气不足，表现神疲体倦，心悸气短，自汗或盗汗，面色少华，脉细弱或细数等虚证证候。

精血亏虚　精与血都是由中焦脾胃所消化摄取的水谷精微化生而成，故称"精血同源"。精充则血盈，精亏则血虚。《类经·藏象类》："精充则血足而发盛"，以及《诸病源候论·虚劳诸候》："精者，血之所成也"，《血证论·男女异同论》："男子精薄，即为血虚"等，分别谈到了精可以生血及精由血成的精血互相滋生的关系。由于肾藏精，肝藏血，所以精血亏虚常主要表现肝肾亏虚的证候，如眩晕耳鸣、视物昏花、发脱齿摇、筋惕肉瞤、腰酸遗精、两足痿弱等症，需要给予填补精血的治疗。

失精　包括遗精、滑精。正如《景岳全书·杂证谟·遗精》说："遗精、滑精总皆失精之病。"成年未婚之男子，或婚后夫妻分居，而一月遗精一二次，属生理现象，故《景岳全书·杂证谟·遗精》说："有壮年气盛，久节房欲而遗精者，此满而溢者也。"次数频繁的遗精，甚至清醒时精液自出，即属生殖之精的病变。失精的病机主要有精室被扰及精关不固两类。劳神过度，心火亢盛，或湿热之邪蕴结下焦，以致精室被扰；久病体虚，房劳过度，以致肾气不足，精关不固，均会导致遗精、滑精。由各种病机所致的遗精、滑精各有不同的临床表现，但由于失精，常表现头昏、失眠、精神委靡、腰腿酸软等肾精不足，失于濡养的症状。

神的病机　神指精神意识活动。广义的神则是人体生命活动的总称，包括生理性或病理性外露的征象，是脏腑经络及精、气、血、津液盛衰情况的综合反映。神的状况，可以通过观察了解机体的形体动静、意识状态、面部表情、语言气息、临床症状以及脉象等而综合得知。它对于判断正气盛衰、疾病轻重及预后良恶有重要意义。以下论述神衰、神乱、神昏、失神等几种神的病机。

神衰　神以精、气、血为其物质基础，故《灵枢·平人绝谷》说："神者，水谷之精气也"，《灵枢·营卫生会》说："血者，神气也"，《素问·八正神明论》说"气血者，人之神，不可不谨养。"张景岳正确地概述了精、气、神之间的关系，他在《类经·摄生类》说："神由精气而生，然所以统驭精气而为运用之主者，则又在吾心之神。"精、气、血充盛则神旺。在疾病过程中，若患者两眼灵活，明亮有神，鉴识精明，神志清楚，反应灵敏，言语清晰，即是"有神"或"得神"；而脉象和缓有力则为脉"有神"的表现。有神表示正气未伤，脏腑功能未衰，预后良好。精、气、血不足则神衰，表现神情倦怠、短气乏力、目光少神、语声低弱、反应缓慢、面色淡白或萎黄，脉弱无力，为疾病较重之象。

神乱　由于忧思忿怒，情志怫郁，痰浊内生，瘀血阻滞，或心肝火旺等因素，上扰心神，蒙闭心窍，以致神志逆乱。《素问·脉要精微论》说："衣被不敛，言语善恶不避亲疏者，此神明之乱也"，《素问·调经论》说："神有余则笑不休，神不足则悲"。神乱的病机最多见于癫狂病，表现神志痴呆、语无伦次、时笑时哭、不知秽洁，或狂乱无知，詈骂叫号、不避亲疏，或毁物伤人，逾垣上屋等症。感受湿热病邪，热入营血，热扰心神，也会引起神乱而见躁扰不安，谵语，甚或如狂发狂等症。

神烦　临床表现为胸中郁烦不安。其证有寒热虚实

之别，但以热扰心神，以致神烦不安者为多。如《张氏医通·烦躁》说："气乱于心则烦"，"盖烦者，胸中烦，为内热也。"《杂病源流犀烛·烦躁健忘源流》说："烦躁，心经热，火病也。内热心烦曰烦，故烦者，但心中郁烦也。"外感、内伤的多种疾病均会导致神烦。外感之神烦，常与躁同时并见，除胸中郁烦不安外，尚见手足躁扰不宁。内伤杂病则多单见神烦，且多由津血不足或阴虚火旺所致。如《罗氏会约医镜·论怔忡惊悸恐惧健忘》说："烦躁者，心中扰乱不宁也，或病后劳后，津液干涸，荣血不足；或肾水下竭，心火上炎，故虚热为烦。"

神昏　神志昏迷不清或全然不知。其病机主要分虚实两类，由于邪热、痰浊、风阳、瘀血等阻蔽清窍，神识被蒙而神昏者属实；由于失血过多，精气亏耗，阴阳衰竭，清窍失养，心神耗散而神昏者属虚。在临床上，虚实夹杂，本虚标实者相当多见。多种外感或内伤疾病，诸如温热病、疫毒痢、瘴疟及中风、厥证、痫证、消渴、癃闭、鼓胀等疾病的严重阶段，都会因邪阻神明或心神耗散而导致神昏。

失神　《灵枢·天年》说："失神者死，得神者生。"失神是各种疾病垂危阶段的病机，可由于正气极度虚衰或邪气极度亢盛所致。故《素问·生气通天论》说："阴平阳秘、精神乃治；阴阳离绝、精气乃绝。"《灵枢·邪客》说："心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也，其藏坚固，邪弗能容也，容之则心伤，心伤则神去，神去则死矣。"神的状况，充分反映机体的正气盛衰，疾病的正邪消长。故《景岳全书·传忠录》说："夫神气者元气也。元气完固则精神昌盛，若元气微虚则神气微去，元气大虚则神气全去，神去则机息矣，可不畏哉。"在疾病过程中，若见目光晦暗、瞳神呆滞、形羸色败、喘急异常、泄泻不止，或神识昏迷、循衣摸床、撮空理线，或卒倒无知、眼闭口开、撒手遗尿等症，均属失神的具体表现。所以失神是神去欲亡，疾病垂危，预后严重的病机概括。

温病病机

温病之名最早见于《内经》，并谓其发病原因是由于"冬伤于寒，春必病温"，"冬不藏精，春必病温"。《难经》则将温病隶属于广义伤寒之中，称"伤寒有五：有中风、有伤寒、有湿温、有温病、有热病"。其实，此五者，均为外感热病。《伤寒论·太阳病》之证候对温病略有描述，称："太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾。"但对其病机却较少阐发。王叔和编次《伤寒论》时，根据《内经》理论对温病作了申述。他将伤寒不即病，与四时不正之气及大部分时行疫气称为温病，并称："其伤于四时之气皆能为病，以伤寒为最毒者，中而即病者名曰伤寒，不即病者，寒毒藏于肌肤，至春变为温病，至夏变为暑病"。此说又为后世伏气温病学说奠定了理论基础。刘完素根据《素问·热论》"伤于寒则为病热"之论，倡"热病只能作热治，不能从寒医"之说。马素宗称："六经传变，由浅至深，皆是热证，非阴寒之证"，认为热病只能从阴阳分表里，不能以阴阳训寒热。镏洪继而提出治热之法，惟表里二途。常德则力言寒凉药物发表攻里之优点。因此，河间一派享有盛名，故当时有"外感宗仲景，热病用河间"之说。河间学派在倡伤寒为热病的同时，已认识到它是具有一定的传染性的，如《伤寒标本》中说："凡伤寒疫疠之病，何以别之？盖脉不浮者，传染也。"这是为温病逐渐从《伤寒论》的范围内分离出来，自成为一派学说之开端，因而刘河间就成为温病学派之奠基人了。

直到明末，山东浙江，南北直隶，温疫流行，时医以伤寒法治之不效，独吴有性不同意"冬伤于寒，春必病温"等说，断言温疫并非伤寒，悟出疫病之病因，非风、非寒、非暑、非湿，而是天地间的一种"异气"为患，以致延门阖户，传染猖獗。他著《温疫论》指出：温瘟无别，同为热病，但温疫又不同于一般外感；在病因上，有厉气与六淫的不同；在感染途径上，有口鼻与皮毛的各异；在病机传变方面，有分传表里与自表及里的区别。他说："疫者，感天地之疠气，在岁运有多寡。在方隅有厚薄，在四时有盛衰。此气之来，无论老少强弱，触之者即病。邪自口鼻而入，则其所客，内不在脏腑，外不在经络，舍于夹脊之内，去表不远，附近于胃，乃表里之分界，是为半表半里，即《针经》所谓'横连膜原'者也。"从病机传变而言，伤寒与温疫也有不同，他说："夫伤寒之邪，自肌表一迳传里，如浮云之过太虚，原无根蒂，惟其传法，始终有进而无退，故下后皆能脱然而愈。时疫之邪，始则匿于募原，根深蒂固，发时与营卫交并，客邪经由之营卫，未有不被其所伤者。因其伤，故名曰溃。然不溃则不能传，不传邪不能出，邪不出而病不瘳。然时疫下后多有未能顿解者，何耶？盖疫邪每有表里分传者，因有一半向外传，则邪留于肌肉；一半向内传，则邪留于胃家。邪留于胃，故里气结滞；里气结，表气因而不通，于是肌肉之邪不能即达于肌表，下后里气一通，表气亦顺，郁于肌肉之邪，方能达于肌表，或斑或汗，然后脱然而愈。伤寒下后，无有此法。"从而指出了伤寒有先表后里，先汗后下；温疫有先里后表，里通表和两种治则。启后世有"温病下不嫌早，伤寒下不嫌迟"之说。在温疫传变方式上吴氏指出有九，即：但表不里，表而再表，但里不表，里而再里，表里分传，表里分传再传分，表胜于里，里胜于表，先表后里和先里后表。吴有性根据《素问》经络募原诸说，创立了温疫学说，制订了"达原"、"三消"等新方剂，给温疫病建立了一个较为系统的辨证论治纲领。戴天章著《广温疫论》，他着意于"辨温疫之体异于伤寒，而尤慎于见证之始"，在临诊辨气、色、舌、神与脉五方面颇有心得。指出汗、下、清、和、补五个方面在治疗上的特殊性，如邪在肌表，当用汗法，但须用辛凉辛寒以补阴，或兼通其里；时疫下不厌早，但有里热即当下；清

法之要，惟在辨热邪之浅深而行之，但总宜以寒凉之品直折之；和法有寒热并用，补泻合剂，表里双解，平其亢厉四种；至于补法，仅宜用于屡经汗下清解不退者，当须补其正气而后能愈，宜消息其所伤在阴在阳而给以补阴补阳之法。戴氏还从症状与传经上分别风寒与湿热，更以五兼十夹之证详分治法。所谓五兼：兼风、寒、暑、疟、痢；所谓十夹：夹痰水、夹食、夹郁、夹蓄血、夹脾肿、夹肾虚、夹诸亡血、夹哮喘、夹心胃痛、夹疝气。他认为治温热病之所以有时不能取效，是由于对于兼夹病审证不详之故。

叶天士综合温病各家之说，结合自己丰富的临床经验，著《温热证治》，他首先以卫气营血作为温病辨证体系。然后提出了温病传变之总规律，提出了著名的温热病病机原理和诊疗原则，不仅为温病学说的形成奠定了基础，而且对整个中医学也有着深远的影响，称："温邪上受，首先犯肺，逆传心包。肺主气属卫，心主血属营。辨营卫气血，虽与伤寒同，若论治则与伤寒大异也"，"大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血"。在治疗上创立了一整套新治则与新方药，称："在卫，汗之可也，到气才可清气；入营犹可透热转气，如犀角、玄参、羚羊角等物；入血就恐耗血动血，直须凉血散血，如生地、丹皮、阿胶、赤芍等物。否则前后不循缓急之法，虑其动手便错。"叶天士指出了温病的传变规律，如病邪在卫，较早较轻，由浅入深，至营血则病势较重；顺传较缓而逆传较剧。这一点与现代医学观察结果是一致的。在此，叶天士并不排除邪留三焦的病变，他称："气病有不传血分而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半，此则分消上下之势，随证变法，如近时杏、朴、苓等类，或如温胆汤之走泄，因其仍在气分，犹可望其战汗之门户，转疟之机括。"如果温邪在三焦不从上解、外解，势必入于胃肠之里，而惟有下之一法，不过温病多湿邪内搏，下之宜轻，且宜注意湿温病大便溏为邪未尽，必大便硬乃为无湿，慎不可再攻也。这种观点也是符合中医临床实际的。在温病诊断上《温热证治》评论了察舌验齿辨斑疹白痦等法，辨析详尽，在诊断学上实为一大贡献。故温病学派至叶氏可说已至成熟时期，从其立论，以至处方遣药均已独树一帜，对中医学术的发展起到了很大的促进作用。余霖著《疫疹一得》，提出："火者，疹之根；疹者，火之苗也。如欲其苗之外透，非滋润其根，何能畅茂。一经表散，燔灼火焰如火得风，其焰不愈炽乎，焰愈炽，苗愈遏矣，故疹之因表散而死者，比比然也。"这种观点仍未离以火热立论的体系。薛生白著《湿热病篇》对湿热为病提出了卓越的见解。指出以"湿热证，始恶寒，后但热不寒，汗出胸痞，舌白，口渴不引饮"作为湿热初起之提纲，借此与风湿相鉴别。至于湿热发病原因是由于天地湿热之气相合而致，认为热为天之气，湿为地之气，热得湿而愈炽，湿得热而愈横。湿热两分，其病轻而缓；湿热两合，其病重而速。湿热邪气的入侵途径，仍以口鼻为主，称："湿热之邪，从表伤者，十之一二；由口鼻入者，十之八九。阳明为水谷之海，太阴为湿土之脏，故多阳明太阴受病。膜原者，外通肌肉，内近胃府，即三焦之门户，实一身之半表半里也。邪由上受，直趋中道，故病多归膜原。"其发病与传变之关键则在于脾胃之气的虚实状态，他说："太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。""湿热症属阳明太阴经者居多，中气实则病在阳明；中气虚则病在太阴。"因为外邪伤人必随人身之气而变，如人身阳气旺，即随火化而归阳明，阳气虚则随湿化而归太阴。薛氏点明了湿热病之发生与病人的体质有密切关系，这是非常可贵的认识。本篇为薛氏传世之作，对临床诊疗湿热病确有很大启发与帮助。吴鞠通师承于叶氏，他结合自己的治疗经验著《温病条辨》，倡三焦分证之说。温病学说至此而自成体系。他分上中下三焦论证，以三焦为经，以风温、温热、温疫、温毒、冬温、暑温、伏暑、湿温、寒湿，温疟、秋燥为纬，逐条解释，至为详明，论药具体。他并以伤寒温热水火阴阳立论，认为：寒病之原于水，温病之原于火。指出温病之感受与伤寒不同，"伤寒由毛窍而入，自上而下，始足太阳，足太阳膀胱属水，寒即水之气，同类相从，故病始于此"。"温病由口鼻而入，自上而下，鼻通于肺，始手太阴"。因伤寒乃因寒邪伤人之阳，温病乃火邪伤人之阴，病因不同，所以治则亦异，他说："伤寒伤人身之阳，故喜辛温、甘温、苦热以救其阳。温病伤人身之阴，故喜辛凉、甘寒、甘咸以救其阴。"因此，活用辛、凉、寒、咸之品，行清热养阴之法，是吴氏的治温原则。吴氏将温病辨证概括为三焦分证，称："温病由口鼻而入，鼻气通于肺，口气通于胃，肺病逆传，则为心包。上焦病不治，则传中焦胃与脾也。中焦病不治，则传下焦肝与肾也。始上焦，终下焦。"上焦病轻而下焦病重。其整个演变实与卫气营血是一致的。对于三焦病机与六经病机之关系，吴氏自称：实有一纵一横，互相对待之妙，因此能"羽翼伤寒"。王士雄著《温热经纬》，综述温病文献，并加以评述，并对六气外因颇有研究，认为就六气本质而言，是暑统风火而均属阳，寒统燥湿而均属阴；若就其变化而言，则阳中惟风无定体，有寒风、有热风；阴中则燥湿两气，有寒有热；至暑乃天之热气，流金砾石，纯阳无阴。他不同意世称："阳邪为热，阴邪为暑"的说法。对张景岳所倡阴暑、阳暑名目，尤为反对。至于王氏对"暑"和"湿"的问题，则认为两气虽易兼感，但毕竟不是一体，而认为"夏日伤于寒湿"之说却是应引起重视的。

在温热病机学说中对于伏气温病的认识是长期以来有争论的问题，自《素问·生气通天论》首创伏寒化温论伏邪以后，宗此说者自王叔和以下历代不绝，巢元方也有邪伏于肌骨的论述。这是古人在当时的认识水平上用来解释伏热由里出表的病机的一种假说。因为伤寒的病机是由表入里，而在某些温病却可见由里出表者，于是便推论其病邪是伏于内而发于外的。至明清时代温病学说逐渐形成，对"伏邪"问题争鸣较多。主张有伏邪之说者，如叶天士、吴鞠通、王孟英、雷少逸、柳宝贻等。叶天士认为：

寒邪深伏，已经化热，热伏于阴，若因外邪先受，引动在里伏热，即可发病。雷氏则说："推温病之原，究因冬受寒气，伏而不发，久化为热。"柳宝贻提出："邪伏少阴"之说。吴鞠通曾提出伏暑晚发的观点。何廉臣在《重订广温热论》中提出"凡伏气温热皆是伏火"的论点。而以吴又可、杨栗山等为代表，则认为《内经》"冬伤于寒，春必病温"的论述，不是指导伏气温病的基础理论，所谓伏气温病就是"疫邪"、"杂气"等，基本上否定有寒邪内伏，郁久化热而致的伏气温病。如陈平伯《外感温病篇》说："即春必病温之语，亦是就近指点，总见里虚者表不固，一切时邪，皆易感受，学者可因此而悟及四时六气之为病矣。"王孟英于此按云："惟不知有伏气为病之温。"刘松峰也说："《云笈七籤》中引作'冬伤于汗'，甚妙，盖言冬时过暖，以致汗出，则来年必病温，余屡验之良然。冬日严寒，来春必无温病，以其应寒而寒，得时令之正故耳。且人伤于寒，岂可稽留在身，俟逾年而后发耶。"关于有无伏气温病的二派意见仍有争论，这些都是需要进一步研究的重要理论问题。

卫气营血病机

卫气营血是构成人体的重要精微物质，在维持人体正常生理和抗御病邪侵袭上，起着重要的作用。由于病邪的侵袭，使卫气营血的功能或实质受到损害，即可发生相应的病理变化而表现为相应的病证。运用卫气营血的病理生理变化及其在生理、病理上的相互联系，来阐明温病的发生、发展和变化的内在机理与传变规律，就是温病卫气营血病机。而温病整个病程的发展演变过程，也就是卫气营血病理变化及其相互影响与转化的具体反映。叶天士在《温热论》中说："卫之后，方言气；营之后，方言血"，就具体提出了卫气营血病机的传变规律。在此基础上，又引伸提出卫分、气分、营分、血分的名称，使之更具有病位、病域等进一步的涵义，从而赋予卫气营血病机变化以更加完整的概念。

卫分病机 主要是卫气的生理功能因受温邪的侵袭而失常，以及卫气与病邪相互作用而发生的病理变化。卫气的生理功能主要是防御外邪的侵袭，以及温养肌肤腠理、司汗孔启闭开合与调节体温的作用。温邪外袭，卫阳被遏，肌肤失却卫气的温养，故而恶寒；卫气与病邪相争，充盛于体表，力驱病邪外出，故而发热、脉浮；卫气开合失司，汗孔启闭失常，故而无汗、少汗或汗出。所以，卫分病机是以温邪袭表，卫气郁阻为主要病理变化，而以恶寒发热、无汗或少汗、脉浮等为主要表现。但其受遏程度与症状表现，则以病邪性质的不同而有所差异，在温热（不夹湿邪）病邪，一般卫阳郁闭不甚，故恶寒较轻，或微恶风寒，且为时短暂，卫气与病邪抗争较强，而发热较重；在湿热病邪，则卫阳郁遏较甚，故恶寒较重而发热较轻，同时因湿阻清阳和湿郁肌肉，而有头昏重胀痛和肌肉、四肢酸痛困重之感。但由于温为阳邪，在性质则均属表热证，与风寒袭表，卫阳被束，而致恶寒较重，肌肤拘紧，甚则肌栗毛竖、无汗之表实证，自有本质的不同。

邪在肺卫 温热病邪侵入人体，有从肌表袭人和邪从上受，自口鼻而入，首先犯肺的两种途径。由于"肺主气属卫"，卫气通于肺，肺又外合皮毛而主肌表，故卫气郁阻，肺气亦因之而不宣；肺气不宣，则卫气亦因之而郁闭，两者每相互影响和相互作用。临床表现除上述卫分见证外，常可兼有咳嗽、息喘等肺气不得宣降的症状，在温病中特称之为"邪在肺卫"和"肺卫受伤"，并且在具体病情上尚有邪偏于卫分和偏于肺经的差别，但就其病机与病证的性质而言，均属于邪在卫分，是温病的初起阶段。

卫阳暂亡 由于误汗、过汗，致汗出过多，或病程稽延留连，反复汗出，致卫阳严重受损，卫气对汗孔的开合启闭功能失调，温养肌肤皮毛的作用障碍，卫阳一时不能充分地敷布于肌表所致。或见于温病战汗之际。主要表现为肌肤凉冷，汗出不止，四肢不温，脉微细等。薛生白《湿热病篇》的"湿热证四五日，忽大汗出，手足冷，脉细如丝或绝，口渴茎痛，而起坐自如，神清语亮，乃汗出过多，卫外之阳暂亡"，就是叙述的这类病机。其实质为"亡阳"的轻证或前驱。

气分病机 温热病邪在卫分不解，即向里传变而进入气分，或不经卫分而直接侵入气分，即可导致气的运行流布、升降出入的失常，甚至影响某些脏腑器官的功能与气机，从而发生相应的病理变化。此时邪气始炽，正气尚未受到严重的损害，正邪剧争，阳热亢盛充斥，唯病邪已渐入里，表证已罢，故呈不恶寒反恶热，或高热持续；热邪逼津外泄，致汗出、汗多；热盛伤津，而口渴尿赤，舌红苔黄，脉滑数洪大；热扰心神而烦躁烦热等，一派正盛邪实，气热炽盛之证。《素问·阴阳应象大论》说："壮火食气，壮火散气"，这种炽盛的邪热，即为壮火之类。邪热既入于气分，则气机亦将受到损害。由于邪犯气分有所在脏腑和部位的不同，因之其病机变化，亦各有所异。常见的有以下几种：

邪热壅肺，肺失清肃 多由肺卫不解发展而成。邪热壅盛郁蒸，致肺失清肃，不能宣降，故咳喘气逆；肺气壅塞，不能宣达，致胸胁闷痛；肺热灼津炼液为痰，痰热壅盛，气道不利，而喘咳更甚，痰多而黄稠，舌苔亦转黄腻。若邪热愈炽，伤残肺气，耗灼肺阴，致气津大伤欲脱，出现脉浮大而芤，甚或脉散大，汗大出，乃至微喘鼻煽者，此为手太阴肺化源欲绝的危重表现。《温病条辨》上焦篇第8条吴鞠通自注说："汗涌，鼻煽，脉散，皆化源欲绝之征兆也"，即指此类病机而言。

热郁胸膈，气滞不宣 热邪入里，郁于胸膈。膈中即当上中焦的通道，郁热不得发越，不仅胸膈灼热，上扰于胸中，则见心烦懊侬，甚至唇焦口苦咽燥，口舌生疮，面红目赤；下扰于胃，胃失和降，则欲呕不得，坐卧不安。凡此皆由邪热壅遏，气机滞涩使然。

热炽阳明 热邪深入中焦阳明胃经，炽盛蒸腾，充斥内外，身见壮热、恶热、蒸迫津液外泄，则汗出蒸蒸，烦渴引饮，小便黄赤；里热炽盛，消烁津液，脉见洪大滑数，舌苔黄燥。盖阳明为多气多血之经，热郁不散，势必由气而及于血也。

热结肠道，腑气不通 热邪入里，势深日久，由胃及肠，与肠道积滞糟粕相结，致腑气不通，而成热结便秘、腹满胀痛之阳明腑实证。此即叶天士《温热论》所说：热邪"不得从外解，必致成里结。里结于何？在阳明胃与肠也"。或因燥屎内结，津液旁渗，而成下利稀水之"热结旁流"，其泄利多恶臭，肛门有灼热感。阳明经气旺于午后，正邪剧争，常见日晡潮热，脉沉实有力。胃络上通于心，胃热循经上扰，神明失其所主，可出现神昏谵语。燥热内盛，津液消灼，舌苔则黄厚燥干，甚或灰黑而燥。如素体阴亏津乏，而又燥热里结，则伤津尤重，可见口干唇裂，齿焦舌燥，而成腑实兼阴液亏损之证。如里结日久，气耗津伤，而见倦怠少气，脉象沉弱、沉涩者，即成阳明腑实兼气液两亏的虚中夹实证。

邪留少阳，三焦不利 温热兼夹水饮痰湿，或湿热、暑湿侵入中焦，或郁阻少阳胆腑，均可导致三焦气机阻滞或少阳枢机不利，而见寒热起伏，或如疟状，胸脘痞闷，呕恶口苦，腹胀或两胁胀满，溲短苔腻等。叶天士《温热论》说："再论气病有不传血分，而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。"章虚谷注云："凡表里之气，莫不由三焦升降出入，而水道由三焦而行。故邪初入三焦，或胸胁满闷，或小便不利。"《重订通俗伤寒论·和解剂》何秀山说："足少阳胆与手少阳三焦，合为一经，其气化一寄于胆中以化水谷，一发于三焦以行腠理。若受湿热熏蒸，则三焦气机不畅，胆中之相火乃炽。"都是对温热邪气留于少阳三焦病机的阐述。

湿热熏蒸，郁阻气机 湿热、暑湿病邪传入气分，由于湿热合邪，郁遏蒸腾，而湿性粘腻，除表现为热势稽留，身热不扬，午后热甚，或汗出热减，继而复热，以及病势的缠绵稽延外，特别表现为三焦所属脏腑的气化失司诸种病变。气分湿热以中焦脾胃的病变为中心，故以脾的运化转输与胃的受纳通降功能失常最为显著。三焦升降失司，气化不行，则见胸脘痞闷，呕恶，不饥不食，或脘连腹胀；热虽伤津，但湿邪内盛，津液受阻，不能上承，则口渴而不欲饮，或不多饮，或思热饮，或竟不渴；湿热内蕴，腑气不通，传导失司，则便溏不爽，或下利垢秽；脾主四肢、肌肉，脾运不健，湿郁肌肉，则四肢困重，肌肉酸痛。湿热蕴蒸于中，蒙蔽于上，壅塞清窍，则耳目不聪，神气呆钝，神识如蒙，甚至神昏不清；肺受熏蒸，则肺气不化，不能通调水道，下输膀胱；流于下焦，小肠泌别失司，不能分清泌浊，则小便短赤而大便自利；湿阻大肠，传导失司，不能宣清导浊，则少腹鞕满，大便不通；湿热郁蒸，胆液外泄，泛溢肌肤，则发为黄疸；郁于肌肤孙络毛窍，汗出不畅，则酿发白痦等等。此外，湿热在中焦气分的病变，更以人体阴阳盛衰之差异而有所不同：素体阳旺而中气实者，则病易从热化而归于足阳明胃，以热多湿少、热重湿轻为特点，甚则从阳化燥而转为燥热病变；素体阳虚而中气弱者，则病易从湿化而归于足太阴脾，以湿多热少，湿重于热为特点，甚则从阴化寒而转为寒湿病变。此即叶天士《温热论》所说："在阳旺之躯，胃湿恒多；在阴盛之体，脾湿亦不少。"薛生白《湿热病篇》所说："中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴"，就是说的这种病机演变。

卫气同病 见于两种情况，一是病变自卫分传入气分的过程中，卫分之邪未罢，气分之热已炽；一是起病即卫气俱伤，同时出现卫分、气分的病变。后者主要见于湿温、暑湿一类疾病中，一般又称之为表里同病或表里合邪。其临床表现，既有头痛、恶寒、发热、无汗之卫分表证，又有胸脘痞闷、心烦口苦、舌红和小溲短赤等湿热郁阻气分之里证，如湿温的三仁汤证，伏暑初起的气分兼表证，新感引动伏邪的伏气温病初起而里热兼有表证等，皆属于此类病机。《温病条辨·伏暑》说："太阴伏暑，舌白，口渴，有汗，或大汗不止者，银翘散去牛蒡子、元参、芥穗，加杏仁、石膏、黄芩主之"，以及《通俗伤寒论·六经方药》中说的葱豉桔梗汤证，其实质均属于卫气同病的性质。

总之，气分病机以正邪剧争，正盛邪实，阳热亢盛为基本，以但热不寒或壮热，恶热，口渴，苔黄为临床特征，以肺、脾、胃、肠为主要病变部位。因温邪的感受途径多从口鼻而入，首先犯肺，或虽自肌表感受，复自表入里而先及于肺、胃；肺经病邪不解，又多顺传而进入胃、肠。王孟英《温热经纬》说："夫温热之邪，迥异风寒，其感人也，自口鼻入，先犯于肺，不从外解，则里结而顺传于胃"，"肺、胃、大肠一气相通，温热究三焦，以此一脏二腑为最要。肺开窍于鼻，吸入之邪，先犯于肺，肺经不解，则传于胃。"薛生白《湿热病篇》也说："湿热病属阳明太阴经者居多，中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴。……阳明为水谷之海，太阴为湿土之脏，故多阳明太阴受病。"举凡病邪已去卫分，而尚未出现营、血分病变者，俱属气分范畴。其病变性质均属于里、热、实证。气分病机的转归，或愈于气分，或传变而入于营分、血分，要以各人的阴阳虚实、邪正盛衰的不同，而发生不同的病变。

营分病机 病邪在气分不解，即可内传入营；亦有邪自卫分不经气分而直接传入营分者，后者特称之为"逆传"。另有起病即发于营分，此多见于春温、伏暑等伏气温病，每由感邪较重，邪入较深，以及素体营气亏虚、气阴不足，病邪易于深入使然。由于营气通心，故营病又可发生热入心包、营热扰心等病理变化，而以身热夜甚，口干反不甚渴饮，心烦不寐，时有谵语，甚则昏不知人，斑疹隐隐，舌质红绛，脉细数等为主要临床表现。

营热炽盛，营阴亏耗 由于邪热深入营分，营热炽盛，燔灼阴液，营阴耗损，症见身热灼手，入夜尤甚；邪既入营，病位已深，正气抗邪乏力，已不若气分之强盛，加以心营不足，则脉来细数，数为热炽，细则为营虚血少之证；

营近于血,营分炽热,势必累及血分,多见舌质红绛;若邪热走窜血络,则发为斑疹,隐现肌肤;口不渴或口干反不甚渴饮者,盖由邪热入营,蒸腾营气上升之故。《温热经纬》引章虚谷说:"其热在气分者必渴,以气热劫津也。热在血分,其津虽耗,其气不热,故口干而不渴也。"气之所以不热,正由营阴上腾,有以济之。营分热盛,上扰心神,可以出现心烦不寐,时有谵语,神识时清时昧等。

热陷心包 邪热自气分或卫分陷入心包,炼津灼液为痰,致痰热阻滞,神明内闭,发为神昏谵语,甚则昏迷不醒。邪热遏于内,阳气郁于外,故身体灼热如焚,手足反而厥冷,所谓热深厥深也。痰阻心窍,以致舌蹇舌强,语言不利的病理改变亦属常见。唯痰热阻闭的神昏,与前述营热扰心的神昏,在病机与症状上均有不同,主要反映在痰浊之有无、昏谵之深浅与兼证之重轻几个方面。

湿热酿痰,蒙蔽心包,虽在气分阶段,亦可见到神明受扰的症状,如:神识昏蒙,时清时昧,似清非清,时或谵语,但总的不若上述热陷心包之深度神昏;同时,身热亦多不甚,或呈朝轻暮重;舌苔多黄垢而腻,脉多濡滑而数,与热陷心包亦显有不同。以其基本病机仍属湿热郁蒸气分而成之故。两者在病机证治上均有所不同,应予注意区别。

内闭外脱 邪热内陷心包,或里热壅盛郁闭,阴阳气血津液严重耗伤,热愈炽而正愈虚,阴阳气不相顺接,而见高热烦躁,或神昏谵语,汗出如珠,四肢厥冷,气短息促,囊缩舌卷,口开手撒,二便失禁等阴阳离决的严重病变,总属邪热内骤,精气暴脱使然。病入血分时,亦多出现这种病变。

气营两燔和气血两燔 热邪既羁滞于气分,更深入于营分或血分,以致气分营分或气分血分,两俱燔灼。其炎热之极,临床表现为壮热口渴,心烦躁扰,谵妄昏狂,肌肤发斑,甚或吐血衄血,舌绛苔黄,脉数。亦有阳明热盛,腑实里结,邪热内壅,燔灼营血,甚至逼血外溢。以阳明为水谷气血之海,感邪深重,火化成毒,加以营处血中,为血之一部,两者又同行于脉中,营热则血亦受劫,血热则营亦受灼,是以燔燎所至,常不免于气营和气血俱伤。故《温病条辨》上焦篇第10条叶霖按曰:"此节气血两燔,必兼脉数舌绛,烦扰不寐,热邪伤及营血形证。"临床上两者常多并现同存,故以"气营(血)两燔"表示之。此多见于伏气温病以及湿热病化燥化火等。

气热灼营 为气分热盛,波及营分,消灼营阴,或病邪初传入营,气分邪热尚未尽解,以及由气转营的过程中,均可出现此种病机。其特点是在气分热盛的基础上,出现一定的营分病变,如手太阴肺经气分热邪波及营分,窜于血络,外发痧疹的肺热发疹;胃热上扰心神所致的神昏谵语;阳明热盛,引动肝风的热盛动风;以及前述湿热郁蒸气分,酿蒸痰浊,蒙蔽心包等,均属此类病机,皆以气分热炽为主。叶天士在《温热论》中说:"其有舌独中心绛干者,此胃热心营受灼也","再论其热传营,舌色必绛,……初传绛色中兼黄白色,此气分之邪未尽也"等,都是对气分热邪渐及于营分病机的阐发。

卫营同病 亦称卫营合邪。系卫分病邪未解,而邪热又盛于营分,或伏热内发于营分,又兼有卫分表证,亦属表里同病之一种。多因于感邪较重,传变急遽。症见发热微恶风寒,头痛,少汗,口不渴,心烦溺赤,舌赤少苔,脉浮细而数,即既有邪郁卫分之表证,又有营热炽盛、营阴暗损的营分证。

所以营分病机以营热炽盛、营阴耗损和营热扰心为其主要的病理变化,并以营阴与心包为其主要的病变部位;它既有邪热炽盛的一面,又有正气不足、阴津亏乏的一面。而以身热夜甚,心烦,舌质红绛和脉细数等为主要的临床特征,尤以舌绛为特点。故叶天士《温热论》中指出:"其热传营,舌色必绛","纯绛鲜色者,包络受病也。"营分介于气分和血分之间,举凡热邪已过气分而尚未进入血分者,均属营分病变范围。至其转归,或愈于营分,或初入营分不久,邪陷不深,气阴亏伤不甚,经适当治疗后有转出气分而解者,后者称之为"透热转气"或"透营转气",为病情由深转浅,自里出外和由重转轻的表现,预后亦良。此为病机病情演变转化的转折关键。如既不能转出气分,又不愈于营分者,则将进一步向里传变而深入血分。

血分病机 血分病变多从营分传变而来,或由气分直接传入,也有伏气温病初起即发于血分者。邪热入血以后,主要病变是血热炽盛,耗血动血,心神受扰和肝肾阴伤。临床表现有身热躁扰,昏狂谵妄,上下失血,斑疹显露,舌质深绛或紫绛,以及痉、厥、闭、脱等各种重危症状,是温热病过程中最为深重的阶段。由于营与血的关系极为密切,邪既入血分,无有不伤及营分的。因此,可以说,血分病变就是营分病变的进一步加深和发展。

热深动血 邪热传入血分,多已化火成毒,致血热炽盛,逼血妄行,火毒燔灼,损伤血络,阳络伤则血从上溢,发为衄血、咯血和吐血,溢于肌肤则为发斑,阴络伤则血从下溢,发为便血、尿血和非时经血;心主血藏神,血热扰心,逼乱神明,则发为躁扰不安,神昏谵妄,甚则发狂;血热散于营分,则见身体灼热,入夜尤甚;血为热瘀,加以津伤血少,致血行涩滞,故舌质深绛、紫绛,甚则舌见瘀点,斑色紫黑。

热与血结 热入血分,每可导致血行瘀滞,其机理有三:①热盛伤津耗营,以及耗血失血,致血量减少和稠粘而流行不畅。②热盛伤气,气伤血瘀。③素有瘀伤宿血,如跌扑内伤、妇人停经等。在此基础上,邪热与瘀血互相搏结,即成热与血结,或称瘀热互结。搏结部位最常见者为胸膈和少腹,前者即为"血结胸",后者即成"下焦蓄血"。妇人热入血室之邪热与瘀血相结者,亦属此范围。其临床特征为舌色紫黯、青紫,或舌现瘀斑,脉沉实或沉涩,瘀血上冲心包则神昏,甚则如狂、发狂。如结于胸膈者,则有胸中刺痛、窒闷或胸胁窜痛;结于少腹者,则可见

少腹坚满硬痛，或按之作痛，大便色黑，小便自利等。后者实为热伤阴络，络血外溢，瘀蓄肠道，血热搏结于肠胃而成。吴又可《温疫论》述蓄血之病机是"邪热久羁，无由以泄，血为热搏，留于经络，败为紫血，溢于肠胃，腐而为黑"而成。并指出："小便不利，亦有蓄血者，非小便自利，便为蓄血也。"

热入血室是指妇人于月经期间，热邪乘虚内陷胞宫，与血相结，致月经中断，或热入营血，蒸迫血室，逼血妄行，致月经未当期而至之。在《温疫论》、《温热论》、《湿热病篇》均有论述。其本质仍属热深动血或热与血结一类病变，故除经行失常，或有少腹满痛，身重胁痛外，其他见症则与前述两者基本相同。王孟英在《温热经纬》中总结其形成机理有：经水适来，因热邪陷入而搏结不行者；经水适断，邪乃乘血舍之空虚以袭之者；邪热传营，逼血妄行，致经未当期而至者，可谓既全面，又明晰。

血热动风　肝藏血主筋，血热炽盛，淫热于肝，燔灼于筋，致筋脉牵引拘急，发为手足抽搐，四肢拘挛，颈项强直，牙关紧闭，两目上视，甚则角弓反张等肝风内动之象。同时，每因邪热内炽，阳气闭郁不达于四末，而致四肢厥逆者；以及邪热上扰，神明内闭，致神识昏狂，而成痉厥并见者。严重者，亦可成邪气内闭，正气外脱。由于血热燔灼，肝经热炽，而致身热壮盛，舌干绛或红燥，脉象弦数者亦常见之。总以肝热动风为病机中心。

虚风内动　邪热久羁，伤津耗阴，营亏血损，致肾水不能涵养肝木，肝无所养，筋失濡润，虚风上扰内窜，发为手足蠕动，眩晕震颤，或见筋惕肉瞤。故《重订通俗伤寒论·六经方药》何秀山说："血虚生风者，非真有风也，实因血不养筋，筋脉拘挛，……类似风动，故名曰内虚暗风。……温热病末路多见此症者，以热伤血液故也。"此外，由于阴血严重亏耗，神失所养，而见低热消瘦，齿燥唇焦，脉虚神倦，舌干红少津，或舌绛无苔者，无不由于肝肾阴伤所动之虚风使然，与上述肝经热盛动风之属实者大不相同。

真阴耗伤　邪热稽留血分，深入下焦肝肾，劫灼肝肾真阴，致精血亏损，真阴耗伤，各依邪热的多少与阴液耗伤的程度不同而出现以下三种病变：①阴虚火炽，心肾不交。即邪热深入少阴，肾阴已伤而邪热仍甚，肾水下亏，不能上济于心，心火上亢，不能下交于肾，阴愈虚而火愈炽，火愈亢而阴愈伤，致心肾不交，水亏火炽，而现身热口干，两颧烘热，心烦不得卧，舌红苔黄，脉细数等。此即《温病条辨》中说的"少阴温病，真阴欲竭，壮火复炽"，和"阳亢不入于阴，阴虚不受阳纳，阴阳各自为道，不相交互"之证。②真阴大伤，邪少虚多。或见热邪留连，身热不甚而稽留，发为潮热及五心烦热；或见阴精不能上承，而口舌干燥，耳聋失聪；或见阴血失于濡润，而形体枯槁，皮肤干皱，唇焦齿燥，舌枯舌痿，目陷睛迷；或见正气虚衰，神失所养，而精神疲惫，神气虚羸；或见肾水不能上济于心，兼以心阴大伤，血不养心，心气失养，心阳亦衰，而有心悸，憺憺大动，甚则心痛；或见阴不敛阳，心阴伤而心气亦伤，而脉来虚大、细数，甚则细促、结代等。凡此皆为邪热已退居次要地位，而以阴精亏耗为其病变的关键。③肝肾阴伤，水不涵木，血不养筋，而致虚风内动。

阴虚气脱与阴竭阳亡　温热病邪虽最易伤阴耗液，也能损阳亏气（尤以湿热病为然），故临床所见，或气阴两伤，阴阳俱匮；或液伤及气，阴损及阳；或血伤气脱，精竭神衰。揆其原因，有邪热久羁，致阴伤及阳而阴竭阳越者；有湿热稽延，湿邪内盛，过用清凉苦寒，致阳气困惫者；有误汗误下，过汗过下，致汗出不止，泻利频作，以及剧烈吐泻与失血过多，致气随液脱或气随血脱者。是以亡阴、亡阳为其临床的具体表现。亡阴的具体表现是：手足温暖，汗出热粘，面色潮红，烦躁不安，口渴饮冷，舌红绛不泽或干萎，脉细数躁疾，按之无力。亡阳的主要表现为：面色苍白，手足厥逆，汗出清冷或大汗淋漓，口不渴，欲得热饮，神气衰惫，蜷卧息微，舌淡润不华，或口唇紫绀，脉微细或沉微欲绝；甚至可见神昏便遗，乳缩阴缩等阳气暴脱诸证。叶天士《温热论》说："若脉急疾，躁扰不卧，肤冷汗出，便为气脱之证矣"，《温病条辨》说："热邪久羁，吸灼真阴，或因误表，或因妄攻，神倦瘛疭，脉气虚弱，舌绛苔少，时时欲脱者"，均属于此种病机。由于阴阳互根，阴竭则阳无所依附而散越，阳亡则阴无以化生而枯竭，阴阳离决，精气乃绝，故亡阴亡阳常多同时出现，或于亡阴之后迅即出现亡阳，难以截然分开，仅有先后主次之不同耳。

总之，血分病机，以血热炽盛和阴血耗伤为基本病理演变，而有虚实之分。实证因于邪热的亢盛，而正气尚未虚衰，阴液尚未过度伤耗，如由血热炽盛而致的动血、血结、动风诸证皆属之。虚证则因于阴血的伤损，正气的虚衰而致，真阴耗损、虚风内动和阴竭阳亡等皆属之，而重点尤在于肝肾阴精的亏损。其中又有虚中夹实、实中有虚与虚实互见等不同的病理变化。除伏气温病初起发于血分者有转出气分可能外，一般或愈或止于血分，并且尚有邪热已去，而由于阴精的亏竭与正气的消亡，竟成不良转归者，这是不同于卫分、气分和营分病机的独特之处。

卫气营血病机的相互传变　卫分、气分、营分、血分的病变机制，不仅反映了它们本身在温热病过程中的病理生理变化，也反映了它们所连属的脏腑经脉的病理生理变化。卫分病变，为温病的初起，邪在卫表或肺卫，病位最浅，是邪气初袭，卫气被郁，正气起而抗邪的反映，为时亦较短暂。气分病变，为病邪人里，邪热亢炽，但正气充盛。奋力驱邪，正邪交争，仍可驱邪外出的阶段。营分病变，为病邪又深入一层，但正气尚未大伤，治疗得当，犹可转出气分而解。血分病变，是病邪更加深入，而且消灼阴精，伤残正气，邪实正虚，已到了气阴两竭的地步。所以卫分病最为轻浅，气分病较重，营分、血分更为深重。就病位言，卫分病变，主在肌表、肺卫；气分病变，主在太阴、阳明与胸膈、胃肠和胆等脏腑；营分、血分病变，则已

深入营血与肝、肾、心和包络等重要器官。就损害言，卫分、气分，多为脏腑气机的影响和气、津的亏伤；而营分、血分，则除脏腑功能的影响外，气血精液等实质的损害，尤为严重。

至于卫气营血病机的相互传变，常以病邪的性质，感邪的轻重，体质的强弱和治疗的得当与否而定。常见的传变方式有如下几种：①顺传：即自卫分传入气分，自气分传入营分，再由营分深入血分，这就是叶天士《温热论》说的“卫之后，方言气；营之后，方言血”的传变规律；或由上焦气分传入中下二焦者，亦谓之顺传。它反映了病邪由浅而深，病情由轻而重的发展过程，临床上最为常见。②逆传：即病邪自卫分不经气分而直接传入营分和内陷心包，或由卫分、气分直接深入血分。③起病即发于营分、血分，而后转出气分，此种多见于“伏气温病”，即《温热经纬》王孟英所说：“若伏气温病，自里出表，乃先从血分而后达于气分。不比外感温邪由卫及气，自营而血也。”这种传变过程，反映了病邪由里达外，病情由重转轻的发展变化。除上述常见传变方式外，也有卫分未罢，即已出现气分或营分病变，而呈卫气同病和卫营同病的；也有气分未解，即已出现营分或血分病变，而呈气营两燔、气血两燔的；更有感邪深重，发病暴急，邪热充斥表里内外，卫气营血病变同时出现的。所以卫气营血的病变机制，并不是一成不变和孤立存在的，总以邪正的消长进退为契机。

此外，由于病邪和病类的不同，其病机传变规律又各有所异。例如在温热类和湿热类温病，其卫气营血各阶段的病理变化与传变方式，均极不一致；有只现卫分病变，而不传入气分的；有到气分阶段即停止发展，而不出现营、血分病变的；有发病后迅即进入营、血，或一开始即发于营分、血分的。

卫气营血的病变机制，总是以相应的舌脉症状反映于临床，因此，掌握其临床表现特点，是认识、判断卫气营血传变的必要手段。概括起来，卫分病变的表现特点是：发热，微恶风寒，口微渴，脉浮数；气分病变的表现特点是：壮热，不恶寒，反恶热，口渴，苔黄；营分是：身热夜甚，心烦，斑疹隐隐，舌红绛，脉细数；血分是：身热躁扰，出血见症或发斑，舌深绛。在卫分、气分，一般无神志症状，即或有亦甚轻，虽有舌苔的异常，而舌质尚无明显改变；到营分、血分，则多有神志昏狂甚至昏迷不醒，舌质改变明显而少苔或无苔。《温热经纬》引章虚谷说：“凡温病初起，发热而微恶寒者，邪在卫分；不恶寒而恶热，小便色黄，已入气分矣；若脉数舌绛，邪入营分；若舌深绛，烦扰不寐，或夜有谵语，已入血分矣。”这是很简明扼要的概括。

三焦病机

三焦病机是指温邪导致的上焦、中焦、下焦所属脏腑的病机变化，包括温病的发生、发展、传变及转归。阐明三焦所属脏腑病机变化及辨证施治的学说，称三焦病机学说。三焦部位的划分，上焦包括手太阴肺、手厥阴心包、胸膈等。中焦包括足太阴脾、足阳明胃、手阳明大肠。足少阳胆及膜原亦归属中焦。下焦包括足少阴肾、足厥阴肝。手少阳小肠、足太阳膀胱等亦归属下焦。三焦病机与脏腑病机的区别，在于三焦病机不仅仅反映三焦所属脏腑、部位的病机变化，还能基本概括温病过程中的动态变化及其分期，一般而言，温病是始于上焦，终于下焦，即上焦的病变属温病的初期，中焦病变属于中期，下焦病变属于后期。三焦所属脏腑的病机变化所产生的临床症状，是温病辨证论治的依据，故研究三焦的病机变化有着重要的意义。

三焦学说导源于《内经》、《难经》，发展于温病学派，尤其为清代温病学家吴瑭所倡导。《内经》、《难经》首用三焦概念将胸腹腔分为上、中、下三部，即胃上口至胸膈为上焦，胃中脘位处中焦，回肠、膀胱居于下焦。如《灵枢·营卫生会》指出：“上焦出于胃上口，并咽以上，贯膈而布胸中”，“中焦亦并胃中”，“下焦者，别回肠，注于膀胱而渗入焉。”《难经·三十难》也指出：“上焦者在心下，下鬲，在胃上口”，“中焦者，在胃中脘，不上不下”，“下焦者，当膀胱上口”。同时，《内经》、《难经》论及了三焦功能。如《灵枢·营卫生会》说：“上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎。”《难经·三十一难》进一步指出上、中、下焦在物质代谢过程中的不同作用。如上焦“主内而不出”，中焦“主腐熟水谷”，下焦“主分别清浊，主出而不内，以传导也”。汉代对三焦的研究已广泛涉及具体的病机变化，如张仲景《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》说：“热在上焦者，因咳而为肺痿；热在中焦者，则为坚；热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通，”即指出肺居上焦，其受热而咳，久则成痿。脾胃居中焦，热则大便燥实坚硬。肾与膀胱居下焦，热在下焦则尿血，小便淋秘不通。隋代巢元方《诸病源候论·虚劳三焦不调候》提出：“上焦有热则胸膈痞满，口苦，咽干”；“中焦有热则身热，目黄”，“下焦有热则大便难”。唐代孙思邈《千金要方》专立三焦脉论和三焦虚实论，进一步指明了三焦所属脏腑的划分，指出上焦“主手少阳、心肺之病”，中焦“主脾胃之病”，下焦“主肝肾之病候也”（《千金要方·三焦虚实论》）。到了学术争鸣蓬勃开展的金元时期，对三焦病机的研究日益深入，例如刘完素不仅从多方面论述了外感、内伤疾病的三焦病机变化，他还依据三焦部位作为外感热病的分期，即上焦为其初期，中焦、下焦分别属于中期和后期，如他在《保命集·小儿斑疹论》中称：斑疹“首尾不可下，首曰上焦，尾曰下焦。”首曰上焦者，指疾病的初期，尾曰下焦，即疾病的后期。在治疗上刘氏还提出上焦热而烦者宜牛黄散；上焦热无他证者宜桔梗散。中焦湿热宜藿香、厚朴、白术、陈皮之类；中焦实热宜栀子黄芩汤、三黄汤，大便秘者宜大黄牵牛散。病在下焦肾肝宜养血益阴。这就孕育了三焦辨证的雏

形。元代罗天益将热病按三焦分治,如《卫生宝鉴·名方类集》指出:"上焦热凉膈散、龙脑鸡苏散、洗心散;中焦热调胃承气汤、泻黄散、贯众散;下焦热大承气汤、三才封髓丹、滋肾丸。"这是运用三焦辨证的重大发展。清初医家喻嘉言强调病邪的三焦定位及三焦分治的原则,他在《尚论篇·详论温疫以破大惑》中说:"然从鼻从口所入之邪,必先注中焦,依次分布上下",且指此为"三焦定位之邪也"。在治疗上他提出"上焦如雾,升而逐之,兼以解毒;中焦如沤,疏而逐之,兼以解毒;下焦如渎,决而逐之,兼以解毒"等原则,丰富了三焦辨证理论。清代温病大师叶桂,在创立卫气营血辨证的同时,还辅以三焦辨证,如在《临证医案》中记有"上焦不解,漫延中下","上中下三焦交病"等。继叶氏之后,著名温病学家吴瑭系统论述了三焦所属脏腑的病机及其相互传变规律,并确立三焦辨证论治纲领,至此三焦辨证臻于完善。

上焦病机　上焦病机包括手太阴肺、手厥阴心包及胸膈的病机变化。

温邪犯肺　肺开窍于鼻,吸入之邪先犯于肺。手太阴肺的病机变化因温邪性质不同而各异。①风热犯肺:风热袭肺,肺气郁而不宣,卫之司开合、温肌肤功能失司,则见发热而恶风寒。肺气失于舒转,周行气阻,则头身疼痛。肺气失于肃降,则咳嗽胸闷。若风热拂郁日久,化热化火,壅塞肺气,甚则肺气闭郁,则见高热、汗出、口渴、咳嗽、喘促等。邪热壅肺不解,肺金受刑,木无所畏,则风从内生,而见抽搐、痉厥等,此即《温热经纬·陈平伯外感温病篇》所称之"金囚木旺"。②暑热乘肺:暑性酷烈,乘肺而耗散元气,即《素问·举痛论》所称之"炅则气泄"。阳气发泄太盛,则见身热、息高,内虚不司留恋,则津液外泄,汗大出,汗后畏寒,倦怯乏力,脉浮大而芤。暑热逼迫,肺络损伤,经血沸腾,血循清窍上溢,出现咯血,甚则口鼻喷血,称为暑瘵。如《温病条辨》上焦篇说:"暑温寒热,舌白不渴,吐血者,名曰暑瘵,为难治",其预后严重。③湿阻上焦:湿热初袭,肺卫受病。肺气失宣,外则湿郁卫表而恶寒,身热不扬;内则肺之敷布之机失常,水津蕴结,化为湿浊,闭郁气机,则见胸脘痞满,不饥不食,舌苔厚腻等。④燥热伤肺:燥热犯肺,肺津燥伤,无以滋气,肺气失于润降,则见咳嗽少痰,咽干鼻燥等。⑤化源欲绝:是指肺不上气,生气之源耗竭的病机变化。肺吸纳天气,复与水谷精气结合,积于胸中,名曰宗气。宗气上出喉咙以司呼吸,通过心脉布散全身。若肺受邪乘,呼吸功能受其影响,清气难于吸入,浊气难于呼出,内外格拒,宗气形成障碍,不司呼吸、营养,危及脏腑功能,则出现种种危重表现,如喘促、鼻煽、汗出如涌,脉散乱等,即吴瑭所说:"汗涌、鼻扇、脉散,皆化源绝之征兆也。"化源欲绝是一综合征,凡温邪犯肺,病变严重者皆可导致,例如温邪灼肺,火热蒸迫,腠理开疏,津气外泄,以气散不能摄津,津伤不能敛气,而致津气两脱,化源速绝。火热逼迫,肺络损伤,经血沸腾,离经妄行,瘀阻闭塞气道,清浊气出入俱废,除具化源绝的基本证候外,兼见咳唾血水,甚则面色反黑,口鼻溢血,脉七八至以上,窒息死亡。王士雄谓"此是闭塞,故关窍不通"(《重庆堂笔记·雄刊》),吴瑭说:"咳而衄、邪闭肺络,上行清道,汗出邪泄可生,不然则化源绝矣。"(《温病条辨·原病篇》)化源绝病变严重,病情危重,病死率高。

热郁胸膈　胸膈居心肺之下,胃腑之上,系上焦部位。温邪初人气分,抑阻胸膈,气机受遏,热郁不宣,而见身热,心烦懊憹,胸闷,坐卧不宁,苔黄等,此即王士雄所称:"气贵流通,而邪气扰之,则周行气滞,失去轻虚灵动之机,反觉实矣。惟以轻清,则正气宣布,邪气潜消,而窒滞自通。"(《温热经纬·湿热病篇》)若热郁化火,焚灼胸膈,则见身热不已,胸膈灼热如焚,烦躁不安,唇焦咽燥,口渴,便秘等。

邪陷心包　邪陷心包是指温邪内陷,包络机窍阻闭,出现以神志异常为主要表现的病机变化。症见神昏,胸腹灼热,四肢厥冷,舌蹇,舌绛等。温邪内陷途径有多种,有温邪犯肺,逆传心包者;有从表入里,渐传心包者;有邪热不分表里渐次,直中而径陷心包者。邪陷包络,逼乱神明,则神志异常,一般为神昏谵语,严重者则昏愦不语。热郁膻中,阳气布达失司,故胸腹灼热,而四肢厥冷。心主血属营,邪陷心营,热灼营阴,故舌质红绛。邪陷心包除具上述基本表现外,则因病变性质、程度及兼夹之邪不同,而临床表现有区别。①热闭心包:指温邪化热,内陷心包,逼乱神明的病机变化。症见高热,神昏,肢厥,舌蹇,舌绛鲜泽等。②痰热闭窍:系温邪化热,煎熬津液为痰,痰热相搏,内闭机窍;或平素心虚有痰,外热一陷,里络就闭,致心窍闭塞。症见身热肢厥,神昏痰鸣,舌绛苔垢等。③瘀热闭窍:指邪传营血,炼血为瘀,瘀热相搏,闭阻心窍,或因胸膈素有瘀伤宿血,夹热而搏,闭塞心孔的病机变化。症见身热,肢厥,神志如狂,唇紫甲青,舌质紫晦等。痰热、瘀血闭窍临床多见,故何秀山说:"热陷包络神昏,非痰迷心窍,即瘀塞心孔。"(《重订通俗伤寒论·六经方药》)④内闭外脱:指邪闭心包,阳气外脱的病机变化。导致阳气败脱的原因有二:一为邪闭心包,销灼阴津,阴津消耗殆尽,阴不系阳,则阳气外脱;二是邪闭心包,致心气不与肺气顺接,阴阳相互脱离,正如俞根初说,邪闭心包"若不急开其闭,或开闭不得法,必致心气与肺气不相顺接,而其人肤冷汗出,躁扰不卧,脉细而急疾,便为气脱之症矣"(《重订通俗伤寒论·六经方药》)。由内闭演变到外脱,是两个不同的病机变化过程,临床表现有别。邪闭心包,症见身热、神昏、肢厥、舌蹇、舌绛等,至阳气外脱时,则热势骤退,肢体皆厥,昏愦如迷,面色苍白,舌淡无华,脉沉细无力,濒于死亡,其治则,前者以开通为急,后者以固敛为要。两者的区别,见下表。

湿蒙心包　是指气分湿热蕴蒸,酿成痰浊,蒙蔽包络的病机变化。症见神志昏糊如蒙,时清时昧,似醒似寐,舌苔垢腻,舌不红绛。因痰湿外蒙包络,心神受其蔽扰,

邪闭心包与内闭外脱的鉴别

	病 机	神志	肢体厥冷	舌 脉	治 则
邪闭心包	温邪内陷，包络机窍阻闭	神昏谵语	四肢厥冷，一般冷不过肘膝	舌红绛脉细数	以开通机窍为急
内闭外脱	邪闭阴伤，阴阳离决；邪闭心包，心气不与肺气相顺接	昏愦如迷	肢体皆厥	舌由红绛转淡；脉沉伏	以固敛阳气为要

故神志昏糊；邪热未深入营血，包络机窍未被阻塞，气血周行尚属正常，阳气布达，能职司温煦，故四肢不厥冷。气分痰热交蒸，上泛于舌，故见舌苔垢腻而舌质不绛。湿热酿痰蒙蔽包络，有热偏盛和湿偏盛的区别。其热偏盛者，症见身热较盛，舌苔黄而垢腻。若湿从燥化，热入营血，也可导致包络机窍内闭，甚至内闭外脱而死亡。其湿偏盛者，症见身热不扬，倦怠嗜睡，好向壁卧，不欲见光明，如痴如醉，舌苔垢腻等。痰湿秽浊偏盛，可因机窍阻塞而死亡。

湿蒙心包与热闭心包是性质完全不同的两种病机变化，前者因于湿热所致，后者纯系热邪为患；前者病在气分，后者已入血分；前者为痰湿蔽于包络，后者为热邪闭塞心之机窍；前者心神因湿热所蔽扰，后者心神为热邪所逼乱；前者湿浊上泛于舌而苔垢腻，后者营血受灼而舌质红绛。石芾南云："邪传心包，神昏谵烦，亦须辨舌苔，如舌苔黄腻，乃属气分湿热内蒙心包……；更有邪传包络，化燥伤阴，神昏谵妄，舌赤无苔，此证与前证同一神昏而虚实相反，前系舌苔黄腻，湿热明征，此系舌赤无苔，伤阴确据。"（《医原·湿气论》）

湿蒙心包与热陷心包的比较

	病因	病 理	神志异常	肢厥	舌 象
湿蒙心包	湿热酿痰	病在气分，系湿热酿痰外蔽包络	较轻，时清时昧，似醒似寐	不厥	舌苔垢腻，舌不红绛
热陷心包	热邪内陷	病在营血，系热邪内陷，包络机窍阻闭	较重，神昏谵语，甚至昏愦不语	厥冷	舌质红绛

中焦病机 包括足阳明胃、手阳明大肠以及足太阴脾的病变。

阳明热炽 指邪热入胃，邪正剧争，里热蒸迫的病理变化。足阳明胃为燥热之经，多气多血，喻为十二经之海，五脏六腑皆从其禀受。因其阳气旺盛，故非邪胜而难入侵。邪热入胃，正气奋起抗邪，邪正剧争，里热蒸迫，外而肌肉，内而脏腑，无不受其熏灼，故见壮热、大汗出、心烦、面赤、口渴引饮、脉洪大而数等。因熏蒸之热未曾结实，故复称这种病理变化为散漫浮热或无形热盛，正如何秀山说："胃为十二经之海，邪热传入胃经，外而肌腠，内而肝胆，上则心肺，下则小肠膀胱，无不受其熏灼，是以热汗烦渴……，但尚为散漫之浮热，未曾结实，邪既离表，不可再汗，既未入腑，不可早下。"（《重订通俗伤寒论·六经方论》）

阳明热结 阳明热结又称热结肠腑，系指邪热结聚糟粕搏结，耗伤阴津，肠道传导失司的病理变化，症见日晡潮热，神昏谵语，大便秘结，或热结旁流，腹部硬满疼痛，舌苔黄燥，脉沉实有力等。里热结聚，复得天热之助，故发热日晡益甚；胃肠邪热扰乱心神，故神昏谵语；热结津伤，传导失职，故大便秘结不通，或所饮之水从燥结旁流而下利稀水；肠道燥热搏结，气机受阻，故腹部硬满疼痛；腑实津伤，则舌苔老黄而干燥。脉沉实有力系肠腑热结。热结肠腑日久不愈，津气欲竭，则预后极差。因腑实未去，故仍见身热、便秘、腹满等症；气阴两伤，则口干咽燥、倦怠少气、舌苔黄燥或焦黑等；元气欲脱，心神失守，可见循衣摸床，撮空理线，筋惕肉瞤，肢体振战，目中不了了、脉象沉弱等。元气几微，则命在旦夕。

阳明蓄血 是指邪结肠腑，久羁不解，损伤肠络出血，血溢肠间，而致肠腑蓄血的病机变化，正如吴有性说："尽因失下，邪热久羁，无由以泄，血为热搏，留于经络，败为紫血，溢于肠胃，腐为黑血，便色如漆。"（《温疫论·蓄血》）症见身热夜甚，神志如狂，大便色黑等。吴有性还称胃肠蓄血多，膀胱蓄血少，胃肠蓄血从攻下化瘀治疗。

湿滞肠腑 是指湿热与肠道饮食积滞搏结，导致肠道传导失职的病机变化。症见身热，烦躁，胸闷脘痞，腹痛不食，大便溏垢如败酱，便下不爽，舌赤、苔黄腻或黄浊，脉滑数等。湿滞肠腑多为膜原湿热秽浊，经三焦而内陷胃肠，复与肠中糟粕积滞相互胶结所致。肠腑湿热积滞交蒸，上则清窍壅塞，心窍闭阻，下则腐肠灼液，使脂膜败坏，病至危殆。

湿郁气结 湿郁气结是指肠道湿邪内阻，气机郁结，传导失常的病机变化。症见神昏窍阻，少腹硬满，大便不下等。湿热久郁，肠道气机郁阻，故少腹硬满。大便不通非燥屎或湿热积滞内搏，故腹虽硬满，但很少疼痛。此即《临证指南医案·湿》说："至小腹硬满，大便不下，全是湿郁气结。"湿郁气结，浊湿不化，弥漫气分，蔽郁清窍，而致神昏。可见湿郁气结与湿滞肠腑的病机不同。

湿邪困脾 是指湿邪困郁脾气，使脾之升运功能失常的病机变化。症见身热不扬，脘痞腹胀，恶心呕吐，口不渴，或渴不欲饮，或渴喜热饮，大便溏泄，小便混浊，苔白腻，脉濡缓等。此病机的形成，或为膜原湿浊传归于脾，或为湿邪直犯中焦所致，即章虚谷说："始受于募原，终归于脾胃。"热为湿郁而身热不扬；湿邪闭郁气机而见脘痞腹胀；脾失升清，津液不能上布，则见口不渴，或渴不欲饮，或喜热饮；湿浊趋下，则大便溏泄；脾失升运，则胃失和降，故见呕恶。

湿热中阻　指湿热交蒸，郁阻中焦脾胃的病机变化。症见发热，汗出不解，口渴不欲多饮，脘痞呕恶，心中烦闷，便溏色黄，小溲短赤，苔黄滑腻，脉滑数。湿热中阻多为湿热俱盛或热偏盛而郁阻脾胃。湿热缊蒸而发热，湿热相蒸之汗，其热不能随汗而退；热盛津伤则口渴、小便短赤；邪热扰心则心中烦闷；热虽盛而湿犹内阻，故伴见脘痞、呕恶、大便溏薄等。

湿伏募原　是指湿热秽浊之邪从口鼻而人，始客于募原，湿热郁伏不达的病机变化。症见寒热往来，寒盛热微，身痛有汗，手足沉重，呕逆胀满，舌苔白厚腻浊，脉缓等。募原外通肌肉，内近胃腑，系三焦之门户，实一身之半表半里，为湿热秽浊之邪初犯的主要部位。初侵之邪盘据募原而不即发，若遇饥饱、劳倦、忧思、气怒等，使正气受伤而不制邪，邪气始得张溢而发病。邪正反复交争，出入于半表半里，故见寒热起伏。邪伏募原，阻遏阳气，阳气不达，肌肤失于温煦而恶寒，阳气郁积，郁极而通，则恶寒暂解而见发热汗出。湿浊偏盛，阳气受郁亦甚，故恶寒较重而发热则微。募原湿浊外渍肌肉，使周行气阻，故肢体疼痛而沉重。秽浊内阻，气机失调，胃气上逆，故呕逆胀满。募原湿热秽浊之邪内溃，则传变于胃肠。

胆经热炽　指胆经郁热化火而犯胃腑，致胃失和降，液郁为痰的病机变化。症见寒热似疟，口苦口渴，烦躁，尿赤，脘痞呕恶，苔黄腻，舌红，脉弦数等。邪郁少阳胆，枢机不利，故寒热往来似疟。胆经郁热化火而致邪热炽盛，故口苦、烦渴、尿赤。胆热犯胃，胃失和降，津液郁积，化为痰浊，闭郁气机，则见脘痞、呕恶、苔黄腻等。此病机变化虽在胆经，但与少阳伤寒不同。胆经热炽多系暑湿之邪从口鼻吸收所致，兼有胃气郁滞，失于和降的变化，故病发即见脘痞不舒，不饥恶谷，呕恶苔腻等。而少阳伤寒，其里无根（不兼痰湿内阻），脾胃肠道无气机郁滞，故两者不同。

下焦病机　下焦病变部位包括手太阳小肠、足少阴肾、足厥阴肝。

热结液干　指小肠热结，耗竭津液，阴津干涸，泉源枯竭的病机变化，以无尿或少尿为主症。热结液干之无尿与膀胱气化功能失司之尿闭不同，前者病位在小肠，系津液耗竭，泉源枯涸所致，后者病位在膀胱，仅是气化功能障碍，虽排尿困难，而津液未必耗伤，故吴瑭说："温热之小便不通，无膀胱不开证，皆上游热结（指小肠而言），与肺气不化而然也。"（《温病条辨·中焦篇》）

泌别失司　是指湿热流注下焦，阻于小肠，小肠不行分清泌浊的病机变化。症见身热，小便不通，神迷，呕吐等。泌别失司的病变多由湿困中焦，蒙上流下所致，即薛生白说："湿多热少则蒙上流下。"（《温热经纬·薛生白湿热病篇》）湿热郁蒸，蒙蔽上焦心包而神昏；湿浊流下，泌别失调而小便不通；湿困中焦，脾失升运，胃气上逆而呕吐。泌别失司病变严重，若不急急救治，可因秽浊塞窍，心神内闭而死亡。

热灼肾精　指邪热久羁，传入下焦，耗竭肾精的病机变化。症见身热，神倦，颧红，手足心热甚于手足背，口燥咽干，耳聋，舌绛不鲜，干枯而萎，脉虚等。肾精耗损，虚热内生，故低热难退，伴见颧红、手足心热甚于手足背等；肾精内耗，精不养神而神倦；肾精不能上奉，清窍失养而耳聋，口燥咽干，舌绛不鲜干枯而萎等。肾精耗伤系邪少虚多，故其治则以扶正敌邪为主。

虚风内动　指热灼肾精，肾水亏虚不能涵养肝木和上济心火的病机变化。症见手足蠕动或瘛疭，心悸憺憺大动，甚则时时欲脱，形消神倦，舌干绛或光绛无苔，脉虚等。肝筋失于濡养，则虚风内生，故手足蠕动、瘛疭；肾水耗竭，心失水济，而见心悸，憺憺大动；肾精消灼，机体失养，而见形消、神倦。吴瑭解释其病机："心中动者，火以水为体，肝风鸱张，立刻有吸尽西江之势，肾水本虚，不能济肝，而后发痉，既痉而水难猝补，心之本体欲失，故憺憺然而大动也。"（《温病条辨·下焦篇》）虚风内动多由肾阴耗损发展而成，以肾水亏虚，心肝失济为特点。

三焦交病　三焦所属脏腑经络相连、气血相贯，其感邪后的病机变化亦相互联系，不能截然划分。

邪灼中上焦　常见的病机变化有：①痰热阻肺，腑有热结。症见痰涎壅盛，喘促不宁，潮热便秘等。②热灼胸膈，腑气不通。症见身热不已，胸膈灼热如焚，烦躁不安，唇焦咽燥，口渴，便秘等。③邪灼心包，阳明腑实。症见身热神昏，舌蹇肢厥，便秘，腹按之硬痛，舌绛，苔黄燥，脉沉实等。④余邪未净，肺胃阴伤。症见身热不甚，或不发热，干咳不已，痰少而粘，口舌干燥而渴，舌红少苔等。

邪灼中下焦　常见的病变有：①阳明腑实，小肠热结。症见身热，大便不通，小便涓滴不畅，溺时疼痛，尿色黄，时烦渴甚。②阳明腑实，肾精耗损。症见潮热便秘，神昏谵语，形消神倦，口燥咽干，舌苔焦黑起芒刺等，此即"土燥水竭"证，以阳明阳土，未有不克少阴癸水者，故腑实精伤不少见。

病及上中下三焦　病情严重，常见的病机变化有：①热毒充斥三焦。症见高热如焚，头痛如劈，骨节疼痛，神昏谵语，斑疹紫黑，吐衄血，小溲黄赤，舌苔焦黄起刺等。②暑湿弥漫三焦。症见身热，面赤耳聋，胸闷脘痞，下利稀水，小便短赤，咳痰带血，不甚渴饮，舌红赤，苔黄滑等。③湿热蕴毒，三焦受邪。症见发热口渴，胸痞腹胀，肢酸倦怠，咽肿尿赤，或身目发黄，苔黄而滑等。

三焦病机转归　上焦病变一般属于温病之发病初期，病位多在肺卫，病情较轻，其正气尚盛者，可使初犯之邪顿挫而不传变，邪从外解。其感邪多者，一是正不胜邪，邪自肺卫进而郁积于肺，肺受邪伤，轻则邪热壅肺而呼吸急促，重则不司呼吸，化源速绝而死亡。二是邪自肺卫径陷心包，扰乱神明，阳气外脱而死亡，此即《灵枢·邪客》所说："心者五脏六腑之大主也，精神之所舍也，其脏坚固，邪弗能容也，容之则心伤，心伤则神去，神去则死矣。"上焦温病之预后不良者（上焦死证），吴瑭归纳为：

"一曰肺之化源绝者死；二曰心神内闭，内闭外脱者死。"(《温病条辨·上焦篇》)中焦属温病的极期，邪正俱盛，若正气奋起鼓邪外出，则可渐趋痊愈，例如阳明热炽，津气未致大伤，可托邪达热而外解；又如，邪结肠腑，亦可出现腑通热解的局面。其正不胜邪者，可出现严重后果，例如阳明腑实，耗竭肾阴，则因土燥水竭而死亡。至于湿热类温病，多因秽浊塞窍而危及生命。因中焦湿浊流下，小肠不司分清泌浊，致秽浊闭塞尿窍；同时，湿与温合，蒸郁蒙蔽于上，蒙塞心窍，则神志昏迷。诸窍闭塞，脏腑功能活动停止，则使患者濒于死亡。吴瑭归纳中焦温病死证亦为二："一曰阳明太实，土克水者死；二曰脾郁发黄，黄极则诸窍为闭，秽浊塞窍者死。"(《温病条辨·上焦篇》)下焦温病属于病程的后期，一般是邪少虚多，若正气渐复，至正能敌邪，尚可逐邪外出而渐趋痊愈。若阴精耗竭殆尽，阴不敛阳，阳气外脱而死亡。吴瑭称："在下焦，则无非热邪深入，消铄津液，涸尽而死也。"(《温病条辨·上焦篇》)

三焦病机的相互传变　三焦病机的传变有顺、逆两种。

顺传　顺传指温邪始于上焦手太阴肺，传于中焦阳明胃，病邪下行而欲出的过程。王士雄说："自肺之胃腑，病机欲出而下行，故曰顺。"(《分类王孟英医案·风温》)又说："肺、胃、大肠一气相通，温病究三焦以此一脏二腑为最要。肺开窍于鼻，吸入之邪先犯于肺，肺经不解则传于胃，谓之顺传，不但脏病传腑为顺，而自上及中，顺流而下，其顺也有不待言者，故温热大便不闭者易治，为邪有出路也。"(《温热经纬·薛生白湿热病篇》)顺传系感邪较轻，正气尚盛，能逐邪外出，为预后较好的一种传变。

逆传　逆传指温邪始于上焦手太阴肺，传于上焦手厥阴心包的过程，叶桂提出："温邪上受，首先犯肺，逆传心包"(《温热经纬·叶香岩外感温热篇》)即指此而言。吴瑭亦说："肺病逆传，则为心包"(《温病条辨·中焦篇》)，王士雄称："若自肺之心包，病机渐进而内陷，故曰逆"(《分类王孟英医案·风温》)，又说："吸入之邪先犯于肺……若不下行于胃，而内陷于心包络，不但以脏传脏，其邪由气入营，更进一层矣，故曰逆传。"(《温热经纬·薛生白湿热病篇》)具体地分析了逆传的过程。逆传呈暴发性，来势凶猛，病情重笃凶险，预后差，多死亡于内闭外脱。

六经病机

六经病，即太阳病、阳明病、少阳病(合称三阳病)，太阴病、少阴病、厥阴病(合称三阴病)。它是在《素问·热论》六经分证基础上发展起来的六种病证的分类。

人体一切病证，都必然要从特定的部位表现出来，而其部位则有深有浅，有表有里，有经(经证)有腑(腑证)，有在胸中、在心下、在气、在血等不同，形成一个个不同的病理反应层次。这些层次的本身有阴阳之分，如在表为阳，在里为阴；在腑为阳，在脏为阴；在气为阳，在血为阴等。一个证候就是一个病理层次的阴阳失调的反应。三阴病和三阳病实际上就是六个大的病理层次的反应。所谓太阳病，属于人体肌表阴阳失调；阳明病是病在里，多涉及胸中胃肠；少阳病在半表半里，多涉及胆和三焦；太阴病的病位较深，多涉及脾胃；少阴病的病位更深，多涉及心肾；厥阴病则多涉及肝经。由此可见，六经病的顺序，是按病理反应层次深浅而排列的。这种排列顺序，反映出邪气和正气斗争双方力量对比和病情变化的关系，邪胜正衰则病进，病由表入里，由阳入阴；正胜邪衰则病退而愈，或从阴转阳。

太阳病机　太阳主人体全身肤表，而人体面积以肤表最为广阔，又是营卫循行充斥的场所，故有"太阳为一身藩篱"之称。外邪侵入肤表，使卫阳被遏，营阳郁滞，邪热盛于表位，即形成太阳病。《伤寒论》第4条说："伤寒一日，太阳受之"，故太阳病又含有疾病初期的意思。风寒外袭，营卫受邪，失其调和，是产生太阳病的基本病变。

营为阴，卫为阳，阴性沉降而静，阳性升散而动，两者充斥于一身之表，一升一降，一动一静，保持动态平衡，即正常的固外开阖的生理功能。所谓营卫受邪，失其调和，就是营或卫的某一方受到了致病因素的侵害，功能被其干扰，造成人体肤表阴阳升降失调的状况。风易伤卫，寒易伤营。风性属阳，寒性属阴。感受阳性(风)外邪，卫阳的升散功能势必增强而为之抵抗，形成卫强营弱病变。感受阴性(寒)外邪，则营阴的沉降性能增强而为之抵抗，产生营强卫弱的病变。风寒两感，便形成营卫俱实的病变。这就是成无己所谓"风并于卫"，"寒并于营"的道理(《注解伤寒论》)。

当卫强营弱之时，卫阳的升散性占优势，浮盛于外故发热；弱势的营阴其凝静性不足，不能内守，故自汗出，脉浮缓；自汗出后，卫阳部分散失，肌肤略失温煦故恶风，这便是所谓太阳表虚证。在营强卫弱之时，营阴的凝静性强于卫阳的升散性，卫阳被郁于肤表之内，不得发散于外以温煦，故恶寒；郁遏于内的阳气因不得外散而内郁故发热。营阴的沉凝性不断增加，则无汗，脉浮紧，并使躯体血行不畅，而产生头身骨节疼痛，这即是所谓太阳表实证。如风寒两感，既由营阴沉凝，恶寒甚而无汗；又因卫阳的不得外泄而内郁，故发热而烦躁，形成营卫俱实证。一般说，这就是太阳病初起的三种发病方式与病机变化。

太阳经为人体抵抗病邪的一道屏障。由于涉及面广，如因正气虚弱，邪气太盛，或治不得法，致使屏障溃决，经证不解，邪气内传，则可引起种种复杂的传变。

病邪随太阳之经而侵入太阳之腑，影响膀胱、小肠气化功能，气结水停，则形成以小便不利为特征的蓄水证；如邪热侵入膀胱、小肠血分，瘀热阻于下焦，即产生小腹鞕满、小便自利的蓄血证。

柯韵伯还指出："营卫行于表而发源于心肺，故太阳病则营卫病，营卫病则心肺病矣。"(《伤寒论翼》)心病则烦躁、心悸、逆满、狂谵；肺病则气喘、咳嗽。又说："太阳

病而脉反沉用四逆以急救其里，是太阳虚不能主外，又内伤真阳露出少阴底板；少阴病而表反热，用麻辛解其表，是少阴阳虚不能主内，外伤太阳之气，便假太阳之面目也。"（《伤寒论翼》）这就是所谓"太阳虚则是少阴，少阴实则是太阳"的道理，说明太阳少阴存在病势传变上的表里关系。总之，太阳病不解，其人正气旺盛，多传变为阳明；正气虚衰，则传变为少阴。

太阳病是人体最大的病理反应层次，其传变几乎涉及各个部位，如桂枝汤证类，外涉营卫肌腠，内干脏腑经络气血津液，为太阳病中最复杂的病变系统，所以列于太阳病之首。麻黄汤证类，位在肤表肺卫，栀豉汤证、陷胸汤证病位在胸中，泻心汤证、黄芩汤证的病位在心下、肠道；十枣汤证，病位在两胁，抵当汤证病位在少腹，五苓散证病位在膀胱等等，这些不同病位的病变各具阴、阳、表、里、寒、热、虚、实不同的性质，由此可见，太阳病的病机变化，是相当复杂的。

阳明病机　阳明包括手阳明大肠和足阳明胃经。阳明病位发生阳热病变，称为阳明病。故阳明病多从热化，并以里热、胃实为其病变的基本性质。

阳明病的传变由来有：①为太阳病失治误治，耗伤津液，胃中干燥，化热致实而成的，称为太阳阳明。②为少阳病误用汗、吐、下利诸法，以致胃津干燥而成的，称少阳阳明。③不因误治，乃邪热直犯阳明经，是为正阳阳明。说明阳明病变，是太阳病、少阳病的进一步发展。也有原发的，它总是疾病过程中阳热旺盛的一个病理反应。如邪热初入阳明分野，郁结胸膈之间，不得发越，则引起心神不宁，临床表现为虚烦不得眠，心中懊侬，甚至反复颠倒等。如邪热炽盛无已，将引起大热、大汗出、脉洪大，以致津液消烁而大烦渴不解，一般称之为阳明经证的病变。如邪热随经入腑，燥结成实，而呈现潮热、腹满、便秘、谵语等，则又属于阳明腑证的病变。

阳明与太阴互为表里，当疾病变化时往往互相影响。阳明邪热不解，若与太阴脾湿相合，则发生湿热蕴蒸的病变，可出现黄疸与小便不利等。阳明的基本病变虽为热实，但攻伐过早过猛，常可损伤脾阳而转为虚寒的太阴病变。故有"阳明虚则是太阴，太阴实则是阳明"之说。

少阳病机　少阳经包括胆和三焦，与厥阴互为表里，其经脉循人身之两侧，属于半表半里的病理反应层次。其外邻太阳、阳明，内近三阴，为病邪从外入里，由阳入阴，或自里出外，由阴转阳的枢机。邪正分争于表里之间，相持不下，致使枢机不利，是少阳病的基本病机。

少阳病变的由来，有邪自表而入者，有原发于少阳者。少阳病失治或误治，其传变的关键每决定于脾胃的虚实。故《伤寒论》第270条说："伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪，其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。"能食不呕，表明脾胃不虚，能抗拒邪气的内传，而不致侵入三阴。一般说，脾虚阴盛，则易入三阴之脏；胃实阳盛，则易传阳明之腑。如正气虚而邪气盛，病可自少阳逆传厥阴；厥阴阳复热盛，亦能转属少阳，为预后之佳兆。故有"少阳虚则厥阴，厥阴实则少阳"之说。

少阳经证的病变突出表现为枢机不利，但其具体病情有四。一是邪踞半表半里，正邪相争，势均力敌，入与阴争则寒，出与阳争则热，相持不下，故往来寒热。邪气壅滞于少阳经脉，故胸胁苦满。少阳胆木之郁，干犯胃腑，故嘿嘿不欲食而心烦喜呕。皆寒热两郁于少阳之位所致。此即小柴胡汤证。二是太阳表邪未尽解，病势已涉及少阳之域，形成太阳少阳并病，此即柴胡桂枝证。三是少阳病未解，邪热传入阳明之腑，形成少阳阳明并病，此即柴胡加芒硝汤证。四是由于枢机不利，热郁胸中不解，致使三焦水道受阻，下焦水饮不化，小便不利，形成水饮与热邪错杂于三焦之间的病机变化，此即柴胡桂枝干姜汤证。

少阳腑证的病变突出表现为热结胆腑，使胆气通降失利，故出现呕不止，心下急而痞鞕，郁郁微烦等症状。此即大柴胡汤证。胆腑居下，心下即腑下，腑以通为用，故虽呕不止而可下之。此与《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第209条所云："伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之"的病机不同，因阳明之呕吐，邪热在膈之上，未入腑，故不可攻。

太阴病机　太阴主脾，其位属里。脾气虚衰，运化无权，寒湿内盛，是太阴病变的基本性质。

太阴病的传变由来有：①为邪气直中太阴，寒伤于脾。②为太阳病误下，脾阳受伐，传变而来，正如《伤寒论》第279条所说"本太阳病，医反下之，因而腹时痛者，属太阴也。"③为阳明攻下太过，损伤脾阳所致，脾与胃以膜相连，太阴阳明互为表里，故太阴过用温燥，病可转属阳明，《伤寒论》第192条"伤寒，脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。太阴者，身当发黄，若小便自利者，不能发黄，至七八日，大便硬者，为阳明病也。"因而太阴阳明，往往互相传变，"虚则太阴，实则阳明"之说，临床上随时都可验证。如太阴病变不能及时控制，吐利不止，则亡阳液脱，则传入少阴、厥阴，病势就更加危重了。

少阴病机　少阴属心肾，统水火二气，为三阴之枢。病变发展到少阴阶段则心肾衰惫，阳气不振，阴血不足，病变的趋势是相当危重的。阳气不振则脉微；阴血虚衰，则脉细；阴阳气血不足，则神失所养，可发生疲惫模糊的"但欲寐"状态。故"脉微细，但欲寐"为少阴病的临床特征。少阴统水火，其病变有寒热之分，本体阳虚，病邪从水化寒，阴寒内盛，阳气衰微，可出现无热恶寒，踡卧厥逆，下利呕吐，脉微欲绝等一派寒化证。如寒盛之极，发生格拒，残存之阳气浮散于外，称为"格阳"，越于上称为"戴阳"，可出现面红、身热、躁扰等，统属真寒假热的病理变化。本体阴虚，病邪从火化热，虚阳上亢，则引起心烦、不得眠、咽痛、舌红、脉细数等一派热化证。虽从热化，毕竟是属于虚热。少阴病虽有寒化热化两种病变，但仍以阳虚为主，寒化居多，故寒化病变，特别是心肾虚衰，阴寒

内盛，是少阴病变的基本性质。故对少阴病变的预后，总以阴阳回复的情况而定。阳回则生，阳亡则死，阴竭亦死。如手足由厥转温，恶寒踡卧转为时烦欲去衣，下利清谷欲止，脉由阴象转为阳象，都是阳气回复之候，预后多良。如手足厥冷不回，下利不止，恶寒更盛，脉欲绝，大汗出，为阳气将脱之候；如下利虽止，病情不减，脉不至，反见眩冒是真阴内竭，预后不良。

少阴病的传变途径有三：一为素体阳虚，病邪直中少阴；二为它经失治误治传经而来；三为少阴热化转阳形成急下证，或寒化成厥，传入厥阴。

厥阴病机 厥阴包括心包和肝，为六经的最后一个病理反应层次。究其传变由来：①为寒邪直中，但较少见。②为太阴、少阴病势日甚，传变而至。③为少阳病虚衰的转化。

厥阴为两阴交尽，本阴而标热，既能寒极化热，也能热极化寒。故寒热的两极转化，实为厥阴的病机特征。

热厥是阳热盛极，拒阴于外。常见先发热而后厥，其热是真热，寒是假寒。寒厥为阴寒盛极，真阳衰竭，无阳以温四末所致。常无热而厥，或先厥后热，如阴盛格阳，残阳浮越，可出现面红、身热等症状，但其热是假热，寒是真寒。蚘厥为寒热错杂，蚘虫不安其位而窜动，扰乱气机致厥。

厥阴虽为两阴交尽之经，但心包与肝均有火，故于病变过程中，亦常出现寒热错杂的变化，特别是下寒上热，阴盛于下而寒，阳亢于上而热，寒于下则厥逆而下利不止；热于上则消渴而心中疼热。

临床上厥热胜复的表现，是厥阴病邪正消长，阴阳进退病理变化的主要反映。就热厥来说，初期是由于郁结于里，不能外散，故内热而外厥，热深厥亦深，热微厥亦微，称为厥热往来，此时不可以热与厥之多少论病之进退，也不可因热与厥的时间相等而判断其"必愈"。如后期逐渐出现寒多热少，厥热胜复，则为转向寒厥之象。

至于寒厥，是厥多热少，阳气不足，邪胜正虚，病变向严重方面发展的表现。厥与热相等，说明阳气已得到适当的恢复，其病当愈。厥少热多阳复太过，仍属正胜邪却，预后佳良。但厥无热，则是阴长阳消，邪胜正负，预后极为严重，所以有"厥不止者死"之说。

合病并病病机 疾病的变化发展常因人体邪正盛衰，脏腑虚实不同，而有不同的演变过程，六经病机是阐述疾病的一般病机变化，及其传变、转归，而合病、并病则是反映疾病多属性、多层次的复杂演变。在《伤寒论》中，两经同时发病者，称为合病；一经病未解，另一经又发病者，称为并病。合病并病与通常所谓"表里同病"，有同有异。所同者，皆有表里证；所异者，病因不同，"表里同病"多为卒病诱发痼疾，而合病并病则皆外感新邪引起。在仲景书中只有三阳病列有合病并病，于三阴病中未明确提及。但实际上合病并病不独三阳病存在，三阴病及三阴病与三阳病之间也普遍存在。诚如柯韵伯《伤寒论翼·合并启微》指出："病有定体，故立六经而分司之。病有变迁，更求合病并病而互参之。此仲景立法之尽善也。夫阴阳互根，气虽分而神自和。三阳之里，便是三阴，三阴之表，即是三阳，如太阳病而脉反沉，便合少阴；少阴病而发热，便合太阳；阳明脉迟，即合太阴；太阴脉缓，即合阳明。少阳脉小，是合厥阴；厥阴脉浮，是合少阳，虽无合并之名，而有合并之实……学者当于阴阳两证中，察病势之合与不合，更于三阳三阴中，审其证之并与不并。"大体三阳经之合病并病多属实证而有表里相兼之演变，三阴经之合病并病多属虚证而示深浅层次之病势，三阳经与三阳经之间的合病并病，则阴阳相错，虚实互见，病情更为复杂。

六经病的传变 影响六经相互传变的因素很多，病人体质不同，有无兼夹证或合并其他病证，是否失治误治，以及自然界气候的变异，各种疾病的特殊病程等，都可以影响到传变的性质和方向，使传变的形式变为复杂，而不一定按六经病的顺序传变。古代医家提出所谓"循经传"、"越经传"、"表里传"、"直中"、"不传"等，正是说明传变的复杂性。并没有固定的传变模式。无论影响传变的因素有多复杂，一般说来，邪胜正衰的传变规律是：由浅入深，自表传里，从阳转阴。正复邪衰的情况则与此相反，常由里出表，从阴转阳。如《伤寒论》190条"本太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也。"是汗不得法，病由太阳之表传变为阳明之里。290条"少阴中风，脉阳微阴浮者，为欲愈也。"是由阴转阳，故为将愈之机。

历代对六经病机之研究 自《伤寒杂病论》以降，历代医家对六经病机的核心各抒已见。如有以经络论者；有以脏腑及气机升降论者；有以六气论者；有以阶段论者；有以症候群论者。这些探讨对人们运用《伤寒论》六经辨证于临床实践都有较大之启发。现择其中讨论六经病机学说较有代表性者简介于下：

宋代朱肱著《类证活人书》，在第一卷开始即指出："治伤寒先须识经络，不识经络，触途冥行，不知邪气之所在。"并用经络循行以解释六经病证，如："足太阳膀胱之经，从目内眦上头连于风府，分为四道，下项并正别脉上下六道以行于背，与身为经。太阳之经为诸阳主气。或中寒邪，必发热而恶寒。缘头项腰脊，是太阳经所过处，今头项痛、身体痛，腰脊强，其脉尺寸俱浮者，故知太阳经受病也。"其余诸经亦均有类似论述。此外，朱肱还归纳了六经为病的主症，指出："太阳经：发热恶寒，头项痛，身体痛，腰脊强，脉尺寸俱浮。阳明经：身热，目疼，鼻干，不得卧，脉尺寸俱长。少阳经：胸胁痛而耳聋，口苦舌干，往来寒热而呕，脉尺寸俱弦。太阴经：腹痛，咽干，手足自温，或自利不渴，或腹满时痛，脉尺寸俱沉细。少阴经：或口燥舌干而渴，或口中和而恶寒，脉尺寸俱沉。厥阴经：唇青舌卷，烦满，囊缩，脉尺寸俱微缓。"他以经络学说来论证伤寒六经病机规律是有其正确的鉴识的，为后世提

出了纲领，创造了有利条件。此说颇得汪琥及徐灵胎的赞赏。后来，人们对以经络论六经的内容作了进一步分析，指出六经病机不仅与足经有关，而且应包括手经在内。但亦有人指出，张仲景之所以不提辨三阳三阴经病脉证并治，而提辨三阳三阴病脉证并治，因为六经病机已大大超出了仅仅从经络循行路径去理解其实质的范围。而后，成无己以经络论六经为立足点，结合《内经》中有关病因、病机、脏腑、气血等学说为《伤寒论》首先作注。

宋代刘河间首倡以六气论六经。他对运气学说中六气致病有较深入的研究，提出"六气皆可以化火"的见解。主张这一学说者，可以张志聪为代表。他从六气分析六经，以脏腑联系六气立论，认为："天有六气，地有五行，人秉天地之气而生，兼有此五行六气。"所以他主张学习《伤寒论》须从五运六气入手，方能得其要领。又说："三阴三阳，谓之六气。天有此六气，人亦有此六气。无病则六气运行，上合于天；外感风寒则以邪伤正，始则气与气相感，继则从气而入经。世医不明经气，言太阳便曰膀胱，言阳明便曰胃，言少阳便曰胆，迹有其形，亡乎无形，从其小者，失其大者。""所谓六经伤寒者，病在六气而见于脉，不入于经俞，有从气分而入于经者，十止二三。"由此可见，张氏所谓三阴三阳病者，多半是六经气化为病，是人体六气为病，而不是经络本身的病变。他为了论证这个观点而进一步指出："仲祖撰《伤寒论》，止论太阳之为病，曰脉浮，曰头项强痛，此首明太阳之气，有通体，有分部也。至于阳明之为病，曰胃家实，谓阳明主燥热之气也。少阳之为病，曰口苦、咽干、目眩，谓少阳之相火之气也。太阴之为病，曰腹满而吐，谓太阴主湿土之气也。少阴之为病曰脉微细，但欲寐，谓少阴有标本寒热之气化也。厥阴之为病曰消渴，气上撞心，心中疼热，谓厥阴从中见少阳之火化也。此皆论六气之化，本于司天在泉五运六气之旨。"从五运六气学说，结合脏腑气化功能论证六经病机是张氏研究《伤寒论》独到的发挥。伤寒之六经传变也与气化功能有关，伤寒病发生的最初阶段之所以多从太阳表寒证开始，就是因为太阳主皮毛而统卫气，为诸经之藩篱，寒邪由皮毛而入，故太阳之表首当其冲。至于其后，或不传，或传阳明，或传少阳，或传三阴，则应视病人脏腑气化功能状态而定。如胃气强，则能为三阴之外蔽，使三阴不致受邪，如胃气弱，则难免三阴不受其累。因此，伤寒之传与不传及往何经传变都与脏腑气化之具体情况有关，而不能拘于《素问·热论》所谓："一日太阳、二日阳明、三日少阳、四日太阴、五日少阴、六日厥阴"之说。清代黄元御亦甚赞同张氏之说。

高学山著《伤寒尚论辨似》则从脏腑论六经，明确提出："手太阳与手太阴同治皮毛之合，则肺部所辖之胸中，原为太阳阳气之公署。"其实，如太阳膀胱蓄水的少腹满、小便不利；阳明胃家燥热的大渴引饮；少阳胆火上炎的口苦、咽干、目眩；太阴脾脏虚寒的吐利不渴食不下，腹满时痛；少阴肾脏虚寒的脉微细，但欲寐，小便色白；厥阴肝脏虚寒的头痛干呕吐涎沫等等，都是与膀胱、胃、胆、脾、肾、肝等脏腑功能紊乱直接相关的。再如抵当汤所主治的少腹鞕满、小便自利，也可以说是病在手太阳小肠；承气汤所主治的腹胀满痛、不大便，就是病在手阳明大肠；小柴胡汤所主治的邪入腠理的往来寒热，也可以说是病在手少阳三焦；小青龙汤所主治的咳喘，也可以说是病在手太阴肺；黄连阿胶汤所主治的心中烦、不得卧，就是病在手少阴心；"厥阴下之"的热厥神昏，也可以说是病在手厥阴心包络。这些事实表明六经病机又与小肠、大肠、三焦、肺、心及心包络等脏腑有关。同时这也支持了前述三阴三阳不仅与足经脏腑、而且与手经脏腑亦有关的论点。因为经络学说本身原是与脏腑学说密切相关的，因此，六经病机与脏腑病机亦不是截然可分的。

清代柯琴主张以经界分区论六经。他在《伤寒来苏集》中认为《伤寒论》六经与《素问·热论》六经在内容上是有很大区别的，并称："伤寒不过是六经中一证，叔和不知仲景之六经是经界之经，而非经络之经，妄引《内经·热论》作《序例》，以冠仲景之书，而混其六经之证治，六经之理因不明，而仲景平脉辨证能尽愈诸病之权衡废矣。"因此，他特提出："六经正义"，以纠正叔和之误解。他说："夫仲景之六经是六区地区，所赅者广；虽以脉为经络，而不专在经络上立说，凡风寒温热，内伤外感，自表及里，有寒有热，或虚或实，无乎不包，故以伤寒杂病合为一书，而总名为《伤寒杂病论》，所以六经提纲，各立一局，不为经络所拘，弗为风寒划定也。"而且他认为："六经之为病，不是六经之伤寒，乃是六经分司诸病之提纲，非专为伤寒一证立法也。"由此可见，柯氏认为伤寒六经应概括杂病辨证在内。证虽万殊，理实一贯。这确是精义独标，自具卓识的，对后人理解六经病机颇多启发。而后程郊倩在《伤寒论后条辨》中说："名曰六经，实是为表里脏腑四字各与之地方界限。"周学海在《伤寒补例》中说："经也者，分野之谓也，三阴三阳分经，只是人身分野之空名，非如筋脉之有专物也。"如果说六经辨证包含着界限区域的意义，未尝不可，若是说六经病机仅有分野之空名，则有不同的见解。

近代医家有以六种"症候群"和病程阶段论六经者。主要是根据《素问·热论》："伤寒一日巨阳受之，二日阳明受之，三日少阳受之，四日太阴受之，五日少阴受之，六日厥阴受之。三阳三阴，五脏六腑皆受病，荣卫不行，五脏不通，则死矣"而立论的。因此，常将伤寒六经分证视作六种临床证候类型及其发病过程中的六个传病阶段。其证型常由表及里，由阳及阴。病程中邪正消长力量的对比及治疗处理是否恰当为诸经传变与否的两个主要因素。当然，伤寒六经为病比较复杂，事实上，有时往往并非固定地依次传变，因此，亦有学者对以病程阶段论六经持以不同的看法。

历代医家从不同的角度对《伤寒论》六经病机的实质进行深入的研究，认识颇不一致，各家均有一定的道理，

但亦均不能以一种见解来概括全面。六经应包括着手足十二经，并且六经联系着整个五脏六腑，彼此之间有不可分割的联系。脏腑、经络、气化三者之间是息息相关的，辩证统一的，如果割裂开来看六经病机，则都片面的。任何疾病都有它的开始阶段、演变过程与最后结局，伤寒六经病也不例外，因此，将六经之为病看作六大组特定的"证"，将六经传变看作疾病由表及里，由轻及重的演变趋向也是符合一般疾病发展的总规律的。

病机十九条

后世医家对《素问·至真要大论》关于病机的一段论述的提炼与概括称为病机十九条。这段论述的具体内容是："诸风掉眩，皆属于肝。诸寒收引，皆属于肾。诸气膹郁，皆属于肺。诸湿肿满，皆属于脾。诸热瞀瘛，皆属于火。诸痛痒疮，皆属于心。诸厥固泄，皆属于下。诸痿喘呕，皆属于上。诸禁鼓慄，如丧神守，皆属于火。诸痉项强，皆属于湿。诸逆冲上，皆属于火。诸胀腹大，皆属于热。诸躁狂越，皆属于火。诸暴强直，皆属于风。诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热。诸病胕肿，疼酸惊骇，皆属于火。诸转反戾，水液浑浊，皆属于热。诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。故大要曰，谨守病机，各司其属。有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五胜，疏其血气，令其条达，而致和平。"它分别叙述了风、寒、火、热、气、湿、疮、痉、痿、喘、呕、厥、固、泄、振掉、口噤、膹郁，肿满、痛痒、瞀瘛、逆冲、鼓胀、燥狂、肠鸣、惊骇、转筋、吐酸、眩晕、水液清冷、水液浑浊、暴注下迫、头项强直等 30 多种病症和体征及其病因、病机。十九条所述内容，是以六气属性和发病特点与五脏相应的理论为基础，对五脏六气所致主要病证的病机所作的归类和概括，揭示了病位、病邪与一些常见病证的内在联系，反映了五脏、六气致病的一般规律。它从辨证求因、审因论治的角度去认识疾病，对启迪后世医家确立辨证论治思想，具有指导意义。其中，"诸"之一词，含有多种之意，乃是泛指五脏、六气所致主要病证的一般情况，而不能包括一切同类证候及其病机的全部内容。论末强调指出："谨守病机，各司其属。有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之。"更突出反映了病机十九条的基本思想，那就是必须竭力探索并把握疾病发生、发展的机理，只有通过把握病机才能深刻地理解纷繁的临床现象，并使之各有归属。但是，要把握病机，关键又在于辨证。这就是说，首先要对各种临床现象进行分析与比较，考察、探求各种症状和体征有与无和发病与不发病的原理，即所谓"有者求之，无者求之"。此"有者"、"无者"分别指的是"具有"或"不具有"某种临床现象。寻求各种临床现象在邪正盛衰过程中不同的意义，即所谓"盛者责之，虚者责之"。此"盛者"、"虚者"又分别指着疾病性质属虚属实。"必先五胜"，则是说掌握五行相胜的规律，是认识疾病发生发展和指导诊断治疗的理论依据。只有这样，才能对疾病的本质作出准确的归纳。

十九条大体可分为两类。一类侧重从五脏受伤讨论病机，共有七条。其中直接判定五脏发病者五条，明确提出风、寒、气、湿、痰五证分别与五脏的密切联系；从人体上下两部分讨论脏腑病证者二条。另一类侧重从外邪致病讨论病机，计十二条。其中涉及火、热者九条；涉及风、寒、湿者各一条。金代刘河间认为，六淫致病不应独缺燥邪，乃于《素问玄机原病式》中提出"诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥"一条，以补其不足，并为后世不少医家所接受。从临床辨证而言，十九条不仅是历史上对若干常见疾病病机进行的一次总结，就是从目前临床上来看，仍有着一定的现实意义。

诸风掉眩，皆属于肝 指多种感受风邪致病而具有动摇、眩晕等属于风性证候的病证，其病机和病位皆在于肝。由于肝为风木之脏，其经脉挟督脉上会于巅，肝又开窍于目，故感受风邪，则风木同性相引，而发生和表现出头目眩晕及振摇。这里所说的"诸风"，即后世一般所称的风证。汉、唐以前，一般都看作一种由外来风邪所引起的病证，又称"真中风"。金元以后，才提出内伤发病理论，而有了"类中风"之说。这里虽未区分本条所谓风证是真中抑或类中，但其明确指出风证均以"掉眩"为基本临床特征，却对揭示风证病机有重大价值。"掉"或称振掉，主要指四肢或躯干的非自主性振颤与动摇。"眩"即晕旋，主要指头目强烈的昏晕或景物剧烈的旋转。这是由于风性主动和风木同性的致病与病机特性所决定的。从发生的原因分析，不是主持人体运动的筋脉被某种原因所损害，就是由筋脉所构成的"目系"为某种原因所扰动。历代关于风证的分歧，如果就其实质而言，差异就在于对这种损害或扰动的认识，或主张来自六淫的风邪，或主张来自体内妄动的肝风。本条从脏腑病机而论，显然指的是后者。内动的肝风多发生于血虚或肾水亏损之后。这时，肝风内动本质上只是一种肝阳的虚亢。妄动的肝风也可为情志过激或痰浊、火热所激发，肝风的妄动则又是肝气化生的一种实火。不论那种情况，它们以侵犯肝所外合的形体与外窍，而引起肢体、头目的动摇与昏眩，临床即称为"动风"。可见，风证从脏腑发病而言定位于肝，是有一定道理的。

诸寒收引，皆属于肾 指多种感受寒邪致病和具有形寒畏冷、肢体拘急收引等属于寒性证候的病证，其病机和病位皆在于肾。"寒证"，历来被临床各家区分为虚实两大类型。实证皆系外寒入侵所引起，并可由形体而深入脏腑，造成表寒里寒各种证候。虚证则无不是脏腑阳气衰微所造成。可因一个脏腑阳气不足或全身脏腑阳气俱不足而形成某一脏腑的虚寒证与全身性虚寒证。全身性虚寒证在发病机理上又涉及两个方面。一方面是各个脏腑阳气自身的亏损；更重要的一方面则是各个脏腑精、气共同来源的肾阳或命火的不足。明代张景岳说："命门

为元气之根，为水火之源。五脏之阴气，非此不能滋；五脏之阳气，非此不能发。"（《景岳全书·传忠录》）本条所说寒证，显然指的是由于肾阳亏损所引起的虚寒证。因肾者属水，其化为寒，致阳气不达之故。

所谓"收引"，在体表主要表现为肌肤粟起，玄府闭密，经络拘急，四肢拘挛。在脏腑，则表现为寒凝疼痛或胸腹拘急。故"收引"是判断寒证的重要临床依据。

诸气膹郁，皆属于肺　指多种因气机不利致病或具有壅急满闷等气机壅塞证候的病证，其病机和病位皆在于肺。由于肺主一身之气化而司呼吸，故诸气之满闷怫郁皆属于肺。"膹郁"，主要指在上部的呼吸喘促和胸中憋闷。气的升降出入，原是所有脏腑参与调节的一个极为复杂的过程，但在气机调节中，肺却具有特殊的意义。《素问·平人气象论》说："脏真高于肺，以行营卫阴阳也。"说明人体表里上下气血的流通，都要以肺的宣降作用作为动力。如果肺气郁闭，宣降失调，就会发生种种壅塞不畅的"膹郁"病变，临床即表现出胸满气促，咳嗽喘息诸种症状和病变。

诸湿肿满，皆属于脾　指多种感受湿邪致病和具有浮肿胀满等水湿证候的病证，其病机和病位皆在于脾。浮肿、胀满是各种湿证的基本临床特征，而湿证的病理定位，则主在于脾。因脾属土，其化为湿，又职司运化，而湿土同气，同类相召，或内外相引而均归于脾。湿有外湿、内湿之分。外湿为六淫之一，即天地间过量或非时而见的水湿之气；内湿为体内病理产物，多系人体津液停蓄不能化精化气转变而成。不论内湿或外湿，一般产生或侵袭人体后，均通过脾胃的运化与转输作用，才能重新运行，排出体外。所以，当脾胃受伤，运化作用减弱时，则外来水湿不易被排泄；另一方面，水谷津液亦因不得转输而向湿浊转化。湿邪是阴凝沉滞的邪气，潴积于脏腑间，会引起脘腹胀满；大量停蓄于腠理间，则引起水肿。故将"诸湿肿满"定位于脾，不仅反映了湿邪的致病特点，而且揭示出各种水湿证与脾胃受伤的关系。尽管水湿证不只是脾胃受伤的病理结果，举凡肺的通调不利，肾的温化无权，肝的疏泄失职，心的阳气失宣，都与水湿形成有一定关系，但毕竟脾是主要的、直接的。因脾主湿而司健运，脾的运化功能健旺，虽它脏稍有失调，脾土亦能克制之，而使水湿邪气无以泛滥。

诸痛痒疮，皆属于心　指多种疮疡和疼痛发痒等证候，其病机和病位皆在于心。由于疮疡的发生，多由火、热邪气引起，而心属火，其化热，故疮痒痛疡皆属于心。吴昆注曰："热甚则痛，热微则痒，疮则热灼之所致也。故火燔肌肉，近则痛，远则痒，灼于火则烂而疮也。心为火，故属焉。"再者，"心藏脉，脉舍神"，心之气血既可灌注流行于经络之中，心之神气亦可遨行于经络。如经络中的营血稽留而不行，或行而不畅，则郁而化热。热生而血腐，此疮疡之所由生，亦疼痛之所由作。一般而言，痛愈甚，反映气血的壅塞情况愈严重，疮疡向火毒炽盛、气血腐败方向发展的趋势也就愈大。而疮疡一旦见痒，则说明局部不通的气血已有流动之机，意味着疮疡欲解，或脓尽肌生。故《灵枢·刺节真邪》说："气往来行则为痒。"痛痒的产生与消失，都和主神明的心的生理、病理状态密切相关，所以王冰解释说："心寂则痛微，心躁则痛甚，百端之起，皆自心生，诸痛痒疮，故属于心。"即是说心所主的经络畅通无阻，则气血和调而神志安定，便无疮疡痛痒的发生。如果气血不通畅，营血即腐败而为疮疡。随其疮疡之轻重不同程度，或痛或痒，均由斯而起。

清代高世栻《素问直解》于本条改"心"作"火"，并注曰："诸痛痒疮，皆属手少阳三焦之火。"其说有一定道理，可资参考。

诸痿喘呕，皆属于上　指多种痿弱、喘促和呕吐等，皆属上部肺和胃口的病变，均与上焦肺胃不和有关。这是因为：①肺朝百脉，输精于皮毛；又脾气散精，上归于肺，通过肺的宣散输布，乃能水精四布，五经并行，五脏四肢百骸，始得灌溉濡养。若肺的这一功能受损，即可发生痿证。是以《素问·痿论》曰："故肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄著，则生痿躄也。"又曰："五脏因肺热叶焦，发为痿躄。"②肺气以宣发肃降为顺，如气道为外邪束闭，或为痰热阻滞而不利，则宣降失司，肺气上逆而发为喘促气急。③胃主受纳水谷，胃气以下降为顺，与肺气的肃降共同保持着胃的正常功能状态。如肺气上逆，亦可导致胃气不降，肺胃失和，胃气亦上逆而不降，则胃中之物随之上逆而发为呕吐。因肺居上焦，胃之上口亦近于肺，喘与呕又皆气之上逆所致，故均属上。张介宾《类经》卷十三第一注曰："气急曰喘，病在肺也。呕而有物有声曰呕，病在胃口也。逆而不降，是皆上焦之病。"

诸厥固泄，皆属于下　指多种厥逆、厥冷，二便秘涩和便泄不禁等，都属于下焦肝肾的病变。厥，包括厥逆和厥冷。前者主要以突然昏仆，神志不清为主症；后者主要以肢冷或肤冷为主症。厥逆可以伴见厥冷；而厥冷则不必均见厥逆。无论厥逆或厥冷，都与居于下焦的肝肾病变有着直接联系。肝肾分藏精血，涵敛相火。正常情况下，阴阳互根，相火安居于下。若伤精耗血，肝肾无所收藏，则阴不敛阳，肝阳暴张，相火炽亢。稍有触动，亢阳即暴然上逆，导致厥逆。在亢阳上逆过程中，往往还同时伴见经络中血液一并上冲；或痰浊、宿食之上泛。临床所见厥逆证如肝气暴逆之气厥；血随气逆之血厥；气火夹痰之痰厥和宿食上泛之食厥等。

厥冷的病机，主要发生于"阴阳之气不相顺接"的情况下。一般而言，人体表面温度都是由温暖的营卫之气充实于皮肉经脉之中而维持的。营卫之气直接来源于中焦脾胃和下焦的肾。肾中阳气常随肝气疏泄而上升，以温暖脾胃，化生营卫，然后借心肺宣通，才敷布于体外，这就是所谓"阴阳之气互相顺接"的过程。因此，凡是肾阳和营卫的升降出入受阻，就可能引起"阴阳之气不相顺接"而导致厥冷。厥冷最常见于厥逆过程中，这是因为发

生厥逆时，全身气血已经逆乱，营卫出入必然停滞。此外，也常见于外寒突然侵袭和体内水饮泛滥时。这不仅因为外寒、水饮都会使得营卫出入受阻，还因寒邪、水饮均系阴邪，能伤人阳气，而使人体无气以温养肌肤的缘故。

"固"与"泄"，则都涉及大小便异常情况。其中，"固"证有以小便不利为主要表现者，在下焦主要包括虚实两大证候。实证大都起于下焦气机不利，以致水液不能宣泄。虚证则常常起于下焦气化衰弱，以致水液停蓄。"固"证也有以大便不利为主要表现者，亦应按虚实进行分类。实证多系肠道气滞血瘀，糟粕结聚的结果。虚证则系气虚推荡无力，津枯肠燥所致。

"泄"证，从小便而言，主要指小便的不约或频多。从大便而言，主要表现为便质的稀溏和便次的增加。它们都不同程度地反映了膀胱、大肠开闭功能的异常。"泄"亦有虚实两大证。虚而"泄"者，直接原因当责之膀胱、大肠腑气不足。可是，从临床发病来看，单纯腑气不足者实不多见，多见的往往是肾气亏损。肾气职司二便，因肾气参与对二便排泄的控制，所以肾气不足，常常是引起二便异常的重要原因。实而"泄"者，则主要涉及下焦湿热交蒸与肝气疏泄太过。临床表现为尿意不断，短赤涩痛，或大便频数而泄出不爽。后者则因肝气疏泄是胃、肠、膀胱降泄水液糟粕的重要动力，若因肝气疏泄过度而加强，胃肠膀胱内容物加速下行，以至发生二便频数甚至不约。故王冰注曰："下，谓下焦肝肾气也。夫守司于下，肾之气也。门户束要，肝之气也。故厥、固、泄，皆属于下也。"

以上两则，主要是从脏腑的综合发病来概括一些病证的共同病理本质的。

诸热瞀瘛，皆属于火 指邪热神昏抽掣的病证，其病因病机和病变性质皆属于火。火邪的特性是扰动、急速、易于上炎和耗灼津液，其最突出的表现就是发热。此外，口中气热、渴欲冷饮、小便短黄、大便干燥、舌苔黄厚、舌质红绛、脉搏洪数等等，无不是火邪色象、动象、燥象的临床反映。上述一般火热证象乃是判断火热病变的基础。

瞀，即神识昏蒙。火为阳邪，既善于扰动，又有炎上的特点。火犯膈间，心神不宁，肺气壅迫，就能引起心烦、胸闷、呼吸不畅等症。因热气通于心，心为神之舍，如火热内陷心包，伤犯神明，则昏不知人。瘛，即肢体抽搐掣动，筋脉牵引拘急，其发生的机理是火邪燥性对筋脉的损伤。筋脉在生理情况下总是有精血津液不断濡养的。火邪灼伤精血津液，筋脉即失养而焦枯、挛缩，故肢体亦随之而抽掣拘急。"瞀"、"瘛"病机除火邪以外，与其他邪气如风、痰、寒、燥也有一定联系。所以全面分析瞀瘛，必须参看其他临床表现，才能判断是否属于火热，以及属于哪一脏腑的火热。

高世栻《素问直解》于本条改"火"作"心"，并曰："诸热而目瞀经瘛，病皆属于心，热气通心也。"可资参考。

诸禁鼓慄，如丧神守，皆属于火 指多种口噤、鼓颔、战慄不能自持的病证，其病因病机和病变性质都属于火。"禁"，就是牙关紧闭；"鼓慄"，指因发冷而鼓颔战慄；"如丧神守"，指神不御形，不能自持，如刘完素《素问玄机原病式》所注："神能御形，而反禁慄，则如丧失保守形体之神也。"它们都是火邪内迫气机，神气失守的表现。首先，由于火邪郁遏于体内，壅迫气血出入的通道而使阳气不能外达。阳不达于表，则体表温度下降而自觉发冷，严重时就产生寒战。这种里热壅迫气机，表里出入不利的病变，如果发生在阳明胃肠分野，除了寒战以外，还能见到经络所过的口、颔部因寒战而收引；加之胃络通心，火邪由胃向胸膈攻冲，心神受扰，这就形成了口噤、鼓颔、神不御形产生的基本原因。其次，火邪炽盛于体表，正邪交争于肌腠。此时如正气胜邪，热退神安，即不再发生寒战鼓慄、神气失守等症。如火邪损伤元气，正气突然不支而内溃，则火邪乘虚内迫于阳明，亦可发生"诸禁鼓慄，如丧神守"等症。

在热病过程中突然见到"诸禁鼓慄，如丧神守"，常常意味着火邪盛极，正邪交争剧烈而属"火极似水"的假象。此时，病机进退处在关键时刻：正胜邪却，则寒止神定；邪胜正却，则身冷神昏。所以，观察寒战与神志变化，对热病病机分析显然是十分重要的。

诸逆冲上，皆属于火 指多种上逆上冲上犯的病证，其病因病机和病变性质都属于火。"诸逆冲上"，指火邪内扰上袭脏腑所致的一系列上行性证象。常见的有呕吐、呃逆、嗳气、吐血、咯血以及某些"痰饮"、"水气"的妄动。由于火邪具有"上炎"的特点，一经侵扰脏腑，气血津液即不能正常升降出入，必随之上冲而引起各种冲逆证。故王冰注指出："炎上之性用也。"所不同的是，火邪向不同部位熏灼与火邪发生于不同部位，临床表现各有差异。如火邪熏灼肺中，引起喘咳哮鸣；攻于胃中，可见呕吐、嗳气、反酸、口苦；攻于膈间，能引起呃逆、心痛；起于肝肾上冲胸腹，引起脐周悸动，剧痛吐蛔；侵犯经络和迫血妄行，则经血不宁，胃络伤则呕血，肺络伤则咯血。

诸躁狂越，皆属于火 指多种躁扰狂乱和妄动不宁的病证，其病因病机和病变性质都属于火。火为阳邪，其性扰动、急速和燔灼走窜，五脏为火邪侵袭，尤其是心被侵袭，极易发生神志不安，甚至紊乱。诸如烦躁、神昏、谵语、狂妄等等，都可以在火热致病过程出现，属于火邪扰动神志的病变。其中，"躁"，或指一种烦乱的情绪，或指在这种情绪影响下出现的一类肢体不安定状态。"狂"，则主要指神志昏乱，妄言妄见妄动而失去常态。"越"，指四肢躁动不宁甚至奔走轻捷迅疾逾于常态。躁和狂发生的机理，关键都在于火邪内扰心神，外扰肢体。火邪一般有两个来源。一为六淫所化，其所致躁狂属实者多，其证情轻重亦随火邪盛衰而不同。通常在六淫初感和余热残留时，只发生躁证；而当火邪盛极，表里俱热时，则发生狂越。一为五脏厥阳所化，其临床表现虚多实少，证情轻重则随虚实而异。比如七情郁结，气盛化火者，证情多实，

虽见躁狂，其病犹轻；心肾不交，虚火上炎者，证情多虚，若见躁狂，病即较重；命火欲绝，虚阳浮越者，证情虚极，一见躁狂，即为危象，故证情最重。

诸病胕肿，疼酸惊骇，皆属于火 指多种肌肤四肢浮肿酸疼和惊恐骇惧的病证，其病因病机和病变性质都属于火。火热内盛，肺金受克，肺气受伤，不能通调水道，下输膀胱，水道不行，三焦壅闭，则水湿停蓄肌肤而发为浮肿。《温疫论》卷下论肢体浮肿曰："时疫潮热而渴，……外有通身及面目浮肿，喘急不已，小便不利，此疫兼水肿。因三焦壅闭，水道不行也。"《素问·至真要大论》即有"少阳司天，火淫所胜，……热上皮肤痛，色变黄赤，传而为水，身面胕肿"的记述。火热流散四肢肌腠，伤灼经络筋脉，则四肢筋骨酸疼。火邪上扰，内犯心神，而现惊惧骇愕等神志不宁。吴昆注曰："疼酸者，火甚制金，不能平木，木实作酸也。火在内则惊骇，火性卒动之象也。"

诸胀腹大，皆属于热 指多种腹部胀满胀大的病证，其病因病机和病变性质都属于热。火热之邪，既能凭其上炎之性引起气血逆乱，又能壅塞脏腑造成气机郁闭。尤其当火邪侵袭肠胃时，"邪热不杀谷"，水谷腐败，清浊混居，湿热内生，阻滞肠间，更是引起腑气不畅的重要原因。故高世栻《素问直解》注曰："诸胀满而腹大，乃足太阴脾经之病，热湿相蒸，脾土受病，故属于热。"再则，邪热一旦与腑气、糟粕结聚，还可引起痞、满、燥、实、坚诸症，此由实热结聚脘腹，致腑气不行而腹大胀满。除以上所述外，对同属热邪所致的腹大胀满，还需注意中实和中虚的区别。中实胀满，必为有形湿浊或糟粕与热邪结聚；中虚胀满，则纯系邪热伤气所致。

腹部胀满属热者固有，然亦有发生在外寒侵袭脏腑，或由于脏腑阳气亏损而成者。所以，《素问·异法方宜论》也说："脏寒生满病。"可见寒热邪气均能引起各种腹部胀满证，关键在于各种邪气是否引起气机的郁闭。

诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热 指腹胀肠鸣，叩之如鼓音的病证，其病因病机和病变性质都属于热。有声，指肠鸣、嗳气、呃逆等，为邪热壅阻脘腹胃肠，阳气郁滞上逆所致。脏腑阳气既为邪热灼伤和阻滞，则气机壅遏，水气停滞，或壅于脘腹，或停积肠间，外则脘腹胀大如鼓，内则气水相激，水气贲迫走窜，或气上逆胃口咽嗌而有声。但腹虽大而不坚，气虽聚而无形，所以按之如鼓，叩之中空有声。

诸转反戾，水液浑浊，皆属于热 指多种转筋拘挛、反张身曲和排出液浑浊粘稠等病证，其病因病机和病变性质都属于热。其基本发病机理在于筋脉失养和津液受伤两个方面。"转"，指以肢体异常扭转为特征的一类病证，如转筋、四肢痉挛等。"反戾"，指以躯体反折和屈曲不直为特征的另一类病证，如角弓反张者。它们主要都涉及主持肢体运动的筋脉被热邪损伤所致的运动状态异常。"水液浑浊"，则指人体各种排出液质地的浑浊不清，如小便黄浊，脓涕，黄汗，带浊，稠痰等等。它们都由于人体津液被邪热耗伤劫灼和在热邪煎熬下所发生的质地改变。热邪禀性酷烈，对津液能发生"煎熬"作用。热伤津液，即见燥象，这种燥若发生于筋脉，就能使筋脉失去津液的滋润而发生拘急痉挛。挛缩的筋脉不具有韧性和弹性，且对肢体产生异常的牵引，所以导致转筋、痉挛，乃至角弓反张等症发生。热邪煎熬津液，还能使津液发生质变而腐败，津液中丰富的水谷精微为热邪熏蒸而变成秽浊之物，"水液浑浊"正因此而发生。

诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热 指多种呕吐、吐酸、急剧泻利而里急后重等，其病因病机和病变性质都属于热。其基本发病机理在于肝热犯胃和热犯大肠两个方面。所谓"吐酸"，又称醋心，是一种酸液由胃中上泛咽嗌的表现。由于火热有熏灼上炎之性，胃热上逆故呕吐，兼以火甚制金，不能平木，致肝木之气偏胜，挟热而逆犯于胃，致呕吐酸水。火热下犯大肠，致传化失常，兼以火性急速，故肠中水谷糟粕奔涌而下，表现为急性剧烈泻利。但由于火热内郁，兼以大肠为邪热灼伤而气机不利，故虽下泻而不畅，表现为里急后重。急剧泻利而又伴以气滞不爽，遂呈"暴注下迫"之象。

以上论述火邪、热邪病机共九条，是病机十九条中论述六气病机最多的。其中火邪病机五条、热邪病机四条。火与热，除程度上的差异外，本质上则是相同的，故其基本病理机制和导致的病变，有许多共同性和可以相互参阅之处。

诸暴强直，皆属于风 指多种急性筋脉拘急痉挛的病证，其病因病机和病变性质都属于风。"强直"，是指因筋脉拘急痉挛而引起肢体屈伸不利的僵直状态。最常见于各种痉病病程中。引起强直突然发作的主要原因是风邪耗伤精血，筋脉失养所致，诸暴强直，乃是筋脉为风邪所伤引起的。《素问·五脏生成》说："诸筋者，皆属于节。"筋与骨节联合，是维持人体正常体态及实现肢体灵活运动的重要保证，其中，筋的柔韧尤有重要意义。所以，一旦因风邪侵袭，损害伤耗精血阴液，使筋脉得不到足够的濡养，就会引起筋脉发生拘急痉挛而牵引肢体发生"强直"。风为阳邪，能化燥伤津，其性疾速，所以很容易引致肢体的急性拘急和强直。故吴昆注曰："风伤于阳分大筋，故筋引急而暴强直，此风而兼燥化也。"

以上虽主要由外风所引起，但内风灼津伤筋，亦可引发。故高世栻《素问直解》注曰："诸一时卒暴筋强而直，不能屈伸，乃足厥阴肝经之病。厥阴上风，故皆属于风。"

诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒 指由人体各部排出的水液质地清稀而同时具有凉冷感的病证，其病因病机和病变性质都属于寒。水液，指从人体腠理、孔窍排出的津液和由津液所化生的各种病理产物。在生理情况下，表现为尿、汗、泪和涕、唾等；在病理情况下，则表现为痰、涎、带浊、呕出液和泻下液等。"澄澈清冷"，是说排出物清澈稀薄，同时具有凉冷的感觉。观察人体各种排出液及其性状，可以推知体内不同的生理与病理状况。前述

水液浑浊，属于热邪为病，则"水液澄澈清冷"，显属寒邪为患。寒邪所以能引起人体水液产生"澄澈清冷"的变化，乃是因于寒为阴邪，清凉凛冽，与人身的阳气在属性上恰相对立。正常状况下，人体津液中皆涵蓄着丰富的阳气，津液正是在其所涵育的阳气作用下，才被温化，被推动，不断循环周流，不断气化，完成滋润脏腑，营养形体作用的。今寒邪以其清冷之性伤伐津液中阳气，阳气受伤，即不能再对津液发挥温运作用，所以津液变得"澄澈清冷"，一旦被排出，就会呈现清澈稀薄状态，并且具有凉冷的感觉。

诸痉项强，皆属于湿 指多种项背强直、筋脉挛急的病证，其病因病机和病变性质都属于湿。痉，包括口噤、项强、反张、四肢拘挛和手足抽掣等。湿邪侵犯经络筋脉，伤于足太阳膀胱经筋，阻滞项背经络，致项强而痉。湿邪致痉的机理，一方面是湿兼风化，这就是刘完素《素问玄机原病式》中说的："亢则害，承乃制。故湿过极，则反兼风化制之。"张介宾《类经》卷十三第一亦曰："项为足之太阳，湿兼风化而侵寒水之经，湿之极也。"另一方面，湿邪蕴郁，积久化热，或与热邪相合，而致湿热伤筋损阴，亦可致痉，这就是《素问·生气通天论》说："湿热不攘，大筋緛短，小筋弛长。緛短为拘，弛长为痿。"这里的"大筋緛短"，就包含湿邪所致痉病在内。

湿痉和风痉在发病机理上是不完全相同的。湿痉筋伤，主要是由湿邪长期滞留于筋骨之间造成的。这首先与气血流通被湿邪阻遏，不能营养筋骨有关。其次，湿邪蕴郁，积久化热，湿热伤阴亦属重要原因。湿邪伤筋致痉，一般总是一个缓慢的过程，而且，筋的损害亦不仅与湿邪直接有关，还与湿邪引起的复杂的继发性病变有紧密的联系。正因为湿邪和痉病在病机联系上有这种复杂性，故历代医家对湿痉多有争论。清代吴鞠通为此写了"痉因质疑"和"湿痉或问"两论，对湿邪能否直接致痉表示保留。这些都是值得参考和进一步探索的。

以上是十九条中关于风、寒、湿邪的病机阐述。病机十九条中关于六气致病的病机论述，及其以外邪致病特点进行病机分析的方法，为后世伤寒家和温病家提供了理论依据和借鉴。

病因病机学之现代研究

近代广大医学科学研究工作者运用现代科学技术对中医病因病机学说的某些方面进行了研究，取得了一些进展。兹概述如下。

病因学的现代研究 关于人与自然界的相互关系问题，近来开展了气象生物学与气象医学的研究，这是发展较快的一个新领域。国内已就气象条件对人体健康的影响开始进行研究，是一个很有前途的领域。气象医学主要包括：①气象生理学：研究季节、气候及气象对正常人生理过程的影响，以及健康人在各种不同气象条件下的适应。②气象病理学：研究气候及气象与人类疾病的关系，包括不同季节气候下的多发病，天气变化对疾病的影响，疾病在不同气候地区的分布等。③气象环境学：研究城市、农村、住宅区环境小气候以及人工气候（空气调节）对人体健康的影响。近几年来，国内医学界除结合中西医有关知识进行理论探索外，主要从临床观察入手研究了气象与疾病的关系，如观察到1957年2至3月间贵阳的流感持续流行与持续阴雨、积雪的严寒天气有关。又如在上海地区与当地气象局协作对固定人群进行了研究，发现慢性气管炎的病情波动以及感冒发病率的增加都与大气环境的变化，锋面过境等一系列气象因素剧变有关，观察到当冷锋或暖锋经过时，急性呼吸道炎症发病率明显增高。有人证实了关节痛的发作与气温、湿度、气压的变化有显著关系。并指出：天气变化的因素有两类，一类是周期变化，主要是受太阳辐射的影响；另一类是非周期变化，主要是受大气环流的影响。周期变化是个别气象因素的日变与年变，天气的日变与年变是地球自转与公转的结果；非周期变化起因于一股大的气流扰乱了大气的物理化学性质，这种气流称为气团。探讨天气变化与疾病的关系，过去往往采用个别气象因素（如温度、湿度、气压等）进行分析，事实上，各种气象因素的逐日变化主要是由于上述两种天气变化的影响。而且在大气环境中，人体往往受到各种气象因素综合的作用。有人研究结果表明，日最低温、风速、湿度三项气象要素与感冒发病的关系最大，其中降温是诱发感冒的主要因素，而气温低时，风能加强热的传导和对流，湿度大则使身体的热辐射可被大气中的水蒸气吸收，两者均可促使机体热量散发增快，因此，风速、湿度与降温亦有关系。这些观察对进一步研究"季节病"（每年某一定季节出现复发的疾病）与"气象病"（某种天气情况下发作或病情加剧的疾病）是有价值的。至于气象因素是通过哪些环节作用于人体；而作用于哪一部位；会导致哪些功能异常；是否具有特异性；如果存在个体差异这是什么原因等，一系列的问题都与六淫为病直接有关，因此，将是值得今后进一步研究的课题。

疾病的内因方面，有人根据传统中医理论及临床实践经验，探讨了体质在发病过程中的意义，明确了体质的概念，认为体质是人群及人群中的个体在其生长、发育和衰老过程中形成的代谢、功能与结构上的特殊性，这种特殊性往往决定着他对某种致病因子的易感性以及其产生病变类型的倾向性。并认为中医临床所辨的"证"与体质有密切的关系，具有"体质辨证"的性质。异病同证与同病异证在很大程度上是以中医特有的体质学说为基础的。体质病理学应成为临床诊断治疗学的基础理论之一。他们把人类体质分成六个类型，即：正常质、晦涩质、燥热质、迟冷质、倦㿠质和腻滞质。同时提出了体质病因、体质发病、体质诊断、体质治疗和体质预防等新概念。

最近有人指出中医病因学具有多病因学说的特色。

历代医家已经观察到，有时仅仅一种致病因素并不足以发病，如《素问·评热病论》提出："邪之所凑，其气必虚"，"正气存内，邪不可干"的观点，表明疾病的发生是在内外因同时起作用的情况下发生的。这是多病因学说的第一层意思。就外因而言，有时病因也不是单一的，而是"杂至"的，如《素问·痹论》说："风寒湿三气杂至，合而为痹也。"此说明痹之形成是三类淫气共同作用的结果。不仅如此，《痹论》又说："以冬遇此者为骨痹；以春遇此者为筋痹；以夏遇此者为脉痹；以至阴遇此者为肌痹；以秋遇此者为皮痹。"此说明痹病之发生与季节也有关。这是多病因学说的第二层意思。就内因而言，体质与发病有重要的关系，《灵枢·五变》曾说："肉不坚，腠理疏，则善病风"，"五脏皆柔弱者，善病消瘅。"这说明不同的体质状态易患某种疾患，表明了内因的复杂性，而且一个人的体质状态是可以改变的，这是多病因学说的第三层意思。之所以要强调这种多病因学说的意义在于指出我们运用现代科学技术研究病因学时必须有特殊的设计思路。

病机学的现代研究

八纲的研究　八纲是中医辨证论治的纲领，也是中医学理论体系的重要组成部分。近几十年来国内学者运用现代科学与技术对此进行了大量的研究工作，兹扼要介绍于下：

(1) 阴阳的研究：阴阳两纲是八纲中的总纲，里、虚、寒属阴，表、实、热属阳。曾有人提出以阴阳为两纲，以寒热、虚实、表里为六要，这个建议是有可取之处的。在大多数情况下，阴阳是作为思维方法和论理工具来运用的。另一方面，中医诊断学则将疾病之症状、体征等概括为阴证和阳证两大类以指导临床诊疗工作。必须指出，在中医学中阴证与阳证和阴虚证与阳虚证是不同的概念与临床诊断，是不能混淆的，虽然它们之间有一定的联系。近代研究关于阳虚与阴虚者较多，脾肾阳虚为尤多，关于阴证与阳证者较少。有人认为八纲中的"阴"，主要表现为机体这个或那个器官系统功能减退或热量不足的一种反应状态，"阳"主要表现为机体这个或那个器官系统功能亢进或热量过剩的一种反应状态。有人在研究了八纲的病理解剖学基础后指出：如果能从实质上描述和说明其他六要之病理变化，也就等于描述和说明了阴阳两纲所代表的病变。他又指出："亡阴亡阳是病情急剧变化时的一种危险证候。一般亡阴多见于高热熏蒸、汗出过多，或呕吐过度、脱水、失血等体液代谢紊乱时；亡阳则多见于休克等急性血液循环障碍时。患者出现亡阴、亡阳与机体的体质及当时之反应状态有密切关系。亡阴亡阳到最后都能导致共同的转归，即有效循环血量减少，重要脏器缺氧，代谢障碍及酸中毒。这些因素又进一步促进小血管之麻痹、扩张、凝血，血压更降低，形成恶性循环而危及生命。在亡阴亡阳刚开始时，针对不同病机进行不同的治疗是必要的，亡阴者益气生津，亡阳者回阳救逆。这一点又体现了中医辨证论治的优越性。

在国外，有人对中医的阴阳学说进行了研究。1973年，美国学者 Goldberg 率先研究了 cAMP 与 cGMP 对生物细胞的双向调节作用，而后又把这种自成系统的、相互拮抗物的双向调控现象与中医的阴阳学说联系了起来，认为 cAMP 与 cGMP 的这种双向调控系统是统一许多不同生物调节现象的阴阳学说的基本原理所在。这是二元论的阴阳学说的物质基础。1975 年，Giller 认为，所谓"阴平阳秘，精神乃治"的精神实质乃是交感神经系统和副交感神经系统的功能活动保持平衡状态。1978 年，Lee 则更认为阴阳平衡主要取决于两种相互对立的自主性神经元在数量上的平衡。亦有人将阴阳作了近乎论理工具式的探讨，如 Tsuei 认为体内即有阴离子和阳离子，酸与碱的平衡，左旋化合物与右旋化合物，甚至他认为在女性体内有男性激素，在男性体内有女性激素乃是"阴中有阳，阳中有阴"的具体说明。

(2) 虚实的研究：虚和实是中医鉴别病体邪正盛衰的两个纲领。近年来用现代科学技术研究虚证，尤其是肾虚、脾虚、气虚与血虚的报道极多；相对而言，研究实证者较少，其中主要是关于温病及血瘀证的。

60 年代初有人从现代病理生理学对症状体征产生机制的认识出发，认为：虚与实的症状与体征主要都是属于功能方面的障碍，虚证的共同发病学原因主要为生理功能减退，实证主要为生理功能亢进。有人认为虚证的病理变化是由于神经功能低落或过于抑制，副交感神经紧张度异常上升(非保护性)，使心肌功能低落，心跳减慢，循环量不足，血压下降，血管幅度缩小，以及基础代谢下降；实证是属于一般神经功能较好，或过度兴奋，交感神经紧张度的异常上升，使心肌功能增强，心跳过速，血循环增多，血压升高，血管幅度增大及基础代谢率上升等。70 年代初，有人通过对生前有中医诊治记录的患者的病理解剖资料的分析后指出：虚证患者往往可见多个内分泌腺，包括垂体前叶、肾上腺皮质、甲状腺、睾丸或卵巢，均呈现不同程度之退行性变，包括变性及萎缩；其他脏器细胞的变性和萎缩，慢性炎症；实证时则常见急性炎症、肿瘤、瘀血或肠内燥粪秘结等变化。1982 年全国中西医结合虚证老年病防治学术会议订立了虚证辨证参考标准，在心虚、脾虚、肺虚、肾虚、气虚、阴虚及阳虚所列的标准症状体征大都可以用这种或那种功能减退或亢进来解释。例如阴虚的五心烦热可用手足皮肤血管舒张解释；咽燥口干可用交感神经系统功能亢进；舌红少苔可用交感神经兴奋、代谢增强、血管增生来解释；盗汗可用大脑皮质或皮质下中枢抑制功能减弱性多汗来解释；脉细数可用交感神经兴奋、儿茶酚胺增多、心率加快、末梢动脉收缩来解释。由于临床所见虚实之证多以复合的整体的形式出现，故其研究多结合各脏各腑与气血虚实进行的。

(3) 寒热的研究：寒与热是中医鉴别疾病属性的两个纲领。有人认为属于寒证的一系列症状体征的共同发病学原因可归于机体热量不足；热证可归于机体热量过

剩。有人认为寒证大多数系由于机体生理功能衰退，或对有害动因之抵抗力低落现象；而热证则大多数是机体功能较好，对有害动因的反应力旺盛的表现。有人从病理形态学角度研究了寒证与热证，认为寒证时多见慢性炎症病变，特别是主要受累器官之病变呈慢性迁延状态，纤维结缔组织有不同程度的增生。粘膜慢性炎症时常伴有分泌细胞活跃，分泌物以粘液为主，外观为白色，中医亦称为"寒"。血液循环障碍之病变可见贫血、缺血、瘀血及水肿。热证时往往可见急性炎症及动脉性充血及出血。70年代后，有人报道寒证患者口腔温度偏低，心率、呼吸缓慢，血压偏低、自主神经平衡指数为负值，尿内儿茶酚胺排出量减少，说明交感神经－肾上腺系统的功能活动降低；热证患者心率快，口腔温度升高，呼吸快，胃液量减少，尿内儿茶酚胺排出量增多，说明交感神经－肾上腺系统的功能活动增强。有人发现虚寒证患者皮肤电位减弱，认为是交感神经活动减弱的表现。有人证明月经失调，热证者交感神经功能偏亢；虚寒者交感神经功能减弱或副交感神经功能亢进。有人观察到热证患者尿内儿茶酚胺及 cAMP 均增多；寒证患者则减少，cAMP/cGMP 值降低。有人报道寒、热证时生殖系统功能也受到影响。有人对寒、热证大鼠做了刺激与反应的实验观察，发现肾上腺皮质、卵巢、体温调节及消化系统功能都出现一定类型特征反应。北京医科大学报道虚寒证者白细胞糖皮质激素受体含量显著减少，还认为虚寒、虚热患者尿中前列腺素 PGE_2 及 $PGF_{2}\alpha$ 的排出量的观测可能反映寒热之本质。

（4）表里的研究：表、里是中医鉴别疾病病位内外及病势深浅的两个纲领。现代研究一般都同意："表"可以理解为机体对致病动因的一种反应状态，以体表小动脉防御性反射性收缩或痉挛为最主要特征或共同的发病学环节；"里"则是机体对致病动因作用所处的以器官系统功能代谢较严重或深刻障碍为其主要特征的反应状态。有人曾对温病卫气营血传变过程进行一些观察，看到病邪在表，病情属轻；病邪在里，病情属重的事实。

脏腑病机的研究 本世纪50年代中期，国内即开始对肾虚患者进行临床实验室研究，迄今已40余年，研究范围逐渐由肾及脾，再及心、肝与肺。虽已积累了不少资料，认识上亦日渐深入，但研究思路与方法问题尚在探索阶段。

（1）肾的研究 上海第一医学院（今上海医科大学）于50年代开始对肾阳虚患者的临床观察，从多种指标的筛选中发现肾阳虚证患者尿24小时17－羟皮质类固醇排泄量低于正常人。这一现象能在多种疾病中获得重复。这一结果提示垂体－肾上腺皮质轴的功能紊乱，而后他们又测定了血17－羟昼夜节律，结果表明肾阳虚患者丘脑－垂体－肾上腺皮质轴功能有紊乱。上海瑞金医院对有虚证表现的患者测定了其 T_3、T_4、FT_3、FT_4、TSH，发现虚证不论阳虚、阴虚或气阴两虚，其 T_4 多正常，而 T_3 降低，rT_3 升高。另有报道肾阳虚患者 T_3、T_4 值均较正常人下降，但心阳虚、脾肾阳虚者也下降，与肾阳虚组比较差别无显著性意义。这结果提示肾虚患者甲状腺轴存在着不同程度与层次的功能紊乱。有人对肾阳虚患者和老年男性测定了睾酮 T、雌二醇 E_2、促黄体生成素 LH、促黄体生成素释放激素 LRH，结果见肾阳虚者 E_2 和 LH 明显升高；LRH 兴奋试验半数患者为迟延反应，与正常人比较，差异均有非常显著性意义。有人见高血压病、冠心病及糖尿病肾虚患者血浆 E_2 水平上升，E_2/T 比值上升。他们认为肾阳虚者下丘脑－垂体－性腺轴也有一定程度的紊乱。

肾虚患者的免疫功能常有紊乱，有单位发现慢性支气管炎肾虚患者血中 T 细胞比值降低，玫瑰花结形成率与淋巴细胞转化率降低。有观察到多病种脾肾阳虚患者补体 C_{50} 与血浆 IgM 含量较正常人低。有单位发现肾虚患者外周血中 NK 细胞活性下降。肾阳虚与肾阴虚患者 T 抑制细胞功能低于正常人，白细胞介素 2（IL_2）活性亦较正常人为低。肾虚病人红细胞免疫功能也有紊乱，有人证明补体溶解免疫复合物活性（GRA）功能低下。循环胸腺激素（FTS）肾虚者比同龄健康者低。

自主神经系统功能在肾虚患者中也有紊乱，一般认为肾阳虚者副交感神经亢进，故临床上有阳虚生寒的证候；肾阴虚者交感神经亢进，故临床上有阴虚生热的现象。

有单位研究能量代谢，发现红细胞糖酵解作用肾阳虚患者减慢而肾阴虚者增高。

有人发现肾虚伴有耳鸣耳聋者血清钙与尿钙值较正常人为低。

同时，肾阴虚与肾阳虚的研究资料相比，肾阴虚者略少。有单位发现阴虚火旺患者尿17－羟皮质类固醇含量较肾阳虚者为高，且尿中儿茶酚胺排出量高于正常人。有人报道阴虚火旺之小儿，其红细胞 Na^+、K^+、ATP 酶的活性高于正常小儿。

综上所述，据现有资料，目前较为一致的看法为：肾阳虚患者有下丘脑－垂体－肾上腺皮质轴、性腺轴及甲状腺轴功能低下，细胞免疫功能低下，如淋巴细胞转化率下降，NK 细胞活性降低、T 抑制细胞活性低下、IL_2 活性降低、红细胞免疫功能低下及循环胸腺激素水平下降等。尿17－羟皮质类固醇排泄下降和男性病人 E_2/T 比值降低在多病种中已得到了较好的重复证实。一些资料提示阴虚火旺患者肾上腺皮质功能偏亢，红细胞钠泵活性增高以及某些免疫功能紊乱。最近有人进行了恐伤肾与外伤及肾的实验研究，发现此时生精上皮睾丸有明确的退行性变。

（2）脾的研究 近20年来开始用现代科学技术对中医脾进行了研究，也取得了一些进展。在70年代中期，有单位根据"涎为脾液"的理论研究了脾虚患者的唾液，发现正常人唾液淀粉酶活性于酸刺激后上升，而脾虚

患者酶活性于酸刺激后下降,表现为"先高后低",提示脾虚患者的唾液腺对刺激的反应能力低下,这种唾液分泌的异常,反映了患者自主神经系统功能有所紊乱。有单位采用无创伤性体表胃电图进餐功能测试,发现脾虚证与脾实证患者的胃电图与正常人有所不同,综合体表胃电、皮肤电冷反应观察结果,可见大多数脾虚患者交感、副交感对有效刺激的反应能力不足。亦有单位发现部分脾虚泄泻患者有结肠腺体增大,分泌亢进而且有粘液大便等,这也说明脾虚泄泻者有自主神经功能异常。

有单位对脾虚病人采用木糖排泄试验、血清胃泌素含量测定、尿淀粉酶活性测定、放射性同位素碘作消化道排空试验,结果发现多数病人的小肠功能减退,血清胃泌素含量降低,胰分泌淀粉酶活性降低,消化道排空速度加快等。这些都表明胃肠道的消化、吸收功能减弱,为"脾失健运"的客观依据。

有单位研究了脾虚患者的免疫功能,发现有些患者外周血液淋巴细胞计数偏低;脾阳虚者T淋巴细胞比对照组低,淋巴细胞转化率亦低。有人观察到34例脾虚泄泻者的玫瑰花瓣形成率较对照组明显降低。有人发现脾虚病人细胞免疫功能降低的程度与其贫血、低蛋白血症的严重程度呈正相关,提示脾虚患者细胞免疫功能低下与脾失健运、气血乏源密切相关。有人研究了消化性溃疡及慢性结肠炎脾虚患者唾液中SIgA的含量,结果见脾虚者含量升高,挟湿者更为明显。还有人发现脾虚证者与人类白细胞抗原 B_{22} 显著相关,表明脾虚者可能与免疫遗传因素有一定的关系。

有单位观察了49例脾虚患者的葡萄糖耐量试验,结果9例空腹血糖低于正常人。有单位发现脾虚组蛋白结合碘比对照组显著降低,说明基础代谢率低,也显示脾虚患者蛋白质代谢水平低下。有单位研究了脾虚证时的水盐代谢,发现老年性慢性支气管炎及溃疡病脾虚型患者唾液内含 Na^+ 量增高而含 K^+ 量降低的现象。有人测定了"慢支"病人的排尿量与排痰量,发现脾虚越严重则尿量越少而痰量越多,似乎符合着脾虚病人有"水湿内停"及"积液成痰"的病机。

有些单位对脾与内分泌系统的关系进行了研究,有的报道称脾虚泄泻者在女性组病人之尿17-酮及17-羟类固醇均较正常组低,而男性组则未见显著差异;有的单位报道脾阳虚患者尿17-羟含量与正常人对比,并无明显差异;而有的报道则称脾虚型老年性慢性支气管炎患者的尿17-酮降低,肾虚型者降低更甚。

综上所述,在脾虚时可见消化酶活性低下、消化功能减低,小肠吸收功能低下、胃肠运动功能紊乱、自主神经功能紊乱、内分泌功能紊乱与代谢障碍、细胞免疫功能低下等,在消化道的形态结构也能见到一定程度的病理变化。由此可见,脾虚证是以消化系统为主的多系统、多器官的综合性紊乱的反映。

(3) 心的研究 对心的现代研究起步于70年代末期,以对冠心病患者的研究资料较多。现按心气虚、心阴虚、心血瘀及阴虚火旺等各组资料扼要介绍于下:

对冠心病心绞痛具有心气虚的患者进行心功能测定的结果,表明患者多具有不同程度的潜在性的心功能不全,因此,有人曾提出心收缩时间间期(STI)明显异常、左室泵功能减退可考虑作为冠心病人心气虚证的一些客观指标。亦有人报道此类患者还有不同程度的心舒缩间期变化。有人报道用收缩时间间期和心尖搏动图测试气虚型冠心病,结果发现100%的患者显示血液动力学指标异常。有人报道心气虚自主神经功能的变化以交感神经功能偏亢为主,又发现心气虚患者24小时尿17-羟、17-酮皮质类固醇排出量较正常人有增多的趋势,此外,还测定了心气虚或心阴虚者血小板内cAMP及cGMP的含量,淋巴细胞内cAMP的含量,结果见气虚者血浆cAMP/cGMP比值低于正常,而阴虚者变化不大。若干报道证明血浆 E_2、E_2/T 值高是男性冠心病患者属心气虚证的一个参考指标。心气虚患者的细胞免疫功能也是低下的。有报道称E-花环试验显示心气虚的活花百分比、总花百分比明显低于正常组,淋巴细胞酸性α-萘乙酸酯酶(ANAE)染色的测定,心气虚组 $ANAE^{(+)}$ 细胞的百分比低于正常组,$ANAE^{(-)}$ 细胞的百分比高于正常组。上述三种方法在心气虚与心阴虚之间相比,差别无显著意义。因此,有人认为细胞免疫功能均低下,可反映虚,但不能定位,可能是虚证的共性指标。有人报道心气虚患者的血红蛋白2,3-二磷酸甘油酸(2,3-DPG)高于正常组,并称这指标可能是心气虚的辨证指标之一。

对心阴虚的患者作过相应指标的测试,结果表明其细胞免疫功能降低;血液流变学有明显改变,血浆cAMP增高,cGMP降低,cAMP/cGMP比值增高;血清酪氨酸浓度升高,尿17-羟皮质类固醇增高,血清多巴胺-β-羟化酶增高。

对心血瘀证的冠心病患者大多数显示血液流变学与微循环都有不同程度的异常,但对血浆血栓素 A_2,β血栓球蛋白和血小板第Ⅳ因子的变化虽已有所研究,但其意义如何尚待论证。

近年来开始对阴虚心火旺者进行了大量的研究。有人检测高血压患者尿儿茶酚胺(CA)和17-OHCS排量,结果发现阴虚心火旺组尿CA较正常组增高,提示高血压病阴虚心火旺证者很可能主要由于交感-肾上腺功能亢进引起。亦有人发现甲亢病人阴虚心火旺者血浆cAMP高于正常组,尿中CA排量升高,并认为交感-肾上腺髓质活动及β受体-腺苷酸环化酶系统反应性增强是导致心火旺证的主要原因之一。有报道称阴虚火旺者尿内生肌酐量、尿素氮量及儿茶酚胺量均较单纯阴虚型有显著增加,并认为阴虚火旺证的病理生理学基础可能是能量代谢的增高。血液粘滞性在阴虚火旺者有明显增加。

综上所述,心气虚证患者有不同程度的左心室功能

不全，交感神经功能亢进，尿 17－羟和 17－酮皮质类固醇含量正常，血浆 6－Keto－$PGF_{1}\alpha$ 降低，血浆 TXB_2 增高；心阴虚证患者血清酪氨酸浓度升高，尿 17－羟皮质类固醇增高，血清多巴胺－β－羟化酶增高；心血瘀者血浆血栓素 A_2 水平升高，β 血栓球蛋白和血小板第Ⅳ因子增高；心阴虚火旺者尿儿茶酚胺、血浆 cAMP 、尿羟脯氨酸含量均增高。

（4）肝的研究　肝的现代研究尚处在早期摸索阶段，其研究结果尚未得到公认。有人报道肝阳上亢时患者自主神经功能紊乱，交感神经亢进，尿儿茶酚胺、NE、TMN 含量增高，血浆 cAMP、cGMP 含量增高，血浆 TXB_2 含量增高，其特异性亦较好。其他研究结果尚不稳定。

（5）肺的研究　大多数报道是以慢性支气管炎患者之属肺气虚者为主要对象进行研究的，见其细胞免疫和体液免疫功能降低，副交感神经功能亢进，血浆 cAMP 水平降低，血清 α_1－AT 水平降低，肺通气功能降低，气道阻力增加，不同程度的肺气肿，肺血管弹性减低，肺血流量减少，肺循环阻力增加，血液流变学异常等。

在对肺与大肠相表里的关系进行探讨，发现有些小儿肺炎患者的肠粘膜有气泡形成，从而论证了肺与大肠之间气体交换的过程，并为各种承气汤的合理应用提供了理论依据。并通过对肺源性心脏病患者的水肿和利尿的关系，初步认为肺与水代谢有关，从而论证了肺为水之上源的理论。

气血病机的研究　有用乙酰基苯肼形成贫血，借以进行血虚的动物模型的探讨；用半饥饿的方法造成虚损状态，借以进行气虚的动物模型的探讨。目前对于气虚与血虚的本质的研究还有待于深入。近 20 年来曾运用现代科学技术对活血化瘀治则进行了临床的与实验室的研究，从而对血瘀证的病机有所了解，根据目前的初步研究结果，比较一致地认为：在外因和内因的作用下，由于机体心脏、血管、血液发生组织学、生理生化、生物物理学的改变，致使血液流动缓慢或停滞，或血液离开血管产生瘀积，这是血瘀证的基本环节与共性。在病理学方面表现为血液循环障碍和受累组织的损害，组织细胞的炎症、水肿、糜烂、坏死、硬化及增生等继发性改变。故血瘀证应包括血液循环障碍的发生、发展及其续发变化的全部病理过程。此外，血瘀证与结缔组织代谢异常，分子生物学调节障碍，免疫功能紊乱以及炎症的病理过程等亦有密切的关系。目前对各种不同血瘀证的具体本质与各种关系之间的内在联系尚有待于多学科的协作研究。

温病卫气营血病机研究　有人以现代病理学观点探讨温病卫气营血的病理变化及其传变规律性。并与现代医学的急性传染病进行了对比探讨，认为邪在卫分，相当于急性传染病之前躯期及症状明显期之早期。此期以上呼吸道炎症及体表神经－血管反应为主；邪在气分，相当于急性传染病之症状明显期，以毒血症所引起的症状及由于高热而引起的体液与电解质代谢紊乱为主，实质脏器显示混浊肿胀及功能紊乱。此期可见各种传染病之特异性病变。邪在营分，相当于急性传染病之极盛期，除各种传染病之特殊病变进一步深化外，中枢神经系统的变性、坏死较为突出，凝血系统紊乱以及血管壁的中毒性损害进一步发展。邪在血分，相当于急性传染病之衰竭期，多种重要脏器如中枢神经系、心、肺、肾、肝等之损害更为严重，机体反应性及抵抗力下降。暴发型相当于逆传之病例，往往可见急性肾上腺皮质功能不全及广泛之出血。有人对兔大肠杆菌败血症模型进行了温病卫气营血的病理研究，在超微结构上见到肺泡壁上皮细胞内线粒体肿胀和内质网扩张、胞质内空泡形成，次级溶酶体减少，毛细血管充血，内皮细胞肿胀等变化，其程度随着从卫分到营血过程而逐渐加重，以致在血分时细胞器多呈减少而出现拉空现象。肝细胞亦呈类似变化。从卫气营血传变过程的总趋势来看，则表示着正邪相搏，病邪由表入里，由浅入深，病情由轻至重，而机体则由实致虚的过程。这个过程在病理学上也可得到相应的证明。

辨证论治原理的探讨　根据中医学关于人体生理病理的认识，通过对中医病因病机原理的研究，特别是通过对临床辨证论治的基本原理的分析，提出有关疾病发生发展的观点即"整体制约论"。这一发病理论与西医学的"局部定位论"原则是显著不同的。"整体制约论"认为：疾病是人体因致病原因和条件的作用而发生的一个复杂的"正"、"邪"相争的矛盾过程，这时机体内部及其与环境之间的相互关系发生了紊乱，一方面导致维持健康所必须的生理活动紊乱，另一方面又引起了人体抵抗致病原因和条件的一系列防御性反应。此概念应包括以下几项具体内容：

（1）人与周围环境，包括自然界与社会，处在一个共同的统一体中。自然界的各种气象因素可以作用于人体从而影响人体的生理与病理活动。必须强调社会因素，特别是思想意识对人体将发挥其主观能动作用，不断地适应和改造着周围环境。人与环境处在既矛盾又统一的斗争过程中，而人应处于主导地位。两者之间的相互关系紊乱即能导致疾病。

（2）人是一个整体。任何疾病都是整体性疾病，不能仅仅理解为局部细胞的疾病。但可将人体内各部分按其解剖生理特点分成多个系，如脏腑、经络、组织、细胞等等。系与系之间，同系内各部分之间是相互依存，相互制约的。各系是受整体制约的，在整体内，中枢神经系统、特别是思想意识，在生理活动及病理过程中处于主导地位。尽管如此，它仍从属于整体，任何系决不能凌驾于整体之上，只有在整体中才具有系的意义。这一原理应适用于整体与细胞之间的相互关系。

（3）在人体内，体液与细胞，细胞与细胞，脏腑经络与脏腑经络之间是相互依存，相互制约的。这种相互关系的紊乱即意味着疾病的发生。产生疾病的原因只能从导致上述相互关系紊乱的因素中去寻找。

(4) 中医体质学说在发病学中具有重要意义。体质是人群中的个体在代谢、功能、结构上的特殊性。这种特殊性往往决定着人体对某种致病因子的易感性及其所产生病变类型的倾向性。体质学说是中医临床治疗个体化的重要理论基础之一。

(5) 在疾病过程中可以产生各种"证"。"证"是中医学术思想中特有的概念。"证"是整体体质反应特征和上述相互关系紊乱的综合表现，是生命物质在疾病过程中具有时相性的本质性的反映，是一种以临床功能变化为主的"整体定型反应形式"，八纲辨证可为代表。各种证不仅具有八纲归属的特征，而且具有脏腑各级分系水平的病理特征，也就是说，八纲辨证必须与六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证及脏腑辨证等结合起来才能具体地诊断疾病，并确定其治疗原则。这种既重视整体又不忽视局部因素的辨证原则是符合辩证法原理的。

(6) 疾病是一个新的矛盾过程，有它的开始阶段、中间阶段及终末阶段，显示着发展的连贯性和相对的阶段性。疾病处于不同的阶段具有不同的矛盾特征，各部分之间相互关系紊乱即具有特定的内容。这是"证"的时相性。温病的卫气营血传变与伤寒的六经传变可为代表。中医辨证论治的关键就在于采用不同的方法去处理不同的证。因为中医的论治是建筑在辨证的基础上的，因此，异病同证，同证同机，即可同治；同病异证，异证异机即须异治。相同的证即表示相同的功能紊乱形式，即具有相同的病理基础，因此，可以用相同的法则予以治疗而获效。认识这一点对我们既有原则性又有灵活性地把握疾病和治疗疾病是有重要意义的。

(7) 疾病过程中的一切病理变化，必然要在代谢上、功能上及结构上反映出来，而且三者是辩证统一的，相互制约的。疾病同时反映着整体功能性定型反应形式与局部结构性定型反应形式，它们都取决于其共同的物质基础即生命物质的病理性新陈代谢过程。实质上，中医是从"证"入手，通过治疗来纠正其病理性代谢过程的，最后不仅调整了功能紊乱，同时也促进了结构上的修复。我们应以辩证唯物主义关于整体与局部辩证统一作为认识疾病和治疗疾病的主导思想，更好地将针对整体功能性定型反应形式与针对局部结构性定型反应形式的治疗措施合理地结合起来，从而使中医有关理法方药的理论与实践和近代科学知识更好地结合起来。

(8) 在人体内存在着一种由人体生命物质特有的矛盾性决定的，从进化过程中获得的自动控制能力，这是一种维持机体相对平衡的自限和自愈能力。辨证论治就是因人、因时、因地制宜地针对个体患者调整其各系统之间的具体紊乱，促进其自制与自愈机制，使之在新的水平上重新恢复相对的动态的平衡。

中医病因病机学是中医基础理论中极为重要的一环，它上承人体解剖学与生理学，下启临床各科的辨证论治。因此，今后集中力量研究中医病因病机学原理是具有现实意义的。这是一个涉及古今中外，跨多个学科的研究课题。除与医学有直接关系的基础学科外，必须广开思路，引进其他基础学科如数学、物理学、化学、天文学、气象学、地理学、心理学等等协同研究，并通过多种途径，包括临床的和实验室的，不仅可为传统的中医理论找到客观的物质基础与具体数据，而且更重要的是通过上述研究将会探得一些关于人类疾病发生发展的新规律，从而产生新的病因病机学说以促进医学科学研究的发展。

妇科病病因病机

妇女因有经、孕、产、乳之生理特点，在病理变化上就产生了与男子不同的妇科病。因此在病因病机上亦有妇科病之特点，即妇科病因，多以寒、热、湿邪为患，或由七情所伤而致；其病机则以气血、脏腑与冲任为要。今分述如下：

妇科病病因　由于生理特点主要"以血用事"，其经、孕、产、乳的生理过程，无不以血为用，而人身气血相随，血病必影响及气，而气病也必影响及血，故凡能导致血气为病者，均可为妇科的致病因素。如《素问·阴阳别论》曰："二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月。"《灵枢·水胀》又云："石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，血不以留止。"在《素问·腹中论》又有："若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少不来"的记载。至汉代张仲景在《金匮要略·妇人杂病脉证并治》中将妇科病因，归纳为"因虚、积冷、结气"三者；隋代巢元方等编撰的《诸病源候论》对妇科病病因，责之于"风寒(冷)客胞"，或"劳伤气血，致体虚受风冷。"以上诸家多各持一见，尚不能全面概括妇科病病因，惟有《景岳全书·妇人规·经脉诸脏病因》说："病之肇端，则或由思虑，或由郁怒，或以积劳，或以六淫饮食，多起于心肺肝脾四脏，……四脏相移，必归脾肾。"则妇科疾病可由七情、劳倦、六淫、饮食等引起，以致脏腑功能失常而出现种种病证。现综前贤之论，择其要者，分述如下：

寒、热、湿邪　风、寒、暑、湿、燥、火(热)都能导致妇产科疾病，但因妇女"以血为本"、"以血用事"，易与血相搏的寒、热、湿邪就更易、更多的导致妇产科病，故予以重点论述。

(1) 寒邪致病：一为外寒，一为内寒。外寒者，寒邪由皮肤肌表入侵，如气候骤冷，衣着不足，或冒雨涉水，而妇女正值行经期、产褥期等，血室正开，不仅肌表受寒，而且寒邪可从阴部上客而影响冲任。亦有妇女素体阳虚，再加生活不节，如嗜食寒凉生冷，以致脏腑、血气、经络凝滞，寒从内生。寒为阴邪，易伤人之阳气，性主收引凝滞，使脉道收引，气血运行不畅，以致胞脉阻滞而导致月经不调、痛经、经闭、带下增多、胎动不安、堕胎小产、妊娠腹痛、产后腹痛诸疾。

(2) 热邪致病：热为阳邪，其性炎上、亢奋。热能使血液沸腾，血流加快。热邪为害，能使人发热，耗气伤津，甚或损伤血络，迫血妄行。热邪亦有外热、内热之分。外热多系直接感受火热之邪而出现高热的妇产科疾病，如热入血室、产褥感染等，内热则因伤于七情，五志化火，或妇女素体阳盛，兼以过食温燥辛热之品等而成，从而使脏腑、阴阳、气血失调，出现月经先期、月经过多、崩漏、胎漏、胎动不安、恶露不绝、经行吐衄等症。此外，热极生风、肝风内动，可致子晕、子痫、产后痉症等。

(3) 湿邪致病：湿为阴邪，其性重浊腻滞，最易困阻气机。湿邪亦有外湿、内湿之异。外湿者，多与气候环境有关，如气候阴雨绵绵、涉水淋雨，居处潮湿等，湿邪客于人体；内湿者，多由饮食不节，恣食生冷肥甘酒醴，或饥饱劳逸失常，损及脾阳，湿自内生，聚而为患。湿邪客体之后，常因人体质之差异，脏腑阴阳之偏颇，湿邪有寒化或热化之不同。湿邪为病，注于任带，任脉不固，带脉失约，则为带下；湿渗大肠，在经行则见经行泄泻；水湿溢于肌肤，则可见经行浮肿或见妊娠水肿、胎水肿满等。

七情所伤　七情是喜、怒、忧、思、悲、恐、惊之总称。情志活动的变化是以五脏精气为基础，是脏腑功能活动的一种表现，正如《素问·六元正纪大论》云："人有五脏化五气，以生喜怒思忧恐。"当五脏发生虚实盛衰变化时，则可产生相应的情志改变。如《灵枢·本神》曰："心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休。"在生理状态下，情志变化是人体适应外界各种刺激的正常反应，但若反复持续的不良刺激，或突然的精神创伤，超过个体的耐受能力，则可引起机体的阴阳气血失调，脏腑功能失常而产生病变。情志所伤的特点，往往表现以气病者多，如气郁、气逆、气滞。其中与妇科发病有关的，以怒、思、恐为多。怒气太过，或思虑过度，或突遭惊恐，可使肝、脾、肾脏腑功能失常而致经、带、胎、产诸疾。

其他，如饮食不节、劳逸失常、多产房劳、跌仆外伤等也是妇科病常见的多发病因，在此不再重赘。

以上仅为致病因素，至于能否发病和发展，还取决于人的体质因素，也就是正气的强弱。正如《灵枢·百病始生》："风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。"人体的正气强弱在发病学中起了主导作用。

妇科病病机　凡由各种不同的致病因素，乘妇女经、孕、产、乳之虚，或客于胞中，或客于脏腑、经络，使机体发生各种不同病理改变的机制。则谓妇科病病机。《校注妇人良方》卷一薛按："血者，水谷之精气也，和调五脏，洒陈六腑……在妇人上为乳汁，下为血海。"因此，妇科发病，无不与气血、脏腑、冲任相关。

气血病机　气血病机主要是指气血失调而言，气血失调是妇科最常见的发病机理，因妇女经、孕、产、乳皆以血为用，易使机体处于血不足，气偏有余状态，正如《灵枢·五音五味》曰："妇人之生，有余于气，不足于血，以其数脱血也。"血之与气，相互为用，气为阳，血为阴，阴阳相随，相互依存，故有："血病则气不能独化"，"气病则血不能畅行"之说。气与血虽不可分离，但在病理变化上仍有气病为主与血病为主的特点。以气病为主者则有气滞、气逆、气虚等病理变化。气滞每多由情志不遂所致，气行则血行，气滞则血行受阻，可见月经先后无定期、痛经、闭经、不孕、产后腹痛、乳汁不行等；气逆则血随气而上逆，而见经行吐衄，或冲气上逆犯胃而致恶阻等；气虚则血失统摄而致月经先期、月经过多、崩漏诸疾；气虚冲任不固，胎失所系可见胎漏、胎动不安等。气虚下陷则任脉不固，带脉失约，而见阴挺下脱、带下等症。以血病为主者，则有血虚、血热、血瘀、血寒等病变；血虚则胞脉失养，可致月经后期、月经过少、闭经、痛经、不孕、缺乳等；血热则迫血妄行，而致月经先期、月经过多、崩中漏下、胎漏、胎动不安等；血瘀则瘀血内阻，胞脉不通而见痛经、闭经、癥瘕、产后腹痛诸疾；或因瘀血不去则新血难安而见崩漏、产后恶露不绝等；血寒者，则血为寒凝，血行不畅，遂致月经后期、量少，甚或闭经、痛经、宫寒不孕等。

脏腑病机　妇人以血为本，而血乃水谷之精气，和调于五脏，洒陈于六腑，在脏腑中，血之化生统摄于脾，藏受于肝，总属于心，宣布于肺，施泄于肾，源源不绝，灌溉濡养周身，是以五脏安和，气充血沛，经脉流畅，则身体无恙，自无经、孕、产、乳之疾。若因某种致病因素引起脏腑功能失常，则可致病。与妇科发病有关的脏腑，主要有肾、肝、脾诸脏。

(1) 肾病病机：肾藏精，主命火。肾精为元阴，是生殖与生长发育的根本物质；命火为元阳，是生命活动的原始动力，故肾为"先天之本"、"水火之脏"、"阴阳之根"。且胞脉系于肾，与奇恒之府——女子胞，关系甚为密切。因此，每当肾之功能失常时，往往可发生肾阴虚、肾阳虚、肾气虚、肾阴阳俱虚等不同病变。

肾阴不足，阴虚无以制阳，虚热内扰，迫血妄行，而见月经先期、量多，甚或崩漏；肾精不足以养胞胎，则见胎漏、胎动不安。肾阳虚不能蒸腾肾阴，化生肾气，使经血失固而致月经过多或崩漏之疾。肾阳虚，脾失温煦，则水湿停聚，流注带脉，发为带下。水湿泛溢肌肤，则为经行浮肿、妊娠浮肿。湿渗大肠，则为经行泄泻。肾阳虚不能温煦胞宫，则为宫寒不孕。肾气虚，不能促天癸成熟，而见月经初潮较迟，甚或闭经。肾虚无力系胞，则致胎漏、胎动不安或阴挺下脱。若肾中阴阳俱虚，阴阳不相维系，则可出现月经紊乱，烘热汗出，畏寒等经断前后诸症。

(2) 肝病病机：肝为藏血之脏，主疏泄，性喜冲和条达，体阴而用阳，肝与冲脉关系密切，因冲脉附于肝，冲为血海，全身脏腑化生之血，皆藏于肝，而有余部分，下注血海而为月经。因此，肝有贮藏血液和调节血流的作用，月经的周期及经量的衡定全赖肝之调节功能，当肝之功能失常时，可有以下几方面的改变：①肝血不足。女子以血为用，肝血不足，血海空虚，无余可下，遂使经水后期、量少，甚或经闭。血属阴，气属阳，气血相随，阴阳相系，阴

虚不能敛阳，以致肝阳上亢，虚风内动，而见妊娠眩晕、子痫等证。②肝气郁结。肝以条达舒畅为顺，若肝失条达，气机不利，血行不畅，胞络受阻，血海不能按时满盈，可见月水不利、经行乳胀、痛经、闭经、妊娠腹痛、缺乳等。③肝郁化热。肝气郁结，郁而化火，火性炎上，血随冲气上逆，而为经行吐衄。或肝热内蕴，热伏冲任，迫血妄行，遂使月经先期、量多，甚或崩漏。迫乳外溢则见乳汁自出等。

(3) 脾病病机：脾为后天之本，居中州以灌四旁，主运化、统血。脾的生理功能主要靠脾气来实现。脾气健运，则水谷精微得以敷布，水湿得运，血有所统而不致溢出脉外，使生化有源，血足气和，则经、带、胎、产如常。常见的病理变化有：①脾虚失运。脾虚，健运功能失司，一是不能输布水谷之精微，使营血亏虚，气血生化之源匮乏，以致冲脉不盛，血海不盈，因而月经后期、量少，甚或闭经。二是不能运化水湿，以致水湿停蓄为患，若水湿溢于肌肤，则为经行浮肿、子肿。湿浊下注任带，以致任脉不固，带脉失约，则为带下；湿渗大肠，则为经行泄泻。②脾虚失统。脾主统血，脾气主升，为带脉之本。脾虚中气不足，血失统摄，遂见月经先期、过多、崩漏、恶露不绝等。脾虚中气下陷，带脉失约，升举固摄无权，可见阴挺下脱。

冲任病机　冲为血海，任主胞胎，冲任之脉皆起于胞中，是以冲脉之血盛，任脉之气通，则月事以时下，阴阳和，则胎孕乃成。因此，清代医家徐灵胎尤重视冲任，在《医学源流论》卷下中说："冲任脉皆起于胞中，上循背里，为经脉之海，此皆血之所从生，而胎之所由系，明于冲任之故，则本原洞悉，而后其所生之病，千条万绪，可以测知其所从起。"在《临证指南》卷九徐灵胎评曰："经带之疾，全属冲任。"足以说明冲任病机在妇科临床的重要意义。大凡冲脉为病，多表现少腹拘急疼痛，若冲气上逆犯胃则见恶阻之疾。任脉主一身之阴，任脉不固，阴津滑脱而下，则为带下，任脉之气不通或欠通，则为癥瘕积聚之证。冲任病机固属重要，然冲任多隶属脏腑，与肾、肝、脾三脏关系至为密切。

在妇科病机中，脏腑功能失常，气血之失调，冲任之损伤，虽各有不同，但因气血源于脏腑，气是运行血之动力，经络为气血运行通道，故此三者，在发病过程中可以相互影响，因此，在认证识病中，必须详辨邪中何脏、何经，或在气在血，才能在错综复杂的证候中，明病位，知属性，以期达到治愈疾病的目的。

儿科病病因病机

小儿生理和病理具有一定的特点，古代医家提出"纯阳之体"、"稚阳稚阴"以及三有余(阳常有余、心常有余、肝常有余)四不足(阴常不足、脾常不足、肺常不足、肾常不足)等基本理论，指导临床实践。故宜根据小儿之生理、病理特点，来辨识儿科之病因病机。

儿科病病因　小儿病因，外感不外"六淫"，内伤皆由饮食。致病因素虽同成人，但由于生理、病理的特点，所表现的病情并不完全一致，预后亦有差异；有些病因则为儿科所特有，如胎毒等。因此，小儿病因在临床上有其一定特点。

六淫　即风寒暑湿燥火。风为百病之长，在小儿发病原因中颇为突出，因小儿肺卫不固，腠理不密，肌肤疏松，肺气通于鼻，肺主皮毛，所以风邪易从口鼻或皮毛侵入，故外感风邪引起的疾病较为多见。常见的如伤风、感冒、咳嗽、哮喘等呼吸道疾病。风为阳邪，善行而数变。一般发病多急，传变较快，如外感风邪，初起属于表证，邪在卫分，若不及时疏解，易向内传，由表及里，由卫及气，且易化热化火，入营入血。小儿外感风邪常与其他外感病因兼受致病，有夹寒、夹热、夹湿等兼证。多见如感冒中的风寒证和风热证。风邪有时可与两种以上外邪相兼而致病。其中风、寒、湿三气合并发病的，称为"痹证"，好发于学龄期的儿童。小儿感受风邪，往往夹有乳食不节的内伤，称为表里同病。此因外感风邪在肺，内伤食滞在脾，临床多见为风邪夹滞证，即既有发热恶风，鼻塞，流涕，喷嚏，咳嗽等肺经表证，又有呕吐，腹胀，腹泻的脾胃里证。

寒为阴邪，易伤阳气。若小儿形体受寒，饮食生冷，则寒邪犯肺，水饮内停，为"形寒饮冷则伤肺"，最易发生冷哮(寒哮)，临床表现为恶寒，咳嗽，流清涕，呼吸喘鸣，痰多稀白似泡沫，苔白，脉浮紧等。若寒邪直中脾胃，脾阳受损，可发生寒泻，表现为大便稀，澄清如鸭溏，完谷不化、色淡，臭气不甚，腹痛喜按，小便清，肢端凉，口不渴，舌质淡，脉沉缓等症。若迁延不愈，可由脾及肾，伤及肾阳，出现精神淡漠，面色㿠白，小便清长，肢冷，脉沉细等症。寒性凝滞，寒凝则血涩，导致气血流行不畅，新生儿阳气未充，若受寒冷，则阳气不能温煦肌肤，可发生新生儿硬肿症，见体温不升，哭声无力，皮肤僵硬、发冷，或兼水肿等症。

暑为阳邪，其性炎热，具有严格的季节性，发于夏至以前的为温病，夏至以后的为暑病。小儿感受暑邪，可发生高热，抽风，昏迷等暑风、暑痉的危重证候。在病情发展过程中，往往反映了热、痰、风、惊的病理变化，即热盛生风，风盛动痰，痰盛生惊，常互为因果，互有联系，为感受暑邪的特点。暑为夏令之气，如小儿禀赋不足，体质虚弱，不能适应夏令酷热的气候，最易冒受暑气，而发生暑热消渴症，又称"夏季热"。此属暑热伤气，临床表现为长期发热，多饮、多尿、无汗。但一人秋凉，症状均能自行消失，为小儿暑病所特有。

湿性粘腻，属于阴邪，湿生于脾，小儿脾常不足，如湿邪内留，则脾先受困，脾阳为之不振，运化无权，水湿不化，故小儿腹泻最为多见，所谓"湿胜则濡泄"。因感受湿邪而引起的疾病，一般多缠绵难愈，病程较长，如湿温、湿疹等疾患，在小儿时期是多见的。湿与热合，则生疮疖，

《素问·生气通天论》云："湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿。"小儿感受湿热之后，流注经络，可发生痿证，如常见的小儿麻痹症。

秋燥之气，易伤津液。如燥邪疫毒侵犯肺胃，循经上炎，毒聚咽喉，则发生白喉，小儿多见。由于燥伤肺阴，而有"白喉多阴虚"的说法。秋燥之气，多从口鼻而入，肺为娇脏，又为华盖，小儿肺气娇弱，易受燥邪，燥伤津液，炼液为痰，胶阻气道，多发生燥咳，临床可见干咳少痰，口咽干燥，苔黄质红等肺燥阴伤之症。

火为阳邪，轻者为温，重者为热，甚者为火。《素问·阴阳应象大论》云："阳盛则热"皆属热病范畴。小儿除直接感受温热病外，其他如风寒暑湿燥等病因，皆可化热化火。小儿患热病后，与成人不同，容易生风动血。《素问·至真要大论》云："诸热瞀瘛，皆属于火"，在疾病发展过程中，易于传变，多内窜手、足厥阴心肝两经，临床表现为神昏谵语，频繁抽风，烦躁不宁，舌质红绛，苔黄而糙。入血则血热妄行，出现发斑、出血，舌绛干刺等症。

此外，尚有疫疠之气，疠气又称戾气，指有强烈传染性的致病之邪，空气有多种戾气，感染某一种特异的戾气，可引起相应的疾患。《诸病源候论·疫疠病候》云："其病与时气、温热等病相类，皆由一岁之内，节气不和，寒暑乖候，或有暴风疾雨，雾露不散，则民多疾疫，病无长少，率皆相似"。《瘟疫论》又明确指出，疫疠之气，非关风寒暑湿燥火的六淫之邪，乃另有一种杂气的致病因素。这种具有传染性的戾气疾病，其中有小儿时所特有者，如麻疹、水痘、小儿麻痹症等，凡冠以疫字的疾患，均有强烈的传染性，如疫喉(白喉)、疫痧(猩红热)、疫咳(百日咳)、疫疠胞疮(天花)等。

饮食　饥饱失常，则易伤脾胃。《幼科发挥》云："太饱伤胃，太饥伤脾"。小儿不知饥饱，饮食失宜，而易伤及脾胃，导致运化功能失常。如乳食过度，则脾胃为病，食物不能蒸腐运化，可发生积滞、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻等证。如喂养不足，特别是一岁以内，母乳不足，断乳太早，或人工喂养，营养不足，可发生疳证。其临床表现为面黄肌瘦，毛发稀疏，伴有食欲反常，善食易饥，或食欲不振，好发脾气，肚腹膨胀，大便不调等症。所谓"诸疳皆脾胃为病"。

饮食不洁，则肠胃乃伤，可引起肠胃疾病和肠寄生虫病。胃肠疾患常见的有腹泻、呕吐、痢疾等。小儿时期常见的绕脐腹痛，嗜食异物，面黄饥瘦，肛门搔痒等多属虫病的常见症状。若蛔虫钻入胆道，可致上腹部阵发性绞痛，四肢厥冷，甚至吐蛔的蛔厥证。

饮食偏嗜，则脾胃不和。某些小儿有偏食的不良习惯，或未及时增加辅助食品，往往可导致脾胃功能失调，脾胃不和，日久则脾胃虚弱，气血生化乏源。临床表现为食欲不振，偏食，有时腹部隐痛，大便或干或稀，形体消瘦，面色无华，舌苔多花剥等。若任其偏食，生长发育会受到影响。

胎毒　古人认为婴儿的某些病证，其发病原因，与胎妊期间母体的热毒有关，初生所患疮疹诸病，称为"胎毒"。《幼幼集成·胎病论》云："儿之初生有病，亦惟胎弱、胎毒二者而已矣。"又说："五欲之火，隐于母胞，遂结为胎毒。"并指出了胎毒的病证，有虫疥流丹、湿疮痈疖、结核、重舌木舌、鹅口口疮，以及胎热、胎寒、胎搐、胎黄等。时行病中的天花、麻疹、水痘，亦认为是胎毒。另《外科启玄》中所说"遗毒"，多指先天性梅毒，亦为胎毒。说明小儿病因属于胎毒者较多，对后世影响很大，有待进一步探索。

儿科病病机　生理是其常，病机是其变，病机与生理是密切关系的，由于小儿在生理上表现脏腑娇嫩，形气未充，所以，在病机上则发病容易，变化迅速，易虚易实，易寒易热。再由于小儿体禀纯阳，生机旺盛，而在病机上又表现为活力充沛，易趋康复。

发病容易，变化迅速　小儿除了先天禀赋不足的解颅、五软、五迟和初生儿特有疾病外，最易发病的就是外感咳喘和脾胃内伤之疾，以及各种时邪所致的温热病。小儿时期，"薄皮弱肉"，卫外机能未固，对外界的适应能力较差，外邪不论从口鼻吸入，或由皮毛侵袭，均足以影响肺的正常功能，而损及肺脏。故小儿易患呼吸道疾患，如感冒、咳嗽、肺炎、哮喘等，其发病率占儿科疾病的首位。

由于小儿脾胃运化能力不足，消化吸收功能较差，这就反映了"脾常不足"的生理特点。因脾居中州，胃为水谷之海，饮食入胃，赖脾运化，然后水谷分化，清浊得宜，以养营卫。如脾胃虚弱，其运化吸收功能本难适应，加之寒暖不能自调，饮食不知自节，因此，外易为六淫所侵，内易为饮食所伤，脾气伤则清不升，胃不和则浊不降，所以，小儿脾胃疾病为多，如积滞、呕吐、腹泻、疳证等。而积滞、呕吐、腹泻、疳证可相互影响，症状亦常交替出现，故脾常不足是产生小儿消化道疾病的体质因素。

小儿抗病力差，易患各种时行疾病。在时行疾病中，又以口鼻吸入者多，如麻疹、风疹、水痘等各种出疹性疾病，以及常见的乳嗽、顿咳，其中包括感受四时不正之气所发生的疾病，即季节性多发病，如春天的春温，夏季的暑温，秋季的疟痢，冬季的冬温。伤寒等等。其发病率均较成人为高。

小儿患热性病较多，且容易出现惊厥等症，即使感冒亦可因高热而导致惊厥，称高热惊厥。病情重者，可因热盛生风，出现频繁的抽风症状，谓之热极生风。严重的在惊厥内闭的同时，可突然身凉脉微，由闭及脱，甚至危及生命。

易虚易实，易寒易热　由于小儿发病容易，并且在疾病过程中变幻多端，《小儿药证直诀》指出小儿疾病"易虚易实，易寒易热"的病机转归。因为疾病的本质不属于热，便属于寒；邪正的盛衰，不属于虚，便属于实。基于小儿生理发育未成熟，机体功能活动不稳定，不仅发病容

易，而且年龄愈小，其病机传变亦较容易。所谓邪气未除正气伤，可怜嫩草不耐霜。《温病条辨·解儿难》云："脏腑薄，藩篱疏，易于传变；肌肤嫩，神气怯，易于感触。"皆概括地反映了小儿时期疾病发展过程中的反复善变，病情极不稳定。如小儿外感疾病较多，在感邪以后，邪正相争，病在初期，临床就出现实证、热证，此为"邪气盛则实"，"阳盛则热"。若正气虚，邪气盛，则可由实转虚，而出现虚证、寒证，为"精气夺则虚"，"阴盛则寒"。因此，易虚易实，易寒易热的病机变化，在小儿疾病中颇为突出。

常见疾病中的小儿腹泻，初期均为肠胃实热的实证、热证。在病变发展的过程中，由于暴泻伤阴，久泻伤阳，加之小儿"稚阳稚阴"的体质，病情可急剧转变，津伤则出现伤阴证，气虚就出现伤阳证。阴与阳是互根的，在重证病例中，由于相互影响，而出现阴阳两伤者，颇不少见。小儿肺炎，特别是重症肺炎，常属上焦温病，其邪热在肺，当病初起，正气尚盛，多为肺气郁闭的实证；若邪盛正虚则逆传心包络而神昏谵语；若热盛伤阴，阴损及阳，心肾阳气衰弱，则可由闭及脱，由实转虚，出现神情委靡，面色㿠白，脉微肢冷等危重证。此在婴儿或先后天不足的肺炎患儿亦极为多见。

小儿暑温中的暑痉、暑厥（包括流行性乙型脑炎等），多属热证、实证，但变化最大，容易由闭转脱。《温病条辨·解儿难》云："暑痉，按俗名小儿急惊风者，惟暑月最多，而兼证最杂……盖小儿肤薄神怯，经络脏腑嫩小，不奈三气发泄，邪之来也，势如奔马，其传变也，急如掣电……。"这具体说明了小儿疾病善变的特点。所以，易虚易实，易寒易热是反映小儿疾病过程中的一般规律。

活力充沛，易趋康复 小儿生机蓬勃，活力充沛，脏气清灵，反应敏捷，患病之后，调护得宜，病情比成人好转得快，容易恢复健康。正如《景岳全书·小儿则》认为小儿"脏气清灵，随拨随应，但能确得其本而撮取之，则一药可愈，非若男妇损伤积痼痴顽者之比，余故谓其易也"。

外科病病因病机

外科病虽大多发于体表，局部有形可见，然如《疡科纲要》所言，"抑知证虽外发，病本内因。……"据临床辨证，外科病因有六淫邪毒，饮食不洁，情志变化及外来伤害等。这些致病因素或凝滞气血，或影响脏腑，或阻塞经络而发病。今从病因、病机分述之。

外科病病因 主要是从六淫邪毒、饮食不节、情志变化、外来伤害等几个方面进行认识。

六淫邪毒 前人在长期的医疗实践中，认识到自然界风、寒、暑、湿、燥、火的气候变化，均能直接或间接地侵害人体，发生疮疡等外科疾病，这种气候变化成为致病因素时，称为六淫邪毒。六淫邪毒，只有在正气虚衰的情况下，才能造成疾病发生的条件。如《内经》谓："正气存内，邪不可干"，"风雨寒暑，不得虚，邪不能独伤人。"六淫并不是各自孤立的，而是互相联系，互相转化的，且六淫邪毒均能化热生火，所以外科疮疡皮肤病之中，尤以"热毒"、"火毒"最为常见。①风：风为阳邪，风胜则燥，发于皮肤可泛发全身，遍体奇痒，多为干性，出现鳞屑或风团，如风热血燥，肤失滋养所致的白疕；风性善行而数变，发病迅速，多为阳证，症见局部红肿，或痛无定处，或痉挛抽搐，如外风引动内风所致的破伤风。②寒：寒为阴邪，深伏凝滞，痹着筋骨，一般多为阴证。其特点为漫肿木硬，或肿而软绵，皮色紫黯，不红不热，痛有定处，得暖则缓。如寒凝瘀阻致经脉闭塞的脱疽，风寒、痰浊凝聚于骨而成流痰等。③暑：暑为阳邪，常多挟湿，暑湿熏蒸，久则化热。其特点为红肿灼痛，遇冷痛减。如暑湿熏蒸皮肤而患痱子；感受暑毒而患疖及脓疱疮等。④湿：湿为阴邪，粘滞重浊，随脾阳盛衰而化寒化热。其特点为皮肉湿烂，重着下注，溃疡渗液，滋水淋漓。如寒湿或湿热瘀滞而致臁疮；湿热下注而致痔疮、肛门周围痈疽等。⑤燥：燥为阳邪，燥伤津液，血燥生风。其特点为皮肤干燥，瘙痒、脱屑、皲裂。如血热血燥所致白疕；血燥生风引起顽癣、风瘙痒等。⑥火：火为阳邪，其性上炎，诸痛痒疮皆属于火，风、寒、暑、湿、燥诸邪皆能化火，可见于全身各处。其特点为发病快，来势急，红肿热痛尤甚。如火热毒邪，流于经脉而致红丝疔；火邪侵犯，血分有热，郁于肌肤而发丹毒等。

饮食不节 恣食膏粱厚味，醇酒炙煿或辛辣刺激之品，可使脾胃功能失调，湿热火毒内生，而发生痈、疽、疔疮等疾病。故《素问·生气通天论》谓："膏梁之变，足生大疔。"又如肠胃运化失职，糟粕积滞，生湿化火，气血瘀滞，以致湿热瘀血壅结肠道而发生肠痈。

情志变化 人体的内在活动，特别是精神情志的变化，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情，对于机体有极大的影响。情志异常，可使体内的气血郁滞，阴阳失调，产生各种病变。如《灵枢·玉版》谓："病之生时，有喜怒不测，饮食不节，阴气不足，阳气有余，营气不行，乃发为痈疽。"临床所见的瘰疬、岩、乳癖、瘿等疾病，多因情志不畅，肝郁不舒，以致肝气郁结，气滞痰凝而成。顽癣、白疕也可因情志变化而诱发或加重。

外来伤害 外来伤害包括烧伤、冻伤、毒虫和毒蛇咬伤等。轻则局部损害，重则（热）毒邪内攻脏腑而致严重的全身中毒症状。

外科病病机 外科疾病，虽然大多发于体表，局部有形可见，但与脏腑、经络、气血、津液等都有密切联系。

气血病机 人身气血的运行如环之无端，倘有失调或阻滞，则运行失常，形成局部气血凝滞，阻于经络，留于肌肤、筋骨而发生疮疡。《素问·生气通天论》谓："营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。"《灵枢·痈疽》谓："营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。"这扼要地说明脓的形成，主要由于热（毒）胜致血肉腐败

的结果，也是局部气血凝滞的进一步发展变化的病理过程。《素问·评热病论》有“邪之所凑，其气必虚”的论述。若疮疡病人气血充盛，在治疗过程中则脓未成者可消散，脓已成者可使毒势局限、易溃，溃后腐肉易于脱落，亦易生肌愈合。气血不足者则疮疡难消、难溃，易于扩散，溃后腐肉难以脱落，亦难生肌收口愈合，甚者在病情发展过程中出现“走黄”、“内陷”等症。

脏腑病机 疮疡虽发生于体表，但与脏腑有一定的关系。《素问·生气通天论》谓：“膏粱之变，足生大疔。”《素问·至真要大论》谓：“诸痛痒疮，皆属于心。”又如属于胃、肺、肾病的“消渴证”病人易患痈疖；患瘰疬和乳癖者多有肝气郁结；虚劳者易患流痰等，都是由于脏腑内损而导致疮疡的发生。同样，体表的疮疡病变，也可影响脏腑，如疮疡热盛邪毒蒙闭心包以致出现高热、昏谵、痉厥等症，或邪毒犯肺而致呼吸喘促，都是由于疮疡而导致脏腑病变。

经络病机 经络分布于人体各部，内联脏腑，外达肌肤，具有运行气血、联络全身以维持人体各个组织器官的正常生理功能。疮疡的发生和传变都与经络有关，脏腑有病，由里达表，外生疖痈；疮疡病变，由表传里，内攻脏腑，也是通过经络的传导而形成。同时，疮疡的发生，也往往因经络阻塞而致气血凝滞。正如《医宗金鉴》的“痈疽原是火毒生，经络阻隔气血凝”之说。

总之，外科疾病的发生、发展、变化，与气血、脏腑、经络有一定的关系。所以临床上既要注意局部，以攻邪为主，同时又须重视整体，疏通经络，调理脏腑气血。

眼科病病因病机

眼病之病因，多与六淫、七情、饮食劳倦与外伤密切相关，这些因素导致机体邪正抗争，阴阳、脏腑、气血失调，直接或间接形成眼病。其病因病机综述如下：

六淫 在眼科范围内，人多为外障眼病。此外，由于脏腑不和，气血失调，经络阻滞等内在原因所致的疾病，虽然与六气的变化无直接联系，但临床表现有类似六淫致病的特征，为别之于前者，常称为“内风”、“内寒”、“内热(火)”等，其概念与外感六淫不同。如目赤痛之刺痒眵泪，乃风性开泄瘙痒的特点，病因主要为风邪所侵，属外风。而目睛瞤动，辘轳转关，相类于风性善摇曳的特点，但此风是自内而生，属内风，又称肝风。为了便于对两者所表现的证候进行鉴别，现将风、寒、暑、湿、燥、火的临床表现对比分述如下：

风 风为百病之长，机体常为所害。风性轻扬，眼目易受侵犯，如《素问·太阴阳明论》指出：“伤于风者，上先受之。”风邪所致目疾，表现为目赤痛，痒涩流泪等，或兼见头痛寒热身疼，风与热并，则目赤肿痛，眵多热结，风与湿合，多眵泪，痒涩，眼睑肿胀湿烂等。

另有内风与外感之风有别，又称肝风，诸风掉眩皆属于肝，肝开窍于目。凡肝阳上亢，肝风内动，均可引起眼病，如头痛目胀、眩晕、目赤等。肝风有虚实之别，实者发病多急，有火热之象并见，虚者为虚风内动，发病较缓多兼有阴液耗伤，或血虚之象。若肝风痰火互并，攻及头目，则见头痛如劈，目胀欲脱，瞳神散大，视物昏矇等。风性主动，外风和内风侵目均可见目痒目劄、上胞下垂，口眼㖞斜、目偏视等症。

风邪有善行数变，发病急骤，来势急重的特点，甚至有的在病名上冠以“风”字，如“暴风客热”，形容外风得病之急。又如“雷头风”，似雷鸣风动之势，描述内风发病之速，变化之快，有丧明于旦夕之危。风邪与眼病联系的另一方面，黑睛属肝所主，称风轮，为眼珠之边陲，易于被病邪所袭，并且在发病时，常为急骤而生，浮嫩速长，变化亦快，并有疼痛、羞明、流泪等风邪致病之特征。另外，时行疫疠之气侵目，起病急骤，来势迅猛，能传染于一方之人，如“天行赤热”，又非一般风火之邪可比。

寒 寒为阴邪，常因冒涉风霜，寒气袭人而致。如症见目赤隐痛、隐涩、头痛身楚，怕日羞明，涕泪交流等即为外寒所伤。寒邪常与风邪、湿痰合而致病，如寒与湿痰互结，可见眉头疼痛、胞生痰核。《银海指南》指出因寒“发为目病，冷泪翳障，视物昏花。若复兼湿，则邪滞太阴，胬肉壅肿，……；兼风则迎风流泪，云翳满遮；兼痰则脾生樱核，目睛赤涩；兼湿则眼倦慵开，气滞光暗”。

内寒致病，乃因脏腑阳气虚衰引起，如症见局部肿而不红，或红而不甚，痛而不剧，得温则减，按之则缓者，或病期迁延日久，如青盲，冷泪长流，翳障难愈，视物昏花，高风雀目等。

暑 暑为阳邪，乃火热所化，行于盛夏，烈日当空，热蒸汗出，虚感暑邪，其症与火邪相似，如目赤肿痛，眵泪如脓，或羞明怕日等，但脉虚弱无力。若暑挟湿者，可兼见胸闷泛恶，食少倦怠等症。如《银海指南》谓，暑邪乃“五火并炽，势等燎原，上炎于目，则赤胀肿痛，眵泪如脓”，又曰：“暑病与热病相似，但热病脉盛，暑病脉虚耳。盖伤暑者，脉必濡弱，或弦细芤迟、身体发热，与四时感冒无异，惟舌红口渴、小便短赤，为辨其分。”

湿 湿邪为病，多为气候潮湿，涉水淋雨，居处湿地等侵袭人体所致。如浸淫于目，可见“迎风赤烂”、“风弦烂眼”、“眦帷赤烂”等，全身症状有发热午后为重，汗出而热不解，恶风，身困头重，四肢酸楚，亦可表现为湿痹，如关节酸痛重着、固定不移、屈伸不利，或肌肤麻木不仁。

湿自内生，多因脾失健运，水湿停聚而成，水湿上泛于目，两胞睑水肿。湿在肝经，黑睛常生星翳，抱轮红赤，疼痛羞明；湿在肺经，白睛常现黄油障症，或白睛皆黄；湿在脾经者，郁于胞睑肌腠之间，则生椒疮、粟疮。湿痰凝聚，阻滞络脉，则胞生痰核，眉棱骨疼痛。内生之湿，全身常表现为食欲不振，胸膈痞闷，恶心，头身重困，便溏泄泻，舌苔厚腻等。

燥 燥为阳邪，常发生于秋季，燥气流行，耗伤津液

而发病。因燥邪所致的眼病，如在《素问·气交变大论》中就已记述有"燥气流行，肝木受邪，……目赤痛眦疡"，为外燥浸淫于目。可见眼目赤痛干涩，睑弦红赤干痒，或生鳞屑，眦角干裂，眵多干结。

内燥，多由汗下太过或津血内虚，阴液内耗所致。如白睛眵干作痒，黑睛翳障模糊，如小儿疳眼以及双目干涩，鼻咽干燥，口干津少，便难溲短，均系精血亏耗，不能上承，清窍失于濡养。

火　火与热同为阳邪，热为火之轻，火为热之盛。《素问·五运行大论》谓"南方生热，热生火"，所以有时将火热混称。火热亦有内外之分，早在《素问·六元正纪大论》中就载有外感之火引起的目病，谓："少阳司天之政，血溢目赤，……少阴司天之政，民病目赤，二之气，阳气布，目瞑目赤，三之气，大火行，民病目赤，……炎火行，大暑至，民病目赤。"外感之火常因围炉取暖，日光曝晒，久处烟火等所致。症见目赤肿痛，眵泪交流，黑睛生翳，羞明怕热等。

内生之火，常因脏腑、阴阳、气血失调而成。《银海指南》曰："目不因火则不病。白轮变赤，火乘肺也。肉轮赤肿，火乘脾也。黑水神光被翳，火乘肝与肾也。赤脉贯目，心火自盛也。此即五志之火，由内而生。"内生之火，有虚火和实火之别。若因体内阳气亢盛者属实火，如心有实火，大眦赤痛，赤脉贯睛。肝胆火盛，目赤疼痛，抱轮红赤，羞明流泪，黑睛生翳。肺火炎蒸，白睛红赤，眵黄多而干结。脾胃实火内蕴，胞睑赤肿如桃，黄液上冲。其他症状可见口苦舌燥，心烦急躁，大便干结，小便短赤等。体内阴液亏损，水不制火，为虚火，多属心肺肝肾之病变。如心阴不足，小眦淡赤而痛。肺阴虚衰，白睛淡红，眵稀少而不结。肝肾阴虚，虚火上炎，双目干涩，甚则神水将枯。眼前蝇翅黑花飞舞，视物昏花等。还可见阴虚之症，常见有口鼻干燥，五心烦热，潮热盗汗，失眠少寐，头晕耳鸣，腰膝酸软等。

目为至高之窍，火性炎上，最易上犯空窍。不论外感或内生之火，或虚火实火，均易引起眼病，又因六气可以相从而化，风寒暑湿燥等均可化火，七情内伤，五志过极，在一定的条件下亦可化火，因此，辨火证之内外虚实，除依据局部症状外，全身体征更为重要。

七情　喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七种情志活动称"七情"。七情过伤或抑郁，可引起体内阴阳失调，脏腑功能紊乱，气血不和，经络阻滞，是眼病的发生、发展的因素之一。早在《三因极一病证方论》中已将七情变化列为眼病的三因之一。《原机启微》已有因七情变化引起眼病的专论。如"七情五贼劳役饥饱之病"、"气为怒伤散而不聚之病"等。至清代《银海指南》从七情所致眼病的病机方面作了系统论述。

七情过伤发生眼病的机理，主要有：①使脏腑内损，精气亏乏，而发生眼病。如《医宗金鉴·眼科心法要诀》曰："内障之病皆因七情过伤，过喜伤心，过怒伤肝，过忧伤肺，过思伤脾，过悲伤心，过恐伤肾，过惊伤胆，脏腑内损，精气不上注于目。"②七情内伤，致脏腑功能失调，引起眼病。如《三因极一病证方论·三因证治》中已有论述："病者喜怒不节，忧思兼并，致脏气不平，郁而生涎，随气上厥，逢脑之虚，浸淫眼系，荫注于目，轻则昏涩，重则障翳，眵泪胬肉，白膜漫睛，皆内所因。"

七情所致眼病，有下列几种情况：

(1) 七情变化致使气机逆乱，气血功能失调：如思则气结，怒则气上，喜则气缓，惊则气下，悲则气消等。目中真气升降出入之机废用，而致气血营卫无以升降出入，目失润养，诸病由生；邪气亦可随逆乱之气浸淫目系。或有因思虑太过，用心罔极，忧伤至甚，惊恐无措，致气机痞塞，双目倏然盲而不见，或使玄府幽深之源郁遏，神光不得发越，而为青盲重症。有因怒而伤目者，足厥阴肝主目，在志为怒，怒甚则伤肝。瞳神为气所充，气盛则瞳神聚，气散则瞳神散，气为怒伤则瞳神散大，其病初起视物昏花，如在雾露之中，眼前有黑花飞动，视物成两体，久则光华不能敛聚，视物不见，终成废疾。大怒则气上，引起肝火上逆，出现目赤暴盲等。

(2) 气机郁滞，郁久化火：如因竭劳心思，用意太过或忧郁忿悖，而使气机郁滞，郁火内生，随目系而入，伤及头目，攻散瞳神，蒸灼神膏，瞳神气色转青、变绿，而后为黄，头旋，额角偏痛，甚则目胀欲脱，犹若锥钻，头如斧劈，终成盲瞽，或因郁而滞，致使目内孔窍不通，气液不得宣流，诸病由生。

(3) 七情内伤，损及脾胃：脾在志为思，思伤脾。《原机启微》曰"七情内伤，脾胃先病"，脾胃伤则气不聚，气不聚则瞳神不能敛聚，故瞳神散大。脾胃虚不能输布精微，五脏之精气皆失所司，不能归明于目，则视物昏花，眼睫无力，不耐久视，久视则酸痛，眼皮宽纵，上胞下垂等。故李东垣在《脾胃论》中专论"脾胃虚则九窍不通"。

(4) 七情内移，邪气侵袭：如《原机启微》曰："今为物之所伤，则皮毛肉腠之间，为隙必甚，所伤之际，岂无七情内移，而为卫气衰惫之原，二者俱召，风安不从。"说明外伤之后，疼痛忧愁，七情内移，使卫外之气虚衰，风邪更易乘隙而入。可使目疾加重，或有变症。因此，有目病者更应禁暴怒，解忧思，除悲泣，以免七情内移，加重眼病。

(5) 七情内伤，易致胎患目病：如《秘传眼科龙木论》在"小儿青盲外障"中说："此眼初患之时，在母腹中忽受惊邪之气，今生后五七岁以来，便多患眼。"

七情是眼病的重要原因之一，在眼病的发生和发展过程中，都有着直接或间接的影响。因此，在诊治眼病时，应给予重视。平素保持七情调和，心旷神怡，毋使太过或不及，从而五脏之气充和，六腑之气调畅，气无郁结，血无凝滞，腠理固密，卫气充旺，阴平阳秘，则眼目之疾可防。

饮食劳倦　饮食和劳动是人类赖以生存和维持健康的基本条件。如饮食不节，饥饱无时，劳逸失度，均可成

为人体致病的重要原因，眼病的发生、发展与其亦有密切关系。早在《千金要方》中已指出“生食五辛，接热饮食，食滄面食，饮酒不已，房室无节……”等为丧明之本。至宋代陈无择将饮食不节和劳倦归入不内外因，与外因、内因并列为眼病的三大原因，至金元时期李东垣阐述了饮食劳倦伤损脾胃对眼病的影响，提出“脾胃虚则九窍不通”的理论，在《脾胃论》、《兰室秘藏》等著作中详述了饮食劳倦在眼发病中的病因病机，辨证和治疗，使眼病在这一方面的理论，更加系统化。

饮食不节，脾胃先病，脾胃有伤，则生精化血之职失司，五脏精气皆失所养，不能上注于目，则内障之病即生。李东垣谓：“五脏六腑之精气皆禀受于脾，上贯于目。脾者诸阴之首也，目者血脉之宗也，故脾虚则五脏之精皆失所司，不能归明于目矣。”(《兰室秘藏》)

饮食不节，易伤脾损气，升清降浊之令不行，清阳之气不能上升以濡养头面诸窍，则九窍不利，耳目不聪，内障由生。如《脾胃论》谓：“地气者人之脾胃也，脾主五藏之气，肾主五藏之精，皆上奉于天，二者俱主生化以奉升浮，是知春生夏长皆从胃中出也”，又谓：“胃气既病则下溜，……有形之土，下填九窍之源，使不能上通于天……，即清气不升，九窍为之不利。”

饮食偏嗜或忌口等不良之生活习惯，使机体营养单调，常可形成生精化血之源亏乏，则养目之精血不足，而致目病。《证治要诀》谓：“有因茹素，至目少光，或成雀目。”

劳倦是指过度的劳动，使人体疲劳伤气，或脾胃受损，正气亏虚，甚则在劳累中，汗泄气伤，气阴两虚，眼目诸病即生。劳倦不仅表现在全身的过劳，也常表现于眼的目力使用方面，如不知保养目力，劳瞻竭视，阅读细书，光线太暗，距离太近，均可引起目病，特别是在青少年中，一不注意，则近视诸病即生。一旦病成，则又难于治疗。劳倦对眼病的发展亦有影响，如高度近视，常因重力作劳，或从高处着下，而有视网膜脱离盲于旦夕者；眼底出血者，可因负重劳累而反复发作者；更有旧患目疾，因劳而复发者，皆不可不防。

劳倦从广义上讲，还应包括房劳过度，伤精损肾，斲伤真元，对眼病的发生和发展，乃至治疗和预后均有很大的影响，因此毋妄作劳，固精强身，是养目之要法。

与劳倦相应的是过度安逸，安逸使人懈怠安惰，体力少劳，少劳则饮食不振，食而难化，肌肉萎弱，体力减退，气血营卫，周流缓滞，从而正气日衰，目失濡养，则眼病易成。因此，即使在因病情需要而休息时，也要根据自己的体力条件，适当做一些体操、保健功之类的活动，使体内血脉宣利，气血畅流，脾胃健旺，饮食知味，食而易消，肌肉丰满，筋骨强壮，则正气日盛，邪气渐怯，有助目病之速愈。

外伤 眼部或头部受到木、铁、石块等器物所击伤或跌扑、异物、虫咬伤、或爆破、电击、热灼伤，或酸碱等化学物品的烧伤，或短波光线的辐射线损伤等均可使眼部造成不同程度之伤害。在《千金要方》中已记载有关异物入目及其处理方法。《秘传眼科龙木论》中有“惊振内障”、“撞刺生翳”、“血灌瞳人”等多种外伤性内外眼病的记载。

眼部组织可因直接或间接受到伤害而致病，情况比较复杂，损害程度各异。轻浅者如眯目飞扬，物偶人睛，飞丝入目等，只要处理合宜，一般对眼无多大损害。若受伤程度较重，在外可伤及胞睑、黑睛、白睛，在内可损及神水、神膏、黄精，甚则目系、眼眶骨等。如振胞瘀痛、撞刺生翳、血灌瞳神、惊振内障、触伤真气、目珠脱出等，均有损睛丧明之忧。近代常见的还有受紫外线损伤的电光性眼炎、放射线损伤的白内障，更剧者为酸碱等化学物品的烧伤，病情复杂，须立刻采取救治措施。

受伤后，除眼部组织受到的直接损伤外，还可因受伤之后，各部分肌腠之间虚隙增大，本来不能入内的大风苛毒可由此袭人。另外，由于受伤者因伤势所造成的痛苦与精神负担，从而使气机失于和调，卫气衰惫，邪风更易随之而人，又使病势增剧，痛苦增加，正如《原机启微》云：“为物之所伤，则皮毛肉腠之间，为隙必甚，所伤之际，岂无七情内移，而为卫气衰惫之原，二者俱召，风安不从。”

眼外伤之预后，既与受伤之性质，损伤之程度有关，还与受伤后的就诊速度，采取的救治措施有很大关系。因此当受伤之后应尽速地采取最恰当合理的救治措施，以救睛珠，免于盲目。

耳病病因病机

耳病病因与六淫侵袭、七情过度、饮食失宜、劳逸失调、外伤以及禀赋强弱等因素有关，这些因素，可引起机体邪正抗争和脏腑、经络、阴阳、气血等功能失调，而形成耳部疾病。由于病因不同，以及病机变化的差异，可产生寒、热、虚、实、表、里、阴、阳的各种不同性质的病证。耳科疾病致病外因多为风、热、湿邪。内因则多为肝、胆、肾、心、脾等。其病因病机主要归纳如下：

风热邪毒外犯 风热之邪可以直接侵袭耳窍，使经脉阻塞而致病；也可引动肝胆经气、内外邪热蕴结而致清阳不能上出耳窍。耳为邪毒所蔽，遂致肌膜受灼，气血凝滞而发生病变。如《外科大成·耳部》说：“耳者，心肾之窍，肝胆之经，宗脉之所聚也……肝胆主外，如风热有余，或胀痛，或脓痒，邪气客也。”《诸病源候论·耳风聋候》说：“风入于耳之脉，使经气寒不宣，故为风聋。”可见风热邪毒侵犯，引肝胆之气，内外邪气交结于耳，是耳病常见病因病机之一。常见症状如耳内微痛、痒痛或胀塞感，或有低音耳鸣，听力下降；或见耳膜微红。若兼有湿邪，则耳膜内见有积液，或耳部湿烂流黄水。若在严寒季节，耳部受风寒，血脉凝涩不通，则麻木肿痛、紫绀，甚或溃烂成疮。

肝胆火热上蒸　肝胆火热蒸灼耳窍，是实证耳病的主要病因病机。肝胆火热可因外邪侵犯，引动肝胆经气互结而成；或情志不舒，怒则气上，郁则气结，郁怒化火，火性上炎，循于胆经而至耳窍。或经治未愈，火热邪毒壅盛传里，热聚肝胆，搏结耳窍。在《顾松园医镜·耳病》说："有因气逆而耳聋者，如恼怒则气上逆，肝胆之火客于耳也。"肝为刚脏，内藏相火，其病机多为火热亢盛上炎，气血滞留，经络阻塞，灼腐肌膜，化腐成脓。其机理有火热炽盛和湿热偏盛之不同。火热炽盛，症见红肿疼痛较剧，脓黄稠，量少有臭味，或暴鸣声大，或卒聋无闻，全身症见热盛之象；若湿热偏盛，乃肝胆火热与湿热交蒸，症见红肿甚，胀痛剧，脓液黄或稠量多，或耳周湿烂潮红疼痛；若肝气郁结，化火生风，风火上扰耳窍，可致眩晕、耳鸣、头痛、呕逆等，全身表现为湿热之象。如《素问·至真要大论》所说："厥阴之胜，耳鸣头眩，愦愦欲吐。"

热毒内陷心包　心主血脉与神明，寄窍于耳，困结于耳窍的热毒，若过于炽盛，人于营血，内陷心包，引动心火，出现热扰神明等危重耳病。此种情况，多见于脓耳重症、黄耳伤寒，症见耳内流脓、耳痛剧烈，连及头深部，并见憎寒壮热，神志不清，昏睡或烦躁不安，呕吐，颈项强直，舌质红绛，苔少，脉洪数或细数。

肝肾阴虚，耳窍失养　由禀赋不足，或热病伤阴，或房劳过度，以致阴精亏耗。肾虚精少，髓海不足，耳窍失养，则有眩晕、耳鸣、耳聋之症，如《灵枢·海论》所说："髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒。"或伤于七情，恐则气下，精气下夺，不能上承，故有两耳空虚而鸣而聋。又肝肾同源，肝木有赖肾水之滋养，若肾阴亏虚，水不涵木，则肝阳偏亢，虚火上炎，上扰清窍，可出现耳内胀塞、耳鸣、耳聋、眩晕等症。或因肝肾不足，不胜邪气，以致邪毒留滞不去，容易酿成慢性虚实兼杂之耳病。

脾虚失运，湿困耳窍　脾虚则运化失健，水谷精微不能输布周身，以致经脉空虚，耳窍失养，发生脾虚清阳不升的耳病。故《素问·玉机真藏论》说："脾不及则令人九窍不通。"《灵枢·口问》又说："耳者，宗脉之所聚也，故胃中空则宗脉虚，虚则下溜，脉有所竭者，故耳鸣。"且脾虚不能胜湿，易致湿邪侵袭和水湿停滞，内外之湿浊困结，阻遏气机，妨碍清阳上升，发生脾虚浊阴不降的耳病，症见耳部湿烂、耳内流脓，或耳内轰鸣、耳聋失聪，或眩晕、呕恶频作等。

肾阳不足，耳失温养　耳为肾之窍，肾气通于耳而为听，肾阳不足，或年老肾气衰微，则可见耳鸣、失聪诸症。且肾为水脏、主化气而利小便，肾阳不足，不能温化水液，以致寒水停聚，上泛清窍，可见有眩晕、耳鸣、泛恶等症。

余邪滞留，耳窍不清　急性实证耳病，拖延日久，余邪滞留，可以演变为慢性虚证，或虚实挟杂之证。体内各部位的疾病，治疗不当或气血虚弱，邪可乘虚上犯耳部，如麻疹、疫喉痧等病后期，正气衰惫，余邪犯于耳，也可致脓耳。

外物损伤耳窍　跌扑刀伤，可致耳部气滞血瘀肿痛，或出血、缺损、骨折；挖耳不慎，可损伤耳道皮肤或耳膜；小儿无知，可将异物塞人耳道，以致成病；小昆虫误入耳道，可引起疼痛不适；有因火热烧伤者，有因巨响爆声，震伤耳膜或成聋者。此外，痰浊与气滞血瘀，亦可引起耳病，如耳聋、眩晕等。

鼻病病因病机

鼻病的病因主要与外邪侵袭，肺、脾、胆、肾等脏腑病损及气滞血瘀有关。这些因素或伤于鼻窍，或脏腑功能失调，难以温养鼻窍等而致病。今综述如下：

外邪侵袭，伤于鼻窍　四时不正之气，可以直犯鼻窍，也可侵犯皮毛，内伤于肺，而显病于鼻。如为风热之邪，多首犯于鼻而致病。《温热经纬·温热篇》说："温邪上受，首先犯肺。"此处所说之肺，指肺系而言。鼻为肺窍，邪气随呼吸犯于肺系，鼻则首当其冲，内传于肺，清肃失常，内外邪热，郁结鼻窍，临床上可见鼻塞、喷嚏、流浊涕、嗅觉减退及鼻衄等症状。至若卫表不固，风寒之邪，犯于皮毛，内伤于肺，风寒束肺，肺失宣降，也可见鼻塞、流清涕、喷嚏等症。《圣济总录·小儿门·小儿多涕》说："肺开窍于鼻，肺气不和，风冷乘之，使气道遏而不通，则风冷与气上畀(音闭 bì，给与之意)，蒸而为液，其液复畀于下，故令鼻多涕。"《圣济总录·鼻门》又说："鼻塞气息不通者，以肺感风寒，其气搏结，不得宣快，窒塞既甚，而息不能出入也。"此外，秋燥之气犯及肺系，也可以出现鼻内干燥、疼痛不适甚或燥裂鼻衄等症。

若因肺素有热，或外邪人内化热，肺热壅盛，上循肺系而伤及鼻窍。《圣济总录·鼻门》说："肺实热则为疮为痛。"《证治准绳·疡医》卷六说："肺热甚则出涕。"临床上可见鼻部疮肿疼痛、鼻塞流黄浊涕，甚或热伤阳络而为衄。

脾经湿热，上蒸鼻窍　外湿伤脾，或脾运失健，内生湿浊，蕴而为热。清阳不升，浊阴不降，湿热之邪，浸淫上窍，灼肌炼津，故鼻内涕多黄浊，鼻塞其病机变化有偏于热和偏于湿之分。偏于热则火热蒸灼肌膜，邪热壅滞血脉，以致肌膜灼腐、煎耗津液，涕黄稠；或鼻头肌肤红赤，或毒蕴红肿成脓，疼痛剧烈等症状；偏于湿，则以温邪为主，湿热邪毒交结于鼻窍，，以致经络阻滞不畅，症见鼻肌膜红肿，肿胀为其，涕粘稠量多，鼻塞较重，或见鼻窍湿烂潮红等。

胆经火热，蒸灼鼻窍　胆为中清之府，其气上通于脑。胆府病变，多为火热上亢，或挟湿浊，上移于脑，蒸灼于鼻窍肌膜，炼津成涕，症见鼻塞，粘膜充血，鼻涕黄稠量多。正如《素问·气厥论》所说："胆移热于脑，则辛頞鼻渊。鼻渊者，浊涕下不止也。"《济生方·鼻门》也说："热留胆府，邪移于脑，遂致鼻渊。"

肺气虚弱，寒邪凝滞　肺气虚弱，不能宣发肺气，卫

表不固，邪毒易于乘虚侵袭而不散。而肺气虚弱，鼻窍失于温养，可使病后余邪凝聚，滞于鼻窍，形成各种慢性、虚性或虚实挟杂的鼻病。如《灵枢·本神》说："肺气虚则鼻塞不利、少气。"《诸病源候论·鼻齆候》也说："肺主气，通鼻。若肺藏失调和，则鼻气通利，而知香臭。风冷伤于藏府，而邪气乘于太阴之经，其气蕴积于鼻者，则津液壅塞，鼻气不宣调，故不知香臭，而为齆也。"

肺脾气虚，鼻窍失养 久病肺脾虚，气血津液不足，无以上输。鼻失滋养，津液干枯，兼为邪毒所犯，郁滞鼻窍，久则侵蚀肌膜，以致鼻内干燥，肌膜萎缩，涕稠粘、痂块多，有臭味，或燥裂，涕带血。亦有因脾虚湿聚，久则湿热交结，而致鼻腔干燥皲裂，肌膜渐渐干萎。

肾阳不足，鼻失温养 肾阳为阳气之本，督脉为阳脉之海，其脉从头额循经鼻部。若肾阳不足，督脉虚损，摄纳失职，阳气不固，鼻窍失于温养。则可见喷嚏频频，鼻痒、流涕清稀等。故《素问·宣明五气》说："肾为欠，为嚏。"且肾阳虚，阴寒内生，不能温化水液，以致津液停滞为清涕，寒甚则涕稀如水样，不能自收。故《素问·至真要大论》说："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。"

气滞血瘀，凝聚鼻窍 鼻病失治，迁延日久，邪毒久留鼻窍，阻于脉络，以致血脉不通，气滞血瘀。气血痰火交结于鼻，可致鼻室、鼻菌等病。

咽喉病病因病机

咽喉病可由六淫七情所犯，五脏六腑功能不健，引起体内邪正相争，阴阳失调，升降失常等等原因而发病，其病因病机综述如下：

风寒风热侵犯 六淫所致咽喉病，多为风、热、寒邪。风热之邪侵犯，先犯肺卫，肺气不宣，热邪上蒸于咽喉，见咽喉红、肿、焮痛等风热表症；风寒之邪侵犯，束于肺卫，阳气不宣，清肃失常，寒邪凝聚，上犯咽喉，见咽喉淡红，微肿、微痛等风寒表症。但寒邪可从热化，若邪热不解，反而壅盛，则可由表传里，以致病情加重。

肺经热盛上炎 咽喉乃肺胃之门，肺主宣发与肃降。若肺脏素有蕴热，复为风热邪毒所犯，失去清肃之功，则内外邪热壅结，不得宣降，随经上逆，蒸灼咽喉而为病。症见咽喉红肿、疼痛、吞咽不利。故《素问·至真要大论》说："太阴之胜，火气内郁……甚则心痛、热格、头痛、喉痹、项强。"肺主表，外邪侵犯，首先犯肺，所以咽喉病初起多为外邪侵袭，肺经热盛上炎的肺经表证。

脾胃积热上灼 脾胃之热，热邪由表传里，内犯脾胃，或过食辛热炙煿，遂至热邪蕴积、久积化火，火性上炎。咽为胃系，胃气直通于咽喉，脾胃经脉均循经咽喉。若脾胃火热上炎，可循经而直犯咽喉。《景岳全书·杂证谟·咽喉》说："胃气直透咽喉，故又惟阳明之火为最盛。"里热壅盛之热邪，较之邪在表为盛，以致气滞血壅，炼津成痰，蒸灼肌膜故病情较重，出现咽喉红肿较甚，腐烂或成脓，疼痛剧烈，痰涎壅盛，吞咽困难等症。

阴虚津亏肺燥 素体阴虚，或久病耗阴，或邪热伤阴，阴液亏损，虚热内生。肺为娇脏，不耐寒热，阴虚内热，耗灼肺阴而燥，肺燥而阴更虚。咽喉失于肺阴的濡养，加以虚热循经上炎于咽喉，出现咽喉微红，微痛，干痒咳嗽，气短懒言，自汗乏力，或声嘶等阴虚肺燥之咽喉病证。

阴虚火旺上炎 若因久病或过劳所伤，或因情志内伤，耗损肾精。阴精不足，则不能上注咽喉。咽喉失于滋养，功能衰减，则病后余邪滞留；亦有因易于肾阴虚，水不制火，虚火循经上炎于咽喉者，两者均可引起咽喉微红肿痛，哽哽感，或有声嘶等阴虚火旺之证，正如《景岳全书·杂证谟·咽喉》论阴虚喉痹中说："素禀阴气不足，多倦少力者，是皆肾阴亏损，水不制火而然。"

肝郁气滞痰凝 肝主疏泄，性喜条达，其经脉循喉咙入颃颡，如因情志不舒，恼怒伤肝，或肝气郁结，气机不调，以致肝气上逆咽喉，则咽喉有哽哽的异物感；若属肝郁犯及脾胃，肝脾不和，运化失常，湿浊不化，结成痰涎，碍于咽喉，出现梗塞不适现象；若属肝郁化火，火热上亢，则咽喉红肿、疼痛溃烂；若久郁气滞，气不行血，以致气血结聚，痞阻脉络，可导致肿瘤发生。

痰热壅盛上犯 痰热壅盛上犯，可导致热性咽喉病。痰热之由来，外因多见于风热之邪，内因多为肺脾之热。历代医家有"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"之说。当风热之邪犯肺，肺经蕴热，阻遏气机，升降清肃失权，津液内停，火热灼熬成痰；或因火热之邪，内犯脾胃，或过食煎炒炙煿；脾胃蕴热，运化失常，湿浊不化，火炼成痰。《医学正传·喉病》说："火者痰之本，痰者火之标。"痰热上壅于咽喉，阻滞于气道和经脉，助长火热之邪，遂成咽喉红肿、疼痛、音哑，甚或气道受阻，痰鸣如锯，呼吸困难等症。

气血虚损 气血来源于水谷精微的化生，若因脏腑虚损或重病、久病耗伤，元气亏损，精血不足，无以充养于咽喉，所谓"正虚易为邪犯"，因而发生病变，出现气虚、血虚，或气血俱虚之正虚邪实的慢性咽喉病。

口舌唇病病因病机

口舌病包括唇病在内，其病因多为外邪侵袭，或七情所致，饮食劳逸过度，脏腑功能失调等，引起机体正邪相争，阴阳失调，气血阻滞等而致病。其致病外因，多为风、热、寒、湿之邪侵犯。内因多属脾、心、肾、肝功能失调。其病因病机综合如下：

外邪侵袭 当脏腑功能失调，影响了口唇、舌的御邪功能，外邪得以乘机侵袭，循经内犯所属脏腑。侵犯之邪一般可分风热、风寒、湿热。风热之邪侵犯，灼伤口唇、舌肌膜以致气血滞留，出现红肿痛痒，或溃烂之症；若为风寒之邪所犯，寒邪凝闭，阻滞口腔经脉，阳气不能温煦，口腔肌膜苍白而肿，或如白色斑块状，唇部水肿色淡，若为

邪热侵袭、湿热交蒸，则粘膜红肿疼痛，以肿为甚，溃烂腐物多污秽。

脾胃湿热上蒸　脾主口，系于唇舌，口腔为胃系所属。脾胃素有积热，或因邪毒壅盛，内犯胃腑，热困中焦，郁而化火。火性上炎，循经蒸灼口腭、舌，以致红肿溃烂疼痛；亦有脾不化湿，湿浊久蕴脾胃而化热。或膀胱气化失司，湿滞膀胱，蕴而为热，湿热移于小肠。均能致湿热上蒸口腔肌膜，湿聚则肿胀，热灼则溃烂，故肌膜肿胀糜烂，白腐物多；若湿热蒸灼于唇，则红肿灼热皲裂流水。正如《医方考·口齿舌疾门·口糜散》指出："湿热不去，必至疳蚀。"

心火上炎　心开窍于舌，心火上炎可引起口唇舌发生病变。上炎之火有虚火上升和心火炽盛之分。虚火上升，多因思虑过度，情志不遂，内伤心阴，阴血不足，上炎于口腔，发生粘膜溃烂，色淡，或微肿，疼痛轻微等症状；若为心火炽盛，多因六淫内郁化火，或过食辛辣而成。因心为脾之母，心之气血温养于脾，心火炽盛伤及脾脏发生脾热湿困，蒸灼口腔，则红肿溃烂成片白腐增多；若心经火热与痰浊搏结于舌，则舌体胀胖强硬，语言謇涩。

肾阴肾阳亏损　肾主藏精，如因劳累或淫欲过度，或因久病失养，耗伤肾脏；如若素体阴虚，则阴精受损，阴液不足，虚火妄动，上炎口舌，灼腐肌膜，以致溃烂，微红微痛；若禀赋阳虚，耗伤肾阳，肾阳虚则虚阳上越，犯及口腔肌膜，则患处溃烂色淡白，不红肿。

肝气郁结化火　情志所伤，肝失条达，疏泄无权，肝气郁结，气血凝聚。若肝气横逆，犯及脾胃，脾气不升，湿浊不化，痰湿结聚，火与湿交结，均可形成口腔部痛肿；若肝郁化火，火热亢盛，热极生风，伤及营血脉络而出现舌肿强之症。

痰浊凝聚流注　饮食劳倦伤脾，运化失职，水湿内停，痰浊遇风热邪毒侵犯，或过食辛燥之品，脾经复蕴毒热，热挟痰浊流注于口腔舌下而成包块。《外科正宗·痰包》说："痰包乃痰饮乘火流行，凝舌下。"

此外，尚有时行疫邪上犯，如痄腮，此因感受风湿时疫邪毒，疫毒循少阳胆经上行，郁结不散，致腮部气滞血壅，漫肿疼痛。

齿病病因病机

牙齿病变的外因多为风、热、寒、湿之邪外犯，内因多属肾、脾、胃、大肠功能失调。不同的内外因，产生了不同的病机变化，兹分述于下：

风热邪毒外犯　平素牙齿或牙龈失健，风热邪毒乘虚入侵，伤及牙体及牙龈，邪聚不散，气血滞留，瘀阻脉络，以致牙龈红肿齿痛；若邪毒壅盛，深犯筋骨，结聚骨槽，以致患处疼痛剧烈，耳前及腮项周围肿胀，皮肤微红发热；若体内素有积热，火毒炽盛，兼之风热邪毒内犯，则病势凶猛，以致牙龈蚀烂腐败，呈暗红或紫黑色，溃烂恶臭流血水，甚则颊部内外穿通，齿槽骨外露，牙齿松动或脱落。

风寒邪毒侵犯　风寒之邪犯及牙龈，凝闭脉络，阳气不能温煦，龈肉苍白浮肿，或淡红而疼痛，痛得热而减轻。

脾胃热盛上炎　过食炙煿辛辣，脾胃受伤，火热蕴积或邪热壅盛，热困中焦，聚而化火，火性上炎，循经上灼齿龈，故牙龈红肿溃烂，疼痛剧烈；火热熏灼肌膜，久则伤肌败肉成痈；若灼损牙龈血脉，则齿衄。如热伤于脾，脾不化湿，以至脾胃湿热壅盛，熏蒸牙龈，则龈肉红肿肿胀为甚，甚则肿连腮颊，时时渗脓。

肾阴亏虚火旺　肾精亏损无以上濡齿龈，易为病邪所犯，兼之阴虚则火旺，虚火上炎，熏灼牙龈，龈肉微红肿，隐隐作痛，甚则溃烂，牙齿浮动，咬物无力。若热伤血络，则时时渗血，血量少而色淡。

肝气郁结化火　火气上逆，损及牙龈筋肉，牙龈红肿疼痛，久则肌腐成脓，常渗脓液。若伤血脉，则龈肉出血，色鲜红量多。

脾肾虚气血亏　脾虚则龈肉失健，肾虚则齿枯豁，气血虚则齿龈失于供养，风寒湿邪得以侵袭，结聚于齿龈，深犯筋骨，灼腐骨髓，肿痛渗脓。久则骨腐肉烂，深蚀溃破。

骨伤科病病因病机

骨伤科病每在人体发生损伤时罹患，而损伤的原因大多是外来因素，亦与内在因素有一定关系。其病机则虽伤在皮肉、筋骨，然可导致气血、经络、脏腑功能的紊乱、失调而引起除局部损伤外的诸多症状。今从病因、病机分述之。

骨伤科病病因　病因包括外来因素和内在因素。外来因素如早在《内经》中就指出的"坠堕"、"击仆"、"举重用力"、"五劳所伤"等；内在因素如年老体弱，气血不足，肝肾亏损等。

外来因素　是指从外界作用于人体而致病的因素。外来因素主要是外力作用，但与外感六淫及邪毒感染等有密切的关系。

(1) 外力作用：外力作用于人体的皮肉筋骨、脏腑经络，可引起各种损伤。《证治准绳·疡医》卷之六引载元代刘宗厚云："打扑金刃损伤，是不因气动而生于外，外受有形之物所伤，乃血肉筋骨受病。"故外力作用是引起损伤的主要发病因素。根据外力性质的不同，又可分为直接外力、间接外力、筋肉牵拉、积累外力等四种。直接外力所致的损伤发生在外力接触的部位；间接外力所致的损伤发生在远离外力接触的部位；筋肉突然强力牵拉亦可造成损伤，如跌仆时股四头肌突然强力收缩可引起髌骨骨折；积累外力也可造成劳损或骨折，《素问·宣明五气》云："久立伤骨，久行伤筋。"久行久立，长期姿势不正确的操作，或肢体受到持久的、反覆多次的牵扯、摩擦、扭转

等,均可产生过度疲劳,损伤气血,或损伤筋骨,如长期弯腰工作、持续负重等可致腰部慢性伤筋;远行可致足部劳损而引起跖骨疲劳骨折等。

(2) 外感六淫及邪毒感染:外感六淫诸邪或邪毒感染均可致筋骨、关节发生病损。例如,损伤后风寒湿邪的侵袭,可引起腰部和四肢关节疼痛或活动不利。《诸病源候论·卒腰痛候》云:"夫劳伤之人,肾气虚损,而肾主腰脚,其经贯肾络脊,风邪乘虚,卒入肾经,故卒然而患腰痛。"《理伤续断方》云:"损后伤风湿支节挛缩,遂成偏废。""损后中风,手足痿痹,不能举动,筋骨乖纵,挛缩不舒。"说明各种损伤可因风寒湿邪乘虚侵袭,经络阻塞,气机不得宣通而反复发作疼痛,或筋肉萎缩挛硬,关节活动不利,或关节松弛无力,肢体功能障碍。外伤后再感受毒邪,可引起局部和全身感染,而出现各种变证。如穿破骨折伤口污染,若处理不当,极易引起骨痈疽。

内在因素 是指从内部影响于人体的损伤因素。年老体衰、气血虚弱、肝肾亏损、骨疏筋萎者,比年轻力壮、气血旺盛、肝血充盈、肾精充实、筋骨坚强者容易发生损伤及筋骨关节疾患。如《正体类要·正体主治大法》云:"若骨骱接而复脱,肝肾虚也。"认为肝肾亏损者容易致习惯性脱位。又如《伤科补要·脱下颏》云:颞颌关节"若脱,则饮食言语不便,由肾虚所致。"说明颞颌关节脱位往往与肾虚有关。气血虚弱、肝肾亏损患者,往往还可使骨折迟缓愈合。

损伤及筋骨关节疾患的发生,有的往往是内外因素综合作用的结果,如漏肩风多为年老体弱,血不荣筋,加之突然扭闪或劳动过度而诱发,亦可由于感受风寒湿邪而致病。不同的外在因素,可以引起不同的损伤及筋骨关节疾患。但由于内在因素的影响,同一的外在因素所引起病损的种类、性质与程度又有所不同。如跌仆时臀部着地,老年人因肝肾亏虚,骨质疏松而筋萎,故容易引起股骨颈骨折,且骨折后愈合迟缓;青少年则较少发生。所以损伤及筋骨关节疾患的发生,虽然由于外在因素的作用,但亦不能忽视机体本身的内在因素,只有正确理解外因与内因的关系后,才能对损伤及筋骨关节疾患有正确的认识。

骨伤科病病机 骨伤科病病机是指人体遭受损伤时,局部皮肉、筋骨的损害,而导致气血、经络、脏腑等的功能紊乱,或者由于气血、经络、脏腑的功能失调所引起骨关节疾患的病变机理。其发生与发展,都密切联系脏腑,通过脏腑而起变化。

局部皮肉、筋骨组织的损害,每能导致脏腑、经络、气血、精津的功能失调,因而一系列证候接踵而来。《正体类要》陆序指出:"肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。"阐明了局部与整体之间的关系,是相互作用、相互影响的,故应从整体观念出发,才能认识损伤和筋骨关节疾患的本质和病理变化的因果关系。

皮肉 皮肉为人体之外壁,内充卫气,人之卫外者全赖卫气,故《灵枢·经脉》云:"肉为墙"。损伤的发生,或由于皮肉的破损,外邪可乘机内侵,而容易发生感染;或逆于肉理,则因营气不从,郁而化热,以致瘀热为毒;亦可由于皮肉失养,导致肢体痿弱或功能障碍等。如《素问·气穴论》云:"肉之大会为谷,肉之小会为溪,肉分之间,溪谷之会,以行营卫,以会大气。邪溢气壅,脉热肉败,荣卫不行,必将为脓,内销骨髓,外破大腘。留于节凑,必将为败。"阐明邪气壅滞于肌肉腠理之间,则营卫不行,气血凝滞,郁而化热,热盛而内败成脓,留于骨节之间,则消烁骨髓,以致筋骨败坏。《灵枢·邪客》云:"营气者,……注之于脉,化以为血,以营四末","卫气者,……行于四末之分肉皮肤之间而不休也。"皮肉受营卫气血濡养,营卫气血的生理、病理,关系到皮肉的消长和病变。如骨折合并缺血性肌挛缩,因营卫运行受阻,血脉亦随之失荣,则肌腱得不到气血濡养,致肢体出现麻木不仁,挛缩畸形等症状;局部皮肉破损感染,营卫运行功能滞涩,气血凝聚皮肉组织,则郁热化火,酿而成脓,遂出现局部红、肿、热、痛等症状。

筋骨 筋联络骨骼,维持肢节的活动;骨有支持躯体,保护内脏的功能。《灵枢·经脉》云:"骨为干"(如木之干)、"筋为刚"(劲强关节)。筋腱附于骨上,大筋联络关节,小筋附于骨外而相互联系,筋和骨是密切相连的。肢体的运动,虽赖于筋骨,但筋骨离不开气血的温煦。气血化生濡养充足,筋骨关节才能劲强滑利、动作灵活。《灵枢·本脏》云:"血和则经脉流行,营复阴阳,筋骨劲强,关节清利矣。"说明筋骨关节离不开气血的濡养。而且筋骨又是肝肾的外合,肝血盈则筋得所养,肾髓充则骨骼劲强,肝肾精气盛衰,关系筋骨成长与衰退。所以筋骨伤损,必然累及气血;同时,损骨必伤筋,伤筋能损骨,伤筋损骨也必然累及肝肾精气。骨折、脱位时,筋骨必同损,而闪挫扭拉和筋肉强力收缩时,也能导致骨折和脱位等症;肢体发生骨折时,由于筋肉的牵拉,又可引起骨折断端的旋转、成角、缩短、侧方移位等畸形。所以筋骨之间每多相互影响。年老及肝肾气虚的人,筋骨衰弱,故筋骨损伤修复迟缓;而筋骨伤损,必然影响肝肾功能,如果肝肾功能得到调养,就能促进筋骨的修复。因此,筋骨伤损,与肝肾、气血尤有密切的关系。如《灵枢·邪客》云:"肺心有邪,其气留于两肘;肝有邪,其气留于两腋;脾有邪,其气留于两髀;肾有邪,其气留于两腘。凡此八虚者,皆机关之室,真气之所过,血络之所游。邪气恶血,固不得住留,住留则伤筋络骨节,机关不得屈伸,故病挛也。"人体四肢的肘、腋(肩)、髀(髋)、腘(膝),是气血循行的关节所在,若脏腑受邪,或恶血留于内,则可发生病损。说明筋骨关节伤病与脏腑气血病变存在表里关系。

气血 气有温养全身组织,推动脏腑机能,维持生命活动的作用。血随气而循行全身,以营养五脏六腑、四肢百骸。损伤和骨关节疾病,必然累及气血,引起气血病变。《素问·阴阳应象大论》云:"气伤痛,形伤肿。"说明肿

与痛是气血伤病的病理反应。《难经·二十二难》云："气留而不行者，为气先病也；血壅而不濡者，为血后病也。"气无形，病故痛；血有形，病故肿。气为血帅，血随气行，或气先伤及于血，或血先伤及于气，先痛而后肿为气伤形，先肿而后痛为形伤气，故气血伤病，多肿痛并见。

气血是相辅相成的，有不可分割的关系，故临床上一般都是气血俱伤。仅因其略有偏重，故有伤气、伤血之分，但一般难以截然划分。《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云："忽然闪挫，必气为之震，震则激，激则壅，壅则气之周流一身者，忽因所壅而聚在一处，……气凝在何处，则血亦凝在何处矣。"肢体损伤诸证，必然伤及气血，伤气则气滞，伤血则血凝，气滞能使血凝，血凝能阻气行，以致病变为血瘀。《普济方·折伤门》云："若内伤折，内动经络，血行之道，不得宣通，瘀积不散，则为肿为痛，……伤折腹中瘀血者，因高坠下，倒仆颠扑，气血离经，不得流散，瘀于腹中，速宜下之，迟则日渐瘀滞，使人枯燥，色不润泽，痿瘁癥瘕之病。"瘀血滞于肌表则为青紫肿痛；结于脏腑则为癥瘕积聚；积于胸胁则为痞满胀闷；阻于营卫则郁而生热，骨折初期尤为显著，瘀血经久不愈则可变为宿伤。《证治准绳·疡医》卷之六引载元代刘宗厚云："打扑金刃损伤，……乃血肉筋骨受病，非如六淫七情为病，有在气、在血之分也。所以损伤一证，专从血论，但须分其有瘀血停积，而亡血过多之证。盖打扑坠堕，皮不破而内损者，必有瘀血，必有瘀血；若金刃伤皮出血，或致亡血过多。"如蓄血可引起瘀血泛注，或注于四肢关节，或留于胸腹腰臀，或漫肿，或结块；亦可致瘀血攻心，昏愦不醒；亡血过多可引起气随血脱。

《洞天奥旨》云："气血旺则外邪不能感，气血衰而内正不能拒。"气血的盛衰，与伤病的发生、发展有一定关系，对伤病的过程，预后也有所影响。若气血充足者，病程短、恢复易；若气血虚弱者，难于瘀去、新生、愈合。

精津　精是构成人体五脏六腑、筋骨皮毛等一切组织器官和维持生命活动的基本物质，精与津液的生化，能使皮肤润泽、肌肉丰满、脑髓补益、骨髓充盈、筋骨劲强，肢体与关节才能活动自如。如先天之精不足，加之后天失养，可致小儿佝偻病。反之，损伤和骨关节疾病，亦能导致精津亏耗，体液平衡失调，而引起病变。如挤压伤、严重创伤感染，可引起失水伤津症状：唇干口燥、口渴引饮、舌裂无津、汗少、尿少、皮肤干燥、眼窝凹陷。津血同源，津液亏耗，可导致气血虚衰；气血虚衰，又能引起津液不足。《灵枢·营卫生会》云："夺血者无汗，夺汗者无血。"说明了亡血与损津互为因果的病理过程。如外伤大出血后，津液亏耗，汗源不足，则往往出现口干烦渴、汗少、尿短等津液不足等症。

《灵枢·本神》云"两精相搏谓之神"，神产生于先天的精气，同时必须不断地得到后天水谷精气的滋养，才能发挥其作用。《素问·六节脏象论》云："味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生。"精、气、神三者，是人体存亡关键所在。气的化生源于精，精的化生赖于气，精气生而津液成则表现为神。《素问·移精变气论》云："得神者昌，失神者亡。"若精气耗伤，津液亏损，则失神，临床可表现为危候，如机体因创伤、失血引起气虚血脱时，便会出现神态异常（反应迟钝、表情淡漠、精神恍惚、烦躁不安，或不省人事）、肢体出汗、皮肤湿冷、尿量减少等症。

经络　经络是人体内气血运行的通路，内属脏腑，外络肢节，具有"行气血而营阴阳，濡筋骨，利关节"（《灵枢·本脏》）的作用。故经络畅通，则气血调和，濡养周身，筋骨劲强，关节清利，维持脏腑正常生理功能。五脏之道，皆出于经隧，若经络阻塞，则气血失调，濡养滞阻，肢体受损，而致脏腑不和引起病变。

经络的病候主要有两个方面，一是经络运行阻滞，影响循行所过组织器官的功能，出现相应部位的症状；二是脏腑伤病可累及经络，经络伤病又可内传脏腑。《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云："其由外侵内，而经络脏腑之俱伤，亦与跌闪挫无异也。"

胸为肺之分野，除肺经与心经外，肝经之脉由下而上布胁肋，胆经之脉由上而下循胸胁，故胸部内伤，症见胸满气短，其痛则在胁肋。

腰为肾之府，乃脉络经俞之大会，肾经与膀胱经及脊柱相联络，督脉又循行腰背部后方正中，与诸阳经交会，故腰腿痛可引起腰背、臀部及下肢后面或内侧放射性疼痛，在承扶、委中、承山、昆仑等穴可出现压痛点。

关节内骨折损伤延时日久，复感风寒湿邪，因而经络阻滞，不通则痛，关节不利，故可致创伤性关节炎而出现疼痛和关节活动受限。《医宗金鉴·外科心法要旨》云："痈疽原是火毒生，经络阻隔气血凝。"可见骨病疮疡，由于内因或外因，首先引起局部经络阻塞，然后导致气血凝滞而发病，因而出现不通则痛，气伤形肿，以及相应部位的病变、运动障碍等一系列症状。骨感染疾病的发生，邪毒由外传里，脏腑因而发生病变；或脏腑内在发生病变，邪毒由里传外，都通过经络的传导而形成。

脏腑　脏腑是化生气血，通调经络，濡养皮肉筋骨，主持人体生命活动的主要器官。《素问·宣明五气》云："五脏所主，心主脉，肺主皮，肝主筋，脾主肉，肾主骨。"脏腑与皮肉、筋骨、血脉有着密切的关系。脏腑健运，则经络通调，气血化生，濡养周身，肢体劲强，维持机体正常生理功能；若脏腑不和，则经络阻塞，气血凝滞，濡养失调，肢体受损，以致机体失常而引起病变。虽然大多数损伤都发生在皮肉、筋骨，但损害由表入里可内传脏腑；反之，脏腑的病变也可由里达表，引起局部反应。《素问·刺要论》云"皮伤则内动肺"，"肉伤则内动脾"，"筋伤则内动肝"，"骨伤则内动肾"。皮肤受伤，则必内动肺气，肺气动，则皮毛虚；肌肉受伤，则必内动脾气，使脾气失去运化功能；筋骨损伤则必内动肝肾之气，影响肝肾的功能，因此，可能发生脏腑的各种证候。反之，肺热叶焦则发为痿躄，肝血不荣可引起筋痿，脾失健运可致肉痿，肺肾阴虚

易致骨痨，肝肾亏损可致习惯性脱位，肾气热则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。这又说明脏腑不和可引起体表筋骨发生病变。由此可见，局部损伤和筋骨关节疾患与脏腑病候息息相关，互为因果。

诊法

诊法是医者运用望、闻、问、切等四诊方法，了解患者疾病的现状和病史，探索发病的原因和病机，掌握证候特点，进行综合分析，从而判断疾病的性质、病位所在和邪正虚实、病情顺逆等变化，为治疗提供依据。它是临床上首要的环节。

诊法，经历了漫长年代的发展过程，并已形成独立的一门学科——中医诊断学。它的基本精神和特点主要体现在整体观念上，临证并不是孤立地对待每一症状，而是要结合四时气候、地理环境、形态苦乐、嗜欲喜恶、体质强弱，以及年龄、性别、职业等情况的差异，进行综合分析，而后作出判断。《素问·疏五过论》说："圣人之治病也，必知天地阴阳，四时经纪，五脏六腑，雌雄表里，毒药所主，从容人事，以明经道，贵贱贫富，各异品理，问年少长，勇怯之理，审于分部，知病本始，八正九候，诊必副矣。"这些论述体现了诊法的内外结合，四诊互参的整体观念，用以识别机体对疾病反应的全过程，以探求病机，辨明性质，掌握邪正消长的变化。

诊法是根据"有诸内，必形诸外"的原理，进行"揆度奇恒"，"以常衡变"的，它的手段和方法可概括为望诊、闻诊、问诊、切诊四个部分，每一部分虽各有其独特的作用和意义，但彼此又是互相联系，不能偏废的。所谓："望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧。"(《难经·六十一难》)"神圣工巧"的实际意义，是指临证则要善于全面运用四诊的技能，才能作出准确的诊断。

历代对诊法之研究 中医诊法源远流长，从有医疗实践开始，便有了诊法。历代医家在临床中不断进行研究探索，丰富和发展了诊法学术，就其中较有代表性者作简括的介绍。

诊法的起源 自殷商甲骨文始，有文字记载以来，便有不少医疗卫生的记述，其中"疾目"、"疾舌"、"疲形"等各种疾病的诊断，无一不是在四诊基础上作出的。《周礼·医师章》疾医记载："以五气、五声、五色眡(视)其死生，两之以九窍之变，参之以九藏之动。"说明西周时期已开始运用望、闻等诊察手段来识别疾病。公元前5世纪著名医家扁鹊就擅长"切脉、望色、听声、写形、言病之所在"。《史记》记述了扁鹊尤善运用色诊和脉诊诊病，谓："今天下言脉者，始于扁鹊。"中国目前发现最早期的几本古医著，其中《脉法》专论灸砭与经脉的关系，同时提出"以脉法明教下"，说明当时颇重视脉法在诊断上的作用。《阴阳脉死候》、《足臂十一脉灸经》则论以脉决生死的问题，如《足臂十一脉灸经》足厥阴脉谓："三阴之病乱，不过十日死，揗脉如三人参舂，不过三日死，脉绝如食顷，不过三日死。"可见当时脉学已达一定的水平，在诊法上占据重要地位。《五十二病方》载有诊断疾病的名称达52类103种，诊断分类亦较明细。如"痫"分马痫、羊痫、蛇痫；"癃"(即淋或癃)的诊断指征为"痛及于中，痛甚，溺时痛益甚"，"溺不利，盈脬者"，并据癃的兼症不同而分为石、血、膏及女子癃等。可见当时对疾病的诊断与鉴别诊察已积累了较为丰富的经验。

《内经》对诊法学术的奠基 《黄帝内经》是集秦汉之前医学大成的巨著。该书专门讨论诊法的篇章便有《脉要精微论》、《玉版论要》等10多篇，涉及诊法内容的篇章几占全书五分之一，有关四诊内容的描述已颇为全面。《内经》从方法到理论为诊法学说的形成奠定了坚实的基础，对后世诊法学说的研究与发展划定了模式。四诊之中该书对于切脉的论述至为详尽。有关诊脉的部位，除《三部九候论》专篇介绍头手足三部九候的遍诊法之外，不少篇章还着重描述了寸口诊法。《脉要精微论》提出了诊脉时间："常以平旦"为宜，并指出医师候脉应保持思想冷静、精神集中，才能正确诊察指下脉象的"持脉有道，虚静为保"。《根结》曰："持其脉口，数其至也，五十动而不一代者，五脏皆受气。"启发了后世诊脉必满五十动，不宜草率从事法则的提出。《平人气象论》阐述了正常人脉象是"人一呼脉再动，一吸脉亦再动，呼吸定息脉五动，闰以太息"。在不同篇章反复论述四时五脏的平脉、病脉、死脉、真脏脉的脉象及临床意义。如《玉机真藏论》提出了"春脉如弦"应肝，"夏脉如钩"应心，"秋脉如浮"应肺，"冬脉如营"应肾，"脾脉者土也，孤藏以灌四傍者也"；《脉要精微论》谓："肺脉搏坚而长，当病唾血，其软而散者当病灌汗。"《平人气象论》亦谓："春胃微弦曰平，弦多胃少曰肝病，但弦无胃曰死……。"同时，还提出了脉色互参的原则。如《脉要精微论》指出："徵其脉小色不夺者，新病也；徵其脉夺其色夺者，此久病也。"《五脏生成》更强调"能合色脉，可以万全"。而《论疾诊尺》则专篇介绍了切诊之中诊尺肤的方法及其诊断意义。望诊方面，《内经》重视神色形态的诊察。《移精变气论》指出望神在病情轻重预后的重要性，谓："得神者昌，失神者亡。"《五阅五使》认为五脏内在的变化，可从五官、五色等外候反映出来，谓："五官者，五脏之阅也。"因而观察五官、五色的变化可测候内在五脏病变，如肺病者喘息鼻张，肝病者眦青，脾病者唇黄，心病者舌卷颧赤，肾病者颧与颜黑。《五色》介绍了面部脏腑肢节的分候部位，分别是"阙中者肺也，下极者心也，直下者肝也，肝左者胆也，下者脾也，方上者肾也，中央者大肠也，挟大肠者肾也"；五色主病是"青黑为痛，黄赤为热，白为寒"；五色命脏则是"青为肝，赤为心，白为肺，黄为脾，黑为肾"；以及通过观察色泽的"浮沉"、"泽夭"、"散抟"、"上下"部位等以判断病情轻重预后的方法。《五脏生成》详细介绍了五色善恶的鉴别及其临床意

义。《内经》有关闻声、嗅气、问病的内容，散见于各篇章。该书在强调四诊合参的同时，特别重视问诊必要，《徵四失论》指出："诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，不先言此，卒持寸口，何病能中。"

概括《内经》诊法学术，主要有四个特点：①重视整体诊察：认为人体是一个以五脉为中心的有机整体，内在脏腑病理变化可反映于体表局部，通过对体表各种病理证候的诊察，可以推断内在脏腑病变。《外揣》把这一中医诊法学说的基本原则概括为"司内揣内"、"司内揣外"。《内经》同时认为人的健康和疾病与周围自然环境有密切的联系，《诊要经络论》把认识人体经脉之气随着一年12个月四季阴阳气的盛衰而变化作为诊法之纲要。《疏五过论》指出："必知天地阴阳，四时经纪"，"从客人事"方能"诊必副矣"。②重视脏腑经络诊察，五脏分证：临床上病理变化错综复杂，症状表现千头万绪，如何将纷繁的四诊资料理顺并使得以系统和条理，以利于诊断的确立，基于上述整体观的认识，《内经》把人体视作以五脏为主体的五大功能活动系统，六腑及各组织结构通过经络的联络分属五脏系统，它外应自然内应人体。当对疾病作出诊断时，则以脏腑经络为纲，将各种病理变化及其相应的症状表现落实到五脏系统之上，据五色、五音、五味、五脉以及五官、五体病变分候脏腑，并由此而作出五脏及其络属经脉病证的诊断。如《藏气法时论》分论肝心脾肺肾五脏"病虚"、"病实"的病象；《咳论》分述"五脏之咳"、"六腑之咳"的诊断。它如热、风、痹、胀、心痛等疾病之诊断，或按五脏或结合六腑分证。《经脉》则分列十二经脉是动、所生病的诊断等等。③强调色脉以胃气为本。胃受纳腐熟与脾运化水谷功能的综合，称为"胃气"，是人体后天生长发育的根本。《玉机真藏论》便谓："五脏者，皆禀气于胃；胃者，五脏之本也。"故此，《内经》非常重视胃气盛衰有无的诊察，并据之以对病情轻重凶吉顺逆作出判断。如《平人气象论》以脉象胃气的多少有无来区分四时五脏脉象的平脉、病脉与死脉；并指出见于死证的真脏脉即是脉无胃气，"人以水谷为本，故人绝水谷则死，脉无胃气亦死。所谓无胃气者，但得真藏脉不得胃气也"。而在《五脏生成》中则指出了察面色要注意黄色的有无，亦即胃气的存亡，因黄为脾胃土色，有胃则生，无胃则亡，"面黄目青、面黄目赤、面黄目白、面黄目黑者，皆不死也；面青目赤、面赤目白、面青目黑、面黑目白、面赤目青，皆死也"。④强调四诊合参：疾病是复杂而多变的，证候的显现有真象也有假象。只有根据审察内外和辨证求因的原则，把四诊所得的全部资料，病史、症状、气味、声音、神色、形态、脉象等，有机地结合起来，进行整体的分析综合，才能作出正确的诊断。尽管《内经》在四诊具体运用上，详于切脉望色，重视问诊，而略于闻诊，但于不同篇章反复谆谆告诫后人要四诊合参。《阴阳应象大论》便指出："善诊者，察色按脉先别阴阳，审清浊而知部分，视喘息、听声音而知所苦；观权衡规矩，而知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生，以治无过，以诊则不失矣。"

《难经》对《内经》诊法学说的发挥　《难经》对《内经》诊法学说的发挥主要在于脉学。该书从一到二十二难专门论脉，如脉的阴阳虚实、四时常脉病脉、脉症诊察五脏病的相互关系，特别是寸口脉诊的寸关尺分部及其所候、脉诊方法等。《一难》首倡"独取寸口，以决五脏六腑死生吉凶之法"；《二难》明确地提出了寸关尺的概念与部位划分。《十八难》最早提出寸口脉三部九候之说"三部者，寸关尺也。九候者，浮中沉也。上部法天，主胸以上至头之有疾也；中部法人，主膈以下至脐之有疾也；下部法地，主脐以下至足之有疾也"。此外，《六十一难》在《内经》广论四诊内容的基础上，第一次总结了望、闻、问、切四诊为主的中医诊法理论纲要，并分别为这四种诊察方法正名定义，指出："望而知之者，望其五色，以知其病；闻而知之者，闻其五音，以别其病；问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也；切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病，病在何脏腑也。"

张仲景对诊法学说的应用和发展　汉代张仲景总结了汉以前有关诊疗经验，在《内》、《难》及《平脉辨证》（即《汤液经法》）理论的基础上，把疾病的各种临床资料，脉象与症状，结合前人及个人的治疗经验，进行综合的研究，著《伤寒杂病论》，将诊法、辨病、辨证与论治熔于一炉，确立了以四诊为基础的辨证论治理论体系。同时，仲景对脉学理论的发展贡献良多，该书《伤寒例》之前有《辨脉》与《平脉》两个专章论脉，全书脉症并重的原则贯串始终。强调脉症合参，并列脉症作为临床辨证论病的依据。在具体应用上，善于审脉求因，如《辨太阳病脉症并治》曰："脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之，假令尺中迟者，不可发汗，何以知然？以营气不足，血少故也。"且常凭脉象变化判断病情传变与预后凶吉，如"伤寒一日，太阳受之，脉若静者为不传，颇欲吐，若躁烦，脉数急者为传也"，《痰饮咳嗽病脉症并治》曰："久咳数多，其脉弱者可治，实大数者死，其脉虚必苦冒。"此外，仲景亦把舌诊作为重要的诊察手段，较多地运用于临床辨证，常有"舌上燥"、"舌上胎"、"舌上白胎滑"以及"舌青"、"舌黄"、"舌萎黄"的描述。通过观察舌象的动态变化，判断病情轻重，指导治疗。如《辨阳明病脉证并治》谓："心中懊侬，舌上胎者，栀子豉汤主之"；"若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。"

晋隋唐诊法研究的发展　汉后历代医家虽多把诊法与治疗结合一起研究，但也不乏把诊法作为专门学科进行研究者。西晋王叔和集汉以前脉学大成，撰《脉经》为中国现存最早的脉学专著。该书的贡献主要在于：在《难经》"独取寸口"的倡导下，确定了寸口脉诊寸关尺三部的部位及其分候之脏腑，明确了24种脉象的名称和脉形，指出了相类脉及其相互之间的鉴别，总结了各种脉象的临床意义。这一历史时期，由于医学分科愈来愈精细，对疾病的认识日趋完备，当时医家比较注重具体疾病的诊

察，能抓住某些疾病表现在症状和体征上的特点作出较为翔实的诊断。晋代葛洪《肘后备急方》已将传染病，内、外、皮肤、五官、虫兽伤、中毒等疾病区分开来。该书最早记载了天花、麻风等传染病以及脚气病的诊断与预后，还载有切腹诊断腹水和以尿染纸诊察黄疸的方法，《治伤寒时气温病方》谓："此岁有虏黄，初微觉沉沉不快，须臾更见眼中黄，渐至面黄及举身皆黄。急令溺白纸，纸即如檗染者，此热毒已入内，急治之。"隋代巢元方主编的《诸病源候论》是中国第一部系统论述疾病病源与病候的诊断专书。内容以内科疾病为多，对其他各科疾病也有详细记录，诊断指征明确。如创伤出血的诊断，不仅对出血局部，而且对全身症状均有描述；不仅对外出血，且对腹腔等内出血亦有所注意，《卒被损瘀血候》便载："从高顿仆，内有血，腹胀满，其脉牢强者生，小弱者死。"其提出的诊察囟门辨别小儿解颅、囟陷、囟填诸疾，丰富了小儿诊法的手段。该书对后世医学发展影响很大，《千金》、《外台》、《圣惠方》等书有关病候的诊察多援引本书内容，宋绶评价本书谓"会粹群说，沉研精理，形脉治症，罔不该集"实为"诊察之津梁"。唐代孙思邈《备急千金要方》有《诊候》专章论述诊法，尤其重视色、脉与按诊，在《千金翼方·色脉》中指出："夫为医者，虽善于脉候，而不知察于气色者，终为未尽要妙也。"《千金翼方·疮痈上》具体描述了按诊辨脓，"凡痈按之大坚者未有脓，半坚半软者半脓，当上薄者都有脓"。此外，孙氏对麻风及脚气诊断的论述极为详尽，对妇儿及五官疾病的诊断亦有创见与发明。王焘的《外台秘要》并注意实验诊断的记载，如诊消渴小便甜，以尿在地上群蚁聚为验，治疗后尿转咸苦如常者为病愈；并改进《肘后备急方》尿染白纸诊黄疸为以帛浸尿中作为显示黄疸进退愈否的标准，卷四痫黄方所谓"每夜小便里亵浸少许帛，各书记其色，渐退，白则差"反映了诊法的改进。

宋金元诊法研究的贡献 继晋唐以来成就，宋金元时期诊法研究更为深入和广泛，诊法专著相继问世。宋代施发取《内经》、《甲乙经》及有关脉学诊法论述，"附以己意发明之"撰《察病指南》，内容以脉诊为主，并绘脉图33幅，开绘图脉学之先河。同时，该书还有察色、听声、考味的专题论述，是第一本有关四诊的的专书。鉴于《脉经》文理深奥，普及不易，六朝·高阳生托名叔和著《王叔和脉诀》，以歌诀形式阐述脉法，企补《脉经》之不足而为脉学通俗化的始祖。该书简明扼要，通俗易懂，但亦有悖于经旨或不切实际之处。为针砭此弊，元代戴起宗著《脉诀刊误》，以《内》、《难》、仲景、叔和及历代脉学论说为依据，对《脉诀》原文考核辨妄，详予订正，于脉学殊为有裨。类似体裁的著述不少，如南宋崔嘉彦的《脉诀》（又名崔氏、崔真人或紫虚《脉诀》）以四言歌诀阐释脉理。元代滑寿增删崔氏书成《诊家枢要》，以浮沉迟数滑涩六脉为纲，论脉象大旨与辨脉法，30种脉象及其主病，以及妇儿脉法，独到创见颇多。他对小儿诊指纹还有新的发挥，谓："小儿三岁以下，看虎口三关纹色，紫热，红伤寒，青惊风，白疳病，惟黄色隐隐为常候也。"元代敖氏纂《点点金》及《金镜录》，论伤寒舌诊，分12图，是第一本舌诊专著。后经同代人杜本增补为《敖氏伤寒金镜录》，论36舌，附彩色舌图23幅（彩图已佚，现存为素图）。问世之初，"皆秘之而不传"，后被明代薛己发现，收集于《口齿类要》，遂风行医界，广被引用，成一时舌诊之规矩。金元四大家，于诊法的研究不乏精辟之说。李东垣重视四诊合参，提出"视精明，察五色，听音声，问所苦，方始按寸尺，别浮沉，以此参伍，决死生之分矣"；朱丹溪主张从外知内，《丹溪心法》谓："欲知其内者，当以观乎外，诊于外者，斯以知其内？盖有诸内者形诸外。"张从正诊病，则重视症状的鉴别诊断。

明清诊法研究的成就 明清时期研究诊法的医家众多，专书层出不穷，内容更为丰富充实，在脉诊和舌诊方面成绩尤为突出。明代张介宾《景岳全书·脉神章》详释内、难、仲景及诸家脉义，对脉神、正脉十六部、脉之常变与鉴别、脉证从舍论述精辟。《景岳全书·传忠录》之"十问篇"对问诊内容及其辨证意义阐述全面透彻，堪称问诊之楷模。创"十问歌"（一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九因脉色察阴阳，十从气味彰神见，见定虽然是不难，也须明哲毋招怨）提纲挈领方便临证，辗转沿用至今。李中梓著《诊家正眼》博引诸家所论并加按语，系统介绍脉诊基本知识和临证用法；对28脉之脉象与主病，概以四言歌诀叙述，深入浅出。能执简驭繁，归类对比，探索脉学内在规律的文献为李时珍的《濒湖脉学》，首以四言诀概述经脉生理、脉诊方法、脉形与主病以及诸病脉象；继以七言诀分述27脉指下形状及主病。《四库全书总目》高度评价是书"既能博考，又能精研者矣，自是以来，脉诀遂废"。舌诊研究方面，申斗垣在杜本36舌的基础上，演绎为137舌，附图，著《伤寒观舌心法》，内容丰富，多来自实践，心得独具，可谓集明以前舌诊之大成。张三锡著《四诊法》，除侧重切脉外，还重点记述五官、色脉、辨舌、声诊、问病等诊察方法，使四诊初具规模。

清代研脉者众，但因袭注解前人者为多，发明较少，有代表性的如贺升平《脉要图注详解》、周学霆的《三指禅》等。汪宏搜采内、难、仲景及前人著作中的望诊资料纂《望诊遵经》是第一望诊专论，内容丰富，持论悉遵经旨。该书上卷叙述望诊的重要及运用的基本原则，并结合全身部位、四时、五方、气质等因素，阐明气色与病证的关系；下卷列述体表各个部位的望诊提纲，包括各个局部的形容色泽，兼辨析汗、血、便溺、痰、月经等排出物，既有前人之论，又有个人经验，乃望论之大成。舌诊方面，张登取《伤寒观舌心法》，正其谬误，削其繁芜，参入自身创见，著《伤寒舌鉴》，载图120舌，分白、黄、黑、灰、霉酱色、红、紫、蓝八类苔型，末附妊娠伤寒舌苔。该书虽未明言，但已把舌质与舌苔区分立论，是舌诊学上一个明显的进

步。徐灵胎在其基础上，绘制稍作变改，并增加正常舌及白、黄、五色苔等6个舌图而成《舌胎图说》，进展之处在于对正常舌象的描述已十分精确。傅松元的《舌胎统志》特点是重视舌质的辨别，分枯白、淡白、淡红、正红、绛、紫、青、黑八种舌色，经验颇多。林之翰则集采历代有关四诊的论述著《四诊抉微》，强调四诊不但同等重要，且相互关联；望诊中详论神气、形色、颜面、五官、苗窍、齿、项、爪甲形色变化，及小儿指纹诊法，并附头面望诊图谱4幅、小儿指脉纹图2幅；闻诊指出听声审音可察盛衰存亡；问诊则认为是审察病机之关键；脉诊则详于脉理，是一本颇为规范的四诊专著。

清后民国时期，在诊法研究方面，多受中西汇通思想的影响，如曹炳章的《彩图辨舌指南》，不但荟萃古今舌诊成就，更融合部分现代医著有关舌的解剖、组织、生理等知识于其中；恽铁樵著《脉学发微》亦开始用中西汇通的观点阐发脉理，尽管附会牵强之说有之，但终不失其勇于开拓的精神。

在历代无数经验积累与理论研究探索的基础上，中医诊法逐步成为中医诊断学这一门独立学科的重要组成部分。综观诊法学术漫长的发展历史，足见《内经》诊法学术思想居功至伟，它为后世诊法的研究奠定了基础，明确了方向，构筑了框架。历代诊法研究的成就，基本上是对《内经》学术的丰富、完善、发挥与拓展。

诊法之现代研究　诊法的现代研究成绩斐然，历代积累的宝贵经验和理论得到系统的发掘整理与继承，有力地推动了诊法学术的应用研究与发扬提高。在大量临床验证、总结规律的基础上，结合现代医学、现代科技方法，借助先进的仪器，进行多学科的综合研究，把诊法研究推向了一个新的台阶。

诊法学说继承和文献整理　中医诊法文献浩如烟海，由于古医著年代久远，文字艰涩深奥，或几经翻刻错漏讹传，且历代注家众多，持论不尽相同，给掌握应用带来一定困难。近半个世纪以来，随着中医事业的发展、中医高等教育的建立，对中医诊法理论，包括流散民间的诊法经验，都得到了大量的发掘，系统的整理与继承。全国高等中医药院校统编教材已经历5个版本的修编重订。《中医诊断学》四诊一章对已往诊法的经验和理论，作了系统的回顾，全面扼要地撷采其中精华，内容不断丰富，理论日趋深入而条理化。其中二版《中医诊断学》在日本已有两种版本的翻释本，可见影响之深远。近几年还相继编制了与诊断教材相配套的声象教学资料，以及适应不同层次教学需要的诊断学教材。如《中医大辞典·中医基础理论分册》、《实用中医诊断学》、《高等中医院校教学参考丛书·中医诊断学》，这些大型工具参考书，在发掘继承、整理提高方面，都具有全面、精确、新颖的特点。另一方面，历代有代表性的中医诊法著作相继重印出版。部分地区还编写出版了诊法的专书，如《中医舌诊》、《切诊》、《舌诊图谱》、《望诊彩色图谱》等，对整理发扬中医诊法学术作出了贡献。尤其是全国及各地区出版的中医杂志，经常及时刊登诊法学术探讨和临床研究的文献，为继承发扬诊法学术积累了大量珍贵的资料。此外，流传民间的诊法，通过收集，有一小部分已经整理。如《儿种中医简易诊断法》一书，共收采民间诊法19类46种方法，其中有些诊法曾被引用于研究，例如蛔虫病的望诊体征（花斑舌、唇粟疹、巩膜蓝斑、面部白斑、指甲云斑等）。还有文献介绍了点状丛剥苔诊小儿蛔虫病；"目诊"诊断胃肠病、疟疾、蛔虫病、钩虫病、蛲虫病、瘰疬、内痔、内伤、妇科病等等；指脉预测产时；察鼻唇沟（子处）推断子宫胎产情况等方法，均有待进一步收集整理、筛选应用。

舌诊研究状况　自60年代以来应用现代科学方法研究舌诊，在仪器创制、方法探索、临床研究、原理探讨等方面成果喜人。为使舌诊实现客观化、计量化与规范化，不少学者在利用现代科技研制舌诊检测仪方面作出了不懈的努力。例如："舌体测量器"，通过测量舌体大小，结合体表面积计算，可划分正常、肿胀与瘦瘪舌的范围；根据温差电动势原理研究成的"舌表浅血流量测量仪"，可从宏观上定量反映舌质的微循环状态，作为察舌质的客观指标；"舌诊微观仪"，可作舌尖微观检测及舌苔脱落细胞检查；参照"舌色板"改制的33色"舌诊比色板"，可通过比色确定被检者的舌色，克服了不同光源舌色失真的难题；"舌色仪"，运用单色紫外线作激发光源照射于舌，根据被激发荧光波长的不同反映不同的舌色；采用舌质光谱分析原理制成的"物理舌诊仪"，不仅可准确分辨舌质或舌质与舌苔综合的颜色（色调），还反映颜色的深浅（彩变）及光强度（亮度）等信息，还定量地反映同类舌质舌色改变的程度；91年通过了鉴定的"中医舌诊自动识别系统"为一种快速、无创、非接触式的舌诊仪，它主要由摄象机、舌象电视信号处理和计算色度与图象处理三大部分组成，能在3—5分钟内完成舌苔、舌质、舌纹的诊断识别，并从屏幕显示各种客观数据，不仅整个舌面还可对舌面任何部位与点进行辨识，还能进行舌象的存储与再现，并能对治疗前后进行动态观察、比较、研究，是一较为理想的舌诊检测仪。除仪器研制之外，还采取了多种方法进行舌诊的探索。例如，对舌活体进行微观观察，由最初借助放大镜、眼底镜、血管显微镜，逐步发展为采用裂隙灯、微循环仪。不仅能看到丝状和菌状乳头的外形、排列、分布情况，菌状乳头的透明度，以及微小的新生乳头和萎缩乳头；还能清晰地看到舌尖菌状乳头内各种循环的变化，开辟了微观舌诊的新途径。有采用舌印方法显示并记录丝状乳头、菌状乳头及裂纹变化情况。在病理微观观察方面，则采用刮舌涂片检查进行细胞学、生物化学和组织化学的检查，以及细菌培养，探索舌苔苔质与苔色变化的原理。采用舌的病理切片研究舌质各种异常变化的病理学基础。特别是80年代以来采用电子显微镜和扫描电镜研究舌苔、舌质的超微结构，对探索各种舌象形成的机理有一定的价值。为在细胞或分子水平上分析

和研究各类舌苔的形成原理提供了理想的手段，而对各种病舌舌质的阐释可与舌尖微循环观察、血液流变学等研究相互印证。此外，还有通过对患者各种病理舌象进行各项生理、生化指标的测定探索了解阴阳、寒热、虚实的病理生理基础及其相应舌象变化的机理。例如：舌中心温度、舌干湿度、唾液量、口腔 pH 值的测定，舌电刺激反应、舌面电阻、舌心电位结合十二经原穴皮肤电阻的测定，舌肌电图描记，血细胞计数，血浆蛋白、蛋白电泳、血清电解质、淀粉酶、性激素、尿 17－羟、17－酮测定，血液流变学检查，维生素饱和试验，冷压试验，基础代谢测定等等。这些检测对各种病理舌象形成机理的探讨帮助很大，但检测仪器的先进性有待加强。动物实验方面，有用反复放血、高位小肠造瘘、大量喂饲肾上腺皮质激素等方法，相应造成"气血虚"、"阴虚"、"肾阳虚"等模型，以研究舌象的变化。但对造型方法是否符合中医理论仍有争论。且何种动物的舌表面结构特征与人类近似仍在探索之中。曾有对大鼠、豚鼠、犬、猫、兔、猴、猪七种动物的舌表面结构，进行扫描电镜观察比较，认为只有猪舌表面乳头结构与人相似，似较适宜制作舌象模型；其他舌表面结构或与人相差太大，或不太明显，或舌质显露不理想，均不适宜用作舌象模型。在舌诊研究信息处理方面，1987 年鉴定了中国第一个自行研制的《计算机舌诊文摘库及检索系统》，该系统资料齐全，能反映近 70 年舌诊研究的进展，集科学性、先进性、实用性于一身。舌诊的临床研究方面，首先是通过对正常人舌象的大样本统计调查，探讨正常人的舌象分布及其与年龄、体质等因素的关系。60 年代迄今曾分别有 2 090、3 554、5 403 及 6 708 例的报道。其结果，正常薄白苔分别占 77.8%、79.2%、75.88%、53.59%，淡红舌质分别占 78.51%、97.11%、81.82%、56.75%。后两个样本还进行了舌体的调查，舌体正常分别占 68.2%与 89.33%。其中一个样本还显示正常舌下静脉 93.65%仅隐现于舌下粘膜，绝不粗张，长度正常者占 98.61%；并发现各年龄组中，淡红舌、薄白苔、舌体正常的比例随年龄的增长而递减，青紫舌、舌脉异常比例随年龄的增长而增多。还有对 1 000 例健康儿及 1 086 例各类疾病的患儿的舌象作了观察比较。健康儿中，舌色、舌体、苔色、苔质正常者，分别为 98.7%、99.2%、95%、81.5%。病儿与健康儿比较，异常舌色、舌体、苔色、苔质的比例升高，两者有显著差异。这些资料对临床上正确掌握舌诊有一定意义，它不仅说明正常人有一定的异常舌象，异常舌象出现率与年龄增大有关，亦说明人体的异常可能首先反映于舌象。临床更大量的舌诊研究，是基于对各不同病种所显现的异常病理舌象及其在病变过程中动态变化的观察，探讨舌诊的诊断意义，及其与病情变化关系的规律。包括了对多病种的综合观察研究，以及对各科单一病种的观舌研究，报道较多的如高血压、脑出血、哮喘、慢性气管炎、胃炎、溃疡病、肝炎、肝硬变、肾炎、糖尿病、贫血、类风湿、寄生虫、多种急腹症、烧伤、皮肤病、骨折、癌肿等。结果大都表明，舌诊对判断疾病传变、病情轻重、预后及辨证有极大价值，对疾病不同阶段某些西医病理改变的估计有一定参考价值，但对西医辨病则缺乏特异性。例如，有统计显示病情最重为红绛舌，次为黑苔，白苔最轻；病死率也以红绛舌和黑苔最高，淡白舌次之，白苔无一例死亡。急性心肌梗死舌苔由薄转腻，后转黄垢变黑为逆证，反之为顺证；舌质的变化则反映瘀血的程度；伴心律失常者多见黄腻苔，伴心衰以白腻为主。大叶性肺炎初起见苔薄白而干，为表邪未解而肺津已伤；失治，温邪由气入营，则苔由白转黄干到焦黑，舌质由红到绛。阑尾炎多见腻苔，转薄为好转，厚腻不退预示加重。肺心病早期发作多见红舌，晚期以青紫、红绛、镜面舌为主，舌苔以腻为多；暗紫舌多合并呼吸性酸中毒；紫绛舌除呼吸性酸中毒外，部分更合并代谢性碱中毒，红绛舌虽有不同程度的酸碱平衡障碍但预后尚好，淡红、淡紫舌血气分析均属正常范围，预后良好。

目前对正常舌及各种病理舌象的形成原理，通过多方面的研究，已有初步了解。正常薄白润苔是丝状乳头分化的角化树与填充其间的脱落上皮、唾液、细菌、真菌、食物碎屑及渗出的白细胞所形成。苔的厚薄与舌上皮增殖和细胞退化率、食欲、食量、食物性质及 B 族维生素摄人量有关；感染、发热、脱水、精神紧张、腺体分泌减少、自洁作用减弱，均可使舌苔增厚。丝状乳头增生致密，角化树分枝增多且互相纠缠不易脱落，其间充满细胞、细菌、食屑等，便形成厚腻苔。腐苔、剥苔和镜面舌，多与酶、维生素缺乏，胰、肝等功能减退有关。部分丝状乳头萎缩变干，使舌质显露，则呈腐苔、花剥苔；若全部乳头萎缩，则变成镜面舌。黄苔与炎症感染及发热导致消化系功能紊乱关系最大，丝状乳头增生、唾液减少、自洁作用减弱、局部炎症渗出和产色微生物作用形成黄苔。黑苔与炎症感染、高热、脱水、毒素刺激、中枢神经系功能失调、真菌及产色微生物等因素有关。口腔酸碱度改变，优势增殖菌落颜色，也是决定苔色的因素。舌色形成，因舌肌血运丰富，舌粘膜固有层血管丰富，当舌微循环、血红细胞数、血红蛋白量、血氧饱和度等处于正常状态时，透过白色半透明带有角化的粘膜面，便形成淡红舌。淡白舌主要与红细胞数减少有关，此外也和基础代谢降低、毛细血管收缩、血液充盈减少、舌表浅血流量减少、血浆蛋白偏低等有关。红绛舌属于实热者，主要因舌的炎症，使固有层血管增生扩张、管腔充血、舌血液量增加，血红蛋白量增加或血氧饱和度增高，血浆粘度和纤维蛋白原含量增高所致；其属于虚热者，主要因粘膜及小唾液腺萎缩变性，舌微血管炎症使血流缓慢，舌粘膜由于细胞的变性、萎缩、坏死而变薄变干所致，其他如血钾降低，雌激素灭能差，致使毛细血管扩张亦常使舌质发红。芒刺舌主要由于菌状乳头大量增生、肿胀、充血，丝状乳头则相对萎缩或向菌状乳头转化所致。青紫舌主要与静脉郁血、血粘度升高、缺氧使还原血红蛋白升高、血小板聚集性增高等因素

有关。舌上瘀斑瘀点的形成,则与舌微循环障碍、舌微血管闭塞,舌局部出血后含铁血黄素沉积,舌乳头内黑色素沉着三种病理改变有关。胖嫩舌主要因血浆渗透压下降使舌组织水肿,舌粘膜棘细胞层增厚,结缔组织增生,血管淋巴回流障碍所致,多与营养不良有关。舌齿印多由于营养不良使舌组织水肿,致舌体肥大压迫于齿缘而成;亦有与舌肌肉张力丧失及舌的炎症有关。裂纹舌由于粘膜上皮钉突变平,丝状乳头部分融合与分离而成;严重者,为舌粘膜上皮严重萎缩出现断裂所致。镜面舌是舌乳头全部萎缩消失的结果。多与重度维生素缺乏、各种贫血、营养障碍、血浆蛋白低下、钾钠氯等电解质紊乱等因素有关。

"诊舌脉"在历代文献中,除《诸病源候论》、《妇人良方》少数几本著作有所记载外,很少被提及。随舌诊研究深入开展,60年代重新提出"舌下望诊法",至今已逐步发展成为舌诊的主要内容之一。主要通过观察舌腹面两根静脉(舌脉)的充盈情况及色泽以资诊断。正常舌脉仅隐现于舌下,绝不粗张,色淡紫,长度不超过舌尖至舌下肉阜连线的3/5,舌脉管径在2.7毫米以内。一般认为舌脉延长、增粗、隆起、迂曲与分枝,色青紫或紫黑,对瘀血的辨证,肺心、心衰及癌症的辨病有一定价值。最近还有提出察舌下"瘀血丝"(即舌下、舌边舌体上一种呈放射状稍带紫黑色的丝状络脉)及"瘀点"以辨血瘀。舌脉粗张,目前认为主要与静脉压升高有关,此外还与癌症、肝病、年老有关。老年人舌脉粗张,还与舌腹面血管周围的弹性纤维退化后引起组织支持作用减弱,以及维生素C缺乏影响静脉压升高致舌腹面微血管扩张后的复原有关。

脉诊研究状况 近几十年来,国内脉诊的现代研究,在描记仪器,脉象描记的研究与分析方法,脉象形成机制探索与临床研究等方面都不断有所进展与新的突破。脉诊客观化的研究促使描记脉象的仪器不断更新,品种不断增多。国内采用多为换能的脉象仪,主要分固态与液态两类。自50年代末使用"压电式脉搏拾振器"描记脉象始,早期的"20型三线脉象仪"便已初步实现了寸、关、尺三部脉压力的任意调节和客观定量测定,至今许多脉象仪还是这种模式。"多因素脉象仪"则能同时提供脉管的粗细、脉象的趋势和脉象图的信息。被使用较多的有"BYS-14型心电脉象仪"与"HMX-3C型换能器及MX-3型脉象仪"。而在"MX-3型脉象仪"基础上改进而成的"HMX-4C型脉象换能器和MX-5型脉象仪",既保留了原脉象仪和换能器的优点,又采用先进的微机技术作功能改善与扩充,已能反映脉位浮沉、脉幅大小、脉力强弱、脉位形态、脉势虚实、脉道粗细、脉体长短、脉搏频率与节律等,首先实现了全面检测和描述各种中医脉象信息特征的功能。此外,运用容积—电阻抗换能方法,结合血流动力学原理、数理方法和电子计算技术研制成的"实用环形脉图自动分析处理系统"可在电脑终端荧屏上显示脉象图形(环图)、数据及诊断结果,并打印出来。还有"砵杯脉搏传感器"、"3MX-/三头脉象检测实验装置及换能器"配合多道生理记录仪描记脉图;把断指再植及心脑血管功能检查的SXG型指脉仪用于中医脉诊研究。这些描记仪器都已不同程度地达到脉诊客观化、数据化及图表化的目的。

脉象描记方法大致有单纯关部脉图的描记,按三部九候传统切脉方法的描记,配合脉象检测利用心电图、心音图、血流图等同步或同时描记等三种。研究方法可归纳为:测录脉象,通过各种参数的统计分析确定典型脉图;从脉象图与心电图、心音图和血流图等关系,了解脉象变化规律;观察脉象与血压、血液的质和量、波速、自主神经功能,结合心血管、微循环、肺循环功能的检查及血流动力学理论,研究脉象形成的原理。围绕临床研究,结合现代病理生理,探讨脉象对诊断、疗效与预后的意义;动物实验,复制脉象模型。此外,近年有利用臂血流图于脉象的研究。还有从脉象图的研究引伸作为心血管功能的检测指标,如桡动脉脉图法测定心室收缩时间间期STI成为一项无创性测定左心室收缩功能的方法;利用脉图进行脉动周期时值换算,间接推断心血管功能。分析方法主要有:直观形态分析法,从脉图的时间、振幅、角度斜率、形态等分析升支、降支、重搏波的幅度和各种幅度的比值,及有关夹角大小、面积和时值等,逐步建立脉图和切脉的关系;脉力强弱分析法,以脉图主波高度与脉搏强弱呈正比为据,划分脉力为六个级别;此外,时域分析、频谱分析、电子计算机分析、模型推导求解法、多因素脉图识脉法等,都是应用于对脉象图各种数据进行分析的方法。近年应用生物力学于脉象研究有新的进展,如从生物力学角度及非线性弹性理论出发的方法,为脉图血液动力学参数的研究增添了手段,也对动脉硬化程度提供了新的客观指标。脉搏波的线化理论分析法分析脉图已初步摸清了正常人桡动脉脉图的分布规律,根据这一规律及各正常年龄组的代表脉图,对所描记的脉图便可用简易的目测法分析报告;对预测动脉是否衰老及其程度和是否为病理性脉图有一定意义。

自50年代末开始使用脉搏描记器研究中医脉象以来,临床应用各类脉象仪描记了数以万计的脉搏图,初步描绘了28种脉象图。尽管测试技术水平的限制,目前尚无一种换能器能完全模仿医师指检出脉象的全部信息,图诊定脉尚未能替代切诊定脉,但仍不失取得了丰硕的成果。例如,正常平脉及常见病脉脉图的定型,平脉与常见病脉脉图各项参数的论证,虽然认识尚不尽一致,但已对10多种常见脉象的图形、特征、形成机制和临床意义作了初步的总结。提出了脉象形成机制与桡动脉舒缩状态、充盈度、血流量,血流动力学状况,外周阻力、血压、心功能,心脏自身病变,新陈代谢,内分泌功能状态,交感与迷走神经兴奋性,体温、药物或中毒等因素有关。根据脉象分类的特点,参考脉学研究资料,有认为脉象应包括脉位、脉率、节律、脉力、脉管紧张度、流利度、虚实、粗细、长

短等9项指标。这9种信息的模糊集合，数学上可表示为一个九维的线性空间，单凭一幅脉波图只能反映部分信息，对由几个因素组成的脉(如濡、芤脉)更无法反映。要做到脉象的客观化、指标化，就应把几个因素的基本指标综合分析判断。上述MX—5型脉象仪正是向这方面努力的结果。动物实验方面，有采用去甲肾上腺素和桑寄生静脉滴注，在实验动物狗复制出弦脉、平脉、滑脉的演变过程。又有先后对45只狗进行脉象造型，研究出16种常见的脉象图型，并取得了大量客观数据。除大量基于描记脉图研究脉学之外，不少学者从临床诊疗的角度探讨脉学。辨证方面，有从浮沉的形态、主病、现代研究进行了归纳分析。对9种痛证280例的分析，表明痛证患者以弦脉多见，占62.9%；痛证出现弦脉还多以本虚标实为常见，占弦脉病例中60%，认为治痛证见弦脉者，可采取扶正祛邪为主的治则。对慢性肝炎的脉象分析，论证了弦为肝脉的普遍意义。对滑脉的观察提出温热病发热无汗者，将汗之际常现滑脉(占观察315例之95.8%)；血证出血之前均见滑脉；炎证性疾患凡临床治愈后而见滑脉者，均非痊愈之象；并印证了滑脉为早孕之兆。对外感热病表证发热时及热退后脉象的分析，认为浮脉不能作为辨别表证的唯一和主要的脉象。有介绍了脉症不符时，应用脉象进行辨证的经验。亦有从脉象辨病方面作出探讨，如观察了休克病人脉象变化，其在一定程度上反映了循环功能状态，休克加重则寸口脉减弱以至消失，脉搏强度的改变常先于血压的变化，故认为脉搏强度可作为休克观察指征之一。观察高血压病，均见弦脉，认为弦而兼滑、细、实、长，重按至骨乃觉尺部脉来举指有力者，可作普查和判断高血压的初筛观测方法之一。还有对冠心病、心律失常、肝硬化、老年患者等进行了脉诊的探索。关于脉诊原理，曾有观察到气虚患者出现细脉或细兼弦、缓、滑脉，与气虚患者左心室收缩功能减退和心输出量减少可能有关。阴虚火旺弦脉出现率高于同年龄组正常人；而阳虚病人弦脉的出现率与同年龄组正常人无显著差异，脉象弦小而缓慢，与虚弱证候相符，均与肾上腺激素的异常分泌有关。此外，还有从天人相应的角度观察了日全食对心血管病人脉象的影响，印证了这一整体观原则。

望诊及其他方面 诊法的现代研究除在舌、脉诊方面取得较大成果之外，在其他方面亦有长足的进步。例如，对色诊检查仪器进行了探索，认为反射光密度计不仅可测知正常人或病人面部颜色的数据，且能辨出目测难分的颜色变化，增强了辨色的科学性；SE－E80分光测色仪可为色诊研究提供客观数据与曲线、图象；美能达CR－100色度仪测试发热组与健康人组印堂及右颧的明度与红及绿色源比值，均有显著性差异；日本CP6R－1001色差计可为气虚证面色诊断提供客观依据并用于阳黄、阴黄面色的鉴别。还有应用S2－∑80分光式色差、BM－5辉度计、C－P6R100型色差计于色诊研究。它们为色诊研究提供了新的方法和手段，但技术问题仍有待改进。不少学者从临床探讨了山根、目、鼻、颜面、唇、耳等色诊在临床各科的运用。对小儿指纹的诊断意义进行了临床上的印证和研讨。运用眼底镜检查探索眼底络脉变化与肝气条达、肝气郁结、肝经郁热、肝血不足、眼内血证等辨证的关系。初步观察了甲皱微循环变化与中医辨证分型的关系。斜形耳垂皱褶诊察冠心病、高血压；颅脑外伤后综合征的过敏点试验诊断；肿瘤普查的穴位诊断；小儿面部山根脉纹形色诊；老年人上腭粘膜的望诊；耳穴诊；月诊等诊法的提出或研讨，均不同程度地丰富了中医诊法。

总的来说，现在对中医诊法的研究，主导思想主要是解决四诊的定性与定量，即按照实验科学的模式使中医诊断指标客观化。这种通过对病理生理、生物化学及形态学的各种检查与显示手段所取得的数据与图象，对于器质改变疾病的诊断是非常必要的。但中医四诊最本质的特点并非在于确定疾病的个性，而是从总的观察中寻求所有疾病最终表现在阴阳、表里、寒热、虚实的变化规律，当中又强调以其整体协调性及胃气、神气等来确定病变的轻重和凶吉。其总的指导思想与运用方法皆侧重于整体联系、四诊合参，将各种客观印象进行模糊集合，形成对任何疾病任何阶段的总概括，这一过程称之为辨证。而中国目前的中西医结合，普遍是运用西医的理论与方法对疾病进行诊断，同时运用中医的理论与方法对病情辨证。两者结合，是中国现阶段诊法研究中较有特色的动向。尽管以上介绍了不少具有中医特色的研究成果，但前一阶段的诊法研究，侧重较多的仍然是以西医学的思维方法来研究中医四诊，如何更有效地运用中医学的思维方式对中医诊法进行研究探索，今后拟应有待进一步加强。

望诊

望诊，指医生运用其视觉，对病人全身有关部位及其分泌和排泄物等进行系统而有目的的观察。医生接触病人时即为望诊的开始。故诊法以望诊为先，居于四诊之首，而且常以初见其病患所产生的最先印象，最为真切。《灵枢·本藏》说："视其外应，以知其内脏，则知所病矣。"由于人的精神、情志、营养状态、年龄、发育情况以及体表各部组织器官的色泽形态，机能活动等等，都和内部脏腑气血有着非常密切的关系，所以，外部神色形态的变化，实质上是内部脏腑气血活动及其变化的反映，从而成为诊断其疾病依据的一个重要方面。故望诊是建立在整体的生理观和病理观的基础上的，在这个观念的指导下，望诊知识也从一个方面反映了中医学术极其丰富的临床经验，并且有其独特的内容。其中包括观神、察色、望形态、察目、辨舌、辨指纹、辨排泄物等。在西医诊断学的望诊中，虽也大致包含这些内容，但它们具体诊察的内涵和辨认方法是不同的。例如观神，西医侧重于精神意识状态，

如兴奋、抑郁、异常行为或意识不清、木僵、嗜睡、昏迷以及与医生合作的情况等，凡此种种，基本上都属于大脑神经功能的表现。而中医观神，不但要审察患者的神志是否清醒，更重要的是探讨整个生命机能综合的现象。因此，察目、须观目之神；望色，先察色之神；按脉，须切脉之神，这种种“神”的表现，都有特定的涵义与诊断内容，由此说明两个医学体系的望诊，在理论认识和具体方法是有不同的。其次，在分析外表体征的临床意义方面，西医较多把个别的症状与一定的疾病联系起来，注意体征的个性。如急性腹膜炎的希氏面容，麻疹的麻疹粘膜斑，肠伤寒的玫瑰疹与猩红热的杨梅舌等；而中医的局部望诊，乃着重于了解整体脏腑气血的邪正虚实，并把一定的体表部位或孔窍与特定的脏腑经络联系起来，构成表与里之间、局部与整体之间的辨证关系，如心病者颧赤，肾病者颧与颜(天庭)黑，舌上裂纹属伤阴，舌苔深黄为实热等。

望诊的主要目的是了解神、色、形、态的表现，重点在面部和察目、测舌，尤以舌诊更具特色且内容丰富。一般先望整体外观，而后审局部苗窍，由上而下，最后乃综合出整体望诊的印象。临床望诊，要求医生有敏锐的观察力，善于掌握正常与病态以及患者平常与反常的对比，防止遗漏及被假象所迷惑等。此外，工作环境需要有适当的光源，宜在间接的日光下进行，并取得患者本人或其陪诊亲属的合作。见“望神”、“望色”、“望五官”、“望形态”和“舌诊”条。

望神

神是人体生命活动现象的总称。它通过目光神态、面容表情、体态动静、言语气息和整体的色泽、形象以及生命机能的各种信息表现出来。因此，望神的含义是广泛的，它不但贯穿于望诊的全过程，实质上也渗透于四诊的每一环节。这里着重指出神与形的关系以及得神、失神的表现。

形与神俱　指形体与神的关系。神以先后天的精气及脏腑气血的活动为基础。《素问·六节脏象论》说：“天食人以五气，地食人以五味。五气人鼻，藏于心肺，上使五色修明，音声能彰。五味人口，藏于肠胃，味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生。”《灵枢·平人绝谷》说：“神者，水谷之精气也。”又：“五脏安定，血脉和利，精神乃居。”所以，神是综合形体的气血津液与活动功能表露于外的生命征象，有形才有神，有神才是生命之躯。无论在生理或病理的状态，均表现为形健则神旺，形衰则神惫，这样一致和谐的关系。若失却形神的统一，如形体貌似强盛而实则神衰，常可提示内伤病变的潜伏；或久病形弱，骤见精神躁动不休，不知困顿，亦可预示病变反常的逆转。

得神与失神　各种致病因素，凡导致阴精与阳气的亏虚，最终必损及神。故《素问·汤液醪醴论》说：“精气弛坏，营泣卫除，故神去之而病不愈也。”《素问·移精变气论》更指出：“得神者昌，失神者亡。”根据《内经》的精神，张景岳从临床实践体验中对得神与失神曾加以概括。他在《景岳全书·神气存亡》说：“善乎神之为义，此死生之本，不可不察也。”又说：“诊病以形言之：则目光精彩，言语清亮，神思不乱，肌肉不削，气息和平，大小便如常。若此者，虽其脉有可疑，尚无足虑，以其形之神在也。若两手寻衣摸床，或无邪而言语失伦，或无病而虚空见鬼，或病胀满而补泻皆不可施，或病寒热而温凉皆不可用。或忽然暴病，即沉迷烦躁，昏不知人。或一时卒倒，即眼闭口开，手撒遗尿。若此者，虽其脉无凶候，必死无疑，以其形之神去也。”可见，得神与失神，是判断正气的盛衰。疾病的轻重和预后吉凶的重要内容，是对患者临床表现的一种基本的综合印象。得神者，虽有疾病，较易治疗，预后亦良好；失神者，提示着生命机能的严重障碍，或五脏精气的衰败，故预后不良。由此说明，观察神气的存亡并非局限于是否有精神，或神志是否正常。

望色

望色，又名色诊，古称五色诊。是观察面目色泽变化以了解病情的方法。神与色有密切的关系。喻昌《医门法律·望色》指出：“色者，神之旗也。神旺则色旺，神衰则色衰，神藏则色藏，神露则色露。”故望神与望色须有机结合。神色的表现和变化，俱以面目最显，《灵枢·邪气脏腑病形》说：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。”说明面部及面部器官在望诊中的重要地位。望色的主要内容，一是青黄赤白黑五色变化与病变的关系，二是色泽出现的位置与病位的关系。

常色　指正常的色泽，这是五脏精气的外荣，上见于颜面，表现为红黄隐隐，明亮而含蓄，说明精气内充，气血平和，故能容光焕发，这是有胃气、有神的表现。《素问·五脏生成》所谓：“生于心，如以缟裹朱；生于肺，如以缟裹红；生于肝，如以缟裹绀；生于脾，如以缟裹栝楼实；生于肾，如以缟裹紫，此五脏所生之外荣也。”即说明健康的色泽，不论何色，都如有白色丝绢所包裹，澄明润泽，含蓄不露。正常的色泽又有主客之分。主色，是指种族及个体在正常情况下的主要肤色。中国人属黄种，一般人的肤色都微黄，故主色以黄为基础，但也有生理上的差异，有些稍白，有些稍黑，这些个体的特征，往往一生不变，因此，凡正常黄色或终生偏于某种肤色的，都属主色的范围。《医宗金鉴·四诊心法要诀》：“五脏之色，随五形之人而见，百岁不变，故为主色。”由于人体受自然、地理环境及四季气候的影响，肤色也会相应地微有变化，古人总结为春稍青，夏稍赤，秋稍白、冬稍黑、长夏四季则黄，即一年四季都带黄色，而长夏(农历六月)稍黄一些。色随四季略有不同，故名客色。此外，如饮酒、走路、情绪变化等

一时性影响,或因职业、风土以及接触阳光的多少,而影响肤色的变化,一般都属客色的范围,望色时须加注意。

病色 指面部色泽出现病态的变化。其诊察的内容包括:①肤色的深度是否较之平素明显变化而暴露。②是否失去润泽的光彩而枯槁。③病色出现的具体部位与整体脏腑病变的关系。据此,病变有善恶(吉凶)之分。色虽显露而尚明润,且与病变的性质协调一致者为善色;显露而暗晦枯槁,或与病变性质不协调而相克伐者为恶色。《素问·五脏生成》所谓:"青如翠羽者生,赤如鸡冠者生,黄如蟹腹者生,白如豕膏者生,黑如乌羽者生,此五色之见生也。"即是指病色虽已暴露,但尚有明润光泽的生气,说明脏腑虽病,而胃气未伤,故预后较好。又:"青如草兹者死,黄如枳实者死,黑如炲者死,赤如衃血者死,白如枯骨者死。"这是病色显露而又枯槁无华,则表示无胃气,脏真枯竭,故这类青如枯草、黄如焦干的枳实、黑如烟炱、赤如凝固的血块、白如枯骨的五色,分别代表肝、脾、肾、心、肺五脏的真脏色。真脏色就是脏真败露而现于色的意思,故其出现则预后不良。

色部 指脏腑病色出现于面的一定部位,这是从表里相应、局部与整体息息相关的观点指导下,从实践中总结出的面部望诊定位法。《灵枢·五色》说:"五色之见也,各出其色部。"清代陈士铎宗《灵枢》的原意,对色部作了明确的阐述,他在《石室秘箓·论气色》中说:"看病必须察色,察色必须观面。而各有部位,不可不知。面上之两眉心候肺也,如色红则火,色青则风,色黄则湿,色黑则痛,色白则寒也。两眼之中为明堂,乃心之部位。明堂之下,在鼻之中,乃肝之部位。肝位之两旁以候胆也。鼻之尖上以候脾,鼻尖两旁以候胃,两颧之上以候肾,肾位之上以候大肠。肝胆位下鼻之两旁以候小肠。肺位之上为额以候咽喉。额之上以候头面,心位之旁以候膻中,鼻之下人中为承浆以候膀胱,三焦无部位,上焦寄于肺,中焦寄于肝,下焦寄于膀胱,其余各部位俱照《灵枢》无差错也。五色之见,各出于本部,可照五色以断病,一如肺经法断之,无不神验。"这种将色泽部位结合而定脏腑病变的方法,在临床中有一定参考价值。但也不宜机械地看待。

五色主病 病色的出现,是内在脏腑病变的反应,因而它和病因、证候联系起来,可以观察多种病变。《灵枢·五色》总结为"青黑为痛,黄赤为热,白为寒",这是古人通过临床体验作出的结论,具有一定的实际意义。

青色 主风、主寒、主痛、主惊风。青色属木,旺于春令,其气为风,是足厥阴肝经本色,故主病多属肝和厥阴经的证候。痛的病机,多由气道不利,引起气血阻滞之故,色每现青。"诸风掉眩,皆属于肝",各种原因引起的肝风病证,如急、慢惊风,血虚生风、中风等均可见青色。青而黑多寒病;青而白主虚风;青而赤为火灼肝经、热盛风动,青赤面晦暗属肝郁化火;面青唇青为阴寒之极。脾病见青色,多属难治。

赤色 主热。赤为火色,主夏令,其气为暑,是手少阴心经本色,故主热。微赤多属虚热,赤甚多属实热。虚证面赤,多于久病出现,不似实证一起便见。久病虚人,午后两颧发赤,是水亏火旺,肝肾阴火上炎所致。面赤如妆嫩红带白而色泽游移不定者,往往见于虚阳上越的戴阳证。肺病见赤色,多属难治。

黄色 主湿。属土,主长夏,其气为湿。黄如橘子般明亮的,是湿少热多;黄如烟熏的,是湿多热少。黄而枯瘦,主脾胃有热;色萎黄者,为脾胃气虚。色黄而黯淡,属脾胃寒湿。黄而略带瘀色,见于蓄血证。淡黄而夹点红斑,属脾虚而肝血郁滞,多见于臌胀。印堂、准头见黄色而明润者,是胃气恢复,示病退将愈;若色气枯夭,是胃气衰败,病属难治。

白色 主虚、主寒,尤主脱血、夺气、脱津等虚证。白为金之色,主秋令,其气为燥,是手太阴肺经本色。肺主气而朝百脉,输布津液,故白色与气、血和津的病候相关。若气血足而阴阳和,则气色明润,白里透红,如以白绢包裹,含蓄不露。倘阴阳气血不足,则色淡白无华,故白色主寒,主脱血、夺气和脱津。其中所指的寒,属肺胃虚寒,卫气不固;若面色㿠白而浮亮,属水气或痰饮,多因脾肾阳虚为患。若印堂、准头有白色而明润者为善色;反之,枯夭不泽者为恶色。

黑色 主寒、主痛、主水。主冬令,其气为寒,是足少阴肾经本色。其为病多属肾及足少阴经的证候。水性寒,寒多则血脉凝涩不利而为痛,故黑色主寒主痛。黑而干焦,则属热;黑而瘦削,多为阴火内伤;黑而焦,齿槁,是肾热久蓄。若青黑暗淡,属阴盛阳虚,命门火不足,水气为患。一般面现黑色,病多严重,如心血瘀阻,癥瘕积聚诸证均可见到。心病额现黑色,是水来克火的逆证;环口黧黑,是肾绝证。《灵枢·五色》谓:"黑色出于庭,大如拇指,必不病而卒死。"说明黑色不但病情严重,也可能是暴卒的先兆。

病与色的关系,还有相应与不相应之分。相应的,为疾病的正常状态。不相应的,又分相生和相克的善恶关系,相生为顺,相克为逆。例如:心主血、属火,心血热的病见赤色,就是病与色相应,是热性病的正常现象;若转微黄为色与病相生(火生土),属顺证;若见黑色(水克火)或白色(火克金),均为病与色相克之色,属逆证。这种生克顺逆的推断,必须结合病邪的性质与脏腑证情,四诊合参,不宜孤立看待或机械地武断。如诸风掉眩、胁肋胀痛,或小儿惊痫、抽搐等肝风病证,色以青为顺,而色纯白为逆。癫狂、惊悸、怔忡是心病,色以赤为顺,纯黑为逆。咳嗽喘急、胸胀满为肺病,色以白为顺,纯赤为逆。肿胀、噎膈、呕吐、吐酸是脾胃病,色以黄为顺,纯青为逆。遗精、盗汗、耳聋是肾病,色以微黑为顺,纯黄为逆。

望色十法 病色现于面,除了从五色鉴别之外,还须从颜色显露的程度,散聚的情况,色素的混杂及润泽度等方面进一步细致辨别。汪广庵《望诊遵经》据《内经》的原理,吸取前人经验,总结为浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟

（聚）、泽、夭等望色十法。

浮沉　色露于皮肤间为浮，隐藏于皮下为沉。浮主病在表、在腑；沉主病在里、在脏。初浮后沉，主病从表入里；初沉后浮，主病自里出表。

清浊　清为色泽澄明，浊乃暗浊混杂。色清病在阳，色浊病在阴。从清转浊，病由阳入阴，从浊转清，病由阴出阳。

微甚　微为颜色浅淡，甚则色泽深浓。色淡薄主正气虚，色深浓为邪气实。

散抟　散是分散，抟是汇聚。色散多属新病或轻病；色抟多属久病或重病。先抟后散，示病情好转；先散后抟，示病情变重。

泽夭　泽是润泽，夭是枯槁。泽是有胃气，脏精尚充；夭是无胃气，脏精将竭。从夭转泽，说明病有生机；从泽转夭，提示病趋严重，化源将绝。故《素问·玉机真脏论》指出“色泽以浮，谓之易已”，“色夭不泽，谓之难已”。

可见，所谓十法，实即以对照形式归为五类，大致上，浮沉分表里，清浊定阴阳，微甚知虚实，散抟决轻重，泽夭别善恶。这是判别病情发展和预后的佐证，具有一定的临床价值。

望形态

形指形体，态是姿态。体质的强弱、病变的轻重，常可从患者的形态表现出来。《素问·经脉别论》说：“诊病之道，观人勇怯、骨肉、皮肤，能知其情，以为诊法也。”说明形体的强弱勇怯，和内脏盛衰有着密切的关系。形体壮则气勇，其骨肉皮肤坚厚；形体衰则气怯，其骨肉皮肤脆弱。肾主骨，故骨之强弱系于肾；脾主肉，故肉之坚脆系于脾；肺主皮毛，故皮肤之疏密系于肺。肺居上焦，脾主中焦，肾在下焦，所以从骨肉皮肤的状况，有助于了解上、中、下三焦的病变。凡五脏强壮的，一般外形强健，骨骼粗壮，胸廓宽厚，肌肉结实，皮肤润泽，反之，五脏脆弱则骨骼细小，胸廓狭窄，肌肉瘦削，皮肤枯燥等。在辨整个形体强弱的基础上，须进一步观察其局部的变化。手足壅肿多实证；枯细多虚证。胫肿跗肿，指压留痕者为水肿；上下枯瘦而膝独肿痛者为鹤膝风。趾端紫暗发痛，甚而趾头溃烂以至脱落者为脱疽。手足软弱，不能动作，但不痛者，为痿证；关节肿痛，肢体动作困难者，多见于痹证。掌腕和手臂屈侧肌肤滑润光泽，是津液充足，气血平和；枯燥干涩是津液不足或阴血亏损。周身皮肤粗糙、干燥、表面角化而外观呈褐色鳞甲状，名为肌肤甲错，属内有瘀血的证候。正常人指甲红润光洁，若甲下深红为血热，色淡白或压之迟迟不复红者属虚寒，指甲苍白而纵纹明显者为血虚，由苍白显纹而日渐枯脆变形，为虚极。甲色黯黑为血瘀；蓝黑者，可见于中毒，均属危重。

望形体又须与患者的饮食营养状况相结合。能食而形壮，乃脾胃旺盛；形肥而食少，多属脾虚有痰的虚胖证；形瘦而食多，多为中焦有火；形瘦而食少，多属中气虚弱；久病肉消著骨，食饮不下，为气液干枯。身形的枯瘦情况，常反映出疾病的严重程度。故《素问·玉机真脏论》说：“大骨枯槁，大肉陷下，破䐃脱肉，目眶陷，真脏见，目不见人，立死。”肾主骨，大骨枯槁，肾精已绝可知；脾主肉，破䐃脱肉，脾气已败可知；目眶陷而真脏脉见，说明五脏元精之气均已耗散，故神失所养而濒于死亡。

患者的动态改变，又是反映病情的一个方面。《素问·脉要精微论》说：“头者，精明之府，头倾视深，精神将夺矣。”头倾，是低垂不能举；视深，目陷无光之状，均示脏气亏虚，故精神将夺。又：“背者，胸中之府，背曲肩随，府将坏矣。”背曲不能伸，肩垂不能举，为脏气衰败，不营于肩背之故。又：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣；膝者，筋之府，屈伸不能，行则偻附，筋将惫矣；骨者，髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣”，这些由肝肾亏虚而致筋骨衰疲之症，不但反映了整体的衰退状态，并提示了各个脏腑以及不同疾病在动态变化上的特异性。但是，同一动态的变化，也会出现在不同的病证。眼面口唇手指或足趾的振动，在外感病是发痉的预兆，在内伤病多属血虚阴亏，经脉失养所致。四肢抽搐多见于风病，如痫证、破伤风、小儿急慢惊风等。战栗见于疟疾发作时，也可见于病气留连，邪正相争而欲作战汗之兆；疔疮出现战栗，每是脓毒内攻的讯号。从某些异常动态还可了解患者神气的存亡，如循衣摸床，两手撮空等，常是精神散乱的垂危症状。

患者的体位，如卧时面常向外，身轻自能转侧者，多属阳证、热证、实证；卧时面喜向里，身重不能自转侧，多属阴证、寒证、虚证。卧时头身前屈成团，可见于阳虚畏寒或身有剧痛之证；卧时仰面舒足为阳证热盛；卧欲衣被重复，非里寒即表寒；卧时常揭衣被，非表热即里热。坐而仰，多为肺实；坐而伏，多属肺虚。伏而气短，但坐不得卧，卧则气逆，多为咳嗽肺胀；但卧而不能坐，坐则昏眩，为血气俱虚；坐卧不定者，可见于内热烦躁等。

望五官

望五官，又称审苗窍。苗，指表露的迹象；窍，指孔窍。按照脏象学说，心的苗窍为舌，肺为鼻，肝为目，脾为口与唇，肾为耳。因此审察这些苗窍的异常，有助于了解内脏的病变。《灵枢·五阅五使》谓：“愿闻五官。鼻者，肺之官也；目者，肝之官也；口唇者，脾之官也；舌者，心之官也；耳者，肾之官也。以官何候？以候五脏。故肺病者喘息鼻张，肝病者眦青，脾病者唇黄，心病者舌卷短颧赤，肾病者颧与颜黑。”说明人体是一个有机的整体，各组织器官与五脏是通过经络的分布、气血的运行而密切联系的，故对五官进行观察，具有一定的诊断意义。

察目　面与目同是望诊的重要部位。《灵枢·大惑》说：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精”，“骨之精为

瞳子,筋之精为黑眼,血之精为络,气之精为白眼,肌肉之精为约束"。说明目诊有助于了解五脏的变化。肾主骨,故瞳子为肾的望诊部位;肝主筋,故黑珠属肝;心主血,故两眥血络属心;肺主气,故白睛属肺;脾主肌肉,故"约束"(胞睑)属脾。察目的神气,主要是辨别内脏精气的盛衰。精气充沛则两目有神,视物清楚,精采内含,如是虽有病亦易治;精气衰则两目无神,睛气滞浊,视物不清,失却精采,或浮光暴露,提示病情深重,故《素问·脉要精微论》说:"夫精明者,所以视万物,别白黑,审短长。以长为短,以白为黑,如是则精衰矣。"察目亦当注意其色泽的变化,以分辨病之所在。《灵枢·论疾诊尺》说:"目赤色者,病在心,白在肺,青在肝,黄在脾,黑在肾。"结合脏腑分属,一般目眥赤为心火,白睛赤为肺火,黄为中焦湿热,目珠肿为肝火,胞睑红肿或湿烂是脾胃湿热,全目赤肿是肝经风热。目清澈为寒,暗浊为热,两眥淡白为血虚,目胞上下鲜明浮亮为痰饮,目胞色暗晦或环眶黧黑为肾虚。

在目的形态方面,胞睑下垂多属脾胃虚弱、中气下陷;老人肾气衰可见胞睑松弛,目下肿如袋状;目窠微肿如卧蚕,面色皖白为水气,目睛下陷窠内,是脏腑精气已衰,病难治;若目陷已深,视不见人,为阴脱阳竭,病属危笃。患者昏睡露睛,是脾胃虚极。平素瞳仁扩大而视朦,为肾水不足。眼睛突起而气喘为肺胀;颈肿突眼为瘿肿。目睛呆滞,神识昏蒙,多见于痰热内闭;横目斜视见于肝风内动;凡目翻上视、瞪目直视、目睛正圆、戴眼反折等均为眼神已失的严重症状。

观鼻 鼻为肺之窍,又是手阳明大肠经及足阳明胃经所终始。正常人鼻色明亮润泽,是胃气健旺的表现。鼻头色青主腹痛,色黄主湿热,色白为亡血,色赤属脾肺两经有热,色微黑为水气。不论何色,鼻头枯夭为胃气衰,难治。鼻孔干燥,属阳明燥热,干燥而色黑如烟煤状为热毒伤津,但冷滑润而色黑则是阴毒寒证。鼻肿胀为邪气盛,陷下为正气虚。鼻柱溃陷,见于梅毒;鼻柱崩坏、眉毛脱落,是麻风的恶候。鼻流清涕,多属外感风寒;鼻孔灼热而流涕,属外感风热或暑热。流黄浊涕,则属外感化热,久流腥臭浊涕,为鼻渊。鼻头色红而粉刺丛生,为酒齄鼻,多属肺胃郁热。鼻翼扇张,在初病多见于痰热壅肺,若翼扇气喘而鼻干,为正虚邪陷;病久鼻扇,喘而暴汗如雨,须慎防肺绝之变。

观耳 肾开窍于耳,手、足少阳经亦通于耳。《灵枢·口问》说:"耳中,宗脉之所聚也。"说明脏腑精气通过诸经脉的综合而注于耳。先天元气充足,则双耳轮廓分明,肉质丰厚而润泽;反之,先天不足则耳轮瘦薄。故外观耳形厚大者形盛,红肿属邪实,瘦削为正虚。下消证可见耳轮焦干;久病耳轮萎缩焦黑,为肾水极亏,肾气将竭。耳色苍白多寒,青黑多痛。麻疹将现,先觉耳轮稍冷而耳背有红脉。久病血瘀,或内痈失治,可见耳表面粗糙如鳞甲状,称为耳轮甲错。

望口唇、齿、龈及咽喉 脾气通于口,其华在唇。正常人唇色红活鲜润,是脾胃气旺,化源充足的表现。唇色深红为实为热;淡白为虚为寒。深红而干焦是热甚津伤;嫩红为阴虚火动。唇色青黑,或红黑混杂,为心血瘀阻,瘀血内蓄或久患痛证,若淡润而黑为寒甚,环口黑色为肾绝。

口开不合主虚,口张而气出不还为肺绝,口开若鱼嘴不能合者为脾绝。人中满而唇翻为脾阳衰败,人中短缩为脾阴干竭。口㖞属风中经络、撮口而面青抽搐,属肝风内动,见于脐风等证。

肾主骨,齿乃骨之余,手、足阳明经脉络于齿龈,故齿和龈的变化与肾及胃肠的关系较为密切。肾气盛则齿更发长,正常的牙齿润泽光洁,是津液内充的表现。齿干燥如石,是阳明热盛而津液受伤;齿槁如枯骨为肾阴干涸,精气内竭。齿色白而不泽,属血虚之象。牙龈肿痛,或痛而渗血,血色鲜红者为胃火炽盛;若齿觉松浮,或齿龈出血而不痛,或龈间常流淡红血水,均属肾阴不足,虚火上炎。牙关紧闭,或咬牙、龂齿均属内风之证,见于中风、惊风诸证;但咬不龂,则属内热充络;小儿睡中咬牙,多见于食滞或虫积。

咽喉为肺胃的通路,诸经脉络之所过,其为病属肺、胃、肾三者居多。咽喉的正常状态,色泽淡红润泽,不痛不肿,呼吸、发声及饮食皆通畅无阻。如外感风热、暑热、燥热等热邪,或肺胃郁热上冲,则咽喉红肿而痛,红肿化脓或溃烂为热毒炽盛。若红色娇嫩,或红丝布散而日久咽干疼痛的,多属肾水亏少,虚火上炎。咽喉间出白腐膜,拭之易去,而不是旋即复生的,属胃热上攻;若刮之不去,重剥则出血,剥后随即复出的,多是白喉。

察舌 舌为心之苗,舌苔为胃气所生,手少阴之别、足三阴脉均与舌有关,因此观察舌质与舌苔可以了解脏腑之虚实,病势之进退等。见"舌诊"条。

诊体表病状

临床望诊中,除了面部望色以及观察全身皮肤与形体表现之外,还须注意辨别体表的一些特异性病状,如肿胀、黄疸、痘疮、斑疹、白痦、疮痈等。

肿胀 全身浮肿谓之肿,腹部胀满谓之胀。一般以头面四肢先肿而后腹胀者属水肿;先腹胀而后四肢肿者为臌胀。若头面不肿、四肢消瘦而独见腹部胀大硬实者为单腹臌。无论何处,凡压之凹陷不应手而起者属水肿;叩之中空,压之应手而起者属气胀。

黄疸 可分为阳黄、阴黄两类。阳黄者,白睛及皮肤黄染鲜明,如橘子之色,主湿热邪盛,一般属新病、实证。阴黄者,黄染而晦暗不泽,甚者如经烟熏,一般属久病、虚证,其中舌质红而苔干者,主湿热久郁,肝肾阴伤;色黄暗而面目浮肿,舌质淡胖而苔浊者,主湿从寒化,脾阳受伤。此外,尚有黄胖之黄,面部及皮肤萎黄而浮,眼睑、唇舌与指甲皆淡白无血色,但白睛不黄染,主血虚或脾虚血弱,

多由虫积、失血或劳倦伤脾所致。

痘疮　天花与水痘均为皮肤出痘疮的疾病。天花痘粒成对，一齐出现，大小齐等；水痘痘粒散见，陆续出现，大小不齐。天花痘形顶白根红，顶上有凹陷的痘脐；水痘无脐、无根，痘疱易破，泡水易出。天花浆稠如脓，色混浊，结痂厚，脱痂后有永久性的凹陷痘痕；水痘浆薄如水，色晶莹明亮，不结厚痂，不留痘痕。但无论天花与水痘，均以灌浆顺利，痘疮充盈，表面润泽为顺；若疮形塌陷，痘色焦黑或枯白者为逆。

斑疹　指发于肌肤表面红色的片形斑块或点状疹子。融合成片，斑斑如锦纹，抚之不碍手者为斑；形如粟米，高出于皮肤之上，抚之碍手者为疹。临床辨证一般是斑分阴阳，疹辨逆顺。但斑与疹的形色，总以松浮、稀疏、红活为邪浅病轻；紧束有根、稠密，色深红或紫黑为邪毒深重。阳斑多见于外感温热之邪陷入血分，热迫血妄行所致。故斑出较速，多以胸背等处先现，其后结片如云，色深红，更甚则紫黑；阴斑多见于内伤虚损，由精血亏损或脾失统摄所致，其斑块大小不一，大者如环，小者若疹点，隐隐稀落，色多淡红或紫暗，较多从四肢屈侧出现。疹乃由热郁肺胃，从血络外透肌表，故凡发疹，疹必须出透彻，并以色泽红润，出没有次为顺，若疹点赤紫暗滞，融合成片，则为热毒内盛；若疹色淡白不红，为正气虚不能透毒外出；若疹点突然隐没而神昏喘急，是疹毒内陷之逆证。

白痦　发于皮肤上的一种白色小颗粒，多见于颈项、胸腹，亦可见于四肢。多由湿热病邪郁于肌表而不能透泄所致。如色白点细，痦色明亮滋润如水晶者，表示湿热有外泄之机；若痦粒不饱满，色不光泽为津液受伤；若形色干枯，则属气阴两伤。

疮痈　通常指发于体表的一类化脓性病证。红肿焮热、根盘紧束而形大者为痈；根浅形小、红肿而有脓头者为疖；漫肿无头、皮色不变者为疽；突起于粟，根脚坚硬，顶白而痛，或伴麻木或发痒者为疔。疮痈一类病证，凡患处红肿热痛，脓色黄稠者，为血热壅盛，属阳证；疮形塌陷，不红不热，脓色清稀者，为血虚气寒，属阴证。

望络脉

主要是指察看体表的络脉，但也包括医者触感或询问患者体表局部热、冷、痹、痛等异常感觉，分属为望诊的一部分。经络内属脏腑，外联躯干体表。经脉深藏而难见，络脉浅显而易察。脏腑经脉气血的病变，常可由络脉反映于体表某些部位，呈现异常的颜色，或同时表现或寒、或热、或痛、或痹等感觉。如因于气滞血瘀，则痛而色青；久寒久痛，则痹而色黑；湿热痈肿，则皮热而色黄赤；气虚血少，则皮寒而色白。若五色杂见，则为阴阳失调、寒热交错的病证。故《灵枢·论疾诊尺》说："诊血脉者，多赤多热，多青多痛，多黑为久痹，多赤、多黑、多青皆见者寒热。"临床诊络脉，最主要在鱼际部，因该处的络脉及血气运行充盈，其色泽变化亦较他处明显。《灵枢·经脉》说："胃中寒，手鱼之络多青矣；胃中有热，鱼际络赤；其暴黑者，留久痹也；其有赤有黑有青者，寒热气也；其青短者，少气也。"后世根据《内经》诊络脉的原理，创造了诊耳后络脉及诊指纹等方法。（见"诊指纹"条）由于络脉浮行浅表，容易受外界气候之影响而变化。如气候严寒，络脉涩滞，其色多见青黑；气候炎热，络血滑利，其色多见红赤等，故《素问·经络论》说："经有常色而络无常变也……阳络之色变无常，随四时而行也。寒多则凝泣，凝泣则青黑，热多则淖泽，淖泽则黄赤，此皆常色，谓之无病。"这些都是临床实践中须加注意与区分的。

诊指纹

察候食指掌侧暴露的浮络，称诊小儿指纹，此法首见于唐代王超《水镜图诀》。食指掌侧的络脉，来自手太阴肺经的分支，故其诊断原理与望鱼际或切寸口脉是基本一致的。唯幼儿皮肤薄嫩，络脉易于暴露，故指纹比较明显，气血虚实的变化也更灵敏地反映出来。以后随着年龄增大，皮肤增厚，则指纹逐渐模糊不清，诊断意义就不大了。另一方面，由于小儿脉部短小，诊病时每每啼哭躁动，影响脉象的真实性，故对3岁以下的小儿常结合诊指纹以辅助切诊。此法的内容，主要是观察该处浮络的色泽、纹路与充盈度的变化。医生用左手示、拇两指握小儿食指末端，以右手拇指在小儿示指上由指端向指根部轻轻推动几次，使浮络更为显现，然后察看。示指近端第一指节称为风关，第二指节为气关，远端的第三指节为命关。正常指纹是红黄隐隐而鲜明，一般不超过风关。病变之后，指纹浮现，多属表证，沉着多属里证，色淡主虚主寒，紫红色多属热证，青紫见于惊风、风寒、痛证、伤食、风痰等，黑色多属血瘀。指纹的变化只现于风关，表示病邪侵入于络，邪浅病轻；纹从风关透至气关，其色亦相应变深者，表示邪气由络入经，病已较重；纹再从气关透至命关，示邪已深陷脏腑，可能危及生命，故将第三关称为命关，并有"风轻、气重、命危"之说。有更甚者，纹透指端，即所谓"透关射甲"，主病已危重。近人认为，指纹的变化，与静脉压的关系较大，静脉压愈高，指纹充盈就愈大，也就愈向指尖方向伸延。指纹的色泽又与缺氧、贫血等病理变化的关系密切，因此它在一定程度上反映出病变的性质所在。

辨排泄物

人体排泄物主要包括痰涎、呕吐物、大便、小便等。临床上辨别排泄物的颜色、性状、气味、数量，对于诊断疾病有着重要的意义。兹分述如下：

痰涎　稠而浊者为痰，稀而清者为饮。色清多泡者

为风痰，白滑易咯者为湿痰，性状稀白，常随呕恶而出者为寒痰，黄色、褐色而成块者为热痰。咳痰带血，血色鲜红者多见于痨瘵。咳吐脓痰如米粥，或吐腥臭脓血，痛引胸背者多见于肺痈。咳唾涎沫，口张气短每是肺痿的表现。此外，肾虚水泛者可见频频欲唾，皆出清涎；脾胃虚寒者，多吐冷涎，脾胃内热则吐粘涎。

呕吐物 呕吐多见于胃寒、胃热、痰饮、宿食等证。寒呕则吐物清冷无臭，喜热饮。热呕则吐物浑浊而酸臭，喜冷饮。胸闷而舌苔滑腻，呕吐痰涎者，多属痰饮。吐物酸腐臭秽而多未消化食物者为宿食。吐脓血而有恶臭者可见于内痈。气滞呕吐，频发频止，并多混杂未化食物。血瘀而吐，多伴随胃脘痛而发，吐出褐色血水或有瘀血块混入。

大便 正常的大便，色黄净而成圆条状，干湿适中，但可受某些食物的影响而在颜色和形状上有相应改变。大便秘结难解，或粘稠臭秽，或热结旁流而只排出小量臭秽粘液者，多属实热。便脓血或暴注下迫，肛门灼热，里急后重者，多属湿热。大便稀溏，完谷不化，色淡白而带腥气，或滑泄不禁，或便秘结而腹无胀痛，多属脾肾虚寒证。泻下稀粪如水，兼见恶风，发热者为风泻。身重肢倦，腹不痛，肠鸣漉漉，所下多水者为湿泻。其便色黑如柏油者此血为远血；色鲜红者为近血；大便色紫如酱，多属湿热。久病或老人经常便秘者，多因津枯血燥。大便先硬后溏，多属中气不足。大便结若羊屎而饮食困难者，应疑及噎嗝证。

小便 正常人小便清而稍长，并随饮水的多少，气候的冷热等情况而调节。在病变的情况下，尿黄赤短少的属热或湿热；清白而长的属寒；尿清而次数增多，或排尿失禁，或夜尿多者属肾气虚。尿中带血是热在下焦，若尿血而又涩痛者属血淋，尿有脂膏者为膏淋，小便刺痛。而尿中有砂石者为砂淋。小儿尿如米泔水，新病者多属湿热，久病反复出现者多属脾虚。

舌诊

即察舌诊病的方法，它是望诊中的重要内容，也是中医诊断学的一大特色。舌为心之苗，为脾之外候，舌苔则为胃气的反映。经脉中，手少阴之别系舌本，足少阴之脉夹舌本，足厥阴之脉络于舌本，足太阴之脉连舌本、散舌下。因此，脏腑经络有病，可以影响舌的变化。有些学者认为：舌是机体的晴雨表，舌象又是较易掌握的客观指征，故为辨证的重要依据。他们经过临床总结与实验观察，发现舌象一旦呈现病理性改变之后，如机体未能完全恢复，舌的指征也不会完全消失，由此说明舌诊指征的可靠性和稳定性。

舌诊主要是察看舌质和舌苔的形态、色泽、润燥等变化，借以辨别病邪的性质、病势的浅深、气血的盛衰、津液的盛亏和脏腑的虚实等。曹炳章《辨舌指南》说："辨舌质可辨脏腑的虚实，视舌苔可察六淫之浅深。"但两者必须结合，再与其他的证候合参，才能得出正确的诊断。

舌质 又称舌本，指舌体的肌肉脉络组织。舌诊中按舌的不同部位以候脏腑，一般以舌尖候心肺，舌边候肝胆，舌中候脾胃，舌根部候肾。舌质的望诊主要在于辨别荣枯老嫩以及色泽、形状、动态和湿润度等的变化。

荣枯老嫩 荣指舌体明润，说明津液充足。枯，即舌体干涸，说明津液已伤。若舌体瘦薄干枯，多属久病气血亏损。《辨舌指南》说："荣润则津足，干枯则津乏。荣者谓有神，神也者灵动精爽，红活鲜明，得之则生，失之则死。明润而有血色者生，枯暗而无血色者死。"可知"舌神"之存亡，表现在舌质的荣枯。老，指舌体形色坚敛苍老，属实证。嫩，指舌体形色浮胖娇嫩，属虚证。舌体淡红胖嫩为阳虚；瘦薄鲜红属阴虚。杨云峰《临证验舌法》指出："凡物之理，实则其形坚敛，其色苍老；虚则其体浮胖，其色娇嫩。而病之现于舌也，其形与色亦然，故凡病属实者，其舌必坚敛而兼苍老；病属虚者，其舌必浮胖而兼娇嫩。阴虚阳盛者，其舌必干；阳虚阴盛者，其舌必滑。阴虚阳盛而火旺者，其舌必干而燥；阳虚阴盛而火衰者，其舌必滑而湿。"察舌而分阴阳虚实，是辨舌的基本要领。

舌色 正常舌质为红色，深浅适中，鲜而润泽。色较正常淡者主寒主虚，全舌无苔而色淡白，是气血两虚的征象。色较正常红者主热，嫩红为阴虚有热，深红多属实热。红而干或红而无苔为津伤，前者多见于虚劳诸病，后者多见于温病。鲜红起刺，是热入营血；鲜红而中见紫斑，是发斑之兆。舌质深红为绛色，多见于温病热入营分，初见绛舌而尚有黄白苔，是邪在气分，未尽入营。舌质鲜绛，往往是心包络受邪；舌绛而中心干，属胃火伤津；绛而光亮，则属胃肠大伤。若舌绛而有大红点，是热毒乘心，为发斑之兆；舌尖独绛是心火炽盛；若舌绛而干枯，属肾阴已涸，为病重。若舌绛，望之似干，但用棉签拭之而有津液者，是津液亏而湿热上蒸或挟湿痰。舌绛而有粘腻白苔，属湿郁热伏。舌质紫色，有寒热之分，深紫而干枯属热，色浅紫而湿润属寒。全舌深紫为脏腑热极，紫色仅见于局部，可为该处所属的脏腑经络郁热。此外，紫而暗晦可见于瘀血证。舌质蓝色是气血两亏的重证，全舌光蓝无苔为亏极，如尚有舌苔者则预后较好。某些瘟疫，或湿温缠绵不解，或痰饮宿疾，也可出现蓝舌，而病情亦较严重。舌质变黑色，血已伤败可知，非热极则寒极。舌体胖而黑，舌面润滑者属虚寒；舌黑而干焦属火毒。

裂纹 舌上裂纹为伤阴的证候。若舌绛光燥而显裂纹，多属热盛伤阴；若舌色淡而有裂纹，多为久病阴阳俱虚，气血两伤。

软硬 软，指舌体柔软、运动灵活，是有胃气的正常状态。硬，又称舌强，或称舌謇，指舌头强硬，运动失灵，言语謇涩不清，见于温病热入心包，或中风，或各种因素所致的肝风内动，风痰相挟而阻塞心窍诸证。若舌胖满口，坚硬不能转动者，称为木舌，属心火过盛，或心脾积

热，火热上冲。

胀瘪　胀，指舌体胖大。胖大而嫩，色淡白者，名为舌胖；舌的边缘见牙的印痕，称齿痕舌，乃因舌体胖大，受到齿缘压迫所致。舌胖与齿痕舌均属脾虚，若兼见舌质淡白湿润，多为脾虚而寒湿壅盛，故亦见于痰饮证。舌色赤而肿胀，甚至妨碍饮食或呼吸语言者，属血络热盛而气血壅滞，也有因中毒舌肿青紫而黯者。舌色紫暗而肿，见于酒毒上壅之证。若舌面不肿，而舌下血脉郁积肿胀，状如舌下多生一小舌，或与舌体连贯成花状者，称为重舌，属心脾积热，或因酒后受风而发。瘪，指舌体瘦薄。若嫩红瘦薄，为心脾两虚，气血不足；若瘪而红绛，是阴虚火盛，津液大伤，病情重笃。凡舌体干瘪无津，或瘪而色晦暗，或红干瘪而不能言语者，均预后不良。

舒缩　舒为舌体伸长，缩为舌体短缩。舌常伸出舐唇，多见于脾胃内燥，津液不足的病证。若由舌的筋肌舒纵而舌头伸长，舌觉热胀而常数伸出口外者，属心经痰热之实证。若舌舒缓而麻木不仁，多是气虚。凡伸舌，舌上有津液者良，伸不能缩或干枯无苔者恶。舌体收紧而不能伸张谓之舌缩，又称舌短。舌缩有寒、热与痰湿之分，缩而舌质淡白为寒，红绛为热，有粘腻苔者为痰湿。若舌短缩而强硬、卷曲不伸者，称为舌卷。本症可与睾丸上缩或阴户细急的症状并见，称为舌卷卵缩，属足厥阴肝经气绝，多见于热伤肝肾，或各种虚损疾病的晚期，为阴精亏竭的危重证候。

歪颤　舌体偏于一侧，伸出歪斜者为歪舌；舌体颤动者称为舌颤。歪和颤俱属肝风内动，多见于中风病。舌色淡红而蠕蠕颤动，属血虚生风，舌紫红而颤为热极生风。此外，舌挺而颤，多见于酒毒为患。

吐弄　舌吐出口外，弛缓而难收者为吐舌；舌微伸出，旋即收回反复伸缩，或伸出舐唇上下和口角左右者，称为弄舌。合称吐弄舌，多见于温病，属心脾实热，若舌色紫赤而吐弄是热毒内攻心包的重证。小儿先天不足，肾气虚怯也可出现吐弄舌，如舌色淡白，多为虚象。

舌痿　舌体软弱无力，不能自由伸缩转动者称为舌萎。多由阴液耗损，舌本筋脉失养所致。新病舌红干而萎，属热灼阴伤；久病舌绛而萎，属阴亏已极；久病舌淡白而萎，为气血俱虚。

从病理生理学的角度来看，舌色变化与血液循环的关系最为密切。贫血及组织水肿则舌色淡，充血或血管增生则色深红，瘀血或缺氧则舌色青紫。舌体胖嫩，多因血浆蛋白减少，舌组织水肿所致；若因水肿或肌张力降低，舌体增大或松弛，舌边压在齿缘上，则会出现齿痕。舌质干燥由唾液减少，或唾液含水量降低所致，阴虚患者常有交感神经紧张性增高，副交感神经紧张性降低，改变了唾液分泌的量和质，故舌下无津。舌上裂纹是舌乳头融合而成，有人认为这与舌粘膜萎缩有关，舌面光剥更是由于舌粘膜上皮萎缩所致。

舌苔　指舌面上的一层苔状物。正常的舌苔由胃气所生，其状薄白而清净，干湿适中，不滑不燥，或现薄淡微黄苔。夏天舌苔稍厚一些，但不满舌，不板滞。章虚谷说："舌上薄苔，为胃之生气，有似地上微草，若不毛之地，土无生气矣。"(《医门棒喝》)病理的舌苔，则因病邪外侵或内有停痰食积影响而成。诊察舌苔，主要从颜色、津液、厚薄形状和分布等方面的变化，并须结合舌质来分析，同时须注意辨别因食物或药物染色造成的假象。主要包括如下几个方面：

润燥腐腻　这是对舌苔性状的基本分辨。润，指舌苔润泽，说明津液充足。若太过而呈湿象，则多属湿邪为患。燥，即舌苔干燥，不论见于何种舌苔，均属津液损伤。腐，即舌苔如豆腐渣样堆铺舌面，松而厚。拭之可去者，称为腐苔，多由于宿食化腐，但胃气未伤。腻，即粘腻，其状为一层浑浊而光滑的粘液盖于舌面，不易拭去，多见于湿浊内困，或食积，或痰饮内阻等病。

白苔　除了薄白而净的正常舌苔外，病态的白苔，主风、寒、湿邪气为患，亦主表证。若苔薄白而滑，多因内有寒湿，或外感风寒。若苔薄白而干，多因津液不足，如见于外感，则属秋燥或外邪开始化热伤津。舌苔厚白而滑，多因湿热内盛，如兼有表证，属外邪引动内湿所致。若苔厚白而干，属热伤津液而湿浊不化。若苔白滑而粘腻，多属内有痰饮湿浊。此外，如舌面生白衣或白糜点如饭粒样者，称为白霉苔，多因胃中热极，津液化腐，蒸腾而上所致，一般先见于舌根部，继则满舌，甚而满口，病属严重。尚有苔白如积粉样，可见于疫证初起，邪入膜原。外感暑热而内有湿邪郁在肺经的，也可见白如积粉苔。

黄苔　舌苔呈黄色，主热证，且热邪在里。苔薄而滑，主湿热，外感病见此苔，表示外邪化热入里，但津液未伤；若舌苔薄黄而干，说明热邪已伤津。苔厚黄而滑，多因胃肠湿热积滞；若厚黄而干，属积滞化热而伤津。舌苔黄而腻，属脾胃湿热，或痰湿、食滞化热。若舌质淡而苔微黄且润，多属脾虚有湿。若苔黄白相兼，仍属湿热，或外感风寒化热入里。舌苔深黄而粗糙，称为老黄苔，多见于胃肠热结，津液受伤；若苔老黄而燥裂，则属胃肠热极。

灰苔　舌苔灰白而润滑、舌质胖者，属三阴寒证，尤多见于湿浊内阻中焦，脾阳不运而使湿从寒化者。舌苔灰而干、舌质深红者，属热炽津伤。

黑苔　舌苔灰黑，主里病，病情一般较重，黑苔润滑而舌质淡白者，属阳虚阴盛、寒湿内伏。若苔黑而干，舌质红绛者，属热极伤阴。舌心见黑燥苔，齿龈唇口俱黑者，属胃肠热极，胃将败坏；舌根黑苔而燥，属热在下焦，肾阴将竭；若舌根无苔而舌尖部苔黑燥者，属心火自焚。

剥苔　指舌苔部分或全部消失如剥的现象。小儿舌苔剥蚀如地图状，多属虫积；但若自出生后即现剥苔，剥脱从根部起者，属先天不足。在热性病中，舌厚有苔而于一二日内全部消失脱净，变为无苔光绛者，称为光剥舌，属胃阴枯竭，胃气大伤。若苔剥后光滑如镜面，或如去膜猪肾样者，称为镜面舌，属正虚邪陷，真阴亏损，胃气将绝

的重证。从临床总结出：凡重症感染、恶性肿瘤、甲状腺机能亢进以及肺、肝、肾等实质器官疾患初期，病者的舌质多红绛，舌体瘦小，舌干而有裂纹，有的舌苔光剥，舌边尖部有红刺，后期则全舌光剥如镜，提示这类疾病真阴亏损的本质，为病情逆转的基本规律。

芒刺与起瓣 芒刺，指舌苔隆起如刺状，是热极的征象，苔色多焦黄或黑，热邪越盛，芒刺越多，根据芒刺所生的部位，有助于区分病位，如舌尖芒刺为心热，舌中芒刺为脾胃积热。舌苔隆起成瓣状，称为舌上起瓣，瓣多呈黑色，亦有黄腻瓣或焦黄瓣，均由脏腑实火熏蒸所致，故瓣少病较轻，瓣多则病重。凡舌苔起刺结瓣，用湿纱布揩拭，刺瓣即去者轻，揩去旋即复生者重；揩去刺瓣后舌质红赤者可治，若刺瓣去而呈黑色者，则肾阴已竭，真脏之色全露，多预后不良。

染苔 指舌苔被食物或药物所染而改变了本来的苔色。如食枇杷，会使白苔变黄，食橄榄、石榴会使舌苔变黑。进甜食后使舌苔转润等情况，诊察时须加以注意，以排除假象。

危重舌象 综合舌质与舌苔的诊察意义，对于病至危重，阴阳气血精津告竭者，其舌象大致有如下几种特殊的形色表现：①舌苔全剥，如去膜猪肾样，或呈镜面舌，多见于热病伤阴，或胃气将绝。②舌面粗糙有刺，如鲨鱼皮样而又干枯燥裂，属津液枯竭。③全舌敛缩如荔枝干肉，舌面全无津液，属热极津枯或久病真阴告竭。④舌质干晦如猪肝色，或舌红若柿子色，属气血败坏之危候。⑤舌卷短而阴囊缩，属肝气终绝之危候。⑥舌质色赭带黑，属肾阴将绝。⑦舌起白色如雪花片，可见于脾阳将绝之证。

从病理生理学的观点来看，正常的舌苔是由舌的丝状乳头末端的角化树及其空隙中的脱落角化上皮、细菌、食物碎屑、渗出细胞及唾液所构成。舌苔变厚可因病后食减，舌的机械摩擦减少，或因发热失水，唾液分泌少等，影响舌的自洁作用，引起丝状乳头延长所致。舌苔由白变黄，多由丝状乳头增生，角化增剧，细胞浸润，血管扩张及含菌量增多所致，与炎症感染、发热及消化功能紊乱的关系最大。苔色变黑可因丝状乳头增生更甚，出现黑棕色角化细胞以及黑色真菌增殖所致，此时舌的病理改变多扩展到粘膜下层。高热脱水，炎症感染，毒素刺激，胃肠功能紊乱，真菌感染以及长期应用广谱抗菌药物等，都与舌苔的明显改变有密切关系。

闻诊

闻诊是指听声音和嗅气味的诊察方法。前者凭听觉了解病人的语言、呼吸、咳嗽、呕吐、呃逆等声音变化；后者凭嗅觉嗅病人的口气、体气和排泄物等异常的气味，以辨别病情的寒热虚实。所以《素问·阴阳应象大论》有“听音声而知所苦”之说，《难经·六十一难》则谓：“闻而知之者，闻其五音，以别其病。”五音，即角、徵、宫、商、羽。听到五音中任何一音的变化，都可以辨别疾病的性质所在，故称“闻而知之”。但闻诊范围，不仅限于耳闻，还包括鼻嗅。在《四十难》论鼻臭耳闻与内脏的关系中，说：“鼻者，肺之候，而反知香臭；耳者，肾之候，而反闻声，其意何也？然：肺者，西方金也，金生于巳，巳者南方火，火者心，心主臭，故令鼻知香臭；肾者，北方水也，水生于申，申者西方金，金者肺，肺主声，故令耳闻。”候，即外候，肺气通于鼻而主嗅觉，故鼻为肺之外候；肾气通于耳而司听觉，故耳为肾之外候。但鼻之司嗅，必随心火之下行而敏感，耳之司听，必由肺金之宣发而益聪。即说明“鼻知臭、耳闻声”在生理功能上与内脏的密切关系，故通过对嗅觉、听觉的诊察，可以测知肺、心、肾诸脏之间的病变及其相互影响的原因。

听声音 声音的发出，是与肺、喉、会厌、舌、齿、唇、鼻等器官有关，《医宗金鉴》说：“凡万物中空有窍者，皆能鸣焉，故肺象之而主声也。凡发声必出喉出，故为声音之路也；必因会厌开合，故为声音之门户也；必借舌为宛转，故为声音之机也；必资之于牙齿唇口，故为声音之扇助也。五者相须，故能出五音，而宣达于远近也。”这是声音产生的大略。同时，它与情志、内脏亦有密切关系。《素问·阴阳应象大论》有：“在脏为肝……在音为角，在声为呼，在变动为握，在窍为目……在志为怒。怒伤肝，悲胜怒”；“在脏为心……在音为征，在声为笑，在变动为忧，在窍为舌……在志为喜。喜伤心，恐胜喜”；“在脏为脾……在音为宫，在声为歌，在变动为哕，在窍为口……在志为思。思伤脾，怒胜思”；“在脏为肺……在音为商，在声为哭，在变动为咳，在窍为鼻……在志为忧。忧伤肺，喜胜忧”；“在脏为肾……在音为羽，在声为呻，在变动为栗，在窍为耳……在志为恐。恐伤肾，思胜恐。”这主要是将五音和五声与五脏、五官、五志，用五行属性及其胜制关系联系起来，便于诊察时的分析，并作为辨证的佐证。这在临床上运用，具有一定的参考意义。

语言 病人说话的声调因病理性影响而有所变异，可以反映出正气的盛衰与邪气的性质。一般来说，语声高亢宏亮，多言而躁动的，属实证、热证；语声低微无力，少言而沉静的，属虚证、寒证。若发不出音，称为“失音”，亦有虚实之分，见于外感风寒、风热，或感邪后又伤于饮食等，多属实证；见于内伤，肺肾阴虚，津液不能上承，表现为慢性或反复发作的，多属虚证。如久病者，突然出现发音嘶哑，这是病势深重之象。所以《素问·宝命全形论》说：“弦绝者其音嘶败。”语声重浊，多因外感风寒或内有痰湿困阻，使气道不畅所致。故《素问·脉要精微论》说：“五藏者，中之守也。中盛藏满，气胜伤恐者，声如从室中言，是中气之湿也；言而微，终日乃复言者，此夺气也；衣被不敛，言语善恶不避亲疏者，此神明之乱也。”五脏是人身精气藏守之所，如病人气盛湿重，胸腹为湿所困，则发声重浊不清亮，所以如从室中言。如病人气弱神衰，则声音低微，言语断续。神志错乱，则语无伦次、语言错乱，多

属心的病变。若神志不清、胡言乱语，声高有力的，称为谵语，常见于伤寒阳明实热或温邪入于营血，热扰心神的实证。《伤寒明理论·谵语第三十五》说："伤寒谵语，何以明之？谵者，谓呢喃而语也，又作谵，谓妄有所见而言也，此皆真气昏乱，神识不清之所致。夫心藏神而主火，病则热气归焉。伤寒胃中热盛，上乘于心，心为热冒，则昏乱而语言多出，识昏不知所以然，遂言无次，而成谵妄之语，轻者睡中呢喃，重者不睡亦言语差谬。有谵语者，有独语者，有狂语者，有言语不休者，有言乱者，此数者，见热之轻重也。"如神志不清，语言重复，时断时续，声音低弱的，称为郑声，属于心气大伤、精神散乱的虚证。故《伤寒·辨阳明病》说："大实则谵语，虚则郑声，重语也。"若言语粗鲁，狂妄叫骂，失却理智控制的为狂言，常见于狂证，是痰火扰心所致。喃喃自语，讲话无对象，见人便停止的是独语，常见于癫证，多是心气虚，精不养神的表现。而语言謇涩，则多属于风痰上扰的病变。

呼吸　病人呼吸状况的改变，都是病理变化的反映，因而通过呼吸可以了解到病情的寒热虚实情况。呼吸微弱，多是肺肾之气不足，属于内伤虚损。呼吸有力，声高气粗，多是热邪内盛，气道不利，属于实热证。若呼吸困难，短促急迫，甚则鼻翼煽动，或张口抬肩，不能平卧的称为喘。喘气时喉中有哮鸣声的称为哮。喘有虚实之分：若喘息气粗，声高息涌，惟以呼出为快的，属实喘，多因肺有实邪，气机不利所致；若喘声低微息短，呼多吸少，气不得续的，属虚喘，乃肺肾气虚，出纳无力之故。若呼吸微弱，气少不足以息的，称为"少气"，多因气虚所致。正如《诸病源候论》所说："肺虚则气少不足，亦令短气，则其人气微，常如少气，不足以呼吸。"若胸中郁闷，心气不舒，发出长声的声音，称为"叹息"，多因情志忧愁思虑，肝胆郁结，肺气不宣所致。故《灵枢·口问》说："忧思则心系急，心系急则气道约，约则不利，故太息以伸之。"

咳嗽　咳嗽是肺失清肃，气因而上逆的反映。一般来说，它与肺的关系最为密切，所以《素问·宣明五气》说："肺为咳。"但它在《素问·咳论》又说："五脏六腑，皆令人咳，非独肺也，"这是说咳嗽本属肺脏疾患的表现，但五脏六腑之病变，通过经络的联系，亦可影响肺的气机失调而为咳。在《内经》咳与嗽无甚区分，金代刘河间《素问病机气宜保命集》便把咳嗽分开了，他说："咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也。嗽是无声而有痰，脾湿动而为痰也，咳嗽谓有痰有声，盖因伤于肺气，动于脾湿，咳而为嗽也。"一般临床上，很难如此截然分明，它的相互变化，还是很多的。因此，闻诊应注意其声响，以及有无痰声等变化。若咳声重浊，多属实证。咳声低微气怯，多属虚证。若呈阵发性，咳而气急，连声不绝，终止时作鹭鸶叫声的，称为"顿咳"(百日咳)。若咳声如犬吠，则要注意是否患白喉。若干咳无痰，或只少量稠痰，多属燥邪犯肺或阴虚肺燥；咳嗽有痰，则应分清痰色、痰量、痰质的变化，以辨别病证的性质。

呕吐　前人以有声无物为呕，有物无声为吐，有物有声为呕吐。现一般不区分，而将有声无物者，称为干呕。一般来说，胃气以降为顺，呕吐或干呕，都是胃气上逆的现象。在闻诊时，可以从呕吐的声音，分寒热虚实。虚寒证的呕吐，声多微弱；实热证的呕吐，声多壮厉。但呕吐的原因很多，必须四诊合参，才能诊出其真正原因。有些还必须查其饮食物，是否因中毒而起。

呃逆　胃气冲逆而上，呃呃有声，故称呃逆。但呃逆的声音有高有低，有断有续，这是由于它的成因不同，所反映病情的寒热虚实有别。呃声高亢而短，连续有力，多属实热，每见于伤寒失下，大便秘结，胃气不降的上逆而呃；呃声低沉而长，气弱无力，多属虚寒，每见于泻利日久，脾阳渐衰，虚气上逆之候。日常的打呃，呃声不高不低，无其他不适，多为食后偶犯风寒，或咽食急促所致，很易恢复，不属病态。若久病胃气衰败，出现呃逆，声低无力，则属危证。故《素问·宝命全形论》说："病深者，其声哕"，《灵枢·热病》则说："汗不出，大颧发赤，哕者死。"哕即呃逆。

嗳气　古称"噫"，又称"噫气"。是气从胃中上逆，出于喉间而发出的声响。如《灵枢·口问》说："寒气客于胃，厥逆从下上散，复出于胃，故为噫。"这是寒气客胃而作噫。又如《伤寒论》说："伤寒发汗、若吐、若下解后，心下痞鞕，噫气不除"则是由汗吐下后，胃弱不和所致。如宿食不化，多于食后嗳出腐臭气的，正如《诸病源候论》所说："谷不消则胀满而气逆，所以好嗳而吞酸。"此外，噫亦作叹气，即《素问·宣明五气》所说"心为噫"，就是指心气不舒所发出的叹息之声。

嗅气味　嗅病人口腔和各种排泄物的气味，对辨别疾病的寒热虚实，也有一定的帮助。如口气臭秽，多属肺胃有热；口气酸臭，多是胃有宿食；口气腐臭，多是牙疳或口疮溃烂；咳吐脓血痰，其气腥臭，多是肺痈。鼻出臭气，多属鼻渊。矢气奇臭，多属消化不良，宿食停滞。对各种排泄物，大便、尿、痰液、脓液、带下、恶露等，有恶臭者多属实热证，带腥味者多属虚寒证。如大便臭秽为热，有腥味的为寒。小便臊臭，多为湿热。如身上有溃腐疮疡，其体则发腐败的臭气。如辨温疫与伤寒之异，其气味亦有所别，故《广瘟疫论》说："风寒气从外收入内，病人无臭气触人；间有作臭气者，必待数日转阳明腑证之时亦只有作腐气，不作尸气；瘟疫气从中蒸达于外，一病即有臭气触人，轻则盈于床帐，重则蒸然一室，且专作尸气，不作腐气。"

问诊

问诊为四诊之一。是医生对病人或陪诊人进行系统而有目的询问，了解病情全貌的一种诊断方法。对于患者平素体质、生活习惯、起病原因、发病和治疗经过，就诊时自觉症状以及过去病史、家族史等，只有通过详细的询

问才可了解。

中医学历来重视问诊。《灵枢·师传》提出："临病人问所便。"《素问·疏五过论》指出："凡欲诊病者，必问饮食居处。"了解患者饮食情况和起居习惯，乃是问诊中不可缺少的内容。《素问·三部九候论》说："必审问其所始病，与今之所方病，而后各切循其脉。"说明临证时，必须问明初起病状和现在病状，然后才进行脉诊。把问诊放在切脉之前，可见古人对问诊的重视程度。明代张景岳将问诊的重点内容归纳为"十问"，使问诊系统而具条理性。清代陈修园对十问进行了增删，使问诊内容更较全面。清代喻嘉言强调"先议病，后议药"，并提出"议病式"，形成较完整的病例格式，补充了历代医家问诊中所忽视的内容。

问诊内容，除询问一般情况（姓名、年龄、性别、职业、婚姻、籍贯、地址）、生活习惯、家属病史、既往病史，起病和治疗经过外，询问就诊时的现在症状，是辨证中的主要依据。

问诊的方法，首先抓住病人自诉症状中最痛苦的主要症状，按中医辨证的需要，有目的地询问，力求做到问诊与辨证相结合。问诊中既要抓住重点、主次分明、针对性强，又要了解一般病情，才不致有所遗漏。

问诊是中医诊断技术的基本功之一。《难经·六十一难》说："问而知之谓之工。"要掌握问诊，首先要有严肃认真、细致耐心的工作态度；要熟练掌握中医基本理论和基本技能；要客观实事求是地听取患者自诉。更关键的问题还是要多实践，在实际诊疗中不断摸索和积累经验。

问病史是通过问诊了解与就诊主诉症状有关的方面。主要包括问起病、既往病史、个人及婚姻史、月经及生育史、家族史等，为正确诊断和辨证提供依据，并对预防和治疗提出重要参考资料。

问起病 起病指从发病到就诊时疾病发生、发展和变化的整个过程。了解起病过程，对指导当前病变的辨证治疗有着重要意义。主要是了解起病时间、发生原因、出现症状、症状的部位、性质，发病方式、治疗情况、服药后的反应等。

既往病史 患者的既往病史往往与当前的病证有一定联系，对诊断、治疗和预防都有帮助。问诊中应询问患者既往所患疾病、治疗情况、复发程度，从而了解是旧病未除，现在又复发，或是久病连及本证。亦可了解病人体质虚实、偏寒偏热、病邪产生原因。还可了解患者是否患过某种传染病如麻疹等。

个人及婚姻史 了解患者职业、籍贯、住址、生活习惯、婚姻等，对诊断及辨证均有参考价值。如职业为水上作业的，易患水湿疾患；高温作业的，易患中暑。生活所在地往往和地方病、传染病有密切关系，像血吸虫病、瘿瘤、大骨节病等。生活习惯指饮食嗜好，生活起居方面，如平素喜热恶凉的，是阴气偏胜；喜凉恶热的，是阳气偏胜；饮食无节的，胃肠病居多；癖嗜烟酒的，痰饮疾患为多。生活起居有节，心情愉快的，气血调和，较少患病，即使有病，也较易治。起居失慎，心情苦闷的，则气血怫郁病患较多，治疗亦较困难。婚姻情况对了解患者七情致病，肾气盈亏有重要意义。家庭不和往往可使情志忧郁。纵欲过度则肾气多有耗伤。

月经及生育史 妇女的寒热虚实、气血阴阳变化与月经质量、色泽、提前或推迟有密切关系。如生育多少、疏密和患者体质盛衰及五脏虚实有很大影响。是否妊娠这与疾病的用药有关，临症时亦应注意。

家族史 某些传染病、遗传性疾病，都和家族有关。如肺痨、梅毒、麻风、先天性疾病等，均要在询问中加以注意。

诊法十问 对就诊患者自觉或他觉症状，进行有条不紊的询问，是中医辨证论治的重要依据。张景岳以病因、病机为基础，总结出问诊中的重点，写成《十问篇》。内容是："一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九因脉色察阴阳，十从气味章神见。"清代陈修园删除末尾两句，增改为"九问旧病十问因，再兼服药参机变；妇女尤必问经期，迟速闭崩皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验。"使其内容更加充实。现根据张氏十问精神，简介如下：

问寒热 主要可辨外感内伤、邪正盛衰、阴虚阳虚等。①外感：骤然发热，发热与恶寒并见，恶寒虽加衣被仍不能减轻，手背热高于手心，背部热甚于胸腹部，并兼见其他外感证状。②内伤：缓慢起病，寒热间作，恶寒得衣被而减，手心热甚于手背，胸腹热甚于背部，并兼见其他内伤症状。③邪正盛衰：邪轻正盛则恶寒发热较轻；邪正俱盛则寒热较剧烈，邪盛正衰则恶寒重而发热较轻。恶寒发热亦有昼夜轻重的不同。昼烦热而夜安静，是邪旺于阳分，其病在阳；夜烦热而昼安静，是邪陷于阴分，其病在阴。④阴虚阳虚：午后潮热，缠绵不已为阴虚；畏寒自汗，四肢觉冷为阳虚。阳虚外越，也会发热，要参看脉症，加以鉴别。

问汗 主要从汗的有无，辨表证虚实；从汗出时间，可辨阴虚或阳虚。①表实证：恶寒、发热，头痛而无汗，经发汗后，邪随汗解，热退身凉脉静，为卫强营弱、腠理致密所致。亦有汗出而热不衰者，则多为外感暑湿。②表虚证：恶风发热而汗出，苔薄白，脉浮缓，多见于太阳中风证。为卫弱营强、腠理疏松之故。③阳虚自汗证：日间汗自出，伴有恶风、肢冷等，易于感冒，多为阳虚表不固所致。④阴虚盗汗证：睡后汗出，醒时即止，常伴有骨蒸劳热、五心烦热、两颧潮红、舌红无苔等，为阴虚不能摄阳之故。

问头身 询问头部和身体疼痛或不适的部位、性质和持续时间，以辨别外感内伤，虚证、实证，以及所涉及的经络等。

头痛，全身酸痛，并伴有恶寒发热者，多为外感头痛。痛且重胀，遇劳加剧，时发时止，或伴有眩晕者，多为内伤

头痛。突然头痛，痛无休止，发病时间较短，并伴有外感见症者，多为实证。头痛时发时止，缠绵不愈，伴有内伤见症者，多为虚证。头痛以枕部为重，连及项背者多属太阳膀胱经。头痛在前额，连及眉棱骨者多属阳明胃经；痛在头部两侧，多属少阳胆经。痛在头顶，多属厥阴肝经。

身痛无定处，伴有恶寒发热，头痛等，多属外感，邪客肌表经络所致。痛有定处，或游走于关节部位，疼痛与气候变化有关，且无外感者，多属风湿痹证，乃因风寒湿邪或风湿热邪痹阻经脉，气血流行不畅所致。身体沉重而痛，肢体倦怠，则为湿邪留滞肢体。四肢麻木，或抽痛，多为血虚不能荣于筋脉之故。

问两便　询问大小便的性状、颜色、气味、时间、量的多少以及排便次数，排尿的感觉和伴随症状等，以辨别寒热虚实之所在。如大便秘结，腹满胀实，舌红而苔黄燥，多为热结胃肠。大便秘结，喜热怕冷，唇淡脉迟为命门火衰的冷秘。大便泄泻或暴注下迫，粪色黄褐或便脓血，肛门灼热，伴有腹痛发热，多为热泻或大肠湿热。大便清稀或完谷不化，腹痛缠绵，多为寒泻或大肠虚寒。大便秘结属实证者，可因寒实或热结。寒实者手足不温，腹胀满而痛，苔白，脉沉有力；热结者发热，腹痛痞满胀实，苔黄燥舌红，脉沉数。大便泄泻属实证者，多为暴注下迫，肛门灼热。大便秘结属虚证者，多为津液亏少或气阴两伤，可见形瘦，气短，汗出，头晕，排便困难。大便泄泻属虚证者，可因脾胃虚寒或肾阳不足。脾胃虚寒则腹痛隐隐，痛则大便，粪质稀薄，少臭，甚则脱肛。肾阳不足常见神疲，面色苍白，腹痛怕冷，五更作泻，完谷不化。小便短少，色黄，尿道灼热感，多属实热。新病尿频，尿急，尿痛，小便红赤，多为膀胱湿热。小便过频，色清而长，多属虚寒证。小便短少，色清不热，可见于汗吐下后或热盛伤津，导致津液亏损，化源不足的虚证。小便短少，色浊，伴腹大而肿，常见于肺脾肾功能失调，三焦气化不利的水湿内停实证。小便过多，饮一溲二，可见于消渴证，多为肺、胃、肾阴虚火旺所致。久病、老人尿频、尿急，尿色清，点滴而下，多属肾气不固，膀胱失约证。

问饮食口味　主要了解是否口渴，饮水多少，喜冷喜热，食欲食量以及口中异常味觉和气味等。口渴多饮，且喜冷饮，属实热证。口渴不多饮，且喜热饮，多属湿证或虚寒证。口渴喜饮，饮水则吐，小便不利为蓄水证。吐泻后口渴思饮，为津液耗伤。口不干渴，不欲饮水多属寒证。食欲减退，在新病多为伤食，或外感发热；久病多属脾胃虚弱，或肾阳不足。食欲亢进，消谷善机，属胃火亢盛。饥而不食，多为胃阴不足。病中能食，是胃气未伤，预后较好。口苦属热，多属热在肝胆。口酸腐，多属胃肠积滞，食物停积所致。口臭多属胃火炽盛。口淡属胃中湿浊，或为虚证。口甜属脾蕴湿热。口咸多属肾虚。

问胸腹　注意询问疼痛或不适部位、性质、程度和持续时间。①辨部位：胸痛以一侧为多，伴有发热、咳嗽、痰黄而稠或咯血，多属肺热。胸前心窝部见重压感，或刺痛样，反覆发作，并心悸气短，多属胸阳不振，气滞血瘀，或兼痰饮痹阻所致。胸痛牵引两胁，胀痛不适，属少阳病或肝气郁结证。胃脘胀满疼痛，伴有嗳气吐酸，多属胃病。少腹胀痛，多属肝气郁结。一侧少腹绞痛或刺痛，可见于肠痈、疝气以及妇科或肾病变。绕脐痛常见于虫积或寒疝、宿食、大便燥结。小腹硬痛，小便不利，多属膀胱蓄水证；小便自利，多属下焦蓄血证。②辨性质：疼痛游走无定处，或麻或痒多属有风。疼痛颇剧，而怕冷或冷痛，属寒证。怕热或红肿热痛，属热证。胀痛或窜痛，属气滞。刺痛或有定处，多属血瘀。③程度和持续时间：起病不久，胀痛较重，持续不缓解，疼痛拒按的，多为实证。久病胀满不甚，时痛时止，或疼痛喜按，多属虚证。

问耳目　询问耳目的不适，不仅可以了解局部的病变和五脏的虚实，还可以了解某些疾病。①耳：主要了解耳鸣、耳聋、耳痛、重听等变化。凡突然耳鸣声大，按之鸣声更大的属实，多因少阳经风火上冲所致。逐渐耳鸣，声音细小，按之减轻或停止的属虚，多因肝肾不足所致。初病突然耳聋的多实，可因少阳风热，肝胆火上逆，或因湿热、邪蔽清窍。久病渐觉耳聋，或由耳鸣转为耳聋的属虚，多因肾虚或气血虚弱所致。耳痛多因风热上壅，或耳内流脓所致。重听为听觉不清楚，多因下元虚损，精气不足所致。②目：主要了解痛痒红肿及视觉情况。目红肿而痛，多为肝胆实热。目痒多属风热，干涩多为肝血不足。羞明而无红肿痛热之感，常为血虚或肾阴不足。视物昏蒙，多为肝肾不足，或气血大虚。视物成双，多为肝肾两虚。小儿睡时露睛，多为脾虚或慢惊之候。

问睡眠　询问睡眠时间的长短，睡眠情况和伴随症状等。一般有失眠或嗜睡两种。①失眠：又称“不寐”。表现为入睡难，或睡中易醒，醒后又难再入睡，有时易惊醒，睡不安稳，严重的整夜辗转不眠。引起失眠的原因有阴血不足、神失所养，如心肝肾精血亏损的病变。或痰火食滞等邪气内扰，使心神不宁，如胆郁痰扰的失眠；或消化不良而致“胃不和则卧不安”等。②嗜睡：指睡意很浓，经常不自主地入睡，多为心神不振或元阳不足所致。若闭眼即睡，呼之即醒的，称为“但欲寐”，多为少阴肾的病变，由于元阳不足，神无所主引起。若昏睡伴有高热，但呼之可醒，此为邪人心包轻症，心神不清未能自主之故。若多寐少醒，昏昏沉沉，喉中痰鸣，鼻鼾声重，多属阳虚阴盛，痰湿阻遏，清阳不升，蒙蔽心窍所致。

问妇女　妇女有月经、白带、妊娠、产褥等特有情况，即使一般疾病，也要注意这方面的询问。首先要问月经是否正常，如经期提前，经色紫红，大都属热；经期推后，月经色淡的，多属虚寒，又月经停止不来，不是老年收经的，属闭经。

白带为湿浊下注，与脾的运化功能有关。询问中要注意白带的色、量、质和气味等方面，若白带色白而稀薄多腥臭的，属寒湿；若色黄而稠粘有臭味的，属湿热。

育龄已婚妇女，月经一向正常，忽然停止并有呕吐择

食，应考虑怀孕的可能。产后须注意有无发热、恶寒、腹痛。若发热、恶寒、头痛，多是外感；若高热寒战，恶露臭秽的，多是产褥热；恶露不净而腹痛拒按的，是有血瘀。

小儿问诊比较困难，主要依靠询问病孩家属。除一般问诊内容外，还要询问出生前后（包括孕育期和产乳期）的情况，是否患过麻疹、水痘，有无高烧、惊厥史，曾作过哪些预防接种，有无传染病者接触，采用什么方法喂养，学行学语的迟早，以及父母健康情况，有无足以遗传的疾病，兄弟姐妹有无特殊的疾患等。关于发病原因，如有无受惊、着凉、伤食等，都须根据病情逐一询问。

切诊

切诊为四诊之一，是医者运用手的触觉，对病人体表的一定部位进行触摸按压，从而了解病情的一种诊断方法。切诊包括脉诊和按诊两个部分。"切"是指两个物体表面的接触，在诊法中，"切"和"按"意义相近，现代中医理论为明确四诊内涵的名称与分辨方法，将切脉称为"脉诊"，除脉诊以外对其他部位的切按，则称为"按诊"。脉诊是通过切按患者的脉搏来了解病情，为切诊中最主要的内容，所以在一般人的习惯上切诊多指脉诊。但在实际上，自古以来用切诊的检查方法，既包括脉诊，也包括对病体的肌肤、手足、胸腹及其他部位的触摸按压等按诊的内容。

切诊在中医诊断学中占有极其重要的地位，是医者所必须具备的技能，特别是脉诊更是中医学术的一大特色，从《内经》以至历代医家都非常重视，积累了丰富的脉理知识和诊辨经验，形成了一套独特的脉诊理论。

切诊是一门精巧的技术，正如《内经》所说："微妙在脉，不可不察。"所以，必须在继承脉理的基础上，不断地在实践中细心体认，才能充分掌握与运用，并与问、望、闻各诊有机地结合，方能为辨证提供确切的依据。

脉诊

脉诊又称切脉，是切诊的重要组成部分，它是运用医者的手指触摸切按患者动脉脉搏以诊察脉象，从而了解病情的方法。切脉与现代诊断的检查脉搏，从理论上、技术上、方法上及诊辨的内涵上均有不同，它反映了中医诊断理论和方法的特色。脉诊从中医学最早期就应用了，当时切脉的部位，采用全身遍诊法，即把人体头部、上肢、下肢分成三部，每部各有上、中、下三处的动脉，在这些部位诊脉，称为"三部九候"（《素问·三部九候论》），即头部：上——两额动脉（太阳），候头部病变；中——两侧耳前动脉（耳门），候耳目病变；下——两颊动脉（地仓、大迎），候口齿病变。上肢：上——手太阴肺经动脉（寸口），候肺；中——手少阴心经动脉（神门），候心；下——手阳明大肠经动脉（合谷），候胸中。下肢：上——足厥阴肝经动脉（五里，妇女取太冲），候肝；中——足太阴脾经动脉（箕门），候脾，候胃气配足阳明胃经动脉（冲阳）；下——足少阴肾经动脉（太谿），候肾。以后，遍诊法的应用有了变化，如东汉张仲景在《伤寒论》原序中所说的三部脉，是指人迎（喉结旁颈总动脉）、寸口（腕部桡动脉）和趺阳（足背部胫前动脉）。随着临床经验的积累，脉诊的部位从实践应用上趋於简化，尤以《难经·一难》在继承《内经·经脉别论》观点的基础上，确立了诊脉"独取寸口"的理论，从此，中医脉学在切脉原理、方法、技术、脉象分类和临床应用等，都是以寸口脉为依据的。

脉诊的原理 脉为血之府，故《灵枢·决气》说："壅遏营气，令无所避，是谓脉。"就是说，脉是容纳血液，并使血液得以营运全身循环不息的隧道。脉统属于心。《素问·痿论》说："心主身之血脉"，《素问·五脏生成》说："诸血者皆属于心"，《素问·平人气象论》说："心藏血脉之气也。"可见血脉的循环活动与心的功能是密切关联而不可分的，故心气的盛衰直接影响到血脉，心气充足则血脉运行正常，心气衰竭则血脉运行不畅，面色灰黯无华。正如《灵枢·经脉》所说："手少阴（指心）气绝则脉不通，脉不通则血不流，血不流则髦色不泽，故其面黑如漆柴者，血先死。"所谓血先死，就是血液循环受到严重的障碍。血脉之所以隶属于心，主要是靠心气的推动，从整体来说，血之与气，是相互依存、相互为用的。血液从中焦化生，以至入于脉道运行、莫不赖气的作用，所谓"气为血帅"、"气以摄血"、"气行血行"、"气滞血滞"，而肺司呼吸，主一身之气，为气之本。积于胸中的宗气，起着"贯心脉而行呼吸"的作用。可知血液循环与肺气的关系十分重大。《素问·经脉别论》说："食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛，毛脉合精，行气于府，府精神明，留于四脏，气归于权衡，气口成寸，以决死生。"此不但提示了血液来源于胃中水谷的精气，并指出水谷精气归于心而输送到血脉中去、百脉的精气流入大的经脉而归于肺，肺是百脉之所朝会，由肺气与经脉的气血结合后，又流入经脉，然后周流于心、肝、脾、肾各脏，扼要地描述血液在体内进行大、小循环的过程。由于"肺朝百脉"，为"五脏之华盖"（《中藏经》），"在诸脏之上，而诸脏之气咸由之以吐纳也"（章潢《图书编》），所以肺脏能够体现着佐心治节的生理功能。从经脉的循行来说，"肺脉起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺"（《灵枢·经脉》），因此，手太阴肺经的动脉"气口"（即寸口）部位，可以用来测候脏腑气血的盛衰，从而判断疾病的死生吉凶。《难经》称此处为"脉之大会"，切脉采用寸口这一部位，它的依据，大抵由此而来。

古人发现血液循环功能的同时，认识到各种内外因素的刺激，都可以影响到血脉的变化。《素问·离合真邪论》直观地用自然现象作比喻，如说"地有经水，人有经脉。天地温和，则经水安静；天寒地冻，则经水凝泣；天暑地热，则经水沸溢；卒风暴起，则经水波涌而陇起。"形象

地说明了寒热的变化，则血脉同样可以出现变化。又如《灵枢·逆顺》说："脉之盛衰者，所以候血气之虚实，有余不足。"《素问·脉要精微论》说："夫脉者，血之府也，长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，……细则气小，涩则心痛。"滑寿《诊家枢要》亦说："脉者，气血之先也，气血盛则脉盛，气血衰则脉衰，气血热则脉数，气血寒则脉迟，气血微则脉微，气血平则脉治。"这些论述更进一步阐明疾病的寒热虚实与气血的正常与否，可以反映出各种不同的脉象，从不同的脉象又可以测知疾病变化与脏腑气血的盛衰。经过长期反覆实践的验证，从感性认识逐渐提高到理性认识，逐步形成了脉诊的系统理论。

脉诊的方法　采用寸口部位切脉，即于近手腕部的桡动脉处，分成寸、关、尺三部，掌后高骨处为关，关前为寸，关后为尺。切脉时，先令病人安静，待气血平顺然后进行。病人手臂平放，手掌向上。医者先用中指端按定关位。再把食指和无名指端分别按在寸部和尺部的脉脊上。三指的距离，可按病人手臂长短与医者手指粗细酌量疏密。臂长的，三指距离稍疏；臂短的，三指距离稍密；医者手指粗的，指距密些；手指细的，指距疏些，这称为"布指"。

医者自己要静气调息，称为"平息"，以发出的呼吸次数来测候病人脉搏的至数。一般成年人一呼脉再动，一吸脉也再动，呼吸定息脉五动，闰以太息，这是正常；如果一呼脉一动，一吸脉一动，便是少气；一呼脉三动，一吸脉也三动，便是数脉（《素问·平人气象论》）。候脉的至数，不得少于五十动，在五十动中，测候有无间歇和乍疏乍数等情况。有则为病脉，无则为正常。《灵枢·根结》说："持其寸口，数其至也，五十动而不一代（间歇）者，五脏皆受气。"如果一个五十动尚未辨清，可继续多候一二个五十动，务必细致精确，而且左右两手都要诊察，不能单诊一臂。

脉诊指法，三指要平衡，用力由轻到重，分为浮取、中取、沉取三种轻重指力，再上下、左右仔细举按推寻，才可能做到基本辨清脉象。

正常脉象　又称平脉，或称常脉。脉象的变化和人体内外环境的关系非常密切，这种变化在正常人尤其表现为协调一致的关系。平脉能反映出人身正常、健康的基本条件，一是有胃、有神、有根，二是脉气能随着人体生理活动和外界环境的不同而有适应性变化，《素问·平人气象论》说："平人者，不病也。当以不病调病人。"所以，只有识别正常的脉象，才能进一步辨别有病的脉象。

胃、神、根　胃，指脉来有胃气。《素问·平人气象论》说："平人之常气禀于胃，胃者平人之常气也，人无胃气曰逆，逆者死。"人体的所有脏腑组织，一切功能活动，皆有赖于胃所受纳并输送的水谷营养。胃气实际上表示人体后天有关营养代谢的功能及其营养状态总的反映，是生机的表现，所以无论望色切脉，必先候胃气。人无胃气，是生机已绝，绝则死矣。胃气反映于脉，即表现为势态和缓，往来从容，节律一致，无论任何脉象，即使是病脉，若能保持以上特点，为有胃气，虽病犹轻，反之，脉象弦劲绷急，坚硬搏手，或虚浮无力，杂乱不匀者为无胃气，必主病重，预后不佳，这就是"有胃则生，无胃则死"的含义。

神，是人体整个生命机能在精神意识与外在色脉形态、气息活动等等的反映，所谓"得神者昌，失神者亡"，它反映于脉，则表现出脉来柔和有力，不失常度。元代滑寿《诊家枢要》说："不病之脉，不求其神，而神无不在也。有病之脉，则当求其神之有无，谓如六数七极，热也，脉中有力，即有神矣，为泄其热。三迟二败，寒也，脉中有力，即有神矣，为去其寒。若数极迟极，中不复有力，为无神也。"说明诊辨脉神尤对病脉更有意义。根据古人的解释，心主血而藏神，脉为血之府，心神健旺，脉象自然有神；心神虚衰，脉神便受影响。所以，虽有热而脉数，但数而有力；中，乃浮中沉之中，即不致独浮独沉，仍属不失常度，故谓有神，此理于寒证亦然。总之，数实之脉不失柔和，迟虚之脉尚应指有力，均属有神。可见脉之有胃、有神，均现冲和之象，有胃即有神，所以诊辨胃与神基本上是一致的。根，是根基的意思，人的根基是先天元气而系于肾，故五脏六腑、十二经脉皆以肾气为本。肾气犹存，好比树木之有根，枝叶虽枯，若根蒂不坏，则尚有生机。所以，肾气未绝，则脉必有根。测候脉象的根有二：一从部位，寸、关、尺三部脉中尺以候肾；二是切脉的指力，浮、中、沉三者以沉取候肾，综合两个条件，则尺脉沉取应指有力，是有根的脉象。故《脉诀》说："寸关虽无，尺犹不绝，如此之流，何忧殒灭！"可见尺脉有根的重要性。

脉应四时　掌握正常的脉象变化规律，应从人体内外的整体情况来考察。人类生活在自然环境中，春温、夏热、秋凉、冬寒的规律性更替，也必然影响着人体生理活动的适应性调节，气血活动因而有相应的变化，由此而引起的脉象的季节性差异，称为脉应四时。一般来说，人体对气候环境的适应能力越强，这种变化及其差异就越是不明显，所以平脉应四时的变化是轻微的，若过于显著即为病脉。《素问·脉要精微论》说："春日浮，如鱼之游在波；夏日在肤，泛泛乎万物有余；秋日下肤，蛰虫将去；冬日在骨，蛰虫周密，君子居室。"因春季主生发，在人体肝气与之相应，故春脉微弦，像鱼随波而游，轻虚而滑，端直而长，且有冲和之象，乃为平脉，若太过不及，均为病脉。夏季主盛长，在人体心气与之相应，故夏脉浮溢肤表，出现来盛去衰的洪脉，盛中有冲和之象，乃为平脉，若太过不及，则为病脉。秋令肃杀，在人体肺气与之相应，此时阳气下降，故脉来下于肌肤，如昆虫将蛰伏土中之状，应指轻而如毛，中有冲和之象，此为平脉，若太过不及，则为病脉。冬主闭藏，在人体肾气与之相应，故脉气沉伏如昆虫蛰伏深藏，脉象沉而搏指，且兼柔和之象，是为平脉，若太过不及，则为病脉。

脉的生理性变动与差异　人体气血的活动，由于性别、年龄、体格与素质等不同或血脉位置的差别，脉象亦

会出现差异。同一个人，由于劳逸、饮食、七情或妊娠等生理状态的影响，脉象亦会产生相应的变动，这些都是测候平脉所必须考察的因素。

性别 一般男性体格较壮实，女性较纤柔，故妇女脉象较男子濡弱。故《千金要方》说："妇人之脉常濡弱于丈夫。"

年龄 少壮脉多实大，老年脉多偏弱，婴儿脉急数，五六岁儿童脉一般为一息六至。

体格与素质 身躯高大者，脉的显现部位较长；矮小者，脉的显现部位较短。瘦小者，脉偏浮象；肥盛者，脉偏沉象。凡常见六脉沉细同等，而无病象者，称为六阴脉；六脉常见洪大同等而无病象者，称为六阳脉。六阴脉与六阳脉都不是病脉。

脉位特异 由于某些人桡动脉生理位置的特异，故会出现一些生理性的异常脉位，如桡动脉行于腕关节的伸侧，则脉当然不见于寸口部，而出现在关之背后，称为反关脉；当桡动脉从尺部（即近端）斜向桡骨茎突背外侧，向合谷穴的方向延伸者，则寸部不能触到脉搏，这种脉位，称斜飞脉。

劳逸 脑力劳动者，脉多弱于体力劳动者。剧烈运动之后，脉必洪数。运行之后，脉常急疾。

饮食 酒后脉多数，饭后脉较洪缓有力，久饥脉多细弱。

七情 一时性的精神刺激，也能引起脉象的变化，但一般不属病脉，当情志恢复平静之后，脉象亦就恢复正常。故《素问·经脉别论》说："人之居处动静勇怯，脉亦为之变乎？凡人之惊恐恚劳动静，皆为变也。……当是之时，勇者气行则已，怯者则着而为病也。故曰：诊病之道，观人勇怯、骨肉、皮肤，能知其情，以为诊法也。"

脉象与主病 脉象是前人在临床上反复实践，精心探索出来的。每种脉象与疾病的关系，也是经过长期医疗实践验证的。王叔和的《脉经》总结为二十四脉。李时珍的《濒湖脉学》发展为二十七脉。李士材再增入疾脉，合称二十八脉，不过，有人主张以疾脉改为大脉，更为合适，而被沿用至今。

二十八脉中从脉的形体上区别的，有浮、沉、长、短、大、细、弦、芤、伏、革、牢、散等十二种；从脉势的搏动来区别的，有迟、数、滑、涩、缓、弱、促、结、代等九种；属于形势相兼的，如洪、微、濡、虚、实、动、紧七种。其中除散、革、牢、促、结、动、濡、微等八脉外，皆为临床所常见。二十八脉的脉象与主病如下：

浮脉 脉象举之有余，按之不足，浮于指下，如水漂木。主病在表。外邪在表，侵犯阳经，鼓动脉气于外，故脉浮。浮而有力为表实，浮而无力为表虚。内伤精损，气虚不摄，脉气也可见上浮，但浮而无力。浮多兼脉，《脉诀启悟》说："浮紧风寒，浮缓风湿，浮数风热，浮洪风火，浮涩伤营，脉芤失血，浮短气亏，浮濡气衰。"

沉脉 脉象举之不足，按之有余。主病在里。沉为阴脉，凡里有病变，邪气集结里层，脉气也相应在里，故脉见沉。沉而有力为里实，无力为里虚。里虚者，因阳气式微，不能统运营气于表，故脉呈阴象而沉，按久则愈散；里实者，因阳气被郁，卫气不能浮应于外，故脉反沉而久按不衰。沉多兼脉，《脉诀启悟》说："沉迟痼冷，沉数内热，沉滑痰饮，沉涩血结，沉弱虚衰，沉牢坚积，沉紧冷痛，沉缓寒湿，沉弦伏饮，沉细阳衰。"

迟脉 脉象去来极慢，一息三至。主寒，主营气不振。迟而有力为冷痛，迟而无力为虚寒。迟脉多因阳气失运，胸中大气不能正常敷布所致。但也有因于湿热内结，阻滞经隧而见者，其脉来虽迟，必应指有力。此外，迟脉也可见於常人，尤见于久经体育锻炼者，则为健康长寿的一个征象，故明代虞抟说："大抵脉缓而迟者多寿，脉急而数者多夭。"

数脉 脉来促急，一息六至。主热。数而有力为实热，数而无力为虚热，细小而数为阴虚，数大软弱为阳虚。数脉多因风火冲激，邪热鼓动而致，常兼洪、滑、实一类阳脉；久病虚损而数，常兼见细弱或兼浮大空虚一类阴脉。

滑脉 脉象圆滑流利，如珠走盘。主痰、主孕，兼主风热、食滞。浮滑为风痰，滑大、滑数皆内热，上为心、肺、头目之热，下为小肠、二便之热。怀孕，滑而冲和，临产滑疾，乃为离经。滑脉乃因气实血涌，故脉波流利圆滑。病见滑脉，多属顺候；健康人脉稍滑利，不属病脉。

涩脉 脉象往来艰滞，如刀刮竹。主血少，伤精，气滞，情志郁结。故涩脉多因血少精伤，或气滞不畅而致。孕妇得涩脉主胎痛；非孕得涩脉是血竭；有痛见涩脉，是气逆血滞，或痰阻血瘀；无痛见涩脉，是血亏水涸。

虚脉 脉象浮大迟弱，空虚无力，主气血两虚。由于气不足以助脉运行，故搏动无力；血不足以充盈于经脉之中，故脉体显得空虚。浮而虚多见于表虚自汗，沉而虚多见于里虚泄泻，迟而虚为虚寒，数而虚为虚热。

实脉 脉象长大坚满，举按有力，主邪有余。为邪正搏激，而见脉体壅满之象。表邪实，脉浮大有力，为风、暑、寒、湿诸邪外感于经，多见于筋骨肢体酸疼等症；里邪实，脉沉实有力，为七情饮食内伤于脏，多见于胀、满、结、闭、瘀血、癥瘕、痰饮呕逆等症。实脉必须来去有力有神，若但脉体坚硬，来去怠缓，反属纯阴死气。

长脉 脉象端直迢迢，如循长竿。主气有余。长而和缓，乃健康之象；长而硬满，则为气逆火盛之候。

短脉 脉象首尾俱短，不能满部。主不足。为气病，为内虚，为喘满气促。乃气虚不足以前导血脉所致；或因病邪壅滞，气郁不伸而然，多见于三焦气壅，宿食不消等病。

洪脉 脉象既大且数，满指滔滔，来盛去衰。主阳热盛，但热邪伤阴，阳气虚于内，而阳热浮于外，脉亦见洪。若虚劳、失血、泄泻、痞满、反胃，脉反见洪盛者，则多属重症。

微脉 脉象极细极软，若有若无，似绝非绝。主气血

衰微。为少气、中虚、阳微、呕哕、厥逆。浮而微，阳不足，故多见身恶寒；沉而微，阴不足，每见于脏寒下利。久病见微脉，为正气将绝；新病而见，知邪不深重，仍属可治。

细脉　沉细而软，状如发丝。主气血两衰，或伤精泄汗，或泄利脱阴，或下元虚冷。多因血气之虚，未能充盈于脉之故。若平人脉来细弱，可因忧思过度，内伐真元而致。若形盛脉细、少气不足以息，或病热而脉细，神昏不能自持，皆属脉不应病，多主危候。

大脉　脉象浮取若洪，松大满指。主正虚邪胜。大而有力为邪热实证；大而无力，为虚损之候；大而浮盛，为邪壅于外；大而兼数，为热壅于内；大而实，为积滞壅塞。不论虚实，皆主病进。

濡脉　脉象细软轻虚，如絮浮水。主诸虚，主湿，为冷痹，为自汗，为少气，为泄满少食，为肢体倦怠。多因阴阳气血亏虚所致。临床多见于内伤泄泻，自汗喘乏等症。但亦有湿盛而见者，盖湿性怠缓，令人困倦，影响血脉，呈现假虚之象，细审形证，从湿治疗，脉即转为有力，故诊察时应当细辨。

弱脉　脉象沉细迟软，应指无力。主阳虚，真气衰弱，亦主气血不足。为易惊、多汗、短气、食少、便溏、筋骨痿弱。形充而脉少以弱者为气虚；阳脉浮而阴脉弱者为血虚。脉弱而兼滑者，胃气尚存；兼微兼涩者，病重难治。

紧脉　脉象往来劲急，状如转索，左右弹指。主诸寒邪、主痛。多因寒邪闭束，导致经脉拘急疼痛；亦有热因寒束，而见烦热拘急疼痛者。但必人迎浮紧，才是表证确候。沉紧在里，为中寒逆冷，为心腹疼痛，为泻利阴疝；妇女为气逆经滞；小儿为惊风抽搐。

缓脉　脉象来去徐缓，应指宽匀，稍快于迟。主有胃气，主湿邪。脉来壅容和缓，乃气充神畅，是有胃气之脉，若失其壅容浮沉适中之状，则为病脉，可结合兼象辨证。浮缓风伤经络；沉缓湿伤脏腑；缓弱气虚；缓涩血虚。

弦脉　脉象端直以长，举之应指，按之不移，挺然指下。主痛，主饮，主肝风。乃经脉拘急紧张之象。可因邪胜气逆，血气不和所致，故主诸痛；亦可因肝病木旺，水不涵木而然，故主肝风内动，筋脉挛急之证；肝强则脾弱，故主饮。临床上见弦脉，要弦中带缓而有神，不乏胃气为宜，故有"弦怕无胃"之说，应加重视。

芤脉　脉象浮大而软，如指着葱，按之中空，浮沉可见。主亡血失精，阴虚发热。每因失血过多，故脉见空虚，乃阴血耗伤而阳气一时未得依附，总属大虚之候。常见于吐衄，或痈脓已溃之后。常兼有头晕目眩，惊悸，喘急，盗汗，虚热等症状。

牢脉　脉象弦大有力，按之坚实，有似沉伏。主阴寒内实。乃因病气牢固，多属于阴寒坚积内著之证，如心腹久痛，癫疝，癥瘕，痞积之类，外感表证，绝无此脉。

革脉　脉象弦大中空，如按鼓皮。主亡血失精，半产漏下，或为中风，胀满。革之为义有二：一指脉的变革，亡血失精，脉应虚弱而反见亢强，是一种反常变态；一指脉象有似鼓皮之革，按之中空。革脉原因，张仲景认为是虚寒相搏，盖阴寒之气潜居阳位，互相搏击，故呈此象。

伏脉　脉象沉伏筋下，按至着骨乃见。主阴寒凝滞经络，气血阻滞，如痛极、厥逆、吐泻、宿食之类；又主阳郁，火邪内郁不得发越，如阳厥之类。伏固为阻隔闭塞之象，但有火闭、气闭、寒闭之不同。此外，有因暴惊暴厥，一时气机阻碍，而见沉伏者，俟气平复时，脉即亦出现。

动脉　脉象厥厥动摇，见于关上，滑数如豆。主气郁血分不得宣畅，主痛、主惊、主孕。动脉乃滑之兼紧者，脉气上壅，盛大有力，是有余之象。疼痛则阴阳不和，邪正相搏；惊则气窜逆；孕因胎气之动，故三者皆可见动脉。

促脉　脉象数而时止，立即复来，止无定数，主郁火独亢，或为实积，或暴怒气逆。因阳邪内陷，郁火亢盛，滞于经络而致，可见于热病胸满烦躁，或血瘀发斑、发狂；亦有因痰食实积，凝滞经脉，气血不相协调而致者；如因暴怒气逆，一时脉促者，气平即可恢复常脉。

结脉　脉来迟缓而见歇止，歇止无定。主阴寒凝积，或血气衰弱，精力不继。由于阴寒凝滞，壅塞经脉（如寒痰、血滞、积聚癥瘕之类）而致者，指下略带实象。由于血气衰弱，精力不继而致者，指下无力（虚劳久病，每有出现）。有生来无病而见结脉者，乃生理素质特异，不能作为病脉，应细加区别。

代脉　脉来缓而中止，止有定数，衰弱无力。主脏气衰微，属重症。由于元气亏损，心力不继所致。如见于吐利、腹痛中寒、不食等症，属脾土败坏之候；若见于久病后，为垂危之象；若见于暴病如中风痛证，惊恐，颠仆损伤者，尚非危象。若妊娠初期恶阻剧烈，由于血气并于胎而影响脉气时，也可出现代脉，当加区别。

散脉　脉象轻举浮散，按之不聚，来去不明，漫无根底。主肾败，元气离散。多属死候。

除上列二十八种脉象之外，尚有出现在危重阶段的一些脉象，它们的共同特征是无胃、无神、无根，表示脏真衰竭而败露之象，故这类脉通称败脉，又称死脉、怪脉或真脏脉。真脏脉分别出现在心肝脾肺肾各脏精气衰竭之时，并以相应的脏而命名。《素问·玉机真脏论》指出："真肝脉至，中外急，如循刀刃，责责然，如按琴瑟弦"；"真心脉至，坚而搏，如循薏苡子，累累然"；"真肺脉至，大而虚，如以毛羽中人肤"；"真肾脉至，搏而绝，如指弹石辟辟然"；"真脾脉至，弱而乍数乍疏。"元代危亦林《世医得效方》在继承《内经》这一理论的基础上，结合临床体验列出十种怪脉。兹分述于下：

(1) 釜沸脉：脉在皮肤，浮数之极，如釜沸中空，绝无根脚。主三阳热极，阴液将亡之候。

(2) 鱼翔脉：脉在皮肤，头定而尾摇，浮浮泛泛，似有似无，若鱼翔之状。主三阴寒极，为亡阳之候。

(3) 弹石脉：脉在筋肉之下，辟辟凑指，如指弹石。为肾经真脏脉，病难治。

(4) 解索脉：脉在筋肉之上，乍疏乍密，散乱无序，如

解乱绳之状。主肾与命门之气皆亡。

(5) 屋漏脉：脉在筋肉间，如残漏之下，良久一滴，溅起无力，如水滴溅地之状。主胃与营卫之气俱绝。

(6) 虾游脉：脉在皮肤，来则隐隐其形，时而跃然而去，如虾游冉冉，忽而一跃之状。主元气将绝。

(7) 雀啄脉：脉在筋肉间，连连急数，三五不调，止而复作，如雀啄食之状。主脾气将绝。

(8) 偃刀脉：如抚刀刃，浮之小急，按之坚大而急。属肝之危脉。

(9) 转豆脉：脉来累累，如循薏苡仁之状。属心之危脉。

(10) 麻促脉：脉如麻子之纷乱，细微至甚。主营血枯竭。

脉象的分辨 在二十八脉中，有些脉是近似的，而且通常都以两种以上的复合脉象出现，故容易混淆不清，因此古人早已重视如何在临诊过程具体辨认每一患者的脉象。辨别近似的脉象，主要有徐灵胎所创的比类法和对举法，分述于下：

比类法 本法取相近的脉象分类对比，通常有如下11组。①迟与缓：迟脉一息三至，形小而衰；缓脉一息四至，形大而徐。②沉与伏：沉脉轻举似无，重按乃得；伏脉重按亦无，推筋可见。③数与紧、滑：数脉往来急迫，呼吸六至；紧脉左右弹指，状如转绳；滑脉往来流利，如珠转盘。④浮与虚、芤：浮脉举之有余，按之不足；虚脉大而无力，按举皆虚；芤脉浮沉可见，中按则无。⑤濡与弱：濡脉细软而浮；弱脉细软而沉。⑥微与细：微脉不及于细，若有若无，状若蛛丝；细脉稍胜于微，应指极细，状如一线。⑦弦与长：弦脉状如弓弦，长脉如循长竿。⑧短与动：短为阴脉，无头无尾，其来迟滞；动为阳脉，无头无尾，其来数滑。⑨洪与实：洪脉状如洪水，盛大满指，重按则稍减；实乃充实，应指有力，举按皆然。⑩牢与革：牢脉沉大而弦，牢守其位；革脉虚大而浮弦，内虚外急。⑪促与结、涩、代：促脉急促，数而时止；结为凝结，迟而时止；涩则迟短涩滞，往来艰涩，三五不调；代则动而中止，不能自还，止有常数。

对举法 本法取相反的脉象分类对照，主要有如下9组：①浮与沉：察脉之升降，以察阴阳、分表里，浮为轻清，主表属阳；沉为重浊，主里属阴。②迟与数：察脉之急缓。脉以四至为和平，五至必形气壮盛，或闰以太息，则为无病之象。不及者为迟，太过者为数。③虚与实：察脉之刚柔，可以别内之有余不足。实为脉道充实，浮中沉三候皆有力；虚为脉道空豁，应指无力。④长与短：察脉之盈缩。长见于尺寸，有通于三部，短亦见于尺寸，故必先定中位而后知，过于中为长，不及于中为短。⑤滑与涩：察脉之通滞。滑者血多于气，血多故流利圆滑；涩者气多于血，故艰涩而散。⑥洪与微：察脉之盛衰。血热而盛，气随以溢，满指洪大，冲涌有余，故洪为盛；气虚而寒，血随以涩，应脉微渺，欲绝非绝，故微为衰。⑦紧与缓：察脉之弛张。紧为寒伤营，故脉络激搏，若风起水涌，又如搓绳转索；缓为风伤卫，营血不畅，脉不能疾速，故宛似徐行而怠。⑧动与伏：察脉之动态。数见关上，形如豆大，厥厥动摇，异于他部者为动；深藏于内，不见其形，隐伏筋下者为伏。⑨结与促：察脉之阴阳。阳甚则促，促疾而时止；阴甚则结，结徐而时止。至于代、革、牢、弦、芤、濡、细、弱八种脉，是不可以对举的，故从略。

脉之纲领 由于脉象繁多，不易掌握，故临诊辨脉必须执简驭繁。仲景早把脉象分为阴阳两大类，以大、浮、数、动、滑为阳；沉、涩、弱、弦、迟为阴。滑伯仁主张以浮、沉、迟、数、滑、涩六脉统领各脉，即以浮沉候按法，迟数候至数，滑涩候形状。陈修园则主张以浮、沉、迟、数、虚、实、大、缓八者统各脉，即以浮统芤、革、散三种；沉统牢、伏二种；迟统结、代二种；数统促、紧、动三种；虚统弱、濡、细、微、短、涩六种；实统滑、长、洪、弦四种；大与缓各自一种。近代多数学者则主张以浮、沉、迟、数、虚、实六种以统各脉，即：

浮——洪、芤、革、濡、弦
沉——伏、牢
迟——缓、涩、结、代
数——促、动、紧、疾
虚——散、细、短、弱、微
实——长、滑

由于病分表里寒热虚实，脉象以浮沉迟数虚实相应，故取六脉作为二十八脉纲领，不但可以执简驭繁，对于初学者亦是入门的一种方法，以便由浅入深，在掌握这六种基本脉象的基础上，然后再细分二十八脉。

相兼脉象 二十八脉所主的病，一般都是每种脉反映病机的一个方面，所以患病个体出现的脉象，通常是以相兼的形式出现的，徐灵胎称之为合脉，有二合脉，三合脉或四合脉之分。如浮数与沉迟均为二合脉，浮数而虚为三合脉，浮数滑实为四合脉。这些相兼脉象的临床意义，一般相当于各脉所主病的总和。如浮为表，数为热，合之即为表热；浮为表，紧为寒，浮紧则为表寒。又如浮数而无力为表虚热；沉迟而有力为里实寒。余可类推。

脉象真假疑似 脉象一般以浮主表，沉主里；数多热，迟多寒；弦强为实，细微为虚。但其间有真假疑似，仍须细辨。《景岳全书·脉法》说："浮虽属表，而凡阴虚血少，中气亏损者，必浮而无力，是浮不可以概言表。沉虽属里，而凡表邪初感之深者，寒束皮毛，脉不能达，其必沉紧，是沉不可以概言里。数为热，而真热者未必数，凡虚损之证，阴阳俱困，气血张惶，虚甚者数必甚，是数不可以概言热。迟虽为寒，而凡伤寒初退，余热未清，脉多迟滑，是迟不可以概言寒。弦强类实，而真阴胃气大亏，及阴阳关格等证，脉必豁大而弦健，是强不可以概言实；微细类虚，而凡痛极气闭，营卫壅滞不通者，脉必伏匿，是伏不可以概言虚。由此推之，则不止是也。凡诸脉中皆有疑似，皆有真伪"。故切脉必须细辨，必须四诊合参。此外，脉

有初持、久按的不同，辨脉亦须注意。如脉有初持浮大，按久则索然；有初下指濡软，久按而搏指；有下指微弦，按久微缓的。张登《诊宗三昧·问初按久按不同说》："夫诊客邪暴病，应指浮象可征。若诊虚羸久病，当以根气为本。如下指浮大，久按索然者，正气大虚之象，无问暴久病，虽证显灼热烦扰，皆正衰不能自主，随虚阳发露于外也。下指濡软，久按搏指者，里病表和之象，非脏气受伤，则坚积内伏，不可以脉沉误为虚寒也。下指微弦，按久和缓者，久病向安之象，气血虽殆，而脏气未败也。然多有变证多端，而脉渐小弱，指下微和，似有可愈之机者，此元气与病气俱脱，反无病象发现，乃脉不应病之候，非小则病退之比。大抵病人之脉，初下指虽见乏力，或弦细不和，按之十余至渐和者，必能收功；若下指似和，按久微涩不能应指，或渐觉弦硬者，必难取效。"这种初持与久按的不同，可因病者不习惯应诊的环境而影响脉气，但亦反映了病情错杂，气血多变而致脉气不稳的情况。

诊妇人脉　妇人有经、孕、产等生理变化和疾病，故亦各有相关的脉象。分述如下：

月经脉　妇人左关尺脉忽洪大于右手，口不苦，亦无寒热或腹胀等症，多属月经将潮。寸关脉调和而尺脉绝不至者，为肾气亏损，多患月经病。血虚经闭，则尺脉微涩；妊娠或其他实证经闭，则尺脉多滑。

妊娠脉　诊孕脉必须细察脉来滑数而冲和的特征，参合早期妊娠的各种表现方能诊断。平常人午睡初起、脉多滑疾有力，不可遽断为胎孕之脉。《内经》多次指出辨孕脉的要领。如《素问·腹中论》说："身有病而无邪脉"，是指恶心，饮食异于平常等早孕症状，而三部脉浮沉大小正常，无弦礼涩等象，便是孕脉之征。《素问·平人气象论》则指出："手少阴脉动甚者，妊子也。"是针对停经初期，诊得左寸脉滑动，这是血欲聚以养胎的现象，因心主血而通百脉，所以这种滑数有力之势最先现于左寸。《素问·阴阳别论》又指出："阴搏阳别，谓之有子。"因尺脉为肾所主，属阴，而女子胞系于肾，受胎气所鼓动，故两尺脉滑数搏指，有异于寸部的阳脉。此外、对于经闭似孕的病症，更须辨识。大抵积聚脉多弦紧沉结，或沉伏，而孕脉必滑。胎孕有数脉、劳损病亦有数脉，但劳损之数多兼涩象；胎孕之数必兼滑象。

死活胎脉　《脉经》总结为："寸口脉洪而涩，洪则为气，涩则为血，气动丹田，其形即温。涩在于下，胎冷若冰。阳气胎活，阴气必终。欲别阴阳，其下必僵。假令阳终，畜然若杯。"意思是说：凡妊娠者阳气必动于丹田，脉来多沉洪，故脉见沉洪，才是温养胎元之征；若涩脉见于沉候，是精血不足，胎便受其影响。所以沉按脉象须滑实有力的，才是有阳气以活胎；若沉取弱涩无力，乃是阳气虚衰，多见于胞中死胎或有痞块。

临产脉　孕妇临产，脉象亦有特殊的表现。如《诸病源候论》指出："孕妇诊其尺脉，转急如切绳转珠者，即产也。"民间尚有从孕妇两中指顶节之两旁小动脉搏动情况而验证的，非正产时，此处无脉，不可临盆；若此处脉跳，并出现阵痛者，即为作产之候。

诊小儿脉　小儿的脉诊，与成人有所不同。小儿寸口部位狭小，难分寸关尺。另一方面，小儿临诊时容易惊哭，扰乱脉气，以致难于掌握，故诊小儿通常着重在望形色，审苗窍。在具体测候的方法上，迨至后世医家发明了一指定三部的诊法，使诊小儿脉的技巧有所提高。其法用左手握小儿手，对三岁以下者，用右手大拇指按儿高骨脉上，分三部以定息数；四岁以上者，则以高骨中线为关，以一指向两侧滚转寻三部；七八岁则可挪动拇指诊三部，九至十岁可以次第下指依寸关尺三部诊脉，并随年龄及体长增大而调整三部脉位，直到十五岁，即可按成人三部诊法进行。

小儿脉象，三岁以下者，一息八至为平脉。五岁以上，以一息六至为平脉，八九至为数，四五至为迟。通常诊浮沉、迟数、强弱、缓急等脉象，以别阴阳寒热、邪正盛衰，不详求二十八脉。如：浮数为阳，沉迟为阴；强弱可测虚实，缓急可测邪正。数为热，多属腑证；迟为寒，多属脏病。沉滑为食滞夹痰，浮滑为风痰。紧为寒，缓主湿，大小不齐为滞。此外，由于小儿肾气未充，脉气止于中候，故不论脉体素浮素沉，重按多不显现。

按诊

按诊是医生对病者头面、胸腹、手足、某些腧穴或其他病变部位的肌肤或肌肤下的深层组织器官等进行触摸按压，测知受检部位的冷热、滑涩、软硬、压痛或其他异常变化，从而推断病变的部位和性质的一种诊病方法。自古以来，按诊就是切诊的组成部分，它的原理、方法及其与脉诊的配合应用，在《内经》的许多篇章均有论述。至於伤科中检查创伤的摸法，以及临床按摩的各种手法，则属正骨或推拿专科的范围。疮科中又有触按疮疡局部诊察其冷热、软硬、疼痛的程度，辨别已否成脓及属阴属阳的方法，均不在四诊常规之列。

诊头面和颈部　头为诸阳之会，各种原因所导致阳气失常，温煦失职，常反映在颜面部寒温的变化。阳盛则热，阳虚则寒，触按额部，可以方便地探测患者有无发热，是低热还是高热。同时，还可以额部与手心作对照，如手心热甚于额部者，多属虚热；额部热甚于手心者，多见于外感表热。若面赤而额部抚之灼手者，为壮热实证。反之，若额冷者，为阳虚寒证，若额冰冷而汗出，为阳脱之兆。诊婴儿头部，应结合抚按囟门，囟门高凸者，多见于肝风内动，为发痉的先兆；囟门低陷者，多见于吐泻过度，属津液损伤而阴气将耗竭之象。按诊颈部，须注意有无肿块和结节，并进一步检查肿块与结节的压痛、大小、软硬及其出现的数量，它们与周围组织有无粘连等，从中鉴别痰核、瘰疬、瘿瘤、癌肿转移等病变。

诊胸腹　通过切按胸腹各部，察其温凉、坚软、喜按

拒按，寻找病患的癥结所在，帮助辨别病证的寒热虚实。通常主要检查虚里、心下、胸胁和腹部。

虚里 虚里是体表部位的名称，指前胸左侧心尖搏动之处，经络学说称虚里为"胃之大络"。胃气为后天之本，人身宗气亦以胃气为源，宗气是推动全身气血运行的动力，故虚里是宗气汇聚之处，为十二经络脉气所宗。虚里的动势，直接反映着胃气盛衰及气血源流的变化。正常人虚里之动，按之应手，动而不紧，缓而不急。若诊得虚里搏动微弱不显为不及，是宗气内虚；若动而应衣，按之应手过显或范围广泛为太过，是宗气外泄之象。若虚里搏动特快，或快慢不匀，或其搏动的位置偏横移位，多见于胸腹有血瘀痰浊之积，或热邪亢盛，使宗气受逼所致。若虚里停止搏动，则属宗气已绝，病危笃。故《素问·平人气象论》说："胃之大络，名曰虚里，贯鬲络肺，出于左乳下，其动应手，脉宗气也。盛喘数绝者，则病在中；结而横，有积矣；绝不至曰死。乳之下，其动应衣，宗气泄也。"

胸胁和心下 胸是指前胸，胁是从腋下至季肋部，"心下"则专指剑突下上腹的胃脘部。按诊检查其表面有无痛感，喜按还是拒按，以及指下软硬、凉温的感觉，重点在於鉴别结胸与痞证。结胸证由外感表热内传阳明，由热生痰，痰热结于胸中，故患者咳嗽胸痛，拒按或按之实硬和触痛。结胸也可因原有水饮宿疾，与内陷的表热互结而成，水饮、蓄血与热邪相结，寒热错杂，故从剑突下至两胁按之坚硬而痛。痞证是以胸前至上腹部痞满不舒的症状为主，《伤寒论》称为"心下痞"，多因外感寒邪未解，误用下法，以致邪气与痰湿互结，虚实错杂，但主要病在胃脘，故患者表现上腹微痛，不思饮食等症，但按之濡软而不痛。

腹部 腹部按诊以脐部为标志，脐两侧称左、右腹，左右腹之上至十二浮肋分别称为左胁下和右胁下，脐下为小腹，小腹两侧称为少腹。《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》说："病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之。"因为对腹部痞满或积块的病变，按诊是重要的辨别方法，从对腹部各处的循抚触按，可以审察有无肿物，进而细辨其性状、大小、坚软、压痛及是否与周围粘连等。若肿物触之软，按之不痛，重按能散，推之可移者，称之为瘕聚，多属气滞所致的功能性病变。若肿物按之坚硬，触之疼痛拒按，部位固定，推之不移的，称之为癥积，乃由瘀血顽痰等实邪凝结，而又五脏正气内伤所致的疑难病患，故《难经·五十五难》说："积者，阴气也。聚者，阳气也。故阴沉而伏，阳浮而动。气之所积名曰积，气之所聚名曰聚，故积者五脏所生，聚者六府所成也。积者，阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷处；聚者，阳气也，其始发无根本，上下无所留止，其痛无常处，谓之聚。故以是别知积聚也。"结合到具体部位来说，如肿块在右胁下连至心下，边缘清楚，部位固定不移的，属肝脾肿大，《难经》称此为"脾之积"，乃由"肝病传脾"所致。若在少腹部按到肿块成索状，触及即觉疼痛，痛处向上下放射者，多属瘀血积结为患。对癥瘕积聚的辨别，在按诊的基础上，应结合其他症状辨别。如《灵枢·水胀》篇说："肠覃，其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。"又指出："石瘕生于胞中，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生於女子，可导而下。"此外，对腹部的气胀和以腹水为特征的臌胀，按诊是通常的辨别方法之一。腹部胀满，叩之如鼓，小便自利，按之濡软者为气胀；若按之如囊裹水，动之有水声，小便不利者，多属臌胀。

诊尺肤 前臂内侧从尺泽至寸口处之皮肤，称为尺肤。诊尺肤，也是切诊中具有特色的内容，因为皮肤的色泽、形状和寒温变化，与气血的盛衰密切相关，而脏腑病变皆能影响气血的变化而反映于肌肤。《内经》从诊脉独取寸口的基础上，总结临床经验，开创了诊尺肤的理论和方法。如《灵枢·论疾诊尺》说："余欲无视色持脉，独调其尺，以言其病，从外知内。审其尺之缓急大小滑涩，肉之坚脆，而病形定矣。"即从尺部皮肤的缓急大小滑涩，肌肉的坚实脆弱，测知其内在疾病的情况和形气的盛衰。另一方面，由于寸口脉和尺肤的变化，常有其一致性，因脉与尺肤都靠脾胃所化的精气灌注濡养，两者以不同的诊察内涵都能反映胃气盛衰及营卫气血的变化。故一旦有病，脉象既发生变化，尺肤也会有相应的变化。故在切脉时，兼诊尺肤，相互印证，更有助于诊断。如《灵枢·邪气脏腑病形》说："脉急者，尺之皮肤亦急；脉缓者，尺之皮肤亦缓；脉小者，尺之皮肤亦减而少气；脉大者，尺之皮肤亦贲而起；脉滑者，尺之皮肤亦滑；脉涩者，尺之皮肤亦涩。凡此变者，有微有甚。故善调尺者，不待于寸；善调脉者，不待于色。能参合而行之，可以为上工。"由此可见，诊尺肤的理论和方法，与望色、望形体的道理是相通的，唯对局部肌肤的诊察触按，当以尺肤更为方便而具体。

按俞穴 俞穴是经络气血在身体表面聚集、输注或通过的重要部位，也是五脏六腑之气所转输的地方。它可以通过经络的联系，对机体内部脏腑的生理病理变化产生一定的反应。因此，按俞穴了解其变化与反应，可以作为诊察内脏疾病的依据之一。按俞穴的方法，早在《内经》就有记载。《灵枢·背俞》说："欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其俞也。"《九针十二原》又说："五脏有疾也，应出十二原，十二原各有所出。明知其原，睹其应，而知五脏之害矣。"近年来通过大量的临床实践，发现在经络循行的路线上或在经气汇聚的穴位处，有明显的压痛或敏感反应，或摸到有结节状、索条状的反应物。如肺病可在肺俞穴摸到结节或在中府穴有压痛；肝病可在肝俞和期门穴有压痛；胃病在胃俞、脾俞和足三里穴有压痛；黄疸病可在肝俞、胆俞有压痛；肠痈每于大肠下合足阳明经的上巨虚穴（阑尾穴）有压痛等，均可作为对内脏疾病的辅助诊断。

此外，用探棒按压耳穴，探查耳穴中触痛或压痛敏感的穴位，有助于了解该穴相关部位及器官的病变。

腹诊

是医生用手指触摸按压患者腹部，以探查疾病的一种方法，为切诊的内容之一。

腹诊的内容最早见于《内经》，如《素问·举痛论》、《调经论》及《灵枢·终始》等中均有论述。后于《伤寒论》、《金匮要略》中更有不少记载，对辨证论治有重要意义。

人体之脏器如脾、胃、肾、膀胱、大肠、小肠、女子胞均位于腹部，通过经络、气血的内外循行联络，不仅各脏器之间彼此有联系，而且与腹壁相对应。因此，若脏器或经络有病变，在腹壁相对应的部位会有所反应，从而通过腹诊可以判断脏腑经脉病变和全身状况。

腹部一般可分为五部分。腹部剑突下为心下；上腹部为胃脘；脐上膈下部位为大腹；脐以下至耻骨联合以上部位为小腹；小腹两侧为少腹。

腹诊前，患者宜排空二便。腹诊时，患者取仰卧位，两手放在身体两侧，头部置枕，使与身体呈一平面，袒露腹部，全身放松。医生先观察患者腹部外观上有无异常变化，然后用触、摸、按法由上而下，先左后右，由轻到重按切腹部，以了解腹部的软硬、胀满、肿块、压痛等情况，以协助取得资料，辨证诊断。

辨寒热　腹部皮肤按之不温或凉，为寒证；喜暖喜按，为虚寒证。腹部皮肤热而灼手为热证，喜冷物按放为实热证；按之灼热而脉数，为里热证；按之不热而脉数，为表证。少腹冰冷，为阳气欲绝之危重症；治疗后转温，是阳气来复之象。

辨软硬度　腹壁瘦薄，按之柔软无力，多虚证；腹壁坚硬为实证。外感病，腹未硬者为表证，硬而疼痛者为里证。

辨腹胀　腹部胀满，按之有充实感，有压痛，叩击声重浊者，为实满；腹部膨满，按之不实，无压痛，叩声空虚，为虚满。腹部胀满如鼓状，则为臌胀。有水臌、气臌之分。腹部臌大，如囊裹水，叩之声实，或以手分置腹之两侧，一手轻拍，另一手可感觉有波动者，则为水臌；若以手叩之如鼓，无波动感者，为气臌。另外，肥胖之人亦可见腹大如鼓，但必按之柔软，脐凹较深，而臌胀患者脐突出。

辨疼痛　腹疼痛而拒按者为实证；按之局部灼热，疼不可忍者，为内痈；腹痛而喜按者属虚证。

辨肿块　肿块的按诊要注意其大小形态与硬度以及压痛的情况。腹腔内的肿块统称积聚或癥瘕。积同癥，聚同瘕。若肿块固定有形坚硬，痛有定处者为积病癥病，属血分；若肿块柔软而时聚时散，无固定形状，痛无定处，为聚为瘕病，属气分。左少腹疼痛，按之累累有块者，为肠中有宿粪；右少腹疼，按之疼剧及有反跳痛者为肠痈初起，有包块应手者为肠痈。若腹中有块如结筋，久按转移，且指下有如蚯蚓蠕动感，腹壁凹凸不平，按之起伏聚散，往来不定，而腹痛局限于脐周，且时痛时止，按之不减者，为腹中虫块。

辨脐间动气　脐又名神阙，为神气之舍，内通五脏。脐间动气在脐之上下左右，属冲、任与肾之气。诊察时应密排左手或右手示、中、环三指，按脐上下左右。若动而和缓有力，一息四至，脐充实者为肾气充；一息五至以上，为冲任有伏热；按之虚冷，其动沉微，为肾阳不足；按之燥热，其动细数，上及中脘，为阴虚气逆；按之即散为元气虚败；按之不动，如指入灰中，为冲任空竭。

又诊脐可辨别真假寒热。如按之动而热，甚至热而灼手，症虽寒战、肢厥、下利，为真热假寒；若按腹两旁虽热，但久按觉脐冷，症虽面红、口渴、脉数、舌红，为真寒假热。

四诊合参

四诊合参是在辨证过程中，根据审察内外和辨证求因的原则，把望、闻、问、切四诊所得的有关病史、症状、形色和脉象等材料有机地结合起来，进行全面的分析综合，以观察和了解病情的变化，才能确切地判断疾病的病机所在，以防止局限性和片面性，藉以判断疾病的标本缓急，作为辨证、立法、用药的依据。《素问·阴阳应象大论》说"善诊者，察色按脉，先别阴阳，审清浊而知部分；视喘息，听音声而知所苦；观权衡规矩而知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩而知病所生。以治无过，以诊则不失矣。"意即指精通检查疾病方法的医生，察视患者的颜色和切其脉搏时，首先要辨别其阴阳。审察颜面色泽的明暗变化。可以知道病变的部位；观察患者呼吸的缓急，听声音的粗细，可以知道痛苦的程度；诊察四时脉象的不同，可以知道疾病所属的脏腑；按尺肤的凉和热、粗与细，切寸口脉搏的浮、沉、滑、涩，可以知道疾病产生的原因。根据这些材料，对疾病进行治疗，就不会产生错误。做出的诊断，也比较正确。这就提示了诊断疾病，必须很好地运用望、闻、问、切四诊合参的诊断方法，来辨别疾病的阴、阳、表、里、寒、热、虚、实，然后才能获得正确的诊断，《素问·脉要精微论》又说："切脉动静而视精明，察五色，观五脏有余不足，六腑强弱，形之盛衰，以此参五，决死生之分。"更指出临证时必须从整体出发，把脉诊和望、闻、问等诊法结合起来，尽量做到全面一些，不能有所偏废，才能取得较完全的正确诊断。《素问·玉机真藏论》说："凡治病察其形气色泽，脉之盛衰，病之新故，乃治之，无后其时。"阐明临证必须观察形、气、色、脉，结合病史进行综合分析疾病机转的重要性，体现了中医诊法的整体观念。四诊合参的根本意义，是防止诊断工作的局限性和片面性，从错综复杂的现象中，比较色、脉、症的关系，确定它们的真假逆顺、主次缓急，提供辨证的准确依据。具体来说，可分为色脉合参与脉症合参，分述于下：

色脉合参 指在四诊中把病色和脉象参合对照的方法。一般来说，色脉表现一致为顺，色脉表现不一为逆。例如，患者面赤唇红、舌红苔黄等，都是热邪亢盛的病色，若出现洪数的阳脉或滑数的实脉，就是色脉一致，说明邪气虽盛，但正气尚足，故为顺证，预后较好，但若见上述病色而出现细数的虚脉或沉伏的阴脉，色脉就不一致，说明邪盛正虚，热伤阴津，或邪已内陷，故为逆证，预后较差。又如数脉为热，赤色亦主热，当脉数而面色苍白，或面色潮红而脉微弱，都是色脉相反的逆证。

脉症合参 指在四诊中把脉象和其他形症参合对照的方法。从脉症的相应与相反，以辨病情的顺逆，脉症相应为顺，相反为逆。如病属有余，脉应浮洪数实，是谓脉症相应，为顺证；若反见沉细微弱脉，是谓脉症相反，为逆证。《景岳全书·脉法》："凡内出不足之证，忌见阳脉，如浮洪紧数之类是也。外入有余之病，忌见阴脉，如沉细微弱之类是也。如此之脉，最不易治。"又"凡有余之病，脉宜有力有神，如微涩细弱而不应手者，逆之兆也。凡不足之病，脉宜和缓柔软，若洪大搏击者，亦为逆也。"又"凡暴病，脉来浮洪数实者为顺；久病，脉来微缓软弱者为顺。若新病而沉微细弱，久病而浮洪数实者，皆为逆也。凡脉证贵乎相合，设若证有余而脉不足，脉有余而证不足，轻者亦必延绵，重者即危亡之兆。经曰：脉小以涩，谓之久病，脉浮而滑，谓之新病。故有余之病，忌见阴脉；不足之病，忌见阳脉。久病忌见数脉，新暴之病，而见形脱脉脱者死。"在脉和症相逆的情况下，哪一方反映疾病的本质，这就必须明辨它们的"从"、"舍"关系。何梦瑶在《医碥》中说："凡脉证不相合，必有一真一假，须细辨之。如外虽烦热，而脉见微弱者，必虚火也；腹虽胀满，而脉见微弱者，必胃虚也。虚火、虚胀，其堪攻乎。此宜从脉之真虚，不从证之假据也。其有本无烦热，而脉见洪数者，非火邪也；本无胀滞，而脉见弦强者，非内实也。无热无胀，其堪泻乎？此宜从证之真虚，不从脉之假实也。如寒邪内伤，或食停气滞，而心腹急痛，以致脉逆沉伏，或促或结，此以邪闭经络而然。既有痛胀等实证可据，则脉之虚乃假虚，当从证不从脉。又若伤寒四肢厥逆、寒战，而脉见数滑，此由内热格阴。何以知之？以病由传经渐致，并非直中阴经，从无热证转寒之理。既有数滑之脉可据，则外证之虚为假虚，亦从脉不从证也。"这是通常所说的舍脉从症与舍症从脉的方法。

总之，诊法是四诊并重的，但其中望色和切脉较为重要，所谓"能合色脉，可以万全"。但并不等于说闻、问诊就不重要了。正如《素问·疏五过论》所说"凡欲诊病者必问饮食居处。"《素问·徵四失论》说："诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，不先言此，卒持寸口，何病能中。"故在临证上，必须从整体出发，不能片面地只用某一种诊法。这一点是应该明确的，否则就不能达到既全面又正确的诊断目的和要求。

妇科诊法

中医妇科习惯上包括产科在内。因此其诊断方法虽与其他临床各科一样，从整体出发，应用望、闻、问、切四诊为手段来收集病史、症状、体征等，进而运用八纲、脏腑等辨证方法，进行分析归纳，来辨别病因，病位、病性及其发展趋势，或区分是生理妊娠或病理停经等。临床妇科疾病一般可分为经、带、胎、产四类，其诊断方法亦以此分述。

月经病诊法 经病诊法是通过四诊了解月经的期、量、色、质的变化，并结合全身兼症，以辨其寒、热、虚、实。

问初潮 禀赋的强弱，肾气的盈亏，与初潮年龄的早、迟密切相关。若年逾十八而初潮未至者，以示先天肾气未充之故。

辨周期 周期是指本次月经行经的第一天开始，至下次月经来潮的第一天止，为一个月经周期，正常月经周期大约28天左右。若每次月经来潮超前或退后7天以上者，则谓月经先期或谓月经后期。若月经周期提前或退后，无一定周期者，则称月经先后无定期。

一般而言：月经先期，多属热属实；后期，多属虚属寒。周期不定，或先或后，多属肝气郁结。但必察其形、色、脉、症，始可明确诊断。经行先期，固多属热，然亦有因气虚者，有因血瘀者。而热证中又有实热、虚热、郁热之别，须参照经量之多寡，经色之深淡，经质之稀稠以辨别之。若经期提前，下血多，色深而浊，则为有余之热。下血少，色鲜而清，则为不足之热。若血量或多或少，色黯红，有血块或血丝，脉弦数者，为肝经郁热。气虚者，量多色淡质薄，其必兼神疲气短，脉虚弱，舌淡苔薄。若虚而兼寒者，经色黯红，甚或色黑质薄。血瘀者，经色紫，质粘稠，有血块，腹痛拒按，脉沉涩，舌质黯或尖边有瘀点。故同为经行先期，然病因不同，症状各异。经行后期，有血寒、血虚、血瘀、痰阻等因。若后期量少色淡，畏寒喜热者，属血寒。若量少色淡质薄，兼见头晕心悸，舌淡苔薄，脉弱者，属血虚。如经血瘀留涩滞，腹痛拒按，则属血瘀。若色紫血行不畅，则属气郁。痰阻而经迟者，则其人肥白，经色淡而稠。临诊宜详细辨察。经行先后不定，亦有虚实之分，总的不外有肾虚、脾虚、肝郁、血瘀等。肾虚者，则量时多时少，色淡质薄，兼见头晕耳鸣，腰腿酸软，夜尿频数等。脾虚者，经行或先或后，或断或续，大腹虚满，大便溏薄，舌淡脉濡。肝郁者，其量多少不一，色红间有血块，胸胁小腹作胀，脉弦。因于血瘀者，其量乍多乍少，小腹胀痛拒按，舌黯或舌尖边有瘀点。临床以虚证多见。宜注意鉴别，勿犯"虚虚实实"之戒。

辨血量 经者，常候也，候其一身之阴阳愆伏，阳太过则量多而经期超前，阴不及则量少而经期错后，此其常也。但同为月经过多，又有血热、痰滞、气虚之分。血热者，其色必深红或紫，其气臭秽，或夹血块，舌红苔黄，脉

弦数或洪数。痰滞者，色淡粘稠，食少痰多，舌淡苔白腻，脉弦滑。气虚者，色淡质清稀，兼见怠惰思睡，少腹空坠，舌淡苔白，脉虚浮等。月经量少，有虚有实。大抵形瘦经少，乃气血俱虚。形肥经少，属痰凝阻滞。但应依据脉症，以辨寒热。如素常量多而忽少、有因风寒阻滞，则脉症俱寒。有因热邪销灼，则脉症俱热。亦有饮食渐减，肌肉渐瘦，经血渐少者，则为虚劳之渐也。

辨血色 以经色之变化辨寒、热、虚、实。经以色红为正，凡经色深红浓厚，属实热。鲜艳清薄，属虚热。紫黑深红，为风热。紫黑带腐，多湿热。紫黑成片成条者，多郁热。紫黑结块而腹痛者，多瘀血。色黑黯淡，而晦脉迟，乃大寒。色淡而少者，乃血气之虚。色淡而粘稠者，为有痰。以上所举皆属不正之候。古医籍中，更有经来或黄或绿，或白或黑的记载。如《叶氏女科证治》卷一："经来如黄泥水，此大虚证也。"经来铜绿水，乃大虚大冷也。""经来成块如葱白色，或如死猪血黑色……，此虚冷也。"此皆属虚证，但临床上其症皆少见，录之以备参考。

辨经质 经水一般不凝结，无血块，不稀不稠，无特殊臭气。如有改变，则为经质异常。但经质的变化，往往随经色而变。大抵经质稠粘如脂、如膏者，为热之象。质清稀者，为虚之象。古有"经来如鱼脑髓"、"经来臭如腐肉"、"经来下肉胞"、"经来如牛膜片"等叙述，也属经质异常的范畴，临证应参考形色脉证，辨而治之。

辨脉象 月经将至，或正值月经来潮，脉多滑利。若脉见弦、洪、滑、数者，则为血热。如脉细而数者，又为血热伤津，阴亏血少之候。如脉弦紧或沉弦，若非寒滞，则多为肝气不调，血行不畅使然。尺脉微涩，是为肾虚，乃精血不足之兆。如六脉沉细或沉迟，又属血虚，或为阳虚内寒所致。若崩中下血者，脉宜虚大和缓，不宜浮紧迟数并见。漏下淋沥不止者，脉宜缓滑，如见紧而数者，乃脉证不符，其候必危。如《脉经》卷九云："诊妇人漏下赤白不止，脉小虚滑者生，大紧实数者死。"经闭之脉，以迟数和有力无力，辨其寒、热、虚、实，若尺脉沉细而弱或细缓，多属虚证；沉紧者，多属寒滞。若尺脉沉滑数实，多属实证，痰湿内阻或湿热内蕴。如《明医指掌》卷九云："尺脉滑，血气实，妇人经脉不利。"医者尚须识此，方不致误。

按小腹 多用于痛经或闭经之患者。因小腹乃胞宫之所居，冲任之脉皆起于胞，冲脉血盛，任脉气通，则经血按时而下。若冲任气血失调，瘀阻子胞，经水不利，以致作痛，或为闭经。临床常以喜按、拒按，或痛有定处，辨其虚实(见"痛经"条)。

诊乳房 乳房为足厥阴肝经所布，肝为藏血之脏，主疏泄，冲脉附于肝，冲为血海。肝之疏泄功能正常，气机条达，气行流畅，肝血充盈，则肝气能将有余之血，下注血海而为月经。肝之疏泄不及，气机郁滞，络脉失畅则经行乳房胀痛，甚或结节成块。

总之，对月经病的诊断，不仅应注意局部症状和经期量、色、质的改变，而且要着眼于整体，不能把它看作一个孤立的证候。同时对随月经周期伴发的症状也不可忽视，如：经行发热，经行身痛，经行浮肿等等，往往与人的体质因素密切相关。

带下病诊法 带下病的诊法，主要是通过四诊，了解带下量之多寡，色之变化，质之稀稠，气味之腥臭、腐秽，结合全身症状，明脏腑，察寒热，辨虚实。

问带下 问量与质的改变，定其寒热。一般以带下量多，色白质稠，如涕如唾，绵绵不断者，属脾虚。若量多质薄，清稀如水，属肾虚。下元不固，兼阴冷者，则多属虚寒。若量多质稠，色黄或黄白相兼者，则为湿热。或兼有外阴瘙痒者，乃湿热蕴结成毒，湿毒下注使然。

辨带色 古代文献记载，带色有白、黄、赤、青、黑之不同，并以色白属肺，色黄属脾，色青属肝，色赤属心，色黑属肾，以此五色配五脏作为辨证之依据。其实不然。根据临床所见，一般色白者，多属虚属寒，应责之于脾肾。色黄者，属湿热蕴结，乃肝郁脾湿下注。若带下色黄绿如脓，此湿热之尤甚者。色赤乃心火炽盛所致，但亦有因肝火内炽者。若系心火炽盛，必兼有心烦易怒、口苦咽干等症可资鉴别。带下色黑者，临床少见，偶或有之，亦属虚损者不足之象，尤宜审慎。此外，也有赤白相兼者，多属湿热或虚热为患。湿热者，其症少腹坠胀，阴户瘙痒；虚热者，多见五心烦热，或兼潮热盗汗等。间或也有因虚寒而赤白相兼的。若带下五色并见，多为内脏虚损，秽液下注所致。如《诸病源候论·带五色俱下候》中说："带下病者，由劳伤血气、损动冲脉任脉，……而五脏俱虚损者，故其色随秽液而下，为带下五色俱下。"此系以带色辨证之梗概。

闻臭气 正常带下，无色无臭。若带下作腥臭气者，多为寒。若酸秽臭气者，则为热甚。若带下恶臭难闻，是为热毒内盛之象。

带下脉象 带下多属脾虚，故脉多见濡、滑。濡脉主虚主湿，滑脉主痰。若见脉濡数者，则为脾虚湿热下注。若脉象滑数，或弦数者，其属热属实，系痰湿为患或肝经湿热下注。脉沉迟者，其属虚属寒，多为下元不固。若脉虚细而数，则为虚热证。

以上仅从带下辨证，但有些妇科疾病，如生殖道炎症及肿瘤等，均可伴见带下量多，必要时须进行妇科检查，明确诊断，排除恶性病变。带下尚须与白浊相鉴别。如《景岳全书·妇人规·白浊遗淋》云："淫浊与带下之不同者，盖白带出于胞宫，精之余也；淫浊出于膀胱，水之浊也，虽膀胱与肾为表里，……然带由脾胃之虚滑者多，淫浊由膀胱之湿热者多，此其所以有辨也。"又如秦天一云："带下者，由湿痰流注于带脉而下浊液，故曰带下。妇女多有之。……白浊者，浊随小便而来，浑浊如泔，此胃中浊气，渗人膀胱也。"带下与白浊之别，从病位来说，带下责之于脾肾，其带由阴中绵绵而下。白浊病位在于膀胱，由尿窍排出，男女皆可患之。

妊娠诊法 确定是否妊娠的诊断方法，谓妊娠诊法。

古称候胎或辨胎。《妇人大全良方》中所列"妊娠门"即有有关的论述。中医候胎，自《黄帝内经》而下，多偏重脉诊，但需结合临床，参而诊之，不可偏废，现常用诊法有以下方面：

问月经 育龄妇女如月经一贯正常，突然逾期不行，应考虑是否妊娠。如《广嗣纪要·协期》云："前月经行，依期种玉，次月经断，真有妊矣。"因孕后阴血下聚胞宫以养胎元，故在孕期月经一般不潮。然也有个别妇女在妊娠早期仍按月行经者，但量少，称为激经，也称垢胎或盛胎。

问孕候 如若怀孕，一般月经逾期半月，常可出现轻度头昏、厌食择食，恶食呕吐，嗜食酸咸，神疲思睡等现象，一般三个月后多会自然消失。然亦有孕后毫无自觉症状，一切如常者。

诊乳房 妊娠以后，乳房逐渐隆起，乳晕扩大，乳头乳晕颜色加深。如《生生宝录》云："妇人乳头转黑，乳根渐大，则有胎矣。"四五个月后，可有乳汁分泌，为产后哺养婴儿作好准备。《医宗金鉴·妇科心法要诀·嗣育门》云："妇人经水不至，不分是孕是病者，五个月之后，以孕妇乳房辨之，若乳房升大有乳者是胎。"

按小腹 胞宫居小腹正中，为胎孕之所居，随妊娠月分的增长，胞宫伸展，小腹开始膨隆，逐日增大，四五月左右便有胎动。

切妊娠脉 孕后阴血下注以养胎元，脉多滑利。如《增补胎产心法》卷上云："凡妇人怀孕，其血留气聚，胞宫内实，故尺阴之脉必滑数，此必然之理也。"《素问·阴阳别论》曰："阴搏阳别，谓之有子。"王冰注云："阴，谓尺中也。搏，谓搏触于手也。尺脉搏击，与寸口殊别，阳气挺然，则为有妊之兆。"尺脉主肾，胞脉系于肾，孕后胞宫充盈，气血旺盛，故尺脉按之不绝以应之。而虚弱孕妇脉多细滑。《增补绘图胎产心法》卷上说："然亦有中年受胎，及血气羸弱之妇，脉见细小不数者，但于微弱之中，必有隐隐滑动之气，此即阴搏阳别之谓，乃妊娠之脉也。"切脉固属重要，但需脉症合参。

药物验胎 妇人停经后，辨其是否胎孕，除切妊娠脉外，也有用中药验胎的记载。如《妇人大全良方》卷十一说："妇人经脉不行，已经三月，欲验有胎，川芎生为末，空心浓煎，艾汤调下方寸匕，觉腹内微动，则有胎也。"《胎产心法》卷上记有："全当归七分，生川芎一钱，共为末，浓煎艾叶汤，空心调下，或好酒调服亦可，待一、两时辰，觉脐腹间微动者，即孕也。"药物验胎现今临床用之甚少，录供参考。可结合现代医学的有关检查以明确诊断。

产后病诊法 新产气血骤虚，营卫不调，败血未净，稍有不慎，则变证百出，疗治则非同一般，故在诊法上有其特异之处，除运用四诊八纲外，还需结合三审。《张氏医通》卷十一说："凡诊新产妇，先审少腹痛与不痛，以证恶露之有无；次审大便通与不通，以证津液之盛衰；再审乳汁行与不行及乎饮食多少，以征胃气之充馁。"通过三审，然后再结合妊娠时情况，临产经过，产后摄生，产妇体质，产后脉象等综合分析，才能对产后病作出比较正确的诊断。

验恶露 主要是根据恶露量、色、质、气味的改变，辨期寒、热、虚、实。若恶露过期不止，量多色紫红，质粘稠，多属血热。若恶露过期不止，量多色淡红，质稀，味腥，多属气虚不摄。若恶露或多或少，色紫红或挟有黄绿，粘稠如脓，恶臭难闻，伴腹痛发热者，乃为湿毒。若恶露量少或不下，色黯红，粘稠，有块，臭秽，伴有腹痛拒按，多属瘀血内阻。《达生保赤编》卷二云："新产患病，必须问其恶露有无，日期多寡，细按有无痛块，向来虚实如何，然后施治。"此言验恶露之紧要也。

辨块痛 新产后小腹疼痛、拒按，甚或结块，按之愈疼，此属瘀阻胞中。若产后少腹疼痛，按之痛减，多为产后失血过多，胞宫空虚，胞脉失于濡养而致。

问二便 若产后小便次数增多，甚至日夜数十次，或小便淋漓，不能自主，或睡中自遗，为产后小便频数，多属产后肺虚或肾虚，引起膀胱失约。若产后尿闭，小腹胀急疼痛，甚至坐卧不安，为产后小便不通。多属产后气虚、肾虚或气滞，引起膀胱气化功能失常。产后大便难，多为亡血伤津，肠道失于濡润所致。但也有因气虚努责，无力传导而致者，其必兼气短自汗，以此为辨。

问乳汁 乳汁为血所化，气血来源于脾胃水谷精微。若产后乳少、清稀，或乳汁自出，乳房不胀而软，食欲不佳，属脾胃虚弱，生化之源不足，或产后失血较多所致。如《景岳全书·妇人规·乳少》说："妇人乳汁乃冲任气血所化，故下则为经，上则为乳。若产后乳迟、乳少者，由气血之不足而犹或无乳者，其为冲任之虚弱无疑也。"若乳汁不下，乳房胀硬而痛者，则为气血壅滞，乳络不通之故，其证属实。若乳多胀痛而自溢者，则为肝火内盛所致。

问寒热 若产后发热恶寒战栗，甚至壮热，面赤，烦渴，尿短赤，便秘，恶露秽臭，为感染邪毒。若发热不高，恶风自汗，多为阳虚。若产后寒热时作，恶露不下，小腹胀痛拒按，为瘀血停滞，阻碍气机，营卫失调。若产后恶寒发热，头痛，肢体疼痛，无汗流涕，为产后外感风寒之邪，营卫不和。若发热重，恶寒轻，为外感风热之邪。若产褥期正值炎夏，居室闭塞，衣被过多，发热头痛，烦渴，呕恶，甚至手足厥冷，为产后中暑。

产后脉象 产后气血两虚，其脉贵在缓滑，因缓者不为气夺而急促。滑者，不因血去而枯涩。如《脉经》卷九云："妇人新生乳子，脉沉小缓滑者生，实大坚弦急者死。"但也可因阴血偏虚，阳气易浮而出现洪数之脉，然洪数之中必兼和滑之象，非若实大弦牢之脉。常须识此，方不致误。

儿科诊法

儿科诊法是以望、闻、问、切四诊为手段，全面收集病

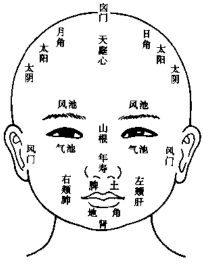
史、症状、体征，进而运用八纲等辨证方法，进行分析归纳，辨别病因、病位、病性及其发展趋势，以掌握疾病的实质，最后作出诊断。儿科望诊，主要是观察病儿的神、色、形态，苗窍及指纹等变化。婴幼儿问诊一般通过其亲属或褓姆，按"十问"作多方面的询问。闻诊，包括闻声音和嗅气味。婴幼儿切诊采用"一指定三关法"脉象的变化以浮、沉、迟、数、虚、实、滑、弦、结、促十脉较为多见；另外，四肢、肌表及胸部、腹部的按诊亦可测知部分疾病的正邪盛衰。由于小儿的生理和病因病机具有一定的特殊性，且乳幼儿不会用自己的语言表达病情，故古人有"哑科"之称。小儿四诊尤以望诊为重要。《幼科类萃·小儿脉证总说》："凡看小儿疾病，先观形证神色，而切脉次之。欲别五脏，各有所主。须看禀受盈亏，胎气虚实，阴阳冷热之证。"《幼科铁镜·卷二》也说："五脏不可望，惟望五脏之苗与窍。""望其色若异于平日，而苗窍之色与面色相符，则脏腑虚实，无不有验者矣。"由于小儿脏腑娇嫩，形气未充，稚阴稚阳，机体和功能都较脆弱，对疾病的抵抗力亦差，加上寒暖不能自调，乳食不知自节，一旦调护失宜，则外易被六淫、疫毒所侵，内易为乳哺饮食所伤。《景岳全书》谓诊"小儿之病，非外感风寒，则内伤饮食，以至惊风吐泻，及寒热疳痫之类，不过数种；且其脏气清灵，随拨随应……"。其决诊辨证之法，"亦不过辨其表里、寒热、虚实"。故"凡外感者，必有表证而无里证，如发热头痛，拘急无汗，或因风搐搦之类是也。内伤者，止有里证而无表证，如吐泻腹痛，胀满，惊疳，积聚之类是也。热者必有热证，如热渴躁烦，秘结痈疡之类是也。寒者必有寒证，如清冷吐泻，无热无烦，恶心喜热者是也。凡此四者，即表里寒热之证，极易辨也。然于四者之中，尤惟虚实二字，最为紧要。盖有形色之虚实，有声音之虚实，有脉息之虚实。如体质强盛与柔弱者有异也。形色红赤与青白者有异也。声音雄壮与短怯者有异也。脉息滑实与虚细者有异也。故必内察其脉候，外观其形气，中审其病情，参此数者而精审之，又何虚实之难辨哉"。所以对小儿疾病的诊断和证候的辨别，又必须在望诊的基础上，结合审病情，察指纹，切脉候，闻声音，综合归纳，认真分析才能得出较准确的结论。

儿科望诊　医生运用视觉观察病儿的神色、形态等变化，以测知病情，判断病变所在的方法为儿科望诊。

望神志　神是精神状态，人体精神状态可以反应内在脏腑功能活动的情况。如小儿形体壮实，面部表情灵活愉快，目有光彩，面色红润，声音洪亮，肢体活动灵敏，这是正气未伤，精神充足的表现，叫做"得神"。若形体羸瘦，面部表情呆滞，目无光彩，面色晦暗，声音低沉，意识不清，肢体活动迟钝，甚至不能自主，这是正气已伤，精神不足或精神失常的表现，叫做"失神"。

望气色　色，是指脏腑气血的外荣，脏腑发生病变，相应地反映于色泽。根据不同的色泽，综合病情，可以看出疾病的发展和演变。望色要注意察色的神气。一般说来，气怯则色必嫩，其为虚可知；气壮则色必盛，其为实可知。石芾南《医原·望病须察神色论》："神气云者，有光有体是也。光者外面明朗；体者里面润泽。"所以正常小儿的肤色是红黄隐隐，鲜明润泽，表示气血充盈，有光有体，神气咸备，为健康无病。但也有稍偏白偏黄者，或随着四时气候不同而肤色亦微有变化者，均属正常范围。除了正常肤色及暂时因啼哭等所引起的一时性肤色变化外，凡因病而出现的一切不正常的颜色均属"病色"。

望面色　小儿局部望色以面部为主，五脏之气形于面部，面部各部位分属脏腑，是面部望色的基础。色与部位结合起来看，能进一步了解病情。《小儿药证直诀·面上证》："左腮为肝，右腮为肺，额上为心，鼻为脾，颏为肾，赤者热也。"然五脏之气色，层见迭出，随形流证，初无一定。《幼幼集成》引六朝高阳生《面部形色赋》载："察儿形色，先分部位。左颊青龙属肝，右颊白虎属肺，天庭高而离阳心火，地角低而坎阴肾水，鼻在面中，脾应唇际。红色见而热痰壅盛，青色露而肝风怔悸；如煤之黑为痛，中恶传逆；似橘之黄食伤，脾虚吐利；白乃疳痨，紫为热炽，……气乏囟门成坑，血衰头毛作穗；肝气眼生眵泪；脾冷流涎滞颐；面目虚浮，定腹胀而上喘；眉毛频蹙，必腹痛而多啼；……手如数物兮，肝风将发；面若涂朱兮，心火燃眉；坐卧爱暖，风寒之入；伸缩就冷，烦躁何疑；肚大脚小，脾欲困而成疳；目瞪口张，势似危而必毙。"（附图）



面部形色部位图

一般看来，面色绯红，多属于热；若两颧潮红，则属阴虚火旺；面色苍白，多属虚寒，面色㿠白虚浮，则属气虚。面色枯槁为气血俱虚。面色淡黄，为脾虚；面色萎黄，属血虚。面色青晦，属寒属痛；面唇青紫，多为惊风、瘀血；面色黑晦，属肾虚或为瘀积；面黑形瘦，多属胎元不足。

望形态　即观小儿形体的强弱，肥瘦及动静姿态。万密斋："形气实者，此禀气有余"；"形气虚者，此禀气不足。"人体是一个有机整体，有诸内必形诸外，脏腑经络、

内外贯通，内脏有病能够反映到体表上来，故透过现象，可测知本质。

从整体来看，小儿形体结实，活动正常，为体质强壮，正气充盈的表现；形体瘦弱，肢体疲倦，活动迟钝，为体质虚弱，气血不足的征象。形体肥胖虚浮，多有痰湿；形体消瘦低烧，多为阴虚。

病儿动静姿态，和疾病有密切关系，不同的疾病产生不同的姿态。眼、面、口唇、手指或足趾时振动，在急性热病中是发痉的先兆；在慢性虚损病中是阴亏，经脉失养；四肢全体出现搐、搦、掣、颤、反、引、窜、视，多见于急慢惊风，为惊风八候。战栗则见于疟疾发作，或为病邪留连，正气集中抵抗而欲作战汗之兆。

望头部 颈项与头颅部。《灵枢·邪气脏腑病形》说："十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。"因此，头面五官的神色形态，足以反映脏腑经络的正常和变化。

头为诸阳之会，元神之府，中藏脑髓，为肾所主，而肾之华在发，故望头的形态和发的颜色，可以了解脑、肾、气、血的盛衰。摇头不能自主的，为风病；发盛色黑，为肾气盛；发少稀疏，为肾气衰；黑发变黄，为血不足；发干枯而无光泽，为津气耗伤；发结如穗，为血衰、疳积；发自脱落，为液燥津亏。

望颅囟腮颊 肾主骨髓、脊者髓之路，脑者髓之海。肝肾与督脉，行于脊背，上会于脑，故望儿颅囟，能测知肝肾督脉之气与脑的盛衰。前囟名囟门，后囟名后脑顶门，头中心顶上名百会。凡小儿前后囟及百会开而虚软，或骨缝迟迟不合，为禀赋虚弱，精气不充所致，称为解颅。小儿头倾项软，见于病后，多为阳气或精血大虚。《素问·脉要精微》："头者精明之府，头倾视深，精神将夺矣。"倘因先天不足者，为五软之一。望颅囟时，要注意面部腮颊外形的变化。如面肿，多见于水肿，有阴水与阳水之分。阳水肿，起病速，头面及上肢先肿；阴水肿，起病慢，下肢腹部、胸部先肿。腮肿起于突然，面色鲜红，或咽喉肿痛，为痄腮；腮肿局部焮红、灼热、疼痛，逐渐成脓者为腮痈。头面、颈项、腮颊亦肿，发热，咽喉肿痛，或兼耳聋者为大头瘟，多由风温热毒，壅遏三阳所致。肿起下颌角，逐渐延向耳前耳后，初起肿如结核，渐大如李者，为发颐。

小儿颈项外形望诊应注意颈脉的动态。《灵枢·水胀》说："水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动。"它有助于水病的诊断。

望皮肤、肌肉 小儿皮肤娇嫩，黄疸、肿胀、斑疹、痘疮反映最为明显。黄疸除辨别阳黄与阴黄以外，凡儿初生，面目通身皆黄如金色者为胎黄。肿与胀不同，全身浮肿，按之没指者为肿，或称水肿；全身消瘦，腹部鼓起而膨胀者为胀，或称疳胀；皮肤红如涂丹，为丹毒。发无定处的名赤游丹。斑和疹都是皮肤上的病变，斑色红，点大如片，平摊于皮肤之上；疹形如粟粒，色红或高起。由于病因的不同，有麻疹和隐疹的区别。

皮肤出痘，有天花和水痘两种，天花现已彻底消灭；唯水痘仍有出现。天花与水痘的鉴别如下：

天花水痘鉴别表

	天　花	水　痘
布痘	痘粒成对，一齐出现，大小等齐	痘粒散见，陆续出现，大小不齐
痘形	痘粒上有凹陷(痘脐)，顶白根红	无脐，痘疮易破易瘪，泡水易出
灌浆	浆厚如脓，色混而浊，结痂厚	浆白如水，色晶莹，明亮不结厚痂
痘痕	遗留痘痕	愈后不留疤痕

在暑温、湿温过程中，皮肤出现一种白色小颗粒，晶莹如粟，称为"白痦"。多由湿郁，汗出不彻所致。

肌肉为脾胃之气所充，观察肌肉，可以测知脾胃的盛衰，气血的有余不足。肌肉充盛的为脾胃气实；肌肉消瘦的为脾气虚。肥而润泽是气血有余。瘦而枯干，为气血不足。

望四肢 小儿四肢异于正常，多为病候。如胫肿跗肿，按之凹下为水肿；单独膝关节肿大的为鹤膝。手足壅肿多为实证；手足枯细多属于虚。手足软弱，不能动作而不痛的为痿；关节肿或不肿而痛，肢体运动困难的为痹。

望胸腹 胸为心肺的外廓，初生儿胸廓软圆，随年龄的增长而与成人相似。胸廓显著畸形，多为病态。如胸廓凹陷或平扁的为小儿肺痨。胸廓凸起或如桶状的，为肺胀气壅。胸骨突出形如鸡胸者为佝偻病。

婴儿腹部大小与胸相仿，以后则较胸部为小。腹大有气和水之分，皮厚色苍的多属气；皮薄色亮的多属水。气为阳胀速，每从上肿而渐下，能安卧；水为阴胀缓，每从下而渐上，更兼喘咳不能平卧。脐突为脐疝，见于水肿为恶候。初生儿脐湿肿，口噤为脐风。

望脊背 背为阳，脊为督脉所贯。龟背，多因风客于脊，入于骨髓，或由胎元不足，督脉空虚所致。亦有由于坐式不正常，以致形成脊柱弯曲变形，而成龟背者。角弓反张，多因风邪所伤，或高热灼脑，病在督脉，见于惊风、脐风、脑病。脊柱畸形，为小儿脊疳，发育不良。

审苗窍 苗窍，指眼、耳、鼻、口、舌。夏禹铸："五脏不可望，唯望五脏之苗与窍，其色若异于平日，而苗窍之色与面色相符，则脏腑虚实，无有不验者矣。"苗窍内连五脏，故其变化亦可反映五脏病变的性质。

(1) 察眼：眼为肝的开窍，而五脏六腑之精，皆上注与目。察眼首先要察眼睛有神无神，神者为目中精神的光彩。《小儿药证直诀·目内证》："赤者心热，……淡红者心虚热，……青者肝热，……黄者脾热，……无精光者肾

虚。"明代李梴："小儿诸病，但见两眼无精光，黑睛无转运，目睫无锋芒，如鱼猫眼状，或两眼闭而黑睛朦昧者死。或外若昏困，而神藏于内不脱者生。黑珠满轮，睛明者少病，眼白多，睛珠或黄或小者，禀弱多病。"《育婴家秘·发微赋》："两目连劄兮，肝风之鼓；双瞳直视兮，心火之炎。"临床上小儿一般两目灵活，神彩奕奕，为精气充沛；两目呆板，失却神彩，是神气不充，多属虚证。白睛红属热，白睛黄为湿，眼睛窜视，可为惊风大吊；睡而露睛，多属气虚，慢脾。

(2) 察耳：耳为宗脉之所系，肾气之所通。外感则或冷或热，内伤则或枯或滞。小儿沐浴，水入耳中而未清沥至尽，搏于气血，蕴结成热，浓汁溢出为聤耳。凡耳轮红润者生，耳轮枯燥者病重。耳形肿起者病，邪气实；干缩者，精气虚。耳廓黄赤为风热，青白为虚寒，黑为肾虚；青黑相兼为痛证。

(3) 察鼻：鼻为肺的开窍，《幼幼集成·面部形色赋》："山根，足阳明胃脉所起，……倘乳食过度，胃气抑郁，则青黑之纹横截于山根。"《幼科铁镜》："鼻准……为脾之窍，鼻红燥脾热也。"鼻流清涕，是外感风寒；鼻流浊涕，为外感风热。鼻扇有虚实新久之分。若初病即鼻扇，多为邪热风火，壅塞肺气使然；若久病鼻扇，喘汗为肺绝。鼻孔出血，称鼻衄，为肺胃热重。鼻孔干黑如烟煤者，为内热深重。

(4) 察口唇：脾开窍于口，唇为脾之外华。唇色红而鲜润为正常。唇色鲜红为实热；唇红干燥而皱者主渴，为热甚伤津。唇色淡白，为虚寒；环唇及唇色青黑，多为寒证或痛证。口唇糜烂，多有热。唇口蠕动，多为风或脾虚不能收摄。人中满而唇翻，或短缩者，是脾气衰败，病属危候。婴儿初生，口噤不乳，口舌生疮，大如黍粟，吼呀多啼，为口噤。《保婴易知录》谓小儿满口糜烂，色红作痛，连及咽喉，不能饮食者为口糜。小儿口内流涎，浸及两颐，为滞颐。《诸病源候论·口下黄肥疮候》："小儿有涎唾多者，其汁流溢，浸渍于颐，生疮，黄汁出，浸淫肥烂"为口下黄肥疮。此外，在望诊口腔时，要注意咽喉。正常咽喉红润而滑，不痛不肿，呼吸、发音及饮食吞咽，通畅无阻。咽喉为肺胃的通道，其病变属于肺胃的为多。如肺胃郁热上冲，则咽喉红肿而痛。咽喉白腐，形如白膜，刮之可去而不复生的，是胃热；若刮之不去，重剥则出血，随即复生者为白喉。

(5) 察舌：舌乃心之苗窍，又为脾之外候。人体有很多经络与舌相联系，故舌为诊候之要地。杨云峰《临证验舌法》："幼稚之病，往往闻之无息，问之无声，而惟有舌可验。"诸凡人体内部的变化，如脏腑的虚实，病情深浅，津液的盈亏，气血的盛衰，均可客观正确地反映于舌象变化上。

儿科舌诊主要观察舌质和舌苔两个方面，两者临床意义各有不同。章虚谷说："观舌质可以验其正之阴阳虚实；审苔垢即知其邪之寒热深浅。"

观舌质，着重观察舌质的颜色和形态。①察舌颜色：正常小儿及多数初生儿，舌质淡红、润泽；部分初生儿及早产儿舌质鲜红。舌淡白，属虚寒，阳气衰弱，气血不足。舌鲜红，主里热。舌色深红为绛舌，系热入营血。舌青紫或有斑块、瘀点，为瘀血入脏腑，气滞血瘀。②察舌形态：小儿正常舌质较成人为细嫩，运动自如。胖嫩而色淡者主虚；舌胖，主水湿、痰饮、水肿或紫胖，为热毒上壅于舌；舌缩，主心虚血微，内热消灼；木舌，主惊风，脉络失养；重舌，主痰火上攻；吐舌，主风火攻心；舌颤，舌歪斜，舌萎软，主肝风内动。

审苔垢，正常儿为薄白苔，早产儿及部分初生儿可无苔。一般苔白主表证，厚白苔主痰湿，黄苔多湿热，或邪在营卫之间，灰黑苔为病情严重的反映。正常舌苔干湿适度，若苔湿润而厚腻，为湿邪留滞；舌苔干燥少津，为热已伤津；若少苔、无苔、花剥或光剥者均为津液耗亏，胃气受损。花剥苔如"地图"者，为脾阴大亏。小儿因吃有色糖果或食品及某些药物，往往舌苔被染，此系假象，不属病苔，应当辨别。

总之，望舌之重要性在于：辨舌色以分析正气的虚实为主，但也可察病邪的深浅，如舌质淡为气虚，而舌质红为阴虚火旺，或邪热入营；辨舌苔以分析邪气之浅深为主，但也可观察正气之虚实，如舌苔厚腻为湿邪内阻，舌苔光剥，属胃虚或津伤，再察其润燥以验津液的亏盈。小儿外感热病，望舌辨证最为重要。《察舌辨证歌》："表白黑黄分汗下，绛营白卫治更岐，次将津液探消息，润泽无伤涩已亏。"

(6) 察齿：小儿出生后5到10个月开始出乳齿，如出齿过晚为齿迟，属五迟之一。叶天士说："齿为肾之余，龈为胃之络，小儿病看舌后，亦须验齿。热邪耗肾液者，齿色必黄。黄如酱瓣，宜救肾；热邪耗胃津者，齿色必紫，紫如干漆，宜安胃。"咬牙啮齿，为温热将成痉病；但咬不啮，为热盛而牙关紧急。齿焦者，肾液枯；无垢者，胃液竭。

察二阴　男孩阴囊不紧不弛，稍有色素沉着，为肾气充足的正常状态。如舌卷囊缩而四肢厥冷为危象。阴囊紧缩属寒，阴囊松弛属热。睾丸肿大为湿热气结的疝气，阴囊红肿为湿热下注肝经。肛门红肿而痛，为大肠湿热。小儿大便脱肛，为中气下陷。

察指纹　小儿指纹是指食指桡侧显露的脉络，亦即皮下浅表静脉，又名"脉纹"、"脉形"、"指脉"或"虎口纹"，观察指纹颜色，部位和形状变化以辨别小儿疾病的方法称察指纹。指纹是由手太阴肺经之脉分枝而来，由于婴幼儿皮肤嫩薄而易显露，在一定程度上可以反映脏腑、经络、气血的变化和正邪的盛衰。所以察指纹与诊寸口脉象具有近似的临床意义，此法由《灵枢》诊鱼际络脉法演变而来。唐代王超在《水镜图诀》最早记载了指纹诊法。由于小儿气血未定，脉息难凭，历代医家以察指纹补小儿脉法之不足，协助诊断。临床常用于三岁以内的小儿。

察指纹的方法，先把小儿食指用清水洗净擦干，在光线充足处，检查者手执小儿食指，从桡侧远端向近端轻推，使指纹显露后观察。如观察不清时，可借用放大镜。指纹的部位，一般分虎口、风关、气关、命关四部。虎口纹位于虎口处，或刚达第一指节掌面横纹。风、气、命总称三关。风关位于第一指节的掌面；气关位于第二指节的掌面；命关位于第三指节掌面。根据指纹的浮沉、颜色、部位和形状的变化可辨别疾病的表里、寒热、虚实和轻重。

(1) 浮沉分表里：指纹显现于肤表者为浮，隐现于肤下者为沉。正常儿的指纹隐隐可见。初感外邪，邪尚在表，则指纹浮露；邪入于里，则指纹多沉。

(2) 红紫辨寒热：正常儿指纹红黄隐现，血色精莹。纹色鲜红浮露，多为风寒表证；纹色淡红沉隐，多属虚寒里证；青紫面亮为血瘀、血热；紫黑而暗为气滞多寒；淡紫为虚热；青色主惊搐。

(3) 淡滞定虚实：医者用拇指掌面外侧自命关向虎口推动，指纹很快消失，约1秒钟左右又很快重显，称为流利。指纹消失缓慢或重显迟缓（超过两秒钟）则称为滞。正常儿指纹流利。纹滞每因邪热、痰饮、食积、气郁、血瘀等导致气血流行不畅，壅遏络脉所致，故纹滞主实证。指纹色淡多属体质虚弱、气血不足。

(4) 三关测轻重：正常儿指纹短而直，多见于虎口，如指纹直达风关，为病初起，证候尚轻；纹见气关，为病邪深入，病势方甚；纹至命关则为病重。指纹延伸到指尖，为透关射甲（指），多属病危。病将痊愈则纹亦短缩，故根据指纹三关可测知病情轻重。

(5) 纹形主病：古有“十三指形”之说。《保婴撮要》分：①流珠形：主饮食所伤，内热欲吐，或肠鸣自利，烦躁啼哭。②环珠形：主脾虚停食，胸膈胀满，烦渴发热。③长珠形：主脾伤，饮食积滞，肚腹作痛，寒热不食。④来蛇形：主脾胃湿热，中脘不利，干呕不食。⑤去蛇形：主脾虚食积，吐泻烦渴，气短喘急，不食困睡。⑥弓反里形：主感冒寒邪，哽气出气，惊悸倦怠，四肢稍冷，小便赤色，咳嗽吐涎。⑦弓反外形：主痰热心神恍惚，夹惊夹食，风痫痰盛。⑧枪形：主风热生痰发搐。⑨鱼骨形：主惊痰发热。⑩水字形：主惊风食积，胸膈烦躁，烦闷少食，或夜啼痰盛，口噤搐搦，饮食积滞。⑪针形：主心肝热极生风，惊悸烦闷，困倦不食，痰盛抽搦。⑫透关射指形：主惊风痰热，聚于胸膈，乃脾肺亏损，痰邪乘聚。⑬透关射甲形：主惊风肝木克制脾土之败证。

在解剖上食指桡侧存在着较长的皮下浅静脉，当末梢循环良好时，手指远端小静脉不充盈，则远端指纹不显，旁支小静脉不显，指纹呈直形，且纹较短。如末梢循环不良，远端小静脉瘀血，表浅静脉周围的细小侧支亦因血液不畅而充盈显现，则指纹由短而长，纹形亦由直而弯曲、分叉。

临床实验表明，指纹充盈度的变化主要与静脉压有关。在心力衰竭、肺炎等患儿，大多数向命关伸延，这是由于静脉压升高所致。静脉压愈高，指纹充盈度就愈大，也就愈向指尖方向延伸。指纹的色泽在某种程度上，可反映体内缺氧的程度，缺氧愈甚，血中还原血红蛋白量就愈多，指纹的青紫就愈明显。因此，在肺炎、心力衰竭的患儿多出现面色青紫，或青紫的指纹。贫血的患儿，由于红细胞及血红蛋白减少，指纹也就变淡。望儿指纹对幼儿疾病的观察，有一定参考价值，但必须结合其他诊法，进行综合分析，才能做出全面正确的判断。

儿科闻诊 运用听觉和嗅觉，以了解患儿的声音和气味，从而辨别脏腑疾病证候及其寒热虚实者为儿科闻诊。

闻声音 “乐声乱则五音不和，人声乱则五脏不和”。凡人有病蕴于脏腑，其声必然有显于外，所以听声音能验儿之疾病。声音的发生和肺、喉、会厌、舌、齿、唇等器官以及气机的通调有直接的关系。闻诊不仅可诊察这些器官的变异且能了解有关内脏的情况。《全幼心鉴》：“闻者听其声音及啼声也。”正常小儿哭声与语声都较洪亮，若声音有变异，即为有关脏腑病理改变的反映。李仲南谓小儿有疾，必应于声。

声的改变分重实、悲焦、啼哭、噫煎、迟缓五声，各有不同的临床意义。重实声，“重实声雄休热为三焦气壅在心脾；伤风咳嗽咽喉痛，结涩肠中粪出迟”。悲焦声，“声悲焦有燥，恐怖欲生风；重浊声沉静，疳攻必耳聋”。啼哭声，“但哭无啼自有惊，多啼不哭痛分明；声轻颤嗄风痫病，速缓声频吐泻成”。噫煎声，“噫煎烦躁病难安，躁促声音为感寒；语短气微尿主涩，长迟声细痢多般”。迟缓声，“促短声迟缓，肠鸣泄泻频；嗄声多不响，风热肺虚因”。

乳儿偶然啼哭而无其他证候，应注意是否由于饥饿，便、尿浸湿尿布或包扎过紧所引起。若阵阵啼哭，哭声尖锐而高，甚至烦躁不安，则多因疼痛所致，哭时弯腰曲背多示腹痛。又啼哭较多的婴儿，均应注意是否有发热。哭声低沉或如猫叫或伴呻吟不止者病多危笃。语声低弱无力多属虚证、重证。哭声或语声嘶哑多为风痰火热内蕴。哭声伴有喉内痰鸣或呼吸困难，多为肺热。

咳嗽声轻，并流清涕，多属外感风寒。咳而气粗，痰稠色黄，多属外感风热。咳嗽声重，气粗伴发热、喉内痰鸣及喘促者，多属肺热或肺气郁闭。咳嗽嘶哑或咳而无痰，多属肺燥。咳声阵发，连续10—20次，面红目赤，继之以呕吐，为顿咳。若喘促气粗，多为肺热；痰鸣如锯为风痰壅肺。呼吸微弱无力为气虚重证；呼吸不规则，时有时无，呼多吸少为肺、肾之气将绝，病属垂危。

嗅气味 人体脏腑、气血、津液，受到病邪熏蒸时，其呼吸气息或排泄物出现一种异常气味。小儿口臭为胃肠有热；口气酸腐为宿食不化。大便酸臭为下焦积热；大便稀薄，完谷不化，无腥臭气，为脾胃虚寒。小便黄赤臭臊为热证；小便清长无明显气味，多属正常或脾胃虚寒。

儿科问诊 询问了解病史病情及发病诱因等为儿科问诊。小儿病因,除先天性因素如胎弱等外,后天因素如外感、内伤,均须由其父母或保育人员叙述。询问其起病时间、原因及症状,遇主要环节要不厌其烦地追踪探询,以找出疾病的根本原因。问诊程序和内容,可按"十问"进行。

一问寒热 小儿发热除用体温表测量以外,还可通过接触来感知,如手足心热,头额热,吮乳时口热等;小儿恶寒可从姿态改变来测知,如依偎母怀,卷缩而卧等。问寒热的关键,在于辨别表里、虚实;如发热,喜人怀抱,畏缩,不欲露出头面,不渴,清便自调,吮乳口不热,或鼻塞流涕,或喷嚏,浑身拘急,为表热;发热时喜露头面,仰身卧,扬手掷足,揭去衣被,渴欲饮水,吮乳口热,小便黄涩,大便秘结,为里热。大病之后,或温热,或潮热,或渴或不渴,大小便如常,为虚热;发热面赤唇燥,鼻孔干焦,喜就冷,或仰面卧,露出手足,揭去衣被,大渴不休,大小便秘,为实热。

小儿夜间发热为夜热,肚热面黄者,乃伤积夜热。据其兼症的不同,应注意乳积、食积、气积、惊积、虚积、实积、积块的鉴别。例如兼见吐下乳片,酸臭异常者为乳积夜热;兼见困睡吐泻,肚腹胀满者为食积夜热;兼见腹痛多啼,便如蟹渤者为气积夜热;兼见泄泻青汁,时或惊啼者为惊积夜热;兼见面色虚浮,手足俱肿者为虚积夜热;兼见壮热引饮,善食屎硬者为实积夜热;兼见痰瘀壅滞,腹有痞块,按之坚硬者为积块夜热。若伤积夜热持续不退,全身消瘦,方颅腹大,嗜异发枯则为疳热。夜热身瘦,咳嗽咯血,五心烦热,急躁多啼则为痨瘵发热,或称阴虚痨瘵。

二问汗出 小儿肌肤薄弱,较成人容易出汗,一般不属病态。若白天或醒时出汗,为自汗,属气虚或阳虚;若夜间或睡时出汗,为盗汗,多属阴虚。汗出如珠,淋漓不止,是亡阳虚脱。

三问精神 正常小儿精神好,活泼好动。精神如常者病轻,精神委靡者病重,且多属于虚。烦躁不安者,多为热证、实证。

四问头身 小儿啼哭摇头或两手抱头者为头痛。头痛兼有发热恶寒,为外感头痛;头痛兼有壮热,汗出抽搐,烦渴,为阳明热炽,肝风内动。若四肢屈伸不宁而呻吟者多属肢体疼痛。发热肢节烦疼,常为外感或风湿病的表现。

五问二便 排便困难,过于干燥为便秘。新病便秘,属大肠实热;久病便秘,为津液干枯。便次频繁,粪便稀薄,为溏泻,属脾虚。腹泻便稀,挟有乳片为伤乳;下痢脓血,属大肠实热;腹泻如水,为水湿下注;小便短少,色黄赤而热,为热;小便色清,过多而长,属寒。

六问口味 小儿能按时进食而不呕泻为正常。若不思乳食,或食量减少,为脾胃薄弱。渴喜冷饮,为热证;渴喜热饮,为寒证。频频引饮,为津液亏损,胃阴不足。腹胀不思饮食,为乳食停滞;腹泻不思乳食,为脾不健运。此外,初生儿喂乳以后引起呕吐多为溢乳。

七问胸腹 胸部胀满而咳嗽,为风邪犯肺;胸闷气喘痰鸣,为痰阻肺窍;胸痛发热,气喘咳嗽,为温邪犯肺;胸闷心悸,面青气急,为血瘀气滞,心阳不振;脘腹饱胀,多为伤食积滞;腹痛腹泻,多为脾不健运;腹痛隐隐,绕在脐周,多见于蛔虫病。

八问睡眠 正常小儿睡眠安静,年龄越小,睡眠时间愈长,睡眠不宁、烦躁不安,属心胃有热;睡眠不深,易于惊醒,为心气虚;睡中咬牙,为虫积和胃中有热;睡中惊哭,多属受惊;夜间睡眠不宁,肛门瘙痒,多为蛲虫病。昏睡和嗜眠,在温病中,多为邪入心包或痰蒙心窍。

九问病因 询问引起发病的直接原因和有关因素。如患病前是否受惊,有无吃不洁食物或接触传染病(如麻疹、白喉、痢疾等)以及父母和其他家庭成员是否有肺痨等病史。

十问个人史 询问生产史、喂养史、生长发育史。生产史包括胎次、产次,是否足月,顺产或难产,接产方式,出生情况,以及母孕期营养情况和健康情况。对初生儿及婴幼儿尤为重要。喂养史包括喂养方式和辅助食品添加情况,对年长小儿还应询问饮食习惯,现在食谱和食欲等。发育史包括体格和智力发育,坐、立、行、语言等出现时间,如已入学还应了解学习情况,以推测智力的发育。

问诊时应从多方面探索病因和一切有关因素,并从正常和异常状况中进行分析,研究判断。如在流行病发生期,遇有小儿发热,便应询问曾否进行预防接种以及是否患过水痘等传染性疾病,以便掌握多方面的情况,作出正确的诊断。

儿科切诊 分为小儿脉法和儿科按诊两个方面。

小儿脉法 小儿气血未定,脉息难凭,故周岁以下,不作脉诊。周岁以上小儿由于臂短位小,寸、关、尺三部难分,一般采用"一指定三关法"。对年长儿切脉则与成人相似。由于婴幼儿在诊病时不易合作,每因恐惧哭闹不安,而使脉搏迟数变化较大,故一般应在小儿安静或睡眠时切脉。

小儿生机蓬勃,发育迅速,脉象与成人悬殊。《颅囟经》:"凡孩子三岁以下,呼为纯阳,元气未散,若有脉候,须于一寸取之,不得同大人分寸。其脉候之来,呼之脉来三至,吸之脉来三至,呼吸定息一至,此是和平也。若以大人脉五至取之,即差矣。"《脉经》:"小儿之脉快疾,一息七、八至曰平。"小儿年龄愈小,脉搏愈快,1 岁—2 岁,每息 6—7 至;3 岁—6 岁,每息 5—6 至,以后随年龄增加,而脉搏则相对减少。

小儿脉象分类,《小儿药证直诀·小儿脉法》分浮、沉、缓、急、弦、细、促、乱八脉。《幼幼集成》取浮、沉、迟、数,定表、里、寒、热,而以有力无力定其虚实。临床小儿脉象常分为浮、沉、迟、数、虚、实、滑、弦、结、促十脉。

(1) 浮脉:轻手按之即得,重手按之脉力不足,主表

证。也有里虚而见浮脉者,多为阴虚不能恋阳,阳气浮越于外所致。其特点为浮而无力。此外,常见浮兼别脉,如:浮迟风寒,浮数风热,浮滑风痰,浮结风湿等。

(2) 沉脉:轻手按之不应,重手按之乃得。主里证。邪郁在里,气血困滞,则脉沉而有力;阳气虚陷,不能升举,则脉沉而无力。

(3) 迟脉:脉比同年龄正常小儿缓慢,主寒证。寒邪侵入体内,阳气被郁而不宣畅,故脉象见迟。邪热内结,阻滞血脉运行,亦可出现迟脉,但必迟而有力。

(4) 数脉:脉比同年龄正常小儿为快,数而有力主热证。数而无力,主阴虚内热。

(5) 虚脉:脉来无力,按之指下有虚空不充盈的感觉,主正气不足。气不足以推动血液运行,故脉来无力;血不足以充盈脉道,故脉来空虚。

(6) 实脉:脉来有力,按之指下有充盈过盛的感觉,主邪气有余。邪气与正气相搏,鼓动脉气,致使脉道坚满,脉来过于有力,故主邪气有余的实证。

(7) 滑脉:按脉往来流利、圆滑,有如珠走盘之感。主痰、食、实热。滑脉属阳,为气实血涌,故脉来流利圆滑。痰、食内滞,邪气盛实,故亦脉滑。

(8) 弦脉:脉来"端直以长,如张弓弦"。主肝胆病、疼痛、痰饮。小儿肝常有余,易动肝气生风,影响肝之疏泄而脉弦。又"疟脉自弦"。基于病人体质及病情的不同,证有偏热偏寒之差异,故有"弦数者多热,弦迟者多寒"的区别。

(9) 结脉:脉来迟而中止,止无定数。主阴盛气结、血瘀。阴盛而阳衰,气机被郁,脉道不利,故脉来迟而中止。

(10) 促脉:脉来数而中止,止无定数。主阳盛热实,或气滞血瘀。阳盛则阴衰,营血亏虚,脉道失养,故脉搏节律不齐。由于阳气过亢,阴不能济,故脉来数而中止。

儿科按诊　医生用手按压病儿体表或深在部位,以检查有无异常的变化为儿科按诊。如探测体表的温凉,可了解表、里、虚、实及阳气盛衰的变化。肤冷为寒,肤热为热,汗多为表虚,无汗为表实。婴幼儿泄泻,皮肤温暖的为阳气未衰,病情较轻,如泄泻稀薄,皮肤寒冷的为阳气不足,病势较重等等。

(1) 按前额:据《全幼心鉴》所载凡小儿半岁之际,有病当于额前、眉端、发际之间,以无名、中、食三指曲按之,儿头在左举右手,在右举左手,食指为上,中指为中,无名指为下。三指俱热,主感风邪,鼻塞气粗,发热咳嗽;若三指俱冷,主外感风寒,内伤饮食,发热吐泻;若食、中二指热,主上热下冷;无名、中二指热,主夹惊之疾;食指热,主胸满食滞。

(2) 按头颅:婴儿应检查前囟大小、凹陷或隆起,压力以及是否闭合。正常前囟于一岁至一岁半闭合。迟闭或大而边缘软者为肾气不足。未闭的正常囟门按之柔软,平坦或稍凹陷。囟门明显凹陷者,为囟陷,属虚证,见于久病泄泻,或伤阴。囟门隆起压力高,称囟填,多属实热。

正常小儿颈部两侧可扪及少量绿豆大小结,若结如黄豆、蚕豆或更大,多个或成串,为痰核或瘰疬;若伴有红肿,按之疼痛,多为热毒壅结。

(3) 按胸腹:胸腹为脏腑的城廓,阴阳气血的发源,故按胸腹的坚软,拒按与否,可知正邪的虚实,脏腑的盛衰。胸骨高突为鸡胸。胸部虚里(左乳下第四、五肋处)按诊,可测知心与宗气的改变。《柳州医话》:"凡治小儿不论诸证,宜先揣虚里穴,若跳动甚者,不可攻伐,以其先天不足也。"故虚里可触心脏之气。按之应手,动而柔和,为宗气积于胸中,属正常现象。若动而微弱,触之不甚明显,为宗气内虚。如动而太过,甚至可以引动衣服,为宗气外泄,心病较重。《诊病奇侅·虚里》:"动气三候,浅按便得,深按却不得者,气虚之候。轻按洪大,重按虚细者,血虚之候。有形而动者,积聚之候。"

正常小儿腹部柔软,不胀,不满,按之不痛。腹胀灼热而硬实者,为胃肠积滞;若兼拒按,为实邪积结。腹胀叩之如鼓为气滞,叩之浊音,多为虫积或积水。腹胀柔软,喜按喜暖,属虚寒;腹胀而硬,得暖益甚,拒按,属实热。

(4) 按四肢:初病即起,见四肢发凉,多为素体阳虚,兼感表寒;病中四肢厥冷,冷过肘膝,体温不升,胸腹俱冷,多为阳气衰微。头额、胸腹比掌心热重者,多属外感;掌心比头额、胸腹热重者,多属阴虚内热。

外科诊法

外科诊法是以望、闻、问、切四诊为手段,全面收集病史、症状、体征,特别注意病患局部之表现和检查,进而运用八纲等辨证方法,进行分析归纳,辨别病因、病位、病性及其发展趋势,以掌握疾病的本质,最后作出诊断和治疗。

望诊　主要观察病人的精神状态、局部情况和舌象变化等。

精神状态　病人的痛苦和病情趋势常常表现在神态方面。外科病人多有痛楚,但面部表情自然,目有光彩,面色润泽,语言清亮,呼吸调顺,这是正气未伤,足以抵抗病邪的表现。若形体逐渐消瘦,精神委靡,双目无神,面部表情呆滞面色黯晦,语音细弱,呼吸急促,这是正气已伤,不足以抵御病邪的表现。如正气已伤,病变尚在进行,应防恶化。若神志模糊不清,烦躁不安,而色嫩赤,双目白睛充血,此为邪人营分,毒陷心包的"走黄"、"内陷"之特征。面色皖白,精神不振,好静嗜卧,虽然高热,若无所苦,一般见于阳气不足,阴寒内盛的病人。午后潮热,双颧红艳多见于瘰疬和流痰的病人,表示三阴亏损,相火上炎,病势趋于发展。

病人形态　病人形态的表现不同,往往显示病之所在。如病在颈项的脑疽,必然表现项强、转动困难;病在

脊椎的龟背痰，多现驼背；病在胸部的乳痈，多以手捧乳，缓步而行；病在下肢的附骨疽，则走路蹒跚脚跷；循衣摸床，两手撮空，是邪毒内陷，病危的表现。

局部表现 ①局部的皮色变化，可表示病的属性。一般疮疡，应注意皮色是否红活，形之聚散。凡正气充足的阳热实证，皮色红活；阴寒虚证则皮色不变，即使呈红晕而色亦不泽，这是由于元阳不足；湿热重者其色黯红，黑腐者为死肌，青紫色多是血瘀；阳证肿疡，突变紫黯褐色而平塌，为正虚毒陷；阴证溃后疮色紫黯而不红活，是难愈之兆。总之，疮疡以色泽红活为好，表示病位浅表和人体气血充盛，能使毒邪局限。所以，色泽红活者其病程较短，紫黯不泽者其病程必长，黑陷者属凶险。②皮疹是诊断皮肤病的重要体征。一般斑疹、丘疹、结节、水疱、风团等多为原发性损害；如出现鳞屑、糜烂、溃疡、结痂、抓痕、皲裂、瘢痕、苔藓样变、色素沉着、皮肤萎缩等多属继发性损害。红肿者，多为热毒或风热；白肿或淡红者多为风寒。

审辨舌象 舌为心之苗，脏腑气血之虚实，病邪的深浅、津液的盈亏均可表现于舌(舌质和舌苔的变化)。病情轻微，不一定有舌象的改变，若出现全身症状者，则审辨舌象就显得重要了。①辨舌质：舌质淡白为气血不足，久病阳虚，多见于流痰、附骨疽等慢性病；若无苔而光剥如镜，为病久气阴两伤；舌尖红，为心火上炎，多见于头面部疔疖及丹毒病人；舌红而干，为热盛阴伤，每多见于流注后期；舌质红绛是邪热入营分，若绛而有大红点者，属热毒乘心，可见于疔毒走黄和邪毒内陷的重证；若舌紫而干，属瘀热津耗，证属危候。②辨舌苔：疮疡初起有表证者，多有白苔，热盛时舌尖边红而有白厚干苔；舌苔白嫩而滑，属里有虚寒，多见脱疽；舌苔白如晨霜，表示寒湿盛，不易化火溃脓，病程多迁延；舌苔白厚腻不化，为湿邪深伏凝聚，终将化热为黄苔，多见于阴疽酿脓之兆；黄苔均属于热，由白腻苔转黄腻或黄秽浊，此属胃肠湿热蕴结，或病邪发展而未被控制，多见于肠痈；舌苔黄糙而起黑刺或中有裂纹，为热极伤阴，可见于疔毒"走黄"及"内陷"证；凡舌苔黑而燥裂，全无津液，是热毒盛极，津液难复，表示病情已属危候；但黑苔亦有属于寒者，其黑苔不燥裂，舌质必润而不紫赤，无口渴及其他热性病征象，此为内脏虚寒，与热极伤阴者治法迥异。

闻诊 包括听声音和嗅气味

听声音 听病人的语言、呼吸、呕吐、呃逆、痰鸣等。壮热神昏，谵语狂言者，属阳热实证，多见于疮疡、烧伤热毒内攻；呻吟呼号，是疮疡酿脓阶段，或溃烂时出现剧痛的现象。气粗喘急，是热毒内陷或毒邪传肺的危险证候之一；气息低促，是正气不足的虚脱现象。疮疡见呕吐呃逆，为毒邪炽盛，慎防内陷；溃疡见呕逆，多属阴伤胃虚。

嗅气味 主要是嗅脓及二便的气味。疮疡溃后，脓略带腥味而无其他臭秽者为顺证，易愈；倘脓气臭秽，病在深里，较难愈；胸、胁、腹部脓肿，溃后脓液有粪臭味，或随呼吸有响音，多属穿膜；大便恶臭为邪盛里实；小便腥臭而短少为热盛耗津。

问诊 首先询问病人最痛苦的症状，然后了解其发病日期、治疗经过和目前情况，掌握病情是否控制。

问寒热 恶寒发热是正邪斗争的一种反映，寒热的轻重，一般来说可以显示出病情的轻重。疮疡轻者，多无寒热，疮疡重证，初起必有寒热，毒邪炽盛则有憎寒壮热。酿脓期间则高热不退，溃后脓泄则热自退；凡疮疡高热而突发寒战，甚至一日多次，这是邪毒内陷的危险信号。

问汗 疮疡初期，虽有恶寒发热，但多无汗。疮疡重证，常有盗汗或自汗。盗汗多属阴虚，自汗多属阳虚。气息急促，肢冷而大汗者，慎防虚脱。

问二便 二便通畅，乃属佳兆。疮疡便秘而尿黄赤为热毒内蕴，常须泻下积粪，热毒症状每可随之缓解。便后出血，应检查有无痔疮、息肉痔和肛裂；中老年人大便时带脓血，应注意有否直肠癌。小便黄赤而涩，尿频尿急，此为膀胱湿热；尿血伴有腰腹绞痛，常是石淋所致；无痛性血尿，要注意泌尿系统的肿瘤。

问饮食与睡眠 疮疡病人无论已溃未溃，饮食正常而知味，是胃气未伤，气血能得到不断的补充，就有足够的抗病能力，则疮疡易于消散，亦易局限成脓，也易于生肌愈合。反之，饮食无味，或长期不能进食，必耗伤气血，抗病力差，则疮疡多难消、难溃，溃后脓流清稀，脱腐生肌亦慢。恶心不欲食，是邪犯胃腑，如伴寒战高热，为热毒内陷之象。过服苦寒清热的药物，亦可使胃气损伤而致食欲不振。疮疡的进展时期，常因疼痛而影响睡眠，尤其酿脓期间痛如鸡啄，持续不断，此时要托里透脓，或切开排脓，脓毒外泄则痛随减，自能安睡。如溃后不能安睡，除考虑局部脓液浸渍而发生疼痒影响睡眠外，应辨证病人是否阴津耗损或余热未清。

切诊 包括脉诊、触诊两个方面。

脉诊 外科疾病患者，由于病情的发展阶段不同，细切脉象亦可体会有所变异，但须脉症合参，才能明辨阴阳、虚实。常见脉象分述如下：①浮脉：多属病在表浅，痈、疖、皮疹初起，脉多现浮数。破溃后脓毒外泄，浮象应随之而减，若浮象不减，应细察其有力或无力，有力者为正气未衰而邪未退；若浮而无力，为气从外泄，止虚而邪未去。②沉脉：多属病在里，如附骨疽、流痰等，脉多沉而无力；若沉而有力为寒凝经络，气血壅塞。③迟脉：肿疡脉迟，多属寒邪内凝，正气不足；溃疡脉迟，多属毒邪外泄，邪去正衰。④数脉：身热脉数为热毒方盛，疮疡成脓则数而滑、大；溃破脓泄，热退数脉当减，若热退而数脉不减，为余毒未尽，正气已伤。⑤滑脉：疮疡出现滑数脉属痰、属热；溃疡脉滑而大，为热邪未退，或痰多气虚。⑥涩脉：肿疡脉涩，为邪实血瘀；溃疡脉涩，为阴血不足。⑦弦脉：多见于疼痛及肝火旺盛的病人。⑧芤脉：溃后脓血不断或大量出血的外科重症，均可切得芤脉。上述脉象为外科疾病中所常见，但脉诊要与临床症状结合起来，故前

人总结出"脉证合参"、"舍脉从证"和"舍证从脉"的经验，就是不能把切脉孤立来看，而要与全身症状、平素体质作综合分析，才能有助于确切辨证。

触诊　是外科临床检查的重要手段之一。可以了解肿块的性质、形状大小、部位的深浅、压痛的程度、皮肤温度和脓成已否等。①摸肤温：触摸病变部位皮肤的温度，以辨别疾病属寒或属热。皮肤灼热者为阳证，一般见于热毒炽盛的疮疡；皮肤不热或发凉者为阴证，每见于寒湿所致，如脱疽。②触肿块：触摸肿块时，应注意肿块的大小、形状、硬度、活动性、表面情况及其与周围组织的关系，以了解肿块的性质。例如，硬如岩石的是岩证；颈部肿软如棉团的是气瘿。③按压痛：根据压痛的部位、范围、程度，以鉴别疾病的性质和轻重程度，一般虚痛喜按，实痛拒按；有固定不移的压痛点，往往是病变所在的位置。如肠痈于右下腹有固定的压痛点。同时，触摸对于辨别疮疡是否有脓也是重要的检查方法。

总之，临床辨证必须四诊综合运用，不能凭一点就下结论。而要根据四诊所得，进行具体的分析，找出其主要证候，进行确切的辨证。

眼科诊法

眼病的辨证论治亦通过望、闻、问、切四种手段，了解病情，诊察病所，称为眼之四诊。历代有关书籍中已有记载。如《外台秘要》卷二十一中云："如瞳子散大者，名乌风。如瞳子翳绿色者，名绿翳青盲。"《秘传眼科龙木论·圆翳内障》中谓："玉翳青白，瞳人端正，阳看则小，阴看则大，其眼须针。"这些都是四诊在辨眼病中的具体运用。现代除用望、闻、问、切外，结合仪器检查，更丰富了四诊的内容。在运用四诊的过程中，对所获得的材料，应相互合参，综合分析，才能得出正确的结论。

望诊　望诊对眼病诊断尤为重要，眼病之障翳部位、形态、色泽、深浅、数目等，全凭望而知之。《银海精微》专立有"看眼法"、"察眼法"，总结了望诊的方法、顺序，谓："凡看眼法，先审瞳人神光，次看风轮，再察白仁，四辨胞睑二眦，此四者眼科之大要。看眼之时，令其平身正立，缓缓举手，轻撑开眼皮，先审瞳人，若有神光则开合猛烈。次看风轮，若展缩雄健，则魂魄无病。三察气轮，无病泽润光滑。四辨其肉轮，若好则开合有力，二眦不赤矣。"按此顺序检查，不致遗漏。

先审瞳人　是诊察内障眼病的重要方法，第一审察有无神光。目睛灵活，神采奕奕，精气充沛，为目有神光，能明视万物；若瞳神暗淡，失却精彩，目珠呆滞，为精气不充，目少神光，视物定感昏矇。第二审察瞳神之大小形态，两侧是否等大、正圆，有无散大、紧小干缺、偏斜之变；阳看阴看能否展缩灵活。第三观瞳神气色是否清莹透澈。细察瞳神内黄精有无混浊，混浊之形态可有星、片、枣花、剑脊、偃月或黄心等之不同。视其颜色则有淡白、淡绿或淡蓝，或色如琥珀，或色黄如金，或焦黄如土，或色白如灰。审内障之浮、沉、滑、涩，辨内障之老、嫩、厚、薄。

次看黑睛　黑睛无病，则晶莹润泽。黑睛有病，翳膜即生。察翳需分其新翳或老翳，形态及厚薄。新翳呈肥浮脆嫩凹陷不平，伴有赤痛羞明。翳形可如点、片、树枝、枣花、聚星、碎米、花瓣、鱼鳞及凝脂等。老翳光滑，无痛涩之苦。翳之形态各异，厚薄不一，皆当细察；观膜需辨其起止、厚薄、色泽。膜有从上而下生者如垂帘，从下而上生者似涌波，从两眦向黑睛攀生者为胬肉攀睛。膜薄而色白者为顺，膜似肉堆积赤脉粗大者为逆。对新翳或外伤尚须详审黑睛有否溃破，黑睛有无小珠样突起，有无黄仁绽出、或黄仁与翳粘着。异物入目，常粘着黑睛，更需细辨。

黑睛所生之病为外障，瞳人内疾患为内障。两者必须分辨清楚。其法先从正面观察，再从侧面视之，即可分辨翳障是在黑睛之外，还是在黑睛之内、瞳人之中。如《眼科开光易简秘本》中说："障翳从部位分出，青珠皮上或上下四旁，起有蓝黄赤白之膜，正面见之，见为有膜，侧面看之亦然，谓之外障。若金井之内，精膏之中，起有蓝黄白与青黑之色，以及绿水瞳神开大，瞳神焦小等症，正面见之，见为有障，侧面看之，乌珠浮起，不见有翳，谓之内障。两者分辨内外障之定法也。"

运用裂隙灯显微镜及眼底镜等仪器检查，可详细、准确地观察黑睛、房水、黄仁、黄精、玻璃体及眼底等部位有何病变，从而扩大了中医眼科望诊的广度与深度，为眼病的辨证论治，提供可靠依据。

三察白睛　白睛无患，色白明润光泽，白睛有病则红赤、肿胀、生膜。审白睛红赤，须辨其部位是远离黑睛红赤越甚，抑或近黑睛抱轮而红，或白睛混赤、或红赤一片，有如血灌，或一片隐隐淡红。观白睛赤脉，有无赤丝虬曲、或赤脉贯布、或下垂等。察白睛有无结节隆起，周围有否赤脉环绕。结节生于气轮外膜或于深层白珠之上。辨白睛肿胀可如鱼泡隆起或为紫红胀起，或虚浮壅肿，甚者遮盖黑睛。

四察胞睑二眦　观胞睑有无肿胀，是红肿如桃，或虚肿如毬或皮下隆起如豆、如杏核；审胞睑位置之异常，有无睑皮外翻、或内收，或上下胞睑紧缩变小，或两睑与眼珠粘着，转动受限；察胞睑之开合，目睛有否频频眨动，上睑是否下垂或无力升举；辨睑弦有否赤烂，睫毛有否脱落、倒入或乱生；查泪窍有否阻塞、有无泪溢，或脓液流出；望睑内络脉是否清楚，有无椒疮、粟疮、鱼子、石榴、鸡冠、蚬肉等生长，或细小异物匿藏于内；视大小眦角有无红肿、赤烂；观目眵量之多少，眵色为白、黄、或绿，眵质粘稠硬结，抑或清稀不结。

五察眼珠之形态和运动　视眼珠有无突出或低陷、或胀起、或枯萎；眼珠运转能否协调，有无旋转不定，或视无定处。有无偏斜或仰视。

望诊对眼病的预后，亦有重要的参考意义。如眼珠

忽左忽右、或忽上忽下，视无定处，其目病乃幼时所得，难于治疗。若瞳神紧锁，相类虫蚀或瞳神焦小微黄者难治，瞳神散大混黄者难疗。眼少光彩者预后较差，若瞳神圆而无损，不论新翳之多少、厚薄，尚有复明之望。旧翳怕色白如瓷，位于瞳神遮蔽神光。望诊还需结合病人之老少，形体之壮弱，判断治疗之难易，少而壮者易治，老而弱者难治。

闻诊　闻诊指闻声音与闻气息，对一些眼病的辨证有一定的临床意义。如小儿疳眼，可闻患儿啼哭声音嘶哑。属食积者，常闻及口溢腐秽之气，大便秽臭特甚。有因脏热所致之眼病，也常闻其口臭异常。患雷头风或绿风内障者，常可听到呻吟及呕吐声，白睛溢血之小儿，常可听到连声顿咳。凝脂翳患者黑珠穿破时，常可诉及在病眼剧痛时，听到有轻微的爆破声，随之眼流热液，疼痛骤减，视力消失，此为黑睛珠破之象。

问诊　问诊在四诊中占有重要的位置，如《素问·徵四失论》说："诊病不问其始，忧患饮食之失节，起居之过度，或伤于毒，不先言此。卒持寸口，何病能中。"问诊对眼病的诊断和辨证十分重要，内障眼病更为如此。在缺少仪器检查的情况下，主要是靠询问病人的主观感觉，从而对眼病的诊断作一个大概的估计。

问诊应有次序及有条理。先问目病之病史，继问自觉症状，再围绕所患眼病，询问有关之病证。对视力、妄见、目昏、目痛、目痒、目泪、目眵以及全身出现的症状均不可忽视。

问病史　问患病时间、与季节有何联系；发病是急骤而起，还是缓缓而来。发病之诱因，属于外感六淫，或内伤七情，或因饮食劳倦，或目受外伤。问平素饮食习惯，嗜食辛辣炙煿，肥甘厚味，或平素饮食清淡，以及有否烟酒嗜好等。问目病之新旧及诊治之经过。问职业与目病之关系，如抄写刺绣，雕镂细作，室外操劳，不避烟尘，接触毒物，或久居暗处。问目病是否继伤寒热病之后而发。问妇人经带胎产与目病之联系。问男子有无遗精早泄。问小儿之哺养情况以及有否痘疹或疳疾等。

问目昏　须问明是突然不见还是逐渐昏矇；是视近不清，还是视远模糊；是入暮则目暗，抑或黑夜睛明等。问眼前是否有薄雾轻烟或视瞻昏渺、干涩昏花、坐起生花以及萤星满目等。

问妄见　问有无视瞻有色，有无视正反斜、视大为小、视直如曲、视高为低、视定若动、视物颠倒、视一为二、视赤如白等。

此外，对一些病人也应问及是否有视野窄小或偏缺。

问目痛　须问疼痛时间，昼痛甚或夜痛难忍。痛如锥刺或隐隐珠痛，疼痛持续不减或时作时止或疼痛如祟。痛时伴有躁闷或恶寒，或伴有恶心或呕吐。眼珠痛与头痛同时存在者，需问何者为先，是否痛时伴有视物昏矇或目盲，问目珠转动时是否疼痛增剧，抑或动时痛减。痛时得热能减，抑或得凉则缓，痛时拒按或按之减轻。

问目痒　问目痒的时间，昼重或夜甚，发病季节是春还是冬，见风见热是否加重，或遇冷则缓，无风则减。目痒程度是轻痒或如虫爬行难以忍受。问目痒时眵泪多少，与饮食有无关系。目痒与目痛是否间作，或先痒后痛，或先痛后痒。

问目泪　问目泪为定时或无时而出，见风流泪或无时泪下，目流冷泪或热泪，目泪如水或泪眵混杂。流泪是否伴以怕日羞明或眵结胶粘，目泪是否伴有干涩目昏或视物如常。

问目眵　问目眵颜色，色白、色黄或微绿。问目眵性质如脓或如浆，眵硬粘结或眵稀不结。问眵量之多少。

除问清上述症状外，尚须询问全身症状，如头痛、寒热、口渴、汗出、饮食、二便、睡眠等情况，均有助于眼病的辨证。

切诊　切诊包括诊脉和按脉两部分。眼科以按诊法辨肿胀如杯，还是胞虚如毬。可用两手掌擦热拭之，若按之少平，顷复如故者，属虚证。若按之灼热，疼痛增剧者，属实证。如按之固定，坚硬红热，是未成脓，按之边硬顶软而热，并有波动感，是脓已成。胞睑生肿物，须触按其软硬及有无与皮肤粘连，若根盘粘着则推之不移。若攒竹穴疼痛明显，按之痛甚，昼静夜剧，为眉棱骨痛。若头痛剧烈，恶心呕吐，目珠胀痛欲脱，瞳神散大，按压眼珠，坚硬如石者为绿风内障或雷头风等证。抱轮红赤，按之不痛者，属轻症。按之痛剧者为火毒甚，属重症。按泪窍有沁沁脓出者是属漏睛。

切脉是中医诊病的重要方法之一。因眼病的病机有属全身病变在局部的表现者，亦有属眼局部病变为主者，故诊目病不能专重于脉。《审视瑶函·目不专重诊脉说》云："如目病，必视其目为内障、为外障，内障有内障之症，外障有外障之症，必辨其为何症，所中所伤之浅深，果在何轮何廓，辨之明而后治之当。……尤望闻问居其先，而切脉居于后。……必于诊脉之外，更加详视，始不至有误矣。"如目赤肿痛，眵泪俱多，羞明难睁，脉见浮、数、滑、实等；小儿疳眼，脾胃不足者多见细、弱之脉；暴盲因失血过多，气血不能涵养于目者，多见沉、细、弱、涩或芤大之脉；肝肾不足所致视瞻昏渺者，多见沉、细、微、弱之脉。

耳病诊法

耳病诊法即运用望、闻、问、切四诊，来了解病情及一切与疾病有关的情况，从而对耳局部与全身的病变进行诊察，以综合分析，寻求发病原因及病变所在，为辨证论治提供依据。

望诊　主要是望耳郭、耳前后部位、耳道和耳膜的形态与色泽改变及分泌物、异物等。临症除用肉眼直接观察外，还可借用耳镜等器械帮助观察耳道及耳膜，了解较深部位及较细微的改变。观察耳郭形体大小、厚薄及位置高低、色泽变化，与病人先天肾气盛衰有关，耳郭上局

部形色变异，耳郭及耳前后有无损伤、红肿、溃疡、瘘管，有无糜烂、渗液、溢脓或结痂、皲裂等。观察耳道大小、长短、弯曲程度，注意有无损伤、红肿、糜烂、脓液、痂皮、耵聍、异物等。耳膜是耳的望诊中重要的内容。要注意耳膜是否完整，有无损伤、穿孔，有否外突或内陷，注意耳膜色泽的改变，有无红肿，或灰白色斑块、疤痕；如有穿孔，要注意其位置及大小；如有脓液，要注意其量、色和质的情况。除此，应观察颜面端正与否，有无口眼㖞斜，对于耳有流脓的病人尤为必要。

闻诊 以嗅闻耳部分泌物的气味为主。正常耳内一般无异常气味，若有臭气，多是耵聍或脓液积聚而致。若恶臭难闻，则症情多较严重。闻诊还包括听闻耳部声音，对于耳鸣的患者，医生可用耳部贴近患耳，细心听闻有无异常声音，若有鸣声者，称他觉性耳鸣。

问诊 在四诊中占有重要地位，通过问诊可以了解病人的自觉症状，起病、治疗经过以及饮食、睡眠、二便、寒热等全身情况。对耳部常见症状，要有重点的询问。耳痛患者，要注意其起病新久、疼痛的程度，有微痛、剧痛、跳痛等不同。耳鸣患者，要问其鸣声大小，音调高低，起病的急缓等。耳聋者，要问其起病新久，暴发或渐发，耳聋之前患过何病，有否使用过对听力有损害的药物等。通过问诊，与病人对话，也可初步了解到病人耳聋的程度。眩晕患者，要问其有无天旋地转的感觉，发作持续时间的长短，有无恶心呕吐，耳鸣、耳聋等兼见症状以及以往的发作情况。

切诊 包括切脉及触按局部。风热邪毒侵袭而致的耳胀痛、耳疮等，脉多浮数；肝胆热盛而致的脓耳、耳鸣、耳聋、眩晕等，脉多弦数；湿热邪毒而致的旋耳疮、脓耳等，脉多滑数；痰浊阻滞而致耳鸣、耳聋、眩晕等，脉多滑；肝肾阴虚而致的耳闭、慢性脓耳、耳鸣、耳聋、眩晕等，脉多弦细数；脾气虚弱而致的耳闭、耳鸣、耳聋、眩晕等，脉多细缓。触按耳郭及耳前后，可检查有无肿块。若有肿块，应注意肿块的大小、硬度、活动度、有无触痛。对于质软有波动感的肿块，必要时可用注射器抽吸，以了解肿物内有无积液及其积液性质。对于耳道或鼓室处的肿物，可用耵聍钩或棉签轻轻触按，注意有无触痛、有无出血等情况。

鼻病诊法

鼻病诊法包括望、闻、问、切四种方法。通过这些方法，以了解鼻病的症状和体征，并将这些症状和体征综合起来分析，探求鼻病发生的原因、性质及其内部联系，从而为辨证施治提供依据。

望诊 包括外鼻望诊与鼻窍望诊等。

外鼻望诊 正常的鼻形宜端正，准头宜丰隆，色泽宜明润、均匀。反之，脏腑有病，病色可以外现于鼻，其形态也可发生变异。鼻科方面，要重点注意观察鼻部有无疮疖红肿或丘疹、粉刺、赤脉显露；有无损伤瘀肿，或其他畸形，如严重鼻息肉或肿瘤引起的鼻形改变、或杨梅疮毒引起的鼻梁凹陷如鞍状等。鼻窍前孔有无溃烂或结痂等。

鼻窍望诊 由于鼻窍部位较深，临床常需借助额镜、鼻镜等器械进行检查。观察的重点是：①望鼻内肌膜（包括鼻甲）色泽形态：注意肌膜颜色之鲜红、暗红、淡红、淡白、紫灰等不同，以及鼻甲之肿胀或变小，鼻甲表面是光滑，或是粗糙不平，状如桑椹；还要注意肌膜湿润或干燥。②望鼻涕：注意鼻涕的颜色是透明无色、白色、黄色或粉红色；鼻涕的性质有清水样、粘液样或脓样等不同；鼻涕的多少及鼻涕来自何部位。③望鼻衄：注意观察出血的部位（鼻中隔前下方血络丰富，常是出血的地方，尤要注意），出血量多少，是渗出或喷射而出，或为血块停积。④望鼻内肿物、异物：注意观察有无肿物、肿物的大小及所在的部位；注意有无异物、异物的大小、形态、性质及所在部位，对于儿童患者，有单侧鼻塞、流脓血涕者，尤需详细检查。

闻诊 听来自鼻部的声音及闻由鼻部发出的气味。①听鼻部声音：正常人平静呼吸，呼吸声极细微。若鼻音响，多因鼻窍壅塞不利；若听患者说话时鼻音重，要注意辨别其属于阻塞性鼻音还是开放性鼻音，查明出现鼻音的原因。喷嚏声的高低，有力无力、次数多寡也属听诊的内容之一。②闻鼻内臭气：正常人鼻内无臭气，鼻内有臭气可见鼻槁、鼻渊，或鼻内肿物溃腐、杨梅鼻烂、异物停留过久等。

问诊 问诊是了解病史和病情的重要方法，所涉及的内容十分广泛，鼻的问诊要做到既全面又有重点，其重点就是询问鼻病的新久，鼻的通气情况，嗅觉好坏，鼻涕多少、稀稠以及头痛、寒热等情况。①鼻塞患者，注意询问起病新久，是单侧鼻塞还是双侧鼻塞，注意区别阵发性、间歇性、交替性、进行性、持续性等不同情况。②嗅觉减退者，注意嗅觉减退起病的新久，有无鼻塞、鼻涕、鼻内干燥等兼见症状。③问流涕的时间、涕量的多少、性质、颜色及有无涕中带血丝等。④问清头痛的部位、时间、程度，寻求头痛与鼻病的关系，以及辨明鼻病寒热虚实之属性。除此，对患者睡眠、饮食、二便等情况也应加以询问。

切诊 包括切脉和触按局部。①风热邪毒侵袭，肺经有热的伤风鼻塞、鼻渊、鼻衄等，脉多数或浮数；若为风寒侵袭的伤风鼻塞，脉多浮紧。②脾胃热盛，热毒壅盛于里的鼻疔、鼻衄，脉多洪数。③肺脾气虚，邪滞鼻窍，如鼻窒、鼻槁，脉多缓弱；若肺燥阴虚而致的鼻槁，则脉细数。④邪毒久留，气滞血瘀的鼻窒，脉多弦或涩。⑤脾虚湿聚的鼻鼽，脉多濡弱；若为脾经湿热的鼻渊，脉多滑数。⑥鼻衄见脉弦数为肝火上逆，脉细数为肝肾阴虚，脉细弱无力为脾不统血。

用手触按鼻部或鼻旁，以查明有无触痛，若有骨折，尚可扪及骨擦音。对鼻甲肿胀或有新生物者，可用探针或棉签触按，了解其软硬程度，但对于疑为血管瘤者，要

倍加小心，以免碰破瘤体，引起大出血。

咽喉病诊法

咽喉病诊法是运用望、闻、问、切四诊的互相配合，观察和收集患者咽喉局部症状和全身情况，然后进行辨证施治。

望诊　主要是用视觉直接观察病变部位，亦可借助简单器械如压舌板、间接喉镜等协助检查。望诊时要着重观察局部肌膜红肿、色泽、有无溃烂，溃烂情况、腐物多少及颜色，喉蛾红肿大小、有无白膜，成脓或未成脓，有无肿物，悬雍垂有无肿胀、水肿或充血，喉底有无滤泡状物，分别判断其属实证、热证、虚证、寒证、湿证。用间接喉镜检查喉时，还应注意声带运动闭合情况，或有无小结、息肉、癌肿等，以诊断声嘶发生原因。用间接喉镜查颃颡(鼻咽部)时，还应注意有无涕液、痂块、肿物。

闻诊　包括听声音和闻气味。从咽喉疾患的不同声音和气味，辨别咽喉疾病的性质、轻重、病情变化。声音的变化，要注意语音的响亮、低微、嘶哑、失音、讲话不清、或断续不接，语音难出。注意呼吸时有无喘鸣音，喉鸣如锯，呼吸气粗等情况以辨别其属肺气虚，肾气虚，邪热壅盛，脉络痹阻，或肿瘤或喉肿脓、阻塞，或异物堵塞等等。并要区别新病和久病声音改变的不同。气味的差异，咽喉及口腔发出的臭气，从病变的新久及臭气的程度不同以判别其虚实、轻重及腐烂性质。

问诊　是了解病程、病史、病因的重要方法，包括全身情况及局部情况的问诊。对咽喉局部的问诊，要注意如下几点：疼痛的轻重、部位、轻重时间(上午、下午、晚上)，新痛还是久痛，以辨别其属邪热侵犯，肺胃热盛，肺、肾阴虚或阳虚。从吞咽哽哽不利，喉中如有炙脔，吞咽不顺，吞咽障碍，异物停留等，以辨别其属肝气郁结，或肺、肾阴虚，虚火上炎，或火热上熏。从讲话费力、声音低沉、易声嘶、干痒、"吭喀"动作等，以判断其属阴虚、气虚、肺燥或邪热壅盛，或风邪所犯。询问咳嗽及痰涎时，根据痒、咳、声紧、痰稠黄或痰稀白，以辨别其属风热或风寒；咳嗽、声粗、痰稠黄，与咳嗽时作，或痰多白粘区别其是脾胃热盛，或肺脾虚；询问干咳时，问明是新病或久病，以判断属肺经燥热，或肺肾阴虚。

切诊　切诊包括脉诊和按诊。①风热外侵，肺经有热而致的风热乳蛾、风热喉痹、暴喉瘖，脉多浮数。若为风寒外犯的风寒喉痹、暴喉瘖，脉多浮紧。②脾胃热盛、里热壅盛而致的风热喉痹、风热乳蛾、喉痈等，脉多洪大而数。③肺阴虚，津液亏耗而致的虚火乳蛾、虚火喉痹、阴虚喉癣、久喉瘖，脉多细数。④肾阴虚，虚火上炎而致的虚火乳蛾、虚火喉痹、久喉瘖，脉多细弱无力。⑤肝郁脾滞，痰气互结而致的，如梅核气，脉多弦数、濡、滑。⑥脾胃壅热，痰涎火毒炽盛，脉络瘀阻，气道阻塞的急喉风，脉多沉微弱。

咽喉的按诊主要是：①触按红肿溃烂处，查明有无压痛及疼痛轻重，以判别证属实热或虚寒。②触按肿突喉痈之软硬，辨明其成脓或未成脓。③触按肿块之软硬，有无触痛，以及是否容易出血，判断其属喉瘤或喉菌或痰包等。④按压肿大喉蛾，看有无腐液挤出，判别其是虚火乳蛾或气血凝滞的石蛾。⑤触按颈部有无肿核，肿核有无压痛，质地是软是硬，活动或固定，明确其属咽喉热性病引起的臖核，或是气血凝聚，痰浊结聚的癌瘤转发的上石疽。

口舌唇病诊法

口舌唇病诊法是运用望、闻、问、切四诊，观察局部和全身病症，进行综合归纳分析，探求病因病机，进行辨证施治。

望诊　主要是察看口腔周围肌膜及舌唇等的红肿、溃烂、肿块、活动是否灵活等。观察红肿时，要注意红与肿的不同程度；口腔粘膜的肿胀，有无肿块，肿块色泽等。红肿局限或散大，软或硬，可以判别其属疔或疽及成脓或未成脓。观察溃烂时，要注意溃烂之凹陷、有无腐物等情况，以判别其溃烂的性质，病情的深浅，邪正的盛衰。观察舌的活动及张口活动有无妨碍，舌体强硬、萎缩等情况，用以判别其是寒湿痹阻脉络或肝阳化火，痰浊瘀阻，或气血亏损等。

闻诊　包括声音和气味。闻声音，声音的改变，与舌和口的活动、肿物、溃烂、红肿有关，故与望诊参合运用。闻气味，口腔发出臭气，多因粘膜溃烂、癌肿坏死等而致，以新病、久病、臭味轻重，来判别病情轻重及虚实。

问诊　询问口、唇、舌疼痛情况，疼痛轻重或饮食时刺激痛，口腔干燥及味觉情况，舌的运动是否灵活，咬物时牙关有无"格格"响，并询发病时间新久，注意结合全身症状的询问，以便综合分析病情。

切诊　包括脉诊和按诊。在临床上口、唇、舌病常见的脉象，一般多见浮、数、洪、细、滑、沉等。风热邪毒侵犯，如实火口疮初起，脉多浮数；脾胃热毒壅盛如唇疔，脉多洪数；脾胃湿热上蒸的唇风，脉多濡滑；气血痰涎蕴结的茧唇，脉多细滑或细涩；心阴虚或肾虚火旺的口疮，脉多细数。按诊，触按患处，察其疼痛程度、牙齿松动，腮颊部有无肿痛、肿突的软硬情况，以配合其他三诊，判别其病情性质，属寒属热、属虚属实，及病情轻重，以及确定其属肿瘤，或痈肿成脓与否。

齿病诊法

齿病的诊法，同样是以望、闻、问、切四诊合参，以了解齿和龈疾病的症状和体征，进行综合分析，探求病因病机，为辨证施治提供依据。

望诊　观察牙齿与龈肉，注意牙齿有无龋洞，牙颈有无龋蚀，有无残余牙根，牙齿排列有无疏豁及阻生牙等。

龈肉有无红肿及红肿色泽，局限或扩散以及成脓或未成脓，可判别其属实火或虚火。观察有无龈肉萎缩及萎缩轻重、龈沿溃烂、牙根宣露，有无渗脓血、牙石，牙龈瘘管等。

闻诊 闻患处之气味，臭味多因龈肉宣烂、癌肿坏死组织所发出。从臭味轻重，见于新病或久病，判别其病情轻重或虚实等。

问诊 问疼痛轻重、部位，疼痛得热痛减或得凉痛减，牙龈有无溢脓，牙齿有无浮动出血，咬物时有无疼痛等，以判别证之寒热、虚实，及属何脏腑病变。

切诊 包括脉诊和按诊。齿龈病的脉诊，常见有浮、洪、细、沉、数。风火邪毒外侵，如牙痈初起风火牙痛，脉多浮数；胃火上蒸的牙痛、牙痈、牙宣等，脉多洪数；若属寒湿侵犯的牙疳，脉多浮紧；心阴虚或肾亏虚火上炎之牙痛、牙宣等，脉多细数；正气不足之牙宣，脉多沉细。在按诊，主要是触按患处，察看其疼痛程度，牙齿的松动情况等，以判别病情性质及轻重。

骨伤科诊法

骨伤科诊法是以望、问、闻、切、摸、量等为手段，全面收集病史、症状、体征，从而对损伤及筋骨关节疾患作出判断的方法。

骨伤科望诊，除了望全身神色外，主要是望形态和伤病局部的畸形、肿胀、伤口情况等；问诊主要是询问伤病的发生原因、部位和时间，以及伤病后躯体局部情况和全身情况；闻诊主要是闻骨擦音、入臼声、筋和关节的响声；切诊除一般的切脉外，还包括检查患肢远端脉搏搏动及末梢血运情况；摸诊主要是摸压痛、畸形和异常活动；量诊主要是测量关节活动度、肢体的长度和周径。

损伤及筋骨关节疾患的诊断，既要求有整体观念，还要结合骨伤科特点，进行细致的局部检查，必要时结合 X 线和实验室检查等，以有助于诊断。

望诊 是指对全身的神色、舌象、动作姿态和病损局部肿胀、畸形等作全面的观察。《素问·经脉别论》云："诊病之道，观人勇怯，骨肉皮肤，能知其情，以为诊法也。"伤势较重或较复杂时，应迅速检查。如《伤科补要》云："凡视重伤，先解开衣服，遍观伤之重轻。"不能只注意损伤明显部位，而忽略其他部位。通过望诊初步确定患者伤病的部位、性质和轻重。骨伤科望诊包括有以下方面：

望神色 望神色主要是望神态色泽的变化，以初步判断伤病的轻重。神色乃人体生命现象，《素问·移精变气论》云："得神者昌，失神者亡"，若精神爽朗，面色清润，为正气未伤；精神委靡，面色晦暗，为正气已伤。严重的损伤或大出血等，若出现神志昏迷、神昏谵语、循衣摸床、面色苍白、目暗睛迷、瞳孔散大、汗出如油、形羸色败、呼吸微弱或气急喘促等，多属危急的证候。

望眼 望眼主要是望神态以了解伤病的轻重程度。《伤科汇纂·辨生死》云："两眼活动有神易治，两眼无神难治。"若患者两眼活动灵敏，精彩内含，炯炯有神则病情较轻；两眼直视无神、目翻上视、瞳孔散大或缩小则病情危重。

望舌 望舌主要望舌的颜色、湿润度、形态、动态、舌苔厚薄等，以了解伤病后脏腑的虚实、气血的盛衰、津液的亏损和外邪的性质等。

正常的舌象为质淡红而润泽苔薄白。舌质淡于正常，多为气血虚，或阳气不足；舌质红苔黄，为热象；舌绛为热入营分；由绛转为紫红，为热入血分；舌质润泽为津液尚存，舌质干枯为津伤液耗；舌生芒刺为热郁内结。凡创伤、感染早期热毒俱盛，耗伤津液者，多见舌质红绛而干或有芒刺和黄厚苔，至后期气血两亏，体质虚寒，多见舌体胖嫩、舌质淡边有齿印和白苔。舌色紫暗或舌边有瘀点，多为气滞血瘀之象；舌苔剥落，舌面光滑，多为津液亏耗、阴虚水涸之证。

一般说来，舌苔由白苔、黄苔退后复生新的薄白苔，是病情好转或痊愈之候；舌苔由薄增厚，为病情进展表现；舌苔由白变灰，由灰变黑，是病情恶化的表现，多见于严重创伤或邪毒内陷。舌质红，光剥无苔为胃气虚或阴液伤，多见于外伤后长期卧床之老年患者。

望动作姿态 望姿态主要是望患者坐位、站立或行走时的姿势或步态，以初步了解损伤或患病的部位、轻重和性质。在肢体受伤较重时，多出现姿态的改变，如筋骨、关节损伤后，可见由于功能障碍或畸形而出现的特殊姿态。肩、肘关节脱位后，多以健侧手臂扶持患侧的前臂，身体多向患侧倾斜；腰扭伤患者，常以双手扶腰行走；驼背患者，脊椎多有病变等。

望皮肤 望皮肤主要是望全身和患部皮肤的色泽，以了解全身情况和损伤的时间、患肢的血运情况、疾病的性质等。失血者，全身皮肤苍白；伤处皮肤肿胀青紫者为新伤，紫黄色者为陈伤；患肢远端紫绀或苍白、肿胀、远端动脉搏动消失者，为血运障碍；伤后皮肤红、肿、热痛，伴全身发热者，可能为血瘀化热，瘀血作脓成痈。

望肿胀 望肿胀主要是望患部和患肢远端的肿胀的程度和范围，以了解伤的程度和患肢的血运情况。外伤后因经脉受损，致血离经脉，溢于肌腠之间，而成肿胀。《理伤续断方》云："凡肿是血作。"说明肿胀乃气血壅滞所致。新伤局部肿胀较甚，陈伤局部肿胀较轻，局部肿胀严重，说明伤情较重。患肢远端肿胀较甚，多为血运障碍，若固定后才出现者，则为夹缚过紧。

望畸形 望畸形主要是望脊柱和肢体标志线或标志点的异常改变，以了解损伤或患病的部位。望诊时应注意畸形的部位，脊柱四肢是否对称，脊柱生理弯曲是否有改变，肢体有无旋转、成角、缩短、增长，各关节有无屈曲、过伸、内收、外展、内翻、外翻等畸形。有些特有的畸形对诊断有一定的意义，如股骨颈骨折及转子间骨折可出现患肢外旋、缩短畸形；髋关节后脱位，可出现患肢内收、内旋、缩短畸形；伸直型桡骨下端骨折典型移位时呈餐叉样畸形等。

望伤口　望伤口主要是望伤口的大小、深浅、颜色、边缘是否整齐、污染程度、有无骨折端外露、出血情况以及瘘管、脓液情况等。伤口流出暗红血液并带油珠者，为开放性骨折；伤口有喷射状出血者，为动脉损伤；伤口边缘紫黑、奇臭、有暗红色渗出物，并有气体逸出者为气性坏疽；伤口若有脓液，则为感染化脓；若瘘管反复排出脓液和死骨者，则为附骨疽；若瘘管排出脓液清稀并夹有干酪样絮状物者，则为骨痨。

闻诊　骨伤科闻诊着重听声音和闻气味两个方面。具体包括听患者的语音、呼吸、喘息、咳嗽、呃逆，以及闻其身体、口腔和各种排泄物的气味等。对损伤闻诊应特别注意闻骨擦音、入臼声、筋的响声、小儿啼哭声等。

闻骨擦音　骨擦音是完全骨折的主要特征之一，不仅可诊断骨折，还有助于判断骨折可能属于何种类型。《伤科补要》云："皮肉不破者，骨若全断，动则辘辘有声；如骨损未断，动则无声；或有零星败骨在内，动则淅淅之声。"如横骨折，声音清脆而短；斜骨折，声音低而长；粉碎骨折，声音多而散乱如"淅淅"之声；裂纹骨折及嵌入性骨折，声音极轻微而细小，或没有骨擦音。骨折经整复后骨擦音消失，表示骨折已经复位。现代骨伤科诊断骨折由于X光之引入，已不用或禁止检查者主动寻觅骨擦音诊断法，以免增加患者的痛苦。

闻入臼声　《伤科补要》云："凡上骱时，骱内必有响声活动，其骱已上。若无响声活动者，其骱未上也。"关节脱位整复时，若听到"格得"一声，即是复位成功的入臼声；若未听到入臼声，则脱位尚未复位。

闻特殊的摩擦音和弹响声　有病理改变的关节或筋腱，活动时可听到弹响声或触到摩擦感。膝关节半月板损伤或关节内游离体引起的弹响，多为清脆的一两声；关节软骨面不光滑时的摩擦响声则如碾米样；关节周围肌腱或韧带在骨隆部位滑动也能产生弹响；狭窄性腱鞘炎在关节活动时可触到捻发感，或在关节伸屈到一定程度时可听到弹响声。正常关节有时可有生理性关节响声，但无症状，临床宜加细辨。

闻呻吟声及啼哭声　从患者的呻吟声来辨别受伤之轻重。在检查小儿时，若按压某处，小孩突然啼哭或啼哭声突然加剧，则该处多为病变的部位。

问诊　问诊包括询问受伤或发病的情况、局部情况和全身情况等。除危重患者宜扼要询问病史以迅速进行抢救外，均要详细地进行问诊。《素问·三部九候论》云："必审问其所始病，与今之所方病"等，还需根据骨伤科的特点进行问诊。

问受伤或发病的情况　①询问受伤或发病的具体时间，借以判断病损之久暂。一般地说，新伤多实，陈伤多虚。新伤骨折、脱位，复位手法较易，且预后较佳；陈伤骨折、脱位复位手法较难，且预后较差。②询问受伤或发病的原因，如跌仆、闪挫、扭捩、堕坠、压砸或机器缠绞等。若由高处坠堕或平地跌倒时，应问清着地的姿势，肢体呈屈曲或伸直位，何处先着地。受重物压砸或打击时，须询问重物的种类、形状、重量、着力点在何部，以估计暴力的大小、方向、性质，以助判断有无骨折、脱位之可能，以及骨折、脱位的部位、机理和类型等。

问全身情况　①问寒热：要询问恶寒发热的时间和程度。骨折、脱位初期可因瘀阻经络，郁而化热，出现数天的低热；开放性损伤后持续发热，则应考虑为伤口感染所致；颅脑损伤则可引起高热；附骨痈内热毒炽盛，可恶寒发热并见，甚至出现寒战高热。②问神志：对各种不同程度的意识障碍（包括表情淡漠、神志不清、昏迷等），要询问其发生的时间，及其与各种症状之间的先后关系，判断是否属外伤性疾病。若是创伤出血曾出现晕厥，应问其出血量的多少等。如系头部损伤，还需询问是否伴有恶心呕吐、晕厥、逆行性健忘、晕厥时间的长短，有无中间清醒期或再度昏迷，以估计颅内损伤的程度。③问二便：主要是询问大小便的性状、颜色和次数。骨盆和腰腹部外伤疼痛而伴有血尿者，多为泌尿系损伤；腰腹部损伤早期蓄瘀，可大便不通；胸腰椎骨折且二便失禁则为外伤性截瘫。

问局部情况　①问疼痛：要问清疼痛的部位、性质、程度、时间、与发病的关系。伤气者多窜痛且范围较广，伤血者则刺痛且痛处固定；新伤者多胀痛，旧伤者多隐痛；骨折、伤筋有锐痛；增生性关节炎疼痛在活动时减轻，休息时加重；劳损性疾患疼痛在休息时减轻，活动时则加重。陈伤的肢体关节多在冬春季或天气变化时疼痛。②问功能：须询问受伤后肢体之功能，有功能障碍者，应问清是伤后立即发生或是过一段时间后发生。一般地说，骨折脱位后肢体功能多立即丧失，慢性劳损大多过了一段时间后才产生功能障碍。但也有些骨折如肱骨外科颈嵌入性骨折，患肢尚能抬举活动，股骨颈嵌入性骨折患肢仍能跛行或骑自行车，有些单纯压缩性胸腰椎骨折，患者仍能坐立或行走。对这样的患者，应特别注意询问受伤的现场情况，从而理解其受伤机制，并认真地检查，才可避免漏诊。③问畸形：应详细询问畸形发生的时间及演变过程。骨折、脱位的局部畸形多由骨关节的破坏、移位所致，伤后即可出现；神经损伤及缺血性肌挛缩所致的畸形则是伤后软组织的瘫痪或挛缩而渐渐形成的。④问肿胀：须询问肿胀出现的时间和程度。外伤性疾病多是先有痛后有肿，感染性疾病则多是先有肿后有痛。此外要问一般情况和过去史，特别注意其年龄、职业、工作性质和操作程序等。

切诊　切诊主要是通过脉诊，来判断损伤及筋骨关节疾患的轻重、虚实、寒热以及肢体的血运情况。《金匮要略》有对外伤出血脉象的论述，王叔和《脉经》对损伤疾患的脉象描述得较为详细，清代钱秀昌《伤科补要》对损伤的脉诊又有了较大的发展，并总结出一整套的损伤脉诀。浮脉主表，沉脉主里，弦脉主痛。体表受伤，或新伤瘀肿疼痛多见浮弦脉；内伤气血、腰脊损伤疼痛多见沉弦

脉;重伤痛极脉多弦紧;损伤发热多见数脉;胸部挫伤血瘀气壅多见滑脉;血亏津少不能濡润经络或气滞血瘀之陈伤多见涩脉;气虚不足,诸虚劳损或久病体弱多见细脉;创伤或内伤出血过多时多见芤脉;气血两虚多见濡脉;损伤疼痛剧烈偶可出现结代脉,随着痛止,脉律可恢复正常。正邪俱盛脉多洪大;正邪俱虚脉多微细;气脱血脱可出现脉微欲绝。临床常见的脉象有28种,均各有主证,一般是脉证相符,但亦有少数患者脉证不符,应舍证从脉或舍脉从证,这就需要全面分析,脉证合参。

切脉尚可辨顺逆。瘀血停积者多系实证,故脉宜坚强实,不宜虚细涩;洪大者顺,沉细者逆。亡血过多者多为虚证,故脉宜虚细涩,不宜坚强实;沉小者顺,洪大者恶。六脉模糊者,证候虽轻而预后必恶。外证虽重,而脉来缓和有神者,预后良好。此外,患肢远端的切脉,是损伤切诊中必不可少的步骤。主要是切上肢的寸口脉(桡动脉)以及下肢的趺阳脉(足背动脉)等。按压指(趾)甲观察恢复红润的时间,也应视为切脉的一种变法。患肢远端脉搏有力,压指(趾)恢复红润快则血运良好;患肢远端脉搏微弱或消失,压指(趾)恢复红润迟则为血运障碍,应进一步查明原因。

摸诊 摸诊是医者用手触摸伤病局部进行诊断的方法。唐代蔺道人提出通过对损伤部的触摸挤压,来帮助了解损伤的性质,他在《理伤续断方》中云:"凡认损处,只须揣摸骨头平正,不平正便可见。"清代吴谦等对摸诊有了更进一步的阐发,《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"摸者,用手细细摸其所伤之处,或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬、筋强、筋柔、筋正、筋歪、筋断、筋走、筋粗、筋翻。"等。

医者通过双手对患者的伤病局部进行触摸、按压、被动屈伸、旋转、叩击等,可了解伤病的性质、类型及有无骨折、脱位等,并从摸得的形态、移位等情况,去判断骨折的程度、关节脱位和伤筋的情况。

摸压痛 可根据压痛的部位、范围、程度来鉴别伤病的性质。有尖锐的环状压痛,表示有骨折;压痛面积大,可能为伤筋。斜骨折比横骨折压痛范围大。脱位和挫伤的压痛程度较骨折缓和,一般多呈钝痛。

摸畸形 根据患部的高凸和凹陷,可以判断外伤的性质、移位方向和重叠、成角、旋转畸形的情况。如骨折端重叠移位可摸到阶梯状畸形,塌陷者可摸到凹陷畸形,弯曲者可摸到成角畸形。肩关节脱位时可摸到关节盂空虚,有时在腋下可摸到肱骨头等。

摸皮肤温度 触摸患部皮肤温度,可判断病变的性质。如感染属阳证者,患部皮肤多灼热;属阴证者,则微热或发凉。新伤因局部瘀血壅滞,皮肤温度稍高;陈伤或伴有风、寒、湿痹者,可因气滞寒凝而皮肤发凉。患肢远端冰冷,且脉搏微弱或消失,为血运障碍的表现。

量诊 量诊是通过测量两侧肢体是否对称、各关节活动功能是否正常的一种诊法。蔺道人《理伤续断方》:"凡左右损处,只相度骨缝,仔细捻捺,忖度便见大概。"度量即以目测手摸以衡其异位之程度,或以尺度量之。现代多用量角器和软尺进行测量。

量关节活动度 先将量角器的轴对准关节中心,量角器的两臂紧贴肢体并对准肢体轴线,然后记载量角器所示的角度,并与健肢的相应关节或正常人比较。常用的记录方法有中立位0°法和邻肢夹角法,目前多采用中立位0°法,本分卷的关节量度亦用此法。

量肢体长度 先将肢体放在对称位置上,在骨突处用笔做好记号,用软尺测量。①上肢长:肩峰至桡骨茎突尖(或中指尖)。②上臂长:肩峰至肱骨外上髁。③前臂长:肱骨外上髁至桡骨茎突。④下肢长:髂前上棘至内踝下缘或股骨大转子至外踝下缘。⑤大腿长:髂前上棘至膝关节内缘。⑥小腿长:膝关节内缘至内踝。

量周径 两肢体取相对应的同一水平测量。测肌肉萎缩或肢体肿胀应在病变最明显的平面处,大腿周径可在髌上10—15厘米处测量,小腿在最粗处即可。也可用双手对称合抱观测双拇指指尖的距离而测定。

骨伤科危候

骨伤科危候是指由于外力作用或病邪造成危及患者生命的证候。亦称逆证(《灵枢》)、死候(《肘后救卒方》)、不治证(《世医得效方》)等。早在春秋战国时期以前,对危候已有所认识,如《灵枢》已有从瞳孔变化来判断伤情的顺逆的方法。晋代葛洪、王叔和及隋代巢元方等对危候的论述较为深入。《洗冤集录》记载了人身致死的要害部位,《世医得效方》则提出了"十不治症"。随着医学的发展,后世对危候病因病机的认识逐渐加深,并总结了诊断和早期处理、抢救的经验。有许多在古代视为危候者,今天已非不治之症。对危候若能及时诊断,积极进行抢救,是可以降低死亡率,使患者化险为夷的。

脏腑损伤 头部、胸部和腹部损伤,严重者常可致五脏六腑遭受损伤,尤其是内脏破裂,往往可使患者危在旦夕。头为诸阳之会,若头部外伤并有颅内血肿或脑实质损伤者,随时可危及患者生命。《肘后救卒方》云:"凡金疮伤天窗眉角脑户,……此皆是死处,不可治也。又破脑出血而不能言语,戴眼直视,咽中沸声,口急唾出,两手妄举,亦皆死候。"若胸、腹部开放性损伤及肋骨骨折、骨盆骨折严重者常可致气胸、血胸或内脏损伤等严重损伤,迅速出现喘促、烦闷、面色苍白、紫绀、冷汗、血压下降,腹部剧痛拒按、咯血、尿血、便血等证候,而危及患者生命。如《肘后救卒方》云:"伤两乳上下心,鸠尾小肠,及五脏六腑腧,此皆是死处。"《诸病源候论·金疮病诸候》也对胸、腹部损伤有较详细的论述,该书云:"夫被金刃所伤,……攒毛小腹,尿从疮出,气如贲豚,……如是者多凶少愈。"指出了下腹部损伤可出现膀胱破裂危候。《世医得效方·正骨兼金镞科》云:"攧扑损伤,或被伤入于肺,虽未即死,二

七难过。左胁下伤透内者；肠伤断一半可医，全断不可治；小腹下伤内者；……皆不必用药。"指出了胸腹部损伤，如肺损伤、脾损伤（左胁下伤透内）、肠断裂、膀胱破裂等脏腑损伤，均可出现危候。

血脉损伤 凡大的血脉损伤，不管是大动脉还是大静脉损伤，若处理不及时，均可致大量失血而造成血脱。《肘后救卒方》指出：若金疮伤"臂里跳脉，髀内阴股"则可危及生命。《诸病源候论·金疮内漏候》云："凡金疮通内，血多内漏，若腹胀满，两胁胀不能食者死。"指出了腹部损伤若伤及腹腔内大血脉可致内出血，严重者可出现危候。明代《仙传外科集验方》亦云："金疮重者，筋断脉绝，血尽人亡。"大血脉损伤，不论是外出血或是内出血，若亡血过多，则气随血脱，出现面色苍白，口唇发绀，烦躁不安，脉细数无力，继而精神委靡，表情淡漠，四肢厥冷，血压下降，脉微细欲绝，而危及患者生命。

颈椎骨折脱位 颈椎骨折脱位，若移位严重，可损伤脊髓，常可致高位截瘫，甚至死亡。如《伤科补要》云："天柱骨断，额冷脉绝者，死。"故对颈椎骨折脱位，必须高度重视。

邪毒内攻 各种开放性损伤，若污染伤口清创不彻底，邪毒可从伤口侵入，蕴而化热作脓，或附骨痈疽，热毒炽盛，严重者可致邪毒内攻，使邪毒扩散全身，而形成走黄、内陷，危及生命。如《刘涓子鬼遗方》云："骨疽脓出不可止，壮热，碎骨，六十日死。"《诸病源候论·金疮成痈肿候》云："夫金疮……荣卫不通，留结为痈，昼夜不卧，语言不同，碎骨不去，其人必凶。"《诸病源候论·伤筋断骨候》指出："脓血不绝，不绝者，不得安，诸中伤人神，十死一生。"因此，对开放性损伤及附骨痈疽，必须控制感染，预防邪毒内攻。

瘀浊内攻 由于严重骨折、内伤及挤压伤等，瘀血内停，严重者可致瘀浊内攻脏腑。若内攻心、肺、肾，可出现昏迷、呼吸困难、尿少或尿闭等急重危候。如《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云："有损伤瘀血攻心，不能言语者"，"亦有血迷心窍，而致昏沉不知人事者。"故对严重损伤，早期必须根据情况，予以活血祛瘀，使气血循行通畅，防止瘀浊内攻。

破伤风 开放性损伤，若风邪从伤口侵入，可合并破伤风。在马王堆汉墓出土的《五十二病方》已有"伤痉"（破伤风）的记载。《诸病源候论·金疮中风痉候》则对此病的症状及其严重性作出较详细的描述："夫金疮痉者，……其状口急背直，摇头马鸣，腰为反折，须臾大发，气息如绝，汗出如雨，不及时救者皆死。"破伤风是开放性损伤的严重并发症之一，死亡率较高。故对开放性损伤，必须进行彻底清创，清除伤口内异物，预防破伤风的发生。

对骨伤科危候的诊断，应注意了解患者受伤的部位，损伤的程度、伤后出血多少、伤口污染情况和邪毒感染程度，同时要重视脉象和瞳孔变化。瞳孔大小变化不定，左右不等，过分散大或缩小都是危候之象。如《灵枢·玉版》云："以为伤者，其白眼青，黑眼小，是一逆也。"《伤科补要》亦云："重伤后，气出不收，眼开者，不治；口如鱼嘴吹沫瘫风者，不治。"伤后患者脉证合者为顺，脉证不合者为逆，逆证多是危候的表现。晋代王叔和在《脉经·诊百病死生诀》中云："从高顿仆，内有血，腹胀满，其脉坚强者生，小弱者死。"又指出失血和脉象之间的关系以判别病情顺逆，其云："金疮血出太多，其脉虚细者生，数实大者死，……金疮出血，脉沉小者生，浮大者死，……斫疮出血一二石，脉来大，二十日死。"

骨伤科危候，必须早期辨证诊断，否则将会延误病情，使病势加重，危及患者生命。特别是对于闭合性内脏损伤或严重的挤压伤等患者，危候将要出现或刚刚出现时，临床表现常不甚明显，有时较难辨认。如能对发生危候的可能性有足够的警惕，注意进行周密观察，危候是可以早期发现和及时采取措施予以抢救，使之转危为安。

辨证

分析、辨别疾病的证候称为辨证，是中医学认识疾病和诊断疾病的主要方法。

证，是证候的简称，其含义是证据或征象。中医学的证候不同于一般的症状或某些综合症候群，而是综合分析了各种症状和体征，对于疾病处于一定阶段的病因、病位、病变性质，以及邪正双方力量对比各方面情况的病理概括。证候是中医学术体系中特有的概念，是中医辨证论治的主要临床根据，它是机体在致病原因和条件作用下，整体体质反应特征和整体与周围环境（包括自然环境和社会环境）之间、脏腑经络与脏腑经络之间相互关系发生紊乱的结合表现。因此，证候是人体在疾病的发生发展过程中具有时相性的本质的反映，是一种以临床病理功能变化为主的"整体定型反应形式"。中医学的辨证，主要是认识人体在病理情况下，在某一特定时间和阶段的功能状态，并从机体反应性的角度来认识疾病的本质。事实上，在疾病状态下，人体功能的失调或障碍，往往比形态结构的病理性改变更为突出或明显，中医的"辨证学"，正是及时地把握住这些病理变化所反映的征象，并进一步分析其内在联系，从而在广泛的病理联系中，来研究和判断人体的生理变异和生命活动的动态变化，创立了一系列行之有效的辨证理论和方法。

辨证的过程，实际上即是以中医学的脏腑、经络、病因、病机等基本理论为依据，通过对患者全部病情进行分析和研究，作出诊断的过程，也就是将望、闻、问、切四诊所搜集的症状、体征、病史等资料，运用中医学的理论方法，分析这些症状、体征产生的原因和它们之间的内在联系，判断其病变部位和病变性质，并从整体观念出发，探讨患者机体正邪斗争的盛衰强弱及其发展趋势，从而作出明确判断的过程。例如，病人出现咳嗽，吐黄稠痰，口渴，咽喉肿痛，身热恶风，头痛有汗，舌苔薄黄，脉浮数等

症状，即可运用肺主气，司呼吸，主宣发，外合皮毛和风为阳邪，其性开泄，以及邪热耗伤津液等理论，综合分析其病因是外感风热，其病变部位在肺和皮毛，其病变性质为表热证，而机体邪正斗争的情况，则是疾病初起，邪气盛正气也不虚衰，呈正邪相搏之势，属于实证范畴。因此，此病者即可诊为风热犯肺的表实证候。

由此可见，辨证与诊法具有密切的关系，临床上有关诊法的运用必须客观而全面，其辨证结论方能准确无误。

辨证和论治，是理、法、方、药具体运用的两个环节，是诊治疾病过程中相互联系、不可分割的两个部分。由于"证"是疾病的客观反映，辨证是客观地认识疾病，故论治则是针对病证客观反映所采取的相应的立法方药等治疗手段。因此，辨证是以理论为指导，医疗实践为基础，又为医疗实践所检验有效的方法。只有辨证准确，方能提出明确的诊断及符合病情的治法，其疗效才能满意。可以看出，四诊是辨证的前提，辨证是治疗的依据，而疗效则又是检验辨证正确与否的标准，这三者的有机联系，就构成了临床诊断和治疗疾病的基本规律，即辨证论治。

辨证理论的源流和沿革，最早可溯源于《内经》的诊法学说和病机理论，例如《素问·阴阳应象大论》说："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"但是，疾病的变化是极其复杂的，《内经》理论能从阴阳、表里、寒热、虚实等方面，把复杂的病变概括起来，即为后世对疾病的辨识，提供了科学的分析方法，并为辨证论治理论体系打下了基础。

阴阳辨识　《素问·太阴阳明论》说："阳受风气，阴受湿气"，"阳受之则入六腑，阴受之则入五脏。"这是指病变的部位。又说："阳病者，上行极而下；阴病者，下行极而上"，这是指病变的发展趋势。《素问·宣明五气》还说："邪入于阳则狂，邪入于阴则痹；搏阳则为巅疾，搏阴则为喑；阳入之阴则静，阴出之阳则怒。"此是指病变在临床表现的两个方面。

表里辨识　表与里，在《内经》中称为"中外"，即表示病变部位，亦标志病变的趋势。《素问·玉机真脏论》说："其气来实而强，此为太过，病在外；其气来不实而微，此谓不及，病在中。"这是说外感病多为有余，内伤病多为不足，而病之在内在外，亦有多种变化，有"从内之外"者，有"从外之内"者，有"从内之外而盛于外"者，有"从外之内而盛于内"者，有"中外不相及"者，凡此中外表里变化的描述，均可见于《素问·至真要大论》篇章。

寒热辨识　寒与热，是临床最常见的两种不同的病变性质。《灵枢·刺节真邪》说："阳盛者，则为热；阴盛者，则为寒。"阴阳偏盛，病变固可表现为寒为热，但因其尚有虚实内外的不同，故其寒热变化又有内外之分，如《素问·调经论》说："阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒。"而且，病变寒热的变化也不是一成不变的，往往能在一定的条件下互为消长和转化。正如《灵枢·论疾诊尺》所说："阴主寒，阳主热，寒甚则热，热甚则寒。"

虚实辨识　虚与实，是指邪和正两个方面的变化。《素问·通评虚实论》说："邪气盛则实，精气夺则虚。"故实即指邪气亢盛，虚则指正气不足。

可以看出，《内经》有关阴阳、表里、寒热、虚实的分析，是后世"八纲辨证"方法的理论基础。

关于脏腑辨证理论，于《灵枢》，如《邪气脏腑病形》、《经脉》、《经筋》、《本神》等篇章，以及《素问·至真要大论》的病机十九条和有关篇章中的脏腑病证记载均是。

《素问·热论》中的"三阳三阴分证"，则为后世六经辨证方法的创立，奠定了基础。后汉医家张仲景，即在继承《热论》辨证的基础上，结合自己的临床医疗实践经验，仍以三阳三阴"六经"来分辨伤寒，创立了外感病六经辨证方法。以脏腑论杂病，是为脏腑辨证之先驱，从而首先提出包括理、法、方、药比较系统的辨证论治原则，使基础理论与临床实践紧密结合在一起，确立了辨证论治的完整体系。

华佗所著《中藏经》，首论五脏六腑、虚实寒热、生死逆顺脉证之法，亦属于脏腑辨证范畴。隋代巢元方《诸病源候论》，分别论述了内、外、妇、儿、五官等各科疾病的病因、病机和症状，辨证精细。唐代孙思邈的《千金方》，更类列脏腑虚实病证，以为论治的准则。王焘辑《外台秘要》，亦守仲景的辨证论治规律，在专病、专方、专药方面随证加减更有所发展。宋代钱乙著《小儿药证直诀》则以寒热虚实分析五脏病证。

金元之际，四大家医学流派形成，各自根据丰富的实践经验，都主张辨证求因，审因议治。其论述多从"证因脉治"、"脉因证治"或"因证脉治"而发挥，故三因、四诊、八纲、八法等，亦渐为当时医家所习用，从而在不同方面丰富了辨证论治的内容。如张元素在整理《内经》理论，接受前人经验的基础上，结合自己数十年临床经验，创立从脏腑寒热虚实以言病机辨证学说，写成《脏腑标本寒热虚实用药式》，对脏腑辨证理论方法的形成有所整理和发展。

在临床应用上，明确提出"八纲"辨证者，应首推明代张景岳和清代程钟龄，如《景岳全书·传忠录·阴阳》中指出二纲六变的辨证法，"凡诊疾施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领"。《景岳全书·传忠录·六变辨》说："六变者，表里寒热虚实也，是医中之关键。明此六者，万病皆指诸掌矣。"程钟龄在《医学心悟》中则说："论病之情，应以寒热虚实表里阴阳统之。"至此，则八纲辨证方法确立，且成为诸多辨证方法之纲领。

明清时期，温病学派著名医家辈出，对辨证论治的理论方法贡献尤多，叶天士首创外感温热病卫气营血辨证方法，吴鞠通则创立三焦辨证方法，为流行性传染性外感热病的辨证开辟了新的途径，它符合临床病情发展，切合临证实际运用。从不同的角度上扩展了辨证论治的范围。

当前，中医临床所常用的辨证方法，有八纲辨证、气血津液辨证、脏腑经络辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证，以及病因辨证等多种。由于其侧重面不同，故能分别适用于各类不同疾病的辨析和诊断。

八纲辨证 即阴、阳、表、里、寒、热、虚、实辨证，其中以"阴阳"为总纲。八纲辨证是概括性很强的辨证纲领，可用以概括病变的部位、性质、邪正情况和疾病发展的总趋向。它是将搜集到的病情资料进行分析之后，而得出的比较全面的诊断概念。故无论六经辨证、脏腑经络辨证、气血津液辨证、卫气营血和三焦辨证等方法，均必须运用八纲辨证方法去归纳，才能分析和判断出疾病的基本性质。虽然八纲辨证不能代替六经、脏腑等辨证方法，但六经、脏腑等辨证方法必须结合八纲辨证来运用，方能具体而深入地认识疾病，从而正确地指导治则的确立和方药的选择。

脏腑经络辨证 主要是针对内伤杂病的辨证方法，它以疾病过程中正邪斗争和脏腑功能失常所反映出的症状和体征为依据，来判断疾病的病因、病位和病变性质，因此，它是以中医学的脏象学说为基础的。例如肾阴虚或肾阳虚，就是分析和研究肾的阴阳失调之一系列临床表现而得出的结论。气血津液辨证，则是与脏腑辨证密切相关，互为补充的一种辨证方法。而经络辨证，除与脏腑辨证互相参合应用外，其临床意义主要在于辨析经络循行部位所出现的症状，尤对针灸临床具有重要的实用价值。

六经辨证 是《伤寒论》创立的辨证方法。主要应用于六淫之邪（以风寒为主）而引起的外感性疾病。它以"太阳"、"阳明"、"少阳"、"太阴"、"少阴"、"厥阴"等六经，来分别概括各个阶段所出现的不同病证，反映脏腑及其所属经络受病邪侵袭时所出现的不同病机变化和临床征象。由于六经辨证紧密联系脏腑，故临床亦应用于内伤杂病。

卫气营血辨证和三焦辨证 两者都是用于外感温病的辨证方法。卫气营血辨证，主要根据温热病过程中的病变深浅层次及传变情况，分为"卫分"、"气分"、"营分"、"血分"等各阶段不同的证候；三焦辨证，则是根据温热病变的重心所在及其传变关系，划分为"上焦"、"中焦"、"下焦"三个阶段，藉以辨识病位和病变性质，从而确定其证候。因此，这两种辨证方法，都能概括温病发病过程中脏腑功能失常及正邪斗争的情况。只不过从临床实用来说，卫气营血辨证、三焦辨证这两者在不同情况下各有适用的范围。

关于辨证方法的运用程序，首先是要抓住病变的主症。一般来说，凡属患者最痛苦、最紧急的症状或体征，往往即是反映病变主要矛盾的主症。因此，应围绕主症先辨其或属外感，或为内伤。若为外感，应再分表里、寒热。若为内伤，则应先辨虚实，虚证有气血阴阳之不同，两者均应进一步落实到脏腑经络；实证则更要分析其属于何种邪气为病。

总之，临床辨证的目的，实质上是对病变进行定位和定性。凡判定其病变之在脏腑经络气血津液等部位，即属定位分析。凡辨析其病变之属阴阳表里寒热虚实及风寒暑湿燥火疫毒等，即是对病变的定性分析。但是，目前临床辨证，尚不够统一，所以需要加强各种辨证指标的规范化，进一步提高临床辨证水平。

八纲辨证

阴、阳、表、里、寒、热、虚、实，称为"八纲"。临床通过对四诊所取得的材料，运用"八纲"理论，对疾病的病位、病性等进行分析，从而确定其为某种证候，如阴证、阳证；表证、里证；寒证、热证；虚证、实证之类，这就是八纲辨证。临床上无论运用脏腑、经络任何一种辨证方法，都必须以八纲进行分析，才能作出具体的判断，因而八纲可称为辨证方法的总纲。《景岳全书·传忠录·阴阳》中指出："凡诊疾施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领。"《景岳全书·传忠录·六变辨》说："六变者，表里寒热虚实也，是医中之关键，明此六者，万病皆指诸掌矣。"清代程钟龄《医学心悟》则指出："病有总要，寒热虚实表里阴阳而已，病情既不外此，则辨症（证）之法亦不出此。"

疾病的表现虽然极其复杂，但基本上都可以用八纲以辨识之，比如疾病的类别，不外阴证、阳证两大类。病位的深浅，有表里之分；疾病的性质，有寒热之别；邪正的盛衰，邪气盛者谓之实，正气衰者谓之虚。因此，八纲辨证就是把千变万化的病证，归纳为表与里、寒与热、虚与实、阴与阳四个对立面，用以指导临床的论治，其中阴阳两纲又可以概括其他六纲，即表、热、实证多属阳；里、寒、虚证多属阴，故阴阳又是八纲的总纲。

由于八纲辨证概括性很强，主要用以判明病变的大体性质和病情发展的总的趋向，所以在诊断疾病过程中，在运用八纲的同时，还须与气血津液、脏腑经络、六经、三焦、卫气营血，以及六淫、七情等病因结合起来，才能使辨证更加具体而明确。例如热证，则应辨明是热在气分还是血分，在何脏腑，因何病邪而引起等等。故八纲是辨证的基础而不可或失，对于疾病的诊断，确有执简驭繁、提纲挈领的作用。

八纲能反映病变过程中矛盾的几个主要方面，唯在临床运用上并不是彼此孤立的，它们之间是相互联系而不可分割的。如辨别表里，须与寒热虚实相联系；辨别虚实，又必须与表里寒热相联系等。因此，八纲之间存在着"相兼"、"转化"、"夹杂"等相互联结的关系。

"相兼"，指两个纲以上的证候同时存在而相兼出现。疾病的变化，往往不是单纯的，而是经常出现表里、寒热、虚实等交织在一起的错综复杂情况，如外感热病初起，出现表证，但还须进一步辨其兼寒还是兼热，即表寒或表热。若系久病虚证，亦须进一步辨其属于"虚寒"还是"虚热"。但应指出，相兼证候的出现，有主要和从属的关系，如表寒、表热，都是以表证为主，其寒与热皆从属于表证；虚寒、虚热，都是以虚证为主，其寒与热亦从属于虚证。至于表里相兼之证，究以表证为主，还是里证为主，则又

应视其具体情况而定。

“转化”，是说在一定条件下，病变的部位或性质，是可以转化的，如表证入里、里证出表；寒证化热、热证转寒；实证转虚、因虚致实之类。例如外感热病初起，可表现为恶寒、发热、头痛身痛等表证，由于病情的发展，或病邪较共，或体质虚弱，或治疗失当，则病邪可以向里传变，而发展成里证，此即为由表入里的转化。应当指出，“转化”是在一定条件下才能发生的，故临床辨证，应随时审察其证候的改变，以推论病机的变化，及时采取相应措施，防止其病情向不利方面转化，促使其向有利方面转化。

“夹杂”，又称“错杂”。是指患者同时出现性质相对立的两纲证候，如寒热夹杂、虚实夹杂、表里同病等皆属之。

此外，在疾病发展的一定阶段中，还可能出现某些与疾病性质相反的假象，如真热假寒、真寒假热、真虚假实、真实假虚等。所以在辨证过程中，必须仔细观察，全面分析，抓住病变实质，才不致被临床表现之假象所迷惑。

八纲辨证的内容，主要包括阴阳辨证、表里辨证、寒热辨证、虚实辨证等方面(可见以下各条目)。

阴阳辨证

阴阳是概括病证的总纲，其运用范围之广，大之可以概括整个病情，小之可以用于一个症状的分析。故《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”《类经·阴阳类》说：“人之疾病，……必有所本，或本于阴，或本于阳，其本则一。”说明临床证候虽然复杂多变，但总不外阴阳两大类别，而诊断疾病也必须首先辨别其证候的属阴属阳。即表、热、实证统属阳证。里、虚、寒证统属阴证。

同时，阴阳辨证也具体概括了体内脏腑组织的某些病理变化及征象，即阴阳本身的相对平衡遭到破坏所引起的病变，除前所述之寒证、热证外，还有阴虚、阳虚、亡阴、亡阳等证候。

阴证和阳证 临床上对阳证的概念，主要指实热证。阴证的概念，主要指虚寒证，亦包括寒实证。其症状对比如下表：

阴证、阳证症状对比表

症状	证候	
	阳证(实热)	阴证(虚寒)
精神	狂燥	委靡
面色	潮红	㿠白或苍白
寒热	壮热不恶寒	畏寒肢冷不发热
二便	便秘溲赤	便溏溲清
呼吸	气粗声高	气短声低
渴饮	口渴喜冷饮	口不渴喜热饮
舌象	质红绛苔黄	质淡苔白
脉象	滑实洪数	濡细微弱

阴虚、阳虚和亡阴、亡阳 阴阳辨证的另一方面临床意义，即是辨人体阴液和阳气的偏虚或衰竭，阴液不足为阴虚，阴液暴脱为亡阴；阳气不足为阳虚，阳气暴脱为亡阳。阴虚、阳虚，亡阴、亡阳四种证候，皆属于虚证范畴，但有寒热之分，阴虚、亡阴，有虚热之象；阳虚、亡阳，则有虚寒之征。阴虚证和阳虚证的临床表现见“虚实辨证”条。

亡阴，是指由于体内阴液大量消耗而表现出阴津枯涸的病变和证候；亡阳，则系由于机体阳气严重损耗而表现为阳气虚脱的病变和证候。

亡阴、亡阳证候，是疾病过程中的危重证候，它们即可以反映于慢性病的最后阶段，也可以在急性病急剧变化时出现，或因治疗失误所致。一般多出现于高热大汗、剧烈吐泻、失血过多等阴液或阳气迅速亡失的情况之下。凡热盛之病，或阴虚之体，易于引起亡阴病变。而寒盛之病，或阳虚之体，则易于引起亡阳病变。其临床表现，除原发疾患各种危重症状外，亡阴证或亡阳证均有不同程度的汗出。但亡阴之汗，汗出热而粘，兼见肌肤热，手足温，口渴喜冷饮，脉细数疾，按之无力等症状。亡阳之汗，则大汗淋漓，汗液清稀而凉，兼见肌肤凉，手足冷，口不渴而喜热饮，踡卧神疲，脉微欲绝等症状。但是，由于阴阳是互根的关系，亡阴则阳气无所依附而散越，亡阳则阴液无以化生而耗竭，所以亡阴可迅速导致亡阳，亡阳之后亦往往随之而阴竭，只不过是有先后主次的不同而已。因此，临床上应分辨亡阴亡阳的主次矛盾，才能及时准确地进行抢救。

此外，中医外科疮疡亦有阴证、阳证的辨别，一般以病灶局部色白、漫肿、不热、脓液清稀，或伴有全身性虚弱症状者，为阴证；局部红、肿、热、痛明显，脓液稠厚，或伴有全身性实热症状者，为阳证。

表里辨证

表与里，是人体内外部位的划分。皮毛、肌肤、浅表的经络等部位属表；骨髓、血脉、脏腑等部位属里。表里辨证，是根据某些临床表现来辨别病变部位和病势深浅趋向的两个纲领。一般来说，凡病在皮毛、肌腠，病位浅在者，属表证；病在脏腑、血脉、骨髓，病位深在者，属里证。

外邪侵犯人体，每多由表入里，故辨别表里，是外感病辨证的首要一环。内伤杂病，病起于里，则一般多属里证。

表证 是病位浅在肌肤的一类证候。一般多见于六淫之邪从皮毛、口鼻侵入人体而引起的外感病初起阶段。因此，表证多具有起病急、病程短、病位浅、病情轻等特点。《景岳全书·传忠录》说：“表证者，邪气之自外而入者也，凡风寒暑湿燥火，气有不正，皆是也。”又说：“凡邪气之客于形也，必先舍于皮毛。”临床以恶寒(或恶风)发热，

舌苔薄白，脉浮等为主，常兼有头身疼痛，鼻塞，咳嗽等症状。

表证主要由六淫之邪侵犯人体所引起，常见于外感热病，如上呼吸道感染、急性传染病及其他感染性疾病的初起阶段。六淫外邪客于皮毛肌腠，阻遏人体卫气正常宣发，其"温分肉，肥腠理"功能受到障碍，肌表得不到卫气的正常温煦，故出现恶风寒症状。卫气具有抗御外邪的能力，卫气为外邪郁遏，势必与邪气相争而出现发热。邪在皮毛，正气与之相争于表，气血趋向于外，故脉见浮象。肺合皮毛，鼻为肺之窍，皮毛受邪，内应于肺，引发肺气宣发失常，因而出现鼻塞、咳嗽等症。邪气郁于经络，导致气血流行不能畅通，以致头身疼痛，但邪未深入，其内在脏腑尤其是脾胃功能未受显著影响，故舌象尚无明显变化，仅呈薄白苔。

上述是表证的基本情况，由于外邪性质有寒热之分，卫气抗御病邪的能力亦有强弱之不同，因此，表证还须进一步辨别其为表寒、表热、表实、表虚。

表寒证　其寒象较为明显，临床表现为恶寒，舌苔薄白而润，脉象浮紧。寒性收引，寒邪盛则经脉绌急而痛，故头痛、身痛较重。寒邪犯肺，常可见鼻流清涕，咯痰稀薄等症。此多由于感受风寒之邪所致。

表热证　其热象较为明显，除见一般表证外，可见到咽红肿痛，舌质较红，舌苔较干，脉象浮数等症。如兼见咳嗽，则咯吐粘白痰或黄痰。此多由于感受风热之邪所致。

应当指出，表寒证与表热证的辨别，是以临床表现的寒象或热象为主要依据的，唯风寒之邪可以郁而化热，故表寒证亦可能转化为表热证(或里热证)。

表实证　凡临床表证而见无汗者，称为表实，多见于表寒证。多由于感受风寒之邪较重，卫气被阻，皮毛腠理闭塞所致。故其脉象亦相应呈现浮紧之象。

表虚证　表证有汗而热不解者，称为表虚证。多由患者营卫调节功能较差(即营卫不和)，抗御外邪能力减退，故虽有汗出，仍不能驱邪外出所致。其脉亦相应呈浮缓之象。

里证　是指病位深在于里(包括脏腑、气血、骨髓)的一类证候。里证与表证相对而言，概括来说，凡非表证的一切病证，皆属里证。故《景岳全书·传忠录》说："里证者，病之在内在脏也。"在外感热病过程中，表邪不解，多传入里，正如《素问·缪刺论》所说："夫邪之客于形也，必先舍于皮毛；留而不去，入舍于孙脉；留而不去，入舍于络脉；留而不去，入舍于经脉，内连五脏，散于肠胃，阴阳俱盛，五脏乃伤，此邪之从皮毛而入，极于五脏之次也。"故在经脉者，都可称为表证；在肠胃五脏者，都属里证。

临床上里证包括范围较广，而外感病中所出现的里证，大多表现为热证或实证。亦有少数表现为寒证或虚证者，故对于外感疾病中所出现的里证，主要应分辨其是里热、里实及里寒、里虚。

里热、里实　表证入里化热而转化成里热证，其症可见发热不恶寒，舌红苔黄，脉数，小便短赤，提示表证已解而热象显著。甚则可见面色潮红，恶热，心烦，脉洪数，大汗出而口渴，均显示其热邪炽盛。若表邪入里，表现为胸腹胀满疼痛，大便秘结，脉象沉实，舌苔黄厚而腻，则为热结肠胃的里实证。里实热病变的进一步发展，则可见舌绛、神昏、痉厥、抽搐、发斑、发疹等，乃为邪热深入，侵及营血，内陷心包所致，其病情更为重笃。

里寒、里虚　表邪入里亦有转化成虚证或寒证者，如见无热畏寒，呕吐，腹痛，腹泻，口不渴，舌苔白，脉濡缓，是为脾阳不振。若见面色苍白，汗出肢冷，神倦嗜睡，脉微细等，则是心肾阳衰。

关于外感热病里证的分辨，尚须结合六经、卫气营血，以及病因等进行分析。而内伤杂病，由于各种疾病都有各种不同之里证，其临床表现亦不相同，则更须结合脏腑、气血津液等辨证予以分析，方能具体。

里证的成因，大致有如下三种情况：一是表邪不解，内传入里，侵犯脏腑，导致功能失调而发病。如外感表邪不解，病情发展，出现高热，口渴，喜冷饮，烦躁，谵语，大便干结，小便短赤，舌红苔黄，脉沉数等症，则说明病邪已内传入里，化热结实，形成了胃肠实热证。二是外邪直接侵犯脏腑而发病，如腹部受寒，或过食生冷，以致寒湿邪气内伤脾胃，出现腹痛、吐泻等症，即是形成了里寒证。三是情志内伤，或饮食劳伤等因素，直接影响脏腑，使脏腑功能失调或衰退，从而出现种种病证，如脾气虚弱，运化无力，可发生腹满、食欲减退，日渐消瘦之里虚证。

半表半里证　主要指在外感热病中所出现的既不同于表证，又不同于里证的一类证候。其临床表现为寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，不欲饮食，口苦咽干，目眩，脉弦等症。主要是由于外邪既不能完全入里，而正气又不能驱邪完全出表，正邪相争，介于表里之间所致。

表证里证的鉴别要点　主要在于询问病史，审察病证寒热，以及舌苔、脉象等变化。一般来说，凡新病、病程短者，多属表证；凡久病、病程长者，多属里证。恶寒发热者，为表证；发热不恶寒，或但寒不热者，均属里证；寒热往来，则属半表半里证。表证舌苔常无变化，或仅见舌苔薄白。若舌苔见其他异常表现，如变黄，或灰黑，或舌淡胖嫩等，便应考虑到里证的存在。脉浮者为病在表；脉沉者为病在里；若脉见弦象，且又是新感疾病，则应考虑为半表半里之证。

表证与里证的关系　可以从以下三方面来认识：

表证入里　凡病表证，病邪在表，自有恶寒发热之症可见。若恶寒自罢，出现不恶寒而反恶热，并兼见烦渴多饮，舌红苔黄，尿赤等症，则表示病势向里传变，由表入里，转化为里热之证。

里证出表　里证，为病邪深在于里。若为内热烦躁，咳逆胸闷，继则发热汗出，烦躁减轻，或见疹痦透露，则为病邪由里达表之征象。如麻疹患儿，由于体质素弱，或出

疹期感受风寒，或过早投用寒凉之品，郁遏卫气，以致疹出即没，转见高热，咳嗽而喘，烦躁等症（多见于麻疹合并肺炎），则反映疹毒内陷，病变由表入里。若此时加强护理，提高患儿抵抗力，并用清热透疹，托邪外出之法，使其疹毒外透，麻疹再现，热退喘平，则表示病邪之由里出表。

可以看出，病证转化的发生，主要取决于邪正双方斗争的胜负。表证入里，反映了机体抗病能力的降低，或因邪气过盛，或护理不当，或误治、失治等因素所致。里证出表，则多为治疗、护理得当，机体抗邪能力得以恢复或增强而形成。一般地说，表证入里，表示病势加重；里证出表，则反映邪有去路，病势减轻。因此，掌握证候表里出入的变化，对于预测疾病的发展和转归，具有重要的临床意义。

表里同病 是指表证和里证在同一时期出现，即既有表证，又有里证，常见有两种情况：一为发病即是表里同病，表里两证同见，如寒邪侵袭肌表，出现恶寒发热，头身疼痛等表证。同时又见寒邪直中人里，出现腹痛、腹泻等里证。二是多因表证未罢又及于里，或本病未愈，又兼标病，如本有内伤杂病，复又外感时邪，或先有外感，又伤饮食积滞，皆可称之为表里同病。

由于表证与里证往往与寒热虚实相关，故表里同病，可见多种证候，常见者有表寒里热、表热里寒、表虚里实、表实里虚，以及表里俱寒、俱热、俱虚、俱实等不同证候。其鉴别见下表：

表里证寒热虚实鉴别简表

证候	主 要 症 状	舌苔	脉象
表 寒	恶寒，发热，头身痛较重，无汗	苔薄白而润	浮紧
表 热	发热重，恶寒轻，或不恶寒，咽红肿痛，口渴，微汗	舌尖边红苔薄而干	浮数
表 虚	有汗，或自汗不止，恶风发热	舌淡	浮缓无力
表 实	以无汗为特点，一般指表寒证	苔薄白	浮而有力
里 寒	畏寒肢冷，面色苍白，不渴或渴喜热饮，腹痛喜温，便溏溲清	舌苔薄白	沉迟
里 热	壮热面赤，恶热，烦躁，渴喜冷饮，痰黄稠，小便短赤，大便干结	舌质红苔黄	脉数
里 虚	气弱懒言，倦怠食减，头昏心慌，便溏	舌淡胖嫩	沉弱
里 实	腹满腹胀拒按，大便秘结，甚则谵语发狂	苔黄腻	沉实
表里俱寒	恶寒，头身痛，腹痛泄泻，腹冷	苔白滑而腻	沉紧
表里俱热	发热不退，头痛面赤，咽干口渴，心烦	舌红苔薄黄	洪数
表里俱虚	自汗恶风，头晕眼花，心慌少气，泄利	舌淡苔滑	脉弱或结代
表寒里热	恶寒发热，无汗，烦躁，口渴	舌红苔薄黄	浮紧而数
表热里寒	发热，无汗，头痛，咳嗽，便溏，尿清	苔微黄	沉弦
表虚里实	自汗恶风，腹满痛，胸痞呕恶，便秘	苔白厚腻浊	浮滑
表实里虚	恶寒无汗，头身痛，气怯，神倦，不渴	舌淡胖苔白	浮弱

寒热辨证

寒与热，是疾病的两种不同性质，是机体阴阳偏盛偏衰的具体表现。故《景岳全书·传忠录》说："寒热者，阴阳之化也。"所以，寒热辨证，是根据某些临床表现来辨别疾病性质的两个纲领。辨证候之寒热，实际上就是辨阴阳之盛衰。寒证，是机体阳气不足，或感受寒邪的反映；热证，是机体阳气偏盛，或感受热邪的反映。正如《传忠录·寒热》所说："阳盛则热，阴盛则寒；阳虚则寒，阴虚则热。"即说明了产生寒证和热证的基本病机。

寒证与热证，比较容易鉴别，但亦不能单从某一症状而作出判断，必须联系病史、体质，参合所有症状、舌苔、脉象来综合分析，方能得出正确的诊断。

寒证 是机体感受阴寒之邪，或人体阳气不足，机体机能活动衰减所表现的证候。临床表现多见恶寒喜暖，口润不渴，面色苍白，甚或面青，肢冷踡卧；或脘腹暴痛，暴吐暴泻，排出物澄澈清冷；或腹痛喜温，小便清长，大便稀溏，舌苔白润，脉迟或紧等症。多因阳气不足，阳虚阴盛则内寒自生，或为外寒所伤，阳气不能发挥其温煦周身作用，故见恶寒喜暖，肢冷踡卧；阴寒内盛，津液未伤，所以口润不渴；阳虚不能温化水液，故排出物（如尿、痰、涕、涎等）澄澈清冷；若寒邪伤损脾阳，或久病脾阳虚损，则可使运化失常，而见大便稀溏；阳虚不化，寒湿内生，则舌苔白润；阳虚则鼓动血脉之力不足，故脉见迟象。

分辨寒证，首应注意阴胜与阳虚之别，如脘腹暴痛，暴吐暴泻，面青，脉紧等表现为阴胜，主要是由于寒邪所侵，阴寒内盛而致。如肢冷踡卧，小便清长，大便稀溏，脉迟等表现，主要在于阳虚，是阳气虚衰，功能减退所致。但是，寒邪可以伤阳，阳虚则生内寒，两者互有联系，故寒证中常见的畏寒（或形寒）肢冷，面色苍白，既为寒邪盛之征象，又为阳气衰微之表现。

热证 是感受热邪，机体阳热偏盛，或机体阴液不足，阴虚阳盛，表现为机能活动亢奋的证候。故阳盛则热，阴虚亦热，两者都是发生各种热证的基本病机。

临床表现阳盛而热之热证，多见发热喜凉，口渴饮

冷，面红目赤，烦躁不安，小便短赤，大便燥结，舌红苔黄而干燥，脉数或洪大而数，此系实热。阴虚而热的热证，多见五心烦热，骨蒸潮热，咽燥口干，舌光红无苔，脉细数，多由阴虚相对阳亢而生，故称"虚热"。热证的病因，多由外感火热之邪，或因七情内伤，郁而化火；或饮食不节，积蓄为热；或房室劳伤，劫夺阴精，阴液不足则阳亢，以致阳热亢盛而成。阳热偏盛，机能亢奋，则身热喜凉；火热伤阴，煎灼津液，故小便短赤；津伤则无以上济咽喉，需饮水以自救，故渴喜冷饮；火性炎上，面部血脉充盈，故见面红目赤；热扰心神，则烦躁不宁；肠热津亏，势必大便燥结；舌红苔黄为热象，苔干而燥是津液受伤；阳热亢盛，血流加速，故见数脉。阴液不足，失其相对平衡，阳气呈虚性亢奋状态，故见五心烦热，骨蒸潮热；阴津亏损，不能上润口咽，故咽干口燥；脉细为津亏血脉不充，数则为虚阳亢进所致。

寒证与热证的鉴别要点 恶寒喜热为有寒，恶热喜冷为有热；口渴喜饮为有热，口淡不渴为有寒；面赤为热，面白为寒；手足烦热多为热，手足厥冷多为寒；小便短赤，大便燥结为有热。小便清长，大便溏薄为有寒；脉象数滑为热，脉象沉迟为寒；舌红苔黄为热，舌淡苔白为寒。从上述寒证与热证之比较可以看出，寒证属阴盛，多与阳虚并见；热证属阳盛，亦常有阴液亏耗之表现。

寒证与热证的虚实鉴别 寒证有虚寒、实寒之分，临床所见，以虚寒为主，虚寒证为阳气之不足。但寒实证亦可见到，此系寒邪与食积互阻肠胃，或寒痰闭阻肺气所致。

热证，临床则以实热证为主，但虚热之证亦属多见。关于寒实、虚寒、实热、虚热诸证之临床鉴别见下表：

寒证、热证虚实鉴别表

证候		病机	主要症状
寒证	寒实	寒邪壅盛 机能阻滞	恶寒肢冷，腹冷痛，便秘，脉沉伏或弦紧
	虚寒	阳气虚衰 功能减退	畏寒，肢冷，喜暖，面色㿠白，精神委顿，小便清长，下利清谷，舌淡胖嫩，舌苔薄润，脉迟细微弱
热证	实热	热邪炽盛 机能亢奋	壮热，烦渴，神昏谵妄，腹胀满拒按，舌红苔黄，脉洪数滑实
	虚热	阴液亏耗 虚阳亢进	潮热盗汗，五心烦热，消瘦乏力，咽干口燥，舌红少苔，脉细数

寒证与热证的相互关系 寒证与热证，虽有阴阳盛衰的本质区别，但两者有时又是相互联系的，它们既可在同一病人身上同时存在，表现为寒热错杂证候；又可以在一定条件下相互转化，出现寒证化热，热证转寒等情况，同时还可以有某些假象出现。

寒热夹杂 有上热下寒、上寒下热、表寒里热、表热里寒等证。

（1）上热下寒证：指患者在同一时间内，上部表现为热，下部表现为寒的证候。临床表现可见胸中烦热，脘痛嘈杂，频欲呕吐，同时又见腹痛喜温喜按，肠鸣、下利完谷不化等症。多为阳盛于上，阴盛于下所致。

（2）上寒下热证：指上部表现为寒，下部表现为热的证候，如脘部冷痛，痰多，嗳气，呕哕，又见大便秘结，小便赤痛，苔白根黄，脉象弦滑等症。此由于阴盛于上，阳盛于下所致。

（3）表寒里热证：指寒在于表，热在于里，常见于本有内热，又感风寒，或外邪传里化热而表寒未解等病证。如小儿素有食积内热，又外感风寒之邪，临床表现既有腹满，烦躁，口渴，苔黄等内热食积之象，又兼见恶寒发热，身痛等表寒症状，是为表寒里热证候。

（4）表热里寒证：指热在于表，寒在于里，常见于素有里虚里寒而又外感风热之患者，其临床表现是既有发热恶风，头痛，咽喉肿痛等表热症状，又有肢冷便溏，或下利，不渴等里寒症状，即为表热里寒证候。再如表热证未解，又因过服寒凉，损伤脾胃阳气，亦属表热里寒之证。

寒热转化 主要指寒证化热和热证转寒两种情况。

（1）寒证化热：即先为寒证，后变为热证，且热证出现之后，寒证便逐渐消失。如外感寒邪，开始为恶寒身热，身痛无汗，脉浮紧，纯为表寒之证。若因寒邪不能外解，入里化而为热，恶寒症状消退，而热势愈炽，且烦躁、口渴、苔黄等热症相继出现，即说明其证候已由表寒证变为里热之证。

（2）热证转寒：即先为热证，后渐变为寒证。如高热病人，由于大汗不止，阳从汗泄，或吐泻过度，阳随津耗，瞬即出现四肢厥冷，面色苍白，脉象沉迟等阴寒之证。

但是，寒热证的相互转化是有条件的，关键在于邪正双方的力量对比。当人体正气充实，阳气亢盛，其寒邪方能从阳而化热。或虽为热证，但正邪斗争的结果是正不胜邪，阳气虚损，则热证便可转化为虚寒之证。

（3）寒热真假：在疾病发展过程中，特别在病情危重阶段，可能出现某些"寒极似热，热极似寒"的假象，形成真热假寒或真寒假热证候。

（4）真热假寒证：即内有真热而外见假寒的证候。其临床表现是手足逆冷，脉沉，似是寒证，但肢冷而身热不恶寒，反恶热，脉沉数有力，更兼见烦渴而喜冷饮，咽干，口臭，谵语，小便短赤，大便燥结，或热痢下重，舌深红苔黄而干等症。可以看出，其手足逆冷，脉沉是假寒之象，而内热才是疾病的本质。这是由于内热过盛，阳气郁闭于内，不能布达于四末所形成，是阳盛于内，拒阴于外，寒热格拒的病理现象，所以，又称之为"阳盛格阴"，即"阳厥"证或"热厥"证。

（5）真寒假热证：即内有真寒而外见假热的证候。其临床表现是身热面红，口渴，脉大，似是热证，但身热反欲盖衣被，口渴而喜热饮，脉大而无力。且还可见到四肢厥冷，尿清便溏，舌淡苔白等寒象。多由阴寒内盛，逼阳

于外，阴阳寒热相互格拒而成，故又称其为"阴盛格阳"证。

实践说明，辨析寒热的真假，可以从下述两方面来注意诊察：一是假象的出现，多在四肢、肌表或面色方面，而脏腑、气血、津液方面的变化，则能反映病变的本质。故辨证应以里症、脉象、舌苔等为主要诊断依据。二是假象究竟和真象不同，详细审查当不难分辨。如假热的面赤，是面色白而仅见颧颊浅红娇嫩；时隐时现，与真热之满面通红迥异。假寒仅表现为四肢逆冷，而胸腹部往往却是大热，或虽周身寒凉，但反不欲近衣被，与真寒的身体踡卧，欲近衣被，亦不相同。真热假寒与真寒假热两证之鉴别如下表：

真假寒热鉴别表

鉴别		证候	
		真寒假热（阴证似阳）	真热假寒（阳证似阴）
望诊	面部	两颧嫩红，唇色淡白	面虽晦滞，但目光炯炯有神，唇红焦燥
	神志	虽躁扰不宁，状如阳证，但精神委顿，形体倦怠	神志昏沉，状如阴证，但时有烦躁，扬手掷足，形强有力
	舌象	舌色暗淡，苔灰黑而润滑	舌质红绛，苔焦黄或黑，干燥起刺
闻诊		气冷息微，语声无力，排泄物多无臭秽气味	气热息粗，声音响亮，口气臭秽，排泄物多有臭秽气味
问诊		口虽渴，但不欲饮或喜热饮；身热反欲近衣被；小便清长，大便自利或便秘，咽喉或痛，但不红肿	口渴引饮，且喜冷饮，身大寒反不欲近衣被，小便黄赤，大便秘结，肛门灼热
切诊		脉虽疾数，但按之无力或微细欲绝，胸腹按之不灼手	脉滑数按之鼓指，或虽沉但按之有力，手足虽冷，但胸腹热，按之灼手
病机		阴盛于内，格阳于外	阳热内郁不能外达，格阴于外

虚实辨证

虚与实，是指正邪盛衰的两个方面，故《素问·通评虚实论》说："邪气盛则实，精气夺则虚。"虚实辨证，即是根据某些临床表现来分析和辨别邪正盛衰的两个纲领。实证，即是病邪壅盛而正气未虚，正邪斗争激烈所表现的证候。虚证，即是正气虚衰，机能减退，抗病能力低下所表现的证候。

病证有虚实之分，而虚实又与表里寒热相互联系，故其证候表现亦较复杂，在辨证过程中，必须注意其证候的"夹杂"、"转化"和虚实证候的真假等。

虚证 虚，有阴、阳、气、血等虚损之不同区分，但凡属虚证，皆为人体正气不足之表现。虽然"邪之所凑，其气必虚"，说明正与邪，虚与实之间是相互联系，相互影响的，但临床亦不少见纯属气虚、血虚、阴虚、阳虚等证候，至于邪气的有无或盛衰，则又当临证具体分析。

临床虚证主要表现为全身气、血、阴、阳的不足，且亦多体现于某些脏腑功能的衰退。因此，虚证基本上可分为"气虚"、"血虚"、"阴虚"、"阳虚"等四种证候，这些虚证亦多体现为某些脏腑功能的减退，如心阴虚、肝血虚、肾阳虚、肺气虚等，所以临床表现各有不同，不能毫无分辨地一概而论。

虚证常见的症状有：面色苍白或萎黄，精神委靡，神疲乏力，心悸气短，形寒肢冷，或五心烦热，自汗盗汗，大便滑脱，小便失禁，舌少苔或无苔，脉虚无力等。虚证的形成，有先天不足和后天失养两方面因素，但以后天失于调养为主，如饮食失调，素体虚弱；七情、劳倦，内伤脏腑气血；房室过度，耗散肾脏元真；或久病、失治、误治损伤正气等，均可形成虚证。阳气虚损，失其温运固摄之能，故可见面色苍白，形寒肢冷，神疲乏力，气短自汗，二便失禁。阴血亏耗，阴不制阳，失其濡养滋润作用，呈现虚性亢奋之象，故见五心烦热，盗汗心悸，面色萎黄等症。气血两虚，经脉既不能充盛，血行又失其鼓动之力，故脉见虚而无力。阳虚不能蒸化水津，阴亏无以滋养上承，故见舌上少苔或无苔。

气虚与阳虚，虽均为阳气不足，其临床表现亦较相似，但阳虚则有明显的虚寒之象。而气虚则属单纯的机能衰减，虚寒之象多不明显。血虚是血液亏损，既可伴有气虚（即气血两虚），又可与阴虚同时并见（阴血亏损）。而阴虚则是指阴液的不足，且往往伴见燥热内生之征象，临床尤当详辨。

气虚与阳虚、血虚与阴虚鉴别表

证候	共有症状	鉴别症状
气虚	面色㿠白或苍白，神疲乏力，自汗懒言，声低，纳食不化，舌淡胖	气短乏力，动则气急等症明显，或见大便溏薄，或见小便余沥失禁，脉濡
阳虚		畏寒，四肢厥冷，面色晦暗或青紫，小便清长，下利清谷，舌色青紫，脉迟
血虚	消瘦，眩晕，目花失眠，心悸，舌上少苔，脉细	面色淡白或萎黄，指甲色白，手足麻木，舌质淡
阴虚		面红潮热，五心烦热，口干咽燥，盗汗遗精，舌质红绛，或有裂纹，或苔剥，或舌光无苔，脉细数

实证 指邪气过盛所反映的一类证候，一般来讲，实证虽属邪盛，但正气尚未至亏损程度，犹能奋起而进行抵抗，故实证往往表示邪正斗争处于激烈阶段。

临床由于病邪性质不同，病邪侵犯机体部位不同，故各种不同的实证，其临床表现亦不一致。主要症状有发

热，腹部胀痛拒按，胸闷烦躁，甚则神昏谵语，呼吸喘粗，痰涎壅盛，大便秘结，小便不利，脉实有力，舌苔厚腻等。实证的形成，一般有两方面原因：一为外邪侵袭人体。一为由于内脏功能失调，代谢障碍，以致痰饮、宿食、水湿、瘀血等病理产物蓄积停留于体内所致。邪气过盛，正气奋起而与之抗争，阳热亢盛，故发热。邪扰心神，故烦躁，甚则神昏谵语。邪阻于肺，则宣降失常，而见胸闷，喘息气粗。痰湿不化，阻滞气道，故痰涎壅盛。实邪积于肠胃，阻滞肠腑不通，故腹胀满，疼痛拒按，大便秘结。水湿内停，气化不行，故小便不利。正邪相争，气血涌盛，搏击于血脉，故脉盛而有力。湿热蒸腾，故舌苔多见厚腻。关于实证与虚证可作对比的主要症状，其鉴别如下表：

实证、虚证主要症状鉴别表

症状	证候	
	实　证	虚　证
精神	烦躁	委靡
动态	扬手掷足	踡卧喜静
面色	潮红	㿠白、苍白、淡白或萎黄
发音	高	低
语言	烦而多言或谵语	少言郑声
呼吸	气粗	气短息微
胸腹	痞硬、胀痛拒按	虚软或胀痛时减，喜按
脉象	有力	无力
舌苔	厚腻	少苔或舌光无苔

虚证与实证的相互关系　虚证与实证，虽有正气不足与邪气过盛的本质区别，但邪正虚实之间，又是相互联系、相互影响的，其中亦有“夹杂”、“转化”和“真假”的复杂情况。

虚实夹杂　指同一患者在同一时期存在着正虚与邪实两方面的病证，即为虚实夹杂证候。例如咳嗽病人，咯痰粘稠，胸满喘嗽，舌苔黄腻为实，但又见呼吸浅短，动则气急之虚象，则说明既有痰热壅肺的实证，又有肺气不足的虚证。又如瘀血内阻病人，既可出现腹部痞块等实证，又可同时出现形体消瘦，肌肤甲错，目眶暗黑等阴血不足之虚证。

临床所见，虚实夹杂证候，有实中夹虚而以实证为主者；有虚中夹实而以虚证为主者；亦有虚实并重者，应辨清其主次关系。

虚实转化　指临床上正虚和邪盛证候，可因一定的条件发生相互转化，一般有实证转虚和因虚致实两种情况。

(1) 实证转虚：指病变本为实证，但因失治、误治等原因，以致病程迁延，虽邪气渐去，而正气亦大伤，则渐成虚损之证。如高热，烦渴，汗出，脉大之实热证，由于治疗失当，导致津气耗损，而见肌肉消瘦，面色枯白，不欲饮食，虚弱少气，舌上少苔，或光净无苔，脉细无力等症，则系由实转虚。

(2) 因虚致实：指病变本为虚证，但由于正气不足，脏腑机能减退，不能布化，以致产生病理性实邪，形成实证，谓之因虚致实，或称虚中挟实。如脾肺气虚，运化失职，宣降失常，从而出现痰饮或水湿等实邪，则为因虚致实之证。又如老年人气虚或产后失血过多，气虚则肠胃传导无力，血亏则津枯肠燥，均可见大便秘结之实证，亦属因虚致实。

虚实真假　临床上虚证或实证还会发生真假疑似之情况，即前人所说的“大实有羸状”、“至虚有盛候”，辨证时尤当注意。

(1) 真实假虚：指病变本为实证，但由于热结肠胃，痰食壅滞，大积大聚等病变，致使经络阻滞，气血不能畅达，因而出现精神默默，身寒肢冷，脉象沉迟或伏等虚证之象。然经观察，则患者语声高亢，气粗，脉沉迟但按之有力，即说明内在的痰食热结，是病变的真正本质，而其虚象则是假象。

(2) 真虚假实：指病变本为虚证，但由于内脏气血不足，运化无力，因而出现腹满，腹胀，腹痛，脉弦等类似实证之象。但经观察，则发现病人腹虽胀满，却时有缓解，而非持续不减；腹虽痛，却不拒按，反而按则痛减；脉虽弦，重按却无力。此即说明、气血不足，运化无力乃是病变的本质，而胀满或疼痛则是假象。

辨别虚实真假的要点，主要在于对脉、舌和症状的仔细审查，如脉的有神无神、有力无力、或浮或沉；舌苔的或老或嫩，久病还是新病，体质的强与弱等，均须详为分辨，方能透过各种假象，找出病变的本质。

虚实与表里寒热的关系　虚与实，都不是孤立存在的，而且往往是通过表里寒热等方面表现出来，从而形成多种证候。如表虚、表实、里虚（包括虚寒、虚热）、里实（包括寒实、实热）等。

表实、表虚　表实证，指外邪侵袭人体，卫阳汇集于肌表，正邪斗争，腠理闭密所出现的证候。在临床上除具有表证症状外，以无汗，头身痛，脉浮紧为其特点，多见于外感风寒之邪的表寒证。表虚证，有两种情况：一是指感受风邪而致的表证，以恶风，汗出，脉浮缓等为其特点。因风为阳邪，其性开泄，风邪袭表则营卫不和，腠理疏松所致，系与感受寒邪而致的无汗表实证相对而言。二是指虚人外感，如脾肺气虚，卫气不能固密，肌表疏松，经常自汗，易为外邪侵袭之表虚患者即是。

虚寒、寒实　虚寒证，多由体内阳虚阴盛生寒而成，又称为阳虚证。寒实证，则因寒邪过盛，困遏阳气所致。

虚热、实热　虚热证，泛指由于阴、阳、气、血、津液等不足而引起的虚性发热证候，但以体内阴虚所致者，临床最为多见。实热证，则多由热邪过盛，机能亢奋而形成。

气血津液辨证

运用脏腑学说中有关气血津液的理论，用以综合分

析临床所见的病症，从而辨识其属于何种证候，并具有较强概括性的一种辨证诊断方法，称为气血津液辨证。

《素问·调经论》说："人之所有者，血与气耳。"《灵枢·痈疽》说："津液和调，变化而赤为血。"《景岳全书·血证》指出："血即精之属也，但精藏于肾，所藏不多，而血富于冲，所至皆是。"这说明机体是离不开气血津液的，气血津液流行于全身，即成为一切脏腑组织器官功能活动的物质基础，同时又是脏腑功能活动的产物。所以，在生理上，气血的生成与发挥作用，和脏腑的正常生理功能是密切相关的。而在病理上，脏腑发生病变不但能引起本脏气血的失调，而且可以影响及全身的气血津液发生变化。反之，气血津液发生病变，也必然会影响到某些相应的脏腑组织，从而产生多种病变。故《素问·调经论》说："五藏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生。"

中医学认为，不论外感热病或内伤杂病，均可按气分病或血分病两大类来进行辨证论治。一般说来，初病多在气分，病程较久则多由气及血，故《难经·二十二难》说："气留而不行者，为气先病也；血壅而不濡者，为血后病也。"但在临床辨证上，关于气病、血病之先后，亦不可过于拘泥。某些病症，病程虽久，仍可留恋于气分而不及于血。亦有的疾病，则开始即从血分发病，故气分与血分之间是密切相关，互为影响的。同时，由于津液亦是人体生命活动的物质基础，并与气血共同流行于全身，故在各类疾病的过程中，对于津液亦均有不同的影响。因此，掌握气血津液病变的一般规律，就能为其他各种辨证方法，尤其是脏腑辨证打下良好的基础。然而，就气血津液辨证来说，除了掌握其全身性的气血失调情况外，尚须结合有关脏腑之特点，进而分析其属于何脏何腑，方能使辨证结论准确而具体。所以，气血津液辨证的临床意义与八纲辨证有相似之处，亦属于基本的辨证方法之一。

气血津液辨证的具体内容，包括气病辨证、血病辨证、气血同病辨证、津液病辨证等方面。详见以下各条目。

气病辨证

气的病变很多，因此辨别气病证的各种情况，具有较广泛的临床意义。如《素问·举痛论》说："百病皆生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结。"说明气的病变虽多，但引起气病的原因仍不外六淫、七情、饮食劳倦等三方面因素。因此，凡临床上属于机能失调或障碍、机能减退或衰竭等病理表现，则多属气病范畴。一般常见证候为气虚、气陷、气滞、气逆四种。

气虚证 气虚，主要指元气不足。多表现为全身或某一脏腑机能衰退的证候，而以脾肺两脏气虚证候较为多见。临床以少气懒言，语声低微，疲倦乏力，自汗，活动劳累时诸症加剧，舌淡，脉虚无力等为主要见症。造成气虚的原因很多，如久病、重病，或劳累过度而使元气损耗，或因先天不足，后天饮食失调，营养缺乏而使元气生成匮乏，以及由于年老体弱，精气不足等因素，均可导致气虚。

元气不足，脏腑气虚，机能衰退，故见少气懒言，语声低微，疲倦乏力。气虚不能上荣于头目，清窍失养，故头晕目眩。卫气虚弱，失其固秘肌表功能，玄府常开，津液易泄，故自汗。《素问·举痛论》说："劳则气耗"，故活动或劳累，则气虚诸症势必加剧。气虚血亏不能上承于舌，故舌淡。气虚则鼓动血行之力不足，故脉虚软而无力。

辨别气虚证候，还须根据各脏腑的功能特点，予以进一步分析，以确定气虚病变的脏腑部位。详见下表：

常见各种气虚证候鉴别表

证 候	主 要 症 状
一般气虚	全身疲乏无力，精神不振，少气懒言，语声低微，自汗，怕动，舌质淡胖嫩，脉虚无力
肺 气 虚	呼吸短促，少气懒言，音低等症突出，并有咳嗽，咳痰等症
心 气 虚	心悸怔忡，气短等症为主，并有脉结代，或迟或数，但虚软无力，心神不宁等症
脾胃气虚	面色萎黄，精神疲惫，四肢倦怠，食欲减退等症为主，并多伴有脘腹胀闷，消化不良，大便溏薄及中气下陷脱肛，尿意频频等症
肾 气 虚	面色㿠白或灰滞，头晕目眩，耳鸣耳聋，并有腰膝酸软，小便清长，尿有余沥或失禁，遗尿癃闭，性功能减退等症

可以看出，各脏腑气虚证的特点，与各脏腑的生理功能是有一定联系的，如肺气虚的特点，是其"主气"的功能减退；心气虚的特点，是其"主血脉"、"藏神"的功能减退；脾胃气虚的特点，是其"运化"、"腐熟"的功能减退和"中气"的虚陷；肾气虚的特点，是其"藏精"、"生髓"、"主骨"和"主水"、"气化"等功能的减退等等。此外，还应指出，气虚和阳虚性质基本相同，其证候表现亦有很多共同之处。两证的区别，则在于气虚是单纯的虚证，其寒象并不显著，而阳虚则生寒，表现为气虚而有明显的虚寒征象，故在气虚证的基础上，又兼见畏寒、肢冷、脉迟等症状者，即为阳虚证候。

气陷证 气陷，实际上是气虚病变的一种，并以气虚升举无力的病理表现为其主要特征，由于主要发生在中焦，所以又称之为"中气下陷"。人体之气机升举正常，则脏腑维系有力，这是内脏器官保持正常位置的重要因素，故气虚下陷，常可见脏器组织下垂位移等病理改变。临床以头目昏花，少气倦怠，腹部有坠胀感，或见脱肛，或子宫脱垂，或胃、肾等内脏下垂之病症。

气虚则全身机能衰退，故少气倦怠。清阳之气不能升举，头目失养，故头昏目花。气陷于下，升举无力，则内部脏器失其正常维系，故腹部坠胀、脱肛、子宫脱垂，或胃肾等内脏下垂。

气滞证 气滞，即气机郁滞，是指人体某一部位或某

-脏腑气的运行不畅或障碍所表现的证候。关于气机郁滞病证,最早可见于《内经》"五郁"之说,至朱丹溪则创立气、湿、痰、热、血、食等"六郁"病名。戴元礼《金匮钩玄》指出:"郁者,结聚而不得发越也。当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化,此为传化失常,六郁之病见矣。"此系泛指多种病邪之郁为患。而至明代以后,则郁病多为情志郁结,气机不畅,尤为医家所重视,如徐春甫《古今医统》说:"郁为七情不舒,遂成郁结,既郁之久,变病多端。"关于气机郁滞的临床表现,正如华岫云《临证指南》所说:"郁则气滞,其滞或在形躯,或在脏腑,必有不舒之现症。盖气本无形,郁则气聚,聚则似有形而实则无质,如胸膈似阻,心下虚痞,胁胀背胀,脘闷不食,气瘕攻冲,筋脉不舒。"故气滞证,临床以闷胀、疼痛为其主要见症。

引起气滞病症的原因甚多,如情志不舒,饮食失调,感受外邪,或用力努伤,闪挫跌仆,以及痰饮、瘀血、食积等病理产物的阻滞等,皆可使气机的运行失畅或发生障碍,从而导致气滞。此外,气虚推动无力,气机运行有碍,亦可发生气滞。气机障碍,气血难以畅通,故每以闷胀、疼痛为主要表现。如气滞于胸胁,则胸胁胀痛;气滞于胃肠,则胃脘及腹部胀痛。但气滞疼痛,其部位多不固定,且常时轻时重,多表现为"攻痛"或"窜痛"性质,亦常受到精神因素的影响,这些都是气滞作痛的特点。除疼痛外,气滞证的胸闷脘胀,每多在嗳气或矢气后可暂时得到轻减。有时在腹部亦可出现痞块,但按之则软,且时聚时散。另外,若乳房作胀,则为肝经气滞。排便时里急后重,则为大肠气滞,亦为临床所常见。总之,由于引起气滞的病因和发生病变的脏腑不同,故其临床所见,除上述共同症状外,又有各自不同的特点及其他兼症。

气逆证　气逆,指人体气机升降失常,气上逆而不顺降所出现的证候。气运行于机体,升降出入都有其一定的规律,如脾气主升,胃气主降;肝气主升发,肺气主肃降。营卫之气运行,昼出行于三阳经,夜入行于三阴经。营气的运行自上而下,从手太阴开始;卫气的运行自下而上,从足太阳开始等等。若这些运行规律一反其常态,皆可谓之逆。一般仍以应下行而反上者,或上行而不顺者为气逆。最常见的气逆病证,多指肺胃之气上逆,以及由于肝气升发太过所致的肝气上逆等。

气逆证的临床表现,在肺则为咳嗽、喘息;在胃则为呃逆、嗳气、恶心、呕吐;在肝则为头痛眩晕、昏厥、吐血等。肺气上逆证,多因感受外邪,或痰浊壅滞,以致肺气失于宣降,反而上逆,故见咳嗽而喘。胃气主和降,若寒饮、痰浊、食积等病邪留于胃腑,阻滞气机,或外邪犯胃,以致胃气不降反而气逆于上,故见呃逆、嗳气、呕吐、反胃等症。若郁怒伤肝,肝气横逆上冲,则见头痛眩晕,甚则昏厥(即气厥)、吐血等症。"气厥",乃由肝气不舒,情志刺激诱发,以致气机逆乱,上壅心胸,蒙蔽神识所致。另有一种气逆昏厥重证,谓之"大厥",如《素问·调经论》所说:"血与气并走于上,则为大厥,厥者暴死,气复返则生,不返则死。"《素问·生气通天论》亦说:"大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥。"此即肝阳上亢,气血逆乱,中风卒倒一类的昏厥病证。

血病辨证

血液流行于周身经脉之中,遍布于机体脏腑组织,故血液为病比较广泛,李梴《医学入门》说:"人知百病生于气,而不知血为百病之始也。凡寒热、蜷挛、痹痛、瘾疹、瘙痒、好忘、如狂、惊惕、迷闷、痞块、疼痛、癃闭、遗尿等证,及妇人经闭、崩中、带下,皆血病也。"临床常见的血证主要为血虚、血瘀、血热、血寒等。血虚、血瘀和血热多与出血有互为因果的关系,出血能导致血虚和血瘀,血热和血瘀则常能导致出血,而血虚与血瘀又密切相关,故于血病的辨证,都不能孤立地对待。

血虚证　血虚是血液不足的病理表现,常反映为全身性的血液亏损,或血液对人体某一部位的荣养或滋润作用减弱。临床以面色苍白无华或萎黄,唇色淡白,头晕眼花,心悸失眠,手足发麻,舌质淡,脉细无力,妇女月经量少、衍期,甚或经闭等为主要见症。形成血虚的原因,多由于失血过多,所耗之血一时未能补充,或脾胃功能减退,血液生化不足,或七情内伤过度,阴血暗耗,或为瘀血不祛,新血不生所致。血虚则不能滋养头目,上荣于面,故头晕眼花,面色苍白无华或萎黄,唇色淡白。血虚不能养心,心神不藏,阳不入阴,则心悸失眠。经脉失去血液的濡养,则手足发麻。血虚不荣于舌,故舌色浅淡。血液虚少,不能充盈血脉,故脉细无力。血液不足,血海空虚,冲任虚损,故见妇女月经量少衍期,或经闭。

可见,血虚证主要是血液亏损,以致脏腑经络组织器官缺乏血液濡养的一系列表现。但临床辨证尚须结合有关脏腑情况进行分析,方能区分各种血虚证候之不同。其鉴别见下表:

常见血虚证候鉴别表

证　候	主　要　症　状
一般血虚	面色不华或萎黄,头晕眼花,爪甲色淡,舌质淡,脉细无力
心 血 虚	一般血虚见症,兼见心悸怔忡,健忘多梦,失眠等症
心脾两虚	心血虚见症,兼见食欲减退,神疲乏力,月经不调,崩漏失血等症
肝 血 虚	一般血虚见症,兼见眩晕,目花或目冥,手足发麻,肢体拘挛,爪甲干枯,睡眠不安,月经不调,或经量明显减少等症

分析上述三脏血虚证候的特点,可以看出,不同脏器的血虚症,是与各脏不同的生理功能分不开的。可参阅有关脏腑辨证条目。

另外，血属阴，血液为全身阴液的重要组成部分，故血虚与阴虚亦有某些共同之处，如均有头晕眼花、心悸脉细等症，但两者又有一定的区别，一般来说，血虚多无"热象"，若属气血两虚，则可表现出一定程度的"寒象"。而于津液亏损的阴虚，往往能见到"燥热"征象，即所谓虚热，如五心烦热，面红潮热，舌质偏红，脉见细数等症。

血瘀证 血液在机体内是循环运行而不停的，故凡离经之血不能及时消散而瘀滞于人体组织，或血液运行受阻，瘀积停滞于经脉或器官之内，则均为瘀血。由瘀血所引起的种种病证，称为血瘀证。唐宗海《血证论》说："吐、衄、便、漏，其血无不离经，凡系离经之血，与营养周身之血已睽绝而不合，……此血在身，不能加于好血，而反阻新血之化机，故凡血证，总以去瘀为要。"

血瘀证，临床以疼痛、肿块，出血，有瘀斑，面色黧黑，舌色紫暗，或有瘀点，脉来细涩，皮肤干燥无光泽（又称肌肤甲错），或有紫斑（皮下出血）、丝状血缕（蜘蛛痣），以及腹壁青筋暴露等为主要见症。形成瘀血的原因很多，或因跌打损伤，或因出血之后血积不散，或因气滞而血流不畅，或因气虚而运血无力，或因寒邪、热邪侵入血分等，皆可导致血瘀。瘀血阻塞经脉的运行，不通则痛，故疼痛是血瘀证的最主要症状，但与气滞的攻痛（胀痛）、窜痛不同，而是随其所瘀的部位有较固定的痛点，且多呈刺痛性质。瘀血积聚于身体局部，便会形成肿块，且部位固定，质较坚硬。瘀血阻塞脉络，可使血液不得循经运行，若离于经隧，则会引起出血。故出血的反复发作，亦是血瘀证常见之症状，于妇女月经不调，或产后尤为多见。其出血性状是色泽多属紫暗，或夹有血块。瘀血阻滞，停聚于一处，故皮肤及舌质有瘀斑，其色紫黑。瘀血阻滞，肌肤失于新血的濡养，故肌肤甲错。经脉内血行郁滞，血流量减少，充盈不足，故脉见细涩。其他如丝状血缕、腹部青筋暴露等均为瘀血之特征。如因瘀血阻滞而影响津液之升降气化，则水液代谢障碍，可导致腹内积水，称为"血臌"。

血瘀病证，除了上述共同见症外，临床上又有兼气虚、兼血虚及兼血热之不同，其鉴别如下表：

血瘀兼证鉴别表

证候	病机	主要症状
血瘀兼气虚	气虚运血无力，血行瘀阻	身倦乏力，少气自汗，疼痛拒按，舌暗或有瘀斑
血瘀兼血虚	瘀血阻滞，新血不生，或血瘀血虚并见	头晕眼花，心悸失眠，舌淡有瘀斑，脉细涩，或见肿块，疼痛拒按，痛处不移
瘀热搏结	感受外邪，或情志内伤，或脏腑功能失调，瘀血久郁化热，瘀与热结	疼痛喜冷，发热，或有出血，或有肿块，脉数，舌质暗红等症

血热证 血热，指血分有热，或热邪侵犯血分而出现的病证。血热多见于外感热病，但在某些内伤杂病中亦常遇到，如过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、荨麻疹、再生障碍性贫血、白血病等，亦常见血热证候。

血热证，临床以心烦，甚或躁狂，昏迷，口干不欲饮，身热以夜间为甚，舌质红绛，脉细数，或见各种出血症状，如吐血、衄血、尿血、月经过多及斑疹显露等为主要见症。多由外感热邪，或五志过极，郁热化火等因素所引起。血热炽盛，扰乱心神，故见心烦，甚则躁扰发狂、昏迷。阴血被耗，津不上承，故口干。热不在气分，故不喜饮。血属阴，邪热入于血分，故身热夜甚。热盛阳亢，则血行加速，故脉见数象。热伤营阴，血容量减少，故脉见细象。血热炽盛，灼伤脉络，迫血而妄行，故可见吐血、衄血、尿血、月经过多，以及斑疹等。

血寒证 血寒，即寒客血脉。是指血分有寒邪，血脉因寒而凝滞的病证。临床以疼痛喜暖，得热则痛减，形寒肢冷，舌淡而暗，脉沉迟涩，或寒滞肝脉，而见少腹疼痛，并牵引睾丸坠胀疼痛，或阴囊收缩等为主要见症。多因感受外来寒邪，机体阳气被寒邪困遏，血脉运行凝滞所致。寒性凝敛，寒邪客于血脉之中，致使血液运行凝涩而不通，故发疼痛，遂成寒客血脉之证。血得热则行，得寒则凝，故其疼痛遇热易于缓解。肝经"过阴器，抵小腹"，寒客肝脉，故其经络循行部位发生疼痛、收引症状。妇女经产期间感受寒凉，寒邪客于血脉，以致宫寒而血瘀，则可见少腹冷痛，畏寒肢冷，月经衍期，经色暗淡而夹有血块等。

气血同病辨证

气为阳，血为阴，气与血具有阴阳相互配合、互为依存的关系。气对于血，具有温煦、化生、推动、统摄的作用，故气虚无以生化，血必因之亏少；气寒无以温煦，血必因之而凝滞；气衰无以推动，血必因之而瘀阻；气陷而失统摄，血必因之而外溢。血对于气，则具有濡养和运载等作用，故血虚无以载气，则气亦随之而虚少；气失阴血的濡养，则燥热诸证必由之而内生。尤其是血既脱失，则气无以附载，可致阳气浮越，涣散而不收，乃致气脱、亡阳。气血同病的证候，常见者有气滞血瘀、气血两虚、气虚失血及气随血脱等证。

气滞血瘀证 指由于气滞不行，以致血运障碍，而又出现瘀血的证候。临床以胸胁胀满疼痛，性情急躁，并见痞块刺痛拒按，舌质暗紫或有瘀斑等。妇女尚可见月经闭止，或痛经，经色紫暗有块，乳房胀痛等为主要见症。多由情志不遂，肝郁气滞，影响血液的运行所致。肝主疏泄、藏血，若七情内伤，则肝气郁结，疏泄失职，故见心烦急躁，胸胁胀满疼痛。气为血之帅，气行则血行，气滞则血凝，气血凝滞，难以消散，故痞块疼痛而拒按，舌质紫暗或有瘀斑。因气滞而血瘀，则冲任功能障碍，故见妇女痛

经、经闭、经血夹有血块，以及乳房胀痛等症。

气血两虚证　指气虚与血虚同时存在的证候。以少气懒言，乏力自汗，面色苍白或萎黄，心悸失眠，舌淡而嫩，脉象细弱等为主要见症。多由久病不愈，气血两亏所致。或先有失血，气随血耗，或先有气虚，阴血生化不足而继见血亏，以致气血双亏。故临床表现既有气虚之少气懒言，乏力自汗，面色苍白，又有血虚的心悸失眠，面色或见萎黄，以及舌质淡嫩，脉象细弱等气血双亏之证。

气虚失血证　指由于气虚不能统摄血液而见的失血证，其中因气虚下陷，统摄失司，而致血从下溢者，则又称之为血随气陷。临床以在出血的同时，伴见气短，倦怠乏力，面色苍白，脉见软弱细微，舌色淡等为主要见症。由于气虚则统摄无权，血离经隧而溢出于经脉之外，故见出血。血随气行，气虚下陷，则血易于下溢，可致便血、尿血，尤以妇女崩漏最为多见。

气随血脱证　指由于大量出血而引起的阳气暴脱证候。临床所见，每于大量出血的同时，可见面色㿠白，四肢厥冷，大汗淋漓，甚则晕厥、脉微细或芤等症。多因外伤出血，或妇女崩漏，产后等大量出血所致。血脱则气无以附，故气亦随之而亡失。气脱阳亡，不能温煦固卫肌表，故见冷汗淋漓。阳气亡失，不达四末，所以四肢厥冷。阳气突然丧失，不能上荣于头目，清窍骤然失养，故见晕厥。血脉不得气血鼓动，充盈不足，故脉现微细，或见芤象。

津液病辨证

津液，是人体内正常体液的总称。其功能主要是滋润和濡养脏腑组织官窍，以维持其正常的生理活动。津液的病变较多，一般可概括为津液不足和水液停滞两方面。

津液不足　又称津伤、津亏。津液亏少，失其濡润滋养功能，故病变多从燥化，因此，又属于燥证的一种。临床以咽干，唇焦舌燥，口渴少津或无津，皮肤干燥或枯瘪，小便短少，大便秘结，脉细数等为主要见症。多因大汗、失血、吐泻、多尿，以及燥热邪盛，伤耗津液所致。故于临床所见诸症，无论其在何脏腑、组织、部位，统为燥热之象。

水液停滞　正常水液进入人体，通过肺、脾、肾、膀胱、三焦等脏腑之气化而生成津液，并环流于周身内外，保持着人体正常的水液代谢平衡。若肺、脾、肾等脏气化功能障碍，代谢不利，便会发生水液停滞的病变，可形成痰、饮、水肿等病证。临床常见痰证，有风痰、热痰、寒痰、湿痰、燥痰等之不同。其临床鉴别如下表：

常见痰证鉴别表

证候	病　　机	主　要　症　状
风痰	阴虚阳亢，风阳内动，或嗜食肥甘，痰涎内壅动风	头晕目眩，喉中痰鸣，突然仆倒，口眼㖞斜，舌强不语，四肢麻木，偏瘫
热痰	感受热邪，或机体阳盛化热，煎熬津液成痰，痰热互结	烦热，咳痰黄稠，喉痹，便秘或发狂，脉滑数
寒痰	感受寒邪，阴盛阳衰，水津凝聚不化，痰盛兼寒	畏寒厥冷，咳吐稀白痰，四肢不举或骨痹刺痛，脉沉迟
湿痰	外感风湿，束肺困脾，水湿停滞，或脾虚而痰湿内生	胸痞，纳少，呕恶，痰多，身重困倦，舌苔厚腻，脉濡滑
燥痰	感受燥邪，或热灼津液化燥。煎熬津液成痰	咯痰粘稠成块，如珠如线，量少，难以咯出，甚或痰中带血丝，口鼻干燥、大便干，舌干少津，脉细滑数

饮，即水饮。为脏腑功能失调，水液代谢障碍，水液停积所形成。饮证，则泛指各种水饮所引起的病证。由于饮与痰、水有相似之处，在病变中亦相互密切联系，故饮证又常称之为“痰饮”或“水饮”。此多由中阳素虚，复加外感寒湿，或饮食劳倦，以致运化失司，水液停积而成。并根据饮停部位，又有痰饮、悬饮、溢饮、支饮的不同。其临床鉴别如下表：

常见饮证鉴别表

证候	病　　机	主　要　症　状
痰饮	中阳不振，水饮内停胸胁胃脘	胸胁支满，胃脘有振水音，呕吐痰涎清稀，口不渴，或渴不欲饮，头目眩晕，心悸气短，舌苔白滑，脉弦滑
悬饮	水饮留于胁肋，上不在胸，下不及腹	胁痛，咳唾更甚，转侧呼吸牵引而痛，肋间胀满，气短息促，脉沉弦
溢饮	脾肺输布失职，水饮溢留四肢肌肉	肢体沉重疼痛，甚则肢体浮肿，小便不利，或见发热恶寒，无汗，咳喘，痰多白沫
支饮	水饮停留胸膈胃脘	咳喘上逆，胸满短气，倚息不能平卧，浮肿多见于面部，痰色白多泡沫，苔白腻，脉弦紧

脏腑辨证

根据脏腑的生理功能、病理变化，对通过四诊所搜集的疾病症状和体征进行分析、归纳，藉以推究病机，判断病变的部位、性质及正邪盛衰状况，最后确定为某一脏腑寒、热、虚、实证候的一种辨证方法，称为脏腑辨证。

脏腑辨证，是中医临床辨证学的核心组成部分，是临床各科诊断疾病（特别是内科杂病）的基本方法。脏腑辨

证和八纲、气血等辨证方法是紧密结合的，如八纲辨证的阴虚证，具体到临床上就有心、肺、肝、肾、胃等脏腑阴虚之不同，只有辨明其属于何脏何腑之阴虚，才能使其治疗具有较强的针对性。又如火热炽盛，或寒湿内滞，亦必须辨识其在于何脏何腑，才能明确其病位、病因及其正邪盛衰情况。其他如六经、卫气营血与三焦辨证，虽然主要是用于外感热性病的辨证方法，但其所分析的疾病之病理变化，亦无不与一定脏腑之阴阳、气血失调有关，甚至某些病变本身就在于有关脏腑的功能失调和紊乱。

病证，是脏腑功能失调的反映，由于各脏腑的生理功能不同，故在临床上所反映的病证也就不一样，因此，根据不同脏腑的生理功能及其病变特点来分析病证，正是脏腑辨证的理论根据。所以，临床运用脏腑辨证，首先应结合各脏腑的生理和病理特点来辨析其病证属何脏腑。例如：心有主血脉和藏神的生理功能，故把心悸，脉结代，神志昏乱等症，归属于心的病理表现；肺主气，司呼吸，肺气有宣发、肃降的生理功能，并能外合皮毛，故把咳嗽，气喘，以及某些表症，归属于肺的病理表现；脾主运化，胃主受纳腐熟，肠主传化糟粕，故把呕吐，腹胀满，泄泻等症，归属于脾、胃、肠的病理表现；肝主疏泄，藏血，肝气、肝阳易于升动亢逆，故把胁痛，黄疸，失血，眩晕，抽搐，震颤等症，归属于肝的病理表现；肾主水液的蒸腾气化，并能藏精、生髓、主骨，故把水肿，尿闭，遗精，遗尿，腰膝酸软，行动迟缓等症，归属于肾的病理表现。所以，熟悉各脏腑的生理功能及其病变规律，乃是掌握脏腑辨证的基本方法。

例如，临床如遇咳喘一症，就即可根据肺失宣降，肺气上逆则发作咳喘的病理特点，初步可认为是肺的病变，再从病因方面审知其病邪的属性，并运用"八纲"来分辨其病变之寒热虚实，最后方能作出脏腑证候的确切诊断。

脏腑之间，以及脏腑与人体其他组织器官之间是相互联系的，在病变过程中，脏腑之间亦是相互影响的，临床上既可出现一个脏腑的病证，亦可出现两个或多个脏腑合病等情况。因此，进行辨证时要从整体观念出发，不仅要考虑一脏一腑之病理表现，同时还必须注意脏腑间的相互影响。只有这样，才能全面地了解疾病的发展和演变，把握住病变的本质和全局，抓住疾病的主要矛盾。例如失眠一症，初步辨明其属于心血虚或心阴虚之后，尚须详辨其病变是否已影响到脾或肾，若影响及脾，则为心脾血虚；若影响及肾，则为心肾不交。总之，脏腑病变是复杂的，证候表现是多种多样的，临床辨证必须用全局的观点来进行分析。

脏腑辨证的具体内容，包括心病辨证、肺病辨证、脾病辨证、肝病辨证、肾病辨证、胃病辨证、小肠病辨证、大肠病辨证、膀胱病辨证、胆病辨证等方面。详见以下各条目。

心病辨证

心的主要生理功能是主血脉、藏神，其华在面，开窍于舌。因此，心的病理变化多表现于血脉运行失常和神志活动改变等方面。其病证有虚有实，虚证为气血阴阳之不足，实证多是火热、痰、瘀等病邪的侵犯或影响。

心的病证有气虚、阳虚、血虚、阴虚、心火亢盛、痰迷心窍、痰火扰心、心血瘀阻，以及心脾两虚、心肾不交等。

心气虚与心阳虚证 临床以心悸气短，活动时加重，脉细弱而数或见结代为基本症状。若兼见面色㿠白，神疲体倦，自汗少气，舌淡苔白等症者，为心气虚。若兼见畏寒，肢冷不温，面色苍白或滞暗，心胸憋闷或作痛，舌淡或紫暗而胖嫩，则为心阳虚或兼寒凝、血瘀。若兼见大汗淋漓，四肢厥冷，口唇青紫，呼吸微弱，脉微欲绝，神志模糊甚至昏迷，则属心阳虚脱（此与肾阳虚损也有密切关系）。凡此诸证可见于现代医学之各种心脏病，心律紊乱及心力衰竭等病变。

心气虚与心阳虚病变，多因久病亏损，或暴病伤阳耗气，或年高脏气衰弱，或禀赋不足，或风湿损伤阳气，或其他疾病传变所致。临床所见，如肺虚宗气不足，则贯心脉、司呼吸功能减退；肾阳虚损，则水气易于凌心；风寒湿痹可内舍于心；痰浊、瘀血可阻滞心脉等皆可累及心脏，导致心气、心阳虚损。如在急性病中出现，则多因阳气暴脱所致。所以，心气虚、心阳虚常与肺气虚、肾阳虚证候同时出现，称之为心肺气虚或心肾阳虚，并可兼夹寒湿、痰浊、瘀血等病邪。因心主血脉，气为血帅，心气不足或心阳不振，鼓动无力，气血不能正常运行，从而心率加快，或脉气不相连续，故见心悸气短，或脉细弱，或虚大，或沉细无力，或现结代之象。动则耗气，虚象更显，故凡活动时诸症加重。心气虚，气血运行不利，不能上荣于头面，故面色㿠白，舌质色淡。心阳虚损，不能温煦周身，故见肢冷不温而畏寒。心阳不振，胸中阳气痹阻，气血运行不畅，甚则凝涩于脉道，故见心胸憋闷，甚或作痛，唇舌青紫。心阳衰败而暴脱，宗气大泄，则四肢厥冷，大汗淋漓，息短气微，神志模糊，甚则昏迷，脉微欲绝等症。

心血虚与心阴虚证 临床以心悸、失眠，多梦为基本症状。若兼见面色不华，眩晕，唇舌色淡，脉细弱为心血虚；若兼见低热烦躁，五心烦热，盗汗，口咽干燥，舌红少津，脉细数，则为心阴虚。心血虚和心阴虚，可见于现代医学之贫血、神经症、全身性营养障碍等病变。

心血虚与心阴虚病变，多因体质素虚，或病后虚弱，或继发于失血之后，或血液生化之源不足，或为风湿所伤，或热病伤阴，或精神刺激，情志内伤，暗耗心血、心阴所致。临床上心血虚证多与脾虚证同见，称之为心脾两虚；心阴虚证多与肾阴虚证并见，称之为心肾阴虚。心血、心阴不足，心神失养，故心悸。血不养心，神不守舍，故失眠多梦。血虚不能上荣，故面色不华。不能上荣于脑，脑失所养，故见眩晕。血虚，脉管充盈不足，故脉细弱。心阴不足，阴不制阳，心阳亢盛，虚火内扰，故见低热心烦，手足心热，口干咽燥。汗为心液，阴虚火动，逼液外泄，故见盗汗。舌红少苔，脉细数，均为阴虚内热之象。

心火亢盛证　又称心火上炎。临床以舌尖红赤，舌体糜烂或溃疡疼痛，口疮，面赤口渴，心烦失眠，尿黄，脉数，甚则狂躁、谵语等症为主要临床表现。若心火移热于小肠，则可兼见小便赤涩刺痛，尿血等症。可见于及现代医学之急性口腔炎或癔症等。心火亢盛病变，多因情志郁结，郁久化火，或六淫内郁化火，或过食辛辣食物，或过服温燥药品所致。心开窍于舌，其华在面，心火上炎于舌，故舌尖红赤，口舌生疮或糜烂溃疡疼痛，面赤。心火炽盛，内扰心神，故心烦不眠，甚则神乱发狂谵语。火热灼津则口渴。心热移于小肠，则尿赤涩痛，灼伤血络，故致尿血。

痰迷心窍与痰火扰心证　指因病邪影响心神而出现的以精神异常症状为主的病证。痰迷心窍，临床多见神识痴呆，精神抑郁，或神志昏蒙，举止失常，喃喃自语，或昏倒不省人事，喉中痰鸣，舌苔白腻，脉象多滑。痰火扰心，临床则多见心烦口渴，不寐多梦，面赤气粗，便秘尿赤；病情重者，尤可见神志错乱，哭笑无常，狂躁妄动，甚则打人骂人，舌红苔黄而腻，脉象弦滑而实。如现代医学之脑血管意外、肺性脑病、精神分裂症等病变，则可见上述证候。

痰迷心窍，多因抑郁、暴怒等七情所伤，或感受湿浊邪气，阻滞气机，以致气结而痰凝，闭阻心窍所致。痰火扰心，则多因气郁化火，煎熬津液成痰，或外感热病，邪热夹痰内陷心包之故。痰浊属阴，阴主静，心窍为痰浊阴邪所闭阻，故神识为之昏蒙而不用；痰火之邪上扰清窍，则神识为之错乱而狂躁，前者为痰迷心窍，后者为痰火扰心。

心血瘀阻证　临床以心前区憋闷疼痛，或刺痛，痛势剧烈，或牵引肩背，时发时止，心悸怔忡，舌质紫暗，或见瘀点瘀斑，脉细涩或结代等为主要见症。严重发作，则可见暴痛欲绝，口唇青紫，肢厥神昏，自汗，脉微欲绝。此证可见于现代医学之冠心病、心绞痛、心肌梗死等病变。

心血瘀阻，是心脏本身血脉痹阻不通所出现的病理反应，多继发于心气或心阳亏虚病证，主要是由于阳气不足，温运血脉功能减退，以致血行不畅，瘀血阻滞心脉所致。往往由于劳倦感寒，或喜怒不节，情志内伤，或过食肥甘厚腻及饮酒等，以致痰浊凝聚而诱发或加重。心阳不通，则胸中阳气不振，气血循运不畅，心血瘀滞，阻塞心脏脉络，故心悸怔忡，心前区疼痛（瘀血重则刺痛，痰浊重则闷痛）。阳虚血瘀，全身血脉运行不畅，故面唇指甲青紫，舌质紫暗，或见舌有瘀点、瘀斑。血瘀则心脉搏动失常，故见脉涩或结代。心阳暴绝，血脉凝滞不通，故可见心前区暴痛，口唇青紫，肢厥神昏，脉微欲绝诸症。

心脾两虚证　临床以心悸健忘，失眠多梦（心血虚症状），食欲不振，纳少腹胀便溏，倦怠乏力，面色萎黄（脾气虚症状），以及皮下出血，月经色淡量多、崩漏，或经少、经闭，舌质淡嫩，苔白脉细弱等为主症。心主血，脾生血而又统血，脾虚则生血不足，统摄无权，则可致心血亏虚；思虑过度，耗伤心血，同时也影响脾气的运化和统血功能，故临床多见心脾气血两虚之证。本证常见于现代医学之贫血、神经官能症等疾患。心脾两虚病变多由于病后失调，或慢性出血，或思虑过度，情志内伤，或饮食不节，营养缺乏，以至心血耗伤，脾气虚损所致。其病机是心血不足，则神失所养；阴不敛阳，则神不能安藏。又兼以脾气虚损，运化失司，而统摄无权之故。

心肾不交证　临床以虚烦不眠，心悸健忘，头晕耳鸣，咽干，腰膝酸软，梦遗，舌红，脉细或潮热盗汗，或周身酸困发凉等为主症。心属火，肾属水，心火下降于肾，能温肾水；肾水上济于心，以制心火。心肾相交，水火既济，乃为正常生理状态。若因久病，劳倦，房室不节，损伤心肾之阴；或五志化火，导致心火亢盛，下劫肾阴；或心火亢逆于上，不能下交及肾，则可致水火失济，形成心肾不交之证。本证常见于现代医学之贫血、神经症等疾患。

肺病辨证

肺的主要生理功能是主气，司呼吸，主宣发肃降，通调水道，外合皮毛，开窍于鼻，与大肠相表里。故肺的病理变化主要反映于气之呼吸和宣降功能失常，以及易于感受风、寒、热、燥、湿等诸邪为病方面。临床所见，凡咳嗽、喘息、少气、痰饮等病症，主要责之于肺。

肺病一般分虚实两类，虚证多见于气虚与阴津之不足。实证则多由风寒燥热等邪侵袭，或因痰浊之邪犯肺所致。肺病证候，临床常见者有肺气虚、肺阴虚、寒邪犯肺、热邪壅肺、燥邪伤肺、痰湿阻肺、心肺气虚、肝火犯肺等。尚有肺肾同病之肺肾气虚、肺肾阴虚等，见肾病辨证之有关条目。

肺气虚证　临床以咳嗽无力，气喘，动则气短，声音低怯，少气懒言，痰液清稀，畏寒自汗，面色㿠白，倦怠乏力，舌质淡，脉虚弱等为主要见症。多见于慢性支气管炎，支气管哮喘，肺气肿等疾患。肺气之虚，多由咳喘日久，耗伤肺气，致使肺气逐渐虚损；或因气的生化不足，以致肺主气功能减弱所致。肺气既虚，则宗气不足，呼吸功能减退，故咳嗽无力，气喘，少气懒言，声音低怯。肺宣降失司，则津液停聚而生痰，故见痰液清稀。卫气不能宣发肌表，腠理不固，故见自汗畏冷，易患感冒。气血不能上荣于面，故见面色㿠白。

肺阴虚证　临床以干咳短气，或痰少而稠，或咳痰带血，口咽干燥，声音嘶哑，形体消瘦，甚则午后潮热，五心烦热，颧红盗汗，舌红少津，脉细数等为主要见症。多见于肺结核病变。每因劳损所伤，或久咳伤津所致。肺阴津不足，失其清润肃降之机，故口咽干燥，声音嘶哑，干咳短气，痰少而粘稠。阴虚火旺，虚热内蒸，故见潮热，五心烦热而颧红，脉来细数。虚火逼液外泄，故见盗汗。灼伤肺络，故见痰中带血。阴虚火旺，故舌红少津。如影响及肾，肾阴亦亏，还可兼见腰酸膝软，遗精等症。

寒邪犯肺证 临床以咳嗽气喘，痰色稀白，口不渴，鼻塞流清涕，或兼见恶寒发热，无汗，头身疼痛，苔白，脉紧等为主要见症。多见于现代医学之上呼吸道感染、急性支气管炎及慢性支气管炎急性发作等疾患。多由外感风寒之邪，侵袭肺系所致。有表证者，为风寒束表；无表症者，为寒邪犯肺。肺开窍于鼻，肺受寒邪，其窍不利，故鼻塞流涕。风寒束肺，失其宣降，故咳嗽痰稀而色白。肺合皮毛而主表，风寒袭表，营卫不利，故见恶寒发热，无汗，头身疼痛。痰液阻塞气道，呼吸不利，故气喘。苔白脉紧为寒，邪既在表，又属寒邪，故脉见浮紧。

热邪壅肺证 临床以咳嗽气喘，发热胸痛，咽痛口渴，呼吸气粗，甚则鼻翼煽动，咳痰黄稠或咳吐黄色脓痰，或咳唾脓血有腥臭气味，小便黄、大便干，或见发热微恶风寒，舌红，苔黄，脉滑数等为主要见症。多见于现代医学之支气管扩张、肺炎、慢性支气管炎急性发作、肺脓疡等疾患。每因外感温热之邪，或风寒犯肺，郁而化热所致。一般来说，有表证者，为风热犯肺；无表证者则为热邪迫肺；痰火热毒蕴结，则可渐成肺痈。其病机是邪热蕴肺，煎熬津液成痰，痰热胶结，阻于气道，而使呼吸不利，肺气不得宣降，故咳喘胸痛，息粗鼻煽，咳痰黄稠或脓痰。热邪壅遏于里，肺热炽盛，热灼津伤，故见发热，口渴，小便黄等症。热邪壅肺，侵及咽喉，所以咽痛。肺与大肠相表里，肺热气逆，大肠腑气不下，故见大便秘结。若风热在表，肺卫失宣，当见发热，微恶风寒之症。若肺热郁久，炼液成痰，痰热交阻，壅塞肺络，则成肺痈。舌红苔黄，脉滑数，均属痰热之象。

燥邪伤肺证 临床以干咳少痰，痰粘难咯，或喘咳而唾白沫，咽干鼻燥，咳甚胸痛，舌干苔薄少津，脉象细数，或兼发热，恶风寒等为主症，可见于感冒，现代医学之急性支气管炎、咽喉炎等疾患。燥邪犯肺，多因秋令感受燥邪，耗伤肺津所致，亦可由风温诸邪，伤津化燥而成。燥热之邪伤肺，津液被灼，肺失滋润肃降，故咳嗽气喘而无痰，或痰少而粘，难以咯出，口鼻干燥，舌干苔薄而少津。燥邪伤肺，肺气不利，故胸痛。燥邪伤表，肺卫失宣，故见发热恶寒。燥热伤津，津伤血少，故见脉来细数，若有表证，则脉当兼浮。

痰湿阻肺证 临床以咳嗽痰多，呈泡沫样痰或痰色白而粘，容易咳出，胸部满闷，喉中痰鸣，气短或气喘，甚则不能平卧，舌淡苔白腻，脉滑等为主症。可见于现代医学之慢性支气管炎、支气管扩张等疾患。痰湿阻肺多由于感受风寒湿邪，或咳喘日久，肺失宣降，以致肺不布津，聚为痰湿，或脾气素虚，聚湿成痰，上渍于肺所致。痰湿浊邪，阻塞气道，肺失宣降，气机不利，故咳嗽痰多，气喘痰鸣。痰阻肺络，则胸闷气短，甚则不能平卧。痰湿为阴浊之邪，脾虚湿盛，故舌苔白腻而质淡，脉滑亦为痰湿之象。

心肺气虚证 临床以心悸气短、咳喘少气，胸闷气憋，自汗乏力，动则更甚，面色㿠白或晦滞，甚则口唇青紫，舌质暗淡或见瘀斑，脉象细弱等为主症。由于肺主气，心主血脉，气为血帅，血以载气，心肺在生理上密切联系，因而在病理上常能相互影响。肺气虚弱，宗气不足，则运血无力；心气不足，血行不畅，亦会使肺气之输布与宣降失常，故心肺气虚常表现为呼吸气息的异常及血运的障碍等病变。临床可见于现代医学之肺气肿、肺源性心脏病、风湿性心脏病等疾患。

心肺气虚，多由于劳倦过度，或久病咳喘，耗伤心肺之气所致病。心肺气虚，鼓动血行之力不足，故心悸，脉来细弱。呼吸不足以息，故气短少气。肺失肃降，气逆于上，故咳嗽喘息，胸闷气憋。肺气虚弱，卫表不固，故乏力自汗。气血不能上荣于面，故面色㿠白，或面色晦暗。气虚则血行滞涩而不畅，故见口唇青紫，舌有瘀斑等。

肝火犯肺证 临床以急躁易怒，胸胁灼痛，头晕目赤，烦热口苦，咳嗽阵作，或干咳，甚则咳血，舌红苔薄黄，脉弦数等为主症。肝主升发，肺主肃降，肝肺之气升降相因，则人体气机条达而舒畅。若肝气升发太过，气火亢逆于上，影响及肺，导致肺失清肃，燥咳不宁，便可形成肝火犯肺之病证。可见于现代医学之肺结核、支气管扩张急性发作等疾患。多由于情志郁结，或邪热蕴结肝经，郁而化火，肝火上犯于肺而致病。由于肝经火郁，疏泄失职，气机障碍，故胸胁灼痛。气郁火炽，肝失条达柔和之性，故急躁易怒。气火上逆灼肺，肺津受伤，肃降不利，故咳嗽阵作，或干咳无痰。火热灼伤肺络，则可见咳血。肝火上炎，则头晕目赤。灼液伤津，故烦热口渴。舌红苔薄黄，脉弦数，均为郁热见症。

脾病辨证

脾与胃相表里，脾升胃降，燥湿相济，共同完成饮食物的消化、吸收与转输，是为气血生化之源。所以，脾病主要反映于运化水谷功能失常和水湿停聚，以及由于统摄失职而发生出血疾患等方面。脾病以虚证为多，常见者为阳气与阴津的亏损。临床所见证候，略如下列：

脾气虚证 主要为脾虚不运。临床以食少，腹胀，便溏，少气懒言，四肢倦怠，肌肉消瘦，面色萎黄，舌淡苔薄白，脉缓弱等为主要症状。多见于现代医学之慢性胃炎、消化性溃疡病、慢性肠炎，以及全身性营养障碍等疾患。多因饮食失调，或劳倦损伤，或吐泻太过所致。亦可因久病虚损，或其他疾病传变影响，如肝病传脾之类而形成。即因脾虚而运化功能减退，则气血之来源，随即亦感不足，周身四肢、肌肉无以充养，从而产生上述诸症。

脾阳虚证 一般为脾气虚证的进一步发展，每见形寒肢冷，纳减腹胀，脘腹隐痛，喜温喜按，口淡不渴，大便稀溏，或四肢浮肿，小便不利，或白带清稀而多，舌淡，脉沉细或迟弱等症，常见于现代医学之消化性溃疡病、慢性胃炎、慢性肠炎、慢性盆腔炎等疾患。

本证多由脾气虚弱发展而来，亦可因饮食失调，或过

食生冷，或过用寒凉药物损伤脾阳所致。阳虚则生寒，故又称之为脾虚寒证。气虚阳衰，机能减退，热能产生不足，温煦力弱，则运化无权，故纳减腹胀，大便稀溏。阴寒凝滞，气机不通，得温则阳气畅达，故脘腹隐痛，喜温喜按。中焦虚寒，故口淡不渴。脾主四肢，阳虚则无以温煦，故见四肢不温而形寒。脾阳虚，则水湿运化受碍，故小便不利。水湿之邪流溢于肌肤，则肢体浮肿。渗溢于下，则白带清稀。

脾的运化功能并概括小肠的化物、泌别清浊功能在内，故病理上小肠虚寒之症，如腹痛，喜温喜按，肠鸣泄泻等，亦多为脾阳虚证所见。

脾阴虚证　脾虚有阴阳之别，脾阴虚者，常见腹部膜胀，食欲减退，或饮食虽馨，而因食后难化，腹胀加重，不舒而饮食减少，大便常干结，体瘦，口干唇红，舌质红、苔干少津等症。唐容川《血证论·男女异同论》谓："调治脾胃须分阴阳，李东垣后，重脾胃者，但知宜补脾阳，而不知滋养脾阴，脾阴不足，水谷仍不化也。……俾知一阴一阳未可偏废。"

脾气下陷证　又称中气下陷，或气虚下陷。是脾气虚弱，阳气不能升举为特点的一种证候。临床多出现气虚和气陷两类症状。如气短乏力，自汗食少，食入则胀，头晕目眩，语声低怯，是为气虚表现，如脘腹胀坠，便意频频，或久泄脱肛，或现代医学之子宫脱垂、胃下垂等，其常为气陷表现，并见舌淡苔白，脉弱。本证多由病久虚损，中气不足发展而来，也可由久泄久利，或过度劳倦伤脾，中气不举所致。脾气既虚，因而升举无力，固摄失权诸症即随之而作。

脾不统血证　临床以便血、肌衄(皮下出血)，或妇女月经过多、崩漏，以及其他出血为主症。同时还可兼见脾气虚或脾阳虚证候。可见于功能性子宫出血，慢性血小板减少性紫癜等疾患。多由久病虚损，或劳倦伤脾，以致中气不足而统摄无权所致。由于气不摄血，血液不能循经脉运行，妄行溢于肌肤，则皮下出血；溢于肠胃则便血；渗于膀胱则尿血；冲任不固，则月经过多或崩漏不止。

寒湿困脾证　临床以脘腹胀闷，不思饮食，泛恶欲吐，口粘不爽，不渴，腹痛溏泄，头重如裹，身重或肿，面色黄晦，舌胖苔白腻，脉濡缓等为主症。可见于现代医学之慢性胃炎、慢性肝炎、慢性盆腔炎等疾患。多因贪凉饮冷，以致寒湿停于中焦；或因淋雨涉水，居处潮湿，遂使寒湿内侵；或内湿素盛等，皆可使脾阳受困而发作诸症。寒湿皆属阴邪，寒湿伤脾，脾阳困遏不振，运化失司，升降失常，故脘腹胀满而闷，不思饮食，泛恶欲吐。湿邪粘滞重浊，滞于经脉，阻塞气机，故头身困重。水湿溢于肌肤，则发为浮肿。脾为湿困，生化不足，气血不能外荣，故肌肤面色萎黄而不泽。寒湿虽然内困，但津液未伤，故口粘而不渴。

脾胃湿热证　临床以脘腹痞闷，呕恶厌食，肢体困重，大便溏泄不爽，小便短赤不利，口粘而甜，或面目肌肤发黄，或觉皮肤发痒，或有身热起伏，汗出而热不解，舌苔黄腻，脉濡数等为主症。多见于现代医学之急性胃肠炎、急性黄疸型肝炎等疾患。此证多由于感受湿热之邪，或饮食不节，过食肥甘酒酪，酿成湿热，内蕴于脾胃所致。湿热之邪郁遏中焦，致使脾胃受纳运化失职，升降失常，故脘腹痞闷，呕恶厌食。湿浊上泛，故口粘而甜。湿性粘滞重浊，阻遏气机，清阳不达于四肢，故肢体困重。湿热交阻于肠而下迫，故大便溏泄不爽。湿热互结，热不易泄，故身热起伏，不为汗解。甚则熏蒸肝胆，而使胆液外泄，则皮肤发痒，面目肌肤黄染。舌苔黄腻，脉濡数，均为湿热内盛之象。

肝脾不调证　临床以胸胁胀满疼痛，善太息，精神抑郁或性情急躁，纳食减少，腹胀便溏，或大便不调，肠鸣矢气，或腹痛泄泻，苔白，脉弦为主症。肝主疏泄，脾主运化，两脏功能相互协调，则气机通畅，运化自如。若发生病理变化，两脏亦常相互影响，从而形成肝脾不调，久则肝络瘀阻之证。多见于现代医学之肝炎、肝硬变等疾患。多由于郁怒伤肝，或饮食劳倦伤脾，以致肝郁脾虚所致。肝失疏泄，经气阻滞，故胸胁胀满疼痛。肝喜条达而恶抑郁，肝气不舒而气机失畅，故精神抑郁，以长出气为快。气郁而失其条达柔和之性，故每发急躁而易怒。脾失健运，故纳食减少，腹胀便溏，或大便干稀不调。肝郁气滞，脾运失和，故肠鸣矢气，或腹痛而泻泄。

脾肺气虚证　临床以咳喘短气乏力，痰多稀白，自汗倦怠，食欲不振，腹胀便溏，甚则面浮足肿，舌淡苔白，脉细弱等为主症。主要表现为脾失健运，肺失宣肃，水津不布，痰湿中阻等病变。常见于现代医学之慢性支气管炎、哮喘、肺气肿等疾患，本证多由久咳伤肺，肺虚不能布津，影响及脾；或因饮食不节，痰湿内生，损伤脾气，不能输精于肺所致。肺虚不足以息，故气短。脾虚气血生化障碍，四肢周身失养，故乏力。痰湿贮肺，气失肃降，故咳喘而痰多清稀。脾虚不足，运化失健，故食欲不振，腹胀而便溏。脾不运湿，气不行水，水湿泛溢，故面浮足肿。

肝病辨证

肝的主要生理功能是藏血，主疏泄，开窍于目，与胆相表里。故肝的病变主要反映在血不归藏，疏泄失常等方面，凡风气内动，头目眩晕，筋脉拘急；疏泄失职，气滞血瘀，胀闷疼痛，抑郁不舒或烦躁易怒，以及多种目疾等，多属于肝的病变。由于肝之疏泄有助于脾胃的受纳和运化，故肝气疏泄失常，则可影响脾胃而表现为纳食与消化、吸收功能的异常。

肝的病证有虚有实，虚证为肝阴肝血的不足，实证是气火的有余，或为湿热等邪气所扰。而风阳内动上扰之证，则多属本虚标实。肝气疏泄功能失常，可致肝气郁结；肝阳升动太过，则为肝阳上亢，其表现都属有余之证。肝藏血功能失调，则多表现为不足。故肝阳肝气常有余，

肝阴肝血常不足，这是肝病的特点。但肝阳的上亢，亦常由肝阴之不足，阴不制阳所致。肝气郁结，又常致气郁而化火，耗血伤阴，两者互相影响，最后都可能发展成为阴血损耗，阳亢无制，导致肝风的内动。

肝血不足证 临床以眩晕，面色无华，夜寐多梦，视物模糊，两目干涩，夜盲，肢体麻木，筋脉拘挛，肌肉瞤动，爪甲不荣，月经量少或经闭，舌淡，脉细为主症。常见于现代医学之神经症、各种内眼疾患(如视网膜炎、视神经炎等)、月经不调等疾患。导致本证的原因有两种，一为慢性病耗伤阴血，使肝无所藏，失于濡养；一为肝藏血机能减退，经常发生咯血、衄血、月经过多等出血过多所致。肝血不足，不能上荣于头目，故眩晕，面色不华，视物模糊，两目干涩或夜盲。肝血亏耗，不能濡养肢体筋脉，故肢体麻木，爪甲不荣。血虚动风，故筋挛肉瞤。血海空虚，故月经量少或经闭。血少则脉不充盈，故舌淡脉细。血虚不足以安魂定志，故夜寐多梦。

肝气郁结证 本证是肝失疏泄的一种病理表现，属于气郁、气滞病变范畴。临床以精神抑郁，易怒，胁肋胀痛或窜痛，胸闷不舒，喜叹长气，纳呆嗳气，脘腹胀痛，大便失调，或咽部有阻塞感，吞之不下，吐之不出(称为梅核气)，或妇女月经不调，痛经或经前乳房、少腹胀痛，或见颈项瘿瘤，舌苔薄白，脉弦等为主症。如气滞兼有血瘀，则可见胁痛如锥刺，癥瘕痞块，舌色紫暗，舌边有瘀点或瘀斑，脉象弦涩。可见于现代医学之慢性肝炎、慢性胆囊炎、慢性胃炎、溃疡病、胃肠功能失调、神经官能症，以及月经不调、痛经等多种疾病。多因精神异常刺激，郁怒伤肝，或其他原因所引起。肝失疏泄条达，气机郁滞不畅，故精神抑郁易怒，胁肋胀痛，胸闷叹气。肝气横逆，侵犯脾胃，则纳呆，嗳气，脘腹胀痛，大便失调。肝气郁滞，经脉不利，不通则痛，故胸胁、乳房、少腹等肝经所过之处可发生胀痛。肝气郁结，气机失畅，则痰气搏结于咽喉，故咽部有异物梗阻感。气病及血，气滞血瘀，冲任失调，故月经不调，痛经或经前乳房胀痛。痰气积聚，凝于颈项，则成瘿瘤。气聚血结，经久不愈，则可酿成癥瘕痞块，痛如锥刺，并见舌质紫或边有瘀斑，脉弦涩等。

肝火上炎证 此证主要表现为气火上炎于头面部位，具有明显的火热征象，且常能影响肝藏血功能，出现出血症状。临床以头痛眩晕，面红目赤，口苦咽干，急躁易怒，胸胁灼痛，耳鸣如潮，不寐或恶梦纷纭，或吐血、衄血，便秘尿赤，舌红苔黄糙，脉弦数等为主症。多见于现代医学之高血压病、溃疡病出血、食道下端静脉曲张出血等疾患。多由肝郁气滞化火，气火上逆所形成。火性炎上，攻冲头目，故头痛眩晕，面红目赤。火郁肝经，故胁肋灼痛。若夹胆气上泛，则口苦咽干。肝在志为怒，气火亢盛，故急躁易怒。若肝火循胆经上壅于耳，则耳鸣如潮，其特点是突然发作，鸣声按之不减。肝火内扰，神不得安，故多梦不寐。灼伤脉络，迫血妄行，则吐血、衄血。灼液伤津，则便秘尿赤。苔黄脉弦数，均为火邪内盛之候。

肝阳上亢证 本证阳亢于上，多有阴亏不足症状为其特点。临床以眩晕耳鸣，头痛且胀，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，健忘心悸，腰膝酸软，舌质红绛，脉弦细数等为主症。常见于现代医学之高血压病、梅尼埃病、更年期综合征等疾患。本证常因肝肾阴虚，不能制约肝阳，以致阳亢冲逆于上，或因郁怒焦虑，气郁化火，内耗阴血，阴不制阳所致。因其本病为阴虚，标病为阳亢，故又是阴虚阳亢，本虚标实之证。阴不足则阳气亢逆升腾，故眩晕耳鸣，头痛且胀，面红目赤，急躁易怒。肝肾阴亏，心阴不足，神无所养，故心悸健忘，不寐多梦。肝主筋，肾主骨，阴虚火动，筋骨失养，故腰膝酸软。舌质红绛，脉弦细数，皆属阴虚阳亢征象。惟临床上的表现有以阳亢为主，而阴虚症状不明显者；有以阴虚为主，兼见上盛症状者；有阴虚和阳亢并见者，辨证施治，应加以区别。

肝阳上亢、肝火上炎与肝气郁结三证在病理上既互有联系，亦应有所区别。肝阳上亢，多由于肝阴之不足；肝火上炎，每由气郁之所化；肝气郁结，则是由于疏泄之失常。但发展下去，也可耗伤肝阴而使阳气亢逆，或郁而化火上炎。故称郁而不舒者，为“肝气”，浮而亢逆者，为“肝阳”，气郁化火者，则为“肝火”。

肝风内动证 肝风属于内风，《临证指南》指出：“内风，乃身中阳气之变动。”故肝风往往是肝脏阴阳失调，特别是阴虚阳盛的病理表现。风气内动，以出现头身动摇、眩晕、抽搐等症状为特点，一般常见者，有以下三种：

肝阳化风 临床以眩晕头痛，肢体麻木或振颤，舌体颤动，语言不利，手足蠕动，舌红，脉弦细等为主症。甚则卒然昏倒，舌强不语，口眼㖞斜，或半身不遂，成为中风。可见于现代医学之脑血管意外及其后遗症、高血压病等疾患。常由阴虚肝旺，或肝火上炎，升发太过，阳气升动，失其制御所致。阳气亢逆，上扰头目，故眩晕头痛。肝阴不足，筋脉失养，风阳煽动，故肢体麻木或振颤，舌体颤动，语言不利，手足蠕动，阳亢化火，煎熬津液成痰，风火相煽，夹痰上扰，蒙蔽神明，则卒然昏倒，不省人事。风痰窜络，气血不畅，则见舌强不语，口眼㖞斜，半身不遂。

热极生风 临床以高热，抽搐，项强，两目上翻，甚则角弓反张，神志昏迷，舌红苔黄，脉弦数为主症。可见于高热惊厥，如现代医学之乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等疾患。多由于热邪亢盛，燔灼肝经，或热陷心包，引动风火所致。热势炽盛，灼伤阴津，筋脉失养，故见抽搐，两目上翻，项强，角弓反张。若邪入心包，则心神被扰，闭塞心窍，故神志昏迷而不省人事。舌红苔黄，脉弦数，均为热盛之象。

血虚生风 临床以眩晕，视物模糊，面色萎黄，肢体麻木或振颤，肌肉瞤动，或皮肤瘙痒，舌淡，脉弦细为主症。多见于高血压病、梅尼埃病。多因久病、失血等，导致肝血不足，筋脉失养所致。肝血虚不能上荣头目，故见眩晕，视物模糊，面色萎黄。肝血亏耗，不能濡养筋脉皮

肤,故肢体麻木或振颤,肌肉瞤动,或皮肤瘙痒,舌淡,脉弦细。

寒滞肝脉证　临床以少腹胀痛,睾丸坠胀,遇寒加重,遇热减轻,或阴囊收缩,痛引少腹,舌苔白滑,脉沉弦为主症。可见于现代医学之腹股沟疝、慢性睾丸炎等疾患。多因外感寒邪,侵袭肝经,从而使气血凝滞,不通则痛而发病。肝脉绕阴器,抵少腹,寒邪阻滞肝脉,气血运行失于通畅,故少腹睾丸坠胀疼痛。寒主收引,故阴囊冷缩,痛引少腹。气血得寒则凝,遇热则行,故疼痛遇寒则重,遇热则轻。舌苔白滑,脉见沉弦,均属寒盛之象。

肝胆湿热证　临床以胁肋胀痛,面目周身发黄,发热,口苦纳呆,呕恶腹胀,大便不调,小便黄短,舌苔黄腻,脉弦数为主症。若见阴囊湿疹,或睾丸肿胀热痛,或带下黄臭,外阴瘙痒,则为肝经湿热。常见于现代医学之急性黄疸型肝炎、急性胆囊炎、胆结石病,以及急性睾丸炎、阴囊湿疹、阴道炎等疾患。多由感受湿热病邪,或嗜酒,或过食肥甘,化生湿热,以致湿热蕴结于肝胆或所属经脉所致。湿热蕴结,肝胆疏泄受碍,故胁肋胀痛。湿热内蕴,胆汁疏泄不循常道,外溢肌肤,故面目发黄。湿热交蒸,胆气上溢,故发热口苦。湿热郁阻,内困脾胃,升降失常,故纳呆,腹胀,呕恶,大便不调。湿热下注膀胱,则尿黄而短,舌苔黄腻,脉弦数,均为湿蕴热蒸之候。

肝胃不和证　临床以胸胁、胃脘胀闷疼痛,呃逆嗳气,吞酸嘈杂,郁闷或烦躁易怒,善太息,舌苔薄黄,脉弦为主症。肝主疏泄,胃主受纳,肝气得疏,胃气方能得降。若肝郁气滞,疏泄失职,则病及于胃,可导致胃失和降,形成肝胃不和。可见于现代医学之慢性肝炎、慢性胃炎、胃神经官能症、溃疡病等疾患。多由于情志不舒,肝郁胃弱,肝气横逆犯胃所致。肝郁气滞,经气不利,故胸胁胀痛,横逆犯胃,则胃脘胀闷疼痛。胃失和降,其气上逆,故呃逆嗳气。气郁胃中而化热,故吞酸嘈杂,舌见黄苔。情绪郁闷,或烦躁易怒,喜出长气,均为气郁不舒,肝失条达之候。

肾病辨证

肾为先天之本,其主要生理功能是藏精,主骨、生髓,通于脑,又主水液、主纳气,开窍于耳与二阴,其华在发,与膀胱互为表里。故凡有关生长发育、生殖机能、水液代谢的异常,脑、髓、骨,以及听觉、大小便等病变,均应从肾进行辨证分析。

肾所主的元阴、元阳,均宜固秘内藏,不宜耗泄。固秘则能维持生理的正常,耗伤则诸种病变由之而生。所以肾病以虚证为多。

肾所藏之精气,有赖于水谷精微的不断供养,故肾与脾的关系最为密切。同时,人体的水液代谢和气化功能,虽以肾为主,但亦与脾之运化功能有关。故在病机上,脾肾阳虚,每多同见。肾阴则与肝的关系密切,因为肾精肝血,互相滋养,称之为肝肾同源,故肝肾阴虚,亦每多同见。由于以上特点,故肾病热证,即系阴虚而生内热(虚热);肾病寒证,亦系阳虚所生外寒(虚寒)。临床所见证候如下:

肾阳虚证　又称命门火衰,临床以腰酸腿软,形寒肢冷,自汗,精神不振,阳痿,滑精早泄,小便清长,或尿频,或遗尿,或尿少浮肿,或不孕,带下清冷,面色淡白,头晕耳鸣,舌淡苔白,脉沉迟而弱等为主症。每见于全身性衰弱,以及现代医学之慢性肾炎、艾迪生病等疾患。多由于素体虚弱,肾阳不足,或年老久病肾亏,或房劳过度,损伤肾阳所致。腰为肾之府,肾主骨生髓通于脑,肾阳虚,精气不充,骨与脑髓失养,故腰腿酸软,头晕耳鸣。肾阳虚衰,气血运行无力,不能上达于面,肢体失于阳气温煦,故面色淡白,形寒肢冷,自汗。阳虚不能振奋精神,故精神疲怠。肾主生殖,阳虚火衰,生殖功能减退,故男子阳痿不用,女子宫寒不孕。肾气亏虚,失其封藏固摄之权,男子则滑精早泄,女子则带下清冷。阳虚气衰,膀胱气化失约,故尿频或遗尿,舌淡苔白,脉见沉迟而弱。

肾阴虚证　又称肾水不足,临床以眩晕耳鸣,视力减退,健忘少寐,腰膝酸软,形体消瘦,咽干口燥,入夜为甚,五心烦热,或午后潮热,盗汗颧红,男子遗精或不育,女子崩漏或经闭不孕,舌红苔少而干,脉细数等为主症。多见于现代医学之肺结核、糖尿病,某些高血压病、甲状腺功能亢进、神经官能症等疾患。本证多因久病伤阴,或房室不节,肾精亏耗,或失血耗液,或过服温燥劫阴之品,或情志内伤,肾精暗耗等所致。肾阴为人体阴液之根本,有滋润形体脏腑,充养脑髓骨骼,抑制阳亢火动的功能。一经亏损,则形体脏腑失其濡养,精血骨髓日益不足;命火失其制约,亦常因之亢逆为害。肾阴不足,经气虚损,脑髓空虚,故眩晕健忘,耳鸣,腰膝酸软。阴精亏损,不能上注于目,故视力减退,目视昏花。形体、口舌失于阴液滋养,故咽干口燥,形体消瘦。阴虚不能制阳,虚火内动,则五心烦热,或午后潮热,颧红盗汗,虚火内扰心神,故少寐。虚火扰动精室,精关不固,故遗精。精血亏少,故经闭不孕或男子不育。虚火内扰,血热妄行,冲任失司,则可致崩漏。

肾气不固证　临床以神疲,腰膝酸软,小便频数清长,尿后余沥,或遗尿失禁,夜尿频多,男子滑精早泄,女子白带清稀,胎动易滑,舌淡苔白,脉沉弱等为主症。常见于尿失禁、尿崩症、习惯性流产等疾患。多由于年高肾气衰弱,或年幼肾气不充,或久病劳损伤肾,以致肾气亏虚,封藏固摄失职所致。肾气虚损,全身功能活动衰减,故精神疲怠,腰膝酸软无力。肾虚不固,膀胱失约,故遗尿失禁,小便频数而清,尿后余沥不禁。阳气虚则阴寒内盛,入夜为阴盛阳衰之时,故见夜尿频多。气虚则精关不固,故滑精早泄。阳气虚衰,冲任失于固护,故见带下清冷,易于滑胎流产。

肾精不足证　临床以头晕耳鸣,腰膝酸软,咳嗽潮

热，男子精少不育，女子经闭不孕，小儿生长发育迟缓，身材矮小，智力动作迟钝，骨骼羸弱，囟门迟闭；成人早衰，两足软弱，发脱齿摇，健忘恍惚，动作迟缓，舌质红，脉细数等为主症。常见于先天性大脑发育不全、不育症等。多由于禀赋不足，先天发育不良，或后天失养，或劳倦过度，或久病伤肾所致。肾精不足与肾阳虚或肾阴虚的区别，主要在于有虚象而无明显的虚寒或虚热之见症。由于肾主骨、生髓，而脑又为髓之海，骨、髓、脑都有赖于肾精之充养，方能发挥其生理作用，故肾精不足者，多表现为智力减退，生殖功能低下，骨骼发育不良等病证。

肾虚水泛证 临床以畏寒肢冷、尿少身肿，腰以下肿甚，按之没指，腹胀满，腰脊酸痛，或见心悸气短，喘咳痰鸣，舌淡胖嫩而有齿痕，舌苔白滑，脉沉弦细等为主症。常见于现代医学之慢性肾炎、右心衰竭等疾患。多因久病失调，或素体虚弱，肾阳虚损，不能温化水液，以致水邪泛滥所致。肾阳虚衰，蒸化无力，膀胱不能气化津液，水液排泄障碍，故小便不利而量少。水液内停，泛溢肌肤，故身肿。水停于腹，气机阻滞，则腹胀满。水邪泛滥，上逆凌心射肺，故心悸咳喘、气短。水泛为痰，阻滞气道，故发痰鸣。腰为肾之府，肾虚故腰脊酸痛。舌淡胖嫩有齿痕，苔白滑，脉沉弦细，均为阳虚水停之象。

肺肾气虚证 即肾不纳气证，临床以呼多吸少，喘促短气，动则尤甚，尿随咳出或失禁，声低气怯，或自汗，肢冷面青，舌淡，脉沉细无力，甚或冷汗淋漓，脉见虚浮无根等为主症。多见于现代医学之慢性气管炎、肺气肿、肺心病等疾患。多因久病咳喘，或劳伤肾气，损及肺肾所致。由于肺司呼吸，肾主纳气，"肺为气之主，肾为气之根"，故两脏气虚，常表现为呼吸气息的异常。肺肾气虚，气不归元，肾失摄纳，故呼多吸少，喘促短气，动则更甚。肺虚则宗气亦虚，故声低气怯。卫阳不固，故常自汗出。膀胱失约，则尿随咳出，或小便失禁。阳虚则肢体失于温煦，故肢冷面青而舌淡。阳气欲脱，则冷汗淋漓。若阳脱气浮于外，便可见脉来虚浮无根。

肺肾阴虚证 临床以咳嗽痰少，日轻夜重，或痰中带血，口燥咽干，或声音嘶哑，腰膝酸软，心烦少寐，骨蒸潮热，盗汗颧红，男子遗精，女子月经不调，舌红少苔，脉细数等为主症。多见于现代医学之肺结核病。每因久咳伤肺，肺虚不能输津以滋肾，或劳伤过度，肾阴亏耗，以致阴津不能上承，或虚火上灼肺津而形成。肺肾两脏之阴津，常相互滋养，肾阴为一身阴液之根，如两脏阴虚，失其滋养濡润之能，则虚热必然由之而内生，所以，肺肾阴虚证的病变特点是肺失清肃而气逆，肾失滋濡而火动。阴亏肺燥，津不上承，肺失清润，故干咳少痰，口燥咽干，甚或音哑。虚火上炎，灼伤肺络，故咳血或痰中带血。阴虚内热自生，故骨蒸潮热，颧红盗汗。虚火扰动神明，故心烦不寐。阴精不足，火动无已，精关不固，故可见遗精，或月经过多，或经少经闭。

肝肾阴虚证 临床以头晕目眩，急躁易怒，健忘失眠，耳鸣如蝉，咽干口燥，胁痛，腰膝酸软，五心烦热，颧红盗汗，男子遗精，女子月经量少，舌红少苔，脉细数为主症。常见于现代医学之高血压、梅尼埃病、甲状腺功能亢进、糖尿病、神经症、更年期综合征等疾患。多因七情内伤，或劳伤精血，或久病不愈，耗损肝肾之阴所致。故肾阴不足，常能导致肝阴虚损；肝阴不足，亦每导致肾阴亏耗。阴虚不能制阳，则阳气亢逆，故肝肾阴虚证之病变特点，在于阴虚而阳亢，虚火上扰，头目失于阴精之滋养，故头晕目眩，健忘耳鸣。阴液不能上承咽喉，故咽干口燥。肝脉布于两胁，经脉失养而绌急，故胁痛。阴愈虚则火愈炽，故五心烦热，盗汗颧红。虚火内扰，心神不宁，则不寐。扰动精室，则遗精。肝肾不足，冲任虚损，故月经量少。

脾肾阳虚证 临床以形寒肢冷，面色㿠白，少气懒言，腹胀食少，腰膝或少腹冷痛，下利清谷，或五更泄泻，或浮肿，或腹水，小便不利，舌淡胖嫩，脉沉弱等为主症。常见于现代医学之慢性肠炎、肠结核、慢性肾炎、心力衰竭等疾患。多因病久伤阳，或水邪久停体内，或久泄迁延不愈，以致肾阳虚衰，不能温养脾阳，或脾阳久虚，不能充养肾阳，最后导致脾肾阳气俱伤。其病变特点，主要在于阴寒内盛，运化失职，水液停滞等方面。脾为后天之本，肾为先天之本，阳虚不能温养肌肉形体，故面色㿠白，形寒肢冷。阳虚而内寒，则经脉凝滞，故腰膝少腹冷痛。阳虚则水谷腐熟运化无能，则下利清谷，五更泄泻。阳虚则水湿运化障碍，蒸腾气化不行，则水湿漫溢，贮留体内，故见浮肿，或腹水、小便不利。

胃病辨证

胃的主要生理功能是受纳和腐熟水谷，其气以下降为顺，故胃的病变主要反映在和降失常，胃气上逆和消化不良等方面，表现为胃虚寒凝、胃火炽盛、食滞胃脘及胃阴不足等证候。

胃虚寒凝证 临床以胃脘冷痛，轻则绵绵不已，重则拘急剧痛，遇寒加剧，得温则减，喜按，口淡不渴，或口泛清水，或食后呕吐，肠鸣，舌淡苔白滑，脉弦或迟等为主要见症。每见于现代医学之胃痉挛、急性胃肠炎等疾患。多因胃阳素虚，复加饮食不洁，或过食生冷，或脘腹受凉，以致寒凝于胃而发病。寒气在胃，胃阳被困，气滞不通，故发胃脘冷痛。温则寒气得散，故喜温而痛减，反之则加重。寒伤胃阳，饮邪上逆，故口淡不渴而上泛清水。水饮留于胃肠，故闻肠鸣漉漉。寒滞中焦，胃失和降，其气上逆，故食后作吐。苔脉均为阳虚寒盛之象。

胃火炽盛证 临床以胃脘灼热疼痛，渴喜冷饮，消谷善饥，吞酸嘈杂，呕吐，或食入则吐，或纳食则胃痛，口臭，或齿龈肿痛，或溃烂出血，大便秘结，小便短黄，舌红苔黄，脉滑数等症为主症。多见于现代医学之急性胃炎、牙周炎、口腔炎、糖尿病等疾患。多由于偏食辛辣厚味，胃火素旺，或邪热犯胃，或情志抑郁化火，肝火犯胃所致。

热郁胃中，煎灼津液，故胃脘灼痛，渴喜冷饮。胃热炽盛则腐熟功能亢进，故消谷善饥。肝经郁火随逆气入胃，故吞酸嘈杂。胃气上逆，失于和降，故呕吐，或食入则吐。胃的经脉上络齿龈，热邪上熏，故口臭、齿龈肿痛，或溃烂出血。胃火炽盛则消灼津液，故大便秘结，小便短黄。舌红苔黄，脉滑数，均为热盛之象。

食滞胃脘证 临床以脘腹胀满或疼痛，嗳腐吞酸，厌食，呕吐，大便秘结或泄泻，舌苔厚腻，脉滑等为主要见症。在消化不良、急性胃肠炎等疾患中屡见之。多由饮食不节，暴饮暴食，或进不易消化食物，从而导致宿食积聚不化，停滞胃腑所致。宿食停积，气机阻滞不通，受纳腐熟失职，故胃脘胀满疼痛。浊气上逆，故嗳腐吞酸、厌食。胃失和降，其气上逆，故发呕吐。若食浊下趋，泌别传导失职，则大便秘结，或泄泻酸臭。舌苔厚腻，脉滑，均为食滞不化之象。

胃阴不足证 临床以口干唇燥，饥不欲食，或干呕呃逆，胃痛嘈杂，或脘痞不畅，大便干结，舌红少津，脉细数等为主要见症。多见于急性热病恢复期、胃炎等疾患。多因温邪久羁化热，火热之邪耗伤阴液，或肝火犯胃，内热伤阴所致。胃阴亏虚，津不上承，故口干唇燥。胃纳失职，故饥不欲食。阴虚胃燥，气机上逆，故干呕呃逆，肝热蕴胃或余热不消，故胃痛嘈杂。胃津亏乏，肠失濡润，故大便干结。舌红少津，脉来细数，均为阴虚内热之象。

小肠病辨证

小肠的生理功能是主化物和泌别清浊，故小肠的病理变化主要反映于消化功能障碍和清浊不分等方面。常见有小肠虚寒、小肠实热、小肠气痛等证。

小肠虚寒证 临床以小腹隐痛喜按，肠鸣泄泻，小便频数不爽，舌淡苔薄白，脉细缓等为主症。每见于现代医学之慢性肠炎等疾患。多由于脾胃虚寒发展而成，主要是小肠阳气虚衰，机能减退，泌别清浊失职之故。

小肠实热证 临床以小便赤涩疼痛，或见尿血，心烦，口疮，咽痛或茎中痛，舌红苔黄，脉滑数等为主症。多由于心火移热于小肠而致病。

小肠气痛证 临床以小腹绞痛，腹胀肠鸣，排气则舒，或阴囊坠胀疼痛，连及腰脊，下控睾丸，苔白，脉沉弦等为主症。常见于现代医学之肠痉挛、疝气等疾患。多因饮食失节，寒温不调，或因负重过度，以致小肠气机郁滞或虚陷而发病。气机郁滞，故小肠急痛、绞痛，腹胀肠鸣，排气后滞气暂通，则胀痛缓解。气机下陷，则小肠下坠阴囊，而成疝气作痛，可见阴囊坠胀，连及腰脊并下控睾丸而痛。苔白，脉沉弦，则为气滞之象。

大肠病辨证

大肠的生理功能是传导糟粕，故大肠病理变化，主要反映在传导功能失常方面。临床常见腹痛，腹泻，便秘，或便血等症。

大肠湿热证 临床以里急后重，下痢粘液脓血或果酱样便，腹痛，或暴注下迫，泄利黄水，肛门灼热，口干不欲饮，小便短赤，或伴见发热口渴，舌苔黄腻，脉滑数等为主要见症。多见于现代医学之细菌性痢疾、急性肠炎等疾患。一般多因暑湿热毒之邪侵犯肠胃，或因饮食不节，过食生冷及不洁之物，湿热蕴结于大肠而发病，故多发于夏秋季节。湿热蕴结大肠，气机阻滞不畅，故里急后重而腹痛。湿热熏灼，损伤肠道粘膜和血络，故下痢粘液脓血，或果酱样便。若湿热下注大肠，传导失职，则暴注下迫，泄泻黄水，肛门灼热。湿热阻滞，津不上承，故口渴而不欲饮。小便短赤，舌苔黄腻，脉象滑数，均为湿热内蕴之象。

大肠液亏证 临床以大便干燥秘结，甚则如羊粪，难以排出，口干咽燥，舌红少津，苔黄而燥，脉细涩等为主要见症，亦可兼见头晕、口臭等症。多见于老年性便秘或习惯性便秘等疾患。由于大肠燥热，耗伤津液，或胃阴不足，不能下及大肠，从而造成大肠液亏，濡润传导不行所致。于老年人、产后，或热性病后期，尤为多见。大肠津液亏乏，肠道失其滋润而传导不利，故大便燥结、难以排出，甚则坚如羊粪，数日一行。大肠腑气不通，影响胃失和降而致浊气上逆，故口臭、头晕。燥热伤阴，津亏液少，影响血脉，故脉见细涩，舌苔黄燥而少津等症。

肠虚滑脱证 临床以泻痢日久不愈，往往大便随矢气流出，甚则大便失禁，便后脱肛，食少神疲，腹痛隐隐，喜温喜按，四肢不温，腰酸怕冷，舌淡苔白，脉弱等为主症。多见于脱肛病证。多由于久泄、久痢、大肠气虚，进而导致脾肾阳虚所致。阳虚则气虚，固摄乏力，因而大便失禁。阳气不升，气虚下陷，故食少神疲，肛门脱出。其他诸症以及苔脉，皆为脾肾虚寒之象。

瘀热阻肠证 临床以脘闷，腹胀，少腹疼痛拒按，大便秘结或轻度腹泻，发热，小便黄赤，苔黄或腻为主要见症。可见于现代医学之急性阑尾炎发作。多由于饮食不节，冷暖失调，或急暴奔走等原因，导致肠胃功能失常，湿热蕴结于大肠，并与气滞血瘀互结而发病。瘀热阻滞肠腑，气血瘀滞不通，故发疼痛，甚则化热腐肉为脓。

大肠闭结证 临床以腹部胀满，攻撑作痛，拒按，呕吐，大便秘结不通，苔腻，脉象沉实为主症。可见于肠梗阻等病证。多由于食滞、虫积和瘀血等因素，导致大肠传导功能失常所致。气机闭阻，壅塞不通，腑气不得下降，因而出现痛、呕、胀、闭(大便秘结不通)等急迫症状。

膀胱病辨证

膀胱的生理功能主要是贮藏尿液，与肾相为表里。膀胱的气化功能主要是在肾阳的蒸腾气化和封藏固摄作用调节下而发挥的，故肾气虚损，可直接影响膀胱的气

化。膀胱病变主要反映在小便的异常方面，临床以湿热与虚寒性病证为多见。

膀胱湿热证 临床以尿频，尿急，尿痛，尿道有灼热感，或小便困难，或排尿中断，尿黄赤混浊，或尿血，或尿有砂石，小腹胀满，或伴有发热腰痛，舌苔黄腻，脉数等为主症。常见于现代医学之泌尿系感染、前列腺炎、肾结核、尿路结石等疾患。多出于外感湿热之邪蕴结于膀胱，或饮食不节，湿热内生下注膀胱，气化功能阻滞所致。湿热下迫尿道，膀胱气化失常，故尿频，尿急，尿痛，尿道有灼热感，尿液黄赤混浊。膀胱气机阻滞，故小腹胀满。湿热蕴结，伤及血络，故见血尿。热灼湿聚，渣质沉结而成砂石，故排尿中断，或尿中夹有砂石。湿热郁蒸不解，则发热。膀胱与肾为表里，腑病及脏，腰为肾之府，故发作腰痛。舌苔黄腻，脉滑数，均属湿热之象。

膀胱虚寒证 临床以排尿异常，或尿频，或尿少浮肿，或小便失禁，或夜尿频多，或尿后余沥不尽等症为主。此与"肾阳虚"或"肾气不固"有关(见"肾病辨证"条)。

胆病辨证

胆的主要生理功能是贮藏和排泄胆汁，促进饮食物的消化。肝胆互为表里，故胆病与肝有密切关系，临床常见有胆郁痰扰、肝胆不宁等证候。

胆郁痰扰证 临床以头晕目眩，口苦，恶心呕吐，烦躁不寐，惊悸不宁，胸闷喜太息，舌苔黄腻，脉弦数等为主症。多由胆郁气滞，痰浊上扰所致。胆经络于头目，痰浊逆上，循经上扰清窍，则发眩晕。胆为清净之府，痰热内扰，胆气不宁，故烦躁不寐，惊悸不宁。痰浊阻滞，胆失疏泄，气机不畅，故胸闷而喜太息。胆郁气滞，影响胃失和降，其气上逆，故恶心呕吐。舌苔黄腻，脉见弦数，均为痰气交阻，并有化热之象。

肝胆不宁证 临床以虚烦不寐，触事易惊，短气乏力，视物不明，或恶梦纷纭而易惊醒，口苦，舌苔薄白，脉弦细等为主症。每见于现代医学之神经症。其形成原因有两方面：一为体质柔弱，胆气素虚，善惊易恐，夜寐不安。一为突然经受惊恐刺激，情绪紧张，终日惕惕不安，逐渐导致胆怯而不寐。

经络辨证

根据经络的循行部位、生理功能及其络属关系，用以分析和辨别临床表现，判断其属于何经及何脏腑病变的一种辨证方法称为经络辨证。

经络系统，分布循行于人体的肢体、脏腑等各部分，起着沟通内外，运行气血，濡养组织器官和调节机能平衡的作用。在病理状态下，经络则是病证的反应系统，当人体受到某种致病因素的侵袭，其生理功能发生异常变化时，则经络通过其所属的不同脏腑及其在体表的循行路线，即可表现出各种不同的症状和体征，并反映出病理变化的某些规律性，从而作为临床辨证诊断疾病的依据。

《灵枢·经脉》对于十二经脉反映于体表及内脏的病候，曾分别作了比较系统的叙述，每经都有"是动"病和"所生病"两类症候群。历代医学文献对于"是动"和"所生病"的含义，曾有过各种不同的解释，主要有下列几种：①以"是动"为气病；"所生病"为血病(《难经·二十二难》)。②以"是动"为本经病；"所生病"为它经病(《难经经释》)。③以"是动"为在气、在阳、在卫，病在外；"所生病"为在血、在阴、在营，病在于里(《难经·杨康侯注》)。④以"是动"为外因所致；"所生病"为内因所致(《灵枢集注》)。⑤以"是动"为经络病；"所生病"为脏腑病(《十四经发挥》)。故至目前为止，尚无定论。惟循经辨证，知其病证的所属经络脏腑及其阴阳表里关系，即足以供临床之运用。经络辨证的具体内容，包括十二经脉辨证与奇经八脉辨证等两方面。

十二经脉辨证

根据《灵枢·经脉》、《针灸大成》及其他有关文献所载，十二经脉的病症如下：

手太阴肺经病症 可见恶寒发热，无汗或汗出，鼻塞，锁骨上窝(缺盆)疼痛，胸痛或肩背痛，手足冷痛。并见咳嗽，哮喘，气急，胸部满闷，咯吐痰涎，咽喉干燥，尿色改变，心烦，或见唾血，手足心热等症。

手阳明大肠经病症 可见发热，口燥而渴，咽喉疼痛，鼻衄，牙齿痛，目赤痛，颈肿，……肩胛及上臂痛，或红肿灼痛，或有寒冷感，手食指活动不便。并见脐腹部疼痛，或腹痛走窜无定处，肠鸣，大便溏泄，排出黄色粘腻便等症。

足阳明胃经病症 可见振寒，高热，或疟疾，面赤，汗出，神昏，谵语，狂躁，或目痛，鼻干燥及衄血，唇口生疮，喉痛，颈肿，或口唇㖞斜，以及胸膺疼痛，腿足红肿疼痛，或腿足发冷。并见腹部膨大胀满、水肿，或睡卧不安，或癫狂，消谷善饥，尿色黄等症。

足太阴脾经病症 可见头重，体重，身热，肢倦乏力，或颔、颊部疼痛，舌体屈伸不利，或四肢肌肉萎削，亦可出现腿膝内侧寒冷感，或腿足浮肿。并见胃脘痛，大便溏泄，或完谷不化，肠鸣，呕恶，腹部痞块，纳食减少，或黄疸，或腹满肿胀，小便不利等症。

手少阴心经病症 可见身热头痛，目痛，膺背疼痛，咽干，口渴引饮，手心热痛，或手足逆冷，或肩胛及前臂内侧痛。并见心痛，胸胁支满疼痛，胁下痛，心烦，气急，睡卧不安，或眩晕昏仆，或精神失常等症。

手太阳小肠经病症 可见口舌糜烂，颔、颊部疼痛，咽痛多泪，颈项强直，肩臂外侧疼痛，少腹胀痛，痛连腰

部，少腹痛引睾丸，大便泄泻，或腹痛而有燥屎，便闭不通等症。

足太阳膀胱经病症 可见寒热，头痛，项强，腰脊疼痛，鼻塞，目痛多泪，或大腿、膝腘、小腿(腓肠肌)及脚痛。并见少腹胀痛，小便不利，癃闭，或遗尿，或神志失常，或见角弓反张等症。

足少阴肾经病症 可见背脊疼痛，腰痛，两足厥冷，足痿无力，或口干，咽痛，或髀部及腿部后面疼痛，足底痛。并见眩晕，面部浮肿，面色灰暗，目视模糊，气短气促，嗜睡或心烦，大便溏薄，久泻，或大便艰涩等症。

手厥阴心包经病症 可见手足痉挛，面赤或目痛，腋下肿，肘臂部拘挛不能屈伸，或手心热。并见谵语，昏厥，心烦，胸胁满闷，舌不能自如，语言不利，或心悸不宁，或心痛。并见喜笑不休等精神异常症状。

手少阳三焦经病症 可见咽喉肿痛，腮颊部疼痛，目赤痛或耳聋，或见耳后、肩臂外侧部疼痛。并见腹部胀满，少腹硬满，小便不通，尿频尿急，皮肤浮肿等症。

足少阳胆经病症 可见寒热往来，头痛，疟疾，面色灰暗，目痛，颔痛，腋下肿，瘰疬，耳聋，髀部或腿、膝及腓骨部疼痛等症。

足厥阴肝经病症 可见头痛，眩晕，视物模糊，耳鸣，或发热，甚则手足痉挛。并见胁肋胀痛，有痞块，胸脘部满闷，腹痛，呕吐，或见黄疸，或见梅核气，以及飧泄，小腹痛，疝气，遗尿，癃闭，小便色黄等症。

从上述可知，其十二经病症，各经既有不同的见症，亦有相同的见症。在具体运用时，总应以经脉循行的部位为依据，以各经所属的脏腑为依据，以外感内伤的病因为依据，有了这几方面的依据，便能有效地指导临床实践。

奇经八脉辨证

根据《内经》、《难经》、《脉经》、《针灸大成》及《奇经八脉考》等古代医学文献记载，关于奇经八脉的病症，有如下方面：

督脉病症 督脉循行于脑、脊部位，与足厥阴肝经交会于头巅。病则经气阻滞，可出现脊背强直等症状；若经气虚亏，则见头重、眩晕、摇动等症状。故《灵枢·经脉》说：督脉"实则脊强，虚则头重，高摇之。"这些症状又可分为阳虚而清阳不升，或阴虚而风阳上扰两种证候。此外，如风邪侵袭督脉，由经脉而入脑，则可发生脑风(即脑部疾患)；若督脉经气异常，则可发生癫病，或小儿风痫。同时，由于督脉的支别由少腹上行，故督脉经气不和，则可发少腹气上冲心，二便不通之"冲疝"证，以及癃闭、遗尿、痔疾与妇女不育等疾患。《针灸大成》所载督脉病候较为广泛，诸如手足拘挛，震颤，抽搐，中风不语，癫狂，痫疾，头部疼痛，目赤肿痛，流泪，腿膝腰背疼痛，颈项强直，伤寒，咽喉或齿龈肿痛，手足发麻，破伤风，盗汗等病症，均可作为临床辨证之参考。

任脉病症 任脉为阴经经气汇聚之所，故任脉发生异常，主要可出现阴经，特别是肝、肾两经的病症。故《素问·骨空论》说："任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚。"任脉与肾气和胞宫有密切关系，对于孕育有重要作用，如任脉经气虚损，则将导致生育的终止。故《素问·上古天真论》说："七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道(阴经脉道)不通，故形坏而无子也。"足三阴经脉皆循行少腹而属于任脉，故《脉经》载任脉为病，有"动苦少腹绕脐下引横骨、阴中切痛"和"苦腹中有气如指，上抢心，不得俯仰，拘急"等症状。《针灸大成》所载病候，诸如痔疾，便泄，痢疾，疟疾，咳嗽，吐血，溺血，牙痛，咽肿，小便不利，胸脘腹部疼痛，噎嗝，产后中风，腰痛，死胎不下，脐腹有寒冷感，呕吐，呃逆，乳痛，崩漏下血等病症，均可作为临床辨证参考。

冲脉病症 冲脉和任、督同出而异流。冲脉的循行起于胞中，故冲脉为病与妇女月经疾患关系密切。古代文献《素问》、《难经》、《脉经》、《奇经八脉考》等对冲脉病症都有所记叙，如冲脉失调，可出现"绝孕"；冲脉、任脉气虚不固，失于摄护，则易发生"漏胎"流产，以及"逆气而里急"、"逆气上冲，或作躁热"、"少腹痛，上抢心"、"瘕疝"，或"喘动应手"等病症。且与"痿症"亦有一定关系。《针灸大成》所载的病症为：心脘疼痛，胸脘满闷，结胸，反胃，酒食积聚，肠鸣，大便溏泄，噎嗝，气急，胁胀，脐腹痛，肠风便血，疟疾，胎衣不下，产后晕厥等症。皆可供参考。

带脉病症 带脉横行于腰腹部，《难经》说："带之为病，腹满，腰溶溶如坐水中。"故妇女月经不调，或赤白带下，均与带脉病变有关。《奇经八脉考》说："诸经上下往来，遗热于带脉之间，寒热郁抑，白物满溢，随溲而下，绵绵不绝"等，都说明带下诸病与带脉的重要关系。此外，《素问·痿论》、《脉经》等文献，则载带脉经气异常，可出现"足痿不用"，或"左右绕脐，腰脊痛冲阴股"等症状。《针灸大成》综述其病症为中风，手足瘫痪，肢体痛麻拘挛，发热，头风痛，颈项颊肿，目赤痛，齿痛，咽肿，头眩，耳聋，皮肤风疹瘙痒，筋脉牵引不舒，腿痛，胁肋疼痛等症。亦可作为临床参考。

阳跷脉、阴跷脉病症 阳跷脉从足外踝部开始，阴跷脉从足内踝开始，两脉均会合于目，能运输脏腑精气以滋濡眼目。故跷脉经气不和，功能异常，可发生筋脉牵引左右缓急失去平衡征象，多见于癫痫、瘈疭及瘫痪等病症。由于阳跷脉是足太阳经的支别，故阳跷为病，亦可见腰背疼痛，身体强直。阴跷脉是足少阴经的支别，故阴跷为病，常可见少腹痛、腰髋连阴中痛，以及"男子阴疝，女子漏下"等病症。《针灸大成》所载的阴跷脉病症有：咽喉气塞，小便淋沥，膀胱气痛，肠鸣，肠风下血，吐泻，反胃，大便艰难，难产，昏迷，腹中积块，胸膈嗳气，梅核气，黄疸等。阳跷脉病症有：腰背强直，腿肿，恶风，自汗，头痛，雷头风，头汗出，目赤痛，眉棱骨痛，骨节疼痛，手足麻痹，拘

挛，厥逆，吹乳，耳聋，鼻衄，癫痫，遍身肿满等。

阳维脉、阴维脉病症 阳维脉维络诸阳经，并会于督脉；阴维脉维络诸阴经，并会于任脉。阳维脉主表、属阳，故阳维疾患，阳盛则可见头目眩晕，气喘抬肩，肌肤痹痛与腰部肿痛等症。阴维脉主里、属阴，故阴维疾患，阴气内结，可见胸中痛，胁下支满，腰痛及阴中痛等症。如阴阳维脉失其正常的协调作用，则可发生跌仆，不能言语等症。《针灸大成》所载阴维脉病症为：胸脘满闷痞胀，肠鸣泄泻，脱肛，反胃噎嗝，腹中痞块坚横，胁肋攻撑疼痛，妇女胁痛，心痛，结胸，伤寒，疟疾等病症。阳维脉病症为：伤寒发热汗出，肢节肿痛，头颈疼痛，眉棱骨痛，手足热，发麻，背胯筋骨疼痛，四肢不遂，盗汗，破伤风，膝部有寒冷感，脚根肿，目赤痛等症。

六经辨证

东汉著名医学家张仲景在《素问·热论》六经分证的基础上，综合了自己和前人的丰富的临床实践经验，并结合伤寒病的证候与病变特点而总结出来的《伤寒论》辨证论治的纲领，称为六经辨证。是主要适用于外感病的一种辨证方法。《素问·热论》："今夫热病者皆伤寒之类也。"

六经，系指太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴而言。六经辨证，概括了脏腑经络气血的病理变化，并根据人体抗病能力的强弱、病因的属性、病势的进退缓急等因素，将外感疾病演变过程中所表现的各种证候，进行分析、综合、归纳，从而讨论病变的部位、证候特点、损及何脏何腑，以及寒热进退、虚实真假、邪正消长等问题。因此，六经辨证既是辨证的纲领，又是论治的准则。首先，六经辨证将外感疾病发生发展过程中具有普遍性的证候，以阴阳为纲，分为两大类病证，并根据疾病发展过程中不同阶段的病变特点，在阴阳两大类病证的基础上，进而又划分为六种病证，即太阳病证、阳明病证、少阳病证，合称三阳病证；太阴病证、少阴病证、厥阴病证，合称三阴病证。六经病证，是经络、脏腑病理变化的综合反映。三阳病证以六腑病变为基础，三阴病证以五脏病变为基础，故六经病证实际上是基本概括了脏腑十二经的病变。因此，六经辨证方法，除用于外感病辨证外，也适用于某些内伤杂病的辨证。但是，由于六经辨证的重点主要在于分析外感病邪侵袭人体所引起的一系列病理变化及其传变规律，因而六经辨证尚不能完全等同于内伤杂病的脏腑辨证方法。

六经病证从病变部位分，则太阳主表，阳明主里，少阳主半表半里，而三阴统属于里。从邪正关系及病变性质分，则凡正盛邪实，抗病力强，病势亢进，表现为热为实者，多属三阳病证，治疗当以祛邪为主；凡正气不足，抗病力衰减，病势衰退，表现为寒为虚者，则多属三阴病证，治疗当以扶正为主。可以看出，六经辨证无不贯穿着阴阳表里寒热虚实等内容，故后世所形成的"八纲辨证"，即是从《伤寒论》六经辨证得到启发并加以系统归纳而成。

六经病证，即是脏腑经络的病理反映，而脏腑经络则又是不可分割的整体，故某一经的病变，常涉及或影响到另一经，从而临床可出现相互转变、合病、并病等情况。

所谓传变，传，就是传经，是指病情循着一定的趋向发展；变，是指病情不循一般规律而发生着异常的变化。一般来说，外感疾病传变与否，决定于三方面因素：一为正气的强弱；二为感邪之轻重；三为治疗的当否。伤寒六经传变的一般规律是依太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴之顺序而传，但也有从太阳而传少阳者，则称之为"越经传"；从太阳传少阴、阳明转太阴、少阳传厥阴者，则称之为"表里传"。此外，尚有由于素体虚弱，外邪侵袭不经三阳，而直接出现三阴证候者，则称之为"直中"。但应指出，疾病是否传变，总以脉症为依据，而不可拘泥于六经的次序和传变日数。

六经病证既有严格的区分，而彼此之间，又有一定的联系。若两经或三经同时俱病，即为"合病"。若一经病证未罢，而另一经病证又起，两经病证交并，且有先后次第之不同者，则称之为"并病"。

六经病证的治疗原则，一般来说不外祛邪与扶正两方面，且始终贯穿着"扶助阳气"、"保存津液"的基本精神，从而达到邪去正安之目的。在治法的具体运用上，实际已包含有汗、吐、下、和、温、清、补、消等方法，如三阳病证以祛邪为主，故病在太阳宜用汗法；病在阳明宜用清法、下法；病在少阳宜用和法。而三阴病则应以扶正为主，如病在太阴、少阴宜用温补之法；病在厥阴，由于多属寒热错杂之证，故又宜温、清等法合并应用。至于表里同病，则应遵循先表后里的治疗原则，亦可按表证、里证的先后缓急，而采用相应之治疗措施，可适当选用先表后里、先里后表，或表里同治之法。

六经辨证的具体内容，包括太阳病辨证、阳明病辨证、少阳病辨证、太阴病辨证、少阴病辨证、厥阴病辨证等方面，详见以下各条目。

太阳病辨证

太阳经包括手太阳小肠和足太阳膀胱，与手少阴心、足少阴肾为表里。足太阳膀胱经，起于目内眦，上额交巅，络脑，下项，挟脊抵腰，络肾属膀胱。手太阳小肠经，起于手小指外侧，循臂至肩，下行络心，属小肠。膀胱主藏津液，化气行水。小肠主受盛化物，泌别清浊。

太阳为六经之首，统摄营卫，主一身之表，具有固护卫外，抗御病邪侵袭的功能，故为诸经之藩篱。风寒或温暑等邪侵袭人体，太阳首当其冲，卫气奋起抗邪，正邪相争于表，以致营卫不和，卫外失职，从而出现恶寒，发热，头项强痛，脉浮等症，此即为太阳病的主要脉症。但由于

人之体质有强弱,感受的邪气亦有不同,所以太阳表证又有中风(表虚)、伤寒(表实)及温病、中暑之分,统称之为太阳经证。如病人体质较强,腠理固密,感受风寒较重,外邪束表,卫阳被遏,营阴郁滞,则发为太阳伤寒的表实证。如病人体质较弱,腠理疏松,卫气不固,又感受风寒,以致营卫不调,则发为太阳中风之表虚证等。但是,若太阳经病不解,病邪每可循经入腑,而发生太阳腑证。腑证又有蓄水、蓄血之分,如外邪深入,影响膀胱气化,而致水气内停,则发为蓄水之证。若病人内有瘀血,邪热深入,与血相结于下焦,则可发为蓄血证。此外,在太阳病的过程中,随着病情变化,亦可常见许多兼证、变证和温病证候。

所谓变证,是指在太阳病的传变过程中,由于失治、误治,或病邪不同,或因脏腑的偏盛偏衰,从而出现新的证候,但已不具备太阳病的特征,故称其为太阳变证。变证不属太阳病,但通过变证可以说明疾病变化过程中由表及里,由此及彼的内在联系,可以说明太阳病的传变规律。

所谓类似证,是指某些疾病,如风湿、水饮、水气、痰实等证,有时可以出现某些类似太阳病的证候,为了临床鉴别,故称其为太阳类似证。

太阳经证　临床以恶寒发热,头项强痛,脉浮为太阳经证所共有的证候。风寒袭表,太阳之经受邪,卫阳被郁不得宣泄,温煦肌肤作用不能正常发挥,故发热恶寒。太阳经脉循行头顶,邪伤太阳之经,经气阻滞不利,故见头项强痛。邪犯肌表,正气奋起抗争,气血趋向于外而抗邪,故脉见浮象。太阳经证临床又有太阳中风、太阳伤寒、太阳轻证,以及有关兼证等不同证候。其临床总的治疗原则,应以辛温解表为法。现分述如下:

太阳中风证　即风寒表虚证,临床以恶风寒,发热,头痛,汗出,鼻鸣干呕,舌苔薄白,脉浮缓等为主要见症。本证多由卫表不固,腠理疏松,复感风邪,伤及卫分,营卫失调所致。卫阳与邪气相争则发热。风邪袭表,卫外失职,故恶风寒。风性开泄,可使腠理疏松,卫表失固,营阴不能内守,故汗出。风邪外袭,太阳经输不利,故见头痛。肺气不利则鼻鸣。胃失和降,其气上逆则干呕。病在表,脉象当浮,由于汗出,故脉兼缓象。《伤寒论》将此营卫失调病机,称之为"营弱卫强",或"阳浮而阴弱"。所谓"卫强",是说卫气与风邪抗争于表,而见发热恶风寒,脉浮等亢奋现象,并非指卫气强盛。其"阳浮"之义,亦与此同。所谓"营弱",是说营阴尚未直接受邪,但由于卫气不固,腠理疏松,营阴不能内守,故见汗出。此种情况,系与"卫强"相对而言,便称之为"营弱",并非是营阴(血中津液)真正的虚损或减少。"阴弱"的涵义亦与此基本相同。此证的治疗,应以解肌祛风,调和营卫为法。

太阳中风(风寒表虚)兼证,一般临床常见有兼项背强几几、兼喘、兼营伤身痛、兼胸满、兼阳虚漏汗、兼脾虚水停等证。见下表:

太阳中风兼证鉴别表

中风兼证	病　　机	共同症状	鉴别症状
兼项背强几几	风邪客于太阳经输,经气不利,津液失布,经脉失养	恶风寒、发热、汗出	项背拘急,俯仰不能自如,脉浮缓
兼　喘	素患气喘,又感风邪,气喘复发,或表虚证不解,邪气内迫,肺失宣降		气喘,脉浮缓
兼伤营身痛	太阳表证发汗太过,伤及营气,或素体营虚复感风寒		身痛,脉沉迟
兼　胸　满	太阳病误下,表邪未解,邪陷胸中,正气尚能抗邪		胸满,脉促,或恶寒重,脉微
阳虚漏汗	汗后表证未解,阳气受伤		汗漏不止,四肢微急,难以屈伸,小便不利
脾虚停水	误下伤脾,水饮内生,或素有水饮,复感外邪		头项强痛,心下满,微痛,小便不利,脉浮缓

太阳伤寒证　即风寒表实证。临床以恶寒发热,头项强痛,身痛腰痛,骨节疼痛,无汗而喘,或呕逆,舌苔薄白,脉浮紧等为主要见症。本证为风寒袭表,卫阳被遏,营阴郁滞所致。风寒束表,卫阳被郁,不能温煦分肉,故恶寒。正与邪争,阳气郁遏则发热。亦有初感风寒外邪,卫阳郁闭,未能及时奋起与邪抗争,故可暂不发热,但为时甚短,其发热仍是必然趋势,此与始终无热恶寒之阴证绝然不同。寒为阴邪,其性凝滞,不独卫阳被郁,亦且营阴为之凝涩,经气不利,故头身疼痛。寒性收敛,腠理闭塞,故无汗。肺合皮毛,风寒束表,影响及肺,肺气不宣,故作喘。亦有因胃失和降而致呕逆者。舌苔薄白,脉浮紧,均为风寒外感之候。

太阳伤寒(风寒表实)兼证,一般临床常见有兼项背强几几、兼呕利、兼内热烦躁、兼水饮咳喘等证。见下表。

太阳轻证　此为太阳经证病势之轻微者,一般常见有风寒表郁不解及风寒表郁内热之证。

风寒表郁不解证:临床以太阳病日久不解,而见如疟之状,发热恶寒,热多寒少,一日二三度发作,面赤,汗出不彻,身痒为主要见症。此多由日久邪微,卫气怫郁,正气抗邪外出,欲从汗解,但汗出不彻所致。所谓如疟之状,非疟疾之寒热定时发作,而是外邪欲解不解,故发作无定时,一日二三度发。热多寒少,亦非病邪入里化热,而是正气欲复,邪气尚微之象。但邪微久羁,寒热不已,更兼卫气怫郁,不得小汗而出,故见面赤身痒。

风寒表郁内热证:临床以发热恶寒,热多寒少,头痛,汗出不彻,面赤,口渴,心烦为主要见症。多由风寒外感,

太阳伤寒兼证鉴别表

伤寒兼证	病机	共同症状	鉴别症状
兼项背强几几	风寒客于太阳经输，经气不利，津液不布，经脉失养	恶寒、发热、无汗、脉浮紧	项背拘急，俯仰不能自如
兼呕、利	风寒束表，外邪不解，影响及肠，传导失职，或胃失和降		项背强痛，下利或呕逆
兼内热烦躁	外感风寒，内有郁热		身痛，不汗出而烦躁，苔白兼黄
兼水饮咳喘	外感风寒，水饮内停，影响气机升降		咳喘，呕逆，痰多稀白，或口渴，或下利，或有噎塞感或小便不利，少腹胀满，脉或弦紧

汗出不彻，兼有内热所致。

太阳腑证 本证多由太阳经证(表证)未解，病邪循经入腑所致。此证有蓄水、蓄血之分。若病邪入腑，影响膀胱气化功能，则成太阳蓄水病证；若在表之邪热不解，随太阳经脉深入于下焦小肠，与瘀血相搏，则成太阳蓄血病证。

太阳蓄水证 临床以发热恶风，汗出小便不利，少腹胀满，烦渴，甚则渴欲饮水，水入则吐，苔白，脉浮或浮数为主要见症。表证不解，病邪循经入腑，以致膀胱气化失职，不能化气行水，故小便不利，少腹胀满。气不布津，津不上承，故烦渴。由于病属蓄水，故严重时可因水气上逆，胃失和降，而见渴欲饮水，水入即吐症状。发热恶寒，汗出苔白脉浮，即为表证未罢之象。

太阳蓄血证 临床以少腹急结，或硬满疼痛，如狂或发狂，或健忘，小便自利，舌质紫或有瘀斑，脉沉涩或沉结为主要见症。多由在表之邪热不解，循经内传于小肠，热伤血络，血蓄于内，或邪热与血相搏，结于下焦少腹部位，故少腹急结或硬满疼痛。由于病属血分，并未影响膀胱气化，故小便仍然自利。邪热与血相结，心神被扰，故见如狂、发狂或健忘等症。脉见沉涩或沉结，舌质紫或有瘀斑，此皆瘀血阻滞，血行不畅。但应指出，所谓如狂、发狂，是说太阳蓄血病证有轻重之分，发病似狂而并非狂，其证较轻，神志仅有轻度改变；重证则精神错乱而发狂。此外，蓄水与蓄血虽同属太阳腑证，但蓄水则少腹胀满，小便不利，神志正常。蓄血则少腹急结，或硬满疼痛，小便自利，神志失常，此为两证的鉴别要点。

太阳病变证 系指太阳病，经过数日，曾用发汗，或吐，或下，或温针等法，不仅病证未解，反而造成更为复杂的病情变化，甚至恶化。《伤寒论》称之为"坏病"。临床常见的太阳病变证，列表简介如下：

太阳病变证邪热入里简表

证候	病因病机	主要症状
邪热壅肺	太阳病，邪不外解，入里化热，邪热壅肺，肺失宣降，伤津	气喘，咳嗽，汗出口渴，苔薄而干或薄黄，脉浮数或滑数
邪热下利	表病不解，病邪化热下传大肠，或太阳病误下，里热挟表邪而下利	发热，口渴，喘而汗出，下利，肛门有灼热感，小便黄，苔黄腻，脉滑数

太阳病变证肾阳虚简表

证候	病因病机	主要症状
阳虚烦躁	太阳病，误下复汗，阳气大伤，或素体阳虚，阴寒内盛	昼则烦躁不得眠，夜则安静，不呕，不渴，无表证，身无大热，脉沉微
阳虚厥逆烦躁	太阳病过汗，外伤阳气，又误下内耗阴液，阴阳两虚，阳虚为主	恶寒，四肢不温，烦躁，心悸，或小便不利，脉沉微细

太阳病变证心阳、心阴虚简表

证候		病因病机	主要症状
心阳虚证	心阳虚心悸	汗出太过，损伤心阳，或平素心阳不足，又重发汗	心悸而有空虚感，欲得手按，或见耳聋，脉虚或虚数
	心阳虚烦躁	误用烧针火疗，又复攻下，心阳虚损，心神浮越	心悸有空虚感，烦躁或惊惕，脉虚无力
	心阳虚惊狂	太阳伤寒，误用火法，汗出过多而亡心阳，心神失养	心悸，胸闷，惊恐狂乱，卧起不安，脉虚无力或虚数
	心阳虚欲作奔豚	汗后，心阳虚损，心火不能下达于肾，肾水不得蒸化，水邪下停，有上逆之势	心悸，脐下跳动不宁，欲作奔豚，小便不利
	心阳虚奔豚	误用烧针取汗，致使心阳虚损，下焦寒气乘虚上逆	心悸，气从少腹上冲胸咽，发作则自觉痛苦不堪，舌淡苔白
心阴心阳两虚		外感病发病过程中，心阴心阳俱虚	心悸，动惕不安，脉结代

太阳病变证脾胃阳虚简表

证候	病因病机	主要症状
脾虚水停	伤寒，误用吐下，损伤脾阳，脾运失职，水饮停聚于中，水气上逆	心下逆满，气上冲胸，呕吐清水痰涎，头目昏眩，短气或心悸，苔白滑，脉沉紧
胃虚水停	伤寒汗后，胃阳虚损，水饮停于心下	心下悸，四肢不温，不渴，小便不利
脾虚心悸腹痛	伤寒，里气先虚，心脾不足，气血双亏，复为邪扰	心悸而烦，虚怯少气，精神疲倦，脉虚
脾虚气滞腹胀	太阳病过汗，或误用清下，或素体脾虚，因汗而脾阳愈虚，运化失职，胃失和降，气滞于腹，壅而作满，虚实挟杂	腹部胀满，食欲不佳，精神疲倦，四肢无力，苔白脉缓

太阳病变证火邪伤阴、阴阳转化及阴阳两虚简表

证候	病因病机	主要症状
火邪伤阴内热	误用火法（烧针、温灸等）而伤阴津，阴虚火炽，正气不足，邪气内陷，变证丛生	口干而渴，腹满而喘，不大便，呃逆，或但头汗出，齐项而还，小便不利，发黄，或神昏谵语，手足躁扰，循衣摸床，或筋骨痿酸，或吐衄、发斑等
阴阳转化	病属表证兼阴阳俱虚，误用辛温，更加伤阴损阳	开始脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，误用桂枝汤，更见咽干，四肢厥冷，烦躁吐逆
阴阳两虚	发汗太过，或误下，损伤阴阳，阴阳俱虚	恶寒或寒战，汗出脚挛急，脉微细

太阳病变证结胸简表

证候		病因病机	主要症状
实热结胸	大结胸	外邪入里，或表证不解，误用下法，以致邪热内陷，与水饮互结于胸胁	胸胁疼痛，心下硬满，按之如石，甚则从心下至少腹硬满而痛，拒按，大便秘结，或小有潮热，短气，或喘息不能平卧，心中懊侬，口渴，头汗出，或项强如柔痉状，苔黄厚，脉沉紧或沉迟有力
	小结胸	邪热内陷，与痰饮互结于心下	心下满闷，按之则痛，或呕恶，舌苔黄，脉浮滑
寒实结胸		寒邪与痰水互结于心下	胸胁至心下硬满而痛，拒按，大便秘结，不发热，口不渴，苔白滑，脉沉迟

太阳病变证痞证简表

证候		病因病机	主要症状
热痞		热邪壅滞于心下胃脘部，气窒不通，或伤寒大下，复发汗，表邪乘虚内陷成痞	心下痞满，按之柔软不痛，或兼烦渴，苔黄脉数
热痞兼表虚		表虚，卫阳不固，无形邪热结聚于胃脘	心下痞满，按之柔软不痛，恶寒汗出
脾胃不和，寒热错杂致痞	呕利痞	表邪不解，邪热入里，或误下损伤胃气，表邪内陷，寒热错杂，升降失职	心下痞满，按之柔软不痛，呕而肠鸣下利，苔多滑腻，或白或黄
	水饮食滞痞	伤寒汗解，胃中失和又兼饮食停滞，脾胃虚弱，寒热错杂，升降失常，气机痞塞	心中痞满，按之不痛，干噫食臭，肠鸣，下利
	胃虚痞利俱甚	太阳中风，误下伤胃，脾弱胃虚，寒热错杂，升降失常	心下痞硬而满，肠鸣下利频作，水谷不化，干呕心烦

太阳病变证上热下寒、胃虚噫气证简表

证候	病因病机	主要症状
上热下寒	上焦有热，中焦有寒，寒热阻隔，阴阳失调，升降失职	胸中烦热，欲呕吐，腹中痛，或痞满不适
胃虚噫气	伤寒汗、吐、下后表邪已解，但胃气受损，痰浊内阻，胃失和降，其气上逆	心下痞硬，按之不痛，噫气不除，或呕吐

太阳病类似证　所谓类似证，系指某些杂病与太阳病俱有某些相似症状，如恶寒发热，骨节疼痛等，而实非太阳病证，故列为类似证候，以资临床鉴别。一般常见者，如下表：

太阳病类似证候简表

证候	病因病机	主要症状
卫虚风湿	卫阳不固，风寒湿邪侵袭，留着于肌肉，阻碍气血运行	身体疼痛而烦，转侧困难，汗出恶风，不呕不渴，大便溏，小便不利，脉浮虚而涩
关节风湿	风寒湿邪杂至，留着于关节，阻滞经络，气血运行不畅，发为风寒湿痹	骨节疼痛而烦，关节屈伸不利，痛处拒按，汗出恶风，短气，小便不利，或微肿
外寒内饮	水饮内停，结于胸胁，或外感风邪，内有悬饮	心下痞硬胀满，咳唾引胸胁痛，干呕短气，头痛，微汗出，发作有时，不恶寒，脉沉
气郁痰实	痰浊壅塞胸膈，阳气郁结，气机不畅	胸中痞塞胀满，恶心欲吐，复不能吐，气上冲咽，呼吸不利，或手足不温，或发热恶风汗出，寸脉微浮

阳明病辨证

阳明经包括手阳明大肠、足阳明胃，与手太阴肺、足太阴脾互为表里。手阳明经脉，从食指外侧循臂，上颈至面部。足阳明经脉，起于鼻梁陷处两侧，络于目，从缺盆下循胸腹至足。两者经脉相连，腑气相通，因此生理功能密切相关。

胃主受纳，腐熟水谷，脾主运化水谷精微。胃主燥，以降为顺；脾主湿，以升为健。两者相互制约，彼此促进，共同完成水谷的消化、吸收和营养物质的输布等生理活动，故脾胃为后天之本。大肠主传导糟粕，但须赖肺气的肃降和津液的输注，两者亦相济为用。

病邪侵袭阳明，多入里化热而从燥化。阳明病证是正邪斗争的极期阶段，其证候以胃肠之燥、热、实为特点，即《伤寒论》所谓之"胃家实"。胃家，包括胃与大肠。实，即指"邪气盛则实"。说明病邪深入阳明，胃肠燥热亢盛，是为里热实证。根据病变部位、证候特点，以及体质差异，阳明病证亦有经证和腑证之区分。若邪犯阳明，胃热亢盛，但仅是热邪弥漫于经，而肠中并无燥屎内结，则称为经证，又称阳明热证。若邪热与肠中糟粕相结而成燥屎，胃肠燥热成实，影响腑气通降，大便秘结不通，则为阳明腑实之证。此外，太阳表证已罢，病邪入里，内扰胸膈，从而可见胸中烦热懊侬等症。此时邪热虽然较轻，但已涉及阳明，故此证亦属阳明病范畴。

阳明病的形成主要有三方面：一为太阳病失治或误治，耗伤津液，外邪由表入里化热，胃中干燥而成者，称为"太阳阳明"。二为少阳病误用汗、吐、下、利小便等法，以致津伤化燥而成者，称为"少阳阳明"。三为燥热之邪直犯阳明而成者，称之为"正阳阳明"。阳明病亦有因寒湿郁久化热或感温邪而成者。

阳明病，若热邪不解，与太阴脾湿相合，湿热熏蒸，影响肝胆疏泄功能，胆汁外溢，则成湿热发黄病证；若阳明热甚，深入血分，亦可见口燥，但欲漱水而不欲咽及见鼻衄等症。

阳明病证，亦可有某些兼证，如热扰胸膈即有兼腹满、兼心下痞塞、兼中寒等证；湿热发黄，即有兼里发黄、郁蒸发黄、兼表发黄等证候。

热扰胸膈证 临床以胸部烦热，懊侬不适，起卧不安，甚则胸中窒塞，或疼痛，胃脘柔软无压痛，或少气，或呕逆，舌苔微黄，脉数为主要见症。多由太阳病经汗、吐、下等法治疗，表证已罢，而热邪犹扰胸膈，或热邪直犯胸膈，或热病后期，余热未尽，内扰胸膈所致。心胸烦热不适，起卧不安，即无形邪热，扰于胸膈。胸中窒塞或疼痛，乃气机不畅，郁滞不通所致。但虽胸痛而脘腹柔软，此与水热互结之结胸证不同。

热扰胸膈兼证，有兼腹满、兼心下痞、兼中寒等证候。其病因、病机、临床表现见下表：

热扰胸膈兼证简表

证　候	病　因　病　机	共同症状	特　殊　症　状
兼腹满	太阳伤寒下后，热邪留扰胸膈，壅滞气机	胸中烦热，起卧不安	腹部胀满，苔黄，脉数
兼心下痞	大病初愈，余热未尽，调护失当，余热扰于胸膈，阻滞气机失畅		身有微热，心下痞塞，苔黄
兼中寒	伤寒误下，损伤脾胃阳气，热陷胸膈，寒留中焦，或素体脾胃虚寒，又感热邪，上热下寒		心胸微烦，身热不去，大便溏

阳明经证 临床以身大热，不恶寒，反恶热，大汗出，大渴引饮，面赤心烦，甚或神昏谵语，舌苔黄燥，脉洪大等为主要见症。邪入阳明，燥热亢盛于内，充斥于外，故周身大热，不恶寒反恶热，面赤。热蒸于里，逼津外泄，故大汗出。热盛伤津，故口渴引饮。热扰心神，轻则心烦，重则神昏谵语。舌苔黄燥，脉象洪大有力，均为阳明燥热炽盛，胃热津伤之象。

若见胃热津伤兼气逆证，临床则以发热汗多，心烦少气，气逆欲吐，口干喜饮，或咽干呛咳，舌红少苔，脉虚数为主要见症。多因阳明燥热较盛，加之汗出较多，以致耗气伤津而发病。胃有燥热，故发热汗多，口干喜饮。燥热伤津，胃失和降，虚气上逆，故觉气逆欲吐。气液俱虚，故少气，或喉干呛咳。少苔，脉象虚数，皆阳明热盛，气阴两伤之象。

阳明腑证 阳明腑证，即痞满燥实之证。临床以身热，日晡潮热，手足濈然汗出，腹满硬痛或绕脐痛，拒按，大便秘结，或热结旁流，烦躁，谵语，甚则神志不清，或循衣摸床，惕而不安，舌苔黄燥或焦黄起芒刺，脉沉实有力等为主要见症。阳明里热与燥屎相结，腑气不通，故便秘，腹满硬痛而拒按。肠道燥屎内结，燥热迫津下趋，故见泻下稀黄粪水，量少臭秽之热结旁流证。里热炽盛，蒸腾于外，则身热汗出。日晡则系阳明经气旺盛之时，经气与邪相争，故发潮热。燥热之邪挟浊气而上攻，心神被扰，故见烦躁谵语，甚则神志不清，循衣摸床，惕而不安。热盛伤津，燥实内结，故见苔黄或焦燥起刺，脉沉实或沉迟有力。此为痞满燥实俱全之阳明腑实重证。但临床亦有偏于燥实(以不大便为主)和偏于痞满(以腹满硬痛为主)之不同。

脾约证 临床以大便秘结，腹微满不痛，小便数为主要见症。常因汗多，小便频数以致胃中燥热，脾功能为燥热所伤，不能为胃行其津液，反使津液下趋但输膀胱所致。此证小便愈频，则津液愈伤，肠中愈燥，大便愈是硬结。故须润胃燥，通腑气，缓下以治大便秘结，方能使脾胃功能恢复，燥湿相调，则大便可通而小便不数。由于本证胃中虽有燥热，但燥热不盛，故无潮热谵语，腹满硬痛等症。

湿热发黄证 本证多由阳明热盛与湿邪相合，湿热交蒸于内，影响肝胆疏泄，胆液不循常道，泛溢于经，熏染

肌肤所致。临床有单纯湿热郁蒸发黄和兼里、兼表发黄的区分，详见下表：

阳明湿热发黄证简表

证　候	病　因　病　机	共同症状	兼　　症
湿热兼里发黄	湿热交蒸，肝胆疏泄失职，胆汁泛溢于经。湿热郁阻，升降失常，三焦气化失司，又兼里实	身目俱黄，黄色鲜明，小便黄赤	发热，口渴，心烦，脘痞不适，不欲食或恶心欲吐，大便秘结，汗出不彻，或头部汗出，齐颈而还，苔黄腻，脉弦数或滑数
湿热郁蒸发黄	湿热熏蒸，影响肝胆疏泄，胆汁外溢于经，但无里实		发热，口渴，心烦汗出不彻，苔黄脉数
湿热兼表发黄	湿热内蕴，兼感外邪，内外相合。湿热邪蒸肝胆，外邪郁于肌肤		脘痞，发热恶寒，无汗身痒，苔白或薄黄，脉浮数

关于阳明病血证，临床则可见阳明蓄血及衄血等证。阳明病无论经证或腑证，其病机总属气分燥热亢盛。但气与血，密切相关，故气分病常涉及血分。若燥热邪盛，损伤阳络，迫血妄行，则可见出血之证，如衄血、吐血、便血、发斑，以及妇女经水妄行等。《伤寒论》只言衄，乃举其一端，以概其余。

阳明蓄血证，是阳明邪热与宿有之瘀血相搏结所致。临床以健忘，大便黑如胶漆，其中虽有硬粪，但大便反易解为其主要见症。其健忘症状，主要是因为邪热与瘀血搏结有碍心神之故。所以，《素问·调经论》说："血气未并，五脏安定"，"血并于下，气并于上，乱而喜忘。"由于血性濡润，故其大便黑如胶漆而反易解。可以看出，太阳病蓄血证，为外邪深入下焦小肠，与血相搏而成，其症为如狂或发狂。阳明蓄血则为久有瘀血，热邪与之相搏所致，其症是健忘。两者成因及证候虽有所异，其为瘀热扰乱心神则相同。两证之鉴别，辨太阳蓄血，主要在于小便之利与不利；辨阳明蓄血，主要在于大便之黑与不黑，以及排便之难与不难。

少阳病辨证

少阳经包括手少阳三焦、足少阳胆，并与手厥阴心包、足厥阴肝互为表里。手少阳经脉，布膻中，散络心包，下膈属三焦。三焦上决渎而通调水道，为水火气机运行的道路。足少阳经脉，起于目锐眦，上头角，下耳后，至肩，入缺盆，下胸贯膈，络肝属胆，行人身之两侧。三焦与胆，经脉相连，其气互通。胆附于肝，内藏精汁而主疏泄，胆腑清利则肝气条达，脾胃安和。胆气疏泄正常，则枢机运转，三焦通畅，水火气机得以正常升降，故能上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎，各有所司。

少阳经居于太阳、阳明两经之间，主半表半里，为三阳经之枢纽。少阳病，多由太阳病不解，病邪内侵，郁于少阳，邪正分争于表里之间，枢机不利所致。由于邪犯少阳，胆火上炎，枢机不运，经气不利，则可影响脾胃，故常出现某些胆气犯胃证候。由于本病既不在太阳之表，亦非阳明之里，故称半表半里证。

少阳外邻太阳，内近阳明，故病邪人于少阳，每多传变。因此，临床上除少阳病主证外，其常有兼挟，或兼太阳表证，或兼阳明里证，或兼下利，或兼水饮，或兼烦惊谵语等症。

少阳病主证　临床以往来寒热，胸胁苦满，神情默默，不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干，目眩，苔薄白，脉弦等为主要见症。多由于太阳病邪不解，传入少阳经所引起；亦可因气血不足，腠理不固，邪气乘袭，发自少阳本经；或厥阴病正气来复，病情转出少阳所致。邪入少阳，枢机失制，正邪分争于半表半里之间，邪郁正衰则恶寒，正胜邪却则发热，邪正交争，故呈往来寒热之象。少阳经脉，布胸胁，邪犯少阳，经气违和，故胸胁苦满。胆气犯胃，气机不畅，疏泄失职，胃失和降，则神情默默，不欲饮食。胃气上逆则呕。少阳火邪内郁，扰乱神明，故心烦。胆火循经上炎，则口苦，咽干，目眩。邪热未入阳明之里，故苔尚薄白。脉弦则为少阳主脉，乃因肝胆气郁所致。

少阳病兼证　临床常见者，多为兼太阳证、兼阳明证、兼下利、兼水饮及兼烦惊谵语等，其病因、病机、临床表现，详见下表：

少阳病兼证简表

证　候	病　因　病　机	临　床　见　症
兼太阳证	太阳病邪不解，波及少阳，或太阳少阳二经同时受邪	发热，微恶风寒，头痛，或头目昏眩，颈项强，四肢关节烦痛，微呕，心下支结或痞硬，苔白，脉浮或弦
兼阳明证	少阳病不解，邪热内传阳明，胃肠燥实，少阳阳明同病	往来寒热，胸胁苦满，口苦咽干，目眩，呕吐不止，上腹部拘急疼痛，或痞硬，郁郁而烦，大便秘结，或潮热，或下利，苔多黄燥或白厚而干，脉弦有力
兼下利	少阳邪热，内袭阳明大肠，逼液下趋。胆热犯胃，胃气上逆	发热，口苦，咽干，目眩，腹泻，肛门灼热，或下利腹痛，里急后重，小便黄赤而短，或呕吐苦黄，脉弦数
兼水饮	邪犯少阳，经气不宣，疏泄失常，以致三焦壅滞，决渎失职，水饮内停	往来寒热，胸胁苦满，如有物支撑状，心烦，渴而不呕，但头汗出，小便不利
兼烦惊	太阳伤寒，误用攻下，损伤正气，病邪乘虚内陷，以致邪气弥漫，表里俱病，虚实互见	胸胁满闷，烦躁谵语，惊惕不安，小便不利，全身困重，不能转侧

太阴病辨证

太阴经包括手太阴肺、足太阴脾，并与手阳明大肠、足阳明胃相表里。在正常生理状态下，水谷的腐熟、消化和排泄，分别由胃肠负担。而水谷之精微，则赖脾的运化和肺的输布以供养全身。脾以升为常，肺以降为顺。脾主运化，能升清阳，为胃行其津液。大肠则赖肺气肃降和津液的输布而传导排泄。可见脾与胃、肺与大肠互相配合；功能协调，则清阳能升，浊阴能降，精微四布，水液运行，从而维持人体正常的生理活动。

太阴为三阴之屏障，病入三阴，太阴首当其冲。若脾胃素虚，寒湿内阻，或寒湿直犯太阴，或三阳病证失治误治，均可损伤脾阳，而致运化失职，寒湿内聚，形成脾虚寒湿内盛之太阴病证。

太阴虚寒证 临床以腹满而吐，食不下，腹泻，或腹自痛，口不渴，舌淡苔白腻，脉缓弱等为主要见症。多因脾阳虚弱、健运失职，升降失常所致。清阳不升，则腹痛下利。浊阴不降，则腹满而呕吐，食欲不振。病属虚寒，故腹痛而喜温喜按，口不渴。舌淡苔白而腻，脉缓弱，皆阳虚湿盛之象。

太阴病兼证 临床常见为兼太阳证，即太阴虚寒兼见表证。临床以下利，胃脘痞塞，腹痛绵绵，发热恶寒头痛，苔白，脉浮而缓等为主要见症。多因表证未解而误用下法，损伤脾阳，或因素体脾阳不足，复感外邪，表里同病所致。邪犯太阳，表证不解，故发热恶寒，头痛脉浮。脾阳不运，气机阻滞，故胃脘痞塞，腹痛绵绵。脾虚则清阳不升，故腹泻不止。苔白，脉缓，均为太阴虚寒之候。

寒湿发黄证 临床以身目发黄，其色晦暗，小便黄，畏寒身倦，脘闷腹胀，食少便溏，舌质淡，苔白滑，脉沉迟等为主要见症。本证多因寒湿内盛，脾阳不振，或阳黄迁延日久，脾胃阳气受损所致。由于中阳虚弱，寒湿内阻，肝胆疏泄功能障碍，以致胆汁不循常道，泛溢肌肤，故身目俱黄，其色晦暗，小便黄。寒湿困脾，脾失健运，气机阻滞，故见脘闷腹胀，食少便溏。畏寒身倦，舌淡苔白，脉沉迟，则均为中阳不足之象。

少阴病辨证

少阴经包括手少阴心、足少阴肾，并与手太阳小肠、足太阳膀胱互为表里。心主血脉、神志，与精神意识活动有关。肾主水、藏精，内寓真阴真阳，故肾为先天之本。在正常生理活动中，心火下交于肾，肾阳助膀胱之气化，以保证水道通调。肾水亦因阳气的升腾作用而上济于心，从而维持心火不致偏亢。这样则心肾相交，水火既济，阴阳交通，彼此制约，则心火不亢，肾水不寒，功能正常。

少阴病为心肾功能衰退性病变。多由正气不足，病邪直犯少阴，或因误治、失治，损伤心肾，则均可形成心肾虚衰，故其主要脉症为脉微细，但欲寐。病至少阴，由于致病因素和体质的不同，心肾功能衰竭，或为阳虚阴盛，或为阴虚火旺，故少阴病又有从阴化寒、从阳化热两类证候。阳虚阴盛，心肾阳气虚衰，邪从寒化，阴寒内盛，即表现为少阴寒化证。若阴寒之邪太盛，逼迫虚阳浮越于外，还可出现真寒假热之证。若阴虚火旺，心肾阴液不足，虚热内生，邪从热化，以致肾阴虚亏于下，心火亢逆于上，即表现为少阴热化之证。但就伤寒病变而言，少阴病仍以寒化证为多见。

总之，病至少阴阶段，心肾阳气衰弱，阴血不足，全身抗病功能明显下降，故少阴病常为外感疾病过程中的危重阶段。

少阴寒化证 少阴寒化证，即阳衰阴盛病证。临床以恶寒踡卧，精神委靡，手足厥冷，下利清谷，呕吐，口不渴或渴喜热饮，小便清长，舌淡苔白滑，脉沉微等为主要见症。多由于少阴阳衰，阴寒内盛所致。阳衰则失其温煦之能，故恶寒踡卧，四肢厥冷。心肾虚衰，正气不足，阳气不振，反为邪困，故精神委靡，困倦欲寐。肾阳不足，不能温脾以运化水谷，故下利清谷。阴寒之气上逆，胃失和降，故呕吐。阳虚阴盛之证，津液尚未大损，故口不渴。但亦有因下焦阳衰，不能化气升津，以及下利较重，津液损伤过多而见口渴者，亦以喜热饮或饮量不多为其特点。至于小便清长，舌淡苔白，脉象沉微等，均为虚衰之象。

其他少阴寒化之证，临床尚可见阴盛格阳、阴盛戴阳、阳虚身痛、阳虚水泛、脾肾虚损、下焦不固等。其病因病机，临床主症等，详见下表。

少阴热化证 少阴热化，即阴虚火旺。临床以心烦不眠，口燥咽干，舌尖红赤，或舌红少苔，脉沉细数等为主要见症。多由素体阴虚阳亢，邪入少阴，从阳化热，热灼真阴，则肾水不能上济心火，以致肾水亏虚于下，心火亢逆于上，故见上述脉症。

另有一种阴虚水热互结证，临床以心烦不得眠，渴欲饮水，小便不利，咳嗽而呕，下利，舌质红，苔薄黄，脉细数等为主要见症。由于阴虚，内热上扰心神，故心烦不得眠。水热互结，津不上承，故渴欲饮水，小便不利。水热上逆则咳而呕，水热偏渗于大肠则下利。舌红苔薄黄，脉细数，均为阴虚有热之象。

少阴病日久，临床可见一身手足尽热，尿血等症。多因证情由阴转阳，阳热太过，热入膀胱，伤及血络所致。

少阴咽痛证 此证，即阴虚咽痛证。临床以下利，咽痛，胸满，心烦，舌质嫩红少苔，脉细数等为主要见症。多因下利伤阴，虚火上炎咽喉所致。由于此非实热之邪内扰，故临床所见咽痛一般不甚严重。其治疗应以滋阴润燥，和中止痛为法。其他如邪热客于少阴之经所致的客热咽痛证，临床可见咽喉局部轻度红肿疼痛。其治疗则宜清热解毒，利咽止痛。若因痰热闭阻咽部而致者，则临床可见咽痛，局部溃烂，声音嘶哑等症。

少阴寒化其他病证简表

证　候	病　因　病　机	临　床　主　症
阴盛格阳	少阴阳衰，阴寒内盛，逼迫虚阳外越，形成阴阳格拒	四肢厥逆，下利清谷，汗出，反不恶寒，或面赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或四肢拘急不解，苔白滑或黑滑，脉微欲绝
阴盛戴阳	阴寒内盛，阴阳格拒，格阳于外，虚阳浮越于上	恶寒，四肢厥冷，下利清谷，面赤，脉微而沉，甚则下利不止，厥逆无脉，干呕心烦
阳虚身痛	少阴阳虚，寒湿阻滞，留着于经脉骨节之间	背恶寒，手足不温，身体骨节疼痛，口不渴，舌苔白润，脉沉
阳虚水泛	下焦虚寒，水气不化，重点在肾	心下悸，头眩，身瞤动，振颤欲倒，腹痛下利，小便不利，四肢沉重疼痛，或肢体浮肿，舌淡苔白滑，脉沉
脾肾虚损	下利或湿热痢迁延日久，损伤脾肾	下利便脓血，颜色暗淡，经久不愈，腹痛喜温喜按，里急后重轻，甚则滑脱失禁，神疲身倦，小便不利，舌质淡苔白滑，脉缓无力
下焦不固	泻利日久，脾肾两虚，下焦不固，滑泄失禁	泻利日久不愈，滑泄不禁，手足不温，精神疲倦，舌淡脉虚

少阴病兼证　临床常见有兼太阳、兼阳明等证。其病因病机及临床主症，详见下表：

少阴病兼证简表

证　候	病　因　病　机	临　床　主　症
兼太阳证	素体阳虚，感受风寒，太阳与少阴两经同时受病	发热，恶寒，头痛，无汗，足冷，苔薄白脉沉
兼阳明证	少阴病，邪从热化，劫伤津液，复传阳明，燥结成实。或阳明病应下失下，伤及少阴阴液。亦可形成热结旁流	口燥咽干，腹胀满，大便不通，或泻青黑色污水，其气臭秽，心下实痛

少阴病变证　少阴病变证，有误火变证、误汗变证之分。

误火变证　系由于少阴病误用火法，强发其汗，则火邪内攻，既伤其阳，又损其阴，故其证候变化不一。若肾虚气逆，影响及肺则咳。肾阳虚衰，进而损及脾阳，则下利。阴虚火旺，心神被扰，则见谵语。火劫发汗，津液亏损，亦可致小便难等。

误汗变证　则是由于少阴病，本为虚证，但误用发汗之法，则阳气随汗而泄，大汗出既伤阳，又复竭其阴，故易于导致亡阴亡阳之变，且可动其营血，或从口鼻而出，或从两目而出，形成阳亡于下，阴竭于上之危证。阳亡于下则厥从下起，阴竭于上则血从上出，故少阴病禁用汗法，不可不予注意。

厥阴病辨证

厥阴经包括手厥阴心包、足厥阴肝，与手少阳三焦、足少阳胆相为表里。

肝居于胁，其经脉络胆，主藏血、主疏泄，性喜条达，在体合筋，开窍于目。心包为心之外围，心包之火以三焦为其通路，可达于下焦，使肾水温暖以涵养肝脏。如此，则上焦清和，下焦温暖，从而保持脏腑功能的协调正常。

厥阴为阴之尽、阳之始。病至厥阴，为六经传变的较晚阶段，故病情较为复杂。大略可分为如下几种：①邪从寒化，肝寒挟浊气上逆，从而形成肝胃虚寒，浊阴上逆证候。②邪热内陷，心包之火上炎，而为上热；火不下达，肝失温养，而为下寒，从而形成寒热错杂证候。③肝失疏泄，气郁不舒证候。厥阴为病，证情变化虽然复杂，但多具有四肢厥逆之特点，其病机系阴阳之气不能贯通，即所谓“阴阳之气不相顺接”，故可由寒邪内盛，或热邪深伏，以及寒热错杂等原因所导致。

邪入厥阴，病情较重，邪正斗争亦较剧烈，可出现厥热胜复情况，即厥与热交替出现。“厥”表示阴胜，“热”表示阳复，厥热胜复并非单独病证，而是厥阴病邪正斗争，阴阳消长的表现之一。如正胜邪却，则厥少热多，其病向愈。如邪胜正虚，则厥多热少，其病为进。若厥逆虽回，但阳复太过，亦可能转化为热证。

厥阴与少阳相表里，故在一定条件下，病情可相互转化，如从少阳陷入厥阴，则为逆证。反之，厥阴转出少阳则为顺证。

寒热错杂证　临床主要表现为蛔厥和寒格吐利两类证候。

蛔厥证　临床以腹痛绕脐，或右上腹痛，甚则痛引右肩胛部，时痛时止，呕吐或吐蛔，得食更甚，痛剧时则四肢厥冷，脉微或伏，心烦不安，痛止则安静如常，舌面多有红点等为主要见症。蛔虫躁乱于肠，腑气滞塞不通，故绕脐疼痛。蛔虫逆上，入于胆道，则右上腹痛，牵引右肩胛部。蛔虫扰动，胃气上逆，故呕吐，甚则吐蛔。得食则虫动更甚，故疼痛加剧。痛剧时气血流行不畅，阳气不伸，故肢冷，脉微或伏，心烦不安。虫安则诸症缓解，其人安静。可见，此证虽由蛔虫引起，但寒热错杂，又是引起蛔虫躁动的一定条件，从证候分析，则呕吐、心烦属上热；腹痛，四肢厥冷则属下寒。

寒格吐利证　临床以呕吐频作，或食入即吐，下利，舌淡苔薄黄等为主要见症。多因素体阳虚，复感外邪，邪热内陷，或因外感病误用吐下，形成上热下寒，脾胃升降失常所致。上热则胃气不降，故呕吐，或食入即吐。下寒则脾气不升，故下利。舌淡苔薄黄，则属寒热错杂之证。

厥阴病寒证 临床主要表现为寒逆干呕头痛和血虚寒厥两类证候。

寒逆干呕头痛证 临床以干呕，或吐涎沫，头痛以巅顶为甚，四肢不温，舌苔白滑，脉沉弦等为主症。系由于肝胃虚寒，浊阴上逆所致。肝经有寒，寒邪挟浊阴之气上逆犯胃，以致升降失常，故干呕，吐涎沫。肝经与督脉上会于巅顶，阴寒随经上逆，清阳被扰，故头痛以巅顶为甚。阳气不宣，失其温煦之能，故四肢不温，舌苔白滑，脉见沉弦。

血虚寒厥证 临床以手足厥冷，脉细欲绝，或腹中痛，或呕吐，舌淡苔白等为主要见症。多由素体血虚，复因寒邪凝滞，以致气机不畅所致。四肢失于温养，故手足厥冷。寒凝血亏、气血失于通畅，故脉细欲绝。寒邪凝聚厥阴经脉，故见腹痛，或兼寒气上逆而呕吐。

厥阴热利证 临床以发热，口渴，痢下脓血，腹痛，里急后重，肛门有灼热感，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数等为主要见症。系由于湿热之邪壅遏不解，影响肝气疏泄，损伤肠道络脉所致。湿热下注于肠，伤及络脉，故下痢脓血。湿热阻滞，肝气疏泄失职，湿热邪盛，气机壅塞，其秽恶之物欲急出而不得，故腹痛里急而后重。发热，口渴，小便短赤，苔黄脉数，均为湿热内盛之象。

厥阴气郁证 此证，即气郁致厥证。临床以手足不温，胸胁满闷或疼痛，泄利下重，脉弦细等为主要见症。多由于肝气郁结，气机不利，阳郁于里，不能宣达于外所致。阳气郁闭，不能温煦四末，故见四肢不温而厥逆。厥阴经气不利，故胸胁胀满或疼痛，此为气郁致厥之临床特征。肝郁则疏泄失常，影响脾胃气机升降，故见腹痛，或泄利后重，脉多弦细。此外，有时尚可见到或咳，或心悸，或小便不利等症。

关于厥阴病中根据厥逆与发热时间的长短来估计正邪盛衰和阴阳消长之情况，对于诊断治疗和判断预后亦有一定的意义。一般有如下几种情况：即厥热相等，是为阳气来复，病情向愈；热多厥少，则系正能胜邪，病趋好转；厥多热少，为正不胜邪，病势发展增重；热而复厥，为阳复不及，病又反覆发作；但厥不热，则表示阴盛阳衰，病势危重；厥退而热不止，则表示阳复太过，病势已从热化，且随邪热所伤部位不同而有不同之见症。如热邪向上，伤及咽部，则可发生喉痹。若热邪向下，伤及阴络，亦可发作便脓血等症。

辨证求因

通过临床辨析疾病的证候而推求疾病发生原因的一种认识方法称为辨证求因。

对于病因的认识，除了指某些直接致病的原始病因外，在某种情况下则是指发病学原因，或某些病机过程的反映。因此，病因学不仅仅用直接观察的方法去认识病因，更重要的则是根据其疾病的病机反映来建立病因的概念，通过分析其病证的临床表现来确立具体的发病学原因。

一切疾病的发生都是某种致病因素影响或作用于患病机体的结果，任何疾病证候亦都是在致病因素的影响或作用下机体所产生的某些病态反映。所以，任何疾病或证候的发生都是有原因的，没有原因的疾病或证候是不存在的。而且由于各种致病因素的性质和致病特点不同，其致病后机体的反应各异，故临床表现出来的症状和体征亦不尽相同，因此，在中医病因学认识致病因素的过程中，有个非常突出的特点，即是除了了解可能作为发病原因的致病因素本身及客观条件外，主要则是以各种疾病或证候的临床表现作为依据，通过分析其症状、体征及相互关系来推求病因，从而为临床治疗提供理论基础和根据。这种从疾病证候表现推求病因的方法，并从机体病理反应状态及治疗效应等因果联系中所总结出的发病原因之规律性认识，即称之为“辨证求因”或“审证求因”。

例如就证候而言，若患者出现不思饮食，舌苔白腻，腹胀，便溏不爽，周身困重，头重如裹等症状，则多从湿邪方面考虑。由于湿性重浊腻滞，即可运用病因学理论来分析，确认其致病因素是湿邪为患，这就是审证求因。因此，临床上不管实际致病因素多么复杂，只要机体出现了上述“湿”的病理反映，即可用“湿邪”为病来概括之。同时，由于湿邪易于困脾，易于阻遏气机，损伤阳气，可使脾的运化功能受碍，健运失职，故亦可明确其受邪部位主要在脾。而其治疗只要运用相应的祛湿或健脾药物，就可使上述临床症状消失，同时亦即消除了病因及其病理反应。

若就疾病而言，则同一感冒，因其临床表现不同，其病因当然也不完全一致。若见恶寒、发热，鼻流清涕，舌苔薄白，脉浮紧，则可确认为“风寒袭表”；若见发热、恶寒，咽喉红肿疼痛，鼻流黄涕、舌苔薄黄，脉浮数，则应确认为是“风热袭表”。其风寒或风热等不同病因之确立，亦是通过对上述不同症状、体征的辨析而得出的。同样，针对不同的病因，分别采用辛温解表或辛凉解表之不同治法，即能消除症状，同时亦消除了病因及病理反应。

可以看出，病因学不是单纯地、孤立地研究致病因素的性质，而是重视这些因素与机体相互斗争的状况，探索致病因素与机体各种功能障碍或减退、或器质性损害的内在联系，从而认识致病因素对于疾病发生及其防治的意义。这种把病因学的研究与疾病的防治紧密结合起来的研究途径，理论联系实际，具有鲜明的实践性。

辨证论治，主要是通过辨析证候而制定治疗方案，选择有效的治疗方药。证候是人体病变的整体反应。因此，只有采用“辨证求因”的方法去认识病因，并把病因的研究与对病证的辨析联系起来，才能对临床辨证论治起到重要的指导作用。所以，审证求因乃是辨证论治不可分割的组成部分。通过研究人体的整体性病理反应来认识病因这一基本原则和特点，即充分体现了中医病因学

理论的辩证观点和实用价值。

病因辨证

运用"辨证求因"等病因学基本理论，综合辨析各种致病因素影响人体所致各种疾病证侯的一种辨证方法称为病因辨证。

人体发病，总有致病之因，或为六淫、疠气病邪外袭；或为七情所伤；或由饮食劳逸等所致。机体受病邪影响或侵袭，或为营卫失和，或为阴阳失调，或为脏腑经络功能失常而发病。但由于病变可发作于皮肤、肌肉、经络、脏腑等不同部位，故其病机变化亦是非常复杂的。中医临床诊断疾病，在辨别表里、寒热、虚实与阴阳的同时，亦主张辨明其病因属性之所在。故《赤水玄珠》指出："百病皆有因有证"，《吴医汇讲》亦说："外感、内伤，为证治两大关键。然去其所本无，复其所固有，两言可尽之也。盖六淫外袭，身中气血，日失和平，一切外感有余之证，有须汗、吐、下、和之治，皆是去其所本无也。若七情受伤，脏腑有损，身中气血，日就亏耗，一切内伤不足之证，有须滋、填、补之治，皆是复其所固有也。"而"去其所本无"，即是强调在临床辨证治疗，首应注意对病因之识别；"复其所固有"，则是要求在重视病因的基础上，还应重视机体内在因素正气之盛衰。因此，《医学真传·原病》强调："所以治病必求于本，求其本，必知其原，知其原，治之不远矣。"病因辨证，通过辨析临床证候而探求其发病原因，即是求本而知原，病因即是"本"和"原"。所谓辨证求因，即是要求既知病原之所属，亦要识正邪之盛衰，两者无误，方能论治准确，为获取良效而奠定基础。

病因辨证，主要包括六淫病辨证、疫疠病辨证、情志病辨证，饮食劳逸病辨证及外伤病辨证等。

卫气营血辨证

清代叶天士所倡导的，用于外感温热病的一种辨证方法称为卫气营血辨证。它是在伤寒六经辨证的基础上发展起来的，又补充了六经辨证的不足，从而丰富了中医辨治外感病的内容。

卫气营血的名称，最早见于《内经》，它的含义是指人体的生理功能和维持功能的营养物质。温病用它作为辨证纲领，则是从《内经》理论的基础上进一步发展。它既是温热病四类证候的概括，又代表着温热病发展过程中浅深轻重不同的四个阶段。叶天士说："大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血。"（《温热经纬·叶香岩外感温热篇》）就是指出病邪由卫入气，由气入营，由营入血，标志着邪气逐步深入，病情逐渐加重，正气愈来愈弱。就其病变部位来说，卫分证主表，病在肺与皮毛；气分证主里，病在胸膈、肺、胃、肠、胆等脏腑；营分证是邪热入于心营，病在心和心包；血分证则热已深入肝肾，耗血动血。就其正邪消长来说，卫分证邪气不盛而正气不衰，气分证邪气盛而正不衰，斗争激烈。营分证则邪气盛而正已衰，血分证则正气大衰，精血行将告竭。

外感热病开始多起于卫分，渐次转入气分、营分、血分。但这种传变规律，并不是一成不变的。由于病邪性质的不同，感邪轻重的差异，以及患者体质的强弱，在临床上也有起病不从卫分开始，初起即见气分证或营分证，以里热偏盛为特点，而无卫分证候的表现；或病虽已入气分，而卫分之邪仍未消除的，称为卫气同病；或热势弥漫，不仅气分有热，而且营分血分也有热，酿成气营交炽或气血两燔；或卫分证不经气分阶段而直入营血，即所谓"逆传心包"等等。因此，在临证时，要根据各方面的临床表现，具体情况，具体分析，才能准确地把握病情，作出诊断。

温病与伤寒虽然同属于外感病范畴，但两者在病因病机、脉症治法等方面而有所侧重。伤寒多是感受寒邪，由皮毛而入，一般循六经传变，在病变过程中易伤人体阳气；温病是感受温邪，由口鼻而入，一般沿卫气营血或三焦进行传变，病变过程中易伤人体阴血。但伤寒也可致亡阴，温病亦可亡阳，须随证详审，不可拘泥。

卫分辨证

卫分证是指温邪侵犯皮表，卫气功能失常所表现的证候，常见于温病初期。因肺主皮毛，卫气通于肺，故肺卫证常伴有肺经病变的特征。

温热在卫　临床上以发热，微恶风寒，舌边尖红，脉浮数为主要特征。常伴有头痛，口干微渴，咳嗽，咽喉红肿或痛等症。本证多因直接感受温热邪气，或素体阴亏又复感温邪，以致卫气失常，肺气不利，宣降失司所致。邪犯皮毛，卫气被郁，故发热恶寒。温为阳邪，伤人则多发热重而恶寒轻。温热在表，未传于里，故舌质红而苔仍薄白，脉来浮数。邪不得外泄则热蒸于上，气血上壅，郁滞不通则头痛。肺合皮毛与卫气相通，卫气被郁则肺气不宣，肺失清肃，以致肺气上逆为咳嗽。热邪伤津则口渴，但邪热不盛，伤津较轻，故虽口干而不大渴。喉为肺之门户，温热袭肺则咽喉红肿或痛。

湿温在卫　临床上以恶寒少汗，身热不扬，午后热甚，头重如裹，身重肢倦，胸闷脘痞，小便短少，大便溏薄，苔白腻，脉濡缓为主要特征。本证多因湿热邪气，外袭皮毛所致。常见于夏秋二季。病变与人体的脾胃功能有密切关系，如饮食不节，损伤脾胃，湿从内生；阴雨连绵，热蒸湿动，湿热外袭，内外之邪相引，发为本病。湿遏卫阳则恶寒少汗。因湿蕴热，热处湿中则身热不扬。午后湿热交争最甚，故发热较午前明显。湿为重浊有形之邪，内阻气机，清阳不升，故头重如裹。湿阻肌肉，气机不宣，故身重倦怠。湿遏胸阳则胸闷，湿阻脾胃则脘痞，湿注肠间则便溏，湿不化气则尿少。苔白腻，脉濡缓，均系湿热内

停之象。

燥热在卫 临床上以发热，微恶风寒，头痛少汗，咳嗽少痰，咽干鼻燥，口渴喜饮，苔白而干，舌红，右脉数大为主要特征。本证的发生是感受秋令燥热病邪而成。由于初秋天气暄热，在久晴无雨，秋阳以曝之时，尤为明显。感之者多为温燥。若深秋初凉，西风肃杀，感之者多为凉燥，亦称凉燥。发热，微恶风寒，头痛少汗，为燥热在表之象。咽干鼻燥，口渴痰少系燥热侵肺，肺津受伤的表现。苔白舌红，右脉数大，均为燥热在肺卫之象。

总之，卫分证候，多见以上三证，虽然它们的病位相同，但是由于病因不同，治疗也有差异。一用辛凉清解，宣肺疏卫，以退热止咳；一用芳香宣化，重在去湿，湿浊一去，热不独存；一用辛凉清润，除用轻宣肺卫之法外，又必须佐以甘寒生津之品，润肺以祛燥，这是三者在治法上的区别。

在卫分治疗时，应注意凡温热在卫，不可用辛温发汗，否则本为热病，再投热药，两阳相遇，势必热厥，甚则昏谵吐衄。亦不可过早使用苦寒，否则损伤阳气，引邪入内；不可过度升散，否则会出现鼻衄斑疹。湿热在卫，一是初期不可大汗；二是不可大下；三是不可用甘寒滋补，因甘寒之品能生津养液，唯恐助湿困脾而病不解。

气分辨证

气分证是温热邪气人于脏腑，正盛邪实，正邪剧争，邪热亢盛的阶段。由于有感邪轻重的不同，体质强弱的差异，四时气候的区别，因此感邪之后，可有卫分渐传至气分者；也有不经卫分而直入气分者，直入气分多见于素体阳盛或感邪过甚者。气分的病位很广，证型复杂，常见的有热壅于肺，胃热亢盛，热扰胸膈，热郁于胆，脾胃湿热等。

热壅于肺 邪热入肺，肺气不利，咳嗽气喘，胸闷，咳痰黄粘，或脓血臭痰，高热不退，口渴汗出，不恶寒反恶热，苔黄腻，舌质红，脉滑数。本证是由温热之邪，由表入里，卫分证已罢，气分热已炽，故发热而不恶寒，反恶热。肺热壅盛，炼津为痰，痰阻气机，肺失宣降，肺气上逆则咳嗽气喘。热灼肺络，血从上溢则咳血。热胜肉腐，肉腐则成脓，故咳吐脓血臭痰。气分热甚，迫津外泄则汗出。热甚伤津，津不上润则口渴。苔黄燥，脉滑数均为肺热壅盛之象。

热郁胸膈 热郁胸膈是温热邪气由肺卫进入胃气的中间阶段，主要表现为身热不退，心烦懊侬，坐卧不宁，舌苔微黄，质红脉数。本证是由表邪已解，热入胸膈，郁而不宣所致。热郁胸膈则身热不退，热扰心神则心烦懊侬，坐卧不宁，热未入阳明胃，故虽身热而不甚。脉数苔微黄，说明热已渐入于里。

热炽阳明 温热之邪入于阳明胃经，临床上以壮热不退，不恶寒反恶热，口渴冷饮，汗大出，热不为汗衰，面赤烦躁，呼吸气粗，舌红苔黄燥，脉洪大有力为主要特征。本证为无形热邪弥漫于足阳明胃经之候。胃为水谷之海，十二经气血皆禀受于此，故胃热炽盛，则可随十二经气血运行于周身，内外皆热，所以症见壮热不退，不恶寒反恶热，热不为汗解。热伤胃津则口渴，迫津外泄则汗出，汗出津伤则口渴益甚，以水自救则喜冷饮。故大热、大渴、大汗是本证的特点。苔黄燥苍老，舌质红，脉洪大而数均为里热壅盛之象，治以清热生津法。若见高热不退，汗出不止，大烦渴不解，气短身疲，背微恶寒，脉洪大而芤者，是壮火食气，大汗伤津，气随汗泄，津随汗亏而造成的气阴两虚证。治宜辛寒清热，佐以益气生津之品。若体温骤退，大汗淋漓，或汗出如油，气短气促，甚则张口抬肩，少气不足以息，精神疲惫，舌红而干，脉细欲绝或散大无根。此属气阴欲脱之候。多因气分壮热，迫津外泄，津随汗竭，气随津脱而致。

热结肠道 温热入肠，热结腑实，临床上以日晡潮热，时有谵语，汗出口渴，小便短赤，大便燥结，或下利稀水，气甚恶臭，腹满疼痛拒按，舌苔黄厚干燥，或灰黑起芒刺，脉沉实而数。本证为气分邪热与大肠结滞相结而形成的阳明腑实证候。阳明经气旺于申酉时，故日晡潮热。邪热内扰于心，心神不能内守，故昏迷谵语。热灼津液则口渴，迫津外泄则汗出。热与糟粕相结则便秘，热下移膀胱则溺赤。腑实内结，气机不畅则腹满疼痛拒按。下利稀水，古称为"热结旁流"是热迫肠津下泄的结果。苔黄厚而燥，甚则起芒刺，脉沉实有力，均为气分热结之候。

若潮热便秘，舌蹇肢厥，神昏谵语，苔黄燥，质红绛，脉沉滑数为大肠燥结，热陷心包，气营同病之候，治以开窍通下法。若潮热便秘，喘息胸闷，痰涎壅盛，舌苔黄厚而腻，脉沉滑数，右寸实大者为肺热下移大肠，表里同病之候，治以宣肺通下法。若潮热便秘，烦渴冷饮，小便短赤，淋漓涩痛，苔黄燥，脉滑数，左尺弦劲者为大肠热结，小肠热灼，二肠同病之候。治以导赤通下法。若温病日久，津液大伤，或素体阴亏，又患温病，症见身热，便秘腹满，口燥咽干，舌苔焦燥，质红干瘦，脉沉细小数者为阴虚肠结之候，治以增液通下法。若应下失下，温病日久，身热腹满，口燥咽干唇裂，倦怠乏力，精神委靡，大便燥结不下，苔黄燥焦黑，脉沉细无力者为大肠热结，气阴两伤之候。

胆热炽盛 热郁少阳，胆热炽盛，寒热如疟，热多寒少，口苦而渴，咽干胁痛，脘痞呕恶，舌红苔黄微腻，脉弦数。因热郁于胆，少阳枢机不利，故寒热如疟。胆热伤津，胆汁上蒸，故咽干口苦而渴。胆经循行于两胁，胁下为胆腑所处部位，邪热阻滞，经络不畅，故胁肋作痛。胆热犯胃，胃失和降，故恶心呕吐。舌红苔黄微腻，脉弦数，均为胆热之象。

脾胃湿热 湿热阻于气分，脾胃受困，症见头身困重，发热有汗，汗出热减，继而复热，胸脘痞闷，纳呆呕恶，便溏不爽，苔腻，脉濡数。为湿热之邪，外阻肌腠，内郁脾

胃所致。邪阻肌腠，经络之气不畅，则头身困重。湿热交争，则发热汗出，汗出则热减，但汗出热虽去而脾湿未除，故又因湿而蕴郁成热，继而发热。湿阻脾胃，升降失司，气滞不运，故胸脘痞闷，纳呆呕恶。湿邪下注则大便溏薄，湿阻气机，大便又可不爽。苔腻，脉濡数，均为湿热见症。若苔黄腻，脉滑数为热重于湿；若苔白腻，脉濡缓为湿重于热。

总之，气分证标志邪已入里，较卫分证深重，也是邪正交争最剧烈的阶段。它的主要症状以但热不寒为特点。由于病位不同，证候各异，因而治疗采用清热、通下、和解、化湿诸法。以达到清除病邪，恢复正气的目的。

气分证治疗时的注意事项：一是温病表邪未解，不宜早用清气之品，以免寒凉太过，病邪冰伏不解。二是湿热留连气分，不可滥用寒凉清气之法，以免湿遏热伏。三是素体阳虚者，尤当慎用寒凉之剂。在气分证使用下法时，要注意有无内结实邪，如属无形热邪，则要忌用。正气虚弱时要慎用，或攻补兼施。温病后期，津枯肠燥时，不可纯用苦寒，需甘寒或咸寒同用。

营分辨证

营分证是温热邪气内陷的深重阶段，营是血中之气，内通于心，故营分证以营阴受损，心神被扰的病变为其特征。叶天士说："心主血属营"（《温热经纬·叶香岩外感温热篇》）就是这个意思。营分证的来源大致有三：一是温热邪气由卫入气，由气及营，这是顺传；二是由卫直接入营，未经气分阶段，这是逆传；三是温热邪气，直接陷入营分，也称之为逆传。造成逆传的原因不外乎感受温热邪气太过，超过了心包的防御机能，致使温热邪气突然逆传心包。或者素体心阴不足，阴虚则生内热，当温热邪气侵犯后，这种阴虚内热就为温热邪气逆传心包提供了内在根据。再加上心肺同居上焦，为相邻之官，故肺脏受病最易影响及心，这也是造成逆传的一个条件。

营分证在病变发展过程中，有卫分之邪未净，而营分之热已起的卫营同病阶段。也有气分之邪未罢，而营分之热已炽的气营交炽阶段。不论在那一阶段，只要见到营分证，便说明邪气虽盛但正气已衰，病情比气分深重。

热伤营阴 温热邪气深入营分，临床上以身热夜甚，灼热不退，夜寐不安，口反不渴，心烦，甚则昏迷谵语，或见斑疹隐现，舌质红绛无苔，脉细数为主要特点。此乃营分热盛，耗伤血中津液之候。邪入营分，营阴大伤，入夜以后，卫气入于营阴，与邪热剧争，故身热夜甚。热邪在气分阶段，耗伤肺胃津液，故以口渴冷饮为主症，而邪热入于营分，则蒸腾营阴，使血中津液上承于口，故口反不渴。营分证的口渴虽然比气分证轻，但并不表示病情轻，若进一步发展，势必导致津枯液涸、亡阴失水的危证。夜寐不安，心烦昏谵，是心营亏损，邪热扰心，心不守神之兆。斑点隐现乃为热伤血络，血不循经，溢于脉外之象。因营分证与血分证相交，病势尚轻，故仅见斑点隐现，尚未成大片发斑之势。营阴耗伤，津液亏乏，故舌质红绛无苔。血中津液不足，经脉不充，则脉细，营热鼓动血行则脉数。

卫营合邪 风热邪气侵袭体表，卫分之邪未解，邪热内窜营分，出现卫营合邪证。临床上以发热，微恶风寒，咳嗽胸闷，身热夜甚，心烦不寐，皮肤发疹，疹色红润，舌红绛，脉数为特点。发热，微恶风寒，咳嗽胸闷，是风热外袭，肺卫失宣之象，属卫分证候。身热夜甚，心烦不寐、舌红绛，乃风热邪气内窜，深入营分之兆，是营分证候。风热外袭，肺卫失宣，体表气机不畅，营热内迫，鼓动气血，外行于表。卫有邪阻，营有热迫，气血郁于体表不得宣畅，则使血瘀滞于皮表脉络之中而成红疹。由此可见，疹之外发，乃营卫合邪所致。

气营两燔 气分之热未罢，营分之热已起，热邪炽于气营，故曰"两燔"。临床上以高热口渴，心烦躁扰，舌红绛，苔黄燥，脉数为特点。高热口渴，舌苔黄燥，是气分热炽。心烦躁扰，舌红绛乃热伤营阴之象。脉数亦为热盛所致。

热陷心包 热陷心包之证，多由卫气邪热直接内陷心包所致。即《温热经纬·叶香岩外感温热篇》所说："温邪上受，首先犯肺，逆传心包。"临床上以身热灼手，痰壅气粗，四肢厥逆，神昏谵语或昏愦不语，或手足瘛疭，舌蹇肢厥，舌质红绛鲜泽，脉细滑数为特点。热陷心包之证，非独热盛，且有痰浊，故又称"痰热蒙蔽心包"。其痰之形成，原因有二：或因温热邪气灼液成痰，而致痰热交结；或素体痰盛，又有邪热内陷，则热与痰合，两邪交结。正如《温热经纬·叶香岩外感温热篇》所说："平素心虚有痰，外热一陷，里络就闭。"热陷心包之证，起病急骤，来势凶险，见症多属危重之象。其身热灼手，乃热邪内陷所致。痰壅气粗，是痰浊壅盛之候。痰热内闭，阻滞气机，阳气不达于四肢，故见四肢厥逆，此乃热深厥深之象。痰蒙热扰，心神失常，则昏迷谵语或昏愦不语。心包热盛，浮及于肝，肝热筋挛，则手足瘛疭，此乃心包热盛引动肝风之兆。舌为心之苗，心之别络系舌本，心包痰热阻塞络脉，乃至舌蹇短缩。舌质红绛脉细数，主营分热盛而阴伤。脉滑苔黄燥，主痰热内壅。

营分证是温热病的严重阶段，经常危及生命，因此在治疗时要时刻注意清营保津。但是凡里热虽盛，而舌不绛，脉不细，邪仍在气分而未入营者，不宜过早使用凉营养阴之法，以免引邪深入。凡是邪初入营而未动血者，治疗上犹可透热转气而解，即是在清营的基础上用一些气分之药，把营分热透转气分而解。凡入营昏迷时，要注意是否挟有痰热，如挟有痰热，必须佐以豁痰开窍之品。

血分辨证

血分证是温热病变的最后阶段，也是温热病发病过

程中最为深重的阶段。心主血，肝藏血，故邪热入于血分，势必影响心肝两藏。肾藏精，精血又可互化，温病后期，津血大伤，也势必耗伤肾精，波及先天之本，以致耗伤真阴，造成亡阴失水。所以血分证的病变部位，以心肝肾三脏为主。

血分证的病因，不外乎温热邪气由气分传入血分；或由营分传入血分；也有起病急骤，病势凶险，初起未见气营诸证，而迳见血分证候者。

在血分证的病变过程中，有气分证未罢，而血分证已起的气血两燔阶段。有单纯血分证的热盛动血、热盛动风、血热阴伤、亡阴失水等的不同，现分述如下：

热盛动血 在营分证的基础上，更见身热夜甚，躁扰昏狂，斑疹透露，吐血衄血，便血尿血，或非其时而行经，量多鲜红，舌质紫绛而干，脉弦数。此为血分热毒炽盛之候。热在阴分，夜间为阴，以阴济阴，故夜间正邪斗争剧烈而见身热夜甚。血分热灼，内扰神明，则躁扰昏狂。热邪迫血妄行，血不循经，溢于脉外则出血。上窍血络损伤则吐衄，下窍血络损伤则尿血便血，血溢肌肤则发斑。

气血两燔 气分证未罢，血分证已起称气血两燔。临床上以气分证的壮热口渴，苔黄燥和血分证的心烦躁扰，昏狂谵妄，吐衄发斑，舌质深绛为主要特点。本证由于气分热盛，正邪斗争剧烈，故壮热不退。热盛津伤则口渴。热入于心，心神不守则心烦躁扰，甚则昏狂谵妄。热邪窜于血分，迫血妄行，灼伤血络，故见吐衄发斑。苔黄而燥为气分热盛，舌质深绛为血分热灼。

热盛动风 多见高热神昏，躁扰不安，手足抽搐，甚则颈项强直，角弓反张，两目上视，牙关紧闭，舌绛而干，脉弦数有力等症。此乃温热邪气深入血分，导致肝经热盛，热极生风之候。血分热炽则高热不退，内扰神明则昏狂躁扰。肝藏血主筋，肝热过甚，津血大伤，血不养筋，筋脉拘急，故颈项强直，角弓反张。脉来弦数乃肝热之象，舌绛而干乃血热阴伤。

真阴耗损 温病后期，临床上低热不退，夜热早凉，五心烦热，或手足心热甚于手背，口燥咽干，神倦耳聋，舌红少津，脉虚大或结代或一呼一吸二至为主要特点。由于肝肾阴亏，水不制火，虚热内生，故低热不退，夜热早凉。少阴之脉起于手足心，故心肾阴虚则五心烦热，或见手足心热甚于手背。真阴耗损，津不上承，故口燥咽干。肾水大亏，不能上济于心，则心阴大伤，心神失养，故神倦心悸。肾精亏损，上不充耳，故见耳聋，脉虚大或结代或一息两至者，皆为心阴不足，不能充脉之故。

虚风内动 温病后期，身体消瘦，皮肤干枯，唇焦舌痿，目陷睛迷，齿如枯骨，齿上积垢，昏沉欲睡，两颧红赤，手足蠕动，时有抽搐，或心中憺憺大动，或心中痛，舌红少津，脉细促，或结代。此乃温热日久，肝血肾精大伤，周身津液枯竭而形成的亡阴失水证。由于津液枯竭，不能充养肌肤，致形消皮干，唇焦舌痿。肝开窍于目，肾精上注于瞳，肝血肾精大损，目失所养，故目陷睛迷。肾主骨，齿为骨之余，肾精枯竭，齿失滋润，燥如枯骨。孤阳上浮则两颧红赤，神失所养则昏沉欲睡。精血大亏，筋脉失养则手足蠕动，甚则抽搐，是谓虚风内动之象。心阴告竭，阴不守阳，血不舍气，心气外越则心中憺憺大动，甚则心中痛，脉细促或结代乃为心阴心气欲竭之象。脉症均属亡阴之候。

治疗血分证，常用凉血散血，养阴潜阳之法，但在运用时凉血不可过寒，可佐以活血之品。潜阳熄风要鉴别是热极生风，或是虚风内动，前者属实，当以清热熄风为主；后者属虚，当以养阴熄风为主，临症必须细辨。

三焦辨证

三焦辨证也是温热病的辨证方法之一。是清代吴瑭根据《内经》三焦部位划分的概念。在叶天士《温热论》卫气营血分证的基础上，结合温热病的传变情况，推论出来的。吴瑭在《温病条辨》中，以三焦为纲，病名为目，卫气营血贯串其中，着重阐述了所属脏腑在温病过程中的病理变化，并以此概括所见的证候，作为辨证论治的纲领。

三焦所属脏腑的病理变化与证候表现，也标志着温病发展过程的不同阶段。上焦包括手太阴肺与手厥阴心包。手太阴肺的病变，多为温热病的初期阶段；手厥阴心包的病变，常由手太阴肺逆传而来，病情较重、较深。中焦包括足阳明胃和足太阴脾。足阳明胃的病变，多为温病极期阶段；足太阴脾的病变，多为温病中湿热病邪较突出的时期。下焦包括足少阴肾和足厥阴肝。足少阴肾的病变，常为温病的后期，亡阴失水阶段，足厥阴肝的病变，每多出现动风、动血的证候。

三焦所属脏腑的证候传变，一般始于上焦手太阴肺，不愈，则传入中焦脾胃，又不愈，则传入下焦肝肾，这仅是一般规律。但由于病邪性质的不同，感受邪气的轻重，人体正气的强弱，也有不循上、中、下三焦传变的，如病初起即见手厥阴心包证，或见足阳明里热证，因此，三焦辨证也要以临床证候为主要依据。

上焦辨证

上焦温病就其病邪性质来论有温热、湿热两大类，就其病邪部位来论，有肺与心包两个病所。兹分述之：

温热初袭肺卫 脉不缓、不紧而动数，或两寸独大，尺肤热，头痛，微恶风寒，身热自汗，口渴，或不渴而咳，午后热甚，苔薄白，舌边尖红。为风热之邪，初袭肺卫，肺失宣降，卫失开合所致。正邪交争则发热，卫气被郁则恶寒，风主开泄则自汗，温热上壅则头痛，肺失宣降则咳嗽，热伤肺津则口渴，病在卫分则渴不甚。脉不现缓是有别于中风，脉不现紧，更有异于伤寒，脉来浮数，苔薄白，病在卫分。舌边尖红，肺经有热。若但咳，身不甚热，口微渴，为风温初犯上焦肺经之最轻者。若上焦温热兼咳血、

衄血者，为温热之邪，损伤肺络，迫血妄行所致。若上焦温热，兼有红疹外发者，是风热之邪，内迫于营，外发皮肤所致。

温热逆传心包 灼热夜甚，夜寐不安，甚则昏迷谵语，或昏愦不语，舌蹇肢厥，舌质红绛，脉细数。为温热之邪，逆传心包，营热壅盛之候。营热燔灼，津液已伤，汗失生化之源则灼热不退。邪热在里，入夜之后，卫气行于阴经，与邪热相搏，故夜间热甚。邪热内扰心神则昏迷谵语，或昏愦不语。阴阳不接则肢厥。舌红绛，脉细数均属上焦营热病变。

湿热遏阻卫气 症见恶寒重，发热轻，或不发热，或午后发热，头痛如裹，肢体困重，胸闷无汗，神识呆滞，口粘不渴，脘痞纳呆，或肠鸣便溏，苔白腻，脉濡缓。多因外感湿邪，湿郁肌表，内困脾土所致。湿困肌表，卫阳被郁，则恶寒重而无汗。湿为阴邪，重浊粘腻，蒙蔽于上则头重如裹。困于中州则脘痞纳呆，阻于经络则肢体困重，流于肠间则肠鸣便溏，清阳不展则神识呆滞，湿盛热微则口粘不渴。病变初起，湿浊蕴热尚未明显，故苔白腻，脉濡缓。

痰热蒙蔽心包 症见身热不扬，午后热甚，神识呆滞，时昏时醒，昏则谵语，醒则痴呆，苔黄腻，脉滑数。多因湿热郁蒸，酿成痰热，上蒙心包所致。热缠湿中，湿遏热伏，故身热不扬。午后阳明经气旺盛，与邪抗衡，故午后热甚。湿热酿痰，蒙蔽心窍，故见神昏谵语。苔黄腻脉滑数均为痰热之象。

上焦湿温病在辨治时，应注意不可过用苦寒，以免引邪入内，即使是手厥阴心包证，亦要苦寒、甘寒同用。湿为有形之邪，必须注意给湿以出路，或从汗走，芳香宣化；或从下走，淡渗利湿，并佐以行气之药，所谓气行湿也行。

中焦辨证

中焦温病就其部位而言，主要在脾胃大肠，但胃与肠多为温热，脾与胃多为湿热。温热在胃多为阳明经证；温热在肠又称阳明腑证。湿热在胃多见热重于湿；湿热在脾多见湿重于热，兹分述之：

温热在胃 症见面目俱赤，语言重浊，呼吸俱粗，大便闭，小便涩，舌苔老黄，甚则黑有芒刺，但恶热，不恶寒，汗出，日晡热甚，口大渴，脉洪大躁急。为温热之邪入胃，化燥伤津之候。阳明经脉循于面，热邪循经上蒸则面目俱赤。肺为热灼，清肃失职，故语言重浊，呼吸俱粗。温热迫津外泄则汗出。热灼胃津则口渴、溲涩。肠燥津伤则大便闭结，正邪剧争则发热恶热。日晡阳明气旺，正邪斗争益增，故日晡潮热。苔黄燥，脉洪大均为是阳明胃热壅盛之象。

温热在肠 突出以大便燥结，痞满拒按疼痛，脉沉数有力，甚则脉体反小而实者为主，是胃热下移大肠，大肠津伤，热与糟粕相结所致。

湿热蕴于脾胃，湿重于热者 临床上以脘腹胀满，纳呆呕恶，大便溏薄或大便不爽，身热不扬，肌肉酸楚，口渴不饮，面色淡黄，神呆少言，苔白腻，脉濡缓为主要特点。多由上焦湿热传之，或直接感受湿热之邪，内伤脾胃所致。也可因饮食不节，化生湿热而成。但以湿为主，病多归脾。脾主大腹，胃主中脘，脾气主升，胃气主降，脾胃受损，升降失常，湿停中焦则胀满，脾不健运则纳呆，胃气上逆则呕恶，湿注肠间则便溏，湿阻气机则大便不爽，热伏湿中则身热不扬，湿不伤津则口不渴，湿阻清窍则神识呆滞。面黄为脾经蕴湿，苔腻为湿困中州，脉濡为湿伤脾气，脉缓为湿阻气机。症状各异，病机则一。

湿热蕴于脾胃，热重于湿者 症见壮热汗出，烦渴喜饮，但饮之不多。胸闷身重，舌苔黄腻偏干，脉滑数。证属温热在胃，湿蕴于脾之候。壮热汗出，烦渴喜饮，为阳明胃热炽盛之象，脘闷身重，舌苔黄腻，为脾经蕴湿之候。苔黄为热，腻为湿，干为热重于湿。

治中焦温热病，尤应注意有无里结。若仅邪热在胃，大清气分之热即可；若邪热已结于肠，便当攻逐热结。但均不可纯用苦寒，可考虑苦寒与甘寒配合使用。中焦温热，津液大伤，尿无生化之源，故常见小便短少，虽短少也当严忌淡渗之品，所以《温病条辨》明确指出："温病，小便不利者，淡渗不可与也，忌五苓、八正辈。"

下焦辨证

下焦温病，一般均由中焦温病传变而来。多见于温病后期，病位常在肝肾及大小肠膀胱。病在肝，多损及肝藏血的作用，出现肝血大伤，血不养筋的虚风内动证。病在肾，损及肾藏精的作用，出现真阴大伤，亡阴失水证。肝肾同源，精血互化，故病变常互相影响。病在大肠，损及大肠的传化作用，出现湿热下注或大便不爽证。病在小肠、膀胱，损及泌别与气化作用，出现清浊不分，气化不利的小便不通证。分述如下：

虚风内动 温病日久，手足蠕动，甚则瘛疭，神倦肢厥，心中憺憺大动，舌绛苔少，脉来虚弱。为肾阴大亏，水不涵木虚风内动之候。精血耗损，筋脉失养则手足蠕动，甚则瘛疭。肾水不足，不能上济心阴，则心阴不足，心神失守，故心中憺憺大动。舌绛苔少，脉虚弱均属肝肾阴伤之象。

肾阴耗损 温病久羁，低热不退，暮热早凉，手足心热于手背，两颧红赤，口燥咽干，神倦耳聋，脉虚，苔少质红干瘦。为温邪传至下焦，真阴受损，阴虚内热所致。阴分亏损，无以制阳，阳浮于外，故低热不退，暮热早凉。阳浮于上则两颧红赤。肾水不足，不能上济则口燥咽干，精不足则神倦耳聋脉虚。肾阴亏则苔少质红干瘦。手足少阴经脉起于手足心，故肾阴亏损常见手足心热于手背。

下焦湿热 小便不利，渴不多饮，小腹胀满或大便不通，小腹硬满，头胀昏沉，苔灰白黄腻，脉濡数。此乃湿热之邪，传入下焦，阻滞膀胱与大肠所致。膀胱气化不行则

小便不利；大肠传化失司则大便不通，津不上承则渴不多饮，湿浊上蒙则头胀昏沉。苔灰白黄腻，脉濡数，均为湿热郁蒸之象。

病人下焦，真阴大耗，凡苦寒伤津之品，均不宜使用。汗下之法，尤属禁忌。当温病愈后，应注意避风寒，节饮食，调情志，远房帏。否则再感风寒，饮食不节，喜怒悲忧，房事过度，均可使温病再发。

六淫病辨证

临床上应用了风、寒、暑、湿、燥、火等六淫病邪所致疾病的一种辨证方法称为六淫病辨证。

六淫病证的发生多与季节、气候变化有关，如春多风病，夏多暑病，长夏多湿病，秋多燥病，冬多寒病等。但在四时气候变化中，六淫为病亦不是固定的，且人体感受六淫之邪亦多相兼为患，如风有风寒、风温、风湿等证；暑有暑热、暑湿、暑风等证，故其临床表现亦多相兼而见。

此外，六淫病邪在侵袭人体发生病变的过程中，其病机变化亦常随人之体质禀赋不同而发生不同的改变，如病者素体阳盛，则外邪多从阳而化热；如素体阴盛，则外邪多从阴而化寒。另外，病邪相兼为患，其病变又常随其所兼外邪之偏盛而反映出邪气本身的偏盛状况，如湿热相兼有湿重于热或热重于湿之不同，湿重于热者，则可见偏湿夹热之病机和临床表现；而热重于湿者，则可见偏热夹湿的病机与临床表现。因此，临床诊断六淫为病，有必要找出六淫为患的代表证候，以作为临床辨证的依据。正如《医学心悟·六气相杂须辨论》所说："脉浮缓，自汗头痛，发热而恶风者，伤风也。脉浮紧，无汗头痛，发热而恶寒者，伤寒也。此随时感冒，虽在暑风，亦必有之。亦有纳凉饮冷，口鼻气冷，此乃夏月中寒之候，反因避暑太过而得之也。至于暑症，乃夏月之正病，然有伤暑、中暑、闭暑之殊。伤暑者，病之轻者也，其症汗出，身热而口渴也；中暑者，病之重者也，其症汗大泄，昏闷不醒，蒸热齿燥，或烦心喘喝，妄言也；闭暑者，内伏暑气而外为风寒闭之也。其头痛身痛，发热恶寒者，风寒也。口渴烦心者，暑也。其有霍乱吐泻而转筋者，则又因暑而停食、伏饮以致之也。然停食、伏饮，湿气也。或身重体痛，腹满胀闷，泄利无度，皆湿也。风寒暑湿，气动而火随之，是为五气。"故掌握六淫病证的一般见症，实为分辨相互兼杂病证之关键。现分述如下：

风淫病证 风为百病之长，其性轻扬开泄，善行而数变，并具有发病急，消退快，游走不定等特点，且常与其他病邪兼夹侵及人体而致病，临床常见有风邪袭表、风客肌肤、风袭经络、风历关节等证候。

风邪袭表证 临床以发热恶风，汗出或微汗，头痛，鼻塞流涕，咽喉发痒，脉象浮缓，舌苔薄白等为主要见症。常因气候突然异常，机体肌表抗病力薄弱，风邪多从皮毛或口鼻侵袭人体而使肌肤卫表失和所致。盖风邪袭表，毛窍、肌腠疏松，营卫不和，故发热恶风而汗出，或微汗；风邪上袭头部，清阳被扰，故见头痛；风邪犯肺，上袭咽喉，肺气失宣，清窍不利，故鼻塞流涕，咽喉发痒，或轻微咳嗽；风邪在表而未入里，气血未受较大影响，故脉见浮缓而舌苔薄白。

风客肌肤证 临床以皮肤瘙痒，或成风疹，或抓之而生瘔癗，状如麻豆，甚者渐大，成为风疹块，此起彼伏，漫无定处等为主要见症。此多由人体肌肤疏松，营卫不和，风邪乘虚侵袭，客于肌肤所致。盖游风袭入皮肤，与营卫相搏，并与热邪相并，故发作皮肤瘙痒；风热相搏，留于肌肤，则成风疹。若风邪偏盛，则疹多色白；热邪偏盛，则疹色赤。汗出当风，风邪搏于肌肉与热相并，故生瘔癗（即过敏性荨麻疹），由于风性"善行而数变"，故风疹块常此起彼伏，漫无定处。

风袭经络证 临床以肢体或面部麻木，口噤，口眼㖞斜，或颈项强直，四肢抽搐，或瘛疭为主要见症。多由风邪侵袭经络，流窜各部，使经气阻滞，筋脉不利而致病。风邪郁于肌腠，则发麻木；诸阳经为风邪所客，发为筋急不舒，故见口噤；手阳明之脉夹口环唇，手足太阳之脉抵目内眦，风邪入经，邪气反缓，正气反急，牵引口眼，故见㖞斜，或左或右；风袭足太阳经脉，经腧不利，故颈项强直；风邪淫及四末，筋脉挛急，故四肢抽搐，或发瘛疭（瘛者，筋脉急而缩；疭者，筋脉缓而伸，或伸或缩，动摇不止）。

风侵关节证 临床以关节疼痛难忍，屈伸不得，或短气自汗出，脉见浮弦或沉弱，舌苔白腻为主要见症。多因汗出当风，或血气虚弱感受风邪，风邪挟杂其他邪气，滞留于关节部位而致病。由于风侵关节与血气相搏，故关节疼痛为重；血亏气虚，腠理不固，故自汗；风冷搏于筋脉，故肢体不可屈伸；风血相搏，气机失利，故见短气。脉浮为风邪外浮之象，弦脉主筋，风邪侵淫筋骨，故脉见浮弦或沉弱；风邪挟湿，湿着于关节，故舌苔白腻。

寒淫病证 寒为阴邪，其性凝滞、收引，最易伤人阳气，影响气血活动，引发疼痛等症。由于机体感受寒邪有深浅和部位之不同，故又有寒邪在表、寒中于里和寒凝经脉等不同证候。

寒邪在表证 临床以起病急，恶寒，初不发热，无汗战栗，头项腰脊强痛，身体骨节皆痛，继而发热，脉浮紧，舌苔白薄，或手足温和为主要见症。多由外感寒邪，表卫不宣所致。由于寒邪袭表，与卫气相搏，阳气不得宣泄，毛窍闭塞，故恶寒而无汗，战栗；同时因为腠理闭塞，卫阳失宣，郁而化热，故可见手足温和；寒性凝滞，经脉气血运行不畅，故头项、腰脊强痛，身体骨节皆痛；寒邪外束，卫阳抗邪与阴凝、收敛之寒相搏，故脉浮紧；寒邪在表，卫气不化，故舌苔薄白。

寒中于里证 临床以腹痛，肠鸣，泄泻，呕吐，舌淡苔白，或手足拘挛，甚则手足寒厥，脉微欲绝为主要见症。多由素体阳虚，又感寒邪，寒邪直中入里，伤及脾胃阳气

而致病。盖寒邪直侵中焦,脾胃阳气为寒所凝,气血运行不畅,络脉收缩而拘急,故见腹痛肠鸣;如厥逆之气上行,则发作呕吐;寒邪扰及肠胃,清浊不分,水谷不得停留,故见腹泄;阳虚则外寒,脾胃阳虚,四肢失于温煦,故四肢拘挛而寒厥;脉微欲绝,则为寒邪严重伤阳,不能鼓动脉气之象。

寒凝经脉证　临床以肢体关节疼痛为甚,痛有定处,或肿胀,局部畏寒,皮色苍白,触之不温,遇寒痛甚,得热则减,舌淡苔白腻或滑,脉弦紧或弦缓为主要见症。多由外感寒邪,凝滞经脉,气血不得流通,经脉痹阻所致。寒凝经脉,阻遏气血,不通则痛,故发作肢体关节疼痛;气血失于运行,故发肿胀;阳气失于温煦,血脉不充于肌肤,故皮色苍白;血凝而阳气不布,失于温煦,故局部畏寒,触之不温;气血已然不畅,再遇寒邪,则更不通,故疼痛甚;气血得热则能流通,通则不痛,故得热而痛减;寒为阴邪,阴盛阳虚,水湿难化,故见舌质淡而苔白腻或滑;寒抑脉道,气血循运不畅,故脉见弦紧或弦缓。

暑淫病证　暑为阳邪,其性炎热升散,易耗气伤津,且多挟湿。由于暑热之邪,伤人最速,故有暑伤肺胃与暑伤阳明之分。暑多兼湿,故又有暑兼湿热和暑兼寒湿之别。

暑伤肺胃证　临床以身热口渴,咳逆无痰,或欲呕,胸闷胁痛,脉濡滑而数,两寸有力,或头晕,寒热汗出,苔薄白微腻,脉虚无力等为主要见症。多因时逢夏令,感受暑热或暑湿之邪,伤及肺胃,宣降失常所致。盖因暑热过盛,则伤津耗气,故见身热口渴;邪犯肺胃,宣降失常,气机上逆,故见咳嗽无痰或欲呕;气机郁滞,故胸闷胁痛;暑湿之邪,侵及肺卫,开阖失司,故见寒热汗出;暑湿困阻,清阳不升,故发作头晕;由于所感暑湿比较轻微,故苔薄白而微腻;暑邪伤气,故脉现虚象。

暑伤阳明证　临床以头晕头痛,恶热心烦,面赤气粗,口燥渴饮,汗多,背部微恶风寒,脉洪大而芤为主要见症。若兼见四肢抽搐,甚或角弓反张,牙关紧闭,神志昏迷不醒者,则为"暑风",此多由暑热炽盛,燔灼阳明气分,津液耗伤所致。暑热熏蒸,上扰清窍,故头晕头痛;暑热邪盛,燔灼阳明,气分热盛,故恶热心烦,面赤气粗;暑热内蒸,迫津外泄,故多汗面口燥渴饮;热盛汗多,气阴两伤,表虚不固,故背微恶寒,脉见洪大而芤;若暑热邪盛,灼津劫液,引发肝风内动,则可发作暑风证。

暑兼湿热证　临床以身热面赤耳聋,胸闷脘痞,泄下稀水,小便短赤,咳痰带血,渴饮不甚,舌质红,苔黄滑为主要见症。若见烦躁神昏,则为"暑秽",此多由感受暑热夹湿之邪,暑湿内郁,弥漫三焦所致。盖暑湿之邪内郁,熏蒸于上,故身热面赤;湿热蒙蔽清窍,故耳聋;暑湿犯肺,肺气失宣,气机不畅,故胸闷咳痰而带血;暑湿郁蒸中焦,故脘痞不适;由于津液未伤,故渴饮不甚;暑湿下注,迫于肠道,分清泌浊失司,故见小便短赤,下利稀水;湿热熏蒸,影响纳化,故舌红苔黄而滑。若暑湿秽浊之气蒙蔽清窍,故可见烦躁、神昏而成"暑秽"之证。

暑兼寒湿证　临床以头痛身热,恶寒无汗,身形拘急,脘闷心烦,舌苔白腻为主要见症。多由于夏令伤暑,复因乘凉饮冷,遂为寒湿郁遏所致。寒邪郁于肌表,经络受邪,运行不畅,故见头痛身热,恶寒无汗,身形拘急;湿邪内阻,气机不畅,故见苔腻脘闷;暑热内蕴,扰及心神,故心烦不安;寒湿内蕴不化,故见舌苔白腻。此证与"寒邪在表"相似,其不同处,在于症见脘闷心烦,并多发于夏季。

暑伤津气证　临床以蒸热,自汗,烦渴,吐利,头重,倦怠,脉虚无力为主要见症。若热退而汗出不止,喘喝欲脱,脉见散大者,则为津亏欲脱证。此多由暑热外感,伤津耗气,阴津阳气亏虚,气阴两伤所致。暑为阳邪,受暑则阳热亢盛,故发蒸热自汗;暑热扰及心神则烦,伤及肺津则渴,影响及脾,运化失司,故见吐利;暑湿上蒙,清阳不利,故头重而痛;暑热伤气,故见倦怠,脉虚而无力。

湿淫病证　湿为阴邪,其性重浊粘滞、趋下,故易于阻遏气机。本证多缠绵难愈,好发于夏季多雨季节,然四季亦多有发病。临床多见湿邪袭表、湿侵肤腠及湿流关节等证。

湿邪伤表证　临床以头重如裹,身热如汗,遍体不舒,关节疼痛,四肢倦怠,脉浮缓濡软,舌苔薄白而滑等为主要见症。多由外感湿邪,伤及肌表,但尚未传经入里所致。湿邪外侵,滞腻于肌表,卫气失宣,故身热无汗;湿邪上扰,郁闭清阳,故头重如裹;湿阻经络,经气不畅,故遍体不舒,四肢倦怠;湿性粘滞,遏抑气机,故舌苔薄白而滑,脉见浮缓濡软。

湿侵肌肤证　临床见皮肤起疱,破溃流黄水者,浸淫漫延为"黄水疮";或挟热浸淫肌腠,则发为疮疖;或发作骨趾奇痒,皮破汁出,则称为"湿脚疮"等,为主要见症。多由湿邪侵淫肌肤所致。湿邪与风热相搏,搏于气血,则皮肤起疱,溃流黄水滋粘,浸淫漫延为患;湿郁则化热成毒,腐肉化脓,故疮疖丛生;湿邪下注,浸渍足趾,故擦破则渗出水液,奇痒难忍。

湿流关节证　临床以关节肿痛,肢体重着,或历节或膝关节肿痛,肌肤麻木,手足沉重,活动不便,疼痛固定,脉沉细或濡缓,舌苔白腻为主要见症。此多由湿邪流注关节,经络气血阻滞所致。湿邪流注,阻遏局部气机,气血运行不畅,故关节局部肿胀疼痛;湿邪偏盛,重浊粘滞,郁遏阳气,阻滞经络气血,故肢体重着,肌肤麻木,痛处固定而不移;脉现濡缓沉细,舌苔白腻,均为湿盛之象。

燥淫病证　燥性干燥,其气清肃,故燥淫为病,则以枯涸干劲,易伤津液为其特点。燥病必渴。燥热亡津,血干而不能外养,精涸而不能内润,机体内外,因失去津液润养,所导致一系列干劲皴揭等病证。临床所见,外燥有温燥犯表、凉燥犯表之分。内燥病证,则系燥邪入里,化热伤津而形成。多见燥伤肺胃证。

温燥犯表证　临床以发热,微恶风寒,头痛,少汗,咳

嗽少痰，咽干鼻燥，口渴，苔白舌红，右脉数大为主要见症。此多由气候久晴无雨，秋阳以暴，温燥之邪，外袭肺卫肌表所致。多发作于初秋季节，燥热在表，肺卫失宣，营卫失和，故发热，微恶风寒，头痛汗少；燥热伤肺，肺津受损而失润，故见咳嗽少痰，咽干鼻燥而口渴；苔白舌红，右脉数大，则系燥热伤肺之象。

凉燥犯表证　临床以恶寒重发热轻，头痛无汗，鼻塞，咽干唇燥，咳嗽痰稀为主要见症。此多由凉燥之邪外袭肺卫肌表所致。多发于深秋初凉，西风肃杀季节，故其证较之严冬风寒外感证为轻。凉燥偏寒，燥寒之邪外束肌表，故恶寒无汗而头痛；燥寒之邪内郁于肺，肺气失宣，故鼻塞咳嗽而痰稀；凉燥为患，亦伤津液，故亦可见咽干唇燥之症。

燥伤肺胃证　临床以干咳，口干舌燥而渴，或咳痰不爽，胸腹胀满，便秘，或咳甚咯血，胸胁牵痛，甚或吐血、衄血，烦躁不安，舌干苔黄为主要见症。此多由燥邪入里化热，伤及肺卫，灼津耗液，损及营阴所致。燥热之邪，灼伤肺津，故干咳无痰，或咳痰不爽；灼耗胃津，故口干舌燥而作渴；肺与大肠相表里，肺燥而不布津，大肠失润，传导不行，故糟粕停聚而致腹胀，便秘不畅；燥热邪盛化火，灼伤肺络，故咳甚咯血，并牵及胸胁疼痛；燥热灼伤肺胃络脉，络破血出，故见吐血、衄血；营阴被灼，扰及心神，故烦躁不安；苔黄舌干，均为燥热伤津之候。

火淫病证　火为热之极，热为火之用，火由热生。火热之邪即是临床常见的温热、暑热病邪。此外在风、寒、湿、燥等邪致病过程中，亦均能化火，故火邪为患有时亦出现于机体感受其他病邪之后，产生于某些病变之中。火热为患，临床常见为实火病变。故《医贯砭》说："实火者，外来之邪火，为脏腑偏甚之火也。"故其临床表现，多为火热炽盛之实热证候。

火热炽盛证　临床以或见发热，咽痛，面赤目红（即风火）；或痈疖初起，大热烦渴（即毒火），或牙痛龈宣，腮部红肿（即胃经火热）；或耳聋口苦，坐卧不安（即胆经火热）；或肛门肿痛，便秘，齿痛颈肿（即大肠经火热）；或小便短涩，淋漓灼热（即小肠经火热）；或小腹作痛，小溲不利（即膀胱经火热）等为主要见症。此多由火热淫胜之邪外袭机体，引起脏腑阳热亢盛，气血灼热所致。盖火性轻飏、燔灼而炎上，是为阳邪，多发作阳热亢奋之证。故火热与风相煽，则可见发热面赤目红，咽部肿痛；火毒郁于肌肤，腐肉成脓，则发痈疖，局部皮表红肿热痛；上述其他各症皆属相应脏腑循行各经火热炽盛所致。故所络属脏腑及其循行部位出现相应的实热、实火证候。

情志病辨证

由于情志因素影响人体所引起的疾病的辨证分析称为情志病辨证。其临床特点主要表现为神态、精神、意识思维的异常，久则损气耗血伤神。临床常见有伤心、伤肝、伤脾、伤肺、伤肾等证候。

喜伤心证　临床以喜笑不休，神情恍惚，甚则语无伦次，举止失常为主要见症。多因过喜伤心，引发心火亢盛，或痰热扰心，心神失常所致。盖喜乐太过，失于节制则情荡而不收，心神失藏，肺气涣散，故见喜笑不休，神情恍惚；喜乐无极则伤魄，魄藏于肺，心热火盛灼肺，炼液成痰，痰火内扰，魄气不藏，故发语无伦次，举止无常。

怒伤肝证　临床以面红目睚，心烦闷郁，善怒，或气逆呕血，甚则可致神昏暴厥等为主要见症。多由暴怒引发肝胆之气横逆所致。肝胆属木，木性疏泄顺直，其势应伸。若情志抑郁，或痰瘀所遏，则阳郁不伸，难遂其疏达之性，难顺其上升之势，因之激而成怒，气逆血涌于上，故见面红目睚，甚则呕血；肝为刚脏而藏血，逆则血并于上，气并于下，故发作心烦郁闷而善怒；甚则血菀于上，导致神昏暴厥。

思伤脾证　临床以倦怠少食，健忘怔忡，嗜卧，消瘦，脉沉结为主要见症。多因思虑过度，伤及心脾所致。思靠神来支持，过分思虑则必伤神，而脾在志为思，心又为脾之母，母气不行，病及其子，故思虑太过则伤心脾；气结不散，脾运不健，故倦怠少食；怵惕思虑则伤神，心脾两伤，血不养心，神失其守，故健忘而怔忡；脾虚失运，荣养失充，故肢体消瘦而嗜卧；中气失运，气结不行，故脉现沉结之象。

悲伤肺证　临床以善悲欲哭，烦热躁乱，面色惨淡，神气不足，脉紧或结等为主要见症。多因悲哀过度，伤及肺、心、肝脏，以致气消神散所致。肺主气，过悲则伤肺气，气耗故善悲哀，精神涣散而不收，久之则面色惨淡而神气不足；过度悲哀，精神抑郁，郁久化热，故心神烦热躁乱而不清净；气消不继，血行不畅，故见脉紧或结。

恐伤肾证　临床以善恐，怵惕不安，常欲闭门独处，有恐将被捕之感。此多因恐惧过甚，伤及肾与心肝等脏所致。恐在志为肾，过恐则伤肾。但恐病之形成，又与心肝有关。心藏神，神伤则心虚，故心怯而易恐、善恐，怵惕而不安；肝为肾之子，肾衰精亏则血虚，肝胆之气不足，故易恐；恐为自觉之感，肾、心、肝虚衰不足，故欲闭门独处，惧怕见人，有如即将被捕之感。

惊伤证候　临床以心悸而不宁，恶人与恶火，或闻木声则惕然而惊，或受惊则目睛不转，口不能言，短气，自汗体倦，坐卧不安，多作异梦等为主要见症。此证多因突然受到惊骇，损及心与肝胆所致。心气安逸则胆气不怯，或因事有所大惊，致使心无所倚，神无所归，虑无所定而气乱，惊忤心神，气与涎郁，遂发作惊悸不安，或恶人与火之症；肝与胆相表里，胆气壮则不受惊，且肝属木、属风，风木震动，故闻木声则病惊骇；心虚神怯，痰涎郁结于包络之间，故多致目睛不转，口不能言而短气，自汗体倦，或坐卧不安，异梦纷纭。

忧伤证候　临床以忧愁不解，少气倦息，腹胀胸闷，脉涩为主要见症。多因忧愁不悦太过，抑郁气机，影响及

脾肺所致。《灵枢·本神》指出，脾忧愁不解则伤意，肺在志为忧，脾藏意，过度忧伤，情志沉郁，气机不舒，久则伤及脾肺，故可见忧愁不解，少气倦怠，腹胀胸闷；气滞不宣，血行不畅，故脉见涩象。

饮食所伤病辨证

饮食为人体营养之需要，但应有一定的节制，如饮食失节，或过饮酒浆，或误食被虫卵污染不洁之物，则多损害胃肠，发为伤食、伤饮，或伤虫等病患。

伤食证　临床以腹胀气逆，胸膈痞塞；或吞酸嗳腐，其气臭如败卵；或恶心，呕逆，欲吐不吐，恶闻食气；或胃口作痛，手按腹痛；或泄泻黄白而绞痛尤甚；或憎寒壮热，头痛，似外感寒热之症等为主要见症。多因过食生冷瓜果、鱼腥等寒物；或过食辛辣炙煿酒浆面食；或进食过量而难消，或肠胃素虚而贪食不化，或久饥暴食，宿食积滞等所致。盖食为有形有质之物，饮食不节，则易阻滞中焦。气机不畅，升降阻遏，故腹胀气逆，胸膈痞塞；食积于胃，郁而化热，则吞酸嗳腐，气味臭如败卵；食滞与郁热相搏，胃气失于和降，则呕逆恶心，欲吐而不吐，恶闻食气；食滞阻塞，气失通降，不通则痛，故胃口作痛；食积与郁热下迫大肠，故泄下黄白而腹部绞痛为甚；食滞挟热，郁蒸于胃，足阳明经经气郁滞，故发作憎寒壮热头痛，如似外感寒热之症。

伤饮证　临床以面黄肌瘦，腹泄中满，烦渴肿胀，脉濡微或细滑，脉举按无力为主要见症。伤酒证，一般见身热尿赤，轻者头痛眩晕，呕吐痰逆，神昏闷乱，胸满恶心，饮食减少，小便不利；甚则为大醉之后，忽发战栗，手足厥冷，不省人事，是为“酒厥”。多因过饮酒水。盖酒之为物，气热而质湿，恣饮酒浆则生痰益火，耗气损精。酒人于胃，则络脉满而经脉虚，酒气与谷气相搏，热盛于中，故见身热而尿赤；酒性辛热燥烈，灼气耗津，轻则发为上述轻证；重则大醉，灼燥于中，致使经气郁结，奔聚于内，则可发作“酒厥”危证。

伤虫证　临床以蛔虫病、蛲虫病为多见。蛔虫病多症见脐腹部疼痛，时痛时止，严重者腹痛剧烈，并可触及索状物，且时聚时散；若心下疼痛，气上冲心，甚则呕吐，或手足厥冷，则为蛔厥(多为胆道蛔虫症)。蛲虫病，则症见肛门奇痒，睡卧不安。病久则面色萎黄，嗜食异物等。此多由进食不洁饮食，感染肠道寄生虫卵而致病。盖虫卵随食物进入人体，寄生于肠道，则湿热内聚而生虫，虫积日久则脾胃纳化受碍，故食欲不振，或喜食异物，腹痛阵作；虫聚于里，阻滞气机，气滞不通，故发作剧烈腹痛，可触及索状物；虫散则索状物又可消失；若蛔虫上扰于胃或窜入胆道，则疼痛发作，有气上冲心之感，甚或呕吐，手足逆冷。蛲虫习性夜则窜出肛门，故肛门奇痒，久则酿生湿热，郁于脾胃，影响纳化，故可致面色萎黄，或嗜食异物。

劳逸所伤病辨证

正常劳动与体育锻炼，有促进气血运行，增强体质，维护健康之作用。正常而有节制的房室活动，亦不会耗伤肾精，影响机体生理功能。适当的休息，有助于恢复精力，维持正常的功能活动。若劳累太过，则易耗伤正气，可积劳成疾。而过度安逸，缺乏劳动或锻炼，则亦会使气血运行不畅而发生疾病。临床常见有过劳伤气、过逸气虚及房劳伤肾等病证。

过劳伤气证　临床以精神困顿，筋肉疲乏精力衰竭不继，甚则气喘心悸，内热自汗，心烦不安等为主要见症。多由过度劳累或积劳成疾，损伤元气而发病。《素问·举痛论》指出：“劳则气耗”，过度劳力，则机体脏腑、经络内外之气皆发越于肢体，向外耗散，故精神困顿，筋力疲竭；心气耗伤，故心悸不安；肺气虚损，则气喘不继；卫外阳气发越失固，则自汗频出；阳气虚损，内热自生，则可见虚热之象；若阳损及阴，阴虚而生内热，则又可见心烦不安之症。

过逸气虚证　临床以肢软乏力，动则喘喝，心悸气短，或体肥行动弛缓等为主要见症。此多因过度安逸，缺乏劳动或体育锻炼所致。机体长久安逸太过，则气血运行迟滞而不畅，肌肉松缓，筋骨懈惰而虚弱，故常感肢体乏力，易于疲劳；全身真气运行不周，故稍事活动，或活动加重，则气难以为继，故动则喘喝，心悸气短；过逸则脾气失运，水谷精气，易于停聚于肌腠之间，故身体易肥而行动弛缓。其证治疗，应以益气健脾为法，并应加强锻炼。

房劳伤肾证　临床以头晕耳鸣，神疲气弱，腰膝酸软，心悸怔忡；男子阳痿，梦遗，滑精；女子梦交，宫冷不孕等为主要见症。此多因房室太过，或醉以入房，以欲竭精，伤及于肾，导致精气神损耗而致。房室太过，损耗肾精，肾精不足，无以生髓，髓海空虚，元神失养，故头晕耳鸣，神疲气弱；腰为肾府，肾精亏则骨失所养，故腰膝酸软；肾精亏于下，心肾不交，心气虚于上，故心悸气短；肾寓水火，肾虚则水火两亏。肾阳不足，失其温煦之能，故男子阳痿、滑精，女子经少，宫冷不孕；肾阴不足，命火失其润养，虚火浮越，则见男子梦遗，女子梦交。

妇科辨证

妇科疾病主要为经、带、胎、产之异常，其辨证除以临床表现作为主要依据外，还需结合全身证候来辨证论治。常用的有脏腑辨证法和气血辨证法。

脏腑辨证　妇科疾病常与肝、脾、肾脏有关，今分述如下：

与肝脏有关　常因肝郁气滞、肝郁化热、肝经湿热、肝阳上亢、肝风内动所引起。肝郁气滞常见月经先后无定期，色黯有块，痛经，经前乳胀，闭经，不孕，缺乳，伴有

胸胁胀痛，腹满，纳差，善叹息等全身症状，舌质正常，苔薄白，脉弦；若因肝郁化热，则见月经先期，量多，崩漏，经行吐衄，乳汁自出等，伴有头晕头痛，耳鸣目眩，心烦易怒，目赤肿痛，口苦咽干，舌质红苔薄黄，脉弦数等症；若因肝经湿热，则见带下色白或黄白相兼，量多质稠臭秽，阴痒，伴胸闷纳呆，心烦口苦，尿黄涩痛、大便燥结或秽溏，舌质红苔薄黄，脉滑数或弦数有力等症；若肝阳上亢，则可见于绝经前后行经紊乱，妊娠眩晕，先兆子痫等，伴头晕耳鸣，面红眼花，心悸失眠，烦躁易怒或震颤，四肢发麻等症；肝风内动则多见于妊娠痫证，产后痉证，伴头晕头痛，语言不利，颈项强直，昏不知人，四肢抽搐或痉厥，舌红或绛，脉弦细或细数等症。

与脾脏有关 常因脾气虚弱、脾阳不振、痰湿阻滞、心脾两虚等引起。脾气虚弱，常见月经先期，量多，崩漏，带下，阴挺，乳汁自出或不足，恶阻等，伴有神疲肢软，少气懒言，食后脘胀，小腹坠胀等全身症状，舌胖有齿印，苔薄白，脉缓弱；脾阳不振常见经行泄下，带下，妊娠肿胀等症，伴面色㿠白，面浮肢肿，神疲纳呆，大便稀溏，苔薄白而润，脉虚弱；若痰湿阻滞则见闭经，带下，恶阻，不孕，癥瘕等，伴有头晕且重，形体肥胖，胸脘痞闷，口淡而腻，多唾浊沫，苔薄白而腻，脉滑或沉；心脾两虚则见经行先期量多，或经行后期量少，崩漏，闭经等，伴面色㿠白或萎黄，头昏眼花，心悸气短，失眠多梦，纳谷不馨，舌淡苔薄，脉细弱等症。

与肾脏有关 常因肾气虚、肾阴虚、肾阳虚引起。肾气虚证见经期先后不定，量或多或少，崩漏，闭经，胎动不安，滑胎，阴挺下脱，伴腰酸腿软，头晕耳鸣，神疲乏力，尿频或余沥不净，舌淡红，脉沉弱或沉细等症；肾阴虚则见月经先期，量少色红，崩漏，闭经，绝经期经行紊乱，妊娠心烦等，伴头晕耳鸣，颧红咽干，五心烦热，失眠盗汗，小便短黄，大便燥结，足跟疼痛，舌质红或有裂纹，少苔或无苔或花剥苔，脉细数无力等症；若肾阳虚则见崩漏，经行泄泻，带下清稀，胎动不安，妊娠水肿，宫寒不孕，伴腰脊酸痛，畏寒腹冷，尿频，入夜尤甚，或五更泄泻，性欲减退，舌淡而嫩，脉沉细而弱，尺脉尤甚等症。

气血辨证 气病可分为气虚、气滞；血病可分血虚、血瘀、血寒、血热。

气虚 每见经行先期，量多色淡，崩漏，阴挺下脱，恶露不净，乳汁自出，伴面㿠形寒肢冷，神倦少气懒言，头晕心悸自汗，舌胖嫩脉弱等症；气滞则见月经后期，痛经、闭经，癥瘕，缺乳，伴胁肋胀痛，下腹痛无定处，舌正常，脉弦等症。

血虚 每见月经愆期，量少色淡质稀，或经闭，经后腹痛，胎动不安，不孕，乳汁少，伴面色苍白或萎黄，头晕眼花，心悸少寐，肢麻乏力等，舌淡苔薄，脉细弱等症。

血瘀 见痛经，闭经，崩漏，宫外孕，癥瘕，产后腹痛，恶露不绝，色黯有块，块下痛减，伴下腹疼痛有定处，痛如针刺，甚则结块，按之痛甚，推之不移，肌肤甲错，舌紫黯或舌边有瘀点，脉沉弦或沉涩等症。

血寒 又可分实寒和虚寒。实寒者症见经行后期，量少色深有块，经行腹痛，得热痛减，或闭经，癥瘕，不孕，面色青白，畏寒肢冷，脉沉紧；虚寒者月经后期，量少色淡如黑豆汁，痛经，带下清冷，不孕，伴面色少华，腰酸腹痛，舌淡苔薄，脉沉迟无力等症。

血热 亦可分实热和虚热。实热症见经行先期，量多质稠，色紫红，阴中灼热，经行吐衄、崩漏，伴面红唇赤，口渴喜饮，心中烦热，小便短赤，大便干结，舌红或绛，脉滑数或洪大等症；虚热者，见经行先期，色红，漏下不止，胎动不安，伴两颊潮红，低热不退，或午后潮热，五心烦热，咽干口燥，盗汗少寐，舌红少苔，脉细数有力等症。

儿科辨证

儿科临床辨证主要有八纲辨证、五脏辨证、卫气营血辨证、六淫辨证、气血痰食辨证等。

八纲辨证 八纲辨证运用于各科，儿科亦不例外。

阴阳 小儿精神兴奋，烦躁不安，面红目赤，哭声宏亮，发热口渴，脉数有力等，是为阳证。反之如小儿精神委靡，面色晦暗，哭声低微，身冷畏寒，气弱嗜卧，溲清便溏，舌苔薄白，脉沉无力等。症状表现属于机体机能抑制，抗病力不足的是为阴证。

小儿病变迅速，在高热大汗，喘促惊厥，剧烈吐泻，或失血过多的情况下，阴津阳气，迅速亡失，最易出现阴伤或阳衰现象。其临床表现，均有不同程度的汗出。阴伤之汗，汗出热而粘，伴肌肤灼热，手足温，口渴喜饮，舌光无苔，脉细数无力等阴津欲竭症象。阳衰则汗出而凉，伴四肢厥逆，精神委靡，面色㿠白，苔白色滑，脉微而细等心阳欲脱症象。由于阴阳是互根的，阴竭则阳气无所依附而散越，阳脱则阴津无以化生而告竭，所以阴伤和阳衰往往相继出现，但有先后主次不同，临床应详辨。

表里 含有病象部位浅深和病势轻重两种概念。病在表者浅而轻，其治较易。病在里者深而重，其治较难。表证是邪在肌表，为病的初期，典型表现为恶风怕冷，手足发凉，身热有汗或无汗，苔色薄白，脉象浮等，其中恶风寒，手足发凉，发热，为表证的特点。里证是指病邪在里，累及脏腑，多见于病的中期和后期，典型表现为发热，汗出不退，口渴烦躁，啼哭时声带尖锐，颜面潮红，舌苔多黄，甚则灰糙而干，脉数有力，小便少而色黄，大便秘结等。

审察表里尚可辨别疾病的传变趋势，以知病情顺逆。疾病的发展趋势，有由表入里的，也有由里出表的，也有表里同病的。内属里，外属表，病邪由内向外，即是由里出表，为疾病趋愈的现象。如病邪由外向内，即是由表入里，则为病进之象。小儿在表证发热的同时，如果舌苔由薄白增厚，转为白厚，或在白厚苔中间夹杂有黄苔，纵然病儿尚有微恶风寒的现象，也应该认为病势已有向里发

展的趋势，治疗上应予照顾。反之，患里证发热的病儿，只要还有恶寒现象，治疗时必须酌加一二味解表药。如果里热发热已久，早无恶寒怕风现象，一旦出现喷嚏、鼻涕，多系由里出表，将愈之象。再如麻疹患儿，由于体质素弱，或受风着凉，或过早投用寒凉，郁遏肺卫，以致疹出即没，转见高热，咳喘，烦躁等症，为疹毒内陷，病势由表入里。应加强护理，不断提高患儿抗病能力，并用清热透疹，托邪外出等法，使疹毒外透，每热退喘平，病邪又由里出表。可见表里相互转化，在小儿非常多见。如果表里并重，与邪盛正盛有关又当双解。

寒热　主要是辨别病情寒和热的两种不同性质。一般不外从发热与恶寒，烦躁与安静，肢热与肢冷，口渴与不喝，渴欲饮水多与饮水少，饮食喜冷与喜热，小便黄、短、热、臭，与清、长、不热、不臭，大便干结与稀薄，面色发赤与苍白，舌质红与淡，苔黄或黑而干燥与苔白或黑而润泽，以及脉洪、滑、数与沉、涩、迟等方面，加以辨别。如小儿咳声有力，痰色白而质稀，伴以发烧怕冷，或鼻塞流涕，舌苔薄白，舌质不红，为寒咳，常由外感风寒引起。如咳声不爽，有时略带嘶哑，痰色黄而粘稠，伴以发烧、咽红而痛，舌苔黄质红，则为热咳，常由风温之邪犯肺所致。再如小儿腹痛，来势急暴，伴有发热，面红唇赤，啼哭声音尖锐洪亮，痛处拒按，痛无休止，大便闭结，小便黄赤而少，舌苔多黄，脉大而弦者，为热痛。痛时面色苍白，不发烧，曲腰而啼，腹部膨胀，喜热按，苔白腻，口不渴，大便稀薄，小便清长，脉象沉弦者，则为寒痛。临床时辨别寒热，重点应放在口渴，二便，四肢，舌苔，脉象等方面，尤其是舌苔脉象，与口渴情况万不能忽略。某些小儿危重证候，往往出现假象，迷惑诊断。如有部分肺炎患儿，在出现颧赤，咳嗽，烦躁，口渴，甚至揭衣去被，脉亦浮数的同时，又出现舌苔厚、黑而滑，二便清利不热，口虽渴而不欲饮，或虽饮亦不多，且喜热饮的证象。反之，部分疫毒痢患儿在危急阶段，表现四肢发凉，甚或通身冰冷，脉微欲绝的同时，又表现舌红、苔黄，或黑而干燥，大便闭结，或虽下利，而热烫灼肛，小便短赤，口渴喜冷的症象。根据舌苔、二便和口渴的情况来衡量，前者为真寒假热，后者则为真热假寒，为"物极则反"的现象，也是生死存亡的紧要关头，辨证必须慎重。此外，尚有上寒下热，或下寒上热，亦应辨别。寒在于上，多为饮食不化，脘痛吞酸；寒在于下，多为肢寒溏泄，清浊不分。热在于上，多为头痛目赤；热在于下，多为二便秘涩。这些病变部位的寒热参差现象，必须辨别清楚，用药施治，才可直达病所，或因势利导，温凉轻重，方能恰如其分。

寒热证也可相互转化，有先出现寒证而后转为热证者，亦有先现热证而后转为寒证者，例如小儿感受寒邪，始发热不甚，恶寒怕冷，苔白脉浮，属表寒症象，后寒邪阻遏阳气，阳郁化热，迅即出现发热较重，不恶寒，反恶热，口渴，苔白转黄等为由寒化热证候。反之，高烧患儿，由于大汗不止，阳从汗泄，或吐泻过度，阳随津耗，引起正气虚弱，出现身热骤降，四肢厥冷，面色苍白，脉象沉迟等由热转寒证候。因此寒热转化，可以反映邪正交争的进退情况，一般由寒化热，是正邪俱盛现象，若由热转寒，多属邪盛正衰，或正气溃败之象。

虚实　是指邪正盛衰而言。虚为正气虚，实言邪气实。正气不足，就是虚证；邪气有余，便是实证。关于虚和实的辨证，不外阳证多实，阴证多虚。外感多实，内伤多虚。新病多实，久病多虚。健壮多实，瘦弱多虚。热证多实，寒证多虚。在具体证候中，如胸腹胀痛，坚硬而拒按者属实，柔软而不拒按，甚至喜按者属虚。无汗为实，有汗为虚。二便闭塞者为实，不禁者为虚。舌质坚敛为实，胖嫩为虚。脉象有力为实，无力为虚。小儿气喘，呼吸急促，声息粗大，胸闷难受，自觉如有物堵阻胸口状，发出喘鸣，痰多厚稠，不易咯出，咳出粘痰后，气喘稍感平静，舌苔腻，脉滑大，病情发作多较急剧者，则为实喘。如喘时呼吸浅促，面色㿠白，或见暗滞，喘息声弱而无力，汗出不温，心慌气短，偶一活动，则喘促加剧。发作情况，时轻时重，常有畏寒怯冷，小便清长，大便不实，苔净质薄，脉细无力者，则为虚喘。小儿泄泻，起病较急，便前有哭闹腹痛状，粪便多酸腥，有秽臭味，色多深黄，伴以嗳酸呕吐，腹多胀满，不思饮食，舌苔黄厚或白腻，脉象滑大者，为实证。如病程较长，大便呈水样，或粪便多淡黄，泻出食物残渣，无臭味，或完谷不化，面色萎黄，身体消瘦，精神不振，容易出汗，苔薄白，或见中心抽剥，质偏淡，脉象细弱者，则为虚证。

虚实两类证候，既可同时并现，也可在一定条件下相互转化。凡虚证中夹有实证，或实证中夹有虚证，以及虚实证并现的，都属虚实错杂证。小儿哮喘，痰涎壅盛，咳嗽喘急，吸气困难，动则喘甚，形寒肢冷者，为虚中夹实证。小儿疳积，有腹大如鼓，青筋脐凸，二便不利等实象同时，又见形体消瘦，饮食减少，气弱乏力等虚象，则为实中夹虚证。至于虚实转化，有实证转化为虚者，多由实证失治或误治，大汗、大吐、大下后耗损津液，正气被伤而成。如小儿高热，口渴烦躁等实证，日久不愈，治疗失当，导致津气消耗，出现肌肉瘦削，面色㿠白，不欲饮食，虚羸少气等，为实证转虚。也有虚证转化为实者，多因小儿疾患邪气既盛，正气易虚，甚至正气内溃，出现阳气暴脱，一派虚寒败象，经用回阳固脱后，一旦阳回正复，邪正交争又剧，出现虚证转实。以上虚实转化，临床屡见不鲜。由于小儿体质有强弱，邪气有盛衰，在治疗上就产生了"扶正祛邪"与"祛邪安正"两大法则。因此，辨清虚实，不仅可以了解邪正的消长趋势，且可直接指导补或攻的治疗。如果虚实不明，则攻补毫无目标，就犯了前人郑重告诫的"虚虚"、"实实"之弊。对小儿某些危重病的辨证，因病情复杂，常感困难，有的表现邪实正虚，有的表现虚实夹杂，辨证的关键，还应首辨虚实。例如，肺炎喘嗽，一般以邪实为主，如果伴见心阳不振，则又以正虚为主要矛盾了。因此，八纲辨证虽然是相互联系的，但辨清虚实，很为重

要。诚如《景岳全书》指出："辨证需首辨虚实，虚实一错，动手便错。"

五脏辨证　古代儿科医家钱乙、万密斋等人很重视五脏证治。主要根据小儿机体的特征，通过四诊搜集的资料，按五脏所主，加以分析归纳，以指导治疗。清代夏禹铸更明确指出"望颜色、审苗窍"为五脏辨证的关键。他在《幼科铁镜》中云："五脏不可望，惟望五脏之苗与窍，……其色若异于平日，而苗窍之色与面色相符，则脏腑虚实，无有不验者矣。"

脏和腑的关系，互为表里。脏有病变，可以影响到腑。如肺与大肠相表里，肺气上逆，可引起大肠传导失司而出现便秘。脾与胃相表里，脾虚食滞，可引起胃失和降而出现呕吐。肾与膀胱相表里，肾气虚弱，可引起膀胱不约而出现遗尿。因此，辨明五脏之阴阳、表里、寒热、虚实，又须与八纲辨证相结合。

心病证候　心主惊，故病多惊悸哭叫，手足动摇，神乱不安等。热证则壮热，心胸热，口中气热，欲就冷，目上窜，目内赤，合面而睡，咬牙，欲言不能。实证则发热烦渴，哭叫，喜仰卧，惊搐。如心火亢盛，则心中烦热。火扰心神，则急躁惊惕。心火上炎，则口舌糜烂。火盛灼津，则舌红口渴。火犯阳络，则吐血衄血。痰火扰心，则心烦心悸，多梦易惊。痰迷心窍，则神昏呆滞，喉中痰鸣。心血瘀阻，则心悸肢冷，舌紫脉涩。虚证则卧而悸动不安，如血不养神，神不内敛，则心悸易惊，脉细舌淡。阴不制阳，虚热内生，则低热盗汗，五心烦热。心气不足，鼓动无力，则心悸气短。胸阳不振，心脉阻滞，则心胸憋闷。心阳暴脱，宗气大泄，则大汗淋漓，四肢厥冷。

肝病证候　肝为刚脏，主风。故病多大叫，目直视，呵欠，颈项强直，四肢抽搐等。热证则壮热引饮，喘闷，口中气热，目内青，直视，身反折强直，手乱动。实证则目直视，大叫，颈项强直，抽搐有力。故热极生风，风火相煽，则筋脉拘急，角弓反张。如肝火上炎，则头痛目眩。肝阳上亢，则头晕而胀，两目干涩。迫血妄行，则吐血衄血。肝气郁结，则胸胁胀痛。寒滞肝脉，则腹痛引睾。虚证则咬牙，多呵欠，徐徐抽搐。故血虚生风，筋失所养，往往抽搐无力，舌淡少苔。如肝阳化风，则多抽搐震颤，身动舌红。

脾病证候　脾主困。故病多体重，困倦，多睡，不思饮食，泄泻。热证则目内黄，尿黄。实证则身热饮水，泄泻黄赤。如寒湿困脾，则多脘腹胀满，泛恶欲吐，食纳减少，苔白脉缓。虚证则呕吐，泄泻色白，困倦思睡，睡卧露睛。如脾虚不运，则多食后作胀，面黄体怠。脾气下陷，则少气懒言，脱肛腹坠。阳虚中寒，则形寒气怯，腹满喜温。脾不统血，则肌衄便血，气短脉细。

肺病证候　肺主喘。病多咳嗽、喘急，呼吸不利，闷乱。风寒犯肺，则喘而气粗，咳嗽痰多，胸满泛恶，闷乱，渴不喜饮，鼻塞流涕，喷嚏。风热犯肺，则身热咳嗽，咯吐黄痰，鼻流黄涕，口渴喜饮。热证则痰浊阻肺，咳嗽痰粘色黄，喘急，呼吸不利，鼻干或衄血，胸满呕恶。燥热伤肺，津液被灼，则鼻燥咽干，咳痰粘少。虚则哽气或长出气，喘而少气，皮毛干燥，唇色白。肺气虚弱，卫气不固，则自汗面白，周身乏力。肺阴不足，虚热内生，则午后发热，两颧发红，唇露红色，干渴思饮，甚至咳痰带血。

肾病证候　肾藏精，主虚。故病多目无精光，畏明，足胫寒，逆冷。除疮疹肾实，变黑陷外，余多为虚证。肾阳虚衰，则形寒肢冷，精神不振，面浮灰暗或黑。肾气不固，则溲清频数，甚至清长不禁。肾不纳气，则短气喘促，呼多吸少。肾虚水泛，则周身浮肿，凹陷没指。肾虚阴伤，则五心烦热，头晕盗汗。肾精不足，则发育迟缓。

卫气营血辨证　小儿多患温热疾病，常用卫气营血辨证。卫气营血可以辨别病位的浅深，病情的轻重，和发展的阶段。病位最浅的为卫分，其次是气分，再次是营分，最深是血分。疾病初起，病势轻浅，多属卫气，病邪不解，可以内传递入气分、营分、血分。也有初起即为营分或气分。病在卫分、气分其势为轻，病在营分、血分其势为重。卫气营血和脏腑有关，卫分之证，邪在肺与皮毛。气分之证，邪在胸膈、肺、胃、肠、胆等。营分之证，邪在心包。血分之证，邪在心、肝、肾为多。

卫分证候　风温犯肺则发热微恶风寒，头痛身疼，咳嗽，咽痛，口干，苔白，脉数。风寒犯肺则恶寒发热，头痛身疼，鼻塞流涕，咳嗽声重，苔白脉浮。暑邪犯卫则发热恶寒，汗出口渴，头痛，胸腹痞闷，甚则呕吐，小便色赤，脉象虚数。湿温犯肺则恶寒发热，头重身痛，胸闷或兼咳嗽，汗出而热不退或身热不扬，下午潮热，不饥泛恶，口渴而不欲饮或渴喜热饮，小便色赤，苔腻，脉濡缓。凉燥犯卫则恶寒发热，头痛无汗，咳嗽痰少色白，口鼻干燥，苔白。温燥犯卫则身热头痛，微恶风寒，咳嗽痰粘而少或干咳无痰，咽干而痛，口渴，舌干，苔黄，脉数。

气分证候　热邪壅肺则发热口渴喜饮，咳喘痰黄，胸闷作痛，苔黄，脉数。阳明热炽，身多大热，汗自出，不恶寒反恶热，心烦渴饮或口舌糜烂，牙龈肿痛，或潮热谵语，腹胀拒按，绕脐疼痛，大便秘结，苔黄舌赤，脉洪大或沉实。脾蕴湿热则身热不扬或午后潮热，汗出而热不退，身重疼痛，胸脘痞闷，泛恶，腹胀便溏或见黄疸，苔黄厚腻，脉象濡数。热郁肝胆则寒热往来，胸胁苦满或胁痛口苦咽干，恶心欲吐，或有黄疸，苔黄，脉弦数。膀胱湿热，则淋浊溺血。肠热下迫，则泻利频繁，肛门灼热，口渴脉数，舌苔黄燥。

营分证候　温邪内陷，逆传心包则身热夜甚，心烦不安，口渴或不渴，神昏谵语，舌蹇肢厥，或斑疹隐现，舌质红绛少苔，脉象细数。营卫合邪则微恶风寒，身热出疹，疹色红润，舌质红绛，脉数神烦。

血分证候　肝风内动则高热不退，下午热甚，烦躁不安，神昏谵语，循衣摸床，撮空妄动或手足抽搐，颈项强直，角弓反张，时时痉厥，牙关紧闭，或龂齿，两目上视，甚至舌卷囊缩。迫血妄行则身发斑疹，色红或紫，或吐血，

衄血，便血，齿燥唇焦，舌苔黄燥或焦黑，舌质紫绛、少津，脉细数。严重的可见亡阴，甚至可以亡阳。

六淫辨证 根据感受六淫之邪所出现的症状、辨明病邪性质，推测病理机制的一种方法称六淫辨证。六淫为病，因风胜则搐，寒胜则痛，暑则多汗，湿胜则泻，燥胜则干，热胜则惊，证情复杂，必须加以辨别。

风淫证候 风为百病之长，善行而数变。风邪袭表则恶风汗出，脉象浮缓，指纹色紫。风邪犯肺，可兼见鼻塞流涕，咳嗽咽痛。风与热合则发热重、恶寒轻，或咽红咽痛，小便黄，苔黄舌红，脉数纹紫。风与湿合则关节肿痛，走窜不定，伴以恶风汗出，发热午后为重。风水相搏，则发热恶风，汗出，头面肿，或一身悉肿，小便不利。风阳上扰则头目眩晕。风邪袭络则抽搐，项强，目睛上窜。血虚生风，筋脉失养则肢体震颤。

寒淫证候 寒气凛冽，其性凝滞，阻遏阳气。寒邪束表，卫阳不得宣发则发热恶寒，无汗头痛，身疼，肢节酸楚。寒邪犯肺，肺气宣降失调则鼻塞，咳嗽，气喘。恣食生冷，寒气伤脾或腹部受凉，损伤阳气则脘腹疼痛，呕吐，泄泻，肠鸣。心肺阳虚，寒从内生则畏寒，胸背彻痛，咳逆短气，面色青白。肾气虚寒，气化不行则腰脊发凉，少腹阴冷，小便频数或不利。

暑淫证候 暑为热邪，多与湿合最易伤人津气。外伤暑热则身热多汗，心烦，口渴喜饮。暑邪伤气则气少，倦怠乏力，脉象虚数。中暑轻则气机闭塞，突然昏倒，头晕恶心，重则津气暴脱，不省人事，冷汗不止，手足厥逆，脉大而虚。暑湿氤氲则身热不扬，胸闷恶心，食欲不振，四肢困倦，大便溏，小便黄，苔腻，脉濡。

湿淫证候 湿性重浊粘腻，病势缠绵，湿邪遏表则恶寒发热，汗出而热不退，头身酸重胸闷，口不渴，舌苔薄白而滑，脉濡而缓。湿阻经络则肢节酸痛沉重或肿，痛有定处，难以转侧，肌肤麻木。湿遏清阳则头晕昏冒。湿遏上焦则喘咳痰多，胸膈满闷。湿阻中焦则脘腹痞满，不欲饮食，呕恶，口粘不爽，四肢沉重，大便溏泄，小便不利。湿注下焦，可见肢足浮肿，小便淋浊。

燥淫证候 燥胜则干，易伤津液。凉燥束表，则发热恶寒，头痛无汗，口干咽燥，皮肤干燥，咳嗽少痰，或无痰，舌苔薄白而干。温燥伤津，则发热头痛少汗，干咳无痰，或痰粘量少，咳而不爽，胸胁疼痛，皮肤及鼻咽干燥，口渴心烦，舌边尖红少津。津亏血燥，血不荣于肌腠则皮肤干燥、粗糙，毛发干枯不荣，肌肉消瘦。津不滋于脏腑则口渴便秘，舌燥无津。

火淫证候 火性炎上，灼血伤津。心火上炎则口舌糜烂，心烦恶热，口渴喜冷饮。心火实盛则疮疡红肿热痛，神烦狂乱。胃火上炎则牙龈肿痛，大便秘结，小便短赤，苔黄，脉实数有力。肝火上炎则目赤涩痛，睡眠不安，头痛脉弦。血热妄行，则吐血、衄血、尿血、便血，或发斑疹。阴虚火旺，则两颧潮红，五心烦热，或骨蒸潮热，心烦盗汗，小便短赤，口燥咽干，舌红少苔，或光红无苔，脉象细数。

气血痰食辨证 根据气血逆乱、痰食内停所表现的症状，辨明病变的一种方法称气血痰食辨证。小儿气血痰食为病，气逆则咳，血溢则衄，痰盛则喘，食滞则满。

气病证候 气充则强，少则衰，顺则平，逆则病。小儿气病复杂，应辨明气虚、气滞和气逆。气虚者面色㿠白，言语轻微，四肢无力，目无精彩，呼吸少气，动作喘乏。肺气虚则咳嗽气短，头晕自汗，舌苔白嫩或质红而润。脾气虚则痞满多痰，饮食难化作酸，大便泄泻。气滞者有肺气郁闭和肝气郁结两证。肺气郁闭则肺胀喘满，胸膈痞闷，甚则心中痹塞，二便不通。肝气郁结则胸胁满痞，痛引少腹，脉沉而弦。气逆者则咳喘、呕吐、呃逆等。

血病证候 血注于脉，充则实，少则涩，生旺则诸经长养，衰竭则百脉空虚，血盛则形盛，血衰则形衰。血难盛而易亏，既不容亏乏，也不容凝滞，更不容妄行外溢。故血之病变，应辨明血虚、血瘀、血溢。血虚者，面唇淡白，头晕目眩、五心烦热作渴，神志不宁，健忘怔忡，失眠，肠燥便艰，口干舌痿，或口舌生疮，舌苔嫩红而干，或绛底浮白，或舌绛而燥。血瘀者则腹内有块，痛而拒按，或舌紫黑，夹有血瘀斑点，甚则胀满瘀痛，昏晕如狂，大便少而黑。血溢者妄行于上则吐血、咯血、衄血，流渗于下则便血、溺血。发越于外，则为斑疹。

痰病证候 痰之为病，浸润脏腑，流窜经络。痰在肺则气不降，每多咳嗽痰喘。痰在胃则清阳上升，呕恶头晕。痰注经络则麻痹或痰核。痰阻胸宇则痴癫。痰在背则冷，在胁则胀。往往因风寒之邪引发，也易与气火结合为患，形成顽痰怪证，其变不可胜穷。正如王隐君云："痰之为物，随气升降，无处不到，为喘为嗽，为呕为泻，为眩晕，或身中结核，或臂肿，肢硬麻木瘫痪，或小儿惊风，搐搦，或癫痫……。"可见痰病极其广泛复杂。但痰和饮（清稀者为饮，稠粘者为痰），为病之标，而非病之本，辨证时必须探本求源。由于湿困脾阳，运化失职而生的为"湿痰"；由于肺阴不足，津液被灼而生的为"燥痰"；因热成痰者为"热痰"；因寒而成痰者为"寒痰"，甚者为饮；因风而成痰者为"风痰"；因食滞不化而成痰者为"食痰"；因气郁不畅而成痰者，则为"郁痰"共七种，临床时应加辨明。风痰之证，则头风眩晕，搐搦瞤动，眼牵嘴歪，手摇足战，或癫痫发狂。寒痰之证，多脉沉身寒，手足不温，舌淡苔白，痰质清稀，或带咸味。湿痰之证，则脉缓面黄，肢体困倦，纳谷不香，痰虽厚易咯出。燥痰之证，则咳嗽喘促，痰不易咯出，伴鼻干咽燥。热痰之证，则面赤烦热，脉象滑数，苔黄口干，痰厚稠粘成块，甚则惊痫癫狂。食痰之证，则痰壅懒食，咳嗽喘满。郁痰之证，则胸膈满闷，嗳气不舒，腹胀且痛，咳痰不爽，脉象弦滑。至于饮邪，多由中焦阳虚，脾失健运，气不化水，聚湿而成。水饮停于胸胁，则胸胁支满；上凌心肺，则心悸，短气而咳；饮阻于中，清阳不升，则头目眩晕，脉象弦滑或沉紧。

食伤证候 小儿生机蓬勃，发育迅速，需大量的水谷

精气供养，但又"脾常不足"，运化力差，若纵情口腹，超过胃纳的正常容量，或好食生冷不易消化食物，影响脾胃运化，即可发生伤食，出现湿热积滞，或寒积伤中。伤食后既易外感，又易伤脾，出现停食着凉，或脾虚食滞，临床须详细辨证，恰当治疗。湿热积滞则身热气粗，胸膈满闷，腹胀口干，夜卧不安，小便黄浑，大便垢秽。寒积伤中则胸腹疼痛，呕吐泄泻，不思饮食，苔白脉沉。停食着凉，则脘满嗳饱，宿食不消，兼见鼻塞流涕，脉浮苔腻。脾虚食滞，则面黄气弱，饮食不甘，大便溏泄，脉象濡数。

外科辨证

外科临床辨证有八纲辨证、脏腑经络辨证、辨肿痛痒脓、辨善恶顺逆。

八纲辨证 八纲辨证就是把四诊获得的资料，按照八纲加以综合、分析、概括为四对纲领性证候，它对疾病的辨证具有普遍的指导意义。因此，外科疾病也须按照八纲进行辨证，用以指导临床治疗。

表里 辨表里是辨别病变的部位及病邪之深浅。如《卫济宝书》谓："痈患属表，骨髓不枯，易为医治；疽患属里，伤骨坏筋，则难调理。"一般来说，病变初起，邪在肌表，病症较轻者为表证；病变在筋骨，邪入脏腑，病症较重者为里证。

(1) 表证：多见于疮疡、皮肤病初期阶段。局部红肿高起，范围局限，灼热疼痛；并伴有恶寒发热，无汗或有汗，头痛或全身不适，舌苔薄白，脉浮等症。

(2) 里证：多见于疽证、肠痈等疾患。局部表现为疼痛拒按，肿势弥漫，痛点局限，皮色不变或紫黯；且伴有壮热或潮热，烦躁或不安，大便秘结或泄泻，小便短赤或不利，舌质红苔黄，脉数或沉实等症。

寒热 辨寒热是辨别疾病属寒证或热证。寒证多由寒邪凝滞，热证多由热毒炽盛所致。

(1) 寒证：多见于脱疽、流痰等疾患。局部表现为皮色不泽，不红不热，酸痛麻木，漫肿木硬；且伴有面色苍白，肢冷喜温，口淡不渴，小便清长，大便溏薄，舌质淡苔薄，脉迟或紧等症。

(2) 热证：多见于烧伤、痈、疖、疔等。局部表现为红肿高突，焮热疼痛，易肉腐成脓；并伴有高热面赤，口渴冷饮，烦躁不安，小便短赤，大便秘结，舌质干红，苔黄厚，脉弦数等症。

虚实 辨虚实是辨别人体正气强弱与病邪盛衰。实证是指邪盛，虚证是指正虚，属虚属实是由邪正相争所决定的。

(1) 虚证：多见于流痰、附骨疽等疾患。局部表现为不红不热，脓液清稀，疮口久不愈合；并伴有面色萎黄，神疲体倦，声低气短，食少便溏，舌质淡，苔薄白，脉虚细无力等症。

(2) 实证：多见于痈、疔、肠痈等疾患。局部表现为痛有定处，疼痛拒按，并伴有发热烦渴，胸腹胀满，大便秘结，小便短赤，舌质红，苔黄厚腻，脉洪数有力等症。

阴阳 阴阳是八纲中的总纲，也是辨证的大纲，历代医家都很重视。例如《素问·阴阳应象大论》谓："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"《景岳全书》更明确指出："凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领，阴阳无谬，治焉有差？医道虽繁，而可以一言蔽之者，曰阴阳而已。"扼要地阐述了阴阳在辨证中的重要性。只有掌握了阴阳，才能推及表里、虚实和寒热的辨证。一般认为，里、虚、寒证属阴，表、实、热证属阳。阴证多指虚寒证，阳证多指实热证。如大出血或大吐泻可引起亡阴，大汗可引起亡阳。但在临床上阴证和阳证又有各种不同的表现，辨证时要从整体出发，既要注意局部症状，也要重视全身情况，分析正邪虚实，辨明属阴属阳，才能更好地指导治疗和判断预后。

(1) 阴证：一般起病慢，病程长，病位深，初期局部症状常不明显，随着病情发展而渐趋明显或严重。全身情况多有虚证、寒证的正虚表现，临床上属于阴证的疾患，如流痰、脱疽和附骨疽后期等。

(2) 阳证：一般起病急，病程短，病位浅，初期局部症状比较明显，随着病情发展而渐趋严重，全身情况多有实证、热证的邪盛表现，临床上，属于阳证的疾患，如疖、痈、烧伤、疔疮走黄等。

八纲是相互关联，不可分割的。如从表证、里证而言，又可有寒热的区别和虚实的不同。既要注意八纲辨证，又要善于综合、分析它们之间的相互联系。同时八纲各种证候，都不是静止不变的，在一定条件下则可互相转化。如表证入里，寒证化热，实证转虚，阳证转为阴证等。因此，在辨证时，必须随时注意疾病的发展和变化。对具体情况进行具体分析，才能抓住主要矛盾，认识疾病的本质。

脏腑经络辨证 人体是一个有机的整体，虽然大多数外科疾病都发生在皮、肉、筋、骨，但是局部与脏腑关系是非常密切的，外邪可由表入里内传脏腑；反之，脏腑病变也可以在局部引起不同的反应。经络内联脏腑，外络肢体，疾病的传变，可通过经络由表入里或由里达表，所以脏腑经络的辨证对指导治疗是非常必要的。

脏腑辨证 是根据脏腑的生理功能、病理表现，对疾病症候进行分析归纳，最后才能作出脏腑证候的确切诊断。

(1) 火毒攻心：凡疮疡者，由于邪盛正虚，火毒内攻，侵犯心包。症见憎寒壮热，烦躁不安，神昏谵语，舌质红绛，脉洪数，甚则昏迷痉厥等；并且疮疡无脓，肿势蔓延，皮色黯紫或变黑，腐肉难脱，或脓水淋漓，或溃而干枯。常见于疔毒走黄和疮疡内陷。

(2) 肝风内动：创伤后感受风邪而引动肝风，出现张口困难，牙关紧闭，角弓反张，全身强直性阵发性抽搐等肝风内动的征象，如破伤风。

(3) 阳明腑实：六腑之气是泻而不藏，以通为用。当疮疡毒邪炽盛，热毒传脾，或病邪直中六腑，蕴热于内，均可使六腑壅塞不通。症见腹痛，腹胀，呕吐，便闭等阳明腑实证。可见于疮疡内陷重证、肠痈等。

(4) 下焦湿热：由于肾虚而膀胱气化不宣，则湿热之邪蕴结于下焦。症见小便短赤，尿频、尿急、尿痛，甚至尿血、尿浊、尿闭；伴有腰痛、少腹痛，舌苔黄腻，脉弦数等症。可见于砂淋、血淋等。

(5) 肺气不固：皮肤病多与肺、脾、心三脏有关。肺主气，候于皮毛，肺气不固则气虚而腠理疏松，易为风寒所乘。症见面色苍白，常自汗出，喜暖恶冷，疲倦乏力，舌质淡，苔薄白，脉沉细。局部为皮损色白，时起时消，反覆发作，如风瘔瘰。

(6) 肝肾阴虚：肝主筋，肾主骨，筋骨病变，每可出现关节不利，酸痛痿弱，潮热盗汗，腰膝酸软，头晕耳鸣，口燥咽干，舌红少津，脉细数等症，多见于流痰。

辨经络　外科的治疗方法，根据病因不同、病邪的轻重、人体抗病力的强弱而有所不同外，有时也需根据患部所属经络，循经辨证用药。正如《外科大成》谓："治病不知经络，犹捕盗不知界分。……惟经络一明，然后知症见何经，用何经之药以治之，了然无谬。"所以，辨经络在外科的辨证与治疗上，具有一定的作用。

(1) 辨经络之所病：依据疾病发生的部位和按经络在人体的循行分布，可以推求疾病所属何经：①疮生于头顶，正中属督脉经，两旁属足太阳膀胱经。②生于面部和乳部，属足阳明胃经（乳房属胃经，乳房外侧属足少阳胆经，乳头属足厥阴肝经）。③生于耳部前后，属足少阳胆经和手少阳三焦经。④生于颈及胸胁部，属足厥阴肝经（胁肋部也属胆经，因足少阳胆经行身之侧）。⑤生于手足心，属手厥阴心包经与足少阴肾经。⑥生于背部，总属阳经，正中为督脉所主，两旁为足太阳膀胱经。⑦生于臂部，外侧属手三阳经，内侧属手三阴经。⑧生于腿部，外侧属足三阳经，内侧属足三阴经。⑨生于腹部，总属阴经，中行为任脉所主。

(2) 引经药使用：由于疾病发生部位和经络的不同，治法就有分别，结合经络之所主的一定部位而选用一些引经药物，使药力直达病所，以加强药效。如手太阳经用黄柏、藁本；足太阳经用羌活；手阳明经用升麻、石膏、葛根等。

此外，尚有根据各经络之气血多少来决定治疗立法。如手足太阳、手足厥阴是"多血少气"之经，容易凝阻，外达较缓，故治法上注意破血、补托。手足少阴、手足少阳、手足太阴是"多气少血"之经，因其气多而易郁滞，因其血少而难愈合，故治法上注意行气、补益。手足阳明是多气多血之经，病多属实，故治法上注意行气、活血、攻坚。

辨肿痛痒脓　在疮疡的发展过程中，肿、痛、痒、脓是常见的局部症状。临床上根据这些主要症状再结合全身情况，就能确切掌握辨证要领。

辨肿　人的气血，循经脉周流不息，倘有壅滞，可发生肿痛。但肿的性质、形状各有不同，常见的有下列几种：①肿而色红，焮热疼痛，皮薄光泽，属火。②肿而不硬，伴有酸痛，皮色不泽，不红不热，属寒。③肿而色红，疮形虽大而不高肿，但根脚收束，属实。④肿势平塌，根脚散漫，界限不清，属虚。⑤结硬如石，或有棱角，形如岩突，不红不热，属郁结。⑥肿势硬似馒，或结核累累，属痰。⑦皮肉重坠，按之不甚痛而柔软没指，属湿。⑧按之皮紧内软，不红不热，属气。⑨漫肿不红，游走不定，属风。⑩外伤所致，或气血凝滞，肿胀迫速，按之柔软，渐变木硬，色初暗褐，后转青紫，属瘀血。凡疮疡者，肿势高突而根围收束者，属阳属实，虽为大疡，亦多易治。疮形不起，散漫平塌，病者但苦其重而不感痛者，为毒势不聚，气血大衰之证，理之棘手。病在筋骨或关节之间，肿不显，痛不甚，多属阴寒凝固之疾，病变虽小，亦多难治。

头面肿者为风，下肢肿者为湿。因风性上行，故上部之疾多由时气或风热侵袭所致，如抱头火丹。湿性重浊趋下，故下部病变多由湿邪所致，如流火肿胀属湿热下注。疮疡溃后以脓水畅泄，肿势随消者为顺，脓泄清稀而肿胀不消者，为正气不足而邪留，预后多逆。

辨痛　营卫不和，经络阻塞便可产生肿痛。痛是外科疾病最常出现的自觉症状，而疼痛的增减又常为病势进展和消退的标志。由于病变性质和部位的不同，痛的程度亦各异。①痛而灼热焮红，痛势迫速加剧，遇冷则痛减者属火。②痛势轻微或微有酸痛，皮色不变，遇热则痛减者属寒。③疮疡成脓前拒按，按之剧痛，溃后痛仍不减者属邪实。④成脓时按之不甚痛，而在溃后痛反增加者属正虚。⑤肿痛逐渐增加而持续，随着脉搏的跳动而痛如鸡啄者为成脓。⑥痛无定处者属风。⑦游走不定，时感抽痛，每发作则刺痛难忍者属气。⑧肿疡发生于疏松组织则痛较轻，发生于紧密肌腠则痛较剧。

总之，肿疡以知痛为顺，虽痛者其症犹轻，易于治疗；若日久如故，不痛而盘踞要害，如瘰疬、流痰等痼疾难治。溃疡则以毒去痛减为顺，既溃而痛仍不减，而非因治疗不当，即为正虚之候，预后多逆。

辨痒　痒是皮肉间气血不畅而致不适的感觉，犹如虫虱爬行，瘙痒无度。它是皮肤病常见的自觉症状之一，在肿疡、溃疡的病程中，也有发生痒的感觉，由于致痒的原因很多与病变过程的不同，痒的反应情况亦有异，其辨证要点如下：

(1) 按病因来辨：①风胜作痒，多指风邪客于肌肤所致，常走窜四注，遍体作痒，抓破血溢，成搔抓脱屑。②湿胜作痒，常浸淫四窜，黄水淋漓，最易腐溃，滋水所到，多致传染蔓延。③热胜作痒，常见皮肤瘾疹，焮红作痒，发于暴露部位，或遍布全身，甚则滋水淋漓。④虫淫作痒，常浸淫蔓延，黄水频流，状如虫行皮中，其痒甚剧，易传染。⑤血虚作痒，常伴皮肤干燥、脱屑。

(2) 按其病变过程来辨：①肿疡作痒。肿疡初起，肿

势平坦，根脚散漫，脓犹未成之时，可有作痒的感觉，这表示毒势炽盛，病变有发展的趋势，如有头疽、疔疮初起。肿疡经治疗后局部根脚收束，肿痛已减而未全消之时，也有痒的感觉，这表示毒势已衰，气血通畅，病变有消散的趋势。②溃疡作痒。由于渗液，脓水浸淫皮肤而发痒；亦有溃疡肉芽渐长而发痒，这表示毒邪渐化，气血渐充，新肉生长，是将要收口的佳兆。

辨脓　发生疮疡后，未得及时消散，遂致热毒盛，肉腐而为脓。脓液留于体内，气血必受损耗。古人有"脓成勿强留"的说法，就是要将腐败有毒的物质排出体外，以减少气血的消耗，保存机体抵抗力。如何判断有脓无脓和观察脓的性质以辨别正邪的盛衰，临床上根据下列各点：①凡疮疡肿块由硬变软，逐渐收束高起，痛增而身热不退者为趋于化脓，按之应指如按皮球则为脓成。深部脓肿有时不易触知，可在较软薄处或压痛明显处穿刺检查，及早排出脓液，以泄脓毒，减少气血消耗，防止病情恶化。②疽证（有头疽）化脓较慢，尤其是气血虚弱者。疮形漫肿而有多头，若根脚能逐渐收束，表示毒聚而不散，则大约七日后可出现多个脓点，因腐肉不易液化，所以成脓部位不如一般痈疖之高肿，按之软而不甚应指。③脓液排出稠厚，色泽明润而稍带腥味，身热随之下降，数日内脓液排净，这是正气充实，即将生肌愈合。④脓液稀薄，数日后脓仍清稀而量不减，属气血虚。⑤脓液初稀薄而后转稠黄，为气血渐复。⑥脓液稀似粉浆，或夹有败絮状物质，或腐败臭秽腥恶，为毒盛而气血衰微。⑦脓液夹有瘀血，色紫成块者，为血络受损。

辨善恶顺逆　主要根据四诊来观察疮疡的局部症状和全身情况，以辨别证候的善、恶、顺、逆从而判断疾病的预后，制定相应的治疗方法。所谓善与顺，都是一种病情较轻，预后较好的症状表现。相反，恶与逆，都是指病情重，预后凶险的症状表现，《圣济总录·痈疽门·痈疽统论》首先提出了五善七恶的内容。凡疮疡见五善者，顺而易治；见七恶者，逆而难疗。故《疡科心得集》谓："五善见三自吉，七恶有二即凶。"这是前人在治疗疮疡的实践中总结出观察病情的经验，在医疗实践中有其一定的指导作用。《医宗金鉴·外科心法要诀》的"痈疽五善歌"、"痈疽七恶歌"、"痈疽顺证歌"、"痈疽逆证歌"。其大致内容如下：

（1）善证：①精神清爽，语言流利，舌质润泽鲜明，无烦躁，不口渴，醒时安静，睡眠正常，谓之心善。②身体灵活不沉重，情绪安定，无恼怒及惊恐现象，指（趾）甲红润，二便通畅，谓之肝善。③唇色泽润，饮食知味，食欲正常，大便和调，疮疡已溃者脓稠黄而无恶臭，谓之脾善。④声音响亮，皮肤光滑润泽，呼吸均匀，无喘咳嗽痰，谓之肺善。⑤无午后潮热，口不渴而齿润泽，小便清长，夜卧安静，谓之肾善。

（2）恶证：①神志模糊，时有谵语妄言，心烦口舌干燥，疮色紫黑，谓心恶。②身体强直，双目斜视或上视，时作惊搐，疮口时流血水，谓肝恶。③胃纳日减，日渐消瘦，疮形平塌而木硬，脓液稀而臭秽，谓脾恶。④皮肤枯槁，呼吸喘促，鼻翼煽动，痰多音喑，谓肺恶。⑤面色黯黑，阳痿囊缩，引饮而咽干不解若火燎，谓肾恶。⑥全身浮肿，肠鸣泄泻，频频呕吐呃逆，谓脏腑衰败。⑦疮形倒陷，颜色紫黯，时流污水，四肢逆冷，大汗淋漓谓阳脱。

（3）顺证：①疮疡初起，红、肿、热、痛，根脚不散而紧束。②成脓早，顶部高起，皮薄光亮，根脚收束。③溃后脓液稠厚，为黄白色脓液，无臭味，腐肉易脱，肿消痛减，疮面红活而润，食欲增进。④脉象溃前有余，溃后不足。

（4）逆证：①疮疡初起形如粟米，四周漫肿坚硬作痒而不甚痛，颜色紫黯不泽。②疮势已成，但四周肿硬，疮顶软陷，不脓不腐，色如猪肝。③溃后表皮糜烂无脓，腐肉不脱，肿痛不减。④溃久脓水不净，腐肉虽脱，新肉不生，疮口边缘变硬。

以上所述的善、恶、顺、逆是观察疮疡轻重的标志。疮疡重证，在正邪斗争过程中，早期由于邪毒方盛而正气一时不能抵御，或治疗攻伐太过，或由于体质素弱，后期正气衰败而未能及时采用补托都会出现恶、逆证候，如三陷证等。总的来说，善证、顺证属病轻而浅，正气未伤；恶证、逆证属病重且深。病情是不断变化的，遇善证、顺证不能因其善、顺而粗心大意，致生他变。遇恶证、逆证不能因其恶、逆而不敢大胆施治。前人所谓"不治"、"难治"之病，如果我们及时采取积极而有效的治疗措施，有可能转为善证、顺证，其中不少危重病人是可以获得治愈的。

骨伤科辨证

骨伤科辨证是以望、闻、问、切、揣、摸、度、量等方法所搜集的临床资料为依据，以脏腑、气血、经络、病因等理论为基础，根据它们内在的有机联系，加以综合、分析、归纳，辨明损伤及筋骨关节疾患的本质，而作出诊断的过程。在辨证时，既要求有整体观念，根据全身证候进行整体辨证。还要结合骨伤科的特点，对损伤局部的肿胀、疼痛、畸形、功能障碍、伤口情况等症状进行局部辨证。骨伤科辨证的方法很多，除有局部辨证外，整体辨证中有八纲辨证、脏腑辨证、气血辨证、经络辨证等，还有根据病程的不同阶段的分期辨证，以及根据不同类型的分型辨证等。这些辨证的方法，有各自的特点，但又往往需要互相补充。只有整体辨证和局部辨证相结合，诊断才能臻于完善，对损伤及筋骨关节疾患才能进行更有效的治疗。

局部辨证　骨伤科局部辨证是以通过对伤损局部进行望、问、闻、切、揣、摸、度、量等所掌握的材料，对局部证候作出分析、归纳、判断的一种方法。由于外力作用或毒邪等作用于人体，局部可能出现的变化，主要有皮肤颜色、温度、感觉的改变，局部肿胀、疼痛、畸形、功能障碍及肢体长度的改变，尚可能有创口、瘘管、脓液、肿块等。

如受伤部位剧痛，肿胀严重，皮下瘀斑，微热，畸形明

显，功能障碍，并有异常活动，为筋骨损伤、气滞血瘀。若患部皮红焮热、疼痛，呈环状肿胀，骨的干骺端按之痛甚、拒按，为阳证的附骨痈，如局部尚无波动感则为脓未成；如已有波动感则为脓已成；如溃后脓液稠厚，色泽明润而略带腥味，为正盛邪实；如病程日久，脓液清稀，淋漓不尽，为气血两虚。若溃后形成瘘管，周围皮色紫暗，反复排出脓液和死骨，时发时愈，为阴证的附骨疽。若瘘管的管口陷凹，时流稀脓且夹有干酪样物质，不易收口，为骨痨溃后元气虚弱、气血两亏。骨伤科辨证中，对局部证候进行辨证虽很重要，但临证时宜结合全身情况详加审察。

八纲辨证 骨伤科八纲辨证就是通过四诊掌握的材料，根据人体正气的盈亏、病邪的性质及其盛衰，伤病所在部位深浅等情况，进行综合分析、归纳，为表里、寒热、虚实、阴阳八类证候，以概括损伤及筋骨关节疾患的不同特点。

表里 是辨别病变的部位和病势的深浅。一般说来，伤病初起，病位在肌表，病症较轻者，或伤病后兼挟外感者，则为表证。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："伤损之证外挟表邪者，其脉必浮，证则发热体痛。"内伤气血、脏腑，或损伤后热毒深窜入里，病症重者则为里证，如损伤所致之瘀血内蓄，则属里证。《证治准绳·疡医》卷之六云："凡堕伤内有瘀血者，必腹胀满而痛，或胸胁满也。"

寒热 是辨别伤病属寒证或热证。阴盛则寒，阳盛则热，阳虚生寒，阴虚生热。

寒证是机体的功能活动衰减或感受寒邪所表现的证候，多见于陈伤劳损及附骨疽等，局部表现为皮色不泽，不红不热，酸痛麻木，肿硬或痿弱，且伴有面色苍白，肢冷喜温，口淡不渴，小便清长，大便溏薄，舌淡苔白而润滑，脉迟等阴盛症状。如虚人损伤，误用攻下逐瘀，则可致《正体类要·正体主治大法》所说的："若下后手足俱冷，昏愦出汗，阳气虚寒也。"

热证是机体的功能活动亢盛或感受热邪所表现的证候，多见于损伤的初期及附骨痈等。局部表现为肿胀疼痛，或潮红灼热，甚或肉败成脓，且伴有发热面赤，烦渴饮冷，小便短赤，大便秘结，舌红干，苔黄厚，脉弦数等全身症状。如《正体类要·扑伤之症治验》云："患处胀痛，发热欲呕，两胁热胀，肝脉洪大。"为肝火之热证。

虚实 是辨别人体正气强弱与病邪盛衰，虚证是指正气虚弱不足的证候，多见于骨折、脱位的后期及亡血过多等疾患。表现为面色萎黄，神疲体倦，或五心烦热，形体消瘦，心悸气短，自汗盗汗，食少便溏，小便频数，舌质淡苔少，脉虚细无力，局部不红不热，或青肿不消等。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："伤损之证，血虚作痛者，其症则发热作渴，烦闷头晕，日晡益甚，此阴虚内热之症。"

实证是指邪气亢盛有余的证候，多见于骨折、脱位的初期及胸胁内伤蓄瘀等疾患。表现为发热烦渴，胸腹胀满，大便秘结，小便短赤，舌质红，苔黄厚，脉洪数有力，局部表现为痛有定处，疼痛拒按，肿胀等。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："伤损若胸腹胀痛，大便不通，喘咳吐血者，乃瘀血停滞也。"此为瘀积胸腹之实证。

阴阳 阴阳是八纲中的总纲，它可以概括表、里、寒热、虚、实，即里、虚、寒证，多属于阴；表、实、热证，多属于阳。大量出血或吐泻可引起亡阴，大汗可引起亡阳。阴证（如慢性劳损疾患），一般起病慢，病程长，病位深，初期局部症状和体征常不明显，随着病情发展而渐趋明显或严重，全身症状多有虚证、寒证的表现。阳证（如急性损伤）一般起病急，病程短，病位浅，初期局部症状和体征比较容易识别，随着病情发展而更加明显，全身情况也多有实证、热证的表现。

在临床上常是诸证并见，有时还可出现互相转化、错杂和假象。表证可以入里，寒证可以化热，实证可以转虚，阳证可以转为阴证等。如严重创伤、大量失血可引起四肢厥冷，脉微欲绝等，并由亡阴导致亡阳。因此，骨伤科八纲辨证是从四对矛盾的八个方面去概括伤病的不同特点，从而对机体伤病后作出总的判断。

脏腑辨证 骨伤科脏腑辨证是以脏象学说为基础，根据伤病后脏腑的生理功能和病理表现，来判断病变的部位、性质、正邪盛衰状况，用以指导治疗损伤及筋骨关节疾患的一种辨证方法。肺主皮毛，心主血脉，脾主肌肉，肝主筋，肾主骨，皮肉筋骨有赖于气血温煦和脏腑濡养。因此，损伤及筋骨关节疾患与脏腑有密切关系。虽然大多数损伤及筋骨关节疾患都发生在皮、肉、筋、骨，但严重的皮、肉、筋、骨的病变可累及脏腑，并出现相应的证候；反之，脏腑的病变也可影响皮、肉、筋、骨而出现相应的证候。

青壮年气血旺盛，肾气充足，筋骨强壮，故其损伤的修复较快；年老体弱者气血虚衰，脏气不充，筋骨痿弱，故其损伤的修复较为迟缓。老年人损伤后，还较易出现脏腑功能失调的证候，如老年人骨折，长期卧床，可出现大便干燥，难于排出，舌红少津，苔黄燥，脉涩或细，此为大肠液亏，肠失滋润，治宜润肠通便。

开放性骨折失血过多，症见眩晕，心悸，面色不华，唇舌色淡，脉细弱，是营血亏虚，血不养心所致，属心血虚证，治宜养心血、安心神。

严重创伤，症见心悸气短，大汗淋漓，四肢厥冷，口唇青紫，呼吸微弱，脉微欲绝，此为心气不足，鼓动无力，心阳暴脱，宗气大泄所致，属心阳虚脱，当用回阳救逆。

胸部损伤早期，症见胸痛，发热咳喘，痰黄粘稠，舌红苔黄，脉滑而数，此为肺有瘀热之实证，宜用活血祛瘀、泻肺清热；若胸胁陈伤旧患，症见胸胁隐痛，若兼咳嗽气短，痰白清稀，疲倦懒言，声音低微，怕冷自汗，面色㿠白，舌质淡嫩，舌边尖有瘀点，脉虚弱，此为肺气虚而兼血瘀证，宜补肺气、健脾土，佐以活血化瘀；若兼干咳无痰，或痰少而粘，痰中带血，口干咽燥，声音嘶哑，潮热盗汗，午后颧红，舌红少津，脉细数，此为阴虚肺燥之证，宜滋阴润肺。

损伤后气血耗损较甚或素体虚弱，症见面色萎黄，身倦无力，气短懒言，食纳减少，食后腹胀，肢体浮肿，或大便溏泄，舌质淡嫩，苔白，脉缓弱，此为脾不健运，宜益气健脾。若患处或诸窍出血，症见面色苍白或萎黄，饮食减少，倦怠无力，气短，舌质淡，脉细弱，此为脾气虚弱，统摄无权之脾不统血，当用温脾补虚、益气摄血。

胸胁损伤，若患处胀痛，而兼口苦，发热欲呕，两胁热胀，甚则咳血、吐血，舌红苔黄，脉弦数，此为肝火内盛，宜用疏肝清热。

腰椎骨折后期，腰痛隐隐，酸软无力，遇劳更甚，不能久坐久立，面色㿠白，精神不振，舌质淡，苔白，脉细弱，此为骨折伤及气血，累及肝肾，若肾阳虚，治宜养肝血、补肾阳；若肝肾阴虚，宜滋补肝肾。

骨盆骨折早期，症见局部肿痛，腹胀拒按，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄厚腻，脉弦数，是瘀血内蓄，积瘀生热所致，属中焦胃肠的里实热证，治宜攻下逐瘀之类。

由于在疾病过程中，脏腑之间的病变是相互影响的，因而脏腑证候也是复杂的，临床辨证时须灵活运用。

气血辨证 骨伤科气血辨证是以气、血的有关理论对损伤后所发生的各种证候，加以归纳、概括的辨证方法。伤气的病证可分为气闭、气滞、气虚；伤血的病证可分为血瘀、亡血、血虚。

气闭 严重损伤致气血错乱，气为血壅，气闭不宣，因而出现晕厥不醒，神志昏迷，牙关紧闭，四肢抽搐，脉伏或沉细欲绝，多见于堕伤、撞击伤、头部震伤等。治宜通关开窍。如《伤科汇纂·内证》引陈远公曰："人从高坠下，昏死不苏，人以为恶血奔心，谁知乃气为血壅乎。……故气血错乱，每每昏绝不救，……倘徒攻瘀血，则气闭不宣，究何益乎。"

气滞 损伤可致人体气机运行失常，而出现气滞证候。气滞的表现多为游走疼痛，这是由于气忽聚忽散所致，所以疼痛的范围广泛而无定处。症见咳嗽胸闷，胸胁胀满，呼吸不舒，咳嗽气急，掣引疼痛。若肝肾伤气，则疼在筋骨；营卫气滞，则痛在皮肉。气滞多见于挫闪，胸胁内伤等，治宜理气行滞。

气虚 平素体虚或病久耗损均可出现气虚，症见呼吸气促，语声低微，疲倦乏力，自汗，食欲不振，舌淡苔少，脉虚无力。局部可见瘀肿不消，或伤口腐肉不溃，脓液清稀，新肉不生等症。多见于骨折、脱位后期和慢性骨关节感染等。如《正体类要》云："腿肿痛而色黯，食少倦怠。此元气虚弱，不能运散瘀血而然耳。"说明气虚不能运散瘀血，可使瘀肿难消。

血瘀 外力伤及人体经络血脉，使血不得循行而阻于经隧之中，或溢于经络之外，离经之血滞留体内，则可引起血瘀的证候。症见局部肿胀疼痛，痛如针刺，拒按，痛处固定不移，舌质暗或有瘀斑，脉涩。若瘀血滞于肌表，可见局部青紫瘀斑或血肿，如伤筋等；若瘀血阻于营卫则郁而生热，可出现寒热症状，亦可酿作痈脓；若瘀血积于胸胁，则胀闷疼痛，如胸胁内伤等；若瘀血积于腹中，则腹痛拒按，大便不通，如腹部内伤瘀血内蓄等。瘀血经久不愈，留伏经络之间，可变为宿伤，患处疼痛，时轻时重，经久不愈，以头部及胸胁部损伤多见。瘀血疾患在治疗上，宜活血祛瘀为主。如《血证论》云："瘀血在中焦，则腹痛胁痛，腰脐间刺痛着滞，血府逐瘀汤治之。"

亡血 外力伤及人体经络血脉、瘀血内积、血热妄行及脾不统血等均可致亡血。皮开肉绽或开放性骨折可致创伤出血，血从创口溢出于体外。内伤脏腑出血而上溢，表现为咳血、吐血、呕血；或下溢而便血、尿血。若撞伤头部兼有颅底骨折者，则见诸窍出血。若亡血过多，则可出现气脱血脱之危象。血热妄行，可吐血、衄血、便血、尿血等，症见血色鲜红，并见心烦等，舌红绛，脉细数，治宜清热凉血止血。脾不统血，是脾气虚弱，失其统摄血液之权，而致吐血、便血等。症见血色淡红而持续不止，面色萎黄，短气懒言，舌质淡，脉细弱。治宜补气摄血。瘀血内积，阻碍血液的正常运行，所致血不循经而从诸窍外流，出现吐血、咯血、呕血、便血、尿血等。症见血色紫暗成块，常伴有刺痛，舌紫暗或有瘀斑，脉涩。治宜活血止血。如《正体类要》云："出血，若患处或诸窍出者，肝火炽盛，血热错经而妄行也，用加味逍遥散，清热养血。若中气虚弱，血无所附而妄行，用加味四君子汤，补益中气。或元气内脱、不能摄血，用独参汤加炮姜以回阳，如不应，急加附子。或血蕴于内而呕血，用四物汤加柴胡、黄芩。"

血虚 损伤失血过多，或脾胃虚弱，生化不足，或瘀血阻滞，新血不生，或邪去正虚，阴血亏损等均可致血虚。心血虚则心神失养，血不上荣，症见面色不华，失眠，健忘，易惊，心悸，心烦，头晕眼花，唇舌色淡，脉细弱。治宜养心血、安心神。肝血虚则血不养肝，不能濡养筋脉，血虚生风，症见头目眩晕，视物模糊，面色萎黄，手臂经常发麻或手足突然抽搐，舌淡少苔，脉弦细。治宜养血熄风。

经络辨证 骨伤科经络辨证是根据经络学说来辨别损伤证候的方法。经络与损伤的发生及传变有密切的关系。损伤可致经络运行阻滞，同时可使其循行所经过的脏腑的功能失调，而出现相应的证候。

由于足厥阴肝经从下肢内侧循行而上，绕阴器，布胁肋，故临床上凡外阴部和两胁的损伤，应视为与肝经有关；足少阴肾经起于小趾之下，斜走足心和内踝下方，别入跟中，沿下肢内侧后缘上行，贯脊属肾，因此足跟、腰脊损伤疾患，应视为与肾经有关。故《正体类要》云："腰为肾之府，虽曰内伤，实肾经虚弱所致。"在临床上，治疗脚跟痛症，往往从肾经论治；足太阳膀胱经从头出项，一支由项下至腰部，络肾，属膀胱，并从腰下行，经股部后侧进入腘窝。另一支由项部经肩胛下行至臀部，下到腘窝，与前支会合后下入小腿后方，若腰痛沿脊椎旁至大腿后侧放射至小腿足背者，则应视为病变已累及足太阳膀胱经。故《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："伤损腰痛脊痛之证，或因坠堕，或因打扑，瘀血留于太阳经中所致；"手太阴肺经

起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈，属肺；肝经之脉由下而上布胁肋，故胸部损伤应视为与肺经、肝经等经有关，因此治疗上往往以疏肝气、理肺气为主；由于督脉运行于头项背后的正中线，总督一身之阳经，故脊椎骨折脱位合并截瘫则可认为督脉遭到损害所致。对于已累及经络的病变有虚实之分，在治疗时，实证宜活血祛瘀、疏通经络，虚证宜调补气血、温通经络。

三期辨证　骨伤科三期辨证是按照损伤及筋骨关节疾患的不同发展阶段分为初、中、后三个阶段的辨证方法。从发病至痊愈，虽是一个连续的过程，但有其明显的阶段性。对损伤及筋骨关节疾患进行分期辨证，能更好地进行恰当的治疗。

例如，根据骨折的愈合情况可分为初期、中期和后期三个阶段。若骨折后 1—2 周内，骨折局部瘀斑、肿胀明显，疼痛剧烈，活动功能障碍，局部有明显压痛和纵轴叩击痛，并伴有发热、口干、纳呆、便秘、尿黄等症状，此为筋骨损伤、气血瘀滞、积瘀化热，可辨为骨折初期，又称消瘀退肿期；若骨折后 3—6 周内，骨折局部肿胀渐趋消退，疼痛逐渐减轻，局部压痛和纵轴叩击痛减轻，体温正常，此为瘀肿虽消而未尽，断骨尚未连接，可辨为骨折中期，又称接骨续损期；若骨折 7—10 周以后，骨折局部有轻度酸痛，筋肉萎缩，肢体乏力，关节屈伸不利，局部仅轻微压痛和纵轴叩击痛，此为断骨初步愈合而尚未坚实，功能尚未恢复，可辨为骨折后期，又称坚骨壮筋期。这就是骨折的三期辨证。每期的划分特别是各期的时间划分，不是绝对的。分期辨证，还必须结合患者的年龄、体质、禀赋以及损伤的情况等来进行辨证。

分型辨证　骨伤科分型辨证是按照损伤及筋骨关节疾患的不同病因或临床表现，而分为若干类型的辨证方法。一般可分为全身证候之分型与骨关节损伤局部之分型辨证。例如胸腹部损伤，根据气血损伤的偏重来进行分型辨证。若伤血为主，其痛有定处者为血瘀型；若伤气为主，而痛无定处者为气滞型；若兼有气滞、血瘀者为气血两伤型。又如肱骨髁上骨折，根据受伤机理和骨折移位情况的不同来进行分型辨证。伸肘位受伤且骨折远端向后移位或向前成角者为伸直型，屈肘位受伤且骨折远端向前移位或向后成角者为屈曲型等。骨痨则根据其临床证候的阴阳偏胜和气血虚实的不同，而分为阳虚型、阴虚型和气血两虚型等。骨伤科分型对确定内、外治疗方案有着重要的意义。

眼病辨证

眼病临症之辨证，亦需重视八纲以及外障、内障症状之辨证。

八纲辨证　通过对四诊所取得的材料，进行综合分析，用阴阳、表里、寒热、虚实归纳说明疾病原因的属性、病位浅深，病证属性，正邪盛衰等的辨证方法，称为“八纲辨证”。一切内外障眼病错综复杂的证候，都可以运用八纲来分析归纳，作为制订治疗大法的依据。现将八纲辨证在眼科的运用分述如下：

表里　即辨别眼病部位和病势趋向。如《素问病机气宜保命集·眼目论》曰：“眼之为病，在腑则为表，当除风散热；在脏则为里，宜养血安神。暴发者为表而易治，久病者在里而难愈。”如以病因而论，六淫从外而入者，多属表证。七情过伤，脏腑内损，病自内生者，多属里证；以内外障眼病而分，外障眼病以表证为多，内障眼病以里证常见；以病势病程而分，表证多发病急骤，病程短而易治，里证多发病缓慢，病程长而治之较难；从眼部症状而分，目病暴发疼痛、眼睑肿胀，白睛红赤壅肿，眵多泪出，黑睛生星翳等，多为表证。目睛红肿疼痛，痛极不可忍，黑珠生翳，疼痛羞明，黄液上冲，或起蟹睛，瞳神散大或紧小，视物昏花等，多为里证。

在临证中，往往病情错综复杂，还要依据全身出现的症状综合分析，不能拘于新病为表，久病属里；外障为表，内障属里；外因为表，内因为里之说。内障为里证，但不尽属里证。外障为表证，但不尽属表证。有时表证和里证可兼有，加之每与寒热、虚实相兼，如有表寒、表热、表虚、表实和里寒、里热、里虚、里实等复杂的临床证候，临证中更应详细分辨。

虚实　即分析邪正盛衰，判断病势之顺逆。虚是指正气不足，实是指邪气过盛。虚证在眼病的表现复杂，如眵多不结，白睛淡红或局部红赤，为肺虚有热；白膜侵睛，迎风极痒为肝虚引邪；胞睑肿胀，不红不痛、上胞下垂、睑皮宽纵，为脾虚气弱；黑花茫茫，冷泪长流为肾虚火衰；痛而喜按或恶寒为气血两虚，还可伴有舌淡苔白，二便清利，脉细弱等症。

实证在眼部的表现如眵多热结，白睛红赤多为肺之实火；黑睛溃烂，赤膜侵睛，黄液上冲，迎风刺痛，多为肝之实热；胞睑红肿热痛多为脾之实热；痛而拒按，兼见躁闷，或痛涩而目红紫，为气郁血瘀，还可伴有舌红苔黄，口渴便秘，脉弦滑等症。

《眼科纂要·拳毛倒睫》中对外障眼病的虚实辨证概括谓：“何谓实，红肿且痛，涩泪且痒，眼难开，坐卧不安，小便赤，大便闭是也。何谓虚，有红有泪有痒，无肿无痛无涩是也。”一般来说，外障多有余，亦可见实中挟虚。内障多不足，亦可见虚中挟实。且常与表证、里证、寒证、热证同时出现，构成错综复杂的证候。

寒热　即辨析眼病之性质。热证是感受火热之邪，或阳盛阴虚，或因七情过激，郁而化火，或饮食不节，积蓄为热，或房室劳倦，劫夺阴精，阴虚阳亢所致。眼病常多表现为火热的证候。热证主要分为实热和虚热两类。实热证如椒疮成片，为血热有瘀。粟疮丛生，睑弦赤烂为湿热内蕴。胞睑红肿疼痛，为脾经积热。白睛赤而肿胀及眼睑浮肿，迎风热泪，为风热盛。白睛混赤为火邪盛。白睛色黄为湿热郁蒸。白睛青蓝为肝热蒸逼；凝脂翳生，浮

嫩速变为火郁肝胆；黄液上冲为脾胃积热熏蒸；雷头风痛为痰火风毒上凌；旋胪泛起为火郁黑睛等，此类眼病还可伴有口渴、便秘、溲赤、脉洪数等症；虚热证如小眦红赤，为心经虚热。迎风冷泪，赤痛如邪，为肝经虚热，或挟风邪。胞睑浮肿，疼痛轻微为脾经虚热。白睛微赤，眵多不结为肺经虚热。黑花茫茫，坐起生花，云雾移睛，蝇蛇异形，昏朦干涩，隐隐珠痛为肾经虚火。视定反动，神光自现，多为水不制火。此类眼病可伴有口干不欲饮，午后潮热，舌质红，脉细数等症。

寒证是感受寒邪，或因内伤久病，阳气耗伤，阴邪内盛所致。眼病表现为目赤痛隐涩，头痛身楚，苔白而润者为风寒外客。冷泪常流为肝肾虚寒，迎风冷泪为风寒中目。不红不痛，翳膜渐渐遮睛，或翳膜带白色者，为寒邪内乘。白睛紫暗，痛涩轻微为寒凝血滞。此类眼病还可伴有恶寒喜暖，口淡不渴，面色苍白，肢冷踡卧，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白，脉迟或紧等症。

寒证与热证虽然有本质的区别，但又互相联系，既可以同时存在，表现为寒热错杂的证候，又可以在一定的条件下相互转化，出现寒证化热的情况。如眼病初起，两目赤痛隐涩，涕泪交流，头痛身楚，恶寒发热，苔白润滑，脉浮紧，属风寒外客之表寒证。亦可转化为风热证，而有眼胞肿胀，红赤疼痛，羞明流泪，白睛红赤或黑睛生翳浮嫩速变。若见小便赤涩，大便秘结等，则又由表入里。因此在临症中要注意病情变化，仔细辨别，掌握病机。

阴阳　阴阳是八纲辨证的总纲。眼之里证、虚证、寒证属于阴的范围，眼之表证、实证、热证属于阳的范围。阴虚证是指体内阴虚不能制阳，眼部表现如两目干涩，神水将枯，起坐昏花，瞳人散大而致目昏眼暗等。此类眼病还可见形体消瘦，口燥咽干，眩晕失眠，甚则可见五心烦热，潮热盗汗，舌红少苔，脉细而数等阴虚生内热的证候。

阳虚证是指体内阳虚不能制阴。常有入暮不见，视野窄小等，为阳衰不能抗阴之病，可兼有神疲乏力，少气懒言，踡卧嗜睡，脉微无力等症，甚则可见肢冷形寒，喜热怕冷，小便清长，夜间多尿，尿后余沥，口中和，舌质淡，苔白润，六脉沉迟等阴寒内盛的证候。

外障症状辨证　凡胞睑，两眦，白睛，黑睛部位之目疾统称为外障。对这类疾病所出现的泪、眵、赤、肿痒、痛、翳、膜等症状，结合全身表现，遵照八纲、脏腑、病因等辨证方法，进行综合分析归纳，以了解外障眼病的病因、病机、病位及性质，称为"外障症状辨证"。

《秘传眼科龙木论》设眼病72种，已有内障与外障之分，其中外障49病。《素问玄机原病式》中对外障眼病所现症状，进行了概括的辨证，提出："目昧不明，目赤肿痛，翳膜眦疡皆为热也。"至《证治准绳·七窍门》具体提出外障眼病的症状，为目痒、痛、泪、眵、羞明、目赤、翳膜、肿胀等。其后《医宗金鉴·眼科心法要诀》对外障眼病作了概述，云："外障者，从外而遮也，……外障之病，皆因六淫所感，然必因其人内热外蒸，腠理不密，相召外邪，乘虚而入。……其证：赤、痛、肿、涩、眵、泪、翳膜遮睛也。"由于外障眼病多因六淫所感，因此在病因辨证方面更为重要。

外障辨证除对各单一症状作具体辨证外，应将外障眼病所出现的全部症状及全身表现进行综合分析，相互合参，才能认识到疾病的本质，得出正确的辨证结论。

目痛　目痛之时间、性质、部位等不同，而有阴阳虚实之分。目眦及白睛痛，属阳，多为昼则痛甚。眼珠及黑睛痛，属阴，多为夜间加剧；目痛如刺为肝经实热，隐隐珠痛为阴虚火动。目痛持续不歇者为实，时作时止者多为虚；痛而躁闷者为肝气实，痛而恶寒者为阳气虚；痛而拒按者属实，按之痛缓者属虚；痛而喜冷者属热，痛而喜温者为寒；疼痛伴有抱轮红赤者多为肝经实热。疼痛，酸涩，胞睑无力，为肝经血虚；目痛伴有眵多粘结为火邪炽盛，属实热。目痛轻微伴眵泪清稀为阴虚火升属虚热；目赤痛而二便清利者，多属虚火上浮。目赤痛兼溲赤便秘者，多为实火内闭；目痛而引及眉骨头痛者为邪犯太阳经，目痛连及齿颊部者为邪侵阳明经，目痛旁及太阳穴及耳部者为邪入少阳经。

目痒　目痒虽有因风，因火，因湿，因血虚等不同，但临床上以风邪外侵及血虚生风者居多。眦部作痒，外无形症者为风邪外乘；痒若虫行难忍者为风邪肆虐；迎风极痒伴有目赤肿痛为风与热并，痒而兼睑弦赤烂胶粘者为风热挟湿；痒而疼者为邪毒方盛，气血流通不畅之象；痒涩兼作，微红而痒，多为血虚生风之变。另外尚有虚火入络，邪气行动之痒。有邪退火息，气血得行，脉络通畅而痒者。

羞明　羞明是黑睛、黄仁疾患的主症，眼病暴起，羞明难睁，疼痛流泪，目赤怕热，为气盛血热，邪在阳分属实；若羞明久患，痛涩轻微者，为阴虚；羞明而不痛无泪，目喜垂闭，为阴阳两虚，不能运精华上行于目，以敌阳光。

目眵　目眵是白睛病的主要症状之一。常由火热所致，但因性质、色泽及眵量等不同，亦有虚实之分。眵多粘结为肺之实热，眵多不结为肺之虚热。眵多胶粘两眦，且伴赤肿、热泪频出，为心肺两经俱实，风热上攻所致。眵少而稀，附于两眦，睛内隐涩，为心肺两经之虚，风寒凌目所生。

目泪　泪液无制，溢出眼外，常有冷、热之分。泪多清冷，溢时眼有凉感，遇寒更甚为冷泪，冷泪多因于"寒"。泪出如涌，溢时眼有热感，遇热更甚为热泪，热泪多因于"火"。热泪中有迎风而出热泪，多为肝经蕴热，复感风邪引发。热泪发之无时，多属肝肾阴虚，水不制火，虚火炎蒸；冷泪迎风频流，属肝血不足，风寒外乘，因虚引邪而发。冷泪发之无时，多为肝肾两虚，阴血耗伤，阴损及阳，不能制约泪液。

目赤　目赤均属热证。然热有风热、湿热与实热、虚热之不同。白睛红赤似火，伴有眵黄粘结、目痛剧者为实火。白睛淡淡红丝，细短纵横，或红于一隅，不肿不痛为虚火。大眦赤者多属实火，小眦赤者为虚火；白睛红赤肿

胀，伴胞睑浮肿、目痒，多为风热。白睛红赤伴睑眩赤烂，生泡生疮，属湿热。有白睛不肿不胀，忽如血灌者，乃血为邪胜之血热证。抱轮红赤，伴凝脂翳或黄液上冲者，多为肝胆实火。抱轮微赤，伴有视物昏朦，或瞳神干缺者，为虚火上炎。若目赤伴有头痛身楚，恶寒者，多为风寒所致。目赤血丝虬盘，乃气滞血郁。症见白睛红赤壅肿，甚则遮盖黑睛，多因火炎血瘀。

目肿胀　有虚实之分。白睛肿胀、赤痛，属实证热证，白睛浮肿不红不痛者为虚证。胞睑红肿热痛或如杯如桃者为实证。胞睑虚肿如球，不红不热不痛者为虚证。肿胀目赤痒痛流泪者属风热，血瘀紫胀者属寒凝。突起睛高或珠突出眶，因火毒炽盛而发者为实热证，若因元气大伤无所制约者属虚候。

翳膜　翳和膜是外障眼病的常见症状，起于黑睛之上称"翳"。又根据其程度不同薄者为"云"，厚者为"翳"。病变始于白睛，而后侵及黑睛者为"膜"，如"赤膜下垂"、"白膜侵睛"等即是。临症中，有时又把翳和膜混称为翳膜。翳膜之辨证，须视其发病原因，病之所在，翳膜之行走方向等不同而辨之。如《医学纲目》云："凡赤脉翳初从上而下者，或内眦外出者，其证多热，或便结者属阳明主里。"膜薄而色淡红者为虚火所致，膜阔大肥厚赤红者为心肺有热，气血瘀滞。翳生浮嫩有疼痛羞明者为新翳，多为外感风热或肝热所致。翳见瓷白光滑无所苦者为老翳，多为气血凝滞。翳膜红而有紫筋爬行或色白光滑如瓷，均属难愈之证。

内障症状辨证　凡瞳神疾病总称为"内障"。对这类疾病诸如瞳神大小形状改变以及所出现的目昏、目妄见等症状，结合全身情况，进行综合分析，以确定内障眼病的病因、病机、病位及性质，称为"内障症状辨证"。

狭义内障，系指眼无他病，黄精混浊，有障翳气色之改变而言，如《目经大成》中所列"内障"一节即是，其内容包括在广义的内障之中。

早在《秘传眼科龙木论》中就将眼病归纳为72种，分为内障和外障两大类，其中有内障23种。《医宗金鉴》对内障眼病作了概述："内障者，从内而蔽也。内障之病，皆因七情过伤，过喜伤心，过怒伤肝，过忧伤肺，过思伤脾，过悲伤心，过恐伤肾，过惊伤胆，脏腑内损，精气不上注于目。"

近代在广泛借助于裂隙灯、显微镜和眼底镜等光电检查仪器条件下，扩大了四诊的深度和广度，大大丰富了可供辨证的内容。如眼底出血，可提供以血证论治的依据；眼内中央动脉或静脉阻塞，可作为活血通络、导滞行瘀之参考；其他如视网膜、脉络膜之渗出水肿，视网膜脱离，黄斑区变化所见等，均给内障症状的辨证丰富了内容，提示了一定的线索，并在临床实践中逐步积累经验。总之内障之为病，症状较多，以四诊详察，审视形症，辨明虚实，综合分析，始能得出正确的辨证。

内障辨证源于脏腑与八纲辨证，因其病在瞳神，故脏腑定位多在肝肾。病因多为七情所伤及饮食劳倦，斫伤肝肾，故属虚证者居多。但也有因火郁痰生，肝郁气滞所致之实证。内障眼病，部分有瞳神或大或小，或偏缺不圆者，有瞳神变青、绿、黄等症状者，但大多病证往往无明显异常表现，惟觉昏朦。有如薄纱笼罩者，有如在云雾中者，有如见黑花者，有如见蝇飞蝶舞者，有如见蛛悬者，有眉棱骨痛者，有头旋眼黑者，皆内障之特征。因此，对内障之辨证，应重视问诊，结合详察病眼，以辨虚实寒热，方能正确施治。

目昏　目昏亦曰昏花，狭义之目昏即指视物模糊不清，广义则应包括视瞻昏渺，干涩昏花，云雾移睛，坐起生花，萤星满目，视近怯远，视远怯近等症。目昏多由肝肾气血之病所致。《诸病源候论·目暗不明候》谓："血气充实，视瞻分明，血气虚竭……令目暗不明。"《直指方·眼目方论》云："肝肾之气充，则精彩光明。肝肾之气乏，则昏朦晕眩。"《宣明论方·眼目门》亦云："营卫实则能视，营卫虚则昏暗。"都说明目昏与肝肾虚损，气血不足有密切关系。

若目微昏，如隔帘视物之象，或视如蝇翼者，此玄府郁闭之故；若目昏而见黑花者，乃虚火上炎而发于目；视瞻昏渺多为血少神劳或精气虚衰之象；萤星满目则为阳盛阴虚；云雾移睛多为湿痰上泛或为阴虚火动；坐起生花乃精亏血少；青盲或因痰火阻隔，玄府闭塞不通之实证，或因肝肾不足、营卫气血亏损之虚候；视近怯远，责之火少；视远怯近，责之水亏。凡目昏暗，视物不清，逐渐加重，来势缓慢者，多属虚证；暴盲如祟，来势急骤者，多属痰火、头风、肝郁所致之实证。

目妄见　其症包括视瞻有色、视赤如白、视大反小、神光自现、视一为二、视正反斜、视定反动、视物颠倒、黑夜睛明等症。

视瞻有色，多为肝肾不足或阴虚血少。若见黄、赤色者，属阴虚水少，贼火爆烁。若见白色者，为肺之元气有损。若见有大黑片者，为肾之元气大伤，胆失所养；视野缩小，甚者仅为管视，多属肝肾精亏或阳气衰惫；视赤如白，乃内络气郁，玄府不和所致；视大反小，乃肝肾之热邪久郁不发之象；神光自现，每如电光闪掣，甚者如火焰霞明，时发时止，此为阴精亏损，孤阳飞越，而神光欲散之兆；视一为二，多因肝肾不足、精华虚衰、或风邪中络；视正反斜，乃阴阳偏盛之候；视定反动，乃精水不足，火邪上搏，恣酒嗜燥，头风痰火之人屡有此患；视物颠倒有因风、因痰、因火、因虚之别；黑夜睛明，乃阴不制阳，阳光飞越；入暮则盲乃肝虚血损、或阳弱不能抗阴；若以长为短，以白为黑，颠倒错乱，神光暗耀，视物模糊者，每因精衰而成视变。

头目胀痛　头痛眼胀，伴瞳神内呈淡青之色，多为风痰气火上攻所致。若头痛如劈，眼胀难忍，痛胀连及眼眶鼻根，伴瞳神散大呈淡绿之色，恶心呕吐等，多为肝郁化火，风痰上攻之象；头目胀痛，发病日久，瞳神呈淡黄之

色，视物昏暗，甚至不辨三光，乃阴虚火旺，蒸灼瞳神所致；若目珠转动则痛，视物昏朦，多属肝火上逆，或玄府郁闭，或阴不制阳，虚火上炎；若两目胀痛，不耐久视，过劳则痛胀加剧，多为气血不足，目失养或阴虚阳旺之象。

瞳神形态　瞳神散大者，多属头风攻痛之害，亦有痰浊、气滞化火而蒸伤精汁，不养神膏，或肾水不足，水枯火炽，或气为怒伤所致，或为物伤，触伤真气者；瞳神紧小，常因肝胆火炽，上攻于目，或肝肾阴亏，虚火上灼为患；瞳神干缺则多为肝肾阴虚，虚火上炎；瞳神欹侧，若黑睛外无见证，属先天禀赋不足，与生俱来；若黑睛外有瘢痕，则为蟹睛或黑睛外伤破损之后遗。

耳病辨证

脏腑辨证是辨证的基础；症状辨证是根据临床各种不同症状进行辨证。因此，脏腑辨证与症状辨证是从不同角度上成为耳病的主要辨证方法。症状辨证是根据临床各种不同症状进行辨证，寻求其病因病机，与阴阳、虚实、表里、寒热属性以及所在脏腑。因此，脏腑辨证与症状辨证是从不同角度上对耳、鼻、咽、喉、口、齿、唇、舌病症的辨证方法。

脏腑辨证　根据与耳关系密切的脏腑，肾、肝、胆、心、脾等进行辨证。

肾脏病证　肾脏功能失调，引起的耳病，以虚证为多，有肾阴虚与肾阳虚之别。①肾阴虚：症见耳鸣、耳聋、眩晕，或耳内堵塞感，耳部流脓日久不愈，脓质清稀或稍粘，若损及骨质则脓液秽臭等。其耳鸣多为高音调，渐发而声细，夜静较甚，其听力多呈逐渐减退，其眩晕则发作较为频繁。兼见精神委靡，腰膝酸痛，健忘少寐，形体消瘦，咽干舌燥，五心烦热，舌红苔少而干，脉细数等症。肾阴虚与肝阴虚常并见，可有阴虚伴肝阳上亢诸症出现，如眩晕、耳鸣、耳聋，兼见面色潮红、急躁易怒等症。此外，肾阴虚，心火亢盛，也可出现眩晕、耳鸣、耳聋面虚烦、失眠多梦等症。②肾阳虚：症见耳鸣、耳聋、流脓，全身症状表现为面色㿠白，形寒肢冷，精神不振，腰膝酸软，舌质淡，苔白，脉沉细无力，尺脉尤弱等。肾阳虚与脾阳虚又常兼见，以致寒水不泛，症见眩晕、呕恶、纳呆、形寒肢冷等。

肝胆病证　肝胆功能失调引起的耳病，以实热症居多，但也有肝阴虚，肝阳上亢者。①肝胆火热上扰：症见暴鸣声大，暴聋，耳内胀塞感，或耳内疼痛剧烈，或流脓黄稠，眩晕头痛等，兼见面红目赤，口苦咽干，胸胁胀痛，舌红苔黄，脉弦数有力等。②肝胆湿热上蒸：症见耳部湿烂，耳内流脓量多，耳痛、耳鸣、耳聋，兼见舌苔黄腻，脉弦滑数。③肝阴虚，肝阳上亢：症见眩晕、耳鸣、耳聋，兼见面色潮红，急躁易怒、失眠多梦，舌红，苔少，脉弦细数等。

心脏病证　心脏功能失调引起耳病，以心血虚少，心火亢盛为多，但也有邪热炽盛，内陷心包出现的危象。①心血虚少，心火上亢：症见耳鸣日夜不停，呈高音调，伴听力下降，眩晕，心悸，怔忡，健忘，失眠多梦，面色不华，唇舌淡白，脉细弱等。若心肾不交，除见上述症状外，还有咽干、腰膝酸软、梦遗，脉细数。②热陷心包：见于耳疔疮或脓耳重症。症见耳部流脓稠黄，耳痛剧烈，痛连头深处，并伴有憎寒壮热，神志不清，昏睡或烦躁不安，甚或狂躁谵语，面红口渴，舌红或暗紫有瘀斑，脉洪数或细数。

脾脏病证　有脾经湿热、脾虚失运、脾气下陷等不同。①脾经湿热：症见耳周、耳郭、耳道潮红湿烂、渗水，或耳内流脓量多、色黄，有灼热或疼痛感，或伴有脘腹痞闷，呕恶厌食，舌苔黄腻，脉濡数。②脾虚失运，水湿停滞：症见耳内流脓日久，清稀量多，并伴有纳呆腹胀，口淡不渴，四肢疲倦，大便稀溏，舌质淡嫩，苔白滑，脉缓弱。③脾气下陷：症见耳闭、耳鸣、听力减弱，并伴有眩晕，疲倦乏力，语言低微，自汗，食少，面色㿠白，无华，唇舌淡白，脉缓弱等症。④心脾血虚，血不养于耳窍：症见眩晕，耳鸣，听力下降，或血虚生燥，则可见耳部皮肤粗糙、脱屑、痒痛等。

在临床上，复杂的耳病，往往是涉及多个脏腑，如肝肾同病、心肾同病、脾肾同病等。因此，必须综合各方面的情况，抓住主要病变的脏腑，兼顾其他有关脏腑，才能得出全面的、正确的诊断。

症状辨证　耳病的常见症状有耳痒、耳胀、耳闭、耳红肿、耳痛、耳脓、耳鸣、耳聋等。

耳痒　耳痒发生于耳郭、耳周及耳道内等部位。是外耳道湿疹、耳冻疮及耳道真菌等病常见症状，轻者如有虫爬行，重者常搔至其疼痛出血，痒仍难止。痒是风盛之象，但有外感风寒或风热湿邪而起，也有脾虚血燥生风而致。其辨证如下：①按病程辨：耳痒初起，多属外感风邪；耳痒日久，多为血燥生风。②以痒处形态辨：耳痒局部红肿、糜烂、渗出脂水，多为风热湿邪为患；耳痒局部皮肤增厚、粗糙，上有痂皮或鳞屑而干燥者，多为血虚不养肌肤而致。若耳内奇痒，耳道内污浊，有如发霉状，痂皮上长出灰黑色或黄白色菌丝，这是耳道真菌病之特征，常见于南方地气卑湿及春夏季节潮湿温热之时。③以其兼症辨：耳痒而兼疼痛者，多属风热，热邪偏胜，耳痒而兼麻胀者，多属风寒，寒束肌表，血脉凝泣，阳气不达。如耳郭冻伤者，为麻痒感，遇热则痒更甚。

耳胀、耳闭　耳胀、耳闭是指耳窍内胀塞或闭塞不通的感觉。耳胀多属新病、暴发，可兼疼痛，耳闭多属久病、渐发，每致影响听力。耳道有异物或耵聍堵塞时也有胀塞感，但清除后症状即消失。耳胀多属实证，可由风热、湿热、气郁而致；耳闭多属虚证，或虚实夹杂，可由脾虚、肾虚或气血瘀滞而致。其辨证如下：①新病耳内胀塞，或兼微痛不适，耳鸣如闻风声（低音调），听力稍减退，并见发热恶寒，鼻塞流涕，舌苔薄白黄，脉浮数等症，耳膜内陷呈淡红色，为风热邪毒侵袭而致。②耳内胀塞较重，听力减退，耳鸣之声低沉，而自听增强，兼见倦怠、纳呆，舌苔

腻，脉濡滑等症，耳膜内陷或外突，呈淡黄色或粉红色，或有液平面，乃湿热之邪困结耳窍而致。③郁怒而起，突发耳内胀闷，如有异物塞耳中，兼见胁痛脘胀，烦闷，急躁，口苦咽干等症，舌红苔白或黄，脉弦。耳膜一般没有明显改变，多因气机郁结，滞于耳窍而致。④耳内闭塞感，由轻而重，日久不愈，听力渐差，兼见头晕，精神委靡，健忘，腰膝酸软，舌淡苔白，尺脉细弱等症，耳膜内陷，有粘连或呈菲薄，是肾元亏虚，耳窍失养而致。⑤耳内胀闷堵塞感，时轻时重，疲劳时症状加重，伴耳鸣耳聋，兼见倦怠乏力，食少腹胀，面色萎黄，唇舌淡红，脉虚弱等全身症状。耳膜内陷或有灰白斑块，光泽消失，是脾气虚弱，不能上荣，耳窍失养而致。⑥耳内闭塞感，日久不愈，听力减退明显，舌质暗滞，或有瘀斑，脉细涩，耳膜内陷较甚，有灰白色斑块，是病变日久，气滞血瘀，耳窍闭塞而致。

耳红肿 耳红肿可见于耳郭及其前后、耳道和耳膜等处。有红肿兼见，也有偏于红或偏于肿者，一般来说，耳局部肿胀而兼红、且痛，多属热毒；肿胀而不红不痛，多属痰湿。常见的耳红肿辨证如下：①耳前局部肿起、疼痛，或反复流脓，多为先天瘘管，感染邪毒，湿毒困结不出，以致发作成疮成瘘。②耳后红肿、疼痛，或有流脓，乃是火热邪毒结聚耳后而发，临床以脓耳热毒炽盛，脓液流溢于耳后完骨，形成耳根毒为多。③耳道内红肿、疼痛，多是热毒为患，局部肿起有脓头者，属热毒伤于气血，腐肉成脓之疔疮。④耳膜起红丝，或充血鲜红弥漫、疼痛，是感染邪热，或肝胆火热蒸灼耳窍，常能穿溃流脓成脓耳。⑤若耳壳或耳周皮肤潮红、微肿、湿烂、渗液，甚或黄水淋漓，属风热湿邪侵袭而发的旋耳疮。⑥耳壳上局部肿胀，皮色不变或淡黄，按之柔软不痛，属痰浊流注耳壳，称耳壳流痰。⑦耳壳肿胀、紫绀，或有结节，或有溃烂、痒痛者，是因感受严寒之气而致局部血脉凝泣不通，为冻耳成疮。⑧耳部外伤肿胀，多有出血或呈瘀黑色、疼痛。

耳痛 耳痛是多种耳病的常见症状，如耳部外伤、冻伤、烧伤、耳周及耳道疮痈、急性脓耳等病，均有不同程度的疼痛。多由局部经络阻塞，气血凝滞而致，其辨证如下：①耳痛初起，耳周或耳内疼痛较轻，或仅有耳内痒痛、胀塞疼痛感，多为风热邪毒侵袭而致。每兼有风热表证，如发热、恶寒、头痛、鼻塞流涕，苔薄白或微黄，脉浮数等。②疼痛剧烈，局部红肿甚者，多为热毒结聚，肝胆湿热上蒸，伤及气血，蕴酿成疮肿。红肿位于耳后者，多是脓耳热毒炽盛，脓液流溢于耳后完骨所形成的耳根毒。若发于耳道者，痛可连及同侧头部，在牵引耳壳或压迫耳屏时疼痛加剧，属热毒结聚而致的耳疔。③耳窍深处，疼痛剧烈，有如锥刺刀割，并伴头痛，耳膜可见红赤外凸，多为肝胆火热邪毒炽盛，循经上灼清窍。若耳膜溃穿、流脓，耳内疼痛迅速减轻，是为热毒外泄之象。④若耳内流脓，而耳痛不减，并见憎寒壮热，神志不清，乃热入营血，邪陷心包，扰乱神明。⑤外耳或耳道湿烂而痒痛，多为湿热邪毒所犯，若痒而不痛，则为风湿之邪所致。⑥疼痛轻微，或只有堵塞胀痛感，或如蚁咬状，病程较长，呈间歇性，多为肝肾阴虚，虚火上扰清窍而致。

不同外伤所致耳痛有不同表现：如跌扑损伤者，疼痛兼见有瘀肿或出血处；冻伤者多见于耳壳，有紫绀、肿胀、结节、溃烂等，其痛较轻而以麻痒为主；烫火伤者多连及头面，灼热疼痛，并见局部潮红有水泡；挖耳不慎可伤及耳道肌膜或耳膜而致疼痛，并见有耳膜破损或出血处；因于爆震、巨响，或航空、潜水气压突变而致耳痛者，其痛在耳内深处，耳膜可见破裂出血或充血、积血等。

耳脓 耳部的脓液，可见于疮痈及脓耳，多由火热毒邪灼腐血肉而成，但也有由于虚火或湿浊困结而致者。

耳部疮痈未溃，当辨其有脓无脓。若局部色红肿胀，顶部黄白色，按之柔软，有波动感者，为已成脓；若肿胀弥漫，按之硬者，为未成脓。若疮痈已溃出脓，或脓耳窍内流脓者，当按病情急缓、病程长短、脓质稠稀、脓色黄白、脓量多少等情况，进行辨证。①辨时间：病情急者，流脓初起，多属实证、热证；病情缓者，流脓日久，多属体质虚弱，正不胜邪。②辨脓质：粘稠者，属体实邪盛；若脓液极度稠厚，为火热较盛；若脓质清稀者，多属正虚；若脓清似粉浆污水，为气血衰败；脓如豆腐渣样，成块状，多是虚实兼杂，均属病情严重。③辨脓色：黄脓者多为湿热；脓中带血者多为肝经火热，热伤血分；白脓或青脓者多为脾虚；流脓臭秽黑腐者，多为肾虚，湿浊困结之虚实兼杂，病情多较危重。④辨脓量：流脓量多而稠者，多属湿热；量多而清稀者，多为脾虚有湿；流脓量少而稀者，属肾虚，虚火上炎而致；流脓日久，脓量少而稠，或结成块状，多为肾虚，湿浊困结。⑤辨脓的气味：脓液一般略带腥味，若脓液臭秽异常，多属肾虚，正气不足，兼以湿热邪毒久困，蒸灼肌膜，甚至蚀及骨质的脓耳重症；脾虚无热象之脓液，则多无臭味。

耳鸣 耳鸣是指耳内闻有响声，如有蝉鸣而得名。耳鸣是耳科疾病中的常见症状，许多耳病均可以出现耳鸣。耳鸣患者，常伴有不同程度听力下降，故耳鸣与耳聋，其病因病机及辨证施治，基本相同，可以互参。耳鸣的辨证，一般以其声音大小、音调高低、起病缓急、时间长短，以及节律的变化等为依据。①以音调辨：高音调耳鸣者，其声如蝉鸣"吱吱"，多属虚证；低音调耳鸣者，其声如风吹"呼呼"，或如机器转动"轰轰"，多见于实证，但也有数种声音混杂，常是虚实兼杂，当结合其他症状，进行辨证。②以音响辨：《景岳全书·杂证谟·耳证》说："暴鸣而声大者多实，渐鸣而声细者多虚。"又《类证治裁·耳症》有："由痰火者其鸣甚，由肾虚者其鸣微。"③以时间辨：暴鸣、新鸣者多实，渐鸣、久鸣者多虚，日夜轰鸣者多实，夜静鸣甚者多虚。④以节律辨：鸣声短而急促者多实，鸣声长而无间隙者多虚，若耳鸣，律同脉搏，兼见怔忡者多与心血衰少有关。

除此，古人有云右耳鸣者多肾虚，左耳鸣者多痰火；又云耳鸣以手按之而不鸣或少减者属虚，以手按之而愈

鸣者属实。这些虽不尽然，但可作临床参考。以上系按虚实辨证，虚证耳鸣以肾虚、脾虚为主，实证耳鸣以风热犯耳、肝胆火热上扰、痰火郁结耳窍为多。

耳聋　从狭义来说，耳聋为耳不闻声，即所谓"耳不听五声为聋"。但一般习惯所称耳聋，系泛指不同程度的听力下降，包括全聋和重听，如《杂病源流犀烛·面部·耳》说："耳聋者，音声闭隔，竟一无所闻者也，亦有不至无闻，但闻之不真者，名曰重听。"

听力障碍是耳部疾病最常见的症状之一，几乎包括所有耳病，均有不同程度的听力障碍。除此，也与全身其他疾病有关。因此耳聋的辨证，多根据其程度轻重、起病缓急、病程的长短以及其他兼见证候，进行综合辨证。①以程度轻重辨：有全聋与重听之别，若听力极度障碍，甚至不闻外声者为全聋；听力障碍程度较轻，对较小的声音听闻不真，对较大的声音尚能听闻者，称为重听。临床又有单侧耳聋和双侧耳聋之分。②以起病的急缓辨：有暴聋与渐聋之分，暴聋者听力突然下降，患者明显不适；渐聋者，听力逐渐减退。一般暴聋者多属实证，有由风热、肝火、痰火、气血瘀阻以及耵耳等原因而致；渐聋者，多属虚证，因肝肾不足，脾气虚弱而成。③以病程长短辨：有新聋与久聋之别。新聋者即病之初起，多属实；久聋者，耳聋日久不愈，其多虚，或虚实兼杂。④以其兼症辨：耳聋常与耳鸣并见，其病因病机大体相同，辨证时可以互参。《杂病源流犀烛·面部·耳》说："耳鸣者，聋之渐也，惟气闭而聋者则不鸣，其余诸般耳聋，未有不先鸣者。"其他兼症，如耳痛、流脓、头痛、眩晕等，也可合参。

鼻病辨证

鼻病辨证，分脏腑辨证与症状辨证。脏腑辨证，主要抓与鼻关系密切的肺、脾、胃、胆、肾等脏腑。症状辨证，主要抓常见症状，如鼻痛、鼻塞、鼻涕、鼻痒、鼻干、鼻衄、喷嚏、不闻香臭等。

脏腑辨证　鼻病脏腑辨证法，是根据与鼻关系比较密切的脏腑的生理、病理特点，结合阴阳、气血、寒热、虚实等方面进行辨证的方法。

肺脏病证　肺主鼻，其病机与鼻的关系最密切。肺热、肺寒、肺气虚、肺阴虚均可引致鼻的病症。①肺热：症见鼻部红肿疼痛，生疔疮，或鼻内肌膜红肿、鼻塞、流涕黄稠，鼻内焮热或干，或有鼻衄等，兼见发热、咽痛、咳嗽、舌红、苔黄，脉数。②肺寒：症见鼻内肌膜苍白、肿胀，鼻塞、流涕清稀，兼见咳嗽痰白，口不渴，苔白，脉紧。③肺气虚：症见鼻内堵塞感，日久不愈，或时轻时重，或左右鼻孔交替堵塞，或有喷嚏、流涕，不闻香臭等，常见于鼻窒、鼻鼽、鼻渊等病中。④肺阴虚：症见鼻内干燥、疼痛、灼热感、堵塞感，鼻内肌膜萎缩、结痂，鼻内有臭气，或燥裂鼻衄。常见于鼻槁病。

脾胃病证　有脾胃火热、脾胃湿热及脾气虚等不同。①脾胃火热：症见鼻头红赤，起粉刺，生疮疼痛，或鼻衄鲜红、量多，兼见大便秘结，舌红苔黄，脉洪数。②脾胃湿热：症见鼻前湿烂，流黄脂水，潮红，或鼻塞，鼻涕黄而多，头昏头重，嗅觉失灵，兼见肢体困重，脘腹痞闷，厌食，舌苔黄腻，脉濡数。可见于鼻疳、鼻渊等病。③脾气虚：症见鼻塞，鼻涕量多，清稀，或喷嚏多，鼻内肌膜肿胀、色淡，头胀不适，胃纳差，大便时溏，体倦无力，舌质淡、苔白，脉缓弱。可见于鼻窒、鼻鼽等病。或见鼻衄色淡红、量多。

胆腑病证　胆腑病变引起的鼻病以实证为多，由胆腑火热或兼湿热，移热于脑，下犯于鼻而致鼻渊，症见鼻塞重，鼻内黄浊涕多而臭，头昏头痛，鼻内肌膜红赤肿胀较甚，兼见口苦，咽干，目眩，烦躁，舌质红，苔黄或黄腻，脉弦数。

肾脏病证　以虚证为主，有肾阴虚与肾阳虚，常见病如鼻槁、鼻鼽等。①肾阴虚：症见鼻内干燥、结痂，嗅觉减退，鼻内阻塞感，或鼻衄量不甚多，但反复发作。或可兼见耳鸣，眩晕，少寐，腰膝酸软，形体消瘦，咽干舌燥，舌红少苔，脉细数。②肾阳虚：症见鼻痒，喷嚏频频，鼻涕清稀如水样，兼见形寒怕冷，精神萎靡，腰膝酸痛，面色㿠白，舌淡苔白，脉沉细无力。

症状辨证　临床根据各种症状的不同情况进行辨证，寻求其病因病机与阴阳、虚实、表里、寒热属性，以及病变所在脏腑，以便进行治疗。常见症状的辨证简述如下：

鼻痛　鼻部疼痛或有触压痛，可见于鼻外伤、鼻部疔疮、鼻内异物、鼻部肿瘤及鼻窒、鼻渊等病之中。①鼻部疼痛，局部肿胀，皮下青紫积瘀，或皮肉破损、出血，或鼻衄，有外伤病史者，是伤后气血瘀滞，经脉不通，不通则痛。若触压疼痛明显，有骨擦音，为外伤鼻骨骨折。②鼻部疼痛，按压鼻尖或鼻翼时，疼痛加剧，局部红肿，或有脓头，是因火热邪毒，灼腐血肉而致的鼻部疔疮。③一侧鼻内疼痛，堵塞感，流臭秽脓涕或带有血丝，要注意检查鼻内是否有异物，可能是鼻内异物过大，或异物停留过久，感染邪毒而致。④鼻内疼痛剧烈，连及头深部，或兼有鼻出血、鼻堵塞感、耳鸣等症状者，要注意检查鼻内是否有肿物，若有肿物，则多属肿瘤后期，邪毒困郁，火热上攻之重症。

此外，风热邪毒或燥热之邪犯于鼻窍，可有鼻内焮热干燥疼痛的感觉，但一般疼痛较轻。肺热、脾经湿热、肝胆火热等引起鼻渊，可有鼻部或鼻旁压痛，兼有鼻塞、鼻涕多、头痛头昏等症。

鼻塞　多因鼻内肌膜肿胀、分泌物增多，新生物、异物等堵塞，使鼻通道变狭窄，通气受到障碍而引起。由于引起鼻塞的原因较多，鼻塞的原因也甚复杂。①从其部位来说，有单侧鼻塞、双侧鼻塞及双侧鼻腔交替性鼻塞。单侧性鼻塞多见于鼻腔异物、肿物、鼻中隔偏曲。交替性鼻塞多见于肺脾气虚，寒邪凝滞而致鼻窒。其他鼻病一般多为双侧鼻塞。②从其起病新久来说，新起鼻塞多由

于风寒或风热邪毒侵袭而致，或因脏腑火热、湿热上灼鼻窍，如急性鼻渊，以及异物入鼻等。久病鼻塞多由于脏腑虚损所致，如鼻窒、鼻鼽、慢性鼻渊、鼻槁，或见于气滞血瘀而致的鼻窒、鼻腔肿物等。③从其发作情况来说，有阵发性、间歇性、进行性、持续性鼻塞之分。因肺、脾、肾亏损而致鼻鼽，多呈阵发性鼻塞；肺、脾气虚，寒邪凝滞而致鼻窒，鼻塞多为间歇性，或时轻时重；由于气滞血瘀而致鼻窒，多呈进行性、持续性鼻塞。

临床上，根据鼻塞的不同情况，结合其他兼症，辨证如下：①鼻塞初起，喷嚏，流涕清稀，鼻内肌膜肿胀色淡红，兼见恶寒发热，头痛，周身不适，口淡不渴，舌苔薄白，脉浮紧等症，此为外感风寒邪毒，邪束肌表，肺窍失宣而致。②鼻塞初起，喷嚏，流涕清稀或质粘，色淡黄，鼻气焮热，鼻内肌膜红肿，兼见发热恶寒，咽痛，咳嗽，咳痰不爽，口渴喜饮，舌质红，苔白或微黄，脉浮数等症，此为风热上受，犯于肺窍或热邪壅肺，肺失清肃，鼻窍不利而致。③鼻塞较甚，涕黄稠如脓，擤涕后鼻塞稍减，鼻内肌膜红肿，鼻道有引流物，并见发热或寒热往来，头痛，口苦咽干，舌红，苔黄或腻，脉弦数等症，此为胆经火热上犯鼻窍及鼻窦而致。④鼻塞重，鼻涕量多，色淡黄或稠黄，鼻内肌膜肿胀较甚，头胀重，疲乏，纳呆，小便黄，苔黄腻，脉滞或滑数，为湿热之邪蕴结于脾，致令运化失职，升降失常，鼻内肌膜肿胀，湿浊停滞为涕，堵塞鼻道而致。⑤鼻塞日久，时轻时重，每于感邪后症状加重，或鼻塞持续时间较长，或左右鼻孔交替堵塞，少许粘涕，鼻内肌膜肿胀而色淡，面色㿠白，胃纳稍差，为肺脾气虚，鼻失煦养，寒邪凝滞于鼻窍而致。⑥鼻塞时间已久，呈持续性，鼻内肌膜肿胀较甚，呈暗红颜色，表面凹凸不平，状如桑椹，质地较硬实，舌质暗滞，或有瘀斑，脉涩，为邪毒久困鼻窍，气滞血瘀，鼻甲胀塞鼻道而致鼻窒重症。⑦鼻内干燥堵塞感，有黄绿色粘涕及痂皮堵塞鼻道，影响通气，但取出痂皮后，仍无明显改善，并见嗅觉障碍，系肺气肺津两虚，鼻窍失于滋养，兼以邪毒困结，以致肌膜萎缩失用而成鼻槁。⑧阵发性鼻内胀闷堵塞感，鼻内发痒，喷嚏频频，流涕清稀，随之鼻塞不适，一般鼻塞症状较轻，消失也快，系肺脾肾虚损而致鼻鼽。⑨鼻塞呈进展性或持续性鼻塞，检查见有息肉或肿物者，为息肉或肿物堵塞窍道而致。此外，鼻外伤、鼻骨骨折、鼻内肌膜受伤肿胀，或鼻衄血块堵塞窍内、异物停留等也可见鼻塞症状，但其病史多较明确，易于辨别。

鼻涕　鼻涕为五液之一，肺为涕，润于鼻窍。正常鼻涕为鼻内津液，其量适中，有清洁、湿润及调节呼吸气体温度、湿度的作用，使人有舒适之感。当鼻部发生疾病时，鼻涕则可发生异常的变化，并产生不同的症状。鼻涕的辨证，要注意其色、量、质、气味、时间及所在部位不同。①涕量的变化。正常的鼻涕，以鼻内肌膜湿润为度，不显干燥，也无涕液积聚现象。如涕少，则鼻内干燥，或有疼痛，或易致鼻衄，多为燥热伤津而致；涕多则潴积于鼻内，或流出前鼻孔，或溢入咽内，均有妨碍呼吸气息，多为邪犯鼻窍，津液停滞而致。②以涕色而言。一般的鼻涕为无色，若涕多而无色或白色，则多属虚属寒，常可见于风寒表症或鼻鼽；若涕色黄，多为实为热，常见于风热表症，或肺、脾、胆之火热，或湿热等；若涕中带血丝，则色红，可见于鼻咽癌、鼻菌或鼻腔内有小血瘤患者；若涕色黄绿或灰褐色者，多为阴虚肺燥或肾阴虚的鼻槁病。③以涕质而言。质清者多属虚属寒，多见于风寒表证或鼻鼽；质粘稠或成脓状者多属热属实，多见于风热或肺、脾、胆热；涕胶粘成块者，多为燥热。④以气味而言。流涕量多而无臭味者，多属虚寒，若有恶臭气味，多为实证、热证，邪毒困结鼻窍。⑤流涕时间长短。新病流涕者多属实，久病鼻涕常流者，多属虚，或为虚实挟杂。⑥按鼻涕所在部位。一般鼻涕多积于鼻腔底部，鼻渊患者，每可见鼻涕由鼻腔顶部流出。

临床上，按鼻涕的不同变化，结合其他兼症，辨证如下：①鼻病初起，鼻涕多而清稀，色白或淡黄，兼见鼻塞、喷嚏、发热、恶寒、脉浮等症，多为外感风寒、风热邪毒，邪侵鼻窍，肺失宣降，津液停聚而致。②鼻涕清稀如水样，量多，不能自收，兼见阵发性鼻痒、喷嚏、鼻塞等，且日久不愈，是为鼻鼽，多为肺、脾气虚，卫表不固，或肾阳虚，不能温化水液，阴水泛滥所致。③流涕日久，量不甚多，或粘白或粘黄，鼻塞为交替性，多为肺脾气虚，营运之气不能上升，邪滞鼻窍。若持续性鼻塞，则为邪毒久留鼻窍，阻于脉络而致。④鼻涕量少，干结成痂状，黄绿色或灰褐色，或有恶臭味，鼻内干燥疼痛，多为燥热伤肺，肺燥阴虚，是为鼻槁，邪毒久困鼻窍；若鼻涕如浆如酪，鼻气腥臭难闻，则为脾失健运，清气不升，浊阴上逆鼻窍。⑤鼻涕稠黄或如脓状、量多，或有臭味，并见鼻塞较重，头痛剧烈，是为急性鼻渊，多因肺经风热，循经上蒸，灼伤鼻窦而致，或因胆经热盛，或因脾胃湿热而致。流涕日久，鼻涕黄浊或粘白而量多，并见头昏目重，疲倦等症，是为慢性鼻渊，多因肺脾气虚，湿浊停聚鼻窦而致。⑥经常涕中带血，可能是鼻咽癌的早期症状。若流腥臭污秽血水者，则可见于晚期的肿瘤患者，因肿瘤溃烂及坏死而致。

鼻痒　鼻痒是指鼻部皮肤或鼻内肌膜的刺痒或酸痒感觉。病因与风、热、湿、虚有关。辨证如下：①鼻孔前端皮肤刺痒疼痛，局部潮红、湿烂、流溢脂水，常见于鼻疳，多是风、热、湿邪气侵袭，或由于鼻涕经常刺激而致。若该部皮肤瘙痒、结痂粗糙，干燥脱屑，多是血虚生风、风动而痒。②鼻疔初起，局部肿势平坦，根脚散漫，脓犹未成之时，可有作痒感觉。若毒势炽盛，疔将成脓者，则痛多而痒少。若疔脓已溃，局部有痒感。是毒势渐衰，气血通畅，病趋于愈。③鼻病初起，鼻腔发痒，喷嚏、流涕、鼻塞，兼见发热、恶寒、头痛，脉浮等，是鼻窍伤于风邪，正邪相争，邪正往来而致。风邪有兼寒、兼热不同，故鼻痒也有属风寒与风热之别。④以鼻窍阵发性酸痒、喷嚏频频、流涕清稀为特征，鼻内肌膜多呈苍白或紫灰色。多为肺脾

气虚，卫表不固，或肾元不足，阳气耗散而致之鼻鼽。⑤鼻腔受到异物刺激，也可有痒感及喷嚏症状。

鼻干　鼻干指鼻内干燥及焮热的感觉，一般与气候和环境因素有关，如秋冬天气干燥，或在高温、多尘的环境中作业，均易致鼻内干燥。临床上，鼻干多是外感燥邪或肺、胃热盛，热灼津液，或肺肾阴虚，津液枯涸，鼻窍失养而致。①秋冬季节，天气干燥，而见鼻内干燥，或有咽干口渴，干咳痰少，鼻衄，兼有发热，微恶风寒，皮肤干燥，舌苔干燥，脉浮等，是外感燥邪，肺阴受伤之象。②症见鼻干、鼻痛、鼻衄，咽干口臭，口渴引饮，干咳少痰，小便黄短，大便秘结，舌质红，苔黄，脉数。是肺胃热盛，热伤阴津而致。③以鼻内干燥为特征，甚则干痛，无涕，鼻内结痂多，痂块污秽，有臭气，鼻有堵塞感，嗅觉明显减退，甚至消失者，是鼻科常见的鼻槁病，多由肺气、肺津两虚而致。④鼻咽癌患者，经过放射治疗，由于阴血亏损，也多见鼻干、咽燥等症。

鼻衄　鼻衄即鼻出血，是多种疾病常见的症状。引致鼻衄的原因较多，如外伤、外感邪毒、脏腑功能失调等。鼻衄症情复杂，一般以血量多少、病情急缓、血色红淡，以及出血部位不同等，作为辨证的依据。①鼻衄点滴而出，血色鲜红，量不甚多，症情较轻，鼻内干燥焮热感，出血部位多在前端，为外感风热或秋燥之邪，邪犯鼻窍而致。②鼻衄突然而发，来势较急猛，血量较多，色鲜红，面红，口干，脉数实有力，多为肝阳亢盛或胃腑热盛，火热上亢，血随气涌而致。③鼻衄来势缓慢，时出时止，量不多，色淡红，脉细数，多为肺肾阴虚，虚火上炎而致。④血量多，色淡，面色萎黄或苍白，脉细弱，或有皮下紫癜，多为脾不统血，血不循经。⑤涕中时见血丝，要注意可能是鼻咽癌的早期症状之一。⑥小孩单侧鼻塞，流涕脓样，混有血丝，要注意检查鼻腔是否有异物。⑦妇女在经期前后或行经期中，鼻内出血，有规律出现，多因肝郁血热或虚火上炎而致，称"倒经"或"逆经"。⑧有鼻腔或鼻咽肿瘤病史，而见鼻衄突然发作，来势较猛，出血量多而难止者，多是鼻及鼻咽血瘤破裂而致。此外，外伤鼻衄，病史明确，血量多少，因伤势轻重不同而定。

喷嚏　喷嚏是鼻腔受到刺激引起的反应之一，如粉尘、带味气体、异物、机械刺激等，或突然受到强光刺激，均可引起反射性喷嚏，属生理现象。病理上，喷嚏往往是外感鼻病初起或肺、脾、肾虚损而致鼻鼽的主要症状。①喷嚏初起，兼见鼻塞、流鼻涕，发热，恶寒，脉浮等症，为外感邪毒而致，按其兼见症状不同，而分风寒与风热。②喷嚏频频、呈阵发性发作，鼻腔发痒，鼻涕清稀如水样，是鼻鼽，多为肺气虚寒或脾虚湿停，或肾元亏损而致。

因喷嚏之作，多先有鼻腔发痒，在深吸一气而后喷气作声，如《素问玄机原病式》中说："嚏，鼻中因痒而气喷作于声也。"故其辨证，可与"鼻痒"合参。

不闻香臭　不闻香臭系指嗅觉减退，甚至消失，完全不知香臭。《诸病源候论·鼻齆候》称之为鼻齆："鼻气不宣调，故不知香臭而为齆也。"《外科大成·鼻聋》称之为鼻聋："鼻聋者，为不闻香臭也。"嗅觉正常与否，与鼻气的通利程度有密切关系。故一般有鼻塞症状的鼻病，多可影响嗅觉功能，出现不同程度的嗅觉减退，鼻塞甚者，鼻塞久者，其嗅觉减退也多较明显，如《杂病源流犀烛·面部·鼻》说："鼻塞甚者，往往不知香臭。"常见的有：①嗅觉减退，兼见鼻塞，流黄稠脓涕，量多，头昏，头痛等，是鼻渊之症，多因肺、脾、胆火热或湿热上蒸鼻窍，浊涕阻塞窍道，妨碍气息而致。②嗅觉减退，兼见持续性鼻塞，涕多难出，鼻腔内有息肉，多由肺经湿浊蕴结鼻窍，形成息肉，妨碍鼻气的通畅而致。③嗅觉障碍较严重，甚则完全不闻香臭，兼见鼻内干燥、疼痛，鼻涕稠粘，胶结成块或痂皮，或有鼻塞不通利等，是鼻槁之症，系肺燥阴虚，津液枯涸，鼻窍失于滋养，兼以邪毒滞留，损蚀肌膜，鼻窍失用而致。④鼻腔手术后，嗅觉减退，粘膜干燥者，多是手术时损伤经脉，使鼻内肌膜失于营养而致。⑤嗅觉减退，但无鼻塞、流涕等症状，鼻内肌膜也无明显改变，多为脾气虚损，清气不达鼻窍，或髓海受损，精气不能濡养鼻窍，以致嗅觉失灵。

咽喉病辨证

咽喉病的脏腑辨证，是以肺、脾、胃、肝、肾等与咽喉关系密切的脏腑为主。症状辨证，是以干焮痒、疼痛、梗阻感、声音改变、红肿、腐烂、呼吸困难等常见症状为主。

脏腑辨证　是根据脏腑的生理功能和病理变化，运用四诊八纲，对疾病证候进行分析归纳，辨别病证发生的脏腑及其性质、表里、虚实等，作出诊断，拟定治疗原则，兹将咽喉病的脏腑辨证分述如下：

肺脏病证　咽喉病的肺脏辨证，可分外邪侵犯及肺脏虚损两类。外邪侵犯而致的咽喉病，初起邪在卫表，故以肺卫症状为主，外袭肺卫而致咽喉病有风热、风寒之分。肺脏虚损所引起的咽喉病，属慢性虚证，在辨证上分肺阴虚和肺气虚。①风热外袭，肺经热盛：症见咽喉干燥灼热，疼痛，吞咽不利，甚则困难，或声音嘶哑，咽喉部肌膜、喉核、悬雍垂、声带红肿等。兼有发热、恶寒、头痛、体倦、咳嗽、痰多、舌质红、苔白、脉浮数等。②风寒外袭，肺气虚寒：症见咽喉不适或微痛、吞咽不顺、痒咳或音嘶、失音，咽喉淡红不肿，或有声带闭合欠佳。兼有恶寒、发热不甚、头痛、无汗、流涕、痰稀、苔白，脉浮紧等。③肺阴虚：症见咽喉涩痒、干焮、灼热不适、微痛、痒咳，或有声嘶，午后症状较重，咽喉潮红或微暗红，或声带稍红。兼有舌干，颧赤唇红，手足心热，神疲体倦，舌质红，脉细数等。④肺气虚：症见咽喉痒不适、少气声音低沉、声嘶，咽喉肌膜色淡白或淡红，或声带闭合欠佳。一般上午症状较重。兼有面色淡白、短气、畏风、自汗，舌质淡嫩，脉虚弱等。

脾胃病证　脾胃病变在咽喉方面，多表现为里热壅

盛,热毒上炎的实证,症状比肺经风热为重,症见红肿加剧,疼痛加甚,吞咽困难,言语艰涩,痰涎壅盛。如为热毒灼损肌膜,发生溃烂或化腐成脓,兼有高热、口干、喜饮、头痛剧、大便秘结、小便黄、脉数有力等症。若脾热偏重,则以湿热上蒸为主,表现红肿胀为甚;若胃热偏重,则以火热上炎为主,表现红痛为甚。

肝脏病证 肝经病变引起咽喉病,多因肝气郁结或肝肾阴虚。①肝气郁结:痰气结于咽喉,喉中如有物梗阻,咯吐不出,不疼不痛,不碍饮食,检查咽喉无异常改变,病名梅核气。兼有口苦,目眩头晕,胸闷不舒,苔白滑,脉弦等症状。如属肝郁化火,火性上炎,则咽喉红肿溃烂,疼痛较剧,或有咯血,痰中带血。兼有头痛头晕,耳聋、耳鸣,睡眠不安,舌质红、苔黄,脉弦数等。②肝肾阴虚:阴虚则不能制阳,肝阳上亢,咽喉干痛;如有溃烂,则溃面污秽,周围肌膜色红、疼痛,久不愈合。兼有头胀、眩晕、耳鸣、耳聋、失眠、腰膝酸软、舌红、脉弦细数等。

肾脏病证 肾经病变所致的咽喉病,多属虚性、慢性疾病。①肾阴虚:咽喉干焮痒不适,哽哽感,讲话不能持久,肌膜微红微痛,午后症状较重。如有溃烂,则久腐坏死深陷,有腥臭味。兼有头晕、目眩、失眠、遗精、咽干、腰膝酸痛、五心烦热、盗汗、舌红、脉细数等。②肾阳虚:咽喉微痛不适、色淡白、早上较重,午后较轻,讲话无力、声音低弱或有声嘶,肌膜色淡白。兼有面色㿠白,形寒肢冷,腰膝酸冷,舌质淡白,脉沉细等。

症状辨证 临床上根据各个症状的不同情况,结合兼见症状进行辨证,分辨其病变所在脏腑及属性。现将咽喉病常见症状的辨证分述如下:

咽喉干焮痒 干、焮、痒,是咽喉病常见症状,有虚实之分。实证咽干,多肺胃热盛,或风热邪毒上犯伤津。虚证咽干,多肺肾阴虚,津液不足。实证焮热,多热毒上灼,虚证焮热,多虚火上炎。实证的痒,多属风邪或燥邪外犯,虚证的痒,多属阴虚肺燥。因其致病原因不同,临床表现有所差异。①干焮灼热,咽喉红肿较甚,是肺胃热盛,循经上炎,热毒熏蒸于咽喉,灼伤阴津而致。②干焮而痒,咽喉色红,是风热外侵,肺经有热之象,常见于咽喉病初起。③干而不焮,咽喉潮红,咽不适或微痛,是肾阴虚,虚火上炎,阴液不足之慢性咽喉病。④干而痒,色潮红,咳嗽无痰,是肺阴虚,虚热内生,津液无以上输的阴虚肺燥。⑤痒而不焮,咳嗽、流涕,多为风邪所犯,见咽喉淡白、不适,吞咽不利,则属风寒。⑥咽喉干而不喜饮,多为虚寒;干而喜饮,多为邪热伤津,属实证、热证。欲饮,而饮不多,属阴虚肺燥。

咽喉疼痛 ①疼痛见于病初起,咽喉红肿,多为风热邪毒外犯,肺经有热的表证。②疼痛逐渐加剧,红肿加重,多为邪热由表传里,脾胃热毒壅盛的里证。③疼痛剧烈,红肿高突,触按坚硬,是火毒壅盛,灼腐肌膜,趋向成脓;若疼痛减轻,触按质软,有波动感,是已成脓。④疼痛轻微,见于病初起,咽喉淡红不肿,多属风寒邪毒外犯,内舍于肺,外束肌表。疼痛轻,见于久病者,咽喉微红肿,朝轻暮重,多属肺肾阴虚。若为肺阴虚,津液耗损,虚热内生,并有干痒咳嗽,讲话乏力;若为肾阴虚,虚火上炎,则有腰膝酸软,头晕、目眩、耳鸣。⑤疼痛于午后较重,多为阴虚;午前较重,是为阳虚。⑥溃烂疼痛剧烈,是为脾胃火热灼溃肌膜,多见病处红肿,有污腐物。溃烂淡红,疼痛轻,或刺激时痛,是为脾肾阳虚。若久病疼痛轻微,肿胀而色淡,多属痰涎湿浊凝聚。如肿胀色暗红,多属气血瘀滞。

咽喉梗塞感 咽喉梗塞感,其原因不外脾胃热盛,上炎咽喉;火毒壅盛,腐肌成痈;肺肾阴虚,虚火上炎;肝气郁结,气痰交阻。①堵塞感,吞咽不利或困难,咽喉红肿痛剧烈,是脾胃热毒壅盛。若觉堵塞,吞咽难下,咽喉局部红肿突起,是火毒搏结,蒸灼肌膜,肉腐成脓。②异物感,哽哽不利,吞咽如常,微痛干痒、微红,是为肺肾阴虚,虚火上炎。③喉中有物梗阻感,咯吐不出,不碍饮食,情志波动时加重,检查咽喉无异常,是肝气郁结,气痰交阻。④喉中持续梗阻,饮食阻碍,无疼痛,或有疼痛,痰中可带有血丝或衄血,有臭味,检查时见有肿物,多属气血凝结,痰浊结聚或火毒困结而致的瘤或癌。⑤咽喉肿胀色淡白,质软不硬,疼痛较轻或不适,妨碍饮食,是为痰浊流注的痰湿症。⑥咽喉梗阻感,吞咽时食物滞留,讲话不清,或舌的运动不灵,是寒湿之邪凝滞脉络,经络闭塞所致。

声音改变 咽喉为出声音、发语言的器官,咽喉发生疾病,均能影响声音的变化。从声音的变化,结合其他症状,可以诊断咽喉各种病证。①声嘶初起,咽喉红肿痛,多属风热邪毒侵犯,肺经有热之表证;若声嘶语音沉重不清,吞咽困难,红肿疼痛加剧,是肺胃热毒壅盛的里证;若声嘶不扬,咽喉淡红或不红,咽痒,多为风寒邪毒侵犯,肺气虚寒。②声嘶日久,咽喉微红,口干痒咳,哽哽感,多为肺肾阴虚,虚火上炎;若语音低弱,话久声嘶,咽喉淡白,咽干不喜饮,多为阳虚;如声带见有息肉或小结,引起声音改变,多为耗气伤阴,气滞血瘀痰凝;若声带闭合欠佳,引起声嘶,多因肺、肾气虚,无以鼓动声门而致。③语音低微,见于虚证,并有讲话乏力、气促,喉干痒咳嗽,多属肺脾气虚;若兼讲话气短,时断时续,咽干焮,头晕耳鸣等,多属肾气亏。④声音沉闷浑浊,语音模糊,咽喉红肿,多见于风热邪毒,肺胃热盛之急性病。若语言难出,并有呼吸气粗,喉鸣如锯,咽喉红肿,多为痰涎阻塞气道之实热重证。喉部的癌或瘤亦常引起发音艰难,检查时可见肿瘤。⑤突然失音,或讲话"嘘嘘"不闻语音,但哭笑声音如常,咽喉无红、无肿、无痛,此为七情所伤,肝气郁结气机不调而致。

咽喉红肿 辨咽喉红肿,是诊断咽喉疾病寒、热、虚、实、表、里的重要方法。红肿与疼痛有一定关系。实证、热证,红肿较重,故疼痛剧;虚证、寒证红肿轻,故疼痛轻;肿而不红,疼痛一般轻微。①红肿初起,咽喉疼痛,多为风热邪毒外犯,邪在肺卫之表证;红肿加重、疼痛剧烈,是

邪毒内犯,肺胃热毒壅盛之里证;若肿初起,色淡红,疼痛轻微,多为风寒所犯。②红肿轻微或微红不肿,咽喉微痛不适,朝轻暮重,多属肺肾阴虚;若不红不肿,肌膜淡白,早上疼痛较重,多为阳虚。③红肿高突,疼痛剧烈,按之硬实,是为痈肿尚未成脓;按之柔软,是已成脓。④肿胀色淡黄柔软、不痛,多为脾失健运,痰涎湿浊流注的痰湿证;若肿胀色淡红,多为脾受热邪,湿浊邪热凝聚之湿热证。⑤突然高肿、色深红,胀痛轻的血肿,是血分积热,热伤脉络;肿块光滑质硬,不疼不痛的肿瘤,多属气血凝聚或痰浊结聚;若红赤溃烂,疼痛加剧,多为火毒困结。

咽喉腐烂　咽喉腐烂原因有多种,有因风热邪毒侵犯,脾胃火热壅盛上蒸,疫疠邪毒侵蚀,久病气血亏损,虚火上炎等等。根据不同病因和腐烂的不同表现,进行辨证施治很有必要。①溃烂浅表,周围色红,是风热邪毒侵犯,引动肺经热毒灼损肌膜;若溃烂大片,周围红肿疼痛,是为脾胃壅盛,火毒上蒸肌膜。②溃烂日久,浅表不深,周围色淡红,多属阴虚火旺;若腐烂凹陷,表面污秽,多为气血亏损邪毒内陷。③溃烂色红,凹凸不平,边缘参差不齐,患处疼痛,咽喉干燥痒咳,是为肺肾阴虚,肺燥津枯。④肿物溃烂表面凹凸不平,触之质硬疼痛或出血,腐物腥臭,常流污水,是火毒壅盛,气血凝聚,肌肉败腐之癌肿。⑤白腐物呈点状或块状,松厚容易拭去者为轻,多为火热邪毒灼损肌膜所产生;如腐物坚韧成片,不易剥离,强剥出血者,多为疫毒之邪结聚,深蚀肌膜。一般来说,腐物色黄多属实热证;腐物污秽暗滞,多为气血衰败的虚证;若腐物多而厚成片,多兼有湿邪。

呼吸困难　呼吸困难,是重症咽喉病常见症状,可酿成危候。临床上要认真进行辨证,分析病因,及时作出正确诊治,以免贻误病情。①咽喉红肿疼痛,痰涎壅盛,阻塞气门,痰鸣如拽锯,汤水难下,乃火毒炽盛、脉络瘀阻,炼津成痰,阻塞气道。②颈颔腮漫肿,麻痒疼痛,漫肿深延至会厌及咽喉深处,呼吸困难,吞咽难下,牙关强急,这是风火相搏,痰涎火毒结聚颈项。③牙关拘急,口噤如锁,咽喉紧涩,气急发喘,眼目瞪视,咽喉不红不肿,是由于风寒凝邪壅阻脉络,气血滞留,筋脉阻塞所致的咽喉痉挛。④会厌以下,喉部深处,肿胀色淡,气门阻塞,鼻扇气急,此为肾阳虚,寒水上泛停聚于咽喉。⑤咽喉癌肿,或异物进入咽喉及气道,或白喉腐物脱落,或喉痈脓液溢出,均可引起气道阻塞而发生呼吸困难,应详细询问病史及认真检查,以及早发现癌肿及异物。

口舌病辨证

口舌病辨证,是根据口、唇舌与脾、胃、心、肾、肝的密切关系和临床常见口、唇舌病症状,分脏腑辨证和症状辨证。

脏腑辨证　临床上,口腔病常从以下几个脏腑进行辨证。

脾胃病证　脾胃病变引起口腔病多为实证、热证,虚证较少。实热证在辨证上有火热上蒸、湿热上乘、热伤脉络之分。脾虚证有阳虚与阴虚之不同。①火热上蒸,多为火热邪毒引动胃火上炎。症多见肌膜红肿,或腮颊红肿。一般疼痛均较剧烈。②湿热上乘,症见红肿,但以肿为甚,或灼热流水发痒(如唇风)。若有溃烂,则脓水及腐物较多。③热蕴血分,伤及脉络,症见血外溢,突发肿块,呈瘀红而光滑;如衄血,则血色深红,量较多,出血处红肿且痛。④脾阴虚,患处微红不肿,如粘膜溃烂,但疼痛较轻。⑤脾阳虚,患处肌膜淡白,粗糙或微浮肿,少有疼痛。

心脏病证　常和脾经病变一起出现,其表现多为火热上炎之象。若为心脾火热上炎,则肌膜溃烂,红肿疼痛;若为心脾湿热上蒸,则肌膜腐烂成片如糜粥样,红肿痛较甚。两者之区别,火热以红为重,湿热以腐烂肿为甚。亦有心阴亏损,虚热内生,其表现多为患处稍红微肿,溃烂可分散、腐物少,口燥咽干,心烦,舌质红,脉细数等。

肾脏病证　多因阴虚虚火上炎于口腔,表现为粘膜溃烂,溃面淡白,周围粘膜色淡红、不肿,痛轻。若为肾阳虚,阳气不布,寒邪凝聚,则口腔粘膜发白、有斑块纹。

肝脏病证　表现为肝气郁结,气血凝聚,形成肿核,多较坚硬而实,如瘤肿。若溃烂,则为肝郁化火;肝热生风,肝风内动,则症见舌强或偏歪,或萎缩等。

症状辨证　临床上根据各症状的不同,结合其他兼见症状,辨明其属性及病位所在脏腑,为治疗提供依据。各症状的辨证分述如下:

疼痛　从疼痛轻重,患病时间的新久,并结合其他症状表现,辨别疼痛的原因、性质和病情轻重。①疼痛见于病初起,属外邪引起,患处红、肿、疼痛,是为风热邪毒所犯;患处不红,疼痛轻微是为风寒邪毒侵犯。②疼痛朝轻暮重,属阴虚;相反,疼痛朝重暮轻,属阳虚。③患处疼痛较剧,溃烂色红,是为心脾蕴热,火热上蒸;若痛轻,溃烂淡红,或不红,是为肾阴虚,虚火上炎。④疼痛时重时轻,多为正虚邪实;若疼痛持续,是为邪毒壅阻脉络,气血凝聚之实证。⑤触按患处,疼痛、红肿、焮热,属实热证;触按患处,隐痛,不红不热而肿,属虚寒证。实证的疼痛,如见肿重而痛轻,则为湿热熏蒸,湿重于热;痛重而肿轻,则为火热上攻,火重于湿。⑥如属痹痛,或咬物时开合疼痛,检查未见红肿,多为气血虚弱,寒邪滞留经脉,经络滞阻之象。

溃烂　口腔溃烂原因很多,有火热上蒸、虚火上炎、湿热上蒸、气血亏损、火毒困结等。①溃烂呈黄浊,周围肌膜色红,多为心脾蕴热、火热上蒸。②溃烂灰白或污浊,周围肌膜色淡,多为肾阳虚或心阴虚,虚火上炎。③溃烂成大片,表面腐物松厚灰白,肌膜红肿,多为膀胱湿热,或脾不化湿,湿热上蒸。如溃点分散,数量多,肌膜色红,多为风热邪毒侵袭。④唇肿破裂糜烂、流水,亦属脾不化湿,湿热停聚。如发痒是兼风属风热湿邪所致。⑤

痛肿溃烂，腐物恶臭或流臭腐血水，剧痛，是为火毒困结；若腐物量少，腥臭、痛微，是为气血虚衰。溃烂日久，凹陷腐臭，是为气血亏耗，邪毒聚腐。

红肿　局部色红且肿胀属实热；淡红而微肿属虚火；肿胀而不红属寒湿；红肿均较甚为湿热。但凡红肿者均有疼痛，红肿严重者，疼痛较剧；微红微肿者，疼痛也较轻微；肿而不红，疼痛亦轻；微肿而红甚，疼痛亦较剧烈。

口臭　口内有臭味，有来自全身病证、胃肠病证和口腔局部病变之分，这里主要是指因口腔局部病变所发生的臭味的辨证。①口有臭气，并自觉口腔有甜酸味，多为湿热困于脾胃，蒸灼口腔肌膜而致。如肌膜溃烂腐物少，有酸腐臭味，口淡涎多，此属脾气虚。②口臭来自脓液，脓液腥臭稠黄量多，是为肺胃火热；若脓液不臭而稀，多为虚火上炎。③气味腐臭难闻，若见于溃烂日久，腐物污秽，多属气血虚弱、毒邪凝聚，伤络败肉。若见于溃烂新病，腐物灰黄、松厚，多为火毒内燔，湿热蒸灼。

齿病辨证

齿病的临床辨证分为脏腑辨证和症状辨证。

脏腑辨证　主要以肾、脾、胃为主。

肾脏病证　多表现为肾虚之象。若为阴精耗伤，阴虚火旺者，多症见牙齿隐隐作痛，疼痛午后加剧，牙齿疏松动摇，咀嚼无力，或龈肉溃烂，牙齿宣露，龈肉微肿淡红或渗稀脓，疼痛轻；若为脾肾两虚，风寒湿邪结于阴分，深犯筋骨，则牙槽骨腐烂穿溃，疼痛隐隐而作，溃口难愈，或有腐骨排出。

脾胃病证　脾胃病变引起齿龈病证有虚实之不同，①脾胃火热上炎，症状多见牙龈红肿疼痛，或龈沿溃烂渗脓血，或成牙痈。如是牙痛得凉则痛减，若以胃火为盛，则龈肉红赤，疼痛剧烈；若脾热为盛，则肿胀为甚，脓水及腐物多。②胃火上炎，灼伤脉络，牙衄血色深红、量多，牙肉红赤疼痛。③脾阴虚，症见龈肉萎缩，常渗脓血；若为牙衄，则血色淡、量少渗渗而出。④脾阳虚、气血亏，症见牙龈萎缩色淡白，牙根宣露，牙齿松动，咀嚼无力，畏寒怠倦，便溏等。⑤脾肾两虚，可出现牙齿生长迟缓的齿迟病。

症状辨证　主要有疼痛、溃烂、萎缩、宣露等常见症状。

疼痛　①疼痛见于病初起，牙龈红肿疼痛，是为风热邪毒所犯；龈肉肿而不红，疼痛轻微，是为风寒邪毒侵犯。②患处得凉则疼痛减轻是为虚寒；若疼痛朝轻暮重，属阴虚；相反，疼痛朝重暮轻，属阳虚。③牙齿隐隐作痛或微痛，牙龈微红微肿，牙齿浮动，咬物无力，咬物时疼痛加剧，多为肾阴不足，虚火上炎。④牙齿疼痛较甚，牙龈红肿或渗脓血，口渴口臭，多为胃火所致。

溃烂　①牙龈溃溃出血，兼见腿部青紫斑块，多属寒湿阻滞经脉，气血瘀滞所致。②牙龈溃烂紫黑或暗红，有腐臭味，发病迅速，多为火毒炽盛，邪毒停滞，蚀腐骨膜之急症。③龈肉红肿溃烂，疼痛出血，是风热邪毒侵犯牙龈。

萎缩、宣露　萎缩是指龈肉萎缩，宣露是指牙根宣露。①牙根宣露，龈肉红肿，牙缝出脓出血，是为胃火上攻。②龈肉溃烂萎缩，牙根宣露，疏豁松动，是为肾阴亏损。③牙龈萎缩、色淡白，牙根宣露，牙齿松动，时常渗血，是为气血不足之象。

治 则 治 法

治则

在治疗疾病的时候必须遵循的基本原则，称治则。它是从长期临床实践中，在认识疾病发生发展的普遍规律的基础上逐步总结出来的治疗规律。对临床的具体立法、处方、用药具有普遍的指导意义。治则的确立是建立在整体观念和辨证的基础上的，即以通过四诊收集的客观资料为依据，对疾病进行全面的分析、综合和判断，从而针对不同的病情，确定各种相应的治疗原则。

人体是一个有机联系的整体，在局部与整体之间，以及人体与外界环境之间，都存在着对立统一的关系。各脏腑组织之间，通过经络沟通内、外、上、下，联系成为一个完整的机体，进行正常的生理活动。当发病时，各脏腑组织器官也相互影响。所以任何一个病证或一个局部症状，都和整体密切相关。因此，在任何情况下都不能孤立地、片面地观察病证和某个局部症状，而必须全面地观察分析，然后根据不同的证候，进行立法、处方、用药。这就是整体观念在诊断、治疗上的具体运用。因此，在治疗疾病的过程中，既不能只看到病情的局部而不看整体，孤立地头痛医头，脚痛医脚；也不能只见整体而不见局部，只进行一般的全身治疗，而忽视对局部症状或体征特殊性的认识和处理。这就是"辨证论治"与"对症治疗"根本区别的关键所在。同时，还要充分注意到病人所处的外界环境，及其对疾病的影响。所以，在确定治疗原则时，应从整体观出发。不但重视局部，而且要重视整体；不但重视病体，而且还要重视外界环境，从而把它们辨证地结合起来，进行全面的分析。

在治疗疾病时，必须研究和找出疾病的本质，寻求产生疾病的根本原因，并针对其本质进行治疗，也即要抓住并解决主要矛盾，中医称为"治病求本"，这是辨证论治的一个根本原则，也是治疗原则的总纲。《素问·阴阳应象大论》说："谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五胜，疏其血气，令其调达，而致和平。"任何疾病的发生、发展，总是要通过若干症状而显示出来的。因此首先必须充分搜集和观察疾病所反应出的各方面症状、体征。通过综合分析，才能从复杂的症状中，找出疾病的根本原因，认清疾病的本质，从而确立恰当的治疗方法。例如咳嗽，可由风寒、风热、痰湿，或阴虚、气虚等种种原因所引起。其治疗时就不能简单地采用对症止咳治疗，而必须通过综合分析，找出原因，分别采用宣肺散寒、清肺止咳、燥湿化痰、滋阴润肺、补益肺气等治法，才能取得较好的效果。

治则和具体的治疗方法不同，治则是用以指导治疗方法的总则，而任何具体的治疗方法，总是由治则所规定，并从属于一定的治疗原则。如汗法，是一个治疗方法，但在运用时则要遵循因时、因地、因人制宜的基本原则。又如下法和补法，则要根据正邪盛衰，遵循扶正或祛邪的原则进行具体运用。各种病证，从正邪关系来讲，总离不开正气与邪气消长胜衰的变化。因此，在扶正祛邪治疗原则指导下，所采取的助阳益气、滋阴养血等，就是扶正的具体治疗法。中医有关治则的内容非常丰富，其基本原则包括调整阴阳、标本缓急、扶正祛邪、三因制宜、治病防变等。

治病求本

在治疗疾病时，必须研究和找出疾病的本质，针对产生疾病的根本原因进行治疗，称为"治病求本"。《素问·阴阳应象大论》说："治病必求于本。"这是辨证论治的一个根本原则，也是治疗原则的总纲。《景岳全书·求本论》说："万事皆有本，而治病之法尤惟求本为首务。所谓本者，惟一而无两也。盖或因外感者，本于表也；或因内伤者，本于里也。或病热者，本于火也；或病冷者，本于寒也。邪有余者，本于实也；正不足者，本于虚也。但察其因何而起，起病之因，便是病本。万病之本，只此表里寒热虚实六者而已。"表里寒热虚实，既为诸病之本，故一拨其本，诸病悉除，治病之关键便在于此。《景岳全书·传忠录·论治篇》还说："见痰休治痰，见血休治血，无汗不发汗，有热莫攻热，喘生休耗气，精遗不涩泄，明得个中趣，方是医中杰。"因为痰、血、无汗、发热、喘息、遗精等症状，都有各自不同的病本，必须先察明其病本，确立恰当的治法，方能根治。例如出血证有血热、血瘀、气虚、阳亢等不同原因，因此应分别采用凉血止血、化瘀止血、补气摄血及平肝泻火止血等不同治法。任何疾病的发生、发展，总是要通过若干症状而显示出来，而单一的症状又可由于不同的原因所产生。因此首先必须充分搜集和观察疾病显示出的各方面症状、体征。通过综合分析，才能从复杂的症状中，找出疾病的根本原因，认清疾病的本质，从而确立恰当的治疗方法。如《素问·阴阳应象大论》说："谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五胜，疏其血气，令其调达，而致和平。"又如临床上的"真热假寒"，证见高热不退、烦躁、口渴、四肢厥冷。四肢厥冷是其假象，内热过盛是其本质。所以应治其热，邪热解除之后，阳气得以外达，肢冷自愈。这种针对疾病的根本原因和病变本质所在的治疗，就是"治病求本"。

调整阴阳

疾病的发生，从根本上说是阴阳的相对平衡遭到破坏，因而发生了阴阳的偏盛偏衰，所以调整阴阳，是临床治疗的根本原则。《素问·阴阳应象大论》指出："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"《类经》又说："凡治病者，在必求于本，或本于阴，或本于阳，求得其本，然后可以施治。"

阴阳偏盛，即阴或阳过盛有余。《素问·阴阳应象大

论》说："阴胜则阳病，阳胜则阴病，阳胜则热，阴胜则寒。"故阳热盛易于耗伤阴液，阴寒盛则易于损伤阳气，故在调整阴或阳的偏盛时，应注意有无相应的阳或阴的偏衰情况存在。若阴或阳偏盛，而相应的阳或阴无虚损时，即可采用"损其有余"的方法，清泻阳热或温散阴寒。如其相应的一方有偏衰时，则当兼顾其不足，配以扶阳或益阴之法。

阴阳偏衰，即阴或阳虚损不足，或为阴虚，或为阳虚。阴虚则不能制阳，常表现为阴虚阳亢的虚热证；阳虚则不能制阴，常表现为阳虚阴盛的虚寒证，宜"阳病治阴，阴病治阳"。因阴虚而致虚阳亢盛者，应滋阴以制阳，即所谓"壮水之主，以制阳光"。因阳虚而致阴寒偏盛者，应补阳以制阴，即所谓"益火之源，以消阴翳"。若属阴阳两虚，则应阴阳双补。同时由于阴阳是相互依存的，所以在治疗阴阳偏衰的病证时，亦应注意"阴中求阳"和"阳中求阴"。也就是在补阴的同时，适当地辅以补阳；补阳的同时，亦适当地配以补阴，从而使"阳得阴助而生化无穷，阴得阳升而泉源不竭。

疾病的各种病理变化往往都具有阴阳失调这一病机，诸如表里出入、上下升降、寒热进退、邪正虚实，以及营卫不和、气血不调等，无不是阴阳失调的具体表现。因此，从广义来讲，解表攻里、越上行下、升清降浊、寒热温清、虚实补泻，以及调和营卫、调理气血等治法，皆属于调整阴阳的范围。

标本缓急

标本，是用以概括和说明在一定范围内，疾病的相对两个方面及其内在联系的概念。《本草经疏》说："受邪为本，视证为标。五虚为本，五实为标。"《景岳全书·标本论》说："病有标本者，本为病之源，标为病之变。"江涵暾又说"治病当知标本矣，然犹不可不知标中之标，本中之本。"(《医律一筏》)总之，"本"是对"标"而言。本系根本，标为支末。从疾病本身来说，病因是本，症状是标；从正邪双方来说，正气是本，邪气是标；从病变部位来说，内脏是本，体表是标；从疾病发生的先后来说，则原发病(旧病)为本，继发病(新病)为标。一般来说，"本"代表着疾病过程中占主导地位和起主导作用的方面；而"标"则是疾病中，由"本"相应产生的，或属次要地位的方面。但在某些特殊情况下，标也可以转化为主要方面。因此，在辨证时，必须通过标本的分析归纳，分清矛盾的主次关系，从而确定治疗的步骤，以指导临床实践。这就是《素问·阴阳应象大论》所说的"治病必求于本。"《标本病传论》说："知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行。"

疾病的发展变化，特别是复杂的病证，往往存在多种矛盾。在疾病的发展过程中，有时次要矛盾可以上升为主要矛盾，或旧矛盾尚未解决又出现新的矛盾。说明疾病是复杂多变的，在治疗时应用"标"、"本"的理论，则可帮助分析其主次缓急，并运用"急则治其标，缓则治其本"或标本兼治的原则来指导临床治疗。

在一般情况下，"缓则治其本"的原则，适用于病势缓和的疾病及某些慢性疾病，此类疾病以脏腑功能失调引起者为多。标症不急，治疗当采用治本的办法。即是研究或找出疾病的本质，针对主要病因、病证进行治疗，解除病证的根本，则标症自愈。或先治其本，后治其标，都属于"缓则治其本"的范围。这是辨证论治中的一般原则。例如脾虚所致的泄泻，脾虚是本，泄泻是标。只需健脾益气，则泄泻即可逐渐痊愈。又如外感风寒之邪，出现恶寒、发热、头痛、身痛、无汗等症状。风寒之邪属病因为本，恶寒、无汗、头痛、身痛等症状为标，治宜辛温解表以祛风寒。风寒一去，恶寒、无汗等症状随之消失。又如阴虚发热病证，阴虚是本，发热是标，当养阴治本，以退标热。

治本，是根本的治法，但在某些情况下，标病甚急，如不先治其标症，可影响本病的治疗，甚至危及患者的生命时，在这种情况下就应采取"急则治其标"的原则。先治其标症，后治其本病。例如夏日中暑，出现卒然昏倒，不省人事，身热肢厥等症状，宜先用通关开窍之法治其标，使其神志苏醒，然后再清暑养阴以治其本。又如素体气血两虚之人，若新感外邪，则旧病气血两虚为本，新感外邪为标。而补益气血，非一朝一夕之事，若不先祛其表邪，则邪气可能乘虚深入，发生传变，故当先解表祛邪治标，再补益气血治本。再如肺肾气虚作喘，一般情况下，以补肺肾治其本。若兼痰热壅肺，又当先清肺化痰治其标。总之在两种以上不相关的疾病中，或一种疾病有夹杂证发生时，应当分清主要和次要矛盾，根据缓急和轻重来区分。急的、重的应列为主要矛盾；缓的、轻的应列为次要矛盾。先治其主要的，后治其次要的，以免药物庞杂，失去重点。例如感受风寒而见发热恶风，身体疼痛，继而出现下利清谷，四肢厥冷的亡阳证候，亡阳为急，当先温中回阳，当肢温利止后，再表散风寒。因此，除"急则治其标，缓则治其本"外，我们还应当充分考虑到急证先治、缓证后治，两者结合起来，才能取得较好的效果。

病有标本缓急，所以治有先后，若标本并重，则应标本兼顾，标本同治。但仍应分清主次。如肠胃热结便秘而阴液大伤者，症见腹满硬痛、大便燥结、身热、口干、唇裂、舌苔焦黄等正虚邪实。标本俱急的临床表现，就当标本兼顾，清泻实热以治本，滋阴增液以治标。若仅用泻下，则有进一步耗竭津液之弊。若单用滋阴，又不足以泻在里之实热，而两法同用，则泻实热即可存阴，滋阴润燥"增水行舟"，亦有利于通下，标本同治相辅相成，即可达到邪去液复之目的。或者本有里证，又复感外邪，或表证尚未尽解而里证又见，表里同病而标本俱急，即应表里两解，亦都属于标本同治。在临床实践中，标本并治，缓急兼顾的情况是比较多的。在一定情况下，对提高疗效，缩

短病程，确是重要而具有实际意义。

治未病

采取一定的措施防止疾病发生和发展，称治未病。早在《内经》中就提出了"治未病"的思想。《素问·四气调神大论》说："圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎。"明确地指出了防重于治的重要意义。所谓治未病，包括未病先防和既病防变两个方面的内容(既病防变见"已病防变"条)。未病先防就是在未病之前，做好各方面预防工作，以防止疾病的发生，其主要内容有以下几个方面：

精神调养 中医学认为，人的精神情志活动与机体的生理、病理变化是密切相关的。强烈的或持续时间较长的精神刺激，会引起人体阴阳失调、气血不和而发生病变，或正气内虚，受外邪入侵而诱发疾病。因此，要求人们要调摄精神形体，保持精神舒畅，胸怀开朗乐观，对于预防疾病的发生和发展，促进病情的好转，具有重要意义。正如《素问·生气通天论》说："清静则肉腠闭拒，虽有大风苛毒，弗之能害。"《素问·上古天真论》又说："恬惔虚无，真气从之，精神内守，病安从来。"又说："把握阴阳，呼吸精气，独立守神，肌肉若一。"

要保持身体健康，精神充沛，益寿延年，还应该懂得自然界的变化规律，适应环境的变化，并对饮食、起居、劳逸等有适当的节制与安排。《素问·上古天真论》说："其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。"总之，要求生活起居有一定规律，饮食劳逸有节制。反之，就必然影响身体健康，削弱抗病功能，容易发生疾病。如《上古天真论》又说："以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。"在此不仅讲到了形体的调养，而且还特别指出要注意精神修养，使之饱满充沛而不涣散。

锻炼身体 加强身体锻炼，是增强体质、减少或防止疾病发生的一项积极的重要措施。汉代医学家华佗根据"户枢不蠹、流水不腐"的道理创造了"五禽戏"。模仿虎、鹿、熊、猿及鸟等五种动物生动活泼的姿态来锻炼身体，并指出"动则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬如户枢终不朽也"(《医部全录》)。人体通过运动或劳动可以促使血脉流通、关节疏利、气机调畅，从而增强机体的抗病能力，防止疾病的发生。后世不断演变的太极拳、八段锦、易筋经、气功等多种锻炼身体的方法，不仅能够增强体质，提高机体的抗病能力，而且对某些慢性病的调治，也有积极的治疗作用。

讲究卫生 在长期的医疗实践中，中医学对饮食卫生、个人卫生及环境卫生等方面积累了宝贵的经验。饮食卫生方面，既注意饮食节制，也重视饮食清洁卫生。《金匮要略》指出："秽饭、馁肉、臭鱼、食之皆伤人……六畜自死，皆疫死，则有毒，不可食之。"明确地指出应该注意饮食卫生。另外，《素问·痹论》说："饮食自倍，肠胃乃伤。"《素问·生气通天论》说："高梁之变，足生大疔。"《素问·五脏生成》又说："多食咸，则脉凝泣而变色。……多食苦，则皮槁而毛拔。……多食辛，则筋急而爪枯。……多食酸，则肉胝而唇揭。……多食甘，则骨痛而发落。……此五味之所伤也。"强调饮食应有节制，不要贪食偏食，以免伤及内脏发生疾病。

个人卫生方面，隋代《诸病源候论》中早就提倡："食毕当漱口数过，不尔，使人病龋齿。"又说："鸡鸣起，常叩齿三十六下，长行之，齿不蠹虫，令人齿牢。"以防牙病。夏商时代，人们已有洗脸、洗手、洗脚、洗澡等习惯。到周代人们已知道定期沐浴，并进一步认识到"头有疮则沐，身有疡则浴"的治疗意义。还提倡人们要经常洗澡，勤洗衣服。

对于环境卫生，中国古代人民对住宅的清洁，一向是很重视的。《礼记》有"鸡初鸣……洒扫室堂及庭"的记载。公共卫生方面，对街道、沟渠、厕所、粪便及尘土的处理也非常注意，且认识到沟渠与传染病发生的一定关系。指出要沟渠通浚，室宇洁净、无秽气，不生瘟疫病。进一步认识到传染病产生的因素，采取了多种措施除害防病。《左传》中还有"国人逐瘈狗"以预防狂犬病的记载。在对传染病流行的认识和隔离方面，《素问·刺法论》说："五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似……避其毒气。"对传染病的传染特点叙述得很具体。并采取了防止传染的隔离方法。如唐代已设置"疠人坊"隔离麻风病人。晋朝有"朝臣家有时疾染易三人以上者，身虽无疾，百日不得入宫"的制度，实际上就是预防隔离的措施。孙思邈在《千金要方》中说"常习不唾地"，就是要求人们养成不随地吐痰的习惯，以保持环境卫生。

药物预防 在药物防病方面，早在《素问·刺法论》中(遗篇)就有用"小金丹方"预防疾病传染的记载，中国早在16世纪以前就发明了"人痘接种法"，用来预防天花，成为世界医学"人工免疫法"的先驱。还有用苍术、雄黄烟熏以消毒防病等，在预防上起到一定的作用。

新中国成立后，在"预防为主"、"卫生工作与群众运动相结合"的方针指导下，运用中草药预防疾病，得到很大发展。如贯仲、黄芪、板蓝根或大青叶预防流感；茵陈、栀子预防肝炎；马齿苋预防菌痢等，都取得了一定的效果。

扶正与祛邪

"正"，即正气，指人体对疾病的防御、抵抗和再生的能力。"邪"，是邪气，主要是指各种致病因素及其病理损害。正与邪是对立统一的两个方面，疾病的发生、发展，在一定意义上，可以说是由正邪双方力量的消长而决定

的。邪胜则病进,正胜则病退。因此,治病的根本目的是改变正邪双方的力量对比,使邪去正复,向有利于疾病痊愈的方向转化。

扶正,即使用扶助正气的药物或采用其他疗法,并配合恰当的营养及功能锻炼,增强体质,提高机体的抗病能力和自然修复能力,以达到祛除病邪、恢复健康的目的。适用于正虚邪不盛,以正虚为主的病证。临床可根据病人的具体情况,分别运用益气、养血、滋阴、助阳等补法。例如外感热病后期,阴虚液亏,症见大便秘结,形如羊粪,不易排出、舌红少苔,口唇干燥,脉细而数等,是以阴液亏虚为主要矛盾,宜用滋养阴液之法,使津液回复,则大便自通。这就是扶正以祛邪,"正充邪自去"的效用。

祛邪,就是使用攻逐邪气的药物,或运用针灸、手术等其他疗法,祛除病邪,以达到邪去正复的目的。适用于邪气盛,正气未衰,以邪实为主要矛盾的病证。临床可根据邪实的不同情况,分别运用发汗、攻下、消导、化瘀、涌吐、祛湿、祛风等治法。例如外感热病过程中,热结肠道,腹胀腹痛,大便不通,苔黄厚而燥,以邪实为主要矛盾,应用大承气汤急下,实热一去,则阴液自复,这就是祛邪以扶正,"邪去正自安"的效用。

扶正与祛邪并用,是指对正气已虚,邪气盛实疾病的治则。此时,单纯攻邪,则更伤正气;单纯扶正,则又恐留邪。故需扶正与祛邪同时兼施,临床可根据具体病情,或以祛邪为主,扶正为辅;或以扶正为主,祛邪为辅;或先扶正,后祛其邪,或先祛邪,然后扶正,灵活运用。例如久病脾虚,脾失健运,可见食少纳呆,体倦无力,脘腹痞满,肠鸣便溏等症。这是由于脾虚而导致的一系列症状。若见痞满而妄用攻法,则必将伤脾,使脾更虚,脾不健运,痞满愈其,故当补脾益气为主,而兼佐消导理气之品。

在临床运用扶正祛邪法则时,要认真细致地观察和分析双方相互消长胜衰的情况。根据正邪在矛盾斗争中所占的地位,从而决定扶正与祛邪的主次先后。同时在运用扶正与祛邪的原则时,还应注意,扶正须防留邪,祛邪不要伤正。故在攻邪的同时,必须考虑病人正气虚损的情况。同样在扶正时,也要考虑到邪气的盛衰。这样才能达到扶正不留邪,祛邪不伤正的目的。

三因制宜

因时,因地,因人制宜称之三因制宜。也就是根据季节、地区、体质、年龄、性别等的不同,而制定适宜的治疗疾病的方法。因为疾病的发生和发展是由各方面的因素决定的,如季节气候、环境条件、素质强弱、体质因素等对疾病都有一定的影响。因此在治疗疾病时必须考虑各方面的因素,区别对待,以制定出适宜的治疗方法。这是中医学整体观念在治疗上的体现。

根据不同季节气候的特点考虑治疗用药的原则,称为"因时制宜"。四时气候的变化,对人体的生理功能、病理变化均产生一定的影响。一般地说,春夏季节,气候由温渐热,阳气升发,人体腠理开泄。此时若患外感,温热辛散之药不宜过用,如麻黄、桂枝、附子之类。以免开泄太过,耗气伤津。而秋冬季节,气温由凉变寒,阴盛阳衰,人体腠理致密,阳气敛藏于内。此时若感受外邪,则非重用辛温解表之药,难以使病邪从汗而解。因阴寒已盛,对寒凉之品,用之宜慎,如石膏、黄芩、黄连之类,以防损伤阳气。《素问·六元正纪大论》说:"用寒远寒,用凉远凉,用温远温,用热远热。"(即用温性药应避春温之气当令,勿以温犯温。用热性的药,应回避夏热之气当令,勿以热犯热。用凉性药,应回避秋凉之气当令,勿以凉犯凉。用寒性药,应避冬寒之气当令,勿以寒犯寒。)这正是因时制宜的道理。春病多温,暑病多热,秋病多凉,冬病多寒。在治疗中选方用药均应考虑到这些有关因素。

根据不同地区的地理环境特点,来考虑治疗用药的原则,称为"因地制宜"。不同地区,由于气候条件、生活习惯的不同,人体的生理活动和病变特点也不尽相同,因而治疗用药也应有所区别。如中国西北地区,地势高而寒冷,人体腠理致密;南方地区,地势低平而温热,人体腠理多疏松而开泄。因此,同样外感风寒,治以辛温解表。西北地区常用辛燥温散之品,如麻黄、桂枝、羌活、独活之类。而南方地区则当用轻淡宣泄之品,如荆芥、防风、苏叶之类。一般说来,西南地区气候炎热而潮湿,故在治疗中常加用清热化湿之品。西北地区寒冷多风,故寒凉药物应慎用,而可稍偏于温热。西北用药稍重,东南用药略轻。说明地区不同,具体用药也当有所差别。

"因人制宜"是根据病人年龄、性别、生活习惯、素体强弱、体质因素以及精神状态等不同特点,来考虑治疗用药的原则。在同一季节或同一环境内,虽感受同一致病因素,但其发病情况,往往因人而异。治疗时就应根据病人的具体情况,制定不同的方法。例如不同的年龄、性别各有其不同的生理、病理特点。小儿生机旺盛,但气血未充,故脏腑娇嫩、易虚易实、易寒易热。且婴幼儿生活不能自理,病多饥饱不匀,寒温失调。医治小儿,忌投峻剂,尤当慎用补剂,以免病情变化,复生他病,影响发育。老年人气血衰少,生机减退,正虚之体感受邪气,多成正虚邪实之证。治疗时,虚证宜补,实邪宜攻。则应注意配方用药,以免损伤正气或滞留邪气。一般用药剂量,亦必须根据年龄加以区别。药量太小不足以祛邪,太大则反伤正气。特别是妇女,在生理、病理上有经、带、胎、产等情况,治疗用药尤须加以考虑。在体质方面,由于每个人的先天禀赋和后天调养不同,个体素质不仅有强弱之分,而且还有阳虚、阴虚、夹痰以及是否患有某种慢性疾病等不同情况,所以虽患同样疾病,治疗用药当有不同。如阳热之体慎用温热辛燥,阴寒之体慎用寒凉,痰湿之体慎用滋腻。强壮之人用药剂量宜偏大,以加速疗效,缩短病程。虚弱之体,耐受力弱,用药量宜轻。其他如患者的职业、工作条件等,也与某些疾病的发生有关,在诊治时亦应

注意。

因时、因地、因人制宜，三个环节是密切相关而不可分割的。但上述"制宜"各法，是指一般情况而言，临床治疗，必须遵循仲景"随症治之"的精神而灵活运用，不可拘泥。

补母与泻子

虚则补其母与实则泻其子，称为补母与泻子。此治则是根据脏腑生克关系应用于临床的治疗方法。常应用于对脏腑疾病的治疗，出自《难经·六十九难》。运用五行相生、母子关系学说，即以五行"木、火、土、金、水"配以五脏"肝、心、脾、肺、肾"阐明脏腑之间的母子相生关系，进而阐明一部分治疗方法，包括子病补母，母病泻子两种。

虚则补其母 当某一脏腑虚弱时，除直接补所虚之脏外，亦可间接补益其母脏，以治其子虚。例如脾土属母，肺金属子。若虚劳病人久咳导致肺气受损，表现为肺气不足的虚证，除可直接补肺治疗外，亦可用"培土生金"以补脾法，即是用虚则补其母的治法。若虚劳久病，出现食减便溏，精神不振，四肢乏力等脾胃不振之证，此系子病及母，更当用虚则补其母的方法进行治疗。俟脾胃健运，食纳增加，泻下停止，则可得到中气的滋养，久咳虚劳之证随之减轻或逐渐痊愈。又如症见失眠、烦躁、嘈杂易饥、头面烘热，脉弦细而数，重按无力，属于阴虚生热。治宜滋补肾水以养肝阴，选用六味地黄汤。又如脾虚大便久泄，治脾无效，可以补养命门之火，即补火生土法，即宋代严用和《济生方·补真丸》"补脾不如补肾"之说。

实则泻其子 就是某脏之病系由于子脏之实所致，可采用泻子脏之实以治母脏之病。如肝火偏胜、子盗母气，影响肾的封藏功能，而致遗精梦泄。治当泻肝之实火，使肝火得平，则肾的封藏功能得以恢复，遗精梦泄等症亦可随之而愈。又如心属火、胃属土。当出现心火炽盛而迫血妄行，症见鼻衄便结、目赤肿痛、小便短赤、口舌生疮、苔黄脉数时，可采用泻胃火的方法以清心火，即"实则泻其子"。

《难经》中根据十二经脉井、荥、输、经、合(五输穴)的主治性能与木、火、土、金、水五行相配合，并结合五脏的五行属性提出用"虚则补其母，实则泻其子"的治疗方法选穴。如肺属金，肺经的实证，可取肺经五输穴中属"水"的合穴——尺泽穴。因金生水，水为金之子，取尺泽穴即所谓"实则泻其子"。若为肺经虚证，可取肺经中属土的输穴——太渊穴。因土生金，土为金之母，取太渊穴即所谓"虚则补其母"。这是本经的子母补泻法。另外，如为肺经实证，亦可泻心经荥穴——少府穴；肝经虚证可补肾经合穴——阴谷穴。因心属火，为肝木之子；肾属水为肝木之母，这是异经子母补泻法。其余各经，以此类推。

正治与反治

《素问·至真要大论》指出："逆者正治，从者反治。"以寒药治热证，以热药治寒证；虚证用补法，实证用攻法，称正治。其药性与疾病的症象相反，故又称"逆治"。在疾病严重出现假象时，顺从疾病的症象以热治热，以寒治寒，称反治。其药性与疾病的假象相顺，故又称"从治"。这两种治法，就其实际来说，都是"治病求本"这一治则的具体应用。

正治 是指一般的常规治疗方法。即针对疾病的性质、病机而治疗。具体治疗方法较多。在一般情况下，疾病的临床表现(即症状)与疾病的本质(病因、病机)是一致的，即寒病见寒象，热病见热象，虚病见虚象，实病见实象。通过对临床证候的分析，辨明疾病本质的寒热虚实，然后分别采用"寒者热之"、"热者寒之"、"虚者补之"、"实者泻之"等逆其证候而治的方法。因其属逆其证候而治，所以称"逆者正治"。这是临床上最常用的一种治疗方法。

反治 是指与常规相反的治疗方法。在特殊情况下，特别是在某些复杂、严重的疾病，由于临床所表现的症状，是一种假象，与内在的本质不相符合；或大寒证、大热证时对正治法发生格拒时所采用的治法。《素问·至真要大论》说："热因寒用，寒因热用，塞因塞用，通因通用，必伏其所主，而先其所因。"即是在治疗时不能简单的见寒治寒，见热治热，而应该透过现象，辨明真伪，治其本质。如"阴盛格阳"的真寒假热证，"阳盛格阴"的真热假寒证，脾虚不运引起的腹胀，以及食积所致的泄泻等，必须通过现象，治其本质的真寒、真热、真虚、真实。就是说反治法虽然是顺从症象的治法，但是治疗的目的，并不在表面症象，主要的仍然是治疗病的本质。反治法在开始时药性与表象似乎相同，但在服药后，假象会消失，其结果亦与正治相同。这种与疾病表现相顺的治法，为了与逆其证候而治的正治法相区别，因而称之为"从治"，又称"反治"。这段《内经》原文中"热因寒用，寒因热用"，根据下文"塞因塞用，通因通用"来看，现一般均当是"热因热用，寒因寒用"。这是反治法用于临床的四种情况。

寒因寒用 是指用寒性药物治疗假寒证。例如热邪壅遏于里，阳气不能外达，而出现四肢厥冷的内真热而外假寒证。即阳郁于内，格阴于外的"热厥"证。因其寒是假象，而热才是本质，所以仍需用寒性的药物来治疗其里热的本质。里热得清，阳气外达，四肢厥冷的假象才能得到改善，故又称为"以寒治寒"。如伤寒脉滑而厥者，里有热也，仲景用白虎汤治之。此外，因内热太甚，格阴于外，寒以治热，而佐以热药，或寒药热服，顺其势而引导之，亦为反佐之法，故又称"寒因热用"。如《类经》说："大热在中，以寒攻治则不入，以热攻治则病增，乃以寒药热服，入腹之后，热气既消，寒性遂行，情且协和，而病以减。治寒因热用之法也。"

热因热用　是指用热性药物治疗假热证。例如阴寒内盛，阳气格拒于外，而反见面颊浮红，烦躁。因其热是假象，而寒才是本质，所以就要用温热药物治疗其里寒，里寒消散，阳入于阴，在外的热象才能随之消失，所以又称"以热治热"。如少阴病下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，仲景用通脉四逆汤治之。此外，因内寒太甚，阳格于外，热药反不能受，热以治寒，而佐以寒药，或可以热药冷服，亦为反佐之法，故又称为"热因寒用"。如《类经》说："如大寒内结，治当以热，然寒甚格热，热不得前，则以热药冷服，下嗌之后，冷体既消，热性便发，情且不违，而致大益，此热因寒用之法也。"

塞因塞用　是用补益之剂以治疗由于虚损而引起胀闭证的一种法则。胀与闭，本来宜用消导之法，但若因气虚血枯而引起的闭经，应用补益气血，则经脉温煦，月事自能以时下。又有因中气不足，脾不健运而致的胀满，则应用补中益气，使其运化正常，而痞满自消。故称为以补开塞的"塞因塞用"法。

通因通用　指病症本为泻利，再用通泻之剂以治之，是为通因通用。泻利本来当用固涩止利之法，但考察其原因乃实热蕴结肠道所致，便不仅不能止泻，反而应当用清热泻下药物，以去其实热。实热一去，则腹泻自止。又如食积所致的腹泻，当用消导泻下的药物；因于瘀血所致的崩漏，当用活血逐瘀之法，皆属之。

因此，无论正治和反治，从本质上看，都是在治病求本这一原则指导下的治疗大法。

奇治与偶治

是用数目不同药味组方治病的方法。《素问·至真要大论》说："君一臣二，奇之制也。君二臣四，偶之制也。君二臣三，奇之制也。君二臣六，偶之制也。"故药味合于单数或单味药的方剂称为奇方，如甘草汤。而用奇方治病者称为奇治。药味合于双数或由两味药组成的方剂称为偶方，如金匮肾气丸。用偶方治病称为偶治。现临床上很少以药味数目来斟酌处方，因其实际意义不大。但《素问·至真要大论》又谓："奇之不去则偶之，是谓重方。"《儒门事亲·七方十剂绳墨订一》谓："偶方之说有三：有两味相配之偶方，有古之复方之偶方，盖方之相合者也……。"在临床具体应用体现一方不治而两方相合谓之偶治者，如《丁甘仁医案·脘胁痛》，对中气虚寒之证，用小建中汤无效，而配以小柴胡汤，谓之"复方图治，奇之不去则偶之之意，先使肝木条畅，则中气始有权衡也"。对于这种偶治法，在临床上有较大的意义。

病治异同

包括同病异治和异病同治两法。对同一病证，因其病邪性质不同，疾病的发展阶段不同，脏腑盛衰各异，其病机及疾病的性质也不一致，通过辨证，而采取不同的治法，称为同病异治。不同的疾病在发展过程中，出现相同的证候时往往采取相同的治法，称为异病同治。同病异治的治疗原则，早在《内经》就有所论述。《素问·异法方宜论》说："一病而治各不同"，又说："故圣人杂合以治，各得其所宜。故治所以异而病皆愈者，得病之情，知治之大体也。"此处明确地指出，同是一种病，由于患者所处的地理环境、生活习惯的不同，因而当采用不同的治疗方法，首先提出了同病异治的方法。如同是消渴病，因其病机及疾病发展的阶段不同，则治法有清热生津止渴、滋养肝肾、温阳滋阴补肾之分。当有合并疮疡时，则应清热解毒治之。又如感冒，病因有风寒与风热的不同，治疗就有辛温解表与辛凉解表之分；患者机体有正气盛衰的不同，治疗亦当有别。对虚者外感，则需在解表的同时，兼以益气、养血、滋阴或助阳。又如胃痛，有属肝气犯胃者，治宜疏肝和胃，行气止痛；有属脾胃虚寒者，治宜补脾健胃，温中散寒。

异病同治，即是多种疾病治疗上的共性。如《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》谓："虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之。"及《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治第十三》谓："男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之。"所述两种不同的病，且其主要症状截然相反；一是小便不利，一是小便反多，均用肾气丸一方主治。这是因其病机都是由于肾阳不足，膀胱气化不行所致，此乃异病同治。《伤寒论》中"食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之"。"少阴病，吐利，手足厥冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之"。"干呕、吐涎沫、头痛者，吴茱萸汤主之"。以上三条，所述之证各不相同，且分属阳明病、少阴病、厥阴病。但其病机皆为中下焦寒邪凝滞，致胃气不降而上逆，脾气下陷而不升，故治宜温胃降逆，升扶脾阳，散寒化水。所以三证都用吴茱萸汤。一方治三证，这就是异病同治法。又如久泻、久痢、脱肛、崩漏、子宫脱垂、胃下垂等几种截然不同的疾病。凡辨证符合气虚下陷者，都可采用益气升提的补中益气汤治疗。

事实上，同病异治是因病虽相同而辨证不同，故治法各异，形成一病多方；异病同治是因为虽非同一病证而病机相同，故治法可以相同，而形成一方治多病。说明治法的依据仍在于辨证分析，认清病机，体现辨证论治的重要性。

已病防变

疾病的发展过程，基本上是邪正斗争的消长过程。邪长正消则病进；正盛邪衰则病退。因此及时治疗，既可控制病变蔓延；又免正气的过度损耗。如《药治通义》指出："治宜防微"，《医学源流论》又说："盖病之始入，风寒既浅，气血脏腑未伤，自然治之甚易。至于邪气深入，则

邪气与正气相乱，欲攻邪则碍正，欲扶正则助邪。即使邪渐去，而正气不支矣。”《素问·阴阳应象大论》说：“故邪风之至，疾如风雨，故善治者治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏，治五脏者，半死半生也。”这说明，外邪侵袭人体以后，如果不作及时诊治，病邪就可由表传里，逐步深入，以致侵犯内脏。因此在防治疾病的过程中，一定要掌握疾病发生发展的规律及其传变途径，做到早期诊断，有效治疗，才能防其传变。如《难经·七十七难》根据疾病传变规律提出：“上工治未病，中工治已病者，何谓也？然。所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪，故曰治未病焉。中工治已病者，见肝之病，不晓相传，但一心治肝，故曰治已病也。”临床根据这一传变与防治规律，常在治肝病的同时，配合以健脾和胃的药物，就是已病防变法则的具体应用。自已病防变的思想产生以来，一直为历代医家所沿用。如清代叶天士，根据温热病伤及胃阴之后，病势常进一步发展，往往耗及肾阴，故主张在甘寒养胃的方药中，加入一些咸寒滋肾的药物，并提出了“务在先安未受邪之地”的防治原则，也是已病防变这一治疗原则在临床上具体运用的规范。由此可见，在临床治疗中，掌握时机，及早治疗，以防止病邪的发展和传变，避免不良后果，是非常关键的。

治法

在治则指导下治疗疾病的基本方法，称治法。由于疾病的变化较多，因此中医的治疗方法也是多种多样的。由于用药途径的不同又有内治法和外治法之分。内治法以内服药物为主，是临床各科最普遍而又常用的一种治法。外治法则包括手法外治法、配合器械外治法及采用药物外治法。

近年来，通过文献整理，反覆临床验证，建立“证”的实验动物模型，以及应用现代的药理学、病理生理学、免疫学、血流动力学和生物化学等方法，对活血化瘀、扶正固本、清热解毒和通里攻下等治法的研究均取得了注目的进展。有的已进入分子水平，临床应用范围也不断扩大，具有广泛应用的前景。

活血化瘀法的研究 大量临床和实验研究证明，活血化瘀具有多方面的作用。临床应用于40多种疾病。现已证明，在涉及到心脏、血管、消化、呼吸、泌尿生殖、皮肤及结缔组织等多种系统疾病中，如有明确的瘀血客观指标，使用不同的活血化瘀药均可收到不同程度的治疗效果，其作用机制涉及到改善微循环、改善血液流变性，影响血凝及纤溶、抗炎、抑制胶原合成多个方面，是一个有着广泛前景的治法。动脉血流量有明显增加外，对身体其他部分组织器官的血流量也有明显的作用。已测定22种以上的活血化瘀药物均有不同程度增加股动脉血流量的作用。经实验观察表明，不同的活血化瘀药物，对微循环均有不同的改善作用，包括降低毛细血管的通透性，使血流明显加速，毛细血管网开放明显增多，并在不同程度上使聚焦的红细胞发生解集作用。经血液流变学观察表明，有的药物具有改善血液粘度，有的则加快红细胞电泳时间，有的具有稀释血小板，共同达到改善血液流动的作用。

经实验研究发现，丹参酮Ⅱ－A为丹参的有效成分之一。川芎嗪为川芎的一种活性成分，阿魏酸是当归和川芎的有效成分。赤芍精是赤芍的有效成分。通过对其有效成分的进一步研究，发现其不仅具有调节血流动力学，改善微循环、抗血凝和调节血液流变性、抑制血小板聚集和血栓形成，以及影响肝脏结缔组织的代谢过程等多方面的作用。同时进一步开始了进入分子水平的药理研究。如发现冠心Ⅱ号方（丹参、赤芍、川芎、红花、降香）对磷酸二酯酶（PDE）有明显抑制作用。在抑制血小板聚集的浓度时，能明显增加血小板内环磷腺苷（cAMP）含量。复方丹参注射液（丹参、降香）亦能增高血小板内cAMP含量。川芎嗪对TXA_2样物质的活性和生物合成过程均有抑制作用。阿魏酸钠对磷酸二酯酶有明显抑制作用，从而使血小板内cAMP含量显著增加。

此外，活血化瘀法还具有调节机体免疫功能的作用。与免疫调节作用有关的方剂有补阳还五汤、血府逐瘀汤。多数活血化瘀药物如丹参、赤芍、蒲黄等均具有免疫抑制作用。

扶正固本法的研究 扶正固本法包括益气、养血、滋阴、助阳等治法，尤以益气补肾及补脾是其主要内容。临床及实验研究表明，扶正固本的治法能改善机体的物质代谢和心血管功能，调节中枢神经及内分泌系统，增强免疫功能，其中多糖类是目前发现的主要免疫增强剂，其作用特点是以增强T细胞功能为主。目前还发现部分中药具有提高淋巴细胞诱生白细胞介素的作用。人参类制剂对神经内分泌免疫环路的影响已成为最有影响和人们乐于应用的免疫兴奋调节剂。尤其黄芪有诱生干扰素（IFN）的能力，并能增强NK细胞的活性，因而对病毒感染也有防治作用。经临床证明，益气活血药物（黄芪、川芎）不仅具有与转移因子（TF）同等提高细胞免疫的功能，且有增强体液免疫功能的作用。益气活血药物加TF在提高整个免疫功能方面较之单用TF及死卡介苗划痕为佳。在对540人的对比观察中，确认单服黄芪对病毒即有预防作用。经动物实验证明黄芪对小白鼠Ⅰ型流感病毒感染确有轻度的保护作用。进一步在小白鼠实验中证明黄芪本身不是一种干扰素诱生剂，而是增加病毒诱生干扰素的能力，这提示其可能作用在组织细胞上。易感冒者服用黄芪后，对细胞干扰素系统的刺激作用可能与黄芪抑制细胞RNA代谢有关，而且黄芪具有延长某些原代细胞培养和人胎肺二倍体细胞株寿命的能力，可使其寿命长达88—98代（374—465天）。说明其通过扶正以驱邪的功能。

在"肾"本质的研究中,发现肾阳虚证的主要发病环节是丘脑(或更高中枢)的调节紊乱。肾阳虚患者具有三个下丘脑－垂体－靶腺轴不同程度的功能紊乱。而补肾法能调节神经内分泌免疫系统的功能。通过对补肾药物的研究表明,补肾药物通过多层次、多环节调节下丘脑－垂体－多个靶腺的功能,使肾虚得到纠正或改善。尤其对延缓衰老具有明显作用。大量研究表明,八味丸对高龄者多种器官、系统的功能和形态结构变化确有一定缓解作用。此外还对老年免疫功能、心血管系统功能、脂质代谢、糖代谢紊乱有调节作用。实验表明:运用补气健脾法治疗脾虚证患者,不仅可使临床症状缓解或基本消失,而且反映脾虚证的相应客观指标也得到改善,疗效达80%以上。主要疾病包括溃疡病、慢性胃炎、内脏下垂、慢性腹泻等。经动物实验研究表明,补气健脾方剂具有改善代谢、促进造血功能和血液循环,调节机体免疫功能和提高机体耐寒,耐缺氧、耐疲劳的功效。补中益气汤具有增强机体消化、吸收功能,调节平滑肌紧张性,促进核酸、蛋白质、糖代谢的作用,还能提高人的NK细胞活性。这不仅对"脾旺不受邪"是一个证明,而且提示"脾"主运化,以消化吸收功能为主。此外,补气药对血压、心肌收缩功能、心肌营养和血流量、机体耐缺氧、抗实验性心律失常、抗血小板聚集等均有明显作用。益气养血方药,经研究表明:主要具有增强机体非特异性抗病力和全面增强机体适应、代偿和修复能力。

清热解毒法的研究 清热解毒法的研究由早年偏重于抑菌试验,逐步深入到其对机体影响的全面研究。目前除已发现了数千种清热解毒药对某些细菌、病毒等病原体有不同程度的抑菌和减毒作用外,且药物之间有协同、增强和减少耐药性等作用。更主要的发现是某些清热解毒药主要并非抑菌作用,而是具有调节机体免疫功能、抑制炎症反应。且不少药物具有解毒和解热以增强肾上腺皮质功能的作用。如由青蒿、鱼腥草、银花藤、板蓝根、蒲公英和芦根制成的清解注射液,经临床应用结果说明其控制肺心病肺部感染和改善心肺功能方面均有明显疗效。经药理实验研究表明其具有镇咳、平喘、促进炎性渗出细胞的吞噬能力,降低毛细血管的通透性和动员机体防御机制及利尿作用。但其体外抗菌作用较弱,因此其疗效不单是体内直接抗菌,而是多方面药理作用的综合的结果。青蒿素是黄花蒿的抗疟有效成分,实验证明其具有显著抑制体液免疫和促进细胞免疫作用,与环磷酰胺有相似之处,因此可认为其为一种免疫调节剂。此外,实验还证明,不少清热解毒药都具有明显拮抗内毒素的作用,不论体内或体外实验均能肯定其疗效。说明清热解毒法的作用是多种作用的综合。

最近的研究表明,清热解毒药物除已知的抑菌减毒作用外,某些药物还具有直接降解内毒素、增强单核细胞系统(MPS)的吞噬功能,稳定溶酶体膜,保护线粒体,清除自由基和抑制过氧化脂等作用。

通里攻下法的研究 通里攻下法临床常与清热解毒、活血化瘀法配合应用。近年来广泛应用于临床内、外、妇、儿及五官等科。尤其在对急腹症和感染性疾病的治疗方面取得了较好的疗效。研究证明,通里攻下法分别具有抑菌消炎、改善循环、调整平滑肌张力、改善肠内渗透压等作用。其中以对大承气汤的临床和实验研究较深入。研究结果表明,其作用机制与以下几方面有关:①直接兴奋肠管平滑肌,以增强肠蠕动,增加肠容积,明显增加小肠输送的速度。②能明显增加肠血流量,改善肠管血运状态,故能增加小肠的血氧供应,改变细菌学状态,促进肠内腐败物质分解,有利于腹腔渗出物的吸收。③有抑制透明质酸酶的作用,从而降低毛细血管通透性,减少炎性物质渗出,限制炎性病灶的扩散。④已证明大承气汤中的大黄对多种细菌有不同程度的抑制作用,其抑菌的有效成分主要是蒽醌衍生物,如大黄酸、大黄素、芦荟大黄素。其作用机制主要是抑制糖和糖代谢中间产物的氧化和脱氢,抑制氨氮的同化及氨基酸的氧化、脱氢和脱氨,抑制蛋白质和核酸的合成。此外还有抗真菌、抗病毒作用。

最近的研究又有新的发现:对家兔小肠梗阻实验模型的血液测定表明,动脉血及门脉血的VIP含量明显升高,十二指肠壁的VIP含量亦增高,梗阻解除后仍处于增高状态。经肠腔给予大承气汤后,动脉血和门脉血的VIP均明显下降。其他实验还证明,大承气汤及其主药大黄、芒硝具有抑制梗阻肠管Ca^{2+}内流,防止梗阻时肠粘膜组胺酶下降;能明显防止肠梗阻大鼠血中脂质过氧化代谢产物丙二醛(MDA)的升高和过氧歧化酶(SOD)的活性下降。上述研究进展表明,大承气汤有导泻排便、抑菌减毒、增强肠粘膜屏障的功能及对肝、肺及免疫活性细胞的保护,可能是下法防治肠源性内毒素血症的多种功能的综合表现。中药的实验室研究,迄今还是很肤浅的初步了解,其中有许多奥妙还未被揭示,有待人们深入发掘和研究。

内治法

内服药物疗法称内治。疾病有寒热虚实,治疗上有温凉补泻。寒热虚实是中医的辨证大纲,温凉补泻是中医的治疗大法。古代将具体的治法扼要地概括为"八法",即汗、吐、下、和、温、清、消、补。清代程钟龄的《医学心悟》指出:"论病之原,以内伤外感四字括之。论病之情,则以寒热虚实表里阴阳八字统之。而论治病之方,则又以汗和下消吐清温补八法尽之。"并指出八法的制定是以八纲辨证为依据的,实际上已概括了中医治法的重点所在。临床运用治法时,往往不是单一治法所能适用,而根据复杂的病情变化,有时常需数种方法结合运用。如攻补兼施,汗下并用,表里双解等。正如《医学心悟》所谓:"一法之中,八法备焉。八法之中,百法备焉。

病变虽多，而法归于一。”因此临证处方，必须针对具体病情灵活应用。近年来，通过临床实践，已在八法的基础上发展为16种以上的治法。除八法外还包括祛风法、祛湿法、理气法、理血法、祛痰法、开窍法、安神法、固涩法等治法。

此外，在治疗具体疾病中，还应根据疾病发展的不同阶段、病势的缓急、病情的轻重、正邪的盛衰以及内、外、妇、儿、五官等各科疾病的特点等具体情况进行不同的治法。并强调在治疗疾病过程中尤当保护胃气。如《神农本草经疏》谓：“夫胃气者，即后天元气也，以谷气为本。”又谓：“安谷则昌，绝谷则亡。”因此在治疗中应注意勿伤胃气。

八法

汗、吐、下、和、温、清、消、补八种治疗方法称八法。在张仲景所著的《伤寒杂病论》中已介绍了八法的内容。清·程钟龄著《医学心悟·医门八法》中，也把药物治病的作用归纳为汗、吐、下、和、温、清、消、补八法。并指出八法是在表里、寒热、虚实、阴阳八纲辨证的基础上制定的。后世确立的各种治法，基本上都是八法的充实和发展。

汗法

通过发汗以祛邪外出解除表证的治疗方法称汗法。一般亦称解表法。可使腠理开泄，气血流畅，营卫调和，以解除肌表的邪气。汗法是古代医家在观察热病的过程中，见到汗出之后，高热即退而总结出来的。《素问·生气通天论》谓：“体若燔炭，汗出而散。”而且还体验到经过出汗所散之热，多半是由于外来之邪，郁闭肌肤而成。《素问·玉机真脏论》谓：“今风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热，当是之时，可汗而发也。”《素问·阴阳应象大论》也谓：“其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之。”《素问·热论》还谓：“三阳经络皆受其病，而未入于脏者，故可汗而已。”提示汗法具有祛除表邪及开郁泄热的作用。

汗法主要适用于外感表证，如感冒，麻疹初起疹点隐隐不透，水肿(腰以上)，疮疡初起有表证，或虽汗出而寒热不解的表证等，欲透邪外达，均可用汗法治疗。

古代不仅用药物发汗，而且还用浴法、蒸法、熏法、烧针、推拿、饮食及运动等方法，达到汗出邪去的目的。由于内服药物发汗，作用比较自然缓和，故用之较多。药物发汗，当掌握其不同程度，可分为两个层次：一是微发汗，运用辛温发汗之药，通过药物或助以热粥，促使汗出，邪从汗解，营卫和而体安。但不可太过或反覆使用，以免大汗淋漓，导致津伤亡阳。二是得汗，即通过调整气机，宣畅三焦，使营卫调和，腠理舒畅，玄府开阖正常，微微汗出，邪有出路即可。前者主要运用于风寒客于肌表之证，后者可用于多种疾病。温病初起，邪在卫分，使汗出而邪去。在运用汗法时，当注意正邪之盛衰。若邪实为主，当以驱邪为先，邪去则正安，单用汗法即可。若正虚明显，有汗出伤正之虑者，当辅以补法，诚如《素问·阴阳别论》所谓：“阳加于阴谓之汗。”汗为津液，阴津不足，化汗无源；阳气不足，不能托邪外出，故临证之时，当结合实际细审脉、舌、症，正确运用，使汗出邪去而不伤正。

早在《伤寒论》中就有“汗家”、“衄家”、“亡血家”、“淋家”、“疮家”禁汗之条文，以后医家通过大量临床实践及经验积累，认为应详审病情，辨证论治。但属下列病证者，当慎用或禁用汗法：表邪已入里而出现脏腑病证者；纯虚而无邪，或腑实里结，热盛动血等毫无透散之势者；热病后期津液亏损者不可用汗法。若体质虚弱，严重失血、吐泻失水等。阴虚之体而夹有外邪袭表者，当慎用汗法。在用药之时当仔细审证。诚如《医学心悟》所谓：“有当汗不汗误人者；有不当汗而汗误人者；有当汗不可汗，而妄汗之误人者；……有汗之不得其道以误人者；有当汗而汗之不中其经，不辨其药，知发而不知敛以误人者。”不可不慎。

外邪袭表，有风寒、风热之不同，故治法又有辛温解表与辛凉解表之分。阴虚之体有表证者当辅以养阴，气虚之体当辅以益气。又有用于透疹、祛湿、消肿及疮疡之早期者，兹分述于下。

辛温解表法 选用性味辛温具有疏风散寒作用的药物，以治疗风寒表证。当风寒袭表，肺气失宣，玄府闭郁，正邪相争，皮毛经络之阳气不得宣畅而出现恶寒而发热轻，无汗，口不渴，头身痛，鼻塞，流涕，舌苔薄白，或喘，或肿，脉浮紧者，当选用性味辛温，具有疏风散寒作用的药物，以宣散表邪。如表寒初起，证候轻者，可用葱白、豆豉通阳发汗即可。或用苏叶、前胡、杏仁、秦艽、荆芥穗等，如《和剂局方》香苏散等方。较重者用麻黄、桂枝、防风、羌活等，方以《伤寒论》的麻黄汤及桂枝汤为常用方。

辛凉解表法 选用性味辛凉，具有疏风解热作用的药物，以治疗风热表证。当风热之邪侵袭于表，邪气郁于肺卫，病虽轻浅，津液易伤。症见发热重、恶寒轻，无汗或少汗，或仅头汗出，或咳嗽，咽喉肿痛，舌红苔薄黄，脉浮数。证属卫分有热当从汗解。宜用性味辛凉之品。辛可宣郁，凉可清热，轻清宣上，邪去热清而肺气宣、三焦畅、营卫和而津液得布。《温病条辨》的银翘散、桑菊饮为辛凉解表之常用方。一般无明显发热口渴，但咳嗽痰稀不畅，是风热伤肺的轻证，用辛凉轻剂桑菊饮化裁，桑叶、菊花、薄荷等为主，适当配伍祛痰止咳的桔梗、杏仁等。如果受邪重，发热明显，口渴思饮，当用辛凉平剂银翘散化裁，用银花、连翘、牛蒡子之类。此类方药具有轻清辛凉清解之作用，服后微微汗出，则表清里和。

滋阴解表法 是选用具有养阴与解表作用的药物相配合，以治疗素体阴虚而患外感者。症见头痛身热，微恶

风寒，干咳，无汗或微汗，心烦，咽干，口渴，舌红苔少脉数等。常用药物有生地、玄参、玉竹、麦冬、白薇、花粉、薄荷、葱白、竹叶、牛蒡子、防风等。以加减葳蕤汤(《通俗伤寒论》)为常用方。

益气解表法 是选用具有补气或助阳与解表作用的药物相配合，以治疗气虚或阳虚而患外感者。症见恶寒发热，出汗，头身痛，咳嗽，咯痰，鼻塞声重，胸膈满闷，舌淡苔白或腻，脉弱或浮等。常用药物有人参、茯苓、附子、羌活、川芎、柴胡、薄荷、前胡、桔梗、枳壳等。以人参败毒散(《小儿药证直诀》)、麻黄附子细辛汤(《伤寒论》)为常用方。

解表祛湿法 通过轻微发汗，使体表湿邪随汗而解的一种治法。适用于湿邪侵袭于表，卫气不宣，经络受阻的病证。常见于长夏之际，夏秋之交，湿热偏盛，暑湿为多，郁而化热，湿热内生，内外相引，而致气机不调，三焦不畅。症见身热不扬，肢体困重，头重如裹，汗出不畅，脘闷胸痞，恶心纳呆，大便不利，小便混浊或黄赤，舌红苔腻或黄或垢重，脉濡，按之弦滑而数。治法若只清热则碍湿，若只利湿则助热，当以辛开苦降，分消走泄之法宣郁化湿。治疗常用淡竹叶、杏仁、香薷、独活、羌活、防风、秦艽之类药物。以羌活胜湿汤(《内外伤辨惑论》)及香薷饮(《和剂局方》)为常用方。服药后微微汗出，汗出畅透，为邪去正安之象。注意不宜发汗太过，以微汗为佳。

发汗消肿法 是通过疏风解表，宣肺行水治疗风水初起的治法。适用于风邪所伤，肺失宣降，以致风遏水阻，风水相搏，流溢于肌肤，发为水肿者。症见头面浮肿，腰痛尿少，兼见恶风发热，咳嗽或咽部红肿疼痛，舌苔薄白、脉浮。常用麻黄、生姜、杏仁之辛开苦降，配以石膏、连翘以清泻内热。以麻黄连翘赤小豆汤(《伤寒论》)及越婢加术汤(《金匮要略》)为常用方。本法的使用同时要注意与其他治法配合应用。

宣肺透疹法 是以辛凉透表，清宣肺卫为法治疗以皮肤发疹为临床特征的急性热病。例如麻疹因邪毒首犯肺卫，肺失清宣，故见咳嗽、发热等症。热毒内侵则面耳目赤，泪水汪汪。其病之初期以及皮疹初现时，治疗宜以辛凉透表，清宣肺卫为法。常用升麻、葛根、桑叶、菊花、荆芥、防风等。若疹出不畅者加蝉衣、西河柳，无汗者加浮萍。以宣毒发表汤及清解透表汤为代表方。服药后当微有汗出，则邪随汗解。

清法

用寒凉性药物以清除热邪，治疗里热证的治法称清法。温、热、火三者其性质相同，但有温盛为热，热极为火的区别，三者统属于里热证。清法是根据《素问·至真要大论》中"热者寒之"，"治热以寒"及《素问·五常政大论》中"温者清之"，"治温以清"的原则而制定的。

凡邪热入里，热势弥漫，既非汗法所能解，又非下法之能攻者，最宜用清法。但《外台秘要》谓："若秘而错语者，宜服承气汤；通利而错语者，宜服四味黄连降热。"《世医得效方》谓："至于治热者为治，有泛热、有实热。泛热者荆芥、薄荷、栀子、黄芩等投之，正其所宜。实热者，非大黄、芒硝则不能效。"《卫生宝鉴》把泻热分为六类：上焦热用凉膈散等；中焦热用调味承气汤等；下焦热用大承气汤等；气分热用白虎汤等；血分热用桃核承气汤等；通治三焦甚热之气，用黄连解毒汤等。在一定的意义上是属于广义的清法。故后世医家认为清法具有清热、泻火、凉血、解毒、生津等作用。适用于外邪入里化热，或五志化火、热从内生的各种不同的热性证候。根据热邪所在部位不同，临床表现亦错综复杂。而火热之邪致病，临床极为常见。故在运用清法时，除须掌握清实热和清虚热，清表热和清里热之主要方面外，尚须详细辨证，从整体出发，注意配合散而清、润而清、消而清、补而清、辛凉而清、甘凉而清、化浊而清等具体方法。

在运用清法时，应掌握以下三点：①随证应变，不失法度。药有辛凉、寒凉、苦寒、咸寒；方有清气、清营、凉血、清脏腑热等不同，而患者每多症状交错，故在辨证论治时既不失法度，又应随证应变。②法在巧用，着重治本。热证病因甚多，务必审证求因，正如《医学心悟》谓："实郁之热，以攻而用；蕴闭之热，以利而用；阴虚血燥，以补为用；风寒闭火，散之清之；伤食积热，消而清之。"③组方合理，量病用药。此外在使用清法时应注意热证的真假，不为假象所迷惑。是真热假寒，宜用清热泻火，不可误用温热。反之，如为真寒假热，则宜用温，不可误用清。当屡用清热泻火法，而热不退者，往往是由于阴亏不能养阳的虚热。应改用滋阴壮水的方法，待阴精得复，其热自退。如服清热剂即吐者，可稍佐姜汁，或用凉药热服的方法。因寒凉药易伤脾胃，影响消化功能，故一般清法不宜久用。由于热证尚有气分、血分之异，实热、虚热之分，脏腑偏盛之殊。故具体治法可分为清热泻火、清热解毒、清营凉血、清解暑热、清热祛湿和养阴清热等六类。

清热泻火法 适用于热在气分，具有壮热烦渴，多汗，苔黄，脉洪大滑数等症。热在气分，应注意区别热势的外浮与内郁的两种趋向。如热势浮盛于外，多见肌表热势壮盛，面目红赤，汗多，渴甚引饮，脉洪数。其治疗以辛寒之剂为主，以白虎汤为代表方。用辛寒之性因势利导，使其深盛之邪热透达肌表而解。对热邪在气分而热势内盛者，为内热炽盛。症见口苦心烦，尿黄赤，舌红，脉洪滑，其治疗当以苦寒之药为主。根据邪热所在部位及其证候，按药物归经选用不同的药物治疗。如热在心经，症见口渴，面赤，心胸烦热，口舌糜烂，小便短赤涩痛等，常选用黄连、栀子、竹叶、莲心、木通等，《小儿药证直诀》的导赤散为常用方。热在肝经，症见胁痛，口苦，目赤或肝经湿热下注，小便赤涩，阴痒，阴肿等，常选用龙胆草、夏枯草、青黛、柴胡等，李东垣的龙胆泻肝汤为常用方。热在肺经，症见咳喘，烦热，胸痛等，常选用黄芩、桑白皮、

知母等,《小儿药证直诀》的泻白散为常用方。热在胃经,症见高热烦渴,牙痛龈肿溃烂,或牵引头痛,面颊发热,或牙宣出血,常选用黄连、知母、石膏等,清胃散(《兰室秘藏》)、白虎汤(《伤寒论》)为常用方;热在大肠,症见腹痛,里急后重,大便脓血等。常选用黄连、黄柏、白头翁等,白头翁汤(《伤寒论》)为常用方。

清热解毒法 适用于三焦火毒热盛,以及邪郁生热,胸膈热聚;或风热疫毒发于头面等证。三焦火毒热盛,症见烦热,错语,吐衄、发斑及外科的痈疽疔毒等;胸膈热聚,症见身热面赤,胸胁烦热,口舌生疮,便秘溲赤等;热毒发于头面,症见头面红肿热痛,咽喉不利等。常用药物有黄连、黄芩、黄柏、栀子、银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、野菊花等。如热在气分应着重清气;热在血分应着重凉血;疔疮痈肿初起,则应适当选用活血通络之品;若脓肿已成,则应配伍活血凉血、行气通络排脓之品;如热聚胸膈,便秘溲赤,可配伍芒硝、大黄通利,以导热下行。由风热瘟疫发于头面红肿者,可在清热解毒药中配用辛凉疏散之品,如牛蒡子、薄荷、僵蚕等,从肌表疏利以分消热毒。以黄连解毒汤(《外台秘要》)、普济消毒饮(《医方集解》)、仙方活命饮(《外科发挥》)、五味消毒饮(《医宗金鉴》)等为常用方。

清营凉血法 具有清营透热,凉血散瘀及清热解毒的作用,适用于邪热传入营、血分,已有动血及热毒炽盛的证候。邪热入营,症见身热夜甚,心烦少寐,口渴或不渴,时有谵语,或斑疹隐隐,舌红绛而干,脉细数等。入血之证,见出血发斑,如狂谵语,舌绛起刺等,常用药物有犀角、生地、玄参、羚羊角等以清营凉血为主。由于营分邪热多由气分传来,常配用银花、连翘、竹叶等促其透热转气。热入血分,每多迫血妄行而出血、发斑,且络伤血溢易留瘀,热与血结亦可成瘀,故常配用丹皮、赤芍等,以凉血散瘀。清营如《温病条辨》的清营汤;凉血如《备急千金要方》的犀角地黄汤及《和剂局方》的紫雪丹等方。

清热祛暑法 适用于暑热病。主要症见头痛,汗出,身热,烦渴,体倦少气,舌红苔薄白或白腻,脉浮等。常用药物有香薷、金银花、连翘、芦根、竹叶心、鲜荷叶、扁豆花等。香薷饮(《和剂局方》)、新加香薷饮(《温病条辨》)为常用方。暑为阳邪,性属热,易伤津耗气,故症多见心烦口渴,治当清热兼益气生津。且暑多挟湿,故症多见体倦乏力。在具体运用此法时应注意辨别暑与湿的轻重主次,以及有无伤津耗气之兼症,如暑重于湿,湿邪亦从火化,用药不要过于温燥,以免再伤津液。若湿重于暑,暑邪易被湿遏,甘润滋腻之剂又当慎用,以免湿邪缠绵不去。

清热祛湿法 适用于湿热俱盛,或湿从热化。症见发热或午后身热困倦,身目发黄,胸闷腹胀,口苦纳差,小便黄赤,或湿热下注,出现小腹胀满,小便浑赤,尿频涩痛,淋沥不尽,舌红,苔黄腻干,脉滑数或濡等。常用药物有茵陈蒿、栀子、黄连、黄柏、连翘、滑石、薏苡仁、藿香、金钱草、大黄等。以茵陈蒿汤(《伤寒论》)、甘露消毒丹(《温热经纬》)、八正散(《太平惠民和剂局方》)为常用方。

清热养阴法 适用于温病后期,津液耗伤,余热未尽,出现暮热早凉;或由肝肾阴虚而致骨蒸潮热,或久热不退的虚热病证。症见夜热或午后潮热,热退无汗或少汗,咽干口渴,唇红颧赤,舌红少苔,脉细弦数等。故清热必与养阴同用,使本法具有养阴透热,清热除蒸的作用。常用药物有滋阴清热的鳖甲、知母、生地、沙参、石斛与清透伏热的青蒿、秦艽、柴胡、地骨皮等配合组方。常用方有青蒿鳖甲汤(《温病条辨》)、秦艽鳖甲汤(《卫生宝鉴》)、清骨散(《证治准绳》)等。

下法

用具有排泻、攻逐、润下的药物以通导大便,排除胃肠积滞、荡涤实热、攻逐水饮积聚的治疗方法称下法。它是根据《素问·阴阳应象大论》中:"其下者,引而竭之;中满者,泻之于内。其实者,散而泻之。"的原则而确立的。适用于邪在肠胃,如燥屎内结、热结便秘、停痰留饮、瘀血内蓄等里实证。由于证候有热结、寒结、燥结、水结等的不同。故分为寒下、温下、润下、逐水四类。正虚邪实而有结聚者可攻补兼施。下法首推《伤寒论》的大、小承气汤和调胃承气汤三方。其中大承气汤的指征,前人归纳为"痞、满、燥、实、坚"五字。

下法还可根据病因的不同,酌情配伍祛痰药以治痰核、瘰疬,及实热老痰所致癫狂等病,如控涎丹(《三因方》)、礞石滚痰丸(《丹溪心法》)等;适当配伍驱虫药以驱虫,如槟榔承气汤之类;或参用清热及活血化瘀药,泻瘀热、消痈肿,以治肠痈、下焦蓄血等病,如大黄牡丹汤(《金匮要略》)、桃核承气汤(《伤寒论》)等。惟对于表证未解,里证未成实者,不宜骤用泻下剂;若表邪未解,虽里实已成,亦应先解表后攻里,或采用表里双解之法;至于邪实正虚者,则应攻补兼施。下法得效即止,慎无过剂。泻下药的性质大多峻猛,对于体弱、产后、失血者及怀孕、月经期妇女一般应慎用,或酌情减量。

寒下法 具有泻热通便作用,适用于热实便秘或热结旁流等证。症见高热便秘,脘腹胀满疼痛,或痛而拒按,或有神昏谵语,苔黄厚而干,脉滑实等。亦治水肿便秘,口渴的阳水证。寒下法还可用于火热上炎所致的头痛、目赤、咽痛、牙龈肿痛、吐血、衄血等症。不论有无便秘,均可取其苦寒泄降之力以清除实热,导热下行,起到"釜底抽薪"的效果。根据"六腑以通为用","通则不痛"的原理,以攻下药为主,适当配伍清热解毒、活血化瘀药,对治疗多种急腹症,可取得较好的效果。常用的苦寒泻热通便药如大黄、芒硝、番泻叶、牵牛子等。如大承气汤(《伤寒论》)等方,如兼阴虚或血虚者,可酌加滋阴和养血药,即为增液泻下或养血泻下之法。

温下法 具有祛寒通便作用,适用于肠中寒凝积滞

的里实证。《医学心悟》说:"有阴结之症,大便反鞕,得温则行,如开水解冻之势。"症见大便秘结,脘腹冷痛,手足不温,口淡不渴,苔白滑或白腻,脉沉弦等。选用温热药如附子、干姜、细辛等以散其寒,配以泻下药如大黄、巴豆等以泻其积。如大黄附子汤(《金匮要略》)、三物备急丸(《金匮要略》)等方。若兼气滞腹痛者,可加入理气止痛药;体弱气虚者,酌与补气扶正药同用。

润下法 具有润肠通便作用,适用于热邪伤津,素体阴虚火旺,年老、体弱、久病、产后等精血亏损,津枯阴虚,肠道津液不足所致的便秘。火旺者,宜滋润与寒下配合,以润其燥,泻其热;若由于血虚者,宜与补血合用;兼气滞者,宜配以行气。常用药如麻子仁、郁李仁、杏仁等与大黄组成方剂。如麻子仁丸(《伤寒论》)等方。血虚津枯者宜用温润以补其虚。常用药如柏子仁、松子仁、火麻仁、当归、肉苁蓉等组成方剂。以五仁丸(《世医得效方》)为常用方。由于肾阳不足,或病后肾虚,关门不利所致者,常用温补肾阳,润肠通便,以《景岳全书》济川煎为常用方。

逐水法 具有攻逐水饮的作用,使体内水邪从大便排出。适用于气机阻滞、水邪内停而致重证水肿或水饮停聚诸证。常选用甘遂、芫花、大戟、牵牛子等药。如十枣汤(《伤寒论》)、舟车丸(《丹溪心法》)等方。本法攻逐峻猛,宜用于实证。且应先从小剂量开始逐渐增量。如服药后虽泻不爽,水饮未去者,可渐增药量,一般以快利为度。如患者体虚邪实,又非攻不可者,可用逐水与健脾补益之剂交替使用。或先攻后补,或先补后攻。中病即止,不宜久服。孕妇忌用。

温法

具有温里祛寒,温补阳气,回阳救逆及温经散寒等作用,选用甘温辛热的药物以治疗里寒证的方法称温法。《素问·至真要大论》中"寒者热之","劳者温之",说明温法是针对寒证而确立的。寒证有表里之分,表寒宜温散(见"汗法"条)。而本法适用于脾胃虚寒,肾阳衰微,阳气欲脱,或经脉寒邪凝滞等里寒证。由于里寒证的成因有外寒直入脏腑、经脉,有因元阳不足、寒从内生,以及误治损伤阳气的不同,故分为温中散寒、回阳救逆、温经通痹三类。寒为阴邪,易伤阳气,故温法又常与补法配合使用。

运用温法,尤应辨别寒之真假。如为假寒,不可误用。若用之太过,也会耗血伤津,转为燥热之证。如服温药即吐者,可稍佐寒凉之品,或改作冷服以投之。若寒病屡用温法,效果不显者,宜峻补其肾中之阳,所谓"热之不热,是无火也。"也就是"益火之源,以消阴翳"的方法。

温中散寒法 具有温中益气、除湿健脾作用,适用于寒邪直中脾胃之虚寒证。症见肢体倦怠,食欲不振,手足不温,脘腹冷痛,或吞酸吐涎,或呕吐泄泻,口淡不渴,大便稀溏,舌淡苔白润,脉沉细或迟缓。多用干姜、附子、肉桂、吴萸、川椒等以温阳散寒,配以党参、白术、炙甘草等以健脾益气。如理中丸(《伤寒论》)等为常用方。

回阳救逆法 具有扶阳抑阴作用,适用于阴寒内盛,阳气欲绝之阴寒证。症见精神委靡,气息微弱,恶寒踡卧,四肢厥逆,下利清谷,重则大汗淋漓,脉微欲绝。常用附子、干姜、肉桂、人参、炙甘草等温固心脾肾之阳。以四逆汤(《伤寒论》)、参附汤(《妇人良方》)为常用方。

温络通痹法 具有通经、散寒、止痛作用,适用于阳气虚损,寒邪凝滞经脉,血液运行不畅的痹痛、阴疽、寒凝腹疼等证。症见肢体麻木、厥冷,关节疼痛,痛有定处,或有腰腹冷痛,甚至发为阴疽等。多系阳气虚于外,阴血竭于内,寒凝经脉而成。故须用温经散寒、养血通脉之药,如桂枝、细辛、当归、芍药等。以当归四逆汤(《伤寒论》)、黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》)、阳和汤(《外科证治全生集》)等为常用方。

引火归原法 治疗肾火上升的方法。肾火上升常表现为上热下寒,面色浮红,头晕耳鸣,口舌糜烂,齿痛,腰膝酸软,两足寒冷,舌质嫩红,脉虚。可于滋肾药中加附子、肉桂之类以引火下行,使肾阴阳调衡,虚火不升。

消法

采用有消导和散结作用的药物,使食、痰、气、血、水、虫等聚结成的有形之邪消散的一种方法称消法。适应于里实证而不宜用下法者。《素问·至真要大论》中"坚者削之","结者散之",即属消法的运用。《医学心悟》谓:"消者,去其壅也。脏腑筋络肌肉之间,本无此物而忽有之,必用消散,乃得其平。"狭义的消法,多指消食导滞法,用于治疗饮食积滞。而广义的消法,应用范围广泛,诸如食积、癥瘕、痞积、蓄水、痰核、瘰疬以及痈疽初起等。凡邪之有所结、有所滞、有所停留、有所瘀积,无论其在脏、在腑、在气、在经络,均可考虑采用消法。消导散结的方剂多系行气、活血、消食、祛湿、化痰、泻下之类药物组成。具体运用大致可以分为消食导滞、消癥化积、驱虫消积三类。消法并可与其他治法结合运用,则其应用范围更广,且可用于治疗一些疑难杂证。如病邪日久,或脾胃素虚,应配伍补益药,以消补兼施;如积滞郁而化热,宜消而兼清;积而兼寒,则宜消而兼温。至于治疗癥瘕积聚,必须辨其病证部位,属于何经何脏,用药才能直达病所,收到良好的效果。

消食导滞法 适用于食积停滞所致的脘腹痞满,腹痛厌食,嗳腐吞酸,或大便泄泻,苔白或厚腻而黄,脉滑等症。常用山楂、神曲、谷芽、麦芽、莱菔子、枳实、茯苓、砂仁等药。以保和丸(《丹溪心法》)、枳实导滞丸(《内外伤辨惑论》)为常用方。在应用时应注意有无脾虚或寒热兼夹,如脾胃素虚而见饮食不消者,则须适当配以补益药;如郁滞化热者,宜消中兼清;如积而兼寒者,则宜消中兼

温。食积之证，以小儿为多见，故消食导滞法用于小儿者较多。因小儿不知饥饱，具有"脾常不足"的特点。故消导积食时，常需兼顾脾气。且积食易于化热，当同时清热。故消法中兼清兼补者常见，如健脾丸（《证治准绳》）等方。

消癥化积法 适用于癥积痞块等证。这类病变多由寒热痰食与气血相搏，聚而不散，日久成积。症见两胁癖积，脘腹癥结，攻撑作痛，饮食不思，肌肉消瘦等。其病变多为虚实夹杂，攻之则正不支，补之则邪益甚，故宜采用消癥化积之法，缓缓消散为妥。常以行气活血，化湿消痰，软坚散积等药组方。常用药物有枳实、厚朴、三棱、莪术、鳖甲、桃仁、红花、乳香、没药、归尾、青皮等，方如枳实消痞丸（《兰室秘藏》）、鳖甲煎丸（《金匮要略》）等。前者消中有补；后者行气破血，软坚消癥，旨在攻消。如见气虚脾弱者，应注意酌加补气健脾药。

补法

补益气血阴阳，以增强体质，改善机体虚弱状态的一种治法，称补法。适用于人体虚弱，脏腑功能减退，气血精津或阴阳亏损等证。《素问·至真要大论》中"虚则补之"、"损者益之"和《素问·阴阳应象大论》中"形不足者，温之以气；精不足者，补之以味"都是关于补法运用的理论基础。由于人体虚损有气、血、阴、阳之分，故临床上将补法分为补气、补血、气血双补、补阴、补阳、阴阳两补、补益气阴等七类。但是，补气补血虽各不相同，但亦不能截然划分。如《脾胃论》谓："血不自生，须得生阳气之药，血自旺矣"。又谓："血虚以人参补之，阳旺则能生阴血"。因此，当血虚补血时，常加入补气之药，以助生化。如因大失血而血虚者，急当补气以固脱；若血虚而气不虚，则可少佐补气之药。至于气虚证候，则一般较少运用补血药，嫌其性多阴柔滋腻，易致气滞碍胃故也。总之应根据气虚、血虚的原因与主次轻重进行遣药制方。补阴的方法亦复如此。因为阴是阳的物质基础，阳是阴的功能动力，阴阳是相互依存，相互为用的。正如《景岳全书》谓："善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而源泉不竭。"因此，补阳时并不全废补阴之药；补阴时亦可佐以补阳之品。不过阳虚多寒者，应补之以甘温；阴虚多热者，应补之以甘凉。此外，还要注意五脏分补，如《难经·十四难》谓："损其肺者，益其气；损其心者，和其营卫；损其脾者，调其饮食，适其寒温；损其肝者，缓其中；损其肾者，益其精。"这是本脏虚而治其本脏。另有一法是本脏虚而补其他脏。如《医学心悟》谓："肺虚者补脾，土生金也；脾虚者补命门，火生土也；心虚者补肝，木生火也；肝虚者补肾，水生木也；肾虚者补肺，金生水也。"这就是《难经·六十九难》中"虚则补其母"之义也。在五脏补益中，更重视补益脾肾。因脾为后天之本，气血生化之源，肾为先天之本，真阴真阳皆藏于其中。如程钟龄谓："须知脾弱而肾不虚者，则补脾为急；肾弱而脾不虚者，则补肾为先；若脾肾两虚，则双补之。"故应根据实际情况具体运用。补法虽繁，只要抓住纲领，执简驭繁，视其气血虚损之所在而补之，则补得其本；观其阴阳亏损之所在而补之，则补得其源。

应用补法时，对于"大实有羸状"的假虚证候，不能误用本法。正虚而邪未尽，不能过早使用补益剂，当先祛邪，必要时可补正祛邪并用；补气药与补阳药，性多温热辛燥，对阴虚火旺者不宜用；补血药与补阴药，性多寒凉滋腻，对阳虚阴盛者应慎用。

补气法 又称益气法，是治疗气虚证的方法。气乃维持人体生命活动之根本，具有温煦、推动、防御、固摄、营养等功能。气属阳，故气虚之病机为偏于寒证的表现，但不能与阳虚混淆。其症见少气懒言，头晕目眩，倦乏无力，语音低微，动则汗出，面色㿠白，舌淡少苔，脉虚大或细弱等。或伴有心动悸，脉结代，腹胀便溏等。治疗当遵"劳者温之，损者益之"的法则。人体五脏六腑之气为肺所主，中焦脾胃为水谷之海，气血之源，由上焦开发，输布于全身。所以气虚常责之肺脾二脏，补气常以补肺脾之气为主。常用的药物有人参、党参、黄芪、白术、黄精、炙甘草、茯苓等。以四君子汤（《太平惠民和剂局方》）、补中益气汤（《脾胃论》）、生脉散（《内外伤辨惑论》）、人参蛤蚧散（《卫生宝鉴》）等为常用方。

补血法 类同养血法。是治疗一切营血亏虚病证的方法。其症见头晕目眩，心悸失眠，面色无华，毛发枯槁，爪甲枯瘪，唇色淡白，大便干燥，妇女月经愆期、量少色淡，舌淡少苔，脉细散无力等。常用药物为熟地、当归、白芍、何首乌、阿胶等。前人有谓"有形之血不能自生，生于无形之气"，故常于补血药中配以党参、黄芪之类，以益气生血。四物汤（《太平惠民和剂局方》）、当归补血汤（《内外伤辨惑论》）、归脾汤（《济生方》）为常用方。四物汤以补血调血为主，作为治月经不调的基本方；当归补血汤为补气生血；归脾汤以益气补血，健脾养心为主。

气血双补法 具有补气补血两方面的作用。是以补气药与补血药并用治疗气血两虚证的方法。肝藏血，心主血，脾统血，血虚宜补血调肝，兼益脾气，养心安神。肺主气，气虚宜补气健脾。气血两虚症见面色苍白或萎黄，气短乏力，头晕心悸，舌淡苔白，脉细弱或虚大无力等。常以当归、白芍、熟地、枸杞等药补血调肝、养心安神；以党参、黄芪、白术、炙甘草等药益气健脾。以八珍汤、人参养营汤为常用方。

补阴法 又称滋阴、育阴、养阴法。是治疗阴虚证候的方法。适用于身体羸瘦，形容憔悴，口干舌燥，五心烦热，头昏耳鸣，盗汗遗精，颧红唇赤，舌红少苔，脉细数无力等症。《素问·至真要大论》谓："诸寒之而热者，取之阴"，王太仆说"壮水之主，以制阳光"都指补阴法而言。常用地黄、天冬、麦冬、知母、龟板、旱莲草、女贞子、鳖甲等药。五脏中以肝藏血、肾藏精，故补阴常以补肝肾为

主，其次为心、肺。根据损及的脏腑不同，临床常现不同兼证，方药亦不尽相同。如心阴虚，症见心悸健忘，失眠多梦，以天王补心丹（《摄生秘剖》）为常用方；肝阴虚，症见头痛眩晕，麻木震颤，视物模糊，眼干夜盲，以杞菊地黄丸（《医级》）为常用方；肺阴虚，症见咳嗽气喘，痰少而粘，或痰中带血，口咽干燥或音哑，常以百合固金汤（《医方集解》）为常用方；肾阴虚，症见腰膝酸软，耳鸣耳聋，遗精盗汗，常以六味地黄丸（《小儿药证直诀》），或左归丸（《景岳全书》）为常用方。

补阳法 又称助阳法，是治疗阳虚证的方法。阳虚又有肾阳虚、脾阳虚、心阳虚等。（有关心、脾阳虚部分见"温里法"条）。此处主要指肾阳虚而言。肾为先天之本，命门火之所在，为一身阳气之根本，一旦肾阳虚弱，则温煦作用不足，不能化气行水，机体失于温养，病机则为"阳虚生寒。"症见面色苍白，形寒肢冷，腰膝酸软，神倦乏力，虚喘耳鸣，或有阳萎早泄，宫寒不孕，小便不利或溺后余沥，或小便频数，舌淡苔白，脉沉弱等。《素问·至真要大论》谓"诸热之而寒者，取之阳"。王太仆谓"益火之源，以消阴翳"。均指温补肾阳而言。常以辛热、甘热、甘温之药合用。常用药物有附子、肉桂、鹿茸、仙灵脾、巴戟天等。以右归丸（《景岳全书》）、肾气丸（《金匮要略》）为其常用方。右归丸是温补肾阳、填精补髓之剂，用于元阳不足，火不生土之证；肾气丸用于肾阳不足，命门火衰，其方为阴中求阳、补而不腻。

阴阳两补法 适用于阴阳俱虚的证候。由于阴阳互根，"阴生于阳，阳生于阴"。阴是阳的物质基础，阳是阴的功能作用。因此无论阴虚或阳虚久而不愈，均可导致阴阳两虚的病证。如心神不摄，遗精梦交，少腹弦急，外阴部冷，脱发眼花等，需在调理阴阳的基础上配以镇静安神，潜阳固涩的药物。大补元煎或肾气丸为常用方。

补益气阴法 适用于气耗津伤过甚而致气阴不足之证。症见肢体倦怠，气短懒言，口渴多汗，咽干舌燥，脉虚数等。以生脉散（《内外伤辨惑论》）为常用方。

和法

具有和解、疏畅、解郁、调理作用的一种治法称和法。所谓和者，乃调和之意。如和解表里，是邪在半表半里之治法，非发汗、清热、泻下等法所能解决，只宜用随其所在而调之的和法治疗。另外，根据温疫邪伏募原及"疟疾不离少阳"的认识，治疟方法亦属和法。故本法可用于治疗脏腑气血阴阳不和，或寒热失调、虚实夹杂的证候，可见和法的适应范围很广。临床分为和解少阳、调和胆胃、调和肝脾、调和肠胃、调和气血等五类。

凡外感疾病，病邪在表而未及少阳，或邪已入里，阳明热盛者，不宜用本法。因病在表，急当外解，若误用和解，则邪易入里，发生他患。若表邪已全入里，使用和解，更会延误病情。

《伤寒论》谓："太阳病，若吐若下若发汗后，微烦，小便数，大便因鞕者，与小承气汤和之愈。"此即缓下以和之意。诚如《医学心悟》谓："有清而和者，有温而和者，有消而和者，有补而和者，有燥而和者，有润而和者，有兼表而和者，有兼攻而和者，和之义则一，而和之法变化无穷焉。"是用他法达到"和"的目的，与狭义的和法不同。

调和营卫法 是解除表邪并调整营卫失和的治法。风邪自表而入，可引致营卫失调，症见头痛发热，汗出恶风，耳鸣干呕，脉浮弱等症。常用桂枝汤治之。方中以桂枝解肌祛风而通卫，芍药敛阴而和营。见"桂枝汤"条。

和解少阳法 适用于邪在少阳的证候。症见寒热往来，口苦，咽干，目眩，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食，脉弦等。由于少阳位于半表半里之间，邪在其中，既不可发汗，又不能吐下，既要透解半表之邪，又要清泄半里之邪，唯有用和解之法，以达和里解表的目的。正如《医学心悟》谓："伤寒在表者可汗，在里者可下，其在半表半里者，唯有和之一法焉。"常用柴胡、黄芩、青蒿、半夏等药。以小柴胡汤（《伤寒论》）为常用方。

调和肝脾法 是治疗肝气犯脾，肝脾不和的方法。适用于肝气郁结，脾受凌侮即称木克土之证。症见胸胁胀满，或兼疼痛，厌食倦怠，或为肠鸣腹泻、腹痛，如妇女可为乳房胀痛，月经不调，脉弦等。常用柴胡、白芍、陈皮、白术、枳壳等药。以四逆散、逍遥散、痛泻要方为常用方。四逆散有透邪解郁之功；逍遥散以疏肝健脾为主；痛泻要方主治土虚木乘的痛泻证，旨在补脾泻肝，以调和肝脾。

调和肠胃法 适用于邪在肠胃，导致消化吸收功能失调，寒热夹杂，而症见脘腹痞满，腹疼欲吐，肠鸣腹泻，苔薄黄而腻，脉弦细数等。治疗为辛开苦降、寒热并用，以调整肠胃功能。常用半夏、干姜、黄芩、黄连等药。以和胃降逆，开结除痞的半夏泻心汤（《伤寒论》）为常用方。

调和胆胃法 又称调和肝胃法，适用于肝胆气犯胃，胃失和降。症见胸胁胀满，恶心欲吐，嗳气吞酸或呕吐苦水，心下痞满，苔白腻，脉滑数等。常用黄芩、竹茹、枳壳、陈皮、茯苓等药。温胆汤、左金丸等为常用方。

调和气血法 适用于气滞或气虚导致的血瘀，或由血瘀引起的气滞等。气与血是相互依存，相互制约的，故气行则血行，气滞则血瘀，相反，血瘀则气滞。古人有"气为血之帅"的说法。本法具体应用见"理气法"条和"理血法"条。

吐法

使用催吐药物或用机械刺激咽部而引起呕吐，使停蓄于咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食或毒物随呕吐而出的方法，称吐法。《素问·阴阳应象大论》中"其高者，

因而越之"，即指病位在上，可用涌吐法以驱除病邪。吐法有疏通气机、升上启下、祛痰利咽、祛除积滞、排除毒物等作用。临床可用于风痰内闭引起的癫、狂、痫；痰涎壅塞引起的缠喉风、锁喉风；顽痰蓄积引起的胸膈满闷；宿食停滞引起的胃脘疼痛、食物中毒等证。其机械刺激法是用洁净羽毛或手指探抚咽喉使其呕吐。药物常用瓜蒂、藜芦、胆矾、赤小豆、食盐等。如瓜蒂散(《伤寒论》)、盐汤探吐方(《备急千金要方》)等。一般用于某些急症、重症。在使用时，应中病即止，勿使过之，免伤正气。如服药后吐剧而不止者，可啜服姜汁少许，或冷服稀粥、冷开水。如无效，可用麝香 0.03—0.06 克，水调服，或用葱白煎浓汤，或甘草、贯众煎汤解之。一般涌吐后易伤胃气，要注意调理，勿过食肥腻厚味或难以消化的食物，以免再伤胃气。对老弱、幼儿、孕妇、产后以及气血不足、心脏病、高血压及气喘促者，均不宜使用本法。

理气法

疏畅气机，调理脏腑功能的治法称理气法。适用于治疗气机阻滞或逆乱的证候。人体的一切功能活动，无不依靠于气的推动。人体的气，外布于肌表，内行于脏腑，升降出入，周流全身。气的生成来源于脾、肺、肾，其疏泄在肝。气以通畅为顺，顺则平；逆或滞则病。一旦因寒、因热、因痰、因情志不遂，均可致脏腑功能失调，气机阻滞，运行失常而产生各种疾病。气病的范围包括气滞、气逆、气虚三种。滞则宜疏，逆则宜降，虚则宜补。除气虚在补法中叙述外，理气主要包括行气和降气两法，在应用理气法时应注意病情的虚实和兼症，根据临床辨证常与其他治法配合使用。由于理气法所用之药物多偏于辛温香燥，容易伤津耗气，应用时应适可而止，勿使过量。特别是于妊娠或阴液亏损者尤宜慎用。

行气法

以调畅气机、解郁通结为主的治法称行气法。适用于气机郁滞，升降失调所致的脾胃气滞、肝气郁滞以及心肺气滞等。脾胃气滞主要见症为脘腹胀满，呕恶食少，肠鸣腹痛，大便失常。药物常用陈皮、木香、厚朴、砂仁、蔻仁之类。以四磨汤、越鞠丸为常用方。肝气郁滞主要见症为胸胁胀满，月经不调，乳房胀痛，疝气，痛经。常用香附、柴胡、青皮、乌药、枳实、佛手之类。以柴胡疏肝散为常用方。胸中阳气为痰浊所阻，主要症见胸背疼痛，胸闷气憋，心悸气促。药物常用瓜蒌、薤白、郁金、半夏、枳壳之类。以瓜蒌薤白白酒汤为常用方。由于气机郁滞所影响的脏腑不同，病情兼挟有异，故在具体组方时还应注意配伍使用祛痰除湿、活血化瘀、散寒或清热等治法。行气药多偏于温燥，气郁又易化火，所以血虚津少者须配伍白芍、当归、枸杞，或沙参、生地、石斛等养血生津之类药物。若兼气虚者，则须配以党参、白术、茯苓等健脾益气之类药物，以增强气机之运行。

降气法

具有降逆理气作用的一种治法称降气法。主要适用于气机逆乱的肺胃之气上逆的病证。肺胃之气均以下降为和，若因外感或内伤，均能使气上逆为病。胃气上逆多由饮食所伤，胃火冲逆或痰湿中阻引起。主要症见胃脘胀满作痛，恶心呕吐，呃逆嗳气等。治当和胃降逆。常用半夏、橘皮、竹茹、生姜、代赭石、旋覆花之类。以橘皮竹茹汤(《金匮要略》)为常用方。肺气上逆，多因寒、因热、因痰，或肾不纳气，而致肺失肃降，逆而上行为病。主要症见胸膈胀闷，咳嗽喘促。治当平喘降气。常用苏子、麻黄、葶苈、前胡、杏仁之类。以苏子降气汤(《太平惠民和剂局方》)为常用方。总之，气逆当降，但具体见症又有寒、热、虚、实之分，所以降气法中又有各种不同配伍。如气逆兼虚者，则当降气与补虚并用；如气逆兼寒或兼热者，则当降气与清热或散寒并用；如气逆兼虚寒或虚热者，则降气须与温补或清补并用；如气逆而挟痰浊者，则须配以化痰止咳之类药物。

理血法

调畅血行、散除瘀血，以及制止血溢脉外的一种治法称理血法。适用于血停瘀滞及血溢脉外的病证。血液是营养人体的重要物质，运行于全身，周而复始，以灌溉五脏六腑、四肢百骸。由于某种原因影响血行不畅，瘀蓄内停，或离经妄行，或亏损不足，均可造成病变。因此治疗血证时，必须探求病变所在，分别采用活血、止血、补血三法。除补血见于"补益法"条外。主要包括活血和止血两法。惟瘀血和出血虽是两种不同的病证，但两者又常互为因果，相互转化。如血溢脉外可致瘀血阻滞；瘀血久留不去，脉失通畅，又可导致出血。所以临床上活血和止血两法常须配合使用，但须分清主次，有所侧重。又气为血之帅，气行则血行，故理血法又常配伍理气药和补气药同用。

止血法

制止血液溢出脉外的治疗方法称止血法。适用于血液离经妄行而出现的吐血、衄血、咯血、便血、尿血、崩漏等各种出血病证。常用药为阿胶、白茅根、藕节、侧柏叶、三七、槐角之类。以十灰散(《十药神书》)、四生丸(《妇人良方》)为常用方。由于出血的病情颇为复杂，引起出血又有血热、气虚、瘀血等原因，因此应根据不同病因、部位，以及病情的轻重缓急，常须配合清热、益气、祛瘀、固摄等法进行治疗。故止血法又可分为清热止血、益气止

血、祛瘀止血及收涩止血诸法。

清热止血法，临床常用于血热妄行，或阴虚生热所致的出血。主要症见发热口干，唇红溲黄，血色鲜红，舌红苔黄，脉数等。当选用清热凉血或滋阴清热药，如鲜生地、白芍、丹皮、旱莲草等，以加强清热凉血作用。

益气止血法，适用于气虚不能摄血所致的出血。主要症见气短乏力，血色暗淡，舌淡苔白，脉虚无力。如崩漏、便血日久不止者，当以补气药使血归经，出血自止。如黄芪、党参、白术、山药、炙甘草之类。

祛瘀止血法适用于瘀血久留、血脉不畅所致的出血。主要症见血色暗黑有块，疼痛拒按，块去痛减，舌暗脉涩。如腹痛崩漏，产后恶露淋沥不尽、鼻衄、咯血具有上述症状者，当用祛瘀活血药，如当归、川芎、红花、桃仁、蒲黄、益母草之类。

止血防瘀是止血法的又一用药法则，除突然大量出血急需止血外，一般都应注意不要过量使用凝涩药物，或适当配以祛瘀活血之品，使其血既止而无瘀滞之弊。

活血祛瘀法

祛除瘀血，通畅血脉的治疗方法称活血祛瘀法。又称祛瘀生新、化瘀行血。适用于瘀血内停所致的一系列病证，如血瘀经闭、痛经、腹中癥积、外伤瘀肿、痈肿初起，以及瘀阻经脉所致的脉痹、出血、半身不遂、瘀血内停之胸痹、胁痛以及产后恶露不行等。由于瘀血内停，阻滞经脉，气机不畅而痛，故痛如针刺，固定不移。如血积腹中或胁下，则可扪及癥块，脉沉涩或沉结有力，舌暗或有瘀斑。药物常用川芎、红花、赤芍、桃仁、丹参、蒲黄、乳香、没药、三七之类。以血府逐瘀汤（《医林改错》）为常用方。因气为血帅，气行则血行，故一般活血时常辅以理气药，并可根据病情的虚、实、寒、热配以相应的治疗方法。惟祛瘀活血能促进血行，药性多为辛散。凡月经过多、大出血以及孕妇等均当慎用。

祛湿法

祛除湿邪的治疗方法称祛湿法。适用于外感湿邪及脾肾阳虚，湿浊内阻所致的各种病证。湿为阴邪，其性重浊粘滞，易伤阳气，阻滞气机，潴留成水。其发病虽缓，但一经成病，便难速愈。湿邪为病，有内湿和外湿之分。外湿者，多因久居卑湿之处，或淋雨涉水，有所感受而致；内湿者，多因恣食生冷，嗜酒癖茶，脾阳失运所致。亦有因表里同病，外湿与内湿相兼互见者。临床上根据湿邪病变的部位、证候、正邪盛衰及兼夹因素的不同，将祛湿法分为解表祛湿、燥湿化浊、清热利湿、淡渗利湿和温阳利水等。体内之水，主于肾，制于脾，调节于肺，又经膀胱气化，三焦决渎的作用，通畅无阻。故当病理变化时，脾失健运则生湿；肾不主水则水泛；肺失宣降则水津不布；膀胱气化、三焦决渎不利则水道失调。故水湿为病与肺、脾、肾、膀胱、三焦有密切关系。在治疗上，运用健脾化湿、温肾利水、宣降肺气、通调水道，均可治疗水湿之病。因此，祛湿之法必须首先调治脏腑功能。一般祛湿的方药多属辛香温燥，或甘淡渗利之品，最易耗伤阴津，所以，凡阴虚津枯者应慎用。脾虚及妊娠水肿者，须配以健脾之品以兼顾正气。

清热利湿法 是清热与利水渗湿两法合用，具有湿热两清作用的一种治疗方法。适用于湿热两盛，或湿从热化，以及湿热下注所致的黄疸、湿温、血淋、热淋等病证。症见脘腹胀满，胃纳不佳，面目发黄，或小腹急胀，小便浑赤，尿频尿痛，或血尿，淋沥不畅，舌红苔黄腻。常用苦寒清热燥湿药为主，如黄柏、栀子、黄连、黄芩、茵陈之类，多配合利水渗湿药治疗，并根据病变脏腑的不同，选用不同的方药。常用方如清气分、利湿热以甘露消毒丹；利尿通淋以八正散；宣化畅中以三仁汤等。总之，湿热内盛应注意使燥湿不助热，清热不留湿，以达湿热分消的目的。

淡渗利湿法 通过利尿使湿邪从小便而除的治法称淡渗利湿法。适用于水湿壅盛的多种病证。如泄泻、癃闭、淋浊、腹满、小便不利等证。常用茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁之类药物，使湿从下行。如五苓散等方。

温阳利水法 是指运用具有温阳化气、利湿行水作用的药物，治疗湿从寒化，阳虚气不化水，水湿内停而小便不利的治法。脾主运化，肾司二便，所以脾肾阳虚，气化功能不足，水道不能通畅，则停湿聚水，导致水肿、痰饮，以及阳虚水泛，水气凌心等证。症见全身水肿，尿少肢冷，怯寒神疲，腰痛酸重，甚至心悸怔忡不得卧等。常用药物如干姜、附子、肉桂等。常用方如苓桂术甘汤及真武汤（《伤寒论》），藉以扶阳散寒，水湿自去。如湿热下注者则不宜用。

燥湿化浊法 是使气机通畅，湿去浊化，中焦宣畅的治法。适用于湿阻中焦，脾胃不和所致的病证。症见脘腹痞满，口淡无味，四肢困重，恶心呕吐，大便溏薄，苔腻脉濡等。常用芳香化湿和苦寒燥湿类药物，如苍术、厚朴、陈皮、半夏、砂仁、藿香、佩兰之类。并以平胃散为常用方。由于湿阻中焦，常致脾胃不和，升降失常，尤宜配以行气除满，降逆和胃诸法。且湿阻中焦，可出现寒化和热化两种倾向，应根据临床表现配以温中散寒或清热泻火诸法。

祛痰法

排除或荡涤痰涎，用以治疗各种痰饮的方法称祛痰法。痰与饮，同源异名，稠浊者为痰，清稀者为饮。二者都是由于气机不利，决渎阻滞，水液积聚而成。因脾失运化，痰湿即因之而生，故有"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"之说。然痰饮之因于肾者也有之。盖肾虚不能制水，

则水泛为痰。《景岳全书》曾谓："五脏之病……俱能生痰。"指出了痰病的范围很广，脏腑经络皆可有之。又因痰随气行，无处不到，故有"百病中多兼有痰"、"痰生百病"、"怪病多痰"等说法。因此痰的病证也较复杂，如咳嗽有痰，胸脘痞闷，眩晕呕恶，以及中风、癫痫、痰核、瘰疬等。总之，痰既是致病因素，又是病理产物。痰饮的产生，外因暑湿寒热、内因饮食劳倦，七情所伤，以致脾胃、肺肾的功能失司，三焦气机不利，或气血营卫运行不畅，水谷精微不得输布周身，致水液停积，复生痰饮。本病总的治疗原则应以祛痰涤饮为主，使气机通利条达，水津得布，痰涤饮消。但由于痰饮病往往兼杂其他病因与其他疾病彼此影响，互为因果。因此，在治疗中，常常将祛痰法与其他治法同时并用。如气滞易于生痰，痰阻则气机更阻滞，故祛痰时常佐理气法以调畅气机，气顺则痰易消。即《证治准绳》所谓："善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣。"

燥湿化痰法 是具有健脾理气、燥湿化痰作用的一种治法。适用于因脾气不健，运化失司，聚湿成痰的痰湿证。主要症见咳嗽痰多，痰白易咯，胸膈胀满，恶心肢倦，或头晕心悸，或中脘不适，苔白滑或腻，脉滑或弦。药物常用陈皮、半夏、南星之类。以二陈汤为常用方。

清热化痰法 是用清热、化痰类的药物，治疗热痰所致的病证的方法。热痰的成因，由于邪热壅肺，或气郁化火，或阴虚生热，炼液成痰。主要症见咳痰黄稠，咯痰不利，发热面赤，舌红苔黄，脉滑数等。热痰内结，扰及心神，可见惊悸，甚至发为癫狂、神昏等。药物常选用瓜蒌、贝母、胆南星、竹茹之类。处方以清气化痰丸、小陷胸汤为常用方。

温化寒痰法 是采用宣散、苦温燥湿，配以温阳散寒药物，治疗脾肾阳虚，寒饮内停，或肺寒留饮所致寒痰证的方法。主要症见痰白清稀，畏寒肢冷，倦怠乏力，大便溏泻，舌淡苔白，脉弦缓或沉迟者。常以苦温燥湿化痰药如陈皮、半夏、南星、白芥子等配以温阳散寒药如干姜、肉桂等。常用苓甘五味姜辛汤等方。本法用药多温燥，凡肺阴已伤，或内有郁热者，应注意加减配伍。阴虚干咳无痰者忌用。

消痰软坚法 是具有调和气血，疏通经络，化痰软坚散结作用的一种治法。适用于阴虚灼津，痰火凝聚而成痰核、瘰疬等病证。多见于颈部及耳前下部，也有延及缺盆、胸腋等处。症见皮下肿块，有核可寻，不红不肿，硬而不痛。一经破溃，则难以收口。常用药物如贝母、牡蛎、瓜蒌、昆布、海藻之类。常用消瘰丸等方。

祛风法

祛散外风和平熄内风的治法称祛风法。适用于风邪以及各种原因所致的风证。风证的范围很广，病情变化亦很复杂，可概括为"外风"和"内风"两大类。外风是指风邪侵袭人体，留于肌表、经络、筋肉、骨节所致。《灵枢·五变》中"肉不坚，腠理疏，则善病风"，说明正气不足，腠理不固的人易感风邪。而风邪常兼寒、湿、燥、热诸邪致病，故其证候又有风寒、风湿、风热之别。其他如风邪毒气，从伤口侵入人体而致的破伤风，亦属外风范围。故《素问·生气通天论》谓："风者，百病之始也。"内风，是指肝肾脏腑功能失常所产生的风病。即《素问·至真要大论》所谓"诸风掉眩，皆属于肝"。其发病机理各有不同，可分为血虚生风、肝阳化风及热极生风等。根据临床的不同病机而采用祛风除湿、养血祛风、平肝熄风、潜阳熄风及清热祛风等不同的治法。

祛风除湿法 是治疗风湿邪气留滞经络、肌肉、关节等部为病的治法。主要症见为：恶寒微热，头痛身重，难以转侧，或疼痛游走不定。或风湿着于筋骨，肢体麻木，筋脉挛缩，屈伸不利，或口眼㖞斜等。常用药物如羌活、独活、防风、秦艽、威灵仙、五加皮、桑枝之类。以蠲痹汤为常用方。

养血祛风法 是治疗肝肾阴虚，经脉失养，肝风内动的方法。适用于肝血虚衰，肾精亏耗，血脉不和，筋脉失养所致的头昏目眩、视物模糊、肢麻搐搦、屈伸不利，或聂聂而动，脉细数等症。常与养血法同用，常用药物如当归、白芍、川芎、熟地、丹参、枸杞之类以和营养血，使血脉通利，滞留之风亦随之消除。正如《妇人大全良方·妇人贼风偏枯方论第八》指出："医风先医血，血行风自灭。"常用方如阿胶鸡子黄汤等。

平肝熄风法 即镇肝熄风法，是治疗肝阳上亢，肝风内动的方法。适用于肝肾阴虚，阴不制阳，气血上逆，肝阳化风所致的头痛眩晕、目胀面赤、耳鸣如潮，甚则眩晕颠仆、卒然昏倒、不省人事，或半身不遂等病证。常须兼以滋补肝阴治疗。药物常用天麻、钩藤、石决明、牡蛎、龟板、珍珠母、磁石之类。镇肝熄风汤为常用方。肝阳亢盛，血壅于上者，须加牛膝引血下行。

清热熄风法 是治疗热盛伤阴，动风发痉的方法。适用于热盛动风，横窜经脉，高热伤津，风火相煽，筋脉失养所致的项强口噤、筋脉拘急、四肢抽搐，甚则角弓反张、壮热神昏、舌焦起刺等症。除常用羚羊角、石决明、钩藤、生龙骨、生牡蛎之类熄风镇痉外，须与清热法同用。常配以生地、元参、白芍、天冬、龟板之类以清热养阴，柔肝潜阳。以羚羊钩藤汤为常用方。

潜阳熄风法 是治疗阴虚而肝阳上亢的方法。肝阳上亢，症见头痛眩晕，耳鸣耳聋，肢体麻木或震颤等，用牡蛎、生龙骨、生石决明、真珠母、磁石、代赭石等质重镇坠的药物使上浮之虚阳下潜。本法常与平肝、滋阴等法同用。

开窍法

治疗邪阻心窍，神志昏迷的方法称开窍法，又称开闭

法。具有不同程度苏醒神志的作用。适用于窍闭神昏证,多系温热邪毒内陷心包或痰浊蒙蔽心窍所致。治分清心开窍和涤痰开窍两法。开窍法适用于邪气盛实的闭证,对于大汗肢冷、神识昏迷、气微嗜睡、口开目闭等虚脱症,以及阳明腑实证,由于热邪熏蒸所致神昏谵语等均不适宜。开窍法常用麝香、冰片、石菖蒲、苏合香等气味芳香,辛散走窜的药。故亦有称芳香开窍法。多用于急救,不可久投,病中即止,以免耗伤元气。

清心开窍法 又称凉开法。是治疗温热病神识昏迷的方法,具有清热醒神、解毒镇痉的作用。适用于温热邪毒内陷心包或痰热内闭的热闭证。症见高热烦躁,神昏谵语,角弓反张,痰盛气粗,舌绛脉数,甚至惊厥等。其他如感触秽恶之气,突然昏倒,不省人事而有热象者亦可选用,常与清热解毒和芳香开窍之药同用。如用犀角、黄连、玳瑁以清热解毒;冰片、麝香、石菖蒲以芳香开窍;胆南星、天竺黄、贝母以清热豁痰之类。如安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等方。

涤痰开窍法 又称温开法。是治疗痰证昏迷的方法,具有涤痰开窍、温通化痰的作用。适用于寒邪或痰浊内阻清窍的寒痰证。主要症见神昏不省,突然昏倒,牙关紧闭,痰壅气闭,喉中痰鸣,苔腻脉滑等。用药常不离燥湿化痰和芳香开窍之类,如陈皮、半夏、南星、枳实等以燥湿化痰;石菖蒲、郁金、苏合香、麝香等以芳香开窍。如苏合香丸、涤痰汤等方。

安神法

是治疗神志不安的方法。具有安神镇静作用,适用于阳气躁动、心悸、失眠、惊狂、烦躁易怒等病证。精神意识活动虽与五脏有关,但主要由心和肝两脏所主。肝主疏泄,精神亢奋所表现之惊狂易怒,躁扰不安,每责之于肝,多属实证,治宜重镇。心藏神,神志不宁所表现的惊悸健忘,恍惚失眠,每责之于心,多属血虚证,治宜滋养。如有阴虚阳亢,则宜滋阴清热。故安神法又有重镇安神法、养血安神法及滋阴安神法的不同。但由于心肝两经之病每相互影响,故重镇及滋养法亦往往合用。且导致神志不安的原因很多,在表现上又每虚实夹杂,互为因果,故清心安神、交通心神诸法亦常常配合应用。

养血安神法 又称养心安神法,是治疗血虚而心神不安的方法。适用于心血不足,心失所养,不能藏神的病证。症见失眠梦多,健忘易惊,心悸不安,面色无华,头晕目眩,舌淡脉细等。用药当以补养心血为主,如当归、白芍、丹参、枸杞之类。辅以补心气、安心神之品,如酸枣仁、柏子仁、远志、合欢皮之类。补心丹为常用方剂。

重镇安神法 是治疗心火上炎或阴虚有热而心神不安的方法。适用于心火上炎,灼伤阴血,心失所养而致的病证。临床常用于惊狂、癫痫、心悸、失眠、怔忡、心神烦乱、躁扰不宁等病症。治疗多用金石重镇或介类药物,如朱砂、龙骨、牡蛎、磁石之类,如朱砂安神丸等方。

滋阴安神法 是治疗阴虚而心神不安的方法。适用于肾阴不足,阴亏于下,阳盛于上,水不济火,以致心火内动,扰动心神的阴虚火旺证。症见惊悸怔忡,虚烦失眠,精神恍惚,多梦遗精,大便燥结,口燥咽干,舌红,脉细数等。由于心阴不足,心阳偏亢,治疗除滋养心阴外,还需泻其已亢之阳,使阴阳协调。常用养阴清热佐以宁心安神诸品,如黄连阿胶汤等方。

固涩法

制止精气耗散,收涩固脱的治疗方法称固涩法。适用于正气虚乏而气血津精耗散滑脱的病证。如自汗盗汗、久嗽虚喘、久痢久泻、精关不固、小便失禁、崩中漏下、白带清稀等病症。气、血、津、精是人体生命活动的物质基础。一旦消耗过度,则滑脱不禁。轻者功能衰退难复,甚者危及生命。因此必须采用固涩收敛法以制其病变。《素问·至真要大论》谓“散者收之”及《伤寒明理论》谓“涩可固脱”都是固涩法的理论根据,也是治疗滑脱不禁的基本原则。在治疗时,除收敛固涩外,尤宜根据气、血、阴、阳、精、津耗伤的程度不同,而伍以相应的补益药兼顾之。且人体所以能卫外为固,全赖阳气之充沛。因此,在运用固涩的同时,尤须配合一定的补气药和助阳药。并当审其有邪无邪,若外邪未去,误用之即有“闭门留寇”之弊。《儒门事亲》谓:“当先论其本,以攻去其邪,不可执一以涩,便为万全也。”因此,由实邪所引起的自汗盗汗,泄精遗尿,泻痢崩带等均非本法所宜,根据耗散滑脱之症的病因和发病部位不同,治法上又可分为固表止汗、固肾涩精、固肾缩泉、敛肺止咳、涩肠止泻,及固崩止带六法。

固表止汗法 是治疗表虚多汗的方法。具有敛汗固表作用,适用于阳虚自汗和阴虚盗汗证。因阳气虚弱,卫外不固,肌腠不密而致心悸气短、自汗不止、脉大无力者,以玉屏风散、牡蛎散为常用方。因肺主皮毛,脾主肌肉,所以固表首先要用黄芪补益脾肺之气,再以牡蛎、浮小麦、五味之类敛阴止汗。若阴气虚弱,不能敛藏,入睡汗多,醒则汗止,脉细数者,则用六味地黄汤,佐以白芍、牡蛎、浮小麦之类。

固肾涩精法 是治疗肾气不固而遗精、滑泄的方法。具有调补心肾,固涩精液作用。适用于肾虚失藏,精关不固,心气不足,神失自养所致的遗精、滑泄、腰酸耳鸣、四肢无力、心神恍惚等病证。常用芡实、莲须、金樱子之类药物为主以涩精。并根据其病因不同,佐以补益气血之品,以加强涩精止泄作用。若因肾阴虚,则宜辅以滋阴降火之法。以金锁固精丸为常用方。

固肾缩泉法 是治疗肾气不固,膀胱失约而遗尿的方法。具有温肾祛寒、收涩小便的作用。适用于肾虚失藏,肾气不固,或下焦虚寒,膀胱失约所致的尿频、遗尿及小便失禁等病症。常用益智仁、桑螵蛸、芡实、五味子之

类，常佐以益气固肾之品。缩泉丸为常用方。

敛肺止咳法 是治疗肺虚久咳的方法。具有敛肺止咳作用，适用于肺虚久咳，气阴耗伤，以致喘促自汗，久嗽不止，干咳无痰，口舌干燥，脉数无力等病证。常以五味子、诃子、乌梅等敛肺为主，并佐以止咳化痰之品。以九仙散、生脉散为常用方。

涩肠止泻法 是治疗大便滑泄的方法。具有涩肠止泻作用。适用于脾肾阳虚、肠失固涩所致的大便滑脱不禁、腹痛喜按、倦怠食少、形寒肢冷、舌淡苔白、脉沉迟等病证。脾肾虚寒，肠道不固是本病的根本原因。因此必须急于温阳涩肠，常用诃子、罂粟壳、五味子、肉豆蔻、赤石脂涩肠止泻为主。同时以肉桂、干姜、党参、白术、炙甘草之类助阳益气。真人养脏汤为常用方。

固崩止带法 是治疗妇女崩漏、经行不止、带下淋沥等病证的方法。适用于妇女血崩久漏和带下不止的病症。崩漏带下，日久不止，气血耗伤，固肉冲任二脉不摄，亦由脾虚失统，或肾虚不摄所致。当以收敛为主，固其冲任，尤应健脾补肾益气。其中崩漏或经行不止者，固涩药可用龙骨、牡蛎、五味子之类。而以固本止崩汤为常用方。带下不止，固涩药可用淮山药、芡实、白果、椿根皮之类，而以完带汤为常用方。

驱虫法

用于治疗肠道内各种寄生虫所引起的腹中嘈杂，腹胀腹痛，时作时止，面色萎黄，四肢乏力，嗜食异物等症的方法，称驱虫法。如迁延失治，则见消瘦，目睛无神，食欲不振，腹胀筋露，成为疳积之证。常用具有驱虫、止痛、消积作用的药物如苦楝根皮、雷丸、鹤虱、乌梅、使君子、槟榔等。适当配伍大黄、芒硝等泻下药组成方剂，以排出虫体。以化虫丸、乌梅丸为常用方。乌梅丸有温脏、补虚、清热、安蛔之功，用于蛔厥证；化虫丸可杀肠内诸虫，为治疗肠虫病之通剂。

驱虫之剂，多具有攻伐作用，用量宜慎。在用本法后，宜服调补脾胃之剂，以善其后。

外治法

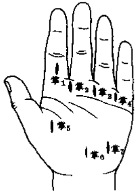
利用手法或配合一定的器械、药物等施之于患者机体的外表或局部，以达到治疗目的的一种方法称外治法。即是《素问·五常政大论》"上取下取，内取外取，以求其过"的外取法。

中医很早以前就采用外治法，早在《礼记》即有"头有疮则沐，身有疡则浴"的记载。《灵枢·经筋》就有"有热则筋驰纵缓，不胜收故僻。治之以马膏，膏其急者，以白酒和桂，以涂其缓者。"的记载。其他如《金匮要略》的雄黄熏法、百合洗方。《外科正宗》记载了鼻息肉切除等手术疗法。《正体类要》记述了正骨基本手法 19 条。《银海精微》治法包括了内服与洗、点、针、镰等外治法以及金针拨翳障等法。外治法不仅可以配合内服药饵疗法来提高疗效，而且有其特殊的治疗作用。正如《理瀹骈文》谓："别上用嚏，中用填，下用坐，尤捷于内服。"又谓："外治之理，即内治之理，外治之药，亦即内治之药，所异者法耳。医理药理无二，而法则神奇变幻。"又谓："外治必如内治者，先求其本，本者何，明阴阳识脏腑也。"由此可见，外治之方，已丰富多采，而外治之法，更层出不穷。

外治法根据其性质形式可归纳为三：手法的外治法，配合器械的外治法，采用药物的外治法。前两种如割治疗法，拔罐疗法，刮痧疗法等，也有在外科、眼科、针灸、按摩、正骨、推拿等部分叙述。药物外治法是利用药物接触病体，直达病所，并借冷热温度的刺激、摩擦、熏熨的帮助，以加强发挥药物的作用，达到治疗的目的。具体方法包括：薄贴法、熏法、敷贴法、熨法、熏洗法、涂敷法、摩擦法、塞法、点滴法、搐法、含漱法及含噙法、罨法、导法、泥沙疗法、蜡疗法、水浴法等。

割治疗法

在人体的一定腧穴或部位，按外科手术操作切开皮肤，割取少许脂肪组织，并给局部以适当的刺激，而达到治疗疾病的方法称割治疗法，又称割脂法



手掌割治部位图

注：掌$_1$：食指第一节掌面正中　掌$_2$：手掌侧，2、3 掌骨间，食指与中指根部联合下约 0.5 厘米处　掌$_3$：手掌侧，3、4 掌骨间，中指与无名指根部联合下约 0.5 厘米处　掌$_4$：手掌侧，4、5 掌骨间、无名指与小指根部联合下约 0.5 厘米处　掌$_5$（鱼际穴）：手掌侧，大鱼际尺侧边缘　掌$_6$：大陵穴向掌心方向移 1.5 厘米处　掌$_7$：神门穴向无名指、小指间方向移 1.5 厘米处

应用时，割治部位先以常规消毒，施行局部麻醉后，以左手拇食二指舒张按压在腧穴两旁；右手持手术刀纵行切开皮肤，切口长约 0.3—1.0 厘米（见图），用血管钳分离切口，使脂肪暴露，并摘除黄豆或蚕豆大的一块脂肪组织，再将血管钳深入切口处皮下或探向周围，进行滑动

按摩，以使局部产生酸、胀、麻或向四周扩散，呈传导样感觉。其刺激强度、感觉轻重，当依据病情性质和患者体质强弱而定。施术完毕，切口可缝合一针，覆盖消毒纱布包扎，7日后拆线。每次割治1—2穴。两次割治间隔7—10日，可在原部位上，或另选部位进行。割治过程中，必须加强无菌观念，严格消毒，以防感染。患有重度心脏病、高血压，出血倾向性疾病等，宜慎用或不用。局部水肿或感染者，暂不宜割治。割治不得过深，以免损伤血管、神经或韧带等。割治后，可有不同的反应，如周身不适，食欲不振，割治部位不适等，一般3—5日后即可自行消失，严重时可作对症处理。术后一般需休息2—3日，并注意饮食、防寒保暖。临床割治治疗举例见表。

割治疗法的几种割治部位及主治症

主治症	割治部位
慢性支气管炎，哮喘	膻中，肺俞，大椎，定喘，掌$_1$，掌$_2$，掌$_3$
消化不良，慢性胃炎，溃疡病，胃神经症	足三里，脾俞，胃俞，中脘，掌$_6$，掌$_7$
小儿疳积，消化不良，头痛，神经衰弱	掌$_4$，掌$_5$

拔罐疗法

拔罐疗法，又名"吸筒法"，古称"角法"，俗称"拔火罐"。近代有人称之谓"瘀血疗法"或"净血疗法"，是以杯罐式工具，利用点燃物的燃烧排出罐内部分空气造成负压，从而使之吸着在皮表穴位上，借以发生局部郁血而达到治病目的的一种方法。本法最早见于马王堆汉墓出土的《五十二病方》，用以治疗痔漏，"以小角角之"。至唐代太医署专设"角法"课程。随着时代前进，拔罐的工具、操作方法和治疗经验等，都有了相当的发展。

火罐是一种四周密封，一端开口的圆柱体，外形因其质料的不同，而有所异。一般常用者有陶瓷罐和玻璃罐。其他尚有铁质火罐、铜质火罐，以及竹罐、橡胶罐等(图1)。



图1 火 罐

拔罐的方法很多，现阶段常用的有：①拔罐时用易燃、上尖下圆的块状物，浸蘸酒精或油料少许，置于所拔的部位上，点燃，把火罐罩上即可吸住。②用脱脂棉一小块，略浸酒精，紧贴于火罐内壁之中上段，点燃，罩在应拔的部位上。③投火法，将点燃的纸片或酒精棉球投入罐内，迅速把火罐罩在应拔的部位上(图2)。④闪火法，用长纸条或镊子夹住酒精棉球点燃，在罐内闪绕一下迅速抽出，然后将火罐罩在应拔的部位上(图3)。⑤在罐内壁中段，滴酒精一二滴，倒翻其罐，使之匀布于罐之中上段，然后点燃，罩在应拔的部位上。⑥拔橡胶罐，只需挤

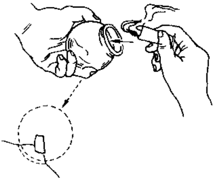


图2 投火法

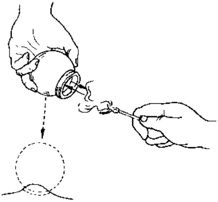


图3 闪火法

压罐内的空气后，即可吸拔在应拔的部位上。⑦将竹罐放在锅内加水煮沸，或在水中加若干味中药(如蕲艾、羌活、独活、防风、乳香、没药、千年健、伸筋草等)同煮，使用时将火罐颠倒用镊子挟出，甩去水液，或倒置其罐在吸水性强的棉织物或脱脂棉上，吸去水液，乘热罩在应拔的部位上。

拔罐法的应用，当根据病变部位和病情性质，分别采用：①单罐：适用于病情范围较小的部位或压痛点。②多罐：适用于病情范围比较广泛的病症。③闪罐：罐子拔上后，立即取下，再吸拔，反覆多次，至局部皮肤潮红为止，适用于肌块比较松弛，吸拔不紧或留罐有困难者。④走罐：亦称推罐，火罐吸拔后，罐口不离皮肤，立刻左右上下推移，适用于病变部位较广，肌肉比较丰厚的部位以及刺络拔罐(局部点刺出血后，再拔火罐，图4)。⑤针罐：即

针刺与拔罐法的结合，于留针期间，以针刺为中心再叩上火罐（图5）。拔罐的时间，一般为5～15分钟，如果肌肉丰厚，吸拔的力量稍差，可适当延长；反之，则应缩短。起罐（亦称去罐）时，一手持罐，向一侧倾斜；一手按压对侧罐口肌肤，使空气徐徐进入，火罐即可自行落下。切忌强力硬拔，以免损伤皮肤（图6）。

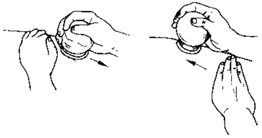


图4 走 罐

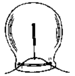


图5 针 罐

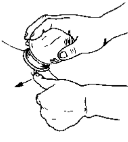


图6 起 罐

拔罐时，必须体位适宜，所拔的部位要保持平坦，如凹凸不平，体位移动，火罐则易脱落。并根据不同部位，选用大小合适的火罐，如果应拔的部位有皱纹，或火罐稍大，不易吸拔时，可作一薄面饼，置于所拔的部位，以增加局部面积，即可吸住。拔罐时的动作，必须轻巧敏捷，防止点燃的棉球或酒精掉落在皮肤上而发生烫伤。起罐后，如发现皮肤起水泡，一般无需处理，若水泡过大，可用消毒针从水泡之基底部刺破，放出泡内液体，涂以龙胆紫，以防感染。心脏、大血管以及多毛部位，孕妇的腰骶部、腹部，应当慎用或不用。拔火罐，一般多用于治疗风寒湿痹、腰背肩臂腿痛、关节痛，软组织挫伤扭伤，伤风感冒，头痛，咳嗽，哮喘，胃脘痛，腹痛，痛经，中风偏枯，郁血痹阻等。

刮痧疗法

用硬币或铜钱等物蘸油料，在体表皮肤上顺次刮动或戛掠后，而于皮下发生细小的出血斑点，状如沙粒，以治疗实热痧胀邪犯肌表一类疾病的方法，称刮痧疗法。元代危亦林《世医得效方》载："治痧证，用苎麻蘸水于颈项，两肘臂，两膝腕（夸——注）等处戛掠，见得血凝皮肤肿，红点如沙粒状，然后盖覆衣被，吃少粥汤，或葱豉汤，……得汗即愈。"明代张景岳《景岳全书》上，有用光滑细瓷碗蘸香油，刮背心及两臂以治疗痧胀，这是本法较早的记载。其后清代郭右陶《痧胀玉衡》一书描述更为详实。

应用时，以铜钱（或汤匙、瓷碗、麻纱等）蘸油（以芝麻油、菜籽油为佳）或水，于患者脊柱两旁轻轻从上向下顺刮，先轻刮再渐渐加重，干则再蘸，再刮，以出现红紫色斑点或斑块为度。继则以消毒之三棱针轻轻刺破，出尽紫黑血，使痧外泄。如刮颈项部，沿正中线，从上向下刮，刮胸部则沿肋间隙，由后向前轻刮。刮头额、肘窝、腘窝等处，可用棉纱或毛发蘸香油擦之。腹部柔软处，食指蘸盐以手揉之。此法用来治疗急性胃肠炎，胃痉挛，肠痉挛，中暑，头痛昏胀，恶心呕吐，或上吐下泻，胸腹以及全身胀满等症。

所刮部位及用具应先进行消毒，然后依次顺刮。力量要均匀适中；切忌忽轻忽重，来回刮动等。刮完后局部应涂少量油脂（如凡士林），并用消毒纱布覆盖，以防感染。

薄贴法

将膏药贴于皮肤上，利用其所含的各种药物的作用治疗疾病的方法称薄贴法。内科膏药有祛风、化湿、行气、活血等作用，如追风膏等。外科膏药对肿疡能消肿定痛，对溃疡有去腐、生肌、收口、护肉等作用。另一种膏药，是将鲜药经过捣杵而成膏，用竹签挑起，摊于纸上而成。也有做成薄饼，贴于局部者，如蒲公英或紫花地丁捣杵后贴敷乳房治疗乳痈初起者。

熏法

用热气熏和烟熏的方法称熏法，即借助药力和热力的作用，促使腠理疏通、气血通畅，达到消肿、止痛、止痒、祛风的目的。多用于肿疡初起，痔疾或皮肤病等。热气熏法，以药水煎沸于小口锅中，利用药物蒸气熏蒸患处或全身。如治疗风湿痹痛，常用桑枝、榆枝、桃枝等熬汤熏蒸。小儿麻疹因冒风而疹点隐没，除内服透达药外，也可用芫荽，连须大葱、浮萍煎汤熏，以助透达。烟熏法，又名药拈子熏，神灯照法。即按证用药，将药研为细末，以棉纸滚药搓捻，油浸，用时点燃烟熏患处。如用祛风燥湿药研末，和入艾绒、外包薄纸，卷成药条，点燃烟熏治疗神经性皮炎。注意避免灼伤皮肤。如果室内烟气弥散时，要适当调换空气。

敷贴法

用捣烂的新鲜植物药或干药碾末，加酒、蜜、醋等汁调和，敷于患处肌肤的治疗方法称敷贴法。一般隔一定时间换药一次，使药物能在较长时间内发挥作用。适用于肿疡初起，跌扑损伤、风湿痹痛等证。如用鲜栀子捣烂

后，与白面粉加酒少量和匀，敷于摔伤关节肌肉疼痛部位。

罨法

用毛巾或净布浸于水中，拧干，掩覆于患处的治法称罨法。分为冷罨法与热罨法两种。冷罨法，是用毛巾或净布浸于冷水或冰块后，拧干，罨于前额或颈部，毛巾热即更换，以治疗鼻衄，高热症。热罨法，用毛巾或净布浸于热水中，轻轻绞去水，掩覆于疼痛处，适用于治疗痹证疼痛。可在热水中或布上添渍药汁，并不断加热。

熨法

用药物或盐粒、砂子、干净黄土炒热后布包外熨的方法称熨法。适用于治疗风寒湿痹、脘腹冷痛、气滞腹胀等证。药物以药末或药物粗粒为宜。如用橘叶炒热后布包揉熨治疗胃气痛，小茴香炒热后布包揉熨治疗脘腹冷痛、气滞腹胀等证。但须注意防止烫伤皮肤。

搐法

是将药物研成细粉，由病人吸入或由他人吹入患者鼻腔内的治法称搐法，又称吹鼻法。适用于治疗伤风鼻塞、鼻渊、头痛、目肿红赤等病症。如嗜鼻碧云散等方。

含漱法

用以清洁口腔、咽喉患部的治疗方法称含漱法。适用于治疗口舌生疮、咽喉肿痛症。由于药物具有清热解毒作用，能去除口腔、咽喉部脓液及腐烂组织。含漱药汤系药物加水煮成，用时加温开水含漱。病轻者一日3—4次，病重者一日5—6次。药汤不宜太热，以免烫伤口腔。

含噙法

将药物浸泡和加水煮成药汤，经患者含噙，用以治疗齿衄、口舌生疮等的治疗方法称含噙法。一般含噙药汤宜凉，每次含噙5—10分钟，每日3—6次不等。如齿衄患者，出血缠绵不止，可用生石膏、黄柏、枯矾煎汤频频含噙止血。又如口舌生疮，可用儿茶泡水含噙等。

塞法

是将药物制成丸剂或锭剂、片剂或用纱布包裹药末，塞入鼻腔、阴道、肛门内，以治疗疾病的方法称塞法。适用于治疗带下、阴痒、鼻渊、痔漏等病症。如蛇床子散等方。塞法应注意经常更换，及清洁卫生。

熏洗法

将药物煎成汤液，趁热用以水浴、浸泡、溻渍，通过药物洗浴治疗疾病的方法称熏洗法。适用于治疗风湿、风湿痹证。

导法

通导大便的方法称导法，又称导便法。适用于便结不通者。是将液体药物灌入肠中，或将润滑性的锭剂塞入肛门内，以通下大便。古代常用的有"蜜煎导法"和"猪胆汁导法"。

泥沙疗法

以各种泥沙类物质加热后作为介体，接触或涂敷在人体的一定部位上，将热传至机体，达到治疗疾病目的的方法称泥沙疗法。《五十二病方》中已有用泥疗法治疗犬咬伤的记载。唐代孙思邈著的《千金翼方》记载了一种治疗代指（即指甲内的急性感染）的泥疗方法，对于促使代指初期的肿消具有一定作用。唐代《千金要方》中也记载了沙疗，如卷第二十五载："熬沙覆死人面，上下有沙，但出鼻、口、耳，沙冷湿即易。"唐代《本草拾遗》中还用沙疗来治疗风湿顽痹不仁等症，并强调作沙疗时一定要"取热彻通汗，然后随病进药及食，忌风冷、劳役"。宋代《圣济总录》将泥疗用于调治逆产，指出："取灶底心黄土，细研五合，以生姜汁煎令热，调如糊，涂产母脐中，以热帛系之，频换。"元代《外科精义》中用泥疗配合患处艾灸以治疗局部疮肿，借助温热作用来促使疮肿消散。

蜡疗法

主要是以蜡的温热、机械和其他各种因素综合作用于人体，以引起局部或全身反应，从而达到治疗疾病目的的方法称蜡疗法。是现代理疗学的一个重要内容。现代蜡疗法使用的材料主要是石蜡，而中国古代的蜡疗则是以蜂蜡（即蜜蜡）和后来出现的虫白蜡为材料。古代蜡疗的适应证主要包括：①虫兽咬伤，如《肘后备急方》中用其治疗犬咬伤。②局部止痛，刘禹锡的《传信方》记载了将蜡熔化后涂于旧绢帛上，缠裹患处，以减轻缓解脚气病局部疼痛的方法。③治疗冻疮，《姚和众方》载："治小儿脚冻如疮，即浓煎蜡涂之。"④治疗外科疮疡，《医林集要》载，使用蜡膏法治疗臁疮（即下肢溃疡）。

水浴法

利用水的物理性质，以各种方式作用于机体，以达到

预防和治疗疾病目的的方法称水浴疗法。亦称水疗。先秦时的《礼记》较早记载了水疗，如"头有疮则沐，身有疡则浴"。《黄帝内经》中对水疗法已有描述，如《素问·至真要大论》有："摩之、浴之，……。"所谓"浴之"即是指一种浸渍洗浴的方法。汉代张仲景著的《伤寒杂病论》记载了一种用水喷洒患处的"潠法"。西晋年代张华著的《博物志》谓："人有中酒不解，治之以汤，汤气亦作酒气味也。"是中国民间传统的一种解酒方法，用温水擦洗身体。东晋《肘后备急方》中还用水疗法来缓解和消除"霍乱转筋"，即两小腿腓肠肌痉挛等症状。唐代孙思邈著的《千金翼方》中记载了一种专门的水疗器具——大器，即相当于我们今天所用的浴盆，并强调："即入汤中，坐勿动，须臾百节开，寒热之气皆从毛孔中出，变作流汗。"另外还有其他水疗器具，如《外台秘要》中的"浴斛"和"瓮"等。宋代寇宗奭著的《本草衍义》中还将温水浴用于止泻。

外科内治法

与内科相同，都是运用四诊八纲，从整体出发辨证治疗外科疾病的方法，称外科内治法。但外科疾病多有局部症状，这与内科有别。因此，在疮疡的局部病理变化和发展中，一般分为初起、酿脓和溃后等三个阶段。其内治原则根据其相应的发展变化可分为消、托、补三大法，随证灵活运用。

消法 是用消散的药物，使初起的肿疡或肿块得到消散，是疮疡初起的治疗总纲。《疡科准绳·内消》谓："欲令内消于初起红肿结聚之际，施行气活血，解毒消肿之药。"凡疮疡未成脓者，均宜采用此法，以达到消散的目的。但具体的应用是极其灵活的，必须针对不同的病因和证候，采用不同的法则和方药。例如：有表邪者疏表，里实者通里，热毒蕴结者清热，寒邪凝滞者温通，痰凝者祛痰，湿阻者理湿，气滞者行气，血瘀者活血祛瘀等。同时还须根据病人体质的强弱、病变部位所属的经络等进行辨证施治。凡疮疡未成脓者可以内消，即使不能内消，亦可转重为轻。如已成脓者，则不用内消法。

托法 用补益气血和透托的药物，扶助正气，托毒外出，以免毒邪内陷。正如《太平圣惠方》谓："治痈疽一切疮肿，托里排脓散方。"《外科精义·托里法》谓"大抵托里法，使疮无变坏之证，凡为疡医，不可一日无托里之药"。此法适用于外科疾病中期正虚毒盛，不能托毒外达，疮形平塌，根脚散漫，难溃难腐的虚证。如毒邪盛而正气未衰者，可用解毒透脓的药物，促其早日脓出毒泄，肿消痛减，以免脓毒旁窜深溃。对于已成脓者，应予及时切开排脓，不要等待脓自溃，以免延缓病程，增加组织损害和耗伤气血，并配合内托法，收效益彰。

补法 用补益的药物，恢复正气，以助组织修复斗新，使疮疡早日愈合，即《内经》谓"虚则补之"。常用于疮疡或其他外科疾病后期，毒邪已去，气血虚衰，脾阳不振，肝肾不足；或溃疡脓水清稀、腐肉难脱、疮口难敛者。然疮疡溃后，余毒未净，正气未损，又当解毒清火为主，不可纯用补益之药，以免余邪复起。

消、托、补是治疗疮疡的三大法，由于发病原因不同，病情的变化有别，临床辨证时在消、托、补三法的基础上，可按具体情况采取不同的内治法则，大致如下：

解表法 用解表发汗的药物，使留连于肌腠之邪毒随汗而泄。适用于疮疡、皮肤病初起有表证者。解表法一般可分为辛凉解表和辛温解表，辛凉解表适用于外感风热，如疮疡焮红肿痛，或皮疹色红，恶寒发热，伴汗少，口渴，舌苔薄黄，脉浮数等症，选用银翘散、牛蒡解肌汤等；辛温解表适用于外感风寒，如疮疡肿痛或皮疹色白，恶寒重发热轻，伴无汗，头痛身疼，口不渴，舌苔白，脉浮紧者，用荆防败毒散。《内经》有"汗之则疮已"的说法，古人谓"疮"是指小疮疖及某些皮肤病，常用解表清热而取得疗效。但对较重的疮疡而有表证，解表可减轻寒热，必须重用清热解毒而取效。又《伤寒论》有"疮家不可发汗，汗出则痉"。这里的"疮家"是指金疮以及脏腑病变所致疮疡，反覆发作者，气血阴津均受损，虽有表证，不应再发汗以重伤其津液，否则变生他证。

清热法 用寒凉的药物，使内蕴之热毒得以清解，即《内经》所说"热者寒之"的治法，实质上是一种清热解毒的方法，对由热毒引起的疔、疖、痈、疽，不论初起，成脓、疔疮走黄等均宜采用，所以是外科临床常用的和主要的治疗方法。具体应用时应辨别邪毒之轻重，病在气分、营分而分别采用清热解毒、苦寒泻火、清营解毒、凉血清心等。清热解毒用五味消毒饮；苦寒泻火用黄连解毒汤；清营解毒选用清营汤、犀角地黄汤；清心开窍选用安宫牛黄丸、紫雪丹。若阴虚火旺，骨蒸潮热，宜养阴清热，选用增液汤、清骨散等。

通里法 是用通下的药物，使蓄积在脏腑内部的邪毒得以疏通排出，也就是"其邪在内者，法当疏其内"的治疗原则。又如《外科精义·疔疮肿权变通类法》谓："荡涤邪气，疏通脏腑，令内消也。"故在外科疾病的进展期间出现高热烦渴、尿少、便秘、胸腹痞满、腹胀拒按、头痛不寐、舌苔黄糙、脉数实等阳明里实证；其外证亦多焮赤高肿，疼痛剧烈，用通里法泻下燥屎，迅速减轻或消除热毒壅盛。常选用内疏黄连汤、凉膈散、大承气汤、三黄丸。使用通里法是针对里实，既可排除热毒，亦是急下以保存阴津的一种方法。但过下又会伤津，反使热势益盛，甚至损伤脾胃，耗伤正气，易使毒邪内陷，故通利后阳热实证已减，则应改用其他治疗法则。对于阴虚肠燥便结者，宜润下，可常用润肠汤。

软坚法 软坚以散结，主要用于成形缓慢，外无红肿热痛的硬结肿物，如瘰疬、瘿、瘤等。软坚散结包括咸寒软坚、化痰软坚、散瘀软坚等。咸寒软坚有海藻玉壶汤、消核散、消瘰丸、内消瘰疬丸；化痰软坚有小金丹、二陈汤、子龙丸；散瘀软坚有大黄䗪虫丸、神效瓜蒌散、活络效

灵丹、鳖甲煎丸等。形成肿块的原因虽有由于寒痰凝滞，痰火郁结，气滞血瘀等不同，治法虽各随其因，但其相同之处是要宣通。因此，临床使用软坚法时，常与温通经络或行气开郁以及化痰的药物配合使用，以增强散结的作用。

行气法 用理气开郁的药物，使气机流畅，气血调和，从而达到消肿散结，止痛的目的。气为血帅，气行则血行，郁结肿块可得以消除。行气开郁，多与疏肝药同用，常选用逍遥散、清肝解郁汤、金铃子散等。行气药物性味多属芳香辛燥，对肝肾阴虚相火易动的病人，以防助火，均需慎用。

活血法 用活血化瘀、调和营血的药物使经络疏通、血脉流畅，从而达到消肿止痛目的。它是疮疡、岩、瘤、肿块、硬皮病等得以消散的重要治疗法则之一。《素问·生气通天论》谓："营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。"这说明邪毒稽留、气血凝滞而致肿胀。临床实践中对肿疡的治疗，早期于清热解毒方中加入活血化瘀药，比单纯用清热解毒之法，更易使肿疡消散，减少其酿脓的机会。即使不能控制其化脓，亦可使脓肿局限，化大为小，且可在溃破之后，减少残留硬结。肿疡单用或过用苦寒情热之剂，反使血气寒凝而肿痛难消，若配合应用活血化瘀药可促使气血通畅，减少局部由于气血郁滞而产生的肿胀，且协同清热解毒药的效应。同时，对于由气滞血瘀所致的其他外科疾患，本法是主要的治疗方法，除血虚、妊娠、月经期间及痰湿凝滞者外，在外科内治中应用是比较广泛的，常选用醒消丸、仙方活命饮、大黄牡丹汤、复元活血汤、血府逐瘀汤、活络效灵丹和失笑散等。

止血法 根据出血的病因不同，一般有凉血止血、益气止血、祛瘀止血等法。外科常用的是凉血止血法，适用于因血热妄行而致各种出血。症见血色鲜红、口干咽燥，舌质红苔黄、脉弦数。如吐血选用十灰散、四生丸；尿血选用导赤散、小蓟饮子；内痔出血用凉血地黄汤等。

温通法 是用温通经络药物，使阴寒凝滞之邪得以祛散的一种治法。用于寒湿凝滞经络，气血运行受阻，如流痰初起出现外形漫肿、不红不热、微有疼痛或痛剧，舌白而润，脉迟涩等症状。常选用阳和汤、独活寄生汤、当归四逆汤等。如有邪热之象，妄投温阳通络之剂，就会助火而生变证，临床应细加辨认。

理湿法 用燥湿或淡渗的药物，以祛除湿邪的一种治法。一般来说，在上焦宜化，在中焦宜燥，在下焦宜利。外科疾病由于湿邪而致病者，多为挟热，其次挟风、挟寒，因此理湿法，必须结合清热、祛风、散寒等法。然外科疾病中，以湿热交蒸之证为多，如臁疮、委中毒、囊痈、湿毒等，治当清热利湿，常选用二妙丸、萆薢渗湿汤、龙胆泻肝汤、五神汤等。

补益法 用补虚扶正的药物，使体内气血充足，得以消除各种虚弱现象、恢复人体正气，助养新肉生长，使疮口早日愈合。适用于一切外科疾病后期出现体虚者，正如《内经》谓："虚则补之"之意。一般分为益气、养血、滋阴和助阳等法，常选用四君子汤、补中益气汤、八珍汤、人参养荣汤、六味地黄丸、金匮肾气丸等。补益之法妄用于毒邪炽盛、正气未衰之时，往往有助邪之弊。若元气虽虚，胃纳不振者，应先以健脾醒胃为主，而后方能进补。

上述内治法及其常用方剂，各有其适应范围。但是在病情复杂的情况下，往往数法合并使用。因此，临证时必须根据病情变化和发展，灵活辨证立法，遣方用药，才能收到预期的效果。

外科外治法

运用药物、手术操作并配合一定的器械，直接施用于病变部位，从而达到治疗目的的一种方法，称外科外治法。在外科治疗中占有非常重要的地位，所以《医学源流·围药论》谓："外科之法，最重外治。"它不但可配合内治以提高疗效，而且某些外科轻浅之症，常可专用外治而收功。外治法的运用，与内治法一样要进行辨证施治，必须依据不同证候和阶段，选择不同的治疗方法和药物。兹将常用的方法，归纳如下：

药物疗法 用药物制成不同的剂型，施用于病变部位，赖以药物的性能，使之直达病所而发生效果。本法大体分为罨敷、膏药、油膏、箍围药和掺药等。

罨敷 有冷、热两种，冷敷一般采摘新鲜中草药，洗净、捣烂外敷，以达到治疗的目的。适用于疮疡初期，对具有红肿热痛的阳证，有消散的作用。常选用清热解毒和消肿的鲜草药如蒲公英、紫花地丁、马齿苋、丝瓜叶、野菊花叶、金银花叶、七叶一枝花等。选择2—3味，加少许盐或糖捣烂外敷，每日2—3次。热敷常用棉垫、纱布浸药液，温热敷患处，以促使肿疡消退。

膏药（古称薄贴） 按配方将药物浸于油中煎熬，并加入黄丹拌搅均匀后凝结而成，俗称药肉；再用竹签或铁签将药肉摊在纸或布上，便于收藏携带，用时稍加热微熔，贴于患部。但也有不用煎熬，经反覆捣打而成，贮于容器，随用随取。因膏药富有粘性，敷贴患处时，既能固定位置，同时赖各种药物的作用，从而达到消肿镇痛、提脓祛腐、生肌收口和遮风护肉的目的。由于药肉内组成方剂的不同，药物性味有别，故各类膏药均有不同的适应证，如太乙膏、千捶膏，性偏寒凉，功能消火消肿、解毒生肌，为阳证的肿疡、溃疡的通用方。阳和解凝膏性偏温热，功能温经和阳、祛风散寒、调气活血和化痰通络，一般用于阴证未溃者。咬头膏性偏腐蚀，能蚀破疮头，使脓毒得以外泄，一般适用于脓肿已成而不能自溃者。象皮膏性温和，功能去腐生肌，用于溃疡腐烂久不收口。此外，膏药摊制的形式有厚薄之分，在具体应用上也各有所宜。一般薄型的膏药多适用于溃疡，对于阴证肿块，用性偏温热的散剂，调入药肉内，摊成厚型的膏药外贴。薄型宜勤换，厚型宜少换。

油膏 是将药物和油类煎熬或捣匀成膏的制剂，调

成较稠厚呈半固体状，又称软膏。如用植物油调成较稀薄者，则常用于皮肤病。油膏的调制，有用猪脂、羊脂、麻油、白蜡及凡士林等。具有柔软、滑润，对局部皮肤刺激性较少等优点，可用于疮疡各期，尤其对溃疡更为适宜。由于油膏的方剂组成不同，药性有别，其临床应用亦有选择。肿疡常选用的金黄油膏、四黄油膏、玉露油膏等，有清热解毒、活血消肿的作用，适用于阳证；冲和膏有疏风消肿、活血祛寒的作用，适用于半阴半阳证；回阳玉龙油膏有温阳通脉、散寒化痰的作用，用于阴证。溃疡常用的有生肌玉红膏，有活血祛腐、解毒止痛和润肤生肌的作用，适用于一切溃疡腐肉难脱、新肉难生或久不收口者。生肌白玉膏有润肤、生肌、收敛作用，用于溃疡腐肉已尽，疮口不敛者。皮肤病常用有疯油膏，功能润燥杀虫止痒，适用于顽癣、湿毒等；青黛膏功能收湿止痒，清热解毒，适用于蛇串疮、胎癥疮等。

箍围药(古称敷贴) 是将药散与液体调制成糊状，随用调制，它是借助药散具有箍集围聚、收束疮毒的作用，从而使初起疮疡轻者可以消散，重者可使疮毒结聚，疮形缩小，炎症趋于局限；即使破溃后，周围炎症硬块有碍溃疡愈合者，亦可用它外敷使之消散。临床外敷治疗炎症包块、索状物，如静脉炎、阑尾包块、腹膜炎等，皆可收到一定的效果。所以，它在外治法中占有重要的地位。由于箍围药的药性有寒热的不同，如金黄散、四黄散、双柏散、玉露散等，药性寒凉，功能清热解毒、活血消肿，适用于红肿热痛的一切阳证；回阳玉龙散药性温热，有温经活血、散寒化痰的作用，适用于不红不热的一切阴证；冲和散药性和平，有行气疏风、活血定痛和散瘀消肿的作用，适用于疮形肿而不高，痛而不甚，微热微红的半阴半阳证。因病情的变化不同，箍围药调制之剂也有不同，一般来说，以醋调的，取其散瘀解毒；酒调的，能助行药力；葱、姜、韭、蒜捣汁调的，取其辛香散邪；菊花汁、银花露调的，取其加强清热解毒；鸡蛋清、蜂蜜调的，可缓和药物刺激并可解毒；油类调的，取其润泽肌肤。

凡用于疮疡初起或炎症包块者，宜敷盖整个病变或稍超过病变范围，敷药要有一定的厚度，并保持适当的湿度和温度，才能发挥其药效，以利炎症消散吸收及收束疮毒。

掺药 将各种药物配伍成方，研成极细粉末，直接掺在疮面上。掺药种类繁多，应用范围很广，不论肿疡、溃疡，凡需要消散、提脓、脱腐、收口者，均可选用。掺药也可撒布于膏药、油膏上，或粘附在纸条上再插入疮口内(包括瘘管)。掺药按其功能分为：①消散药：具有渗透和消散的作用，撒布于膏药上，贴于病变处，使疮疡蕴结之毒得以移深居浅，肿消毒散。一般用于疮疡初起而肿势局限者，以及瘰疬、乳癖等。阳证者宜活血化瘀、消肿止痛，常用阳毒内消散、红灵散；阴证者宜温经散寒、活血消坚，常用阴毒内消散、桂麝散。②提脓祛腐药：具有提脓去腐的作用，使疮疡内蓄之脓毒得以尽快排出，腐肉迅速脱落。用于溃疡初期，脓栓及腐肉难以脱落，脓水不净而新肉难生的情况。红升丹是提脓去腐的主药，目前一般采用小升丹或九一丹等。临床使用时，若疮口大者，可掺于疮口上；疮口小而深在者(包括瘘管)，可粘附在药线上插入，亦可掺于膏药、油膏上盖贴。因纯正红升丹腐蚀作用甚猛，毒性较大，须加赋形药(如熟石膏)以减轻毒性，根据升丹与熟石膏之比例不同，常选用的有九一丹、八二丹、七三丹、五五丹等。腐肉已脱，脓水减少者，应减少升丹的含量。此外，尚有黑虎丹，是不含升丹的提脓去腐药，常用于对升丹过敏者。升丹刺激性大，多用、久用可有汞中毒的毒性反应，故宜慎之，临床以用陈久升丹为好，其毒性反应较轻。③腐蚀与平胬药：腐蚀药具有腐蚀组织的作用，使坏死组织腐蚀枯脱，刺激性较强。适用于溃疡疮口小、脓腐难去，或脓肿已成而不能穿溃，或赘疣、瘰疬、痔疮、瘘管、息肉等。常选用的有白降丹、三品一条枪、枯痔散等。平胬药使胬肉平复，刺激性较弱。适用于疮口胬肉突出、肉芽水肿，如平胬丹、九一丹等。腐蚀药含有汞、砒霜等剧毒药，应用时要注意汞、砒霜中毒外，对于头面部、指、趾等处，不宜过用腐蚀药，以免影响容貌、损伤筋骨。此外，在掺布腐蚀药时，注意保护周围正常组织，以免损伤。若敷后肿疡迅速加重扩展，注意是否药物过敏所致。④生肌收口药：具有促进新肉生长，加速溃疡愈合的作用，用于溃疡的腐肉已脱，脓水将尽者。常选用的有生肌散、八宝散、金花散等，不论阴证、阳证，均可使用药散掺于疮面，以促进愈合。⑤止血药：具有收涩止血的作用，掺于出血处，外加消毒敷料包扎。适用于溃疡或创伤出血，常选用有桃花散、田七粉、云南白药等。

手术疗法 是使用各种器械配合手术操作进行治疗的一种方法，它在外科的治疗中占有十分重要的位置。中医外科的手术疗法已有两千多年的历史。早在春秋时代的《灵枢·痈疽》载有脱痈(脱疽)的截指(趾)的手术指征和方法，《古今医统》载有肛瘘的挂线疗法。据古医籍的记载，中医外科手术疗法有开刀法、烙法、砭镰法、挂线法和结扎法等，现分述于下。

开刀法 古人又称针法，即现代的切开法，是运用器械对脓肿进行切开的手术，使脓液排出，以达到疮毒随脓外泄，肿消痛止，渐趋愈合的目的。否则，脓毒内蓄，损筋腐骨，甚至毒邪内攻脏腑而造成危候。所以《外科准绳》谓："当用针烙而不用，则毒无从而泄，脓瘀蚀其膏膜，烂筋坏骨。"这说明开刀法在外科治疗上的重要性。

开刀要掌握适当的时机和适当的部位。所谓适当的时机，就是要待脓成熟透才行切开，过早过晚均非所宜。《外科正宗》谓："凡疮有脓即当针，脓孔宜下，脓未熟，而遽针，则气血泄而脓反难成；脓已熟而不针，则腐溃深而疮必难敛。"所谓适当部位，又称之为"头"，所谓"头"，就是整个肿疡成脓后，脓肿中央或中央略下处出现最软的较浅薄的一点，又名"刀路"(下刀的部位)。南北朝龚庆宣《刘涓子鬼遗方》载有"相痈疽知有脓可破法"，谓："当上薄者，都有脓，便可破之，所破之法应在下，逆上破之，

令脓得易出。"脓肿甚大者，不能拘于"头"，当以选择稍下部为宜，《外科正宗》指出"孔宜顺下"，就是这个意思。过上则脓必下兜逆流难泄，过下则肉厚而脓路小，脓泄难畅，均属失宜。古人谓"脓出反痛，虚之过"，但临床上每见阳证、实证也有脓出反痛者不属虚，此多数是脓下兜或脓路小，脓泄不畅的缘故。如脓肿过大，必须在中央或下部同时开两个切口，使脓流通畅。对于深部脓肿，在决定刀路时，必须循肌肉及筋脉的走向，注意不损伤筋脉，以免加重病情。

切口的深浅和大小要适宜。《医宗金鉴》谓："盖皮薄针深，反伤好肉；肉厚针浅，毒又难出，大抵肿高而软者在肌肉，针四五分；肿下而坚者在筋脉，针六七分；肿平肉色不变者，附于骨也，宜针寸许。"古人切开用火针，根据脓肿深浅而定针的深度，实属经验之谈。《外科启玄》谓："肉厚肿卞脓深，恐疮口小而易合，脓水不快，故取之大针。"故切口大小应以肌肉厚薄和肿疡大小来决定，肉厚脓深者宜大，肉薄脓浅者宜小，以脓水流畅为度，脓毒泄而新肉生。这是中医学对脓肿切开的认识，至今仍有一定的实用价值。

火针烙法 火针形如细筷，系用铁或铜制成，其头如米粒、小蚕豆大小，上接一柄，它是利用烙铁烧灼后，烙于出血点而止血，亦可烫治病变。一般可用于小血管出血、溃疡胬肉、肉芽水肿、赘疣、息肉等。

砭镰法 俗称飞针，是用三棱针或刀锋在患处浅刺皮肤放出少量血液的方法，促使内蕴热毒随血外泄，借以减轻疼痛和肿胀。一般用于疮疡阳证，如丹毒、红丝疔等。

挂线法 是采用普通丝线、药制丝线、橡皮筋线等来挂断瘘管的治疗方法。利用线的张力，从而使局部气血阻断致肌肉坏死，达到切开的目的。这种操作方法简便，又无出血之虞，且有边切开边引流、刺激肉芽生长、加速愈合等优点。一般用于疮疡溃后，形成经久难愈的瘘管、乳漏、肛瘘等。

结扎法 又名缠扎法，此法很早就在外科治疗上应用，如《外科正宗》就有用头发结扎脱疽、《景岳全书》有用蜘蛛线缠扎赘疣的记载。结扎是利用线的张力，促使患部经脉阻塞，气血不通，使所要去除的病变组织坏死脱落，从而达到治愈的目的。一般适用于赘疣、息肉、痔核、蒂小的体表肿瘤等。

其他疗法 由于外科病种繁杂，针对各个不同阶段的局部病理变化，尚有以下一些疗法：

灸法 是用药物(常用艾条、艾绒)在患处燃烧，借助药力和热力的温暖作用，可以温阳祛寒，活血散瘀，疏通经络，拔引郁毒等，使肿疡未成易于消散，既成者易于溃脓，既溃易于收口，多用于疮疡阴证。常用的灸法有：①直接灸法：以艾炷或艾条在俞穴上或疮疡处灸之。俞穴施灸，根据针灸的治疗原则进行辨证配方取穴。在疮疡部位施灸，宜在疮头上灸，灸的时间长短以不痛者须灸至知痛痒，疼痛者则灸至不痛似痒为度。②间接灸法：于灸处先放置药物，再置艾炷燃之，此灸法很多，如隔蒜、隔姜、隔盐、隔豉饼等灸法，既借助火力而温之，亦取蒜、姜等的药性作用，以增强温散阴凝之力。③其他灸法：骑竹马灸法、桑木灸法、雷火神针灸等，均有一定作用，但目前极少应用。

药筒拔法 又称煮竹筒法，是配合一定的药物与竹筒若干同煮，乘热急盖疮上，是一种吸取脓液毒水的方法。它具有宣通气血、拔毒泄热的作用，从而达到脓毒自出、毒尽疮愈的目的。一般适用于疮毒坚肿散漫不收，脓毒不得外泄或脓泄不畅；或用于被毒蛇、毒虫咬伤肿势扩散，毒液不得外泄者。

垫棉法 是用棉垫或纱布衬垫疮部的方法。借助加压的作用，使肿疡的脓液不致郁滞而潴留，亦可使较大的肿疡空腔尽早愈合。其方法是，有袋脓现象的用棉花或纱布垫衬疮口下方空隙处；有肿疡空腔者，皮肤与新肉一时不能粘合，使用棉垫置疮口之上，再用阔绷带稍加压包扎。

药线 一般用桑皮纸、丝棉纸等，按其实际的应用，裁成阔狭长短适度，搓成线状，外粘药粉或内裹药粉而制成，俗称纸拈。外粘药物法，就是将搓成的纸线，抹上一层薄而均匀的米糊(亦有用白芨汁与药粉和匀，粘附在纸线上)，待干存贮，随时取用。外粘药物一般多用含有升丹之方剂或黑虎丹等；内裹药物法，是将药物预先放在纸内，裹好搓成线状备用。内裹药物多用升丹等。这些药物有提脓祛腐、腐蚀管壁的作用，一般适用于肿疡疮口过深过小，脓水不易排出者，或经久不愈的瘘管等。

熏法 将药物燃烧后，取其烟气上熏，或局部涂药后再加热烘，借着药力与热力的作用，使腠理疏通，气血流畅而达到治疗的目的。前人有神灯照法和桑柴火烘法作为疮疡的辅助疗法，促进肿疡消散或局限酿脓，也可使肿疡易于愈合。还有热烘疗法、烟熏法，用于干燥无脂水的各种顽固性皮肤病，如湿毒、牛皮癣等。

熨法 是将药物加酒、醋炒热，布包后温熨患处，可使腠理疏通，气血流畅而达到治疗的目的。如熨风散有温经祛寒，散风止痛之功，用于附骨疽、流痰等，还有用吴茱萸炒热，或生盐炒热，温熨腹部，是治疗肠梗阻的辅助疗法之一。

洗涤法 又称淋浴法，用药物煎汤并乘热淋洗患部的方法。洗涤法按其使用部位及方式不同可分为溻渍(泡浸)、沐浴(淋洗)、罨敷(湿敷)、坐浴(坐盆)等。将四肢浸泡在药液中的，称溻渍；遍洗头部及全身者，称沐浴；浸洗臀部和肛门处，称为坐浴。用棉垫，纱布浸药液湿热敷患处者，称罨敷。洗涤法的应用范围甚广，根据不同疾患选用不同方剂和洗涤方式。肿疡初起用葱归溻肿汤，达到消肿止痛，以冀消散吸收。溃后腐肉难脱，脓水浸淫，常用蒲公英煎汁、银花甘草汤等，以洁净疮口，促进腐肉脱落，毒邪得解，才能生肌收口。皮肤病瘙痒脂水浸淫，用苦参汤，有祛风除湿、杀虫止痒之功。痔疮肿痛、肛裂和脱肛，用五倍子汤煎水坐浴，有消肿止痛和收敛止血

的作用。临床上应用洗涤方剂甚多，应随证灵活选用。

中药麻醉 应用中草药，使病人全身或局部知觉暂时丧失，在无痛下进行手术治疗，这种麻醉的方法称为中药麻醉。麻醉药有内服与局部外敷两类。中医学很早就有应用麻醉药的记载，《后汉书·华佗传》谓："……以酒服麻沸散，既醉无所觉，因刳破腹背，抽割积聚……"，可惜麻沸散早已失传，但内服麻醉药在后世医家还有不断的应用，如元代《世医得效方》载有"草乌散治损伤骨节不归窠者，用此麻之，然后用手整复"。并提出了使用麻醉药法："颠扑损伤，骨肉疼痛，整顿不得，先用麻药服，待其不识痛处，方可下手，或服后麻不倒，可加曼陀罗花及草乌五钱，用好酒调些少与服，若其人如酒醉，即不可加药。被伤有老有幼，有无力，有出血甚者，此药逐时相度入用，不可过多，亦有重者，若见麻不倒者，又旋添些，更未倒，又添酒调服少许，已倒便住药，切不可过多。"由此可见，当时已认识曼陀罗花是较强的麻醉药，也知道使用麻醉药的用量和用法，应视病人的年龄、体质、病情而有所不同。对于局部外用麻醉药，《医宗金鉴》载有"外敷麻药，此药敷于毒上，麻木任割不痛"。由于外敷麻醉药镇痛不全，现在已极少使用，但中药麻醉这份宝贵的医学遗产，已得到人们的重视，1970年江苏省徐州医学院附属医院的医务工作者，经过反覆试验，首先以洋金花(曼陀罗花)总碱静脉注射为主的复合麻醉应用于临床获得成功。1972年，樟柳碱用于静脉复合麻醉，毒扁豆碱用于上述麻醉术后催醒，先后获得成功，并已应用于临床。

护胎养胎

"养胎"一词，见于《金匮要略·妇人妊娠病脉症并治》。(北齐徐之才有"逐月养胎方")。古人认为：儿之在胎，与母同体，得热则俱热，得寒则俱寒，病则俱病，安则俱安，母之饮食起居，尤当慎密。所谓"慎密"是要求妊母节饮食，适寒暑，戒嗔恚，寡嗜欲。

从护胎、养胎的观点出发，妊娠期间，除适当注意饮食营养外，尽量避免食用对胎儿不利的药物和食物以保证胎儿正常发育。妊母从事一定的轻微活动则对分娩有利。诚如《儒门事亲》所谓："如儿在母腹中，其母作劳，气血动用，形得充实……多易生产。"《小儿病源方论》谓："豪贵之家，居于袄室，怀孕妇人，饥则辛酸咸辣，无所不食，饱则恣意坐卧，不劳动，不运动，所以腹中之日，胎受软弱，儿生之后……少有坚实者也。"可见妊母饮食起居不慎，足以影响胎儿，甚至可造成初生小儿胎寒、胎热、胎毒等疾患，(见"胎病"条及"小儿病因"条)。因此，欲使小儿生后发育正常，身心健康，必须重视"护胎"、"养胎"并应注意"胎教"。

胎教 据《史记》注释中记载："太任……及其有身，目不视恶色，耳不听淫声，口不出傲言，能以胎教子。"这是有关胎教的最早记载。小儿是否健康成长，与先天禀赋强弱、后天调养适宜，有很大关系，尤其先天禀赋因素，更为重要。因孕妇的气血阴阳保持平衡协调，即"阴阳平均，气质完备"，则胎儿发育正常。若母体气血失调，出现"血荣气卫，消息盈亏"的变化，或气质出现"有衍有耗，刚柔异用，或强或羸"的差异，则可导致胎儿禀赋异常，出现"附赘垂疣，骈拇枝指，侏儒跛蹩……疮疡痈肿，聋盲喑哑，瘦瘠疲瘵等先天畸形之病"。

妊娠期间，由于胎儿在胞宫内仰赖母体精气的滋养，而生长发育自与母体气血精神息息相关。因此，孕母的气血精神是否异常或失度，势必影响胎儿精气的变化。如《素问·奇病论》谓："人生而有病癫疾者……此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾也。"说明小儿先天性癫疾的发生，与孕母遭受大惊骤恐，精神紊乱，精气运行失常，有密切关系。尤其妊娠前期，胎儿脏器正在形成之中，所谓"形象始化，未有定仪"，因感而变，见物而化之时，更应重视。历代医家认为：宁静即是胎教……盖气调则胎安，气逆则胎病，恼怒则气塞不顺，肝气上冲则呕吐衄血，脾肺受伤，肝气下注则血崩带下，滑胎小产。欲生好子者，必须先养其气，气得其养，则生子性情和顺，无乖戾之习。妊娠期间，如能经常接触美好的事物，诸如聆听轻松的音乐，欣赏优美的风景，观看花卉和美术作品，阅读有益身心的文艺著作等，从而陶冶性情，开拓胸襟，旷怡心神，以使气血和顺，阴阳平衡，对胎儿是有益的。因此，古代很多医家都特别强调要在"胚胎造化之始，精移气变之后，保卫辅翼有道"。

保卫辅翼 又称调护辅翼。《育婴家秘》卷一谓："天有五气，各有所凑，地有五味，各有所入。所凑有节适，所入有度量，凡所畏忌，悉当戒惧，慎勿以为养者，理固然也。以致调喜怒，节嗜欲，作劳不妄，而气血从之。皆所以保摄妊娠，使诸邪不得干焉。苟为不然，方禀受之时，一失调养，则内不足以为守中，外不足以为强身……心气被惊而癫疾，肾气不足而解颅，脾胃不和而羸瘦，心气虚乏而神不足……是以风寒暑湿则避之，五味之食则节之，七情之感则绝之……若夫勿登高，勿临险，勿独处暗室……勿恣肥甘之味，勿啖瓜菜之物，勿游犯禁之方，所谓调护辅翼者，各有道也。如不利嗣息，或骄倨太甚者，动必成咎。"说明受妊之后，宜令镇静，则气血安和，须内远七情，外薄五味，大冷大热之物，皆在所禁，务宜谨节饮食，勿过饮酒，食毋太饱，衣毋太温，使雾露风邪，不得投间而入，亦不得交合阴阳，触动欲火，勿多睡卧，时时行步，勿登高涉险，勿劳力过伤。否则，心有大惊，过劳伤肾，可使小儿形成解颅，癫疾，若脾胃不和，营卫虚怯，小儿生后羸瘦多病。妊母患病，服药亦宜从慎，以免损伤胎气，产生不良后果。故前代医家认为：凡妊娠有疾，投之汤药，衰其大半而已，使病去母安，胎亦无损矣。可见妊娠有病，主要在于调摄，并不一定全靠服药治疗。以上种种，对孕母的调护辅翼之道，是千百年来实践验证，行之有效的措施。

妊娠调理

妊娠是女性生理的一个特殊过程，为了保证孕妇和胎儿的健康，对孕妇的摄生给予一定的指导和调护，称妊娠调理或胎前摄养，古称胎教。妊娠调理是着重以母体的素养来影响胎儿的发育，因胎气之盛衰与母体脏气之虚实密切相关。如《大生要旨》卷二谓："胎之肥瘦，气通于母。"故凡妇人受妊之后，常应乐意忘忧，内远七情，外避六淫，饮食有节，起居有常。《女科证治约旨》谓："凡妇人自有妊娠，即宜注重胎教，讲究卫生，内无七情之伤，外无六淫之感，保重强健，何疾病之有？惟妊娠期内，不讲胎教卫生，七情六淫，任意伤犯，于是疾病丛生。"妊娠调理主要有以下几方面。

调情志：凡有孕之妇，宜情志舒畅，遇事乐观，喜、怒、悲、思皆可使气血失和而影响胎儿。因胎借母气以生，呼吸相通，喜怒相应，若有所逆，即致子疾。如《增广大生要旨》卷二谓："除恼怒，凡受胎后切不可打骂人，盖气调则胎安，气逆则胎病。"《傅青主女科》亦有"大怒小产"的论述。故孕期须和其心志，使血气和平，不特孕安，且生子必坚而壮。

忌房事：胞脉系于肾，肾以载胎。孕后房事，可以伤肾损胞，影响冲任，甚或导致坠胎、小产。《产孕集·孕忌》谓："怀孕之后，首忌交合，盖阴气动而外泄，则分其养孕之力，而扰其固孕之权，且火动于内，营血不安，神魂不密，形体劳乏，筋脉震惊，动而漏下、半产、难产，生子多疾。"故忌房事为保胎之要着，尤其在妊娠早期和7个月以后要严禁交合，以防小产、难产之虞。

节饮食：孕后，赖母体气血以养胎，脾胃为后天之本、气血生化之源。饮食以冲和淡薄为正，节厚味，无辛燥，无大饥，无甚饱。若饮食失节，饥饱无度，嗜食厚味，皆可使脾胃运化失常而胎失所养。如《万氏女科》卷二谓："妇人受胎之后，最宜忌饱食，淡滋味，避寒暑，常得清纯和平之气以养其胎，则胎元完固，生子无疾。"

适劳逸：人禀气血以生，胎赖气血以养，凡妊娠起居劳逸，惟以和平为上。不可太逸，逸则气滞；不可太劳，劳则气衰。若劳逸失宜，举止无常，攀高负重，其胎必坠，甚或导致难产。如《万氏女科》卷二谓："受胎之后，当宜行动往来，使血气通流，百脉和畅，自无难产。若好逸恶劳，好静恶动，贪卧养娇，则气停血滞，临产多难。"故妥孕以后，宜时常行动，使气血周流，胞胎舒展，则自无难产之忧。大抵5个月以前宜稍逸，5个月以后宜小劳。

慎寒温：受孕以后，因生理上的特殊改变，易受外感六淫之侵，于是感冒时邪由此而起，以致胎疾。如《增补大生要旨》谓："胎前感冒外邪，或染伤寒时证，郁热不解，往往小产堕胎，攸关性命。"故胎前摄养，慎起居，适寒温，甚为紧要。

戒生冷：孕后阴血下注以养胎儿，以致阴血偏虚，阳气偏旺，故孕期多喜食生冷。殊不知生冷之物，既不能退血热，而徒使脾胃受伤，呕吐、泻泄、痢疾诸症蜂起。故孕期最忌生冷，宜保脾胃以固本源，不可不慎。

此外，孕妇衣着还须宽大合体，腰带不宜紧束，以免气血周流不畅而影响胎儿发育。

临产

妊娠足月，胎位下移，时见腰腹胀痛，小腹逼坠，有便意或"见红"等征象，称临产(《诸病源候论》)。又称临盆(薛立斋著的《女科撮要》)。《胎产心法》卷中谓："临产自有先兆，须知凡孕妇临产，或半月数日前，胎腹必下垂，小便多频数。"但此时易与试胎、弄胎相混，必须注意鉴别。《医宗金鉴·妇科心法要诀·生育门》谓："妊娠八九个月时，或腹中痛，痛定仍然如常者，此名试胎"，"若月数已足，腹痛或作或止，腰不痛者，此名弄胎。"两者均非正产之时，切勿躁扰，宜宁静以待。若胎已足月，腰腹胀痛阵作，越痛越紧，肛门坠胀，产户窘迫，大小便俱急者，是谓"正产"之候。如《产孕集》卷下谓："正产腹痛，必连腰及脐，或牵引脊背，胎气陷下，或目中生火，谷道挺迸，浆血下后，腹痛愈紧，乃为欲生。"临产前，孕妇脉象也有变化，若见尺脉转急如切绳、转珠，或脉见浮数散乱，或沉细而滑，则为"临产离经脉"。如《脉经》卷九谓："妇人怀妊离经，其脉浮，设腹痛引腰脊，为今欲生也。"《产孕集》卷下亦谓："辨产之法，《脉经》云，'妊娠月满，则脉离经'，离经者，《难经》所谓一呼三至曰离经，一呼一至亦曰离经也；又曰，尺脉转急，如切绳转珠者，欲产也。"此外，孕妇两手中指中节或末节，筋脉应手搏动者，也为临产离经脉。《胎产心法》卷中谓："至欲产时，脉先离经，试捏产妇手中指中节或末节跳动，方是临盆时候。"前人凭离经脉诊断临产，有一定的实用价值，录供临床参考。

临产调护

健康孕妇，足月生产，犹如瓜熟蒂落，届期自然分娩。若产前摄生不慎，临产失于调护，即可导致难产，甚或影响产妇和胎儿的生命。前人对此十分重视，如《达生篇》提出临产时宜"睡、忍痛、慢临盆"的六字真言，对指导临产调护，实有重要意义。临产调护应注意以下几点。

欲小劳：妇人以血为主，惟气顺血和则胎安，胎安则易产。如《妇人大全良方》卷十七谓："今富贵之家，往往保惜产母，惟恐运动，故羞出人，专坐卧，曾不思气闭而不舒快，则血凝而不流畅，胎不转动，以致生理失宜，临产必难。"故孕妇宜小劳，贵于运动以利血气也。

调情志：要使产妇对临产有充分的精神准备，要知道生产是自然现象，消除恐怖心理，安静仰卧，以忍痛为首要，到时胎儿自会娩出。切忌惊忧躁急，盖惊则气乱，忧则气结，恐则气怯，躁急则气逆，使气失运行，遂成难产。

如《胎产心法》卷中："凡新妇初产，神气怯弱，未曾经惯，切不可与言产变之事，恐怀忧惧，心悬气馁，原本易生，反成难产矣。"故产室须安静，切忌人多看视，语众嘈杂，致令产妇心慌意乱。

适寒温：大时寒冷，产室温度要适中，产母衣服、被褥宜柔软温和，因寒能令血气凝滞，而致难产。酷暑之月，产室亦宜通风凉爽，因暑热最易伤阴，气阴两伤，必致晕眩。如《叶氏女科证治》卷三谓："产室当令温凉得宜，若产在春夏宜避风，产在秋冬宜避寒。故酷暑不可当风取凉，以犯外邪，又不宜热甚致令产母头痛面赤。……若夏月宜储凉水一盆，温则换之，以解其热；若冬月宜储炭火一盆，务令下体和暖，衣服亦宜加厚，庶不为寒气所侵，可免胎寒血滞难产之患。"

惜力养神：产妇初觉欲生，便须调心养神，爱惜气力，未到正产之时，不可妄用气力，以致临产乏气，无力送胎外出。如《胎产心法》卷中："凡孕妇须当宽心，以待其自然之势，切不可乱用气力强产，以致枉命。"鼓励孕妇照常饮食，勿令饥渴，以免产时乏力。

忌乱投药饵：大凡生产自有时候，若未到时候，切不可强服催生滑胎药，必候腰腹痛甚，胎转向下，浆水已破，迟滞不产者，方可服药催生，一般以佛手散最为稳当。若儿头已到产门，而产妇无力送胎外出者，则宜服独参汤助其气力以娩出。

产后

孕妇分娩后，母体恢复至孕前状态的一段时期，称产后，亦称产褥期。在孕期，母体为了适应胎儿发育的需要，以及为临产做准备，发生了一系列改变，于分娩后必须有一定时间才能恢复。古人有"弥月为期"、"百日为度"之说，俗称小满月与大满月，即产后一月为小满月，三月为大满月。由于分娩时的产创和出血，以及临产努力等，而致产妇阴血偏虚，阳气易浮，常可伴见恶寒怕风，微热自汗等症。如不挟有其他致病因素，短时期内可自行恢复。新产后，因胞宫正在复原过程中，故产后数日内常可出现下腹阵痛，按之有块，并有余血浊液从阴道流出，称为恶露。恶露开始至中期色呈黯红或鲜红，后则逐渐变淡，量也随之减少，至迟大约 20 日左右即可干净，这些均为产后正常生理现象。哺乳是妇女分娩后特有的生理功能，因此，母体所摄纳的水谷食物，通过脾胃的消化吸收，除一部分供给母体的营养需要外，另一部分则随冲脉与阳明之气上行，化生乳汁，哺养婴儿，故在哺乳期间，月经一般不潮。但亦有产后满月即潮者，此类产妇则多伴乳汁过少或缺乳。

产后调护

产妇分娩后的摄生、将养、宜忌等事项，称为产后调护。在《胎产心法》中即有"调摄论"、"产后禁忌论"等论述。由于产妇分娩时的产创和出血，以及临产用力耗气等原因，易致产妇元气、营血大伤，故有"产后百脉空虚"之说。此时若将息失宜，最易引起疾病。如《产孕集》卷上谓："产后调护最宜详慎。盖产后气虚血少，脉络空乏，血道易寒，气道易滞，故致疾之易，而愈疾之难，莫甚于此。"故产后调护尤为重要，分述如下。

慎起居：产后要保证足够的睡眠时间，一般在产后 24 小时应绝对卧床休息。在新产后 2—3 日即可下床适当活动，以利恶露排出和子宫复旧。百日内不宜过早或过度的参加体力劳动，以免发生产后血崩、恶露不绝、阴挺下脱等证。

节饮食：因产创血气俱伤，脾虚胃弱，运化较差，饮食宜淡泊而又富于营养之品，不宜吃生冷或辛热、煎炒、肥腻食物，以免滞血动血，更不宜过饱或饥饿，损伤脾胃。《叶氏女科证治》卷三谓："产后七日内……毋食辛热之物，使血妄行。毋食生冷之物，使血凝结。毋食消导耗散之物，以损气血。"

适寒温：产后腠理疏松，营卫不固，汗出较多，易感外邪，如《胎产心法》卷下谓："凡新产骤虚，最忌着寒，寒则血气凝滞，诸变冗生。"又谓："凡产逢暑月，切不可当风睡卧，最忌贪凉用扇。"故产妇居室宜空气流通，以防产妇室闷汗出伤暑。

和情志：产后多血虚火动，如情志内伤，即可导致气血为病。忧思太过则气结而血亦结，影响恶露的畅行与乳汁之化生。恚怒太过则扰动气血，以致恶露不绝，甚或产后血崩。《胎产心法》卷下谓："凡生产既下，不必问是男是女，恐言语而泄气，或因爱憎而劳神，最忌大喜大怒，喜则气散，……怒则气逆，或生癥瘕。"故产后宜心情舒畅，使血气和平，免生病变。

洁外阴：保持外阴清洁，可用 1:5 000 高锰酸钾溶液清洗，每日 1—2 次，勤换纸垫、内裤，以防邪毒乘虚内侵。

禁房事：产后百日内应禁交合，尤在新产后恶露将净未净之际，切忌房事，否则既易重伤冲任，又易使邪毒乘虚内侵而致诸疾。《千金要方》卷二："凡产后满百日，乃可合会，不尔，……百病滋长，慎之。凡妇人皆患风气、脐下虚冷，莫不由此，早行房故也。"

乳房卫生：一般在新产后 2—3 日即有乳汁化生，为了保证乳汁的正常排出，就必须注意乳房的清洁和干燥，乳胀时不要随意挤压，以防乳头破裂或致乳痈等疾。

产妇满月后，应进行产后检查，以了解产妇身体恢复情况。

月经病治法

调治月经病之大法，称月经病治法。妇人月经病，有因先病而致月经不调者，当先治病，病去则月经自调。有因月经不调而后生诸病者，当先调经，经调则病自除。此

为月经病治疗的一般原则。但在具体运用时，还须结合四诊以辨脏腑、经络、气血之盛衰，而分清其寒、热、虚、实。常用以下治法。

理气和血 经云："百病皆生于气。"凡气之为病，男女皆可有之，惟妇人之气尤甚，因女子善怀隐情曲意，有所不遂，气先郁结，血随气行，气结则血滞，而为月事不调，或月事将行，预先作痛，此乃气之为病也；妇人以血为本，月经为津液精血所化，荀营卫安和，则经候自然应期，而血为气之配，其升降寒热虚实，皆从乎气，是以气热则血热，气寒则血寒，气升则血逆，气陷则血下崩。理气使其气顺血和，经脉通畅，则经病自愈。

舒肝解郁 肝为风木之脏，内寄相火，体阴用阳，肝主藏血，司血海，为冲任所系，性喜条达而恶抑郁，以愉悦舒畅为顺，忧挂郁怒为逆。是以肝气条达，则脏腑安和，气血津液生生不息；肝血充足，气机冲和，血海宁静，经脉流畅，则月事按时而下。若肝气郁而不达，血行不畅，则月水后期，或经前乳胀，或临经腹痛。郁而化火，迫血妄行，则经行先期或经水过多。若肝气逆乱，气乱则血乱，血海蓄溢失常，则见经期先后不定，经量或多或少。此皆责之于肝，故有"治经肝为先，疏肝经自调"之说。治法当根据郁者宜舒，亢者宜柔宜缓的原则，遂其条达之性。但舒肝之品味多辛窜，有耗血、动血之弊，宜兼养血益阴，以免伤正。

固肾培元 经者血也，血者阴也，为冲任所主，冲任二脉皆起于胞，俱通于肾，肾者主蛰，有藏精、系胞的作用。月经之通盛盈亏与肾之盛衰至关重要。《女科经纶·月经门》引虞天民语谓："月水全赖肾水施化，肾水既乏，则经水日以干涸，或先或后，淋漓无时。"肾藏真阴，而寓元阳，为水火之宅。故肾之为病，往往有肾阴虚、肾阳虚之变，治疗多补其不足，调理阴阳，以达固肾培元之目的。若偏于肾阳虚者，则宜温肾助阳以益生发之本。偏于肾阴虚者，则宜滋肾填精以资经血之源。阴阳俱虚者，则宜并补之，使肾中阴阳平衡，精血俱旺，则经病自愈。

肾藏精，肝藏血，肝肾同居下焦，肝血赖肾精以养。若肾精不足，肝失所养，木火偏亢，则易致经行头痛，经行发热，经行先期，或淋漓不止。若肝血不足，肝阳偏亢，灼伤肾精，又易致月经过少，甚或经闭。故临床常肝肾同治，取其精血相生之义。

补脾和胃 脾胃为后天之本，气血生化之源，主运化、统血，而冲脉又隶于阳明，是以谷气盛则营血充，血海盈满而月候如常。若脾胃病，失其生化、转输、统摄之权，则月水亦因之不调。如《女科经纶·月经门》引薛立斋语谓："血者，水谷之精气也，……在妇人则上为乳汁，下为月水，故虽心主血，肝藏血，亦皆统摄于脾，补脾和胃，血自生矣。"是故治经宜补脾和胃，资其化源，则气充血沛，满而后溢，经行自常。一般老年绝经以后，肾气渐衰，气血俱虚，全赖水谷之精气以养，故绝经后，也宜补益脾胃。

养心实脾 心主血，胞脉属心而络于胞中，脾统血，为生化之源，是以心脾平和，则经候如常。设或七情内伤，心脾气结，则月事不调。如《素问·阴阳别论》谓："二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月。"养其心则血生，实其脾则血行，故养心实脾亦为治疗经病之要着。此外，对经病治疗，还应掌握时机，适时用药。以"痛经"为例，如经前或经期，小腹胀痛，经行不畅者，宜于经前 3—5 日，即服活血调经之剂，使经水畅行，则痛自止。又如"暴崩下血不止"，又当本"急则治标，缓者治本"的原则，止血为先。总宜随其证情，灵活运用，方可尽调经之能事。

推拿疗法 除了药物疗法之外，还可采用。

基本操作：①俯卧位，按揉肝俞、脾俞、肾俞、八髎；擦八髎。②仰卧位，按揉气海、关元、血海、地机；摩丹田。

辨证加减：①月经先期属实热者加按揉曲池、行间、太冲；虚热者加按揉三阴交、太溪，摩涌泉。②月经后期属实寒者加擦八髎透热，虚寒者加擦肾俞；属气滞者加按揉膻中、蠡沟，搓胁肋；血虚者加按揉足三里、三阴交、公孙。③月经后期属肝郁者加按揉内关、太冲、期门、章门；肾虚者加按揉交信、水泉、太溪，擦肾俞；脾虚者加按揉足三里、三阴交、公孙，摩腹，捏脊。④经期延长属气虚者加按揉百会、三阴交、公孙；血瘀者加擦八髎，掌振丹田；血热者加按揉太冲、隐白、水泉。

带下病治法

带下病的治疗，主要是根据带下量、色、质的变化，结合全身症状，辨其寒、热、虚、实，选用温、清、补、涩等法，灵活运用。主要有清热利湿、清肝泻火、健脾渗湿、滋肾补肾等法。

清热利湿：带下初起，实证热证者多。《女科经纶》卷七引张子和语谓："妇人带下，……少腹冤热，溲出白液，冤者屈滞也，病非本经，为他经冤郁而成此疾，皆从湿热治之。"实证热证带下多为黄色，或黄白相兼。治宜苦寒清热，淡渗利湿，使湿去热除，则带自止。切勿用辛燥之品以增其热，使病加剧。

清肝泻火：肝主疏泄，性喜条达。若肝木疏泄太过，克侮脾土，脾失健运，以致肝热脾湿下注；或者相火太旺，迫液外泄。其带多呈赤白。治宜清肝泻火，使肝火平，脾不受侮，则湿自除，带自愈。

健脾渗湿：脾胃为水谷之海，生血之本。脾司运化，敷布津液以荣养周身。脾虚失运，不能敷布津液，反聚为湿，湿浊流注于带，带脉不固，则发为带下。其带多见色白如涕如唾液。治宜健脾渗湿，使脾气健而湿浊消，则带下可愈。

滋肾补肾：肾含元阴元阳，为水火之宅，主封藏之本。若肾阴不足，虚火内炽，迫液外泄，发为带下，其带多见色赤，或赤白兼下，甚或黑带，治宜滋肾清热，使肾精得充，虚火自平，则带可愈。若肾阳不足，寒湿内盛，其湿下注，或肾气不固，精液滑脱而下，而见带下频频，质清如水，治

宜温肾健脾，或温肾固涩，使气得固，则带下自除。《女科经纶》卷七引赵养葵谓："女人带下之疾，带者，奇经八脉之一也，腰脐间围身一周，如束带焉。八脉俱属肾经，人身带脉，统摄一身无形之水，下焦肾气损虚，带脉漏下……治法俱以补肾为主。"

此外，带下黄色或黄白相兼，而外阴瘙痒不堪者，可适当选用清热解毒之品，煎水熏洗阴部，使药力直达病所。

推拿疗法 除了药物治疗之外，还可采用推拿疗法。操作：①仰卧位，按揉两侧章门、期门、带脉；按揉中脘、下脘、气海、关元、中极；摩丹田。②俯卧位，按揉肝俞、脾俞、肾俞、八髎；擦腰部脊柱两侧及骶部。手法宜轻柔；搓腰胁部。

辨证加减：①下焦湿热者加按揉大肠俞、小肠俞、白环俞、血海、阴陵泉、行间。②寒湿者加擦八髎，以热透小腹为佳。③肝气郁结者加按揉太冲、行间，斜擦两胁，或用搓法。④脾虚者加摩腹，按揉足三里、三阴交。⑤肾虚者加擦肾俞，掌振丹田，按揉命门、太溪。

妊娠病治法

妊娠病的治疗大法，谓妊娠病治法，亦称胎前病治法。妊娠病的治疗，多以安胎为要。但有因母气之虚实而病者，也有因胎而致病者，治之各异。前者，须先疗母疾，病去而胎自安；后者，则宜安胎，胎安则病自愈。两者不容混淆。然须察孕妇脏腑、阴阳、气血之盛衰，辨而治之。常用以下治法。

清热养血：热盛则血不循经，胎失所养，或热扰胎元，使之不安。而热之所生，多系素体阴虚，孕后胎赖母血以养，阴血益虚，阳气偏旺，阳盛则热，或卒感热病，或因七情恼怒火动，皆可导致。如《女科百问·第七十三问》谓："堕胎损经，血出不止有二，一则因热而流散，二则因……亡。"清热使其血能循经以养其胎。故丹溪谓黄芩、白术为安胎圣药，其理本此。但不可一遇胎病，不辨气虚气实，属寒属热，信手浪投，必致误事。《景岳全书·妇人规·安胎》谓："胎气不安，必有所因，或虚或实，或寒或热……但当随证随经，因其病而药之，乃为至善，若谓白术、黄芩乃安胎之圣药，执而用之，鲜不误矣。"

固肾安胎：妇人受妊，本于肾气之旺，肾旺是以摄精成孕，然胎孕也需肾气以载，肾精以养，若肾气虚，则胎失固摄，或肾精不足，无以养胎，均可导致胎漏，胎动不安，甚或堕胎。故补肾是以"固胎之本"。

健脾和胃：脾胃为气血生化之源，气血乃胎孕之本。养胎之要，首在健运中州，使气血生化有源，则胎有所养，故安胎必须健脾和胃，使脾健则胎气得固，而胎有所养。

顺气舒郁：妇人有孕，全赖血以养之，气以护之，气调则胎安，气逆则胎病。若妊娠将养失宜，或七情伤损，以致气逆，多有上逼之证。顺气意在气调血和，其逆自平。然顺气行郁之药多为香燥之剂，有耗血动血之弊，不宜多服或久服，临床常常与固肾或健脾参合用之，寓顺气于养血之中。

祛瘀下胎：妊娠病中也有少数不宜安者，或安之无效而须下之者，或母弱不宜继续妊娠者，均宜祛瘀下胎为治。如《景岳全书·妇人规·胎动欲堕》谓："若腹痛血多，腰酸下坠，势有难留者，无如决津煎、五物煎助其血而落之，最为妥当。"又谓："凡气血衰弱无以滋养其胎，或母有弱病，度其终不能成者，莫若下之，以免他患。"

此外，尚须注意胎前药慎与药禁。所谓药慎，是指有些药物虽无直接堕胎的作用，但久服或多服，可损害孕妇体质而影响胎儿的成长，如理气行气类药物。药禁是指药物对胎儿有直接损害的作用，有堕胎杀胎之力，如峻下药及有毒类药物。古人虽有"有故无殒亦无殒也，大积大聚其可犯也，衰其大半而止"之训，但需"中病即止"，权衡病势，择而用之。不可一遇里急之证，恣意用攻，往往非伤其子，也害其母。汗、下、利三禁也属此列，因汗、下、利三法均有劫津亡阳之变，应慎以将之。现将妊娠药慎或药禁列举如下：

峻下类：大黄、芒硝、巴豆。破瘀类：桃仁、红花、三棱、莪术、虻虫、水蛭、蛴螬、乳香、没药、槐角、泽兰、益母草、土鳖虫、干漆、苏木、刘寄奴、当归尾、茜根。逐水类：黑丑、白丑、商陆、甘遂、大戟、芫花。催吐类：常山、藜芦。通利类：麝香、王不留行、白茅根、生苡仁、冬葵子、牛膝、皂角。有毒类：马钱子、生附子、侧子、生草乌、生川乌、生南星、生半夏、蜈蚣、了哥王、两面针、水银、雄黄、硫黄、硇砂。其他：漏芦、苦参、绿豆、鸦胆子、地胆头、九里香等。

产后病治法

产后病因产时耗气伤血，元气不足，虚证居多。气为血帅，元气既虚，运行无力，不免瘀滞为患，故有产后"多虚多瘀"之说。因此产后病的治疗法，当有以下特点。

大补气血：妇人以血为主，血赖气行，胎妊、产乳耗气伤血，致产后气血虚弱，经络空虚，腠理俱疏，皮毛不实，营卫失固。故对产后病治法，宜固正气为先。《丹溪心法》卷五谓："产后无得令虚，当大补气血为先，虽有杂证，以末治之。"即或外感，也宜扶正祛邪。此当因人察脉，因脉察证，若脉气形气俱不足，则当从虚治之。若形气不足，病气有余，或兼热邪，或兼外感，或以饮食停滞，此皆虚中夹实，必须扶正祛邪并用。在用补法之同时，当辨恶露之有无，量之多寡，块痛情况等，参而辨之，免犯虚虚实实之戒，若恶露量多，块痛未除，则不得滥用补法。《景岳全书·妇人规·论产后当大补气血》谓："凡产后气血俱去，诚多虚证，然有虚者，有不虚者，……但当随证随人，辨其虚实，以常法治疗，不得执有诚心概行大补，以致助邪。"

活血化瘀：恶露乃属血所化，而血又赖气行，胎儿娩

出后，恶露应自然排出体外，若任何因素影响了气和血，都能导致气血运行不畅。况产后元气既虚，运行失度，不免瘀滞停留，若瘀血留滞胞宫，则可引起产后腹痛，恶露不下等疾。若瘀血留滞，恶血上冲，则致产后血晕等。瘀血留滞经络、筋骨，则为产后身痛。此皆瘀血为病。治者必先逐瘀，故活血化瘀也列为治疗产后病之常法。如《女科经纶》卷五引张子和语谓："产后慎不可作诸虚不足治之。"但必审其致瘀之因，证之虚实，别而治之。

扶脾和胃：凡病起于气血之衰，脾胃之弱，至产后而虚又甚，如《女科经纶》卷五引《妇人良方》谓："新产之后，虽无疾，宜将息，调理脾胃，进美饮食，则脏腑易平复，气血自然和调，百疾不生也，……百日之内，常服之。"再者，妇人乳汁乃本于脾胃饮食之精微化生，产后脾胃之气旺，则血旺而乳多，脾胃之气衰，则血减而乳少。故产后病的治疗，扶脾和胃，不可忽之。

产后病用药三禁：即不可汗，不可下，不可利小便。因产后气血俱虚，虽有表证，也不可过汗，因风药性多升散，甚至汗脱。即或便难，乃为内亡津液，胃中枯燥，若强用下法，则重伤其阴，元气必脱。若小便不利，也不同于寻常，乃为气虚不能通调水道，或津亏阴伤而致，若强用五苓以利小便，则小便愈闭。故将汗、下、利三法，列为三禁，确有一定意义。但临证时须灵活掌握，应本着"勿拘于产后，亦勿忘于产后"的原则，选方用药必须照顾气血，如开郁无过耗散，消导必兼扶脾，祛寒不宜过用温燥，清热不宜过用寒凉。此皆属治疗产后病之要着。

初生儿护养

婴儿初离母体，由于生理上的变化及对呼吸、饮食和气候寒温的不适应，需要很好的护养。

拭口法 《圣济总录》谓："凡小儿出生，恶血未纳者拭以绵指，吞而在胸膈者吐以甘草，入而在腹内者利以黄连粉末，皆所以革污秽也。"说明婴儿出生后应立即用软布清除口腔内血液及粘液，以防啼哭时吸入肺内。

下胎毒法 拭口后，用药物下其胎毒。①甘草法，用甘草浓煎令儿吸吮，能解胎毒。②黄连法，取黄连少许浸泡取汁，煮沸，抹或滴儿口中，以清热解毒，排便则停服。③豆豉法，取淡豆豉少许煎汤，与饮三五次，助胃气以清胎毒。④脐带法，用婴儿自体落下的脐带，焙干，以蜜和匀，分三五次涂乳头上，令儿吸吮，能解胎中热毒。

断脐法 出生后即结扎脐带，消毒剪断包扎，勿使污染。《幼科发挥》："儿之初生断脐，护脐不可不慎。"消毒断脐与护脐，是杜绝脐风的主要措施。

洗浴法 宜用消毒纱布蘸煮沸过的温水，轻轻拭去身上血渍，以防脐部为水湿所浸。洗浴时间历代各家观点不一，《千金要方》谓："儿生乃先洗之，然后断脐。"《小儿卫生总微论》亦谓："儿才生下先洗浴，以荡涤污秽，然后乃可断脐也。"但一般多主张先断脐，而后洗浴。前人浴儿主张用桃根、李根、梅根煮沸，《千金要方》载以猪胆汁投汤中以浴儿。《医宗金鉴·幼科心法要诀》谓："浴儿之法五枝汤，冬夏寒温适可当，加猪胆汁去污秽，且滋肌肤免生疮。"初生婴儿的洗浴时间不宜太久，次数不宜过频，浴后包好注意勿使受凉。浴儿为护养重要措施之一。法当先断脐，浴时宜防水浸湿脐。浴汤以煮沸过的温水即可，浴后拭干，扑以松花粉。先天不足，体质羸弱，则禁洗浴，恐其腠理不密，元气发泄，外邪易入，致生他变。

保暖法 出生后体温不足，要注意保暖。由于初生儿皮肤娇嫩，易受损伤故衣服应柔软宽大。《千金要方》卷五谓："小儿初生皆勿用新帛为善，不可令衣过厚，令儿伤皮肤，害血脉，发杂疮而黄，儿衣绵帛特忌厚热，慎之慎之。"强调用软布做儿衣。如用旧布亦应洗净消毒，还需根据气候冷热，及时增减衣服。头者六阳之会，常要凉；腹为阴，背为阳，皆为脏腑的俞膜，常要和暖，不可外露。所以护养小儿应"循其寒暖，适其温凉"。一般注意背暖、肚暖、足暖、头凉。

喂哺法 初生儿以母乳喂哺为适宜，但要适量。《千金要方》卷五谓："凡乳儿不欲太饱，饱则呕吐，每候儿吐者，乳太饱也。"强调喂哺小儿不宜过饱，又小儿啼未定，气息不调，不可以乳饮。哺乳时还应注意小儿吮乳情况，如《医宗金鉴》谓："儿生能乳本天然，若不吮兮必有缘，腹中秽恶未下净，或在胎中素禀寒。"故不肯吮乳或吮乳减少者，均有原因存在，应予重视。

小儿养育

小儿日常生活起居，均需给予适当照顾，才能更好地保证其生长发育。故《育婴家秘》提出："鞠养以慎其疾。"小儿的养育方法，古人积累了较多的经验。并体现了"治未病"的预防医学思想。现仍具有一定的指导意义。

小儿乳哺 "乳"指人乳喂养，"哺"是指喂以粥面、烂饭等食物而言。婴儿时期，生机蓬勃，发育迅速，需要的营养物质相对较多。但其消化功能尚未成熟，因此，婴儿的乳哺营养，必须适合实际的需要。如喂养不当，过饥过饱，均足以影响婴儿的健康。过饥则啼哭不宁，日久影响营养，障碍发育；过饱则呕吐溢乳，甚至伤害肠胃，形成积滞。所以，合理喂养，是保证婴儿健康成长的重要措施之一。

母乳是婴儿最好的养料，《育婴家秘》卷一谓："乳为血化，美如饴。"所以人乳喂养最为适宜。若母乳不足，或母体患病时不宜哺乳，可兼用或改用代乳品，如牛乳、羊乳，或豆浆、代乳粉等喂养。无论何种乳食，均需定时定量，白天每3—4小时1次，夜间6—8小时1次，所谓"乳贵有时，食贵有节"。

母亲在未给乳前，应先用温开水将乳头洗净，以保持清洁卫生，并把蓄存于乳头部分的宿乳挤出，然后给儿吮吸。因为这些宿乳，较难消化，甚至可以引起疾病。《千

金要方》指出:"夏不去热乳,令儿呕逆;冬不去寒乳,令儿咳痢。"同时,在喂乳前还要求"乳母乳儿,当先极挼散其热气,勿令汁奔出令儿噎。"所谓"极挼",即是按揉之意,免使乳房的乳汁大量流出令儿发生呛噎。喂奶量的多少,则要求乳母观测出:"知一日中,几乳而足,以为常。"以后可按此"常"度加以调节,以适应婴儿营养的需要。哺乳时应将婴儿斜抱怀中,不宜卧在床上哺喂。睡眠时哺乳的方法,《千金要方》谓:"儿若卧,乳母当以臂枕之,令乳与儿头平,乃乳之,令儿不噎。母欲寐,则夺其乳,恐填口鼻,又不知饥饱也。"可见睡时哺乳,应特别注意哺乳姿势,不使乳房填塞小儿口鼻,以免窒息。

哺乳期乳母应注意饮食营养,生活起居和精神情欲,保持身体健康。《千金要方》谓:"凡乳母者,其血气为乳汁也。"母食热则乳热,母食寒则乳寒,母病子病,母安子安。说明乳母的健康情况对于乳儿的影响很大。饮食最好多样化,辛热、寒滞之品,均不宜多食,更不可偏食,以免乳质变异,影响小儿的营养。乳母要注意性情修养,因为七情过度,会影响乳汁的分泌和质量。《保婴撮要》谓:"小儿初生,须令乳母预慎七情六淫、厚味炙煿,则乳汁清宁,儿不致疾。否则,阴阳偏胜,血气沸腾,乳汁败坏,必生诸证。"亦说明乳母有病,足以影响小儿。

关于何时增加辅食的问题,《千金要方》谓:"儿哺早者,儿不胜谷气,令生病,头面身体喜生疮,愈而复发,令儿尪弱难养。"《阎氏小儿方论》亦谓:"半岁以后,宜煎陈米稀粥,取粥面而时时与之,十月以后,渐与稀粥烂饭,以助中气,自然易养少病。"所以,半岁以前,应以哺乳为主,六个月以后,除喂乳外,可逐渐增加其他辅助食物,如稀饭、米粉、面食等,作为断乳的准备。周岁以后,便当断乳。如哺乳的时期过长,不进其他食品,反致营养不足,脾胃虚弱,影响发育,诚如《阎氏小儿方论》:"多因爱惜过当,往往三两岁未与饮食,致脾胃虚弱,平生多病。"

小儿断乳后,往往饮食不知自节,食不知饱,必须适当控制饮食,尽量避免投其所好;更不能一闻哭声,便谓"饥号",急以食物纳之儿口;或油腻炙煿,甘肥稠粘,干硬烧烺难消化之物,徒恣儿腹。须知甘者令人中满,肥者令生内热,必然造成肠胃受伤,失其健运功能,过爱小儿,适反害小儿。

乳母如又怀孕,则乳汁稀薄,应即断乳,否则令儿黄瘦。《古今医统》谓:"怀孕乳儿,致令黄瘦。"甚至可以发生继病(魃病)。

小儿衣着 小儿阴阳稚弱,肌肤柔嫩,气血未充。若冷暖不节,寒暑侵袭,最易致病。故小儿衣服要轻软、宽松、整洁,使四肢活动自如。不可穿的过多,应按气温升降随时增减。春秋季节,气候易变,更应注意。夜间盖被要适宜,过厚可使睡眠不安。《诸病源候论·养小儿候》谓:"小儿始生,肌肤未成,不可暖衣,暖衣则令筋骨缓弱、……不可以春夏卒减其衣,令中风寒,……又当消息,无令汗出,汗出则致虚损,便受风寒,昼夜寤寐,皆当慎之。"可见小儿衣着,必须随着气候变化而增减,过少则感冒风寒,腠理闭塞,发生寒热等证;过多则汗出伤阴,肌肤不健,反致体弱多病,故多主张不可暖衣。

在不可暖衣的同时,又多提倡"薄衣"。如《小儿卫生总微方论》:"凡儿常令薄衣。"至于薄衣之法,则主张从秋习以渐,稍寒如此,则少耐寒,冬月当略加。

小儿卫气不固,对气候的适应能力较差,故宋代陈文中在主张"薄衣"的同时,又按脏腑、腹背阴阳的特点,于《小儿病源方论》"养子十法"中提出了背腹足膝要暖,头要凉的观点,以适应寒温,不致生疾。背要暖,若背被风寒伤于肺俞,使人毫毛毕直,皮肤闭而为病,因而产生发热,恶寒,喘咳,呕吐等症。胸满、憎寒壮热,皆肺经受凉而得之故。因背部有肺俞穴,所以背宜温暖。腹要暖,腹部为脾胃所主,若腹部受冷,则影响消化,食物不能蒸腐,而发生肠鸣、腹痛、呕哕、泄泻等疾,故腹肚宜暖。足膝要暖,如果足膝受冷,易生伤风、寒泻等证。俗云:"寒从下起",故足膝宜暖,婴儿要穿袜、鞋,以保持足部温暖。头部要凉,头为诸阳之会,脑为髓海,灼热,汗泄,致成头疮目疾,所以头部要凉。

小儿调养 小儿居处,室内宜空气流通,日光充足,冷暖湿燥适宜,避免六淫之邪入侵,致生疾病。非气候严寒或骤变,不宜紧闭窗户,如气候适宜,可常抱小儿到户外多多接触和暖的阳光和新鲜空气,以资锻炼。《诸病源候论·养小儿候》谓:"宜时见风日,若都不见风日,则令肌肤脆软,便易伤损。……天和暖无风之时,令母将儿抱日中嬉戏,数见风日,则血凝气刚,肌肉硬密,堪耐风寒,不致疾病。"反对看的太娇,抱持太过,放不落手,越岁不学步履,儿身未得土气,以致肌肉软脆,筋骨薄弱。故《诸病源候论》又谓:"若常藏在帏帐之内,重衣温暖,譬如阴地之草木,不见风日,软脆不胜风寒。"说明娇纵不当,可以人为致病。

小儿应有充足的睡眠,根据年龄长幼的不同,睡眠需要的时间各有差异。幼儿渐长,应有适当的游戏活动,使其筋骨坚强,呼吸畅利,食欲增进,助长身体正常发育,增进健康。但是,小儿发育未全,精神脆弱,易受惊恐,特别是体质虚弱之儿,大惊卒恐,往往引起病变。故《育婴家秘》谓:"凡小儿嬉戏,不可妄指他物,作虫作蛇。小儿啼哭,不可令装扮欺诈,以止其啼,使神志昏惑,心小胆怯,成客忤也。"所谓"客忤"是指小儿或见非常之物,或听非常之响,或失足落空、跌仆之类,突然受惊引起神志不宁,轻则出现惊惕哭吵,夜卧不安;重则面色骤变,手足抽掣,其状似痫,应予注意。

小儿教育 为使小儿健康地成长,必须对小儿进行适时而合理的教育。历代医家对小儿的教育都很重视。如《育婴家秘》卷一谓:"小儿能言,必教以正言,如鄙俚之言勿语也;……言语问答,教以诚实,勿使欺妄也;宾客往来教以拜揖迎送,勿使退避也;衣服、器用、五谷、六畜之类,遇物则教之,使其知之也;或教以数目,或教以方隅,

或教以岁月时日之类，如此则不但无疾，而知识亦早也。”因此，教育小儿，应在日常生活中按其年龄的大小，教以各种常识，以启发其智慧；养成良好的卫生习惯，起居要有规律，如经常洗头，勤修指甲，饭前便后洗手，养成早睡早起习惯，举止言行要有礼貌，生活要勤俭朴素，对人要团结友爱。在方法上要循循善诱，耐心教育，不可偏袒偏爱，或打骂恐吓，以免影响儿童身心健康。

小儿调护

调护，就是调理、将护的意思。小儿患病，除应积极治疗外，调护是非常重要的。只有治疗正确，调护得宜，才可使疾病迅速痊愈。所谓“三分医药，七分调理。”

一般调护 调护小儿要耐心细心，切忌粗暴，要设法消除患儿的心理恐惧，取得治疗和调护上的合作。在患儿身上操作，如针灸、推拿、捏脊、拔罐等，更要迅速而轻稳。因为小儿骨质松脆，肌肤柔嫩，稍一不慎，易致伤残。

小儿苦于服药，故药量不宜过多，宜浓缩，少量多次分服。如病在胸膈以上者，宜食后频服；病在心腹以下者，宜食前频服；病在四肢血脉者，宜清晨频服；病在骨髓者，宜晚餐后频服，或睡前频服。温补药宜空腹频频温服，以利药物吸收；驱虫攻下药，也须空腹频服，有利于排泄；消导药应饭后频服，有助于消化；解表药应该频频热服。有利于邪从汗解。如此既可避免量多难服，引起呕吐，又可使药力持续，收效更好。有些丸、散还可调在乳汁或汤粥内服食。服药前必须仔细查对，避免差错。服药后应随时密切观察病情变化，如患儿睡眠是否安静？睡中有无惊惕？汗出与否？以及对乳食的喜恶，服药后的反应等等，这些均为判断小儿病情变化和治疗效果的有力佐证，作为下一步治疗措施的依据。如患儿身热悠悠，气息和平，饮食二便如常，便是将愈之征；如果患儿表情淡漠，或烦躁不安，面色苍白，身出冷汗，四肢厥逆，脉细欲绝，则为阳虚欲脱的征兆，应当积极抢救。

病儿住室，须阳光充足，空气流通，室内务求寂静，不受惊扰，使其得到充分的休息，有利于恢复健康。尤其在邪去正复之时，患儿往往疲乏嗜卧，切勿误为病情进展，任情呼唤，扰动患儿，影响治疗效果。《临证指南·小儿痫痉厥》，华岫云批注谓：“小儿诸证，如发热无汗，烦躁神昏谵语之顷，或战汗大汗将止之时，或呕吐泄泻之后，或痉厥渐苏……斯时，正元气与病邪交战之际，若能养得元气一分，即退一分病邪，此际小儿必有昏昏欲睡，懒于言语，气怯神弱，身不转动之状，此正当养其元气，冀其邪退正复。乃有病家父母，偏于此际，张惶惊恐，因其不语，而呼之唤之，因其鼾睡，而频叫醒之，因其不动，而摇之拍之……哓哓不已，使无片刻安宁，如此必轻变为重，重变为死矣。更有豪富之家，延医数人，问候者多人，房中聚集者多人，或互谈病情病状，夜则多燃灯烛以照之，……祈祷迭兴，举家纷扰，此非爱之，实以杀之也。”上述情况在调护患儿时应该注意。

初生调护 见“初生儿护养”条。

寒热调护 小儿患病，对寒证、虚证、热证、实证，在调护方面，均有所不同。如患儿发热无汗，形寒怕冷，偎母怀抱，苔白脉数等症，根据“有一分恶寒，便有一分表证”的原则，应当解表透邪，使邪从汗解。护理时应注意保暖，手足不可置于被外，冀其汗出，以收“体若燔炭，汗出而散”之效。不宜用冷敷退热的方法，以防止腠理闭塞。患儿高热汗出，口渴饮冷，脉洪苔黄，则为里实热证，当清热泄邪，使邪从里解。护理时应开窗透气，手可放于被外，或者运用温水泡脚，开透毛窍以助退热。

饮食宜忌 小儿消化能力薄弱，患病后饮食不当，往往助长病势，延长病程。凡遇高烧或其他疾患，均应适当减少饮食，免致病情复杂。如恽铁樵《读书笔记》谓：“有了表证，消化就不能循常规，因此，不论感染任何疾患，若不适当节制饮食，而任意胡吃，病情必将恶化。也就是说，如其已感不适，仍复强进油腻，伤其内部，则病必日深，往往不救。”清代徐灵胎《医学源流论·幼科论》亦谓：“小儿纯阳之体，最宜清凉，今人非太暖即太饱，而其尤害者，则在于有病之后，而数与之乳，乳之为物，得热则坚韧如棉絮，况儿有病，则食乳甚稀，乳久不食，则愈充满，一与之吮，则迅疾涌出，较平日之下咽更多，前乳未消，新乳复充，填积胃口，化为顽痰，痰火相结，诸脉皆闭而死矣。……其余之不当食而食与当食而反不与之食，种种失宜，不可枚举，医者岂能坐守之……。故小儿之所以难治者，非尽不能言之故也。”可见小儿生病后，在乳食方面，必须加以合理节制。至于合理的饮食宜忌，又须结合疾病的具体情况进行调护。如外感病或热性病在发病过程中，宜食少量清淡易于消化的食物，如稀粥、藕粉等；麻疹在发病过程中，宜食芫荽、菠菜等，以助疹形外达；体虚久病，宜进牛乳，以补虚养胃；脾虚久泄，宜食八珍糕之类，既可消食开胃，健脾补虚，又能以药佐膳，充长气血。

病后调理 病后治疗应该注意祛除余邪恢复元气。在调护方面，要注意饮食和冷暖。调护得宜，往往恢复很快，否则不仅恢复很慢，甚至出现新感或复发。尤易出现“食复”或“风复”。所谓风复，是指疾病初愈，因受风而复发，小儿病后，气血尚未恢复，或余热未清，感受风邪，易使疾病复发。所谓“食复”，是指久病或大病初愈，饮食不节，影响脾胃消化和吸收而使疾病再次发作。尤其小儿热病后，余热未清，过食油腻肉类，更易引起复发。但也不能过久地限制饮食，妨碍小儿的营养摄入。因此病后需依患儿的消化能力，逐渐适当增加饮食，如牛乳、鸡蛋等，以期促进早日恢复元气。

小儿预防

采取一定措施，防止疾病的发生和发展，达到“未病防病，已病防变”的目的称为预防。小儿阴阳稚弱，肌肤

情缓解后，再按治病必求于本的理论，运用健脾燥湿等固本方法，以冀彻底治愈。这就是"急则治标，缓则治本"的原则。又如肺痨患儿，复又风寒感冒，则肺痨是本，感冒是标，是由于肺痨病儿，正气不足，容易感冒，而感冒又往往会引起肺痨加重，这时应既予理痨又治感冒，标本兼治。

一切疾病的过程是由正邪双方的消长而决定的。正气盛则邪不能侵而儿体健康；正气虚则邪侵儿体而成疾病。因此治疗目标包括扶正与祛邪两个方面。扶正，就是扶助正气，使正气充足而消除病邪。祛邪，就是除去病邪，使邪去而正安。小儿初病，实证较多，邪盛而正气未衰时，常以祛邪为主。但某些急症，如小儿暑温大热汗多，津伤液耗出现厥、脱证候时，虽邪热炽盛，正气实已衰微则应以扶正固脱，益气生津为主，待厥脱已固，再治暑温。又如水肿病久而体质虚者，邪气虽不强盛，正气实已亏虚，可用攻补兼施的方法，即一方面用利水消肿的方药以祛邪，一方面又用益肾健脾的方药以扶正。在比较复杂的病变过程中，疾病的本质与现象有时表现不相一致，必须正确辨别现象与本质的关系。逆治法与从治法是在治病求本的原则下采取的两个治疗法则。逆治法是采用与疾病外在症象相反的治疗方法，如寒证用热药，热证用寒药等。适用于病情比较单纯，疾病的本质与现象相一致的病证。从治法，是采用顺从疾病外在现象的治疗方法，适应于疾病的本质与现象不完全一致的病证，如姜附热服，芩连凉饮等。因此，从治法是逆治法在特殊情况下的一种变治方法。

小儿治疗用药须审慎，要恰到好处。芩、连、桂、附，用之得当，则效如桴鼓，稍一不当，则诛伐无过，伤及脏腑，促使病情加剧。吴鞠通指出小儿用药"稍呆则滞，稍重则伤，稍不对证，则莫知其乡，……"故必须根据具体病情，灵活掌握，倘若病重药轻，则不能取效，贻误病机，证轻药重，则攻伐过甚，反伤正气。对于无病的小儿，则不宜滥服补剂。正如朱丹溪指出："药石皆偏胜之气，虽参芪之辈，为性亦偏。"小儿生机蓬勃，只要哺养得当，护理得宜，自能正常生长发育，故健康的小儿，不必靠药物来补养，即使小儿有病，也不一定全靠药治。清代陈飞霞指出："无情草木，气味不纯，原非娇嫩所相宜也。"又谓："凡有微疾，不用仓忙，但令乳母严戒油腻荤酒，能得乳汁清和，一二日间，不药自愈。"可见小儿很多疾患，只要注意休息，调摄饮食，自可告愈。

至于药物剂型，汤剂能随证加减，祛邪迅速，儿科临床运用较广。但对危急病证，可选用应急的丸、散、丹等剂型。小儿服药，汤液可适当浓缩，以少量多次分服为适宜，以免引起呕吐，亦可使药力持续，收效更好。对有些疾病，给药要灵活。如哮喘发于夜间者，一半量须在睡前半小时服下。散剂要用水调，以免呛咳，在不影响药物疗效的前提下，还可加食糖调味。如疳积散（鸡内金、神曲、麦芽、山楂）或鸡内金粉之类，可掺少许食糖，加水调和，或混入乳汁或米粥内调成糊状，慢慢给服。喂药时可固定小儿头手，用小匙将药放到舌根部，使之自然吞下，切勿捏鼻，以防药液进入气管。儿科常用的内治法则如下。

解表法 主要适用于外邪侵袭肌表的表证。常用方剂，辛温解表，重则麻黄汤，轻则葱豉汤之类。辛凉解表，如桑菊饮、银翘散。但小儿外感，邪多犯肺，每兼有咳嗽、痰多等证，可于解表剂中，适当加入宣肺化痰之品，如杏仁、桔梗、贝母等。若素体伏热，切忌发汗过度，因过汗可以伤阴。

泻下法 主要适用于积热壅遏肠胃的里证，常用方剂，泻热通下，如大承气汤、凉膈散。祛寒通便，如大黄附子汤、三物备急丸。攻补兼施，如新加黄龙汤、增液承气汤。小儿阴阳稚弱，用之宜慎，不可过度。

和解法 主要适用于邪在少阳寒热往来的半表半里证，及肠胃不和的寒热夹杂证。常用方剂，和解少阳，如小柴胡汤。和胃降逆，如半夏泻心汤、黄连汤。

温里法 主要适用于阳气亏损或暴脱的证候。常用方剂，回阳救逆，如四逆汤、参附龙牡汤之类。温里祛寒，如真武汤。

清热法 主要适用于邪热羁留的热证。常用方剂，甘凉清热，如白虎汤、竹叶石膏汤。苦寒清热，如白头翁汤、茵陈蒿汤。苦泻降热，如栀豉汤、龙胆泻肝汤、咸寒清热，如清营汤、青蒿鳖甲汤、增液汤。

消导法 主要适用于饮食不调，乳食停滞之证。常用方剂，消食导滞，如保和丸、枳实导滞丸。消痞化积，如枳实消痞丸。

补虚法 主要适用于肺脾肾三脏虚弱之证。常用方剂，补肺益气，如补肺阿胶散、补肺汤。健脾益气，如四君子汤、补中益气汤、七味白术散。培元补肾，如六味地黄丸、参蛤散。

理气法 主要适用于各种气病。常用方剂，调气和中，如调中汤。下气降逆，如旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤。行气解郁，如越鞠丸、六郁汤、调气散。行气导滞，如香连导滞丸。

调血法 主要适用于各种血证。常用方剂，补血养血，如四物汤、当归补血汤。活血祛瘀，如桃红四物汤、血府逐瘀汤。凉血止血，如犀角地黄汤、四生丸、小蓟饮子。清热止血，如四物二黄泻心汤。温阳摄血，如黄土汤。益气统血，如归脾汤。

渗湿法 主要适用于水湿停聚，小便短少之证。常用方剂，通阳利湿，如五苓散。行气利水，如五皮饮。健脾渗湿，如防己黄芪汤。温化水湿，如实脾饮。清热利湿，如八正散、茵陈五苓散。逐水渗湿，如舟车丸。

润燥法 主要适用于津枯液燥之证。常用方剂，滋阴润肺，如养阴清肺汤、清燥救肺汤。润肠通便，如通幽汤、当归润肠汤、麻子仁丸、五仁丸。

祛痰法 主要适用于各种痰证。常用方剂，祛风化

痰，如青州白丸子。燥湿化痰，如二陈汤。清热化痰，如清气化痰汤。温肺化痰，如小青龙汤。滋阴化痰，如养阴清肺汤。消食化痰，如顺气消食化痰丸。行气化痰，如枳桔二陈汤。益气化痰，如涤痰汤。

逐饮法 主要适用于水饮之证。常用方剂，攻逐水饮，如十枣汤、控涎丹等。温化水饮，如苓桂术甘汤。

开窍法 主要适用于神昏窍闭之证。常用方剂，清心开窍，如安宫牛黄丸、牛黄清心丸、至宝丹。辟秽开窍，如苏合香丸、玉枢丹。

熄风法 主要适用于抽搐，惊厥之证。常用方剂，清热熄风，如羚角钩藤汤、紫雪丹、三黄犀角散。滋阴熄风，如三甲复脉汤、大定风珠、阿胶鸡子黄汤。安神镇惊，如磁朱丸、朱砂安神丸。平肝熄风，如镇肝熄风汤。

祛虫法 主要适用于蛔虫，蛲虫等病。常用方剂，祛逐杀虫，如使君子散、化虫丸、下虫丸；安蛔止痛，如乌梅丸、连梅安蛔汤。

儿科外治法

把药物应用于患儿体表，或将药物加热，使药物的性能透过皮部，循经传导而发挥作用，以达治疗目的称儿科外治法。

熏洗法 是用药液蒸汽，熏洗患儿肌表的一种外治法。如麻疹可用浮萍、芫荽或西河柳煎汤熏洗，以助透疹。水肿病可用河白草煎汤，熏洗躯体以发汗消肿。

涂敷法 是用新鲜药物捣烂，或药物加入水或醋等调匀后，涂敷体表的一种外治法。涂敷部位多在囟门，胸背，腹部，手足心等处，如鲜马齿苋，鲜蒲公英，鲜芙蓉叶，鲜丝瓜叶，可任选一种，捣烂外敷局部，治疗痄腮。又如以活地龙捣烂，白糖调和，涂敷囟门，治疗惊风囟门高肿。

罨包法 是用药研粉或调成药膏，置于局部肌肤上加以包扎的一种外治法。如皮硝用布包扎子脐部，以消积滞。用山栀末、桃仁泥、面粉、鸡蛋清调匀，罨包于足心，治疗急惊壮热。

热熨法 是将药物炒热后，用布包裹，摩熨肌表的一种外治法。如用食盐炒热，或豆豉、生姜、葱白、食盐等一同炒热，熨脐腹部，治疗腹部满痛。浮萍、葱白捣烂炒热布包熨身，以助透疹。

揩拭法 是用药液局部洗拭的方法。如野蔷薇花露或野菊花、蒲公英煎水洗拭口腔，治疗鹅口疮。又如黄连末用乳汁浸泡滤汁，洗拭眼睛，治疗赤眼肿痛等。

外贴法 是用药物制成饼状，或研末撒在膏药上，敷贴于局部的一种外治法。如用葱白、生姜捣烂煮熟，作成饼状，贴囟门上，治疗伤风鼻塞。又如用丁香、肉桂药末，撒在普通膏药上贴于脐部，治疗小儿寒泻腹痛。再如在夏季暑天，用延胡索、白芥子、甘遂、细辛研末，以生姜汁调成药饼，中心放少许丁香末，敷于肺俞、膏肓、百劳穴上，治疗寒喘。

吹喉法 是用药末吹入喉部的外治方法。如锡类散吹喉，治疗喉蛾。冰硼散吹入口内，治疗口疮。

搐鼻法 是用药末吹入鼻孔刺激鼻腔取嚏的一种方法，以治风痰闭塞、昏迷不醒。一般用通关散吹鼻。

滴耳法 是用新鲜药物捣烂取汁滴耳的一种外治方法。如用鲜虎杖草，或地锦草，捣烂取汁滴耳，治疗聤耳。

点眼法 是用药液或药粉滴入眼内的一种外治方法。如用黄连汁点眼，治疗眼赤。拨云散点眼角内，治疗暴发火眼，红肿流泪，外障云翳，眼睑红烂等证。

儿科捏脊法

用手法推捏背脊治疗小儿疾病的一种疗法称捏脊法。常用于治疗小儿腹泻，疳积，食欲不振等症，有通理经络，畅旺血脉的作用，以达脏腑功能恢复正常的目的。具体的操作方法：裸露患儿背部，俯伏于大人身上，医者立于病儿股部后方，两手半握拳，两小指抵于脊柱两旁，再以两拇指伸向食指前方，合力夹着肌肉提起，作食指向前，拇指向后的翻卷动作，两手交替向前推动，自长强穴起沿脊柱两旁向上推捏至大椎穴为止。如此自下而上的反覆推捏 3 次，在第二、第三次推捏过程中，每捏两三下，将两指间的肌肉向外侧斜上方提一下，往往可在第二到第三腰椎部提捏时发出响声，为得法的表现。捏捏完后用两手拇指在脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞穴，按摩二三下。每日 1 次，连续 6 日，为一个短程。以后隔 1 日捏 1 次，连捏 5 次，前后共 16 日，为 1 个疗程。捏脊的禁忌证为高烧惊厥后有外感者，背脊部皮肤损害者，以及紫斑等。

鼻病治法

鼻病治法有内治法、外治法、针灸法、导引法等。

内治法 根据不同病症，选用芳香通窍、疏风解表、清热解毒、清利湿热、行气活血、温肺补脾、滋肾培元、扶正托毒等法。

芳香通窍 用轻清芳香通散的药物，祛散壅阻鼻窍之邪，以通利清窍。凡邪毒滞留鼻窍，出现鼻窍阻塞、嗅觉欠灵之症，宜用本法。常用方如苍耳子散，药物如细辛、苍耳子、辛夷、石菖蒲、藿香、菊花、葛花、薄荷等。鼻病多属邪气滞留清窍，故各种治法多与本法配合使用。如外感风热宜配用辛凉解表之药；外感风寒宜配辛温解表之药；肺气虚弱，寒邪滞留，宜配合温补肺脏、祛散风寒之药；胆经热盛，化火上炎者，宜配清肝胆热之药。

疏风解表 用于鼻病初起，邪在卫表，用辛散解表药物，使邪从表解。若感受风寒，症见鼻塞、鼻内肌膜淡红而流清涕者，可选用荆防败毒散或葱豉汤。药物如白芷、藿香、羌活、防风、生姜、荆芥、香薷，以辛散肺之寒邪；若感受风热之邪，症见鼻塞、鼻内肌膜肿胀、色红、涕稠黄等

症，则选用辛凉解表、疏风清热之药，常用方如疏风清热汤，药物如菊花、蔓荆子、蝉蜕、连翘、牛蒡子、葛根等。

清热解毒 用于火热邪毒壅盛，鼻窍前孔皮肤或窍内肌膜红肿较甚，或肿甚成脓，疼痛较剧者，用寒凉药物，清里热、解邪毒，常用方如黄连解毒汤。药物如紫花地丁、金银花、连翘、蒲公英、栀子、山豆根、龙胆草等；若为热毒壅盛内陷，疔疮走黄，高热烦躁，神昏谵语，宜用犀角地黄汤以清热凉血解毒。

清利湿热 用于湿热上蒸鼻窍，鼻窍前孔皮肤糜烂浸淫，常流黄水，呈潮红焮肿。用甘淡渗湿清热的药物，以清利湿热邪毒，常用方如除湿汤，常用药物如车前子、泽泻、木通、冬瓜仁、薏苡仁等；若因湿热困郁脾胃，循经上蒸鼻窍，出现鼻涕黄浊而量多，鼻塞较重，鼻窍肌膜红肿等症，治宜清热利湿，祛浊通窍，常用黄芩滑石汤，或甘露消毒丹。

行气活血 用于气血滞留，经络壅阻的鼻病，症见鼻窍肌膜肿胀紫赤，凹凸不平，持续鼻塞等。运用行气通络，活血通瘀药物，以祛瘀通经，消散肿结。常用方如当归芍药汤，药物如桃仁、红花、泽兰、丹参、路路通、香附等。本法还用于外伤造成的鼻部损伤，鼻骨骨折出现血肿积瘀疼痛者，以活血逐瘀，行气止痛，可选用活血止痛汤。

温肺补脾 用于肺脾气虚而致的虚寒性、慢性鼻病，症见鼻内肌膜苍白、喷嚏、流清涕、鼻塞、鼻甲肿胀而色淡等症，用甘温药物，达到补肺气，健脾胃目的。常用方如补中益气汤加减。药物如黄芪、党参、白术、缩砂仁、细辛、阿胶等；若以肺气虚寒为主者，症见鼻腔发痒、喷嚏频作、流大量清涕、气短、声低、自汗等，可用温肺止流丹或玉屏风散，以补肺益气，祛风散寒；若以脾虚为主者，见鼻内肌膜肿胀色淡，涕清稀，神疲倦怠，大便溏泻，小便清长，可用参苓白术散加石菖蒲、藿香、苍耳子等，以健脾渗湿，祛风通窍。

滋肾培元 用以治疗肾元不足的慢性鼻病。如鼻内肌膜淡红，涕清稀或肌膜干燥萎缩，嗅觉减退，或鼻衄色淡，时出时止，用补益阴精药物，以滋养肾阴。常用方如六味地黄汤。药物如女贞子、菟丝子、枸杞子、桑椹子、熟地黄、黄精、五味子等；如偏肾阴虚、虚火旺盛，宜加强滋阴降火药物，可选用知柏地黄汤；如偏肾阳虚，形寒怕冷，清涕自流，早晚为甚，可加入壮阳药物，选用附桂八味丸，酌加巴戟天、鹿角胶、淫羊藿等药物。

扶正托毒 用以治疗正虚邪实，邪毒留滞的虚性鼻病。如慢性鼻渊的多脓涕，潴留于窦窍内，鼻塞头胀。主要用补益气血和排脓解毒祛腐的药物，以扶助正气，托毒排脓。代表方如托里消毒散，常用药物如黄芪、党参、白术、当归、川芎、白芍等，以补益气血；皂角刺、穿山甲、白芷、马勃、贝母、白蔹等以排脓解毒祛腐；如兼有气血瘀滞，加用泽兰、丹皮、当归尾、青皮等行气活血祛瘀药物。

外治法 鼻病的外治法，是根据辨证的原则，选用方药，使药物直接作用于患部，常能快捷地发挥治疗效果。

吹药法 将药粉吹入鼻腔内，以达到治疗目的。有以疏风清热通窍为主的，如冰连散，用于治疗风热邪毒侵犯的鼻病；有以祛风散寒通窍为主的，如碧云散，用以治疗风寒而致的虚性鼻病；有以清热收敛、涩血止血的药物为主的，如百草霜、血余炭、云南白药等，用以治疗鼻衄。其用法是将药粉吹入鼻腔，每日3—4次，吹药时患者暂停呼吸，以免药粉喷出鼻外或吸入咽喉，引起咳嗽。

滴药法 将药物制成药液，滴入鼻内。有以辛散风邪通窍为主的，如滴鼻灵、葱白滴鼻液，用以治疗外邪而致的鼻内肌膜充血，鼻塞流涕；有以扶正祛邪，滋润肌膜为主的，如苁蓉滴鼻液、生蜂蜜等，用以治疗慢性虚性鼻病；有以活血祛瘀为主的水蛭蜜，用以治疗鼻槁日久，脉络瘀滞，肌膜萎缩者。

塞药法 将药物共研为粉末，以锦裹如枣核大，塞鼻中，以达到芳香通窍、辛散邪毒作用，如䶑鼻方、通顶方，用以治疗鼻塞不闻香臭。亦可用95%鹅不食草，加入5%的樟脑研末，以薄绢包裹药物少许，塞入鼻中。此外，用收敛止血的药末，如马勃粉、田七末、血余炭、云南白药等，塞鼻中，以治疗鼻衄。

涂敷法 将药物涂敷患处，起直接治疗作用。如鼻头红赤或鼻孔糜烂，用清热解毒消肿药物涂敷，常用有四黄散、紫金锭调水涂敷；如鼻腔干燥疼痛，选用金黄膏、玉露膏，以润燥止痛；如鼻息肉者，用干枯收敛，除湿消肿药物涂敷，如明矾散、硇砂散；还有应用野菊花、芙蓉叶、地胆头、鱼腥草等鲜药捣烂外敷，以达到清热解毒消肿之效，用以治疗鼻疔症；民间也有用漆大姑、苦楝树叶煎水外洗，治疗鼻疳症。

针灸法 除了传统的针刺法和艾灸法外，还有耳针、穴位注射等。

针刺法 鼻病针刺法，是根据不同的鼻病，在鼻局部或在与鼻有关的经脉上选用穴位，采用不同的手法。临床上，实证、热证，多用泻法以强刺激，留针5—10分钟。若虚证、寒证，则用补法，以中等度刺激或弱刺激，留针时间较长，约15—20分钟。鼻病针刺治疗，主要取手太阴肺经、手阳明大肠经、足阳明胃经的穴位。常用的有：迎香：主治各种鼻病。斜刺或平刺0.3—0.5寸。禾髎：主治鼻塞、鼻鼽、鼻衄等症，直刺或斜刺0.3—0.5寸。合谷：主治发热、头痛、鼻塞、鼻渊、鼻衄等症。直刺0.5—1寸。二间：主治鼻衄，直刺0.2—0.3寸。巨髎：主治鼻衄，斜刺或平刺0.3—0.5寸。足三里：配合用于虚性鼻病，直刺1—2寸。内庭：用于鼻衄，直刺或斜刺0.5—0.8寸。攒竹：主治头痛、眉棱骨痛、鼻渊等症，平刺0.5—0.8寸，禁灸。眉冲：主治头痛、鼻塞。平刺0.3—0.5寸。通天：主治头痛、鼻塞、鼻鼽、鼻衄、鼻痔等症。平刺0.3—0.5寸。至阴：主治鼻塞、鼻衄、头痛等症，浅刺0.1寸。

太阳：主治鼻塞、鼻渊、头痛等症，斜刺0.5—1寸。列缺：主治鼻塞、头痛，向上斜刺0.3—0.5寸。内迎香：主治鼻塞、鼻衄、鼻衄，斜刺0.3—0.5寸。印堂：主治鼻塞、鼻衄、鼻衄，斜刺0.3—0.4寸。鼻通：主治鼻塞、鼻部疖疮等，向内上方斜刺0.3—0.6寸，亦可在迎香穴进针，刺向本穴，两侧进针后呈“八”字形。风池：主治鼻塞、鼻衄、鼻渊、头痛等，斜刺1—2寸。素髎：主治鼻塞、鼻衄、酒齄鼻、鼻息等症，直刺0.2—0.3寸。

艾灸法　艾灸具有温通经络，祛寒除湿、强壮保健等作用，多用于虚性鼻病。有悬灸和直接灸两种，悬灸以患者皮肤感到灼热为度，一般灸15—20分钟，直接灸为7—15壮。常用穴位有：膈俞，主治虚性鼻病、鼻衄、鼻衄等，悬灸5分钟，上星：主治鼻塞、衄衄、头痛等，悬灸或隔姜灸5分钟，总钟：主治虚性鼻病、鼻塞，悬灸5分钟。百会：主治鼻塞、鼻槁、头痛，悬灸15分钟。囟会：主治鼻渊、鼻痔，悬灸5分钟，小儿前囟未闭者禁针。

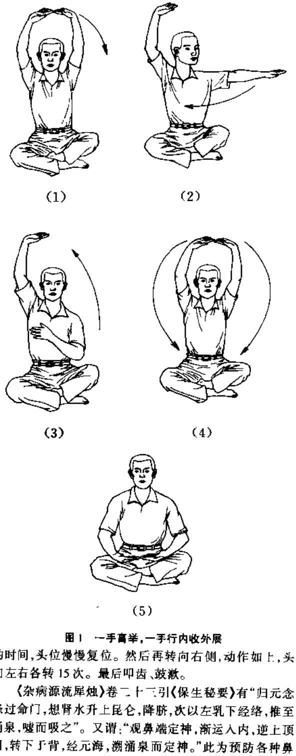
耳针　是指针刺耳穴以防治疾病的一种方法。治疗鼻病常选用的穴位有内鼻、肾上腺、额、内分泌等。内鼻：主治伤风鼻塞、鼻衄、鼻衄、鼻槁、鼻渊等，可针刺或皮内埋针。肾上腺：主治鼻塞、鼻衄、鼻槁、鼻出血等症，可用针刺捻转或皮内埋针法。内分泌：主治鼻衄，用皮内埋针法。

穴位注射　可于针刺的穴位中选1—2穴位，根据病情注入不同药液，如热性病，注入鱼腥草液、红花液等；如虚性病，注入当归、川芎或维生素B_1等注射液，每次每穴注入0.5—1毫升，每日1次，5至10次为1疗程。

导引法

预防保健方面　《遵生八笺·四时调摄笺》引“陈希夷季春二气坐功图势”的坐功中有“每日丑寅时，平坐，换手左右举托，移臂左右掩乳，各五七度。叩齿，吐纳漱咽。”用以防治鼻衄。此方法（图1）即系于每日1—5点钟之间，盘膝趺坐，双手高举，掌心朝天，两手中指相接触，呈“ ·”字形，手臂宜直，手不宜偏前偏后，适在百会穴的上面。姿势固定后，先把左手伸直，与臂也成“一”字形，缓缓向外向下，掌心向下方，再向内收，将手掩按在右乳房上。约2—3次呼吸的时间，左手即外展，掌心向下，全臂连手向外向上，还原到原来的姿势。之后，右手也同样方式进行。如此左右手交替动作，共35次。接着，把两手平放在大腿上，掌心向上，中指仍须相接触。然后，上下齿叩击36次，再将舌尖向门齿冲撞，此时即有唾液潴积，当唾液潴积到一定量后，慢慢地吞咽下去，共7次。吞咽唾液，亦称“鼓漱”。这样，一套导引法即告结束。此外，上述所称的“平坐”即盘膝趺坐，必须盘腿而坐，以一足（左右不拘）脚跟抵住会阴穴，脊柱腰背宜挺直。

又谓：“每日丑寅时，正坐，两手按膝，转头，推引各三五度。叩齿，吐纳咽液。”此法主要是防治鼻衄。方法是盘膝趺坐，身体笔直而不倾斜，左右两掌心覆盖于左右膝盖上，将头向左转，头面的正中线恰在肩上，约两次呼吸



(1)　(2)　(3)　(4)　(5)

图1　一手高举，一手行内收外展

的时间，头位慢慢复位。然后再转向右侧，动作如上，头向左右各转15次。最后叩齿、鼓漱。

《杂病源流犀烛》卷二十三引《保生秘要》有“归元念涤过命门，想肾水升上昆仑，降脐，次以左乳下经络，推至涌泉，嘘而吸之”。又谓：“观鼻端定神，渐运入内，逆上顶门，转下背，经元海，溯涌泉而定神。”此为预防各种鼻病的导引法。“归元念涤”就是排除杂念，到达无思无虑的境界。本段之意是说在凝神炼意中，好像把“肾水”上升到头顶，然后再从头顶下降，到脐部，再迂回到左乳下面而再达到脚底。同时配合呼吸调息轻轻地把气吹出后再收回来吸入，空咽下去。第二段之意思与第一段基本相同，唯意想中的“命门真水”行经有所不同而已。《杂病

源流犀烛·面部·鼻》引《养性书》谓："常以手中指，于鼻梁两边揩二三十遍，令表里俱热，所谓灌溉中岳（图 2），以润于肺也。""中岳"即嵩山，指鼻。这是最早的鼻部按摩。



图 2 灌溉中岳

治疗疾病方面 《诸病源候论·鼻齆候》引《养生方》谓："东向坐，不息三通，手捻鼻两孔，治鼻中患。交脚踑坐，治鼻中患，……去其涕唾，令鼻道通，得闻香臭。"这是治疗鼻塞的导引法，方法是面向东方，盘膝趺坐，暂停呼吸或内呼吸约 3 次，再用手擤去鼻涕。又谓："端坐生（伸）腰，徐徐以鼻内气，以右手捻鼻，除目暗泪苦出，徐徐闭目吐气，鼻中息肉、耳聋亦能除。"又"东向坐，不息三通，以手捻鼻两孔，治鼻中息肉。"这是治疗鼻息肉的导引法。

《诸病源候论·鼻生疮候》引《养生方》谓："踞坐，合两膝，张两足，不息五通，治鼻疮。"此法是两脚并紧，席地而坐，两膝适平胸前，两踵、两胫、两膝紧紧靠拢，但两足足趾需尽量向外展开，使两足呈"V"字形（图 3）。并要暂停呼吸或潜呼吸、内呼吸约 5 次呼吸的时间。

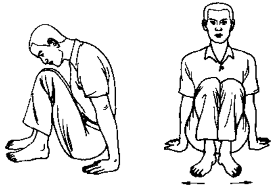


图 3 踞坐，合两膝，张两足

《杂病源流犀烛》卷二十三引《保生秘要》有鼻渊导引法："用中指尖于掌心搓令极热，熨搓迎香二穴，可时搓时运，兼行后功，此法并治不闻香臭。"（图 4）。

《保生秘要》有鼻衄导引法："开二目，鼻朝天，吸气得法，咽吞，如此久吸久咽，血见津而自回，兼行后功，气脉自和也。"

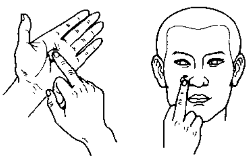


图 4 热指熨搓迎香穴

现在临床上对鼻塞的导引，大多按摩两侧迎香穴，令热。之后再按摩鼻翼，令热。并掐迎香穴，一般可掐 2—3 分钟，中缀 2—3 分钟，再掐再缀，5—6 回为一过程。将两拇指两节垂直弯曲，其他手指向掌面自然弯曲成空心拳，弯曲的食指压于拇指指端少商穴上，使弯曲的拇指固定不动，两拇指指甲相对方向，将拇指指背上下搓鼻梁两侧（图 5），共 36 次。搓时口宜轻闭。此导引法可治疗各种急、慢性鼻病。

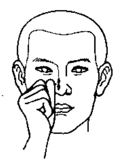


图 5 拇指指背搓鼻梁

耳病治法

耳病治法有内治法、外治法、针灸法、导引法等。临床上进行辨证施治，选用各种治法，互相配合使用。

内治法 有疏风清热、泻火解毒，利水渗湿、补肾填精、补益气血、散瘀排脓、行气通窍等法。

疏风清热 用于风热之邪直犯耳窍或肝胆蕴热与外邪相搏而致的耳病。使邪从表解。常用方剂如银翘散，可辛凉解表、清解邪热。药物如荆芥、桑叶、菊花、金银花、连翘、牛蒡子等。如耳部发痒，加入蝉蜕、白蒺藜、防风、浮萍，以祛风止痒。

泻火解毒 用于邪毒传里，里热壅盛，肝胆火炽等证。以泻内壅之热。常用方剂如五味消毒饮或龙胆泻肝汤，以解毒消肿，清泻肝胆之实热。药物如黄芩、黄连、栀子、龙胆草、金银花、蒲公英、紫花地丁等。如红肿严重加紫草、牡丹皮，以清热凉血。若邪犯心经，心火炽盛，邪热传营，宜清营凉血，方剂如清瘟败毒饮，以泻火解毒，气血两清。药物如犀角、牡丹皮、生地黄、玄参、莲子心等。

利水渗湿　用于湿浊内停，耳部湿烂，耳内流脓之症。常用方如四苓散，以化气利水健脾。常用药物如茯苓、泽泻、车前子、地肤子、通草、薏苡仁。如湿与热并重者，加入清热解毒药，如黄芩、黄柏、黄连、金银花、秦皮等。因湿邪停聚，多伴气滞，故常与芳香化湿药配伍，如藿香、陈皮、佩兰、苍术、草果、白豆蔻等；如见耳部黄水淋漓，瘙痒不止，可配入蝉蜕、防风、荆芥、白蒺藜，以清热利湿、疏风止痒。

补肾填精　用于肾精亏损而致耳鸣、耳聋、眩晕、脓耳等症。肾阴亏损者，多用性味甘凉的药物，以补肾养阴，常用方剂如六味地黄汤，药物如女贞子、旱莲草、熟地黄、龟板、鳖甲等；若虚火上炎较重，宜配合润燥降火药，常用方剂如知柏地黄丸，药物如知母、天花粉、天门冬、石斛等；若肝肾阴虚，肝阳偏盛，宜用杞菊地黄丸加钩藤、石决明，以育阴潜阳平肝。肾阳虚衰者，应以温补肾阳，常用方剂如附桂八味丸，药物如附子、肉桂、补骨脂、锁阳、淫羊藿等。

补益气血　用于气血不足，不能荣养耳窍而致的虚性耳病，如耳鸣、耳聋、眩晕、耳脓长流等症，有以补脾益气为主的，常用方剂如补中益气汤，药物如黄芪、党参、人参、白术等；以补益精血为主，常用方剂如四物汤，药物如当归、熟地黄、枸杞子、桑椹子、黄精等；以气血双补的，常用八珍汤、归脾汤。

散瘀排脓　用于肝胆火热或脾经湿热熏蒸，灼腐肌膜，气血瘀阻成脓的耳病，如耳疖、脓耳等。投散瘀排脓，常配以清热解毒的药物，常用方如仙方活命饮。药物如白芷、桔梗、天花粉、薏苡仁、穿山甲、皂角刺等。

行气通窍　用于邪毒壅阻窍内，气血凝滞，耳窍闭塞等症。常用方如通气散，药物如藿香、石菖蒲、路路通、青皮、香附等。本法常与他法配合使用，因外邪侵袭，经气痞塞而致者，配入疏风散邪药，如菊花、蝉蜕、青蒿、荆芥、薄荷、防风；气滞血瘀阻结耳窍，当配入活血通窍药，如川芎、桃仁、香附、延胡索、赤芍药；肝郁化火，上扰清窍，则配入清肝泄热，开郁通窍药，如柴胡、龙胆草、栀子、车前子；痰浊蒙蔽清窍，则配入清火化痰药，如贝母、瓜蒌、竹茹、浮海石、天竺黄、礞石、海蛤壳等。

外治法　常用耳外治法有清洁法、滴药法、吹药法、涂敷法等。

清洁法　用清热解毒收敛的中药，煎水外洗患处，使药液直接作用于患部，同时又可清除耳部的脓液和痂块，如用如意花叶或板蓝根煎水，或白醋与冷沸水各半洗洁患处。

滴药法　用清热解毒、收敛祛湿、辟邪止痛的药液，滴入耳内。治疗耳窍红肿痛、流脓等症。如黄连滴耳液、鱼腥草液、七叶一枝花酒精、虎耳草液等，一般每日滴3—4次，滴药前要清洁耳道，滴后侧耳向上，使药液流入耳内。

吹药法　用纸筒或喷粉器，将药散少许吹入耳内，或掺于患部，以达到清热解毒、收敛除湿干燥疮面的目的。常用此法治疗耳疮、旋耳疮、脓耳等症。药散有烂耳散、耳灵散、冰硼散等。每日吹药3—4次，吹入药前，必须清洗外耳道，注意不要吹入过多，以免药物堆积、妨碍脓液引流。

涂敷法　耳道、耳壳或耳壳周围红肿流水，可用清热解毒、除湿消肿药物，涂敷患部，如外耳道疖，用黄连膏，以达清热解毒消肿的作用。或用紫金锭，以解毒辟邪散结。如旋耳疮，用青黛末调敷，以解热除湿干水。亦可用内服中药渣再煎，取汁热敷耳部，以清热毒，行气血，消疖肿。

针灸法　常用方法有针刺法、艾灸法、穴位注射法、耳针、头皮针等。

针刺法　耳病针刺治疗常用穴位，主要是取足少阳胆经、手少阳三焦经及足阳明胃经的穴位。常用的有：中渚：主治耳聋、耳鸣、头痛等症，直刺0.3—0.8寸。外关：主治发热、耳聋、耳鸣、偏头痛等症，直刺0.5—1寸。翳风：主治头痛、耳鸣、耳痛、口眼㖞斜等症，向口角或眼角方向刺入1—2寸。天牖：主治头痛、暴聋、颈项部病症，直刺0.6—1寸。瘈脉：主治耳鸣、耳聋、头痛等症，向下沿皮刺0.4—0.8寸。耳门：主治耳鸣、耳聋、脓耳等症，张口进针，直刺0.5—1.5寸。风池：主治耳鸣、眩晕、头项强痛等症，针尖微下，向鼻尖斜刺0.8—1.2寸。侠溪：主治头痛、耳鸣、耳聋，直刺0.5寸或向上斜刺。听宫：主治耳聋、耳鸣、脓耳、耳痛等症，张口，直刺1—1.5寸。听会：主治耳聋、耳鸣、口眼㖞斜等症，张口，直刺0.5—1寸。上关：主治头痛、耳聋、耳鸣、口眼㖞斜等症，直刺0.5—1寸。丰隆：主治痰多眩晕。直刺1—2寸。足三里：主治眩晕、呕吐，直刺1—2寸。

临症时根据病情的寒热、虚实，采用泻法、补法或平补平泻法等手法。如实证、热证，多用泻法，以疏泄病邪。如虚证、寒证，则多用补法，以扶助正气，或用平补平泻手法，而达到治病的目的。除用以上体表穴位外，尚有针刺耳膜上的穴位以治病，其穴位有：①鼓岬：部位在鼓膜后下象限，于鼓脐与鼓环之中间部进针为准。针刺时应先清洁并消毒耳道，用2—2.5寸毫针穿过此处鼓膜，针尖达鼓岬，通电刺激10分钟，有活血通络开窍之功。治疗耳胀、耳闭、耳鸣、耳聋等症，隔日1次，10次为1疗程。

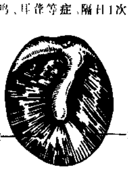


图1　鼓岬穴及耳中穴

注意针尖达到鼓岬后不可过分用力。②耳中穴：位于鼓膜前下象限，相当于光锥区，一般取鼓脐与鼓环连线的中点。用长毫针刺激耳中穴处，强刺激，不留针。有通窍、熄风、祛浊之功。治疗耳胀、耳闭、耳鸣、耳聋等症(图1)

艾灸法　多用于虚寒性耳病。有悬灸、直接灸两种。悬灸时患者感到灼热为度，一般灸15—20分钟，直接灸为7—15壮。常用的穴位有：百会：主治眩晕、耳鸣，悬灸或直接灸。翳风：主治耳鸣、耳聋、眩晕，艾条在其上，距皮肤一寸许悬灸，至局部皮肤红润，灼热感为止。

除此，尚有根据全身症状，选用足三里、关元、中脘及背部俞穴等，进行艾灸者。耳郭流痰，可先用注射器将肿处粘液抽出，再用艾条悬灸局部，至局部皮肤红润，有灼热感为止。

穴位注射　常用于耳鸣、耳聋等病，选用耳郭附近穴位为主，有翳风、风池、中渚、听会、听宫、足三里等穴，注入调补气血、滋养经络、行气活血祛瘀之类的药物。如当归、川芎、红花、丹参等注射液，或维生素 B_1、B_{12}等。如属热性病，可用鱼腥草注射液，或穿心莲液等清热解毒药。每次选用1—2穴，每穴注入0.5—1毫升，每日或隔日1次，一般5—10日为一疗程，疗程之间休息5—7日。

耳针　常用穴位有：内耳、肾、内分泌、枕、神门、肾上腺等。内耳：主治耳疖、耳疮、耳胀、耳闭、耳鸣等证，可用针刺法或皮内埋针1—2日。肾：主治耳胀、耳闭、耳鸣、眩晕等症，可用针刺法或皮内埋针3—7日。内分泌：主治眩晕。用皮内埋针3—7日，枕：主治眩晕、耳鸣。用针刺法，或皮内埋针3—7日，神门：主治眩晕、耳疖、耳疮，用针刺法。肾上腺：主治耳胀、耳闭，用皮内埋针3—7日。

头皮针　本方法是根据神经解剖大脑皮质功能定位的理论，在头皮上划分出皮质功能相应的刺激区，然后运用针刺法，在这些刺激区进行针刺，以达到治疗的目的。耳聋、耳鸣、眩晕，可取晕听区。入针后，沿头皮内进针1—2寸，捻转或通电刺激15—20分钟。

导引法

预防保健方面　以预防耳鸣、耳聋。《养生方》载："以手摩耳轮，不拘遍数，所谓修其城廓以补肾气，以防聋聩也。"此法是用双手掌心，对称地按于两耳屏部，慢慢地向下、向后至耳根，再向上至乳突、至颞部，再向前、向下回到两侧耳屏，如此轻轻按摩，不计次数，一般按摩到两耳郭潮红发热为度。这是预防耳鸣、耳聋的导引法。或"以两手按两耳轮，一上一下摩擦之，所谓营治城廓，使人听彻。"(见《内功图说·分行外功诀》)

《内功图说·十二段锦总诀》有："左右鸣天鼓，二十四度闻，"即"记算鼻息出入各九次，毕，即放所叉之手，移两手掌擦耳。以第二指叠在中指上，作力放下第二指，重弹脑后，要如击鼓之声。左右各24度，两手同弹共48声，仍放手握固。"此法是在按摩了两耳郭后，再用两手食指、中指、无名指、小指对称性横按在两侧枕部，两中指相接触到，再将两手食指翘起叠在中指上面，然后把食指从中指上用力滑下，重重地叩击枕部，当时即能由骨导引起响声，宏亮清脆之声如击鼓，先左手24次，再右手24次，最后两手同时叩击48次。它的作用是保健防聋。所谓"记算鼻息出入各九次"，是指在进行导引之前，首先调整呼吸，务宜做到呼吸平静轻匀。

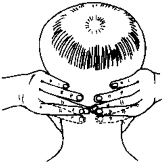


图2　鸣天鼓

《遵生八笺·延年却病笺》的击探天鼓，与鸣天鼓相似。谓："天鼓者，耳中声也。举两手心紧按耳门，以指击其脑户。"方法是将两手的掌心紧贴于两耳外耳道口，使外耳道暂时处于密封状态中，然后将放在枕部的两手手指叩击枕部(图2)。

《红炉点雪·却病延年一十六句之术》中提到"起火得长安法"谓："子午二时内外视，应闭息升身，则肾中之火生矣。"此法是将双目半睁半闭，做到面前的一切景物似睹非睹，视而不见，呼吸要轻柔低微到似有似无，即术语所说之"内呼吸"，并要做到排除杂念，意不涣散，心不妄想，聚精会神地只想到自己的身体在冉冉上升，即所称"以意领气，以气运身。"做到精神与形骸保持协调。这种方法对耳的保健也有很好的作用。

在《贮香小品》中谈到："肾病导引，正坐，两手从耳左引胁三五度，又手着胸抛射，左右各数次，缓身三五度，足前后逾，左右各十数度。卧时，坐床垂足，解衣闭气，舌舐上腭，目视顶，提缩谷道。手摩两俞穴，各一百二十次。毕，叩齿。"本法主要作用于肾经，因肾开窍于耳，肾气足则耳能闻五音，故本法也是预防耳病的治本方法之一。

治疗疾病方面　主要用以治疗耳鸣、耳聋、眩晕等症。《诸病源候论·耳聋候》中引用《养生方》的许多方法，如"坐地交叉两脚，以两手从曲脚中入，低头叉项上，治久寒不能自温，耳不闻声。"此法用于治疗耳聋。《杂病源流犀烛》卷二十三引《保生秘要》中谓："凡搓掌心五十度，热闭耳门，空观。次又搓又闭又观，如此六度。耳聋皆如此导法。"通过导引法，用意推散其火，男则用逆，收藏于两肾之间，女则用顺，归藏于两乳之下。或按耳门内。这里所说的"用意"，也就是排除杂念，耳不闻，目不观，鼻不嗅，心静神凝，把思想意识集中起来。《诸病源候论》还引用《养生方》几种导引法以治疗耳聋，如"脚着项上，不息

十二通止，愈大寒不觉暖热，久顽冷患，耳聋目眩”。此法是用调整呼吸来配合导引的进行。

《杂病源流犀烛》卷二十三引《保生秘要》谓：“定息以坐，塞兑，咬紧牙关，以脾肠二指捏紧鼻孔，睁二目使气串耳通窍内，觉哄哄有声，行之二三日，窍通为度。”此法与咽鼓管自行吹张法相同，用以治疗耳闭的耳鸣、重听、耳膜内陷、咽鼓管不通气等。《景岳全书·杂证谟·耳证》谓：“凡耳窍或损或塞，或震伤，以致暴聋或鸣不止者，即宜以手中指于耳窍中轻轻按捺，随捺随放，随放随捺，或轻轻摇动，以引其气，捺之数次，其气必至，气至则窍自通矣。凡值此者，若不速为引导，恐因而渐闭而竟至不开耳。”此法即鼓膜按摩术，用以治疗耳闭、耳膜内陷等症。

现在治疗耳鸣、耳聋的导引法：用两手分别按摩左右耳郭，反覆按压和摩擦1—2分钟。或用中指尖插入外耳道口(插患病耳)，轻轻摇动数10次后，使外耳道的空气排出，即突然拔出，可重复3—5次。或用两手中指，分别反覆按压两耳耳屏，耳屏掩住外耳道口，一压一放，有节奏地重复数10次。最简单的方法，可以两手食、中两指按压于左右乳突骨上，按摩1—2分钟，不拘次数。

《红炉点雪·却病延年一十六句之术》与《遵生八笺·延年却病笺》还有掩耳去头旋法，谓：“静坐，升身，闭息，以两手掩耳，摇头五七次，存想元神，逆上泥丸……清洁神宫。”《遵生八笺》解释其作用是“以逐其邪，自然风邪散去”。这是治疗耳源性眩晕的导引法。现在临床常用治疗耳源性眩晕的导引法，实证取涌泉、大椎、囟会等穴，掐与擦各100次；虚证取百会穴，掐与擦各100次。

咽喉病治法

常用内治法、外治法、针灸法、烙法、擒拿法、提刮法、导引法等。

内治法 常用的有：疏风清热、疏散风寒、清热解毒、利膈通便、散瘀托毒、滋阴降火、润肺清燥、温补元气、化痰利咽、解郁散结等：

疏风清热 适用于外感风热，邪在肌表的咽喉病，症见局部红肿，微痛，燃热，并有身热，头痛，微恶风寒，咳嗽，苔薄白，脉浮数等。宜用辛凉解表药物，以疏散风热之邪，使邪从表解，常用方剂如疏风清热汤、银翘散之类。药物如银花、连翘、牛蒡子、薄荷、菊花、桑叶等。

疏散风寒 适用于外感风寒，邪束肌表，症见咽喉淡红不肿，微痛，哽哽不利，恶寒发热，无汗，头痛，肢体酸痛，苔薄白，脉浮紧或浮缓等。宜用辛温解表药物疏散风寒，透表散邪。常用方剂有荆防败毒散、六味汤之类。药物如桂枝、羌活、荆芥、葱白等。

清热解毒 适用于热毒壅盛于里，或脾胃热盛；蒸灼咽喉，出现红、肿、痛，发热，舌质红，苔黄，脉数等实热证。用寒凉的药物，以清解里热。代表方如黄连解毒汤、普济消毒饮。药物如金银花、紫花地丁、连翘、蒲公英、山豆根、夏枯草等。临证时，常按邪热壅盛的不同，与他法配合使用。如咽喉病初起，邪尚在表，与疏风清热法合用；如热毒甚盛，患部红肿疼痛剧烈，高热，舌质红赤，宜配用苦寒泻火药，如栀子、黄芩、黄连、龙胆草、苦参等；如热毒灼伤血肉，腐败成痈，则宜配用散瘀托毒法；如出现高热不退，烦躁，神昏谵语，舌绛而干等，宜配用清热凉血药，如犀角、丹皮、生地、紫草、赤芍等；如里热困盛，大便秘结，则与利膈通便法合用。

利膈通便 适用于胃肠实热，热毒内困的各种咽喉病，咽喉部红肿，疼痛剧烈，高热不退，大便秘结，腹胀满，舌苔黄燥，脉数实等。以泻下药物，荡涤胃肠实热，使热从下而泄，邪热得以上清下泄，则胸膈自清，咽喉诸证可解。常用方剂如清咽利膈汤、凉膈散等。药物如大黄、芒硝、番泻叶等。

散瘀托毒 适用于热毒壅滞，气血瘀阻，聚毒不散，腐败成脓之痈肿。如痈肿未成脓，可于清热解毒法中加入散瘀托毒药，如五味消毒饮加白芷、桔梗、丹皮、赤芍、天花粉等，以促其消散。若痈肿成脓，尚未溃破，则用散瘀托毒排脓，如仙方活命饮、透脓散等。若脓肿已溃，排脓不畅，重用穿山甲、皂角刺、白芷、当归尾等，配用桔梗、薏苡仁、青皮等，以加强托毒排脓。若痈溃正气已虚，脓汁清稀，伤口不愈合，宜补托透脓生肌，常用方剂如托里消毒散。

滋阴降火 适用于肾阴不足，而致虚火上炎的咽喉病，症见咽喉淡红，微肿，或微痛，晨轻暮重，咽干不喜饮，失眠心烦，盗汗腰酸，舌红少苔，脉细而数。用滋补肾阴，潜降虚火之法。常用方剂如六味地黄丸、知柏地黄丸。药物如女贞子、旱莲草、知母、黄柏、山萸肉、石斛等。

润肺清燥 适用于治疗燥伤肺津或久病虚热内生的咽喉病。症见咽喉微痛，干燥不适，干咳少痰，心烦口渴，舌尖边俱红，干而燥，无苔或薄白苔等。宜用养阴生津，滋润肺燥之法。常用方剂如清燥救肺汤、桑杏汤、沙参麦冬汤等。药物如天门冬、麦门冬、知母、玄参、天花粉、芦根等。

温补元气 适用于肾阳虚及肺气虚的咽喉病。如属肾阳虚，症见咽喉不红不肿，自觉不适或微痛，吞咽不利，午前症状明显，面色淡白，手足冷，大便溏等，宜温补肾阳，常用方如附桂八味丸，药物如补骨脂、淫羊藿、肉苁蓉、锁阳、菟丝子等。如属肺气虚，症见咽喉淡白、干痒不适，语音低弱，多语则声嘶，食少困倦，动则气喘，咳嗽痰稀等症状，宜培补元气。常用方剂如补中益气汤。药物如黄芪、党参、白术、山药等。

清热化痰 用于热证的咽喉病。因邪热内壅，煎熬津液，聚而生痰，凝结咽喉者，除出现咽喉红肿疼痛、吞咽不利外，还见咳嗽痰多而稠黄，或痰涎壅盛，喉中痰鸣等，宜用寒凉清热化痰药物，如射干、牛蒡子、瓜蒌、贝母、竹茹、前胡、杏仁、黄芩、枳实等。若属津伤肺燥，燥热炼津成痰，症见咽喉干燥、燃痛，咯痰不利，痰稠而粘，多咳则

声音嘶哑等，宜以清热润肺化痰，用贝母、天花粉、橘红、桔梗、桑白皮、知母等，配合润肺清燥法使用

解郁散结 用于情志抑郁，肝气不舒而致的痰气郁结，肝郁化火，气血相凝而引起的咽喉病。如因痰气郁结所致的梅核气，症见咽中如有炙脔，咯之不出，咽之不下，不妨碍饮食，宜用疏肝解郁，利气化痰。常用方剂如半夏厚朴汤。如因肝郁化火，症见咽痛、溃烂，头痛，口干苦，目赤耳鸣，舌质红苔黄，脉弦数等症，宜清肝泻火。常用方剂如丹栀逍遥散。如因气血相凝，结成肿块，阻于咽喉，宜活血散结。常用方剂如血府逐瘀汤加郁金、香附。常用解郁散结药如香附、青皮、佛手、郁金、厚朴、枳实等。

外治法 常用吹药法、含服法、含漱法、蒸气吸入法、敷贴法等。

吹药法 适用于咽喉红肿、疼痛、腐烂，痰涎多等症。用清热解毒、消肿止痛、除痰祛腐、生肌收敛等药物制成极细粉末，喷吹在咽喉部，达到直接治疗目的。以清热解毒消肿为主的，如冰麝散。以祛腐解毒为主的，如锡类散、珠黄散。以止血祛腐为主的，如珍珠散。以导痰开关为主的，如通关散、二圣散。以破坚散结为主的，如消肿代刀散、二味拔毒散。以生肌收敛为主的，如牛黄生肌散、生肌散。使用时按照局部病变情况区别使用。吹药前须先漱涤口腔，或用消毒棉花将痰涎揩拭干净，然后用喷粉器将药粉少许喷入，动作轻快。避免用力过猛，要求药粉撒布均匀，布及患处周围，每日吹药3—4次。药粉必须研为极细粉末，要注意密封储藏，以防气味走散，降低效果。

含服法 含服法主要将药物制成丸剂或片剂，含于口内，慢慢含化，使药液能较长时间地作用于咽喉患处，起到清热解毒、润喉止痛、利咽开音的作用。常用药物如铁笛丸、润喉丸、西藏青果等。

含漱法 适用于一切咽喉疾病，用各种药物加水煎煮药液，或用鲜药榨取汁，漱涤咽喉患处，每日数次，具有祛风清热解毒消肿及清洁患部的作用。如漱口方，或用金银花、甘草等量煎水。草药可用新鲜五爪龙、车前草、马兰草各50克捣汁漱口。

蒸气吸入法 本法是用口、鼻吸取煎煮药物之蒸气而作用于咽喉，多用于风寒或慢性虚证咽喉疾病。主要是以药物的芳香辛散温经祛寒及温热之气，达到畅通气血，温通经络，祛散风寒，以利咽喉，常用药如紫苏、细辛、香薷、白芷、羌活等。

敷贴法 是用药物敷贴于患部或循经所取部位。因于咽喉病而致的面部或颈项红肿痛处，用清热解毒，消肿止痛药物，如四黄散、如意金黄散等外敷。如因于阴虚所引起的咽喉病，用吴茱萸末或用附子捣烂敷足心，有引火归原作用，达到治疗目的。

针灸法 采用针刺、艾灸、针刺放血、患部针刺、耳针、穴位注射等法。

针刺法 其方法与耳科相同，常用穴位有：少商：主治咽喉肿痛，直刺1分，出血。商阳：主治咽喉肿痛、声嘶、风热乳蛾，直刺或斜刺0.2—0.3寸。尺泽：主治咽喉肿痛，直刺1—1.5寸。合谷：主治咽喉肿痛、声嘶、喉痹等症，直刺或斜刺0.5—1寸。天窗：主治咽喉肿痛，直刺0.5—1寸。曲池：主治咽喉肿痛，直刺1—2寸。廉泉：主治急喉喑、风热喉痹，稍向上斜刺0.5—1寸。天容：主治风热乳蛾、咽喉肿痛、声嘶等，直刺1.5—2寸，避开血管。扶突：主治咽喉肿痛，直刺0.5—1寸。天鼎：主治咽喉肿痛、风热乳蛾，直刺0.5—1寸。太冲：主治咽喉干不适、咽喉异物感，直刺0.5—1寸。天突：主治风热喉痹，先直刺0.2寸，然后转向下沿胸骨后壁刺1.5—2寸，注意不宜过深。

艾灸法 多用于虚性咽喉病。常用穴位有：足三里：主治风寒而致的喉痹、喉喑。悬灸约3分钟。合谷、曲池：主治虚性咽喉病，悬灸约3分钟。

针刺放血法 用于急性咽喉病，咽喉红肿疼痛剧烈，肿胀阻塞咽喉，呼吸困难，可用三棱针速刺两手少商穴，或商阳穴，令其出血，并可选用十宣穴左右各1—2穴，速刺，放血泄热，以达到泻其热毒，消肿止痛的目的。

患部针刺 局部红肿较甚，病势急速，有呼吸闭塞可能者，用三棱针在咽喉内患部之红肿高突处刺入，深度视肿块的大小而定，一般刺入分许，刺1—2次，排出紫血，或于局部粘膜浅刺5—6次，出血泄热，病人即感轻松，红肿减轻。

耳针 常用穴位有：咽喉：主治喉痹、喉喑、风热乳蛾等，用针刺捻转法。心：主治喉痹、喉喑等，用针刺或皮内埋针法3—7日。神门：主治喉痹、喉喑、悬雍垂水肿等，用针刺捻转法。内分泌：主治喉痹、喉喑、急喉风等，用皮内埋针3—7日。肾上腺：主治悬雍垂肿胀、急喉风、风热乳蛾等，用针刺捻转。

穴位注射法 选用循行咽喉经络的穴位，注入小量药物，以达到治疗咽喉疾病的目的。常用穴位如曲池、人迎、东风穴(位于下颌角下缘，颈动脉前方处)针时避开血管。常用药物如当归注射液、丹参注射液或10%葡萄糖液或维生素B_{12}，分两侧注入穴位。东风、曲池穴位注射用于治疗咽喉痛；人迎穴位注射用于治疗声哑。可每日1次，亦可隔日1次，一般5—10次为1疗程，疗程之间可休息5—7日。

烙治法 用特制的烙器烧热，灼烙患处，为治疗咽喉疾病的一种方法。最早见于《千金翼方》："治咽中肿垂肉不得食方：先以竹筒内口中，热烧铁从竹中柱之，不过数度，愈。"此外，还有烙治舌衄牙衄等记载。《焦氏喉科枕秘·临症二十法》谓："烙铁，用纹银打茶匙样，用陈艾包烙铁外，以棉花包住，蘸桐油，灯火上烧尽无烟，搁在灯上，取圈撑住口，令人扶住，捺定舌根，使人刮净烙铁，看真患处，连烙一烙，即出。不可缓慢，恐伤犯蒂丁。烙后即吹秘药，解热毒。又一烙法，将炭烧红，入干艾，烙铁放艾上

烧红，依前法治之。须眼明手快。"

烙治法的作用，是通过烧烙，被烙处干焦，形成疤痕，使患部缩小甚至消失不再发病。或使出血部位结焦，达到止血目的。此法操作简便易行，烙治虚火乳蛾并无痛苦，故儿童也易于接受。烙后对饮食、言语、歌唱、工作等均无妨碍。对不适宜手术摘除的患者，如兼有心脏病、血液病、麻醉药过敏等，用此法最为适宜。临床适应证为虚火乳蛾、石蛾、喉刺、帘珠喉痹、咽息肉、舌衄、牙衄、手术出血等。禁忌证为一切急性炎症、高烧发热、咽喉肿痛、血瘤、不满5周岁小儿及不能合作者，均不宜烙。器械的准备(图1)和使用有以下几方面：

压舌板：用薄钢片制成，比普通压舌板较长和宽，头部为12厘米×4厘米，柄部为10厘米×3厘米，或用扁桃体手术用的弯型压舌板也可。使用压舌板目的在于将舌头压下，以暴露患部及保护舌部，防止烙伤。但要避免压舌板尖端刺激舌根或咽后壁引起反射，造成呕吐，妨碍施烙。

火针：用不锈钢线或自行车辐条制成，针柄长约20厘米(图1)。用时，将火针置于酒精灯上烧红，蘸香油。对准患处轻快刺烙，迅速退出，如法连续刺烙，针数视病种不同而定。

手术刀：用特制手术刀(图2，上图)，或用扁桃体手术刀。用时按常规消毒后，将患处用刀割破或割除。

烙铁：由烙铁头和柄组成，用铁、铜或不锈钢制成。烙铁头的大小和形态不同，有圆形、长形、横形等，有曲颈和直颈等。柄长约20厘米，长形和横形大号为1厘米×0.7厘米，中号为0.8厘米×0.6厘米，小号为0.6厘米×0.4厘米。圆形大号直径为1厘米，中号直径为0.8厘米，小号直径0.5厘米(图1)。用时，根据患处位置及大小不同选用。先将烙铁放于酒精灯火上烧红，迅速蘸香油(蘸油时，不要放入油中过深，防止热油过多，滴于肌肤，引起烫伤)，令患者发"啊"音，将烙铁对准患处，迅速稳准地烧烙。闻有烙声响，即取出烙铁。如法连续烙之，烙铁次数视病种不同而定。烙时，必须注意使烙铁柄沿着压舌板方向出入进行(图2)，否则容易烫伤口唇或其他组织，使患者遭受不应该有的痛苦和精神紧张、恐惧等。

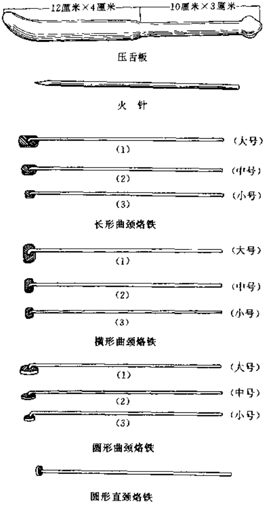


图1 烙治法器械

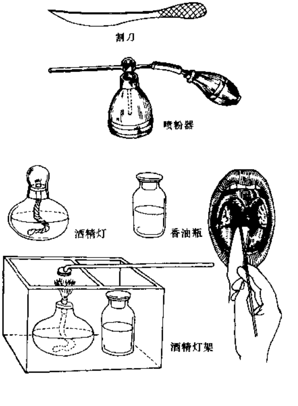


图2 喉刺烙治法

其他用品如酒精灯、香油瓶、喷粉器(装有冰硼散或锡类散等)、酒精灯架等。

临床几种常见病的烙治法：

虚火乳蛾、石蛾：先用火针对准突出点刺烙5—10

针，再用手术刀将刺处纵行浅割，使微出血，继用烙铁烙之。第一次可作试烙，用曲颈小烙铁，对准割处轻烙（即轻轻接触患部），可烙5—20烙铁。以后每次据病情决定：如无疼痛及发炎，乳蛾较大者，用曲颈大烙铁重烙（即略加重压力，一按即可）、多烙，可渐加至每次烙百余烙铁；乳蛾小者，用小烙铁轻烙，少烙，可渐加至每次烙30—50烙铁。若烙后痛者，为有炎症，应暂停烙。外用冰硼散或锡类散等吹喉药末，吹于烙处，并服清热消炎药。待炎症消退后，再烙。每次烙至色黄褐或黑焦即止。每隔2—3日烙1次。若前次烙痂未脱落，可用手术刀划除烙痂，再进行烙治，最终以烙平为度。一般来说，三度大者20次，二度大者15次，一度大者10次左右，可将乳蛾烙平。停烙后，残留部分形成疤痕，故一般不易再急性复发。如继续复发疼痛者，为烙不及度之故。可待炎症消退后，再烙数次，以不发病为原则。

喉刺（扁桃体角化症）：喉刺较大者，先用手术刀割去喉刺，继用火针刺烙3—5针；再用曲颈小烙铁烙5—10烙铁。此症多数烙之则痛，故不可多烙。或者先用粘膜麻醉剂喷患处，再烙，若喉刺极小者，也可单用火针烙之（图2）。每隔3—4日烙1次。每次烙毕，可喷冰硼散或锡类散。烙至喉刺消失，即停烙。

帘珠喉痹（慢性颗粒性咽炎）：颗粒大者，每次选1—3枚，用直颈小烙铁，每枚颗粒烙1—3烙铁；颗粒小者，不适用烙铁，可用火针刺烙，每枚颗粒刺烙1—3针，一般不宜多刺，多刺能引起肿痛。每隔3—4日烙1次，烙至接近平复即停烙。不可重烙，或烙成凹陷等。

咽息肉（口咽部小纤维瘤或乳头状瘤）：息肉较大者，先用手术刀割去息肉，再用烙铁烙焦，血止为度。息肉极小，或不宜手术者，选适当烙铁烙之。每次烙焦即止。每隔3—4日烙1次。若有疼痛者，可喷表面麻醉剂后再烙，一般烙至平复为止。

舌衄、牙衄、手术出血：根据出血部位选用合适的火针或烙铁烙之，均以血止为度。

擒拿法 推拿手法之一，常用于急性咽喉疾病，如喉风、喉痈等。有咽喉肿胀、疼痛剧烈，吞咽困难，汤水难下，痰涎壅盛，口噤难开等症状者，使用擒拿手法，对患者进行被动的运动和刺激，以调和气血，疏通经络，可以减轻病者症状，协助药物治疗，并使其能够进食汤药或稀粥。由于医者的习惯和经验不同，其方法也有多种，下面介绍单侧擒拿法和双侧擒拿法两种。

单侧擒拿法 患者正坐，手向侧平举，拇指在上，小指在下。术者站于患者手之正侧面，用与患者同侧手的食指、中指、无名指，紧按患者鱼际背部（相当于合谷穴处），小指扣于腕部，拇指与患者拇指罗纹相对，并用力向前压紧，另一手拇指按住患者术侧锁骨上缘肩关节处（相当于肩髃穴处），食指、中指、无名指紧握腋窝处，并用力向外拉开（图3），如此反覆多次，此时患者咽喉疼痛明显减轻，助手可将药液或稀粥喂给患者缓缓咽下。

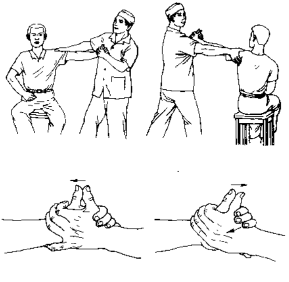


图3 单侧擒拿法

双侧擒拿法 令患者坐在无靠背的凳上（极度虚弱者应注意扶持），术者站在患者背后，用两手从患者腋下伸向胸前，并以食指、中指、无名指按住锁骨上缘，两肘臂压住患者胁肋，同时术者胸部贴紧于患者的背部（肺的部位），如此即可开始擒拿。其法，两手用力向左右两侧拉开（沿锁骨到肩胛），同时，两肘臂和胸部将患者胁肋及背部压紧（图4）。要三方面同时使用气力，这样反覆多次可使患者咽喉松动，便于吞咽，助手即把预先准备好的药汤或稀粥喂给患者吞服。

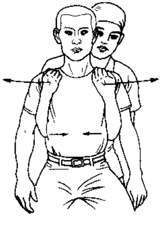


图4 双侧擒拿法

施术时须注意患者全身情况，施术者用力必须得宜。密切观察病情变化。本法为一种辅助疗法，尚须配合药物治疗。

提刮法 包括提法和刮法，原是治疗痧胀和其他实热证的方法，用以治疗急性实热证咽喉病，也有很好的作用。其机制是通过提法或刮法，使局部皮肤出现密集红

痧点或紫红色斑块,使阻塞的脉络得以通利,气分壅聚之热毒得以外达,减轻咽喉红肿疼痛,缓解病情。

提法 用食指和中指蘸香油或水后,捏拧提弹患者皮肤(图5),反覆数次,使其皮肤局部发生紫红色斑块,以透发热毒,解除咽喉红肿痛。

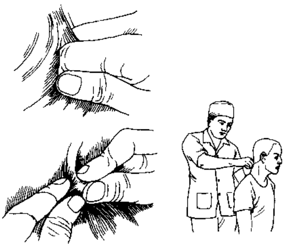


图5 提捏法

常用部位有鼻根部、印堂穴、太阳穴、颈后大筋处,肩部大筋处、颈前正中处等。一般提捏2—3处,每处提捏到皮肤出现紫红斑条为止。提捏时用力要适当均匀。本法多用于急性、实热性咽喉病。若病者体质壮实,邪毒较盛者,可以适当用力提捏,并增加提弹次数。

刮法 用瓷匙、瓷碗或铜钱边缘,蘸油或水轻刮病者皮肤,至其皮肤局部发生紫色斑块为止。有祛邪外出,发散热毒的作用。本法用于实证、热证咽喉病,并有寒热头痛等症状者。常用部位有颈前、颈后、背脊及前臂内侧的部位,刮的方向多自上而下(图6);两肩部位,则呈扇形;两侧前胸及胁肋部位,应循肋缘自后上而向前下,有时也可循皮肤纹理方向。需时时蘸油或水,保持刮处皮肤润滑。

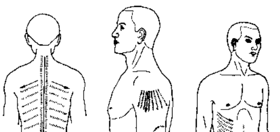


图6 刮治部位及方向

按不同病情选用如下提刮法:刮颈前及两胁肋或提颈前,治痰涎壅盛,气急发喘,喉声如锯。刮前臂内侧、胁肋部,治默默不语,语亦无声,或七情所致肝气郁结,突然声嘶或失音。沿前臂内侧,肘关节以上部位提刮,以透肺经之邪,治咽喉肿痛失音。刮风池穴及提捏明堂,治头痛。提刮应注意事项:凡用提刮法,切忌暴力,不应破损皮肤,

只要痧点或斑块显现即可。提刮之后,不可随即进热汤、温粥之类,否则热势复起,病情加重。

此外,尚有针挑法,即用消毒三棱针或缝衣针,在皮肤局部(在提法及刮法部位,除头面部位)浅刺2—3针。或在两臂弯、两腿弯处找出痧筋(静脉怒张呈现深青色、紫色或深红色,谓之痧根)浅刺出血。有排泄热毒作用,对于热毒较盛,毒入血分,咽喉疼痛者,可以应用。若体质较弱,或热毒尚轻,不在血分者则宜慎用。本法可在提法或刮法之后配合使用。

导引法

预防保健方面 咽需液养,喉赖津濡。咽喉若失去津液的滋润,则会发生疾病。咽喉之导引法,有养津保喉,预防咽喉疾病的作用。《苏沈良方》卷六:"每夜……盘足坐,叩齿三十六通,握固,闭息,内视五脏……待肠满气极,则徐徐出气,候出入息匀调,即以舌搅唇齿内外,漱练津液。未得咽下,复作前法,闭息内观……调息漱津,皆依前法。如此者三,津液满口,即低头咽下。"此方法是于凌晨趺坐,上下牙齿相碰作响36次,两手紧握拳头,并要做到排除杂念,凝神聚意,好像见到自己的五脏六腑一样,运真气于丹田,满腹有温煊和充盈之感,然后以舌尖顶住上腭,又搅口内上下两旁,使水津自生,鼓漱36次。如上法作3次。

《红炉点雪·却病延年一十六句之术》有"平时睡醒时,即起端坐,凝神息虑,舌舐上腭,闭口调息,津液自生。分作三次,以意送下。此水潮之功也。"也是养津保喉的导引法。《贮香小品》有:"正坐,两手踞地,缩身曲脊,向上五举,反拳捶背,左右各五,闭气为之。良久,闭目,叩齿,咽津。"《遵生八笺·延年却病笺》有:"临卧时,坐于床,垂足解衣,闭气,舌舐上腭,目视顶,仍提缩谷道,以手摩擦两肾腧穴,各一百二十次,以多为妙,毕即卧。"以上两段,方法基本相似。

又八段锦中的第一段,叩齿凝神;第三段,舌搅漱咽;第四段,摩肾堂;第八段,钩攀等四节,都是养津保喉的导引法。其中"钩攀"一段,即《内功图说》的"低头攀足频"与《遵生八笺》的"擦涌泉"互相配合而成。其法是以两臂向前伸直,人体直坐地上,两腿前伸,弯腰,用两手攀两脚足趾,姿势固定后,将左手擦右涌泉穴,擦至足心发热,然后以左手攀左脚,用右手擦左涌泉穴,擦至足心发热。如此左右交替,各3次。

治疗疾病方面 《诸病源候论·喉痹候》有:"两手拓(托)两颊,手不动搂肘,使急,腰内亦然,住定放两肋头,向外肘髆腰,气散尽势,大闷始起,来去七通,去喉痹。"此为治疗喉痹的导引法。《诸病源候论·喉痹候》有:"一手

长舒合掌仰,一手捉颏,挽之向外,一时极势,二七。左右亦然,手不动,两向侧势,急挽之二七。"此法亦是治疗喉痹的导引法。《红炉点雪·却病延年二十六句之术》的"鼓呵消积滞法"中介绍了治疗梅核气的导引法,谓"升身闭息,往来鼓腹,俟其气满,缓缓呵出,恰然运五七次"。临床上对急性喉病的导引法,是先取卧位,在喉结两旁及天突穴处,用推拿或推揉手法,上下往返数次。然后再取坐位,用按揉法在风池、风府、肩井等穴摩擦,再配合捏风池、肩井、曲池、合谷等穴。对急性的风热乳蛾,是捏少商穴,揉合谷,两者可交错使用。每次需 10—15 分钟。

口舌唇病治法

常用治法有内治法、外治法、针灸法、导引法。

内治法 常用者有疏散风邪、清心降火、清利湿热、利膈清热、清化痰浊、补益气血等法。

疏散风邪 风邪侵犯所致的口、唇、舌病,多先有脏腑病变,风邪才能乘机而侵犯,因此疏散风邪,往往多与其他治法配合,侵犯的风邪,有风热、风寒之分,如风热所致的唇风,因于胃腑积热化火,复受风热外邪,致唇破裂,流水红肿疼痒,用双解通圣散,治以清热凉血,疏散风邪。又如舌謇,因心脾热盛,复为风热之邪所犯,邪热相煽,以致舌体运动不灵,语音不清,甚则难于活动,不能言语。治宜泻火消肿,疏风通滞。方药如普济消毒饮。若为风寒所犯的口腔白斑,因于脾胃阳虚,复为风寒所犯,以致病变处肌膜淡白,呈白色斑片状,不肿不痛。治宜益气健脾,辛散风寒,方药如五白散。

清心降火 用于心火上炎,熏灼口舌而致的口舌溃烂,溃面黄腐,周围肌膜红肿疼痛,心中烦热、面色红,舌质红苔黄。治宜清心降火,凉血消肿,方剂如黄连解毒汤,药物如黄连、栀子、丹皮、生地、紫草、淡竹叶、莲子心等。

清利湿热 用于脾不化湿,湿热熏蒸,或湿热蕴结膀胱,气化失常,移热于小肠,以致湿热上犯的口腔疾病,症见口腔肌膜糜烂,唇肿痛破裂流水等。以清热和利湿药物治疗,使上蒸之湿热从下渗出。代表方如加味导赤汤。若以脾不化湿为主者,可用加味四苓散。清热的药物如黄连、金银花、连翘、龙胆草、菊花、紫花地丁等。利湿的药物如泽泻、车前子、绵茵陈、冬瓜仁、木通等。

利膈清热 用于热毒壅盛于里,热困脾胃,以致里热上灼,口腔溃烂,红肿疼痛或化脓,大便秘结,腹胀,口渴,口臭等症。用泻下药物,以通便泻热,使壅盛的胃肠里热从下而泄。常用方如大承气汤,药物如大黄、芒硝、火麻仁、郁李仁、番泻叶等。临床上,泻下药往往与行气导滞药配伍使用,有利于利膈清热。常配用药如大腹皮、枳实、川朴等。若尚有表症者,可与解表药同用,如凉膈散。若体质素虚,气阴亏损,宜润肠通便,用火麻仁、郁李仁,以润下壅盛的里热。若胃经热盛而无腹胀便秘者,宜用清胃汤,以清胃泻火。

清化痰浊 用于痰浊停聚而致的口腔疾病,其症多以肿胀为主,如痰包、舌肿胀,或痰浊内生,阻滞脉络,痰浊气血凝聚而成的良性及恶性肿瘤。应用化痰行气,清利湿浊药物,以清除凝聚的痰浊。常用方如加味二陈汤。药物如瓜蒌、贝母、竹茹、制半夏、桔梗、前胡、海藻、昆布、礞石等。由于痰浊形成的原因及症状不同,运用本法则有所差异,若肺经受热,痰湿凝滞者,宜清热润燥,疏肺散结,选用益气清金汤;若痰浊困结,气血凝聚,用消瘤丸加制半夏、瓜蒌仁、葶苈子等,以软坚散结祛痰浊;若痰浊结聚而成肿瘤,可选用清气化痰丸加鸡内金、党参、山慈姑等。

补益气血 用于治疗气血亏损而致的口腔疾病,如气血亏损的口疮、舌謇、舌裂、舌衄等,用补气养血药物,以扶助正气,祛邪外出。气虚为主者用补气方药,如四君子汤、补中益气汤,药物如黄芪、党参、白术等;血虚为主者,用补血方药,如四物汤,药物如首乌、黄精、枸杞子、熟地黄、当归、阿胶。若气血两虚者,可选用八珍汤、归脾汤等。

外治法 常用者有敷贴法、涂药法、吹药法、含漱法、刺割法等。

敷贴法 是用药物敷贴患部或穴位,以达到治疗效果。患处红肿疼痛者,用清热解毒,消肿止痛药物敷贴。如痄腮、鱼腮风、颌下痈,患处外部红肿,用清热解毒,消肿止痛药物敷贴,可用如意金黄散、黄连膏等。

涂药法 适用于口腔粘膜或舌面的红肿、疼痛、溃烂等症。用清热解毒、消肿止痛、生肌收敛的药物,研制成粉末,或制成膏剂、油剂,用棉花蘸上,直接涂患处,而达到治疗目的的一种方法。有以清热解毒消肿为主的,如青吹口散、黄连膏、紫归油;有以祛腐解毒生肌为主的,如珠黄散、柳花散。

吹药法 用吹药器喷吹,使药物直接作用于患处。如用麝香散、碧玉散吹于肿瘤上,以促进肿瘤消散;如用冰麝散、冰硼散治疗上腭痈,以消肿止痛,祛腐生肌。

含漱法 用药液漱涤口腔,清洁患部,以清热解毒除秽,如漱口方。若溃面腐物多者,宜用马勃、升麻等药煎水含漱。

刺割法 有刺破排脓和浅刺泄热二法,刺破排脓用于口腔的痈疮已成脓时,或口腔内突然发生血泡或红肿痛较剧者,用消毒刀尖或消毒三棱针将痈疮或血泡轻轻刺破,流出脓液、血液而使肿物消除。浅刺泄热,用于局部红肿疼痛剧烈者,可于局部浅刺数下,以出血泄热。刺割后,宜用漱口方漱口,以清洁患处,防止感染。

针灸法 常用针刺法、耳针、穴位注射等。

针刺法 口腔病针刺法,是根据不同病情,采取不同手法,临床上泻法比较多用(即强刺激),一般用在实证、热证、经络闭阻等病变,如痄腮、口疮、口㖞、舌强等症。留针时间较短,约 5—10 分钟,并因穴位的部位不同,进

针方向有直刺、斜刺的方法。治疗口腔病常用穴位，主要取足阳明胃经及手阳明大肠经的穴位。合谷：主治口干、唇肿等症，直刺0.5—1寸。承浆：主治牙痛、流涎、唇胗等症，斜刺0.3—0.5寸。地仓：主治流涎、口㖞等症，斜刺0.3—0.5寸。颊车：主治痄腮、口㖞等症，直刺或斜刺0.5—1寸。下关：主治口㖞等症，直刺0.5—1寸。颧髎：主治口㖞、口腔粘膜溃烂等症，斜刺0.5—1寸。太溪：主治口舌干燥、舌痹等症，斜刺1—1.5寸。关冲：主治口疮、颊痛等症，直刺0.1—0.3寸。廉泉：主治舌红肿、舌强等症，稍向上斜刺0.5—1寸。然谷：主治舌下肿胀难言，直刺1—1.5寸。金津、玉液：主治口舌生疮、流涎、不语症，直刺0.2—0.3寸出血。

耳针 常用穴位及治疗方法有：下颌、神门，用针刺捻转后，留针15—20分钟，或皮内埋针1—2日。主治口疮、口糜。

穴位注射 常用于一些慢性的口腔疾病。常选用的穴位有颊车、手三里、合谷等。选用药物有当归注射液，维生素B_1、维生素B_{12}等。每穴注入0.25—0.5毫升的药量。

导引法 口、唇、舌与齿龈，同属口腔范围，彼此互相邻接，经脉循行相互交联，故导引法在口、唇、齿及齿龈的预防保健或疾病治疗有很多方法是相同的，或互相参合使用。

预防保健方面 《遵生八笺·四时调摄笺》引"陈希夷仲春二气导引坐功图势"："每日丑寅时，握固，转颈，反肘后向，顿掣五六度，叩齿六六，吐纳漱咽三三。"此导引法用以治疗口干、牙宣。其方法是，在二月初春时节，每日凌晨1—5时之间，盘膝趺坐。两手拇指屈入掌心中，再屈其余四指，握成拳头，并用力紧握。头轻轻而缓慢地向左旋，鼻尖齐于肩上，两前臂反置于背后，两拳相接触，掌心向后，手背紧贴背上。姿势固定后，全身用劲5—6次。叩齿36次，再搅舌生津，把口水吞下，如此叩齿36次，吞津1次，共9次。然后，头转向右侧，方法如上。左右各做1次。

《杂病源流犀烛》卷二十三引《保生秘要》有："左右足心，每搓三十六回，按时吐纳，津回即咽，六度。"又"以舌卷上腭，凝元雍穴，贯一窟凉水，渐提至口，漯洒。"此段之意，系摩擦涌泉，左右各36次，即叩齿咽津，6次。同时把舌尖上贴上腭，凝神闭窍，意守丹田，把一股清澈的津液，从命门上提到口腔里，以润口腔。《内功图说·分行外功》有："盘坐，以一手捉脚指，以一手指擦脚心涌泉穴，至热。止后，以脚指略动转数次。"又"舌抵上腭，津液自生，再搅、满口，鼓漱三十六次，作三口吞之，要汩汩有声在喉。谓之漱咽。灌溉五脏，可常行之。"此法与上述擦涌泉穴的方法基本相同。

《寿世青编》卷上说："下手之诀，必先均调呼吸，均调呼吸先须屏绝外缘，顺温凉之宜，明燥湿之异。明窗净几，涤虑清心，闭目端坐。叩齿三十六遍，以集心神。然后以大拇指背，于手掌心劳宫穴处摩令极热，用拭目之大小眦，各九遍，并擦鼻之两旁各九遍，又以两手摩令热，闭口鼻气，然后摩面，不拘遍数，以多为上，名真人起居法。次以舌舐上腭，搅口中华池上下，取津，漱炼百次，候水澄清，一口分作三次汩然咽下，名曰赤龙取水。……行持时不必拘定子午。"

治疗疾病方面 《内功图说·分行外功》有谓："口中焦干，口苦舌涩，咽下无津，或吞咽喉痛，不能进食，乃热也。宜大张口，呵气十数次，鸣天鼓九次，以舌搅口内，咽津。复呵复咽，候口中清水生，即热退脏凉。"这是治疗热病口干无津的导引法。《内功图说·分行外功》谓："口中津液冷淡无味，心中汪汪，乃冷也。宜吹气温之，候口有味，即冷退脏暖。"这是治疗因寒而致口水冷清的导引法。《诸病源候论·牙齿病诸候》引《养生方》谓："缩咽髆内，仰面努髆，并向上，头左右两向，挼之左右三七，一住，待血行气动定然，始更用。……口内生疮，牙齿风，头眩，终尽除也。"这是治疗口内生疮的导引法。

齿病治法

常用治法有内治法、外治法、针灸法、导引法、穴位指压法等。

内治法 常用疏风清热、清利湿热、利膈清热、滋养肾阴、补益气血等法。

疏风清热 用于风热外邪侵犯而致的齿龈病，如风热牙痛、牙痈、口疮、风热牙疳等，病初起牙龈红肿痛，全身症见发热、恶寒，口渴，舌红，脉浮数等。治宜疏风清热，可用薄荷连翘汤、疏风清热汤，药物如荆芥、防风、牛蒡子、菊花、桑叶、连翘、银花、薄荷等。

清利湿热 用于脾为湿困，湿热熏蒸牙龈，牙龈红肿糜烂，渗脓血，口臭口渴，口涎多，小便黄，苔黄腻。治法宜清热利湿，方如清胃黄连汤。常用清热药如黄连、金银花、龙胆草、天花粉、连翘等；利湿药如车前草、绵茵陈、冬瓜仁、木通等。

利膈清热 用于脾胃热盛，上炎于牙龈，灼腐肌膜或热伤血络所致的牙痛、牙衄，症见牙龈肿痛较甚，牙衄血色鲜红量多。全身症见大便秘结，腹胀，口渴，口臭等。常用方如大承气汤。药物如大黄、芒硝、火麻仁、番泻叶等。并可参考口舌病内治法中的清热利膈法。

滋养肾阴 用于治疗肾阴不足，虚火上炎之症，如虚火牙痛、牙龈微红肿痛、虚火口疮及肾虚精亏髓少而致的牙宣等。常用方如六味地黄汤、知柏八味丸，常用药如熟地黄、女贞子、旱莲草、龟板、五味子等。若肾阴虚兼阴虚胃热者，宜养阴清胃降火，可用玉女煎。

补益气血 用于治疗气血亏损的牙宣、牙衄、齿迟等病，症见牙龈萎缩色淡白，牙根宣露松动，渗血少，血色淡，牙齿生长迟缓，全身症见面色㿠白，畏寒倦怠，头昏眼花，失眠等。方剂如八珍汤、补中益气汤。常用补气血药

如黄芪、党参、白术、枸杞子、黄精、首乌、桑椹子、熟地、阿胶等。

外治法 外治法有敷贴法、涂药法、含漱法、刺割法等。

敷贴法 用药物敷贴患处或穴位，起到直接治疗效果。如牙龈痛，连及颌面部，用如意金黄散、黄连膏外敷，以清热解毒，消肿止痛；如龙眼白盐散敷贴牙龈痛处，有降火止痛的作用。又如吴茱萸捣烂，敷于双足涌泉穴，可以引火归元，使浮游上炎之火下行。以上二法均可治虚火牙痛。

涂药法 用清热解毒、消肿止痛、生肌收敛止血等作用的药物，研制成极细粉末，用棉花蘸上直接涂患处。如牙痛用清热辟邪、辛散为主的牙痛散，或50%两面针酒精涂牙龈或龋洞；如牙龈溃烂，牙根宣露渗血，治以止血生肌，防腐固齿，用血余炭1.5克，冰片0.3克，研成细末，用生蜜调匀，涂患处；如牙龈红肿疼痛溃烂渗脓，治以疏风清热，解毒祛腐为主，用人中白散或青吹口散，涂擦齿龈患处。

含漱法 用药液漱涤口腔，清洁患部，达清热解毒，除秽止痛目的。如牙痛用蜂房汤含漱；如牙龈溃烂，用银花、甘草煎水含漱，或用漱口方含漱，以达到清热解毒祛腐作用。

刺割法 用于牙痈成脓。以消毒刀尖或消毒三棱针，将痈疮刺破排脓。对牙龈红肿疼痛剧烈，可于局部浅刺数下，以出血泄热。

针灸法 常用针刺法、艾灸法、耳针：

针刺法 一般多用于实证、热证的牙痛及牙龈红肿等病。手法以泻法为多，并因穴位、部位不同，入针方向有直刺、斜刺、深刺、浅刺等不同，留针时间一般5—10分钟。常用穴位有：合谷：主治牙痛，直刺0.5—1寸；承浆：主治牙痛，斜刺0.3—0.5寸；三间：主治下牙痛，龈肉红肿，直刺0.5—1寸；颊车：主治牙痛，直刺或斜刺0.5—1寸；下关：主治牙痛，直刺0.5—1寸；内庭：主治牙痛、龈肉红肿溃烂，直刺或斜刺0.5—1寸；颧髎：主治牙痛、龈肉红肿，斜刺0.5—1寸。

艾灸法 多用于虚证、寒证的牙痛、牙龈发炎渗脓。手法上多用悬灸。悬灸时，以穴位感到灼热为度，一般灸3—5分钟，常用穴位有：足三里、三间、合谷等。

耳针 常用以治疗口腔疾病的穴位有：上颌：主治牙齩痈、牙宣、牙痛、牙痈等症，用针刺捻转后留针15—20分钟。下颌：主治牙齩痈、牙宣、牙痛、牙痈等症，用针刺捻转后留针15—20分钟，或皮内埋针1—2日。神门：主治牙齩痈、牙痛、牙痈，用针刺捻转后留针15—20分钟，或皮内埋针1—2日。肾上腺：主治牙宣、牙痈，用针刺捻转或皮内埋针1—2日。

穴位指压法 是治疗口腔病中常用的简易方法，多应用于拔牙及止牙痛，可减轻拔牙过程中的疼痛。在运用其止牙痛时，则起直接治疗作用。具体方法分述于下。

指压拔牙法 指压拔牙的穴位为下关、颧髎、四白、大迎、颊车、迎香、承浆、人中等。具体运用，即拔除上颌后牙，取患侧下关、颧髎二穴位；拔除上颌前牙，取双侧四白穴（或加压颧髎穴），疼痛敏感者，加压人中穴或迎香穴（此穴由术者按压）；拔除下颌后牙，取患侧大迎穴、颊车穴；拔除下颌前牙，取双侧颊车穴，疼痛敏感者加压承浆穴（此穴由术者按压）。整个指压过程可分为三个步骤：拔牙前、拔牙时、拔牙后。全过程的基本操作，可用按、压、揉三个字说明。①按：拔牙前，按压者用拇指指腹，在患者需指压的穴位上进行按摩，使局部气血经脉通畅，一般按10—15分钟。②压：从术者分离牙龈开始，直到拔病牙为止，压就是用力按压穴位，这时按压者用拇指端向内切压，慢慢加重压力，使穴位的酸麻感达到最高峰（但不要用力过猛），此时术者迅速将病牙拔掉。③揉：在病牙拔除后，术者进行术后处理时，按压者可用手掌鱼际部分的肌肉轻轻揉按指压的穴位，一般揉10—15分钟，促使酸麻感尽快消失。上述这三个步骤在整个拔牙过程中，要求患者、按压者、术者紧密配合，才能达到准确、灵巧、止痛的目的。

指压止痛法 用于各种牙病而致的牙痛，如龋齿、牙齩痈、牙宣等。其手法与指压拔牙法相同，只是按、压、揉三者连贯操作，也可由患者自己进行，同时侧重于压法为主，用拇指端切压所选的穴位，由轻至重使其酸麻感为度，一般约15—20分钟，即可止痛。穴位配方，前三齿上牙痛，取迎香、人中穴，下牙痛取承浆穴。后五齿上牙痛取下关穴，颧突凹下处，下牙痛取耳垂与下颌角连线中点、颊车穴、大迎穴。

导引法 防治牙齿病和牙龈病有很多方法和口唇舌病是相同的，或相互参合使用（参见口舌病治法条）。

预防保健方面 《诸病源候论·齿虫候》引《养生方》谓："鸡鸣时常叩齿三十六下，长行之，齿不蠹虫，令人齿牢。"又"朝未起，早漱口中唾，满口乃吞之，辄琢齿二七过，使人丁壮有颜色，去虫而牢齿。"可保健牙齿，预防牙病。

治疗疾病方面 《诸病源候论·齿痛候》引《养生方》谓："东向坐，不息四通，琢齿二七，治齿痛病。"又"东向坐，不息四通，上下琢齿三十六下，治齿痛。"这是治疗齿痛的导引法。琢齿即叩齿，但较叩齿为重而着力。叩齿若干下（一般作36下）以除齿疾，见于《遵生八笺》等多种养生书中。

眼科内治法

主要有祛风清热法、泻火解毒法、祛湿法、补益肝肾法、益气养血法、滋阴降火法、平肝潜阳法、疏肝理气法、止血法、活血祛瘀法、退翳明目法等。

祛风清热法 是用辛凉宣散与寒凉清热之药配伍组方，以治疗风热所致眼病的治法。根据风与热之孰轻孰

重，而偏于祛风或偏于清热。

风热为患于眼者，常见眵泪俱多，或眵粘眊矂，痒涩不适，红肿疼痛或星翳渐侵，羞明怕热等。全身可见发热，恶风，头痛，鼻塞，舌红，苔薄黄，脉浮数。治宜祛风清热，方用驱风散热饮子（《审视瑶函》）。若白睛红痛，胞睑赤肿，眵泪交作，紧涩羞明，头目昏热，口舌干燥，小便黄赤者，为热重于风，则以清热为主，祛风为辅，方用黄连天花粉丸（《原机启微》）。若泪多于眵，胞睑浮肿，眉骨酸疼者，为风重于热，则以祛风为主，清热为辅，方用羌活胜风汤（《原机启微》）。

本法仅用于外感风热之邪所致眼病，若系五脏内热，上冲于眼者，不属本法范畴。且祛风药性味辛散，易伤阴劫液。清热药性味寒凉，易伤脾胃，故阴虚血少，脾胃虚寒者慎用，或于方中酌加滋阴养血、益气健脾之品。

泻火解毒法　是用寒凉清热类药物组方，以治疗火热毒邪所致眼病的方法。其治法有偏于清肝、清肺、清心、通腑泄热等。又因肝开窍于目，故眼科以清泻肝火者为最多。又据火由毒发，毒由火生，清火可解毒，解毒亦可清火，故临证泻火解毒并用，且常有兼症为风火、湿火、燥火等，故临证分别治之。

火毒为病，以来势猛、发病快为其特点。临证表现为头目疼痛，畏火羞明，热泪如汤，眵多粘稠，胞睑红肿，白睛红赤，黑睛生翳，黄液上冲，抱轮红赤，瞳神紧小等症。同时，若火炎不制，可致内障，目昧不明。全身可见发热，不恶寒，口渴喜饮，便秘溲赤，舌红苔黄，脉数等。即可应用本法治之。若肝胆火炽者，用泻肝散（《银海精微》）、芍药清肝散（《原机启微》）；若肺火重者，用泻肺散（《审视瑶函》），加桑白皮；若属心火者，用洗心汤（《审视瑶函》）；若属脾胃实火者，用通脾泻胃汤（《审视瑶函》）。以上各方，均可伍用清热解毒之五味消毒饮（《医宗金鉴》）。有大便秘结者，可加用大黄、芒硝，以釜底抽薪，导热下行，腑通则热解。

本法只适用于实热证患者，临床应用时，当明辨热象之真假虚实。如为真寒假热，或虚热证，即不可用之。同时，苦寒清泻之药，应中病即止。以免因过服寒凉而致障翳凝结难消。或伤脾败胃，而致生化之源不足。年老体弱、孕妇亦应慎用。

祛湿法　是运用芳香化湿、淡渗利湿、苦寒燥湿、温阳利水等药物组方，以治疗因湿邪为患所致眼病的治法。湿邪常可挟风、挟寒，化热、化火，且因受邪之脏腑及部位不同，其症状表现各异，治湿之药也各有所偏重。

若属外受风湿之邪者，症见眼痒难忍，眵泪粘腻，眼睑水肿，可兼见肖如裹，身倦怠，治宜祛风除湿。方用羌活胜风汤（《原机启微》）。

若系湿热为患者，症见胞睑红赤糜烂，痒涩灼痛，脓水胶粘，睑内粟疮丛生，白睛褐黄，黑睛生翳，缠绵难愈，以及眼底病有水肿、渗出等。兼见胸闷心烦，口渴欲饮，或饮而不多，大便溏而不爽，舌苔黄腻，脉濡滑或滑数，宜清热除湿。方用除湿汤（《眼科纂要》）。

若系痰湿为患者，症见胞生肿核，眼前如黑花飘舞，云雾移动，以及眼底病见有渗出，舌苔厚腻，脉濡滑，治宜化痰除湿。方用三仁汤（《温病条辨》），或二陈汤（《和剂局方》）加薏苡仁、胆南星、枳壳；若久郁化火者，方用化坚二陈汤（《医宗金鉴》），酌加浙贝母、竹茹、枳实、丹参等药。

若系脾虚气弱者，症见眼睑虚浮，开睑无力，或见眼底病有水肿、渗出难于吸收，可兼见面黄倦怠，身乏胸闷，气少懒言等，宜健脾除湿，方用参苓白术散（《和剂局方》），或神效黄芪汤（《兰室秘藏》）。

若系寒湿为患者，症见白睛有结节淡红，压之疼痛，经久难愈，或视物昏朦，或视瞻有异色，眼底病水肿难消，兼见头目昏沉，四肢不温，身寒畏冷，舌淡苔滑，脉沉缓。宜温阳利水，方用苓桂术甘汤（《伤寒论》）合理中汤（《伤寒论》）。

除湿之方用药多燥，易损耗阴液，故阴虚血少，津液亏损者，皆应慎用。

补益肝肾法　是用益精补血或温补肾阳的药物配伍组方，以治疗肝肾不足所致眼病的治法。《审视瑶函》云："大抵目病，由肝肾之本虚，而后标病始发于目。"对其治疗，乃遵《素问·三部九候论》所载"虚则补之"的治疗原则，提出"凡目病后，宜滋肾水"。

肝肾不足所致目病，症见眼目干涩，视物昏花，或入暮无所见，冷泪常流，以及黑睛星点翳障，隐伏不显，白睛赤脉稀疏而色淡等。若兼有头昏耳鸣，腰膝酸软，多梦遗精，月经不调，舌红或淡，苔少，脉弦无力者，宜滋补肝肾。方用杞菊地黄丸（《医级》），或加减驻景丸（《银海精微》）；若兼见面色淡白，神疲乏力，形寒肢冷，少气懒言，大便溏泻，月经后期，舌淡苔少，脉沉细弱者，为肾阳不足，宜温补肾阳，方用加减八味丸（《审视瑶函》），加附子、淫羊藿、补骨脂等。

益气养血法　用甘平性微温之补血与补气药同用组方，以治疗气血不足所致眼病的治法。

凡症见神光不足，眼睫无力，常欲垂闭，久视睛痛，隐涩羞明，黑睛生翳，溃陷难愈、白睛丝脉淡红，目力渐渐昏暗或骤然下降，兼见有少气懒言，神疲纳呆，耳鸣自汗，面色苍白或萎黄，舌淡而嫩，脉细弱等，治宜益气为主，养血为辅。方用补中益气汤（《脾胃论》）；若系阴血耗损过多，面色萎黄，唇甲苍白，头晕耳鸣，心悸怔忡，女子月经失调，舌质淡嫩，脉沉细者，治宜养血为主，益气为辅，方用人参养荣汤（《和剂局方》）；气血两虚者宜用八珍汤（《正体类要》）。

凡实邪未尽者不宜用此法，若虚实兼夹者，宜攻补兼施，以免留邪。

滋阴降火法　是运用甘咸、寒凉养阴等药物组方，以治疗因阴虚火旺所致眼病的治法。朱丹溪在《脉因证治》论目病之因时提出，虚则滋其真阴，补阴以配阳，使肾阴

得充，用滋阴降火法。以后《审视瑶函》则拟滋阴降火汤，以滋肾补阴，益水降火。治疗水不制火之患。

阴虚火旺而损目者，常自觉两目干涩，羞明，眼珠隐痛，时发时止，视物昏花，眼前常见萤光乱舞，或为电光霞明，或如旗旌飘扬、或见黑睛生翳，如星似点，瞳神紧小，故状如锯齿，或白睛微赤，细丝缕缕。证属肾阴不足者，兼见腰膝酸软，健忘失眠，多梦遗精，五心烦热，颧红盗汗，咽干口渴，舌质红，苔少，脉细数。治宜滋阴降火。方用滋阴降火汤（《审视瑶函》）；证属肺阴不足者，可兼见干咳气短，痰少质稠，或咳痰带血，咽干音哑，潮热盗汗，舌红苔少，脉细数。治宜养阴清肺。方用十珍汤（《审视瑶函》）、养阴清肺汤（《重楼玉钥》）；证属心阴虚者，多兼心悸健忘，多梦少寐，五心烦热，舌淡或红，少津，脉细弱或细数。治宜养阴清心。方用养心明目汤《眼科集成》。

滋阴药大多味甘滋腻，易助湿碍脾，若素体脾胃虚弱者须当注意。

平肝潜阳法 是以重镇潜阳类药物为主组方，治疗因肝阴不足，肝阳上亢所致眼病的治法。

肝肾阴虚，肝阳上亢所致之眼病，多见两眼发胀，眼前黑花缭乱，视物昏暗，或突然盲而不见，白睛溢血或眼内积血，瞳神散大，目珠偏斜等。且每兼见头目眩晕，耳鸣耳聋，心悸失眠，烦躁易怒，面红赤，胁痛，胸满，口咽干燥，舌红绛，苔少或无苔，脉弦细数。治宜平肝潜阳。方用保阴煎（《顾氏医镜》），加石决明、牡蛎等品，送服磁朱丸（《千金要方》）；若兼见肝风内动者，可有肢体麻木，或胞睑、面颊及四肢抽搐震颤，双目上视，舌体抖动，语言不利，头目眩晕或胀痛，舌红，脉弦数。治宜镇肝熄风。方用镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》），加菊花、钩藤、白僵蚕等。

平肝潜阳药物，多为金石介类，质重而体降，易伤气血，克伐胃气，故宜配伍柔肝养血，益气健脾之品。

疏肝理气法 是运用解肝郁，调气机的药物组方，以治疗因肝气郁结所致眼病的治法。因肝郁日久，常易化火，肝气横逆，则多克伐脾胃，且肝郁又可导致血瘀，血亏，故本法常配以扶脾、清热、养血、活血之品。

肝气郁结，症见眼珠胀痛，隐涩难开，翳膜遮睛，目力减退或骤然丧失，或眼前旌旗飞舞，萤星缭乱等。可兼见情志抑郁，头晕目眩，胸胁胀闷，纳呆食少，月经不调，脉弦等症。治宜疏肝解郁。方用逍遥散（《和剂局方》），加郁金、香附，或柴胡疏肝散（《景岳全书》）；若兼有口苦吞酸，月经先期，心烦易怒，舌红苔黄，脉弦而数等热象者，可用加味逍遥饮（《审视瑶函》），加菊花、草决明、夏枯草等清热之品；若兼见神疲纳少，腹胀腹痛，便溏，舌淡脉濡者，治宜疏肝理脾。方用逍遥散（《和剂局方》），加山药、芡实、扁豆、半夏、鸡内金等；若兼见月经不调，量少有块等血行不畅者，可于上方中加用川芎、泽兰、丹参、郁金等活血化瘀之品。

止血法 是选用凉血、滋阴以及收涩等药物组方，治疗眼部出血的治法。出血之治，止其流者，莫若塞其源。故临证应按其寒热虚实，轻重缓急，辨证用药。

凉血止血法 用于因实热证的眼部出血者。系由火热炽盛，以致气随火升，血随气逆，上犯空窍，或因火盛，血热妄行，均可致血溢脉外，临床以肝火所致者最为多见。其特点是发病急骤，病程短，出血量多，色泽鲜红，如血灌瞳神、暴盲。全身可兼见口苦咽干，头痛眩晕，便干溲黄，舌苔黄，脉弦数。治宜凉血止血。方用龙胆泻肝汤（《医宗金鉴》），加藕节、地榆炭、白茅根、茜草等止血药；肺火炽盛者，如白睛溢血，可用退赤散（《银海精微》）。若热邪深入营分者，治宜清营止血，方用犀角地黄汤（《千金要方》）。

滋阴止血法 用于因阴虚火旺，虚火上炎，迫血妄行而致眼部出血者。其临床特点是病势较缓，病程较长，反复发作，血色暗红。如反覆眼内出血之候，可兼见手足心热，心烦失眠，口燥咽干，午后潮热，盗汗遗精，舌红少苔，脉细数等。治宜养阴清热。方用知柏地黄丸（《医宗金鉴》），加旱莲草、藕节、荆芥炭、血余炭等。

益气止血法 用于气虚不能摄血而致眼部出血。证见血色较淡，日久不止，或反覆发作，量或少或多，如眼内出血可致目昏、云雾移睛等。可兼见面色㿠白，声低气怯，身倦懒言，食少便溏，自汗，舌淡苔白，脉细弱。治宜益气摄血。方用归脾汤（《济生方》），加小蓟炭、藕节、茜草炭、荆芥炭之属。

活血止血法 用于因脉络瘀血引起的出血，或眼部既有瘀血，又同时有出血症者，常以活血药与止血药伍用，是以通为塞的治疗法则。如外伤出血及脉络阻塞所致眼内出血，由于瘀血不去，则血不得循经，故在治疗时，用活血药以除出血原因，同用止血药，以助止血之功。方用失笑散（《和剂局方》），加赤芍、丹皮、当归、川芎等。

收涩止血法 本法可用于各种原因所致之眼部出血，多常与其他止血法配合。方如十灰散（《十药神书》），常用药物如白芨、藕节、仙鹤草、百草霜、血余炭、荆芥炭等。

临证应用止血法，得审证求因，单用一法或数法合参。同时应注意病程之长短，体质之强弱。如实热证早期，虽应以凉血止血为主，但切勿过用寒凉，以免凝滞之弊。

活血祛瘀法 是用调理气机，活血破瘀，或软坚散结作用的药物组方，以治疗因气滞血瘀引起眼病的治法。《古今医统》卷六十一强调"行血一法，为治目之纲"。

瘀血之证，常随其所瘀阻的部位和程度不同而异。常见有眼珠胀闷刺痛，睑内椒疮粟疮，胞睑紫胀，白睛溢血，丝脉虬曲，胬肉红筋堆积，黑睛翳障，血灌瞳神，青盲，暴盲，以及外伤损目，手术之后出血滞留等。

瘀血治则，必以疏利消散为法，使气血调顺，血脉通畅，瘀散滞行，则养目之源充旺。常用方剂为通血丸（《证治准绳》），加桃仁、红花；除风益损汤（《原机启微》）；助阳和血汤（《兰室秘藏》）；通窍活血汤（《医林改错》）。

运用本法时，须按具体情况，配合其他疗法。若因气虚，不足以运血而致血瘀停滞，则宜补气活血化瘀，酌加人参、黄芪之品；若血虚者，宜补血活血化瘀。

若因气滞所致者，宜行气活血化瘀，气行则血行。故临症时需加枳壳、枳实、槟榔、青皮、厚朴、木香、郁金等药物。

若血受寒所致者，宜温经活血化瘀，因血气喜温而恶寒，寒则凝而不流，温则消而去之。故对瘀积已久，兼有寒象者宜用本法，再酌加桂枝、肉桂、炮姜、吴萸、附子等。

若因热邪所致者，由于温热之邪灼血耗津，灼血可令血涸，津亏则不能载血运行，以致血行壅塞，宜凉血活血化瘀，方用分珠散（《证治准绳》），加生蒲黄、旱莲草、白茅根等。

若气机不利，久则脉络瘀结，气血凝滞而成瘀块索条。或因瘀血积聚，又与痰湿互结，阻碍生机，久而结为块者，又宜配用软坚散结之品，可加入海藻、昆布、牡蛎等以消积滞。

应用本法时，应注意气与血的关系，气为血帅，血为气母，气行则血行，气滞则血瘀，故用活血药时，常配适量行气药，以加强攻效。另外应注意，活血祛瘀之品，乃克伐之剂，易伤正气，故不宜久用。孕妇及血虚无瘀，月经过多者俱宜慎用。

退翳明目法 是用祛风退翳，平肝清热，养血活血，或补肾明目等药组方，以治疗黑睛新老翳障的方法。黑睛质地清莹明澈，稍受损伤，便可失其常态而影响目力。如外受风热邪毒，内因脏腑功能失调，或为物所伤等均可致黑睛生新老翳障。其治之法必须内服外点兼施，方能奏效。

若黑睛生聚星障，花翳白陷，凝脂翳等，可参见"聚星障"、"花翳白陷"、"凝脂翳"等条。若涩痛流泪，畏光羞明等症已不明显，唯见白睛微红，黑睛翳障较浮嫩，舌红苔白，脉细数，治宜祛风退翳明目为主，兼清余热，方用拨云退翳散（《银海精微》），或蒙花散（《眼科纂要》）；若兼口苦咽干，舌红脉弦者，前方加夏枯草、石决明、白蒺藜、柴胡等平肝清热之品；若白睛红赤已退，唯黑睛翳障未去者，兼面色苍白，舌淡脉细，治宜养血活血，退翳明目，方用消翳汤（《眼科纂要》）；若兼口干咽燥，腰膝酸软，舌红苔少，脉细等肝肾不足之症，或翳之后期，可于上方中酌加菟丝子、女贞子、楮实子、枸杞子等补益肝肾明目之品；若翳障秽滞难消，兼面色㿠白，神乏无力，舌淡脉弱，可于上方中加党参、山药、白术等补气药以扶正祛邪，助退翳之功。

若黑睛疾病将愈，仅白睛微红赤，畏光流泪涩痛等症轻微者，可点犀黄散（《韦文贵眼科临床经验选》）；若畏光流泪，白睛红赤诸症已愈，仅黑睛上遗留瘢痕者，可点石燕丹（《医宗金鉴》），琥珀散（《审视瑶函》）。

眼科外治法

主要有点洗熏眼法、敷眼法、熨法、烙法、开导法、钩割法、搐鼻法、针灸及推拿疗法等。

点、洗、熏眼法 点、洗、熏眼三法是用药物制成水、散、膏、锭等不同剂型，治疗外障眼病的常用方法。根据病情选用不同功用的药物组成，有清热解毒、祛风止痒、活血消肿、理气止痛、燥湿收敛、破积散瘀等治法。

属热毒侵淫于目者，如椒疮、粟疮、暴风客热、天行赤眼、眼部烧伤及黑睛生翳等症。可用清热泻火之品，如秦皮、黄连、栀子、黄柏、龙胆草、蒲公英、紫花地丁、银花、牛黄等。常用方如秦皮汤（《外台秘要》）、点眼金丝膏（《圣济总录》）、立胜散（《三因方》）、朱砂煎（《秘传眼科龙木论》）、西瓜霜合剂、10%黄连眼药水、龙脑黄连膏（《原机启微》）、犀黄散（《韦文贵眼科临床经验选》）、烧伤眼药水及膏。

属风热犯目者，如目赤眵泪、刺痒不适等，宜选用清热祛风之品，如桑叶、菊花、荆芥、防风、薄荷等。常用方如经验洗眼散（《银海精微》）、洗眼青皮汤（《审视瑶函》）、硝炉散（《经验眼科秘书》）。

属瘀血凝滞者，如赤丝虬脉、胞睑瘀肿，白睛溢血等，可选用活血行瘀之药，如归尾、赤芍、红花、桃仁等。常用方如局方汤泡散（《和剂局方》）。

属风、湿、热等邪为患者，如睑弦赤烂，隐涩刺痒，宜选用清热除湿，祛风止痒之品，如地肤子、五倍子、苦参、白蒺藜、蕤仁、明矾、防风等。常用方如赤眼神效八宝丹（《异授眼科》）。

若为胬肉攀睛，老膜障翳，宜选破积散瘀之味，如硇砂、铜绿、轻粉、白丁香等。常用方如吹霞散（《审视瑶函》）、神仙碧霞丹（《审视瑶函》）、八仙丹（《银海精微》），因其祛腐力峻，不可多用，否则有伤目损睛之弊。

如气滞血凝而目痛难忍者，属气血瘀滞，不通则痛，宜用理气行瘀止痛之剂，如乳香、没药、五灵脂、郁金等。

如因寒邪凝滞，宜温通散寒，可选用川椒、肉桂、干姜之类。此类药物辛辣性燥，不宜多用，尤其不可用于黑睛新翳之上。

点眼法 病人坐于避风静处，头部仰起，双目上视，将下眼睑向下掰开，使所点药液滴入睑内1—2滴，轻轻将上睑提起，并同时放松下睑，使药液均匀分布于眼内，令患者用手指压住大眦泪窍处，闭目仰面数分钟，待药力已行，再渐渐睁眼。每日一般点3—4次，遇有急重者，可每隔数分钟或半小时点眼1次，酌情而定。如果用锭剂点眼时，先用生理盐水或凉开水将其研磨调匀后用小玻璃棒蘸以点眼。如用散剂点眼，亦可用小玻璃棒一端沾湿生理盐水，再蘸药粉少量，点入眼下睑之内眦部，闭目休息。点眼以后，患者以手指按摩鱼尾穴数次，以助行其气血，闭目数分钟，俟药力已行，即可睁眼。若点散剂时，闭目时间应适当延长，俟药物逐渐溶化，以发挥更好的功效。

熏洗眼法 在临床中常与洗眼法合并使用，先用煮沸后药液的热气熏眼，待药液凉至温热时再洗眼。所以又常合称为熏洗法。熏洗法还有借助药液的温热作用，

不仅有疏邪导滞之功，而且可使眼部气血流畅，目得润养，起到扶正达邪的作用。使用方法：民间常在煎药锅上作一盖板，用硬纸板或薄木板均可，盖板上开一个孔洞，洞口大小与眼框骨大小相同。熏双眼时，可开两个相同的洞孔。等药液煎熬华后，将盖板覆盖在药锅口上，患眼接近洞口，如属眼睑疾患，闭目即可，如病在白睛、内眦或黑睛，则不断作瞬目动作，以利药气升腾于目内。熏眼时应注意避免药汽较热烫伤眼目。熏眼完毕，待药液温热时，取其澄清液，用眼杯，或棉花、纱布，蘸水洗眼。每日3次，每次15分钟。

敷眼法 是将药物敷于眼部的治疗方法。有药物热敷和冷敷之别。选用具有清热凉血、散瘀定痛、舒筋活络、化痰软坚、收敛除湿、祛风止痒等药物，制成膏剂或散剂，调敷患处以治疗胞睑、睑缘、眼眶等部的疾病，如睑弦赤烂、胞肿如桃、针眼、眼丹、胞生痰核、睑硬睛痛、眼睑外伤等。

方法是先将药物研成细末，根据需要，选用水或茶水、蜜、乳汁、姜汁、醋、胆汁、麻油、鸡蛋黄油、鸡蛋清等，将药末调成糊状，敷于患处。如为新鲜药物，可直接捣烂敷之。每日更换1—2次。注意勿使药物进入眼内，以免对眼部的刺激损伤。

药物热敷法 有宣通气血，导滞散结的作用，适用于针眼、目珠赤痛、眼外伤瘀血内积24小时以后等。其法，将所敷之药物加热后敷于患处，不断更换以保持敷药的热度。但需注意不可太热，以免灼伤皮肉。

药物冷敷法 具有散热凉血，止血定痛之功。适用针眼早期、风火赤眼肿痛、热毒壅盛者，及外伤瘀血肿胀的第一日。其法用凉水（如井水、冰水）调和药物敷于患处。常用方药如一绿散（《审视瑶函》）、五黄膏（《银海精微》）、摩风膏（《秘传眼科龙木论》）、翠云锭（《审视瑶函》）、散血膏（《审视瑶函》）、敷烂弦眼方（《审视瑶函》）等。现在有的取热敷或冷敷之意，乃用小毛巾或纱布棉垫浸泡于热水或冰水中，拧成半干状态，敷于眼部，不断更换敷之，亦有宣通气血或止血定痛之功。

熨法 是选用适当的药物，炒热后在患处或有关部位进行温熨的方法。其作用是通过在局部加温及所用药物的功能，使患处气血流畅，玄府疏利，濡养充旺，有驱邪外达，宣流止痛，散瘀消肿之功。本法适用于眼部的红肿疼痛，外伤后的瘀血疼痛，头风疼痛诸症。一般常用的熨药有艾、葱、大豆、食盐、米等。

熨法又有“湿熨”和“干熨”之分，如用鲜艾或鲜葱捣烂加热而熨者为“湿熨”。如用食盐、大豆等炒热后而熨者称“干熨”。药物加热用布包好，待稍温热后，在眼部或太阳穴部等处温熨，不要太热，以防烫伤皮肉，如凉后再加热，更互熨之，每次约半小时，每日2—3次。

烙法 是用烙具在火上烧红，灼烙于眼病患处的治法。烙法的作用，可直接去除病邪，手术中止血，对于翳障血脉较多者，可烙断其赤脉，去其再生之机。烙法适用于胬肉攀睛、赤脉贯睛、赤膜下垂、血翳包睛及一般术中出血等。烙时要安心定志，将眼睑撑开，保护好眼睑、眦部、黑睛等健康组织，将烙具烧红拭净，准确地烙在病变部位上。若病变在黑睛上，针烙皆不可用，不惟珠破，且亦痛甚。

开导法 是在上睑内面的病变部位进行劆洗或在眼周皮肤及某些特定穴位针刺，放出瘀血以治疗眼病的方法。

开导的作用，是在病变处或附近，用劆洗和针刺穴位皮肤，令其出血，以疏导经气，通利郁滞，排其瘀血，使邪气有直接外泄之捷径。瘀去邪怯，火泄痛止，收立杆见影之效。

劆洗的部位主要是上胞的内表面，因此处常为郁火邪毒所结，瘀滞血凝所聚。劆洗的适应证有椒疮、粟疮、鱼子石榴、鸡冠蚬肉、睑硬睛疼、痒极难忍、黑睛生翳等。其方法是用小锋针在睑内面病变处轻刺，或以眉刀轻划，或以龙须灯芯草、木贼草轻轻磨擦，令微出血，然后用灭菌生理盐水冲去瘀血。劆洗后需点眼药膏，以防两睑粘连睛珠。近代用中药液浸泡乌贼骨磨擦粟疮、椒疮等也属劆洗法。乌贼骨削成鸭舌形，表面磨平，宽约0.5厘米，长约4厘米，消毒后浸入50%大蒜液或10%黄连溶液内约2—4小时，取出备用。在表面麻醉后翻转胞睑，并使之充分暴露病处，轻轻磨擦局部，使粟疮表面破碎，以有轻微出血为度，然后用生理盐水冲洗，涂上消炎软膏，遮盖纱布数小时或1日，每周1次，反覆数次，至粟粒基本消失为止。

常用针刺出血的部位有迎香、上星、神庭、左右太阳穴、眉弓、耳际等部位。一般适用于六阳贼火炽盛之候，或头风痰火之人或气血瘀滞之症。如睑生偷针、肿胀如杯、黄液上冲、雷头风、偏头风、五风变内障、天行赤眼等。根据病变的具体情况，选用前述穴位一二处，用三棱针刺破皮肤，使其流出少量瘀血，借此以泄出火毒邪气，达到治疗的目的。古人也有对赤脉传睛之赤脉粗大者，用小锋针直接挑断，使其毒血流出，再用烙法，断其赤脉，去其赤脉之生机的记载，此法现已少用。

开导法为劫法，术中切记微利之，轻导之，注意中病即止，不要太过。因目得血而能视，太过则易伤气耗血，甚者耗伤膏液，影响目之光华。开导之后，又宜配合外用药及口服汤剂，方可达到较好的治疗效果。

钩割法 是将生于眼睑内面、白睛等处的蚬肉、胬肉等钩起割除的方法。钩割法只适用于胬肉攀睛、鸡冠蚬肉、胞肉粘轮等针药之力所不易奏效之眼病。但钩割法的具体操作，历代医籍仅以胬肉攀睛为例，作了较详细的描述。指出胬肉必须是经点药服药不退，且侵遮黑睛，恐碍瞳神者，方可施术。术前先以明矾水或明矾粉蘸于胬肉上，切勿粘染白睛或黑睛上，待其肉皱起，然后先用锋利之针穿入肉中，上下露针挑起，横于上下眼胞间担定，方用劙刀从中劙至近黑珠边，微微轻浮分离黑睛上之胬

肉,复又从针处分离白睛处胬肉,至大小眼眦尽处。或用细丝线穿过胬肉体部,然后拉紧两端线头在黑睛表面移动,将胬肉头部与黑睛分离,再用刀割,或用小剪刀剪断。色白者,不烙无妨,如红者需烙,令断其势,不再复生。并且强调不要在空腹时施术,以防晕倒。术中注意不要误伤黑睛,或误切大眦头之红肉。若黑睛有翳障厚蔽者,浅割外边赤丝瘀血粘着睛珠之障翳,要仔细搜剔干净,又不可伤及黑睛。术后注意护养,勿冲风冒日,辛苦劳碌,禁食腥发辛辣之物,并宜服清热活血疏风煎剂以防复发。

搐鼻法 是将一定的药物制成粉末,搐入鼻内,以治疗眼病的方法。见于《原机启微》。搐鼻法可使郁闭之毒邪有宣而外出之机。鼻为肺窍,眼与鼻相通,搐鼻后涕泪并出,邪火随之而散,《原机启微》喻为"开锅盖法"。并且有药少力锐的特点,用之有驱邪散火之功,而无寒凉抑遏之弊。适用于偏正头风,眉骨眼眶疼痛,赤肿难开,羞明疼痛,风痒鼻塞诸症。用时将药制成细末,令患者噙水一口(或不噙水亦可),以管吹药末入鼻内,或自己搐入鼻内。每日1—3次不等,视病情而定。方法简便易行,但有刺激性,引起涕泪较多,或有喷嚏,因此对凝脂翳、黑翳如珠、蟹睛以及眼内出血性疾患等要慎用。一般常用方如搐鼻碧云散(《原机启微》),治肿胀红赤,昏暗羞明,隐涩疼痛,风痒鼻塞,头脑酸痛,眵泪稠粘等;拔萃方搐药(《原机启微·附录》)、上清散(《审视瑶函》),治因风头痛,眉骨眼眶俱痛,不可忍者;搐鼻散(《银海精微》),治目风热,赤肿难开;麝香散(《审视瑶函》),治冷泪不止等。

针灸法 针对病证选取一定的穴位,进行针、灸或针灸并用,以治疗眼病的方法。针灸治疗眼病,早在《素问·缪刺论》已有记载。

目之为体,乃经络之精华,荣卫之膏液,下达脏腑,通乎气血往来,以滋于目,若外感六淫,内伤七情,而致脏腑乖违,气血虚损,或经络郁闭,必影响于目,因此分清内障外障,辨明目病之寒热虚实,验明疾病之经络部位,精选穴位,采取或补或泻手法,疏通经脉,调和阴阳,以达到扶正祛邪,治疗眼病的目的。现将眼科常见疾病的针灸治疗叙述如下。

迎风冷泪,无时冷泪 尤以老年人,肝肾不足,气血虚衰,胞睑肌肤弛缓乏力者。取穴以睛明、攒竹为主,配以足三里。前二穴属膀胱经,与肾经为表里,藏津液,主气化,尤以睛明穴系藏泪之所,若脾肾阳虚,不能制约泪液,则泪液时时而下,针之有补益肝肾,调理脾胃,制约泪液之功。以补法进针。捻针约半分钟,留针10分钟后,再捻针1次起针。每日1次,或隔日1次。

针眼 为上下胞睑缘之疖肿。取穴以阳白、瞳子髎、四白、丝竹空为主穴,配以鱼尾、攒竹。用捷逆手法进针,以达疏郁导滞,泻火利湿之功。每穴提插捻转约半分钟。留针10分钟,再捻转1次起针,每次选二穴位。上下午各针1次,或每日1次。

上胞下垂 为上胞睑常垂。眼肌司开启之职,取三阴交、四白、承泣、足三里为主穴,配以鱼腰、攒竹、阳白、风池、合谷,以扶正祛邪,培土益气,以司升降之功,使上胞提举有力,睑裂增大。每次选2—3穴,以平补平泻手法进针,提插捻转半分钟,留针10分钟,再捻半分钟后起针。

胞睑振跳 为胞睑自行牵拽振跳,发息无时。取颊车、地仓、承泣、三阴交、阳白、风池,配以攒竹、鱼腰等穴。调理脾胃之经气,以充生精化血之源,疏泄胆经郁滞,即平肝木之意,并于局部疏利气血,以润养筋脉,使胞睑自安。每次选2—3穴。进针手法,留针时间,见"上胞下垂"处。

目偏视 为眼珠不正,运转顾盼失灵。取睛明、攒竹、瞳子髎、风池为主,配以丝竹空、承泣、足三里、水沟等穴。疏解太阳之风热,调少阳之经气,以养厥阴之筋脉,使邪祛风止,筋脉眼带得舒,则眼珠自正。进针手法,捻针,留针时间均同"上胞下垂"处。

电光性眼炎 因紫外线照射引起的目赤疼痛,羞明流泪,取四白或攒竹,配合谷、风池等穴。因太阳为目上网,阳明为目下网,用针刺宣导或按摩疏利二经之经气,使眼部气血调和,络脉通利,则邪祛痛止,羞涩自解。以泻法进针,捻针约2分钟,务使得气,留针10分钟,再捻转2分钟后起针。或用拇指或食指紧压四白穴,以同一方向旋转按摩,每分钟约150次,共3分钟,休息10分钟,再按摩3分钟,效果与针刺相似。

天行赤眼、暴风客热 常为客感风热厉气所致,取攒竹、瞳子髎、风池,配丝竹空、太阳、合谷等穴,以解太阳、少阳之风热,则红退痛止。每次针2—3穴,以泻法进针,每穴提插捻转约半分钟,留针10分钟,再捻针1次,每日针1次,重者上下午各1次。

过敏性结膜炎 取瞳子髎、风池、丝竹空、翳风,配以合谷。以疏利少阳之风热,宣导气血,使郁解瘀散,痒止肿消。进针手法与"天行赤眼"同。

白涩症 多为脾肺湿热所致。取太渊、鱼际、三阴交为主,配以合谷、风池、光明、阳白、攒竹、足三里、四白诸穴。宣导脾肺二经,以清热化湿,调少阳之经气以助其功。每次针2—3穴,以平补平泻手法,捻针与留针时间,参见"天行赤眼",可每日1次,或隔日针刺1次。

凝脂翳 常为肝胆实火或挟风邪引起风轮上起黄白色浮翳。取行间、太冲、瞳子髎、头维、阳白、临泣、目窗、风池、光明为主,佐以太阳、攒竹、丝竹空、翳风,疏利肝胆,宣通三焦之经气,以清热泻火,退红止痛,消翳明目。每次针2—3穴,以泻法进针,每穴提插捻针约半分钟,留针10分钟,再捻针1次,如此行针3次,上下午各针1次,或每日1次。如病势凶险,翳又深蚀,针时嘱患者双眼不得用力紧闭,以防黑睛翳薄处不胜其力,爆出稠水而破者,有成窟漏之虞。另有睛明、承泣二穴,针后偶有眶内出血,使目珠胀起,迫使翳破珠损,故应慎用。

逆顺障、聚星障 多由风邪热毒引起黑睛星翳。取

风池、阳白、临泣、光明、行间为主,配以攒竹、太阳、四白、足三里、合谷等,疏泄肝胆,解郁导滞,以疏风清热,退翳明目。每次选2—3穴,以泻法进针,提插捻针约半分钟,留针10分钟,再捻1次起针。病重者可上下午各针1次,轻者每日1次。患此者常畏光流泪,紧闭双目,医者很难检视风轮上翳星之气色形态时,可先针风池、太阳、合谷等穴,以疏利经脉,定痛解痉,致使上述症状顿减,便于检查诊治。

云翳(冰瑕翳、鱼鳞障等) 为黑睛斑翳,取穴以眼区局部为主,如睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎、阳白、翳风等,宣通脉道,调和气血,以使凝解翳消,增进视力。日久之翳,辅以调补肝肾,以益精光,配用大椎、肝俞、肾俞等穴,每次选2—3穴,以平补平泻手法进针,提插捻转约半分钟,留针10分钟每日针1次,或隔日1次。

瞳神紧小 多为肝胆火邪内郁所致。取瞳子髎、风池、阳白、目窗、头维、光明、行间等为主,配以睛明、太阳、攒竹、丝竹空、合谷、足三里,以疏利肝胆二经,导滞解郁,郁解则火自息。以泻法进针,提插捻转约半分钟,留针10分钟,每日或隔日针1次。

五风内障 多为头风痰火所致。症见瞳神内有青绿黄等气色改变,可伴有头目胀痛、恶心,甚则攻散瞳神。先在眉棱骨处或太阳穴处,用三棱针刺出血,使阳邪火毒有外泄之机,继则选用风池、头维、阳白、瞳子髎、行间、大敦等穴,配以太阳、攒竹、合谷、足三里、内关、神门。宜利肝胆二经,以平肝泄火,清利头目。

病延日久,症情转缓,除点服药外,可配用睛明、承泣、丝竹空、角孙、风池、大椎、臂臑、光明、三阴交,以疏导经络,调和气血,培补明目。每次选2—3穴,以补法进针,捻转,留针时间等同上。

圆翳内障 常因气血虚衰,肝肾不足引起黄精混浊。取睛明、攒竹、肝俞、脾俞、肾俞、瞳子髎、阳白、目窗、光明,配以四白、臂臑、三阴交等穴,疏利经脉,调和气血,补益肝肾,以濡养目窍,增进视力。每次选2—3穴,以补法进针,提插捻转约半分钟,留针20分钟,再捻针1次起针,隔日1次。

雀目 常为肝虚血少或脾肾阳虚者患此症。取睛明、脾俞、肝俞、肾俞为主,配以命门、大椎、光明、三阴交、目窗、承泣、四白、阳白、太阳等穴,以宣利经脉,补益肝脾肾之精气,使目有所养。每次选2—3穴,针法同"圆翳内障"。

视瞻有色、视瞻昏渺、暴盲、青盲 皆属瞳神内之目疾。取睛明、攒竹、肝俞、肾俞、丝竹空、角孙、瘈脉、翳风、瞳子髎、风池、光明、临泣,配以承泣、臂臑、养老、三阴交、足三里等穴。针刺使脉道调畅,玄府通利,气血调和,阴平阳秘,精气充旺,目得所养而精彩光明。每次选3—4穴,以平补平泻或补法进针,提插捻转半分钟到1分钟。留针10—20分钟,再捻1次,可反覆2—3次,每日或隔日1次。

推拿疗法 是在眼睛附近或稍远处的有关穴位上进行按摩的治疗方法。见于《龙树菩萨眼论》。其作用可使局部气血流畅,达到调和营卫、舒筋活络、通利脉道、扶正祛邪、散瘀定痛之功。适用于眼眶骨痛、眉棱骨痛、视近怯远、视远怯近、不能久视、久视则眼珠酸痛及一些内障眼病等。按摩穴位的选择,分为局部取穴和循经取穴两种。局部取穴常选用眼区周围之穴位,如攒竹、丝竹空、瞳子髎、四白、太阳、睛明等。循经取穴,根据病变之部位,属何经脉,所起所布;邪之所侵,系何经脉受之,而选取相应经脉或表里经脉上的穴位,与局部取穴互相配合。按摩方式一般分徒手按摩和药物按摩两种。徒手按摩法,用拇指或食指按压于所取穴位,逐渐加大压力,直至局部有酸胀感时为适宜,每穴按摩20—30次即可。药物按摩法,所取穴位在头顶百会穴及其附近,根据病情选择药物熬成膏,涂于头顶部,然后按摩20—30遍,使药物气味透入穴位之中,如用摩顶膏(《审视瑶函》)治肝肾亏虚而视瞻生黑花。另外按摩法亦可配合于点眼药后,如《秘传眼科龙木论》记载有在点眼药后,强调按摩鱼尾穴,以助血脉宣流,使药物散布,易于吸收,增强祛邪力量。近代有根据按摩法编成眼保健操,用以预防和治疗青少年假性近视眼及视力疲劳。

养目法

是指平素对眼睛的保养防护,及得病后的调养将息,促使其早日痊愈的方法。

早在唐代,《千金要方》作了概括的总结,列举了多种损目的直接或间接原因告诫后人,如:"生食五辛,接热饮食,热食面食,饮酒不已,房室无节,极目远视,数看日月,夜视灯火,夜读细书,月下看书,抄写多年,雕镂细作,博奕不休,久处烟火,泣泪过多,刺头出血过多,右十六件并是丧明之本,养性之士宜熟慎焉。又有驰骋田猎,冒涉风霜,迎风追兽,日夜不息者,亦是伤目之媒也,姿一时之浮意,为百年之痼疾,可不慎欤。"以后历代医家对眼病的预防和调养,在生活和医疗实践中,又积累了丰富的经验。概括起来有以下几方面:

六淫避之有时 风寒暑湿燥火为六气,不及与太过谓之六淫,六淫皆能伤目而导致眼病。头为巅顶,其位最高,风为阳邪,善行数变,无高不至,因此风邪最易伤害头目。目窍至高,火性炎上,最易攻犯。因此,刘完素有"论目昏赤肿翳膜皆属热"及张从正有"目不因火不病"之论。头为清阳之府,痰为湿浊之邪,痰与风结称风痰,痰与火结为痰火、风痰、痰火攻目最急。时气流行亦易伤目,往往一家之内,一里之中,尔我相感,老幼相传。因此对六淫时气,风沙烟尘,要避之有时,不要久处烟火湿地,烈日暴晒,贪凉着寒,向火取暖,冒涉风霜,迎风疾走等使目免受其害。

七情常宜调和 喜怒忧思悲恐惊为七情。七情过度

常致眼病，特别是内障眼病多因其害，如《医宗金鉴·眼科心法要诀》曰："内障之病皆因七情过伤，过喜伤心，过怒伤肝，过忧伤肺，过思伤脾，过悲伤心，过恐伤肾，过惊伤胆，藏府内损，精气不上注于目。"因此保持七情调和，不要太过或不及，使五脏之气充和，六腑之气调畅，精气充血气旺，皆上注于目，则眼目之疾不生。

爱养身心为本 精气神为人身三宝，应充旺而不宜亏耗。人要知爱养之方，不犯禁忌之戒，外不纵性以伤于五味四气，内不放心六欲七情。顺时气养天和，精神内守，则真气真血真精不损，风寒暑湿燥火难伤。血充精固，神清气旺，阴阳调和，水火既济，精华盛而目力全，无目病之苦，无丧明之忧。若不知爱养之方，劳心竭思，如《伤寒卒病论·序》中指出的"竞逐荣势，企踵权豪，孜孜汲汲，惟名利是务。崇饰其末，忽弃其本，华其外而悴其内"，则身心俱劳。或不能保养真元，房事无节，斫伤精血，邪气乘虚而入，皆为目病之因。因此爱养身心，保精强身，是预防和治疗眼病的重要方面。

戒烟慎酒保津 烟酒为辛热刺激之物，耽酒嗜烟，有损脾害肺，劫液伤阴之害，有激动情志，耗伤神气之弊；其性辛热，有生热助火之忧。目为火户，邪火炎上，为害目之源。有因嗜烟成瘾而盲目者，有因饮酒成癖或暴饮而致盲者。因此，戒烟慎酒，是养目之要。慎用，非不用也，酒有通利血脉，行滞解凝，引药上行之功，凡有血脉不利，或寒湿凝滞之病，亦可审慎少饮，以助药力。在眼病治疗中，对发散风热，或通利血脉之剂，又常常加入少量黄酒为引，或以酒炒药，乃因酒能引血，引药上达于头目之故。

饮食宜忌适度 人之饮食乃生精化血之源，宜规律有常，食物不宜单调，品种应多样，使营养丰富，化源充盛。不可暴饮暴食，以免伤损脾胃。幼弱年老之人，齿弱脾虚，不宜多食煎炒炙煿、油腻肥甘之物；中宫虚寒者，忌生冷寒凉之品。得病之后，贵在调养将息，更须注意饮食之宜忌。如小儿肝虚雀目，暮无所见，宜多食羊肝或猪肝，以补肝养血而明目，而对老人目昏，食此则非皆所宜，若妄过食之，反有助痰生湿动风之忧。眼病忌口，有一定的重要性，如《世医得效方》在"眼病禁忌"中说："眼乃一身之主，不能忌口，药亦无功，自陷此身也。"眼病忌口应视具体情况而定，若证属热盛毒甚者，宜忌公鸡、鲤鱼、虾、蟹、猪头肉等腥发及辛辣之物，否则有助热生火之弊，而宜多食淡素菜果之类，以助清利明目之力。若有便秘者，宜多食清润之品，以保持大便通畅，有助导火邪下行之功。若片面强调忌口，对鸡鸭鱼肉蛋品之类一概忌食之，又非所宜。否则致使饮食单调，化源亏乏，养目之源不足而遗祸无穷。如《证治要诀》云："有因茹素，至目少光，或成雀目。盖食能生精，亏之则目无所资而减明。"实为衷言，以俟杜渐。

惜视缄光护目 惜视则目不劳，缄光则膏常润。《医学入门》指出："读书针刺过度而痛者，名曰肝劳，但需闭目调护。"因目得血而能视，久视易伤血，亦能损目，因此，不要劳目竭视，强调合理使用目力，光线宜明亮，不应在弱光下阅读，或在走路、行车中看书，对费目力的工作，如雕镂细作，刺绣衣锦等，时间不宜太长，中间可适当闭目调护或远视片刻，以俟休息。更不宜向日观火，否则害目犹甚。对于不能久视，久视则酸痛者，应即时诊治。平时亦可在眼周围局部按摩，宣通气血，舒利筋脉，以解除疲劳，预防眼病。

《审视瑶函》说："欲无其患，先制其微。盖言疾之初起，即当治疗也，制之法岂独药哉。内则清心寡欲，外则惜视缄光。盖心清则火息，寡欲则水生，惜视则目不劳，缄光则膏常润，脏腑之疾不起，眼目之患即不生，何目疾之有哉。"体现了眼病预防的重要性。

白内障手术疗法

黄精渐混，遮蔽神光，结成障翳，多为圆翳内障，也称白内障。手术目的系将混浊之黄精拨离或取出，以恢复神光发越。手术方法包括白内障针拨术、白内障针拨套出术、白内障针拨吸出术三种，是在古代金针开内障术基础上发展而成。用拨障针将白内障拨离瞳孔区者，称为白内障针拨术；用一特制的白内障套出器及粉碎器，取出全部内障者，称为白内障针拨套出术；用圆钝针头吸出内障者，称为白内障针拨吸出术。

手术方法选择 本组手术适应证较广，不仅老年性白内障，某些先天性、并发性、外伤性白内障均可适应外，在采用晶状体超声乳化和吸出术时五种禁忌证，如角膜内皮营养不良、前房浅、瞳孔扩大未及6毫米、老年患者的黑色白内障、25岁以上的晶状体脱臼或半脱臼，均可选择相应手术治疗。对合并有严重的玻璃体液化、玻璃体增殖性改变，合并有严重的虹膜后粘连的白内障均属禁忌范畴。

白内障针拨术适应证 以老年性成熟期或近成熟期白内障，尤以核性白内障为宜。特别是年迈体弱，或伴有某些慢性病，接受其他白内障手术有一定困难的患者，用此法较佳。

白内障针拨套出术适应证 适应于老年性白内障，对某些先天性、外伤性、并发性白内障和一些晶状体脱位的病例以及抗青光眼眼外引流手术后又合并白内障者也可适用，因在颞下方手术，不影响上方滤过结构。但对高度近视、玻璃体液化或眼底有视网膜脱离病史，或另一眼有视网膜脱离者慎用。玻璃体有机化条索改变者禁用。

白内障针拨吸出术适应证 适应于25岁以下患者的软性白内障。如某些先天性、外伤性、并发性白内障等，少数患者年龄虽在40岁左右，但白内障仍属软性或核很小者亦可采用。

操作方法 术前均应充分扩瞳，直径达8毫米以上，不服降眼内压药物，其他均按内眼手术常规准备。术中共同注意点有五：①眼球麻醉要充分。②切勿给眼球加

压。③切口要求内口一定要大于外口。④进针时针头要在晶状体和虹膜睫状体的间隙中进入前房。⑤不要用针的侧面压迫晶状体表面。以上是防止过多的玻璃体外溢、切口断裂、虹膜根部离断、睫状体挫伤、晶状体囊破裂等并发症的关键。

以下均以左眼为术眼,例举操作方法于下。

白内障针拨术 术者坐于术眼同侧的前面,助手站在患者的左(右)后方。先用缝线牵引下睑,助手用拉钩轻提上睑。

切口:用固定镊挟住角膜缘6点处结膜组织,牵引眼球转向鼻上侧。在角膜缘4—5点外4毫米处,用三角形刀片垂直刺穿眼球壁,做一长约2.5—3毫米与角膜缘平行的切口。

拨障:断晶体悬韧带顺序如下:断颞下方4—6点处韧带,持拨障针使凹面向下,垂直插入切口约3毫米后,针头朝向12点,于睫状体与晶状体间轻摆前进,达瞳孔缘12点处,将针头凹面贴住晶状体,向下绕过赤道部拨断4—6点处悬韧带;断颞上方韧带,将拨障针转到晶状体后下方放平针头,相当于瞳孔区1/3处,自鼻侧向颞侧作水平摆动,划破玻璃体前界膜,然后转针凹面向下,退出1/2许重新进针到晶状体前1—4点近赤道部,压晶状体向后下侧倾倒;断鼻上方悬韧带,将针头进入到晶状体前9—10点处,压其向后下倾倒,以断9—12点悬韧带。晶状体成水平位时,拨障针再一次划破玻璃体前界膜;断鼻下方悬韧带完成拨障,将拨针凹面抱住晶状体鼻上方9—10点处赤道部,使12点处向颞下转移到眼球内颞下方之睫状体平坦部和视网膜锯齿缘附近,保留6点左右之悬韧带不断。

出针:起针后晶状体不再浮起时即可出针。整复球结膜切口,使其覆盖巩膜切口。结膜下可适量注入激素及抗生素,扩瞳,单眼包扎。

注意点:拨障针进入切口如有阻力感,要考虑到切口过小,或睫状体平坦部未被切穿,或切口处有结膜组织带入。断颞下方韧带,拨针在越过晶状体下方赤道部时,针头切勿超过6点过多,以保持6点左右韧带不断,否则术毕,晶状体成游离状态,将随体位改变而移动,会影响上方视野。在划破玻璃体前界膜时,密切注意拨针不能伸入眼内过深,以免碰伤睫状体或视网膜锯齿缘。偶尔发现被拨下之晶状体,随擦拭切口的棉签而上下浮沉波动,乃说明晶状体颞侧悬韧带部分游离在切口外,可用棉签卷擦或用剪刀将其剪断,晶状体都能下沉到预定位置,否则要重新进针将其拨下。

白内障针拨套出术 上下睑以缝线拉开,充分暴露全角膜及颞下方结膜和巩膜。

切口:用结膜牵引镊挟住角巩膜缘4—5点外3毫米处结膜组织,牵向鼻上方,使结膜与巩膜错位。在角巩膜4—5点外4毫米处作一平行于角膜缘切口,达巩膜半层深约0.3毫米,长约5毫米,扩大结膜切口。以9"0"号尼龙线作巩膜切口前后唇预置缝线。用小刀片从原切口切穿眼球壁,长约2.5—3毫米,出刀时刀刃略向上挑,使切口内侧略大于外口。放松预置缝线,以免玻璃体溢出。

拨障:与针拨白内障的方法相同,须保留6—9点处的悬韧带,使晶状体呈30°—45°的倾斜。再将切口扩大到7毫米左右,注意保证睫状体切口不小于巩膜切口。

入套:轻提预置缝线,持关闭套口的套出器伸入切口,到达瞳孔缘上半部的虹膜之下,和已倾倒的晶状体之前,当套出器全部入眼,助手立即交叉预置缝线,关闭切口。张开套口,此时晶状体1点左右处赤道部往往顺势滑入套口,趁势在角膜缘7点距2—3毫米处以斜视钩轻压巩膜推晶体入套,缓慢关闭套口,待晶状体1/2以上进入套口后,关闭套口至一半左右,将套口转回角膜中央,打开套口,用斜视钩在套口相对应的角膜上轻推,待晶状体全部进入套内完全关闭套口。

出套:将套口转回6点处,使与切口平行,向外轻拉,当闭合的套口露出切口外1/2时,即将套出器柄转向颞上,继续出套的同时可逐渐打开套口,使全部套口露在切口外。

取白内障核:用白内障粉碎器,闭合上下两唇,垂直插入套出器的乳胶套内约1厘米,向左回旋90度,然后分开两唇,各抵乳胶套之两侧壁,晶状体被迫移位于粉碎器两唇之间。轻轻关闭粉碎器到手上有晶状体核被挟住的感觉时为止,将粉碎器转回到伸入时的位置,向外取出晶状体核。如取出不多,可重复一次。

套出器全部取出时,迅速抽紧结扎巩膜切口后唇之缝线。清理切口,剪除嵌于切口之玻璃体,并用拨针轻轻按摩巩膜切口,使之平复,连续缝合球结膜切口,结膜下注射抗生素及泼尼松,点1%的阿托品眼药膏,单眼包扎。

注意点:在巩膜半层切开时,切勿用力过重,以免切穿。否则在作巩膜预置缝线时,容易发生玻璃体外溢和缝针损伤睫状体组织,并将其色素及肌纤维从针孔带出,若发生这种情况必须重缝,以免加重术后反应。在做巩膜预置缝线时,前后唇两针缝线必须对准,结扎松紧适度,以免切口错位,缝线松脱等影响愈合。

取白内障核时,粉碎器伸入乳胶套内不宜过深,两唇向左右张开时不应过大,以防乳胶套破裂。

白内障针拨吸出术 拨障同针拨术,只是保留切口附近的晶状体悬韧带不断,这样使晶状体向切口处移位,便于针吸时操作。在针拨断带中,10点左右处的悬韧带往往不易离断,可用断带针进入眼内将其拨断。

一次吸出法:用5毫升针管,根据晶状体体积的大小和有否小的白内障核而选择适当大小的白内障吸出针头。预先吸取1毫升灭菌生理盐水。针头垂直伸入巩膜切口约5—6毫米深时,使针头斜面渐渐紧贴晶状体后囊正中,并托向前房,使与角膜内壁轻轻接触为度,位置恰当后,即开始抽吸白内障,抽时要随时控制手指的动作。

通过扩大了的瞳孔观察晶体逐渐被吸入针管内。当全部吸尽后缓慢出针。如有囊膜挟在切口内，或与附近的韧带仍连着，可用晶状体镊将其挟住取出或剪断。

分次吸出法：用于无核的白内障。巩膜切口长约3毫米，方法基本与一次吸出法相同，选用8号针头，将针头向晶状体赤道部刺入，针头斜面向上，背面接近晶状体后囊，在位置恰当后，即行吸出似浆样的晶状体皮质。皮质吸出后，囊皮皱缩卷曲，有时因卷曲的囊膜包藏一部分皮质，吸出有困难时，可将针管内的盐水缓缓注入晶状体囊内，使之重新充盈成扁圆形。同时针头可小心地在囊膜内边注射盐水边扰动，使残留皮质与盐水混合，便于吸出。当皮质基本吸尽后，囊膜往往不易被吸出，即出针，将针管内的皮质洗尽，重新吸取干净的灭菌生理盐水等量，换上较粗的白内障吸出针头，重新进入眼内，将针紧贴晶状体后囊，控制好针芯活塞，稍用力将囊膜吸入针内即可，出针时有时因切口附近悬韧带未断，尚有部分囊膜和韧带在切口处不能全部吸出，助手可用晶状体镊将其挟住取尽。如在吸出囊膜的过程中，有少量皮质残留前房时，再用针头之斜面贴住皮质将其完全吸出，即可出针。如有小块囊膜在虹膜后周边部，可不予处理。若在瞳孔区，可用晶状体囊镊挟出。

处理切口，一次吸出法者，处理同套出术；分次吸出者，处理同针拨术。

注意点：在分次吸出法中，助手固定角膜缘6点处球结膜不宜放松，以免球结膜切口与巩膜切口错位，使术者进针困难，固定镊不应挤压眼球，以免造成玻璃体外溢。

适应于做针拨吸出术的白内障，大多皮质软，悬韧带坚韧，为了防止拨障断带过程中晶状体囊破，在选用拨针时，针的头部宜宽些，它与晶状体的接触面大，在拨障断带时囊膜不易破裂。

抽吸时，要随时注意针管上的刻度，一般吸出白内障后，针管内容的量只允许增加0.35毫升左右，因为一般晶状体的体积约有0.2毫升，如超过此量，就有误吸玻璃体的可能。

如在吸白内障囊或残留皮质之前，误吸房水，使前房变浅或消失，则应在前房内注入少量灭菌生理盐水，恢复前房深度后再吸。否则易将玻璃体吸出。

在吸白内障或吸囊膜时，当白内障已基本吸入针头内时，就要迅速停止抽吸，以免误吸虹膜、角膜内皮等组织。

术后护理 针拨术患者术毕可步行回病房。枕头略高平卧，普食，生活自理。双眼同时手术者，须予照顾，瞳孔未缩小到正常前不宜低头，以免玻璃体脱入前房，术后每天换药1次，点抗生素、激素眼药水，刺激症状较重者，加点1%阿托品眼药水，一般术后第三日可以去敷料，第五日可以试配镜和出院，1个月可以正式配镜。

套出术和吸出术者，如术中经过顺利，术毕送回病房后，护理同针拨术后。如术中有并发症，或双眼同时手术者，必须予以一级护理。术后5—6日去结膜缝线，巩膜缝线埋藏于结膜下不拆。2个月后可以配戴眼镜。

并发症 可发生在术中及术后，应加预防。

术中并发症及处理 内障浮起：晶状体位置过高，是由于某些方位的悬韧带未断所致，如4点处未断，晶状体在瞳孔区颞下方位置较高；如8点处未断，则瞳孔区鼻下方位置较高。两者均须重复上述拨障手法，以断4点或8点处悬韧带。

晶状体破裂：易发生在膨胀期和过熟期白内障。手术时将拨障针误入晶状体囊内，或过分压挤晶状体而造成；在套出术中，当驱赶白内障进套时，斜视钩用力不当，或关闭套口过早过紧等，均可发生。如发生在针拨术中，应立即停止拨障，改做白内障针拨套出术，先将晶状体核取出，并用圆钝的粗针头吸出皮质；如在套出术中发生，将晶状体核套出后，拉紧巩膜缝线，然后吸出皮质。

虹膜睫状体出血：可由睫状体平坦部切口小于巩膜切口，在进针时，造成撕裂伤引起出血。因此在刀片切穿巩膜睫状体平坦部后将刀刃向上略挑起，使睫状体切口不小于巩膜切口。或因针头误入睫状体下腔，损伤睫状体导致出血。或针头翘得太高，推挤睫状体及虹膜根部过重，甚至造成虹膜根部断离。引起前房出血时，需将拨障针立即后退，纠正针头位置。套出术中还可见于睫状体平坦部的切口反小于巩膜切口，则在进套出器时容易将睫状体推挤撕裂，引起睫状体出血，或因套出器在眼内的位置不当，如翘得过高，挤压睫状体与虹膜组织，也会造成出血。

玻璃体外溢：如球后封闭麻醉、轮匝肌麻醉未达到预期目的，眼球转动，眼睑压迫眼球所致，或进套出器时推挤巩膜切口后唇，巩膜预置缝线牵拉不当，斜视钩在眼球外加压过重，均是造成术中玻璃体外溢的原因。

术后并发症及处理 继发性青光眼：一般见于针拨术，套出术后很少发生。主要是因术后瞳孔区玻璃体疝阻滞了房水的正常通道，引起眼压升高所致。是由房水进入玻璃体腔内，和瞳孔区的玻璃体前界膜完整两个因素形成的。为了防止玻璃体疝的形成，术中必须在瞳孔区下1/3处划破玻璃体前界膜，如已出现这类继发性青光眼，用扩瞳剂充分散大瞳孔，缓解玻璃体疝的阻塞；局部滴用激素，防止虹膜瞳孔缘和玻璃体疝发生粘连；口服50%甘油，如药物治疗无效，可采用划破玻璃体前界膜的手术方法。

虹膜睫状体炎：常由于白内障皮质过敏引起。由于个体差异，临床表现亦轻重不同。其特点除一般虹膜睫状体炎的临床所见外，房水内有较多的浮游细胞，小块状皮质碎片，前房下半部有时可见皮质碎片沉积，玻璃体有轻重不同的混浊，如有皮质进入玻璃体腔，则混浊更为明显。一般来说，皮质碎片在前房较在玻璃体腔易于吸收。

处理方法：术中发生晶状体囊破裂后，已做相应的处理，前房残留皮质不多，术后可服菊花决明散（《原机启

微》)，或抑阳酒连散(《原机启微》)，或还阴救苦汤(《原机启微》)。全身和局部可用激素，点扩瞳药等。如因术中未能完全吸尽，术后前房中又出现较多皮质，则应及早将残留皮质取出，可采用前房穿刺，或从原切口处吸出皮质。另外，老年性白内障合并陈旧性虹膜睫状体炎或虹膜睫状体炎并发性白内障者，常因术中将虹膜与白内障粘连分离，刺激较大，术后引起炎症活动或加剧。这类病人术前与术后必须给予足量的激素，及上述中药。

眼内出血：一般很少发生，如出血仅限于前房者，一般较易吸收，预后良好。出血在玻璃体腔内，吸收缓慢。出血多者，日久引起玻璃体混浊影响视力，甚者形成机化条索，发生其他并发症。处理方法：开始宜用中药除风益损汤(《原机启微》)，加凉血止血药，如生地、丹皮、白茅根等，或用十灰散(《十药神书》)。几天后如出血已止，瘀血较多可改用活血祛瘀之剂，方用血府逐瘀汤(《医林改错》)，或破血汤(《眼科纂要》)，加用血竭、花蕊石等。2周后酌加软坚化瘀药，如昆布、海藻等。

切口裂开：极少发生。巩膜切口缝线结扎过松，或因不慎误碰手术眼所致。可以看到巩膜切口裂开处呈灰黑色条状，长度与切口相符，如合并有玻璃体脱出，则该处结膜呈半透明状隆起，多则可导致球结膜切口裂开，玻璃体呈条状或球状游离在切口处。处理方法是采用表面麻醉，进行切口修补。

术后感染：针拨术后眼内继发感染的原因和途径，与其他内眼手术后继发感染相似，但其临床表现略有不同，发生的时间大多在术后2—3日，若术后在球结膜下注射抗生素和激素，则使感染的症状延缓出现，有的可在术后4—5日发生。又因手术器械直接进入玻璃体腔，故常在后房或玻璃体内先发生感染，而在眼前部的炎症表现不明显。处理方法，一旦发现有术后感染，即取结膜囊分泌物涂片检查，细菌培养及药物敏感试验，同时立即给予中药清热解毒之剂，如双花5克，连翘12克，大青叶30克，蒲公英30克，黄芩10克，生地25克，赤芍10克，荆芥10克，生甘草4克。大便秘结者，加大黄3克，每日1剂，分2次服。如患者身体壮实，可1日两剂，分四次服。

骨伤科内治法

是指通过内服或注射使药物在体内发挥作用，从而对伤病达到全身性治疗的方法。

随着医学理论和临床实践的发展，骨伤科内治法亦不断地发展和充实，逐渐出现对伤损进行分期辨证论治的方法。如《理伤续断方》总结了唐代以前伤病内治的经验，并加以发展、创新，对创伤骨折创立了"七步内治法"。第一步用大成汤、小承气汤，或单用大黄、当归，功效同是攻下逐瘀，主治创伤之初，瘀滞不通，二便闭塞，可因病情轻重，按病人体质强弱等分别使用。第二步用黄药末。第三步用白药末，其功效是活血止痛、续筋接骨，主治创伤之后，气滞血瘀，壅塞经脉内外，局部肿胀疼痛，这是按时间不同及体质差异而设立。第四步用乌丸子。第五步用红丸子。第六步用麻丸子，功效是调补气血、坚筋壮骨，主治骨折连而未坚，气血内耗阶段，表现为筋萎无力，手足缓弱，外肿内痛，肢节疼痛等。第七步用活血丹、当归散、乳香散，其功效主要是强筋壮骨、舒筋活络，主治损伤后期患部疼痛、手足痿痹、筋骨乖纵、挛缩不舒。并还创制了用鹁鸟骨烧存性，煅醋淬古铜钱一个为末，用酒调服以治疗骨折的"接骨药"，对骨折的治疗，在临床上使用了铜类药和动物骨类药，对后世治疗骨折的接骨续损法产生一定影响。如宋代《太平圣惠方》所载治疗骨折的内服方"五骨散"等，就较普遍地使用动物骨骼。随着历史的发展，对损伤的辨证治疗在实践中不断总结提高，有所简化。《证治准绳》中收载了刘宗厚的论点："盖打扑坠堕……又察其所伤有上下、轻重、浅深之异，经络气血多少之殊，唯宜先逐瘀血，通经络，和血止痛，然后调气养血，补益胃气。"刘氏提出了损伤分"早、中、后"不同时期，治疗依次为"攻、和、补"三大法。损伤内治，从唐代的"七步内治法"发展简化为三期辨证内治，这样便形成了一套有别于其他各科的辨证内治法则，从而使骨伤科的内治走上了独特的专科化道路。对骨折的临床辨证，用早、中、后三期辨证施治，内治相应使用攻、和、补三大法，并普遍地使用铜类药、动物骨类药物的施治方法，一直沿用至今。

内治法主要是通过口服中药制剂达到治疗目的，常用的有汤剂、酒剂、丹剂、丸剂、散剂、软膏剂等。近年来亦有把内服药物制成针剂(注射剂)、冲剂、片剂、糖浆剂、流浸膏等，更加方便于临床内治使用。

骨伤科内治法是根据临床上的需要而设立，外力致伤，或邪毒侵注、痰浊血瘀内停所致的骨关节疾患，以及由此而产生各种并发症的病机演变和转归为依据而确立。因此，内治法在骨伤科疾患的治疗中是十分重要的一个方面。《正体类要·序》指出，对伤病的治疗"岂可纯凭手法，而不求之脉理，审其虚实，以施补泻哉"。《外科理例·前序》亦云："治外遗内，所谓不揣其本而齐其末。"对伤病的治疗，须有一个整体观念，既重视内治，也不能忽略外治，按病情需要内外结合，灵活运用。内治法，无论对皮肉、筋骨或脏腑的损伤，按分期分型辨证使用，以达到驱邪扶正、理气血、调阴阳、和脏腑、壮筋骨等作用，临床上较为常用的内治法有攻下逐瘀、行气活血、接骨续损、调营清热、托里排脓、舒筋活络、镇惊安神、通窍宣闭、软坚散结、补虚益损等法。

攻下逐瘀 是使用具有活血祛瘀和泻下作用的药物组成方剂，对损伤蓄瘀早期，二便不畅之实证进行治疗的方法。

攻下逐瘀具有祛瘀生新、通便泄热、行气止痛的功效。本法适用于损伤早期蓄瘀，腹胀，便秘或小便闭，舌红苔黄和脉数的体实患者。胸胁损伤蓄瘀胀痛用复元活

血汤加减;腹部损伤蓄瘀,少腹胀痛用鸡鸣散加减;脊椎骨折或脱位,督脉受损,动辄疼痛,肚腹膨胀,二便秘结者,用桃仁承气汤合地龙散加减;挤压伤,瘀毒内蓄,尿闭重症者,用大成汤或代抵当丸并加入益气利尿药如黄芪、白茅根等,并可酌加黑、白二丑以增强其攻下之力,视病情需要决定剂量。

攻下逐瘀法属下法,凡攻下逐瘀之剂,其药力相当峻猛,容易耗伤正气,临床时应当慎重,不可滥用。对于慢性劳损有瘀、年老体弱、气血虚弱、失血过多、内伤重证阳气衰微者忌用;妊娠及月经期间妇女亦忌用,以免发生流产或月经过多;腹腔内脏损伤破裂者一般不宜用。

行气活血 是使用具有疏通气机、促进血行、消除瘀滞作用的药物为主,组成方剂,对各种气滞血瘀证进行治疗的方法。

行气活血法具有通经络、消瘀肿、止疼痛的作用,适用于损伤早期及骨关节疾患呈气滞血瘀表现,而无攻逐指征或经攻逐后的患者。如头部内伤后有瘀阻者,用通窍活血汤、七厘散等;胸伤蓄瘀,可用血府逐瘀汤;两胁及上腹部损伤,可用膈下逐瘀汤;腰部及少腹损伤,可用少腹逐瘀汤;四肢损伤,可用桃红四物汤加味;外伤性瘀肿积聚形成癥瘕,可用活络效灵丹加减;骨关节及软组织疾患周身痹痛,可用身痛逐瘀汤;骨肿痛,可用大黄䗪虫丸、桂枝茯苓丸配合抗肿瘤药物使用。

气为血之帅,气行则血行,气滞则血滞,气结则血凝。血瘀气亦不得行,行气与活血相互为用。故活血祛瘀往往配上各类理气药物,如疏肝气的常用香附、柴胡、青皮、郁金、枳壳等;降气的常用厚朴、沉香、降香等。通过理气以行血,气郁得疏,气逆得顺,气滞得行,血亦安行。行气药物一般辛燥,容易劫津伤阴,对平素阴津不足或伤病后阴血亏耗严重者慎用,常需配伍凉血养阴药物。对于瘀挟热毒,则需与清热解毒兼用。而瘀结成癥瘕的各类骨关节疾患,需与软坚散结法并用。本法所用的药物,其中不少具有止痛作用,但不能一见痛证,即妄投止痛药。必须辨证诊断明确,审因选方用药,正如《外科理例·生肌止痛》云:"止痛之法:热者清之,寒者温之,实者损之,虚者补之,脓郁者开之,恶肉侵蚀者去之,如是则痛自止。"

行气活血法属消法,如瘀积甚,须逐瘀者,可与攻下法配合;禀赋虚弱或妊娠、月经期间,不能使用破散者,可参照元·张洁古《活法机要》中所强调:"虚人不禁下者,以四物汤加穿山甲煎服妙。"之意而用之,以补为用,于补益法中酌加行气活血药。

接骨续损 是以有助于断折的筋骨生长修复,促进愈合的药物为主,组成方剂,治疗中、后期筋骨损伤的方法。

由于筋断骨折,肢体或躯干的活动功能有不同程度的障碍或丧失。经过恰当的外治和对损伤初期的内治后,其中、后期应以接骨续损,促使折骨断筋生长接续、修复愈合。

《神农本草经》称本法为"续筋骨"或"续绝伤"。说明汉代已有使用接骨续损法治疗"金疮、痈伤、折跌"。到了唐代则有所发展,总结出一些接骨续筋的药物,并应用在骨折、断筋的治疗上。如陈藏器在《本草拾遗》中曾记载:"赤铜屑主骨折,能捍人骨及六畜有损者,细研酒服,直入骨损处。"《外台秘要》卷二十九转载:"救急疗骨折,接令如故,不限人畜也方:取钴铧铜错取末仍捣,以绢筛,和少酒服之,亦可食物和服之,不过两方寸匕以来,任意斟酌之。"又如《理伤续断方》中的"常用整骨药",其中除了具有麻醉止痛作用的草乌、木鳖子、乳香、没药外,还有血竭、自然铜、地龙、无名异等用于接骨续断;在另一个接骨验方"接骨药"中,则以鹗鸟骨、古铜钱、酒三药组成。说明了唐代在对骨折的治疗中应用了铜类、昆虫、动物骨骼及一些植物药,并逐渐形成了接骨续损法。自唐以后,也基本按这个方向发展。如《太平圣惠方》用鳔鱼骨、猕猴项骨、虎项骨、黄犬项骨、野猫项骨各一两,制天雄半两,肉苁蓉半两,酒、醋配制成"五骨散",内服及外用"治落马坠车,腕折骨碎,筋伤压损,疼痛不止"。《丹溪心法·跌扑损方》用没药、乳香、自然铜、滑石、龙骨、赤石脂、麝香、醋配制成用酒送服的"接骨散"。

接骨续损法能调节脏腑经络功能,增强局部血循环,改善伤患局部及全身的新陈代谢,促进筋肉及骨折的愈合。临床常用的方剂如自然铜散、紫金丹、接骨紫金丹、生血补髓汤、肢伤二方等。在骨折整复固定后到愈合的全过程,主要是中、后期,可辨证使用这些方药。

外伤性筋断骨折的愈合过程,可概括为瘀去、新生、骨合,病程可分为初、中、后三个时期。接骨续损的方药分别配伍,各期常用药物可应用于骨折治疗的整个过程。初期常配用活血祛瘀、行气消肿药,如桃仁、红花、归尾、木通、防风、青皮、陈皮等;中期,瘀肿消而未尽,筋骨尚未连接,常配用和营生新药物,如生地、赤芍、白芍、丹参、丹皮等;后期,损伤日久,气血虚弱,断折的筋骨初连而未坚,常配用补肝肾、益气血药物,如熟地黄、山萸肉、巴戟、淮山药、白术、黄芪、当归、桑寄生、菟丝子等。

调营清热 是使用具有凉血止血、清热解毒作用的药物为主,组成方剂,对外伤或热毒侵注所致各种血证进行治疗的方法。

外力作用于人体后,脉络受损,血溢离经,血可外流,或壅积于脏腑、骨肉之中,使气血不得宣通,瘀血内蕴而气滞血瘀;或热毒之邪乘虚侵注,蕴积于里,腐筋蚀骨,甚则内攻营血,迫血妄行,耗血动血,变证丛生。当急以调营清热,及时祛除邪毒,预防和控制各种血证的发生和发展。

调营清热法具有凉血、止血、清热、解毒的作用。适用于热毒蕴结在皮肉筋骨,局部红、肿、热、痛,全身发热、口渴引饮,舌红苔黄,脉数等,甚或毒热犯血,迫血沸溢,出现各种血热妄行证候;或金刃火器、跌仆碰撞伤的出血患者。

开放性损伤早期，可用五味消毒饮加生地、赤芍；附骨痈可用仙方活命饮或黄连解毒汤加减，使早期的骨痈能内消。若热毒炽盛，高热不退兼有便秘、错语谵妄者，宜"釜底抽薪"，可用凉膈散或黄连解毒汤合大承气汤；如创伤出血，宜凉血收敛止血，可选用十灰散；如骨痈邪毒或损伤后的瘀毒内攻营血，出现身热烦躁，时有谵语，心烦不眠，或渴，或斑疹隐隐，舌绛而干，脉细数等气营两燔者，用清营汤；若热入血分，耗血动血，迫血妄行，出现吐衄、尿血、便血、皮下瘀斑，舌绛起芒刺等，宜须凉血散血，用犀角地黄汤，并适当加入三七等活血祛瘀药。

有出血表现者，应适当使用止血药，及时止血。使用时应按其性能、归经和出血部位的不同辨证选择。常用的凉血止血药有茜草根、侧柏叶、百草霜等；化瘀止血药有三七、蒲黄、花蕊石等。若邪毒内陷血分，出现各种血证，除凉血止血外，更宜解毒驱邪。

损伤早期而出血量不多者，忌用大剂量凉血止血药，以防瘀血内停；若证见有紫黑血块者，是内有瘀血的表现，忌单纯使用止血剂，宜配伍活血祛瘀止血之品；各类血证，如上部出血，忌用升麻、桔梗等升提药品，下部出血则忌用厚朴、枳实、沉香之类沉降药品，若内伤出血，特别是胃肠道损伤，出现吐血、便血，应辨证清楚，切不可妄投大量汤药灌服，以防由于汤液的刺激，加重出血。脾不统血及气随血脱者忌用本法。

托里排脓 是用具有透托和补托作用的药物为主，组成方剂，治疗创伤感染或附骨痈疽的方法。骨关节发生邪毒感染后，若正气不足，则不能托毒外出，邪毒蕴留于骨肉之内，腐筋蚀骨，甚或内陷，因此须用托里排脓以排泄脓毒扶正驱邪。

托里排脓法具有使痈疽邪毒移深就浅，病灶局限，早日成脓，使之脓出毒泄，肿痛消退的作用。适用于邪毒浸注所成的创伤感染及附骨痈疽，迟迟不成脓，或溃后脓汁清稀，伤口难合者。如骨关节化脓性感染，正旺邪盛，局部肿痛，尚未穿溃者，以透托为主，可用透脓散加银花、地丁、蒲公英等；若毒盛正虚，难溃难腐，或溃疡脓液清稀，坚肿不消，精神不振，食欲不佳，脉数无力者，以补托为主，可用托里排脓汤加减。

痈疽之所生，皆因邪毒乘虚而侵注，使用托里排脓法，无论是透托或补托均须与祛邪解毒配合。如属寒湿痰浊凝结者，则应与温化寒痰兼用。对痈疽已溃，脓毒排净，则不宜再用透托。在正旺毒盛之时不可施用补托，否则可滋长毒邪，使病势加剧。

舒筋活络 是使用具有舒筋、活络作用的药物为主，组成方剂，治疗骨关节及软组织损伤后引起肢体拘挛、麻木痹痛、伸屈不利的方法。

损伤之后，瘀滞停积，血伤气耗，而致气血不足，筋肉失养；或风寒湿邪乘虚侵袭经络，阻隔气血运行；或邪盛而化热，腐筋蚀骨。由于各种因素的作用，肌肉筋脉发生挛缩、粘连、或肿或痛，而使肢体功能受限，故治宜舒筋活络，以利功能恢复。

舒筋活络法具有祛风湿、行气血、舒筋活络、通利关节的作用。适用于各种损伤如骨折、脱位、软组织损伤、骨关节疾病的中、后期，表现有肢体酸软、麻木、疼痛、活动功能障碍等。若损伤后复感风寒湿者，可用疏风养血汤；损伤后肢体痹痛、屈伸不利者，可用蠲痹汤、宽筋汤、防风根汤等；腰骶痹痛者，可用独活寄生汤、三痹汤等；陈伤患者，可用小活络丹、大活络丹、麻桂温经汤等。

舒筋活络药物各有偏性，辛温散邪类药可用治寒湿偏重，有海风藤、宽筋藤、威灵仙、木瓜、独活、桂枝、蜈蚣等；寒凉清热类药可用治邪郁化热，有桑枝、秦艽、络石藤、丝瓜络、豨莶草、地龙等；兼有益血养肝类药可用治血虚痹痛，有鸡血藤、夜交藤、桑寄生、杜仲、乌梢蛇等。"治风先治血，血行风自灭"，故益血养肝的舒筋活络药物较为常用，而且还常与行气活血、补益气血法配合作用，效果更理想。又因肝主筋、肾主骨，所以舒筋活络、利关节又当佐以补益肝肾之品。痹痛的病因较复杂，必须辨证求因，审因施治，方能奏效。

部分舒筋活络药，性属辛燥，易伤阴血，故血虚者不宜单独过久使用，可适当配合寒凉之品以制约之，并可同时用护阴益血之品。

镇惊安神 是用质重性降具有安神作用的药物为主，组成方剂，对各种意外受惊而致精神不定进行治疗的方法。后世又将本法分虚、实论治，实者用重镇，虚者用滋养。

镇惊安神法具有降气、潜阳、镇静、安神的作用。适用于损伤之初，伴有惊恐、心神不安、夜寐不宁、多梦善惊者。因"肝藏魂"，所以常需与平肝熄风法同用。外伤必然气滞血瘀，又应与行气活血法配合。可用朱砂安神丸、磁朱丸合桃红四物汤加减。若一时惊恐，气闭昏厥，则先用通窍宣闭法治之，待清醒后方施本法。

若头部外伤，早期表现眩晕、嗜睡、胸闷、恶心，用镇惊熄风，佐以活血化瘀，和胃降逆，可用羚角钩藤汤加桃仁、归尾等；头部外伤之后期，表现眩晕、头痛者，宜滋养安神、平肝熄风，可用镇肝熄风汤加减。凡损伤日久，气血亏耗，心神失养，表现虚烦失眠、惊悸怔忡、脉弦或细数者，则需配合补益气血、养心安神的药物，可用天王补心丹、桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤加减。

镇惊安神所用的药物，多为金石类药物，可损伤脾胃，不宜久服。且其性沉降，对妊娠妇女须慎用。

通窍宣闭 是以具有宣通气机、开窍作用的药物为主，组成方剂，对各种原因造成的气闭神昏进行治疗的方法。

实邪壅盛于内，蒙蔽心窍，或损伤瘀阻致使气闭，出现窍闭神昏、意识障碍，常常是损伤疾患的严重而危急的表现。故须及时以通窍宣闭，使意识恢复。

通窍宣闭法具有通关开窍作用，适用于因伤病出现神志不清、昏迷、烦躁不安、谵语或不语，或高热或肢厥属

实证者。如头部震伤昏厥期，可选用苏合香丸、至宝丹、七厘散、通窍活血汤；广泛挤压伤后发生的尿闭神昏危候，可用安宫牛黄丸、七厘散等，并与大剂量攻下逐瘀剂同时配合运用；附骨痈疽、关节流注出现高热神昏谵语、抽搐、舌红苔黄、脉洪数者，宜用紫雪丹，并与清热解毒凉血之剂配合，或以寒凉泻下之品并用。针灸疗法对闭证有良好疗效，可结合使用。

通窍宣闭所用药物如麝香、冰片、樟脑、苏合香等芳香走窜性强，均为轻扬泻实之品，久服易伤元气，故应中病即止。神志昏迷有闭证和脱证之分。闭证属实证，治宜宣通，可用本法。但是，脱证属虚证，忌用本法。本法可引起流产、早产等，故孕妇禁用。

软坚散结 是以具有行气、散结、活血、软坚作用的药物为主，组成方剂，对某些局部肿块进行治疗的方法。

损伤疾患，日久入络，耗气伤阴，脏腑失调，引起气滞血瘀、痰凝、毒蕴，郁积成块，硬结不散，轻则妨碍肢体功能活动，甚则日渐增大，更加影响脏腑经络的功能，故须以软坚散结法治之，使之渐渐消散吸收。

软坚散结法具有消散坚实结块的作用。适用于各类疾患表现在局部有硬结包块形成者。若外伤后瘀肿硬结，可用没药丸等；邪毒蕴积，硬结不消者，可用犀黄丸、鳖甲煎丸等；骨肿瘤可选用小金丹、大黄䗪虫丸等。

软坚散结常用的药物有桃仁、红花、赤芍、角刺、山甲、鳖甲、三棱、莪术、夏枯草、元参、海藻等。在临床应用时，按照形成坚结肿物的病机，通过行气、活血、祛瘀、化痰、解毒等以促进消坚散结，所以在立法组方时须有所侧重地合理配伍，才能收到治疗效果。

软坚散结法属消法，对虚弱患者，须攻补兼施，与补益法同用；妊娠期及行经期妇女慎用。

补虚益损 是使用具有补益作用的药物为主，组成方剂，对各种虚损证进行治疗的方法。

损伤、骨关节疾病或伤病早期攻伐太过，均可耗损气血，瘀血、邪毒祛除之后，气血已亏虚，加之脏腑受损，气血化生失常，致皮肉筋骨失养，造成患部新肉不生，新骨不长，疮口难合，肢体痿弱无力，并可表现短气懒言，食欲不振等，甚者气不摄血，血出不止，以致血脱。所以需要补虚益损，调节脏腑功能，使气血旺盛以濡养皮肉筋骨，伤病才能及早得愈。

补虚益损法包括补益气血、滋养肝肾、调补脾胃之法。

补益气血法 具有补气补血、强壮身体的作用。适用于气血不足的患者，无论气虚、血虚或气血两虚均可用本法。此外，创伤或溃疡，伤口肉芽生长不佳，淡白不鲜，经久不愈，骨折迟缓连接等，均适宜用本法治疗。补气可用四君子汤，补血可用四物汤，气血双补用八珍汤、十全大补汤等。创伤大出血，气失所舍，可导致气随血脱，宜急补气固脱，用独参汤。伤损日久，阴血亏损，表现水不涵木、肝阳上扰者，宜养血熄风，可用四物汤加龙骨、牡蛎、天麻、杭菊等；若见心血不足而惊悸者，宜养血安神，可用归脾汤或天王补心丹等。治疗血虚时，补血之中常兼用补气，如当归补血汤是也；对严重贫血、气血两虚的骨伤患者，常与调补脾胃同用，先旺脾后化生气血，可用当归生姜羊肉汤等。卫气虚者，可用芪附汤；中气不足者，可用补中益气汤。若气短懒言，脉细无力气阴不足者，用生脉散。

滋养肝肾法 具有补益肝肾、强壮筋骨的作用，适用于伤损后期，年老体弱，肝肾不足的患者。如骨折愈合迟缓、骨质疏松属肝肾虚者，可用健步虎潜丸；习惯性脱位，可用补肾壮筋汤等；慢性腰痛且有阴不足者，可用六味地黄丸，若有阴虚火动者，可用知柏八味丸。对于禀赋不足或伤损之后以致肝肾亏损衰虚，筋骨不强的患者，须补肝肾以壮筋骨。肝肾同源，根据虚则补其母的原则，养肝常兼滋补肾阴，故在养肝血的基础上往往加上熟地、杞子、山萸肉等。肾为先天之本，若真阴不足者，宜滋补肾阴，可用左归丸；肾阳不足者，宜温补肾阳，可用金匮肾气丸或右归丸。

调补脾胃法 具有健脾、醒胃，促使气血化生，生肌长肉的作用。适用于瘀结或邪毒已基本祛除而脾胃虚弱者，或中气虚弱不足以胜邪者。创伤骨折的中后期，可用四君子汤、补中益气汤等；若运化失职，肢体局部肿胀不消，创面肉芽水肿，经久不愈者，可用参苓白术散等；溃疡创面较大，经常出血，面色苍白或萎黄者，可用归脾汤。年老患者，脾虚中寒，可用理中汤等；若创伤感染或附骨痈，高热之后，或用攻伐之后，胃阴受损，耗液劫津者，可用滋养胃阴的益胃汤加减。骨关节疾病中后期患者，由于长期消耗，多出现脾虚，或脾肾两虚证候，故又常与补肾同用。

补虚益损法属补法，因此瘀实邪盛者不宜应用，须先攻实。若跌扑损伤瘀血未尽，但又虚不任攻伐者，亦当在祛瘀的基础上，酌用补益之品，不能见到有虚象，即一味补虚，以防留邪损正，积瘀为患。补气药多为温燥之物，阴虚内热、肝阳上亢者忌用；补血药则多是滋腻之品，滋养肝肾的药物更是如此，如脾胃虚弱者遇之，容易引起纳呆、便溏，所以补血滋肾方中，往往需要配以醒胃和中之品。若正虚邪实者，亦须权衡利弊，或攻补兼施，但必须辨证得当，切戒犯"虚虚实实"的错误。

骨伤科外治法

是指对伤损局部进行治疗的方法。人体受伤，轻者损其皮肉，重者累及筋骨脏腑，无论其伤势之深浅如何，大多数患者均可出现局部损伤，因此需要施行局部处理。

《周礼·天官》载："疡医下士八人，掌肿疡、溃疡、金疡、折疡之祝药劀杀之齐。"这里所谓之金疡即兵器伤，折疡即骨关节损伤，祝药、劀杀之齐即外敷药物、刮去脓血，治疗腐肉的意思。可见当时用外治法治疗伤损已列入医

生的职责范畴。《素问·至真要大论》云:"内者内治,外者外治。"又云:"从内之外而盛于外者,先调其内而后治其外;从之外而内盛于内者,先治其外而后调其内。"这些观点使后世对伤损外治有了遵循的法则。《素问·至真要大论》云:"坚者削之,散者收之,薄之劫之,摩之浴之,开之发之,适事为故。"薄,含有外敷之意。劫之即强夺也。浴之发之含有淋熨宣发之意。说明了敷贴、药熨、熏淋、洗涤等外治法在当时已有应用。到了两晋隋唐时代,骨伤科外治方式已多种多样。如《肘后备急方》载有针灸、敷贴、涂搽以及竹筒吸脓等治伤的方法和方药;《理伤续断方》介绍了骨关节损伤的外治手法和缚扎固定的步骤,以及洗伤、熏伤、敷伤的方药;《诸病源候论》卷三十六则叙述了汤、熨、针石治伤的方法和适应证;《千金翼方》卷二十中介绍了热葱、"渍"伤方法等。其后,随着时代的发展,骨伤科外治的方式方法更加丰富多采。清代吴师机著《理瀹骈文》云:"外治之理即内治之理;外治之药即内治之药,所异者法耳。"近代,由于对中药研究有进一步发展,所以对药物熏淋、敷贴、掺药、涂搽、热熨、洗涤等方药的组成和剂型也有所改革,针灸、针拨、牵引等外治方法和手段也有改进。

骨伤科外治,主要是通过调和气血、疏通经络、散郁导滞、祛瘀止痛等作用以达到治疗的效果。如《诸病源候论》卷三十六云:"夫腕伤重者,为断皮肉骨髓。伤筋脉,皆是卒然致损,故血气隔绝,不能周荣,所以须善系缚、按摩导引,令其血气复也。"又如《普济方·折伤门》云:"若因伤折,内动经络,血行之道不得宣通,瘀积则为肿为痛,治宜除去恶瘀,使气血流通,则可以伤完也。""凡打扑损伤,或为他物所伤,或乘高坠下,致伤手足腰背等处……须外用敷贴之药,散其血,止其痛,内则用花蕊石散之类,化其瘀血,然后旋旋调理生肌,或因折伤而停郁其气,又当顺之。"

骨伤科外治方法较多,常用的有敷贴、掺药、涂搽、洗涤、熏淋、热熨、药线、针灸、火罐、针拨、牵引、手术等。

敷贴 是指将药制成药膏或膏药,贴附于损伤局部的一种外治法。《灵枢·痈疽》云:"其化为脓者,写则合豕膏。"是指用猪油制成的药膏外治化脓性的疾病。

将药物制剂敷贴在损伤局部,能使药力直达其所和直接发挥作用,因而可收到比较好的治疗效果。《普济方·折伤门》云:"治疗之法,须外用敷贴之药,散其血,止其痛。"《医学入门》卷七云:"敷围内外夹攻,药气相通为妙。"近代,随着医疗科学的发展,敷贴的剂型和方法均有改进,如将敷贴药制成胶布或作离子导入等。

敷贴之常用剂型有药膏和膏药两种。药膏即软膏,是将药物碾成细末,然后用饴糖、凡士林、羊脂、油蜡等作基质混合调拌,煎熬后制成;也可用水、蜜、酒、香油或醋等将药末调拌成糊状加热直接敷贴。具有消瘀退肿止痛作用者,有消瘀止痛药膏、定痛膏、双柏膏、消肿膏等,多用于骨折伤筋初期。具有舒经活血作用者,有舒经活络药膏、三色敷药等,用于扭挫伤中期患者。具有接骨续筋作用者,如接骨续筋药膏、驳骨散等,适用于骨折、脱位已整复,位置良好,肿痛消退的中期患者。具有清热解毒作用者,如金黄膏、四黄膏等,用于初起红、肿、痛、热的局部感染。具有去腐生肌长肉作用者,如象皮膏、生肌玉红膏等,用于未愈伤口或开放性骨折感染。具有温散风寒作用者,如温经通络膏,用于损伤日久、复因风寒湿邪所客。

膏药即硬膏,是先将药物碾成细末,然后配合香油(芝麻油),黄丹、蜂蜡等基质熬炼制成。是外用药中的一种特有的传统剂型。膏药遇热则软化而具有粘性,能粘贴在患部,应用方便,药效持久,便于收藏携带,经济节约。具有祛瘀止痛作用者,如损伤风湿膏,用于损伤肿痛。具有祛风湿作用者,如狗皮膏、万灵膏、万应膏等,用于损伤后风寒湿痹痛。具有活血祛瘀软坚作用者,如化坚膏,用于气血凝滞、筋膜粘连的陈旧性损伤。具有去腐拔毒作用者,如加味太乙膏、伦僧膏,用于创伤而成的溃疡。

掺药 是将药物碾成细小粉末,直接掺在伤口上,或掺在软膏上敷贴患部的外治法。《肘后备急方》卷七载:"末矾石内疮中裹之。"记载了用白矾末掺药治疮。本法为传统外治法之一。

具有止血收口作用者,如桃花散、花蕊石散、金枪铁扇散、如意金刀散等,用于表浅伤口出血;具有生肌长肉作用者,如生肌八宝散(丹)、生肌散等,用于脓性分泌物较少的创面;具有去腐拔毒作用者,如白降丹、红升丹等,用于创面腐肉未去或肉芽过长;具有温经散寒作用者,如丁桂散、桂麝散等,用于局部寒湿停滞、气血凝滞的损伤后期;具有清凉散风作用者,如冰硼散,用于早期损伤有表浅溃疡者;具有祛寒散毒作用者,如四生散,用于伤损局部瘀毒结聚肿痛。

涂搽 是将药物制成液状药剂,直接涂搽或配合理伤手法使用于患部的一种外治法。《素问·血气形志》云:"经络不通,病生于不仁,治之以按摩醪药。"这里所说的醪药,是指用来配合按摩而涂搽的药酒。汉代《武威汉代医简》中也有"千金膏涂之"治疗创伤的记载。

选用解毒去腐的药物制剂涂搽伤口,有防治感染、收敛伤口的作用;选用辛温通络、行气活血的药物制剂涂搽,有消肿止痛、祛风逐寒的作用。目前常用之涂搽制剂有水剂、油剂、酒剂三种。

水剂,是把药物制成水溶剂,供伤口涂搽或湿敷,如2%—10%黄柏溶液,或蒲公英溶液,用于治疗早期感染伤口;油剂,是用香油、花生油等把药物煎熬去渣制成,油剂也可加黄蜡收膏而成油膏,如伤油膏、活络油膏、跌打万花油等,用于治疗跌打损伤和理筋手法时局部涂擦;酒剂,是把药物放置在白酒或乙醇溶液中浸泡,经一定时间浸泡后过滤去渣而成,如活血酒、茴香酒、跌打酒和红花酒精等,亦有在酒剂中加入适量醋使用,一般酒醋之比为8:2。酒剂多用于闭合性新伤和陈伤旧患,有活血止痛、

舒筋活络、祛风散寒等作用，但对开放性的伤口不宜使用。

洗涤 是将药物煎成汤液，或用盐水等外洗伤口局部的一种外治法。洗涤法导源于《素问·至真要大论》："薄之劫之，浴之发之。"浴即含有外洗之意，发即发散也。葛洪著《肘后备急方》卷八有"有诸疮，先以盐汤洗"的记载。而唐代蔺道人著《理伤续断方》也提出治疗骨伤须"一煎水洗、二相度损处"。后世医家均将本法列为治疗损伤的方法之一。

选用清热解毒的药物煎汤洗涤患处，能达到清洁伤口、预防感染的效果；选用去腐生新的药物煎汤洗涤患部，对已感染的伤口能使坏死组织脱落，促进肉芽组织及上皮组织增生而促进伤口愈合。因此本法适用于治疗开放性损伤。常用洗涤剂有甘葱剂、三黄洗剂、苦参汤、矾石汤等。

洗涤的操作比较简单，可将煎好的药液，过滤后冲洗患部，并同时用消毒纱布或棉球拭洗局部，以加强洗涤效果。

熏淋 是利用药物煎汤，乘热借其蒸气在患部进行熏蒸和淋浴的一种外治法。《素问·阴阳应象大论》云："其有邪者，渍形以为汗。"这里所指的渍形，就是热汤熏淋治病的方法。《肘后备急方》有烧青布熏虎爪牙伤的记载。《理伤续断方》主张"煎水洗"和"热药水洗"患部，并载三条洗药方。元代齐德之著《外科精要》卷上记述了"以棉帛或新棉蘸药水，稍热榻其处，渐渐喜榻淋浴之，稍凉则急令再换"的方法。到了明清时代，本法又有所发展，如《普济方·治诸伤折淋熨贴熁》介绍了消瘀止痛、舒经活络以及治疗开放性骨折伤口等各种损伤的方法和方药，并强调指出应用本法要"明伤折之本末"而对证施治。《医宗金鉴·正骨心法要旨》等亦比较详细具体地介绍了熏淋治伤的方法和方药。近代，本法在治疗损伤的过程中广为应用。

熏淋疗法是先将药物加水煎煮，把药液置于一定形状或特制器皿中，然后用药液乘热熏蒸患部，待热度适中时，再反覆淋洗之，要注意勿烫伤皮肤。通过药物和温热的作用，促进局部和周身的气血流通而舒松关节筋肉，并能疏通经络，促进经络的调节活动，还具有行气止痛或疏通腠理、解毒消肿的作用。

软组织损伤初期，局部疼痛、肿胀、功能障碍者，常用散瘀和伤汤、骨科外洗一方等；骨关节损伤后期，关节僵硬、肌肉萎缩者，常用八仙逍遥汤、海桐皮汤、骨科外洗二方等；因损伤而引起局部邪毒感染者，常用银花甘草汤、苦参汤合矾石汤等。

热熨 是将药物加热后用布袋装好，熨贴于损伤局部的一种外治法。《素问·调经论》云："病在骨，焠针药熨。"这里所指的药熨即热熨。《圣济总录·打扑损伤》中有"凡伤折有轻重浅深久新之异，治法亦有服食淋熨贴熁之殊"的记载，《普济方·折伤门》用"芫花粗散熨方治伤折疼，血不散"等。近代，此法在伤科临床上仍有运用，属传统外治法之一。

热熨的作用一方面是借火气之热力来温通经络、调和血脉，正如《灵枢·刺节真邪》所云："必先熨，调和其经，……火气已通，血脉乃行。"因而能使损伤局部消瘀散肿、活血止痛。另一方面是药物的温通作用，如芫花粗散方内含蜀椒、生姜、艾叶、白芷等辛温通络之品，加热后起温通祛寒、行气止痛的作用，而使损伤日久，瘀血凝聚者肿胀消退，疼痛减轻，肌肉、关节活动灵便。而热力和药物的作用又是相辅相成的，不能截然分开的。

热熨可按不同的作用而用不同的剂型。选择具有温经祛寒、行气止痛作用的制成粗粉散剂或颗粒状的药物如吴茱萸、川椒等，放锅里炒热，或用布袋裹好蒸热后使用，适用于骨关节损伤时间较长，局部瘀血凝聚、肿痛不消者；成药制剂如坎离砂，用时加适量醋，将药熬成浓汁，加炒红的铁砂，装入布袋即可应用，具有祛风散寒止痛作用，适用于慢性腰腿痛、风湿性关节痛等；此外，还有用粗盐、黄砂等炒热后装入布袋进行热熨，方法简单易行；电热熨贴，是近年发展的治伤方法，是药物做成细屑，加上适量酒或醋熨贴伤处，再接上低压电流加热，适用于治疗一切骨关节损伤。

药线 又称药条，是制成线条状的外用药。《太平圣惠方》卷六十一载："治诸痈肿疮，及冷瘘不干，宜用长肉合疮口，神验散方，……如疮口深，作纸子行药入疮内，肉从里长，出到疮口合之。"这里所指的纸子便是药线。

近代药线常用桑皮、棉纸或棉纱捻成线条状，外粘或内裹具有拔毒去腐功效的药物，如红升丹、白降丹等制成。具有腐蚀瘘管壁和引流脓液的作用，用于附骨痈疽、流注及骨痨形成瘘管者。用时将药线插入瘘管内，长度视瘘管深度而定。可隔日或每日插换一次。由于红升丹和白降丹均含有水银，因此在应用时要防止汞中毒。

针拨复位 是采用钢针直接穿过皮肤，对于法不易整复的关节内骨折，关节邻近骨折和脱位进行复位或配合固定的方法。可用于①骨折块位于关节面或关节的中部者，如胫骨平台塌陷骨折，波及跟距关节面的跟骨骨折，胫骨下端关节面骨折，胫骨棘撕脱骨折。②骨折块位置较深，而无韧带和较坚强的关节囊附着，手法对骨块无牵拉作用者，例如在冠状面上发生的肱骨小头纵行骨折。③骨折块位置较表浅，手指可触及，但手法不易整复者，例如跟骨内外侧骨突之骨折，骨折片嵌入结节部松质骨。④骨折块的一侧位于关节面中部和另一侧位于关节周围部，手法不易整复旋转移位者，例如肱骨髁间骨折，股骨髁骨折，腕掌关节脱位。⑤关节脱位呈交锁状者，例如腕部经手舟骨月骨周围脱位，腕掌关节脱位。⑥骨折块受肌肉或韧带附着牵拉，不易保持复位者，例如尺骨鹰嘴骨折、髌骨骨折、肱骨内上髁撕脱骨折。⑦患者全身情况较差，不宜作较复杂的切开复位内固定手术者。⑧局部皮肤挫伤或发生水疱，不宜作手术切开，但部分皮肤仍完

好，可供进针者。

针拨前，应根据病史、临床和X线检查，对骨折块移位情况、进针的位置、方向和深度等应有充分估计。同时，针拨复位必须在严格消毒情况下进行，术中应避免损伤重要神经、血管，皮肤针孔尽可能离骨折间隙较远，以减少感染可能性。操作时，一般在X线透视下进行，且常须配合牵引和手法复位。施行针拨复位后，拔出钢针，皮肤表面仅有针孔，无须缝合，可用消毒纱块覆盖。若须配合内固定者，完成操作后，截除多余钢针，将残端埋人皮下。复位后宜用夹板作外固定，并尽早进行功能锻炼。

常用的针拨复位术如下列。

肱骨髁间骨折针拨复位　在肘部内外侧，各进一针，分别穿入肱骨内上髁和外上髁，拨正髁间部的旋转移位，配合手法整复髁间部分离和髁上部移位，再使两钢针分别穿住对侧骨折块作内固定，或拔除一根钢针，仅用一根钢针内固定。

肱骨小头纵行骨折针拨复位　在肘部前上方和肱二头肌腱外侧处，向后向下进针，穿过肱二头肌直至针前端抵住骨面，将骨块拨回原位。

肱骨内上髁骨折针拨复位　在肘内侧进针，直接穿入骨折片，应注意避免尺神经损伤，将骨折片拨回原位，并使钢针穿入肱骨下端，作内固定。

腕部经手舟骨月骨周围脱位针拨复位　复位时在腕背侧中部进针，使针前端位于月骨背侧缘和头状骨之间。牵伸腕部，使逐渐向掌侧屈曲，将钢针向远侧推动，解除月骨和头状骨之间的交锁，即可整复。

桡骨颈骨折针拨复位　于肘外下方进针，针尖抵住桡骨头外下方，行针拨复位。若两骨折端仍存在内外侧方移位者，桡骨小头易再移位，为整复内外侧方移位，须再配合用另一钢针，在肘下方，相当于桡骨骨折下段处，沿尺骨桡侧面进人，抵于尺桡两骨之间，向外推挤桡骨骨折下段，即可复位。

股骨内髁骨折针拨复位　膝关节微屈曲位，在股骨内髁的内侧面进针。使针头抵住骨块，将骨块拨回原位，再用两钢针穿过皮肤，作交叉内固定。

胫骨平台骨折针拨复位　在膝关节保持内收位下，于外侧平台前外侧下方，离关节面3厘米处，向后向下进针，使针前端抵住平台塌陷骨块下面，行针拨复位。在胫骨上端内外两侧，配合手法向中间挤压，整复平台周围部劈裂骨折，再在外侧平台关节面外缘下方，用一钢针穿过皮肤。沿塌陷骨块下面，将针击人，至胫骨平台内侧皮质骨，防止复位的骨片重塌陷。

胫骨棘撕脱骨折针拨复位　膝关节微屈曲位，在髌骨上方进针，经股骨髁间凹和髌骨关节面之间，直至针头触及胫骨骨面，抵住骨块，行针拨复位，并使之穿过骨块，及胫骨上端作内固定。截除多余钢针，将残端埋入髌骨上方的皮下。

踝部骨折针拨复位　对较大的内踝撕脱骨折块，可在骨折间隙的前侧进针，向后穿入骨折间隙，将钢针向皮下移动，拨出皱裂的骨膜，并配合手法，整复内踝骨块，自内踝顶点，用钢针作经皮内固定。

波及跟距关节的跟骨骨折针拨复位　在跟骨后骨折段进针，将下陷的骨折块撬起，使骨折块复位，并恢复正常的结节角，保留钢针并加用外固定。

牵引　有两种含义：一是指手法复位时将两折端进行对抗牵拉，这种牵引历时较短暂；另一种是指应用某种装置或支架，将肢体摆放在特定的位置上进行持续牵拉，对某些骨折和脱位进行整复和固定，以及对某些伤筋疾患进行治疗的方法。有关手法的牵引部分见“理伤手法”条，本条目仅叙述持续牵引。

《世医得效方》曾载有“凡锉脊骨不可用手整顿，须用软绳从脚吊起，坠下身直，其骨使自归窠”的脊柱骨折悬吊牵引复位法。《普济方·折伤门》也载有“用手巾一条，绳一根，系在房上，垂下来，以手巾兜缚颏下”的颈椎骨折布带牵引复位法。

某些骨折或脱位，如股骨干骨折、髋关节脱位等，由于周围肌肉丰厚且收缩力较大，手法整复后容易再移位；或者某些不稳定骨折，如股骨干、胫骨干斜骨折或粉碎性骨折等，为保持骨折在正常位置下愈合，均需使用持续牵引。目前常用的牵引法有布带牵引、皮肤牵引、骨骼牵引、牵力夹板。

布带牵引　(1) 枕颌牵引：将枕颌布带套在头部，抬高床头，系上牵引绳和重量，通过滑车进行牵引。适用于颈椎损伤和疾患等。牵引重量一般不超过5千克。

(2) 四肢布带牵引：将肢体置于一定的位置，用布带系套或皮套结于患肢末段不易滑脱之处，系套结之余带系于床头或托板、支架的一端，为加大牵引力，亦可用滑轮并吊上砝码，作持续牵引。适用于治疗某些四肢关节脱位和骨折。

(3) 袜套牵引：用长袜套套住整个下肢，下端超过足尖20厘米处用绳结扎，通过滑车悬吊牵引；上端用阔布带兜住腘窝部，系上牵引绳和重量进行牵引。适用于治疗踝部之踝骨折。

(4) 骨盆牵引：用帆布或皮革做成布托，紧束于腰部和骨盆部，远端两侧通过滑轮连接牵引绳和重量进行牵引。适用于治疗慢性腰腿痛、腰椎间盘突出症等。

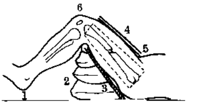
皮肤牵引　剃除肢体的毛，涂上安息香酸酊，以增加粘性，减少胶布刺激皮肤；然后剪下所需长、阔度的胶布，将中央带孔的正方形小木板贴于胶布中央，胶布两端可各撕开10—30厘米，将胶布贴在患肢上，在骨突处用棉花垫好，再以绷带包扎；最后将牵引绳的一端打结，另一端由内向外自板孔穿出，把患肢放在牵引支架后，装上滑车和牵引重量，抬高床的一端，借患者体重作对抗牵引。适用于治疗下肢骨关节损伤和疾患，如儿童骨折、老年人下肢骨折、化脓性关节炎等。

骨骼牵引　(1) 颅骨牵引：剃光头发，患者仰卧，以

颅骨中线和两乳突在头顶部连线交点为中点,向两侧旁开3.5厘米,定为冰钳(颅骨牵引弓)钉尖插入部位,头皮消毒后,在局麻下分别作1—2厘米的皮肤切口,用拴上安全螺丝帽骨钻钻头,按与颅骨呈45°角的方向钻穿颅骨外板(成人约4毫米,儿童约3毫米),注意防止穿过颅骨而伤及脑组织。然后将冰钳钉尖插入骨孔内,旋紧并固定之,以酒精纱布覆盖伤口,抬高床头,牵引绳系上冰钳通过滑轮进行牵引。适用于颈椎骨折脱位。第一、二颈椎用4千克,每下一椎增1千克,复位后用4千克维持。

(2) 四肢骨牵引:按常规消毒,在局麻下于尺骨鹰嘴、股骨髁上、胫骨结节、跟骨等处,穿入钢针,以无菌纱布块覆盖针口,装上牵引弓,然后将患肢放在牵引架上进行持续牵引。操作时,须正确掌握进针部位和方法,避免损伤血管和神经,牵引股骨可在平髌骨上缘股骨髁上部,由内向外进针或在胫骨结节后方一横指处,由外向内进针;牵引胫骨可在内踝与足跟顶连线之中点,由内向外进针穿过跟骨;牵引肱骨可在离尺骨鹰嘴尖端下2厘米处尺骨皮下缘一横指许,由内向外进针。一般上肢负重2—3千克,下肢用1/10—1/6体重。本法牵引力较大,适用于治疗成人各种不稳定骨折。

牵力夹板 用不超过髋膝的四夹板固定骨折部,再以一块较长的夹板作牵力夹板,板长自臀部起至腘窝下缘,然后用砂袋或垫板保持屈髋45°、屈膝90°、外展30°旋中位,使足部悬空(见图)。这样实际上是利用足部和部分小腿重量做力点牵力夹板头压在腘窝下缘做支点,在大腿上产生纵轴牵引力。适用于治疗小儿股骨干骨折。



牵力夹板

①小腿与足跟离床 ②砂袋维持肢体位置 ③牵力夹板位置 ④四夹板固定骨折部(虚线) ⑤屈髋45° ⑥屈膝90°

骨伤外科手术治法

骨伤疾患,常遇伤口出血不止,或伤口、骨质感染坏死、继发胧疡,或者受伤肢体损伤严重,无法保留,或者骨骼发生恶性肿瘤,或者骨折、关节脱位,或者骨骼坏死,难于愈合生长等情况,有时须用相应外科手术方法,进行治疗,通称骨伤外科手术治法。一般包括有创伤止血法、清创术、破疮排脓术、病灶清除术、截肢术、开放复位内固定术、填骨术等,分述于下。

创伤止血法 是迫使开放性伤口停止出血的治疗方法。本条所述者为外治止血法,内治止血法不在此赘。《圣济总录·金疮门》云:"血行脉中,周行灌溉而无穷已。金刃所伤者深,则其流湍激,若海泄河决,御之至难,要在杜其冲溢之势。"组织损伤,布行其间之血脉断裂,以致血从伤处溢出,大量出血,可造成气随血脱,危及生命。《血证论·创血》云:"刀伤乃平人所伤出血,既无偏阴偏阳之病,故一味止血为要,止得一分血,则保得一分命,其止血亦不分阴阳。"对于创伤止血,为挽救伤员的生命,止血是当务之急,必须立即施行急救止血。其原则是压迫出血的血管或堵塞出血的伤破口,具体可根据伤情,辨证选用相应的止血法。

加压包扎止血法 用敷料覆盖在创口上,再用绷带缚扎缠紧,使之止血的方法。这是急救时最常用且比较简单的临时止血法。适用于静脉或中等动脉损伤出血。如《世医得效方》卷十八云:"治刀斧伤……成片铺在伤处,以帛子扎之血止。"《普济方·金疮门》亦云:"用绵帛缠之,血立止。"

填塞止血法 将纱布或明胶海绵等止血剂填塞在伤口内,然后再用绷带包扎止血的方法。不能吸收的纱布等须在2—3日内取出。适用于中小血管损伤出血。《伤科补要·金疮论治》载使用"止血黑绒絮"填塞或覆盖在伤口。该书的卷三又介绍了"止血黑绒絮"的制法:把"元参、茜草、刘寄奴、大黄、黄芩、黄柏、乌梅、五倍子,以上等分,煎三次,去渣留净汁,再用旱莲汁、马兰汁、皂矾、京墨、百草霜同煎浓,用好绵絮收干,二汁与杜醋同煎,滚时,入矾、墨、草霜,将絮收之。"

止血带止血法 在伤口以上的肢体缚扎止血带以止血的方法。是四肢大出血急救时较简单有效的暂时止血法。本法适用于四肢大血管损伤出血,作暂时性止血者,或四肢手术时为减少出血而应用。止血带常用的有柔软的布带、橡胶管等,而以充气止血带较好。如明代杨清叟在《仙传外科集验方》指出:"治金疮重者,筋断脉绝,血尽人亡,如要断血,用绳及绢袋缚住人手臂。"因为缚扎止血带完全阻断了肢体远段的气血灌流,如使用不当,将可产生严重的恶果。故必须注意下列事项:缚扎的止血带不得直接和皮肤接触,要有平整的布类作衬垫;缚扎上肢应在上臂的上三分之二处,下肢在大腿的上三分之二处,该两处为扎止血带较安全的部位;缚扎压力过小达不到止血目的,过大则会压迫组织发生坏死,一般要比血管收缩压高9.3千帕。在上肢时,成人不可超过33.2—39.9千帕,儿童不可超过2.6千帕,在下肢时,成人不可超过33.9千帕,儿童不可超过33.2千帕为宜;缚扎时间,在肢体扎缚总时间最好不要超过2小时,除因伤口过大或有大血管损伤,或患者已经经不住再出血,或不可避免要截肢外,应每隔1小时放松止血带5—10分钟左右。

结扎血管止血法 是应用丝线把损伤出血的血管缚扎以止血的方法。本法适用于动脉、静脉损伤出血。但如果所损伤的血管是肢体主要的动脉,则尽可能予以修补,否则影响肢体的血液循环,甚至造成坏死。隋代《诸

病源候论》即有"以生丝缕系绝其血脉"方法的记载。

灼烙止血法 是将金属灼烙器经火烧赤后直接灼烙创面的出血点，或用电烙机灼烙出血点以止血的方法。适用于各种原因所致的局部出血及手术时创面出血，应用时，须注意保护好周围的组织，切勿误伤。《世医得效方》卷十七曾介绍："令人血不止，则以火烧铜筋烙之，不止则杀人。"《外科启玄·明疮疡宜烙论》云："将利刀于瘤子根底一割去，即将银匙烧赤一烙之，则血不出，亦不复生，数日愈矣。"

清创术 是使污染伤口转变为清洁伤口的手术。凡开放性伤口，多受污染，都应及时清创，其具体步骤如下述。

创口及周围皮肤的清洗 先用消毒纱布将创口覆盖，剃除创口周围皮肤的毛发，如有油腻，可用有机溶剂擦除，用肥皂水将周围皮肤洗擦后，以大量生理盐水冲洗两遍。然后去除创口的纱布块，使用双氧水洗，再用大量生理盐水冲洗创口。洗刷净后，常规消毒。晋代葛洪主张用盐汤或药液冲洗伤口，他在《肘后备急方》卷七载："仍煮葛根令浓以洗创，……又煮生铁令有味，以洗创上。"该书卷八又介绍："有诸创，先以盐汤洗。"《理伤续断方》已指出，如伤口"在发内者，须剪去发"并把"煎水洗"列为治疗开放性骨折的第一个处理步骤。用盐水洗创一法，一直为后世所采用。如《圣济总录·金创门》及《世医得效方》卷十八也继承和推崇用盐水洗伤口。

清除坏死组织 在创口内按解剖层次检查，把污染严重及已失去活力的组织彻底切除，如不齐整的创缘，呈暗紫色、刺激不收缩、切割不出血的肌肉。切去被挤压破损的肌腱、污染严重的神经鞘膜、失去血供的游离小骨片，一直切到有出血为止。污染的骨折端，用刮匙刮净，或用钳咬净。坏死组织影响伤口愈合，必须彻底消除。如《诸病源候论·金创久不瘥候》指出："其疮内有破骨断筋，伏血腐肉，缺刃竹刺，久而不出，令创不愈。喜出青汁，当破出之，创则愈。"《外科启玄·明创疡死肉当去论》云："内多有死肉停蚀好肉，苦痛难禁，若不早去，愈加腐烂，正谓之恶如狼虎，毒如蛇蝎，有伤性命，恐致不救，当视其缓急，死肉大小，或以针刀割去，缓以腐肉锭子或末药或膏药贴之。"又云："如不去净，亦不能得愈。"《外科正宗》亦云："此已坏者不能复活，只救将来未坏者也……但腐肉不痛者，逐一剪割。"

摘除异物 创口内有异物存在，可造成患处合并感染，致使创口不易愈合，甚至邪毒内攻犯血，变证多端。在清除坏死组织的过程中，把所有的异物摘除，若存在于深层组织内，可适当扩大伤口寻找并摘除之。当施术时，则须细心操作，勿误伤重要器官。《诸病源候论·箭镞金刃入肉及骨不出候》云："箭镞金刃中骨，骨破碎者，须令箭镞出，仍应除碎骨尽，乃傅药，不尔，创永不合，纵合常疼痛，若更犯触损伤，便惊血沸溃有死者。"

缝合 人体各种软组织和某些器官损伤分离，都应考虑按解剖关系予以缝合。有骨折者，先整复骨折并作内固定，然后把肌肉、肌腱、神经、血管、皮肤，对位缝合。缝线可根据不同组织的需要选用丝线、肠线、尼龙线或金属线等。施术时，按解剖层次，把组织对准缝之，且深浅得宜，免留空隙死腔，缝线的结扎不可过松或过紧。如《诸病源候论·金创断肠候》载："夫金创肠断者，视病深浅……肠两头可见者，可速连续之，先以针缕如法，连续断肠，便以鸡血涂其际，勿令气泄，即推内之。"《太平圣惠方》卷十八介绍："治金创，或肌肉断裂方……右剥取新桑皮，作线缝之。"《理伤续断方》云："或筋断有破处……却用针线缝合其皮。"缝合的方法，《诸病源候论·金创成痈肿候》指出："凡始缝其创，各有纵横，鸡舌隔角，横不相当，缝亦有法。当次阴阳上下顺逆，急缓相望，阳者附阴，阴者附阳，腠理皮脉，复令复常。"

伤口引流 对于污染严重，行清创术较晚，已经超过8—12小时的伤口，仅用软组织把神经、肌腱、血管及骨折端覆盖，伤口只作部分缝合或让其敞开，于伤口深处插入引流条，或药纱松松填塞覆盖以引流。伤口引流，元代齐德之《外科精义》称为"纴"，引流条亦称"纴"。《世医得效方》卷十八亦有"并不得封裹创口，恐生脓血"的记载。同时亦介绍引流的适应证和具体方法："伤损深者，撚成条入孔中，浅者中油单为膏贴之。"让脓血能排出，使邪有去路。

包扎 经清创处理后的伤口，用消毒敷料覆盖并包扎，以防再度污染。如蔺道人《理伤续断方》所云："绢片包之，不可见风着水。"

破疮排脓术 是将化脓性感染的裹脓病灶切开，让脓液排出体外的手术。适用于急性化脓性感染脓肿形成，临床检查局部多有波动感或经穿刺可抽出脓液者。施术原则：①利于引流，因此切口宜在最低位且必须够大，腔内分隔均须打开。②切口愈合后对关节功能影响小的部位。

浅部脓肿 切口应在波动最明显处，顺皮纹方向，用尖刀刺入脓腔，然后向两端扩大，排脓后，根据脓腔大小情况放入橡胶片或药油纱条引流。

深部脓肿 切口应与大血管神经平行，最好尽量避开之。按解剖层次逐层切开并止血，切开脓腔壁，排出脓液后，用手指探查腔内，按引流需要扩大切口，或把腔内分隔切开，清除脓液及坏死组织后，塞入药油纱条或带侧孔的胶管以引流。对于脓腔特别大，或分隔多，经一个切口不易充分引流者，可考虑作对侧切口，形成对口引流。

关节积脓 凡关节急性感染积脓，经其他方法治疗无效，或因脓液粘稠穿刺不易吸净者，均可切开关节以排脓。切开后用大量生理盐水或药液彻底冲洗关节腔，洗净后，注入药液，然后按解剖层次予以缝合，一般不放置引流条。对病情较严重者，可插入塑料管，一条用于注入药液冲洗用，另一条作引流用。

附骨痈 急性化脓性骨感染，局部体征明显，骨膜穿

刺抽出脓液或血性渗出液者,可将骨膜切开,在病骨处钻若干个孔,或凿出小块病骨,形成一个骨窗,减压排脓,冲洗后,放置引流条,或带侧孔的细塑料管两条,待术后继续用药液冲洗引流。

破疮排脓,是让邪有出路。《外科启玄·明疮疡脓熟不宜开迟论》中论述:"凡疮疡有脓之际,乃肉腐而成脓,是毒气侵蚀而溃也,若不速之,恐毒气畜而侵溃好肉,如肘、膝、枢纽关节之所,筋骨坏,废疾成矣。"对于破疮的方法,《刘涓子鬼遗方》云:"所破之法,应在下逆上破之,令脓得易出。"破疮,要使脓液排出通畅,《外科正宗·汁割披针喉针形》第一百五十六指出:"如脓深欲其口大,直针进而斜针出,划开外肉,口则大矣。"又指出:"凡脓涩滞者,内膜中隔不通故也。"而《疮疡全书》提议用"十"字形切口。《圣济总录·辨痈疽宜针烙法》云:"实者拈发为纴,虚者以纸为纴,涂引脓膏纴之。"上张切开排脓后插药物条以引流排脓。

病灶清除术 是将患者体内局限性病灶采用相应的方法如刮除、切除等手段加以清除的一种手术。

凡附骨疽有较大的死骨形成;骨痨流痰病灶较局限或有死骨形成者;良性或趋于恶性的肿瘤等均可作病灶清除术。施术时,对附骨疽,瘘管形成者,须把主要的瘘管切除,清除病死骨后,其空缺的骨腔,可切取带蒂肌瓣填充;对骨痨流痰,则清除脓液及病死骨后,其骨腔用别骨填植;对骨肿瘤,视其性质,予以刮除,或切除,或病骨段截除,如有骨腔,同时从别处取来骨块填入;对于四肢的恶性肿瘤,则可施以截肢术。若患者已具该手术指征者,应予以彻底清除,免至复发。

对于感染性骨病的病灶清除,明代杨清叟在《仙传外科集验方》即有记载:"骨而成痈,非药所致,故名附骨疽,又名白虎飞尸,留连周期,展转数岁,冷毒朽骨,出尽自愈……内浅可取,宜以利刀取之。"《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》亦载有"以麻药与服,或用刀刮开尖骨"的方法。

对于软组织的局限性病灶,汉代华佗主张"刳破取",予以切除。对于表浅病灶,元代危亦林提倡用灼烙法,直接把病灶烧灼掉。明代申斗垣继承了这手术方法,对于基底细小的病灶,他还主张用药线结扎,使之坏死,自行脱落的方法。

截肢术 是把人体四肢某一平面以下的肢体横断切除,再按病情妥善处理残端的手术。若以肢体某一关节为平面且顺关节截断者称关节离断术;肢体截断后,暂不缝合残端者称为开放截肢术。

凡肢体患恶性肿瘤,用其他疗法无效者;因血管性疾病至肢体有明显坏死者;各种严重感染,不能控制,可能危及生命者;严重的损伤,肢体已无法保留及再植,或再植后不能成活者;某些畸形影响功能者等,均可考虑施以截肢术。

施术时,原则上需处理好几个方面:截断的骨端应锉成平滑面;止血要彻底,主要血管需缝扎;神经切断面须高于骨端;肌肉收缩后其断端与骨端等齐,不用肌肉包盖骨端,而以筋膜或带薄层肌肉的筋膜覆盖骨残端;外层留有感觉好、血运良好的皮瓣,皮肤的缝合口不可在负重或常受摩擦的位置上,且能在筋膜上滑动,故必须设计好切口的型式和位置。若患者肢体感染严重,为使引流通畅,炎症消除快,则可采用开放截肢术。截肢是一种破坏性手术,其适应证比较有限,应慎重对待,严格掌握其手术指征。

《灵枢·痈疽》载有:"发于足趾,名脱痈。其状赤黑,死不治,不赤黑,不死。不衰,急斩之。不则死矣。"这是中国最早的截趾术。《类经·疾病类》释云:"痈色赤黑,其毒尤甚。若无衰退之状,则急当斩去其指,庶得保生,否则毒气连脏,必至死矣。"《外科正宗》载:"随用软绢条尺许,缠裹黑色尽处好肉节上,以渐收紧扎之,庶不通血络,次用利刀放准,依节切下。"又云:"用利刀寻至本节缝中,将患指徐顺取下。"这是陈实功的关节离断法。清代《余听鸿医案》记录施用开放截肢术的案例:"治一小童,年十五岁,因割草为上灰蛇咬伤手背,漫肿干瘪,皮皱肉黑,臭不可近,黑色渐近尺泽……饮以麻药,用红带两条,一扎上白肉处,一扎下黑肉处,俱紧扎,中空一寸,乃黑白交界之处,以锋刀将肉割开,上止血丹,割至露骨寸许,骨亦青黑,即用锉将骨锉断,取下其手。以止血生肌药敷之,包以玉红膏。"

开放复位内固定术 是切开患处的皮肤及肌肉等软组织以暴露骨骼,在直视下进行整复骨折、脱位的手术。在开放复位的同时,把内固定器材安装在患者体内,以固定骨折端者称内固定术。

开放复位内固定术,在隋唐时代已经应用到临床上。如《诸病源候论·金疮伤筋断骨候》载:"若被疮截断,诸解身躯,肘中及腕、膝、髀,若踝际,亦可连续,须急及热,其血气未寒,碎骨便更缝连。"对于骨折,早期采用丝线"缝连"内固定,这是巢元方的内固定法。以后历代都沿用。唐代《理伤续断方》介绍:"凡皮破骨出差驳,拔伸不入,撙捺相近,争一二分,用快刀割些捺入骨。"元代《世医得效方》叙述了用刀、剪、凿、铁钳等器械进行切开复位术。如该书卷十八载:"诸骨碎骨折出血者,每服(麻药)二钱,好红酒调下,麻倒不识痛处,或用刀割开,或用剪去骨锋者,以手整顿骨节归原,端正,用夹夹定,然后医治。或箭镞入骨不出,亦可用此麻之,或用铁钳拽出,或用凿凿开取出,后用盐汤或盐水与服,立醒。"

凡开放性骨折、脱位;关节内或邻近关节的骨折,徒手闭合整复不易成功者;伴有神经血管损伤的复杂性骨折、脱位;陈旧性骨折严重畸形愈合或骨不连者;陈旧性脱位,徒手整复不成功者,均可考虑施行开放复位。骨折作开放复位时,可考虑同时进行内固定术。施术时,根据骨折的不同部位,可采用相适合的内固定方式。按具体需要,选择相应的内固定器材。

开放复位内固定术,必须严格掌握手术指征。若掌

握不当,则可发生手术并发症而导致手术失败。如《世医得效方》卷十八指出:"切不便轻易自恃有约,便剪、便割、便弃,须要详细审视,当行则行,尤宜仔细。"

填骨术 是指人体内某些骨及关节的病变或损伤,经手术处理的同时,将取自他处健康骨骼的骨质填放其中,以促进其骨质愈合的手术。亦即骨移植术。

宋代已经有外科医生进行同种异体骨移填的手术,如洪迈在《夷坚志·甲志》中记载"邢氏补颐"这一案例曰:"邢氏居京师生疽于颐,久之颐颔连下腭及齿脱落如截,自料即死,访诸外医……是夜以帛包一物至,视之,乃妇人颐一具,肉色阔狭长短勘之不少差,以药缀而封之,但令灌粥饮,半月发封,疮已愈。后……邢氏口角间有赤缕如线隐隐连颐,凡二十余年乃亡。"清代骨伤科专家江考卿在《江氏伤科方书·受伤治法》中介绍:"凡打伤跌肿……先用二十号宝麻药一服,然后割开……再取出骨,若骨碎甚,即以别骨填接。"江氏在宋代的"补颐术"基础上,提出了把"碎甚"的骨取出,然后用取自别处的健康骨骼填人这一手术方法,从而发展并奠定了中医的"填骨术"。

凡因开放性损伤或骨疾病作病灶清除后所造成的骨缺损;骨折后的骨不愈合;某些骨性畸形的矫治或关节融合等,均可施行填骨术。临床上,根据移填骨骼来源的不同,一般分为三类:①自体骨移填的填骨术:从患者自身的健康骨骼上凿取适量的骨组织,移填到需要的部位上。②同种异体骨移填的填骨术:从其他人身上凿取骨组织,移填在患者身上。③异种骨移填的填骨术:从动物身上凿取骨组织,移填在患者身上。清代还记有柳枝或杨枝植人以接骨成功的报告。该法难以成功,很少应用。

施术时,可根据伤病部位及性质,设计好填骨的术式。先凿取适量的移填骨块,其松质骨容易成活生长,坚质骨有较好支持力,可按伤损处具体需要,把移填骨块修整妥,然后填人,并作可靠的内固定和坚强的外固定。填骨术在骨伤科应用较广,但应掌握好手术适应证。严格遵守手术规程,以期成功。

理伤手法

医者运用双手在患伤局部施行揣摸、拔伸等,以对骨折、关节脱位以及筋肉损伤等进行整复、理筋、恢复功能的手法操作,称理伤手法。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"夫手法者,谓以两手安置所伤之筋骨,使仍复于旧也。"它通过对患者肢体施加有目的的牵拉、挤压、扭转、提捏、屈曲以及杠杆等作用力,使局部及相关的组织产生被动的伸延、变形、回旋、滑动、对位等运动而产生各种效能,取得疗效。故《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"既知其病情,复善用夫手法,然后治自多效。诚以手本血肉之体,其宛转运用之妙,可以一己之卷舒,高下疾除,轻重开合,能达病者之气血凝滞、皮肉肿痛,筋骨挛折,与情志之苦欲也。……是则手法者,诚正骨之首务哉。"手法可以单独使用而收效,也常与其他治疗方法结合使用。

古代理伤手法包括在按摩疗法中,《史记·扁鹊仓公列传》称为的挢引、案杌,《素问·至真要大论》也云:"摩之浴之,薄之劫之,开之发之,适事为故。"说明春秋战国以前,理伤手法已被广泛应用。蔺道人对理伤手法加以发展,总结出"揣摸"、"拔伸"、"捺正"、"搏平"、"踈人"、"屈伸"等手法,对骨伤科学的发展作出一定贡献。宋、元两代,有关伤科的论著不少,而对理伤手法论述较详细的是危亦林,他在已有的手法基础上,发展了借助器械整复骨折和脱位。以后历代尽管流派不同,手法名称不一,但其原理和目的是一致的。《医宗金鉴·正骨心法要旨》吸取了历代的经验,将理伤手法归纳为"摸、接、端、提、推、拿、按、摩",后世又称为"正骨八法"。50年代后,经过整理,成为一套比较完整、具体的理伤手法。

理伤基本手法 大致可归纳为拔伸、旋转、屈伸、分骨、折顶、回旋、捺正、挤压、分筋、理筋、弹筋、拨络等。其中拔伸、旋转、屈伸、分骨、折顶、回旋、捺正、挤压等是属于正骨手法,大多用于骨折、脱位的整复;按摩、推拿、理筋、分筋、弹筋、拨络等则属于理筋手法,用于治疗软组织损伤,具体手法可参见"伤筋"条。临床上,因骨折、脱位往往并发软组织损伤,故两类手法往往联合使用。《诸病源候论》卷三十六云:"断皮肉骨髓、伤筋脉,皆是卒然致损,故血气隔绝,不能周荣,所以须善系缚,按摩导引,令其血气复也。"

理伤手法效能 大致有如下几种:

(1) 活血散瘀,消肿止痛:骨骼、关节和筋络等组织损伤后,血脉受损,血液离经,瘀积停滞,阻塞经脉,经气不通,而致成瘀肿疼痛。或瘀血积于筋肉之间、关节腔内,久之则血肿机化,影响关节和肢体功能。理伤手法可以增进局部血液循行,使气血畅通,消除瘀滞,退肿止痛而恢复功能。故《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"因跌扑闪失,以骨缝开错,气血郁滞,为肿为痛,宜用按摩法。按其经络,以通郁闭之气,摩其壅聚,以散瘀结之肿,其患可愈。"

(2) 减轻或解除肌肉痉挛:人体损伤之后,常使有关部位的肌肉发生反射性痉挛,而致患处产生疼痛和功能障碍。也有因伤而致营卫运行滞涩,血脉失荣,肌肉不得濡养而发生挛缩,肢体麻木。施用理伤手法可疏通受伤部位血脉并通过牵拉、按摩患部的肌肉,达到减轻或解除痉挛和挛缩的目的。

(3) 整复移位:损伤后,人体的肌肉、肌腱、骨骼均可发生断裂和移位,因而患处产生畸形、疼痛和功能障碍。施行理伤手法,可以使断裂、移位的组织回复正常位置,如使滑脱的肌腱回复、脱位的关节及移位或成角的骨折复位,还可使椎间盘纤维环破裂后的突出物还纳,因而促进损伤局部的组织修复和肢体功能的重建。

(4) 宣通散结、剥离粘连:软组织损伤引起局部出血后,若瘀积不散,则血肿机化而产生粘连。或因风、寒、湿

邪侵袭,加以长期劳损或体质衰弱,使局部经脉阻滞而发生病变,因而产生疼痛、关节活动不利甚至丧失功能。如能恰当运用理伤手法,可以起宣通散结、剥离粘连的作用,而使肢体功能恢复。

(5)运行气血、调和阴阳:人体局部损伤之后,一方面可造成局部的气血阻滞,另一方面可引起全身症状,如《正体类要·陆序》所指出的:"肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和。"理伤手法可以使气血畅通、瘀散肿消而恢复功能。另方面,还可在经络穴位上施行迎随补泻,而达到阴阳调和,营卫之气得贯,脏腑因而安和,并改善损伤组织营养,促进其康复。

理伤手法施行原则　因为损伤情况有异,人体虚实有别,施行手法除需遵循辨证施治的原则外,同时还要遵循稳妥、准确、轻巧、适时四个基本原则。

(1)稳妥:操作者事前要细致分析病情,制定完善的操作方案,操作时患者和医者应采取合适的体位和姿势,医者应思想集中,态度从容沉着,动作稳健妥当,手法的范围、动作的轻重和快慢均要适度。

(2)准确:就是辨证和对局部解剖结构了解得准确,并使用准确的手法,做到手随心转,法从手出,迎随补泻得当,组织移位的整复一次成功,有利损伤修复。

(3)轻巧:就得施行的手法要轻柔而灵巧。特别是对骨折、关节脱位的整复和粘连组织的剥离,往往要用较大的力,在准确选用手法的前提下,适当地控制力量,切忌鲁莽,力求做到《医宗金鉴·正骨心法要旨》所云:"法之所施,患者不知其苦。"

(4)适时:就是施行手法的时机要适宜。当骨折、脱位、肌肉和筋络受伤时,应力求早期施行手法治疗。如果拖延整复时间,常因血肿机化或新骨形成等,使整复困难,增加患者痛苦。若伤后就诊不及时,伤处已形成严重肿胀,则可适当推迟手法施行时间。在组织粘连的情况下,施行剥离粘连手法不宜过早,否则被剥离部位的纤维组织再次增生而使粘连更严重。而在骨关节损伤后,按"动静结合"原则,适时地运用理伤手法以配合患肢的功能锻炼,往往可使功能得到最大程度的修复。遇到患者处于昏迷、危证状态或并发严重内伤时,则先要抢救生命,待全身情况好转后,方可施行理伤手法。

为了保证手法的成功和减轻患者的痛苦,可酌用针刺、指压或药物麻醉。

理伤手法因有较好效果而在损伤治疗中占有重要的地位,但是,由于各患者的全身及局部情况有很大的差异,所以对年老体弱、病情严重、妊娠期、局部有传染性皮肤病、感染、类风湿或恶性肿瘤者,应慎用或忌用。

拔伸　是医者对患者的肢体施以纵向牵拉,使其肌肉、肌腱、韧带等软组织发生不同程度的延长以利骨关节复位的手法。拔是施手法者的主动动作;伸是患者肢体被动伸延。

《理伤续断方》云:"医治整理补接次第口诀,一煎水洗。二相度损处。三拔伸。四或用力收入骨……。"说明至少在唐代,已将拔伸作为整复骨折、脱臼的基本手法应用于治疗中。唐代以后,大多数著作把"拔伸"称为"牵"、"拽"。元代医家危亦林对拔伸的内容加以充实、发展,在他的《世医得效方》一书中,除记载了"手臂"、"肩胛"、"脚板上交胻处"、"大腿根"、"脊骨"、"辅车"等部位移位时,使用"拽"法整复外,还描述了使用软绵绳悬吊患者肢体,实施拔伸,以治疗脊柱骨折。至清代,《医宗金鉴·正骨心法要旨》更主张"欲合先离,离而复合",使骨折"离而复合",将"拽"法归纳在"接法"、"提法"中,并把它应用于全身各部位的骨折、脱位的整复。

拔伸法为整复骨折、脱位的重要手法,现代由于对人体关节、肌肉的力学原理有了较深的了解,施行拔伸手法时,对患者的体位、姿势则有较严格要求,使拔伸手法更趋合理、有效。另外,对筋肉丰富、肌力强大的部位,为弥补人力拔伸力量的不足,可利用软绳或器械等进行力的转换以加大牵拉力量,或作持续牵引,因而提高了整复的成功率。

当骨折、脱位发生时,由于肢体的支架被破坏,肌肉受损伤的刺激发生猛烈收缩,这种收缩力,就造成了骨折的重叠、成角、旋转等移位,而肢体则呈现缩短及各种畸形。所以,对该部位肢体沿其纵轴方向施行拔伸,则能对与局部相关联的肌肉、肌腱等组织产生一纵向拉力以对抗肌肉本身的收缩力,最后恢复肢体原来长度。一部分骨折和脱位,往往在肢体长度恢复的同时,移位就得到整复,另一些尚需配合挤压、旋转、屈伸、折顶等手法才能取得满意复位。

拔伸手法可以一人或多人共同施行,方法是先在近端作好稳妥紧固,以产生一个与牵拉方向相反的作用力并稳定患者身体,然后在骨折、脱位的远段,沿肢体纵轴方向牵拉。近端的紧固方法常用手力握持,对于手力难以握牢的部位,可使用宽布带缚扎、挽扣等方法进行紧固。为防止拔伸过程中在远端脱手及加大拔伸力量,可用宽布带将拔伸者手腕与患者肢体挽扣。

施行拔伸手法时应注意:①患者肢体必需根据需要和局部的解剖学特点,采取适当的体位和姿势,拔伸时才不会发生意外和造成新的损伤。一般先顺势拔伸,然后再根据复位需要的方向进行拔伸。②拔伸的远、近端的主要着力点力求接近骨折、脱位局部。《理伤续断方》指出:"拔伸当相近本骨损处,不可别去一节骨上。"如四肢长骨的骨干骨折,拔伸的主要着力点在远、近段,而不跨越上、下关节;关节脱位及近关节、关节内骨折,拔伸的主要着力点则放在组成该关节的远近两骨干上,亦不宜跨越其上、下的关节,这样可以比较省力,且获得较好的拔伸效果。③拔伸时,用力要持续、平稳、力量大小要以患者肌肉抵抗力为依据,做到轻重适宜。④根据骨折、脱位的移位情况,可对拔伸方向稍作变化,以利于复位。

旋转　是使肢体围绕纵轴的运动或以关节盂为中心

转动的手法。《理伤续断方》指出："凡捺正要时转动使活。"《普济方》则记载了对"手胯"、"脚盘"等处"出臼"，使用"摇动"、"搏摇"等手法。近代，将这种矫正骨折、脱位的旋转移位的手法命名为"旋转"，并逐渐增大了它的应用范围。

肢体有旋转移位时，手握持骨折远段，在拔伸下，围绕肢体纵轴向左或向右旋转；陈旧性关节脱位在松解粘连时常用旋转手法；对脊柱施行旋转手法可令患者取坐位或侧卧位，在其同侧的肩、髂骨翼后方同时作推、扳；颈部则用使头部向左或向右旋转的方法。

屈伸 是使患者关节产生屈伸运动的手法操作。它是骨折、脱位的常用整复手法之一，在损伤中后期，亦可应用这种手法，促进肢体关节功能的恢复。

屈伸手法早在唐代已被作为预防损伤后的关节功能障碍而加以应用。如《理伤续断方》记载了关节部位的损伤敷贴外用药后，还要"或屈或伸，时时为之方可"。《世医得效方·正骨兼金镞科》对于肘关节脱位整复后云："不可放定，或时又用拽曲拽直，此处筋多，吃药后若不屈直，则恐成疾，日后曲直不得。"至明代，屈伸手法除了应用于预防损伤后的关节功能障碍外，在骨折、脱位的整复中也有应用。《普济方·折伤门》对治疗臂膊骨伤折时云："令患人正坐，用手拿患人肐膊伸舒，揣捏平正，用消毒散敷之，外用薄板片纸裹，绢带子缚定。"此外，对肘关节脱位、髋关节脱位、腕关节脱位及肱骨外髁骨折、踝部骨折等损伤，均应用了屈伸手法。

屈伸手法通过使肢体关节被动屈伸而可产生如下作用：①由于患肢关节的被动屈曲，屈肌群处于松弛状态，反之，则伸肌群松弛。当骨折碎片包括有屈肌或伸肌的附着点时，利用屈伸手法，可使与骨碎片相连的肌群处于放松状态，骨碎片可获得较大的活动范围，因而利于复位。如肱骨外髁翻转骨折，常用手法使手掌极度背伸，然后整复骨碎片。②利用关节的被动屈伸运动，带动近关节或关节内骨折的骨折片移动，因而矫正其移位或成角畸形，如肱骨髁上屈曲型骨折向后突成角，整复时，将患肢在拔伸下被动伸直肘关节，成角畸形即可矫正。③脱位关节被动屈伸时，使脱位的骨端接近关节的臼端，而使脱位易于整复。肘关节后脱位，在牵拉前臂下屈肘，脱位即可整复。④利用屈伸手法的力量牵拉粘连的软组织，使关节及周围的粘连断裂，常可恢复关节的功能，成作为陈旧性脱位的松解手法之一。⑤肢体的被动屈伸、牵拉可解除肌肉的痉挛，而使疼痛缓解。如腰肌急性损伤时，即可用脊柱前后屈伸及左右旋转法牵拉腰髋部深层肌肉，促使其肌肉痉挛解除。

屈伸手法操作时，医者一手固定关节上段肢体，另一手握住下段肢体，使关节作适当的屈伸活动。施行手法时要注意屈伸范围，一般不应超过各关节的正常活动范围，力量要适宜。当施用屈伸手法来撕开关节及软组织的粘连时，切不可用力过猛，动作不宜粗暴，应以持续而有控制的力量小心进行，以免造成过大的损伤。

分骨 是使因成角移位或侧方移位而互相靠拢的两骨分开，以恢复其正常间距的手法。

桡尺骨、掌骨或跖骨骨折时，常因暴力的作用和骨间膜或肌肉的收缩，而使两骨成角移位或侧方移位造成互相靠拢，若骨折在这种不正常骨间距情况下愈合，将产生不同程度的肢体活动功能障碍。如前臂桡尺骨间隙变小，则产生前臂旋转功能的障碍。另一方面，在前臂骨折中，桡尺骨间距变窄，则骨间膜松弛，桡、尺骨干间的稳定性丧失，手法整复时就会顾此失彼，难以成功，故需施行分骨手法。

施行分骨手法时，医者用一手的拇指与食、中、环三指分别置于骨折部的掌、背两侧，向靠拢的两骨间隙持续捏按，使靠拢的两骨分开，亦可用二手的拇指与食、中、环三指同时分别置于骨折部的掌、背两则，在靠拢的两骨间捏按并向两边牵拉，使两骨分开。

折顶 即利用加大骨折端的成角，使两断端同侧骨皮质接触后再反折回来纠正其重叠移位使之复位的手法。施行折顶手法时，医者握持肢体的骨折远端，两手拇指抵压于突出骨折的一端，其余四指重叠环抱于下陷的骨折另一端，在持续拔伸下，加大成角，依靠拇指的感觉，估计骨折远、近端的同侧骨皮质已经相顶，骤然将成角纠正，使断端对正。如在肌肉丰厚的大腿股骨干骨折，可在助手拔伸之下，医者用两掌或两前臂分别代替拇指及食、中、环三指来完成折顶操作。

折顶手法适用于单靠手力牵拉不易完全矫正重叠移位的横断或锯齿型的长管骨骨折，如股骨干骨折和桡、尺骨干骨折等，但使用要谨慎，动作要协调、稳妥、敏捷，不应猛折和猛抖，在有重要血管、神经部位，要避免被折端骨锋损伤。

回旋 就是使骨折远段循近折段侧方回转到对侧，而引导背向移位的斜面骨折的断端对合，或使骨断端之间嵌入的软组织解脱的手法。

对背向移位的斜面骨折，单用拔伸手法难于复位，而且使软组织在拔伸下过度延伸，实际上是很困难的，即使能成功亦将增加软组织的损伤，影响功能的恢复。若使用回旋手法，使骨折远端经近端侧方绕行至对侧而两骨折面对合，这样，整复时省力，成功率高，软组织损伤少，因而功能恢复亦好；对长管骨骨折断端之间嵌入了软组织，也必须使用回旋手法使软组织解脱，断端才能复位和愈合。

回旋手法操作时，由医者将骨折的远、近两段肢体分别握持好，把远侧段按计划好的方向推动，经近折段的侧方绕行运动到近折段的对侧。远折段的回旋路线应与原来骨折移位路线逆行，而原来骨折移位路线则根据受伤机理并参照X线照片来判定。在施行回旋手法时，可以从两手对骨折两断端触碰时的感觉来判断嵌在两骨折端之间的软组织是否已解脱，如感觉有软组织阻挡骨折远

端的运动可试行改变绕行的方向。

捺正 即医者用手指或掌,对患处按压以纠正成角或侧方移位等的手法操作。《理伤续断方》云:"凡伤损重者,大概要拔伸、捺正。"《医宗金鉴·正骨心法要旨》则将"捺正"归纳在"按法"中,使"突者复平",就是捺正所产生的作用。

施行捺正手法时,医者以一手或两手的拇指、掌按压骨折端突起处,而使骨折成角畸形消失或从骨折断端的骨擦音感知骨折面对合。为使按压得力和稳当,也常用拇指按压而其余四指在下提托来施行捺正。如胫骨髁上骨折有前后移位时,常用两手拇指按住突出的远端,两手其余四指托住近端,当拇指用力向下按压时,移位即可整复。此外,腕掌关节、掌指关节、跖跗关节、跖趾关节等脱位,以及月骨脱位、桡骨头脱位,在整复时也常使用捺正手法。

捺正手法主要适用于有成角畸形、侧方移位、关节脱位的整复等。

挤压 是指在患处相对应的二部位,同时施以方向相对的压力,以进行骨折、脱位的整复手法。挤压手法历代伤科医著均有记载,如《理伤续断方》云:"皮破骨出差爻,拔伸不入,"要"撙捺相近……。"元代危亦林治多处骨折、脱位使用了"搦"法,《普济方》、《证治准绳》等医著所载多种骨折、脱位整复法均有使用"揣捏平正"、"按捏骨平正"等手法。近代,则将这些相近似的手法,根据其对局部作用力的方式,归纳为"挤压"。

施行挤压手法时,应使分离的骨或骨碎片向中央靠拢。挤压手法适用于斜或螺旋骨折断而分离,或横断骨折仅有侧方移位,或骨折经初步整复有断面分离、对位不良,或个别关节如下桡尺关节脱位。

操作时可用单手或双手,挤压的方式可分横向挤压和纵向挤压。如股骨干骨折经整复,但对位未够满意时,常用双手掌分别置于侧向移位的局部,同时对向挤压以纠正侧方移位,这就是横向挤压,亦称横挤。纵向挤压常用于长管骨骨干横形骨折整复后,为使骨折面更为吻合或嵌插牢固,或检查长管骨干骨折的复位是否成功,常沿骨干的纵轴对向用力,称纵向挤压。

理筋 是顺肌束、肌腱方向作推、摩、揉、按等动作以治疗局部伤损的手法操作。它往往需要多种手法联合使用。

骨折、脱位、伤筋均可致局部肌肉筋络歪曲、扭转、出槽、痉挛,引起血气运行阻滞,瘀肿疼痛,功能障碍。用理筋手法顺肌肉、筋络方向进行理顺,使歪曲、扭转或出槽的肌束、筋络恢复正常,并促进局部血脉流通、肌肉放松而产生活血、祛瘀、消肿、止痛、舒筋的治疗作用。

施行理筋手法可根据需要而采用掌、虎口或指腹等贴于患部皮肤顺肌束、肌腱方向在皮肤摩擦数次,然后逐渐加大力量按紧或贴紧皮肤,顺肌束、肌腱方向直线或弧形推按或边揉边推,反覆进行,最后仍用较轻力量摩擦数次结束手法。如在局部皮肤加用药酒、药油等,效果更好。

分筋 即指用指尖在痛点或筋结处点按,并向四周揉、搓、推、擦或向肌束、肌腱间隙处深按压以分离粘连和消除筋结的手法操作。

凡筋肉受损伤,瘀血结聚形成粘连或硬结,或伤后肌肉痉挛等,可使用分筋手法,使肿胀分消,粘连松解,筋结消散。另外,分筋手法亦可循经穴施行迎随补泻而起调和气血、舒筋活络的治疗作用。如踝关节扭伤进行手法治疗时,若加用拇指在解溪、申脉、照海等穴分筋;失枕经理筋后,再用拇指于肩井、风池等穴点按,均可增强疗效。

弹筋 是指用拇指与其余四指相对,将局部肌肉、肌腱拿起,又让其迅速在指间滑落弹回的手法操作。

弹筋手法较重,当将肌肉、肌腱拿起弹回的时候,由于突然的强力拉紧和放松,这种一张一弛,有助于缓解肌肉痉挛,剥离粘连。对局部强烈刺激,促进了气血循行,因而又具有活血祛瘀、消肿止痛、促进萎缩肌肉张力和感觉的恢复等治疗作用。弹筋手法犹如射箭时拉弓放弦,动作要迅速有力,快提快放。适用于急慢性伤筋而致痉挛、疼痛或粘连者。

拨络 即在肌肉、肌腱、韧带的纵轴作垂直方向的横向推拨手法。拨络手法广泛应用于软组织损伤的治疗。清·张振鋆著《厘正按摩要术》卷三载"打马过天河"法:"以右大中指弹之,如弹琴状。"就是对拨络法的较具体描述。《医宗金鉴·正骨心法要旨》所载髃骨复位后云:"再将臑筋向内拨转。"

施行拨络手法是以拇指或其余四指的指尖或指腹紧按于局部皮肤上,取与肌束、肌腱、韧带等垂直的方向,单向或往复推擦,或两拇指交叉推擦,从指上可感到肌束、肌腱、韧带等被牵拉又滑弹的感觉。施行手法时,局部皮肤常涂上药酒、药油以增加疗效,减少摩擦,拨络后常用理筋手法理顺肌筋。

拨络主要通过对肌束、肌腱、韧带的横向推拨,使肌肉一张一弛,而起到缓解痉挛的作用。由于对肌肉、肌腱、韧带的拨动,常可使其因伤损而致的翻转、移位复原。同时,因拨络时的机械作用可剥离粘连,促进局部气血循行等。

正骨推拿

以矫正骨折、脱位及其他骨关节疾病和软组织损伤为治疗范围的推拿疗法称为正骨推拿。又称正骨按摩、伤科按摩。巢元方《诸病源候论·腕伤诸病候》指出,"卒然致损"而引起"血气隔绝,不能周荣",通过按摩导引等法可以使气血恢复正常。正骨推拿手法一般可分为正骨手法与推拿手法两方面。在治疗骨折、脱位时主要用正骨手法;在治疗软组织损伤则主要用推拿手法;临床应用中两者常配合使用,不能截然分开。据《新唐书·百官志》

所载，当时太医署中按摩博士和按摩师的职责之一，就是"损伤折跌者，正之"。历代不少医著记述了正骨推拿的许多方法，特别是清代吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨》中总结了摸、接、端、提、按、摩、推、拿"正骨推拿八法"，可说是正骨推拿的基本手法。然而在临床应用中，由于各人的实践经验不同，对手法运用也不尽相同，下面介绍几种各具特色的正骨推拿疗法。

正骨八法 以牵、接、卡、挤、分、旋、端、靠为正骨八法，主要应用于关节脱位和骨折移位。"牵法"又称"牵引法"或"拔伸法"，是整复骨折和脱位的最基本手法之一，四肢部骨折或关节脱位常先用牵法。"接法"是接骨中的一种具体方法，按照骨折畸形情况，分为抵接法和折接法两种。"抵接法"是用双手分别握持骨折处的两端，两手拇指抵于骨折成角畸形的顶端，利用三点加压的原理，拇指与其余四指同时用力而方向相反，使成角畸形得以纠正。本法适用于轻度成角畸形如青枝骨折、前臂单纯骨折等。"折接法"(或称"反折法")是用双手握持骨折处两端，用力加大断端成角，使同一侧面的骨皮质紧密相靠，以夹角顶点作为抵顶支点，徐徐而稳妥地折回，使断端对合得到整复。本法可用于四肢长骨骨折侧方移位微有重叠，或成角畸形而分离者，一般情况下较为少用。"卡法"又称"卡压"或"卡按法"，适用于骨折后骨片游离或骨骺分离以及关节脱位之整复。"挤法"是通过挤压而使移位对合。有侧挤压与纵向挤压两种，适用于掌、指(或跖趾)骨折与脱位，以及四肢长管骨折的侧方移位而无重叠者，亦可用于髌骨骨折移位的整复。"分法"实际是从卡法和挤法衍化而来，利用两并列骨之间隙，借助于指力与物体加压，以保持骨间隙组织持续张力。对于并列骨的骨折以及多段骨折都是必不可少的手法之一。"旋法"是回旋转动肢体，用以矫正骨折两端旋转畸形，采用与旋转力"反其道而行之"的手法以达到整复之目的，适用于四肢长管骨折而有旋转畸形者。"端法"是端托肢体或端提下陷之骨，以纠正前后错位下陷之骨端，使其回复到原有位置。"靠法"属于"夹缚"范畴，既是正骨手法的补充，又有固定的作用。在具体应用中靠法不是一个单一的手法，而是卡、接、挤、旋等各种手法的综合应用。本法适用于骨折的残余移位畸形。

按摩十二法 在治疗软组织损伤方面则归纳为"按摩十二法"，有普通手法、特殊手法、强化手法三类。"普通手法"包括按、摩、推、拿及点穴法，这类手法是其他各类手法的基础手法，具体应用于各类手法的临床操作中；"特殊手法"包括分筋、理筋、弹筋、拨络等法，常用于筋络的绞结痉挛及粘连硬缩；"强化手法"包括滚摇、升降、镇定诸法，常用于因软组织痉挛僵化或粘连所造成的关节功能障碍等症中，有升降气血，镇定止痛之功效。

以手摸心会，离拽分骨，旋转捺正，交错捏合，推拉提按，屈伸折顶，抖颤扣挤和理肢顺筋为正骨八法，适用于整复骨折和关节脱位。"手摸心会"是骨伤科临床检查的基本方法，通过手摸心会，了解伤痛情况，确定治疗方法；"离拽分骨"是使骨折部或脱位的关节在异位状态下经过牵拉而复归原位，所谓"欲合先离"，然后对双骨或多骨并列处骨折在牵引下同时用手指捏离骨间，先进行分骨，再作整复；"旋转捺正"是在牵引下徐徐转动骨折远端，以矫正骨折的旋转畸形；"交错捏合"是用拇指及其余各指捏定骨折两断端，按其远段移位的方向，相对交错用力捏合；"推拉提按"是矫正骨折成角畸形及大骨干的骨折或大关节脱位的手法；"屈伸折顶"主要用于关节附近部位的骨折，在牵引下利用关节的屈伸活动矫正骨折的移位及成角畸形；"抖颤扣挤"是在骨折处已经基本复位后，再用双手紧紧捏定骨折部位，作轻微的快速颤抖，以进一步矫正残存的移位及成角畸形，在夹板固定后，再用掌根在肢端沿骨干纵轴方向轻轻扣击，使骨折断端吻合更为紧密；"理肢顺筋"是在骨折整复后，用拇指及食指沿骨干上下轻轻推理数次，使筋肉舒展，气血畅通。

推拿手法 是另一种软组织推拿手法，归纳为：捏、弹、按、压、揉、点、推、疏、摇、牵、搬、盘十二法(见"推拿手法"条)，无论何种手法，在临床应用中，要重视轻重结合，以轻为主；动作简洁，以巧代力；刚柔相济，以柔克刚。整体观念，全面端详，做到因人而异，辨证施治；轻巧灵活，动作正确；重点突出，远近兼施；由轻到重，由近及远；由表及里，深透沉实；发收迅妥，力度适当。

侧重于治疗骨关节错缝及软组织扭挫伤的正骨推拿。常用手法分为推拿手法和正骨手法两类。推拿手法有拇指推揉法，掌根推揉法，虎口推揉法，指按法，肘压法，提捏法，弹拨法，屈伸牵引法，扳法，抬腿法，足背屈法等。这类手法主要适用于全身各部位的软组织急、慢性损伤所引起的肌肉痉挛疼痛。正骨手法有颈椎摇转法，颈椎侧屈法，绞腰法，前俯牵拉掌(指)压法，膝顶法，仰扳过伸法，提腿压腰法，揿压法，踩踏法等。这类手法主要适用于颈腰部损伤，如腰椎间盘突出症、小关节紊乱、滑膜嵌顿、继发性脊柱侧弯、颈椎半脱位、耻骨联合分离等疾病。其中绞腰法、仰扳过伸法及膝顶法有其独特之处。"绞腰法"的操作是，患者坐位，两手交叉抱住自己的两肩；助手以两腿夹住患者的两膝外侧，两手掌分别紧压患者两侧的髂嵴前部，以固定骨盆，勿使移动；术者站于患者右后侧，用左手位住患者的右腕，右手推住其右肩后部，使其后仰 40°—45°，腰部尽量放松，与此同时将躯干上部旋转 70°—80°，当旋转至有阻力时，再突然用力加大旋转幅度约 10°—20°这时腰部的小关节可产生清脆的"喀喀"声。再用同样方法向相反方向进行一次。此法可解除腰椎小关节滑膜嵌顿，纠正小关节紊乱，有助于松解神经根的粘连。"仰扳过伸法"操作时，患者和助手姿势同绞腰法，术者站于患者左侧，用左手按住患者左侧髂嵴前部，加压于助手的左手背上，右手经过患者背部从右腋下伸向前拉住其左手腕，以抱住其躯干上部，向上拔伸，并作适当的左右晃动；在脊柱拔伸状态下逐渐使其上半

身后仰，腰部处于过伸位，直至腰部感到十分酸胀不易忍受，此时右手再将后仰的躯干向后下方扳10°—20°幅度。此法有增宽腰椎间隙、促使突出髓核回纳的作用。"膝顶法"操作时，患者和助手姿势同绞腰法，术者低坐于患者背后，双手经患者腋下伸出，抱住胸部，使其上半身后仰，并沿患者躯干纵轴，向后下方拔伸；同时用一膝顶住侧突中心的外侧或椎间压痛点，向中央顶压。此法同仰扳过伸法相似，但由于术者膝部直接顶压在病变部位，故力点较为集中、准确。临床应用时，一般先用推拿手法，使肌肉韧带放松，再用整骨手法，两者密切结合，才能提高疗效，减轻患者的痛苦。

正骨推拿在治疗骨伤疾病方面起着主要作用，而正确地运用手法可使断者复续，陷者复起，碎者复原，突者复平。所以《医宗金鉴·正骨心法要旨》说："手法各有所宜，其痊可之迟速，及遗留残疾与否，皆关乎手法之所施得宜，或失其宜，或未尽其法也。"

功能锻炼

通过肢体运动和按摩等来达到锻炼身体、预防和治疗骨关节损伤和其他疾病，使骨关节等功能康复的治疗方法，称功能锻炼。又名"练功疗法"、"练功活动"或"活动疗法"，古称"导引"。功能锻炼对治疗骨关节损伤、提高疗效，减少后遗症有着重要的意义。

《灵枢·病传》云："余受九针于夫子，而私览于诸方，或有导引行气、乔摩、灸、熨、刺、焫、饮药之一者，可独守耶，将尽行之乎？"马王堆汉墓出土的《导引图》已绘有动作形象和文字注明导引练功疗法治疗骨关节疾患。汉代华佗认为"人体欲得劳动，但不得使极尔。动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生。譬犹户枢不朽是也。是以古之仙者，为导引之事。熊经鸱顾，引挽腰体，动诸关节，以求难老"（《三国志》卷二十九）。因而创立了"五禽戏"。说明功能锻炼远在秦汉前后已成为一种重要的医疗康复方法。唐代蔺道人很重视患肢固定后的功能锻炼，指出"凡夹缚用杉木皮数片，周回紧夹缚，留开皆一缝，夹缚必三度，缚必要紧"、"凡曲转，如手腕脚凹、手指之类，要转动，用药贴，将绢片包之，后时时运动，盖曲则得伸，得伸则不得曲，或屈或伸，时时为之方可"。这种固定与功能锻炼统一的辨证观点和方法，一直是指导临床的重要理论根据。唐代之后，对于练功疗法有较大的发展和创新，包括了太极拳、八段锦、十二段锦、易筋经、少林内功等。近代又在这些基础上发展成一整套的骨伤科练功疗法、保健体操、保健功等。

功能锻炼的作用 能促进全身和局部气血的运行，使全身气血畅通，有助于减轻疼痛，加快患肢消肿，肢体功能恢复；功能锻炼能使固定部位邻近关节和其他组织进行自主的活动，因而可以防止废用性肌肉萎缩、骨质疏松、关节强直、疤痕粘连等；骨折在有效的固定下，可利用功能锻炼时肌肉的弛张、拮抗、挤压的作用使复位满意的骨折端趋向稳定，对于骨折断端间的残余成角及侧方移位，还可以在固定中逐渐得到矫正；骨折、脱位经过手法整复和固定之后，虽然在解剖形态上得到修复，但肢体的功能往往还可因筋脉受伤、瘀血停滞等原因受到不同程度的障碍，而适当和合理的功能锻炼，有助于损伤的肢体尽早愈合和功能尽快恢复。

功能锻炼的要求和原则 练功前要将功能锻炼之目的和意义对患者说明，以使密切配合；医者应分析伤情及估计预后，提出各个时期的练功计划；功能锻炼要在医生的指导下进行，以患者主动活动为主（全身和局部），不增加患者的痛苦和损伤的被动活动为辅，切忌采取任何粗暴的被动活动；练功的方法要适当，动作要协调、对称、平衡、多面、坚持不懈、循序渐进；练功时以健肢带动患肢，次数由少到多，时间由短到长，活动幅度由小到大。根据损伤的初、中、后期不同的特点，可采用不同的锻炼方法。

损伤初期，宜作加强气血运行、促进肿胀消退的活动。例如上肢作金龙探爪、耸肩，下肢作踝部屈伸及股四头肌舒缩活动。损伤中期，宜作促进去瘀生新及防止肌肉萎缩、关节僵直的活动。例如上肢作肘部屈伸，下肢作直腿抬举，腰背部作飞燕式、拱桥式等活动。损伤后期，骨已临床愈合，或者已解除夹缚固定，但筋骨未坚，肢体功能未完全恢复，宜作以恢复患肢关节功能和肌力为主的活动。例如上肢作手指爬墙、手拉滑车，下肢作扶拐走行，白鹤转膝、行者下坐等活动，直至痊愈。但各期的功能锻炼并非绝对划分，可以灵活运用。对于功能锻炼的动作宜根据患者的年龄、体质、精神状态和伤病的时间、程度、性质、部位、类型以及骨折端整复后的稳定程度等而有所不同。对于能引起骨折端之间的剪力、成角力、扭转力等不利的活动（如前臂骨折的旋转活动、外展型骨折早期的外展活动、尚未愈合的下肢不稳定骨折的下地活动等）应严格限制，对断端间产生有利于骨折愈合的生理性冲击或挤压活动，应加以鼓励。功能锻炼的时间要早，时机要抓紧，一般在整复和夹缚固定后，即可进行。同时，在锻炼过程中要适应四时气候，注意保暖，以免着凉。对于后期的锻炼，可同时进行热敷、熏洗等，疗效更佳。

功能锻炼方法 有颈项功、腰背功、肩肘功、腕掌功及足腿功。

颈项功 （1）与项争力：坐或站立位，站立时双足分开与肩同宽，双手叉腰。头颈部尽量前屈，使下颌部接近胸骨柄上，然后还原，颈部尽量后伸，使之抬头望天，再还原。屈伸反覆交替。

作用：恢复颈部屈伸功能。

（2）左右侧屈：坐或站立位，站立时双足分开与肩同宽，双手叉腰，头向左侧屈曲，后还原，再向右侧屈曲，还原。左右交替。

作用：恢复颈项部侧屈功能。

（3）往后观瞧：坐或站立位，站立时双足分开与肩同

宽，双手叉腰，保持挺胸位置，头按水平方向转向左方，眼睛由平视前方，水平转视左方，还原后，头按水平方向转向右方，眼睛由平视前方，水平转视右方，再还原。左右交替。

作用：恢复颈项部旋转功能。

(4)金狮摇头：坐或站立位，站立时双足分开与肩同宽，双手叉腰，头部作顺时针或逆时针方向的回环活动，顺逆交替。

作用：恢复颈项部伸屈旋转等功能。

腰背功 (1)仰卧拱桥：仰卧位，上肢屈肘，下肢屈髋、屈膝，以头、双足、双肘后侧五点作支撑，用力拱腰，使胸、腹部挺高，脊柱呈过伸位，身体成拱桥状。经过一个阶段锻炼后，腰部肌力较好时，可把双上肢屈肘放在胸前，以头、双足三点作支点，用力挺起胸腹，作拱腰锻炼。并可逐渐用双掌(双上肢旋前、上举，双掌置于双肩后支撑床面)、双足为支点，使全身腾空，作拱桥式锻炼。

作用：增强腰背部肌肉的力量，并能使胸腰段压缩性骨折的椎体复原，防治腰背痛。

(2)飞燕点水：俯卧位，头转向一侧，双上肢伸直置于身体两侧。两腿交替向后过伸，还原后两腿同时向后过伸，还原。双上肢用力后伸，头与背部尽力后仰，再还原。上身躯体与两腿同时向后过伸，全身翘起，仅让腹部着床，形如飞燕，使脊柱处于过伸位置。

作用：同仰卧拱桥。

(3)前俯后仰：站立位，双下肢保持伸直，腰部作前屈，手掌尽量着地。后仰时，双下肢仍保持伸直，腰部尽量过伸，头和上身躯体后仰。

作用：强腰固肾，治疗腰部酸痛。

(4)左右侧屈：双足分开与肩同宽站立，双手叉腰，腰部作左、右侧屈动作。

作用：增强腰背部肌肉的力量，舒通筋络，以达到治疗腰背痛的目的。

(5)风摆荷叶：双足分开与肩同宽站立，双手叉腰(拇指在前方，余四指在后方)，躯干与腰部同时作顺时针或逆时针方向旋转，动作由慢到快，旋转幅度由小到大，顺逆交替回旋。两腿始终伸直，膝部勿屈。

作用：流通气血，强腰固肾，治疗腰背酸痛，止虚汗，治遗精。

肩肘功 (1)耸肩：坐或站立位，患肢屈肘或微屈肘，以健肢手掌扶托患肢前臂，患肩作向上、向下的收缩、放松活动。

作用：增强肩部肌肉的活动，达到消除患肢肿胀、防止肩关节粘连的作用。适用于锁骨和上肢骨折时早期锻炼。

(2)弯腰划圈：双足分开与肩同宽站立，向前弯腰，上肢伸直下垂，作顺、逆时针方向划圈，幅度由小到大，速度由慢到快。

作用：恢复肩关节的功能。适用于肩部骨折、肩关节脱位等的后期锻炼和治疗漏肩风的锻炼。

(3)上肢回环：双足分开与肩同宽站立，健手叉腰，患肢外展90°后作顺时针或逆时针划圈回环动作，速度由慢到快，划圈幅度由小到大，反覆交替。

作用：同弯腰划圈。

(4)手指爬墙：站立位，正面向墙壁或侧身面背墙壁，用患侧手指沿墙徐徐向上爬行，使上肢高举到最大限度，然后再沿墙归回原处，反覆多次。下次练功时，爬行的高度应稍增加，循序渐进。

作用：同弯腰划圈。

(5)手拉滑车：安装滑车装置，患者在滑车下，坐位或站立位，两手持绳的两端，以健肢带动患肢，徐徐来回拉动绳子，一高一低，来回拉动。

作用：适用于上肢骨折和脱位后期恢复肩关节的功能和肘关节的屈伸功能的锻炼，以及治疗漏肩风的锻炼。

(6)箭步云手：站立位，患侧下肢向前跨半步，成箭步站立，患肢前臂中立位，握拳，以健手托扶患侧前臂或腕部，先使身体重心逐渐后移，并同时双上肢渐渐屈肘，至前臂逐渐靠宅胸前的时候，再使身体重心逐渐向前移，双上肢由屈肘渐渐变成伸肘，并同时把患肢前臂在同一水平上作顺时针或逆时针方向慢转一圈的动作，如此交替，反复多次。

作用：增强气血循行，防止上肢肌萎缩及肩、肘关节功能障碍。适用于前臂骨折的中期锻炼。

(7)肘部屈伸：坐位，患肢上臂平放于台面，前臂旋后，握拳，健手握患肢前臂，用健手带动患肢作屈肘、伸肘锻炼，锻炼时应该用自己的最大力量使屈伸肘的范围逐渐增大。

作用：适用于肘部外伤后期，恢复屈伸功能的锻炼。

腕掌功 (1)金龙探爪：五指尽量伸开，再用力握拳，反复交替进行。

作用：改善前臂与手部的气血循行，消除前臂远端和手部肿胀，恢复掌指关节的功能，适用于上肢骨折与脱位时的早期锻炼。

(2)鲤鱼摆尾：用力握拳(或不握拳)，作腕背伸活动，随后作腕屈曲活动，动作宜慢而有力，伸、屈动作反复交替进行。

作用：恢复腕关节的屈伸功能，适用于腕部外伤的中、后期锻炼。

(3)棕叶迎风：五指伸直，作腕关节向尺侧、桡侧来回摆动的活动。

作用：恢复腕关节侧屈功能，适用于腕部外伤的中、后期锻炼。

(4)手滚圆球：手握两个圆形小钢球，活动手指使圆球滚动或使两球不断变换位置。

作用：恢复指骨间、指掌关节的活动功能，适用于手部外伤的中、后期锻炼。

(5)金丝绞腕：将上臂紧贴胸侧并屈肘90°，手握圆棒，作前臂旋前、旋后的活动。

作用:恢复前臂的旋前、旋后活动功能,适用于前臂骨折后期锻炼。

足腿功 (1)仰卧举腿:仰卧,下肢直腿渐渐举起,然后慢慢放回原位。

作用:增强下肢肌肉(特别是股四头肌)的力量,适用于下肢骨折和脱位的中期或扶拐下地前的锻炼。

(2)蹬空增力:仰卧,下肢直腿渐渐举起,之后作屈髋屈膝和踝背伸动作,再向前上方伸腿蹬足和踝跖屈,最后放回原位。反覆进行。

作用:增强下肢的气血循行,能防止肌肉萎缩,恢复髋、膝和踝关节的功能。

(3)股四头肌舒缩:仰卧位,下肢伸直,用力收缩股四头肌,片刻后再放松,如此反覆进行。

作用:增强下肢气血循行,消肿,防止股四头肌萎缩,适用于下肢骨折和关节脱位的早、中期锻炼。

(4)白鹤转膝:两足并拢站立,两膝稍屈曲或作半蹲状,两手掌分别轻按双膝上,然后膝关节作顺、逆时针方向的旋转活动,旋到前方位置时,膝关节屈曲,旋到后方时,膝关节伸直。反覆进行,顺逆交替。

作用:恢复膝关节活动功能,适用于下肢外伤的后期锻炼。

(5)行者下坐:两足开立,距离与肩同宽,两手抱肘,足尖着地,足跟轻提,然后慢慢下蹲,尽可能臀部下触足跟,两手放开成掌,两臂伸直平举,片刻后再起立,恢复原来的姿势,一蹲一起,反覆进行。亦可双手扶床或扶持他物进行下蹲。

作用:同白鹤转膝。

(6)踝部屈伸:仰卧位或坐位,足作背伸跖屈的活动,反覆交替。

作用:恢复踝关节屈伸活动功能,适用于下肢骨折早、中、后期锻炼。

(7)踝部旋转:仰卧位或坐位,踝关节作顺、逆时针的旋转,顺逆交替,反覆进行。

作用:恢复踝关节的活动功能。

(8)搓滚舒筋:坐位,患足踏于竹管或圆棒上,来回搓滚竹管或圆棒,使膝、踝关节做伸屈活动。

作用:恢复膝、踝关节的伸屈功能。

(9)扶拐行走:用手扶持拐杖下地进行步行锻炼。解除牵引后,先扶双拐下地作患肢不负重的步行锻炼。当骨折端有连续性骨痂,或脱位整复后关节周围软组织修复较好时,患肢可循序渐进地增加负重。骨折愈合较好后,可改用单拐。骨折愈合牢固后才弃拐行走。

作用:健腿力,防止肌肉萎缩,适用于下肢骨折、脱位解除牵引后的锻炼。

正骨器具

用各种材料加工制成用于整复和外固定的器材,称正骨器具,是治疗外伤疾病时使用的重要器具。早在晋代,葛洪著《肘后备急方》就有运用竹片夹板的记述,唐代《理伤续断方》记载了用杉树皮夹板固定骨与关节损伤。清代《医宗金鉴·正骨心法要旨》中的记述则更为详细,指出:"跌扑损伤,虽用手法调治,恐未尽得其宜,以致有治如未治之苦,则未可云医理之周详也。爰因身体上下正侧之象,制器以正之,用辅手法之所不逮,以冀分者复合,欹者复正,高者就其平,陷者升其位,则危证可转于安,重伤可就于轻。再施以药饵之功,更示以调养之善,则正骨之道全矣。"说明损伤之后,除用手法和药物外,还可根据患部情况依形制器,予以固定。

患部经用正骨器具固定后,可以避免软组织加重损伤,达到镇痛、解除肌肉痉挛的目的,保持骨关节损伤后通过整复达到的良好位置,防止产生不利于骨折愈合的旋转力、剪力和成角力,因而避免骨折变位或关节重新脱位而造成畸形、骨折迟缓愈合或不愈合等。但是,如不正确使用正骨器具,不但达不到治疗目的,而且会产生并发症。例如,进行长时间、范围广的肢体制动,因限制了肢体的活动及影响气血循行,导致骨折难愈合以及产生关节僵硬、肌肉萎缩、骨质疏松症等。为了把固定和活动这一对相互矛盾的对立面统一起来,在骨折或脱位一经固定后,必须进行适当而有效的功能锻炼,这样,不但达到了固定的目的,还避免或减少了长期外固定引起的合并症。

应用正骨器具时,一般要因患者及病情的不同而采用不同的器具。骨折的部位不同,固定器具亦有不同;同一部位的骨折,又可因患者的体形、骨折的类型等不同,所采用的器具亦有差别。骨折经整复后,一般要采用绷带、夹板、压垫等外固定器具,但有时还要根据具体情况而加用托板以防止肢体旋转。总之,局部外固定的原则是采用力量相等而方向相反的外固定力,来抵消骨折端的移位倾向力;以外固定装置的杠杆作用来对应肢体的内部杠杆作用;通过外固定装置和病人自觉的活动,把肌肉收缩活动使骨折移位的消极因素转变为维持固定、矫正残余畸形的积极作用。外固定器具是通过这样的原理来达到固定骨折的目的。至于应用正骨器具时选用的类型、形状、大小、长短、厚薄、宽窄如何才合适,应根据患者损伤的部位、类型等不同的情况合理制定并灵活应用。

正骨器具分整复治疗器具和外固定器具。整复治疗器具有攀索、叠砖、振挺等;外固定器具包括损伤部位包扎的器材,如裹帘及骨折的外固定器具,如通木、腰柱、杉篱、肩托、抱膝、夹板、压垫等。

攀索 为患者两手攀于绳索后,悬吊两手,并使身躯离开地面,达到牵引的目的(图1)。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"攀索者,以绳挂于高处,用两手攀之也。"它与叠砖合用,使脊柱过伸悬吊的一种复位方法。这种方法与危亦林著《世医得效方》中记述的"凡锉脊骨不可用手整顿,须用软绳从脚吊起,坠下身直,其骨使自归窠"

的悬吊牵引复位法原理基本相同（图 2），用绳悬吊双足而达到脊柱过伸以有利于复位。这种复位方法适用于稳定的屈曲型胸椎或腰椎骨折。患者必须体质健壮，无脊椎骨质疏松者。



图 1　攀索叠砖法



图 2　悬吊复位法

叠砖　是用 2—3 块砖块堆叠在一起，作为整复器具。常与攀索配合运用于胸腰椎骨折或脱位等的整复。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："凡胸、腹、腋、胁，跌、打、崩、撞、垫、努，以致胸陷而不直者，先令病人以两手攀绳，足踏砖上，将后腰拿住，各抽去砖一个，令病人直身挺胸，少倾，又各去砖一个，仍令直身挺胸，如此者三。"叠砖又可作为维持体位或防止骨折旋转的一种正骨固定器具，参见"攀索"条。例如颈椎损伤、骨盆骨折时，常取砖 2 或 3 块，先用绳捆缚后，用纸或布类包裹，放在损伤或骨折两侧对挤固定。下肢骨折时，同样可以用上法将砖放于患肢两侧，不但可防止骨折重新移位，而且可防止足外旋，亦可将砖放于患肢足底，以防止足下垂。叠砖还可作为整复和持续牵引或可用于垫高病床的一端以利对抗牵引。

振挺　是用木棒制成、用于敲击患部的一种治疗用具。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："振挺，即木棒也。长尺半，圆如钱大，或面杖亦可。"当身体某部挫伤后，气血凝结，局部出现肿胀、疼痛、瘀斑、肌肉痉挛等症状时，可用振挺在患部轻轻敲击，以使气血流通，瘀血消散，达到减轻疼痛、消肿和解除肌肉疲劳、松弛肌肉的目的。

在使用振挺前，必须详细检查患部的肿痛属何种性质，属挫伤和劳损者，方可使用，如属骨折或筋断，则为使用振挺的禁忌证。使用振挺前，患部应包裹数层布料，再用振挺在患部上下四旁轻轻振击，振击的力量以患者感到舒适为宜，否则有可能加重损伤。

裹帘　是用棉布、纱布、丝绸或人造纤维等材料根据身体不同部位剪制成不同形状的包扎敷料。为了局部保暖，亦有用绒布制成。还有一种由弹性网状织品所制的弹力带（弹性绷带）。品种虽多，但制用的材料一般要求质地柔软，并具有一定的弹性、通透性和吸湿性。近代使用的绷带、三角巾、四头带、多头带、丁字带等制作方便，价格较廉，使用效果较确切，目前广泛使用。

裹帘的应用早在唐代的《理伤续断方》中就有记载："凡脑骨伤碎，轻轻用手撙令平正，若皮不破，用黑龙散敷贴，若破用风流散填疮口，绢片包之……。"《外台秘要》卷二十九引用《肘后备急方》疗腕折、四肢骨破碎及筋伤蹉跌"取生栝蒌根捣之，以涂损上，以重布裹之，热除痛止"的记载。载明中国早在一千多年以前，已经用绢片或布类来包扎外伤。到了清代，吴谦等编《医宗金鉴》则更有详尽记载："裹帘，以白布为之，因患处不宜他器，只宜布缠，始为得法，故名裹帘。其长短阔狭，量病势用之。"

裹帘的作用是创伤急救时伤口的临时包扎和骨折的临时固定器具，以达到保护伤口、减少感染、减轻疼痛、压迫止血、固定骨折的目的；某些特殊部位的骨折或脱位（如头部开放性骨折、骨盆骨折、颞颌关节脱位等），如使用夹板不能达到固定目的时，可采用裹帘作为固定器材；亦可用作固定外敷药物和捆缚夹板的器具；弹力带用于护腕、护膝、护腰。裹帘的作用虽然很多，应用也很广，但使用的原则必须做到包扎的动作要轻巧、准确，既能包扎损伤部位，又要牢固严密，松紧适宜。

绷带　多用白棉布或纱布剪成长条制成。绷带的长度和宽度，可因使用的部位不同而有差别。常用的规格多为长 6 米，宽 3 厘米、4 厘米、4.8 厘米、6 厘米、8 厘米和 10 厘米等 6 种。弹力绷带一般伸展长度约 4.5 米、宽 7.5 厘米。宽 3 或 4 厘米的绷带用于包扎眼、耳和手指；宽 4 或 4.8 厘米的绷带用于包扎上肢；宽 6 或 8 厘米的绷带用于包扎下肢；宽 8 或 10 厘米的绷带用于包扎躯干。绷带包扎的方法很多，一般可分为：①环形带：把绷带作环形重叠缠绕，多用于胸部、腹部、手臂等粗细差不多的部分。为了使绷带固定不致松动，环形包扎的第一圈可以稍斜缠绕，斜出一角，并将斜出圈外的一角折到圈内，再层层环行缠绕，这样绷带就不易滑脱了。缠绕至最后，可

用胶布条贴住或用别针扣住，使绷带末端固定。也可以将绷带末端平均纵行撕开一段，先行打结，再将两尾缠缚打结。结应打在肢体的外侧或伤口的反面，以便绑扎或避免压迫伤口。②蛇形带：先把绷带作环形缠绕，再以与绷带同样宽度的间隔，斜向上或向下缠绕。这种方法主要是用来固定棉垫或夹板。③螺旋带：把绷带逐步向上包扎，每圈盖住前圈三分之一或三分之二，成螺旋形。这种方法适用于粗细差不多的部分，缠绕包扎时要注意伤口或骨隆凸处，不要强加压力。④扇形带：这种包扎方法多用于关节部，从关节的上下方向缠绕，或在关节部由上向下缠绕。包扎时先以环形缠法开始，斜着由下而上、由上而下地缠绕成扇形。⑤螺旋反折带：先作螺旋形缠绕数圈，然后每圈把绷带反折一次，并盖住前圈的三分之二。这种方法适用于包扎粗细不等的四肢。⑥8字带：先作螺旋形缠绕数圈，然后按"8"字形缠绕。这种方法适用于固定关节或关节附近的包扎。

三角巾 由一块正方形的白布或纱布(边长约85—100厘米)，对角剪开，即分为两条三角巾。三角巾应用范围很广，它可用于包扎头、胸、腹、四肢及其他各处，并可用作悬吊上肢。

四头带 用一条长约60厘米，宽约10厘米的棉布从宽边的中间剪开即成。亦有把绷带的两头撕开作为四头带。多用于眼、鼻、下颌部、前额和头后、膝、肘等部位的包扎。

多头带 又名多尾带。适用于胸腹部受伤后及手术后的包扎。用于腹部的叫腹带，用于胸部的称为胸带，用于固定骨盆的叫骨盆兜。

制作腹带可用长130厘米、宽14厘米的双层棉布或绒布5条互相叠置后缝制而成。第二条盖过第一条约一半宽时，再取一块(25厘米×42厘米)长方形棉布或绒布缝合在中间作为带身，第三、四、五条依前法叠置后缝制，两头为带头；胸带与腹带相仿，所不同是将带头交叠的方向朝上，并在带身的上方缝两根带子，以作固定用(见图3、4)；骨盆兜和腹带的制法相同。

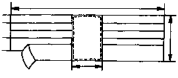


图3 腹带(背面观)

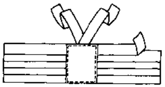


图4 胸带(背面观)

丁字带 用双层棉布制成，横带长约100厘米，宽约8厘米，竖带长约80厘米，宽约10厘米。使用时先将横带系于腰部，再将竖带从后方经会阴部拉向前上方，结扎在横带上。丁字带分为单头、双头两种。都用于包扎阴部和会阴部，前者多用于女性患者，后者多用于男性患者。

通木 是用于固定脊椎骨折与脱位的一种正骨器具。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："凡脊背跌打损伤，脊骨开裂高起者，其人必伛偻难仰，法当令病者俯卧，再著一人，以两足踏其两肩，医者相彼开裂高起之处，宜轻宜重，或端或拿，或按或揉，令其缝合，然后用木依前法逼之。"

通木的制法是用杉木一条(或其他硬木亦可)，宽10厘米，厚7厘米，自腰骶部起上过肩4厘米，外面平整，向脊背之内面刻成与脊背相吻合的凹槽形，通木的左右侧及背面共钻10个道20个孔口，再穿以扁形布带，如图5。

应用时先将棉垫置于脊背上，然后再放置通木，扎紧布带(图6)。现临床已很少用。



图5 通木



图6 通木用法图

腰柱 是用来固定腰椎骨折或脱位的一种正骨器具。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"若腰节骨被伤错笋,膂肉破裂,筋斜伛偻者,用醋调定痛散,敷于腰柱上,视患处将柱排列于脊骨两旁,务令端正。"

腰柱的制法是以杉木4根,制成宽3厘米,厚1.7厘米,如扁担形状的木条,长度以患处需要而定,均自侧面钻孔,用绳连贯如图7。使用时,先以布缠围患处1—2层,将腰柱排列于腰部及腰部两旁,再以布缠于腰柱上数层(图8)。

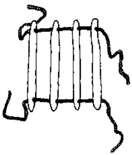


图7 腰 柱

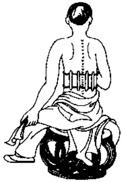
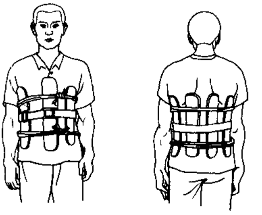


图8 腰柱用法

近代应用的夹板腰围是根据腰柱固定的原理加以改进制成(图9),应用于非稳定型脊柱骨折和脱位的固定。



正面　　背面

图9 夹板腰围

杉篱 系用杉木制作成条,作为四肢骨折的外固定器具,由于其形状似圆篱,故取名"杉篱"。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"杉篱者,复逼之器也。"由于竹帘较软,对四肢长管状骨骨折的固定力量不足,因此,根据患肢的形状制成数根杉木条,每根两头各钻一孔,以绳穿贯缚于竹帘的外层以加强固定(图10)。

肩托 是用一种圆形的器具固定于腋下,以达到固定肱骨外科颈骨折及肩关节脱位的目的。又称"腋垫"。制作肩托的材料一般用纸卷成一芯子(亦有用竹管或塑料管),外裹棉花后,置于腋下,并用绷带穿过中间,向患

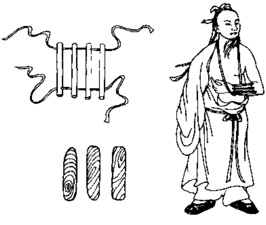


图10 杉篱用法图

侧肩及对侧肩腋下施行单肩"8"字形固定。

抱膝 是固定髌骨骨折与脱位的一种器具。因其具有抱持膝部之功能,故名"抱膝"。早在明代《普济方·折伤门》就介绍用"竹箴圈"(竹箍)来固定髌骨骨折和髌骨脱位。到了清代《医宗金鉴·正骨心法要旨》将这一正骨器具定名为"抱膝"。直到目前,它还是作为髌骨骨折的一种固定器具。

对髌骨一般的纵裂骨折、边缘骨折及横断骨折分离在0.5厘米左右者;对移位在0.5—1厘米的横断骨折经手法复位后位置良好,关节面保持光滑完整者;老年患者而不适宜手术者,均可采用抱膝固定。此外,还可以用于固定髌骨脱位。

抱膝的制法是用一弹性材料(如藤类、竹篾等)作成比髌骨稍大的圆圈,外垫棉花,再用绷带缠于圈上数圈,在缠绕过程中,宜分出四条带,以在固定髌骨时便于捆缚。

使用抱膝时,先在患肢膝后置一块托板,然后将抱膝套于髌骨位置,最后把抱膝的4条带结扎在托板上,大腿与小腿均用绷带捆缚固定于托板(图11)。抱膝固定松紧应适宜,过松起不到固定作用,太紧将会影响患肢血运和产生压迫性溃疡。

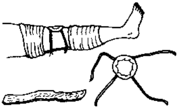


图11 抱 膝

夹板 是用具有可塑性、韧性和弹性的自然材料或人造材料制成薄板状的骨折外固定器材。常用的夹板材料有树皮(如杉树皮、杜仲皮、黄柏皮、桉树皮等)、木板(如柳木、杉木、椴木、杨木等)、竹(如毛竹)、胶合板(如三合板、五合板等)、纸板(如马粪纸)、铝片等。近年来已有

人试用聚氯乙烯树脂为主体制成塑料夹板。

夹板的固定作用，一般通过夹板对骨干的固定力，布带对夹板的约束力，压垫对骨折端的效应力，患肢肌肉收缩活动时所产生的内在动力而达到固定的目的。对四肢的闭合性骨折及创面较小的开放性骨折，均可采用夹板固定。

中医应用夹板固定，在晋代葛洪已有运用，《外台秘要》卷二十九云："肘后疗腕折，以竹片裹之，令遍病上，急缚勿令转动。"《理伤续断方》对夹板的制作和使用有了进一步的论述："以木皮，约如指大片疏排令周匝，将小绳三度缚之要紧，……贴裹，不可去夹，须护毋令摇动，后骨生牢稳方去夹。""凡夹缚用杉木皮数片，周回紧夹缚，留开皆一缝，夹缚必三度，缚必要紧。"《备急千金方》及《传信适用方》均有使用竹夹板的记述。《太平圣惠方》卷第六十七云："治伤折，……用绵裹柳木篦，系缚夹正。"说明早在宋代已有使用柳木夹板。近代对夹板的应用，吸取了历代使用夹板的优点，并根据人体生理解剖的特点，贯彻了"动静结合"的原则，改进了夹板固定的装置，使其对骨折的固定更加牢靠，又不妨碍关节的正常活动。

夹板衬料应具备的性能 ①可塑性：能根据肢体各部的体形，弯曲成各种形状。②韧性：能有足够的支持力而不变形、断折或裂折。③弹性：能适应肌肉收缩和舒张时所产生的肢体内部压力变化，不因肢体的变形而失去夹板的支持固定作用。④夹板必须有一定程度的吸附性和通透性，以利于肢体表面散热，不致发生皮炎和毛囊炎。⑤质地宜轻，过重则额外增加肢体的重量，增加骨折端的剪力和影响患肢的功能锻炼。⑥能被X线穿透，以利放射检查。⑦外敷药及汗液等对夹板的性能无影响或影响不大。⑧来源容易、价格低廉。

夹板的大小、厚薄要适宜，夹板的长度视骨折的部位不同而有差异，分不超关节固定和超关节固定两种。不超关节固定适用于骨干骨折，夹板的长度等于或接近骨折段肢体的长度，以不妨碍上、下关节活动为度；超关节固定适用于关节内或关节附近的骨折，通常超出关节外2—3厘米，以能缚扎布带为度。夹板固定一般用4块或5块，总宽度相当于所要固定的肢体周径4/5或5/6左右，每块夹板间要有一定的空隙。夹板不宜过厚和过薄，以有足够的支持力为原则，夹板增长，则须相应地增厚。

夹板外固定步骤 骨折复位后，局部外敷消肿止痛药膏后，松松缠上1—2层绷带，放置并用胶布条固定压垫，将制好的夹板，按前后左右依次放好，由助手扶托固定，用3—4条缚带依次捆缚夹板、打结。一般先缚中间，后缚远、近端。

夹板外固定的优点 ①利用夹板、缚带、压垫的杠杆原理，通过肌肉收缩活动，防止或一定程度上矫正骨折成角和侧向移位。②固定范围较小，有利于上、下关节的功能锻炼，可防止关节僵直或关节功能减退等并发症。③可随时调节缚带的松紧度，使夹板紧贴骨折部。④观察方便，可随时发现和避免血液循环障碍、神经受压等并发症。⑤由于肌肉收缩时产生对向挤压力，使骨折端紧紧接触，有利于骨折的愈合，减少或防止了骨折的迟缓愈合或不愈合。⑥夹板的材料可就地取材，其制作简单、使用方便、成本低廉，患者乐于接受治疗。

夹板外固定注意点 正确使用夹板，能达到骨折对位好、愈合快、关节功能好、患者痛苦小等效果，但在使用夹板固定时，应注意：①在固定前，必须检查骨折是否已复位满意，始可进行夹缚固定。②遇腋窝、腘窝等有重要血管、神经通过的部位，必须加用棉垫后再夹缚。③夹缚松紧要适宜，一般以夹缚后不影响远端肢体的血运为原则（天津医院根据临床经验和力学测定，认为布带捆好后，能不费力地在夹板上面上下活动1厘米，最为适宜），过松可因夹缚不牢而达不到固定目的，过紧则会影响气血运行，肢体肿胀加重，甚则肢体缺血坏死。初期必须每日检查，及时调整夹板松紧度。④夹板固定后，宜密切观察患肢远端血运情况。最初虽有肿胀和皮肤发热，只要没有其他合并症状，数日后能逐渐消退。如发现肿胀加重，疼痛增剧或感觉麻木等，应注意是否夹缚过紧。为防止夹缚过紧引起肢体坏死，必须及时将缚带解松，重行夹缚。若夹板压迫处持续疼痛，应注意可能发生压迫性溃疡。⑤骨折经复位和夹缚后，还必须正确搬运患者，否则可造成骨折重新移位。⑥定期作X线检查，判断夹板及压垫位置是否正确。⑦指导患者进行功能锻炼。⑧骨折达到临床愈合时，方可去除夹板固定，否则有重新骨折或移位、成角之可能。

常用夹板的制作法 兹将已作力学测定的目前常用的几种夹板及其材料来源、制作方法分述之。

（1）杉树皮夹板：为杉树外层之皮所制成。杉树属裸子植物门，杉科。是淮河、秦岭以南广泛栽培的用材树种。杉树皮具有弹性、韧性和可塑性，来源容易、价廉。在制备时应选择无结节、无虫蛀、无纵裂、无缺损且较厚的杉树皮，削去浮皮后厚度有0.3—0.5厘米者，可根据肢体各部位的规格制用。如厚度不足0.3厘米者，可用两块重叠成一块。制作方法：用刀削去表层粗糙浮皮，以平整为度，并根据肢体各部位的长、宽、厚规格制好，将两端剪成弧形，内侧面用胶水粘上衬垫（如棉垫、海绵、棉花等），外套袜套，配合成套，即可使用。如无袜套，亦可用绷带包缠作外套。杉树皮夹板需要弯曲塑形时，可在杉树皮所需弯曲部位的外层用锤或刀背敲打之后渐加弯曲，切不可骤然用猛力使之弯曲，以免夹板折断。亦可先用胶布贴在须塑形的杉树皮夹板两侧，再用上法弯曲。

（2）柳木夹板：是用杨柳科中的旱柳之木质部分制成。主产于东北、华北、西北。具有弹性、韧性和可塑性。在制作时，宜选择顺直少节的木材，锯成长宽适宜厚约0.3—0.4厘米（上肢用）或0.4—0.5厘米（下肢用）的木料，用水煮沸后阴干，按照各部位需用夹板的规格要求，切、锯成夹板，刨光打圆夹板的两面及边缘，须塑形者，用

热水浸湿后，用火烘成所需形状，内粘衬垫，外套袜套，即能使用。

(3) 竹片夹板：为毛竹(南竹)阴干后加工而成。毛竹属单子叶，禾本科植物，分布于长江流域各省及河南、陕西，国外有栽培。来源容易。竹板亦具有弹性、韧性和可塑性。制备竹片夹板的材料，一般选取3年以上的毛竹，阴干后削平表面竹节，保存外层皮约0.2—0.3厘米(上肢用)或0.3—0.4厘米(下肢用)的厚度，将多余之内层削除，切成或锯成各种规格的夹板，刨光打圆夹板的两面及边缘，然后放在苦楝树皮及10%盐水中煮沸2小时，使竹板中的糖分被苦楝素及氯化钠分子所取代，以防止虫、菌在竹内生长和保持竹板中一定的含水量，维持其弹性、韧性。如需弯曲塑形，可将煮过的竹片夹板阴干后，根据肢体的形状，将夹板用火烘曲成所需的形状。在内侧面用胶水粘上衬垫，外套袜套，即可使用。如无袜套，亦可用绷带包缠，亦可制成薄竹片夹板用于固定指(趾)骨骨折和掌、跖骨骨折。

(4) 杉木夹板：将阴干后的杉木，锯成长宽适宜厚约0.4—0.5厘米之木板，刨光打圆夹板的两面及边缘，内粘衬垫，外套袜套，即能使用。须塑形者，亦可用热水浸湿后，用火烘成所需的形状。

压垫 是夹板固定时放置在夹板与皮肤之间，使其所在位置产生一定的效应力，以加强夹板的固定作用和防止整复满意的骨折端再移位或矫正残余的成角及侧方移位。

压垫宜选用质地柔韧、能维持一定形状、又有一定支持能力、能吸水、能散热、对皮肤无刺激的材料做成。一般采用纸垫、棉垫、海绵垫等。纸垫一般用毛边纸折叠后修剪而成，棉垫及海绵垫则按需要剪制。有人在压垫内放置一块金属纱或一根细铅丝，以便在X线检查时识别压垫位置是否正确。

压垫的形状、厚薄应根据骨折固定部所需要的压力而定，骨折部位不同，压垫的形状亦有不同，原则上应与体形相符合，以保持压力的平衡。压垫愈厚，压力愈大；压垫愈薄，压力愈小。因此，压垫的厚薄宜适中，太薄起不到固定和矫正残余移位的作用，太厚则压力过大，容易引起压迫性溃疡，并使夹板与肢体分离，固定不稳。在放置压垫前，一般先在肢体表面松松缠上1—2层绷带，然后将压垫放在合理的位置，再用胶布条将压垫固定好。或将压垫用胶布条粘在夹板的合适位置，然后上好夹板，捆扎缚带。对于复位太差的骨折不能依靠压垫的压力来矫正移位，事实上不但达不到目的，而且易于发生压迫性溃疡等并发症。

常用的压垫有如下几种(图12)：①平垫：平均厚薄的压垫，适用于肢体平坦的部位(如骨干部)。②塔形垫：中间厚而略小，两边渐薄而渐大，外形如宝塔样的压垫，适用于关节凹陷处，如肘、踝关节等。③梯形垫：一边较厚而另一边逐渐变薄，呈阶梯状的压垫，适用于肢体斜坡

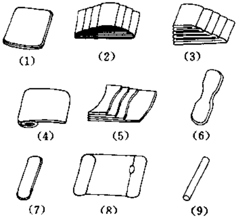


图12 各种压垫

1.平垫 2.塔形垫 3.梯形垫 4.高低垫 5.抱骨垫 6.葫芦垫 7.横垫 8.合骨垫 9.分骨垫

处。④高低垫：一边厚、另一边薄的压垫，适用于锁骨骨折或复位后固定不稳定的桡尺骨骨折。⑤抱骨垫：呈半月状的压垫，用于尺骨鹰嘴骨折及髌骨骨折。⑥葫芦垫：厚薄一致外形象葫芦的压垫，适用于桡骨小头脱位。⑦横垫：长条形的厚薄相同的压垫，用于桡骨下端骨折。⑧合骨垫：用于桡尺下关节分离。⑨分骨垫：卷成长圆形，直径约0.5厘米大的压垫，用于桡尺骨骨折、掌骨骨折、跖骨骨折。⑩空心垫或马蹄垫：适用于骨的隆凸处(如内外踝骨折)。⑪大头垫：适用于肱骨外科颈骨折。

缚带 为捆缚于夹板外层的布带，又称扎带。一般用1.5—2厘米宽度的双层白布缝成，也有用绷带或小布带作为缚带。近年来，有人使用橡皮剪成条状后制成皮带式的缚带。捆缚夹板时一般用3条或4条，先捆扎中间一条，近端一条留在最后缚扎。每条缚带捆缚时，先在夹板外绕缠一周，之后两手将布带两头平均用力抽紧，第二周在前侧或外侧夹板上打上活结。切忌一手用力往一头抽紧，这样容易使复位满意的骨折端重新移位。亦有人用绷带在夹板上作环形或螺旋形包扎，或分三段包扎捆缚固定。

砂袋 是将砂粒装在形状、大小不同的布袋之中，用于肢体固定。

砂袋的制法，可以根据临床的需要制成三角形、圆柱形、长方形等不同的规格。为保持砂袋的清洁及防止砂粒漏出，可以在砂袋外层再套一层布袋。袋内砂粒不可装得太满，否则难以塑形，不利固定肢体。

对颈椎骨折与脱位、骨盆骨折、四肢骨干骨折均可采用砂袋放置于患部两侧以达到固定的目的。砂袋还可以用于垫高肢体的一端以达到矫正骨折前后移位或成角畸形等作用。此外，砂袋还用于整复陈旧性骨折时作折骨的支点垫。

支架 是一种能保持肢体于良好位置的固定器具。

根据四肢和躯干部骨折临床治疗的需要，常用的支架有上肢支架、下肢支架和腰背部支架三种类型。

上肢支架　多用于肱骨外科颈内收型骨折，将患肢固定在外展位，防止内收而致骨折端移位（图 13）。

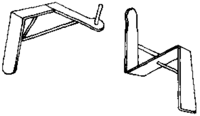


图 13　上肢支架

下肢支架　适用于下肢骨折时作固定或持续牵引（图 14），并能使患肢抬高达到消肿、止痛的作用。

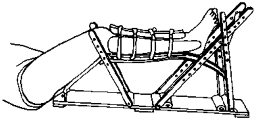


图 14　下肢支架

腰背部支架　多用于脊柱固定。长型钢背架和椭圆形钢背架适用于脊柱骨折与脱位。

骨盆兜夹板　是近代使用于临床的一种正骨器具，对骨盆骨折有固定和使分离的骨盆逐渐复位的作用。

骨盆兜夹板的制法是用长、宽均比髂骨稍大的厚木板，由髂骨两侧对向持续夹挤骨盆，两夹板的后边钉几条宽布带，布带的长度等于骨盆的宽度，夹板内面用棉垫、毡子或海绵为衬垫，以防止压伤皮肤。前面用多条宽的弹力袜带或橡皮带连接，可以根据需要调整其松紧度（图 15）。骨盆兜夹板适用于耻骨联合分离或髂骨翼骨折有向外分离移位的骨盆骨折。



图 15　骨盆兜夹板

木板鞋　是一种正骨器具。制法是取 1.5 厘米厚的木板作成鞋底，在底面中部及前部各凿 1 厘米宽、0.5 厘米深的槽，以备布带缚紧避免滑脱。在此木板之上面中部两侧各钻两个孔留作安放足弓垫用。另用一木块制成楔形斜坡状足弓垫，内侧中点高 1.5 厘米。在其底部留两个木插销使木板鞋可适应左、右足。另取两块有弧度的木板用合页连于木板鞋底之两侧做为鞋帮。在两侧木板鞋帮的前部各钻三个孔，后部钻一个孔以备缚扎时使用，在整个木板鞋与皮肤的接触面均贴附毡垫（见图 16）。木板鞋适用于固定跗、舟骨骨折、跖骨骨折等

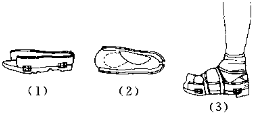


图 16　木板鞋

(1) 放置分骨垫　(2) 鞋内的附加足弓垫　(3) 固定后外观

丁字鞋　是临床常用的一种正骨器具。是将鞋固定在用木板制成的"⊥"型架上，穿于患足以防止下肢旋转。

丁字鞋的制法是先制成长宽适当的横木板，然后在横板的中央部垂直钉一块竖板，形如"⊥"状。竖板的长度等于鞋的长度，再用钉将鞋固定于竖板上（图 17）。

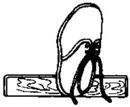


图 17　丁字鞋

为防止复位后的股骨颈骨折、股骨转子间骨折、胫腓骨干骨折旋转移位，可以在卧床治疗期间患足穿上丁字鞋，以使患足保持在中立位上。

竹帘　即是用遮盖窗户用的竹帘制作，为古代固定四肢骨折的一种正骨器具。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："竹帘者，即夏月凉帘也。"

竹帘的大小，可按患处肢体的大小、长短而裁制。使



图 18　竹帘用法图

用时,在患处用布缠1—2层后,用竹帘围裹肢体以带捆扎,然后在竹帘外用布或绷带缠扎固定(图18)。

托板 是加强夹板固定和防止肢体旋转或将肢体固定于特殊位置的一种外固定器具。它是用木板或铁丝等制成的框架。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"更用扶手板,长二尺余,宽三四寸,两头穿绳悬空挂起,令病人俯伏于上,不使其肩骨下垂。"这种扶手板是属于托板的一种。

常用托板如下:

平板 按肢体各部的长、宽制成合适的木板,适用于固定四肢骨折。

上肢带柱托板 平板(长度从尺骨鹰嘴至第五指远侧指间关节,宽度一般在5—6厘米左右)的一边固定一个垂直圆形小木柱为把手即是带柱托板。把手的大小以患手能握为宜。适用于前臂骨折的固定。

小腿托板 在平板的远端垂直钉一块比患足稍大的长方形或类似足形的木板。平板的长度从腘窝至足跟,宽度一般近端稍宽,远端稍窄,但应比小腿略宽较适宜。它适用于小腿骨折的外层固定,夹缚后可防止患肢外旋及发生垂足畸形,并能加强固定。

下肢托板 将小腿托板的近端延至臀横纹下便是。适用于下肢骨折的外层固定。

丁字架 横板的长度从左肩关节外缘至右肩关节外缘,竖板长度以横板面起至骶髂关节位置,宽度一般在20厘米左右,将两块板钉成"丁"字形,适用于固定锁骨骨折、胸腰椎骨折或脱位。

铁丝架 用粗铁丝制成框架,其间缠绕以细铁丝,再用棉花包裹,套以袜套而成。铁丝架的规格可根据需要而制用。因其可塑性大,能任意屈曲或折叠成不同形状,所以它适用于固定上、下肢骨折和脱位。

披肩 是用牛皮制成的置于肩部的一种外固定器具。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"披肩者,用熟牛皮一块,长五寸,宽三寸,两头各开二孔,夹于伤处,以棉绳穿之,紧紧缚定。较之木板稍觉柔活。"

披肩用于治疗肩关节脱位、锁骨骨折、肱骨外科颈骨折或肩关节软组织严重挫伤等疾患的一种外固定器具。正骨或理筋后,患处先以棉花垫好,然后将披肩夹住患肩前后,缚紧棉绳,再用白布或绷带在外包扎。

针　　灸

针灸的基本作用

针灸的基本作用，是指针灸等刺激穴位、从而通过经络系统对全身发生影响。古代关于这方面的论述很多，但概括起来不外是调和阴阳、疏通经络和扶正祛邪。近代学者又基于大量实验资料进行了丰富的论证，并在此基础上提出了某些新的概念。

"人生有形，不离阴阳"(《素问·宝命全形论》)；阴阳是"万物之纲纪"(《素问·阴阳应象大论》)，一切生命活动也都离不开阴阳。阴阳的对立统一，是自然界的根本规律。在正常情况下，阴阳相互依存，相互制约，保持相对的平衡和稳定，身体也就健康，此即所谓"阴平阳秘，精神乃治"(《素问·生气通天论》)。如因七情、六淫、饮食、劳倦等导致阴阳偏盛偏衰，失去相对平衡和稳定，就会发生疾病，此即所谓"阴阳乖戾"，"阴胜则阳病，阳胜则阴病"。如果阴阳分离决裂，生命也就终结，正如《素问·生气通天论》所说："阴阳离决，精气乃绝。"由于阴阳的相对平衡和稳定，是维持生命的根本，所以无论养生或医疗，都着眼于调节阴阳的平衡(简称"调和阴阳")；针灸的基本作用也就在于此。《灵枢·根结》对此早有精辟的论述："用针之要，在于知调阴与阳，调阴与阳，精气乃光，合形与气，使神内藏。"

调和阴阳，是针灸基本作用过程中的核心，其作用前提条件是疏通经络，调和气血。早在《灵枢·九针十二原》里就提到："欲以微针通其经脉，调其气血，营其逆顺出入之会。"《千金翼方》进而指出："凡病皆由气血壅滞，不得宣通。针以开道之，灸以温暖之。"明代的《金针赋》更详细地阐述了这种理论见解，说："病有三因，皆从气血。针分八法，不离阴阳。盖经络昼夜之循环，呼吸往来之不息，和则身体健康，否则疾病而生。譬天下、国家、地方、山海、田园、江河、溪谷，值岁对风雨均调，则水道疏利，民安物阜。其或一方一所，风雨不均，遭以旱潦，使水道涌竭不同，灾害遂至。人之气血，受病三因，亦犹方所之于旱潦也。盖针砭所以通经脉，均气血，蠲邪扶正，故曰捷法最奇者哉。"

疾病的发生、发展及其转归的全过程，就是正气与邪气相互斗争盛衰消长的过程。"正气存内，邪不可干"(《素问·刺法论》)，只要机体有充分的抗病能力，致病因素就不能使机体发病。"邪之所凑，其气必虚"(《素问·评热病论》)。疾病之所以发生和发展，就是因为机体的抗病能力处于相对劣势，邪气乘虚而入。极其丰富的临床经验表明，针灸具有明显的扶正祛邪作用。针灸之所以扶正祛邪：其一是直接通过经络增强机体的抗病能力；其二是疏通经络调和气血，有利于正气发挥其固有作用；其三是通过调和阴阳，使机体处于最佳的身心功能状态，有利于调动所有的抗病手段和积极因素，一致对抗病邪。可见针灸作用表现在以上几个方面不是相互割裂的，而是彼此关联，密不可分的。

现代对针灸作用及其机制，做了大量的临床观察和实验研究。研究结果表明，古今对针灸基本作用的认识是一致的。现代认为针灸的基本作用，表现在四个方面，即调整作用，镇痛作用，增强免疫能力的作用，促进组织修复的作用。调整作用占主导地位，其他作用也是以调整为基础。

调整作用　临床研究表明，针灸作为一种方法，能够治疗性质截然相反的两种不同疾病。这也是针灸和药物在作用上的根本区别点。如便秘和寒泄，一个属于热证，一个属于寒证；一个是肠腑蠕动迟缓，一个是肠腑蠕动加快。如用中药治疗，前者宜于清热攻下，后者则宜于温中散寒，用药大有区别。若误治投反了药剂，定会造成不良后果。然而施行针灸治疗，情况就完全不同，取的同是天枢和足三里穴，分别采用泻法和补法，或者只用平针法，最后均能获效。其他诸如各种虚证和实证，里证和表证，湿证和燥证，脏证和腑证，血证和气证，或嗜睡和不寐，身热和肢冷，疼痛和麻木，瘫痪和抽搐，癃闭和遗溺等等，也无一不是这种情况。总之，不论是阴虚还是阴盛，也不论是阳虚还是阳亢，使用针灸治疗，只要条件相宜，均有可能得到不同程度的适当调整。

表现在各个生理系统的实验指标方面，也几乎无一例外。如对消化系统，针刺足三里和中脘穴，既能使痉挛的胃腑蠕动减慢，也可使弛缓的胃腑蠕动加快；既能使分泌过多的胃液减少，也可使分泌不足的胃液增多。如对呼吸系统，针刺膈俞穴，既能使患侧受限的呼吸增强，也可使健侧代偿性太过的呼吸减弱，使两侧肺之呼吸运动得到调整。又如对循环系统，针刺内关穴，既能使心动过速的心率变慢，也可使心动过缓的心率加快；既能使高血压病人的动脉压下降，也可使休克状态的动脉压上升。又如对血液系统，针刺对外周血液中白细胞数量的影响，主要取决于针前水平，原来偏高者针灸后减少，原来偏低者针灸后升高；针刺能使紫癜或脾性贫血病人的血小板增多，又可使切脾后过多的血小板减少；用补法针刺能使血浆中柠檬酸含量上升，用泻法针刺则可使柠檬酸含量下降。又如对内分泌系统，针灸能使低血糖休克病人的血糖上升，又可使糖尿病人的高血糖下降；甲状腺功能亢进者，针灸后基础代谢受到抑制，而甲状腺功能减退者，针灸后基础代谢得到提高；针灸既能使缺乳产妇生乳激素分泌增加，也可使哺乳期妇女生乳激素分泌减少而收到敛乳效果。又如对神经系统，不论用运动从属时值作指标，还是用视时值作指标，也还是用条件反射作指标，均表明针灸能积极地调整神经中枢的兴奋和抑制两个基本过程，使之趋向正常化、平衡化；针灸对痛阈值的影响也是如此，并不是所有的人针灸后痛阈值都升高；针灸对植物神经功能和神经递质的调整效应就更明显了。所有这些双向调整，都集中地反映了调整作用。针灸的调整作用，决定了针灸适应证的广泛性。

从分子生物学水平看，针灸调整作用同核酸代谢有关，尤其是同环核苷酸密切相关。如阳虚型动物的 DNA 和 RNA 的更新率下降，而针刺后皆有所恢复。在阳虚或阴虚病人来说，其血浆中的 cAMP 和 cGMP 都有着明显的趋向性改变，针刺治疗以后伴随着临床症状的好转而逐渐趋向正常。核酸代谢的恢复，可使各种酶的活性以及全身代谢功能获得重新调整。

针灸的这种调整作用，构成针灸治病的生理学基础。它对于常态下处于平衡的机体生理活动影响不明显，只是当机体失去固有平衡，或表现为功能亢进，或表现为功能减退，或兴奋过程占优势，或抑制过程占优势时，才得以发挥。控制论认为，生命机体是多水平、多层次、多环节的高级自动控制系统。针灸通过对于各系统和各脏腑功能的多方面、多水平、多层次、多环节、多途径的调整性影响，对机体发挥整体性作用。针灸的调整作用，决定了它对机体的影响是非特异性的。这一点构成了针灸和各种特异治疗方法的根本差异。作为一个自动控制系统，这种调整作用是机体所固有的功能。针灸的作用，只是对这一固有功能的促进而已。这是一种生理范围的促进，因而是有限的。这一作用的影响性质，主要决定于机体当时的功能状态；不同功能状态下的机体表现为不同的效应。在一般情况下，这种影响性质是属于良性的，具有重要的积极意义，也正是治疗所需要的。

镇痛作用 针灸的镇痛作用，主要表现在针灸止痛和针刺麻醉等方面。大量的临床资料证明，应用针灸治疗各种神经性疼痛，如血管神经性疼痛、内脏疼痛、躯体疼痛等，均有明显的疗效；在某些外科手术中，应用针刺麻醉方法，不仅可以达到镇痛的目的，而且可以减少术中生理干扰和术后并发症。

实验研究证明，针感是起到镇痛作用的重要条件。这种针感主要通过躯体神经和部分交感神经传入通路传入神经中枢，其传入纤维主要是中等粗细的Ⅱ、Ⅲ类神经纤维，也可能是兴奋的Ⅳ类神经纤维。并认为痛觉的调整作用主要发生于高级中枢，包括脑干（延脑巨细胞核、中缝核群）、中脑（中脑导水管周围灰质）、桥脑（蓝斑）、丘脑（束旁核、中央中核）、下丘脑、大脑皮质，以及边缘系统和基底神经节中的一些重要核团（海马回、扣带回、尾核、隔区、杏仁核、伏核）。而神经系统活动是通过复杂的化学递质活动而实现的，如脑啡呔和其他吗啡样物质、5-羟色胺、脊髓中的去甲肾上腺素、乙酰胆碱、P 物质等，有助于针刺镇痛。

增强免疫能力的作用 大量的临床经验和实验资料证明，针灸能够治疗多种传染性疾病和炎症，是由于它具有增强机体免疫能力的作用。针灸的这种作用，主要有两条途径：其一，是直接作用于机体的免疫系统，激发和增强综合的抗病能力；其二，是通过调整，使机体处于最佳的身心功能状态，有利于调动所有的抗病手段和积极因素。一般来说，针灸和某些药物不同，不直接作用于病原体。假如生命机体已不存在抗病潜力，针灸也就无能为力。

实验资料表明，针灸对机体特异性免疫功能或非特异性免疫功能均有促进作用，从而提高了机体的抗病能力，缓解病理反应，加速疾病痊愈过程。表现为特异性和非特异性抗体及其效价升高，外周血中白细胞增多，吞噬能力增强；表现为延缓炎症的发生和发展，控制炎性病灶血管通透性过分升高，抑制白细胞向病灶过多的游出和浸润，改善局部微血管和淋巴循环，促进炎性渗出物吸收，控制病灶的坏死范围，有利于肉芽组织形成，加快愈合。针灸可降低机体对某些致病因素的易感性和反应性，减少或延缓疾病的发生和发展，从而起到预防疾病的效果。这也是针灸增强机体抗病能力的一个方面表现。其中包括感染性疾病，也包括非感染性疾病和变态反应性疾病、心理性疾病。

促进组织修复的作用 针刺麻醉手术病人，其伤口愈合日期比药物麻醉提早；骨折病人施行针灸，可以加速骨痂形成。这些临床观察表明，针灸有促进受损伤的组织修复与再生的作用。实验研究也表明，针刺可使部分去神经的胫前肌功能恢复。电针治疗后肢实验性运动障碍的家兔，其磷酯磷和酸溶性磷减少，核酸磷增高，提示神经组织的恢复和再生。针刺局部发生一系列化学变化，使组织胺、激肽、5-羟色胺和前列腺素等的代谢发生变化；它们与 cAMP、cGMP 相互作用，进而引起全身性反应。临床实验证明，针灸可使血液流变学各项指标从异常向正常转化，使侧支循环形成加速。

影响针灸效应的因素

针灸效应表现在任何方面，都有着明显的个体差异。剖析这一事实，则可清楚地见到，影响针灸效应的因素很多。但归纳起来，不外以下三个方面：首先是接受针灸刺激者本身的生理功能状态；其次是施行针灸操作时所给予的刺激条件；第三点是施术时的环境。如果能完全把握这些，从而设计最佳治疗方案，争取最佳的临床效果，是完全可能的，形成这些因素的内在根据，涉及到多方面问题，然而最重要的是生物变异性，尤其是由于人具有自然性和社会性，其个体变异性最大；其次是针灸穴位刺激本身的特性。由于影响因素及其相互关系的复杂性，现阶段仍有许多还没有认识，有待今后深人。

机体生理功能状态与针灸效应 作为影响针灸效应的因素来说，机体的生理功能状态乃属于内因，是最重要的，是起决定作用的。接受针灸刺激能否有效，产生什么样的效应，最后的临床效果有多大，都和这个内因息息相关。其中最明显的是患病人群中的个体功能差异。类同的针灸条件，在不同病人身上表现不同的针灸效应。如针刺太阳穴，对一位头痛病人可立即觉得头部轻松，心情畅快；对于一位视力模糊者来说，可顿时感到目明眼亮，视野开阔。患有同样疾患的病人，由于他们生理和心理

等方面的综合功能差异，治疗方法相同，但是效果却迥然有别。譬如一名生气勃勃信心百倍的年轻人，其治疗效果必然优于一位暮气沉沉悲观失望的年迈人。同一位病人，其机体本身的功能状态也在不断变异，不用说心理活动的变化，即使是生理活动也无时不在发生微妙的波动。如对一位发作性疾病的患者，采取同一条件给予针灸刺激，就因为刺激是在发作前或后的差异，效果就完全不同。又如当动物处于饥饿状态，胃收缩增强，针足三里可使胃收缩减弱；当进食后胃收缩减弱时，针足三里则可使胃收缩增强；当进食脂肪后胃运动被抑制时，针足三里又可使这种抑制效应大为减弱。情绪紧张，针感差，效果欠佳；用暗示法改变病人心理活动，可明显提高效果。酒后者机体处于高度兴奋状态，效果不好。总之，实者针灸后多呈抑制效应；虚者针灸后多呈兴奋效应。

针灸临床要求首先对病人进行仔细认真的辨证，查明机体和患病脏腑经络的虚实寒热，然后运用理、法、方、穴，给以针对性的治疗，就是这个道理。这和盲目的治疗，万病一针的作法，根本不同；因为这样做，不仅临床效果得不到保障，而且常常会造成意外事故。

针灸刺激条件与针灸效应　针灸刺激条件属于外因。内因主要在于认识，外因主要在于掌握。产生什么样的针灸效应，外因虽没有内因那样重要，但确是不可忽视的。针灸刺激条件主要包括以下几点。

施术部位　针灸的施术部位，主要是腧穴。不同腧穴对不同脏腑和器官具有相对特异性的影响。不同疾病取不同腧穴和取同一腧穴，在临床效果方面有着明显差异。如针灸内关穴，对心脏功能的影响就比其他穴位突出；针灸足三里穴，对胃肠功能的影响就比其他穴位显著。古人在这方面积累的经验，是极其丰富的。这一点也得到了许多实验资料的证实。说相对特异性，是说这种特异性不是绝对的。如治疗头痛，针刺百会穴可以收效，针刺太阳穴或风池穴，或头维穴，也可以收效，针刺合谷穴或涌泉穴，亦可以收效，但各自的效果又不同。后头痛取风池穴效果尤为明显，前额部痛取太阳穴或头维穴效果尤为明显，巅顶部取痛百会穴效果尤为明显。取穴和针灸效应之间关系还表现在腧穴组方上。治疗同一疾病，取不同腧穴组方，效果也有区别。这是因为不同腧穴组合起来，对不同的生理指标有不同性质的影响，类似药物的协同和拮抗。如针刺实验性高血压动物的“神门”穴，可使血压下降；若加刺“大敦”穴，这种降压效应得到增强。针刺“足三里”和“大椎”穴，可使家兔血内刚果红清除率上升；如用“环跳”取代“大椎”，则清除率下降。

刺激性质　《灵枢·官能》写道：“针所不为，灸之所宜。”这说明古人很早就认识到针与灸性质不同，它们的临床效应和适应范围也不同。通常人们认为，针刺偏于清泻，艾灸偏于温补。因而在临床实践中对不同疾病的治疗，总是首先考虑刺激性质的选择。如治疗寒痹，多以温灸法为主；而治疗热证，一般采用针刺法。近代的实验资料也从不同侧面证实了这个问题。如表现在网状内皮系统功能的影响上，电针效应强于手针；表现在肌梭感觉神经末梢中能量转换和电子传递功能上，电针不如指针；表现在肥大细胞颗粒释放和变化上，手针较电针明显；对动物细胞组织中去甲肾上腺素、乙酰胆碱和胆碱酯酶的含量影响，对凝集素效价的影响，以及对内脏痛反应的抑制效应，电针均优于手针。另外，就刺激穴位局部组织形态和组织化学的改变来看，电针刺激所波及的范围都较手针为大。

操作方法　针灸操作方法主要体现在补泻上。补虚泻实，是针灸治疗的一个基本原则。补和泻是相对概念：凡能起到补虚效果的操作，就称之为补法；凡能起到泻实效果的操作，均可称之为泻法。补泻手法的形式繁杂，如徐疾补泻、迎随补泻、开阖补泻、捻转补泻、提插补泻、呼吸补泻及平补平泻，乃至于几种方法结合起来的烧山火和透天凉等。如何理解补泻的实质，大家意见纷纭。部分人倾向于刺激强度，认为泻相当于重刺激，补相当于轻刺激。实验早已证明，对同一状态下的机体给以任何刺激，刺激强度是重要参数之一；刺激的相对强度不同，引起的机体反应也不同。一般来说，重刺激多引起抑制性效应；轻刺激多引起兴奋性效应。实验中看到，针刺足三里穴时，当用轻刺激时可使胃蠕动呈兴奋状态，用重刺激可促使胃蠕动加强，但若继续施行手法时则可使胃蠕动逐渐转入抑制状态。看来轻刺激和重刺激引起的不同效应，还和作用的持续时间有关。于是有人提出了另一个概念，即刺激量；刺激量是一定刺激强度作用于机体的积累值。刺激量比刺激强度具有更全面的含义。

然而所有这些还解释不了补法和泻法所引起的特殊规律性效应。如烧山火手法一般可使健康人或病人肢体末梢血管舒张，皮温升高，自觉针下呈现温热感，运动从属时值或视时值缩短；而透天凉手法则相反。

艾灸法的补泻，《黄帝内经》也有提及。如在《灵枢·背俞》中写道：“以火补者，毋吹其火，须自灭也；以火泻者，疾吹其火，传其艾，须其火灭也。”但后代人多偏重于用针补泻。艾卷灸中的温和灸法相当于泻；烧灼灸法则相当于补。

在针灸操作方法上，还要注意选择不同的针具。如体质粗壮者宜于用粗针大针，妇孺老幼和体质瘦弱者则宜于用细针小针。三棱针宜于用来放血，而梅花针则适用于皮表疾患或虚损证候。采用细针施行补泻手法刺激，可使家兔肛温呈规律性变化；而采用粗针则见不到这种变化。这正像《灵枢·官针》所指出的：“凡刺之要，官针最妙。九针之宜，各有所为，长短大小各有所施也；不得其用，病弗能移。”

电针操作方法，主要要求选择好适宜的电刺激参数，其中包括波形、振幅、波宽、频率和节律等。根据不同参数组合，也有补泻之分。如波形宽，振幅低，频率高，为补；波形窄，振幅高，频率低，为泻。单调重复的电脉冲刺激易于为机体所适应，后期效应不稳定；随机复合波的声

电刺激或经过调制的多变脉冲波刺激，则不易为机体适应，后期效果比较稳定。

治疗时机　这里的治疗时机，也就是指刺激时机。由于人体生理活动不断变化并有节律，疾病发生发展有阶段，针灸治疗作用有个过程，针灸效应必然受时间因素的影响。抓住最佳的治疗时机，是针灸刺激的一个重要条件，是提高针灸临床疗效的一个关键环节。治疗一种疾病，方法是一个，治疗时机得当，效果显著，甚至手到病除；如果误失良机，就可能使得一种本来可以治愈的疾病变为复杂难治之症。

所谓治疗时机，有多方面的含义。远在《黄帝内经》中就有所反映的"治未病"和早期治疗的观点，即深刻地触及到这个道理。针灸治疗亦无例外。不仅如此，在针灸临床上还强调"察岁时于天道"（《标幽赋》），做到"春夏秋冬，各有所刺"。子午流注和灵龟八法等，更具体地把取穴和时辰因素结合起来，生动地反映了古代的"生物钟"观点。据某些资料指出，按子午流注理论指导取穴治疗，常可收到比较突出的效果。针刺治疗疟疾，如能在发作前2小时施术，效果就比较好；如在发作后施术，效果就明显降低。对于不寐症，在睡前进行针灸治疗，效果最佳。实验表明，在注射热原物质前连续针刺3天或注射后立即针刺，抑制发热的效应十分明显；如体温已经升高方施行针治，则抑制发热的效应不明显。治疗顺序作为一个时机概念，常不为人们所注意。事实上早在《黄帝内经》中就已经有所强调，如说"病生于内者，先治其阴，后治其阳"。在针灸临床中也见到过施术顺序影响针灸效应的实例。如治疗一例急性胃痛病人，依次针内关、中脘和足三里三穴，立即痛止；在留针期间按反顺序行针，胃痛又行发作，复如前序行针痛又告止。

施术环境与针灸效应　环境对生物机体无时无刻不在发生影响，特别是人体，不仅要受自然环境影响，还要受社会环境影响。在不同情况下，针灸信息刺激作用于人体，产生什么样的具体效应，也必然要在不同程度上受环境的影响。这里除了一般环境因素如空气、光线、海拔高度、电磁、温度、湿度、音响、气味和情洁卫生等外，还包括医疗设备条件、人员、语言、表情、气氛、医生在病人心目中的威望以及医生的言行举止等特殊环境因素。所谓环境，从来就不是单一的，而是许多复合因素随机构成的。在恶劣的环境中给以针灸治疗，易受干扰；在安谧舒适的环境里进行针灸刺激，效应提高。在这一点上，古人从来就是十分重视的，尤其是对针灸医生的作业态度有严厉的强调，要求医者必须全神贯注。如《素问·宝命全形论》中就指出："经气已至，慎守勿失，深浅在志，远近若一，如临深渊，手如握虎，神无营于众物。"医者的态度既影响病人的心理活动，也影响刺激条件准确性的大小。

施术环境对针灸效应的影响，显然属于外因范畴，属于附加的外界因素。它作为影响针灸效应的一个方面因素，与另一个外因——针灸刺激条件不同，不是直接对针灸效应发生影响，而是间接地发生影响，但确实是不可低估的。如何创造比较理想的施术中的环境条件，进一步提高针灸疗效，也是每一位临床针灸工作者应该注意的。

针灸作用途径

中医学认为，针灸作用于腧穴，并通过腧穴对远隔部位和全身发生影响，是通过经络联属和气血运行实现的。现代研究表明，在针灸作用途径中，神经体液占有重要位置。关于经络途径与神经体液途径之间的关系，还是一个有待深入研究的问题。多数学者认为，目前应当两存其说；也有些人认为，古代的经络理论，既概括了经络联系途径，也包括神经体液途径。

经络途径　在肢体各部分之间，肢体和脏腑间，脏和腑之间，存在着经络联系。现代研究虽然尚未最后阐明这种联系的实质，但已证明经络现象是客观存在的，其中的循经感传现象是经络联系的一种最普遍形式。当针灸作用于腧穴引起感传，沿着经络循行路线到达有关脏腑和五官时，常可引起相应的活动变化。如感传沿心经或心包经传到胸部时，在正常人身上常可出现一过性心慌或心悸等；感传沿胆经传到季胁部时，病人胆区疼痛可消失；当感传沿胃经传到腹部时，在正常人身上常可出现一过性肠鸣、腹胀、呃逆、恶心或饥饿感；感传沿肺经到达胸部时，在正常人身上常可出现一过性胸闷、气短或咳嗽等；感传沿肾经到达阴部时，在正常人身上常可出现一过性尿急感；感传到达病所时，病情往往可以立即缓解；感传到达手术部位时，手术创痛往往可以立即大减。这些事实充分说明，经络联系是针灸作用的一条重要途径。循经性皮肤病和各种可见的循经反应带的屡屡发现，更有力地提示了经络联系途径的客观存在。此外，循经感觉异常、循经性疼痛和各种循经生物物理特性等，也从不同侧面为经络联系途径的客观存在提供了重要依据。

神经体液途径　大量实验研究资料表明，经络本质和针灸作用途径，同神经体液有密切关系。针灸对机体所发挥的作用，主要是通过针灸刺激激发穴位深层感受器的神经末梢，然后沿着外周神经向中枢发放冲动，传入之冲动经各级神经中枢整合和调制，再经神经或神经体液途径作用于脏腑器官而实现的。损毁或药物阻断这个过程的任何一个环节，针灸的效应都会受到明显影响，乃至于消失。

腧穴局部神经末梢和小血管比较丰富；肌肉丰厚处，深层肌梭密集。穴位不仅是接受刺激的感受点，也是一个效应器。梭内肌在针刺激下发生收缩，可能是得气时术者手下感到沉紧的物质基础。穴位电特性、穴温变化以及某些病理反应，可能和穴位血管的反射性舒缩活动有关，与小血管周围分布有肾上腺素能和胆碱能神经终末有关。

脏腑和体表经络穴位间的联系，可能属于神经节段支配方式，脊椎动物和人体胚胎早期，是一个由40对体

节沿中轴对称分布的胚体。每个体节由体躯、内脏和神经节段三部分组成，分别形成以后的躯干四肢、内脏和中枢神经系统。每个体节的神经节段分别向体躯部和内脏部发出躯体神经和内脏神经，从而形成原始的功能单位元。在胚胎发育过程中，体节各部虽发生复杂变化，但脊髓、脑干、躯体——内脏间的功能联系，却仍保持着节段或类节段式的支配关系。这种支配关系与十四经穴的配布形式有很大的一致性。随胚胎发育，高级中枢日益趋向脑性化，发展成为超分节结构；中枢神经内也出现了上行和下行传导束，把各脊髓节段连成一体。这就决定了每个节段在功能上，既具有相对的独立性，又与上下节段广泛联系，并在上位各级中枢统一调控下作为整个神经系统的一个部分而进行活动。这样，体表和体表，体表和内脏，内脏和内脏，就必然存在着种种联系。

从腧穴到皮质中枢，又从中枢到全身，要经过许多中间环节。首先是外周神经，其中以躯体神经为主；血管及其周围神经结构也参与作用。手针针感冲动主要由细纤维传入，电针针感冲动则主要由粗纤维传入。外周神经将针灸刺激信息传向脊髓。从脊髓到皮质，又是一个复杂过程。针灸刺激可使脊髓背角内发生突触后抑制；还可使冲动信号由脊髓腹外侧索向上到延脑激活内侧网状结构，再经脊髓背外侧索下行，引起脊髓较细传入纤维末梢的去极化而发生突触前抑制。冲动到脑干，在延髓和中脑的网状结构汇集和整合；这里的活动又受伏核、隔区和缰核等高级结构的控制。中央中核－束旁核综合体，作为丘脑非特异性系统的一个主要成分，和各种感觉信号有密切关系。中央中核尤为重要，居于调节控制地位，针灸刺激信息在这里的整合作用，具有关键性意义。受皮质直接控制的尾核，对中央中核有重要影响。冲动到达尾核，可激活胆碱能与内啡肽系统的活动。对尾核的影响无明显体节性特点，这可部分解释远隔部位取穴机制。冲动可抵达边缘系统，并发生一定影响。针灸信息最后到达皮质，皮质给以最后整合，对全身发挥决定性影响。

神经活动过程多以毫秒(ms)表示，这同临床上表现的针灸效应相比，在时间上呈几个数量级的差异。针灸的这种后效应，证明了体液因素起着重要作用。事实上神经活动和体液因素是无法分开的，对体液来说神经起主导作用，两者相互影响。动物交叉循环实验表明，单纯受血动物仅仅由于接受针灸过的动物血，就呈现某种针灸效应。所谓体液因素，一般指血液、淋巴、激素、酶、神经递质、免疫物质、蛋白质、多肽和无机离子等；针灸对各种体液成分均可发生明显的双向影响。由于这些物质在体内各有自己的特异使命，所以在不同情况下有不同的变化倾向。如表现在镇痛效应方面，5－羟色胺、乙酰胆碱和内啡肽等明显增加。这种倾向又具有明显的时相性特征，说明这种影响是一个动态的应激过程。丘脑下部－垂体－肾上腺皮质系统占有重要位置；针灸刺激所产生的非特异性效应，主要是通过它来实现的。其他如交感神经－肾上腺髓质系统、脑垂体－甲状腺系统、脑垂体－性腺系统等也都有着不可忽视的意义。作为第二信使的环核苷酸，在针灸调衡方面，起着重要作用。前列腺素普遍存在于各种组织，具有广泛的调节功能；针灸效应的优劣，和它有密切关系。

各级中枢神经，在有关递质参与下接受并整合了针灸刺激信息后，环绕着机体的生存需要，通过反馈的形式向下级直到末梢发出冲动，动员全身各脏腑器官和广泛的体液因素，在原有不平衡的基础上完成一次新水平的调衡。这就是针灸穴位刺激激起的一系列生理效应和临床效应。

针灸时病人的体位

针灸时病人的体位，其要求应以医者能够正确取穴，操作方便，病人肢体舒适稳当，并能持久为原则。否则可因体位不当而导致取穴不准，病人感觉不舒适，晕针以及由于肢体移动引起局部疼痛、弯针、滞针，甚至折针或艾火掉落发生烧伤等。所以，选择适当的体位，具有重要的临床意义。一般情况下，当尽量采取卧位，尤其是病情危笃的重症、年老体弱、过敏、精神过度紧张、初诊、婴幼儿、妇女患者等。采取卧位可以防止晕针及晕灸。除少数腧穴另有特殊的取穴法外，常用的体位(见图)有：

(1) 仰卧位：适用于面、颈前、胸腹、上肢掌侧和下肢前及内侧等部位的腧穴的取穴。

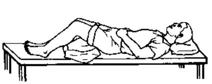
(2) 俯卧位：适用于头后、项背、肩胛、腰、骶、臀和下肢后侧等部位腧穴的取穴。

(3) 侧卧位：适用于侧头、胸胁、腹侧及上下肢外侧等部位腧穴的取穴。

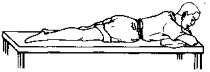
(4) 仰靠坐位：适用于前头、面部、颈前和上胸等部位腧穴的取穴。

(5) 俯伏坐位：适用于后头、项部和肩背等部位腧穴的取穴。

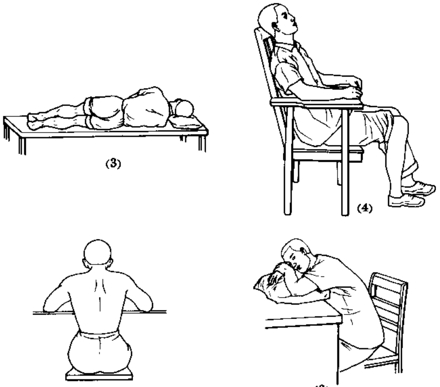
(6) 侧伏坐位：适用于侧头、面颊及耳前后部位腧穴的取穴。



(1)



(2)



(3) (4) (5) (6)

临床常用体位

(1) 仰卧位 (2) 俯卧位 (3) 侧卧位 (4) 仰靠坐位

(5) 俯伏坐位 (6) 侧伏坐位

在坐位和卧位的基础上，再根据取穴的要求，上肢或下肢则可分别采取诸如：①仰掌位：适用于上肢掌侧(手三阴经)部的腧穴。②俯掌位：适用于上肢背侧(手三阳经)部的腧穴。③屈膝位：适用于下肢内、外侧和膝关节部的腧穴。

针刺意外

针刺治疗疾病，虽然具有安全、有效，无或少有副作用等优点，如果不遵守操作规程，工作中粗枝大叶，不注意掌握禁忌，或对人体解剖部位缺乏全面的了解，针刺技术又不够熟练等，也会发生一些异常情况。假若一旦发生，医者一定要沉着、冷静，不要紧张、慌乱，只要及时、准确地予以处理，一般不会造成严重的后果。

滞针 滞针是指进针后或行针过程中，于提插捻转或出针时，针下感觉非常沉重、紧涩，甚至捻转不动，进退困难者。可由于病人精神过度紧张，或因疼痛而引起局部肌肉挛缩；或由于医者指力不匀，用力过猛；或因向同一方向捻针，使肌肉纤维缠裹针体等原因所致。所以，对于精神紧张者，针前要做好解释工作，说明针刺过程中会发生的各种感觉，以便消除顾虑缓解紧张状态；行针时捻转角度不宜太大，更不宜向单一方向连续捻转，而且指力要均匀，避免用力过猛等。滞针一般是可以避免的。如果由于病人精神过度紧张等引起局部肌肉挛缩者，可以延长留针时间，以缓解紧张状态；或以手指在局部或循经摄按，或于刺针近旁另刺一针即可缓解。由于向一个方向捻转而发生肌纤维缠裹针体者，可以向相反方向捻退，或左右轻轻捻动，即可松解。

弯针 弯针是在针刺过程中，针体发生的弯曲现象。表现为针体弯曲，针柄改变了进针时刺入的方向和角度，提插捻转或出针均感困难，针刺部位感觉痛疼者。多因体位移动，或因指力不匀、用力过猛，或因针柄受外力压迫碰撞，或因滞针处理不当等引起。所以，针刺时，患者应有舒适的体位，特别是留针过程中，不能随意变更体位；医者针刺手法要熟练，指力要均匀轻巧；针刺部位和针柄不得受任何外物的碰撞和压迫。如有滞针，应及时正确地予以处理。一旦发生弯针，不得再行手法。弯曲度较小者可慢慢地将针提出；弯曲度较大者，可顺着弯曲方向将针提出。若因体位变动而引起者，应先恢复到原来进针时的体位，以使局部肌肉放松，再按弯曲度的大小，将针退出，切忌强行拔针。

折针 折针是指针刺过程中发生针体离断，一部分留在体内者。折针多因针具的质量欠佳，针体或针根部有锈蚀、损伤，进针前又失于检修；或因体位移动、肌肉挛

缩，操作用力过猛；或遇滞针、弯针时强力硬拔；或因外物碰撞等引起。所以，针刺前要对针具进行认真细致地检查，把不符合质量要求的针具剔除不用。进针时不要将针体全部刺入皮内，一般需露出皮外少许。针刺过程中，对于滞针、弯针应当尽力避免，如果一旦发生，就应及时正确地予以处理。特别是弯针，应当立即退针，不可强行刺入或拔出，以免折针。

折针发生后医者要保持镇静，病人亦不要惊慌乱动，防止断端向体内移动。若断端一部分留于体外，可用镊子挟出；暴露于体外的断端较短，或与皮肤相平时，可垂直加压断端之两旁，使断端尽量暴露于体外，再用镊子拔出；若断端完全陷于体内，则需在X线定位下，以手术取出。

晕针　晕针是指在针刺过程中，出现的一种"昏厥"现象。其表现为突然头晕目眩、心慌气短、恶心欲吐、面色苍白、大汗淋漓，甚则四肢厥冷、不省人事、二便失禁、口唇发绀、脉微欲绝等。

晕针可由于精神过度紧张，体质虚弱、饥饿、疲劳，体位不适，针灸刺激量过大等引起。所以针刺前要注意病人的体质、神态及对针刺的耐受力等，特别是初次接受针刺治疗及精神过度紧张、体质虚弱者，要多加解释，并要取穴少，针刺轻，尽量采取卧位。对于过度饥饿、疲劳者，要待少许进食或稍经休息，方可施行针灸。在针刺过程中，要随时观察病人的神态变化，如有晕针先兆者，应及时处理。一旦发现，应立即起针。轻者让患者平卧，头部放低，饮温热茶水即可恢复；重者可指压或针刺人中、素髎、合谷、内关、足三里或灸百会、关元等，必要时还应配合其他急救措施。

损伤重要脏器、组织　损伤重要脏器、组织是指针刺躯干部腧穴过深，损伤了内脏；或针刺其他部位不当，损伤了重要器官及组织。其中较多者是刺破胸膜、肺脏，使气体漏入胸腔，发生外伤性气胸。其表现为在针刺过程中，突然出现胸痛、胸闷、气短、呼吸困难、口唇青紫等，以至出现休克。所以，针刺时必须掌握好针刺的深度与提插的幅度，特别是胸背部勿深刺。一旦发生气胸，轻者令病人采取半卧位休息，减少或防止咳嗽，必要时可用镇静、止咳以及预防感染的药物，一般少量气体可自行吸收。气体量较多，呼吸困难较重者，可采取相应的急救处理。若为张力性气胸，情况危急时，可用一粗针头，直接刺入胸腔排气。其次，还有刺伤心脏、肝脏、胆囊、脾脏、肾脏、膀胱、胃肠以及脑、延髓等，而发生内出血及其他症状，甚至引起死亡。所以，凡针刺内有重要器官处的穴位时，均不可过深。在针刺躯干部腧穴时，首要掌握其内部有何内脏及内脏有无肿大情况，以及内脏距离体表的深度等。有些部位尽可能地采取斜刺或横刺，以减少针刺损伤内脏的机会。针刺除可能损伤内脏之外，还可损伤周围神经，引起不同的瘫痪。因此，在针刺神经干或神经根部位的腧穴时，宜用细针，不可猛力提插，大幅度捻转，以免引起神经损伤。特别是穴位注射法用的针头尤应注意。

出血、血肿及感染　针刺误伤血管，可以引起出血（包括内出血）和血肿。可因针尖弯曲成钩或针刺过重，行针时间过长，使组织损伤过大，毛细血管损伤较多；针刺时病人体位移动，使组织、血管撕裂；或用粗针、火针刺伤血管；或因凝血功能障碍性疾病（如血友病）等原因所致。所以，在针刺前要检查针具，针刺时不要过重，防止体位移动，避开血管，并要询问有无出血不止的病史，在一些容易出血的部位，尤其是不能压迫的部位（如眼眶内）针刺时要轻，不用重手法。微量出血，或针孔局部有小块青紫者，可在局部轻轻揉按，压迫片刻，待止血后，用热敷等以促进其吸收。若损伤大血管，尤其是动脉血管，出血量较多，会造成严重后果，应当谨慎。

由于不消毒或消毒不严，可引起感染，轻者局部红肿，形成脓疡，甚则出现全身症状，严重者可引起败血症、感染性休克。因此，在针刺时要有严格的无菌观念，严格消毒，不能隔衣针刺及以口温针，针后针孔不可立即接触水及污染物品。施灸时要防止烫伤，灸疮要精心护理。一旦发生感染，应给予抗炎治疗，有脓肿者要切开排脓，并根据部位和程度给予相适应处理。有休克者，要纠正休克。

针法

针法，是利用各种不同的针具，作用于经络、腧穴或部位上以治疗疾病的方法。包括毫针刺法，圆利针刺法，鍉针刺法，长针刺法，以及皮肤针、皮内针、挑针、刺络、温针、火针、电针、腧穴注射、耳针、头皮针等。

针刺时，首先采取适当的体位，准确定穴，然后局部消毒，依法进行针刺。针刺时的角度，根据腧穴所在的部位、疾病和各种针法要求的不同而分为：①直刺：针体与皮肤呈90°角垂直施术，一般多用于肌肉丰厚处的腧穴或需要施行重刺激，温针、火针等针法。②斜刺：针体与皮肤呈45°角施术，适宜于肌肉比较浅薄处或不宜深刺（如头面、胸背部）的腧穴，以及需要行气、运气至病所的时候采用。③横刺：亦称"沿皮卧刺"、"平刺"，即针刺与皮肤呈15°—25°角横刺施术，适宜于肌肉浅薄处的腧穴或病位在表（如皮肤病等）的疾病时采用。④透刺：即是毫针刺由一腧穴透向另一方向或腧穴的针刺方法。由于腧穴的位置不同，而有直透刺（如内关透外关），斜透刺（如外关透支沟），横透刺（如外关透支沟、三阳络，地仓透颊车）之分。又由于透刺的方向不同，而有单向透刺（向一个方向刺入，穿透几个腧穴），多向透刺（根据所刺激的腧穴或部位，于进针后向几个方向刺入，如地仓透颊车或迎香或人中或承浆等）之别。

针刺的深度，应视患者体质的胖瘦，肌肉的厚薄，病位表里，腧穴所在部位而灵活掌握。一般而论，头面部腧

穴，直刺0.2—0.3寸，斜刺或横刺0.5—0.8寸；胸背部腧穴，直刺0.3—0.5寸，斜刺或横刺0.5—0.8寸；腹部腧穴，直刺0.8—1寸；腰骶部腧穴，直刺0.8—1.5寸；四肢腧穴，其深度以不超过该腧穴所在部肢体总厚度的1/2为原则，即把肢体分为阴阳两面，各占一半，除透穴处，刺阳经勿及阴经，刺阴经勿及阳经；指趾末端腧穴，直刺0.1寸，或点刺出血。至于每个腧穴的针刺深浅，见各穴条目。

针刺的轻重，当以针刺时捻转的角度，提插的幅度，力量的大小，频率的快慢和病人的感觉程度而定。一般而论：重者捻转角度与提插幅度较大，用力大，频率快，留针时间长，行针次数多，使病人有强烈的酸、痛、沉、胀、麻、触电样传导感或者向邻近的部位放射，适用于年轻体壮，耐受程度较高，感觉迟钝，敏感性差的病人，四肢肌肉比较丰厚处的腧穴，急性病，疼痛，痉挛，麻痹等症。轻者则反之，多适用于年老体弱，妇女、小儿，耐受性较差，病情危笃，有晕针史，初诊，精神过于紧张，畏针和有重要脏器所在处的腧穴（或部位）。

针刺时间的长短与病情性质，腧穴所在部位和针刺手法有关。一般每日针1次，每次留针以15—20分钟为宜，每日或间日1次，7—12次为1疗程，两疗程间休息5—7日。

医针

医针，是针刺治病用的各种针的总称，系针灸临床的主要工具，故又称“针灸针”，由砭石发展而来。早在《黄帝内经》中就有“九针”的记载。现代医针是在古代九针的基础上发展、演进、改良、创造而成。常用的有以下几种：

毫针 是古代九针之一，为现代最常用，应用范围也最广。其构成分为针尖、针身（亦称“针体”）、针根、针柄、针尾五个部分（图1），这也是所有针具共有的几个部位之相对划分。根据针柄形状不同，可分为花柄针（亦称“盘龙针”，针柄中间用两根银丝或铜丝交叉缠绕，形似盘龙）、环柄针（亦称“佛手柄针”，针柄用银丝或铜丝缠绕成环状）、平柄针（亦称“平头针”，针柄也是用银丝或铜丝缠绕而成，其特点是针尾部平针柄）、管柄针（针柄用金、银、铝、铜或合金等金属薄片制成管状，亦可用塑料制成管状）、连柄针（针柄系针身金属丝的延续缠绕而成）五种（图2）。平柄针与管柄针主要在进针器或进针管的辅助下使用。一般毫针尖多为松针形，只是部分一次性毫针尖为麦芒形。针身系用金、银、合金或不锈钢等制成，尤其是后者多用。用不锈钢制成者，根据GB2024—80《针灸针》国家标准规定，应以GB1220—75《不锈耐酸钢技术条件》中规定，$Cr_{18}Ni_9$或$OCr_{18}Ni_9$之不锈钢制成。针身应挺直，且具有良好的韧性，不应有伤痕、曲痕或麻点；其光洁度不低于♀，硬度为HV0.3千克450—550。针尖圆整不偏，针柄牢固而不松动。毫针的规格体现在针身直径和针身长度两个方面。一般有如下几种规格（表1、2）：



图1 毫针各部位之划分

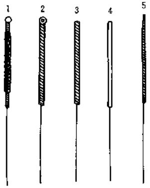


图2 毫针针柄的五种类型

1．花柄针 2．环柄针 3．平柄针 4．管柄针 5．连柄针

表1 毫针针身直径规格

新规格（毫米）	0.25	0.30	0.35	0.40	0.45
旧规格（SWG1号）	34	32	30	28	26

表2 毫针针身长度规格

新规格（毫米）	13	25	40	50	75	100
旧规格（吋）	0.5	1	1.5	2	3	4

三棱针 是古代九针中的锋针发展而来，针柄为圆柱形，针身呈三棱形，故名。现阶段通用的三棱针，多用不锈钢制成。其用途为点刺、挑刺、丛刺、散刺或放血。为此要求针尖三面有刃，锋利。一般可分大型和小型两种（图3）。针柄形状设计没有统一规定，以方便使用为原则。为了保护其尖端的锋利，有的套在针管中。

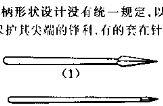


图3 三棱针

(1) 大三棱针 (2) 小三棱针

皮肤针 是专用于叩刺皮表的一种浅刺丛刺针具。按其针点数量及其分布特点，有七星针、梅花针、罗汉针

和丛针之分。皮肤针刺特点之一是疼痛轻微，尤其适用于小儿，故又称为“小儿针”。通常有单头莲蓬式、双头两用式两种(图4)。皮肤针是由《灵枢》官针中的“毛刺”、“扬刺”、“半刺”发展而来的，是古代九针中的镵针演进而成

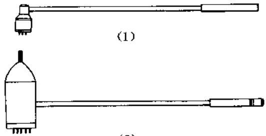
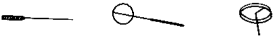


图4　皮肤针

(1) 单头莲蓬式皮肤针　(2) 双头两用式皮肤针

皮内针　是用于浅刺埋针的小型针具，因针仅刺入皮内，故名。按其形状可分为颗粒式、环式、揿钉式三种(图5)。颗粒式皮内针又称“一粒星式皮内针”或“鱼尾式皮内针”、“麦粒式皮内针”，其形似毫针，长者9毫米，短者7毫米；针尾为金属颗粒，常用 ϕ0.22 毫米或 ϕ0.26 毫米金丝或银丝、不锈钢丝制成。环式皮内针的针尾呈环形，长7毫米或9毫米，常用 ϕ0.26 毫米之不锈钢丝制成。揿钉式皮内针即“图钉式皮内针”，简称“揿针”，形似揿针，故名。其针体长度2毫米或3毫米，系用 ϕ0.26 毫米之不锈钢丝制成，为承淡安先生所创



(1)　(2)　(3)

图5　皮内针

(1) 颗粒式皮内针　(2) 环式皮内针　(3) 揿钉式皮内针

鍉针　古代九针之一，针头圆钝，针身长75毫米或90毫米不等，常用合金或不锈钢制成，也有用骨、竹或木制成的。因鍉针用于推压(或按压)而不刺入皮内，故又称“推针”(图6)

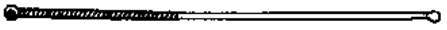


图6　鍉　针

火针　又称燔针、焠针或烧针。其形似毫针，但针身较粗，常用 ϕ0.61 毫米、ϕ0.71 毫米、ϕ0.81 毫米、ϕ0.91 毫米之不锈钢、钢或钨丝等制成。针身长度75毫米或100毫米不等。针尖锋利。针刺时为避免烫伤医者手指，针柄可用骨或竹、木等制成(图7)。

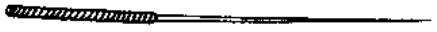


图7　火　针

圆利针　古代九针之一，针体圆滑，针尖锋利，故名。其形似毫针，不同的是针身短、粗、硬，常由 ϕ0.56 毫米或 ϕ0.71 毫米、ϕ0.91 毫米不锈钢丝制成。针身长度有13、25、40、50、75毫米数种。用途为急救时井穴点刺，或用于精神病治疗的强刺激，也可代替三棱针用于排脓(图8)。



图8　圆利针

医针保藏与修缮　医针在不使用时，必须妥善保藏，以免损坏。一次性用针在没有使用前也必须注意保护。为防止针尖受损，可将针存放在垫有数层软布的小盒内，或特制的专用藏针盒中。在使用过程中也要经常注意检查和修缮。如发现针尖太钝或弯曲、起钩时，可用金相细砂纸或细磨石轻轻磨尖。如发现毫针针身弯曲，可用手指、竹片、厚硬板纸捋直修复。

针刺得气

得气也称气至，指针刺后受术者出现的酸、麻、胀、重等针感和操作者针下的沉紧等感觉而言。针刺是否得气，直接关系着临床疗效的高低，所以历来为针灸工作者所重视。

掌握针下之气　要使针刺能够得气，并在得气后，控制得气程度及气行方向，主要靠术者的手法来实现。通常有以下各法：

候气　当气未至之时，术者通过留针或运用手法以待气至。倘因针刺未准确中穴，则应将针提起，另行刺进探寻；倘因经气不足，则应提插捻转，且辅以循摄之法来候气。

催气　通过手法加以催促使气速至。《神应经》记载：“用右手拇指及食指持针，细细动摇进退搓捻，其针如手颤之状，是谓催气。”这是指用震颤提捻的方法催气。此外，如刮动针柄，动摇针体，在经上施以循摄之法等也都具有催气的作用。

守气　是指要守住已至之气。《灵枢·小针解》说：“上守机者，知守气也。……针以得气，密意守气勿失也。”只有守住气，才能在此基础上施以不同手法，使针刺对机体继续发生作用。一个有经验的针灸医生都有“得气容易守气难”的体会，故得气后不可轻易改变针尖部位，更不可盲目提插，以免针下之气佚失。

调气　有两种涵义：一是指调整机体的阴阳之气，即当机体偏虚或偏实时，得气之后就要补其虚或泻其实，以使气平，这就是调气(见“针刺补泻”条)；二是如《金针赋》所载，把控制经气使之上行下行，或使之行至病所，以及用龙、虎、龟、凤通经接气之法，使经气跨过关节等，也称调气。

龙、虎、龟、凤四法不只是控制气行,而且也是两对补泻之法,即龙补虎泻,凤补龟泻。四法虽然最早见于《金针赋》,但后来医家对此又有进一步的说明。这四种方法的具体操作是:

(1) 青龙摆尾法:又名苍龙摆尾法,是一种以针尖方向,九六和摇法相结合的方法。进针得气后,在天部扳倒针身,使针尖朝向病所,以手掐住针尾一左一右慢慢拨动。这种拨动如同行船时拨舵一样,是浅而大摇之法(图1)。



图1 青龙摆尾法

(2) 白虎摇头法:又名赤凤摇头法,是一种泻而小摇边摇边振的手法,进针得气后,右手掐住针柄,向前右上方呈半圆形摇针,摆至右下方一停一振。这就是所说的进圆退方(图2)

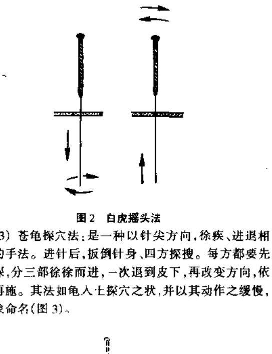


图2 白虎摇头法

(3) 苍龟探穴法:是一种以针尖方向,徐疾、进退相结合的手法。进针后,扳倒针身、四方探搜。每方都要先浅后深,分三部徐徐而进,一次退到皮下,再改变方向,依前法再施。其法如龟入土探穴之状,并以其动作之缓慢,而形象命名(图3)。

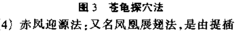


图3 苍龟探穴法

(4) 赤凤迎源法:又名凤凰展翅法,是由提插、捻转、呼吸、飞针相结合而成的一种手法。进针后先插至地部,再退至天部,得气后再插入人部。然后用拇示两指边提边捻转,要使组织裹紧针,达到插而不入,提而不出,转而不动的程度。一捻一放,两指展开,如凤凰展翅之状,故名。也可以病在上吸气时右转提针;病在下呼气时左转插针(图4)。

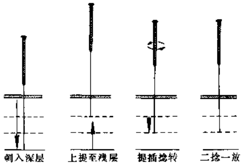


图4 赤凤迎源法

辨气 指气至之后,辨别针下气的性质。《灵枢·终始》说:"邪气来也紧而疾,谷气来也徐而和。"辨气就是分辨邪气和谷气,谷气就是正气。辨识的方法,主要是通过术者体会针下沉紧的程度,并参照患者的主诉。因为针刺时必须祛除邪气,调补谷气,所以辨气与补泻的关系甚为密切。

气反 即在与病所相反的部位,行针得气。《素问·五常政大论》说:"气反者,病在上,取之下;病在下,取之上;病在中,旁取之。"《灵枢·终始》说:"病在上者下取之,病在下者高取之,病在头者取之足,病在足者取之腘。"都属于气反。

气至病所 即是运用手法催促经气到达患病的部位,临床实践证明,气至病所,能提高疗效。现在有人把循经感传多见于病经、病所的现象称之为趋病性。这种趋病性不仅反映了经络的病理、生理学特性,而且对于临床研究也是一个值得注意的问题。

"刺之要,气至而有效"(《灵枢·九针十二原》)。这里的"气至"有两个含义:一是指针刺局部得气;一是指针感传到病所。"气不至者,以手循摄,以爪切掐,以针摇动,进捻搓弹,直待气至。以龙虎升腾之法,按之在前,使气在后,按之在后,使气在前。运气走至疼痛之所,以纳气之法,扶针直插,复向下纳,使气不回"(《金针赋》)。《针灸大成》强调"有病道远者,必先使气直到病所",就是这个道理。

气至病所这一传统的医学理论,在针灸临床上一直受到重视,就是因为在很多情况下,气至病所和立竿见影效果紧密联系着;气至病所常常是取得立竿见影效果的先决条件。近些年来在循经感传现象的研究中,气至病所现象进一步引起了人们的重视。实践表明,循经感传现象在病人群体中多见,在病经中多见,在病所中多见。

一般病人中，气至病所率为3.9%。如果组合的刺激参数是适宜的，对某些病例可使气至病所率提高到24.5%，甚至更高。对聋哑病人，通过多次短程接力式的激发刺激，可使气至病所率提高到91.8%。感传到达病所的途径，多是本经，但也有通过表里经的，更有少数病人十二经感传全部归向病所。用推、按、循、扪等传统手法进行针刺对感传施加控制，可使气至病所率明显提高。气至病所和气至而有效密切相关，每当针感到达病所时，相应的临床证候多得到明显改善。提高气至病所率是提高针灸临床疗效的一个重要环节。运用传统针法激发经气，促使其向病所传导，可收到"气至而痛定止"的效果。能使针感直达疼痛部位的，镇痛效果均佳；90%左右的患者表现了明显的即时性效果。循经感传现象的这种趋病性特征，不仅有治疗意义，也有一定的诊断意义，值得今后深入研究。

影响得气的因素有三：第一是术者方面，如取穴的位置、针刺的深度、针尖的方向、手技的运用等。第二是患者方面，如病种、疾病性质、病人体质的不同。第三是条件方面，如季节、气候、室温的不同以及体位摆法的不同等等。

控制针感　针感是得气的表现，控制针感就是控制针下之气。它包括两个部分：一是控制针感性质，二是控制针感传导的方位。

针感性质　针感的性质有酸、麻、胀、沉、重、疼、触电样、水波冲动样等多种。针感出现的时间，有的是在针刺即刻，有的是在隔一段时间以后。针感的持续时间有长有短，程度有重有轻。针感的传导距离以经络言，有的是短程，有的是长程，有的全程，有的是气至病所，也有传导中的超越、跨经现象。临床中常见的针感如下：

(1)　酸感：是常见的针感之一。多出现于局部，时可传导到远端，以四肢穴位为多见，腰背、颈部穴位次之。欲使酸感出现，押手要多用力。如出现的基础针感是胀，押手可轻些，此时可向一个方向搓针。如搓针时出现疼感，则成功率低。若搓针后胀感加重了，立刻改用提插方法；提插速度要快、幅度要小，押手要加力，即可成功。

(2)　麻感：亦较多见。一般为传导性的，多呈条状、带状、少数为片状。当针刺时出现其他针感，欲使发生麻感，一般不用或轻用押手，捻转角度、提插幅度宜大，提插速度可快可慢，针尖方向稍变换即可。

(3)　胀感：多出现在酸感之前，为局部性的，与局部注射药液所形成的物理压迫感相似。若与麻感混合出现，多可传导。要想使胀感出现，押手要重些，边捻针边在押手上用力；如用提插法，则提插速度要快，幅度宜小，针尖方向宜固定。

(4)　痛感：不是指进针时在表皮上出现的疼痛，而是指进针后深部组织产生的痛感而言。此种痛感有时在局部，有时可传导到远端。如果能避免为最好；倘若不能，就要迅速把痛感改变过来。一般可把示、中两指放到针柄一边，两指间要保持一指间隙，拇指放在另一边，对准此间隙，以此三指固定住针体，拇指向中指方向、中、示指向拇指方向一同加力，2至3次即可将痛感改变过来；或用拇指轻弹针柄亦可。如仍无效，可提针少许或完全提出。中风患者，针后多见痛感，并难改变，但这种病人痛感的减轻，常常是取得疗效的标志。

(5)　水波流动样针感：是一种很舒适的针感，多在四肢要穴出现。其基础针感是麻感，在麻感出现后，将右手示、中两指靠在针柄的一边，用右手拇指甲从对侧缓缓地自上而下，再自下而上反覆刮动针柄。同时要依据基础针感的强弱不同，一边刮针，一边轻捣，捣的幅度一定要小，小到针尖不离原来位置为宜。这种柔和而均匀的刺激一个接一个地作用到腧穴。此时针感像水波流动一样，故称之为水波流动样针感。这种针感传导的远近和方位决定其基础针感，即麻的程度如何。

针感方位　如何控制针感的传导方向和部位，早在古代针灸专著中就有许多行之有效的方法。近年来，大量的临床实践表明，使针感向远方传导是可以用手法来控制的。针感的传导首先与穴位有关，针刺四肢的要穴容易出现针感的传导，背腹部次之，面颈部更次之，指趾末端多不出现。基础针感是针感传导的先决条件，麻感最易传导，其他复合针感传导如何也与麻感所占比重有关。针尖方向是一个重要因素，一般针尖所指的方向就是针感传导的方向，两者多是一致的。针的捻转方向则不能一概而论，或左或右视情况而定。拇指向前捻，针感多向上；拇指向后捻，针感多向下。如果出现相反的情况，则改换捻转的方向，多可改变针感的传导方向。左手的应用是很重要的。《难经·七十八难》就说过："知其针者信其左，不知其针者信其右。"临床上常用左手指端在经上轻轻叩击，其次可用左手拇指(或示、中指)关闭住经脉的另一端，要贴进针的附近，用力时不要直上直下，要向经络开放的一端。关闭时指力不要太强，否则患者会感到不适或疼痛；倘若太弱，反而能诱导针感向相反方向传导。须注意关闭时是用指端而不是用爪甲，左手和右手的配合要协调。

保留针感　是指将针退出后，在一定时间内局部仍留有针感，以使其继续发生治疗作用。其方法是将针刺入后，用力握针柄进行提插捻转，同时押手也要用力。然后再向相反方向轻轻一捻，迅速退出即可。针感保留时间的长短，与针下用力及捻转提插的轻重有关。一般来说，20—30分钟即可消失，有的可长达数小时，乃至更长。

消除针感　在临床上一般都是留针一定时间，针感消失后再出针。但少数病例出针后仍存留针感，轻微者，不必处置；倘若很重，需要手法消除，即用右手轻轻揉按所刺之穴，或在此穴上下选本经要穴，施以指针之法，或在患者同侧手背第二、第三掌骨间，指掌关节上一寸，靠第二掌骨缘处(相当于《小儿推拿方脉治婴秘旨全书》中的外劳宫穴)，用拇指尖轻轻按之即可。

针刺补泻

补泻是针刺手法中的一个重要问题。对补泻的研究不仅有重要的理论意义，也有极大的实用价值。补是补虚，泻是泻实。补泻两字，既指针刺的作用，又指具体的操作方法。在针灸临床中，论及虚实，有就体质而言的体虚体实；就病证而言的虚证实证；就针下得气状况而言的虚状实状。由于情况各异，所以针刺补泻的针对性、具体要求和具体操作也不一样。一般来说，针刺的作用，是补是泻，同针具、手法、穴位都有关系。如果仅就手法而言，则针刺补泻主要指的是毫针补泻。

单式补泻 一般有徐疾补泻、迎随补泻、呼吸补泻、开阖补泻、提插补泻、捻转补泻和九六补泻。

徐疾补泻 是掌握针刺进出的快慢以行补泻的一种方法，始见于《灵枢·九针十二原》："徐而疾则实，疾而徐则虚。"据《素问·针解》解释："徐而疾则实者，徐出针而疾按之；疾而徐则虚者，疾出针而徐按之。"这是从出针速度和扪穴开穴两个因素注释的。而《灵枢·小针解》则解释为："徐而疾则实者，言徐内而疾出也；疾而徐则虚者，言疾内而徐出也。"这是说缓慢进针快速出针为补，快速进针缓慢出针为泻。现代研究证明，"徐内而疾出"的要点是在"徐内"上，以手着力而慢进针是求热感的有效方法，属于热补；"疾内而徐出"的要点是在"徐出"上，以手着力慢出针，是求凉感的有效方法，属于凉泻。所以，现代对徐疾补泻的解释，多从《灵枢·小针解》的提法(图 1、2)。

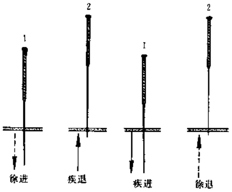


图 1 徐疾补泻法

历代针灸家在《黄帝内经》的基础上，又发展了徐疾补泻的理论与实践，从徐疾补泻脱化出"先浅后深"、"三进一退"和"先深后浅"、"一进三退"的补泻方法。其操作方法是，将预计刺入深度按照浅中深的层次分为天、人、地三部。补法是先刺人天部，继而进到人部，后达地部，在这三个层次的每层都行手法，使气至针下，这就是所谓"先深后浅"、"一进三退"。现代有人称这种手法为浅深补泻或进退补泻。

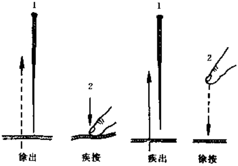


图 2 《素问·针解篇》徐疾补泻法

迎随补泻 首见于《黄帝内经》。如《灵枢·终始》说："泻者迎之，补者随之，知迎知随，气可令和。"又《灵枢·小针解》说："迎而夺之者泻也；追而济之者补也。"对于《黄帝内经》所说的"迎随"，《难经》及后世注家有多种解释，有的泛指为多种针刺补泻，有的认为只是指一种针刺补泻而言。当代学者对狭义的迎随补泻有三种说法：①依据《难经》的记载，以五行配五输穴，临床中将选穴与施行手法相结合，用补母泻子法。如《难经·七十七难》说："迎而夺之者，泻其子也；随而济之者，补其母也。"②依据《素问·针解》关于"补泻之时者，与气开阖相合也"的见解和《灵枢·卫气行》关于"谨候气之所在而刺之，是谓逢时"的理论，提出随着气行盛衰的时机而行补泻。即当其气方来正旺盛之时，迎而夺之；当其气刚去，已见衰减之时，追而济之。③依据元、明医书，如《针经摘英集》、《图注八十一难经》和《医学入门》等，掌握不同的针刺方向以行补泻。即针刺逆着经脉循行方向，称为迎而夺之，随着经脉循行的方向，称为追(或随)而济之。这种补泻法，又名针芒补泻或针向补泻。

呼吸补泻 是施术时结合患者的呼吸动作以行补泻的一种方法。始见于《素问·离合真邪论》："吸则内针，无令气忤……。吸则转针，以得气为故，候呼引针，呼尽乃去，大气皆出故命曰泻。……呼尽内针，静以久留，以气至为故……，候吸引针，气不得出，各在其处，推阖其门，令神气留止，故名曰补。"在临床应用时，呼吸补泻必须与其他方法结合才能起到补泻的作用。现今多从"呼气时进针，吸气时出针为补；吸气时进针，呼气时出针为泻"来解释。

开阖补泻 是在出针时闭合针孔或者开大针孔以行补泻的一种方法。在《黄帝内经》多处都曾提到这种方法。具体操作是：出针后于穴位上速加揉按，促使针孔闭合，不令经气外泄称补；反之，出针时摇大针孔，不加揉按，而令邪气外泄称泻。这种补泻方法也和呼吸补泻一样是一种从属的补泻手法，只能和其他方法结合应用。

提插补泻 是运用提针、插针的动作以行补泻的一种方法，又称提按补泻(图 3)。首见于《难经·七十八

难》："得气因推而内之是谓补；动而伸之是谓泻。"提插补泻在临床应用上和单纯地用提插以催气的方法有所区别。《金针赋》说："插针为热，提针为寒。"《医学入门》说："凡提插，急提慢按如冰冷，泻也；慢提急按火烧身，补也。"说明提可以引出凉的针感，为泻；插可以引出热的针感，为补。操作要领在于提插的"急"（或"紧"）、"慢"。具体方法是：针尖进入一定深度后，施行上下、进退的行针动作，就是将针从浅层插下深层，再由深层提到浅层，如此反覆地上提下插。一般来说，先浅后深，重插轻提，提插幅度小，频率慢，操作时间短者为补法；先深后浅，轻插重提，提插幅度大，频率快，操作时间长者为泻法。

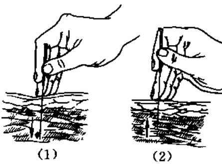


图3 提插补泻法

(1) 插针法 (2) 提针法

捻转补泻 是运用左转右转等捻转动作以行补泻的一种方法。所谓左转，是指术者右手拇指前进，示指后退，针身呈顺时针方向旋转；所谓右转，是指术者右手拇指后退，示指前进，针身呈逆时针方向旋转（图4）。转针的方法，首见于《黄帝内经》，但未涉及补泻问题。捻转补泻法大约出于宋代，在《席弘赋》中已经提到。明代《神应经》、《医学入门》和《针灸大成》等书，对捻转补泻又有所发展，尤以《金针赋》论述捻转补泻最为复杂。明清的多数学者认为左转为补，右转为泻。而在《金针赋》里，不仅有左转右转之分，还把男、女、午前、午后、阴经、阳经、腰以上、腰以下等不同因素加了进去。如说："男子者，大指前进，左转，呼之为补，退后右转，吸之为泻，提针为热，插针为寒；女子者，大指退后右转，吸之为补，进前呼之为泻，插针为热，提针为寒。左与右各异，胸与背不同，午前者如此，午后者反之。"对于《金针赋》的说法，《医学入门》加以推崇，而明汪机、高武和吴崑等著名医家则有不同看法。汪机在《针灸问对》中说："一日阴阳之升降，午前阳升阴降，午后阴升阳降，无分于男女也。考之《素问》、《难经》，男女脏腑俞穴气血昼夜周流无不同，今赋言午前、午后、男女补泻，颠倒错乱如此，悖经旨也甚矣。"现代一般认为：拇指向前，实际是捻中带按，所以是补法；拇指向后，实际是捻中带提，所以是泻法。

九六补泻 是根据《易经》奇数为阳，偶数为阴的理论，用九数或六数作为捻转或提插基数的一种补泻方法。李梴在《医学入门》中说："凡言九者，即子阳也；六者，午阴也。但九六数有多少不同，补泻提插皆然。"一般来说，以九为基数时，其捻转或提插的次数，多于以六为基数者，所以次数多则刺激量大，次数少则刺激量小。为了使术者掌握刺激量，有规范可循，古人提出：补者以九为基数，轻者一九，可递增至九九；泻者以六基数，轻者一六，可增至六六。

复式补泻 主要有烧山火、透天凉两种。

烧山火 是一种常用的复式补法。由于针后可以在局部或全身产生温热的感觉，所以名为烧山火。它是由徐疾、提插（或捻转）、九六、开阖等单式补泻法中的补法组合而成（图5）。《素问·针解》说："刺虚则实之者，针下热也，气实乃热也。"是关于取热手法的最早论述。《标幽赋》说："推内进搓，随济左而补暖"，是热补手法的操作要点。"烧山火"三字，首见于《金针赋》："烧山火，治顽麻冷痹，先浅后深，用九阳而三进三退，慢提紧按，热至，紧闭插针，除寒之有准。"《针灸大成》中所记载的术式为"慢提紧按，分天、人、地三部行针，先浅后深，三进一退，行九阳数，鼻吸口呼，插针为热"。按《针灸大成》中所提示的原则，近些年来，国内形成了多种术式。较为常用的是：爪切速刺，急进针于天部，得气（胀酸感）后搓针或行针九阳数，慢提紧按，再进到人部，三进到地部（人、地两部的操作与天部同），即可得热。然后将针由地部一次退到天部，稍停针再慢慢出针，急闭针孔。如不热，退至天部后不出针，再依前法施术。此外，中国尚有人报道了一些变法，如紧握针用力慢插，由天部经人部到地部；将针速刺，入针后求胀酸感然后向一方搓针，针被裹紧后用力插针，或用爪甲向下刮针亦可求热等。一般来说，肌肉丰满处



图4 捻转补泻法

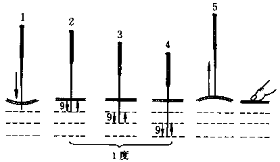


图5 烧山火手法

易于成功,四肢末梢和头面部不宜使用。即使采用亦应适可而止,要有此证方用此法,不出热者不可强求。

透天凉 是一种常用的复式泻法。因针后可在局部或全身产生凉感,所以名为透天凉。它是由徐疾、提插(或捻转)、九六、开阖等单式补泻法中的泻法组合而成(图6)。《素问·针解》说:"满而泻之者,针下寒也,气虚乃寒也。"这是取凉手法的最早论述。透天凉的提法也是首见于《金针赋》:"透天凉,治肌热骨蒸,先深后浅用六阴而三出三入,紧提慢按、徐徐举针,退热之可凭。"至《针灸大成》就更臻完备。其术式为:紧提慢按,分天、人、地三部行针,先深后浅,三退一进,行六阳数,口吸鼻呼,提针为寒。根据上述原则,近年来,中国多用的术式是:爪切速刺,随吸气后缓缓进针一次,到地部,得气(麻感)后捻转或紧提慢按(用六阴数),再将针提至人部依前法施术,最后将针提到天部仍用前法施术,稍停针,急速出针不闭针孔。如不凉,依前法再施,反覆操作。透天凉的变法是将针插入地部得气后握紧针柄向上用力慢提,或插针至地部,得麻感,将针缠紧后,用飞法向上提针。

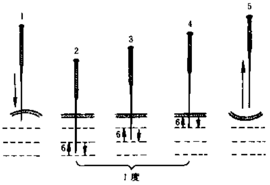


图6 透天凉手法

现代的一些研究者颇为重视烧山火与透天凉手法的基础针感,多数认为在取得胀酸针感的基础上易于取热;而在取得麻感的基础上易于取凉。中国研究结果表明,由于手法娴熟程度不同,病人的病情以及所选择的术式不同,取热取凉的阳性率也有差异。如有报道自觉有热感的高者可达89.0%,低者仅34.1%;自觉有凉感者高的为79.0%,低的为52.3%。测温时温度升高率高的为68.1%;低的为65.8%。平均升高1.10℃,降温为1.15℃。此外,所测得的温度与自觉反应并不完全一致。一般说来,热的阳性率高于凉的阳性率。说明求热易于求凉。凉、热手法各有其一定的适应证。实验研究和临床观察表明,产生凉热感觉可能是血管舒缩的结果。

补泻兼施 阳中隐阴与阴中隐阳,是属于凉热混合,补泻兼施的一组复式补泻。阳中隐阴是先补(热)后泻(凉),以先补为主,补中有泻。其要点是于同一穴位中之浅层行烧山火,后在深层行透天凉。阴中隐阳则相反。这两种方法的提出最早见于《金针赋》。

平针法 首见于《神应经》,是一种介于补泻之间,即非补又非泻的操作方法。其特点是刺激量较小,不快不慢的左右捻转和上下提插,以得气为度。这里的"平"有平和之意,用于不虚不实或虚实难辨之证。近代有人把这种平针法称之为"平补平泻"。而"平补平泻"之法早在《神应经》中就已有明确论述,是指先泻邪气,后补真气的方法,也就是在同一穴中先补后泻,它与平针法完全不同。

补泻的实验研究 新中国成立以来许多单位对补泻手法进行多方面(包括临床和动物实验)的研究,探讨了针刺补泻手法的特异作用、补泻效应与病情虚实的关系,针刺补泻对机能的影响等。在热补与凉泻手法方面,有人通过同体对照看到烧山火补法可使体温平均升高1℃,透天凉泻法则下降2℃以上,而对照组则无变化。这些实验表明,针刺引起的体温变化不限于局部,而是一种全身反应。但前者较后者显著。有的报告指出,这种温度变化还有循经的倾向。但也有的实验结果没有看到皮温的升降变化与补泻手法有关;而是看到原来皮温低有升高趋势,原来皮温高则有下降趋势。也有的人使用肢体容积脉波描记法观察了凉热补泻时的血管运动反应,结果看到烧山火的热补手法可引起血管舒张;而透天凉的凉泻手法能引起血管收缩。还有用反射式光电血管容积描记器来观察血管容积脉搏图的。其结果补法引起血管容积脉搏增大者达68.1%,缩小或不变者为31.9%;泻法所增大者为49.4%,缩小或不变者为50.6%。还有人观察了烧山火、透天凉两种补泻手法对血糖和血浆柠檬酸含量的影响,其结果是烧山火手法使其含量明显增高,透天凉手法则明显降低。最近有人应用红外线成像、甲皱微循环等观察方法研究徐疾补泻手法。结果表明,不同补泻手法确能引起皮肤温度上升或下降,肢体血管的舒张或收缩。在用捻转方法的实验研究中,可以看到针刺足三里穴,拇指向前捻针唾液淀粉酶含量上升,拇指向后捻则降低;若一左一右地捻转则介于两者之间。针刺家兔足三里穴,可以引起阑尾蠕动增加,而在双侧同时施针时,比单侧作用更明显;对照的昆仑穴组则无明显影响。在大椎穴上进针后捻转5—6次,留针约20分钟,出针时再捻转5—6次,可使网状内皮系统吞噬能力提高73%;而于进针后在约20分钟内每隔4分钟就捻转5—6次,这种强度的捻转刺激,反而使网状内皮系统的吞噬能力降低30%。

五刺

五刺,又称"五脏刺",出自《灵枢》,是根据针刺深浅部位之不同,将适应五脏有关病症的针刺分为半刺、豹文刺、关刺、合谷刺、输刺等五种。《灵枢·官针》记载:"凡刺有五,以应五脏。"这种针法的特点主要是深浅的不同,即分别刺人皮、脉、肉、筋、骨,以应肺、心、肝、脾、肾。

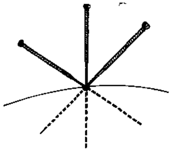
半刺 是浅入而速出的一种方法。本法不宜深刺以

防伤其肉分。其状如拔毛,这是取皮分之气以应肺的刺法。

豹文刺　是用针在患部上下左右多针刺,以使之出血的一种方法。因其刺针较多,各处又均出血,很像豹身上的花纹,故名。这是取经络之血以应心的刺法。

关刺(又名渊刺或岂刺)　是用直针刺入关节左右达到筋上的一种方法。因多用于四肢关节部,故名。要注意不可刺之出血。这是用来治疗筋痹以应肝的刺法。

合谷刺　是先将针刺人分肉间,然后提至皮下,再向左右各斜刺一针(其形如鸡爪)。这是用以治疗肌痹以应脾的一种方法(见图)。



合谷刺

输刺　是将针直入直出,深刺至骨,用来治疗骨痹以应肾的一种方法。

九刺

古人把九类不同的病症称"九变";而用不同的九种针具在不同的部位取穴施治则称"九刺"。《灵枢·官针》记载:"凡刺有九,以应九变。"

输刺　这是刺诸经荥俞、脏俞,用以治疗五脏疾病的两种取穴方法。一是刺诸经的"荥穴",一是刺五脏在背部的"俞穴"。

远道刺　这是病在上取之下,刺其府输的一种远端循经取穴方法。后世学者根据"合治内府"(《灵枢·邪气脏腑病形》)的理论,从狭义方面认为远道刺主要是指刺足三阳经(膀胱、胆、胃)的五俞穴,只有这三条经才既符合"远道",又符合"府输"的提法。从广义方面来看,应当将"府输"看作脏腑输穴的简称。推而言之,对取肘、膝以下腧穴治头身脏腑诸疾时,均应称之为远道刺。

经刺　这是直接刺病经上结聚不通部位的方法。它不取固定穴位,而是在病经查出硬结、索条状物进行刺针或在痛点上刺针。

络刺　这是用锋针(现称三棱针)在浅表小络脉刺针放血的方法。

分刺　这是在分肉间刺以毫针或用圆针、鍉针于分肉间揩摩、按压的方法。行分刺时可以取穴位于分肉上的腧穴;在治疗经筋的痹症时多按"以痛为腧"的原则取穴,则疗效更佳。

大泻刺　是用"铍针"切开脓疡以泻除脓血的方法。由于后世医学上的分科,疮疡已纳入外科,铍针在针灸领域里亦随之废用。

毛刺　这是用镵针在皮肤上行浅刺的方法。由于是浅刺毛皮,故称毛刺。本法多用以治疗体表疼痛,与现代的皮肤针类同。

巨刺　这是刺经时左右交叉取穴方法(刺络时左右交叉取穴称缪刺)。

焠刺　这是用燔针治疗疾病的方法。以火烧针称燔针,故焠刺也称燔针刺,俗名火针。多用于治疗经筋的寒痹。

十二刺

十二刺,又称"十二节刺",出自《灵枢》,是古人针对不同病证提出的十二种具体刺法。其中包括偶刺、报刺、恢刺、齐刺、扬刺、直针刺、输刺、短刺、浮刺、阴刺、傍针刺、赞刺等。《灵枢·官针》记载:"凡刺有十二节以应十二经。"十二节就是指十二刺而言。

偶刺　是用以治疗心痹,在腰背部寻找痛点,然后在痛点上刺一针,同时在其前胸的相对应部位再刺一针,都用斜刺法。偶刺是取其前后两针对偶而刺之意。

报刺　是用以治疗上下游走不定的痛痹,在痛处深入而久留针,然后以左手寻找再痛之处,即拔针刺之。报刺是刺而另刺之意。

恢刺　是用以治疗筋肉拘急和筋痹之症。要在患部附近取穴,先直刺人其针,再提针傍刺,需数次行针,以恢复之,故名恢刺。

齐刺　用以治疗寒气侵袭较深的痹症。其一针直刺病所正中,另两针刺其旁,又名三刺(图1)。

扬刺　可用以祛散寒邪。要在病所的正中刺一针,周围刺四针,不宜刺之过深(图2)。

直针刺　是用以治疗寒邪侵袭较浅的疾病。刺时需将皮肤用手捏起,然后直针刺入

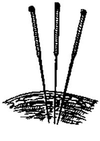


图1　齐刺

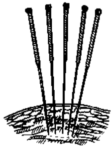


图2　扬刺

输刺　是用以治疗气盛热重的疾病。本法是将针直入直出,取穴要少以及进针要深的一种刺法。

短刺　是治疗骨痹的方法。本法针刺要深,进针时

采取徐摇渐进，并要在骨的附近上下提插。短，近之意。

浮刺 可用以治疗因寒邪而致之肌肉挛急。本法是在病邪侵犯部位斜刺入针，不宜深刺，达到肌肉的部位即可。

阴刺 是治疗阴寒厥逆之症的方法。治本病时取足少阴肾经的左右太溪两穴。故《灵枢·官针》篇有"左右率刺之"，即是此意。

傍针刺 是用以治疗邪气久留不散的痹症。本法是直刺一针，再在其近旁斜刺一针(图3)

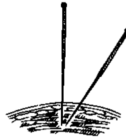


图3 傍针刺

赞刺 是治疗痈肿的方法。本法刺针要垂直浅刺，多针放血。

毫针刺法

毫针是古代九针中的第七种，在针灸临床中应用最广泛，占有极其重要的地位。由于毫针针体纤细，必须具有一定的指力和技巧，才能准确无误地将针刺人机体，并进行各种手法的操作。因此，必须练指力，练捻转、提插、搓针、摇针等不同针刺技巧。练针时，可以在捆紧的棉团或纸垫上，或在软本上进行。将一些基本手法练熟之后，方可临证用针(图1、2)。

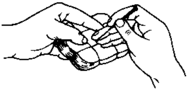


图1 纸垫练针法



图2 棉团练针法

进针法 在进行针刺操作时，一般用双手配合，将针刺入皮肤的方法，称进针法。临床上，多以右手持针，靠拇、示、中指夹持针柄(图3)，称右手为"刺手"。左手按压针刺部位或辅助针身，称左手为"押手"。常用的进针法有如下几种。

指切进针法 又称爪切进针法，是自古流传下来的

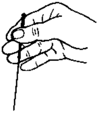


图3 持针姿式

最常用的一种进针方法。此法是以押手拇指或示指指端按在腧穴位置的旁边，以刺手持针紧靠指甲面将针刺入腧穴的方法。它适用于短针的进针(图4)。

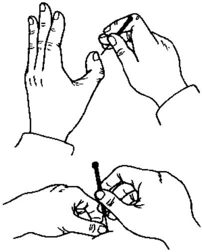


图4 指切进针法

夹持进针法 又称骈指进针法，是从押手拇指和示指夹捏消毒干棉球裹住针体下端，将针尖对准穴位，刺手捻动针柄，左右两手配合将针刺入腧穴的方法。此法适用于长针的进针(图5)

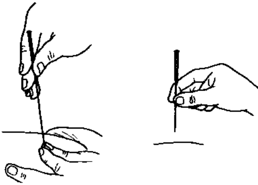


图5 夹持进针法

捻转进针法 是用刺手拇、示指或拇、示、中指夹持针柄，将针尖对准穴位，一左一右地轻轻捻动针柄(捻转角度不超过180°)，边捻边向下加力，将针刺入穴中。此法适宜于初学者。

舒张进针法　是用押手拇、示两指或示、中两指将所刺腧穴部位的皮肤向两侧撑开，使皮肤绷紧，刺手持针，使针由左手拇、示或示、中指间刺人腧穴。此法主要适用于皮肤松弛部位的腧穴(图6)。



图6　舒张进针法

提捏进针法　是用押手拇、示两指将穴位皮肤捏起，刺手持针，由捏起皮肤的一端将针刺入。此法主要适用皮肤浅薄部位的腧穴进针(图7)。



图7　提捏进针法

管针进针法　是将特制的针管置于穴位上，把针放入管中，针柄稍高出针管，用右手示指或中指弹击或叩打针尾，将针刺入皮内。然后退出针管，再将针捻入或直接刺入穴中。此法适用于短针的进针(图8)。

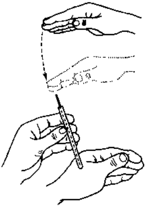


图8　管针进针法

单手进针法　是用刺手的拇、示指持针，中指端紧靠穴位，指腹抵住针身下段，当拇、示指向下按压时，中指随之屈曲，将针刺入。此法适用于较短毫针的进针(图9)。

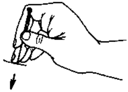


图9　单手进针法

进针后手法　是指进针之后到出针之前的操作方法，针法的精华均在于此。它包括基本手法和复合手法。这些方法最早见于《黄帝内经》，历代均有发展。南宋的席弘，金元的窦汉卿，明代的陈会、徐凤、高武、李梴、杨继洲等，都很重视手法，并在各自的著作中，罗列出手法的类别、名称、操作要领和用途。《针灸大全》一书中收载的《金针赋》，尤其详于手法。

基本手法　基本手法是针刺的基本操作方法，是由一种或两种基本动作组成的手法，包括以下三个方面的内容：①单一的基本动作，如揣、爪、搓、弹等。②相反相成的两种基本动作，如提插、进退等。③两种基本动作结合为一个连续动作，如搬垫、飞推等。基本手法是构成复合手法的基本要素。在通常情况下都是右手持针，左手循、摄、爪、切等。杨继洲的下手八法就有一半是属于左手操作的。

窦汉卿在《针经指南》里总结出十四种基本手法，即动、退、搓、进、盘、摇、弹、捻、循、扪、摄、按、爪、切等十四法，是基本手法的核心内容。

(1) 动：是催气运气手法之一。将针在体内进行或提或摇或转。《针灸问对》说："动，凡下针时，如气不行，将针摇之，如摇铃之状，动而振之，每穴每次须摇五息，一呼一摇，按针左转，一吸一摇，提针右转，故曰动以运气。"

(2) 退：是指出针时先退一豆许，稍留针，然后出针。《针经指南》说："退者，为补泻欲出时，各先退针一豆许，然后却留针，方可出之，此为退也。"

(3) 搓：是指行针过程中将针往一个方向捻转而言。因得气而针被吸紧。在紧度适宜的情况下，结合提插捻转可以出现凉感或热感。《针灸问对》说："搓，下针之后，将针或内或外，如搓线之状，勿转太紧，令人肥肉缠针，难以进退，左转插之为热，右转提之为寒，各停五息久，故曰搓以使气。"

(4) 进：是将针由浅部刺入深部的手法。一般按天、地、人三部(也称三才)次序进入，或转针而进，或推针而进。《针经指南》说："进者，凡不得气，男外女内，及春夏秋冬，各有进退之理，此之为进也。"这里的春夏秋冬是指春夏宜浅刺，秋冬宜深刺而言。

(5) 盘：是专用于腹部的一种针刺手法，针刺入腹部穴位后，将针扳倒进行盘转(图10)。《针灸问对》说："盘，如针腹部软肉去处，只用盘法……其盘法如循环之状，每次盘时，各须运转五次，左盘按针为补，右盘提针为泻。故曰盘以和气。"

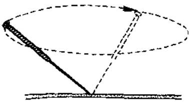


图10 盘 法

(6) 摇:是出针时使用的一种手法(图11)。《针经指南》说:"摇者,凡泻时,欲出针,必须动摇而出者是也。"《针灸问对》说:"摇,凡退针出穴之时,必须摆撼而出之,青龙摆尾亦用摇法,故曰摇以行气,此出针之法也。"这与《内经》中之"摇大其孔"不同,前者属行气法,而后者为一种泻法。

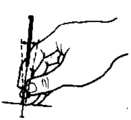


图11 摇 法

(7) 弹:是弹动针柄的一种手法,具有催气和行气的作用。弹法一般在得气的基础上进行(图12)。《针经指南》上有:"弹者,凡补时,可用大指甲,轻弹针,使气疾行也。如泻不可用也。"《针灸问对》上有:"弹,补泻之时,如气不行,将针轻轻弹之,使气速行。用大指弹之,象左补也。用次指弹之,象右泻也。每穴各弹七下,故曰弹以催气。"

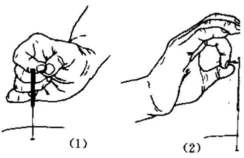


图12 弹 法

(8) 捻:是以手指捻转针柄使针旋转,系重要的基本手法之一,经常和九六、呼吸等方法结合在一起构成多种复式手法。《针经指南》说:"捻者,以手捻针也,务要识乎左右也。左为外右为内。"《针灸大成》说:"凡下针之际,治上大指向外捻,治下大指向内捻。……内捻者为补,……外捻者为泻。"

(9) 循:是催气速至的手法之一。《针经指南》说:"循者,凡下针于部分经络之处,用手上下循之,使气血往来是也。"《针灸问对》说:"下针后,气不至,用手上下循之。假如针手阳明合谷穴,气若不至,以三指平直,将指面于针边至曲池上下往来抚摩,使气血循经而来。故曰循以至气。"此法多在得气缓慢之时用之,以催气速至。循时用力不可太,一般以顺经方向为宜(图13)。

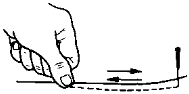


图13 循 法

(10) 扪:是指出针后,用手指揉按针孔,以促使针孔闭合。《针灸大成》说:"扪而闭之。经曰,凡补必扪而出之。故补欲出针时,就扪闭其穴,不令气出,使气血不泄,乃为真补。"《针灸问对》说:"扪……痛处未除,以手扪摩痛处,外以飞针引之,除其痛也。"

(11) 摄:是行气的针刺手法之一。《针经指南》说:"摄者,下针如气涩滞,随经络上下,用大指甲上下切,使气血自得通行也。"

(12) 按:指按针加力而言,是增强针感的一种手法。《针经指南》说:"按者,以手捻(即捏)针,无得进退,如按切之状是也。"《金针赋》说:"沉重豆许曰按。"《针灸问对》说:"按,欲补之时,以手紧捻其针按之,如诊脉之状,勿得挪移,再入,每次按之,令细细吹气五口,故以按以添气,添助其气也。"

(13) 爪:于定穴之后,以爪于穴上掐成一个痕迹,然后在爪痕处进针。《针灸问对》说:"爪者掐也,用左手大指甲,著力掐穴,右手持针插穴有准,此下针之法也。"

(14) 切:进针时,先在穴之周围切掐,以使气血宣散,然后进针。《针经指南》说:"切者,凡下针必先使大指甲左右于穴切之,令气血宣散,然后下针,是不使伤于荣卫也。"

在新中国成立后的一些著作中,对于基本手法有不同的分类:有分为进、退、捻、留、捣的;有分为搓、捻、弹、扪、循、揉、按的;有分为提按、搓捻、关闭、搜刮、飞推、拨动、弹震、循摄、盘摇、搬垫、停留、通按的;有分为进退、提插、捻转、留针的;还有的只归纳为提插与捻转两法,将刮针、弹针与震颤视为辅助手法。如果把古代和现代的单式手法归纳起来,主要有如下24法,即:揣、爪、关、抠、摄、循、扪、揉、进、退、提、按、搓、捻、盘、搜、摇、拨、弹、弩、推、飞、刮、留。

复合手法 系由不同的几种基本手法组合而成。在针灸临床中具体运用的各种补泻手法和催气、测气诸法,都是按不同的固定形式组合起来的复合手法(见"针刺补泻"、"针刺得气"条)。

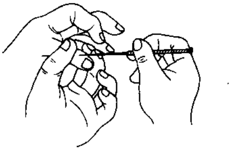
出针法 在行针施术或留针后,达到一定的治疗目的即可出针。常用的出针法有两种:

抽出法　出针时，先以押手拇、示两指持消毒干棉球按于针孔周围，刺手将针迅速抽出体外。

捻出法　出针时，先以押手拇、示两指持消毒干棉球按于针孔周围，刺手持针作轻微捻转，边捻边将针提出。

三棱针刺法

三棱针刺法，是以三棱针为器具，根据不同的病情，刺破人体特定部位的浅表血管，放出适量的血，以达到治疗疾病的方法，所以又称"放血疗法"、"刺血疗法"、"刺络疗法"。这种刺法在《黄帝内经》中曾多次提到，如《灵枢·小针解》就有："菀陈则除之者，去血脉也。"



点刺法

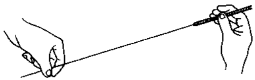
针刺前，应先将三棱针和针刺部位严密消毒，然后可按病情需要选用点刺法，即先在针刺部位上、下、左、右推按，使局部充血，然后右手持针，拇、示两指挟持针柄，中指紧贴针体下端，裸露针尖，对准所刺部位迅速刺入 1—2 分许，令其自然出血，或轻轻挤压针孔周围以助瘀血排出，最后以消毒棉球按压针孔；或散刺法即在病灶周围（上、下、左、右）进行比较集中的点刺，使其微微出血；或泻血法，即刺破浅表的静脉血管。一般每日或隔日 1 次，3 次为 1 疗程，每次出血量以数滴至 10 毫升为宜。在操作过程中，要严格无菌操作，以防感染。点刺出血时宜轻、浅、快，不宜过深、过猛，出血不宜过多，切忌刺伤深部大动脉或重要内脏器官。对年老体弱，贫血，低血压，孕妇及产后妇女应当慎用；凡有出血倾向或血管瘤处不宜使用。

三棱针刺法，具有通经活络，祛瘀消肿，开窍泄热的作用，多用来治疗热证、实证，例如急性结膜炎，急性角膜炎，急性咽喉炎，扁桃体炎，中暑，高热，惊厥，昏迷，丹毒，痔疾，急性软组织捻挫伤等。

长针刺法

长针，古针九针之一。现代多由富有弹性的不锈钢制成，较一般毫针长，犹如麦芒，故又称芒针。以此治病的方法称为长针刺法。

临床上根据针灸穴位的不同，分别选用 26 号、28 号，5 寸、7 寸、1 尺、2 尺长的长针。于局部消毒后，右手拇、示、中三指挟持针柄，左手拇、示、中三指挟持针体中下端，使针尖轻轻抵触穴位，左手向下加压的同时，右手轻轻捻动针柄，两手协同，将针缓缓刺入（见图）。其针刺角度与深浅，当依腧穴局部解剖特点和病人的胖瘦而定。一般而论：头面、胸背部多横刺；腰臀、肘膝关节多斜刺；腹部多直刺。进针过程中要随时注意观察及询问病人的感觉反应而调整针刺的方向和深度，不可盲目过深，常以得气为度，即可出针。由于长针针体较长，刺入又深，针刺感应强烈，所以针刺时除应掌握腧穴解剖外，还要认真做好解释工作，说明针刺过程中的种种反应，以消除恐惧心理，求得互相配合。不可刺之太深或快速提插，以防伤及内脏或大血管而发生出血。对于体质虚弱或消瘦的病人以及胸腹背腰部施术时，必须小心谨慎，以防意外。



长针刺法

本法具有取穴少、针刺深，反应多强烈等特点，所以临床上一般多用以治疗中风昏迷，偏瘫，癫狂，精神病，多发性神经炎，哮喘，胃下垂，胃及十二指肠溃疡，子宫脱垂以及风湿痹痛等。

圆利针刺法

圆利针刺法，是用特制的圆利针而治疗疾病的方法。根据《灵枢·九针十二原》关于"圆利针者，大如氂，且圆且锐，中身微大，以取暴气"的记载，通常是借助于手腕的反弹动作来点刺放血，破痈疡或施以较强的刺激，以治疗中暑，高烧昏迷，抽风，惊厥，癫痫，痈肿，痹证等。

皮肤针疗法

皮肤针疗法，是属多针浅刺的一种疗法。由《内经》中"毛刺"、"半刺"和"扬刺"发展而来；由于针刺仅及皮肤，所以称"皮肤针"。按其所用针具之不同，而又有"七星针"、"梅花针"、"辊针"等名称。鉴于这种针尖刺激较轻微，尤其适用于小儿，因此又称"小儿针"（图 1、2）。

皮肤针疗法是以经络学说中关于十二皮部、十二经



图 1　辊针



图 2　梅花针

脉、体表与内脏和全身各部都具有密切联系的理论为指导，通过针刺叩击皮肤而发挥其通调经脉脏腑之功效，以达到治疗目的。其针刺部位是以背部、脊柱两侧膀胱经循行部位为主，并按不同疾病需要配用肩胛区、腰区、骶区、胸腹及四肢、头面等有关区域或沿有关经脉之循行部位进行叩刺或滚刺，亦有在疾病反应点，或病变局部及邻近有关部位进行重点叩刺或呈环形叩刺(图3、4、5)。多呈片状刺激。可根据刺激部位，病人体质强弱和病情的

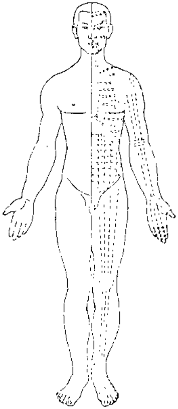


图3 叩(滚)刺部位——正面

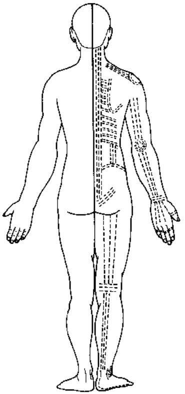


图4 叩(滚)刺部位——背面

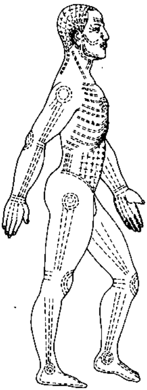


图5 叩(滚)刺部位——侧面

需要给予轻、中、重不同强度的刺激。轻刺为用较小的腕力叩打或滚动，使局部皮肤略现潮红，充血为度，多用于头面部，年老体弱者。重刺为用较重的腕力叩打或滚动，使局部皮肤明显发红，并可有少许之出血，多用于腰背部及压痛点，年壮体强者。中刺即介于轻、重刺激之间，使局部潮红但不出血为度。一般慢性病可每日或隔日1次，10—15次为1疗程，其间休息1—2周。针刺前，针具要认真检修，针尖要求平直而不能有毛刺，辊刺筒的针面要求平整，滚转要求灵活，以减轻疼痛。

针具和针刺部位皮肤进行常规消毒后，可按以下方法进行操作：①叩刺：右手拇指、中指、环指、小指握住针柄后段，示指伸直压在针柄中段，针头对准叩击皮肤，运用腕力进行弹刺，使针尖垂直叩打在皮肤上，立即抬起，反覆叩击。②滚刺：手持辊针柄，将滚筒放在皮肤上来回滚动，局部皮肤有外伤或溃疡者不宜使用。滚刺法不宜在骨性突起处应用。

皮肤针的适应证较广泛，目前常用于治疗头痛，高血压，神经衰弱，胃肠道疾患，哮喘，肋间神经痛，痛经，斑秃，顽癣，神经性皮炎，脂溢性皮炎等。

皮内针疗法

皮内针疗法，是在针刺留针的基础上发展演变而来的。它是将特制的小针(皮内针或揿针)置留于皮内给予较长时间的刺激以治疗疾病的方法，所以又名"埋针法"。目前也常用于刺耳穴，是耳针针刺法之一。

由于皮内针要长时间置于皮内，必须严密消毒，以防感染。如使用麦粒型皮内针，则用镊子挟持针身，对准腧穴，沿皮下横刺0.5—1.0厘米左右，用胶布固定。如使用环柄式皮内针，则用镊子挟持针圈，对准腧穴，垂直刺入，使针圈平整地贴留于皮肤上，然后用胶布固定；或先用镊子持针，将针圈粘贴于事先准备好的小块胶布上，然后手持胶布将针一起粘刺在选定的腧穴上，固定之。埋针时间长短，当根据病情需要而定。一般埋1—3日，也

可多至6—7日。撤针在埋针期间,可每日用手按压数次,以加强刺激提高疗效。所埋置的皮内针也可用电针机按电针法给予通电,电流的强度调节至病员可耐受为度,通电时间一般为15—20分钟。

埋置皮内针的部位,以不妨碍正常活动为原则。根据病情酌选背部腧穴,耳穴或四肢穴。每一次选1—2穴,单侧或双侧交替应用。如果皮肤溃破或化脓处不宜埋针;毛发部位不易固定,也不宜埋针。埋针期间埋针处要避免着水,夏季出汗较多,埋针时间不宜过长,以防感染。

皮内针多适用于需要久留针的慢性疾病或痛证,如偏头痛,神经性头痛,胃痛,胆囊炎,胆绞痛,神经衰弱,高血压病,哮喘,慢性气管炎,遗尿,月经不调等。

针挑疗法

针挑疗法,又称"挑针疗法",是用针具在身体一定部位,挑出皮下白色纤维样物,以治疗疾病的方法。这种疗法,在民间流传很广。由于此法把纤维样物挑断,故又有"截根疗法"之称。

关于针挑部位:①背俞穴:当某一脏腑患病时,其相应的背俞穴可出现阳性反应区、点或阳性反应物,挑刺这些部位,可以治疗相应脏腑及其所属器官有关的疾病。②夹脊穴:即取颈1—7椎夹脊穴治疗头面器官及颈项部疾病;取颈3—胸7夹脊穴治疗胸腔内脏及上肢疾病;取胸8—12椎夹脊穴,治疗上腹部内脏疾病;取胸10—腰2椎夹脊穴,治疗腰部及下腹部内脏疾病;取腰2—骶4椎夹脊穴治疗肛门及阴部疾病。③病位近部或特定穴区选点:即在病变部位及其邻近选取阳性反应点,如肩周炎常在肩胛区或肩胛部找反应点;也可以在特定穴区按其主治范围选定。

应用时,皮肤常规消毒后,用消毒之三棱针将表皮纵行挑破0.2—0.3厘米,再深入皮下,将皮下白色纤维物挑起,做左右挑拨或旋转牵拉动作,或把纤维样物挑断,然后再按上法进行第二针,直至把该挑治点的皮下纤维组织完全挑断为止,再用碘酒消毒,盖上无菌纱布,用胶布固定。于操作过程中,必须注意无菌操作,嘱病人保持局部清洁,防止感染。针尖应在原处出入,不要在创口下乱刺。若创口出血较多,应用消毒棉签压迫止血,停止挑治。挑治当日应避免重体力劳动。对孕妇,严重心脏病及身体过度虚弱者应慎用。

针挑常用于治疗急性结膜炎,麦粒肿,痔疮,甲状腺肿大,甲状腺功能亢进,颈淋巴结核,慢性咽喉炎,声带小结节,血管性头痛,肩周炎,失眠,支气管哮喘,胃脘痛,中风偏瘫,腰肌劳损,风湿痹痛,坐骨神经痛,痛经,月经过多,小儿疳积等病症。

温针疗法

温针疗法,是在毫针针刺留针过程中,于针柄处加热以治疗疾病的方法。加热的方式通常是燃烧艾绒或以酒精棉球燃烧针柄。也有利用电能称为"电热针"。这种疗法综合了针刺与艾条的效能,故又称"温针灸"、"针柄灸"。温针的名称最早见于汉代张仲景的《伤寒杂病论》。以后又有人对其操作方法,适应证与作用等作了叙述,并称"乃楚人之法"。新中国成立前,流行于苏南一带;新中国成立后,随着针灸事业的发展,推广于全国,并应用电子技术而制成了各种类型的电热针具,给温针法增添了新的内容。但是,不论何种方式的温针,其作用都是以针刺为主,并借助热力,通过针体传入腧穴,以温通经脉,宣行气血,用来治疗寒滞经络,气血痹阻等疾病。



温 针

温针是在毫针针刺的基础上进行的。操作时,须先按疾病的不同性质施以必要的手法后,将针留在适当的深度,于针柄处捏上如枣核大的一团艾绒,或把剪成2厘米长的艾条插在针柄上,点火使燃,待燃尽,除去艾绒灰,续装续灸,待规定壮数灸毕,即可出针。一般以1—3壮为宜,必要时可增至4—5壮。艾团的大小可根据病情灵活掌握,只需病人感觉以温热舒适即可,不必令其灼痛,以防烫伤皮肤。若用银质针具(80%纯银加20%的白铜,针粗20—28号,针长2—3寸),因其导热快,故装裹的艾团(卷)宜小。电热针所用的仪器,目前有WZY-1型温针仪,GPj-2型高频热灸疗机。每次加温10—15分钟。在应用本法前必先认真辨证,凡属实热性的疾病,如肝风、肝阳上亢、发热、关节红肿等,应当慎用或不用。对于一些不宜留针的疾病如肢体震颤,精神失常等,或不宜留针的部位如头皮、眼区、阴部、四肢末端等,不宜使用本法。在温针时,针体应外露2—3厘米,以5平方厘米大的纸片一张,剪开一缝套在针体上,以覆盖腧穴处的皮肤。将艾绒捏紧,并嘱病人不要移动体位,以防艾火落下,烫伤皮肤,烧毁衣物,甚至引起弯针或折针等事故的发生。

温针疗法主要适应于寒性湿重而致经络凝滞不通的病症。多用来治疗脘腹冷痛,便溏寒泻,肿胀腹满,瘫痪,痿痹以及腰脊关节,肢体痹痛,冷麻不仁等病。

火针疗法

火针疗法,又名燔针法、焠刺法。其针较一般毫针为

粗,用这种特制的粗针,加热或烧红后刺入一定的腧穴或部位以治疗疾病。早在《灵枢·经筋》即有"治在燔针劫刺,以知如数,以痛为腧"以及《灵枢官针》"焠刺者,刺燔针则取痹也"的记载。至唐代孙思邈《千金要方》更有"火针亦用锋针,以油火烧之,不热即于人有损也。隔日一报、三报之后,当脓水大出为佳"的论述。说明火针由来已久,而且是临床上常用而有效的治疗方法之一。

火针分深刺、浅刺两种。深刺者,系先将针体在酒精灯上烧红,或于针体上缠紧一层棉絮,蘸匀香油(或其他植物油)点燃烧红后,立即除去棉絮,对准腧穴或病变部位,速刺速去,随即用消毒棉球按揉针孔。操作必须稳准轻快,一刺即达需刺深度,立刻出针,不可久留。禁忌伤及内脏器官,应当避开血管、肌腱等处。一般多用来治疗瘰疬、痈疽,风湿寒痹,虚寒性胃脘痛,脾虚泻泄,二便失禁,痛经等。

浅刺者是用较粗的钢制毫针,或安有把柄如同皮肤针一样的针具,于酒精灯上烧红,轻轻地在皮肤上进行点刺或叩刺。施术时,点刺叩刺的力量不能过猛,密度不宜过大,以防烧伤或表皮剥脱现象的发生。一般多用来治疗肌肤冷麻痹痛,肌肉风湿症,顽癣,神经性皮炎,牛皮癣等。此外,电热针的温度提高也可作为火针。

至于火针针刺腧穴(或部位),如系痈疽,以刺患部引脓外出为准;皮肤、肌肉、关节疾患,一般多选用病变局部或邻近处的腧穴;若为内脏疾患,当以经络理论为根据,常选用肌肉比较丰厚处的腧穴。如胃脘痛,选中脘、足三里、胃俞、脾俞;腹泻,选天枢、大肠俞、足三里、三阴交;遗尿,选关元、膀胱俞、三阴交;痛经,选合谷、三阴交、十七椎下等。

电针疗法

电针疗法,是在毫针针刺的基础上,通过针体对机体导入不同性质的电流,以治疗疾病的方法。关于电针的临床应用,中国早在 30 年代就有论文报道,而比较系统的临床观察和实验研究,则是在新中国成立后才开始的。电针可以根据治疗需要,准确而连续的调整刺激量,有比较客观的刺激参数可以记录,便于推广,从而提高针刺的治疗效果,故是针灸学中的一种重要的治疗方法。

电针机有各种类型,从一般原理和结构来看,基本上可以分为两大类:一种是有规律的感应波或电脉冲波电针机,一种是无规律随机的声电针机。无论何种,但都应注意最大输出电压及电流量的关系,一般最大输出电压在 40 伏以上者,其最大输出电流应控制在 1 毫安以内,以免发生触电危险。临床上常用的电针机有以下几种。

蜂鸣式电针机 是利用电铃的振荡原理,使直流电变成脉动电,再经过感应线圈而产生感应电流。该机发出电流波形如针状,适宜于作电针机,且结构简单,造价低廉,便于推广。但有电流量及频率调制困难,耗电量大,有噪音等缺点。

G6805 型电针机 可使用交流或直流两种电流,性能比较稳定,在千欧(kΩ)负载下,所输出的连续波频率每分钟为 160—5 000 次,疏密波与断续波频率每分钟为 14—16 次,正脉冲峰值为 50 伏,波宽为 500 微秒,负脉冲峰值为 30 伏,波宽为 250 微秒。面板上有一系列旋纽,可以任意选择不同的波形、频率和输出强度。

半导体电针机 用半导体元件制成,具有体积小,重量轻,坚固耐用,携带方便,耗电少,不受交流电源限制,安全等优点。

阻塞振荡式两用(治疗、探耳穴)电针机 其电源电压为 6 伏,整机耗电、治疗部分不大于 12 毫安,探穴部分为 300 微安,输出电压峰值为 80 伏,平均 1.5 伏、频率每秒钟为 30 次,输出波形为正负相针形波,波宽 3 毫秒。

推挽振荡式电针机 其电源电压为 3 伏,整机耗电为 100 毫安,输出电压为 9 伏,频率可调范围每分钟为 200—350 周,波形为对称性正负相方波。

调制波形式电针机 电源电压为 9 伏,整机耗电小于 7 毫安,输出电压峰值为 120—140 伏,脉冲重复频率每秒钟为 100 次,波宽 200—500 微秒,调制锯齿波频率可调范围 12—200 次/分。

在腧穴上进针,得气后,进行通电。通电时,电量应由无到有,由小到大,以病人感到舒适或能耐受为宜。切忌忽大忽小,时有时无,引起患者不安或肌肉收缩,发生弯针、折针。在电针过程中应随时询问患者对刺激的感觉强弱情况,以便调整电量,避免发生适应现象。一般每次通电 20—30 分钟,每日或间日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间需休息 1 周。治疗完毕,应调节电扭至"0"位,关闭电源,除去导线,再行起针。起针后,以消毒的干净棉球,以按揉针孔,预防出血。其注意事项除与一般针刺相同外,毫针必须导电良好;心脏病严重者,应避免电流回路经过心脏;在近脑、脊髓部位电针时,电流强度宜小,以防发生意外。

电针治疗的范围,除一般针刺的适应证外,还可用作针刺麻醉、电针体克等。

腧穴注射疗法

腧穴注射疗法,即是在经络、腧穴或压痛点或皮下阳性反应物上,注射适量的药液,以治疗疾病的方法。通常称"穴位注射疗法",亦称"水针疗法"。由于应用的药液剂量较常规剂量小,故又名"小剂量药物穴位注射"。如采用麻醉性药物(如普鲁卡因等)者,则称"穴位封闭疗法"。20 世纪 50 年代以来在临床上得到了普遍的应用,并取得了较好的效果。

注射部位,是根据针灸选穴原则,选取所需穴位;或触诊所得的压痛点或阳性反应物,作为注射部位。一般多取特定类穴如原、郄、合、背俞和募穴等。也有选用耳穴或耳郭压痛点者。凡是可供肌肉注射的中西药物均适

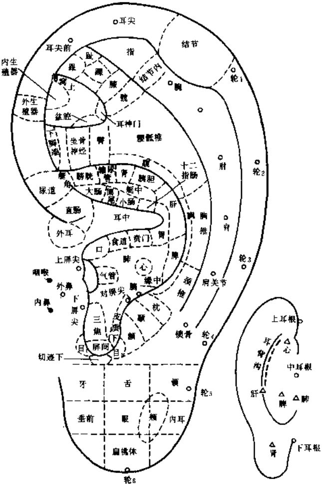
宜于腧穴注射之用。目前临床上多用维生素 B_1、B_{12}注射液,生理盐水,5%—20%葡萄糖,0.25%—2%普鲁卡因,加兰他敏,胶性钙注射液,各种组织液,以及当归、丹参、元归(元胡、当归)、板蓝根等多种中草药注射液或某些抗生素等。在局部皮肤按常规消毒后,手持注射器按毫针刺法进针,快速刺人皮下至一定深度,使之得气,若回抽无血,即可将药液注人。推注药液时,可固定针头,也可边注射边退或将针头转变角度,把药液向多方推人。注射的速度,一般对年轻体壮、急性病症、实热证,以快速注人较好;年老体弱、慢性病,虚证及过敏者,应该缓慢注人。药液注人后,有少数病人可能发生局部酸胀或全身发热等反应,一般数小时乃至1天,即可自行消失。药物剂量,当根据注射部位和所用药物的常规用量不同而有差异。作小剂量药物穴位注射,以原剂量的1/5—1/2为宜。头面部和耳郭部,每穴注射0.1—0.5毫升;四肢与躯干腰腹部,肌肉丰厚处,每穴可注射2—15毫升。一次治疗选1—4穴,每日或间日1次,10次为1疗程,休息3—7天,可行第二疗程。对顽固的慢性病症,疗程可适当延长至20—40次。注射时,应严格执行无菌操作,防止感染。注意药物的性能、药理、剂量、配伍禁忌、副作用以及过敏反应等。凡使用能引起过敏的药物,必须作过敏试验。在神经干通过的部位作腧穴注射时,如针尖触及神经干,病人会有触电感,要稍退针,避开神经干,然后再注人药物,以免损伤神经。一般药液不宜注人关节腔、脊髓腔和血管内。若药液误人关节腔可引起关节红肿、发热、疼痛等反应;若误人脊髓腔,有损伤脊髓之可能在胸腹部注射时,不宜过深,防止刺伤内脏。孕妇的下腹、腰骶部及合谷、三阴交等穴,一般不宜作腧穴注射,以防发生流产。

腧穴注射疗法,一般多用于治疗腰腿痛,肩背痛,关节炎,软组织挫挫伤,咳嗽,哮喘,支气管炎,肺炎,胃及十二指肠溃疡,慢性肠炎,胆囊炎,高血压,尿潴留,神经衰弱,三叉神经痛,下颌关节功能紊乱症,扁桃体炎,咽喉异物感,肺结核,肝炎,细菌性痢疾等。此外,也有用于临床麻醉者,称为"水针麻醉"或"小剂量药物穴位注射麻醉"。

耳针疗法

耳针疗法,又名耳穴疗法,是以《灵枢》"耳者,宗脉之所聚"为理论基础,用医针或其他手段刺激耳郭特定部位(耳穴)以防治疾病的一种方法。早在《黄帝内经》中已指出耳郭同全身经络有密切关系。《灵枢·厥病》记载:"耳聋无闻,取耳中。"唐代孙思邈《备急千金要方》则载有"耳中穴"用以治疗黄疸、疫毒等病。明代杨继洲在《针灸大成》一书里又载有:"耳尖两穴,在耳尖上,卷耳取尖上是穴,治眼生翳膜。"清代张振鋆在《厘正按摩要术》中,更明确指出耳郭各部同心、肝、脾、肺、肾的对应关系,并附有耳穴图。新中国成立以后,耳针疗法得到了发展,各地在发掘古代的和流传在民间的耳针经验的同时,参考法国P.Nogier的耳穴图,对耳穴进行了筛选和补充,逐步形成具有我国特色的耳针疗法。

耳穴(见图),是全身各部位的反应系统。当内脏或躯体有病时,往往会在耳郭的一定部位出现压痛、丘疹、脱屑、变色、变形,皮肤导电量也有所改变。人们既可利用这些现象作为诊断疾病时的参考(耳穴诊断),也可刺激这些部位以防治疾病。关于耳穴的数目、名称、定位、主治等,仍然是一个有待于继续研究的问题,目前,各国不尽一致。中国耳针工作者也曾多次开会讨论此问题。一般认为,反应点比较稳定,部位和主治明确的常用耳穴如下表。



常用耳穴图

耳针治疗时的选穴原则是:

(1) 按病变部位选穴:就是根据病变的部位,在耳郭上选取相应的耳穴。如胃病取胃穴,膝关节痛取膝穴。

(2) 按中医脏腑经络理论选穴:即以脏腑的生理、病理和经络的表里关系等理论为依据选取有关耳穴。如"肺主皮毛",皮肤病常选肺穴;因心与小肠相表里,故心

耳穴的名称、定位和主治

所在部位	穴名	曾用名	定位	主治
耳轮脚及耳轮	耳中	膈	耳轮脚	呃逆、黄疸、皮肤病
	直肠	直肠下段	耳轮起始部，近屏上切迹处	便秘、脱肛、痔疾
	尿道		与对耳轮下脚下缘同水平的耳轮处	尿道炎、尿潴留
	外生殖器		与对耳轮下脚上缘同水平的耳轮处	阳痿、龟头炎、阴道炎、外阴瘙痒
	耳尖前	痔核点	与对耳轮上脚下缘同水平的耳轮处	痔疾、肛裂、肛周脓肿
	耳尖		耳轮顶端	发热、高血压、角膜白翳、外眼炎症、疼痛
	结节	肝阳1.2	耳轮结节处	肝炎、转氨酶升高
	轮1.2.3.4.5.6	扁桃体2.3	自耳轮结节下缘至耳垂下缘中点，划分为五等分，共六穴，由上而下依次为轮$_1$、轮$_2$、轮$_3$、轮$_4$、轮$_5$、轮$_6$	发热、扁桃体炎、高血压
耳舟	指		耳舟顶端	指部疾患
	结节内	过敏区、荨麻疹点	指腕两穴之间	肝炎、转氨酶升高
	锁骨		与轮屏切迹同水平的耳舟部	肩关节周围炎、无脉症
	腕		将指与锁骨之间的耳舟部分为五等分，共六个穴，自上而下的第2穴为腕、第3穴为肘、第4穴为肩、第5穴为肩关节	腕部疾患
	肘			肘部疾患
	肩			肩部疾患
	肩关节			
对耳轮上脚	趾		对耳轮上脚的后上角，近耳舟部	脚气、趾部疾患
	跟		对耳轮上脚的前上角，近三角窝部	跟部疾患
	踝	踝关节	跟、膝两穴之中部	踝部及踝关节疾患
	膝	膝关节	对耳轮上脚的中1/3部	膝部及膝关节疾患
	髋	髋关节	对耳轮上脚的后1/3部(与腰骶椎穴相近)	髋部及髋关节疾患

(续表)

所在部位	穴名	曾用名	定位	主治
对耳轮下脚	臀		对耳轮下脚的后1/3部(与腹穴相近)	臀部疾患
	坐骨神经		对耳轮下脚的中1/3部	坐骨神经痛
	下脚端	交感	对耳轮下脚的末端	内脏疼痛、心悸、自汗、盗汗
对耳轮	颈椎		自屏轮切迹至对耳轮上下脚分叉处分为五等分，下1/5为颈椎，中2/5为胸椎，上2/5为腰骶椎	颈部及颈椎疾患
	胸椎			胸椎疾患、胸背疼、乳房疾患、泌乳不足
	腰骶椎			腰痛、腹痛、腰椎疾患
	颈		颈椎穴内侧，近耳腔缘处	落枕、斜颈、甲状腺疾患
	胸		胸椎穴内侧，近耳腔缘处	胸闷、胸痛等胸部疾患
	腹		腰骶椎穴内侧，近耳腔缘处	腹部疾患、妇产科病症、腰痛
三角窝	耳神门	神门	对耳轮上下脚分叉处稍上方，与髋穴相近	各种痛证、失眠
	盆腔		对耳轮上下脚分叉处稍下方，与臀穴相近	下腹部胀痛、妇科病
	内生殖器	子宫、精宫、天癸	三角底之中部凹陷处	妇产科疾患、男性生殖系疾患，如阳痿、遗精等
	角窝上	降压点	三角窝的前上方，与跟穴相近	高血压
耳屏	外耳	耳	屏上切迹与面部交界处的凹陷部	耳部疾患、眩晕
	外鼻		耳屏正中与面部交界处	鼻部疾患、鼻衄
	上屏尖	珠顶	耳屏上部隆起的尖端	发热、疼痛
	下屏尖	肾上腺	耳屏下部隆起的尖端	风湿痛、无脉症、过敏性疾患、疼痛
	咽喉		耳屏内侧面的上1/2处，与上屏尖相对	急慢性咽喉炎、扁桃体炎
	内鼻		耳屏内侧面的下1/2处，与下屏尖相对	各种鼻炎、鼻窦炎、鼻出血

(续表)

所在部位	穴名	曾用名	定　位	主　治
对耳屏	对屏尖	平喘、腮腺	对耳屏的尖端	哮喘、气管炎、腮腺炎、过敏性皮肤瘙痒
	缘中	脑干、脑点	对屏尖穴与轮屏切迹之间	遗尿、智能低下
	枕		对耳屏外侧面的后上方	头昏、头痛、失眠
	颞		对耳屏外侧面的中部	两侧头痛
	额		对耳屏外侧面的前下方	前额头痛
	脑		对耳屏内侧面的上1/2	失眠多梦、智能低下、耳鸣
	皮质下		对耳屏内侧面的下1/2	大脑皮质功能紊乱所致的疾病、炎症、疼痛
耳轮脚周围	口		外耳道口后上方	面瘫、口腔炎
	食管		耳轮脚下方中1/3部	食管疾患
	贲门		耳轮脚下方后1/3部	贲门痉挛、神经性呕吐
	胃		耳轮脚消失处周围	胃部疾患
	十二指肠		耳轮脚上方后1/3部	十二指肠溃疡、胆石症、幽门痉挛
	小肠		耳轮脚上方中1/3部	消化吸收障碍、心悸
	阑尾		大肠穴与小肠穴之间	阑尾炎、腹泻
	大肠		耳轮脚上方前1/3部	便秘、腹泻
耳甲艇	肝		耳甲艇的后下方	肝部、眼部、下腹部疾患，胁痛、眩晕、抽搐
	胰、胆		肝穴肾穴之间	胆道疾患、胰腺炎、两侧头痛、消化不良
	肾		对耳轮上下脚分叉处的下方	肾脏疾患、腰痛、耳鸣、耳聋、失眠
	输尿管		肾穴与膀胱穴之间	输尿管结石
	膀胱		对耳轮下脚的前下方	腰痛、坐骨神经痛、遗尿、膀胱炎、尿潴留
	艇角	前列腺	耳甲艇的前上角	前列腺炎
	艇中	脐周	耳甲艇中央	低热、腹胀、蛔虫症、听力减退

(续表)

所在部位	穴名	曾用名	定　位	主　治
耳甲腔	心		耳甲腔中心凹陷处	心悸、心律失常、失眠、癔症、盗汗、心绞痛
	肺		耳甲腔中心凹陷处的周围	肺部、喉部疾患、皮肤病
	气管		外耳道口与心穴之间	气管部疾患、咽喉炎
	脾		耳甲腔的后上方	消化不良、慢性腹泻、口腔炎、出血性疾患
	屏间	内分泌	耳甲腔底部、屏间切迹内	内分泌紊乱所引起的病症
	三焦		外耳道口与屏间穴之间	便秘、腹胀、浮肿、上肢痛
耳垂	目$_1$		屏间切迹前下方	青光眼、近视
	目$_2$		屏间切迹后下方	屈光不正、外眼炎
	切迹下	升压点	屏间切迹下方	低血压
	牙	拔牙麻醉点	从经屏间切迹软骨下缘到轮垂切迹的连线至耳垂下缘作三条等距离平行线，再在第二水平线上引出两条与该线垂直的等分线，由内至外，由上而下把耳垂分为1、2、3、4、5、6、7、8、9九个区。1区为牙、2区为舌、3区为颌、4区为垂前、5区为眼、6区为内耳、5区与6区交界线周围为颊、8区为扁桃体	牙痛
	舌			舌炎
	颌	上颌、下颌		牙痛、下颌关节炎
	垂前	神经衰弱点		牙痛、神经衰弱
	眼			急性结膜炎、电光性眼炎、近视
	内耳			耳鸣、听力减退、耳性眩晕症
	颊	面颊区		面瘫、面部痤疮
	扁桃体			急慢性扁桃体炎、咽喉炎
耳背	上耳根	郁中、脊髓$_1$	耳根最上缘	头痛、腹痛、哮喘、腰背痛
	中耳根	耳迷根	与耳轮脚相对应的耳根部位	头痛、腹痛、鼻塞、胆道蛔虫症
	下耳根	郁中、脊髓$_2$	耳垂与面颊交界下缘	头痛、腹痛、哮喘、背痛
	耳背沟	降压沟	对耳轮及其上下脚背面的"Y"形沟	高血压、皮肤病
	心$^{\triangle}$		耳背上部	浮肿、失眠、多梦、高血压、头痛

（续表）

所在部位	穴名	曾用名	定　位	主　治
耳背	脾△		耳背中部的中央	消化不良、腹胀、腹泻
	肝△		耳背中部的外侧	腰背痛，胸胁胀满、急性阑尾炎
	肺△		耳背中部的内侧	哮喘、发热、消化不良
	肾△		耳背下部，相当于耳垂的耳背面	头痛、失眠、眩晕、月经不调

注：△为耳背穴标记，借以与耳前同名穴区别

悸可选小肠穴等。

（3）按现代医学知识选穴：即以现代生理学、病理学为指导选取有关耳穴。如腹痛选下脚端。

（4）按临床经验选穴：如目赤肿痛选用耳尖穴；感冒鼻塞选耳迷根穴等。

这些原则可单独或配合使用。选穴要少而精。一般用同侧，少数取双侧或对侧。

耳针刺激方法，在古代就有毫针针刺、放血、艾灸、按摩、塞药等法。新中国成立后随着耳针疗法的普及，又有了皮内针、压丸、小剂量药物注射、电针、磁疗和激光等用于耳穴的方法。目前应用较多的是耳穴压丸法和毫针刺法。①耳穴压丸法：是用胶布把小磁珠，绿豆或圆形、光滑的药用植物粒（如白芥子、王不留行或莱菔子）贴在耳穴上，让病人定期地自行按压刺激。②毫针刺法：是先对耳穴的皮肤进行常规消毒，然后用左手固定耳郭，右手持经过消毒的26—30号半寸或一寸毫针，对准穴点，快速进针，深度以不透过对侧皮肤为度。针刺时一般较痛，有时亦会出现耳郭局部热胀或酸重等感觉，少数病人此类感觉还可沿经络传导。一般认为有热胀酸重等感觉者疗效较好。通常留针20—30分钟，某些急性炎症、痛证和病程较长的病证也可留针1—2小时或更长时间。在留针期间可间歇捻针以加强刺激，留针时间已到，即可出针。出针后用消毒干棉球压迫针孔。每天或隔天治疗1次，10次为1疗程。急性病可一日数次，症状缓解后再针1—2次即可停止治疗。在操作过程中，要严密消毒，以防感染。耳郭有冻伤或炎症的部位禁针。如见针孔发红，耳郭肿胀，应及时用20%碘酒涂擦，并口服磺胺嘧啶等。有习惯性流产的孕妇不宜针刺。对年老体弱或过度疲劳、过饥过饱、精神紧张而又必须针刺的患者，宜采用卧位以防晕针。留针过程中，如果突然在与原来病证无关的其他部位发生疼痛、酸、胀等不适时，可将针尖略向后退或拔出，这种不适感觉可立即消失。对扭伤及肢体活动障碍的病人，进针后，待耳郭充血发热时，宜嘱病人适当活动肢体或对患部按摩、加灸，有助于提高治疗效果。

头皮针疗法

头皮针疗法，又名头针疗法、颅针疗法或头穴疗法，是针刺头皮某些点和线，以治疗全身各部疾病的方法。此疗法是在针灸头部腧穴治病经验基础上逐渐发展起来的。

早在《黄帝内经》里，就已指出手足诸阳脉和任脉、督脉、足厥阴脉都起始或抵止于头部，说明头部与全身关系密切。在头皮上分布有许多经穴和奇穴。据古代医籍的记载，这些腧穴主要治疗颅脑疾患，如中风、癫狂、眩晕、昏厥、头痛等；也有一部分腧穴治疗其他部位的病证，如发热、喘息、心悸、呕吐、腹胀、脱肛以及眼病、鼻病、耳病等。至20世纪50年代末，受耳针疗法的启发，中国针灸界有人开始探讨头皮与全身的对应关系，后来提出头颅的冠状缝、矢状缝、人字缝部位相当于伏人投影，额部从内侧到外侧相当于上、中、下三焦。在这期间，还有人根据头皮与大脑皮质功能定位的空间对应关系，提出在头皮上划出若干刺激区，如运动区和感觉区等；也有人根据头部经络与全身的联系，扩大了头部腧穴的应用范围。

头皮针疗法自70年代初期推广使用以来，70年代末期介绍到国外并引起国内外医学界的重视。其适应证不断扩大，在治疗神经科、内科、眼科、妇科、小儿科疾病以及针刺麻醉等方面均取得了一定效果。

头皮针施术部位，各家有同有异。这需要科学研究逐步解决。1983年中国针灸学会为适应国际上对针灸腧穴标准化的需要，召集各家，本着求同存异的精神，制订了标准化方案。按照这个方案，头皮针施术部位的定取，是按区划线进行的，并尽量与传统的经络腧穴保持一致。1989年11月，世界卫生组织在日内瓦召开国际会议，通过了这个方案，从而确定了国际标准头皮针施术部位。

（1）额中线：在额部正中，属督脉，自神庭穴向前，透过前发际，沿皮刺1寸，主治神志病和鼻病等。

（2）额旁一线：在额中线外侧，直对目内眦，属足太阳膀胱经，自眉冲穴向前，透过前发际，沿皮刺1寸，主治胸部病证和鼻病等。

（3）额旁二线：在额旁一线的外侧，直对瞳孔，属足少阳胆经，自头临泣穴向前，透过前发际，沿皮刺1寸，主治腹部病证和眼病等。

（4）额旁三线：在额旁二线的外侧，自足阳明胃经头维穴之内侧0.5寸处，向前透过前发际，沿皮刺1寸，主治功能性子宫出血、阳痿、早泄、子宫脱垂和眼病等。

（5）顶中线：当顶部正中，属督脉，自前顶穴向百会穴，沿皮刺1.5寸，主治腰、腿、足的瘫痪、麻木和疼痛等病证。

（6）顶颞前斜线：从顶中线的前神聪穴，沿皮刺向颞部的悬厘穴，贯穿督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经、足阳明胃经、手少阳三焦经，由上至下，分别主治下肢、上肢及

头面部感觉异常。

(7) 顶颞后斜线：从顶中线的百会穴，沿皮刺向颞部的曲鬓穴，贯穿督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经、足阳明胃经、手少阳三焦经，由上至下，分别主治下肢、上肢及面部的瘫痪。

(8) 顶旁一线：在顶中线旁开 1.5 寸处，属足太阳膀胱经，自通天穴沿皮向后针刺 1.5 寸，主治腰腿的瘫痪、麻木和疼痛等病证。

(9) 顶旁二线：在顶旁一线的外侧，顶中线旁开 2.25 寸处，属足少阳胆经，自正营穴沿皮向后针刺 1.5 寸，主治肩、臂、手的瘫痪、麻木和疼痛等病证。

(10) 颞前线：在颞部鬓角内，属足少阳胆经、手少阳三焦经，自颔厌穴向下，沿皮刺向悬厘穴，主治头面颈病证，如瘫痪、麻木、疼痛、失语、齿病及眼病等。

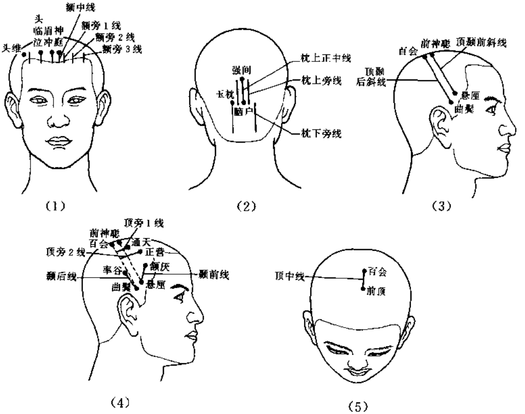
(11) 颞后线：在颞部耳上方，属足少阳胆经，自率谷穴向前下方，沿皮刺向曲鬓穴，主治颈项病、耳病和眩晕等。

(12) 枕上正中线：为枕外粗隆上方正中的垂直线，属督脉，自强间穴向下，沿皮刺 1.5 寸，达脑户穴，主治眼病等。

(13) 枕上旁线：在枕上正中线旁开 0.5 寸，与枕上正中线平行，属足太阳膀胱经，主治皮质性视力障碍、白内障和近视眼等病。

(14) 枕下旁线：为枕外粗隆两侧向下的垂直线，属足太阳膀胱经，自玉枕穴向下，沿皮刺 2 寸，主治动作失衡等小脑病证。

操作方法，一般采取坐位或卧位。当选定施术部位后，分开该区头发，对头皮进行常规消毒，而后用 26 号—28 号 1 至 2 寸长的毫针进行针刺。针刺方向，有直刺与横刺之分。横刺一针透二、三穴，刺激量较大。通常使用的针刺手法有两种：一种是将针快速刺入预期深度后，迅速捻转，每分钟可达200次，指力进退相等，以期起到调和作用；一种是根据“虚则补之，实则泻之”的原则，施以补法或泻法。头皮针的补泻，基于头皮较薄的特点，多采取徐疾补泻手法。补法为拇、示两指挟持针柄，迅速刺人头皮 1 分多深候气，缓慢而用力沿皮刺入 1—1.5 寸深，全部刺入时间约 5—10 分钟，继而紧按 1 分钟，然后轻轻而迅速地将针退出。泻法即将针刺入头皮 1 分多深候气，待针下沉紧气至时，即将针搬倒，逆着经络的走行，迅速而轻轻地沿皮刺入 1—1.5 寸，缓慢而用力地提针，直至提到皮下，全部提针时间约 5—10 分钟，然后出针。也有人将提插补泻之意融入头皮针，即针刺靠近骨膜时，频频推针为补；频频提针为泻，但是提推的幅度都较小。一般每日或隔日 1 次，10—15 次为 1 疗程，疗程间休息 1



(1) (2) (3) (4) (5)

头皮针划线图

(1)前面图 (2)后面图 (3)侧面图 (4)侧面图 (5)顶面图

周。必要时,还可采用埋针法,用胶布固定针柄,埋 1—3 日再起针。

在操作过程中,除严格消毒外,医生必须精神集中,细心体会针下气至情况。由于头皮血管丰富,容易出血,所以出针时必须按压针孔。婴儿由于颅骨缝合部的骨化不完全,不宜采用头皮针。癫痫病人在癫痫大发作时,针刺头皮宜浅刺,防止折针。

指针疗法

指针疗法,是以手指代替针刺,其特点就是运用手指的力量作用于人体腧穴来治疗疾病的方法。所以又称腧穴指压疗法、点穴疗法。

指针疗法是早在晋代葛洪《肘后方》中已有记载,如救卒中恶死方有"令爪其病人人中,取醒","治卒腹痛,拈取脊骨皮深取痛引之,从龟尾至顶乃止,未愈更为之"。至明清时代以后,由于按摩术有了较大的发展,其中有些手法和针刺法很接近,因而提出"指针"之名。

指针手法的正确运用,是其治疗的关键。因此,指力的练习非常重要。一般先在棉枕或沙袋上按照以下方法进行锻炼,务使达到纯熟精练,得心应手,运用自如的程度,然后再施术于人体。①掐:拇指爪甲在腧穴上着力向下切掐(图 1)。②振:手指放在腧穴上,轻轻地作振颤动作(图 2)。③点:手指直上直下地着力点在腧穴上,稍停片刻又突然离去,如此反覆,如同鸟儿啄食一般,所以又称雀啄法(图 3)。④按:示指或拇指指头按在腧穴上不动,着力向下加压(图 4)。⑤揉:示指或拇指或手掌放在腧穴上,徐缓地来回揉动(图 5)。⑥搓:手指或手掌在腧穴上顺或逆着经脉的方向搓擦推动,所以也称推法(图 6)。⑦揪:拇指和示指或加中指用力揪穴位处的肌肤,以揪至皮色充血潮红,甚至发紫为度(图 7)。

指压头、项、颈、手臂、肩背等处宜取坐位;指压胸腹、腰背、下肢以及初诊、年老体弱,妇孺、高血压、心脏病者

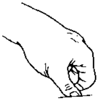


图 1 掐



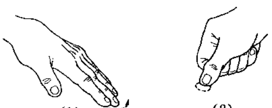
图 2 振



图 3 点

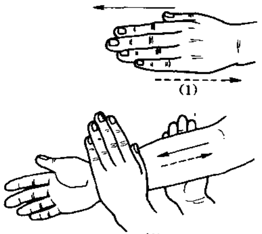


图 4 按



(1) (2)

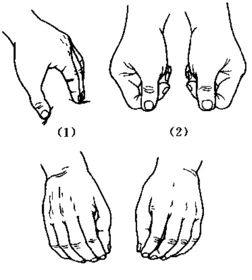
图 5 揉



(1)

(2)

图 6 搓



(1) (2)

(3)

图 7 揪

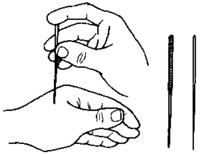
宜取卧位。夏季或因其他原因而汗多时,局部需涂撒滑石粉少许,以减小阻力;皮肤过于干燥或脱皮时,则涂以适量的润滑油;皮肤过于娇嫩,还可以隔薄纱进行指压治疗。手指的轻重,应依病情、年龄、体质、胖瘦以及穴位所

在局部肌肤的厚薄等情况而灵活掌握运用。一般用力应徐徐由轻而重，重后慢慢抬起，重中有轻，轻中有重，轻轻重重。切忌粗暴，损伤组织。例如：昏厥不省人事者用掐法以开窍醒神；疼痛发烧者宜用揪法；肌肤病变，腹痛者宜用按、揉、搓；内脏疾病，指压四肢远端穴位，多用点、振、按、揉等法；瘦弱，神经过敏者，宜轻手法。治疗时间，一般急性病每日1次或2—3次，慢性病隔日或二日1次。每次10—25分钟，10—15次为1疗程。施行指压疗法时，医生手指必须保持清洁。指压过程中，如果病人出现疲乏气短、出汗、心悸、眼花、眩晕等现象时，应减轻手法或停止治疗。穴位处患有皮肤病，开放性外伤，骨折，脓肿，出血倾向，静脉炎，烫烧伤以及妇女妊娠和月经期下腹部、腰骶部不宜用指压疗法。实行指压治疗时，患者周身肌肤必须放松，安静；医生应专心、耐心、细心，使力量运至手指而作用于腧穴。

指压疗法对昏厥，中风、半身不遂，小儿麻痹后遗症，落枕，软组织挫挫伤，胃及十二指肠溃疡，腹痛，腰背痛，关节炎，神经衰弱，遗尿，阳痿，遗精等症有一定的疗效，尤其适应于小儿、妇女等患者。

鍉针疗法

鍉针疗法，是用鍉针，按压经络、腧穴而进行治疗疾病的方法。早在《灵枢·九针十二原》就有："鍉针者，锋如黍粟之锐，主按脉勿陷，以致其气"的记载。现在有在鍉针上通以电流的称为电鍉针；通以声电波者为声电鍉针；鍉针除通电外并加热者称为热电鍉针。应用时，用鍉针按压在经络或腧穴上，以不进入皮内而能得气为原则。根据患者病情和体质，给以程度不同的按压。气虚、年老体弱、婴幼儿患者，一般将鍉针轻轻按压在腧穴上，约3—5分钟，待病人感觉沉、胀或皮肤周围发生红晕时即可。去针后在局部稍加按柔。实、热症，年轻体壮者，可将鍉针重压在腧穴上，动作宜快或不离皮表一上一下地提按或作震颤动作，约5—10分钟，待病人感觉痛、酸、沉、胀以至麻木或有向附近扩散的感觉为度。此法多用来治疗头痛、牙痛、眩晕、胃痛、腹痛、消化不良、神经性呕吐、呃逆、坐骨神经痛、局部肌肉痉挛性疼痛等



鍉针及其操作姿式

灸法

用燃烧的艾绒或用其他热源，在腧穴或病变部位烧灼或者温烤，以起到温通经络，调和血气，扶正祛邪作用的医疗保健方法称为灸法。这种疗法起源于中国原始时代，有文字记载则始见于距今二千多年前的古代文献。如《庄子》记载，孔子劝说柳下跖以后对柳下季说："丘所谓无病而自灸也。"葬于公元前168年的马王堆汉墓帛书和《史记·扁鹊仓公列传》，也都多处提到灸法治病。《内经》对灸法的论述则更加详备。"灸"又称"灸焫"，本来是烧灼的意思。如汉·许慎《说文解字》谓："灸，灼也。"唐代王冰注《素问》说："火艾烧灼，谓之灸焫。"古代应用的灸法主要是这种烧灼灸法，后来逐渐发展为不烧灼皮肤的温热灸法。

施灸材料　艾绒，是施灸用的主要材料，是将晒干的艾叶捣碎，除去粗梗，筛掉杂质尘埃而成。灸法使用的艾绒，以陈旧者为佳。正如《孟子·离娄篇》中所说："七年之病，求三年之艾。"

艾系菊科植物，属多年生草本，春季萌芽生苗。茎直立，呈圆柱形，质硬，基部为木质，高45—120厘米，并被有灰白色软毛。叶片呈卵圆形或椭圆形，羽状深裂，叶缘呈粗锯齿状，酷似菊叶。叶之上面呈暗绿色，被有白色稀疏软毛；叶之下面呈灰绿色，被有密致的灰白色绒毛。全草散发有特殊的芳香味。每逢夏秋季（7—10月）开花。花呈淡褐色，微有特殊气味。作为灸用材料，每年宜于采集在开花前阶段，正值枝叶茂盛时期。采集后要及时干燥防潮，以防霉烂虫蛀，梅雨季节，更当注意。由于艾绒



家　艾

性温，味苦平，燃烧时火力温和，可直透肌肤，且有芳香气，能理气血、逐寒湿、通经络，所以一直被认为是比较理想的施灸材料。

施灸除用艾绒以外，也有在艾绒中掺入中药者，如硫黄、木香等。还有不用艾绒，而直接用别的材料施灸者，如硫黄灸、桑枝灸、桃枝灸、灯芯灸、竹茹灸等。

灸法的类别 古人对灸法治病积累了极为丰富的经验，其方法不下六七十种之多，有些至今仍在沿用，有些则需要继承下来，加以研究。近代又出现了一些新的灸法，如电灸等。

- 灸法
  - 依施灸材料分类
    - 艾灸
    - 药艾灸
    - 药锭灸
    - 电热灸
    - 其他材料灸法
  - 依施灸方法分类
    - 艾炷灸法
      - 着肤灸(直接灸)
      - 隔物灸(间接灸)
    - 艾卷灸法
      - 悬起灸
      - 实按灸
    - 温灸器灸法
    - 温针灸
  - 依施灸温度分类
    - 温热灸法
    - 烧灼灸法

施灸步骤 根据应灸腧穴的位置，令病人采取适当体位，既要使腧穴部位易于暴露，又要使病人舒适持久。如果采用温和灸法，则可在点穴后随即施灸；如果采用烧灼灸法，则应先对所点腧穴进行常规消毒，然后施灸。灸后要擦净皮肤上的艾灰，并检查有无火星迸落，以免烧毁衣物。关于施灸时的先后顺序，《千金方》谓："凡灸，先阳后阴，言从头向左而渐下，次后从头向右而渐下，先上后下。"即先灸上后灸下，先灸左后灸右的原则，这样可以避免漏灸腧穴；其先上后下者，又可防止血气被灸火引导上行，而使病人出现头昏、咽干等不舒适的感觉。但在特殊情况下，必当灵活掌握，不可拘泥。

灸法得气 灸法如同针法一样，也有得气现象。在一般情况下，施行温热灸法只在局部有温热感，施行烧灼灸法只在局部有灼痛感。但如集中在一个部位连续较长时间地施灸，则会出现温热感循着经脉向远隔部位传导，其疗效远较未得气者为佳。感传路线的宽窄同施灸面积的大小有关，且易于扩散，有时扩散到整个上肢或下肢，乃至全身。感传所到的部位可见微汗，肌肉震颤以及某些脏腑器官的功能活动，如胃肠蠕动、鼻腔通畅等。

灸法补泻 关于灸法补泻，古有三说：①《灵枢·背腧》："以火补者，毋吹其火，须自灭也；以火泻者，疾吹其火，传其艾，须其火灭也。"意即让艾炷缓慢燃烧至皮肤者为补，吹气助燃使其迅速燃烧至皮肤者为泻。②元代著名医学家朱震亨谓："若补火，艾焫至肉；若泻火，不要至肉，便扫除之。"则是以烧灼灸法为补，温热灸法为泻。③明代医家徐春甫在《灵枢》论述的基础上，又加上了开合补泻，即灸毕以指按穴为补，不按为泻。在三说中，以第二说比较切合实际，临床中较多应用。烧灼灸法引起无菌性化脓，主要起扶正培本的作用，故可视为补法；温热灸法，主要起温经散寒，化瘀开滞的作用，故可视为泻法。但这种差异仅是相对而言，说明每种灸法各有其作用的侧重而已，实际上两者的差别并不明显。

灸的基本作用 是温经散寒，疏通经络，扶正培本，升提中气。现代实验研究表明：艾灸有明显的调整作用，尤其对免疫系统的影响更为显著，能使白细胞吞噬功能加强，多种非特异性与特异性抗体效价明显升高。

灸法注意事项 在施行灸法时要注意以下几点：

(1) 艾绒的质量要极细，无杂质，勿潮湿；艾条要卷紧，结实，均匀，干燥，容易点燃。

(2) 治疗室要注意空气的交换及温度的冷暖，尤其冬季严寒、夏令酷暑之际，更要使病人感到舒适。

(3) 施灸时，应注意安全，防止艾火掉落，烧伤皮肤或衣物。

(4)《伤寒论》辨太阳病脉证并治："脉浮，热甚，而反灸之，此为实，实以虚治，因火而动，必咽燥吐血。""微数之脉，慎不可灸。……火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也。"可见并不是百病宜灸，应当辨证施治。故凡实证，热证及阴虚火旺体质而致之发热者，一般不宜用烧灼灸法。

(5) 颜面五官及近大血管处的腧穴，不宜施烧灼灸法。

(6) 施灸过程中如果出现头晕、恶心、大汗淋漓等现象时，即是晕灸，应当立刻停灸，进行救治(见"晕针"条)。

(7) 施灸后，宜避风防寒。若局部出现微红灼热，是属正常现象，无须处理，即可自行消失。如因施灸过量，时间太长，局部发生小水泡，只须注意不要挤破，可任其自然吸收；如水泡较大，可用消毒针从基底部刺破，放出液体或用注射器抽出液体，涂以龙胆紫，用纱布包敷。如施行化脓灸，在灸疮化脓期间，应适当休息，注意营养，保持局部清洁，并用敷料保护，防止感染，以待自然愈合。如因护理不当而并发感染者，可按炎症处理。

艾炷灸法

艾炷灸法，是将艾绒先捏成大小不等的圆锥体放在穴位上，然后点燃施灸；这种捏成圆锥体的艾绒，古代称谓艾炷，故称艾炷灸法(图 1)。艾炷的具体作法，是将预先备好的艾绒用拇、示两指搓成纺锤状，再以拇示中三指捏紧置于平板上轻轻按压即成，小如粟粒，大似甜枣。每一个艾炷用于灸法，称为"一壮"。施灸时所用艾炷之大小和壮数之多少，当依病人年龄、病情、选穴和具体灸法等灵活掌握。《医宗金鉴·刺灸心法要诀》就曾经明确地指出过："凡灸诸病，火必足气到，始能求愈。然头与四肢

皮肉浅薄，若并灸之，恐肌骨气血难堪，必分日灸之，或隔日灸之，其炷宜小，壮数宜少。有病必当灸巨阙、鸠尾者，必不可过三壮，壮炷如小麦，恐火气伤心也。背腰以下，皮肉深厚，艾炷宜大，壮数宜多，使火气到，始能去痼冷之疾也。”一般来说，着肤灸用麦粒大或玉米粒大的艾炷，隔日或隔二三日灸1次，每次灸3—5穴，每次灸3—7壮。隔物灸则用玉米粒大或莲子大艾炷，每日或隔日灸1次，每穴灸5—7壮，或可灸数十壮不等。皮肉丰厚处，新病阴寒，阳虚畏冷者，宜大炷多灸。年老体弱，孺妇小儿，素体阴虚，证属实热者，宜小炷少灸。急证，每日灸1—3次；久病，隔3—5日灸1次。

艾炷灸的方法可分为着肤灸和隔物灸两大类。

着肤灸　着肤灸也称着肉灸、直接灸、明灸，是古代最通行的灸法，即把艾炷直接放在腧穴所在的皮肤表面点火燃烧。其温度可达70℃以上。又根据施灸程度和灸后局部留否瘢痕而分瘢痕灸和无瘢痕灸。瘢痕灸，又称烧灼灸法（见“烧灼灸法”条）。

隔物灸　隔物灸又称间接灸，即在艾炷与皮肤之间隔垫上某种药物或其他物，然后点燃艾炷施灸；当患者感觉灼热时，则换炷再灸，直至皮肤呈现红润为度（图2）。常用的隔物灸法有如下几种：



图1　艾炷



图2　隔物灸

隔姜灸　将生姜切成约1分厚的薄片，用针在姜片中间穿孔数个，然后将姜片置于穴位上，把艾炷放在姜片上点燃施灸。基于姜的性味特点，本法多用于治疗风寒咳嗽、虚寒腹痛、呕吐、泄泻、疝气、遗精、风寒湿痹等。

隔蒜灸　选用较大的蒜瓣或独头紫皮大蒜切成约1分厚的薄片，中间以针刺成数孔，然后将蒜片置于穴位上，把艾炷放在蒜片上点燃施灸。也可以不用蒜片，而是将大蒜捣成泥糊状均匀地铺在穴位上，再把艾炷置于蒜泥上点燃施灸。一般每穴可灸5—7壮，隔2—3日1次。基于大蒜性味上的特点，本法常用于治疗痈疽疮疡、蛇虫咬伤等。

隔盐灸　将干燥食盐块研为细末或直接使用精盐粉撒满脐窝，然后在盐上面置放艾炷点燃施灸。这是根据神阙穴局部特点而设计的一种经验灸法，在民间广为流传，临床使用价值颇高，常用于治疗阴寒腹痛、泄泻、小便不通、四肢厥逆等症。

此外，古代尚有隔葱、隔薤、隔蟾蜍、隔川椒、隔皂角、隔附子、隔豆豉、隔甘遂和隔巴豆等多种隔物灸法，现代已较少使用。

艾卷灸法

艾卷灸法，亦称艾条灸法，是把艾绒用纸裹成圆柱形，然后点燃其一端在穴位上施行熏烤。这种灸法，自明清以来就已经兴起，并盛行于各地。古代艾卷灸法，多在艾绒中加入某些药物，且其施术方法犹如针刺，隔纸或布，按压在穴位上，故有“雷火神针”或“太乙神针”等称。

艾卷系用手工方法或半机械化方法制成，即取纯净的艾绒约24克，平铺在26厘米长，20厘米宽，质地柔韧的桑皮纸上，将其卷成直径约1.5厘米的圆柱形，用胶水封口而成（图1）。根据临床治疗病证之不同，可在艾绒里掺入某些药物，如乳香、没药、硫黄、肉桂、丁香、雄黄、穿山甲、独活、细辛或白芷等，此种艾卷称为“药艾条”

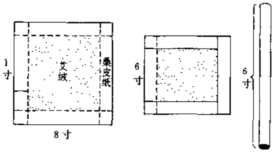


图1　艾卷制法

艾卷灸的操作方法，一般分为悬起灸和实按灸两大类。

悬起灸　悬起灸是将艾卷悬放在距离穴位一定高度上进行熏烤，而不使艾卷点燃端直接接触皮肤。悬起灸又根据具体方法之不同，分为温和灸、雀啄灸和熨热灸。

温和灸　将艾卷相对固定在适当高度上持续施灸（一般约距离皮肤1.5—3.0厘米，以不引起灼痛为度），5—20分钟（图2）



图2　温和灸

雀啄灸　以艾卷点燃端雀啄米样地熏烤穴位，忽高忽低，低者可使患者感觉灼痛，高者患者无明显感觉，一般灸 5—10 分钟（图 3）。

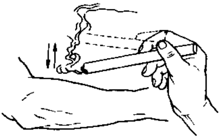


图 3　雀啄灸

熨热灸　也称巡回灸，多用于皮肤病的治疗，即在距离皮肤病疮面适当高度上巡回施灸，犹如熨烫衣服似的，直到皮肤病疮面上呈现红润为止（图 4）。



图 4　熨热灸

不同灸法适用于不同病证。一般温和灸法多用于寒实证和慢证。雀啄灸法多用于寒虚证和急证。施灸时间可根据病人功能状态和病证情况灵活规定。如遇到局部感觉迟钝、昏迷或小儿患者，医者可将另手的示中指置于施灸部位两边，借以估量患者受热程度，以便随时调节施灸距离和掌握施灸时间，预防不必要的烧伤。

实按灸　如太乙针灸和雷火针灸等即是。

太乙针灸　用纯净细软的艾绒 150 克平铺在 40 平方厘米大的桑皮纸上，取 24 克预先配制备用的药粉掺入艾绒内，紧卷成爆竹状，点燃一端，用布数层（一般为 7 层）包裹之，然后立即紧按于穴位或患处，进行灸熨。针冷则再燃再熨。如此反覆 7—10 次即可。此法多用于治疗风寒湿痹、顽麻、虚弱无力或半身不遂等。药粉的配方为人参 125 克，穿山甲 250 克，山羊血 90 克，千年健 500 克，钻地风 300 克，肉桂 500 克，小茴香 500 克，苍术 500 克，甘草 1 000 克，防风 2 000 克，麝香少许，共为细末。

雷火针灸　其制法、作用和操作方法等大致与太乙针灸相同；不同之处主要是药物配方。雷火针的制作，是先用艾绒 90 克，沉香、木香、乳香、茵陈、羌活、干姜、穿山甲各 9 克，研为细末，筛过后加入麝香少许，然后取方形棉皮纸两张，一张平置桌上，另一张双折重复于上，将洁净的艾绒铺在纸上，并用木尺轻轻叩打使之均匀成一平方形，再将药料均匀地撒在艾绒上，卷成爆竹状，外涂蛋清，以桑皮纸六七层紧紧包裹之。在给病人施灸时，如果能同时点燃两只交换使用就更为方便，还可使热力不间断，有利于药物不断地渗入肌肤，加强治疗效果，起到温通经脉驱除寒湿的作用，以治疗风寒湿痹、沉痼之病、腹痛、疝、月经病等。

烧灼灸法

烧灼灸法，是施行艾炷灸法，加在腧穴上的温度较高，时间较长，烧灼皮肤，引起水泡或组织损伤（即灸疮）的灸法，亦称灼肤灸、化脓灸、打脓灸或瘢痕灸。古代通行的灸法，几乎都是烧灼灸法，只是到了近代，由于病人畏惧烧灼疼痛，应用已较少。烧灼灸法除了具有对机体的即时作用以外，由于被烧灼部位发生水泡和无菌化脓，所以还有对机体的持续作用。古代经验，烧灼灸法可以使人祛病延年。现代研究也证明，这种灸法能改善体质，增强机体的抗病能力。临床上对久病虚损，用之有效。所以，至今烧灼灸法还被一些针灸工作者所重视。

操作前　先安置体位，使之平正和舒适；继而在所选的腧穴部位上进行常规消毒；然后将预先制备的艾炷安放在腧穴上。为了避免艾炷脱落，可在穴位上涂些大蒜液，用线香点燃。待艾炷完全燃尽，再依前法续灸。一般可灸 7—9 壮。

又由于烧灼灸法产生疼痛，所以历代都很注意采取防痛的方法。一般是把艾炷做得尽量小一些，如粟粒大、麦粒大、绿豆大等，而在壮数上有所增加。这样灸泡小，疼痛少，且达到同样的治疗效果。同时，在施灸过程中，用手拍打压迫灸处周围，以减轻灼痛。古代还有在施灸部位涂以麻醉药，甚至有进行全身麻醉者。现代则有用普鲁卡因局部注射封闭的方法，但应用者还不多。

烧灼灸法的烧伤有两种情况：①施灸壮数较少，烧伤较轻者，灸后发热发痛，起水泡。②施灸壮数较多，烧伤较重者，灸后真皮变黑、结痂或在黑痂下无菌化脓，这就是灸疮。停灸后约三四周，灸疮即脱痂，出现赤褐色创面；其表皮、真皮、皮下结缔组织、乳头、毛囊、汗腺及皮质腺均消失，形成永久性平滑的皮肤表面，即灸疮的瘢痕。这种烧灼灸对组织破坏较重，但因其面积很小，对人体是无害的。《太平圣惠方》指出："灸炷虽然数足，得疮发脓坏，所患即差；如不得疮发脓坏，其疾不愈。"说明发灸疮与疗效有密切关系。灸后注意营养，多吃一些富于蛋白质的食品，或内服滋补之剂，如四物汤、四君子汤，以调补气血，可使灸疮易发。灸疮已发之后，就要注意护理。由于灸疮化脓是属于无菌性的，故不要刺破，一般在灸疮上用消毒敷料保护即可，也可贴敷淡膏药，每天换贴 1 次，切忌水洗或水浸，要注意无菌操作，以防感染。如果灸疮

破溃,溃面向外发展,脓由淡白稀薄转黄绿,甚或疼痛渗血,有臭味,表明已有细菌感染,应及时进行消炎处理。

注意事项　①实热证(除外疮疡引起者)或阴虚有热者,禁用。②头为诸阳之会,故头部不宜多灸。③因烧灼灸在皮肤表面留下瘢痕,故面部、颈部及手足多禁用此法。④每次施灸,用穴不宜过多,每一腧穴的烧灼面积不宜过大。⑤注意无菌操作,不要使灸疮形成有菌化脓。

灯火灸

灯火灸,又称灯芯灸、灯草灸、打灯火、神灯照等,是民间流传甚为久广的方法。施术时,取三四寸长的灯芯或纸绳,其一端蘸上少许植物油,点燃起火苗,对准施灸腧穴,用快速的动作,猛一接触可发生火爆声,即迅速离开。如无音响,当重复进行。一经烧后,局部皮肤发黄,偶尔也会起水泡。一般用以治疗痄腮(取角孙穴),喉痹(取少商、合谷、风池),吐泻(取足三里、内关、中脘、天枢),麻疹不透(取大椎)等。尤其对小儿惊风、昏迷、抽搐等证更为适宜。故清代《幼幼集成》称本法为"幼幼第一捷法"。

药锭灸

药锭灸,是把多种药品研末,或溶化在一起,制成药锭,放在穴位上点燃以治疗疾病的方法。常用的药锭灸有阳燧锭灸,救苦丹灸,香硫饼灸等。

阳燧锭灸　取蟾酥、朱砂、川乌、草乌各1.5克,白僵蚕1条,上药研末和匀。先将硫黄45克置于勺内,微火炖化;次入以上药末,搅匀;再入麝香0.6克,冰片0.3克,搅匀,随即倾入湿磁盆内,速荡转动,俟冷取收磁罐内。应用时,先用红枣肉擦施灸处,然后取甜瓜子大小的药锭一块(要上尖下平),置其上,以灯草蘸油,点火放药锭上,灸5—7壮。灸毕,饮米醋半酒盅。起小泡者,以消毒针刺破,外用敷料贴护。主治痈疽流注久不消,内溃不痛等症。

救苦丹灸　取麝香3克,劈砂(水飞)6克,硫黄9克,各研细末。先将硫黄溶化,次入麝香和劈砂,离火搅匀,在光石上摊作薄片,切为米粒大,储瓶内备用。应用时,将药置患处,以灯火点着,候至火灭,连灰罨在皮肤上。主治风寒湿痹,流注作痛,口眼㖞斜,小儿抽风,妇人心腹痞块攻痛等。

香硫饼灸　取麝香、硼砂各6克,辰砂、细辛各12克,以上俱为细末;角刺、川乌尖各6克,用黄酒250克煮干为末;硫黄192克。先将硫黄、角刺、川乌,入铜勺内,火上化开,再入前四味药共搅匀,倾于净地面上,候冷取下,打碎成黄豆大,储藏备用。应用时,施灸处先撒一层面粉,再置药饼一块,以香火点着,连灸五锭即止。主治风寒湿痹。

电热灸

电热灸,是用特制的电灸器,将电能转化为热能或远红外线,施用于腧穴的一种灸法,也称电灸疗法。目前应用于临床的电灸器有如下几种:

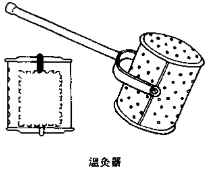
吹风式电灸器　即利用电热丝发热,再加上小型电动吹风装置,使热的气流吹在施灸部位上。

可控温度电灸器　由电灸头与电子控制器组成。电灸头是用电热丝绕在直径为几厘米的绝缘板上。通电后,它能发出红外线代替艾炷的燃烧。控制器是控制电灸头温度的装置。温度调节范围为50—100℃。电灸器如果做成管状,套在针柄上也能作为电温针器使用。

远红外电灸器　由电热丝与直径约4厘米左右的远红外发射元件组成。其波长在4.5—1 000微米。波峰在9微米左右,近于人体蛋白质分子固有频率的远红外线波。它易被人体吸收,因此具有穿透加热、刺激穴位的效能。另附双金属片温度调节装置,能达到恒温的目的(28—85℃之间)。使用时先通电片刻,即可将远红外辐射面板安放在选取的腧穴上(勿直视辐射面板,避免损伤眼睛)。最好在腧穴上先垫一块纱布,防止烧伤皮肤。

温灸器灸

温灸器灸,是把艾绒放入特制的器具内点燃,放在穴位上以施灸治疗的方法。温灸器的式样很多,多为金属圆桶状结构;其筒内下端装有细金属网,侧旁有多个小孔,上口加盖,并钻有小孔(见图)。筒内金属网上放置艾绒或药物,点燃后筒的下端对准施灸部位,固定一处或来回熨灸。根据温热程度调节灸筒下口与施灸部位的距离或移动速度,以便获得适当的温度。此外,尚有把灸筒放在落地的支架上,按照施灸部位能自动升降,内装小型鼓风马达。筒内艾绒点燃后,由控制器调节鼓风马达的风力以实现温度调节。本灸法具有疏通经脉,调和气血,温中散寒的作用,对于小儿、妇女、年老体弱及畏惧艾火者尤为适宜。



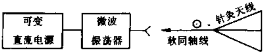
温灸器

微波针灸疗法

微波针灸,是在毫针针刺的基础上,把微波电线接到针柄上,将针刺和微波的热效应结合起来借以治病的方法。

微波针灸仪是近十年来研制成功的。DBJ－1 型微波针灸仪就是其中的一个。该仪器内部工作电压为 36 伏,治疗范围内最大的功率密度为 300 毫瓦/厘米^2,安全可靠,无副作用。其工作原理如图所示。

临床治疗时,首先按照辨证施术的原则,进行针刺,然后把微波针灸仪的天线接到针柄上,并用支架固定好微波天线的位置,再分别调节各路输出的功率,其大小以病人感到温热舒适为度。成人使用电压不超过 25 伏,小儿不超过 20 伏,而以 17—18 伏为好。每穴每次 5—20 分钟。治疗完毕,将输出功率旋纽转到最小位置,关闭输出开关,取下天线,起针。使用该机时,切忌同时按下两键,天线内外导体之间不要相撞,以免形成短路或烧毁机器。靠近眼睛、睾丸和脑等部位的腧穴不宜作微波针灸



微波针灸仪工作原理示意图

本法一般多用以治疗偏头痛,面神经麻痹,三叉神经痛,坐骨神经痛,偏瘫,胃脘痛,泄泻,痛经,腰痛和风寒湿痹证等。

腧穴特种疗法

腧穴特种疗法,是指针刺法、灸法以外的各种能够通过刺激腧穴及经络而达到防治疾病的方法。例如:腧穴贴敷,腧穴埋线,腧穴电疗,腧穴激光照射,腧穴磁疗,割治,刮痧,拔罐等等。此外,尚有以超声红外线、紫外线等来刺激或照射腧穴治病的方法。它们是在传统刺灸法的基础上,进一步研究应用物理因子(如机械、力、电、光、声、热、磁等),化学因子(如中、西药物)或两者的结合而创造性地发展起来的治疗方法。它是随着现代自然科学的发展,许多理化因子陆续被人们所掌握,并应用到医学上来。它和针、灸相结合以后,既发挥了人体经络、腧穴的作用,又发挥了理化因子的作用。所以它既是古老的传统医学方法,又是中西医结合的研究成果。这类疗法,基本上是属于非特异性刺激疗法范畴,具有提高和增强有机体的防御、免疫、消炎、消化、吸收、镇静、镇痛的能力和调整作用,所以对头痛、腹痛、腰背腿痛、胃及十二指肠溃疡、关节炎、软组织损伤、中风偏瘫、小儿麻痹症、末梢神经炎等都有一定的治疗效果。

腧穴贴敷疗法

腧穴贴敷疗法,是应用对皮肤具有刺激性的药物敷贴于腧穴或病变部位,使局部充血,甚至起泡的治疗疾病方法。其法如同艾条或火燎或灸疮一样,因而近世有称之为"发泡"或"引泡疗法"。宋代王执中《针灸资生经·第三》:"治疟之方甚多,……乡居人用旱莲草椎碎,置于手掌上一夫当两筋中,以古文钱压之,系之于故帛,未久即起小泡,谓之天灸。"其特点为方法简便,操作易于掌握,特别是穴位少而精,贴敷的部位较广,容易记忆;药源丰富,多能就地取材,剂量要求上,安全系数大;治疗范围广,疗效上特别是对缓解症状,减轻痛苦较为迅速,又无刺针之痛和艾火烤热之剧,故一般易为病人接受。

贴敷时间当以疾病性质、药物和穴位而定。时间太长容易形成水泡。故应随时询问患者的感觉(如烧灼、刺痒或疼痛),察看局部是否潮红,发生水泡。如果发生水泡即应弃药,并用消毒针刺破放出液体,涂以龙胆紫,外用纱布保护,防止感染。由于贴敷的药物,多具有刺激性或毒性,故不宜内服。

现将本法在临床上的应用分述于下:

(1) 疟疾:周期性的发冷、发烧、汗出而缓解是本病的基本特点。为了有效地发挥治疗作用,应于发病前 1—3 小时开始应用为宜。一般用鲜旱莲草捣烂,取黄豆大贴敷间使穴;或将毛茛叶子捣烂,取一小块敷贴在寸口或大椎、内关穴;或用斑蝥(去头、足、尾)研末,撒在膏药上,贴大椎或至阳或身柱穴;或用胡椒、大蒜共捣如泥状,敷贴寸口或陶道或身柱穴;或用鲜青蒿捣烂,塞入鼻孔(两侧交替使用)。

(2) 传染性肝炎:用鲜毛茛全草,捣成泥状敷贴列缺或合谷穴,尤其对黄疸型肝炎之退黄有良好效果。

(3) 慢性气管炎、哮喘:用白芥子、元胡各 21 克,细辛、甘遂各 12 克,共为细末,生姜汁调成糊膏状,敷贴于大椎、肺俞、膏肓、身柱等穴,每年夏季初、中、末伏各贴一次;或白芥子 90 克,轻粉、白芷各 9 克,共为细末,加入麝香少许,用蜂蜜或生姜汁调和,敷贴大椎、身柱、膻中,风门、肺俞等穴;或川椒、细辛,附子、干姜、桂枝各 60 克,肉桂、川乌各 12 克,用香油煎膏,从立秋之日开始,敷贴于肺俞穴,7 日更换,连用 5 次。

(4) 高血压:吴茱萸适量,研为细末,鸡(鸭)蛋清或陈醋调和,于睡前敷贴两足心的涌泉穴。

(5) 虚寒型腹泻:用陈艾(去梗)捣碎,用酒炒热,敷贴神阙穴;或胡椒、大蒜各适量,共捣成糊状,敷贴涌泉或神阙穴;或木鳖子 1 个,母丁香 3 克,麝香少许,共为细末,撒在普通膏药上,贴敷神阙穴;或蓖麻子 9 克,独头大蒜 9 克,黄丹 3 克,共研末捣成膏作丸,如芡实大,取 1 丸置神阙穴,外用膏药贴护,对痢疾尤佳;或淡豆豉、连须葱

白、硫黄，生姜各等分，共捣成膏摊于布上，用时以火烘热，敷贴于肚脐，凉后再换，连用数次。

(6) 腹水、尿闭：用大田螺（去壳）4个，大蒜（去皮）5个，车前子9克，共捣成泥糊状，贴于肚脐，以带缚定，小便即可通利，腹水即消；或田螺10个，生半夏9克，葱盐适量，共捣成糊状，加入麝香少许，调匀，敷贴于脐下丹田穴，1日1次，连敷2—3次；或鲜商陆根适量，捣烂，加麝香少许，敷于肚脐上，即水从小便出；或商陆6克，田螺10个，独蒜1个，麝香少许，共捣如泥膏状，敷贴脐上，以带缚定即可；或鲜葡萄根、鲜芦草根各30克，葱白7茎，共捣烂如泥，敷贴脐上；或轻粉6克，巴豆12克（去油），生硫黄3克，捣膏作饼，用时先在脐上铺一层薄棉，然后放置药饼，外以带缚定，约一小时能泻下水样浊物，泻5—6次以后以米粥补之；或大戟、芫花、海藻、川椒各9克，共捣为末，蛋清调和，先用麝香少许填入脐内，再糊以药膏一宿；或蜗牛去壳捣烂，加入麝香少许，敷贴肚脐上，以手摩之或加布带缚定；或蝼蛄（土狗）5个，大蒜3片，共捣烂如泥膏状，缚贴肚脐；或连须葱白3—5茎，青盐适量，共捣烂成泥状，烘热后缚贴肚脐，以带缚定，对虚寒性尿闭尤效。

(7) 遗精、盗汗：用五倍子（文蛤）为细末，唾液调和，敷于肚脐，用膏药贴护或以带缚定。

(8) 口眼㖞斜：用活大鳝鱼1条，迅速断头，鲜血涂患侧面部，干后再涂，待正后洗去；或蓖麻子30克，白附子（生）6克，全蝎3克，冰片0.6克或麝香少许，共捣如泥膏状，摊在布上，敷贴患侧面部；或蓖麻子仁6克，乳香3克，共捣为膏，摊布上，敷贴患侧面颊部；或槐角60—90克，捣烂为细末，用好陈醋调成膏状摊布上，敷贴患侧面部；或巴豆或蓖麻子3—5粒，去壳，捣烂，敷于掌心，药膏上再加盛有热水或酒的器皿热敷，凉后再加温，以手背微微汗出为度。

(9) 缩阳症：用连须大葱250克，胡椒15克，生姜100克，共捣炒热，加入硫黄30克，装薄纱袋内，热敷肚脐，脐下丹田等穴。

(10) 子宫脱垂、脱肛：用蓖麻子7粒，捣烂如泥，敷贴头顶百会穴；或蓖麻子49个，共捣如泥膏状，加雄黄45克，或麝香少许，分作两半，以一半敷百会穴，一半敷神阙穴，外以带缚定。

(11) 催产：用蓖麻子7粒，独头大蒜1个，共捣如泥状，贴敷产妇足心涌泉穴；或火麻仁7粒，醋炙龟板3克，共捣成膏，加入麝香少许，贴敷脐下丹田穴。

(12) 口疮、舌炎：用吴茱萸末适量，好陈醋或唾液或水调和，敷贴足心涌泉穴；或鲜毛茛全草捣烂，敷贴两眉头之间印堂穴。

(13) 牙痛：用独头大蒜1个，捣烂，加入轻粉少许，敷贴虎口合谷穴。

(14) 鼻出血：用独头大蒜，捣烂如泥状，敷贴足心涌泉穴。

(15) 咽喉肿痛：用大蒜若干，捣成泥状，敷贴鱼际穴。

(16) 目赤肿痛：用白矾1—2克，研为细末，用鸡蛋清调合，涂太阳穴；或用生南星、生大黄各等分，捣为细末，好陈醋调和，涂两足涌泉穴。对初生患儿尤佳；或鹅不食草3—9克，青黛3—6克，川芎4—5克，共研为细末，取少许吹入鼻中。

腧穴埋线疗法

腧穴埋线疗法，是将铬制羊肠线植入或埋藏于腧穴内，利用羊肠线（异性蛋白）对腧穴的持续刺激作用，以治疗疾病的一种方法。从20世纪60年代已广泛地应用于临床。目前，常用的腧穴埋线法有四种。

埋线针和穿刺针埋线法 在选定的腧穴上，用碘酒和酒精进行常规消毒，以盐酸普鲁卡因作局部浸润麻醉，形成皮丘。把0.3—0.8厘米长的羊肠线装入特制套管或腰椎穿刺针针腔内，后端插入针芯，然后将针由皮丘处刺入。当至一定深度出现针感时，缓缓退针，边退针管，边推针芯。如此边退边推，即把羊肠线留在腧穴内，针孔处敷盖消毒纱布（图1）。

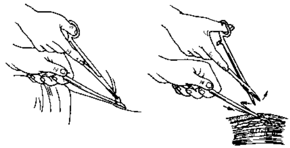


图1 埋线针埋线法

三角针埋线法 将选定的腧穴部位皮肤进行常规消毒，然后，在距离穴位两侧1.5—2.5厘米处，用龙胆紫作进出针点标记。在标记处用盐酸普鲁卡因作皮内麻醉。再将左手拇、示两指绷紧或捏起进针部位的皮肤；右手用持针器钳住已穿好羊肠线的三角缝合针，从进针点刺入，通过皮下组织或肌层，由出针点穿出。提起两针孔之间的皮肤，紧贴皮肤剪断两端线头，放松皮肤，轻按局部，羊肠线即埋藏在皮下组织内。用消毒纱布敷盖针孔3—5天（图2）。

切开埋线法 将选定的腧穴部位皮肤作常规消毒。在穴位上用0.5%盐酸普鲁卡因作浸润麻醉。以尖刀切开皮肤0.5—1.0厘米，并用血管钳探穴位深处，经过浅筋膜达肌层寻找敏感点，按摩数秒钟，休息1—2分钟。然后将0.5—1.0厘米长的羊肠线4—5根埋于肌层内。切口处用丝线缝合，敷盖消毒纱布，5—7天后拆去丝线（图3）。

结扎法 又名穴位结扎法，即在选定的腧穴部位，按

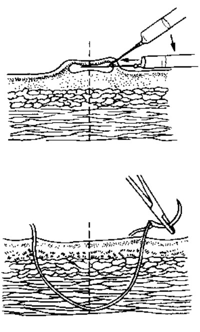


图 2 三角针埋线法

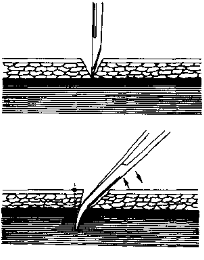


图 3 切开埋线法

手术常规进行严格消毒,无菌操作。局部用 0.5%或 1%盐酸普鲁卡因进行浸润麻醉。在腧穴两侧各 1.5—3.5 厘米的皮肤上,以龙胆紫作出标记。在标记之间作约 3—5 厘米长的切口,顺皮肤纹理,刺破表皮全层。将血管钳从切口斜插到肌层,找到敏感点后适当作按摩拨动,产生酸胀感觉后,用持针钳夹住带羊肠线的大号缝皮三角针,由切口进入,经深部肌层至对侧出针处穿出皮肤,然后回过来再由出针孔刺入,经浅肌层或筋膜层,由原切口穿出。结扎羊肠线,剪去线头,将残端埋入切口深处,局部按摩后,消毒包扎。

根据结扎部位及要求的不同,可采用不同的结扎形式。常用的有:①半环形结扎,用于一般穴位(图 4)。②横 8 字形结扎,用于大椎和腰阳关等穴(图 5)。③K 字单 8 字形结扎,用于环跳穴(图 6)。④K 字双 8 字形结扎,用于环跳穴(图 7)。⑤环形结扎,用于三角肌部位,从臑俞穴向上经过肩髃绕一圈结扎(图 8)。

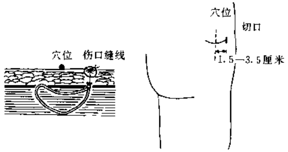


图 4 半环形结扎

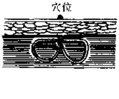


图 5 横 8 字形结扎

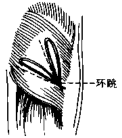


图 6 K 字单 8 字形结扎

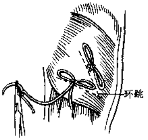


图 7 K 字双 8 字形结扎

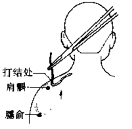


图 8 环形结扎

穴位结扎要抓住重点,分次进行,一次结扎部位不宜过多。

在操作过程中,必须严格消毒,无菌操作。对患有重度心、肝、肾脏疾病,高血压,糖尿病,感染性疾病,发烧及妇女妊娠、月经期等,应当慎用或不用。埋藏深度以皮下组织和肌层之间为宜,过深或过浅及线头外露都会影响组织对羊肠线的吸收,以致引起感染。根据部位,掌握埋线的深浅,不要伤及内脏、血管和神经。结扎的松紧要适中,以免引起疼痛或肢体麻木。皮肤局部有感染或溃疡时,不宜埋线。一个穴位作多次治疗时,应偏离前次治疗

的部位。

治疗后 1—5 天,局部可出现轻微肿胀、红、热、痛以致体温升高,白细胞增加等,一般无需处理,1 周左右可自行消失。若术后 3—4 天出现红、肿、热、痛,并伴有发烧,是感染的象征,应抗感染处理。治疗后若局部或全身瘙痒,继之切口处有脂肪溢化,羊肠线溢出者,应当抗过敏处理。神经损伤,会出现感觉神经分布区皮肤感觉障碍或运动神经所支配的肌群瘫痪,应及时抽出羊肠线,并给予适当处理。

腧穴埋线法,多用于治疗小儿麻痹,支气管哮喘及胃、十二指肠溃疡等病症。

腧穴激光照射疗法

腧穴激光照射疗法,是利用激光原光束来照射腧穴以治疗疾病的方法,也称"激光针"疗法。激光是 20 世纪 60 年代初所出现的一种新技术。于 1973 年德国医生 Plog 即提出利用微细的激光束来代替针刺。于 1975 年制作了一种 He-Ne 激光治疗仪,以代替传统的针刺治疗。同年,中国陆续地开展了这一工作,至近年来有了较大的发展。它具有方向性良好,光谱纯(单色性好),能量密度高,相干性能好等特点。

激光光源(激光器),目前多选用氦-氖(He-Ne)激光治疗机(图 1、2),发出波长 632.8 纳米(nm)之红色激光,功率为 6—8 兆瓦(MW)。根据病情性质和腧穴的不同,选用原光束经透聚焦或散焦局部直接照射法。激光光源对准照射腧穴,其至皮肤之间的距离为 8—100 厘米。每次照射 5—10 分钟。每日或隔日 1 次,5—10 次为 1 个疗程。由于照射部位的准确与否和疗效有关。故当光源对准照射部位后,嘱患者切勿移动,以免照射部位不准,影响治疗效果。激光的治疗剂量必须掌握好。剂量过小起不到治疗作用;过大则发生头昏、恶心、乏力、嗜睡或烦躁、失眠、心悸以及轻度腹胀、腹泻、月经周期紊乱等副作用。一旦出现副作用时,就应调节照射的距离,或缩



图 1 台式氦-氖激光治疗机

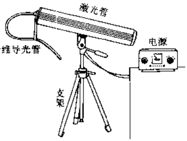


图 2 落地式氦-氖激光治疗机

短照射的时间和次数,或终止治疗。在照射过程中因为有反射的存在,以及有些激光是在红、紫外线波段内不能为肉眼所看见,因此工作人员和患者应配戴氦-氖激光防护眼镜,以防反射激光所造成的损害。

非破坏性的低能量激光除具有抗炎和促进上皮细胞的生长以外,又发现对某些器官有调整作用。所以,目前一般用来治疗浮肿,皮肤和粘膜的慢性溃疡,口腔粘膜病,皮肤血管瘤,痣,白癜风,神经性皮炎,扁桃体炎,慢性咽喉炎,慢性子宫颈炎,以及遗尿,哮喘,慢性气管炎,高血压,低血压等症。

腧穴电疗法

腧穴电疗法是应用电能来刺激腧穴、经络作为治疗疾病的一种方法。因其电流性质,波形,强度,频率,持续时间等的不同,在人体内产生各种不同的复杂的物理、化学过程及其特有的生理反应和治疗作用。目前常用的腧穴电疗法有以下几种:

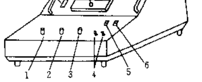
直流电疗法 直流电是指一种方向不变的电流。但是电流的强度不同,电流的形状有所变化。把电流强度不随时间变化的直线形电流称为平稳电流或稳恒电流;电流强度随着时间而改变的电流称为脉动直流电;周期性的通电或断电的称为断续直流电。

直流电疗机 其输出电压为 50—100 伏,电流强度 50—100 毫安。电极板一般采用铅质金属薄片制成,其大小约 1—3 平方厘米。因为直流电在接触部位产生烧灼(电解现象),所以在电极板下面放置一个由棉织品制成的衬垫。衬垫的面积应超过电极板边缘 0.5—1.0 厘米。根据穴位和治疗的要求,选择合适的衬垫和电极板。先将衬垫用温水浸湿,拧出过多的水分,放在治疗部位上与皮表紧密接触;衬垫上安放电极板,并加以固定,通过导线与治疗机的输出端相连。由于直流电阴极具有增加兴奋性的作用,能提高神经、肌肉的紧张度;阳极具有抑制即表现为镇静、镇痛的作用。平稳的直流电对运动神经和骨骼肌无刺激作用;断续直流电能兴奋运动神经,有使肌肉收缩的特性。所以,必须依据机体的机能状态,安置相应的电极。输出电流强度以不引起局部疼痛为原则,

当有刺激感时即停止增加电流。一般每平方厘米约0.1—0.4毫安之间，通电时间10—20分钟，每日或隔日1次，10—15次为1个疗程。治疗部位处皮肤必须保持清洁完整，如有破损而又必须在该处治疗时，则应在损伤处覆盖一胶布或塑料薄膜。通电前应检查治疗所需要的极性即电极板与机器的极性是否一致。治疗时应慢慢调升电流强度；结束时应缓慢调低电流强度，禁止忽大忽小。治疗后衬垫应洗刷干净，并煮沸消毒，以消除电解产物，防止寄生离子影响治疗效果。如果发生灼伤，除应及时处理外，并找出发生事故的原因，杜绝以后不再发生。

直流电因极性、刺激强度和持续时间的不同，可引起兴奋，也可引起抑制，具有促进血液循环，提高代谢，改善组织营养状态的作用。所以，临床上用来治疗神经损伤，慢性营养不良性溃疡，周围神经炎，神经痛，自主神经功能障碍，溃疡病，胸膜炎，慢性盆腔炎，前列腺炎，手术后肠粘连，慢性关节炎，慢性淋巴结炎，关节痛等症。

感应电疗法 感应电是在初级线圈通电和断电的过程中，因其磁场的变化，而使其近旁的次级线圈发生感应，而产生一种与初级线圈电流方向相反的电流。其操作方法和注意事项，与直流电刺激法基本相似，惟因感应电流没有烧灼(电解)作用，所以电极下面的衬垫可以薄一些。电极板的安置：阳极导线连接50—100平方厘米的电极板放置于腰背或相应的部位，阴极导线连接在1—3平方厘米电极板置于穴位上；或者将两个等大的小片状电极或点状断续电极分别置于相应的穴位或治疗部位上进行断续刺激。其治疗剂量分：①弱刺激量：患者有通电感应，但无肌肉收缩反应。②中刺激量：可见肌肉呈现微弱的收缩。③强刺激量：可见肌肉出现强直收缩。每秒钟50—100次左右，脉冲持续时间为1毫秒，每次通电20—40分钟，每日或隔日治疗1次，10—15次为1个疗程(见图)



ZGI-1型直流感应电疗机面板图

1.工作选择钮(分直流、断续直流、感应、断续感应四种) 2.断续频率钮(50—140次/分，十档)， 3.输出调节 4.输出插口 5.极性换向开关 6.电源开关 7.电流量选择开关 8.指示灯 9.电流表 10.提把

断续性的感应电流具有兴奋作用，能够改善组织的血液循环，提高新陈代谢，使肌肉组织收缩，增强周围血管的紧张度，可以促进感觉的恢复与解除皮肤神经痛，所以临床上用来治疗皮肤知觉障碍，周围神经损伤，神经肌肉痛，紧张性瘫痪，内脏下垂(胃、子宫、肾、脱肛)等症。

电兴奋疗法 电兴奋疗法是以直流感应电治疗为基础。经改装后的线绕蜂鸣式感应直流电治疗机，其感应电流具有波峰高低不齐，脉冲波的持续时间、间期与波距不等的特点。作用于人体的一定部位来达到防治疾病的目的。

应用时，将电极用3—5层纱布包好，使用时用温水浸湿，根据病情性质的不同和治疗的需要，固定在穴位上或上下移行滑动。治疗剂量以出现刺麻感，肌肉收缩或灼热感为度。一般感应电，头面部5—30分钟；腰背、四肢部1—5分钟；直流电，头面部10—15毫安，0.2—0.3秒；腰背部、四肢部25—50毫安，1—3秒。重复1—3次，每日或隔日治疗1次，7—10次为1个疗程。治疗前应做好解释工作，防止精神过度紧张，影响疗效。于第二腰椎以上部位通电治疗时，电极应放在同侧上下，禁止脊椎横行通电，以免发生脊髓休克。电兴奋是一种较强的刺激，使神经肌肉高度兴奋，产生调整功能。临床上用来治疗神经症，癔症头痛，急性软组织捻挫伤，周围神经瘫痪，腰腿痛，坐骨神经痛，胆道蛔虫，肠胃功能紊乱，泌尿系结石等。

现将临床上常用方面，分述如下：

(1) 神经衰弱：主要是利用电流的刺激作用来提高大脑皮质的兴奋性，使之在一定的时间后主动地诱发夜间的自然睡眠，故一般以上午治疗为宜。对于诱发抑制较快的病人，则可在下午进行治疗。其电流强度当根据个体的耐受性而灵活掌握，不可过强或太弱。太阳、风池穴，应用感应电，通电2—3分钟。内关、外关穴，应用直流电，输出强度为40—60毫安，通电1—2秒，可重复1—3次。

(2) 急性腰扭伤：通电刺激使肌肉先强度收缩而后松弛，达到镇痛，恢复功能的目的。疼痛部位之近旁或肌肉起点处，应用较强的感应电(当刺激产生电麻感时维持2—3分钟后，再加大电流量，约原电量的1.4倍，维持5—10分钟)。痛点应用直流电，25—50毫安，每次通电1—2秒，可重复1—3次。

(3) 股外侧皮神经炎：通过电刺激以提高局部组织的兴奋性，故每次治疗前应测感觉障碍范围。治疗后已恢复正常者，则不再通电。一般感觉障碍区，应用较强的感应电，或将直流电的阳极板置于膝上梁丘穴位处或股内侧；阴极放在病区内滑动3—4秒，或局部出现灼痛感时即行断电。

(4) 胆道蛔虫：通过刺激以解除肝胰壶腹括约肌(俄狄氏括约肌)的痉挛状态，使胆囊内容物易于排出以减轻疼痛。一般于腹部压痛点(胆囊区)、背部胆俞或肝俞或同侧下肢阳陵泉穴各置一电极，应通强的感应电流，15—20分钟，或疼痛消失后持续7—10分钟，或将直流电流的阳极放在腹部压痛点，上述其他部位应用阴极刺激。

晶体管低频脉冲调制电流疗法 晶体管低脉冲调制

电流，是属于低频低压脉冲电，经调制后的波阻为：①锯齿波：单个脉冲频率为每秒钟100次，可调频率范围为每分钟10—200次。②可调波：频率可调，脉冲排列均匀。③疏密波：疏波与密波交替出现，各持续的时间约为1.5秒，每分钟交替20次左右；④断续波：密波呈规律性的间断出现，每分钟约交替20次。

根据治疗部位选用直径1—5厘米的电极板，先放置浸湿的衬垫，然后固定电极板。电流的波型和频率当以病情的性质而定。一般需要发生兴奋作用者，宜用频率较低的锯齿波，断续波，疏波，频率每分钟约为20—30次；需要发生镇痛、镇静、抑制作用者，宜用频率较高的锯齿波，密波，疏密波，频率约为每分钟140－180次。刺激的强度以病人能够耐受为度。一般每次治疗10—25分钟，每日或隔日治疗1次，10—15次为1个疗程。由于低周波脉冲调制电流具有兴奋神经，使肌肉收缩，促进周围血液循环，改善神经肌肉的营养状态，加强代谢以及提高痛阈发生镇静止痛的作用，所以临床上用来治疗各种瘫痪（包括外周性、中枢性），脑血管意外后遗症，胃及十二指肠溃疡，内脏下垂，软组织挫挫伤，关节炎，腰腿痛以及抢救呼吸停止等。

共鸣火花电疗法　共鸣火花电刺激，是火花振荡器所产生的高压、高频、低强度电流的治疗方法。电压为3万伏，频率每秒钟15—100万周次，电流在30毫安以下。应用时，采取适当的体位，裸露治疗部位，擦干汗液，撒少许的滑石粉。根据腧穴和治疗的需要，使电极直接与皮肤接触，固定不动，进行刺激或者在皮肤上做有规律的来回滑行移动。治疗剂量以患者的感觉，火花的大小，辉花的强度和治疗后皮肤的反应等具体情况灵活掌握。每次治疗持续10—15分钟，每日或隔日1次，10—15次为1个疗程。患者应在与地面绝缘状态下接受治疗，并除去治疗部位附近的金属物。治疗过程中不能与金属物体或他人接触。刺激量应由小渐次增大，防止突然刺激引起肌肉强烈收缩，使患者惊恐不安。局部皮肤有化脓性炎症反应，恶性肿瘤等应禁止应用本法治疗。

共鸣火花治疗的电流性质是一种断续性减幅振荡电流，对血管运动功能有调整作用，能使感觉神经、运动神经和肌肉的兴奋性降低，局部血循环改善，组织营养代谢过程加强，收到明显的止痒镇痛效果。所以临床上用来治疗冻疮，雷诺病，营养障碍性溃疡，头痛，神经痛，神经衰弱，局部瘙痒，感觉异常等症。

腧穴电离子透入疗法

腧穴电离子透入疗法，是根据病情需要，把某些相应的治疗药物通过直流电，将药物离子导入穴位、经络或病变部位，以发挥药物和穴位、经络的综合治疗作用的方法。

一般采用直流电治疗机。药垫由无染色、吸水性强的棉织品（最好是绒布）制成。电极板用柔软、化学性不活泼的铅质金属片，厚度为0.25—0.5厘米，面积约为6—12平方厘米。使用时，先将所用药物均匀地直接洒在药垫上，置于穴位或局部病变的皮肤处。辅极放在颈部或腰部。然后接好两个电极板，打开直流电治疗机开关，进行透入。输出电流强度应根据病人的耐受性，透入腧穴的深度以及肌肉的厚薄而灵活运用，以不引起疼痛，病人仅有针刺样感觉为宜。通电治疗时间一般为15—40分钟，每日或隔日治疗1次。由于电的同性相斥，异性相吸的原理，阳离子的药物应由阳极导入，阴离子的药物由阴极导入。所以临床应用时必须先弄清所用药物的极性，不可倒错。否则，不能导入。对某些药物（如中草药）由于极性不明，或非单纯某一离子的作用，可两极同时导入，效果比较可靠。药物浓度，需根据药理性质，溶液内有无寄生离子，患者的病情等而灵活掌握。一般常用药物以2%—10%（中草药常为20%—100%）的浓度为佳。因此，在应用过程中药物必须新鲜，日久或变质者均不宜使用。行抗菌素导入时，宜用非极化电极。方法：第一层接触皮肤者放药垫，第二层放水垫，第三层放5%葡萄糖衬垫，第四层放水垫，第五层放电极板。某些有过敏性反应的药物如青霉素等，在导人前应做皮肤过敏试验。

腧穴电离子透入治疗的适应症相当广泛，各科皆可应用。例如：各种神经痛，末梢神经炎，神经症，自主神经功能紊乱，溃疡病，慢性关节炎，手术后肠粘连，慢性前列腺炎，慢性盆腔炎，过敏性鼻炎，慢性中耳炎，角膜斑翳，眼底出血等。

腧穴磁疗法

腧穴磁疗法，是利用磁性材料作用腧穴以治疗疾病的方法。古代已有外敷治疗之说。从60年代开始即把比天然磁石磁性强许多倍的铁氧体磁片贴敷在腧穴上以治疗疾病。从1975年起使用磁疗仪器。由于它具有治疗无痛苦，适应范围广，简便易行，安全有效等优点，因此日益受到重视。到目前为止，应用于内、外、耳鼻喉、皮肤等科几十种疾病的治疗，且获得了较为满意的效果。

磁性材料，一般由钡铁氧体、锶铁氧体、铝镍钴永磁合金、铈钴铜永磁合金、钐钴永磁合金等制成。磁场强度为0.03—0.3特［斯拉］（300—3 000高斯）。一般分大、中、小三种型号，大号直径30毫米以上，中号为10—30毫米，小号在10毫米以下（图1）。磁疗器常用者有：①旋转磁疗机：是由一只微型电动机带动磁片，在穴位上旋照，使人体产生脉动或交变磁场的器械。电机负载后转速要求每分钟1 500转以上。每台机上有2—4块磁片，磁片磁强在0.3特（3 000高斯）以上。磁片同名极排列产生脉动磁场；异名极排列时产生交变磁场。该机工作时磁头表面磁强约为0.1特（1 000高斯）。②交流电磁铁：是由不同形状的硅钢片铁芯和绕在它上面的线圈构

成。线圈中经过调压器输入交流电源，以此控制交变磁强。因治疗中有振动和发热，故有按摩和热敷的作用。③磁电按摩器：是在原电按摩器软橡皮垫上嵌 2—4 块磁强为 0.3 特(3 000 高斯)的永磁体，改装而成的磁疗器。工作时产生脉冲磁场和机械按摩作用。④摩擦式磁疗器：是在雨刷器刷头上装数块磁片改装而成。由于磁片较脆，应防止碰击或火烧以免退磁。磁疗器具多易发热或磨损，应间隙使用。每次 15—20 分钟，停 5—10 分后再继续使用为宜。每次用过宜用清水洗，酒精消毒以备再用。

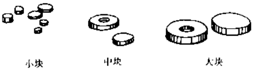


图 1 磁 片

治疗时根据作用方式分：①静磁治疗：即将不同磁强的永磁材料，制成不同规格的磁片，用粘膏或布、皮革、塑料，将磁片贴敷在腧穴上，可分单置法、对置法，并置法(图 2)。或将 0.15 特(1 500 高斯)以上的磁片贴敷后，通以脉冲电流，形成"磁电法"。②动磁治疗：使磁场移动或交变的方法。其中有对穴旋照与对穴按摩两种，每次 15—20 分钟。③综合治疗：静磁与动磁疗法相结合，以及用埋针加磁法，体内埋磁法，磁椅等治疗方法。一般每日 1 次，10 次为 1 个疗程，有效者可连续治疗 2—3 疗程。

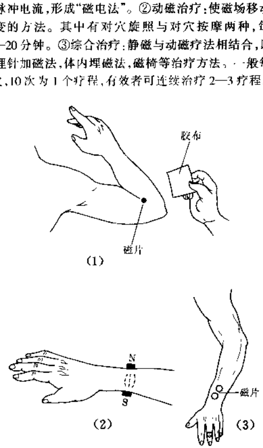


图 2 磁片贴敷法

(1) 单置法 (2) 对置法 (3) 并置法

在应用过程中，四肢躯体穴位或肿痛处，磁强宜大。心脏和头部磁强宜小。先用弱磁场，后用强磁场，常用磁强为 0.03—0.2 特(500—2 000 高斯)。为了加强磁场作用，使磁力线穿透更深，在耳郭和肢体可以采取异名极对称贴敷。两磁片相邻并列贴敷时，以同名极并置贴敷为宜，可防止磁力线短路，以增强疗效。

一般多用治疗急性扭挫伤，单纯性腹泻，急慢性肠炎，风湿性关节炎，支气管哮喘，高血压，神经性头痛，月经不调，心绞痛，皮肤瘙痒症，静脉曲张，遗尿等。

针灸临床辨证

针灸临床辨证，是运用望、闻、问、切四诊和经络诊断手段，在八纲辨证和脏腑经络辨证等理论指导下，对疾病的性质和病位等作出正确的判断，为针灸治疗提供依据。针灸临床辨证虽与药物治疗的辨证基本相同，但也有它独特之处。第一，辨证的侧重点不同。如感冒，一般着重于辨别表寒、表热，施以辛温或辛凉解表；而针灸临床还要辨别疾病所属经脉脏腑之虚实表现，分别采用不同经穴及不同手法治疗。第二，针灸临床还可运用特殊的经络诊断法，配合四诊进行辨证。

辨证是论治的基础，辨证之正确与否，直接关系到治疗措施是否得当，疗效是否满意。故恰当地掌握辨证手段和方法，具有十分重要的临床意义。

四诊应用 望、闻、问、切四诊，在针灸临床辨证中相当重要。

望诊 即观察患者全身和局部情况以诊断疾病的一种方法。包括望神色、望形体、望舌、望排泄物等几个方面。如病人神采奕奕，动作敏捷，表示正气充沛；而精神委靡，动作迟钝，语言无力，则表示正气已衰。病人面赤多属热证；面色苍白多属虚寒；面色萎黄多属脾胃气虚；面色青多属痛证、寒证。形体消瘦者多为阴虚；肥胖者多为痰湿；抽搐、痉挛者多为肝风。舌质红苔黄者多热；舌质紫多瘀血；舌质淡苔白者多寒。大便燥结，小便黄赤多为实热；小便清长，大便稀溏多为虚寒。痰带黄色属热；痰清白色属寒。

闻诊 即运用听觉、嗅觉以诊断疾病的一种方法，包括听声音、闻气味两个方面。如语音宏亮有力者多为实证；语音低微者多为虚证。呼吸气粗喘促者多为肺热里实；呼吸微弱少气者多为肺虚。呃逆连声有力者多为实热；呃声断续轻微者多为虚寒。口臭者为肺胃有热；口酸臭者多为停食。大便恶臭者为肠中积热，小便或白带臭秽而浑浊稠粘者多为湿热。

问诊 即询问患者或其亲属以诊断疾病的一种方法。在四诊中最为常见、内容甚多，应抓住重点深入询问。如问寒热，应注意是表寒还是里寒，是表热还是里热，是寒热往来还是午后潮热等。如有出汗情况，应注意是自汗还是盗汗，自汗多属阳虚气虚，盗汗多属阴虚；汗出不止，四肢厥冷为亡阳。问头身痛，应注意痛的具体部

位:如头项痛属太阳经病,头顶痛属厥阴经病,偏头痛属少阳经病,头额痛多属阳明经病;腰痛在两侧者属膀胱经病,在腰脊者是督脉病;手背痛者属手三阳经病,手掌痛者属手三阴经病,桡侧痛者为手阳明和手太阴经病,尺侧痛者为手太阳和手少阴经疾病。问耳聋,如是暴者多实,久聋者多虚,聋而哑者多发于幼年热病之后,另外还要注意有无残余听力等。问既往史,要问明以往曾患过什么病,经过何种治疗,有什么嗜好等。育龄妇女患者,须问经带或怀孕情况。还有问二便,问饮食等。

切诊 即利用触觉以诊断疾病的一种方法,包括以手在病人体表切、按、触等以了解病情。《灵枢·九针十二原》指出:"凡将用针,必先诊脉,视气之剧易乃可以治也。"说明切脉在针灸临床辨证中是很重要的。一般来说脉浮者病在表,浮而紧者为表寒,浮而数者为表热。脉沉者为病在里,沉迟者为里寒,沉数者为里热。脉迟者为寒,迟而无力者为虚寒。脉数者为热,数而有力者为实热。滑脉多属邪盛或妇女怀孕。涩脉多属血少精伤。弦脉多见于肝胆火旺。紧脉多见于剧痛或受寒。洪脉多见于炽热。细脉多见于气血不足。其次是用手触按患者的体表,了解是否发热,患者对触觉的反应如何,腹部有无痞块以及腹痛的部位等。

以上是四诊辨证的概况,临床应注意四诊合参,并与经络诊断法结合应用,以求对疾病作出正确的判断。决不能只根据其中某一种诊法而片面地作出结论,以免导致治疗的失误。

经络诊断应用 经络诊断之临床应用,主要有以下几种:

经穴压诊 即按压腧穴进行诊断的方法。凡在经穴上出现压痛过敏、反应异常,或有结节、条索状物等,均可帮助诊断疾病属于哪一经脉脏腑。常用的有俞募穴压诊法。如上述阳性反应出现于肺俞或中府穴,表示可能为肺脏的疾病;在肝俞或期门出现,表示可能为肝脏的疾病等。此外,压诊也可在原穴、郄穴、合穴、夹脊穴等处进行,其方法和意义,同俞募穴压诊法。

经穴电测定 即用经穴测定仪在体表测定穴位的导电量以进行诊断的一种方法。一般在耳穴、郄穴、背俞穴、原穴上进行。根据其导电量的高低,判断何经受病以及各经气血的盛衰。如左右同一腧穴导电量高低悬殊,相差超过一倍者,即提示该经可能有了病变;其偏高数值表示病情属实,其偏低数值则表示病情属虚。

知热感度测定 即以线香点燃或用其他热原刺激十二井穴或背俞穴以诊断疾病的一种方法。用此法测定人体腧穴对热刺激的感受度,比较左右差,分析各经气血盛衰。刺激时间长而数值高才出现痛觉者,一般可能属虚;反之可能属实;两侧均高或均低者,则提示左右经可能俱虚或俱实。

八纲辨证 用阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八纲分析临床证候,称为八纲辨证。

阴阳 阴阳是八纲中的总纲。临床可将所有疾病都概括为阴阳两个方面。如表证、热证、实证属阳;里证、寒证、虚证属阴。伤寒热病之在太阳、少阳、阳明者多属阳;在太阴、少阴、厥阴者多属阴。凡面色红赤,身热喜凉,舌质红苔黄,语音高亢,大便干结,小便黄赤,腹痛拒按,脉象洪数等属阳证;面色苍白,形寒畏冷,舌质淡苔白,语音低微,大便稀溏,小便清长,腹胀痛喜按,脉象迟而无力者属阴证。

表里 是鉴别疾病在内在外及病邪深浅的两个辨证纲领。发热恶寒,头痛肢痛,鼻塞,脉浮者为表证;壮热潮热,神昏口渴,胸腹疼痛,便秘溺赤,脉沉者为里证;寒热往来,胸胁苦满,口苦咽干,脉弦者为半表半里证。

寒热 是鉴别疾病属性的两个纲领。凡面色苍白,身寒肢冷,大便溏泻,小便清长,不渴,或喜热饮,舌苔白,脉迟等为寒证;面色赤,发热潮热,烦躁,神昏谵语,大便秘结,小便黄赤,渴喜冷饮,舌苔黄燥,脉数等为热证。还有寒热错杂,寒热真假,也须细辨。

虚实 是辨别疾病正邪盛衰的两大纲领。虚证指正气不足,可见少气,自汗盗汗,肢冷,体质瘦弱,精神委靡,脉细等证,实证多指邪气盛,有痰多,腹胀胸满,吞酸嗳腐,腹痛拒按,便秘,脉洪有力等证。临床尤须辨别各脏腑经络的虚证和实证。

脏腑经络辨证 运用脏腑经络理论进行辨证,在针灸临床中占有相当重要位置。

肺脏病与肺经病的辨证 肺脏病有虚实两大证。肺虚证,主要表现为肺阴亏损和肺气不足;前者多见干咳少痰,咳唾不爽,痰中带血,午后潮热,两颧泛红,盗汗,口干咽燥,音哑,脉细数,舌质红等;后者则多见咳嗽气短,痰液清稀,形寒自汗,倦怠懒言,面色皖白,脉象虚弱,舌淡苔白等。肺实证,主要有三种类型:一为外感风寒,肺卫之气失宣,多见恶寒发热,头痛,骨节酸楚,无汗,鼻塞,流涕,咳嗽而痰涎稀薄,易于咳出,脉浮紧,舌苔薄白;一为热邪蕴肺,肺失清肃,多见咳嗽痰粘,气息喘促,胸痛胸闷,身热口渴,或鼻渊,鼻衄,喉痹,舌干红而苔黄,脉数;一为痰浊阻肺,影响肺气的清肃,致咳嗽气喘,喉中痰鸣,痰稠量多,胸胁满痛,倚息不得卧等。

肺经病,因风寒湿邪痹阻经脉,可致臑臂内侧前缘痛;如热邪上冲咽喉,可见咽喉红肿疼痛。

大肠腑病与大肠经病的辨证 大肠腑病,寒证多因外受寒邪或内伤生冷,腹痛肠鸣,大便泄泻,喜暖畏寒,脉迟,舌淡苔白滑。大肠热证为邪热侵于大肠,肛门热痛,大便臭秽,或时下鲜血,或下痢赤白,或热毒蕴结成痈,腹痛拒按,可伴见腿屈而不能伸直,脉多滑数,舌质红而苔黄。大肠虚证,多久泻久痢,大便不禁,肛门滑脱,脉象细弱,舌淡苔薄。大肠实证,多积滞内停,邪壅大肠,见大便秘结,下利不爽,里急后重,腹痛拒按,苔厚,脉沉实有力。

大肠经病,属寒的多系风寒湿邪痹阻经脉;属热的多系阳明之火,循经上冲,见齿龈肿痛,颈肿口臭,脉洪滑而

数，舌红苔黄等症。

脾脏病与脾经病的辨证 脾脏病虚证，因运化失常，水谷精微无以输布全身，多见面色萎黄，少气懒言，乏力消瘦等。如脾阳不振，更有腹满便溏，四肢欠温，足跗浮肿，脉象濡弱，舌淡苔白等证。实证，多由湿滞交阻，见大腹胀满，或疼痛；或湿热蕴蒸，见肤黄溺赤；或湿阻而脾气不运，见脘闷，腹满，大小便不利等。寒证，由脾阳不振，水湿不化，致阴寒偏胜，或由过食生冷而致，见腹痛隐隐，泄泻绵绵，或完谷不化，小便清，四肢清冷，舌淡苔白，脉沉迟。热证，如湿热熏蒸，见脘痞，身重，口腻而粘，不思饮食，泛吐涎沫，小便短少而黄，脉濡数，苔黄腻。

脾经病，因脾经连舌本散舌下，故脾经病可以出现舌本痛、舌本强；又因脾经分布于下肢内前侧，故脾经气滞血瘀，可出现股膝内侧肿痛。

胃腑病与胃经病的辨证 胃腑病虚证，偏于受纳失常，常见胸脘微痞，纳谷不馨，时嗳气，气馁乏力，唇舌淡红，脉弱等。实证，一为胃火炽甚，见消谷善饥，口渴欲饮；一为食滞留阻，见脘腹胀闷，甚则疼痛拒按，舌苔白滑，脉沉迟。热证，多见身热，口渴，喜冷恶热；如胃热上逆，可见食入即吐；如下移大肠，可见大便燥结，脉洪有力，苔黄厚而燥。

胃经病，如胃热随阳明经上窜，可见颈肿、喉痹，齿痛龈肿，甚则腐烂出血，脉洪苔黄；如风寒湿邪侵犯下肢阳明经脉，可致下肢外前侧疼痛。

心脏病与心经病的辨证 心脏病之虚证，如属心阳不足，可见心悸不宁，恐惧，气短，气喘，脉微弱，舌淡白；如属心阴虚损，亦有心悸一症，但有虚烦不安，少寐多梦，掌心发热，健忘盗汗，舌质淡红或舌尖干赤少苔，脉细数等。实证，表现心火上炎及痰火蒙蔽心窍，见口舌生疮，木舌重舌，咽痛口苦，口渴嗌干，小便赤少，甚至吐血，衄血，神昏谵语，脉数，舌赤或干裂，苔黄，脉洪滑数等。

心经病，风寒湿邪外袭，使经气痹阻，可见腋臑臂内后廉痛和痠重等症。

小肠腑病与小肠经病的辨证 小肠腑病之虚寒证，泌别失职，腹痛喜按，小便短少，肠鸣泄泻，脉迟，苔薄白等证；实热症，有口舌生疮，心烦口渴，小便赤涩或带血，茎中痛，脉数，舌边尖赤。

小肠经病，常见颈、项、肩、臑、臂、肘外后缘疼痛酸重等。

肾脏病与肾经病的辨证 肾脏病之阳虚证，见阳痿早泄，溲多遗溺，腰脊酸楚，足膝无力，头昏耳鸣，面白畏寒，脉弱舌淡等症。肾不纳气证，见气短喘逆，呼吸不续，动则尤甚，自汗懒言，头晕畏寒，两足逆冷，脉弱或浮而无力等。阳虚水泛证，见周身浮肿，肤冷，下肢尤甚，按之如泥，陷而不起，大便溏泄，脉沉迟无力，舌苔润滑等症。阴虚证，常见形体瘦弱，头昏耳鸣，少寐健忘，多梦遗精，口干咽燥，或时有潮热，腰脚酸软，或咳嗽，痰中带血，脉细数，舌红少苔等。

肾经病，风寒湿外邪侵于肾经，则见下肢本经分布处酸重冷痛或痿弱，足不任地等症。

膀胱腑病与膀胱经病的辨证 膀胱腑病之虚寒证，见小便频数，或遗尿、脉弱，苔滑等。实热证，见小便短涩不利，黄赤浑浊，或尿闭不通，淋沥不畅，兼挟脓血砂石，茎中热痛，少腹急胀，脉数实，舌赤苔黄等。

膀胱经病，外邪侵于本经，可见项、背、腰、尻、腘、腨等本经分布处酸重疼痛。

心包脏病与心包经病的辨证 心包病变与心病略同。因心包为心之宫城，能护卫心脏，故凡病邪内传入心，诸如温邪逆传，痰火内闭等，多是心包代其受邪。由于心包代心行令，故邪入心包，主要表现为神志方面的病证，如神昏、谵语、癫狂等为其主证。至于心包经的病变，凡邪犯手厥阴之经脉，可在其分布处出现肿痛等症。

三焦腑病与三焦经病的辨证 三焦腑病虚者多由肾气不足而致三焦气化不行，水湿内停，见肌肤肿胀，腹中胀满，气逆肤冷，或遗尿，小便失禁，脉沉细而弱，苔多白滑等。实者多由湿热蕴结于里，致三焦化气行水功能失职，水液潴留引起，见身热气逆，肌肤肿胀，小便不通，脉滑数，舌红苔黄等症。

三焦经病，因风寒湿邪者，多见其经脉循行处酸痛等证；如因热邪上冲，或七情抑郁而致经气闭阻，则可见耳暴聋，耳鸣响，按之不减，目锐眦痛，颊肿，喉痛，腋肿，瘰疬，胁痛，身热咽干，脉数，舌红苔黄薄等症。

肝脏病与肝经病的辨证 肝脏病实证，主要包括以下三种类型：一为肝气郁结型，见胁肋痛或走窜不定，胸闷不舒，气逆干呕，或吐酸，腹痛，泄泻等症；一为肝火亢盛型，多因气郁化火，见头目胀痛，或巅顶痛，两目晕眩，或目赤肿痛，心烦不寐，脉弦有力，苔黄舌红等；一为肝风内动型，见猝然昏倒，不省人事，四肢抽搐，角弓反张或口㖞，半身不遂，语言蹇涩等。虚证，每见头目昏眩，两目干涩或雀目，耳鸣声响低弱，按之轻减，肢体麻木或振颤瞤动，或现咽干，少寐，多梦，脉弦细数，舌红少津等症。

肝经病，主要为疝痛，可见睾丸偏坠，胀痛引少腹，脉沉弦而迟，舌苔白薄，因外受寒邪凝滞经络引起。

胆腑病与胆经病的辨证 胆腑病之实证，见头痛目赤，口苦，耳聋，耳鸣，胁痛，呕吐苦水，脉弦数，舌红起刺等证。虚证，见胆怯，易惊善恐，夜寐不安，视物模糊，脉细弱，苔白滑。

胆经病，可见该经分布处出现疼痛等证，系感受外邪所致。

针灸治则

针灸治则，是针灸治疗规律性的概括，也是针灸临床必须遵守的基本原则。

补虚与泻实 针灸补虚泻实的治则来源于《黄帝内经》。《灵枢·九针十二原》说："凡用针者，虚者实之，满则

泄之,菀陈则除之,邪盛则虚之。"《灵枢·经脉》也说:"盛则泄之,虚则补之……陷下则灸之。"

在针灸学中,虚实的概念有多方面的含义,除人体有虚实,病证有虚实外,还有针补为实,泻为虚;针下得气为实,气去为虚。《类经》卷十九云:"用针之道,以气为主,知虚知实,方可无误。虚则脉虚,而为痒,为麻;实则脉实,而为肿,为痛。虚则补之,气至则实;实则泻之,气去则虚。"这里明确指出了针下也有虚实之分。

补虚　是指虚证宜用补法,"虚则实之","虚则补之",即是此意。虚证多由禀赋不足,久病不愈等所致,表现为脉虚,痒麻诸证;或久泻久痢,瘫痪萎废,每伴身倦懒言,头昏少气,脉象细弱等。其阳气虚的,可用灸法以振奋人体的气化功能,起到扶正作用;偏于阴虚的,则用毫针补法以促进真阴的恢复。"陷下则灸之",是指脏腑经络之气虚陷,失其固摄之权,如阳气暴脱(汗出不止,肢冷脉微,气息奄奄)、脱肛、子宫脱垂和肌肉萎缩等症,都宜用灸;前者尤需大艾炷重灸,以扶阳固脱。

泻实　是指实证宜用泻法;"满则泄之","邪盛则虚之",亦即泄意。实证多由邪盛,表现为脉实、肿痛诸症。其风热外受,痰火内盛,壮热,谵语等阳盛症,应用毫针泻法;凡风寒外袭,寒湿凝聚,脏腑经络之气运行失畅,恶寒,疼痛,水肿,痰饮等阴盛症,应在毫针泻法的同时使用灸法,以祛除阴邪。"菀陈则除之",是指脉络瘀滞,如屈扭筋脉,热毒蕴结而致局部肿痛;或感受秽浊,邪热入营而致闭厥等,宜用三棱针刺去其血,以奏去瘀、定痛、解毒、启闭之功。

此外,虚实相兼,应补泻并施。如脾虚生痰,可先补后泻,或先泻后补;肝木克土,肝强脾弱,可泻肝补脾;阴虚火旺,可补足少阴,泻有关阳经穴等。对虚实表现不太明显的,可用平针法或轻补轻泻法。

清热与温寒　这一原则是从《素问·五常政大论》"治热以寒"和"治寒以热"而来。

清热　是指热性病宜用清法治疗;温寒,是指寒性病宜用温法施治。历来虽有清法宜针而温法宜补之说,但实际不论寒热均可用针,而热证却一般不灸。如高热,口渴引饮,吐泻物浑浊热臭,溲黄,舌红苔黄,脉象洪数的实热证,当以毫针行泻法,或用透天凉手法,或三棱针刺出血,以清邪热。如午后低热,盗汗,咽干口燥,舌红少津,脉象细数的虚热证,当以毫针酌情补泻;如肾阴虚而肝阳亢者,则补刺足少阴经穴,泻刺足厥经穴,以养阴清热。如喜暖畏寒,四肢蜷缩,吐泻物清冷少臭,舌淡苔白,脉迟的寒证,当施以毫针留针,或烧山火手法,着重运用灸法或拔火罐等。此外,热证用灸,并非绝对禁忌。如痈疽疮疡之属热者,虽症见发热口渴,也可在局部施灸,以引拔热毒,而一般偏热患疾,又可灸涌泉或其他下肢腧穴,以引热下行。

临床相对地说,热证多实,寒证多虚,所以补与温、泻与清往往联合应用。

治标与治本　标本的含义是相对的,由于应用场合不同而各异。以脏腑经络来说,则脏腑为本,经络为标。以正邪来说,则正气为本,邪气为标。以病因与症状来说,则病因为本,症状为标。以发病之先后来说,则先病为本,后病为标。以疾病部位来说,则病在内为本,在外为标。以疾病新旧来说,则旧病为本,新病为标。其中除穴位标本有特定含义外(见"十二经标本"条),标本理论在临床的应用,主要是借以划分主次先后和轻重缓急的,以便从众多矛盾中理出头绪来,分别对待之。

一般说,治疗必求其本;本病得除,标病也随之而解。以受寒发热为例,病因寒邪是本,症状发热为标,治以散寒退热,取足太阳经和手太阴经穴针灸并施,寒散而热自退。

在治疗过程中,又有"急则治其标,缓则治其本"的原则,是指标病严重危急,需先治其标,后治其本。如久病肾虚、腰酸,命门火衰,致气化不及州都,膀胱传送无力而为尿闭者,当先治标,待小便通畅,再益肾温阳以治其本。

当然,治本是根本之法;治标乃权宜之计、应急措施,是为治本创造条件,最终目的仍是为治本打下基础。

另外,在治疗原则上,对病情较轻者,可用标本兼顾法,双管齐下。如先病脾虚中寒,脘痛纳少便溏,继则湿邪内侵,影响肠腑泌别清浊功能而病泄泻,可温中健脾加祛湿止泻,以达标本同治的效果。

同病异治与异病同治　即相同的病用不同的方法治疗,不同的病用相同的方法施治。

同病之所以要异治,是由于同一病证,病因、性质、病位不同以及病人的体质,治疗的时机不同,故不能用同一方法治疗。如同属慢性泄泻,由脾气虚弱,运化失司引起,则选用脾胃经穴针灸并施,以健脾温中;因肝郁气滞引起,则兼用肝经穴以泻肝理气;如属肾虚的五更泻,则用补肾法,取足少阴经腧穴用灸以温补肾阳。又如同一疾病,有的患者施轻刺激即有重的反应,有的患者施重刺激只有轻的针感,这就要根据机体的反应性来确定不同的针刺手法。再如同属一种疾病,由于治疗时机有早晚,治疗方法当然也就有差别。同病异治,实际是体现了具体情况要具体分析、具体对待的治疗原则。这充分体现了针灸治病的灵活性。

异病之所以要同治,是由于不同疾病,有着相同的病机,故治疗原则与方法就有共同之处。如脱肛、久泻、子宫脱垂、胃下垂等病,虽病种不同,但都属气虚下陷者,均应灸百会、中脘和气海等以升提中气。

针灸处方

针灸处方,是针灸临床治疗的具体实施方案。包括腧穴的选择,疗法的选择,操作术式的选择,治疗时机的选择四大要素。

腧穴的选择　确定腧穴,必先确定选穴依据。一是理论依据,要求符合脏腑经络理论;一是实践依据,要求

符合多数临床经验。

以脏腑经络理论为指导的选穴法是病变属何脏腑经络，即选用与之相关的经穴治疗。例如病在肺可选用手太阴经穴尺泽和与之表里经的手阳明大肠经穴合谷。又如病在肝，有胁痛、目眩、口苦、脉弦等症，可选用肝经的太冲和胆经的阳陵泉。

按经络理论，还可以按经取穴，即上下肢同名经穴互用。如隋杨上云："手太阴，阳明之上有病，宜疗足太阴、阳明"；"足太阴、阳明之下有病，宜疗手太阴、阳明"（《黄帝内经太素》）。也可同时选接经穴，如喉痹之选手足阳明经的合谷、内庭，胁痛之选手足少阳经的支沟、阳陵泉等。

按实践经验为依据，选用多数人公认的有效腧穴。如卒然昏仆，不省人事，选十宣、人中。气虚下陷，中气不足选气海。小儿疳积，选四缝。

晋代陈延之《小品方》云："师述曰：孔穴去病有远近也。头病即灸头穴，四肢病即灸四肢穴，心腹背胁亦然，……此为近道法也。远道灸法，头病皆灸手臂穴，心腹病皆灸胫足穴，左病乃灸右，右病皆灸左。"这里明确指出了针灸选穴法有近部选穴与远部选穴的不同。

所谓近部选穴，是根据病变处所，选用其局部或邻近部腧穴。如胆病选期门、胆俞、中脘；耳聋选耳门、翳风、下关；痢疾选天枢、气海、中脘；目疾选睛明、承泣、太阳等。阿是穴也属近部选穴。

所谓远部选穴，是指在距病所较远处选穴。《素问·五常政大论》说："病在上，取之下；病在下，取之上；病在中，旁取之。"《灵枢·始终》也说："病在上者下取之，病在下者高取之，病在头者取之足，病在腰者取之腘。"还有《素问》以左治右，以右治左的"缪刺"、"巨刺"等，均属这个范围。上病下取，如头痛属厥阴经者取太冲；属阳明经者取合谷、内庭等。下病上取，如脱肛、久泻选百会；腰脊疼痛选人中等。左病右取，如左半身不遂，取右侧之肩髃、曲池、风市、阳陵泉等。右病左取，如右侧腰腿痛，取左侧之肾俞、环跳、髀关、绝骨等。中病旁取，如白带之取带脉，胸闷之取内关等。

远近选穴中，有的是根据脏腑经络理论，有的是根据实践经验。还有一些特殊的选穴法，如五输穴、下合穴、交会穴、八会穴、郄穴等特定穴的应用。这是以经络理论为指导的。肝病实者泻行间，虚者补曲泉，是五输穴中的泻子补母法。膀胱病，选委中，是选其本经的下合穴。热病选大椎是因此穴为六阳经之交会穴。血分病选膈俞，则是源于八会穴的"血会膈俞"之说。心痛剧痛选郄门，是郄穴理论的具体运用。

在针灸处方中，虽有时只用一个穴位，类似方剂学中的单方，但多数还是包括几个腧穴的组合配伍而成。主要的配穴法有如下几种：

远近配穴法 是把远部选穴与近部选穴结合起来的方法。此法临床最为常用，也最为重要。如偏头痛选风池、外关、绝骨；胆石症选日月、支沟、阳陵泉；心绞痛选心俞、内关、神门；急性肠炎选天枢、合谷、足三里；痛经选中极、承山、三阴交；腰痛选肾俞、委中等。

俞募配穴法 选用各脏腑背俞穴和募穴配伍的方法。由于背俞穴分布于人体的后面而募穴分布于前面，故又称前后配穴法。如肝病选肝俞、期门，小肠病选小肠俞、关元等。有时只用其中一穴；一般是脏病多用背俞、腑病多用募穴。这正是《难经》所说的"阴病引阳、阳病引阴"法。

原络配穴法 是将原穴与络穴配伍的方法，亦称主客配穴法；即取本经的原穴为主，以其表里经的络穴为客。如心包病选该经原穴大陵为主，又选三焦经的络穴外关为客。

交经八穴配穴法 是根据奇经八脉与十二经脉交会理论，选其二穴为一组的配穴法。如冲脉的公孙与阴维脉的内关配伍治疗心病和胃病。带脉的足临泣与阳维脉的外关配伍治目外眦，耳后、肩、颈和颊部疾病等。

每一处方的用穴数量不定。多数认为以3—5穴为宜。有时只需用1—2个腧穴即可。必要时还可用8—9个穴位，甚至更多。这些均取决于临床经验，取决于疾病和患者的具体情况。

疗法的选择 具体疗法的选择是构成针灸处方的第二个要素。合理选用不同疗法，最大限度地发挥各种疗法的作用，是针灸处方时必须注意的问题。《灵枢·官针》曰："九针之宜，各有所为，长短粗细，各有所施也，不得其用，病勿能移。"目前，疗法种类繁多，已大大超越了九针范围，正确选用就显得更为必要。

各种针灸疗法及腧穴刺激疗法的选择，主要根据各自的适应范围而定。毫针疗法的用途广，经验也丰富，故许多疾病均可选用。灸疗法，一般认为适用于阴盛阳虚证，故寒证列为首选。它如头针疗法治脑血管病后遗证；火针疗法治瘰疬；温针疗法治风寒湿痹；梅花针疗法治皮肤病；挑刺疗法治疗痔疾；埋线疗法治溃疡病；穴位结扎疗法治较重的小儿麻痹症；化脓灸法治久病哮喘；温和灸法治疗胎位不正等；均有较好的效果，被看成是主要的或首选的。但这也不是绝对的，如火针治疗瘰疬固然有效，然而决不意味着火针只能治瘰疬病，瘰疬就是火针唯一适应证。瘰疬用截根疗法，疗效也相当好。

其次，还有根据临床需要而选用不同疗法。如需久留针者，选用埋针疗法；需放血者，采用刺络疗法；需浅刺者，选用皮肤针疗法；病人畏痛者可选用腧穴激光照射疗法和磁疗法，如此等等。

疗法，也有配伍问题。不少疾病，需要几种疗法结合起来使之发挥协同作用，以增强疗效。如脑血管病后遗症，除用头针疗法之外，还可配合电针疗法。又如痔疾，除用挑刺疗法外，还可配合毫针刺二白穴。溃疡病，可将耳针疗法，腧穴注射疗法，灸疗法等配合起来使用。

操作术式的选择 定操作术式，是针灸处方的第三个要素。其重要性正如元代杜思敬辑的《济生拔萃·针经

摘英集》中所说："其病并依穴针灸，或有不愈者何？答曰：一则不中穴，刺之不及其分；二则……；三则虽及其分，气不至出针；四则虽气至，不明补泻。故其病成。"这里说明，针灸临床不仅要重视选穴，也要注意选择针刺的深度、角度、得气、补泻等操作技术。

各种疗法的操作术式十分复杂。如毫针法常用的就有补泻和深浅等等之分。如何选定，根据明确的辨证，从具体病情出发提出具体要求。例如，要使针下有较强的针感，则要选用重刺激法。要针下出现热感或凉感，宜采用烧山火或透天凉手法。对于一些变化迅速易于恶化的急性病，如急腹症、破伤风、休克等，需要采取久留针和间歇行针法。对于需要"气至病所"的患者，也应在处方中提出明确的操作要求。

灸疗法中有艾炷灸、艾卷灸、着肤灸、隔物灸、化脓灸等多种。在艾炷灸中，也有补法与泻法之分。在艾卷灸中又有温和灸、雀啄灸和熨热灸等不同。病程较长而病情较重者，多选用着肤灸、化脓灸；病程较短而病情较轻者，多选用隔物灸、温和灸。

电针疗法中有刺激参数的选择。埋线疗法中，有用套管注线法和穴位结扎法两种，也要根据具体情况加以选择。

有些患者，只需选用某种单一的操作术式即可；但多数病人，需要几种操作术式兼施。虚实夹杂的患者，往往要补泻并用，在某些腧穴上施以补法，而另一些腧穴上则施以泻法，以期达到既补虚又泻实的目的。

治疗时机的选择 选治疗时机，是针灸处方的第四个要素。《灵枢·卫气行》："谨候其时，病可与期；失时反候者，百病不治"。这里指出了掌握针灸治疗时机的重要性。《素问·刺疟》更对针治疟疾，提出了"先其发时如食顷而刺之"的具体要求。直到今天，这个原则也没有变，得到了实践的验证。

虽然多数疾病施用针灸疗法，没有特殊严格的时间要求，但对某些病的治疗，是有一定的时间的限制的。例如失眠症，一般是在睡觉前不太长的时间内施术。痛经，最好在月经来潮前几天开始针灸，每日 1 次，直到月经过去为止。女性不孕症，最好也是在排卵期前后几天连续针灸。一些呈周期性发作的疾病，如能在发作前给予针灸，往往能取得较好疗效。一些急性危重病，如胃穿孔、中毒性休克、流行性脑脊髓膜炎等，必须抓住有利时机，每日进行几次针刺，促使早日全愈，防止病情的进一步恶化。按时取穴法，也是与治疗时机有关(见"按时取穴法"条)。

以上是针灸处方的四大要素。还有疗程和治疗间隔时间等，也是处方时必须考虑到的问题。如慢性病，久治不愈者，需要疗程较长，一般每日或隔日施术 1 次，10—12 次为 1 疗程，中间休息 3—5 天，再行第二疗程。某些急性病，疗程较短，一般经数次治疗即可结束，可每日施术 2—3 次，以求迅速收效。

治疗间隔时间，还要根据所选的疗法而定，如用埋针疗法，针挑疗法，刺络放血较多者，一般可 1 周左右治疗 1 次，而埋线疗法，由于羊肠线在体内吸收有一个过程，则以间隔 2 周左右重复 1 次为宜。

按时取穴法

按时取穴法，是按照时辰进行选穴治疗的一种针灸取穴方法。其学术思想来源于《内经》，具体方法则形成于宋金元时代。应用按时取穴法进行治疗时，除一般针灸原则外，须遵循按时选穴的原则。按时取穴法中的时间单位为时辰(一个时辰为两小时)，且以干支纪日纪时，选穴前首先应推算出日干支和时干支。

日干支按公历计算。以每月一日的干支(表1)为基

表1 1994—2010年每月1日干支

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1月1日	丁亥	壬辰	丁酉	癸卯	戊申	癸丑	戊午	甲子	己巳	甲戌	己卯	乙酉	庚寅	乙未	庚子	丙午	辛亥
2月1日	戊午	癸亥	戊辰	甲戌	己卯	甲申	己丑	乙未	庚子	乙巳	庚戌	丙辰	辛酉	丙寅	辛未	丁丑	壬午
3月1日	丙戌	辛卯	丁酉	壬寅	丁未	壬子	戊午	癸亥	戊辰	癸酉	己卯	甲申	己丑	甲午	庚子	乙巳	庚戌
4月1日	丁巳	壬戌	戊辰	癸酉	戊寅	癸未	己丑	甲午	己亥	甲辰	庚戌	乙卯	庚申	乙丑	辛未	丙子	辛巳
5月1日	丁亥	壬辰	戊戌	癸卯	戊申	癸丑	己未	甲子	己巳	甲戌	庚辰	乙酉	庚寅	乙未	辛丑	丙午	辛亥
6月1日	戊午	癸亥	己巳	甲戌	己卯	甲申	庚寅	乙未	庚子	乙巳	辛亥	丙辰	辛酉	丙寅	壬申	丁丑	壬午
7月1日	戊子	癸巳	己亥	甲辰	己酉	甲寅	庚申	乙丑	庚午	乙亥	辛巳	丙戌	辛卯	丙申	壬寅	丁未	壬子
8月1日	己未	甲子	庚午	乙亥	庚辰	乙酉	辛卯	丙申	辛丑	丙午	壬子	丁巳	壬戌	丁卯	癸酉	戊寅	癸未
9月1日	庚寅	乙未	辛丑	丙午	辛亥	丙辰	壬戌	丁卯	壬申	丁丑	癸卯	戊子	癸巳	戊戌	甲辰	己酉	甲寅
10月1日	庚申	乙丑	辛未	丙子	辛巳	丙戌	壬辰	丁酉	壬寅	丁未	癸丑	戊午	癸亥	戊辰	甲戌	己卯	甲申
11月1日	辛卯	丙申	壬寅	丁未	壬子	丁巳	癸亥	戊辰	癸酉	戊寅	甲申	己丑	甲午	己亥	乙巳	庚戌	乙卯
12月1日	辛酉	丙寅	壬申	丁丑	壬午	丁亥	癸巳	戊戌	癸卯	戊申	甲寅	己未	甲子	己巳	乙亥	庚辰	乙酉

础，按干支在其周期中的序数（表2）依次推算，即可得出所求的当日干支。再以日干为基础，在换算表（表3）上

表2 干支周期序数

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
甲子	乙丑	丙寅	丁卯	戊辰	己巳	庚午	辛未	壬申	癸酉
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
甲戌	乙亥	丙子	丁丑	戊寅	己卯	庚辰	辛巳	壬午	癸未
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
甲申	乙酉	丙戌	丁亥	戊子	己丑	庚寅	辛卯	壬辰	癸巳
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
甲午	乙未	丙申	丁酉	戊戌	己亥	庚子	辛丑	壬寅	癸卯
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
甲辰	乙巳	丙午	丁未	戊申	己酉	庚戌	辛亥	壬子	癸丑
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
甲寅	乙卯	丙辰	丁巳	戊午	己未	庚申	辛酉	壬戌	癸亥

表3 从日干查时干支的换算

时 \ 日干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
子（23—1时）	甲子	丙子	戊子	庚子	壬子	甲子	丙子	戊子	庚子	壬子
丑（1—3时）	乙丑	丁丑	己丑	辛丑	癸丑	乙丑	丁丑	己丑	辛丑	癸丑
寅（3—5时）	丙寅	戊寅	庚寅	壬寅	甲寅	丙寅	戊寅	庚寅	壬寅	甲寅
卯（5—7时）	丁卯	己卯	辛卯	癸卯	乙卯	丁卯	己卯	辛卯	癸卯	乙卯
辰（7—9时）	戊辰	庚辰	壬辰	甲辰	丙辰	戊辰	庚辰	壬辰	甲辰	丙辰
巳（9—11时）	己巳	辛巳	癸巳	乙巳	丁巳	己巳	辛巳	癸巳	乙巳	丁巳
午（11—13时）	庚午	壬午	甲午	丙午	戊午	庚午	壬午	甲午	丙午	戊午
未（13—15时）	辛未	癸未	乙未	丁未	己未	辛未	癸未	乙未	丁未	己未
申（15—17时）	壬申	甲申	丙申	戊申	庚申	壬申	甲申	丙申	戊申	庚申
酉（17—19时）	癸酉	乙酉	丁酉	己酉	辛酉	癸酉	乙酉	丁酉	己酉	辛酉
戌（19—21时）	甲戌	丙戌	戊戌	庚戌	壬戌	甲戌	丙戌	戊戌	庚戌	壬戌
亥（21—23时）	乙亥	丁亥	己亥	辛亥	癸亥	乙亥	丁亥	己亥	辛亥	癸亥

可直接查出当日的时干支，换算时要采用当地时间（地方时），而不用标准时间（区时）。根据当地的经度，可将标准时间（区时）换算成当地时间（地方时）。在中国区域内的换算公式为：

地方时 = 北京时间 + 4分钟 ×（当地经度 − 120）

根据所取腧穴的不同，按时取穴法可分为两类：①按时辰取十二经五输穴和原穴者称子午流注取穴法。其中按日时的天干属性取穴且以一个时辰为取穴的时间单位，10天轮遍五输穴和原穴者称为纳甲法；按日时的天干属性取穴且以24分钟为取穴的时间单位，每天轮遍上述腧穴者称为养子时刻注穴法；按时辰的地支属性取穴，每天轮遍十二经脉者称为纳子法。②按时辰取交经八穴者称奇经纳卦配穴法。其中按九宫数取交经八穴者称为灵龟八法；按时干取交经八穴者称为飞腾八法。

应用针灸按时取穴法进行治疗时，必须遵循中医治疗的基本原则，特别是辨证论治原则。在临证应用时有两种方法：一种是定时治疗，即首先辨别患者为何经何病，当取何穴，然后候时取穴；一种是按时取穴与辨证选穴相结合，即首先取当时的开穴，然后再根据病情配以辨证的腧穴。总之，按时取穴法必须在辨证论治的基础上来应用。

子午流注纳甲法

子午流注纳甲法，是按日时的天干属性取十二经的五输穴和原穴，且以一个时辰为取穴的时间单位，10天轮遍上述腧穴的一种按时取穴法。本法出自《子午流注针经》，但现在沿用的方法则来自《针灸大全》，其中纳穴法和癸日闭穴等处已异于《子午流注针经》，可能为明代徐凤所修改。其取穴原则是：阳日阳时开阳经腧穴，阴日阴时开阴经腧穴。子午流注纳甲法的取穴运算周期为10天（120个时辰），其中60个时辰为主穴开穴时辰（不包括客穴开穴时辰），共开72个穴次（不包括客穴），60个时辰为主穴闭穴时辰。

子午流注纳甲法在推算具体开穴时需遵循一定的规则，包括：①按“阳进阴退”的规则推算井穴的开穴时辰。②按相生关系，即“经生经、穴生穴”的规则推算每天开井穴后几个开穴时辰应取的腧穴。③按“日干重见”的规律推算三焦经和心包经五输穴的开穴。④按“返本还原”的规律推算原穴的开穴。在临证治疗时，为了能迅速选出具体开穴，可背诵《针灸大全》中《子午流注逐日按时定穴歌》。

在闭穴时辰内如遇急诊且必须进行治疗时，可采用“合日互用”的方法。在日干中，甲与己互为合日，乙与庚互为合日，丙与辛互为合日，丁与壬互为合日，戊与癸互为合日。合日间可以互用，例如甲日的乙亥时为闭穴，遇急诊时可借己日乙亥时所开的中封穴进行针灸。这种正常所开的腧穴称主穴，合日互用所开的腧穴称客穴。

子午流注纳甲法取穴法

时	日									
	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
子 (23—1时)		前谷		三间 腕骨		阳辅		足三里		关冲
丑 (1—3时)	行间		太门 太冲		复溜		少海		曲泽	
寅 (3—5时)		陷谷 丘墟		昆仑		小海		天井	至阴	
卯 (5—7时)	神门 太溪 大陵		经渠		曲泉		间使	少商		
辰 (7—9时)		阳溪		阳陵泉		支沟	商阳		侠溪	
巳 (9—11时)	商丘		阴谷		大陵	隐白		然谷		
午 (11—13时)		委中		中渚	历兑		通谷		后溪 京骨 阳池	
未 (13—15时)	尺泽		劳宫	少冲		鱼际		太冲 太渊		
申 (15—17时)		液门	少泽		二间		临泣 合谷		解溪	
酉 (17—19时)	中冲	大敦		大都		太溪 太白		灵道		
戌 (19—21时)	窍阴		内庭		束骨 冲阳		阳谷		曲池	
亥 (21—23时)		少府		太渊 神门		中封		阴陵泉		涌泉

新中国成立以来，本法在临床应用上有较大发展，也相应出现了一些简便的取穴推算法，如指掌推算法、环周图、取穴表、推算尺、心算法、开穴钟和电子计算技术的应用等。

子午流注养子时刻取穴法

子午流注养子时刻注穴法，是按日、时的天干属性取十二经的五输穴和原穴，且以24分钟为取穴的时间单位，每天轮遍上述腧穴的一种按时取穴法，其配穴周期为10天。简称“养子时刻注穴法”，也称“一时五穴法”或“一日取六十六穴之法”，首见于《子午流注针经》。

养子时刻注穴法的开穴原则和方法是：①本法以十二经气血环流为理论基础。在1天中轮遍十二经的五腧穴和原穴。66穴中，6个阳经原穴为过经之所，不单独占开穴时间，所以每隔24分钟开一个穴。开穴原则是，阳时开阳经穴，阴时开阴经穴。②每天的时辰以时干为标示，以时干所代表的经脉为值日经，例如诸甲时（己日甲申时除外）为胆经值时等。在每个时辰中，首先开值时经的井穴，以后按“养子”关系，即“经生经、穴生穴”的顺序依次开穴。例如甲时，首先开值时经（胆经）的井穴窍阴，其次开小肠经（胆木生小肠火）的荥穴（阳井金生阳荥水）前谷，以下类推。本开穴法中无闭穴。③每时的阳经俞穴开穴时间，同时并过值时经的原穴（逢阴经值时，因阴经的俞穴就是原穴，所以无需另外过原）。④相合规则是指时的相合，即甲与己合、乙与庚合、丙与辛合……等。例如，因甲时与己时相合，所以在甲时内也同时开己时的隐白、鱼际、太溪、中封、少海等穴作为配穴。⑤纳穴法是指凡遇次日阳干重见时，纳三交经五腧穴（包括原穴），而不按上述规则开穴；凡遇次日阴干重见时，纳心包经五腧穴，而不按上述规则开穴。例如，庚日己卯时，因时干己与前一日的日干己重见，故纳心包经五腧穴。如次日中有两个阳干或阴干重见，则只取前一个时干纳穴。

由于本法按时干开穴，并存在纳穴规则，所以养子时刻注穴法的配穴周期是10天而不是1天。10天中每个时辰的值时经或纳穴经见表1，各经值时期的具体开穴以及纳穴时辰的具体开穴见表2。

表1　养子时刻注穴法的一个配穴周期

时	日									
	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
子	胆值	小值	胃值	大值	膀值	胆值	小值	胃值	大值	焦纳
丑	肝值	心值	脾值	肺值	肾值	肝值	心值	脾值	包纳	肾值
寅	小值	胃值	大值	膀值	胆值	小值	胃值	焦纳	膀值	胆值
卯	心值	脾值	肺值	肾值	肝值	心值	包纳	肺值	肾值	肝值
辰	胃值	大值	膀值	胆值	小值	焦纳	大值	膀值	胆值	小值
巳	脾值	肺值	肾值	肝值	包纳	脾值	肺值	肾值	肝值	心值
午	大值	膀值	胆值	焦纳	胃值	大值	膀值	胆值	小值	胃值
未	肺值	肾值	包纳	心值	脾值	肺值	肾值	肝值	心值	脾值
申	膀值	焦纳	小值	胃值	大值	膀值	胆值	小值	胃值	大值
酉	包纳	肝值	心值	脾值	肺值	肾值	肝值	心值	脾值	肺值
戌	胆值	小值	胃值	大值	膀值	胆值	小值	胃值	大值	膀值
亥	肝值	心值	脾值	肺值	肾值	肝值	心值	脾值	肺值	肾值

注：表中“值”指某经值时，“纳”指阳时纳三焦经、阴时纳心包经。

表 2 各经值时期间(分)及纳穴时辰的开穴

时干	值时经或纳时经	0—24 井 开穴	0—24 井 合穴	24—48 荥 开穴	24—48 荥 合穴	48—72 输(过原) 开穴	48—72 输(过原) 合穴	72—96 经 开穴	72—96 经 合穴	96—120 合 开穴	96—120 合 合穴
诸日甲时(乙日甲申时除外)	胆值	窍阴	隐白	前谷	鱼际	陷谷 丘墟	太溪	阳溪	中封	委中	少海
诸日乙时(丙日乙未时除外)	肝值	大敦	商阳	少府	通谷	太白	临泣 合谷	经渠	阳谷	阴谷	足三里
诸日丙时(丁日丙午时除外)	小肠值	少泽	少商	内庭	然谷	三间 腕骨	太冲	昆仑	灵道	阳陵泉	阴陵泉
诸日丁时(戊日丁巳时除外)	心值	少冲	至阴	大都	侠溪	太渊	后溪 京骨	复溜	解溪	曲泉	曲池
诸日戊时(己日戊辰时除外)	胃值	厉兑	涌泉	二间	行间	束骨 冲阳	神门	阳辅	商丘	小海	尺泽
诸日己时(庚日己卯时除外)	脾值	隐白	窍阴	鱼际	前谷	太溪	陷谷 丘墟	中封	阳溪	少海	委中
诸日庚时(辛日庚寅时除外)	大肠值	商阳	大敦	通谷	少府	临泣 合谷	太白	阳谷	经渠	足三里	阴谷
诸日辛时(壬日辛丑时除外)	肺值	少商	少泽	然谷	内庭	太冲	三间 腕骨	灵道	昆仑	阴陵泉	阳陵泉
诸日壬时(癸日壬子时除外)	膀胱值	至阴	少冲	侠溪	大都	后溪 京骨	太渊	解溪	复溜	曲池	曲泉
诸日癸时(甲日癸酉时除外)	肾值	涌泉	厉兑	行间	二间	神门	束骨 冲阳	商丘	阳辅	尺泽	小海
乙日甲申时 丁日丙午时 己日戊辰时 辛日庚寅时 癸日壬子时	三焦纳时	关冲		液门		中渚 阳池		支沟		天井	
甲日癸酉时 丙日乙未时 戊日丁巳时 庚日己卯时 壬日辛丑时	心包纳时	中冲		劳宫		大陵		间使		曲泽	

子午流注纳子法

子午流注纳子法，是按时辰的地支属性取十二经五输穴，每天轮遍十二经脉的一种按时取穴法。其推算规则是以气血流注至各脏腑经脉的时辰为基础，所以配穴运算周期为 1 天。常用的方法是子母补泻取穴法，本法强调辨证取穴的原则。实证时，在气血流注至病经的时辰，取病经的子穴进行针灸；虚证时，在气血流过病经的时辰，取病经的母穴进行针灸；虚实不显著的病证或补泻时辰已过，则取病经的本穴或原穴进行针灸。十二经病证的具体子母补泻取穴见表。

十二经病证的子母补泻取穴表

脏腑经脉	气血流注时辰	实证(泻法) 候时	实证(泻法) 取穴	虚证(补法) 候时	虚证(补法) 取穴	虚实不显著证 本穴	虚实不显著证 原穴
肺	寅	寅	尺泽	卯	太渊	经渠	太渊
大肠	卯	卯	二间	辰	曲池	商阳	合谷
胃	辰	辰	厉兑	巳	解溪	足三里	冲阳
脾	巳	巳	商丘	午	大都	太白	太白
心	午	午	神门	未	少冲	少府	神门
小肠	未	未	小海	申	后溪	阳谷	腕骨
膀胱	申	申	束骨	酉	至阴	通谷	京骨
肾	酉	酉	涌泉	戌	复溜	阴谷	太溪
包络	戌	戌	大陵	亥	中冲	劳宫	大陵
三焦	亥	亥	天井	子	中渚	支沟	阳池
胆	子	子	阳辅	丑	侠溪	临泣	丘墟
肝	丑	丑	行间	寅	曲泉	大敦	太冲

灵龟八法

灵龟八法是根据九宫数取交经八穴的一种按时取穴法，其取穴运算周期为 60 天。九宫数是由针灸当时的日

干、日支、时干和时支等四个代表数值换算出来的。方法是：将四个代表数值相加，得一和数，阳日将此和数被九除；阴日将此和数被六除，所得的余数（不是商数）就是九宫数。如果恰能除尽，则阳日的九宫数是九，阴日的九宫数是六。日时干支的代表数值见表1。

表1　灵龟八法日时干支的代表数值

代表数值	10	9	8	7	6	5	4
日天干	甲、己	乙、庚	丁、壬	丙、戊、辛、癸			
日地支	丑、辰、未、戌	申、酉	寅、卯	子、巳、午、亥			
时天干		甲、己	乙、庚	丙、辛	丁、壬	戊、癸	
时地支		子、午	丑、未	寅、申	卯、酉	辰、戌	巳、亥

例如，推算乙丑日壬午时开穴的方法是：将日干（乙=9）、日支（丑=10）、时干（壬=6）、时支（午=9）的四个代表数值相加，得34，乙日为阴日，用6除34，得商数为5，余数为4，这个余数4就是九宫数。根据九宫、八卦与八穴间的配属关系（表2），九宫数4所代表的卦数为巽，代表的腧穴是临泣，所以乙丑日壬午时的开穴为临泣。

表2　九宫、八卦与八穴间的配属关系

八卦	乾	坎	艮	震	巽	离	坤	兑
九宫	六	一	八	三	四	九	二 五	七
八穴	公孙	申脉	内关	外关	临泣	列缺	照海	后溪

飞腾八法

本法名称首见于元代王国瑞的《扁鹊神应针灸玉龙经》，但和目前所沿用的《针灸大全》中的"飞腾八法歌"等开穴方法已有差异。飞腾八法是按时辰的天干属性取交经八穴的一种按时取穴法，其取穴运算周期为5天。本取穴法中时干、交经八穴及其与八卦间的配属关系如表（《针灸大全》中的"飞腾八法歌"）。例如欲求某日丙时应开何穴，查表即可知丙时开八卦属艮的内关穴。

飞腾八法中时干、八卦与八穴间的配属关系表

时干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
八卦	乾	坤	艮	兑	坎	离	震	巽	乾	坤
开穴	公孙	申脉	内关	照海	临泣	列缺	外关	后溪	公孙	申脉

针刺麻醉

针刺麻醉，是在中医学针刺镇痛的理论和实践基础上，将针刺入经穴，经过一定的诱导时间，使人体产生一系列调整作用，以适应各种手术的麻醉方法，是中国独创的新的麻醉方法，是针灸学与麻醉学相结合的产物。针刺麻醉常简称为"针麻"。

几千年来中国积累了针灸治疗各种痛证的丰富经验。17世纪初，《寿世保元》记载：防止艾灸烧灼痛，预先"以手指紧罩其穴处，更以铁物压之即止。"17世纪末，又有了用药物与针刺相结合使人麻醉的事例。新中国成立后，应用针灸治疗外科手术后并发症，缓解伤口疼痛，减少术后感染，收到了良好效果。在这个基础上，逐步发展为针刺麻醉。1958年以后，中国更为广泛地开展了针刺麻醉的临床和原理的研究，获得了许多新的进展。1971年以后，针刺麻醉流传到国外，不少国家相继在临床上试用，取得初步成功。从此针刺麻醉就成为世界范围内的一大研究课题。这一课题既涉及到临床问题，包括针灸治疗学和外科学，也涉及到基础理论问题，包括中医基础理论和现代生理学、生物化学、形态学、药理学等。针刺麻醉的研究对于这些学科的发展也将会有很大的促进。

针刺麻醉的类型　目前临床中经常使用的有两种类型：

（1）单一针刺麻醉：在这里，是指应用单一的方法刺激穴位，如针刺或电极板、激光、指压、穴位注射等。

（2）针刺复合麻醉：应用针刺麻醉为主，同时配合另一种药物麻醉方法，称为针刺复合麻醉。例如针刺－硬膜外复合麻醉以及针刺－气体吸入复合麻醉等。

其次，还可以按所取腧穴所在的部位不同或穴位刺激方法不同等进行不同的分类。如按取穴所在部位不同可分为体针麻醉、耳针麻醉、头针麻醉、唇针麻醉或面针麻醉等。如按穴位刺激方法不同可分为手法针刺麻醉、电针麻醉、穴位注射麻醉、指压麻醉或激光穴位麻醉等。

针刺麻醉的特点　有三：①不用或少用麻醉药物。②通过针刺经络穴位，疏通经脉，调虚实，激发机体的调整功能以达到镇痛目的。病人始终处于清醒状态。③个体差异大。针刺麻醉与常用药物麻醉相比，特别是同全身性药物麻醉和半身药物麻醉相比，显示出特殊的优越性。首先是无用量过大而引起麻醉意外或过敏现象，安全度大，扩大了手术适应范围，使药物过敏者或体衰年迈、肝肾功能欠佳的病人也可得到及时的手术治疗；其次是病人对疼痛感觉迟钝，而对其他功能无影响，可充分发挥针刺对机体的调整作用，使术中病人的生理功能相对稳定，呼吸、脉率和血压等保持在正常范围；病人能主动配合医生施行手术，有利于保证手术质量；术后病人可较早进食、排气和下床活动，有助于早日康复；术后创口感染机会少，愈合快，并发症少，刀口疼痛轻。

针刺麻醉临床效果个体差异大，目前尚难以准确预料其效果；部分病例常因镇痛不全、肌肉松弛不充分等影响效果，甚或失败。

针刺麻醉适应证　针刺麻醉安全度较大，副作用较

小，适应证较广泛，个体差异显著，手术难易程度不同，镇痛效果相差甚殊。为保证病人顺利地在针麻下完成手术治疗，规定以下适应范围：①对麻醉药物过敏者。②肝肾肺功能不良，病情危重，休克和年迈体衰等不能耐受麻醉药物者。③病情诊断明确，无需广泛探查者。④愿意接受针麻，耐痛能力较好且不过度肥胖者。⑤有接受针刺并能发挥针刺调整作用条件者。为了更有把握起见，术前可进行针麻效果预测（见"针刺麻醉镇痛效果术前预测"条）。

针刺麻醉禁忌证 ①凡针刺治疗中被视为禁忌者。②惧怕针刺，术前预测针刺效应欠佳者。③精神神经系统的某些病证，如痴呆、精神分裂症、躁狂抑郁性精神病以及神经系统毁坏性疾病者。④诊断不明需做术中广泛探查者。⑤病灶局部广泛粘连，手术复杂者。⑥顾虑重重，经反覆解释仍不能解除高度精神紧张者。

针刺麻醉手术原则 针麻手术技术仍应遵循在保证手术效果的前提下，尽量减少刺激和创伤的原则。针麻下病人是清醒的，故要求手术操作稳而准，动作明确轻快，讨论病情时注意对病人产生不良影响，对病人要和蔼亲切。从兴起针刺麻醉以来，各种不同手术操作技巧有许多改进，手术器械也随之有所革新，但决不允许舍弃手术治疗原则而去迁就针麻的不足之处。如，应该探查的，为了减少针麻下病人可能出现的疼痛而不去探查，或贪图省事片面追求速度不合理地简化手术步骤，乃至于手术操作粗暴等。因为这些作法会给病人造成无穷后患，是十分错误的；它既违背手术治疗原则，也违反针刺麻醉的根本目的。

针刺麻醉在特殊情况下的应用 针麻的应用范围逐渐扩展，除在中国普及外，已在世界其他几十个国家成功地应用了针麻。中国高原海拔 3 000 米地区，也成功地使用了针麻实行腹部的一些手术。据报告，在高原地区应用脊髓麻醉，由于氧分压低，缺氧，术中容易发生血压下降，术后头痛并发症较多。针麻就不会出现这些情况，而且恢复快，进食早。在高原地区，用针麻还做了断肢再植手术、烧伤削痂取皮植皮手术、麻风病矫形外科手术和战伤外科的二期手术等。

针刺麻醉作用原理研究

单独应用针刺或针刺结合少量麻醉药就可以满足外科手术麻醉的需要，就目前来看主要是借助于针刺在机体上的镇痛效应；此外还包括针刺的抗休克效应和抗感染效应，以及促进组织加速修复效应等在内。正是由于针刺的这些效应才可能产生一定的"麻醉"效果，也即使病人能够在清醒状态下基本无痛地接受外科手术治疗，并有别于其他药物麻醉方法而具有其本身的特点。

针刺对于机体的影响是多方面的，并受许多内外因素的影响。例如，针刺的部位、刺激的强度、机体的功能状态、配穴和施术时间的不同以及病人心理活动等，对针麻效果均有一定影响。这就构成了针刺麻醉作用原理的复杂性。

麻醉的主要问题是解决病人因外科创伤而产生的疼痛；而疼痛的产生和消失等生理过程是目前还在研究的课题，对其了解甚寡。研究疼痛过程涉及到形态、生理、生物化学、病理、药理和心理等多种学科。这就意味着针刺麻醉作用原理，是一个多学科的重大的研究课题。

针刺麻醉是在针刺镇痛的基础上发生和发展起来的，而经络学说与经穴－脏腑相关学说又是针灸学的中医理论基础，所以针刺麻醉作用原理还需在中医理论基础的指导下应用现代科学的方法进行研究。在阐明针刺麻醉作用原理的过程中，还需对经络学说和经穴－脏腑相关学说，加以理解和阐明。因此，针刺麻醉作用原理的研究是一个长期的、艰巨的任务，全面地、完善地阐明针刺麻醉作用原理为时尚早。下面只能就针刺麻醉过程中几种主要针刺效应的产生，也即针刺的镇痛、抗休克、抗炎以及促进组织修复等效应原理略加阐述。

针刺镇痛效应 针刺镇痛效应是组成针刺麻醉作用的重要方面。针刺镇痛的基本规律是：①针刺腧穴可以普遍地提高机体痛阈和耐痛阈。②针刺镇痛效应有一定时间的潜伏期和后作用。③针刺不同腧穴对不同部位产生不同程度的镇痛效应。④针刺提高痛阈是有一定限度的。⑤针刺对痛阈的作用受多种因素的影响，如机体的功能状态，心理活动，年龄、性别、痛经验和针刺手法、强度、电刺激频率与波形，以及周围环境的温度、时间与季节等。例如，在人体上观察到针刺腧穴后，镇痛效应在 40 分钟左右达最高峰，平均较对照组数值提高 65%—95%。针刺一侧，对躯体两侧的对称点均有同样效果。停针后痛阈呈指数下降，其半衰期平均为 15.5 分钟。针刺一穴对全身各部位均有不同程度的镇痛效应。但在对比观察针刺 29 个穴位对全身 39 个测痛点的痛阈时发现，在 17 个阳经穴位中以针刺合谷的效果为最好，阳性点多少依次为背、腰、胸、腹部和上肢出现；在 12 个阴经穴位中，以针刺两侧公孙的镇痛效应为最好，其阳性点多出现在腹、胸、腋和背部。在不同的受试者中存在着明显的个体差异。

关于针刺产生镇痛效应的原理，国内应用电生理学、神经化学和形态学等现代方法对神经系统，特别是中枢部位进行了较多研究。一般认为，机体既然存在一个致痛体系，也就必然有一个抗痛的调制系统。针刺作为一种非特异性刺激可以激活它，通过它的功能活动调制着痛觉的产生和消失。这两个相互矛盾并相互制约着的系统重要物质基础是神经系统及其传导递质，以及通过神经系统控制着的内分泌系统。为此，中国科学家们通过各种疼痛的动物模型，采用现代实验技术，对针刺在机体影响致痛与抗痛这一对矛盾着的生理现象，作了广泛而深入的研究。

通过人体解剖与组织学观察针刺所涉及的形态结构

发现,针刺入机体后主要是触及神经及脉管的末梢装置,包括血管壁的神经装置、肌梭和各种类型的感受器。自此针刺激变成了针刺信号,即所谓"得气",产生穴位针感,包括医者手中的沉紧感。这种针刺信号的形成,依赖于神经系统机能和结构的完整性。

针刺信号开始通过相应的传入纤维,主要是不粗不细的Ⅱ、Ⅲ类纤维进入脊髓。利用插入微电极在脊髓水平上观察到:针刺信号和痛觉信号发生相互作用,一般是在脊颈束或者背角的 Rexed 第五层。

脊髓是加工和重新整合各种躯体感觉信号的初级场所。经过整合的信号分别沿着两条途径上行。一是丘系(背索、脊颈束及新脊丘束),另一是丘外系(旧脊丘束、脊网束、脊顶盖束及脊髓固有束)。根据实验分析认为,针刺感觉冲动进入脊髓后,经过前联合交叉到对侧,然后沿着外侧索,主要是前外侧索,也即丘外系向上传导。

电生理学的研究表明,在脑干中网状结构和中缝核群都是腧穴针刺效应的中枢通路。这些部位有关神经元的活动,一方面可以沿脊髓外侧索下行对背角痛觉信号产生下行性抑制,另一方面又可通过中央被盖束向上传导到中枢的较高部位。

中缝核群位于脑干正中线的狭长地区,纵连延脑、中脑,由大小不同的八个神经核团组成。它们的活动在镇痛、睡眠、体温调节和性行为中都很重要。针刺腧穴或压迫深部组织,能增强中缝核群中部分细胞的电活动。损毁这个核群的某些部分,能使针刺镇痛效应大为减弱,刺激中缝背核可引起邻近中脑中央灰质的镇痛现象。在大白鼠身上表现的针刺镇痛效果可与剂量为每千克体重10毫克的吗啡相当。刺激中缝背核,还可以抑制丘脑束旁核痛敏细胞对伤害性刺激的放电反应。针刺抑制束旁核"痛"放电的一个可能途径是由中脑中缝背核。用放射自显影术可看到中缝背核的一部分纤维投射到丘脑束旁核。

丘脑是感觉上升到意识之前的一个整合中枢。丘脑中和传递痛觉有关的神经元,主要位于内髓板核群,特别是束旁核和中央外侧核一带。用微电极在这个区域记录神经元放电,可以看到一种伤害性刺激引起特殊放电反应。它有四个特点:①长潜伏期。②长而持续的后放电。③对重复给予的伤害性刺激无适应现象。④能被吗啡一类镇痛药所抑制。除此之外,在中脑网状结构中也有类似的神经元。丘脑内侧核群及中脑网状结构内还有一种对伤害性刺激呈现自发放电减少反应的神经元,这可能是痛觉信号传递的另一种方式。

上述丘脑内痛觉信号活动,均可受到针刺腧穴或压迫跟腱的抑制。前已述及,针刺信号是通过巨细胞核上行的纤维,主要是到丘脑的中央中核,通过中央中核抑制束旁核放电。至于中央中核与束旁核之间的联系,有人推想,可能通过包括前脑在内的一个回路,并证实尾核在这一回路中占有重要地位。尾核头部背侧在电针合谷穴时可记录到诱发电位。尾核的活动具有明显的镇痛和缓解顽固性疼痛的作用。

边缘系统是情绪生理过程的主要高级中枢。痛会引起情绪反应,针刺镇痛也必然影响边缘系统活动,从而减少或消除痛的情绪反应,提高机体对痛刺激的耐受能力。并已证明,痛刺激可以改变其中一些神经元的电活动。针刺可减弱这种活动。针刺扣带回前部可明显增强针刺镇痛效应,而刺激扣带回后部则出现痛觉过敏。海马、丘脑下部的视前区、视上核、黑质致密部和隔区等也曾观察到电针本身的诱发反应或电针抑制效应。

针麻时,必然要发挥大脑皮层对全身主导及调节作用。痛刺激在大脑皮层,特别是体感区可出现一种潜伏期长达200毫秒左右的诱发电位,针刺可抑制这种诱发电位,并与主诉痛觉呈平行关系。如局部改变穴位的皮层投射区的功能状态,或针刺不同穴位,或用不同电针的电脉冲频率,针刺对伤害性刺激诱发皮层电位的影响,也有所不同。采用操作式条件反射时,在记录自发放电的实验中还看到前额皮层神经元也接受针刺的影响。这一结果提示,这个区域也可能参与构成针刺效应心理成分的生理基础。

上述神经系统中枢部分的活动,必然会引起各种神经递质的活动。神经中枢有些部位在针刺时,其递质释放量有的增加,活动增强,而另一些则减少,活动下降。这种变化与痛阈变化有密切关系。现已证实,针刺有促进脑内5-羟色胺含量增加和更新率提高的作用。利用电凝和化学切断剂等手段损毁脑内5-羟色胺能神经元,抑制脑内5-羟色胺的生物合成,阻断5-羟色胺的受体与之结合,均可使针刺镇痛效应减弱,甚至消失。利用丙磺舒、氨茶碱以及胰岛素等药物,或供给色氨酸和5-羟色胺酸来阻止5-羟色胺的降解或促进5-羟色胺的合成,则可以增强针刺的镇痛效果。

内源性鸦片样物质与鸦片受体在镇痛中的作用,是近年来的一大发现。针刺信号进入有关脑区后,可增强内源性鸦片样物质的活性,或激活内源性鸦片样物质能神经元释放内源性鸦片样物质,使脑内含量增高,从而出现镇痛效应。内源性鸦片样物质与5-羟色胺之间还存在着紧密的相互联系和功能上的相互代偿关系。新近还发现,长时间针刺产生耐受现象时,脑内还出现一种被称为抗鸦片样物质的活性物质,对抗针刺镇痛效应。

脑内乙酰胆碱也是加强针刺镇痛的一个重要物质。用推挽灌流和组织化学等方法研究证实,针刺镇痛时脑内乙酰胆碱明显增多。脑内促进乙酰胆碱合成的胆碱乙酰化酶和降解的胆碱酯酶,在针刺过程中其活性有明显变化,反映了乙酰胆碱功能活性的增加。

儿茶酚胺,包括多巴胺和去甲肾上腺素,都参与针刺镇痛机制,但不能肯定是拮抗作用还是协同作用。

神经递质中的P物质、组织胺、r-氨基丁酸、甘氨酸、谷氨酸、环磷腺苷、环磷鸟苷和徐缓激肽等也都参与

针刺镇痛效应。一些无机离子，如钾、钙、镁等，也与针刺镇痛效应有着密切关系。

针刺与疼痛过程中都涉及到内分泌系统活动。针刺调节内分泌系统的活性是肯定的。一些实验资料证实，丘脑下部－垂体－肾上腺体系的一些环节参与了针刺镇痛效应。

针刺抗休克效应 临床实践证实，针麻应用于外科手术，特别是用于危重和休克病人时，具有呼吸及心血管功能稳定，输血量小，使用升压药少，术后并发症少及康复快等特点。这是与针刺具有抗休克效应分不开的。应用动物形成的各种休克模型的研究证实，针刺对休克不仅有预防作用，还有治疗作用。如失血性休克，针刺组较不针刺组所需要的输血量小；在同样放血量的情况下，针刺组血压下降程度较对照组小；放血停止后，针刺组血压回升较快，也较高。针刺可使处于休克状态的动物血压逐渐回升并保持稳定，降低死亡率，延长死亡时间。针刺能增加肺通气量和最大通气量，降低耗氧量，消减房性和室性早搏，改善心率失常，改善左心功能和脑循环，改善心肌收缩力，使缺血性损伤范围缩小。

针刺上述效应，主要是通过神经系统和内分泌系统实现的。实验表明，在腧穴上给以一定强度和频率的电针刺激，沿着相应的传入神经把冲动传向中枢神经系统，引起比较弥散的中枢兴奋，脑干可能是针刺升压和抗休克效应的基本整合中枢，并受高级部位的控制，借自主神经系统及其神经递质和肾上腺素类的体液因素驱动效应器，产生抗休克效应。

针刺抗炎效应 针刺的抗感染作用已越来越受到人们的注意。感染虽不是麻醉的主要问题，但减少感染可使手术创伤早日修复，有利于机体功能恢复。加之针刺又有促使机体组织生长效应，这就构成针麻的另一特点。

针刺作为非特异性刺激，通过神经与神经体液的反射途径，使机体内各种特异性和非特异性的免疫能力有所提高。针刺既可使机体细胞性免疫能力增强，如白细胞特别是嗜中性白细胞增加和吞噬能力增强，也可使机体体液性免疫能力提高，如使血清中的凝集素、间接血细胞凝集素和沉降素等特异性抗炎效价提高，使血液中裂解素、杀菌素和调理素的生成量增加，使补体升高。针刺还可增强内分泌活动来影响机体的防卫功能。例如针刺使机体组织中具有防卫与营养作用的物质谷胱甘肽的含量升高。针刺对炎症三大病理过程均有影响。通过针刺改变血液和淋巴循环，减低血管通透性，加速炎症渗出物吸收，控制并缩小炎症坏死范围，加速肉芽组织的形成及瘢痕化过程，也有促进神经芽枝增长效应。所有这些，都有助于加强抗损伤过程，从而加速创伤的修复。

针刺复合麻醉

针刺复合麻醉，是应用针刺穴位为主，同时配合另一种麻醉药物的方法。在这里，药物麻醉作用居于次要地位，故用量要小；如相反，以药物麻醉为主，辅以针刺来调节病人生理功能者，就不属于针刺麻醉的范畴了。同样，针刺麻醉术前或术中加一些辅助性的非麻醉药物也不能称之为针刺复合麻醉。针刺复合麻醉的要求是：①保持针刺麻醉的特点。②麻醉药物使用的剂量比一般用量小，单独使用时不能满足手术的要求。③在同类手术中能够重复应用，有一定的临床规律性。

针刺复合麻醉有以下优点：①药物麻醉协同针刺麻醉的作用，有利于克服针麻之镇痛不全，针刺又延续了药物的镇痛效应。②减少麻醉药物用量，减轻药物的副作用，提高了麻醉的安全性。③借针刺的调整作用，可减轻麻醉药物对病人机体生理的干扰。④在某种程度上扩大了针麻的适应证。

临床上常用的针刺复合麻醉，有以下几种：

（1）针刺－硬膜外复合麻醉：也即针刺麻醉配合小剂量硬膜外麻醉。硬膜外穿刺部位可选择第八、九胸椎间隙，向头端插管 3 厘米留置。针刺诱导后 5 分钟先注入麻醉药物 5 毫升，又 15 分钟后开始手术。若镇痛不佳，可每隔 15 分钟追加 3 毫升药物，直到效果满意为止，借以保证手术得以顺利进行。麻醉药物通常选用赛罗卡因(2%)或赛罗卡因与丁卡因的混合剂。这种针麻方法多用于胃部手术。

（2）针刺－气体复合麻醉：也即针刺麻醉配合小剂量气体麻醉。其操作是：先进行针刺诱导，然后给氧化亚氮和氧气各 50%容量混合气体；穴位刺激可连续数小时以上。此法常用于体外循环心内直视手术，可使其痛觉减弱维持较久，减少麻醉药物用量，术中术后病人循环系统的功能保持相对稳定，其他各种生理功能也很少受到抑制，有利于病人术后的恢复。使用这种麻醉方法，术后极少使用镇痛剂。

（3）针刺－氯胺酮复合麻醉：也即针刺麻醉配合小剂量的氯胺酮麻醉，常用于胸、腹部手术和复杂性战伤手术，有利于在某些手术刺激较强步骤里缓解或避免疼痛。用这一方法，在多数情况下每次加氯胺酮为每千克体重 0.5 毫克左右。

（4）针刺－局麻药复合麻醉：也即针刺麻醉配合小剂量局麻药物麻醉，常用于颅脑、五官、颈、胸、腹和四肢等部位的手术。局麻药物的使用多在镇痛不全时或手术刺激较强时。

（5）针刺－硫贲妥钠复合麻醉：也即针刺麻醉配合小剂量硫贲妥钠麻醉，主要用于儿科手术。由于小儿常不能很好合作，可先行肌肉注射硫贲妥钠每千克体重 15—25 毫克作为基础麻醉，再给以针刺进行常规的针刺麻醉。

针刺麻醉镇痛效果术前预测

针麻的镇痛效果有明显的个体差异。术前对其进行

预测,有利于选择病例,提高针麻效果。针刺麻醉镇痛效果术前预测,常简称为"术前预测"。

术前预测不仅可以指导针麻临床实践,用科学方法选择适宜个体,提高麻醉效果,同时对进一步探索针麻镇痛原理也有一定意义。

机体在针麻下手术时所产生的一系列生理、生化和心理等变化,体现了针刺的调整作用;针刺使机体调整功能得到最大的发挥,麻醉效果就好,反之则差。

人体功能调整作用也存在很大的个体差异性。这种调整作用又与机体当时的功能状态有关。总之,这是一个极其复杂的问题,目前还有许多环节和影响因素未被认识。这就为术前针麻效果预测增添了不少困难。再加上针麻效果还受手术操作、麻醉条件和手术病灶的局部条件等因素的影响,使术前预测更加困难。目前针刺麻醉镇痛效果预测尚处于研究阶段;预测的实际符合率还有待于进一步提高。

术前预测的指标,大致可有以下五个方面:①皮肤感知觉指标,包括触觉阈、痛觉阈、耐痛阈和两点辨别阈等。②自主神经系统功能状态指标,包括皮肤温度测定、眼心反射试验、肾上腺素皮内试验、呼吸节律波、指端脉搏容积波、脉率、心率、皮肤电变化等。③体液指标,如血液中致痛物质钾离子、组织胺等和镇痛物质内啡素、缓激肽酶等针刺前后的变化。④心理学指标,包括精神状态、情绪、神经类型等。⑤中医辨证指标,如中医辨证分型、脉象、舌象和经络腧穴电特性等。

临床中常用的预测方法有:①单指标法,即仅采用某一单项指标。②多指标法,即采用多项指标做综合评定。多指标法在评定测得结果时多凭经验,准确性较差。近年来,还采用数学多变量统计分析法来处理多指标测定结果,进一步控制影响因素,可望提高术前预测的准确率。目前术前预测的符合率一般可达80%左右。

针刺麻醉术前准备

针刺麻醉术前准备,有以下几方面:

充分的诊断　术前负责医生对病人要作出客观的诊断,制定最佳治疗方案。对病人全身状态和病灶情况进行客观的充分估计与分析是选择针麻的一个重要依据。

术前应用目前医学技术所能提供的各种手段仍不能明确诊断,而又有必要进行的手术,或有可能进行广泛探查的手术,或有可能瞬间改变手术方案的手术,采用针麻是不稳妥的。因为针麻的调整功能不能完全应急,是有限的,遇到复杂情况常使手术不能顺利进行。一般要求术前诊断明确的程度,原则上是应当相当准确地估计到、诊断可能变动的最大范围。如术前诊断为"溃疡病";但溃疡的具体位置在胃窦,还是在十二指肠球部尚不十分明确。这类诊断的病例,选用针麻施行手术是可以的。如果病灶是在胆囊还是在阑尾,尚难以明确,这种情况,要施行探查性手术,不仅有可能涉及到两个脏器,而且切口也不易选择。对于这样病例,选用针麻显然是不适宜的。

选用针麻的病例,术前必须对其的病理生理情况充分估计。严重的肺功能代偿不良者,在针麻下开胸,胸腔负压变为正压会导致氧供给更加不足,加剧酸血症。这就要求在选用针麻前,必须做好充分的呼吸功能检查和评价。必要时,在麻醉中还要相应地采取某些措施,如面罩给氧或气管内插管辅助给氧等。当然,对于受术者的代谢和循环等功能,也不能忽视。

病灶局部条件也直接影响手术操作,从而影响针麻效果。如阑尾切除术,在外科领域里属于简单而常见的一种手术。当阑尾异位或粘连严重时,它可变成一种十分复杂的手术,就不适宜于选用针刺麻醉了。

解说工作　需要手术的病人选用针麻,要事先征询病人意见和对针麻进行一番必要的解释。因为针麻下手术,病人是清醒的,处于积极的心理活动状态;术前必要的解说工作有助于充分发挥病人的主观能动性和调整功能。

在征询病人意见时,除交待诊断、手术和针麻选择依据外,还要特别注意针对病人个体的特点,如精神状态、心理特点、性别、生活经历、职业和文化程度等。征询意见过程,也是对病人情况的了解过程。医生应力求与病人建立感情和信任,以消除病人术前的紧张、忧虑和不安等的心理状态。这也正是术前解说工作的主要目的之一。

术前预测　针麻镇痛效果之优劣,有赖于人体痛觉的调整功能及其个体的基本状况,如性别、年龄、疾病等;机体对针刺的反应和镇痛效果之间也有着密切关系。针刺反应又和针刺部位及其条件有关;不同穴位的不同刺激,对人体不同部位的影响也有所不同,针刺反应的时相特点和强度型式也不同。例如,头面和颈部的基础痛阈、耐痛阈均较高;基础痛阈随年龄增长而提高等等。诸如此类特点,在选择针麻病例时,不能不给以充分的考虑。

无论在人体方面还是在动物方面,实验表明,在穴位上施行针刺可使痛阈及耐痛阈得到不同程度的提高,而且其时间过程和空间范围均有一定规律性。如针刺人体合谷穴,可使痛阈提高60%—100%。从针刺到痛阈提高达高峰约40分钟。停针后,痛阈缓慢下降。这只是总的趋势;每个人又有自己的反应形式,如有人针刺后痛阈反而下降,即使是升高的又有缓升和急升之分。对照结果表明:针麻镇痛效果好的,与针后痛阈升高者所占比例相近;反之,针麻镇痛效果差的,与针后痛阈下降者所占比例相近。

据此,一般人认为,在手术前应用某些检测手段来了解病人个体情况及其功能状态,以此作为针麻术前预测,借以提高选择病例的科学性和针刺镇痛效果,是完全可能的,也是十分必要的(见"针刺麻醉镇痛效果术前预测"条)。

选择麻醉方法　经过术前预测及综合各方面条件分析,不难为病人制定一个较好的针麻方案。其中最主要

内容是选择什么样具体针麻方法的问题。当然，首先要考虑使用单一的针刺麻醉；单一针刺麻醉并不排斥适当辅以非麻醉性药物。如果估计使用单一针麻方法完成手术有困难，可以选择针刺复合麻醉。麻醉方法选择的恰当与否，直接关系到临床麻醉效果；所以说，这个问题作为针麻术前准备工作内容之一，应当给以足够的重视。

术前给药 是指针刺麻醉手术前投给某些辅助性药物而言。投给辅助药物的目的是辅佐针麻，有助于提高针麻效果，有助于保护病人的呼吸与循环功能。辅助用药是指非麻醉性药物，当然不是针麻的特殊需要；各种麻醉方法都可以应用辅助药物。

辅助药物用于麻醉，有的用于术前，也有的用于术中。这里指的是术前投给的辅助药物。用药的种类、剂量、途径和时间等，均应综合考虑病人的性别、年龄、体质、生理特点、病情、精神状态以及手术性质、手术进程等情况而给以恰当的选择(见"针刺麻醉辅助用药"条)。

针刺麻醉辅助用药

针刺麻醉辅助用药，是指针刺麻醉手术前和针刺麻醉手术中使用的某些非麻醉性药物说的；其目的在于辅佐针刺麻醉，有利于提高针刺麻醉的临床效果。

为了保证麻醉安全、顺利，增强麻醉效果，有利于手术的进行，在各种麻醉方法中，包括针刺麻醉，都需要应用某些适量药物辅助，这类药物在这种情况下就被称为"麻醉辅助用药"，一般用于手术前或术中。

术前、术中的辅助用药，要根据病人的具体情况而定。术前用药，还要根据病人的精神状态、体质、神经类型和应激性等作一估计。凡术前紧张恐惧的病人，应激性均高，两者呈正比关系；应激性越高则机体对氧的需要也越多，麻醉时也就易于缺氧。因此，术前应用某些镇静剂辅助是十分必要的。病人的性别、年龄、体质和疾病等情况的不同，对镇静剂的耐受也不同，在选用时要考虑。为了提高针刺麻醉的镇痛效果，也可用某些药物辅助。这些药物并非都是镇痛剂，也有一些非镇痛类药物，协同针刺镇痛，以提高针麻的镇痛效果，如地西泮(安定)等。

若病人病情复杂，术前除了应用一般性药物外，还可应用某些药物改善其病理状态，以利于手术进行。如高血压病人应用一定的降压药；心脏病人应用某些强心剂等。

使用辅助药物，首先必须对药物的药理知识有一个较全面的理解和熟悉。如药物通过什么样的途径投给；投给后多长时间效果最大；有些什么副作用和配伍禁忌等，都应该有所了解。只有这样才能把辅助用药用得合理，用得灵活，用得恰如其分。

术前辅助用药 常用的镇痛、镇静药物中有哌替啶(杜冷丁)、吗啡、异丙嗪(非那更)、苯巴比妥(鲁米那)、乙酰丙嗪(乙酰吗嗪)等。但氯丙嗪(冬眠灵)等，由于常可引起心悸和体位性低血压等，在针刺麻醉临床中已较少选用。此外，针刺麻醉中还选用某些非镇痛类药物，如氟哌利多(氟哌啶)、氟哌啶醇(氟哌丁苯)、地西泮等。在一些针麻手术中还常选用抗胆碱能药物，常用的有山莨菪碱(654-2)、阿托品、氢溴酸东莨菪碱等。

术中辅助用药 针刺麻醉手术中刺激较强的步骤，常辅以药效发挥快的镇痛药，如哌替啶、吗啡以及芬太尼和氟胺酮等。骨骼肌松弛药，在某些针麻手术中也用，如琥珀酰胆碱(司可林)、肌安松和汉肌松等。

一般情况下，由于针刺的调整作用，病人各系统功能较少发生激烈的波动；然而在有并发症的情况下，就应酌情选用一些适宜的药物，使之在针刺麻醉手术过程中始终保持生理功能的相对稳定。

针刺麻醉管理

针刺麻醉虽是安全度大的麻醉方法，但也存在术中对病人生理功能的监护和管理的必要性，不能麻痹大意。针麻和药麻一样，其临床效果的顺利与否，视其麻醉管理技术的熟练程度，视其观察是否细心和处理是否得当。应用现代的生理监护装置，则更有利于麻醉管理。

呼吸管理 主要目的是维持呼吸道通畅与保持足够呼吸交换量。针麻手术过程中，要密切观察呼吸频率和幅度的变化。在胸腔、腹腔、甲状腺和颈椎前入路的手术，都有可能直接或间接地影响气道的通气功能，更要注意观察。潜在性的呼吸交换量不足可导致乏氧和二氧化碳蓄积，易引起心跳骤停等意外。一旦发现病人有导致乏氧因素的存在，就应尽早消除掉，确保其安全无误。必要时，可考虑人工给氧。

循环管理 针麻手术过程中，在没有生理监护现代化设备的条件下，应每5—10分钟测定脉率和血压各一次。失血过多或手术时间过长，有效循环血容量不足，或过分牵拉内脏引起迷走神经反射、缺氧、心功能不良等均可引起血压和脉率的变化。手术创伤刺激过强或体位长期不变，也可引起心率之变化，乃至于心律发生改变。病人主观感觉不适，心绪烦躁，也可导致循环功能的改变，也应注意，及时处理。

消化系统管理 针麻手术中不应片面强调"不禁食"；不禁食的情况下，容易发生呃逆和误吸等意外。尤其消化道手术和颅脑手术时，这种意外发生的可能性就更大。可见，术前禁食有利术中对消化系统的管理，清除隐患，提高安全性。即使术前禁食，也仍有可能因牵拉内脏或药物等原因引起呕吐，要时刻保持警惕性，防止误吸。

水和电解质的补充 水和电解质的平衡是维持机体生理的重要环节。然而手术的创伤常使人体代谢、呼吸、循环和免疫等功能发生一定改变，从而或多或少地影响水和电解质的平衡。这一点必须充分估计到。补充液体的损失，以维持有效的循环血量是十分重要的。实践表

明,往往循环血量的及时恢复远较红细胞携氧量的恢复更为重要。因为循环血量及时恢复,循环动力障碍及时排除,心功能及血流速度恢复正常,红细胞携氧量不足的情况可以得到代偿。至于补液速度,要根据实际具体情况考虑。急性失血、大量呕吐或脱水严重者,应适当加快补液速度。反之,心肺肾功能不佳者应适当控制补液速度。

针刺穴位的管理　这是针麻手术所特有的,与药麻不同。针麻效果与穴位针感的维持有密切关系。无论手法运针或电针刺激,均应维持相应的针感;但也要尽可能地避免穴位疼痛或出血。如穴位针感消失或很弱,可用手法调整或不断调节电刺激参数。维持针感所需的刺激,应以适宜为度;或先弱后强,或强弱交替,或手术刺激较轻的某些步骤中可单纯留针。刺激强度、针感和针麻效果三者并非平行关系;超强刺激常降低针麻效果,甚至导致失败。手术无菌罩单常造成弯针、刺入过深、出血或疼痛等现象,要予以注意;必要时可设一支架,保护针具的有效状态。

针刺麻醉方法

针刺麻醉方法包括以下几方面:

选穴　是针麻操作中的重要环节之一。经络是气血运行的通路;腧穴是气血输注聚集于体表的部位。腧穴不仅占有特定的空间位置,还具有功能特性。不同部位腧穴,可有相同功能,如合谷和内庭均可止牙痛。不同部位腧穴也有不同的功能,如合谷能止牙痛,足三里能止腹痛。穴位和穴位刺激影响的脏腑器官不一定在空间位置上是相近的;如光明穴是眼科手术常用穴位之一,眼与光明穴有功能联系,但两者解剖位置却相隔遥远。腧穴局部常有压痛或放射性针感、低阻抗等特性。腧穴,又是体表与脏腑相关的部位,即所谓"脏腑在体表的反应点"。"五脏有疾也,应出十二原;十二原各有所出;明知其原,睹其应而知五脏之害矣。"(《灵枢·九针十二原》)内脏有病,也可选择与之相联系的腧穴进行治疗。如肾有病可在肾俞上进行针灸。当发生阑尾炎时,往往在阑尾穴处有压痛;取阑尾穴治疗,又多可收效。动物实验也证明了这一点。选穴前,必须对上述关于腧穴方面的知识有所认识;然后按如下原则考虑组合配方。

选穴原则:①循经选穴,即根据"经脉所过,主治所及"的原理,选取有关经脉的腧穴;这些经脉之循行是经过手术切口部位的,或与之靠近,并与手术所涉及的脏腑有关。②辨证选穴,即根据病人表现先进行辨证,然后选取和病有关经脉的腧穴;也可以根据手术中出现的症候来辨证选穴。③在邻近手术的部位选穴,即"以痛为腧"原理为根据,选用局部穴位。④经验选穴,即按他人经验或自己经验去选穴。⑤按神经节段原理选穴,即从神经解剖学角度考虑,选取和手术部位有关的神经节段支配领域里的腧穴。

穴位具有相对特异性。因此,即使同种手术也可能有多种穴位组合;同一穴位配方也可能用于多种不同手术。其效果相近似。

入针　针刺关键在于针感;"气至而有效"。针感的出现意味着针的刺激信息已经传入人体的中枢神经系统;只有这样,才能发挥人体调整功能的作用。针感的有无和强弱,决定于病人机体状态和医生运针的手法。医生可通过提插或捻转等手法,调整针尖方向及深度来获取针感。针刺时,要避开较大血管和神经干,更要防止重要脏器的损伤。为达到"一针刺两穴"或"一针刺多穴"的目的,也可采用透穴方法针刺,如针麻下行肺叶切除术时,常选用三阳络穴透郄门穴的刺法,即在三阳络穴上进针,向对侧郄门穴方向深刺。也有的人为了加强刺激量采用斜刺法,如腹部手术时实行针麻,用较长的毫针在切口两旁斜向皮下深刺。

刺激　针刺人腧穴获得针感后,要持续给以刺激使针感维持在一定强度上。当然,针感维持在什么样水平,要取决于具体手术及其不同步骤的需要,而不是一成不变和千篇一律的。最常用的方法是提插和捻转。如果是电针刺激,要不断变换刺激参数。前者属于手法运针;后者属于电脉冲刺激。

手法运针是传统针法,其方法和种类繁多且甚有考究。传统针法在过去均用于针刺治疗,针刺麻醉与针刺治疗虽相近然又不尽相同。一般针麻临床上使用的针刺手法,多较针刺治疗时使用的手法简单,强度则偏大,多相当于传统手法中的泻法,往往提插和捻转并用,频率较快,每分钟约百余次之多;捻转幅度也偏大,多在180°以上。针麻持续捻针时间较长,医生容易疲劳。手法仪可以代替医生用手捻针。手法仪也称运针仪,是利用电动或射流气动驱使针体旋转,是机械力运针,与电脉冲刺激的电针仪不同。手法仪是模拟人的手法,现阶段尚不能完全代替人的操作。

在取得针感基础上,再针上通电,借以维持针感,此谓"电脉冲刺激法"。电脉冲刺激的波型有多种,不同类型的电脉冲波是由不同类型电针仪输出的。常用的输出电流是双向尖脉冲波,也有双向方波或正弦波。单向波和直流分量过大的波,易使金属针发生电解而出现折针或组织灼伤。电脉冲频率一般从每分钟几十次到每秒钟数百次不等。临床经验是,于邻近手术的部位取穴,频率可偏高些;如果是在肢体上取穴,频率则宜于偏低些。应用电针仪时要注意:①避免同一输出的两极横跨人体左右两侧,以按人体之同侧为妥。②通电或断电时,要采取渐变形式,避免突然剧变。③为避免适应现象的发生,应随时调整刺激强度,以维持穴位的一定针感,也可随时调整刺激频率、波形或输出节律。

刺激强度　针刺麻醉要求的穴位刺激强度应"适宜"为准。适宜的标志为:①维持良好的针感。②维持针感的强度阈限较宽,在临床上往往采用其阈上限,病人无任

何痛苦，且可获得较强针感，若再增强刺激则病人不能忍受。对刺激强度的耐受性，个体差异较大，即使同一手术的不同步骤也不尽相同。这就要求针对每一病人作出适宜的选择。在电脉冲刺激中，由于电刺激强度受频率和穴位阻抗等因素影响，也不能以电针仪旋纽所标志的输出值划定统一的量值。

诱导时间 针刺麻醉是依赖针刺的手段调动机体调整功能来实现镇痛作用的，除了在神经系统方面发生一系列变化外，体液系统也参与这一过程。某些化学物质的消长，要有一定的时间过程。时间过短，尚未实现调整作用；过长又并不必要。根据正常人体及动物实验结果，还有大量临床实践的总结，一般认为20分钟左右的诱导时间最好。

针刺麻醉仪器

针刺麻醉仪器，不同于针刺治疗的仪器，针麻仪器侧重于镇痛效果的提高、痛阈的测定和针麻原理的研究。除一些通用的仪器外，针麻常用的仪器有电针仪、测痛仪、探穴仪和经络测定仪等四类。

电针仪 是施行电脉冲穴位刺激的电脉冲输出装置。借助毫针通过穴位把微弱电流输送给人体，作用于经络，可对机体起到镇痛和调整等功效。这种方法具有节省人力，可同时多针，不受体位和手术操作的影响，刺激参数和信息多变并易于控制和便于定量等优点，是一种临床和科研上广泛应用的简便方法。产生这种刺激电流的电子仪器，统称为电子针灸刺激仪，简称电针仪，也称电针机。电针仪输出电流波形有多种，可归纳为两大类，即随机复合波型和单调重复波型。随机复合波型又分为：①噪音波。②谐音波，俗称"声电波"，它随选定的不同音源在频率和幅度方面随时发生大的变化，不易为机体所适应。声电波由录音机输出，经放大功率后又由分压电位器调节，使其强度保持在相对稳定的范围内。

单调重复波型又分为非调制波和调制波：①非调制波，常见的是尖顶波、方波和正弦波。②调制波，是对非调制波的脉冲列进行调幅或调频，使其起伏和疏密不等，目的也是为了防止适应和提高镇痛效果。也有人将各种波形归纳为正弦和脉冲两大类的。具体从不同角度又可实行不同的分类。如从正负波的有无角度分为单向和双向；从对称与否角度可分双向对称和双向不对称等等。双向对称脉冲波，其正负脉冲波完全对称，因而具有针感舒适、无电解和效率高等优点，但线路复杂、价格昂贵。双向非对称脉冲波，系由不对称的矩形正冲和尖反冲组成，一般都采用较简单的间歇振荡器电路直接发生，价格便宜，效果良好，但容易发生组织灼伤和毫针电蚀现象。目前生产的电针仪，多采用这种波形。

现阶段在临床上通用的为第一代和第二代晶体管电针仪。前者线路结构简单、可靠、便宜、无电力干扰，已得到普及和推广，但具有频率和强度的调节呈非线性，输出阻抗高而不恒定，多路相互干扰，频带窄，各种调制波形的频率不可调，耗电大和不能定量等缺点。其典型产品如G6805、BT701等型号。第二代晶体管电针仪采用的是较为完善的电路，从设计上克服了上述缺点。其产品以WQ-6D(57-6D)、WQ-10C型为代表。以WQ-6D为例，其输出脉冲参数：①幅度，负载250欧时，单路输出的最大峰值电流不低于60毫安(15伏)，两路并联时不低于80毫安(20伏)；据测定，在针刺下人体平均阻抗约为250欧，人体耐受的最大脉冲峰值电流约60—80毫安。②率频(次/秒)，AB组为0—200(×1)，A组为0—2 000(×10)。③脉冲宽度(微秒)AB组250—350，A组为50—60。它有A、B两组，能同时输出两种频率和波形，特别适合针麻的切口旁针(高频100—2 000次/秒)和远端穴位(低频3—5次/秒)的刺激要求，也能较好地满足针麻的需要。定量电针仪，可经仪表或刻度直接指示输出的刺激参数值。

测痛仪 即痛测量仪。所说的测痛，是在被测对象体表的选定部位施以某种可以控制和度量的刺激因素；常用的是物理的或化学的刺激。这种刺激强度的增加会使痛觉强度也相应地增大。学术上的规定，把刚有痛的感觉的刺激强度称为痛阈，把最大耐受的刺激强度称为耐痛阈。可以说，测痛仪实际上是一个定量可控的致痛刺激器；是否产生痛感，痛感的程度如何，全凭主观感觉，现阶段尚不能做客观定性和定量。在受试者合作的条件下，借此测定针刺或用药前后痛阈和耐痛阈的变化，评价镇痛效应的强弱是可行的。

常用的测痛方法有：①压刺激法，用机械弹簧压杆，以耐受一定面积压杆的压力为度量。②热刺激法，用传导热或辐射热，以耐受的温度为指标。③电刺激法，用某种电流，以耐受的电流强度为指标。④钾离子刺激法，用直流电把钾离子导人人体，钾离子具有致痛作用，钾离子透入浓度与施加的电流呈正比，以耐受的电流强度间接表示钾离子浓度的耐受度。ZC-2型针麻测痛仪，即属于电刺激测痛法，用的是3千赫的正弦交流电流；测痛时以手动调节，使电流逐渐增大。57-9D型测痛仪，即属于钾离子刺激测痛法，以浸有饱和氯化钾溶液脱脂棉的测痛电极为正电极，无关电极为负电极。仪器输出电流，是按设计规定的速率自动阶梯式增长的恒定直流电流，或单极性矩形波电流。钾离子在正电极排斥之下，通过皮肤汗腺的开口进入个体，体内钾离子增多，引起局部兴奋致痛。疼痛程度随电流和钾离子导人量而增强；准确地控制和度量致痛电流值，即可达到测痛的目的。此法测痛条件较稳定，重复性较好。

因各种致痛和手术创伤引起的疼痛仍有较大差异，测痛结果只能供参考。

探穴仪 即穴位探测仪，主要用于探测腧穴在体表的位置，或同时测定其电参数。它利用经络、腧穴与周围

体表电学特性的差异，可为腧穴定位提供参考性数据。腧穴具有以下的电学特征：电阻低，电容大，电位高，在小的负电流作用下易呈现低阻；在负脉冲作用下，体表和腧穴均可被击穿，而腧穴处击穿的恢复要滞后于穴位周围。根据这些电学特性制造的仪器，有用正弦交流探测电流的高频或低频皮肤电阻测量仪。这类仪器输出的电流小，电压低，对探测点不产生极化，无损伤。用负直流探测电流的，有 WQ－7B 型和 DT－3 型探穴仪。用负脉冲迭加负电流探测的有 CDM－1 型和 57－TA 型。这两种仪器的探测电流都有直流成分，会引起极化，长时间触压，易形成假阳性点。利用负脉冲击穿恢复滞后效应的有 WQ－15 型经穴探测仪。上述仪器都采用干式双电极，即无关电极和探测电极。探测电极前端呈球形，其直径约 1 毫米。探测时使用压力、接触电阻、环境温度和湿度等均会影响测量结果。测试者必须妥善掌握。当仪器探测到腧穴时，由仪表或音响等指示。

为避免体表接触电阻的干扰，低阻经络电测量仪（WQ－14 型），采用交流 5 千赫，20 微安恒流湿式四电极法（双电压，双电流电极），可测定皮下 2 毫米区域以下的机体组织电阻。

经络测定仪　仪器结构和原理，与探穴仪相似，主要用于测定经络虚实和平衡与否。它用湿式双电极测出特定穴位（井、原、会穴）的直流电阻，反映该穴体表和皮下组织在直流电作用下极化的程度，经过计算和比较，判断经络之虚实。与其原理相似的经络穴位特性图示仪，则可用函数记录仪描绘出该穴的直流输入特性曲线，为研究提供更丰富的数据。

颅脑手术针刺麻醉

针麻适用于大部分颅脑手术，一般情况下不受体位和手术历程的限制。但脑桥、小脑角和第四脑室等后颅凹肿瘤，常压迫脑干或与脑干粘连，手术时可能由于直接刺激脑干而影响呼吸和循环中枢的功能。部分脑瘤病人，术中可能因大出血而发生呼吸和循环突变等意外情况，因此需要做好人工呼吸等应急准备。有癫痫病史和一部分大脑半球手术的病人，术中有引起癫痫发作的可能，应采取预防措施。重症脑外伤伴发昏迷、躁动或呼吸道梗阻者，或伴有精神异常不能合作者，或颅内压甚高者，或小儿病人，选用针麻尤应慎重。

在手术中往往由于刺激颅底硬脑膜或第三、四脑室，下丘脑、第九、第十对脑神经时，可能出现头痛、恶心、呕吐、眩晕和出汗等症状；在切头皮、缝皮或切断感觉神经根时，往往有程度不等的疼痛反应。这时，可用一些镇痛和止呕等辅助药物，以提高针麻效果。

常用针麻的颅脑手术有大脑半球肿瘤切除术、鞍区肿瘤切除术、后颅凹肿瘤切除术、三叉神经感觉根切除术、外伤性颅内外血肿清除术和颅骨骨折复位术等。

穴位处方是在循经取穴基础上，结合同神经节段或近神经节段取穴，如颧髎、金门、太冲、足临泣、陷谷、攒竹、率谷、耳门、听会、百会、合谷或内关等，每次 3—5 个刺激点即可。

根据中国颅脑针麻手术协作研究组报告的 242 例前颅窝手术资料表明，无痛率达 95%，针麻效果可靠、安全，并发症少，生理干扰少，重复性强，可作为前颅窝手术的常规麻醉方法之一。通过实验研究证实，针刺镇痛有其临床神经生理和生物化学的基础。

眼部手术针刺麻醉

针麻常用于眼部的各种手术，如白内障针拨术、晶体摘除术、巩膜缩短术、虹膜切除术、青光眼手术、麦粒肿刮除术、胬肉切除术、睑内外翻矫正术、斜视矫正术、泪囊手术、眼球摘除术和眶部肿瘤切除术等。

在针麻下施行眼部手术，由于眼部解剖位置清楚，眼肌不被麻痹，眼球运动自如，从而病人便于配合，这是优点。但也有一部分人镇痛效果尚不够满意；牵引眼肌时也有镇痛不全，甚或眼心反射的发生。

穴位处方常用攒竹、四白、鱼腰和承泣、睛明等局部腧穴，或配以合谷、内关、支沟、光明等远隔穴位；也有用耳针麻醉取耳穴的。

有人认为，某些眼部手术仅仅滴几滴丁卡因（Dicaine）即可完成手术，没有必要用针麻；针麻不仅费事，对结膜镇痛又往往不够满意，有时眼轮匝肌松弛不好可能招致眼压升高和玻璃体溢出等并发症，所以应严格选择适应证。但多数人认为，眼部手术针麻效果比较满意。如根据中国河南、辽宁、广东和西安等地 4 489 眼的报告资料，约有 85% 症例效果是满意的。

耳鼻咽喉科手术针刺麻醉

耳鼻咽喉科手术，术野小，病灶深，有的部位血管丰富，容易出血过多，且其解剖位置与气道邻近，分泌物和出血容易阻塞呼吸道；尤其是当应用某些药物麻醉正常生理反射受到抑制的情况下，危险性更大。针麻下施行耳鼻咽喉科手术则截然不同，不抑制生理反射，呼吸道并发症较少，可以避免某些药麻所可能引起的麻醉后遗症，手术后恢复较快。如全喉截除术，大多数是在气管内插管全麻下进行，这对于部分晚期喉癌全身情况较差者，是有一定危险性的；采用针麻，则安全得多。

常用针麻施行的耳鼻咽喉科手术有内窥镜检查、乳突根治术、鼻息肉摘除术、鼻中隔矫正术、上颌窦根治术和全喉截除术等。

穴位处方多用合谷、内关、内庭或支沟等，并配合邻近部位的一些穴位，或耳穴。

根据中国上海等地的报告，在针麻下对晚期喉癌和

不能放射治疗或放射治疗后复发的喉部晚期肿瘤施行全喉摘除术已近500例，取得满意麻醉效果的约占75%左右。主要存在的问题是镇痛不全，尤以深部手术较为突出。由于不抑制生理反射，在施行扁桃体摘除术时，常因咽反射的存在影响手术操作的进行。也有的认为，有些耳鼻咽喉科手术仅仅喷用少量粘膜表面麻醉剂即可完成，用针麻反倒麻烦。但多数人认为，作为麻醉手段之一来说，针麻仍不失其意义；尤其在少数对麻药过敏者来说，针麻应该是首先考虑的。

口腔、颌面部手术针刺麻醉

口腔及颜面区域的血管较为丰富，手术时往往容易出血；又因为它邻近呼吸道，容易发生呼吸道梗阻。进行气管插管麻醉时，麻醉区与手术野靠近，常相互干扰，操作十分不便。全身麻醉或局部麻醉进行手术虽有不少优点，但操作和设备比较繁杂，技术条件要求较高，且呼吸道梗阻的发生率往往较其它部位手术为高。对某些手术，如颞颌关节强直一类张口困难的病例，实行气管插管也有困难和不少并发症。遇到麻醉药物过敏的，就连简单的拔牙术也会使医生束手无策。有了针麻，情况就大为改观。针麻下施行口腔与颌面部手术，操作方便，安全度大，病人处于清醒状态，容易避免误伤面部的神经。针麻手术，较少使用局部药物浸润，可减少恶性肿瘤在面部扩散的机会。对于麻醉药过敏者，实施针麻，更属合宜。口腔和颌面部手术施行针麻，同样存在着镇痛不全，存在着较大的个体差异；只有根据病人的具体条件，选好针麻适应证，才能提高针麻的临床效果。

针麻在口腔颌面科，常用于腮腺区各种手术、颌下区各种手术、下颌骨手术、颞颌关节手术及各类拔牙术。

穴位处方主要常用腧穴为合谷和内关，或配以丰隆、阳辅、跗阳、太冲和公孙等穴；亦可用耳穴行耳针麻醉。拔牙术则以病牙所在部位的穴位为主，诱导期宜短，一般在进针后取得良好针感，再运针1—2分钟即可。

据中国上海、西安和武汉等地的报告，用于颌面部手术的针麻病例二千余例，效果满意者达80%以上；应用于拔牙的针麻病例多达数万例，成功率可达90%以上。

颈部手术针刺麻醉

针麻应用于颈部的各种手术，效果较为突出，就镇痛效应来说，较其它部位手术的针麻为佳，与全身药物麻醉相比，对机体的生理干扰也较轻。但也有着明显的个体差异，对切除范围较广的手术，针麻效果较差。

颈部针麻常用于甲状腺腺瘤摘除术、甲状腺腺叶摘除术、甲状腺次全切除术、甲状腺功能亢进症、甲状腺双侧次全切除术、甲状腺癌颈大块根治术、颈部囊肿及瘘管切除术和颈椎前路手术等。

颈部针麻多用扶突穴，或配以合谷、内关，或配以耳穴。颈椎前路手术还常加用外关穴。因为取穴多在手术区或其邻近部位，刺激多用电针；术中操作多涉及气管及其旁边的血管神经鞘，要求针麻操作轻而准，尽力减少刺激和压迫。对较大的甲状腺手术要加用一些抗胆碱能药物，减少呼吸道分泌。术中要严密观察，防止呼吸道梗阻；要事先做好这方面急救准备措施。颈椎前路手术在实行颈椎或间盘部位操作时，必须牵开气管及颈动脉鞘，并要求用力轻，间断牵引为宜。重症甲状腺功能亢进者选用针麻应当慎重。一般情况下对甲状腺功能亢进的病人，必须经严格而充分的术前准备，再考虑手术治疗。术前和术中要加大镇静剂用量。术中收缩压升高达24千帕(180毫米汞柱)以上时，可酌情选用降压药；心率快达140次/分以上者，可给普萘洛尔(心得安)等药物。

甲状腺手术的针刺麻醉，已通过卫生部级科技成果鉴定。据中国24省、市、自治区协作组的报告，在13 314例针麻中成功率达95.4%，效果满意者为85.3%，比较稳定、安全，构成甲状腺针麻手术的特点；针麻可作为甲状腺手术的常用麻醉方法之一。颈部其他手术，如颈椎前路手术和颈大块根治术等，效果满意者也达85%左右。

胸部外科手术针刺麻醉

胸部外科手术可分为胸壁手术和胸内手术。前者包括乳腺的部分或全切除术、乳癌根治术、胸壁结核病灶清除术等；后者包括肺、心和食管等的手术。胸内手术难度大，操作复杂，手术切口较长，刺激范围较广，可涉及皮肤、肌肉、肋骨和胸膜等各层组织以及有关脏器，所以不仅要求有良好的镇痛效果，而且必须有效地控制呼吸和循环方面可能发生的一系列生理紊乱。通常开胸后一侧胸膜腔由负压变为与大气压相等的正压，导致双侧胸腔内压失去平衡。吸气时，健侧胸腔内负压增大，纵隔移向健侧；呼气时，纵隔又向开胸侧移动。这样，纵隔在每次呼吸运动中往复摆动，形成"纵隔扑动"，或称"纵隔摆动"。由于开胸后开胸侧胸腔呈开放性气胸状态，病人不能适应这种状态而出现紧张和呼吸急促等现象，不能很好地主动配合。呼吸节律的紊乱除影响循环功能外，还会导致呼吸氧量不足，二氧化碳蓄积，形成酸血症。手术操作常刺激气管、胸膜和肺门等敏感组织而引起反射性咳嗽；刺激心包和心肌等组织可引起心律失常、低血压或肺水肿等。所有这些都给针麻增加了困难。胸内手术如选用针麻，则必须做好充分的准备工作。

胸部手术选用针麻的适应证，除要遵循一般原则外，在胸内手术时还要根据其具体条件严格谨慎选择。针刺麻醉，对于粘连少、病灶单纯的肺癌，结核球瘤、干酪灶、空洞或肺不张等类病变和病变范围小、结核性支气管扩张、肺内初期肿瘤，囊肿肺等病人，效果较好；对于巨大空洞，范围较大和粘连较多的干酪样病变，咯血，以及肺功

能低下的重症病人，效果较差，可在清醒状态下插管进行手术。食管手术多为癌肿根治手术，为保证癌肿切除彻底，避免剥离病变招致胸膜破裂引起呼吸紊乱，要求术前进行气管插管。心脏手术实行针麻，可减少麻醉药对心肌的抑制作用，维持循环的相对稳定，也可避免低温等所导致的不良反射和反应，以及心律失常等。凡年在14岁以上，能配合手术者，诊断明确，病变不十分复杂的心尖瓣狭窄扩张分离术、慢性缩窄性心包炎心包剥离术、房室间隔缺损症、三联症、四联症和肺动脉瓣狭窄等常温下体外循环心内直视手术皆可选择针麻。针麻特点，可使循环功能不受抑制，所以瓣口极度狭窄，心功能代偿达四级者仍能安全手术，但必须注意充分给氧，认真预防肺水肿及加强术后管理。为保证术中充分供氧，要事先做好气管插管的准备。

胸部手术施行针麻，可用单一针麻，也可用针刺复合麻醉。常用穴位为合谷、内关、三阳络透郄门、臂臑或肩髃等；也可用耳穴。开胸手术通常要在术前1—2周内指导病人做气功练习，以便主动适应清醒下开胸后胸内压力的急骤变化。心脏针麻手术，选择胸正中切口时，最好使用风动电锯，刺激小，损伤小，创缘整齐，节省时间。

胸部手术针麻，最重要的是呼吸管理和循环管理。近年来，通过病人动脉血气体分析表明，开胸后如病人呼吸困难无法自控时，用面罩加压辅助呼吸对减少氧耗的效果较好。高龄病人，或心肺功能差、气管分泌物多、重症二尖瓣狭窄症等病人，应实行气管插管，借以辅助或控制呼吸，保持整个术中呼吸通畅。也有人主张，凡实行开胸术者，一律实行常规气管插管，以利于提高针麻效果，保证安全。

据中国上海、北京的2 115例针麻下肺切除术报告，效果满意者约85%。据上海、河南、武汉和浙江等地报告，在358例针麻下心内直视手术中有62%—68%效果满意，并具有安全和并发症少等优点。在食管癌根治术、乳癌根治术、二尖瓣分离术和心包剥离术等应用针麻的范围和例数尚很有限，其临床效果还有待进一步提高。肺切除术的针麻，现已通过卫生部部级科技成果鉴定。

腹部外科手术针刺麻醉

腹部手术要涉及皮肤、肌肉、腹膜和内脏，对麻醉中的镇痛和肌松、抗内脏牵拉反应等要求均较高，所以要施行针麻，其难度自然较大。但另一方面，针麻对生理功能的干扰小，术中并发症少，胃肠功能恢复较快，术后的麻醉并发症也较少，这又是有利的条件。尤其某些对麻醉药过敏的人，更易于选用针麻。要提高针麻在腹部手术上的临床效果，选择适当病例是很重要的。病灶较深、粘连广泛者，不宜采用针麻，因为针麻镇痛效应是有限的，牵拉内脏会导致必然的反应，如恶心和呕吐等，于是促使腹壁肌肉紧张，给手术操作带来更大的困难。针麻中适当配合些药物，则有利于克服这些难点。

针麻用于腹部外科手术，多选择一些较为典型的、诊断明确的、病灶不十分复杂的病例。上腹部手术中有胃切除术、胃肠吻合术、胆囊胆道手术、脾切除术和门脉高压症的分流术等。下腹部手术中有肠切除术、阑尾切除术和疝修补术等。

上腹部手术，针麻常用足三里、上巨虚、太冲、公孙和三阴交等；下腹部手术则常用腰部腧穴，如是阑尾切除术可用阑尾穴，足三里和公孙等穴。实行耳针麻醉者，使用耳穴。单一针刺麻醉可以用，但更多病例是采用针刺复合麻醉，例如针刺-局麻复合麻醉以及针刺-硬膜外复合麻醉，或针刺-氯胺酮复合麻醉等。

据中国若干资料统计，施行胃切除和阑尾切除的针麻病例有数万例之多，效果满意者约占60%—70%；也有的报告中提到的效果更高，但重复性较差。采用针刺复合麻醉行胃切除术，可使效果大为提高，还节省了麻醉药的用量和减少了麻醉药对机体的生理干扰，是值得深入研究的。

妇产科手术针刺麻醉

妇产科手术除具有腹部手术的特点外，还因有关脏器位于骨盆较深处，对肌肉松弛要求更高。下腹部筋膜较坚韧，腹肌受刺激易产生强烈收缩。子宫位于深部，韧带牢牢地把子宫固定在特定位置上。如果子宫发生生理性或病理性增大时，韧带则处于紧张状态，这时若手术部位的肌肉松弛不佳或鼓肠，则会严重地影响子宫的暴露。然而即使如此，只要能选好病例，应用单一针刺麻醉或针刺复合麻醉，施行妇产科的某些手术，是可以收到预期效果的。常用针麻的妇产科手术有剖宫产术（包括并发妊娠中毒症和贫血者）、输卵管结扎术、卵巢囊肿摘除术和子宫切除术等。

妇产科手术采用针麻常本着“经脉所过，主治所及”的原则，选用足厥阴经、足太阴经以及足阳明经、任脉等所属的腧穴，如三阴交、足三里和中都、承浆等。又根据督脉统率六条阳经和别络任脉、冲脉，并系于女子胞（即子宫），络于带脉等理论，常选用命门、腰俞、脊中和带脉等穴。从现代解剖学观点考虑，这些穴位所属神经节段，与下腹部神经节段是吻合的或相邻近的，能收到一定效果。也有采用耳针和头针的，使用的是耳穴或头穴。对较复杂的手术，最好采用针刺复合麻醉，例如针刺-局麻药复合麻醉以及针刺-硬膜外复合麻醉等。为了不断提高妇产科手术的针麻效果，强调改进针麻操作技巧。

据中国北京、上海、西安和江苏等地报告，针麻下施行剖宫产术、子宫全切除术、卵巢囊肿摘除术和输卵管结扎术等已数万例之多，其中效果满意的占75%—85%。安全、有效、简便、并发症少，是本科手术针麻的特点。输卵管结扎术针麻，已通过卫生部部级科技成果鉴定。

泌尿外科手术针刺麻醉

泌尿外科手术针刺麻醉常用于肾、输尿管和膀胱等的手术，如肾切除术、膀胱切开取石术和输尿管切开取石术等。因前列腺增生症而实施的前列腺切除术，也常施行针麻。对于粘连较严重的病例，或巨大铸型多发性结石，或估计手术相当复杂且病人精神极其紧张者，目前尚不宜选用针麻。前列腺增生症多为老年患者，常伴有心血管系统疾患及其他重要脏器功能损害，使用针麻行前列腺切除术较以往的药麻有一定的优越性。

据中国广州等地报告，在针麻下施行泌尿系结石症手术的354例中，79%效果满意。上海报告前列腺摘除术用针麻的150例，效果满意者占70%，对血液动力学的影响也较小。应用针刺复合麻醉，可使无痛率从30%提高到42.9%。

四肢骨科手术针刺麻醉

四肢骨科手术种类繁多。目前应用针麻的多为上肢软组织手术，如肌腱移植术和肿瘤切除术等。下肢用针麻施行手术的相对较少于上肢，常做的如马蹄足肌腱移植术、股骨颈骨折三刃钉内固定术、膝关节半月板切除术、截肢术和关节固定术等。脊柱部位则以颈椎前路手术和腰间盘脱出症手术为多。肢体手术用针麻，常因止血带使用时间较长(30—60分钟后)而出现止血带反应，尚无完善的解决办法。在皮肤、筋膜、滑膜和骨膜等部位仍发生镇痛不全现象，从而导致肌肉紧张，或肌张力增高，影响手术操作。所有这些，均有待于进一步克服。针麻下手术，病人始终保持清醒状态，能使肢体保留有主动运动的功能，这对于配合医生手术来说，是有利的。

四肢骨科手术施行针麻，穴位选择主要根据神经节段理论和循经取穴原则。上肢手术多选用患侧天鼎、极泉、腋平或阿是穴(指按神经分布区域选取敏感点)。下肢膝关节半月板切除术常选用患侧的冲门、夹脊(相当于腰3部位)穴，或选患侧肢体近端穴位，如气海俞、大肠俞和殷门等。这些腧穴位置相当于腰神经根穿出部位，刺激这些穴位可在膝前、外、后侧产生镇痛效应。股骨颈骨折三刃钉内固定术常取患侧夹脊(相当于腰1—3)、环跳、冲门、悬钟、太冲或三阴交、足三里、外丘等。刺激方法多采用电针，电脉冲穴位刺激方便，维持穴位针感也较手法运针简单。

据中国天津、上海、西安、武汉和山西等地报告，在千余例四肢骨科针麻手术中，效果满意者约70%。也有的报告认为效果更好些，但重复性尚低，有待于进一步研究。

会阴部手术针刺麻醉

会阴部手术包括肛门手术。单从手术操作来看，会阴部手术多属简单。然而这个部位比其他部位痛觉敏感，对针麻的镇痛效应要求较高，因而在针麻临床上不得不常常加用某些药物辅助。常用穴位是耳穴或太阳经的白环俞。白环俞常用于治疗"疝痛"或"大小便不利"。白环俞穴位分布有腰5神经末梢和骶3、4神经后支、臀下神经等；刺准穴位可引起肛门部位麻木感，镇痛效应较明显。

小儿外科手术针刺麻醉

小儿在解剖和生理方面具有许多和成年人不同的特点，各器官系统，尤其是神经系统的调整功能尚未发育完善；小儿对事物的理解力差，常对手术环境产生惧怕心理而出现烦躁不安，甚至根本拒绝合作。对穴位的针感，小儿就更不易耐受了。这就要求麻醉医生必须给以特殊对待。术前应用一定的镇静剂是有用的，甚至用基础麻醉加以配合。基础麻醉可用2.5%硫喷妥钠，每千克体重按10—20毫克剂量，行肌肉注射。术中还可用小剂量局麻药。

针麻在小儿科应用范围当然不如成年人广泛。然而各个部位的手术，都可以考虑使用针麻，无论是头颈部手术，还是胸腹部手术。其突出的优点是没有药物可能引起的各种副作用，如呕吐、喉头水肿和肺水肿等；伴有发烧和上呼吸道感染等症状，甚至处在休克的重危病儿也可在针麻下完成手术。针刺复合麻醉，对小儿科手术来说尤为重要。

小儿外科手术使用针麻，要求穴位少，刺激轻。具体穴位选择，同成年人没有两样。据北京研究报告，用耳穴较好。

急症手术针刺麻醉

急症手术的特点是病情危急，手术时间紧迫，常会遇到十分复杂的情况，手术及麻醉的并发症较多，麻醉选择和处理较困难。60年代初，多主张选用局部麻醉。可是实践却表明，局麻虽属安全，但常由于阻滞不全促使休克加剧，难以完全满足手术的客观需要。近年又有人主张采用全身浅麻醉法，其实这也并非理想，首先遇到的是对生理功能干扰得太大，麻醉并发症多，危险性较大，且麻醉技术及设备要求较高，往往难以实现。从针麻广泛应用以来，情况就有所变化。针麻较安全，对生理功能干扰少，更有调整生理功能的作用，具有抗痛、抗感染和抗休克等多种效应。针麻完全可以用于急重症的手术之中。

在急症手术方面，针麻主要用于对药麻相对禁忌者，或采用药麻颇为危险的病例。选择神志清醒能够合作的。年迈体衰，贫血，心、肝、肺、肾功能不良，高热，黄疸，电解质紊乱及某些休克病人，针麻效果较好。严重复杂的损伤，大出血，或病人神志不清、躁动不安，均不宜采用针麻。对于已处于休克或濒于休克状态的病人，应重视综合性抗休克治疗措施。

对某些病例估计困难，又考虑到可能出现针麻失败情况，应事先有所准备，如先留置硬膜外插管不给药，一旦需要就可改用硬膜外麻醉。

推　拿

推拿与腧穴

腧穴，又称穴位、穴道、孔穴、气穴等，是脏腑经络气血输注之处，以及脏腑经络病变在体表的反应点。在临床上，又是针灸、推拿等疗法的治疗作用部位。推拿所用的穴位，除与针灸十四经穴、经外奇穴和阿是穴相同之外，尚有一些推拿特定穴位。前者以点状为主；后者以线状、面状为主，也有点状者。

现存中医文献中最早提及具体穴位与推拿关系的，当属《内经》。《灵枢·背腧》："五脏之腧出于背者……则欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其腧也。"可见按压背腧穴，如出现压痛可作为诊断内脏病的依据之一；而按压该处，内脏疼痛和病变得以缓解和改善，则是其治疗作用。晋代葛洪《肘后备急方·治卒腹痛方》："拈取其脊骨皮，深取痛引之，从龟尾至项乃止，未愈更为之。"说明捏脊（推拿疗法的一种）可用以治疗各种急性腹痛，文中所云"龟尾"穴，应是较早记述的推拿特定穴位。

早期的推拿穴位，基本上与针灸穴位相同，以点状穴为主。而后随着推拿手法内容的丰富和治疗范围的不断扩大，推拿穴位由点状逐步发展，发现不少呈线状或面状的穴位，而这些穴位大多是推拿特定穴位。如擦法的应用，从一个点向另一个点用力，其穴即呈线状或面状；又如摩法的作用不仅是点，而主要是以面状为作用部位者。尤其是小儿推拿，常需采用线、面状的穴位进行推拿，以适应小儿生理病理特点和治疗安全、无痛苦等特点。

推拿穴位的主治作用，因穴而异。总括起来有以下四点：①近治作用，即推拿某穴可治该穴所在部位及邻近组织器官的病证。如推拿眼区的睛明、鱼腰、四白、攒竹等穴，可治眼病；推拿脘腹部的中脘、神阙、天枢等穴，可治胃肠病等。②远治作用，即推拿某些穴位，不仅可治局部病证，而且可治本经所过的远隔部位的脏腑和组织器官的病证，甚而有影响全身功能的作用。这种作用在十四经穴（尤其是十二经脉在四肢肘、膝关节以下的穴位）和推拿特定穴位上表现更为突出。③特殊治疗作用。推拿大椎穴，可以退热；推拿至阴穴，可以矫正胎位；推拿二扇门，可以发汗。而推拿某些穴位，还有双向调节作用，如天枢穴既可对泄泻者起止泻作用，又可对便秘者起通便作用等。④以指代针，某些穴位禁用针刺（如神阙），但几乎所用的穴位都可以用手法推拿。以手代针，又称指针，可起到针刺同样的效果，又可弥补针刺的不足，（如惧针者可用之）。推拿穴位的配伍方法和形式，基本与针灸相类。以下仅举例说明经穴在推拿中的应用。

百会　督脉穴。在头顶正中线两耳尖直上连线的垂直交会处。本穴多用按法、揉法和推法。按百会，能安神镇惊，治疗惊风、癫痫、夜啼；揉百会，能升阳举陷，治疗脱肛、疝气、遗尿、泄泻；推百会，能清脑明目，治疗头痛、目眩。

人中　督脉穴。在人中沟上 1/3 与中 1/3 交界处。此穴多用掐法和揉法。掐人中，能醒神开窍，治疗昏厥、惊风，牙关紧闭；揉人中，能舒筋活络，治疗口眼㖞斜、面肿。

迎香　手阳明大肠经穴。在鼻翼外缘、鼻唇沟陷中。此穴多用按揉法和擦法。能宣肺气，通鼻窍，治疗鼻炎。按揉迎香可以治疗鼻塞流涕、呼吸不畅；擦迎香，可以治疗鼻炎。

睛明　足太阳膀胱经穴。在目内眦旁 0.1 寸处。此穴多用按揉法，能疏风、清热、明目，治疗目赤肿痛、内眦痒痛、目眩流泪、近视斜视。

攒竹　足太阳膀胱经穴。在眉头凹陷中。此穴多用一指禅推法和按揉法，能醒脑明目，治疗头痛失眠、眉棱骨痛、目赤痛。

风池　足少阳胆经穴。在胸锁乳突肌与斜方肌之间凹陷中，正对枕骨与第一颈椎之间。此穴多用按揉法、拿法和一指禅推法。能发汗解表，疏风明目，治疗感冒头痛发热、颈项强痛、眩晕、高血压。

肩井　足少阳胆经穴。在大椎穴与肩峰连线的中点。此穴可用拿法，㨰法和按揉法。能发汗解表，宣通气血，止惊定搐，治疗感冒发热，头项强痛，肩臂疼痛，妇人乳汁不下、乳痈乳痛，小儿惊风抽搐。

大椎　督脉穴。在第七颈椎棘突下间隙。此穴可用㨰法、按揉法和一指禅推法。能清热解表，止咳平喘，治疗感冒发热、颈项强痛、咳嗽气喘、癫痫。小儿还可用捏法或刮法，治疗顿咳（百日咳）。

肺俞　足太阳膀胱经穴。在第三胸椎棘突下，旁开 1.5 寸处。此穴多用按揉法，亦用一指禅推法和点法。能调肺气，补虚损，化痰凝，治疗咳嗽气喘痰鸣、感冒、胸背痛、骨蒸潮热、盗汗。

脾俞　足太阳膀胱经穴。在第十一胸椎棘突下，旁开 1.5 寸处。此穴多用按揉法，亦用一指禅推法和点法。能健脾胃，助运化，祛水湿，治疗腹胀腹痛、呕吐泄泻、便血、水肿、消化不良。

天突　任脉穴。在胸骨上窝正中。此穴多用按揉，点压及一指禅推法。能豁痰，平喘，催吐，利尿，治疗咳喘、呃逆，噎膈、咽喉肿痛、暴喑。

膻中　任脉穴。在前正中线，平第四肋间隙处。此穴多用揉法，亦用一指禅推法和按法。能宽胸理气，降逆化痰，治疗胸闷、咳喘、吐逆。

中脘　任脉穴。在脐上 4 寸处。此穴多用揉法，亦用摩法。能健脾和胃，消食和中，降逆止泻，治疗脾失健运的腹胀、食积、泄泻；胃失和降的嗳气、恶心、呕吐。

天枢　足阳明胃经穴。在脐旁 2 寸处。此穴多用揉法、摩法及一指禅推法。能调理大肠气机，治疗腹胀肠鸣、绕脐腹痛、便秘泄泻、痢疾、月经不调。

关元　任脉穴。在脐下 3 寸处。此穴多用揉法和推摩法。能培肾固本，温补下元，分清别浊，治疗遗尿遗精、

阳痿、月经不调、带下不孕、小便频数、尿潴留、体质虚弱。

合谷 手阳明大肠经穴。在手掌背第一、第二掌骨之间，约平第二掌骨中点处。此穴多用拿法和按揉法。能通气血，舒筋络，治疗头痛、牙痛、咽喉肿痛、口眼㖞斜、鼻衄、臂痛、指挛、感冒、发热、多汗、滞产。

内关 手厥阴心包经穴。在前臂掌面，腕横纹上2寸，两筋之间。此穴多用拿法、按揉法和一指禅推法。能行气活血，宁心安神，降逆，治疗心痛、心悸、胃痛、呕吐、休克、癫痫、肘臂挛痛、偏瘫、失眠。

曲池 手阳明大肠经穴。在肘部，屈肘，当肘横纹外端凹陷中。此穴常用拿法和按揉法。能行气止痛，退热，治疗咽喉肿痛、齿痛、目赤痛、手臂肿痛、发热。

足三里 足阳明胃经穴。在膝下3寸，胫骨前嵴外1寸处。此穴常用按揉法和一指禅推法。能健脾调中，行气通络，治疗脘腹疼痛、呕吐泄泻、便秘肠痈、下肢瘫痪、休克、高血压。小儿常推此穴，具有保健强身作用。

三阴交 足太阴脾经穴。在内踝上3寸，胫骨内侧面后缘。此穴常用拿法、按揉法和一指禅推法。能理下焦，利水道，治疗月经不调、遗尿遗精、小便不利、肠鸣泄泻、失眠。

涌泉 足少阴肾经穴。在足底前1/3处，趾屈曲时凹陷处。此穴常用按揉法和擦法。能引火归元，退热除烦，降逆，治疗五心烦热、头痛目眩、昏迷休克、小儿惊风、大便难、小便不利、高血压。

推拿特定穴位

中医推拿在发展过程中逐渐形成了一套自成体系的穴位，这些穴位在清朝以前的医学著作中有明确的记载，但不同于十四经穴和经外奇穴，在临床上主要应用于小儿推拿，称为推拿特定穴位。推拿特定穴位与十四经穴位相比，有以下几方面的特点：①十二经和任脉、督脉的穴位都是"点"，而推拿特定穴位既有"点"，又有"线"和"面"。如三关穴是"线"状穴位，肺经穴是"面"状穴位。②前者的每条经脉各自有一定的走向，一条经上的许多穴位串连成线，如手太阴肺经的11个穴位是从胸至手联成一线的，而推拿特定穴位还没有象前者那样分经联线。③推拿特定穴位有不同于经络路线的内在联系。例如脾经穴，位于拇指，脾气通于口，络联于大指，通背右筋、天枢穴、列缺穴和足三里穴。④在有些部位，阴阳面的区分两者不同。例如手掌与前臂掌侧为手三阴经通行之处，属阴面，手背与前臂背侧有手三阳经循行，为阳面。但在推拿特定穴位中，手掌与前臂掌侧为阳面，而手背与前臂背侧为阴面。对于这种阴阳面的区分，历史上曾有人提出异议，但这种别出一格的认识流传广泛，一直延续至今。

推拿特定穴位共有一百多个，上肢部穴位最多，约占全部推拿特定穴位的半数，而上肢的穴位，又较多地集中

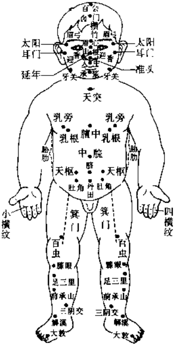


图1 正面穴位图

于手部。除上肢外，穴位较多处为头面部。躯干和下肢穴位较少(图1、2)。在一百多个穴位中，常用穴位将近三分之一。有少数穴位的位置、作用或主治尚不够清楚。

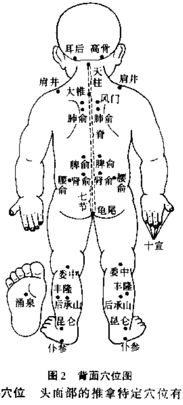


图2 背面穴位图

头面部穴位 头面部的推拿特定穴位有二十几个，

其数目仅次于上肢，绝大多数是点状穴位，个别为线状穴位。分别介绍于下：

（额）天门　又称"攒竹"，见"大门"条。

天庭　一般是指前额中央。作为推拿特定穴位的天庭有两个位置，一个位于两眉内侧端联线中点（眉心穴）略上方；另一个位于头面前正中线，前发际处。《幼科推拿秘书》将天庭穴称为天门穴、三门穴，1932年出版的《增图考释推拿法》认为天庭穴即督脉的神庭穴。掐天庭，或由天庭分推至两侧额部，是头面部常用的推拿方法之一。在头痛、头胀、头昏和额部不舒时，常用抹法，自天庭抹向两旁；也可在天庭穴用一指禅推法或揉法等。

额天心　位于头面前正中线，前发际（天庭穴）略下方。在古代文献中，额天心穴与掌天心穴相混。掐额天心主治内吊惊风。本穴还作望诊用，鼻梁上筋直插天心为惊风的征兆，见于《针灸大成·按摩经》。

大天心　又称上天心，位于额部，常用揉法，治疗口眼歪斜等。见于《小儿推拿广意》。

中庭　位于前额发际内，与任脉的中庭穴位置不同，见于《幼科推拿秘书》。

眉心　位于两眉内端联线的中点，常用掐法、推法、摩法和揉法。本穴与其他穴位配合使用，能治疗惊风。慢惊风的患者，若心间迷闷，掐住眉心良久，可以减轻症状。在眉心穴用较轻的指揉法或指摩法，对一部分失眠的患者有一定效果。

山风　位于鼻根部，眉心穴的下方，见于清代《保赤推拿法》，亦称"山根"。常用推法、掐法、揉法，主治惊风、抽搐。推拿头面部，依据一定的顺序进行，作为推拿成套顺序操作的方法之一。自山根推至印堂、囟门36次，为手法发汗的方法之一。本穴也作望诊之处。若见山根色红，则是夜啼之症；色赤，乃心经受风；色赤黑，是吐泻之症；山根发紫，是伤乳食；如果见青色，则为惊风；假如山根出现青黑色，说明病情危重。

年寿　有三个不同的位置：①位于山根穴与准头穴之间，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》，作望诊用。本穴如色黄则为吐泻，若皖白，是虚证。②位于印堂穴与山根穴之间，见《小儿推拿广意》。常用推法，能治鼻干。也作察色验病之处：年寿微黄，则为正色；若色见深黄，为吐泻之症；假如患痢疾，则本穴出现黑色；如果该处平陷，即将夭折。③准头穴的别名，见《幼科推拿秘书》，治疗鼻干。

延年　位于鼻部，在山根穴与准头穴之间。常用掐法。见《幼科铁镜》。

准头　有两个位置：①位于鼻尖，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。推拿本穴，可治疗大便不通。②年寿穴的别名，见《幼科推拿秘书》。掐准头穴，为头面部有次序的操作方法之一。

井灶　即两鼻孔。常用擦洗和摩洗之法。医者以左手托病者头后，用右手大指指腹蘸汤洗患者两鼻孔36次，称为"洗井灶"。本法能通脏腑之气，治寒热互作、鼻流清涕、昏迷不醒、急慢惊风及鼻息肉等。在隋代的《诸病源候论》中就有了"以手捻鼻两孔，治鼻中患"的记载。

坎宫　有两个位置：①线状穴位，位于眶上缘眉毛处，见《小儿推拿广意》。常用分推法，医者以两大指自患者眉心穴分推至两眉外梢处，称为"推坎宫"，一般分推24次。《小儿推拿广意》将"推坎宫"作为头面部有次序操作的第一个步骤，外感内伤均可用之。春天和夏天以指蘸水推；秋冬蘸葱姜汁，和真麻油。②八卦之一，见"八卦"条。

风池　又名"坎上"，见《针灸大成·按摩经》。位于目上胞，即眼的上睑缘与眶上缘所围成的一个区域。本穴与气池穴为成对的穴位，可作望诊用。若风池与气池为黄色，乃是吐逆之症；假如色见黄青，则为风；如果色红，患者即为惊啼烦躁。

气池　又名"坎下"，见《针灸大成·按摩经》。位于目下胞，即眼的下睑缘与眶下缘所围成的一个区域。本穴与目上胞的风池穴为成对的穴位。

三阴　见《幼科推拿秘书》，位于右眼胞，即右眼的上睑缘与眶上缘及下睑缘与眶下缘所围成的区域，与左侧的三阳穴为一对穴位，同作望诊之用。若三阴穴与三阳穴处虚肿，则心有痰。

三阳　见《幼科推拿秘书》，位于左眼胞，即左眼的上睑缘与眶上缘及下睑缘与眶下缘所围成的区域。本穴与其他穴位同用，可以治疗因寒而引起的小儿夜啼。

耳背高骨　又名"耳后高骨"，位于耳后颞骨乳突处，见《小儿推拿广意》。常用运法、掐法和揉法，能治风热之症。"运耳背高骨"，是常用的推拿方法。《小儿推拿广意》认为，在头面部推拿时，应先推坎宫穴，次推攒竹穴，再运太阳穴，继而运耳背高骨穴。"揉耳背高骨穴"，可作为治疗早期面瘫的方法之一，应用时，须与轻擦患侧面部的方法配合使用。

太阴　见阴阳穴。

龙角　又名"文台"，位于左鬓发处，与虎角穴为一对穴位，见《幼科推拿秘书》。

虎角　又名"武台"，位于右鬓发处，与龙角穴为一对穴位，见《幼科推拿秘书》。

两额　位于太阳穴的上方，见《幼科推拿秘书》。

牙关　位于颞下颌关节处。古代常用拿法和按法，治疗口紧不开；用揉牙关穴的方法治疗齿痛。目前临床上在本穴用摩法、揉法或一指禅推法，治疗由于翼外肌功能亢进、翼外肌痉挛和咀嚼肌群痉挛而引起的颞下颌关节紊乱。

两颐　即腮，见《幼科推拿秘书》，作为望诊之处。若两颐见赤色，乃肺家客热。

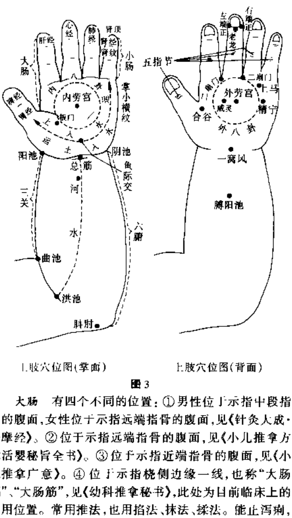
左颊右颊　位于颧骨外侧，见《幼科推拿秘书》。

食仓　位于两颐下，即腮下，见《幼科推拿秘书》。

额角　即左侧的太阳穴和右侧的太阴穴之合称，见《幼科推拿秘书》。

有些头面部的穴位,由于其位置不够明确而未被列入。推拿头面部穴位时,有时根据病情,按照一定的次序进行。有两种按照次序进行的头面部推拿方法影响较大。一是清代《小儿推拿广意》(1676),头面部的推拿次序是:一推坎宫,二推攒竹,三运太阳,四运耳背高骨,五掐承浆,六掐两颊车,七掐两听会,八掐两太阳,九掐眉心,十掐人中。二是清代《幼科铁镜》(1695),认为应该按照以下次序进行:开天门,分阴阳,揉太阴、太阳,掐天庭、眉心、山根、准头、人中、承浆。

上肢部穴位 上肢的推拿特定穴位最多,约占全部推拿特定穴位的半数,而其中的大部分穴位又集中于手部(图3)。在上肢穴位中,既有点状穴位,又有面状穴位和线状穴位。以五脏六腑的名称命名的手部穴位,由于各家的看法不同,因而一个穴位有好几个不同的位置,而在同一个位置上又有好几个不同的名称,很不一致,但目前公认的通用位置却比较一致。分别介绍于下:



上肢穴位图(掌面)　　上肢穴位图(背面)

图3

大肠 有四个不同的位置:①男性位于示指中段指骨的腹面,女性位于示指远端指骨的腹面,见《针灸大成·按摩经》。②位于示指远端指骨的腹面,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。③位于示指近端指骨的腹面,见《小儿推拿广意》。④位于示指桡侧边缘一线,也称"大肠侧"、"大肠筋",见《幼科推拿秘书》,此处为目前临床上的通用位置。常用推法,也用掐法、抹法、揉法。能止泻痢,退肝胆之火,主治泄泻、痢疾和腹胀等症。本穴与脾土穴相配伍,治泄泻;与三关、阴阳、八卦、四横纹和龟尾等穴相配伍,治疗赤白痢;与脾土、八卦等穴相配伍,能消食。

小肠 有四个不同的位置:①男性位于示指近端指骨的腹面,女性位于示指中段指骨的腹面,见《针灸大成·按摩经》。②位于中指近端指骨的腹面,见《小儿推拿广意》。③位于示指中段指骨的腹面,见《幼科铁镜》。④位于小指尺侧边缘一线,见《幼科推拿秘书》。目前在临床上,以小指尺侧边缘一线作为小肠穴者居多。常用推法,治疗腹泻。《小儿推拿广意》认为,小肠与三关、脾土、大肠、三焦、八卦和总筋等穴位配伍,能治疗疳热。

胃 有两个位置:①位于拇指近端指骨的腹面,见《小儿推拿广意》。常用推法,能止吐、止泻。②位于拇指近端指骨的桡侧边。

胆 位于拇指近端指骨的腹面,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。据《小儿推拿广意》记载,本穴与三关、六腑、心经和阴阳等穴相配伍,治疗夜啼。

(手)膀胱 有两个位置:①位于小指中段指骨的腹面,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。②位于小指近端指骨的腹面,见《小儿推拿广意》。

胞络 又称"心胞"、"包络",位于环指近端指骨的腹面,见《幼科推拿秘书》。

三焦 有四个不同的位置:①位于总筋穴与天河水穴之间,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。②位于环指中段指骨的腹面,见《小儿推拿广意》。③位于中指中段指骨的腹面,见《幼科铁镜》。④位于中指近端指骨的腹面,见《推拿仙术》。常用推法、揉法,治疗心气冷痛等症。

命门 在手部有四个不同的位置:①位于小指近端指骨的腹面,见《针灸大成·按摩经》。②位于小指中段指骨的腹面,见《针灸大成·按摩经》及《幼科铁镜》。③位于拇指远端指节的桡侧缘,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。④位于中指近端指骨的腹面,见《万育仙书》。

掌天心 位于掌心正中,常用运法,治疗惊风及口眼歪斜等,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。

小天心 位于于掌根部,大陵穴的远心端五分处,见《针灸大成·按摩经》。常用掐法和揉法,治疗惊风、小便少、小便黄赤和小便不通等。

大横纹 见《针灸大成·按摩经》。《幼科推拿秘书》认为,大横纹即腕部掌侧横纹。大横纹与肾经,小横纹和六腑穴相配伍,治疗小便赤涩,见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。

气关 位于示指中段指骨的腹面,常用揉法、能行气通窍。

版门 又称"板门"、"阪门",有两个不同的位置:①位于手掌大鱼际处,大指节之五分,在本穴用揉法,可以治疗气促、气攻、气痛及呕胀等症。在本穴用重揉法,能促进食欲。自版门穴推向横纹穴,主吐;从横纹穴推向版门穴,主泻。见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》和《保赤推拿法》。而《幼科推拿秘书》认为,本穴属胃脘。自版门穴

直推到横纹穴，止吐；从横纹穴转推到版门穴，止泻。②位于掌面腕横纹的远心端，大鱼际与小鱼际之间。自版门推向横门，再用掐法，能止泻，并可催吐。自横门推向版门，再用掐法，为泻法，能止呕吐。在本穴用揉法，也能治疗气促、气攻、气痛及呕胀等症，见《针灸大成·按摩经》。

五经纹　一手有五个穴位，分别位于手掌面的第一掌指关节处横纹及示指、中指、环指和小指近端指间关节横纹处。常用搓法，能动脏腑之气，去风。治疗五脏六腑气不和，肚响腹胀，四肢抽掣和寒热往来等。见《针灸大成·按摩经》。

小横纹　关于本穴的位置，有两种不同的说法：①位于手掌，小指与第五掌骨交界处横纹，见《针灸大成·按摩经》，常用掐法和推法。本穴与肾经穴和六腑穴相配伍，可以治疗大便不通、小便赤涩和腹胀等症。②一手有四个穴位，分别位于示指、中指、环指及小指的掌指关节掌侧横纹处。掐本穴，能退热除烦，治疗口唇破烂等症。

四横纹　一手有四个穴位，分别位于手掌面的示指、中指、环指及小指的掌指关节处横纹，见《针灸大成·按摩经》。常用推法，也用擦法、掐法和搓法，能和气血、止腹痛及退热除烦，治疗不思饮食、手足常掣、肠胃湿热、眼目翻白、喘急腹痛、口眼歪斜和嘴唇破烂等症。《厘正按摩要术》认为，四横纹分别位于示指、中指、环指和小指的近端指间关节掌侧横纹处，而将掌指关节处横纹称为小横纹。

一扇门　位于手背第三掌骨小头的桡侧，常用掐法、揉法，能退热发汗。用手指按揉本穴，对于某些失枕患者，有一定的治疗效果。

二扇门　关于本穴的位置，有三种不同的说法：①位于手背第三掌骨小头的尺侧，见《针灸大成·按摩经》。②一手有两个穴位，位于手背第三掌骨小头的两旁，见《厘正按摩要术》等著作。③位于手背第四掌骨小头与第五掌骨小头之间，见《幼科推拿秘书》。常用揉法、掐法，能发汗退热。壮热汗多者，用揉法。本穴也可治疗急惊、口眼歪斜等症。

二人上马　对于本穴有两种不同的说法：①位于手背第四掌骨与第五掌骨之间，常用掐法，能补肾、清神、顺气，见《针灸大成·按摩经》。②二人上马穴又名"上马穴"，"二人"是指医者用以操作的大指及示指，"上马"是指医者分别用大指和示指以按法作用于两个穴位所形成的姿势，这两个穴位分别位于手掌面第五掌指关节处横纹和第五掌骨底处。如果用掐法，可以起到清补肾水的作用，治疗小肠诸气等症，见《幼科推拿秘书》。

外劳宫　又称"外劳"，见《针灸大成·按摩经》。位于手背，正对掌心劳宫穴处，常用掐法、拿法和揉法，能和解脏腑寒风热气，治疗头痛、腹胀、腹痛、泄泻、惊风及潮热等症。

五指节　见《针灸大成·按摩经》，一手有五个穴位，分别位于第一掌指关节背面及示指、中指、环指和小指近端指间关节背面横纹处。常用掐法、揉法、捻法，能祛风化痰、苏醒人事，通关膈闭塞。依次在五指节用揉法，其功效相当于祛风的中药苍术，见《幼科铁镜》。

甘载　位于第一掌骨背面，用掐法，能拯危症，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。

靠山　位于第一掌骨底的背侧，常用掐法，治疗疟疾和痰壅等病症，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。《小儿推拿广意》认为，靠山穴即合谷穴。

外八卦　位于手掌背面，与内八卦相对，常用运法，见《针灸大成·按摩经》。运外八卦，能通周身气血，开脏腑秘结。《小儿推拿广意》认为本穴性凉。

精宁　关于本穴，有三种说法：①男性位于左腕背横纹的桡侧端，女性位于右腕背横纹的尺侧端，见《针灸大成·按摩经》。用掐法，能治疗气吼痰喘、干呕痞积及小肠诸风。②位于手背第二掌指关节处。用掐法，能治风哮，消痰食痞积，见《小儿推拿广意》。③位于手背外劳宫穴的尺侧。揉掐此穴，可治疗气吼、干呕、痞积及噎逆，见《秘传推拿妙诀》。目前，精宁穴与精灵穴已互相混淆。

精灵　关于本穴，有几种说法：①位于手背第四掌骨与第五掌骨之间，距掌指关节半寸处，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。用掐法，治疗痰壅、气喘、气攻和口歪等症。②位于胁部，见《小儿推拿广意》。用掐法，治疗气喘及口眼歪斜等症。③位于掌面腕部尺侧端，见《幼科铁镜》。④位于外劳宫穴的尺侧，见《幼科推拿秘书》。

威灵　关于本穴，有几种说法：①男性位于左腕背横纹的尺侧端，女性位于右腕背横纹的桡侧端。一般用掐法，在治疗急惊暴死的患者时，如果医者掐之，患者发出声音者可治，若掐之无声者难治，见《针灸大成·按摩经》。②位于手背，第二掌骨基底部的桡侧，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。③位于外劳宫穴的桡侧，见《秘传推拿妙诀》。④位于掌面腕部桡侧端，见《幼科铁镜》。目前威灵穴已与威宁穴相混淆。

威宁　位于手背第四掌指关节处，见《小儿推拿广意》。用掐法和揉法，急惊卒死者用之。

虎口　①即合谷穴，见《甲乙经》。②位于拇指与示指交叉处，见《幼科推拿秘书》。用揉法，自八卦穴之乾宫，经过坎宫、艮宫至虎口穴，能去食积。

皮罢　又名"肝记"，位于拇指端。用拿法，能清神；用掐法，治吼喘；对于昏迷不醒者，也在本穴用掐法，可能使之苏醒，见《厘正按摩要术》及《秘传推拿妙诀》。

母腮　位于拇指甲后1分处，用掐法，止吐血，见《小儿推拿广意》。

左端正　位于中指远端指骨的桡侧边，用掐法，能止泄泻，也治斜视，见《小儿推拿广意》。

右端正　位于中指远端指骨的尺侧边，见《小儿推拿广意》。用掐法，能止吐，也治斜视。用捏法，治疗鼻出血。

水底　位于小指及第五掌骨的尺侧边，见《幼科推拿秘书》。

老龙　有几个位置：①位于中指端，见《幼科铁镜》。②位于中指背面，指甲床的近心端，见《保赤推拿法》。③位于环指端，见《厘正按摩要术》。用掐法，治疗惊风。

十王　两手十指十个穴位的总称，有两个不同的位置：①每一个手指有一个穴位，位于手指的指尖。②每一个手指有一个穴位，位于手指甲的侧面。用掐法，能退热，见《厘正按摩要术》。

一窝风　位于腕背横纹正中，见《针灸大成·按摩经》。用掐法，治疗腹痛、头痛和急慢惊风，并能发汗去风热。治疗腹痛时，本穴与肚角穴相配伍。本穴与四横纹穴和脐相配伍时，可以治疗寒疝痛啼。

鱼脊　位于腕部掌面的桡侧端，腕部阳池穴之旁，见《幼科推拿秘书》。

浮心　位于腕部掌侧大横纹的桡侧边，见《幼科推拿秘书》。

横门　有点状穴位和线状穴位之分。①点状穴位：位于掌侧腕横纹中点的近心端，见《针灸大成·按摩经》。②线状穴位：即掌侧腕横纹，见《保赤推拿法》。自横门穴推向版门穴，止呕吐；自版门穴推向横门穴，止泻。自横门穴刮到中指尖，并掐之，催吐。掐横门穴，治疗喉中痰响。《幼科推拿秘书》将掌侧腕横纹称之为横纹穴，并认为自横纹穴直推至版门穴，止泻；而自版门穴推至横纹穴，则止吐。

螺蛳　一手有两穴，位于腕部两侧骨突起处，即尺骨和桡骨茎突处。以两手掇螺蛳上皮，称为猿猴摘果，可消食。见《针灸大成·按摩经》。

交骨　一手有两穴，位于腕部桡侧缘与尺侧缘，腕部阴池穴和阳池穴的两旁。用拿法、按法，治急慢惊风。见《厘正按摩要术》。

（腕）阳池　位于腕背横纹正中，见《针灸大成·按摩经》。用掐法、揉法，能清补肾水，止头痛，发汗。本穴的位置与手少阳三焦经的阳池穴相近，但作用不同。

（臂）阳池　位于前臂伸侧，离掌根3寸处，见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。常用掐法、揉法，治疗风痰、头痛及二便闭塞或小便赤黄。

抖肘　也名"斗肘"，位于肘部尺骨鹰嘴处，见《针灸大成·按摩经》。常用揉法、掐法和摇法，能顺气生血。

走马　位于上臂掌侧中段，见《小儿推拿广意》。以大指按之，能发汗。

琵琶　位于锁骨外端，用按法，能壮热清神，见《小儿推拿广意》。

洪池　①位于前臂近心端，能清热，见《幼科铁镜》。②手阳明大肠经曲池穴的别称，见《幼科推拿秘书》。

《小儿推拿广意》认为，推拿上肢穴位，可以根据病情按照下列次序进行：①推指三关穴。②推手指的五经穴。③揉五指尖。④运掌心八卦穴。⑤在腕部阴阳穴用分法。⑥视患者是寒症还是热症而用不同的方法推三关穴和六腑穴。⑦视患者是寒症还是热症而选用黄蜂入洞、苍龙摆尾、二龙戏珠、赤凤摇头、猿猴摘果、凤凰展翅、飞经走气、按弦搓摩、水里捞明月，打马过天河等十大手法。⑧运抖肘。

胸腹部穴位

心演　约位于胸骨剑突处，一般用推法，与其他穴位相配伍，能治疗慢惊风，见《针灸大成·按摩经》。

奶旁　又名"乳旁"、"妳旁"，位于两乳外侧，见《小儿推拿广意》。常用拿法、按法，能止咳、止吐、祛风。

虚里　位于左乳下3寸，见《厘正按摩要术》。

肚角　见《小儿推拿广意》。位于脐下两旁，能止泻、止腹痛，常用拿法、掐法和按法。本穴与一窝风穴相配伍，能治疗腹痛；与小横纹穴相配伍，可治疗便秘；与三关、心经、肾水、左端正、大肠、外劳宫、阴阳、八卦、脐和龟尾等穴相配伍，治疗泄泻。对于某些腹部胀满不舒的患者，在两肚角穴用拿法，有一定的效果。

阑门　位于腹正中线，脐上1寸5分处，有通上下之气的作用。

肾囊　即阴囊，见《幼科推拿秘书》。

项背部穴位

桥弓　线状穴位，位于颞骨乳突下前方至锁骨上窝缺盆穴一线。用拇指自上而下作推法，有平肝熄风、清脑明目、宁心安神及益气和血等作用。

天柱　见《幼科推拿秘书》。位于项部正中线，自枕骨大孔下方至第七颈椎棘突一线。一般用推法，治疗发热等症。

七节骨　有两个位置：①位于背部正中线，约第七胸椎处，见《幼科推拿秘书》。自龟尾向上擦至七节骨穴，为补法，能治疗水泻及伤寒后骨节痛等症。自七节骨穴往下擦至龟尾穴为泄法。在治疗痢疾时，应该先用泄法，而后再用补法，即先从七节骨穴向下擦至龟尾穴，再自龟尾穴向上擦至七节骨穴。②又名七节，位于命门至尾骨端一线。自龟尾穴推向命门穴，称为推上七节，能治疗泄泻；自命门穴推向龟尾穴称为推下七节，可以治疗便秘。

龟尾　见《针灸大成·按摩经》。位于尾骨端，又名"尾闾"、"闾尾"。常用掐法、揉法、擦法和推法，能治疗腹痛、腹胀、泄泻和痢疾等病症。

（腰）膀胱　位于左腰部，见于《幼科推拿秘书》。

下肢部穴位

百虫　见《小儿推拿广意》。位于大腿前方，用拿法、按法，能止惊、止搐，治疗惊风等症。

前承山　见《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。位于小腿前方，与足太阳膀胱经之承山穴相对处。用掐法、揉法，治疗急惊。

外鬼眼　见《幼科推拿秘书》。本穴又名"外膝眼"，即足阳明胃经之犊鼻穴，位于髌骨下方外侧凹陷处。用掐法，能治疗惊风。

内鬼眼　见《厘正按摩要术》。位于髌骨下方内侧凹陷处，即"内膝眼"。一般用掐法，可治疗惊风。

鬼胀　位于小腿肚旁，见《幼科推拿秘书》。

鱼肚　①据《小儿推拿广意》之图所示，本穴位于小腿内侧面，约当内踝与膝联线的中点处。常用拿法，能醒神、止泻。②《幼科推拿秘书》认为，鱼肚穴即足太阳膀胱经的承山穴。在此穴用拿法，能使小儿入睡；先在本穴用掐法，然后即用揉法，能治疗喘症。

中臁　①据《幼科铁镜》之图所示，本穴位于髌骨上缘至解溪穴联线中点的上方，用拿法、掐法和揉法，能治疗急惊。②《保赤推拿法》认为中臁穴是前承山穴的别称，小儿惊风往后跌时在此穴久掐，能取得效果。

(腿)膀胱　位于大腿前方的内侧，百虫穴的上方，有利尿作用，见《小儿推拿广意》。

大冲　位于足部，见《小儿推拿广意》。用掐法，能治危急之症。《幼科铁镜》认为，大冲穴即大敦穴。《厘正按摩要术》则认为，大冲穴即太冲穴。

此外，尚有五经、八卦、阴阳、六筋、三关、六腑、天河水等穴，另有专条。

天门

天门穴是推拿特定穴位的名称，有三个，一在额部，一在手指部，一在手掌部。为便于区别，分别称之谓额天门穴，指天门穴和掌天门穴。临床所称之天门穴，一般是指额天门穴。

额天门　为线状穴位，位于眉心至前发际一线，见《幼科铁镜》，常用推法。医者用两大指自眉心交互推至前发际，称为"开天门"，操作时，春季和夏季蘸水于该穴位上进行推法，秋季和冬季则蘸葱姜汁或麻油，治外感或内伤均宜。古人强调适合天时，由于一年之中有二十四个节气，所以"开天门"也推二十四数。《小儿推拿广意》和《厘正按摩要术》中所介绍的"推攒竹"法，实际上就是"开天门"法。所不同的是上述两书介绍的攒竹穴是点状穴位，它位于前额正中线，前发际处。它与足太阳膀胱经的攒竹穴同名，但位置不同。《幼科推拿秘书》将天庭穴也称为天门穴。"开天门"法在临床上广泛应用，《幼科铁镜》把它作为头面部成套手法操作的第一个步骤，而《小儿推拿广意》则把"推攒竹"法作为头面部操作的第二个步骤。小儿伤寒，十指俱冷、额热、身壮热、面赤而淡，可用开天门、分阴阳和推三关之法表散。夹食伤寒也可用开天门、分阴阳等方法治疗。在治疗成年患者时，也用这个操作方法，但不用水、葱姜汁及麻油，而是直接用手法在患者体表进行操作。操作时，手法的速度较慢，手法的作用强度宜大一些，常被作为治疗头痛、失眠、头胀和头昏的方法之一。有疏风解表、开窍醒脑、镇静安神之功。

指天门　为点状穴位，它有两个不同的位置：一个位于拇指远端的尺侧，另一个位于示指远端的桡侧。

掌天门　又名"神门"，位于手掌面八卦穴中的乾宫处。指天门和掌天门都与"天门入虎口"这一复式操作法有关，"天门入虎口"有三种不同的操作方法(见"小儿推拿复式操作法"条)，有顺气生血、清脾和健脾消食的作用，能治疗泄泻、痢疾和腹胀。

五经

五经是推拿特定穴位的名称，指脾经、肝经、心经、肺经和肾经。这些穴位都在手部，是最常用的推拿特定穴位。推拿五经穴位能影响脏腑功能，在使用这些穴位时须辨证论治，根据不同情况分别采用补法或泻法。如果患者经过辨证是脾虚，则用补脾经手法，而不能采用泻脾经的手法。虽然古代医学家对于这些穴位的位置看法不一，但目前在临床上已有了较为一致的通用位置。

脾经　又称"脾"、"脾土"，有两个位置，一个位置是拇指远端指骨的腹面，另一个位置是拇指桡侧缘一线。《幼科推拿秘书》认为，拇指属脾土，脾气通于口，络联于大指，并与背上膏肓、天枢穴、列缺穴和足三里穴有内在的联系。推拿脾经，常用旋推法和直推法，也用掐、揉等手法。在推脾经穴时，有补泻之别。"补脾土"有两种方法：一种是旋推拇指远端指骨的腹面；另一种是屈曲患者拇指的指间关节，由拇指桡侧缘的远端推至近端。"泻脾经"，又叫"清脾土"，由拇指的近端推向远端。身体虚弱，乳食不进，饮食不消，食后胀满，人事不省，用补脾土之法。如热甚，可略用泻法。痰食诸症，可以先用泻法，然后再用补法。清代《幼科铁镜》认为，"补脾土"有人参、白术之效，泻脾土有灶土、石膏之功。

1962年有人对24名(其中男性14名，女性10名)健康青年用补脾土的方法进行推拿，测定其胃液分泌量和胃液酸度，观察到补脾土后，胃液酸度有较明显的增加，而胃液量的变化不甚显著。后又对11名(其中男性5名，女性6名)健康青年用补脾土法进行推拿，对蛋白质和淀粉的消化能力进行了测定，观察到补脾土可促进对蛋白质的消化，淀粉消化时间缩短者较正常对照组略有减少，唾液分泌量较正常对照组有所减少。

自大指脾经穴起，经大鱼际、小鱼际，弧形地推向小指肾经穴处，称为"运土入水"，此法能治疗小便赤涩及泄泻等症。《幼科推拿秘书》认为：自脾土穴推至坎宫穴为运土入水，可治疗便秘；自小指肾经穴起，经小鱼际、大鱼际弧形地推向拇指脾经穴处，称为"运水入土"，此法可治疗脾胃虚弱及痢疾等。《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》认为，本法可治疗小便赤涩；自小指肾经穴起，经小鱼际弧形地推至版门穴，也称为运水入土，能治疗大便秘结、身弱腹起青筋及泻痢等，见《幼科推拿秘书》。

肝经　又称"肝"、"肝木"，它有四个不同的位置：①环指近端指骨的腹面。②环指中节的腹面。③示指中节

的腹面。④目前通用的位置为示指远端指骨的腹面。《幼科推拿秘书》认为，示指属肝，肝气通于目，络联于示指，并与小天心穴和太溪穴有内在的联系。推拿肝经，有直推法和旋推法的区别，两者所起的作用不同。用直推法，即泻肝，称为"清肝木"、"推肝木"，用此方法，能清肝热，但在"清肝木"时，须同时用"补脾土"之法。旋推本穴，可止咳嗽。《幼科铁镜》认为直推示指泻肝，有桑皮、桔梗之功；旋推示指止嗽，有五味子、款冬花之效。

心经 又称"心"、"心火"，其通用位置为中指远端指骨的腹面。《针灸大成·按摩经》认为，本穴的位置因性别不同，男性位于中指中段指骨的腹面，女性则位于中指远端指骨的腹面。《幼科推拿秘书》认为，中指属心，心气通于舌，络联于中指，并与背左筋、心俞穴、中冲穴和涌泉穴相通。本穴常用掐法和推法。心经宜清不宜补，从中指的远心端推向近心端，称为"清心经"。推心经，能退热发汗、行气通窍；掐心经，能通利小便、发汗、止咳。主治心火妄动、口疮弄舌、眼赤红、小便不通，脾虚吐泻、咳嗽发热、惊搐和烦躁等症。

肺经 又名"肺"、"肺金"，目前通用位置为环指远端指骨的腹面。《针灸大成·按摩经》认为，本穴的位置男女不同，男性位于环指中段指骨的腹面，女性位于环指远端指骨的腹面。常用推法、掐法和揉法，能止咳化痰、发汗、祛风，主治咳嗽痰喘等症。《幼科推拿秘书》认为，环指属肺，肺气通于鼻，络联于环指，并与膻中穴和风门穴相通。

肾经 又名"肾"、"肾水"，其通用位置为小指远端指骨的腹面。自小指远心端推向近心端，称为"清肾水"，能通利小便。治疗小便赤涩、大便秘结等症。自近心端推向远心端，称为"补肾水"，治疗肾虚、小便短及汗多等病症。《幼科铁镜》认为，"补肾水"有杜仲、地黄之效。《幼科推拿秘书》认为，小指属肾，肾气通于耳，络联于小指，与目之瞳孔、合谷穴和大敦穴相通。

八卦

八卦，是推拿特定穴位名称，系乾、坤、离、坎、震、兑、艮、巽八个穴位的总称。出自《小儿按摩经》。有内八卦、外八卦之分。

内八卦 位于掌心内劳宫四周。其具体位置为：中指根下为离，离对面为坎，拇指根处为震，小指根处为兑，离震之间为巽，震坎之间为艮，离兑之间为坤，兑坎之间为乾。其排列顺序是：左手按顺时针依次为坤、兑、乾、坎、艮、震、巽、离各穴；右手则按逆时针依次排列。震为东方，属肝木；兑为西方，属肺金；坎为北方，属肾水；离为南方，属心火。这八个穴位又可称宫，如乾宫、坤宫、坎宫、离宫等。此穴常用推运法，即用拇指桡侧缘或中指端从一宫向另一宫作弧形或环行推运，故又称"运八卦"。运八卦可运一周（全运），或运部分（分运）；也可按顺时针方向或逆时针方向推运。此穴也可用掐法或揉法。推拿内八卦，有宽胸利膈、理气化痰、行滞消食、止呕止泻等作用，用来治疗胸闷、咳喘、呕吐、泄泻等病症。但随推拿方法的不同，其作用有所侧重。自乾宫起，逆时针方向全运，能开胸化痰，除气闷胀满，见《按摩经》；自坎宫起，逆时针方向推运至艮宫，能治热证，并可止吐；自艮宫起，顺时针方向推运至坎宫；能治寒证，并可止泻，见于《保赤推拿法》；自乾宫推至兑宫，有开胸化痰的作用，见《按摩经》、《小儿推拿广意》；重揉艮宫，能促进食欲，见《幼科铁镜》。古人颇讲究其操作方法，如男女有别、轻重相间等。现代应用则不论男女，多取患者左手八卦穴，运50到100次不等，掐3—5次左右，揉100次为宜。在临床上常多与有关穴位配伍。如配肾水穴、天河水穴治淋证；配脾经穴、大肠穴治脾胃病；配肺经穴治咳嗽、吐逆；配六腑穴、大横纹穴、肾水穴、脐穴治热泻；配三关穴、大肠穴、肾水穴、阴阳穴、龟尾穴、脐穴治冷泻。

外八卦 位于手掌背面外劳宫周围，与内八卦相对的八个穴位的总称。推拿外八卦可通周身气血，开脏腑秘结，治疗气血壅滞，脏腑不和之胸闷腹胀、便结等病症。手法刺激宜轻缓。

阴阳

在推拿穴位中，有阴阳之称的穴位共有四个，分别位于额部、腕部、腹部及背部。均左右对称。为区别起见，分别称为额阴阳、腕阴阳、腹阴阳、背阴阳。它们的形态有点状，也有线状。操作时都可左右同时分推，而称为"分阴阳"。

额阴阳 即"太阳"穴，为点状穴。左右各一，位于眉梢与眼外角中间，向后约1寸凹陷处。右侧穴又称"太阴"穴，为经外奇穴，亦作为推拿特定穴。此穴可用推、拿、揉法。推太阳，医者用两手拇指桡侧缘自两眉梢向耳尖方向直推，约100次，又称"分额阴阳"。《幼科铁镜》认为，此分阴阳法，不论寒热虚实均可用之。拿太阳，医者用拇指及示、中指在太阳穴作拿法；一说用拇指螺纹面在太阳穴作按法。操作均约3—5次。《小儿推拿广意》说"太阳二穴属阳明，起手拿之（定）醒神。"揉太阳，医者用两中指端或拇指端揉太阳穴约30—50次。《保赤推拿法》认为，揉太阳穴具有发汗和止汗的作用，男揉左侧太阳穴能发汗，揉右太阳穴能止汗；女则反之。另外，太阳穴尚可作望诊用。《小儿推拿广意》上卷"面上诸穴歌"说："太阳青色始方惊，赤主伤寒红主淋，要识小儿疾病笃，青筋直向耳中生。"

腕阴阳 即腕部的阴池穴与阳池穴，为点状穴。阴池穴位于大横纹的尺侧端，相当于手少阴心经的神门穴；阳池穴位于大横纹的桡侧端，相当于手太阴肺经的太渊穴。此穴多用推法，有分推、合推之别，操作时多与推大横纹一并进行，而称为"分阴阳"、"合阴阳"。其操作方法及主治作用见"横纹"条。

腹阴阳　为线状穴。位于肋弓下缘，自剑突下至腋中线成一弧线状。多用分推法。操作时病者仰卧露腹，医者用两手示、中、环、小指分置腹部侧缘，用两拇指螺纹面自上内方同时向外下方分推，约10—20次。又称"分腹阴阳"。具有理气消滞，健脾和胃的作用，治疗胸闷腹胀、腹痛泄泻，消化不良等病症。

背阴阳　为线状穴。位于背部两肩胛骨内缘，自两肺俞穴而下，呈一八字式弧线状。此穴多用分推法。操作时，医者两拇指螺纹面分别自肺俞穴起，沿肩胛骨内缘向下分推，约100次，又称分推肩胛骨、分推背阴阳。具有调肺气，补虚损，止咳喘的作用，治疗寒热痰喘，咳嗽气逆等肺系病症。

六筋

六筋是六个推拿特定穴位的合称，位于腕部掌侧，自桡侧起至尺侧，依次分别为赤筋（浮筋）、青筋（阳筋）、总筋、赤淡黄筋（心筋、淡黄筋）、白筋（阴筋）和黑筋（肾筋），见《针灸大成·按摩经》。

赤筋　又称"浮筋"。位于掌侧横纹、桡动脉处。乃浮阳属火，外通舌，应心与小肠。用掐法，可以治疗内热外寒之证。

青筋　又称"阳筋"。位于腕部掌侧横纹，正对食指处。乃纯阳属木，外通两目，应肝与胆。用掐法，能明目，发汗，治疗眼赤涩多泪及外热内寒之证。

总筋　位于腕部掌侧横纹，正对中指处。位居中而属土。外通脏门，应脾与胃。用掐法，能使四肢舒畅。与天心穴和脾土穴相配伍，治疗鼻塞伤风。与天河水相配伍，可清心火，治疗口内生疮、遍身潮热、夜间啼哭和四肢抽掣等症。《保赤推拿法》认为，总筋即黄筋。

赤淡黄筋　又称"心筋"，或称"淡黄筋"。位于腕部掌侧横纹，正对中指与环指之间处。由于居中分界处，因而火土兼备，外通脏门，应于三焦。用掐法，能使元气流通，治疗壅塞之症。

白筋　又称"阴筋"。位于腕部掌侧横纹，正对环指处。乃浊阴属金，外通两鼻孔，应肺与大肠。用掐法，能退热，通一身之窍，治疗胸膈痞满及脑昏生痰等。

黑筋　又称"肾筋"。位于腕部掌侧横纹，正对小指处。乃重浊纯阴，外通两耳，应肾与膀胱。用掐法，治疗尪瘦昏沉。

三关

三关是推拿特定穴位的名称，有大三关和小三关之分。

大三关　又称"三关"，也可称为"臂三关"。是线状穴位，有两个不同的位置，但其作用和主治病症相同。①位于前臂桡侧缘。本穴常用推法。自腕推至肘，称为"推上三关"、"推三关"；自肘推至腕，称为"推下三关"或"退下三关"。古代医学家认为，男性患者，推上三关为热为补，退寒除凉；而对女性患者，则退下三关为热为补。男性患者须推其左臂，而女性患者则推其右臂。但是，目前在临床上不论患者是男是女，大多数皆推患者的左臂，取推上三关之法。本穴性温热，常用于寒证、虚证，能培补元气，发汗行气，使百脉和畅。治疗发热，四肢冷弱，痢兼赤白，因寒而引起的头痛、腹痛等症。本穴与肺经穴相配伍，治疗呕吐；与横纹、脐等穴相配伍，治疗因寒而引起的腹痛；与横纹、天河水穴相配伍，治疗头痛；与六腑、肾水、天河水和脾土穴相配伍，治疗火眼；与大肠、肾水穴相配伍，治疗痢疾；与脾土、脐、大肠、龟尾等穴相配伍，治疗白痢；与阴阳、六腑、天河水、横纹、大肠、龟尾等穴相配伍，治疗赤痢。②位于前臂伸侧。《幼科铁镜》的作者夏禹铸认为，将三关穴定在阳气阴血交界之地是错误的，他指出，三关穴应在直骨背面（即前臂伸侧），此处属气分，推上则气行阳动，故为热为补。但这一位置未被大多数人所接受。夏禹铸还认为，推上三关，能代替麻黄、肉桂。除了大热大寒之证外，推上三关与退下六腑总是结合使用的，在治疗适合应用三关穴的患者时，如果三关推十下，六腑就要推三下，一推一应，使血气不偏，取水火既济之义。假如推多应少，或只推不应，可能发热动火。下列情况禁用三关穴：足热二便难通；渴甚腮赤眼珠红；气喘舌弄脉数。

小三关　又名"指三关"，位于示指三节指骨的腹面，近端指节为"风关"，中段指节为"气关"，远端指节为"命关"，三者合称为三关。常用推法和搓法。推之，能通气血、发汗；搓示指，能化痰。指三关也作望诊之用。

横纹

在推拿穴位中以横纹命名的有四个，它们是四横纹、小横纹、掌小横纹、大横纹。均属推拿特定穴，都分布在手的掌、腕部，可顺气行滞，治疗因气、痰、食、热等结滞而引起的病症。但因部位及操作方法的不同，作用各有所侧重。

四横纹　又名"四横"。其位置有两种说法。①位于掌面示、中、环、小指的掌指关节处横纹。见《按摩经》。②位于掌面示、中、环、小指的第二节横纹处（即近端指间关节掌侧横纹处），见《厘正按摩要术》。现代临床多取后者。此穴常用推法，亦用掐法和揉法。推四横纹，令患儿手掌朝上、摊平，四指并拢，医者用拇指桡侧缘或螺纹面，从示指横纹依次推向小指横纹，约100次。掐四横纹，则用拇指甲依次掐四横纹3—5遍。关于推拿四横纹的作用，《按摩经·阳掌图各穴手法仙诀》说："推四横纹和上下之气血，人事瘦弱，奶乳不思，手足常掣，头偏左右，肠胃湿热，眼目翻白者用之。"《推拿三字经》有"痰壅喘，左右揉，久去恙……"之说。现代临床应用，多取其和气血，开

胸利膈，消食化痰等作用，治疗胸闷咳喘、腹胀、积滞、疳积、惊风等病症。

小横纹 又名"横纹"。其位置也有两种说法：①位于手掌面，小指与第五掌骨交界处横纹。见《按摩经》。②位于手掌面，示、中、环、小指掌指关节横纹处。现代临床多取后者。此穴多用推法和掐法。推掐小横纹的方法均与推掐四横纹的方法相同。其作用，《按摩经·阳掌图各穴手法仙诀》说："一掐肾经，二掐小横纹，退六府，治大便不通，小便赤色涩滞，肚作膨胀，气急，人事昏迷，粪黄者，退凉用之。"《小儿推拿广意》上卷"阳掌十八穴部位疗病诀"说："小横纹，掐之，退热除烦，治口唇破烂。"现代临床多取其行气消胀，退热除烦的作用，治疗胸闷腹胀，大便不通，发热烦躁等病症。

掌小横纹 位于掌面小指根下，手掌横纹尺侧端。此穴多用按揉法，操作时，令儿手掌向上平摊，医者一手托儿手掌，用另一手的拇指端或中指端按揉此穴约100—300次。具有清热散结，宽胸宣肺，化痰止咳的作用，多用来治疗痰热喘咳，口舌生疮等病症。有人用此穴治顿咳(百日咳)、滞颐(流涎)颇效。《小儿推拿学概要》认为本穴为治喘咳、口舌生疮等症的效穴。肝区疼痛时，揉之亦有效果。

大横纹 又名"横门"，有点状穴和线状穴之分。①点状穴位，位于掌侧腕横纹中点。见《按摩经》。②线状穴位，位于掌后阴穴和阳穴之间，腕横纹上。见《幼科推拿秘书》。现代临床应用多取后者，而将前者定为总筋穴。此穴多用推法。既有分推大横纹、合推大横纹之分；又有横纹推向板门、板门推向横门之别。分推大横纹，令儿手掌向上，医者双手托握小儿手腕，再用两拇指桡侧缘沿大横纹穴，自总筋向两端阴、阳穴分推，又称"分阴阳"；合推大横纹，则为两拇指自阴、阳两穴向总筋穴合推，又称"合阴阳"。分推、合推各约30—50次。推大横纹，能调和气血，平衡阴阳，行滞祛痰，治疗寒热往来，气血不和，呕泻痰喘等外感内伤诸症。有人认为分推大横纹可用来清脏腑，合推大横纹可用来和脏腑。现代临床应用，多将推大横纹与掐揉总筋穴搭配，作为治疗小儿内科杂病的常规推拿组穴。至于横纹与板门互推的作用，《幼科推拿秘书》卷3说："版门直推到横纹，止吐神效。横纹转推到版门，止泻神效"。

六腑

六腑，又称"六府"，是推拿特定穴位。其位置有两种说法。①位于前臂掌面尺侧缘，自肘肘至阴池穴成一直线，为线状穴。见《按摩经》。②位于前臂掌面，为面状穴。见《幼科铁镜》。现代临床多取前者。此穴常用推法。对于推六腑的操作方向，古人应用有男女之分，如《按摩经·手诀》说："男退下六府，退热加凉，属凉。女反此，推上为凉也。"现代临床则皆取"退下六府"之法。即用医者拇指桡侧缘或示、中两指螺纹面自肘向腕(自上而下)直推约300—500次。故又称"推下六腑"、"退六腑"。此法性属寒凉，能清热，善治外感风热，脏腑壅热等一切实热病证。《按摩经·手法歌》说："六腑有热推本科。"《小儿推拿秘旨》卷上"掌上诸穴拿法歌"有"六腑专治脏腑热，遍身潮热大便结，人事昏沉总可推，去病浑如汤泼雪。"《幼科铁镜》的作者夏禹铸认为，直骨正面为腑，属血分，退下则血行阴动，故为寒为泻。还认为，退下六府，相当于滑石、羚羊角的功效。对于其应用，则认为应与推上三关穴配合，以防补泻太过。

1989年有人将幼兔注入大肠杆菌内毒素复制发热模型，观察退六府手法对发热的影响，并设对照组进行比较，证实了退六府的清热作用及六府穴的特异性。进一步观察提示，退六府手法可能通过影响产热、散热两大过程，而使幼兔的内毒素致热效应受到明显抑制。

天河水

天河水为推拿特定穴位名称，又名"天河"，有两个位置：①点状穴位，位于前臂掌侧正中线，腕横纹上三横指处，见于《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》。②线状穴位，位于前臂掌侧正中一线。后一定位法为目前通用。本穴性大凉，常用推法，一般推患者左臂，能取凉退热，清心经烦热。治疗诸热惊风，心经热盛，口渴咽干，口内生疮及夜啼等症。

推拿本穴，有许多不同的方法和名称，目前临床习用的方法有：①"引水上天河"，又称"引上天河"、"天河引水上洪池"或"天河引水"。医者用冷水蘸于患者的前臂掌侧，自患者的腕部随吹随推至肘部。《幼科铁镜》认为，"天河引水"与黄芩、黄柏、连翘有相同的功效。②清天河水，医者以手指蘸水，自患者的横纹穴推至天河水穴。见《厘正按摩要术》。③"取天河水"，医者以手指蘸水，自天河水穴推至劳宫穴，法主大凉。

引水上天河，清天河水及取天河水等方法，均是以水济火，取清凉热之义。

膏摩

用中药配方制成膏剂涂于体表的治疗部位上，施行推拿按摩等手法，发挥推拿按摩和药物的综合治疗作用，以达治病目的的方法，称为膏摩。膏摩之名，始见于《金匮要略》，后在武威出土的汉代医药简牍以及西晋王叔和《脉经》、晋代葛洪《肘后备急方》、隋代巢元方《诸病源候论》、唐代孙思邈《千金要方》和《千金翼方》、唐代王焘《外台秘要》、北宋王怀隐《太平圣惠方》、明代董宿《奇效良方》、明代朱橚《普济方》、明代王肯堂《证治准绳》、清代赵学敏《串雅内外编》、清代吴师机《理瀹骈文》等历代医著以及推拿专著中均有记载。膏摩适用范围很广，曾被应

用于内科、外科、妇科、儿科、伤科及五官诸科，治疗的疾病有伤寒、中风、口唇偏㖞、痹症、痛风、痈疽、脚气、产后中风、闭经、夜啼、惊风、伤筋、脱臼、骨损肿痛、目暗赤痛和喉中息肉等病症。从膏摩配方及其应用来看，膏摩主要是通过温热散寒，健脾化食，消肿止痛等治则，以疏通经络、行气活血而治疗疾病。如"太一神膏"（蜀椒、附子、升麻、巴豆、川芎、杏仁、狸骨、细辛、白芷、甘草、白术、当归）摩患处以治疗伤寒心腹积聚，颈项腰脊强痛以及偏枯不仁等；"曲鱼膏"（大黄、黄芩、莽草、巴豆、野葛、牡丹、踯躅、芫花、蜀椒、皂荚、附子、藜芦）摩患处以治风湿痹痛；"野葛膏"（野葛、犀角、蛇衔、莽草、乌头、桔梗、升麻、防风、蜀椒、干姜、鳖甲、雄黄、巴豆、丹参、踯躅花）摩患处治恶风毒肿，疼痹不仁；"陈元膏"（当归、细辛、桂心、天雄、生地、白芷、川芎、丹砂、干姜、乌头、松脂、猪脂）摩患处以治一切风湿骨肉疼痹；"莽草膏"（莽草、芍芎、当归、细辛、附子、黄芩、乌头、牛膝、踯躅、野葛、茯苓、防风、杜蘅、猪脂），治瘰肿核牢，发背成脓（外敷），以及耳、鼻诸疾；"乌头膏"（乌头、莽草、野葛）摩患处治疗贼风身体不遂，偏枯口僻及伤寒其身强直。目前在运用推拿进行治病的过程中，常选用姜汁、葱白汁、酒精、薄荷水、冬青膏等作为介质进行治疗，这实际上也是从膏摩演化而来，只是配方简单和应用范围没有古代广泛。

一指禅推拿

以一指禅推法作为临床操作的主要手法以治疗疾病的推拿疗法称为一指禅推拿。它以阴阳五行、脏腑经络和营卫气血等中医基本理论为指导，以四诊为诊察手段，强调审证求因，因人而治，因病而治，因部位而治。临床操作时遵守"循经络，推穴位"的原则。一指禅推拿的特点之一是手法柔和深透，柔中寓刚，刚柔相济，强调以柔和为贵。主要手法和辅助手法配合默契，动作细腻，法之所施，使患者不知其苦。因此一指禅推拿的前辈非常重视功法锻炼，要求学者先锻炼外壮功"易筋经"和在米袋上苦练指力等基本功，以求得强壮的体魄并掌握手法的基本技能。在此基础上，才能进一步在人体上进行操作训练，使手法技术日趋纯熟。特点之二是取穴准确，渗透力强。用大拇指的指峰、螺纹或偏峰施治于一定穴位，因其接触面积小，压强大，加上持续而有节奏的操作，故对全身各部穴位都能力透。特点之三是适合施于头面、颈项、肩背、胸胁、脘腹及四肢等部位，没有副作用，安全而舒适。

一指禅推拿手法有：推、拿、按、摩、滚、捻、抄、搓、缠、揉、摇、抖十二法。其中一指禅推法是主要手法。这种推法的动作很特殊，与一般所称之"推法"的动作不同。一指禅推拿的适应证比较广泛，无论是内因、外因所引起的脏腑病证，或是经络形体疾病，一般都能治疗。尤其擅长于治疗内妇杂病（如头痛、眩晕、不寐、劳倦内伤、高血压、月经不调等）、胃肠疾病（如胃脘痛、胃下垂、久泄、便秘等）、骨伤疾病（如漏肩风、颈椎病、腰痛、膝痛等），也适用于治疗儿科疾病，如婴儿泄泻、遗尿、小儿肌性斜颈、近视、小儿麻痹症等。

滚法推拿

以滚法作为主要手法来治疗疾病和损伤的推拿疗法称为滚法推拿。本疗法是在一指禅推拿疗法的基础上创立发展起来的。它以中医经络学说为基础理论，结合有关的生理、解剖和病理等基础和临床知识作为实践的依据。根据病理变化，在人体体表的适当部位上，进行滚、揉、按、拿、捻、搓六种手法的操作，并配合被动运动以及指导患者进行自主性运动。滚法是本疗法中的主要手法，它的操作具有高度的技巧性并遵循一定的规律，适应于人体的颈、肩、背、腰、臀及四肢部位疾病和损伤的治疗。"揉法"分大鱼际操作揉法和拇指外侧操作揉法，适应于头面部及胸胁部，是治疗头痛、口眼㖞斜及胸胁痛的主要手法，并能缓和软组织浅表部分尖锐敏感的疼痛和减轻局部的肿胀。按法、拿法、捻法、搓法是根据病理变化和患病部位的不同，进行配合的辅助手法。"被动运动"是在手法操作过程中，根据病情，对患部关节进行配合的各种被动动作。"自主性运动"是根据病情，指导患者进行旨在增强患部肌肉力量的功能锻炼活动。各种手法在正确适当的被动运动等配合下，具有舒筋通络，活血化瘀，濡调筋骨，滑利关节，消除运动障碍，促进功能恢复正常的作用。

"滚法"操作是依靠腕关节的伸屈动作来带动手掌背部而在人体体表部进行的。由于腕关节伸屈的压力较大，因此对人体的刺激力量也较强（也可减轻腕关节伸屈的压力来调节刺激的强度，以适应某些病理上的需要）。在进行这种手法操作时，有一半以上的掌背部接触在人体体表上，所以它不但刺激力量强，而且刺激面积也较大，这是滚法操作所具有的特点，因此，在临床操作中，就易于使刺激的影响深透到肌肉深层而直接作用于患病部位，它可以加强对经络的感应而提高经络对血气运行输注的动力，有促进血液循环，平衡阴阳，濡润筋骨等重要生理功能，更重要的是它能较为深刻地影响肌肉最基本的特性，从而对肌肉痉挛强直和粘连等病态，直接发挥有力的改善作用。经络在生理上的重要功能失常，肌肉组织各种病态的形成，是神经系统疾病、运动系统疾病和软组织损伤的主要病理变化，因此，滚法在辨证施治的基础上，正确适当地配合各种辅助手法以及被动运动等，对某些神经系统疾病、运动系统疾病和软组织损伤，能提供富有成效的治疗。

为了充分发挥滚法在临证中的特长，需要按照正确的操作方式，通过严格的锻炼来提高滚法的操作技能，从而使它对人体所形成的刺激，不但能持久有力，而且更富

有柔软性,才能在安全舒适的基础上,产生较好的治疗作用。否则,在操作过程中,由于刺激的强硬,就易使患者肤肉感到不同程度的疼痛,甚至引起其他各种不良反应,促使患部症状恶化,延缓病变的恢复,因此,掌握手法刺激的柔软性,是㨰法在临床操作中所必须具备的基本要领。

㨰法推拿适应于半身不遂,小儿麻痹症,周围神经麻痹,口眼㖞斜,各种慢性关节疾病,腰部疾病,腱鞘炎,肩凝症,颈椎病,腰椎间盘突出症,头痛,胸胁痛,颈、肩、腰、背、臀及四肢关节等各部分的扭挫伤。此外,也适应于斜颈、马蹄形足等畸形的治疗。

下列各种情况均属㨰法推拿的禁忌证:骨关节结核,未愈合的骨折,体质高度虚弱或伴有严重内科疾病难以忍受手法压力的刺激,局部急性炎症,骨髓炎,化脓性关节炎,以及良性或恶性肿瘤。

指压推拿

以手指按、压、点、掐人体经络穴位以防治疾病的推拿疗法称为指压推拿,又称点穴推拿、指针疗法。本疗法具有调和气血、疏通经络、调节脏腑功能和散寒止痛等功用。《素问·举痛论》中早就指出按法的治疗作用有"按之则血气散,故按之痛止","按之则热气至,热气至则痛止矣"。由于指压推拿采用手指按压某一点以作用于人体的方式,因而适合于在经络穴位上操作,且方法简便,与针刺穴位有异曲同工之妙。针灸医生在治疗患儿或遇到惧针者,或要在禁针穴位上施术的时候,也常以指代针,使用指压穴位治疗疾病。《针灸大成·按摩经》称掐穴之法"乃以手代针之神术也"。指压推拿是以中医的脏腑经络和营卫气血理论为指导,在全身十四经穴或经外奇穴上都可以施用。其特点是感应强,作用快,损伤小。根据近代实验证明,具有明显的镇痛作用;对健康人指压穴位后,观察到对大脑皮质有一定的抑制作用。

指压推拿的基本手法是指按法,主要用手指指端或螺纹面按压穴位,可按而静止不动,也可以按而左右拨动,按而轻轻揉动,按而微微颤动,按而滑行移动,按而起伏松动。此外,还有爪掐、肘压、叩点、鍉针等法(见"推拿手法"条)。爪掐即用指甲掐切。晋代葛洪《肘后备急方》中有爪掐人中以治昏厥的介绍。肘压是用肘尖为着力点进行按压,作用力较强,适用于肌肉丰满部的穴位。叩点是将手指微曲,示指按于中指背,拇指抵住中指掌侧面的远端指间关节,小指及环指握紧(或中、示指并齐微屈,拇指抵住中、示指掌侧面的远端指间关节),利用腕臂之力,用指端快速地反覆叩点穴位。鍉针是一种指压工具,《灵枢·九针十二原》中描述其形态是末端钝圆无锋,在临床应用中,以轻压穴位至皮肤呈现红晕,或重压至针感扩散为度。

指压推拿如专门在脊柱或其两旁施行,又称按脊疗法或压椎法。一般常取督脉穴或夹脊穴。其中第七颈椎棘突至第六胸椎棘突间区域内的穴位,常用于治疗上焦心肺病症;第七胸椎棘突至第十二胸椎棘突间区域内的穴位,常用以治疗中焦肝胆脾胃病症;第一腰椎棘突至第四骶椎棘突间区域内的穴位,常用于治疗下焦膀胱盆腔脏器及下肢部的病症;骶尾部穴位,常用于治疗肛门病症。痧疾也可在第一至第八胸椎段的棘突上寻找压痛点进行按压。清代沈金鳌《杂病源流犀烛·痧胀源流》:"若犯痧,先循其七节骨缝中,将大指甲重掐入,候内骨节响方止"。

指压推拿如专门在胸部穴位上施行,又称胸穴指压法。所用胸穴,大多为分布于肋骨下缘或骨面上的压痛点。胸穴指压疗法常用于治疗头痛、胸痛、腹痛以及颈、肩、臂、腰、骶部的软组织扭伤等症。第一至第三肋、锁骨与肩胛骨部穴位,常用以治疗头、颈、上肢疾患;胸骨旁和锁骨中线附近及腋前线、腋中线上的穴位,常用以治疗胸腹部疾患(其中,第五肋以上穴位,以治胸部疾患为主;第五至第十肋的穴位以治腹部疾患为主);腋后线及腰部各穴,常用以治疗肩背、腰骶及下肢疾患。

指压推拿用于镇痛以便进行手术,称指压麻醉。中国古代很早就用指压麻醉法于骨折或关节脱位的整复手术中,以镇痛和缓解肌肉痉挛。明代龚廷贤《寿世保元》中记有"预先以手指紧罩其穴处"来抑制艾灸时所产生的烧灼痛。指压麻醉的手法操作要求主要是使穴位部的感应在手术进行时达到最高峰。穴位多选用四肢、颜面、耳郭等部,尤其是深部有骨面的,如合谷、颧髎、太阳等。如拔上颌牙,取颧髎和下关;拔下颌牙、前牙,取承浆和颊车;拔后牙,则取颊车(或颧髎)。扁桃体摘除或上颌窦手术,可指压下关、颊车。甲状腺手术或胃次全切除术,可指压太阳、颊车、合谷,术前可配合应用镇静药物。

内功推拿

以擦法作为临床操作的主要手法,并指导患者配合少林内功锻炼,以防治疾病的一种推拿疗法称为内功推拿。内功推拿的特点是,强调整体观点,扶正强身,有一整套常规操作程序。临证时,再根据辨证,予以变通应用。常用于治疗内科虚劳杂病、外伤及妇人经带诸病。

内功推拿的手法有:擦、拿(五指拿、捏拿)、点(包括肘压)、分、合、扫散、理、劈、抖、搓、运、拔伸、击(掌击、拳击、棒击)等法。手法操作常规程序:①头面:推两侧桥弓,五指拿头顶(五指所经之处为头部的胆经、膀胱经和督脉循行分布处),捏拿颈项,分前额,分眉弓,点睛明,分迎香,分人中,分承浆,扫散两颞,合推至项部。有平肝熄风、开窍醒脑的功用。②躯干:依次掌擦胸背、两胁肋、上腹、小腹和腰骶部。③上肢:推拿肩和上肢,掌擦上肢(自腕部至肩部),拿极泉、小海、曲池、合谷,理五指,劈指缝,掌击拳面(握拳时各指第一节处),运上肢(大幅度活动肩

关节),搓臂,抖上肢。④重复第一法。⑤掌击百会(安神定魄),拳击大椎(通调一身阳气)、八髎(壮肾阳、补元气、引火归原)。⑥下肢:捏拿下肢,点揉髀关、梁丘、血海、足三里、阴陵泉、阳陵泉、委中、承山,从上至下拍击下肢。常规手法操作从头面至腰骶,涉及十二经和奇经八脉,有疏通经络、调和气血、荣灌脏腑等作用。手法轻重,因人而异。体弱者手法要轻柔,体壮者手法可略重。临床应用时根据不同疾病,手法可适当改变。

腹诊推拿

运用腹诊法判断病之表里、寒热、虚实,以指导推拿临床的一种推拿方法称为腹诊推拿法。腹诊法是中医传统的诊察疾病的方法之一,这一方法与推拿治疗密切地结合起来,根据腹诊辨证,选用不同的手法以防治疾病。腹诊推拿法以阴阳五行、脏象经络理论为指导,强调整体治疗,扶正祛邪,灵活应用。在治疗原则上是先治本,后治标,以治本为主,兼顾治标。腹诊方法主要是望诊和触诊,通过观察其腹部形态的变异与触知其腹壁的紧张度及是否有块状、条索状、网状等不同情况,以提供必要的诊断依据,再按八纲辨证方法判断其表、里、寒、热、虚、实及其与全身的关系,从而确定推拿的治则。如拒按者为实,喜按者为虚;皮肤燥者为热,润者为寒;轻按而痛者病在表,重按而痛者病在里。如按部位来分,脐上部分一般多与肠胃方面疾患有关,主症为食人不化、腹胀饱满、嗳气吐酸,甚则呃逆呕吐、少食倦怠,或为咳喘、胸胁苦满之候;脐下部分一般多与肝肾方面疾病有关,主证为月经不调、痛经、赤白带下、崩漏,男子则为阳痿、早泄等,偶亦可出现气喘、头昏及心肾不交之候;腹际两侧多与肾病有关,主症为腰背酸痛、腹胀,亦可出现部分妇科疾病之症状;小腹侧近股处多与下肢方面疾病有关,主证为下肢酸软或疼痛。此处尚需注意腹部的正常变异,如因年龄、职业、性别、体质等不同而各有差异。腹诊法虽有其一定的局限性,但如能与其他诊断方法相结合,则对诊断正确性的提高无疑是有帮助的。经过腹部推拿治疗后,使这些变异的腹部形态改变,则患者的症状也随之改善。腹诊推拿常用手法有推、拿、按、摩、捏、揉、搓、摇、引、重等十法,并由此而衍化 62 种手法。其主要适应证有:软组织损伤、关节炎、颈椎病、腰椎骨质增生、骨折手术后遗症、脑供血不足、脑性眩晕、神经衰弱、胃肠功能紊乱、慢性肠炎,以及冠心病、乳腺炎、溃疡病等。

小儿推拿

小儿推拿又称小儿按摩,是推拿在防治小儿疾病的临床实践中形成有独特体系的治疗方法。应用推拿疗法防治小儿病症,已有悠久的历史,早在二千多年前已有关于这方面的记载。如 1973 年长沙马王堆出土的西汉医帛《五十二病方》中有"以匕周�婴儿瘛所"的描述,即用勺匙的周边刮擦患儿病变部位的方法治疗疾病。在历代不少医学名著中也有很多小儿推拿方法的记载。晋代《肘后备急方》治卒腹痛方法中介绍了"拈取其脊骨皮,深取痛引之,从龟尾至顶乃止,未愈更为之"的捏脊法。唐代《千金要方》卷五上有膏摩防治小儿疾病的方法,如"小儿虽无病,早起常以膏摩囟上及手足心,甚辟寒风",又说:"小儿……若已下而有余热不尽,当按方作龙胆汤稍稍服之,并摩赤膏。"唐代《外台秘要》卷三十五中载"小儿夜啼至明不安寐……亦以摩儿头及脊验"。宋代《苏沈良方》中有用掐法治疗脐风撮口等症。明清时期,由于推拿疗法在儿科中得到广泛应用并已发展成为小儿推拿专科,在理论、手法、操作方面独具特色,形成一种专门体系。这一时期的小儿推拿专著有三十几种,现在尚存十余种,《针灸大成·按摩经》(1601)为最早的小儿推拿著作,《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》(1604)为最早的小儿推拿单行本。

小儿推拿在中医诊治儿科疾病的基础上,又发展形成了自身的特色。除了在阐述病因病机时注意小儿生理特点,在运用四诊时重视望诊,在辨证中以五脏辨证为主外,小儿推拿的特色有这样几个方面:①在经穴方面提出五指经穴通联的观点。②有专用于推拿的特定穴位,这些穴位大多集中在头面和上肢部,且穴位不仅是点状,也有线状和面状。如前臂的三关穴和六腑穴都是线状穴,而指面部的脾土、肺金、心火、肝木、肾水诸穴均为面状穴。特定穴位的点、线、面状和分布的特点,更能反映推拿以手法治病为主的特点。③诊断中发展了腹诊法,治疗上很重视归经施治和五行生克等基本法则。④在推拿手法方面,强调以轻柔着实为主,要求轻快柔和,平稳着实,适达病所,形成了以"按摩掐揉推运搓摇"小儿推拿八法为主的一整套小儿推拿手法和复式操作法。⑤在临床操作中,一是强调先头面、次上肢、次胸腹、次腰背、次下肢的操作程序;二是强调手法的补泻作用;三是重视膏摩的应用和使用葱姜汁、滑石粉等介质进行推拿。这既保护娇嫩的皮肤不致擦破,又增强手法的治疗作用。其操作方法,不仅有将手法与穴位结合起来运用,如按百会、推脾经、摩腹、拿肩井、掐仆参等;还有多种复式操作法,如乌龙摆尾、赤凤摇头,黄蜂入洞、打马过天河等。小儿推拿的对象一般是指六岁以下的小儿,特别适用于 3 岁以下的婴幼儿。治疗范围比较广泛,如泄泻、呕吐、疳积、便秘、脱肛、发热、咳喘、惊风、遗尿、肌性斜颈、斜视、小儿瘫痪等症。在临床实际应用中,小儿推拿有许多不同的风格,有的取穴少而操作次数多(以《实用小儿推拿》为代表);有的以复式操作法为主要治疗手段(以《小儿推拿疗法简编》为代表);有的以捏脊方法为主(以《捏脊疗法》为代表);也有以补脾土为上及以根据五行生克归经施治为主。这些各具特色的不同治疗风格,均在临床中取得明显的治疗效果。

小儿推拿复式操作法

在小儿推拿手法中，以一连串动作组合起来操作，并冠以特定名称者称为复式操作法。复式操作法在历代推拿著作中，各家说法不一。有些名称相同，而操作方法不同；有些操作方法相同，而名称却异。这些方法，有的称为"手法"(如《针灸大成·按摩经》、《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》等)；有的称为"手上推拿法"(如《小儿推拿秘诀》)；有的称为"大手法"(如《幼科推拿秘书》)；近代有人称其为"大手术"(如《推拿指南》)；现代则有人命名其为"复合手法"(如《小儿推拿疗法新编》)。

水底捞月 又称水底捞明月、水里捞明月、水中捞月。性大凉，主治发热。操作方法有五种：①清天河水，再右运内劳宫，边运边吹气；或先取天河水，再左运内劳宫，边运边吹气。②掐总筋，清天河水，再运内劳宫，运时吹凉气。③在掌内滴凉水，运内八卦后，再清天河水。④在掌内滴凉水后，用手扇几下，再旋运。⑤旋推内劳宫，边推边吹凉气；再从小指边，推经坎宫，至内劳宫后，轻轻拂起，如捞物之状(图1)。

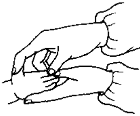


图1 水底捞月

按弦搓摩 又称按弦走搓摩。能行气化痰，治咳嗽、哮喘、痰积。操作方法有四种：①运内八卦后，再从手搓至前臂，最后摇动手腕。②从阳池穴按揉起，向上经曲池至阴池穴，操作9次(阳证者，按揉阳池时，手法需重；阴证者，按揉阴池时，手法需重)；再搓前臂；最后，左手握住患儿肘部，右手掐脾经处，并向外摇大拇指24次。③从手搓至前臂。④用两手掌从患儿两腋下搓至肚角(图2)。第四种操作方法在临床中常用

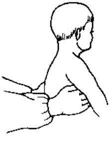


图2 按弦搓摩

天门入虎口 能顺气健脾，治腹胀泻痢。操作方法有三种：①左手托住肘部，右手掐天门、兑宫后，再摇动前臂。②用推法，自乾宫(即天门)起，经坎宫、艮宫至虎口。③用拇指从患儿示指端起，沿示指外侧缘推向虎口，在虎口处用掐法后，再从拇指内侧缘推向虎口。

老虎吞食 上治惊厥。操作方法有两种：①推掐仆参穴。②用绢块包住足跟，术者用口咬仆参穴(此法现临床上已废弃不用)。

黄蜂入洞 能解表发汗，治疗感冒鼻塞。操作方法有六种：①用左手将患儿的小指屈曲，右手揉内劳宫。②用双手屈曲的大拇指指间关节背侧按住两侧外耳门。③用两手大鱼际按住两侧外耳门，一按一放十余次。④用双手拇指自患儿一侧总筋处起，沿天河按揉至曲池。⑤用示、中两指端置放在两鼻孔内揉动(图3)。⑥用示、中两指指端分别放在两侧鼻翼根处按揉。第六种操作方法在临床中常用



图3 黄蜂入洞

运水入土 能健脾，治脾虚泄泻。操作方法：从肾经穴推向脾经穴，经兑宫、乾宫、坎宫、艮宫等穴时，需加按压。

运土入水 能滋肾，治泻痢、小便赤涩。操作方法：从脾经穴推向肾经穴，经艮宫、坎宫、乾宫、兑宫等穴时，需加按压。

天河引水法 性凉，能治发热。操作方法：用手指蘸冷水，从大横纹处沿天河推至曲池。从内劳宫推至曲池，称为大推天河水法；从曲池推至内劳宫，称为取天河水法。

飞经走气 又称飞筋走气、飞金走气，能行气通窍。操作方法有五种：①先运五经，再在总筋处用摆动幅度较小的搽法到内关穴处，最后从总筋处向上拍打至肘部。②先推心经，再揉气关。③把大拇指按住总筋，用示、中、环指指端从总筋处向上边按边移行至肘部。④用示、中、环、小指的四指背侧面，从曲池起向下弹打至总筋，操作9遍；再一手托住肘部，一手捏住腕部阴阳两穴，将患儿前臂伸屈数下。⑤滴凉水于内劳宫处，并将凉水引至天河，从内劳宫推向天河，向前推3次，再向后推1次，边推边吹凉气。

赤凤摇头　又称丹凤摇头、赤凤点头，能通关顺气和血。操作方法有五种：①用双手扶住患儿头部左右摇动。②左手握住肘部，右手捏住中指摇摆。③捏住患儿大拇指摇动，向内摇动为补，向外摇动为泄。④左手托住肘部，右手握住腕部摇动前臂，向内摇动为补，向外摇动为泄。⑤依次摇动患儿五个指头。

黄蜂出洞　能发汗解表。操作方法：掐心经、内劳宫，推三关，再用双手拇指端按掐总筋处，一按一放至内关，然后掐离宫、坎宫。

二龙戏珠　能止惊搐。操作方法有四种：①用两手拇、示两指分别捻揉患儿两侧耳轮。患儿眼左吊，右耳捻揉重；眼右吊，左耳捻揉重；眼上吊，用力向下捻揉；眼下吊，用力向上捻揉；眼不吊，则左右上下用力等同。②双手捏捻两耳垂。③用双手拇、示指置于手臂两侧由上到下，由下到上来回按揉。④左手捏拿腕部阴阳穴处，热证者在阴池穴重捏，寒证者在阳池穴重捏，并向上按拿至曲池后，握住肘部；右手再捏拿该侧中、环两指，并摇动。

凤凰单展翅　又称凤单展翅、凤凰丹展翅，能除虚热。操作方法有三种：①掐总筋后，再自该处按揉至内关，并掐内关。②先按内外劳宫穴，再用左手按揉一窝风及总筋，右手握住患儿手摇动其腕。③左手按掐曲池，右手捏住中指摇动。

猿猴摘果　能化痰浊。操作方法有五种：①用拇、示两指按在腕部尺桡骨茎突，一捏一放。②用左手拇、示指指端自总筋慢慢向上按揉至内关，再返回总筋；然后再用右手操作。③屈伸患儿肘、腕关节。④先按捏腕部阴阳穴；用指揉法从阳池穴沿三关到曲池，再从曲池过六腑到阴池穴，此名转阳过阴，治热证。如从揉阴池穴始，经六腑到曲池，再从曲池过三关到阳池，此名转阴过阳，治寒证。最后，捏住拇、示、中三指摇动，寒证往里摇，热证往外摇。⑤用两手拇、示两指分别捏住两耳尖向上提，再捏耳垂向下扯。

打马过河　又称打马过天河、打马过天门，能退热通络。操作方法有五种：①运内劳宫后，弹打内关、间使，至洪池止(图4)。②从二人上马穴向上推至肘部洪池处。③用拇指末节指面置于患儿中指甲，并迅速向中指端滑出，如此操作数次后，拿前臂，摇肘，再用示、中两指指面拍打天河。④左手弹击总筋处，右手弹击天河，再掐肩井、琵琶、走马穴等。⑤从二人上马穴处，拍打至天河。

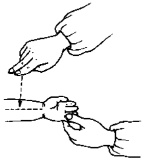


图4　打马过河

龙入虎口　操作方法：推板门穴，往外推能清热，往里推能治四肢惊掣。

丹凤摇尾　能止惊。操作方法：左手掐内劳宫，右手掐心经，并摇动中指。

凤凰鼓翅　又称凤凰转翅，能降痰止惊。操作方法：左手掐精宁穴，右手掐威灵穴，并摇动患儿手腕。

揉耳摇头　又称捧耳摇头，能开关通窍。操作方法：开天门，分推太阴太阳，掐天庭、印堂、山根、年寿、人中、承浆，揉捏两耳垂，最后捧住患儿头部左右摇动。此法常用为小儿推拿操作之起始，然后再对症应用其他操作法。

孤雁游飞　能治黄肿虚胀。操作方法：从拇指外侧缘向上推，沿三关、六腑、手心乾宫(天门)、内劳宫，到脾经止。

引水上天河　能清热。操作方法有两种：①用手蘸凉水，从总筋处沿天河拍打至肘部，边拍边吹凉气。②滴冷水于大横纹处，从大横纹向上推至肘部，再用手指拍打天河，边拍边吹凉气。

老汉扳缯　又称老翁绞缯，能消食，治痞块。操作方法：用左手掐拇指根处，右手掐脾经，并摇拇指。

斛肘走气　能消食，治痞块。操作方法：用左手掌托住肘关节鹰嘴突处运转，同时右手握住手摇动前臂。

乌龙摆尾　又称二龙摆尾，能解大小便闭结。操作方法有三种：①左手将患儿中、环指屈曲，右手捏住示、小两指摇动。②左手托住肘部，右手捏住示、小两指摇动。③左手捏住示指，右手捏住小指向下摇拽。

凤凰展翅　能散寒。操作方法：两手握住腕部，以两拇指分别按在腕部阴阳两穴，向外摇动腕关节 24 次；再用左手托住肘部，右手握住手部来回伸展腕关节 34 次；最后左手托住肘部，右手握住腕部，并用大拇指掐住虎口，来回屈曲腕关节 24 次。

双凤展翅　能治肺经受寒。操作方法有两种：①用双手分别捏住患儿两耳向上提拉 3 次，再掐承浆、颊车、听会、太阴、太阳、人中穴。②用双手分别捻两侧耳垂，再掐承浆、颊车、听会、太阴、太阳、人中穴。

苍龙摆尾　能退热开胸。操作方法有两种：①用右手捻小指。②左手捏住示、中、环三指，右手在天河穴来回擦数次，擦至曲池处，手法略重，然后用左手托住肘部，右手握住示、中、环三指，摇动前臂。

开璇玑　能治小儿气促、风寒痰闭、夹食腹痛、呕吐泄泻，以及发热抽搐、昏迷等症。操作方法：用两拇指蘸葱姜汁，从患儿胸前膻中处分推至两侧胁肋处，共 361 次。再依次从心坎向下推至脐腹。然后在右掌心涂以热的葱姜汁扪合在患儿脐腹，左右揉。接着两手掌自脐中推向少腹两侧 64 次。最后用示、中两指从龟尾推向命门。

自我推拿

以双手在自己身上进行揉捏按摩，并配合肢体活动，以保健强身、防治疾病的推拿疗法称自我推拿。在古代属于"导引"范畴。人类的某一部位发生疼痛或不舒时会不自觉地用手在痛处抚摩，这种出自本能的自我推拿形式也是人类最早的医疗活动。以后经过长期的实践，乃成为自觉的医疗行为。自我推拿在中国有悠久的历史。《素问·异法方宜论》中指出："痿厥寒热"之症"治宜导引按蹻"。近年出土的长沙马王堆三号西汉古墓的文物中，有帛画"导引图"，描绘了导引姿式44种。至今相传的"五禽戏"，也是汉代华佗根据虎、鹿、熊、猿、鹤五种禽兽的活动特点所创造的导引法。隋代巢元方《诸病源候论》每卷之末都介绍养生方导引法。唐代孙思邈《千金要方》、王焘《外台秘要》也有许多应用导引按摩防治疾病的记载。宋代《圣济总录》还列专章介绍导引按摩。应用导引法修身、养生、治病，在中国古代道家和武术界中流传很广。新中国成立后，自我推拿在开展群众性的防病治病活动中，起了积极作用。已在中国中、小学中普遍推广的眼保健操就是其中的一种。自我推拿的特点是"意"（意识）、"气"（呼吸）、"行"（动作）结合，要求在自我推拿时，思想专注集中，调节呼吸，动作要由意识支配。

自我推拿的保健方法很多，不少方法大同小异，这里介绍一套方法共二十节。

叩齿 口微闭，上、下齿有节奏地叩击30次。能预防齿疾、固齿。

搅舌 口微闭，先将舌尖抵上腭，然后向左右各转动30次，待口中唾液增多时，用力咽下。能防止口干，润咽喉，助消化。

浴面 先将两掌心摩擦令热，然后贴于额部，分别在左右两侧面部，从额、眉、两颧至人中、口角，摩擦30次。能清醒头目，光润肌肤，防治感冒和面瘫。

摩目 目微闭，将示、中、环指指面分别从两眼睑内侧沿上、下眼眶缘轻摩至外侧各10次。然后睁眼向前直视，同时眼睛向左右转动各5次。能增强视力，防治近视或远视。

擦鼻 两中指指面摩擦鼻两侧，由攒竹至迎香穴各30次。能防治鼻窦炎和伤风感冒。

抹头 两手示、中、环指靠拢，先由印堂经上星、头顶，抹至大椎10次；次由两太阳经耳后抹至肩井各10次；再由两太阳直下，过耳前至人迎各10次。能防治头痛、头晕，清醒头目，润发。

擦后颈 将两手五指并拢，用指面分别贴于左右枕骨部，然后向下至大椎间往返摩擦30次，再将头项向前、后、左、右转动数次。能防治伤风感冒及肩、背、颈、手臂部疼痛。

鸣天鼓 将两手掌心先摩擦两耳轮，然后紧掩耳孔，骤然放开，连续开闭10次，再紧掩两耳，同时以中指弹击枕骨30次。能补肾降火，防治耳鸣、耳聋。

抚胸胁 两手五指分开，用手掌在胸部由内向外抚摩，从锁骨开始至季肋止，上下30次，然后用手掌旋摩胸部。能补肾、宽胸降气，防治胸胁疼痛。

揉脐 两手掌重迭，按在脐处，揉动30次。能助消化，安神，降气，利大小便。

擦丹田 将两手掌分别贴于脐下小腹部，同时作上下摩擦，30次。能消积，防治痛经、遗精，强壮身体。

运膏肓 两手垂直，以肩关节上下前后环形的旋动30次。能防治肩背疼痛、伤风感冒，消除疲劳。

摩肾堂 两手掌或拳背紧贴在背后脊柱两侧，两手尽可能从高处开始，逐渐向下摩擦，经肾俞，直至尾闾骨，其中以肾俞为重点，上下往返作30次。能防治腰腿痛、遗精，强壮身体。

握固 两手垂直，两拇指握在掌心，然后将其他四指紧按在拇指上面，用力紧握，握后放松，一紧一松30次。能增强臂力，强壮身体，防治上肢疼痛。

托天 取站立位，将两手手指相叉，掌心向上，自下缓缓平举至胸前时，左右手前臂同时旋内翻掌，如托重物状，再将手举过头部，并且此时抬头看着手背（高血压患者可不抬头望手），足跟离地，上肢向上伸直共8次。能帮助消化，防治肩背疼痛，纠正脊柱侧弯。

开弓 两膝下蹲（若下蹲不便，可取站立位），如骑马状，两手半握拳，掌心向胸，平举在胸前，左臂渐向左方伸直，头则随着转向左侧，眼睛盯住翘起的两指如瞄准状，然后右手徐徐地如拉弓状向右拉开，头也随之转向正前方（图1）。左右转换，共作8遍。能扩张胸廓，防治颈、项、肩、膝疼痛。



图1 开 弓

拿四肢 用右手捏拿左上肢，自肩部至掌部，左右同，两侧各往返10遍；再用一手或两手捏拿或搓下肢，自腹股沟至踝部，往返10遍，左右同。能防治肌肉萎缩、关节疼痛。

转膝 两下肢并拢，膝关节微屈，身向前俯，两手掌分别按在两膝上，膝部作左右旋转30次（图2）。能防治膝关节疼痛、行走乏力。

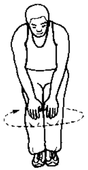


图2　转　膝

洒腿　取站立位，提起左腿，小腿如踢球状向前洒动，作膝关节屈伸动作30次，左右同。能防治髋、膝、踝关节疼痛。

擦涌泉　取坐位，用左手摩擦右足涌泉穴（足心）30次，左右转换；术毕，稍将足趾转动。能安神、降压、滋阴降火，防治头目晕眩。

自我推拿完毕后，在原地踏步1—2分钟，并摆动身体。自我推拿二十法及其操作次数，可根据个人的具体情况全部或选择锻炼，但必须持之以恒，方能收效。

推拿手法

操作者用手或肢体其他部分刺激治疗部位和活动肢体的规范化的技巧动作称为推拿手法。由于刺激方式、强度、时间的不同和活动肢体方式的不同，形成了许多动作和操作方法不同的基本手法。除了基本手法外，尚有以两个以上基本手法结合起来的复合手法，如按揉法、推摩法等；以一连串动作组合起来操作，并冠以特定名称的复式操作法，如打马过天河、黄蜂入洞等。推拿手法刺激于机体的不同部位，具有疏通经络、行气活血、滑利关节、调节脏腑功能等作用。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中说："因跌扑闪失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法。按其经络，以通郁闭之气，摩其壅聚，以散瘀结之肿，其患可愈。"推拿手法技术的基本要求是，持久，有力，均匀，柔和。这样，才能产生良好的治疗作用。持久，是要求手法操作能持续一定的时间；有力，是要求手法必须具有一定的力量，这种力量应该根据病人的体质、病情和治疗部位的不同而增减；均匀，是要求手法动作有节奏性，压力不能时轻时重；柔和，是要求手法动作稳妥，不能生硬粗暴。推拿基本手法，根据动作形态和治疗作用，分为六类。有按压类、摆动类、摩擦类、捏拿类、捶振类、活动关节类等手法。

按压类手法　按压类手法是以按压的方式作用于机体的一类手法。根据治疗需要的不同，按压的力有强有弱，按压的面积有大有小，按压的时间有长有短。按压类手法能应用于全身各个部位。尤其适用于需接触面较小、压力较强的治疗部位。这类手法有按法、压法、揉法、点法、掐法、拨法、押法、掩法、扪法、抄法、踩跻法等。其中，按法、揉法、点法、压法、掐法、踩跻法刺激较强；押法、掩法、扪法、抄法、拨法刺激较弱。

按法　又称抑法（《肘后备急方》）、截法，术者用指或掌放置在体表上，逐渐用力下压（见"按法"条）。用拇指或示、中、环指螺纹面按压体表的，称为指按法，其中拇指按法较为常用，适用于全身各部位的经络穴位。用掌根、鱼际或全掌按压体表的，称为掌按法，适用于治疗面较为广的部位。指按法的刺激比掌按法强。按法常与其他手法结合使用，如与揉法结合，称为按揉法。

压法　术者用手掌或尺骨鹰嘴突按压体表，按压时也可在体表上逐渐滑动。尺骨鹰嘴突按压法，刺激强，多用于肌肉丰厚处，如臀部、大腿。掌压法接触面较大，压力大而柔和，多用于肩背、腰部，有缓解筋脉拘急的作用。按法和压法两者动作相似，故也可统称为按压法。

揉法　术者用手指螺纹面或手掌贴在体表上，稍用力向下按压，带动肌肤作轻柔缓和的回旋转动（见"揉法"条）。用掌根揉的，称为掌揉法。用大鱼际揉的，称为鱼际揉法。用手指揉的，称为指揉法。掌揉法适用于腰、背、臀部及四肢。鱼际揉法适用于头面及胸腹部。指揉法主要适用于穴位上及压痛点上。

点法　术者用手指的指峰或关节突按压或点击体表。点法按触面较小，刺激强度大，刺激时间短，多用于穴位上及压痛点上，止痛作用好。

掐法　又称爪法、切法（《肘后备急方》），术者用指甲峰按压体表的穴位上。掐法接触面小，刺激比点法强，有以掐代针之意，多用于痛觉敏感的人中穴及肢端穴位上，有开窍醒脑作用。惊厥、昏迷常用此法。

拨法　又称拨络法、弹拨法、抻法，术者用手指指端按在筋腱上，适当用力作与筋腱成垂直方向的来回拨动。常用于筋脉挛急。

押法　见《诸病源候论》，术者用手指螺纹面按在体表上不动，刺激比压法轻。

掩法　见《备急千金方》，术者用手掌轻轻地遮盖在体表的一定部位上，多用于患儿的脐部。

扪法　见《保生秘要》，术者用手掌擦热后，迅速地将一手轻放在体表上。常用于脘腹部，有温中作用。寒性腹痛、腹泻可配合用本法。

抄法　术者用两手掌掌面分别放在仰卧患者的两侧肋下缘，逐渐插入腰部，两手手指螺纹面按揉腰部两侧软组织，并将腰腹部托起，轻轻地左右晃动。《肘后备急方》有抄举腹部治疗腹痛的记载，可作为治疗腹痛、腰痛的辅助手法。

踩跻法　术者用单足或双足踩在治疗部位上作揉压或弹跳动作（弹跳时，足尖不得离开治疗部位），术者尚需借助器物控制自身的重量。本法多用于腰臀及下肢部（图1）。其中，弹跳踩跻法适用于腰部，治疗腰椎间盘突

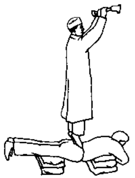


图1 踩蹻法

出症等疾患。

摆动类手法 摆动类手法是通过腕部有节奏的摆动使压力轻重交替地持续作用于机体的一类手法。根据接触面的大小、压力的强弱及速度的快慢，可分为一指禅推法、㨰法、缠法、滚法。

一指禅推法 术者用拇指的指端、螺纹面或桡侧偏峰接触在体表上，运用腕部的来回摆动带动拇指指间关节的屈伸，使压力轻重交替、持续不断地作用于治疗部位上(见“一指禅推法”条)。每分钟摆动一般为120—160次。可广泛应用于全身各部。

㨰法 术者将手部各掌指关节略为屈曲，以掌背近小指侧部分贴于治疗部位上，然后有节奏地作腕关节屈伸和前臂旋转的协同动作，使贴于治疗部位上的掌背部分作来回滚动状(见“㨰法”条)。每分钟摆动一般为120—160次。本法多用于颈项、腰背及四肢部。

缠法 动作与一指禅推法相同，但摆动速度比一指禅推法快，每分钟达200次左右。

滚法 术者手握空拳，示、中、环、小指的近侧指间关节置于治疗部位上，腕关节作小幅度的屈伸，使接触治疗部位的指间关节来回滚动。本法适用于除颜面部外的各个部位。

摩擦类手法 摩擦类手法是以与肌肤表面摩擦的方式作用于机体的一类手法。其中，有些手法是摩擦发热；有些手法是推行气血；有些手法则是以摩擦的形式揉搓肌肤。摩擦发热的手法，主要是擦法，适用于胸腹、四肢、腰背部；推行气血的手法，有摩法、开法、合法、推法、运法、拂法、刮法，适用于头面、胸腹及四肢部；揉搓肌肤的手法，有搓法、勒法、抹法、扫散法，适用于四肢或头面等部。

擦法 术者用手掌紧贴于皮肤，稍用力作来回直线摩擦，使体表局部发热(见“擦法”条)。用全掌着力擦的，称为掌擦法，适用于胸胁及腹部。用大鱼际着力擦的，称为鱼际擦法，适用于四肢部。用小鱼际着力擦的，称为侧擦法，适用于肩背、腰臀及下肢部。《千金要方·老子按摩法》所说的“掘法”，即是用两手拳背在脊柱两边的擦法。

摩法 术者用手掌面或手指指面置于体表上，作轻缓的盘旋摩动(见“摩法”条)。用手掌面摩动的，称为掌摩法；用手指指面摩动的，称为指摩法。摩法主要适用于胸胁及腹部。古代操作摩法时，常根据病情涂以各种性能的药膏，称为膏摩(见“膏摩”条)。《保生秘要》中描述的“抚法”，即是摩法。《厘正按摩要术》等小儿推拿书籍中描述的一种“运法”，亦是指摩法。

分法与合法 分法又称开法；合法又称和法。前者是术者用两手拇指螺纹面或手掌，在体表上的一处分别向两边分开推动；后者是术者用两手拇指螺纹面或手掌，在体表上分别从两边向中间合拢。分法是疏散气血之意，合法是聚合气血之义。这些手法主要应用于小儿推拿的临床治疗。

推法 术者用手掌或手指螺纹面置于治疗部位上，向前作单方向移动(见“推法”条)。推法类似擦法。但擦法是用力来回摩擦，要求达到局部发热；推法却是轻快柔和地单向推动，操作时虽连续不断，但手返回在推出的起点时，不能在体表上摩擦，其意是推动气血行进，不要求局部发热。直线推动的，叫直推法、平推法；回旋推动的，叫旋推法。有些小儿推拿书籍中所描述的“运法”，如运太阳、运八卦，即是旋推法。推法适用于全身各个部位。

拂法与刮法 都是术者用手指螺纹面掠擦治疗部位。轻快地掠擦的，叫拂法，较重地掠擦的，叫刮法。刮法，尚可用光滑竹片边缘掠擦治疗部位。拂法与刮法，主要适用于四肢部。

搓法 术者用两手掌面挟住肢体，轻轻地作快速来回搓揉。适用于四肢及胁肋部。

勒法 又称捋法、理法、攎法，术者用示指、中指略屈曲挟住手指或足趾的根部，迅速地滑出指(趾)端。

抹法 术者用拇指螺纹面或手掌面紧贴于体表上，略用力，缓慢地作上下、左右往返移动。多用于头部、颈项及胸腹部。

扫散法 术者用拇指桡侧面及其余四指指端，同时贴于头颞部，稍用力向耳后作快速来回抹动(图2)。常用于头痛、头胀、高血压等疾患。

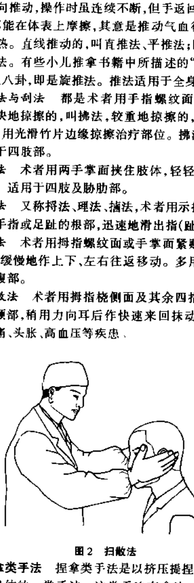


图2 扫散法

捏拿类手法 捏拿类手法是以挤压提捏肌肤的方式作用于机体的一类手法。这类手法有拿法、捏法、挤法、

拧法、扭法、提法、挪法、扯法、弹法、抓法、捻法等。捏拿类手法是刺激较强的手法。

拿法　术者用拇指和示、中指的螺纹面，或用拇指和其余四指的螺纹面，紧挟治疗部位的肌肤并提起(见"拿法"条)。适用于肩背及四肢部。捏法、挤法、拧法、扭法、扯法、提法及挪法都是与拿法动作相似的手法。捏法是用拇指与示指或拇指与示、中指挤捏肌肤。挤法、拧法、扭法、扯法的动作大同小异，是用拇指末节指面和示指中节的桡侧面或食指和中指略屈曲，用其中节挟住肌肤，提起扭转。提法是在拿法、捏法、挤法、拧法、扭法的操作过程中，把挟住的肌肤再用力往上牵拉。挪法是术者把手掌摊平，置于治疗部位上，然后如握拳状将该部位的肌肤提起片刻，再放开手掌稍向前移，如此不断地向前提捏、放开进行操作。

弹法　术者用力提捏肌肤后，迅速放开，使肌肤弹回原状。适用于肌肉丰厚处。另一种操作方法是，将中指屈曲，中指甲置于拇指面成环状，然后迅速弹出，击打患处，亦称弹法。

捻法　术者用拇指的螺纹面及示指桡侧面挟住治疗部位，如捻线样作来回揉捻。多用于指趾处。

抓法　术者用五指分开，满掌拿捏治疗部位，着力点在五指之端。常用于头顶部及肌肉丰厚处。

捶振类手法　捶振类手法是以敲击的方式作用于机体，或使机体产生振动感应的一类手法。此类手法有拍法、击法、叩法、捶法、劈法、啄法、捣法、振法、抖法等。

拍法　术者以虚掌有节奏地拍打治疗部位。如术者用掌根或拳背部击打治疗部位，称为击法。用桑枝棒进行击打，又称棒击法。叩法和捶法为异名同法，是用空拳有节奏地击打治疗部位。用手掌尺侧部击打，又称劈法。用合拢的五指指端敲击治疗部位，称为啄法。用屈曲的示指或中指的近侧指间关节的背面进行叩击，称为捣法。这些手法适用于肩背及四肢部。

振法　又称颤法、振颤法，术者用指端或手掌置于治疗部位上，使手臂发出的振颤传递到机体。术者要使手臂产生振颤，需经过较长时间的锻炼。指端振颤法，常用于头面及胸腹。手掌振颤法主要用于胸腹。有一种振法也叫振动法，其操作方式是术者用一手手掌按在治疗部位上，另一手握空拳有节奏地叩击按在治疗部位上的手背，使手按局部的深层有振动感觉，常用于胸背部。

抖法　术者用手握住上肢或下肢的远端，用力作上下抖动，使患者肢体的软组织产生颤动。有放松肌肉和关节的作用。

活动关节类手法　活动关节类手法是活动肢体关节的一类手法。有称此为被动运动手法。适用于功能障碍的肢体关节。这类手法有摇法、盘法、拉法、背法、扳法等。

摇法　又称运法，术者一手固定关节的一端，一手在关节的另一端对可动关节作顺时针或逆时针的摇动(见"摇法"条)。应用于颈、腰及四肢关节部。盘法是活动幅度较大的摇法。有些小儿推拿书籍中描述的运法，除了本操作法外，是指指摩法及旋推法。

拉法　又称牵法、牵引法、引伸法、拔法、拽法，术者固定关节的一端，并用力持续地牵拉关节的另一端，使关节的间隙拉开。适用于四肢关节及颈、腰部。使用这类手法，切忌用突发性暴力。

背法　术者与患者背靠背站立，用双肘挽住患者的肘弯部，然后，弯腰、屈膝、挺臀，将患者背起，使其双脚离地，同时，术者用臀部着力颠动，以牵伸患者的脊柱腰段(图3)。背法的作用与拉法相同，使关节的间隙拉开，适用于腰部。



图3　背　法

扳法　又称搬法，是使关节作伸屈及旋转的手法(见"扳法"条)。有扳颈法、扳腰法、扳肩关节法、扳肘法、扳腕法及搬踝法。斜扳法也叫斜搬法，是扳腰法的一种。

推拿手法的练习主要是练习动作技巧及锻炼指、腕、臂力。在练习动作技巧时，也是锻炼指、腕、臂力。但为了加强指、腕、臂力，术者尚需练功(见"推拿功法"条)。推拿手法的动作技巧，可先在沙袋上练习，然后再在人体上练习。沙袋练习时，备布袋一只，长约8寸，宽约5寸，内装黄沙(最好掺些碎海绵，使沙袋具有弹性)，另外用一只布袋作套子。开始练习时，袋可扎得稍紧些，以后随着手法的熟练，将袋逐渐放松。各种基本手法就在沙袋上练习。手法经过沙袋上的练习，若动作技巧已比较熟练，可到人体上根据解剖部位将各种基本手法进行综合操作练习。一般分为头面及颈项部、上肢部、下肢部、肩背部、腰臀部、胸胁部、腹部几个部位练习。被操作者可分别取坐位、俯卧位、仰卧位、侧卧位，给练习者在各个部位上练习操作。

一指禅推法

手握空拳，腕掌悬屈，拇指伸直，盖住拳眼，用拇指的指端、螺纹面或桡侧偏峰着力于体表上，运用腕部的横向来回摆动带动拇指关节的屈伸活动，使功力轻重交替、持续不断地作用于经络穴位上，称为一指禅推法(图1)。一指禅推法是一指禅推拿的主要手法。其动作要领应掌

握：沉肩，垂肘，悬腕，指实掌虚。沉肩垂肘，就是肩、肘关节要放松；悬腕，是腕部放松、使手掌自然垂屈；指实掌虚，是拇端着实，其余四指及掌要放松，才能使作用力集中于拇指，做到蓄力于掌，发力于指。一指禅推法每分钟推动频率一般为120—160次。练习一指禅推法可分两个阶段。第一阶段先在沙袋上练习。练习时，沙袋置于胸前，身体端坐，聚精会神，屈肘悬腕，指掌半屈，拇指自然伸直与示指中节相对，指端或螺纹面吸定在操作部位上的一点，然后腕部作有节奏的往返摆动。在基本上掌握要领，操作时腕部摆动灵活，拇指能吸定于一点不滑动的基础上，再进一步练习一指禅推法移动的操作方法，练到能在沙袋上下左右往返移动自如，并有一定指力后，可进入第二阶段。第二阶段是在人体上练习，操作时要按照规定的经络穴位，循经络、推穴位，紧推慢移(摆动的速度要快，即按照每分钟120—160次的速度摆动，拇指端移动要慢)。在人体各个部位上练习时，应先易后难，循序渐进。先在肩背部练习，再在胸腹部练习，最后在头面、颈项部练习，务使手法能熟练灵活地在人体各个部位操作。

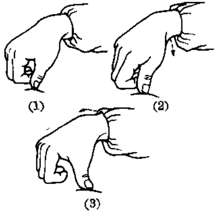


图1 一指禅推法

一指禅推法具有舒筋通络，调和营卫，行气活血，健脾和胃等作用。本法刺激量中等，接触面积较小，可适用于全身各部。临床上常用于治疗头痛、失眠、面瘫、消化道等内妇科疾病，以及关节酸痛等症。

一指禅推法在临床操作时，可根据不同病情和不同部位的需要，灵活变化应用。如摆动速度每分钟加快到200次以上，称为缠法(缠绵不休之意)，常用于颈项及胸胁部，治疗咽喉痛、胸胁痛等。如用拇指桡侧偏峰着力，手腕自然平伸，称为一指禅偏峰推法(图2)，多用于颜面部，治疗头痛、面瘫等症。如拇指屈曲，以拇指指间关节着力，称为屈指推法，常用于项部、腹部及四肢小关节，治疗腹胀、颈项强痛及四肢关节酸痛等症。如操作时结合揉动就成为复合手法的推揉法，常用于颈项、脘腹及四肢软组织处，治疗颈项强痛、脘腹疼痛、便秘及四肢软组织酸痛等症。如操作一指禅推法时，将其余四指伸直并拢以指面作摩法，称为推摩法(图3)，常用于胸腹及背部，治疗胸胁痛及泄泻等症。

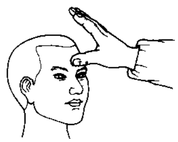


图2 一指禅偏峰推法

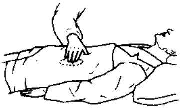


图3 推摩法

㨰法

㨰法是㨰法推拿的主要手法。㨰法的操作是以手掌背部近小指侧部分贴于治疗部位上，掌指关节略为屈曲，然后进行腕关节最大限度的屈伸及前臂旋转的协同动作，使掌背近小指侧部分在治疗部位上作来回运动(见图)。㨰法的操作要领：肩关节放松下垂，肘关节离开躯干约半尺左右。各手指任其自然，不能过度屈曲或伸直；操作时，腕关节屈伸幅度要大，使掌背部分的二分之一面积接触在治疗部位上；掌背的近小指侧部分是㨰法操作的着力点，应紧贴治疗部位上，不宜移动或跳动；腕关节的屈与伸应保持相等均匀的压力以避免手背与体表撞击。每分钟来回摆动120次左右。由于㨰法具有刺激力量较强、刺激面积较大的特点，假如不能掌握熟练的操作技能而使它对机体所发挥的刺激具有一定的柔软性，那在临床实践中就易于导致患者皮肉筋脉产生不同程度的疼痛，甚至引起其他各种不良反应。因此，㨰法的操作必须要依据正确的操作方式通过严格锻炼来掌握熟练的操作技能。锻炼的方法可分两个阶段。第一阶段先在沙袋上进行，要求掌握㨰法操作要领，促使㨰法动作的熟练灵活，使手法逐步达到柔软、有力的要求。锻炼时，沙袋需稳定不移，两手锻炼的时间需相等，手法所运用的压力需逐渐加强，但应避免用粗暴蛮力。第二阶段进入人体上练习，要求提高㨰法在人体上的操作技能，加强㨰法在人体软组织上操作的适应性。根据㨰法推拿的治疗理论，

进行以㨰法为主配合被动运动以及辅助手法对各种适应证的具体治疗操作练习，为㨰法推拿的临床实践奠定较好的技术基础。在人体上进行操作时，应尽量避免掌指关节的骨突部与脊椎棘突或其他各部关节的骨突处猛烈撞击。



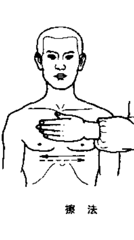
(1)　　(2)

㨰　法

㨰法在临床上应用时，常根据病理状态的需要，配合各种被动运动以及按、拿、捻、搓等各种辅助手法。具有疏通经络，活血化瘀，松解粘连，理顺筋脉作用。适应于治疗颈、肩、腰、背、臀部及四肢关节等部的扭挫伤和筋脉拘挛、关节强直、肢体瘫痪、疼痛麻木等症。

擦法

术者用手掌紧贴皮肤，稍用力下压，作来回直线摩擦，使体表发热称为擦法(见图)。擦法是内功推拿的主要手法。《韩氏医通》里提到擦法。擦法与摩法是有联系的，擦中兼摩，摩中兼擦。擦法的操作是直线往返，一般着力较重；摩法的操作是环旋移动，一般着力较轻。擦法的动作要领应掌握：直、长、匀。不论是上下或左右摩擦，都要直线往返，不可歪斜。而且往返距离要拉得长而连续，如拉锯状，不能间歇停顿。同时压力要均匀，以摩擦时不使皮肤起皱褶为度。来回擦动要有节奏，一般以每分钟100次左右为宜。擦法是直接在体表操作的手法，擦时可在施术部位涂些润滑剂(如冬青膏、麻油之类)，既可保护皮肤，又可使擦的热量深透到体内。擦法分为掌擦法、鱼际擦法、侧擦法。掌擦法是以全掌着力贴于体表上来回摩擦的。鱼际擦法是以大鱼际着力贴于体表上来回摩擦的。侧擦法是以小鱼际着力贴于体表上来回摩擦的。擦法可直接在人体上进行练习。掌握此法，不以表



擦　法

面发热快为要求，要逐步透热。因此练习时，不能把手掌过紧贴于皮肤，要控制手掌对体表的压力，使来回摩擦持续一定的时间后所产生的热渐渐透于肌肤。操作时，呼吸要调匀，不能迸气。

擦法是一种柔和温热的刺激。具有温经通络，宽胸理气，行气活血，消肿止痛，健脾和胃及温肾壮阳等作用。其中，掌擦法的温热度较低，常用于胸胁及脘腹部，主要治疗胸胁疼痛以及因脾胃虚寒所致的脘腹胀痛、消化不良等症，有宽胸理气，健脾和胃作用；侧擦法温热度较高，常用于肩背腰臀及下肢部，主要治疗风湿痹痛、肢体麻木、伤筋等病症，有温经通络，行气活血等作用；鱼际擦温热度中等，常用于四肢部，主要治疗外伤红肿、疼痛剧烈等症，有温通经络，活血散瘀作用。但三种方法可配合变化应用，不必拘泥。临床上使用擦法时应注意：室内要保持暖和，以免患者着凉；擦法操作后，不要再在该部用其他手法，否则容易引起破皮。所以在治疗时，擦法一般都是在使用其他手法之后应用。

推法

用指或掌着力于人体体表上，作单方向的移动，称为推法。推法是临床上最常用的手法之一，早在《内经》中就提到过推法。由于应用广泛，推法到目前已经发展为许多不同的动作和名称。《幼科推拿秘书》卷二说：“推者，一指推去而不返。”《小儿推拿广意》说：“凡推必似线行，毋得斜曲。”由于推法在操作时直接接触患者皮肤，所以常用一些葱姜水、酒精、香油、药膏或清水等作为介质，以保护皮肤及加强手法的治疗效果。推法根据着力的轻重和动作的方向，可分为平推法、直推法、旋推法、分推法、合推法等。

平推法　是推法中着力较大的一种，推的时候需用一定的压力，用力要平稳，推进速度要缓慢。根据着力部位的不同，有拇指推法和掌推法两种。①拇指推法，用拇指面着力紧贴体表，其余四指分开助力，按经络循行或肌纤维平行方向从一处到另一处慢慢移动。在移动过程中，可在重点治疗部位或穴位上作缓和的按揉动作，一般可连续操作5—10遍。适用于头面、肩背、胸腹、腰臀及四肢部，有疏通经络，理筋活血，消瘀散结等作用。常用于治疗风湿酸痛、筋脉挛急、外伤肿痛等疾患。②掌平推法是用手掌按于体表，以掌根部为着力点，向一定方向慢慢移动推进，如需要增加力量时，可用另一手重叠加压推进。本法接触面大，刺激缓和，是活血解痉的有效手法。常用于面积较大的部位，如腰背、胸腹及大腿部等，治疗肌肉酸痛麻木、脘腹胀满等症。

直推法　用拇指桡侧面或示、中两指螺纹面在体表上作单方向的直线移动(图1)。本法常用于小儿推拿，操作时需用葱姜水或清水，随蘸随推，使皮肤保持湿润。直推法的动作要求轻快连续，一拂而过，如帚拂尘之状。

其速度每分钟200次左右,以推后皮肤不发红为佳。《厘正按摩要术》卷二"推法"引周于蕃说:"推有直其指者,则主泻。"临床上一般把直推法作为清法应用,如直推大肠穴或天河水穴也称清大肠和清天河水。故凡治疗小儿热证、实证常用直推法。

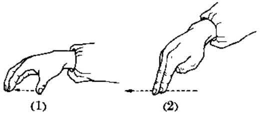


图1 直推法

旋推法 用拇指螺纹面在穴位上作螺旋形推动(图2),也是小儿推拿的常用手法。操作时要蘸姜水。其速度每分钟160次左右。《厘正按摩要术》引周于蕃说:"推有曲其指者,则主补。"临床上一般把旋推法作为补法应用,如旋推脾土穴也称补脾土。故凡小儿虚证、寒证多用旋推法。

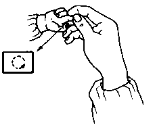


图2 旋推法

分推法 用双手拇指或掌面紧贴在体表上,分别向不同方向推开,也称分法。多用于小儿推拿,如在腕横纹总筋穴上向两旁分推也称为分阴阳。分推法操作时,要求两手用力均匀,动作柔和协调一致。有调和阴阳,分理气血的作用。若用于成人,常以双手自中脘或神阙穴分别向两旁推开,有消积导滞作用。

合推法 与分推法相对而言,是用双手拇指或掌面紧贴体表,自穴位两旁推向穴位中间,也称合法或和法。本法常与分推法配合使用。一分一合,起到相辅相成的作用。

拿法

以拇指与其余四指的螺纹面紧挟治疗部位将肌肤提起,并作轻重交替而连续的揉捏动作,称为拿法(见图)。拿法是推拿常用手法之一。拿法的动作要领是,腕部要放松,用手指的螺纹面挟住治疗部位,揉捏动作要连贯,用劲由轻到重。拿法分为三指拿、四指拿和五指拿几种。三指拿是用拇指与示、中指相对用力挟住治疗部位。四指拿是用拇指及示、中、环指相对用力挟住治疗部位。五指拿又称握法或抓法,是用拇指及示、中、环、小指挟住治疗部位。拿法的练习,应先着重于锻炼指力、臂力。备小口空酒坛一只,练习者上肢悬空,手腕屈曲,用手指指端抓住酒坛口,把酒坛提起,持续片刻后放下。左右手交替练习。随着指力、臂力的增强,应该不断延长抓起酒坛腾空的持续时间,并且在酒坛内注水,不断加重其重量,进一步锻炼指、臂的力量。开始练习时,五个手指一起抓住坛口,以后也可随着指力的增强,减至四指(拇、示、中、环指)及三指(拇、示、中指)抓提酒坛。经过指力、臂力的锻炼后,可进入人体上的练习。主要可在项部、肩部、上肢部和下肢部练习各种拿法。练到局部肌肤应用拿法时感觉酸胀而皮肤不发生疼痛方可应用于临床治疗。



拿 法

拿法具有疏通经络、解表发汗、镇痉止痛、开窍提神等作用。拿法刺激较强,临床上,常在施以拿法后,再揉摩该治疗部位,借以缓解。拿法适用于颈项、肩部及四肢部,与其他手法配合,治疗头痛项强、四肢肌肉关节酸痛、麻木等症。三指拿多用于较小的部位,如拿风池,能开腠理,有发散解表的作用,感冒头痛常用此法;拿肩井,能疏通周身气血,常作为治疗结束时的总收法;拿合谷,能止牙痛等。四指拿和五指拿适用于面积较大的部位,如拿肚角,治疗腹痛;拿承山,能缓解小腿转筋;抓头顶,能提神醒脑,治疗头痛头晕等症。

挤法、拧法、扭法、扯法是相同的手法,与拿法相似。术者用拇指末节指面和屈曲的示指中节的桡侧面或以屈曲的示指和中指的中节挟住肌肤,一提一放。在临床上连续操作时常蘸以酒精或清水,使治疗部位保持湿润,以免擦破皮肤。连续操作以达皮肤出现充血性红斑为度。具有祛风散寒、退热止痛等作用。常用于眉心(印堂)、颈项、腹背等部位,俗称"扯痧",以治疗感冒、中暑引起的头痛、头胀、胸闷以及晕车、晕船等症。

按法

术者用指或掌放在体表上,逐渐用力下压,称为按法。按法是最早应用于推拿治疗的手法之一。在《内经》中有多处提到按法的使用。古人认为按者即以手往下抑

之。《厘正按摩要术》说："按字从手从安、以手探穴而安于其上也。"按法的动作要领是，按压方向要垂直，用力要由轻到重，稳而持续，使刺激充分透达到机体组织的深部。切忌用迅猛的暴发力，以免产生不良反应。按法的练习可先在沙袋上锻炼按压的力量和持久力。按法的具体动作很多。《厘正按摩要术》指出，有"以右手大指面直按之，或用大指背屈而按之，或两指对过合按之，其于胸腹，则又以掌心按之"。常用的按法有指按法和掌按法两种。

指按法　是用拇指或示、中、环指螺纹面按压体表的一种手法。单手指力不足时，可用另一手指重叠按压。拇指按法是指按法中极为常用的一种手法，将拇指伸直，用罗纹面按在经络穴位上，其余四指伸直支持在旁边的体表上，使拇指指面用力向下按压(见图)。在穴位上按时，拇指不要移动，向下按压的力量要时增时减；但在经络途径上按时，则要缓慢地螺旋形移动按压。指按法具有开通闭塞，散寒止痛的作用，适用于全身各部的经络穴位。《素问·举痛论》："寒气客于背俞之脉则血脉泣，脉泣则血虚，血虚则痛，其俞注于心，故相引而痛。按之则热气至，热气至则痛止矣。"《肘后备急方·治卒心痛方》："闭气忍之数十度，并以手大指按心下宛宛中取愈。"临床上，如按揉心俞、膈俞能缓解心绞痛；按揉脾俞、胃俞、足三里能止胃脘痛；按合谷能止牙痛。若用于骨缝处的穴位，如治疗手足酸麻，则可用拇指屈曲的指间关节突或食指屈曲的近侧指间关节突起部分着力，称为跪按，也称背屈按(或称点法)。若用指甲峰掐刺穴位，称为掐法，本法可以指代针，有开窍作用，掐人中、十宣等穴治惊厥昏迷等症，《肘后备急方》："令爪其病人人中取醒。"



按　法

掌按法　是用掌根、鱼际或全掌着力按压体表的一种手法。操作时可带动局部肌肤，缓缓揉动；也可边按揉，边循着肌纤维方向慢慢移动。应用于腹部时，手掌要随着患者的呼吸而起伏，以免发生不舒服感觉。掌按法刺激较指按法缓和，用在治疗面较广的部位，具有疏松筋脉，温中散寒等作用。《素问·举痛论》："寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛；按之则血气散，故按之痛止。"临床上，如按脊柱及其两侧骶棘肌部，能治筋肉拘急、功能性脊柱侧突或后突畸形；在治疗脘腹疼痛时，也可将掌心搓热，趁热直接按在痛处(本法亦称扪法)，有温中止痛作用。

摩法

摩法是最早应用于推拿治疗的手法之一。在《内经》中屡屡提及摩法的应用。摩是抚摩之意，是一种轻柔的推拿手法。术者用指、掌面轻放在体表上，作环形而有节奏的抚摩。摩法与揉法有相似之处，但前者着力较轻，操作时不带动局部肌肤；后者着力较重，操作时带动局部肌肤筋脉。摩法的动作要领是，腕关节放松，用力要轻重得宜，做到轻而不飘，重而不滞。《石室秘录》一书说摩法是一种中和的手法，因此其动作不宜急、不宜缓、不宜轻、不宜重，以中和之意施之。摩法分为指摩法和掌摩法两种。指摩法的动作是手指并拢，手掌自然伸直，腕关节微屈，将示、中、环、小指的中节和末节的指面部分接触在体表上，随着腕关节连同前臂作环旋活动(图1)。掌摩法的动作是手指并拢，手掌自然伸直，腕关节微伸，将手掌平放在体表上，以掌心、掌根部分作为着力点，随着腕关节连同前臂作环旋活动(图2)。摩法的练习步骤，与一指禅推法相同，即先在沙袋上练习，进一步再在人体上练习。在沙袋上练习时，因限于沙袋的面积，主要是练习指摩法，锻炼腕部的灵活性。

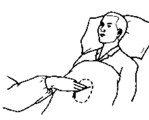


图1　指摩法



图2　掌摩法

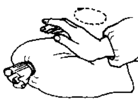
摩法具有和中理气，消积导滞，调节肠胃功能等作用。古人按照摩法操作时速度的快、慢以及摩动时顺、逆时针的方向，有缓摩为补，急摩为泻；顺摩为补，逆摩为泻之论。古代应用摩法时，还常根据病情，涂以各种性能的药膏，称为膏摩(见"膏摩"条)。《圣济总录》卷四"治法"中说："按止以手，摩或兼以药"，又说："若疗伤寒以白膏摩体，手当千遍，药力乃行。"近代在应用摩法时，常涂以葱姜汁、冬青膏、松节油等，以加强摩法的作用。摩法主要适用于胸胁及腹部，与推法、揉法、按法相配合，治疗脘腹疼痛、胸胁胀满、便秘、泄泻、消化不良等症。摩法与一指禅推法结合，组成复合手法推摩法(见"一指禅推法"条)。

揉法

用手掌大鱼际、掌根部分或手指螺纹面着力吸定于

体表上，指掌带动该处的皮下组织作轻柔缓和的环旋动作，称为揉法。揉法是推拿常用手法之一，见于《饮膳正要·养生避忌》。本法动作与摩法有相似之处，《保赤推拿法》说："揉者，医以指按儿经穴，不离其处而旋转之也。"《厘正按摩要术》引周于蕃说："揉以和之。揉法以手宛转回环，宜轻宜缓，绕于其上也，是从摩法生出者。"揉法和摩法两者区别主要在于：揉法着力较重，操作时指掌吸定一个部位，带动皮下组织，而没有摩擦动作；摩法则着力较轻，操作时指掌在体表作环旋摩擦，而不带动皮下组织。不过在临床应用时，两者可以结合起来操作，揉中兼摩，摩中兼揉，只要经常操作，自然熟能生巧。揉法分掌揉法和指揉法两种。

掌揉法　是用大鱼际或掌根部着力按在体表上，手指自然，腕关节放松并略为背伸，以腕关节连同前臂作小幅度的环旋活动（见图），每分钟频率120次左右。掌揉法着力面积大、刺激缓和舒适，常用于脘腹部，治疗脘腹胀痛、胸闷胁痛、便秘泄泻等肠胃道疾病以及因外伤引起的软组织红肿疼痛等症，具有宽胸理气、健脾和胃，活血消肿等作用。



掌揉法

指揉法　是用拇指面，或中指面，或示、中、环指面轻按在某一穴位上，指掌平伸，腕微屈作小幅度的环旋活动，每分钟频率140次左右。临床上多用于小儿推拿，其治疗作用因所取穴位及揉动方向而异。《幼科推拿秘书》卷三说："揉涌泉……左揉止吐，右揉止泻。"《保赤推拿法》说："揉太阳法：治男，揉太阳穴发汗……治女，揉太阳穴反止汗。"

摇法

术者用一手握住（或扶住）被摇关节近端的肢体，另一手握住关节远端的肢体，作缓和回旋的转动称为摇法。有人也称之为运法、盘法。摇法是推拿常用手法之一。在隋、唐时，摇法被列为导引及自我按摩的一种常用方法；明、清以来，推拿治疗小儿疾病的复式操作法中多结合应用；近代，则较多地用于治疗运动器官的疾患。摇法的动作要领是：动作要缓和，用力要稳，摇转幅度的大小要根据病情适当掌握，同时必须注意被摇关节的生理活动范围，因势利导，适可而止。摇法可直接在人体上进行练习，根据人体各关节的生理活动范围，掌握各关节的摇动幅度。摇法具有舒筋活血，滑利关节，松解粘连，增强关节活动等作用。适用于颈腰部及四肢部，以治疗运动功能障碍、关节酸痛、屈伸不利等症。摇法应用于不同部位有不同的操作方法。

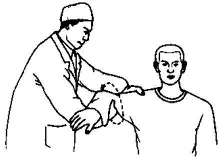
摇颈　患者坐位，颈项放松。医者站于侧方，用一手扶住其头顶，另一手托住下颏，双手以相反方向缓缓地使头向右或向左摇转（图1）。常用于落枕、项强酸痛、活动不利等症。



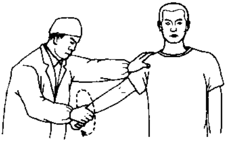
图1　摇　颈

摇肩　患者坐位。操作方式有三种：①肩部放松，屈肘。医者站于侧方，弓步势，上身略为前屈，用一手扶住肩关节上部，使其稳定，另一手托起患肢肘部，作顺时针或逆时针方向运转，见图2(1)。②患者上肢伸直。医者一手扶住其肩关节上部，另一手握住其手，作顺时针或逆时针方向运转，见图2(2)。以上两式适用于肩关节活动障碍明显者。③患者上肢自然下垂。医者站于侧方，丁字步，用一手握住患者腕部，另一手以掌背抵住患者的前臂部，将其上肢上举至160°幅度时，医者将掌背反过来用手握住其腕部，而原握住患者腕部的手向下滑移，扶按肩部，此时要停顿一下，两手协调用力，使患肢向后作大幅度运转，见图2(3)。在由后向前作环转时，则动作相反，适用于肩关节活动已恢复到接近正常的患者。

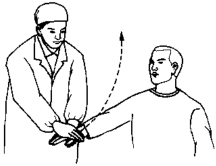
摇腰　患者坐位，腰部放松。医者站其后方，一手扶住其一侧腰部，另一手扶住对侧肩部，将患者的上身由左向右或由右向左作连续的前后左右俯仰侧弯，使腰部作



(1)



(2)



(3)

图2 摇 肩

(1)托肘摇肩法 (2)握手摇肩法 (3)大幅度摇肩法

环转动作。适用于腰部疼痛、活动不利等症。

摇髋 患者仰卧,髋膝微屈。医者站于侧方,用一手扶其膝部,另一手托住其足跟,两手协同使其髋关节屈曲到90°,然后作顺时针或逆时针方向的运转(图3)。适用于髋部伤筋酸痛、活动不利及腰腿痛等症。

摇踝 患者平卧,下肢自然伸直。医者位于其足后方,用一手握住踝部,另一手握住其足背前部,作环转摇动(图4)。常用于踝部伤筋、踝关节活动不利等症。

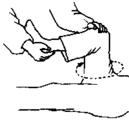


图3 摇髋

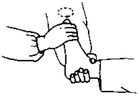


图4 摇踝

扳法

术者用双手作同一方向或相反方向用力,使关节作伸展、屈曲或旋转活动称为扳法。扳法是推拿常用的手法之一,在正骨推拿中应用广泛。扳法是和摇法相似的手法。其动作要领是,用力要控制,动作要轻巧,扳动的幅度要根据关节的生理活动范围及病理状况适当掌握。扳法可直接在人体进行练习,要熟悉人体各个关节伸屈及旋转的活动幅度。扳法具有舒筋活络,滑利关节,松解粘连,整复错缝的作用。常和摇法相配合,应用于颈、腰及四肢部,以治疗颈、腰椎小关节错缝、关节粘连和腰椎间盘突出等症。由于扳法活动关节的幅度比摇法大,作用力也较大,因此临床使用时要谨慎,尤其在颈部使用本法,应严格掌握适应证。扳法在临床操作时,应用于不同部位有不同的操作方法。

扳颈 有三种方式:①患者坐位,颈前屈15°左右,颈项放松。医者站于侧方,用一手扶住其头顶,另一手托住下颏,使头作向左或向右旋转,当旋转到一定幅度(有阻力)时,应该停顿一下,随即再作一有控制的、小幅度的(5—10°)、迅速而轻巧的扳动,此时常可听到"喀嗒"一声,随即松手。适应于落枕、项强酸痛等症。②患者坐位,颈前屈15—30°。医者站于侧方,用一手拇指顶按偏歪的患椎棘突,另一手托住下颏向医者站立之一侧旋转扳动,听见响声,随即松手。适用于颈椎错缝、颈椎生理弧度消失或出现反屈者。③患者坐于低凳上,颈微屈。医者站于侧方,用一手按于第二颈椎棘突旁,另一手以肘部托起患者下颏,手掌绕过对侧耳后,扶住枕骨,逐渐将颈椎向上用力拔伸,在拔伸的基础上作旋转扳动(图1)。适用于环枢椎错缝(半脱位)。应该注意的是,在扳颈时一般可听到"喀嗒"响声,但若无响声,也不要刻意追求,切忌使用暴力,以免颈椎受损。



图1 扳 颈

扳胸背 有四种方式:①扩胸扳法:患者坐位,两手十指交叉扣住抱于枕后部。术者站于其后,用一侧膝关节顶抵住患者背部病变处,两手分别握扶住患者两肘部,然后使患者作前俯后仰运动,活动数遍,待患者身体后仰至最大限度时,术者随即两手用力将患者两肘部作突然的向后拉动,于此同时膝部向前顶压,此时常可听到"喀"的响声,表示手法成功。操作时应嘱患者配合深呼吸,即前俯时呼气,后仰时吸气。在患者前俯呼气时,术者应将其两肘尽量内收;在患者后仰吸气时,应将其两肘外展,

使其胸部充分扩展，帮助深吸气动作。并注意动作的协调和稳缓。②胸椎对抗复位扳法：患者体位同上势。术者站其后，用一侧膝部顶压住病变胸椎处，两手分别从患者腋下伸人并握住其前臂下段，此时患者上身应略前俯；然后术者握住前臂的两手用力下压，术者前臂则用力上抬，将患者脊柱向上向后牵拉，顶压住患椎的膝部则向前向下用力，并稳住患者身体，形成对抗牵引；持续片刻，最后上下协同作一突发性用力，若听到"喀嗒"的响声，表示手法成功。使本法成功的关键在于，三方面的动作即两手下压、前臂上抬和膝部顶压动作要协调一致，同步用劲。③俯卧位胸椎扳法：患者俯卧。术者站于其健侧，用一手扳住患侧肩部，另一手用掌根或拇指着力按压住病变胸椎棘突旁。然后两手协同做相反方向用力，此时可听到"喀嗒"的响声，表示手法成功。④仰卧胸椎扳法：患者仰卧，两手交义分别抱住对侧肩部。术者站于其侧，一手握拳（拳心向上），将拳垫在患者背部病椎处，使棘突位于拳眼中，另一手按住患者两肘，并缓缓用力下压。然后嘱患者作深呼气，待呼气将尽未尽时，术者再作一突发的向前下方的按压，此时可闻及"喀嗒"声，表示小关节震动而整复。扳胸背部适用于胸椎小关节错位和脊柱相关性疾病的治疗。此外，扩胸扳法还用于背部板滞、酸痛、老年性圆背、强直性脊柱炎尚未形成骨性强直胸部有压榨感者。

扳腰 有三种方式。①斜扳法（又称斜搬法）：患者侧卧位，健侧下肢在下自然伸直，患肢在上屈曲。医者面对病人，两手分别扶住患者的肩前部及臀部，以相反方向缓缓用力扳动，使腰部扭转，当腰部扭转到有阻力时，再增大扳动的力量和幅度（图2），此时，常可听到"喀嗒"响声。在使用斜扳法时，要根据病变位置的高低，来调节上下扭转的幅度。如病变在上腰椎，则下半身扭转幅度应大于上半身；病变在下腰椎，则上半身扭转幅度大于下半身。②腰椎旋转复位法：患者坐位，腰部放松。助手站在患者侧方，一手固定住该侧患者的下肢，一手扶住该侧患者的肩部，医者坐于患者另一侧的侧后方，用对侧手的拇指按住偏歪的棘突，另一手从所坐于一侧患者的腋下穿过按住其颈项，分三步完成整个动作。先叫患者慢慢作脊柱前屈，当前屈至拇指下感到棘突间隙分开时，即稳住在此幅度，再叫患者向此侧作最大幅度的脊柱侧屈，最后医者将按住颈项的手下压，肘部用力上抬，助手同时协力将扶住的肩部向前推压，使腰椎作最大旋转（图3），此时常能听到"喀嗒"响声，同时医者按住棘突的拇指下也有棘突跳动感。本法和斜扳法都是利用腰椎在运动中所造成的不稳定状态下加以扳动，使相邻的椎体恢复正常解剖位置。临床上治疗腰椎间盘突出、后关节紊乱以及腰部扭伤等症。③腰后伸扳法：患者俯卧，屈肘，两手放于颏下。医者站于侧方，用一手按压其腰部，另一手将两下肢托起，并用力向后扳动，两手协调动作，使腰椎向后过伸（图4）。适用于腰部强硬、腰椎弧度消失或侧突畸形等，是治疗腰椎间盘突出的常用手法之一。



图2 斜扳法



图3 腰部旋转复位法



图4 腰部后伸扳法

扳肩关节 扳肩的基本动作分为前上举、内收、后伸、外展四种。①肩关节上举扳法：患者坐位，医者以半蹲位站于其患肩的前侧方，患者上肢伸直，前臂搁在医者肩上，医者用手按住其患肩，另一手也一起协助，以患肩为支点慢慢地用肩将患肢抬起，使患侧上肢在肩关节前屈位上举，此即扳动肩关节上举（图5）。②肩关节内收扳法：患者坐位，将患侧的手放于胸前。医者站在患者后面紧靠其背，稳定身体，用自己与患肩同侧的手扶住患肩，另一手握住其患侧的肘部作内收，此即扳动肩关节内收。③肩关节后伸扳法：患者坐位，患侧上肢自然下垂。医者站在其侧方，用自己与患肩同侧的手扶住患肩，另一手握住其腕部将上肢后伸，并使其屈肘，手背贴于背部，再往上拉，此即扳动肩关节后伸（图6）。④肩关节外展扳法：患者坐位，医者站于患肩的侧方，一手按住其肩部作支点，用自己与患肩同侧的手握住其肘部作肩关节外

展，同时也可作肩关节的旋内、旋外活动，此即扳动肩关节外展。上述方法在临床上常配合其他手法应用，治疗肩关节粘连、活动障碍等症。

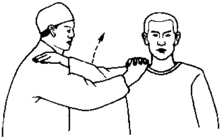


图5 肩关节上举扳法

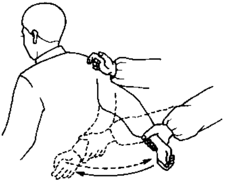


图6 肩关节后伸扳法

扳肘 患者仰卧，医者一手握住其肘上部，另一手握住其腕部，反覆扳动肘关节作屈伸活动。常用于肘关节强硬、屈伸障碍等症。

扳腕 医者一手握住患者前臂下端固定，一手握住手掌拔伸，在此基础上，再扳动腕关节作屈伸或左右侧屈活动（图7）。常用于腕部伤筋、腕关节活动不利等症。

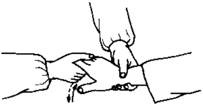


图7 扳腕关节

扳踝 患者仰卧，医者用一手托住其足跟，另一手握住跖趾部，两手协调用力，扳动踝关节作屈伸及内、外翻活动。适用于踝关节酸痛、活动不利以及关节畸形等症。

捏脊法

用捏法施于脊柱部以防治疾病，称为捏脊法。因为这种方法适合于治疗小儿“积滞”一类疾病，所以又称为捏积法。此法在晋朝时，就应用于临床治疗。晋代葛洪所著《肘后备急方·治卒腹痛方》载有“拈取其脊骨皮，深取痛引之，从龟尾至顶乃止。未愈更为之”。捏法是用拇指与示指或拇指与示、中指面相对，夹提肌肤。在捏脊法的操作过程中，包含着捏、捻、提等动作。具体操作手式有两种。一种是术者双手拇指伸直，指面向上，分别以拇指甲紧靠于患者脊柱两侧，示、中两指前按，轻轻捏捻动皮肤（图1），边捏边向上慢慢移动。从龟尾穴开始，沿脊柱，向上至大椎穴处，为捏脊1遍。在操作过程中，每捻动3次要向上提1次，称为捏三提一法。操作熟练者，在提起皮肤时常能发出“嗒、嗒”响声。另一种操作方式与前一种相反，即术者分别以双手示指指甲分别紧靠患者脊柱两侧，手握成半拳状，拇指伸直对准示指第二节处，随即前按轻轻捏起脊柱上之皮肤（图2）。其操作方法同上势。在临床应用时，一般每次治疗可捏脊3—5遍，每天或隔天1次，6次为1疗程。慢性疾病在治疗一个疗程后可体息1周，再继续第二疗程。捏脊法可单独使用，也可与其他推拿手法配合应用。本法具有调整阴阳，疏通经络，健脾和胃，促进气血运行，改善脏腑功能以及增强机体抗病能力等功用。常用于治疗小儿积滞、疳症、腹泻、呕吐、便秘等消化道疾病；对成人的失眠、肠胃疾病以及妇科的月经不调、痛经等也有一定的治疗作用。此外，也可作为小儿保健方法应用。

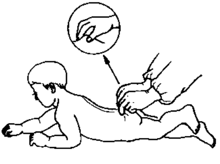


图1 捏脊法

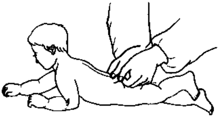


图2 捏脊法

踩蹻法

用足踩踏肢体以防治疾病的方法，称为踩蹻法。又

称踩法。是最早应用于推拿治疗的手法之一。《素问·异法方宜论》："中央者，其地平以湿……其病多痿厥寒热，其治宜导引按蹻。"其蹻者，即为此法。目前除腰部踩蹻法外，其他部位已极少应用。但在个别地区，踩蹻法应用的范围仍十分广泛。腰部踩蹻法的操作方法：患者俯卧，胸部和大腿前部各置软垫3—4只，使其腹部腾空，一般以离开床面10厘米左右为宜。术者双手攀扶在预先设置好的扶手上（如横木或铁环等），以调节自身的体重和控制踩踏的力量。准备就绪后即用双足踩踏腰部（足尖向前），并作适当的弹跳动作。弹跳时术者应以足掌前部着力，足跟提起，运用膝关节的一屈一伸使身体一起一落，对患部作一弹一压的刺激，一般可连续弹压10—20次。操作时应嘱患者配合弹跳动作进行呼吸，即下压时呼气、弹起时吸气、切忌屏气。踩踏的力量应根据患者的体质和病情酌情掌握，不可勉强从事。腰部踩蹻法适用于腰椎间盘突出症、功能性脊柱侧突或后突畸形。对四肢酸痛、麻木者，一般采用单足踩蹻，即以足掌对患肢作搓滚动作。对项部、腰背、臀部酸痛板滞者，可用足跟在患处作按揉。具有舒筋通络，解痉止痛之功效。

拔伸法

对关节或肢体作持续牵拉以使其伸展，称为拔伸法。又称牵拉法、牵引法等。拔伸法是推拿常用手法之一，在正骨推拿中应用广泛，为治疗骨折和关节脱位必不可少的手法。术者握住肢体的远端，沿患肢纵轴方向进行拔伸牵拉；或用手分别握住患部关节的两端，作相反方向的用力牵拉。操作时用力要均匀持久，不可用突发性的猛力，并应根据治疗部位和病情，控制拔伸的力量和方向。拔伸法具有整复错位、松解粘连等功用，适用于脊柱和四肢部。常用于治疗关节、肌腱错位、软组织粘连、挛缩，关节间隙软组织嵌顿等症。拔伸法在临床应用时，随治疗部位而有不同的操作方法。

颈部拔伸法 有两种方式：①患者坐位，头呈中立或稍前倾位。术者站于其后，用双手拇指分别按住患者枕骨的两侧（风池穴处），其余四指托住其两侧下颌角，然后逐渐用力向上拔伸。操作时术者两手掌不能夹挤两侧颈部，以免因压迫颈动脉而引起不良反应。②患者体位同前。术者站于其后或侧方，用一手扶住患者枕后部，另一手从其颈前穿过，以肘弯部托住患者的下颏部，然后两手协同用力向上拔伸，并可视病情结合颈部缓缓左右转动。操作时术者肘部不能挤按颈前部，以免因压迫气管而引起不适感。颈椎拔伸法适用于颈椎病、落枕、颈椎生理弧度消失以及颈椎小关节错位等病症。

肩关节拔伸法 患者坐于低凳，患肢放松；术者站于其后外侧，用双手握住其腕部然后慢慢向上牵拉。此法适用于肩关节粘连、功能障碍等症。

腕关节拔伸法 有两种方式：①术者用一手握住患者前臂下端，另一手握住其手部，两手同时作相反方向用力。②患者坐位，术者站于患肢侧方，用双手握住患肢指掌部，逐渐用力拔伸，并嘱患者上身向另一侧倾斜，形成对抗牵引，操作时可配合腕关节缓缓地伸屈及侧屈活动。适用于腕关节扭伤、腕骨错位，以及腕部酸痛、活动不利等症。

指间关节拔伸法 术者用一手握住患者腕部，另一手捏住患指远端，两手同时作相反方向拔伸。适用于指间关节扭伤、指间关节错位，以及指间关节酸痛、活动不利等症。

腰部拔伸法 患者俯卧位，双手用力抓住床头；或取仰卧位，一助手站床前，双手拉住其腋部，以固定患者身体。术者用两手分别握住其两踝上部，逐渐用力拔伸。操作时术者上身应顺势向后倾仰，以加强拔伸力度。腰部拔伸法在临床应用时，还常与抖法结合，组成腰部牵抖法，即在腰部拔伸的基础上作左右摆动，并结合突然的上下抖动。此法适用于急性腰扭伤，腰椎间盘突出症，腰椎退行性脊椎炎等症。

骶髂关节拔伸法 患者仰卧，会阴部置一软垫。术者站于其足端，用一手腋部夹住患侧小腿下段，并使前臂穿过患肢腘后，握住另一手前臂的下段，另一手则按住患肢膝部。然后术者用一脚足跟部抵住患者会阴软垫处，身体后仰，手脚协同用力，将患肢沿纵轴方向拔伸。此法适用于骶髂关节脱位的治疗。

背法

术者与患者背靠背站立，双足分开约与肩等宽，用两肘勾挽住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者背起，使其双脚离地的推拿方法，称为背法，又称反背法。背法操作时，先利用患者自身重力牵伸腰脊柱片刻，再将患者身体略下滑，使其患部对准术者骶尾部，此时术者要以臀部着力作左右摇晃，使患者腰部和下肢部亦随之较大幅度的晃动，一俟患者肌肉松弛，对运动的抵抗降低时，术者即作一突发的伸膝屈髋挺臀动作，并结合上下震抖，此过程可重复2—3遍，操作时应嘱患者放松并紧靠术者背部，自然呼吸，切忌迸气。背法的操作过程，包含牵伸、旋转、摇动和上下震动等动作，术者应顺序操作，注意动作的协调与连贯。背法能使脊柱及两侧腰肌过伸，以解除肌肉痉挛，促使扭错的腰椎小关节复位，并有助于腰椎间盘突出物的回纳或部分回纳，从而取得"骨正筋柔、气血以流"的效果。常用以治疗急性腰肌扭伤、腰椎小关节功能紊乱症、腰椎间盘突出症等腰部疾病。

推拿功法

推拿医生通过特定的形体姿势动作并配合呼吸运动来强健身体，锻炼功夫的方法称为推拿功法。推拿功法

采用了传统练功法中的某些方法，或加以改进、发展，旨在培养和加强自身的专业工作能力。因为经过不断地锻炼，可以使自己具有充沛的精力，强健的身体，深厚的功夫，持久的体力和耐力（包括腕力、指劲），灵活的关节，敏锐的指感。这样才能熟练掌握和运用推拿手法，增强治疗效果，胜任推拿医疗工作。由于推拿功法是一种整体性的锻炼，所以其中某些方法也适合于病人进行锻炼，以扶正祛邪，调整阴阳，疏通经络，有利于疾病的康复。

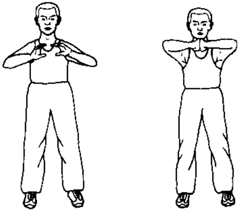
推拿功法的主要特点是动静结合，意气相依，内外兼修。静则收心纳意，轻松自然，全神贯注，以培育正气。即在全身放松和情绪安宁的条件下进行锻炼。动则行气活血，通调经络，强壮筋骨，滑利关节。动静结合，一方面是在练功方式上强调动功与静功的密切结合；另一方面是指在练动功时要“动中静”，要保持精神宁静的状态，要全神贯注，呼吸自然。练静功时要“静中动”，即在形体外表安静的姿势状态下，保持气息运动的和谐。只有动静结合，意、气、体三者互相配合，才能练精化气生神，内养脏腑气血，外壮筋骨皮肉。推拿功法在注重全身锻炼之外，还比较着重于手指、腕、臂的锻炼。使其筋脉柔韧，关节灵活，力量充沛。使达到《灵枢·官能》中所说的“缓节柔筋而心和调”。掌握推拿功法必须勤学苦练、循序渐进，持之以恒。练功场所要环境安静，空气清新。风雨酷日之下，饥饿或饱餐之后均不宜练功。

推拿练功的具体方法有多种，各家有所不同。其中以“易筋经”和“少林内功”两种功法影响较大，下面作简要介绍。

易筋经　“易”是“改变”的意思。“筋”指“筋脉”。易筋经就是一种增强人体筋脉功能的锻炼方法。易筋经的内容，可分为内功和外功。内功主静，外功主动，各有十二势。

易筋经内功　它采用站式，以一定的姿势，借呼吸诱导，逐步加强筋脉和脏腑的功能。大多数采取静止性用力。呼吸以舒适自然为宜，不可进气用劲。古代相传的易筋经姿式及锻炼法有十二势，即韦驮献杵（有三势）、摘星换斗、三盘落地、出爪亮翅、倒拽九牛尾、九鬼拔马刀、青龙探爪、卧虎扑食、打躬、工尾势等。这一套形象的锻炼动作，能活动四肢关节，通畅周身血脉，增强肌肉力量。锻炼时则可根据每人的具体情况，选其中若干动作或整套进行。各势锻炼方法如下：

（1）韦驮献杵势（第一势到第三势）：第一势：〔原文〕①定心息气　身体立定　两手如拱　心存静极。②立身期正直　环拱手当胸　气定神皆敛　心澄貌亦恭〔预备姿势〕并步（下同）。头端平，目向前平视，下颏微向里收；含胸、直腰拔背，蓄腹收臀；松肩，两臂自然下垂于身体两侧，五指并拢微屈，中指贴近裤缝；两腿伸直，两脚相靠，足尖并拢；口微开，舌抵上腭，定心息气，神情安详。〔动作姿势〕①左足向左平跨一步，两足之距约当肩宽，足掌踏实，两膝（腘）微松。②双手向前徐徐上提，在胸前成抱球势，松肩，略垂肘，两掌心内凹，五指向内微屈，指端相对，约距4—5寸，见图1(1)；或合掌势：松肩，平肘，掌心相合，两手环拱，手指对胸，中指平喉结，要求肩、肘、腕在一平面上，见图1(2)。第二势：〔原文〕足指（趾）挂地　两手平开　心平气静　目瞪口呆。〔动作姿势〕两足分开，其距约当肩宽，足掌踏实，两膝微松，直腰收臀，含胸蓄腹，上肢一字平开，掌心向地，头如顶物，两目前视（图2）。第三势：〔原文〕掌托天门目上观　足尖著地立身端　力周骽胁浑如植　咬紧牙关不放宽　舌可生津将腭抵　鼻能调息觉心安　两拳缓缓收回处　用力还将挟重看。〔动作姿势〕两足分开，其距约当肩宽，足尖着地，足跟提起，腿直，蓄腹收臀，两掌上举高过头顶，掌心朝天，四指并拢伸直，拇指与其余四指分开约成直角，两中指之距约为1寸；沉肩，肘微曲；仰头，目观掌背，舌抵上腭，鼻息调匀（图3）。收势时，两掌变拳，旋动前臂，使拳背向前，然后上肢用劲，缓缓将两拳自上往下收至腰部，拳心向上；在收拳同时，足跟随势缓缓下落，两拳至腰时，两足跟恰落至地。



(1)　　(2)

图1　韦驮献杵第一势

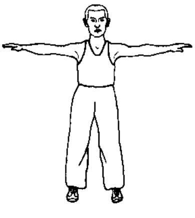


图2　韦驮献杵第二势

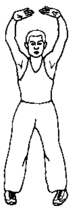


图3　韦驮献杵第三势

（2）摘星换斗势：〔原文〕①单手高举　掌须下复

目注两掌　吸气不(慢)呼　鼻息调匀　用力收回　左右同之。②只手擎天掌复头　更从掌内注双眸　鼻端吸气频调息　用力收回左右眸。〔动作姿势〕①右足稍向右前方移步,与左足成斜八字形(右足跟与左足弓相对,相距约一拳),随势身向右微侧。②屈膝,提右足跟,身向下沉成右虚步。两上肢同时动作:左手握空拳置于腰后,右手握如钩状下垂于裆前。③右钩手上提,使肘略高于肩,前臂与上臂近乎直角,钩手置于头之右前方。④松肩、屈腕,肘向胸,钩尖向右,头微偏,目注右掌心,舌抵上腭,含胸拔背、直腰收臀,少腹含蓄,紧吸慢呼,使气下沉,两腿前虚后实,前腿虚中带实,后腿实中求虚(图4)。左右两侧交替锻炼,要求相同。



图4　摘星换斗势

(3) 倒拽九牛尾势:〔原文〕①小腹运气空松　前跪后腿伸直　二目观拳　两膀用力。②两髋后伸前屈　小腹运气空松　用力在于两膀　观拳须注双瞳。〔动作姿势〕①左腿向左平跨一步(其距较两肩为宽),两足尖内扣,屈膝下蹲成马裆势。两手握拳由身后划弧线形向裆前,拳背相对,拳面近地,随势上身略前俯,松肩,直肘,昂头,目前视,见图5(1)。②两拳上提至胸前,由拳化掌,成抱球势,随势直腰。肩松肘曲,肘略低于肩,头端平,目前视,见图5(2)。③旋动两前臂,使掌心各向左右(四指并拢朝天,拇指外分,成八字掌,掌应挺紧),随势运劲徐徐向左右平(分)推至肘直。松肩,直肘,腕背屈。腕、肘、肩相平,见图5(3)。④身体向右转侧,成右弓左箭势(面向左方)。两上肢同时动作:右上肢外旋,屈肘约成半圆状,拳心对面,双目观拳,拳高约与肩平,肘不过膝,膝不过足尖,左上肢内旋向后伸,拳背离臀,肩松,肘微屈,两上肢一前(外旋)一后(内旋)作螺旋劲,上身正直,塌腰收臀,鼻息调匀,见图5(4)。左右两侧交替锻炼,姿势相同。

(4) 出爪亮翅势:〔原文〕①掌向上分　足趾拄地　两胁用力　并腿立直　鼻息调匀　目观天门　牙咬　舌抵上腭　十指用力　腿直　两拳收回　如挟物然。②挺身兼怒目　推手向当前　用力收回处　功须七次全。〔动作姿势〕①两手仰掌沿胸前徐徐上提过顶,旋腕翻掌,掌心朝天;十指用力分开,虎口相对,中、示指(右与左)相接;仰头,目观中、示指交接之处,随势足跟提起,离地约二、四寸,以两足尖支持体重。肘微曲,腰直,膝不得屈,见图6(1)。②两掌缓缓分开向左右而下,上肢成一字平举(掌心向下),随势足跟落地。翻掌,使掌心朝天,十指仍用力分开,肩、肘、腕、掌相平。③两仰掌化拳,由身后向腰,成仰拳护腰势。④两仰拳化俯掌(拇指相接,十指用

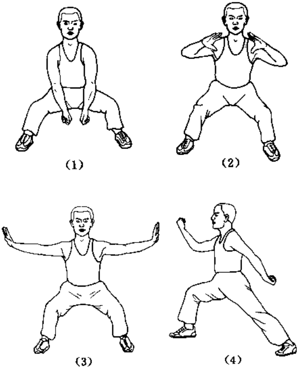


图5　倒拽九牛尾势

(1)第一势　(2)第二势　(3)第三势　(4)第四势

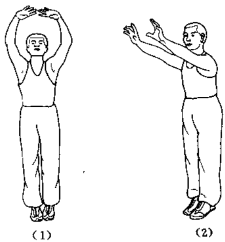
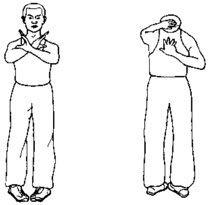


图6　出爪亮翅势

力分开），由胸前徐徐向前推至肘直，随势足跟提起，离地约三四寸，继而两掌背屈，使掌心朝前，指端向上，十指仍用力分开，目向前平视，肩、肘、腕相平，直腰，膝勿屈，见图6(2)。

(5) 九鬼拔马刀势：〔原文〕①单膀用力　夹抱颈项　自头收回　鼻息调匀　两膝立直　左右同之。②侧首弯肱　抱项及颈　自头收回　弗嫌力猛　左右相轮　身直气静。〔动作姿势〕①足尖相衔足跟分离成八字形，腰实腿坚，膝直足霸。同时两臂向前成叉掌立于胸前，见图7(1)。②运动两臂：左臂经上往后，成钩手置于身后(松肩直肘，钩尖向上)，右臂向上经右往胸前(松肩、肘略屈，掌心向左，微向内凹，虎口朝上)，掌根着实，蓄劲于指。③右臂上举过头，由头之右侧屈肘俯掌下复，使手抱于颈项；钩手化掌，使左掌心贴于背，在生理许可范围内尽可能向上。④头用力上抬，使头后仰；上肢着力，掌用劲下按，使头前俯；手项争力。挺胸直腰，腿坚脚实，使劲由上贯下至踵。鼻息调匀，目微左视，见图7(2)。⑤运动两臂：左掌由后经上往前，右上肢向前回环，左右两掌相叉立于胸前。左右交换，要领相同。



(1)　　(2)

图7　九鬼拔马刀势

(6) 三盘落地势：〔原文〕①目注牙龇　舌抵上腭　睛瞪口裂　两腿分跪　两手用力抓地　反掌托起　如托千金　两腿收直。②上腭坚撑舌　张眸意注牙　足开蹲似踞　手按猛如拿　两掌翻齐起　千斤重有加　瞪睛兼闭口　起立足无斜。〔动作姿势〕①左腿向左平跨一步，两足之距较肩为宽，足尖内扣，屈膝下蹲成马裆势，两手叉腰。腰直胸挺，后背如弓，头端平，目前视。②两手由后向前抄抱，十指相互交叉而握，掌背向前，虎口朝上，肘微屈曲，肩松；两上肢似一圆盘处于上胸。③由上势，旋腕转掌，两掌心朝前。运动上肢，使两掌向左右(划弧线)而下，由下成仰掌沿腹胸之前徐徐运劲上托，高不过眉，掌距不大于两肩之距。④旋腕翻掌，掌心朝地，两掌(虎口朝内)运劲下按，(沿胸腹之前)成虚掌置于膝盖上部。两肩松开，肘微屈曲，两臂略向内旋；前胸微挺，后背如弓，头如顶物，双目前视(图8)。

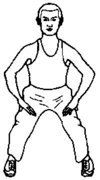


图8　三盘落地势

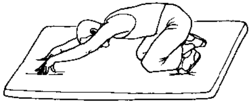
(7) 青龙探爪势：〔原文〕①肩背用力　平掌探出　至地回收　两目注平。②青龙探爪　左从右出　修士效之　掌平气实　力周肩背　回收过膝　两目注平　息调心谧。〔动作姿势〕①左腿向左平跨一步，两足之距约当肩宽，两手成仰拳护腰势。身立正直，头端平，目前视。②左上肢仰掌向右前上方伸探，掌高过顶，随势身略向右转侧，面向右前方，目视手掌，松肩直肘，腕勿屈曲。右掌仍作仰拳护腰势(图9)。两足踏实勿移。③由上势，左手大拇指向掌心屈曲，双目视大拇指。④左臂内旋，掌心向下，俯身探腰，随势推掌至地。膝直，足跟勿离地，昂首，目前视。⑤左掌离地，围左膝上收至腰，成两仰掌护腰势(如本势①)。左右交换，要领相同。



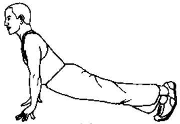
图9　青龙探爪势

(8) 卧虎扑食势：〔原文〕①膀背十指用力　两足蹲开　前跪后直　十指拄地　腰平头昂　胸向前探　鼻息调匀　左右同之。②两足分蹲身似倾　屈伸左右骽相更　昂头胸作探前势　偃背腰还似砥平　鼻息调元匀出入　指尖着地赖支撑　降龙伏虎神仙事　学得真形也卫生。〔动作姿势〕①右腿向右跨出一大步，屈右膝下蹲，成左仆腿势(左腿伸直，足底勿离地，足尖内扣)。两掌相叠扶于右膝上。直腰挺胸，两目微向左视。②身体向左转

侧,右腿挺直,屈左膝,成左弓右箭势,扶于膝上之两掌分向身体两侧,屈肘上举于耳后之两旁,然后运劲使两掌徐徐前推,至肘直。松肩,腕背屈,目注前方。③由上势,俯腰,两掌下按,掌或指着地,按于左足前方之两侧(指端向前,两掌之距约当肩宽);掌实,肘直,两足底勿离地,昂首,目前视。④右足跟提起,足尖着地;同时在前之左腿离地后伸,使左足背放于右足跟上,以两掌及右足尖支撑身体。再屈膝(膝不可接触地面),身体缓缓向后收,重心后移,蓄劲待发,见图10(1)。足尖发劲,屈曲之膝缓缓伸直。两掌使劲,使身体徐徐向前,身应尽量前探,重心前移;最后直肘,昂起头胸,两掌撑实,见图10(2)。如此三者连贯进行,后收前探,波浪形地往返进行,犹如饿虎扑食。左右交换,要领同右侧。



(1)



(2)

图10 卧虎扑食势

(9)打躬势:〔原文〕①两肘用力夹抱后脑 头前用力探出 牙咬舌抵上腭 躬身低头至腿 两耳掩紧 鼻息调匀。②两手齐持脑 垂腰至膝间 头惟探胯下 口更啮牙关 掩耳聪教塞 调元气自闲 舌尖还抵腭 力在肘双弯。〔动作姿势〕①左腿向左平跨一步,两足之距比肩宽,足尖内扣。两手仰掌徐徐向左右而上,成左右平举势。头如顶物,目向前视,松肩直肘,腕勿屈曲,立身正直,腕、肘、肩相平。②由上势屈肘,十指交叉相握,以掌心抱持后脑。勿挺腹凸臀。③由上势,屈膝下蹲成马裆势。④直膝弯腰身前俯,两手用力使头尽向胯下;两膝不得屈曲,足跟勿离地(图11)。

(10)工尾势(掉尾势):〔原文〕①膝直膀伸躬鞠 两手交推至地 头昂目注 鼻息调匀。②膝直膀伸 推手至地 瞪目昂头 凝神壹志。〔动作姿势〕①两手仰掌由胸前徐徐上举过顶,双目视掌,随掌上举而渐移;身立正直,勿挺胸凸腹。②由上势,十指交叉而握,旋腕反掌上托,掌心朝天,两肘欲直,目向前平视。③由上势,仰身,



图11 打躬势

腰向后弯,上肢随之而往,目上视。④由上势俯身向前,推掌至地。昂首瞪目,膝直,足跟勿离地(图12)。



图12 工尾势

易筋经外功 易筋经外功注重外壮练功,《易筋经外经图说》(上海同文书局石印本):"凡行外壮功夫,须于静处面向东立,静虑凝神,通身不必用力,只须使其气贯两手,若一用力则不能贯两手矣。每行一式,默数四十九字,接行下式,毋相间断。行第一式,自觉心思法则俱熟,方行第二式。速者半月,迟者一月,各式俱熟,其力自能贯上头顶。此练力练气,运行易筋脉之法也。"练功时,早晨面向东立,消除杂念,聚精会神,通身不必用力,使"气"贯于两手。边作边默念数字。练熟一式后再做下一式,熟练后连贯练习。各式锻炼方法如下:

第一式 〔原文〕面向东立,目上视。两脚踮平,宽与肩齐,不可参差。两手垂下,肘微曲,掌背朝上,掌心朝下,指尖仰翘朝前。默数四十九字,每数一字,指想朝上翘,掌想朝下按。如此四十九翘,四十九按,四十九宵也。〔动作姿势〕两脚分开,距离同肩宽;两眼向前看,两肘稍曲,掌心向下;每默数一字,手指向上一翘,手掌向下一按;一翘一按为1次,共默数49次(图13)。

第二式 〔原文〕前式数字毕,将十指曲为拳,背朝前,以两大指朝身。每数一字,拳一紧,大指一翘。数四十九字,即四十九紧,又即四十九翘也。〔动作姿势〕两手放在大腿前面,握拳,拇指伸直,两拇指端相对;每默数一字,拇指向上一翘,四指一紧,一翘一紧,共默数49次(图14)。

第三式 〔原文〕前式数字毕,将大指叠在掌心捏紧



图13　易筋经外功
第一式

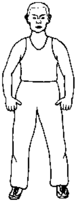


图14　易筋经外功
第二式

为拳，趁势往下一伸，肘之曲者从此而直，以虎口向前，每数一字，拳加一紧，亦数四十九字，四十九紧也。〔动作姿势〕两手拇指先屈于掌内，然后四指握拳；两臂垂于体侧，拳孔向前，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次(图15)。

第四式　〔原文〕前式数字毕，将臂平抬，拳伸向前与肩齐平，两肘微曲，虎口朝上，拳掌相离尺许，数一字，拳一紧，数四十九字。〔动作姿势〕两臂从下向前缓缓举起，高与肩平，两肘稍曲，拳心相对(一尺左右)，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松，默数49次(图16)。



图15　易筋经外功
第三式



图16　易筋经外功
第四式

第五式　〔原文〕前式已毕，即接此式。将两臂竖起，虎口向后，手不可贴头，拳紧如前，四十九字。〔动作姿势〕两臂缓缓向上举，拳心相对，两臂稍屈；两臂不可紧靠头部，上举时两脚跟提起；每默数一字，将拳一紧，两脚跟一起一落，默数49次(图17)。

第六式　〔原文〕前式已毕，即接以两拳下对耳一寸远，以虎口向两肩，数一字拳一紧想前，两肘尖往后，用力四十九字。〔动作姿势〕两臂左右平举，屈肘，两拳对两耳，(距离一寸)，虎口对两肩；每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次(图18)。



图17　易筋经外功
第五式

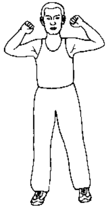


图18　易筋经外功
第六式

第七式　〔原文〕前式已毕，将身往后一仰，以脚尖离地为度，趁势将两手分开，直以肩齐，虎口向上，数一字拳一紧想，两拳往上后，胸微向前合，数四十九字。〔动作姿势〕两臂左右侧平举，高与肩平，虎口向上，两肩略向后仰，胸部略向前，两臂上举同时脚趾离地，脚掌着地，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次(图19)。

第八式　〔原文〕前式既毕，将两手收回，两拳向前合对，与第四式相同。而不同者：手直肘不微曲，拳对相近只离五六寸远。数一字，拳一紧，亦合四十九字。〔动作姿势〕两臂向前平举，高与肩平，两肘不屈，两拳距离五六寸，虎口向上，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次(图20)。

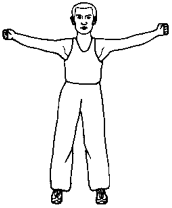


图19　易筋经外功
第七式

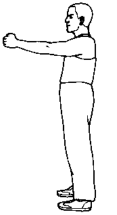


图20　易筋经外功
第八式

第九式　〔原文〕前式已毕，将两拳收回两乳之上些，抬起即翻拳向前，起对鼻准头，拳背食指大节骨去鼻下二

二分，数一字拳一紧，合四十九字。〔动作姿势〕两臂左右分开，屈肘至胸部，然后翻两拳向外至鼻前，两拳距离约两寸，拳心向外，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次(图21)。

第十式 〔原文〕前式已毕，将两手分开，虎口对两耳，如山字形。每数一字，拳一紧，拳想上举，肘想前近合，数四十九字。〔动作姿势〕两上臂左右平举，两前臂向上直竖，虎口对两耳，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次(图22)。

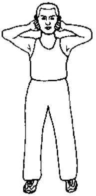


图21 易筋经外功 第九式

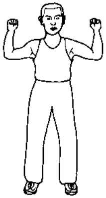


图22 易筋经外功 第十式

第十一式 〔原文〕前式已毕，将拳翻转至脐下两旁，以两食指大节离脐一二分远，数一字拳一紧，数四十九字毕，即呵吞气三口，随津送至丹田。〔动作姿势〕两臂落下，两拳翻转至脐下两旁，两拇指离脐一两分，每默数一字，将拳一紧，紧后即松，一紧一松为1次，默数49次。深呼吸3次(图23)。

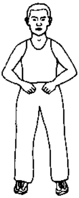


图23 易筋经外功 第十一式

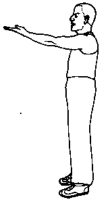


图24 易筋经外功 第十二式

第十二式 〔原文〕此尾也。吞气毕，不数字。两手松开，手垂下，手掌齐向上，三端与肩平端，时脚后跟微起，以助其力，如端重物之状。再将拳三举，肘亦往下三扎。左右足，先左后右三跌，收足全功。〔动作姿势〕两手松开，两臂下垂，然后两臂前平举，手心向上，脚跟同时提起，脚跟落下时，两手还原，这样重复3次(图24)。

少林内功 少林内功以站裆为基础，着重于腰腿(根基)的霸力和上肢运动的锻炼。锻炼时，以意运气，以气生劲，循经络而达于四肢。练时周身用劲，但呼吸自然，不能迸气，即所谓"外紧内松"。上肢和腰部运动时，要求刚中有柔，刚柔相济。其基本裆式主要是站裆、马裆、弓箭裆，还有并裆、悬裆等。常用功势有：前推八匹马、倒拉九头牛、风摆荷叶、两手托天、怀中抱月、仙人指路、运掌合瓦、三起三落等。锻炼时应根据每人的具体情况，在站裆的基础上再选练其他裆势和其中若干功势进行锻炼。各势锻炼方法如下：

站裆势 〔动作姿势〕①左足向左平跨一步，宽于肩部，足尖略收成内八字，五趾着地，运用霸力，劲由上贯下而注足。②前胸微挺，后臀要蓄，两手后伸，挺肘曲腕，肩腋莫松，四指并拢，拇指外分；两目平视，头勿左右盼顾，精神贯注，呼吸随意(图25)。

马裆势 〔动作姿势〕①左足向左平开一步，屈膝下蹲，足踵距离较肩为宽，两膝和足尖微向内扣，两脚跟微向外蹬。足尖成内八字形。②两手后伸，肘直腕曲，拇指分开，四指并拢，两手平放在两胯处，虎口朝内，上身挺胸，收腹微微前倾，重心放在两腿之间；头如顶物，目须平视，呼吸随意(图26)。



图25 站裆势



图26 马裆势

弓箭裆势 〔动作姿势〕①身向左转，左足向左前方跨出一大步，距离可根据自己身体长短取其自然；在前之左腿屈膝半蹲，膝与足尖成垂直线，足尖微向内扣；右腿在后，膝部挺直，足略向外撇，脚跟必须着地，成前弓后箭之势。②上身略向前俯，重心下沉，臀须微收，两臂后伸。挺肘伸腕，掌根蓄劲(或两手叉腰，虎口朝内，蓄势待发)全神贯注，虚领顶劲，呼吸随意(图27)。本势是锻炼裆势的重要"运功"之一。功能提神顺气，活血通络，使内外坚固。锻炼时要用劲后沉，使势有待发之态，练至一个阶段就可结合上肢动作。

磨裆势 〔动作姿势〕右弓步，上身略向前俯，重心下沉，臀部微收，右手仰掌护腰，左手俯掌屈肘向右上方推

出，掌根及臂外侧运劲徐徐向左方磨转，同时身随向左旋转，左弓步随变右弓步。左右各2—3次。

亮裆势 〔动作姿势〕右弓步，两手由后向上亮掌，指端相对，掌心朝上，目注掌背，上身略前俯，重心下沉。换步时向左转，两掌收回由腰部向后，再返上亮掌，左右同之。

并裆势 〔动作姿势〕①两足跟微向外蹬，足尖相拢，五趾着实，力宜匀。②两手挺肘曲腕，微向后伸，掌心朝下，四指并拢，拇指外分，目须平视(图28)。

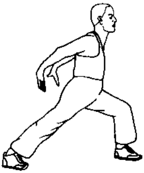


图27 弓箭裆势

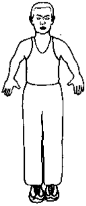


图28 并裆势

大裆势 〔动作姿势〕①左足向左分开一大步，膝直足实。②两手后伸，虎口相对，四指并拢，肘直腕曲。

悬裆势 〔动作姿势〕①左足向左横开一大步，屈膝半蹲，两足距离比马裆宽，要领与马裆相同。②两手后伸，肘要直，腕要屈，四指并拢，拇指外分，动作与马裆相同，故又称大马步。

低裆势 〔动作姿势〕①屈膝下蹲，足尖相拢，五趾着地，足跟外蹬，上身下沉，臀部后坐不可着地，故有蹲裆之称。②两手握拳前举，肘要微屈，拳心相对，目须平视(图29)。

坐裆势 〔动作姿势〕①两腿交叉，盘膝而坐，脚外侧着地，臀部坐于足跟，上身微前俯，又有称为坐盘功架。②两手掌心朝下，腕要曲，使身平衡，两目平视(图30)。



图29 低裆势



图30 坐裆势

前推八匹马 〔动作姿势〕①站好中裆或指定的裆势，两手屈肘，直掌于两胁待势。②两掌心相对，拇指伸直，四指并拢，蓄劲于肩臂指端，使两臂徐徐用力前推，以肩与掌成直线为度，胸须微挺，臂略收，头勿盼顾，两目平视，呼吸随意(图31)。③手臂运劲，拇指上翘，指端力求与手臂成直线，慢慢屈肘，收回于两胁。④由直掌化为俯掌下按，两臂后伸，同于站裆势，或指定的裆势。

倒拉九头牛 〔动作姿势〕①站好中裆或指定的裆势，两手曲肘，直掌于两胁，待势。②两掌沿两胁前推，边推边将前臂渐渐内旋，手臂完全伸直时，虎口正好朝下。指端朝前，四指并拢，拇指用力外分，肘、腕伸直，勿抬背，力求与肩平。③五指向内屈收，由掌化拳如握物状，劲注拳心，旋腕，拳眼朝上，紧紧内收。徐徐行至两胁，身微前倾，臀部都要微收。④由拳变直掌下按，两臂后伸，回复站裆势或指定的裆势。

单掌拉金环 〔动作姿势〕①与倒拉九头牛①相同。②右手前推，边推边手掌缓缓向上，渐渐内展，待虎口正朝下时，掌心朝外，四指并拢向前，拇指外分，臂欲蓄劲，掌侧着力，肘、腕伸直，松肩，身体勿随之偏斜，头勿互顾，两目平视，呼吸随意。③五指内收握拳使劲注掌心，旋腕，拳眼朝上，紧紧内收，回复成直掌护胁，身体勿随意偏斜。左手动作与右手相同，左右各练2—3次。

凤凰展翅 〔动作姿势〕①站好中裆或指定裆式，两手屈肘上行，至上胸处成立掌交叉待势。②由立掌化为俯掌，缓缓向左右外分，两臂运动，腕欲屈曲，四指并拢，拇指外分，指欲上翘，犹如开弓之势，头如顶物，目欲平视，切勿抬肩，呼吸随意。③两掌旋腕，屈肘内收，两侧蓄劲着力，徐徐收回，使掌心逐渐相对，处于胸前交叉立掌(图32)。④由上胸之立掌化俯掌，下按，两臂后伸，同站裆势或指定的裆势。



图31 前推八匹马

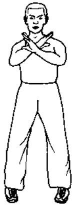


图32 凤凰展翅

霸王举鼎 〔动作姿势〕①站好指定的裆势，两手屈肘仰掌于腰部待势。②两掌缓缓上托，掌心朝天，过于肩

部，掌根外展，指端由左右向内旋转，虎口相对，犹托重物，徐徐上举，肘部要挺，指端相对，四指并拢，拇指外分，两目平视，头勿盼顾，两膝勿松，劲要含蓄(图 33)。③旋腕翻掌，指端朝上，掌侧相对，拇指外分，蓄力而下，渐渐收回护腰。④在腰部之仰掌化俯掌，下按，两臂后伸，同于站裆或指定的裆势。

顺水推舟 〔动作姿势〕①站好马裆或指定裆势，两手曲肘直掌于胁部待势。②两直掌运劲徐徐向前推出，边推边掌根外展，虎口朝下，四指并拢，拇指外分，由外向内旋转，指尖相对，肘欲伸直，腕欲屈曲，似环之形，头勿低身勿倾，力求掌侧肘直与肩平。③五指端慢慢向左右外旋，恢复直掌，四指并拢，拇指后翘，指端着力，屈肘蓄力而收，成仰掌护腰。④由直掌化俯掌下按，两臂后伸，同于马裆或指定的裆势。

怀中抱月 〔动作姿势〕①站好悬裆或指定的裆势，两手屈肘仰掌于腰部待势。②两仰掌由腰部上提，化为立掌在上胸处交叉。缓缓向左右外分，肘欲直，掌心朝前须与肩平。下部动作，以要求足跟外蹬为原则。③两指端向下，掌心朝内，慢慢蓄劲，上身略前倾，两手势如抱物(图 34)。由上而下，由下而上徐徐抄起，仍直掌回收于上胸交叉。④由上胸立掌化俯掌下按，两臂后伸，同于马裆或指定的裆势

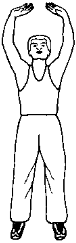


图 33 霸王举鼎

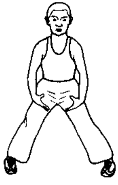


图 34 怀中抱月

仙人指路 〔动作姿势〕①站好并裆或指定的裆势，两手屈肘仰掌护腰待势。②左仰掌上提至胸立掌而出，四指并拢，拇指伸直，手心内凹成瓦楞掌，肘臂运劲立掌着力向前推出，力欲均匀(图 35)。③推直后旋腕握拳，蓄劲而收，右掌动作与左掌相同。④待练好指定的次数或时间，即化俯掌下按，两臂后伸，同于并裆或指定的裆势。

平手托塔 〔动作姿势〕①站好中裆或指定的裆势，两手屈肘仰掌，处于两胁待势。②两仰掌慢慢向前运劲推出，边推边拇指向左右外侧倾斜，保持掌平运行，犹如托物在手，推足后手与肩平(图 36)。③拇指运劲向左右外侧倾斜，四指齐着力，屈肘缓缓蓄劲收回，处于两胁。④将在两胁之仰掌化俯掌下按，两臂后伸，同于站裆或指定的裆势。

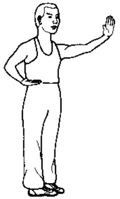


图 35 仙人指路



图 36 平手托塔

运掌合瓦 〔动作姿势〕①站好大裆或指定的裆势，两手屈肘仰掌于腰待势。②右手由仰掌化俯掌，运劲于臂贯指向前推足，肩欲放松，肘欲伸直，指端朝前，掌心向下，蓄力待发。③右手旋腕变仰掌徐徐收回，待近胸时左仰掌即变俯掌在右仰掌上交叉掌心相合。慢慢地向前推出，掌心向下，如仰掌收回胁部，然后左仰掌收回于腰。④将腰之仰掌化俯掌，下按，两臂后伸，同于站裆或指定的裆势。

风摆荷叶 〔动作姿势〕①站好中裆或指定的裆势，两手屈肘，仰掌于腰部待势。②两手屈肘，掌心向上，四指并拢，拇指伸直，渐循至上胸交叉，运劲前推，然后即缓缓向左右外分，肩、肘、掌须平，拇指外侧着力含蓄，使两手平托成水平线，头如顶物，目欲平视，呼吸随意(图 37)。③两仰掌慢慢合拢，左右交叉相迭，掌心朝上。④将相迭仰掌回收，屈肘由胸前变俯掌下按，两臂后伸同于站裆或指定的裆势。

两手托天 〔动作姿势〕①站好中裆或指定的裆势，两手屈肘仰掌于腰部待势。②两仰掌上托掌心朝天，缓缓上举指端着力，肩欲松开，肘欲伸直，两目平视，头如顶物。③拇指由外侧运劲倾斜，四指并拢掌根蓄力，屈肘徐徐而下，收回护腰。④由仰掌在腰部变俯掌下按，两臂后伸，同于站裆或指定的裆势。

单凤朝阳 〔动作姿势〕①站好小马裆或指定的裆势，两手屈肘，仰掌于腰部待势。②左仰掌旋腕变俯掌，屈肘向胸之左上方运力外展，缓缓地运向右下方，屈肘运劲上抄作半圆形。收回护腰。③右手动作与左手相同，唯方向相反。④待左右动作做好，即由仰掌变俯掌下按，还原到指定的裆势。

海底捞月 〔动作姿势〕①站好大裆或指定的裆势，两手屈肘，仰掌于腰部待势。②两仰掌缓缓而上，由上胸徐徐高举，向左右推分，掌朝上旋腕，再慢慢使掌心向下，

同时腰向前俯，腿不可屈，脚用霸力，两掌由上而下逐渐相拢(图38)，掌心向上似抱物，蓄劲待发。③两臂运劲，掌心指端着力，慢慢抄起，用抱力缓缓提到胸部成仰掌护腰，上身随势而直，目须平视。④两仰掌变俯掌，下按，两臂后伸，同于大裆或指定的裆势。

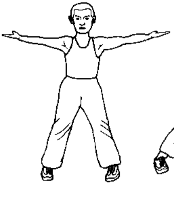
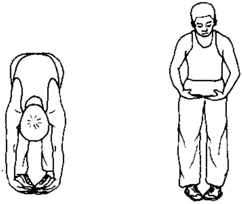


图37　风摆荷叶



图38　海底捞月

顶天抱地　〔动作姿势〕①站好并裆或指定裆势，两手仰掌于腰部待势。②仰掌上托过于肩，旋腕翻掌，缓缓向左右外分下抄，同时身向前俯，两掌逐渐合拢，见图39(1)，拇指外分，两掌相叠(右掌在上，左掌在下)，掌背尽量靠地蓄劲待发。③两掌如抱重物起立，处于胸部，见图39(2)。④旋腕翻掌，向下按，两臂后伸，还原到指定的裆势。



(1)　　(2)

图39　顶天抱地

刀劈华山　〔动作姿势〕①站好马裆或指定的裆势，两手屈肘，在上胸部成立掌交叉。②两立掌缓缓向左右分推，两肩松开，肘部微曲。四指并拢，拇指后翘，掌心向前，力求成一水平线。③两臂同时用力，上下劈动，头勿转侧、俯仰、摇动，两目平视为要。待劈最后一次成仰掌收回护腰。④由腰部之仰掌变俯掌，下按，两臂后伸，同于指定的裆势。

三起三落　〔动作姿势〕①站好并裆或指定的裆势，慢慢下蹲，腰欲直，胸微挺，两手抑掌于腰部。②在下蹲同时两掌前推，掌心相对，四指并拢，拇指运劲后伸。须保持原势要求，头勿随势俯仰摇动，两目平视。③两掌用劲后收，同时慢慢起立，待立直时两掌止好收至两胁。往返3次，须用劲均匀。④3次完成后将腰部之仰掌化俯掌，下按，两臂后伸，同于并裆或指定的裆势。

乌龙钻洞　〔动作姿势〕①站好大弓裆，两手屈肘，直掌于腰部待势。②两直掌并行，掌心相对，徐徐前推，边推边掌心向下逐渐化成俯掌，指端朝前，上身随势前俯，下部两足尖内扣，用霸力而蓄。③推足后旋腕，指端外展，蓄力而收，边收边掌心慢慢朝上，由俯掌变为仰掌护腰。④将回收之仰掌化俯掌，下按，两掌后伸，同于大弓裆。

饿虎扑食　〔动作姿势〕①站好大弓裆，两手仰掌护腰。②直掌前推，同时两前臂也旋前，两腕背伸，虎口朝下，腰随势前俯，前腿得势似，后腿使劲勿可松。③五指内收握拳，旋腕，拳眼朝天，屈肘紧紧收回护腰。④将收回之仰掌变俯掌，下按，两臂后伸，同于大弓裆。

小儿推拿歌赋

用歌赋形式，表达小儿推拿方面的丰富内容，是明清以来不少小儿推拿专著的一个共同特点，有的著作本身就是以歌赋形式为主体，如《推拿三字经》等。这些推拿歌赋，一是内容朴实，言简意明，语言精练，通过简明的语言表达尽可能丰富的内容；二是易读、易记、易懂、动听，不少推拿歌赋都能注意押韵和节奏，使之读起来上口，听起来入耳；三是推拿歌赋所包含的内容很多，诸如小儿生长发育、防护、识病、手法、复式操作法、操作次第、推拿作用、治疗方法等等。因此，推拿歌赋是一种推广、普及推拿疗法的行之有效的文学体裁，不仅对学习和应用小儿推拿疗法有一定的意义，而且还可以作为其他推拿方法的参考资料。现举例于下：①《按摩经·要诀》中说："三关出汗行经络，发汗行气此为先，倒推大肠到虎口，止泻止痢断根源。脾土曲补直为推，饮食不进此为魁，疟痢疲羸并水泻，心胸痞痛也能祛。掐肺一节与离经，推离往乾中间轻，冒风咳嗽并吐逆，此经神效抵千金。肾水一纹是后溪，推下为补上清之，小便秘涩清之妙，肾虚便补为经奇。六经专治脾肺热，遍身潮热大便结，人事昏沉总可推，去病浑如汤泼雪。总筋天河水除热，口中热气并拈舌，心经积热火眼攻，推之方知真妙诀。四横纹和上下气，吼气腹疼皆可止，五经纹动脏腑气，八卦开胸化痰最。阴阳能除寒与热，二便不通并水泻，人事昏沉痢疾攻，救人要诀须当竭。天门虎口揉斗肘，生血顺气皆妙手，一掐五指爪节时，有风被吓宜须究。小天心能生肾水，肾水虚少须用意。板门专治气促攻，扇门发热汗宣通。一窝风能除肚痛，阳池专一止头疼，精宁穴能治气吼，小肠诸病快如风。"②《按摩经·手法治病诀》中说："水底捞月最为良，止

热清心此是强，飞经走气能通气，赤凤摇头助气长。黄蜂出洞最为热，阴症白痢并水泻，发汗不出后用之，顿教孔窍皆通泄。按弦走搓摩，动气化痰多，二龙戏珠法，温和可用他。凤凰单展翅，虚浮热能除，猿猴摘果势，化痰能动气。”③《幼科铁镜》“推拿代药赋”中说：“前人忽略推拿，卓溪今来一赋，寒热温平，药之四性，推拿揉掐，性与药同。用推即是用药，不明何可乱推。推上三关，代却麻黄肉桂，退下六腑，替来滑石羚羊。水底捞月，便是黄连犀角。天河引水，还同芩柏连翘。大指脾面旋推，味似人参白术，泻之则为灶土石膏。大肠侧推虎口，何殊诃子炮姜，反之则为大黄枳实。涌泉右转不揉，朴硝何异，一推一揉右转，参术无差。食指泻肝，功并桑皮桔梗，旋推止嗽，效争五味冬花。精威拿紧，岂羡牛黄贝母，肺俞重揉，漫夸半夏南星。黄蜂入洞，超出防风羌活，捧耳摇头，远过生地木香。五指节上轮揉，乃祛风之苍术，足拿大敦鞋带，实定掣之钩藤。后溪推上，不减猪苓泽泻，小指补肾，焉差杜仲地黄。涌泉左揉，类夫砂仁藿叶，重揉手背，同乎白芍川芎，……。”④《推拿三字经》一书，在小儿推拿中独具一格。此书认为，小儿推拿手法操作速度要快，轻重要适当，根据病情和患儿岁数大小，确定推的次数，多至二万次，少至三百次。并认为治急病以取独穴为佳，推的次数可多达数万；而治缓证则要取穴配伍，并运用五行生克，虚证补其母，实证泻其子。书中列举了治疗惊风、发热、感冒、腹泻、呕吐、腹痛、脱肛、痘疹、喘咳、疮疡等证的穴位与手法。

气　　功

《周易》及图卦学说

《周易》是一部论述阴阳变化无所不包的儒家经典著作。它分为"经"与"传"两个部分，而以八卦为基础。八卦是《周易》中的八种基本图形，用"－"和"--"的符号组成，以"－"为阳爻，以"--"为阴爻。八卦是乾☰、坤☷、震☳、巽☴、坎☵、离☲、艮☶、兑☱。八卦相传是古代伏羲氏所创。如《周易·系辞传下》中说："古者庖羲氏之王天下也，仰则观象于天，俯则观法于地，观鸟兽之文与地之宜，近取诸身，远取万物，于是始作八卦。"《史记·日者列传》中也说："自伏羲氏作《易》八卦。"而这八卦则从太极变化而来，所以《周易·系辞传上》说："是故易有太极，是生两仪，两仪生四象，四象生八卦。"（宋代周敦颐《太极图说》中还有"无极而太极"之说）八卦或称经卦、纯卦，它重叠则为六十四个重卦，又称别卦。《易传》作者认为：八卦主要是象征八种最显著的自然现象，正如《周易·说卦传》中说的：乾为天，坤为地，震为雷，巽为风，坎为水，离为火，艮为山，兑为泽。此外还用于代表其他各种事物。

《周易》中的阴阳变化理论与中医学关系密切，有"医易相通"之说。明代张景岳在《类经附翼》中有《医易》一卷，专论此说。他强调指出："宾尝闻之孙真人曰，不知《易》不足以言太医，每窃疑焉。……而今也年逾不惑，茅塞稍开，学到知羞，方克渐悟。乃知天地之道，以阴阳两气而造化万物；人生之理，以阴阳两气而长养百骸。《易》者，易也。具阴阳动静之妙；医者，意也，合阴阳消长之机。虽阴阳已备于《内经》，而变化莫大乎《周易》。故曰：天人一理者，一此阴阳也；医易同源者，同此变化也。岂非医易相通，理无二致，可以医而不知《易》乎。"

在古代气功中最早引用《周易》卦象作为说理工具的，一般认为是被尊为"万古丹经王"的东汉魏伯阳所著的《周易参同契》。如此书中说的"乾刚坤柔，配合相包"；"坎离匡廓，运毂正轴"；以及用卦象变化来说明火候等。唐、宋之后，《周易》卦象，在传统的气功功法中，是一直被重视的。因为《周易》卦象的核心是阴阳变化，与传统气功功法，尤其是内丹功法的核心为阴阳变化是一致的。《周易》图卦等内容在气功中的应用如下。

用作功法术语　常见如下。

炼己　炼己是气功内丹功法中最基本的要求，最根本的功法，也是整个内丹功法中不可须臾或离的功夫，所以也称炼己筑基。《悟真篇》中强调指出："若要修成九转，必须炼己持心。"炼己中的"己"是指意念，正如清代柳华阳在《金仙证论》中说："己即我心中之念耳。"己所以是练功者的意念，这是依据"纳甲法"而来。而纳甲法，《朱子语类》说："纳甲乃汉焦赣、京房之学。"按焦赣、京房是汉代两位易学大师。其所倡纳甲法为《周易参同契》所继承。所谓纳甲者，就是以甲为首的十个天干与八卦相配，而乾、坤两卦各纳两干，余六卦各纳一干。正如宋代朱熹《周易参同契考异》中说的："乾纳甲、壬，坤纳乙、癸，震庚，巽辛，坎戊，离己，艮丙，兑丁。"清代胡渭的《易图明辨》中有"参同契纳甲图"、"新定月体纳甲图"可参阅。从上述纳甲法看，"己"纳离卦，而离卦在人身为心，正如《金丹大成集》中所指出的："头为乾，坤为腹，膀胱为艮，胆为巽，肾为坎，心为离，肝为震，肺为兑也。"故炼己即为炼心，修心。《唱道真言》中强调指出："炼丹先要炼心，炼心之法，以去闲思为清净法门，仙家祖祖相传，无他道也。"所以炼己的中心内容即为集中意念排除杂念，否则就不可能取得练功效果。《规中指南》中说："牢擒意马锁心猿，慢着功夫炼汞铅，大道教人先止念，念头不住亦徒然。"如联系炼字来理解，则其意义更明确。明代伍冲虚的《天仙正理》中指出："谓炼者，即古所谓：苦行其当行之事曰炼，熟行其当行之事曰炼，绝禁其不当为之事亦曰炼，精进励志而求其必成亦曰炼，割绝贪爱而不留余爱亦曰炼，禁止旧习而全不染习亦曰炼。"（见"炼己"条）

药物　药物之说，原是外丹术上的用语，而在气功内丹功法上则指精、气、神。如《玉皇心印经》所说："上药三品，神与气、精。"元代陈虚白的《规中指南》中也说，内丹功法中"采药者，采身中之药物也。身中之药者，神、气、精也"。对精、气、神，在内丹功法中还强调练先天的，称为"内药"。所谓先天的精、气、神，署名宋代张伯端的《金丹四百字·序》中指出："练精者，练元精，非淫泆所感之精；练气者，练元气，非口鼻呼吸之气；练神者，练元神，非心意思虑之神。"当然，淫泆之精，呼吸之气，思虑之神虽属后天，称"外药"，但在练功中，还是先天、后天互相结合，内药、外药互相促进的。正如明代无名氏的《性命圭旨》中说："以外药言之，交感之精先要不泻，呼吸之气更要微微，思虑之神贵在安静。以内药言之，炼精者练元精，抽坎中之元阳也，元精固则交感之精自不泄漏；练气者炼元气，补离中之元阴也，元气住则呼吸之气自不出入；练神者练元神，坎离合，而复乾元，元神凝则思虑之神自然泰定。"上述的精、气、神，就常用离卦来代表神，坎卦代表精、气。至于抽坎中之元阳，要补离中之元阴，要达到复乾元等，这在内丹功法中也是根据《周易》图卦而进行阐述的。

（1）取坎填离：《悟真篇》中说："取将坎位心中实，点化离宫腹内阴，从此变成乾健体，潜藏飞跃尽由心。"这在气功内丹功法中就成为取坎填离，也称"坎离交媾"、"水火既济"、"心肾相交"。坎卦的卦象是☵，上下两阴爻，中间一阳爻；离卦的卦象是☲，上下两阳爻，中间一阴爻。它们是由乾☰、坤☷两卦的中间一爻互换位置而变成。气功内丹功法认为人成胎儿后，先天的乾卦中的阳爻，与坤卦中的阴爻，互相错位，在八卦图上就由乾、坤南北相对的先天八卦图（图1），变成了坎、离南北相对的后天八卦图（图2）。而通过练功要使其复位，返还本原成先天八卦图形，才能延年益寿。由于坎卦属水，离卦属火，这种坎北离南的后天八卦图，也称水火未济。而未济是六

十四卦之一,《周易·象传》上说:"火在水上,未济䷿。"(下坎上离)如果通过练功,坎离交合,达到了"水上火下,既济䷾"(下离上坎)局面,就看到了气功的功效。还由于坎卦属肾,离卦属心,故又称心肾相交。这种取坎填离、坎离交媾、水火既济、心肾相交之后,有的就认为内丹功法已成。如宋代吴惧的《指归集序》中说:"内丹之说,不过心肾交会,精气搬运,存神闭息,吐故纳新。"金代马丹阳也说:"学道者无他务,养气而已,心液下降,肾气上升至于脾,元气氤氲不散,则丹聚也。"(元代王颐中的《丹阳真人语录》)但多数内丹功法著作中,认为取坎填离这一步极重要,就是小周天的练精化气,而不是内丹功法的全貌。

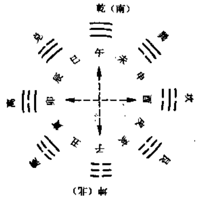


图1 先天八卦图

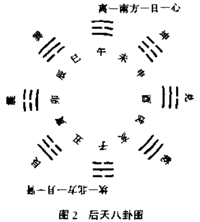


图2 后天八卦图

(2) 乾坤交媾:根据内丹功法的理论,认为通过取坎填离的小周天过程,后天精气得到充实,并返还成先天精气,待有了一定景象后,就进入大周天过程。大周天采用先天八卦图进行指导。在先天八卦图上,南北方位已是乾、坤两卦,所以就称为乾坤交媾(元代萧廷之《金丹大成集》),有时也称为卯酉周天,这是因为在内丹功法中总是着眼在坎、离两卦上,而坎、离两卦,已处在卯酉的位置上,故大周天又称"卯酉周天"。

火候　火候原属内丹功法中不传之秘,因为真正要掌握好火候,必须具有《周易》图卦的基础知识,否则既说不清楚,也难以领会。所以宋代薛道光的《还丹复命篇》中就有"圣人传药不传火,从来火候少人知"之说,而都强调"临炉指点",即具体指导。所说的"火",就是练功中的用意,如《金仙证论》中说的:"火者神也,曰汞,曰日,曰乌,曰龙,皆我之真意也。"明代玄同子的《真诠》中明确说:"火候全在念头上着力。"而意念又要集注在呼吸上,如《规中指南》上说的:"火候之口诀,尤当于真息中求之。"再具体地说,"火候"就是一个进阳火——沐浴——退阴符(火)——沐浴的一过程,用意念掌握呼吸来完成。进火于子时,或"一阳生";开始退火于午时,或"一阴生"。整个过程在气功内丹功法中往往用一个月或一年的卦象来表示。

如用六个卦合一月的晦、朔、弦、望等来表示。《周易参同契》上说:"震☳出为征,阳气造端,初九潜龙;阳以三立,故三日震动。阴以八通,八日兑☱行,九二见龙,和平有明三五德就,乾☰体圆成,九三夕惕,亏折神符,盛衰渐革,终还其初。巽☴继其统,固济操持,九四或跃,进退道危。艮☶主进止,不得逾时,二十三日,典守弦期,九五飞龙,天位加喜。六五坤☷承,结括终始,蕴养众子,世为类母,阳数已讫,讫则复起,推情合性,转而相与。上九亢龙,战德于野,用九翩翩,为道规矩,循据璇玑,升降上下,周流六爻。"还说:"三日出为爽,震☳受庚西方。八日兑☱受丁,上弦平如绳。十五乾☰体就,盛满甲东方。蟾蜍与兔魄,日月气双明,蟾蜍眡卦节,兔者吐生光。七八道已讫,屈折低下降。十六转受统,巽☴辛见平明。艮☶直于丙南,下弦二十三,坤☷乙三十日,东北丧其明。节尽相禅与,继体复生龙。壬癸配甲乙,乾坤括始终。"

对这两段话,宋代陈显微《周易参同契解》中说:这是"魏君以一月之间月形圆缺,喻卦象进退,自初三为一阳,初八为二阳,十五则三阳全而乾体就,十六则一阴生,二十三则二阴生,三十日则三阴全而坤体成。"这可用卦象图表示(图3)。



图3 晦朔弦望卦象图

周流六爻,又称"周流六虚"。这是因为坎、离两卦两

用，离为日，坎为月，已纳于中宫，其原位已空虚，阴阳消息，只周流于六卦之间。正如《周易参同契》上指出的："坎离者，乾坤两用，两用无爻位，周流行六虚。"而六虚之说，也来自《周易·系辞传下》的"变动不居，周流六虚"。周流六虚也就是后来所说的周天、河车搬运。对前述周流六虚及配合月象变化的内容，还可用下列表格予以归纳说明：见表1。

表1

卦象	阴阳数	时间	月象	候次	日期	功夫	爻辞	消	息	
震☳	一阳	初三	哉生明	月首候	初一至初五	阳以三立 三日震动	初九潜龙	阳气造端	初息	
兑☱	二阳	初八	上弦	次候	初六至初十	阴以八通 八日兑行	九二见龙	阳来藕阴	沐浴	息升
乾☰	三阳	十五	望	三候	十一至十五	三五德就 乾体圆成	九三夕惕	阳息阴消之接头处	阳圆	周
巽☴	一阴	十六	哉生魄	四候	十六至二十	亏折神符 盛衰渐革	九四或跃	固济阳德操持阴统	初消	流
艮☶	二阴	二十三	下弦	五候	廿一至廿五	其明半亏	九五飞龙	不得逾时最宜典守	沐浴	消降
坤☷	三阴	三十	晦	六候	廿六至三十	阳光全敛 三阴用事	上九亢龙	阴阳交战	阴藏	

按哉生明、上弦、望、哉生魄、下弦、晦代表日期，均出于《尚书》。

如用十二个卦结合一年十二月来表示，东汉虞翻注《周易·系辞传上》"变通莫大乎四时"中指出："交通趋时，谓十二消息也。泰、大壮、夬，配春；乾、姤、遯，配夏；否、观、剥，配秋；坤、复、临，配冬，谓十二月消息变通而周于四时也。"这十二卦就称为"消息卦"，又称"辟卦"，以示它们在六十四卦中是主要的，为君，统率其余各卦。所以是"十二消息，阴阳往来无穷已，故通也"（后汉荀爽《易注》）。"消息"在古代气功中即为火候，进阳火为阳息，退阴符为阴消。所以在《周易参同契》中就结合一年十二月以比喻火候说："朔旦为复䷗，阳气始通，出入无疾，立表微刚，黄钟建子，兆乃滋彰，播施柔暖，黎蒸得常。临䷒炉施条，开路正光，光耀渐进，日以益长，丑之大吕，结正低昂。仰以成泰䷊，刚柔并隆，阴阳交接，小往大来，辐凑于寅，运而趋时。渐历大壮䷡，侠列卯门，榆荚堕落，还归本根，刑德相负，昼夜始分，夬䷪阴以退，阳升而前，洗濯羽翮，振索宿尘。乾䷀健盛明，广被四邻，阳终于己，中而相干。姤䷫始纪绪，履霜最先，井底寒泉，午为蕤宾，宾服于阴，阴为主人。遯䷠去世位，收敛其精，怀德俟时，栖迟昧冥。否䷋闭不通，萌者不生，阴伸阳屈，没阳姓名。观䷓其权量，察仲秋情，任蓄微稚，老枯复荣，荠麦牙蘖，因冒以生。剥䷖烂支体，消灭其形，化气既竭，亡失至神。道穷则反，归乎坤䷁元，恒顺地理，承天布宜。"明代高濂《遵生八笺》收载的《心书》中有一段话，可以帮助理解《参同契》原文的涵义。他说："盖气之始升，则为冬至，一阳生于六阴之下，其卦为复。阳气渐长，阴气渐消，故为丑，其卦为临。于寅，其卦为泰。于卯，其卦为大壮，节属春分，木旺在卯，真气熏蒸，是为沐浴。于辰，其卦为遯。于巳，其卦为纯乾。六阳既极，一阴生于六阴之下，其卦为姤。阴气渐长，阳气渐消，故为未，其卦为遯。于申，其卦为否。于酉，其卦为观，节属秋分，金旺在酉，真气熏蒸，是为沐浴。于戌，其卦为剥。于亥，其卦为坤。六阴既极，复变为一阳。一升一降，无暂休息。"

这里十二地支与十二月相配，古历法中称为"月建"。至于黄钟等则称为"十二律"或"律吕"，它们依次为黄钟、大吕、太簇、夹钟、姑洗、仲吕、蕤宾、林钟、夷则、南吕、无射、应钟。它们与十二月的结合，除《参同契》的上述文字外，张景岳《类经附翼》上也说："子黄钟，一阳复卦；丑大吕，二阳临卦；寅太簇，三阳泰卦；卯夹钟，四阳大壮卦；辰姑洗，五阳遯卦；巳仲吕，六阳乾卦；午蕤宾，一阴姤卦；未林钟，二阴遯卦；申夷则，三阴否卦；酉南吕，四阴观卦；戌无射，五阴剥卦；亥应钟，六阴坤卦。"

对以上文字，可用表2及十二消息卦图（图4），概括如下：

表2

时辰	卦象	阴阳数	月份	律吕	消　息
子	复䷗	一阳	十一月	黄钟	阳气之始
丑	临䷒	二阳	十二月	大吕	阳息至二阳
寅	泰䷊	三阳	正月	大簇	阳息至三阳
卯	大壮䷡	四阳	二月	夹钟	阳息至四阳沐浴
辰	夬䷪	五阳	三月	姑洗	阳息至五阳
巳	乾䷀	六阳	四月	仲吕	阳息至六阳纯全
午	姤䷫	一阴	五月	蕤宾	阳盛极生阴
未	遯䷠	二阴	六月	林钟	二阴浸长
申	否䷋	三阴	七月	夷则	三阴消乾
酉	观䷓	四阴	八月	南吕	阳消成四阴沐浴
戌	剥䷖	五阴	九月	无射	闭物令火候毕
亥	坤䷁	六阴	十月	应钟	功夫大定

此外，还有用六十卦结合一个月三十日来指导火候的，这是把乾、坤卦为鼎炉，坎、离卦为药物而除外，所以

有"六十卦火候图"(元代萧廷之的《金丹大成集》),该图从略。但是要说明的,无论是用六个卦、十二卦或六十卦图以指导掌握火候,它并不是呆板的,而是要根据练功中的景象来处理。正如元代俞琰的《周易参同契发挥》中所指出的"非轮刻掐时之候,乃身中天然之气候也"

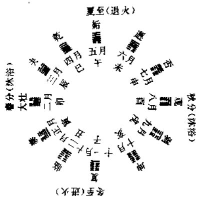


图4 十二消息卦图

巽风 巽为风,这是《周易·说卦传》中的话,所以有的气功古籍中,就用巽风以代表呼吸。如崔希范《入药镜》中的"起巽风"就是。在《性命圭旨》中还有"鼓之以橐籥,吹之以巽风,锻之以猛火"之说。这里是指鼓动了橐籥,以生巽风,而出现猛火,即是气功内丹功法中指的进阳火即"武火"。盖武火者,即呼吸之气急重吹逼,采取烹炼也"(《修道全指》)。

用作人身部位术语 (1)《周易·说卦传》中说:"乾为首,坤为腹,震为足,巽为股,坎为耳,离为目,艮为手,兑为口。"由于气功是以人身作为锻炼对象,故也袭用过来。如乾为首,坤为腹,内丹功法中即以乾卦代表头部两眉之间的上丹田,用坤卦代表腹部的下丹田。内丹功法中还用外丹术中的鼎炉来代表上下丹田,以乾为鼎,坤为炉,故《悟真篇》中就直接说:"乾坤为鼎器","安炉立鼎法乾坤。"

(2)《周易正义》上说:"坎为耳,坎北方之卦,主听,故为耳也;离为目,南方之卦,主视,故为目也。"由于北方水属肾,南方火属心,故内丹功法就说"肾为坎,心为离"(如《金丹大成集》),所以就有心肾相交,水火既济之说如前述。坎卦☵中的阳,离卦☲中的阴,即阴中之阳,阳中之阴,内丹功法中还分别称作婴儿、姹女。如《金丹大成集》中说:"婴儿在肾,姹女在心",也简称"坎男离女"。

(3)《周易》中有"兑为口"之说,《道德经》中有"塞其兑"之语,气功功法中常用的"垂帘塞兑",除垂帘是指两目微露一线之光外,塞兑就是指轻闭合口。

性命学说

人意识活动的基础或本原,称性,所谓"人之本体"。命,指人体功能活动的基础或本原。有关性、命两者在气功中的系统理论,即性命学说。性命学说在古代气功理论中占有重要地位,古代有的气功家就按性命学说区分气功功种为三大类,即性功、命功与性命双修。大体上,凡注重精神炼养的功种,属"性功";凡注重炼气的功种,属"命功";凡神气并重、身心兼练的功种,属"性命双修"。儒、释、道三家著作,都论述性命之学,但观点不尽相同,且常掺入唯心论与宗教玄学。本条目不分别介绍上述三家的论点,仅论述性命学说中对气功实践有指导意义或参考价值的部分。

性并不就是意识活动,意识活动古代称为"神"。性和神都与意识有关,但前者偏于静态的方面,后者偏于动态的方面,而前者是后者的根本。如《性命圭旨》曾说:"性者,神之始。神本于性,而性则未始神,神所由以灵。"性是先天的、固有的,所以又称"天赋之性"或"元性",又称"元神";神是后天获得的具有"思考谋虑"与机变的能力,包括欲望与情绪,故又称为"欲神"或"气质之性"(简称"质性")。古人认为,欲神或质性是消耗元气的,成人"元性微,质性彰",所以日趋衰老。性功锻炼的原则是恢复元性的主导地位,使"本元之性胜气质之性",通过这样锻炼,张伯端说:"元神见而元气生,元气生则元精产矣。"他认为要使人体精气神充盈的先决条件是恢复元神,所以对此又作了进一步的阐释:"元性是何物为之?亦气凝而性灵耳,故元性复而元气生,相感之理也。"如何恢复元性以达到延年益寿的目的,古人认为首先在于心静,心静则"神全",神全而后"性现",这就是静功锻炼的主要理论依据。

人体功能活动是"气"的运动状态,"命"是"气"的本原。《性命圭旨》曾说:"命者,气之始,气本于命,而命则未始气,气所由以生。"这里所说的"命"颇有似于潜藏的生命活动,如未萌的根株、未芽的果核,它们表面上不显示生命活动,但胚芽正孕育于此。所以,严冬草木枯槁,叶落归根,老子称为"归根复命"。古代气功家就此论证:胎儿在母腹中时,靠脐带与母体相连,随母体呼吸以为呼吸,脐带即为命之根蒂。故气功术语中称脐部为命蒂或生门,气功意守锻炼的重要部位——下丹田(气穴)即在脐部之里,被认为是元气潜藏之所。

宋代以后,气功家们逐渐认识到,性与命是不能截然分割的,说性的时候实际上也包含着命,说命的时候实际上也包含着性,所谓"性无命不立,命无性不存"。佛家坐禅以修性为宗,强调以特定的精神分析法来炼定功;有关文献详述性而忽略命,但若不了解命,归根结底也不可能了解性。道家气功派中有单以修命为宗的,则强调炼升肾中元气,没有对性功予以足够的重视;有关文献详述命而忽略性,但若不了解性,归根结底也不可能了解命。李攀龙曾以韵文对此加以说明:"性命初非是两门,当知性命互为根,若能修性兼修命,方合金丹大道真。"所谓金丹大道,指性命双修的气功炼法,即由北宋张伯端所倡导并由其门人不断加以发展的内丹术。从宋元以迄明清,内

丹术家没有不讲究性命双修的，在道家气功派中很少有人再主张单独修性或修命了。但佛家坐禅功法，则仍然是讲究修性的。应该指出，讲究性命的内丹术练法，是中国传统静功的主流，是理法较为系统化的功种，它既讲究入静锻炼的心理效果，也讲究如何调节与控制人体内气之有益于健康的生理效果。

除了上述有关性命的理论外，还有把感觉与知觉、意识或思维的功能称为性，而把运动与自主生理功能称为命的，如说：人类有性有命；动物性少命多；植物有命无性等（《脉望》）。

元精

气功学中关于精的概念，称元精，以别于中医学中的精。

人体的一切器官、组织都由精分化而来。所以，《素问·金匮真言论》有"精者，身之本也"之说。《灵枢·经脉》说："人始生，先成精，精成而脑髓生。骨为干，脉为营，筋为刚，肉为墙，皮肤坚而毛发长。"这意味着人体各个部分都含有精的成分。但肾是精的集中储藏处，所谓"肾藏精"，"肾受五脏六腑之精而藏之"。（《素问·上古天真论》）肾精的盛衰，直接影响人体的生长、发育、生殖能力与健康状态，所以气功锻炼以固养肾精为第一要义。有关气功的较早文献《黄庭经》，对固养肾精的重要性就有详细的论述，如《上清黄庭外景经》述："五藏之主肾最精，伏于太阴成吾形。"又说："急固子精以自持"，"闭子精门可长活"等。但是，古代气功理论中所说的精，并不完全等同于现代意义中的男性精子，更重要的是指调节与主宰生殖、生长发育的某种物质，即所谓元精。如《紫清指玄集》述："其精不是交感精"，而是"根于父母未生前。"也就是说，元精乃是先天的无形的精气，是产生后天形质的精的母气。元精穴在两肾中间，逆升而上，则元精化为元气而为内丹之母；顺流而下，则元精化为形质的精，而生男育女。显然，元精也有赖于饮食的补养，张紫阳的《金华秘文》称元精穴为华池，认为"谷气就此而生精"并"降于肾"。

内丹术锻炼分三个层次，称为"三关"（初关、中关、上关）。"炼精化气"是第一个层次，称为"初关"，所谓"百日筑基，炼精化气。"元精本为元气所化，《金华秘文》有"元气生则元精产"之说。张介宾也说："先天之气，气化为精；后天之气，精化为气"。（《类经·摄生类》注）所以，使元精化为元气，是"返本还元"的一种体现。

内丹术文献有一句常说的话："若要不老，还精补脑。"其意即指"炼精化气，炼气化神"。脑中泥丸（上丹田）为"元神之府"，故说"还精补脑"。"还精补脑"的具体练法，即是意守下丹田，诱发出沿任、督脉（前降后升）的循经感传，使之到达上丹田。并不是指形质的精液流达脑部。所以，《金丹四百字》序说："见之不可用，用之不可见。"唐代的道教气功家钟离权说："涕唾精津气血液，七般灵物总皆阴，若将此物为丹质，怎得飞神（元神）上玉京（泥丸）。"考"还精补脑"之说，葛洪《抱朴子》已经提出，但语焉不详，后人以为忍精不泄即是还精补脑，实在是一种误解。

精与气、神，在古代气功著作中被视作人体生命活动的原动力与物质基础，犹如自然界的运动变化离不开太阳、月亮与星星一样，故有"天有三宝日月星，人有三宝精气神"之说，精、气、神被称作"三宝"、"三奇"或"三业"。一切气功锻炼方法，其目的都是为了固养精、气、神，以求健康长寿。金元时期，王重阳所倡导的全真教炼养派，其宗旨即是通过气功锻炼以达"全精、全气、全神"，故名"全真"。明代朱权的《神隐肘后》也说："凡人修养摄生之道，各有其法，……大概勿要损精、耗气、伤神。此三者，道家谓之全精、全气、全神是也。三者既失，真气耗散，体不坚矣。"内丹术的派别甚多，但其中心都不离开"炼精化气，炼气化神，炼神还虚"。炼内丹之说，究其实质，并不神秘，如《紫清指玄集》述："能固其精、宝其气、全其神，三田精满，五脏气盈，然后谓之丹成。"据此则所谓"炼成内丹"，也无非指的是精、气、神充盈而已。道教经典《上清黄庭内景经》也说："仙人道士非有神，积精累气以成真。"被后人神化了的道士吕纯阳也说过："精养灵根气养神，此真之外更无真。"可见，道教经籍虽多玄虚不经之谈，但在实修方面却都主张炼养精、气、神，这是颇饶兴味的。

气功学中的精、气、神，与中医学一样，彼此互根，可以相互转变。《金丹大要》有"气聚则精盈，精盈则气盛"之文，是说的精气互根。张介宾认为："精气既足，神自王（旺）矣。"是说精气为神的物质基础。但他更重视神在气功养生中的重要性，他说："虽神由精气而生，然所以统驭精气而为运用之主者，则又在吾心之神……心有妄动，气随心散，气散不聚，精逐气亡。"（《类经》）李东垣则认为养生之道当以养气为本，他说："气乃神之祖，精乃气之子，气者精神之根蒂也，大矣哉！积气以成精，积精以全神，必清必静，御之以道，可以为天人矣，有道者能之。"（《脾胃论·省言箴》）马丹阳也重视养气，所谓："学道者无他务，在养气而已。"但他又说："守气妙在乎全精。"（《丹阳真人语录》）由此可见，精气神三者，互根互变，是可分而又不可分的，故了真子有"大药三般精气神，天然子母互相亲"之说。正因为如此，早在晋代，葛洪在其所撰《抱朴子》一书中就已提出"三一之道"为内修之要。以后，施肩吾、晋道成等人又具体化为"存三守一"之道。"存三守一"成为内丹术的练功要则。据《道枢·修真指要篇》所引高上元君的解释，"三"指精、气、神，"存三"是指意守精、气、神所会聚的上、中、下三个丹田部位；"一"指肾或下丹田。如述："肾中生气，心中生神，神气交而为精，精神住而还下。于是上存其神，中存其气，下存其精。三存既毕，则守其一在于丹田。"

元气

气功学中关于气的概念,称元气,以别于中医学中的气。

人的生命活动是因气的运动变化而产生的。所以《难经·八难》说:"气者,人之根本也。"气有先天与后天之分,张介宾说:"先天者,真一之气,气化于虚,因气化形,此气自虚无中来;后天者,血气之气,气化于谷,因形化气,此气自调摄中来。"(《类经·摄生类》注)先天之气即元气,乃禀受于父母。元气的旺衰,决定人的年寿与健康状态,所以唐代施肩吾说:"气是添年药,津为续命芝。"

由于气分布于人体的不同部位,有不同的来源与功能特点,因此,在医学上又有宗气、营气、卫气、肝气、肺气、脾气、肾气、心气等等区分。但清代徐灵胎认为,它们都是元气的分体。他说:"五脏有五脏之真精,此元气之分体者也。而其根本所在,即道经所谓丹田,《难经》所谓命门,《内经》所谓七节之旁有小心。阴阳阖辟存乎此,呼吸出入系乎此,无火而能令百体皆温,无水而能令五脏皆润,此中一线未绝,则生气一线未亡,皆赖此也。"(《医学源流论》)所论颇精辟。按:《内经》并无元气之说,在医学经典中,元气之说始见于《难经》,如《六十六难》说:"脐下肾间动气者,人之生命也,十二经之根本也,故名曰原。三焦者,原气之别使也……原者,三焦之尊号也。"这一理论对气功学有深刻的影响。

在气功古文献中,常常把元气的气写作"炁",以示与后天之气有所区别。在气功学中,元气又称"原始祖炁",它主要指推动胎儿内呼吸(潜气内转)的循环动力,而后天之气着重指呼吸之气(外呼吸)。先天之炁是潜藏的内气,后天之气是形于呼吸之气。故王道渊说:"藏则为炁(元气),形则为气(呼吸之气)。"(《人药镜》注)在人体,先天之炁与后天之气是不可分割的。人在出生之后,"炁落丹田",为"呼吸之根"。人在进行呼吸活动时,"先天元始祖炁未尝不充溢其中。非后天之气,无以见先天一炁之流行;非先天之炁,无以为后天一气之主宰。"(王道渊《人药镜》注)内丹术锻炼要求气贯丹田,即以后天之气接引先天之气,发动任、督循环,以达成所谓"再立胎息"的效果。《人药镜》所说"先天炁,后天气,得之者,常如醉。"即指练功状态中,二气混合,呼吸绵绵,任督循环,身心酣畅的自我体验。

由于精、气、神三者,是"天然子母互相亲",对于人的生命活动来说,是缺一不可的。持重精说者,谓精属水,而"水能生万物"(《龙虎经》),故张介宾说:"精为天一所生,有形之祖。"持重神说者,谓神虽由精气所生,然而神"统驭精气而为运用之主"。故《圣济经》说:"神者生之制也。"持重气说者,谓"生化之道,以气为本,天地万物莫不由之"。故李东垣说:"气者精神之根蒂也。"三种看法虽各持一端,实际上互为补充。然而,古代既以气为构成世界的最基本物质,宇宙间的一切事物,都因气的运动变化而生,"人在气中,气在人中",人,也不过是"分得天地之一气"(《抱朴子》与《太清调气经》),所以,推本溯源而论,精、气、神三者之中,气是更为根本的物质。张介宾在养生方法上是重神论者,但他在综合前人论述之后,从本源上则持重气说,他说:"修真诸书,千言万语,无非发明精气神三字。然三者之用,尤先于气……盖以天地万物皆由气化,气存数亦存,气尽数亦尽,所以生者由乎此,所以死者亦由乎此,此气之不可不宝,能宝其气,则延年之道也。"(《类经·运气类》注)

元神识神

在医学书籍中,《内经》首先指出神的物质性,如《灵枢·本神篇》有"生之来谓之精,两精相搏谓之神"之说,是说物质的"精"为生命的本原,而"神"的产生,乃由男女"两精"相互作用之后的产物,是先有形质的"精",而后有功能的"神"。但《内经》以为神是心的功能表现,故有"心藏神"之说。在气功古籍中,约在魏晋时期已隐约认识到精神的主座在脑部。如《上清黄庭内景经》有"泥丸百节皆有神"之说。其后,《紫清指玄集》进一步指出脑部泥丸为"元神之室,灵性之所存,是神之要也"。并说脑中元神"日则接于物,夜则接于梦。"李时珍的《本草纲目》中"脑为元神之府"之说本此。

关于元神的论述,北宋张紫阳的《金华秘文》论之最详。他把神分为"元神"与"欲神"。欲神又称识神。元神是"先天之性",又称元性。婴儿那种"不识不知"而又具备感觉、灵动的状态,就是元神的体现。欲神为"气质之性",属于后天,它是人与环境接触之后,特别是通过社会交往之后所产生的情志与欲望。凡无为而动者,为元神之性;有为而动者,为欲神之性,而百姓日用,乃气质之性。如果占支配地位的是欲神,所引动的气也是后天之气。如果占支配地位的是元神,则所引动的气也是先天之气。人在少、长、壮、老的过程中,质性日彰,元性日微,结果欲神掩盖了元神。内丹术的主导思想既为"返本还元",故要求以先天制后天,从有为返无为,逐步消除气质之性,只有"气性尽,而后本元始见。元神见则元气生,元气生则元精产矣"。在这意义上,气功人静锻炼的要则,即为除欲神,炼元神。

《素问·痹论》有"静则神藏,躁则消亡"之文,《列子》则说:"静神灭想,生之道也。"一切静功派别,其中心都离不开凝神聚气。《胎息经》说:"神行则气行,神住即气住。"概括地说明了神与气的主从关系,而"神气相抱"是获得静功锻炼效果的关键。

行气

以呼吸为主,辅以导引、按摩的养生内修方法,称行

气。见《抱朴子内篇·释滞》。又称服气、炼气。历史上流传的行气方法甚多，但原则基本相同，即要求行气者，凝神净虑，呼吸吐纳做到轻、缓、匀、长、深。汉代以前言行气即为气功。

练功基本方法

气功的指导者、练功者必须了解或掌握的若干功法，称气功锻炼的基本方法。目前一般分为调身、调息、调心三大类。这“三调”的分类，起自隋代智颢的《童蒙止观》。但每一次气功锻炼，都是调身、调息、调心的有机结合。

调身　调身为调整身体，包括姿势与肢体动作的锻炼。姿势的锻炼，也称摆姿势。姿势原是指人们日常生活中身体所处的常态。而气功中的姿势锻炼是指在上述常态基础上的特定要求，即各种姿势的摆法都有一定的规格，它既要求在练功开始时就摆好这种姿势，直至练功完毕，又要求这种姿势能在所安排的练功时间内，使身体各部分都处在适合生理、自然的情况下，便于全身放松，以及意念的集中和运用等的各种功法的锻炼。姿势锻炼总的分为坐、卧、站、走四类。古人称为“四威仪”。并且在这四类中，根据锻炼的实践，又总结出不少具体的姿势摆法。其中坐、卧、站的应用比较普遍，行走的姿势则较少应用。

坐式　坐式是练功中应用得最普遍的姿势。常用的有下述四种：

(1) 平坐式：坐在方凳或椅子上，自然端正，头部正直，松肩含胸口眼轻闭，两手轻放大腿上，腰部自然伸直，腹部宜松，臀部的三分之一或二分之一坐在凳椅上，要平稳，凳椅高低适宜。脚平行分开，两膝相距与肩同宽，或相距两拳。平坐为坐式中最普遍、最常用的一种。除因体质高度衰弱等病人不能持久者外，一般均可采用，也可与靠坐式、卧式交替应用(图1)。

(2) 靠坐式：靠坐在靠背椅或沙发上，具体摆法与平坐相仿。但背部可轻靠在椅背上，两脚可略向前伸出。适合年老、体弱的病人，或与平坐交替应用(图2)。

(3) 盘坐式：可用木制矮方凳，凳面要方形略大些。





图1　坐式　　图2　靠坐式　　图3　盘坐式(自然盘)

普通木床或炕、地面上铺坐垫或蒲团也可盘坐。盘坐式可分为三种：①自然盘：上半身与平坐姿势相同，身体略向前倾，臀部稍垫高，两腿交叉盘起，左上右下或右上左下均可；两手互轻握，置于腹前，或分放大腿上(图3)。②单盘：将左脚置于右腿上，或将右脚置于左腿上，其余均同自然盘(图4)。③双盘：将左脚置于右腿上，同时将右脚置于左腿上，两脚心俱上仰朝天，其余均同自然盘(图5)。盘坐有助于思想安静，又因下肢稍紧张，对上身及头部的紧张状态易于解除。初练功的老年人宜少做盘坐，或只做自然盘坐





图4　盘坐式(单盘)　图5　盘坐式(双盘)　图6　跪坐式

(4) 跪坐式：两膝着地，脚掌朝上，身体自然坐在脚掌上，两手互相轻握，置于腹前，其余同平坐式(图6)。它也是下肢比较紧张，有利于头部及上半身的松弛。

卧式　卧式是气功锻炼中用得比较多的姿势。其中仰卧原是最普遍的，古代称为“正身偃卧”。《养性延命录》中则提出了“屈膝侧卧”、“益人气力”之说。常用的有下述四种：

(1) 仰卧式：全身仰卧床上，头正，枕高低适宜，轻闭口眼，四肢自然伸直，两手分放身旁，或相叠于腹部。本式适宜于体弱病人及睡前练功用(图7)。但容易入睡，或形成昏沉。因此体力转好时或较好者，应逐步增加坐式或站式。



图7　仰卧式

(2) 侧卧式：侧身卧于床上，左右侧卧均可，但一般采用右侧卧，腰部宜稍弯，身成弓形；头略向胸收，平稳着枕，口眼轻闭，上侧的手掌自然放在髋胯部，下侧的手置于枕上，手掌自然伸开，下侧的小腿自然伸直，上侧的腿弯曲放在下侧腿上。不习惯仰卧的人可做本式，本式腹部较松，易形成腹式呼吸(图8)

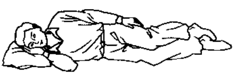


图8　侧卧式

(3) 三接式:左或右侧卧,下侧手掌心之劳宫穴,按在上侧手肘部的曲池穴;上侧的腿屈膝上提,上侧的手掌心劳宫穴,按在此上侧膝部的鹤顶穴;上侧脚心涌泉穴,接在下侧膝部的鹤顶穴。三接式适宜于体质虚弱,中气下陷的内脏下垂者。亦易于形成腹式呼吸(图9)。

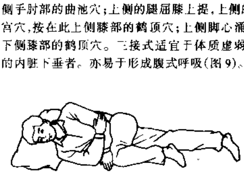


图9 三接式

(4) 半卧式:在仰卧的基础上,将上半身及头部垫高,斜靠在床上,也可在膝下垫物。此式适宜于心脏病人、哮喘患者及体力极差的病人(图10)。

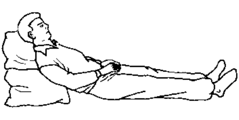


图10 半卧式

站式 站式除古代动功外,在静中采用得比较少,在隋代巢元方等《诸病源候论》中仅有立身、倚壁、蹲踞等少数几种。现代常用的有下述三种:

(1) 三圆式:又称抱拱式。两脚左右分开,间隔与肩同宽,两脚尖内八字,站成一半圆形。两膝微屈,收胯直腰,不要挺胸,两臂抬起,两手与乳部平,作环抱树干状。两手手指均张开,弯曲如抱球状,两手掌心相对,距离20厘米左右,呈脚圆、臂圆、手圆状。头部正直,两眼睁开,平视前方某一目标,或向下看前方1—2米地面某目标。口轻闭,舌尖轻抵上腭(图11)。

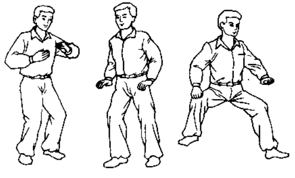


图11 三圆式 图12 下按式 图13 伏虎式

(2) 下按式:两脚左右分开,间隔与肩同宽,两臂下垂于两侧,两手指伸直向前,掌心似按向地面。余如三圆式(图12)。

(3) 伏虎式:左脚向前跨出一步,两脚相距1米余,成丁字步。身体稍向下蹲,如骑马形,前后两腿均成90°角。左手置左脚上方,右手竖在右膝上,均与膝部相距约15厘米左右,左手似按着虎头,右手似把着虎座。头部正直,眼向左前方平视。也可向右侧做(图13)。

站式适合于健康的人,或体力较好的患者。对高血压、青光眼或体质较好的神经衰弱病人,尤为适宜。它是利用下部的紧张,以促使上部的松弛。至于伏虎式的锻炼,要在前两式的基础上进行,它有强筋壮骨的作用。站式一般都在室外做,时间可逐步增加,以30—50分钟为度。初练感腰腿酸楚,可稍坚持一下。

走式 走式原是气功锻炼中最少用的姿势。常用走式有太极步。操作如下:身体自然直立,两足分开成平行步,两手交叠,置于小腹部。先以左足向前移一小步,左膝自然挺直,左足跟着地,足尖朝上,同时右膝微下曲。然后左足底全部着地,左膝稍向前弓出,上半身随之前倾,右腿自然挺直。再慢慢提起右腿,向前移动,与左足平行,右足尖轻轻贴地,同时膝微弯曲,此时重心在左足。继之右足前移一小步,以后各动作如前,左右交替前进。两眼睁开,平视正前方,或向下看足尖。头部正直,松肩垂肘,上半身要自然舒适。每次可走20—30步。走式太极步是一种下肢运动,适宜老年人进行腰腿的锻炼。

各种练功姿势虽是从日常生活姿态上发展起来的,但都具有各自的特有形态,有一定的要求,应加以注意,至于它总的要求,是要"四要两对"。四要:一要塞兑垂帘,即轻合嘴,轻闭目,露一线之光;二要沉肩垂肘,即两肩松开,两肘下垂;三要松颈含胸,即颈部松弛,胸略内含;四要舒腰松腹,即坐则腰直,侧卧腰弯,腹部放松。两对:一为鼻与脐对,即正面视之,鼻与脐成一直线;二为耳与肩对,即侧面视之,耳直对肩。

对具体姿势的选择和运用,要从练功者的病情、体质、意守部位、练功阶段、气候环境、习惯等情况出发,既不能放任自流,要有一定的规格,又不能忽视由粗到精,逐步适应的过程。为了使练功者更好地掌握姿势的锻炼,指导人员的经常检查纠正,是很重要的。

调身也包括动功锻炼中的固定程式动作,或姿势位置等按要求不断变动或移动等内容,均见各功种中的具体描述。

调息 调息就是调练呼吸,也就是呼吸的锻炼,简称练呼吸。每个人原是无时无刻都在不间断地呼吸着,不去注意它时,它也在自然呼吸着,正如古人说:一呼一吸为一息,不呼吸亦为息。而在气功锻炼时,就要求有意识地注意自己呼吸的调整,不断地去体会、掌握、运用与自己身体情况相适应的呼吸方法。古代称为吐纳、炼气、调气、食气等。基本呼吸方法有下述五种:

自然呼吸　即一般的呼吸，但要求比平时柔和。这是呼吸锻炼的起点。由于男女性别等生理上的差异，以及人们习惯的不同，自然呼吸中可以出现三种形态：①自然胸式呼吸：呼吸时胸部随呼吸起伏。②自然腹式呼吸：呼吸时腹部随呼吸起伏。③自然胸腹式呼吸：呼吸时胸腹同时随呼吸起伏。

腹式呼吸　从自然呼吸，逐步锻炼形成，可使内脏功能增强。练腹式呼吸，可在呼气时，轻轻用意使腹肌收缩，因而腹部内收；吸气时，腹肌放松，腹部自然隆起。经过一段时间的练习，可使腹部起伏逐渐地、自然地加大，切忌勉强使劲用力。常见的几种腹式呼吸是：①顺呼吸：就是一般的腹式呼吸，吸气时腹部逐渐隆起，呼气时腹部逐渐收进。②逆呼吸：吸气时逐渐收缩腹肌，而腹部凹下，呼气时腹肌自然放松，而腹部逐渐隆起，因而出现与上述顺呼吸相反的呼吸形态。一般认为逆呼吸更能加强肠胃的功能。③脐呼吸：这是高度轻慢柔和的腹式呼吸，腹部几乎不动，而想象脐部在呼吸故名，古人称此为"胎息"。

提肛呼吸　这是呼吸结合提肛动作，为吸气时稍用意提起会阴部，呼气时放下会阴部。可用于气虚下陷的患者。

吸停呼与呼停吸　这是加强练吸或呼的两种方法。一般在吸或呼后默念字句，念字越多，停息的时间也越长。单纯的练吸方法称闭气、闭息或停息。六字诀则是一种练呼的方法。练呼为主适宜于头部症状明显，胸腹胀闷等患者；练吸为主适宜于脾胃虚弱，阳虚怕冷等患者。

数息、听息、随息　这都是加强与意念活动相结合的呼吸方法。有助于排除杂念，诱导安宁。"数息"，默数鼻端呼吸出入的次数，从一到十或百，周而复始。可以数呼也可以数吸，数吸是练吸，数呼是练呼；"听息"，两耳默听自己呼吸的出入，不计次数；"随息"，把意念注意鼻端呼吸的轻微出入，不计次数。

一般的静功锻炼，开始时主要是如何使姿势舒适，肌体放松，情绪安宁，然后才注意调整呼吸，如果一开始就强调练呼吸，反而会感到呼吸急迫不通顺。

关于呼吸的形态，古人就有风、喘、气、息，呼吸四相之说，最早见于后汉安世高译出的《安般守意经》中。风相是指呼吸比较急促，可以听到自己的粗糙呼吸声；喘相是指虽然听不到呼吸声，但呼吸出入尚感结滞不通畅；气相是指呼吸虽然无声，也不结滞，但出入还不够细匀；息相是指在高度安静时，出现的深、长、匀的呼吸。呼吸锻炼的要求，一般来说，就是如何从风、喘、气相逐步练成息相。但呼吸形态还与人们的活动、情绪有关，这些方面自己也要善于掌握。

练好呼吸要注意下述几点：呼吸锻炼，要在自然的基础上进行，要做到自然轻松不追求；进行呼吸锻炼时，要循序渐进，不能急于求成，要勿忘勿助；呼吸锻炼也要有练有养，尤其在出现"入静"状态时，呼吸更要绵绵自然，深长细匀的呼吸，是功夫的积累，不是主观地硬屏造作出来的。要注意古人的告诫："使气则竭，屏气则伤"。

调心　调心就是调定心意，也就是意念的集中与运用的锻炼，简称"炼意"。它是指在练功中如何把注意力集中到身体上来，以及某些选定的部位，或则集中在某一事物上，不断地去排除杂念，使能安静地，按要求去进行练功，从而去体会身体各方面的情况。如各种感觉、效应、内气运行等的情况和反应，并有意识地继续加以调整，使之提高安静程度，积聚充实精气，以更有利于发挥意识的能动作用，而收到练功的效果。古代功法中的练神、养神、存神、练性等，都属于调心的范畴。基本的练意方法有以下五种。

注意身体放松　有意识地把姿势摆得安稳妥当，舒服自然，并使之放松，同时把放松的要求贯彻在整个练功过程中，以解除各方面的紧张状态。放松身体的方法，有放松功。

注意身体某一部位　在整体较为安静的基础上，把意念放在身体某一部位，通常称之为"意守"或守一，即摄心归一，专其一处。常用的意守部位，大多是经络上的穴位，一般以脐中或下丹田为主。其他常用的还有涌泉、大敦、足三里、命门、少商、中冲等。

注意呼吸　在注意放松的基础上，为了有意识地使呼吸缓慢，杂念排除，如结合采用数息、听息、随息等法。

注意默念字句　注意呼吸的同时，默念字句，如吸气时默念"静"，呼气时默念"松"，或类似这样的词句，是给练功者一种良性暗示，可起安静放松等诱导作用。

注意身体外部　难以注意身体内部的人，可注意外界环境某一目标，如花朵、绿树、墙壁、天空、静物等，通称"守外景"。当杂念纷起，心情烦躁时可采用。

在意念锻炼方面，古代功法中还有一种在返观内照的基础上，用想象的办法进行练功，一类称存想，一类称观相。以意引气也是用意的一种方法，如大小周天或引气攻病处等都是。在练意过程中，还要注意不断地去克服散乱与昏沉以提高练功质量。避免着意、着想、执着等不良倾向。

练功要领

锻炼各种功法所必须共同遵循的若干基本要求，称练功要领。气功锻炼的功法，除了分静功与动功两大类外，具体的功种功法有多种多样。然而，尽管方法繁多，但它们之间都有一定的内在联系，也有共同准则可以遵循，这就是近年来总结出来的练功要领。掌握练功要领，有利于提高练功质量，消除在练功中所产生的一些不必要的疑虑，避免某些不良反应，使练功顺利进展，而取得良好的效果。练功要领主要有：松静自然、动静结合、练养相兼、意气相依、准确柔活、循序渐进。

松静自然 松，首先是练功中，某些紧张状态得到解除，松、紧趋于平衡的一种体会。在练功中，应不断地解除各种病理、生理上的紧张状态；解除情绪上、体质上的思想顾虑。这样的具体过程，也是放松的过程。其次，放松方法，在具体练功中所体现的内容，可以有内、外、深、浅之分。在练功时，所表现的解除身体、四肢、肌肉等紧张，是一种"外松"的表现；而解除呼吸、集中和运用意念方面的紧张，是一种"内松"的表现。一般来说，掌握"外松"较之"内松"为易。松的锻炼，有一个由外到内，由粗到细的两个不同的发展阶段。

静，既是指练功过程中，要保持情绪安宁，也可以是练功中的一种体会。它只是相对的，绝对的静是不存在的。练气功所要求的静，有思想安宁，意念集中等内环境的静与外界环境的静两个方面。练功时要正确处理"内静"与"外静"的关系，要把内静当作主要的，而把外静看作次要的。对练功出现的不安静情况，要找出原因针对性地解决，更不要片面地归结于外界环境的影响。因为地静不如身静，身静不如心静，心静就是内静。松与静两者，又是互相促进的。松掌握得好的人，一定容易静下来，静下来后，就更易体会到松。

自然，是说练功中能松、能静，都应该在自然的前提下进行。也就是对姿势、呼吸、用意等如能够合乎自然的要求，一定能松易静。当然，气功的锻炼是有意识地进行的。因此，所说的自然，决不能理解为随其自便，顺其自流，而放弃积极的锻炼。

动静结合 一方面是指在练功安排上，强调静功与动功的密切结合，以求得练功者的体质不断增强，因为"能动能静，可以长生"（晋代张湛《养生集要》，转引自《养性延命录》）；另方面是指在练动功时，要掌握"动中静"，在练静功时要体会"静中动"，要能"动中求静，静中有为，动静有作"（宋代陈楠《翠虚篇》），所以只有两者结合，才能全面改善练功者的健康情况，恢复劳动力。由于静功主要是锻炼身体内部，而没有肢体活动、肌肉筋骨的锻炼，所以单练静功，对体力的恢复、增强就较慢；而动功则反之，只有两者结合，才能避免两者的不足。动静结合得好，可以互相促进，还可不断提高练功质量。一般在练静功前做几节动功，先把思想集中到动作上来，就易于促进思想安静。静功后再做几节动功，更可以在内部力量集结的基础上，增加活力。再是在练动功时，应该保持在外形动的条件下，思想安静，注意着动作，默记着次数或呼吸。在练静功时，每当愈是安静，体内的气血活动就愈能体会，某些感觉也更加明显。正确掌握、体会这种"内动"，也有助于集中思想，排除杂念，提高练功质量。

练养相兼 练与养是练功过程中，两种不同的状态。"练"是指在练功时，有意识地调整身体，摆好姿势，放松身体，掌握呼吸，集中意念，排除杂念等一系列的过程。"养"是指经过上述一系列有意识地锻炼以后，所出现的身体轻松舒适，呼吸绵绵，心神宁静的静养状态。练功者就是要求不断地通过调整，有意识地使自己保持这种静养状态。这种静养状态，有时可以保持较长的时间，有时时间较短，练功者要在这方面积累经验，更多地形成这种静养状态。如果进行一系列锻炼以后，还不能达到上述的静养状态，硬要继续下去，反而会造成疲劳，引起紧张，这时要求静下来，休息一下准备再练，这也是养的另一涵义。

练与养在一功，往往是互相交替进行的，有时也是互相促进的。练中有养，可使练得恰到好处，不致用意过重；养中有练，也可以使养的时间延长，质量提高。

练养相兼从广义上来说，动、静功之间也有练与养的问题。做动功是练，做静功是养。练功与日常的养生、养病相结合，更可以发挥他们相互间的更大促进作用。

意气相依 意是指练功中意念的运用，气是指呼吸之气和练功中的内气感觉；相依是指此两者，在关系上不能片面强调，以意为主或以气为主，而是要互相依存。

意气相依一是指，不要片面强调以意领气（呼吸）。由于在练功中，有的以为呼吸要柔细匀长，如春蚕吐丝；或要腹式呼吸起伏大，或要能如"真人之息以踵"等等。于是故意拉长呼吸，停闭呼吸，"鼓肚子"，这些都是主观的要求，属于片面强调"以意领气"的现象。呼吸的深长细匀，是在练功过程中，情绪安宁，注意集中的基础上，慢慢出现的。如清代薛阳桂的《梅华问答编》上说："心静自然息调，息调自然神凝，所谓心息相依，息调心定者也。"即使在临床上根据具体情况需要使用某一种呼吸方法时，也宜注意循序渐进，切忌矫揉做作。

意气相依二是指，不要片面强调以意随气（感觉）。在练功中会出现各种感觉，这些感觉大多是片断零碎，有的暂时出现一下，以后又消失，也有经常出现的。但有的把这些感觉加以不适当地夸张，说成是练功的唯一效果，是练功的最终目的，因而引起有些人的追求。也有的硬想练出这样、那样的感觉来，或则当在练功中，出现某种感觉时，把兴趣全部集中到这上面去，丢掉了有意识的锻炼，放掉了意守的部位，而把注意力放到感觉上去，这就是片面强调了以意随气的结果。各种感觉是练功中自然产生的，因此出现感觉时要任其自然，适当掌握，要避免形成练功中的"无意识"状态。要按照锻炼的方法，继续进行，不对感觉产生兴趣，不把注意力集中到感觉上去。当感觉多而影响练功时，就把注意力集中在脐部，或慢慢收功；当感觉很舒服时，也不要留恋，要适可而止。

准确柔活 是指在动功锻炼中，进行肢体活动、自我按摩，自我拍击等时，它的姿势一定要正确，动作要合乎规范。要求对动作的起落、高低、轻重、缓急、虚实分辨清楚；对举动、部位、手法、次数、神态、用意、呼吸一一记清楚，恰到好处。所说柔活，是指操作时，除注意准确外，还要不僵不滞，举动柔和灵活。此外，对动作的轻重、节数、次数等，也要从身体情况出发，注意循序渐进，对静功的姿势锻炼，既按要求进行，也要灵活掌握，才能恰到好处。

循序渐进　是指在气功锻炼中，一方面要强调练功者，发挥主观能动作用，在功夫上有所前进，克服放任自流；一方面又要强调按照炼功规律，在功夫上循序而行，克服急于求成，这就是循序渐进的两个内容。具体地说，在气功锻炼的过程中，要根据方法的要求，认真地去做，并且根据自己身体的实际情况，去领会各种锻炼方法的不同作用，分别在什么情况下，应用怎样的方法，不断总结自己的练功经验，及时与指导人员交流练功情况，取得具体指导，以长进功夫，取得疗效。

查功

气功专业人员，通过望、闻、触、问等手段，以了解练功者的具体练功情况，称查功，并在这基础上，进行练功指导。由于气功是专业人员将练功方法教给病人以后，即由练功者自行练习，因此初练阶段，一定要勤查勤问，及时指导，让病人在较短的时间内，能正确掌握气功操作方法，待病人基本上掌握了操作方法以后，可以逐渐减少查功次数。临床检查采用望、闻、触、问四种手段，以了解功法掌握和病情变化等情况。

望诊　首先观察病人的练功姿式，是否合乎要求和自然。坐式和站式都要求头微前倾，颈不着力，如前倾甚或后太仰都会造成颈肌紧张和呼吸不畅。观察病人有无两眼紧闭或眼睑颤抖。两眼闭合太紧，会增加眼肌疲劳，有的因两眼微露一线之光，而出现眼睑颤抖，不利入静，则可轻闭两眼。面部表情宜坦然自如，如紧锁眉头，眼球不时转动或表情紧张，这是病人精神和思想没有放松或杂念繁多的表现，因此，要患者意念放松，轻轻守住丹田，以一念代万念。

仰卧或侧卧式时枕头高低要恰当。枕头太高易造成颈部不适，枕头太低易致头昏头胀或呼吸不畅。仰卧式头颈部可垫成侧坡形，以免颈部悬空。观察练功者是用鼻呼吸还是用口呼吸。如果病人用鼻呼吸的同时，还间断地辅以口呼吸，且需深长吸气，这是呼吸不自然，勉强用力的结果，应当加以纠正。

站坐姿式要观察是否含胸拔背，有无挺胸或含胸过甚，同时观察胸部的动作以确定其呼吸形式是否合乎要求。通过胸部动作的观察，也可以测得其呼吸次数的多少。胸部起落不匀，呼吸深浅不等，有时急促，有时缓慢或吸气时抬肩，这都是呼吸不调的具体表现，要按要求逐渐加以纠正。

腹部的诊查，主要观看吸气的深度和腹式呼吸的情况，在锻炼腹式呼吸中，有无过分强调用力或吸气深度不够。病人吸气要稍用力，并以意领气下行，逐渐达到要求。有的练功者只注意用力使小腹凸凹，而不能与吸气下行和气贯丹田密切结合起来，这是不对的。通过观察腹部，可以得知停闭时间的长短和用力与否，停闭时间要掌握由短到长，最长不宜超过10秒钟，特别强调的是停闭呼吸一定要在气贯丹田形成的基础上实现。

上肢要求作到松肩垂肘，松弛不紧张，不论坐站均应以此为标准。两下肢的要求是平坐木凳者膝关节呈直角，这样肌肉便于放松。两足分开与肩同宽，如果两足距离太近，支撑身体之力集中于中间，不利于躯体的稳固。如果过宽，和平常习惯不符，会觉不适。凳子太高膝关节下垂，两足不能平放；凳子太低膝关节小于直角，下肢肌肉不能充分放松，临床上多以垫臀或垫足来进行调节。

闻诊　主要了解病人的呼吸情况。初练气功者多有呼吸不匀，时快时慢，练上几分钟后还需长出两口气，这都是必经过程。经过一段时间的练习，其呼吸即可由快到慢，由粗变细，且日趋均匀规则。当方法进一步熟练，每次作功大都能作到柔匀无声。如练功中突然出现呼吸粗糙不匀等现象，多见于精神不安，情绪烦躁，惊吓等诱因造成，应及时查清予以纠正。闻诊有时可听到增强的肠鸣音，这是练功效应性的表现，应任其自然。

触诊　主要用于了解腹式呼吸的情况。手指轻轻放于病人的腹部，借助呼吸对手指的触动，以了解呼吸的快慢、均匀等情况，及吸气下行的程度。其手法是先把拇指放在心窝部，把其他四指放在脐下，称为五指检查法。分别检查上下腹部呼吸时的腹肌运动情况。检查者如觉上腹部位弹力大，小腹弹力小时，这是气贯丹田的力量还不充足；相反上腹弹力小，小腹弹力大，证明已达气贯丹田了。病人呼吸过分用力，触诊时会觉腹肌坚实，或吸气时急促下行；呼吸自然时，则觉腹肌柔软，弹力适度，吸气时可有其气徐徐下行，小腹渐渐鼓起，呼气时可有气缓缓吐出，腹壁慢慢回缩的感觉。触诊检查，冬季天寒手冷，不便施行。此外，触诊检查，患者易紧张而影响入静，故当尽量减少应用。

问诊　通过询问病人，以全面掌握病人的思想动态、病情变化、功法掌握和练功中的反应情况等。练功者思想变化多端，通过问诊了解到练功者对气功的认识程度和信心大小。有的患者因工作、家庭等之间的矛盾，造成思想波动而不能安心练功；也有的因不能很快奏效，信心不足；也有的见他人效果显著而自己产生急躁情绪等等，发现这些问题均应逐一分析给予解决。气功医务人员还应询问练功病人练功姿势上所出现的情况，如姿式方面是否适应，有什么明显不适，能否坚持。如有的患者采用卧式，每次作功都出现瞌睡和入睡，那就应改为坐式，身体过弱者可以改为半坐式。如果病人采取坐式，仅能坚持很短时间，即出现疲劳，就可改为卧式。胃粘膜脱垂病人左侧卧时，如感到上腹疼痛不适，就应改为仰卧。这都必须结合病情、体质和自我感觉选用姿势。对病人呼吸锻炼情况的了解，除通过望诊、闻诊及触诊外，还必须和病人的感觉结合起来，一般只要自觉舒适通畅，即可坚持下去。意念的锻炼包括意守丹田，排除杂念，默念字句等等，具体情况也要通过问诊，才能了解到详情。然后，按具体情况，进行具体指导。

气功护理

护理人员在气功医师的指导下,根据气功的特点,对练功病人所进行的护理工作,称气功护理。它首先要求气功护理人员具有全心全意为病员服务的精神,有热情的工作态度,敏锐的观察力,关心体贴病员,勤奋工作,以赢得病员的信赖。护理人员要熟悉一般内科护理知识,其次要有气功的操练体会,能在医师的指导下,教授和指导病员练功。气功的护理工作主要有:

做好练功者的思想工作 练功者常有程度不同的思想波动,如对疾病的顾虑,病情的变化,病友之间的纠纷,工作生活中的波折等,都会直接影响患者的情绪,而有碍练功。护理人员要仔细观察,及时发现,找出原因,作好思想安慰工作。为了使病员能思想集中,安心疗养,在病人入院后,就要作好气功治病的详细介绍,使练功者知道气功的历史、特点和治疗效果等等,以坚定练好气功的信心。更要使患者知道气功疗效的获得要有一个过程,要克服急躁情绪。

经常深入病房 通过深入病房,以了解病人练功情况及病情变化。除进行必要的处理外,要及时报告医生。经常向患者宣传有关气功疗法的知识,治疗效果,最好是选出典型病例,现身说法以加强练功者的信心。

贯彻疗养制度 必须严格执行各项规章制度,以保证患者按时练功,取得疗效。护理人员自己也必须贯彻好各种医疗制度,对患者做到热心、耐心、关心体贴,一切言论行动为病人着想。病人练功时要做到操作轻,言语轻,并维持好练功环境的安静。按医嘱完成各项检查,填写病程记录。病人出院前,要详细介绍出院后应注意事项及如何坚持练功等等。帮助练功者出院前写一份练功心得,以使总结经验。

练功反应

练功过程中出现的自我感觉等现象,称练功反应。它涉及问题较多,本条仅就每次练功或整个练功过程中常出现的反应作一概要介绍。其中一部分是正常的效应性反应,另一部分因为方法掌握不当等原因而出现的异常反应。

正常反应

练功入静后的感觉 在练功过程中,由于全身放松、呼吸调整和意守丹田等项活动的锻炼,使大脑皮质处于一种气功特有的时相状态,此状态对经络、气血、脏腑等组织器官,具有效应性的影响和作用。这样机体内部或外部必将产生这样和那样的生理改变,这都是练功入静后出现各种感觉的生理基础。显然,入静状态下的多种效应又是练功入静的另一种表现形式。临床所见,入静后常有头脑清晰、心情舒畅、精神安定等效应;全身或某部出现温热、清凉、肌肉跳动、麻软舒适等感觉;或感到整个机体某部位变大缩小,躯体轻盈飘渺,时间观念不清等。总之,入静后的感觉效应是多种多样的。这些感觉有人只出现一两种,也有人出现多种,出现的时间也不一样,有人练功时间不久即出现,有人练功相当长的一段时间之后才出现。每次出现的时间有的能持续一个功时,有的持续几分钟不等。有的感觉出现几天后就消失了,也有的反覆出现,有的感觉于每次练功都出现。它是因人的病情、体质、反应性等不同,而表现各异。古人对练功中的反应早有观察,分别总结为两个八触,即"十六触"景象:一动、二痒、三凉、四暖、五轻、六重、七涩、八滑;一掉、二猗、三冷、四热、五浮、六沉、七坚、八软等。以上诸景象的出现,属正常现象,对此一不追求,二不恐惧,任其自然。

消化功能增强 练功时,尤其练内养功时,多要求呼吸深长,气贯丹田,因而膈肌上下活动幅度明显加大,直接给胃肠、肝脾以温柔的按摩作用,使其功能得以调整,因而食量增加,消化吸收功能增强。还由于练功使病情好转,神经系统渐趋正常,也会直接调整胃肠活动,改善其功能,有助于消化和吸收。有些功法要求舌尖伴随呼吸上下起落,也可间接地激发胃肠活动,使其增强。意守丹田(意守小腹)的意念活动,作用于小腹,出现增强胃肠功能的作用。由于胃肠功能增强,练功者可以自己听到腹内咕咕作响,嗳气、矢气也较多,饭前饥饿感出现较早,腹胀、便秘减轻或消失。练功者体重均有程度不同的增加。练功者消化功能增加,是气功效应性反应,应当适当加餐,以保证消化功能增强的需要。但也应注意摄取量不要太大,以免给胃肠带来负担,而影响正常功能的恢复。对于较胖或高血压、冠心病等年岁较大患者,增加体重会给心脏带来负担,对疾病恢复不利,需要适当控制饮食,多以蔬菜水果充饥,并适当增加户外活动,以免增加体重。

新陈代谢旺盛 练功中由于姿式的操作,呼吸的调整和意守丹田等内容的锻炼,使大脑静,内脏动,加之病情好转,而使机体新陈代谢增强。大部分练功者出现全身温热、微汗,自觉舒适愉快,头脑更加清晰,四肢由凉冷转为温暖,毛发、指甲生长比平日迅速,皮肤逐渐转为光泽、面色红润,也有白发变黑即所谓"返老还童"等等。由于新陈代谢改善和病情的好转,中青年练功者的性功能也随之增强,这是一种正常现象。但因性生活是一种剧烈的兴奋活动,可影响高级神经的稳定性,故应严格控制,以保证练好气功和早日恢复健康。

异常反应

练功时胸闷气短,呼吸不畅 这是由于练功的姿式呆板、肌肉紧张,含胸太甚或挺胸,呼吸用力过大,勉强追求深长缓慢或呼吸次数急剧减少,呼吸停闭时时间太长,意守呼吸强度偏大等因素的造成。凡呼吸用力所致者,则应减少对呼吸的控制力。须知呼吸的深长缓慢和次数

的减少，是入静等的结果，必须通过逐步练习，自然形成，不能勉强从事。练停闭呼吸造成者，应暂时停练几天原来功法，改练松静功或放松功，待呼吸通畅后，再练停闭呼吸法。

练功时杂念繁多　初练功者往往越想排除杂念，越想入静，反而杂念纷至，不能入静。因为追求入静，本身就是个紧张因素，常常事与愿违。临床观察，即使是练功有素之人，也会因环境嘈杂、思想负担、精神刺激、病痛折磨等因素，在某次或在几天内练功杂念繁多不能入静。杂念的排除必须有一个过程，决不能急于求成。要善于分析产生杂念的原因，采取针对性的办法。如环境不安静而影响入静时，则应排除其嘈杂声响，以保证环境的肃静；正确利用意守丹田，意守呼吸，舌抵上腭，默念字句等意念活动，以一念代万念，杂念自然会逐渐减少。杂念的排除，不能用克制的办法，如果强力克制虽可减少杂念，但因思想矛盾，精神紧张，而形成意念强度过大，必定带来头晕头胀等副作用。当杂念千头万绪时，可用意使其范围逐渐缩小，最后集中一事一物，依此缓缓联想下去，便可逐渐达到排除。思想愉快，情绪乐观，全部精力集中于气功锻炼，杂念也易减少，自然达到入静。

功中昏沉、瞌睡　练功初期由于环境安静，再加之排除杂念，思维活动减低，大脑的兴奋性相对减弱；全身放松，呼吸缓慢悠静，这都是造成昏沉欲睡的客观条件。尤其卧式功法，恰恰是给睡眠作好了准备工作。因此，初练气功者易出现昏沉入睡现象。但睡眠和练功入静是两个截然不同的过程，练功时必须克服昏沉瞌睡，防止入睡，以保证气功特有入静状态的显现。采用卧式易瞌睡者，可改为坐式；两眼闭合者，可使两眼微露一线之光，目观鼻准。夜间失眠者在练功时也应及时驱散，防止入睡。夜间失眠严重者，也应尽量减少功中入睡次数，不可每功都睡，不然也会破坏正常睡眠的规律，并影响气功功夫的进步。以上方法不能解除者，当昏沉欲睡时，马上停功，在床上作几节保健功，如擦面、鸣天鼓等，以兴奋大脑皮质。如仍不能解除者，可坐起或站起作些活，饮少量开水，昏沉感觉消失了，再继续练功。

练功时心慌　少数练功者在练功时出现心跳加快，或自感心慌。有的开始练功时即出现，有的练功一段时间之后出现。持续时间，有的一会即过，有的持续时间较长，严重者影响正常练功。临床观察，练功时心慌，多见于神经系统不稳定，尤其心血管神经症，或有心脏病的患者。其发生原因多见于初期练功坚持时间较长，或姿式不自然，全身不能放松，呼吸用力，勉强停闭，有意追求深长缓慢，或意守强度偏大、精神紧张，尤其担心练不好功时，更易出现。针对心慌的原因予以纠正，大部分可消失。患者左侧卧练功压迫心脏，常致心跳不适，可改变姿式来纠正。如系心血管神经症患者，作功时心慌加甚，可少量服用镇静剂或其他药物，但须遵医嘱。

头痛头胀头脑不清　练功中或收功后，出现头痛、头胀头昏，临床上比较多见。有的人在作功后十几分钟即可出现，有的人收功后症状明显；持续时间有的短暂，有的较长。其发生原因多见于：意守强度过大，思想过于集中，或勉强排除杂念，尤其是吸气过于深长，停闭时间较久。或勉强用意引导气至头部。意守部位偏高，如意守上丹田（印堂穴）或头顶（百会穴），加之意守强度偏大，均可造成头疼头胀。练功时出现昏沉瞌睡时，也可以出现短暂的头胀头昏，此外高血压病、神经症等疾患的头部症状，也可和练功偶合一起，查清原因，予以处理。其意守部位以不选择头部为宜，如有的功法必须守上丹田或头顶时，也应掌握得法，尽量减少意守强度。收功后头昏感仍明显者，可作数节头部保健功，有助于头痛、头胀、头昏的消除。

精神紧张　少数练功者练功时，自觉精神紧张，心神不安，难以全身放松，调整呼吸和意守入静。造成精神紧张的原因有：初练气功求成过切，急于掌握方法和取得治疗效果，因而操之过急。有的听到别人介绍或见到某些书上记载，练功过程中可以出现这样或那样的感觉、景象，而有意追求，当不能如愿以偿时而致焦急，精神紧张。也有因入静后突然巨响，或出现某种奇异景象而受惊，因此每遇作功时，唯恐以上情况复现而产生恐惧紧张心理。入功前必须保持心情平静，不可有急躁心理。不论在功法掌握上或疗效获得上，都要遵循自然原则，循序渐进，功到自然成。对于各种感觉或反应，因病情、神经类型等方面的不同，每个人表现也不一样，出现与否，也应任其自然，不可着意追求。惊功后出现精神紧张，此时可以暂停练功几天，待精神紧张完全缓解后，再继续练功。

舌干口燥　练功时有意将吸气过分拉长，或吸气后停闭时间较久，这样加强了交感神经的兴奋性活动，而抑制了唾液腺的正常分泌作用，所以出现舌干口燥。练功时用口呼吸，气流不断通过口腔，也易致舌干口燥。改变呼吸形式，将吸气延长，或吸气后停闭改为将呼气延长，或呼气后停闭。练功时不要用口呼吸，功前或功中饮少量开水以温润口腔，也可以收到满意的效果。

腹胀腹痛　有的患者练功时出现腹胀、腹痛，常致呼吸不畅，难以吸气下行，严重时影响练功。引起腹胀的最常见的原因是呼吸用力，尤其多见于练内养功第一种呼吸法，停闭时间过长，使交感神经兴奋性增强，因而大大抑制了胃肠蠕动，使肠内气体不能吸收和排出体外，而致腹胀，甚时腹痛。也有人因意守过重，致使肠胃功能一时性紊乱，而造成腹胀腹痛。出现腹胀腹痛，首先要将腹式呼吸改为自然呼吸，放弃停闭，坐式者改为卧式，如此可使腹胀渐渐消除。如胀甚，可暂停练功，作腹部自我按摩，以助消胀。

肌肉酸麻，周身疲乏　练功过程中，尤其初学练功的人，每次练功时间稍长，就出现某些肌肉酸麻或全身疲乏等不适感觉，致使心神不宁，难以坚持练下去。出现以上情况，多见于体质较弱的初期练功者，由于采用了消耗体

力较大的坐式或站式，短时间内难以适应；也见于姿式呆板，全身肌肉不能放松。部分初期练功者，因急于求成，勉强坚持较长时间，也易出现疲劳现象。体弱者，初期练功应以卧式或半卧式为主，待体质有所改善后，再加练坐式或站式。功前作好准备，心情安定，全身放松。每次练功不宜坚持时间过久，切实贯彻练养相兼原则，即可免除以上不适感觉。采用盘坐或平坐木凳时，易致臀部麻胀不适，对此应于臀下放置软垫纠正之。

练功偏差

练功者在练功中，由于选择功法不当，或操作时未掌握要领，也有极少数是因指导不及时，而引起的一些如乱动不止，气感冲头，气感乱行，走泄等严重的异常反应，称为练功偏差，简称出偏。它包括古代所称的"走火入魔"。临床上常见的有以下几种：

乱动不止 在练气功到一定时间，少数练功者，因元气充沛，有肢体微微颤动，或轻轻摇摆，这是练功中的正常反应。但如追求某种外动，而引致剧烈乱动，最后不能由主观意识控制，则属于偏差。预防纠正方法：①停止练功，放松意念活动。②对练功时产生的气感、热流，不追求、不引导、不惊慌。③肢体产生微动不惊慌、不诱导，任其自然产生和自然消失。④动象加大或不止，立即睁开双眼，意守丹田或向远方凝视。⑤配合其他治疗方法，如点穴，按摩或小剂量镇静剂等。

气冲头 少数练功者(以练周天功和自发类功为多见)，功中有热流或气流由背部上行至头部后，不能从额部引下来，而致头胀、头痛、头晕、恐惧、失眠等。这是由于气行周天时，意念强引气流上行造成。对有些由于内气充沛而上行到头部，而产生的头微胀，不属偏差。出现气冲头要及时纠正，拖延日久较难纠正，个别人冲头后，数日甚或数年才得缓解。预防纠正方法：①禁忌在功中有意"想"气产生，也不可用意念去领它乱行，否则容易出现"幻丹"。②气感到头部时可用舌抵上腭，把督脉之气引到任脉中，可免头痛。③头胀痛、失眠、焦躁，心烦等病，可由医师点穴按摩等纠正；④气冲头严重时，可停止练功，或练几日放松功，搓摩涌泉穴每日 2—3 次，每次 20—30 分钟。

气乱行 又称岔气，少数练功者自觉有气沿经脉走行，如任督二脉交流等，这是正常的练功反应。但有时气团走走停停，不按经络部位走行，而是乱走乱行，时而气行过快，热气变凉，有时停止不前，局部热烫难忍，甚至无法练功，极个别气窜腹部、腹泻不止等。纠正方法：①出现气乱行，立即停止练功，或改变意守部位(守外景)。②放松意念，配合放松功。③气团热烫配合鼻吸口呼法，或口吸口呼法，每次 3—10 分钟纠正之，热烫过甚停止练功。④冷气窜腹，腹泻不止，配针灸或药物纠正。⑤用诱导法将真气引入经络运行。

走泄 就是遗精，练功中频频出现遗精、滑精现象，严重的一日多次，以致精疲力竭，有害身体。多因杂念引起，也有误认为练精化气要有遗精才能练气；其次是意守会阴的意念活动过度引起。纠正方法：①科学地讲解气功中精、气、神的锻炼内容及其方法，不可随意参阅古书或道听途说而盲修瞎练。②将要遗精时可用吸、贴、抓、闭四字诀法纠正。③已有遗精或较严重时，可配合揉丹田、搓肾俞、尾闾，揉搓阴囊睾丸(即一擦一揉，九九之数，其阳不走)。④每晚睡前搓涌泉穴 20—30 分钟。⑤配合针灸、点穴或药物治疗。

病情加重 选功不对症，或练功不得法而引起。如练自发类功加重肝病和心脑血管疾病，练周天功极少数诱发或加重精神分裂症等，严重者导致死亡。纠正方法：停止练功，入医院检查治疗；对不适合气功治疗的病例不可强求疗效，要改用其他方法治疗。有冠心病、精神分裂症的患者，对自发类功要慎用。

惊功与入魔 练功入静后，有突然响动，或出现幻觉，可使练功者受惊。受惊后心情紧张不安，头晕脑胀，甚或失眠，不能坚持练功；极少数受惊后精神抑郁，或突发惊叫，大哭大笑；甚至昏厥在地，而神志尚清，似癔症发作。还有终日不安，对练功产生恐惧心理，此为受惊后而入魔。练功日短易于纠正。练功日久较难纠正。纠正方法：①防止练功期间受情感刺激和功中受声响惊动。②出现可怕幻景，立即睁开双眼，活动肢体，作自我按摩活动。③哭笑无常，脱衣乱跑或昏厥倒地者，要积极治疗，可针灸、点穴按摩，用小量镇静剂。④对反覆发作者，要用诱导和暗示法纠正，并对此患者停止气功治疗，改用其他治疗方法。此外，还有一些练功反应，如不及时指导，或练功者自我诱导追求，以致反应加重而成为偏差。因此，防治偏差的重要两项：一是用现代科学观点，去宣传讲解气功的反应，引导练功者正确对待；二是医疗用气功要遵循中医辨证选功原则，注意练好基础功法，不能以一法而统治百病。

练功注意事项

练功前、练功中和练功后应做和不该做的若干事项，称练功注意事项，以保证练功能顺利进行，取得疗效。

(1) 要树立战胜疾病的信心，消除顾虑，不可三心二意。指导人员要做好宣传解释工作，帮助练功者去掉疑虑和杂念，尽快掌握功法。

(2) 功前一刻钟，停止一切较剧烈的体力和脑力活动。

(3) 练功中忌穿紧身衣裤和当风坐卧，练动功也不可当风而立，以免受凉。要宽衣解带，除去饰物、眼镜、手表、假牙等物，以免影响练功入静和气血运行。

(4) 练功中不追求"八触"，功中出现一些景象既不可恐惧，也不信以为真，任其自然消失。

(5) 饮食注意调理，食物要营养丰富，但宜清淡，禁食肥甘和饮酒吸烟，因食用过多产风生痰，与练功不利。

(6) 禁忌房事过度。治病练功期间要隔绝性生活，病愈后要节制。同时注意不可久卧、久坐、久站、久行，要动静结合，练养相兼，劳逸适度。

(7) 练功房内气温要适宜，保持空气流畅，避免在嘈杂环境中练功。狂风大雨、雷电交加的天气，无论室内外都不宜病人练功。有些动功宜在早晨的树丛中，或避风的平地上锻炼。

(8) 禁忌饱食和饥饿时练功。注意不同功法的各自禁忌，如空腹不练内养功，饱食不练强壮功等。

(9) 遇大喜、大怒、忧伤、惊恐、过虑等七情干扰时不可练功，待心情平静之后再练。

(10) 初练功者不可乱用未经实践证明有效的功法和练功口诀，忌朝学夕改。

(11) 练功前排清大小便，功中也不可久忍两便。久忍两便，可引起腹胀、腹鸣影响入静。

(12) 练功期间不看惊险和刺激较强的电影、电视、小说，以免干扰练功质量。

(13) 练功时避免昏沉、人睡和贪恋功中景象。昏沉和入睡不能收到医疗效果。功中出现欣悦、舒适之感，不可随意加长练功时间，一般每功最多不宜超过两个小时。已入静者，他人不可干扰，保持环境安宁。

(14) 初练自发类气功，要有医师指导，功法要经选择，在宽阔房间或平地练功，以免无气功医生指导时摔伤碰伤。功发动后不可突然停止，要慢慢停止发动再收功。

行气玉佩铭

中国现存最早的一件气功文物为"行气玉佩铭"，或称"玉铭"、"行气铭"的。据郭沫若考证，它是战国初期约当公元前380年时的玉石制品(实物现珍藏在天津博物馆)，其形为十二面楞柱状体，中空，每面刻有篆书三字，共为三十六字，加上重文九字，合为四十五字，均清晰可见。近人闻一多、郭沫若、陈邦怀等都曾分别译为现在的通行文字。闻一多的译文是："行氣，居则遁，遁则神，神则下，下则定，定则固，固则明，明则长，长则优，优则天。天其春在上，地其春在下。顺则生，逆则死。"(闻一多《神话与诗》)郭沫若的译文是："行气，深则蓄，蓄则伸，伸则下，下则定，定则固，固则萌，萌则长，长则退，退则天。天几春在上，地几春在下。顺则生，逆则死。"(《奴隶制时代》，人民出版社，1973)陈邦怀的译文是："行气吞则遁，遁则神，神则下，下则定，定则固，固则明，明则复，复则上。天其本在上，地其本在下，顺则生，逆则死。"(1981年古文字研究会太原会议论文。《气功》1982.4)对铭文的理解，各人体会不一，但主要内容一致。总括有下列数种解释：①将铭文看作是讲一个深呼吸回合的，认为吸气深入则多其量，使它往下伸，往下伸则定而固，然后呼出，如草木之萌芽，往上长，与深入时的经道相反而进退，退则绝顶。这样，天机便朝上动，地机便朝下动。顺此行之则生，逆此行之则死"(郭沫若，《奴隶制时代》，人民出版社，1973)。②认为铭文是讲气功的一个全过程及其作用(古导引初探。《体育科技》第1期1978年11月，人民体育出版社)。③认为铭文是对练功时出现的"内气"在全身经络运行的感觉的描绘，并总结了练功的某些重要经验(我国气功历史发展概况。《气功与科学》1983.2)。④认为铭文就是讲的真气运行(见"真气运行法"条)。⑤认为由"行气"至"神则下"为第一段，是讲气功行气的全过程；"下则定"至"复则上"为第二段，是讲气功精神、效应和规律；"天其本在上"至"逆则死"为第三段，是讲行气的规律，当顺乎天地的哲理(战国时期的气功珍品——玉铭。《气功》1982.4)。⑥认为铭文不仅论述了真气运行的具体过程，总结了周天循环、阴阳平衡的养生规律，并给予此规律以高度评价；而且在练息上主张丹田呼吸；在练意上，主张意守丹田，以意引气，气沉丹田，在真气运行上，主张顺乎自然，反对以意领气(行气玉佩铭试释。《气功与科学》1983.2)。⑦认为铭文包含了练功的要求、方法、感应和效益四个环节。在方法上是着重呼吸和意识相结合的(行气铭拓文和释义。《气功与科学》1984.3)。⑧认为铭文是告诫我们在修炼运行有生发作用，即所谓"氣"的内气时，应首先通过"凝神入炁穴"的即所谓"居"的步骤，在"凝神聚气"、"集神生气"的即所谓"遁"的作用下，使炁穴(下丹田)之内气充盈。内气在炁穴充盈后，则能发生"一阳生"、"气机动"的所谓"神"的变化。内气先从炁穴处下行，下行至"尾闾关"后被阻住而定，定久，则其气"自明"而自动转循督脉上升至头顶泥丸，复从泥丸回归丹田。铭文最后四句是总结这种行气功法是顺乎"天气下降"、"地气上升"这一自然规律的。凡能按此自然规律行气的为顺，则能使人身体健康，生机勃勃；反之为逆，则将使人身体萎弱，死气沉沉，当然难以长寿(闻一多《神话与诗》)。综上所述，近人对铭文的理解，虽未完全一致，但都认为铭文所说全是气功内容，所以行气玉佩铭是中国现存最早的珍贵气功文物之一。

炼意

练功者在气功锻炼中，怎样去掌握运用意念，称炼意，又称用意。意是心之动而未表现在外者，故炼意古人称为调心、调神、练性等。它包括：如何把意念内敛在自己身体内部，以及某些选定的部位，或集中在某一事物上；在练功过程中怎样不断地排除杂念，从而去体会身体各方面的情况；继续对意念的运用加以调整，使之更有利于发挥意识的能动作用，以冀更好地收到练功的效果。意念的锻炼，是气功锻炼的主要环节。因为姿势的调整，呼吸的调节、内气的运行，动作的锻炼等，都是通过意念进行的，如果意念不集中，不能运用，则摆好姿势，练好呼

吸，做好动作，以至体会更复杂的内气等，都将不能很好地实现。如不讲炼意的静坐，或则杂念此起彼伏，那仅徒具一个外表姿势，或者成为古人批评的"枯坐无益"的枯坐。气功中的动功锻炼，如不讲意念，那就变成了没有气功内涵的体操。

将意念内敛在自己身体的某一部位，一般称为"意守"，最通用的部位为下丹田，意守下丹田，古人称为"凝神入气穴"。意守还常与内视、内照的方法结合起来运用，意守外界的，则称"守外景"。在炼意方面，古代还有一种用想象的方法，以诱导安静，集中思想，锻炼身体内部，这就是存想和观想。以意引气也是用意的一种方法，如宋代张锐的《鸡峰普济方》指出："意者气之使，意有所到则气到。每体不安处，则微闭气，以意引气到疾所而攻之，必瘥。"再是在内气充实的基础上，结合意念、呼吸，使其在身体前后沿任、督脉等流转，称为"大小周天"，"河车搬运"。炼意与呼吸相结合，称为"心息相依"。炼意中还需要处理好"入静"问题。在炼意过程中，要注意避免三种倾向：着意、着想和执着（见"执着"条）。要注意若有意，若无意，勿忘勿助，似守非守，用意不用力。还要避免散乱与昏沉。

入静

练功者在气功锻炼过程中，在意念集中和神志清醒的情况下，所出现的高度安静、轻松舒适的一种特殊练功状态，称入静。这时人体外部表现为面部及其他肌肉无紧张的松弛现象，呼吸平稳柔和深长，头脑里念头不起，对外界干扰无甚反应。"入静"一词，宋末元初胡三省注《资治通鉴》唐僖宗光启三年说："入静者，静处一室，屏去左右，澄神静虑，无私无营。"入静也称"虚静"。《性命圭旨》说："心中无物为虚，念头不起为静。"

古人虽有"念不起为之静"之说，这只是说练功者头脑里不是诸种念头泛起，几种念头并存。所以古人又强调指出：入静不是万念俱息，寂然无物；也不是处在类似人睡状态的"痴定"，或是什么念头都不存在的"忘我"或"无我"状态。因此练功入静时，要在头脑清醒状态下，一灵独存，即保持着练功的意念。对练功者来说，如果在练功过程中，练功的意念都没有了，就会像船失去了舵，以至在恍惚的情况下出现偏差，这是需要注意的。一般来说，入静是通过练功的实践和工夫的积累而来的；是在有意识的锻炼中和无意识的情况下出现的。由于每个练功者的情况不同，每一功的情况也不尽相同，所以入静有高低、深浅之分，同时它本身又往往是一种练功体会。唐代孙思邈曾总结过练静功及其入静层次的经验。他在《存神练气铭》、《摄养枕中方》中称为"五时"。第一时心动多静少，杂念纷起，犹如野马，为常人之心。第二时心静少动多，虽杂念仍有，但与第一时比较，已相对减少。第三时心动静相半，这时排除杂念水平已大见提高，功法掌握已渐见熟练。第四时心静多动少，一出杂念即能排除，已能专注一境。第五时心一向纯静，杂念已不见泛起，处在一种较好的入静状态。所以对初练功者来说，入静状态并不是在每一功中都能满意地出现的，有时偶尔出现，有时常常感到，有时交替反覆，时间有长有短。所以练功者应避免着意追求，因为追求本身也是一种杂念，不利于入静。

正念

保持宁静与清醒主动的意念，称正念，是诱导、维持与深化入静状态所必须有的意念。与此相对的是"妄念"，也即所有干扰入静过程、除正念之外的杂念。气功入静的关键，在于从"止念"达到"无念"。入静状态的出现是一种主动的诱导过程，而非仅凭"什么都不想"就能自然出现的。《规中指南》说："夫无念者，非同土石草木，块然无情也。盖无念之念，谓之正念。"意思是说，为要达到"无念"必须有一种主动维持"无念"的意念，这意念就是正念。正念也是一种对杂念随时保持警觉的意念。正因为正念的存在，才能使"(杂)念起即觉，觉之即无。"马丹阳《语录》曾说："务存心于清净之域，而无邪心也。"此种为达到"清净"而排除"邪心"的"存心"即是正念。

真意

在练功过程中，思想宁静，心中无物，杂念不起，能高度集中在练功上的意念，称"真意"。《丹道九篇》说："真意即虚无之正觉。"正觉也即正念。《玄机直讲》上说："万念俱泯，一灵独存，谓之正念。"古代气功中，也有的把中国天文学上的天心、中黄、天罡、斗杓喻作真意。由于这种意念能使练功发挥效用，故也称"黄婆"。认为它是取得练功效果的媒介，所以《入药镜》中有"托黄婆"之说。中国中医理论认为"脾藏意"(《素问·宣明五气论》)，古代气功文献也说："失意属脾，仙家所以谓之真土"，(《真诠》引圆一子语)而土为黄色，故尊之为黄婆，即指集中的意念。真意尚有种种代名词，如《金仙证论》中说的："火者神也，曰汞，曰月，曰乌，曰龙，皆我之真意也。"

意守

气功锻炼中，在身心安静的情况下，把意念"放"至身体的某一部位，称意守。意守一词，是从古代气功中的精神内守(《素问·上古天真论》)、守一(《太平经》)、守一存真(《抱朴子·地真》)、一心内守(《日用经》)、守一处和(朱熹《调息箴》)、返念守中(《保生秘要》)等语衍化而来。意是指心之动而未表现于外者，是意念活动；守是指相守而不离。所以意守是摄心归一，专其一处；或谓"收拾全副精神只在一处"(高攀龙《高子遗书》)。在临床实践中，患

者可意守的部位是很多的，运用得当，都有治病效果。正如《杂病源流犀烛》引《保生秘要》的话说："昆仑至于涌泉，周身前后之窍，虽各家传授，各取其善，若能精守其一，皆可起病。"被意守的部位中，用得最多的是下丹田。意守下丹田在古代气功中，称为"凝神入气穴"。

存想

气功保健与治病的基本方法，称存想。其含义是指在诱导入静的基础上，根据保健与治疗的需要，运用自我暗示塑造某种意识形象，由心理影响生理。如《天隐子》所谓："存谓存我之神，想为想我之身。"气功习语中所说的"以意领气"也属于存想的一种。《黄庭经》有"皆在心内运天经，昼夜存之身长生"的说法，是强调心理性导引的养生延年效果。

中国古代对意念导引的巨大作用早有明确的认识，如《汉书·倪宽传》有"精神所向，征兆必报"之语；《管子》有"思之思之又重思之，思之而不通，鬼神将通之，非鬼神之力也，精气之极也"之文。《关尹子》说得更清楚："气缘心生，犹如内想大火，久之觉热；内想大水，久之觉寒"等等。由于不同的著作，存想有很多异名，如内视、内照、内观、返观、存思、默照、返照、禅观、采外景、守内景等等。存想的内容，早在《内经》一书即有记载，后世演绎推广，颇有发展，形式日趋多样，方法逐见繁密，但大体可分以下几类：

(1) 色彩鲜明、绚丽的视觉形象：如《彭祖调气法》曰："想见空中太和元气，如紫云成盖，五色分明……如雨初晴，云入山，透皮入肉，至骨至脑……。"又如《黄帝内视法》曰："令见五脏如悬磬，五色了了分明勿辍也。"

(2) 自身脏腑器官的某种模想：如"意守丹田"、"观脐如豆大"、"我身中自顶至会阴，有一脉管，外蓝中红；丹田内有一明珠，移至于心，用力重喊'黑'字，想明珠随声直上，冲顶门而出……"，(藏密开顶法)"想火烧脐轮"、"想火从丹田透双关入脑户"，(八段锦导引法)又如"存念心气赤、肝气青、肺气白、脾气黄、肾气黑，出周其身"，(《诸病源候论》)"假想观酥，软酥在顶，滴滴入脑，溉于五脏，流润全身"等等。(《杂阿含经》)上述《黄帝内视法》也可归入此类。

(3) 寒热对治法：这是根据不同的病证，以热治寒，以寒治热的方法。黄色属于暖色，易使人联想火焰与日光，给人以光亮，振奋温暖的感觉，凡寒证、虚证或用于保健时，宜于暖色的存想；青色、绿色属于寒色，给人以幽静、清凉的感觉，凡热证、实证，宜于寒色的存想。如《杂阿含经》七十二种治病秘法，就载有假想身中火起以对治寒证。又如《诸病源候论》曰："从膝以下有病，当思脐下有赤光，内外连没身也。从膝以上至腰有病，当思脾黄光。从腰以上至头有病，当思心内赤光。病在皮肤寒热者，当思肝内青绿光。"又如治关节寒痹，作深呼吸，想象这股气不断的流向患病关节，局部产生温热感。

(4) 存想具有巨大威力的自然现象或某种极度的夸大：此法用来治疗精神怯弱或出现幻视、幻听等各种幻觉的精神症状，所谓"百邪鬼魅"为病等。如"存作大雷电，隆隆巍巍，走入腹中，为之不止，病自除矣"(《无生经》)。又如"思心气上下四布，正赤通天地，自身大且长，令人气力增益"(《诸病源候论》等。

(5) 经络导引：这是气功存想中比较重要的一种，即想象某种"气"沿经络路线运行，并结合"撮、抵、闭、吸"等辅助方法来促进这种想象。

以上各类存想法虽可在清醒状态下进行，但必须笃信精思，勤行不懈，方能获效。即对所行的方法要具备坚定的信念，而不能在怀疑中尝试。所以，实行起来，并非易事。但如在入静的基础上进行，则易于获得预期的效果。

内观

意识内向，收视返听，排除环境刺激因子的干扰，称内观。"内"是指人体内部，是与体外环境相对而言的。古称自然现象为外象、外景或外境；人体内部的组织结构为内象、内景或内境。"观"是指气功入静状态中自我保持的意念，也称"观心"或"照心"，与自发的意识活动相对待。后者又称为"动心"或"妄心"。在练功过程中，静"观"的意念是必须保持的，否则，入静诱导将会导致昏沉，或转化为睡眠。故"观心"特称为"正念"。而"动心"是气功入静锻炼中所必须制服的对象，特称为"妄念。"所以《定观经》说："惟灭动心，不灭照心。"

内观静养是气功内炼的重要方法。晋人(一说五代人)烟萝子著有《内观经》。一般说来，内观方式可分为四类：①定点系念身体的某一部位(如意守丹田)。②观想某种动态的功能线路(如任督脉循行)。③内"视"脏腑的形象(存想内景)。④悬想某种特定的事物形象(外景与内景相结合的存想)。

内观也称内视、内照，或返观、返照。"返"的含义是指：一般情况下，人们的意识是外向的，即攀缘外物，触景生情，受制于外界的事物，内观入静时，转外向的意识为内向，所谓"回光返照"，故称"返"。在天台宗止观法中，"观"又指特定的精神分析方法，有观达与贯穿之义，"观智通达"与"穿凿烦恼"之义。

内观一词，较早见于《列子·仲尼篇》，如述："务外游不如务内观。外游者，求备于物；内观者，取足于身。"晋以后，成为重要的气功术语。

练功杂念

在练功过程中，各种杂乱的念头，纷至沓来，此伏彼起，以致意念不能集中，思想不能安宁，影响了练功的正

常进行，称练功杂念。杂念又称"散乱"。古代练功人士常喻为心猿意马，心猿是说人心散动如猿猴不肯停状；意马是说人的意念，到处驱驰不停住于一处，犹如奔马。所以认为这是练功的主要障碍。如陈虚白说："牢擒意马锁心猿，慢着功夫炼汞铅，大道教人先止念，念头不住亦徒然。"(《规中指南》)

练功中出现的杂念，大都是在工作、生活中遇到或考虑过的问题，也有些是过去从未想过，或是很久以前的事情，在练功中反映出来，影响了练功的正常进行。在练功中亦有胡思乱想，想到一些使人气愤、懊丧、恐惧、恼怒之类的事情，以致情绪激动，心神不宁，这称为"恶念"；有些杂念，如果是由于练功者不纯正的思想意识，不正常的欲望发展而来的，则称为"邪念"。练功中出现邪念、恶念时，应停止练静功，只做些动功以后下功。在练功中，尤其是初练功者总会不断地出现一些杂念，这亦属于正常现象，要求一功中不出现任何杂念，是不可能的。反之也不会一功中都是杂念，只要情绪乐观，准备工作做得充分，专心致志地练功，杂念就自然减少。对待杂念，既不可厌恶，又不可硬驱，而是在它出现时，用一些方法排除它。正如《备急千金要方》中所述："凡人不可无思，当以渐遣除之"，这同样可以收到练功的效果。正如古人说的"念起是病，不续是药"。排除杂念的方法有数息法、外观法、计数法、观相法、目视鼻准法等。

昏沉

练功中，用意不及，或意念松散，以致放松或忘记了练功中的炼意要求，而出现昏昏沉沉的状态，称昏沉。也就是隋代智顗说的"沉相"。《童蒙止观》说："何等为沉相，若坐时心中昏暗，无所记着，头好低垂，是为沉相。"其甚者，昏沉入睡，称为"心宽病相"。其表现是"觉心志散漫，身体逶迤，或口中流涎，或时暗晦"。所以古人强调练功时要双目垂帘，微露一线之光以避免之。在练功中如感到昏沉，可以调整一下肢体，提起练功意念，继续练功，或注意鼻端，以驱散昏沉。

执着

在练功过程中，片面强调和有意追求某种练功状态、感觉景象，称执着，是用意时要避免的主要倾向。它原意是指固着于某事物而不离。执，原指固执于事物；着，为心情缠绵于事物而不离之妄情。原为佛教用语，后用来泛指专注于某一事物而不能解脱。气功中的执着有时也是着意、着想的总称。"着意"是指在意念运用、意守部位时，要求意守部位的时间长、被意守的部位很清晰明确，或硬要想守住该部位等。"着想"一般指掌握存想等不当而言。在气功锻炼中用意时，要求若有意，若无意，勿忘勿助，似守非守，用意不用力。而用意太过就是"力"。执着、执意、着想，就是练功中的用力。古人说：不可用心守，不可无意求，用心守则着想，无意求则顽空，有意无意称功夫。

心息相依

心与息互相依附的深度入静状态，称心息相依。心指意念，息指呼吸。在气功锻炼过程中，最初是人为的调息、调身、调心；继之，息调则心静，心静息自调，以息调心，以心调息，互相促进，互为因果；最后，心境湛寂，呼吸深深，心与息自然相互依附，浑融一片，有如罗念菴《胎息篇》所谓："一息渐随无念杳，半醒微觉有身浮。"

心息相依不同于使意念追随呼吸的数息、听息与随息，更不同于用意识强制呼吸运动的闭息与抑息，而是一种在不知不觉之中，自然而然地出现的意念与呼吸运动的自动调控状态。曹代萧对此有精辟的概括："所谓依者，非移心以就息，亦非摄息以就心，要在此心湛然晏静，自然照见呼吸之根，从调至微，不觉自相依附。"(《脉望》序)

胎息

仿效胎儿之呼吸，称胎息。此说汉代即有，《后汉书·王真传》谓："王真年且百岁，视之面有光泽，似五十者，能行胎息、胎食之方。"《摄生三要》谓："人在胎中，不以口鼻呼吸，惟脐带系于母之任脉。任脉通于肺，肺通于鼻，故母呼亦呼，母吸亦吸，其气皆于脐上往来。"古人认为，胎儿通过脐带禀受母气。此气循行于任脉与督脉之中，弥散于胎儿全体，以供胎儿生长、发育之需，这称为胎息，又称"内呼吸"，是与口鼻的外呼吸相对而言的。脐部是构成胎息循环的枢纽，特称之为"命蒂"，意为"生命之根蒂"。出生以后，脐带被剪断，"胎之一息，无复再守"，从此，外呼吸取代了内呼吸。"一点元阳，落于立命之处(脐部)。自此，后天用事，虽有呼吸往来，不得与元始祖气相通"(《性命圭旨》)，故脐部下丹田(气穴)又称"祖窍"。所谓"元始祖气"即指母气。在上述理论的指导下，静功意守下丹田，同时采用腹式呼吸，旨在通过外呼吸接通内呼吸，所谓以"后天之气，接引先天之气"。腹式呼吸，气贯丹田，术语上称为"息息归根"。这样做的目的，是希望"重返婴儿，再立胎息"，然而这不过是一种比喻。当意守下丹田，诱发出沿任、督脉循行的感传现象，同时，在深度的入静状态中，呼吸极度缓慢，在自我体验上出现所谓"内气不出，外气不入"的感觉时，理论上即达到"再立胎息"的练功境界。

古人认为，胎儿通体柔软，"其软如绵，其滑如饴"(《周易参同契》)，然而一片生机。胎儿没有意识活动，没有情绪波动，所谓"何识何知？何明何晓？"(《规中指南》)，没有精、气、神的外耗，所以生命力最为旺盛。练功

达到"再立胎息"的境界,就意味着"返婴",意味着取得最佳的保健效果,其实这种"返婴"的愿望,在先秦时期就被提出了。如《老子》有"专气致柔能婴儿乎?"之文,又说:"柔弱者生之徒,刚强者死之徒。"胎息返婴又称"返本还原",是中国传统静功的重要理论,有许多重要的静功口诀,都以胎息名篇。如《胎息经》、《胎息铭》、《胎息诀》等等。宋代苏东坡曾说:"养生之方,以胎息为本。"由此可见古代对胎息的重视。

早期的胎息练法比较简单。如魏晋时期所流行的胎息法,主要是锻炼停闭呼吸的耐久力,即以人的无息状态来模拟胎息。宋以后,形成的"内丹术",以入静诱导、意守调息即"安神定息"之法,以渐进的、心理生理学的方法来延缓呼吸频率,所谓"心神湛寂,其息自减"。方法严密而合理,直到今天,对气功锻炼者仍有重要的参考价值。

闭息

为一种独立的气功方法,闭息主要是练习停闭呼吸的耐久力。此法盛行于魏晋、隋唐时期。具体锻炼方法如《备急千金要方·养性》所述:"当得密室,闭户、安床,暖席。枕高二寸半,正身偃卧,瞑目,闭气于胸膈中,以鸿毛着鼻上而不动,经三百息,耳无所闻,目无所见,心无所思。"可见闭息锻炼时,也是结合入静诱导,故该书称此法为"和神导气之道",当时的闭息法多采用卧式体势。约从唐末以后,内丹术体系已经建立,停闭呼吸的方法不复采用。内丹术也主张闭息,那是在入静基础上,通过调息、减息,以至无息,并且这一过程是与入静深度相平行的,所谓"心神湛寂,其息自减",是一种因入静深化而自然出现的缓慢呼吸。所谓"无息",并不都是完全停止呼吸运动,而多半是在极度缓慢的呼吸状态中,自己并不意识到呼吸的进行。

在魏晋、隋唐时期,闭息法盛行于临床各科的治疗。辑集最为详备的有关文献,莫过于巢元方所撰的《诸病源候论》。如"风湿痹候"条下载:"以手摩腹,从足至头。正卧蜷臂导引,以手持引足住,任臂,闭气不息十二通。以治痹湿不可任,腰脊痛。"是按摩导引与闭息相结合的气功疗法。又如"风冷候"条下载:"屈一胫一臂,伸所病者,正偃卧,以鼻引气,令腹满(闭息),以意推之,想气行至上,湿热,即愈。"是存想结合闭息的例子。

真息

在深度入静中自然出现的柔匀深长、极度缓慢的呼吸状态,或无呼吸状态,称真息。古代认为,这是一种"真人"的呼吸状态,所以称为真息。所谓"真人",是庄周提出的一种寓言式的人物,是一种行为符合于"道"而寿命极长的理想人物。如《庄子·大宗师》说:"古之真人,其寝不梦,其觉无忧,其食不甘,其息深深,真人之息以踵;众人之息以喉。"所谓踵息,也即"其息深深"之义。所以,"真人之息"的原意仅指深长的呼吸。唐宋后转义为上述气功状态中所出现的特殊呼吸状态。历代气功家都很重视真息状态。《规中指南》有"(气功)火候口诀之要,尤当于真息中求之。盖息从心起,心静息调,息息归根"之文,说明真息之出现并不是一种人为地延长或抑制呼吸的状态,而是在深度入静中出现的呼吸状态,所谓"心静则息调","心神湛寂,其息自减"。真念、真息往往并称,如说:"真念无念,真息无息。"

踵息

深长的呼吸,称踵息。词出《庄子·大宗师》:"古之真人……其息深深。真人之息以踵,众人之息以喉。"踵息为"深息",喉息为"浅息",两者相对而言。踵息即"其息深深"之意,非指呼吸直达于足踵,王穆夜的《庄子》注中虽谓:"起息于踵",宋代曾慥的《道枢·呼吸篇》说:"真人之息则以其踵是何也?斯贵其深者欤。"但其他历代气功文献中所说的踵息,多指深长的腹式呼吸。但在存想法中,也有用意念引导呼吸之气"直达"足踵的。

丹田

内丹家籍以锻炼人体精、气、神以成"丹"的处所,称丹田。因其具有如稻田般的生生含义,有使人获得如金丹一样效果的作用。故称丹田。最早提到丹田名称的是西晋成书的《甲乙经》和《黄庭经》。有的学者认为《周易参同契》所谓"浮游守规中"的"规中"也是指的丹田,可见丹田的概念,早在东汉时期即已基本形成。

丹田的别名很多,古书中所谓提到的"炁穴"、"玄关"、"玄牝"、"炉鼎"、"玄冥"、"神室"、"丹房"、"元窍"、"元华"、"中宫"、"中黄"、"内肾"、"北海"、"乾鼎"、"坤腹"、"神炉"、"内鼎"、"紫府"、"绛宫"、"泥丸"、"天谷"、"内院"、"祖窍"、"龙宫"、"调所"、"土釜"、"规中"、"月中桂"、"虚危穴"、"阿陀那"、"一"、"中"等等,都是指的丹田。一般又把丹田分为上丹田、中丹田、下丹田。如《东医宝鉴》引《仙经》的话说:"脑为髓海,上丹田;心为绛宫,中丹田;脐下三寸为下丹田。下丹田,藏精之府也;中丹田,藏神之府也;上丹田,藏气之府也。"在炼精气神而为"丹"的过程中,总不能脱离丹田的关系。故古人将其列为"内丹三要"之一。

上中下三丹田,各有其作用。选择时,当按大、小周天、卯酉周天的不同和"进阳火"、"退阴符"以及"沐浴"等的相异而决定,然最常用者为下丹田。凡书中不指明上中下,而仅言"意守丹田"者,都是指的下丹田。下丹田对人体生命活动的关系最为密切,它位居人体中心,其范围包括"神阙"、"关元"、"气海"、"命门"等重要穴位,自然包括这些穴位的作用和"肾间动气"的功能;是真气升降开

阖的枢纽；也是男子藏精，女子养胎的处所。总观《难经》、《类经》以及有关气功古籍的论述，认为下丹田乃是“性命之祖”、“生气之源”、“五脏六腑之本”、“十二经之根”、“阴阳之会”、“呼吸之门”、“水火交会之乡”。故练功家常以下丹田为汇聚、烹炼、储存真气的主要部位。所谓（下）丹田“为气禀之源，犹若果实受气于蒂，坎离上下，以此为中宫，气脉升降，以此为根地……人诚能以祛病延年之法，敬而行之，或行或坐，或立或卧，念念不忘，旬日之间，气血循视而不乱，精神内固而不摇。衰者起，痿者愈，疲癃转康健之躯，枯槁回温润之色，顿觉增精补髓，养气助阳，眼目光明。身轻力健，百病咸除，功简而效速，诚为保身至道，祛病之秘诀也”（《红炉点雪》）。这充分说明了下丹田的重要性。

下丹田所在的具体分寸，除《仙经》所说的脐下三寸外，还有说在脐中“神阙”，或在脐下一寸二分，或在脐下一寸三分，或在脐下一寸五分，或在脐下二寸，或在脐后命门之前，或在会阴处。这是因为各人的师承不同，或练功时的得气感觉各有差异，故古书所载，每不一致。《慧命经》说：“机发则成窍，机息则渺茫。”因此不应该以现在生理解剖学的观点和刻板的尺寸来定它的位置。凡须守下丹田者，在下腹部任选一个穴窍均可。

丹田呼吸

在下丹田处，呈现自然起伏的一种腹式呼吸，称丹田呼吸。这种呼吸方法，虽属腹式呼吸范畴，但与通常的腹式呼吸（包括顺式和逆式）不同。通常的顺腹式呼吸，是意守下丹田，并藉助于口鼻的深长有力的呼吸，使横膈膜下降，逼迫内气下沉丹田（或称“气贯丹田”），同时有意识地将小腹凸起；当呼气时，有意缩回小腹，使下沉之气上升，冲动横膈膜升高，从而使胸肺之气，由口鼻呼出。通常的逆腹式呼吸，则是意守丹田。当吸气时，着力将胸肺扩张，并藉助于小腹的有意识收缩，使丹田之气上升，冲动横膈膜抬高；当呼气时，则有意识地将小腹凸起，使上升的丹田之气，迅速降归丹田。总的说，通常腹式呼吸的小腹起伏，是靠口鼻呼吸之气的升降和意识上在丹田处的一凸一凹造成的。而丹田呼吸的小腹自然起伏，则是通过通常腹式呼吸的有意起伏，并经反覆进行后，因惯性作用而渐次形成的。它的特点是不须借任何意识和外力，也不必意守丹田，但在虚静中寂照丹田，听其自然起伏即可。在丹田呼吸中，丹田的一开一合与口鼻的一呼一吸，亦是自然配合的，很有节奏，并具有舒适感，犹如丹田在控制调整着口鼻呼吸似的。

体呼吸

在“丹田呼吸”纯熟的基础上，结合“以意引气”，或配合一些动作而形成的一种“开合呼吸”，称体呼吸。因其有如在体表一入一出的体会与景象，故名之，具有熏蒸沐浴，防治伤风感冒的作用。这方面的应用，远在隋代的《诸病源候论》即有记载，但正式提出这个名称的则是近代的事。当行“丹田呼吸”到纯熟时，口鼻呼吸即逐渐细微而臻于“若有若无，若存若亡”的状态；在万念俱休的情况下，惟在下丹田处有一起一伏、一开一合、一呼一吸的感觉。此时，若稍加意识导引，趁呼时之开，将气从丹田引向体表；趁吸时之合，将气从体表引回丹田。如此一开一合、一呼一吸数次，则有气从体表出入的感觉。如有体表温度升高，或见皮肤作汗潮湿，则为体呼吸取得效应的验证。若同时用两手两膝配合意识和呼吸的开合，作一张一收的动作，则收效尤速。但总应顺乎自然，不可着力着相。但若见微汗则止，切忌过汗伤阴。

潜呼吸

悠缓而不着力的呼吸或静、细、深、长的深呼吸，称潜呼吸。潜呼吸的名称先后见于近人徐荣斋的《肺结核患者适应的呼吸养生法》一文及秦重三的《气功疗法和保健》一书。但两者对潜呼吸的理解颇不一致。兹分述如下：徐荣斋认为潜呼吸就是沉静的呼吸，在呼吸时悠、匀、细、缓，不疾不徐，很自然而有规则，是一种节奏性的腹式呼吸。它与深呼吸不同之处在于，是一种不用力的呼吸。在一呼一吸当中，缓缓呼，细细吸，吐气使微，从鼻孔细细引入。进行潜呼吸并不强调减慢呼吸频率，从平常频率开始，由于呼吸徐缓，每分钟约在10—12次左右。潜呼吸中的升降运用法是：先把吸入的气，主动的缓缓地推送下行，并以自己的意识，默运吸入的气，使从胸、腹部缓缓下降；然后又缓缓地呼气外出，仍以意迎送从下腹部胸部渐渐上行，还鼻呼出，呼吸一次，升降一次。这样有助于增进机体防御力量。

秦重三认为潜呼吸是一种深呼吸，通过静、细、深、长地呼吸，要求在呼气时有意识地把小腹鼓起，吸气时有意识地将肚子收缩并提肛的逆式腹式呼吸，以加大腹部的放松与收缩性，使膈肌一升一降的范围，增到4—5寸距离，以加强对腹腔各器官的刺激与按摩。

但是，从潜呼吸的命名来理解，所谓“潜”，有两种含义：一是指口鼻呼吸“潜没”，呈若有若无状态；二是指口鼻呼吸虽近于无，而潜在的内呼吸所谓“真息”，却在继续进行中，并发挥其作用。所以潜呼吸也可以理解为，是一种高度悠缓细匀的呼吸，它是在虚极静笃和呼吸入于“息相”，即呼吸无声，不结不滞，出入绵绵，若有若无情况下的一种呼吸状态或方法。

食气

吸纳自然界的清气以求养生延寿的方法，称食气。又称“行气”或“服气”。长沙马王堆出土的汉墓古佚书

《却谷食气》中有"食气者为呴吹"之语，可见食气的方法即吐纳。古人深信，经常吸纳自然界的清新之气，同时减少饮食的摄入量，极有益于健康。故气功古籍常有"食气者寿，食谷者夭"之说，却谷(或辟谷)、食气往往并称。

食气养生之法起源极早，《楚辞·远游》所载："食六气而饮沆瀣兮，漱正阳而含朝霞。保神明之清澄兮，精气入而粗秽除。"即述食气的方法，与其益智保健之效。《庄子·刻意》曾载"吹呴呼吸，吐故纳新……为寿而已矣"，说明上古食气的目的，在于吐故纳新，养生延寿。但在《庄子·逍遥游》中，对却谷食气的作用却作了神话式的夸大，如"藐姑射之山，有神人居焉……不食五谷，吸风饮露，乘云气，御飞龙，而游乎四海之外"。

从先秦至明清，许多气功文献都认为，龟、鹤、麋鹿等动物之所以长寿，其原因在于"食少而服气"。很可能，食气养生之法起源于某种仿生的行为，如《韩非子》有"龟咽日气而寿，故养生者服日华，所以效之"。先秦及汉初时期所流行的食气方法，主要采用深呼吸的方式。故上述古佚书《却谷食气》中有"深息以为寿"之文。战国玉刻《行气玉佩铭》中所载行气方法，也为深呼吸方法。以后，食气结合导引与静功，其形式日趋多样化，如有"龙行气"、"蛇行气"、"龟行气"、"鸾行气"、"雁行气"、"虾蟆行气"等等(《诸病源候论》)。

内丹

练功者假藉人体某些窍位为"鼎炉"，以精气为"药物"，并经调息和用意的"火候"烹炼而在体内形成具有"药物之精"的含义和"存生"作用的一种特殊物质，称内丹。它与方士们以丹砂作为原料而炼成的"外丹"，是截然不同的。《通幽诀》说："药能固形，外丹也；气能存生，内丹也。"说明了两者在本质上的区别。内丹的"存生"作用，就是说它具有祛病延年的功能，故长期来一直为气功家们所重视。修炼内丹的功法，称为"内丹术"。它的理论与功法，是传统气功中的主要流派之一，称为"内丹派"或"丹鼎派"。

内丹名称，出现在南北朝时期，如当时的慧思在《立誓愿文》中说："藉外丹以炼内丹。"以后隋代苏元朗在《旨道篇》中指出："行气导引，称为内丹。"唐代由于外丹术的一再失败，内丹术才进一步被重视，至宋代开始则大盛，张伯端的内丹术名著《悟真篇》就是在这个时期问世的。以后金、元、明、清，有人进行练功实践，并写了专著。金代王颐中集《丹阳真人语录》；元代陈致虚著《金丹大要》，陈虚白撰《规中指南》；明代尹真人所传《性命圭旨》，伍冲虚所著《丹道九篇》、《天仙正理直论》，以及清代柳华阳所撰《慧命经》、《金仙证论》等。他们对内丹术的推广都发挥了积极的作用，从唐代以来的一千多年的过程中，也形成了若干如南、北宗等支派，它们都具有长期的实践经验和系统的理论基础。

内丹派以被尊为"万古丹经王"的东汉魏伯阳《周易参同契》作为理论依据，引用了该书上的不少术语，形成了一套独特的锻炼功法。该派以精、气、神为锻炼对象，拟订了易于着手和步步深入的"炼精化气，炼气化神，炼神还虚"的"三关"(三个步骤)修炼功法。现在常说的"小周天"、"大周天"、"卯酉周天"等，就是从三关修炼功法中衍化出来的。修炼内丹的入手方法很多，大致可分为三派：①以炼神为主的虚静自然派，主张在行功时，不必用意守、调息、行气、龙虎交媾、周天搬运等方法来进行锻炼，而只要求凝神静气。②炼炁派，他们认为只要能很好地将体内元气积聚、发动、运行、归元、存养就可。③神与气结合派，他们认为炁中有精，精中有炁，神与炁结合修炼，就是锻炼精、气、神。

当修炼内丹有一定成就后，可出现各种奇异的景象。如邱处机说的，可出现"心定气和，喜悦无穷；水火交济，鼻闻香、舌觉甜，不思眠食；坎离交媾，精气逆流，关节通，和气行，夜见灵光"等(《邱祖全书·金丹验证》)。但是，在炼内丹术后所出现的景象不是每个人都相同的，且不一定要出现景象才为有效，总要顺乎自然，不要强求，日久功成，自然会取得却病延年的效果，否则会形成"幻丹"。"幻丹"是由于急于求成，幻想成丹，妄为采取，实则还是后天的精、气、神(《玉清金笥青华秘文·幻丹说》)，而收不到实际效果。所以说进行内丹术的锻炼，必须在专家具体指导下进行，以避免产生副作用。

还丹

以"返本还元"为目的而进行自我锻炼所取得的成果，称还丹。从本质上讲，也可称为内丹。但从其目的要求和锻炼方法说，与唐、宋时期开始盛行的内丹术却有一定差异。最早提到还丹名称的是东汉时期的魏伯阳，他在《周易参同契》中说："金来归性初，乃得称还丹。"意谓行功时，只要能炼到"金来归性初"，就可说是炼成了还丹。

"还丹"的分类，诸家看法不一，现选钟离权分类法作一介绍。唐代钟离权在《钟吕传道集》中，按其"使神复归于上田神舍，使气复归于中田气府，使精复归于下田的精华返舍"观点，并结合练功时候的差异和下手处的不同，将还丹分为"小还丹"、"大还丹"、"七返还丹"、"九转还丹"、"金液还丹"、"玉液还丹"，"下丹还上丹"、"上丹还中丹"、"中丹还下丹"、"阳还阴丹"、"阴还阳丹"等。现择主要者，分述如下：

(1)"七返还丹"。心为火，五行生数为二，五行成数为七，练功者，始也交媾龙虎而采心中正阳之气，乃心之七也，行人下田，后返于心(还于中田)，故曰"七返还丹"。

(2)"九转还丹"。当真气生时而心(火)无阴，则二(火之生数)绝也；大药就时，而肝(木)无阴，则八(木之成

数)绝也,心肝阴消,则九(金之成数)之阳得长而成"还丹"。

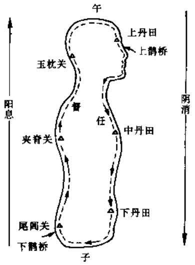
(3) "金液还丹"。金液乃肺液,为胎胞,含龙虎保送在黄庭之中;大药将成,抽之肘后,飞起肺液,以入上宫,而下还中丹,复自中丹而还下田,故曰"金液还丹"。

(4) "玉液还丹"。玉液乃肾液,随元气上升而朝于心,积之为金水,举之而满玉池,散而为琼花,炼而为白雪;若以纳之,自中田而入下田;若以升之,自中田而入四肢;不升不纳,周而复还,故曰"玉液还丹",又名"玉露还丹"。

修炼还丹成功后,会出现各种景象。《大成捷要》一书描述说:炼金液还丹时,可觉坎中一股热气上冲心位,经用意引过尾闾,上夹脊,透玉枕,入泥丸后,如有物触脑,继则自上腭下降口中,化为金液,香似醍醐,味似甘露;再用意引下重楼,归于鼎炉(黄庭),顿觉全身舒泰,四肢条畅。炼玉液还丹时,则天机自动,坤宫忽然发生震动之声,腹中如裂帛之状,真气上蒸泥丸,化为玉露,降下口中,似冰片香,若薄荷凉,沥沥降下重楼,而入中宫,当觉满身凉爽舒适,头脑清醒等等。

小周天

古代气功主要流派之一的内丹功法中的第一阶段,练精化气的过程,称小周天,也称"百日筑基"。内丹术认为:人到成年,由于物欲耗损,先天之精气不足,必须用先天元气温煦它,使之充实起来,并使之重返先天精气,这就是小周天练精化气过程的目的。完成这步功法,就可防病祛病。内丹术的特点,是要求内气在身体内按经络路线,循环周转,早期曾称为"金液还丹"(宋代翁葆光《悟真篇注序》),也曾称为"河车搬运"(明代陆潜虚《玄肤论》)。以后就借用了天文学上这个"周天"的术语(明代伍守阳《天仙正理》)。也有把运转的路线,称为"天经"(元代俞玉吾《席上腐谈》)的。这种内气运转中的小周天过程是指内气从下丹田开始,逆督脉而上,沿任脉而下,经历尾闾、夹脊、玉枕三关,上、中、下三丹田和上下鹊桥作周流运转。因此内丹术中特别重视任督两脉,正如明代李时珍在《奇经八脉考》中指出的"任督两脉,人身之子、午也。乃丹家阳火阴符升降之道,坎离水火交媾之乡。"小周天又称"子午周天",或"取坎填离"、"坎离交媾"、"水火既济"、"心肾相交"等。这是因为内丹术中以十二地支中的子午代表天体的日月,人体的心肾,卦象中的坎离,方位中的南北(元代萧廷之《金丹大成集》)。上说可以用后天八卦图表示(图见"《周易》及图卦学说"条)。因为小周天就是要求后天返还先天,内丹术理论中就用后天八卦图进行指导,所以着眼点在坎、离两卦上,而坎、离两卦在后天卦图中处于子、午的地位,因此有了以上多种名称。进行小周天功法的锻炼,内气感觉在督任脉上流走,开始子活子时。活子时之机,下丹田气动,产生小药,又称真种子。而后开始督任两脉的流转,并正确地掌握进阳火(阳息)、退阴符(阴消)、沐浴等要求。



小周天

小周天有时也指六字气诀,把嘘、呵、呼、呬、吹、嘻六字顺次鼻吸口呼,默念字音各6次,共计36次(宋代邹朴庵《太上玉轴六字气诀》)。

大周天

古代气功主要流派之一的内丹功法中的第二阶段,练气化神的过程,称大周天。它是在小周天阶段基础上进行的。内丹术认为,通过大周天,使神和气密切结合,相抱不离,以达到延年益寿的目的。所以称它为"大",是由于它的内气流走感觉,除在督任两脉外,也在其他经脉上流走。相对地说,范围大于小周天,故称为大周天。根据内丹术理论,通过小周天阶段,后天精气得到充实,并逐步返还成先天精气,故大周天就采用先天八卦图进行指导。在先天八卦图中(图见"《周易》及图卦学说"条),南北方位已是乾坤两卦,但实际上,在内丹术中总是着眼在坎离两卦上,而坎离两卦,已处在卯酉的位置上,故大周天或称"乾坤交媾"或称"卯酉周天"。

大周天过程开始于正子时。此时,在丹田内产生火药。它的内气运行的路线,可因人而异,有沿奇经八脉走的,也有仅沿任督及其他一二条经脉走的,甚至也有沿十二正经中的某几条经脉走的,都属于正常现象。大周天有时也指六字气诀中,把嘘、呵、呼、呬、吹、嘻六字顺次鼻吸口呼,默念字音各6次;再对与疾病有关的脏腑,选念二个字音各18次,继而又将六字各念6次。以上共计108次,为六字气诀的大周天(宋代邹朴庵《太上玉轴六字气诀》)。

河车搬运

泛指气功锻炼中内运元气的过程，称河车搬运。一般多指意引感传沿督脉上升（从尾闾达巅顶）的过程。由于这是一种在意念作用下的动态变化过程，故以车辆搬运货物作喻。“河车”有两种解释：一是由于内运的元气从肾中升起，肾属水，车（元气）发轫于（肾）水中，故称河车。《钟吕传道集》是早期较详细论述河车搬运的著作，说：“河车者，起于北方正水之中，肾藏真气，真气所生之正气，乃曰河车。”后世多取其意，堪称经典论述。二是由于形体属阴，多水，元气属阳，阳气行于阴水之中，故称河车。如《西山会真记》说：“曰河车者，取意于人身万阴之中，有一点元阳上升，熏蒸胞络。”《钟吕传道集》说：“人身之中，阳少阴多，言水之处甚众，车则取意搬运，河乃主象于多阴。故此河车，不行于地，而行于水，自下而上，或后或前……。”《钟吕传道集》按内丹术进程将河车搬运分为“小河车”、“大河车”与“紫河车”。龙虎交战为“小河车”，即指元气自肾传肝，自肝传心，自心传肺，自肺传肾的五行循环过程；任督循环为“大河车”，即指元气自尾闾起始，经历下关、中关、上关，又自上关经历上丹田、中丹田、下丹田的循环过程；“紫河车”为内丹术的高级阶段，原书叙述颇多夸大，《西山会真记》所述稍较简洁，引录如下：“纯阴下降，真水自来；纯阳上升，真火自起。一升一沉，相见于十二楼前，颗颗还丹，而出金光万道，为紫河车也。”河车搬运亦是小周天的别名，可见“小周天”条。

炼己

内丹术练功过程的第一个阶段，称炼己，也是贯彻练功全过程的基础训练。关于炼己的内容，各有关文献说法不一。仅据伍守阳《天仙正理直论》，则“炼”有三个主要内容：①苦练：精进励志，苦行其当行之事。不因功法易懂而轻视，不因练功困难而畏惧，为勤行苦练作好充分的思想准备，不成功决不退缩。②熟练：充分了解每一阶段的练功要求，工夫纯熟，密密进行，不间断，无差错。③严守禁忌：禁绝其不当为之事，扫除一切有害练功的障碍，割绝贪欲，打破旧习。“己”的含义并不完全指“自己”，“己”主要是“元神”的同义词，古谓之“静中之真性，动中之真意”。即保持自我入静的意念。但也有人认为“己”即己身的意念，如柳华阳《金仙证论》说：“己即我心中之念耳。”据此，则“炼己”着重“炼念”。古代练功者认为，“元神”是喜怒哀乐未发之前的精神，是不追逐物欲的精神。而对物欲贪求爱着的精神称为“欲神”。炼己的关键，在于去除欲神，恢复元神。

筑基

内丹术功法中的第一步小周天过程，称筑基，亦称百日筑基。内丹术全过程包括小周天练精化气，大周天练气化神及练神还虚三步功法。从功法上讲，通过小周天的渐渐积累增益，为进行后两步功法打下基础，故称筑基。如《规中指南》中说：“夫坎离交媾，亦谓之小周天，在立基百日内见之。”从所需时间来说，这段功法也较后两步功法短得多。所谓“百日”也只是虚指，并不是一百天一定能练好这步功法。也有只把小周天功法中的“炼己”阶段称为筑基的。如《修真辨难》中说：“炼己、筑基不是两事，乃是一理。筑基不在炼己之外，炼己即在筑基之中，非炼己之外再筑基，筑基毕又炼己。”因为炼己是内丹术中最基本的要求，只有把炼己这段功夫练好，才能更好地去掌握以后各步功法，并避免因“炼己不纯”而产生种种副作用。所以它被认为是整个内丹术过程中，不可须臾或离的功夫，被称为炼己筑基，而加以重视（见“小周天”条）。

凝神入气穴

内丹术小周天的基础功法，称凝神入气穴，即现代所称的“意守下丹田”。宋人薛道光在《还丹复命篇》上说：“昔日遇师亲口诀，只要凝神入气穴。”可见凝神入气穴在周天功法中的重要性。凝是凝聚，神是心神即意念。所谓凝神，张三丰《玄机直讲》上说：“凝神者，收已清之心，而入其内也。”陆西星《玄肤论》中说：“凝神之要，莫先于澄神；澄神之要，莫先于遣欲。”而“遣其欲而心自静，澄其心而神自清”（《清静经》）。所以“凝神”是指在排除杂念的澄神基础上，练功者的意念集中是处在安静的状态。《玄肤论》中又说：“所谓凝者，非块然不动之谓也，乃以神入于气穴之中，与之相守而不离也。”因此，凝神以精神安宁为基础，入气穴是它的必然趋势。所谓“气穴”，《玄肤论》中说：“夫气穴者，乃吾人各具之太极也。其名不一，曰气海、曰关元、曰灵谷、曰下田、曰天根、曰命蒂、曰归根窍、复命关，即一处也。”这许多名称，都是指的下丹田。所以凝神入气穴，就是练功的意念集中于下丹田。

玄牝

气功“内丹派”假设以行“交媾、产药、采取、烹炼、沐浴、温养、结丹”，并藉以获得延年益寿效果的处所，称玄牝。玄牝的名称最早见之于《道德经》。如说：“谷神不死，是谓玄牝。玄牝之门，是谓天地根。”这是指玄牝为人体生命之根本。但如何理解玄牝，古人有两种见解，一种认为是虚指的部位，一种认为有具体的位置。

虚指部位 玄牝又称玄关，它并非实体，也不定位，

是不能以形体色相求得的，只是在练功中体现它的存在。如《规中指南》中说："此一窍亦无边傍，更无内外，若以形体色相求之，成大错谬矣。"所以它本无定形，"意到即开。开合有时，百日立基，养成炁母，虚室生白，自然见之"。说明它是在练功者意和炁的作用下产生的一种虚相，同时还必须经过相当长时期的锻炼，待炁母养成后，才能"开"而出现。清代柳华阳说："机发则成窍，机息则渺茫。"（《金仙证论》）说明玄牝不是在平时所能看得见摸得着的，必须炼功到一定程度，待内部气机发动后，才能有此玄牝的出现；等到气机平静后，则又渺茫而不知所在。李涵虚解释说："玄关一窍，自虚无中生，不居于五脏、肢体间，今以其名而言，此关为玄妙机关，故曰玄关。"（《道窍谈》）在练功中促使玄牝的出现并取得效益，古人认为主要在于做到安静虚无，即可使玄牝出现。《脉望》卷一说："玄牝以静极而见也。"《皇极阖阙经·添抽接命章》曰："学者到虚极静笃时，此窍乃现。"或者说，凝神入炁穴，是出现玄牝，取得修炼成效的关键。如《道窍谈》谓"神凝炁合之时，忽从观中化出，其大无外，其小无内，则玄牝现象也"。又云："今夫神炁交而玄牝现，故当凝神聚炁，以神下气，颠倒相俱，阴阳相媾，使神与炁合，而根基（玄牝）立焉。"

具体位置 玄牝即丹田，气功古籍中所谓的"规中、深渊、鄞鄂、北斗、黄庭"等等，都是玄牝的别名，其中玄关、丹田二名最为常用（见"丹田"条）。

坎离

《周易》中有坎离两种卦象，坎卦的形象为☵，上下两阴爻（--），中间一阳爻（—）；离卦的形象为☲，上下两阳爻，中间一阴爻。东汉魏伯阳撰《周易参同契》，开始运用卦象作为气功（内丹术）的说理工具。书中对卦象的运用，最多与最重要的为乾坤坎离四卦，故该书有"乾坤者，易之门户，众卦之父母。坎离匡郭，运毂正轴。牝牡四卦，以为橐籥"之文。

在内丹术理论中，认为人体在胚胎初兆时（先天），阴阳两合而不分离（"混沌"状态），此时阴阳纯全，浑沦一炁。乾卦表示其中的纯阳之气；坤卦表示其中的纯阴之质。以后，在发育过程中，先天一炁开始分化，阴阳相离。以八卦学说来分析，即是：乾卦中间的阳爻"损落"一点，"陷入"坤卦中间的阴爻。由于这"一点"的变迁，乾卦与坤卦发生了质的变化，乾卦因中爻损落一点，转化成离卦；坤卦因中爻陷进一点，转化成坎卦。从此，阴阳分离，相隔而不相交，于是从"先天"转化为"后天"。"后天"的人体中，离卦配心，心属火，故称"离火"；坤卦配肾，肾属水，故称"坎水"。

先天浑沦一炁，阴阳纯全，有无穷的生命力；后天阴阳解体，日趋耗散，直至生命的终结。由后天返回到先天，所谓"返本还原"是内丹术理论上的锻炼原则。在内丹术的方法学上，若要返本还原，必须使坎离相交，水火相济，使坎卦中爻一点向离卦中爻复位，转回到乾卦的原态。即张紫阳《悟真篇》中所述："取将坎内中心实，点化离宫腹内阴。"又称为"取坎填离"。此亦是中医学中"心肾相交"的理论。

坎卦中爻为阳，喻称"黄男"；离卦中爻为阴，喻称"玄女"。取坎填离的过程，被称为诱导（引）黄男配合玄女，其媒介即为"意"，意属土，土色黄，故喻称"黄婆"。具体练法是：诱导入静，意守黄庭中宫（中丹田），诱使肾气上升，心液下降，使水火既济于中宫，阴阳混合于丹鼎（黄庭）。这一过程即为"取坎填离"，也称"坎离交媾"，也称"小周天"（见"小周天"条），在练功百日中可以完成（《规中指南》）。坎离、龙虎、铅汞、水火等术语所代表的意义基本相同。

龙虎

内丹术术语，是用以表达练功过程中人体内部的生理变化。"龙"，指心液或心阴。心在五行归属中属火，火是阳性的物质，但阳中有阴，心火所生的水特称"真水"，喻称"真龙"；"虎"，指肾气或肾阳。肾在五行归属中属水，水是阴性的物质，但阴中有阳，肾水所生的火特称"真火"，喻称"真虎"。

肾与心，一水一火，一阴一阳，本是属性与作用相反的两个内脏，但是阴阳互根，水火互济；阳中有阴，阴中有阳，火中有水，水中有火。所以，肾与心既矛盾而又统一，它们虽然性质相反，但彼此又有相吸相合之机，古丹术有一个练功过程称为"龙虎交媾"，即使心液下降，肾气上升，两相交合。

按照五行学说，金、木、水、火、土各配一种象征性的动物。青龙原是木的象征，在人体应肝；白虎原是金的象征，在人体应肺，上述龙虎之说，乃是内丹术理论中的特有说法。内丹术歌诀中有"五行颠倒术，龙从火里出，五行不顺行，虎向水中生"之说，系因本本生火，龙木原是心火之母，现说虎生于肾，是母生于子，故说"不顺行"。另一种说法是，"性"属木，象为青龙；"情"属金，象为白虎。金能克木，情可损性。气功内炼，使金木交并，情性为一，使之相合而不相损。五行中，土为本，五行各怀"土气"，龙木含有戊土（阳土）之气；虎金含有己土（阴土）之气。由于龙虎各怀土气，同类相从，本有相吸相合之机。气功内炼中的"真意"属土，真意是促使龙虎相合的媒介，土色黄，故特称"黄婆"。龙虎尚有别的说法，大体都是上述诸说的衍变。马丹阳《语录》曾说："神炁是性命，性命是龙虎，龙虎是铅汞，铅汞是水火，水火是婴姹，婴姹是真阴、真阳，真阴、真阳即是神炁，种种名相，皆不可着，止是神炁二字而已。"可见，龙虎、铅汞、婴姹等等喻名，都是为表述神气的性质与相互作用，而从不同角度、不同炼功阶段加以运用，以达引申阐释的目的。

铅汞

是传统气功内丹术的术语。铅汞原为两种化学元素，是古代外丹术用作烧炼丹药的主要原料。炼丹士为了说明铅汞等炼丹原料在烧炼过程中的化学变化，运用了当时流行的阴阳五行学说，形成一整套的理论，称为铅汞龙虎。由于外丹术士多兼精气功，如魏伯阳、葛洪、陶弘景等，他们又借用外丹术中的铅汞理论，比喻气功内炼过程中体内精、气、神的变化，使铅汞一词成为重要的内丹术语。

在内丹术中，"铅"主要比喻肾中元气，如《钟吕传道集》中说："肾中之水，伏藏于受胎之初，父母之真气，真气隐于人之内肾，所谓铅者此也。"所以铅又称真铅，或"水中金"。"汞"，主要比喻心中真气，如《钟吕传道集》说："心气太极而生液，液中有正阳之气。所谓朱砂者心液也；所谓汞者，心液之中，正阳之令是也。"所以汞又称真汞，或"砂中汞"。气功内炼，意守下丹田，引发沿督脉循行的感传，使之上达头部，即由"下田入上田"，在铅汞理论中称为"抽铅添汞"。内丹术文献浩繁，铅汞引喻多端，有种种异名，如铅又称为坎男、地魄、金公、金翁、阴中阳等等；汞又称为离女、天魂、金精、金乌、阳中阴等等。因文献不同，它们的含义也不尽一致，但总的看，所有铅汞理论，都强调心肾相交，水火既济在气功内炼过程中的重要性。这一点对中医基本理论的发展有重大影响。

火候

在练内丹术功法全过程中所应掌握的调息与用意的法度，称火候。它是保证"炼精化气"、"炼气化神"、"炼神还虚"等功法取得成就的关键，也是防止偏差的重要环节，因此古代炼功人士非常强调。如《悟真篇》云："纵识朱砂与黑铅，不知火候也如闲；大都全凭修持力，毫发差殊不作丹。"《入药镜》曰："水怕干，火怕寒，差毫厘，不成丹。"混然子注曰："修真内丹之要，鼎中之水不可干，炉内之火不可寒。丹经所谓：金鼎常留汤火暖，玉炉不要火候寒是也……凡作丹之时，行武炼文烹之功，大要调和火力。若用之太过，则火燥水干，不及则水滥火寒，务在行之调匀……若差之毫厘，不成丹矣。"伍冲虚说："金丹是真阳元气，不得火候，不能烹炼而为丹。故曰，全凭火候成功。"(《天仙正理直论》)由上可知，火候在炼内丹术功法中显得非常重要。

火候的内容非常复杂，须有人指导，且须从实际练功中领悟，故古人有"圣人传药不传火，从来火候少人知"、"药物易知，火候难明"的说法，然亦并非高不可攀。《炼气行功秘诀》曰："火候有文烹，有武炼，有下手，有休歇，有内外，有先后，有时刻，有爻铢，有缓急，有止足，一步有一步之火候，步步有步步之火候。随时而行，方能有准。若差之毫厘，便失之千里。"这里提出了火候的许多关键性问题，可供探索。《天仙正理直论》把内丹术中的火候，更具体地分为生药的火候，采药的火候，封固的火候，小周天起火的火候，进阳火、退阴符的火候，火足止火的火候，得药服食的火候，大周天的火候等等，并引经据典地论述了各种火候的景象和用法。若能据此仔细研究并证诸实践，当亦不难了解和应用。

在火候的运用中，关键在于掌握子时开始进阳火，午时开始退阴符，其间两次沐浴。至于有的提出在小周天时行有为法火候，在大周天时行无为法火候，但实际上既要正确理解有为与无为的含义，又要理解两者是相辅相成的。

进阳火

在练"小周天"功和"卯酉周天"功过程中，配合退阴符，以升降气机，调和阴阳所应掌握的一种火候，称进阳火。在具体操作上，"小周天"的进阳火与"卯酉周天"的进阳火有所不同：

(1) "小周天"功的进阳火，是选在"六阳时"中的子、丑、寅、辰、巳五阳时中施行(六阳时中的卯时，属"沐浴"时刻，不进阳火)。其法是在子、丑、寅、辰、巳时中，均意守下丹田；行呼吸时，着重于吸，即在吸气时着意而长，呼气时自然而短。其呼吸次数是按"乾用九而四策之"的原则进行，以子升36吸为一时，丑升36吸为一时，寅升36吸为一时，辰升36吸为一时，巳升36吸为一时。五阳时共得180吸。此刻气机正合升至乾顶泥丸，则"小周天"的进阳火事告毕，可转而行"小周天"的退阴符(见"退阴符"条)，以完成一小周天的气机升降。但必须明确此处所讲的六阳时，乃是假借"天干、地支"的名词以说明进度，不能误认为进阳火需要十个小时(按地支每个时辰合现在钟点是两个小时)；也不能错误理解为必在晚上11时至次日才开始进阳火(按子时是晚上11点至次日1点钟)。此处所说的子时是"活子时"，仅代表气机发动后即当开始"进阳火"行呼吸36次的时刻。以此推之，丑、寅、辰、巳乃为继续进阳火各行呼吸36次的时刻。

(2) "卯酉周天"功的进阳火，是在"大周天"数足，有金液玉露自上田落于黄庭时开始进行的。其法是以真意眸光内视，气从坤脐至乾顶旋转，左升右降凡四九36度，则"卯酉周天"的进阳火事告毕，可转而行"卯酉周天"的退阴符(见"退阴符"条)，以完成"卯酉周天"。

退阴符

在练"小周天"功和"卯酉周天"功过程中，配合进阳火以升降气机，调和阴阳所应掌握的一种火候，称退阴符。在具体操作上，"小周天"的退阴符与"卯酉周天"的退阴符有所不同：

(1) “小周天”功的退阴符，是选在“六阴时”中的午、未、申、戌、亥等五阴时中施行(六阴时中的酉时，属“沐浴”时刻，不退阴符)。其法是在午、未、申、戌、亥等时中，均意守上丹田；行呼吸时，着重于呼，即在呼气时着意而长，吸气时自然而短。其呼吸次数是按“坤用六而四策之”的原则进行，以午降24呼为一时，未降24呼为一时，申降24呼为一时，戌降24呼为一时，亥降24呼为一时，五阴时共得120呼。此刻气机正合由泥丸回降至下丹田，则“小周天”退阴符事告毕，完成了一小周天的气机升降。但必须明确此处所讲的六阴时，乃是假借“天干、地支”的名词以说明进度的，不能误认为退阴符需要10个小时(按地支每个时辰合现在两个小时)；也不能错误理解必在中午11时才开始退阴符(按午时，是在中午11点至下午1点钟)。此处所说的午时，是“活午时”，仅代表气机升至头顶泥丸完成“进阳火”后应行退阴符火候的时刻，以此推之，未、申、戌、亥，乃为继续退阴符各行呼吸24次的时刻。

(2) “卯酉周天”功的退阴符，是在“卯酉周天”进阳火事告毕后接着进行的。其法是以真意眸光内视，气从坤脐至乾顶旋转，则“卯酉周天”的退阴符事告毕，合前述之“卯酉周天”进阳火，就算完成了“卯酉周天”，可以起到“收尽真阳，退群阴，收内药”的作用(《大成捷要》)。

沐浴

在练功过程中，所应掌握的原则和要求，以及在练功的某阶段中所应掌握的一种火候，泛称沐浴。行沐浴的内容包括：

(1) 要求清心寡欲，培养高尚品德：《太乙金华宗旨·逍遥章》曰：“洗心涤虑为沐浴也。”《紫阳四百字真义歌》曰：“沐浴洗尘心……持心名沐浴。”《延寿指南》也说：“身子要沐浴，心也要沐浴。这叫做沐德。”以上是讲练功人，须要做到清心寡欲，具有高尚品德，才能练好功。《丹法二十四诀》曰：“涤垢洗尘沐浴方，勿忘勿助全阴阳。诸缘不起丹元固，养的真灵花蕊芳。”这是说练功人如能清心寡欲，并以勿忘勿助的方法进行练功，自可取得显著效果。

(2) 要求炼功时能有“真气熏蒸”、“神水灌溉”的感觉和效应：即如《琐言续》中所说“素体多痰者，宜于夏令治之……必引得有甘露乃效”，“觉遍体氤氲，下极火热，身前身后，微微汗透，得有如沐如浴”的真气熏蒸景象。

(3) 要求能正确掌握在练功的某阶段中所应掌握的火候。在练小周天的“进阳火”过程中，至卯时则应行“卯时沐浴”；在练小周天的“退阴符”过程中，至酉时则应行“酉时沐浴”。其具体方法是，当子时到来后，即进阳火，使气从丹田由尾闾循督脉上升，此时当神住下丹田，呼文而吸武(吸时着意而长，呼时无心而短)，但到卯时，则改为神住夹脊，呼吸无心，默记吸数三十六，此为“住时沐浴”。待“卯时沐浴”终结后，乃如前神住下丹田，呼文吸武以进阳火，使气从夹脊继续上升，过玉枕而上泥丸，完成子、丑、寅、卯、辰、巳六阳时之进阳火过程；当气已升至泥丸后，已届午时，即当退阴符，以使真气从泥丸循任脉下降，此时当神住上田，呼武而吸文(呼时着意而长，吸则无心而短)。但到酉时，则改为神住黄庭，呼吸无意，默记呼数二十四，此为“酉时沐浴”。待“酉时沐浴”完结后，乃如前神住上田，呼武吸文以退阴符，使气从黄庭继续下降而归下田，完成午、未、申、酉、戌、亥六阴时之退符过程，所以要在卯酉时行沐浴。《金丹四百字·序》中说：“木液旺在卯，金精旺在酉，故当沐浴。”意谓五行之理，木能生火，当进阳火时，若不在卯时行沐浴，则火上加火，势必阳火太过，而有损于升；金能生水，当退阴符时，若不在酉时行沐浴，则水再加水，势必阴气太过，而有损于降。当然，这子、午、卯、酉并不是指固定的时辰，而是要依据练功中的景象而定。

子时

内丹术周天功法中，可以开始起火的时机，称子时，又称冬至。所以用十二地支中的子时以表示起火的时机，是因子时为六阳时(子、丑、寅、卯、辰、巳)的开始。《类经图翼》说：“子者阳生之初。”冬至也是这个意思。如《通纬·孝经援神契》说：“大雪后十五日，斗指子，为冬至，十一月中。阴极而阳始至。”阳始至称为一阳生，或一阳来复。在《易经》卦象上则用复卦来表示，因复卦䷗上五爻是阴“--”，而初爻(最下一爻)已成为阳“—”。这个卦象常为气功古籍所采用，但这只是个比拟。正如《金丹四百字》所说：“火候不须时，冬至不在子，及其沐浴法，卯酉亦虚比。”所以什么时候到了该起火的子时，要按照练功过程中的景象来掌握。如《还丹复命篇》中所说：“练丹不要寻冬至，身中自有一阳生。”可以起火的子时，在周天功中分为两种，即活子时与正子时。

“活子时”是指小周天功法中该起火的时机。所以称它为“活”，是因为要等待身体中自然景象的产生，而不是固定的时刻。正如《人药镜》中说的“一日内十二时，意所到皆可为”。小周天功法，通过摆好姿势，排除杂念，让形神安宁，集中意念，然后一念归中，凝神入气穴，缓慢调息入细，引短令长，下丹田中的精气渐渐旺盛。当静极之时，正有动象，于恍惚杳冥之中，觉丹田气动，即为活子时，此时的精气称为“小药”。活子时的景象，气功古籍中常用《人药镜》中的一句话予以概括，就是“先天气，后天气，得之者，常似醉”。萧紫虚在注解时，把“醉”进一步描述为：“身心和畅，如痴如醉，肌肤爽透”。同时还有“外肾欲举之时，即是身中活子时”(《天仙正理》)之说。

“正子时”是指在小周天功法纯熟之后，要进入大周天过程时机体所产生的景象。所以称它为“正”，是因为只有在小周天积累的基础上才能产生的。当小周天精

气，在任督脉运行过程中，心息相依，气息微绵，好似无息，脉搏正常，好似无脉，全身酥松柔和的情况下，所出现的子时。正子时的景象，有的气功古籍中称为"六根震动"。即"丹田火炽，两肾汤煎，眼吐金光，耳后风生，脑后鹫鸣，身涌鼻搐"(《丹道九篇》)。此时的精气，称为"大药"。

三关

周天功法中当内气在督、任脉路线上运行时，经过督脉路线上的三个部位，称三关。该三处有的人气行至此不易通过，故称为关。《还源篇》中有"一孔三关窍，三关要路头"之说。在《金丹大成集》中进一步具体指出，问背后三关，答曰："脑后曰玉枕关，夹脊曰辘轳关，水火之际曰尾闾关。"《寥阳殿问答篇》中，对三关部位讲得更为具体，它说："人之尾闾，在尻脊上第三节，一名长强，一名三岔路，一名河车路，一名禁门，其下曰元关，其前曰气海，乃阴阳变化之乡，任督交会之处，丹书名曰尾闾关者是也。人之背脊二十四节，上应二十四气，有关在二十四节头尾之中，一名双关，直透顶门，此即夹脊关也。人之后脑骨，一名风池，其窍最小而难开，欲开此窍，舌柱上腭，目视顶门，全仗神炉聚火，接续冲起，此关乃开，此关名玉枕，又名铁壁也。"在气功临床中，三关的具体部位是：尾闾关位于脊椎骨的最下段，上连骶骨，下端游离，在肛门的后上方，一名骶端、橛骨、穷骨，俗名尾柤，该处有长强穴。夹脊关在背部，俯卧时正当两肘尖连线点正中处。玉枕关在后头部，正当仰卧后，脑着枕处，在玉枕穴之下，两侧风池穴之间。

三关有时也指：①内丹术三步功法为三关。如《中和集》说："练精化气，练气化神，练神还虚，谓之三花聚顶，又谓之三关。"《天仙正理直论》也说："初关练精化气，中关练气化神，上关练神还虚，谓之三关修炼。"②以口、足、手为三关。如《黄庭内景经》说："口为心关精神机，足为地关生命扉，手为人关把盛衰。"③以耳、目、口为三关。如《淮南子·主术》说："夫目妄视则淫，耳妄听则惑，口妄言则乱，夫三关者，不可不慎守也。"④以明堂、洞房、丹田为三关。如务成子注《黄庭内景经》中引元阳子的话。⑤《性命圭旨》中有前后三关之说，如说："普照图之上一层者，直指心源性海之窍；中一层者，直指黄中正位之窍；下一层者直指关元气海之窍，此谓前三关也。返照图之下一层者，指出尾闾太玄之窍；中一层者，指出夹脊双关之窍；上一层者，指出天谷泥丸之窍，此谓后三关也。"

上下鹊桥

内丹术周天功法中，人体上两个部位，称上下鹊桥。此语出《人药镜》。①指任督两脉上下衔接的地方，如《丹道九篇》所述，上鹊桥在印堂（两眉间）、鼻窍处，一实一虚；下鹊桥在尾闾、谷道（肛门）处，亦一虚一实。周天过程中，精气在任督脉上运转，当精气通过这两个衔接地方时，要防其走漏，即精气外泄。上鹊桥的走漏，主要在大周天中出现，即自鼻孔垂下两条白色粘液般的鼻涕，称为"玉柱双垂"。防止的办法，是平时戒怒，尤其在练功前更要心情愉快。当练功中精气到印堂处时，要舌紧贴上腭，引它下来。下鹊桥的走漏，在大小周天中均可出现，即自肛门矢气。所以在精气通过谷道时，要凝一凝，提一提，引它过去。《丹道九篇》中还有借助外力的办法，即用木夹牢封鼻窍，以防止上鹊桥的走漏；用木座抵住谷道，以防止下鹊桥的走漏。但借助外力，作用不大，还是以意念提引为好。②也有认为鼻为上鹊桥、舌为下鹊桥。如彭好古在注《人药镜》中说："鼻为金桥，上鹊桥也；舌为红桥，下鹊桥也。鹊桥之路有二：一通银河，督脉上行之路也；一通曹溪，任脉下行之路。"③也有认为内气自督脉上行至泥丸为上鹊桥，内气从泥丸自任脉下行为下鹊桥。如王道渊在注《人药镜》中说："凡作丹之时，以黄婆引婴儿上升泥丸，与姹女交合，名曰上鹊桥也；黄婆复徘徊，笑引婴儿、姹女同归洞房，必从泥丸而降，故曰下鹊桥也。黄婆、婴儿、姹女，非真有也，乃譬喻之说，无出乎身、心、意三者而已。"

五气朝元

气功锻炼中，通过五官、情志的掌握与运用，以充实活跃五脏之气，称五气朝元。此说初见于署名宋代张伯端的《金丹四百字序》中。它说："眼不视而魂在肝，耳不闻而精在肾，舌不声而神在心，鼻不香而魄在肺，四肢不动而意在脾，故名曰五气朝元。"由于心气通于舌，肺气通于鼻，肝气通于目，脾气通于口，肾气通于耳，所以五官与内脏之气相关连。这五脏之气，古代练功人士称为"五牙"，非常重视。如《黄庭内景经·常念章》中说："存漱五牙不饥渴。"还由于心藏神、肺藏魄、肝藏魂、脾藏意、肾藏志，所以情志与五脏也相关连。这就要求在练功时五官要：含眼光、凝耳韵、调鼻息、缄舌气、轻合齿。从而使"魂在肝而不从眼漏，魄在肺而不从鼻漏，神在心而不从口漏，精在肾而不从耳漏，意在脾而不从四肢孔窍漏，故曰无漏"(《金丹四百字序》)。这样掌握好五官而使精神内敛，避免外界对练功的干扰，称之为无漏。可使精、神、魂、魄、意各安其位，五脏之气得到充实，从而收到更好的练功效果。

《性命圭旨》中说："身不动则精固，而水朝元；心不动则气固，而火朝元；元真性寂则魂藏，而木朝元；妄情忘则魄伏，而金朝元；四大安和则意定，而土朝元。此谓五气朝元，皆上聚于顶也。"这是用五行代表五脏，与前述的基本精神相同。

和合四象

在进行气功锻炼时，对眼、耳、鼻、舌所处的一种特定要求，称和合四象。初见于署名宋代张伯端的《金丹四百字序》中。四象是：含眼光、凝耳韵、调鼻息、缄舌气。“含眼光”是指要垂帘内视，两眼露一线之光；“凝耳韵”是指要忘声返听，不为外界声响所吸引；“调鼻息”是指要调柔细匀、呼吸绵绵；“缄舌气”是指要息舌宁心，舌抵上腭。这样有利于排除外界干扰，提高安静程度，而更好地产生效应。《金丹大成集》中答何谓和合四象时说：“眼不视而魂在肝，耳不闻而精在肾，舌不动而神在心，鼻不嗅而魄在肺，精神魂魄聚于意土也”，其意义相同。

四字诀

“撮、抵、闭、吸”四种气功方法，称四字诀。“撮”，为提缩肛门括约肌；“抵”，为舌端或舌前部舐贴上腭部；“闭”，为闭合口唇及眼睑，“上视”顶门泥丸部；“吸”，为长吸气而不呼气。上述四种方法，除目“视”顶门及鼻吸不呼为特殊练法外，其余方法在气功各流派，练功各阶段中都是常用的功法。所谓四字诀，是指这四种方法同时并用而言的。一般四字诀是为导引发轫于下丹田的感觉沿督脉上行的辅助功法，特称为“聚火法”。《入药镜》有“产在坤，种在乾”之说，坤指脐部，乾指头顶部。意为静功意守下丹田（坤腹）所引发的内气感觉，须“移种”于上丹田（乾顶），即沿督脉逆行上升至头顶部。因为腹居下部，顶在上端，从下向上，逆行为艰，所以“非猛烹极锻，则药不能出炉，非倒行逆施，则药不能升鼎”（《性命圭旨》）。猛烹极锻指强化意识引导，具体方法就是运用四字诀功法；倒行逆施指使感觉沿督脉上升，即所谓“天河水逆流”。“药”、“天河水”词异义同，或称“水中金”，在这里都属内气运转的隐语。运用四字诀导引内气感觉沿任、督脉循行，又称“聚火载金”。四字诀创自何人，现已莫可确考，但《性命圭旨》说出自五代刘海蟾。

握固

气功锻炼中，手的姿势，一般是把大拇指握在四指之内，称握固。此语源出《道德经》中的“骨弱筋柔而握固”。后人所指握固，即“握手牢固”（《寿世传真》）。古人对握固方法的描述有，“握固者，如婴儿之卷手，以四指押大拇指也”；“握固法，屈大拇指于四指下把之”（《养性延命录》）。“握固，以大指掐中指中节，四指齐收于手心”（《道门通教必用集》）。其作用，《养性延命录》中强调说：“此固精明目，留年还魂之法，若能终日握之，邪气百毒不得入。”一般认为练功时握固，有助于思想安静，动功中可避免因握拳而使劲用力。

赤龙

在气功锻炼中，赤龙一指舌，一指月经。①舌所以称赤龙，因舌为心之苗，心在五行之说中属火，色赤，善活动，故名。常用的“赤龙搅海”功法，就是以舌搅口齿，海则指口腔。又舌抵上腭一节，亦有称赤龙头抵上腭的。②妇女的月经，亦称赤龙。因为阴浊之液，绵绵而色赤，故名之。古代功法中女子练功有“斩赤龙”之说，就是要使月经逐渐由赤变黄，由黄变白而断经。

八触

练功者在气功锻炼过程中，在身心松静情况下出现的八种感觉，称八触，又称动触。在隋代智𫖮的《童蒙止观》中，也称为“息道善根发相。”《童蒙止观》中的八触是：①动触：身体不由自主地动或局部肌肉跳动。②痒触：身上全身或局部发痒。③轻触：身轻如云，有飘浮感。④重触：身重如沉石，不能移动。⑤冷触：身有凉冷的感觉。⑥暖触：身有温暖的感觉。⑦涩触：身有树木糙皮的感觉。⑧滑触：身体滑滑的感觉。这些感觉可以经常出现，也可以偶尔出现；有时一触即过，有时数触俱现，或次第交错；或是全身性的，或只是在局部。古代练功中还有“竖发”、“横发”之说。即一种动触连续不断，转深转细称为“竖发”；一种动触未发到一定程度，又发动其他的动触，称为“横发”。这些都是练功过程中的正常反应。它是由于练功者的意念集中在自己身体内部，甚至身体的某一部位，这样肌体对外部的联系减少了，相应地提高了对肌体内部的感应性。而练功又处在一种清醒状态下进行，所以就出现了与平时不同内容的自我感觉。因此，练功者不必惊慌，或疑为练功出了偏差，而产生精神上的负担；也不要好奇追求，要任其自然。另外一种八触的说法是：一掉（摆动）、二猗（长而美）、三冷、四热、五浮、六沉、七竖、八软。此八触与前八触大同而小异，细细分辨则不同。合两者则为“十六触”。

动象

在练静功的过程中，身体外形姿势由静转为动，称为动象，故又称外动。外动时的动作、时间、刚柔、快慢是千姿百态的，它可以似舞非舞，似拳非拳，没有一定的规范和套路。一般认为外动有真动和假动的区别：“真动”属自发产生的，内气发动后，随气而动，由内动而及外；“假动”属主观追求，暗示和诱导出来的，不是内气发动所致。对动象的利和弊，应视外动现象发生后，练功者自我身心感觉，以及对健康、疾病的变化有否增益而定。对于外动练功者，既不要着意追求，也不必害怕紧张；做到既任其自然，又能随时控制外动。

恬惔虚无

生活恬泊质朴，心境宁静，外不受物欲的诱惑，内不存情虑的激扰，称为恬惔虚无。这是《内经》所推崇的养生原则。如《素问·上古天真论》曰："恬惔虚无，真气从之，精神内守，病安从来？""恬惔虚无"与"精神内守"，互文见意。能做到恬惔虚无，则志闲少欲，心安不惧，无恚嗔之心与思虑之患，"嗜欲不能劳其目，淫邪不能惑其心"，而后能神守于中，形全于外。《内经》在"形神"关系中注重于"神"的一面，即重视精神因素对健康的影响，故有"独立守神，肌肉若一"之说。认为恬惔虚无，精神内守，则真气存内而不外耗，不仅能预防病邪入侵，且能"年度百岁而动作不衰"。《内经》恬惔虚无之说，为后代气功家所重视，不仅是"养性"的主要内容，也为各种气功方法所贯彻始终。

胎食

吞咽唾液的气功养生方法，称胎食，常与胎息并称。古人认为胎儿"内气潜转"，口津内咽，不用口鼻呼吸，无精神消耗，其精、气、神最为完全，生机最为旺盛。从《老子》倡导"返婴"以来，历代许多气功方法都仿效婴儿的生理状态，其中以胎息与胎食之法最为著名。《后汉书》曾载述两位高寿的气功养生家郝孟节与王真"悉能行胎息、胎食之方"。其中王真"年且百岁，视之面有光泽，似五十者"，以推崇胎息、胎食的养生效果。为《后汉书》作注的李贤，曾据《汉武内传》述："王真习闭气而吞之，名曰胎息；习漱舌下泉而咽之，名曰胎食。真行之，肉色光美，力并数人。"舌下泉即唾液。

历代养生家都很重视吞咽唾液的，故对唾液有种种美称，如"金津"、"玉液"、"玉泉"、"玉浆"、"玄泉"、"醴泉"等等。《上清黄庭外景经》有"玉池清水灌灵根，审能修之可长存"之文，"玉池"即口腔，"玉池清水"即口中唾液。《上清黄庭内景经》有"口为玉池太和官，漱咽灵液灾不干，体生光华气香兰，却灭百邪玉练颜"之文，都论述了唾液的养生作用。

布气

气功内炼有素者将其"内气"发放于体外，作用于他人而起治疗疾病的作用，称布气，即近年所称的外气治病。"布"有传布、布放的意思。

布气疗病之法，先秦时期以来，代有所闻，可谓源远流长。《道藏·胎息秘要歌诀》载有"布气与他人攻疾"之目，内述布气歌诀。其文为："修道久专精，身中胎息成，他人凡有疾，藏府审知名，患儿向王气，澄心意勿轻，传真气令咽，使纳数连并，作念令其损，顿能遣患情，鬼神自逃遁，病得解缠萦。"意为胎息内炼精专者，可以进行布气疗病。文中所述治疗对象，似为精神异常的儿童患者。布气者在发放外气时，患者须以吞咽的方式"接受"其所布之"气"，同时须静息杂念，有诚心接受治疗的心理准备。

《晋书·列传·艺术》载有幸灵布气治病的事迹："吕猗母皇氏得痿痹病，十有余年。灵疗之，去皇氏数尺而坐，瞑目寂然。有顷，顾谓猗曰：'扶夫人令起'，曰：'老人得病累年，奈何可仓卒起耶？'灵曰：'但试扶起'。于是两人夹扶以立，少顷，灵又令去扶，即能自行，由此遂愈。于是百姓奔趣，水陆辐辏，从之如云。"叙述生动，表明幸灵布气治疗在群众中享有广泛的信誉，《晋书》为之作传，这件事的本身即是证明。苏东坡在其所著的《东坡志林》一书中，也引述这一事迹，他认为："学道养气者，至足之余，能以气与人。"他在书中举例说："都下道士李若之能之，谓之布气。吾中子迨，少羸多疾，若之相对坐，为布气，迨闻腹中如初日所照，温温也。"较近的文献，则可举《清史稿·甘凤池传》曰："甘凤池……善导引术。同里谭氏子病瘵，医不效。凤池于静室塞牖户，夜与合背坐，四十九日而痊。"

近年，国内有从事外气治病及其客观指标的探索。有关外气的适应证及其临床疗效的分析，尚有待病例的积累。在客观指标方面，据上海中医研究所、中国科学院生物物理研究所、上海原子核研究所等单位的研究工作，已取得一些成果。如气功人员在"发放"外气时，其手掌等处在红外热辐射所描记的等温点分布，较正常人明显增多，而被作用者的相应部位，也能出现同步的红外辐射等温点感应圈。

静功

在练功过程中，练功者的形体和位置基本保持不动；同时，按不同功法的要求，结合调心和调息，以锻炼身体内部功能的一大类功种功法，称静功。练静功应该达到心神宁静，杂念减除，气血和畅，精气充沛。

早在二千多年前，春秋战国时期的文献中，已有有关静功的记载。如《素问·上古天真论》所曰："提挈天地，把握阴阳，呼吸精气，独立守神，肌肉若一"；《道德经》的"致虚极，守静笃"，"专气致柔，能婴儿乎"；《庄子·人间世》所曰："若一志，无听之以耳，而听之以心，无听之以心，而听之以气"等等，都可以理解为静功锻炼的方法、要领、目的和意境。自古以来，历代气功各派的静功修炼名称很多，如"吐纳"、"行气"、"静坐"、"玄功"、"参禅"、"坐禅"、"禅定"、"定功"、"止观"、"六妙门"等，以及近代的"因是子静坐法"、"内养功"、"放松功"、"真气运行法"等，都属于静功范围。

静功，是与动功相对而言。从形体上看，要静定握固，缄口垂帘，但这还不能说已真正达到静功的境界，进

一步要运用调息、调心，使人身之元气，在体内经脉中调理充沛、循行畅通，即所谓精、气、神兼练，以达到身体内部精神、脏腑、气血、津液得到调养而畅达，以臻保健强身、却病延年之功效。静功着重于人体内部的怡养，故又称为"内功"。

静功之静，不是绝对的静，王夫之《思问录·内篇》说："静者静动，非不动也"，气功术语称为"心死神活"，即杂念去净，正神充沛，这种静功所特有的生理效应，已为现代科学研究所逐步证实。静功的静，也不是身体四肢绝对静止不动。有时在内气运行或内气激荡下，练静功者的身体、头颈、四肢可以发生轻微柔和有节律的抖动、摇晃、摆动、旋转等，甚至进而可能发生自发动功的现象。出现这种情况，有各种不同的看法，有待进一步总结研究。但无论行何种静功，均须在具体指导下进行。

六字气诀法

通过口呼，结合默念嘘、呵、呼、呬、吹、唏字音，以影响相应的脏腑，去除病邪的一种以炼呼为主的呼吸锻炼方法，称六字气诀法。又称去病延年六字法、六字延寿诀等。现存文献中最早记载六字气诀法是南北朝梁代陶弘景的《养性延命录》。书中说："纳气有一，吐气有六。纳气一者，谓吸也；吐气六者，谓吹、呼、唏、呵、嘘、呬，皆出气也。"在此以后，此类文献比较多，对操作方法，叙述得最具体的是南宋邹朴庵的《太上玉轴六字气诀》。同时也出现了六字气诀的歌诀，歌诀包括总诀、分字诀、四季却病歌三个部分。

总诀 肝若嘘时目睁睛，肺知呬气手双擎，心呵顶上连叉手，肾吹抱取膝头平，脾病呼时须撮口，三焦客热卧嘻宁。这里已提到可配合一些简单的动作。

分字诀 吹肾气诀：肾为水病主生门，有疾尫羸气色昏，眉蹙耳鸣兼黑瘦，吹之邪妄立逃奔。

呵心气诀：心源躁烦急须呵，此法神通更莫过，喉内生疮并热痛，依之目下便安和。

嘘肝气诀：肝主龙涂位号心，病来还觉好酸辛，眼中赤色兼多泪，嘘之立去病如神。

呬肺气诀：呬呬数多作生涎，胸膈烦满上焦痰，若有肺病急须呬，用之目下自安然。

呼脾气诀：脾宫属土号太仓，痰病行之胜药方，泻痢肠鸣并吐水，急调呼字免成殃。

嘻三焦气诀：三焦有病急须嘻，古圣留言最上医，若或通行去壅塞，不因此法又何知。

四季却病歌 春嘘明目木扶肝，夏至呵心火自闲，秋呬定收金肺润，肾吹唯要坎中安，三焦嘻却除烦热，四季长呼脾化餐，切忌出声闻口耳，其功尤胜保神丹。

所主病症 嘘肝、呵心、呼脾、呬肺、吹肾、嘻三焦（或胆）就是六字诀与脏腑的配合。而基本上应用于练功者的体质和病理功能，表现为有余、结实、壮盛而正气未衰的病症。明代龚居中《红炉点雪》中具体指出："呵则通于心，去心家一切热气，或上攻眼目，或面色红，舌上疮，或口疮。""嘘则通肝，去肝家一切热聚之气，故胆生于肝，而胆气不清，因肝之积热，故上攻眼目。""吹则通肾，去肾中一切虚热之气，或目昏耳聋。""呬则通肺，去肺家一切积气，或感风寒咳嗽，或鼻流涕，或鼻热生疮。""呼则通脾，去脾家一切浊气，故口鼻四肢生疮，或面黄，脾家有积，或食冷物，积聚不能化。""嘻则通胆，去胆中一切客热之气。"现代医学中的高血压、神经衰弱、青光眼、慢性肝炎、肺气肿、溃疡病等，均属主要适应证。

具体练法 准备工作：平坐或自然站式。方向在子、丑、寅、卯、辰、巳的六阳时（半夜11时到次日午前11时），可面向东；午、未、申、酉、戌、亥的六阴时（午前11时到半夜11时），可面向南。做动功叩齿36次，搅海9次，鼓漱十余下后，用意咽送下去。

呼吸方法：稍低头撮口念字音，同时呼气，以吐出相应脏腑有余之气。念字音时，耳不得闻声，闻即气粗，反损脏腑本身之气。念毕呼尽后，稍仰头以鼻徐徐吸进天地之清气，以补脏腑本身之气。吸时耳也不得闻声，闻也气粗，也损脏腑本身之气。

默念次数：如六字通念，每字念6—12次，如单独做某字诀，则可做36次。每天做1—2次。

意念运用：要思想安宁，杂念排除，意念贯注在默念字音及呼吸上。

配合动作：可以配合，也可以不配合。各字音的动作是：嘘字睁开双目，吸气时轻闭合；呵字两手轮流单举托天，吸气时放下；呼字撮口，吸气时口形还原；呬字双手托天，吸气时手放下；吹字双手抱膝，吸气时双手松开；嘻字可侧卧进行（仍平坐或站也可）。

临床应用 六字诀的临床应用，可按具体情况，选用下列治法：

五脏通治法：顺着嘘、呵、呼、呬、吹、嘻的次序，每字各念音6次，呼吸长短相等。这是基本通用法，可用于保健。

见症治脏法：选用与病症相应脏腑的字音，如对肝气、肝火、肝阳的病症念嘘字，可念12—36次，呼长吸短。

寒热分治法：如症状寒热辨症明显的，对热症可念呵字，对寒症可念吹字12—36次，呼长吸短。

去其克我法：按脏腑间五行相克理论，念克本脏之字音。如脾胃病，并见呕吐酸水，这是肝克脾土，为疏泄肝气，要重点默念嘘定12—36次，呼长吸短。

并去我生法：按脏腑间五行相生理论，母子二脏之字音一起念。如肝木能生心火，当见心头亢盛时，并念嘘、呵两字各12—24次，呼长吸短。

四季用字法：春季做嘘字能明目，夏天做呵字能除心火，秋季做呬字能润肺金，冬天做吹字能滋肾水，一年四季常做呼字，有利于脾胃运化。每字做36次，呼吸相等。

注意事项 （1）六字气诀可以单独做，也可以配合

其他静功做。六个字音各别做时，称为嘘字诀、呵字诀、呼字诀、呬字诀等。

(2) 六字气诀是一种以泻实为主的方法，虚症明显者慎用，阳虚自汗者禁用。如见虚实夹杂，或为去邪以扶正时用，要掌握"中病即止"的原则。

(3) 操作过程中，如见虚汗淋漓，头晕心悸时，应即停止，喝些热水，静养片刻。

(4) 如用于保健，可呼气念字音与吸气长短相等，则有平泻平补作用。

昙鸾服气法

借呼吸的粗细调整变换，使人渐入于"类胎息状态"的一种调息法，称昙鸾服气法。初见于《云笈七籤》卷五十九。昙鸾是南北朝时僧人(542—607)。其具体练法是：初宽坐，解松衣带，放纵(放松)肢体，伸两手置膝上，默念"法性平等"(佛教术语，指法体无差异，无改变)，"生死不二，"经半食顷(半顿饭多的时间)，闭目，举舌奉腭，徐徐长吐一息二息(一口、二口)傍人闻气出入声，初粗渐细，十余息后，乃得自闻声，凡觉有痛痒处，便想气从中而出，但觉有异(特殊感觉)；渐渐长吐气，从细至粗，十息后，还复由粗至细，一任自然，绵绵若存，用之不勤，使人渐入于类胎息状态。

止观法

佛教天台宗(又称法华宗)提倡的静功锻炼方法，称止观法。"止"为梵语 Samatha(奢摩他)的意译，"观"为梵语 Vipaśyaña(毗婆舍那)的意译。止即是定(禅定)，观即是慧(宗教理论)。东晋时的僧肇在《维摩诘经》卷五注中说："系心于缘，谓之止；分别深达，谓之观。"所以"止"是使所观察的对象"住心于内"，不分散注意力，扫除妄念，专心一境。因此，又称定意、寂照、明静。"观"是在"止"的基础上，集中观察和思维预定的对象，得出智慧、观点或功德。天台宗的创始人智顗(538—597)特别重视止观法，亲自传有《修习止观坐禅法要》(又称《童蒙止观》、《小止观》)、《六妙法门》(又称《不定止观》)、《摩诃止观》(又称《圆顿止观》)等几部止观法，其主要内容为：

二十五方便　即止观法的全部内容。

(1) 具五缘：持戒清静、衣食具足、得居静处、息诸缘务、近善知识。

(2) 诃五欲：诃色欲、诃声欲、诃香欲、诃味欲、诃触欲。

(3) 弃五盖：弃贪欲盖、弃瞋恚盖、弃睡眠盖、弃悔盖、弃疑盖。

(4) 调五和：调饮食、调睡眠、调身、调息、调心。

(5) 行五法：欲、精进、念、巧慧、一心分明。这二十五种方便，包括练功前的准备工作及进行中的锻炼方法，亦包括日常注意事项。要求能在安静的环境和日常生活中，集中精力，用调身、调息、调心的方法，进行炼功。

调身、调息、调心　是指在止观进行中，同时进行的三个方面的练功方法。

(1) 调身：就是在进行止观时，调整身体。一般采用跏趺坐，通过正脚，解宽衣带，安手、正身、调整头颈、口吐浊气、鼻纳清气、闭口眼，不使身首四肢动摇，达到不宽不急，就是不松垮、不紧张的身调相的要求。

(2) 调息：就是调练呼吸。在止观进行中，如何把呼吸的风相、喘相、气相，调练成出入绵绵，若存若亡的息相。调练的方法有三：下着安心，就是要稳定情绪，安定思想，强调静字；宽放身体，就是要放松身体，避免紧张，强调松字；想气遍毛孔出入，通同无障，就是默想呼吸从周身毛孔出入，达到不涩、不滑，就是不粗浊、不短促，而柔细深长的息调相的要求。

(3) 调心：就是调定心情。在整个止观过程中分为三步：第一步"入定"，就是要调伏乱想，不令越逸，令沉、浮、宽、急得所。可以采用意守鼻端、两目间、脐中，抓紧意念，想气下流等方法，达到不沉不浮的心调相。第二步"住定"，就是在身、气基本调和的基础上，发现有不调的环节都要随时用心意来调整其不适当处。第三步"出定"，就是在锻炼结束时，要根据"出定调身息心方法"进行，不要仓促，在逐渐由静入动，放开意念，开口呼气，微微动身、肩、手、头颈、两足，以手遍摩诸毛孔，摩手后掩两眼等而毕。

止观和观法　止观和观法，是在二十五方便的基础上，在调身、调息、调心的过程中，运用的炼意方法。止是停止，在开始练功时，把一些念头乱想调伏下去。如若不行，则用观法。观就是闭目返观，用分析推理的方法，去克服一些念头，正如《童蒙止观》中所说的："行者初坐禅时心粗乱，故应当修止，以破除之，止若不破，即应修观。"气功锻炼中练意的内容之一，就是如何排除杂念，把意念集中到练功上去，这就需要采取某些相应的措施，止观法就是常用的一项措施。据载止观法也有治病的效用。止观的方法，在《童蒙止观》中列出很多名称，看似分得很细，但缺少具体内容。以下几则是可供参考应用的止观法：

(1) 修止法：①系缘守境止法：方法是系心鼻端、脐间等处。令心不散，如猿著锁。乱想中必有个对象，或是想某事，或是想某物，该事该物即为缘。所以，系缘即指把这种用专心注意的守境办法去止住它。②制心止法：方法是随心所起，即便制止，不令弛散。经用系缘守境止法后，心情比较安宁了，可改用念头的对象入手，看清念头起处，随时制止它。其中要抓住心意活动这个环节。③体真止法：方法是闭目反观自己的身体，而加以细心体会，则忘念止息。体是体会，真是真实。此法是在前两法的基础上，只是对偶而所起的念头用分析的方法，以体会其是否真实，这样知道了念头都是偶然巧合，都是虚妄不

实的,全部丢开,就可自然息止。

(2) 修观法:①空观法:在杂念中所出现的各种事和物,无论是外界或内在的,刻刻都在变化中,没有丝毫实在的、固定的,提起意念,观这空想,即为空观法。②假观法:在杂念中出现的各种事和物,无论是外界的或内在的,没有实质的内容,都是想象的,不要去执着,提起意念,去观这些假相,即为假观法。③中观法:在杂念中出现的各种事和物,无论是外界或内在的,观空时不去执着空,观假时不去执着假,而是空与假的统一。以达到心地纯净,洞然光明,即为中观法。所谓止观法,简要地说,就是念念归一为"止",了了分明为"观"。两者可以交替应用,同时使用,互相促进,不宜截然分割。

止观治病患法 据《童蒙止观》、《摩诃止观》所载,有以下一些:

(1) 用止法治病:安心住在患处,即能治病;常止念足下,莫问行住寝卧,即能治病;若安心在下,四大(指地大、水大、火大、风大四类之病)自然调适,众病可除;脐下一寸(一作二寸半)名忧陀那,此处是丹田,止心守此不散,能治上气胸满、两胁痛、背膂急、肩井痛、心热懊痛、烦不能食、心肿脐下冷、上热下冷、阴阳不和、气嗽等十二种病;心缘两脚之间,可治头痛、眼睛赤疼、唇口热、绕鼻疱子、腹卒痛、两耳聋、颈项强等七种病。

(2) 用观法治病:用吹、呼、嘻、呵、嘘、呬六种息,治五脏所主之病。用十二息,遍治众疾患,如上息治沉重,下息治虚悬,满息治枯脊,焦息治肿满,增长息治羸损,灭坏息治增盛,暖息治冷,冷息治热,冲息治壅塞不通,持息治战动,和息治四大不和,补息治资补四大衰。还可偏用出息,治肿结沉重,身体枯脊,消食不消,腹痛下痢等病;偏用入息,治煎寒壮热,支节皆痛,身体虚悬,肺闷胀急,呕逆气满等病。

六妙法

隋代佛教天台宗创始人智𫖮所强调应用的禅定方法,是六种止观法,称六妙法,又称不定止观。本法共分十类,其中第二类"次第相生六妙法"属古代气功静功的范畴。六妙法原是《安般守意经》中的"六结意",即"数息,相随,止,观,还,净",智𫖮把"六结意"改称为六妙法。它是一种以调心和调息相结合的锻炼方法,对祛除杂念集中意念有帮助。每一法都分为"修"与"证"两个内容。

数 ①修数就是数呼吸,从一到十,又再从头数起,有时还可以从一数到一百,甚至逆数。主要是通过系心在数呼吸上,来祛除杂念。②证数是在修数的基础上,情绪渐渐稳定,从一到十,自然不乱,出入呼吸,已较轻微,这时感到用不着数息了,可以进入修随。

随 ①修随是数息熟纯,心情安静,就用不着数息,而一心依随呼吸出入。②证随是心情既安静不乱,也体会到呼吸长短的状况,又似乎感到呼吸已从遍身出入,这时意境寂然凝静,甚至有睡眠的要求,可以进入修止。

止 ①修止是随息纯熟之后,意念不随呼吸出入,仍能心情安静。②证止是当感到整个身心好象已不存在、处在一种高度入静状态,此时可进入修观。

观 ①修观是在高度安静状态下,细细审视自己的呼吸状态,有好似空中的风,身体好似芭蕉,了无实在的体会。②证观是在高度安静状态下,似乎看出了自己的呼吸出入,已周遍全身毛孔,同时也反观到自己的内脏。

还 ①修还主要是,我们既能用心来观察呼吸,就有能观察的心,能观察到的呼吸状态,所以就应该归于心的意念。②证还是在高度安静状态时,意念的控制能力更加强。

净 ①修净是指不起任何妄想,一心清净,无丝毫杂念。②证净是指心如止水,妄想全无,一尘不起的意境。

无生经导引法

记载在《无生经》上的静功方法,称无生经导引法。

《无生经》原本已佚,其部分内容见于隋代巢元方等所撰的《诸病源候论》卷二十"鬼邪候"下及卷二十五"蛊毒候"下所载的两种气功疗法。一种是意守丹田,同时作深长的腹式呼吸及存想五脏形象,配合按摩动作;另一种是存想具有巨大威力的自然现象(雷电)"进入"腹内。均治疗神志失常(邪鬼)及蛊毒,也泛治各种疾病(治百病)。具体方法如下:

(1) 正身仰卧,闭目安静,"内视"丹田,从鼻孔徐徐吸入空气,使腹部非常充盈,然后徐徐从口腔吐出空气。呼吸要匀缓,不可有声音。接着作"内视"五脏的存想,即存想五脏的形象及特有的色泽:心赤、肝青、脾黄、肺白、肾黑。然后,单独作"内视"胃腑的存想:胃中鲜明洁白,有如丝绢织成。锻炼至汗出为止,用粉扑全身,兼以手掌作广泛按摩。如感疲倦,但未汗出,也可相应停止锻炼。次日再如法进行。

(2) 存想空中有巨大的闪电及隆隆的雷声,"走入"自己的腹中。坚持作这种存想锻炼,疾病自可消除。

禅观法

一种动静结合,先动后静,以存想为主的练功方法,称禅视法。初见于唐代孙思邈的《备急千金要方·养性》。练功方法为每早夕,面向午(南方)。展两手于脚膝上,徐徐按捺肢节,口吐浊气,鼻引清气。良久,乃徐徐以手左托、右托、上托、下托、前托、后托,瞋目、张口、叩齿、摩眼,押头、拔耳、挽发、放腰,咳嗽,发阳振动。双作单作,反手为之,然后掣足仰振,数八十、九十而止。仰下,徐徐定心,接着作禅观之法。闭目存思,想见空中太和元气,如紫云成盖,五色分明,下入毛际(头发),渐渐入顶,如雨初晴,云入山,透皮入肉,至骨至脑,渐渐下入腹中,四肢五

脏皆受其润，如水渗入地若彻，则觉腹中有声汩汩然。意专思存，不得外缘。斯须即觉元气达于气海，须臾则自达于涌泉，则觉身体振动，两脚卷曲。亦令床坐有声拉拉然，则名一通。一通二通，乃至日别得三通五通，则身体悦怿，面色光辉，鬓毛润泽，耳目精明，令人食美，气力强健。

禅定

佛教气功术语"禅定"，为禅与定的合称。见《大乘义章》。禅，意为静虑、思惟修等，指在寂静的心态下思虑。定，即三昧，指各种修炼方法所达到的各种深浅不等的寂定心境。禅定合称，是中国汉代佛教界普遍使用的对佛教各种瑜珈的通称。佛教在修习禅定过程中，一些调身、调息、调心的静坐方法，与气功的某些锻炼方法十分相似。故佛家禅定有强健身体，却病延年的作用。有人称禅定为佛家气功。佛典中禅定内容十分丰富，如"止观法"、"六妙法"、"四禅八定"、"密宗禅观"等等。中唐禅宗盛行，以"禅"命宗，进一步扩大了禅定的观念，重在"修心"、"见性"，而不再限于静坐凝心专注观境的形式。认为"外于境界上念不起为坐，见本性不乱为禅"，以此住行坐卧皆是坐禅。因而出现诗、书、画、茶僧等学问僧，他们内息杂念，外摒攀缘，专注于某一学问，也多能登仁寿之域。此"禅"修是一种心理锻炼方法，有助于人们"制心一处"，物我两忘，排除各种不良因素干扰，保持良好心理状态，进而促进身体健康。

黄帝内视法

托名黄帝，以"摄目收心"和"行气"为目的，以"存想"为手段的一种静功锻炼功法，称黄帝内视法。初见于《备急千金要方·养性》。本法分两式进行：①在平时常不断地闭目存想思念，令见五脏如悬磬（古乐器），五色了了分明。②早起，面午（面向南方）而坐，两手置膝上，以鼻深吸气下至丹田，次撮口细微吐之，使人多出少；同时专意存想太和之气，入头顶中，渐次下降，达于涌泉，使元气充盛。本法与"禅观法"条有相似之处，然较简单易行，是其优点；但不及"禅观法"之深透，宜互相参照。

彭祖导引法

托名彭祖，用以治病的一套以静功为主的锻炼方法，称彭祖导引法。初见于宋代《云笈七籤》卷三十六。关于彭祖的传说不一，有云寿高八百载，有云为夏时人，至殷代任大夫时已七百岁，但不见正史，全不可信。惟本法所列的治病效果，值得研究。其具体锻炼方法是：①子每夜半至鸡鸣时间内，松解衣带，伸腰，瞑目少时，五息止。引肾气，去消渴，利阴阳。②挽两脚趾，五息止。引腹中气，去疝瘕，利九窍。③仰两脚趾，五息止。引腰脊痹，偏枯，令人耳聪。④两脚相向，五息止。引心肺，去咳逆上气。⑤踵内相向，五息止。除五络之气，利肠胃，去邪气。⑥掩左胫，屈右膝内压之，五息止。引肺气，去风虚，令人目明。⑦张两脚脚趾，五息止。令人不转筋。⑧仰卧，两手挽膝置心上，五息止。愈腰痛。⑨外转两足，十通止。治诸痨。⑩解发东向坐，握固，不息一通，举手左右导引，以手掩两耳，以指掐两脉边五通。令人目明，发黑不白，治头风。

墨子行气法

是托名墨子而以引动内气运行，并为"布气"打下基础的一种行气法。初见于宋《云笈七籤》卷五十九。其具体方法是：正仰卧，握固，叩齿，漱口咽津，缩鼻徐徐纳气，将极满，以口徐徐吐之，吐后一咽，又复鼻纳气，口吐之；凡纳气，则气上升，吐气则气下降，待有气行周身感觉后，可于上半月内行功时，用意念令气从手十指出，下半月行功时，用意念令气从脚十趾出。引之既久，则能自觉气从手足十指通。

幻真服内元气诀

由幻真先生编订的，以呼吸锻炼为主的静功锻炼方法，称幻真服内元气诀。据本法幻真自序中称他曾"执气守真"30余年，于天宝（742—756）中遇罗浮真人王公，授以吐纳等法，则幻真当为唐中期时人。但他的生卒年代及活动事迹不详。此内元气诀，初收录在《云笈七籤》中。明代《道藏·嵩山太无先生气经》中的内容，与此基本相同。幻真还曾为《胎息经》作注。本服内元气诀中一至五的进取诀、淘气诀、调气诀、咽气诀、行气诀，是一套功法的五个过程。六至十一的炼气诀、委气诀、闭气诀、布气诀、六气诀、调气液诀，是独立的功法。十二至十四的饮食调护诀、休粮诀、慎守诀是分述与服气有关的三个问题。十五的服气胎息诀，是几种功法的汇述。具体方法为：

进取诀　凡欲服气，择高燥净空之处，室不在宽，务在绝风，床须厚软，脚令稍高，衾被适寒温，冬令稍暖尤佳。枕高三寸余，令与背平。每至半夜后，或清晨睡醒之初；其他时间，只要天气调和，空腹时均可为之。先呼出腹中浊恶之气，做九次止。再闭目叩齿三十六通，以集心神，以手指捏两目内外眦，兼按鼻，左右旋耳及摩面目。以舌拄上腭，搅口中内外，候津液满口则咽之，令下入胃，如此三次，是谓漱咽。然后定心安神，排除杂念，内视返听，接做淘气诀。进行以后各诀也都要闭目握固，临收功之时，则展指。

淘（一作转）气诀　闭目握固，仰卧，倚两拳于乳间，竖两膝，举背及尻间（尾闾上部）。闭气鼓气海中气，使自

内向外，轮而转之，呵而出之。一九或二九止。然后做调气诀。

调气诀 鼻纳气，口吐气，吐纳之际，不使日耳闻之，或五、或七至九，使气平和。然后做咽气诀。

咽气诀 每咽气及吐纳，则内气与外气相应，所以气海中气，随吐而上至喉中，待吐极之际则闭口，鼓漱而咽之，使口津汩汩然有声。然后，男左女右，以意送下，以手摩之，令速入气海。气海在脐下三寸，亦称之下丹田。一闭口三连咽止。初做的人，以一咽为候。

行气诀 下丹田通督脉，上达泥丸，每连咽三口气，即速存下丹田，所得内元气，以意送之，因想见两条白炁，夹脊双引，直入泥丸，熏蒸诸宫，遍下毛发、面部、头项、两臂及两手指，而下胸入中丹田，再入下丹田，经腿、膝、胫、踝，下达涌泉，涌泉即足心也。此时想身中浊恶结滞，邪气瘀血，被正气荡涤，皆从手足指端出去，谓之散气(此时展指)。如此一度，则是一通，通则无疾。

炼气诀 入室，宽衣散发，仰卧展手勿握固，梳头令通，垂席上布之。调气咽之，咽讫便闭气候极，乃冥心绝想，任气之通理，闷即吐之，喘息即调之，候气平又炼之。如此十遍即止，渐加至二十至五十，即令遍身汗出，是其效也。安心和气，且卧勿起冲风。

委气诀 当心平气和身神调畅，无问行住坐卧，皆可为之。或依门户，或身卧于床，或兀然而坐，心神安静，寂寂沉沉，使心同太空。闭气、或十气、二十气。须任气不得与意相争，良久，感气从百毛孔中出。勤行之，百关开通，颜色光泽，神爽气清，如新沐浴之人。

闭气诀 忽有修养乖宜，偶生疾患。宜速于密室，调气咽之，念所苦之处，闭气以意想注之，以意攻之。气极则吐之，讫复咽气，依前法攻之。气急则止，气调复攻之，或二十至五十攻，觉所苦之处汗出通润即止。病在头面手足，但有疾处则攻之，效果好。

布气诀 凡欲布气与人疗病，先须依前人五藏所患之处，取方面之气，布人前人身中，令病者面其本方，息心静虑，始与布气。布气讫，便令咽气，可使邪气永绝。

六气诀 六气是指嘘、呵、呬、吹、呼、嘻气，五气各属一藏，余一气属三焦。呬属肺，肺主鼻，鼻有寒热不和及劳极，依呬吐纳，兼理皮肤疮疥。呵属心，心主舌，口干舌涩气不通及诸邪气，呵以去之，大热大开口呵，小热小开口呵。呼属脾，脾主中宫，如微热不和，腹胃胀满，气闷不泄，以呼字气理之。嘘属肝，肝连目，肝盛则目赤有疾，以嘘气理之。吹属肾，肾主耳，腰肚冷，阳道衰，以吹气理之。嘻属三焦，三焦不和，嘻以理之。

调气液诀 凡口中乾苦，舌涩频热，频咽无津，或咽唾喉中痛不能食，是热极状也，即须大张口呵之，十呵二十呵，即鸣鼓，或七或九，以舌搅华池而咽津，令热气退。但候口中清水甘泉生，即是热退五藏凉也。若口中津液冷淡无味，或呵多而心头汪汪然，食欲无味，则是冷状也，即当吹以温之。

饮食调护诀 当服气后，注意食有益之物，不食有损之物。每食先咽气二五口，食中吞生椒三五粒，食毕更吞三粒。并呵出门中食毒浊气。

休粮诀 是指勤修此内气诀3年后，在正气疏通，髓实骨满的情况下，渐次不欲闻五味之气，常思不食，欲绝粮则绝粮，但觉腹空即咽气。

慎守诀 是指服气后更要戒绝色欲，要爱精重气，以保身心。

服气胎息诀 本诀包括以下功法：

(1) 叩齿三十六通，右转头一匝，如龟引颈，其胎息上至咽喉即咽之。如此三遍方闭口，以舌内外摩搅，取津满口鼓漱，昂头咽之，以上补泥丸。

(2) 在身所有疾苦，想送气至所苦处，即愈。

(3) 每夜半及五更，展两脚，握固展手去身五寸，其枕不得过二寸，闭目，依前法咽之。

(4) 早起，伸两脚，喘息匀，以两手叉脑后，手前拽，头向后拽顿，如此三遍毕，两手相叉，向前拽，前拽二三十遍，左右掣二三十遍，咽津二十遍。如觉四体不和，即仍舌漱液二三十遍，咽津以却疾。

治万病坐功诀

是一套以静功为主的锻炼方法。原名"王子乔八神导引法"，简称"王子乔导引法"，为太清导引养生经的一部分，并收录在《云笈七籤》中。在《遵生八笺》中改称为"治万病坐功诀"。王子乔系被假托的神仙人物，据元代赵道一编的《历世真仙体道通鉴》所载，有三人：王乔字子晋，或名晋，字子乔，周灵王(公元前571—545年在位)太子；王乔又名王子乔，东汉明帝时为尚书郎，后出为叶县令；另一王乔，年代不详。这套坐功法，分为两个部分，一部分属总诀性质；一部分属分诀性质，计三十四条。这三十四条，是以鼻纳气的闭息为主，方法不复杂，但效果有待考核，仅供参考。

总诀 枕高四寸，两足相去各五寸，距身各三寸，宽衣披发，正仰卧，勿有所念，定意。病在喉中、胸中者，枕高七寸；病在心下者，枕高四寸；病在脐下者，去枕。呼吸之往来，勿令耳闻，要轻柔，逐渐使之深长。虚者补之，实者泻之。以口出气，鼻纳气者，名曰补；闭口温气咽之者，名曰泻。诸欲导引，虚者闭目，实者开目。闭气治诸病法，欲引头病者，仰头；欲引腰脚病者，仰足十趾；欲引胸中病者，卷足十趾；欲引去腹中寒热，诸所不快者，皆闭气。

分诀 ①平坐，伸腰脚两臂，展手据地，口徐吐气，以鼻纳之，闭目行。除胸中、肺部之痛。②端坐，伸腰，以鼻纳气闭之，闭目，自前后摇头，各三十。除头虚空旋转之疾。③左侧卧，以口吐气，以鼻纳之。除积聚、心下不快之症。④端坐伸腰，徐以鼻纳气，以右手持鼻，以汗为度。除目昏泪若出，去鼻中息肉、耳聋之疾。⑤正仰卧，以口

徐出气，以鼻纳之。除里急、食饱。⑥右侧卧，以鼻纳气，以口小吐气，数至十，两手相摩热以摩腹，七息止，令其气下出之。除两胁、皮肤痛闷。⑦端坐伸腰，直上展两臂，仰两手掌，以鼻纳气闭之，闭气七息，除胁下积聚之疾。⑧覆卧去枕，竖立两足，以鼻纳气四，复以鼻出之四，极令微，气出人鼻中，勿令鼻知。除身中热及背痛之疾。⑨端坐伸腰，举左手仰其掌，右手同。除两臂及背痛之疾，气结积聚之病。⑩端坐，以两手相叉抱膝，闭气，鼓腹二七或三七，气满即吐，候气通畅者为度。行之十年，老有少容。⑪端坐伸腰，左右倾侧，闭目，以鼻纳气，闭气七息止。除头风。⑫端坐伸腰，以鼻纳气，数十为度。除腹中满饮食饱。若快则止，未便者复为之，若腹中有寒气亦行之。⑬端坐，使两手如张弓势，满射。可治胸中烦闷，四肢背部紧急。时常为之佳。⑭端坐伸腰，举右手仰掌，以左手按左胁，以鼻纳气闭气七息。除胃寒。⑮端坐伸腰，举左手仰掌，以右手按右胁，以鼻纳气，闭气七息。除瘀血结气等。⑯踞两手，仰头，以鼻纳气，然后咽之，数十止。除热身中伤死肌肉等。⑰正仰卧，展足臂，以鼻纳气，闭气七息，摇足三十而止。除胸足中寒，周身痹厥逆嗽。⑱仰卧屈膝，令两膝头内向相对，手翻两足，伸腰，以鼻纳气，闭气七息。除痹疼热痛，两腿不随。⑲平坐，两手抱头，宛转上下，名为开胁。除身体昏沉不通畅者。⑳踞坐，伸右脚，两手抱左膝，伸腰，以鼻纳气，闭气七息。除难屈伸，及拜起腿中痛瘀痹等病。㉑踞坐，伸左足，两手抱右膝，伸腰，以鼻纳气，闭气七息，展左足着外。除难屈伸，及拜起腿中疼。㉒正仰卧，直两足，两手捻阴囊所在，令赤如油囊裹丹。除阴下湿，小便难倾，小腹重不便。若腹中热，但口出气，鼻纳之，数十止；若腹中不热者，行七息，以温气咽之十止。㉓踞坐，两手抱两膝头，以鼻纳气，闭气七息。除腰背痛。㉔覆卧，傍视两踵，伸腰，以鼻纳气，闭气七息。除脚中弦痛转筋及脚酸痛。㉕原缺。㉖仰卧，展两腿，两手，两踵相向，亦鼻纳气，闭气七息。除死肌不仁及足腿寒。㉗仰卧，两手、两腿傍两足踵，以鼻纳气，闭气七息。除胃中有食不消若呕。㉘踞坐，伸腰，以两手引两踵，以鼻纳气，闭气七息。除身痹呕逆之疾。㉙仰卧，展两手两脚，仰足趾，以鼻纳气，闭气七息。除腹中弦急切痛。㉚仰卧，以左足踵压右足踇趾，以鼻纳气，闭气七息。除厥疾。㉛仰卧，以右足踵压左足踇趾，以鼻纳气，闭气七息。除周身痹。㉜病若在左，端坐伸腰，开右目，以鼻徐纳气，极而吐之，数十止。㉝病在心下若积聚，端坐伸腰，向日仰头，徐以鼻纳气，因而咽之，三十而止，开目而作。㉞病若在右，端坐伸腰，开左目，以鼻徐纳气而咽之，数十止。

李奉时服气法

是李奉时编订的静功调息方法，收载在《云笈七籤》中。《云笈七籤》中还收有《太无先生服气法》。据宋代郑樵《通志·艺文略·道家书目》中有《太无先生气经》李奉时撰的记载，两者恐系一书。再查《太无先生服气法》中提及作者练功30余载后，于大历(766—779)中得遇老师王公，所以李奉时当是唐代人，但此说与幻真先生之说，除年代延后20年外，余全同，故尚待查考。李奉时服气法的特点是以闭气为主，练法为：首先须闭目专意，握固。初欲服气者，先安神气，然后为之。先须导引，令四体舒缓然，卧式服气勿用枕，舒手足安定。每欲服气，如婴儿吮乳，气息似闭，即咽之依前，吮咽大闷，即放气口出。令口出甚须微细，每咽使心送之脐下，有病亦使心送至病处。如病重气甚闷，频懑，上至极，仍便握固，一气气行声，从耳中出即得深矣。无问早晚，晴明阴晦，须服即服，大都得晴明时服大精。每日五更、午时服。服了须摄炼，兼以手按之，勿令心服下硬。十年服之，五日不服，即无益。

王说山人服气法

是结合意引、存想以进行锻炼的一种"食气"方法。初见于宋代《云笈七籤》卷五十九。王说山人为何许人，无从确考。本法的特点是不拘时节，不用闭气（王氏认为闭气不得法，最易引起疾病），上食新气，下泄旧气，并用意识以引气却病，对一些肝阳上亢、积气横逆、消化不良、大便秘结等疾病，有一定作用。其具体练法是：①不拘时节，但觉饥时，即行咽气纳新，不用闭气，不求饱满。②新气上来，则旧气（浊气）下泄，当任其自出，不得抑秘。③饭后如觉胀闷，可一咽二咽压之以助消化。④若于咽气后，觉腹中小有不适，可行气作"小导引"，或卧于床，东转西翻，并以意驱逐之使下。⑤若有疾在上，用意驱逐之向下；若有疾在四肢及左右侧，并以意驱逐之使外出。

张果服气法

是一种锻炼闭气的静功功法。张果系唐代人，按《新唐书·方技传》载："张果者，晦乡里世系以自神，隐中条山，往来汾、晋间，世传数百岁人。武后时，遣使招之，即死。后人复见居恒州山中"。唐玄宗时擢他为银青光禄大夫，号"通玄先生"。张果服气法，现见于《云笈七籤》中。此法系单纯的闭气，不适宜于初练功者，所说次数，也宜循序渐进。服气方法是：每日常仰卧，摄心除杂念，闭气握固，鼻引口吐，无令耳闻，唯是细微，满即闭，使足心汗出，一至二，数至百以上。闭极，微引少气，还闭。热呵冷吹，能至一二千，即不用粮食。

延陵君炼气法

是一种以"闭气"为主的练功方法。有行气通关，开发腠理的功效，初见于宋代《云笈七籤》卷六十一。延陵

君的身世不详。其具体练法是：取静室处，散发，宽衣，覆被，正身仰卧，展脚及手于席上，勿握固。待全身安排舒适后，即便调气，候气得所（候气和调）咽之，使闭气令闷；又冥心无思，任气所之（去）；如觉气闷，即开口吐之，如出现气急喘息，待调气后再做。再吸，再吐，再闭，再吐，行五六次。逐步增加至四十、五十次，不必定限。如服气法渐成，关节通，毛孔开。也有炼到二十、三十，即觉遍身润或汗出，如得此状，即是功效，可着衣徐徐行步收功。

服日月光芒法

是一种存想的静功功法，即意想服食日月光芒。首见于南北朝时梁代陶弘景编录的《真诰·协昌期第三》中，说是大方诸宫青童所传。所以在《云笈七籤》中就称为"大方诸宫服日月光芒法"。认为练本法能辟外邪，除疾。练功方法：

（1）服日光法：存想心中有太阳如铜钱大，赤色有光芒，从心中上出喉至齿间，光芒又回还胃中。如此良久，存想心中、胃中赤色光芒分明，乃呼气，漱津咽液 39 次止。每在日出时、早食前后、日中时 3 次为之。

（2）服月芒法：存想月光芒如白色，从脑中下入喉，上至齿，而咽入胃。在一日至十五日前（指农历）可服，十五日以后不服，因月减光芒，宜停。也可以存想日在心，月在泥丸中，白天服日光，夜间服月芒。

华山十二睡功诀

是一套采取侧卧姿势为主，进行静功锻炼的方法。编订者不明，可能与陈抟有关。陈抟字图南，自号扶摇子，赐号希夷先生，五代、宋初人，他晚年居华山，并传有左右睡功图。在《寿命论》中，他曾提到"倦时侧卧，双腿须自然，一手如复地，一手如托天"等等。这套功法分两部分，第一部分为侧卧练功过程，及一些理论，在明代赵台鼎的《脉望》中称此为"五龙蛰法"；第二部分为十二句睡功诀，无具体功法内容。本条以《赤风髓》所载为主，对第一部分的功法简述于下；第二部分只列十二睡功诀，图从略。

习睡功者，不拘日间夜静，或一阳来复之时，先端身正坐，叩齿三十六通。然后松宽衣带侧卧，闭目垂帘，舌抵上腭。并膝，收一足。十指如钩，一手掐子诀（握固，拇指尖掐无名指第一节横纹）掩生门（脐部），一手握剑诀（又称剑指，食指和中指伸直并拢，无名指和小指屈向手心，拇指压在这两指指甲上），曲肱而枕之。眼对鼻，鼻对生门，合齿，心目内视。要如鹿之运督，鹤之养胎，龟之喘息。要能虚静自心，勿为一毫念虑所扰，绵绵呼吸，默默行持。睡功毕，起时摩心胸部与揩眼，则心身舒畅。平时的行住坐卧，也要聚气凝神。神住则气住，气住则精住，精住则形固。神住无思念，气住无呼吸，精住无淫欲。然后，三元（精、气、神）归一，八脉（奇经八脉）还源，七宝（耳、目、口、鼻七孔）无漏，生化为育，始得长生久视。要心常虚明，神常澄湛。否则心动神疲，神去则气散，气散则精耗，精耗则形枯，形枯则死。

十二睡功诀：①毛玄汉降龙伏虎：心中元炁谓之龙，身中元精谓之虎，性定龙归水，情忘虎隐山，二家和合了，名姓列仙班。②瞿上辅炼魂魄：砂中取汞为之魂，水里掏金为之魄，天以日为魂，地以月为魄，日中寻兔髓，月内取乌血。③麻衣真人和调真炁：调和真炁五朝元，心息相依念不偏，两物长居于戊己，虎龙盘结大丹圆。④胡东邻运化阴阳：法天象地谓之体，负阴抱阳谓之用，天地为立基，阴阳运化机，这个掠子料得几人知。⑤杜胜真阴阳复姤：阴极阳生为之复，阳极阴生为之姤，阴极阳来复，阳终姤又侵，学人明火候，撅地见天真。⑥王龙图静养火候：静中阳动为之火，地下雷轰为之候，火本生于水，候乃阳来复，雷震撼天根，巽风观月窟。⑦康南岩守炉鼎：乾宫真阳谓之鼎，坤宫真土谓之炉，鼎在乾宫铸，炉因坤土包，身心端正后，炉鼎自坚牢。⑧张怡堂炼成灵宝：万神不散为之灵，一念常存为之宝，自存身中宝，施之便有灵，诚能含蓄得，放出大光明。⑨张玄玄牢拴猿马：揩摩心地为之沐，洗涤尘垢为之浴，要得狂猿伏，先将劣马擒，纤毫尘不染，神气合乎心。⑩彭懒翁收放丹枢：人希夷之门为之收，出离迷境为之放，亘古灵童子，神功妙莫量，放之弥法界，收则黍珠藏。⑪谭自然廓然灵通：悟本知源为之灵，廓然无碍为之通，识破娘生面，都是佛与仙，廓然无不碍，任取海成田。⑫喻一阳出离生死：出离生死为之了，得道飞升为之当，打破鸿濛窍，方知象帝先，只斯为了当，如是大罗仙。

因是子静坐法

是近人蒋维乔编写的书名及编订的一套以小周天为主的静坐功法。蒋维乔（1873—1958）字竹庄，号因是子，江苏武进人。他编写的有关静坐法的书有《因是子静坐法》，初版于 1914 年，1918 年出版续编。中华人民共和国成立后又出版《中国的呼吸习静养生法》、《因是子静坐法卫生实验谈》、《世间禅》等书。在当时对静坐法的推广，起过一定的作用。按蒋氏本人所述，他自幼多病，青年时患肺病，于是从《医方集解》所附的《勿药元铨》中学练了小周天方法；中年以后改练天台宗的止观法，再后修炼密宗中的藏密。本条所说的因是子静坐法，仅指蒋氏开始阶段以小周天为主的功法。

调身 端正身体的姿势。

（1）坐前调身：静坐的人，平时的行住进退，必须安详，不可有粗暴举动。举动若粗，则气也随之而粗，心意轻浮，则难于入静，所以在坐前应预先把它调和。

（2）坐时调身：坐在床或凳子上，解衣宽带，或单盘，或双盘，亦可自然盘坐。把右掌的背，叠在左手掌心上

面，贴近小腹，轻放在腿上。然后，把身体左右摇动七八次，就端正其身，脊骨勿挺勿曲。头颈也要端正，令鼻与脐的垂直线相对，不低不昂。开口以吐腹中秽气，吐毕舌抵上腭，由口鼻徐徐吸入清气三至七次，于是闭口，唇齿相着，舌仍抵上腭。再轻闭两眼，正身端坐。若坐久微觉身体有俯仰斜曲，应随时轻轻矫正。

(3) 坐后调身：坐毕以后，应开口吐气十数次，令身中热气外散，然后慢慢摇动身体，再动肩胛及头颈，再慢慢舒放两手两脚；再以两大指背互相摩擦生热以后，擦两眼皮，然后闭眼，再擦鼻部两侧，再以两手掌相搓令热，擦两耳轮，再周遍抚摩头部以及胸、腹、手臂、足腿，至足心止。而后方可随意动作。

调息　调整呼吸。

(1) 坐前调息：在平常的时候，应该注意鼻息出入，不可粗浅，宜以意从喉胸渐达腹部。

(2) 坐时调息：在入坐时，息不调和，心就不定，所以必使呼吸极缓极轻，长短均匀。也可用数息法，或数出息，或数入息，从第一息数起，若未数至十，心想他事，以至中断，就再从第一息数起，反覆练习，久久纯熟，自然息息调和。

(3) 坐后调息：坐毕时开口吐气，待体中温热低减，回复平常状态后，方可随意动作。

调心　调伏妄心。

(1) 坐前调心：平时一言一行，总须把心意放在腔子里，勿令驰散，久久自然容易调伏。

(2) 坐时调心：在入坐时，每有两种景象：一是心中散乱，杂念较多；二是心中昏沉，容易瞌睡。大凡初学坐的人，每患散乱。练习稍久，妄念减少，就容易昏沉。治散乱的病，应当放下一切，不去睬它，专心一念，意想小腹中间，自然能够徐徐安定。治昏沉的病，可提起意念，注意鼻端，使精神振作。也可用数息法，使心息相依，则散乱与昏沉都可避免。

(3) 坐后调心：坐毕以后，也要随时留意，勿再胡思乱想。

周天　练功至相当程度时，丹田发热如沸汤，或有微动，也有剧烈震动，可有一股热气冲击尾闾。通尾闾关后，即上夹脊关。两关通后，要有耐心，用功不间断，才能冲开玉枕关。这样一股热气从后上转，盘旋头顶，由颜面至鼻口，分两路而下，至喉咙会合，由胸至下丹田。如此则每入坐，这股气就前后流转。从尾闾至上唇，谓之督脉，从下唇到会阴，谓之任脉。在母胎时任脉、督脉是通的，一出母胎，"上断于口，下断于肛门"，通过练功可使返还到胎儿时的两脉相通。除此以外，还有围腰的带脉，练功到一定程度时，它会依围腰的带脉而旋转，如左转三十六，右转亦三十六，很有规律。还有冲脉、阴蹻、阳蹻、阴维、阳维合为奇经八脉。这八脉平常人"闭而不通"，只有练功的人能打通之，待八脉全通，全身气血流行无滞，身体健康。

以上调身、调息、调心三法，实际系同时并用，为便于文字记述，乃作如上三节分别叙述。进行本功法锻炼，要配合一定的动功操作，要注意循序渐进，避免追求，并掌握好可能出现的外动现象。

修内丹法秘诀

是一套在胎息基础上，加以引导，"还精补脑"的静功功法。见之于唐代宋间人所撰的《上洞心丹经诀》。由于唐人撰的《通幽诀》中说："气能存生，内丹也。"宋代吴悮《指归集·序》中说："内丹之说，不过心肾交会，精气搬运，存神闭息，吐故纳新……。"据上说，本法正是以胎息为主，但已提出三关之说，所以是一种早期的内丹术周天法。其具体练法是：或盘膝，或舒足，或坐，或立，或卧均可。但卧不可入睡，睡熟则气散。当以子时至午时毕，不可以午时至子时。盖子至午谓之六阳，其气生；午至子谓之六阴，其气死，无益于人。①运胎息：抱素凝妙，闭鼻合眼，口不嘘吸，如在胞胎中。初学者，鼻口引气而闭之，以心计，数120次，方以口吐气。出引气而皆不可令耳闻其气出入之声，常令入多出少。以鸿毛着鼻上吐气，鸿毛不动为法。渐学增其计息之数，久则至千数，行此法可以延年却老。行此法过程中，不可多食生菜肥鲜之物，令人气强，难以闭禁；不可忿怒，忿怒则气乱。然后运精气自尾闾、夹脊入脑。尾闾穴在第十九节，夹脊穴在第十二节下。②补脑法：其初当偃头向后，紧闭大椎穴第三节，不令气过。先紧闭夹脊不令气过。大椎穴名上关，夹脊穴名中关。后渐渐一起直入脑满。脑满之后，丹自玄膺而下，其味甘，其气香，至此则内丹成矣。久则有征验，或身如坐甑中，热不可胜，稍息，或四肢身体内外，冷如寒水，然后和焉。这样精合神，神合气，气合真。混合成丹，百日丹成。

苏东坡养生诀

为北宋苏轼(东坡)所编订，是一套以闭目内视，纳心丹田，调息漱津为主的静功锻炼方法。此法苏东坡实践后，认为"其效初不甚觉，但积累百余日，功用不可量，比之服药，其效百倍"；"右其法至简易，惟在常久不废，即有深功，且试行二十日，精神自已不同，觉脐下实热，腰脚轻快，面目有光，久久不已"。为此，他在信中向张安道作了介绍，故也称"上张安道养生诀"。此养生诀见《苏沈良方》卷六。

每日以子时后，披衣坐(只床上拥被坐亦得)，面东或南，盘足坐。叩齿三十六通，握固，闭息(闭目静虑，扫灭妄想，诸念不起，自觉出入息调匀微细，即闭口并鼻，不令气出也)；内视五脏：肺白、肝青、脾黄、心赤、肾黑(当便求五脏图、烟罗子之类，常挂壁上，使心中熟议五脏六腑之形状)；次想心为炎火，光明洞彻，入下丹田中(丹田在脐

下)。待腹满气极,则徐出气(不得令耳闻声)。候出息匀调,即以舌搅唇齿内外,漱炼津液(漱炼良久,自然甘美,此是真气),未得咽下;复作前法,闭息内视,纳心丹田,调息漱津,皆依前法。如此者三,津液满口,即低头咽下,以气运送下丹田中,须用意精猛,令津与气谷谷然有声,径入丹田。又依前法为之,凡九闭息、三咽津而止。然后以左手热摩两脚心(涌泉穴),及脐下腰脊间,皆令热彻(徐徐摩之,微汗出不妨,不可喘);次以两手摩熨眼面耳项,皆令极热,乃按捏鼻梁左右五七下,梳头百余梳,散发卧,熟寝至天明。

存想五气防疫法

是以存想为手段从而发挥脑的功能,调动人体正气以抵抗疫邪,避免传染的一种功法。初见于《素问·刺法论》。其法是在准备入疫室前,先想白心如日,红光四射,以加强人体阳气,及靠近疫室时,则先想青气自肝而出,左行于东,化作林木;次想白气自肺而出,右行于西,化作戈甲;又想赤气自心而出,南行于上,化作焰明;又再想黑气自肾而出,北行于下,化作水;最后想黄气自脾而出,存于中央,化作土。这样调动五脏之气以护身。毕,乃存想头上如北斗星之煌煌,使"气出于脑",则邪不能干而可入疫室了。此法虽似玄奥,但它是以正气作为物质基础的,可能有一定参考价值。

长生一十六字诀

是通过吸气后气沉丹田,用意提引的静功锻炼方法。初见于明初冷谦的《修龄要旨》中。本诀共一十六字:一吸便提,气气归脐;一提便咽,水火相见。有署作者为"李真人"者,又称此诀为十六锭金或秤金诀,这是形容其法功效好、价值高。《修龄要旨》及《类经》中说:此法的特点是至简至易,略得空暇,及行住坐卧,意一到处,便可行之。久久行之,能耳目聪明,心力强记,宿疾俱瘳而却病延年,绝感冒痞积,逆滞不和等症。具体做法为:口中先须漱津三、五次,舌搅上下腭,仍以舌抵上腭,满口津生,连津咽下,汩然有声。随于鼻中吸清气一口,以意会及心目,寂地直送至腹脐下一寸三分丹田气海之中,略存一存,谓之一吸。随用下部轻轻如忍便状,以意力提起使气归脐,连及夹脊双关、肾门,一路提上,直至后项玉枕关,透入泥丸顶内,其升而上之,亦不觉气之上出,谓之一呼。一呼一吸,谓之一息。气既上升,随又似前,汩然有声,咽下,鼻吸清气,送至丹田,稍存一存。又自下部如前轻轻提上,与脐相接,所谓气气归脐。凡咽下,口中有液愈妙,无液亦要汩然有声。咽之如是,一咽一提,或三、五口,或七、九口,或十二,或十四口,要行即行,要止即止,只要不忘作为正事,不使间断,就能精进。

太清调气法

通过吐纳以引动"内气"运行,增强生理功能的一种静功锻炼方法,称太清调气法。初见于明代《道藏·太清调气经》中。《太清调气经》系何人所作、无从确考,其"太清"二字,乃系尊称托名。本法虽似简单,但能持之以恒,久久炼之,确可起到通关节,开腠理的良好作用。其具体炼法是:在闲暇时,取静室无人处,散发,宽衣,覆被,正身仰卧,舒展两手,即行调气,以鼻吸气,以口吐气,凡吸后觉闷即吐气,勿使喘急。初行调气时,10次可止,不可过多,以后可逐渐增至四五十次或更多,以见关节通,毛孔开,遍身润汗出为度。得汗后,将息良久,乃起床于无风处徐徐散步。本法与《云笈七籤》所载"项子食气法"相似,都要求清静安和自然,行吐纳以畅通内气。但本法不拘时间,不需握固,有便即可锻炼。而"项子食气法"则要求在夜半至日中这段时间所谓"生气时"进行锻炼,并须于安身卧好后,屈曲手指握固,以加强内气运行,此二者可互参。

京黑行炁法

是结合"微息"和"存想"的静功锻炼方法。初见于明代《道藏·神仙食炁金匮妙录》中。京黑先生生平不详。这个功法的特点是"以静致动"和"外静内动"。它有治病作用,对阴虚病人,尤为相宜。其具体练法是:正仰卧,握固,两足间相去四五寸,两臂间相距亦四五寸,以安稳其身,凝其神志;次以鼻吸气,以口吐气,微而引之。如此微息360次,使气和顺,五脏安泰;再存想自己衣被皆去,骨节皆解,久则自觉云行体中,经营周身,濡养形体,浇灌皮肤,五脏六腑,皆悉充满,旧疾尽散。

修真旨要服气法

一种强调虚其心,空其腹,闭口齿,鼓腮腹并分辨寒热以行吞津咽气的练功方法,称修真旨要服气法。《修真旨要》全称为《正一法文修真旨要》,其作者及年代不详。它在诸服气法中,自有其特点,兹撷其功法要点综述如下:

(1) 不拘时节及行住坐卧,亦不论日服几度,但觉腹空即可施行。

(2) 服气前,须先摒除杂念,凝神一志,俟人于"内无攀缘,心与道契"的境界时,乃闭口合齿,放松两腮及小腹,使其自然鼓起,待气液满口时,乃行吞咽,吞咽时,当着意蹙向后吞,如食入喉(即如吞枣核状,头一仰,面孔肌肉一紧,将气液顺势吞下,吞时当闻汩汩之声);同时存想此气液分二路而下,津液存于两肾,气存于肠胃。

(3) 如服气者,素有内寒或上热下冷之疾,则宜先服

暖气。有内热或下热上寒之疾,则宜先服冷气。所谓暖气,系指气从五脏中出,鼓留于口,久则其气在口中作热成为暖气;若气液未经鼓留发热,即吞下者为冷气。

(4) 空腹时服气,气易下,如见肠鸣,乃气液已下行的证验。

(5) 初学本服气法至七日或十五日时,有见大便溏泻或小便赤色者,也有作噫或矢气者,乃气行于内,毒泄于外的现象,无用疑怪。

(6) 行此服气法后,如觉脐下涩闷,也不必惊恐,可于闷时焚香(有助于通气和促进人静作用),暂绝人喧,宽衣带,从容四体(放松形体),仰卧,小小闭气,存想五脏之气呈白色集于气海,次过夹脊而上至头,熠熠发光。良久,复想气从头回至面下,入五脏,出,下至会阴,再下至涌泉而去。最后,以两手心按摩上腹二、三十转,又脐下百转。按摩毕,卧少时,自然舒畅,宿闷顿除。

(7) 若有闲暇,每隔一二时辰,即行三五次小咽,令常有元气存气海中。忽有小疾,即用导引引此气海中的元气攻之而愈。

(8) 在练习本服气法过程中,若能结合服日月光芒法(见"服日月光芒法"条)交叉锻炼,则治病效果尤为显著。

小周天法

是一套简而易行的小周天功法。原载于清初尤乘的《寿世青编·勿药须知》(1667)和汪讱庵的《医方集解·勿药元铨》(1682)中。按尤乘字生洲为明末清初名医李中梓的门人,任职太医院。《寿世青编》刊附于其师的《士材三书》之后。汪昂字讱庵,也辑有医学著作多种。

这套小周天的功法操作是:先要身心澄定,面东趺坐(平坐亦可,但前膝不可低,阴囊不可着物),呼吸平和,以手作"三昧印"(掐无名指,右掌加左掌上),按于脐下。叩齿36通,以集心神。赤龙搅海,内外36遍(赤龙,舌也;内外,齿内外也)。双目随舌转运,舌抵上腭。静心数息,360周天毕,待神水满,漱津数遍,用"四字诀"(撮、抵、闭、吸也,撮提谷道,舌抵上腭,目闭上视,鼻吸莫呼),从任脉撮过谷道到尾闾。以意运送,徐徐上夹脊中关。渐渐速些。闭目上视,鼻吸莫呼,撞过玉枕(颈上脑后骨),将目往前一忍,直转昆仑(头顶),倒下鹊桥(舌),分津送下重楼(咽喉),人离宫(心也),而至气海(脐下穴也)。略定一定,复用前法,连行3次。口中之津,分3次咽下,所谓天河水逆流也。静坐片时,将手左右擦丹田108下,连脐抱住。放手时,将衣被围住腹间脐轮,勿令风入(古云:养得丹田暖暖热,此是神仙真妙法)。次将大指背擦热,拭目14遍,去心火;擦鼻36遍,润肺;擦耳14遍,补肾;擦面14遍,健脾。双手掩耳,鸣天鼓。徐徐将手往上,即朝天揖。如此者三,徐徐呵出浊气四、五口,鼻收清气,双手抱肩,移筋换骨数遍,擦玉枕关24下,擦腰眼108下,擦足心各108下而毕。久久行之,百病不生,长生耐老。

调息法

结合数息以调练呼吸的静功方法,称调息法。本法先刊载在清初尤乘的《寿世青编·勿药须知》(1667),继又收载在汪讱庵的《医方集解·勿药元铨》(1682)中。其调息法是:不拘时候,平身端坐,放松身体,解衣宽带,务令适然。口中舌搅数遍,微微呵出浊气,不令有声,鼻中微微纳之,或三五遍二七遍。有津咽下。叩齿数通,舌抵上腭,唇齿相着,两目垂帘,令混混然。渐次调息,不喘不粗,或数息出,或数息入,从一至十,从十到百,摄心在数,勿令散乱。如心息相依,杂念不生,则止勿数,任其自然,坐久愈妙。若欲起身,须徐徐舒放手足,勿得遽起。能勤行之,则出入绵绵,若存若亡,神气相依,息息归根,不但养身全生而已。

呼吸静功妙诀

意念随呼吸上下的一种静功功法,称呼吸静功妙诀,为龚廷贤所编订。龚廷贤为16世纪的明代医家,曾任太医院吏目,著有《万病回春》、《寿世保元》等书。本诀收载在《寿世保元》中。龚廷贤认为,人生以气为本,以息为元,以心为根,以肾为蒂。而人心与"内肾"(脐下一寸三分)中有一脉,以通元息之浮沉。人一呼则百脉皆开,一吸则百脉皆合,而人之呼吸常在心肾之间,则血气自顺,元气自固,七情不炽,各类病自消。操作法:每日子、午、卯、酉时,于静室中,厚褥铺于榻上,盘脚趺坐,瞑目不视,以绵塞耳,心绝念虑,以意随呼吸一往一来,上下于心肾之间。勿急勿徐,任其自然。坐一炷香时间后,觉得口鼻之气不粗,渐渐和柔。又一炷香后,觉得口鼻之气,似无出入,然后缓缓伸足开目,去耳塞,下榻行数步,偃卧榻上。少睡片时起床,啜粥半碗,不可作劳恼怒。每日做一次,两月之后,自见功效。

运功规法

是曹上珩编订的一套静功功法。曹士珩字元白,号俞俞道人,明代人。此运功规法出于其所撰《保生秘要》,其书已佚。清代沈金鳌将此书辑入《沈氏尊生书》中的《杂病源流犀烛》,因得流传。曹氏运功规法得自家传,着重在治病,故有"身若安和,气不必运"之说。气功锻炼,原则上不能入睡,但曹氏从治疗角度考虑,认为不必拘守,他说:"却病坐功,不比真修磨炼,每按时坐香后,欲睡即睡,睡则病者精神完足。"这是比较符合实际情况的。曹氏运功规法系七种通治多种疾病的总法,合称"南北规中引",其中,"南旋式"二种,"北旋式"五种。

南旋式

归元诀窍　"元"指人体的根元,即脐部。意为在胎

儿期，人体的生命全赖联系于母体的脐带。归元，指把意念归注于人体的根元，即意守下丹田。本法先作脐部的意守入静，待“久久凝定”，然后作以意领气运行。方法是：想象有一股“气”，以脐窝为起点（中心），作逆时针的螺旋式扩展，由小圈转成大圈。然后，又由大圈回收为小圈，最后回归脐部的本位。

周天　在此周天有循环周行的意思。本法中“气”运行的路线以躯体前后正中线（任、督脉）为中心，依次向四肢循行。由于是人为地想象“气”的运行，而不是循经感传的自然发动，故称“有作之周天法”。本法须在归元法练习纯熟后进行。方法是：先按归元法以脐部为中心转圈，“由小而大，大而收小”。然后沿躯体前正中线（任脉）逐点上移中心点（转圈方式不变），直至胸骨柄中的璇玑穴。而后向左上臂外侧作螺旋形的打圈而下，至曲池穴，再沿前臂前正中线打圈而下，经内关穴、掌心、指尖，折向指背部，然后沿左上肢后正中线打圈而上，经手背、外关穴、肘尖等处，圈向肩上肩井穴、第一胸椎棘突上大椎穴，而后沿躯体后正中线打圈向下，直至尾骨尖（尾闾）。再从下向上，沿原线返回，直上经头后玉枕、昆仑、泥丸，沿头面前正中线向下，过鹊桥，下重楼，达胃口，过脐，至玉柱（阴茎）。复沿原线返回至脐下气海穴。再向右下肢循行，经膝关，由鞋劳（解溪）穴穿向足背，至趾尖。转向足心涌泉穴，经后跟向上运行过阴谷，经大腿内后方向上，通向尾闾，直上过顶门，如前述线路下鹊桥，至玉柱返气海，然后按右下肢的对称路线运行向左下肢，落涌泉，升泥丸，至璇玑穴时，运向右上肢，线路同左上肢。然后转向肩背，贯昆仑而下摄元海。这样操作后，全身经脉宣畅。

北旋式

艮背诀窍　“艮”是《周易》的一个卦象，《易传》有“艮其背”之说。在这里，艮有止的意义，即止意念于背之意，其象属土。但背部在方位上为北方，五行中属水，水属阴。而意念神识上于心，心属南方火，属阳。止意念于背，为投南火于北水之中、使水火交而既济，即《易传》所谓“洗心退藏于密”。脏腑俞穴皆在于背（背俞穴），背为“五脏六腑根蒂”所系。止念的方法，先立内念之正，而止外念之邪。但静功贵在无念，虽立正念，正念也是念，应当内外两忘，以忘而离妄，必须先忘其外，而后定其心，心定自然忘其内。初学者，静坐片刻，扫除万虑，凝神定志于本穴之中（在胸腔中，心脏后方的空虚处），渐归于心，归于背，存无守有，念兹在兹。

行庭　先按前法艮背守念，然后把意念提出于体腔之外，运行于背数十次，再收回意念于体腔之中。稍停，又运行于两肾之间。15分钟左右，再从肾中意想有“气”逦尾闾，运上泥丸，经明堂、人中、承浆，降下重楼，至心、脐之间（脐上三横指处），不前不后，不左不右之处，立极定枢，意想悬一斗杓，运行于脐下一寸三分，旋转向上，逆时针左转于心后，右转向下于肾前，循环不息，上行经背之北，下行经脐之南，有如北极（星）定枢，斗柄推旋。此法能混气和神。

通关　按照上述斗柄推旋之法，把中心点（立极定枢）移向脐下，并一分为二，分开两路，旋下两腿之前，双旋双行，联络不绝，双行转脚底，向后绕元海，上至命门会合为一。从右转左，大旋三遍。上向大椎，再分行两肩，经肘后、外关达掌心，循内关过肩井，由项后透泥丸、行明堂，渐落双瞳，自面部下胸膈，会心窝。从左转下降，大旋3遍。如前脐下分开，循环遍体，周流运行。练功时间选择卯时（5—7时）、酉时（17—19时），或9次，或21次而止。练时不可执着，要若有若无。此法可以炼形和气。

绦法　先按归元方法注念脐部，然后用意于左侧，运绦过腰，从右旋转而上，至左肩膊，绦至胸前，行旋过右肩膊，而后下旋至腰。按法运数十次，再运绦向上，周而复始。本法亦可从艮背开始，转绦向前。

涤秽　本法从胃口旋入，凭虚而行，运入大肠，由左绕右，回旋九曲，以运气涤垢，转出肛门。然后嘘往吸回，自右而左，旋出胃口，收归元海，静念刻许，以还本位。

意气功

在入静的基础上，存想“聚气成球”，此“球”沿一定的线路循行全身的静功功法，称意气功。首见于王竹林所编的《意气功详解》（1931）。意气功的循行线路是事先规定的。从心区开始，先经躯干正中线下行至下肢，然后行向上肢，复回心区。在四肢部的循行，先左后右。循行线路经过64个要穴。意气功的核心是以意领气。据王氏所述，此法由北宋末年的慈慧和尚传与岳飞，因此流传，此说尚缺乏史实。

具体功法如下：每日晨起，暂不梳洗，先以淡盐汤漱口。然后端坐于椅，姿势自然，但上身及大腿、小腿三部应平直，两足平行踏开，略同肩宽。闭目凝神。十指交叉，置放于小腹部，掌心向上。闭口，以鼻呼吸3次，开目平视。舌尖微低上腭。志一神凝，力抑杂念。平空设一意想（存想）：“周身之气团聚心上，结成一球”。然后想象此“球”从心区开始，沿下述路线运行：上行至咽喉→上腭→人中→鼻准→天庭→头顶，转行于脑后，徐徐下行于脊柱→腰俞→尾闾，前行至肾根（会阴部），左行于左大腿外侧→左小腿外侧→左足背→左大趾、二趾、三趾、四趾、五趾，折至左足心，上行于左小腿内侧，左大腿内侧，沿小腹正中线上行→关元，沿原线返回至耻骨处，右行于右大腿内侧→右小腿内侧→右足背→右大趾、二趾、三趾、四趾、五趾，折至右足心，上行于右小腿内侧→右大腿内侧，沿小腹正中线上行→气海，斜向左乳头、左肩外侧，下行于左上肢外侧→左手背→左大指、二指、三指、四指、五指，折行至左手心，上行于左上肢内侧→左肩内侧，斜向上腕，斜向右乳头，右肩外侧，下行于右上肢外侧→右手背→右大指、二指、三指、四指、五指，折行至右手心，上行于

右上肢内侧→右肩外侧，斜向廉泉→承浆→舌心，沿前正中线下行返回至心区。"意球"沿上述路线循行一遍后，口中唾液已满，切勿咽下，将上抵之舌放平。叩齿36响，唾液因叩齿而成泡沫状，一口咽下。再闭口，以鼻呼吸3次。稍定神片刻，起立，两手松开下垂，向前慢行7步，再分7步返回，这样往返7次，练功完毕。全过程约10分钟左右。

内养功

在练功中强调腹式呼吸，呼吸停顿，舌体起落，意守丹田，配合默念字句等内容的一种静功，称内养功。有静心宁神，培补元气，调和气血，协调内脏等作用。内养功原以口授单传流行于民间，为新中国成立后经刘贵珍整理推广的主要功种之一。

练功方法　(1) 姿式：侧卧式、仰卧式、坐式及壮式四种。前三种可参见"练功基本方法"条；"壮式"的具体要求和仰卧式基本相同，唯需将枕垫高八寸许，肩背呈坡形垫实，不可悬空，两脚并拢，两手掌心向内，紧贴于大腿两侧。内养功姿式，一般先由卧式开始。关于仰卧和侧卧(右侧卧或左侧卧)的选择，可根据病情和个人习惯而定。对胃张力低下，蠕动力较弱及排空迟缓者，或在饭后，则宜选用右侧卧位；但对胃粘膜脱垂患者，不宜选择右侧卧位。壮式用在练卧式后期，作为增强体力锻炼之用。练卧式十日左右，体力已有所恢复，此时即可增添坐式。增添坐式之初，仍以卧式为主，而逐日延长坐式时间，达到以坐式为主，或单做坐式。在坐卧交替时期，一般先坐后卧，如在饭后也可先卧后坐。个别体质虚弱患者或因习惯，也可少练或不练坐式；对体质较好或卧式不合适者，也可早练坐式，或练功开始即采用坐式。

(2) 呼吸法：内养功呼吸法要求呼吸、停顿、舌动、默念相结合。常用呼吸法有三种。①第一种呼吸法：轻合口唇，以鼻呼吸。先行吸气，同时用意引达小腹，停顿片刻，然后把气徐徐呼出。此法的基本呼吸形式为：吸—停—呼。呼吸时默念字句的配合，一般先由三个字开始，可逐渐增加字数，但不超过九个字。默念字句要和呼吸、舌动密切结合，以默念"自己静"三字为例，吸气时默念"自"字，舌尖抵上腭，停顿时默念"己"字，舌尖仍抵上腭不动；呼气时默念"静"字，舌尖随之落下。如此周而复始。②第二种呼吸法：以鼻呼吸或口鼻兼用。先吸气，随之徐徐呼出，呼毕即停顿。此法的基本呼吸形式为：吸—呼—停。默念字句的内容同第一种呼吸法。默念字句、呼吸和舌动的配合为吸气时默念第一个字，舌尖抵上腭；呼气时默念第二个字，舌尖落下；停顿时默念其余的字，舌不动。如此周而复始。③第三种呼吸法：以鼻呼吸，一般只默念三个字。先吸气少许，即停顿，随着吸气舌尖抵上腭，默念第一个字；停顿时，舌尖抵上腭不动，默念第二个字；再行较多量吸气，用意引入小腹，默念第三个字；吸气毕，即徐徐呼出，随之落舌尖。如此周而复始进行。此法的基本呼吸形式为：吸—停—吸—呼。

内养功呼吸法的选择，多采用第一、二种，第三种采用较少。一般来说，第一种呼吸法较难掌握，易出现头、胸、腹不适。第二种呼吸法与平日的呼吸形式变化不大，故易于掌握，且稳妥省力。这两种呼吸法的选择，应根据病情或习惯而定。凡精神紧张，胃肠功能低下者，宜采用第一种呼吸法。凡练功昏沉，胃肠功能亢进者，可采用第二种呼吸法。内养功呼吸法，在要求实现腹式呼吸的同时，尚需配合默念、舌动诸项动作。配合默念字句，即思想上默念其字而言，具有安定情绪，排除杂念的作用。选用字句时，要根据情绪和病情而异，词意以静松、美好、健康等内容为主。如精神紧张者，宜选用"我松静"或"自己静"两字句。脾失健运者，宜选用"内脏动，大脑静"等，默念的字数，开始要少，以后可予增加。

(3) 意守法：内养功常用的意守部位有下丹田、膻中、脚趾三者。一般多采用下丹田(气海)。如遇有患者血压低，月经量过多时，可守中丹田、膻中或两眉间的上丹田；有血压高、头痛或经闭等时，可意守下丹田或足趾。

临床应用　内养功对胃及十二指肠球部溃疡病、胃粘膜脱垂症、肝炎、习惯性便秘等内脏疾患者，有显著疗效；对增强体质，保健延年，也有较好效果。

注意事项　功前5分钟，在室内收心散步，并饮少量白开水，咽下汩汩有声并入丹田，此有助于平心降气。功中遇有心烦意乱，可暂下功散步饮水，数分钟后再练功。对练功的掌握，要遵循"任其自然，循序渐进"的原则。功毕，宜依次进行搓面、揉腹、转腰、蹬足等活动。基本内养功的特点，空腹不宜练功。

强壮功

刘贵珍综合中国古代各家的练功方法，整理而成的一种是静功，称强壮功。具体操作如下：

姿式　分坐式、站式和自由式。坐式采取自然盘、单盘、双盘三种。"站式"是自然站立，两足平行分开与肩同宽，足尖向前，膝关节微曲。脊柱正直，头微前倾，两眼轻闭，松肩垂肘，小臂微曲，两手拇指与四指自然分开如捏物状，置于小腹前，也可稍将小臂抬起，两手置于胸前如抱球状。坐式练习以室内为宜，站式在室内外均可，但要选择环境清静、空气新鲜和无噪音处，以利入静。"自由式"不要求采取某种固定姿势以进行调整呼吸和意守丹田。

(1) 静呼吸法(自然呼吸法)：不要求练功者改变原来的呼吸形式，不用意识注意呼吸，任其自然。这种呼吸法对初学气功和年老体弱及肺结核等患者较适宜。

(2) 深呼吸法(深长的混合呼吸法)：吸气时胸腹均隆起，呼气时腹部凹陷，并使之逐渐达到深长、静细、均匀的程度。这种呼吸对神经衰弱、便秘、精神不集中的人较

合适。

（3） 逆呼吸法：吸气时胸部扩张，同时腹部往里回缩，呼气时胸部回缩，腹部往外凸。逆呼吸的形成要由浅入深，逐步锻炼，不能勉强和急于求成。强壮功呼吸时，要求以鼻呼吸，舌尖轻抵上腭不动。鼻子通气不良者，也可稍张口以辅助呼吸。深呼吸和逆呼吸法在饭后不宜进行，静呼吸法饭前后均可。

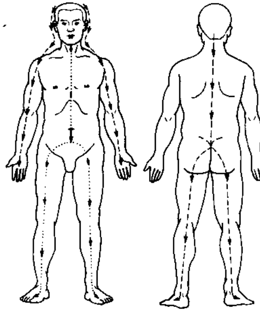
意守 强壮功的意守部位有三个：气海、膻中、印堂，但以意守气海为多。意守原则与内养功相同。

放松功

以松弛机体，安定心神入手的一种基本静功锻炼功法，称放松功。它的特点是通过有步骤、有节奏地依次注意身体各部位，结合默念"松"字的方法，逐步地放松形体，把全身调整得自然、轻松、舒适，以解除思想、身体的一些紧张状态，使紧张与松弛趋于平衡协调。同时使注意力逐步集中，杂念排除，心神安宁；以活跃气血，协调脏腑，疏通经络，有助于增强体质，防治疾病。放松功对于健康者、一般慢性病患者，都可以在指导下进行操作。也可以把放松功作为锻炼气功的入手方法，并把放松的要求，贯穿到整个练功过程中去，以提高练功质量。放松功对一些慢性病，如高血压、肠胃病、青光眼、哮喘、神经衰弱等，都有较好的治疗效果。

古代虽无放松其名，但有类似内容，如《太清调气经》中称为"委身"的就是。"委身法"是：候四体清和，内无思念，行止寝卧而调其息，凝然委身，如委其衣，以置于榻，无筋无骨，无神无识，纵身纵心，如彼委衣，寂寂沉沉，放其形体，澄神炼气，即百节开张，筋脉畅通，津液注流。此外在《神仙食炁金匮妙录》中也提到存想自己衣被皆去，骨节皆解，自觉云行体中，经营周身等。近人丁福保在1943年写的《最真确之健康长寿法》一书中也介绍了与放松功相似的"弛缓法"是：取仰卧式，轻轻合眼，感安静后，想及自己之两眼已轻闭，头额弛缓，颜面亦全然轻松，齿在口中若有若无；又思及自己之手足也同样轻松安放，心脏之鼓动安静而松弛，呼吸轻松而自如，腹部也全部松弛，有如溶化，全然不为何物所拘束。松弛又分表面的松，即先使头盖、颜面、颈、胸、腹、背、手足之骨骼筋肉组织弛缓；而后及于深内，达于心脏、血管、细胞、胃肠及内分泌腺等等。丁福保认为：人如躁急可用此弛缓法，以防止神散。弛缓法还可用于治疗偏头痛、支气管喘息、胸部痉挛、急性便秘及其他痉挛性症状。原上海市气功疗养所在继承整理前人经验的基础上，于1957年总结提出了此放松功。放松功的操作方法、功理分析及其应用如下：

基本方法 （1） 三线放松：将身体分成两侧、前面、后面三条线，自上而下依次地进行放松。第一条线：头部两侧→颈部两侧→两肩→两上臂→两肘→两前臂→两腕→两手→十个手指。第二条线：面部→颈部→胸部→腹部→两大腿→两膝→两小腿→两脚→十个脚趾。第三条线：后脑部→后颈→背部→腰部→两大腿后面→两膝窝→两小腿→两脚→两脚底。可见附图。



（1） （2）

三线放松示意图

（1）第一条线······ 第二条线······ （2）第三条线······

（2） 放松方法：先注意一个部位，然后默念"松"字，再注意次一个部位，再默念"松"字。从第一条线开始，循序而下，每放完一条线，在一定部位即止息点轻轻意守一下。第一条线的止息点是中指，第二条线的止息点是大脚趾，第三条线的止息点是前脚心，每处止息1—2分钟。当三条线一个循环放松完后，再把注意力集中在脐中，意守该处，保持安静状态，约3—4分钟。一般每次练功约做二三个循环，安静一下，然后收功。本法适用于一般初练功的健康人和各种慢性病患者。

（3） 功理分析：首先三线放松的每一条线上，都有一阴一阳两条经络，它们是：第一条线，手少阳三焦经合手厥阴心包经；第二条线，足阳明胃经合足太阴脾经，中间还有任脉经；第三条线，足太阳膀胱经合足少阴肾经，中间还有督脉经。所以每一条线的放松过程，都含有阴阳调节的意义。而三条线都从头部开始，因为头部为"诸阳之会"，不少慢性病人的紧张点就在头部，所以从头部开始放松，也更有利于推动其以下各部位的松弛。其次三条线上都有一个止息点，它们也都是经络上的穴位，如第一条线的中指尖，内侧有手厥阴心包经的"中冲"；第二条线大踇趾端，内侧有足太阴脾经的"隐白"，脚趾背面趾甲后有足厥阴肝经的"大敦"；第三条线前脚心，有足少阴肾经的"涌泉"。所以三线放松都是始于阳而止于阴，这也有利于推动机体的阴阳平衡协调。并且三条线一个循环

后的总止息点定在脐中，因为“脐者生之根也”(《苏沈良方》)。总止息即意守在该处，能增强元气，及提高关藏元气的能力。还由于“脐者齐也，言其上下之齐也，身之半正谓之脐中也”(《东医宝鉴》)。所以意守脐中，就有利于调节人体上下两部分的阴阳不平衡，此外，脐中也是下丹田之一。就练功者来说，脐中部位明确，易于意守。

选用方法　有以下几种方法：

(1) 分段放松：把全身分成若干段，自上而下分段进行放松。分段的部位有两种：头部→肩臂手→胸部→腹部→两腿→两足；头部→颈部→两上肢→胸腹背腰→两大腿→两小腿及脚。注意一段，默念“松”，每一段可默念“松”二三遍。每次练功可放松二三个循环，只止息在脐部。本法适用于初练功对三线放松感到部位太多。记忆有困难者。

(2) 局部放松：在三线放松的基础上，单独地就身体的某一病患部位或某一紧张点，注意它，并默念“松”20—30次。本法适用于三线放松掌握得比较好，而病患部位有可能进行放松者。如青光眼的眼部、肝肿大的肝区等。

(3) 整体放松：就整个身体作为一个部位，默想放松。可以从头到脚，笼统地似流水般向下默想“松”；或就整个身体笼统地向外默想“松”；或依据三线放松的三条线，依次流水般地向下默想“松”，不停顿，本法适用于三线放松、分段放松掌握得比较熟练，能较好地调整身体，安定情绪者。或初练功感到进行三线放松、分段放松都有困难者。

(4) 倒行放松：把身体分成前后两条线进行倒放，第一条线从脚底开始，依次为脚跟、小腿后面、两腿弯、大腿后面、尾闾、腰部、背部、后颈、后脑至头顶；第二条线从脚底开始，依次为脚背、小腿、两膝、大腿、腹部、胸部、颈部、面部至头顶。这样前后倒放做二、三个循环。本法适宜于气血两亏、神疲乏力、头晕眼花、中气下陷等虚证明显的患者。

操作要领及注意点　松是指不紧。凡物虚而不实，或宽而不急都是松。因此，松是不紧张状态。从功夫上讲是练功中的一种体会，不能理解为松垮、松散。放松是一种要求，这是对已经紧、实的情况而说的，所谓纵物舒展之。放松功就是为能达到放松的一种静功方法。在操作时，默念“松”字不出声，快慢轻重掌握适当。用意太快太重会引起头部不舒；太轻太慢则易昏沉瞌睡。在默念“松”时，如遇某一部位没有松的感觉，或松的体会不明显，不必急躁，可任其自然，按着次序，继续逐个部位放松下去。一般采用自然呼吸，也可与呼吸结合起来，如在吸气时注意部位，呼气时默念“松”。感到腹部有起伏时，可以进行腹式呼吸的锻炼。姿势采用平坐、靠坐或仰卧。站式不宜做放松。进行放松后除一般意守脐中外，还可选用涌泉、大敦、足三里、命门、中冲等穴位或守外景。中医辨证属于实证患者，宜多放少守；如辨证属于虚证患者，可少放多守，或做倒放。如感到守止息点有困难的，可配合数息法。

松静功

强调松静为主的一种静功，称松静功。它是从放松功衍化而来的，具有既注意松，又注意静，松静紧密相联，相辅相成的特点。松静功方法简易、方便，它既是一种初步入门方法，也可作为练其他功法时的一种“入静”手段。姿势和呼吸锻炼基本与放松功同，故适应证亦相似。具体操作方法：①先松后静法：摆好姿势，先全身放松，自头至足松10次；或练放松功中放松方法。继之，意守下丹田。并把意念与腹部上下起伏的腹式呼吸结合起来，意念随着腹部起伏而自然进行，久之心静息调，意气相依。②吸静呼松法：将一松一静与一呼一吸结合起来。当吸气时，脑子默想“静”；当呼气时，脑子默想“松”。吸气一静，呼气一松，就这样一呼一吸，着重在调息与默念字句结合起来，以至心静意净。

默想法

以观想为特点的一种静功功法，称默想法。分两节，采取盘坐式做，系李书城所传，有防病、治病和保健延年的作用。对神经衰弱和内脏器官功能性疾病，治疗效果较好。两节功法具体如下：

九次呼吸法　观想自己全体通明，身体内有三根中空的脉管。中间脉管上起自印堂(两眉中间，俗称脑门)，贯到脊背，下通会阴；右脉管在中脉管右侧，上起自右鼻孔；左脉管在中脉管左侧，上起自左鼻孔，都是从鼻孔经脑门过脊背内面，下通至会阴。三根脉管都在脊骨的里面，中脉管粗细如芦杆，外蓝色，内红色；左右两脉管粗细如麦杆，右脉管红色，左脉管白色。按以上位置、形状想象清楚后，用左手环指掩左鼻孔，以右鼻孔吸气，由右脉管至印堂向后行经脊背，抵会阴处。然后将右脉管吸满的气，过入左脉管内，徐徐上升，经背再向脑门，由左鼻孔徐徐呼出，呼气时放开掩鼻的左指，如此做3次。再照上法用右手环指掩右鼻孔，以左鼻孔吸气，然后放开掩鼻的右手指，使气徐徐由右鼻孔呼出，也照此做3次。再用两鼻孔同时吸气，吸气后，左右两手环指同时掩住左右两个鼻孔，让吸进的气，分别循左右两脉管至印堂向后行，经背抵会阴处。左右两脉管的气汇合一起，贯入中脉管内，徐徐上升，由背向脑门，再由左右两鼻孔将气呼出，呼气前将掩鼻的左右两手环指放开，如此做3次。以上方法练习成熟后，可不用掩鼻，也能照样操练。在吸气时，可想象从天空中将健康、长寿、快乐、安静的精华，由鼻孔吸入自体。呼气时，可想象将自体所有的疾病、亏损等的病根，从鼻孔排除干净。完毕后，可观想自体洁净明澈，健康长寿、快乐的精华已充满全身，这时想象中脉管有四个特征：红润如胭脂精、明澈如麻油灯、柔软如莲花瓣、通直

如芭蕉干。

丹田住气法 想象头顶上五寸许处有一月亮，具有光明、圆满、洁净、清凉四特征，想着想存化为五色光彩和甘露（甘露如同水一样在这里代表气的意思）灌入顶门中脉，一直降到海底（即会阴穴），后分向两腿到足心止。这时觉甘露所到之处，一切疾病都从全身毛孔排除干净，身心感觉非常愉快舒畅。复想甘露从足心上升至丹田停住，这时顶上的甘露，也同时下降到丹田，上下两股气都在丹田会合，如上下两个瓶口将上下气吸入瓶后，封闭上下两口，使气不外泄，这时闭口不出气，愈久愈好。至忍不住要出气时，只徐徐从鼻孔呼出，不要出净，稍留余气在丹田。最后，把余气贯入中脉内，让在中脉内慢慢消失，不要外散。

以上两节功均注意稳慢而行，用意不用力。开始做时不能闭气过久的人，也不要勉强，慢慢练习，久之即可运用自如。

太极内功

太极拳和气功相结合，静动兼练，内外合一的功，称太极内功。具有却病、保健、强身和能增强技击能力的功法。这种功法是以单传口授方式继承，于 1960 年应用于临床，操作方法如下：

姿式 太极内功的姿式，可分为三类。

（1）静练式：练功初级阶段时应用，适合于治疗疾病。常用的有靠卧式（即半卧式）、靠坐式、半坐式、站式四种。其中以站式为基础功。站式的姿式与太极拳预备式相似，立正，左脚横开，脚尖向正前方，宽与肩等。头正直，下颏收敛，含胸拔背，松肩垂肘。两手贴于身体两侧，全身关节、肌肉放松，两眼向前凝视。

（2）动练式：动练式又分单练式和带功式，是太极内功的中级锻炼阶段。动练站式与静练站式相同，凝视后，两眼微合或微露一线之光看会阴。头缓慢下垂，随呼气身体慢慢弯腰下蹲，蹲到两膝发酸为度，姿式到此定形，开始吐纳练功：吐气时把气向下引导，两手同时自然伸开；纳气时气向上引到命门，随吸气两手握拳，进行抓闭，抓闭后呼吸稍有停顿。活步站桩（又称太极看手式）是开始先做预备姿式，头正直，两脚横开一步，含胸拔背，吸气意贯丹田，此时闭息不呼，两拳紧握，两臂抬起，左手在前，左腿同时迈出。两拳变掌向前按，两眼看前手的手指，左脚尖点地，十分之七的体重在后腿，双肘略弯，右肘低于左肘，止步闭气，待闭气不能坚持时再呼吸换式。换式动作是将两手轻落身体两侧，随落手同时慢慢呼气，将气呼尽后再行吸气抓闭握拳。抓闭后，与前左右相反作活步站桩。此式可依练功者身体情况规定锻炼时间。本功应在站练式基础上进行。带功练拳是在练完静练、动练、活步站桩基础功之后，即可开始带功练拳。要注意交替锻炼，正气不足时，则可重新抓闭充实，待充实后再行带功练拳。长期坚持带功练拳，可达到高级阶段，即活练式。

（3）活练式：活练式是太极内功的高级锻炼阶段，没有固定姿式，是无形无象的东西，用则有，不用则无；采用喉头呼吸法或意识呼吸法。以意行气，气遍全身，此时可带功演练整套太极拳。平时也可随意练习，不必采用固定姿式，可走路练、说话练、坐车练，即随心所欲练，不受时间、地点限制。

意守 太极内功意守部位和操作方法，是依据练功的不同阶段、步骤、姿式和因人、因时而各异，分述如下：

（1）意守会阴法：本功法所指的会阴，就是前后阴之间部位，又称下丹田。意守这个部位可以迅速排除杂念，使神凝心稳。开始时两眼平视，向正中处视为一线，先将视野放到最远处，寻找一个目标，如山川、日月等。待神凝后，将所采之物收回离眼 1—2 尺左右，待凝视几分钟后，头慢慢低下，眼看会阴，此步要与内视合一，以意下达会阴，意气同行，守住会阴穴。

（2）意守涌泉法：以意领气，从会阴慢慢经过大腿、膝关节、小腿、足踝部，最后达到涌泉。领气要缓慢进行，不可过急过快。初练时呼吸不深长，气不能随意念同时达意守部位时，可不管呼吸，任其自然，此即“气断意不断”。

（3）意守命门法：以意守命门为主，以气联络其他部位，循环不止。练功开始，以意领气，从涌泉开始配合吸气，引气经两足沿双腿，最后到会阴合而为一，再从会阴引气到后丹田即命门，引气到命门后要停顿。意守命门的时间长短以体质、功夫深浅决定。停顿后再以意领气，从命门开始返回，过会阴后，分两条线经双腿达到涌泉。如此周而复始的进行，久而久之，命门即可得到充实。姿式可配合站式、坐式两种。注意气的运用要缓慢、均匀、无声、无息，不可过急过快。

（4）意守关元法：关元又称前丹田。方法是以意领气，从命门开始分两条线冲向关元，稍有停顿，进行意守。配合呼吸，反覆进行，锻炼日久，前后贯通，在腰的周围似有一条带缚住，就是带脉部位，练到这一步，带脉充实。

（5）命门涌泉连线意守法：此法多用于治疗疾病，开始可采用卧式、靠式或坐式，配合深呼吸，以意领气。把气从命门下引到会阴，由会阴分两条线经两腿到涌泉，然后再吸气，以意引气；把气从涌泉经原路线返回，再配合呼吸，以意下达涌泉，如此周而复始进行。

（6）意守印堂法：这是太极内功最后意守部位，必须在以上各功锻炼的基础上才能运用，又因不易掌握其火候，在无人指导时不可早练此功。方法是：纳气（吸气）不放，再把气由意提到背部，经夹脊、玉枕、百会、上星达到印堂，守住印堂。气到印堂后停住，不再下引，也不旋转，两眼内视，全身有意气贯满之感，精神贯注。

呼吸法 可分以下几种形式：

（1）自然呼吸法：用于初级阶段，或者是练功开始的

前几分钟。取平时缓慢的自然呼吸，逐渐用意引导，把胸式呼吸改变为腹式呼吸，不停顿、不默念，要求均匀、细长、缓慢。

(2) 导引运气法：用于第二阶段。练功开始，口对会阴方向细长吐气，随着吐气身体慢慢下降，降到两膝发酸为度。用意引导气由会阴降到两腿、脚心，吸气时由脚心再返回会阴，周而复始，令气运行。

(3) 抓闭呼吸法：运用于中级阶段，练完导引运气法后可接练本法。这种呼吸方法从操作过程来讲，也可称之谓吸、贴、抓、闭呼吸练功法。采取站式，在练完导引运气法后，吐气时把气引导到脚心，呼吸停顿，停顿后吸气，引气上行经两腿、会阴、命门；随吸气的同时，两手用力抓紧(握拳)，两脚十趾扣地不放，舌尖轻贴于上齿与齿龈之间，紧缩肛门并上提。吸气到不能再吸(饱和)为止，然后停顿(闭住)，停顿后随呼气，再将气慢慢顺原路线回到脚心。手指、脚趾放松，全身放松，周而复始进行。因这种呼吸法较猛烈，抓闭锻炼时间不宜过长。

(4) 喉头运气法：本呼吸法是在抓闭呼吸的基础上进行。操作时忘掉口鼻呼吸形式，用意配合喉头纳气。采用站式和活步式，只稍用意，整个带脉立即充实起来，腰部充实，气遍全身。可以单独应运，也可以在喉头呼吸后把气闭住，进行抓闭呼吸锻炼。这种呼吸在过去多用在太极拳技击上，因为它无固定形式，完全以意引气，随用随来，非常方便。

(5) 沉气呼吸法：用于治疗，也用于气功的预备功，适用于初练者和体弱者，尤以高血压、自主神经功能失调、失眠等最为适宜。姿式可比较随意，平坐、靠坐、靠卧、站式均可，以靠坐、靠卧最适宜。全身放松，以意配合呼气，不注意吸气。呼吸开始以意引导由命门下降，降到会阴、大腿、小腿、涌泉，久练可感到呼气时气由命门下沉到脚心，并能产生一股热流。必须注意，此法强调不管吸气，只注意呼气，任其自然。

收功法　比较简单、随意。用于治疗，可以逐渐停止意守，两眼慢慢张开，两手相搓发热后抚摸面部，活动肢体，开始散步。如系练整套太极内功时，不拘那一个姿式，均以意收功，身体直立，以意使气下沉到脚心，然后活动肢体，散步。

练功的时间和进度　太极内功练功时间的长短，进步快慢，次数多少，是依据疾病程度，身体健康情况，练功条件以及采用的姿式、呼吸法、意守法等不同情况而灵活掌握。在一般情况下，用于治疗，从治疗开始到疾病痊愈过程需1—6个月。如以延年保健为目的者，需持之以恒，长年坚持锻炼。为了带功练拳，增强拳术上的技击能力，完成筑基功约需100日，每日练功2—3次，每次10—30分钟。病情较轻者锻炼时间可短，病情重者练功时间可延长。练静功时间宜长，动功宜短，卧式、靠式宜长，站式宜短。从呼吸方面，注意自然呼吸法、沉气呼吸法，锻炼时间稍长，导引呼吸法宜短，抓闭呼吸更不宜长，每次不超过5分钟，最长不超过15分钟。

健身桩功

流传于中国河北一带，来源于武术基本功。特点是简单易行，随处可作，呼吸自然，逐步加深，以静为主，动静相兼。新中国成立以来该功法已推广到全国很多地方，通过实践观察，对高血压、低血压、冠心病、神经衰弱、胃下垂、关节炎、慢性气管炎、肺气肿、慢性肝炎、肝硬化、遗尿症、糖尿病、慢性肾炎等，都有一定疗效。具体作法如下：

姿式　可分为站、坐等两种。

(1) 站式：①混元桩：两足平行与肩同宽，两膝微曲、膝盖与足尖呈垂直线，含胸收腹直腰。两臂抬起，置于胸前呈一椭圆形，两手手指相距约30厘米。颈部放松，两眼轻闭或露一线之光，平视前方，口轻合，以鼻自然呼吸。②前推式：头颈胸腹及下肢同混元桩，两手心向前，手指向上，有向前推进势。③伏按式：两手掌心向下如按物状，其他同混元桩。④手托式：掌心向上如托物状，其他同混元桩。⑤扶助式：此式用于站立有困难者，两手扶按桌面或其他物。⑥休息式：两手背置于左右腰部，手心朝后上，其他同混元桩。

(2) 坐式：①环抱坐式：坐于高低适宜的凳椅上，两腿伸直，足尖跷起，两臂及其他要求同混元桩。②自然坐式：两手心向上，置于两侧大腿上，两足平行，距离同肩宽。膝关节呈90度角，两脚掌着地。头颈躯干同环抱坐式。③手托坐式：两手心向上，置于大腿跟部，其他部位同环抱坐式。

意念　练功时的意念活动是该功法的中心内容。具体要求是存想和假借两个方面，从手部开始体会热、胀、麻(只有其中一种或二种即可以)的感觉，谓"立意"。将此感觉进一步体会、加强就称"意守"。再在意守的基础上，将热、胀、麻引导到前臂、上臂、肩、背、胸、腹、大小腿、足，此过程谓"用意"。立意、守意和用意统称为"存想"。三者关系密切，相互为用。出现热、胀、麻的反映，是练功第一阶段，但全身感觉尚不均衡，一般规律是上半身比较明显，下半身则差一些，此时要用意加强下半身，使全身感觉达到均衡，在此阶段也可立意于两足，热、胀、麻由两足向上延伸，上下结合，也易呈现全身感觉的均衡。进而就能体会到全身轻松舒适，杂念减少，安逸欣快，此为第二阶段练成。桩功的高阶段，也称混元阶段。此阶段只要练功者稍一动意，周身即有暖流运行，真气充沛之感。功夫深者，也可将真气发射至体外。所谓"假借"，即是意念借助外部景物，达到精神放松，心旷神怡之境地。从而与存想结合起来，效果更好。假借的内容如自感身居星空夜静，空气清新的草原或幽谷之中，或自身处于细雨绵绵飘落头顶，徐徐而下直至足跟。也可想象自身在微波荡漾，温度宜人的水中。也可想象自身独立于一望无际的海边，并有微风吹拂等等。假借是在实践的基础上描

绘构成，这样易获成功。假借景物要固定选择一种，以便条件反射的形成。存想和假借要结合使用，一般开始练功可先练假借，并以此安定心神，将自身置于舒适欣快的境地，接着就行存想。也可先行存想，待热胀麻感出现后，再适当配合假借，以免意念过于集中存想。假借和存想密切联系起来，要经过一定时间的锻炼，但每次练功都应以假借为主，存想为辅。

注意事项 本法以站式为主，用于治病或体弱者，可用坐式为过渡。每日练功1—2次，每次30—60分钟；体弱者可从每次5分钟开始，逐步增加时间；练功中出现头晕、虚汗立即停止练功。

虚明功

是一套动静功结合，正、辅功兼练的系统功法。静功的调气、调神部分又分为三段六步，其高级阶段，可达虚极致明的境地，故名为虚明功。该功流传于民间，1955年整理成文，1958年正式用于临床，效果良好。操作方法如下：

调身 虚明功调身的基本姿式，有坐、卧、站、行、散五种。

调气 调气是对气息进行调练的总称。调气分为三段六步，即筑丹、运丹、镇丹三阶段和调息、息调、运息、息和、归息、息息六步息法。

筑丹 筑丹阶段，是借助后天呼吸而培育"先天真气"的过程。筑丹阶段包括调息、息调两步息法。

(1) 调息：调息法有四：①吐故纳新法：每次功初，必先调和躯体，以安其身，然后开口徐徐吐气，意想体内浊秽气质，脱口而出。再以鼻吸气，意想清洁之气，纳入体内，以利于心平气和。吐纳几遍或数十遍，当吐纳流利，气息平和后，即练静呼吸法。②静呼吸法：调息之初，不可硬性改变呼吸形式，其长、短、速、缓，不可强行控制，应以自然为原则，和顺为要求。在气息畅达流利的基础上，用意不用力，轻灵巧便地进行诱导调练，逐渐把气息引进到出入绵绵，匀细静适的地步。此后，即可进行数息。③数息法：数其吸气或数呼气，由一至十或至一百，意专于数，周而复始。数息即是意守呼吸的一种形式，务要通过静呼吸法锻炼后做。数息纯熟，则心息相依，意念专一。此后，再换随息。④随息法：意念既随吸气，又随呼气，随息时，不论吸气、呼气都宜引气下行。随息纯熟，则气息绵绵，意气相随，静缓入于腹内丹田。随息功满，则调息练成。此时心境恬静，丹田真气蕴育萌生，此后则进行息调锻炼。

(2) 息调：息调为筑丹阶段的第二步工夫，它是在调息的基础上，通过凝神寂照，温煦下元，以使丹田蕴育的真元内气，由隐而显，由散而凝。当气凝成象后，则于丹田任运，调和自如。此时虽不着意于调息，而其息自调，故为息调。

运丹 运丹是指真元内气迭运自如而言。运丹阶段，包括运息、息和两步息法。

(1) 运息：运息又称神驭气行法，习用者有以下四种：①神驭气行会阴法(聚散呼吸法)：吸气时气抵会阴而止，日久气聚腰骶，聚中有散，散无止处，呼时继吸之散而散。因病之需，也可以吸则气由外围聚充丹田，呼者弥散。②神驭气行足踵法(降气呼吸法)：锻炼时，以神驭气，由腹内丹田，降于足踵或涌泉，也可漫起巅顶之上，散终足踵之下。降气之始终点，不必拘泥过分，宜灵活掌握。唯降运时务要降散相辅，静适相佐。降气法，通常配合口鼻呼吸进行。③神驭气行三田法(丹田呼吸法)：指气海、会阴、命门鼎足丹田而言。神驭气行三田法，以揉为要诀。具体方法以神驭气，在丹田往返作揉，揉之始点，起自气海，随吸气揉至会阴，稍停，再换呼气，由会阴过命门揉至气海。如是周而复始。④神驭气行任督法(周天升降呼吸法)：即元神驾驭真元内气沿任督二脉任运不息之谓，锻炼程序，包括调息净虑、凝神寂照、聚散充气三个步骤。通过调息净虑，达到静笃致虚，以实现虚静基础上的念住神凝。通过凝神寂照，达到聚精化气，以实现杳冥恬淡中的真气来复。通过聚散充气，达到颐养真元，以实现纯清前提下的真元充盈，当气充盈后，自然进阳充关，而行周天之运。

(2) 息和：息和为运丹阶段的第二步息法。和指和谐好合。运息时，虽气运无阻，但仅限于己身小天地之中，唯赖和以大气化作用，方能和合内外。息和时，息相绵融，开阖内外。开则弥散六合，融融浩然；阖则合聚一微，幽幽渺然。

镇丹 先天真气，调练纯净，由动转寂，称为镇丹。镇丹包括归息、息息二步息法。

(1) 归息：归息含义有两，一为神气归一，二为气得归宿。归息时，要求凝神住念，神气归一，静笃虚明。

(2) 息息：息息即息住其息。神气归一，其息自息，故归息功满，息息自圆，两者之间，倾刻之变。息息是虚明功调气的极功。

调神 虚明功通过意守、作念、定景等手段进行心神调练。

意守法 虚明功意守法有以下几种：①意守呼吸法：初练功者，常常杂念横生，思绪万千，无法淡化控制。此时，可以意守呼吸，易于收敛思绪。具体方法，即用意轻轻体会呼吸运动形式及所导致的主观感觉(包括小腹起伏运动之觉)。②意守丹田法：虚明功的丹田，指下腹丹田，其部位是把神阙、命门和会阴包括在内的一个圆形空间。意守丹田，即用意念轻守腹内的一个圆形体积或以小腹中心圆心的一个圆形面积。③意守运丹法：意守运丹，即意守真元内气任运之形象或感觉。④意守通体法：通体者，互合一体之谓，非总遍全躯之意。意守通体即意守调气中的"息和"之相。⑤意守虚明法：神明寂照为虚。虚非寂灭顽空，杳杳冥冥，其中有明。神明妙用为明，明

非生智攀缘，晶莹湛然，虚为其宗。虚中含妙用，故虚即明，明从虚中生，故明即虚。虚明者，必不为二，亦虚亦明，虚明交融，意守此相，即为意守虚明。

作念　作念是指自我构念而言。功中依据治病、保健、功候之需，以构成某种特有内容的意念活动，它是调练心神的重要手段之一，可以克制杂念、调整与改造机体的功能状态。作念内容有喜笑念、情爱念、愈病念、散适念、幽美念、虚明念等等。

虚静功

要求心身最大限度的放松，使之处于虚静状态，从而达到净化思绪，清脑安神的一种静功功种，称虚静功。它不强调意守丹田和调整呼吸。本功种为河北省北戴河气功疗养院，根据练功需要和练养相兼的原则，于1957年总结提出的，据临床实践效果尚好。

操作方法　姿式采用坐式或卧式。呼吸要顺应自然，对呼吸的次数、形式、深度和节律，均不必有意调整或控制。意念方面，要求排除游思，闭目养神，放下一切，逐步使心神处于虚静状态之中。所谓虚静是指思想安静，杂念减少。虚静是意识清醒下的一种境界，而不是昏昏沉沉瞌睡的朦胧状态。

应用　虚静功在下列情况下应用：

(1) 作基础：初练功者，可先练3—5日，本功法有助于安定情绪，净化思绪。在此基础上，再练其他内功，常较顺利。

(2) 作准备：每次练其他内功前，先练虚静功数分钟，待身心放松稳定后，再做内养功、强壮功等功种。

(3) 作间歇：在每次练功过程中，当因练姿式或呼吸而不能坚持一个"功时"时，其间可插入本功法，以达练养相兼之目的。

(4) 作矫正：当练某些功种而出现胸闷、气短、头晕、头痛等副作用时，可改练此功，以解除之。

(5) 作正式功：某些年老体弱或病种（如高血压病、神经衰弱等），也可单选虚静功进行锻炼。

诱导功

借助于练功者自身或他人的语言、意念、声音、温度、幻景等，诱使练功者全身放松，呼吸悠扬细缓，或排除杂念达到入静的方法，称诱导功。也可通过意念或语言等诱导，改善患者的心理、病理状态，协同修炼其他功法以及早恢复健康。此功也适用于解除练功中的偏差。诱导功是中华人民共和国成立后在临床实践中，结合古人的经验整理而成。在操作中，不论意念、抚摸、声音等项内容，其强度一定要柔和自然，不可强行或急于求成。

放松诱导　练功者选择适合病情和当时条件允许的姿式，想象自身在一个空气清新，温度宜人，幽静安适的环境中，感觉心旷神怡，心情舒畅，待情绪安定后，再想象着自己由头、颈、躯干及四肢逐步放松下来，可连续重复数遍。

呼吸诱导　在呼吸的调练当中，加意念诱导，那就是吸气时稍用力，而借助意念将吸气加长，这样容易作到自然而顺利地达到所要求的呼吸形式。

意守诱导　作功者杂念繁多不能守住丹田时，可将双手轻轻置于小腹上，给以温热舒适之感，而有助于排除杂念和思想集中丹田。

治病诱导　在全身放松和杂念减少的基础上，依病情需要，进行治病诱导。如高血压患者可以采用站式，想象绵绵细雨缓降于躯体，雨水从头向下，经躯干流向四肢末端。如此可以降低血压，减轻或消除头重脚轻的症状。肢体麻木的患者，采用站式或卧式，诱导体内真气，随着吸气沿麻木的肢体向下行，随着呼气向上行，如此在肢体内不断运行，以达疏通经络、调和气血，治疗肢体麻木。其他疾病也可依此类推。

六合心意内功

本功主要是丹田功与四把。一般地在练"静动气功"恢复健康后，或健康的人练好站桩中的三体式之后，再锻炼丹田功与四把。此功相传由明末清初姬隆风所创，于1959年由胡耀贞进行整理。六合心意内功，又名守洞尘技。心意是指脑与意念，六合即指内三合与外三合。内三合即心与意合，意与气合，气与力合。有意即有气，有气即有力。外三合即手与足合，肘与膝合，肩与胯合。概括地说，就是上与下合，左与右合，前与后合。六合心意，互为联系，结为一起。以心意支配六合，以六合贯串心意。

三体式姿势　身体正立，双足并拢，右足尖向外45度角，左足向前迈步约2尺左右着地。身体向下坐，使双腿屈曲，要求左膝髌骨与左足跟，右膝与右肩，百会与会阴穴呈三条直线。双肩下沉，两前臂上伸，两肘下垂夹肋之两侧，左手示指尖与肩平，其余四指屈曲呈弧形。左手示指尖、左足尖、鼻尖三点呈一平面与背部垂直，亦即使眼观鼻，鼻对脐。左手指尖在身体之前正中向上与肩平。当左臂定势之后，右手缓缓下按至小腹前，手心斜向下，拇指尖正对肚脐。亦可变换为右足右手向前，左足在后。

三体式站桩练法　先练开合劲，次练伸缩劲，再练收放劲。

(1) 开合劲：站好三体式，放松，入静，气沉丹田，自感丹田（指肚脐内）有气感，意视脐内之气向命门，稍定，以候丹田之气到达命门。在命门与两肾的中间有两个窍位，用意念将命门之气向外开放至两窍，然后两窍之气向命门会合。这样一开一合多次，约5—10分钟，然后缓缓散步。

(2) 伸缩劲：站好三体式，放松，入静，气沉丹田，意

念手足之气往回收缩至中丹田(肚脐内),中丹田之气向外呼出,这时用意念将丹田之气,运伸至手指尖与足趾尖。这样一伸一缩多次,约5—10分钟。

(3)收放劲:站好三体式,放松,入静,气沉丹田,用意念使上丹田与下丹田之气收归入中丹田;再用意念将中丹田之气放至上丹田与下丹田,约5—10分钟。这三种方法呼吸,用在练形意拳中的五行拳(即劈、崩、钻、炮、横五种拳法)的时候,当出手时,由丹田呼气,回手时往丹田吸气,这样一开一合、一伸一缩、一收一放,是六合心意内功中的基本功法。

丹田功 共有七种,即竖丹田、搂丹田、坐丹田、涮丹田、开丹田、逞丹田、养丹田。练六合心意内功,全在乎丹田之功,以丹田之气,发动肢体运动。所以,必须在练内功的基础上去练拳术,这七种互为结合,不能严格分开。无论练那一种,开始站立,先放松、入静、气沉丹田,采用心意贯气法,在周身运气之后,再进行练丹田功为好。

四把 是六合心意内功的基本姿势,这四把是鹰抓、鸡行、熊膀、双把。其特点是出手回手,如同老鹰抓东西之势;凡进步、回步,如鸡行路的步法;专取熊用膀力之势;练单、双掌为双把。

铜钟功

原名铜钟劲,是静功中的一个功种。因其功法姿势采用站式,两手分开,状如铜钟,故名。现广泛流传于浙江温州地区。据传本功法起自南北朝,明代后期一度盛行于四川,至清同治年间(1862—1874),由一峨嵋僧,名宏弘法师(一名澄慧),东游江浙时,授术于瑞安薛雪景,从此在温州地区,代有其人。

操作方法 正身站立,先两足平行分开,其宽与肩同。然后足尖微向外,成倒"八"字形,平踏地面,其劲如植地生根,重心落在两足之间。两膝自然挺直不屈,但忌用力。尾闾自然内收,胸微内含,脊背拔起,脊柱松沉直竖,形似笔立。头正项直,下颌微向内收,目光含神平视,口自然闭合,舌任自然,不要舐住上腭。肩关节松沉,两手徐徐分开,与身体大约成45度角,使胸部宽舒。掌心向下微向后,大拇指与示指分开,虎口要圆,此两指指尖下垂,余三指稍并,微微翘起,指间微寓起意。姿势摆正后,令头、颈、肩、肘、腕、指、背、腰、髋、膝、踝、趾各关节,节节贯串放松。摒除杂念,意守丹田,神贯元首。做到视而不见,听而不闻,心静气和,全身放松,呼吸任其自然,每次练20—30分钟,逐渐增至一小时,每日2—3次。练功结束后,两手缓缓放下,继而做阴阳手(又名花交手)动功10余次。其动作要领如下:如右手掌心朝天,向前上方举至与肩平行,紧接着掌心反转朝地,向后下方放至大腿侧。当右掌心反转朝地的同时,左手开始掌心朝天,重复右手动作。如此两手交替,一反一覆地缓缓活动十余次。运手时要注意缓慢柔和,轻如微风飘动一样。最后两足膝关节做伸屈活动,恢复自然。

临床应用 本功法适应证广泛,可用于治疗多种慢性疾病,如胃与十二指肠溃疡、肠胃功能紊乱、胆囊炎、高血压、心脏病、肺结核、肾脏炎、关节炎、陈旧性外伤、神经症等。

注意事项 初练者往往因立身不中正,致使某些部位僵硬不适,为了使全身肌肉、骨节放松,首先必须做到立身中正。因此立身中正是练好铜钟式气功的重要环节之一。如练功时,呼吸短促可改意守丹田为意守膻中。如练功时出现头晕、恶心、出冷汗等不适反应,当立即停止练功,平卧,消除紧张后即可自行缓解。如练功时,口中津液增加,这是练功的良好效应,应徐徐咽下,咽时用意送下丹田。如练功后两足发抖发酸,练功者可以自我按摩两腿,则自消失。如患内脏下垂或饱食、饥饿、狂欢、发怒,以及妇女经期时,不宜练此功。

真气运行法

以凝神调息、培养真气、贯通经络、调理阴阳,使生理有序化的一种静功方法,称真气运行法。是李少波根据《内经》理论及古代各家功法之长,结合长期实践而提出的。是防病、治病、延缓衰老的有效方法。具体练法如下:

姿式 五步功法姿势以垂腿坐式为主。坐在高低适宜的椅凳上,小腿垂直,两脚平行着地,两膝间距离,以放置两拳为准,两掌自然地覆置大腿上,两肩松垂。腰须直,勿用力,不要挺胸驼背,低面低头。下颌微收,头顶如悬,闭口,舌抵上腭。闭目内视,耳听呼吸,不使闻声。有盘膝习惯者,盘坐也可。另有行式、站式、卧式均可做为辅坐功法。

呼吸 真气运行法的特定呼吸法,是鼻吸鼻呼和注意呼气,吸气任其自然,因必须呼气运动,才能推动真气下入丹田。

(1)第一步:呼气注意心窝部。①方法:练功条件准备好,即缩小视野,注意鼻尖少时,闭目内视心窝部。耳听呼气,勿使闻声,意念随呼气趋向心窝部,吸气时顺其自然,勿加任何意识作为。再呼仍如前法。久久行之,真气即在心窝部集中,这也是排除杂念的好方法。如果还是杂念纷扰,可用数息法:即呼气时默数一,再呼气时默数二,依样数到十,再从一数到十,反覆进行,直到杂念不再兴起,即可放弃数息法。②时间:每日3次,每次20分钟。有条件可安排固定的时间,养成习惯,对静心很有帮助。无定时条件者,早、中、晚每日3次,抓紧练习也可。10天左右即可完成第一步功候。③反应:练功3至5天,觉心窝部有沉重感,10日左右心窝部有温热感,这是真气集中的表现,为第二步气沉丹田打好基础。④效果:心火下降,振奋脾阳。凡脾胃虚寒,食欲不振者,可收增加食欲之效。由于初开始练习,姿式不够准确,有时会出现

头昏,腰背酸困,呼吸不太自然、舌抵不住上腭等,这都是暂时现象,坚持锻炼过几天就好了。

(2) 第二步:意息相随丹田趋。①方法:当第一步功做到呼气心窝部发热时,即可意息相随,呼气向下延伸,一步一步自然地向小腹(丹田)推进。注意不可操之过急,免致不适。②时间:依法每日3次,每次25分钟或半小时,10天左右即可气沉丹田。③反应:每次呼气都感一股热流送入丹田,小腹汩汩作响,肠蠕动增强,矢气增多,这是胃肠功能增强的表现。④效果:脾胃功能增强,对慢性消化系统疾病都有改善。一般可使食欲增进,大小便异常现象好转,对慢性结肠炎有良好效果。

(3) 第三步:调息凝神守丹田。①方法:当第二步功丹田发热后,即可把呼吸有意无意地止于丹田。即意守丹田,勿再过分注意呼气,以免热感过强,耗伤阴液,犯"壮火食气"之弊。宜用"文火"温养,此即"少火生气"之义。②时间:每日3次,每次30至40分钟,或更长一些。这一段是培育丹田实力,为积气冲关打好基础,需40天左右方可充实有力。③反应:基于第二步气沉丹田,再十数日形成"气丘",随着功夫的积累,"气丘"渐大,感到小腹充实有力,有时会出现阴部作痒,会阴跳动,肾区发热,四肢发热等,以上感觉可因人而异。④效果:由于任脉通畅,心肾相交,心神安泰,睡眠安静,以及内脏功能协调,故对患有阳萎,月经不调,大小便异常等,可有明显好转。

(4) 第四步:通督勿忘复勿助。①方法:丹田真气充实到一定程度,有了足够的力量时,即沿脊柱上行。意识随着上行的力量,勿为他事分散注意力(勿忘)。若行至某处停下,也不要用力向上导引(勿助)。上行的快慢是基于丹田力量如何,若急于"通关",努力导引,便会犯"揠苗助长"的错误,应任其自然。如果上行至玉枕关通不过,内视头顶便可通行。②时间:每天可酌情增加功次,每次时间也应延长至50至60分钟。因每个人情况不同,有的一刹那就通过了,力量也很猛;有的须经数小时,或数天,多数在一周左右,个别通不过的另有原因。③反应:在第三步的基础上,丹田充实饱满,肾区发热,命门气动,沿脊柱上行。有的直冲而上,有的行行住住,项背强急,环头拘紧,这是通督前必有的反应,不可疑虑放松,通关后(尾闾、夹脊、玉枕)自然轻松愉快。④效果:一呼一吸形成任督循环,古称"小周天"。到此阶段,凡由于肾精亏损引起的头晕耳鸣,失眠健忘,月经不调,心慌气短,易喜易怒,精神恍惚,性欲减退等症,可得到改善。长期坚持,可望康复。无病者表现为精神充沛,身体轻捷判若两人。

(5) 第五步:元神蓄力育生机。①方法:原则上仍是意守下丹田。通督之后,各条经络相继通开,如头顶出现活动力量,也可以守上丹田,可以灵活掌握。②时间:每日3次,每次一小时左右或更长一些。约经一月时间,各种触动现象才能逐渐消失,只有下丹田和上丹田的力量更加集中旺盛。③反应:在通督后10日内,会出现头皮奇痒,舌尖颤麻,浑身常有似电流窜动,皮肤痒麻如蚁爬行,眉心、鼻骨紧张。环头拘紧,身体有时温热、有时凉爽等。遇此类情况,既不要惊慌,也不要追求,移时便会自然消失。④效果:根据身体表现,尤其丹田与百会的吸引力量,说明系大脑皮质本能力量增强,内分泌协调旺盛所致。这种力量有形有色,功夫越深,力量越明显活泼,它对全身生理功能的调节就更好,真气也就更加充实。从而不断地补偿和调节身体的代谢功能,充分发挥机体潜在力量,使免疫功能增强,减少或避免致病因素的危害,甚至沉疴痼疾也可得到改善或痊愈。坚持锻炼可以达到身心健康,益寿延年。

注意事项　(1) 练功要选择一个安静地点,光线不要太强或太暗,室温要适宜,空气要清新。

(2) 不要在大饥、大饱、大惊、大怒等情志不宁时勉强练功。风雨,雷电交加时勿坐,避免骤然的精神刺激。

(3) 忌食辛燥、腥膻等食物,以免引起乱行及上火。

(4) 通关后,由于全身经络通畅,各种触动现象发生,如大、小、痒、麻、凉、热、轻、重、光感等出现,切勿惊慌失措,要泰然处之,少时自逝,或睁开眼睛即行解除。

(5) 本功法切忌追求,强力导引,要顺乎自然,持之以恒。

(6) 在通关前,要戒绝房事,以免影响进程,延长通关时间。通关后要节制,保持精力旺盛。

(7) 练功结束时,先将意念放松,两手掌相对摩擦,如浴面之状,使精神复常,然后慢慢起立活动即可。

空松功

以脑子放空(无思无念),机体放松,由静到定的静功方法,称空松功。

身法　就是身手的摆法,分为站式、坐式、卧式、手式、放松。

站式　身体平正自然,两手自然下垂,两脚分开与肩同宽,双膝微曲,双足尖与足跟力量平衡着地。

坐式　分平坐、自然盘坐、单盘坐、双盘坐四种。

卧式　分直腿和自由盘腿仰卧两种;以及右侧卧、左侧卧、曲一腿、曲双腿、直腿五种。以上各式头、颈、肩均应平正自然,眼轻闭,口轻合,微微带笑,舌平放,舌尖轻抵上腭。

手式　分前拱式、垂直式、抱丹式、抱球式四种,站与坐均适用。

(1) 前拱式:两手虎口交叉于胸前,右手在上(左手在上也可),手心向下抬平,摆在胸口前面,成一椭圆形,两肘成弧形。大约抬平二三十分钟左右,即可放下成抱丹式。

(2) 垂直式:两手自然下垂,双肘和掌指微曲,中指在大腿两侧靠拢裤缝(只适用于站式)。

(3) 抱丹式:按前拱式的双手虎口交叉,顺其自然地

放下，松松地环抱下丹田，手心向里，手腕关节不宜太弯曲，成站立抱丹式或平坐抱丹式。平坐时交叉的两手搁于小腹之下大腿之上，两臂成弧形。

(4) 抱球式：两手在腹前作抱球状，拇指相对，手心相对向里，两手心间及和腹部距离约20—25厘米。

放松 "十松"，首先从头顶百会穴想起，头顶松，印堂松(两眉中间)，人中松，嘴角略向上，喉头松，两肩松，胸部松，腹部松，臀部和大腿松，双膝和小腿松，松到脚掌心稍前一点涌泉穴。同时对颈椎脊柱、四肢等全身骨节肌肉，都要想一想，使整个人有一种轻松舒适、愉快之感。"一上"，即是嘴角略微向上，便会自然露出微微笑容，更加轻松愉快。熟练后，可只注意印堂、人中、两肩三松一上。

心法 心法是指思想意识怎么用的方法。空松功的关键在心法，其特点有四：

(1) 不讲周天火候，一切顺其自然。

(2) 不讲"意守"讲"意照"，意照是只适时照顾一下的意思。

(3) 整个功法的核心是"空松静定"四个字。

(4) 本功法制定有一系列口诀，其主要的"三一口诀"："一片混沌"、"一心笃定"、"一觉就止"，三个口诀必须默念。练功入坐时首先要空掉当时的思想活动和一切公私事务。坐定或站定后，默念以下第一口诀，念一句照做一句：身如垂柳(从百会穴松到涌泉十松逐步做好，默想枝叶万千向下松垂的垂柳)，心似寒冰(全身逐步放松后，默念第二句，把思想意识冻结到无思无念)。万念皆空(默念这第三、第四句，便应进到无人无我的境界)，不知有身。空之又空，一片混沌(再进一步彻底空掉一切，达到一片混沌的更高境界。念两三次能入静达到一片混沌境界，就不要念了)。做以上功法时默念一句后，呼吸一次。如果不能入静，便可改用下述四种"意照法"：意照虚空，意想宇宙空间；意照整体，意想自己整个身体，不是守照那一个部位；意照下丹田，下丹田在脐下一寸三分，再入内一寸三分之处；意照患部，如为治病，则意想有病患的部位，心里还要默想"我要驱除这个患部的毛病"。久之自然奏效。

息法 是呼吸的方法。本功法以鼻吸口呼自然呼吸为主，以深、长、匀、细为原则，但要顺其自然，不要强求。如果仅念一片混沌第一个口诀，不能达到空静境界时，也可辅用随息、数息、听息等息法。并默念以下第二口诀：身如垂柳、逐步放松(按前述十松一上方法做)。心息相依，绵绵若存(随息、数息、听息都是心去依息，心跟息走，绵绵是不断之意，若存若忘是似有似无之意)。气归气海，意照窍中(气海即整个下丹田周围小腹部一大块，呼吸时要归到此处。窍中即心法中四种意照之处，是为窍，择其所需任照一处)。一心笃定，永葆青春(笃定是意念纯笃或笃实，再不思念什么。永葆青春指无病者念此句，即是保持青春常在，防老长寿之意。有病即应改念为"治好病症"即前述心法第四句意照中的"意照患部")。再次是"空心止念"的第三口诀：不怕念起(人的思想如波浪，一波未平，一波又起，不足畏)，只怕不觉(只怕不觉得，在求静之中，常有此病)，一觉就止(一觉到了，马上就要止住即止念不继续想。古语说"念起是病，不续是药")。

收功

擦手 两手掌心相对摩擦36次。

摩面 用擦热的两手摩面，以中指沿着鼻梁两侧，从嘴角向上摩擦面部到两眉和印堂，再分向双眉的两边回到嘴旁，上下来回摩擦36次。向上稍重，向下要轻。

擦耳 大拇指和示指(弯曲第二节)夹住耳轮，同时大拇指贴在耳轮后的听骨，上下摩擦36次。

擦腰 站着或坐着用手掌和指上下擦腰椎两侧36次。

八触和动象 在初练气功者，一到能够松静的时候，身体或全身或局部，便会很自然地产生各种感觉和现象，有微凉，微热，微痒，酥麻，轻浮，沉重，摇动，震跳，这称为"八触"。出现二三种或六七种，各人情况不同，皆为自然现象，不要介意。但这些都是轻微的，不离开坐位和站立位置的。如练功不得法，出现大动情况时，要注意用意识控制不动，以防出偏差、失控造成麻烦。有极个别人产生双臂转动或翻动，头部或上半身左右前后轻微摇动。如果是平衡对称的轻微小动，如左手动36次，右手也会动36次，这不是出偏，它自己动，必然会自己停。但只要按照本功法练，不夹杂别种功法，是不会发生大动现象的。

整体周天 开始练身法、心法，"身如垂柳"、"十松一上"到身心入静，即会在不知不觉中，虎口交叉的双手，感到产生微热，似觉拉不开；或小腹部，或胸腹部，慢慢到四肢和全身都感到微热或酥麻，有一种好似电流好似气流遍经脉，使整个身体非常舒服。此即本功法所讲的"整体周天"。此时，在身心极度安静的锻炼中，元气在体内自然运行，调整修补机体，以达到治病强身，防老长寿之目的。整体周天，较行任督经脉，走线状的经脉周天更为稳妥，不会出任何偏差毛病。它能由静入定，真正入定了则什么也不感觉到，但并非入睡。起初只能定数分钟，功夫深了可定一小时、数小时或更长时间，自然对治病强身能起到意想不到的效果。如果要使进步快一些，达到整体周天，即可用以下方法来帮助：在练站功或坐功、卧功一开始，默念几次空松口诀，念一句做一句，全身放松，练到几天之后，可使用深呼吸法，吸入气到下丹田，呼出气意想从胸腹部向四肢呼出，每日练二三次，每次练十至五十息左右。有气感之后，再练五至二三十息左右，便停止这样呼吸，仍改用自然呼吸，有没有气感不管它，仍练一片混沌功夫。练到一定时期，一达到一片混沌境界之后，在不知不觉中就会真有气感，或是很微弱的气感，人感到非常舒服。用深呼吸法透达四肢，以迅速达到整体周天。其口诀为：吸入丹田呼四肢，氤氲之气自如如。得气浑身

皆有感，不知"四大"有和无。按四大是指地、水、火、风，或道、天、地、王。

一指禅功

在特定的坐功、站功、行功的自我锻炼基础上，除强壮身心，延年益寿外，尚可运内气于示指尖，发放于指外，以示指代金针，点人身之穴道，使通经络，调气血而疗疾病的功法，称一指禅功。用以治疗骨质增生病，尤有满意的疗效。此法，据说传自达摩，但未见文字传世。

坐功　坐功系一指禅功之根本，为修练内气形成之功夫。

(1) 坐功姿势：分盘坐与端坐两种。盘坐姿势采用双盘式，坐东面西。年龄稍大者而取盘坐式确有困难者，可改端坐式。

(2) 意守丹田：一指禅功所意守之丹田系后命门(命门穴)内三寸，前命门(神阙穴)内三寸，将此两点连成一椭圆形，再与两乳中穴内中点连线下交于此椭圆形之左右两交点，成为田，此两交点相当于针灸经所载之手太阴肺经下络大肠之左右两交点，此椭圆形则为丹田。意守丹田系以目光若视千里之外，待数分钟后，目光逐渐移近。至视鼻尖，双目微闭视鼻尖，闭口以鼻呼吸，舌抵上腭，排除杂念，意念随目光下注丹田。

(3) 调息：务使呼吸气息调和，呼吸深长，长短同等，粗细相均。当呼尽欲吸之际，或吸尽欲呼之际，均稍停一秒钟。吸气时腹部缩入，呼气时腹部鼓起，不逐于迹象，而逐渐心随于息，息随于心，心息相随。此际，则须先运小周天，后运大周天，待大小周天行运纯熟后，每一入坐，大小周天不加意念而自然行运，甚者如入虚无之境界。至觉察后，将气引入丹田，即可收功。

(4) 收功：坐功练毕，勿随即起坐睁眼，将双手缓慢举起，手掌互相揉擦，用两掌侧按压两眼，随即离开，两眼随之睁开，然后再闭眼。如上揉擦按压，反覆 12 次。再将手掌互相揉擦，以手掌鱼际推擦两太阳穴，自太阳穴循耳后，下至颈部两侧推擦，反覆 12 次。再以双掌分别拍两肩、臂、臀、大腿、小腿，先左侧，后右侧(女则先拍右侧)，即可收功起坐活动。

站功　站功系一指禅功之基础，亦为修炼示指之功夫。

(1) 站功姿势：宽衣解带，神志清明泰然，室内、外空气清新处皆可修炼。站功姿势开始，双脚分开，距离与肩同宽，身体缓慢下蹲成半蹲式，两膝关节距离与肩同宽，将两下肢肌肉紧缩，双脚五趾微向下内钩，上身自然挺直。缓慢将双手举起，空握拳，竖直双手示指。两臂弯曲，高低与眼齐，两示指与眼距离一市尺，两示指间距离和两眼之瞳孔同宽。两肘关节微贴于两胁，意念提肛，即可进入意守阶段。

(2) 意守示指尖：摆好站功姿式后，舌抵上腭，默运脑中先天之性光，两眼分别凝照两手示指尖。初修炼时不习惯，修炼经久，自然逐渐习惯。待出现复视时，眼中所视之示指时而出现四指，时而出现八指，至此意境，且莫心慌，再坚持修炼，复视自然消失；即可见示指指端似有白烟，至白烟消失后，可现示指端似有白光。呼吸如坐功呼吸法，意守时间长短因人而异。站功初练时，一两分钟后，即觉两下肢酸困，确难以坚持。此际，不能操之过急，可由 1 分钟慢慢增加至 2 分钟、3 分钟，最后至 20 分钟、30 分钟，修炼至能坚持站 5 分钟以上时，两下肢出现颤抖，呼吸亦现粗大、急速，如此尚须继续修炼，至无法再坚持时方可收功。

(3)收功：站功练毕，且勿立即走动，缓慢松开空拳，伸直五手指，将两手掌心缓慢转向胸部收至两腋间，缓慢转掌朝下，五指向前，手臂自然放松垂直，两下肢亦随之缓慢伸直站立。再将两手掌缓慢转朝上，缓慢曲肘提掌至齐乳高，两足跟亦随之缓慢提起，闭口以鼻缓慢呼吸，缓慢转掌朝下，缓慢伸肘垂直两臂，两足跟缓慢着地。提掌时缓慢吸气，压掌时缓慢呼气，提掌时意念提千斤，压掌时意念压千斤，如上反覆作 12 次，即可收功休息。

行功　行功系一指禅功之关键，为修炼内气外行之功夫。

(1) 行功姿势：精神安然，一身上下自然放松垂直，双脚平行分开与肩同宽，舌抵上腭，两手缓慢举起，五指自然微弯，左手在下，掌心向上，右手在上，掌心向下，两手抱球于脐前。缓慢伸出左手，由下上举至齐眉高，手臂微弯曲，与此同时缓慢迈出左脚半步，头与上身亦随左手伸出而缓慢向左倾斜，头眼正前视；同时右手缓慢向下向右推，掌心向右，五指斜向下，肘与臂自然伸直。然后再将左手缓慢自上收回至脐前，右手亦缓慢收至脐前，右手在下，掌心向上，左手在上，掌心向下，再缓慢将右手由下上举至齐眉高；与此同时缓慢迈出右脚半步，头与身亦随右手伸出而缓慢向右倾斜，头眼正前视；同时左手缓慢向下向右推，掌心向左，五指斜向下，肘与臂自然伸直，右手缓慢向上收回至脐前，左手亦自下缓慢收至脐前，左手在下，掌心向上，右手在上，掌心向下，绕手抱球于脐前，循八卦形前进运行。其姿势如太极拳中之野马分鬃式。修炼时，动作必须极其缓慢，切勿过速，如此反覆修炼 64 次。

(2) 意守手掌：行功时两眼不必凝视两掌，头眼正前视，舌抵上腭，呼吸如坐功，意守手掌。默运脑中之先天性光，引丹田旋转滚动之气。于呼吸之际，随意念将内气引循两手臂运至两掌十指。修炼日久，当得其法，自觉五指微胀，举动似有气自五指间微微吹出。行动时必须极其缓慢，令内气由轻微而至成股滚动而达示指尖，发放出体外。每日坚持于子、午、卯、酉四个时辰修炼，功到自然成。

(3) 收功：行功不拘行 64 次而止，可行 512 次。甚至每日可行 4 次，每次 512 次。行功完毕，切莫突然停

止，应将动作逐渐收小，自最后8次起，每一动作须慢慢收小，收至原来起式，两手自然垂直放松站立，此为收功。

运气法 一指禅功所修炼之内气，系循手太阴经运行出体外，成为外气。发放外气，须以意领气，由于太阴肺经下络大肠之左右两交点，运至胃上口，穿过膈膜，入肺脏，沿喉咙，横出腋下，下行沿上臂内侧，至掌后高骨之下，即寸口动脉处。通过寸口，至拇指后之内缘，出拇指内侧尖端。支脉从手腕后直达示指尖端。自丹田至示指端，不过四十寸，欲使内气运行自如，则非一日之功。运气之法，当呼气外出之际，默运内气循手太阴肺经外行至示指尖，外气之发放即已成功。

注意事项 修炼一指禅功时，身心泰然，精神轻松，安静自若，先排除大小便，以免影响修炼。修炼一指禅功，如遇下列情况不宜修炼：天气突变，暴风骤雨；严寒酷暑；剧烈运动及重体力劳动后；心情烦乱不安；暴怒大惊后；过量饮酒后；暴饮暴食后；修炼一指禅功者最忌纵欲。一指禅功若修炼至能发放外气后，须待外气行运自如，手到气到，得心应手后始可治病。在点穴治疗时，行气者有酸、麻、热、冷、胀不一的气感，即可以一指禅功发放外气治病。

点穴疗法 一指禅功点穴疗法主要有四法，曰点穴四法：

(1) 按运法：以示指指尖轻点穴道后，缓慢运气入穴道，为补法。

(2) 压运法：以示指指尖重点穴道后，不缓不速运气入穴道，为平补平泻法。

(3) 点运法：以示指指尖用力重点穴道后，急速运气入穴道，为泻法。

(4) 悬运法：以示指指尖取穴道后，随即将示指离开穴道，隔空指穴，持续运气入穴道，可补可泻，以运气之大小缓急为补泻。若体质虚弱者，以点穴疗法治疗时，必须谨慎，切莫大意，以免强补强泻。如患者突然昏厥，全身无血色、脱汗，速以拇指示指透点内、外关穴，缓慢运气入内、外关穴三、五分钟，患者即慢慢清醒。

自然呼吸法慢步行功

慢步行功，为郭林创编的，用于治疗多种慢性病的一种动静相兼的练功方法。全套慢步行功，包括下列二个部分：

预备功 做功前要做预备功，即依次做完松静站立，中丹田三个气呼吸、中丹田三开合。

(1) 松静站立：这是一个基础式子。其具体做法如下：两脚平行站立，与肩同宽。双肩双胯放松，身体重心放在两脚中间，双目轻闭，舌尖轻舐上腭；百会朝天，使头顶的百会穴直对天空，以保持头部正直；垂肩坠肘，虚腋松肘、松腕，双手自然地放在两胯旁；含胸拔背，收腹，松腰，心安神静，排除头脑中的各种杂念。

(2) 中丹田三个气呼吸：口呼鼻吸，称为"气呼吸"。按松静站立各项要求做完后，双手轻轻地、缓慢地由胯的两侧向腹前聚拢。开始时两手心相对，移至腹前时，两掌心转向腹部，男子先将左手(女子为右手)的虎口放在肚脐处，使掌心(内劳宫穴)按在中丹田(即气海穴，在肚脐向下，向里各一寸半处)；再将右手(女子为左手)掌心重叠在左手手背上使右手的内劳宫穴对准左手的外劳宫穴，手放好后，开始做呼吸动作。先用口呼，后用鼻吸。先呼后吸为补，久病体虚的人，一般都用先呼后吸的补法(癌症患者一般都用先吸后呼的泻法)。呼吸时要做到轻、缓、长、深，但又不可用力和勉强去追求深长，要自然并留有余地。呼气时要注意松腰、松胯、松膝，呼到一定程度后，就开始吸。这样"一呼、一吸"为一个气呼吸，共做3个。

(3) 中丹田三开合：接上式，最后一个气呼吸毕，恢复自然呼吸。中丹田前的双手向两侧慢慢地分开，开始两手手背相对，手指弃拢；开的宽度以略宽于自己的身体为度，开后翻手使手心相对，双手慢慢地向腹前中丹田处聚拢。聚到两手将接触而尚未接触时，再翻手，使手背相对，做第二个开合。如此共做3次。

慢步行功 (1) 迈步法：在做完预备功后，即开始向前迈步，根据不同的病症决定出脚的次序。一般高血压、心脏病、脾病及其他杂病先出左脚，肝病、眼病先出右脚。若病症不明显，则可按男先出左脚，女先出右脚为准。以先出左脚为例，左脚迈出时脚跟先着地，脚掌竖起，以调动肾经。接着左脚随身体重心的左移而踏实放平，然后开始迈右脚。右脚迈出时，也是脚跟先着地，脚掌竖起，随着身体重心右移，而右脚踏实放平，接着再如前法迈左脚，如此一步一步地向前走。由于此功应闭目练，做功前要看好场地，不要在湖边、河边、坑沟旁练，以免发生事故，当走到场地尽头时，可以转换方向再接着行走。

(2) 手的摆动：手的摆动要与迈步配合好，当迈左脚时，右手先朝向中丹田前摆，左手摆至身体左侧略向后，左脚逐渐放平时，左手摆至中丹田前，右手摆至身体右侧略向后。迈右脚时，手的摆法与前同，只是方向相反。双手摆动时五指微曲、虚拢，不要僵直、手心向着中丹田，这是为了把气导向中丹田。两手要自然，肩、肘、腕诸关节都要放松，腋下要空虚，臂要保持弧形，否则会影响气血的运行。

(3) 呼吸法：慢步行功用的是自然呼吸。行走中注意力集中在"题"上，而不要放在呼吸上，这样呼吸容易平稳、匀细，思想也容易入静。

(4) 行进中的其他一些功法：舌尖轻抵上腭。注意摇摆天柱，迈左脚时，随着双臂向右转，头部也要自然地向右转，转时脖子要放松。缓缓咽津，行走中口水增多，口水多时，要分3次缓缓咽下，每次咽下时都要想着口水通过喉头，经胃脘，直到丹田。咽津时，双脚站平，暂停迈步，避免呛着。

（5）意念导引法：是在练功中能否入静，能否取得疗效和疗效大小的关键，为了使练功人能够入静，就需要借助意念导引来达到这一目的。本法在治病阶段，强调用体外的某物、某景、某词句作为题材来意守，把思想活动的注意力，集中在这些题材上。用所选的"题材"去代替不着边际和有害的"胡思乱想"，即所谓的"排除人情干扰"，所以练功中的入静是在觉醒中的入静，而不是昏睡中的入静。在入静以后，就会产生"内气"，而"内气"的运行，可以疏通经络脉道，消除身体各部的气滞血瘀以治病。在"选题"时要注意以下几个原则：选近处的不要选远方的事或物；选静止的，不要选活动的事或物；选体外的事或物，不要选身体上的某一部位，只有在病情基本好转，全身都能放松以后，才可以守中丹田，这样做不易出偏。选题要辨证，如高血压病人，所选"题材"的位置要低于自己身体上的气海穴的位置，如地上的花草、草坪、小树等。低血压或内脏下垂的患者，所选"题材"的位置，则应高于自己身体上的印堂穴的位置。另外，所选"题材"的颜色也应适当，肝病患者应选温和平淡的绿色；心脏病患者应选紫色、淡红色的景和物，而不应选深红等刺眼的颜色。题材应在练功前选好，不要在练功时现想，"题材"选好后，在行功一开始就使思想集中在所选的"题"上，这称为"守题"。在行功的整个过程中都要"守题"。"守题"时固然要求练功人要把思想集中在"题"上，但也不要守得过紧、过死，要掌握"一聚一散，似守非守，若有若无"十二字诀和"不盯、不抓、不追"三不原则。这样，才能使意念活动掌握得适度。

收功　收功是为了充分发挥已产生的"内气"的作用，导引"内气"归原，以达到治病的目的。

（1）放题转意念：转意念就是把在练慢步行功中意念活动所选的"题"放掉，然后把意念活动转到中丹田。这个意念的转换，是靠三个中丹田开合的动作来协助完成的。在走完最后一步时，将后脚向前迈一步，两脚站平成松静站立式。

（2）中丹田三开合：站好后，稍微稳一稳，然后做中丹田三开合。其做法与预备功中的中丹田三开合的做法相同，但意念活动不同。在收功做"合"的动作时，要想着把"内气"从全身各处引向中丹田；在做"开"的动作时，想着将"气"稳住在中丹田，不要随着手的"开"式，把"气"又引散。这样便可引气归原了。

（3）揉腹：接上式，在做完最后一个"合"式时，即将左手放在中丹田处，右手放在左手背上相重叠（女子则相反），然后以中丹田为圆心，双手缓缓地围绕着中丹田转圈。先顺时针转，由小到大，大到上不过膻中穴（两乳之间的中点），下不过曲骨。转9圈或9的倍数18圈、36圈，最少9圈，最多36圈。再逆时针反转，由大到小，其圈数与正转同。从正转改为逆转时，要变手，改为右手在下，左手在上（女子则相反），换手时要等双手转到上方或下方时进行。双手转圈时，要离开身体，不是真的用双手去揉肚子，只是借坐揉腹的式子，来导引"内气"进一步归原，并稳住在丹田。

（4）三个气呼吸：当揉腹做完最后一圈，双手稳在中丹田时，接着做三个气呼吸，其做法与预备功中的做法相同。其作用是为了使"内气"稳住在中丹田，并使意念活动逐步恢复到平常生活中的状态。做完三个气呼吸后，恢复到原松静站立的姿势。再稍微稳一稳，愿意多站片刻也可以，然后慢慢睁开眼睛，再缓缓步行。

风呼吸法快步行功

是郭林创编的，用于防癌治癌的主功。它包括中度风呼吸法自然行功；中度风呼吸法一、二、三步功；风呼吸法中快、稍快、特快行功等七项功法。其具体做法如下：

中度风呼吸法自然行功　（1）预备功：包括松静站立，中丹田三个气呼吸，中丹田三开合（具体做法见"自然呼吸法慢步行功"条）。

（2）迈步法：做完预备功后，慢慢睁开眼睛，开始象散步地向前行走。先出那只脚，其原则与慢步行功相同。仍以先出左脚为例。迈步前，先把身体重心放在右脚上，使左脚变虚，以脚尖点地，然后迈出左脚，迈左脚时脚根先着地，待左脚放平后，再迈右脚。右脚迈出时也是脚跟先着地。右脚放平后，再迈左脚，如此一步一步地向前走。

（3）摆手法：手的摆动要与迈步配合好。当迈左脚，脚跟着地时，右手在中丹田前，左手在左胯边。当左脚放平的过程中，身体重心逐渐转移至左脚，左脚开始向中丹田摆动，右手从中丹田前开始向右胯边移动。当左脚放平后，开始迈右脚，右脚跟着地时，左手已摆至中丹田前，右手已摆至右胯边。右脚放平时，左手正在中丹田前，右手正在右胯边，如此，连续前进。手臂及手的摆动要自然，肩、肘、腕诸关节都要放松，腋下要空虚，臂要保持弧形，不要僵直，否则将影响气血运行。

（4）呼吸法：中度自然行功用的是"风呼吸法"。"风呼吸法"是用鼻吸鼻呼，先吸后呼，吸气与呼气略带气息声，但声音不能太大，以自己刚刚听见为度。有轻度高血压和心脏病患者，呼吸时尤其要轻，其声音要轻到几乎听不见的程度；重症高血压与心脏病患者，则暂时不要操练此种功法，待病症好转后，为了消炎或防癌再操练此法。否则，对血压和心脏都会发生不好的影响。"风呼吸法"是两吸一呼，即"吸—吸—呼"，这种呼吸法是有节奏的，先作两个连续的吸，其节奏如音乐中的一拍，然后再做一个呼，又如一拍，呼吸时，要与迈步和摆手配合好。迈出左脚，在左脚跟着地时，做两个连续的吸，即"吸—吸—"，当迈右脚时，做一个呼，即"呼—"的动作。在迈左脚做"吸—吸—"，与迈右脚做"呼—"的时候，都要注意将右手和左手分别导引到中丹田（手心劳宫穴对着中丹田），这样可以使气下沉。千万不要用力去吸气，这会使气上冲，

时间长了会出现头痛。"风呼吸法"在古气功中一般是禁用的,本法通过实践,认为此呼吸法不仅对治疗某些慢性的炎症有效,对于治疗癌症更为有效。

(5) 进行中其他功法:中度风呼吸法自然行功,行走的速度大约每分钟走60步左右(每迈出一脚即算一步)。操练自然行功时,每走15分钟应停下来做一轮三开合,三个气呼吸。平一平气以后再接着做,可以连做3次,做完最后一次时,要按收功法进行收功。除此两项外,行进中的其他功法,均与慢步行功同。

(6) 收功法:与预备功中的中丹田三开合、三个气呼吸的做法相同,只是次序相反,即先做三开合,后做三个气呼吸。

中度风呼吸法一步行功 (1) 预备功:同上。

(2) 迈步法:做完预备功即按病情出脚,以先出左脚为例:迈前步,先把身体重心放在右脚上,使左脚变虚,以脚尖着地;然后迈出左脚,左脚向前迈出时脚尖翘起,膝盖要保持一定的弯曲,脚后跟略带一点蹬劲;然后使脚跟先着地,接着再将左脚放平。左脚放平后,身体重心移至左脚上,右脚变虚;顺势将右脚提起,右脚尖在左脚内侧中间旁开约二寸处轻轻点地,轻点后,再将右脚向前迈出,其脚跟先着地与左脚同。右脚迈出放平后,顺势提左脚,用左脚尖在右脚内侧中间旁开二寸处点地后再迈出。如此一脚点地、迈出,再另一脚点地、迈步,不断前进。

(3) 呼吸法:中度风呼吸法一步行功的呼吸法,与中度风呼吸法自然行功的呼吸法相同。但在呼吸与步法的配合上则不相同。仍以先出左脚为例:当迈左脚,脚跟着地时,做两个连续的吸,即"吸—吸—";当左脚放平与右脚尖点地的同时做"呼—",迈右脚时的呼吸配合方法与迈左脚相同。

(4) 摆手法与行进中的其他功法与自然行功相同。

(5) 收功法:同上。

中度风呼吸法二步行功 (1) 预备功:同上。

(2) 正功的练法:此功的迈步法、摆手法以及呼吸法,与中度风呼吸法一步功的做法大体相同,只是在呼吸与迈步的配合上有些不同。仍以先出左脚为例:左脚迈出,脚跟着地做一个"吸—"。当左脚放平时,即迈出右脚,右脚跟着地时,再做一个"吸—"。当右脚放平,身体重心移至右脚时,左脚变虚,顺势将左脚跟提起,用左脚尖(左脚大足趾内侧大敦穴处)在右脚中间旁开二寸处点地,此时做"呼—"的动作。迈左脚,迈右脚,点左脚,完成"吸—吸—呼—"的动作。此功出哪只脚即点哪只脚,因此,可以根据病情定先出哪脚,以突出点哪经。如肝病患者先出右脚,即点右脚,做一轮(20分钟)后,进行平气,做中丹田三开合,再出左脚做一轮。平气后,再出右脚做一轮。如此,出右脚做两轮,出左脚做一轮,这样便突出了点肝经的动作。

(3) 收功法:同上。

中度风呼吸法三步行功 (1) 预备功:同上。

(2) 正功练法:此功的迈步法、摆手法以及呼吸法,与一、二步行功相同,唯呼吸与迈步的配合上有所不同。仍以先出左脚为例:左脚迈出,脚掌竖起,脚跟着地时,做一个"吸—";当左脚放平,迈出右脚,右脚跟着地时,再做一个"吸—";右脚放平后,再迈出左脚,在左脚跟着地及放平过程中,再做一个"呼—";紧接着,当左脚放平时,右脚脚尖在原地点地,此时变为自然呼吸,即所谓"平一下"。接着再迈出右脚,与先迈左脚的动作相同,继续完成一个"吸—吸—呼—平"的动作。此功的特点是"三步一点",并配合着做"吸—吸—呼—平"的呼吸动作。

(3) 收功法:同上。

中度风呼吸法中快行功 (1) 预备功:同上。

(2) 正功练法:其迈步法、摆手法、风呼吸法、行进中的其他功法,与"中度风呼吸法自然行功"基本相同。仅在步法与呼吸法的配合上略有不同。仍以先出左脚为例:当迈出左脚,脚跟着地时,做两个连续的吸,即"吸—吸—"的吸气动作,当左脚平放时,再做"呼—"的动作。在迈右脚,当脚跟着地时,同样又做"吸—吸—"的动作,右脚放平时,做"呼—"的动作,如此一步一步地往前走。这种行功的步法和呼吸较易配合,根据自己的体力强弱、迈步的快慢、呼吸的长短,自己进行调整。所以走起来比较稳,适合老年及体弱的患者操练。

(3) 收功法:同上。

弱度风呼吸法稍快行功 (1) 预备功:同上。

(2) 正功练法:其迈步法、摆手法、风呼吸法、行进中的其他功法,均与"中度风呼吸法自然行功"基本相同。两者不同处,仅在于"自然行功"要求突出"自然"二字,"稍快功"则要求在练功中略要着意些,要体现出"柔中有刚"和"刚中有柔"。在走步上,后者比前者要稍快些,手摆动得也要稍快些,手心导向中丹田的动作也要更明显些(如癌病灶在下腹部的患者,手摆动到中丹田时,距离中丹田的正前方要远一些,约一市尺或略少些);风呼吸的声音也略重些,但也不可过重。总之,迈步、摆手的虚实、呼吸的节律,都要更分明一些。

(3) 收功法:同上。

强度风呼吸法特快行功 (1) 预备功:同上。

(2) 正功练法:其迈步法、摆手法、行进中的其他功法,均与前几项相同。唯呼吸法以及呼吸法与步法的配合上不同。仍以先出左脚为例:在左脚跟着地时,立即做一个短促的"吸—",在左脚放平,迈右脚,在右脚跟着地时,立即做一个短促的"呼—"。这种特快功,步子走得快,呼吸也快,手摆动得也快。迈左脚吸,迈右脚呼,一步一吸,一步一呼,如此向前行走。体弱的患者,如果不能一气走20分钟,可以每走5分钟或10分钟,停下来平站式,做中丹田三开合,平一平气。然后改为先出右脚,依前法再走5或10分钟,停下来做中丹田三开合。如果不累,平气后可以改出左脚继续再做一遍。最后按收功法收功。

上述七项功法在治疗癌症或其他炎症时的一般安排原则：对癌症治疗一般分为抢救、巩固疗效、恢复健康与保健等三个阶段。每个阶段，根据病情的不同，大约需要3—6个月的时间。

（1）抢救阶段：晚期、中期、早期癌症病人，开始时都应先操练中度风呼吸法自然行功。在操练过程中患者对“行功”有了初步的体会，就可以安排其他功法了。晚期癌症患者，应以特快功、稍快功为主。中期癌症患者，功法与功时的安排，除与上述晚期癌症患者的功法与功时相同外，还应加练全套的中度风呼吸法一、二、三步行功。早期癌症患者可以不练特快功，而应强调中度风呼吸法一、二、三步行功。

（2）巩固疗效阶段：除继续操练“风呼吸导引法”的行功外，同时应增加“吐音导引法”，以控制癌细胞的转移与扩散。在本疗程的后期，还应加练自然呼吸法的慢步行功。

（3）恢复健康和保健阶段：当癌症已被控制以后，就要适当调整功法，逐步减少以祛邪为主的风呼吸法，而增加养生功的内容，即增加操练慢步行功等功法。

上述中度风呼吸法一、二、三步行功，不仅是防癌治癌的主功，而且是肾炎、肝炎、肺炎、气管炎以及肺气肿患者的主功。对于一般病人和为了保健而练功的人，在冬季操练此功，还可以起到防治感冒、退热、消炎等作用，所以这三项功法也称作“过冬功”。对于心脏病患者，或兼有心脏病的癌症患者，操练上述七项“风呼吸法”的功法时，风呼吸时要轻。还可在行进中作“呼”的动作的同时，配合虚握拳，用中指点按一下“内劳宫穴”，以加强心脏的功能，解决练风呼吸法与心脏病不适合的矛盾。但在点按内劳宫穴时不要过重，也不要时间过长，以免出现大便干燥的情况，练功者要逐步摸索，以便掌握住适合自己的程度。

生物反馈疗法

用意识来控制一切下意识的生理过程的规律，并应用这个规律使异常的生理过程自动地转化为正常的生理过程，使机体的多种功能由不平衡获得平衡，而达到治病目的的一种疗法，称生物反馈疗法。

反馈或回授一词，是控制论中常见的术语，指一个自控系统传输的信号，能通过回路，对本系统的功能起增强或减弱的调节作用。在医学上，以这些原理为基础，发展为生物反馈疗法。它指出：人们可以通过学习或锻炼，改变本身的随意和不随意的功能，以改变行为和内脏功能，使失衡的生理过程得到调整，而达到治疗的目的。在实际应用中，这种生物反馈技术，通常是以电子仪器，将视觉或听觉的信号，作为显示人们体内正常的或不正常的生理过程，并通过一定锻炼，来调节和控制这些过程。以高血压病患者学习松静功来降低血压为例，血压的高低是不随意的，但病人可以学松静功，使高血压下降；若在学习松静功过程中，将高血压的信号与声响相联系起来，则血压升高时，声响作为听觉的信号，显示了出现不正常的生理过程——血压升高，于是以正确的松静功锻炼，使血压降低。这样不间断的，反覆的给病人提供练松静功的特殊生理状态的信号，使血压不升高，保持正常恒定，得到治疗效果，这样在松静功治疗高血压的过程中，配合电子仪器，能迅速的得到疗效。在学习过程中，声响一方面作为反映病人血压升高的不随意的生理过程信号，另一方面是启动病人通过自我意识控制，进入松静功功能状态的信号，从而达到血压下降，恢复正常。病人通过电子仪器训练了一段时间之后，学会了控制自己血压，以后即使不用仪器，也能控制升高的血压。因此，生物反馈法，从理论上说是一种不用针药的生理疗法。可以应用于治疗斜颈、肌肉麻痹、瘫痪、癫痫、偏头痛、心绞痛、心律不齐、雷诺病、贲门弛缓、结肠过敏，也用于分娩等。

生物反馈作用还是一个年轻的课题，其科学理论依据，正随着其应用的发展和研究的深入不断在发展。已知人体整个神经系统分为中枢神经系统和外周神经系统，后者包括肌肉神经和自主神经，很长一段时间里，人们都认为自主神经的功能是不随意的。心理学家米勒(N.E.Miller)通过动物实验已经证明：自主神经功能不是不随意的。人体随意和不随意的功能，从学习和锻炼的过程来说是一样的，只有一个原理，那就是人们通过大脑学习知识和训练技术的过程，便具有随意控制人们的技巧动作，和改变自己的内脏功能，即用意志来控制自己身体各种功能。而生物反馈训练正是一种自我暗示过程。借此，人们就能使用这种生物信息，去随意控制特定的身体内部过程和功能。

身心是息息相关的。生物反馈作用的科学原理，涉及的学科面较广，如生理学、心理学、精神生理学、精神病学及其治疗学、身心医学等等，是在多学科基础上发展起来的新学科，它与气功疗法初级阶段的功能相似，但不是气功。可是生物反馈疗法若与气功锻炼结合应用，将对医疗实践有更多的作用。

生物反馈疗法是生理、心理密切相关的重要内容，是身心医学的重要内容，也是气功学部分内容现代化发展的一个值得探讨的分支。

动功

练功者在练功时，体位、身体按功法要求，而不断地运动变化的一大类功种功法，称“动功”。在肢体运动的同时，结合调心、调息，做到意气相随，意到气到。它还包括自我按摩、拍打等方法，以锻炼内脏、筋骨、肌肉、皮肤。因为有形体动作表现于外，又能外练筋骨。故又称“外功”。

历代文献中，有关动功的记载甚多。如《庄子·刻意》

曰:"吹呴呼吸,吐故纳新,熊经鸟伸,为寿而已矣。"《三国志·华佗传》中,华佗与其学生吴普关于五禽戏谈话等。近年在长沙马王堆发掘出来的三号汉墓中的《导引图》中,所记录的许多西汉以前动功的练功姿势,是目前发现的最早的动功图画资料。动功的派别和功法很多,著名的有"五禽戏"、"易筋经"、"八段锦"等。由于师承和流派的不同,每一种同名动功又有许多不同功法,各有千秋。1973年来,随着气功事业的蓬勃发展,发掘和创编出不少动功功法,已在群众实践中得到检验和总结。

动功,作为气功的一个部分,必须作到在意念集中、思维宁静的情况下进行锻炼。此外,还有许多武术中的内家拳术也讲意守与运气(调息)、招式(调身),每易与气功之动功相混淆。从气功之定义看,应以其功能作用予以区别:以保健治病为目的者,属气功之动功;以防身技击为目的者,属武术。

五禽戏

人们模仿自然界五种禽兽——虎、鹿、熊、猿、鸟(鹤)的动作,作为保健强身、却病延年的一种自我锻炼功法,称五禽戏。这种功法是我国汉代名医华佗(公元3世纪)在前人的基础上创造的,故又名"华佗五禽戏"。此种功名首见于《后汉书·方技传》。

以模仿禽兽的动作,作为气功动功锻炼方法,还可以追溯到更早的年代。早在战国时期,《庄子》中就有"熊经鸟伸,为寿而已矣"的记载。西汉初的文物,马王堆出土的《导引图》中绘有十种模仿禽兽动作以健身治病的彩图。西汉《淮南子》中载有"六禽"动作名称。

华佗在编创"五禽之戏"的同时,还提出了运动却病健身的朴实的科学理论,他说:"人体欲得劳动,但不当使其极尔。动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生,譬犹户枢终不朽也。是以……为导引之事,熊经鸱顾,引挽腰体,动诸关节,以求难老。我有一术,名五禽之戏:一曰虎、二曰鹿、三曰熊、四曰猿、五曰鸟,亦以除疾,兼利蹄足,以当导引。体有不快,起作一禽之戏,怡而汗出,因以着粉,身体轻便而欲食",这是极为可贵的。

五禽戏的操作方法,从现存文献看,以南北朝时陶弘景《养性延命录》中记载为最早。其操作法如下:①虎戏者,四肢距地,前三掷,却三掷,长引腰,乍却,仰天即返。距行,前、却各七过也。②鹿戏者,四肢距地,引项反顾,左三右二。左右伸脚,伸缩亦三亦二也。③熊戏者,正仰,以两手抱膝下,举头,左辟地七,右也七。蹲地,以手左右托地。④猿戏者,攀物自悬,伸缩身体,上下各七。以脚拘物自悬,左右七。手钩却立,按头各七。⑤鸟戏者,双立手,翘一足,伸两臂,扬眉鼓力,左右七。坐伸脚,手挽足距,各七,伸缩二臂,各七也。

五禽戏发展到现在,已有不少流派,每个流派都各有不同的风格和特点。概括起来,有以模仿"五禽"动作为主;有以着重"内气"锻炼;有以着重练"内"的;有以着重练"外"的;有以着重练"动"的;有以着重练"静"的;有以着重练"刚劲"的,有以着重练"柔劲"等等。在锻炼的目的上,有以治病养生为主,有以壮力强身为主。从治病养生角度看,在总的方面应该是重视"精、气、神"的锻炼。对体势与内气、内功与外功、动与静、刚与柔,都是应该并重的。因为五禽戏是一种"外动内静"、"动中求静"的功法,习练时应该作到外动内静,动中求静;有刚有柔,刚柔并济;练内练外,内外兼备;有动有静,动静兼备。练五禽戏时,可以单练一禽之戏,也可以选练一两个动作。单练一两个动作时应该增加锻炼的次数。

五脏导引法

专用以治疗五脏某些疾患的以动功为主的锻炼方法,称五脏导引法。此类功法主要的有以下两套:

胡见素坐功法 胡见素又名愔,唐代或唐以前人,其法初见明《道藏·黄庭内景五脏六腑补泻图》,也载于《遵生八笺》。

(1) 肺脏疾患导引法:正坐,以两手据地,缩身曲脊,向上三举,去肺家风邪积劳;亦可反拳捶背上,左右各三五度,此去胸臆间风毒。然后闭目三叩齿、三咽津而止。

(2) 心脏疾患导引法:正坐,两手作拳,用力左右互筑各五六度;又可正坐以一手向上拓空如拓重石;又以两手急相叉,又以脚踏手中各五六度,去心胸间风邪诸疾。闭气为之,良久,闭目三叩齿、三咽津而止。

(3) 肝脏疾患导引法:正坐,以两手相重按胜上,徐徐捩身向左右各三五度;又可正坐,两手相叉,反复向胸三五度,此能去肝家积聚、风邪毒气。

(4) 脾脏疾患导引法:坐定,伸一脚,屈一脚,以两手向后反掣,各三五度;亦可跪坐,以两手据地回头,用力虎视各三五度,能去脾脏积聚、风邪毒气。

(5) 肾脏疾患导引法:正坐,以两手如拓石状,引胁三五度;亦可向左右捩身三五度;亦可以足前后踏,左右各数十度,能去腰肾膀胱间风邪积聚。

五脏修养法 (1)心脏修养法:常以四月、五月、六月弦朔清旦,面南端坐,叩金梁(齿)九,漱玄泉(津液)三,凝神存想,吸离宫赤色气(南方心气),入口三吞之,闭气三十息后呼之。

(2) 肝脏修养法:常以正月、二月、三月朔旦,面东平坐,叩齿三通,闭九、十息,吸震宫青气(东方肝气)入口九吞之。

(3) 脾脏修养法:常以季夏之月朔旦,并及四季之末十八日旭旦,正坐中宫,禁气五息,鸣天鼓十二,吸坤宫之黄气(脾土之气)十二咽之。

(4) 肺脏修养法:常以七月、八月、九月,朔望旭旦,面西坐,叩齿七,吞津三。然后瞑目正心,思兑宫白气(西

方肺气)入口,七吞之,闭气、一十息。

(5) 肾脏修养法:常以十月、十一月、十二月,面西北方向平坐,叩齿七,吞津三,北吸玄宫黑色气(肾气)入口,五吞之("五脏六腑图"转引自《医方类聚·五藏门》)。

白云子导引法

是动静结合的一套练功方法。初见于宋代《云笈七籤》卷五十一。白云子即唐代司马承祯(647—735),后因隐于天台山,故自号天台白云子。著有《服气精义论》、《坐忘论》、《天隐子》等书。本导引法的特点是先习静功,再行导引,其具体炼法是:当丑后卯前(夜间1时至早上7时前)天气清和日,先解发,散梳四际,上达顶三百六十五过,散发于后,或宽作髻;面向东,平坐握固,闭目思神,叩齿三百六十过,乃纵体平定气息,依次为之:先闭气,以两手五指交叉反掌向前极,良久,举手反掌向上极,即低左手,力举右肘,次低右手,举左肘亦如之,复以手钩项,举两肘,仰头向后,令头与手前后竞力为之;再钩项摆肘,扭动上身,向左向右继放手两膝上,微吐气通息。稍停歇后,又从初为之,三度收功。

赤松子导引法

托名神话中人物赤松子,而以治病为主的一种动功锻炼方法,称赤松子导引法。初见于《云笈七籤》卷三十四所载《太清导引养生经》。其具体炼法是:朝起布席,东向为之。仰卧,以两手叉头上挽至地,五噏(音夕,同吸)五息止(即行吐纳5次)。引胀气。左侧卧,左肘肘地极(用肘着力于地),用左手推头向右;复右侧卧,以右肘肘地极,用右手推头向左,皆五息止。引筋骨。以两手据右膝上至腰胯,固定下身,起头(抬起头项),五息止。引腰气。左手据腰左膝,右手极上引;复以右手据腰右膝,左手极上引,皆五息止。引心腹气。左手据腰,右手极上引;复以右手据腰,左手极上引,五息止。引腹中气。叉手胸胁前,左右摇头,不息,自极止。引面耳邪气,不复得入。两手支腰下,左右自摇,自极止。通血脉。两手相叉,极左右引动。引肩中气。两手相叉,反于头上,左右自调。引肺肝中气。两手叉胸前,左右极引。除皮肤中烦气。两手相叉,左右举肩,引皮肤气。正立,左右摇两胜(大腿)。引脚气。

玄鉴导引法

以治病为主的一种动功锻炼方法。初见于宋《云笈七籤》。玄鉴之生卒年月不详。本功法分列十三种导引治病法,可根据病情选用。

(1) 治短气。盘坐定,两手相叉置于枕骨上,以掌向头,躬身向前,以额着地,五息止。

(2) 治大肠中恶气。左手按右手指,五息止;右手按左手指,亦五息止。

(3) 治肠中水癖。以左手指向天,五息;以右手指拄地,左足伸,右足展,极伸,五息止。

(4) 治小肠中恶气。先以左手叉腰,右手指指天极,五息止;换右手亦如之。

(5) 治腰脊间闷。盘坐,以掌相按,置左膝上,低头向右,五息,经右膝转向左膝。复转向还右膝,如此至五匝止;右亦如之。谓之腰柱。

(6) 治肩中恶气。两手相叉,拊左胁上,举右肘从乳至头,上下振动,五过止。换手亦如之。

(7) 治头恶风。反手置枕骨上,左右摇之极,五息止。

(8) 治腰脊病。两手叉腰左右,摇肩至极,五息止。

(9) 治胸中。以两手叉腰,左右曲身极,五息止。

(10) 治肩中劳疾。两手相叉,左右擗之,低头至膝极,五息止。

(11) 治皮肤烦。以左右手上揉两肩极,五息止。

(12) 治肩胛恶注。左右如挽弓,各五息止。

(13) 治膊中注气冷痹。起立,一足踏高,一足稍下,向前后掣之14次。更足为之,亦14次。无病亦常为之,万病不生。

八段锦

是中国古代流传下来的一种著名动功功法。"八段"谓其节数,"锦"谓其珍贵。八段锦之名称,最早见于宋人洪迈所编的《夷坚志》中。据该书载,北宋政和七年,有人"效方士熊经鸟伸之术,尝以夜半起坐,行所谓八段锦者"。曾慥《道枢》及《灵剑子子午导引记》中已记载了八段锦的歌诀,迄今已有八百多年历史。在历代相传中,形成了很多流派,不但在练功姿势上有站式与坐式的不同,而且在动作风格上,也有南派、北派之区别。南派动作以柔为主,法简而易学,又名文八段。北派动作以刚为主,多用马步,术繁而难练,又名武八段。目前最为流行的是清代光绪初梁世昌编撰的《易筋经图说》附录中所载,无名氏编订的《八段锦》功法。八段锦的名称及动作如下:

两手托天理三焦　直立,两臂自两侧上举至头顶,两手手指相叉,翻掌掌心托天,两足跟离地(吸气)。复原(呼气)。

左右开弓似射雕　直立,右足横出一步,呈骑马蹲裆式,双手在胸前交叉后,左手手指呈剑指向左推出,头随之左转,目视左手食指,右手握拳平胸,如拉弓状(吸气),复原(呼气)。再向右作同样动作。

调理脾胃须单举　直立,左手翻掌上举,五指并紧,掌心向上,指尖向右,同时右手下按,掌心向下,指头向前(吸气),复原(呼气)。再向右作同样动作。

五劳七伤往后瞧 直立，头慢慢左转，眼望后方(吸气)，复原(呼气)。再向右作同样动作。

摇头摆尾去心火 两足分开约三脚掌长之宽度，屈膝成骑马势，两手扶大腿，虎口向身躯，头及上体前俯，随即向左作弧形摆动(吸气)，复原(呼气)。再向右作同样摆动。

两手攀足固肾腰 直立，上体前屈，膝盖挺直，两手攀握两足尖，头略高抬，随后恢复直立；再两手背抵住后腰，上体后仰，复原(本节采用自然呼吸)。

攒拳怒目增气力 两足分开，蹲成马步，双手握拳，放在腰侧，拳心向上(呼气)，复原(吸气)。

背后七颠百病消 直立，两臂下垂，掌心紧贴大腿，两膝保持伸直，两足跟提起，离地1—2寸，同时头向上顶(吸气)，复原(呼气)。

另外，尚有坐式八段锦，采用坐位操作。明代冷谦撰《修龄要旨》中的《八段锦法》一则，即为"坐式八段锦"，文曰："闭目冥心坐，握固静思神，叩齿三十六，两手抱昆仑，左右鸣天鼓，二十四度闻，微摆撼天柱，赤龙搅水津，漱津三十六，神水满口匀，一口分三咽，龙行虎自奔，闭气搓手热，背摩后精门，尽此一口气，想火烧脐轮，左右辘轳转，两脚放舒伸，叉手双虚托，低头攀足频，以候逆水上，再漱再吞津，如此三度毕，神水九次吞，咽下汩汩响，百脉自调匀，河车搬运讫，发火遍烧身，邪魔不敢近，梦寐不能昏，寒暑不能入，灾病不能迍，子后午前作，造化合乾坤，循环次第转，八卦是良因。"是叙述辅助功及练功过程，与站式八段锦不同，所以又称为"十二段锦"(见"十二段锦"条)。

八段锦的锻炼，不需场地，不需器械，动作简单，收效良好，所以历来深受各阶层人民群众的喜爱。

灵剑子导引法

署名灵剑子编订的一套动功锻炼方法，称灵剑子导引法。灵剑子一说为晋代许逊，一说为宋元时人托名者，而在《圣济总录》中又提及《灵剑子服气经》一书。按许逊(239? —374)字敬之，东晋时人，曾为旌阳县令，故后人称其为许旌阳、许真君，他是重视炼外丹的。此类导引法，操作简单，用于治病，大都起于宋元，盛于明代，但此法未被收在北宋张君房汇编的《云笈七籤》中，所以此导引法当为宋元时人所托名者。

本导引法按农历十二个月，逐月锻炼不同的功法，以用于临床。一月：以两手掩口取热气，津润摩面，上下三五十遍，令极热。食后为之。令人面部华彩，光泽不皱，行之三年，色如少女，兼明目散宿疾。凡行导引之法，皆闭气为之。二月：正坐，两手相叉，争力为之，治肝中风。以叉手掩项后，使面仰视，使项与手争力，去热毒肩痛、目视不明，积风不散。又，以两手相垂，按髀拔去，左右极力，去腰肾风毒之气及理胸臆，兼能明目。三月：左右作开弓势，去胸胁膈积聚，脾脏诸气。去来用力为之，凡十四遍。闭口，使心随气到以散之。四月：正坐斜身，用力偏敌，如排山势，极力为之，左右同。能去腰脊风冷，宣通五脏六腑，散脚气，补心益气。又，以一手按髀，一手向上，极力如托石，闭气行之，左右同行。去两胁间风毒，治心脏，通和血脉。五月：常以两手合掌，向前筑去臂腕，如此七次。去心脏风劳，散关节滞气。六月：端身正坐，舒手指直上反拘，三举前曲，前后同行，至六月半后用之。去腰脊脚膝痹风，散膀胱邪气。七月：以两手抱头项，宛转回旋俯仰。去胁肋胸背间风气，肺脏诸疾，宣通项脉。又，以两手相叉，头上过去，左右伸曳之十遍，去关节中风气，治肺脏诸疾。八月：以两手拳脚胫下十余次，闭气用力为之。此能开胸膊膈气，去胁中气，治肺脏诸疾。行完叩齿三十六遍，以应之。九月：两手相叉于头上，与手争力，左右同法行之。治脾脏四肢，去胁下积滞风邪，使人能食。十月：以两手相叉，一脚踏之。去腰脚拘束，肾气冷痹，膝中痛诸疾。又，正坐，伸手指缓拘脚趾，五七遍。治脚气诸风，肾脏诸毒气，远行脚痛不安，常行为妙。十一月：以一手托膝反折，一手抱头，前后左右为之，凡三五遍。去骨节间风，宣通血脉，膀胱肾脏之疾。十二月：以两手耸上，极力，三五遍。去脾脏诸疾不安。以上也有分为十六节，分别在春、夏、秋、冬四季用。

十二段锦

原名八段锦导行法，是动静兼练的气功功法，由十二段动作组成。其中，静动锻炼内容包括人静、存想；动功锻炼内容包括坐式动作及按摩。因为"锦"是珍贵的彩色丝织物，这里用作动作的美称。十二段锦功法最早见于明初冷谦的《修龄要旨》及朱权(臞仙)所撰的《活人心书》中，分称八段锦法、导引法。明清之间，许多医学著作及养生专著都转相引载，是影响较大，流行较广的是为气功动功。乾隆年间，徐文弼将此法收人其所编的《寿世传真》，易名十二段锦。书中对功法歌诀有所删改，但对每一动作都增添了较详细的说明。咸丰年间，潘霨据徐氏本并参阅医经各集，略为增删，编入《卫生要术》。光绪年间，王祖源改《卫生要术》书名为《内功图说》行于世。《内功图说》为近代通行本。

十二段锦动作以歌诀形式概括，《活人心书》现国内无刊行本，据《医方类聚》，其原始歌诀为：闭目冥心坐，握固静鬼神。叩齿三十六，两手抱昆仑。左右鸣天鼓，二十四度闻。微摆撼天柱，赤龙搅水津。漱津三十六，神水满口匀。一口分三咽，龙行虎自奔，闭气搓手热，背摩后精门。尽此一口气，想火烧脐轮。左右辘轳转，两脚放舒伸。叉手双虚托，低头攀足频。以候逆水上，再漱再吞津。如此三度毕，神水九次吞，咽下汩汩响，百脉自调匀。河车搬运讫，发火遍烧身。邪魔不敢近，梦寐不能昏，寒暑不能人，灾病不能迍。子后午前作，造化合乾坤。循环

次第转，八卦是良因。

据《内功图说》，十二段锦具体练法如下：

(1) 闭目冥心，握固静思神：盘腿而坐，紧闭两目，冥亡心中杂念。凡坐要竖起脊梁，腰不可软弱，身不可倚靠。握固者，握手牢固，可以闭关却邪也；静思者，静息思虑而存神也。

(2) 叩齿，抱昆仑：上下牙齿相叩作响，宜36声，叩齿以集身内之神使不散也。昆仑即头，以两手十指相叉，抱住后颈，即用两手掌紧掩耳门，暗记鼻息9次，微微呼吸，不宜有声。

(3) 鸣天鼓：记算鼻息出入各9次毕，即放所叉之手，移两手掌擦耳，以第二指叠在中指上；作力放下第二指，重弹脑后，要如击鼓之声，左右各24度，两手同弹，共48声，仍放手握固。

(4) 撼天柱：天柱即后颈，低头扭颈向左右侧视，肩亦随之左右招摆，各24次。

(5) 鼓漱咽津：以舌（赤龙）顶上腭，搅满口内上下两旁，使水津自生，鼓漱于口中36次。所漱津液（神水）分作3次吞下，要汩汩（水流声）有声。心暗想目暗看，所吞津液，直送至脐下丹田。“龙”即津，“虎”即气，津下去，气自随之。

(6) 闭气搓手，后摩精门：以鼻吸气闭之，用两掌相搓极热，急分两手，摩后腰上两边，一面徐徐放气从鼻出。精门即后腰两边软处，以两手摩26遍，仍收手握固。

(7) 闭气存想：闭口鼻之气，以心暗想，运心头之火，下烧丹田，觉似有热，仍放气从鼻出。脐轮即脐丹田。

(8) 转辘轳：曲弯两手，先以左手连肩圆转36次，如绞车一般，右手亦如之。此单转辘轳法。

(9) 叉手双托：放所盘两脚，平伸向前，两手指相叉，反掌向上，先安所叉之手于头顶，作力上托，要如重石在手，托上腰身，俱着力上耸。手托上一次，又放下安手头顶，又托上，共9次。

(10) 攀足：以两手向所伸两脚底作力扳之，头低如礼拜状，12次。仍收足盘坐，收手握固。

(11) 鼓漱咽津：再用舌搅口内，以候神水满口，再鼓漱36。连前一度，此再两度，共三度毕。一度都作3次吞，共9次。吞法如前，咽下要汩汩响声。咽津三度，百脉自周遍调匀。

(12) 河车搬运，想火烧身：心想脐下丹田中，似有热气如火，闭气如忍大便状，将热气运至谷道（肛门），即大便处，升上腰间，背脊、后颈、脑后、头顶止。又闭气，从额上两太阳，耳根前、两面颊，降至喉下、心窝、肚脐下丹田止。想是发火烧，通身皆热。

十六段锦

以十六节动作编为一套的动功锻炼方法，称“十六段锦”。初见于冷谦的《修龄要旨》一书。冷谦为元末明初人，是个年逾百岁的练功家。他认为，导引方法，无虑数百端，今取其要约切当者十六条，定名为十六段锦法。锻炼者能日行一、二遍，久久可身轻体健，百病皆除，走及奔马，不感疲乏。这套十六段锦，是以坐八段锦为基础，又参合了前人的若干导引方法之所长，如《备急千金要方》中的天竺国按摩法等编练而成。文字也较易懂，且都记明了效果。常以夜半及平旦将起之时为之，此时气清腹虚，行之益人。操作法如下：

(1) 先闭目握固，冥心端坐，叩齿三十六通，即以两手抱项，左右宛转二十四。以去两胁积聚风邪。

(2) 复以两手相叉，虚空托天，复按项二十四。以除胸膈间邪气。

(3) 复以两手心掩两耳，以第二指压第三指，弹击脑后二十四，以除风池邪气。

(4) 复以两手相捉，按左膝左捩身，按右膝右捩身，二十四。以去肝家风邪。

(5) 复以两手，一向前一向后，如挽五石弓状，二十四。以去臂腋积邪。

(6) 复大坐，展两手，扭项左右，反顾肩膊，随转二十四。以去脾家积邪。

(7) 复两手握固，并柱两肋，摆撼两肩，二十四。以去腰肋间风邪。

(8) 复以两手交捶臂膊及腰股，各二十四。以去四肢胸臆之邪。

(9) 复大坐，斜身偏倚，两手齐向上，如排天状，二十四。以去肺间积聚之邪。

(10) 复大坐伸脚，两手向前，低头扳脚十二，却钩所伸脚，屈在膝上，按摩二十四。以去心胞络邪气。

(11) 复以两手据地，缩身曲脊，向上十三举。以去心肝中积邪。

(12) 复起立据床，扳身向背后视，左右各二十四，以去肾间风邪。

(13) 复起立徐行，两手握固，左足前踏，左手摆向前，右手摆向后；右足前踏，右手摆向前，左手摆向后，二十四。以去两肩之邪。

(14) 复以手向背上相捉，低身徐徐宛转，二十四。以去两胁之邪。

(15) 复以足相扭而行，前进数十步，复高坐伸腿，将两足扭向内，复扭向外，各二十四。以上两节可去两腿及两足间风邪。

(16) 复端坐闭目，握固冥心，以舌抵上腭，搅取津液满口，漱36次，作汩汩声咽下，复闭息想丹田火，自下而上，遍烧身体内外，热蒸乃止。

养生十六宜

一套以动功为主的养生锻炼方法，称养生十六宜。共分十六节：发宜常梳、面宜多擦、目宜常运、耳宜常弹、

齿宜数叩、舌宜舔腭、津宜数咽、浊宜常呵、腹宜常摩、谷道宜常提、肢节宜常摇、足心宜常擦、皮肤宜常干、背宜常暖、胸宜常护、大小便禁口勿言。它至迟在中国明代已在流传,并见之有关著作。如明初冷谦的《修龄要旨》中,及以后的胡文焕《类修要诀》,李中梓《颐生微论》中均有此记载。这套功法是以古代"修昆仑法五宜"(发宜多栉、手宜在面、齿宜数叩、津宜常咽、气宜精炼)为主,吸收了"却病延年一十六句之术"(又称逍遥子导引诀、导引却病歌)、"左洞真经按摩导引诀"中的若干内容整理而成。如追溯其各别渊源,则其中有些方法为时更早,如"齿宜数叩"一节,三国时的皇甫隆即有琢齿之法(《备急千金要方》)。以后在《抱朴子》、《颜氏家训》中都提到它的方法与效用。如把这套方法作为经常的锻炼内容,能收到保健强身、延年益寿的效果,因其动作轻缓,对老年人更为合适。此法目前在日本札幌等地区甚为流行。

这套十六宜中,除背宜常暖、胸宜常护和大小便禁口勿言为日常生活中的注意点外,其余十三宜的操作法和作用如下:

(1) 发宜常梳:又称"栉发",能明目去风。每次梳头一百十下,动作宜轻柔。

(2) 面宜多擦:又称"浴面"、"拭摩神庭",能令人面部皱斑不生有光彩。搓热两手,以中指沿鼻部两侧,自下而上,带动其他手指,擦到额部向两侧分开,经两颊而下,计 30 次。

(3) 目宜常运:又称"运睛",能去内障外翳,兼能改善视力。两眼珠从左转到右 14 次,再从右转到左 14 次。转睛时要慢,转毕两眼紧闭少时,再忽大睁。

(4) 耳宜常弹:又称"鸣天鼓"、"掩耳弹枕"、"击探天鼓",能防治头晕耳鸣,补益下丹田。两手掌心掩耳,暗记鼻息 9 次,然后以第二手指压在中指上,再滑弹在后脑部,以能听到咚咚响声为佳。计 24 次。

(5) 齿宜数叩:又称"叩齿",能坚齿去痛。把牙齿上下叩合,先叩大牙 24 次,再叩前齿 24 次。

(6) 舌宜舔腭:能使口水增多。古人称口水为"金浆玉醴"、"玉泉"、"华池水"等,认为是人身之宝。把舌尖轻轻抵住上腭,称为舌抵上腭;或以舌尖轻轻舔动上腭,都同时注意舌下部位。待口水增多,接着做津宜数咽。

(7) 津宜数咽:又称"咽津"、"胎食"。古人认为经漱炼后的口水,咽下后能灌溉五脏六腑,润泽肢节毛发。做舌宜舔腭,待口水增多以至满口时,鼓漱 36 下,分一口或几口咽下,咽下时要喉部汩汩有声,以意送至下丹田。

(8) 浊宜常呵:又称"鼓呵",能消积聚,去胸膈满塞。停闭呼吸,鼓动胸腹部,待感到胸腹部气满时,稍抬头,缓缓张口呵出浊气,做 5—7 次。

(9) 腹宜常摩:又称"摩脐腹"、"摩生门",能顺气消积。搓热两手,然后相叠,着肉或隔单衣,用掌心在以脐为中心的脘腹部顺时钟方向,分小圈、中圈、大圈各转摩 12 次。

(10) 谷道宜常提:又称"撮提谷道",谷道即指肛门,故俗称提肛,能升提阳气,治脱肛。在吸气时,稍用意用力,撮提肛门,连同会阴上升,稍凝一下,放下呼气,做 5—7 次。

(11) 肢节宜常摇:两手握固,连同两肩,向前轮转,先左后右,如转辘轳状,各 24 次;再半坐,提起左脚向前缓缓伸直,脚尖向上,当要伸直时,脚跟稍用力向前下方蹬出,计 5 次,再换右脚做 5 次。能舒展四肢关节。

(12) 足心宜常擦:又称"擦涌泉",涌泉是前足心(脚底前三分之一的中间)的穴位,擦此能固肾暖足,增进睡眠。赤足或薄袜,用左手扳住左脚趾,突出前脚心,以右手掌心的劳宫穴,缓缓圆转擦动 50—100 次,然后换擦右脚涌泉。

(13) 皮肤宜常干:又称"干浴",能使气血流畅,肌肤光莹。搓热两手,遍摩全身,一般从头顶百会开始,顺次面部、左肩臂、右肩臂、胸部、腹部、两胁、两腰、左腿、右腿,也可以把上述部位再细分做。

以上十三宜中,发宜常梳可在早晨为之,面宜多擦每在睡起时为之,足心宜常擦可在睡前洗脚后为之,其余十节每日做 2—3 次。在操作过程中,要求情绪安宁,思想集中到动作上,动作要轻缓。姿势一般采取坐式。次数可由少到多,逐步增加,到规定的次数为止,或稍多些。

二十四气导引坐功势

署名陈希夷编订的,以坐式为主的动功锻炼功法,称二十四气导引坐功势。开始出现于明代,高濂的《遵生八笺》中称为"陈希夷二十四气导引坐功图势",《保生心鉴》中称"二十四气图",《中外卫生要旨》中称"陈希夷坐功图"。《内外功图说辑要》中称"陈希夷先生二十四气坐功导引治病图"。按陈希夷(? —989)生于唐末,为五代、宋初道士,亳州真源(今安徽亳县)人。名抟,字图南,自号扶摇子,宋太宗赐号"希夷先生"。他在后唐明宗长兴中,举进士不第,隐居武当山。据说服气辟谷 20 年,但日饮酒数杯,后移居华山。这套导引坐功势是托名之作,其特点为根据不同的节气,进行不同的锻炼方法,在每一节气所主的 15 日中,就以本节气的功法进行锻炼,以治疗某些疾病。每节均分坐功与治病两个内容,操作方法简单,治病范围广泛,可供参考。附图均略。

正月立春(月份指农历,以下均同) 坐功:宜每日子丑时(半夜 11 时至次晨 3 时),叠手按髀,转身拗颈。左右耸引,各 15 次。叩齿 36,纳清吐浊,鼓漱咽津各 3 次。以下各节也都做叩齿吐纳、漱咽,不重述。治病:除项痛、耳后痛、背痛、肩臂肘痛等各种痛症。

正月雨水 坐功:每日子丑时,叠手按髀,拗颈转身,引向左右,各 15 次。治病:除咽干及咽痛喉痹,耳聋,目锐眦痛,颊痛等诸症。

二月惊蛰 坐功:每日丑寅时(1—5 时),握固转颈,

反肘向后，顿掣30次。治病：除目黄口干，鼻衄喉痹，面肿暴哑，头风牙宣，目暗羞明，鼻不闻臭，遍身疙疮等症。

二月春分　坐功：每日丑寅时，伸手回头，左右挽引，各42次。治病：齿痛颈肿，耳聋耳鸣，耳后、肩臑、肘臂、背痛，皮肤殼殼然，坚而不痛瘙痒等症。

三月清明　坐功：每日丑寅时，正坐，向左右换手，如引硬弓，各56次。治病：除耳热耳聋，嗌乾，颈痛不可回顾，肘臂诸痛等症。

三月谷雨　坐功：每日丑寅时，平坐，换手左右举托，移臂左右掩乳，各35次。治病：除目黄鼻衄，颔颊肿痛，肘臂痛，掌中热等症。

四月立夏　坐功：每日寅卯时(3—7时)，闭口瞑目，以两手交叉抱两膝，各35次。治病：除臂肘挛急腋肿，手心热，喜笑不休等杂症。

四月小满　坐功：每日寅卯时，正坐，一手举托，一手下按，左右各15次。治病：除胸胁支满，心中憺憺大动，心烦作痛，面赤鼻赤，目黄，掌中热，诸痛等症。

五月芒种　坐功：每日寅卯时，正立，仰身两手上托，左右力举，各7次。治病：除虚劳咽干，心痛胁痛，目黄面赤，消渴欲饮，善笑、善惊恐，上咳血、下气泄，头项痛等症。

五月夏至　坐功：每日寅卯时，跪坐，伸手叉指，屈脚换踏，左右各35次。治病：除腕膝痛，臑臂痛，掌中热痛，两肾内痛，腰背痛，身体重等症。

六月小暑　坐功：每日丑寅时，两手踞地，屈压一足，直伸一足，用力掣各15次。治病：除肺胀满喘咳，咽干，脐右小腹胀引腹痛，手挛急，身体重，半身不遂，腕无力，脱肛，健忘，喜怒不常等症。

六月大暑　坐功：每日丑寅时，双拳踞地，返首向肩，作虎视，左右各15次。治病：除咳嗽上气喘，心胸膈满，肩臂背痛，掌中热，风寒汗出中风，洒淅寒热，小便数，皮肤痛及健忘，愁悲欲哭等症。

七月立秋　坐功：每日丑寅时，正坐，两手托地，缩体，闭息，耸身上踊，凡56次。治病：除口苦善太息，心胁痛，不能反侧，面尘体无泽，头痛颔痛，目锐眦痛，腋下肿等症。

七月处暑　坐功：每日丑寅时，正坐，转头左右，反两手捶背上，各35次。治病：除肩背痛，胸痛，脊膂痛，胁肋髀膝、胫外踝等诸关节皆痛，少气咳嗽，喘咳上气等疾。

八月白露　坐功：每日丑寅时，正坐，两手按膝，转头左右推引，各15次。治病：除鼻衄，口渴唇疹，颈肿喉痹不能言，颜黑呵欠，恶人与火，闻木声则惊狂，狂歌上登，欲弃衣裸之等症。

八月秋分　坐功：每日丑寅时，盘足而坐，两手掩耳，左右反侧，各15次。治病：除胁肋、腰股、膝膑、足跗肿痛，腹大水肿，遗溺矢气，腹胀，消谷善饮，胃寒喘满等症。

九月寒露　坐功：每日丑寅时，正坐，举两臂，踊身上托，15次。治病：除脊痛腰折，狂颠，头两边痛，囟门顶痛，目黄泪出，鼻衄等症。

九月霜降　坐功：每日丑寅时，平坐，舒两手，攀两足，随用足间力，纵而复收，35次。治病：腰脚髀不能曲伸，项背腰尻、股膝髀痛，便脓血，小腹胀痛，欲小便不得，脚气，久痔脱肛等症。

十月立冬　坐功：每日丑寅时，正坐，一手按膝，一手挽肘，拗颈左右顾，两手左右托，各15次。治病：除腰痛不可俛仰，咽干，面尘脱色，胸满呕逆，头痛颊肿，目赤肿痛，两胁下痛引小腹，眩冒，耳无闻等症。

十月小雪　坐功：每日丑寅时，正坐，一手按膝，一手挽肘，左右争力各15次。治病：除妇人小腹肿，丈夫㿗疝、狐疝，睾肿转筋阴缩，遗溺癃闭，洞泄，善恐，胸中喘急等症。

十一月大雪　坐功：每日子丑时，起身仰膝，两手左右托，两足左右踏，各35次。治病：除口热舌干，咽嗌干及肿，心烦心痛，黄疸肠澼，阴下湿，饥不欲食，面如漆，咳唾有血，渴喘上气，目无见，心悬如饥，多恐，常若人捕等症。

十一月冬至　坐功：每日子丑时，平坐，伸两足，拳两手，按两膝，左右极力，15次。治病：除脊股痛，足痿厥，嗜卧，足下热，脐痛，脐下气逆，胁下背肩髀间痛，胸中满，腹痛，大便难，咳嗽，腰冷如冰，冻疮下痢等症。

十二月小寒　坐功：每日子丑时，正坐，一手按足，一手上托挽首，用力左右各15次。治病：除食即呕，胃脘痛，腹胀中满，食减善噫，烦心，心下急痛，溏瘕泄水，注下五色，大小便不通，面黄口干，身重怠惰嗜卧等症。

十二月大寒　坐功：每日子丑时，两手向后，踞床跪坐，一足直伸，一足用力，左右各15次。治病：除舌根强痛，体不能动摇，或不能卧，股膝强直，尻阴臑胻足背痛，腹胀肠鸣，食泄不化，足跗肿，若水胀满等症。

老子按摩法

托名"老子"编订的一套动功锻炼方法，称老子按摩法。名为按摩，实为各种肢体的操作。初见于唐代孙思邈的《备急千金要方》，以后有称为"太上混元按摩法"(《遵生八笺》)的。本法全套节数较多，动作不够具体，未说明作用是其缺点。操作法如下：

两手捺(按)髀(大腿)，左右捩(扭转)身14次。两手捻(捏)髀(大腿)，左右扭肩14次。两手抱头，左右扭腰14次。左右摇头14次。一手抱头，一手托膝三折(弯曲)，左右同。两手托头，三举之。一手托头，一手托膝，从下向上3次，左右同。两手攀头向下，顿足3次。两手相捉(握)头上过，左右3次。两手相叉，托心前，推却挽(拉)来3次。两手相叉，着心3次。曲腕筑(拍击)肋，挽肘左右3次。左右挽，前后拔(拉)，各3次。舒手挽项，左右各3次。反手着膝，手挽肘，覆手着膝上，左右各3

次。手摸肩，从上至下使遍，左右手轮做。两手空拳筑3次。外振（挥动）手3次，内振手3次，覆手振也3次。两手相叉反覆搅，各7次。摩扭指3次。两手反摇3次。两手反叉，上下扭肘多次，呼气10次。两手上耸3次，两手下顿3次。两手相叉头上过，左右伸肋10次。两手拳反背上，掘（揩）脊上下3次。两手反捉，上下直脊3次。覆掌搦（按下）腕，内外振3次。覆掌前耸3次。覆掌两手相叉，交横3次。覆手横直，即耸3次。若有手患冷，从上打至下，得热便休。舒左脚，右手承之，左手捺脚，从上至下，直脚3次；右手捺脚亦3次。前后捩足3次。左捩足，右捩足各3次。前后却（退）捩足3次。直脚3次。扭胜3次。内外振脚3次。若有脚患冷者，打热便休。扭胜以意多少，顿脚3次。却直脚3次。虎踞，左右扭肩3次。推天托地、左右3次。左右排山、负山拔木各3次。舒手直前，顿伸手3次。舒两手、两膝，各3次。舒脚直反，顿伸手3次。捩内脊、外脊各3次。

天竺国按摩法

一套以天竺国命名的动功锻炼方法。原收录在唐代孙思邈的《备急千金要方》中，后也收载在《云笈七籤》和《遵生八笺》中。本功法在《备急千金要方》中作"天竺国按摩，此是婆罗门法"，《云笈七籤》中仅作"按摩法"。本功法是否确传自印度，尚待考查。对这套功法，孙思邈指出：如逐日能依此三遍者，一月后百病除，行及奔马，补益延年，能食，眼明轻捷，不复疲乏。操作法①两手相握转动，如洗手法。②两手浅相叉，翻覆按向胸部。③两手相叉，共按大腿，左右腿同。④两手相叠，按于大腿，徐徐转动身体，左右同。⑤以手如挽五石弓力，向左右同。⑥两手握拳，左右轮流推向前。⑦两手左右轮流向上，如托石法。⑧两手握拳，向左右推出，此是开胸法。⑨坐式，斜身向左右轮流偏倚，如排山。⑩两手抱头，转身摇动在大腿上，此是抽胁法。⑪两手据地，向前俯身，曲脊向上三举。⑫两手左右轮流反捶背上。⑬坐式伸出两腿，轮流以一脚向前虚掣。⑭两手托地，头向左右回顾，此是虎视法。⑮站式，向后拗身，并向上三举。⑯坐式，两手相叉，两足轮流踏所叉手掌。⑰站式，两脚轮流向前后虚踏。⑱坐式，伸出两脚，用两手去勾两脚，并时时以手按膝。

左洞真经按摩导引诀

本诀是记录在《左洞真经》中的一套动功锻炼方法。《左洞真经》原书未见，在《圣济总录》和《灵剑子引导子午记》中收载有本法。明代高濂在《遵生八笺·却病延年笺》中用本功法名称并指出，这类导引按摩之术，有利于行血气，利关节。全套练法为15节。

夜半子时 开始锻炼的时间，从一天来说，最好从子时（半夜11时到1时）开始；从一年来说，最好从11月（指农历）开始。因古人一日行持，始于子。

转胁舒足 阳气始生之时，即在子时，开始舒伸转掣，使气不滞于百节，令荣卫周流。

鼓腹淘气 闭目仰面，举腰脊，鼓气海中气，使内外转，吐而去之。不使耳闻，一九、二九止。本法主要吐出浊气。

导引按蹻 平身正坐，两手叉项后，仰视举首，左右摇动，使项与手争3次，以手扳脚，稍闭气；左挽如引弓状，右挽亦如之。可令人精和血通，风气不入。

捏目四眦 常以手按目，近鼻之两眦，闭气为之，气通即止。终而复始。接着以手按目四眦27次。常行之，眼能洞见。

摩手熨目 做上法毕，即用两手侧立，摩掌极热，开目熨睛数遍。

对修常居 常以两手按眉后小穴中，18次。久做可增进视力，夜作细书。

俯按山源 先以左手第二、第三指，捏鼻孔下人中之本，鼻中隔孔之内际。捏毕，叩齿7次，又以手掩鼻。山源指鼻中隔孔（一说人中之本），为一身之武津，真邪之通府。做本法可遏外邪。

营治城廓 按抑左右两耳，令无数。城廓指耳部。做本法可增加听力。

击探天鼓 天鼓指耳中之声。举两手心紧掩耳门，以指击后脑户，常欲其声壮盛，相继不散。一日3次，有益下丹田。

拭摩神庭 神庭指面部。一面之上，常欲得两手摩拭之使热，高下随形，紧贴面部令人面色有光泽，皱斑不生，行之五年，色如少女。

上朝三元 顺手摩发，如理发状，使发不白。以手乘额上，谓之手朝三元。能使头血流散，固脑坚发。

下摩生门 生门者脐也。闭纳气，鼓小腹令满，以手摩脐腹36度。

栉发去风 栉发次数多而不使痛，可使血液不滞，发根常坚。

运动水土 水土是指肾脾。饮食毕，以手摩两胁上下良久，又转手摩肾堂腰部令热，可使饮食消化，百脉流通，五脏安和。

导引却病歌诀

是一套动静相兼的十六节锻炼方法。又名"逍遥子导引诀"、"却病延年一十六句之术。"此诀形成时间及所说的逍遥子均不详，在明初时的《修龄要旨》中即有收载。在以后的《类修要诀》、《红炉点雪》等书中都记有此法。每节记有效用可供参考，但也要正确对待那些夸大之词。

水潮除后患 平明睡醒时，即起端坐，凝神息虑，舌抵上腭，闭口调息，津液自生，渐至满口，分作3次，以意送下。久行之，则五藏之邪火不炎，四肢之气血流畅，诸

疾不生，永除后患，老而不衰。口诀：津液频生在舌端，寻常漱咽下丹田，于中畅美无凝滞，百日功灵可驻颜。

起火得长安　子午二时，存想真火自涌泉穴起，先从左足起，上玉枕，过泥丸，降入丹田，3遍。次从右足亦行三遍。复从尾闾起，又行三遍。久久纯熟，则百脉流通，五脏无滞，四肢健而百骸理也。口诀：阳火须知自下生，阴符上降落黄庭，周流不息精神固，此是真人火炼形。

梦失封金匮　欲动则火炽，火炽则神疲，神疲则精滑而梦失也。寤寐时调息思神，以左手搓脐二七，右手亦然，复以两手搓胁腹，摇摆7次，咽气纳于丹田，握固良久乃止。屈足侧卧，永无走泄矣。口诀：精滑神疲欲火攻，梦中遗失致伤生，搓摩有诀君须记，绝欲除贪是上乘。

形衰守玉关　百虑感中，万事劳形，所以衰也。形容枯槁，切须守炉。炉者丹田也。善摄生者，行住坐卧，一意不散，固守丹田，默运神气，冲透三关，自然生精生气，则形可以壮，寿可以延矣。口诀：却老扶衰别有方，不须身外觅阴阳，玉关谨守常渊默，气足神全寿更康。

鼓呵消积聚　有因食而积者，有因气而积者，久则脾胃受伤，医药难治。孰若节饮食，戒嗔怒，不使有积聚为妙。患者当正身闭息，鼓动胸腹，俟其气满，缓缓呵出，如此行五七次，便得通快即止。口诀：气滞脾虚食不消，胸中膨闷最难调，徐徐呵鼓潜通泰，疾退身安莫久劳。

兜礼治伤寒　元气亏弱，腠理不密，则风寒伤感。患者端坐盘足，以两手紧兜外肾，闭口缄息，存想真气自尾闾升，过夹脊，透泥丸，逐其邪气。低头屈抑如礼拜状，屈抑至地，不拘数，以汗出为度，其疾即愈。口诀：跏趺端坐向蒲团，手握阴囊意要专，运气叩头三五遍，顿令寒疾立时安。

叩齿牙无疾　齿之有疾，乃脾胃之火熏蒸。每清晨睡醒时，叩齿36遍，以舌搅牙龈之上，不论遍数，津液满口，方可咽下，每作3次乃止。及凡小解之时，闭口紧叩其齿，解毕方开，永无齿疾。口诀：热极风生齿不宁，清晨叩齿自惺惺，若教运用常无隔，还许他年老复丁。

升观鬓不斑　思虑太过，则神耗气血虚败而鬓斑矣。要以子午时，握固端坐，凝神绝念，两眼含光，上视泥丸，存想追摄两气，自尾闾间上升，下降重楼，返还气海，每行九遍。久则神全，气血充足，发可返黑也。口诀：神气冲和精自全，存无守有养胎仙，心中念虑皆消灭，要学神仙也不难。

运睛除眼翳　伤热伤气，肝虚肾虚，则眼昏生翳。日久不治，盲瞎必矣。每日睡醒时，趺坐凝思，塞兑垂帘，将双目轮转14次，紧闭少时，忽然大睁，每行五、七次。行久不辍，内障外翳自散，切忌色欲，并书看细字。口诀：喜怒伤神目不清，垂帘塞兑养元精，精生气化神来复，五内阴魔自失惊。

掩耳去头旋　邪风入脑，虚火上攻，则头目昏旋，偏正作痛。久则中风不语，半身不遂，亦由此致。治之须静坐，升身闭息，以两手掩耳，折头五、七次。存想元神，逆上泥丸，以逐其邪。口诀：视听无闻意在心，神从髓海逐邪氛，更兼精气无虚耗，可学蓬莱境上人。

托踏应轻骨　四肢亦欲得小劳，譬如户枢终不朽。熊鸟演法，吐纳导引，皆养身之术也。平时双手上托，如举大石，两脚前踏，如履平地。存想神气，依按四时，嘘呵二七次，则身轻体健，足耐寒暑。口诀：精气冲和五脏安，四肢完固骨强坚，虽然未得刀圭饵，且住人间作地仙。

搓涂自美颜　颜色憔悴，良由心思过度，劳碌不谨。每晨静坐，闭目凝神，存养神气。神气充溢，自内达外。以两手搓热，拂面7次，仍以漱津涂面，搓拂数次。行之半月，则皮肤光润，容颜悦泽，大过寻常矣。口诀：欲寡心虚气自益，自然五脏得和平，衰颜仗此增光泽，不羡人间五等荣。

闭摩通滞气　气滞则痛，血凝则肿，滞之为患，不可不慎。治之须澄心闭息，以左手摩滞七七遍，右手亦然。复以津涂之，勤行七日，则气通血畅，永无凝滞之患。修养家所谓干沐浴者，即此义也。口诀：荣卫流行不暂休，一才凝滞便堪忧，谁知闭息能通畅，此外何须别计求。

凝抱固丹田　元神一出便收来，神返身中气自回。平时静坐，存想元神入于丹田，随意呼吸，旬日丹田完固，百日灵明渐通，不可或作或辍也。口诀：丹田完坚气归根，气聚神凝道合真，久视定须从此始，莫教虚度好光阴。

淡食能多补　五味之于五脏，各有所宜。若食之不节，必致亏损，孰若食淡，谨节之为愈也。然此淡亦非弃绝五味，特言欲五味之冲淡耳。淡食中自有真气，可以保命安神。口诀：厚味伤人无所知，能甘淡薄是吾师，三千功行从兹始，天鉴行藏信有之。

无心得大还　大还之道，圣道也；无心者，常清常静也。人能常清静，天地悉皆归。修真之士，体而行之，欲造夫清真灵妙之境，若反掌耳。口诀：有作有为云至要，无声无息语方奇，中秋午夜通消息，明月当空造化基。

易筋经

是中国古代流传下来的一种动功，曾相传为达摩所创，但系伪托。清代凌廷堪在《校礼堂文集·与程丽仲书》中，认为易筋经是明代天台紫凝道人假托达摩之名所作。目前流传的易筋经功法有多种，通行的是经清代潘霨整编，并收录于其所撰之《卫生要术》中的那一套易筋经十二图。此图又为王祖源摹刻在他的《内功图说》中。现根据《卫生要术》所载之功法，介绍于下：

韦驮献杵第一势　立身期正直，环拱手当胸，气定神皆敛，心澄貌亦恭。

韦驮献杵第二势　足趾挂地，两手平并，心平气静，目瞪口呆。

韦驮献杵第三势　掌托天门目上观，足尖着地立身端，力周骽胁浑如植，咬紧牙关不放宽，舌可生津将腭抵，

鼻能调息觉心安，两拳缓缓收回处，用力还将挟重看。

摘星换斗势 只手擎天掌覆头，更从掌内注双眸，鼻端吸气频调息，用力收回左右眸。

出爪亮翅势 挺身兼怒目，推手向当前，用力收回处，功须七次全。

倒拽九牛尾势 两髋后伸前屈，小腹运气空松，用力在于两膀，观拳须注双瞳。

九鬼拔马刀势 侧首弯肱，抱项及颈，自头收回。弗嫌力猛，左右相轮，身直气静。

三盘落地势 上腭坚撑舌，张眸意注牙，足开蹲似踞，手按猛如拏；两掌翻齐起，千斤重有加，瞪睛兼闭口，起立足无斜。

青龙探爪势 青龙探爪，左从右出，修士效之，掌平气实，力周肩背，回收过膝，两目注平，息调心谧。

卧虎扑食势 两足分蹲身似倾，屈伸左右髋相更，昂头胸作探前势，偃背腰还似砥平，鼻息调元均出入，指尖着地赖支撑，降龙伏虎神仙事，学得真形也卫生。

打躬势 两手齐持脑，垂腰至膝间，头惟探胯下，口更啮牙关，掩耳聪教塞，调元气自闲，舌尖还抵腭，力在肘双弯。

掉尾势 膝直膀伸，推手自地，瞪目昂头，凝神一志，起而顿足，二十一次，左右伸肱，以七为志。其后，更作坐功，盘膝垂眦，口注于心，息调于鼻。定静乃起。

易筋经之命名，有增强变易筋骨之意。易筋经之特点，在于"内壮"，"内壮"是与"外强"相对而言，所谓"内壮言坚，外强言勇。坚而能勇，是真坚也"。关于"内壮"，古本《易筋经》一书中有"内壮论"说："久练内壮，其则有三。一曰，守此中道，守中者，专于积气也；二曰，勿他想，人身之中，精神气血，不能自主，悉行于意，意行则行，意止则止，守中三时，意随掌下；三曰，扬其充周。"就是说，练内壮要求入静内守，积气充身，气随意行，内壮外强。具体在练本功法时，要注意，既不能按图索骥，空摆架式；亦不可随心所欲，改变程式，而应以意领气，自然舒适，刚中有柔，柔中有刚。

延年九转法

是转摩脘腹的一个动功功种。由清初方开编授，后为叶至诜收辑在《颐身集》中。潘霨、王祖源编绘的《卫生要术》、《内功图说》中更名为却病延年法。此法有理气宽中、和胃降逆，健脾润肠等作用。

练功方法 (1)以两手中三指(示指、中指、环指)按心窝(剑突下)由左向右顺摩圆转21次。

(2)以两手中三指，由心窝顺摩圆转而下，且摩且移，至脐下高骨(耻骨联合)为止。

(3)以两手中三指，由高骨处向两边分摩而上，且摩且移，摩至心窝，两手交接为度。

(4)以两手中三指，由心窝向下，直推摩至高骨21次。

(5)以脐为中心，以右手由左下向右上，绕摩脐腹21次。

(6)以左手由右下向左上，绕摩脐腹21次。

(7)以左手叉腰，大指向前，四指托后，轻轻捏定；以右手中三指，自左乳下直推至腿夹(大腿根)21次。

(8)以右手叉腰，大指向前，四指托后，轻轻捏定；以左手中三指，自右乳下直推至腿夹21次。

(9)自然盘坐，两手握固，分按两膝上，两足趾稍收曲。将上身自左前转向右后21次。然后再自右前转向左后21次。摇身时可以逐渐将身向前后倾出，即向前摇时，可将胸肩摇出膝前，以至摇伏膝上；向后摇时，也尽量后仰。

适应证 本法对胃脘不舒，腹部作胀，纳谷不香，嗳气上逆，大便不畅等症，有治疗效果。

注意事项 (1)操作时要凝神静虑，动作轻摩缓慢，呼吸自然。姿势第一至八节，以正身仰卧为主，或自然站式。

(2)依次做完前八节为一度，每次可做2—3度，最后以第九节摇身毕。每日做1—3次，不宜间断。做第九节时，不可急摇用力。

(3)孕妇慎做或忌做。

寿人经练功诀

是一套调治五脏为主的动功锻炼功法。清初汪晸整理，汪晸的生卒年月及事迹不详。本法后被叶至诜辑入《颐身集》中。全套八节，前五节又称理五脏诀。行功可以不拘时，不拘数，以自然为主，不可用力，以免伤气伤力，要以意行之。久而无间，有助于却病延年。具体操作如下：

理脾土诀 两足立定，以两手左右摇摆，手左目左，手右目右，意到足跟，脾土自能疏通。且五脏皆系于背，骨节灵通，均获裨益。

理肺金诀 先以左右单手向内转，伏于足前者3次；以左右单手向外转，伏于足前者3次；以左右双手向内转，次以左右双手向外转，伏于足前如之。

理肾水诀 握两拳，紧抵左右腰际，身向两边摇摆，使气达内肾，不拘数；再以两手垂睾丸之前，身向两边摇摆，使气达外肾，亦不拘数。

理肝木诀 以左右两手次第下捺，思令气达掌心，行至指尖为度，不拘数；再以两手，如鸟舒翼状，左右各三；再以两手当胸，自上而下，复自下而上者三；再以两手，向左向右各三，上下如当胸。

理心火诀 先合两手，由胸前分排至脊后者3次；以左右两臂，各贴心窝者3次；以两手全伸，如扯硬物状，由胸前掷于背后者3次；以两手向地面，若持重物状，举过胸前，左持右掷，右持左掷，各三。

坐功诀 两足曲盘，气由尾闾上达泥丸，下注丹田者九；气由左右两臂，达于手指者七；由左右两股，达于足趾者七，所谓河车搬运也。

长揖诀 叉两手，托天当面，揖伏于地者九；叉两手，左右揖伏于地者各五。

导引诀 择极高极洁之地，取至清至和之气，由鼻吸入者，冲于丹田；由口入者，冲于肠腹。或三或五或七皆可。忌地之不洁，气之不清。

四时颐养导引法

是按春夏秋冬四时的阴阳差异，而分别进行养阳或养阴，以预防风寒燥暑等疾病的导引方法。曾载于清代雍正八年(1730)由宛平马弘儒刊行的《石室秘录》中(后人考证，此书原是傅青主与其子傅眉及门徒论述医学的讲稿，由陈士铎整理并经义乌金以谋订正而成)。清代陈梦雷等将上项内容转载于《古今图书集成·医部全录》卷三百三十三颐养补益门中。其法如下：

(1) 先春养阳法：每日闭目冥心而坐，心注定肾(当系肝字之误)中，咽津七口，送下丹田，起立，双手自抱两胁，微摇者三，如打恭状。起立，俟气定，再坐如前法，咽津七口，送下丹田，永无风疾之侵。

(2) 先夏养阴法：每日闭目冥心而坐，心注定心中，咽津十四口，送下心中，永无暑气之侵。

(3) 先秋养阴法：每日闭目冥心而坐，心注肺中，咽津送下丹田者十二口，以双手攀足心3次，俟气定，再如前咽津送下丹田者七口而后止，永无燥热之病。

(4) 先冬养阳法，每日五更坐起，心注定两肾，候口中有津水送下丹田者三口，不必漱津。以手擦足心，火热而后已，再送津三口至丹田，再睡，永无伤寒之证，而长生之法，亦在其中矣。长夏不必更有他法。这里，"先"是指开始四季(立春、立夏、立秋、立冬)的早期。

老人导引法

专为老人而设的简而易行的动功锻炼方法，称老人导引法。初见于清代曹廷栋的《老老恒言》。本法能宣畅气血，展舒筋骨，且易学易行，有益无损，对老年及虚弱病人都很相宜。其法包括卧功、坐功、立功三项，可根据各自需要，全做或选择其中一二种行功都可。

卧功 均仰卧做。

(1) 伸两足，竖(立)足趾，伸两臂，伸十指，俱着力向下，左右连身牵动数遍。

(2) 伸左足，以右手屈向前，两手用力攀至左，及胁。攀右足同，轮流行。

(3) 竖两膝，膝头相并，两足向外，以左右手各攀左右足，着力向外数遍。

(4) 伸左足，竖右膝，两手兜住右足底，用力向上，膝头至胸。兜左足同，轮流行。

(5) 伸两足，两手握大拇指，首(头)作枕，两肘着席，微举腰摇动数遍。

立功 均正立做。

(1) 两手叉向后，举左足空掉(在空中摇曳)数遍。掉右足同。轮流行。

(2) 仰面昂胸，伸直两臂，向前，开掌相并，抬起，如抬重物，高及首，数遍。

(3) 横伸两臂，左右托开，手握大拇指，宛转顺逆摇动，不计遍。

(4) 两臂垂向前，近腹，手握大拇指，如提百钧重物，左右臂俱耸动数遍。

(5) 开掌，一臂挺直向前，如托重物；一臂挺直向下，如压重物。左右手轮流行。

坐功 均趺坐即盘坐做。

(1) 擦热两掌，作洗面状，眼眶、鼻梁、耳根，各处周到，面觉微热为度。

(2) 伸腰，两手置膝，以目随头左右瞻顾，如摇头状，数十遍。

(3) 伸腰，两臂用力，作挽硬弓势，左右臂轮流互行之。

(4) 伸腰，两手仰掌，挺肘用力，齐向上，如托百钧重物数遍。

(5) 伸腰，两手握大拇指作拳，向前用力，作捶物状，数遍。

(6) 两手握大拇指向后托实坐处，微举臀，以腰摆提数遍。

(7) 伸腰，两手置膝，以腰前扭后扭，复左侧右侧，全身着力，互行之，不计遍。

(8) 伸腰，两手开掌，十指相叉，两肘拱起，掌按胸前，反掌推出，正掌挽来，数遍。

(9) 握大拇指作拳，反后捶背及腰；又向前左右交捶臂及腿，取快而止。

(10) 两手按膝，左右肩前后交扭，如转辘轳，令骨节俱响，背觉微热为度。

保健功

由刘贵珍继承整理古代动功方法而成。它包括对头、颈、躯干、四肢的适度自我按摩和全身各部的伸屈旋转。它的动作缓和柔韧，男女老少皆宜，如能持之以恒，可以收到祛病延年之效。动作要掌握由轻至重，活动幅度由小到大，以做后觉得舒适轻快为适度。本功法可做为其他功法的辅助功，也可按病情需要选做其中的几节。具体作法如下：

静坐 盘腿坐于床上。两眼轻闭，舌抵上腭，头微前倾，颈肌放松，含胸直腰，松肩垂肘，两手四指轻握大拇指，置于两侧大腿上，心情平静，意守丹田。以鼻呼吸50

次。初练者可采取自然呼吸，以后逐渐加深。有练功基础者也可练深呼吸、腹呼吸或逆呼吸。通过静坐可以安定情绪，排除杂念，全身放松，平静呼吸，为做好以下各节做准备。

耳功 先用两手按摩耳轮各18次，然后用两手鱼际处压迫耳屏，堵塞耳道，手指放在后脑部，用第二指压中指并滑下轻弹后脑部24次，可听到咚咚声响，原称鸣天鼓。

叩齿 思想集中，上下牙齿相叩36次，其力由小至大，以轻轻作响为度。

舌功 旧称"搅海"，用舌在口腔内上下牙齿外运转，左右各18次，生了唾液暂不咽下，接着漱津。

漱津 闭着嘴，将舌功所生津液鼓漱36次，然后分三小口咽下。咽时意念诱导着津液慢慢达到下丹田。

擦鼻 两手大拇指指背，同时轻擦鼻翼两侧，以迎香穴为中心，计18次。

目功 轻闭两眼。拇指微曲，用两侧拇指关节处，轻擦两眼皮各18次，再轻擦眼眉各18次，接着轻闭两眼，眼珠左右旋转各18次。

擦面 将两手掌互相摩擦至热后，按在前额，经鼻两侧往下擦，直至下颌；再由下颌反向上至前额。如此反覆进行一上一下，共36次。

项功 两手指互相交叉抱后颈部，两手与颈争力，3至9次。

揉肩 以左手掌揉右肩18次，再以右手掌揉左肩18次，揉时以肩关节为中心作旋转运动。

夹脊功 两手轻握拳，两上肢弯曲肘关节呈90度，前后交替摆动各18次。

搓腰 原称搓内肾，先将两手互相搓热，再以两手搓腰部各18次。

搓尾闾 用两手的示指和中指，搓尾骨部两侧各36次。

擦丹田 指擦小腹，将两手搓热，先用左手手掌，沿大肠蠕动方向绕脐作圆圈运动，即由右下腹至右上腹、左上腹、左下腹而返右下腹，如此周而复始100次，再以右手搓丹田100次。

揉膝 用两手掌揉两膝关节，同时进行各100次。

擦涌泉 用左手中示指擦右足心100次，再用右手中示指擦左足心100次。

织布式 坐位，两腿伸直并拢，足尖向上，手掌向外，两手向足部做推的姿式，同时躯干前俯，并配以呼气。推尽即返回，此时手掌向里，配以吸气。如此往返36次。

和带脉 自然盘坐，两手相握，上身旋转，自左而右转16次，再自右而左转16次。探胸时吸气，缩胸时呼气。

峨眉十二桩

以"动静相因"、"表里相循"和"动静两赅"为原则，所创造的一套"由动入静"、"以静制动"、"用柔济刚"和"行气导脉"的动功练功方法，称峨眉十二桩。具有峨眉派气功"色心兼摄"，即动功、静功并重的特点。峨眉十二桩据传为南宋末峨眉养生学派初祖白云禅师所创，因该派保守过甚，为此流传不广。中华人民共和国成立后，周潜川所撰《气功药饵疗法与救治偏差手术》及《峨眉十二桩释密》中，始对此桩作了较详细介绍。炼峨眉十二桩可舒筋骨，活血脉，调阴阳，强脏腑，促气化的功能，使气血调和，经络通畅，从而增强人的体质，达到有病祛病，无病延年的医疗保健效果。

峨眉十二桩包括：天字桩、地字桩、之字桩、心字桩、游龙桩、鹤翔桩、拿云桩、旋风桩、大字桩、小字桩、幽字桩和明字桩，历代相传，有口诀259句。其中幽、明两桩的"密义"，过去是所谓"个中真妙谛，上师亲传授"，"此系无上法，须依止上师"，注重口传亲授。

练十二桩的要领，可概括为以柔为主，即：全身要柔，有似婴儿；真气要紧，下沉丹田；动作要柔，蛇行蠕动；触觉要柔，流水穿堤；呼吸要柔，绵绵不断。练峨眉十二桩，旧传有所谓三字诀，即"圆"、"中"和"空"。①"圆"的含义是：练功时，各个架子均要圆，这样浑身筋骨肌肉才不会别扭，动作起来才无所障碍；内里的气脉运行的基本要求也要圆，要符合"如环无端"、"周而复始"的规律。②"空"的意思是：练功时思维要高度休止，不可存其他念头，平时生活上也要结合起来，不要饱食、饱饮、多愁、多悲、多怒，要丢掉思想包袱，一心练功。③"中"的含义是：练功时要求得到气脉的相对平衡。每个人呼吸的长、短、粗、细都不一样，应以适合自己的生理情况为中。除此之外，练十二桩时，还要注重阴阳气脉的交变和五脏六腑的分经运气。在柔的原则指导下，每一个架子的运动，使身体都有一定的气脉变化，表现为运行的快慢、流注的多寡、阴阳的变换、经络的交会等等。与之相应，产生了酸、麻、疼、寒、热等动触现象。如果练的功夫深了，就会对全身气脉了如指掌，动念即动，止念即止，打下静功的基础，走上由动归静的正途。一旦上坐转练静功，就可收"水到渠成"之效。

峨眉十二桩的炼法是以天、地两桩为统一的基础。至于以后练什么桩，架子和进度如何掌握，均以练功人的生理和心理情况而定，是灵活的。适宜练何种桩子和架式，先练哪种，后练哪种，均应由指导者作出严格的规定，使练功人据此把十二桩练完，达到祛病延年的目的。如用于治疗某种疾病，则只需练其中的某一桩甚至某一式即可，不必全练。为此，要求指导者必须既精通"内景功夫"，又精通医道，如"须依止上师"中的上师。十二桩虽只有十二个桩子，但可以变化多端，适应不同的需要，每一个桩子又都有九种次第的练法（按：峨眉派气功的动功和静功均有九种次第，以区别功夫的深浅）。要一步一步地练上去，不可超越层次，更不要强求，要火候到家，顺势上练，去求功夫的进步和次第的发展，否则，易出偏差。

十二桩是先练外面的架子，逐渐配合呼吸吐纳，再练内景气脉的运行。气机的升、降、开、合都完全以意念为用。在意念为用中，又有神与脉合、神与气合及神与桩合三种方法。前两者讲呼吸吐纳与气脉的运用，后者讲架子与气脉的运行的联合运用。气机的升、降、开、合由嘶、嘿、嘘、唏四种口诀来掌握。峨眉十二桩作为峨眉派气功的入门功夫。既可为以后习静功和"峨眉天罡指穴法"打基础，又可用作武功护身。峨眉养生学派坚持丹、道不分家，它也源于医学的"气化论"和"经络论"。

最后应说明，峨眉十二桩是一种动功，乃传统的说法，实际上明字桩已转静功。所以，正确的说法是，峨眉十二桩中前十一个桩子都是动功；最后一个桩子为静功，这就体现了上述"由动入静"的顺序。

大调手

以手臂松柔、缓慢连绵、动作对称为特点的一种传统动功功法，称"大调手"。具有疏通经络，舒筋活血，调整脏腑功能的作用。长期锻炼，有增强体质，延缓衰老，抗病延年的作用。凡有立身之地的寂静环境，即可操作。操作原则是鼻吸口呼，慢、深、长、匀，绵绵若丝。气随意行，意率手动(力)，意、气、力三者协调若一。练功方法：身躯直立，两足分离，两膝微屈，腿肌舒松，两臂在体侧下垂，手掌内向，十指舒伸，头微倾，眼微闭，唇微合，舌微翘，凝神静思，调息，轮睛，叩齿，漱津。然后，按下列顺序施功。

两手按下指相连　两手从体侧向腹部合拢，掌心向上，指端相对，如端物状向胸部移动至膻中穴(两乳间)。覆手下按，如按弹性物状向下推动至丹田。上端下按，反覆3次，两手置胸前。

撒手抛开两肋边　接上式。两手掌向上，下落至体侧，掌心向内。上移至胁肋，形如按摩。

两手上托擎天柱　接上式。两手掌向内，从两肋向头部耳际上移至头顶，手掌向上，指端相对。如托物体，荷重上推。头微后仰，眼视手托的"物体"。

翻掌如推太行山　接上式。两手下落胸前，手掌向外。伸臂前推，上身微向前倾。然后缩臂，双手仍置胸前。

两手握拳击小腹　接上式。直身，双手握拳从胸前向左右环绕至腹前，握拳，轻击小腹(脐下)3次。拳覆腹部。

背后圈前挂胸间　接上式。两拳自腹部下移，分向两侧舒伸，拳渐展开，自下向上环绕，再握拳至胸前，肘向上，拳向下，如绳系物下垂。

两手携石叩肩井　接上式。肘向下，拳向上举，两臂直伸。臂渐下落。拳叩两肩。

虎背熊腰面朝天　接上式。两拳自两肩下降至腰部，向两下方舒伸，向外环绕至背后腰际，顶住腰眼(带脉)，身尽量往后倾，颜面向上，若视晴天碧空，少停。身直立，屈肘于两胁，两拳伸开。

两手提闸似放水　接上式。两手从胸前随上身鞠躬式垂臂下伸至足前。手渐握，如抓重物，握固上提，身渐舒直。若视深泉。或意守涌泉。

摇肩晃膀舒自然　两拳伸开，两手互搓，浴面、揉目。两肩胛如轴旋绕，扭腰晃膀，两手在胸前，手指向下，松软如蚣。两足原地弹跳。肌肉下紧上松。历时三五分钟下功。

分行外功法

是以自我按摩为主的若干动功功法的汇编。作者参照了清代徐鸣峰所编《寿世传真》中的《分行外功诀》的若干内容，结合临床经验而编成。练功者可以根据自己病情需要，选择若干则编成一套，每日坚持做，可以收到一定的治疗效果。

头面颈部

双手拍头　用两手掌心按于头上，右手掌放在前额，手指向后自然分开，左手横放在后头部。然后左右手边旋转，边轻拍，旋转一圈，左右手同时约各拍5次，此时，左手掌在前，右手掌在后。再拍再旋转，如此可反覆拍4圈。有缓解头痛头胀作用。

拍头顶　站式，两脚开立，上身略向前俯，左手背反置腰部，右手掌按头顶。手掌提起时吸气，拍下时呼气。轻拍3下，换左手掌拍。作用同上。

揉头皮　手指呈爪形，以指尖轻轻抓揉头皮，如洗头般，抓揉20次。能减轻头痛、头昏。

两手摩额　两手握拳，拇指尖握在示指内，用拇指节骨交叉分按在前额眉上方。然后分开拉到两侧太阳穴位，轻轻圆转摩动5次，再向脑后两侧推去，直至风池穴处。对前额胀、头痛、头晕有缓解作用。

轻捶印堂　两手握拳，拇、示两指伸直，两手虎口肌肉自然突起，以此处轻捶两眉之间的印堂穴，左右手各5次。适用于头部胀痛，眉间沉重，鼻梁上端酸痛。

搡练牙根　左手握拳，示指伸直，用示指从左耳门过口上鼻下处横擦至右耳根，然后回至左耳门，来回5次；再换右手握拳，伸直示指，用示指在嘴下横擦至左耳根，然后回至右耳门，来回5次，有坚固牙根作用。

搓摩后脑　两手手指交叉，抱在后项枕下部，左右来回横搓10次；然后手指稍向前用力，头略向上仰，反覆10次。能预防感冒，舒松后项、脊骨。

擦风池　用两手的第二、三、四指。同时自上而下轻擦两侧风池穴(风池穴在项后枕骨下，大筋外侧两凹陷处)30次。作用同上。

眼耳鼻部

揉眼角　双手轻握拳(拇指尖握在示指内侧)，用拇指节骨按在左右眼内角(睛明穴)轻轻转摩5次，然后擦

过上眼眶,至外眼角(瞳子髎)轻轻转摩5次,再擦过下眼眶回至两眼内角。如此反覆5次。能改善视力。

捋眼 两手四指分按两眼上,指尖向上,而后转手指向两侧,捋过两眼(此时闭目)计5—10次。作用同上。

运转双目 站式,两脚开立,抓拳抵腰,拳眼对腰眼,头微上抬,松肩、含胸、挺腹,两眼瞳自左转向右,自右转向左,计5—10次。作用同上。

搓耳根 两手中指和示指分开,按在两耳根处(小指侧在前,拇指侧在后)。然后上下搓动10次。可以改善听觉。

窝耳拔气 两手掌心分按两耳,掌根向前,手指贴后发际。两手掌心向两耳重按一下,迅即提起,计5—10次。作用同上。

插拉两耳 用两手示指,分别插入两耳内,指甲面向前。然后示指在耳内一转身,指甲面转向后,迅即从耳内拉出,计10次。作用同上。

弹耳 以两手手指自后向前,轻弹两耳各10次,作用同上。

擦鼻 两手示指叠在中指上,用中指分别从鼻孔两侧上下擦动10次。而后以大拇指背节骨在鼻尖两侧的迎香穴处转摩20次。能预防感冒,畅通鼻腔。

刮鼻 两手握拳,示指弯曲呈钩状,自鼻梁刮至鼻端,左右手轮做各10次。作用同上。

摩鼻尖 用手掌根按在鼻尖素髎穴,配合每一呼气,手掌根圆转约5次,左右手各做1—3次。作用同上。

胸腹腰部

摩胸呵气 两手搓热相叠于胸部,轻轻由右转向左,以顺时钟方向作旋转按摩20—30次。然后鼻吸口呼,张口呵气计5次。有助于解除胸闷隐痛。

摩胁嘘气 两手掌分别按在两侧胁肋部,手指向前,轻轻旋转5次。然后两手掌推向前,同时口中嘘气,计5次。可改善胸胁闷胀隐痛。

捋胸顺气 头略抬起,两手交替捋摩胸腹,上自颈下至小腹,左右手各捋5次。可顺胸腹上逆之气。

活腰胯 直立并步两手插腰,腰胯自左转向右,摇动10次。换自右转向左10次。能防治腰酸。

转腰 直立,两脚分开,两手放在大腿前上,以腰为中心,上身转动,从左转向右,从右转向左各5次。作用同上。

拍腰 直立,两脚自然分开,两手下垂,在摇动腰身的同时,以左手掌拍在右前腰,右手背拍在左后腰,连续轮换拍,共做10—20次。作用同上。

拍尾闾 直立,两脚分开,上身略向前倾,用左手掌,轻拍尾闾部5次,换右手拍5次,每拍下时配合鼻孔呼气一次,能帮助通畅大便。

上肢部

摇肩 两手互握,两肩同时转动,向前、向后各摇10次。然后以左肩带动右肩,右肩带动左肩向前、向后各摇10次。有健脾开郁,改善肩关节酸痛等作用。

左右开弓 两手握拳,交叉于胸前。左拳向左侧平伸出,拳眼向上,拳心向前;同时右拳收于右肩前,拳眼向上,拳心向肩如拉弓状。两眼看着伸出的拳头,然后两拳还原仍交叉在胸前,再换右拳向右侧平伸出做。左右轮做10次。有增强肺气及舒松胸部、肩部等作用。

提手摸耳 左手插腰,提右手向上过头顶,摸左耳10次,换左手摸右耳10次。能活络肩关节,漏肩风患者也可单做患侧的动作30次。

托肘摸背 平坐,右手掌托住左肘部,左臂屈曲绕颈部右侧,伸向右后背,摸右肩胛部,同时头部轻向左转。再换左手掌托右肘部做。如此左右手掌各托摸5次。作用同上。

按摩曲池 左手曲在胸前,以右手大拇指面,按摩左手肘关节尽头突起处的曲池穴。左右手各摩30次。能改善肘关节酸痛。

按摩神门 仰掌,用另手大拇指面转摩小指侧腕横纹稍上方凹陷处的神门穴,左右各30次。能改善心悸失眠。

按摩内关 仰掌,用另手大拇指面转摩腕横纹上二横指,两筋之间的内关穴,左右各30次。能改善心悸不宁,止恶心呕吐。

捏合谷 一手的拇指、示指张开,以另手拇指关节横纹,放在此手的虎口上,拇指尖到达处即合谷穴。左右手交换用大拇指及示指上下同时捏该处各30下。能防治头痛,齿痛。

下肢部

摩膝 平坐,搓热两手掌心,盖在两膝上,先自外转向里,再自里转向外,如此摩膝20次。能改善膝关节酸痛。

摩委中 平坐,伸出左脚,以右手示、中指按在左腿膝盖后面的横纹中央的委中穴,揉摩50次;再换揉摩右侧委中。能改善腰背痛、坐骨神经痛。

蹬脚 平坐,先以左脚向前缓缓伸直,脚尖向上,当要伸直时,脚跟稍用力向前下方蹬出;然后换右脚做。左右脚轮做各5次。能舒展整个下肢关节。

转脚 平坐,先提起左脚,以脚踝部自外向内,再自内向外,旋转活动计5—10次;然后再换右脚做。能活络踝关节。

按摩足三里 坐式,用左右手大拇指面,同时按摩同侧膝眼下三横指外侧的足三里穴,各30次。能增强肠胃的消化吸收功能。

按摩三阴交 坐式,用左右手大拇指面,轮流按摩同侧脚踝内侧上三横指处的三阴交穴,各50次。能改善睡眠,调理月经。

擦涌泉 坐式,用左手扳住左足趾,突出前脚心,以右手掌心的劳宫穴,擦脚底前三分之一处的前脚心涌泉穴,计50—100次;然后换擦右脚涌泉。动作要慢,意念

要集中.能增进睡眠,解除冬天脚冷,最宜在临睡前浸洗脚后做。

和气功

是北方民间流传的一套动功锻炼方法。经常操作能舒松筋骨,调和气血,增强体质,有保健作用。和气功有十二个式子,操作方法如下:

上肢部 共分三式。做完每一式后,均须拍手臂,自上而下,在手臂前后面各拍3次,两臂共12次,边拍边散步,不宜立停。

前后摆动 旧称"开天辟地"。预备式:身体直立,两脚外八字步,两手垂在两侧,两眼平视。操作:左脚向前跨出一步,脚尖转向右,与右脚尖成同一方向;同时曲膝,膝盖不过脚尖,右脚后移一步,腿膝绷直,成前弓后绷的弓箭步。头稍向上抬,肩向下松,上身正直,不俯不仰。两手臂上下前后摆动,手指自然分开,微弯如捧瓜式。左弓步时,先摆出右手;右弓步时,先摆出左手。两手摆动10—20次后,将左脚退回,跨出右脚,继续再做。注意点:要肩松,臂直,上虚下实,气沉丹田,不配合呼吸。要一弓三箭:前腿屈膝为弓,后腿绷直,两手臂摆动时,伸直为三箭;劲在前腿膝盖,后腿弯及两手。两脚不能在一条直线上,否则站不稳,要步斜身正。手臂向上为开天,向下为辟地。

左右插钩 旧称"流星钩月"。预备式:两脚开立,相距稍大于两肩,头向上顶,肩向下松,眼向前看,上身微俯,挺胸收腹,十趾抓地,重心在脚心。两臂向后伸直,双手变钩,五指并拢,指尖向上。操作:左手臂转向前,手臂平胸,变钩为掌,虎口对右肩,右手仍钩在后。换右手臂转向前,手臂平胸,变钩为掌,虎口对左肩,同时左手臂向后仍变钩。如此左右轮换做。注意点:此式不配合呼吸。手动头不动,两手轮做的速度,要逐渐由慢加快。虎口对肩为月,五指变钩为流星。

推掌呼气 旧称"日月掌"。预备式:两脚开立,相距稍大于两肩,松肩挺腹,两眼平视,两手臂向前平伸,立掌,掌心向前。操作:两手臂及面部转向左,同时进行吸气。当左手臂向左伸直与肩平,右手臂平前胸.虎口正对左肩时,用鼻孔呼出一口气。随后转手臂,转面向右吸气,转定时呼气。注意点:转臂、转面时吸气,此时面动、臂动,身不动。要手与气合,手臂转动时吸气,转定后呼气。手向两侧转动时要如扇子面,动作要由快放慢。前臂伸直为日,后手齐肩为月。

下肢部 共分三式。做完每一式后,均须拍腿部。拍时将脚搁起,切忌头部俯下。如无搁处,可将膝盖提起,一脚独立而拍之。拍时自上而下,各拍3次,两腿共拍6次。

左右后踢 旧称"左右踢脚"。预备式:两脚开立,相距一拳,两臂自然下垂。操作:两脚跟分别轮向后踢,脚跟宜踢及臀部,两手臂随着上下前后摆动。当左脚跟后踢时,左手臂随着向后摆,右手臂向前摆。当右脚跟后踢时,右手臂向后摆,左手臂向前摆。如此左右后踢连着做。注意点:不配合呼吸。脚跟后踢时,要逐步做到与臀部相碰。两手臂摆动的高低,可按各人体力而定,要慢慢加快速度。可原地操作,也可边踢边走。

左右侧踢 旧称"外摆"。预备式:两脚开立,相距一拳,两臂下垂,掌心向下,指尖向前。操作:左脚向外上踢,左手掌与左脚外侧相碰,随即换右脚向外上踢,右手掌与右脚外侧相碰。如此左右脚轮着踢。注意点:不配合呼吸。开始学做时,可以手臂掌心略向下迎,上身也可随之摆动。要慢慢加快速度。

蹬脚呼气 旧称"魁星点元"。预备式:两脚开立,与肩同宽,两手抓拳,左拳在头之左侧,拧转手腕,拳背向前,小拳眼对风池穴;右拳齐右腰,拳背也向前,拳眼对腰,两上臂略平,两前臂均直,略似"卍"字式,脸面向右。操作:掏拳吸气。左拳转向下(盖拳),右拳提向上(掏拳),在胸前交叉而过,对换位置。在转拳的同时即吸气、变脸(脸转向左)。吸停手停即提起左腿,脚尖向前,蹬脚呼出,将提起的左脚,以脚跟向斜外侧蹬出,同时用鼻呼气。右侧的动作如左侧掏拳、吸气、变脸、提脚、蹬脚、呼出,如此轮着做。注意点:拳要抓紧,掏拳、盖拳时,两手臂稍使劲。在胸前交叉时,总是盖拳在外,掏拳在内。提脚时尽量使大腿平,蹬脚时稍使劲,不要使脚跟碰地,蹬后即要站稳。由于上侧的拳如抓笔,下侧的拳如抓斗,如神话中的"魁星",故名。

腰身部 共分三式。做完每一式后,均须拍击腰部。在做完第七式后,大八字步,摆动身体,两手臂随之摇动,手呈微握拳状,摆动的两手背轮流碰及尾骶骨处,共21次。做完第八式后,身臂同样摆动,左手掌碰及右前腰,右手背碰及左后腰,轮碰共21次。做完第九式后,按第七、八式做完后的摆动各做21次。可以边做边散步。

反手盘腿 旧称"左右拜殿"或"里盘"。预备式:身体直立,小八字步,双目平视,两手上举齐眉,四指指尖相对,掌心向下。操作:左手掌向下落,变掌心向上,手背与上抬之右脚内侧相碰。随即左手掌上齐眉,掌心向下,右手掌下落,变掌心向上,手背与上抬之左脚内侧相碰。如此左右手背与左右脚内侧轮流相碰。注意点:不配合呼吸。要慢慢加快速度,踢时上身可稍向前俯。

左右望眼 旧称"犀牛望月"。预备式:身体直立,外八字步。操作:左脚向前跨一步,右腿向后退一步;前脚曲膝不过脚尖,右腿绷直,成弓箭步。双手抓拳,左拳在下,前臂上竖,肘底与膝相对,拳眼向肩;右拳横举过头,置左拳上方,拳眼也向左肩,两拳间距约一拳。头从左向后看右脚跟,而后数自然呼吸约7次。收回左脚,跨出右脚,换向左做。注意点:开始学练时,看不到脚跟也无妨,看脚跟即望月。

转腰呼气 旧称"摇动海"。预备式:两脚开立,与肩

同宽，两肩下松，双手抓拳，两眼平视。操作：转身吸气。转身向左，同时吸气，右拳随身转动，向上提到前额，拳眼斜向下；左拳亦转至后腰，拳眼斜向上；上下两拳眼遥遥相对。翻身照镜，待转至两眼看到右脚跟时，即行呼出。而后转身向右，成弧形前后转换，同时吸气，转定后呼出。注意点：转身时腰胯要尽量转动。翻身照镜时，上拳齐头，下拳齐腰，腿不弯，腰不弓，两眼自肩头看脚跟，成一直线。此节好似龙在戏水，故名摇动海。

全身 共分三式。做完每一式后，均须边散步，边拍击胸部，即两手左上右下叠起，同时拍击胸部正中，自上而下，到腹部为止；再两手分别同时拍胸部两侧；后仍拍胸部正中而毕。

托天扑地 旧称"朝天一炉香"。预备式：两脚开立，小于肩距，两臂上举，双手齐眉，大指与四指分开，成眼眶状。操作：下式：屈膝下蹲，双手分别向两侧下落，两掌过膝，掌心向下。手指如抓物扑地，与此同时吸气。上式：直身起立，两臂上举，转手腕掌心成向上向前，好似托天举地，并仰头观天，与此同时呼气。呼气后，两手仍呈眼眶状，继续再做。注意点：下蹲为吸气，直身为呼气，动作可快速些。两臂上举，又称朝天一炷香，蹲下手抓，又称根地无环。

拳肩呼气 旧称"强肺呼"。预备式：两脚并步，两臂下垂，手握拳，拳眼向前。操作：曲肘握拳靠肩，此时拳眼向肩，同时呼出一口气。然后两臂下垂如预备式，此时吸气。

削地反肚 旧称"反肚子"。预备式：两脚开立，与肩同宽，两手交叉向前平举，手指向前。操作：①下式：屈膝下蹲，两手分别从两侧削落过膝，指尖向下，与此同时吸气。②上式：两手变仰掌，靠在腰部，靠腰时身体起立，腹部随即挺出，在挺腹时呼出一口气。恢复预备式，继续再做。注意点：要头正，两眼平视。下蹲为吸气，直身为呼气，动作可快速些。

进行以上操作时，可根据身体情况，或全部操作，或选择几式作。每式操作次数，少则 7 次(如配合呼气的，仅以 7 次为限)，多则 14 次、21 次，视体力而定，最多不超过 36 次。在操作时，应注意顺其自然，避免用力使劲。每作完一式，宜进行散步拍关节等活动，遇有下雨刮风天气，应在室内操作。如遇潮湿天，应减少式次，甚至停练。最好在阳光充足，空气新鲜的环境里进行。

拍击脏腑法

一种拍击前胸的动功锻炼方法，称拍击脏腑法。又称"操胸"、"操前身"，因分八节做，故又称"操八卦"。它是流传在天津一带的民间功法。其主要作用是通过外部的拍击，以增强内部的脏腑器官。本法分八节操作，每个部位须拍七下，每拍一下都配合一次鼻孔呼气。本法站着做，要意念与动作，次数及呼气密切相结合。

准备式 站式，含胸松肩，气沉丹田，两眼平视；两脚并步或不八不丁；一手抓拳，向前下方平直伸出成楼梯状，拳心向上；一手按在要拍的部位上，或两手均按在要拍的部位上。

操作 (1) 拍击法：每拍一下，均分两个动作：按在部位上的手掌慢慢提起，同时吸气。手提起多高，视吸气长短而定，动作要缓慢。将提起的手掌，拍下在原按部位的同时用鼻呼气，动作要快些，呼气时出声，这样既锻炼了内脏，又可避免拍伤。

(2) 八卦操法：①拍胃脘：左脚出不八不丁，左手握拳呈楼梯式与脚相等，用右手掌拍剑突下的胃脘部。②拍气海：右脚出不八不丁，右手握拳呈楼梯式与脚相等，用右手掌拍脐下的气海穴处。③拍大小肠：两脚并步，两手掌同时拍两侧腹部，即脐部两外侧。④拍左肺：左脚出不八不丁，左手握拳呈楼梯式与脚相等，用右手掌拍左肺(即左乳外上方)。⑤拍右肺：右脚出不八不丁，右手握拳呈楼梯式与脚相等，用左手掌拍右肺。⑥拍左肋：左脚出不八不丁，左手握拳举在头部之前上方，用右手掌拍左肋(即腋窝下一拳处，或握拳伸直大拇指，拳心正对着大包穴)。⑦拍右肋：右脚出不八不丁，右手握拳举在头部之上前方，用左手掌拍右肋。⑧拍肝脾：两脚并步，两手指相对，按在肝脾部(即胃脘两侧)，两手掌同时拍该两处。

注意点 (1) 第一至第七节拍毕后，均在原处以一个呼气的时间连续轻拍五至七下，以疏散之。第八节拍毕后，要轻拍胸腹、两肋、肩肘手、胯膝足。

(2) 两脚的动作，除第三、八节是并行步，即两脚相距与肩齐，其余各节均采取不八不丁式、即稍息式：外八字，然后一脚略向前跨出，跨出的脚跟正当后脚的脚弯处，所以既不是八字，也不是丁字步。

(3) 要拳与脚合，即左脚跨出时，左手也抓拳伸出，拳、脚上下相对。抓拳的手臂呈楼梯式，要挺直肘部。

(4) 姿势要自然，气沉丹田，手掌拍部位时要挺腹。内脏下垂者拍下呼气的同时要注意缩腹提肛。

(5) 开始做时拍击的手掌不能用力，必须轻拍。约操作百日后可改用拳拍。拳拍时以环指、小指、掌根、大拇指接触部位，成圆形中空拳。

却病延年二十势

由二十节动作组合而成的一套功法，称却病延年二十势。王子平于 1956 年编成，后经整理修订，又称"练功疗法"。它对许多内外科疾病如腰腿痛、颈椎病、肩周围炎、膝关节炎及冠心病、高血压、肠胃病、老年慢性气管炎和神经衰弱等都有一定的防治作用。可配合药物等进行综合治疗，或作为停药后巩固疗效，增进体质之用。对中老年人来说，也是一套较好的保健功。

特点 它是体现"预防为主"，防治结合的一种疗法。所以坚持锻炼能起到有病治病，无病强身的作用；它是病

人的自我治疗方法，强调内因为主，充分调动病员与疾病作斗争的主观能动性，加强了治病的信心，以产生积极的情绪，有利于健康的恢复。它是一种局部与整体相结合的疗法，它不仅作用于患病的局部，同时也锻炼了整个机体，能增强机体的抵抗力。它是一种呼吸和自我按摩相结合的肢体运动；体现了传统的锻炼特点，锻炼以后可使气血旺盛，百脉流通，内脏功能得到增强，疾病可以得到治愈。它简便易行，二十个练法中，锻炼的时候可采取全套或其中几法进行锻炼，只要持之以恒，就会起到有病却病，无病延年的效果。

二十势　本法二十动作的名称如下：①吐故纳新，此为预备式。②幼鸟受惊。③大鹏压嗉。④左右开弓。⑤双手举鼎。⑥单臂擒果。⑦前伸探海。⑧回头望月。⑨风摆荷叶。⑩转腰推碑。⑪掌插华山。⑫白马分鬃。⑬凤凰顺翅。⑭巧匠拉钻。⑮云手转体。⑯左右下伏。⑰白鹤转膝。⑱屈膝下蹲。⑲四面摆踢。⑳虚实换步。具体操作略。

注意事项　①练功疗法动作可适当选择，严格掌握循序渐进的原则，动作逐渐增加，次数由少到多，时间由短到长。外伤练功时以不加剧疼痛为标准，内伤以胸腹舒畅，精神愉快为度。②练功时要思想集中，动作速度要慢，掌握动中求静的精神。呼吸要均匀自然，逐步做到腹式呼吸——"气沉丹田"。③锻炼的时间要求每日锻炼两次，早晚各半小时，初练者可按自己身体情况来决定。总以不很疲劳，不过分勉强，而觉得锻炼后身体舒适，血脉流动通畅，呼吸自然为主。④练功应选择空气新鲜的地点，室内外均可。要注意适应四时的气候，注意保暖。⑤练完以上二十势后，还须做好整理活动，俗称"退火"。使身体各部分恢复正常状态。整理活动，包括筋骨部分的舒展活动；肌肉部分的轻拍放松及自我按摩活动；头面部分的自我按摩。

七星功

以其架式为七个，动作如星云的动功功法，称"七星功"。它是胡美成整理编成，具有动作简、时间省、场地小、姿势美、连贯做的特点。有使全身关节柔软活络，气血调和，而起保健强身、延年益寿的作用。

手眼身心步法的基本要点　七星功虽是动功，但要掌握外动内静，内静按练空松功的要领，注意印堂、人中、两肩放松，嘴角略向上的"三松一上"的原则。外动要注意下列几个基本要点：

手法　分掌、拳、剑指、腕关节四个部分。掌，分"阴掌"、"阳掌"，掌朝下朝内为阴，朝上朝外为阳。全套功阴掌多，阳掌极少。拳，一律是握实拳。"剑指"，环指和小指曲卷，环指尖点在手心正中央（劳宫穴），大拇指紧盖在曲卷二指之上，中指示指伸直。腕关节和手指运动要灵活。

眼法　开始预备式时，两眼向前平视，略向下，手开展动作后，眼神基本上跟着手的动作转，但在动作锻炼纯熟后，可以藏神（即要视而不见，听而不闻）。眼或轻闭、垂帘，或平视都可以。

身法　整个动作要灵活，运转如珠，如环无端，但要保持正垂姿势，上身除了动作中必要的扑、仰、侧、扭、翻转之外，始终保持正直。站的桩式，基本上是中桩、马步，有的动作用低桩。

心法　在初练功阶段，除了想到每个动作姿式，如何求好，符合规格外，要空心止念。在初阶段如难以做到空心止念，可将意念存想丹田。在动作熟练以后，则全不用意，保持静功空松功口诀的"一片混沌"境界。

步法　此功分为下列几种步法："平桩马步"，俗称"骑马桩"。"低桩"、"高桩"，都是两脚分开，与肩同宽，或略宽，高桩腿膝可微曲直立；"中桩"两膝曲成40度角，臀部下坐；低桩两膝弯屈约成90度角，臀部下坐，上半身正直。"弓步"，左弓步，左足屈膝成弓形，右足斜直如箭形，名曰"前弓后箭"；右弓步则与此相反。"虚步"，脚尖落地，脚跟提起。"插步"如大鹏展翅，左（右）脚转动后，脚尖从右（左）脚后向右（左）伸插出去。"扭步"，如第三架式扭转乾坤的分解动作。

七星功分解动作　预备式。立正后，左足向左跨一步，两足距离比肩略宽，足尖略向内，两眼稍向下视。两手自然下垂，全身放松，排除杂念。

左右开弓　此式为左右伸屈运动。强调"开"字，双手应尽量向前后左右撑开。动作是以脚跟为轴，身体向左转90度。左腿伸直，右膝微曲，臀部下坐。在转体的同时，双臂微屈，双手握拳，双拳拳背靠拢。双拳提至胸前，同时左腿略收，左脚跟踮起成虚步。双拳向外翻转，手指伸直，双手伸直向下略向后分开，抬左腿；左膝弯曲，左脚提悬时开始深吸气。双手继续向后从下向上划一大弧形至前方伸直，掌心向下（此时将已吸足的一口气徐徐呼出）；同时左脚掌利用脚踝骨，由内向外划一小圈，再向前伸出一步，脚跟先着地，成左弓箭步。上体随着向前扑下去。左脚略回收，双手拉回，双脚以脚跟为轴，随着身躯向右向后转，做右开弓，动作与左开弓相同，唯方向相反。

顶天立地　此式为上下纵横运动，强调"顶"字，双手和脚跟应尽量上下顶。动作是左脚尖向左转约70度，右脚收回原地。双手随着身躯左转拉回到正前方。手心朝上，翻掌，掌心向下，握拳，成中桩。双拳收回至腋下伸掌，双臂从身体两侧下垂，同时身体逐步下蹲至大腿与地面平行。双掌接近地面时，掌心朝下再向前。双手经前方向上，身子同时向上伸直，掌心朝上，指尖朝后，脚尖踮起，双掌向上顶，同时深吸一口气，然后徐徐呼出。

扭转乾坤　此式为横方向扭转运动，强调"扭"字，身手、头颈、腰腿尽可能向左右扭转。动作是双脚跟落地，双手从前方向左侧徐徐落下，成抱球状（简称左抱球），右

手在上，左手在下，同时上身和腿膝向左移，左膝稍屈。随之从左向右，到右边双手翻转，成左手在上，右手在下的抱球状（简称右抱球）。身体随着重心左移并向左转，双手成交叉抱球，同时双脚以脚跟为轴向左转，身体继续向左转180度至原来位置的正后方；右手搓球到左肘下（左掌心朝下，右掌心朝上）；脚尖向内合拢成三角形。左手向下向后，右手向前向上，同时成弧形拉开，右手亮掌从额前到头顶，左手摆到后腰，双掌心朝外。以脚跟为轴，身体回转到正前方。同时右手从头顶到头后方，经身躯右侧随身腰极力向下弯而下落，左手由左侧从下向上弯向头顶，双掌心朝前方，右膝微屈、左腿伸直。左手放下，右手向上成右抱球，左手在上，右手在下，自右向左，到左边双手翻转成左抱球，右手在上，左手在下，从左向右，身体随着重心右移向右转。以下右转动作与上同，只是左右方向相反。

前扑后仰 此式为扑仰曲转运动，强调"扑"字，身首尽量前扑。动作是，腰伸直成中桩，两手分向两边，两臂弯曲，掌心向下。双手向后，由内绕一小圈从腋下伸向腹前，掌心向上，两手交叉，前臂内收，掌心向内，左手在里。翻掌握拳，双拳向两边分开，随着身首极力向下扑；双拳向后，拳背紧靠脚后跟，头弯到胯下，两眼正视后方。注意：初学和年老体弱者双拳只从前方下垂到膝即可。腰伸直双手上提，略比肩低，双拳松开，掌心向下，分向左右两侧下垂，同时上身极力向后仰。

大鹏展翅 此式为斜方向伸展运动。强调"展"字，手足成45度角，尽量伸展出去。动作是上身回复正位，双手从后两侧抄向前方成抱球式。右掌向下，左掌向上。重心放在右脚，左脚提起，利用踝骨，脚掌从右向左转一小圈。双手成剑指向左右两侧（左上右下）斜方向极力伸展，两手臂伸直与地面成45度；同时左脚背绷直，极力从右脚后向右边伸直四五两趾着地。双手手臂与左腿平行，左手背翻转朝前，右手掌翻转朝前，上身保持正直。注意头眼跟随双手中示指，先朝左，后朝右。左脚复原位，双手收回成抱球式。左掌向下，右掌向上。以下动作与上同，唯左右方向相反。

前后平衡 此式为正方向平衡运动，强调"平"字，身手和一只后脚成一水平线。动作是双手收回前方，掌心向上，双手靠拢，同时右脚复原位。左腿退后一步，重心在左脚，成前箭后弓步，同时两手伸直，掌心向前向两旁分开。随即重心移至右脚，成前弓后箭步，同时双手上抬。左小腿向上勾起，脚背伸直，同时双手成剑指，从两侧向上举到耳边。左腿向后伸直，脚背伸直，双手伸向前方，意运到手指、脚趾尖，手脚上身成一水平线，抬头目视前方。但初学和年老体弱者如做不到，左脚可落地不勾腿，逐渐进步到勾腿提平。双手收回，左脚收回放下复原位。以下动作与上同，唯左、右方向相反。

天体圆转 此式为全身圆转运动，强调"圆"字，身、手、头、眼向前后左右上下转一大圆圈。动作是右腿收回放下，成马步桩，双手同时收回到胸前下垂。屈膝身腰下弯，双手垂向右边，双手成剑指，从右经左向上，随着上身向左、向后仰，向右再向前俯弯，转一周。双手摆到左边，手撒开后再成剑指，上身和双手从左向右、向后仰，向左再向前俯弯一周。上身复位成马步桩，双手阴掌握拳上提至胸前。最后收功：双拳松开，双臂放下。在松掌向下的同时，双腿和上身缓慢向上伸直，还原成预备式。

注意事项 （1）练习此功在小场地、卧室和办公桌前也都可练。但空气比较新鲜地方更好。

（2）练功应注意开始时的站立位置和终止的位置，应该大体相同。

（3）呼吸虽不必十分拘泥，但大致上应与动作配合，如放开的动作以吸气为主，收拢的动作以呼气为主，呼吸宜深长匀细不出声。但第一架式左右开弓两手向后撑开时，第二式顶天立地向上顶时，必须尽量吸足一口气，大换气一次。

（4）动作都是左右对称的，一般总是先左后右，掌心大半都是向外。第三式扭转乾坤向后转过去，足尖转向后不能十分靠拢，双脚要大致成三角形。第四式前扑后仰弯腰时双膝要直。所有各个动作中足掌立地要坚实稳定，尤其是在一足着地时，要注意足趾抓地。

（5）转动时都是以足跟为轴，双手相对合照时，手背微拱，以抱球式为主，不要生硬挺直。但在开、顶、扭、平动作中，有好几手不但手掌要伸直，而且要极力向上下活动以加强腕关节的运动。

（6）双眼除直视手的动作外，总以向前平视稍微向下一点为原则，以免动作太鼓劲着力。第七式天地圆转，两眼要注视前伸的指尖，方能使头眼跟着转。

（7）此功有四要。一要匀速运动，二要平衡的架式，三要调和呼吸，四要动作连贯，即是要一气呵成，如行云流水。但是七个架式中，每一架式又都有一个着重点，要求用意不用力，即意要放在每个架式的动作上。

（8）每个架式都有舒筋展骨，撑开收拢到顶之状，要定一下，如天上的星。练的精要即在于此。

固精法

用于治疗肾气不固而造成遗精、滑泄等证候的气功锻炼方法，称"固精法"。以下三种固精功法，可适用于身体虚弱或大病之后，精关关闭乏力，经常遗精；或在练功过程中产生某些冲动，而引起的遗精。亦可扩大应用于阳痿、早泄等病证。

闭气固精法 闭目，上视头顶，舌抵上腭，吸气时收提肛门，上缩睾丸。吸满气后，闭气不息，直至不能憋住时，徐徐呼气。呼气时，轻轻放松肛门和睾丸，可重复作4—5遍。平时每次小便后，作闭气、提肛、缩睾1分钟左右，可防止遗精。

导引固精法 卧位，头枕高，意守丹田，以右手指搭

在左手背上，左手手心按在肚脐上，双手同时用劲，先顺时针转擦36次，再逆时针转擦36次。然后手指并拢，双手掌重叠，从耻骨联合上推至心口，再从心口下推到耻骨联合，一上一下为1次，共作36次。之后，用双手将睾丸兜起，推入腹股沟内，并在其外皮上摩擦，上摩为擦，下推为抽，先左后右，一擦一抽为1次，共抽擦81次。口诀："一擦一抽，左右换手，九九之功，真阳不走。"如出现阳举不复，可用意念由龟头经丹田向会阴吸，提过尾闾，经夹脊玉枕、过泥丸，到上丹田守住片刻，连同津液下咽至丹田。同时闭口，咬牙，舌舐上腭，捉紧手足，如此3遍，阳举可复。

吐纳固精法　站立，全身放松，先以意引气吞之，如咽甚硬物，送入脐中，至腹部有饱满感，再绵绵呼出，继之吞气下行，过中丹田。直达会阴，稍停，再循督脉上升，至百会，并徐徐呼气，同时意降会阴。气升百会时，会阴穴有内凹的感觉；意降会阴时，会阴有鼓突的感觉。如此重复作3遍后，将气稳于丹田，少腹有温热感时，收功。

自发动功

通过某些静功、动功或动静相兼的功法，引起肢体不自主运动的一类动功，称"自发动功"。在中国较早倡行此法的，有胡耀贞的"静动气功"，近年来此类新功法出现较多。日本在50多年前，也出现了自发动功，称为"整体法"或"灵子术"。对自发动功在临床上的效果，目前看法还不一致，有的认为可能是偏差，有的认为是取得效果的现象，为此，尚须进一步深入观察。

自发动的原理　即产生自发动的原因，目前尚缺乏统一的认识，还缺乏确实的科学依据。现主要有以下几种：

(1) 行气受阻说：此说认为，人体某处有病，气不得通畅，则发生自发动作，气通畅了，就不再乱动。

(2) 静极生动说：此说认为，练气功内静到一定程度，会自发转化为外动。

(3) 暗示说：此说认为，在大脑皮质高度入静前后，或功前就用暗示的方法而诱发外动。

(4) 恒动定律说：此说认为，站式练功入静后，如果稍有意识地对身体平衡不加控制，就会因不平衡而自发外动，而且动则恒动。

(5) 负压增高说：此说认为，通过调整呼吸，使腹腔、胸腔的负压增高，而引起四肢自发动。

(6) 生物电增强说：此说认为，通过心静神凝，全身放松，使人体固有的生物电流更强，更集中，其产生的力量可使肢体发动。

主要功法分类　诱发自发动作的具体功法有多种，但实际上大致可分为下列五类：

(1) 先练内后练外类：这是先练静功，后微微用意诱发动的一类功法，如胡耀贞的"静动气功"，就属于这类功法。当自发动功练到一定程度后，体内产生了"内劲"，就可以运气练拳或练五禽戏等。这样练拳，很容易做到刚柔相济，内外相应，取得事半功倍之效。

(2) 先练外后练内类：这是通过长期坚持练拳或易筋经或五禽戏等，而诱发的自发动作。其特点是动作虽然已经自动化，但多不自知，而只觉得动作自如，柔和连贯。这样通过一招一式练拳，来诱发自发性动作，比较费时费力，但比较安全。

(3) 内外结合类：这是内静外动相结合的一类功法。这类功法容易引起自发性动作，且较少出现偏差，如某些太极动功、太极棒气功等。

(4) 调整呼吸类：这是通过调节呼吸，提高胸压、腹压，促动四肢的一类功法。日本的自发动功也有用调整呼吸来诱发动作，并创编一套功法，称为"整体体操"。中国也有此类功法。

(5) 他人发气带动类：这是通过练功，加强和调动自己体内固有的"气"，来诱发别人自动，或为别人治病的一类功法。日本称此这类功法为"相互活元运动"。

存在的问题　从目前已推行的一些自发动功来看，还存在着以下一些问题：

(1) 都是要通过主观努力，做到体松神静，调动自身固有的内气，来诱发肢体动起来，以增强体质。所以，有些神经类型的人(如情绪偏激、急躁、神经质等)，以及某些精神病患者(如精神抑郁症等)，不宜练自发动功，以免发生偏差。

(2) 练任何一种自发动功，都要求排除杂念，全身放松，心静神凝，舒适自然，若有意，若无意，微微暗示自己动，而决不可强制自己用意。如果过分用意追求，违犯练功原则，反而会紧张起来，而出现偏差。以至乱动不止。

(3) 自发动功不过是众多健身法中的一种，并非万能，其他功法同样有助于强身治病。所以，对自发动功要有一个科学的认识，不可偏听偏信，夸大宣传，更不能迷信。有些人就是因为相信了"百病皆消"或"越动越好"的说法而盲目追求，强迫自己用意，才造成了偏差，反而导致病情变化，不可不慎。

(4) 中国关于自发动功的科学研究，是近年来才开始的，国外也在研究，但都尚有许多问题未弄清。因此，在练功时要抱冷静超越的姿态；凡练功后感到不适，即应查出原因再练，或停止练功，以免发生偏差。

(5) 有些人迷信请别人为自己"发气"。其实"气"，人人自身都有，人们日常相聚时，都程度不等地互相影响。练功后，无非气更加强，更集中，可能对别人作用更大而已，有时可能对别人有诱动作用，但有时作用并不显，它更不是万能。

静动气功

在机体放松与入静的情况下，因内气发动，引起身体

及四肢自发地运动的一种功法，称静动气功。由胡耀贞继承了前人的养生练功方法，结合自身实践所总结提出。它的特点是“静动相兼”，练功中强调意守丹田和丹田呼吸。具体练法：

姿势 不固定，以身心舒适为准。根据体质、病情而选择卧式、坐式、站式。卧式的缺点是，在入静之后易睡着，故一般多采用坐式。自发动产生后，可由坐式转为站式。自发动时，似拳非拳，似舞非舞，姿态千变万化。

呼吸法 练功中不注意口鼻呼吸，如同日常生活中不注意口鼻呼吸一样。强调丹田呼吸，吸气绵绵，呼气微微，腹部在外观上呈现自然呼吸状态。

意守法 意守丹田，不再过分集中，做到勿忘勿助。意守的部位及次序是：先守中丹田（肚脐内），这是基础功。次守后丹田（命门穴），最后守下丹田（会阴穴）。先意守中丹田，在肚脐内呼吸，是练本功的人手方法，在肚脐内呼吸前，要使脐内之气与肾间之气相接。即在意念上使脐与命门紧贴，然后缓慢放松腹部，意随肚脐呼吸。有时根据病情、季节，在以上三个部位都守过的情况下，亦可分别春守夹脊，夏守绛宫，秋守膻中，冬守会阴。一般不专门意守上丹田（两目之中），只是在练精化气时意守上丹田。当自发动产生之后，以意守中丹田或命门（女性意守关元、气海）为主，一般不守其他穴位。如在练功中自感有气经经络路线到达某穴位，亦不加意控制气行，意念仍然以守中丹田或命门（女性守关元、气海）。当意守中丹田，腹内发热，甚至命门也有热感，肠蠕动增强，口腔内津液增多，分三口慢慢咽下时，意想至脐内，虽然不产生自发动，就静静地意守中丹田。练静功，同样也可以达到作用，切勿追求动象。自发动产生后，在动中求静，腹内轻松，动作柔缓，顺其自然变化，才能达到以气运身的功夫。

收功法 功毕，用意念在脐腹部收功。用眼意视肚脐内，用意念从肚脐中心起始，以逆时针方向，螺旋式地由小向大，圆转 36 圈，最大圈的直径，不得大于腰的横径。然后由大向小，以顺时针方向转 24 圈，转至脐内。用意念将气转至命门，再移至气海，稍定，双手掌心相对，搓热，自我按摩。然后缓缓散步，切勿立即卧床，或汗未干而出门。女性收功转圈方向，与男性相反。

该功对溃疡病、慢性胃炎、慢性肝炎、早期肝硬化、慢性支气管炎、早期肺气肿、高血压病、冠心病、陈旧性心肌梗死恢复期、风湿性关节炎、骨质增生、冻结肩等慢性疾患，经过百日练功，均有较好的疗效。但有一些病情不宜练本功，如精神病、出血性疾患、心肺肾功能不正常者。

注意事项 (1) 练静动气功，最好能够住院或在门诊练功。这样可以获得医师的指导与查功，避免发生偏差。

(2) 练功时间，一般规定 100 天为一疗程。治疗期间，一日可练 3—4 次，每次 1/2—1 小时。次数太多，时间太长，使身体产生疲倦而有害。恢复期一日可练 1—2 次。练功前解除大小便，略放松腰带。饥饿或饭后不宜马上练功。

(3) 开始练功，因症状妨碍练功时，可先对症处理，以缓解症状，有利练功。

(4) 不管何种症状，练功治疗前，应先明确诊断，避免耽误病情。医师应对患者有全面的了解，定期复查，认真教功，严格要求患者遵照练功方法去练，不可见异思迁，也不允许同时练两种以上的功法。对练功中发生的任何效应，均不可追求。

(5) 如遇遗精、月经期、过度疲劳、情绪不佳、发热等时，可暂停练功 2—3 日。

气动功

又称“本能功”，是通过特定的姿式、意守、调息的锻炼，达到息调心定，真气内生，而发生“静极生动”的一种功法。其特点是静中生动，动中求静，静动相兼，意气合一。此功原流传于民间，于 1956 年继承整理，经过临床观察，发现对溃疡病、慢性胃炎、肠炎、慢性肝炎、脊椎压迫症、风湿性关节炎、神经衰弱、高血压病等有效。其操作法如下：

基础功 在练功前停止剧烈活动，稳定情绪，心平气和，饮少量白开水。姿式：平坐于椅上，头有悬空之意，下颌收敛，胸部内含，身体正直，双手相握或放于大腿上。舌抵上腭不动，内视丹田（气海穴位），口微开。呼吸：自然呼吸，鼻吸鼻呼，气沉丹田，不有意憋气。基础功一般可练一周，每日练 3—4 次，每次 1 小时，若每日只练 1 次则延长练功日程。

本功 气动功的姿式与功中肢体发动有一定关系。不同的姿式可影响着肢体发动的幅度和频率。

(1) 怀抱太极式：直立地面，双足分开与肩等宽，头、胸、肩、腹的要求均与太极拳同。舌尖轻抵上腭；双眼半开半闭，平视前方。双手以意领气，缓慢地由里向上向外，划圆圈 3 次，再由外向上向里划圆圈 3 次，然后停于胸前，作抱球状。放松肩、肘，双腿微蹲下，自然呼吸，意守中丹田，即膻中穴，15—30 分钟，每日练习 4—6 次。如一时不易入静，也可以微闭双眼。

(2) 站桩式：姿式、动作同“怀抱太极”式。在双手做完划圆圈动作后，停于小腹前不动，自然呼吸，意守下丹田气海穴。练功时间与次数，同“怀抱太极”式。

(3) 托天式：姿式、动作同“怀抱太极”式。在双手做完划圆圈动作后，停于头顶上，高于百会穴约 10 厘米，双手中指相接，两腿微下蹲，自然呼吸，意守上丹田印堂穴。练功时间与次数，同“怀抱太极”式。以上三式的自然呼吸，在肢体发动以后，可配合丹田呼吸。

(4) 合掌式：姿式、动作同“怀抱太极”式。在双手做完划圆圈动作后，在胸前合掌，指尖向前或向上，两掌要伸直、伸平、贴紧。双眼微闭，双腿微下蹲，意守丹田，入

静后引气至手上。

(5) 随意式:此式没有固定的姿式、动作,不受时间、地点的约束,坐、卧、行、立均可练功。

收功　不论肢体发动与否,只要放弃意守,缓缓睁开双眼,即可收功。如肢体已经发动,可任其自然停止,或把意和气引到下肢,使气下行散开,静息一二分钟后,开始散步活动。

太极拳

是中国传统武术中的一项拳术。"太极"一词见于《周易·系辞传》:"易有太极,是生两仪。"由于太极拳的每一个动作圆柔连贯,每一式都是绵绵不断,好象一个完整的圈,犹如太极图故名。一般认为,太极拳的创始人是明末清初时的陈王廷。而后在太极拳的发展过程中,逐渐形成了各种流派和各种架式。1956年国家体委为太极拳的普及推广根据杨式拳架整理、改编成"简化太极拳"。

太极拳的特点　主要如下:

(1) 拳术动作和导引、吐纳密切结合:太极拳术家把拳术中的手、眼、身、法、步的协调动作与导引、吐纳有机地结合起来,使太极拳成为内外统一的内功拳运动。锻炼时,意识、呼吸和动作三者密切结合,动静结合,并自然地配合腹式呼吸运动。

(2) 独特的动作:太极拳的动作要求柔和缓慢,呈螺旋缠丝式的缠绕运动,动作呈弧形,连贯而圆活。每一个活动都是全身的活动,要求做到"一动无有不动","上下相随,内外结合",要使手、身、法、步与意识、眼神密切配合,协调行动。太极拳的动作还要求以腰为轴心,通过旋腰转背带动四肢、全身的缠绕运动,"以意导气,以气动身",以疏通全身经络,气达全身。内气发源于丹田,并复归丹田。

(3) 精湛的理论:在太极拳的长期发展过程中,各家还总结了一整套独特的太极拳理论。这些精湛的理论,为研究、探讨太极拳的锻炼方法、治病健身原理,以及武术技击奠定了良好的基础。

锻炼要领　主要有:

(1) 始终要保持"松静"状态:练太极拳忌精神和躯体肌肉的紧张。练拳时,首先要使大脑"松静"下来,以导致全身内外的松静。躯体四肢的动作,都是在以静为主导下的动作。始终要全神贯注,以意识来引导动作。

(2) 运用腹式自然呼吸为主的呼吸方法:练太极拳时,要求"气沉丹田",动作要与腹式深呼吸运动自然协调,做到"形神合一"。太极拳的腹式深呼吸运动有逆式和顺式两种练法,它们都是"以意调息"的深呼吸运动。这种呼吸运动必须与动作密切配合,通过横膈膜的不断升降和胸、背及腹部肌肉的弧形松沉和旋转运动,以及肛门括约肌的一紧一松,以起到增进健康和防治疾病的作用。

(3) 独特的姿势和动作要求:练太极拳时,要求以腰部的轴心运动为纲,头部要求正直,"虚领顶劲",舌顶上腭,手到、意到、气到,而眼神先至。上肢部分要求沉肩、垂肘、坐腕;躯体部分要求含胸拔背,气沉丹田,腰部松竖,尾闾中正;下肢部分要求分清虚实,屈膝松胯,调整重心。练拳时,动作要求柔和、圆活、连贯和协调,一个姿势接着一个姿势,连贯圆活,绵绵不断。内外、上下、左右和前后都要协调一致,上下相随,不先不后。要做到"内外合一"、"一气贯串"、"一气呵成"。

主要流派　有陈式、杨式、武式、吴式和孙式等五大派;架式主要有陈式老架、陈式新架、陈式小架、杨式大架、武式小架、吴式小架和孙式小架等七种架式。各种流派及其架式都各有其一定的特点、优点和长处。目前流传最广的杨式(大架)太极拳,其特点主要是松柔、缓和、速度不断、刚柔内含和姿势舒展大方。

近年来,中国的医疗和体育科研人员对太极拳进行了积极的研究,在生理、生化和免疫等各方面都得到了一些可贵的资料,这些实验资料已初步证明太极拳确实具有健身和防治疾病的积极作用。因此常被用来配合气功锻炼。还有人把太极拳中的一些动作经过加工整理,配合意念和呼吸活动,编成了多种以太极命名的气功锻炼方法,如太极十八式、太极三十六式等等。

气功原理研究

气功作用的科学原理研究,国内外都已开展。中国50年代徐丰彦等已开始观察气功生理效应,进行实验研究,探索科学原理。近几年来,气功作用原理的研究逐渐深入并涉及人体的许多系统和层次,发现了新的现象和内容,扩大了气功疗法的作用范围,使人们对气功疗法的认识,逐渐产生了新的概念。古老的气功理论学说,正逐渐沿着现代科学道路发展,并形成为一门新兴的、有具体科学内容的学科——气功学。

现以练气功时人体各系统的生理效应,练功时的整体功能状态和练功状态下的人体电磁辐射现象等,分述其原理研究的进展情况。

气功对呼吸系统的效应　呼吸运动是随意的又是不随意的生理活动,平时,有一定的周期、节律和幅度。但在练气功过程中,可随入静程度周期变长,节律变慢,幅度加深。静功中的调息是在意念引导下进行的,在古代认为有"行气"的作用,即练功实践中的特殊呼吸运动,伴着"内气"运行的过程。因此,了解练气功过程中随意和不随意呼吸活动之间特定的内在联系及其对机体的效应和意义是研究"内气"运行和气功作用机制的一项重要内容。中医理论指出:"肺主气,司呼吸",而调息(调整呼吸气息)正是练气功的重要手段之一,尤其是在静功锻炼中。调息既可锻炼意念活动,使"内气"运行自如,又可调

整器官和躯体功能,促进健康,发挥潜力。练功过程中最明显可见的生理变化,也是呼吸运动。呼吸运动变化的生理特点主要表现在:频率、幅度、周期和均匀程度等方面。这些变化与人体气体代谢和能量代谢密切相关,也与神经中枢的功能密切相关。同时也由于进行呼吸时的膈肌运动有节奏的改变了胸腹腔的压力,促进脏器的血液流通,这些都是研究调息作用的重要内容。近代生理学知识已知,呼吸运动的生理意义一方面为机体进行气体交换,完成相对稳定的气体代谢,并与体内能量代谢相关,另一方面与语言思维联系,进行语言活动。此外,呼吸运动过程中,肺和呼吸肌肉活动时的感受性传入神经信息,也能反馈地作用于神经中枢,产生相应的效应。而且呼吸运动受神经中枢的支配和调节,其运动变化也是神经中枢功能的反映,可作神经中枢若干功能状态的客观指标。记录呼吸运动曲线,研究在练功过程中的特点,是判定上功入静程度的良好客观指标之一。

当练气功达到鼻息微微、若存若无的入静状态时,出现深、长、均、柔的缓慢呼吸运动的特点,可以从客观记录的呼吸运动曲线进行分析研究。练功娴熟而又能入静者,这种缓慢呼吸可维持数十分钟以上;如不会练功,而是以意识强制减慢呼吸(意识性呼吸),或练功者情绪欠佳、不能入静者,不但呼吸曲线有较大波动,而且也只能忍受数分钟左右(约 10 分钟)。非气功状态下,长期锻炼缓慢呼吸,可能维持较长时间的慢呼吸过程;若从松静入手,呼吸自然减慢,维持时间也将更加增长。以 X 线观察静功过程中呼气和吸气的膈肌活动,曾发现练内养功时膈肌上下活动范围一般可达八横指(约 15 厘米),为平时的 3 或 4 倍。根据文献报道,肺结核病人练功与不练功病例比较,前者膈肌在深呼吸时的上下活动幅度增大。学习练功前活动幅度平均为 2.97 厘米者,经过两个月练功之后,平均可达 5.97 厘米,说明练功可使潮气量增加。适当增大潮气量,有利于气体代谢而增强体力,促进疾病的治疗与康复。

成年人的呼吸频率有个体差异,练功时的呼吸频率将因入静程度和调息功夫而变化,也因站、坐、卧的姿势不同和动静结合情况而有异。以坐式静功为例,呼吸频率可由每分钟 18—20 次减慢至 4—5 次,甚至 1—2 次或更慢。老练的静功练功家还可以到达超生理常识的极慢境界。练功时潮气量虽然增加,但增加到一定程度时,肺的每分通气量还是减少,平均减少约 26%。其结果是呼出气中 CO_2 成分增高,O_2 成分减少。这种变化在功种之间有差异,而在不同病种之间都是一致的。练气功中的代谢率和单位时间氧耗量的高低,报道不尽一致;一般情况下,静功中,能量代谢有不同程度的下降。入静好,能放松,下降明显,而且在功后半小时内还不易恢复到功前水平。不同功种之间也有差异,松静功不如内养功下降明显。如练松静功的高血压病员,每分钟产热量仅较功前降低 21.17%,练内养功的肺结核病人,每分钟产热量较功前降低 42.76%。在基础代谢条件下练功还可使代谢水平进一步降低,而在非基础代谢条件下练功时的代谢水平也低于基础代谢水平。练功时的代谢水平低于基础代谢水平,平均降低 19.7%,更甚者降低 34%或更低。比较练功前后的基础代谢率,约有 66.6%的病人是下降的。练静功时出现代谢水平变化的原因,与练功者当时的精神状态有关;若练功时精神不安,心理上出现畏惧,使练功不能达到"恬惔虚无"境界,代谢水平就不会降低。代谢水平的高低也与骨骼肌的活动有关;卧、坐、站式姿势练静功时,参与活动的肌群的松弛程度不是一致的。松弛肌群的数量越多,松弛的程度越高,能量消耗越少。

肺的每分通气量是保证动脉血 O_2 和 CO_2 的正常水平,以利肺泡和血液之间、血液和组织之间的气体交换。在肺泡气体和流经肺毛细管的血液之间,隔有一层极为菲薄的生物膜;在体循环毛细血管和组织、细胞之间,也有类似的生物膜存在。人体体内的气体交换就要通过这类生物膜,其中含有脂质结构,可以允许脂溶性的 O_2、CO_2、N_2 等气体分子自由扩散;因而,决定气体分子通过膜的方向和数量是膜两侧的气体浓度和气体分压差。练气功时机体的功能状态改变,使肺通气量和肺泡气的分压改变,因此,也改变了气体和能量代谢率的高低。陈子彬报道,通气过程由自然呼吸转为仿放松功的意识性调息时,通常呼吸频率立即减慢,表现为吸气和呼气时程延长,并出现呼气体止时相;当导致通气不足而使终末呼出气 CO_2 升高后,潮气量才逐渐出现继发性增加,并于 1—3 分钟内达到其峰值。自然呼吸时,潮气量和呼吸频率变化的关系呈双曲线型,任何呼吸频率的增加可伴有相应的潮气量减小;反之亦然。意识性通气不足时,此双曲线平行地左移,表现为呼吸频率的最低限值由 10 次/分降低到 1—1.5 次/分,而对潮气量的最低限值(约 400 毫升)却没有影响。此实验结果提出,意识性调整呼吸主要是改变呼吸运动的时程。练功时的调息与意识性调息是否相同,其关系如何有待实验研究说明。

气功对心血管系统的效应 气功对心血管系统疾病有治疗效果,早有报道。近年来还发现气功可使低血压升高,说明气功对心血管系统有调整作用。气功治疗高血压的报道较多,从已发表的资料看来,每天练功次数多的,血压下降明显。比较不同功种对血压的效应时看到,站功和卧功结合比单纯的卧功效果显著。从非心血管系统病例的分析中,如肺结核病员在手术前练功 15 分钟后,肺动脉压出现下降。练功后,颞动脉脉波振幅缩小,桡动脉脉波振幅增大。练气功过程中的冷刺激的加压反应降低等等都说明气功对心血管系统的作用。由于气功对多种心脏和血管疾病都有一定疗效,看来气功能调节心血管系统功能的作用具有普遍意义。

血压水平决定于心输出量和外周阻力。练气功过程中的心输出量,与呼吸周期相关,在吸气相长于呼气相者,每分钟心输出量增加;而呼气相长于吸气相者,每分

钟心输出量减少。无论是吸长呼短的内养功或自然呼吸的松静功,多出现心率降低的现象;但也有相反的结果。又如呼吸引起的胸腹部运动,改变了胸内压和腹内压,也就会影响静脉回流量和心输出量,从而影响血压。因此,练功时心率、心输出量和血压的变化是受多种因素的影响。气功对心血管系统的效应还可以由于意守部位不同而异。有的被试者表现为意守丹田,血压下降,而意守鼻部血压升高。但是,意守丹田时对手臂血管受冷刺激的反应也是降低,而对意守部位皮肤的冷刺激的血管反应却是增强的。这些皮肤血管对冷刺激的反射性反应,说明注意力集中点与刺激点不一致时,可由于受刺激的感受性功能降低,而降低血管反射性反应,即练功意守的作用有可能调节人体对外界刺激的感受性效应。平时,心血管系统的功能都是在神经系统支配与调节之下,交感神经系统和副交感神经系统对心血管系统功能的调节作用已是生理学常识;它们都在中枢神经系统支配之下有相互制约作用,并调节着心血管系统的功能。

近来,邝安堃等报道练功前后血浆 DβH(Dopamine－β－Hydroxylase,多巴胺－β－羟化酶)活性的变化,看到练功后 DβH 含量降低。DβH 是去甲肾上腺素合成中需要的酶,它在肾上腺素能交感神经系统的神经传递中起重要作用,不少实验表明血浆 DβH 活性可以反映交感神经功能。说明练气功能降低过亢的交感神经功能,使高血压病人的血压下降。静功能够降低血浆的胆固醇,因此,气功对于动脉粥样硬化的器质性病变是否有一定好处值得研究。从练松静功的病员分析其练功前后的脑血流图看来,练功后脑血管壁弹性有一定程度改善,提示练功对于脑血管疾病的防治也是有效的手段。练松静功可以通过调整交感神经的效应,而交感神经对于脑血管的作用不很重要。因此,练静功对脑血流的作用,应当从其他作用因素来考虑,例如考虑练气功时血液 CO_2 浓度增高所引起的复杂效应等等。

练气功对于外周血管系统还有两个作用。其一,练功后磷吸收率加快,说明练气功可使血管通透性增加。其二,练内养功和松静功的过程中,大多数人手部血管出现舒张,练松静功者比练内养功者舒张明显。凡人静好,人静程度深者,功中血管变化较稳定。由于皮肤温度决定于皮肤血管状态和皮肤血流量。练功时,手部"合谷"区和中指一般可升温 2—3℃,这现象也可说明功中血管舒张。练功时升高的皮肤温度,在停功后需经 20—60 分钟,才开始逐渐下降至功前水平。练功时皮肤温度的升高有功种差异。

气功对消化系统的效应　人体肠胃道的运动功能受交感和副交感神经支配,还经常处于迷走神经的紧张性影响之下。以胃的蠕动为例,其收缩频率每分钟 3 次,收缩能力和蠕动波的移动速度,受神经和体液因素调节,也受人体自身情绪的影响。气功的人静,能解除情绪对胃的扰动。练功中胃蠕动的频速时间和行波时间,都比功前有加快趋势,这和练功进度有关。练功开始的前 5 分钟的加快程度不如练功进行至 15 分钟时大。练功也使胃排空速度加快。练功时胃下极移动幅度以卧式为最大,坐式次之,立式最小。随着练功的进度,胃的位置和张力也逐渐提高,这种情况在呼气相尤为明显。练功也能增强肠的运动,最明显的现象是使肠鸣音增强。练功对消化腺分泌的效应也有过报道,指出练功时胃液的分泌增加。练功时舌的运动能使唾液分泌增加。在肺结核病员的唾液淀粉酶含量较正常人低,但练功时即见增加,而唾液淀粉酶的活性也增加。这都是增强消化系统功能的现象。

气功对血液和内分泌系统的效应　练气功可使红、白细胞的数目增加。练功三个月之后不但使病员的红细胞增加,也使血红蛋白增加,这可能是练功对造血功能的作用。练功使白细胞的增加较明显,约增加 13%—23% 以上;除了使嗜酸粒细胞的数目增加之外,也使白细胞的吞噬作用增加。练功后血细胞数目变化与所练功种和病种有关。高血压病员练松静功时,红细胞数目改变不大,但白细胞总数明显增加。而肺结核病员练内养功时,红、白细胞增加数目都大于练松静功者。可是,无论是练松静功或练内养功,白细胞都是增加的。练功后,嗜酸粒细胞增加的原因,可能由于在神经系统作用之下,垂体－肾上腺皮质系统与交感－肾上腺系统的活动降低,而副交感系统功能相应提高的结果,值得进一步研究。练功后白细胞吞噬能力比练功前增加 40%,而吞噬指数明显增高可达 99%以上。肺结核病人练功后有 89% 的病人细胞沉降率可以恢复正常范围。足见练气功可提高机体的抗病能力。练气功能调节血糖水平,使高血糖趋向降低。在气功对糖耐量影响的实验中看到,服糖后立即练功者,其血糖峰值低于服糖后睡眠或对照实验中的峰值。同时练功后血糖曲线恢复时间亦提前。练气功还能影响肾上腺皮质激素、血管紧张素和儿茶酚胺、多巴胺活性等。

练功时的整体功能状态　静功的锻炼方法,除了姿势之外,首先运用松、静、守、息等练意的功夫,并着重于身体内部"精、气、神"的修练而起作用。这里说的意,指的就是人脑的精神意念思维等等高级功能。随着脑组织高级部位的发育,神经系统对机体功能的最高调节机构都转移到大脑皮质,而其他神经机构便转为从属地位。大脑皮质的结构和活动越来越复杂,对机体多种功能的调节也越精细、越完善。人体是一具多功能综合的巨大系统,日常生活行为的有序性,正是这个系统多功能的时间和空间组合的表现,则是个体功能的整合状态的表现。脑的特定功能状态,正是由各个层次和多种结构组合而成的某种特定功能的整合状态。人在清醒和睡眠时大脑的功能表现不同。清醒而情绪激动或清醒而心神安宁时脑的功能表现也不同。梦和睡眠不同等等。因此,提出了脑的功能状态的概念,气功功能态也是一种脑的特殊功能状态。要了解人体处于练功状态时的特征和表现,

人们曾经通过观察练功时的脑电图变化，观察感受器反射性反应的特征和神经系统支配的效应器官的功能表现来分析的。这些观察多在健康人、慢性病患者和几位多年练功的老人身上取得的。结果表明：虽然存在着个体差异，但有其共同特征，与清醒、静息或睡眠等的脑电图都不一样。从50年代资料看来，练功中(内养功)脑电的α波显著增大，开始从枕叶向额叶扩散，继而在额叶有较多出现。这种α波的增幅降频现象可在练功开始的1—2分钟中看到；功中频率较稳定，波幅有变化。病员在练功中受到光或声的刺激时，则有α波的去同步效应。但有些练功老人却不出现明显的去同步。

众所周知，α波在几乎所有健康人处于安静休息的清醒状态时，均可出现；平时在后脑部枕叶显著，前脑额叶较少。练功入静时α波增强，并向额叶扩散的现象是练静功时脑电特征的重要表现，其生理意义值得进一步探讨。有可能气功的入静状态为机体调节功能提供有利的内在条件。此外，还见报道脑电出现β波和θ波。β波是在中枢神经系统处于强烈活动状态或精神紧张状态时出现的脑电波特点。而θ波为成年人在情绪激昂，忧虑时，当病人情绪低落时，或是神经衰弱的患者，可出现这样慢波。δ波是脑电的慢波，一般均低于每秒3.5次，有时可以慢到每2—3秒钟一次的频率。除婴儿外，一般成年人在深睡时出现；有严重器质性病变的患者清醒时也有出现，从练功中脑电图的变化，可知，气功态与睡眠态不同，说明气功疗法与睡眠疗法也不同。刚刚提到练功时θ波出现。人在催眠相中也有θ波出现；但是催眠时θ波出现在α波减弱和消失之后，而气功中θ波的出现是在α波继续存在的同时，间断可见。70年代开始国内外报道：静坐时α波可在前后脑之间的整个皮质区域出现；还指出：练功可使脑电左右半球不对称的α波出现对称现象。

近几年来，练功入静时的脑电图变化，得到了进一步的观察，还应用了脑电频谱功率分析的新技术。实验结果说明练静功时脑电图出现了许多特征：α波的中心从枕叶转向额叶，两半球不对称现象趋于对称。这提示练功入静，使脑细胞的生理活动出现较好的同步和有序的定向变化。间或出现的β波和θ波，看来，可能是皮质若干局部功能"入静"程度不一致之故。

脑电图是大脑整体功能的反映。从练功前，功中和功后的脑电变化看来，气功功能态及其生理意义值得进一步探索，曾有实验结果表明：练功过程出现脑电θ波最明显的部位是在中线、额和颞区，且右侧半球较左侧半球为著；现代科学已证明这些脑区的功能是与意识活动密切相关。脑的前部，尤其是辅助运动区所表现的，在α波活动背景上的δ波常见于入静状态下而沉思的人。内功锻炼运用松、静、守、息等练意的功夫，即首先是精神放松、情绪宁静，使思想集中，万念归一。这可能使体内许多变量值的离散度降低而提高有序性。于是，脑的功能更趋向同步化。因此，练功入静时的表现象是静止，而实际上脑内的活动是不停止的。入静不是睡眠，不等同于休息，而是一种特殊活跃、步调一致的良好生理状态。它是一种有序化程度更高的一种激活状态，而不是抑制。这个观点值得重视。练功时自发脑电效应的主要资料如上述，但诱发脑电效应，较少报道。看来，练气功时脑功能的研究还刚开始，还需要以不同的新技术从不同角度进行深入探索。

神经系统中对练功效应表现明显的是交感神经系统。皮肤电位活动是人体交感神经系统功能状态及其反应性的良好指标，并与人体的精神、情绪活动有关。练功过程中，皮肤电位活动的变化随练功状态不同而异，并有个体差异。随着入静程度的加深，皮肤电位活动的节律和幅度等出现明显减弱，并与呼吸运动相同步。看来，练功时皮肤电位活动的变化，说明以松静为主的气功状态下，交感神经系统的活动是下降的，并与呼吸运动有相关关系。此外，练功过程中，两侧掌心皮肤电位活动可以出现同步对称性的变化，也说明气功对机体的调整作用。而练功过程中的皮肤电位活动的相位变化，这可能与神经中枢，尤其是自主神经中枢的兴奋状态有关。

气功状态不仅是人脑的现象，而是肢体和脏腑等在脑的支配下，全身效应系统参与的、同步现象的功能表现。因此，气功态是个整体的概念，是多功能的人体的特殊整合状态的特殊现象。许多人设想，在这种状态下，人体有可能发挥其最佳功能，发挥其固有功能潜力。这是人体生命科学中一个极感兴趣的课题。

练气功过程中人体生物电磁效应 近20年来，生物物理学的高速发展，以及物理学新技术和新理论在生物体功能原理研究中的应用，不但对练气功过程中出现的现象，有可能提出科学设想，进行研究。而且，对中医基础理论概念的本质问题，也有可能作进一步新的探索。

在"外气"物理特性的探测中，发现气功"外气"，在红外辐射过程中有调制信息；以这种信息制造仿生治疗仪器，可以治疗多种病痛，这项工作目前仍在实践观察之中。也有报道气功"外气"是一种生物能场，又称"人体场"或"统一场"，都是引人关注的人体生命现象的新课题。其中报道气功"外气"的生物效应者有：气功"外气"对人体淋巴细胞DNA合成效应的实验观察，对革兰阴性杆菌作用的观察，对革兰阳性球菌作用的观察，对红细胞电泳率的效应，有关气功"外气"对乙型肝炎病毒携带者血清作用的观察，气功"外气"对体外培养的心肌细胞搏动功能的影响，对于体外培养的癌细胞的效应，对液晶的作用，以及气功"外气"的其他动物实验和物理实验。虽然这些实验刚刚开始，但提示了气功"外气"的作用，不但可能有调节生物体的生理功能，也可能作用于机体的免疫效应。其作用机制涉及生物体的许多层次。因此，气功"外气"对人体效应的研究，不但在医学等应用科学上有实际意义，例如探索物理免疫学的原理；并且也有深远

的理论意义,例如意念、思维对生物能力学的作用,意识的生理、生物物理等效应及其理论,为思维医学,以至社会医学提供实验科学的基础。

人们已经知道生物体包括人体能发射从长波到短波的整个电磁波谱的电磁波;同时,还能吸收上述电磁波产生灵敏的反应。因此,生物电磁信息的传输及其在人体的效应,是较分子生物学更深入的层次上了解生物功能的种种机制的前沿科学。以这些知识和技术研究气功状态下的种种现象,这是近几年来物理学和生物物理学工作者的新动向。

练气功可使皮肤温度升高,以合谷区体表为测试目标,观察练功过程体表固定点的温度变化规律,结果看到:练功前后合谷区的升温有非常显著的变化。常人在自然和安静两种不同状态下,其合谷区的温度也有非常显著的差异,则安静状态下温度升高,而练功家入静时的温度极明显升高($P<0.001$)。以热图象技术研究气功师收发功过程自身体表和受功者体表的红外辐射现象,可以看到:某些老练的气功师能够控制自身体表和受功者体表的红外辐射强度及其分布状态;也可以看到人体受功时的主观感觉与体表红外辐射强度和分布的变化是相关的;此外,还看到了红外辐射增强部位与经络穴位的分布位置有一定的相关关系。这些现象正是人体体内和体表能量动态变化的表现,作为研究气功与经络理论的关系等等,也是重要线索,有待进一步研究。

几十年来,Barenboim 等曾指出:除了若干低等动物之外,多种生命体系都能发射超微弱光,其辐射强度每秒约为 100—1 000 光子/厘米^2,生物越高等这种辐射越是重要。其后,有人发现,这种超微弱光辐射的若干重要规律。他们看到:细胞分裂之前这种辐射增强;肿瘤细胞是这种辐射的强烈辐射源;而垂死的细胞或在冷冻条件下的细胞会出现"递减辐射"现象等等。脉管炎病人随着病情发展指端超微弱光辐射强度增大,老练的气功师发功时,指端超微弱光辐射强度明显增大。

近年来,在研究气功作用现象上注重内气和外气的研究,气功学上的外气指的是内气向体外辐射的现象及其物质。虽然内气外放现象古代叫做布气,但是在气功科学研究中是新认识和新概念,尚未被人们普遍认识。这里所指的内气,就是人体的元气。气功功能态是人体多功能系统生理变化的特定整合状态,其中尤以入静状态时所出现的生理效应,如呼吸减慢,交感神经系统功能下降,副交感神经系统功能相对增强,消化系统功能亢进;出现了耗能减弱而储能加大等等,有利体内"元气"的充盈,即能量充沛。从气功学角度来说:"精、气、神"是人身三宝。精充、气足、神全,则生机勃勃,健康长寿;精亏、气虚、神耗,则未老先衰,疾病丛生,这是气功能够保健、益智延年的理论基础。

气功在国外早已开展,但 70 年代始见有科学研究的报道。由于现代新科学技术的发展,气功的某些特殊现象和作用,得到了科学验证,因而气功疗法应运而起,并有了长足的进展。气功锻炼或类似功夫,在国外有如印度的瑜伽功、日本的坐禅。近年来,美国哈佛大学 Benson 研究行为医学,Maharishi 国际大学研究超觉静坐。可见古老的气功学术已成为国际范围的研究课题,并开辟了人体科学的前沿阵地。

气功态

练功者在练功过程中高度入静的特殊功能状态,称"气功态"。此时通常的思维活动几乎全部停止而又不是入睡,大脑处于一种特殊的工作状态,人体各生理系统的功能高度协调和有序化,从而增强抗病能力,改善新陈代谢。

周易参同契

道教修炼经典,3 卷。简称《参同契》。东汉魏伯阳撰。书中借用乾、坤、坎、离、水、火、龙、虎、铅、汞等法象,以明炼丹修仙之术。谓万物生化皆由阴阳交媾作用所致。欲求长生,须顺应阴阳变化,掌握乾坤六十四卦运行规律,从事炼丹。大旨是参同"大易"、"黄老"、"炉火"三家理法而会归于一,能"妙契大道",故名。为道家系统论述炼丹的最早著作,内容包括内丹、外丹,影响甚大。道教奉为"万古丹经之王"。认为阴阳是作丹的根基,大丹是阴阳的作用,火候是气化的表象。载有守虚法、内视法、吐纳法等。后世注家甚多。后蜀道士彭晓《周易参同契分章通真义》3 卷,其注解"大率以乾坤为鼎器,阴阳为提防,水火为化机,五行为辅助,真铅为药祖,互施八卦,驱役四时,得约忘言,假易显象"(《道藏目录详注》)。宋代朱熹有《周易参同契考异》1 卷。尚有四十余家注解。多收入《道藏》第 621—629 册。

中 药

四气五味

四气五味是中药性能的重要组成部分。四气，指寒、热、温、凉四种药性，故又称四性；五味，即辛、甘、酸、苦、咸五种药味。合称"四气五味"，简称"气味"或"性味"。但实际上，性还有平、微寒、微温，味还有淡、涩等。

四气中的寒凉和温热，是两类不同的药性，从阴阳属性上来区分，前者属阴，后者属阳。而寒与凉，温与热，只是程度上的差别，即凉次于寒，温次于热。

四气，是根据药物作用于机体后发生的不同反应和治疗效果而确定的。凡是寒性凉性的药物，具有清热、泻火、解热毒的功能，适用于热性病证；温性热性的药物，具有温里、祛寒、助阳的功能，适用于寒性病证。所以《素问·至真要大论》说："寒者热之，热者寒之；"《神农本草经·序例》说："疗寒以热药，疗热以寒药。"这些治病用药的基本原则，正是根据药物四气的作用而概括的。若不辨药之寒热温凉，不加选择地用药，就很难达到预期的疗效，甚至会加重病情，产生不良后果，寒、热、温、凉属性不明显者为平性药，而微寒、微温则是寒、温程度上的差别。

药物的味，除辛、甘、酸、苦、咸五味以外，也尚有"淡"味、"涩"味两种。淡味无特殊滋味，王好古曰："淡附于甘，"通常甘淡并称，但作用毕竟不同；至于涩味，徐洄溪曰："涩则酸之变味，涩味收涩，亦与酸同。"故习惯上仍称为五味。

五味的作用，也是根据药物作用于机体后发生的不同反应和治疗效果而确定的。早在《内经》中就有"辛散"，"甘缓"，"苦坚"，"酸收"，"咸软"及"淡味渗泄"等记载，结合后世诸家之说，归纳起来，其主要作用是：

辛：能散，能行。即具有发散或行气作用。多用于外感表证或气血阻滞之证。如紫苏、薄荷，能发汗解表；木香能行气；川芎能行血。

甘：能补、能缓、能和。即具有滋补、缓急、调和的作用。多用于虚证和挛急性疼痛，以及用来调和药性或调和脾胃。如党参、黄芪能补气；熟地能滋阴补血；甘草能缓急止痛，调和药性。此外，甘味还有润燥的作用，如甘草、蜂蜜、饴糖，能润肺止咳，蜂蜜又能润肠通便。

酸：能收、能涩。即具有收敛、固涩作用。多用于虚汗、虚喘、久泻、久痢、遗精、遗尿、带下等证。如乌梅、五味子能收敛止汗，敛肺平喘，涩肠止泻；金樱子能涩精止遗等。

苦：能燥、能泄。燥即燥湿的作用，如苦温的厚朴能燥湿除满；苦寒的黄连能燥湿清热。泄则有降泄、通泄、清泄之分。如杏仁能降泄肺气以平喘；大黄能通泄肠府以通便；栀子能清泄心火以除烦。

咸：能软坚。即具有软坚散结的作用，多用于瘰核和瘿瘤瘰疬等证。如昆布、海藻、牡蛎等能软坚散结，均可治疗此证。另外，芒硝能软坚泻下，治燥结便秘等。

淡：能渗、能利。即具有渗湿利尿的作用。多用于水湿停滞，小便不利，水肿等证。如猪苓、茯苓等，都能利水渗湿。

涩：作用与"酸"同，如龙骨、牡蛎能敛汗涩精；赤石脂能收敛止血、涩肠止泻等。

药物的五味，一般可从味觉辨别出来。但也有些药的味，与口尝之味不同或不完全相同，这是因为中药的药味，主要是五味性能和药物实际效用互相结合的理论概括，因而它与药材学上用味觉器官所鉴别出来的药味有异有同。如甘草之味甘，牡蛎之味咸，在药性理论和药材鉴别上，其药味都是一致的；升麻、藿香，在药性理论上的味，前者是辛微甘，后者是辛。而药材口尝鉴别的味，前者是微苦涩，后者是微苦，则各不相同。

掌握五味的特性，对指导用药有重要意义。如《素问·至真要大论》曰："六者（指辛、甘、酸、苦、咸、淡）或收或散，或缓或急，或燥或润，或软或坚，以所利而行之，调其气使其平也。"这说明利用五味的各自作用，也可以调整机体的不平衡，使之恢复平衡，从而达到治病的目的。

中药的气与味是药物性能的两个方面，每一药物，都有气和味，如麻黄辛温，黄连苦寒。各药之间又有气同而味异，味同而气异，以及一药兼有数味等情况，因此其功能亦有所不同，只有将两者结合起来，才能正确地掌握药物性能。如黄连与生地，同为寒性药，具有清热的共性，但黄连味苦，能燥湿，而生地之味以甘为主，能养阴生津，所以黄连适用于湿热证，而生地适用于热病伤津、热入营血及阴虚之证；又如紫苏与薄荷同为辛味药，具有发汗解表的共性，但紫苏性温，具有发散风寒作用，适用于风寒表证。薄荷性凉，具发散风热作用，适用于风热表证；又如麻黄与桂枝都是辛温药，但麻黄兼苦味，而有泄邪、宣肺、平喘作用，发汗力强。桂枝兼甘味，所以性缓，发汗力弱，而有助阳作用。此外，同一药性或同一药味，在程度上又都存在着一定差异，如寒性尚有微寒、大寒之分，苦味亦有微苦、大苦之别，这些差异，对临床掌握用药同样具有指导意义。因为性味强烈的药物，其作用特性虽较显著，但其副作用亦较大，如大辛大热之品有耗气、伤津、动血、助火之弊；大苦大寒之品有苦燥伤津、苦寒败胃之弊等。

中药毒性

中药毒性，是指某些药物性质强烈，对人体具有一定毒副作用，如果应用不当，就会引起中毒，甚至导致死亡。这是掌握中药药性必须注意的问题。

对于中药"毒性"的涵义，中国古代医家有两种认识，一是泛指药物偏性而言，毒药是一切药物的总称，如张介宾曰："药以治病，因毒为能，所谓毒者，因气味之有偏也。"二是指药物对人体的伤害作用，如《诸病源候论》中载："凡药物云有毒及大毒者，皆能变乱，于人为害，亦能

杀人。”本条目所说的中药毒性是指后者而言。至于那些无毒的中药，由于使用不当而产生副作用，则又当别论。

中药与西药相比，就总体来说中药具有毒副作用小的优点，但就具体药物来讲，中药毒性也有强弱之分，所以在有关中药的著作中药物性味下每标明“有毒”、“有小毒”、“有大毒”，或“剧毒”等字样，以示毒性程度不同，并提示人们注意用药安全。这些认识主要是从临床实践中观察而总结出来的。现代通过实验研究，认为有毒中药与其所含的毒性成分有关，如乌头、附子等含毒性生物碱乌头碱；白果、苦杏仁等含毒性甙类苦杏仁甙；斑蝥含毒性有机酸斑蝥素；砒霜含毒性无机化合物三氧化二砷；藤黄含毒性树脂藤黄素，等等。这些研究成果，加深对中药毒性的认识，以及进一步研究中药毒性很有益处。

了解中药毒性的目的不是畏惧毒药，而是如何正确地应用毒药。由于有毒的中药，即使是大毒、剧毒的中药，对某些疾病往往能取得挽沉疴、起痼疾的特殊疗效。如巴豆治寒积水蛊，斑蝥治癌肿癥瘕，砒霜治瘰疬痔漏，等等，均有良好作用，这正是大毒之药并未弃之不用的原因。但是，古今临床因服用中药而引起中毒者不乏其例，故掌握有毒中药使用方法，确保临床用药安全就显得十分重要。为了发挥有毒中药的治疗作用，避免发生毒副反应，临床在使用毒药时，要针对适应证，避免禁忌证，尤其是孕妇用之可损伤胎儿或导致流产，所以必须忌用；要严格控制剂量，先从小剂量开始，酌情增减，中病即止，不可久服，且需因人而异。《神农本草经·序例》中有“若用毒药疗病，先起如黍粟，病去即止，不去倍之，不去十之，取去为度”即是此义，即使外用，敷布面积也不宜过大，使用时间不宜太长，以免吸收后蓄积中毒或引起局部损伤；要注意炮制，该用炮制品的不用生品，有些生用、制用两可的药物，应区别其适应证、用量、用法上的不同；要掌握用法，有的毒药可入汤剂，但不宜制成酒剂服，如乌头等；有的宜作丸散，不宜入汤剂，如蟾酥、斑蝥等；有的只可外用，不能内服，如升药、毛茛，等等；对胃肠刺激性强的药物，应在饭后服，以免损伤脾胃。此外，通过配伍来降低药物毒性，也是应用毒药的重要方法，中药“七情”中的相畏、相杀配伍关系，即是针对应用毒药而言的。但有些药物与某些药物配伍后，毒性反而加大者，如“十八反”药，则是应该避免的。

归经

是说明某些药物对某些脏腑经络病变能起主要治疗作用的理论。是中药性能的重要组成部分。

早在《神农本草经》与《名医别录》等古本草中，少数药物已有类似归经的记载，而其理论的初步形成则在金元时期，如张元素在《珍珠囊》中就对部分药物提到十二经归属，并创立了“引经报使”之说。王好古在其所著《汤液本草》中记载“入”、“走”、“引”经的药物达三分之一，可见此时归经理论已经基本确立。嗣后，明代刘文泰等编著之《本草品汇精要》，则将药物的归经作用统称为“行”。至清代沈金鳌著《要药分剂》时，始于书中改列“归经”一项，从此，“归经”二字遂成为这一理论的专用名词。

归经是以脏腑经络理论为基础，以主治病证为依据的。如麻黄、杏仁用于咳嗽气喘等肺经病证有效，便将其归入肺经；青皮、香附用于乳房、胁肋胀痛及疝气痛等肝经病证有效，便将其归入肝经。故一般而论，某一药物能治何经之病，即可归入何经，其有一药而归入数经者，则说明该药治疗之范围较广，对数经病证都能发挥治疗作用。由此可见，中药的归经，是从临床疗效观察中总结出来，经过反覆实践，逐步发展而上升为理论的。

归经理论，对指导临床随证选药，提高针对性和增强疗效，具有一定意义。例如寒性药物虽然均具清热作用，但有偏于清心、清肝、清肺、清胃等区分；热性药物都能温里散寒，亦有温脾（胃）、温肺、温肾等差异。因此，在处方用药时，应根据药物归经的特性，选择与病变脏腑经络相应的药物，方能获得理想疗效。此外，用作引经药物引导诸药直达病所，可以提高疗效；以药物归经为线索，还可探索某些药物的潜在功能，扩大其应用范围。

归经与四气五味、升降浮沉等理论，是从不同角度来说明药性的，它们共同构成了中药的性能。同一脏腑经络的病变有寒热虚实以及上逆、下陷等不同，而归入同一经络的药物也有寒热温凉补泻以及降逆、升提等的区别，因此，临床用药时需将药物的各种性能结合起来，全面考虑，才能正确选择用药，避免片面性。

现代研究认为，药物归经既有理论上的意义，又有一定的实用价值，但由于古代医家临床观察，认识上的差异，以及药物品种混淆等原因，和归经理论本身还存在某些不足之处，需要继续研究加以完善与提高。同时认为，中药归经明显的药物与药理学中的“受体学说”，“十二经引经药”与“载体学说”，“十二经泻火药”与不同抗生素的抗菌谱，药物归经与药理学中的选择作用等理论和观点，在认识方法上有共同之处，或有其内在联系。因此，采用现代药理学中的某些原理和实验方法、或探讨新的研究思路来研究归经学说中相应的内容，乃至建立新型的归经学说。

升降浮沉

指药物作用于人体的四种不同趋向。也属于中药性能的范畴。

升，是指药物具有上升、升提的作用，适宜于病势下陷的病证。降，是指药物具有下降、降逆的作用，适宜于病势上逆的病证。浮，是指药物具有上浮、外散的作用，适宜于病位在上、在表的病证。沉，是指药物具有下沉、泄利的作用，适宜于病位在下、在里的病证。升与降、浮与沉，其趋向和作用是相反的；升与浮、沉与降，其趋向和

作用是一致的。

升浮药或沉降药的应用，应根据患者之病势与病位来决定。因为正常人体的脏腑气化功能，有升有降，相互协调，以维持生理上的平衡。如果升降功能失常就会产生上逆或下陷的病变。《素问·至真要大论》谓“高者抑之”，“下者举之”。故凡病势上逆者即须抑之使下，例如气逆喘息，当用苏子、葶苈子之类的降气平喘药。胃逆呕吐，当用代赭石、半夏之类的降逆止呕药。病势下陷者则须举之使上，如中气下陷之久泻、脱肛等，当用党参、黄芪、升麻之类的益气升提药；再就病位而言，有在上在下和在表在里的不同，其治疗也应选择相应的药物。如风热上攻，头风头痛之疾，病位在上，当用具有升浮作用的药，如防风、蔓荆子之类。水湿停聚，小便不利，病位在下，当用具有沉降作用的药，如车前子、猪苓、泽泻之类。外感风寒，病位在表，当用性属升浮的麻黄、桂枝等发散风寒药。若热结便秘，病位在里，则当用性属沉降的大黄、芒硝等清热泻下药。

如果不审病势病位，不明药性的升降浮沉，病势上逆的喘、呕之证误用升提药，则喘呕更甚；病势下陷的久泻、脱肛之证，误用沉降药，则陷者益陷；或风寒表证误用清热泻下药，则可导致病邪的内陷；热结便秘的里证，误用辛温发表药，则可导致津液的耗竭。

药物的升降浮沉，与药物的性味、质地都有密切的关系。关于性味，凡是味属辛甘，性属温热的药物，大多升浮；味属苦酸咸，性属寒凉的药物，大多沉降。所以李时珍说：“酸咸无升，甘辛无降，寒无浮，热无沉。”关于质地，花、叶等质轻之药性多升浮；种子、矿石、介类等质重之药性多沉降。以上是就药物升降浮沉的一般规律而言，但在实践中，前人亦观察到有少数药物的升降浮沉之性又有独异之处，所谓“诸子皆降，蔓荆独升”，“诸花皆升，旋覆独降”，即其例证。这说明药物的共性之中，又包含着一定的个性。

药物的升降浮沉之性，还可受到炮制和配伍等因素的影响。如酒制则上行，盐制则下行，姜制则表散，醋制则收敛。在复方配伍中，升浮药加人大队沉降药中，则可随之下降；而沉降药配在大队升浮药中也能随之上升。这又说明药性的升降浮沉，在一定条件下，可以相互转化。还有少数药物本身即具有二向性，如川芎既能上行头目，又能下行血海；生姜既能发表散寒，又能降逆止呕等。此外，由于升降浮沉的主要依据与药物的性味有密切关系，故升降浮沉的作用，基本上已寓于四气、五味的作用之中。因此，中药在临床实际应用中，应当以性味功效为主要依据，但也需结合升降浮沉及归经等药性理论综合考虑。

中药配伍

指根据病情需要，选择两种以上药物配合应用，借以提高疗效，或减少毒副作用的一种用药方法，是中医临床用药的主要形式。

配伍应用　中药的配伍应用比使用单味药具有更多的优越性。用单味药治疗疾病，固然有力专效宏的特点，但是又有药性偏颇、功能单纯、不能适应复杂病情的局限性。只有采用多种药物，按照一定法则配合应用，才能使药物照顾全面，适合病情需要，达到提高疗效的目的。正如缪仲淳所说：“须合众药之所长，而又善护其所短，乃能苏凋瘵而起沉疴。其在良医，善知药性，剂量无差，庶得参互旁通，彼此兼济，以尽其才，而无乖剌败坏之弊矣。”充分肯定了药物配伍的重要作用。

中医对配伍用药有着丰富的实践经验和深刻的理论认识。早在《神农本草经》就提出了“药有阴阳配合，……有单行者、有相须者、有相使者、有相畏者、有相恶者、有相反者、有相杀者”的七情之说。其中除“单行”为使用单味药外，其他都属于配伍应用时的相互作用。所谓“相须”，是指性能效用基本类同的药物，通过配伍可以起到协同作用，增强疗效。“相使”是指在配伍中采用性能效用不同或有某种共性的药物，以一药为主，另一药起到辅助作用，从而提高疗效。“相畏”是指配伍应用中，一药的毒性或副作用，可被另一药物所减弱或消除。“相杀”是指一种药物能减轻或解除另一药物的毒性或副作用。所以相畏与相杀实际上是同一配伍中，相互作用的两个方面。“相恶”是指两药同用时，可产生制约作用，而降低甚至丧失其原有的功效。“相反”是指两药配伍应用后，能产生或增强其毒性或副作用。

七情之说，特别是上述六种配伍，已成为临床用药时必须遵循的基本法则。经过历代医家的长期实践，不断充实发展，积累了丰富的经验，归纳起来，有以下几种常用的配伍方法。

相须协同　选用性能效用类同的药物配伍应用，使其在相互协同的作用下，增强治疗效果，例如豨莶草与臭梧桐都属于驱风湿药，两者同用时对实验性关节炎具有明显疗效。如果分别应用，即使将其用量加倍，仍无明显效果，所以豨莶草、臭梧桐二药要以同用为宜。这就是李时珍所说的“相须者，同类不可离也”，类此者临床不乏其例。如石膏与知母同用，可增强其清热泻火作用，银花与连翘同用，可增强其清热解毒作用，等等，都属于相须协同的配伍方法。

相使辅佐　选用与主药性能效用不同或有某种共性的药物，作为辅佐，以增强治疗效果。这类配伍，内容比较丰富。其具体运用，宜在中医基础理论的指导下，从整体出发，针对不同病机，按照脏腑、阴阳气血或标本之间的相互关系，选用适当药物，配合主药，共同发挥治疗作用：①根据五脏生克制化关系进行配伍。以脾病为例，治疗脾胃虚寒，腹痛吐泻的附子理中丸内，用附子配白术以温肾健脾；治疗肝邪乘脾而致腹痛泄泻的痛泻要方内，用防风配白术以舒肝健脾。两方均以白术为主药治疗脾病

腹痛泄泻，前者佐以补肾阳的附子，后者佐以舒肝木的防风，都是按照脏腑相关、生克制化之机理而进行药物配伍的。②根据气血相关的理论进行配伍。如治疗血虚证，常在补血药中配用补气药物。因有形之血，生于无形之气，所谓阳生则阴长，气旺则血自生。所以当归补血汤中既用当归以补血，又重用黄芪以补气，补气即所以生血。又如治疗瘀血留滞和血逆妄行，使用活血药或止血药亦多配以调气药，因血随气行，气行则瘀自化，气顺则血自宁，这也是气血相关的配伍方法。③根据标本同治的方法进行配伍。例如脾虚有积的证候，脾虚是本，积滞是标，治疗亦当以健脾助运为主，消积导滞为辅，枳术丸中白术与枳实同用，即是根据这一治疗原则而进行配伍的。又如治疗肝虚风阳上亢的证候，需用养肝熄风的方法，故临床常用石决明、牡蛎与生地、白芍配伍。这些都是运用脏腑标本相互作用的机理，以指导临床配伍的方法。

又如针对病机的各个方面配伍用药，如治疗肺气不宣，咳嗽喘息，用麻黄配杏仁以宣肺平喘，化痰止咳，有相得益彰之效。治疗中气不足，清阳下陷诸证用人参、黄芪，配以升麻、柴胡才能共奏补气举陷的疗效。凡此种种，都是选用功能不同或不全相同的药物，通过配伍而互相补充、增强疗效，从多方面调整人体功能，祛除病邪，以达到共同的治疗目的。

相反相成 即选取性能相反的药物配合应用，如寒与热、补与泻、敛与散、升与降等，借以调节机体的阴阳偏颇，止邪盛衰，或取其制约作用，使“有成功而无偏胜之害”，以获得同一的治疗效果。①寒热同用。如黄连配干姜，治上热下寒，呕吐腹痛。取黄连泻热，干姜祛寒，平调寒热，和胃降逆；黄连配肉桂，治虚火上炎，心肾不交的失眠。取黄连清心火，肉桂温肾阳，以交通心肾。都是一寒一热，相反相成。②补泻兼施。对于既有实邪又属正虚的复杂证候，宜补虚与攻邪并用，使其攻不碍虚，补不助邪，在相反之中，取得共同的治疗作用。如治疗表实兼正虚者，人参与苏叶配伍；治疗里实兼正虚者，人参与大黄配伍等。③敛散同用。为收敛正气与解散邪气同时并举的配伍方法，多用于正虚邪恋的证候。例如治疗肺气耗伤而水饮内停的咳喘，用五味子与干姜、细辛配伍，一方面温散其互结不解的内饮外寒，一方面收敛或防止肺气的耗散。④升降并进。如治疗肺气郁滞、胃气不舒之胸闷腹胀，用桔梗升提，枳壳降气，可收到升清降浊、调畅气机的功效。又如苦辛通降法，用生姜、半夏之辛通，配黄芩、黄连之苦降，使湿热浊邪得到宣化泄降，则中焦气机恢复正常，亦属升降配伍的范围。

相制纠偏 每味药物都各有其偏胜的性能，有些药还具有明显的毒性或副作用，临床用药必须既用其利，又纠其偏，以保证用药安全。因此，配伍中常利用某些药物相畏、相杀的制约作用，以减少其毒性或副作用。如半夏畏生姜，生姜能解除半夏的毒性，附子畏甘草，甘草能降低附子的毒性。所以《金匮要略》的小半夏汤以生姜配半夏，《伤寒论》的四逆汤以附子配甘草，都是临床上利用制约作用以减少偏弊的配伍范例。在辛温香燥的刚药中，适当加用柔养药物，以调济刚燥之性，防止其耗伤气阴的副作用，也是常用的制偏方法。如用附子、肉桂温肾补火，可配熟地、萸肉滋养肝肾；用香附、乌药行气，可配当归、芍药养血；用砂仁、豆蔻理气和胃，可配沙参、石斛益胃养阴等。反之，滋补药物性多腻滞，多服常服容易影响脾胃功能，所以也需配合一定的行气化滞药物，如补中益气汤中配用陈皮、归脾汤中配用木香，等等。这种刚柔相济的配伍法不仅可以补偏救弊，而且还能更好地发挥药效。

配伍禁忌 某些药物在配伍以后，能产生或增强其毒副作用，以及相互削弱药物的功效，都属配伍禁忌之例。在“七情”中前者称为“相反”，如芫花与甘草配合可增强芫花的毒性，后者称为“相恶”，如人参与莱菔子同用可削弱人参的补气作用，等等。李时珍说：“相恶者夺我之能也，相反者两不相合也。”陶弘景说：“相反为害，深于相恶。”所以“相反”药物，在临床配伍中更应注意避免。

用药禁忌

治病服药期间，为了保证用药的安全，在某些病理、生理情况下，应当禁止或谨慎使用某些药物和不宜进食某些食物，或在使用某些药物时又不宜配用另外一些药物，以免产生治疗作用以外的毒副作用，甚至造成不良后果，这就是用药禁忌。用药禁忌中的配伍禁忌已在“中药配伍”条目中论述，这里主要论述病证与妊娠的用药禁忌，以及用药期间的食忌。

药物有防治疾病，对病人有利的一面，但药性皆偏，故还有其毒副作用，对病人不利的一面。攻伐药固然可以祛邪，但易致伤正，滋补药虽能扶正，却又有恋邪呆胃之嫌。如寒凉药有清热作用，但亦易损伤阳气；温热药可以祛除寒邪，而每能耗阴涸液。升阳药对阳亢者用之阳益升；降逆药对气陷者投之气益陷。从药性之偏来认识药物对人体不利的一面，避其所短是掌握用药禁忌的关键。因为药物的性能各不相同，其作用各有所长和一定的适应证范围，因此临床用药既要熟悉其适应证，也要注意其禁忌证。如苦寒之黄连不宜用于脾阳虚的泄泻，辛热的干姜不宜用于燥热咳嗽。麻黄辛温发汗，表散风寒，又能平喘，其适应证是风寒表实无汗，或肺气不宣的外感咳嗽和实喘，若表虚多汗或肺虚咳喘则当忌用。大黄味苦性寒，有泻下通便，清除积滞作用，但只能用于大便燥结之实证，对于年老体衰津少便秘者亦非其所宜。

禁忌按其要求之程度不同又可分为禁用与慎用二等。禁用是指某些病证或某种病理情况下绝对不能使用的药物，慎用则根据具体情况还可酌情使用的药物。虽然有些药物对某种病证本来是不宜使用的，但通过炮制、配伍、剂型改革和给药途径、方法的改变又是可用的。禁

用药大多是毒性比较强或药性峻烈的药物，慎用药大多有一定毒性而毒性较小，药理作用也比较强烈的药物。

妊娠禁忌。剧毒药对胎儿有直接的毒害作用，故能影响胎儿生长发育，致残致畸，或引起堕胎，如斑蝥、芫青、乌头、马钱子、蟾酥等；峻泻药有强烈的泻下作用，可导致盆腔充血而堕胎，如大黄、甘遂、芫花、大戟等；活血化瘀药能促进血运，有的因加强子宫收缩而堕胎，如牛膝、水蛭、虻虫、三棱、莪术等；辛香走窜药如麝香、樟脑等能兴奋子宫而引起堕胎，均理当严格禁用。而一些有小毒和一定烈性作用的药物，如消积导滞的山楂、枳实，行气活血的蒲黄、郁金，辛温燥烈的附子、肉桂，以及利水通淋的通草等亦宜慎用，如无必要，应予避忌。

妊娠期间如确因病情需要，对某些列为禁用慎用的药物，亦可根据"有故无殒"的原则酌情使用。如张仲景治妊娠宿患癥积，用内含祛瘀药桃仁的桂枝茯苓丸；如妊娠水肿，小便不利，用内有滑胎药葵子的葵子茯苓散。外感发热引起的胎气不安，只有祛邪才能安胎，故吴又可用承气汤治疗孕妇时疫阳明实证。

食忌，是指治病服药期间对某些不利于病情，及有损药效或增强药物毒副作用的饮食物应予禁食，俗称忌口。饮食可以养生并增强抗病能力，但饮食失宜，反能伤害正气，资助病邪，促使病情增剧，甚则变生他病。所以，中医是十分重视患病期间的食忌的。《灵枢·五味》从五行生克关系阐明五脏病变的饮食禁忌，"肝病禁辛，心病禁咸，脾病禁酸，肾病禁甘，肺病禁苦"。《素问·宣明五气》在论述五脏之气与饮食的关系时说："辛走气，气病无多食辛；咸走血，血病无多食咸；苦走骨，骨病无多食苦；甘走肉，肉病无多食甘；酸走筋，筋病无多食酸。"阐明了五脏主五味，五味各有偏胜，故在相关的脏腑经络气血发生病变时当相应减少或禁忌某种可能加重病变的饮食物。即使在疾病向愈或大病初愈的情况下，食忌仍旧是应该重视的。如《素问·热论》所说："病热少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也。"一般来说，寒性病证，应忌瓜果生冷；热盛证候，应忌椒姜辛辣动火之物；水肿患者忌盐；消渴病人忌糖；肝阳上亢者忌食葱蒜荤韭、膏粱厚味；痰湿患者，忌食酸敛之品；风疹瘙痒，忌食鱼虾、海味、腥膻之物。至于某些食品与药物同时服食有不相宜者，也应注意避忌，以防减低药效或增加毒副作用。如服用绿矾等含有铁质的补血药时，不可饮茶；使君子与热茶同服，可引起呃逆。古代本草还有"常山忌葱，地黄、何首乌忌葱、蒜、萝卜，薄荷忌鳖肉，鳖甲忌苋菜，土茯苓、威灵仙忌茶"等记载，虽然目前还缺乏科学依据，但亦可供临床参考。

中药资源

凡能提供中药材商品的植物、动物、矿物均为中药资源。

中国是一个地大物博的国家，中药资源极其丰富。新中国成立以来通过多次药源普查和考察，对中药资源的种类、分布、蕴藏量、生态环境等，不仅有了比较系统的了解，而且还陆续发现了一些新的药源、中药的品种，据初步统计现已达八千种以上；举凡平原、丘陵、山林、草原、沙漠、江河湖海，无一不有中药资源的分布，尤其是深山密林，更是多种中药的集中生产地区，不啻是一座座天然药库。中国中药资源丰富的地区，则以四川、浙江、河南、甘肃、湖北、安徽等省为最。以前认为中国不产而依靠进口的中药材如胡黄连、马钱子、阿魏、安息香、沉香等，通过普查，在中国已发现野生资源可以利用；另有一些中药材如金银花、钩藤、蒲黄等，过去仅来源于一二个种，现在发现同属的其他种也能药用。这些例子说明中国的野生药材资源，有很大的潜力。

除对自然资源开发利用外，根据可能条件逐步将野生药用植物或动物转为人工栽培和饲养，这是中国多年来发展药材生产的重要措施之一。近10多年中，随着卫生保健事业的蓬勃发展和中医中药在国际上信誉的提高，对中药材的需求量大幅度增加；另外还由于对野生资源采集不够合理、生态环境变迁等因素，有些药材的产量不稳定。因此，采用人工方法扩大药源、提高产量和质量，已成为当务之急。扩大药源需要从多方面努力，主要有以下一些途径。

(1) 发展重点药材生产基地。一些有悠久历史的地道药材，如甘肃岷县的当归，四川江油县的附子及石柱县的黄连，浙江宁波地区的浙贝母，河南怀庆县的地黄、牛膝，宁夏中宁县的宁夏枸杞，广西百色和云南文山地区的三七，吉林抚松县的人参等，已建立生产基地，每年均可提供大量的商品药材。有些地道药材，如地黄、延胡索、宁夏枸杞、浙贝母、川芎等，除在原地扩大生产外，并在其他省（区）进行引种栽培，从而扩大了产区，增加了产量。

(2) 变野生药用植物、动物为家种家养。经过多年的引种驯化，野生药用植物变为家种的种类已日益增多，其中如半夏、丹参、瓜蒌、续断等已能提供较大量的商品。在野生动物家养方面，也有比较大的进展，其中鹿的养殖发展最快，现在中国饲养的鹿约有30万头；马尔康、佛子岭等地建立了养麝场，1958年就成功地进行了活麝取香；全蝎、地鳖虫、蜈蚣、蛤蚧、白花蛇、珍珠、海马等都有人工养殖；人工培植牛黄的研究也获得成功。

(3) 国外药用植物的引种。对一些原产于热带国家的药用植物如丁香、爪哇白豆蔻、清化肉桂、檀香等，已在海南省、广西南宁、云南西双版纳等地区引种，并初见成效；原产南欧的番红花，原产北美的西洋参也均引种成功，改变了长期以来单纯依靠进口的局面。

(4) 药用真菌的培养。真菌类药材过去多依靠野生，现在茯苓、灵芝、银耳、猴头菌等均已进行人工栽培，由于栽培方法不断改进，产区逐步扩大，产量显著提高。研究了天麻与蜜环菌的关系以后，天麻栽培也进展较快。其他如对冬虫夏草菌、白僵菌的研究，同样取得了一定成

果。

(5) 对一些药用植物进行了扩大药用部位的研究。如钩藤除采用其带钩茎枝外,还可利用其茎;砂仁除用果实外,其叶可提制砂仁挥发油;牡荆除用果实和宿萼提制牡荆油外,用叶提制的叶油也可代替果油入药,使资源得到充分利用。

(6) 对国内不产或来源特别稀少的动物药,如羚羊角、海狗肾等,正在进行代用品的研究。

(7) 不断寻找新的和治疗价值高的药物。如治疗慢性气管炎的矮地茶,是紫金牛科紫金牛属植物,但其有效成分矮地茶素的含量甚低,仅为0.2%—0.3%。以所含成分为线索进行筛选,发现虎耳草科的落新妇属、岩白菜属、鬼灯檠属,大戟科的野桐属,金缕梅科的蜡瓣花属、牛鼻栓属、枫香属植物均含有这一成分,扩大了生产矮地茶素的资源。此外,还可通过半合成途径来扩大新药源,如延胡索中的镇痛有效成分延胡索乙素含量仅为0.1%—0.2%,而从黄藤茎中提出的掌叶防己碱(palmatine)再经氧化成延胡索乙素,则可大大提高产量,并能降低成本。

综上所述,可见中药资源的开发和利用,是一项多学科渗透而且综合性很强的工作。另一方面,在努力开发新药源和提高产量的同时,对野生药用资源的保护和更新,也有很大的实际意义。专业科学工作者研究认为,对野生药用植物可用采挖和分片轮回封山的措施,保证个体的恢复和发展,并结合人工采种、播种、移苗等方法,扩大其繁殖系数。对某些野生药用动物,也可采用封育、管理、扶持的半人工方法,争取较快的取得成效。在人工扩大中药资源方面,还必须把农业和生物科学中的新技术和新方法引入到中药生产中来,培育稳产高产和有效成分含量高的新品种,并尽快建立中药种子基因库,防止优良药材出现断种和退化现象。也可逐步采用组织培养技术进行某些中药的生产。以期迅速开创中药资源工作的新局面。

中药鉴定

中药鉴定是研究和鉴定中药品种及其质量的应用学科。其主要任务和目的,是运用现代科学知识和方法鉴别中药的真伪和品质的优劣,以保证中药的确实疗效。

中药有植物药、动物药和矿物药三大类,目前所应用的中药约有5 000种以上,这些种类繁多的中药,广泛分布于中国各地。由于各地用药习惯不同,名称也不完全统一,同名异物、异名同物的现象较为普遍,历代相沿习用,致使中药品种相当复杂。如贯众来源于6科35种植物,独活来源于2科17种植物,上述情况在常用中药中较为常见。另外,中药质量的优劣亦直接影响临床疗效,所以中药品种和质量的鉴定,对确保人身用药安全和准确有效,具有十分重要的意义。

中药鉴别知识是在长期实践中产生和发展起来的。中国人民在同疾病作斗争的过程中,早就运用眼、耳、鼻、舌等感官来鉴别自然界的植物、动物和矿物。如《淮南子·修务训》中有关于"神农尝百草,一日而遇七十毒"的记载。秦汉以后,历代本草中总结鉴别中药经验的史料,至今仍为重要的药学文献。如最早的《神农本草经》已记载药有有毒、无毒,阴干曝干,采治时月,生熟,真伪,陈新,并各有法等论述。梁代陶弘景的《本草经集注》亦著录了药物的产地、采集、形态和鉴别等,并应用火试、对光观察、形态比较等鉴别方法。唐代苏敬等编的《新修本草》附有药图(已佚),可用图文对照来鉴别药物。明代李时珍所著的《本草纲目》则保留了古代大量有关中药鉴别的经验资料。清代吴其濬的《植物名实图考》,对植物来源考查详细,形态描述真实,绘图精确,是鉴别和考证植物药的重要参考书籍。中国已于1953、1963、1977、1985、1990年五次颁布《中华人民共和国药典》,加强了中药质量管理。目前中药鉴定的发展趋势,已广泛地运用先进科学技术和仪器,如薄层层析、气相层析、薄层扫描、高压液相层析、紫外和红外吸收光谱、磁共振、质谱、电子显微镜和扫描电子显微镜等,使中药的品种鉴别、质量鉴定、中成药制剂检验及化学成分测定,更为迅速和精确。

中药鉴定的对象,包括新鲜的和干燥的植物体,活的或死的动物体以及矿物类;有完整的中药,有饮片、碎块、粉末及各种中成药制剂等,品种繁多,类型各异。因此,中药鉴定的方法也很多。通常可分为来源(原植物、动物和矿物)鉴定、性状鉴定、显微鉴定及理化鉴定等。各种方法均有其不同特点和运用的对象,可根据检品的具体条件和要求而互相配合进行。

理化鉴定 是用化学方法或物理仪器分析检查中药材内某一成分的有无及含量的多少,或利用中药材内存在某种成分的特殊反应来鉴定中药的真伪和品质优劣。常用的方法有下列几种:①化学定性分析:利用中药材含有的化学成分,与某些化学试剂作用发生特殊的气味、颜色、结晶、沉淀等反应,作为鉴别中药真伪的特征。②化学定量分析:是测定中药材内有效成分的含量是否合乎药用规定的标准,又是确定质量优劣的主要标志。如生物碱含量测定,挥发油含量测定,鞣质含量测定等。③物理常数:测定中药的比重、硬度、旋光度、折光率、粘稠度、沸点、溶点、凝点等,对于油脂类、树脂类、挥发油以及液体中药的真伪和纯度的鉴定有重要的意义。④荧光分析法:利用中药材内含有的某些成分在常光或紫外线下能产生荧光的性质进行鉴定。如秦皮的水溶液在常光下有淡蓝色荧光;黄连中含有小檗碱,在紫外线下能显出金黄色荧光等。使用荧光显微镜,不但可以用来鉴别中药的真伪和品质,并可观察各种细胞的不同化学性质可能发生不同的荧光,以及依据其颜色与强度区别出各种成分。⑤层析法(色层分析法):中药鉴定常用纸上层析法或薄层层析法,将中药浸液或制剂与标准品在完全一致的条件下进行比较试验,可以准确地鉴别中药的真伪或品质

优劣。近几年来应用气相色谱(气相层析)分析技术,色谱分离的效率和灵敏度高,适应分离面广,操作简便,已较多的应用于鉴别中药的真伪和品质。⑥比色分析法:是利用有色物质或无色物质与试剂产生颜色的深浅,进行比较而测定其含量的方法。目前已广用光电比色计进行比色。⑦分光光度法:是利用物质溶液对于不同波长的光线吸收能力不同的性质,采用分光光度计进行中药的定性鉴别和定量测定。紫外分光光度法具有灵敏、简便、准确,既可作定性分析,又可作含量测定等优点,也已广泛应用于中药的鉴定。此外,尚有灰分的测定、水分的测定、浸出物的含量测定、挥发油测定等,也都是鉴定中药纯度和品质是否符合药典标准的科学方法。

来源鉴定　是应用植物、动物、矿物的形态学和分类学知识,对中药原植物、动物、矿物检品仔细观察鉴别,确定其正确的学名。植物药和动物药鉴定的步骤,通常为先观察形态特征,探索其科属,而后查阅有关文献资料,核对已确定学名的标本,必要时还可进行调查采访。矿物药鉴定的步骤,首先根据矿物的性质,观察检查外形、颜色、质地、气味以及其硬度、条痕、结晶习性、透明度、比重等,然后查阅有关文献和核对标本。对有剧毒的及外形无明显特征或呈粉末状的检品,可使用理化方法及显微镜协助鉴定。

性状鉴定　是用眼看、手摸、鼻嗅、口尝、水试、火试等方法来鉴别中药材的外观性状,这是古代传统的经验鉴别方法,具有简便、易行、迅速的特点,迄今还是一种重要而又常用的鉴定方法。通常以中药检品的外形特征、大小长短、表面特点、颜色、质地、折断面现象以及气味等进行直观识别,确定其品种真伪和质量优劣。有些中药检品在水中或火烧时能产生各种特殊变化的,可用水试或火试法鉴别。如红花用水泡后,水变金黄色,而花不褪色;血竭火烤熔化后,色鲜红如血而透明,并无残渣;麝香用火燃烧时有轻微爆鸣声,并起油点如珠,似烧毛发而无臭气,灰呈白色。性状鉴别除观察中药材检品外,也须查阅有关文献及核对标本,使鉴定准确无误。

显微鉴定　是利用显微镜、电子显微镜和扫描电子显微镜观察中药检品内部组织构造、细胞形状及内含物的特征,以资鉴定中药的真伪优劣。通常在下列情况时需要显微观察:①中药材的外形鉴别特征不明显。②中药材外形相似而内部组织构造不同。③中药材破碎不易辨认区分时。④粉末状中药材及中成药制剂,因外表形态大部消失,肉眼不易辨认等。但显微鉴定亦常配合来源、性状及理化鉴定等方法来确定其真伪优劣。完整中药材的显微鉴定,首先要制成组织切片,大多数做成横切片,必要时亦做纵切片。观察用的玻片标本,常用水、乙醇、甘油、水合氯醛溶液等液体试剂装置。确定细胞壁及细胞内含物的性质,可用化学试剂进行显微化学反应,如石细胞、纤维和导管的木化反应,淀粉的碘液反应,油滴的苏丹Ⅲ反应等。尤以电子显微镜和扫描电子显微镜对中药的鉴定,其放大范围广,分辨率高,图象真实明显,观察中药的微观特征清晰准确,效果较高。

中药炮制

是根据中医理论,按照医疗、调剂、制剂、贮藏等需要,对药物进行各种加工处理的一项传统制药技术。

炮制,古称"炮炙",都是一种统称,就其实际的方法而言,又有修制和炮炙的区别。前者是对原药材进行筛选,纯净、切制等一系列的初步加工处理;后者是按医疗需要,在修制的基础上进行特殊性的炮、炙、炒、煅等的再加工。中药炮制的历史亦很悠久,现存医药文献中关于炮制的记载,最早的如《灵枢·邪客》秫米半夏汤中用"治半夏";《素问·缪刺论》角发酒中的角发须燔治;马王堆汉墓出土帛书《五十二病方》中就有治、细切、燔、煏、熬、蒸、酒渍、酒煮等炮制方法;《神农本草经·序例》中也有阴干曝干、生熟等论述;《伤寒论》、《金匮要略》等方书中记载的炮制方法更为丰富,不下数十种之多,如去皮、去心、去毛、捣、锉、擘、浸令芽出、炒出汗、酥炙、煨等,且同一制法又往往规定有不同的炮制程度,方法具体,要求亦较严格。南北朝刘宋时代的雷敩,总结了前人炮制经验,撰著《雷公炮炙论》,系中国最早的炮制专著。唐宋以后,炮制方法更加丰富,代有发展。明代陈嘉谟所著《本草蒙筌》中将各种炮制方法归纳为火制、水制、水火共制三类。李时珍集诸家本草之大成,在《本草纲目》收载的药物中大多列有"修治"一项,除介绍明代以前及当时的炮制法外,同时提供了自己的经验。清代以后,在继承的基础上也有一定的发展。

炮制的目的:中药不论来源于植物、动物或矿物,绝大多数都要经过加工炮制后才能应用。炮制的目的是多方面的。

修制的目的主要是:

(1)保证药物纯净度,利于贮藏:中药在采收、运输过程中常混有泥沙杂质及霉变品或残留有非药用部位,因此,必须经过分离、清洗,使其达到一定的净度,以保证临床用药剂量的准确。有些药物在贮藏前要进行烘、焙、炒等干燥处理,减少药物湿度,杀死虫卵,使酶失去活性,则更利于贮藏。

(2)便于调剂和制剂:矿物及介壳类药物如自然铜、磁石、龟甲等质地坚硬,很难粉碎,有效成分也不易煎出,因此必须经过炮、煅等加工,使其酥脆,以利于粉碎和成分溶出。又如骨骼类中药需经过砂烫或油炙才能研粉制丸;珍珠经过水飞内服才易于吸收,外用亦可免刺痛。

炮炙的目的主要是:

(1)降低或消除药物的毒性或副作用:有些药物虽有较好的疗效,但因毒性或副作用太大,临床应用不安全,就要通过炮制降低其毒性或副作用,使服用后不致产生不良反应。如乌头经过蒸、煮等处理后,所含剧毒的乌

头碱水解成毒性较小的苯甲酰乌头胺、乌头胺，可使毒性大为降低；柏子仁具宁心安神、滑肠通便等作用，如果用于治疗不眠而又需避免病人产生滑肠泄泻时，则应将柏子仁去油制霜以消除其致泻作用。

(2) 提高疗效：中药除了通过配伍来提高其疗效外，还可通过炮制提高疗效。如蜜炙款冬花，可增强其润肺止咳效果；用羊脂油炙淫羊藿，可增强治疗阳痿的效能。

(3) 改变药物的性能和效用：如生地黄性味甘、苦，寒，其功效主要为清热凉血，若制成熟地黄，则味甘而性转微温，以滋阴补血作用见长。又如石膏为辛、甘，大寒之药，生用具有清热泻火作用，主治温病实热亢盛及胃火上炎之证；煅石膏性转收敛，只能外用于疮疡溃后久不收口，以此敛疮生肌。

炮制的方法大体可分为修制与炮炙两类。

修制法 包括净选、切制等。

净选 是药物的初步加工过程，为进一步生产作准备。通过挑选、筛选、风选、水选等操作除去非药用部位及杂质，或大小分档，便于炮制。有些药物，入药部位不同，其作用亦各异，如麻黄茎发汗，麻黄根止汗，莲肉补脾胃，莲心清心火，故要分开入药。有些药物的皮、壳、毛、芦、心、核不入药用，需要除去，等等。

切制 药物经过喷淋、淘洗、浸润等软化处理后，切成丝、片、段、块等各种规格的饮片，使药物有效成分易于溶出，并便于进行其他加工炮制，或有利于干燥、贮藏和调剂时称量。

炮炙法 有炒法、炙法、煅法、蒸法、煮法、焯法等。

炒法 将净选或切制后的药物，置加热容器内用不同火力连续加热，并不断拌炒。炒的程度有炒黄、炒焦、炒炭的不同，并各具作用。如山楂生用善于消食，活血化瘀，炒焦可增强其消胀止痢的功能。还有加拌固体辅料的炒法，如斑蝥米炒能降低毒性，枳壳麸炒可缓和其辛燥之性，山药土炒能增强补脾止泻作用。在加伴固体辅料炒法中，习惯上又把用砂或滑石粉、蛤粉同炒法称为"烫"，可使药物受热均匀，质变酥脆，减少毒性和不良气味，增强药效，易于煎出有效成分或便于制剂。如砂烫鸡内金能增强消食健脾作用；蛤粉炒阿胶，取其化痰宁咳而止咯血的功效。

炙法 加入一定量液体辅料拌炒，使辅料逐渐渗入药物组织内部，这一炮制方法称为炙法。炙法的作用与炒法基本相同，常用的液体辅料有蜜、酒、醋、姜汁、米泔水、盐水、胆汁、药汁等。如蜜炙黄芪可增强补中益气作用；酒炙川芎可增强活血之功；醋炙香附可增强疏肝止痛之效；盐水炙杜仲可增强补肾功能；姜汁炙厚朴可消除对咽喉的刺激性等。

煅法 将药物直接放人无烟炉火中，或置于适宜的耐火容器内煅烧的方法称为煅法。药物经过煅制后，能改变其原有的性状，使其质地疏松，有利于粉碎和煎煮，减少副作用。煅法主要适用于矿物及贝壳类等质地坚固的药物，如代赭石、紫石英、青礞石、牡蛎、海蛤壳等。有些质地疏松、炒炭易化灰的药物，则适宜用扣锅煅，使它在缺氧条件下煅烧成炭。如血余、棕榈皮等。

蒸法 将药物或加拌辅料的药物置适宜容器内，用水蒸气或隔水加热的方法称蒸法。如酒蒸大黄可缓和其泻下作用；何首乌经反覆蒸制后，可消除其致泻作用而能补肝肾、益精血；桑螵蛸生用令人泄泻，蒸制后可消除其致泻副作用，同时又可杀死虫卵，便于贮藏。

煮法 药物加水或液体辅料同煮的方法称煮法。如商陆煮后能降低毒性；远志用甘草水煮能减其燥性，缓和药性；珍珠用豆腐同煮能去油污，使其洁净，便于制剂服用。

焯法 将药物快速放人沸水中潦过，立即取出的方法称为焯法。常用于种子类药物的去皮和某些肉质类药物的干燥处理。如杏仁、桃仁焯后可破坏其大部分酶，保存有效成分，提高药效，且便于去皮和有效物质的煎出；又如马齿苋、天门冬经焯后便于干燥贮藏。

其他制法 常用的有烘、焙、煨、发芽、发酵、制霜、提纯、水飞、法制、干馏等。如焙虻虫可降低毒性，便于粉碎；煨木香能增强实肠止泻的功能；巴豆除去了大量油质则成霜，可降低毒性，缓和其峻泻作用，且便于入丸散之用。稻芽、麦芽、神曲能消食健脾；硇砂经提纯后（制硇砂）更加纯净而又可减低毒性；法制半夏可减低毒性，更适合于临床的不同需要；竹子、鸡蛋黄等经干馏后，产生新的物质——竹沥、蛋黄油，改变了原有性质，具有新的用途。

中药分类

中药的来源广阔，种类繁多，为了便于学习、应用和整理研究，将众多的药物，按照一定的分类系统，进行恰当的归纳分类。

中药的古代分类方法主要按功用分类和药物属性分类两大系统。《神农本草经》的三品分类是最早的功用分类系统。把365种药物，划分为上、中、下三品。列入上品药的标准是"无毒，多服久服不伤人"，可以"轻身益气，不老延年"；列入中品药的标准是或无毒，或有毒，用于"遏病，补虚羸"；列入下品药的标准是"多毒，不可久服"，专用于"除寒热邪气，破积聚，愈疾"。这是最早按药物功能分类的方法。梁代陶弘景《本草经集注》的分类系统，是在《神农本草经》基础上的发展，是药物属性分类与功用分类的结合，即将730种药物分为玉石、草木、虫兽、果、菜、米食等类。每一类再分为上中下三品。这为后世本草的药物自然属性分类奠定了基础。此后唐代的《新修本草》，宋代的《开宝本草》、《嘉祐本草》、《经史证类备急本草》，乃至明代的《本草品汇精要》等，在将近千年的历史中，所有主要本草，基本上都是沿用陶氏的分类方法。到了李时珍编著《本草纲目》时，分类方法有了重大

的发展。他把药物分为水、火、土、金石、草、谷、菜、果、木、服器、虫、鳞、介、禽、兽、人等16部，再把各部药物分成62类。如金石部分为金类、玉类、石类、卤石类；草部分为山草、芳草、隰草、毒草、蔓草、水草、石草、苔类、杂草；禽部分为水禽、原禽、林禽、山禽，等等。李氏的分类方法更细致，更实用，也更为科学。如草部类药物为例，主要是结合了植物的生长环境和形态特征等进行分类的，其中有不少药物的排列，同现代植物分类学的归类排列，基本相似。

历代本草按药物功能分类的，还有唐代陈藏器的"十剂"分类，将药物归纳为宣、通、补、泄、轻、重、滑、涩、燥、湿十类。金代张元素创"脏腑虚实标本用药式"，则将药物根据脏腑受病的标本、寒热、虚实归类。这两种分类法，对后世都有一定影响。又如明代贾九如《药品化义》按肝、心、脾、肺、肾、气、血及痰、火、燥、风、湿、寒分类，是与"脏腑虚实标本用药式"相近似的分类法；清代黄宫绣《本草求真》把药物分为补、泻、散、血、收涩等七剂，各剂再分成30类，如补剂分为温中、补火、平补、滋水、温肾；散剂分为散寒、驱风、散湿、散热、吐散、温散、平散等。这又是在"十剂"基础上的发展。此外，尚有以药物四性分类、以药物主要归经分类及针对病证分类的，也都属于功能分类的范畴。

现代中药学著作所采用的分类法，主要有如下三种：

(1) 按中药的主要功能分类：由于绝大部分中药都具有多种功能，故一般按最主要的功能归类，以反映该药作用的特点，便于临床运用。这种分类法，通常分为解表、清热、温中祛寒、泻下、理气、活血祛瘀、消导、补益、祛风湿、利水湿……等20类左右。某些大类还分成若干小类，如清热药再分为清热泻火药、清热凉血药、清热燥湿药、清热解毒药；补益药再分为补气药、补血药、补阴药、补阳药等。

(2) 按自然属性和亲缘关系分类：即将中药区分为植物、动物和矿物等类。植物和动物类药物，根据其亲缘关系分类排列，也就是按植物、动物的科属归类。植物药如黄连、白头翁属毛茛科，当归、柴胡属伞形科，大黄、何首乌属蓼科；动物药如羚羊角的原动物羚羊，牛黄的原动物黄牛，均归属哺乳动物牛科；蛤蚧、守宫属爬行动物壁虎科，斑蝥、芫青属昆虫类芫青科等；矿物类药物，则根据矿物中所含主要的或含量最多的某种化合物分类，如朱砂、轻粉属汞化合物类，磁石、赭石属铁化合物类，雄黄、砒石属砷化合物类，胆矾、铜绿属铜化合物类等。

(3) 按药用部分分类：主要使用于植物类药物，如大蓟、小蓟、蒲公英、益母草等属全草类，人参、大黄、龙胆草、川芎等属根及根茎类，木通、鸡血藤、通草等属茎木类，桑白皮、牡丹皮、杜仲、黄柏等属皮类，侧柏叶、大青叶属叶类，辛夷、金银花、菊花等属花类，五味子、木瓜、杏仁、砂仁等属果实种子类等。

不同的分类方法，各有不同的特点，采用何种分类方法为宜，取决于不同的目的和要求。例如：按中药主要功能分类，是在中医理论指导下进行的，同中医辨证施治的原则有着密切联系，因此，这种分类法，对学习、研究中药学和中医临床辨证用药，起到执简驭繁的作用；按自然属性和亲缘关系分类，则有利于对药物来源及其品种与品质的真伪优劣的鉴定。由于同一科属的药物(主要是植物、动物类药物)，其形态、内部构造、化学成分及医疗作用，往往有相近之处，故通过亲缘关系这一线索，对于求新的药源，扩大某些药物的应用范围是有益的；按药用部分分类，是便于研究药材的外形和显微特征，以利对品种异同、质量优劣的比较鉴别。且因同一植物的不同入药部分，采收、加工、贮藏等方法亦各有不同，故按药用部分分类，也有利于对这些问题的研究和处理，保证药材的质量。此外，还有按药物化学成分分类的。采用这种分类法，有利于研究药物的有效成分及其化学鉴定。

解表药

凡能发散表邪，解除表证的药物，称为解表药，又称发表药、发汗药。

解表药虽均具有味辛散邪的共性，但其性质却有性温与性凉的差别。辛温类药能发散风寒，适用于风寒表证；辛凉类药能发散风热，适用于风热表证。根据解表药的具体性味和适应范围，大致可分发散风寒与发散风热两类。

(1) 发散风寒药：本类药的性味多属辛温，发汗作用较强，如麻黄、桂枝、羌活、细辛等，较多用于恶寒重，发热轻，头、身疼痛，无汗，苔薄白，脉浮紧等寒象比较显著的表实证。其中某些药对具有表证的咳喘、风水、疮疡以及风湿痹痛等亦可应用。

(2) 发散风热药：本类药的性味大多辛凉，发汗作用比较缓和，如薄荷、牛蒡子、桑叶、菊花等，适用于外感风热表证而热象突出者，如恶寒轻，发热重，咽干口渴，无汗或有汗，苔薄黄，脉浮数等。有些药物还具有透疹作用而用于麻疹初期及荨麻疹等病证。

解表药的应用愈早愈好，故前人有"汗不厌早"之说。在使用时，还应根据患者兼证不同和体质差异而进行配伍。如咳嗽痰多者，配化痰止咳药；气滞胸闷者，配行气宽胸药；湿盛者，配祛湿药；热盛者，配清热药；体虚者，配补益药。若表里同病而表邪里热俱甚者，则又当配清热或攻里药。

解表药应用时首先须注意药量适中，以取周身微微汗出为度，用之得当，可邪随汗解，用之不当，则耗散阳气，损伤津液。正如《医宗金鉴》谓："取汗在不缓不急，不多不少，缓则邪必留连，急则邪反不尽，汗多则亡阳，汗少则病不除。"确为有得之言；其次，对表虚自汗，阴虚发热，热病津伤，以及久患疮疡、淋病、失血等病患者，虽有外感表证而津血亏虚，均应慎用或忌用；还有解表药用量，应

随气候季节及地区的不同而有所差异。如春夏之时,用量宜轻,秋冬之时,用量宜重。东南地区,气候较暖,人体腠理疏松,用量宜轻,西北地区,气候寒冷,人体腠理致密,用量宜重。此外,解表药大多气味芳香,入汤剂不宜久煎,以免影响药效。又解表药宜热服以助发汗。

麻黄

始载于《神农本草经》。为麻黄科植物草麻黄 Ephedra sinica Stapf、中麻黄 E. intermedia Schrenk et Mey. 及木贼麻黄 E. equisetina Bge. 的草质茎。秋季割取地上部分或连根挖取,除净泥沙及根部,晒干。

草麻黄小枝呈细圆柱形,少分枝,长 20—40 厘米,直径 1—2 毫米,少数幼枝常带有棕色木质茎。表面淡绿色或黄绿色,有细密的纵棱线 18—20 条,手指触及微有粗糙感,节明显,环状,棕色,节间长 2.5—6 厘米,节上有膜质鳞叶 2 片,少数 3 片,长 3—4 毫米,上部灰白色,尖三角形,尖端反曲,基部棕红色,常连合成筒状。茎质脆,易折断,断面呈纤维状,外围为绿黄色,中央髓部为红棕色。气微香,味微苦涩。主产于中国河北、山西、陕西、内蒙古等省、区。

中麻黄小枝呈细长圆柱形,多分枝,直径 1.5—3 毫米,具棱线 18—28 条,表面黄绿色,节间长 2—6 厘米,手触之有粗糙感,节上轮生 3 片鳞叶,少数 2 片,长 2—3 毫米,灰白色,尖端锐尖。气微香,味微苦涩。主产于内蒙古、甘肃、新疆等省、区。

木贼麻黄小枝多分枝,呈细长圆柱形,直径 1—1.5 毫米,表面草绿色或黄绿色,具有棱线 13—14 条,手触之无粗糙感,节间长 1—3 厘米,节上有膜质鳞叶 2 片,少数 3 片,长 1—2 毫米,上部呈短三角形,灰白色,尖端不反卷,基部棕红色或黑棕色,连合呈筒状。气微香,味微苦涩。主产于河北、山西、陕西、内蒙古、甘肃、新疆等省、区。

本品味辛、微苦,性温。归肺、膀胱经。功能解表发汗,宣肺平喘,利水消肿。主治风寒感冒、发热、恶寒、无汗、头痛、身疼、咳嗽气喘、风水浮肿、小便不利、风湿痹痛、皮肤不仁以及阴疽、风疹瘙痒等症。麻黄为辛温解表要药,用于散风寒、开腠理,常与桂枝配伍以增强发汗解表之功,如《伤寒论》麻黄汤。倘为阳虚之人,风寒之邪直中少阴,证见发热无汗,脉沉不浮者,可配细辛、附子以助阳解表,如麻黄附子细辛汤。配合除湿药可用于风湿痹痛,如麻黄加术汤,治疗外感寒湿,一身尽疼;麻黄杏仁薏苡甘草汤,治风湿在表,一身尽疼。如伍以逐寒止痛之乌头等,又成散寒祛湿,除痹止痛之乌头汤,可治疗寒湿历节及脚气疼痛,不能屈伸。麻黄有良好的宣肺平喘作用,如麻黄汤、三拗汤中以本品配杏仁,治伤寒恶风无汗而喘,或感冒风寒,鼻塞声重,咳嗽多痰,胸满气短。若风寒外束,肺有郁火之喘咳,则配杏仁、石膏等,如麻黄杏仁甘草石膏汤。若出现痰色黄稠,喉燥咽干,口鼻气热,苔黄,脉数等火热炽盛之候者,更可加黄芩、桑白皮、瓜蒌等药。对于外受风寒,内有停饮的喘满咳嗽,则麻黄又可配干姜、桂枝、细辛、半夏等以解表散寒、温化水饮,如小青龙汤。兼见喉中痰声辘辘,麻黄又当与射干、细辛、生姜、紫菀等温肺止咳祛痰化饮药同用,如射干麻黄汤。然麻黄所治之喘,总以实喘为主,虚证宜配合补肺、健脾、纳肾之品。麻黄宣肺、利水的作用,又可用于水湿潴留于皮肤经络,而又内有郁热,以致全身浮肿,伴有汗出恶风,微热口渴等证,常与石膏、生姜以及白术等同用,如越婢汤、越婢加术汤。此外,麻黄与连轺、赤小豆配合,还可治疗湿热黄疸。与熟地、肉桂、鹿角胶、白芥子等温阳、补血、散寒、通滞之品同用,则可治疗阴疽、流注、鹤膝风、贴骨疽等外科阴寒诸证,如《外科全生集》阳和汤,以其有开毛孔、泄邪热、宣肺郁之功,故临床亦用以治疗荨麻疹、过敏性皮炎等。煎服,1.5—9 克。生麻黄发汗力强,多用于发汗解表,利水退肿;炙麻黄发汗力弱,多用于止咳平喘。凡表虚自汗、阴虚盗汗、高血压、心功能不全的患者均忌用。

实验研究:草麻黄茎含生物碱 1%—2%,其中主要有效成分为左旋麻黄碱,占 40%—90%,还有右旋伪麻黄碱,2,3,5,6-四甲基吡嗪以及微量的左旋-N-甲基麻黄碱、右旋-N-甲基伪麻黄碱、左旋去甲麻黄碱、右旋去甲伪麻黄碱、麻黄定碱等。又含挥发油、松油醇、月桂烯、二氢葛缕醇等。中麻黄含大量左旋麻黄碱、右旋伪麻黄碱以及鞣质、黄酮甙、糖类等。木贼麻黄含生物碱 1.02%—3.33%,其中左旋麻黄碱占 55%—75%,右旋伪麻黄碱占 25%—45%和微量甲基麻黄碱等。还含鞣质、黄酮甙、糖类和有机酸类。

麻黄碱有拟肾上腺素样作用,它通过释放递质(间接作用),以及直接激动 α 及 β 肾上腺素能受体,松弛支气管平滑肌,兴奋心脏,升高血压,可用以治疗支气管哮喘及低血压,并能兴奋中枢神经系统;大剂量可引起精神兴奋、不安和失眠,收缩皮肤、粘膜血管,滴鼻可以消除鼻粘膜充血引起的鼻塞,或用以治疗荨麻疹,血管神经性水肿等。伪麻黄碱低浓度时,对支气管的解痉作用与麻黄碱相似,而升压和扩瞳作用则明显减弱。伪麻黄碱较麻黄碱有显著的利尿作用,麻黄碱和伪麻黄碱对横纹肌均有兴奋作用,可用于治疗重症肌无力。麻黄次碱能降低血压。麻黄挥发油乳剂灌胃,对人工发热的家兔有解热作用;其主成分松油醇对小鼠降温作用更强,但对猫及人未见发汗作用,曾有报道麻黄挥发油对某些流感病毒有抑制作用。

桂枝

始见于《新修本草》。为樟科植物肉桂 Cinnamomum cassia Presl 的嫩枝。春、夏两季剪下嫩枝,除去叶片,切成 30—60 厘米长,扎成把或切成斜薄片,晒干。

嫩枝呈长圆柱形，多分枝，直径0.3—1厘米。表面红棕色或紫棕色，有纵皱纹及小疙瘩状枝痕、叶痕、芽痕，并可见细点状皮孔，枝端常留有干枯的顶芽。较粗的枝条皮部作环状横裂，细枝皮部易剥落。质硬而脆，易折断。横切面皮部薄，红棕色。木部黄白色至浅黄棕色。中央有淡黄色的髓部，略呈方形。有特异香气，味甜、微辛，皮部味较浓。产于中国广西、广东、云南、台湾等省、区。

本品味辛、甘，性温。归膀胱、心、肺经。功能发汗解肌，散寒止痛，温经通阳，平冲降逆。主治外感风寒表证、风湿痹痛、脘腹冷痛、胸痹、心悸、奔豚、痰饮、水气、小便不利及妇女月经不调、经闭、痛经、癥瘕等。

用于外感风寒，发热、恶寒、无汗、头痛等表实证者，可协同麻黄加强发汗解表的功效。若表虚有汗者，则与白芍、生姜、大枣等药同用，有调和营卫、解肌祛邪的作用。桂枝善能散寒温经止痛，可用于风寒湿邪留滞于肌腠、经络而引起的风湿痹痛，临床常配祛风通络药同用。如羌活、防风、姜黄、当归、川芎之类。若寒湿盛者，可配附子、白术、甘草，如桂枝附子汤及甘草附子汤等。若热痹关节红肿疼痛，桂枝也可与石膏、知母等清热药配伍。血痹，症见肌肤麻木或疼痛者，本品可配黄芪、芍药以益气温经，和营通络，方如黄芪桂枝五物汤。脘腹冷痛，多属里寒，桂枝常与干姜、吴茱萸等温里药配用。若阴寒内盛，腹痛肢冷，也可配附子或乌头，方如治疗寒疝腹痛之乌头桂枝汤。若为虚寒腹痛，本品可与甘缓补虚的药物同用，如小建中汤，即桂枝配芍药、甘草、饴糖等以温中补虚，缓急止痛。胸痹疼痛，为胸中阳气不振，痰气痹阻所致者，桂枝常与薤白、枳实配用。若心阳不足而心悸不安者，桂枝可配甘草以温阳补虚而平心悸。若心阳与心阴两虚，症见心动悸、脉结代者，则桂枝当与炙甘草、人参、生地、阿胶等配用，方如炙甘草汤。若心阳虚而肾水上凌，脐下悸动者，本品配茯苓、大枣、甘草温阳培土以制水邪；甚者气上冲胸而作奔豚，则可重用桂枝振心阳而平阴邪之冲逆。桂枝又能温阳化气而运化水湿。如心脾阳虚，水湿内停而致的痰饮证，常与茯苓、白术配伍。如膀胱气化不行而小便不利者，配茯苓、泽泻、猪苓。水溢肌肤而为水肿者，配茯苓、防己、大腹皮、陈皮之类。桂枝又能入血分而温通经脉，故用于虚寒瘀滞之月经不调、经闭、痛经及癥瘕等证，常配活血、调经、祛瘀药同用，如当归、芍药、桃仁、丹皮之类。《金匮要略》治妇科病之温经汤及桂枝茯苓丸，都用桂枝，即取其温经通阳，助诸药以宣通血脉之凝滞。煎服，3—9克。温热病及阴虚阳盛之证，一切血证均忌服；孕妇慎用。

实验研究：桂枝含挥发油约1.5%，油中85%为桂皮醛。还含硬脂酸、桂皮酯等。桂皮醛有解热、镇痛作用，动物试验有明显镇静作用，并能延长环己巴比妥钠的麻醉时间。桂皮油可刺激嗅觉器官引起胃功能反射性亢进，也能直接刺激消化道粘膜，使分泌增加，蠕动亢进，呈芳香性健胃作用。大剂量使子宫充血，表现有通经作用。吸收后经肺排出，使痰液稀薄，有祛痰镇咳作用。对家兔心脏有抑制作用，并使血压下降。

细辛

始载于《神农本草经》。又名少辛、独叶草。为马兜铃科植物北细辛 Asarum heterotropoides Fr. Schmidt var. mandshuricum (Maxim.) Kitag. 及华细辛 A. sieboldii Miq. 等的全草。6—7月间采挖全草，除去泥土，置于通风处阴干。

北细辛，根茎呈不规则圆柱形，长1—10厘米，直径2—4毫米，有短分枝，表面灰棕色，粗糙，有环节，节间长2—3毫米，各分枝顶端有碗状的茎痕。根细长，密生节上，长5—20厘米，直径约1毫米，表面土黄色，平滑或有纵皱纹有须根及须根痕，质脆，易折断，断面黄白色。有时根茎的顶端可见皱缩的叶片和长叶柄。完整叶片呈心形或肾状心形，全缘，顶端钝或短锐尖，基部深心脏形，表面淡绿色，有时可见花或果实，花暗紫色，钟形，花被顶裂片由基部反卷，与花被筒崩果半球形。气香，味辛辣，麻舌。主产于中国辽宁、吉林、黑龙江等省。

华细辛外形似北细辛，根茎较长，约5—20厘米，直径1—2毫米，节间距离较密，约1毫米。叶片心形，先端渐尖，质薄易碎。花被裂片开展，果实近球形。香气及辛辣味均比北细辛为弱。主产于陕西、甘肃、四川、山东、山西、河南、湖北等省。

本品味辛，性温。有小毒。归肺、肾经。功能祛风散寒止痛，温肺化饮，通鼻宣窍。主治感冒风寒，头痛、鼻塞，风寒湿痹，寒饮喘咳，鼻渊，牙痛，口疮糜烂等症。治外感风寒，鼻塞多涕，常配荆芥、防风以发表散寒。若素体阳虚，感冒风寒，恶寒发热，身倦欲卧等证，可与麻黄、附子同用，以助阳温经发汗。风冷头痛，可与藁本、川芎、防风、白芷配用。风寒湿痹，腰膝关节疼痛，配羌活、防风、威灵仙、川乌、独活、川断以温经散寒止痛。细辛又能温化寒饮，常与干姜、五味子同用，为治痰饮咳喘之良药，细辛辛香走窜，古方多作通关开窍之用，如中风卒倒，不省人事，用细辛为末，吹入鼻中。治气闭性耳聋，以本品为末，溶黄蜡丸如鼠矢大，绵裹一丸塞之。细辛尚用治口齿之疾，如治牙痛，偏于寒者，用本品配荜茇煎汤热漱，或配川乌、乳香、白芷研末，用少许擦患处；牙痛兼风者，配荆芥、露蜂房煎汤含漱；若阳明胃火上攻牙痛，可配石膏煎服，以清热止痛。口舌生疮，配黄连研末掺患处。用量1.5—4.5克，煎服。本品性味辛烈，辛散太甚，能耗散正气，用量不宜多。凡气虚多汗，阴虚火旺、血虚头痛及阴虚咳逆等症，均当忌服。反藜芦。

实验研究：北细辛和华细辛均含挥发油，其组成基本相同。主要成分有甲基丁香油酚、黄樟油醚及优葛缕酮、龙脑、爱草脑、桉叶素、蒎烯。2-甲氧基黄樟油醚，还含

有卡枯醇等。两种细辛的根中均含有木脂素类化合物左旋细辛素。北细辛还含消旋去甲乌药碱，N－异丁基十二碳四烯酰胺。

细辛挥发油灌胃对人工发热兔有解热作用，口服后对兔的镇痛作用与安替比林相似，煎剂对小鼠也有镇痛作用。华细辛对大鼠实验性炎症有抑制作用，切除肾上腺的大鼠此作用仍存在。细辛油能降低炎症组织及其渗出液中组胺含量。对组胺或 PGE_2 引起的大鼠足肿有抑制作用，并能对抗组胺或 PGE_2 引起的毛细血管通透性增加，并有促皮质激素样作用。

细辛醇浸剂、煎剂及挥发油有局部麻醉作用。50%细辛酊涂于人舌后约1分钟有麻木感，以后痛觉消失，约1小时始逐渐恢复。

甲基丁香油酚对豚鼠离体气管有显著的松弛作用。北细辛醇浸剂对离体肺灌流量先短暂降低，而后持续增加，维持15—30分钟，其后阶段作用与异丙肾上腺素类似。

北细辛醇提液对离体兔和豚鼠心脏表现正性肌力和正性频率作用，使离体豚鼠心冠脉流量增加；挥发油静注能对抗兔因脑垂体后叶素所致的急性心肌缺血，并能增加小鼠对减压缺氧的耐受力。挥发油静注对麻醉犬、猫均有降压作用，但煎剂却有明显的升压作用，与肾上腺素的作用相似。

消旋去甲乌药碱具有兴奋肾上腺素能β受体的广泛生理作用，有强心、扩张血管、松弛平滑肌、增强脂质代谢及升高血糖等作用。甲基丁香油酚、卡枯醇、N－异丁基十二碳四烯酰胺和去甲乌药碱均可明显抑制组胺所致豚鼠离体回肠的收缩；水或乙醇提取物均能使速发型变态反应时的总过敏介质释放量减少40%以上。表明其具有抗变态反应作用。

细辛有一定毒性，浸出液毒性大于煎剂，挥发油对小鼠、兔先兴奋，后抑制，最后因呼吸麻痹而死。黄樟油醚系致癌物，在饲料中混入此物，2年后使28%大鼠发生肝癌。

紫苏叶

始载于《名医别录》。原名苏叶。为唇形科植物紫苏 Perilla frutescens (L.) Britt. 等的叶。主产于中国江苏、浙江、湖南、湖北、广东等省、区。

本品味辛，性温。归肺、脾、胃经。功能发表散寒，理气和中，主治感冒风寒、咳嗽痰喘、胸腹胀满、胎动不安等症。本品具有疏散风寒，发汗解表的作用，是治疗感冒风寒的常用药物。一般多与其他解表药伍用，如羌活、防风等。体虚感寒，亦可使用，如治疗体虚气弱，复感风寒的参苏饮中，即以苏叶与人参等同用，以益气解表。其次，苏叶有发表兼能行气的特点，对于外感风寒，内有气滞的证候，用之更为适宜，如《和剂局方》香苏散，即以本品配香附、陈皮等治疗发热头痛无汗，胸闷嗳气等症。它如治疗外感咳嗽痰稀者，本品常与杏仁、前胡等宣肺化痰药同用，如《温病条辨》之杏苏散。治疗外感风寒，内兼湿滞，或伤冷伤湿而见形寒发热，吐泻腹痛，舌苔白腻者，常与藿香、厚朴等芳香化浊药同用，如藿香正气散。治疗湿热交阻而致腹泻呕吐者，可与黄连同用，以奏辛开苦降之功。如气机不利，胸腹胀满，饮食减少，可与砂仁同用，以增强理气和胃之功。苏叶与砂仁又都属行气安胎药物，因此，治疗胸闷呕恶，胎动不安之证，二药又常相须为用。《本草纲目》谓本品能"消痰，利肺……定喘"，所以又可用治痰咳气喘的病证。如《肘后方》治卒得寒冷上气，本品与橘皮同用。现代临床报道，用本品配少量干姜治疗慢性气管炎，对止咳、平喘，化痰都有一定疗效。但以湿痰阻肺，或风寒诱发的喘咳，较为适宜。此外，单味紫苏叶煎服，或配生姜同用，可解鱼蟹毒。外用煎汤熏洗，可治阴囊湿疹。煎服，6—9克。紫苏性温发散，凡阴虚发热，火升作呕，温热邪在肺胃者，不宜应用。

实验研究：紫苏全草含挥发油，内有左旋紫苏醛，左旋紫苏醇、二氢紫苏醇、α蒎烯和β蒎烯、莰烯、右旋柠檬烯、左旋芳樟醇、薄荷酮、薄荷醇、丁香油酚、异戊基－3－呋喃甲酮。另含香薷酮、白苏酮、紫苏酮、异白苏烯酮、榄香脂素、肉豆蔻醚、莳萝油脑。

紫苏叶煎剂或浸剂口服对家兔有微弱的解热作用；能促进消化液分泌及胃肠运动，紫苏油及紫苏醛能引起饥饿家兔之血糖上升。

荆芥

始载于《神农本草经》。原名假苏，又名鼠实、姜芥、稳齿菜。为唇形科植物荆芥 Schizonepeta tenuifolia (Benth.) Briq. 带花穗的地上部分。秋季花开到顶，穗绿时采收，割取地上部分，晒干，称全荆芥；采收花穗晒干，称荆芥穗。茎呈四棱形，长20—60厘米，直径2—4毫米；表面淡紫红色或淡绿色，被有白色短柔毛；体轻，质脆，断面纤维性，中心有白色髓部。叶对生，大多脱落，完整的叶片3—5羽状分裂，裂片披针形或线状披针形。茎枝顶端着生轮伞花序，排列成穗状，长2—8厘米，宿萼钟状，顶端5齿裂，裂片长卵形，淡棕色或黄绿色，被短柔毛；花冠唇形，长稍过花萼，暗紫红色，大多已脱落。小坚果矩圆状三棱形，棕褐色，包藏于宿萼内。气芳香，味微涩而辛凉。主产于中国江苏、浙江、江西、河南、河北、湖北、山东等省。

本品味辛，性温。归肺、肝经。功能解表，散风，透疹，止血。主治感冒发热、头痛、咳嗽，咽喉肿痛、麻疹初起，吐血、衄血、便血、崩漏、产后血晕及痈肿、瘰疬等症。荆芥穗的功效与荆芥相同，唯升散之性较强。荆芥主升主散，长于发散风邪，虽为辛温之品，但性较平和，无论感冒风寒、风热皆可应用。

治疗风寒感冒，常配伍防风、羌活等辛温发表之品以祛风散寒，如荆防败毒散；治疗风热感冒，或风温初起，邪在肺卫，常配入薄荷、牛蒡子、银花、连翘等辛凉清热药中，加强散表透邪的作用，如银翘散。荆芥既能解散风邪，又善清利头目，故治疗头风头痛，亦为常用之药，如《和剂局方》川芎茶调散治偏正头痛、《杂病源流犀烛》荆芥连翘汤治风热上攻，耳肿疼痛等，都配用本品，取其上行头面以祛风邪之功。

荆芥配入祛痰止咳药中，亦可用于外感咳嗽，如《医学心悟》止嗽散，治风寒咳嗽，久而不已，咯痰不爽。前人又有"咽痛必用荆芥"之说，故凡由外感风热而引起的咳嗽、咽喉肿痛，亦常与桔梗、甘草等伍用，如《和剂局方》荆芥汤。现代临床也常用本品治疗咽炎、扁桃体炎等病。荆芥宣散透疹之功颇著，治疗小儿麻疹初起，疹出不畅，可与葛根、牛蒡子、蝉蜕等合用；治疗风热隐疹，常同防风、白蒺藜、蝉蜕等为伍。合苦参煎汤外洗患部，治疗急慢性荨麻疹及皮肤瘙痒也有效果。荆芥能入血分而祛风止痒，炒炭则性偏收敛，故有止血功能，为治疗多种血症要药。如合藕节、黑山栀、白茅根等，可治鼻衄；合地榆、槐花炭等治肠风便血；合当归、益母草、陈棕炭、川断炭等可治妇女月经过多及崩漏。《濒湖集简方》则以荆芥与砂仁同用，研末服治小便尿血。此外，荆芥又具有消疮毒的功能，如《本草汇言》合金银花、土茯苓、熟地为丸服治一切疮疥。《太平圣惠方》用荆芥合牛蒡子等研末煎服，治风毒瘰疬，赤肿硬痛；近代也有用荆芥配夏枯草、玄参、牡蛎等消痰软坚之品，治疗瘰疬结核。煎服，5—10克。本品性主升散，凡表虚自汗、阴虚头痛忌服。

实验研究：荆芥全草含挥发油1.8%，油中主要成分为右旋薄荷酮、消旋薄荷酮和右旋柠檬烯，并含α蒎烯和β蒎烯，莰烯、对聚伞花素、3-甲基环己酮、左旋异薄荷酮、β榄香烯、石竹烯、左旋胡薄荷酮、异胡薄荷酮、β葎草烯、胡椒酮、胡椒烯酮等。

荆芥挥发油中的成分右旋薄荷酮和3-甲基环己酮具有镇痛作用，左旋胡薄荷酮具抗炎作用。挥发油有轻度健胃、驱风、解痉作用。煎剂在体外对金黄色葡萄球菌和白喉杆菌有较强的抗菌作用；对炭疽杆菌、乙型链球菌、伤寒杆菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌和人型结核菌也有一定的抑制作用。

防风

始载于《神农本草经》。又名屏风。为伞形科植物防风 Saposhnikovia divaricata (Turcz.) Schischk.的根。春季或秋季采挖未抽花茎植株的根；栽培者种植2—3年后采挖。去净泥土及须根，晒至8—9成干，再捆成小把，晒干。

根呈圆锥形或长圆柱形，稍弯曲，长20—30厘米，直径0.5—2厘米。根头粗糙，常有剥落的栓皮，有密集的环节，节上有黑棕色毛状的残存叶基。根部表面呈灰棕色或棕褐色，皱缩粗糙，有不整齐的纵皱纹及致密的细横纹，并有横向突起的皮孔及点状突起的细根痕。体轻，质松软，易折断。断面不平坦，外皮易脱落；皮部浅棕色，疏松，有较多的裂隙，呈放射状分布，其中散生细小的黄棕色油点；木部浅黄色占根的大部分。气特异，味微甘。主产于中国黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、山西、河北。

本品味辛、甘，性温。归膀胱、肺、脾经。功能发表，祛风胜湿，止痛，止痉。主治外感风寒，头痛、身痛、恶寒、风寒湿痹，骨节疼痛，四肢挛急，破伤风，痉挛抽搐等症。

防风为祛风要药，《神农本草经》以"主大风"为本药主治的纲领，临床上凡一切风寒表证，症见头痛、身疼、寒热无汗者，常与荆芥、紫苏叶等同用。由于本品微温而性缓，与薄荷、牛蒡子等辛凉药配合，亦可用于风热表证。若外感风湿，头身重痛，又常与羌活、川芎、藁本等相伍，如羌活胜湿汤。防风善祛经络及筋骨中的风湿，能治一身尽痛，又为治疗痹痛常用之药。如风寒湿痹，肌肉关节疼痛，以风邪偏胜游走不定者，可配羌活、秦艽、桂枝、苍术等以除痹止痛；寒邪偏盛者疼痛剧烈，手足屈伸不利者，可配川乌、草乌或附子等以加强祛风散寒、除痹止痛之功；若属热痹，关节肿痛而热，又可配地龙、漏芦等以清热通络。本品又能祛风止痉，用治破伤风症，牙关紧闭，角弓反张，多配天南星、白附子等同用，如玉真散。防风辛散祛风之功，又常用于麻疹初起，可配薄荷、荆芥、蝉蜕、柽柳之类以祛风透疹；风疮湿疹，皮肤瘙痒，可配白鲜皮、荆芥、山栀之类以祛风止痒；痈疮肿毒，可配白芷、天花粉、金银花、穿山甲等以清热解毒，消肿溃坚，如《妇人良方》仙方活命饮。此外，防风配白术、白芍等用于肝脾不和的腹痛泄泻，具有健脾燥湿、泻肝利气，从而达到止痛、止泻的目的，如《医方考》痛泻要方。本品炒炭又可止血，用于肠风便血及崩漏之证。治便血常配荆芥炭、槐花、地榆；治崩漏则常配蒲黄。《经验方》并有以本品一味，炙赤为末，治崩中的记载。防风还可解毒，《本草求原》谓能"解乌头、芫花、野菌诸热药毒"。近代也有报道，以防风为主，配绿豆、红糖、甘草用以治疗砷中毒，有一定疗效。煎服，3—10克。本品一般多生用，治出血宜炒炭用，治泄泻可煨用。

实验研究：防风根含挥发油、甘露醇等。煎剂对家兔有中等解热作用；对大鼠实验性关节炎有抑制作用，并有一定程度的镇痛作用。大剂量多次灌胃能对抗小鼠的电休克，提示本品可能有某些抗癫痫作用。体外试验，防风鲜汁对绿脓杆菌及金黄色葡萄球菌有一定的抗菌作用。

羌活

始载于《神农本草经》。为伞形科植物羌活 Notopterygium incisum Ting ex H. T. Chang 及宽叶羌活 N. forbesii Boiss.的根茎和根。春、秋两季均可采挖，以秋季采者为佳，采挖后除去泥土及须根，用微火烘干或晒干。

羌活根茎呈圆柱形，略弯曲，节密，隆起，形似蚕，亦有节间延长，环节疏生似竹节者。长4—13厘米，直径0.6—2.5厘米，顶端可见残留茎痕。表面暗棕色或棕黑色，节上密生点状或瘤状突起的须根痕，外皮脱落处呈棕黄色。体轻，质松脆，易折断。断面不平整，起片状，有菊花纹及多数裂隙，皮部棕黄色至暗棕色，油润，放大镜下可见黄棕色油点散在，木部黄白色，髓部黄色至黄棕色。有特异香气，味微苦而辛。主产于中国四川、云南等省。

宽叶羌活根茎呈类圆柱形，顶端具茎及叶鞘残基。根呈类圆锥形，有纵皱纹及皮孔；表面棕褐色，近根茎处有较密的环纹；长8—15厘米，直径1—3厘米。有的根茎粗大，呈不规则结节状，顶端具数个茎基，根较细，质松脆，易折断。断面皮部浅棕色，木部黄白色。气味较淡。主产于甘肃、青海等省。

本品味辛、苦，性温。归膀胱、肾经。功能发散风寒，祛湿止痛。主治风寒感冒，头身疼痛，风寒湿痹，骨节酸疼等病症。

羌活气雄而散，苦温而燥，用于表证属风寒夹湿而见恶寒发热，头痛如裹，颈项脊背强痛，肢体沉重，骨节酸疼等证效果最佳，常与祛风胜湿的防风、独活为伍。如与清热解毒之蒲公英或板蓝根等同用，可治风热感冒；以少量羌活加入扶正药内，可治虚人感冒，使表解而不伤正。羌活为足太阳经引经药，故凡风湿头痛，脑后为甚者多用之；如偏于湿重者可配苍术；偏于寒甚者配附子。王好古谓“肢节痛、一身尽痛，非此不治”，故羌活又为风湿痹痛常用药，如风湿相搏，身体疼烦，掣痛不可屈伸者，可与附子、白术、甘草同用，如《济生方》羌附汤；湿流关节，肢节肿痛，屈伸不利，身体沉重，可配独活、防风、威灵仙等，如《卫生宝鉴》大羌活汤。此外，羌活不仅能祛风除湿而宣散外邪，亦可施之于脾虚湿胜，火郁脾土诸证。如李东垣之升阳益胃汤、升阳除湿汤、升阳散火汤等方中均加用之，是取其升浮性燥，有升阳、胜湿之义。血虚患者慎用。煎服。3—10克。

实验研究：羌活根和根茎含挥发油约2.7%，内有α蒎烯和β蒎烯、α侧柏烯、β罗勒烯、柠檬烯、γ松油烯、α异松油烯、松油-4-烯醇、乙酸龙脑酯、α玷𤨏烯、反式-β金合欢烯、愈创醇、苯甲酸苄酯，洋芹子油脑等。

羌活挥发油能对抗垂体后叶素引起的大鼠急性心肌缺血所致的心电图改变，并能增加心肌营养性血流，减慢心率。

白芷

始载于《神农本草经》。为伞形科植物白芷 Angelica dahurica (Fisch.) Benth. et Hook. 或杭白芷 A. dahurica (Fisch.) Benth. et Hook. var. formosana (Boiss.) Shan et Yuan 的根。夏、秋间叶黄时，挖掘根部，除去地上部及须根，洗净泥土，晒干或用微火炕干，再撞去粗皮。

白芷根呈类圆锥形，长7—24厘米，直径1.5—2厘米，顶端有凹陷的茎痕。表面灰棕色或黄棕色，略有纵皱纹，具支根痕和皮孔样横向突起物。质坚实，断面白色或灰白色，具粉性，皮部有多数散生的棕色油点，并可见棕色圆形的形成层环纹，木部占横断面的1/3。气香，味苦辛。产于中国河南、河北、陕西省。

杭白芷根呈圆锥形，长10—20厘米，直径2—2.5厘米，上部近方形或类方形。表面灰棕色，有多数较大的皮孔样横向突起，多排列成纵行，具4条棱脊，顶端有凹陷的茎痕。质坚较重，断面白色，粉性，形成层环近方形，皮部密布棕色油点，木部占横断面1/2。气芳香，味辛、微苦。主产于浙江、四川省。

本品味辛，性温。归胃、脾、肺经。功能散风除湿，通窍止痛，消痈排脓。主治风邪或寒湿所致之头痛、眉棱骨痛、牙痛、鼻渊、腹痛、久泻、白带，以及皮肤瘙痒，痈疽疮疡等病症。

白芷上行头目，擅于祛风止痛。如用于感冒风邪，头痛鼻塞，可与荆芥、防风等祛风解表药同用。治疗偏正头痛，常与川芎同用，可加强散风止痛作用。如由风寒引起者，加羌活、防风；头痛剧烈者，与细辛同用，则辛香升散、通窍止痛的功效更著。由于风热引起者，须与菊花、葛根、石膏、黄芩等辛凉或苦寒药同用，以散风泄热。《丹溪心法》治风热引起的眉棱骨痛，用白芷、黄芩等分为末，清茶调服。现代报道，治疗头痛、牙痛、三叉神经痛，取白芷、冰片研末，以少许置于鼻前庭，均匀吸入，有一定的止痛效果。本品能宣通鼻窍，故也用于鼻渊流浊涕、头额胀痛，如《济生方》苍耳散，用辛夷、苍耳、白芷、薄荷为末服。本品温散升阳，祛风胜湿，用于清阳下陷，寒湿伤中的久泻、湿泻，尤为适宜，可与升麻、柴胡、葛根、羌活同用。妇女下焦寒湿，赤白带下，常与白术、海螵蛸、茯苓配伍；如属湿热带下，亦可与黄柏、椿根皮同用。白芷又为外科常用药，系取其祛风胜湿、散结消肿、止痛排脓的作用。《本草求真》云“风与湿热发于皮肤，变为疮疡燥痒”等证，用此“皆能温散解托，而使腠理之风悉去，留结之痈肿潜消”。临床应用白芷治痈疽肿疡，多与赤芍同用，因白芷散气分之结，赤芍散血分之瘀，两者相互为用，以达到消散的目的。用于疮疡肿毒初起未溃的热证，常与金银花、天花粉、连翘等清热解毒药配伍。对于阴疽发背、阴冷流注等寒证，则宜与乌头、肉桂等温阳祛寒药同用。若痈疽脓已成而不易穿溃者，又可在大补气血、调和荣卫及祛毒药中加用本品，以行其郁滞，托疮排脓，但如痈疽已溃，即宜减去。此外，《滇南本草》云：白芷“祛皮肤游走之风”。故又治皮肤瘙痒，亦常配用于治疥癣药中。据报道治银屑病有效。但白芷性温而燥，凡病因火热者，不可单独使用。煎服，3—6克。

实验研究：白芷根含多种呋喃香豆素：白当归素、白当归脑、氧化前胡素、欧前胡内酯、异欧前胡内酯、珊瑚菜素。另含花椒毒素、印度榅桲素、东莨菪素、异白当归脑

和新白当归脑。杭白芷根含欧前胡内酯、异欧前胡内酯、别异欧前胡内酯、白当归素、氧化前胡素、水合氧化前胡素、香柑内酯、谷甾醇、硬脂酸等。

据体外初步试验，川产白芷水煎剂对大肠杆菌、痢疾（宋氏）杆菌等有一定抑制作用，水浸剂对奥杜盎氏小芽胞癣菌等致病皮肤真菌也有一定抑制作用。白当归素有扩张冠状血管作用。

藁本

始载于《神农本草经》。又名野芹菜。为伞形科植物藁本 Ligusticum sinense Oliv. 及辽藁本 L. jeholense Nakai et Kitag. 的根茎及根。秋季至翌年春出苗前采挖，除去地上部分，去净泥土，晒干或烘干。

藁本根茎呈不规则的结节状圆柱形，稍扭曲，略有分枝，长 3—10 厘米，直径 1—2 厘米，表面黄棕色或暗棕色，粗糙，具皱缩和沟纹，并有环节，栓皮易脱落。上部有1至数个圆形孔眼状的茎基，下部有多数点状突起的须根残痕。体轻，质较硬，易折断。断面黄白色或淡黄色，纤维性。气香，味微苦而辛，微麻。主产于中国四川、湖北、湖南、陕西等省。

辽藁本根茎呈不规则的柱状或团块状，长 2—10 厘米，直径 0.5—1.5 厘米，表面棕褐色或暗棕色，粗糙，上端有数个丛生的叶基及突起的节，下端有多数长而弯曲的根，棕黑色。根及根茎上均有点状须根痕。香气稍淡，其他特点与藁本相同。主产于辽宁、河北省。

本品味辛，性温。归膀胱经。功能祛风胜湿，散寒止痛。主治风寒头痛，风湿痹痛，寒湿腹痛，泄泻，疝瘕，以及皮肤粉刺，疥癣等病症。

藁本是太阳经风药，用于外感风寒头痛，或巅顶脑后俱痛，或痛连齿颊；风湿头痛，头风，偏头痛；以及鼻炎、鼻窦炎引起的头痛等均有疗效，临床常与细辛、川芎、白芷、苍耳子等同用。藁本与羌活、防风配伍，能增强祛除风寒湿邪的效能，故可治痹症初起，腰背及关节疼痛。因其又能温散肠胃寒湿，配苍术可治腹痛泄泻；配吴萸、小茴香，可治寒湿凝滞之疝瘕腹痛。本品外用能去皮肤中风湿；单用煎汤外洗，可治小儿疥癣；配白芷为末作面脂，可治粉刺、酒皶鼻。现代用 50% 藁本注射液于病损处皮下注射，治疗神经性皮炎有一定效果。煎服，3—10 克。温病头痛及阴虚火旺之头痛忌服。

实验研究：藁本含挥发油 0.3%—0.65%。油的主要成分为丁基苯酞、川芎内酯。辽藁本含挥发油 1.5%。

煎剂在体外对许兰氏毛癣菌等皮肤真菌有抑制作用。

香薷

始载于《名医别录》。又名香茸、香茸、蜜蜂草。为唇形科植物海州香薷 Elsholtzia splendens Nakai ex F. Maekawa 的地上部分。夏、秋两季采收，当开花盛期或果实刚成熟时割取，晒干或阴干。

本品长 20—40 厘米，被有白色柔毛。茎方柱形，直径 0.5—3 毫米，节明显，基部表面淡紫色，上部淡棕色或黄绿色。质脆，易折断，断面纤维状。叶对生，多皱缩或破碎，有的已脱落，灰绿色或暗绿色。完整叶片呈披针形或长卵形，长 2—3 厘米，宽 2—5 毫米，边缘具疏锯齿，下面可见凹下的腺点。茎顶和叶腋带有轮伞花序，穗状，偏向一侧，苞片宽卵形，脱落或残存；花淡紫色或淡黄色，宿萼钟状，先端 5 裂，偶见有棕色卵圆形小坚果。近圆球形，具网纹。气清香，味辛凉。产于中国江西、江苏、安徽、浙江、湖北、四川、陕西、河南等省。

本品味辛，性微温。归肺、脾、胃经。功能发汗解表，祛暑化湿，利水消肿，主治夏季感冒、霍乱吐泻、水肿等病症。

《本草纲目》谓"香薷乃夏月解表之药，如冬月之用麻黄"。故凡夏季乘凉饮冷，外感于寒，内伤于湿，以致恶寒发热无汗，头痛身疼，胸闷腹痛，呕吐泄泻，用之能宣外和内，发越阳气，常与厚朴、扁豆同用，既能发表散寒，又能化湿和中，如《太平惠民和剂局方》香薷散；热重寒轻，烦渴汗不出者，加金银花、连翘等涤暑清热之品，如《温病条辨》之新加香薷饮。香薷也常用于腹痛、吐泻不止、恶寒不渴、手足厥逆之症，可配肉桂、姜汁、木香等温中祛寒之品；若吐泻而大热烦渴，则可与川连、滑石等清热化湿药同用。暑月受寒湿引起的脚气、疝气痛亦可用香薷，常与橘核、小茴香、槟榔、木瓜等行气化湿药配用。香薷治水气病浮肿，如《本草图经》用一味香薷煎；《深师方》以香薷浓煮取汁，和白术为丸服。此外，香薷水煎含漱，还能除口臭。煎服，3—9 克。宜凉饮，热饮则易致呕吐。

实验研究：海州香薷的挥发油中含有抗菌作用的主要成分香荆芥酚和百里香酚；还含对聚伞花素、γ 松油烯、葎草烯、β 蒎烯、α 水芹烯等。

辛夷

始载于《神农本草经》。又名木笔花。为木兰科植物望春玉兰 Magnolia biondii Pamp.、玉兰 M. denudata Desr. 或武当玉兰 M. sprengeri Pamp. 等的花蕾。冬末春初花未开放时采收花蕾，阴干。

望春玉兰花蕾呈毛笔头状长卵形，长 1.5—2.5 厘米，直径 0.8—1.5 厘米。基部常具短花梗，其上有类白色点状皮孔。花蕾外具苞片 2—3 层，每层二片，外表面密被灰白色或淡黄色长柔毛，内表面类棕色，无毛。两层苞片间有小鳞芽。花被 9 片，外轮 3 片近条形，呈萼片状，内方 6 片近匙形，排成两轮，内轮 3 片较窄小，均为白色、外面基部带紫红色。雄蕊多数，花丝肥厚，外面紫色，内面白色。雌蕊多数，螺旋状排列。体轻，质脆。气芳

香，味辛凉而稍苦。主产于中国河南省。

玉兰花蕾呈毛笔头状卵形，长1.5—3厘米，直径1—1.5厘米。基部花梗较粗壮，皮孔浅棕色。苞片外表面密被淡黄色或浅褐色柔毛。花被9片，内外轮均为长圆状倒卵形，白色。主产于安徽省。

武当玉兰花蕾呈毛笔头状椭圆形，长2—4厘米，直径1—2厘米。基部花梗粗壮，皮孔红棕色。苞片外表面密被黄褐色长柔毛。花被12—14片，内外轮相近似，为倒卵状匙形或宽匙形，外面浅玫瑰红色，内面色淡。主产于湖北、陕西、四川省。

本品味辛，性温。归肺、胃经。功能散风邪，通鼻窍。主治鼻渊，头痛，或感冒风寒，头痛鼻塞等症。临床治疗鼻渊，证属风寒者，如鼻流清涕，喷嚏不止，每与细辛、白芷、防风、川芎等同用。鼻流浊涕，色黄腥臭，而属风热者，可与苍耳子、薄荷、白芷、石膏、黄芩等同用。若病程较久，浊涕如脓，腥臭难闻，鼻塞不闻香臭，此胆热上犯，可与柴胡、山栀、贝母、玄参等清泄肝胆药配伍，如《疡医大全》取渊汤。本品治鼻渊，亦可外用，如与鹅不食草煎水滴鼻，或与鱼脑石等量研末搐鼻。近年来有将辛夷制成软膏、油剂、乳剂，用棉条浸透塞鼻，对过敏性鼻炎效果较好，对急性鼻炎或肥厚性鼻炎亦有作用。本品亦治鼻息肉(鼻痔)，内服外用均可。但本品系辛温之品，易于耗气伤阴，鼻病而见有气虚或阴虚火旺者慎用。煎服，3—10克。

实验研究：望春玉兰花蕾含松树脂醇二甲醚、鹅掌楸树脂醇B二甲醚、望春花素、发氏玉兰素等木脂体成分。玉兰花蕾含挥发油，内有柠檬醛，丁香油酚，1,8－桉叶素等。

花蕾挥发油制成的芳香水剂或乳剂，用于鼻部炎症可作用于粘膜表面产生蛋白质沉淀收缩，使分泌或渗出物减少，并能扩张微血管，改善局部血液循环，因而促进分泌物的吸收，使炎症减退，鼻腔通畅。花苞干燥粉末的水、醇提取物对多种动物均有降低血压效果，对肾性高血压大鼠及老年性“原发性”高血压犬，均有降压作用。对肾性高血压犬的降压效果不显著。降压与心脏抑制、血管扩张及神经节阻断有关。口服时降压作用不明显，可能因有效成分不易被吸收的缘故。辛夷煎剂和流浸膏对子宫有明显的兴奋作用，已孕子宫更为敏感，其有效成分为溶于水、醇的非挥发性物质；辛夷煎剂对多种致病性皮肤真菌在试管中有抑制作用。

苍耳子

始载于《神农本草经》。原名葈耳实，又名胡苍子、牛虱子、苍棵子、羊带归。为菊科植物苍耳 Xanthium sibiricum Patrin et Widd 带总苞的果实。中国各地均产。

本品味苦、甘、辛，性温。有小毒。归肺经。功能散风邪，通鼻窍，祛风湿，止瘙痒。主治风邪头痛、鼻渊流涕、风湿痹痛，以及风瘙瘾疹、疥癞等。

治风邪头痛，尤以外感风寒者多用，常与羌活、防风、白芷等配伍；若因于风热者，须与薄荷、菊花等同用。以其能散风邪，通鼻窍，又为治鼻渊的常用药。临床每配伍辛夷、白芷、薄荷等，方如《济生方》之苍耳散。若肺有郁热，可加黄芩、石膏等以清肺泄热。《医宗金鉴》主治鼻渊的奇授藿香丸，用藿香、猪胆汁和丸，而以苍耳子煎汤送服，也是取其散风通窍的作用。本品治鼻渊，除内服外，亦可入麻油煎熬，用棉签蘸油涂鼻腔；或配辛夷、鱼腥草等煎水加薄荷油微量滴鼻。苍耳子善祛风湿，故又用治风湿痹痛。《本草汇言》谓其“上中下一身风湿众病不可缺”。《食医心镜》治风湿痹痛，四肢拘挛者，用一味苍耳子研末煎服；《证治准绳》仙灵脾散，治走注风，往来不定，用苍耳子与仙灵脾、威灵仙、川芎、肉桂心配伍。本品治风瘙瘾疹，疥癞等皮肤病，可配地肤子、白鲜皮等煎汤内服或外洗。《洞天奥旨》还用苍耳子配苍术为丸内服治麻风病。煎服，3—10克。本品性偏升散，故血虚之头痛、痹痛不宜应用。苍耳子有毒，剂量过大可致中毒。轻者见头晕、头痛、恶心、呕吐、腹痛、泄泻，或发热、面红、目赤、荨麻疹等；严重者可出现烦躁、嗜睡，进而昏迷、抽搐、心动过缓、血压升高、黄疸、肝大、出血、尿少、眼睑浮肿等，甚至死亡。中药解毒，一般用甘草绿豆煎汤内服，严重者须及时抢救。

实验研究：果实含苍耳子甙1.2%、树脂3.3%，又含脂肪油、生物碱、维生素C、色素、β谷甾醇、豆甾醇等。苍耳子甙为含硫的结晶性物质，有明显的降血糖作用，但化学结构迄未确定，有人称之为羧基苍术甙，也有人用代号AA_2者。

种仁有毒，其水溶性成分给动物后可见活动减少，反应迟钝，死前呼吸极度困难，伴阵发性惊厥，主要病理改变为肝损害和肾变性，肺和脑充血、水肿。异丙嗪对中毒有解救作用。毒性成分有人认为系甙类物质，死亡与严重的低血糖惊厥有关。而苍耳子油和苍耳子蛋白毒性甚小。也有人认为，其毒性成分是毒蛋白或氢醌等其他成分者。成人服苍耳子超过100克可致中毒，毒性成分主要侵犯中枢神经、肝和肾脏。解救措施为对症治疗。

生姜

始载于《本草经集注》。为姜科植物姜 Zingiber officinale Rosc. 的新鲜根茎。原植物在中国中部、东南部及西南部各省、区广为栽培。

本品味辛，性微温。归肺、胃、脾经。功能发表散寒，温中止呕，下气开痰，并能解毒。主治风寒表证，脘腹寒痛，呕吐，泄泻，痰饮喘咳，痰迷昏厥以及药物、食物中毒等症。凡感冒风寒，恶寒微热，头痛鼻塞，症轻者用生姜煎汤加红糖热服，能发散表寒，亦可作为预防感冒之药。风寒表证，常作辛温解表剂中的辅助药，与紫苏、羌活、防

风、葱白等同用。生姜且能温散里寒,故中寒脘痛、腹痛、呕吐、泄泻亦可用之,使中焦之阴寒消散,脾胃之气温和,则痛、泻自止。其温中止呕作用尤著,孙思邈誉其为"呕家圣药",通常多与半夏配伍,如《金匮要略》小半夏汤。胃寒呕吐者,增配吴茱萸等加强温中散寒、降逆止呕作用;胃热呕吐者,增配黄连、竹茹等清热降逆以止呕。古方中生姜常与大枣配伍,因其有辛甘发散之功,又能行脾胃之津液而调和营卫,有助于解肌散邪,健脾和营,故治风邪伤卫的桂枝汤中用之,治寒热往来的小柴胡汤亦用之;治虚劳里急诸不足的小建中汤、气血双补的八珍汤均用之。生姜能下气开痰,为治疗痰饮喘咳之辅药。如《洁古家珍》姜桂丸,用南星、半夏、肉桂为丸,以生姜煎汤送服,治寒痰咳嗽;《杂病源流犀烛》竹沥达痰丸,生姜汁与竹沥、青礞石等并用,施于痰热壅肺,烦满喘咳之症;《经验广集》五汁膏,又以生姜汁与蜂蜜、白萝卜汁、梨汁、人乳共熬成膏,用于虚劳久嗽。对于中风痰壅,口噤不语,生姜汁与竹沥同用,则有豁痰之功。生姜煎汤或取姜汁冲服,可解半夏、南星、附子、乌头、莨菪、闹羊花、木薯、百部等药物中毒及鱼、蟹、鸟、兽肉等食物中毒。在炮制半夏、南星时多用生姜同制以减其毒性。在外治方面,取其辛温走散之性,可以祛寒止痛。如《本草纲目》用生姜汁和黄明胶熬贴,治风湿痹痛;《本草新编》将生姜捣碎炒热熨腹部,治疗感受阴寒,手足厥逆,绕脐腹痛不止。另外,用生姜擦冻疮有散寒消肿之功。生姜是辛温走散之品,阴虚火旺之体不宜服用。煎服,3—10克(单用或解毒用15—30克);捣汁冲服,3—10滴(中毒急救可用5—10毫升)。煨熟用之,其性能比生姜则不散,比干姜则不燥,具有温中止泻作用,主治脘腹冷痛、泄泻等病症。

实验研究:生姜含挥发油0.25%—3.0%,主要成分为姜醇、姜烯、β水芹烯、莰烯、柠檬酸、姜萜酮、β甜没药烯、α姜黄烯等。又含辣味成分姜辣素,是具相同母体(3-甲氧基-4-羟基苯)和不同侧链的一类混合物质。

动物试验,口服姜煎液可促进胃酸及胃液的分泌(最初可能出现抑制),增强脂肪酶的作用,浸膏及姜辣素、姜烯酮能抑制硫酸铜引起的局部反射性的犬的呕吐,但对阿朴吗啡、洋地黄等引起的中枢部位的呕吐则无效。生姜有驱风作用,轻度刺激消化道,可使肠张力、节律及蠕动增加,有时继之以降低,可用于因胀气或其他原因引起的胃肠疼痛。姜辣素可使兔肠管松弛,蠕动减退。生姜对胃肠道的作用与剂量、用药前的状态有关。乙醇提取液对麻醉动物的血管运动中枢、呼吸中枢和心脏有兴奋作用。还有抗炎、抗组胺作用。生姜滤液在体外能杀死阴道滴虫,大量口服生姜可引起口干、喉痛,吸收后由肾排出,若剂量过大,可能刺激肾脏发炎。

葱白

始载于《名医别录》。又名葱茎白、葱白头。为百合科植物葱 Allium fistulosum L.的鳞茎。中国各地都有栽培,采挖后切去叶及须根,剥去外膜。亦有连须根用者,称连须葱白。

本品味辛,性温。入肺、脾、胃经。功能发散风寒,温通阳气。主治风寒表证,阴寒腹痛,二便不通及虫积等病症。如伤寒时病初起,表邪不解之轻证,身热恶寒,头痛,可用以发散风寒。但其发汗作用较弱,多配合其他解表药同用,如《肘后方》葱豉汤用之配豆豉;《活人书》连须葱白汤用之配生姜,以加强其发散透表的作用。伤寒少阴病阴寒内盛,格阳于外者,用本品温通阳气,则需与温热药同用。如少阴病下利脉微,仲景白通汤取葱白配附子、干姜同用。通脉四逆汤中亦加葱白。《本草纲目》谓葱白又主虫积腹痛,《瑞竹堂方》治虫积卒心急痛,牙关禁闭欲绝,取葱白捣膏,并麻油灌之。近世在此方基础上,用葱白汁和花生油或豆油内服,治疗蛔虫性肠梗阻,可使腹痛缓解。亦可用葱白煎汤,临睡灌肠,治蛲虫。《活人书》治阴寒内盛,腹痛厥逆;《本事方》治小便闭胀;《直指方》治大肠虚闭;《外台秘要》治大小便闭,都用本品捣烂,安脐上或少腹部温熨。待其气通以后,腹痛者即得缓解,二便闭者即得通利。亦有采用内服取效者,如《全幼心鉴》治小儿虚闭,用本品煎汤调阿胶、生蜜内服;治小儿尿闭,以本品同乳汁煎服,都是温运阳气的效果。此外,乳痈初起,用葱白捣敷,或葱汁内服,有通乳消肿之功。如热毒较甚,则宜同时内服清热解毒药。又《外科精义》治痈疖肿硬,无头,不变色者,用葱白、米粉,炒研为末,醋调敷。综观葱白主治各证,其作用主要在于"发散,能通上下阳气"。阳气得通,则表寒可解,里寒可温,结滞可散,闭塞可通。对痈肿初起的解毒消肿作用,也与通气散结有关。煎服,3—10克。表虚多汗者勿服。

葱叶,具有祛风发汗,活血通络,解毒消肿的作用。内服可治感冒风寒,身热无汗,头痛鼻塞及中风,面目浮肿;又可用治肝经气血郁滞所致的胸胁板着胀痛,如《金匮要略》旋覆花汤。外用可治下肢浮肿、疮痈肿痛。

葱汁,又名葱涕、葱涎、葱油。为葱茎或全株捣取之汁。功能祛上焦风邪,散瘀止血,解毒消肿。内服治头痛耳聋,并主尿血。外涂可治乳痈、痔疮、创伤出血。

葱实,为葱的种子。功能温肾,明目。主治肾虚阳痿,目眩昏暗。

实验研究:葱的鳞茎分离得S-烯丙基巯基半胱氨酸、S-甲基巯基半胱氨酸。又含挥发油,油中主要成分为大蒜辣素,并含维生素C、B_1、B_2,烟酸、脂肪油和粘液质。

体外试验,对志贺痢疾杆菌、常见皮肤真菌等均有某种抑制作用。滤液在体外能杀灭阴道滴虫。

芫荽

始载于《食疗本草》。原名胡荽,又名香菜、园荽、香

荽。为伞形科植物芫荽 Coriandrum sativum L. 的全草。中国各地均有栽培。

本品味辛，性温。归心、肺、脾、胃经。功能发表透疹，理气消食。主治风寒感冒，麻疹透发不畅；消化不良，食滞腹胀及胃寒胀痛等症。李时珍谓其"辛温香窜，内通心脾，外达四肢，能辟一切不正之气"，凡外感风寒、发热无汗者，可同葱白煎服，以发散解表；麻疹初期，因风寒外束，透发不畅者，可与蝉蜕、薄荷或紫背浮萍等煎汤内服，并可用鲜芫荽入沸水略煮后，取汤擦洗手足及胸背等部，有促进麻疹透发之效。用于食滞腹胀，可配神曲、麦芽等药，以加强消食化滞的作用；胃寒腹胀者，则可配干姜、陈皮之类以温中行气。由于本品为辛温走窜之品，易致耗气。故气虚者不宜多服；麻疹已透或因于热毒壅滞而不易透发者忌用。煎服，10—15 克；鲜者可用 30—60 克。

杜衡

始载于《名医别录》。又名马蹄香、土细辛、南细辛、马蹄细辛。为马兜铃科植物杜衡 Asarum forbesii Maxim. 的根茎及根或全草。分布于中国江苏、浙江、安徽、江西、湖南等省。

本品味辛，性温。有小毒。归肺、肾经。功能发散风寒，祛风止痛，温肺化饮。主治风寒感冒，头痛，牙痛，风湿痹痛，胃痛，痧气腹痛，痰饮喘咳，口舌生疮等。

本品辛可散在表之风，温可逐在里之寒。如《杏林摘要》治风寒头痛的香汗散，单用本品研末，热酒调下，少顷饮热茶一碗，催之出汗，可以疏解风寒，温经止痛。治风寒湿痹所致的骨节疼痛，可配威灵仙。治里寒所致的胃痛、腹痛，可配乌药、木香等。李时珍谓其能"下气消痰"，其治风寒咳逆、痰饮哮喘等证，主要是取其温肺化饮的作用。治口舌生疮，配黄连研末外敷；治胃火牙痛，配石膏同用，都是寒热并用，以达到解散浮热的效果，有"火郁发之"的意义。此外，杜衡亦治蛇咬伤，可单味研末吞服，或与杜蒿、斑叶兰等同煎服，如同时取本品捣烂外敷则更佳。煎服，1.5—3 克；研末服，1—1.5 克。血虚头痛，肺虚喘逆、肺虚咳嗽的患者及孕妇忌服。

实验研究：杜衡全草含挥发油约 3%，其中主成分为甲基丁香油酚、反式和顺式异甲基丁香油酚、榄香脂素。还有龙脑、异龙脑、黄樟醚、卡枯醇等。

煎剂灌胃对小鼠有镇痛作用。

灯盏细辛

始载于《滇南本草》。原名灯盏花，又名灯盏草、地顶草、东菊。为菊科植物短葶飞蓬 Erigeron breviscapus (Vant.) Hand. - Mazz. 的全草。分布于中国西南地区及湖南、广西等省、区。

本品味辛、微苦，性温。功能祛风散寒，活血止痛。主治感冒头痛、风湿痹痛、瘫痪、跌扑损伤、胃痛、牙痛等证。用于感冒头痛、鼻塞不通，胃痛，水煎服。用于风湿痹痛和跌打损伤，泡酒饮。用于脑血管意外所致之瘫痪，以及小儿麻痹后遗症，灯盏细辛蒸鸡蛋或与猪脚爪炖服。用于牙痛、疔毒、疮疖，用鲜品捣烂外敷。煎服，9—15 克。

实验研究：短葶飞蓬全草含高山黄芩素甙、飞蓬甙、焦迈康酸等。

石香薷

始载于《四声本草》。原作石香葇，又名华荠苧、蚊子草、五香草、野荆芥、细叶七星剑。为唇形科植物石香薷 Mosla chinensis Maxim. 的全草。分布于中国华东地区及江西、湖南、湖北、贵州、四川、广西、广东等省、区。

本品味辛、苦，性温。功能祛暑解表，化湿和中，理气止痛，解毒止痒。主治夏月感冒、疰夏、暑湿吐泻、痧气腹痛、湿疹、痱子、阴痒等病症。

本品配薄荷、金银花、葱白同煎，可防治夏月感冒及流行性感冒，也治小儿疰夏之发热厌食、消化不良。用治暑湿所致的吐泻，脘腹绞痛及胃气痛，有宽胸利气，化湿和中止痛之效。外用治湿疹瘙痒、痱子奇痒灼痛、阴部湿痒，可煎水洗；其蒸馏液涂阴道或稀释后冲洗阴道，可治真菌性阴道炎之阴痒带下；若捣烂敷还可治无名肿毒，蛇虫咬伤。此外，内服尚有利尿消肿作用，故亦可用治颜面浮肿，下肢水肿。煎服，9—15 克。

实验研究：石香薷全草含挥发油约 0.7%。油中主含香荆芥酚 65%。还含香荆芥酚乙酸酯、对聚伞花素、芳樟醇、龙脑、α 石竹烯、百里香酚等。

水苏

始载于《神农本草经》。又名鸡苏、香苏、望江青。为唇形科植物水苏 Stachys baicalensis Fisch. 的全草。分布于中国辽宁、内蒙古、河北、江西以及华东地区。

本品味辛，性微温。入肺、胃经。功能疏风清热，下气，止血，解毒。主治伤风感冒、头痛、咽痛、吐血、衄血、崩中漏下、疮疖肿毒、跌打损伤等病症。

用于伤风感冒，头痛，鼻塞，咳嗽，咽喉肿痛，可配防风、薄荷、桔梗、甘草等以疏风解表。百日咳可配鱼腥草、一枝黄花以清热解毒。单纯咽喉炎或扁桃体炎，可配土牛膝、板蓝根以泻火解毒。水苏又有止血效能，可应用于多种出血。如《梅师方》治吐血、下血、妇人漏下，皆单用水苏煎汁饮之；又以生水苏同香豉杵研，搓如枣核大，纳鼻中，治衄血不止。《广济方》治血淋不绝，用本品配竹叶、石膏、生地煎汤，冲蜀葵子末服之。此外，疮疖肿毒，可用水苏捣敷患处；跌打损伤，可用水苏捣汁和酒内服。煎服，6—12 克。因本品芳香走散，故表虚汗出者慎用。

石荠苧

始载于《本草拾遗》。又名痱子草、野香薷。为唇形科植物石荠苧 Mosla scabra (Thunb.) C.Y.Wu et H.W.Li 的全草。分布于中国辽宁、陕西、甘肃、河南、江苏、安徽、浙江、江西、湖南、湖北、四川、福建、台湾、广东、广西等省、区。

本品味辛,性微凉。功能解表祛暑,解毒,止血。主治感冒发热,暑湿吐泻,湿疹、痱子,疖肿痈毒,便血及外伤出血等。用本品煎服或捣汁冲开水服可治感冒发热头痛、咳嗽、咽疼;现常配虎杖根、律草、鸭跖草等同煎,治疗慢性气管炎。若治中暑及暑湿伤中的呕吐腹泻,可配青蒿、荷叶。单用石荠苧或加苍耳子煎水洗可治皮肤湿疹瘙痒、脚丫癣痒及痱子。与白菊花煎水服又能治风疹。治蜂、斑蝥、蜈蚣螫伤,烧存性研末麻油调搽,或鲜叶搓擦。本品还有止血作用。如与大蓟、小蓟、艾叶煎服可治痔血、便血及血崩;捣烂敷或研末撒患处,可止外伤出血。煎服,10—15 克;鲜品可加倍,或捣汁饮服。

实验研究:石荠苧全草含生物碱、皂甙、鞣质和挥发油 0.57%—3.5%。挥发油中主成分为左旋侧柏酮、右旋香桧烯、右旋柠檬烯、α石竹烯、水芹烯等。

牛至

始载于《植物名实图考》。原名小叶薄荷,又名土茵陈、白花茵陈。为唇形科植物牛至 Origanum vulgare L.的全草。分布于中国新疆、甘肃、陕西、河南至江南各省、区。

本品味辛,性微温。功能解表散寒,化湿理气。主治感冒发热、呕吐、腹泻、胸膈胀满、湿疹瘙痒等。

用以疏解外邪,治感冒发热、鼻塞、头痛、咳嗽或呕吐等症,可与紫苏、枇杷叶等配用。煎汤或泡茶饮可治暑湿所致的腹痛、吐泻;与茴香根、香樟根等同用,可治气阻食滞引起的胸膈胀满。外用鲜草煎水洗浴,能治皮肤湿热瘙痒。此外,本品内服还用于黄疸;捣烂外敷可治跌打损伤疼痛;煎水洗眼并揉绒塞鼻能治急性眼结膜炎。煎服,3—9 克。

实验研究:牛至全草含挥发油 0.12%,油中主要成分为:对聚伞花素、γ松油烯、香荆芥酚、百里香酚。后两者有抗菌作用。还含黄酮甙,已分离出的甙元有山柰酚、芹菜素、木犀草素和香叶木素。又含咖啡酸。

鹅不食草

始载于《四声本草》。又名球子草、地胡椒、散星草、疟疾草、通天窍。为菊科植物石胡荽 Centipeda minima (L.) A.Br.et Aschers.的全草。中国东北、华北、华东、中南、西南各省、区都有分布。

本品味辛,性温。归肺经。功能祛风通窍,去翳明目,止咳祛痰,散瘀消肿。主治感冒风寒,头痛鼻塞,急、慢性鼻炎,鼻息肉,目赤肿痛,胬肉攀睛,百日咳,慢性气管炎,疟疾,跌打损伤,劳伤腰痛,风湿痹痛,面神经麻痹等病症。

用于风寒头痛,急、慢性鼻炎,鼻息肉等证,可以鲜品搓绒塞鼻或干品研成细粉搐鼻。用治目赤翳障,本品可配青黛、川芎同研细粉,先含水满口,每用少许搐鼻,以泪出为度;用于胬肉攀睛,以鹅不食草鲜品取汁煮沸澄清,稍加冰片点眼。用于百日咳,本品配冰糖水煎;亦可制成糖浆服。治慢性气管炎,煎汤服。用于疟疾,须于疟发前 2 小时以鲜品塞鼻或煎水服。用于跌打损伤,鲜品捣烂外敷局部。用于劳作腰痛,风湿痹痛,本品泡酒饮。用于面神经麻痹,鲜品捣烂;或以干品研粉,凡士林调成软膏,临用时涂纱布上,右歪贴左,左歪贴右,2 日换药 1 次。煎服,3—10 克。本品味辣,不宜多用。

实验研究:石胡荽全草含石胡荽酸、蒲公英赛醇、蒲公英甾醇及其棕榈酸酯和乙酸酯、山金车烯二醇、羽扇豆醇及其乙酸酯、廿六醇。尚含豆甾醇、谷甾醇、黄酮类、挥发油等。

石胡荽挥发油及乙醇提取物在动物试验中,有某些祛痰、止咳及平喘作用。

蒟酱叶

始载于《新修本草》。又名蒌叶、橹叶、蒟叶、青蒌叶。为胡椒科植物蒟酱 Piper betle L.的叶。主产于中国广东省;原植物在云南、广西等省、区亦有分布。

本品味辛,性温。功能祛风散寒,行气止痛,杀虫止痒。主治外感风寒咳嗽,寒性哮喘,胃寒食滞之脘腹胀痛。外治皮肤湿疹,疮毒、疥癞、足癣、风毒脚肿,煎水洗或研末撒。煎服,3—9 克。

实验研究:蒟酱叶含挥发油,内含胡椒酚 7.2%—16.7%,蒌叶酚 2.7%—6.2%、烯丙基焦性儿茶酚 0—9.6%、香荆芥酚2.2%—5.6%,丁香油酚26.8%—42.5%、对聚伞花素 1.2%—2.5%、1,8-桉叶素 2.4%—4.8%、丁香油酚甲醚 4.2%—15.8%、石竹烯 3.0%—9.8%、荜澄茄烯 2.4%—8.8%,以及其他倍半萜 4.5%—6.8%等。叶尚含多种氨基酸、维生素 C、苹果酸、草酸、葡萄糖、果糖、麦芽糖、葡萄糖醛酸等。又每 100 克叶含铁 2.5 毫克。

蒌叶酚在试管内对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌及某些真菌有抑制作用。挥发油亦有较弱的抗菌、抗原虫作用。

薄荷

始载于《雷公炮炙论》。又名南薄荷。为唇形科植物

薄荷 Mentha haplocalyx Briq.的地上部分。通常每年可采收2次，第一次(头刀)于7月，第二次(二刀)于10月上中旬，选晴天割取，晒干或阴干。

茎方柱形，长15—35厘米，直径2—4毫米，表面黄褐色、淡绿色或紫棕色，节明显，节间长3—7厘米，被白色绒毛，上部有对生分枝，质脆，易折断，断面白色，常中空。叶对生，叶片多皱缩或破碎，完整叶呈长卵形或椭圆状披针形，长2—7厘米，宽1—3厘米；上表面深绿色，下表面淡绿色或灰绿色，被有白色绒毛及腺鳞，质脆。枝端常有轮伞花序腋生，黄棕色，花冠淡紫色，花萼钟状。气芳香，味辛凉。主产于中国江苏、江西等省。中国各地均有栽培。

本品味辛，性凉。归肺、肝经。功能疏散风热，清头目，利咽喉，透疹止痒。主治风热表证、头痛、目赤、咽喉肿痛、麻疹不透、瘾疹瘙痒等。薄荷为治风热所致诸证之要药。

用于风热感冒，或温病初起，发热微恶寒、头痛、咳嗽，可与荆芥、银花、连翘等药同用。治麻疹初期，风热外束，疹出不透，可借本品宣散之功，以助疹透发，常与蝉蜕、牛蒡子等同用。风疹瘙痒亦可用之，如《永类钤方》以本品配蝉蜕等分为末服。用治风热上攻所致的头痛、目赤，一般常与菊花、桑叶等同用。若肝郁化火，目赤肿痛，视物模糊，头晕头痛者，可与夏枯草、菊花等同用。用治风热上壅，咽喉疼痛，有疏风宣肺，利咽喉之功，常同桔梗、僵蚕等配伍。本品亦可治夏季感冒之头昏、发热、口渴、小便短赤之证，多与滑石、甘草等同用。此外，薄荷还可治肝气郁结证，常与柴胡、白芍等疏肝解郁药同用。煎服，3—6克。其气芳香，不可久煎，宜后下。阴虚血燥，肝阳偏亢，表虚汗多者忌服。

实验研究：新鲜薄荷叶含挥发油0.8%—1%，干茎叶含1.3%—2%。油中主成分为薄荷醇，含量约77%—78%，其次为薄荷酮，含量为8%—12%，还含乙酸薄荷酯、莰烯、柠檬烯、异薄荷酮、蒎烯、薄荷烯酮、树脂及少量鞣质、迷迭香酸、咖啡酸、木犀草素-7-葡萄糖甙和多种游离氨基酸如苏氨酸等。

薄荷醇与薄荷酮对皮肤均有刺激作用，通过皮肤神经末梢感受器，先产生冷的感觉(皮肤温度并不降低)，随后有轻微刺灼感，且可缓慢透入皮内，引起局部血流的增进，而发挥消炎镇痛作用。薄荷醇能促进呼吸道粘液的分泌，降低其粘稠度，缓解局部炎症反应。薄荷油对离体兔肠有抑制作用。它的健胃作用，可能与刺激嗅觉及味觉有关。给动物口服薄荷醇，有利胆作用，体外试验，有良好的抗菌作用。

桑叶

始载于《神农本草经》。为桑科植物桑 Morus alba L.的叶。以经霜者为好。中国大部分地区均产。

本品味苦、甘，性寒。归肺、肝经。功能疏散风热，清肝明目。主治外感发热头痛，咳嗽，目赤流泪，肝虚眩晕等证。桑叶能疏散在表之风，清泄肺经之热，常用于风温发热头痛，咳嗽咽疼，多与菊花、薄荷、桔梗同用；治燥热伤肺，咳嗽少痰，口干咽燥之证，常与杏仁、贝母、麦冬等同用。本品能疏风清肝，凡目赤肿痛，迎风流泪，头风疼痛之由于肝经风热者，皆可用之，常与菊花、决明子等配伍。肝虚引起的头昏目花亦多用之，可与滋养肝阴的黑芝麻同用。本品亦可治头汗，多与白芍、牡蛎等配用。煎服，5—10克。风寒咳嗽勿用。

实验研究：桑叶含黄酮类：芸香甙、槲皮素、异槲皮甙；含香豆精类：伞形花内酯、东莨菪素、东莨菪甙、羟基香豆精；含有机酸成分：草酸、延胡索酸、绿原酸等；含植物甾醇类：β谷甾醇及其葡萄糖甙、牛膝甾酮、蜕皮甾酮；含三萜类：羽扇豆醇以及腺嘌呤、胆碱、胡芦巴碱、内消旋肌醇。还含挥发油，内有愈创木酚、水杨酸甲酯、丁香油酚等。又含溶血素、葡萄糖、天门冬氨酸、谷氨酸等。另含谷胱甘肽1400—4000毫克/L，维生素C 2000—3000毫克/L，叶酸1050微克/L，5-甲酰四氢叶酸220微克/L，维生素 B_1 4600微克/L，维生素 B_2 3000—8000微克/L和微量的锰、硼、锌、铜等。

桑叶和蜕皮甾酮对四氧嘧啶引起的大鼠糖尿病，或肾上腺素、胰高血糖素、抗胰岛素血清引起的小鼠高血糖症均有降血糖作用。蜕皮甾酮促进葡萄糖转变为糖原，但不改变正常动物的血糖水平。有人认为桑叶中所含某些氨基酸能刺激胰岛素的分泌以降低血糖。蜕皮激素能促进细胞生长，刺激真皮细胞分裂，产生新生的表皮并促进昆虫蜕皮。对人体能促进蛋白质合成，排除体内胆甾醇，降低血脂。桑叶中的植物雌激素，喂饲小鼠可减慢生长率。

菊花

始载于《神农本草经》。为菊科植物菊 Dendranthema morifolium (Ramat.) Tzvel.的头状花序。药材有亳菊、滁菊、贡菊、杭白菊、杭黄菊等。通常于9—11月花盛开时，选晴天露水干后或下午采收。阴干或焙干，或熏蒸后晒干。

亳菊头状花序呈不规则球形或压扁状，直径约2厘米。总苞半球形，总苞片3—4层，淡棕色或灰绿色，边缘膜质。花序周围舌状花多而排列紧密，花冠白色或黄白色，长约1.8厘米，宽约3毫米，顶端微有齿裂，散生金黄色腺点；中央为少数短小的管状花，花冠淡黄色，每朵花基部具1枚膜质鳞片。质较硬，气清香，味微苦，品质最佳。主产中国安徽亳县、涡阳县。

滁菊头状花序形较小，总苞淡绿色，周围的舌状花冠白色，长约1.5厘米，宽约3毫米，有时可见淡褐色腺点；中央的管状花少数，黄色，每花基部的鳞片不明显。质柔软，气香幽郁，品质亦佳。主产安徽滁县、全椒县。

贡菊又称徽菊，头状花序直径约1.2厘米，总苞草绿色，周围舌状花冠白色，长1—1.2厘米，宽约2毫米，较肥厚，排列紧密，多卷成细筒样，通常无腺点；中央管状花少数，黄色，每花基部的鳞片甚少。主产安徽歙县。

杭菊头状花序常数个互相粘连，每一花序较大而扁，直径2.5—3.5厘米，总苞圆盘状，总苞片4层，灰绿色或褐棕色；周围舌状花11—13层，每层3—5朵，排列较疏，花冠白色或黄白色，较宽，顶端圆钝，有1—2浅凹，通常无腺点；中央的管状花多被压偏斜，花冠深黄色，每花基部鳞片不显著。质柔润，气清香，味微甘苦。主产浙江嘉兴、桐乡县、海宁县。

本品味甘、苦，性凉。归肺、肝经。功能疏风清热，平肝明目，解毒消肿。主治外感风热头痛，眩晕，目赤肿痛，羞明流泪，眼目昏花，疔疮肿毒。风温初起，邪在手太阴肺经，见头痛、发热、咳嗽等症者，常配桑叶、薄荷等药疏风解表。用于风火上攻，或风阳偏盛的偏正头痛、头风等症，能散风火而清头目，可制成药枕外用，亦可与祛风及清降药同用。如《简便单方》用本品配川芎、石膏；《奇效良方》菊花散用本品配蔓荆子、羌活、石膏等。菊花又擅长平肝、息风，常用于肝阳上亢，肝风上扰的头目胀痛、眩晕等证，一般与白蒺藜、石决明、钩藤、夏枯草等同用。用于肝肾阴虚肝阳上亢，而见眩晕目花，头重足软，或目睛枯涩疼痛等证者，常于六味地黄丸中加本品与枸杞子，以滋养肝肾，清降肝阳。用于血虚不能养肝而见头晕目花者，则多于四物汤中加配菊花等，以益血清肝。菊花善清肝经风热，有明目效果，所以又是眼科的常用药。如治疗目赤肿痛，无论时行热毒、风热或肝火引起的，都可佐用本品。属于热毒者，多配黄连、大黄等；属于风热者，多配白蒺藜、防风之类；属于肝火者，多配决明子、地黄、山栀子。治肝热目涩昏暗，视物不明，多眵羞明，常与密蒙花同用。菊花还有清热解毒作用，用于疔疮痈肿等热毒外证，多与紫花地丁、蒲公英等配伍，或单用鲜品捣汁冲服并外敷。现代报道菊花治疗高血压病能改善症状，有一定的降压作用；对冠心病心绞痛，亦有较好的疗效。花有黄白两种，性能略有偏异，黄菊味偏于苦，以疏风清热之功见长；白菊味偏于甘，以平肝益阴之功为胜，临床宜根据病情需要而选择应用。本品性偏寒凉，对气虚胃寒，食减泄泻的患者慎用。煎服，6—10克。

实验研究：花含挥发油、腺嘌呤、胆碱、水苏碱、矢车菊甙、氨基酸、黄酮类、微量维生素 B_1。挥发油主含菊油环酮、龙脑、樟脑等，黄酮类有木犀草素-7-葡萄糖甙、大波斯菊甙、刺槐甙。尚含丁二酸二甲基酰肼。

水煎醇沉制剂对离体动物心脏，能扩张冠状动脉，从而减轻心肌缺血状态，同时也能使心肌收缩力增强与耗氧量增加。矢车菊甙有降压作用。菊花制剂还能抑制局部毛细血管由组胺引起的通透性增加。水浸剂或煎剂在体外对多种致病菌、流感病毒 PR_3 和钩端螺旋体有轻度抑制作用。散剂对兔灌胃，可缩短凝血时间。

牛蒡子

始载于《名医别录》。原名恶实，又名鼠粘子、大力子。为菊科植物牛蒡 Arctium lappa L.的果实。主产于中国东北地区及河北、浙江等省。

本品味辛、苦，性寒。归肺、胃经。功能疏散风热，宣肺透疹，清利咽喉，解毒消肿。主治风热表证、咽喉肿痛、丹痧、麻疹透发不畅、皮肤瘾疹作痒及热毒痈肿。

本品发散之力虽然不及薄荷等药，但因其有宣肺利咽、解毒消肿作用，故对风热表证兼见咳嗽咽痛者常用之。表热轻者可与桑叶、菊花等疏散风热药同用；表热重者则与银花、连翘等清热透表药并施；咳痰不利，可配桔梗、浙贝母等宣肺化痰止咳药。火毒熏蒸，咽喉肿痛，亦可用之，如《疫证条辨》用清瘟败毒饮加牛蒡子、射干、山豆根；《广济方》并以其与马蔺子作散剂服治喉痹。又如喉痧初起，咽喉肿痛，寒热咳嗽，痧疹隐约者，《疫喉浅论》的清咽汤中用本品，既有清咽之能，又有透疹之效。治疗小儿麻疹，邪热郁肺，疹出不畅者，可配蝉蜕、升麻、葛根等，以宣肺透疹，并能清泄热毒。近人张山雷谓麻疹初起，犹未发泄，不宜早投清降，"惟牛蒡则清泄之中，自能透发"，故"最为麻疹之专药"。他如皮肤风疹瘙痒，疹红灼热，可用牛蒡子加浮萍、薄荷等以疏风散热而止痒；或用牛蒡子合生地、苦参、蝉蜕等以清热凉血，祛风除湿。本品用治痈肿疮毒之兼有表证者，有疏散风热、解毒消肿作用。若配伍瓜蒌仁、天花粉、连翘、皂角刺等，可促使痈肿消散。此外，本品尚能润肠通便，对于上述诸证兼有大便不通者，用之更为适宜。煎服，6—12克。但性寒滑利，脾虚便溏者忌服。

实验研究：牛蒡子含牛蒡甙、多种拉帕酚、脂肪油（系棕榈酸、硬脂酸、花生酸、油酸、亚油酸的甘油酯）、维生素 B_1、生物碱。

牛蒡子水浸剂在体外对常见致病性皮肤真菌、葡萄球菌等均有某些抑制作用。提取物能降低大鼠血糖。牛蒡甙能引起动物的强直性惊厥；麻痹运动神经及骨骼肌，扩张血管。

蝉蜕

始载于《名医别录》。原名蝉壳，又名蝉退、蝉衣。为蝉科昆虫蚱蝉 Cryptotympana pustulata Fabricius 等的若虫羽化时脱落的皮壳。6—9月在树上或地面上拾取，去净泥土，晒干。

蝉壳全形似蝉而中空，椭圆形而稍弯曲，足相互紧抱，长约3.5厘米，宽2厘米。表面黄棕色或淡棕褐色，半透明，有光泽。头部有丝状触角一对，多脱落。复眼一对，透明。口吻发达，延长成喙。胸部背面呈十字形裂开，裂口向内卷曲，脊背两旁具小翅2对；腹面具足3对，

腹部扁圆形，有明显的节，尾部钝尖。体轻，中空，易碎。气微，味淡。主产于中国山东、河南、河北、湖北、江苏、四川等省。

本品味甘、咸，性凉。归肺、肝经。功能宣散风热，透疹止痒，明目退翳，祛风解痉。主治风热感冒、麻疹不透、风疹瘙痒、咽喉肿痛、声音嘶哑、角膜云翳、小儿夜啼、惊痫抽搐、破伤风等。用于外感风热或温病初期有表证者，常配薄荷、连翘、菊花等品，有增强散风泄热的效能。小儿感冒发热，烦躁，或夜啼不安，可与钩藤、薄荷、灯芯草同用。用于小儿麻疹发热而疹出不畅者，常配葛根、牛蒡子、薄荷、银花，有疏风散热透疹的作用。治荨麻疹及皮肤瘙痒，配防风、荆芥、银花、白藓皮，有祛风止痒之效。若与蛇蜕并用，善治周身癞癣瘙痒。蝉蜕治咽喉肿痛及音哑，以外感风热引起者为宜。咽喉肿痛，多与薄荷、牛蒡子、玄参等同用。音哑，常合玉蝴蝶、桔梗、胖大海、萝卜缨同用。但虚劳失音，则非本品所宜。《医学衷中参西录》载蝉蜕治外感所致的音哑配用滑石、麦冬、胖大海、桑叶、菊花，泡水代茶饮，有较好的效果。在眼科方面，主要适用于风热攻目的目赤、翳障或角膜云翳之症，常与菊花、木贼草、谷精草等同用。蝉蜕还能息内风而定惊止痉，用治惊风抽搐，口眼歪斜，破伤风等，常与钩藤、天竺黄、僵蚕、全蝎、蜈蚣等息风止痉药同用。煎服，3—10克；治破伤风须用大量，15—30克。孕妇慎服。

实验研究：蝉蜕含大量甲壳质、异黄蝶呤及赤蝶呤。

煎剂灌服，可延长家兔注射破伤风毒素后的存活时间，有抗惊作用，但不降低死亡率。蝉蜕能减少士的宁所致小鼠死亡，部分消除烟碱所致的家兔肌肉抽搐。本品有镇静及某些镇痛及神经节阻滞作用。

淡豆豉

始载于《名医别录》。原名豆豉，又名香豉、大豆豉。为豆科植物大豆 Glycine max (L.) Merr. 的种子经发酵加工的制成品。中国各地均可生产。

本品味苦、辛，性微寒。归肺、胃经。功能解表，宣郁，除烦。主治外感发热、恶寒头痛、心烦胸闷、懊侬不眠等证。

淡豆豉性质轻浮，能升能散，故有解肌发汗作用。但药性缓和，单用力弱，所以多与其他药物相伍应用。多用于外感初起，风寒、风热咸宜。如用于风热表证，常与银花、连翘、薄荷、牛蒡子等配用；用于风寒表证常与葱白合用。本品轻宣透泄，故善于宣郁调中，凡寒热暑湿之气郁结胸脘而不能发越者，皆可用之。如治热郁胸中，心胸烦闷，甚或懊侬不眠，可与栀子配伍；治湿热郁蒸之酒黄疸，心中懊侬热痛者，与大黄、栀子、枳实配伍。治湿郁肠胃，暴痢下血，可单用或与薤白、大蒜等配合应用。寒痰郁肺日久，阴雨天寒即发，坐卧不安者，可与砒石制丸服用。对痰饮宿食停滞胃脘，胸中烦满欲吐，饥而不能食者，又可与瓜蒂、赤小豆合用以引吐。此外，古方尚用本品煎服取汗，并用桂末着于舌下，慢慢咽之，以治喉痹不语；又有用豆豉煎服治损伤瘀聚，腹满胀闷；或捣敷外治痈肿疮毒。煎服，9—15克。胃虚而易于泛恶者，勿用为宜。

大豆卷

始载于《神农本草经》。原名大豆黄卷，又名大豆蘖、菽蘖、清水豆卷。为豆科植物大豆 Glycine max (L.) Merr. 的种子(黑大豆)发芽后的干燥品。中国各地均产。

本品味甘，性平。归脾、胃经。功能宣解表邪，清利湿热。主治暑湿、湿温初起之发热恶寒、身重体痛、胸闷不舒及湿痹、水肿胀满等。

用于暑湿、湿温初起，常与藿香、佩兰、滑石、通草、茯苓等芳香化湿、淡渗利尿药同用。若发热恶寒无汗或汗出不彻者，亦可配香薷以加强解表的作用。如湿热内蕴，烦热胸痞者，则可配山栀或黄芩以泄热透表。其治湿痹及水肿胀满，均取其清利湿热的作用。《普济方》之黄卷散，治湿痹筋挛膝痛，胃中积热，大便结涩者，即以本品炒黄，同酥油为末服。《圣济总录》之大豆散，治水肿喘急，二便不利，即大豆卷醋拌炒干，同大黄研末，用葱及橘皮煎汤调服。煎服，10—15克。

实验研究：本品含天门冬酰胺、胆碱、黄嘌呤、次黄嘌呤及无机盐等。

葛根

始载于《神农本草经》。又名干葛、粉葛。为豆科植物野葛 Pueraria lobata (Willd.) Ohwi 或甘葛 P. thomsionii Benth. 的根。秋末至翌春采挖，洗净并刮去外皮，切成厚0.5—1厘米的块片，或切成长12—15厘米的圆柱或半圆柱形小段，晒干或微火烘干。

野葛根完整者多呈长圆柱形，商品多为斜切、纵切或横切的厚片。表面黄白色或淡棕色，有纵皱纹，粗糙。有时可见横长的皮孔及残存的淡棕色栓皮，切面纤维性强，横切片可见由纤维及导管形成的同心环纹；纵切片可见纤维形成的纵纹。质轻松，气微，味淡。主产于中国湖南、河南、广东、浙江、四川等省。其他大部分地区亦产。

甘葛根形态与野葛根相似，但纤维性较弱，质较硬而重，富粉性，味微甜。主产于广西、广东、四川、云南等省、区。

本品味甘、辛，性平。归脾、胃经。功能解肌退热，透疹，生津止渴，升阳止泻。主治外感发热、头痛项强、麻疹不透、热病口渴或消渴、泄泻、痢疾、耳聋等。

葛根用于外感发热头痛，属于风寒所致，项背部有挛缩紧张感者，常合麻黄、桂枝等同用，如《伤寒论》葛根汤；属于风热所致，常与柴胡、黄芩、石膏等配伍，如陶节庵柴葛解肌汤。葛根轻扬升浮，解肌透疹，治疗麻疹初起或透

发不畅，常与升麻相须而用，如《阎氏小儿方论》升麻葛根汤。葛根又能生津止渴，不仅表证发热口渴用之，对消渴病尤为必用之药，配麦门冬、天花粉、生地黄、五味子、甘草同用，如《直指方》天花散。葛根能升发清阳，鼓舞胃气，而有止泻作用。治疗湿热泻痢，常配以黄芩、黄连，如《伤寒论》之葛根芩连汤。脾虚腹泻，常与山药、白术、茯苓等同用。葛根治气虚耳聋，常配人参、黄芪、升麻等益气升阳之品，如益气聪明汤。现代亦以葛根片治疗突发性耳聋。葛根若生用取汁，还有止血之效，可治衄血、吐血、下血等症。如《圣惠方》治鼻衄，终日不止，心神烦闷者，每服一小盏。《广利方》治心热吐血不止，可顿服半大升。《梅师集验方》治热毒下血者，合藕汁和服。此外，现代亦常以葛根为主治疗颈椎病项背强痛，多与祛风活血益肾之品同用。用治高血压、冠心病心绞痛，对改善症状也有一定效果。一般生用，止泻煨用。煎服 5—10 克。

葛花，功能解酒化湿。主治饮酒过度所致的酒湿伤脾，呕吐痰涎，不思饮食，大便溏薄等症。

实验研究：主要成分为异黄酮类化合物：大豆素、大豆甙、大豆素 - 4′,7 - 二葡萄糖甙、葛根素、葛根素 - 7 - 木糖甙、4′,6″ - 二乙酰葛根素。还含 β 谷甾醇、羽扇烯酮、尿囊素、廿二烷酸、廿四烷酸甘油酯、花生酸和多量淀粉。

葛根素及葛根总黄酮在动物实验中能扩张冠状血管，使心率减慢，总外周阻力降低，心肌耗氧量减少；对急性心肌梗死麻醉犬，总黄酮能增加心肌氧利用率及乳酸利用率，改善代谢。临床上能缓解冠心病心绞痛。总黄酮给麻醉犬颈内动脉注射使脑血流量增加，脑血管阻力下降。临床上对高血压病人可改善项强、头痛、头晕、耳鸣、肢麻等症状，但降压作用不明显。对早期突发性耳聋、偏头痛也有一定效果。葛根素还能抑制 ADP 诱导的血小板聚集，抑制 5 - HT 从血小板中释放。葛根浸膏有一定的 β 受体阻滞作用（特别是对 β_1 受体）。醇浸剂有某些解热作用。大豆甙元在体外有解痉作用。煎剂对正常家兔有轻微的降血糖作用。葛根素口服吸收少。

柴胡

始载于《神农本草经》，原作茈胡。为伞形科植物北柴胡 Bupleurum Chinense DC. 及狭叶柴胡 B. scorzoneri - folium Willd. 的根。春、秋两季采挖，除去地上部分及泥沙，晒干。

北柴胡的根呈圆柱形或圆锥形，平直或弯曲，常有分枝，长 6—15 厘米，直径 3—8 毫米。表面淡棕色或黑褐色，近根头部有横皱纹，渐至下部有不规则纵皱纹，并有细小的支根痕和皮孔。根头部膨大成块状，残留 3—15 个茎基及数个纤维状的叶基。质硬而韧，不易折断，断面纤维性，皮部浅棕色，木部淡黄白色。气微香，味微苦辛。主产于中国东北地区及河北、河南、陕西等省。

狭叶柴胡习称南柴胡。呈长圆锥形，常弯曲，少分枝或不分枝，长 5—14 厘米，直径 3—6 毫米。有深皱纹，表面红棕色至黑棕色，近根头部有多数明显的环纹及皮孔。根头部稍膨大，残留有叶基朽蚀后的束状毛须。质较脆，易折断。断面平坦，淡棕色，不显纤维性，中间有油点，木部黄白色，裂片状。气微香，有油腻味。主产东北各地及陕西、内蒙古、河北、江苏、安徽等省、区。

本品味苦，性微寒。归肝、胆、心包络、三焦经。功能透表泄热，疏肝解郁，升举阳气。主治外感热病、寒热往来、疟疾、胸胁胀满、月经不调、子宫脱垂及脱肛。

柴胡质轻升散，治疗外感病，无论风寒，温热，都可应用。用于风寒表证，每与羌活、防风等辛温解表药配伍。若外感温邪，表证未解，里有郁热者，则可与葛根、黄芩、知母等解肌清热药同用。本品为治疗伤寒少阳病，寒热往来，胸胁苦满之要药，常配伍黄芩、半夏、甘草等同用。对妇女经期感冒，热入血室及疟疾等见有上述症状者，亦可应用。疟疾寒热往来，发作有时，可配草果、常山、厚朴等截疟药同用。本品制成注射液用于普通感冒、流行性感冒、肺炎、疟疾等，都有较好的退热效果。本品除治外感发热外，还可用于内伤引起的劳热。如治气虚身热，常与人参、白术、防风等同用；治血虚、阴虚之内热，多与当归、鳖甲、青蒿、地骨皮等药同用。柴胡还擅长疏肝解郁，用于肝气郁结引起的胸胁胀满，脘腹疼痛等证，常与香附、枳壳、白芍、延胡索等药同用。如郁甚化火，胁痛而见烦热、口干者，可兼配黄芩或丹皮、山栀。肝气郁结日久，络脉瘀阻，则可与当归、红花、桃仁等药同用。现亦用治肝炎、胆囊炎之肝区疼痛和肋间神经痛。因肝郁气滞血瘀所致的月经不调，经期紊乱，以及行经过程中见精神抑郁，烦躁，乳房胀痛，小腹不舒等证，本品可配香附、当归、川芎、芍药等理气活血调经药同用。柴胡还有升举阳气的功能，可用于脾胃中气不足，脾气不升，清阳下陷所引起的病症。如妇女子宫脱垂，腰腹坠胀及久泻脱肛等证，常协同升麻、黄芪、人参、白术等补气健脾药，升举下陷之清阳，以达到“陷者举之”的目的。此外，本品亦可用于风热及肝胆火旺所致的目疾，常与祛风清热或清肝泻火药同用。柴胡入药时应随证所宜，作不同的炮制，如肝郁者，可醋炒用；阴虚者，鳖血拌炒用。煎服，3—10 克。下元亏损，虚火内盛，肝阳上亢或虚阳上越者，慎用。

实验研究：柴胡根主含柴胡皂甙 a、b、c、d，还含 α 菠菜甾醇、豆甾醇、侧金盏花醇和少量挥发油。近年从北柴胡根的水蒸气蒸馏所得油状液体中，分离出有抗炎作用的部位和解热作用的部位。前一部位中有戊酸、己酸、庚酸、α 庚烯酸、辛酸、α 辛烯酸、壬酸和 α 壬烯酸；后一部位中有苯酚、邻甲氧基苯酚、γ 庚酸内酯、γ 辛酸内酯、γ 癸酸内酯、丁香油酚和 γ - 十一烷酸内酯以及甲苯酚、乙苯酚、百里香酚、香荚兰醛乙酸酯、玛索伊内酯。地上部分主含黄酮类。

柴胡对中枢神经系统有明显的抑制作用。根的皂

甙、茎叶中的挥发油及其制剂有退热作用。粗皂甙及其某些皂甙元有镇静、安定作用，皂甙口服在动物试验中有镇痛作用，与阿司匹林相似；但挥发油则无。粗皂甙对实验性炎症有抑制作用，并能抗渗出，抗肉芽肿增生；其抗炎作用系通过刺激肾上腺，促进肾上腺皮质系统功能所致，其有效成分为柴胡皂甙 a、d。根、果壳的水溶性成分对犬有利胆作用，有效成分可能是黄酮。柴胡制剂对化学性(四氯化碳、半乳糖胺)、细菌性等所致的动物实验性肝脏损害有明显的抗损伤作用，甘(草)、柴合剂效果似更明显。肝细胞变性、坏死有所减轻。肝细胞内的肝糖原及核糖核酸含量大部恢复或接近正常，使血清转氨酶活力显著下降；并有使肝硬变减少，抑制纤维增生和促进纤维吸收的作用。其有效成分是否为黄酮尚有争论。皂甙 a、c、d 混合物，有促进肝细胞核的核糖核酸合成和促进蛋白质合成作用。柴胡皂甙对多种实验性消化道溃疡有轻度的预防作用，能抑制胃液分泌，降低胃蛋白酶活性，减少溃疡系数；所含山柰甙的黄酮提出物，则对离体肠肌有解痉作用。柴胡皂甙 a、d 有降低血胆固醇作用，此可能与增加胆固醇和它的代谢物从胆汁与粪便中排泄有关。

动物实验表明，北柴胡对体液免疫和细胞免疫有某些增强作用；此外还有镇咳作用。柴胡皂甙有较强的溶血与局部刺激作用。大叶柴胡粉末毒性大，不能入药。

升麻

始载于《神农本草经》。又名周升麻、绿升麻。为毛茛科植物升麻 Cimicifuga foetida L.、兴安升麻 C. dahurica (Turcz.) Maxim. 或大三叶升麻 C. heracleifolia Kom. 的根茎。春、秋两季采挖，除去泥砂，晒至须根干时，用火燎去须根，再晒干。

升麻根茎呈不规则块状，分枝较多，长 3—13 厘米，直径 0.7—3.5 厘米。表面灰棕色或暗棕色，有多数圆形空洞状的茎基痕，直径 0.4—1 厘米，周围及下面须根较多。质坚硬，不易折断，折断面不平坦，有裂隙，纤维性，黄绿色或灰黄色。气微弱，味微苦。主产于中国陕西、四川、青海等省。

兴安升麻根茎横生呈不规则长条块状，略弯曲，多分枝成条形结节状，长 6—15 厘米，直径 1.5—2 厘米，表面棕褐色或黑褐色。上具数个圆洞状茎基，直径 1—2.5 厘米，残基壁的断面有放射状沟纹，下有未去净的细根及根痕，外皮脱落处可见网状的维管束纹理。质坚硬而轻，断面黄白色，片状中空。气微，味微苦。主产于黑龙江、河北、山西、内蒙古等省、区。

大三叶升麻与兴安升麻相似。分枝较少，长 8—20 厘米，直径 1.5—2.5 厘米，表面暗棕色或黑棕色。主产于辽宁、吉林、黑龙江等省。

本品味辛、微甘，性微寒。归肺、脾、胃、大肠经。功能发表透疹，清热解毒，升阳举陷。主治麻疹透发不畅、温毒发斑、风热头痛、牙痛、口疮、咽喉肿痛、久泻久痢、脱肛、子宫下垂等。本品以解时令疫疠之毒和发阳明肌腠之邪见长。

用于风热外感引起之阳明头痛，本品常与白芷、薄荷等药配用。用于胃火郁遏之风火牙痛，每合石膏、黄连同用；若胃火炽盛而牙龈肿烂，则加配黄芩、生地黄、丹皮等清热凉血药同用，如《外科正宗》清胃散。用于风热上壅之咽喉肿痛，常与牛蒡子、桔梗、玄参等清热利咽药配用，如《证治准绳》牛蒡子汤。麻疹未发或发而不畅，温毒之邪郁滞肌腠者，常配葛根、白芍、甘草等药同用，如《阎氏小儿方论》升麻葛根汤。张仲景治阳毒病，面赤斑斑如锦纹、咽痛、唾脓之急性疫毒的升麻鳖甲汤，亦以本品为主药，是因升麻善解疫毒之故。近代有以升麻配伍其他药物，治疗流行性感冒、丹毒、伤寒等病证，均有疗效。本品能升举阳气，用于气虚下陷之久泻脱肛、妇女子宫下垂及虚证崩漏诸症，常配黄芪、甘草、白术、人参、柴胡等药同用，使脾胃健旺，中阳复振而诸虚证自愈。上盛下虚，阴虚火旺及麻疹已透的患者忌服。解表、透疹宜生用，补益、升阳蜜炙用。煎服，3—10 克。

实验研究：兴安升麻根茎含有效成分异阿魏酸。还含具有解痉作用的齿阿米醇和齿阿米素以及去甲齿阿米素、阿魏酸、咖啡酸等。升麻根茎含升麻碱、水杨酸、阿魏酸、咖啡酸等。大三叶升麻根茎含生物碱。

兴安升麻提取物或其成分异阿魏酸对动物有降温、解热作用。升麻或兴安升麻有镇静作用，能降低血压，松弛小肠平滑肌。有报告能改善轻型高血压患者症状，还能增强支气管及消化道的腺体分泌。对子宫有收缩作用。异阿魏酸对大鼠有抗炎作用。兴安升麻对小鼠还有镇痛、抗惊厥作用。曾报告升麻在试管内抑制结核杆菌的生长；人应用大剂量后可出现头痛、震颤。升麻碱有刺激性，能使皮肤充血，内服可引起胃肠炎，严重时可发生呼吸困难、谵妄等。

柽柳

始载于《本草图经》。又名西河柳、观音柳。为柽柳科植物柽柳 Tamarix chinensis Lour. 的细嫩枝叶。6—8 月生长旺盛未开花时割取，阴干。

嫩枝呈圆柱形，多分枝，长短不一，粗枝直径 3—6 毫米，细枝 1—2 毫米。表面红棕色，有纵皱纹，节明显，小枝痕呈盘状，芽隆起，小枝纤细，黄绿色，节甚密，互生鳞片状叶，长 1—1.5 毫米，黄绿色。质轻，易折断，断面不整齐，黄白色，中央有髓。气清香，味微涩苦。中国大部分地区均产。

本品味辛、甘，性平。归肺、胃、心经。功能疏风解表，透疹，解毒，利小便。主治麻疹难透、风疹身痒、感冒、咳喘、水肿、风湿骨痛等。

柽柳轻清升散，为治麻疹之常用药。凡风热郁表，疹

出不透，或麻疹初期，因感冒风寒而内闭者，均可用之。一般可配薄荷、荆芥等助其解表透疹之功。若兼见喘嗽、音哑者，可配竹叶、牛蒡子、蝉蜕等同用，此即《医学广笔记》竹叶柳蒡汤。如热毒较重，身热烦躁，有汗不解，疹应未透者，可配金银花、连翘、紫草等解毒凉血。如果热重毒深，舌生芒刺，大渴谵语，斑色紫黑，加柽柳于三黄石膏汤中，可收泻火透邪之功。古方还用柽柳和樱桃核煎汤熏蒸外洗，以治痧疹受风，内闭不出。此外，柽柳与秦艽、羌活、独活等同用可治疗关节风湿疼痛。煎服，5—15克。麻疹已透发，以及体虚汗多者忌服。

实验研究：柽柳枝叶含树脂、槲皮素。树皮含鞣质5.21%。

浮萍

始载于《神农本草经》。原名水萍，又名萍子草、水瀼。为浮萍科植物紫背浮萍 Spirodela polyrrhiza (L.) Schleid. 或青萍 Lemna minor L. 的全草。中国各地均有分布。

本品味辛，性寒。归肺、膀胱经。功能发汗解表，利水消肿。主治外感风热，发热无汗，麻疹透发不畅，风疹瘙痒及风水证。本品性轻浮升散，善达肌表，用治麻疹隐隐不出，或疹出不透，发热无汗者，有良好的透疹作用，内服、外洗均可。内服可与牛蒡子、葛根、薄荷、银花、蝉蜕等同用，共奏辛凉泄热透疹之效。也可用治风热疹块、皮肤瘙痒，常与荆芥、防风、生地、蝉蜕、地肤子等同用，以去皮肤之风热。治疗风热感冒，用一般辛凉解表药不能发汗者，可加用本品以发汗退热。风水证遍身浮肿，喘咳无汗，小便不利有效。尤其对疥疮、湿疮等湿毒内攻所导致之浮肿喘满，其效更著。风湿麻痹，湿热兼盛者，用之亦宜。浮萍兼能清血热，导热下行，是用以治吐衄不止及目赤、口疮。煎水浴身可治风疾恶疮、汗斑癜风；研末可敷粉刺面皯；还可捣敷肿毒、丹毒、汤火伤。古人谓其"发汗胜于麻黄，下水捷于通草"，故本品所治诸证皆为实证，体虚而自汗者勿用。煎服，3—10克；鲜品15—30克。

实验研究：本品含荭草素、木犀草素-7-葡萄糖甙、牡荆素、大波斯菊甙等。另含色素、鞣质和脂类化合物，其中含亚麻酸、棕榈酸、亚油酸等。又含醋酸钾、氯化钾及碘、溴等物质。

浮萍有利尿作用，有效成分为醋酸钾及氯化钾；煎剂或浸剂灌胃对疫苗发热兔有微弱的解热作用。

木贼

始载于《嘉祐本草》。又名木贼草、锉草、节节草。为木贼科植物木贼 Equisetum hiemale L. 的全草。产于中国东北及陕西、甘肃、新疆、四川等省、区。

本品味甘、苦，性平。归肺、肝经。功能疏风散热，退翳，止血。主治目生云翳、迎风流泪、肠风下血等症。因其能疏泄肝胆风热，散郁火，消翳障，故为眼科常用之药。

临床多用以治疗风热目赤、翳障多泪，常配蝉蜕、黄芩、甘菊、山栀等；目赤翳障而兼肝虚者，可配谷精草、楮实子、石决明、猪肝同煮，饮汤食肝；若配等量苍术，研末或制丸，以茶调服可治雀目。用于下血之证，可随证配伍。如《仁斋直指方》配枳壳、炮姜、槐角等治肠风下血；《本草新编》配枳壳、炮姜、大黄治肠痔下血；《本草蒙筌》配禹余粮、当归、川芎治崩中赤白等。近以本品配香附、连翘、薏苡仁等内服或外用，治疗扁平疣有效。煎服，3—9克。

实验研究：木贼含犬问荆碱、二甲砜、胸腺嘧啶、阿魏酸及小量的咖啡酸、香荚兰醛、对羟基苯甲醛。还含磷酸盐和多量的二氧化硅、硅酸盐、鞣质、皂甙等。此外，尚含黄酮甙。

牲畜食木贼及木贼属植物后可引起中毒，症状有四肢无力、共济失调、转身困难，牲畜活动时产生震颤及肌肉强直，脉搏弱而频，四肢发冷，血液化学分析表明维生素B缺乏，用大量维生素B有解毒作用。

蔓荆子

始载于《神农本草经》。原名蔓荆实，又名荆子。为马鞭草科植物蔓荆 Vitex trifolia L. 或单叶蔓荆 V. trifolia L. var simplicifolia Cham. 的果实。秋季果实成熟时采收，晒干，除去杂质。

果实呈圆球形，直径4—6毫米。表面灰黑色，被灰白色粉霜(腺毛茸)，隐约可见浅纵沟4条，顶端微凹。基部多数具白色宿存花萼及短小果柄，萼长为果实的1/3—2/3，边缘5齿裂，其中两裂较深，形成两瓣，外面灰白色，密被细柔毛。体轻，质坚硬。断面外果皮灰黑色、中果皮厚，淡灰黄色，外缘有棕色油点(油管)，内果皮黄白色，分成4室，每室内有棕黑色种子1粒。种仁富脂肪油。有特异芳香，味微苦。产于中国山东、江西、浙江、福建等省。

本品味辛、苦，性微寒。归膀胱、肝、胃等经。功能疏散风热，清利头目。主治外感风热，头昏头痛，偏头痛，牙痛，目赤肿痛、多泪，或目睛内痛，视物昏朦，湿痹拘挛等病症。蔓荆子体轻而浮，长于疏风泄热，上清头目，凡因感受风热之邪，症见头痛头昏，身热恶风，可用蔓荆子与桑叶、菊花、薄荷、荆芥等辛凉轻剂同用，以疏风解表，清肝泄热。头痛连及齿颊、牙龈肿痛者，则宜与川芎、薄荷、白芷、黄芩、石膏等以解散阳明之风热。对于风寒湿邪所致之头痛，在适当配伍下，亦有止痛作用。如风寒头痛，可与羌活、藁本等同用；风湿头痛，可与苍耳子、防风等同用。前人还有"头痛甚者加蔓荆子"、"佐补中药以治头痛最效"等经验，说明本品是治疗头痛的重要药物之一。现常用治高血压病引起的头痛。其治风热上扰，或血热风淫之目赤肿痛、羞明多泪，可与青葙子、决明子等同用；在慢性目疾中，有因中气不足、清阳不升而致目生内障，或

因服寒约太过，真气不能上通于目，而上焦犹有风热之邪者，亦皆选用蔓荆子，配合补中益气、养肝和血之品，标本兼治，如李东垣治劳役饮食不节，内障眼病，有蔓荆与黄芪、人参等配伍之蔓荆子汤；治眼睑无力，常欲垂闭，及眼病上焦热邪未清，虽无目痛而隐涩难开，昏花不明，目赤多眵，蔓荆与黄芪、炙甘草、当归等配伍之助阳和血补气汤。此外，又可用于青盲失明，如《太平圣惠方》神效决明散，以决明子、蔓荆子两药配合为散服。蔓荆子还有祛风止痛的功效，临床常与羌活、防风、藁本等配合，用以祛风除湿、舒利关节，治湿气在表，头痛头重，或腰脊重痛，或一身尽痛，方如《内外伤辨》羌活胜湿汤。它如治风热隐疹瘙痒之胡麻丸，亦皆选配蔓荆子。综观蔓荆子之功用，可概括为治疗风热、风湿所致诸疾，而疏风实为其主要功能。若热非风热，湿非风湿，则非蔓荆所宜。煎服，4.5—9 克。瞳孔散大者忌用。

实验研究：蔓荆果实含少量(0.01%)蔓荆子碱。单叶蔓荆果实含挥发油 0.16%，油中主成分为莰烯和蒎烯；还含脂肪油 6.13%，牡荆子黄酮，微量生物碱。又含单叶蔓荆呋喃萜，前单叶蔓荆呋喃萜，艾黄素。

牡荆叶

始载于《名医别录》。为马鞭草科植物牡荆 Vitex negundo L. var. cannabifolia (Sieb. et Zucc.) Hand. - Mazz. 的叶。原植物自中国河北起经华东、中南至西南各省、区都有分布。

本品味辛、苦，性平。功能祛风解表，化痰除湿，解毒消肿。主治伤风感冒、哮喘痰多、胃痛、腹痛、暑热泻痢、脚气肿胀、风疹瘙痒、头癣、足癣、乳痈肿痛及蛇、虫咬伤等病症。

临床治感冒、咳嗽、哮喘等，可单独煎汤内服，也可与紫苏叶配用，治风寒感冒。治脚气肿胀用叶与丝瓜络、紫苏、水菖蒲、艾叶配用。风疹、癣疾，多取叶煎水熏洗或局部浸泡。乳痈肿痛或蛇、虫咬伤，水煎或捣汁加酒内服，并取鲜品捣烂敷患处，其红肿发泡处，取汁频涂。牡荆根煎服，可治风湿骨痛、风火牙痛。近代用于慢性支气管炎，有牡荆油胶丸供用。煎服，15—30 克。

实验研究：叶中所含挥发油主成分为石竹烯，还有石竹烯氧化物、香桧烯、α 蒎烯，1,8 - 桉叶素、柠檬烯、对聚伞花素等。又从干叶中分离得到牡荆内酯。从鲜叶中分离得到健胃苦味的有效成分穗花牡荆甙、以及艾黄素、对羟基苯甲酸。

牡荆叶油有某些祛痰作用。牡荆黄酮甙有某些镇咳及解除平滑肌痉挛的作用。牡荆叶油还有某些抗组胺的作用，在离体回肠，抗组胺作用最明显；在离体气管，抗组胺作用较弱；在麻醉猫血压，则未见抗组胺作用。

牡荆叶油乳剂可使兔血压显著而持久地降低。牡荆根黄酮可使麻醉犬冠脉血流增加，冠脉阻力降低，尚可使血压下降，心肌耗氧减少，使心率、心排出量及左心室作功减少，因而使心脏负担减轻。

牡荆叶油内服有一定的镇静、催眠作用。

黄荆叶

始载于《生草药性备要》。原名蚊枝叶，又名白背叶、姜荆叶、埔姜叶。为马鞭草科植物黄荆 Vitex negundo L. 的叶。原植物分布于中国华东地区及河南、湖南、广东、广西、贵州、四川等省、区。

本品味甘、苦，性寒。功能解表散热，化湿解毒，消滞杀虫。主治感冒发热、喉痹肿痛、暑热吐泻、痢疾、疟疾、小儿疳积、湿热黄疸、风湿骨痛，以及疥癣、烫伤、蛇、虫咬伤等症。用于感冒发热，单味或配葱白、生姜煎服；暑热所致之吐泻、痢疾，本品常与藿香、扁豆衣、红辣蓼同用。本品用治疟疾须大剂量，180 克煎浓汁一碗，于疟发前 4 及 2 小时各服半碗。治疥癣及蛇、虫咬伤，以鲜嫩叶捣烂敷涂。此外，广东凉茶方，常配有本品入煎，取其有祛暑、消积、化滞作用。煎服，15—30 克。寒性疟疾及体弱者忌用。

黄荆枝煎服治风湿骨痛，治烫伤。煅研香油调搽。

实验研究：黄荆叶含挥发油，内有 α 蒎烯、香桧烯、柠檬烯、桉叶素、对聚伞花素、β 石竹烯及其氧化物、β 榄香烯等。还含牡荆定碱、对羟基苯甲酸、5 - 氧异肽酸、诺尼醇 - 葡萄糖、2′ - 对羟基苯甲酰基木萨烯甙酸、紫花牡荆素、木犀草素 - 7 - 葡萄糖甙、艾黄素、3,4 - 二羟基苯甲酸、维生素 C、胡萝卜烯、β 谷甾醇、卅一烷。叶对肾上腺雄性大鼠的甲醛性脚爪浮肿有抗炎作用。

风轮菜

始载于《救荒本草》。又名蜂窝草、九塔草、苦刀草。为唇形科植物风轮菜 Clinopodium chinense (Benth.) O. Ktze. 的全草。分布于中国华东、中南、西南各地。

本品味苦、辛，性凉。功能疏风解表，清热解毒，凉血止血。主治风热感冒、中暑发热、腮腺炎、乳腺炎、痈肿疔毒、火眼、皮肤瘙痒、鼻衄、尿血、月经过多，及外伤出血等症。本品煎汤内服治感冒、中暑，有疏风清热之功；还治湿热痢疾。如取鲜全草捣汁服或水、酒各半煎服，或与菊花叶捣烂外敷，治腮腺炎、乳腺炎、腘窝脓肿。取鲜草研烂后敷于眼角上使泪流出，治火眼。治疗疮及皮肤瘙痒，研末菜油调涂。本品具有一定的止血作用，内服可治鼻衄、龈衄、尿血及月经过多；外用捣敷，或干品研末敷，可止外伤出血。煎服，9—15 克，鲜品 30—60 克。

实验研究：风轮菜地上部分含香蜂草甙、橙皮甙。

桉叶

为桃金娘科植物蓝桉 Eucalyptus globulus Labill. 或大

叶桉 E. robusta Smith 等的叶。原植物在中国西南部和南部地区均有栽培。

本品味苦、辛，性凉。功能疏风清热，解毒杀虫，利湿止痒。主治感冒、流行性感冒、上呼吸道感染、肠炎、痢疾、肾盂肾炎、膀胱炎、丝虫病、钩虫病、化脓性感染及疥癣、湿疹、烧烫伤等疾患。

治感冒、流感、咽喉炎、扁桃体炎，单用本品水煎服，或与桑叶、野菊花、板蓝根配合应用，有疏风清热利咽喉之效。治消化道、泌尿道感染引起的疾患，如肠炎腹泻，以桉叶研末服，腹痛甚者，可配芍药、甘草、木香止痛；痢疾除内服外，亦可用煎液保留灌肠，如与马齿苋、地锦草、穿心莲配用，则疗效更佳。肾盂肾炎、膀胱炎，可配石韦、海金砂煎汤服。桉叶以水煎服，可治丝虫病、钩虫病。治痈肿、丹毒、创疡感染、带状疱疹，除内服外并可用煎液湿敷。湿疹、脓疱疮、疥癣、神经性皮炎、稻田皮炎，煎水洗，亦可与苦楝树皮、天名精等配合应用。烧烫伤，用煎液作创面湿敷或喷雾，有防治感染和去腐生肌作用。他如急性结膜炎，可取桉叶用水蒸馏制成眼药水滴眼。对真菌性阴道炎，先用桉叶溶液冲洗阴道，再塞桉叶棉栓。如外阴有湿疹或瘙痒，可用桉叶软膏外搽。煎服，9—15 克。本品有刺激性，临产妇忌服，消化道有溃疡者慎用。

实验研究：蓝桉叶含挥发油，其主成分为 1,8 - 桉叶素，还含蒎烯、香橙烯、别香橙烯、石竹烯、松香芹醇、蓝桉醇、表蓝桉醇、喇叭醇和具有消炎作用的蓝桉醛等。又含桉树素、白杨素、槲皮素及其 3 - 葡萄糖甙、槲皮甙、芸香甙、金丝桃甙等黄酮类和没食子酸、咖啡酸、原儿茶酸、阿魏酸、龙胆酸等。大桉叶含挥发油，油中主含 α 蒎烯、1,8 - 桉叶素、α 水芹烯等。还含没食子酸、大桉叶酚甲等。

桉叶提取物可降低动物血压，降压作用是由于释放组胺所致，降压有效成分可能为一种鞣质。没食子酸在试管内对葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等有明显抑制作用，对流感病毒也有一定抑制作用。桉叶油在试管内尚能杀死阴道滴虫。蓝桉叶提出的桉叶油有一定的抗结核作用，吸入可用于治疗呼吸道感染。

石椒草

始载于《滇南本草》。又名岩椒草、石胡椒。为芸香科植物石椒草 Boenninghausenia sessilicarpa Lévl. 的全草。分布于中国云南、贵州、四川等省。

本品味苦、辛，性凉。功能散风解表，抗菌消炎，活血行气止痛。《滇南本草》主"走经络，止胸膈气痛，胃腹胀痛，发散疮毒"。近用于上呼吸道感染及泌尿系感染，血栓闭塞性脉管炎。其治流感、感冒、支气管炎、咽喉炎、扁桃体炎，可与大黄、薄荷、桑叶、菊花等同用；治胸膈气痛、脘腹胀痛，可研末用热酒送服。外用治疮毒及跌打损伤疼痛。煎服，5—15 克。

实验研究：石椒草全草含挥发油、芸香甙、石椒草碱。

臭草

始载于《生草药性备要》。又名臭艾、小香草。为芸香科植物芸香 Ruta graveolens L. 的全草。中国南部常见栽培；长江以北栽种于温室内。

本品味辛、微苦，性凉。功能祛风，清热，活血，解毒。主治感冒发热，小儿高热惊风、风湿骨痛、痛经、经闭、跌打损伤、热毒疮疡等。

用治小儿高热惊风、感冒发热、肝热头痛、目眩，可捣烂绞汁冲开水服，或煎汤饮。风湿骨痛、暑湿泄泻、小便不利及疝痛、痛经、经闭，均可煎水服。跌打损伤、热毒疮疡、湿疹以及蛇、蝎、蜈蚣咬伤，用鲜草捣汁兑酒服；渣敷患处。鼻衄，用臭草叶捣烂，塞鼻孔。煎服，3—9 克；鲜品 15—30 克。孕妇慎服。

实验研究：全草含挥发油，内有 2 - 壬酮、2 - 壬醇、2 - 十一醇、乙酸 - 2 - 壬醇酯、乙酸 - 2 - 十一醇酯、桉叶素、蒎烯、对聚伞花素、樟脑烯、莰烯、柠檬烯等。还含生物碱：芸香碱、香草木宁碱、茵芋碱、6 - 甲氧基白鲜碱、芸香宁碱、臭草吖啶酮等。又含黄酮类芸香甙和香豆精类：香柑内酯、补骨脂素、花椒毒素、伞形花内酯、东莨菪素、芸香香豆素、异前胡内酯、潘当归素等；根含生物碱：芸香吖啶酮醇、臭草吖啶酮环氧化物等。还含香豆精类：芸香酚内酯、缕状芸香素、花椒树皮素甲、印度榅桲素、苏北壬酮、芸香香豆素等。又含大黄酸、新疆圆柏素等。

所含挥发油有刺激性。香豆精类可引起光过敏，其中花椒毒素、补骨脂素可用于治疗白癜风。总碱对平滑肌有解痉作用。

榕须

始载于《本草纲目拾遗》。又名半天吊、吊风根。为桑科植物榕树 Ficus microcarpa L. f. 的气根。原植物分布于中国广东、广西、福建、台湾、云南等省、区。

本品味微苦、涩，性凉。功能祛风清热，活血止痛。主治感冒发热、扁桃体炎、麻疹不透、热淋、血淋、风湿痹痛、跌打肿痛及牙痛等。

用治风热感冒、扁桃体炎可与一枝黄花、鸭跖草、鬼针草等配伍应用；治扁桃体炎，取榕须用黑醋煎液含漱。治热蓄膀胱之小便不通、淋沥涩痛、尿血，可用本品加冰糖煎服。治风湿关节痛及跌打损伤，以榕须煎水冲酒服，有消肿止痛的效果；治跌打瘀肿疼痛还可以合樟树二重皮、韭菜根捣烂敷患处。本品治牙痛能消肿止痛，《岭南采药录》用以配皂角煎水含之；《本草纲目拾遗》将本品装入竹管内，再塞满食盐，以泥封固，火煅存性为末，擦牙。此外，本品煎水洗，尚可治湿疹；捣烂敷，治神经性皮炎。煎服，15—30 克。

水蜈蚣

始载于《植物名实图考》。又名三荚草、金钮草、球子草。为莎草科植物水蜈蚣 Kyllinga brevifolia Rottb. 的全草。中国大部分地区有分布。

本品味辛,性平。功能疏风解表,清热利湿,活血止痛,截疟。主治感冒、咳嗽、黄疸、乳糜尿、痢疾、疟疾、跌打损伤、风湿骨痛、毒蛇咬伤、疮疡肿毒、皮肤瘙痒等。

用于急性支气管炎、百日咳等,可单味加冰糖煎水服;或配以百部、甘草、鹅不食草等同用。对慢性气管炎,配等量山苍树根、叶煎服,有镇咳、平喘、祛痰作用。水蜈蚣能清热利湿,用治湿热黄疸,常与茅莓、阴行草配用。治乳糜尿,制成冲剂或糖浆内服疗效较好。用于湿热痢疾,单味鲜全草酌加开水和冰糖炖水服。截疟,单用或与马鞭草配用,于发作前2小时,煎水冲黄酒服;也可以将鲜草捣烂塞鼻孔或敷两内关穴。用治跌打瘀痛,可与土鳖虫煎服或配乌蔹莓、见肿消等捣烂敷伤处。煎服能治风湿性关节痛。治毒蛇咬伤,与大蒜、雄黄捣敷。治疮疡肿毒,配芭蕉根捣敷。皮肤瘙痒及荨麻疹,可煎水外洗。煎服,15—30克,大量可至60克。

实验研究:水蜈蚣全草含牡荆素等。

天胡荽

始载于《备急千金要方·食治》。又名鸡肠菜、破铜钱、满天星。为伞形科植物天胡荽 Hydrocotyle sibthorpioides Lam. 的全草。分布于中国江苏、安徽、浙江、江西、福建、湖南、湖北、广东、广西、台湾、四川、贵州、云南等省、区。

本品味辛、苦,性凉。有小毒。归肝、肺经。功能祛风清热,化痰止咳,利湿解毒。主治感冒咳嗽痰多、百日咳、咽喉肿痛、风火赤眼、痢疾、急性黄疸型肝炎、胆石症、泌尿系感染、尿路结石、急性肾炎。外用可治目生翳膜、中耳炎、带状疱疹、秃疮、足癣、跌打损伤。

本品能祛风邪,解热毒,化热痰,故风热感冒咳嗽痰多,以及百日咳,均可用本品单味煎服。咽喉肿痛因风热所致者,配土牛膝、白毛夏枯草。风火赤眼,配桑叶、菊花。本品味苦性凉,能清热燥湿,治疗大肠湿热、痢下赤白,常配刺梨根、石榴皮等;治疗急性黄疸型肝炎属湿热者,可用新鲜天胡荽以水及糯米酒各半炖服;亦可配茵陈蒿同用,以增强利湿退黄之效。胆石症及尿路结石,常配连钱草、海金沙、车前草。泌尿系感染由于湿热下注者,多配萹蓄、瞿麦。急性肾炎见有湿热症状者,可配野菊花、积雪草。眼生翳膜,用鲜品揉烂塞鼻,中耳炎可捣汁滴耳中。耳部溃烂,揉烂取汁搽。带状疱疹,鲜品捣烂取汁加雄黄和涂。治秃疮,配牛耳大黄、木槿皮。用于足癣,以鲜品加食盐少许,捣烂敷患处。跌打损伤,可将鲜品捣烂炒热敷擦伤处。煎服,9—15克。本品内服,偶见引起白细胞减少现象,但停药后能自行恢复。

清热药

凡以清泄里热为主要作用的药物,统称清热药。

清热药,都属寒性或凉性药物。根据"热者寒之"的治疗原则,主要适用于温热病高热、烦渴、疫毒、热痢,痈肿疮毒以及阴虚潮热等里热病证。由于所患热证的病因、病位不同和脏腑虚实、体质强弱的差异,热证的临床表现有热在气分、热在血分、热在脏腑,以及虚热、实热等各种证候。因此,对清热药的使用,必须在辨证施治的基础上选用药物,方能取得满意效果。

清热类药物,虽均具有清热的共性,但亦间中有异,各有所长,根据其功用特性,大体可以分为清热泻火、清热燥湿、清热解毒、清热凉血、清热解暑、清热除蒸等六类。

清热泻火药 具有清热与泻火作用。清热、泻火,作用性质一致,仅在程度上有差异,所谓"热为火之渐,火乃热之极",故清热轻而泻火重。清热泻火药用于温热病热在气分及脏腑火热亢盛的病证,一般以发热烦躁、汗出、口渴,甚至神昏谵语、发狂等实热证为其特征。但在临证用药时,仍当分清肺热、胃热和心火、肝火等不同情况而区别应用。清热泻火药性味或为甘寒,或为苦寒。主要药物有石膏、知母、栀子、大黄、夏枯草、决明子、莲心、芦根等。

清热燥湿药 本类药性味苦寒,苦能燥湿,寒能清热,故适用于湿热内蕴或湿邪化热之证,如湿温病、湿热黄疸、湿热泻痢、小便黄赤及湿热疮疡等证。常用的清热燥湿药如黄连、黄芩、黄柏、龙胆草、苦参、秦皮等。本类药除清热燥湿外,尚有清热泻火及解毒作用。

清热解毒药 本类药具有清热解毒作用,适用于热毒火毒诸证,如温病、痈疮、咽喉肿痛、丹毒、痄腮、火眼、毒痢、蛇虫咬伤等。常用的清热解毒药如银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、大青叶、青黛、穿心莲、半边莲、鱼腥草、白头翁等。

清热凉血药 本类药专清营分、血分之热,适用于温热病邪入于营血而见发热夜甚、神昏谵语、发斑发疹、舌质红绛,以及血热妄行所致之各种出血。常用的清热凉血药如生地、玄参、丹皮、赤芍、紫草等。其中生地、玄参兼有养阴生津作用,亦可用于阴虚发热之证。

清热解暑药 本类药能清热解暑,适用于夏日中暑,发热、烦渴、汗出、脉虚等。常用的清热解暑药如西瓜、青蒿、荷叶、绿豆等。

清热除蒸药 本类药具有清退阴虚内热和骨蒸潮热之功,适用于热病后期,热灼阴液而致的夜热早凉,以及久病阴伤,阴虚阳亢而致之骨蒸潮热。常用的清热除蒸药有青蒿、银柴胡、白薇、地骨皮、胡黄连等。

清热药的效用虽各有专长，但有些药物往往兼具其他清热效能，如黄连既能清热泻火，又能燥湿、解毒；丹皮既能清热凉血，亦能泻火；青蒿既能清虚热，亦能清实热等等。因此，临床用药，应当斟酌其宜，灵活掌握。并须善于配伍，方能曲当病情，如高热窍闭神昏者，可配开窍药与化痰药；热盛风动抽搐者，可配平肝息风药；气血两燔者，清气药与凉血药并用，以气血两清；邪热未衰而阴液已伤者，清热药与养阴药同投，以清热滋阴。至于里热证兼有表邪者，原则上应先解表，必要时也可清热药配解表药，表里同治。暑邪夹湿或耗气伤津者，清热解暑药常与芳香化湿药或益气生津药配伍。

清热药应用不当，易损脾胃阳气而产生食减、恶心、脘痛、泄泻等副作用，用宜注意。又素体阳虚而偶患热证，或阴虚而发热不盛者，均不宜过用寒凉；对于真寒假热之证，尤当明辨，切勿误用清热药。此外，苦寒性燥之药，过用有伤阴化燥之弊；甘寒质润之品，恣用亦有助湿留邪之害，均宜慎用。

石膏

始载于《神农本草经》。为含水硫酸钙的矿石。主产于中国湖北。安徽、河南、山东等省、区亦产。

本品味辛、甘，性大寒。归肺、胃经。功能清热泻火，除烦止渴。主治热病壮热汗出、烦渴欲饮、咽干唇燥，热毒发斑发疹，以及肺热喘咳、伤暑、消渴、偏正头痛、胃火牙痛、口舌生疮等症。煅石膏则可生肌敛疮，收湿，止血，外治痈疽疮疡溃后久不收口、烫火伤、皮肤湿疹、外伤出血等症。

石膏有较强的清热降火作用，适用于肺胃实热。如温热病热在气分而见高热、烦渴、汗出、脉洪大者，常与知母、甘草等同用，方如《伤寒论》白虎汤。若见气血两燔而有高热，神昏谵语，发斑等证状者，常与清热凉血解毒药生地、丹皮、玄参等同用，方如《温病条辨》化斑汤、《疫疹一得》清瘟败毒饮。若肺中热盛，身热，咳逆气急，鼻翼翕张，口渴，用本品配麻黄、杏仁、甘草以清肺平喘，如《伤寒论》麻黄杏仁甘草石膏汤。胃热上攻而引起的头痛、牙痛、咽喉肿痛等症，每可与其他清热泻火药同用。如《奇效良方》石膏鼠粘子散，以本品配合鼠粘子治疗偏正头痛；《景岳全书·新方八阵》玉女煎，以本品与生地、牛膝等配合，治疗阴虚胃热，牙龈肿痛；《喉科秘诀》石膏汤以本品加知母、甘草、元参、天花粉治疗喉风等。因本品善消胃热而除烦渴，故伤暑或胃热炽盛之消渴证亦多主以本品，可与麦冬、竹叶等同用，方如竹叶石膏汤。《外台秘要》还配合乌梅治疗骨蒸、唇干、口燥而欲得饮水止渴之症。石膏治疗外科疾病，生熟皆可应用，生石膏宜于急性红肿热痛之症，或溃后而红肿不消。如治热毒丹肿游走不定，用生石膏与寒水石、黄柏等研末水调外涂患处，并时时以凉水润之；《医宗金鉴·外科心法要诀》生肌定痛散，治痈疽溃烂红热，肿痛，有腐肉，用生石膏与冰片、朱砂、硼砂等研末撒患处。石膏煅后，清热之力大减，但具有收湿敛疮生肌，保护创面等作用，适用于疮疡溃后多脓多水，疮面湿烂，及皮肤湿疹等证。如治天疱疮疼痛不已，脓水淋漓，用煅石膏与黄柏、青黛研末撒于疮上；《外科正宗》九一丹，治肿疡、溃疡、结核，退脓管，用煅石膏与陈升丹研细和匀，掺膏药上贴之，或以药线蘸药末插入脓管。内服多用生石膏，宜打碎，先煎。煎服，15—60克。脾胃虚寒，大便溏泄，以及血虚发热、脉微细者忌用。

实验研究：石膏主成分为含水硫酸钙，还有有机物、硫化物、铁盐、镁盐等微量物质。动物试验多未能证明其有解热、抑菌作用。

知母

始载于《神农本草经》。又名地参、羊胡子根。为百合科植物知母 Anemarrhena asphodeloides Bunge 的根茎。春、秋两季采挖。剪去地上部分及须根，晒干，习称"毛知母"；除去外皮，晒干，习称"知母肉"。

毛知母呈扁圆形长条状，微弯曲，偶有分枝。一端较粗，一端较细。长3—15厘米，直径0.5—1.5厘米，表面棕色。一端钝圆，有浅黄色的茎叶残基，习称"金包头"，上面有一纵沟，并具紧密排列的环节，两侧向上密生黄棕色毛须状的叶基维管束及纤维束，下方略凸起，有纵皱纹及凹陷或突起的圆点状根痕及须根残基。质硬脆，易折断。断面黄白色，颗粒状。气微，味甜略苦，嚼之带粘性。

知母肉表面黄白色或淡黄棕色，有扭曲的纵皱纹，一侧可见多数散在的小形根痕，留有少数毛须状叶基。质硬，易折断。断面黄白色，散有多数细小黄色维管束斑点。气味同毛知母。主产于中国河北省；此外，山西、陕西、内蒙古及东北各省、区亦产。

本品味苦，性寒。归肺、胃、肾经。功能清热泻火，滋阴润燥。主治温病高热烦渴、温疟、肺热咳喘、骨蒸潮热、妊娠子烦、大便燥结及消渴等。

凡热病邪在气分，证见高热、出汗、烦渴引饮、脉洪大者，常用知母佐石膏以清气泄热，如白虎汤。治温疟但热不寒，口渴喜冷饮，呕不能食，可用知母与鳖甲、常山、地骨皮、石膏等药同用清泄邪热。温疟但热不寒，骨节疼烦，则用知母配石膏、桂枝。本品能润肺泻火，故常用治肺热咳嗽，若痰黄而稠，发热气逆，可与贝母、桑白皮、黄芩、山栀等药配用，如《古今医鉴》二母宁嗽汤；治肺热阴伤之燥咳无痰，咽干、咽红、喘逆，可与甘草、桔梗、地骨皮、石膏等药配用，如《症因脉治》知母甘桔汤。知母既治实火，也治虚火。治虚火多与黄柏相须为用，治阴亏火旺，骨蒸潮热，梦遗，盗汗，有加强滋阴降火之功，方如《丹溪心法》大补阴丸、《医宗金鉴》知柏八味丸等。若肾虚膀胱有火，小便闭塞不通，可用知母、黄柏配肉桂滋肾化气，通利小便，如《兰室秘藏》通关丸。热病津伤而大便燥结，

用知母、黄柏配玄参、生地能润燥通便。与平肝安神药酸枣仁、桑椹子、夜交藤、珍珠母等伍用可治虚烦失眠。如单味焙干研末，人参煎汤调服，又能治胎气不安而不得安卧之妊娠子烦。本品能清胃热而滋肾壮水，故《神农本草经》言其"主消渴热中"，现代临床常配山药、葛根、天花粉、生黄芪等益气、生津、止渴药同用，如《医学衷中参西录》玉液汤。煎服，6—15克。本品苦寒，能伤胃滑肠，令人作泻，故不宜久服。脾胃虚寒，大便溏泄者忌用。

实验研究：知母根茎主含皂甙约6%，内有多种知母皂甙，其中皂甙元以菝葜皂甙元为主，还有马尔可皂甙元和新芰托皂甙元。又含多量的还原糖以及粘液质、胆碱、烟酸、泛酸、芒果甙等。

知母煎剂在体外对痢疾杆菌、伤寒和副伤寒杆菌、大肠杆菌、肺炎球菌和葡萄球菌有抑制作用，对常见致病皮肤真菌也有一定抑制作用。醇浸膏等提取物对$H_{37}RV$人型结核杆菌有抑制作用，对豚鼠实验性结核病有一定疗效。水浸剂能降低正常兔血糖，对四氧嘧啶糖尿病兔和小鼠血糖也能降低。知母对肾上腺皮质激素在体内的代谢有延缓作用，因此两者同用时，可使血浆皮质酮浓度升高；先用生地、知母、甘草1—3日后再与激素同用，可减少皮质激素的副作用。早年曾报告其浸膏对兔有解热作用。

栀子

始载于《神农本草经》。又名越桃、山栀子、黄栀子。为茜草科植物栀子 Gardenia jasminoides Ellis 的果实。秋季果实呈红黄色时采收，去果梗杂质，置沸水中烫或用蒸笼蒸至上气，取出，晒干或烘干。

果实呈卵形或椭圆形，长2—4.5厘米，直径0.8—2厘米。表面呈红黄色或棕红色，微有光泽，有翅状纵棱5—6—8条，尤以6棱为多数，两棱间有纵脉1条，顶端有5—8个长形的残存萼片，多碎断，基部稍尖，有果柄痕。果皮薄而脆，内表面红黄色，略有光泽，具2—3条隆起的假隔膜。种子扁长圆形，多数，集结成球状团块，表面深红色或红黄色，有细小疣状突起。种子浸入水中，可使水染成黄色。气微，味微酸而苦。产于中国江西、湖南、湖北、浙江、福建、四川等省。

本品味苦，性寒。归心、肝、肺、胃经。功能泻火除烦，清热利湿，凉血止血。主治热病心烦，湿热黄疸，肝胃郁热诸证，并治血热吐血、衄血，疮疡肿毒。

如伤寒邪在上焦气分，证见发热，胸闷懊侬，心烦不寐，用栀子配豆豉，以透邪泄热，除烦解郁。实热火证，而见高热烦躁，神昏谵语者，常用栀子配伍黄连、黄芩、大黄等药以泻火解毒，清心除烦。肝胆郁火者，多与柴胡、香附等疏肝解郁药同用，如《女科撮要》加味逍遥散；用于肝胆实火者，多与龙胆草、大黄等清热泻火药同用，如《医方集解》龙胆泻肝汤。胃中郁热，不论在气在血，均可相机配伍。如《小儿药证直诀》泻黄散，栀子与藿香、石膏同用，治胃热口燥唇干、口疮口臭，烦热易饥及脾热弄舌；《丹溪纂要》用栀子炒焦煎汤，入生姜汁饮之，治胃脘火热作痛。张元素等有栀子泻肺火之说，《证因脉治》有栀连清肺汤，用山栀、黄连、黄芩、桔梗等治伤热咳嗽，咽喉干痛。综上所述，栀子是清热泻火的要药，主要能泻心、肝、胃诸经之火，使从小便下泄，故朱丹溪谓其能"泻三焦之火"。栀子治疗湿热蕴结肝胆所致的黄疸，常与茵陈、大黄或黄柏同用，如茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、栀子大黄汤。现代用于急性传染性黄疸型肝炎及胆道疾患引起的黄疸，都有较好的清热利湿退黄效果。栀子善清气分之热，而又兼入血分，"解血中郁热"，故凡属实火伤络，血热妄行，导致鼻衄、咯血、吐血、血淋、便血等症，均宜用之。如炒黑研末吹鼻治衄血；配青黛、海浮石等治木火刑金、咳嗽痰血；配生地、丹皮等治吐血不止；配小蓟、蒲黄、滑石等治血淋涩痛，均有凉血止血之功。栀子外用则能解毒消肿，如治疗口疮、咽喉塞痛，食不得，《普济方》有栀子汤，用本品配大青、黄柏，煎汤调白蜜含之；治疮疡初起及丹毒，用栀子研末调敷；治痔疮热痛，栀子研末、以凡士林调敷。《濒湖集简方》以栀子研末，少加面粉，鸡子清调敷，治疗扭挫伤，有良好的消肿止痛效果，现仍为民间所习用。历来认为栀子生用泻火，炒炭止血，但近人报道，栀子生用的止血效果，优于炒用。栀子苦寒损胃，凡脾虚便溏，胃寒作痛，以及吐血、衄血之不属火气上逆者，均不宜用。煎服，6—12克。

栀子花功能泻肺火，清痰热，凉血止血。可治肺热咳嗽。栀子根功能清热解毒，凉血止血。可用于急性传染性肝炎、细菌性痢疾和热淋。

实验研究：栀子果实含栀子甙、去羟栀子甙（即都桷子素葡萄糖甙）、栀子新甙、鸡屎藤次甙甲酯及少量山栀甙，尚含D-甘露醇、廿九烷、β谷甾醇、藏红花甙（水解后产生藏红花酸）。果皮中含熊果酸。花含挥发油，油中主成分为乙酸苄酯，另含羟基香茅醛、丁香油酚等。

栀子的水、乙醇提取物有利胆作用，水提取物作用较强。其有效成分为藏红花甙、藏红花酸、都桷子素，它们都能使兔胆汁分泌量增加。栀子甙无促进胆汁分泌的作用。人服栀子煎剂有明显收缩胆囊的作用。栀子甙、去羟栀子甙及都桷子素在离体肠管上有较弱的抗乙酰胆碱及抗组胺作用。都桷子素能抑制胃酸、胃液分泌，小鼠口服栀子甙可致泻。栀子醇浸膏有镇静作用，其有效成分为熊果酸，能引起动物镇静、降温、拮抗戊四氮惊厥及东莨菪碱引起的躁动。水、醇提取物口服或注射，对多种动物有持久性降低血压的作用，大剂量静注可造成心肌损伤及房室传导阻滞。本品还能减轻四氯化碳所致的肝损害。提取物作成油膏有加速软组织挫伤的愈合作用。

竹叶

始载于《名医别录》。又名淡竹叶。为禾本科植物淡

竹 Phyllostachys nigra (Lodd.) Munro var. henonis (Mitf.) Stapf ex Rendle 的叶。产于中国长江流域以南各省、区。

本品味甘、淡,性寒。归心、肺、胃经。功能清热除烦,解渴利尿。主治温病发热烦渴、心火亢盛之口舌糜烂、热淋小便赤涩及心烦失眠等。

用治温病发热、心烦口渴,临床常佐石膏、麦冬、知母、生地等清热生津药同用,方如《伤寒论》竹叶石膏汤、《温病条辨》竹叶玉女煎等。且本品气清质轻,故也用于上焦风热表证。如银翘散中用之,助银花、连翘、豆豉、薄荷等以清泄卫分之表热;《先醒斋医学广笔记》治痧疹不透,烦闷躁乱之竹叶柳蒡汤中,则与西河柳、牛蒡子、葛根、荆芥等同用,以清肺卫而助其透疹。心火亢盛,上炎而口舌糜烂,移热小肠而热淋尿赤,则本品能清心利尿而导火下行,常与木通、生地、车前子、生甘草配用,方如《小儿药证直诀》导赤散。又心经蕴热而致心烦失眠者,可配豆豉、栀子仁等以清心除烦;若虚烦失眠,则可配麦冬、酸枣仁、茯神、远志等养心安神之品;或用竹叶煎汤,调炒枣仁末服亦可。此外,煎浓汁含漱尚可治牙龈出血。煎服,6—12 克。入药以新鲜者为佳。

天花粉

始载于《神农本草经》。原名栝楼根,又名天瓜粉、蒌根。为葫芦科植物栝楼 Trichosanthes kirilowii Maxim. 等的根。秋末挖取根部,除去细根,洗净泥土,刮去外皮,纵剖成 2—4 瓣,粗大者横切成数段或切成斜片,晒干。也有不刮皮,切成瓣或切成段晒干者。

根呈不规则圆柱形、纺锤形,剖开的呈瓣片状,长 5—16 厘米,直径 1.5—6 厘米。表面白色或黄白色,有纵皱纹,并可见略凹陷的横长皮孔及侧根痕,有的还可见残存的黄棕色外皮。质坚实,断面白色或淡黄色,富粉性。横切面可见棕黄色导管小孔,略呈放射状排列;纵切面可见黄色条状维管束。气微,味微苦。主产于中国山东、河南、江苏、安徽等省。

本品味甘、微苦酸,性微寒。归肺、胃经。功能清热生津,润肺化痰,消肿排脓。主治热病口渴、消渴多饮、肺热燥咳、痈疮肿毒等病症。凡热病邪热伤津口渴者,均可取用。

如伤寒邪入少阳,寒热往来,胸胁苦满而见口渴者,张仲景以小柴胡汤去半夏加栝楼根;温病邪在卫分,表证未解而口渴较甚者,吴鞠通于银翘散中加天花粉。至于温病热盛,阴液耗伤,可与鲜生地、鲜石斛、麦门冬等甘寒清热养阴药同用,如《时病论》清热保津法。倪朱谟云:“天花粉其性甘寒,善能治渴,从补药而治虚渴,从凉药而治火渴,从气药而治郁渴,从血药而治烦渴,乃治渴之神药也。”临证用于内热消渴,肺肾阴虚者,配麦门冬、生地黄、五味子、葛根等药同用,如《仁斋直指方》天花散。肺胃火盛,阴亏津伤者,可与黄连、生地黄、人乳、藕汁等泻火养阴药配伍,如《丹溪心法》消渴方;气阴两虚者,配黄芪、葛根、知母、五味子,如《医学衷中参西录》玉液汤。本品又能润肺,化痰,宁肺止嗽,故凡肺热燥咳宜清宜润者,常以本品配合天门冬、麦门冬、生地黄、白芍药等同用。

本品用于外科病症能解毒消肿,排脓生肌,如痈疮初起者,配连翘、穿山甲,可以使之消散;已溃者,配生黄芪、生甘草,亦能排脓生肌。外敷亦有清热解毒、消肿止痛之效,如《外科正宗》如意金黄散用之。现代有以天花粉针剂用于中期妊娠引产;亦治恶性葡萄胎及绒毛膜上皮癌。煎服,6—12 克。脾胃虚寒、大便溏泄者忌服。

实验研究:栝楼根含天花粉蛋白、糖、淀粉和多种氨基酸。此外,尚含豆甾-7-烯醇、α 菠菜甾醇和它们的 3β-D-葡萄吡喃糖甙及其衍生物。

天花粉蛋白有致流产作用,其作用原理为:天花粉蛋白直接使胎盘绒毛合体滋养层细胞变性坏死,破坏母体与胎儿之间的内分泌关系和代谢物的交换,并通过前列腺素合成的增加,发动宫缩而导致流产。也有认为天花粉蛋白能直接增强子宫收缩,提高子宫对垂体后叶素的敏感性,导致流产。中期妊娠流产成功率约为 97%,平均引产时间为 5—6 日,羊膜腔内给药较肌注给药,失败率及副反应发生率均较低。天花粉蛋白对葡萄胎和恶性葡萄胎有很好的疗效,而对恶性程度较高的绒癌细胞疗效较差(治愈率 50%)。天花粉蛋白有较强的抗原性,故应用前先用 0.1 微克作皮试,次用试探量(0.2 毫克)肌注。临床应用常见的过敏反应有发热、头痛、四肢疼痛、咽痛、颈项不利等,流产后即恢复正常;肌注局部也可出现疼痛、红肿、腹股沟淋巴结肿大及压痛等,一般在 2—3 日后可逐步自行消退。过敏体质及活动性心、肝、肾功能不良、出血性疾病、严重贫血及精神异常、智力障碍者慎用。天花粉有抗早孕作用,可能与拮抗体内的黄体激素,因而抑制了蜕膜反应有关。

芦根

始载于《本草经集注》。又名苇根、芦头。为禾本科植物芦苇 Phragmites communis Trin. 的根茎。主产于中国安徽、江苏、浙江、湖北;其他省、区亦产。

本品味甘,性寒。归肺、胃经。功能清热生津,降逆止呕,利尿。主治热病口渴、肺痿、肺痈、胃热呕吐、噎膈、反胃、热淋涩痛,并解鱼蟹毒。

本品因性寒而能清肺,生津而不恋邪,故凡温热病邪在卫分,热伤肺津,身热口渴者,每于辛凉解表剂中加入本品,例如《温病条辨》桑菊饮、银翘散两方中均用芦根,既取其助桑叶、菊花、银花、连翘等以清解卫分之热,亦取其生津止渴,以复耗伤之津液。本品亦能清胃热,养胃阴,所以时行病热伤胃津而见口渴者,一般多配麦门冬、瓜蒌根等同用,如《太平圣惠方》芦根散。肺痿而见骨蒸潮热,可配麦门冬、地骨皮等,养肺阴而除骨蒸,如《玄感

传口方》芦根饮子。以本品为主药清肺热，佐以薏苡仁、冬瓜子、桃仁，清肺化痰，逐瘀排脓，可治肺痈将成或已成脓者，现代用治肺脓肿、支气管扩张，咳嗽痰多或带脓血；也有单用本品治疗肺结核混合感染及合并肺脓肿等，均有一定的效果。《必效方》以本品疗呕哕，《古今录验方》单用本品疗噎病，《集验方》用本品配茅根治反胃，均属胃热气逆，津亏液损所致，用本品有甘能益胃，寒能除热降火之义。本品还有清热利尿之功，可治热淋涩痛，亦用于热病尿少色黄。因食鱼、蟹中毒，面肿、烦乱者，用本品捣汁饮，可治食河豚鱼中毒者。煎服，15—30 克；鲜品 60—120 克。

芦茎，为芦苇的嫩茎。功能清肺利窍。主治肺痈咳吐脓血臭痰者。

实验研究：芦根含薏苡素，天门冬酰胺，多种维生素 B_1、B_2、C。

龙胆草

始载于《神农本草经》。又名草龙胆、胆草。为龙胆科植物龙胆 Gentiana scabra Bge.、条叶龙胆 G. manshurica Kitag.、三花龙胆 G. triflora Pall.、坚龙胆 G. rigescens Franch. 的根及根茎。前三种药材称"龙胆"，后一种药材习称坚龙胆。春、秋两季采挖，以秋季为佳。挖取根部，去掉茎叶，洗净泥土，晒干。

龙胆根茎呈不规则的块状，长 0.5—3 厘米，直径 0.5—1 厘米；表面暗灰棕色或深棕色，有横皱纹，上端有数个茎痕，周围和下面着生多数细长的根。根呈圆柱形，略扭曲，长 10—20 厘米，直径 0.2—0.5 厘米，表面淡黄色或黄棕色，上部有显著的环纹，下部根细，有纵皱纹及细根痕。质脆，易折断，但吸湿易变软。断面略平坦，皮部黄棕色，木部较小，黄白色，中心有数个筋脉点（维管束），髓部明显。气微，味极苦。主产于中国东北及内蒙古。其中条叶龙胆在江苏、浙江、安徽等省亦产。

坚龙胆表面无横皱纹，上部直径约 1—2 毫米；表面黄棕色至红棕色，具纵皱纹，木质部黄白色，易与皮部分离。气无，味极苦。主产于云南、四川、贵州等省。

本品味苦，性大寒。归肝、胆经。功能泻肝胆实火，清热燥湿。主治惊痫狂躁、头痛目赤、湿热黄疸、痢疾、淋浊及痈肿疮疡、阴部湿痒等。

凡肝经热盛，热极生风，症见高热惊狂，手足抽搐，可用本品清泄邪热，《圣惠方》以龙胆合牛黄、龙齿蜜丸，荆芥汤下，治小儿惊热发痫；《本草汇言》以龙胆配钩藤、蝉蜕、天竺黄、白芍、茯神，治风热急惊发搐。龙胆与栀子、柴胡、生地等配伍，可治头痛、目赤肿痛、口苦耳聋、胸胁刺痛，如龙胆泻肝汤；合川芎、大黄、栀子、防风等，可治肝火郁热，易惊多怒，不得安卧，目赤头痛，如泻青丸。龙胆与当归等分为末，可治眼中漏脓；与黄连为末，用熟羊肝蘸食，又可治雀盲夜不见物。《本草新编》云，龙胆草"最利疸病，止湿热之病也。有不热而成黄疸者，非龙胆所能治也"。《肘后方》配苦参、牛胆为丸，治谷疸；《删繁方》配栀子、猪胆汁丸服，治劳疸。现代临床治疗湿热黄疸，多与茵陈、山栀子等清利湿热药伍用，退黄之效更佳。以龙胆草为主，随证配伍，治疗黄疸型肝炎及胆囊炎亦效。本品尚能治热泄下痢及肠风便血。如用于小便热涩淋痛，则须配车前子、木通等清利之品，以泻膀胱湿热。此外，《三因方》龙胆丸，用本品与黄连、使君子等配伍，治疗疳病发热。《医学衷中参西录》谓："凡胃热气逆，胃汁短少不能食者，服之可以开胃进食。"外用可治肾囊风瘙痒、流水，与桃叶、蜂房、藜芦、千张纸共研细末，麻油调搽。本品生用下行，酒炒上行，猪胆汁拌炒，降火尤速。煎服，5—10 克。用于健胃，只宜小量，过服有伤胃中生发之气，胃气虚弱者尤应慎用。

实验研究：龙胆根含龙胆碱、龙胆苦甙、龙胆黄碱。条叶龙胆根及根茎所含主要成分为龙胆苦甙，并含龙胆碱、龙胆糖、龙胆二糖。三花龙胆根茎含龙胆苦甙、当药苦甙、当药甙。根含三花龙胆甙。

龙胆有苦味健胃作用，可使唾液分泌增加，通过反射使胃液分泌增加，也使胰液和胆汁分泌增加，促进胃肠运动和消化吸收。龙胆苦甙对胃壁有直接刺激作用，促进胃液分泌，增加游离盐酸。龙胆碱有中枢抑制作用，能减少小鼠自发活动和定向反射，延长巴比妥钠和水合氯醛的睡眠时间，降低体温，松弛肌肉以及降低士的宁的毒性。对猫有降压作用，对大鼠甲醛性关节炎有抗炎作用。皮下注射龙胆成分，对大鼠移植性吉田肉瘤有抑制作用。

夏枯草

始载于《神农本草经》。又名铁色草、棒槌草。为唇形科植物夏枯草 Prunella vulgaris L. 带花的果穗。夏季果穗呈棕红色时采收，晒干。

果穗呈棒状，略扁，长 1.5—8 厘米，直径 0.8—1.5 厘米。表面淡棕色至棕红色，少数基部带有短茎。全穗有 4—13 轮宿存的花萼和苞片，作覆瓦状排列；每轮有对生苞片两枚，淡黄褐色，肾形，先端尖尾状，脉纹明显，外表面有白色粗毛；每一苞片内有花 3 朵，唇形花冠及雄蕊多已脱落，花萼 2 唇形，上唇宽广，先端 3 齿裂，下唇 2 裂，裂片尖三角形，外面有粗毛；萼内有小坚果 4 枚，卵圆形，棕色，有光泽，先端有白色突起。体轻质脆，微有清香气，味淡。主产于中国江苏、安徽、浙江、河南等省。

本品味苦、辛，性微寒。归肝、胆经。功能清肝明目，散结解毒。主治头痛眩晕、目睛疼痛、目赤肿痛、羞明流泪、瘰疬、瘿瘤结核、痈疖肿毒、乳痈、赤白带下等。

凡肝经有热，或肝阳上亢所致的头痛眩晕，目花耳鸣等，包括高血压病属肝火上炎，肝阳上亢的证型，多可用本品以清肝热，平肝阳。见有风热偏盛者，可与菊花、白蒺藜同用；肝经热结者，可与决明子同用；兼见阴虚者，更

需配用生牡蛎、白芍药之类。夏枯草为治疗多种眼病的常用药物，楼全善云："夏枯草治目珠疼至夜则疼甚者，神效；或用苦寒药点之反甚者亦神效。"如肝虚目睛痛，羞明流泪者，《简要济众方》补肝散，用夏枯草配香附子为末，腊茶调服，夏枯草得香附相佐，增强了散火结，解气郁的作用。若属于肝肾阴虚所致的目珠疼痛，午后黄昏尤剧者，可配石决明、地黄、石斛等以养阴平肝；如痛久肝血虚少者，宜配当归、白芍等养肝益血之品。肝火上炎而致目赤肿痛，可配用野菊花、蒲公英以清肝泻火。又《银海精微》指出，夏枯草有止泪祛风的作用，在治疗热泪诸方中常见使用。《简要济众方》又用夏枯草治眉棱骨痛；与他药同服，也治目翳从上下者。夏枯草又为治疗瘰疬瘿瘤的要药，以其既能疏解肝经郁火，又擅散结化痰，故瘰疬之由于痰凝、气结、火郁所致者，多可用之。如《摄生众妙方》夏枯草汤，治瘰疬不问已溃未溃，或日久成漏，即用本品一味煎汤或熬膏常服，并涂敷患处。临床应用则实证以行散药佐之，虚证以补养药和之。如治疗痰火蕴结，阻于经络者，《疡医大全》内消瘰疬丸，用本品配清热泻火，化痰散结药。治疗肝旺血燥，瘰疬坚硬者，《医宗金鉴》夏枯草膏，用本品配养血和络，化痰软坚药。而夏枯草与元参同用，既清肝散结，复滋阴降火，更为治疗肝火郁结，瘰疬结核所常用。其治瘿瘤，则多与海藻、昆布、牡蛎等软坚散结药同用。《方脉正宗》云，肝火血郁成劳，用夏枯草入逍遥散有良效。现代有用单味夏枯草治疗肺结核的临床报道。本品治痈疮肿毒，可与甘菊花、紫花地丁、忍冬藤等解毒药同用。妇女乳痈，每由肝气郁结，胃热壅滞，经络阻塞所致，本品善散肝火，解肝郁，常与蒲公英等配伍。治疗赤白带下，可用本品研末内服，也可煎水洗涤阴道。此外，夏枯草尚可用于急性传染性肝炎者。

本品久服易伤脾胃，脾胃虚弱及气虚者不宜使用。煎服，10—15克。

实验研究：花穗含夏枯草甙、飞燕草素和矢车菊素的花色甙、右旋樟脑、右旋小茴香酮、熊果酸。果穗含熊果酸、齐墩果酸、咖啡酸、没食子酸。

水或乙醇浸出液对麻醉动物有降低血压作用。对肾性高血压犬，口服给药也有某些降压作用。对兔离体子宫可使强直收缩，对离体兔肠也有兴奋作用。煎剂在体外对痢疾杆菌、结核杆菌、变形杆菌、鼠疫杆菌、伤寒杆菌、大肠杆菌、链球菌、肺炎球菌等有抑制作用。

青葙子

始载于《神农本草经》。又名草决明、野鸡冠花子。为苋科植物青葙 Celosia argentea L. 的种子。原植物中国大部分地区均有分布。

青葙子和鸡冠花子极相似，呈肾状圆形，黑色，光亮；有矩形网状花纹呈同心环状排列。直径约1—1.5毫米，厚约0.5毫米。剥去种皮，子仁黄白色，饱含油质。

本品味苦，性凉。归肝经。功能清肝明目，祛风散热。主治目赤肿痛、翳障、头痛眩晕、鼻衄、皮肤瘙痒、阴疮等。

本品治肝经火旺，上冲于目所致的目赤肿痛，一般多配决明子、菊花、栀子等，如《圣济总录》青葙子散。眼中生翳，属于风热而成者，配蕤仁、秦皮等，如《圣济总录》青葙子汤。如因于肝、肾不足，风热外侵而眼目昏暗多泪者，宜与菟丝子、枸杞子等补肝益肾之品相配，以收标本兼顾之效，如《太平圣惠方》青葙子丸。头痛眩晕由于肝火上升者，可配龙胆草、石决明等，泻火以抑肝阳。近以本品配夏枯草、杜仲、牛膝等治疗高血压。治鼻出血不止者，以鲜品捣汁滴鼻中。皮肤瘙痒属于风热侵入血脉为患者，用之能散血中之风热，常配蝉蜕、薄荷等同用。妇女阴疮，配苦参、狼牙等，如《甲乙方》青葙子散。煎服，10—15克。由于本品有扩大瞳孔的作用，故瞳孔散大的眼病忌用。

实验研究：青葙种子含脂肪油约15%，并含丰富的硝酸钾和烟酸。

密蒙花

始载于《开宝本草》。又名蒙花、黄饭花。为马钱科植物密蒙花 Buddleia officinalis Maxim. 的花蕾及其花序。春季花未开放时采收，晒干。

花蕾密集成团块状，大小不一。全体灰黄色或黄棕色，被细密茸毛。单个散在的花蕾呈短棒状，上端略大，长0.3—1厘米，直径1—2毫米；花萼钟状，先端4裂；花冠筒状，与萼等长或稍长，顶端圆且稍膨大，亦为4裂，裂片暗紫色，卵形；雄蕊4枚，着生在花冠筒中部。质轻柔，易碎，断面中央棕黑色。气微香，味微苦辛。主产于中国湖北、四川、陕西、河南等省。

本品味甘，性微寒。归肝经。功能祛风热，润肝燥，明目退翳。主治暴感风热引起之目赤肿痛、眵泪翳障，以及阴虚肝热导致之眼目昏暗，视物不清。

用治风热目赤翳障，配菊花、羌活、木贼、石决明，如《和剂局方》密蒙花散；治肝虚目昏，配枸杞、菊花、青葙子、白蒺藜，如《银海精微》密蒙花散；治畏光羞明，配生地黄、黄芩；治目胞湿烂，浸淫多泪，配白术、玉竹；治小儿疳积，眼目不明者，配使君子、芜荑、胡黄连、芦荟。本品用于眼病诸疾，不拘久暴，无论虚实，若随证适当配伍，均可应用。煎服，3—9克。

实验研究：密蒙花花穗含刺槐甙、刺槐素等多种黄酮类。刺槐素与槲皮素相似，有维生素P样作用，能消炎，解除平滑肌痉挛。

谷精草

始载于《开宝本草》。又名戴星草、移星草。为谷精

草科植物谷精草 Eriocaulon buergerianum Koern. 带花茎的花序,单用其花序者称"谷精珠"。主产于中国江苏、浙江;此外,湖北、安徽、江西等省亦产。

本品味辛,性平。归肝、胃经。功能疏散风热,明目退翳。主治风热目疾、翳膜遮睛等。

李时珍云:"谷精体轻性浮,能上行阳明分野,凡治目中诸病,加而用之甚良。"用治风热所致的目赤肿痛,羞明流泪,一般常与白蒺藜、木贼草、密蒙花等同用。如风热较甚,眼胞红肿难开者,可与荆芥穗、菊花、草决明、龙胆草等同用以加强疏风泄热,清肝明目作用,方如《审视瑶函》谷精草汤。若风热上扰而目中生翳者,用本品配防风为末,米饮服;又痘疹后目有星翳者,《证治准绳》谷精散以本品配蝉蜕、绿豆皮、猪蹄甲为末服。小儿疳积雀盲,夜不视物,可用谷精草合羊肝同煮食;或再加苍术、夜明砂。此外,本品还可用于风热引起的偏、正头痛,眉棱骨痛,鼻渊,喉痹,风火牙痛及皮肤风疹瘙痒等症。煎服,5—10克。对血虚所致的目病患者慎用。忌用铁器煎药。

实验研究:体外试验,谷精草煎剂对绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、福氏痢疾杆菌、大肠杆菌有抑制作用。水浸剂对常见致病性皮肤真菌有抑制作用。

蕤仁

始载于《神农本草经》。原名蕤核,又名蕤子、白桵仁、马茹子。为蔷薇科植物扁核木 Prinsepia uniflora Batal. 的果实。产于中国陕西、山西、甘肃等省。

本品味甘,性微寒。归肝、心经。功能祛风散热,养肝明目。主治目赤肿痛、昏暗、羞明、眦烂流泪、翳膜遮睛等。

本品为眼科要药。如治肝经风热的目赤肿痛,羞明流泪,可配杭菊、秦皮、黄连等煎汤内服。若肝虚目昏多泪者,则可配酸枣仁、五味子以益肝明目。肝肾不足而眼目昏暗,宜与补益肝肾药配伍;如证见阳虚者,可配破故纸、核桃仁等;阴虚者,可与枸杞子、女贞子等同用。现在也用治早期白内障和玻璃体浑浊。本品治目疾,亦可外用。如《和剂局方》春雪膏,配冰片、生蜜调和点眼,治昏暗痒痛,畏光羞明,迎风流泪;《经验良方》配杏仁研匀,人腻粉少许为丸,热水化开洗眼,治赤烂眼等。本品尚能补心安神,配伍何首乌、丹参等,治疗失眠,宜炒用。煎服,4.5—9克。打碎用。

夜明砂

始载于《神农本草经》。原名天鼠屎。为蝙蝠科动物蝙蝠 Vespertilio superans Thomas 等的粪便。主产于中国浙江、江西、广西、河南、甘肃、辽宁等省、区。

本品味辛,性寒。归肝经。功能清肝明目,散瘀消积。主治青盲、雀目、内外翳障、小儿疳积、瘰疬等。

青盲由肝肾不足、精血不能上承所致者,可配熟地黄、枸杞子、冬青子等同用,如《审视瑶函》之复明丸。治雀目,古方每以本品与猪肝或羊肝同用,如《证治准绳》之决明夜灵散,配石决明研末和匀,入猪肝内,用米泔水煮熟服;《银海精微》之猪肝散,则同谷精草、蛤粉为末,掺于猪肝内煮食。用于内外翳障,实证宜配蝉蜕、菊花、夏枯草、刺蒺藜、谷精草等疏风清热泻肝之品;虚证宜配地黄、石斛、人参、枸杞等益肝肾、补精气之品。其消积散瘀之功,可用于积聚、瘰疬。治小儿疳积,常与清热、驱虫、健脾、利气药,如胡黄连、芦荟、使君子、砂仁、青皮等配合使用。治腹中积聚,寒热,可用本品同阿魏、花椒、红曲研末,白汤调服。治瘰疬,本品能清肝火而兼散血消积,《方脉正宗》治瘰疬方以本品与咸寒软坚之蛤壳配伍,有相须为用之义。煎服,3—9克,布包入煎;研末服,1—1.5克。孕妇忌服。

实验研究:蝙蝠的干燥粪便含尿素、尿酸、胆甾醇及少量维生素 A 等。

王瓜根

始载于《神农本草经》。原名王瓜,又名土瓜根、山苦瓜根。为葫芦科植物王瓜 Trichosanthes cucumercides (Ser.) Maxim. 的块根。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味苦,性寒。有小毒。归胃、大肠经。功能清热生津,活血止痛,利尿解毒。主治消渴、热病烦渴、黄疸、月经不调、癥瘕、咽喉肿痛、痈肿疔毒、毒蛇咬伤以及二便不通、筋骨挛痛与外伤性疼痛等。

王瓜根能除湿热热毒,多治邪气热结诸病。治疗热结阳明之消渴或热病津伤烦渴,有清泄胃热、生津止渴作用。如《圣惠方》治消中渴不止,心神烦热,用浮萍草、土瓜根为散,以牛乳汁调服。治肝脾湿热久郁致成黄疸,用王瓜根捣汁服,可导湿热下行使从小便排出。王瓜根既能清湿热,又能行瘀滞,故也常用于妇科经带诸病及癥瘕等证。如女子带下,经水不利,少腹满痛,或经水一月再潮者,可与䗪虫、桂枝、白芍同用,祛瘀热而调冲任,如《金匮要略》土瓜根散。本品浸酒服,治腹中癥瘕,烦热满痛;配大黄、桔梗、杏仁,又治寒热积聚,少腹急结,痛引阴中。《产乳方》尚用王瓜根末兑黄酒服以通乳汁;《肘后方》用王瓜根汁加水少许,注入尿道或肛内,治小便不通及关格。本品用治痈肿疔毒等外疡,有解毒消肿止痛之效。如痈肿初起,可煎服王瓜根,并将药渣捣烂敷患处;治指头疔,用王瓜根研末,加蟾酥少量,和鸡子清调敷;治水火烫伤,用鲜根与水擂成糊状调涂;治毒蛇咬伤,用根研末调敷,或用烧酒磨成乳状涂于伤口周围。王瓜根有较好的止痛作用,如积湿化热之筋骨挛痛、外伤性疼痛、手术后疼痛、胃肠道疼痛等,切片嚼烂吞服,有即时止痛之效。治乳蛾、咽喉肿痛或口腔糜烂,可研末吹患处或涂搽,亦

可切片含咽，使痰涎流出而愈。煎服，6—9克。本品有催吐作用，内服不宜过量。脾胃虚寒者及孕妇慎用。

实验研究：王瓜根含胆碱约0.03%、精氨酸0.2%及多量淀粉。

鸡胆

始载于《名医别录》。为雉科动物家鸡 Gallus gallus domesticus Brisson 的胆囊。

本品味苦，性寒。功能清热解毒，止咳祛痰，明目。主治百日咳、慢性支气管炎、小儿菌痢、目赤、疮疡等。

治百日咳，以鸡苦胆取汁加砂糖或白蜜调成糊状内服，服后能使痉咳减轻，次数减少。治疗慢性支气管炎，不论咳吐黄痰或白粘痰均有效，可制成鸡胆粉或鸡胆片服。小儿菌痢，取鸡苦胆与乳糖配成胆粉服。如目赤眼热流泪，以灯芯蘸鸡胆汁点之；亦可先用五倍子、蔓荆子煎汤洗之，后用鸡胆汁点眼。《卫生易简方》用治砂石淋沥，以鸡胆粉与鸡屎白研匀，温酒调服。本品外用可治疮疡，如痈疽肿毒初起，取鸡胆汁外敷，可使消散；并敷耳后湿疮及痔疮。鸡胆粉内服，0.3—1克；鲜胆汁1—3毫升。本品内服可出现恶心、腹痛，或口麻、心慌等不适，故宜饭后服，并多饮水。

羊胆

始载于《本草经集注》。为牛科动物山羊 Capra hircus L. 或绵羊 Ovis aries L. 的胆囊。

本品味苦，性寒。归肝、胆、肺经。功能明目退翳，化痰止咳，润肠通便。主治风热目赤、青盲、翳障、咳嗽、百日咳、便秘等症。

《药性论》以青羊胆汁点眼，治赤障白膜、迎风流泪。《张三丰仙传方》碧云膏则将蜂蜜灌入羊胆内，置通风处，待霜出后取霜点眼，治一切暴赤目疾。用于痰热咳嗽、痰中带血、百日咳，肺痨吐血，可配百部、白及、浙贝母等化痰止咳药同用。若单用新鲜羊胆汁灌肠，又治大便秘结不通。涂敷可治热毒疮疡。粉剂内服，0.5—1克。

实验研究：羊胆含有胆酸及脱氧胆酸。并含胆汁酸盐、胆色素（主为胆红素和胆绿素）、粘蛋白、胆甾醇、卵磷脂、碳酸氢钠等。

牛胆

始载于《神农本草经》。为牛科动物黄牛 Bostraurus domesticus Gmelin 或水牛 Bubalus bubalis L. 的胆囊。

本品味苦，性寒。归肝、胆、肺经。功能清肝利胆，通便，明目，止咳，解毒。主治湿热黄疸、消化不良、便秘、小儿惊风、目赤肿痛、肺热咳嗽及疮疡等。

用于湿热黄疸，可用牛胆汁干燥后制成粉剂，入胶囊服。《圣惠方》治谷疸发黄，则用牛胆晒干，同苦参、龙胆草研末，炼蜜为丸，生麦门冬汁送服。消化不良，大便秘结者，亦可研末内服；或与蜂蜜同用。本品功专清肝泄热，可治小儿肝热惊风。又可用于目疾，如《龙木论》治小儿青盲之牛黄丸，《圣济总录》治目赤肿痛、目翳等症之退膜丸，均以牛胆为主要配伍药物。此外，治疗目赤肿痛，也可取牛胆汁外用点眼。牛胆用于急、慢性气管炎及百日咳，可单用或配合紫菀、百部等止咳药同用。治疮肿则多作外用。用石灰入牛胆内阴干，研末外敷，还可治金疮外伤。内服干燥粉末，0.3—1克。脾胃虚寒者忌服。

实验研究：牛胆汁含胆酸、脱氧胆酸、鹅脱氧胆酸、甘胆酸、牛磺胆酸、石胆酸、胆色素、胆甾醇、卵磷脂、胆碱、尿素以及氯化钠、磷酸钙、磷酸铁等无机盐。

猪胆

始载于《名医别录》。为猪科动物猪 Sus scrofa domestica Brisson 的胆囊。

本品味苦，性寒。归心、肝、胆、肺、大肠经。功能清热泻火解毒，止咳，明目，通便。主治支气管炎、小儿肺炎、百日咳、惊风抽搐、黄疸型肝炎、胆囊炎、菌痢、肠炎、消化不良、便秘、目赤、聤耳、痈肿疔疮、皮肤瘙痒、汤火伤等疾患。

支气管炎、百日咳，取胆汁用白糖或蜂蜜调服；亦可与百部、紫菀、地龙、陈皮、甘草等配伍同用。黄疸型肝炎，将鲜猪胆汁烘干研粉，装入胶囊内服，对黄疸消退和改善消化道症状，均有较好的疗效。胆囊炎，可取胆汁粉和姜黄、郁金为末服。菌痢、肠炎、消化不良，以猪胆汁和绿豆粉混合搅拌，制成片剂或装入胶囊服。胆汁灌肠又能通导热结便秘。鲜胆汁加生理盐水制成眼药水滴眼，治疗砂眼及眼结膜炎；若浓缩成膏，配炉甘石、硼砂、黄连、冰片共研细末点眼，则治目赤翳障。将明矾入胆汁内一昼夜，取出晒干，研细粉，可治中耳炎、慢性宫颈炎。猪胆汁有较好的清热解毒消肿作用，对痈疽肿毒初起，取猪胆膏和生葱捣泥涂敷，可使疮肿消散；指疔，取冰片、雄黄各少许，入猪胆内，套于指上；痄腮，取猪胆膏摊贴患处。《外台秘要》治汤火伤，用猪胆汁调黄柏末涂之。用治热疖初起亦效。破溃型淋巴结核，用胆汁浓缩，入青黛、黄柏粉搅匀，干燥后研成细粉服，并取粉末撒布患处。皮肤湿疹，日久不愈者，取粉末掺患处。鲜猪胆汁入温开水中作洗药，可治女阴瘙痒症。鲜胆汁以白糖或蜂蜜调服，3—15克；干燥粉末装入胶囊吞服，0.3—3克。儿童酌减。

实验研究：猪胆汁中主要成分为胆汁酸类、胆色素、粘蛋白、脂类及无机物等。胆汁酸中有鹅脱氧胆酸、3α-羟基-6-氧-5α-胆烷酸和石胆酸，它们几乎完全与甘氨酸结合而存在。另含猪胆酸、猪去氧胆酸、去氧胆酸和多种氨基酸。

猪胆粉灌胃，对动物有止咳抗炎作用，猪胆汁在体外

高浓度时,对百日咳杆菌有抑制作用,但不如黄连。黑虎丹(用猪胆汁与小米混合制成)在体外对痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌、沙门杆菌、大肠杆菌等有不同程度的抑菌作用。

熊胆

始载于《药性论》。为熊科动物黑熊 Selenarctos thibetanus G. Cuvier 或棕熊 Ursus arctos L. 的胆囊。四季均可猎取,捕获后,立即剖腹取胆,扎紧胆囊口,以防胆汁流失,然后剔去附着的油脂,挂通风处阴干,或用两片比胆囊稍大的木板夹住再阴干或置石灰缸中干燥。目前采用活熊取胆法已获得成功。

干燥熊胆囊呈长扁卵形,上部狭细,下部膨大成囊状,长约10—20厘米,宽5—10厘米,厚0.5—1.5厘米。表面灰褐色、黑褐色或棕黄色,有皱褶或微有皱褶,囊壁薄,纤维性,显光泽。干燥胆汁称为"胆仁",呈块状、颗粒状或稠膏状,色泽深浅不一。"胆仁"金黄色,有光泽,质松脆,半透明如琥珀,且呈颗粒状者,习称"金胆"或"铜胆";"胆仁"黄绿色,半透明,光泽稍差,质脆,呈颗粒状或膏状者,习称"菜花胆";"胆仁"黑棕色或黑绿色,透明度差,质硬脆,呈膏状者,习称"墨胆"或"铁胆"。气微清香或微腥,味苦回甜,有清凉感而不粘牙。主产于中国云南、黑龙江、吉林等省。产云南者称"云胆",品质最优;产黑龙江、吉林者称"东胆",产量最大。

本品味苦,性寒。归心、肝、胆、胃经。功能清热解毒,镇痉止痛,明目杀虫。主治高热抽搐、热盛谵语、小儿急惊、癫痫、妊娠子痫、黄疸型肝炎、胆囊炎、胆结石、胆道蛔虫病、目赤肿痛、咽喉肿痛、百日咳、疳积、热痢、疮疡肿毒、痔疮肿痛等。

治疗上述诸症,一般均可以单味研末,温开水化服,也可与他药同用,如小儿惊痫,可和乳汁或竹沥服。治黄疸型肝炎、胆石症,可配郁金、姜黄末,以茵陈蒿煎汤送服。治胆道蛔虫病,以乌梅、黄连、槟榔煎汤冲服。治小儿疳积黄瘦,体热心烦,可配使君子、青黛、黄连研末为丸服等。目赤肿痛翳障,则以熊胆、冰片各少许,水化为汁,点眼。疮毒肿痛,用熊胆少许,水化涂患处,对痔疮肿痛尤有良效。研末服0.3—2克;入丸、散,或装人胶囊服。无实热者不宜使用。

实验研究:黑熊胆中的主要成分为牛磺熊脱氧胆酸,含量约20%,水解则生成牛磺酸和熊脱氧胆酸。又含少量鹅脱氧胆酸及胆酸。并含多种氨基酸。

本品有利胆作用,并能解痉(如奥狄括约肌),溶解胆石,还有抑菌、抗炎、抗过敏、镇咳、祛痰、平喘、助消化及解毒(小鼠士的宁中毒时)等作用。

阴地蕨

始载于《本草图经》。又名一朵云、独脚蒿、蛇不见。为阴地蕨科植物阴地蕨 Botrychium ternatum (Thunb.) Sweet 的全草。分布于中国长江流域及广西、福建、台湾等省、区。

本品味甘、苦,性微寒。归肺、肝经。功能清热解毒,化痰止咳,平肝明目。主治风热感冒、乳蛾肿痛、小儿高热抽搐、肺热咳嗽、咳血、百日咳、癫痫、火眼目翳、瘰疬结核、痄腮、疮疖肿毒等。

用于风热感冒、乳蛾肿痛、小儿高热抽搐,阴地蕨与鸭跖草配用。治肺热咳嗽、咳血,本品配白萝卜加冰糖同炖服;或与鲜凤尾草合用。劳伤咳嗽及病后声哑,可配石斛、橄榄,米泔水煎汤含咽。治百日咳,可配老鹳草、兔耳风水煎加蜂蜜服。治癫痫,水煎代茶常服。治火眼,用阴地蕨叶、棘树叶鲜品捣汁点眼。治目翳以阴地蕨干品与鸡肝同蒸服。治瘰疬结核,可与土茯苓、夏枯草、煅牡蛎同用。治疮疖肿毒,可单味煎服,并以鲜品捣烂敷涂患部。煎服,6—15克。

实验研究:阴地蕨叶的浸出成分经水解后得木犀草素等。

山芝麻

始载于《生草药性备要》。原名岗油麻,又名山油麻、野芝麻、假芝麻。为梧桐科植物山芝麻 Helicteres angustifolia L. 的根或全草。分布于中国浙江、江西、福建、广东、广西、云南、贵州等省、区。

本品味苦、微甘,性寒。有小毒。归心、肺经。功能清热,解毒,消肿。主治感冒发热、咳嗽、咽喉肿痛、腹痛泻痢、结核病、痈肿疮毒、痄腮、面部湿疹及毒蛇咬伤等。

治时行感冒及小儿高热不退,用山芝麻配荆芥、生石膏、天花粉等煎服;治风热咳嗽,则可与两面针、枇杷叶同用。山芝麻又能清利咽喉,消肿止痛,多用于扁桃体炎、咽喉炎,可配鹅不食草、入地金牛等煎服或含漱。治夏令暑湿所致的痧气脐腹绞痛、呕吐泄泻,可用本品单味煎服。治湿热下痢,每与凤尾草、车前草同煎。此外,山芝麻治结核病有一定效果,如肺结核、淋巴结核、骨与关节结核,均可用根煎服。治痈肿疮毒、痄腮,外敷或内服均可。山芝麻根酒煎饮及外搽,可治毒蛇咬伤;捣敷止刀伤出血。煎服,9—15克;鲜品15—30克。本品内服过量可引起头晕、恶心、呕吐、腹泻等。虚寒者及孕妇忌服。

实验研究:山芝麻根含山芝麻酸甲酯、山芝麻宁酸甲酯、山芝麻宁酸、白桦脂酸和齐墩果酸。在试管中对金黄色葡萄球菌有抑制作用。

马槟榔

始载于《滇南本草》。又名马金囊、紫槟榔、屈头鸡、太极子。为白花菜科植物马槟榔 Capparis masaikai Lévl. 的种子。产于中国广西、云南、贵州等省、区。

本品味甘、微苦，性寒。功能清热利咽，生津止渴，解毒消肿。主治咽喉肿痛、津伤口渴、干咳、痈疽疮毒等。

用于治疗急慢性咽喉炎，可生嚼含咽其汁；嚼服并能解热病津伤和暑热内盛之口渴。与百部、丝瓜络、瓜蒌皮配用可治干咳、胸痛。治恶疮肿毒，可用本品嚼烂涂敷患处，并生嚼或煎汤内服。现亦用于瘿瘤及淋巴结炎，常与夏枯草、风栗壳等泻火软坚药配伍；治乳腺癌则与黄药子、穿破石等配伍。本品久服则子宫冷，自然绝育。孕妇忌服。入药去壳取仁用。煎服，3—9克。

黄连

始载于《神农本草经》。又名王连。为毛茛科植物黄连 Coptis chinensis Franch.、三角叶黄连 C. deltoidea C. Y. Cheng et Hsiao 及云连 C. teeta Wall. 的根茎。秋末冬初采挖，除去地上部分、须根、泥土，晒干或烘干，再撞去残留的须根。

黄连(味连)根茎多分枝，常3—5支成束，亦有十几个集聚成簇，形如鸡爪，习称"鸡爪黄连"。分枝稍弯曲，长3—7厘米，直径3—8毫米，节密生，有不规则的结节状隆起，有多数坚硬弯曲的须根或须根痕，形如连珠。根茎中部有细瘦光滑的节间，习称"过桥"，上部具有棕色鳞叶残基。表面黄褐色或黄棕色，具有光泽，外皮脱落处呈红棕色或黄棕色。质坚实，断面不整齐，木部金黄色，可见放射状纹理，皮部及髓红黄色，偶有空心。气微，味极苦。主产于中国四川省。

三角叶黄连(雅连)根茎多单枝，略呈圆柱形，稍弯曲，粗壮，长4—8厘米，直径0.5—1厘米。表面棕黄色或灰棕色，膨大结节处粗糙，有多数坚硬的须根痕、叶柄残基及鳞片叶，光滑的节间(过桥)长1—3厘米。断面皮部暗棕色，木部深黄色，髓部多裂隙。气微，味极苦。主产于四川省。

云连根茎细小，略呈连珠状的圆柱形，分枝少，弯曲成钩状，节间密，长约2—5厘米，直径1.5—4毫米。表面绿黄色，有少数细根痕，上端偶有芽痕，断面木部黄色。气微，味极苦。主产于云南省。

本品味大苦，性大寒。归心、肝、胆、胃、大肠经。功能清热燥湿，泻火解毒。主治湿热泄泻、痢疾、高热神昏、吐血、衄血、心下痞满、心烦失眠、口舌生疮、目赤肿痛、牙龈肿痛、消渴、痈肿疮毒、水火烫伤等。

黄连苦以燥湿，寒能清热，为治疗湿热诸证的要药。如湿热壅滞肠腑，泄泻、下痢，初起兼有发热者，与葛根、黄芩、甘草配用以解表清里；痢疾气滞腹痛后重者，可与木香同用以清湿热行气滞；热毒赤痢，与白头翁、秦皮、黄柏同用，以清热解毒。用治湿温病湿热阻于肠胃，胸闷，呕恶，不思饮食，大便溏泄，或霍乱吐泻，常与厚朴、山栀等同用，以增强泄热燥湿之功。黄连大苦大寒，能直折亢盛之火，清热泻火之功甚著。对于火热炽盛，邪陷心包之高热烦躁，神昏谵语，及热盛迫血妄行之吐血、衄血，可与大黄、黄芩、栀子等配用。治邪热结于心下所致的痞证，可以黄连为君药，清泄胃中邪热。若邪在肠胃，寒热互结，心下痞满，肠鸣下痢或腹痛欲呕，多与黄芩、干姜、半夏同用，以苦降辛开，寒热兼治。黄连尤能泻心火，故心火亢盛不寐诸证每多用之。如《仁斋直指方》黄连安神丸以本品配朱砂之镇心安神，治心烦懊侬、心悸怔忡；《韩氏医通》交泰丸，则用黄连清心泻上亢之火，配肉桂温肾以引火归元，治疗心肾不交的夜不安寐。黄连亦善清肝，治肝经郁火，横逆犯胃所致之脘胁疼痛，嘈杂吞酸，常与吴萸同用，治肝火上亢之目赤肿痛，羞明多泪，如急性结膜炎、角膜炎、电光性眼炎等，内服可与山栀、夏枯草、决明子配伍，外用可切碎后以人乳浸汁滴眼或黄连煎水洗眼。血虚肝旺而视物不清，畏光羞明，胬肉攀睛，可配羊肝、密蒙花、木贼、草决明、茺蔚子等以补肝泻火。此外，本品亦治脏毒便血，痔疮出血，常用本品研末，纳入猪大肠内，酒煮干，再捣烂为丸服，此亦清肠道热毒之功。治痈疽肿毒，黄连也是常用之品，内服可配当归、赤芍、蒲公英、紫花地丁、金银花；未溃可研末调涂，使局部红肿消退，已溃可用黄连纱布作脓腔引流。本品与黄柏、当归、姜黄研末调涂治痄腮、丹毒、鼻疖、唇疔有效。治皮肤赤肿热痒，糜烂多水，则用黄连煎液涂搽，或研末用蓖麻油调涂，也可与松香、海螵蛸、黄蜡、麻油熬膏涂敷。治湿疹流黄水，皮肤瘙痒，与蛇床子、赤小豆、胡粉研末油调搽；面部风癣，则配白芷、黄柏、黄丹研末调搽；治水火烫伤，可与寒水石、冰片研细，油调搽。本品还可用治耳内流脓，与硼砂配成溶液滴入耳中。黄连又为治蛔厥证必用之药。成无己曰：蛔得苦则安，黄连之苦，以安蛔也。常与乌梅、川椒等酸、辛之药合用。入药一般生用，亦可随证炮制而用。如治上焦火宜酒炒，下焦火宜盐水炒，中焦火宜姜汁炒，不仅能起引导作用，且姜、酒辛热可制其苦寒，盐水咸寒能润其燥性。煎服，1.5—4.5克。黄连大苦大寒，易伤阳败胃，用之不可过量，当中病即止。凡脾胃虚寒者忌用。

实验研究：黄连、三角叶黄连和云连的根茎均含小檗碱，为有效成分。还含黄连碱、甲基黄连碱、掌叶防己碱、药根碱、木兰碱。

黄连和小檗碱对葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌、霍乱弧菌、炭疽杆菌、痢疾杆菌(宋内氏株无效)均有较强的抗菌作用；对多种革兰阴性杆菌(如枯草、肺炎、百日咳、鼠疫、布氏等)及白喉杆菌、结核杆菌也有抗菌作用；对人肠、变形、伤寒等杆菌作用较弱，而对副伤寒、绿脓杆菌则无效。与其他抗生素未发现有交叉抗药性。单用可产生抗药性，但入复方应用时则耐药性较少出现。黄连或小檗碱对鸡胚中培养的各型流感病毒和新城鸡瘟病毒，对体外及鼠体内阿米巴原虫、沙眼衣原体、滴虫、锥虫及蓝色毛癣菌、絮状表皮癣菌、狗小孢子菌、星状奴卡菌等均有抑制作用。小檗碱可能是一种细菌细胞膜毒性物质。小檗碱有中枢抑制作用，对小鼠有降温、镇静作用，四氧

小檗碱还有安定作用。小檗碱对乙酰胆碱具有剂量依赖性双相作用。小剂量能抑制胆碱酯酶，能增强乙酰胆碱的作用，大剂量则可与乙酰胆碱发生竞争性拮抗。对离体动物心房有兴奋作用(β 肾上腺素受体兴奋)，剂量增加，则对离体心脏表现抑制作用。静脉注射有肯定的降压作用。小檗碱还能增加胆汁形成，有利胆作用。黄连和小檗碱在动物实验中还有抗炎、抗利尿、止泻和抗应激性胃溃疡的作用。口服后血浓度很低，静脉注射血浓度也不易维持，而组织中如心、肾、肺及肠中则含量较高。人口服后，尿中排泄很少，粪中排泄也少。口服过量，可见肠胃道症状。曾报告成人每日口服 12 克，连用 3 周，或连用 100 克，未见副作用，又曾报告静注有引起过敏者。静脉滴注曾引起数例发生循环呼吸骤停，以伴有低血钾的女性患者较易出现，应严加注意。

黄芩

始载于《神农本草经》。又名腐肠、空肠。为唇形科植物黄芩 Scutellaria baicalensis Georgi 的根。春、秋两季采挖，以春季采挖较好，除去茎叶及须根、泥沙，晒至半干后撞去栓皮，再晒干。

根呈圆锥形，扭曲，长 8—25 厘米，直径 1—3 厘米。根头部粗大，有茎痕及残存茎基。表面棕黄色或深黄色。上部有扭曲的纵皱纹或不规则的网纹，并有疣状支根痕，下部有顺纹及细皱纹。质坚而脆，易折断。断面新根鲜黄色，中间红棕色，习称"子芩"或"条芩"；老根中央呈枯朽状或已成空洞，暗褐色，习称"枯芩"。气微，味苦。主产于中国东北地区。

本品味苦，性寒。归心、肺、胆、大肠经。功能清热，燥湿，解毒，止血，安胎。主治肺热咳嗽、热病高热神昏、吐衄发斑、往来寒热、湿热黄疸、泄泻、痢疾、小便淋痛、目赤肿痛、痈疽疮疡、崩漏、便血、胎动不安等。

黄芩能清上、中、下三焦实热，尤善泻上焦肺火。其治肺热喘嗽，常与知母、桑白皮等配用。治热病神昏谵语，吐衄发斑，常与黄连、山栀、石膏等同用，以泻阳明实火；血热妄行者，还可以加入生地、白茅根、玄参等凉血止血之品。治疗邪在少阳之寒热往来，常与柴胡配用，若寒轻而热重，则与青蒿、枳实、竹茹等配用。黄芩味苦燥湿，性寒胜热，又善治湿热诸证。脾胃湿热，心下痞满鞕痛，多与黄连相须为用。治肝胆湿热之黄疸，常与茵陈、山栀、郁金等同用；现亦用于治疗钩端螺旋体之高热、黄疸、吐血、衄血，与银花、连翘等配伍，有清热解毒之效。它如《温病条辨》黄芩滑石汤则用本品与滑石、蔻仁、茯苓等化湿渗利药相配，治湿温、暑湿之发热、胸闷、口渴不欲饮水；《伤寒论》黄芩汤以本品配芍药、甘草，治湿热下痢。黄芩亦清膀胱湿热，治小便淋沥涩痛，可与木通、滑石、萹蓄等配用。黄芩泻上焦火，夏枯草泻肝胆火，两者配用，可治肝火亢盛之头痛、头晕、心烦、失眠；加菊花、钩藤等更能增强其清热平肝之功，对高血压引起者，且有一定之降压作用。治偏正头痛，可用酒浸黄芩研末茶调服；配龙胆草、连翘等，则治暴发目赤肿痛；与白术、天麻等配用，又能治风热有痰的眉框疼痛。黄芩尚有清热安胎的作用，如妊娠心中烦热，恶心呕吐，或泛吐苦水，不能饮食者，与白术、竹茹、苏梗等配用，有安胎和胃之效；若胎元不固，兼有火热扰动，以致胎动流红者，则于人参、熟地、杜仲等补益剂中，加入本品以清热凉血，使血不妄行，胎乃得安。黄芩之用于疮疡，大多作辅佐药，治火邪湿热所致诸证。如治火丹，黄芩研末，水调涂搽；治湿热口疮，与黄连、苦参、蛇床子、枯矾等研末，猪油调敷；治疥癣、皮肤赤痒多水，与黄连、黄柏、滑石等研末油调涂搽。若治痈疽，则用黄芩、大黄、白芍研末，蛋清调敷。治瘰疬痰核，内服可配牡蛎等，外用与黄连、黄柏、玄参、木鳖子等熬膏摊贴。黄芩生用专于清热泻火，酒炒能上行，猪胆汁炒可泻肝胆火，炒炭用于止血。枯芩轻虚上达，多用于上焦之火；子芩重实下达，多用于下焦之热。但本品苦寒，中虚有寒或无实火者忌用。煎服，3—9 克。

实验研究：黄芩根含黄芩甙、黄芩甙元、汉黄芩甙、汉黄芩素、黄芩新素、7－甲氧基黄芩甙元、黄芩黄酮 Ⅰ 和 Ⅱ、木蝴蝶素 A、白杨素等多种黄酮类成分。又含 β 谷甾醇、豆甾醇、菜油甾醇、苯甲酸。

煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、溶血性链球菌、脑膜炎球菌、痢疾杆菌、白喉杆菌、炭疽杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、变形杆菌、霍乱弧菌等均有不同程度的抗菌作用；浸剂在试管内对堇色毛癣菌等常见致病性皮肤真菌亦有抗菌效力。浸剂与煎剂对流感病毒 PR_8 株及亚州甲型流感病毒也有一定的抑制作用。有报告黄芩甙元为抗菌有效成分；在体内高浓度还能抑制阿米巴原虫的生长。也有报告汉黄芩素在试管内对霍乱弧菌与金葡菌有抗菌作用，对伤寒杆菌与痢疾杆菌无效。黄芩甙、黄芩甙元对豚鼠的过敏性气喘有缓解作用，对离体平滑肌的过敏性收缩反应、动物被动的全身性变态反应以及皮肤变态反应，均有抑制作用，效力以甙元较强。黄芩甙元还有一定的抗组胺与抗乙酰胆碱作用，而黄芩甙则无。黄芩此种抗变态反应，是由于伤害了肥大细胞的酶激活系统(巯基酶)，抑制了过敏性介质的释放，因而不产生过敏反应。此外它对平滑肌本身，也有直接的松弛作用。黄芩甙与黄芩甙元能降低毛细血管通透性，防止低气压引起的小鼠实验性肺出血，抑制过敏性浮肿及炎症。煎剂及黄芩甙有轻度镇静作用，对其解热作用，报告不一致。醇提取物有降低血压、扩张血管的作用，水提物、醇提物、黄芩甙、黄芩甙元及汉黄芩素在动物实验中均有利尿及利胆作用(汉黄芩甙无效)，酊剂及汉黄芩甙对乙酰胆碱所致离体肠管痉挛有解痉作用。黄芩的乙酸乙酯提取物能抑制血小板聚集，减少纤维蛋白元含量，稳定红细胞膜，防止血栓形成，从而对细菌内毒素引起的动物弥散性血管内凝血(DIC)有改善作用。

黄芩甙元、汉黄芩素等对乙醇所致的大鼠脂肪肝、高脂血症有改善作用；汉黄芩素还能升高高密度脂蛋白。黄芩中所含多种黄酮对过氧化脂质所致的大鼠肝损害(转氨酶升高)有治疗作用。黄芩甙眼药水对砂眼也有一定疗效。黄芩甙含葡萄糖醛酸，因而有某些解毒作用。

黄柏

始载于《神农本草经》。原名檗木，一作黄檗，又名檗皮。为芸香科植物黄皮树 Phellodendron chinense Schneid. 及黄柏 P. amurense Rupr. 除去栓皮的树皮。前者药材习称"川黄柏"；后者药材习称"关黄柏"。全年均可剥取采伐后的树皮；亦可轮流剥取部分树皮。将剥下的树皮晒至半干，压平，刮去外层栓皮，至显黄色为度，刷净，晒干或烘干。

川黄柏呈板片状，长宽不等，厚约3—7毫米。外表面黄棕色，较平坦，显颗粒性，有横生的棕色皮孔及纵向的浅裂纹，偶有残存的灰褐色栓皮；内表面暗黄色或棕黄色，具细密的纵棱纹。体轻，质硬，断面深黄色，纤维性，片状分层。气微，味苦。主产中国四川、贵州省。

关黄柏通常较川黄柏薄，厚约2—4毫米。外表面黄绿色或黄棕色，较平坦，有不规则纵裂纹，皮孔小而少见，偶有暗灰色栓皮残留；内表面黄色或灰黄色。体轻，质较硬，断面鲜黄色或黄绿色，纤维性，片状分层。气味与川黄柏相同。主产辽宁、吉林省；此外，内蒙古、河北、黑龙江等省、区亦产。

本品味苦，性寒。归肾、膀胱、大肠经。功能清热燥湿，泻火解毒。主治痢疾、泄泻、热淋、血淋、痿躄、带下、黄疸、骨蒸劳热、梦遗，以及口舌生疮、目赤肿痛、痈疽疮毒、皮肤湿疹等。

黄柏为治湿热泻痢之常用药。《阎氏小儿方论》治小儿热痢下血，以本品与凉血活血之赤芍为丸服；《十全博救方》治小儿热泻，单用本品一味研末，米汤为丸服。《独行方》治胃热消渴，尿多能食，用黄柏煮水，口渴即饮，连饮数日，俾热清渴止；或与人参、茯苓、白蜜、石斛配用更佳。治湿热黄疸，常与栀子同用，以清利湿热。黄柏尤擅清下焦湿热，治湿热蕴结膀胱，小便赤涩淋痛，与车前子、木通等利水通淋药配用；治血淋，配大小蓟、白茅根煎服；若小便点滴不通，少腹满痛，宜配知母与肉桂以滋肾通关，如《兰室秘藏》滋肾丸。若湿热下注，带下色黄者，可以本品配白果、芡实、车前子。黄柏与苍术相配善治湿热下注，脚膝红肿，筋骨疼痛，下肢痿软无力。黄柏入足少阴肾经，能泻肾中伏火，凡肾火妄动、梦遗滑精，用之可清火以止遗，如《奇效良方》封髓丹，用本品配砂仁、甘草为丸，肉苁蓉酒煎送服。朱丹溪谓本品"得知母则滋阴降火"，故凡水亏火旺，阴虚内热诸证，常知、柏同用，益以滋阴之品，如知柏地黄丸。本品也用以治目赤肿痛，内服配白蒺藜、甘菊花、生地黄；外用黄柏末浸水蒸熟熏洗。黄柏治肿毒疮疡功效亦著，且多外用，如痈肿、发背、乳痈初起，以本品与大黄、白及、白芷等研为细末，蜂蜜调敷；也可单用黄柏末鸡蛋清调敷。黄柏与苦参等药，煎水洗渍，可治疗皮肤湿疹；同与白胶香、煅石膏、青黛研末外用，能治臁疮腿；与地榆、白及研末调敷，可治水火烫伤。如内热上冲，口舌生疮，则用黄柏与细辛煎服或捣末含搽；本品用竹沥浸渍，取汁点舌上，治小儿重舌。此外，本品还治胎毒、痔漏，下血不止，以酒、蜜、人乳、糯米泔水各浸透，炙干研末，米饭丸服。黄柏生用降实火，盐水炒清虚热，炒炭用能止血。煎服，3—9克。虚寒患者忌用。

实验研究：黄柏树皮上含小檗碱，还含黄柏碱、木兰碱、掌叶防己碱、药根碱、白栝楼碱、蝙蝠葛壬碱等生物碱及黄柏酮、黄柏内酯、白鲜内酯、黄柏酮酸、β谷甾醇、豆甾醇、菜油甾醇和多糖等。黄皮树树皮主含小檗碱，还含木兰碱、黄柏碱、掌叶防己碱、β谷甾醇等。

小檗碱的药理作用见"黄连"条。黄柏水煎剂或醇浸剂，在体外对多种病原微生物如金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌、大肠杆菌等均有不同程度的抑制作用；对结核杆菌体外有效，但对豚鼠的实验性结核杆菌感染，疗效甚差；对多种致病性皮肤真菌，在体外有抑制作用，对阴道滴虫、钩端螺旋体也有抑制作用。黄柏流浸膏对麻醉动物及慢性肾型高血压犬，注射或灌服均可引起一定程度之降压。黄柏能增强离体肠管的收缩，黄柏酮能提高收缩的张力及振幅，而黄柏内酯则使肠管松弛。黄柏碱具有某些横纹肌松弛作用。曾报告黄柏还能杀精子、孑孓、家蝇等，对小鼠抗体的生成有明显的促进。

苦参

始载于《神农本草经》。又名苦骨、牛人参、野槐根。为豆科植物苦参 Sophora flavescens Ait. 的根。春、秋两季采挖，除去根头及细支根，洗净，晒干，或趁鲜切成2—5毫米厚的饮片晒干。

根呈长圆柱形，下部常有分枝，长10—30厘米，直径1—2.5厘米。表面灰棕色或黄棕色，有明显的纵皱纹及横长的皮孔，外层栓皮薄，常破裂向外卷曲，露出黄色而微有光泽的内层栓皮。质坚韧，断面纤维性，黄白色，皮部与木部分层清晰，切断面可见木部有2—4层环纹(年轮)及微细的放射状纹理(射线)，粗老者往往形成裂隙。气微，味极苦。主产于中国山西、河南、河北等省。

本品味苦，性寒。归心、肾、肝、脾、大肠经。功能清热燥湿，利水，杀虫。主治湿热痢疾、便血、黄疸、小便不利、带下、阴痒、疥癣、麻风、湿毒疮疡、皮肤瘙痒等。

治疗痢疾，用本品可单行或配伍有关药物同用。如《仁存堂经验方》，用苦参一味为丸治疗血痢；《沈氏尊生书》香参丸，用苦参配木香、甘草为丸，治疗热痢。《滇南本草》谓本品能凉血，解热毒，故湿热便血者用之。如《外科大成》苦参地黄丸，用苦参配地黄，以蜂蜜为丸服，治痔

漏出血、肠风下血、酒毒下血。本品亦常用于黄疸。如《补缺肘后方》用苦参配龙胆,以牛胆汁为丸治疗谷疸;现代用之治急性传染性肝炎,黄疸消退较快。若湿热蕴于下焦,小便不利,可用苦参清湿热而通淋涩,如《金匮要略》当归贝母苦参丸中用之,以治疗妊娠小便不利;现在临床上亦常用之治泌尿道感染。本品大苦大寒,故能杀湿热所生之虫。如《金匮要略》苦参汤,单用苦参煎汤熏洗,治狐惑病前阴蚀。若用于妇女阴痒,带下色黄气臭者,可配知母、黄柏、白术、樗根皮等煎服;同时以本品与蛇床子、白矾煎汤外洗阴部;皮肤瘙痒、脓疱疮,可用其煎汤外洗;治疥疮,可配枯矾、硫黄,油调外敷;治麻风,则配大枫子浸酒内服,并以本品煎汤外洗。现代临床上还用本品浸膏制成片剂,或制成糖浆,或用苦参粉装入胶囊内服,并煎汤作保留灌肠,治蓝氏贾第鞭毛虫病及人肠滴虫。煎服,3—10克。脾胃虚寒者忌服。反藜芦。

实验研究:苦参根含主要成分为苦参碱和氧化苦参碱,还含5-羟基苦参碱、臭豆碱、N-甲基金雀花碱、穿叶赝靛碱、槐果碱、异苦参碱、别苦参碱、槐定碱、氧化槐果碱等生物碱和苦参醇、苦参酮、苦参素、苦参啶醇、黄腐醇、异黄腐醇、异脱水淫羊藿素、去甲脱水淫羊藿素、刺芒柄花素等黄酮类。

苦参制剂对多种实验性心律失常均有抑制作用,可使心率减慢,房室传导时间延长,其有效成分主要为生物碱和黄酮类。静脉注射氧化苦参碱有明显降血压作用,苦参总碱可增加冠脉血流,拮抗垂体后叶素对冠脉的收缩作用。苦参总碱、苦参碱、槐果碱、氧化苦参碱对肉瘤-180等均有不同程度的抑制作用,以氧化苦参碱效果最好,与丝裂霉素C的作用基本相同,槐果碱对艾氏腹水癌也有抑制作用。氧化苦参碱对^{60}Co(钴)γ射线照射和丝裂霉素C引起的动物白细胞减少有治疗或预防作用。苦参能抑制动物被动和主动皮肤过敏反应,并能减少致敏动物血清抗体形成,对组胺所致豚鼠哮喘亦有效,临床对一些过敏性疾病如荨麻疹、急性湿疹、阴部湿疹及其他发炎有一定疗效,对支气管哮喘、喘息型慢性气管炎也有一定疗效。苦参碱可能是平喘作用的有效成分。苦参碱对动物应激性溃疡有显著疗效。氧化苦参碱对实验性肝损伤有一定保护作用。苦参、苦参碱对急性菌痢疗效肯定,对滴虫和阿米巴原虫也有效。氧化苦参碱给大鼠口服后则在胃肠道中逐渐转化成苦参碱被吸收。尿中排泄也以苦参碱为主。人口服氧化苦参碱后,尿排泄苦参碱比氧化苦参碱高。

秦皮

始载于《神农本草经》。又名梣皮。为木犀科植物苦枥白蜡树 Fraxinus rhynchophylla Hance、白蜡树 F. chinensis Roxb. 等数种同属植物的枝皮或干皮。春、秋两季剥取,晒干。

枝皮呈卷筒状或槽状,长10—60厘米,卷筒直径约3厘米,厚2—3毫米。外表面灰绿色或灰褐色,平坦或稍粗糙,有灰白色地衣斑,并有多数圆点状皮孔及细斜皱纹;内表面淡棕色,平滑。质硬而脆,断面纤维性,易成层状剥离。干皮呈长条状块片,厚3—6毫米。外表面灰棕色,具龟裂状沟纹及红棕色圆形或横长的皮孔。断面纤维性较强。枝皮及干皮均气微,味苦。水浸液或乙醇浸液在荧光灯下均显蓝色荧光。主产于中国东北地区。

本品味苦、涩,性微寒。归肝、胆、大肠经。功能清热燥湿,清肝明目,平喘止咳。主治湿热泻痢、目赤肿痛生翳、慢性气管炎、牛皮癣等。

秦皮治痢之功,主要在于"寒能胜热,苦能坚肾,涩能断下"。用治湿热痢疾,常与白头翁、黄连等配伍,如白头翁汤。秦皮治疗目疾,凡肝经风热郁火所引起的目赤肿痛,风泪不止,或障翳白膜,均可用此清肝明目,如《外台秘要》用秦皮配黄连、苦竹叶煎服,治眼暴肿痛;《近效方》用秦皮水浸取汁滴眼,治赤眼及睛上生疮。秦皮因能清肝经之热,故《儿科撮要》用本品治小儿惊痫发热,配茯苓、甘草、灯芯等煎服。本品具有清热燥湿和敛涩作用,亦为妇女崩、带所常用,如《本草汇言》以本品配当归、丹皮,治疗妇人赤白带下及血崩不止。近人治疗慢性气管炎,用本品(苦枥白蜡树皮)的浸出液作气雾疗法,或用浸膏片内服,其平喘和止咳、祛痰作用较好;气雾疗法对喘息和哮鸣音的近期控制尤为明显。《神农本草经》秦皮首主"风寒湿痹",现代研究证实本品有抗炎镇痛作用,用于肌肉风湿痛有显著疗效。煎水外洗可治牛皮癣。秦皮为苦寒沉降之品,脾胃虚寒者禁用。煎服,10—15克,单味可用至30克。

实验研究:苦枥白蜡树皮含马栗树皮素、马栗树皮甙及鞣质、甘露醇。白蜡树皮含马栗树皮素和秦皮素。

动物实验证明,马栗树皮甙对角叉菜胶、甲醛、右旋糖酐、5-羟色胺及组胺引起的关节炎均有消炎作用,也能抑制棉球肉芽肿的形成。马栗树皮素也能抑制角叉素胶引起的关节炎,但作用较弱。对于组胺引起的毛细血管通透性增加,两者都有显著的抑制作用。马栗树皮甙还有增加大鼠及兔排泄尿酸的作用。马栗树皮甙与马栗树皮素在体外对福氏、宋氏及史氏痢疾杆菌均有抑制作用。

白鲜皮

始载于《神农本草经》。原名白鲜,又名白藓、白膻。为芸香科植物白鲜 Dictamnus dasycarpus Turcz. 的根皮。春、秋两季采挖根部,洗净,除去细根及粗皮,剥取根皮,晒干。

根皮呈卷筒状,长5-18厘米,直径1—2厘米,厚2—5毫米。外表面灰白色或淡灰黄色,残存褐色栓皮,有细纵皱纹,并可见细小凸点及细根痕;内表面淡黄色,

有细纵纹。质脆，折断时有粉尘飞出，断面类白色，略呈层片状，可见闪烁的白色细小结晶。气膻，味特异而微苦。主产中国辽宁、河北、山东等省。

本品味苦、性寒。归脾、胃经。功能清热燥湿，祛风解毒，止痒。主治风热湿毒所致的风疹、湿疹、黄水疮、疥癣及黄疸、风湿痹痛等。

治风热皮肤瘙痒，用本品配防风、知母、黄芩等，如《圣济总录》白鲜皮散。治风疹可配防风、苦参、地肤子等煎服。治下部湿疹，妇女阴部湿痒、阴中肿痛、赤白带下，可配苍术、黄柏、苦参、银花等清热解毒利湿之品。治疥癣，配苦参、蛇床子煎汤外洗。本品气寒味苦，能胜湿除热，通利关节，故李时珍谓为"诸黄风痹要药"。治湿热黄疸，可配茵陈，方如《沈氏尊生书》白鲜皮汤。治风湿痹痛，可配牛膝、苍术、威灵仙等；痹痛郁久化热而为顽痹，四肢屈伸不利，行走不便者，可配忍冬藤、黄柏、防己、苡仁等。煎服，6—10克。虚寒之证忌服。

实验研究：白鲜根含白鲜碱、胡芦巴碱、胆碱、茵芋碱、γ崖椒碱、白鲜明碱等。还含白鲜内酯，梣皮酮、黄柏酮酸、谷甾醇、菜油甾醇。

体外试验，水浸剂对多种致病性皮肤真菌，有抑制作用。白鲜碱小量对离体蛙心有兴奋作用，能收缩离体兔耳血管及子宫平滑肌。

三颗针

始载于《本草经集注》。原名子檗，又名小檗、刺黄连、刺黄柏。为小檗科植物拟豪猪刺 Berberis soulieana Schneid.、小黄连刺 B. wilsonae Hemsl. 或细叶小檗 B. poiretii Schneid. 等同属数种植物的根或根皮。主产于中国四川、云南、贵州、湖北等省、区。

本品味苦，性寒。归肺、肝、大肠经。功能清热燥湿，泻火解毒。主治痢疾、肠炎、黄疸、关节肿痛、小便淋痛、白带、血崩、瘰疬、乳痈、口舌生疮、急性中耳炎、痈肿疔毒等。均可单味水煎服。其性味、功效均与黄连、黄柏颇相类似。

用本品配桑白皮、麻黄、桔梗等制成浸膏片内服，可治疗慢性气管炎。外用治急性结合膜炎，可煎水滴眼；伤口感染，可研末干掺；痈疖肿毒、湿疹及烫伤，可研细末调敷。煎服，9—15克。

实验研究：小黄连刺根含小檗碱。细叶小檗根含小檗碱、掌叶防己碱、药根碱、小檗胺、木兰碱。

本品主要成分小檗碱有抗菌活性，其药理作用参见"黄连"条。小檗胺可升高白细胞、抗矽肺、肌肉松弛（甲基化后称为"檗肌松"）等作用。三颗针还有降压、利胆作用。

马尾连

始载于《本草纲目拾遗》。又名草黄连。为毛茛科植物多叶唐松草 Thalictrum foliolosum DC.、高原唐松草 T. cultratum Wall. 及金丝马尾连 T. glandulosissimum (Fin. et Gagn.) W. T. Wang et S. H. Wang 等的根茎和根。9—11月至次年1—2月采挖。除净泥砂和茎叶，晒干。

多叶唐松草根茎横生，由数个至十余个结节连生，每个结节上具圆形空洞状的茎痕，直径约1厘米。细根数条至十余条密生于根茎下侧，直径3毫米，表面灰棕色，质硬，易折断，断面中心可见圆形金黄色木心。气微，味稍苦。主产于中国云南、四川、西藏等省、区。

高原唐松草根茎由数个结节合生。细根数十条密生于根茎上，长5—10厘米，直径1毫米。表面棕色，木栓层有时脱落，脱落处呈浅棕色。质脆，易折断，断面略呈纤维性。气微，味苦。主产于云南、四川、西藏、甘肃等省、区。

金丝马尾连根茎由数个或十余个结节连生，细根数条至数十条密生于连接的根茎下面，长10—20厘米，直径1毫米。棕色木栓层常脱落，脱落处呈金黄色，光滑，质脆，易折断，断面平坦。气微，味苦，嚼之粘牙。主产于云南省。

本品味苦，性寒。归心、肝、胆、大肠经。功能清热燥湿，泻火解毒。主治痢疾、肠炎、黄疸型肝炎、目赤肿痛、胃火牙痛及痈肿、皮炎等。

马尾连能清肠胃湿热，如配木香研末服治肠炎。本品泻火之功亦著，如配吴茱萸可治肝火犯胃的呕吐；配焦山栀治心胃热盛的烦渴；配石膏、细辛，能泻胃火而治牙痛；配夏枯草、千里光可清肝经郁火而治目赤肿痛；配黄芩，黄柏、连翘、牛蒡子治口舌生疮及扁桃体炎。《本草纲目拾遗》云本品"性寒而不峻，味苦而稍减，不似川连之厚。性能祛皮里膜外及经络之邪热，小儿伤风及痘科用"，故临床亦常用于小儿高热麻疹难出，可与蝉蜕、薄荷等疏风清热透疹药同用。马尾连研末撒或香油调搽治渗出性皮炎；与黄柏、猪胆汁煎水搽，可治足癣；单味研末撒或配成软膏涂，亦治疮痈红肿，如同时水煎内服，则疗效更佳。煎服，3—9克。

实验研究：多叶唐松草根茎和根含小檗碱、掌叶防己碱、药根碱、木兰碱、氧化小檗碱、网叶番荔枝碱、多皱唐松草西定碱、多皱唐松草洒米宁碱、唐松草卡平碱、唐松草达新碱、N,O,O－三甲基斯帕巴豆碱等。高原唐松草根含小檗碱。

本品粗制剂可治疗高血压。木兰碱、小檗碱等药理作用见"青木香""黄连"条。

水黄连

始载于《百草镜》。又名硬水黄连、黄脚鸡。为毛茛科植物短梗箭头唐松草 Thalictrum simplex L. var. brevipes Hara 的全草。分布于中国东北、西北、华北及四川、湖北等地。

本品味苦,性寒。功能清热利湿,泻火解毒。主治痢疾、腹泻、黄疸、肺热咳嗽、目赤肿痛等。

用于湿热所致的泻痢腹痛,如急性胃肠炎、细菌性痢疾,可与马齿苋、木香配伍。治湿热黄疸,可与金钱草、车前草、山栀、虎杖等清热退黄药同用。治肺热咳嗽,一般可配枇杷叶、紫金牛等同用;若痰火风热闭肺而咳嗽、气急喘吼,如大叶性肺炎,则配葶苈子、甘草以泻肺祛痰,降气平喘。小儿麻疹并发肺炎,可配蝉蜕、旋覆花。水煎连治风热上攻之目赤肿痛,外用煎水冲洗;内服可配千里光、野菊花同煎。《本草纲目拾遗》治鼻疳赤痒,溃烂穿孔,用本品与百部、黄柏、五倍子等研末,香油调涂。煎服,3—9克。

实验研究:短梗箭头唐松草根含小檗碱,还含箭头唐松草碱。有镇静作用,可延长环己巴比妥睡眠时间,降低麻醉猫血压,安全范围较小。

金银花

始载于《新修本草》。原名忍冬花,又名银花、二宝花。为忍冬科植物忍冬 *Lonicera japonica* Thunb.、红腺忍冬 *L. hypoglauca* Miq.、山银花 *L. confusa* DC. 等的花蕾。夏初花未开放前采收,在通风处阴干或烘干;亦可用硫黄熏后干燥。

花蕾呈细棒槌状,略弯曲,长2—3厘米,上部直径3毫米,下部直径约1.5毫米。表面淡黄色或绿白色,贮久后色渐深,密被短柔毛。基部有绿色细小的花萼,5裂,裂片长约2毫米。花冠内有雄蕊5枚,花药黄色,中央有雌蕊1枚,子房无毛。气清香,味微苦。中国大部分地区有产;主产于河南、山东等省。

本品味甘,性寒。归肺、胃经。功能清热解毒。主治温病发热、赤白痢疾、痈疽、肿毒、疔疮、喉痹等症。本品是清热解毒之要药,且微有宣散之功,所以温病初起,邪在卫分,但热不恶寒而渴者,常配连翘、薄荷、荆芥、牛蒡子等,以奏辛凉解表之功;邪热初人营分,身热夜甚,口渴或不渴,时有谵语,斑疹隐隐者,加本品于生地黄等清营凉血药中,借其使热邪转出气分而解,如《温病条辨》清营汤。本品配野菊、射干,用于流行性感冒、上呼吸道感染、急性扁桃体炎、急性咽喉炎等,均有一定的效果。本品亦能清解肠中之热毒,对于热毒、痢疾者,研末用,红痢以白蜜水调服,白痢以砂糖水调服,如《惠直堂经验方》忍冬散。本品治疗痈疽、肿毒等阳证疮疡有败毒托里,散气和血之功,脓未成者能散,脓已成者能溃,一切内外痈肿均可用金银花单味煎服。痈疮肿毒初起,红肿焮痛,热毒壅结,气血郁滞者,常用本品清解热毒,并配穿山甲、皂角刺、乳香、没药等消肿溃坚、活血止痛药同用,如《外科发挥》仙方活命饮。如疮疡痛甚,色变紫黑,热毒既盛,又兼气虚者,可配黄芪、甘草等补气、解毒,如《活法机要》回疮金银花酒。本品用治肠痈,配黄芩、玄参、地榆、薏苡仁等药,以清肠、凉血、排脓,如《洞天奥旨》清肠饮。治乳岩积久渐大,色赤出水,内溃深洞,用本品配当归、甘草、枸橘叶,酒水各半煎服,如《竹林女科》银花汤。煎服,9—15克。脾胃虚寒及疮疡属于阴证者忌服。

实验研究:忍冬花含木犀草素、肌醇约1%及皂甙、鞣质、绿原酸,异绿原酸等。花蕾经水蒸气蒸馏后所得挥发油中,主成分为芳樟醇和双花醇,几占总量一半,还含蒎烯、1-己烯、顺式己-3-烯醇、牻牛儿醇、α松油醇、苯甲醇、β苯乙醇、香荆芥酚及丁香油酚等。

煎剂在体外对多种致病菌如金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎球菌、脑膜炎球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、霍乱弧菌、伤寒及副伤寒杆菌、绿脓杆菌及结核杆菌均有一定抑制作用。有人认为绿原酸和异绿原酸是金银花主要的抗菌有效成分。木犀草素也有较强的抗菌作用。水浸剂在体外对铁锈色小芽胞癣菌、星形奴卡氏菌等皮肤真菌有抑制作用。煎剂对钩端螺旋体、流感病毒、疱疹病毒也有抑制作用。

金银花注射液能减轻动物绿脓杆菌内毒素的中毒症状,减少死亡。提取液及注射液具抗炎作用,能抑制大鼠角叉菜胶性脚肿及蛋清性脚肿,对巴豆油性肉芽囊也有抗渗出和抗增生作用,能明显促进小鼠炎性细胞吞噬功能。

绿原酸对大鼠、小鼠有兴奋中枢神经的作用,强度约为咖啡因的1/6,人口服绿原酸可刺激胃液分泌,大剂量可使大鼠胆汁分泌增加,对大鼠离体子宫有兴奋作用。

大鼠灌服金银花能减少肠内胆固醇吸收,降低血浆中胆固醇含量。水及醇浸液对小鼠肉瘤-180及艾氏腹水癌有明显细胞毒作用,口服对大鼠实验性胃溃疡有轻度预防效果。

忍冬藤

始载于《名医别录》。原名忍冬,又名鹭鸶藤、左缠藤、金银藤、银花秧。为忍冬科植物忍冬 *Lonicera japonica* Thunb. 的茎枝。原植物中国大部分省、区均有野生或栽培。主产于江苏、河南、山东等省。

本品味甘,性寒。归肺、胃经。功能清热解毒,疏风通络。主治温病发热、痈疮肿毒、热毒血痢、风湿热痹、筋骨疼痛等。

治疗风热感冒或温病初起,发热口渴,可与荆芥、薄荷、连翘等同用。亦治咽喉炎、肺炎、肺脓肿,可与三颗针、蒲公英等清热解毒药同用。用于痈肿疮疡初起,常与甘草或其他清热解毒药配伍,酒煎内服,如《外科精要》忍冬酒,并另用本品捣烂,酒调外敷。本品与紫花地丁、白蔹、贝母、连翘、牛蒡子等同用,可治一切疔疮肿毒,痈疽发背,无名肿毒等,体虚者,又可与益气养血补托药同用,如《和剂局方》神效托里散,取本品与黄芪、当归、甘草合用,研末加酒煎服,未成者可消,已成者即溃。用治热毒

血痢，可单用本品浓煎饮服；或与地榆、白芍、黄连、升麻等合用。本品宣通经络，清疏风热，故又可治疗风湿热痹，关节肿痛，屈伸不利，临床常与桑枝、络石藤、秦艽、老鹳草、黄柏等药同用。煎服，9—30克。脾胃虚弱，大便溏泻及痈疮溃后脓液清稀者，不宜服。

实验研究：忍冬叶含忍冬甙、木犀草素、忍冬素、番木鳖甙及鞣质。茎含鞣质、生物碱。

煎剂在试管内对伤寒杆菌、福氏痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌及绿脓杆菌具抑制作用，对钩端螺旋体也有抑制作用。另有实验证明，木犀草素也有较强的抗菌作用；对兔离体小肠有解痉作用。可使猫、犬血压升高，大鼠下肢血流减少，离体豚鼠心脏收缩加强，心率加快。上述作用不被 α 肾上腺素能阻滞剂所阻断。木犀草素还可使幼大鼠胸腺萎缩，此作用与垂体－肾上腺系统有关，可用来解释其抗炎作用。

连翘

始载于《神农本草经》。又名旱连子、大翘子。为木犀科植物连翘 Forsythia suspensa (Thunb.) Vahl 的果实。秋季果实初熟尚带绿色时采收，除去杂质，蒸熟，晒干，习称"青翘"；果实成熟后采收，晒干，除去杂质，习称"老翘"。

果实呈狭卵形或卵形，稍扁，长1.5—2.5厘米，直径0.5—1.3厘米。顶端锐尖，基部具果柄或果柄痕。表面有不规则的纵皱纹及多数凸起的小斑点，两侧各有一条明显的纵沟。青翘顶端多不开裂，表面绿褐色，凸起的小斑点较少，质硬。种子多数，黄绿色呈长椭圆形或披针形，一侧有膜质翅，质坚硬。老翘顶端开裂，表面黄棕色或红棕色，内表面浅黄棕色，成鸟嘴状，中间具纵隔，质脆。种子棕色，多数脱落。气微香，味苦。主产中国山西、陕西、河南等省；此外，甘肃、河北、山东等省亦产。

本品味苦，性微寒。归心、肝、胆、小肠经。功能清热解毒，散结消肿。主治外感热病、热淋尿闭、疮疡肿毒、瘰疬等。

连翘，治外感热病初起，常与金银花、薄荷、荆芥、豆豉等清热透表药同用，如《温病条辨》之银翘散。若温病误汗，耗伤心液，而致邪陷心包，烦热神昏谵语者，常用连翘心以清心解毒，常与玄参心、莲子心、竹叶心、麦冬同用，如《温病条辨》之清宫汤。心火上炎，舌破生疮，《玉樵医令》用本品配黄柏、甘草，水煎含漱，用治心火下移引起的热淋，小便涩痛，与淡竹叶、鲜茅根同用。本品清凉以除瘀热，芬芳轻扬以散郁结，则营卫通和而疮肿消。故治痈疮疖肿，热毒盛者，常与天花粉、紫花地丁等解毒消肿之品同用，如《疡医大全》连翘解毒汤。治瘰疬结核，与夏枯草、贝母、半夏等化痰散结药同用，如《陆氏简便方》；配三棱、莪术、当归尾、土瓜根等活血化瘀药同用者，如《兰室秘藏》连翘散坚汤。治乳痈肿痛，每与蒲公英、牛蒡子、橘叶等同用。若疮疡久溃不敛，又可与黄芪、当归等补气、补血药同用，如《证治准绳》连翘黄芪汤。《药品化义》谓"连翘总治三焦诸经之火"，传统经验认为：泻心火以连翘心（籽实）为优，散上焦诸热以连翘壳为宜。煎服，6—15克。脾胃虚弱，气虚发热，及疮疡脓稀色淡者忌用。

实验研究：连翘果实含连翘新甙，有抗金黄色葡萄球菌作用。还含甾醇、齐墩果酸、白桦脂酸、右旋松脂醇、连翘甙、芸香甙、罗汉松树脂酚甙。种子含β香树脂醇－3－乙酸酯。

煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、痢疾杆菌、大肠杆菌、白喉杆菌及人型结核杆菌均有抑制作用，连翘为银翘散中抗菌的主要成分。连翘新甙可能是连翘中抗菌有效成分。水浸剂对星形奴卡菌也有抑制作用。对大鼠巴豆油性肉芽囊，连翘的醇提取物有抗渗出的作用。连翘注射液对大鼠蛋清性脚肿也有抑制作用，并能促进小鼠白细胞的吞噬作用。

连翘煎剂灌胃能减少动物由洋地黄或阿朴吗啡所引起的呕吐次数，其镇吐作用可能是由于抑制了延脑催吐化学感受区。连翘注射液对麻醉犬有利尿作用。齐墩果酸亦有轻微利尿作用，还有轻微强心作用。

煎剂可减轻四氯化碳所致的动物肝损伤。

蒲公英

始载于《新修本草》。原名蒲公草，又名耩耨草、黄花地丁、婆婆丁、奶汁草。为菊科植物蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand. - Mazz. 或碱地蒲公英 T. sinicum kitag. 等的带根全草。春至秋季开花前或初开花时连根挖取，洗净，晒干。

带根全草皱缩卷曲为团状。根呈圆锥状，多弯曲，长4—10厘米，表面棕褐色，皱缩，根头部有棕色或黄白色毛茸，有的已脱落。叶多皱缩或卷曲，易破碎，完整叶片呈倒披针形，灰绿色或绿褐色，先端尖或钝，基部狭窄下延成叶柄状，边缘有倒向的浅裂或不规则的羽状分裂，叶背主脉明显。头状花序顶生，花冠黄褐色或淡黄白色。有的可见具白色冠毛的长椭圆形瘦果。气微，味微苦。蒲公英中国大部分地区均产。碱地蒲公英产于中国东北、华北、西北、西南及内蒙古等省、区。

本品味苦、甘，性寒。归肝、胃经。功能清热解毒，消肿散结，利尿通淋。主治乳痈、疔毒疮肿、瘰疬痰核、目赤肿痛、烫伤、蛇虫咬伤。

蒲公英治乳痈，多配金银花同用或取鲜品捣烂，加冷开水适量绞汁服；另取鲜品捣烂敷患处，干则更换。如配野菊花、紫花地丁，治疗疮肿毒；配夏枯草、牡蛎，治瘰疬痰核；配决明子、黄菊花，治目赤肿痛，胬肉遮睛，亦可单用鲜品煎服，并乘热熏洗；配大青叶、金银花，治感冒发热；配板蓝根、玄参，治咽喉肿痛；配鱼腥草、芦根、冬瓜

子，治肺痈；配银花、大黄、桃仁、治肠痈。若配茵陈、栀子，治湿热黄疸；配金钱草、白茅根，治泌尿道感染。外用鲜品捣敷，治蛇、虫咬伤；全草研末，凡士林调涂，治水、火烫伤；煎服，9—30克。凡病非实火以及阴疽等均忌用。

实验研究：蒲公英全草含蒲公英甾醇、胆碱、菊糖和果胶等。

水提取物对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌有抑菌作用；对肺炎、脑膜炎球菌、白喉、变形、痢疾等杆菌的抑制远较黄连为弱。煎剂与TMP之间也可发生增强作用；还能提高人外周血淋巴细胞母细胞的转化率。乙醇提取物有利胆作用，有效成分似为树脂部分。对大鼠的实验性肝损伤有一定的保护作用。煎剂能兴奋离体肠管。

紫花地丁

始载于《本草纲目》。又名地丁草、箭头草。为堇菜科植物紫花地丁 Viola yedoensis Mak. 的全草。春至秋季挖取带花果的全草，洗净，晒干或鲜用。

全草多皱缩成团。主根呈长圆锥形，直径1—3毫米，黄白色或淡黄棕色。叶基生，灰绿色，展平后，叶片呈披针形或卵状披针形，长2—6厘米，宽1—2厘米，基部截形或稍呈心形，先端钝，边缘具钝锯齿，两面有柔毛；叶柄细长，上部具明显狭翅。花茎纤细，花紫黄色或淡棕色，花距细管状。蒴果通常三角状裂开，内有淡黄色多数种子。气微，味微苦。产于中国江苏、浙江、福建等省。

本品味苦，性寒。归心、肝经。功能清热解毒，凉血消肿。主治疔疮、丹毒、痈疽、发背、乳痈、瘰疬及一切无名肿毒等属于阳证、热证者。

本品与蒲公英、金银花、野菊花、紫背天葵草同用，治疗疔疮肿毒、乳痈，及一切化脓性感染，如《医宗金鉴》的五味消毒饮。或用鲜紫花地丁与鲜芙蓉叶加食盐少许捣烂外敷。本品单味研末，可治黄疸内热。与红藤、败酱草同用，可治肠痈。与蚂蚁草、黄芩同用，治痢疾、泄泻。此外，治疗毒蛇咬伤，用鲜品捣汁内服，药渣加雄黄少许调敷患处。煎服，15—30克；鲜品，30—60克。外疡属寒证阴证，漫肿无头，不赤不肿者禁用。

实验研究：紫花地丁全草含甙类、黄酮类、蜡(为蜡酸及不饱和酸等的酯类)。

甜地丁

始载于《本草纲目》。原名米布袋，又名地丁草、疔毒草。为豆科植物米口袋 Gueldenstaedtia multiflora Bge. 的带根全草。主产于中国江苏、山东、辽宁等省，东北、华北地区及陕西、甘肃等省均有分布。

本品味苦，性寒。归心、肝经。功能清热解毒。主治痈疽肿毒、疔疮瘰疬、阑尾炎、黄疸、肠炎、痢疾、目赤肿痛等病症。

用于痈肿疔毒初起，红肿焮痛，均可与蒲公英、银花、野菊花等同用。阑尾炎，可配红藤、蒲公英、丹皮等以解毒消痈。黄疸热毒甚者，可用此凉血解毒。肠炎、痢疾，可配地锦草、黄芩等同用。目赤肿痛配野菊花、夏枯草水煎内服，亦可煎水熏洗。煎服，9—15克。体质虚寒者不宜服；外疡漫肿无头，不红不肿者禁用。

实验研究：从米口袋根中分离出大豆皂醇B及E，叶虱醇、β谷甾醇等。

苦地丁

又名地丁草。为罂粟科植物地丁紫堇 Corydalis bungeana Turcz. 的全草。分布于中国甘肃、陕西、山西、山东、河北、辽宁等省。

本品味苦，性寒。功能清热解毒。主治痈疽、疔疮、丹毒、瘰疬。常与蒲公英、金银花、连翘、野菊花同用，除煎汤内服外，或用鲜草捣汁服，渣外敷。此外，本品内服，又可用于风热感冒、咳嗽、黄疸、痢疾、腹泻、咽喉肿痛、目赤及肾盂肾炎等疾病。煎服，9—15克；鲜品30—60克。非实热者不宜用。

实验研究：地丁紫堇全草含苦地丁甲素、乙素、丙素、丁素四种生物碱。又含香豆精类、内酯、甾体皂甙、酚性物质、中性树脂和挥发油等。

含生物碱的注射液在体外有抗菌作用，对甲型链球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌以及葡萄球菌等均有某些抑制作用。

蚤休

始载于《神农本草经》。又名七叶一枝花、重楼、金线重楼、草河车。为百合科植物华重楼 Paris polyphylla Smith var. chinensis (Franch.) Hara 和云南重楼 P. polyphylla Smith var. yunnanensis (Franch.) Hand - Mazz. 等的根茎。中国黄河以南大部分省、区均产，以云南、四川、广西、贵州、湖北、湖南、江西等省、区产量较多。

本品味苦，性寒。有小毒。归肝经。功能清热解毒，镇惊祛风，散瘀止痛。主治痈肿疮毒、毒蛇咬伤、惊风抽搐、咽肿喉痹、咳嗽吐血、跌打损伤等。

蚤休为解痈毒之要药，用治热疖、疔疮、无名肿毒等焮红灼热肿痛确有良效，临床常与蒲公英、紫花地丁等配用内服，并可外用鲜品捣烂敷，或以醋磨汁涂患处。而坚块顽木之阴证可与天南星、八角莲醋磨搽患处。本品亦用治带状疱疹，可加朱砂根、雄黄浸白酒搽。蚤休治毒蛇咬伤甚有功效，轻证可单用本品内服或外敷，重证可配成复方用。若为血液毒者，可与大黄、紫花地丁、野菊花等泻火解毒之品配用；若以神经毒为主者，宜加独活、八角莲、麝香等祛风解毒开窍之品配用。蚤休又治咽肿喉痹，如急慢性咽喉炎、扁桃体炎及白喉等，均可用本品研末吞

服;治白喉还可与牛胆、王瓜、冰片研末喷喉。惊痫之症,多由木火生风,肝阳肆虐所起,而蚤休苦寒泄降,入厥阴肝经,能清肝经风热以奏镇惊之功。故流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、中暑等所致风动惊搐,可与大青叶、钩藤、金银花、麦冬配用。慢惊亦可用之,如小儿热气在腹中,摇头弄舌,手足搐搦,单用本品一味研末冷水调服(《卫生简易方》);或与瓜蒌根、白甘遂炒至焦黄后研末,煎麝香、薄荷汤送服(《小儿药证直诀》)。本品亦有止咳平喘作用,治慢性支气管炎可配广地龙、盐肤木用;治肺痨久嗽则配沙参、百合等养阴清肺之品。蚤休治跌打损伤、扭伤瘀肿,有散瘀止痛之功,可用酒磨汁搽;如加万年青叶煎服,又可治吐血。此外,近年来试用本品治疗癌症,有一定的制癌作用,如肺癌,配夏枯草、山豆根等服。煎服,3—9克。过量服用,可引起恶心、呕吐、头痛,甚则痉挛等中毒反应。中毒时可用甘草煎汁,与米醋、姜汁混合内服并含漱。

实验研究:华重楼、云南重楼根茎均含皂甙,其甙元为薯蓣皂甙元。云南重楼根茎含薯蓣皂甙元约2.14%,华重楼根茎约含1.35%。

初步研究显示,皂甙对小鼠有镇静、镇痛作用,煎剂对豚鼠组胺导致的哮喘有某些保护作用,对大鼠还有"抗炎"作用,对小鼠有轻度抗肿瘤作用。

拳参

始载于《本草图经》。又名紫参、疙瘩参、草河车、山虾子。为蓼科植物拳参 Polygonum bistorta L.的根茎。春初发芽前或秋季茎叶将枯萎时采挖,除去茎叶及泥沙,晒干,再除去须根。

根茎呈扁圆柱形或扁长条形,常弯曲成虾状,长6—15厘米,直径1—2.5厘米,两端圆钝或稍细,或一端渐细。表面紫褐色或紫黑色,略粗糙,一面隆起,一面稍平坦或略具凹槽,全体有较密的粗环纹,两侧并有残留的须根或根痕,顶端有茎痕。质硬而脆,断面近肾形,浅棕色或棕红色,有30—50个细点状的黄白色维管束,排成断续的环。气微,味苦、涩。主产于中国河北、陕西、山东、江苏、湖北等省。

本品味苦,性微寒。有小毒。归肺、大肠经。功能清热解毒,凉血止血。主治发热惊厥、肠炎、痢疾、痔疮出血、外伤出血、痈肿疮毒、水火烫伤、口腔炎等。

用于时行感冒、扁桃体炎及小儿高热,常与板蓝根、大青叶、连翘配用,兼惊厥者,加钩藤、白僵蚕。单味煎服或制成浸膏片服,可治疗肠炎、细菌性痢疾。治外伤出血,则取本品研末,敷布于伤处;治痔疮出血,煎水熏洗止血。本品外用还可治疗疔疮痈肿、毒蛇咬伤,用鲜品捣烂敷,并可与金银花、紫地丁煎汤内服;水火烫伤,用醋磨汁涂搽,或研末油调搽。本品煎水含漱可治口腔炎及牙龈炎。煎服,3—9克。

实验研究:根茎含鞣质8.7%—25.0%。其中有可水解鞣质和缩合鞣质,尚有没食子酸、并没食子酸、儿茶精、表儿茶精、6-没食子酰葡萄糖和3,6-二没食子酰葡萄糖,另含淀粉12%—45.81%、糖类5.7%—7.5%及果胶、树胶、粘液质、树脂、维生素C、葡萄糖等。

因含鞣质,在体外对金黄色葡萄球菌,大肠杆菌等有抑制作用。还曾报道用其渗漉液与明胶等制成"止血净"1号,有某些止血消炎作用,拳参尚能抑制动物移植性肿瘤的生长。

板蓝根

始载于《本草纲目》。又名靛青根、蓝靛根。为十字花科植物菘蓝 Isatis indigotica Fort.或欧洲菘蓝 I. tinctoria L.的根。秋、冬两季采收,除去地上部分及泥土,晒至八成干时,略搓直,捆成小把,晒干。

根呈圆柱形,稍扭曲,长10—20厘米,直径0.3—1.2厘米。表面灰黄色,有纵皱纹及明显横生皮孔,并有支根痕或支根。根头部略膨大,可见绿色或棕褐色盘状凹陷的茎痕及轮状排列的叶柄残基、叶柄痕以及密集的疣状突起。质坚实而脆,断面略平坦,皮部黄白色,木部黄色。气微,味微甜后苦涩。主产于中国河北、江苏等省。

本品味苦,性寒。归肝、胃经。功能清热利咽,凉血解毒。主治风热感冒、温热斑疹、咽喉肿痛、大头瘟、丹毒、痄腮等。

风热感冒初起,见有恶寒发热、头痛口渴等症者,可配荆芥、薄荷、金银花、连翘等以清热疏风。温邪热入营血、高热不退,神昏谵语,斑疹色紫,吐血衄血者,多与生地黄等凉血解毒之品配合应用,如《温热经纬》神犀丹。风热咽喉肿痛,或单双乳蛾,配牛蒡子、薄荷、射干、灯笼草等,祛风热,利咽喉。毒火上侵,致成大头瘟,头面肿甚,目不能开,咽喉不利,口渴舌燥者,常与牛蒡子、薄荷、黄芩、黄连、马勃等疏风泻火、解毒药相配,如《东垣试效方》普济消毒饮。丹毒可用本品清解血分热毒,常与生地黄、赤芍药、连翘、忍冬藤等同用。治热毒蕴结而成之痄腮,既可单味煎服,亦可配黄芩、连翘、夏枯草、玄参等以泻火散结。用于流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、传染性肝炎等,均可单味煎服,或用板蓝根注射液肌注。如以板蓝根配大青叶、贯众、金银花、野菊花等清热凉血解毒药同用,对于流行性乙型脑炎有一定的预防作用。用治传染性肝炎,板蓝根配茵陈、败酱草等。煎服,9—15克。

实验研究:菘蓝根中鉴定有10种成分:靛蓝、靛玉红、β谷甾醇、γ谷甾醇、精氨酸、谷氨酸、酪氨酸、脯氨酸、缬氨酸、γ氨基丁酸。欧洲菘蓝根含靛甙、β谷甾醇、靛红等,又含芥子甙、精氨酸、脯氨酸、γ氨基丁酸等。还含色氨土林碱。

试管和鸡胚实验证明,板蓝根注射液对流感病毒

PR_8株及京科68－1株有抑制作用。煎剂或水浸液在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、痢疾杆菌等有抑制作用。

青黛

始载于《药性论》。又名靛花、青蛤粉、靛沫花。为爵床科植物马蓝 Baphicacanthus cusia (Nees) Bremek.或十字花科植物菘蓝 Isatis indigotica Fort.、蓼科植物蓼蓝 Polygonum tinctorium Ait.等的叶,经加工制得的粉末状色素。主产于中国福建、河北、云南、江苏、广东等省。

本品味咸、性寒。归肝、肺、胃经。功能清热,凉血,解毒。主治热病发斑、吐血、咯血、肝热惊痫、肺热咳嗽、咽喉肿痛、丹毒、脓窠疮、湿疹、烂弦风眼等。

本品为清热凉血化斑之要药。故临床多用治伤寒温病,邪热入于营血而发斑,轻者以青黛一味水研服,若热毒炽盛,发斑而口渴烦躁,或斑发紫黑,脉来洪数者,配生地黄、石膏、黄连、升麻等凉血泻火药同用,如《伤寒六书》消斑青黛饮,《通俗伤寒论》青黛石膏汤。用于时行热病初起以及热入气分者,《开宝本草》即用本品一味水研服,治天行头痛寒热,《和剂局方》碧雪治天行时疫,发狂昏愦,以本品与芒硝、石膏、寒水石等同用,共奏泻火解毒之效。本品配合滑石、甘草制成散剂内服,治疗暑热病兼目赤咽痛,如《宣明论方》碧玉散。热伤血络,其血上溢者,可用本品凉血止血。例如《端效方》青金丹治吐血不止,单用青黛水调服之;《中藏经》圣饼子治咯血,用本品配杏仁、牡蛎粉、干柿、黄蜡化和作饼子煨食。青黛能大泻肝经之实火,故凡肝火所致的眩晕、惊悸及手足抽搐用之,如小儿急惊风,由于肝经热盛,以致风动抽搐者,可单用青黛水研服,或与钩藤、龙胆草、黄连、牛黄等配合。治肝火犯肺,咳嗽痰喘,咳痰带血,咽喉不利,胁肋引痛者,《医说》用青黛、蛤粉配服。此外,本品也能清胃热,如《医学正传》治胃脘痛,病久成郁,郁则成热者,用本品以姜汁调服。古代还以青黛用治噎膈之疾,近以青黛、枯矾为末服,用治热毒性黄疸。青黛及其提取物靛玉红,治疗慢性粒细胞性白血病有效。本品外用,治咽喉肿痛、单双乳蛾、口舌生疮、牙龈肿痛等,配黄柏、薄荷、人中白、孩儿茶、冰片等吹敷,如马氏方青黛散。用于丹毒、腮腺炎、带状疱疹、天疱疮,可配大黄末,用鸡蛋清调敷。一切热毒、脓窠疮,可配煅寒水石研末,用香油调搽,如《普济方》青金散。各种湿疹,可配煅石膏、黄柏、滑石,制成青黛软膏外涂。用于烂弦风眼,可配黄连泡汤洗。内服入丸散用,1.5—3克。

实验研究:从蓼蓝炮制加工成的青黛中分出靛玉红、靛蓝。还有N－苯基－2－萘胺、虫漆腊醇、β谷甾醇。从马蓝炮制加工成的青黛中分出靛玉红、异靛蓝。

靛玉红对大鼠W_{256}实体瘤和小鼠Lewis肺癌、乳腺癌,肉瘤180有一定抑制作用,能延长淋巴白血病L_{7212}小鼠的生存时间。主要用于慢性粒细胞性白血病,疗效较好,在脾脏缩小和降低白细胞方面比马利兰好,但缓解程度不及马利兰,与马利兰无交叉耐药性。亦可用于异常骨髓增生症和嗜酸粒细胞增多症的治疗。靛玉红抗肿瘤作用原理尚不十分明了,它能抑制慢粒和急粒病人白血病细胞及实验动物某些肿瘤细胞的DNA合成,也能增强动物单核巨噬系统的吞噬能力。部分患者服靛玉红后有轻度腹痛、腹胀、腹泻、恶心、呕吐、便血等,个别有骨髓严重抑制,转氨酶升高及头痛、浮肿等反应。

大青叶

始载于《新修本草》。又名大青、蓝靛叶。为十字花科植物菘蓝 Isatis indigotica Fort.的叶。夏、秋两季采叶或割取枝叶,切段,晒干。菘蓝每年可采叶2—3次。

菘蓝叶片极皱缩,呈不规则团块状,有的破碎或仅有叶柄,外表暗灰绿色。完整叶片呈长椭圆状或长椭圆状倒披针形,长5—12厘米,宽1—4厘米,全缘或微波状,先端钝圆,基部渐狭窄延成翼状叶柄,长5—7厘米。叶质脆,易碎。气微,味苦、涩。主产于中国河北、江苏、安徽、河南等省。

路边青叶片微折皱,呈长椭圆形,长5—12厘米,宽2—6厘米,上面棕黄色或棕绿色,下面黄绿色或淡棕色,全缘、顶端渐尖,基部钝圆,叶柄细圆柱形,长2—5厘米。质脆,易碎。气微弱,味淡。主产于江西、甘肃、湖南、贵州等省。

蓼蓝叶片皱缩,呈不规则团状,或已破碎,外表蓝绿色或蓝黑色,中脉浅棕黄色。完整叶片呈椭圆形,长3—10厘米,宽2—5厘米,先端钝,基部渐窄。叶脉于背面较凸出,侧脉明显,色较浅。叶柄扁平,基部抱茎,具膜质叶鞘。质脆,易碎。气微,味淡。主产于河北、山西、黑龙江等省。

马蓝叶片多皱缩,呈不规则团状,黑或黑绿色。完整叶片呈椭圆形或倒卵状长圆形,长5—10厘米,宽3—5厘米。叶缘有细小浅钝锯齿,先端渐尖,基部渐狭,叶脉于背面稍明显。质脆,易碎。气微,味淡。主产于广东、福建、四川等省。

本品味苦,性寒。归肝、心、胃经。功能清热解毒,凉血止血。主治温病热盛烦渴、热毒发斑、麻疹热甚、吐血衄血、痢疾、黄疸、丹毒、疔疮肿毒等。

临床应用于热性病初起,3至7日发热不退,互相传染者,多与香豉、葛根、栀子等解表清热之品配合,如《删繁方》大青消毒汤。若热入营血,身面发斑者,则用本品配升麻、甘草、阿胶、豆豉等以清解血分热毒,如大青四物汤。麻疹已出,色红微紫,血分热毒较甚者,宜与生地黄、玄参、石膏等凉血泻火药配伍,如段希孟《痘疹心法》大青汤。热伤血络,吐血、衄血者,可于犀角地黄汤中加入本品,以增强凉血止血的功效。《本草纲目》称本品"主热毒

痢、黄疸，"凡痢疾初起，热毒内蕴，可配马齿苋；治疗黄疸，多配茵陈同用，以清肝胆而利湿热。至于咽喉肿痛、喉风、喉痹，口舌生疮，属于心胃热毒上攻者，以大青叶捣汁灌，或可配生地、大黄、升麻等凉血清心，泻火解毒，如《圣济总录》大青汤。对丹毒、疔疮等外科疾病，亦可用本品内服或外敷。治流行性乙型脑炎，以大青叶与金银花、大黄、蚤休、羌活等。煎服，10—15克。脾胃虚寒，大便泄泻者忌服。

实验研究：菘蓝叶含靛蓝、菘蓝甙、色氨酸、葡萄糖芸苔素及其1-磺酸盐、新葡萄糖芸苔素等。路边青叶含靛甙、山大青甙、半乳糖醇、豆甾醇、正三十醇、γ谷甾醇、乙酸甾酮、鞣质等。靛甙水解生成吲羟，再经氧化即得靛蓝。蓼蓝全草含靛甙、色氨士林碱及鞣质。马蓝叶含靛甙、靛玉红、色氨士林碱等。

山大青甙有利尿、抗炎作用，色氨士林碱有抗真菌作用。体外试验报告，大青叶有抗菌作用，但未经证实。蓼科及十字花科大青叶煎剂对动物有某些"抗炎"作用，能降低毛细血管通透性，增强白细胞吞噬细菌的作用，蓼蓝叶煎剂能抑制离体兔肠，兴奋离体豚鼠子宫，对家兔还有解热作用。所含靛甙有人认为是抗菌有效成分，易于吸收，主要由尿迅速排出，无蓄积性。

大青根

始载于《植物名实图考》。原名淡婆婆根，又名土地骨皮、大青木根。为马鞭草科植物路边青 Clerodendrum cyrtophyllum Turcz.的根。原植物分布于中国华东、中南、西南各省、区。

本品味苦，性寒。功能清热散风，凉血解毒。主治感冒发热、头痛、牙痛、热痢、黄疸、麻疹后烦躁咳嗽、吐血、衄血、肠风下血、疮疡溃烂、蜈蚣咬伤等。

本品用于风热感冒，能清解在表之风热，一般多以单味煎服。头痛、牙痛由于阳明热盛者，配生石膏以加强清热的功效。治热痢配辣蓼，以清肠胃之热毒。治黄疸配茵陈，以祛肝胆之湿热。麻疹后烦躁不安，咳嗽痰多者，可配竹叶、桑叶、山栀以清心肺之邪热。吐血、衄血，可用鲜品配白茅根，煎水当茶饮。湿热阻于肠道致成肠风下血者，常配苦参等清热燥湿之品同用。疮疡溃烂，可煎水洗患处。蜈蚣咬伤，用鲜品捣烂敷。临床用本品配白茅根、马兰、金银花、芦根、贯众等，能预防流行性脑脊髓膜炎；单味应用，可治流行性乙型脑炎。煎服，9—15克。

野菊

始载于《本草经集注》，原名苦薏。又名野黄菊。为菊科植物野菊 Dendranthema indicum (L.) Des Moul.的全草。夏、秋两季采收，晒干。

全草长30—80厘米，上部多分枝，被有白色柔毛。茎呈圆柱形，基部略弯曲，淡黄绿色。叶互生，叶片多皱缩或破碎，完整叶卵圆形或卵状椭圆形，长2—3厘米，淡绿色或黄绿色，羽状深裂，中间裂片较大，全部裂片边缘浅裂或有锯齿，两面被有柔毛，假托叶有锯齿。枝顶常有头状花序，总苞半球形，总苞片4—5层，花黄色，边缘为舌状花，雌性，中央为管状花，两性。瘦果小，具5条纵纹，无冠毛。气清香，味苦。中国大部分地区均产。

本品味苦、辛，性寒。功能清热解毒。主治疔疮痈肿初起，以及瘰疬，天疱疮，湿疹等。

茎叶与苍耳草同捣，加酒适量绞汁服，取汗，并用渣外敷，或以鲜品捣汁涂搽，治痈疽疔疮及一切无名肿毒。野菊根捣烂酒煎服，并取渣外敷，治瘰疬疮肿未破者；煎汤洗可治天疱湿疮、湿疹、皮炎。野菊内服，也用于上呼吸道感染，咽喉肿痛等证；如全草配忍冬藤、鱼腥草煎汤服，可防治流行性感冒。用于肝火上亢的头目昏眩，及肝经风热目赤暴肿，又有清肝降火作用。煎服，10—15克；鲜品30—60克。胃寒者慎用。

实验研究：野菊全草含挥发油、蒙花甙、木犀草素的甙、矢车菊甙、菊黄质、多糖、香豆精类，野菊花内酯。挥发油中主要为莰烯、樟脑、葛缕酮等。

在动物实验中有降压作用，但全草的效力不及花；在体外对多种致病菌有微弱的抑制作用。

野菊花

始载于《本草正》。为野菊的头状花序。秋、冬两季花盛开时采收花序，晒干或烘干。

头状花序呈扁球形或类球形，直径0.5—1厘米，棕黄色。总苞由20—25枚苞片组成，覆瓦状排列成4—5层，苞片卵形或长椭圆形，黄褐色，外层苞片较狭窄，其膜质边缘向内逐渐变宽，内层苞片全部膜质，外层总苞片稍短于内层。舌状花1轮，淡黄色，无雄蕊，多皱缩卷曲，中央为多数管状花，深黄色，两性，花柱细长，子房棕黄色。瘦果小，倒卵形，稍扁压，无冠毛，有光泽，黑色。气芳香，味苦。

本品味苦、辛，性凉。归肺、肝经。功能清热解毒，疏风平肝。主治疔疮、痈疽、湿疹、皮炎、感冒、上呼吸道感染、急性扁桃体炎、高血压病等。

用于一切疔疮痈疽、脓疡、丹毒等热毒阳证，常配银花、蒲公英、紫花地丁、连翘等煎服，或单取鲜野菊花捣汁服；亦可结合外治，用鲜野菊花捣敷患处，或煎取浓汁洗涤后，再用纱布浸药汁湿敷。对于急性湿疹、天疱疮等湿热火毒引起的皮肤病，也可用本品煎水洗患处。《外科大成》治浸淫疮、湿疥、癞癣、顽臁、血风疮、脓窠疮等，则用野菊花配花椒、牙硝、枯矾研末，沸水浸泡后外洗。本品具疏风清热作用，亦适用于治疗风热感冒、上呼吸道感染和急性扁桃体炎等，多配桑叶、银花、牛蒡子等煎服。又野菊花平肝火，清头目的作用，常用于高血压病、眩晕头

痛等肝火上亢之证,可配决明子、夏枯草同用。或制成流浸膏片口服,也有一定降压效果,失眠头痛、眩晕症状减轻。此外,治疗宫颈炎,可用野菊花粉剂或浸膏局部涂敷。治疗火眼暴赤,可用本品同胡黄连煎水频洗。煎服,9—15克;鲜品30—60克。胃气虚寒者勿用。

实验研究:野菊花含刺槐甙,刺槐素-7-半乳吡喃糖甙、野菊花内酯、矢车菊甙、苦味素、熊果酸、β谷甾醇等。又含挥发油,内有樟脑、β-3-蒈烯、香桧烯、菊醇、白菊酮等。另含维生素A类物质,维生素B_1及苏格兰蒿素A。

乙醇浸膏水溶液动物实验有降压作用,此作用主要是由于抗肾上腺素和扩张外周血管,对实验性犬心肌缺血有保护作用,能增加冠脉流量。煎剂在试管内对多种致病菌有微弱的抑制作用。

一枝黄花

始载于《植物名实图考》。又名百根草、金锁匙、蛇头王。为菊科植物一枝黄花 Solidago decurgens Lour. 的全草。分布于中国华东、华中、西南、华南地区。

本品味微苦、辛,性凉。有小毒。功能疏风清热,解毒消肿。主治风热感冒、肺热咳嗽、急性扁桃体炎、咽喉炎、急性肾炎、尿路感染、毒蛇咬伤、疮疖肿毒等。

用于风热感冒,可以单味煎服,或配白英同用。治疗上呼吸道感染,配合一点红。咽喉肿痛,可配金果榄,或配土牛膝、威灵仙。急性肾炎,可配大蓟根、葎草。毒蛇蛟伤,除用本品煎服外,并以鲜品捣敷伤口周围,亦可与穿心莲、半枝莲配合应用。乳腺炎、疖肿、带状疱疹、跌打损伤,用鲜品捣敷。此外,还应用于真菌性阴道炎,可煎水揩洗。鹅掌风、灰指甲、足癣,煎浓汁浸泡患部。煎服,9—15克。孕妇忌服。本品有溶血作用,不能长时期大量服用,否则会引起胃肠道出血。

实验研究:全草含酚性成分、鞣质、挥发油、皂甙、黄酮类、谷甾醇等。酚性成分中有绿原酸、咖啡酸;黄酮类中有槲皮素、槲皮甙、芸香甙、黄芪甙、矢车菊龙胆双糖甙等。

煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌有抑菌作用,提取物有利尿作用。久贮可失效。其所含绿原酸、咖啡酸有止血作用。因含挥发油或鞣质,外用可治创伤。

贯众

始载于《神农本草经》。为鳞毛蕨科植物粗茎鳞毛蕨 Dryopteris crassirhizoma Nakai 的根茎及叶柄基部。夏、秋两季采挖,除去叶柄和须根,洗净,晒干。

根茎呈长圆锥形或倒圆锥形,稍弯曲,上端钝圆或截形,下端较尖,有的纵剖成两瓣,长10—20厘米,直径5—8厘米。表面黄棕色或黑棕色,密被排列整齐而紧密的叶柄残基及鳞叶,并有弯曲线状的细根。叶柄残基呈扁圆柱形,略弯曲,质坚硬,断面较平坦,棕色,有维管束5—7个,呈黄白色点状,排列成环状,内面一对主分柱稍大。每一叶柄基部外侧常有3条须根。鳞片条状披针形,全缘,常脱落。除去叶柄残基的根茎,直径1—2厘米,质坚硬,不易折断,断面不平坦,呈深绿色或棕色。有黄白色长圆形5—13个点状维管束。气特异,味淡而微涩、苦。主产于中国东北及内蒙古、甘肃、河北等地。

本品味苦,性微寒。有小毒。归肝、胃经。功能清热解毒,止血,杀虫。主治风热感冒、温热斑疹、痄腮肿痛、衄血、吐血、血痢、便血、崩漏及虫积腹痛等。

本品苦寒,善能清热解毒,单用或与桑叶同用对流行性感冒有预防作用;用治流行性感冒、麻疹、痄腮等证,可配板蓝根、大青叶、紫草根、金银花等煎服。贯众又能凉血止血,出血因于血分有热者尤宜,如《本草图经》治衄血,取贯众研末水调服;《圣济总录》治吐血,取贯众与黄连同研为末,米饮调服。若吐血量多,病势急骤者,可用本品配血余炭研末,另以鲜侧柏叶捣取自然汁,加黄酒少许调服,如《万病回春》贯仲汤。又如治久痢下血、妇女崩淋及多年白带,《本草汇言》以贯众配黑蒲黄、丹参,酒炒合研为末服,亦可用于肠风便血。妇女子宫出血,色紫有块,少腹胀痛而有瘀滞者,则配活血祛瘀之五灵脂炒黑研末服;如产后宫缩乏力,出血不止,又宜配黄芪、当归、墨旱莲、阿胶同用,以补气养血而止血。本品又有杀虫功效,可用于多种肠寄生虫病。治虫积腹痛,常配使君子、苦楝根皮;治绦虫,可配芜荑、百部;治钩虫,可配黄荆叶、槟榔、榧子、蜂蜜;治蛲虫,单以本品煎浓汁,临睡前洗涤肛门周围。此外,本品研末油调涂,可治漆疮;烧灰,油调涂可治烧烫伤。煎服,10—15克。解毒、杀虫生用;止血炒炭用。入药以新鲜者为佳,贮存愈久,药效愈差。本品苦寒泄降,且有小毒,故脾胃虚寒患者及孕妇均应慎服。

实验研究:贯众根茎含治疗动物血吸虫病的有效成分东北贯众素、三叉蕨素。还含东北贯众醇、黄绵马酸、绵马酸、绵马酚、低三叉蕨素、绵马次酸。又含羊齿烯、雁齿烯、苯烯-b等。

本品对绦虫有强烈毒性,可使绦虫麻痹,不能牢附肠壁,服后给予泻盐,可将绦虫驱出。绵马酸的驱虫作用比黄绵马酸强。由于毒性大,现已少用。煎剂还能驱除牛肝蛭及肠道蠕虫。乙醚提取物对兔和豚鼠的离体子宫有较强的收缩作用,大剂量可使子宫呈强直收缩,与麦角相似。本品对小鼠有抗早孕及堕胎作用,并有雌激素样活性。

紫萁贯众

又名大贯众、人叶狼衣、见血长。为紫萁科植物紫萁 Osmunda japonica Thunb. 的带叶柄基部的根茎。秋季采挖,洗净,除去叶柄及须根,晒干。

全体呈圆锥状、圆柱状或近纺锤状，稍弯曲，长10—20厘米，直径3—8厘米。表面棕褐色或棕色。上侧密被斜生的叶柄残基，下侧着生多数棕黑色须根，须根弯曲，常扁压，多分枝。叶柄残基呈扁圆柱形，弯曲，长4—6厘米，直径3—6毫米，边缘钝圆，具耳状翅，多易脱落或呈撕裂状。质硬，断面新月形或扁圆形，可见一条呈"U"字形的分体中柱。气微，味淡微涩。产于中国江苏、浙江、安徽、河南、四川、云南、贵州等省。

本品味苦、涩，性寒。有小毒。功能清热解毒，止血。主治风热感冒、麻疹、水痘、痄腮、衄血、痢疾、便血、崩漏、外伤出血等。本品功用与贯众大体相似。

临床用于风热感冒，可配板蓝根；用于麻疹、水痘透发不快，以之配赤芍、升麻、芦根等。若治痄腮肿胀，既可煎服，亦可研末醋调外敷。治外伤出血，则以幼叶柄上绵毛外撒伤口；或将鳞片烘干研粉外敷。此外，取新鲜紫萁浸水饮用，对流感、麻疹等流行性传染病有预防作用。煎服，6—9克，清热解毒宜生用；止血宜炒炭用。脾胃虚寒者忌用。

实验研究：紫萁根茎含坡那甾酮-A及蜕皮甾酮。

穿心莲

始载于《岭南采药录》。原名春莲秋柳，又名一见喜、榄核莲、苦胆草、斩蛇剑。为爵床科植物穿心莲 Andrographis paniculata (Burm. f.) Nees 的叶或全草。在开花前或开花初期采收，开花初期采收，有效成分含量较高。采后晒干或鲜用。

全草长30—80厘米，茎呈方柱形，分多枝，节稍膨大，质脆，易折断，断面有白色髓部。单叶对生，叶片纸质，多皱缩或破碎，易脱落，完整叶呈披针形或卵状披针形，长3—12厘米，宽2—5厘米，先端渐尖，基部楔形下延，全缘或浅波状，叶面光亮，深绿色，叶背灰绿色；叶柄短或近无柄。茎顶或叶腋有圆锥花序，花小，白色或黄白色，唇形。有时可见蒴果，长约1.5厘米，两侧呈压扁状，中央具一纵沟。气微，味极苦。产于中国长江以南温暖地区，尤以广东、海南、广西、福建为多。

本品味苦，性寒。归心、肺、大肠经。功能清热解毒。主治风热感冒、扁桃体炎、咽喉炎、流行性腮腺炎、支气管炎、肺炎、肺脓疡、细菌性痢疾、急性胃肠炎、胆囊炎、阑尾炎、急性肾盂肾炎、急性盆腔炎、疮疖痈肿、丹毒、脓疱疮和钩端螺旋体病等。临床常可单用或与其他药物配伍应用。

如支气管炎，可配十大功劳叶、陈皮；大叶性肺炎，配鱼腥草、银花；菌痢，配辣蓼、地锦、马齿苋；急性胆囊炎，配栀子、阴行草；阑尾炎，配红藤、鬼针草。急、慢性喉炎、口腔溃疡，以穿心莲粉末，和少许薄荷脑、冰片，喷喉或涂患处。痈肿，丹毒，配芙蓉叶等分，蜜糖调敷。皮肤化脓性感染，研粉制成溶液湿敷。此外，毒蛇咬伤，除可以鲜草捣敷外，并可配野菊花，蚤休水煎服。烫伤、火伤可以本品研末调茶油，或鲜叶煎汤涂患处。近年制有粉剂、片剂、胶囊、注射剂等多种剂型，可根据病情随症选用。煎服，3—9克；粉剂，0.6—1.2克。内服剂量过大，可能引起恶心、呕吐。胃寒者慎用。

实验研究：穿心莲叶含二萜内酯化合物：主为穿心莲内酯（乙素）、新穿心莲内酯（丙素）、去氧穿心莲内酯（甲素），还有3,4-二去氧穿心莲内酯、14-去氧-11-氧化穿心莲内酯、14-去氧-11-去氢穿心莲内酯、14-去氧-11,12-二去氢穿心莲内酯（丁素）、19-葡萄糖基去氧穿心莲内酯、19-葡萄糖基穿心莲内酯、高穿心莲内酯、潘尼内酯等。另含穿心莲烷、穿心莲酮、穿心莲甾醇、β谷甾醇及其葡萄糖甙等。并含咖啡酸、绿原酸，二咖啡酰奎宁酸混合物等多酚类物质。又含穿心莲内酯甙、14-去氧穿心莲内酯甙，木蝴蝶素和汉黄芩素。

穿心莲及其提取物在体外抗菌试验的结果报道不一，但临床上对多种感染性疾病有较好疗效。煎剂在体外能提高人外周血白细胞吞噬金葡菌的能力，能使肿瘤病人或健康人对旧结核菌素所致皮肤延缓型超敏反应增强，穿心莲内酯磺化物（AS注射液）能明显增强兔和小鼠外周血细胞对肺炎球菌或金葡菌的吞噬能力，甲素也可增强吞噬细胞的功能。实验证明，穿心莲甲、乙、丙、丁素均有一定解热及抗炎作用，其抗炎作用在切除肾上腺后即告消失。

乙醇提取物能显著地延长眼镜蛇毒中毒所致小鼠呼吸衰竭和死亡的时间，此提取物具有毒蕈碱样作用，可能是其抗蛇毒的作用机制。煎剂对小鼠的着床、早孕、中孕、晚孕等时期都有明显的中止妊娠作用，孕酮或黄体生成释放激素均可完全或明显对抗穿心莲的致流产效果，提示其可能具有对抗体内孕酮的作用。此外，对体外培养的人胎盘绒毛滋养层细胞的生长具有一定的抑制作用。穿心莲治疗绒毛膜上皮癌和恶性葡萄胎有一定疗效。

小鼠灌服穿心莲内酯吸收迅速，主要在体内代谢，可迅速通过血脑屏障，主要以原形经肾排出。志愿者口服乙素0.5克，一日四次，首剂加倍，连服四日，可使部分病人丙氨酸转氨酶暂时上升，停药后逐渐恢复，如每次0.3克，一日三次，连服五日，对肝肾功能均无明显影响。

百蕊草

始载于《本草图经》。又名百乳草、须细草、凤芽蒿。为檀香科植物百蕊草 Thesium chinense Turcz.的全草。分布于中国大部分地区。

本品味苦、辛，性平。功能清热解毒。主治多种急性炎症，如肺炎、肺脓疡、扁桃体炎、上呼吸道感染、急性膀胱炎、急性乳腺炎、多发性疖肿，亦疗淋巴结结核。均可单味煎水内服，治疗疖肿等外疡亦可鲜草捣烂外敷。煎

服，9—30克。不宜久煎。

实验研究：百蕊草全草含山柰酚、山柰酚－3－葡萄糖鼠李糖甙、琥珀酸、黄芪甙、甘露醇。

了哥王

始载于《生草药性备要》。原名九信菜，又名山雁皮、雀儿麻、铁骨伞。为瑞香科植物南岭荛花 Wikstroemia indica (L.)C. A. Mey. 的根或根皮。主产于中国广东、广西、福建、湖南等省、区。

本品味苦、微辛，性寒。有毒。功能清热解毒，消肿散结。主治肺炎、支气管炎、扁桃体炎、淋巴结炎、腮腺炎、风湿性关节炎、痈疽肿毒等。

用于肺炎、腮腺炎、扁桃体炎等，既可单味煎服，亦可配伍金银花、连翘等清热解毒之品同用。用于风湿性关节炎，可配伍半枫荷、鸡血藤等同用。用于痈疽肿毒、跌打伤痛等，可用根皮或鲜叶捣烂或制成膏剂外敷患处。如制成了哥王煎剂，作阴道冲洗和宫颈湿敷，还可治疗宫颈炎。煎服，3—9克。宜煎至4小时以上，可以减低毒性。孕妇忌服。本品中毒时，出现剧烈呕吐，腹泻。可用米汤止泻；或用桂皮3克，或用甘草、防风各6克，水煎服解之。

实验研究：根皮中含有黄酮类、香豆素类、木脂素类、多糖、树脂、挥发油及β谷甾醇等。黄酮类中已分出南荛甙、芫花素；香豆素类中已分出西瑞香素、南荛素；木脂素类中已分出荛花酚、牛蒡酚、罗汉松树脂酚、松脂酚、右旋去甲络石糖甙元。

南荛甙2—4毫克/千克对犬有利尿作用。根皮对皮肤有刺激，其所含树脂有较强的泻下作用。根和茎皮水煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌等有抑菌作用。

金荞麦

始载于《李氏草秘》，原名天荞麦。又名野荞麦、天荞麦根、金锁银开。为蓼科植物金荞麦 Fagopyrum cymosum (Trev.)Meisn. 的块根。中国南方大部分地区均产。

本品味酸、苦，性寒。归肺、肝经。功能清热解毒、散瘀，祛湿。主治肺痈、肺热咳喘、咽喉肿痛，痢疾，风湿痹痛、痈疽疮毒、水火烫伤。

用于肺痈高热恶寒，胸痛，气急，咯吐腥臭脓痰、咯血，可取金荞麦一味加水煎服；如病情迁延，脓疡不易破溃，脓痰排出不畅，持续发热，则用黄酒煎服为好；如配苇茎、鱼腥草、苡仁、桃仁等药同用，可以加强清肺化痰，散瘀排脓的作用。治咽喉肿痛、喉风，能解毒利咽消肿，或用醋磨汁漱喉，或配牛蒡子、白毛夏枯草、土牛膝根煎汤内服。本品治风湿腰痛、手足关节肿痛、屈伸不利，可与桑枝、当归、络石藤等祛风除湿、活血通络药配用。本品治痈疽肿毒、外伤感染、乳痈、流火及蛇、蜈蚣咬伤、烫火伤，每多外用，以醋磨涂患处，也可以鲜品捣烂敷或研粉水调外敷，如同时煎汁内服则效果更好。本品与苦参煎水熏洗能治疗脱肛。此外，本品治肺癌、鼻咽癌，有止痛、止血化痰，稳定病灶的作用。煎服，15—30克。

实验研究：野荞麦根中的主成分为双聚原矢车菊素。还含海柯皂甙元、β谷甾醇、赤地利甙；后者经碱水解生成对香豆酸、阿魏酸及葡萄糖。

金荞麦及其各分离部分在体外无抗菌作用。感染前不同时期腹腔注入水悬液对腹腔感染致死量金黄色葡萄球菌的小鼠有明显的保护作用，但感染同时或感染后再给药则无保护作用。腹腔注射金荞麦浸膏或双聚原矢车菊素（简称黄烷醇），能增强小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能。三联菌苗致发热兔口服金荞麦浸膏有解热作用。黄烷醇静注对巴豆油诱发的小鼠耳部炎症、大鼠酵母性关节肿和皮肤被动过敏反应均有抗炎作用。在试管内黄烷醇能抑制ADP和金黄色葡萄球菌诱发的大鼠血小板聚集，大鼠静注黄烷醇，能抑制ADP和胶原诱导的血小板聚集。黄烷醇有祛痰作用，小鼠口服金荞麦浸膏有轻微镇咳作用。

鱼腥草

始载于《名医别录》。原名蕺，又名臭菜。为三白草科植物蕺菜 Houttuynia cordata Thunb. 的全草。夏、秋两季割取地上部分或连同根茎采挖，除净泥砂，晒干或鲜用。

茎呈扁圆柱形，表面暗棕色，节环状，节间长1.5—4.5厘米，具纵直皱纹，根茎的节上有须根，质脆，易断，断面纤维性。叶皱缩，上表面暗绿色至暗棕色，下表面带紫色，叶片心脏形，全缘，具有明显细小凹下的腺点，揉搓后有鱼腥臭气，叶柄基部与托叶合生成鞘状。茎顶着生果穗，暗棕色；蒴果卵圆形，内含有种子数粒。气腥臭，味苦。产于中国长江以南各省、区。

本品味辛，性寒。归肺经。功能清热解毒，利小便。主治肺痈、肺热咳嗽、百日咳、泄泻、痢疾、肾炎水肿、热淋、痈肿疔毒、蛇虫咬伤等。

本品是治痰热壅肺，发为肺痈吐脓血之要药。《滇南本草》以本品配天花粉、侧柏叶等分，煎汤服；《本草经疏》用本品捣汁，入年久芥菜卤饮之；亦可配桔梗煎服以加强祛痰作用；治肺炎，以本品配鸭跖草、半枝莲、野荞麦根、虎杖煎服。治慢性气管炎，与虎杖、胡颓子叶同煎。治百日咳，可配百部、鹅儿不食草、麦冬、蜂蜜同用。治痢疾配山楂炭，水煎加蜜糖服。治肾炎水肿，配车前子、冬葵子同用。治热淋，配灯芯草煎服。治痈肿疔疮，配蒲公英、紫花地丁煎服或捣烂外敷。治蛇虫咬伤，则配皱面草、槐树叶、草决明捣敷。此外，对湿疹、疥癣、痔疮、女子阴痒可用以煎汤外洗。煎服，10—15克；鲜者30—60克。本品含挥发油，不宜久煎。虚寒证忌用。

实验研究：鱼腥草含挥发油；内有鱼腥草素即癸酰乙

醛、月桂醛、甲基正壬基甲酮、芳樟醇、α蒎烯、莰烯、月桂烯、牻牛儿醇、桉叶素、右旋柠檬烯、石竹烯和乙酸龙脑酯等。尚含槲皮甙、异槲皮甙等。

体外试验，鱼腥草煎剂对金黄色葡萄球菌、溶血链球菌、肺炎球菌、卡他球菌、白喉杆菌、大肠杆菌、流感杆菌、变形杆菌、各型痢疾杆菌以及钩端螺旋体等均有较强的抑菌作用。其主要有效成分为癸酰乙醛，为不稳定化合物，其亚硫酸氢钠加成物称合成鱼腥草素，性质稳定而又保留其抗菌活性，对多种革兰阳性及阴性细菌都具有较明显的抑菌作用，以金黄色葡萄球菌及其耐青霉素株、肺炎球菌、甲型链球菌、流感杆菌等为敏感，卡他球菌、伤寒杆菌等次之，而大肠杆菌、绿脓杆菌及痢疾杆菌不甚敏感。此外，对多种致病真菌也有明显抑制作用。鱼腥草还能延缓动物实验性结核病变的发展，延长其生存时间，降低死亡率。鱼腥草非挥发油提取物对流感病毒 FM_1 实验感染的小鼠有明显保护作用。鱼腥草煎剂及合成鱼腥草素能促进人白细胞吞噬葡萄球菌的能力，升高血清备解素水平，因而增强了机体防御功能。水浸液能降低猫血压，使豚鼠离体子宫及肠管兴奋。所含槲皮甙具利尿作用、强心作用。鱼腥草煎剂还有抗炎作用，水溶物有轻度镇静抗惊厥作用。合成鱼腥草素给动物口服可吸收，静注后体内分布以肺为最多，心、肝、肾次之，在体内迅速转化，主要经呼吸道排出。

白毛夏枯草

始载于《本草拾遗》，原名金疮小草。又名筋骨草、雪里青。为唇形科植物筋骨草 Ajuga decumbens Thunb. 的全草。夏、秋两季及开花初期采收，晒干或鲜用。

全草长 10—20 厘米，灰绿褐色，表面有白色长柔毛。叶大多皱缩卷曲，对生，匙形或倒卵状披针形，两面被疏糙伏毛；先端尖，基部楔形，边缘有波状粗齿，基生叶较长而大，略带紫色，上部叶近花序处较密集。叶柄具狭翅。花萼宿存 5 齿，有时可见有白色花冠或倒卵形小坚果。气微，味微苦。中国大部分地区均产。

本品味苦，性寒。归肺、肝经。功能清热解毒，化痰止咳，凉血平肝。主治肺热咳嗽、咽喉肿痛、肺痈、过敏性紫癜、痢疾、肠痈、乳腺炎、水火烫伤、毒蛇咬伤及关节酸痛、跌打损伤等。

治肺热咳嗽、急慢性气管炎、肺炎，本品配前胡、鱼腥草、枇杷叶、黄芩等煎服。治肺痈、肺痿、咽喉急闭，可用鲜品捣汁服；治单双喉蛾，配木莲蓬捣汁，加人煮沸米醋含咽。治高血压，配牛膝煎服。治阑尾炎，用本品一味煎服，并用鲜草捣烂外敷。治痈肿疔疮、水火烫伤、乳腺炎，均可单用本品，或配蒲公英、生甘草煎服，并用鲜品捣烂外敷。治关节痛、跌打损伤，用本品泡酒服，并配生姜、大葱捣烂外敷。煎服 10—15 克；孕妇慎服。

实验研究：全草含木犀草素、杯苋甾酮、蜕皮甾酮及微量的筋骨草甾酮、筋骨草内酯。根含筋骨草糖。

木犀草素具镇咳、祛痰、松弛支气管平滑肌的作用。

败酱草

始载于《神农本草经》。原名败酱，又名鹿肠、苦菜。为败酱科植物黄花龙芽 Patrinia scabiosaefolia Fisch. 或白花败酱 P. villosa Juss. 等的根茎及根或全草。夏、秋两季采收，挖取全草，除净泥沙，晒干。

黄花龙芽全株长 80—150 厘米，有特殊的败酱臭气。根茎粗壮，呈圆柱形，向一侧弯曲，节明显，节间长 1—2 厘米，上有数条须根。茎圆形，直径 2—8 毫米，黄绿色或棕黄色，节略膨大，有倒生粗毛。质脆，易折断，断面髓部呈小空洞，白色或黄白色。基生叶丛生，边缘有粗锯齿，具长柄；茎生叶对生，羽状全裂或深裂，黄绿色或黄棕色，两面无毛或被白色刚毛，多皱缩，破碎。顶生或腋生小黄花。气臭，味微苦。

白花败酱根茎细长，着生几条粗壮的根。茎不分枝，有倒生的白色长毛；具纵沟纹。断面中空。茎生叶多不分裂，叶柄有翼。以上两种产于中国大部分地区。

本品味辛、苦，性微寒。归胃、大肠、肝经。功能清热解毒，消痈排脓，活血祛瘀。主治肠痈、肺痈、痈肿、痢疾、产后瘀阻、腹痛等。

治肠痈初起脓未成者，常与红藤、金银花、大黄等清热解毒、活血消肿药同用；如肠痈脓已成而无热者，可配薏苡仁、附子等以除湿排脓，方如《金匮要略》薏苡附子败酱散。若用于肺痈发热咳吐脓血者，则配鱼腥草、桔梗、芦根等同用。治疗痈肿脓毒，宜配银花、蒲公英，内服与外敷均可。治疗赤白下痢而里急后重者，可配白头翁、秦皮。本品治产后瘀滞腹痛，或血滞痛经，均可单用大剂量煎服。如治产后恶露七八日不止而腰痛者，须配当归、川断。近年用治肺炎、肝脓疡、胆道感染、急性胰腺炎、急性化脓性扁桃体炎、感冒、流行性感冒、流行性腮腺炎和眼结膜炎，均有一定疗效。此外，本品根茎及根制成之浸膏片，可用治神经衰弱或精神病患者失眠症。煎服，8—15 克。脾胃虚弱，泄泻厌食及孕妇忌用。

实验研究：黄花龙芽根及根茎含多种皂甙，其中已知结构的有败酱皂甙 C、D、C_1、D_1，黄花败酱皂甙 A、B、C、D、E、F、G。根尚含生物碱、挥发油等，油中含败酱烯、异败酱烯。白花败酱全草含挥发油、黑芥子甙等。根和根茎含莫罗忍冬甙、番木鳖甙、白花败酱甙等。

黄花败酱醇浸膏或挥发油有镇静作用，挥发油中主要起作用的是败酱烯和异败酱烯。败酱的镇静作用比缬草强一倍以上。败酱皂甙有一定的镇痛作用。败酱皂甙及皂甙元可降低兔及大鼠血压，减慢心率，还能增加胆汁分泌；灌胃可引起腹泻，减少胃酸及胃液分泌。败酱还有促进肝细胞再生，防止肝细胞变性的作用，可能与败酱皂甙的甙元齐墩果酸有关。

四季青

始载于《本草拾遗》。原名冬青叶，又名疮草、四季青叶。为冬青科植物冬青 Ilex Chinensis Sims 的叶。原植物分布于中国长江流域及其以南各省、区。

本品味苦、涩，性微寒。功能清热解毒，收敛生肌。主治烧伤、外伤出血、皮肤溃疡、湿疹、热毒疮疡、痢疾、腹泻、上呼吸道感染、急慢性支气管炎、肺炎、脉管炎、胆道感染、尿路感染等病。可单味煎服，现多制成四季青片、四季青药水、四季青搽剂等剂型供内服或外用。此外，《本草图经》谓，冬青叶烧灰人面膏涂之，治皲瘃有殊效，兼灭瘢疵。煎服，15—60 克。

实验研究：冬青叶含原儿茶酸、原儿茶醛、熊果酸和挥发油、黄酮类、缩合鞣质。

四季青煎剂及其所含的原儿茶酸、原儿茶醛等具有广谱抗菌作用。体外试验，对金黄色葡萄球菌，煎剂的 MIC 为 3.13 毫克/毫升，原儿茶酸为 0.125 毫克/毫升，原儿茶醛为 0.2 毫克/毫升。对革兰阴性细菌如绿脓杆菌、大肠杆菌，原儿茶酸的 MIC 为 1 毫克/毫升。家兔口服四季青后，排出的尿液仍有明显的抑菌作用，对实验性烫伤，局部应用四季青药水，有某些保护作用。原儿茶醛能增加麻醉猫的冠脉血流量；原儿茶酸则能降低猫的心肌耗氧量，增强大鼠（心肺灌流时）心肌耐缺氧的能力；对实验性炎症有抑制作用，强度与阿司匹林相近。口服易于吸收，排泄也较快，原儿茶酸给小鼠静注的 LD_{50} 为 3.485 ± 0.274 克/千克，原儿茶醛静注为 0.115 ± 0.003 克/千克。原儿茶醛对猫或犬静注大量可引起肌肉抽搐。四季青鞣质属缩合型鞣质，其毒性较水解型的五倍子鞣质低得多，对肝脏的毒性也较小。

佛甲草

始载于《本草图经》。又名佛指甲、鼠牙半枝莲、火焰草。为景天科植物佛甲草 Sedum lineare Thunb. 的全草。分布于中国东南部。

本品味甘、微酸，性寒。功能清热解毒，消肿止血。主治咽喉肿痛、风热目赤、风火牙痛、湿热黄疸、痢疾、水火烫伤、带状疱疹、漆疮、痈肿疔疮、毒蛇咬伤、外伤出血等。

用于咽喉肿痛、风火牙痛，以鲜品捣汁，加醋少许，开水冲汤含咽；用于目赤肿痛，以鲜品捣汁过滤，和人乳点眼，能消肿止痛。用治湿热黄疸、赤白痢疾，单味水煎服。临床用本品配虎杖、甘草煎水熬膏服，用于迁延性肝炎，有降低转氨酶功效。治水火烫伤及带状疱疹，漆疮，外伤出血，均可用鲜品捣敷患部；对于痈肿、疔疮，以及毒蛇咬伤等症，则以鲜品大剂量捣汁内服，渣敷患部。煎服，9—15 克；鲜品 30—60 克。

实验研究：佛甲草含垂盆草甙类物质。又全草含景天庚糖、葡萄糖、果糖、蔗糖。

乌蔹莓

始载于《新修本草》。又名五爪龙、五叶藤、见肿消。为葡萄科植物乌蔹莓 Cayratia japonica (Thunb.) Gagn. 的全草。分布于中国华东和中南各省。

本品味苦、酸，性寒。归心、肝、胃经。功能清热解毒，利湿消肿。主治热毒痈肿、疔疮、痄腮、丹毒，以及湿热所致的黄疸、痢疾、尿血、白浊等病。临床用于痈肿、疔疮、痄腮、丹毒，多取全草捣烂外敷，并可煎汤或捣汁内服。用于黄疸、痢疾、尿血、白浊，有清热利湿之功。此外，本品还可用于跌打损伤，常以鲜全草加配鲜墨旱莲等量，捣烂外敷患处，另取乌蔹莓根黄酒炖服。煎服，5—10 克。

实验研究：全草含阿拉伯聚糖、粘液质、硝酸钾、甾醇、酚性物质、氨基酸、黄酮类。根含生物碱、鞣质、淀粉。浆果含乌蔹色甙。

体外试验对金黄色葡萄球菌，溶血性链球菌、痢疾杆菌有抑制作用，对流感病毒亦有抑制作用。

荔枝草

始载于《本草纲目》。又名过冬青、雪里青、雪见草、癞蛤蟆草。为唇形科植物雪见草 Salvia plebeia R. Br. 的全草。中国除新疆、甘肃、青海、西藏外，各地都有分布。

本品味苦、辛，性凉。功能清热解毒、利尿消肿，凉血止血，主治咽喉肿痛、肾炎水肿、小便不利、咳血、尿血、痔血、崩漏、白浊以及痈肿疮毒、湿疹瘙痒、蛇咬伤等。

治风热咽喉肿痛，取荔枝草捣汁，开水冲服并含漱。肾炎水肿可配杠板归、六月雪煎服；或用鲜品捣烂，加食盐少许，敷于脐部。治咳血、吐血、尿血，常取根与瘦猪肉炖服。痔疮肿痛出血，以荔枝草捣汁拌炒槐花，研末，加柿饼适量捣匀为丸服；或将本品为末，装入五倍子内，湿纸包裹，焙干为末，麻油调敷；单用本品煎洗亦可。如治痈肿疼痛、乳腺炎、无名肿毒，用鲜品捣敷，并配银花藤、野菊花煎汤内服。风疹痒疮、阴囊湿疹、阴道炎均可煎水洗；阴道炎、宫颈炎也可制成栓剂用。黄水疮，研末调油涂。跌打伤痛，捣汁以热甜酒冲服，并以渣敷伤处。治蛇咬伤及破伤风，以酒煎服，取汗效。用本品单味煎服治疗呼吸道感染、急性扁桃体炎有效。煎服，9—15 克。

实验研究：荔枝草全草含高车前甙、高车前甙元、粗毛豚草素、尼泊黄酮素、尼泊黄酮甙、荔枝草素、原儿茶酸、4－羟基苯乳酸。还含酚性物质、挥发油、皂甙、强心甙、多糖类、木质素等。

半枝莲

又名并头草、牙刷草、狭叶韩信草。为唇形科植物半

枝莲 Scutellaria barbata D. Don 的全草。分布于中国长江以南各省区及河北、山东、河南、陕西南部。

本品味辛、微苦，性凉。功能清热解毒，散瘀止血，利水消肿。主治毒蛇咬伤、热毒痈肿、咽喉肿痛、肺痈、肠痈、跌打损伤、吐血、衄血、血淋、慢性肝炎、肝硬化腹水、癌肿等。治毒蛇咬伤、热毒痈肿，均可用鲜品内服并捣敷；亦可配紫花地丁、蒲公英、蚤休、半边莲等。治疗疮、淋巴结炎，用鲜品加食盐少许捣烂外敷。治咽喉肿痛，可配土牛膝煎服；治肺痈，可配鱼腥草、金荞麦；治肠痈，可配白花蛇舌草；治跌打损伤，瘀紫疼痛者，配乳香、没药等化瘀止痛之品。用于血热妄行之吐血、衄血，可用本品捣汁调蜂蜜少许炖温服。用于下焦湿热引起之尿血淋痛，可与小蓟、白茅根、车前子等凉血止血利尿药同用。治疗慢性肝炎，可单用本品煎汤常服，如用于肝硬化腹水，可与泽泻、猪苓、茯苓、车前子等渗湿、利尿、消肿药同用。本品近亦用于肺癌、胃癌、食管癌、直肠癌、宫颈癌等，可用稍大剂量单味内服，亦可在辨证基础上配伍使用。煎服，15—30克；鲜品可用30—60克。孕妇慎用。大剂量服用或久服而出现少食腹泻等胃肠道证状宜减量并加红枣、麦芽等同煎服。

实验研究：全草含红花素、异红花素、高山黄芩素、汉黄芩素、高山黄芩素甙、β谷甾醇、生物碱等。根含汉黄芩素、7-甲基汉黄芩素、半枝莲素、2′,5-二羟基-6′,7,8-三甲氧基黄酮及菜油甾醇的、豆甾醇的和谷甾醇的葡萄糖甙等。半枝莲浸剂对动物有利尿作用。

向天盏

始载于《生草药性备要》。原名韩信草，又名疔疮草、耳挖草、大力草。为唇形科植物韩信草 Scutellaria indica L.的全草。分布于中国江苏、浙江、安徽、江西、福建、四川、云南等省、区。

本品味辛、微苦，性凉。归心、肝、肺经。功能清热解毒，散瘀消肿。主治肺热咳嗽、肺脓疡、咳血、咯血、咽喉肿痛、痢疾、肠炎、湿热白带、胸胁闷痛、跌打瘀痛、疔肿热疖、毒蛇咬伤等。

用于肺热咳嗽，肺脓疡咯血，可以大剂量鲜品捣汁调冰糖炖服；或配以五匹风、野麦冬水煎服。用于咽喉肿痛，与板蓝根、土牛膝等药配用。治湿热白带、白浊，煎服或与猪小肠同煨服。用治胸胁闷痛，因劳郁积伤致病者，单味水煎服或浸酒饮。用治跌打损伤，血滞瘀痛，与土牛膝、接骨木、酸浆草、刺五加配用。治疗蝮蛇、蕲蛇等毒蛇咬伤，鲜品捣汁，以黄酒炖热冲服，被覆取汗；药渣敷患处。治疗肿热疖，配紫花地丁，水煎白酒冲服；另用鲜品加食盐少许捣烂敷患部。此外，与人地金牛同煎服，还可用治牙痛。煎服，15—30克；鲜品30—60克。孕妇慎服。

实验研究：向天盏全草含高山黄芩素等黄酮类、酚性成分，氨基酸、有机酸。

白头翁

始载于《神农本草经》。又名野丈人。为毛茛科植物白头翁 Pulsatilla chinensis (Bge.)Reg.的根。春、秋两季采挖，除去茎叶，保留根头部白绒毛，去净泥土，晒干。

根呈类圆柱形或圆锥形，稍扭曲，长6—20厘米，直径0.5—2厘米。外皮黄棕色或灰棕色，大多脱落，无外皮的呈灰黄色或淡黄褐色，具纵皱纹及支根痕，有时皮部脱落处露出黄白色木部，有网状裂纹或裂隙，根头部稍膨大，顶端残留数层鞘状叶柄残基，密生白色毛茸。质硬而脆，断面平坦，皮部黄白色或淡黄棕色，木部淡黄色。气微，味苦涩。产于中国吉林、黑龙江、辽宁、河北、山东、山西、陕西、江苏、河南、安徽等省。

本品味苦，性寒。归大肠、肝、胃经。功能清热解毒，祛湿杀虫，凉血。主治热毒血痢、阴道滴虫病、痈疖、瘰疬、鼻衄、痔疮出血、崩漏等病。白头翁为治疗痢疾的要药，在《伤寒论》白头翁汤中配黄连、黄柏、秦皮，治热痢下重；在《圣惠方》白头翁散中配黄连、石榴皮，治小儿热毒下痢如鱼脑，均以本品为君药，清解大肠之湿热蕴毒。

近年证实，本品治疗细菌性痢疾及阿米巴痢疾，阿米巴肝脓肿都有效。对重证菌痢或慢性阿米巴痢疾，在内服的同时，尚可用煎液作保留灌肠。治疗阴道滴虫瘙痒，可与苦参同用，煎汤冲洗，能清热燥湿、杀虫。白头翁有解毒散热之功，又可用于瘰疬。如《本草汇言》用白头翁配当归尾、丹皮、半夏，为末调服，治疗瘰疬，身发寒热。本品内服结合外敷，可治痈疖；研末冲服，治腮腺炎。白头翁凉血，故并治鼻衄、痔疮出血；配地榆炭、红糖煎服可治崩漏。此外，《本草汇言》用本品配柴胡、半夏、黄芩、槟榔、甘草等煎服，治疗温疟。煎服，10—15克，大剂可用30克。凡下痢泄泻，由于中土虚寒，或感受寒湿，不属湿热火毒之证，均不宜用。

实验研究：新鲜白头翁根含毛茛甙，干后即酶解成为原白头翁素。还含白头翁素。又含三萜皂甙。

白头翁煎剂及毛茛甙在体外和体内都能抑制溶组织阿米巴原虫的生长。流浸膏在试管内可杀死阴道滴虫。原白头翁素在试管内对葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、白喉杆菌、结核杆菌及白色念珠菌等具有较强的抑制作用。原白头翁素具有刺激性，为糜烂性毒剂，接触过久，可使皮肤发泡，粘膜充血。鲜草局部敷药，对皮肤、粘膜也有刺激性，可致发红，起泡。

翻白草

始载于《救荒本草》。原名鸡腿儿，又名鸡脚草、天青地白。为蔷薇科植物翻白草 Potentilla discolor Bge.的根或带根全草。中国各地均产，主产于河北、安徽等省。

本品味甘、微苦，性平。功能凉血解毒，清热利湿。

主治吐血、鼻衄、便血、崩漏、带下、肠炎、痢疾、疟疾及痈肿、疮疖、溃疡、创伤出血等。

用于各种出血,可与生地、丹皮、大小蓟等同用;研末外敷可治创伤出血。如治小儿腹泻、肠炎,可单味研末服。用于赤白下痢,可配马齿苋、茶叶等煎服。治疗疟疾,于疟发前二三小时煎服,可配马鞭草、青蒿同用。热毒痈肿、疮疖、疔毒,常配清热解毒药野菊花,蒲公英、金银花等煎服,并可用鲜草捣烂外敷;溃疡不敛,则可制成粉剂,撒敷患处。疥癣、臁疮多煎汤熏洗。近亦用于淋巴结结核,用全草加黄酒浸泡后隔汤炖服。此外,用根磨酒外涂,亦可治腮腺炎。煎服,10—15克;鲜品,15—30克。

实验研究:从翻白草全草中分离得到延胡索酸、没食子酸、槲皮素、山柰酚、原儿茶酸、柚皮素、间苯二酸。

委陵菜

始载于《救荒本草》。又名翻白菜、天青地白、痢疾草。为蔷薇科植物委陵菜 Potentilla chinensis Ser. 的根或全草。分布于中国大部分地区。

本品味苦,性寒。功能清热解毒,凉血祛湿。主治湿热引起的腹泻、痢疾、白带,血热所致的吐血、衄血、尿血、便血、崩漏以及外伤出血、百日咳、咽喉肿痛、痈疖肿毒等。

用于腹泻、痢疾,除单用煎服外,亦可与清湿热的黄连、黄柏、秦皮、铁苋菜、地锦草等配用。对于急性菌痢及阿米巴痢疾,还可用煎液作保留灌肠。湿热带下,可与苦参、黄柏配伍。宫颈炎、阴道炎可用其乙醇提取物制成栓剂外用。用于各种出血性疾患,取鲜草加红糖煎服,并可随证选配其他止血药同用。如同白及煎服,可治胃、十二指肠溃疡引起的出血;同小蓟炭、侧柏炭煎服,可止吐、衄、便血、子宫功能性出血等。如外伤出血,则可用根研末或鲜草捣烂外敷。本品治百日咳、咽痛、痈肿,均取其清热解毒之功。百日咳,可配百部、郁金、葶苈子、苏子、旋覆花等同用。痈疖肿毒,单用或配野菊花、金银花等煎汤内服,并用鲜草捣烂外敷。煎服,10—15克。

实验研究:委陵菜根含鞣质9%、淀粉10%—20%,嫩苗含维生素等。新鲜植物含水分62.39%,维生素C 494毫克/升。

根煎剂给感染阿米巴的大鼠灌胃,对体内溶组织阿米巴原虫有一定的抑制作用,但体外实验无效。全草煎剂在体外对痢疾杆菌有抑制作用。临床对菌痢及阿米巴痢疾有一定疗效。叶及根煎剂对离体蛙、兔心脏呈抑制作用,对兔离体及在体肠管有抑制作用,并可扩张离体豚鼠支气管,兴奋豚鼠离体子宫。

马齿苋

始载于《本草经集注》。又名五行草、马齿菜、酱瓣豆草、安乐菜。为马齿苋科植物马齿苋 Portulaca oleracea L. 的全草。分布于中国各地区。

本品味酸,性寒。归大肠、肝经。功能清热解毒,散血消肿,利湿,止血。主治热毒泻痢、痈疖、疮毒、丹毒、瘰疬、湿热淋病,赤白带下以及崩漏下血等病。

由于马齿苋善清肠道热毒,且能止血,故尤多用于热毒泻痢伴脓血者,常配黄连、黄芩、地榆、银花等以加强清热解毒作用;也可单味应用,如《经效产宝》治产后血痢,《食医心镜》治小儿血痢,皆用鲜马齿苋捣汁,煎沸入蜜和服。本品对急性菌痢的疗效高于慢性。对顽固病例还可用其煎液稀释后行保留灌肠。在菌痢流行季节,用其煎汁内服,或作食品,并有预防作用,可使发病率明显下降。马齿苋可广泛应用于疮疖及化脓性疾患,如疖肿、痈疡、臁疮、丹毒、痔疮红肿、甲沟炎、黄水疮、足癣、湿疹、漆疮、接触性皮炎等。一般按照不同病情,采用煎水熏洗,纱布湿敷或捣烂涂敷等不同方法进行外治。治疗淋巴结结核溃烂和骨结核,宜将马齿苋加工成细粉,放入熬熟的猪油于锅中趁热搅拌,待起白烟时将锅离火,再加适量蜂蜜调成软膏外涂。此膏内服可以治疗多种结核病。马齿苋对湿热淋病、赤白带下,用其水煎液或鲜品捣汁内服,有清热利湿之功。对产后出血及功能性子宫出血等,有一定止血效果。此外,《开宝本草》曾著录马齿苋能"杀诸虫"、"去白虫",临床用鲜品水煎浓缩成膏,加米醋服,试治钩虫病亦有效。煎服,9—15克;鲜品,30—60克。因其性寒滑利,又能收缩子宫,故孕妇慎服。

实验研究:马齿苋全草含大量去甲肾上腺素和多量钾盐,多巴胺及少量多巴。又含维生素 B_1、B_2、C、烟酸、烟酰胺、胡萝卜素、钙、磷、铁盐和丰富的苹果酸、柠檬酸、氨基酸等。全草尚含生物碱、香豆精类、黄酮类、强心甙和蒽醌甙。

水煎剂或醇煎剂在体外对志贺、宋内、斯氏及弗氏痢疾杆菌,均有抑制作用,但与马齿苋多次接触培养后,能产生显著的抗药性;对伤寒杆菌、大肠杆菌及金黄色葡萄球菌,也有一定的抑制作用,但体内试验,对小鼠大肠杆菌感染,用醇提取液或醇提后残渣水煎液均无效。体外对某些致病性真菌,也有不同程度的抑制作用。提取液对豚鼠、大鼠及家兔离体子宫及家兔、犬的在位子宫都有明显的兴奋作用。水溶和脂溶抽提物能延长某些四氧嘧啶糖尿病兔的生命,但不影响血糖水平,故可能是改善了动物的脂质代谢的紊乱。

鸦胆子

始载于《本草纲目拾遗》。又名老鸦胆、小苦楝。为苦木科植物鸦胆子 Brucea javanica (L.) Merr. 的成熟果实。秋季果实成熟时采收,晒干。

果实呈椭圆形至卵形,稍扁,两头略尖,较尖的一端呈鸟嘴状,长6—10毫米,宽3—7毫米。表面棕黑色至黄棕色,有隆起的网状皱纹,网眼呈不规则的多角形,两

侧有明显的棱线,基部钝圆,中央有圆点状果柄痕。横剖面外果皮棕黑色,易剥离,中果皮为浅棕色,质地松软,内果皮为暗棕色,质坚硬。种子卵圆形,种皮薄膜状,类白色,或黄白色,先端有狭长的种脐及珠孔,钝圆的一端有棕色点状合点,半透明,胚乳淡黄色,子叶两枚。富油性。气微特异,味极苦。主产于中国广东、广西等省、区。

本品味苦,性寒。有毒。归大肠经。功能清热,燥湿,杀虫,解毒。主治痢疾、久泻、疟疾、疔毒、赘疣,鸡眼等症。

鸦胆子内服治疗痢疾、休息痢,现代亦用治阿米巴痢疾。但有副作用如恶心、呕吐、头晕、腹痛等,少数亦可发生过敏反应。如用浸出液作保留灌肠可减轻副作用的产生。本品亦能杀虫抗疟,用于三日疟、间日疟、恶性疟皆效。鸦胆子解毒,可治疗疔疮肿毒,以醋捣为泥,敷贴包扎。赘疣、鸡眼等病,用鸦胆子油涂之,有腐蚀之效,但不宜接触正常皮肤。现代临床已制成乳剂注射,用治多种肿瘤,如胃癌、食管癌、直肠癌、肺癌等。内服每次0.5—2克(5—15粒),龙眼肉或胶囊包裹,饭后吞服,一日三次。因其味极苦,内服切勿嚼破。脾胃虚弱、呕吐及孕妇、小儿不宜应用。

实验研究:从鸦胆子果实中分离出十余种结晶性成分,已经鉴定的有鸦胆子苦醇、鸦胆子苦素A、B、C、D、E、F及G、鸦胆子苦素E-2-葡萄糖甙、鸦胆子苦烯、去氢鸦胆子苦素B、鸦胆子酮酸、胡萝卜甾醇甙等。

去油鸦胆子浸剂及鸦胆子甙在培养基中有杀灭溶组织阿米巴原虫的作用,亦有认为其有效成分为苦味素。鸦胆子仁及其提取物对于动物阿米巴感染的治疗有一定疗效。在临床上,鸦胆子整仁,捣碎的仁或去油仁粉口服(其味极苦,故需用胶囊剂,饭后服),对急、慢性阿米巴痢疾和阿米巴携带者都有一定疗效,浸剂灌肠和口服并用效果更好,对症状能较快控制,但根治率低。鸦胆子仁或其水浸液对鸡疟有效,连续用药3—4日后,血中原虫迅速减少,以至消失,但未确证是否已根治。鸦胆子的抗疟有效成分易溶于水,耐热,对鸡疟原虫有破坏作用,裂殖体比配子体敏感,由于其治疗指数太低,限制了其临床应用。鸦胆子储存过久,抗疟效力大减。鸦胆子对肠内其他寄生虫如鞭虫、蛔虫、绦虫、钩虫等也有驱杀作用,对滴虫也有杀灭作用。鸦胆子仁或油对正常皮肤或粘膜面有刺激作用,系一种细胞毒,临床上外敷其碎仁或外涂其仁油可使疣及乳头瘤脱落;用药前,擦损疣面,疗效更著。对小鼠的皮肤癌和乳头状瘤,鸦胆子仁糊剂和水剂局部应用,能使癌细胞发生退行性变和坏死,但对正常组织亦有类似作用。鸦胆子甙A对P-388白血病有显著治疗作用,甙B亦有同样抗癌活性。鸦胆子苦醇、鸦胆子苦素D和鸦胆子苦烯等成分,体外试验均有一定抗肿瘤作用。鸦胆子油亦有抗癌作用,其有效成分为油酸,最近证明油酸能抑制艾氏腹水癌细胞DNA合成。鸦胆子仁的毒性强于鸦胆子油及壳,鸦胆子固定油无明显毒性,而挥发油则刺激性强。鸦胆子苦素及酚性化合物毒性很强。临床服用鸦胆子仁,副作用较大,常见消化道反应,如恶心、呕吐、腹痛腹泻等。大剂量可见血管扩张、血压下降、中枢神经系统抑制。

辣蓼

始载于《新修本草》。原名水蓼,又名红辣蓼。为蓼科植物水蓼 Polygonum hydropiper L. 的全草。分布于中国大部分地区。

本品味辛,性温。归脾、胃、大肠经。功能行气化湿,散瘀解毒,消肿止痛。主治暑湿、胃腹胀痛、痢疾、泄泻、疳积、水肿、脚气及皮肤湿疹、足癣、跌打损伤、毒蛇咬伤等病症。

暑湿内阻,脘痞呕吐,胃腹胀痛,以本品嫩叶捣汁,加冷开水、白糖调服;或与藿香、厚朴、制半夏、陈皮等煎服。菌痢、腹泻,可单用本品水煎服;若配以地锦草、马齿苋、凤尾草则疗效更佳。小儿疳积,配麦芽同用。水肿脚气,配蒴藋根、防己煎服。外治皮肤湿疹、风疹、瘙痒、足癣,煎水洗。跌打损伤,血肿疼痛,用黄酒捣烂敷。创伤出血,捣敷。毒蛇咬伤,同半边莲捣烂搐汁服,渣敷伤口周围及肿处。此外,本品治妇女子宫出血、宫颈炎、阑尾炎有一定疗效。煎服,9—15克。孕妇忌服。

实验研究:水蓼全草含辛辣挥发油,主为水蓼二醛、异水蓼二醛、密叶辛木素、水蓼酮。又含水蓼素、槲皮素、槲皮甙、槲皮黄甙、金丝桃甙等黄酮类。还含β谷甾醇及其葡萄糖甙等。种子含水蓼二醛、异水蓼二醛、密叶辛木素、水蓼醇醛及异水蓼半缩醛。茎、叶含鞣质等。辣蓼全草含甙类及鞣质。

地锦草

始载于《吴普本草》。原名地朕,又名奶汁草、铺地锦、血见愁。为大戟科植物地锦 Euphorbia humifusa Willd. 及斑地锦 E. maculata L. 的全草。中国大部分地区均有分布。

本品味辛,性平。归肝、大肠、膀胱经。功能清热利湿,凉血止血,解毒消肿。主治湿热泻痢、湿热黄疸、咳血、吐血、便血、痔疮出血、尿血、崩漏、跌打损伤、外伤出血及乳汁不通、痈肿疔疮等。常以本品单味煎服。

治湿热泻痢,亦可与黄连、黄柏、秦皮或辣蓼等药同用。湿热黄疸,配茵陈、山栀等药煎服。本品与鸡肝或猪肝蒸食,可治小儿疳积。治疗各种出血,皆可单用本品水煎蜜调服或熬膏服。乳汁不通者,同猪蹄、黄酒炖服。治痈肿疔疮、带状疱疹、毒蛇咬伤、跌打损伤、外伤出血等,皆可用本品捣烂或研末外敷。配满江红草捣烂外敷则可治风疮、疥癣。煎服,9—30克;鲜品30—60克。

实验研究:全草含没食子酸、槲皮素和不旋光肌醇

鲜汁、煎剂对多种致病性球菌及杆菌在体外试验中有抑制作用,地锦草素对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、白喉杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等在0.002—0.63毫克/毫升时有抑菌作用,0.005—1.25毫克/毫升时呈杀菌作用,血液存在时作用减弱,故体内试验无效。

凤尾草

始载于《本草拾遗》。原名井口边草,又名小金星凤尾、铁脚鸡、金鸡尾。为凤尾蕨科植物凤尾蕨 Pteris multifida Poir.的全草或根。分布于中国华东、中南、西南地区及河北、陕西等省。

本品味微苦,性寒。归大肠、膀胱经。功能清热利湿,凉血解毒。主治湿热泻痢、黄疸、热淋、小便涩痛、白浊、白带、便血、痔疮出血、崩漏、鼻衄、咳血,以及咽喉肿痛、乳痈、痈疖肿毒、外伤出血、烧烫伤等。凤尾草单用力专,宜煎服或捣汁服。临床应用常随证配伍。如治湿热泻痢,配车前子、马齿苋;黄疸肝炎,配酢浆草、连钱草;热淋涩痛,配萹蓄、瞿麦、海金沙;便血、痔血,配侧柏叶、大小蓟等。凤尾草外治烧、烫伤,干品研末,麻油调敷。煎服,10—30克;鲜品30—60克。证属虚寒而非湿热为患者忌服。

实验研究:全草含鞣质、黄酮类、甾醇、氨基酸、内酯或酯类、酚性成分。

根的醇浸出液,腹腔注射对小鼠肉瘤-180有抑制作用。

鬼针草

始载于《本草拾遗》。原名鬼钗草,又名刺针草、婆婆针、盲肠草、一包针。为菊科植物鬼针草 Bidens pilosa L.或婆婆针 B. bipinnata L.的全草。中国大部分地区有分布。

本品味苦,性平。功能清利湿热,解毒活血。主治感冒发热、咽喉肿痛、黄疸、泄泻、痢疾、阑尾炎、急性肾炎、跌打损伤、腰痛。

小儿高热、咽喉肿痛,可配积雪草、鸭跖草、广东土牛膝,能增强清热利咽之功。黄疸,可配紫金牛、六月雪、连钱草以清热利湿退黄。小儿单纯性腹泻,可配车前草煎水服;或单用本品煎取浓汁,熏洗患儿两足,每日3—4次。阑尾炎,可配白花蛇舌草煎服。此外,本品内服尚可应用于尿血、肠出血及闭经,外用可捣敷金疮出血;煎水洗皮肤痒疹、痔疮。捣汁服并外敷,治蛇虫咬伤。用其提取物制成片剂口服治疗高血压病及其合并症有效。煎服,9—15克。

实验研究:鬼针草全草含多种微量聚乙炔类化合物及多种强极性炔类化合物。预试全草含生物碱、鞣质、皂甙、黄酮类。茎叶含挥发油、鞣质、苦味质、胆碱等。

醇浸液在试管内对革兰阳性细菌及痢疾杆菌、大肠杆菌等有抑制作用;花、茎对金黄色葡萄球菌也有抑制作用。

天香炉

始载于《生草药性备要》。又名仰天盅、金石榴、七孔莲。为野牡丹科植物金锦香 Osbeckia chinensis L.的根或全草。分布于中国长江以南各省、区。

本品味辛,性平。归肺、大肠、肝经。功能清热利湿,解毒消肿,止血消瘀。主治咳嗽、哮喘、痢疾、泄泻、吐血、咯血、便血、经闭、疳积、跌打损伤等;外治毒蛇咬伤、肠痈、疖肿。如用天香炉同猪瘦肉炖服治支气管哮喘。合狗舌草加酒炖服,可治肺脓疡。合木槿花可治痢疾、便血,煎服,10—30克。

射干

始载于《神农本草经》。又名乌扇、开喉箭、山蒲扇、金蝴蝶。为鸢尾科植物射干 Belamcanda chinensis (L.) DC.的根茎。春、秋两季采挖,除去茎叶及须根,洗净,晒至半干,微火燎去毛须,再晒干。

根茎呈不规则的结节状,有分支,大小不一,长3—10厘米,直径1—2厘米,表面黄棕色、暗棕色或灰褐色,皱缩,有排列紧密的斜向或横向环纹,上面有数个圆盘状凹陷的茎痕,下面有残留的细根和根痕。质坚硬,断面黄色,颗粒状。气微,味苦、微辛。主产于中国湖北、河南、江苏、安徽等省。

本品味苦,性寒。有小毒。归肺、肝经。功能降火,解毒,散血,消痰,并能通利大肠。主治喉痹、咽肿疼痛、咳逆上气、痰涎壅盛、疟母癥瘕、瘰疬痈疮。

本品善泻上焦气分邪热,为治疗喉痹,咽喉肿痛的常用药物,《医方大成论》治喉痹,取射干鲜根,捣汁服,或与醋同研,取汁含噙。如属风热郁结,咽喉红肿疼痛,甚或痰涎壅塞,呼吸不利者,可与薄荷、桔梗、金银花、甘草等同用;《世医得效方》则取射干配升麻、马勃、马牙硝煎服。如麻疹风热壅滞,或余毒未尽,合并咽喉肿痛者,可与牛蒡子同用,如《世医得效方》之射干汤、《张氏医通》之射干消毒饮,都是在射干、牛蒡子的基础上配用宣透清热药而组成的。本品清肺化痰,可治疗咳逆上气,常配马兜铃、桑白皮、桔梗等。现代多用于哮喘性支气管炎、支气管哮喘,以及慢性支气管炎急性发作等内有痰热的征候。与麻黄配伍,则宣肺平喘,降痰利咽。如属寒饮咳喘,则必须与温肺化饮药配伍应用,仲景射干麻黄汤治咳逆上气,喉中作水鸡声,以射干、麻黄为主,并配细辛、生姜、款冬花等。射干尚有散瘀消积作用,用于疟母、癥积痃癖及月经闭止等病,如《金匮要略》鳖甲煎丸。射干具有泻下作用,《补缺肘后方》用本品绞汁服,治水蛊腹大,动摇有水

声，可泻水消肿。凡肝胆火旺，痰气郁结而致的瘰疬结核，也可采用本品，如《证治准绳》之射干连翘汤，以射干配连翘、玄参、赤芍之类。此外，还用于多种外科感染性疾患，如疖疮肿毒、腮腺炎，以及乳腺炎初起，均可用本品煎服或捣敷患处。《圣济总录》治热聚胃脘，留结成痈诸方中都用射干，是取射干通利泻热，解毒消瘀的效果。煎服，2—5克。内无实热，脾胃薄弱、大便溏泄及孕妇忌服。

实验研究：从射干根茎中分离出有抑制环磷腺甙作用的洋鸢尾素。还含茶叶花宁、射干酮、芒果甙、鸢尾甙、鸢尾黄酮甙等。

鸢尾黄酮甙及其甙元有消炎作用，在试管内有抗透明质酸酶的作用，且不为半胱氨酸所阻断，还能抑制大鼠的透明质酸酶性的浮肿而不抑制角叉菜胶的浮肿，对大鼠因腹腔注射氮芥引起的腹水渗出亦有抑制作用。鸢尾黄酮甙能促进家兔唾液分泌，还有雌激素样作用。醇提取物注射可使家兔血压下降。

挥发油刺激嗅觉器官及消化道粘膜，使胃功能加强，促进胃的分泌和蠕动，具芳香性健胃作用；大量可使子宫充血，有通经作用；已吸收的挥发油可部分经肺排出，使粘痰稀释呈祛痰作用。

马勃

始载于《名医别录》。又名马屁勃、马屁包、灰包、马粪包。为灰包科植物脱皮马勃 Lasiosphaera fenzlii Reich.、大马勃 Calvatia gigantea (Batschex pers.) Lloyd 及紫色马勃 C. lilacina (Mont. et Berk.) Lloyd 的子实体。夏、秋两季子实体刚成熟时采收，除去泥沙，晒干。

脱皮马勃子实体呈扁球形或类球形，无不孕基部，直径15—20厘米，包被灰棕色或黄褐色，纸质，常破碎成块状、片状，或已全部脱落。孢体呈灰褐色或浅褐色。体轻，紧密似棉絮状，有弹性。手触动则孢子呈尘土样飞扬，手捻有细腻感。气似尘土，无味。主产于中国辽宁、甘肃、安徽、江苏、湖南、湖北、广西。

大马勃子实体呈球形或类球形，不孕基部很小或无，直径15厘米以上。外包被呈黄棕色，膜状，质较硬脆，内包被呈灰黄色，纸质，光滑，成块脱落。孢体浅青褐色，手捻有润滑感。主产于青海、内蒙古、河北、吉林、湖北。

紫色马勃子实体呈扁圆形或陀螺形，直径5—12厘米，不孕基部发达。包被薄，紫褐色，粗皱，有圆形凹陷，外翻，上部常裂成小块或部分脱落。孢体紫色。主产于安徽、江苏、广东、广西、湖北。

本品味辛，性平。归肺经。功能清肺利咽，解毒止血。主治喉痹咽痛、咳嗽失音、吐血衄血、外伤出血、痈肿、臁疮、冻疮。

用治喉痹咽痛，以咽峡红肿干痛者最宜。一般常配牛蒡子、桔梗、甘草煎服，或单味以蜜糅拌，少以水调呷；亦可用之为散以吹喉或含咽。《经验良方》治急喉闭，用马勃和焰硝为末，吹入喉内，吐出涎血而愈。《圣惠方》治咽喉肿痛，咽物不得，用马勃与蛇蜕（烧令烟尽），细研为散，以绵裹含，咽津。马勃治咳嗽，以兼见咽红咽痛，咯血，属于肺热之证最为相宜，如《普济方》以一味马勃，细末蜜丸，治久嗽。《摘玄方》以马勃配伍牙硝等分，砂糖和丸噙化，治咳嗽失音。马勃善清解热毒，故李东垣治疗大头天行，头面肿盛，咽喉不利的普济消毒饮中使用本品，与玄参、牛蒡子等配伍，共奏清热、散毒、消肿之功。马勃止血，内服、外用均可。内服治吐血、衄血，常随证配伍有关药物，亦有单味用者，沙糖为丸，冷水下，治疗吐血。外用剂型有马勃粉剂（马勃孢子）、马勃菌丝海绵（马勃絮垫）、马勃绷带及纱布等，经灭菌消毒后，敷布局部，可用于外科手术止血，以及拔牙出血，牙龈渗血、鼻衄、外伤出血、痔疮出血等。此外，马勃粉外敷可治臁疮，加米醋调敷，亦治痈疽；马勃絮垫包敷，可治冻疮。煎服，5—7克。

实验研究：脱皮马勃子实体含亮氨酸、酪氨酸、尿素、麦角甾醇、类脂质、马勃素和磷酸钠等。磷酸钠等成分对口腔出血性疾患及鼻衄有机械止血效能，与明胶海绵相似。其煎剂中含大量色素，体外对金黄色葡萄球菌有某些抑菌作用。

山豆根

始载于《开宝本草》。又名苦豆根、广豆根。为豆科植物越南槐 Sophora tonkinensis Gapnep. 的根及根茎。秋季采挖，除去茎叶及须根，洗净，晒干。

根茎呈不规则结节状，横向延长，顶端常见残存的茎基，其下着生数条根，根呈长圆柱形，略弯曲，向下渐细，长短不等，直径0.7—1.5厘米。表面灰棕色至棕褐色，有不规则的纵皱纹及略突起的横长皮孔。质坚硬，不易折断，断面皮部浅棕色，木部淡黄色。有豆腥气，味极苦。主产于中国广西；此外，云南、贵州等省亦产。

本品味苦，性寒。归心、肺、大肠经。功能泻火解毒，清利咽喉，消肿止痛。主治喉痹、喉痈、喉风、龈肿牙痛、喘满热咳、下痢、黄疸、痔疾，外用可治痈肿疮毒，蛇、虫咬伤。

山豆根治疗热毒上侵之咽喉肿痛，多配牛蒡子、桔梗或板蓝根、金银花等品；如为重证，积热壅闭，可合大黄、升麻、朴硝等品炼蜜为丸含咽；喉风急证，牙关紧闭，水谷不下，可用山豆根、白药子等分水煎服之。《永类钤方》治疗喉中生痈，山豆根醋磨噙咽，势重者则频扫喉中，以引涎外出可愈。山豆根配黄芩、瓜蒌、贝母可治喘满热嗽；配黄连可治赤白痢疾；研末调服可治血热所致之急性黄疸。近以山豆根试治癌症，如肝癌、膀胱癌、白血病等有一定疗效，常配白花蛇舌草、鱼腥草等同用。此外，用山豆根粉剂外涂，可治宫颈糜烂。配大青叶、甘草等煎服，可治钩端螺旋体病。煎服，3—6克。虚火喉痛及脾胃虚

寒泄泻者均忌服。

实验研究：山豆根含总生物碱约0.93%，其中有槐果碱、苦参碱、氧化苦参碱及微量的臭豆碱和甲基金雀花碱。并含各类黄酮成分：柔枝槐酮、柔枝槐素、柔枝槐酮色烯、柔枝槐素色烯、染料木素、紫檀素、山槐素、红车轴草根甙、大豆素等。又含谷甾醇、羽扇豆醇以及一群咖啡酸廿二酯为主的高级烷醇酯。

本品水浸剂及根中所含的多种生物碱和黄酮类化合物均有抑制动物肿瘤的作用；苦参碱及氧化苦参碱对小鼠S-180的治疗指数大于丝裂霉素C的7.8倍；黄酮化合物如紫檀素、山槐素、红车轴草根甙等对小鼠S-180也有抗癌作用，甙的作用比甙元强，右旋体比左旋体强。本品水提取物及氧化苦参碱能提高巨噬细胞的吞噬能力，氧化苦参碱在抑制肿瘤的情况下，据报道无免疫抑制作用（对幼鼠淋巴组织、胸腺、脾脏无萎缩）。柔枝槐酮色烯能预防大鼠实验性胃溃疡，紫檀素有一定的抗真菌作用，苦参碱及氧化苦参碱的其他药理作用见"苦参"条。

北豆根

又名野豆根、黄条香。为防己科植物蝙蝠葛 Menispermum dauricum DC. 的根茎。春、秋两季采挖，除去茎叶、须根及泥土，干燥。

根茎呈细长圆柱形，常弯曲，有分枝，长可达50厘米，直径3—8毫米。表面黄棕色至暗棕色，有纵皱纹及弯曲的细根或凸起的细根痕，外皮易成片状剥落。质韧，不易折断，断面不整齐，纤维性，维管束呈放射状排列，木质部淡黄色，中心有髓，类白色。气微，味苦。中国主产于东北、华北地区；华东、西北地区亦产。

本品味苦，性寒。有小毒。归心、肺经。功能清热解毒，利咽祛痰，祛风止痛。擅治咽喉肿痛及肺热咳嗽，也可用于龈肿牙痛、肠炎痢疾、关节疼痛等。

咽喉肿痛，可配马勃、银花、板蓝根、射干、玄参；肺热咳嗽，可配杏仁、贝母、前胡、桔梗，煎汤或研末内服。龈肿牙痛，可用本品煎水含漱或与玄参、地骨皮、甘草煎汤内服。若肠炎痢疾，可配徐长卿。此外，本品研末外敷，还可用治腮腺炎及痈疖肿毒、痔疮肿痛。煎服，6—9克。脾胃虚寒者慎用。

实验研究：蝙蝠葛根含北山豆根碱（又名蝙蝠葛碱）、北山豆根诺灵碱、北山豆根可灵碱、北山豆根苏林碱、青藤碱、汉防己碱、蝙蝠葛壬碱、蝙蝠葛芬碱等多种生物碱。

北山豆根碱能降低动脉血压，增加心脏收缩幅度及抗胆碱和解痉作用。能降低血胆固醇水平。对于高血压病人，有较明显的降压作用。在动物实验中有抗心律失常作用。蝙蝠葛壬碱有降压及神经节阻断作用。蝙蝠葛总碱还有止咳、祛痰作用。青藤碱有抗胆碱及解痉作用，能镇痛、消炎、镇静、解热和降压，并可减轻犬和小鼠的过敏性反应。

金果榄

始载于《药性考》。原名金桔榄，又名金苦榄、金榄、九牛胆、地苦胆。为防己科植物青牛胆 Tinospora sagittata (Oliv.) Gagnep. 或金果榄 T. capillipes Gagnep. 的块根。秋、冬两季采挖，除去残茎及须根，洗净，晒干或烘干。

块根呈长圆形或不规则块状，大小不等，长5—10厘米，直径3—6厘米，表面棕黄色或淡褐色，凹凸不平，有细皱纹或较深而密的纵横皱纹，有时可见横向皮孔。质坚实，不易击碎。断面黄白色，粉性，导管束呈断续的放射状排列，色较深。气微，味苦。主产于中国四川、湖南、广西等省、区。

本品味苦，性寒。归肺、胃经。功能清热解毒，散结，消肿，止痛。主治热咳失音、咽痛喉痹、痈疡肿毒等。

用于咽喉肿痛，可煎汤或磨汁服，亦可切片含咽其汁；若咽肿化脓溃烂，可与冰片共研细末吹喉。用于痈肿、疔毒、瘰疬、痄腮及无名肿毒等，可水煎服，同时用醋磨外敷。毒蛇咬伤，研末冲酒服，并将药末用酒调敷伤口周围。现亦用于急性胃肠炎、细菌性痢疾和胃、十二指肠溃疡。煎服3—10克；研末或磨汁服，2—3克。脾胃虚弱者慎用。

实验研究：金果榄块根含掌叶防己碱和咖伦宾。

人中黄

始载于《日华子本草》。又名甘草黄、甘中黄。为甘草末置竹筒内，于人粪坑中浸渍后的制成品。

本品味甘、咸，性寒。归心、胃经。功能清热，凉血，解毒。主治伤寒、温疫之胃府实热、大热烦渴、热毒斑疹、丹毒、疮疡等。临床用于温疫大热烦渴，可配黄连、石膏等煎服。若热毒发斑，烦躁，便结者，则可配生地、丹皮等，以共奏清热凉血化斑之效。《丹溪心法》治呕血吐痰，心烦骨蒸，用本品研末，以茜草根汁、竹沥、姜汁和匀服。如与金银花、丹皮、栀子等煎汤内服，则可治疗丹毒疮疡。煎服（布包），6—10克。

万年青

始载于《履巉岩本草》。原名千年润，又名开口剑、白河车。为百合科植物万年青 Rohdea japonica (Thunb.) Roth 的根茎。原植物中国各地常有栽培。

本品味甘、苦，性寒。有毒。归肺经。功能清热解毒，凉血止血，强心利尿。主治咽喉肿痛、咯血、吐血、妇女崩漏、心力衰竭、水肿臌胀，并治疗疮、丹毒、蛇咬等。

治缠喉风痰壅喉闭，捣汁，入米醋少许灌之，促使吐出痰涎而疏通咽喉之壅闭。用治血热所致的呕血、咯血，

单用或与仙鹤草等配伍应用;用治崩漏可与鸡冠花等配伍。用于心脏病性水肿,取鲜根茎水煎内服。本品又可用于肿毒疔疮、丹毒,火烫伤,蛇咬伤等,用鲜根茎捣汁内服,或取汁外搽。

万年青叶治疗心脏性水肿、咽喉肿痛、吐血、疮毒、蛇咬伤。煎服,3—10克,鲜品15—30克。本品内服,可有肠鸣,腹泻,食欲减退;或头昏,恶心呕吐等副作用。剂量过大会引起中毒,发生心传导阻滞、心脏停搏而至死亡。孕妇忌服。

实验研究:万年青根茎含万年青甙A、B、C,干叶中还含有万年青甙D,β谷甾醇及其葡萄糖甙。

万年青甙能增强心肌收缩力,并能兴奋迷走神经和抑制心肌的传导,使心率减慢,舒张完全,改善衰竭心脏的血液循环。它减慢心率的作用强于洋地黄,治疗量可使房室间传导变慢,大量中毒时,可产生完全房室传导阻滞,阿托品不能对抗。万年青的强心作用似洋地黄而稍强,蓄积作用亦较强,大量使用较洋地黄更易于发生中毒,其口服效果较差,需10倍于注射的剂量,其强心效力以万年青甙A最强,B次之,C最小。万年青甙A对猫的最小致死量为0.1059毫克/千克,较低浓度仅使肠血管收缩,而对冠状血管、肾血管、脑血管及四肢血管等则使之扩张;高浓度时使各组织血管收缩,提取物(万年青素)可以利尿,对胃肠及子宫平滑肌有兴奋作用;口服有呕吐作用,但较洋地黄弱。

酸浆

始载于《神农本草经》。又名醋浆、金灯草、天泡草、苦耽、灯笼草。为茄科植物酸浆 Physalis alkekengi L. var. franchetii (Mast.) Makino 的全草或根。中国大部分地区均有分布。

本品味酸、苦,性寒。归肺、脾经。功能清热解毒,利水,化痰。主治肺热咳嗽上气、咽喉肿痛、烦热燥渴等证。

一般多与黄芩、知母、玄参、连翘等合用以清热除烦;与瓜蒌、浙贝母、桔梗、甘草等合用以祛痰利咽;乳蛾肿痛者配射干、山豆根;声音嘎哑者配蝉蜕、牛蒡子。朱丹溪称本品治热痰咳嗽,与片芩清金丸同用更效。赵学敏谓其主治虽夥,惟咽喉是其专治,用之功效最捷。但对虚人咳嗽,亦可于滋阴清热药中加用本品。现代报道,以酸浆制成注射剂,应用于小儿上呼吸道炎症,对不同程度的发热、咽痛、扁桃体肿大之脓性渗出物,均可取效。酸浆属苦寒降泄之药,对腹内结热,或湿热互结的证候,如小便赤涩而痛、大便不利、黄疸、痢疾等亦颇相宜。以酸浆鲜根捣取自然汁开水冲服,治急性黄疸。妇女血热妄行,月经过多,用酸浆有凉血止血作用。酸浆鲜全草捣敷天疱疮及皮肤湿疹;或以全草捣烂,醋浸取汁含漱,治牙龈肿痛;或以其汁加适量冰片滴耳,治疗中耳炎。煎服,9—10克。中气虚寒,内无实热及孕妇皆忌用。

实验研究:酸浆全草含酸浆苦素A、B、C,木犀草素及其7-β-D-葡萄糖甙。

根含生物碱3α-巴豆酰氧托烷。另含玉蜀黍黄质、酸浆根素及粘液质约11%。

酸浆根素即硝酸钾,可使子宫收缩加强,张力增加,可用于催产。果实亦有催产作用。大剂量注射于动物,可使呼吸麻痹而死。

广东土牛膝

始载于《生草药性备要》。原名斑骨相思,又名多须公、六月雪、六月霜、大泽兰。为菊科植物华泽兰 Eupatorium chinense L. 的根。原植物分布于中国华东、中南及陕西、甘肃、云南、贵州、四川等省、区。

本品味苦、甘,性凉。功能清热利咽,凉血散瘀,解毒。主治咽喉肿痛、白喉、血淋、经闭、痢疾、痈疽疮疖、毒蛇咬伤、水火烫伤等。

本品为喉科常用药,如急性咽喉炎、扁桃体炎之咽喉肿痛,用以捣汁含漱,或与岗梅根、山芝麻、甘草同煎服。治疗白喉,单味煎服,或制成浸出液饮,也可喷射于咽喉局部。白喉流行期,用本品煎服,亦有预防作用。因其能清肺热,故亦治麻疹、肺炎等高热病证。因其有凉血行瘀之功,故又可用于血淋、尿血、妇女血瘀经闭及赤白下痢。其治痈疽疮疖,内服外敷均可。《岭南采药录》治流火丹毒,将鲜草和豆腐渣捣烂,用马前子及旧铁锈磨水调敷患处。治瘰疽,用鲜品同斑蝥水煮浓汁,温浸患指。治毒蛇咬伤,内服配山芝麻、金锁匙等同用,外用以本品酒浸出液涂搽。治烫火伤,煎浓汁冷敷。煎服,10—15克;鲜品,30—60克。孕妇忌服。

实验研究:华泽兰的根含黄酮甙、酚类、氨基酸、有机酸。

酊剂或煎剂对白喉毒素有中和作用,试管中对白喉杆菌也有轻度抑制,对白喉杆菌对豚鼠的伤害,有一定的保护作用。

土牛膝

始载于《本草图经》。又名杜牛膝。为苋科植物土牛膝 Achyranthes aspera L. 或牛膝 A. bidentata Blume (野生种)的根。中国长江流域及南方各省、区均产。

本品味苦、酸,性平。归肺、肝经。功能清热解毒,利尿通淋,活血散瘀。主治乳蛾、咽喉肿痛、白喉、小儿肺炎、小便淋涩作痛、急性中耳炎、妇女闭经、风湿关节痛、湿热带下、水肿、痢疾、痈肿、跌打损伤等。

本品配百两金根,治扁桃体炎;配万年青根入养阴清肺汤中,治白喉;配车前子,治痢疾。本品与牛膝之功用大抵近似,唯清热利咽之力较牛膝为胜,故善治多种咽喉疾患。煎服,9—15克;鲜品,30—60克。孕妇忌服。

实验研究：土牛膝根含三萜皂甙，水解后得齐墩果酸，并含多量钾盐。另含蜕皮甾酮，牛膝甾酮、谷甾醇、豆甾醇、琥珀酸、氨基酸以及倒扣草碱等生物碱，另据报道全草中分离得到的一个含有两种生物碱的混合物能使麻醉犬的血压升高、呼吸兴奋，加强心肌收缩。倒扣草碱大鼠灌胃有利尿、导泻和轻微的解热作用，蜕皮甾酮有蛋白质合成促进作用。

天名精

始载于《神农本草经》。又名天蔓菁、地菘、皱面草、鹤虱草、臭草。为菊科植物天名精 Carpesium abrotanoides L. 的根及茎叶。原植物分布于中国华东、中南、西南各省、区。

本品味辛、苦，性寒。归肝、肺经。功能清热解毒，祛痰、破血、止血、杀虫。主治乳蛾、喉痹、疟疾、急慢惊风、血瘕、吐血、衄血、血淋、虫积、疔疮肿毒、蛇虫咬伤、皮肤痒疹等。

本品为喉症常用要药，如《伤寒蕴要》治咽喉肿塞，痰涎壅滞，饮水不下者，可捣汁以鹅羽扫入，以清热解毒，祛痰；或研末，用生蜜为丸含化。现多煎汤服，或用鲜草捣汁加等量开水，含漱、内服均可。治吐血，本品晒干研末，以白茅花泡汤调服。疔疮肿毒及蛇虫咬伤，捣汁饮，药渣外敷。皮肤痒疹，可煎水熏洗。现在有用煎剂治疗急性黄疸型病毒性肝炎，及鲜草捣烂敷脐，治小儿急性肾炎者。天名精清热祛痰，故又治痰症。空腹服用，可治蛔虫病、绦虫病和蛲虫病。血亏体弱及脾胃虚寒便泄者勿用。煎服，10—15 克；研末服，3—5 克。

实验研究：叶含挥发油 0.25%、菊糖，还含天名精内酯。

天名精内酯对动物延髓及脑干等部位具抑制作用；有对抗士的宁惊厥，延长环己巴比妥的作用，并能抑制脑组织呼吸，可降温、降压。流浸膏，主要是其中所含的正己酸及内酯的衍生物，有驱蛔虫作用；体外实验还能杀犬绦虫及鼠蛲虫。

朱砂根

始载于《本草纲目》。又名凤凰肠、金鸡爪、开喉箭、大罗伞。为紫金牛科植物朱砂根 Ardisia crenata Sims 的根。原植物分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味苦、辛，性凉。功能清热解毒，祛风活血，消肿止痛。主治风热外感或肺胃蕴热所致的咽喉肿痛、龈肿牙痛以及风湿骨节疼痛、跌扑损伤、毒蛇咬伤等。

咽喉肿痛，可用本品煎水加醋少许，徐徐含咽；或配射干、玄参、桔梗、甘草等煎汤内服；并可同冰片、玄明粉、人中白研末吹喉。治白喉，与土牛膝、连翘、黄芩等同用。内湿骨痛，可与大血藤、桑寄生等浸酒服。跌扑损伤，除煎汤、浸酒内服外，亦可配三叉苦叶、两面针叶研末，用醋或酒调敷患处。毒蛇咬伤，煎汤内服，并用盐肤叶、乌桕叶煎水清洗伤口后，以朱砂根皮捣烂或研末水调，外敷于创口周围。煎服，10—15 克。服药过量可出现恶心、呕吐等副作用，停药后即可消失。

实验研究：朱砂根煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌有轻度抑制作用。乙醇提取物有抗早孕作用。

喉咙草

始载于《草木便方》，原名地胡椒。又名佛顶珠、白花珍珠草、铜钱草。为报春花科植物点地梅 Androsace umbellata (Lour.) Merr. 的全草。中国南北各省、区均有分布。

本品味辛、甘，性微寒。功能清热解毒，止痛消肿。主治咽喉肿痛、扁桃体炎、口腔炎、急性结膜炎、小儿肺炎、偏正头痛、疔疮肿毒、跌打肿痛、水火烫伤等。治小儿肺炎，可与江南星蕨、前胡、龙芽草合用煎服。治疗口疮、咽喉肿痛，煎服，也可研成极细末吹患处。治疗跌打损伤，腰背酸痛，可与仙桃草泡酒内服。此外，取喉咙草的鲜汁点眼，可治风火赤眼，去目翳。煎服，10—30 克。

实验研究：点地梅全草含皂甙、鞣质和酚类物质、糖类。并有生物碱反应。

乙醇浸液中含皂甙，故有溶血作用。在动物试验中还显示有强心成分，并能兴奋离体肠管、子宫。

山慈姑

始载于《本草拾遗》。原作山慈菰，又名山茨菇、金灯花根、毛慈姑、白地栗。为兰科植物杜鹃兰 Cremastra appendiculata (D. Don) Makino 及独蒜兰 Pleione bulbocodioides (Franch.) Rolfe 的假鳞茎。夏、秋两季采挖，除去茎叶、泥砂，分开大小，置沸水锅上蒸至透心，取出摊开，晒干。

杜鹃兰假鳞茎呈圆锥形，长 1.8—3 厘米，直径 1—2 厘米。顶端渐突起，有茎痕，基部脐状，有须根。表面黄棕色或棕褐色，有纵皱纹，中部有 2—3 个微突起的环节，节上有鳞叶维管束残留。质坚硬，断面黄白色或灰白色，略呈角质。气弱，味淡，带粘性。主产于中国四川、贵州等省。

独蒜兰假鳞茎呈不规则长圆锥形，长 1.5—2.5 厘米，直径 0.8—2 厘米，顶端尖，基部脐状，有须根，环节不明显，常在凹陷处，无鳞片残留的纤维状物。质坚硬，难折断，断面角质，黄白色。气弱、味淡。主产于贵州省。

本品味甘、微辛，性寒。有小毒。归肝、肺、胃经。功能清热解毒，化痰散结。主治痈疽疔疮、瘰疬结核、咽喉肿痛、蛇犬咬伤、痫病。

本品性寒而能清热，味微辛而能散结，有毒而能攻毒，并能化痰行瘀，所以痈疽、疔疮、瘰疬等由于热毒痰瘀凝结而成者，无论内服外敷均可治之，且有脓者可溃，无脓者可消。如《百一选方》万病解毒丸（一名玉枢丹），即以本品为主药，配伍麝香、千金子霜、大戟、文蛤等，用于痈疽恶疮，烫、火、蛇、虫、犬、兽所伤，并治时行疫病，喉闭喉风等，可以内服或外敷。内服治中暑脘腹胀闷疼痛，呕吐泄泻；外用治腮腺炎、淋巴结炎。尚可治疗食管癌、胃癌、肝癌等。《乾坤生意》用山慈菇配苍耳草等分捣烂，以好酒一盅，滤取汁温服，或以干品研末服，治疗痈疽疔肿、恶疮，或配金银花、蒲公英、紫花地丁、苍耳子等清热解毒之品同用。近以本品配生大黄、大青叶研末水调敷，用于早期蜂窝织炎。瘰疬结核由于肝气不舒，痰热内结而成者，常与柴胡、连翘、川贝母等制成丸剂内服，可收疏肝清热，化痰散结的功效。热毒上攻，咽喉肿痛者，可配山豆根、贯众、草河车等清热利咽、消肿解毒之药同用，如《普济方》秘传解毒丸。痫病由于风痰而成者，《奇效良方》用山慈姑一枚，以茶清研如泥，并以茶清调服，药后吐出痰块则痫病自已。煎服，3—6克。本品有小毒，不宜多服、久服；正虚体弱者慎服。

光慈姑

始载于《植物名实图考》，原名老鸦瓣。又名老鸦头、棉花包、毛地梨、光菇。为百合科植物老鸦瓣 Tulipa edulis (Miq.) Baker 的鳞茎。原植物分布于中国辽宁、山东、江苏、浙江、安徽、江西、湖北、湖南、陕西等省。

本品味甘、微辛，性凉。有毒。功能清热解毒，散结。主治咽喉肿痛、痈疽疔疮、无名肿毒、瘰疬结核、毒蛇咬伤等。内服外用均可。也用于皮肤癌、乳腺癌、鼻咽癌等。煎服，2—5克。本品有毒，不宜久服，孕妇忌用。

实验研究：老鸦瓣的鳞茎含极微量秋水仙碱及大量淀粉。

橄榄

始载于《食疗本草》。原名橄榄，又名青果、谏果、忠果、甘榄。为橄榄科植物橄榄 Canarium album (Lour.) Raeusch. 的果实。产于中国广东、广西、福建等省、区。

本品味酸、涩、甘，性平。归肺、胃、肝经。功能清肺利咽，下气化痰，开胃止泻，醒酒解毒。主治咽喉肿痛、痫证、痢疾、酒醉、河豚中毒、湿疹等。热毒上蒸，咽喉肿痛，以橄榄加莱菔煎服，可以清肝经风火，肺经燥热。

现代临床用橄榄煎汤代茶饮之，防治流行性感冒或上呼吸道感染。用于痰迷心窍，痫厥流涎，可以橄榄为主药，配合郁金、白矾煎汁浓缩成膏，开水调服，有化痰涤浊、清心利窍、凉胆息惊之功。以橄榄煎取浓汁服，或行保留灌肠，对急性细菌性痢疾有一定疗效。酒后嚼食橄榄1—2枚，能止渴除烦，醒酒消食。食河豚中毒，以橄榄捣烂，加水适量绞汁饮，或煎取浓汁饮；鱼骨鲠喉，可嚼食橄榄，徐徐咽汁，无果实时以果核磨汁频饮亦效。橄榄外治炎症性皮肤病，具有收敛、消炎、减少渗出液及缓解局部疼痛的作用，故湿疹宜用橄榄浓煎液湿敷；下部疳疮，可以橄榄烧存性，加入等量儿茶，研细末，香油调敷。

橄榄核治肠风下血久而不愈，癫疝睾丸肿痛，眼生翳膜。煎服9—15克。多食令人气壅。用盐腌过，则味不苦涩，亦不致壅气。

实验研究：橄榄果实含挥发油0.11%，内含α及β蒎烯、莰烯、月桂烯、柠檬烯、桉叶素、对聚伞花素、芳樟醇、乙酸芳樟醇酯、α玷𬟁烯、β石竹烯、乙酸松油醇酯、牻牛儿醇、乙酸牻牛儿醇酯、橙花醇、乙酸橙花醇酯、乙酸香茅醇酯、δ毕澄茄烯、δ毕澄茄醇、榄香烯等。还含蛋白质、脂肪、糖以及钙、磷、铁、维生素C等。

枳椇子

始载于《新修本草》。又名木蜜、鸡距子、拐枣、木珊瑚、金钩子。为鼠李科植物北枳椇 Hovenia dulcis Thunb. 及枳椇 H. acerba Lindl. 的带有肉质果序轴的果实或种子。产于中国陕西、湖北、浙江、江苏、安徽、福建、河南、湖南、四川等省。

本品味甘，性平。归肺、脾、胃经。功能清热除烦，止渴润燥，利二便，解酒毒。主治因于里有积热，津液亏耗之烦渴、呕吐及二便不利等病症。如烦热口渴，小便不利，可配知母、金银花、灯心草以清热生津而利尿；肠燥便秘者，可配麦冬、麻仁等以润燥滑肠而通便。本品善解酒毒，酒醉后之烦热、燥渴，尤多选用，可配葛花、绿豆煎汤冷饮。小儿服之，又可治疳疾黄瘦。此外，本品亦有和血舒筋的作用。入石决明、钩藤、地龙等平肝息风药中，可治小儿惊风、抽搐。浸酒内服，亦治风湿麻木。煎服，10—15克。脾胃虚寒者慎用。

实验研究：枳椇的果实含多量葡萄糖、硝酸钾和苹果酸钾。对兔有利尿作用。

千里光

始载于《本草拾遗》。原名千里及，又名九里光、眼明草。为菊科植物千里光 Senecio scandens Buch. - Ham. ex D. Don 的全草。分布于中国西南、中南、华东地区及陕西等省。

本品味苦、辛，性寒。功能清热解毒，明目退翳，祛风止痒。主治风热感冒、咽喉肿痛、黄疸、瘴疟、赤白下痢、急性肠炎、阑尾炎、疮疖疔毒、毒蛇咬伤、干湿癣疮、阴囊湿疹及荨麻疹等。

《本草汇言》云，"千里及，解疫热，清疸疟之药也"。现代临床亦用治风热感冒、咽喉肿痛，可单味煎服或与爵

床等同用。古方用本品煎服治热结黄疸及瘴疟亦效。如与蒲公英、忍冬藤、白茅根、积雪草等同用,以加强其清热解毒之功,则还可用治急性阑尾炎、急性细菌性痢疾、急性肠炎等。千里光亦为眼科所常用,治烂弦风眼、目赤肿痛、翳膜遮睛,可与蝉蜕、木贼、野菊花等煎服;外用可煎水洗或制成50%千里光眼药水滴眼。本品民间用为治疗疮毒的要药。治疮疖疔毒,可配蒲公英、野菊花等内服外敷,有清热解毒之效;治湿疹、皮炎等皮肤瘙痒诸症,捣汁涂或煎水洗,能祛风除湿止痒。治鹅掌风、干湿癣疮,阴囊湿疹,可单用或配苍耳草浓煎熬膏,以水或麻油、乌桕油调搽;治顽固性荨麻疹,可与虎杖、虎耳草煎服。煎服,9—15克;鲜品,30克。中寒泄泻者忌服。

实验研究:全草含千里光宁碱、千里光非林碱、大量毛茛黄素、菊黄质及少量β胡萝卜素;还含氢醌、对羟基苯乙酸、香荚兰酸、水杨酸及焦粘酸。

煎剂在体外对志贺痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌有抑制作用,对伤寒、副伤寒、其他类型痢疾杆菌、大肠杆菌等也有抑制作用。口服能吸收,因此在体内及尿路中,仍有一定作用。煎剂在试管中对钩端螺旋体、阴道滴虫也有某些抑制作用。

虎耳草

始载于《履巉岩本草》。又名石荷叶、金线吊芙蓉、金丝荷叶。为虎耳草科植物虎耳草 Saxifraga stolonifera(L.) Meerb.的全草。分布中国华东、华南、西南地区及湖南、湖北、河南、陕西等省。

本品味苦、微辛,性寒。有小毒。功能清热凉血,祛风解毒。主治急性化脓性中耳炎、风疹瘙痒、湿疹、丹毒、肺热咳嗽、肺痈吐脓、崩漏、痔疾等。

《生草药性备要》治耳内暴热毒,红肿疼痛流脓,取鲜品捣汁滴耳,或加冰片少许,则取效更捷。用治痔疮红肿疼痛,以鲜全草阴干烧烟熏或煎水外洗。用治风疹瘙痒及湿疹、丹毒,虎耳草单味煎服,并以鲜草取汁外搽。以本品加冰糖水煎服又可用于肺热咳嗽气逆;如为肺痈咳吐臭脓痰,须配忍冬叶水煎服。用本品煎汤代茶饮,亦治喉闭无音及吐血。民间又用于妇女月经过多,以鲜虎耳草加黄酒、清水各半煎服。此外,本品外用还可治疗淋巴结核和水火烫伤。煎服,9—15克。

实验研究:虎耳草含挥发油,内有α蒎烯、1,4-桉叶素、柠檬烯、芳樟醇、莰烯等四十余种成分。还含虎耳草素,即槲皮素5-葡萄糖甙、槲皮甙、岩白菜素、熊果酚甙、绿原酸、生物碱、硝酸钾等。另含酚酶(含叶绿体中),能将顺式咖啡酸氧化成相应的邻位醌,后者经自然氧化生成马栗树皮素。又分得没食子酸、原儿茶酸、琥珀酸、反式甲基丁烯二酸。

熊果酚甙水解后的甙元——对苯二酚,具有抑菌作用。熊果酚甙对大鼠和人均有利尿作用。

白蔹

始载于《神农本草经》。又名白根、猫儿卵、鹅抱蛋、见肿消、山地瓜。为葡萄科植物白蔹 Ampelopsis japonica (Thunb.)Mak.的块根。春、秋两季采挖,除去茎叶、细根,洗净泥土,晒干;或纵切成瓣、斜切成片,晒干。

块根呈长椭圆形或纺锤形,两头较尖,略弯曲,长5—12厘米,直径1.5—3.5厘米,外皮红棕色,有纵横皱纹及横长皮孔,易层层脱落,脱落处淡红棕色。纵切片周边常向内卷曲,中部有一凸起的棱线;斜切片卵圆形,切面粉白色或淡红色,有放射状纹理,中央略薄,周边较厚,微翘起或略弯曲。质轻,易折断,折断时有粉尘飞出。气微,味甘。主产于中国河南、安徽、江西、湖北、四川等省;此外,河北、江苏、广西、内蒙古等省、区亦产。

本品味苦、辛,性微寒。归心、胃经。功能清热解毒,散结止痛,生肌敛疮。主治痈肿疔毒、瘰疬、烫伤、湿疮、扭挫伤、外伤出血,以及温疟、惊痫、血痢、肠风、痔漏等病症。

用于热性痈肿疮毒已成脓者,可配白芷、天花粉;如溃疡脓尽而疮口久不收敛者,宜与当归、乳香等养血活血生肌药同用。临床用本品去皮研末,沸水搅拌成团后加乙醇调成糊状,外敷痈疖、蜂窝织炎、淋巴结炎等急性炎症感染初期,均有较好的疗效。治疗瘰疬,可配玄参,大黄等研粉,以醋调敷,如《圣惠方》白蔹散。治烫伤可用本品研末调敷;或配地榆研末香油调敷。湿疮流滋水者,可配漏芦,槐白皮、五加皮、甘草、白蒺藜等煎水淋洗,如《医宗金鉴》漏芦汤。金疮出血,则宜配白及研末外敷。若配白附子、白芷、菊花、杏仁、蜂蜜等清热祛风散结润肌之品,用治酒渣、粉刺、雀斑、面部色素沉着等病。本品酌情配伍亦可用于时邪温疟、小儿惊痫以及湿热下注之阴肿带下、血痢、肠风、痔漏等证。煎服,6—15克。对脾胃虚寒及无实火者忌用。反乌头。

实验研究:白蔹块根含粘液质和淀粉。体外试验对皮肤真菌、金黄色葡萄球菌有抑菌作用。

漏芦

始载于《神农本草经》。又名野兰、鬼油麻。为菊科植物祁州漏芦 Rhaponticum uniflorum (L.)DC.或禹州漏芦 Echinops latifolius Tausch 的根。春、秋两季采挖,除净泥土及细根,晒干。秋季采挖者较粗大,质量亦较好。

祁州漏芦根呈倒圆锥形,有的稍扭曲或扁压,通常不分支,长10—30厘米,直径1—2.5厘米。表面深棕色,粗糙,有不规则的纵沟及菱形的网状裂纹。根头部膨大,有少数茎基及鳞片状的叶基,并有灰白色光亮的丝状毛茸。质轻而脆,易折断,折断时皮部常与木部脱离,皮部色较深,木部黄白色,木射线多破裂,呈放射状,木部中央

常有星状裂隙，显深棕色。气特异，味微苦。主产于中国河北、辽宁、山西等省。

禹州漏芦根呈类圆柱形，稍扭曲，长短不一，直径0.5—1.5厘米。表面土黄色或灰棕色，粗糙，具纵皱纹，顶端有由残存的叶柄维管束形成的纤维状棕色硬毛。质坚硬，断面粗纤维状，皮部棕色，木部黄白色，与灰黑色射线形成黄黑相间的菊花纹。气微，味微涩。主产于山东、河南等省。

本品味苦、咸，性寒。归胃、大肠经。功能清热解毒，消痈肿，下乳汁，舒筋通脉。主治乳痈、乳汁不通、痈疽、发背、丹毒、瘰疬及血痢、痔血、筋脉拘挛、骨节疼痛等。

由于本品既能泄热解毒，又能消痈通乳，故常用治乳痈及乳汁不行之症，如治乳痈初起红肿胀痛，可与瓜蒌、皂角刺、蒲公英、白芷等同用，如因络脉壅滞，乳汁不下，乳房作胀者，可用漏芦同猪蹄煮汁饮，或配王不留行、穿山甲、通草等以疏通络脉，下乳消胀。治痈疽发背，可配连翘、大黄、甘草同用。若与升麻、大黄、黄芩、大青叶等配用，可治温毒引起的头面红肿、痄腮肿胀。同连翘、贝母、紫花地丁、夏枯草合用，又可治瘰疬结核等。至于热毒所致的血痢、痔血，乃因本品专入手、足阳明，性寒而滑利，能清大肠热毒，故皆治之，若与猪肝同用，还可治疗小儿疳积下痢。用于筋脉拘挛、骨节疼痛者，如《圣济总录》治历节风痛之古圣散，即以漏芦与地龙等分为末，用姜汁、蜂蜜和酒调服；近亦用治风湿性关节炎、风湿痛等证。此外，本品配荆芥、浮萍、白鲜皮、苦参等祛风利湿药，可用于风毒引起的皮肤瘙痒瘾疹；配黄芪、银花、黄柏等可用治湿疹疮疡久不愈者。煎服，5—10克。阴症疮疡、气虚平塌不起发者及孕妇均不宜使用。

实验研究：祁州漏芦根含挥发油约0.34%。禹州漏芦根含蓝刺头碱约0.04%。

蓝刺头碱有士的宁样作用。但安全范围远较其为大，可治疗不全麻痹症或某种瘫痪。

天葵子

始载于《百草镜》。原名千年老鼠屎，又名紫背天葵子。为毛茛科植物天葵 Semiaquilegia adoxoides (DC.) Mak.的块根。主产于中国湖南、湖北、江苏等省。

本品味甘，性凉。有小毒。功能清热解毒，消肿散结，利水通淋。主治瘰疬、痈疽肿毒、疔疮、乳痈等。治瘰疬，《医宗汇编》用本品同鲫鱼捣烂外敷；亦可制丸内服，用本品配贝母、海藻、海带等化痰软坚药，如《古今医鉴》引黄宾江之天葵丸。《医宗金鉴》五味消毒饮治疗疔疮、痈肿、乳痈等，即用本品配野菊花、蒲公英、紫花地丁、金银花。近有用天葵子捣碎，以蜂蜜调成软膏外敷，治疗痈肿者。此外，治急性扁桃体炎用天葵子捣烂煎服。用于热淋、砂淋，单用或配扁蓄、车前子等煎服。治跌打损伤、蛇虫咬伤，本品捣烂外敷。煎服，3—10克。脾胃虚寒者忌用。

实验研究：根含生物碱、内酯、香豆精类、酚性成分、氨基酸等。

土茯苓

始载于《名医别录》。原名白余粮，又名土萆薢、刺猪苓、白葜、仙遗粮。为百合科植物光叶菝葜 Smilax glabra Roxb.的根茎。

根茎呈圆柱形，或不规则的条块，稍扁，有结节状隆起，多具短分枝，长约5—22厘米，直径2—5厘米。表面黄棕色，微有光泽，粗糙，凹凸不平，突起尖端具坚硬的须根残基，分枝顶端有圆形的芽痕，有时外皮有不规则的裂纹，并有鳞叶残留。质坚硬，不易折断。切片呈长圆形或不规则形，厚3—4毫米，外皮黄棕色，切面类白色或淡红棕色，稍粗糙，可见点状纤维管束及多数细小亮点，边缘不整齐，有时可见残留的须根或茎基。质软，微有弹性，用水湿润时有粘滑感。气微，味甘淡。主产于中国广东、湖南、湖北、浙江、四川、安徽等省。

本品味甘、淡，性平。归肝、肾、脾、胃经。功能除湿，清热，解毒，通利关节。主治梅毒、淋浊、泄泻、筋骨挛痛、脚气、痈肿、疮癣、瘰疬、瘿瘤等；并解汞中毒。

土茯苓乃治梅毒之要品，不论邪毒深浅，以本品为主药，配苡仁、银花、防风、木通等祛风利湿解毒之品，如《本草纲目》所载搜风解毒汤。现代临床以土茯苓配合银花、甘草，或忍冬藤、蒲公英、马齿苋、甘草煎服，治疗现症梅毒、隐性梅毒，以及晚期麻痹性痴呆、小儿先天性梅毒性口腔炎等，均有一定效果。如用以治疗淋浊、筋骨挛痛，可配萆薢、苡仁。治疮疡肿毒，可配银花、连翘、蒲公英内服；或单用本品研末，好醋调敷。治湿疹、牛皮癣等皮肤病，可配生地、赤芍、地肤子。治瘿瘤，可配黄药子、白毛藤、蒲公英等。近年治疗钩端螺旋体病，以本品为主药，配青蒿、地榆、茅根煎服，获得较好疗效。用本品煎服，或再以煎液作保留灌肠，可治急性细菌性痢疾。此外，本品煎服，还可用治急、慢性肾炎，有利尿退肿之效。煎服，10—60克。因其渗利，故肝、肾阴虚者慎用。忌犯铁器，服时忌茶。

实验研究：根茎含多种甾体皂甙、生物碱、挥发油、糖类、鞣质、树脂、甾醇、淀粉。已分离出落新妇甙、黄杞甙、莽草酸、3-咖啡酰基莽草酸、阿魏酸、β谷甾醇和葡萄糖。水煎剂、稀醇提取物和粗黄酮均具有拮抗急性和亚急性棉酚中毒（引起死亡和肝脏病理损伤）的作用，解毒有效成分为粗黄酮，它在拮抗棉酚毒性时，不影响棉酚对雄性大鼠的抑制精子的作用。

土贝母

始载于《本草从新》。又名假贝母、大贝母。为葫芦

科植物土贝母 Bolbostemma paniculatum (Maxim.) Franquet 的块茎。产于中国河南、河北、山东、山西、陕西等省。

本品味苦,性微寒。功能清热化痰,散结消肿。主治痈肿疮毒、瘰疬结核等。用于乳痈初起,配白芷、天花粉、乳香为末酒服。瘰疬未溃者,用本品煎服,并研末醋调外敷。治骨结核溃烂流脓,可配蜈蚣等分为末,以米酒调服。此外,尚可用治乳岩,与七叶一枝花同用;如已破溃,可与胡桃隔、银花、连翘,酒水煎服。治蛇、虫咬伤,外伤出血,研末敷,有消肿解毒,止血收口之效。煎服,4.5—12 克,大剂量可用至 30 克;研末服,3 克。

实验研究:土贝母鳞茎含麦芽糖,而在干燥以后还含有蔗糖。

蛇葡萄根

又名野葡萄根、山葡萄根、蛇白蔹根。葡萄科植物蛇葡萄 Ampelopsis brevipedunculata (Maxim.) Trautv. 的根或根皮。原植物中国东北至华南各地均有分布。

本品味甘,性平。功能清热解毒,祛风活络,散瘀止血。主治关节肿痛、肺痈、肠痈、呕吐腹泻、瘰疬、湿痰流注、乳腺炎、痈疮肿毒、跌打损伤、水火烫伤、外伤出血等病症。

关节肿痛,因风湿稽留关节脉络而成者,配细柱五加根、紫茉莉根、忍冬藤同用。如用于慢性风湿性关节炎,可配穿山龙、珍珠梅茎。治肺痈与肠痈取鲜品捣汁冲酒服,可收清热解毒、消痈排脓的功效。治呕吐腹泻属于胃肠有热者,用鲜品取汁或干品研末服。用于瘰疬、湿痰流注,可与猪肉同炖服;乳腺炎,用水煎服;痈疮肿毒、烫伤,研末蜜调敷;跌打肿痛,鲜品加食盐同捣烂包敷患处;伤重骨折者,在正骨手术后,取鲜品捣烂加酒敷;外伤出血,干品研末掺。煎服,3—9 克;鲜品 15—30 克。

实验研究:体外能抑制金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等的生长。

土大黄

始载于《本草纲目拾遗》。原名金不换,又名止血草、化血莲、血三七。为蓼科植物钝叶酸模 Rumex obtusifolius L. 及红丝酸模 R. chalepensis Mill. 的根。主产于中国江苏、浙江、江西、四川、湖南等省。

本品味苦、辛,性凉。功能清热解毒,化瘀止血,通便,杀虫,止痒。主治肺痈、肺痨咳血、大便秘结、腮腺炎、痈疡肿毒、疥癣、湿疹、皮炎、烫伤、跌打损伤。

肺痈可用鲜品捣烂绞取汁加酒煎服,以清解肺中热毒。肺痨咳血,常配伍百合,二味同用,清中寓补,标本兼顾。本品具有与大黄相似的泻热通便作用,对于肠胃热结便秘者,可单用煎服。痈疡肿毒初起者,本品加酒煎服,或捣烂外敷,能使肿毒消散。疥癣、湿疹、皮炎、烫伤等,用鲜品捣汁涂,或用干品研末油调敷,有杀虫,止痒及收湿之效。跌打受伤后吐血者,用本品内服,既能止血,亦能化瘀;外伤局部肿痛,可研末调敷。煎服,9—15 克。

实验研究:钝叶酸模根部含大黄酚,大黄素、大黄素甲醚及两种大黄酸样物质。又含磷酸铵镁。

红丝酸模根茎含大黄酚、大黄素、大黄素甲醚及芦荟大黄素等。也含磷酸铵镁,有较好的止血作用。

白药子

始载于《药性论》,原名白药,又名白药根。为防己科植物金线吊乌龟 Stephania cepharantha Hayata 的块根。主产于中国湖南、湖北、浙江等省。

本品味苦、辛,性凉。有小毒。归肺、胃经。功能清热解毒,凉血止血,祛风止痛,散结。主治咽痛喉痹、热毒痈肿、多种出血、风湿疼痛、胃痛腹痛、肠炎、痢疾等症。

用治热毒风痰壅阻肺经所致的咽喉肿痛,可与其他清热解毒、散结消肿药同用,如《圣惠方》龙脑丸,以白药配龙脑,为丸含咽;《仁斋直指方》白药散,配朴硝,研末吹喉。本品治疗诸疮痈肿、无名肿毒、腮腺炎、淋巴结炎、毒蛇咬伤诸症,不论外用或内服,均有解毒散结作用。对神经性皮炎,取鲜品捣烂,制成薄饼状贴患部,有一定疗效。白药子功能凉血散血,常用于咯血、吐血、衄血、崩漏、金创出血等,如《经验良方》用本品配红枣,煅存性,等分为末,糯米煮汤饮服,治衄血不止;《圣济总录》白药散,用本品调地黄汁、藕汁、生姜汁内服,治衄血、汗血。白药子又擅祛风散结,行瘀止痛。用于风湿性关节疼痛,可浸酒内服,或用鲜品捣敷,对于风湿兼热者,尤为适宜。治疗心胃疼痛、中暑腹痛,宜研末调服。切片贴牙龈,亦止牙痛。此外,也用于治疗急性胃肠炎及急性菌痢。煎服,6—9 克;研末服,0.6 克,饭后服。

本品有毒,用量过多,可产生上腹部不适、恶心、呕吐、肠鸣腹泻等证。《海上集验方》云:"若吐利过度,即吃冷粥一碗止之。"故脾胃素弱,易于便泄的患者忌服。

实验研究:金线吊乌龟块根含生物碱,其中有头花千金藤碱、异粉防己碱、轮环藤宁碱、小檗胺、高阿莫灵碱、头花千金藤胺、头花千金藤醇灵碱、木防己碱、粉防己碱、奎宁、罂粟碱、可待因、吗啡、小檗碱。

金线吊乌龟块根中的脂溶性总碱,碘甲基化后所得的季铵盐,有肌肉松弛作用,异粉防己碱曾应用于临床,甲碘化物对兔的垂头剂量为 1.39 毫克/千克,对兔的致死量为 1.77 毫克/千克。对大鼠灌胃或肌内注射,其抗炎(角叉菜胶性)作用与保泰松相当。对大鼠有镇痛、解热作用,并能降低血中尿酸含量,对抗组胺和乙酰胆碱对大鼠离体回肠的收缩作用。高阿莫林碱氯甲烷盐对兔的垂头剂量为0.13±0.02毫克/千克,比筒箭毒碱约强 0.25 倍,属非去极化型肌松剂。头花千金藤碱对于环磷酰胺中毒小鼠所致白细胞减少有保持作用,对^{60}Co 射线

照射后的犬引起的白细胞减少，有一定的保护作用。对于苯中毒引起的低白细胞症的大鼠有治疗作用。正常大鼠服头花千金藤碱后，可见外周血象白细胞增加，镜检可见有核细胞增生活跃，骨髓组织中成熟的血细胞增加，脾脏可见多数散在性造血小岛。临床上用于放疗或化疗引起的白细胞减少症有某些疗效。头花千金藤碱有较明显的抗结核杆菌的作用。小檗胺对大鼠实验性矽肺的发展，有一定的抑制作用。

红药子

始载于《本草图经》。又名赤药、朱砂七、雄黄连、血三七。为蓼科植物毛脉蓼 Polygonum cillinerve (Nakai) Ohwi 的块根。主产于中国陕西省。

本品味苦、微涩，性凉。功能清热解毒，凉血散血，调经止痛。主治上呼吸道感染、肠胃炎、菌痢、月经不调、多种出血，以及疮疡痈疖和烧伤等。

用于上呼吸道感染、扁桃体炎、急性肠胃炎、急性菌痢，研末送服，有泄热泻火之效。月经不调及痛经，醋煮后煎服，有通经活血、止痛的作用。《禹讲师经验方》以本品配红花煎服治产后血晕，唇青腹胀，并云服后大小便通利，瘀血自下。用于吐血、衄血、便血、功能性子宫出血、外伤出血等，有止血而不留瘀的特点。烧伤，可配冰片研细混合，麻油调敷。此外，并治跌打损伤及风湿腰腿疼痛等证。煎服，9—12 克；研末服，1—1.5 克。孕妇忌服。少数患者服药后有腹胀、恶心、呕吐、手麻等反应。用量过大可出现头晕。反应轻者不需停药，可自行消失。

实验研究：毛脉蓼的块根含大黄素、大黄素甲醚、大黄酚、大黄酸等蒽醌类成分及食用大黄甙。

大黄素甲醚在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、弗氏痢疾杆菌有抑制作用，用于治疗急性菌痢有良好效果，但不宜连续应用，因部分菌株可形成耐药性。毛脉蓼水浸液对多种呼吸道及肠道病毒有广谱的抗病毒作用，用于上呼吸道感染也收到较好效果。

玉簪花根

始载于《本草品汇精要》。为百合科植物玉簪花 Hosta plantaginea (Lam.) Aschers. 的根。原植物中国各地均有栽培。

本品味甘、辛，性寒。有小毒。功能凉血解毒，软坚消肿，下骨鲠。主治毒蛇毒虫咬伤、痈疮肿毒、鱼骨鲠喉、龋牙欲落等。《本草纲目》云："捣汁服，解一切毒，"用治痈肿、瘰疬及乳痈初起，毒蛇、毒虫咬伤，皆可用鲜品捣敷患处，并绞汁和水、酒内服。治喉蛾，可捣汁含漱；聤耳，可捣汁滴耳。古方治鱼骨鲠喉，与山里红果根捣汁灌服，则其骨自下。如龋牙欲落不落，《余居士选奇方》用本品与白砒、草乌、威灵仙等研末，取少许点痛牙处，牙即自落。近人张山雷，用鲜根捣取自然汁，晒干作成小丸，嵌牙痛处，二三次后，病牙自落的记载。煎服，3—6 克。

半边莲

始载于《本草纲目》。又名急解索、细米草、蛇脷草、腹水草、蛇啄草。为桔梗科植物半边莲 Lobelia chinensis Lour. 的全草。分布于中国长江中、下游及其以南各省；主产于江苏、安徽、浙江、江西、湖南、福建、广东等省。

本品味辛、甘，性微寒。归心、肺、小肠经。功能清热解毒，消肿利水。主治毒蛇咬伤、痈肿疔毒、湿疹、足癣、跌打损伤、扁桃体炎、湿热黄疸、阑尾炎、肠炎、腹水等。

本品长于治疗毒蛇咬伤，可单味煎服，或鲜品捣汁加酒服，并用本品捣烂或配生半夏同捣烂和鸡蛋清调敷伤口周围。治痈肿疔毒，可用鲜品加酒或少量食盐捣烂外敷；亦可配金银花、紫花地丁、野菊花等煎服。半边莲煎浓液湿敷或外搽，可治湿疹、皮炎、带状疱疹、足癣，亦治跌打损伤。扁桃体炎，以鲜品捣汁加黄酒含漱。湿热黄疸，配茵陈、大黄等药煎服。鲜品加酒捣汁煎服，并配合外敷，可治阑尾炎。单用或配马鞭草、金钱草、枳实等同煎服，能治腹水臌胀。此外，用于各种癌症，配半枝莲、白花蛇舌草等煎服，对胃癌、直肠癌等有一定疗效。煎服，15—30 克；鲜品，30—60 克。

实验研究：全草含生物碱、黄酮类、皂甙、氨基酸。生物碱主为山梗菜碱、山梗菜酮碱、山梗菜醇碱、异山梗菜酮碱。还含防治蛇毒有效成分延胡索酸钠、琥珀酸钠、对羟基苯甲酸钠。

山梗菜碱有烟碱样作用，对自主神经节先兴奋后麻痹，其作用特点是刺激颈动脉体和主动脉弓化学感受器（N－胆碱受体），反射性地兴奋呼吸中枢，使呼吸加深加快，但为时甚短（几分钟）。可用于新生儿窒息和一氧化碳中毒，但亦有报道认为效果不确。剂量较大，可因兴奋迷走神经中枢，引起心动过缓，传导阻滞；剂量过大可出现心动过速（交感神经节及肾上腺髓质被兴奋）；特大剂量也可引起惊厥，并能由兴奋转入抑制，导致呼吸麻痹、血压下降。动物试验证明，半边莲粗制剂不论注射或口服，均有显著而持久的利尿作用，对犬能增加胆汁流量。半边莲煎剂口服有轻泻作用。山梗菜碱口服可抑制食欲。

山梗菜

始载于《救荒本草》。又名大种半边莲、水白菜。为桔梗科植物山梗菜 Lobelia Sessilifotia Lamb. 的根或全草。分布于中国东北地区及河北、山东、江西、浙江、福建、台湾、广西、云南等省、区。

本品味辛，性平。有小毒。功能清热解毒，利尿消肿，宣肺祛痰。主治疮疖肿毒、蛇虫咬伤、腹水、水肿及咳

嗽等。用于疮疖肿毒、蛇虫咬伤、蜂螫伤,取根及全草捣敷。用治腹水、水肿,用根及全草水煎服。治疗支气管炎,咳嗽痰多,呼吸困难,山梗菜根煎水服。煎服,6—10克。本品有催吐作用,内服不可过量。

实验研究:全草含山梗菜碱等多种生物碱,又含山梗菜聚糖、蜂花酸、廿九烷、熊果酸、氯化钾等。

山梗菜碱为中枢兴奋药。临床上用于治疗呼吸衰竭,如新生儿窒息、麻醉药中毒等。作用短暂,无蓄积性。其药理作用与烟碱颇为类似。能兴奋颈动脉体化学感受器,对神经节先兴奋后麻醉,口服可引起呕吐,故中毒者死亡例较少。

八角莲

始载于《神农本草经》。原作鬼臼,又名金魁莲、独脚莲、一把伞、独叶一枝花、山荷叶。为小檗科植物六角莲 Dysosma pleiantha (Hance) woods. 及八角莲 D. versipellis (Hance) M. Cheng 的根茎。产于中国浙江、江西、湖北、四川等省。

本品味苦、微辛,性凉。有毒。功能清热解毒,散瘀消肿。主治毒蛇咬伤、痈肿疔毒、急性淋巴腺炎、腮腺炎、带状疱疹、单双喉蛾、跌打损伤等。

临床用于毒蛇咬伤常外敷内服兼施,以增强疗效。内服多配伍其他蛇药同用,亦可单味水煎服,或研末白酒送服,鲜品则捣汁冲酒服;外治可用醋或酒磨成糊状敷伤口周围。煎服及外敷治疗痈疖初起、无名肿毒、腮腺炎、急性淋巴结炎、带状疱疹等。用治咽喉肿痛、单双喉蛾可磨汁含咽。用于各种疣,可制成酊剂外搽。用于跌打损伤、筋骨疼痛,亦可内服外敷,或酌加白酒用之,有活血散瘀止痛之效。煎服,3—9克。孕妇忌用。

实验研究:六角莲根茎和根含树脂2%—4%,从中分离得到鬼臼毒素、脱氧鬼臼毒素、黄芪甙、金丝桃甙、槲皮素、山柰酚和β谷甾醇。八角莲根及根茎含树脂约4%,从中分离得到鬼臼毒素、脱氧鬼臼毒素及山柰酚类物质。

鬼臼毒素为"细胞毒",有抗癌作用,但对人体正常细胞的毒性太大,故临床不用。根提取物能兴奋离体蛙心,轻度收缩血管,抑制肠管。全草中所含树脂,能引起动物吐、泻、死亡。

东风菜

始载于《开宝本草》。又名仙白草、盘龙草、白云草、土苍术、草三七。为菊科植物东风菜 Doellingeria scaber (Thunb.) Nees 的根茎或全草。分布于中国北部、中部、东部至南部各省、区。

本品味辛、甘,性寒。功能清热解毒,祛风止痛。主治目赤肿痛、咽喉肿痛、毒蛇咬伤、风湿关节疼痛、跌打损伤。

本品除单味煎汤或研末内服外,亦可与其他药配用。治目赤肿痛,可配桑叶、菊花以清肝明目;治毒蛇咬伤,除用鲜根捣敷伤口周围外,并可配龙胆草捣汁,浓茶冲服,或与半边莲、佛甲草、乌蔹莓等煎服;扭伤腰痛,可配活血去瘀药地鳖虫同用。此外,用本品捣烂外敷,还可治外伤出血及疮疖肿毒。煎服,10—15克;鲜品,15—30克;研末服,3—6克。

实验研究:东风菜的根含角鲨烯、无羁萜、3β-无羁萜醇、α菠菜甾醇。

葎草

始载于《名医别录》。原名勒草,又名葛葎蔓、割人藤、锯锯藤、拉拉藤。为桑科植物葎草 Humulus scandens (Lour.) Merr. 的全草。中国大部分地区有分布。

本品味甘、苦,性寒。功能清热解毒,利尿通淋。主治肺热咳逆上气、虚劳潮热、下焦湿热之小便淋涩,以及疮疡热毒等。用于肺炎、肺脓疡、上呼吸道感染,可单味煎服或打汁服;或配伍鱼腥草、金银花等药同用。

现代临床用本品治疗肺结核,能使症状体征改善或消失,常与百部、十大功劳叶、黄芩等同用。本品有清热利湿作用,常用于湿热下注膀胱,小便淋沥涩痛;如果兼见血尿者,可配小蓟、白茅根之类。《范汪方》治石淋,用葎草汁,并云:"服后石当出,不出更服。"用治泌尿系结石,与海金沙、冬葵子同用。本品又治细菌性痢疾、急性胃肠炎,可单用,或与凤尾草配伍应用。此外,治湿疹、皮肤瘙痒等,配野菊花、苍耳草煎汤外洗。治痈疖肿毒、蛇蝎咬伤,用鲜草捣敷,有解毒消肿的效果。煎服,15—30克;鲜品60—120克。

实验研究:葎草全草含木犀草素、葡萄糖甙、胆碱、天门冬酰胺、挥发油、鞣质、树脂。叶含木犀草素-7-葡萄糖甙、大波斯菊甙、牡荆素。挥发油中主含β葎草烯、石竹烯、α玷现烯、α芹子烯和β芹子烯、γ毕澄茄烯等。球形果穗中含葎草酮和羽扇酮。

茎、叶的乙醇浸液在试管内对革兰阳性菌有抑制作用。葎草酮与羽扇酮相似,也有抗菌作用,但较弱;对结核杆菌的作用为羽扇酮的1%。葎草酮对猫有二硝基酚样作用,可增加氧耗量,升高体温直至死亡。大量尚可产生糖尿、血尿。

爵床

始载于《神农本草经》。又名小青草、六角英、野万年青、疳积草。为爵床科植物爵床 Rostellularia procumbens (L.) Nees 的全草。分布于中国秦岭以南地区。

本品味苦,性寒。归肝、胆经。功能清热解毒,利湿消滞,活血舒筋。主治感冒发热、咽喉肿痛、肺热咳嗽、疟

疾、肾炎水肿、泌尿系感染、乳糜尿、痢疾、黄疸、疳积、雀目、翳障、筋骨疼痛、跌打损伤、瘰疬、痈疽疖肿等。

治感冒发热、咽喉肿痛、肺热咳嗽，单味煎服，或配一枝黄花、白英同用。治疗疟疾，用本品单煎，须在疟发前三四小时服。治肾炎水肿及泌尿系感染，则有利尿通淋之功，常与白茅根、海金沙、车前子等配用；如与蟛蜞菊、地锦草、萆薢等配用，亦可治疗乳糜血尿。古方用本品配秦艽、陈皮、甘草煎服，治酒毒血痢。与鸡肝或羊肝同蒸熟，去药渣服食，能治小儿疳积，亦治雀目；与石决明同用，则可治翳障初起。与猪、羊肝同煮食，还可治肝硬化腹水。治湿热黄疸则与茵陈、红枣煎汤服。现用治急慢性肝炎，则与虎杖、大青叶、矮地茶同用。本品能活血舒筋，故《神农本草经》有煎汤洗浴"主腰脊痛不得着床，俯仰艰难"的记载，现代临床治腰脊痛，常与威灵仙、乌药根配用。此外，爵床尚可配夏枯草煎服治瘰疬。捣烂外敷治跌打损伤、痈疽疮疖及毒蛇咬伤。煎服，15—30克。脾胃虚寒、气血两虚患者宜慎用。

实验研究：爵床含抗心律失常作用的新爵床酯素B，还含爵床脂定C和D等木脂体类化合物。

救必应

始载于《岭南采药录》。又名白木香、熊胆木、九层皮。为冬青科植物铁冬青 Ilex rotunda Thunb. 的树皮或根皮。原植物分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味苦，性寒。功能清热解毒，祛湿，止痛，止血。主治感冒发热、咽喉肿痛、胃脘痛、绞肠痧、痢疾、疮疡疖肿、毒蛇咬伤、皮炎、湿疹、跌打损伤及吐血、衄血等。

用治感冒发热、咽喉肿痛、乳蛾，肺热咳嗽，均以本品单味煎服，感冒还可与生姜、茶叶等配用。用治胃脘痛，如胃炎、胃及十二指肠溃疡等，可与海螵蛸、黑老虎等研末服；伴有出血者酌加白及同用。本品亦治咳血、衄血、崩漏、尿血及痔疮出血，常与侧柏叶、仙鹤草等止血药配伍应用。救必应用于暑湿所致的绞肠痧，症见腹痛、呕吐、泄泻等，可与山豆根、路边菊、香附等药配用。治小儿消化不良引起的腹泻以及肠炎，痢疾，可配番石榴、火炭母等药同用。若治疮疡疖肿，毒蛇咬伤，能解毒消肿，煎汤内服与煎水外洗并用。煎水外洗，更可用于湿疹、神经性皮炎、稻田性皮炎等皮肤疾患。本品治水火烫伤，研末麻油调除；或取鲜根捣烂后于清水内取液涂搽。如将本品研末加糖用开水冲服，对跌打损伤疼痛、关节扭伤痛，有消肿止痛之效。煎服，9—15克；研末服，1—3克。

实验研究：树皮含黄酮甙、酚类、鞣质、三萜甙，并分离出β香树脂醇、β谷甾醇和硬脂酸。叶含黄酮甙、酚类、氨基酸、糖类、三萜。已分离出长梗冬青甙，其甙元为救必应酸。种子含齐墩果酸、救必应酸。从树皮中又分离到救必应甲素、乙素和丙素。其中乙素鉴定为丁香甙，为体外止血作用的有效成分。

所含黄酮能松弛肠道平滑肌，救必应对麻醉动物有增加冠脉流量，拮抗垂体后叶素引起的兔心缺血性心电图改变，故可能对冠心病有效。

苦木

又名山熊胆、狗胆木、苦胆木、臭辣子。为苦木科植物苦木 Picrasma quassioides (D. Don) Benn. 的枝、叶及根。原植物分布于中国黄河流域以南各省、区。

本品味苦，性寒。有毒。功能清热解毒，祛湿杀虫。主治痢疾、泄泻、感冒发热、咽喉肿痛、痈疖、肿毒、湿疹、疥癣、毒蛇咬伤等。

民间治痢，用本品研粉吞服或制成丸剂，糖水送服。治痈肿、疮疖，可煎水外洗或研末涂敷。疥疮，同硫黄研粉，猪油调搽。癣疾，除煎水外洗外，另用根皮同枯矾研末油调搽患部。毒蛇咬伤，用根、枝浸酒外搽。近年临床实践，内服本品对细菌性痢疾、胆道感染，皮肤疖肿等，均有较好的疗效，此外用其水煎液洗涤创面，并制成软膏外涂，或粉剂撒布，治疗烧伤和外伤，可促使肉芽生长，伤口愈合。煎服，3—5克。本品内服过量，可致中毒，能引起咽喉及胃部疼痛、呕、泻、眩晕、抽搐、甚至休克，故应慎用，孕妇尤须禁用。

实验研究：苦木中所含总生物碱有抗菌消炎作用。从茎叶中已分离出七种生物碱，称为苦木碱。其中苦木碱丁即4,5-二甲氧基铁屎米酮，又称甲基苦木酮碱；苦木碱己又称苦木酮碱。近又从木质部分出四个生物碱：3-甲基铁屎米-2,6-二酮、1-乙烯基-4-甲氧基-β-咔巴啉、1-甲氧丙酰基-β-咔巴啉和1-甲酰基-4-氧基-β-咔巴啉。苦木中尚含大量苦味成分。木材中已分离出苦木素、异苦木素、苦树素、苦木半缩醛和苦木内酯各数种，以及2,6-二甲氧基醌、2,4-二氯-6-氨基吡啶等。

苦木在试管内对金黄色葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等有抑制作用。苦木素在体外有抑制阿米巴原虫和滴虫的作用。苦木素味极苦，可作健胃剂以增进食欲，过量则可引起呕吐。苦木总生物碱有明显降压作用，使心率减慢，P-R间期稍延长，并有抑制交感神经放电的作用。对高血压病有效。

蛇含

始载于《神农本草经》。又名蛇衔、紫背龙牙、小龙牙、五四风、五爪龙。为蔷薇科植物蛇含 Potentilla kleiniana Wight et Arn. 的全草。中国大部分地区有分布。

本品味苦、辛，性微寒。功能清热，解毒，消肿，止血。主治风热感冒、小儿高热惊风、咳嗽、咽喉肿痛、口疮、痢疾、痈肿疔疮、丹毒、蛇虫咬伤等。

本品有较好的退热作用，治小儿高热惊风，可配钩

藤、蝉蜕、银花藤等以清热祛风镇惊。对肺热咳嗽、百日咳及麻疹肺炎、肺痈等，则可与鼠曲草、枇杷叶、百蕊草等同用。其鲜草捣汁含咽，能治急性咽喉炎、扁桃体炎的咽喉肿痛，亦治口疮。煎汤调蜂蜜内服还可治疗热痢。本品外治痈肿疮疡及蛇虫咬伤，有较好的解毒消肿作用。疔疮，可以鲜草加食盐少许捣烂外敷；乳痈可配犁头草、半边莲、蒲公英同捣敷；毒蛇咬伤，除捣敷伤口周围外，另配野菊花、鸭跖草煎汤内服；带状疱疹及蜈蚣等螫伤，则绞汁涂搽；痔疮肿痛，可煎水熏洗。近报道蛇含能解雷公藤中毒，用本品与构树嫩枝叶捣烂取汁加鸭蛋清调匀饮服。本品且有止血的作用，内服止崩漏；外用捣敷能止外伤出血。此外，蛇含内服尚能治疟疾。煎服，4.5—9克。

实验研究：蛇含全草含α葡萄糖基并没食子酰鞣质、蛇含鞣质及其二聚体。又含长梗马兜铃素。

景天

始载于《神农本草经》。又名慎火、护花草、火丹草、活血三七、土三七。为景天科植物八宝 Hylotelephium erythrostictum (Miq.) H. Ohba 的全草。分布于中国云南、贵州、四川、湖北、陕西、山西、河北、辽宁、吉林、浙江等省，中国各地普遍栽培。

本品味苦、酸，性寒。归心、肝经。功能清热解毒，止血。主治烦热惊狂、游风、丹毒、疔疮痈肿、火眼头痛、漆疮等。

用于伤寒热极狂乱，可以景天捣汁饮之；小儿烦热惊风，遍身风疹瘙痒，可煎汤洗浴。治游风、丹毒，患部热赤如火者，用景天和盐捣烂绞汁内服，渣涂患处；或加真珠末捣如泥涂敷。治疔疮、乳痈，用鲜草捣烂，烧酒调敷；脓成而未溃者，将景天叶剥去叶皮贴患处，可以吸出脓液。治流行性火眼，目赤头痛，或眼翳生花，涩痛难忍者，均可捣汁滴眼。此外，本品捣汁饮，又治肺热咳嗽；与冰糖炖服，能治吐血、呕血、咳血。本品捣汁涂摩患处，可治荨麻疹、漆疮、足癣、烫伤、蛇咬伤等。煎服，15—30克。脾虚中寒者忌用。

实验研究：景天叶含景天庚糖。

马蔺子

始载于《神农本草经》。原名蠡实，又名荔实、马楝子、马莲子。为鸢尾科植物马蔺 Iris lactea Pall. var. chinensis (Fisch.) Koidz. 的种子。主产于中国辽宁、河北、江苏等省。

本品味甘、性平。功能清热利湿，止血，解毒。主治喉痹、咽痛、痈肿、泻痢、黄疸、淋证，以及吐血、衄血、崩漏等病症。

马蔺子能清解咽喉热毒，用治喉痹肿痛，可与升麻研末，蜜水调服；或与大青叶、牛蒡子煎服。治痈肿疮疖，可配蒲公英、马齿苋；近用于治疗骨结核、淋巴结核，单味研末内服并调敷患处。治湿热泻痢，可配黄连、干姜。治湿热黄疸，单味煎服即可；近用于急性黄疸型肝炎亦有效。治湿热下注膀胱，小便淋沥不利，可与车前草同煎服。本品尚有凉血止血作用，配仙鹤草、白茅根可治鼻衄；酒浸研末，与何首乌、雄黄、雌黄等为丸服，可治肠风便血；与马蔺花、石榴皮同煎服治崩漏。近亦用治宫颈癌等。煎服，3—9克。入药炒用，久服易致大便溏泄。孕妇慎用。

实验研究：马蔺成熟种子去皮得种仁油，内含必需的脂肪酸占总量90%以上，以亚油酸(酯)为主要成分(65.35%)，还含油酸(酯)、硬脂酸(酯)、软脂酸、豆蔻酸、月桂酸、癸酸等。种皮含马蔺子甲素、羽扇烯酮、白桦脂醇、β谷甾醇。

种皮的醇浸膏小鼠口服后，有抗生育、抗着床作用；对家兔无抗排卵或黄体酮样作用，但可使幼兔子宫内膜处于增殖期。马蔺子甲素有较广谱的抗肿瘤作用。

马蔺花

始载于《本草纲目》。又名蠡草花、马楝花、旱蒲花。为鸢尾科植物马蔺 Iris lactea Pall. var. chinensis (Fisch.) Koidz. 的花朵。产于中国河北、山东、山西、陕西、江苏等省。

本品味咸、酸、苦，性凉。功能清热凉血，消痈肿，利水湿。主治咽痛喉痹、吐血、衄血、疝气痛、痈疽、外伤出血及淋病等。

治喉痹肿痛，可配蔓荆子研末，热水调服。治小便不通，可配茴香、葶苈子为末服。治疝气偏坠作痛，可与川楝子、橘核、吴茱萸等同用。用于痈肿疮疖，可配马齿苋、蒲公英煎服。煎服，1.5—4.5克。多服令人溏泄，脾胃虚弱者慎用。

望江南

始载于《救荒本草》。又名羊角豆、野扁豆、假决明。为豆科植物望江南 Cassia occidentalis L. 的茎叶或全草。原植物分布于中国河北、山东、江苏、安徽、浙江、福建、台湾、广东、广西、云南等省、区。

本品味甘、苦，性平。有小毒。功能清热解毒，利尿消肿。主治疔疮痈肿、毒蛇咬伤、血淋、血尿及顽固性头痛等病症。

本品治痈肿及毒蛇咬伤多作外用，如《本草纲目拾遗》用干叶研末和醋调敷治肿毒；治乳腺炎、蛇头疔、蜂窝织炎、毛囊炎均可取鲜叶捣烂敷；治毒蛇毒虫咬伤，亦用鲜品捣敷并绞汁内服。此外，用全草水煎服，可治血淋、血尿；叶与瘦猪肉加食盐少许煮服，可治顽固性头痛。煎服，6—9克；鲜品30—60克。

实验研究：望江南叶含杜鹃花醇－7－鼠李糖甙、5,7,4′－三羟基－3′,6二甲氧基黄酮－7－鼠李糖甙、大黄酚及双蒽酮等。种子含大黄素甲醚、大黄素甲醚－1－葡萄糖甙、1,8－二羟基－2－甲基蒽醌、1,4,5－三羟基－3－甲基－7－甲基氧基蒽醌、N－甲基吗啉、大黄酸、大黄酚、芦荟大黄素、脂肪油、β谷甾醇、毒蛋白、挥发油、半乳糖配甘露聚糖。果皮含芹菜素的碳键黄酮甙。

蒽醌类有致泻作用，毒蛋白有毒性，不可作饲料，但犬多食后，可对此抗原获得免疫。

仙人掌

始载于《群芳谱·药谱》。又名火焰、霸王、玉芙蓉、凤尾竻。为仙人掌科植物仙人掌 Opuntia dillenii (Ker－Gawl.) Haw.的全株。中国南方常见栽培，云南和四川有野生，北方多作为温室植物。

本品味苦，性寒。功能清热解毒，行气活血。主治痈疖肿毒、湿疹、胃痛、痢疾、泄泻、肠风下血等。临床以外用为主，如治疗腮腺炎、急性乳腺炎、痈疖肿毒，取鲜品去刺捣烂敷；小面积烫火伤，以鲜品捣烂取汁涂，或加入鸡蛋清调涂；湿疹、黄水疮，则宜烘干研粉，外掺患处；痔疮，煎水洗。煎汤或研末服可治心胃气痛、溃疡出血、痢疾、泄泻、肠风下血。煎服，鲜品15—30克；研末，1—2克。虚寒患者忌用。

实验研究：仙人掌的茎、叶含三萜、苹果酸、琥珀酸。

狼把草

始载于《本草拾遗》。又名狼耶草、小鬼叉、豆渣草、针包草。为菊科植物狼把草 Bidens tripartita L.的全草。中国大部分地区有分布。

本品味苦、甘，性平。功能清热解毒，利湿。主治感冒、扁桃体炎、腹泻、痢疾、尿路感染等。

治感冒可配野菊花、紫苏、淡竹叶煎服。治扁桃体炎、咽喉炎，用鲜狼把草、鲜马兰根、鲜橄榄同煎服或煎汤含嗽。治小儿单纯性腹泻，除内服外，有以本品煎浓汁，熏洗患儿两足获效者。治痢疾，与马齿苋、地锦草相配。此外，研末用醋调敷或鲜品捣烂敷，绞汁涂抹，可治癣疮、湿疹。煎服，6—15克；鲜品，10—30克。

实验研究：干草含挥发油0.11%、鞣质2.01%。还含木犀草素及其7－葡萄糖甙、紫铆花素－7－葡萄糖甙、异金鸡菊属素、伞形花内酯、东莨菪素、6,7－二羟基香豆精、2,3′4,4′－四羟基查耳酮、3′,4′,6－三羟基噢哢、蛇目菊花酮甙等。根含多种微量聚乙炔类化合物。

全草浸剂对动物有镇静、降压及轻度增大心跳振幅的作用；内服可利尿、发汗。木犀草素的药理见“忍冬藤”条。

千屈菜

始载于《救荒本草》。又名败毒草、对叶莲、鸡骨草。为千屈菜科植物千屈菜 Lythrum salicaria L.的全草。中国大部分地区有分布。

本品味苦，性微寒。功能清热解毒，凉血止血。主治湿热、泻痢、便血、血崩等。临床治疗细菌性痢疾，用本品配陈茶叶，水煎服。外敷可治外伤出血、溃疡。煎服，6—12克。孕妇忌服。

实验研究：全草含毛千屈菜甙、胆碱、光千屈菜碱、光千屈菜定碱、光千屈菜胺、光千屈菜新碱Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ、Ⅶ、去氧千屈菜新碱Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ等。又含并没食子酸、齐墩果酸、熊果酸、黑麦草内酯、酞酸二丁酯等。

花含牡荆素、荭草素、异荭草素、锦葵花甙、矢车菊素、没食子酸、并没食子酸和少量绿原酸。

全草煎剂在体外有抑菌作用，能抑制葡萄球菌、大肠杆菌特别是痢疾杆菌的生长，对豚鼠离体肠管有解痉(由乙酰胆碱、组胺引起者)作用，所含鞣质能止血，因此可用于肠炎、痢疾，或用于泻下或慢性痢疾作为收敛或缓和剂。千屈菜还有降血糖作用。

大叶金花草

又名金花草、雪仙草、雉鸡尾。为鳞始蕨科植物乌蕨 Stenoloma chusana (L.) Ching 的全草。分布于中国长江以南各省、区，以及陕西南部。

本品味微苦，性寒。功能清热解毒，凉血止血。主治风热感冒、咳嗽、乳蛾肿痛、细菌性痢疾、急性肠炎及病毒性肝炎、吐血、便血、尿血等。一般均单味煎服。

治乳痈肿痛，可以根茎水煎，黄酒冲服。外治用本品煎水洗治皮肤湿疹；也可研末或捣烂调敷，治烫火伤。治牙疳，烧灰存性，用其根茎与冰片共研细，搽患处。煎服，30—60克。

实验研究：乌蕨叶含牡荆素、丁香酸、原儿茶醛和原儿茶酸。

全草煎剂给小鼠灌胃(0.6克/10克体重)，对眼镜蛇毒的保护率为63.2%。

小叶金花草

又名凤尾连、解毒蕨、金粉蕨、小野鸡尾、土黄连。为中国蕨科植物野鸡尾 Onychium japoncum (Thunb.) Kuntze 的全草。广布于中国长江流域各省、区，北到河北西部，河南南部和秦岭南坡。

本品味苦，性寒。功能清热解毒，利湿，止血。主治感冒发热、肠炎、痢疾、小便不利、吐血、衄血、外伤出血及烧烫伤等。一般均水煎或捣烂绞汁服。

治外伤出血,研末外敷。治烧烫伤,可配凤尾草、女贞叶等炒焦存性研末,加冰片及麻油调涂;如创面有渗出液或感染时,直接用粉撒布。此外,本品尚可解野山薯、木薯、雷公藤等中毒,用鲜全草捣汁,冷开水冲服。服药前后忌服食糖。煎服,15—30克;鲜品,30—60克。

实验研究:野鸡尾全草含野鸡尾二萜醇B、山柰酚二鼠李糖甙、蕨甙M、蕨素M、菊苣酸及解毒有效成分左旋酒石酸氢钾。

长春花

始载于《植物名实图考》。又名雁来红、日日新。为夹竹桃科植物长春花 Catharanthus roseus (L.) G. Don 的全草。原产非洲东部;中国西南、中南及华东等地区均有栽培。

本品味苦,性凉,有毒。功能平肝降压,抗癌。本品用治高血压病,常与夏枯草、豨莶草、木蝴蝶等煎水服。长春花煎服,或取提取物长春碱、长春新碱注射,对于霍奇金病,急性淋巴细胞性白血病,绒毛膜上皮癌、乳房癌、宫颈癌、恶性淋巴瘤等都有较好的疗效。本品外用,取鲜叶加米少许捣烂敷,可以治痈肿及水火烫伤。煎服,6—9克。长春碱、长春新碱注射剂,需遵医嘱用。有恶心、呕吐、腹痛、肢体麻木、脱发及骨髓抑制等毒副作用。

实验研究:从长春花全草中,已分离出70余种吲哚类生物碱,包括28种二聚吲哚生物碱。具抗癌活性者多数属二聚吲哚类如长春碱、长春新碱、去乙酰长春碱、环氧长春碱、羧基长春碱和异长春碱等。其中以长春碱、长春新碱最有价值;两者化学结构虽极相似,但其抗肿瘤谱不尽相同。长春碱主要用于霍奇金病和绒毛膜癌,也对淋巴肉瘤、网织细胞肉瘤、急性白血病等有作用。长春新碱对霍奇金病的疗效较长春碱低,而对急性淋巴性白血病和其他恶性淋巴瘤缓解作用较强,特别对儿童急性白血病的效力较好,起效较快,常与泼尼松合用作诱导缓解药。动物实验证明,用药后可使细胞有丝分裂停止于中期,此乃因药物与纺锤线微管蛋白结合,使其变性,从而影响微管装配和纺锤线的形成。长春花总碱不论灌胃或注射,均可使麻醉犬血压降低,无快速耐受性。环氧长春碱、长春质碱、洛柯碱、四氢鸭脚木碱、文多林碱、文多尼林碱均有不同程度的降血糖作用,作用缓慢而持久。文多尼林碱对大鼠有利尿作用。

冬凌草

又名冰凌草、山香草、彩花草、破血丹。为唇形科植物碎米桠 Rabdosia rubescens (Hemsl.) Hara 的全草。分布于中国河南、河北、山西、甘肃、陕西、四川、贵州、湖北、湖南、广西、江西、安徽等省、区。

本品味苦、甘,性寒。功能清热解毒,活血止痛,抗癌。主治急慢性咽炎、扁桃体炎、腮腺炎、气管炎、风湿关节痛等病症。

近试用于癌症,能使症状获得缓解,瘤体稳定或缩小。尤其对食管癌、乳腺癌疗效较好。此外,本品也可用于慢性迁延性肝炎。煎服,30—60克。抗癌可制成注射剂、片剂、冲剂及糖浆、流浸膏应用。服药后偶有轻度腹痛、腹泻等。

实验研究:碎米桠全草含有抗癌活性的冬凌草甲素、冬凌草乙素、鲁山冬凌草素。还含卢氏冬凌草素、α香树脂醇、熊果酸。

冬凌草煎剂及醇剂在体外对细胞有明显细胞毒作用,醇剂的作用大于煎剂。冬凌草甲素及乙素对人体肝癌细胞株BEL-7401及人体食管癌109细胞均有较强的杀伤作用,它们对前者的杀伤作用为氟尿嘧啶的二倍。高浓度甲素及乙素可抑制DNA的合成。冬凌草醇剂与抗肿瘤药乙亚胺及丙亚胺合用,则可加强乙亚胺及丙亚胺对小鼠肉瘤37的抗肿瘤作用,但毒性未见增加。冬凌草乙素使脾指数升高,对细胞免疫有一定兴奋作用。冬凌草挥发油有一定抗菌作用。

肿节风

始载于《生草药性备要》。原名九节茶,又名接骨木、九节风、接骨金粟兰、九节兰。为金粟兰科植物草珊瑚 Sarcandra glabra (Thunb.) Nakai 的枝叶。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味苦、辛,性平。功能清热解毒,祛风通络,活血止痛。主治感冒高热、扁桃体炎、肺炎、痢疾、急性胃肠炎、胆囊炎、阑尾炎、疮疡肿毒、牙龈炎、牙周脓肿、跌打损伤、风湿痹痛等症。可单用本品水煎服,或制成注射液用。

其水煎液,可用于烧烫伤。经临床试用于胃癌、食管癌、胰腺癌、直肠癌、肝癌及急性白血病,有一定的抗肿瘤作用。此外,治跌打损伤、骨折,用本品浸酒服,并取鲜品捣烂酒炒敷;或与地鳖虫、葱共捣,复位后包扎患处。治风湿麻木、腰腿疼痛,可配威灵仙、当归、牛膝、海风藤。若与鹿含草为伍,亦可治疗痛经。煎服,9—30克。孕妇慎服。

实验研究:草珊瑚叶含挥发油、鞣质等。全草含延胡索酸、琥珀酸。又含7-羟基-6,8-二甲氧基香豆素。果实含蹄纹天竺素鼠李葡萄糖甙。

肿节风干浸膏、挥发油及总黄酮,对多种实验肿瘤均有抑制癌细胞分裂的作用;能延长动物的存活时间。肿节风对巨噬细胞系统,T淋巴细胞和B淋巴细胞均有一定的免疫抑制作用。肿节风叶(根茎较差)及其中所含的延胡索酸、琥珀酸,对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等均有一定的抑制作用;对于利血平所致大鼠实验性胃溃疡,有保护及治疗作用;对家兔骨折模型,本品有促进骨折愈合作用。水剂效果较醇提液及挥发油部分为好。

龙葵

始载于《药性论》。又名苦葵、天茄子、天泡草、黑茄。为茄科植物龙葵 Solanum nigrum L.的全草。中国各地均有分布。

本品味苦、微甘,性寒。有小毒。功能清热解毒,利水消肿。主治感冒发热、咳嗽、咽喉肿痛、痢疾、水肿、小便不利、疔疮痈肿、湿疹瘙痒及肿瘤等。

治慢性气管炎可与甘草、桔梗同用。水肿、小便不利,可与木通、杠板归、车前草、瞿麦等同用。痈肿疔疮、丹毒,与蒲公英、野菊花、紫花地丁同用,内服外敷可提高疗效。治风疹瘙痒可煎水外洗;治天泡湿疮可捣汁外敷;熬膏用棉球置阴道内,能治子宫颈糜烂。捣敷跌扑瘀肿,有散瘀止痛之功。现代试用于各种肿瘤,有一定抗癌作用,多与白英、蛇莓、白花蛇舌草、半枝莲等同用,既可配制复方煎服,亦可制成丸剂及注射剂应用;单味大剂量煎服,尚可治疗癌性胸、腹水。但抗癌用量过大时,可引起白细胞下降,并可出现恶寒、盗汗、腹痛、呕吐、下痢等不良反应,须及时对症治疗。此外,龙葵亦用于高血压病,配决明子、酸浆草同用。煎服,9—15 克。

实验研究:龙葵全草含甙类甾体生物碱约 0.04%,已分离出多种龙葵碱,其中 γ 龙葵碱又名澳洲茄碱,δ 龙葵碱又名澳洲茄边碱,它们的甙元都是澳洲茄胺。另含龙葵定碱。全草还含皂甙,甙元为薯蓣皂甙元和替告皂甙元。又含较多的维生素 C。近从其未成熟浆果中分离出澳洲茄碱、澳洲茄边碱、去半乳糖替告皂甙,对子宫瘤细胞均有抑制作用。

澳洲茄胺在动物实验中,有可的松样抗炎、抗休克作用,但不抑制抗体生成;它还能降低实验动物对疼痛刺激的敏感性,并有降温作用,与阿司匹林相似。龙葵碱能抑制豚鼠的过敏反应,并可使正常大鼠血糖升高,明显降低糖耐量,此作用与肾上腺有关。龙葵碱对离体蛙心有强心作用,但对犬的心脏并无影响;对麻醉兔静脉注射可使血压下降。龙葵碱的甙元有抗胆碱酯酶作用。适当剂量的龙葵碱能增加白细胞数,抑制小鼠的自发活动,它还有抗核分裂及溶血作用。龙葵碱毒性较大,有人认为,在食用植物如马铃薯中,含量超过 0.02%,对人有毒;能刺激胃肠道粘膜,人口服 200 毫克有感觉过敏、嗜睡、颈项发痒、呼吸困难,大剂量可致吐、泻。临床龙葵碱中毒表现有恶心、呕吐、腹泻、腹痛、头痛、眩晕、甚至心悸、昏迷者。龙葵碱无蓄积性,煎煮之后可减轻其毒性。动物实验中,龙葵碱有抗激素作用,可影响泌乳功能,并能促使孕鼠流产,故龙葵制剂在妊娠期间似不宜应用。

蛇莓

始载于《名医别录》。又名野杨梅、地莓、三匹风、蛇果草、龙吐珠。为蔷薇科植物蛇莓 Duchesnea indica (Andr.) Focke 的全草。中国大部分地区有分布。

本品味甘、酸,性寒。有小毒。归肺、胃、肝经。功能清热解毒,凉血止血,活血通经。主治小儿高热惊痫、咽喉肿痛、白喉、口舌生疮、痢疾、泄泻、疮疡瘰疬、烫伤、蛇伤及吐血、咯血、崩漏、经闭、跌打损伤等。均可单味煎服或捣取汁服。

用于疔疮、痈肿、瘰疬结核、腮腺炎等病,也可配合蒲公英、紫花地丁等同用。外用捣敷或研末调敷,可治脓疱疮、湿疹、带状疱疹、蛇咬伤、烫火伤。近年试用于癌肿,常与龙葵、蜀羊泉等配伍应用。煎服,15—30 克;鲜品,60—120 克。个别患者服后有恶心、脘腹不适等反应。

实验研究:蛇莓种子油中的脂肪酸主要为亚油酸;非皂化物质中有烃、醇和甾醇,甾醇中主成分为 β 谷甾醇。体外试验,有抑菌作用。

藤梨根

又名猕猴桃根。为猕猴桃科植物中华猕猴桃 Actinidia chinensis Planch. 或软枣猕猴桃 A. arguta (Sieb. et Zucc.) Planch. ex Miq. 的根。原植物前者分布于中国长江以南各省、区,后者分布于东北、华北、西南及华东各地区。

本品味苦、涩,性凉。功能清热解毒,祛风利湿,活血消肿。主治急性肝炎、风湿痹痛以及小便不利、水肿、痢疾等病症。外用治疗疔疮瘰疬、跌打损伤,均以鲜品捣烂敷。煎服,30—60 克。治肿瘤用 60—150 克。少数患者可出现皮疹、腹胀、恶心、呕吐等副作用。孕妇慎用。

白花蛇舌草

又名蛇舌草、蛇舌癀、二叶葎、鹤舌草。为茜草科植物白花蛇舌草 Hedyotis diffusa Willd. 的全草。分布于中国广东、广西、云南、贵州、四川、福建、浙江、江苏、安徽、江西等省、区。

本品味苦、甘,性寒。归心、肺、脾、肝经。功能解毒消肿,清热利湿。主治肺热咳嗽、咽喉肿痛、扁桃体炎、肠痈及痈肿疔疮、毒蛇咬伤,亦可用治湿热痢疾、湿热黄疸、热淋、水肿、小便不利等。

治咽喉肿痛可配银花、玄参、射干、黄芩等。治肠痈,可配野菊花、紫花地丁、红藤、败酱草等。治痈肿疔毒及毒蛇咬伤,可配半边莲、紫花地丁等煎服,并用本品捣烂外敷患处。若治胆石症腹痛身黄,伴有发热者,可配茵陈、金钱草。治湿热痢疾,可配铁苋菜、地锦草。治热淋水肿、小便不利,可配车前草、白茅根、栀子等。现亦广泛试用治疗各种癌证,一般于复方中加用本品煎服,也可制成片剂、合剂、注射剂应用,煎服,30—60 克。

实验研究:全草分离出三个臭蚁醇甙:6-对香豆酰

的、6-对甲氧基桂皮酰的和6-阿魏酰的鸡屎藤次甙甲酯。又有蒽醌类:2-甲基-3-羟基蒽醌、2-甲基-3-甲氧基蒽醌,2-甲基-3-羟基-4-甲氧基蒽醌等。还含三十一烷、豆甾醇、熊果酸、齐墩果酸、β谷甾醇及其葡萄糖甙、对香豆酸等。

曾报道本品对兔实验性阑尾炎的治疗效果显著。并认为与提高机体的非特异性免疫功能有关;但在小鼠玫瑰花斑试验中,灌服本品煎剂,对特异性免疫反应前期反有抑制作用。成人服本品3周后,能使精子数下降到受试前的1/3—1/10。粗制剂在体外仅很高浓度才有抑菌、抗肿瘤作用。

苦荬菜

始载于《嘉祐本草》。又名盘儿草、苦麻菜、剪子股。为菊科植物苦荬菜 Ixeris denticulata (Houtt.) Stebb.的全草。中国大部分省、区有分布。

本品味苦,性凉。功能清热解毒,凉血消肿。主治肺痈、急性扁桃体炎、痢疾、黄疸、白带、血淋、肠风下血、疮疖肿毒、乳痈、阴道滴虫等病症。治急性扁桃体炎,本品与土牛膝、薄荷煎水漱咽。治痢疾,配鲜地锦。治血淋,单味水、酒各半煎服。治肠风下血,与地榆配用。治疮疖肿毒、乳痈,本品配紫花地丁、蒲公英,共捣外敷。治阴道滴虫,鲜品煎水熏洗患部。煎服,9—15克。

苘麻子

始载于《新修本草》。原名苘实,又名䔛麻子。为锦葵科植物苘麻 Abutilon theophrastii Medic.的种子或全草。中国大部分地区有产。主产于四川、河南、江苏、湖北等省。

本品味苦,性平。功能清热利湿,退翳解毒。主治痢疾、痈肿、瘰疬、目翳、关节酸痛等。

治疗痢疾,《产乳集验方》用本品炒熟为末服。角膜云翳,以苘麻子为散服或蜂蜜为丸服。全草内服疗关节酸痛;鲜叶捣烂和蜂蜜调敷痈疽肿毒。煎服,6—12克。

实验研究:苘麻子种子含脂肪油15%—20%,其中58%为亚油酸。还含细胞色素C、谷甾醇等。地上部分含芸香甙0.2%。

胡桐泪

始载于《新修本草》。又名胡桐碱、胡桐律。为杨柳科植物胡杨 Populus euphratica Oliv 的树脂在土中留存多年而成。原植物分布于中国内蒙古、甘肃、青海、新疆等省、区。

本品味苦、咸,性寒。归胃、肾经。功能清热解毒,凉血消肿,化痰软坚。主治咽喉肿痛、牙痛、牙疳、急性黄疸型肝炎、中耳炎、痔疮以及瘰疬结核等。

咽喉肿胀疼痛,用胡桐泪有消肿散结止痛之功,可单用水磨扫患处,使吐出涎水而愈;也可与胆南星、硼砂、明矾共研细末,以姜汤调服。治牙痛,因于风热、湿热、虚火以及龋牙作痛均可以棉花蘸药末塞入病牙,《圣济总录》配丹砂、麝香少许研末掺之;研末掺亦止牙缝出血不止。治牙龈肿痛、牙疳臭烂出脓血,可与枸杞根煎水含漱,或与黄丹、芦荟子研末搽患处。治中耳炎、痔疮等研末外用。煎服,3—9克;研末服1—1.5克。本品苦寒,多服易致呕吐。脾胃虚寒者勿用。

腐婢

始载于《神农本草经》。又名豆腐叶、凉粉叶、臭黄荆、土常山。为马鞭草科植物豆腐柴 Premna microphylla Turcz.的根或茎叶。原植物分布于中国华东、中南地区及四川、贵州等省。

本品味苦、涩,性寒。功能清热解毒,凉血消肿。主治疟疾、淋浊、痢疾、小儿夏季热、肝火头痛、疔疮肿毒、肠痈、毒蛇咬伤、创伤出血及烧烫伤等。

治疟疾,在疟疾发作前2小时,将腐婢叶开水泡服,可截疟。用治痢疾,可与海金砂藤煎水加糖调服。治淋浊,先将腐婢、海金砂藤煎水,然后以药汁煮豆腐服食。治肝火头痛可与夏枯草、车前草配用。本品外用,治疔疮痈肿、丹毒,蜂、虫螫伤,多取鲜品捣烂敷或煎水洗患处,治毒蛇咬伤,则与鲜马兰根、星宿菜根同捣,并加人百草霜调匀,敷于伤口周围。治中、小面积的烧烫伤,将根皮或叶研成细末,用棉籽油或茶油调敷;也可以腐婢叶浸渍麻油涂搽。用于刀斧伤等外伤出血,将鲜叶捣烂如泥敷伤口,或以腐婢叶6份、木芙蓉叶4份研末调敷。煎服,9—15克。

实验研究:豆腐木根茎含萜类化合物。又含正廿七烷到正卅五烷、正廿二烷醇到正卅四烷醇、正廿四烷酸到正廿四烷酸以及β谷甾醇。

漆姑草

始载于《本草拾遗》。又名珍珠草、地松、瓜槌草、羊儿草。为石竹科植物漆姑草 Sagina japonica (Sw.) Ohwi 的全草。分布于中国东北、华北、华东、华中、西南地区及陕西、甘肃等省、区。

本品味苦、辛,性微寒。功能清热解毒,散结消肿,祛风止痒。主治漆疮、湿疹、荨麻疹、皮肤瘙痒症、痈肿、无名肿毒、丹毒、瘰疬、毒蛇咬伤、龋齿疼痛等。

临床用治漆毒生疮、稻田性皮炎、皮肤瘙痒症、荨麻疹、湿疹等,可取鲜草捣烂加丝瓜叶汁,调菜油外敷;或捣汁和酒内服。本品捣敷可治痈肿、无名肿毒、丹毒、瘰疬结核等症。若治毒蛇咬伤,外用取鲜品捣烂敷,或与雄黄

同捣，敷伤口周围；内服加水擂汁饮，也可用干品研末服。治龋牙疼痛，将鲜漆姑草捣汁含漱；或捣烂后塞入龋孔。本品还可治慢性鼻炎、鼻窦炎，研末服或用鲜草捣烂塞鼻。煎服，15—30克。

实验研究：漆姑草全草含6,8－二－C－葡萄糖基芹菜素、6－C－阿拉伯糖－8－C－葡萄糖基芹菜素、8－C－葡萄糖基芹菜素等。

黄蜀葵花

始载于《嘉祐本草》。又名秋葵、黄葵、假芙蓉、豹子眼睛花。为锦葵科植物黄蜀葵 Abelmoschus manihot (L.) Medic.的花。原植物分布于中国西南、中南、华东、华北地区及陕西等省。

本品味甘，性寒。功能清热解毒，利尿通淋，止带。主治痈疽肿毒、小儿秃疮、口疮、水火烫伤、淋病、妇女带下等病症。

本品治痈疽肿毒、恶疮，每多外用，如《仁斋直指方》取黄蜀葵花掺盐收贮密封备用，用时涂敷患处。《普济方》治小儿秃疮，配大黄、黄芩，共研为末，以香油调搽；治小儿口疮，可烧灰研末敷。本品取麻油浸渍，以油调搽又可治水火烫伤。治砂淋、石淋，《圣济总录》独圣散即用本品一味炒研为散，食前米饮送服。此外，本品焙后研末服，古方用于难产，亦治胎死腹中，下死胎。如与鸡冠花配用可治白带。煎服，3—10克。孕妇忌服。

黄蜀葵子、黄蜀葵根也供药用，功用与花相似，惟子能滑肠通乳，可用于便秘、乳少；根主要用于痈疽中毒，也治乳少、刀伤出血。

实验研究：黄蜀葵花含槲皮素－3－刺槐糖甙、槲皮素－3'－葡萄糖甙、金丝桃甙、槲皮素、杨梅树皮素、飞燕草素及其3－葡萄糖甙、越橘花青甙、矢车菊素等。

根含粘液质16%，系由阿拉伯聚糖12.30%，半乳聚糖13.19%、鼠李聚糖8.08%、淀粉16.03%、蛋白质6.38%、草酸钙17.61%等所组成。

金边兔耳

始载于《本草纲目拾遗》。又名一枝香、兔耳风、一枝箭、扑地金钟、巴地虎。为菊科植物杏香兔儿风 Ainsliaea fragrans Champ.的全草。分布于中国华东、中南各省、区。

本品味苦，性寒。功能清热解毒，凉血止血。主治肺热咳嗽、肺痈、肺结核咯血、黄疸、跌打损伤、痈疽、疔毒、瘰疬及毒蛇咬伤等。

一般可单味煎汤内服，如肺热咳嗽或热郁成痈者，亦可与鱼腥草同用，以加强清肺解毒的效果；肺结核咯血，则可配紫菀、侧柏叶等以止咳化痰，凉血止血。治急性骨髓炎，可配朱砂根、荔枝草等清热解毒散瘀之品煎服，并用药渣外敷患处。跌打损伤腰痛者，与地鳖虫同煎兑酒服，外以本品同苎麻根、徐长卿研末，白酒调敷。痈肿、疔疮、瘰疬、蛇咬伤等，则可用鲜草或配佛甲草、紫花地丁草等捣烂外敷。此外，本品尚用于黄疸、小儿单纯性消化不良和小儿疳积。煎服，9—15克。

实验研究：杏香兔耳风全草含无羁萜、表无羁萜醇、羊齿烯醇、正三十二酸、正二十六醇、β谷甾醇及其葡萄糖甙。

煎剂在体外对金黄色葡萄球菌有明显抑制作用。

臭灵丹

始载于《滇南本草》。又名狮子草、大黑药、臭叶子。为菊科植物臭灵丹 Laggera pterodonta (DC.) Benth.的全草。分布于中国云南、四川、湖北、贵州、广西等省、区。

本品味辛、苦，性寒。有小毒。功能清热解毒，祛痰止咳。用于风热感冒、咽喉肿痛、支气管炎等病症。可煎汤，捣汁或研末服。外用捣烂敷，治疮疖肿毒、腮腺炎、水火烫伤、蛇咬伤以及血风癣疮等。煎服，9—15克。

实验研究，全草含黄酮甙1%、香豆素0.1%。鲜叶含挥发油约0.05%。

对家兔实验性上呼吸道炎症，臭灵丹可使粘液分泌减少。

苦碟子

又名满天星，为菊科植物抱茎苦荬菜 Ixeris sonchifolia (Bge.) Hance 的全草。分布于中国东北、华北及华东地区。

本品味苦、辛，性微寒。功能止痛，清热解毒。主治头痛、牙痛、脘腹痛及外伤性疼痛、手术后疼痛、肺脓疡、阑尾炎、肠炎、痢疾、黄水疮、痔疮等。

可煎服或制成片剂、针剂用。外治，可研末调敷，或煎水熏洗。煎服，9—15克。

实验研究：抱茎苦荬菜幼苗含黄酮类、氨基酸、植物甾醇、植物色素、糖类、无机物和微量挥发性物质。全草含腺甙，又含绿原酸及16种氨基酸，其中以脯氨酸含量最高。

蔷薇根

始载于《名医别录》。为蔷薇科植物野蔷薇 Rosa multiflora Thunb.的根。原植物分布于中国华北、华东、华中、华南及西南地区。

本品味苦、涩，性凉。归脾、胃、大肠经。功能清热解毒，祛风活血，收敛。主治痢疾、肠风下血、肺痈、风湿性关节痛、跌打损伤、月经不调、白带、遗尿、尿频、疮疡溃烂、咽痛、口疮、牙疳等。

本品治下痢腹痛，可与酒炒白芍、甘草同用。风湿性

关节疼痛,四肢举动不便者,用本品浸酒内服;或配当归、五加皮、木瓜等以增强祛风活血舒筋的作用。妇女白带过多,可与白果仁同煎。小儿遗尿、老人尿频,民间每与母鸡或瘦猪肉炖食。若小便不禁,亦可配五味子、茯苓等敛阴益气之品。治疮疡肿痛溃烂,除煎服外,并可烧灰存性,研末外掺。咽喉疼痛,配射干、甘草以解毒利咽。治口舌生疮,《太平圣惠方》有蔷薇根散,用蔷薇根皮与黄柏、升麻、生地黄煎汤含咽。现有单用蔷薇根煎水内服或含漱,治疗小儿鹅口疮者。用于牙龈腐烂,则用本品烧灰存性,加枯矾少许,同研为末,掺于患处。此外,本品研末,还可治烧烫伤和外伤出血。煎服,6—12克。

实验研究:蔷薇根有明显降血脂作用,已分离出委陵菜酸、野蔷薇甙和β谷甾醇。

黄栌

始载于《本草拾遗》。为漆树科植物红叶 Cotinus coggygria Scop. var. cinerea Engl. 的木材、根或枝叶。原植物分布于中国河北、山东、河南、湖北、四川等省。

本品味苦,性寒。功能清热解毒、利湿。上治急慢性肝炎、目赤肿痛、丹毒、漆疮等。《本草拾遗》载,黄栌能"除烦热、解酒疸、目黄。水煮服之。"

治急性黄疸型肝炎及无黄疸型肝炎,与栀子、茵陈同煎服。黄栌的叶与菊花煎汤服,可治目赤肿痛。外用捣敷或煎水洗,可治丹毒、漆疮及汤火烫伤。此外,用本品煎汤或制成片剂服,又有防治感冒和流行性感冒的作用。煎服,10—15克;急性肝炎可用至30克。

实验研究:茎枝含黄酮类、酸性成分、有机酸、香豆精、内酯、强心甙类、蒽醌及其甙类、糖类及油脂等。叶中所含成分与茎枝基本相同,但叶中还含生物碱,而茎枝中黄酮类含量较多。

叶中提得的总黄酮甙对小鼠甲醛性、蛋清性炎症有抗炎作用。

菥蓂

始载于《神农本草经》。又名大荠、蔑菥、遏蓝菜、花叶荠、瓜子草。为十字花科植物菥蓂 Thlaspei arvense L. 的全草。中国大部分地区均有分布。

本品味苦、甘,性平。功能清热解毒,利水消肿,消食和胃。主治目赤肿痛、泄泻、痢疾,肠痈、肺痈、消化不良、脘腹胀痛、疮疖痈肿等。

如治泄泻、痢疾,可配辣蓼草、地锦草;肠痈可配蒲公英、赤芍、苡仁;肺痈可配桔梗、鱼腥草、冬瓜仁;消化不良,可配麦芽、陈皮。痈肿配忍冬藤、连翘、蒲公英等。此外,本品煎服尚可用于肾炎水肿及肝硬化腹水。煎服,10—15克;鲜品,30—60克。

实验研究:全草含黑芥子甙,本身无刺激性,经酶作用后产生异硫氰酸烯丙酯,刺激性很强,有杀菌作用。种子含黑芥子甙。又含脂肪油34%,挥发油0.836%,蔗糖1.8%,卵磷脂1.6%及氨基酸。油中含丰富的芥酸和油酸、亚油酸、亚麻酸。

香茶菜

始载于《救荒本草》。又名小叶蛇总管、山薄荷、盘龙七、铁菱角。为唇形科植物香茶菜 Rabdosia amethystoides (Benth.) Hara 的全草或根。分布于中国广东、广西、贵州、福建、台湾、江西、浙江、江苏、安徽、湖北等省、区。

本品味辛、苦,性凉。功能清热解毒,散瘀消肿。上治毒蛇咬伤、跌打肿痛、痈疽肿痛。用于毒蛇咬伤,可配徐长卿,浸泡米酒或黄酒服用,或制成浸膏片服用。上项药酒及药片除内服外,均可外用涂敷伤口。若无预制药,亦可以草果仁为引,与本品水煎内服;另以香茶菜煎水频洗伤口或取鲜品捣敷伤口周围。用于跌打肿痛,本品与铁包金、两面针捣敷患处。用于发背、乳痈,本品配野荞麦、白英同煎服。此外,香茶菜尚可用于闭经、肺脓疡及湿热黄疸、肝硬化等。煎服,9—15克;鲜品,30—60克。

实验研究:香茶菜全草含耐阴香茶菜素A和B、14-乙酰基耐阴香茶菜素B。又含具抗实验肿瘤及抑制金黄色葡萄球菌作用的香茶菜甲素。还含熊果酸、β谷甾醇、硬脂酸等。

金盏银盘

始载于《生草药性备要》。原名黄花雾,又名虾箝草、一包针、盲肠草。为菊科植物金盏银盘 Bidens biternata (Lour.) Merr. et Sherff 或鬼针草 B. pilosa L. 的全草。前者分布于中国南部;后者分布于华北、华东、中南、西南各省、区。

本品味苦,性平。功能清热解毒,疏风利湿,散瘀消肿。主治感冒发热、咽喉肿痛、黄疸、胆囊炎、泄泻、痢疾、急性肾炎、尿路感染、阑尾炎等。

如风热感冒,配薄荷、菊花,以疏表清热。咽喉肿痛,配鸭跖草、崩大碗以清热利咽。黄疸,配紫金牛、六月雪以清热利湿退黄。胆囊炎,配金钱草以清热利胆。湿热所致的泄泻、痢疾、急性肾炎、尿路感染,除单用本品煎服外,亦可随症配合其他清热利湿药同用。小儿单纯性腹泻,可用本品煎水熏洗两足,或配车前草煎服。阑尾炎,用本品单味煎服,或配白花蛇舌草同用。外治跌打肿痛、痈肿疮毒,捣敷患处。湿疹痒疮、痔疮,煎水洗。毒蛇咬伤,捣敷并绞汁服。煎服,9—30克。妇女经期忌服。

实验研究:三叶鬼针草全草含蒽醌甙。全草醇浸液在体外对金黄色葡萄球菌、枯草杆菌有抑制作用。

黄藤

始载于《本草纲目》。又名藤黄连、伸筋藤、大黄藤。为防己科植物黄藤 Fibraurea recisa Pierre 的茎或根。原植物分布于中国云南、广东、广西等省、区。

本品味苦，性寒。功能清热解毒，利尿。主治急性扁桃体炎、咽喉炎、细菌性痢疾、肠炎、传染性肝炎、泌尿系感染、眼结膜炎、妇科炎症及外科感染等疾患。

如治上呼吸道炎，可服本品配百部的醇浸液。治菌痢，可配华千金藤、甘草煎服。治传染性肝炎，配酢浆草与猪骨或鸡肉煮食，也可蒸甜酒服。治结膜炎，可与青葙子、木贼、决明子等煎服。本品制成注射液或片剂口服，可治慢性盆腔炎。如皮肤溃疡，可研末，香油调涂患处；根磨汁涂疮疖，烫伤及刀伤。临床报道本品煎剂口服，可预防流行性脑脊髓膜炎，并治疗瘤型麻风反应。煎液洗涤伤口，有防止发炎化脓的作用。同百部煎水冲洗阴道，可治疗滴虫性阴道炎。此外，《本草纲目》"煮汁频服"用治饮食中毒及利小便。煎服，6—15 克。

实验研究：黄藤根及根茎含掌叶防己碱、药根碱、伪非洲防己碱、黄藤内酯、黄藤素甲、黄藤素乙、甾醇等。掌叶防己碱及药根碱对动物有降压作用。

猪殃殃

始载于《救荒本草》。原名蓬子菜，又名拉拉藤、八仙草、锯子草、小茜草、活血草。为茜草科植物猪殃殃 Galium aparine L. var. tenerum (Gren. et Godr.) Reichb. 的全草。中国南北各省区均有分布。

本品味辛、苦，微寒。功能清热解毒，利尿，散瘀，消肿。主治水肿、热淋、痢疾、痈肿疮疖、跌打损伤等。

用治水肿、小便淋痛，或尿中带血，多与白茅根、滑石、车前草、海金沙等利水通淋药合用；小儿阴茎水肿，亦可用鲜品捣敷足心，使小便通利而茎肿消退。用治痈肿疔疮，可与紫花地丁、蒲公英等清热解毒药同用，亦可捣烂外敷；肠痈腹痛，则与大黄、红藤等活血散瘀药同用。治跌打损伤，猪殃殃鲜根，配马兰根，水酒各半煎服，并与酢浆草同捣敷。此外，本品煎服，可治妇女经闭及牙龈出血；外用治中耳炎、蛇虫叮咬。近年有将本品用于乳腺癌、宫颈癌等，常与白花蛇舌草、半枝莲、龙葵、蜀羊泉等配用。煎服，6—15 克。

实验研究：全草含车叶草甙、车叶草甙元、水晶兰甙、槲皮素半乳糖甙、鞣质及皂甙等。车叶草甙对动物有降压作用。

蜗牛

始载于《名医别录》。又名蠡牛，负壳蜒蚰、蜒蚰嬴、大螺蛳。为蜗牛科动物同型巴蜗牛 Bradybaena similaris (Ferussac)或灰巴蜗牛 B. ravida (Benson)等的全体。中国大部分地区有分布。

本品味咸，性寒。有小毒。归肺、胃、膀胱经。功能清热解毒，利小便。主治风热惊痫、消渴、喉痹、疔疮痈肿、痄腮、瘰疬、痔疮、脱肛、小便不利及蜂螫虫咬等。

治风热惊痫，取鲜蜗牛配蜈蚣、全蝎、钩藤，水煎服。治消渴引饮不止，将蜗牛水浸一宿后取水饮之；或配蛤粉、龙胆草、桑白皮，为末服。治喉痹肿痛，蜗牛绵裹，水浸含咽；或配白梅肉同研烂，绵裹，含咽。外用治痈肿疔疮，无名肿毒，单用蜗牛捣敷，或取蜗牛涎水调蛤粉敷疮上；还可以鲜蜗牛、马齿苋、陈石灰，共捣烂外敷。痄腮及喉下诸肿，蜗牛同面粉研敷之。瘰疬未溃已溃，可与丁香同捣敷；或蜗牛烧存性，为末，入轻粉少许，猪脊髓调敷。痔疮肿痛，以蜗牛入麝香化水涂搽。治脱肛，蜗牛、诃子为末，猪脂调敷。此外，本品尚可用治鼻衄不止，活蜗牛焙干，与乌贼骨共研为末，搐鼻。小便不通，单用本品水煎服；或取鲜蜗牛加麝香少许捣敷脐下。蜂螫虫咬，可先挤出毒汁，然后取鲜蜗牛捣敷患处。煎服，6—12 克。不宜久服。

鹿茸草

始载于《植物名实图考》。又名千年艾、千重塔、六月霜、毛茵陈、鱼腮草。为玄参科植物绵毛鹿茸草 Monochasma savatieri Franch. ex Maxim. 的全草。分布于中国江苏、安徽、浙江、福建、江西、湖南、陕西等省。

本品味微苦、涩，性凉。功能清热解毒，凉血止血。主治感冒发热、小儿热惊、咳嗽、咯血、吐血、便血、崩漏、泄泻、鹅口疮、牙痛、乳痈、疖肿等。

治小儿高热惊厥，可与息风镇惊之钩藤、全蝎同用；肺热咳嗽，可配桑白皮以清热泻肺；肺虚咳嗽而见咯血者，须配玄参、麦冬、川贝以养阴清肺，止咳止血。泄泻因于湿热者，则可配白术、扁豆、茯苓等健脾利湿药同用。小儿鹅口疮，可配一枝黄花、半枝莲煎服；风火牙痛，可与南天竹叶煎服。乳痈、疖肿，除内服外，还可用鲜草捣烂外敷，煎服，10—15 克；鲜品，30—60 克。

实验研究：绵毛鹿茸草全草有酚类及还原糖反应。分离得甘露糖。

石上柏

又名大叶菜、梭罗草、山扁柏、水柏枝。为卷柏科植物深绿卷柏 Selaginella doederleinii Hieron. 的全草。分布于中国云南、贵州、四川、广东、广西、湖南、福建、台湾、浙江等省、区。

本品味甘、辛，性平。功能清热解毒，活血祛瘀。主治肺热咳嗽、咽喉肿痛、湿热黄疸、小便淋沥及疮疖肿毒、

风湿疼痛等。

本品煎汤内服能治多种感染性炎症,如急性扁桃体炎、上呼吸道感染、肺炎,也治结膜炎、肝炎、胆囊炎及急性泌尿系感染等。煎水熏洗治风湿疼痛。此外,本品还试治多种肿瘤疾患,如绒毛膜上皮癌、肺癌、鼻咽癌及消化道癌肿等,可用全草加猪瘦肉或红枣煎汤内服。煎服,15—30克;鲜品可用至60克。

实验研究:深绿卷柏全草含莽草酸。预试全草含生物碱、少量还原性物质、植物甾醇和皂甙。

石上柏制剂给实验性肝癌的小鼠灌胃,共12日,对肿瘤虽无抑制作用,但能明显延长动物生存天数。解剖后发现用药组动物肾上腺皮质束状带肥大,心、脑、肺、肾组织正常。

芭蕉根

始载于《日华子本草》。又名芭蕉头、甘蕉根。为芭蕉科植物芭蕉 Musa basjoo Sieb. et Zucc. 的根茎。原植物在中国长江流域以南各省、区常有栽培。

本品味甘,性寒。归胃经。功能清热解毒,止渴利尿。主治温热病烦热、消渴、喉痹、湿热黄疸、血淋、血崩、白带,并治肿毒发背、疔疮、丹毒等病症。临床配伍,如与旱莲草同用,可治湿热下注的血淋涩痛;配椿根白皮、鸡冠花,可治白带、白浊。煎服,15—30克;鲜品30—60克。脾胃虚弱者慎服。

灯台树

又名象皮木、鸭脚树、肥猪叶。为夹竹桃科植物糖胶树 Alstonia scholaris (L.) R.Br. 的树皮或叶。原植物分布于中国广西南部、西部和云南南部,广东、台湾等省有栽培。

本品味苦,性寒。有小毒。功能清热解毒,化痰止咳,散瘀消肿。主治感冒、咳嗽、支气管哮喘、疟疾及跌打损伤、痈肿等。

用于感冒发热、肺炎、百日咳、扁桃体炎、疟疾,单味水煎服。用于慢性支气管炎、支气管哮喘,常与广地龙、瓜蒌皮、紫菀配用。用于跌打肿痛、骨折、痈疖红肿,鲜叶捣烂敷涂局部。治外伤出血,研末撒。煎服,6—9克。

实验研究:灯台树树皮含灯台树碱、狄他树皮碱、狄他树皮定碱、鸭脚树叶碱、鸭脚树叶醛碱、阿枯米定碱、伪阿枯米精碱、热嗪、狄他碱、狄他树皮低碱等生物碱。又含狄他树皮甙因、狄他树皮素、鸡骨常山酸、α香树脂醇及其乙酸酯、乙酸羽扇豆醇酯、豆甾醇、β谷甾醇、菜油甾醇等。

叶含狄他树皮碱、狄他树皮定碱、鸭脚树叶碱、鸭脚树叶醛碱、伪阿枯米精碱等生物。又含白桦脂醇、熊果酸、β谷甾醇等。浸膏的水溶部分有祛痰作用(小鼠酚红法),能对抗乙酰胆碱喷雾引起的豚鼠支气管痉挛,对抗乙酰胆碱对离体豚鼠回肠的兴奋,对组胺引起的兴奋则对抗作用较弱,对人工发热兔有短时退热作用。狄他树皮碱有箭毒样作用,大量可降低血压。总碱对大鼠离体小肠有抑制作用,有拮抗乙酰胆碱及钡化合物的作用。给猫静注,可使未孕子宫显著收缩,血压骤降,大量则出现心律不齐,传导阻滞甚至心室纤颤。

三丫苦

始载于《岭南采药录》。又名三桠苦、三叉苦、三叉虎。为芸香科植物三叉苦 Euodia lepta (Spreng) Merr. 的根或叶。原植物分布于中国广东、广西、福建、台湾、云南等省、区。

本品味苦,性寒。功能清热解毒,祛风除湿。主治感冒高热、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、扁桃体炎、咽喉炎、肺炎、肺脓疡、黄疸型肝炎、风湿性关节炎、坐骨神经痛、腰腿痛。外用鲜品捣敷,治跌打肿痛,有消肿止痛作用。并治痈疖肿毒,蛇虫咬伤,取其有泻火解毒之功。煎水洗湿疹、皮炎,有燥湿止痒之效。煎服,9—15克。

绞股蓝

始载于《救荒本草》。又名七叶胆、公罗锅底、小苦药,遍地生根。为葫芦科植物绞股蓝 Gynostemma pentaphylla (Thunb.) Makino 及其同属数种植物的全草。夏、秋季采收,晒干。药材干燥皱缩,黄绿色。茎纤细,表面具纵沟纹,被稀疏毛茸,叶腋有卷须常分裂或不分裂。叶多卷曲破碎,润湿展开后的复叶有小叶5—7枚,少数9枚;每片小叶卵状长圆形或长圆状披针形,中央1枚较大,长4—12厘米,宽1—3.5厘米,先端渐尖,基部楔形,边缘有锯齿;叶柄长2—4厘米。有时可见果实,圆球形,直径约5毫米。味苦涩,有清香。产于中国陕西南部及长江以南各省、区。

本品味苦,性寒。功能消炎解毒,祛痰止咳,涩精。主治慢性支气管炎、遗精等。

治疗慢性支气管炎之咳嗽咯痰、气喘,单味水煎服,或晒干研粉吞服。一般对痰湿化热者疗效较好。治肾虚梦遗,用根水煎,黄酒、红糖适量冲服。现在,绞股蓝已制成片剂、口服液等多种制剂用为治疗各种肿瘤的辅助药,以及防治高血压、肥胖症、动脉硬化等。煎服,10—30克;研粉服3—6克。

实验研究:全草含皂甙及少量甾醇,糖类甜味素,色素等,皂甙含量约为1.25%,称绞股蓝总皂甙,现已分离出70余种,基本化学结构是达玛烷型,其中6种与人参皂甙 Rb、Rb_3、Rd、F_2、K、Rg_3 相同。此外,尚有两种原人参三醇,它是目前唯一从人参属以外的植物中提到人参皂甙的植物。

实验和临床证实:绞股蓝有人参样"适应原"作用,具备免疫增强、抗应激、抗衰老等生物活性。所以,临床可作为人参的代用品。绞股蓝总皂甙对肿瘤的生长有明显的抑制作用,且能提高带瘤小鼠的免疫能力。静脉注射绞股蓝总皂甙能明显降低犬血压和总外周阻力,降低脑血管及冠状血管阻力,增加冠脉流量,减慢心率,使心脏张力-时间指数下降,作用略强于人参皂甙。对饲喂高糖、高脂大鼠所致的高脂血症,绞股蓝皂甙有降脂作用。绞股蓝提取物又有显著降糖作用,能明显改善老年大鼠血糖耐量低下。另外,绞股蓝还有一定的降酶、护肝、镇静催眠、镇痛等作用。

苦地胆

始载于《本草纲目》。原名天芥菜,又名地枇杷、草鞋底、土公英、地胆头。为菊科植物地胆草 Elephantopus scaber L.的全草。分布于中国云南、贵州、广西、广东、江西、福建、湖南、台湾、浙江等省、区。

本品味苦、辛,性微寒。归肺、脾、肝经。功能清热解毒,利水消肿。主治风热感冒、急性扁桃体炎、咽喉炎、口腔溃疡、肺炎、支气管炎、百日咳、眼结膜炎、黄疸型肝炎、痢疾、腹泻、水肿、阑尾炎、丝虫病淋巴管炎、急性睾丸炎等病症。

临床用于上述诸症均可单味煎汤内服。外治毒蛇咬伤,痈疖肿毒,以盐、醋同捣敷。下肢溃疡、皮肤湿疹,煎水洗。煎服,15—30克。体虚中寒者不宜用,孕妇慎服。

实验研究:地胆草全草含地胆草内酯、去氧地胆草内酯、异去氧地胆草内酯、乙酸羽扇豆醇酯、表无羁萜醇、羽扇豆醇、豆甾醇、卅烷醇、卅二烷醇、氯化钾。鲜花中分离出木犀草素-7-葡萄糖甙。

煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌、变形杆菌等有抑制作用。

煎剂灌胃对大鼠蛋清性关节炎有抑制作用,醇制剂灌胃对大鼠甲醛性关节炎亦有抑制作用。地胆草内酯在体内、外对KB细胞有细胞毒活性,对小鼠白血病 P_{388} 有显著抑制作用,对大鼠瓦克肉瘤-256也有显著抑制作用;在体外,对人鼻咽癌-KB细胞有抑制作用。去氧地胆草内酯对大鼠瓦克肉瘤-256亦有显著抑制作用。

柳叶

始载于《神农本草经》。为杨柳科植物垂柳 Salix babylonica L.的叶。原植物在中国大部分地区均有栽培。

本品味苦,性寒。归心、肺、脾经。功能清热解毒,透疹、利湿。主治上焦风热诸证、痧疹透发不畅、疔疮丹毒、黄疸淋浊及地方性甲状腺肿等。

《日华子本草》用本品治天行热病,现代用于上呼吸道感染、咽喉炎、急性扁桃体炎、肺炎等均效。本品熬膏外敷常用于疔疮疖肿、化脓性腮腺炎、淋巴腺炎、乳腺炎及外伤感染;煎汤外洗,可治丹毒、漆疮、皮肤瘙痒等。柳叶又能利湿退黄,通利小便。如与板蓝根、白茅根煎服,可治疗急性传染性肝炎;《濒湖集简方》用治小便白浊,可煎汤代茶。治地方性甲状腺肿,可单用本品或与海带、黄药子、白药子等制成片剂使用。如用于预防,可煎取柳叶汤投放饮用水中,以提高饮水的含碘量。煎服,10—15克;鲜品30—60克。

实验研究:柳叶含鞣质4.93%(干重)。1000克鲜叶含碘10毫克。

冰糖草

又名假甘草、野甘草、土甘草、四时茶、热痱草。为玄参科植物野甘草 Scoparia dulcis L.的全草。分布于中国广东、广西、云南、福建、台湾等省、区。

本品味甘,性凉。功能清热解毒,利湿,祛风止痒。主治感冒咳嗽、痢疾泄泻、脚气水肿、小便不利、肝炎、喉炎、丹毒、湿疹等。

用于感冒发热、肺热咳嗽,与薄荷、鱼腥草配用;用于湿热泻痢,与羊蹄草、陈仓米合用;用于脚气水肿、小便不利、急性肝炎,单味水煎服;用于喉炎、丹毒,以鲜品捣烂取汁,前者配蜂蜜,后者加食盐调服。用于湿疹、热痱以及阴囊湿疹,鲜品捣汁外搽。煎服15—30克,鲜品60—90克。

实验研究:野甘草地上部分含粗生物碱1.6%;还含三萜类:野甘草酸、依弗酸、粘霉烯醇、无羁萜、α香树脂醇、白桦脂酸。又含黄酮类:高山黄芩素及其7-葡萄糖醛酸甙、7-甲氧基高山黄芩素。另含甘露醇、廿三烷、β谷甾醇和阿迈灵。

根含甘露醇、薏苡素、白桦脂酸;根皮含甘露醇、廿六醇、β谷甾醇。

根的水或醇提取物给麻醉猫静注可引起血压下降及呼吸抑制,抑制离体兔十二指肠的运动。

阿迈灵口服,可缓解糖尿病人症状,在1月内尿糖、血糖皆有显著下降,但不会降低至正常值以下。有些有酮尿、蛋白尿、酸血症的患者,症状亦有减轻,糖尿病患者的贫血也可得到纠正,高胆固醇血症也有所减轻。

飞扬草

始载于《生草药性备要》。原名大飞羊,又名神仙对坐草、大乳汁草、过路蜈蚣、癣药草。为大戟科植物飞扬草 Euphorbia hirta L.的全草。分布于中国浙江、江西、福建、台湾、湖南、广东、广西、四川、云南等省、区。

本品味微苦、微酸,性凉,有小毒。功能清热解毒,利湿止痒。用治急性肠炎、细菌性痢疾、小儿消化不良、急慢性肾盂肾炎、支气管炎,均可单味煎服。

治肺痈可绞汁开水冲服;治慢性气管炎可配桔梗同煎服。本品外用,煎水洗浴,可治皮炎、湿疹、带状疱疹、皮肤瘙痒;制成酊剂外擦,可治足癣。煎水内服并捣敷,可治乳痈、水火烫伤。煎服,6—10克,鲜品30—60克。本品中毒可引起腹泻。煎服甘草、金银花有解毒作用。

实验研究:全草含环木菠萝烯醇、蒲桃醇、蒲公英赛醇、蒲公英赛酮、α香树脂醇及β香树脂醇、无羁萜、卅烷醇、卅一烷、槲皮素、鼠李素-3-鼠李糖甙、β谷甾醇、菠菜甾醇、豆甾醇及微量的挥发油和生物碱。花含并没食子酸。

水煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等有抑制作用。还有利尿、致泻作用。

小飞蓬

始载于《祁州药志》,原名祁州一枝蒿。又名竹叶艾、破布艾、鱼胆草、小白酒草。为菊科植物小飞蓬 Conyza canadensis(L.)Cronq. 的叶或全草。分布中国东北及陕西、河南、山西、山东、江苏、浙江、台湾、江西、湖北、四川等省。

本品味苦、辛,性凉。功能清热解毒,祛风止痒。主治痢疾、肠炎及牛皮癣、疮疖肿毒、风湿痹痛等。

用于细菌性痢疾,急、慢性肠炎,可单用或配马齿苋、辣蓼等煎服。用治牛皮癣,取鲜叶揉软擦患处;对于脓疱型、厚痂型者先用本品煎水洗,待好转或痂皮软化剥落后,改用鲜叶擦。治肾囊风,本品煎水洗患处;治风湿痛,用鲜草捣烂,酒炒敷患处。治风火牙痛,取鲜草捣烂含于牙痛处。此外,鲜叶捣汁敷,亦治外伤出血。煎服,15—30克。

实验研究:小飞蓬全草含挥发油0.29%(鲜品)、1.14%(干品)。挥发油中含柠檬烯、芳樟醇、乙酸亚油醇酯及6%的醛类;还有母菊酯、去氢母菊酯和矢车菊属烃X。地上部分含枯牧烯及邻-苄基苯甲酸。

体外对痢疾杆菌有抑制作用,临床上可用于急性菌痢。

无根藤

又名无爷藤、无头藤、罗网藤、无根草、金丝草。为樟科寄生植物无根藤 Cassytha filiformis L. 的全草。寄生于有毒植物上的无根藤,不入药用。分布于中国云南、贵州、广西、广东、湖南、江西、浙江、福建、台湾等省、区。

本品味甘、微苦,性微寒,有小毒。归肝、肾经。功能清热利湿,凉血,解毒。主治肝热目赤、急性黄疸型肝炎、痢疾、咯血、衄血、尿血、肾炎水肿、尿路结石、多发性疖肿、跌打损伤、湿疹、烫伤等。

用于急性黄疸型肝炎,可配茵陈、山栀;痢疾,可配叶下珠、铁苋菜;肾炎水肿,可配白茅根、扁蓄草、车前子;尿路结石,可配连钱草、海金沙。用治多发性疖肿、跌打损伤,以鲜品捣敷;湿疹、皮肤瘙痒,煎水洗;烫火伤,干品研末油调外涂。煎服,10—15克;鲜品,30—60克。孕妇忌服。

实验研究:无根藤鲜茎含无根藤碱、无根藤定碱、六驳碱等生物碱,尚含半乳糖醇。

无根藤定碱可能有利尿作用,对动物有致惊厥作用,大量可致死。

天青地白

始载于《质问本草》。又名清明草、叶下白、锦鸡舌、小火草、金艾。为菊科植物白背鼠曲草 Gnaphalium japonicum Thunb. 的全草。分布于中国长江流域以南各省区,北达河南、陕西省。

本品味甘、淡,性微寒。归肺、肝经。功能清热解毒,祛风解表,明目,利尿。主治感冒发热、小儿惊风、咳嗽、咽痛、目赤翳障、小便短赤、淋浊、白带、痈肿疔疮、外伤出血等。

用于风热感冒咳嗽,可与桑叶、菊花、薄荷等配用;小儿高热抽筋,可配天胡荽、繁缕;咽喉热结作痛,水煎加红糖服。《分类草药性》称本品"和肝(煮)食,能明目"。如治风火赤眼,可单用本品大剂量或配茶菊或加冰糖同煎服。用于角膜白斑,以本品加水浸泡,隔水蒸沸,取滤液作滴眼剂用。用于膀胱湿热引起大小便短赤,或淋浊、白带等症,均以鲜品捣汁炖温服,或配白茅根、车前草等同用。用治疔疮痈肿初起、乳痈红肿,均以鲜品捣敷患部。用治外伤出血,以干品揉搓成棉花状,敷出血处,任其自行脱落。煎服,15—30克;大剂量30—60克。

三叶青

始载于《植物名实图考》。原名蛇附子,又名三叶扁藤、金线吊葫芦。为葡萄科植物三叶崖爬藤 Tetrastigma hemsleyanum Diels et Gilg 的块根。原植物分布于中国四川、湖北、湖南、江西、福建、广东等省。

本品味苦、辛,性凉。功能清热解毒,祛风活血。主治病毒性脑膜炎、乙型脑炎、病毒性肺炎、黄疸型肝炎、小儿高热惊厥、风湿关节痛等病症。治毒蛇咬伤,以本品内服,并外敷伤口周围。跌打瘀肿及疖肿,均用鲜品捣敷。流行性腮腺炎,水醋磨敷。湿疹,煎水洗。煎服,9—15克,蛇咬伤用量可加倍。

实验研究:动物试验,三叶青具有促进肝细胞摄取和吞噬异物的功能,对四氯化碳中毒有一定的保护作用。

一点红

始载于《植物名实图考》。原名紫背草,又名叶下红、

红背叶、羊蹄草、假芥兰。为菊科植物一点红 Emilia sonchifolia (L.)DC.的全草。分布于中国华东、中南至西南地区。

本品味微苦、性凉。功能清热解毒、散瘀消肿。主治上呼吸道感染、急性扁桃体炎、口腔溃疡、急性结膜炎、肺炎、胆囊炎、传染性肝炎、钩端螺旋体病、急性阑尾炎、盆腔炎、睾丸炎、菌痢、肠炎、便血、尿路感染、肾炎等。

外用鲜品捣敷,对痈疮疖肿、皮炎、湿疹、跌打损伤,有散瘀消肿、拔毒止痒之效。用于上呼吸道感染、急性扁桃体炎,可配一枝黄花,或广东土牛膝、地胆头。菌痢、肠炎,可配马齿苋、火炭母、凤尾草。尿路感染,可配车前草、海金沙。此外,用于麦粒肿、伪膜性角膜炎,前者可配千里光、野菊花,后者可与犁头草同用;中耳炎,以鲜品捣烂取汁,滴耳。煎服,9—18 克;鲜品,15—30 克。

实验研究:一点红全草含槲皮素、槲皮甙、芸香甙、山柰酚-3-半乳糖甙、熊果酸、正廿六烷、三十烷及微量氢氰酸。干草还含约 2%硝酸钾。

泡桐花

始载于《神农本草经》。原名桐华。为玄参科植物泡桐 Paulownia fortunei(Seem.)Hemsl.或毛泡桐 P. tomentosa (Thunb.)Steud.的花。前者分布于中国河南、山东及长江流域以南各省、区,后者分布于辽东半岛及河北、河南、山东、江苏、安徽、江西等省。

本品味苦,性寒。功能清热解毒。主治上呼吸道感染、支气管肺炎、急性扁桃体炎、腮腺炎、细菌性痢疾、急性肠炎、急性膀胱炎等疾患,均可煎水内服。

有用泡桐花、酸枣仁、玄明粉、羌活等量研末,布包煎服,治飞蚊症者。外治用于结膜炎、鼻炎、外耳道炎,制成水剂滴患部;疖肿、手足癣、烧伤,研末调膏涂敷。煎服,9—15 克。泡桐叶,治痈疽肿毒。

实验研究:毛泡桐叶含桃叶珊瑚甙、泡桐甙。还含泡桐素、右旋芝麻素、熊果酸等。

水牛角

始载于《名医别录》。又名牛角。为牛科动物水牛 Bubalus bubalis L.的角。主产于中国华南、华东地区。

本品味苦、咸,性寒。功能清热,解毒,定惊,凉血止血。主治高热惊厥、吐血、衄血、发斑。

古方多用于时气温热病病证,现代临床实践证明,本品有退热、凉血、镇惊的作用,可用于时行感冒、乙型脑炎等热病出现邪入营血,高热不退,烦躁神昏,动风惊厥,或吐血、衄血、发斑等症,疗效与犀角基本相似,惟用量宜大。水牛角及蹄甲烧灰研末,吞服可治吐血、衄血等内出血,局部外敷可止外伤性出血。《海上集验方》治喉痹肿塞欲死,《子母秘录》治血上逆心,烦闷刺痛,均用本品烧灰研末,酒、水调服。水牛角还可以应用于小儿夏季热、原发性血小板减少性紫癜。本品还可镇惊,故亦用于精神分裂症,对感知和思维活动障碍的效果较好,幻觉妄想消失较快,且无明显催眠作用。煎服,多镑片用,15—30 克;大剂量可用至 60—120 克,先煎 3 小时以上。烧灰研末服,3—9 克。内服可有上腹部不适、恶心、食欲不振等副作用。

实验研究:水牛角含胆甾醇、多种氨基酸、肽类、胍基衍生物、蛋白质和强心成分。

水牛角对垂体-肾上腺皮质系统有兴奋作用,能明显降低毛细血管通透性,并显著增强网状内皮系统的吞噬功能,故有消炎作用。

鲜生地

始载于《神农本草经》。又名鲜地黄。为玄参科植物地黄 Rehmannia glutinosa Libosch.的新鲜块根。秋季采挖,除去芦头及须根,洗净,即为鲜生地。

块根呈纺锤形或圆柱形,长 6—24 厘米,直径 1—9 厘米。表面黄红色,具弯曲的纵皱纹及类圆形的芽痕,有较多横长皮孔。肉质,易断,断面皮部淡黄白色,可见橘红色油点,木部黄白色,有放射状纹理。气微,味微甜苦。主产中国河南省。

本品味甘、苦,性寒。归心、肝、肾经。功能清热凉血,养阴生津。主治热病邪入营血之吐血、衄血、发斑、发疹、烦躁谵语、津伤口渴、大便干结、口舌生疮、小便淋痛及月经不调等。

如温邪入营,症见身热夜甚,烦躁不眠,时有谵语,舌绛而干,或血热毒盛,斑疹紫黑,多与水牛角相配,以清营血之热,前者如清营汤,后者如犀角地黄汤。用于血热妄行的吐血、衄血、尿血、便血、血崩、胎动下血等证,皆可以鲜生地捣汁饮之。亦可配伍他药应用。如吐血、衄血,常与侧柏叶、生荷叶等凉血止血药同用,或鲜生地与小蓟共捣汁,和童便徐徐饮服。若吐血而脉数能食者,用鲜生地汁配大黄末服,两药合用,不独能增强止血效果,而且无留瘀之弊。尿血可配茅根、小蓟;便血可配槐花、地榆;血崩可配黄芩、地骨皮、丹皮、阿胶;胎动下血,同苎麻根共捣汁,和入砂仁末服。用于养阴生津,则常与沙参、麦冬、玉竹等药同用,用治热病伤津,胃阴不足,口干唇燥,或燥伤肺胃阴分,咽干口渴,干咳痰少舌苔光绛等症。若肠燥便秘,可用本品配麦冬、玄参,以润燥通秘,即所谓"增水行舟"之法。若肠胃津液枯燥而复有热结者,再加入芒硝、大黄,共奏滋阴养液、泄热通便之功。若心经热盛,口渴面赤,口舌生疮,或移热于小肠,致小便黄赤,尿时刺痛等症,亦可以本品清心热,泻小肠火为主药,配以木通、竹叶、甘草梢,如导赤散。《妇人良方》交加散,以地黄汁炒生姜渣,姜汁炒地黄渣,用治月经失调,腹中撮痛,或结聚

瘕瘕等症,能和营通经、散寒止痛。外治疔疮痈肿及跌伤瘀肿,以本品捣敷,有清热消肿,散瘀定痛的功效。煎服,10—30克。脾胃虚弱,大便溏薄者;湿阻气滞者,不宜服用。忌铁器。

实验研究:地黄根主含甘露醇、β谷甾醇。还含豆甾醇、菜油甾醇、梓醇和四个臭蚁醛类甙:地黄甙A、B、C、D。

干地黄

始载于《神农本草经》。又名地髓、生地。为玄参科植物地黄 Rehmannia glutinosa Libosch. 的块根。秋季采挖,除去芦头及须根,洗净,放置火炕上徐徐烘焙,至内部变黑,约八成干时,捏成团块。

块根呈不规则的团块状或长圆形,中间膨大,两端稍小,长6—12厘米,直径3—6厘米,细小的呈长条状,稍扁而扭曲。表面灰棕色或灰黑色,极皱缩,具不规则横曲纹。体重,质柔软,不易折断,断面平坦,紫黑色,棕黑色或乌黑色,有光泽,显油润,具粘性。气微香,味微甜。主产于中国河南省。

本品味甘、微苦,性凉。归心、肝、肾经。功能滋阴清热,凉血止血。凡属阴虚所致之烦热口干,潮热骨蒸或热病伤阴,舌绛烦渴或温邪入营之发斑发疹,或血热妄行的各种出血,以及消渴,皮肤疮毒等,均可用之。

用于阴虚内热,五心烦热,口干舌燥,头昏眩晕,常与玄参、麦冬、白芍、阿胶等滋阴药配用。对于热病后期,邪热劫阴所致的身热面赤,口干舌燥,神疲,脉结代者,可配阿胶、麦冬、芍药、炙甘草等,有滋阴补血,清热复脉的作用,如《温病条辨》加减复脉汤。阴虚潮热,骨蒸盗汗,常配鳖甲、知母、地骨皮,能滋阴清热退蒸。凡脏腑阴虚者,皆可用本品调治。如心阴不足,心火偏亢,致惊悸怔忡,心烦不寐,则配川连、炒枣仁、辰砂,以养阴清心安神。肝阴不足,肝气横逆,致胁肋胀痛,配以沙参、杞子、川楝子等,有育肝阴,疏肝气而止痛之效,方如一贯煎。虚劳咳嗽唾血,属肺肾阴虚者,可生地、熟地并用,方如百合固金汤;若气阴两虚者,则配党参、茯苓、白蜜,以益气养阴润肺,方如琼玉膏。胃阴不足,舌红口干,配麦冬、石斛以清热生津。治消渴病,配黄芪、麦冬、天花粉、茯神等煎服。生地能清营血中热,如温邪入营,血热毒盛,斑疹紫黑,可与银花、丹皮、赤芍等凉血解毒药配用。如血热妄行而致吐血、衄血、尿血、便血,以及崩中下血等,干地黄亦用为要药。热毒所致的皮肤疾患,可与银花、连翘、荆芥、甘草同用。荨麻疹属于血分风热所致者,亦可用地黄与荆芥、丹皮、蝉蜕、白藓皮同用。此外,本品尚可用治筋脉拘挛,有养血舒筋之功。如《证治准绳》地黄汤,以本品配甘草、麻黄,用治中风四肢拘挛。《圣济总录》地黄膏,以干地黄配白及、白蔹、甘草、白芷、猪脂,用治诸疮不合,有养血生肌敛疮作用。本品和鲜生地皆能养阴凉血,但鲜地黄长于清热凉血,干地黄长于滋阴养血。故凡急性热病,邪热入于营血的证候,以鲜生地效好;慢性阴虚血少之证,以干地黄为宜。煎服,9—15克。凡是脾胃虚弱,大便泄泻,或湿阻气滞,均不宜用。

实验研究:成分见"鲜生地"条。地黄提取物对大鼠及小鼠的四氧嘧啶性糖尿病有降血糖作用。煎剂对小鼠四氯化碳性肝炎有保护作用。梓醇甙对小鼠有泻下、利尿作用。

牡丹皮

始载于《神农本草经》。原名牡丹,又名丹皮。为毛茛科植物牡丹 Paeonia suffruticosa Andr. 的根皮。秋季采挖,除去须根及茎苗,剥取根皮,晒干。

根皮呈圆筒状或半圆筒状,有纵剖开的裂缝,两边向内卷曲或略张开,长5—20厘米,直径0.5—1.2厘米,厚2—4毫米。外表面灰褐色或紫棕色,有多数横长的皮孔及细根痕;内表面淡棕色或淡灰黄色,有明显的细纵纹,并常见多数发亮的结晶体(牡丹酚)。质硬而脆,易折断,断面较平坦,略显粉性,粉白色而微红。有特殊香气,味微苦而涩,稍有麻舌感。主产于中国安徽、湖南、四川、陕西、山东、湖北、甘肃、贵州等省。

本品味苦、辛,性凉。归心、肝、肾经。功能清热凉血、活血。主治斑疹、吐血、衄血、便血、骨蒸劳热、经闭、痛经、癥瘕、痈疡、跌仆损伤等。

临床用治温病热入血分之发斑及出血症,可配生地等,方如犀角地黄汤;治温病热伏阴分,症见夜热早凉,热退无汗,或阴虚血热而致骨蒸劳热,无汗口渴等,可配合青蒿、鳖甲等,方如青蒿鳖甲汤;治荨麻疹,可配伍赤芍、蝉蜕、浮萍等,此皆取其凉血清热作用。治肠痈、痈肿疖疮,可配伍大黄、金银花等,方如大黄牡丹汤,是取其泻热消瘀之功。治血瘀经闭、痛经,可配合牛膝、川芎、当归等,此于热结血瘀者用之尤佳;治跌仆损伤,瘀血停滞作痛,在理血剂内常加用牡丹皮,是皆取其活血去瘀之效。此外,本品尚有清泻肝火的作用,治肝郁火旺之头痛、目赤、月经不调、胸胁窜痛,常配栀子、柴胡,方如丹栀逍遥散。本品与桂枝都能通血脉中之壅滞,但桂枝气温,通血脉中寒滞;牡丹皮性凉,通血脉中热滞,两者配合应用,可加强活血去瘀作用。如桂枝茯苓丸、温经汤等都是桂枝、牡丹皮同用。

煎服,5—10克。一般生用或炒用,对出血症,亦可用丹皮炭。血虚有寒、中虚胃弱以及汗出多者忌用。孕妇及月经过多者慎服。

实验研究:根皮含芍药甙、牡丹皮原甙、牡丹皮甙、牡丹皮酚、1,2,3,4,6-五没食子酰葡萄糖、挥发油(0.15%—0.4%)、植物甾醇和生物碱等。

牡丹皮酚对动物有镇痛,镇静及抗惊厥作用并有明显的解热作用。牡丹皮酚及去牡丹皮酚的丹皮煎剂对麻

醉动物有降压作用，对肾型高血压犬和大鼠灌胃也有降压效果。牡丹皮酚还表现有抗炎及降低毛细血管通透性作用。牡丹皮甲醇提取物及除去牡丹皮酚的水溶部分及甙类部分，也有明显抗炎及降低毛细血管通透性的作用。甙类能抑制血小板聚集，对纤溶酶及纤溶酶原也有显著的抑制作用。牡丹皮酚对离体回肠有抗乙酰胆碱及抗组胺作用，能防止应激所致小鼠溃疡病，抑制大鼠胃液分泌和在体子宫的自发运动。对小鼠且有抗早孕作用。

牡丹皮水溶部分有明显降血糖作用。煎剂在体外对大肠杆菌、伤寒杆菌、变形杆菌、葡萄球菌、肺炎球菌、溶血性链球菌有较强的抗菌作用。牡丹皮酚为有效成分之一。叶的煎剂也有显著抗菌作用，有效成分为1，2，3，4，6－五没食子酰葡萄糖。牡丹皮酚口服迅速吸收，大部分在体内代谢，主要由肾排泄。

赤芍药

始载于《神农本草经》。原名芍药，又名木芍药、山芍药、赤芍。为毛茛科植物芍药 Paeonia lactiflora Pall.（野生者）或川赤芍 P. veitchii Lynch 的根。春、秋两季采挖，除去残茎、根茎、须根及泥土，晒干。

根呈圆柱形，略弯曲，长 10—36 厘米，直径 1—3 厘米。表面暗褐色或暗棕色，粗糙，有横向突起的皮孔及细密纵皱纹，外皮易脱落，显露淡棕色或白色的皮层。质硬而脆，易折断，断面平坦，粉白色或黄白色，皮部窄，呈粉红色，木部呈放射状纹理，淡黄色，有时见有裂隙。气微香，味微苦涩。芍药产于中国东北、华北及陕西、甘肃、河南、山东、安徽、江苏等省、区。川赤芍主产于中国四川、甘肃、陕西、青海、新疆、山西等省、区。

本品味酸、苦，性微寒。归肝、脾经。功能清热凉血，活血祛瘀。主治温病血热毒盛之斑疹、吐血、衄血、血痢、血崩、赤白带下、目赤肿痛、痈疽疮肿以及瘀滞内阻的闭经、痛经、癥瘕、腹痛、胸胁痛、淋病等。

治温病热入血分，血热妄行而致的斑疹、吐血、衄血等，可与生地、丹皮等同用，如犀角地黄汤。《圣济总录》芍药汤以本品配黄柏、地榆，治血痢腹痛。《太平圣惠方》如神散以本品配香附子，治妇女血崩不止、赤白带下。治赤眼肿痛配柴胡、龙胆草、连翘等药同用。《本草汇言》配花粉、紫地丁、金银花等治一切痈疽肿毒。凡此，皆取其清热凉血作用。赤芍药味苦能泻，故又具活血祛瘀之功。用于瘀滞内阻所致的腹痛、胸胁痛、闭经、痛经、疝瘕积聚诸证，每与桃仁、红花、木香、延胡索等理气活血之品同用。配当归尾、延胡索、青皮、五灵脂、肉桂、红花等治经阻腹痛，并恶露不行。近代临床以赤芍药配川芎、白芷、当归、羌活等药，可治脑震荡后遗症之瘀血头痛。亦有以本品配川芎、红花、降香、丹参用治冠心病心绞痛者。《神农本草经》谓芍药"利小便"。《千金方》以本品配川牛膝、《博济方》用配槟榔，统治五淋，小便赤涩。《太平圣惠方》以之配木瓜、苍术治脚气肿痛。近年来有取本品活血清热之功，配蒲公英、败酱草、泽兰等药以治慢性前列腺炎而获效者。综上诸治，赤芍药之功效，是以凉血活血为主，因血热瘀滞而引起的诸病证，皆可随证运用，正如《本草求真》所说："因于积热而成者，用此则能凉血逐瘀。"惟其性偏寒而主通降，故血虚者慎服。妇女月经过多无瘀，外科痈疽溃后，脓水清稀者，皆不宜用。煎服，6—15 克。不宜与藜芦同用。

实验研究：芍药根含芍药甙、芍药花甙、芍药新甙；β蒎烯－10－烯基－β巢菜糖甙。还含牡丹皮酚、苯甲酸、β谷甾醇、右旋儿茶精、挥发油。又含少量氧化芍药甙。川赤芍根含花青素、醛酮、酚、生物碱。

芍药甙在动物试验中有镇静、镇痛、较弱的降温和抗戊四氮惊厥的作用；对豚鼠、大鼠的离体肠管和在位胃运动，以及大鼠子宫平滑肌均表现抑制，并拮抗缩宫素引起的收缩。芍药甙对犬的冠状血管和后肢血管有扩张作用。右旋儿茶精对冠心病患者增高的血小板表面活性和聚集性有抑制作用，有对抗血栓烷 A 2（TxA 2）诱发冠脉痉挛和促血小板聚集的作用，对心绞痛的症状及心电图有所改善。芍药甙有明显的抗炎作用，抑制胃液分泌并能预防大鼠应激性溃疡。赤芍提取物对肉瘤 180 有抑制作用，能升高瘤组织中 cAMP 含量，还能提高小鼠吞噬细胞的吞噬功能。赤芍另一部分提取物对体液和细胞免疫有较强的抑制作用。

玄参

始载于《神农本草经》。又名黑参、元参。为玄参科植物玄参 Scrophularia ningpoensis Hemsl. 的根。冬季采挖，除去茎叶、子芽、须根及泥砂，晒至半干时，堆积闷 3—6 日，再晒，堆晒反覆多次，使内部变黑，再晒至全干。也可采用烘干法干燥。

根呈类圆柱形，有的弯曲似羊角状，中部略粗，下部细，长 6—20 厘米，直径 1.5—3 厘米。表面灰黄色或灰褐色，有明显的纵沟纹，间有横向皮孔和凹点状须根痕。质坚韧，不易折断，断面乌黑色，微有光泽。气特异，似焦糖，味甘，微苦咸。主产于中国浙江省。

本品味苦、咸，性寒。归肺、胃、肾经。功能清热凉血，滋阴降火，解毒散结。主治温病热入营血，耗液伤阴，烦热、便秘、发斑等证以及阴虚劳热、咳嗽咯血、咽喉肿痛、目赤、瘰疬、痈疽肿毒等。

温病热入营血，烦热不眠，舌绛而干，或神昏谵语，或身热发斑，常用本品与生地、黄连、银花、连翘等同用，方如《温病条辨》之清营汤。《温热经纬》之神犀丹。若热毒炽盛，气血两燔者，本品亦可与石膏、知母配伍，如《疫疹一得》之清瘟败毒饮、《温病条辨》之化斑汤。近人张锡纯经验，治妇女产后外感实热重症，用白虎加人参汤，而以玄参代知母。这是因为产后气阴已亏，玄参既能清热，又

善滋阴。又如热邪灼津,咽燥口干,大便秘结者,则与养阴生津之生地、麦冬同用,起泽枯润燥,"增水行舟"的作用,方如增液汤。本品滋阴降火之功,用于水亏火旺,肺阴受灼,以致咽燥咳呛、潮热、咯血,渐成痨瘵者,可配养阴清肺,止咳化痰之生地、麦冬、百合、贝母之类,方如赵蕺庵之百合固金汤。用于外感风热,咽喉肿痛,可与薄荷、牛蒡子、银花、连翘等散风解热药同用;因于温毒所致者,可选配板蓝根、山豆根、连翘、马勃、射干等清咽解毒之品;属阴虚火炎而咽燥疼痛者,则配养阴润燥药生地、麦冬、丹皮、贝母等,如《重楼玉钥》养阴清肺汤。玄参与柏实、枸杞并用,以治肝肾虚而生热,视物不了了者,以玄参为末,用米泔煮猪肝蘸食,可治赤脉贯瞳。瘰疬结核,因于阴虚火旺,灼津为痰,痰火凝结所致者,可与清火化痰,软坚散结等药配伍,如牡蛎、夏枯草、海藻、贝母等。

综上所述,玄参既能清热解毒,又善滋阴降火。故实热、虚火均可应用。脾胃有湿及脾虚泄泻者不宜使用。煎服,10—15克。反藜芦。

实验研究:玄参根含玄参素、生物碱、植物甾醇、天门冬素、脂肪酸、糖类、挥发油等。

煎剂或水-醇浸液对动物有降压作用,肾型高血压犬口服后降压幅度较健康犬更著。对甲氧基桂皮酸对伤寒疫苗发热的家兔有解热作用。

紫草

始载于《神农本草经》。又名紫丹、紫草根、鸦衔草。为紫草科植物新疆紫草 *Arnebia euchroma* (Royle) Johnst. 或紫草 *Lithospermum erythrorhizon* Sieb. et Zucc. 等的根。春秋两季采挖根部,除去泥土及残茎,晒干。忌用水洗。

新疆紫草根商品称软紫草,呈不规则长圆柱形,多扭曲,有时数个侧根扭集在一起,长6—20厘米,直径1—2.5厘米。表面暗紫色,皮部极疏松,成条片状,多层相叠,极易剥落。质轻软,易折断,断面皮部紫红色,木部较小,黄白色,稍硬。气特异,微香,味微苦,稍酸涩。产于中国新疆地区。

紫草根商品称硬紫草,呈圆锥形,扭曲,有分枝,根头较大,长6—14厘米,直径0.7—2厘米。表面紫红色或暗紫色,粗糙,有不规则的纵沟及纵纹,外皮薄,易呈鳞片状剥落。顶端常有残留的茎基。质硬脆,易折断,断面皮部深紫色,木部较大,类白色,射线色较深,气微臭,味微甜酸。主产于东北、华北地区。

本品味苦,性寒。归心包、肝经。功能凉血活血,解毒,透疹。主治热病斑疹、湿热黄疸、尿血、吐血、衄血、紫癜、痈疽、烧烫伤、冻疮破烂、下肢溃疡、湿疹等。

热病发斑,发疹,其色紫黑,多由血分热盛毒壅,常于清营凉血药中加入紫草,既能凉血解毒,亦可透发斑疹。如麻疹透发不畅,可与蝉蜕、牛蒡子、连翘、荆芥等药同用。古方治痘疮色欠红活,不能起发,本品与甘草、木通、芍药、蝉蜕等药同用,因气血不足痘疹透发较迟,色不红活者,则与人参、茯苓、白术、甘草以及当归等补气血药配用。紫草苦寒,苦能燥湿,寒能清热,是以黄疸、血淋、血痢等由湿热所致者均可用之,如治五疸热黄,《本草切要》以紫草与茵陈配用;治火黄身热,《圣济总录》三十六黄方紫草汤,即紫草与大青、木香、黄连配用。又如治小便热淋,《千金翼方》以一味紫草研末为散服;治血淋,《证治准绳》以紫草与连翘、车前子水煎服。紫草凉血活血之功,用于吐血、衄血,久不止而成劳者,《方脉正宗》取本品与地黄、白果肉、麦冬、茯苓等加蜂蜜熬膏服。现代用治过敏性紫癜,本品与蝉蜕、西河柳、牛蒡子配用;由于血小板减少性引起者,则与乌贼骨、茜草等药同用。紫草用于痈疽发背,溃烂流脓,多与当归、白芷、甘草、血竭等药,以麻油浸熬成膏,外涂疮面,如《外科正宗》生肌玉红膏。治烫伤腐烂,紫草配当归,用麻油、黄蜡等药熬膏涂,如《幼科金针》紫草润肌膏;亦可用治冻疮破烂。煎服,3—9克。胃肠虚弱,大便不实者忌服。

实验研究:紫草与新疆紫草的根均含紫草醌、乙酰紫草醌、异丁酰紫草醌、β,β-二甲基丙烯酰紫草醌、β羟基异戊酰紫草醌、去氧紫草醌、异戊酰紫草醌、α甲基-正丁酰紫草醌等。紫草口服能降低小鼠生育率,并有明显的抗促性腺激素及抗绒毛膜促性腺激素的作用。亦可试用于妇女经绝期综合征,其有效成分易溶解于热水及苯,并非紫草醌。体外试验,对金黄色葡萄球菌等有抑菌作用;紫草醌等最低抑菌浓度为50—250微克/毫升。新疆紫草煎剂对兔有缓和的解热作用。

紫草茸

始载于《新修本草》,原名紫矿。又名紫胶、紫梗、虫胶。为胶蚧科昆虫紫胶虫 *Laccifer lacca* Kerr 在寄主豆科植物钝叶黄檀 *Dalbergia obtusifolia* Prain 或桑科植物树枝上分泌的胶质。7—8月间采收,将长有紫胶的枝条剪下,取下紫胶,置于干燥通风处,阴干。

紫草茸呈半圆柱状或槽状条块,长短大小不一,一般长3—10厘米,宽1—2厘米。表面紫褐色或紫红色,凹凸不平,有皱纹、小虫眼及孔隙,附着于树枝处呈凹沟状,边缘钝圆。质硬而脆,折断面半透明,有光泽,可见平行排列的长圆形或圆形虫窝,内有长卵形或圆形的虫尸体,褐色或暗红色。气微臭,味淡。主产于中国云南、四川等省、区。

本品味甘、咸,性平。有小毒。功能清热凉血,解毒敛疮。主治麻疹、斑疹不透、月经过多、外伤出血、疮肿、湿疹、溃疡不敛等。

麻疹透发不畅,可配葛根、升麻、蝉蜕、牛蒡子同用,有清热解毒透疹之功;若血热毒盛,斑疹紫暗不活,可配丹皮、赤芍、银花、连翘等同用。血热引起的月经过多,用此能收凉血止血之效,紫草茸为末酒服,亦治产后血晕,

狂言失志。外伤出血,研末撒。疮肿、湿疹、溃疡不敛,制成油膏外涂。煎服,3—9克;研末服,1.5—3克。孕妇忌服。

实验研究:棒状虫胶含树脂70%—80%、蜡6%—7%、色素4%—8%。树脂可分离为硬树脂和软树脂。硬树脂含量约为70%,由四分子萜烯酸和四分子油桐酸所组成。软树脂含紫草茸酸酯Ⅰ和紫草茸醇酸酯。蜡为紫胶虫醇、虫漆蜡醇等与虫漆蜡酸、紫胶虫酸(为C26—C34酸的混合物)等组成的酯。色素含虫漆酸A1、A2、B和虫胶红素等。

余甘子

始载于《南方草木状》。原名庵摩勒,又名油甘子、滇橄榄。为大戟科植物余甘子 Phyllanthus emblica L. 的果实。产于中国四川、广东、广西、贵州、云南等省、区。

本品味苦、甘、酸,性凉。功能清热生津,润肺化痰。用于咽痛咳嗽,口干烦渴、风火牙痛等。古方外用止头痒,生发,取汁和油涂。煎服,6—12克。

实验研究:余甘子果实含大量维生素C(1.0%—1.8%);又含鞣质45%,未成熟果的鞣质含量为30%—35%,鞣质中有葡萄糖没食子鞣甙、没食子酸、并没食子酸、鞣料云实精、原诃子酸、诃黎勒酸、诃子酸、3,6-二没食子酰葡萄糖。干果含粘酸4%—9%。果皮含没食子酸和油柑酸等酚类酸。

绿豆

始载于《食疗本草》。又名青小豆。为豆科植物绿豆 Phaseolus radiatus L. 的种子。中国大部分地区有产。

本品味甘,性寒。归心、胃经。功能清热解暑,止渴除烦,利水,解毒。主治暑热烦渴、热病津伤口渴、小便赤涩、泄泻、痢疾、水肿、热毒痈疖、食物中毒和药物中毒等病症。

用治暑热烦渴,每与滑石、甘草、苡仁等配伍;如温热之邪劫伤津液,烦热燥渴较甚者,亦可配银花、连翘、麦冬、生地等清热解毒、生津养液药中。本品亦用于内热所致的小便赤涩,大便燥结,可与麦冬、生地煎汤代茶饮。单用煎汤,又为夏令解暑的清凉饮料。其利尿之功多用于水肿,如《朱氏集验方》治水肿方,用绿豆与附子同煮,去附子、食绿豆。其治痈疽疮疡,本品可外用亦可内服。《本草纲目》引《李嗣立外科方》护心散,以绿豆粉为主,与乳香末同研和匀,甘草煎浓汤调服,用于痈疽初起,可防止毒气内攻。本品外用,则能解毒、消肿、敛疮。如治热毒痈肿,可与赤小豆、黑豆、姜黄同用;小儿丹毒游肿,则与大黄同用,均研末,用薄荷水及蜜水调敷患处。此外,本品研末醋调,还可涂治流行性腮腺炎;酒调敷可治湿疹;与冰片同以酒精调成糊状,可涂治烧伤。夏令用绿豆粉与滑石粉混和作扑粉用,又可治疗痱子。本品可解食物和药物中毒。李时珍谓,绿豆连皮生研水服,解金石、砒霜、草木一切诸毒。《证治准绳》绿豆饮,以绿豆粉配黄连、干葛、甘草研末服,以治误服热药而致烦躁闷乱燥渴。现代临床亦用绿豆同甘草配伍,解乌头、毒菌、雷公藤等中毒。煎服,50—100克;绿豆粉,20—50克。绿豆皮,又名绿豆衣。即绿豆的种皮,亦供药用。性味功用与绿豆基本相同。亦能清暑、利水、解毒,兼有明目去翳之功。用治暑热烦渴,可配鲜荷叶、鲜扁豆花;治水肿可配冬瓜皮、赤小豆;治目赤翳膜,可配菊花、谷精草。煎服,5—12克。

实验研究:绿豆每100克含蛋白质22.1克、脂肪0.8克、糖59克、钙49毫克、磷268毫克、铁3.2毫克、胡萝卜素0.22毫克、维生素$B_1$0.53毫克、维生素$B_2$0.12毫克、烟酸1.8毫克。蛋白质主为球蛋白类。绿豆的磷脂成分中有磷脂酰胆碱、磷脂酰乙醇胺、磷脂酰肌醇、磷脂酰甘油、磷脂酰丝氨酸、磷脂酸。

荷叶

始载于《食疗本草》。为睡莲科植物莲 Nelumbo nucifera Gaertn. 的叶。原植物中国大部分地区有栽培。

本品味苦、涩,性平。归心、肝、脾、胃经。功能清暑利湿,升发清阳,散瘀止血。主治暑温、泄泻、痢疾、头痛、吐血、衄血、崩漏、产后瘀血腹痛、跌打损伤及湿疮、溃疡等病症。

凡夏令感受暑湿诸证,常与清暑解热、芳香化湿等药物配伍,如《温病条辨》治于太阴暑温余邪不解,但头微胀,目不了了之清络饮,即本品与鲜银花、鲜扁豆花、西瓜皮等同用;又如暑湿泄泻,可配香薷、扁豆、藿香、佩兰;湿热下痢,可配黄连、厚朴、木香等。其利湿的作用,亦用于水肿,如《证治要诀》用荷叶烧存性,研末米饮调服,可治阳水浮肿。脾胃健运失职,消化不良,腹胀痞满者,可于健脾化滞药中佐用本品,如张洁古枳术丸,用荷叶烧饭合枳实、白术末,捣和为丸,以助脾运而升胃气。此外,《素问病机气宜保命集》中治雷头风之清震汤,亦用荷叶引清气上行头面,以助升麻、苍术祛散风邪湿毒。其止血之功,对各种失血证均可用本品烧灰或焙干为末内服;亦可以鲜荷叶擂水服。《本草纲目》崩中下血方,则与黄芩、蒲黄配伍,《妇人良方》四生丸,则以生荷叶、生地黄、生艾叶、生柏叶同用,以治血热妄行之吐血、衄血。荷叶能散瘀滞,孟诜《食疗本草》已有记载。《救急方》治产后瘀血不尽,心腹疼痛,《太平圣惠方》治扑打坠损,恶血攻心,闷乱疼痛,均以荷叶研末,童便调服;《证治准绳》治产后恶露不下,腹痛烦闷之荷叶散则更与桃仁、刘寄奴等活血祛瘀之品同用。此外,本品尚可外用于湿疮溃疡。如黄水疮,可烧炭研末,香油调敷;阴肿痛痒,可同浮萍、蛇床子煎水外洗;足胫溃疡,脓水淋漓,可配藁本煎水淋洗患处

等。煎服，3—10克；鲜叶15—30克。荷梗，有解暑清热、通气、利水之功。用于外感暑湿，胸闷、泄泻。

实验研究：荷叶含荷叶碱、原荷叶碱、莲碱、亚美罂粟碱、番荔枝碱、前荷叶碱、鹅掌楸碱，右旋-N-甲基乌药碱、去氢荷叶碱、去氢莲碱、去氢番荔枝碱、N-甲基异乌药碱。又含莲甙、槲皮素、异槲皮甙、维生素C、枸橼酸、酒石酸、苹果酸、草酸、琥珀酸、鞣质。荷梗含莲碱，原荷叶碱，亚美罂粟碱等生物碱，还含树脂及鞣质。

荷叶碱类对平滑肌有解痉作用。莲碱小剂量能兴奋呼吸，静脉注射可引起血压下降，剂量加大即导致阵发性痉挛。莲碱中毒量能引起各种动物的惊厥，苯巴比妥、水化氯醛有对抗作用。

山甘草

又名凉茶藤、土甘草、蝴蝶藤。为茜草科植物毛玉叶金花 Mussaenda pubescens Ait. f. 的茎叶或根。原植物分布于中国东部、南部和西南部。

本品味甘、微苦，性凉。功能清热解暑，利湿，解毒。主治感冒发热、中暑、咽喉肿痛、湿热泻痢、小便淋痛、咳喘、毒蛇咬伤及水火烫伤等。

用于防治中暑及感冒发热，可单取鲜根或全草煎服；也可与牡荆叶、薄荷配用。南方民间习用本品制成凉茶，作夏令解暑之清凉饮料。山甘草亦能清利咽喉，可与山豆根、夏枯草等合用治疗扁桃体炎、咽喉炎。其治哮喘、咳嗽，多与百部、牡荆叶、马鞭草等配用。治湿热或暑湿泻痢，可单用或与大叶桉同煎。若与神曲、生姜等伍用则可治消化不良。其根与银花藤、车前草配用可治湿热淋痛及肾炎水肿。本品治痈肿、毒蛇咬伤及水火烫伤，内服外敷均可。鲜叶捣烂绞汁服可治食物中毒。煎服，15—30克；鲜品，30—60克。

实验研究：叶含酚类、氨基酸、有机酸、糖类、豆甾醇、β谷甾醇等。茎含豆甾醇、β谷甾醇、阿江榄仁酸。

银柴胡

始载于《本草纲目》。又名土参。为石竹科植物银柴胡 Stellaria dichotoma L. var. lanceolata Bge. 的根。秋季茎叶枯萎时采挖，除去茎叶及须根，洗净泥沙，晒干。

根呈圆柱状或圆锥状，长15—40厘米，直径0.8—2.5厘米。表面淡黄色或灰黄色，有扭曲的纵皱纹和支根痕，并见有多数圆形或椭圆形的中央凹陷的小孔，习称“沙眼”；根头部有多数细小密集的白色疣状突起的芽痕，习称“珍珠盘”。质较松脆，易折断，折断时有粉尘飞出，断面粗糙，有裂隙，皮部甚薄，木部有黄白色相间的放射状纹理，习称“菊花心”。气微，味淡微甜。主产于中国宁夏、甘肃、陕西、内蒙古等省、区。

本品味甘，性微寒。归肝、胃经。功能清热凉血，退虚热，除骨蒸。主治阴虚发热、劳热骨蒸，以及小儿疳热。前人谓其退热而不苦泄，理阴而不升腾，故为治疗虚热的良药。

用于阴虚发热、劳热骨蒸，常与胡黄连、地骨皮、青蒿、鳖甲等清热滋阴药同用，方如《证治准绳》清骨散。小儿疳积发热，可与胡黄连、鸡内金、使君子、白术等配用。煎服，5—10克。外感风寒及血虚无热者忌服。

实验研究：银柴胡的根含汉黄芩素、6,8-二-C-半乳吡喃糖基芹菜素、6-C-半乳吡喃糖基异高山黄芩素、α菠菜甾醇、豆甾-7-烯醇及其棕榈酸酯、呋喃-3-羧酸。

白薇

始载于《神农本草经》。又名春草、薇草。为萝藦科植物白薇 Cynanchum atratum Bge. 或蔓生白薇 C. versicolor Bge. 的根及根茎。春、秋两季采挖，洗净，晒干。

白薇根茎粗短，呈类圆柱形，略横向生长，多弯曲呈结节状，长1.5—5厘米，直径0.5—2厘米。表面灰棕色或棕色，上端有圆形凹陷的茎痕或残留茎基，直径2—8毫米，下端及两侧簇生多数细长的根，形如“马尾”状，长短不一。根细长呈圆柱形，稍弯曲，长5—20厘米，直径1—2毫米，表面黄棕色，平滑或具细皱纹。质脆易断，断面平坦，皮部宽大，黄白色，中央木部细小，黄色。气微，味微苦。主产于中国安徽、湖北、辽宁等省。

蔓生白薇根茎较细，长2—6厘米，直径4—8毫米，残存茎基也较细，直径1—5毫米，根多弯曲。主产于辽宁、河北、河南、山西、山东、安徽等省。

本品味苦、咸，性寒。归胃、肺、肾经。功能清热凉血、利尿。主治风温发热、热病斑疹、病后潮热、骨蒸盗汗、疟疟、肺痨咳血、热淋、血淋、产后烦热呕逆等。

用于素体阴虚，复受风温之邪而见发热自汗，身重多眠者，本品与玉竹、石膏、麻黄、杏仁、独活等药同用，方如《千金要方》葳蕤汤。温病邪热入营，身热而见斑疹者，可配生地、丹皮、青蒿等药以清热凉血。本品既能退实热，又可退虚热。《本草正义》谓：“凡阴虚有热者，自汗盗汗者，久疟伤津者，病后阴液未复而余热未清者，皆为必不可少之药。”治热病后期，余热未清而午后潮热者，可配地骨皮、知母、沙参、天花粉等以养阴清热。用于肺结核病咳嗽、咯血、骨蒸盗汗，阴虚烦热者，可用本品配地骨皮、银柴胡、熟地、龟甲、阿胶等以滋阴除蒸退热。温疟久羁不解而低热阴虚者，亦可于治疟方中酌加本品以清虚热。治热淋、血淋，白薇常与白芍、生地、滑石、竹叶等清热利尿药同用。用于妇人忽然昏厥默默不知人，移时方寤之血厥证，可用白薇与当归、党参、甘草配用，如《本事方》白薇汤。此外，本品亦可用于痈疽肿毒、金疮出血。煎服，6—10克。脾胃虚寒、食少便溏者慎用。

实验研究：白薇根含白薇素、挥发油和强心甙。

地骨皮

始载于《神农本草经》。原名地骨，又名枸杞根皮。为茄科植物枸杞 Lycium chinense Mill.或宁夏枸杞 L. barbarum L.的根皮。春初或秋后采挖根部，洗净，剥取根皮，晒干。

根皮呈筒状、槽状或不规则片状。长 3—10 厘米，筒径 0.5—2 厘米，厚 1—3 毫米。外表面灰黄色至棕黄色，较粗糙，有不规则交错的纵裂纹，易剥落；内表面黄白色至灰黄色，较平坦，有细纵纹。体轻，质脆，易折断，断面外层较厚，灰黄色，内层灰白色。气微香，味稍甜而后苦。地骨皮中国大部分地区均产，宁夏地骨皮主产于宁夏、甘肃等省、区。

本品味甘，性寒。归肺、肾经。功能清热降火，滋阴凉血。主治骨蒸劳热、肺热咳喘、咳血、衄血、消渴等病症。本品甘寒清润而不伤阴，故对实热、虚热都适用。

临床用于虚劳骨蒸、潮热盗汗，如《证治准绳》清骨散、《卫生宝鉴》秦艽鳖甲散，均取本品与银柴胡、知母、鳖甲等清热滋阴药配用。若风寒散而未尽，寒热潮作，日久不休者，用地骨皮则兼走表里，亦可消其浮游之邪，常用防风、甘草配用。本品上清肺火，治燥热伤肺之咳喘、咳血，常配桑白皮、甘草等，如《小儿药证直诀》泻白散。凉血止血，用于吐血、衄血、尿血等证，常与丹皮、白茅根、侧柏叶等为伍。以其能下清肾热，故又治肾热消渴，《圣济总录》地骨皮饮，即以本品配伍瓜蒌根、芦根、麦冬等，治消渴饮水不止；亦治小便淋浊、尿血及妇人赤白带下。煎服，10—15 克。脾胃虚寒，食少便溏者非其所宜。

实验研究：根皮含甜菜碱、胆碱、苦阿胺 A 等生物碱及 β 谷甾醇、皂甙、亚油酸、桂皮酸、多量酚性物质及维生素 B_1。水浸、酊、煎剂、静脉注射或灌胃，对动物均有稳定而持久的降压作用，伴有心率减慢和呼吸加快，其降压原理与中枢有关，还可能有阻滞交感神经末梢及直接舒张血管的作用。地骨皮煎剂或提取物使血糖显著而持久地降低，其降血糖作用是由于含有胍的衍生物。对于注射肾上腺素引起的高血糖并无明显的对抗作用。此外，地骨皮浸膏尚能降低家兔血清胆固醇；水或醇提取物并具解热作用。

青蒿

始载于《神农本草经》。又名草蒿、蒿子、香蒿。为菊科植物黄花蒿 Artemisia annua L.或青蒿 A. apiacea Hance 的全草。中国大部分地区均产。

本品味苦、微辛，性寒。归肝、胆经。功能清热解暑，凉血，除蒸，截疟。主治外感暑热及温病热郁少阳，或邪伏阴分，发热不退，以及骨蒸劳热、疟疾寒热、湿热黄疸、风疹瘙痒等。

本品清解暑热，亦可单用开水泡服，或捣取自然汁服，或配伍应用，如暑邪挟湿，胸闷不畅，身热无汗，肢体困倦，可配藿香、佩兰、滑石等清解暑邪，宣化湿热；若中暑而见发热汗出、头痛等症，则可与西瓜皮、荷叶等同用。温病邪郁少阳，寒热如疟，热重寒轻者，本品常配黄芩、竹茹、半夏等以清泄少阳，方如《重订通俗伤寒论》蒿芩清胆汤。在温病后期，邪热耗阴，热留阴分，症见暮热早凉，热退无汗者，可用青蒿配鳖甲、知母、生地等以养阴透热，方如《温病条辨》青蒿鳖甲汤。对阴虚火旺所致的潮热骨蒸、低热不退，可配伍银柴胡、地骨皮等，以退热除蒸。青蒿可治疟疾寒热，但不耐久煎，当以水渍，绞汁服，也可研末内服。现从青蒿中提取的青蒿素及其衍生物蒿甲醚，对恶性疟及对氯喹耐药株有特效。青蒿又能清肝胆之热，有退黄与明目之功。用于湿热黄疸、发热、尿赤，可配茵陈、山栀等。用于肝火上炎的目昏，目赤，羞明，可配菊花、石决明等。因其有清热凉血止血作用，故捣汁饮服可治疗鼻衄；配生地、鳖甲、升麻煎服可治紫斑；单用研末内服，亦治痔血、便血；外敷可止创伤出血。此外，本品尚可外治疥疮、湿疹、风疹瘙痒及脂溢性皮炎。煎服，3—10 克；治疟疾可用 20—40 克，不宜久煎。治骨蒸潮热，亦可用鳖血拌炒。

青蒿子凉血、退虚热、明目之功与青蒿同，治上述诸证均可应用；治积热眼涩，用青蒿子以童便浸渍后阴干研末服，如《十便良方》清金散。

实验研究：青蒿全草含挥发油，内含 β 波旁烯、α 石竹烯及 β 石竹烯、乙酸金合欢酯、三环印须芒烯，以及 α 蒎烯和 β 蒎烯、莰烯、柠檬烯、桉叶素、荜澄茄烯、蒿属酮、α 侧柏酮、玷玔烯等。还含东莨菪素、东莨菪甙、芸香甙、绿原酸、咖啡酸、甲基肌醇、胆碱、腺嘌呤、腺甙、鸟嘌呤、鞣质等。又从花序分离出 7-甲氧基香豆素、7,8-二甲氧基香豆素、白瑞香素等多种香豆素类物质。

黄花蒿全草含挥发油，内含蒿属酮、左旋樟脑、桉叶素、乙酸蒿属醇酯、蒎烯、莰烯、荜澄茄烯等。还含青蒿素、青蒿乙素、东莨菪素、艾黄素、泽兰素、槲皮万寿菊素、青蒿酸及其甲酯、青蒿醇、青蒿内酯等。

青蒿素有显著抗疟作用。但易复发，对红细胞前期及其组织期无效。青蒿素对于抗氯喹的疟原虫感染亦有效，与氯喹之间有低度交叉抗药性。青蒿素能破坏滋养体的膜结构，导致虫体结构的瓦解。青蒿素对动物血吸虫病有效，对血吸虫成虫有杀灭作用，可使虫体肝移。对大鼠华支睾吸虫病亦有良效。青蒿素口服迅速吸收，分布广泛。组织中以胆囊、肝和肾含量最高，排泄较快，有效血浓度维持时间短，故易复发。

临床对间日疟、恶性疟、抗氯喹恶性疟及脑型疟疾均有效。特点是作用快，一般毒、副反应小。琥珀酰还原青蒿素单酯钠(804-Na)可溶于水，能静脉注射抢救恶性脑型疟，效果显著。一般每日肌注青蒿素 0.3 克，总剂量 0.9—1.2 克，严重病例首次剂量可加倍。无明显不良反

应,病人治疗后,血清丙氨酸转氨酶、心电图以及非蛋白氮均未见异常。孕妇中心、肝、肾病患者用本品也很安全。青蒿素存在的问题是对妊娠早期妇女的胚胎毒性和致畸作用的可能性。偶见注射局部轻度疼痛。

胡黄连

始载于《新修本草》。又名假黄连。为玄参科植物胡黄连 Picrorrhiza scrophulariiflora pennell 的根茎。秋季采挖,除去地上部分,洗净泥土,晒干。

胡黄连根茎呈圆柱形,略有弯曲,长 3—12cm,直径 0.3—1cm。表面灰棕色或暗棕色,粗糙,有纵纹或横环纹,并有突起的芽痕或根痕,顶端密被鳞片状叶柄残基,灰棕色或黄棕色,有的根茎带有少数须根,外皮易脱落。体轻,质坚而脆,易折断,断面平坦,栓皮灰棕色,皮部暗棕色,木部黄白色,有 4—9 个维管束排列成环状,髓部灰黑色或暗棕色。气微,味极苦。土产中国西藏南部。

本品味苦,性寒。归肝、胃、大肠经。功能清热,燥湿,解毒,杀虫。主治骨蒸劳热、小儿疳积、黄疸、痢疾、吐血、衄血以及疮疡等。

胡黄连人血分,擅清脏腑、骨髓中邪热及阴分伏热,故凡阴虚骨蒸劳热,小儿疳热,用之咸宜。如潮热、低热日久不退,五心烦热,形瘦颧红,自汗、盗汗,用本品与银柴胡、知母、青蒿、地骨皮等配用,方如《证治准绳》清骨散。治伤寒劳复,身热,溲赤,本品与山栀、猪胆汁为丸,童便送服。小儿疳热,肚腹膨胀,大便不调,烦躁哭闹,潮热往来,毛发枯焦,可于党参、白术、山楂、使君子、鸡内金等健脾消积药中加人胡黄连以清肝脾伏热;疳热重者,《全幼心鉴》用以配雄黄、五灵脂、猪胆汁等为丸服。肝火上攻于目、干涩羞明、睛生黑衣或溃疡,发为疳眼,则可用本品同鸡肝煮服;或研粉以人乳汁浸液滴眼。用胡黄连之乳汁浸液滴眼,或配野菊花煎液洗眼,并治风热所致的目昏、目赤肿痛,同时也可配柴胡、连翘、益母草煎服。胡黄连功能清泄湿热,故又可用于湿热黄疸,如《小儿卫生总微论方》以本品与川连研为末,纳人黄瓜中以面裹煨,捣为丸服,治小儿黄疸。治热痢腹痛,可单味研末服,或配槟榔、白芍煎服;若血痢不止,则配乌梅肉、灶心土同用。本品能凉血止血,与生地、猪胆汁为丸,白茅花煎汤送服,可止吐血、衄血。胡黄连苦寒沉降,善于清导下焦湿热,故治痔漏疮肿等证亦可用之。如《孙天仁集效方》治痔疮肿痛难忍者,将本品研末,用鹅胆汁调涂。《外科正宗》黄连闭管丸则配穿山甲、槐花、石决明等治痔漏成管。本品对皮肤粘膜部位的红肿热痛及坏疽性损害,亦有较好效果,可用治疳蚀生疮,如《外科真铨》神妙散治鼻疳,与朱砂、儿茶等研匀撒患部;《外科大成》牛黄生肌散治牙疳臭烂,配人中白、珍珠、牛黄、冰片等研细外用。此外,治口舌生疮、咽喉肿痛,可与朱砂、石膏配用;阴肿生疮,可与胡粉、白矾捣匀,生油调涂。内服还治杨梅恶疮,可与当归、甘草、猪胰同煎。煎服,3—9 克。脾胃虚寒者勿用。

实验研究:胡黄连根含胡黄连素 3.4%、D-甘露醇 0.5%、香荚兰酸 0.1%、胡黄连醇 0.08%、胡黄连甾醇 0.18%及香荚兰乙酮。胡黄连素并非一个简单化合物,而是胡黄连苦甙Ⅰ、胡黄连苦甙Ⅱ和胡黄连甙的稳定混晶。西藏胡黄连根茎含胡黄连苦甙Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ,还含游离的香荚兰酸、桂皮酸、阿魏酸。

根的提取物有利胆、抗菌作用,可用于肝炎及尿路感染,水浸剂在试管内对堇色毛癣菌等皮肤真菌有不同程度的抑制作用。

十大功劳叶

始载于《本草再新》。又名功劳叶。为小檗科植物阔叶十大功劳 Mahonia bealei(Fort.)Carr 或十大功劳 M. fortunei(Lindl.)Fedde 的叶。原植物前者分布中国陕西、河南、安徽、浙江、江西、福建、湖北、湖南、四川等省,后者分布浙江、江苏、江西、福建、湖南、湖北、四川等省。

本品味苦,性凉。归肺、肾经。功能清热养阴,壮腰健肾。主治肺痨咳血,潮热骨蒸,头晕耳鸣,腰膝酸软,目赤肿痛等。

治肺痨咳嗽痰血,骨蒸潮热,可与地骨皮、百部、仙鹤草、旱莲草、女贞子等药配用。用于腰膝酸软,头晕耳鸣,常与熟地、怀牛膝、沙苑子、续断等同用。其清热之功,内服还用于风火牙痛,及目赤肿痛。煎服,10—30 克。

阔叶十大功劳等的根和茎名功劳木,治急性肠炎、细菌性痢疾、传染性肝炎、支气管炎、肺炎;人乳浸汁滴眼治目赤肿痛;煎洗或研末调敷湿疹、疮毒。

实验研究:阔叶十大功劳茎及叶均含小檗碱。狭叶十大功劳叶含小檗碱、掌叶防己碱、药根碱、木兰碱等。

小檗碱有抗菌作用;药根碱及掌叶防己碱对麻醉动物有轻度降低血压作用,低浓度能兴奋离体兔肠管,高浓度则使张力升高而运动抑制。

枸骨叶

始载于《本草拾遗》。又名猫儿刺、八角茶、羊角刺、功劳叶。为冬青科植物枸骨 Ilex cornuta Lindl. 的叶。主产于中国河南、湖北、安徽、江苏、浙江等省。

本品味苦,性凉。归肝、肾经。功能养阴清热,益肝肾,祛风湿。主治肺痨骨蒸、咳血、头晕耳鸣、腰膝酸软及关节痛。

用治肺痨骨蒸潮热、咳嗽、咯血,可与沙参、麦冬、白及等配合应用。若肝肾阴虚、头晕耳鸣、腰膝酸软,可与枸杞子、女贞子、旱莲草等同用。《本经逢原》有用本品与红枣熬膏蜜收内服,调养气血治劳伤失血痿软。若用于风湿引起的腰痛及关节痛,可单味或配枸杞子、五加皮、牛

膝、木瓜、当归等浸酒服。本品烧灰淋汁涂或稠煎敷白癜风。煎服，9—15克。脾胃虚寒作泻及火衰阳痿者忌用。

实验研究：枸骨树皮、枝叶含咖啡碱、挥发油、鞣质。

注射液可增加豚鼠离体心脏冠脉流量，加强心肌收缩力。醇提取物对小鼠有避孕作用。

牡蒿

始载于《名医别录》。又名齐头蒿、牛尾蒿、土柴胡。为菊科植物牡蒿 Artemisia japonica Thunb. 的全草。中国大部分地区均有分布。

本品味苦、甘，性微寒。功能清热解毒，截疟，止血。主治感冒发热、乳蛾肿痛、肺结核潮热、疟疾寒热、外伤出血、便血、功能性子宫出血及疮疡、湿疹等。

暑热感冒，可用本品单味煎服；风热乳蛾肿痛，用鲜牡蒿与鲜土牛膝同煎，能退热消肿止痛；如与枸杞根同煎，则可治疗肺结核引起的潮热；疟疾寒热，可与马鞭草煎服。本品有凉血止血之功，外用鲜叶捣烂可敷外伤出血；揉搓塞鼻能止鼻衄；煎服可止便血；与侧柏叶、鲜苎麻根同用，可治功能性子宫出血。本品捣敷可治疮疡；煎水作洗剂，可治疥疮、湿疹。煎服，9—15克。

实验研究：牡蒿全草含挥发油，内有玷𤉗烯、乙酸金合欢醇酯、石竹烯、三环印须芒烯、β律草烯、ε荜澄茄烯、δ荜澄茄烯及γ荜澄茄烯、α蒎烯和β蒎烯、莰烯、柠檬烯、桉叶素、蒿属酮、α侧柏酮、蒿属醇和β波旁老鹳草烯。又含香豆精、脱肠草素、二甲基马栗树皮素、东莨菪素、异梣皮定、β谷甾醇。

煎剂在试管内对钩端螺旋体有抑制作用。乙醇或丙酮的提取物在体外有抗红色毛癣菌的作用。

祛风湿药

凡能祛除肌肉、经络及筋骨间风湿，以蠲痹止痛为主要功用的药物，称为祛风湿药。

祛风湿药，一般都具有祛风湿止痛和舒筋活络的作用，其中有些药物还兼有活血祛瘀、强壮筋骨的功效，适用于风湿疼痛，关节不利，筋脉拘急，麻木不仁，以及腰膝酸痛、下肢痿弱等证。根据祛风湿药性味、功用和适应证的不同，大体可分为祛风止痛与舒筋活络两类。

祛风止痛药　本类主要药物有独活、威灵仙、秦艽、广防己、八角枫等。祛风止痛药大多辛散温通，具有明显的祛风止痛作用。但痹证的主要致病因素风寒湿三气往往同时杂见，或各有偏胜，选药必须根据证候特征，掌握主次，恰当配伍，如偏于风胜的行痹，疼痛多游走不定，以选用祛风药为主，佐用养血和营及除湿药；偏于寒胜的痛痹，疼痛较剧，遇寒加重，当选用温经散寒药为主，加配祛风除湿药；偏于湿胜的着痹，多下肢酸痛重着，或见腫肿，则以选用除湿祛风药为主，酌配散寒或通络之品。若风寒湿痹郁久化热，或风湿与热相搏，阻于经脉关节，则成热痹，证见关节红肿热痛，屈伸不利，又当选用清热通络药为主，佐以祛风化湿药治之。此外还须注意，风寒湿痹初起，邪在肌表而腰以上疼痛较甚者，酌配发散风寒药，使邪从表解；若邪入经络筋骨之间，腰际下部痛甚者，须配温经兼活血通络药。

舒筋活络药　本类主要药物有木瓜、伸筋草、络石藤、白花蛇等。本类药物除分别具有舒筋、活络的作用外，有些药物还具有强筋健骨的双重作用。适用于风湿痹痛兼关节屈伸不利，筋脉拘挛，甚或肢体麻木、瘫痪等，常与活血通络或祛痰、行气药配用；有些药物还可用于久病风湿患者之腰膝酸痛、步履乏力以及肾虚骨痿等证。每与补养气血或补益肝肾药同用。

风湿痹痛，常迁延成慢性疾病，故使用祛风湿药，除入煎剂内服外，亦多配成丸、散、酒剂，便于长期服用。其中，酒剂尤为常用，因其善通经络，可增强药效。部分祛风湿药还可外用，如煎汤熏洗、热敷局部以及制成软膏外贴等。

祛风湿药的性味，以辛散、温燥者为多，易于耗气伤血，少数药且有毒性，不宜久服。对气血不足及阴虚患者，宜从小剂量开始，并酌情与补益药配合应用。

独活

始载于《神农本草经》。为伞形科植物重齿毛当归 Angelica pubescens Maxim. f. biserrata Shan et Yuan 或毛当归 A. pubescens Maxim. 等的根。前者药材称川独活，后者药材称香独活。秋末冬初茎叶枯萎或春初苗刚发芽时采挖，除去地上部分及须根，洗净泥土，烘至半干，堆放2—3日待发软后，再烘干。

川独活根略呈圆柱形，长10—30厘米，直径0.5—1.5厘米，有数个分枝。根头部圆锥形，膨大，直径1.5—3厘米，顶端有密集的环列叶柄痕及凹陷的茎痕。表面灰黄色或灰棕色，粗糙，具纵皱纹及横裂纹，并有多数横长皮孔及细根痕。质较硬，回潮则变软，断面皮部呈灰白色，有裂隙，具细密的油点，木部黄棕色，形成层环棕色。有特异香气，味辛苦，微麻舌。主产于中国四川、湖北、陕西省。

香独活根呈类圆柱形，略弯曲。长5—12厘米，直径1.5—3厘米，下部分枝较多。断面平坦，皮部灰白色，木部暗紫色。其他特征与川独活相似。气芳香，味微甘、辛。主产于浙江、安徽、江西省。

本品味辛、苦，性温。归肾、膀胱经。功能祛风胜湿，散寒止痛。主治风寒湿痹，腰膝酸痛，风寒头痛，中风偏瘫等病症。

《名医别录》谓其"治诸风，百节痛风无久新者"。故为治疗风寒湿痹、肌肉、关节疼痛之要药。以其主入下焦足少阴经，故腰以下之寒湿痹痛尤为多用。一般常与其

他祛风湿药及活血通络药同用,如秦艽、防风、细辛、川芎、芍药之类。治疗肝肾两亏,气血不足,感受风寒湿邪而引起的腰膝冷痛、肢节屈伸不利,则又可配桑寄生、杜仲、地黄、当归、人参等补肝肾、益气血之品以标本同治,如《千金要方》独活寄生汤。本品也可治疗因风寒感冒所引起的头痛、恶寒、发热、腰腿酸痛,因其善能燥湿,故风寒挟湿者更为适用,临床多与羌活、荆芥、防风等同用。其治少阴风寒头痛,则宜与细辛、川芎等配伍。治风着人面,面瘫口歪,用本品配地黄汁,竹沥煎服。此外,本品配生地、赤芍、丹皮、石膏等,亦可治风热(火)牙痛。《证治准绳》治风毒牙痛之独活散,则配细辛、羌活、川芎、生地等,均取其祛风止痛的功效。煎服,3—9克。阴虚血燥者慎用。

实验研究:重齿毛当归根和毛当归根均含欧芹酚甲醚、二氢山芹醇及其乙酸酯、二氢山芹醇当归酸酯、伞形花内酯。重齿毛当归根还含香柑内酯。毛当归根还含欧芹酚、兴安白芷内酯和八种独活香豆素。

香柑内酯对离体兔回肠具有明显的解痉作用。它是"光活性物质",当其进入机体后,一旦受到日光或紫外线照射,则可使受照射处皮肤发生日光性皮炎,局部发生红肿,色素增加。这类物质可用来治疗白癜风。香柑内酯对艾氏腹水癌细胞有杀灭作用。

威灵仙

始载于《新修本草》。又名铁脚威灵仙、老虎须、黑骨头、铁扫帚。为毛茛科植物威灵仙 Clematis chinensis Osbeck、棉团铁线莲 C. hexapetala Pall. 及东北铁线莲 C. manshurica Rupr. 等的根及根茎。秋季采挖,除去泥土及地上部分,洗净,晒干。

威灵仙根茎呈不规则圆柱形,长1.5—10厘米,直径0.3—1.5厘米;表面灰黄色或棕褐色,皮部常脱裂而呈纤维状,有隆起的节,上端常残留木质茎基,两侧及下端丛生多数细根。根呈细长圆柱形,稍弯曲,长10—20厘米,直径1—2毫米;表面棕黑色或黑褐色,有微细纵皱纹,有时皮部脱落而露出淡黄色木部。质坚脆,易折断,断面平坦,皮部与木部易脱离,皮部灰白色,木部淡黄色,类方形。气微,味微苦。主产于中国安徽、江苏、浙江等省。

棉团铁线莲根茎呈短柱状,长1—4厘米,直径0.5—1厘米。根较细小,呈圆柱形,长4—10厘米,直径0.8—2毫米;表面棕黑色或黑褐色,具细纵纹;断面平坦,黄白色,木部与皮部间常有裂隙,木部细小,略呈类圆形。味微苦咸。主产于山东、河北、辽宁、黑龙江、吉林等省。

东北铁线莲根茎呈柱形,长1—10厘米。直径0.5—2.5厘米。根细长较密集,弯曲如马尾状,长5—23厘米,直径1—4毫米;表面棕黑色或棕褐色,有多数明显的细皱纹;断面皮部薄,白色,木部近圆形。味辛辣。主产于辽宁、吉林、黑龙江等省。

本品味辛、苦,性温。归膀胱经。功能祛风除湿,通络止痛,宣通五脏,去腹内冷滞,心膈痰水,散癖积,消骨鲠。主治痛风顽痹、关节疼痛、屈伸不利、腰膝冷痛、癥瘕积聚、诸骨鲠咽等。

威灵仙性急善走,通达经络,为风湿痹痛的常用药物,而痹痛呈游走性者尤为合宜。如治上半身痹痛,可佐以羌活;治下半身痹痛,可佐以牛膝。用治腰腿疼痛,病由湿热引起的,可配黄柏、防己、木瓜等清热利湿药;由寒湿所致的,可配苍术、桂枝等温经燥湿药。《普济方》则用威灵仙合生川乌、五灵脂,治手足麻痹,时发疼痛,或打扑伤损,痛不可忍,或瘫痪等症。如风寒湿痹日久,则与木瓜、苍术、乌药、黄芪等药同用。《济生方》威灵仙丸配黄芪、枳实,治老人大便秘结。威灵仙还可疏通血滞痰阻,用治癥瘕积聚,腹中痞块。可合桃仁、延胡索等以增强活血通络的作用。亦可合当归、没药、木香、桂心等以治妇人血气滞痛,如《妇人良方》威灵仙散。《外科精义》载,威灵仙煎汤先熏后洗肛部,可治痔疮肿痛。本品治疗诸骨鲠咽颇有效验,《本草纲目》用威灵仙合砂仁、砂糖煎汤温服;现代多单用本品30克,煎水分次含口中缓缓咽下,或和以适量之米醋、砂糖。煎服,5—10克。

实验研究:威灵仙根含白头翁素、白头翁内酯、原白头翁素。又含甾醇、酚类、氨基酸和多种三萜皂甙。皂甙元为齐墩果酸或常春藤皂甙元。棉团铁线莲根含生物碱、白头翁素、谷甾醇、肉豆蔻酸、α亚油酸及β亚油酸等。东北铁线莲根含多种三萜皂甙称为铁线莲甙。皂甙元均为齐墩果酸。

煎剂对小鼠、大鼠及兔离体肠管有明显的兴奋作用。威灵仙根的稀醇提取液对小鼠中期妊娠有引产作用。威灵仙煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、志贺痢疾杆菌有抑制作用,水浸剂对奥杜盎小孢子菌有抑制作用。原白头翁素对革兰阳性及阴性细菌和真菌都有较强的抑制作用,能对抗组胺引起的支气管痉挛,还可拮抗组胺对豚鼠回肠的收缩作用。

植株的粘液或原白头翁素具刺激性,接触过久可使皮肤发泡,粘膜充血。

香加皮

又名山五加皮、北五加皮、杠柳皮。为萝藦科植物杠柳 Periploca sepium Bge. 的根皮。主产于中国山西、河南、河北等省。

本品味苦、辛,性温。有毒。归肝、肾、心经。功能祛风湿、强筋骨,利尿消肿。主治风湿痹痛、腰膝酸软无力、水肿、小便不利等。

治风寒湿痹及关节拘挛疼痛,可与秦艽、桂枝、海风藤、牛膝等煎服或浸酒饮。治小儿筋骨痿弱、脚软行迟,则与木瓜、牛膝研末服。用治水肿、小便不利及阴囊水肿,可配姜皮、茯苓皮、陈皮、大腹皮等同用。本品且有一

定强心作用,对于轻度心力衰竭之心慌、气短、足腿肿亦有效。煎服,4.5—9克。本品有毒,不可作五加科植物五加皮的代用品,也不宜过量服用和久服。中毒后可引起震颤麻痹,甚至死亡。

实验研究:茎皮和根皮含十余种甙类化合物,已知其结构的有强心甙杠柳毒甙和皂甙杠柳甙K1、H1、H2、E。还含4-甲氧基水杨醛、α香树脂醇和β香树脂醇和它们的乙酸酯、β谷甾醇及其葡萄糖甙等。

α香树脂醇以及α香树脂醇乙酸酯和β香树脂醇乙酸酯对动物有抗炎作用,对角叉菜胶或醋酸所致实验性关节炎及棉球肉芽肿等有抑制作用,后者的作用强于前者。抗炎作用可能为其"抗风湿"作用的基础。

茎皮和根皮的醇提取物有洋地黄样强心作用,主要强心成分杠柳毒甙,猫单位为0.121毫克,作用特点与毒毛旋花子素相似,即作用快而短,无蓄积。杠柳毒甙有抗胆碱酯酶作用,还能提高动脉血中氧合血红蛋白的含量,促进脑组织对氧的吸收,提高骨骼肌内氧的张力。本品因其香气浓而价廉,常充作五加皮制酒或药用,实际本品与五加皮不同科,成分也不同,本品含强心甙比较多,茎皮可含1.02%—2.08%,根皮可含0.3%—0.5%,毒性较大。

秦艽

始载于《神农本草经》。又名秦胶、秦纠、左扭。为龙胆科植物秦艽 Gentiana macrophylla Pall. 或小秦艽 G. dahurica Fisch.、麻花秦艽 G. straminea Maxim、粗茎秦艽 G. crassicaulis Duthie ex Burk. 等的根。春、秋两季采挖,除去残基及须根,晒至八成干,再堆置"发汗",使其变软至内部变成肉红色时,晒干,亦可直接晒干。小秦艽趁鲜除去黑皮,晒干。

秦艽根呈圆锥形或圆柱形,上粗下细,中部呈螺旋状扭曲,长10—30厘米,直径1—3厘米,表面灰黄色、棕黄色或淡黄色,有纵向或扭曲的纵沟。根头部稍膨大有残存茎基及短纤维状的叶基维管束。质坚而脆,易折断。断面不平坦,皮部黄色或棕色,木部土黄色。气特异,味甚苦微涩。主产于中国陕西、甘肃等省。

麻花秦艽呈类圆锥形,多由数个小根纠聚而膨大,直径可达7厘米。表面棕褐色,粗糙,有裂隙呈网状孔纹,质松脆,易折断,断面多呈枯朽状。臭微,味苦微涩。

粗茎秦艽根多为独根,稍粗大,多不分枝,很少互相扭绕。根头部多淡黄色叶柄残基及纤维状的叶基维管束,表面黄棕色或暗棕色,外皮松泡,有稍纵向扭曲的皱纹。臭味同上。

小秦艽根较前者为小,呈圆锥形或圆柱形,主根1个或下部分成数枝,长8—20厘米,直径0.2—1厘米。未去皮者表面棕黑色或黄棕色,有纵向或扭曲的沟纹;已去皮者表面黄色。根头部较细,表面有横向纹理,有残存的茎基及纤维状的残叶维管束。质轻,松脆,易折断。断面裂片状,粗糙,黄白色。气微,味苦涩。主产河北、内蒙古及陕西等省、区。

本品味苦、辛,性平。归胃、肝、胆经。功能祛风湿,除虚热,利湿退黄。主治风湿痹痛、筋骨拘挛、骨蒸潮热、小儿疳热、湿热黄疸、肠风便血、血痔便秘等。

用于风湿痹痛、筋骨拘挛,如风盛配羌活、防风;寒盛配附子、桂枝;湿盛配苍术、苡仁;热盛配黄柏、地龙;筋骨拘挛配炮山甲、牛膝、木瓜。现代用于风湿性与类风湿性关节炎,常与嫩桑枝、威灵仙配用。盖秦艽长于从营血中搜除风寒湿三气痹闭之邪而使关节筋脉通利,故前人称为"三痹必用之药"。《医学启源》云能"养血荣筋,中风手足不遂者用之"。临床用治中风半身不遂,如气虚者,配人参、黄芪、白术、甘草;属血虚者,配当归、熟地、白芍、首乌。《日华子本草》云,秦艽"主传尸骨蒸,治疳及时气",临床常用于风劳骨蒸潮热,配知母、鳖甲、地骨皮、银柴胡,如《卫生宝鉴》秦艽鳖甲散;亦治小儿疳热羸瘦,如《小儿药证直诀》秦艽散,均取其有疏风和血以退虚热的功效。唐甄权谓:"利大小便,瘥五种黄病,解酒毒。"而孙思邈治黄疸皮肤眼睛如金黄色,小便热赤者,以秦艽与牛乳合煎,去滓纳芒硝服;临床治疗湿热黄疸,用茵陈、栀子、黄柏等常法而乏效者,益以秦艽,并重用白鲜皮,则退黄迅速而效显;用治酒疸,常与葛根、茵陈、五味子配用。秦艽质润性滑,还可用治肠痔便秘等肛肠疾患,如治肠风便血,可配黄连、地榆等药以清热止血;治血痔便秘,须合白术、归尾、桃仁、枳实等药以润燥通便去瘀,如李东垣秦艽白术丸。若大便秘结因于肺郁气滞者,则秦艽与紫菀合用,取肺与大肠相表里,肺气利则大便自通。煎服,6—10克。下部虚寒,小便不禁,大便滑者慎服。

实验研究:秦艽根含秦艽碱甲(即龙胆碱)、秦艽碱乙(即龙胆次碱)、秦艽碱丙。还含挥发油及糖类。根又含苦味成分龙胆苦甙,含量为0.2%—0.4%。

小秦艽根含苦味成分龙胆苦甙。

动物试验证明,秦艽碱甲有明显抗炎作用,也有一定的抗过敏性休克及抗组胺作用,还使毛细血管通透性明显降低。临床上可用于风湿性关节炎。秦艽碱甲对中枢神经系统有明显镇痛和镇静作用,能增强戊巴比妥钠的催眠作用,但大剂量反而出现兴奋,甚至惊厥。秦艽碱甲还可升高血糖,这主要是由于释放肾上腺素引起的。

徐长卿

始载于《神农本草经》。又名寮刁竹、一枝香、蛇草、痢止草。为萝藦科植物徐长卿 Cynanchum paniculatum (Bunge) Kitagawa 的根及根茎或带根全草。夏、秋两季挖掘全草,取根或全草,去净杂质,晒干或晾干。

根茎短,呈不规则柱形,有盘节,上端有茎痕,四周着生多数细长的根,根呈圆柱形,长5—20厘米,直径1—

1.5毫米,表面土黄色或淡棕黄色,具细微纵皱纹及支根痕。质坚实,断面粉性,皮部黄白色,形成层环淡棕色,木部细小,淡黄色。气香特异,味微辛,有麻舌感。主产于中国江苏、浙江、安徽、山东、湖北、湖南、河南等省。

本品味辛、性温。归肝、脾、胃经。功能祛风止痛,行气化湿,解毒消肿。主治风湿痹痛、腰痛、脘腹寒痛、痛经、牙痛、跌打损伤疼痛,以及泄泻、痢疾、水肿、腹水、风疹瘙痒等。本品止痛作用较好,适用于多种痛症,单用研末服,亦可随证配伍,以加强疗效。

风湿痹痛,可配千年健、防己水煎服或浸酒服。脘腹寒痛,可与延胡索、木香、香附研末服。痛经,配月季花、川芎以行气活血止痛。牙痛,除内服外,另煎水含漱。跌打肿痛,煎水熏洗,或取鲜品捣烂敷患处。现亦用于手术后疼痛。本品又为治疗皮肤病的有效药物,可用于风疹块、湿疹、带状疱疹、牛皮癣及其他瘙痒性皮肤病,以之煎汤内服,同时外洗。对毒蛇咬伤也有一定治疗作用,常与野菊花、半边莲、七叶一枝花等同用。此外,徐长卿尚可用治疟疾,于疟发前4小时水煎服。煎服,3—10克,不宜久煎;研末服,1.5—3克。

实验研究:全草含牡丹皮酚约1%。又找出与肉珊瑚甙元、去酰牛皮消甙元、茸毛牛奶藤甙元和去酰萝藦甙元极相似的物质以及乙酸、桂皮酸等。根含黄酮甙、糖类、氨基酸、牡丹皮酚。

牡丹皮酚有镇静、催眠、抗惊厥、镇痛和解热作用,并有降低血压和在试管内的抑菌作用。(见"牡丹皮"条)

广防己

又名防己马兜铃、木防己、百解头。为马兜铃科植物广防己 Aristolochia fangchi Y.C.Wu ex L.D.Chou et S.M. Hwang 的根。主产于中国广东、广西等省、区。

本品味苦、辛,性寒。功能祛风止痛,清热利水。主治风湿痹痛、下肢水肿、小便不利等病症。用于风湿痹痛,可配鸡血藤、威灵仙、秦艽等祛风通络止痛之品;如属热痹,关节红肿疼痛较著,发热、口渴者,可配知母、黄柏、牛膝等同用。用于水肿、小便不利、汗出、恶风者,宜配黄芪、白术等以固表益气、祛风行湿。本品内服,亦治湿热疮毒;治毒蛇咬伤,除内服外,还可用鲜根捣烂外敷伤口周围。煎服,4.5—9克。

实验研究:根含木防己素甲、乙、丙、丁及马兜铃酸、尿囊素。

水溶性生物碱部分有镇痛作用。

木防己

始载于《本草拾遗》。又名土防己、青藤根、青檀香。为防己科植物木防己 Cocculus orbiculatus(L.)DC.的根。原植物分布于中国华东、中南、西南地区及河北、陕西、甘肃等省。

本品味苦、辛,性寒。归膀胱经。功能祛风止痛,利水消肿。主治风湿痹痛、肋间神经痛、水肿、脚气、淋病、湿疹。捣敷治跌打肿痛、蛇咬伤,有解毒作用。煎服,6—12克。

实验研究:木防己根含木兰碱,另含木防己碱、异木防己碱、木防己胺、木防己宾碱、毛木防己碱、去甲毛木防己碱、木防己新碱、二氢刺桐碱、衡州乌药灵、木防己里定碱。

木防己碱对发热家兔有降温作用,能使兔血压下降,血管收缩;小量能增强小肠、子宫的收缩;大量则麻痹之。对破伤风、白喉杆菌的外毒素以及河豚毒素对小鼠的致死作用,有某些保护作用。木防己胺有中枢抑制作用。木兰碱有降压及神经节阻滞作用。

地不容

始载于《新修本草》。又名解毒子、地芙蓉、山乌龟、金线吊乌龟、金不换。为防己科植物地不容 Stephania epigaea H.S.Lo 的块根。原植物分布于中国云南、四川等省。

本品味苦、辛,性寒。有毒。功能清热解毒,止痛,截疟。用于痈疽肿毒、疔疮及湿疹、胃痛、腹痛、风湿关节疼痛、疟疾等。

如治痈肿,可研末以蜂蜜或鸡蛋清调敷患处。治湿疹瘙痒,煎水洗。治咽喉肿痛,可与山豆根、射干等为末蜜丸,噙化。近年有以本品制成多种剂型用于止痛,如以本品单味制成注射液,治胃痛、胆绞痛、肾绞痛及术后疼痛等症;与制酸、止痛、收敛、止血之海螵蛸、白及,配制成复方片剂,用于胃、十二指肠溃疡及胃炎。配合红花、雪上一支蒿等祛风活血止痛药,制成复方酊剂外搽,可治跌扑伤痛及风湿关节痛。另外,用本品提取物制成的环轮宁有明显降压作用,可用于麻醉期间控制性降压。煎服,3—6克;研粉服,0.5—1.5克。本品内服用量过大,能引起呕吐。孕妇及气血虚者忌服。

实验研究:地不容块根含生物碱2.2%,已从中分得地不容碱、16-氧地不容碱、小檗胺、异粉防己碱、四氢掌叶防己碱、轮环藤宁碱、头花千金藤碱、木兰碱等。

千金藤

始载于《本草拾遗》。又名金线钓乌龟、山乌龟、天膏药。为防己科植物千金藤 Stephania japonica (Thunb.) Miers 的根或茎叶。原植物在中国长江流域以南各省均有分布。

本品味苦,性寒。功能祛风利湿,活血止痛,清热解毒。主治风湿性关节炎、咽喉肿痛,水煎服。对胃痛、腹痛,有一定止痛效果,可用根研末服或水煎服。又治水肿

脚气,可配五加皮、三白草根,以增强利尿作用。与车前草同用,亦治湿热淋浊。此外,痈疖肿毒、毒蛇咬伤,可用根煎服,或用鲜茎叶捣敷。煎服,9—15克。

实验研究:根和茎中主要成分和有效成分是生物碱。已分离出的生物碱有:千金藤碱、表千金藤碱、次表千金藤碱、千金藤福灵碱、千金藤比斯碱、原千金藤碱、和千金藤碱、间千金藤碱、高千金藤醇灵碱、千金藤默新碱、表千金藤默新碱、氧化千金藤默新碱、氧化千金藤碱、莲花宁碱、毛叶含笑碱、轮环藤酚碱、岛藤碱、16-氧化原间千金藤碱、16-氧化莲花宁碱、千金藤诺灵碱、千金藤松诺林碱。千金藤碱有阻断神经节的作用,可降低血压;还能抑制动物胃的收缩,对结扎幽门的大鼠所引起的胃液及胃酸的分泌有轻度抑制作用。轮环藤酚碱有松弛横纹肌的作用,但强度弱于蝙蝠葛任碱(1/20),可被新斯的明所拮抗。

青风藤

始载于《本草图经》。原名清风藤,又名寻风藤、追骨风。为防己科植物青藤 Sinomenium acutum (Thunb.) Rehd. et Wils. 或毛青藤 S. acutum (Thunb.) Rehd. et Wils. var. cinereum Rehd. et Wils. 的藤茎。产于中国湖北、浙江、安徽、河南、陕西、四川等省。

本品味辛苦,性平。有小毒。归肝、脾经。功能祛风湿,通经络,利水消肿。主治风湿痹痛、关节肿大、肢体麻木、鹤膝风及脚气水肿等。用治风湿痹痛,可同汉防己水酒煎服,或与红藤、桂枝、牛膝配伍。病久体虚者,应与补养药同用。《本草汇言》称清风藤治"风病软弱无力,并劲强偏废之证,久服常服,大建奇功"。但"须与当归、枸杞合用方善"。治筋骨疼痛,可浸酒内服或煎水熏洗患处。治水肿,可单味煎服。煎服,6—12克。

实验研究:青藤茎及根含青藤碱、青风藤碱、双青藤碱、木兰碱、尖防己碱、四氢表小檗碱、异青藤碱、土杜拉宁、消旋丁香树脂酚、N-去甲基尖防己碱、白兰花碱、光千金藤碱。又含十六烷酸甲酯、β谷甾醇、豆甾醇。

青藤碱有镇痛作用,但较吗啡作用弱而短,连续应用也能产生耐受性,但较吗啡缓慢,且与吗啡无交叉耐受性,作用部位主要在中枢,对风湿性及类风湿性关节炎有效。青藤碱对动物尚表现有镇静和安定作用,并有明显的镇咳作用,对大鼠蛋清性或甲醛性脚肿均有明显抑制作用,其作用原理可能是通过丘脑影响垂体-肾上腺系统所致。

动物实验证明青藤碱有急性降压作用,反覆给药时出现快速耐受现象,降压原理可能与组胺释放有关。青藤碱对离体肠管呈抑制作用,但在整体动物却可引起小肠兴奋,可能与其释放组胺有一定关系。病人应用青藤碱后可致头面瘙痒,皮肤潮红,经1—2小时可消退,连续用药3—5次后也可不再出现。

苍耳

始载于《千金要方·食治》。又名喝起草、野茄、疔疮草。为菊科植物苍耳 Xanthium sibiricum Patrin 的茎叶。原植物中国各地均有分布。

本品味苦、辛,性寒。有小毒。功能祛风除湿,清热解毒,杀虫,止血。主治风湿痹痛、感冒、头风、癫痫、赤白痢疾、目中星翳、疔疮肿毒、风疹瘙痒、癞疾、汗斑、毒蛇咬伤、鼻衄、痔血、功能性子宫出血等。

本品用于风湿痹痛,可用鲜品煎服,或配豆豉,调和作羹,入酥服之,如《太平圣惠方》苍耳叶羹。用于风热感冒,配薄荷同煎服。治头风、眩晕,既可研末加蜜为丸服,亦可研末酒调服。《新修本草》称本品能治癫痫,可配入散剂或丸剂冲服。《医方摘玄》治赤白痢疾,将本品加蜂蜜熬膏,白汤送下。治目中星翳,将鲜品捣烂涂于膏药上,贴太阳穴。一切疔肿,用苍耳叶与根加童便捣汁服;或用鲜品加野菊茎叶,煎水当茶饮。亦用于翻花恶疮,以叶捣汁服并涂患处。风瘙瘾疹,身痒不止,研末酒调服,或煎汤外洗。《履巉岩本草》用苍耳研末,以大风子油为丸,荆芥茶送下,不拘时候服,治癞疾。现代用于治疗麻风病,用新鲜苍耳草制成浸膏丸或片剂内服,对改善症状有较好作用。赤白汗斑,用苍耳嫩尖叶加盐捣烂擦。毒蛇咬伤,配鸭跖草、野菊花、忍冬藤,水煎服。虫咬性皮炎,配白矾、雄黄捣成膏敷。此外,古籍常载用本品治鼻衄、痔血,例如《太平圣惠方》用本品捣汁频饮治鼻衄不止,《千金翼方》用本品研末服治痔疮下血。本品煎服,还治疗功能性子宫出血。煎服,6—12克。本品能散气耗血,故体质虚弱者慎服。服药时忌食猪肉。

实验研究:全草含苍耳甙、黄质宁、苍耳明、8-(Δ^3-异戊烯基)-5,7,3′,4′-四羟基黄酮、咖啡酸和1,4-二咖啡酰奎宁酸、葡萄糖、氨基酸、酒石酸、琥珀酸、延胡索酸、苹果酸、硝酸钾、硫酸钙等。叶含苍耳醇、胆碱,植物甾醇和萜醇。

叶浸剂能增加离体兔肠的运动,导致蛙心传导阻滞、扩张离体兔耳血管。茎叶中皆含有对神经及肌肉有毒的物质。幼苗有剧毒,人接触苍耳,可致皮炎。

根的甲醇提取物(糖甙)对小鼠肉瘤-180有抑制作用。

寻骨风

始载于《植物名实图考》。又名清骨风、白毛藤、白面风。为马兜铃科植物绵毛马兜铃 Aristolochia mollissima Hance 的根茎或全草。6—8月开花前采挖全草,除去泥砂,晒干。

根茎呈细圆柱形,多分枝,长短不一,直径3—6毫米,表面淡黄棕色或黄棕色,有不规则的细纵皱纹,节处

有须根或残留的圆点状根痕。质韧。断面皮部及木射线呈黄白色，导管为黄色，数束，呈放射状排列，髓部细小。茎细长，淡绿色，密生白色绵毛。叶互生，叶柄长1.5—3厘米，叶片淡灰绿色，先端尖，基部心脏形，两面密被白柔毛，全缘，网状脉。叶片常皱缩或破裂。气微香，味微苦，有麻舌感。产于中国江苏、江西、陕西等省。

本品味苦，性平。归肝经。功能祛风除湿，活血通络止痛。主治风湿痹痛、肢体麻木、关节不利、跌扑损伤、胃痛、睾丸肿痛、妇女痛经等。临床上尤以治疗风湿关节疼痛及跌扑损伤为常用，多以全草煎汤或浸酒内服。

风湿痹痛常与威灵仙、桑枝、川芎等祛风通络药同用。跌扑伤痛，可用鲜草捣敷或干根研末，酒调外敷。胃痛、睾丸肿痛及痛经，多以根茎煎汤服。妇女痛经，可配当归、川芎、泽兰、益母草等活血调经药同用。此外，本品与车前草、苍耳草等煎服可治痈肿；煎汤含漱，可治牙痛。煎服，10—15克。

实验研究：从根茎中分离得到马兜铃内酯、马兜铃酸A，绵毛马兜铃内酯、尿囊素及β谷甾醇。

挥发油及总生物碱对大鼠蛋清性足肿有预防效果，故可能有消炎作用。全草粉末混于饲料中喂小鼠对艾氏腹水癌有明显效果，煎剂内服也有效。马兜铃酸A给交配后的雌鼠灌服6日，有抗早孕作用。

原蚕沙

始载于《名医别录》。原名原蚕屎，又名晚蚕沙、蚕沙。为蚕蛾科昆虫家蚕 Bombyx mori L. 幼虫的干燥粪便。主产于中国浙江、四川、河南、江苏、湖南、云南、广东、安徽、甘肃、湖北、山东、辽宁等省。

本品味甘、辛，性温。归肝、脾、胃经。功能祛风除湿，活血通经。主治风湿痹痛、风瘙瘾疹、吐泻转筋、遗精白浊、崩中漏下、消渴、烂弦风眼、缠腰火丹等。

原蚕沙为风湿之专药，用治风湿痹痛，可与独活、牛膝等配用；如湿热蕴于经络，寒战热炽，关节红肿、烦疼，可于防己、山栀、苡仁等清热除湿药中配用本品，如《温病条辨》宣痹汤。病久关节变形、僵硬不遂，则用蚕沙与蕲蛇、全蝎相配以搜风湿而止痹痛。对于皮肤顽痹、腰脚冷痛及半身不遂等证，可用本品炒热后温熨患处。本品亦治皮肤风疹瘙痒，可与荆芥、防风等煎汤内服，或单用煎水外洗。蚕沙既能祛风除湿，又能和胃化浊，常与舒筋活络之木瓜同用以治吐泻转筋，如《随息居重订霍乱论》治霍乱转筋、腹痛吐泻之蚕矢汤，即以两者为主，清热燥湿，和胃降逆药同用。本品配黄柏，能治湿热所致的遗精、白浊；配阿胶、伏龙肝等止血药，可治崩中漏下。湿阻化热，津不上布而成消渴，可用本品焙干研末调服。《眼科龙木论》用本品与巴戟天、马蔺花研末内服治迎风流泪。若用麻油浸渍后研烂外涂，则可治烂弦风眼。此外，本品与绿豆、枯矾研末，醋调外敷，可治跌打伤痛。炙研为末，加雄黄少许，以麻油调搽患处，可治缠腰火丹，有除湿解毒之效。煎服，9—15克，包煎。

实验研究：蚕沙含植物醇0.25%—0.29%，聚异戊二烯醇类、蚕沙酮、β谷甾醇及其葡萄糖甙、胆甾醇、麦角甾醇、羽扁豆醇，又含多种氨基酸、多量胡萝卜素、维生素B，植物生长激素杂茁长素、铜等。

两头尖

始载于《品汇精要》。又名竹节香附。为毛茛科植物多被银莲花 Anemone raddeana Reg. 的根茎。主产于中国吉林、山东省；此外，辽宁、黑龙江、河北、山西等省亦产。

本品味辛，性热。有毒。功能祛风湿，散寒止痛，消痈肿。主治风寒湿痹，尤适用于寒胜之痛痹，可配乌头、松节等同用；治疗腰腿疼痛，四肢拘挛，可配川牛膝、威灵仙、鸡血藤等。本品尚有祛风痰的作用，故大活络丹、人参再造丸中均用之。此外，又可与银花、紫花地丁等配伍，治疗痈肿疮疡。煎服，1.5—3克。

实验研究：多被银莲花的干根茎含毛茛甙和三种竹节香附甙。

楤木

始载于《本草拾遗》。又名鹊不踏、鸟不宿。为五加科植物楤木 Aralia chinensis L. 的根皮或树皮的韧皮部。原植物分布于中国华北、华中、华东、华南、西南各省、区。

本品味辛、微苦，性平。功能祛风除湿，散瘀止痛，利水消肿。主治风湿痹痛、跌打损伤、胃痛、肾炎水肿、泌尿道炎症、骨髓炎、深部脓疡等。

用于风湿痹痛、跌打损伤及扭伤腰痛，均可单味水酒煎服。治痹痛，还可与路边荆同用。跌打伤痛则配虎杖、连钱草浸酒饮，并以药酒涂擦患部。胃脘疼痛，可配香附、枳壳、甘草等药研末为散服。陈藏器《本草拾遗》以楤根白皮煮汁服治水肿，近代临床亦用之治肾炎水肿，肝硬化腹水。对于肾盂肾炎、泌尿道炎，配广东金钱草、粪箕笃、露兜簕等利尿通淋药同煎服。外治骨髓炎、深部脓疡，可取鲜品与三白草、白蔹等捣敷患部。煎服，9—15克；研末服，2—3克。孕妇忌服。

实验研究：楤木根皮含三萜皂甙，α塔拉林及β塔拉林，其甙元均为齐墩果酸。还含原儿茶酸、胆碱。

刺三甲

始载于《滇南本草》。原称五加皮，又名刺三加、三加皮、三甲皮、白竻根。为五加科植物白竻 Acanthopanax trifoliatus (L.) Merr. 的根或根皮。原植物分布于中国中部和南部各省、区。

本品味苦、辛，微寒。归肺、肾经。功能解表散热，解

毒消肿，祛风除湿，舒筋活血。主治感冒发热、肠炎泄泻、咳嗽、疮疖痈肿、黄疸、风湿痹痛、跌打肿痛等。

治感冒发热、肠炎泄泻，可用根皮煎服；配葵花秆心则可治痰热咳嗽。治疔疮、乳痈、发背，用鲜根皮煎汤服，并与紫花地丁、螃蜞菊等捣烂外敷。若与白萝卜加冰糖炖服，能退湿热黄疸。本品能祛风湿、舒筋活血而止痛，用治湿热关节肿痛，可用水、酒煎服。治风湿骨痛，可与半枫荷、大血藤等炖猪骨服。配黑大豆、当归泡酒服，可治手足麻木、筋骨疼痛。至于治跌打肿痛，除内服外，可将本品捣碎，用酒调匀，微炒热后包揉伤处，亦可用鲜根捣烂酒调敷于患处。此外，配牛膝、小血藤、朱砂莲浸酒内服，可治劳伤吐血，心气痛者。与水杨梅等煎水洗，可治湿疹。煎服，15—30克。孕妇忌服。

实验研究：白芳根含蒲公英赛醇及其乙酸酯、β谷甾醇，卅一烷、卅醇及卅二醇等。

樟木

始载于《本草拾遗》。又名樟材、吹风散、香樟木。为樟科植物樟 Cinnamomum camphora（L.）Presl 的木材。原植物分布于中国西南、华南地区及湖北、湖南、江西、台湾、福建、浙江、江苏等省。

本品味辛，性温。归肝、脾、胃经。功能祛风湿，行气血。主治风寒湿痹、跌打损伤、脚气、疥癣等。

用治痹证局部冷痛、跌打损伤、血瘀肿痛，取樟木煎汤熏洗。用治脚气、疥癣、风疹，煎汤洗患处。此外，以本品配五灵脂、缬草、红花煎服，可治克山病。煎服，10—15克。孕妇忌服。

实验研究：樟木含樟脑及芳香性挥发油名樟油。樟油减压分馏得白油（沸点 160—165℃）20%、赤油（沸点 210—250℃）24%及蓝油（沸点 250—300℃）1%。白油中含桉叶素 25%—30%，还含 α 蒎烯、左旋莰烯、左旋柠檬烯等；赤油中含黄樟醚、α 松油醇、香荆芥酚、丁香油酚等；蓝油中含荜澄茄烯、甜没药烯、α 樟脑烯等。木材中还含正廿二烷到正廿五烷、正廿六烷醇、β谷甾醇、多元醇等。

樟树子含脂肪油，其中饱和脂肪酸占 93%。

樟树皮还含丙酸、丁酸、戊酸、辛酸、癸酸、月桂酸、肉豆蔻酸、硬脂酸、油酸等。

根含挥发油，其中主成分为右旋樟脑、桉叶素、黄樟醚等。又含木姜子碱、网叶番荔枝碱。

杉木

始载于《本草经集注》。原名杉材。为杉科植物杉木 Cunninghamia lanceolata（Lamb.）Hook. 的心材及树枝。原植物在中国淮河至秦岭一线以南广为栽培。

本品味辛、微苦，性温。归脾、胃经。功能祛风，除湿、消肿、解毒。主治顽癣、漆疮、脚气及风湿毒疮等病症。

治漆疮及遍身风湿毒疮，或痒或痛，均用本品煎汤洗浴。治脚气肿满，单用杉木或配牛膝、木瓜、槟榔等煎汤熏洗。此外，外用尚治臁疮黑烂与轻度烧伤，均以本品烧灰研末，油调涂于患部。创伤出血，则烧灰研末，蛋清调敷。古代又用杉木煎服治心腹胀痛、霍乱上气及风毒疝瘕，谓其有下气、散邪、开发之功。煎服，15—30克。挟虚之证忌用。

实验研究：杉木心材含挥发油约 0.46%，油中主成分为雪松醇，并含 α 蒎烯和 β 蒎烯、β 水芹烯、柠檬烯、α 松油醇、雪松烯、桉叶素等。

艾纳香

始载于《本草拾遗》。又名大风艾、大艾、大骨风。为菊科植物艾纳香 Blumea balsamifera（L.）DC. 的嫩枝叶或根，产于中国广西、广东、贵州、云南等省、区。

本品味辛、微苦，性温。功能温中散寒，祛风除湿，活血消肿，杀虫止痒。主治风湿关节疼痛，寒湿泻痢、心腹疼痛、妇女痛经及跌打扭伤、疮疖痈肿、癣疮、湿疹、皮肤瘙痒等。用于风湿关节痛，可单味水煎服或浸酒服，也可与鸡血藤、两面针同用。妇女痛经，每与当归、益母草等调经药配伍。跌打扭伤、疮疖、癣疮等证，多以鲜叶捣烂外敷。湿疹及皮肤瘙痒，可煎汤外洗。煎服，15—30克。

实验研究：艾纳香叶含挥发油，主为左旋龙脑，还有少量桉叶素、柠檬烯、左旋樟脑、倍半萜烯醇、乙酰基间苯三酚二甲醚等。另含糖甙、少量花椒油素。

千年健

始载于《本草纲目拾遗》。又名一包针。为天南星科植物千年健 Homalomena occulta（Lour.）Schott 的根茎。春、秋两季采挖。除去叶、苗，洗净泥土，折成长段，晒干或刮去外皮后晒干。

根茎呈圆柱形，有的略扁，稍弯曲，长 15—40 厘米，直径 0.8—2 厘米。表面黄棕色至红棕色，粗糙，有多数扭曲的纵沟纹，并可见突起的圆形根痕及黄白色针状纤维束。质硬而脆，易折断，断面淡棕色至红棕色，有多数外露的黄色针状纤维束，并可见圆形具光泽的油点。气芳香，味辛，微苦。产于中国广西、云南省。

本品味辛、苦，性温。归肝、肾经。功能祛风湿，强筋骨，活血，消肿，止痛。主治风湿痹痛，一般与钻地风、海桐皮等祛风止痛药同用，或与桑寄生、鸡血藤、金狗脊等活血祛风药配伍。如痹痛日久，肝肾气血受损者，须与熟地、当归、五加皮、党参、白术配伍，以调补气血，除痹止痛，标本兼顾。对老年筋骨疼痛，两足痿弱，手足拘挛麻

木、屈伸不利者，尤为适宜。用治胃痛，颇有效验，可用酒磨服，或与香附、高良姜、木香等配伍。对跌打损伤肿痛，亦有较好的止痛效果。用于痈疽疮疡，能消肿排毒，内服或外用均可。煎服，5—10克。

实验研究：根茎含芳香性挥发油，油中有α蒎烯和β蒎烯、芳樟醇、柠檬烯、α松油醇、橙花醇、牻牛儿醇、丁香油酚等22种成分。挥发油可抑制羊型布氏杆菌在滤纸片平板上的生长。

丢了棒

始载于《生草药性备要》。又名追风棍、赶风柴。为大戟科植物白桐树 Claoxylon polot (Burm. f.) Merr. 的叶或根。原植物分布于中国广东、广西、云南等省、区。

本品味苦、辛，性微温。有小毒。功能祛风除湿，散瘀止痛，主治风湿痹痛、脚气水肿及跌扑肿痛等病症。可单用煎汤或浸酒内服。治疗风湿痹痛、腰腿疼痛，可配五加皮、臭茉莉。脚气水肿，配五指毛桃根及豆豉；跌打瘀血肿痛，可与蒴藋、山栀根、两面针等同用，并可用根浸酒外敷。此外，尚治外伤出血，用干叶研末掺或取鲜叶捣烂外敷；烧、烫伤则用叶煎汤冲洗创面后，再用干叶研末外掺。煎服，10—15克。孕妇慎服。

实验研究：白桐树茎含3β-乙酰氧基-30-降羽扇豆烷-20-酮、3β-羟基-30-降羽扇豆烷-20-酮、无羁萜、谷甾醇。叶含无羁萜、谷甾醇、白桦脂酸。

鹰不泊

始载于《本草求原》。又名鸟不宿、画眉架。为芸香科植物簕欓 Zanthoxylum avicennae (Lam.) DC. 的根。产于中国广东、广西、福建等省、区。

本品味辛、微苦，性微温。有小毒。功能祛风活血，行气止痛，利水消肿。主治风湿关节痛、跌打肿痛、扭挫伤、胃脘痛、腹痛、胁痛、黄疸型肝炎、肾炎水肿、疮疡肿毒等病症。

用治风湿关节痛、跌打肿痛、腰肌劳损及急性扭挫伤，可单味煎汤内服，亦可与小果蔷薇根、山花椒根浸酒饮；跌打扭挫伤可同时用此酒外涂。对于胃脘痛、腹痛、胁痛、胆道蛔虫痛，宜用其根皮研末服，尤以气滞所致的脘胁痛效果为好。治胃痛还可配陈皮、樟木子等；治胁痛，可配穿破石、五指毛桃等。此外，本品配白芍、丹参、半边莲、大枣等治疗急性肝炎恢复期、慢性肝炎、早期肝硬变，能减轻肝区疼痛，改善胃肠功能及降低转氨酶。本品治肾炎水肿，既能利水消肿，又有一定程度的减轻尿蛋白及恢复肾功能的功效，可与白茅根、玉米须配用。治疮疡肿毒，可煎服及浸酒外搽。煎服，9—15克。孕妇慎用。本品有较强的发汗作用，内服宜注意。

实验研究：簕欓根皮含簕欓碱、二氢簕欓碱、白屈菜红碱、光叶花椒碱、木兰碱、白栝楼碱、藤泊它任碱及橙皮甙、香叶木甙、簕欓素。

穿破石

始载于《千金方》。原名柘根，又名构棘、地棉根、黄蛇、蕉芝根。始为桑科植物蕉芝 Maclura cochinchinensis (Lour.) Corner 或柘树 M. tricuspidata (Carr.) Corner 的根。前者原植物分布于中国东南部及西南部各省区；后者原植物分布于中国河北省南部及华东、中南、西南地区。

本品味淡、微苦，性凉。功能祛风除湿，活血止痛，并有祛痰止咳作用。主治风湿痹痛、胃脘疼痛、瘀血腹痛、跌打损伤、骨折、肺热咯血等。

治疗风湿关节疼痛、跌打损伤，可单味水煎或浸酒内服，也可用鲜品捣敷。治骨折，可配五加皮研末调敷，夹板固定。治疗肺结核，以本品配铁包金、甘草同煎，称铁破汤。治疗盆腔炎，取本品与白花蛇舌草、两面针等同用。煎服，15—30克；鲜品，30—60克，或浸酒服。外用鲜品捣敷。孕妇忌服。

实验研究：柘树根茎含杨属甙、桑色素、水苏碱以及脯氨酸、谷氨酸、精氨酸、天门冬氨酸等。构棘根及茎中含构棘酮；根皮含丁酰鲸鱼醇及其乙酸酯、山柰酚、槲皮素、杨属甙、花旗松素、香橙素及其7-葡萄糖甙、谷甾醇等；木心含桑色素、藜芦醇等。构棘酮在试管内对金黄色葡萄球菌、枯草杆菌和包皮垢分支杆菌有抑菌作用。

两面针

始载于《神农本草经》。原名蔓椒，又名猪椒、山椒、鸟不踏、入地金牛。为芸香科植物光叶花椒 Zanthoxylum nitidum (Roxb.) DC. 的根。产于中国广东、广西、福建、云南等省、区。

本品味辛、苦，性微温。有小毒。功能祛风化湿，行气止痛，解毒消肿。主治风湿痹痛、腰腿痛、胃脘疼痛、寒疝腹痛、龋牙痛、跌打肿痛以及痈肿、瘰疬、皮肤瘙痒等。

治风湿病，可与其他祛风湿药配伍，用于胃肠绞痛，常与救必应、延胡索、乌贼骨等同用。治疗胆道蛔虫病、肠蛔虫病、胃或十二指肠溃疡引起的脘腹疼痛，若与七叶莲配伍应用疗效尤佳。寒疝腹痛，可配茴香、荔枝核。龋牙痛，取两面针乙醇浸后，用棉签蘸药水涂痛处，或配水杨梅根煎水含漱。跌打肿痛，可内服并外敷。此外，治毒蛇咬伤，可与半边莲、穿心莲等合用；稻田皮炎、皮肤瘙痒等，可用50%乙醇，浸泡三日，用药液涂擦患处。本品又可作表面麻醉用。煎服，4.5—9克；研末服，1.5克。本品有毒，用量不宜过大，否则会引起头晕、眼花、呕吐等中毒症状。孕妇忌服。忌与酸味食物同服。

实验研究：光叶花椒根含光叶花椒碱、光叶花椒酮

碱。根皮含香叶木甙、氯化光叶花椒碱、6-乙氧基白屈菜红碱、光叶花椒酮碱、氧化白屈菜红碱、N-去甲基白屈菜红碱、茵芋碱。

根皮水提取液对胃痛及关节肌肉痛有一定缓解作用,局部应用对神经末梢有一定麻醉作用。光叶花椒碱对动物有抗癌与镇痛作用。

雷公藤

始载于《植物名实图考》。原名莽草,又名黄藤木、水莽草、断肠草、菜虫药、红药。为卫矛科植物雷公藤 Tripterygium wilfordii Hook. f.根的木质部分。秋季采收,去皮,晒干。去皮的根呈圆柱形,多扭曲,上端常有地上茎残基,直径0.5—3厘米。外表面粗糙,土黄色,具细密纵向沟纹,未去净的皮部呈棕褐色。质坚硬,难折断,断面呈纤维性,黄白色,密布针眼状导管孔。气特异,味苦微辛。产于中国长江以南各省。

本品味苦,性寒。有大毒。功能祛风除湿,活血通络,消肿止痛,杀虫解毒。主治类风湿性关节炎、风湿性关节炎、坐骨神经痛、红斑性狼疮、麻风、肾炎、口眼干燥综合征、贝赫切特综合征以及手指瘭疽等。

用治关节炎,可单用煎服,也可加入复方中应用。麻风神经痛,对于结节性损害较重者,可配银花、黄柏、玄参、当归同用。肾炎以原发性肾炎、紫癜性肾炎及狼疮性肾炎效果较好。手指瘭疽,以雷公藤研末浸酒,将患指置酒中浸之。煎服,6—9克。制剂有雷公藤糖浆、片剂、冲剂、醇提剂等。心、肝有器质性病变和白细胞减少者均忌用。本品有剧毒,服药后,一般可出现胃肠道反应,若过量易引起中毒。中毒初期可用甘草、绿豆、贯众水煎服;或以黄芩、黄连、黄柏、甘草水煎服;亦可用鲜羊血或鲜鹅血灌服。

实验研究:根含雷公藤碱、雷公藤次碱、雷公藤晋碱、雷公藤春碱、雷公藤增碱和雷公藤明碱等生物碱。还含抗白血病作用的雷公藤内酯即雷公藤甲素、雷公藤内酯二醇即雷公藤乙素以及南蛇藤醇、卫矛醇、山海棠素、雷公藤内酯酮、雷公藤酮内酯、葡萄糖、鞣质等。近来又从福建产雷公藤根皮中分离出二萜内酯,雷酚内酯及其甲醚、雷酚新内酯。

萜类及全根煎剂在动物试验中均有抗炎作用,并抑制大鼠棉球肉芽肿,增强小鼠巨噬细胞吞噬能力,对抗过敏反应。雷公藤乙素能抑制T细胞转化和形成自然花环细胞的能力。临床上用于类风湿性关节炎有效,还可用于麻风反应、系统性红斑狼疮、小儿肾病综合征等,与皮质激素的疗效类似,且可代替后者。根醇提取物及雷公藤甲素或乙素对小鼠白血病有明显的抗肿瘤活性。根、茎、叶的水、醇浸液有杀虫作用。根皮晒干研粉后,水浸或煮后喷洒,可杀菜青虫、水稻负泥虫、铁甲虫、松毛虫等,也可杀蛆、孑孓、钉螺等。杀虫作用与所含生物碱有关。本品全植物有毒,新鲜根皮毒性尤大。各种动物对雷公藤毒性反应不同,金鱼、家兔、猫、羊一般不引起中毒,对昆虫、犬、猪及人则毒性较强。雷公藤中毒死亡病例尸检见广泛胃肠出血、心肌出血、肝肺瘀血、肾小管坏死,剂量较大,死亡较速者与心肌损害有关;剂量稍小,死亡较缓者,似与肾功能衰竭有关。文献报告,有服叶2—3片中毒者,服用嫩芽7个(约12克)或根皮30—60克可以致死。甚至食用采食雷公藤花酿制的蜂蜜亦可引起中毒。一般内服后2小时出现症状:呕吐、腹痛、血便、气短、心跳无力、休克及呼吸衰竭,24小时左右死亡;如不死则于二三日后发现脱发、尿毒症及急性肾功能衰竭,如中毒后能度过5日,则预后转好。急救为对症治疗,低盐饮食。

蓍草

始载于《神农本草经》。又名一支蒿、蜈蚣草、锯草、羽衣草。为菊科植物蓍 Achillea alpina L.的全草及果实。夏、秋季开花时采收,晒干。分布于中国东北、内蒙古、河北、山西、宁夏、甘肃、河南、江西、湖北、湖南、四川等省、区。

本品味辛、苦,性微温。有小毒。归肺、大肠经。功能活血祛风,解毒镇痛。主治风湿骨痛、跌打损伤、偏头风痛、经闭腹痛、痈肿疮毒、毒蛇咬伤、腹中痞块等病症,均可煎汤内服。

治跌打损伤、风湿骨痛,亦可配五香血藤、威灵仙等泡酒服;捣汁滴耳,可治偏头风痛;治风火牙痛,本品捣绒擦揉太阳穴,并取叶含塞于痛处;与大蒜、穿山甲末、食盐、醋捣成饼外敷,可治腹中痞块。单味研末服可治急性乳腺炎、急性扁桃体炎。煎服,15—45克。必要时日服二剂。孕妇忌用。

果实名蓍实,味苦、酸,性平。能补气益智,明目,润泽肌肤。

实验研究:本品含蓍素、兰香油薁、右旋樟脑、琥珀酸、延胡索酸、乌头酸、α呋喃酸、去乙酰母菊酮素和桉叶素,还含生物碱、香豆素、黄酮类、氨基酸、甾醇、酚类及还原性物质等。

对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌等均有高度的抑菌作用。用相当于人剂量的625倍于小白鼠腹腔注射、无死亡,其有机酸成分琥珀酸、延胡索酸、乌头酸和α呋喃酸有明显的抗炎作用和一定的镇静作用;除α呋喃酸外,其他三个有机酸有一定的解热作用;除乌头酸外,其他三个有机酸有一定的镇痛作用。

蚂蚁

始载于《彝医书》。又名黑蚂蚁。为蚂蚁昆虫拟黑多刺蚁 Polyrhachis vicina Roger.等数种无毒蚂蚁的全虫。

夏、秋季采收，用热水烫后晒干或烘干。中国各地均产。

本品甘、咸，性平。功能祛风通络，化瘀消癥，益肾壮阳。主治类风湿性关节炎、风湿性关节炎、中风偏瘫、手足麻木、恶性肿瘤、肺结核、慢性肝炎、阳痿、病后脱发、失眠以及神经性皮炎、疔毒肿痛、恶疮等疾患。

用于类风湿及风湿性关节炎、强直性脊柱炎，可服纯蚁粉，也可制成酒剂用。用白酒500克，泡大蚂蚁60克，半月后服用。本品对中风偏瘫及末梢神经炎或周围神经炎所致的手足麻木、全身窜痛亦有一定效果，现还用于红斑狼疮、硬皮病等疾病。本品有良好的滋补作用，能滋养肝肾，填精壮阳，用治阳痿、早泄、病后脱发、头晕眼花、精神不振、腰膝酸软、耳聋健忘、神经衰弱所致的失眠头痛以及未老先衰等症，常单味研服或制成酒剂服，亦可配合其他益肾壮阳药同用。如治阳痿，可配淫羊藿、韭子、枸杞子等同用；治腰膝酸软、耳聋健忘、脱发，配熟地、枸杞子、鹿茸、何首乌等同用。本品炒黄，黄酒冲服还可治病后气力不足，产妇乳汁缺乏；和鸡蛋炖服治小儿疳积。此外，本品熬水熏洗或涂擦患处，可治神经性皮炎；和苍耳虫春绒涂擦，治疗毒肿痛、恶疮。研末服5—10克；或浸酒服15—30毫升，每日2—3次，1—3月为一疗程。外用适量，煎水熏洗或涂擦。

实验研究：主含蛋白质40%—50%，含28种氨基酸，其中包括人体必需的八种主要氨基酸，以及维生素B_1、B_2、E，三磷腺苷和钙、铁、磷、硒、锌等多种微量元素。尚含多种酶、甾类化合物、三萜类化合物、醛类化合物、蚁酸等。

拟黑多刺蚁有抗炎、平喘、解痉、镇静、护肝、免疫调节等多种药理作用。其醇提取物能明显抑制二甲苯及甲醛引起的炎症；能对抗乙酰胆碱所致的支气管哮喘和肠管痉挛；有一定的镇静作用；能对抗四氯化碳升高大白鼠血清丙氨酸转氨酶活性的作用，因而具有护肝作用。蚂蚁是一种性功能增强剂，能使睾丸和卵巢重量增加，曲细精管内间质细胞和各曲精母细胞内DNA、RNA含量增加，促进细胞分裂，提高性功能。蚂蚁是一种安全有效的免疫调节剂，具有"适应原样双相调节作用"，对体液免疫有明显的抑制作用，对细胞免疫呈双相调节作用，使低下的免疫功能提高，亢进的免疫功能得到调整，而使人体恢复自稳的平衡生理状态。

蜂毒

又名蜜蜂毒素。为蜜蜂科昆虫中华蜜蜂 Apis cerana Fabricius、意大利蜜蜂 Apis mellifera L.等工蜂尾部螫刺腺内的有毒液体。

本品味辛、苦，性平，有毒。功能祛风通络，化瘀止痛，抗过敏，降血压。主治风湿性关节炎、类风湿性关节炎、红斑性狼疮、硬皮病等结缔组织性疾病；支气管哮喘、血管神经性水肿、荨麻疹、血管舒缩性鼻炎、痉挛性结肠炎、过敏性紫癜等变应性疾病；高血压、心绞痛、血栓闭塞性脉管炎等心血管疾病；坐骨神经痛、三叉神经痛、脊神经炎、脊神经根炎、视网膜视神经炎等神经痛和神经炎以及痛风、遗尿、神经症、甲亢、下肢慢性溃疡等，均有良好的疗效。临床单用本品以活蜂螫人或用蜂毒注射剂注射，亦可行电离子透入和蒸气吸入；皮肤溃疡等，还可制成软膏用。

蜂螫疗法：用手或镊子夹住蜜蜂放在消毒过的皮肤上，使螫针螫入皮内，待其将毒囊内的毒液排空后，拔除螫针。第1日用一只蜂螫，以后每日增加一只，10日为一疗程。如未愈者，隔4—5日可再行一疗程，如仍无效，即停止治疗。

注射法：蜂毒注射剂0.1毫升(含蜂毒1单位)，每日皮内注射一次，每隔1—2日增加0.03毫升，至增加到0.5毫升为维持剂量，每疗程总剂量为5毫升。完成每个疗程后休息3—4日继续下一个疗程。蜂毒有毒，首次注射前应作过敏试验，无过敏反应及次日尿中无蛋白、糖出现可用。凡肺结核、糖尿病、先天性心脏病，肝、肾疾病及对蜂毒过敏者均应禁用。儿童与年老体弱者慎用。

实验研究：蜂毒含磷酸酯酶A、透明质酸酶、碱性磷酸酶、酸性磷酸酶等酶类；多肽类及卵磷脂、组胺、胆碱、甘油、磷酸、蚁酸、脂肪酸、各种氨基酸。另含磷、碳、硫、镁、铜、钙、钾等元素。

蜂毒有箭毒样及神经节阻断剂样作用，其作用部位在突触处。将蜂毒2.5毫克/千克给予小白鼠，可延长环己巴比妥、水合氯醛、乌拉坦的催眠作用，同剂量可以防止士的宁、烟碱引起的惊厥。蜂毒中的melittin能抑制小鼠自由活动和探求活动，使自发和诱发的脑电活动发生抑制性改变。蜂毒中的apamin被认为是神经毒素，它可使小鼠对各种刺激敏感，缩短巴比妥引起的睡眠时间，大剂量可使动物死于呼吸肌麻痹。给动物注射蜂毒，可使血压长时间降低，注射melittin可引起家兔、猫血压立即降低至不可逆休克状态，出现窦性心动过速、心率不齐和房室传导阻滞。蜂毒具有极强的溶血作用，它还有抗凝血作用，无论在体内还在体外，均可延长血液的凝固时间。蜂毒对离体肠管及子宫均有兴奋作用。蜂毒有抗炎及抗菌作用，所含apamin，去甲肾上腺素和多巴胺具有直接抑制炎症的作用，另一些成分(melittin)则对垂体－肾上腺皮质系统有明显的刺激作用，还有些成分(MCD－多肽)本身既能刺激肾上腺皮质，又能直接抑制炎症过程。对革兰阳性菌和阴性菌均有抑制和杀灭作用。此外，蜂毒还有免疫抑制、抗辐射及镇痛作用。能抑制多种植物及动物肿瘤组织的生长。蜂毒能引起毒性反应，蜂螫机体后，局部可引起疼痛、起泡、灼热、浮肿等炎症反应，能伤害血管内皮，而致内脏出血，抑制血管运动中枢，产生降压。发生阵发性痉挛及强直性痉挛，最后麻痹、呼吸停止而死亡。一般健康人接受10只蜂螫，只能引起局部反应；如受200—300只蜂螫可使机体中毒，出现心血

管功能广泛紊乱状态，如呼吸困难、面色青紫、心跳加速、抽搐、麻痹等；如同时遭受500只蜂螫，则可导致死亡。

松节

始载于《本草经集注》。又名黄松节，油松节。为松科植物油松 Pinus tabulaeformis Carr. 和马尾松 P. massoniana Lamb. 等枝干上的结节。中国大部分地区有产。

本品味苦，性温。归肝、肾经。功能祛风燥湿，舒筋通络，活血止痛。主治风寒湿痹、腰腿疼痛、转筋挛急、胃脘疼痛、跌打损伤、稻田皮炎等。

风湿痹痛，关节酸疼，筋骨拘挛，或关节胀痛，屈伸不利，多配桂枝、伸筋草、羌活、独活等；寒湿较重者，配附子、细辛、桂心等；用于历节风四肢疼痛者，配入地金牛叶、防风、秦艽等，如《千金方》松节酒。脚腿转筋，疼痛挛急者，配乳香研末，酒调服。此皆取其入筋骨以祛风湿，行经络而止疼痛之功。现以本品配蘑菇、红花，浸酒服，治疗大骨节病，有一定效果。胃脘疼痛由于气滞血行不畅者，配香附同煎服。对于跌打损伤，内有瘀血者，用本品加酒煎饮。从高坠下，恶血攻心，胸膈烦闷者，本品用酸醋同炒，制成散剂内服，如《太平圣惠方》松节散。治水田皮炎，配艾叶制成松艾酒，外涂患处。煎服，10—15克。本品之性温燥，凡阴虚血燥者慎用。

松叶，亦供药用。味苦，性温。功能祛风燥湿，杀虫止痒。适用于风湿痹痛、湿疮、疥癣。现代也用于预防感冒、流脑和治疗慢性气管炎。煎服，10—15克。

实验研究：松节含挥发油（松节油）和树脂（松香）。油中主含 α 蒎烯和 β 蒎烯及 3-蒈烯，含量在90%以上；还含少量柠檬烯、月桂烯、β 水芹烯。

七叶莲

为五加科植物广西鹅掌柴 Schefflera kwangsiensis Merr. ex Li. 的带叶茎枝。原植物分布于中国广东、广西等省、区。

本品味辛、微苦，性温。功能祛风，通络，止痛。主治三叉神经痛、神经性头痛、坐骨神经痛、风湿关节痛。对胃肠痉挛性疼痛、胆绞痛等也有效。治风湿关节痛，还可配合宽筋藤、威灵仙等祛风湿药同煎服。此外，尚用治跌打损伤，除内服外，并以鲜叶捣烂，酒炒外敷。外伤出血，以鲜叶捣敷。煎服，10—15克。亦可制成片剂使用。

实验研究：从广西鹅掌柴的干燥枝叶中分离出延胡索酸、粘液酸、琥珀酸、酒石酸、苹果酸。

动物实验（小鼠腹腔注射七叶莲提取液），证明有镇痛、镇静作用；在离体豚鼠回肠标本上有解痉作用。临床上对三叉神经痛、胆绞痛及痉挛性胃痛有效。七叶莲中成分琥珀酸和延胡索酸并加上 γ 羟基丁酸制成"三丁酸钠"，临床肌注有止痛、解痉效果。七叶莲在动物实验中，对子宫的收缩有明显作用，故孕妇禁用。

祖师麻

又名金腰带。为瑞香科植物黄瑞香 Daphne giraldii Nitsche 的根皮或茎皮。原植物分布于中国陕西、甘肃、宁夏、四川、青海等省、区。

本品味辛、苦，性温。有小毒。功能祛风除湿，散瘀止痛。主治风湿性关节炎、类风湿性关节炎、腰腿疼痛、四肢麻木、跌打损伤、头痛、牙痛、胃痛等。治疗上述病症，可单用亦可配伍应用。亦可制成祖师麻软膏涂敷患部作发泡剂。敷药4—6小时后出现水泡，抽出泡内积液，待结痂脱落后，可行第二次敷药。一般敷药2—4次即可。如腰腿痛可配牛膝、独活同用。煎服，3—6克。孕妇忌服。

实验研究：黄瑞香茎皮含瑞香素、瑞香素-7-甲醚、瑞香素-8-甲醚、瑞香素二甲醚、伞形花内酯、芫花素、3,4,5-三甲氧基苯甲酸、β 谷甾醇、祖师麻皂甙、祖师麻毒素。

祖师麻有明显的镇痛作用，其有效成分主要为瑞香素，其镇痛作用比哌替啶（度冷丁）较弱，它还有明显的镇静作用。瑞香素二甲醚、瑞香素-8-甲醚于小鼠热板法试验中证明其镇痛作用均稍强于瑞香素。此外，祖师麻皂甙对小鼠也有一定的镇痛作用。祖师麻毒素能显著增强戊巴比妥钠对中枢的抑制作用，降低士的宁对小鼠的毒性，但却增加咖啡因的毒性。

祖师麻醇提取物对大鼠的急性期炎症及慢性期"炎症"均有抑制作用，瑞香素也有抑制作用。瑞香素的抗炎作用很可能是通过下丘脑的神经体液机制而刺激垂体 ACTH 的释放，同时加速 ACTH 的合成所致。祖师麻皂甙也有与可的松相似的抗炎活性。瑞香素二甲醚及瑞香素-8-甲醚对大鼠蛋清性脚肿均有抑制作用，但弱于瑞香素。

瑞香素对垂体后叶素引起兔急性心肌缺血有保护作用，并能扩张冠状血管和兔耳血管，增加小鼠对常压或减压耐缺氧的能力，降低麻醉猫的血压，其降压作用可被苯海拉明部分阻断。

瑞香甙有抗凝作用，是维生素 K 的拮抗剂，还能促进体内尿酸排泄。瑞香素能明显抑制离体兔肠运动，对抗垂体后叶素所致的大鼠离体子宫收缩。

瑞香素在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、福氏痢疾杆菌及绿脓杆菌等有抑制作用。

祖师麻及瑞香素可用于镇痛。也可外用治疗各种关节炎。

丁公藤

又名麻辣子、包公藤。为旋花科植物丁公藤 Erycibe

obtusifolia Benth.或光叶丁公藤 E. schmidtii Craib 的藤茎。原植物前者分布于中国广东中部及沿海岛屿；后者分布于中国云南、广西、广东等省、区。

本品味辛，性温。有小毒。功能祛风除湿，舒筋活络，消肿止痛。主治风湿痹痛、半身不遂、腰肌劳损、坐骨神经痛、跌打肿痛等病症。煎服，3—6 克。或浸酒服。本品有强烈发汗作用，虚弱者慎服，孕妇忌服。如误服丁公藤中毒，出现汗出不止，四肢麻痹者，可按一般中毒处理，同时用甘草、蜜糖内服及温水洗身。

实验研究：含具消肿、抗炎及镇痛作用的有效成分东莨菪素及东莨菪甙。又从茎中分离出包公藤甲素，有缩瞳及降低眼压作用，疗效及作用原理与匹鲁卡品相似。其药理性质稳定，缩瞳作用较持久。东莨菪素在动物实验具有抗炎作用。

枫荷梨

又名偏荷枫、枫荷桂、鸭脚荷、木五加。为五加科植物树参 Dendropanax dentiger (Harms) Merr. 的根或茎枝。原植物分布于中国四川、贵州、云南、广西、广东、福建、江西及浙江等省、区。

本品味甘，性温。功能祛风止痛，活血通络。主治风湿痹痛、腰腿痛、偏头痛、半身不遂、小儿麻痹症后遗症及月经不调等。用治风湿性关节炎、类风湿性关节炎、腰肌劳损等，可与虎杖、威灵仙、槲寄生等配伍。肩臂疼痛，除内服外还可与桂皮、巴戟天、桑寄生等煎汤熏洗。酒炒后煎服，15—30 克。或浸酒服。孕妇慎用。

竹叶椒根

又名散血飞、见血飞。为芸香科植物竹叶椒 Zanthoxylum planispinum Sieb. et Zucc. 的根。原植物分布于中国中部、南部和西南部各省、区。

本品味辛、微苦，性温。有小毒。功能祛风散寒，温中理气，止痛。主治风湿关节疼痛、脘腹冷痛、跌打肿痛、牙痛以及胆道疾患、消化道溃疡、肠痉挛、手术后所致疼痛等，有良好的止痛效果。治风湿性关节疼痛、腰肌劳损，可单味水煎兑酒服；或配大血藤、透骨香等同用。治疗脘腹冷痛，可配南五味子根皮、细辛等研末吞服。外治跌打损伤，可用本品浸酒涂擦伤处。治疗牙痛，取根皮研末，置龋齿孔内，或煎水含漱。此外，取根皮研粉外敷，可治刀伤出血；浸酒外擦，可治顽癣。煎服，15—30 克；研末服，每次 1—1.5 克。孕妇忌服。

实验研究：竹叶椒根含生物碱，主要为木兰碱，还有竹叶椒碱、茵芋碱、白鲜碱、崖椒碱。木兰碱药理见"青木香"条；茵芋碱可升高麻醉猫血压，加强子宫收缩，抑制小肠运动，扩张冠脉。崖椒碱有解除平滑肌痉挛作用。

三分三

又名山野烟、山茄子、大搜山虎。为茄科植物三分三 Scopolia acutangulus (C. Y. Wu et C. Chen) Hsiao 的根。主产于中国云南省。

本品味苦、辛，性温。有大毒。功能散寒止痛，祛瘀消肿。主治胃及十二指肠溃疡及胆、肾、肠等绞痛、骨折、跌打损伤、风湿骨痛、震颤麻痹、痛经等。

用治闭合性骨折、关节扭伤、风湿性关节痛等，除内服外，并可研末酒调外敷。煎服，0.6—0.9 克，一次极量不能超过 1 克。外用，可研末酒调或用三分三膏药外贴患处或穴位。青光眼患者忌用。过量服用后，会发生口干舌燥，面颊潮红，心跳加快，瞳孔散大及昏迷等中毒证状，严重者可导致死亡。早期可洗胃，灌服黄土澄清液或冷稀饭，同时采取其他急救措施。

实验研究：三分三根含樟柳碱、山莨菪碱、天仙子胺（又名莨菪碱）、天仙子碱（又名东莨菪碱）、红古豆碱。

本品流浸膏具有与颠茄流浸膏相似的药理作用，即能使瞳孔扩大，唾液分泌减少，解除平滑肌痉挛。

雪上一枝蒿

为毛茛科植物短柄乌头 Aconitum bracypodum Diels 及宣威乌头 A. subrosullatum Hand. - Mazz. 等的块根。秋末冬初采挖，除去泥土和须根，晒干。

短柄乌头块根呈短圆柱形或圆锥形，长 2.5—7.5 厘米，直径 0.5—1.5 厘米。子根表面灰棕色，光滑或有浅纵皱纹及侧根痕，质脆，易折断，断面白色，粉性，有黑棕色环。母根表面棕色，有细纵皱纹及侧根残基。断面不平坦，中央裂隙较多。气微，味苦而麻舌。主产于中国云南省。

宣威乌头块根呈纺锤状圆柱形，有分枝，长 3—7 厘米，直径 1—1.5 厘米。表面棕色至深棕色，有时因表皮脱落而呈浅色花纹，有细纵皱纹及少数侧根痕。质较脆，易折断，断面平坦，可见圆形浅棕色形成层环。气微，味苦，有麻舌感。主产于云南省。

本品味苦、辛，性温。有大毒。功能祛风除湿，活血止痛。主治跌打损伤、风湿骨痛、牙痛、术后疼痛、晚期肿瘤疼痛，以及疮疡肿毒等。

一般多采取浸酒涂擦、研末调敷、煎汤熏洗等外治法。内服，研末一次量不超过 25 毫克（如米粒大）。雪上一枝蒿毒性强烈，先将块根加水浸漂，然后切片蒸晒，并用熟猪油拌炒后方可入药，未经炮制，不宜内服。如服用不当而致中毒时，可出现恶心呕吐、流涎、血压下降、呼吸困难等症状，应及时抢救。民间以生甘草 30 克、绿豆 120 克，煎汤频饮。由于毒性强烈，对孕妇、老、弱、婴幼儿及心脏病、消化性溃疡患者均忌服。

实验研究：云南昭通产雪上一枝蒿的块根含有乌头碱、次乌头碱和一枝蒿乙素、戊素和己素。

云南东川产雪上一枝蒿的块根含有一枝蒿甲素、乙素、丙素、丁素和庚素。

动物试验有镇痛作用，镇痛指数仅为吗啡的 1/11，不适于临床应用。总碱有较强的局部麻醉作用，但毒性甚大。本品浸液静注可引起心律失常（窦性心动过缓及室性心动过速）、血压下降（可能由于血管扩张）及呼吸困难。鬼臼加大量维生素 C 据报道有解救作用，也可用大剂量阿托品。中毒症状可于服药后 10—30 分钟内出现，也有迟至 6 小时后发生。

马钱子

始载于《本草纲目》。又名番木鳖、大方八。为马钱科植物长籽马钱 Strychnos wallichiana Steud. ex DC. 或马钱 S. nux－vomica L. 的种子。9—10 月采摘成熟果实，取出种子，去尽果肉，洗净，晒干。

长籽马钱种子呈扁椭圆形或扁长圆形，直径 1.2—3.5 厘米，厚 0.3—1 厘米。表面密被灰黄色或浅灰棕色的绢状毛茸，疏松而粗糙，常有皱纹，自中央向四周放射，略有光泽，边缘锐薄，并向上翘，有 1 小疣状物，中央部分厚达 0.6—1 厘米，常一面隆起，一面稍凹，近中心有一突起的种脐。质坚硬，平行剖面可见淡黄白色或灰白色的胚乳，角质状，子叶卵形，上有微凸起的叶脉三条。气无，味苦。产于中国云南省。

马钱种子呈扁圆形，常一面微凹陷，另一面微凸起，边缘钝圆，有的稍弯曲，直径 1.5—2.5 厘米，厚 3—5 毫米，表面灰绿色或灰黄色，密被偃匐的丝状毛茸，自中央向四周射出。中心有一圆点状突起的种脐，边缘有一小形突起的珠孔，并隐约可见珠孔与种脐之间有一条稍隆起的种脊。质坚硬，断面类白色，胚乳肥厚，稍透明，角质。有细小菲薄的心形子叶两片。气微，味极苦。产于印度、印度尼西亚、越南、泰国、缅甸等国家。

本品味苦，性寒。有大毒。归肝、脾经。功能祛风湿，通经络，消结肿，止疼痛。主治风湿顽痹、经脉拘挛、半身不遂、重症肌无力、小儿麻痹后遗症、痈肿、瘰疬、喉痹、跌打损伤、骨折、癫狂等。《外科全生集》云：本品“能搜筋骨入骱之风湿。”《医学衷中参西录》云：“开通经络，透达关节，实远胜于他药。”故凡风湿侵入经络筋骨而成风湿痹痛、经络麻痹、气血运行不畅而致半身不遂，均可应用。

一般用治风湿关节酸痛，经络拘挛，常配羌活、川乌、乳香、没药等祛风除湿，活血通络药同用。现代以本品配麻黄，制成“风痛片”内服，治疗风湿性关节炎、类风湿性关节炎及坐骨神经痛，有通络止痛的功效。用于半身不遂、麻木，属于气血两虚、瘀血阻滞经络者，可配人参、白术、当归、没药、蜈蚣、穿山甲等益气补血，化瘀通络药。面神经麻痹，以生品切薄片，置胶布上，贴患侧面部。重症肌无力，以本品研末服。小儿麻痹后遗症，配淫羊藿、菟丝子、牛膝、续断、乌蛇肉、蜈蚣等补肝益肾、祛风通络之品，对增强肌力，均有一定效果。本品用于痈肿、喉痹，能散结消肿，解毒定痛。痈肿初起，用本品制成丸剂服，临床报道疗效显著。外用以水磨浓汁涂，亦可以醋或蜂蜜调敷，消肿之功亦甚捷。用于咽喉肿痛，可配山豆根、青木香等清热解毒、利咽消肿之品，研末吹喉中。用于跌打损伤，可配当归、地龙、穿山甲等活血通络之品。用于骨折，以本品配枳壳，共研末服，或制成蜜丸服，能消肿定痛，并促进骨痂形成。此外，配地龙可治癫狂，如《医林改错》龙马自来丹。据报道，以本品试治食管癌可收到近期疗效，具有止痛和缓解吞咽困难的作用。磨汁滴耳，可用于慢性中耳炎。炮制后入丸、散服，0.3—0.6 克，不宜多服、久服。孕妇及体质虚弱者忌服。本品毒性剧烈，如未经炮制或服用剂量过大，均会引起中毒，出现颈项强直，瞳孔散大，呼吸急促、困难，甚至有抽搐、角弓反张、痉挛等症状。发现中毒，须及时解救。

实验研究：马钱的成熟种子含生物碱 1.5%—5%，其中主要是士的宁（又名番木鳖碱）和马钱子碱，各占总碱的 35%—50%；并有少量可鲁勃林、16－羟基可鲁勃林、伪番木鳖碱、番木鳖次碱、4－羟基番木鳖碱、15－羟基番木鳖碱、N－甲基－断－伪番木鳖碱等；又含番木鳖甙。

士的宁口服后很快吸收，首先兴奋脊髓的反射功能，阈下刺激即能引起反应；其次兴奋延髓的呼吸中枢及血管运动中枢，并提高大脑皮质感受区的功能，提高味觉、触觉、听觉、视觉等感官的功能，曾用于弱视症，能暂时地增进视力。由于味苦，可反射地增加胃液分泌。马钱子碱的惊厥作用仅及士的宁的 1/40。但其箭毒样横纹肌松弛作用较强，能麻痹感觉神经末梢，5%—10% 溶液可使口腔粘膜麻醉。初步研究显示，马钱子尚具有明显的镇咳和祛痰作用。本品毒性大，士的宁中毒初期有嚼肌及颈部肌抽搐感，咽下困难，全身不安；然后伸肌与屈肌同时极度收缩而出现强直性惊厥。可吸入乙醚或静脉注射抗惊药物拮抗，另用高锰酸钾洗胃。

醉鱼草根

又名七里香、满山香。为马钱科植物醉鱼草 Buddleja lindleyana Fort. 的根。原植物中国长江以南各省、区均有野生和栽培。

本品味苦，性温。有毒。功能祛风除湿，化痰止咳，活血化瘀。可治风湿关节痛、筋骨痛、咳嗽气喘、癥瘕、经闭、腮腺炎、瘰疬等病症。治咳喘，可与前胡、萝卜子、盐肤木等同煎服。治血瘀癥瘕、经闭，可配蜀羊泉、三棱、莪术等祛瘀消癥药。治腮腺炎则配以犁头草、金银花、木芙蓉等清热解毒之品。治瘰疬结核可与夏枯草、猫爪草等配用。煎服，9—15 克。孕妇忌服。

一叶萩

为大戟科植物叶底珠 Securinega suffruticosa (Pall.) Rehd.的叶、嫩枝、花及根。原植物分布于中国东北、华北、华东地区及河南、陕西、四川等省。

本品味辛、苦,性微温。有小毒。功能祛风通络,益肾强筋。主治面神经麻痹、小儿麻痹后遗症、兴奋性降低的神经衰弱、阳痿,手足麻木、偏瘫、风湿腰痛。煎服,3—6克。一叶萩碱制成针剂,行穴位及肌内注射,治面神经麻痹疗效较好;对小儿麻痹后遗症,可使患肢血液循环改善,温度增高,肌力增加,功能改进。

实验研究:叶底珠的叶主含一叶萩碱,其含量因生长地区和季节不同而异,开花期间含量最高。叶尚含芸香甙、鞣质、少量别一叶萩碱、二氢一叶萩碱及三种一叶萩醇。根主含别一叶萩碱及少量一叶萩碱、一叶萩新碱。根皮尚含圆盘叶下珠新碱。

一叶萩碱有士的宁样作用,对中枢神经系统特别是脑干与脊髓均有明显的兴奋作用。小量时提高反射的兴奋性,大量则产生士的宁样惊厥,对脊髓的作用比士的宁弱而对脑干则较士的宁强。一叶萩碱安全范围比士的宁大9—10倍。口服后可在消化道吸收,但很快在肠内破坏,吸收后在体内代谢迅速,仅小量自尿排泄,故无蓄积性;肝功能损害时本品毒性增强。二氢一叶萩碱也可引起士的宁样惊厥,对小鼠中枢神经系统的兴奋作用与毒性(半数致死量)均较一叶萩碱强一倍。

闹羊花

始载于《神农本草经》,原名羊踯躅。又名踯躅花、惊羊花、老虎花、三钱三。为杜鹃花科植物羊踯躅 Rhododendron molle (Bl.) G.Don 的花。4—5月花开放时采收,晒干。

花多皱缩,灰黄色至黄棕色。有时可见6—12朵花组成的花序,带有花梗。花萼小,5裂,边缘有较长的细毛;花冠钟状,长约3厘米,5裂,裂片几与筒部等长,顶端皱褶,表面疏生短柔毛;雄蕊较长,花丝卷曲并露出于花冠外,花药棕黄色,顶端孔裂。气微香,味微苦,有麻舌感。主产于中国江苏、浙江、安徽、湖南等省。

本品味辛,性温。有毒。功能祛风除湿、麻醉止痛、杀虫止痒。主治风寒湿痹、偏正头风、跌扑损伤、龋牙疼痛及皮肤顽癣、瘙痒、秃疮等。

治风寒湿痹,如《太平圣惠方》以本品酒蒸后晒干、研末,牛乳调服;《续传信方》治风痰走注疼痛,与天南星同捣成饼,蒸过、焙干研末为丸,温酒送服。用本品同金樱根浸酒内服,对于关节肿痛或运动障碍,具有止痛、消肿,恢复关节活动的功效。本品也可外用止痛,如偏正头痛,可用鲜闹羊花捣敷痛处;跌打伤痛,配泽兰捣烂,酒炒热敷;龋牙疼痛,用本品煎水含漱,或配草乌为末,蜡丸,用棉花包裹,咬于痛处(有涎吐去)等。闹羊花还可用作外科手术前的麻醉剂。据《华佗神医秘传》所载"华佗麻沸散",即本品与茉莉花根、当归、菖蒲等同用,谓"服此能令人麻醉,忽忽不知人事,任人劈破,不知痛痒"。实验表明,手术前采用闹羊花注射液作耳穴或肌内注射,均能起到麻醉镇痛的效果。治疗皮肤顽癣、瘙痒、秃疮等,可用鲜花捣烂,搽擦患处;秃疮亦可用干花研末,麻油调涂。煎服,0.3—0.6克。本品有毒,不可多服、久服。孕妇及气血虚弱者忌服。在服药过程中,如出现恶心、呕吐、腹泻、心跳缓慢等中毒现象时,应立即停药,并服绿豆汤或栀子汁等解毒药以解之。如中毒严重者,则必须采取急救措施。

闹羊花根,又名羊踯躅根、山芝麻根、巴山虎。功与闹羊花略同,除内服治风寒湿痹、关节风痛、跌打损伤;外用治癣疮,此外,尚有止咳作用,可治慢性气管炎。煎服,1.5—3克。

实验研究:花含毒性成分梫木毒素和石楠素。从果实中分离出梫木毒素类物质,命名为八厘麻毒素,有显著降低血压和减慢心率的作用,此时对心功能并无抑制作用,降压后心肌耗氧量明显降低,有助于改善心功能,可用于重症高血压需快速降压的患者。剂量增大时,心电图可出现T波变平、倒置,S-T段下移,甚至心律紊乱,抑制心肌收缩力。八厘麻毒素只短暂降低外周血管阻力,股动脉给药无直接扩血管效应。静注时有明显增加心肌血流量的作用。低浓度对猫心乳头肌产生正性肌力作用,提高自律性,对兴奋性及不应期无影响。高浓度则降低兴奋性与收缩性,缩短有效不应期,出现心律失常。其治疗指数不大。

闹羊花煎剂口服有镇痛作用。梫木毒素镇痛作用较差,镇痛指数低。东莨菪碱能明显增强其镇痛作用,阿托品协同作用不明显。

梫木毒素有催吐作用,此作用是中枢性的。对呼吸及心脏都有抑制作用,过量可引起死亡。解救可考虑用阿托品或间羟胺(阿拉明)。

六轴子

始载于《本草从新》。又名土连翘、山芝麻、闹羊花子、八厘麻。为杜鹃花科植物羊踯躅 Rhododendron molle (Bl.) G. Don 的果序。原植物分布于中国江苏、安徽、浙江、江西、湖南、湖北、河南、四川、福建、贵州等省。

本品味苦,性温。有毒。功能祛风燥湿,散瘀镇痛,定喘止泻。主治风寒湿痹、历节肿痛、跌扑损伤、痈疽肿毒、金刃创伤、牙痛等。其镇痛作用,同闹羊花而较强,历来以疡科及伤科为多用,故汪连仕《采药书》称之为"外科圣药";赵楷《百草镜》则谓:"方术家麻药中有之。"内服治风湿痹痛、跌打伤痛、痈疖肿痛,可配合其他活血祛瘀止

痛药同用，如《卓宝》五虎丹治风痹、跌打、肿毒初起，配制草乌、血竭、穿山甲等研末和丸服。用于肿毒疔疮，也可研末外敷。此外，本品提取的八厘麻素可用于心动过速和高血压病。研末服0.3—0.9克。禁忌、毒性反应等，见"闹羊花"条。

实验研究：羊踯躅果实含闹羊花毒素Ⅲ约0.13%。

果实粉剂及煎剂的镇痛作用明显，约为阿片粉的一半，但达到一定剂量后镇痛效果不再增加，其治疗指数为2.24，安全范围狭，果实注射液可使动物心率明显减慢，可能系迷走神经兴奋所致，血压也下降，大量可致心律不齐（心室纤颤）而死亡。

八角枫

始载于《本草从新》，原名八角金盘。又名木八角。为八角枫科植物华瓜木 Alangium chinense (Lour.) Harms 或瓜木 A. platanifolium (Sieb. et Zucc.) Harms 的侧根及须状根，侧根名白金条；须状根名白龙须。原植物前者分布于中国长江流域及珠江流域各省、区；后者分布于辽宁、河北、山西、河南及长江流域，南至福建和台湾省。

本品味辛，性温。有大毒。功能祛风除湿，舒筋通络，散瘀止痛。主治风湿痹痛、麻木瘫痪、劳伤腰痛、跌打损伤等。

用于风湿性关节炎及类风湿性关节炎，可以须根制成蜜丸、糖浆及酊剂内服，或制成注射剂肌注；用于风湿麻木瘫痪，也可以侧根配伍红活麻、岩白菜等药同用；用于半身不遂，可取侧根炖鸡服；用于劳伤腰痛，每与怀牛膝、杜仲同用；用于鹤膝风，以侧根配松节、牛膝等浸酒服。本品辛以散风湿，温以祛寒邪，用于上述疾患，由风寒湿邪所致者最为相宜。若属于风湿挟热者，须配伍清热化湿之品同用，以免温药助热而伤阴血。对于跌打损伤患者，用干根配算盘子根皮、刺五加，浸酒服，可收活血止痛之效。此外，八角枫须根研粉内服，可治疗精神分裂症。煎服，侧根3—6克；须根1.5—3克。本品有毒，尤以须根毒性为甚，使用必须严格控制剂量，宜从小剂量开始，并在饭后服。孕妇忌服；小儿和年老体弱者慎用。

实验研究：华瓜木根含消旋毒藜碱、喜树次碱及甙类。

八角枫须根煎剂或八角枫总碱，具有明显的横纹肌松弛作用及一定的镇痛作用。其肌松成分主要为消旋毒藜碱，糖甙几无作用。其药用部位以须根作用最强，较细根强3倍，较粗根强5倍左右。对神经肌接头有较高的选择性，在肌松剂量下对神经节作用不明显，其阻滞方式属于双相型，以去极化型阻滞开始，以后转化为竞争型阻滞。八角枫生物碱对中枢神经系统先有5—6分钟兴奋作用（可以减慢给药速度与预先给地西泮等药物加以克服），动物实验中八角枫生物碱与甲丙氨酯（安宁）有协同作用。须根煎剂与生物碱大剂量能削弱心肌收缩力，须根煎剂低剂量可增强离体兔肠收缩，提示它在治疗量时，不致引起手术后腹气胀；它还可增强离体兔子宫收缩力，提示它应用于剖宫产时，可减少子宫出血与加速子宫复原；生物碱也有同样作用，小鼠口服其乙醇提取液有抗早孕、抗着床作用。八角枫总碱肌松强度虽弱于琥珀酰胆碱，但安全范围则较大，急性中毒时的主要危险是呼吸抑制，此时必须用人工呼吸解救之。内服过量或轻度中毒时，有头昏、目眩与乏力感，视物放大与烦躁等症状。注入速度过快，可致血压剧升与心律失常，原有心律不齐者，应忌用或慎用。

芋儿七

又名头顶一颗珠，狮儿七，黄花三七。为百合科植物延龄草 Trillium tschonoskii Maxim. 或白花延龄草 T. camtschaticum Pall. ex Pursh 的根茎及根。前者原植物分布于中国陕西、甘肃、安徽、湖北、四川、云南等省；后者原植物分布于东北地区。

本品味辛，性温，有小毒。功能祛风活血，镇静止痛，解毒消肿。主治高血压病，神经衰弱，眩晕头痛，风湿腰腿疼痛，跌打损伤，痈疖疔疮等。

用于风湿引起的腰腿疼痛，可与独活、羌活、青木香等祛风胜湿药同用；劳损腰痛，可配补肝肾、强筋骨之桑寄生、杜仲等；治跌打损伤，则以芋儿七研粉，黄酒送服。痈疖、疔疮，除内服外，并用鲜品捣烂外敷。此外，本品还能止外伤出血，可研末撒敷创口。煎服，6—9克；研末服，1.5—3克。

实验研究：延龄草含延龄草甙和延龄草二葡萄糖甙。又含薯蓣皂甙、甲基原薯蓣皂甙。并含杯苋甾酮、蜕皮甾酮。白花延龄草根茎含白花延龄草甙、白花延龄草烯醇甙。又含喷诺甙元、延龄草螺甙元。

延龄草煎剂及醇提取物对麻醉猫、兔有降压作用。醇提取物对离体猫心和兔心可使心率减慢、收缩力减弱、冠脉流量减少。醇提取物灌胃对小鼠有镇痛作用。延龄草有溶血作用。

桃耳七

又名小叶莲、鸡素苔。为小檗科植物桃耳七 Sinopodophyllum emodii (Wall.) Ying 的根和根茎。原植物分布于中国陕西、甘肃、青海等省、区。

本品味苦、微辛，性微温。有小毒。功能祛风除湿，活血止痛，止咳祛痰。主治风湿痹痛、肢体麻木、跌打损伤、胃痛、月经不调、风寒咳嗽等。并解铁棒锤中毒。本品的提取物具有抗肿瘤作用。煎服，3—6克。本品内服，部分病例可出现腹部疼痛不适，轻度腹泻，头痛头晕等副作用，停药后即可消失。

实验研究：根及根茎含木脂素：鬼臼毒素、去甲鬼臼

毒素、去氧鬼臼毒素、去甲去氧鬼臼毒素、α和β盾叶鬼臼素、锡金鬼臼毒素、山荷叶素和木质素甙等。又含黄酮类,主要为槲皮素和山柰酚。还含多糖、鞣质和树脂。

鬼臼毒素能抑制细胞有丝分裂于中期,对动物肿瘤有明显抑制作用,但治疗指数低,对人毒性大,只用于皮肤湿疣。临床上用其衍生物如鬼臼酸乙肼,则毒性较小,可用于实体瘤的治疗或与手术、放射疗法合并使用,对乳癌、膀胱癌及皮肤癌有效。鬼臼毒素刺激皮肤可致接触性皮炎;口服刺激胃肠道可致峻泻、呕吐、呼吸兴奋、运动失调以致虚脱死亡,从尿排泄时刺激肾脏,引起肾小球肾炎。局部应用有引起畸胎的报告。

鸡屎藤

始载于《生草药性备要》。又名牛皮冻、臭藤、甜藤、解暑藤、皆治藤。为茜草科植物鸡屎藤 Paederia scandens (Lour.) Merr.的根或全草。分布于中国长江流域及其以南各省、区。

本品味甘、苦,性平。归肝、脾、胃经。功能祛风利湿,活血止痛,消积化滞,解毒杀虫。主治风湿痹痛、跌打损伤、食积泻痢、肝脾肿大、小儿疳积、妇女白带过多等。

用治风湿痹痛,常与羌活、独活、络石藤等祛风活络药同用。用治跌打损伤,可配桃仁、红花、落得打等散瘀消肿止痛。用治肝脾肿大,可配丹参、鳖甲、平地木。用治白带过多,可配白鸡冠花。本品制成针剂作肌内注射,用于各种痛症,有止痛作用。对放射反应引起的白细胞减少症,亦可用本品煎服。治瘰疬用酒煎服,未破者能消,已溃者能敛。外用可治痈疖肿毒、慢性骨髓炎、皮炎、湿疹、周身瘙痒、皮肤溃疡久不收口等,煎水洗、研末掺或捣敷,各随所宜。煎服,9—15克。

实验研究,全草含鸡屎藤甙、鸡屎藤次甙、车叶草甙、去乙酰车叶草甙等。还含生物碱及γ谷甾醇。叶含熊果酚甙及挥发油等。

动物实验证明,鸡屎藤注射液有镇痛作用,所含总生物碱有镇静作用,对肠平滑肌有抑制作用,乙醇浸剂对麻醉动物能降低血压。注射液和乙醚提取物有传导麻醉作用。小鼠腹腔注射鲜鸡屎藤注射液对腹腔感染大肠杆菌、福氏痢疾杆菌均有保护作用。

买麻藤

始载于《本草纲目拾遗》。又名驳骨藤、麻骨风、大节藤、木花生。为买麻藤科植物小叶买麻藤 Gnetum parvifolium (Warb.) C. Y. Cheng 或买麻藤 G. montanum Markgr.的藤茎。主产于中国广东、广西、福建、江西、湖南等省、区。

本品味苦,性微温。功能祛风活血,散瘀消肿。主治风湿骨痛、腰肌劳损、跌打骨折、毒蛇咬伤等。

用于风湿痹痛,四肢酸软无力,本品与五加皮、三叉苦、两面针配伍。用于跌打骨折,以鲜品捣烂,酒炒,复位后趁热外敷,包扎固定,每日换药一次。用于毒蛇咬伤,鲜品捣汁炖温服。本品配盐肤木干根或茎同用,亦可治疗慢性气管炎,有化痰止咳作用。煎服,15—30克。

实验研究:小叶买麻藤含消旋去甲乌药碱盐酸盐。在动物试验中证明有舒张气管、降低血压和加快心率的作用,其作用可被心得安所阻断,属β肾上腺素能受体兴奋剂。本品尚能对抗小鼠与大鼠被动性过敏反应。因此本品兼有解痉和抗过敏的平喘作用。

及己

始载于《名医别录》。又名四叶对、四叶莲、獐耳细辛、四叶细辛、老君须。为金粟兰科植物及己 Chloranthus serratus (Thunb.) Roem. et Schult.的根或全草。分布于中国华东、中南地区及贵州、陕西等省。

本品味辛、苦,性平。有毒。功能祛风止痛,活血散瘀,解毒杀虫。主治风湿痹痛、感冒头痛、风寒咳喘、跌打损伤、月经闭止、疮肿疥癣等。

用于风湿关节痛可单味煎服或浸酒饮;与苏叶、杏仁、半夏配用可治风寒咳喘。治跌伤、扭伤、骨折,用鲜根或加韭菜根捣烂外敷,并取全草水煎冲黄酒内服。经闭,黄酒蒸服。治痈疖疥癣、疔疮痈肿、毒蛇咬伤,可加葱白、白矾同捣敷。治疗头癣,可煎水洗,或与羊蹄根、百部研末,麻油调敷;煎洗亦治皮肤瘙痒。煎服,1—3克;研末服,0.3—1克。孕妇忌服。本品有毒,内服宜慎,研末吞服更易中毒。开放性骨折不作外敷,以防大量吸收中毒。轻症可用当归、黑豆或香茶菜、阴地蕨煎服以解毒。

实验研究:及己根含二氢焦莪术烯酮、焦莪术烯酮和三种倍半萜类。及己的地上部分含 N-β-苯乙基-3-(3,4-亚甲二氧基苯基)丙烯酰胺及 N-β-苯乙基-3-(3,4-二甲氧基苯基)丙烯酰胺。

及己根内服过量可致中毒,症状为持续呕吐、面色苍白、意识模糊、结膜充血、牙龈发黑、手足抽搐、冷汗,乃至死亡。解剖可见脏器充血、水肿或出血。

豹骨

始载于《医林纂要·药性》。为猫科动物豹 Panthera pardus L.的骨骼。将豹剥去皮肉,留下四脚上的毛皮,剔去残余的筋肉,阴干或烘干。

完整的骨架形似虎骨而较小,重量亦较轻,骨骼较短细。头骨呈长圆形,骨质薄,全长20—25厘米。吻部较长,鼻骨正中无显著下凹的沟槽,脑室较宽而不向下低陷,矢状嵴亦较低细,犬齿较细小,锐利。尾骨较长,超过体长之半。四肢骨较细,完整者足趾上带有灰黄色的皮毛,其上有黑色圆斑;前肢肱骨上的"凤眼"呈条形;后肢

的腓骨(带骨)与胫骨的大小略相近;后爪中的第一跖骨与跗骨中的第一楔骨愈合成一块;趾爪弯曲度较虎骨为甚。骨骼表面呈淡黄白色,光泽较差,稍带干枯的筋肉;断面类白色,骨质细致坚实,稍显油质;长骨断面骨腔约占骨粗的1/2,骨髓较少。气微腥,味咸。主产于中国四川、云南、贵州省。

本品味辛、咸,性温。归肝、肾经。功能追风定痛,强筋健骨,镇惊,与虎骨略同。主治风寒湿痹、筋骨疼痛、四肢拘挛、麻木、足膝痿软、惊悸等病症。风寒湿痹可配桂枝、木瓜、牛膝,水煎或浸酒服。足膝痿软乏力,可与龟甲、熟地、锁阳等药蜜丸服。惊悸、健忘,配龙骨、远志等分为末服。煎服,10—15克。血虚火旺者慎服。

五加皮

始载于《神农本草经》。又名南五加皮。为五加科植物细柱五加 Acanthopanax gracilistylus W. W. Smith 的根皮。夏、秋季挖根,洗净泥土,趁鲜剥取根皮,晒干。

根皮呈不规则单卷筒或双卷筒状,长5—15厘米,直径0.4—1.4厘米,厚约2毫米。外表面灰褐色或黄褐色,有稍扭曲的纵皱纹及淡色横向的长圆形皮孔;内表面淡黄色或灰黄色,有细纵纹。体轻,质脆,易折断,断面灰白色,不整齐。气微香,味微辣而苦涩。主产于中国河南、湖北、湖南、浙江、四川等省。

本品味辛、苦,性温。归肝、肾经。功能祛风湿,强筋骨,利小便,活血脉。主治风寒湿痹、腰膝疼痛、痿躄、小儿行迟、水肿、疝气、跌打伤痛等。五加皮辛能散风,苦能燥湿,温能祛寒,故凡风寒湿邪伤及肝肾二经之病每多用之,尤以对痹痛、痿躄的效果为好,常可单用,如《本草纲目》五加皮酒,治一切风湿痿痹,即用本品一味煎汁酿酒饮或浸酒煮饮。

治风寒湿痹,关节肿痛,筋骨拘挛,可与羌活、独活、威灵仙、苍术、牛膝等祛风通络之品同用。治肾虚而受寒湿所致的腰腿酸痛,宜配杜仲、续断、牛膝、补骨脂、肉桂等补肾祛寒之品。本品治湿热痿躄,脚软不行,则配黄柏、牛膝、苡仁、地黄等以祛湿热,强筋骨;用治小儿气血不足,发育迟缓,筋骨痿弱而行迟,可配伍牛膝、木瓜共研细末,米饮调服,如《保婴撮要》五加皮散。本品又有利水消肿之功,故可用治水气不化之面目、四肢浮肿、小便不利及妊娠水肿,常与大腹皮、生姜皮、茯苓皮、地骨皮配用。近用于心功能不全的下肢浮肿,也有一定疗效,可与猪苓、泽泻、桂枝等配用。至于寒湿滞于厥阴,小腹疝气痛,睾丸胀痛,用之亦宜,可与青皮、小茴香、胡芦巴等合用以祛寒除湿、行气止痛。五加皮外用则有燥湿止痒作用,如与黄柏、蛇床子、苦参等煎水熏洗或研末敷,可治阴囊湿痒、皮肤湿疹、脓窠疮或妇人阴痒等症。此外,本品治跌打损伤有活血消肿之效,可与川牛膝、补骨脂等配伍煎汤内服,亦可研末调敷伤处。煎服,6—12克。阴虚火旺者忌服。

实验研究:细柱五加根皮含挥发油、鞣质、棕榈酸、亚麻酸以及维生素 B_1,树脂等。

桑寄生

始载于《神农本草经》。原名桑上寄生。为桑寄生科植物桑寄生 Taxillus chinensis (DC.) Danser 或槲寄生 Viscum coloratum (Kom.) Nakai 等的枝叶。冬季至次春采收,除去粗茎,切段,干燥,或蒸后干燥。

桑寄生茎枝呈圆柱形,直径0.2—1厘米,有分枝。表面灰褐色或红褐色,有多数小点状皮孔及纵向细皱纹,嫩枝有的可见棕褐色茸毛。质坚硬,断面不整齐,皮部薄,红棕色,木部淡红棕色,射线极明显,并可见年轮,中央有小型的髓,暗棕色。单叶对生或近于对生,多已脱落,叶片多皱缩,具短柄,平展后呈卵形或椭圆形,长3—8厘米,宽2—5厘米;表面黄褐色,幼叶被细茸毛,全缘、革质。气无,味淡微涩。主产中国广东、广西、云南等省、区,药材称广寄生。

槲寄生茎枝呈圆柱形,直径3—8毫米,节部膨大。2—5叉状分枝,节间长2—9厘米。表面黄绿色或黄棕色,有明显纵皱纹。质轻脆,易折断,折断时有粉尘飞出,断面不平坦,皮部黄色,木部色浅,形成层环明显,射线类白色,髓明显,粗茎的髓常偏向一侧。叶对生于枝端,多已脱落;叶片倒披针形,可见5条弧形脉,质稍厚而有光泽,黄绿色或黄棕色。枝梢两叶间可见单生或数朵簇生的小花或果实,果实椭圆形,黄棕色或暗红色。气微,味微苦,遇水后粘滑。主产于河北、辽宁、吉林、内蒙古、安徽、河南等省、区,药材称北寄生。

本品味苦、甘,性平。归肝、肾经。功能补肝肾,强筋骨,祛风湿,安胎。主治腰膝酸痛、风湿痹痛、筋骨痿弱、肢体偏枯、头目昏眩、胎漏、血崩等。

用于肝肾不足所致的腰酸疼痛,筋骨痿软,足膝无力,常与续断、杜仲、狗脊之类同用,以加强补肝肾、强筋骨的效果。《本经逢原》谓其有"祛风逐湿,通调血脉"之功,故风湿痹痛、关节屈伸不利者多用之。对于痹证日久,兼见肝肾不足或气血虚衰,筋脉失养的证候,用之更为适宜。临床多与独活、防风、地黄、当归、杜仲、牛膝等同用,使气血足而风湿可除,肝肾充则痿痹自愈,如独活寄生汤。若肝肾阴虚,风阳上扰,而见头目昏眩,耳鸣心悸,腰酸脚软等症者,常与何首乌、地黄等配伍以滋阴潜阳;如风阳偏盛,则配夏枯草、杭菊花、豨莶草等平肝祛风。本品亦有一定降压作用,故用治轻度高血压病头痛头晕,有一定疗效。桑寄生的安胎,也与其益血作用有关,用于肾气虚衰引起的胎动不安,或胎漏下血,腹痛腰酸,可配川断以补肾固气,配阿胶以养血止血,也可配艾叶以暖宫止血,又可用以治疗冲任不固引起的崩中下血。煎服,10—15克。

实验研究：桑寄生带叶茎枝含扁蓄甙、槲皮素。槲寄生茎叶含齐墩果酸、β香树脂醇、内消旋肌醇、羽扇豆醇、β谷甾醇、黄槲寄生甙A和B、高黄槲寄生甙B、肉豆蔻酸。

桑寄生口服或静注对麻醉狗和猫均有降压和利尿作用，扁蓄甙静脉注射对麻醉犬亦有降压作用，但持续很短，且易产生急速耐受性。

扁蓄甙对大鼠和犬均可产生利尿作用。桑寄生对胆固醇性动脉硬化的离体兔耳血管有扩张作用，对离体豚鼠心脏有舒张冠状血管的作用，曾用于治疗心绞痛。对小鼠有镇静作用，并能延迟戊四氮惊厥引起的小鼠死亡。煎剂对脊髓灰白质炎病毒和其他肠道病毒有抑制作用。

槲寄生鲜叶的乙醇浸出液对麻醉犬、兔均有降压作用。

桑枝

始载于《本草图经》。为桑科植物桑 Morus alba L.的嫩枝。中国大部分地区均产。

本品味苦，性平。归肝、肺经。功能祛风湿，通经络，利关节，行水气。主治风湿痹痛、中风半身不遂、遍身风痒、水肿、脚气等。

本品善达四肢经络，通利关节，诸凡风湿痹痛，无论久病、新患，风热、风寒、四肢拘挛、屈伸不利或肢体麻木者，均可用之。如《景岳全书》桑枝膏，即单用本品熬膏内服；亦可与防风、防己或羌活、独活等祛风湿药配伍。如风湿化热，关节红肿疼痛者，可与络石藤、忍冬藤等同用。如兼气血不运者，配姜黄；兼感风寒者，配桂枝。本品亦常用治中风半身不遂，取其通络之功。古方有单用取效者，如《外台秘要》疗偏风方，用桑枝煎服，《玉楸药解》亦用此主治中风口眼㖞斜。现代用于高血压病，每与菊花、白蒺藜、地龙等同用。桑枝善祛血中风热，故因风热入于营血而引起的遍体风痒、肌肤干燥、紫白癜风等症，也可应用。如《本草撮要》用本品配槐枝、柳枝、桃枝等，煎水洗遍身风痒；《圣惠方》桑枝煎，用本品配益母草熬膏服，治紫癜风。《梅师方》取桑枝烧灰淋汁，煮赤小豆，空腹时食豆，能行水气，利小便，治水肿不能平卧，头面身体悉肿；《圣济总录》用本品炒香煎服，治疗脚气浮肿。此外，本品尚能清利肺气，治疗肺受风热所致的上气咳嗽。煎服，10—15克。

实验研究：桑枝含鞣质、游离的蔗糖、果糖、水苏糖、葡萄糖、麦芽糖、棉子糖、阿拉伯糖、木糖。茎皮含黄酮成分桑素、桑色烯、环桑素、环桑色烯和三萜成分白桦脂酸。木材含桑色素、柘树宁、桑酮、四羟基芪、二氢桑色素、二氢山柰酚。

桑枝对淋巴细胞转化率低下的患者，如门脉性肝硬化、乙型肝炎带毒者、慢性肾炎等，有一定的治疗作用。桑枝皮能使尿中排出的氯化物增加而利尿。

木瓜

始载于《雷公炮炙论》。又名铁脚梨。为蔷薇科植物贴梗海棠 Chaenomeles speciosa (Sweet) Nakai，或木瓜 C. sinensis (Thouin) Koehne 的果实。贴梗海棠果实药材习称"皱皮木瓜"；木瓜果实药材习称"光皮木瓜"。夏、秋季果实绿黄时采摘，放沸水中烫至外皮灰白色，用铜刀纵剖两瓣，再晒干。

皱皮木瓜多纵剖为两半，呈椭圆形或半球形，长4—9厘米，宽2—5厘米，厚1.2—2.5厘米。外表面棕红色至紫红色，微有光泽，多呈不规则的深沟纹及细小皱纹，剖面边缘向内卷曲，果肉棕红色，中部有凹陷的棕黄色子房室，内壁平滑，种子多数已脱落。有时可见红棕色略呈三角形的种子。质坚硬，难折断。气微香，味酸涩。主产于中国四川、湖北、安徽、浙江等省。

光皮木瓜呈长圆形，表面光滑或稍粗糙，不皱缩，紫红色。剖面果肉淡黄棕色，显颗粒性，边缘不内卷。质较重，主产中国江苏、安徽、浙江、山东、江西、湖北、广西、陕西等省、区。

本品味酸，性温。归肝、脾、胃经。功能平肝，和胃，化湿，舒筋。主治吐泻腹痛转筋、湿痹、脚气。感受暑湿而致吐泻转筋者，多与藿香、木香、砂仁等同用。脚气肿痛，甚至上冲者，配以紫苏、吴萸、槟榔。风湿痹痛，筋脉挛急者，常配芍药、甘草；祛风可加羌活、防风；除湿可佐茯苓、白术；偏寒可伍以干姜、附子；偏热可佐以黄芩、黄柏；气虚可与人参、黄芪同用；血虚可与当归、熟地兼施；肾虚腰膝软弱，又可与牛膝、杜仲等并投。近年来用于急性黄疸型肝炎和急性细菌性痢疾，有较好疗效。煎服，5—10克。多食损牙及骨，或致癃闭。忌铅、铁。

实验研究：贴梗海棠和木瓜的果实均含苹果酸、果胶酸、柠檬酸、酒石酸、抗坏血酸、氨基酸、黄酮类、皂甙、鞣质、蔗糖等。贴梗海棠的新鲜果实还含过氧化氢酶、过氧化物酶、酚氧化酶、氧化酶。木瓜的种子含氢氰酸。

煎剂给小鼠灌胃，对蛋清性关节炎有抗炎作用。皱皮木瓜水剂对小鼠艾氏腹水癌有抑制作用。

络石藤

始载于《神农本草经》。原名络石，又名石龙藤、耐冬、沿壁藤、爬墙虎。为夹竹桃科植物络石 Trachelospermum jasminoides (Lindl.) Lem. 的带叶藤茎。全年可采，割下藤茎，晒干。

茎呈圆柱形，弯曲，长短不一，直径1—5毫米。表面红褐色，有纵皱纹及皮孔，并可见散生的攀缘根或点状凸起的根痕，以节部为多，节部略膨大。质坚韧，断面黄白色，常中空。叶对生，有短柄，叶片椭圆形或卵状披针形，近革质，全缘，略反卷，上表面暗绿色，下表面色较淡。气

微,味微苦。主产于中国江苏、安徽、湖北、山东等省。

本品味苦,性微寒。归心、肝、肾经。功能祛风通络,凉血消肿。主治风湿痹痛、咽喉肿痛、痈肿疮毒、跌打损伤等。

本品善走经脉,通利关节,舒筋活络,有宣通痹着之效,对痹痛偏热者,尤为适宜。临床用治风湿热痹,关节红肿、四肢拘急等症,常与忍冬藤、地龙、秦艽等配用,风湿入络,筋骨疼痛,可配木瓜、苡仁、海风藤。风湿遍身疼痛,筋脉拘挛,腰膝无力,行动艰难而偏于血虚者,可配当归、杞子浸酒,逐日饮之。一身风毒作痛,或诸疮余毒作痛,或湿痰流饮作核作块,胀痛非常,均可用本品酒煎服之。其治热毒咽喉肿痛、噎塞,可单用络石藤煎水饮;毒盛者,需配射干、桔梗同用。痈疖肿毒,可配蒲公英、金银花等清热解毒药同用。跌打肿痛者捣敷。外伤出血者研末撒。毒蛇咬伤者捣汁服,渣敷伤口周围。煎服,6—15克。阳虚畏寒、大便溏泄者不宜服。

实验研究:茎含牛蒡甙、络石糖甙、罗汉松树脂酚甙、去甲络石糖甙、橡胶肌醇、β香树脂醇及其乙酸酯、羽扇豆醇及其乙酸酯、β谷甾醇及其葡萄糖甙、豆甾醇、菜油甾醇、加拿大麻糖等。

牛蒡甙可使兔耳血管扩张,短暂降低兔血压。大量可使小鼠、兔发生强直性惊厥,呼吸抑制。

白花蛇

始载于《开宝本草》。又名蕲蛇、褰鼻蛇、五步蛇、大白花蛇。为蝮蛇科动物白花蛇 Agkistrodon acutus Guenther 除去内脏的全体。夏、秋两季捕捉,剖腹除去内脏,洗净,以头为中心盘成圆形,用竹片固定,烘干或晒干。

蛇体卷曲呈圆盘状,盘径 17—34 厘米,体长可达 2 米。头部呈三角形而扁平,吻端向上翘起,习称"翘鼻头";从眼后至颈侧有一条黑色斑纹,口宽大,上颚有一对毒牙;背部两侧各有黑褐色与浅棕色组成的菱形大斑纹 18—24 个。腹部灰白色,有多数黑斑,习称"连珠斑"。腹腔内壁黄白色,脊椎骨显露突起,两侧可见多数肋骨。尾部骤细,末端有三角形深灰色的骨质鳞片一枚。气腥,味微咸。主产于中国浙江、江西、福建、广东、广西等省、区。

本品味甘、咸,性温。有毒。归肝、脾经。功能祛风,通络,止痉,攻毒,止痒。主治风湿痹痛、中风口眼㖞斜、半身不遂、小儿惊风、头风痛、破伤风、麻风、疥癣等。

白花蛇性善走窜,内通脏腑,外彻皮腠,为祛风通络之要品。较多用于风湿顽痹,肌肤麻木,筋脉拘挛,骨节疼痛,常与当归、防风、羌活、独活等搜风通络药浸酒饮,如《濒湖集简方》世传白花蛇酒。用于中风伤湿,半身不遂,口眼㖞斜,肢体瘫痪,可与天麻、当归、秦艽、防风、羌活、五加皮等祛风活络药浸酒饮;药渣亦可干燥后研末为丸服,如濒湖白花蛇酒。用于小儿惊风,四肢抽搐,两目上视,宜与全蝎、蝉蜕、天麻配伍;如因温病热毒引起者,须配羚羊角、钩藤、黄连、玄参、连翘心等清热镇痉药同用。用于头风痛甚,每与蒺藜子、蔓荆子、白附子等药配伍,如《圣济总录》必捷散。用于破伤风,项背强直,角弓反张,可与乌梢蛇、蜈蚣等药研末温酒调服,如《圣济总录》定命散。李时珍云"白花蛇能透骨搜风,截惊定搐,为风痹、瘫痪、恶疮要药"。用于大麻风,眉毛脱落,皮肤瘙痒,本品加乌梢蛇、土蝮蛇、苦参、皂角等追风攻毒药熬膏和丸服,如三蛇愈风丹。用治遍体疥癣,可配天麻、荆芥、薄荷等药研末,加好酒与蜂蜜熬膏服,如《医垒元戎》驱风膏。此外,古方还用治瘰疬、白癜风及风疹瘙痒。现代临床用以治疗小儿麻痹症恢复期,以本品焙研为末,黄酒调服。煎服,3—9 克;研末服,1—1.5 克。本品性偏温燥,易伤阴血,用于虚证,须与补养药同用。对于阴虚血少、内热生风者,更宜慎用。

实验研究:白花蛇头部毒腺中含多量的血液毒,少量神经毒,微量的溶血成分及促进血液凝固成分。

白花蛇、蝰蛇蛇毒的作用很复杂,一般认为,主要是血循毒。被白花蛇咬伤后可出现局部肿痛、瘀斑、溃烂,全身可出现大量溶血、出血、咯血、水与电解质紊乱;严重病例的中毒症状与组胺休克相似,迅速出现血压骤降,导致呼吸心跳停止而死。此种降压与组胺(还有 5-羟色胺、缓激肽等)之释放有关,临床病人和实验动物都有急性心肌损害的心电图及病理改变。急性溶血引起高血钾,也导致急性心力衰竭。最突出的是血液失凝与广泛出血。在作用原理方面,本类蛇毒与眼镜蛇、蝮蛇蛇毒相反,不是抗血凝,而是促进血凝。如白花蛇毒具有凝血酶样作用,能使血浆中的纤维蛋白原沉淀为纤维蛋白,形成微血块沉积于血浆内。后来这些纤维蛋白微血块经纤维蛋白溶酶的作用而溶解。由于纤维蛋白原的耗竭,因此血液失凝,而且出血难止(脱纤维蛋白综合征)。

另报道,白花蛇(一般用幼蛇体)制成的注射剂能治疗高血压病。在麻醉犬身上,亦可产生显著的降压作用。根据动物急性试验的结果分析,其降压作用主要由直接扩张血管而来。对小鼠有镇静、催眠作用,还有某些镇痛作用。在兔之脑电图上可出现高振幅慢波,即显示有抑制作用。其毒性很小。

金钱白花蛇

始载于《饮片新参》。又名小白花蛇。为眼镜蛇科动物银环蛇 Bungarus multicinctus multicinctus Blyth 幼蛇去除内脏的全体。夏、秋两季捕捉幼蛇,剖腹除去内脏,擦净,放入 60%—70% 乙醇中浸泡 1—2 日,取出晾干,以头为中心盘成圆盘状,尾含于口中,用竹签横穿固定,晒干或炭火烘干。

蛇体呈圆盘状,头在中央,尾端尖细,纳入口中。盘径 3—15 厘米。蛇体直径 0.3—2 厘米,背部黑棕色或灰黑色,有数十个白色环状横斑,白斑间隔的黑鳞片 3—5

片，鳞片呈菱形，背部中央有一条突起的脊棱，脊棱处的鳞片较大，呈六角形；鳞片细密，有光泽。腹部黄白色，鳞片稍大，尾下鳞仅单行。腹腔内壁黄白色或黄色。气微腥，味微咸。主产于中国广东、广西等省、区。

本品性味、功用与白花蛇基本相同而力胜（见"白花蛇"条）。近年亦有用以治疗食管癌、胃癌、肝癌等病。煎服，3—4.5克；研末服，0.5—1克。

实验研究：银环蛇的干燥体上含蛋白质、脂肪及鸟嘌呤核甙。银环蛇蛇毒中含α环蛇毒素及β环蛇毒素。

银环蛇蛇毒属剧烈的神经毒。与眼镜蛇、蝮蛇等中毒的严重局部症状不同，被银环蛇咬伤后，局部仅出现麻木，感觉不大，早期病人易引起思想麻痹。一旦神经症状发作，严重病例即可发生呼吸麻痹，若抢救不当，往往造成死亡。呼吸麻痹的原因，一般认为是外周箭毒样作用，其作用发生较慢，恢复亦慢或很难恢复。抗胆碱酯酶药对抗作用不明显。此外，银环蛇还有另一类的蛇毒，即β环蛇毒素，它与眼镜蛇神经毒α环蛇毒素或箭毒不同，作用于突触前部位，即抑制神经末梢释放乙酰胆碱的功能。银环蛇毒不但对呼吸肌、神经系统，特别是呼吸中枢有抑制作用，对胃肠功能的抑制也很明显（胃肠麻痹）。在引起呼吸麻痹前一般不出现心力衰竭或休克，但危重病例，也可出现严重的心肌损害，因此抢救时，还需积极预防循环衰竭的发生。

乌梢蛇

始载于《药性论》。原名乌蛇，又名黑花蛇、乌风蛇、剑脊蛇。为游蛇科动物乌梢蛇 Zaocys dhumnades (Cantor)除去内脏的全体。夏、秋季捕捉，剖腹除去内脏，盘成圆形，用柴火熏至发黑，再晒干。

全体呈圆盘状，直径约13—16厘米。乌黑色或黑褐色，外被菱形鳞片，鳞列行数为双数，有的鳞片已脱落，无光泽。头扁圆，盘于中央，眼大不陷而有光泽，口内有多数刺状牙齿。颈部较细，脊骨高耸，呈三角形。腹部切口边缘向内卷曲。肉厚，呈黄白色或已熏成黑褐色，可见多数肋骨密集排列。尾部细，多纳入腹内。质坚韧。气腥，味淡。主产于中国江苏、浙江、安徽、湖北、湖南等地。

本品味甘，性平。归肝、脾经。功能祛风，通络，止痉。主治风湿顽痹、麻风、破伤风、小儿麻痹后遗症、骨关节结核、疥癣痒疹、银屑病等。李时珍云：乌梢蛇功与白花蛇同，而性善无毒。

临床用于风湿痹痛，肌肤麻木，手足拘挛，常配地龙、木瓜、鸡血藤等药以祛风蠲痹。用治麻风病，可单用本品浸酒饮。《圣惠方》又用本品配细辛、防风、天麻等药治身体顽麻，如乌蛇丸。用于破伤风及小儿脐风，证见颈项强直，角弓反张，可与白花蛇、蜈蚣等搜风解痉药同用。现代报道，小儿麻痹后遗症，以及骨关节结核，均可用乌梢蛇研末服。此外，本品尚用于疥疮瘙痒久不瘥，配黄芪、川乌、石南等同用。湿疹、痒疹又可配蝉蜕、荆芥、地肤子等。银屑病，可配金银花、生地、露蜂房等同用。用治紫白癜风，《圣惠方》取乌蛇肉配枳壳、白蒺藜、熟地黄等药浸酒饮。煎服，6—12克；研末服，1.5—3克。病由血虚生风者，宜慎用。

蝮蛇

始载于《名医别录》。又名反鼻蛇、灰地匾、土球子、草上飞、七寸子。为蝮蛇科动物蝮蛇 Agkistrodon halys (Pallas)除去内脏的全体。分布于中国大部分地区。

本品味甘，性温。有毒。功能祛风通络，杀虫攻毒。主治麻风、风湿痹痛、半身不遂、破伤风、瘰疬、肿毒、痔疮等病症。

祛风攻毒为本品专功，早在《名医别录》即有用蝮蛇酿酒以治疗麻风的记载；《本草拾遗》亦有蝮蛇浸酒方，以治麻风、皮肤顽痹、半身枯死等症。现代临床上根据本草及方书记载，用蝮蛇酒或蝮蛇粉治疗各型麻风病，都获得了一定效果，尤以合并砜类药治疗者，疗效更佳。用药后精神、食欲、体重都有改善，皮肤反应消退或有进步，知觉恢复或好转，溃疡缩小，性功能也有改进。用于瘰疬及风湿痹痛，可浸酒内服。如与乌风蛇、眼镜蛇同用，对风湿痹痛的疗效更好。破伤风，牙关紧闭，口面㖞斜，可配祛风定惊药同用，如《普济方》之天南星丸，用本品与地龙、天南星研末，醋煮和丸，姜酒送服。用治肿毒疮疡，将蝮蛇浸香油中制成蝮蛇油外用，凡一般肿毒，创伤溃烂等症，均可用以外涂。也有用油浸蝮蛇，经百日后，取出，晒至半干，捣成膏状，外敷治瘰疬或搭背。此外，蝮蛇粉内服，尚有强壮作用，可用于病后虚弱、乳汁不足、遗尿、脱肛等症。煅灰存性，名蝮蛇霜或反鼻霜，可作止血剂，用麻油调涂，以治疮疡出血。浸酒饮，5—10毫升；研粉服，0.6—1.5克。

实验研究：从蝮蛇毒中已分离提纯以下成分：出血因子 HR－Ⅰ及 HR－Ⅱ（均系糖蛋白），蛋白酶 b，一种缓激肽释放酶及二种缓激肽破坏酶和强化因子 E。

干燥蝮蛇含甾醇、脂肪、牛磺酸等。

头部毒腺中含有以血循毒为主的血循、神经混合毒，干燥蛇的毒牙仍然有毒。

透骨草

始载于《本草纲目》。又名地构菜。为大戟科植物地构叶 Speranskia tuberculata (Bunge) Baill. 的全草。药材称"珍珠透骨草"。夏季拔取全草，去净泥土，晒干或阴干。

全草根长3—6厘米，灰黄色。茎呈圆柱形或微有棱，多分枝。长约10—20厘米，下端直径1—4毫米。表面淡绿色至灰绿色，被灰白色柔毛，其上有互生叶或叶痕。叶多卷曲皱缩，灰绿色，被灰白色柔毛，下表面较显

著。有时茎顶可见总状花序,其上留有圆形小花及扁球形果实,茎质脆,易折断。味淡而微苦。全国大部分地区均产。

本品味辛,性温。功能散风祛湿,活血舒筋。主治关节疼痛、筋骨挛痛、瘫痪、跌打肿痛、肿毒、阴囊湿疹等病症。

透骨草为治疗风湿痹痛之常用药,一般可与防风、苍术、独活、牛膝等药配用,对于较为深痼的风湿疼痛,伴筋骨拘挛、屈伸不利者,则可与川乌、伸筋草、骨碎补同用。单用透骨草煎水外洗,也有祛风、活血、止痛、消肿的作用。治跌打损伤之瘀血肿痛,可配蓍草煎洗;治小儿麻痹后遗症,可配木瓜、牛膝、当归等煎汤熏洗患肢;用于肿毒初起,可与地榆、漏芦、防风煎汤,频频热洗;治阴囊湿痒,可配艾叶、蛇床子、忍冬藤煎水洗;治足癣,可与苦参、川椒、狼毒煎水浸洗。煎服,9—15克。孕妇忌服。

凤仙透骨草

始载于《救荒本草》。原名小桃红,又名凤仙草、染指甲草。为凤仙花科植物凤仙 Impatiens balsamina L. 的茎。主产于中国江苏、安徽、浙江、湖北等省。

本品味苦、辛,性温,有小毒。功能祛风湿,止痛,活血,解毒。主治风湿疼痛、跌打损伤、妇女闭经、足癣、鹅掌风及痈疖、丹毒等。

用于风湿关节肿痛,屈伸不利,可与威灵仙、五加皮、油松节等煎服;并可捣烂外敷或煎水洗;或与姜、葱、蒜、韭同捣取汁熬膏,贴于关节痛处。治疗跌打肿痛及妇女经闭腹痛,可与当归、桃仁、红花等同用,也可单用本品捣汁,黄酒冲服;跌打瘀痛还可捣烂敷于患处。其治足癣、鹅掌风类皮肤病,一般可与豨莶草、蝉蜕煎水外洗;治足癣亦可以本品加土大黄、枯矾为末,醋蘸擦之;治鹅掌风可与一枝黄花煎水浸洗患处。用于痈肿疮疖、丹毒流火,可配紫地丁煎汤内服,或配紫苏叶煎洗;治毒蛇咬伤,可与半边莲同用,内服外敷;治皮肤溃疡日久不愈,本品同冰片研末撒于患处,有解毒收敛作用。煎服,6—9克。孕妇忌服。

实验研究:凤仙全草含对羟基苯甲酸、龙胆酸、阿魏酸、对香豆酸、芥子酸、咖啡酸、东莨菪素。叶含肉桂酸酯类、山柰酚及其3-阿拉伯糖甙。茎含山柰酚-3-葡萄糖甙、槲皮素、蹄纹天竺素、矢车菊素、飞燕草素。根含矢车菊素3-葡萄糖甙。

透骨香

始载于《滇南本草》。原名透骨草,又名满山香、九里香、搜山虎。为杜鹃花科植物云南白珠树 Gaultheria leucocarpa Bl. var. crenulata (Kurz) T. Z. Hsu 的茎叶或根。原植物分布于中国云南、贵州、四川、湖北、湖南、广西、广东、江西等省、区。

本品味辛,性温。有小毒。功能祛风除湿,活血止痛。主治风寒湿痹、筋骨疼痛、跌打损伤,以及风寒感冒、胃寒疼痛、牙痛、湿疹等。风湿痹痛可配白龙须、小血藤、牛膝浸酒服。皮肤湿疹,煎水洗。煎服,9—15克。

实验研究:云南白珠树叶含挥发油0.5%—0.8%,其中主成分为水杨酸甲酯,有解热、镇痛及抗风湿作用,与水杨酸类药物相似,但本品内服后吸收慢而不规则,服药后产生作用亦较迟。本品刺激性很强,可用1—2份橄榄油稀释后外用作抗刺激剂。本品亦可产生水杨酸中毒症状,中毒剂量约为水杨酸钠的2/3。

伸筋草

始载于《本草拾遗》。原名石松,又名宽筋藤、舒筋草、过山龙、金毛狮子草。为石松科植物石松 Lycopodium japonicum Thunb 的全草。中国南北各地均产,主产于浙江、湖北、江苏等省。

本品味苦、辛,性温。归肝、脾、肾经。功能祛风除湿,舒筋通络,活血消肿。主治风湿痹痛、筋脉拘急、跌打损伤、水肿等。

《本草拾遗》云:石松主久患风痹、脚膝疼冷、皮肤不仁、气力衰弱。现在临床常用于风寒湿痹、肌肉酸痛、关节屈伸不利、肢体麻痹,多与羌活、独活、威灵仙等药同用;对于肝肾不足,筋脉失养所致的关节屈伸不利,须与当归、熟地、续断、桑寄生、千年健等补肝肾、强筋骨及养血药同用。亦治两足小腿转筋,每与木瓜、八角枫等药合用。近年治疗小儿麻痹后遗症及脑卒中后遗症方中加用本品,亦取其加强舒筋活络作用。治跌打损伤,多与苏木、地鳖虫、红花配伍。消水肿,可与槟榔等药同服。此外,本品外用治疗带状疱疹,单味焙干研粉,麻油调涂,或加雄黄、烧酒、鸡蛋清适量,调敷患处。治烫火伤,除用鲜草煎水洗外,另用干品煅存性研末撒布创面。煎服,9—12克。

实验研究:伸筋草全草含石松碱、棒石松碱、棒石松洛宁碱、法氏石松碱、法氏石松明碱、石松灵碱等生物碱;香荚兰酸、阿魏酸、杜鹃花酸等酸性物质;α芒柄花醇、石松醇、石松宁、伸筋草醇等三萜醇化合物。

石松碱对离体大鼠、豚鼠小肠有兴奋作用,对兔、大鼠及豚鼠子宫也有兴奋作用。给兔静脉注射有降温作用。

丝瓜络

始载于《医林纂要·药性》。原名丝瓜网,又名丝瓜筋、丝瓜壳、丝瓜布。为葫芦科植物丝瓜 Luffacylindrica (L.) Roem. 干燥成熟果实的维管束。中国大多数地区有产。

本品味甘,性平。归肺、胃、肝经。功能祛风通络,活血消肿。主治风湿痹痛、跌打瘀痛、乳痈、疖肿等。

用于风湿痹证,筋骨肌肉酸痛,常与桑枝、防己、牛膝

等祛风通络药配伍。用于跌打损伤肿痛，每与桃仁、红花、乳香等化瘀止痛药配用。如伤在胸胁，疼痛走窜，或咳嗽加剧者，须再佐柴胡、枳壳、橘络等药，其效方显。用治乳痈初起及热疖痈肿，可佐蒲公英、金银花、连翘等清热消肿散结药同用。此外，夏季外感暑湿，四肢困倦，小便短赤，常配冬瓜皮、生苡仁水煎服。单味煅存性研末，黄酒吞服可治乳汁不下。煎服，6—12克。

实验研究：丝瓜络含齐墩果酸-3-葡萄糖-23-二葡萄糖甙、木聚糖、纤维素等。种子含脂肪油，主要为亚油酸、棕榈酸、硬脂酸、油酸等的甘油脂以及磷脂、角鲨烯、α菠菜甾醇等。还含三萜皂甙（甙元是齐墩果酸）、黑色素和葫芦素B、赤霉素、蛋白质、糖类等。

老鹳草

始载于《救荒本草》。原名牻牛儿苗，又名五叶草、老贯草、贯筋、老鸹嘴。为牻牛儿苗科植物牻牛儿苗 Erodium stephanianum Willd.或老鹳草 Geranium wilfordii Maxim.等的全草。主产于中国河北、山西、山东、云南、四川、湖北等省。

本品味苦、微辛，性平。归肝、大肠经。功能祛风通络，清热利湿。主治风湿痹痛、肌肤麻木、筋骨酸痛及泄泻、痢疾等。

用于风湿痹痛，可与桂枝、当归、赤芍等配伍；也可配丁公藤、豨莶草、桑枝等，制成风湿骨痛药酒内服。用治急、慢性泄泻、痢疾，可与凤尾草或红枣同用；对菌痢，无论在临床症状和细菌阴转方面，效果均较显著。此外，亦治跌打损伤、骨折，捣烂加酒炒热外敷；也可配当归、桃仁、红花等同时内服。湿疹、痈疖初起，可制成软膏涂敷。煎服，9—15克。

实验研究：牻牛儿苗含鞣质（地上部分含量为14.46%）、挥发油，油中主要成分为牻牛儿醇。还含槲皮素和其他色素。

牻牛儿苗全草煎剂在体外对卡他球菌、金黄色葡萄球菌、弗氏痢疾杆菌、β链球菌、肺炎球菌等有明显的抑制作用，对亚洲甲型流感病毒也有抑制作用。

蒴藋

始载于《神农本草经》。原名陆英，又名接骨草、走马风、八棱麻、落得打。为忍冬科植物蒴藋 Sambucus chinensis Lindl.的全草或根。分布于中国华东、中南、西南地区及陕西、甘肃、宁夏等省、区。

本品味微苦，性平。归肝经。功能祛风通络，活血散瘀，清热利湿，消肿止痛。主治风湿关节疼痛、跌打损伤、骨折、水肿、脚气、痢疾、黄疸、淋病、带下、瘾疹瘙痒及痈肿等。

风湿关节疼痛、跌打损伤，均可煎服或捣烂外敷。因跌打损伤而有瘀血肿胀者，可配乳香、归尾、地鳖虫、三七等活血祛瘀之品；损伤而致吐血者，可与侧柏叶、地榆等止血药同用；骨折者，还可用根及茎研末，加面粉少许，白酒调敷于患处，有促进骨折愈合的功效。骨折疼痛，手术切口痛、牙痛、腹痛等，可研末吞服以止痛。瘾疹瘙痒，可用全草煎水洗浴；痈疖疮毒，则以根或叶切碎捣烂，鸡蛋清调敷患处。煎服，10—15克；鲜品30—60克；研末服，0.3—0.6克。孕妇慎用。

实验研究：全草含黄酮类、酚性成分、鞣质、糖类、绿原酸。根含大量鞣质、还原糖、生物碱。又从干叶分离出β谷甾醇、菜油甾醇、α香树脂醇、棕榈酸酯、熊果酸和多量硝酸钾。

煎剂灌胃，并加酒调外敷，对实验性骨折家兔，有活血散瘀、增加磷的吸收、促进骨痂骨化的作用。

接骨木

始载于《新修本草》。又名木蒴藋、续骨木、扦扦活、公道本。为忍冬科植物接骨木 Sambucus williamsii Hance的带叶茎枝。中国大部分地区均产。

本品味甘、苦，性平。归肝、肾经。功能祛风止痛，活血止血。主治风湿痹痛、筋骨酸痛、跌打损伤、瘀血肿痛、产后恶露不行，以及创伤出血等。

用于风湿痹痛、四肢关节疼痛，可与老鹳草、寻骨风等配伍应用，以祛除风湿。《新修本草》谓其"主折伤，续筋骨"，用治跌打损伤、瘀肿疼痛、四肢闭合性骨折、急性腰扭伤等，有活血散瘀和止痛的效果，如《续本事方》治打损接骨方，用接骨木配乳香、赤芍、当归、自然铜等为丸服。也可用鲜品捣烂外敷，或配透骨草、茜草等，熬膏涂敷，以治伤损骨折。本品既能活血，又能止血，古有能治"一切血不行或血不止"的记载。《产书》以本品煎服治产后血晕或恶血不止。现代用本品制成粉剂外敷，治创伤出血；又如止血海绵粉即以本品配穿心莲制成，适用于外伤及肝脾手术止血。此外，煎汤内服，治肾炎水肿，可利水消肿；煎汤洗浴，治风疹瘙痒，可祛风止痒。煎服，10—15克。或浸酒服。一般以鲜品效佳。多食令人吐。孕妇忌服。接骨木根，除用于跌打损伤、风湿痹痛外，尚可治疗水肿、热痢、黄疸等病。

实验研究：接骨木茎皮含白桦脂酸、白桦脂醇、α香树脂醇、β谷甾醇、蜡醇、正廿九烷。

煎剂对小鼠有镇痛、利尿作用，还能抑制大肠杆菌感染。

地枫皮

始载于《中华人民共和国药典》(1993年版)。为木兰科植物地枫皮 Illicium difengpi K.I.B. et K.I.M.的干燥树皮。

本品微辛、涩,性温。有小毒。归膀胱、肾经。功能祛风除湿,行气止痛。主治风湿痹痛,腰肌劳损。煎服6—9克。

海桐皮

始载于《海药本草》。又名刺桐皮、钉桐皮、丁皮、接骨药。为豆科植物刺桐 Erythrina variegata L. var. orientalis (L.) Merr. 或乔木刺桐 E. arborescens Roxb. 的树皮。前者产于中国广东、广西、云南、贵州等省、区;后者产于云南、四川及贵州等省。

本品味苦、辛,性平。归肝、肾经。功能祛风除湿,通络止痛,杀虫止痒。主治风湿痹痛、肢节拘挛、跌打损伤及疥癣等。为治疗风湿痹痛尤其是下肢关节痹痛的常用药。每与祛风、活血、通络药配伍。

若肝肾不足,风湿着于下焦者,须配补肝益肾药,如《续传信方》治腰膝疼痛,以本品与生地黄、五加皮、牛膝、羌活等浸酒内服;《小儿卫生总微论方》海桐皮散,治下肢拘挛,不能伸举者,配熟地黄、山茱萸、补骨脂、牛膝等。若用于风湿热痹,则可配桂枝、石膏或防己、萆薢、苡仁之类。用治跌打损伤疼痛,除与活血祛瘀药配伍内服外,并可研末调敷伤处。用于疥癣,可配蛇床子等分为末,和猪脂调涂,或与土槿皮浸酒外搽。此外,煎水洗眼,可治时行赤眼;含漱,可止龋牙痛。煎服,6—12克。

实验研究:刺桐树皮含刺桐灵碱、下箴刺桐碱、氨基酸和有机酸。水浸液在体外对常见致病性皮肤真菌及某些细菌如金黄色葡萄球菌有抑制作用。

海风藤

始载于《本草再新》。又名风藤。为胡椒科植物细叶青蒌藤 Piper kadlsura (Choisy) Ohwi 的藤茎。主产于福建、广东、浙江、台湾等省。

本品味辛、苦,性微温。归肝经。功能祛风除湿,通络止痛。主治风寒湿痹、关节不利、筋脉拘挛、腰膝酸痛及跌打损伤,中风半身不遂等。

治风湿痹痛,常配用于祛风湿及温经通络药中,如《医学心悟》之蠲痹汤,即本品与羌活、独活、秦艽、桂心、当归、川芎等同用;治白虎历节风,走注疼痛之松枝酒,即用海风藤佐松节、桑枝、五加皮、当归等浸酒内服。治跌打损伤,可与参三七、地鳖虫、红花等药配伍;中风半身不遂,也可在益气活血通络药中加入本品。此外本品尚有温中散寒、行气止痛之功,用于脘腹冷痛,可与救必应、两面针等同用。煎服,6—12克。孕妇慎服。

实验研究:细叶青蒌藤的茎、叶含细叶青蒌藤素、细叶青蒌藤烯酮、细叶青蒌藤醌、细叶青蒌藤酰胺、海风藤烯酮等。其中细叶青蒌藤素含量最高,且有阻抑肿瘤作用。尚含β谷甾醇、豆甾醇及挥发油,油中含α蒎烯和β蒎烯、莰烯、香桧烯、柠檬烯、异细辛醚。

南蛇藤

始载于《植物名实图考》。又名过山龙、过山风、大伦藤、黄果藤。为卫矛科植物南蛇藤 Celastrus orbiculatus Thunb. 的藤茎或根。原植物在中国大部分地区有分布。

本品味微辛,性温。功能祛风除湿,活血通络,并能解毒。主治风湿痹痛、痧气腹痛、痢疾、肠风便血、跌打伤痛,闭经,以及痈肿、毒蛇咬伤、烫伤等。

治风湿性关节痛、筋骨痛、腰腿痛,可单味煎服,或与八角枫根、五加皮、凌霄花等祛风活血药同用。治夏季感受风寒暑湿之痧气腹痛、腹胀、呕吐,及痢疾腹痛后重,可配青木香同煎服。如与侧柏叶、槐米、仙鹤草等凉血止血药合用,又能治肠风便血。用治跌打损伤之血瘀肿痛,内服外敷,有散瘀消肿止痛之功。至于妇女血瘀经闭,用之能活血通经,可与当归、丹参等药配用。本品兼有解毒之功,痈疽肿毒、丹毒、毒蛇咬伤、烫伤等,煎汤内服,研末调敷,或用鲜品捣烂外敷则能解毒。煎服,10—15克;为末服,3—5克。孕妇忌服。

实验研究:叶含山柰酚-7-鼠李糖甙、山柰酚-3,7-二鼠李糖甙、山柰酚-3-葡萄糖-7-鼠李糖甙、槲皮素-3-葡萄糖-7-鼠李糖甙、槲皮素-3,7-二鼠李糖甙。根含鞣质、卫矛醇。

干根皮中有抑制吉田肉瘤的活性物质。

菝葜

始载于《名医别录》。又名铁菱角、金刚刺、金刚根。为百合科植物菝葜 Smilax china L. 的根茎。原植物在中国华东、中南、西南各地均有分布。药材主产于中国浙江、江苏等省。

本品味甘、酸,性平。归肝、肾经。功能祛风利湿,解毒消痈。主治风湿痹痛、泄泻、痢疾、淋浊、带下、疮疡肿毒等。

用治风湿关节疼痛、肌肉麻痹,单味浸酒或配老鹳草、虎杖等煎服,或取鲜根制成注射剂肌注。本品有较好的利湿解毒作用,故又可用于泻痢、淋浊、带下诸证。治泄泻可单用菝葜大剂量煎服;治赤白痢疾,如《履巉岩本草》以本品配腊茶、白梅肉为丸服;治沙石淋,可用本品研末,米饮汤下;治乳糜尿,可配楤木煎服;治妇女白带,则水煎加红糖服。《本草品汇精要》谓其"散肿毒"。《医林纂要》也说"治恶疮、毒疮、虫毒"。现代用治外科急性感染,如痈疖、蜂窝织炎、淋巴结炎、乳腺炎等,证实了前人的临床经验。另有报道治疗牛皮癣,可使皮损消失,症状改善;近亦试用于胃癌、食管癌、直肠癌等,部分患者可获近期缓解。煎服,10—15克;大剂量30—90克。据治疗癌症的观察,本品对阴虚偏热的患者,服后易引起口干、

便秘、尿赤、烦躁、口腔粘膜破溃、便血等副作用。

菝葜叶，解毒消肿功能同菝葜。外治烫伤，有止痛及收敛作用，且能控制感染。

实验研究：菝葜根和根茎含洋菝葜皂甙和菝葜皂甙A、B、C，其中B的含量最多，A和C都很少。叶含芸香甙。25%的煎剂对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌有较强的抑制作用。25%及50%的煎剂灌胃或腹腔注射，可轻度抑制小鼠血中锥虫的繁殖，故可能有抗疟作用；还曾报告在小鼠身上有某些抗癌活性。

常春藤

始载于《本草拾遗》。原名土鼓藤，又名龙鳞薜荔、三角枫、追风藤、上树蜈蚣、枫荷梨藤。为五加科植物中华常春藤 Hedera nepalensis K. koch var. sinensis (Tobl.) Rehd. 的茎叶。原植物分布于中国华北、华东、中南及西南各省、区。

本品味苦、辛，性凉。归肝、脾经。功能祛风湿，通经络，解毒消肿。主治风湿痹痛、跌打损伤、肝炎、扁桃体炎、结膜炎、痈疽肿毒等。

用于治疗风湿性关节疼痛、腰膝酸痛、肢体麻木以及跌打伤痛，均可以单味水酒各半煎服，或与豨莶草、老鹳草、石南藤等同用。治肝炎，本品配败酱草；治扁桃体炎配土牛膝；治急性结膜炎，可单味煎服。《外科精要》谓其能治一切痈疽，服之利下恶物为妙。现在用治疗疮痈肿除单用煎服外，亦可绞汁饮，并取鲜品捣烂外敷。煎水洗浴，可治皮肤痒疹。此外，本品兼能止血，如《圣济总录》云："衄血不止，龙鳞薜荔研水饮之。"现代临床亦有用治吐血、咯血、衄血及肠出血者。煎服，5—10克。

实验研究：茎含鞣质(12.01%)、树脂。叶含常春藤甙、肌醇、胡萝卜素、糖类；还含鞣质29.4%。

叶中的皂甙与内酯对常见致病性皮肤真菌有抑制作用，而以内酯部分较强。

虎刺

始载于《开宝本草》。原名伏牛花，又名刺虎、绣花针、老鼠刺、鸟不踏。为茜草科植物虎刺 Damnacanthus indicus Gaertn. f. 的全株或根。分布于中国浙江、江西、江苏、安徽、广东、湖北、湖南等省。

本品味苦、甘，性平。功能祛风除湿，活血散瘀。主治风湿痹痛、痛风、水肿、黄疸、痞块、跌打损伤、月经不调及闭经等。

用于风湿痹证，肌肉、关节疼痛，痛风及跌打伤痛，肝脾肿大，均可用水酒各半煎服；脾虚水肿或黄肿者，可与五指毛桃根、毛天仙果根同用，以利湿健脾；急性黄疸型肝炎，配茵陈蒿，或配铃茵陈、车前草，可利湿退黄；对月经不调、痛经、闭经，用之能活血通络。煎服，9—15克。

实验研究：根含多种蒽醌类成分虎刺素、虎刺醇、虎刺尼定、羟基虎刺素、去甲基虎刺素等。

爬山虎

始载于《本草拾遗》。原名地锦，又名爬墙虎、大风藤、枫藤、石壁藤。为葡萄科植物爬山虎 Parthenocissus tricuspidata (Sieb. et Zucc.) Planch. 的根及茎、叶。原植物分布于中国华东、华南、西南地区及辽宁、河北、陕西、湖北、湖南等省。

本品味甘，性温。功能祛风湿，活血通络，消肿解毒。主治风湿痹痛、偏头风痛、妇女血滞经行不畅、经闭、痛经以及跌扑损伤、痈肿疮疡等。

风湿痹痛，关节不利者，可单味煎汤或浸酒内服，或与金雀根、茜草、木防己、寻骨风等祛风活血药同用；偏头风痛则可与当归、川芎同用；经闭、痛经，可配大血藤、延胡索、元宝草、月季花等活血祛瘀药以增强通经止痛作用。用于跌打损伤、痈疖肿毒，除可煎汤内服外，还可用酒酿拌匀同捣外敷。如疮疡溃烂者，用本品煎水局部洗涤，有解毒祛腐之效。此外，用根磨汁外涂，可治带状疱疹；叶研末，麻油调涂，可治黄水疮。煎服，10—15克。孕妇慎服。

实验研究：爬山虎叶含矢车菊素；茎含藜芦醇；果实含1,2-二氢-2-氧代喹啉-4-羧酸的甲酯和乙酯、β谷甾醇。

所含粘液质对口腔、消化道粘膜有轻度消炎(保护粘膜)的作用。

半枫荷

始载于《岭南采药录》。为梧桐科植物翻白叶树 Pterospermum heterophyllum Hance 的根。产于中国广东、广西、福建等省。

本品味甘、淡，性微温。功能祛风除湿，舒筋活血，并有强壮作用。主治风湿痹痛、腰肌劳损、手足酸麻无力、坐骨神经痛、产后风瘫、半身不遂等病症。可单味浸酒服，或配当归、鸡血藤等养血通络之品水煎服。治跌打肿痛、扭挫伤，可配红花、赤芍、归尾等。煎服，15—30克。

薜荔

始载于《本草拾遗》。又名木莲藤、凉粉藤、爬墙虎。为桑科植物薜荔 Ficus pumila L. 的茎叶。主产于中国江苏、浙江、山东、福建、湖南、江西等省。

本品味酸，性平。功能祛风除湿，活血通络，解毒消痈。主治风湿痹痛、关节不利、腰膝疼痛以及疮痈、湿疹、疥癣等。

其藤茎善于通经活络，因此祛风湿、通经络、利关节

是其所长。可单用，也可与海风藤等同用。薜荔茎叶常用于外科感染性疾患，可研末服或取鲜叶研烂绞汁，和蜜饮，另以滓敷疮上。治疗疮疖痈肿，单用本品茎叶煎服；或本品鲜叶与鲜爵床等量酒水煎服，另用鲜叶捣敷。治疗疥癣、湿疹，用鲜薜荔叶或藤，捣汁搽。此外，本品尚有利尿通淋之功，可治热淋、砂淋。《本草纲目》用治血淋痛涩，取藤叶配炙甘草，煎汤服。煎服，10—15克；鲜品，30—60克。

实验研究：花托含内消旋肌醇、芸香甙、β谷甾醇、蒲公英赛醇乙酸酯、β香树脂醇乙酸酯。种子中含一种凝胶质样物质约13%，水解生成葡萄糖、果糖及阿拉伯糖。藤含微量生物碱，又含脱肠草素及香柑内酯。

枝叶煎剂对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等在体外有抑制作用。

石南叶

始载于《神农本草经》。原名石南，又名风药、栾茶。为蔷薇科植物石楠 Photinia serrulata Lindl. 的叶。原植物分布于中国陕西、甘肃、河南、江苏、安徽、浙江、江西、湖南、湖北、福建、台湾、广东、广西、四川、云南、贵州等省、区。

本品味辛、苦，性平。有小毒。归肝、肾经。功能祛风湿，通经络。主治风湿痹痛、腰背酸痛、腿弱无力、头风头痛、风疹瘙痒等。

《世医得效方》换腿丸、石南丸中，均用本品配川牛膝、木瓜、萆薢等，治疗干湿脚气及腰膝沉重、筋脉挛痛。缪仲淳则以本品配仙灵脾、五加皮、威灵仙等，治肝肾不足，为风寒湿邪所乘，以致风痹腿弱不能行动的证候。本品浸酒服，或与川芎、白芷同用，可治头风；配麻黄、当归、川芎等同煎服，可治诸风瘾疹。此外，石南叶与巴戟天、苁蓉等配伍，尚可用以治疗肾经虚寒，精滑精冷。煎服，4.5—9克。

实验研究：石南叶含游离的氢氰酸，其含量变化较大，约为0.015%—0.120%。又含野樱皮甙、熊果酸、皂甙、挥发油。

荭草

始载于《名医别录》。又名天蓼、大蓼、水红花、东方蓼。为蓼科植物红蓼 Polygonum orientale L. 的全草。分布于中国各省、区。

本品味辛，性微寒。有小毒。归胃、大肠、膀胱经。功能祛风利湿，健胃消积，活血敛疮。单味煎服，可用于风湿痹痛、痢疾、吐泻、疳积、水肿、疝气等。

治水肿，也常与地胆草、楤木、紫苏配用。治风湿关节痛，跌打损伤，除用根煎水内服外，亦可以全草煎水熏洗患处，有活血散瘀、止痛之功。又本品外用能生肌敛疮，如以根煎汤淋洗患处，仍以其叶晒干研末，撒疮上，可治疗溃疡久不收口。煎服，9—15克。

实验研究：红蓼叶含牡荆素、异牡荆素、荭草素、异荭草素、槲皮甙、异槲皮甙、木犀草素-7-葡萄糖甙、荭草甙、叶绿醌以及硝酸钾、β谷甾醇。牡荆素有一定程度的抗癌活素。

茄根

始载于《开宝本草》。为茄科植物茄 Solanum melongena L. 的根。原植物中国各省、区常见栽培。

本品味微苦、甘，性寒。功能祛风和络，散血消肿。主治风湿痹痛，久痢便血，痔疮肿痛，湿疮瘙痒，龋牙疼痛及冻疮等。

风湿疼痛，手足麻木，配木防己、筋骨草，水煎服。足膝拘挛，屈伸不利，浸酒服。血痢久不止，茄根炭、石榴皮等分为末，红糖水送服。近以茄根制成糖浆，用治慢性气管炎，有较好的祛痰作用；茄根配乌蔹莓，藕节炭、葎草，治便血，尿血，有止血之功。茄根外用，治痔疮肿痛，可配苦参煎水服，并熏洗患处。皮肤瘙痒及妇人外阴湿痒，可佐黄柏、木槿皮煎水外洗。冻疮未溃，配花椒煎水浸渍；如已溃烂，则烧灰外敷。龋牙痛，可以鲜根捣汁涂之。煎服，9—18克。

实验研究：茄根含反式阿魏酰基酪胺、反式-N-对香豆酰基酪胺，反式阿魏酰基去甲辛弗林、反式对香豆酰基去甲辛弗林。又含香荚兰醛、异东莨菪素、咖啡酸乙酯、反式阿魏酸，对氨基苯甲醛。根皮含薯蓣皂甙元、茄叶含茄碱0.002%—0.003%。

豨莶草

始载于《新修本草》。原名豨莶，又名猪膏莓、火枕草、粘糊菜、肥猪苗、虾钳草、风湿草。为菊科植物豨莶 Siegesbeckia orientalis L.、腺梗豨莶 S. pubescens Mak. 或稀毛豨莶 S. glabrescens Mak. 的地上部分。夏、秋两季生长盛期开花时割取，除去杂质晒干。

茎略呈方柱形，长30—100厘米，直径0.3—1厘米，节明显，密被白色短柔毛，上部分枝，对生似二歧状，表面灰绿色或紫棕色，有细纵沟纹。质脆，易折断，断面黄白色或带绿色，髓部大，中空。叶对生，叶片多皱缩破碎，完整叶呈三角状卵形，边缘具有大小不等的粗锯齿，主脉3出，网脉明显，暗绿色，两面被短柔毛。气微，味微苦。主产于中国湖南、湖北、安徽、江苏、福建等省。

本品味苦，性寒。归肝、肾经。功能祛风除湿，活血通络。主治风湿阻滞经络、关节疼痛、筋骨不利、腰膝酸软、四肢麻木、中风口眼㖞斜及半身不遂等。

治疗风湿痹痛，多与防风、防己、桑寄生、威灵仙、五加皮等配伍；若与臭梧桐合用即豨桐丸；亦可单用豨莶，酒制后，炼蜜为丸，如《普济本事方》豨莶丸。惟作用比较

缓慢,久服方见功效。中风口眼㖞斜、半身不遂者,除可单用,与臭梧桐合用外,可与威灵仙、川芎、当归、黄芪等配伍。豨莶草有降血压作用,现代治高血压病,兼有四肢麻木、腰膝无力的患者尤为适宜;亦单用豨莶制成冲剂、片剂或配伍桑寄生、怀牛膝、墨旱莲、臭梧桐等都有一定效果;若肝阳亢盛,头痛眩晕症状显著者,亦可加入龙胆草、夏枯草、野菊花等平肝泄热之品。单味豨莶草制剂有安神镇静作用,可用于神经衰弱失眠,也可与丹参、含羞草、松叶等同用。本品又能清肝火、化湿热的作用,故临床又用以治疗急性黄疸型传染性肝炎,多与黑山栀、金钱草、白茅根、地耳草等配伍,或在茵陈蒿汤中加用本品。豨莶尚可用于疟疾,据《本草拾遗》著录,久疟痰饮,以豨莶生品捣汁服之,引吐痰饮使出;现代临床报道,以干品30克,煎服,连服数日,可以控制症状。此外,本品能散血中风邪湿热,故亦可用于风疹湿疮、皮肤瘙痒,一般以本品与白鲜皮、苍耳子、千里光等煎水熏洗患处。又能解毒疗疮,故用以治疗痈疽恶疮,如《乾坤生意秘韫》用豨莶草、乳香、白矾研末为散,热酒调服。亦可与野菊花、紫地丁、连翘等清热解毒药配伍用。

豨莶之功在于祛除风湿,尤以用于肝肾两经风湿之证最为适宜。但其味苦性寒气劣,生者捣汁服之且能引吐,若炮制后用之则性味较为温和纯正,故《本草述》谓:"凡患四肢麻痹,骨间疼,腰膝无力,由于外因风湿者应生用,不宜熟;若内因属肝肾两虚,阴血不足者,九制用,不宜生。"煎服,6—12克。重证可用30克。

实验研究:豨莶含有效成分豨莶苦味甙,还含豨莶醛内脂、豨莶苦味三醇、3,7-二甲槲皮素等。腺梗豨莶含有效成分豨莶苦味甙、左旋16,17-二羟基-16-β栲利酸,还含奇任醇、豨莶苦味四醇、生物碱等。腺梗豨莶的水溶液及30%乙醇浸出液,有降低麻醉动物血压的作用。茎叶煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、宋氏痢疾杆菌有抑制作用。

臭梧桐

始载于《本草图经》。原名海州常山,又名臭芙蓉、地梧桐、八角梧桐。为马鞭草科植物臭梧桐 *Clerodendrum trichotomum* Thunb. 的嫩枝及叶。7—8月间生长旺盛尚未开花时采收,阴干或晒干。

嫩枝呈方形,密被黄褐色短柔毛,质脆,易折断。叶对生,多皱缩破碎,叶柄长2—8厘米,被有黄褐色短柔毛;完整叶为宽卵形、卵形、三角状卵形或卵状椭圆形,长5—15厘米,宽3—12厘米,全缘或有波状齿,顶端渐尖,基部截形或宽楔形,上表面绿色或绿黑色,下表面淡绿色或黄棕色,幼叶两面均有短柔毛,以叶脉处为多,老叶上面光滑,下面常见有白柔毛。气特异,味苦。主产于中国江苏、安徽、浙江等省,此外山东、福建、河北、湖北、四川等省亦产。

本品味苦,性平。归肝经。功能祛风除湿,通络止痛,平肝潜阳。主治风湿痹痛、四肢麻木、半身不遂及肝阳上亢之头痛、眩晕等。

《本草纲目拾遗》记载:用臭梧桐制成蜜丸服,可治半身不遂之半肢风。配豨莶草和蜜制成豨桐丸,可治风湿引起的四肢骨节疼痛,手足活动困难。本品用于肝阳头痛、眩晕,除单味使用外,亦可与夏枯草、白菊花、钩藤等清肝息风药同用。此外,臭梧桐还可以外治疮疡、湿疹及疥癣。如《本草纲目拾遗》载:用臭梧桐同瓦松、皮硝煎汤,熏洗内外痔疮;用鲜叶捣烂,调桐油敷贴臁疮;单味煎水洗鹅掌风、疥疮、足癣、湿疹及痱子瘙痒等。煎服,9—15克;鲜叶,30—60克;研末服,3—5克。臭梧桐根,性味、功用与臭梧桐基本相同,并能消食化积,用于食积饱胀、小儿疳积。

实验研究:叶含海州常山黄酮甙、内消旋肌醇、生物碱、刺槐素7-二葡萄糖醛酸甙。另含臭梧桐素A及B,海州常山苦素A及B和其他苦味质。

根含赪桐二醇烯酮、赪桐酮、赪桐甾醇。

茎、叶煎剂或水浸剂有降低血压作用,给动物静脉注射后立即出现降压。可能与血管扩张及自主神经节的阻断有关。此种降压作用消失后,可出现第二度温和而持久的降压作用。后期的降压与中枢神经系统及心脏血管内感受器有密切关系,对慢性肾型高血压实验犬,连续灌胃第二周后降压开始显著,继续给药降压更多,此与静脉注射时第二度的降压作用相同。煎剂对小鼠有镇静、镇痛作用。臭梧桐素A有镇静作用。臭梧桐素B有镇痛作用,但两者非降压主要成分,臭梧桐与鬼针草或豨莶草组成的合剂,对大鼠甲醛性或蛋清性关节炎,口服后有"抗炎"作用。

臭牡丹

始载于《本草纲目拾遗》。又名臭八宝、矮桐、大红花。为马鞭草科植物臭牡丹 *Clerodendrum bungei* Steud. 的根或茎叶。原植物分布于中国黄河流域以南各省、区。

本品味苦、辛,性平。根能祛风除湿,降血压。主治风湿痹痛,高血压头痛头晕。前者可配豨莶草、虎杖、桑枝同用;后者可配夏枯草、菊花、豨莶草水煎服。茎叶功能清热解毒,散瘀消肿。用治痈疽、疔疮、肺脓疡、乳腺炎、痔疮肿痛、脱肛、子宫脱垂、皮肤湿疹以及跌打损伤等。痈肿发背,取茎叶研末,蜂蜜调敷。疔疮配苍耳子水煎服。肺脓疡配鱼腥草水煎服。乳腺炎配蒲公英水煎冲黄酒、红糖服。痔疮、脱肛煎水洗。子宫脱垂,除煎服外,并坐浴。皮肤湿疹,可煎水湿敷。跌打损伤取鲜品捣敷。煎服,根15—30克;茎叶9—15克。

实验研究:根或地上部分分得乳酸镁、琥珀酸、茴香酸、香荚兰酸、麦芽醇。叶含生物碱。

水煎醇提取物或总生物碱能使70%家兔子宫圆韧

带的肌电发放增加，这与α肾上腺素受体的兴奋有关，恢复和增强子宫韧带的紧张性（张力）可能是它治疗子宫脱垂有效的原因。

胡颓子根

始载于《本草拾遗》。又名牛奶根。为胡颓子科植物胡颓子 Elaeagnus pungens Thunb. 的根。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味酸，性平。功能祛风利湿，止咳、止血、解毒、散瘀。单味煎服，可用治风湿关节疼痛、风寒喘嗽、泄泻下痢、湿浊带下；与益母草配用可治产后浮肿；与阴行草、车前草配用，则治湿热黄疸。李时珍云："吐血不止，煎水饮之。"现除治吐血外，亦用于便血及月经过多。本品治疗跌打损伤则有散瘀消肿止痛之功，可与娃儿藤、徐长卿根酒水各半煎服。治喉痹肿痛，有解毒消肿之效，或与王瓜根煎水含咽，或与川连煎汤内服。此外，本品煎水洗，也治皮肤湿疹。煎服，9—15克；鲜品，可用30—60克。

地桃花

又名假桃花、八卦草、迷马桩、土杜仲。为锦葵科植物肖梵天花 Urena lobata L. 的根或全草。分布于中国长江以南各省、区。

本品味甘、辛，性平。功能祛风利湿，清热解毒，活血止血。主治风湿痹痛、痢疾、白带、吐血、咯血、痈肿疮毒、毒蛇咬伤及跌打伤痛等。

一般多用根煎汤内服。风湿痹痛，可配威灵仙、豨莶草、木瓜、鸡血藤等祛风通络药；赤白痢疾，可与清热解毒止痢之凤尾草、火炭母等配伍；白带，可配清湿热、止带下之椿根白皮、鸡冠花；吐血、咯血，则可与凉血止血药白茅根、侧柏叶等同用；痈肿疮毒、跌打损伤，多用鲜草捣烂外敷，又可用根研末服。毒蛇咬伤，除用鲜草捣敷外，并可配半边莲煎服。煎服，30—60克；研末服，10—15克。

实验研究：肖梵天花全草含酚性成分、氨基酸、甾醇。茎皮含戊聚糖、木质素。种子含油13%—14%，内有锦葵酸和苹婆酸。

泡桐皮

始载于《神农本草经》。原名桐皮，又名白桐皮。为玄参科植物泡桐 Paulownia fortunei (Seem.) Hemsl. 或毛泡桐 P. tomentosa (Thunb.) Steub. 的树皮或根皮。原植物前者分布于中国河南、山东及长江流域以南各省；后者分布于辽东半岛及河北、河南、山东、江苏、安徽、江西等省。

本品味苦，性寒。功能祛风利湿，清热解毒。主治风湿痛、淋浊、肠风便血、痔疮、崩漏、带下以及痈肿、丹毒、跌打损伤等。用于风湿痹痛，关节屈伸不利，可研末，醋炒热，布包熨敷痛处；或配老鹳草、八角枫水煎服。肠风下血、痔疮出血，可配仙鹤草、陈艾叶。痔疮肿痛，可配鱼腥草。女子血崩、白带，可配八月札煎服。痈肿、丹毒，以鲜品捣敷或捣汁涂。跌打损伤，用醋炒捣敷。煎服，9—15克。

实验研究：毛泡桐树皮含丁香甙等。

月见草

为柳叶菜科植物红萼月见草 Oenothea erythrosepala Borb. 或月见草 O. biennis L. 等的根及种子油。秋季采收成熟种子，榨油备用。原植物原产美洲，中国东北至华南、西南地区都有栽培或逸为野生。

月见草根味甘，性温。功能疏散风热，除湿止痛。主治风湿痹痛、筋骨不利及风热感冒、咽喉肿痛。煎服，10—15克；或浸酒服。现代临床用其种子油能降血脂，抑制血小板聚集。主治高脂血症、冠心病、血栓病。还可治疗高血压、肥胖症、糖尿病及妇女经前期综合征等。口服，每次1.5克，每日2次。

实验研究：月见草种子含脂肪油，内有油酸、亚油酸、亚麻酸、γ亚麻酸、棕榈酸、硬脂酸等。

月见草油能降低血清总胆固醇、低密度脂蛋白，并使高密度脂蛋白显著增加，有防止动脉粥样硬化作用。能减少体内脂肪蓄积，有减肥作用。有明显抑制血小板聚集和血小板合成血栓素 A_2 的作用。还有抗炎、抗氧化等作用。

月见草脂肪酸钾盐可提高小鼠前列腺素 E_1 水平。

利水湿药

凡以通利水道、祛除水湿为主要功能的药物，称为利水湿药。服药后能使小便通畅，尿量增多，故亦称利尿药。

本类药物能将体内水湿积液从小便排泄，适用于水肿、小便不利、淋病、腹泻、痰饮、湿温、黄疸等水湿为患诸证。根据其不同作用和治疗特点，又可分为利水渗湿、利水通淋、利水消肿、清热利湿等四类。

利水渗湿药　本类药性味多数甘淡渗利，如茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁等。适用于水湿内停引起的水肿、脚气，小便不利，泄泻，痰饮等。应用时根据不同证候选用有关药物并随证配伍，有表证者，配宣肺发汗药；属湿热交蒸者，兼配清热利湿药；水湿腹泻，配健脾药；痰饮停积，配温化寒痰药；如属脾肾不足者，配健脾益肾药。

利水通淋药　主要有木通、石韦、萹蓄、瞿麦、海金沙等，以利尿、通淋、排石为主要功能，适用于热淋涩痛、小便频数，尿血或挟砂石以及小溲黄浊等膀胱湿热诸证。用时常与清热泻火药配伍；如遇阴虚内热而小便涩少者，当与滋肾养阴药配用。

利水消肿药 主要有赤小豆、冬瓜皮、防己、楮树白皮、鸭跖草、蝼蛄等，通过利水作用而达到消肿的目的。临床亦常与渗湿药配合应用。适用于水湿内停引起的水肿、小便不利等症。利水消肿，是治水肿病的一种治标方法，用时须辨虚实寒热而随证配伍。如久病正虚，须与扶助正气的健脾益气或补肾温阳药配用，才是治本之图。

清热利湿药 主要有茵陈蒿、金钱草、梓白皮、马蹄金、鸡骨草等，主要功效为清利湿热、利胆退黄，适用于湿热黄疸等症。阳黄配清热解毒药；阴黄配温里药；如中焦湿盛者配芳香化湿药。

利水湿药亦易耗伤阴液，对素体阴虚及老弱体虚患者，均应忌用或慎用。

茯苓

始载于《神农本草经》。又名茯菟、云苓。为多孔菌科植物茯苓 Poria cocos (Schw.) Wolf 的菌核。野生茯苓于7月至翌年3月间在山区松林下采挖。栽培茯苓于接种后第二年7—8月采收。采后堆放，围盖稻草，"发汗"后取出晾干至表面干燥，再行"发汗"，如此反覆多次，直至全干，称为"茯苓个"。去皮后切片阴干或晒干，称为"茯苓片"；切成方形或长方形块状晒干，称为"茯苓块"；茯苓中有松根者称为"茯神"；外皮为"茯苓皮"。除去茯苓皮后，内部显淡红色者为"赤茯苓"，切去"赤茯苓"后的白色部分为"白茯苓"。

茯苓个(个苓)呈类球形、长椭圆形或不规则的团块状，大小不一，大的重量可达10—15千克。表面黑棕色或黑褐色，外皮薄，粗糙，有皱纹及缢缩，体重，质坚实，不易破裂，断面不平坦，外层淡红色，有细小孔洞，内部白色，少数淡红色，质地致密，呈颗粒状，粉滑感，有的具有裂隙。无臭、味淡，嚼之粘牙。

茯苓片与茯苓块呈长方形或方形，长3—4厘米，厚6—7毫米，白色或微带棕色，平滑细腻，较易破碎，质轻。

茯苓皮呈不规则片状，大小不一，外表面黑褐色或黑棕色，内面白色或淡棕色，体软质松，略有弹性。

赤茯苓呈方块或碎块，形状大小不一，淡红色或淡棕色。主产于中国安徽、湖北、河南、云南、贵州、四川等省。现部分省、区已有大量人工栽培。

本品味甘、淡，性平。归心、肺、脾、肾经。功能利水渗湿，健脾和中，宁心安神。主治小便不利、水肿、痰饮咳嗽、胸胁逆满短气、惊悸眩晕、健忘失眠、食少脘闷、便溏泄泻、遗精、淋浊、带下等。

用于水肿、小便不利，取其有淡渗利湿的作用，常与猪苓、泽泻等利水药配合应用；若膀胱气化不利者，可加配桂枝(或肉桂)，如五苓散。又皮水病，水气在皮肤中，四肢浮肿，小便不利，可配防己、黄芪等药，如防己茯苓汤。妊娠有水气，身重，小便不利，起即头眩者，可与冬葵子配伍，如葵子茯苓散。用于治疗痰饮，取其有健脾渗湿、和中化饮作用。如水饮聚于胸膈，以致咳逆，胸中气塞短气，可配杏仁、甘草以宣肺化饮，方如茯苓杏仁甘草汤。若水饮上凌心肺，出现胸胁支满、目眩、心悸、咳逆短气之症，可配桂枝、白术、甘草，方如苓桂术甘汤。若膈间有水饮，卒然呕吐，胸脘痞闷，头晕心悸者，可配半夏、生姜，如小半夏加茯苓汤。若痰饮流入四肢，臂痛难举，或肩背酸痛，两手软弱无力，可配半夏、枳壳、风化硝，如指迷茯苓丸。用于脾胃虚弱引起的消化不良，饮食减少，脘腹胀满以及脾虚泄泻等症，取其甘能益脾，淡渗利湿，有标本兼顾之妙。临床常用茯苓佐党参、白术益气健脾，以分理水谷，共奏补气健脾开胃止泻之效，方如四君子汤、参苓白术散之类。用于心神不宁，惊悸、健忘、失眠，取其有安神宁心作用。如朱丹溪治梦寐惊恐，神魂不宁，用茯苓配菖蒲、甘草、朱砂。《百一选方》治心神不定，时复振跳，恍惚健忘，用茯苓、沉香、人参为丸服。若用于心脾两虚所致之心悸、失眠，亦常与远志、枣仁等配伍应用。至于思虑太过，心肾虚损，以致遗精、白浊、尿有余沥，妇人带下等，皆可用茯苓治疗，方如茯菟丹、威喜丸。本品药性缓和，有利而不峻，补不滞涩的特点，能为诸阴药之佐而不使其滞，又能为诸阳药之使而宣通其道。对于脾胃不和，水湿不化的证候，多适用之。缪希雍谓茯苓得人参、白术、橘皮、山药、扁豆、芍药、甘草，为补脾胃之上药；得二术、泽泻、车前、白芍、橘皮、木瓜、猪苓，为治水肿之要剂。可见茯苓同补气药同用则健脾，与利水药同用则渗湿，应用不同，可补可泄。它如湿温病、黄疸以及下焦湿热蕴结的小便黄赤、热淋等，均可作为佐使药应用。煎服，9—15克。阴虚而无湿热，肾虚而小便自利或虚寒精滑者，均不宜用。

赤茯苓，功能利水渗湿，常用于小便不利、淋浊、泻痢等证。煎服，9—15克。

茯苓皮，功专利水消肿。用于水肿，上气喘急，小便不利，以及妊娠水肿。常与桑白皮、橘皮、生姜皮、大腹皮同用，如《三因方》五皮饮。煎服，15—30克。

实验研究：菌核含多量茯苓多糖，又含三萜类化合物茯苓酸、去乙酰基茯苓酸、多孔菌酸C、3β,16α-二羟基羊毛甾-8-烯、齿孔酸、松苓酸、3β-羟基羊毛甾-7,9(11),24-三烯-21-酸。还含树胶、甲壳质、蛋白质、脂肪、甾醇、卵磷脂、葡萄糖、腺嘌呤、组氨酸、胆碱、β茯苓聚糖分解酶、脂肪酶和蛋白酶等。

茯苓多糖为具有β-(1→6)吡喃葡萄糖为支链的β-(1→3)葡萄糖聚糖，并无抗肿瘤活性，若切断其支链，成为单纯的β-(1→3)葡萄糖聚糖，称茯苓次聚糖，还有水溶性的羧甲基茯苓次聚糖，则对小鼠肉瘤-180均有显著抑制作用。此种作用是通过增强机体免疫力而产生抗肿瘤作用的。羧甲基茯苓次聚糖能显著增强小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能，拮抗免疫抑制剂可的松对巨噬细胞功能的抑制作用，并使荷瘤动物低下的巨噬细胞吞噬功能恢复正常，还能显著增加脾脏和胸腺重量。

茯苓对兔离体肠管有直接松弛作用，对大鼠幽门结扎所形成的胃溃疡有预防效果，并能降低胃酸，对四氯化碳所致大鼠肝损伤有保护作用。

猪苓

始载于《神农本草经》。为多孔菌科植物猪苓 Polyporus umbellatus (Pers.) Fr. 的菌核。全年均可采挖，洗净，晒干。

菌核呈不规则块状、长条形或类圆形，大小粗细不一，长 10—25 厘米，直径 3—8 厘米。外表面灰黑色或棕黑色，微有光泽，全体有瘤状突起及明显的皱纹。质坚，体轻，断面细腻，白色或淡棕黄色，略呈颗粒状。气无，味淡。主产于中国陕西、云南等省。

本品味甘、淡，性平。归脾、肾、膀胱经。功能利水渗湿。为治疗小便不利、水肿、泄泻、淋浊等病症之要药。

临床上常与泽泻、茯苓配伍。并可随证配用其他药物，如因于水热互结，发热、小便不利而见口渴、心烦等阴伤现象者，配滑石、阿胶以清热利水养阴，方如猪苓汤。如因于脾不运湿，阳不化气而水肿、身重、小便不利者，可配白术、桂枝以健脾通阳，方如五苓散。泄泻属湿盛者，可配苍术、厚朴、陈皮；热重者，可配黄连、黄芩。淋浊以湿热为多，清热利水通淋之品如木通、车前子、滑石、瞿麦等均可随证配用。此外，本品亦用于孕妇子肿、子淋，用单味研末内服，亦可配入复方使用。猪苓除有较强的利尿作用外，其提取的多糖有提高细胞免疫功能的作用，已试用于肿瘤的治疗。煎服，6—15 克。无水湿者，不宜服用。

实验研究：猪苓的干燥菌核含麦角甾醇、α 羟基廿四，烷酸、粗蛋白、生物素和水溶性多聚糖。煎剂大剂量对人、犬显示有利尿作用。醇提取液对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌有抑制作用。猪苓多聚糖能抑制小鼠肉瘤 - 180 及小鼠肝癌；提取物能抑制小鼠肉瘤 - 180 腹水癌细胞内 DNA 的合成，同时提高癌细胞内 cAMP 的含量。猪苓提取物能增强小鼠网状内皮系统吞噬功能。健康人肌注猪苓半精制物，能提高 T 淋巴细胞转化率，故可能是一种非特异性免疫刺激剂。

薏苡仁

始载于《神农本草经》。又名回回米、六谷子、苡米。为禾本科植物薏苡 Coix lacryma - jobi L. var. ma - yuen (Roman.) Stapf 的种仁。秋季果实成熟时采割全株，脱粒，晒干，除去果壳、种皮及杂质，扬净。

种仁呈宽卵形或长椭圆形，长 4—8 毫米，宽 3—6 毫米。表面乳白色，光滑，有时可见少数浅棕红色的种皮残存，顶端钝圆，基部较宽而微凹，黑褐色，有一淡棕色点状种脐，腹面有一条较深而宽的纵沟，质坚硬。断面白色，粉性。气微，味微甜。主产于中国福建、河北、辽宁等省，现各地均有栽培。

本品味甘、淡，性微寒。归脾、胃、肺经。功能健脾渗湿，舒利筋脉，清热排脓。主治湿痹拘挛、屈伸不利、便溏泄泻、水肿、脚气、肺痈、肠痈、淋浊、带下等。

用于风湿痹痛，一般可与防风、独活、羌活、威灵仙等配伍；若风湿在表，患者一身尽疼，发热而日晡增剧者，可与麻黄、杏仁等配伍以宣肺解表，祛除湿邪，如《金匮要略》麻黄杏仁薏苡甘草汤。若风湿相搏，湿流关节，四肢痹痛者，亦可重用薏苡仁，辅以芍药、甘草、官桂、苍术等舒筋除湿，如《成方切用》薏苡仁汤。对于风湿久痹，而致筋脉拘挛者，古方用薏苡仁同粳米煮粥，日日食之，于舒筋除湿之中，兼有健脾益气之效。若风湿肢体痿痹，而有腰脊酸疼等肾虚症状者，《广济方》用薏苡仁与续断、当归、桑寄生等配伍以祛除风湿，补益肝肾，和血通络。若配炮附子研末服，又可治寒湿所致的胸痹急痛，如《金匮要略》薏苡附子散。它如湿温初期，邪在气分，头痛恶寒，午后微热，身重疼痛，湿重而热轻者，亦常用薏苡仁与白豆蔻、杏仁、半夏、滑石等为伍，以收轻宣、淡渗、芳化之效，如三仁汤。

薏苡仁治疗痿躄，主要用于湿热不攘，流入下焦，蕴于经络，而致筋脉弛长，足不任地，成为痿躄之证。临床常用本品配苍术、黄柏、牛膝等治之，如四妙丸。薏苡仁为健脾利湿的有效药物，故常与白术、山药、茯苓等配合治疗脾虚湿胜之腹泻或大便时溏，如参苓白术散。对于脾虚水肿，也常配赤小豆、冬瓜皮、黄芪、茯苓等利水之品为治；若兼见喘急症状，可配郁李仁以增强其利水消肿之功。下焦湿热所致之疾病，前人亦多选用具有清利作用的薏苡仁为辅佐药，如杨仁斋以本品配合淡竹叶、车前子、滑石、茯苓等，治疗小便淋沥或癃闭不通，以及白带、白浊等症。在治疗脚气的方中，也往往加用薏苡仁，以发挥利湿舒筋的作用，如《千金要方》石斛酒、《外台秘要》侧子酒等。对脚气水肿而小便不利者，薏苡仁尤为适合。本品还可用治内痈，如《金匮要略》治肠痈之薏苡附子败酱散、《千金要方》治肺痈之苇茎汤，方中均用薏苡仁以清利湿热，排脓消肿；《范汪方》治肺痈咳唾，心胸甲错者，且单用薏苡仁，以醇苦酒煮浓汁服之，云肺中有血，当吐出血愈。薏苡仁既可祛邪，又能补正，健脾渗湿是其所长，有补而不滞、利而不峻的优点。对久病、虚羸的患者更为适宜。但药性平和，效力缓弱，多服久服方显其功。此外，近代临床上单用薏苡仁每日 30—60 克，2—4 周，对扁平疣有一定疗效。煎服，15—30 克。

实验研究：薏苡的种仁含淀粉 51.9%，粗蛋白 17.6%，粗脂肪 7.2%，棕榈酸、硬脂酸，8 - 十八烯酸的甘油酯，薏苡酯。又含 3,4 - 二羟基苯甲醛葡萄糖甙。

薏苡仁的醇提取物在动物试验中有抗癌作用，薏苡酯被认为是抗癌有效成分。薏仁油能抑制青蛙骨骼肌之收缩，并认为与其中含有的饱和脂肪酸有关；对离体兔肠，低浓度呈兴奋，高浓度则先兴奋而后抑制；对离体子

宫亦有兴奋作用。薏仁油对兔还有轻度降低血糖及血钙的作用。

泽泻

始载于《神农本草经》。又名水泻。为泽泻科植物泽泻 Alisma orientale (Samr.) juzep. 的块茎。冬季 12 月至次年 1 月叶枯萎后采挖,除去茎叶、须根,削去外皮,洗净,烘干或阴干。亦可趁新鲜时切片晒干。

块茎呈类圆球形、长圆球形或倒卵形,长 2—7 厘米,直径 2—6 厘米。块茎上端圆平,有一脐状茎痕,表面黄白色或淡棕色,残留外皮者显浅棕色,有不规则环状浅沟纹及散有多数细小点状突起的须根痕,底部有的有瘤状突起的芽痕。质坚实,断面黄白色,颗粒性。气微,味微苦。主产于中国福建、江西、四川等省。

本品味甘、淡,性寒。归肾、膀胱经。功能利小便,清湿热。主治小便不利、热淋涩痛、水肿胀满、大便泄泻、痰饮眩晕等。

临床上用于水湿不化,小便不利,水肿胀满,以利水消肿,常与茯苓、桂枝等药同用,如《伤寒论》五苓散。若湿盛泄泻小便不利者,用之以利小便而实大便,常与白术、车前子等同用。痰饮眩晕,以渗泄水饮而升清气,常与白术同用,此即《金匮要略》泽泻汤。湿热注于下焦,小便淋沥涩痛,用之以利湿清热,常与滑石、甘草等同用。本品虽为渗泄之药,但肾亏诸证,用补肾之剂,方如八味丸、六味丸中加入本品,寓泻于补。正如李时珍所说:"古人用补药,必兼泻邪,邪去则补药得力。"综上所述,本品功用主要是甘淡利湿,性寒清热,但以利湿为主,现在临床上还常用泽泻片剂治高脂血症。煎服,6—10 克。其性降泄,肾虚滑泄者慎用。

实验研究:泽泻块茎含泽泻醇 A、B 和它们的乙酸酯、表泽泻醇 A 和乙酸泽泻醇 C 酯。叶含少量维生素 C。

脂溶性部分有降血脂作用,泽泻醇 A 对实验性高脂血症大鼠,有明显的降低血胆固醇及抗动脉粥样硬化作用。乙醇或醋酸乙酯提取物亦有同样作用。泽泻醇 A 有抑制小鼠小肠脂化胆固醇的能力,并使胆固醇在大鼠小肠内的吸收率下降,但不影响亚油酸的吸收。对内源性胆固醇的代谢可能也有作用。泽泻使胆固醇和高脂饲料喂养兔的肝中脂肪含量降低,有拮抗脂肪肝的作用,对于低蛋白饲料所致大鼠脂肪肝及四氯化碳引起的肝损害亦有疗效。煎剂和浸膏对人和多种动物均有利尿作用,使尿量、尿中钠、氯、钾和尿素的排泄量增加,这可能与其中所含大量钾盐(1.5 克/升)有关。此外,还有降血糖的作用。

车前子

始载于《神农本草经》。又名车前实。为车前科植物车前 Plantago asiatica L. 或平车前 P. depressa willd. 的种子。车前种子药材称大粒车前,主产于中国江西、河南省。此外,中国大部分地区均产;平车前种子药材称小粒车前,产于东北、华北、西北等地区。

本品味甘,性寒。归肾、膀胱、肝、肺经。功能利水渗湿,清肝明目,清肺化痰。主治小便不利、水泻、水肿、目赤肿痛、咳嗽痰多等病症。其利水渗湿之功,既可用于膀胱湿热,小便淋沥涩痛,又可用于暑湿泄泻及脾虚泄泻。

治膀胱湿热,血淋作痛,《普济方》单用车前子为末,车前叶煎汤下;若配木通、滑石、瞿麦等清热利湿之品同用,则疗效更佳。治疗脾虚湿盛引起的水泻便泄,夹有未消化食物,可单味研末服,亦可与茯苓、白术等配用,取其导湿下行,所谓"利小便以实大便"者是。车前子又可用于夏季小儿腹泻,与异功散、桔梗为伍,每收满意之效果。其利水渗湿之功,还可用于水肿小便不利,常配白术、茯苓、泽泻、冬瓜皮等以健脾利湿消肿,若治肾炎水肿,小便不利并兼肾虚症状者,须配牛膝、熟地、萸肉、肉桂等,如济生肾气丸。本品甘寒能清肝明目,故又为眼科常用药,如治肝热目赤肿痛,常与菊花、桑叶、草决明、黄芩、龙胆草等同用;如与滋补肝肾药生地、熟地、菟丝子等同用,则可治因肝肾阴虚所致的两目昏暗,视力减退,方如《和剂局方》驻景丸;本品与枸杞子、菟丝子、五味子、覆盆子等研末为丸,则又为生精种子常用方,如《医学入门》五子衍宗丸。近年用治高血压病属肝火上炎者,常以本品配夏枯草、菊花、桑寄生同用。因其能清肺化痰,故又可用于肺热咳嗽痰多,常配杏仁、桔梗、前胡等以化痰止咳。此外,以本品煎水去滓外洗可治阴痒,配白蒺藜水煎服可治白浊。煎服,9—15 克。纱布包煎。肾虚精滑及内无湿热者慎服。

实验研究:车前子含车前聚糖、车前子酸,胆碱、腺嘌呤、琥珀酸、维生素 B_1、脂肪油、蛋白质、树脂等。种子水提部分有保肝作用,抑制肝蛋白质的合成。

车前草

始载于《四声本草》。原名车前,又名车轮菜、猪耳朵草、牛舌菜、牛耳朵棵。为车前科植物车前 Plantago asiatica L. 或平车前 P. depressa Willd. 的全草。车前产于中国各地;平车前产于东北、华北、西北等地区。

本品味甘,性寒。归肝、大肠、小肠、肾、膀胱经。功能利水渗湿,清热明目。主治小便淋涩、尿血、水肿、热痢、目赤肿痛等病症。古方用本品以单味者多,煎服或捣汁加蜜服。如《肘后方》用本品一斤,水三升,煎取一升半,分二次服,治小便不通。《外台秘要》用本品捣绞取汁五合,空腹服之,治血尿。《圣济总录》用本品捣汁一盅,入蜜一合,同煎一二沸,分温二服,治热痢。本品治目赤肿痛,除内服外,亦可外敷,如《圣济总录》用本品自然汁,调朴硝末,卧时涂眼胞上,次早洗去,治疗火眼。煎服,15—30 克。

实验研究：全草含桃叶珊瑚甙、车前甙、高车前甙、熊果酸、卅一烷、β谷甾醇、豆甾醇及两者的棕榈酸酯、维生素 B_1、C 等。根中也含桃叶珊瑚甙。车前甙据报道有镇咳作用，促进支气管及消化道的分泌，有祛痰作用，还能增强肠管、子宫的运动。毒性很小。车前水浸剂在体外对某些致病性皮肤真菌有不同程度的抑制作用。

滑石

始载于《神农本草经》。又名画石、活石。为硅酸盐类矿物滑石的块状体。产于中国辽宁、山东、山西、陕西、江苏等省。

本品味甘、淡，性寒。归膀胱、胃经。功能渗湿利窍，清热解暑，外用收湿敛疮。主治膀胱湿热、暑热烦渴、癃闭水肿、皮肤湿疹等。

临床用治暑湿证，身热汗出，口渴心烦，小便短赤，或呕吐泄泻，可配合甘草同用，如六一散；湿温病湿热蕴阻气分，亦常用本品配黄芩、通草等渗湿泄热，如黄芩滑石汤。热病恢复期阴耗津少，余热未净，于滋阴药中少加滑石，可促使余热随小便下泄。《名医别录》谓本品"通九窍津液，去留结"，故主热淋小便涩痛，如《圣济总录》滑石散，以本品为末，木通汤调服。治砂淋、石淋常与金钱草、冬葵子等配合运用，以通淋利窍。对于湿热内蕴而致的水肿，每与茯苓、泽泻等淡渗药同用；亦可与蝼蛄研末内服，可增强利尿消肿作用。因热吐血、衄血者，可与代赭石相合，为末服之，取其导热下行。此外，本品外用，能清热收湿，用治皮肤湿疹、湿疮、小儿热痱等，可单用或与煅石膏、炉甘石等分为末，撒布患处。

煎服 10—15 克；水飞用，纱布包煎。因热伤津口渴、小便短赤，或元气下陷，小便清利及滑精者均禁用。孕妇慎服。

实验研究：滑石主含含水硅酸镁，还含有铁、钠、钾、钙、铝等杂质。

滑石粉由于颗粒小，总面积大，能吸着大量化学刺激物或毒物，对皮肤、粘膜有保护作用；内服还可镇吐、止泻及阻止毒物吸收。

合萌

始载于《本草拾遗》。原名合明草，又名水皂角、水茸角。为豆科植物田皂角 Aeschynomene indica L. 的全草。分布于中国华北、华东、西南各地区。

本品味微苦、淡，性凉。功能利水渗湿，明目止痒，消肿解毒。主治湿热淋病、黄疸、痢疾、泄泻、瘾疹及痈肿、外伤出血等。用于湿热淋病、小便赤涩者，可配车前草、滑石；黄疸，可与马蹄金或茵陈蒿同用；痢疾、泄泻，可配三颗针、丁香蓼；瘾疹瘙痒，煎汤内服外并可煎水外洗。因于湿热下注之外阴肿痒，本品单味煎水熏洗；亦可与蛇床子、地肤子、苦参等配用，以加强疗效。本品用于痈肿及外伤出血，一般多以鲜草捣烂外敷。《中藏经》治吹奶方，则以本品煅研为末，临卧时用酒调服。治夜盲症，水煎服，若加猪肝或羊肝则效果较好。煎服，10—15 克。

实验研究：全草含少量皂甙。果实含生物碱、皂甙、鞣质。

三白草

始载于《新修本草》。又名水木通。为三白草科植物三白草 Saururus chinensis (Lour.) Baill. 的根茎或全草。分布于中国长江以南各省、区。

本品味甘、辛，性寒。归肺、膀胱经。功能利水渗湿，清热解毒。主治水肿、脚气、黄疸、痢疾、风湿痹痛、淋浊、白带、疟疾、积聚、疔疮、痈肿等。

诸凡水肿、脚气，湿热内阻，二便不利者，均可用本品治之。用于水肿，多与大腹皮、生姜皮、白茯苓等利水渗湿药同用。近年有以本品配半枝莲、半边莲或大蓟根等治肝癌腹水。用治脚气浮肿，可配白茯苓、泽泻等清利湿热药同用，湿去热退，则浮肿可消。用于黄疸，《百草镜》配平地木、茵陈、神仙对座草、荷包草。治湿热痢疾，可配马齿苋；治风湿痹痛，配桑枝、威灵仙；治淋病、白浊，配车前草、白茅根、海金沙；治赤白带下，配鸡冠花、墓头回、椿根皮。本品还具有消痰破癖之功，前人经验，鲜品捣汁服，能涌吐痰涎，适用于疟疾内有热痰者；亦用治脘腹积聚。本品用于外疡，既可内服，亦可外敷。如痈疽疔疮初起者，可配金银花、连翘、紫花地丁或配鱼腥草；下肢流火，配生地黄、丹皮、黄柏；皮肤湿疹，毒蛇咬伤，可单用本品捣烂敷。煎服，9—15 克。本品性寒，如脾虚久病，胃寒少食者慎用。

实验研究：三白草全草含挥发油，油中主要成分为甲基正壬酮。叶含槲皮素、槲皮甙、异槲皮甙、萹蓄甙、金丝桃甙和芸香甙。叶、茎含可水解鞣质，分别为 0.544% 和 1.722%。

铁线草

始载于《滇南本草》。又名绊根草、铺地草、蟋蟀草。为禾本科植物狗牙根 Cynodon dactylon (L.) Pers. 的全草。分布于中国黄河流域及其以南各省、区。

本品味甘、微苦，性平。功能清热利湿，祛风活络，止血生肌。主治小便不利、水肿脚气、风湿痿痹、半身不遂、手足拘挛、跌打损伤、吐血衄血等。用于水肿，可配桐白皮煎服；或与猪肝炖服。用于风湿痹痛、手足筋脉拘挛或痿软不行，以及跌打损伤，均可煎服或泡酒饮。用本品研末外敷能止外伤出血；内服亦止吐血、衄血。此外，用鲜品同茅草嫩尖捣烂外敷，又可治慢性下肢溃疡。煎服，15—30 克（大剂可用至 150 克）。

实验研究:全草含粗蛋白质6.1%—14.7%、粗纤维28.5%—36.9%、木质素9.3%—11.4%、灰分3.7%—6.2%、钙0.29%—0.67%、磷0.15%—0.41%、镁0.08%—0.22%。尚分离出β谷甾醇及其葡萄糖甙、棕榈酸。

提取物在体外试验中能增强白细胞的吞噬能力。

木通

始载于《神农本草经》。原名通草,又名万年藤、八月札藤、细木通。为木通科植物木通 Akebia quinata (Thunb.) Decne.、三叶木通 A. trifoliata (Thunb.) koidz.及白木通 A. trifoliata (Thunb.) koidz. var. australis (Dieis) Rehd.的木质茎。产于中国湖南、湖北、四川、广西等省、区。

本品味苦,性寒。归心、小肠、膀胱经。功能利水通淋,清心泻火,通经下乳。主治小便短赤、淋沥涩痛、心烦面赤、口舌糜烂,风湿痹痛、血瘀经闭及乳汁不下等病症。

用于膀胱湿热,小便淋涩或癃闭不通,可随证配伍应用。常与车前子、栀子、滑石、大黄等同用,如《和剂局方》八正散;血淋,常与小蓟、蒲黄、栀子、藕节等同用,如《济生方》小蓟饮子;石淋,常与金钱草、海金砂等同用以排石通淋。本品利水之功,还可用于水肿脚气,小便不利短少,喘促烦闷者,常与桑白皮、苏叶、猪苓、槟榔等同用,如《证治准绳》木通散;若水肿腹大肠鸣,常与茯苓、泽泻、桑白皮、防己、大腹皮等同用,如《圣惠方》通草饮。用于心经热盛,口舌生疮,心烦不眠,常与生地、甘草梢、竹叶同用,如《小儿药证直诀》导赤散。用于风湿痹痛,取一味木通煎水热服,如《医宗金鉴》治痹证之木通汤,使得微汗而病解;若痛无定处而游走不定者,加羌活、防风以祛风邪;其痛重着难移者,加防己、苍术,以胜湿邪;其痛甚而寒盛者,有汗加附子,无汗加麻黄,以温散寒邪;然本品性味苦寒,故尤宜于湿热偏重之痹痛,常与红藤、银花藤、虎杖等同用。用于女子血瘀经闭、月经不调,常与牛膝、生地、玄胡索等同用。用于产后乳汁不通,常与钟乳石、漏芦、瓜蒌根、甘草同用;若气血亏虚而乳汁不足者,则本品又宜配人参、黄芪、当归、猪蹄等同用,如《傅青主女科》通乳丹;民间亦有习用木通同猪蹄煨服,以治乳汁不足者。煎服,3—6克。内无湿热,津亏,气弱,精滑,尿频及孕妇忌服。

实验研究:木通茎含木通皂甙,已确定其结构的有十余种。还含豆甾醇等。

家兔口服或静脉注射煎剂或酊剂,有利尿作用,浸剂对人也能引起轻度的尿量增加,但尿中氯化物减少。体外试验,浸剂或煎剂对多种致病性皮肤真菌,有不同程度的抑制作用。木通煎剂对小鼠离体小肠呈兴奋,而对子宫呈抑制作用。木通皂甙在动物试验中,有镇静、解热、较弱的镇痛、缓泻与缩瞳作用。

关木通

又名马木通、苦木通、万年藤。为马兜铃科植物木通马兜铃 Aristolochia manshuriensis Kom.的木质茎。主产于中国东北地区。

本品味苦,性寒。归心、肺、小肠、膀胱经。功能清心降火,利尿通淋,宣通血脉。主治口舌生疮、小便淋涩、水肿等。

本品主降心经之火,使心火随溲溺下泄,故用于治疗心火上炎的口舌生疮,或心火内扰而心烦失眠,或心火下移小肠而小便短赤、淋沥涩痛,常与生地、竹叶、甘草等配用。关木通有利水消肿作用,对心脏性水肿、肾性水肿或肝硬化腹水均有效,可与猪苓、泽泻、桑白皮等相须为用。本品治妇女经闭、乳少,有宣通血脉之功,可配王不留行、穿山甲同用。此外,亦治妇女赤白带下及湿热痹痛。煎服,3—9克。孕妇及气血两亏者忌用。

实验研究:木通马兜铃的木质茎含马兜铃酸A、马兜铃酸D及其C_6-β-D-葡萄糖甙、木兰碱。

煎剂对离体蟾蜍、豚鼠心脏具有类似洋地黄的强心作用,这是由于其中所含的钙和鞣酸所引起。煎剂还对离体小鼠小肠呈兴奋作用,对未孕及已孕子宫则为抑制作用。

川木通

又名淮木通、油木通、花木通。为毛茛科植物小木通 Clematis armandii Franch.或绣球藤 C. montana Buch. -Ham.的藤茎。主产于中国四川、陕西、湖北、贵州等省。

本品味淡、苦,性寒。归心、肺、小肠、膀胱经。功能清热利尿,通经下乳。主治淋病、小便不通、水肿、关节痹痛及经闭、乳少等。用治膀胱湿热,小便短涩梗痛,配车前子、滑石等利水通淋之品同用;尿血者,更可加入生蒲黄、萹蓄、小蓟等。治口舌糜烂生疮,可与生地黄、竹叶等清心降火之品同用。煎服,3—9克。精滑、遗尿患者及孕妇忌用。

通草

又名白通草、通花、大通草。为五加科植物通脱木 Tetrapanax papyriferus (Hook.) K. Koch 的茎髓。秋季砍伐生长2—3年的茎,截段,趁鲜用木棍或细竹筒顶出茎髓,理直,晒干。

茎髓呈圆柱形,长20—40厘米,直径1—2.5厘米。表面白色或淡黄白色,有纵细纹。质轻松,稍有弹性,易折断,断面平坦,有银白色光泽。中央有直径0.3—1.5厘米的空心或半透明的隔膜,纵剖面隔膜呈梯状排列。将茎髓旋削成方形薄片,每边长约10厘米,厚约0.5毫

米，习称"方通"；切成细长碎纸片状，宽约3—5毫米，习称"丝通"。气微，味淡。主产于中国四川、广西、云南、贵州、台湾等省、区。

本品味甘、淡，性微寒。归肺、胃、膀胱经。功能清肺热，利小便，通乳汁。主治小便不利、淋病、水肿及产妇乳汁不通等。

用于暑温、湿温因湿热蕴蒸气分所致的小便热赤不爽，常与苡仁、滑石配伍。李东垣谓："通草泻肺利小便。"故《温病条辨》三仁汤中，配用本品清泄肺热，使上窍宣通，下窍自利，湿热从小便下泄。治疗热淋、癃闭，需与石韦、瞿麦等清热通淋药同用。治水肿，小便不利，多配合猪苓、茯苓、防己之类。但通草气味淡薄，通利泄降的作用较缓，一般只适用于湿热内蕴，水湿停滞的轻证，且多配伍其他药物，很少单用。由于本品入阳明胃经，气味轻清，能升达胃气，所以又有通利乳汁的作用。民间习用本品与猪蹄煮服，治疗产妇乳汁不通。煎服3—6克；在通乳方中可用至30克。气阴两虚，内无湿热及孕妇慎用。

实验研究：通脱木茎髓含肌醇、戊聚糖、甲基戊聚糖、半乳糖醛酸等。根含多种皂甙，内有竹节人参皂甙Ib及Iv。

梗通草

又名白梗通、野通草、水通草。为豆科植物田皂角 Aeschynomene indica L.茎的木质部。主产于中国浙江、江苏等省。

本品味淡、微苦，性凉。功能利水，通淋，下乳。主治水肿、小便不利、热淋、乳汁不下等病症。临床常作辅佐药用，如佐茯苓、猪苓、泽泻、白术以治水肿；助滑石、车前子、瞿麦、石韦以治热淋，尿涩等。如用于通乳，可与猪蹄同煮，食肉饮汤；或与王不留行、山甲片同用；气虚血少者更可与黄芪、当归等配伍。煎服，3—6克。

灯心草

始载于《开宝本草》。又名虎须草、灯草。为灯心草科植物灯心草 Juncus effusus L.的茎髓。原植物分布于中国长江中、下游及陕西、四川等省、区。

本品味甘、淡，性微寒。归心、肺、小肠、膀胱经。功能利尿通淋，清热降火。主治热淋、水肿、湿热黄疸、心烦不眠、小儿夜啼以及咽痛喉痹等。本品是常用的利尿通淋药。因其性偏寒凉，热淋用之最宜。但本品质轻力薄，须配入其他清热利水通淋药中，以尽其佐使之力。

《证治准绳·类方》之淡竹叶汤，即以淡竹叶、车前草配用本品；《丹溪心法》治小便淋闭则用灯心草煎汤调服五苓散。本品也常用于治疗水肿，如《方脉正宗》单以本品四两水煎服；亦可配以车前草、鲜地胆草等，治肾炎水肿。治湿热黄疸，《集简方》单以灯草根煎服；现代则常用干品或鲜草与白英、铃茵陈等配用。本品善降心火故又治心烦不眠，或小儿夜啼，如《集简方》治夜不合眼，以灯草煎汤代茶饮。此外，肺经伏热所致的咽痛喉痹，也常用本品治疗。如《本草衍义补遗》谓本品"治急喉痹，烧灰吹之甚捷"。临床上常以灯草灰配冰片同用，其效更佳。煎服，1.5—2.5克；鲜草，15—50克。下焦虚寒，小便失禁者忌用。

实验研究：灯心草茎髓含阿拉伯聚糖、木聚糖、甲基戊聚糖。

瞿麦

始载于《神农本草经》。又名巨句麦、山瞿麦、竹节草。为石竹科植物瞿麦 Dianthus superbus L.或石竹 D. chinensis L.的带花全草或根。主产于中国河北、河南、辽宁、湖北、江苏、浙江等省。

本品味苦，性寒。归心、小肠、膀胱经。功能利水通淋，破血通经。主治小便不通、热淋、血淋、砂石淋、目赤肿痛、经闭、痈肿、湿疹瘙痒等。

用于小便热淋或癃闭不通，常与萹蓄、车前子、滑石、木通等利尿通淋药配用，如《和剂局方》八正散；血淋配大小蓟、藕节炭、白茅根以凉血止血；砂淋、石淋，配海金沙、石韦、金钱草以通淋排石。大抵小便不利，尿血淋痛由于膀胱湿热引起者，故用瞿麦苦寒降泄，用于目赤肿痛，鲜品捣汁涂之。用于血瘀经闭，瞿麦常与丹参、赤芍、益母草等活血调经药同用。如治痈疽肿毒，干品研末调敷；湿疹瘙痒，可以煎水洗；外阴部湿痒糜烂，除煎水熏洗外，并以干品研粉外掺。煎服，3—9克。本品阴寒降泄，又能破血，堕胎，凡老弱体虚、下焦虚寒之小便不利以及妊娠、新产患者均忌用。

实验研究：瞿麦鲜草含水分77.3%、粗蛋白2.62%、无氮浸出物13.13%、粗纤维4.95%、粗灰分11.09%、纯蛋白质2.33%、磷酸0.13%。还含胡萝卜素、少量生物碱和较多量钾盐(5500毫克/升)。石竹花含丁香油酚、苯乙醇、苯甲酸苄酯、水杨酸苄酯、水杨酸甲酯等。根含皂甙。全草含皂甙、糖类。

本品煎剂在动物试验中，有明显的利尿作用。煎剂对动物肠管有显著的兴奋作用，能增强肠瘘犬的肠蠕动。

萹蓄

始载于《神农本草经》。又名萹竹、竹节草、蚂蚁草。为蓼科植物萹蓄 Polygonum aviculare L.的全草。中国各地均有分布。

本品味苦，性寒。归膀胱经。功能利水通淋，杀虫止痒。主治湿热引起的小便不利、淋病、黄疸、蛔虫病、蛲虫病、妇女阴蚀、白带、皮肤湿疹、疥、癣等。

本品为治疗诸种淋病之要药。用于热淋，常与木通、

车前子、滑石、山栀等清热泻火利尿药同用，如《和剂局方》八正散；亦可单味煎汤频服；如为血淋，可配小蓟、蒲黄、白茅根以凉血止血；如为砂淋、石淋，则配金钱草、海金沙、鸡内金以利尿排石。本品用于黄疸，可与茵陈、栀子、车前子等同用。古方也有单味使用者，如《药性论》治热黄方，即以一味萹蓄，捣汁饮服。用于蛔虫及蛲虫病，宜煎汤空腹服。蛔虫腹痛，可配使君子、乌梅、川椒；蛲虫病可配榧子、槟榔，并外用萹蓄煎汤熏洗，以治蛲虫引起的肛门瘙痒。妇女阴蚀、白带，以及湿疹、疥、癣，均可煎汤外洗或鲜品捣汁外涂，有祛湿、杀虫、止痒之效。此外，萹蓄煎汤内服，也可治细菌性痢疾；用鲜草捣烂，加入适量石灰水、鸡蛋清调匀外敷，也可治腮腺炎。煎服，9—15克。

实验研究：萹蓄全草含萹蓄甙、槲皮甙、右旋儿茶精、没食子酸、咖啡酸、草酸、硅酸、绿原酸、对香豆酸、粘质、葡萄糖、果糖、蔗糖等。鲜草还含维生素 E。

煎剂对动物有利尿作用，有效成分可能是钾盐，也可能是黄酮甙。萹蓄甙对动物有利胆作用，增加胆盐的排出量。

石韦

始载于《神农本草经》。又名石韀、石皮、金星草、单叶草。为水龙骨科植物石韦 Pyrrosia lingua (Thunb.) Farw.、庐山石韦 P. sheareri (Bak.) Ching 或有柄石韦 P. petiolosa (Christ)Ching 的叶。全年均可采收，除去根茎及须根，阴干或晒干。

石韦叶柄长 5—10 厘米，直径 1—1.5 毫米。叶片披针形或长圆披针形，长 8—12 厘米，宽 1—3 厘米，基部楔形，对称。孢子囊群在侧脉间，排列紧密而整齐。主产于中国长江以南各省、区。

庐山石韦叶柄长 10—20 厘米，直径 1.5—3 毫米，近方柱形，略扭曲，有纵槽。叶片长 10—25 厘米，宽 3—5 厘米，略皱缩，叶缘常向内卷曲，叶端渐尖，基部楔形或耳形，且不对称，全缘，上表面黄绿色或灰绿色，散布有黑色圆形小凹点，下表面密生红棕色星状毛。孢子囊群呈棕色圆点状，在侧脉间排列成多行，几乎布满叶背。叶片厚革质，硬而脆，易破碎。无臭，味微苦。主产于中国长江以南各省、区。

有柄石韦叶柄长 3—12 厘米，直径 1 毫米。叶片卷曲呈筒形，展平后呈长圆形或卵状长圆形，长 3—8 厘米，宽 1—2.5 厘米，基部楔形，对称，侧脉不明显。孢子囊群布满叶背。主产于东北、华北、华东和西南等地区。

本品味苦、甘，性凉。归肺、膀胱经。功能利水通淋，清肺，止血。主治湿热淋病、小便不利、肺热咳喘、咯血、吐血、衄血、崩漏等。

凡热淋、石淋、血淋，症见小便淋沥涩痛，或尿中夹有砂石及尿血等均可应用。热淋可配车前子、木通等清热利湿通淋药；石淋可配金钱草、海金沙、滑石等清热利湿排石药。由于本品又能止血，故血淋、尿血常用，每与山栀、白茅根、小蓟、蒲黄等清热利湿，凉血止血药同用。现代临床还用石韦煎剂或片剂内服，治疗急、慢性肾炎及肾盂肾炎。对于肺热咳喘，本品能清肺热以化痰止咳平喘，如《植物名实图考》著录其"治痰火，同瘦肉蒸服"；《圣济总录》石韦散，则与槟榔等分为末，姜汤送服，治疗气热咳嗽。治疗慢性气管炎及支气管哮喘或兼咳血、咯血者，用石韦可使咳嗽减轻，出血停止，可单味制成煎剂、冲剂、糖浆服；或与蒲公英、佛耳草、一枝黄花同用；亦有与鱼腥草、百部配伍者。治崩漏，《本草纲目》以本品单味研末，温酒服。此外，近年来还试用石韦与红枣、甘草煎服，治疗因化学疗法或放射疗法引起的白细胞减少症，能使白细胞升高。煎服，5—10 克。阴虚及无湿热者忌服。

实验研究：石韦全草含皂甙、蒽醌类、黄酮类、鞣质、绵马三萜和 β 谷甾醇。

庐山石韦全草含异芒果甙、延胡索酸、咖啡酸等。

有柄石韦全草含黄酮类、酚性物质、树脂、皂甙。

异芒果甙(口服 0.48 克，20 日为一疗程)有较好的祛痰、镇咳疗效。动物试验，咖啡酸及延胡索酸有镇咳作用。

海金沙

始载于《嘉祐本草》。又名左转藤灰。为海金沙科植物海金沙 Lygodium japonicum (Thunb.) Sweet 的孢子。秋季当孢子成熟时采收，割取植株，晒干，搓揉或打下孢子，筛净，除去藤叶。

孢子呈粉末状，棕黄色或淡棕色，颗粒状，质轻滑润，撒在水中则飘浮水面，加热始逐渐下沉。着火燃烧发生爆鸣声且有闪光，无灰渣残留。显微镜下观察，孢子略呈圆锥状体，直径 35—60 微米，周壁具有瘤状纹理。气微，味淡。主产于中国长江以南各省、区。

本品味甘、淡，性寒。归膀胱、小肠经。功能利水，通淋，排石。主治热淋、血淋、石淋。临床常与其他利尿通淋药如石韦、萹蓄、瞿麦、滑石、木通等协同使用。并可根据淋病的不同性质，配用有关药物。

如热淋，为膀胱湿热内盛，可与清热泻火之黄柏、栀子同用；血淋，为湿热扰动血络，可与清热凉血之生地、小蓟、蒲黄等同用；倘挟有瘀滞者，则可配活血祛瘀之琥珀。本品亦为治石淋、砂淋之要药，常配冬葵子、王不留行、金钱草等通淋利窍，活血排石之品。此外，本品配用于逐水药中，又能用于湿盛肿满，壅滞不通者，如《医学发明》治通身肿满，喘不得卧，腹胀如鼓之海金沙散，即本品配牵牛子、甘遂以逐水利尿而消肿胀。煎服，6—15 克，布包入煎。本品性寒而利，脾、肾气虚，下元不足所致的小便淋沥、频数，忌用。

实验研究：海金沙孢子含脂肪油，内有棕榈酸、硬脂

酸、油酸、亚油酸等。还含海金沙素、止权酸。

海金沙草

始载于《履巉岩本草》。原名竹园荽，又名左转藤、罗网藤、金沙蕨。为海金沙科植物海金沙 Lygodium japonicum（Thunb.）Sweet 的全草。分布于中国华东、中南、西南及陕西等省、区。

本品味甘，性寒。功能利水通淋，清热解毒。主治湿热引起之淋病、小便不利、水肿、黄疸、泄泻、痢疾、白带以及时病发热、咽喉肿痛、痄腮、乳痈等。亦可外治丹毒及烫伤。湿热淋病、小便不利，可配滑石、木通、萹蓄、车前草等；黄疸可配鸡骨草、田基黄。外治缠腰火丹，可用鲜草捣烂，加麻油搯成糊状，涂搽患处；烫伤则捣烂后加人乳调敷。煎服，15—30 克；鲜草可用至 60 克。

藤含氨基酸、糖类、黄酮甙和酚类。叶含黄酮类。

金钱草

始载于《百草镜》。原名神仙对座草，又名大金钱草、过路黄、铜钱草。为报春花科植物过路黄 Lysimachia christinae Hance 的全草。主产于中国四川等省。

本品味甘、微苦，性寒。归肝、胆、肾、膀胱经。功能利水，排石，通淋，利胆退黄，清热解毒。主治泌尿系及胆道结石、黄疸、痈肿、毒蛇咬伤等。金钱草善清膀胱、肝胆湿热，尤为利水、排石之常用药。

治膀胱及输尿管结石，尿道刺痛，小便不利甚至滴沥难下，或伴小腹痛者，常配海金沙、鸡内金、冬葵子等以加强利尿消石排石的作用。治肾结石见腰痛隐隐而膝软乏力等症，属肾虚者，常与桑寄生、续断、杜仲、潼蒺藜等益肾之品同用。用于胆道结石症，常与茵陈、郁金、枳壳、大黄、木香等同用。治湿热黄疸，常配茵陈、虎杖、平地木等清热退黄之品；如因胆石症引起的梗阻性黄疸可配郁金、广木香、枳壳、黄芩等行气利胆药同用。本品以治臌胀水肿，常与白茅根、车前草、荷包草等利水消肿药同用，或用鲜品捣烂敷脐部；治肾气虚寒水肿与小茴香同用，可温肾利水。金钱草鲜品清热解毒之功较好，常用治腮腺炎、乳腺炎、痈肿疔疮、带状疱疹、丹毒及毒蛇咬伤等，均可用鲜品捣汁饮，或与野菊花同煎服，并可单用捣汁外搽，或同万年青叶捣敷。煎服，15—30 克；鲜品 60—120 克。本品如长期或大量煎服，会产生头晕、心悸等反应，应予注意。

实验研究：过路黄全草含酸性成分、甾醇、黄酮类、甙类、氨基酸、鞣质、挥发油、胆碱和钾盐等。

动物试验，长期灌服过路黄煎剂，有利胆作用，这可能是促进肝细胞的胆汁分泌和松弛胆道括约肌所致。它能使小便变酸性，故有可能促使在碱性环境中才能存在的尿路结石溶解。钾盐有利尿作用。金钱草对小鼠的细胞免疫和体液免疫均有抑制作用，与环磷酰胺并用，可加强免疫抑制。

广金钱草

又名落地金钱、铜钱草、假花生。为豆科植物金钱草 Desmodium styracifolium（Qsbeck）Merr. 的全草。分布中国广东、广西、湖南、福建等省、区。

本品味甘、淡，性微寒。功能利水，排石通淋。主治泌尿系结石及热淋、血尿、黄疸、胆囊结石等。

治泌尿系结石，可单味煎服或与他药配伍以增强其利水通淋排石之功，如治输尿管、膀胱结石可配海金砂、石韦、鸡内金、车前草等；治肾结石可与大黄、滑石、沉香、琥珀等同用；兼尿血者加蒲黄、牛膝等。用于热淋小便赤涩疼痛，可配车前草、海金砂、金银花等；血淋尿血者，并可配生地、丹皮、桃仁等同用。如用于血丝虫病引起的乳糜尿，则可与土茯苓、萆薢、当归等同用。广金钱草清利肝胆湿热，故治黄疸有效，也可用于胆道结石症。此外，本品也有清热解毒的功效。与瘦猪肉煮服，可治小儿疳积。如煎水加蜜服，可治口腔炎、咽喉炎；鲜草捣烂敷可治乳腺炎；若与食盐适量捣烂取汁外搽，可治荨麻疹瘙痒，如同时煎汤内服则疗效更佳。煎服，15—30 克；鲜品 30—60 克。

实验研究：全草含生物碱、黄酮甙、酚类、鞣质。广金钱草对动物有利胆作用和利尿作用。总黄酮可使血压降低，冠脉流量增加，阻力减少，心肌耗氧减少，脑血流量显著增加，脑血管阻力降低。对注射脑垂体后叶素所致心肌缺血有保护作用。对氯化钾引起的兔主动脉血管条痉挛有解痉作用。

连钱草

始载于《本草纲目拾遗》。原名金钱草，又名遍地香、江苏金钱草。为唇形科植物活血丹 Glechoma longituba（Nakai）Kupr. 的全草。中国大部分地区有分布；主产于江苏、浙江省。

本品味苦、辛，性凉。入肝、胆、肾、膀胱经。功能利水通淋，清热解毒。主治热淋、砂淋、石淋、黄疸、水肿、疮痈疔毒、湿疹、疥癣、虫蛇咬伤等。

湿热下注，水道不利，尿频涩痛之热淋，本品配车前草、木通、滑石、萹蓄等以清利下焦湿热；又如湿热久蕴，煎熬尿液而成砂淋、石淋者，本品尤为要药，可单用大剂量煎水代茶，或配海金砂、石韦、鸡内金等以加强排石通淋的作用。若湿热郁蒸，发为黄疸，本品常与清热利湿退黄之茵陈、山栀配伍；如为肝胆结石，则配伍郁金、大黄等以利胆排石。若水湿停聚之水肿、小便不利者，可配猪苓、茯苓、泽泻、冬瓜皮等以利水消肿；民间也有用本品与萹蓄、荠菜花同用，以治肾炎引起的水肿。本品又善能解毒消肿，用于外科疮毒。如痈肿热痛、痄腮红肿，可用鲜

草捣烂外敷;湿疹皮炎及脓疱疮,可同野菊花煎水温洗;烫伤烧伤,可采鲜品烤热绞汁外涂,如少加冰片则疗效更速;蛇虫咬伤,鲜草煎水服并捣敷伤处。本品尚有祛风湿、止骨痛之效,故亦用治风湿痹痛及跌打损伤,可内服与外敷相间应用。煎服,10—15克;鲜品,30—60克。

实验研究:从活血丹全草中分离出脯氨酸、缬氨酸、酪氨酸、天冬氨酸、谷氨酸等多种氨基酸及挥发油。油中主要成分为:左旋松樟酮、右旋薄荷酮和左旋胡薄荷酮,还有α蒎烯和β蒎烯、柠檬烯、异薄荷酮、异松樟酮、芳樟醇、薄荷醇、α松油醇等。又含熊果酸、琥珀酸、β谷甾醇、胆碱、硝酸钾等。

煎剂灌胃对大鼠及兔有利尿作用;有促进胆汁排泄作用。煎剂腹腔注射能降低大鼠血压。在体外对金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌、福氏及宋氏痢疾杆菌以及绿脓杆菌有抑制作用。

冬葵子

始载于《神农本草经》。又名葵子、葵菜子。为锦葵科植物冬葵 Malva verticillata L. 的种子。中国大部分地区均产。

本品味甘,性寒。归大肠、小肠、膀胱经。功能利水通淋,滑肠通便,下乳滑胎。主治淋病、大便不通、水肿、乳汁不行、乳痈等。本品之性滑利、善利小便,为诸淋病所常用。

《千金方》用本品单味煎服,治"血淋及虚劳尿血"并"妊娠子淋";若热结膀胱,小便赤涩不畅,尿道刺痛,可配木通、车前子、黄芩等清热利水药同用;用治砂淋、石淋,常与牛膝、滑石、金钱草、海金沙等同用。冬葵子之滑利,不仅利水,更能滑肠,故《肘后方》用本品煎汤加猪脂服,治"大小便不通,支满欲死";《圣惠方》用本品研末人乳汁和服,"治大便不通十日至一月者"。冬葵子又能利水消肿,常用于妊娠浮肿、小便不利、头晕、身重,配茯苓同用,如《金匮要略》葵子茯苓散。《名医别录》谓本品"疗妇人乳难",故《妇人良方》治乳妇气脉壅塞,乳汁不行,及经络凝滞,乳房胀痛,而留蓄作痈毒者,以本品炒香,配砂仁研末热酒冲服,以通乳消痈;临床也常以本品配通草、穿山甲、王不留行等以通乳汁;配漏芦、瓜蒌、赤芍、白芷等治乳痈初起。本品功能滑胎,用于难产,但须配补气养血之品。煎服,6—15克。本品滑利降泄,中虚气陷者禁用,妊娠无水肿者勿服。

地肤子

始载于《神农本草经》。又名地麦、落帚子、益明。为藜科植物地肤 Kochia Scoparia (L.) Schrad. 的果实。主产于中国河北、山西、山东、河南、江苏等省。

本品味苦、甘,性寒。归膀胱、肾经。功能清湿热,利小便,止痒,明目。主治小便不利、淋沥涩痛、带下、白浊、皮肤瘙痒、荨麻疹、湿疹等。

用于膀胱湿热引起之小便不通,淋涩作痛或尿血,常与猪苓、瞿麦、通草、黄芩、知母、冬葵子等利尿降火药同用,如《济生方》地肤子汤;若小便不利因阳虚气弱或阴虚血亏所致者,可用本品分别与人参、熟地等益气、滋阴药同用。如《医学衷中参西录》之宣阳汤、济阴汤;妊娠淋病,小便数少而痛,《子母秘录》以单味地肤子大剂量煎服。带下、白浊者用之,亦取其清利湿热之功。《本草原始》云,地肤子能"去皮肤中积热,除皮肤外湿痒"。故湿热或风热导致之皮肤瘙痒,湿疹及荨麻疹等,均可以本品内服,常与干生地、野菊花、白鲜皮等凉血、祛风、止痒药同用;亦可煎汤外洗。本品亦用于眼科疾患,如肝虚目昏,《圣惠方》以其研末用生地汁拌,晒干,研细末服。用治雀目,《广济方》以之配决明子,共研末为丸服。煎服,6—15克。

实验研究:种子含齐墩果酸、三萜皂甙、脂肪油20%。

水浸剂在试管内对许兰黄癣菌、奥杜盎小芽胞癣菌等皮肤真菌有抑制作用。

鱼脑石

始载于《日华子诸家本草》。原名石首鱼脑中枕,又名石首鱼头石、石首骨。为石首鱼科动物大黄鱼 Pseudosciaena crocea (Rich.)或小黄鱼 P. polyactis Bleeker 头骨中的耳石。主产于中国浙江省。

本品味咸,性寒。功能利水通淋,清热解毒。主治泌尿道结石、小便淋沥不利,以及鼻窦炎、化脓性中耳炎等病症。

鱼脑石治淋,古方既用于石淋,亦用于其他各种淋症,如《古今录验》疗石淋及诸淋,用本品与当归配伍;《千金要方》治诸淋及石淋,用本品与葵根、通草、贝子等配伍,皆制成散剂内服。现代临床则多与金钱草、海金沙等同用以加强排石效果。治疗鼻窦炎,可内服亦可外用,如《本草汇言》著录,治久年脑漏,用本品炙研细末,每晚以酒调服一钱;现代用其与冰片、青黛、辛夷等研末吹鼻。用于化脓性中耳炎,可用本品煅存性,再加适量冰片同研细末,吹入耳内,每日2次;亦可用麻油调匀滴耳。煎服,3—10克,捣碎入煎;研末服,1.5—3克。

实验研究:本品主含碳酸钙,另含有机物约0.2%—10%及纤维蛋白。

萆薢

始载于《神农本草经》。又名百枝、竹本、赤节。为薯蓣科植物粉背薯蓣 Dioscorea hypoglauca Palib. 的根茎。春、秋两季采挖,洗净泥土,除去须根,切成薄片,晒干。

粉背薯蓣的根茎完整者呈姜块状，类圆柱形，多分枝，表面土黄色。皱缩，常残存有茎痕及未除尽的细须根。薄片呈不规则形，大小不一，直径1.5—2.5厘米，厚约1—3毫米，边缘不整齐，外皮薄，棕黑色或灰棕色。有的已脱落。切片表面黄白色，边缘鲜黄色，平坦，细腻，粉性，具有不规则的黄色维管束花纹，对光照视极为显著。质松脆，有弹性，易折断。气微，味苦、微辛。主产于中国浙江、安徽、江西、湖南等省。

本品味苦，性平。归肝、胃、膀胱经。功能利湿浊，祛风湿。主治小便频数、尿浊不清、尿道涩痛、妇女白带及风湿顽痹、腰膝疼痛、下部疮疡、湿疹等。本品为治小便浑浊要药。

如因肾气不足，下焦虚寒，小便频数，色如米泔之膏淋症，则可与温肾之益智仁、乌药同用，如《杨氏家藏方》之萆薢分清饮；若膀胱湿热为患，小便浑浊短赤者，则与清利湿热之黄柏、车前子同用，如《医学心悟》之萆薢分清饮。现代临床以本品用于乳糜尿症，有一定疗效。妇女白带由湿浊所致者，本品可与其他清利下焦湿热的药物同用。本品用于风湿顽痹，筋骨不利者，一般可配祛风活络之品，如独活、川芎、威灵仙、络石藤等。偏于寒湿者，则配附子、乌头之类；偏于湿热者，则配桑枝、防己、薏苡仁等；肾虚而腰脊疼痛、足膝酸软者，则与杜仲、续断、牛膝等同用。下部疮疡、湿疹，因下焦湿热所致者，本品常与清热利湿活血类药物配用。《疡科心得集》有萆薢化毒汤，萆薢与防己、牛膝、归尾、丹皮等同用，以治下部湿热痈肿；又有萆薢渗湿汤，与黄柏、苡仁、滑石、丹皮等同用，以治臁疮、湿疹等症。煎服，10—15克。肾虚阴亏患者忌服。

实验研究：粉萆薢根茎含薯蓣皂甙，其薯蓣皂甙元的含量平均为2.09%，又含鞣质。福州薯蓣根茎含薯蓣皂甙，其薯蓣皂甙元含量平均为0.18%。

薯蓣皂甙元能抑制肾细胞的钠－钾－ATP酶活性，有解热作用。

瓦韦

始载于《新修本草》。又名剑丹、七星草、骨牌草。为水龙骨科植物瓦韦 Lepisorus thunbergianus (Kaulf.) Ching 的全草。分布于中国华东、中南、西南地区。

本品味淡、苦，性寒。功能清热，利尿通淋，凉血止血。主治小儿高热、热淋、血淋、咳嗽咯血、眼目星翳、结膜炎、口腔炎、牙疳及痈疡等。

本品单味或配鸭跖草同煎服，用治小儿高热及高热惊风，有退热之效。《新修本草》谓瓦韦"疗淋亦好"，现在临床也用以治疗膀胱湿热所致之小便淋涩疼痛、尿赤及血尿，常与车前草、金银花、灯芯草等清热利尿药配用；治咳嗽咯血，可单用，亦可配白及等止血药同用。瓦韦也常用治眼目星翳、结膜炎，口腔炎，可取鲜草水煎服。若煅存性研末搽，又可治走马牙疳。本品用于蛇、虫咬伤、痈肿发背，用鲜瓦韦一味，或配半边莲、犁头草捣烂酒调绞汁饮，并将药渣敷患处。煎服，9—15克；鲜品30—60克。

实验研究：瓦韦全草含昆虫变态激素蜕皮甾酮。

蜀葵花

始载于《千金要方·食治》。又名棋盘花、蜀棋花、一丈红。为锦葵科植物蜀葵 Althaea rosea (L.) Cav. 的花。原植物中国各地均有栽培。

本品味甘，性寒。功能通利二便，和血，止崩带，解毒消肿。主治二便不通、吐血、血崩、赤白带下等。

本品滑利，可治二便不通。如《本草纲目》载："二便关格，胀闷欲死……蜀葵花一两捣烂，麝香半钱，水一大盏煎服。"治妇女赤白带下，如《太平圣惠方》以之阴干为末，空腹温酒服。若吐血、血崩等出血症，亦可用本品煎服。治烫伤，用蜀葵花入麻油内浸泡，搽患处；如与石榴花、艾叶等分阴干为末，水调涂，能治蜂、蝎螫伤。治酒皶鼻，以蜀葵花研末，猪油和匀，夜敷旦洗。煎服，3—6克。孕妇慎用。

实验研究：蜀葵花瓣含一种黄色素，可能是与山柰酚结构相关的物质。白色花曾分离两种可能是二氢山柰酚的甙。深黄色的花分离得蜀葵甙。

蜀葵根

始载于《本草拾遗》。又名棋盘花根。为锦葵科植物蜀葵 Althaea rosea (L.) Cav. 的根。原植物中国各地均有栽培。

本品味甘，性寒。功能利水通淋，凉血，排脓。主治淋症、带下、吐血、血崩及内外痈肿等。治小便淋沥，用蜀葵根一味水煎服。治白带增多，用本品煎服或炖猪肉吃。治吐血、血崩，则可用甜酒煨透服。单用本品又可治热毒下痢及急性肠炎。蜀葵根解毒排脓之功较著，如《坦仙皆效方》怀忠丹，治肠胃生痈，而有败血腥臭，脐腹疼痛者，用本品与白芷，白芍，枯矾共研细末，黄蜡为丸服，可使脓血排出。现代临床上常用本品配大黄煎服治肠痈。此外，用治诸疮毒肿痛甚者，用鲜根除去黑皮，捣烂贴敷患处。煎服，9—15克。

实验研究：蜀葵根含大量粘质，一年生根的粘质含戊糖7.78%、戊聚糖6.86%、甲基戊聚糖10.59%、糖醛酸20.04%。

榆白皮

始载于《神农本草经》。原名榆皮。为榆科植物榆 Ulmus pumila L. 的树皮或根皮的韧皮部。原植物中国大

部地区均有分布。

本品味甘,性平。归膀胱、大肠、小肠经。功能利窍通淋,渗湿热,消痈肿。主治小便不利、淋浊涩痛、水肿、痈肿发背、外伤出血等。

《圣济总录》榆白皮汤治疗小便出血,水道涩痛,以本品配冬葵子、滑石、石韦、瞿麦、生地黄同用。《备急方》治身体暴肿满,榆皮捣屑,同米作粥食,小便即利。治痈肿发背,榆白皮研末,香油调敷。治皮肤感染、褥疮等,亦可用本品配小蓟、地丁、蒲公英、马齿苋同研细粉,敷患处。治烧烫伤,可用榆白皮与大黄、酸枣树皮,浸泡取汁,喷撒疮面。又本品捣汁可敷癣;研粉撒布,可止外伤出血。本品并有安神作用,治疗失眠。煮汁饮,亦治久嗽齁喘。榆白皮之性滑利,徐之才将其列入滑剂一类,适用于湿热内盛而壅滞之证,若胃气虚寒者勿服。煎服,5—10克。

实验研究:榆树皮的韧皮部含β谷甾醇、植物甾醇、豆甾醇等多种甾醇类及鞣质(没食子酸类)、树胶、脂肪油。又含维生素D及胡萝卜素。

紫茉莉根

始载于《本草纲目拾遗》。又名入地老鼠、水粉头。为紫茉莉科植物紫茉莉 Mirabilis jalapa L.的块根。中国大部分省区有栽培。

本品味甘、苦,性微寒。有小毒。功能清热利湿,活血散瘀,解毒消肿。主治湿热下注的淋病、尿血、白带、白浊、水肿、月经不调、风湿骨节疼痛、荨麻疹、咽喉肿痛、跌打损伤及痈肿疮毒等。

淋病、尿血,可配侧柏叶、白茅根等以清利湿热、凉血止血。白带过多,可同鸡冠花、木槿花等以利湿热而止带。如月经不调,经行腹痛者,则配香附、延胡索以理气活血,调经止痛。风湿关节痛,常以本品浸酒服,若热痹肿痛,亦可与豨莶草、臭牡丹等水煎服。用于咽喉肿痛,则以鲜根捣汁滴于患处。跌打损伤,痈肿疮毒,用本品捣烂外敷,有消肿止痛之效。煎服,10—15克;鲜品,15—30克。本品有毒,内服过量可引起呕吐,腹泻等副作用。孕妇忌服。

实验研究:紫茉莉根含胡芦巴碱、氨基酸、有机酸及大量淀粉。

蘡薁

始载于《新修本草》。又名野葡萄藤、接骨藤。为葡萄科植物蘡薁 Vitis adstricta Hance 的茎叶。原植物分布于中国华东地区及江西、湖北等省。

本品味甘、辛,性平。功能利水通淋,祛风通络,消肿解毒。主治淋病、痢疾、风湿关节痛、瘰疬、乳痈、目赤翳障、耳痈、臁疮、湿疹及外伤出血等。

湿热淋病,小便涩痛,可与车前子、木通等利尿药同用;血淋,则配小蓟、藕节等凉血祛瘀之品。《百一选方》中治五淋之木龙汤,即本品配海金沙草、淡竹叶、灯心草、乌梅、当归等煎汤代茶饮。治痢疾,蘡薁茎加砂糖煎服;风湿关节疼痛,则以水、酒各半煎服。乳痈肿痛,如与蒲公英、连翘等清热解毒药同用,则疗效更佳。此外,《补缺肘后方》有取蘡薁藤中鲜汁饮,可治呕哕厥逆的记载。外治目赤翳障及耳痈,可用藤中鲜汁点眼或滴耳;臁疮溃烂,可用鲜叶捣敷;皮肤湿疹,则可捣汁外涂;外伤出血者,则用干叶研粉,掺于患处。煎服,15—30克。

石龙子

始载于《神农本草经》。又名山龙子、蜥蜴、猪婆蛇、四脚蛇。为石龙子科动物石龙子 Eumeces chinensis (Gray)或铜石龙子 Sphenomorphus indicus (Gray)等的全体。分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味咸,性寒,有小毒。功能利水通淋,解毒消肿。主治小便不利、石淋、瘰疬、臁疮等。现多用于治疗外科诸证。如治疗瘰疬,除内服外,常与蝮蛇、小毛茛熬膏外敷。诸瘘日久不愈,以本品研末撒于瘘道内。皮肤湿疹、臁疮等,可研末以植物油调匀外搽。焙干研末服,1.5—3克。孕妇忌服。

柳枝

始载于《本草拾遗》。又名杨柳条、柳条。为杨柳科植物垂柳 Salix babylonica L.的枝条。原植物在中国大部分地区均有栽培。

本品味苦,性寒。归肝、胃、肺经。功能利水通淋,化痰,解毒,祛风止痛。主治小便淋浊或尿闭不通、湿热黄疸、痰热咳嗽、疔疮、丹毒、烧烫伤等。

本品用治淋浊,早在《肘后方》即用本品配甘草煎服,治疗小便淋浊不清。《本草纲目拾遗》治尿梗(尿闭),取本品一握煎汤服;同时倾坐桶内,用被围住熏蒸。治疗黄疸,《外台秘要》用柳枝煮取浓汁服;现代有用鲜柳枝治疗急性黄疸型传染性肝炎,能利湿退黄。《本草汇言》谓本品能"下热痰",治疗"风水热气,闭郁成痰"之证。现代临床取单味柳枝煎水服,用治慢性气管炎,对咳、痰、喘都有近期控制效果。本品又常用作清热解毒药,如治疗疔疮,取柳枝叶煎膏涂敷;治疗丹毒,用柳木灰水调涂敷;治烧烫伤,用柳枝烧炭(存性)研末,香油调敷。此外,煎汤洗,可治风肿瘙痒;酒浸含漱,可治龋齿疼痛。煎服,15—30克。如服用过量,部分患者可有稀便、腹痛现象,少数出现荨麻疹。

实验研究:木质部含水杨甙。

水杨甙吸收后部分变为水杨酸,具有解热、镇痛作用。由于水杨甙转变为水杨酸之程度不恒定,故临床上不能代替水杨酸类应用。

萱草根

始载于《本草拾遗》。又名黄花菜根、鹿葱根、漏芦根果、地人参。为百合科植物萱草 Hemerocallis fulva L.、黄花菜 H. citrina Baroni 或小萱草 H. minor Mill. 等的根。中国大部分地区有产。萱草根主产于中国秦岭以南各省、区;黄花菜根主产于江苏、浙江、山东、安徽等省;小萱草根主产于东北、华北地区。

本品味甘,性寒,有小毒。归心、脾、肺经。功能利水通淋,清热凉血,解毒。主治淋病、水肿、黄疸、吐血、衄血、乳汁不通、乳痈、乳岩、腮腺炎、扁桃体炎等。

本品长于利水通淋,凡湿热淋病,小便赤涩疼痛及尿中有结石者,均可用本品煎服;或与鲜车前草煎汤代茶频饮。治通身水肿,小便不通,可用萱草根晒干研末,米饮送服;也可配席草煎服。治湿热黄疸,可取鲜根捣汁饮。本品有凉血作用,能治血热所致之吐血、衄血、便血。吐、衄可捣汁服,或加冰糖、红枣煎服;便血可配地榆、茶花等煎服。以其有解毒之功,可用于痈肿疮疡,但多作外用。如乳汁不通而致乳房红肿硬痛、乳痈、乳岩、腮腺炎、颈淋巴结结核、疖肿等,均可用鲜根捣烂外敷;或配犁头草、苎麻根同捣敷。此外,煎服也治扁桃体炎及带下等。本品有毒,过量或长期服用可损害视力以致失明;严重者,可因呼吸抑制而死亡。煎服,3—9 克。

实验研究:萱草根含生物碱。黄花菜根含黄花蒽醌、大黄酸、美决明子素、美决明子素甲醚、芦荟大黄素。小萱草根含萱草根素、小萱草根素、萱草酮、大黄酚、大黄酸、1,8-二羟基-2-乙酰基-3-甲基萘、β谷甾醇和γ谷甾醇。

在动物实验中,有某些抗结核作用,临床上也有一定效果,其有效成分为大黄酸、大黄酚及美决明子素甲醚。抗血吸虫作用为有毒的成分萱草根素,中毒后动物的脑、脊髓白质部和视神经纤维普遍软化及髓鞘脱失;肝、肾有不同程度的浊肿(尤其肾为重);肺部亦有郁血及出血。毒性成分主要集中于根中,加热 60℃以上可使毒性减弱。萱草根在体内有很大的蓄积作用。

硝石

始载于《神农本草经》。原名消石,又名苦消、焰消、火消。为矿物硝石经加工炼制而成的结晶。产于中国山东、江苏、湖南、湖北、四川、贵州等省。

本品味辛、苦、微咸,性大温。有小毒。归心、脾经。功能破坚散结,利尿通便,解毒消肿。主治中暑、痧胀、心腹疼痛、呕吐、泄泻、黄疸、淋病、目赤翳膜、咽喉肿痛及痈疽肿毒等。

由感受暑湿及秽浊之气,过食生冷,以致中暑、痧胀、腹痛、吐泻,用本品与硫黄配伍,方如《济生方》二气丹;若饮食伤脾,心腹作痛,胸膈饱闷,四肢厥冷,可加制附子、五灵脂、青皮、陈皮,如《扁鹊心书》来复丹。若昏晕不省人事,硝石又可与芳香通窍、辟秽解毒药牛黄、麝香、珍珠、冰片等同用,如行军散。本品用治黄疸,如《金匮要略》大黄硝石汤,以硝石配大黄、黄柏、山栀治黄疸腹满,小便赤涩不利;硝石矾石散用硝石与矾石同用以治女劳疸,身黄、额上黑、膀胱急、少腹满,腹胀如水状之症。近用等量硝石、矾石,研粉装胶囊内服,治慢性肝炎、肝硬化,对消除黄疸、消退腹水等都有一定效果。张锡纯亦谓:硝石"若与皂矾同用,善治内伤黄疸,消胆中结石、膀胱中结石及钩虫病。"本品又能用于多种淋病,尤以砂淋、石淋为主。可炒研为末,温水调服,也常与滑石、车前子、木通、鸡内金或琥珀、海金沙、冬葵子等随证配伍使用。《灵苑方》透格散,则单用硝石生研为末,冬葵子汤调服治劳淋;用冷开水调服治血淋、热淋;木通汤调服治气淋;小麦汤调服治小便不通。其治目赤翳膜、咽喉肿痛、痈疽肿毒等症,都作外用。如研末点眼治目赤肿痛;与黄丹、冰片同研,则治内外翳障。《三因方》之玉钥匙,用此配硼砂、冰片、白僵蚕,研末吹喉,治风热喉痹及缠喉风。痈疽肿毒未溃者,可用本品化水,频频热敷,或配乳香、没药、冰片、麝香等研粉,入膏药中敷贴,有消肿止痛的作用。本品还可作外科丹药的原料,如红升丹、黄灵丹等,其中都配用硝石。内服多入丸散,1.5—3 克。本品有毒,其性消克,体弱者及孕妇均忌服。

实验研究:硝石主要成分为硝酸钾,杂有氯化钠和硝酸钠。硝酸钾有微弱的利尿作用。

防己

始载于《神农本草经》。又名汉防己、粉防己、白木香。为防己科植物粉防己 Stephania tetrandra S. Moore 的根。秋季采挖,洗净,除去粗皮,切段,粗根劈成两半,晒干。

根呈不规则的圆柱形、半圆柱形或块状,多少弯曲,呈结节状,长 5—10 厘米,直径 1—5 厘米。未刮去栓皮者表面灰棕色,粗糙,具细纵皱纹,有明显横向突起的皮孔;已刮去栓皮者,表面淡灰黄色,较平滑,并可见残留灰棕色的栓皮,弯曲处有深陷横沟。质坚体重,断面灰白色,平坦,富粉质,有稀疏的棕色放射状纹理。纵剖面浅灰白色,维管束浅棕色,呈筋脉状纹理。气微,味苦。主产于中国浙江、安徽、江西、湖北等省。

本品味苦,性寒。归膀胱、脾、肾经。功能利水消肿,祛风止痛。主治水肿、脚气、风湿痹痛、水湿喘嗽,高血压等。本品能利二便,使内蕴之水湿下行;又能通腠理,使在表之风邪外泄。故凡水湿溢于皮肤而成的水肿,本品为常用之药。

用于水肿不能平卧、脉证俱实者,配甘遂、葶苈子等逐水药,如《圣济总录》防己丸。由于卫气不固、风水外客,致患风水、脉浮身重,汗出恶风者,配黄芪、白术、甘草

等益气固表、利水除湿药，如《金匮要略》防己黄芪汤。脾失运化，水溢皮肤，致患皮水，四肢浮肿，肌肉瞤动者，配黄芪、甘草、桂枝、茯苓等健脾益气，温阳利水药，如《金匮要略》防己茯苓汤。本品善走下行，能泻下焦之湿热，如湿热下注，脚气肿痛，湿偏其者配苍术、薏苡仁；热偏甚者配黄芩、黄柏；兼风者则配羌活、萆薢；痰多者则配竹沥、南星；大便秘结配桃仁、红花；小便不利配牛膝、泽泻。前人称本品能泄经络中之湿邪，并有祛风镇痛之功。对于风寒湿痹，四肢挛急，或周身浮肿者，配麻黄、肉桂、白茯苓、桑白皮等，如《圣济总录》防己饮。治历节风，四肢疼痛不可忍，由于风寒湿邪而成者，配乌头、桂心、白术等，如《千金要方》防己汤。痛风属于湿热，病位在下部者，多配苍术、黄柏、牛膝、木通等同用。

本品亦用于水湿壅滞于肺所致的咳喘，例如《圣济总录》防己丸，以本品配葶苈子、桑白皮等，治肺气喘促，坐卧不得者。《儒门事亲》单用本品为细末，浆水一盏同煎服，治肺痿喘嗽；《古今录验方》用本品配葶苈为末，糯米饮送服，治肺痿咯血多痰者。此皆水饮积于肺中，治节无权，致见咳喘，用本品治之，使水湿下行，则咳喘可愈。本品有降血压作用，高血压病属于肝阳上亢者，配决明子、茺蔚子等同煎服；亦可提取汉防己甲素制成片剂口服，或制成注射剂供静脉注射。此外，遍身疥癣，湿热内盛，气血俱虚者，可配金银花、当归、黄芪，以酒煎服。煎服，5—10克。

实验研究：防己根含多种生物碱，其中有粉防己碱（汉防己甲素）、防己诺林碱（汉防己乙素）、轮环藤酚碱等。尚含黄酮甙、酚类、有机酸、挥发油等。

动物试验证明，粉防己碱、防己诺林碱及丙素均有镇痛作用，丙素镇痛作用大于乙素，抗组胺药苯海拉明可显著增强甲素及乙素的镇痛作用，而不影响其毒性。粉防己碱尚有解热、消炎作用。消炎可能是直接作用于肾上腺皮质的结果。粉防己碱对大鼠被动皮肤过敏反应有抑制作用，能对抗5-羟色胺引起的血管通透性升高，抑制过敏介质如组胺和慢反应物质的释放，还有直接对抗慢反应物质的作用，故能对抗过敏反应。

粉防己碱有降低血压作用，初期降压效应部分与其对左心室收缩功能的抑制有关。对舒张压的降低大于对收缩压的影响，故后期的降压效应主要是通过扩张阻力血管所致。乙素亦能引起降压，性质与甲素相似，但作用较弱，且易产生急速耐受。轮环藤酚碱也有降压作用。粉防己碱对多种实验性心律失常有抑制作用，能降低猫心乳头肌和豚鼠心房的收缩力，抑制心房及乳头肌的自律性，并能延长其有效不应期，这些作用均可为钙离子所拮抗，提示粉防己碱可能有钙拮抗作用。甲素使大鼠心率变慢、心电图R波降低、增宽，表明心室肌除极受抑制，心室内传导时间延长，可能与抑制钠离子内流的作用有关。粉防己碱能增加麻醉兔、猫的冠脉流量及降低氧耗量，还能对抗垂体后叶素所致心肌缺血，其半合成衍生物汉防己甲素双碘甲烷季铵盐（简称汉肌松）和轮环藤酚碱均有松弛骨骼肌的作用，属非除极化型，可为新斯的明对抗。

粉防己碱在体外及体内均有抑制或杀灭溶组织阿米巴原虫作用；对动物某些肿瘤有抑制作用。在体外对KB细胞、人体肝癌细胞、人食管癌上皮细胞、小鼠肉瘤180细胞也有抑制作用，它能抑制DNA、RNA及蛋白质的合成。此外，对矽肺有一定疗效，主要由于它能抑制矽肺胶原的合成，降低肺中糖胺多糖及脂类的含量，从而阻止矽肺病变的形成，并促使矽肺胶原的分解。

椒目

始载于《本草经集注》。又名川椒目。为芸香科植物花椒 Zanthoxylum bungeanum Maxim. 或青椒 Z. Schinifolium Sieb. et Zucc. 等的种子。秋季果实成熟后采收，去除杂质。主产中国河北、四川、山西、陕西、河南等省。

本品味苦、辛，性寒。有小毒。归脾、膀胱经。功能利水，平喘。主治水肿臌胀，小便不利，停饮渍肺，咳逆气喘等病症。

椒目善于行水利尿而无泻下作用，可使停聚于脏腑间的水湿痰饮悉从水道下趋，故李时珍有"椒目下达，能行渗道，不行谷道"之说。《金匮要略》用本品配防己、大黄、葶苈子为丸服，治肠中有水气、腹满、口舌干燥；《肘后方》配巴豆，以枣膏和丸服，治暴食，留饮不除，腹中疼痛，均属前后分消之法。亦有单用本品以取效者，如《千金方》治久患水肿，腹大如鼓，以一味椒目炒研如膏，酒调服之。古方用椒目治水泛于肺而喘不得卧者，率皆炒研为末，姜汤调服，更有助于行水化饮。现有以粉剂装入胶囊或制成片剂内服，用于慢性喘息性气管炎，其疗效以平喘作用最佳，止咳、祛痰次之。疗程中少数患者可产生头昏、恶心、痰血等副作用。朱丹溪曾谓诸喘不止，用椒目炒研二三服以上劫之，后乃随痰火用药。表明本品亦不宜多服久服，并以配伍复方应用为佳。研末服须略炒，一次量1.5—3.0克。

冬瓜皮

始载于《开宝本草》。为葫芦科植物冬瓜 Benincasa hispida (Thunb.) Cogn. 的果皮。中国大部分地区均产。

本品味甘、淡，性微寒。归脾、肺、小肠经。功能利水消肿。主治水肿胀满、小便不利等病症。用于水肿、小便不利，常与赤小豆、猪苓、泽泻、茯苓皮等淡渗利尿药同用。近代常用于急、慢性肾炎，如治急性肾炎，每与白茅根、玉米须等同用；若慢性肾炎兼见浮肿、蛋白尿者，可再加补气健脾的党参、黄芪等同煎服。此外，在用健脾利水方剂时，可用本品煎汤代水煎药，以增强利水消肿之功效。煎服，10—30克。

实验研究：果皮含蜡类及树脂类物质。瓤含腺嘌呤、胡芦巴碱、组氨酸、维生素B、C、E。

人体试验：口服煎剂短期内可使尿量增加。

壶卢

始载于《本草纲目》。又名败瓢、败瓠。为葫芦科植物瓢瓜 Lagenaria siceraria (Molina) Standl. var. depressa (Ser.) Hara 陈旧的老熟果皮。原植物中国各地都有栽培。

本品味苦、淡，性平。功能利水消肿，兼能止血。主治水臌、水肿、便血、崩漏等病症。治水肿臌胀，小便不利，常与猪苓、大腹皮、冬瓜皮等煎服，有消胀利尿作用；近代有与虫笋配用，治晚期血吸虫病腹水，亦有消肿作用；如配白术、茯苓、黄芪、冬瓜皮等健脾补气药，又可用于病后体虚的全身浮肿。本品烧存性和黄连等分为末服，治便血。如与莲房炭等分为末服，治崩漏。烧灰外敷，治汤火灼伤。此外，本品鲜者取汁滴鼻，亦治风痰头痛。煎服，9—15克；研末服，3—6克。多服令人吐利。阴寒水肿及虚寒滑泄者均忌用。

生姜皮

始载于《食疗本草》。又名姜皮、生姜衣。为姜科植物姜 Zingiber officinale Rosc. 根茎的栓皮。中国大部分地区有产。

本品味辛，性凉。归脾、肺经。功能行水消肿，兼和脾胃。主治水肿胀满、小便不利，多配合其他渗湿、利水、行气药同用，如《和剂局方》五皮散治头面虚浮，四肢肿满，心腹膨胀，上气喘急等，即用本品与五加皮、大腹皮、茯苓皮、地骨皮等配伍。煎服，2—5克。

赤小豆

始载于《神农本草经》。又名赤豆、红豆、红小豆。为豆科植物赤小豆 Phaseolus calcaratus Roxb. 或赤豆 P. angularis Wight 的种子。秋季果实成熟而未开裂时，割取地上部分，晒干，脱粒，除去杂质及果壳，再晒干。

赤小豆种子略呈长扁圆柱形，长5—7毫米，直径3—5毫米，表面紫红色或赤褐色，无光泽或微有光泽。种脐位于侧缘上端，类白色，呈线形突起，其中央呈凹沟状，背面有一条不明显的棱脊。种子坚实，种皮薄而脆，破后可见肥厚子叶两片。断面黄白色，气微，味微甜，嚼之有豆腥气。主产中国广东、广西、江西、湖南等省、区。

赤豆种子呈矩圆形，两端较平截，表面暗红紫色，有光泽，种脐线形，白色，平而不突起，中央不呈凹沟状。中国大部分地区有产。

本品味甘、酸，性平。归脾、心、小肠经。功能利水消肿，清湿热，解毒排脓。主治水肿、脚气、淋病、黄疸、便血、肿毒疮疡等。本品性善下行，功兼健脾，故以利水消肿为擅长，凡身面浮肿、脚气、大腹水肿等症，可煮服或与其他利水药配合应用，以增强疗效。

《圣济总录》治脚气、气急，大小便涩，遍身水肿之赤小豆汤，即本品与桑白皮、紫苏、生姜同用；《本草图经》治脚气，配商陆、大蒜、生姜；《补缺肘后方》治卒然大腹水肿与白茅根同用等。本品又为食疗之佳品。用于上述诸症，亦可煮食代饭。《食疗本草》有赤小豆与鲤鱼煮食方，尤为临床和民间所习用。目前也用此法治疗肾炎水肿及营养不良性水肿，都有一定疗效。此外，本品还可外用，如韦宙《独行方》治脚气水肿，即用赤小豆煎水温渍脚膝以下；《本草汇言》引方，用赤小豆水煮饮汤外，并用豆渣炒微热布包熨病腿等。赤小豆又能清利湿热，故亦可治热淋、血淋，如《修真秘旨》即以赤小豆末，葱汤调服治之。其治湿热黄疸，《伤寒论》有麻黄连轺赤小豆汤，即赤小豆与麻黄、连轺、梓白皮等同用。赤小豆解毒、排脓之功，可用治热毒痈肿。如因于湿热气滞瘀凝所致的肠痈，可与薏苡仁、甘草等同煎内服，方如《疡科捷径》之赤豆薏苡汤；又如《妇人良方补遗》治妇人吹奶方，用赤小豆酒研温服等。但本品治肿毒，尤以外用为多，如治丹毒用赤小豆研末，鸡子清调敷；痄腮腮颊热肿，同芙蓉叶研末，蜂蜜调涂；痈疽初起及小儿重舌，用米醋调涂患处等；如配苎麻根末同用，可增强清热解毒的作用。治下血，本品与当归同用；《梅师集验方》治热毒下血，则单用赤小豆末水调服。煎服，10—30克。

实验研究：每100克赤小豆含蛋白质（为球蛋白）20.7克、脂肪0.5克、糖类58克、钙67毫克，磷305毫克、铁5.2毫克，维生素$B_1$0.31毫克，维生素$B_2$0.11毫克，烟酸2.7毫克。此外，还含有三萜皂甙。

玉米须

始载于《滇南本草》。原名玉麦须，又名包米须、棒子毛。为禾本科植物玉蜀黍 Zea mays L. 的花柱。中国各地区均产。

本品味甘、淡，性平。归肝、肾、膀胱经。功能利水通淋，利胆退黄，下乳汁。主治水肿、淋病、乳糜尿、高血压、湿热黄疸、胆囊炎、胆道结石、乳汁不通等。

本品用于肾炎水肿，可单味大量煎服，亦可与茯苓、泽泻、白术等同用。用于热淋、石淋之小便淋沥涩痛，均可以单味煎服，或配冬瓜皮、车前草、海金沙等以增强其利水通淋作用。如与葵花秆芯、侧柏叶配用，可治疗乳糜血尿；若气血两亏者，可加黄芪、当归。本品治高血压病，是通过利尿作用而能降低血压，常以单味泡水频饮。本品还用于肝胆疾患，如黄疸型肝炎，常与茵陈等同用；胆囊炎、胆结石，常与金钱草、茵陈蒿、鸡内金、广郁金等同用。玉米须治乳汁不通，甚或乳结成痈，红肿疼痛，将其

焙干研末，酒调服，有通乳散结作用。此外，民间还用本品与小蓟等同用治吐血、崩漏等出血症；单味煎服治糖尿病。煎服，15—30克。

实验研究：玉米须含脂肪油2.5%、挥发油0.12%，油中含香荆芥酚18%。还含树胶样物质3.8%、树脂2.7%、苦味糖甙1.15%、皂甙3.18%、生物碱0.05%。又含隐黄素、维生素C、B_5及维生素K、肌醇、谷甾醇、豆甾醇、苹果酸、柠檬酸、酒石酸、草酸、多聚戊糖、黄酮、色素、鞣质(1%)及尿囊素等。

杠板归

始载于《本草纲目拾遗》。又名河白草、蛇倒退、犁头刺。为蓼科植物杠板归 Polygonum perfoliatum L.的全草。中国大部分地区有分布。

本品味酸、苦，性平。归肺、膀胱、大肠、小肠经。功能利水消肿，活血，清热解毒。主治水肿、痢疾、腹泻、黄疸、喉痹咽痛以及瘰疬痈肿、缠腰火丹、湿疹、蛇咬伤、跌打损伤等。

临床应用时，可单用，亦可随证配伍有关药物。如治疗水肿，《救生苦海》用本品配平地木、车前草、茅莓、路路通等煎服；单用本品煎汤内服并熏洗，也有较好的消肿效果。用治缠腰火丹，可取鲜草煎汤洗，或同海金沙烧炭研末，麻油调敷。治疗瘰疬，可配野南瓜根，瘦猪肉煎服。本品煎汤外洗，可治湿疹、黄水疮、皮炎等证。《万病回春》以鲜草捣汁，酒调服，并取渣外敷治蛇咬伤。此外，治跌打损伤，可内服、外敷，以活血消肿；用本品酒炒加冰糖煎服，或与一枝黄花、鱼腥草同用，治百日咳有效。煎服，10—15克。

实验研究：杠板归全株含靛甙，并显黄酮甙、蒽甙、强心甙反应。

蟋蟀

始载于《本草纲目》。又名促织、蛐蛐、将军。为蟋蟀科昆虫蟋蟀 Gryllulus chinensis Weber 的全虫。中国大部分地区有产，主产于江苏、上海、浙江、河北、山东等省。

本品味辛、咸，性温。有小毒。归膀胱、小肠经。功能利水消肿。凡小便不通、水肿、臌胀等病症，均可用蟋蟀煎汤或焙干研末内服。《现代实用中药》治老人尿闭方，则以本品与蝼蛄配合应用。临床上亦随证配伍利水通淋药同用。如配木通、生甘草可治热淋茎痛，小便不畅等；配海金沙、连钱草，可治尿路结石。此外，用本品焙干或配桑螵蛸、益智仁、黑豆等研末服，可治小儿遗尿；煎汤服，亦能催产。煎服，4—6只；研末服，1—3只。孕妇忌服。

实验研究：蟀蟋的雄全虫含维生素B_{12}58纳克，雌者含78纳克。又含精氨酸、α-酮-δ-胍基戊酸、γ胍基丁酸等胍基化合物。

蝼蛄

始载于《神农本草经》。又名蟪蛄、土狗、拉拉狗。为蝼蛄科昆虫蝼蛄 Gryllotalpa africana Palisot et Beauvois 的全体。中国大部分地区有分布，主产于江苏、浙江、山东、河北、安徽、辽宁等省。

本品味咸，性寒。有小毒。归膀胱、大肠、小肠经。功能利水，通便，消肿，解毒。主治二便不利，水肿胀满、石淋、瘰疬、恶疮等。

治小便不利或大小便闭，俱可用蝼蛄焙干研末内服；或与其他药物配伍同用。如《圣惠方》治小便不通，用本品配苦瓠子；《普济方》治大小便闭，用本品配蜣螂虫等。如二便不利，水湿泛溢，水肿胀满者，用本品内服后，因其通利二便的作用，可使水湿下泄而肿胀消退。若水湿内盛，二便闭涩，腹水如鼓者，亦可酌配利尿逐水之品，如《本草纲目》载杨氏方，蝼蛄与甘遂、商陆同用；《普济方》之半边散，则与大戟、甘遂、芫花、大黄配伍。其泄水消肿的作用，更为迅利。石淋、小便涩痛不畅，亦可用本品以通利之。《本草图经》载有治石淋导水方，以蝼蛄同盐焙干研末，温酒调服。现临床上则常配用利尿通淋药如海金沙、石韦、滑石之类，以加强疗效。蝼蛄用于利水、消肿，古方亦有外用法。如《唐氏经验方》以本品和麝香同捣敷脐，治小便不通；《杨氏家藏方》之分水散，用蝼蛄一枚，轻粉少许，研末搐鼻，使流出黄水，能消面浮水肿。本品治疗瘰疬、多作外用。如《救急方》治颈部瘰疬，用蝼蛄同丁香研末外敷。蝼蛄长于利水消肿，其性通利，宜用于实证，若体虚气弱者及孕妇，均忌服。煎服，3—5只；研末服，1—2只。去翅、足用。

实验研究：蝼蛄的血淋巴中含游离氨基酸13种，其中丙氨酸、组氨酸、缬氨酸含量较高。睾丸含游离氨基酸，内有丙氨酸、天门冬氨酸、谷氨酸、甘氨酸、组氨酸、异亮氨酸、亮氨酸、脯氨酸、丝氨酸、酪氨酸、缬氨酸，其中以脯氨酸含量最高，天门冬氨酸、丝氨酸、酪氨酸含量最低。尿中含氨基酸有胱氨酸、赖氨酸、精氨酸、天门冬氨酸、谷氨酸、甘氨酸等；此等氨基酸，亦为血淋巴所有。

楮树白皮

始载于《吴普本草》。原名谷本皮，又名楮白皮、谷白皮、构皮。为桑科植物构树 Broussonetia papyrifera (L.) Vent.树皮的韧皮部。原植物分布于中国黄河、长江和珠江流域。

本品味甘，性平。功能行水消肿，凉血止血。主治水肿、小便不利、血痢、血崩、肠风下血等病症。用治风水浮肿，一身尽肿，楮树白皮常与桑白皮、猪苓、木通、陈皮、生姜等配用，如《本草纲目》楮皮散；亦有治水肿入腹，取本品煮汁酿酒饮者。用于血痢、血崩，《世医得效方》以楮树

白皮与荆芥同用,等分为末,血痢以冷醋调服。妇女血崩,则用水煎服。用于肠风下血,《普济方》以楮树白皮为末,或入麝香少许,酒调服。此外,现亦用本品配鱼腥草等治慢性气管炎;煅存性研细点眼,用治目生翳膜。煎服,10—15克。

茵陈蒿

始载于《神农本草经》。又名茵陈、绵茵陈、绒蒿。为菊科植物茵陈蒿 Artemisia capillaris Thunb.或滨蒿 A. scoparia Waldst. et kitag.的嫩苗。早春采收幼苗,除去老茎及杂质晒干。

幼苗多卷曲成团状,灰绿色,全体密被白毛,绵软如绒。茎细小,长1.5—2.5厘米,直径1.5—3毫米;除去表面白色茸毛后可见明显纵纹;质脆,易折断。叶柔软皱缩,展平后叶片呈1—3回羽状分裂,叶片长1—3厘米,宽约1厘米,小裂片线形、卵形或倒披针形,全缘。有特异的香气,味微苦。主产于中国江西、江苏、安徽、湖北、浙江、陕西、河北、山东等省。

本品味微苦,性微寒。归肝、胆、脾、胃、膀胱经。功能清热利湿,利胆退黄。主治黄疸、胆囊炎,或暑温、湿温,小便短赤以及湿疹瘙痒等。

本品为治黄疸之要药,湿热熏蒸,黄色鲜明之阳黄,可与栀子、大黄配用,如《金匮要略》之茵陈蒿汤。若黄疸热重于湿,症见发热口渴,小便短赤,可配川连、龙胆草、滑石;湿重于热,症见脘腹痞满,舌苔白腻,则配苍术、厚朴、白鲜皮、泽泻;小便明显不利者,可与五苓散同用;食积发黄,可加槟榔、枳实、山楂、麦芽。近以本品配虎杖、金钱草、大枣或板蓝根、甘草或黄芩、栀子同用,治急性黄疸型肝炎,对于消退黄疸都有明显效果。若因寒湿郁滞,而黄色暗晦之阴黄,则须配以温里祛寒药,如干姜、附子、白术、蔻仁等,以温化在里之寒湿。治胆囊炎,常与柴胡、黄芩、川郁金、四川大金钱草同用;如并发感染,可加配败酱草、金银花、蒲公英等清热解毒之品。茵陈与乌梅、苦楝根皮同用,可治胆道蛔虫病。暑温、湿温,邪在气分而湿热并重之候,本品亦可作为佐药使用,能引湿热从小便而出,如《温热经纬》甘露消毒丹。又皮肤风疹瘙痒、湿疹,可用本品煎水内服或外洗。此外,本品煎汤代茶,用于高脂血症,有一定疗效。煎服,9—15克。用治阴黄,剂量宜轻,多用易损伤脾胃阳气。虚黄、萎黄,不宜使用。

实验研究:从茵陈蒿的花穗中分离出有效成分:蒿属香豆素、茵陈色原酮。还有茵陈色原酮的三个衍生物。从茎叶的挥发油中分离出55种成分;油的中性部分的主要成分为茵陈二炔,占总油量的80.2%,还有去甲基茵陈二炔、邻甲氧基茵陈二炔、茵陈炔酮和柠檬烯、β蒎烯、β榄香烯、β石竹烯等共33种;油的酚性部分的主成分为丁香油酚,还有邻苯甲酚、对苯甲酚等共7种;油的酸性部分含棕榈酸等15种成分。滨蒿中含蒿属香豆素、对羟基苯乙酮、绿原酸、水杨酸和东莨菪素。

茵陈蒿煎剂、去挥发油后的水浸剂、挥发油、醇提取物、蒿属香豆素、绿原酸及咖啡酸等均有促进胆汁分泌和排胆作用。近年又分离得茵陈色原酮、甲基茵陈色原酮以及对羟基苯乙酮,均呈明显的利胆作用。茵陈蒿煎剂对四氯化碳所致大鼠肝损害有一定的保护作用。兔结扎总胆管所致血清胆红质增高,茵陈蒿浸膏可使之降低。

茵陈蒿有一定抗动脉粥样硬化作用,可降低高脂血症兔血清胆固醇值,使动脉壁粥样硬化减轻。茵陈蒿注射液和蒿属香豆素均可使离体兔心冠脉流量增加,并证明茵陈蒿有抗凝及促进纤维蛋白溶解作用。茵陈蒿水浸液、挥发油和蒿属香豆素均有降血压作用。可能为中枢性的,后者对在位兔心和猪心的收缩力有增强作用。蒿属香豆素降压作用维持时间较长,它能扩张周围血管,对平滑肌有解痉松弛作用,还有中等镇静和抗惊厥作用。

茵陈蒿醇浸剂对动物有解热作用,6,7-二甲基七叶皂甙有镇痛(较氨基比林弱)和抗炎作用。

茵陈蒿水浸液、挥发油、绿原酸、咖啡酸与蒿属香豆素均有不同程度的利尿作用,后者还有平喘作用。

茵陈蒿煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等有不同程度的抑制作用,煎剂和挥发油也能麻痹和杀死蛔虫。茵陈蒿的高沸点挥发油对石膏样毛癣菌等真菌有很强的抑制作用。挥发油中分离得的茵陈二炔酮,稀释400万倍仍能完全阻止猩红色毛癣菌的发育。对羟基苯乙酮如与灰黄霉素合并服用,可增加灰黄霉素的吸收,从而增加血中灰黄霉素的浓度,增强了后者的药效。

铃茵陈

始载于《滇南本草》。原名金钟茵陈,又名黄花茵陈,角茵陈。为玄参科植物阴行草 Siphonostegia chinensis Benth.的全草。中国大部分地区均有分布,主产于江苏、安徽、浙江、云南、广西等省、区。

本品味苦,性寒。功能清利湿热,凉血祛瘀。主治黄疸型肝炎、胆囊炎、尿路结石、小便不利、水肿腹胀、血淋、血痢、白带、产后瘀血腹痛;外用捣敷跌打损伤,研末敷创伤出血,香油调涂水火烫伤。煎服,9—15克;鲜品15—30克。

实验研究:阴行草全草含强心甙和挥发油。

田基黄

始载于《生草药性备要》。又名耳挖草、七层塔、七寸金、红孩儿。为藤黄科植物地耳草 Hypericum japonicum Thunb.的全草。分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味苦,性凉。功能清热利湿,消肿解毒,散瘀止痛。主治湿热黄疸、泄泻、痢疾、急性肾炎、肺痈、肠痈、扁

桃体炎、目赤肿痛、痈疖疮毒、毒蛇咬伤、跌扑瘀肿等病症。

用于黄疸型及无黄疸型肝炎，除单味煎汤内服外，并可制成注射液及糖浆用，亦可配旱莲草、鸡骨草、香附、葫芦茶、甘草等制成片剂，或配车前草、葫芦茶、布渣叶、白茅根制成冲剂。治急性肾炎，单用本品水煎服。治肺痈，可与鱼腥草、桔梗、甘草配伍。治湿热泻痢，可与凤尾草等同用。治肠痈可与败酱草或蒲公英、青木香等同用。扁桃体炎可用鲜草捣汁饮。目赤肿痛，以鲜草煎水熏洗病眼；或制成滴眼液滴眼。痈疖疮毒，煎水浓缩后涂敷患处；脓肿切开排脓后，亦可用药液浸渍纱布条填塞引流。毒蛇咬伤，以鲜草捣敷伤口周围，并与半边莲、青木香等煎汤内服。跌扑损伤，瘀肿疼痛者，用水、酒煎服，能散瘀止痛。煎服，15—30克；鲜品，30—60克。

实验研究：全草含槲皮素及其3－鼠李糖甙、7－鼠李糖甙和3－葡萄糖甙。

煎剂及提取物（田基黄甲素）在试管内对牛型结核杆菌（无毒株）、肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、猪霍乱杆菌和痢疾杆菌有不同程度的抑菌和杀菌作用。流浸膏对离体兔肠有兴奋作用。

鸡骨草

始载于《岭南采药录》。又名黄头草、大黄草、黄食草。为豆科植物广东相思子 Abrus cantoniensis Hance 除去荚果的全株。分布于中国广东、广西等省、区。

本品味甘、淡，性凉。功能清热利湿，止痛消痈。主治急性传染性黄疸型肝炎、小便短少、胃痛以及乳痈、跌打瘀痛、瘰疬等。

治疗急性传染性肝炎，常单味煎服或制成鸡骨草丸服。亦可与其他药配用，如急性黄疸型肝炎，常与茵陈、田基黄等利湿退黄药同用；热重者，加金银花、白花蛇舌草；食欲不佳者，酌加鸡内金；体虚者，可配红枣。小便短少刺痛，如由膀胱湿热引起者，可与海金沙、车前草等清热利水药配用。治胃痛，风湿骨痛，常与两面针、救必应同用。乳痈、跌打瘀痛，以鲜叶捣敷；内服治瘰疬，可与豨莶草研末为丸。煎服，9—30克。本品种子有毒，用时须将豆荚摘除，以免中毒。

实验研究：广东相思子全草含相思子碱、胆碱、甾醇化合物、黄酮类、氨基酸、糖类。根含皂甙、甙元为槐花二醇、大豆皂醇A和B、广东相思子三醇。

相思子碱腹腔注射能降低小鼠肩部由葡萄球菌毒素引起的炎症反应，高浓度可抑制羊血球的溶解。

垂盆草

始载于《本草纲目拾遗》。原名狗牙半支，又名瓜子草、狗牙草、石指甲、地蜈蚣草。为景天科植物垂盆草 Sedum sarmentosum Bge. 的全草。夏、秋季采收全草，洗净，晒干或烘干。

全草的茎细长，呈圆柱形，皱缩，光滑无毛，黄绿色或淡绿色，长8—16厘米，下部茎节处见有少数须根。叶轮生，3枚，叶片倒披针形或矩圆形，长1—1.5厘米，宽2—4毫米，先端尖，全缘，质较厚，黄绿色。常有聚伞花序，花黄白色。气微，味苦。中国大部分地区均产。

本品味甘、淡，性凉。功能清热利湿，解毒消肿。主治湿热黄疸、小便不利、肺痈、肠痈、痈疖肿毒，蛇虫咬伤、水火烫伤、咽喉肿痛、口腔溃疡等。

湿热黄疸、小便不利，配茵陈蒿、板蓝根等煎服，可加强清热解毒、利湿退黄之效。现用于急性肝炎及迁延性肝炎、慢性肝炎活动期，对改善症状、降低丙氨酸转氨酶，都有较好效果。亦可制成垂盆草浸膏片，或与紫金牛配成垂盆草糖浆使用。本品治疗肺痈，可与冬瓜仁、薏苡仁、鱼腥草同用；肠痈可配红藤、蒲公英、紫花地丁、薏苡仁等。痈肿、蛇咬，均可煎汤或用鲜草捣汁内服。痈疖肿毒无论已溃未溃，均可用鲜草捣烂后加面粉调成糊状，或用凡士林调成软膏外敷。毒蛇咬伤，亦可用鲜草捣敷于伤口周围，并在肿胀明显的手指或足趾间针刺放水。用于水火烫伤，则以鲜草捣汁内服并外搽；咽喉肿痛、口腔溃疡，取鲜汁频频含漱。煎服，15—30克；鲜品，30—120克。

实验研究：垂盆草全草含垂盆草甙、N－甲基异石榴皮碱、二氢－N－甲基异石榴皮碱、氨基酸、景天庚糖、葡萄糖、蔗糖、果糖等。

垂盆草给小鼠灌服，可使四氯化碳中毒小鼠肝坏死减轻，对四氯化碳引起的大鼠亚急性肝损伤有明显保护作用，表现为γ球蛋白显著低于对照组，肝纤维化程度也较轻。稀醇提取物的水溶部分，对此种肝损伤大鼠尚能明显降低血清丙氨酸转氨酶及磺溴酞钠滞留率。对苯巴比妥钠诱导加四氯化碳中毒形成的大鼠急性黄疸型肝炎，垂盆草可降低血清胆红素。垂盆草注射液在体外对白色葡萄球菌和金黄色葡萄球菌有抑制作用。蒸馏法提取液在体外还对大肠杆菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌、甲型及乙型链球菌、福氏痢疾杆菌及白色念珠菌等均有一定抑制作用。

溪黄草

又名熊胆草、血风草、四方蒿、土黄连。为唇形科植物线纹香茶菜 Rabdosia lophanthoides (Buch.－Ham. ex D. Don) Hara 或溪黄草 R. serra (Maxim.) Hara 的全草。前者分布于中国西南、华南地区及福建、江西、湖南、湖北、浙江等省；后者分布于中国东北、中南、华东地区及陕西、甘肃、四川、贵州等省。

本品味苦，性寒。功能清热利湿，凉血散瘀。主治急性黄疸型肝炎、急性胆囊炎、肠炎、痢疾以及跌打瘀肿等病症。治急性黄疸型肝炎，可与马蹄金、鸡骨草、车前草

等同用;急性胆囊炎症见黄疸者可与龙胆草、山栀等同用。肠炎、痢疾,单用本品捣汁服,亦可与天香炉、野牡丹配用。煎服,15—30克;鲜品可用60—90克。

马蹄金

始载于《百草镜》,原名荷包草。又名小金钱草、黄疸草、金锁匙、肉馄饨草。为旋花科植物马蹄金 Dichondra repens Forst.的全草。分布于中国长江以南各省、区。

本品味辛、微苦,性平。归肺、肝经。功能清热利湿,退黄止血,解毒消肿。主治黄疸、肝炎、胆囊炎、痢疾、水肿、咳血、尿血,及风热眼痛、乳蛾肿痛、疔疮肿毒、跌打损伤等。

《周益生家宝方》用本品与螺蛳同捣汁澄清,煨热服,治湿热黄疸。现常与其他利湿清热退黄药如鸡骨草、千屈菜、山栀等同用。与天胡荽、蒲公英等配用,也可治无黄疸型肝炎及胆囊炎、胆石症等肝胆疾患。湿热所致的泄泻、痢疾,用本品捣烂绞汁饮;或配地锦草煎服。水肿小便短少,用鲜草捣烂敷脐部,每日一次,并煎汤内服,有利水消肿之功;也可将草填塞鲫鱼腹内,甜白酒蒸食。本品又治出血性疾病,如肺出血,用鲜草捣绞汁加冰糖服;治尿血,可与大蓟、车前草共煎饮。《百草镜》取马蹄金汁点眼,治风热眼赤;《眼科要览》用本品与酒酿糟捣汁饮,治眼中生疔。治瘰疬、乳痈、跌打瘀肿,可用本品捣烂外敷;如同时煎汤内服则疗效更佳。治毒蛇咬伤可与灰藋菜等同捣敷。治急性化脓性中耳炎,鲜草捣汁,先用之以清洗外耳道,然后滴入耳内。治乳蛾肿痛,将鲜草捣烂,取汁频频含漱。煎服,6—15克。

实验研究:水煎剂和酊剂在体外能抑制白喉杆菌的生长,临床上曾用于防治白喉,有一定疗效。对金黄色葡萄球菌在体外也有些抑制作用。

龙胆地丁

又名蓝花草。为龙胆科植物华南龙胆 Gentiana loureirii (D.Don) Griseb.及鳞叶龙胆 G. squarrosa Ledeb.的全草。前者分布于中国江西、福建、湖南、广东、广西、云南等省、区;后者分布于东北、华北、西北及西南地区。

本品味苦、辛,性寒。功能清热利湿,解毒消痈。主治热毒痈肿、疔疮、瘰疬、咽喉肿痛、黄疸、痢疾、带下等病症。用于痈肿、疔疮、瘰疬,可配野菊花、蒲公英等煎服,并以鲜品捣烂外敷;用于肠痈配红藤、鬼针草,黄疸配田基黄,痢疾配黄芩,白带配苍术、黄柏等同用。煎服,9—15克。

青叶胆

又名肝炎草。为龙胆科植物青叶胆 Swertia mileensis T.N.Ho et W.L.Shi 或云南獐牙菜 S. yunnanensis Burkill 的全草。分布于中国云南省。

本品味苦,性寒。功能清肝胆,利湿热,除胃火。用治急性黄疸性肝炎,具有良好的清热利湿退黄作用,并能使食欲增加,恶心、胁痛、腹胀等减轻。对胆囊炎、尿路感染用之亦效。煎服,9—18克。脾胃虚寒者慎用。现亦制成浸膏片内服或用乙醇提取物制成针剂作肌内注射,用于病毒性肝炎。

实验研究:青叶胆含日本当药素、当药素、青叶胆内酯、齐墩果酸、芒果甙和十余种氧杂蒽酮成分。

所含齐墩果酸对四氯化碳引起的大鼠急性肝损伤有保护作用。能使血清丙氨酸转氨酶活性下降,肝内甘油三酯蓄积量减少,肝细胞变性、坏死有所减轻,糖原蓄积增加。齐墩果酸尚有消炎、强心、利尿作用。

苦蘵

始载于《本草拾遗》。又名小苦耽、灯笼草、大泡草、响铃草、野绿灯。为茄科植物苦蘵 Physalis pubescens L.的全草。分布于中国长江以南各省、区。

本品味苦,性寒。功能清热利尿,止咳祛痰,解毒消肿。主治湿热黄疸、痢疾、淋病、小便不利、尿血、肺热咳嗽、肺痈、痄腮、咽喉及牙龈肿痛、天疱疮、疔疮、疖肿等病症。

除单味使用外,亦配伍其他药物同用。如配车前草治湿热黄疸;同马齿苋、车前草治痢疾;同鲜车前、鲜土牛膝治热淋、小便不利;同大蓟根治尿血;同牛蒡子、甘草、胖大海治肺热咳嗽等。用于咽喉肿痛,除煎汤内服外,还可用鲜草捣汁,开水调服;牙龈肿痛,则可煎水含漱。用于天疱疮,鲜草煎水洗;治疔疮、疖肿,可与蒲公英、紫花地丁、金银花等煎服,并用鲜草捣烂外敷。近用于急性黄疸型肝炎、菌痢、肠炎、尿路感染、腮腺炎、急慢性气管炎、肺脓疡及急性咽喉炎等疾病,都有较好的疗效。煎服,15—30克。孕妇忌服。

实验研究:全草含酸浆果红素,即玉蜀黍黄素二棕榈酸酯。又含苦蘵素。

白马骨

始载于《本草拾遗》。又名六月雪、路边金、满天星、天星木、鷄子草。为茜草科植物六月雪 Serissa serissoides (DC.) Druce 或白马骨 S. foetida Comm 的全株。分布于中国东南部和中部各省、区。

本品味微辛,性凉。功能疏风,清热,利湿,解毒,活血通络。主治时行感冒、咽喉及牙龈肿痛、目赤、云翳、湿热黄疸、泄泻、痢疾、水肿、风湿痹痛、小儿疳积、妇女白带、经闭、痈肿、瘰疬等。

时行感冒,可配贯众以泄热解表。咽喉、牙龈肿痛,

则可与清热解毒之蒲公英、紫花地丁同用。目赤肿痛，除内服外，还可煎水熏洗，或鲜草捣汁滴眼；角膜云翳，则用茎秆除去外层粗皮，烧灰，同冰片研细点于翳上。因于湿热所致的黄疸、泻、痢、水肿等，可随证配用清热利湿之品，如黄疸配茵陈蒿或过路黄；泄泻、痢疾配铁苋菜、翻白草；水肿配车前草或鸭跖草等。用治风湿痹痛，则可与祛风除湿之菝葜、常春藤、刺楸皮等同用，亦可配茜草浸酒内服。痈疖肿毒、瘰疬等症，一般用鲜草捣烂外敷。《本草拾遗》则又有用本品配黄连、细辛、白芷、牛膝、鸡桑皮、黄荆等，烧为末，淋汁外涂的记载。此外，本品对高血压病之头痛、头晕，亦有一定疗效。其根同板蓝根煎服，还可治流行性腮腺炎。煎服，15—30克；鲜品可用至60克。

实验研究：白马骨根含皂甙约0.2%。六月雪全株含熊果酸和β谷甾醇。又含皂甙及鞣质。

水团花

始载于《本草纲目拾遗》。又名穿鱼柳、满山香。为茜草科植物水团花 Adina pilulifera (Lam.) Franch. ex Drake 的茎叶或花果序。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味苦，性凉。功能清热利湿，消瘀，止血。主治湿热痢疾、急性胃肠炎、湿热浮肿、皮肤湿疹、跌打肿痛、外伤出血、痈疖肿毒等。水团花单味煎服，治疗湿热痢疾；鲜茎叶配茵陈同煎，能消湿热浮肿。此外，水团花球煎水含漱，能止风火牙痛。外用茎叶与杠板归、筋骨草等煎水洗皮肤湿疹；捣烂敷跌打肿痛，有散瘀止痛之功；敷外伤出血，又能止血。治痈肿、无名肿毒，可加食盐、饭粒捣烂敷。煎服，10—15克。

实验研究：水团花的叶含β谷甾醇，豆甾醇及混合酸性皂甙，酸解后得奎诺酸。茎含β谷甾醇、豆甾醇、奎诺酸及混合皂甙，水解得模绕酸、白桦脂酸、奎诺酸及辛可酸。皂甙中的糖主要为葡萄糖和葡萄糖醛酸。

水杨梅

始载于《植物名实图考》。又名水杨柳、水石榴、水团花、鱼串鳃。为茜草科植物水杨梅 Adina rubella (Sieb. et Zucc.) Hance 的茎叶或花果序。原植物分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味苦、涩，性凉。功能清热利湿，散瘀止痛。主治痢疾、肠炎、风火牙痛、咽喉肿痛、湿疹、皮炎、阴道滴虫、疖肿、跌打损伤等。

本品治急慢性菌痢、急慢性肠炎，可单味煎服，或与枫树叶、水辣蓼同煎，尤其对急性菌痢湿热并重者效果更佳。治风火所致的牙龈肿痛，内服配生石膏、两面针、茅莓等清胃药同用，也可单味煎水含漱；如为龋牙疼痛，则将鲜水杨梅捣烂塞入孔洞内。对于咽喉肿痛及风热咳嗽，用之有清热利咽，化痰止咳之功。此外，本品外用，煎水洗湿疹、稻田性皮炎、漆疮，也治滴虫性阴道炎的阴痒、带下。捣烂敷跌打损伤、骨折疼痛及毒蛇咬伤，能散瘀止痛，解毒消肿；并可用于创伤出血。煎服，枝叶15—30克；花果序9—15克。

实验研究：水杨梅花序含果胶、儿茶精类化合物。又分离出熊果酸、β谷甾醇、齐墩果酸。曾有报告，10%水杨梅浸出液在体外对痢疾杆菌有抑制作用。

铁苋

始载于《植物名实图考》。又名人苋、血见愁、海蚌含珠、痢积草。为大戟科植物铁苋菜 Acalypha australis L. 的全草。分布于中国黄河中、下游及长江流域以南各省。

本品味苦、涩，性凉。功能清热利湿，收敛止血。主治湿热泻痢、小儿疳积、吐血、衄血、崩漏、便血、外伤出血、毒蛇咬伤、湿疹瘙痒等。

铁苋能清利胃肠及肝胆湿热，故可治痢疾、泄泻。如治细菌性痢疾、阿米巴痢疾，均可用本品单味煎服，或配凤尾草、地锦草、马齿苋等同用。治小儿疳积，消化不良，腹胀泄泻，可与猪肝煮食；并以本品加生姜、葱白同捣，以鸡蛋清调敷足底心。用于吐血、衄血，配生栀子、白茅根同用；治便血则与地榆、棕榈炭；治崩漏可配益母草、当归等。《植物名实图考》谓本品"为刀创要药"。现用于外伤性出血，将鲜草捣烂敷，或与明胶共研敷伤处。煎水洗可治皮肤湿疹瘙痒，煎水外洗，或与小蓟、旱莲草捣烂敷。毒蛇咬伤，配半边莲、大青叶煎汤内服，并以鲜品捣烂外敷。煎服，15—30克。

实验研究：全草含铁苋碱、没食子酸，后者具平喘抗菌作用。还有甙类、还原性物质、氨基酸、油脂等。

煎剂在体外对常见痢疾杆菌如志贺痢疾杆菌抗菌作用良好，对舒氏和弗氏痢疾杆菌作用次之，对宋内痢疾杆菌效果较差。

打破碗花花

又名野棉花，大头翁，秋芍药，拐角七。为毛茛科植物打破碗花花 Anemone hupehensis Lem. 的根。原植物分布于中国四川、贵州、云南、湖北、广西及陕西等省、区。

本品味苦、辛，性平。有毒。功能清热利湿，解毒杀虫，散瘀止痛。主治痢疾、泄泻、急性黄疸型肝炎、蛔虫病、疟疾及跌打损伤、痈疖、瘰疬、秃疮、顽癣等。治痢疾、泄泻，可配马齿苋、铁苋同煎。治虫积，本品研末配白蜡、鸡蛋同炒食。治疟疾，可将本品捣烂取少许如小指大，敷于内关穴或大椎穴，待发疟后即除去。治跌打损伤，则以本品入童便浸24小时，晒干研粉，黄酒冲服。治瘰疬、疮疖、痈肿，可捣烂取汁涂或与紫玉簪根捣绒敷患处；治秃

疮、顽癣,可与青胡桃皮捣烂敷。煎服,3—9克;研末服,0.5—3克。孕妇忌服。

实验研究:打破碗花花的根含白头翁素。

墓头回

始载于《本草纲目》。又名箭头风、摆子草。为败酱科植物异叶败酱 Patrinia heterophylla Bge.或糙叶败酱 P. scabra Bge.的根茎及根。秋季采挖,洗净泥土,晒干。

异叶败酱根茎细长,黄棕色。根呈圆柱形,有分枝,表面黄褐色,有细纵皱纹及点状须根痕,有时有瘤状突起。质硬,折断面黄白色,呈破裂状,横切面射线细。气特异,味苦。产于中国山西、河北、河南、辽宁、甘肃等省。

糙叶败酱根茎粗短。根呈不规则的圆柱形,长短不一,直径1—1.5厘米。外表面棕褐色或棕黑色,外皮皱缩,易剥落,剥落后呈土黄色。体轻质松,断面黄白色,呈放射状裂纹。气特异,味稍苦。产于山西、河南、河北、辽宁、吉林等省。

本品味苦、微酸涩,性凉。归心、肝经。功能清热燥湿,止带、止血,截疟。善治带下、崩漏,尤适用于湿热下注引起的赤白带下。

如肝脾两虚而带下绵绵者,于补肝健脾药中加用本品,亦有良效。治崩漏下血可与当归、生地、赤芍等同用。若用作截疟,以本品水煎,于疟疾发作前1小时服下。近报道以本品为主,配白芷、藁本,共研细末,阴道给药,治滴虫性阴道炎;配连翘、枯矾,研细末,局部用药,治宫颈糜烂,均有较好疗效。又有用本品制成片剂、糖浆或煎剂,试治原发性肝癌、早期宫颈癌及白血病等。煎服,6—12克。本品有恶臭气,用量不宜过多。虚寒或有瘀滞者慎用。

实验研究:初步试验,墓头回对小鼠艾氏癌细胞有抑制作用。

木槿花

始载于《日华子诸家本草》。又名朝开暮落花。为锦葵科植物木槿 Hibiscus syriacus L.的花。原植物中国各地均有栽培。

本品味甘、苦,性寒。归肺、大肠经。功能清热利湿,凉血,解毒。主治痢疾、泄泻、带下、热淋、咳血、痔疮出血及疔疮肿毒等。

治湿热泻痢,可单味煎汤加冰糖服;如与白头翁、马齿苋、车前草等同用则疗效更好。治女子湿热带下,可配败酱草、鸡冠花等同用。治小便淋涩疼痛,用木槿花捣汁饮;或配黄连、木通、泽泻等煎汤服。木槿花尤善凉血止血,治咳血,单味煎汤饮;痔疮出血,可与槐花炭、地榆炭煎服。本品治疮疡多外用,如鲜品捣烂,可敷疗疮肿毒;与赤小豆、白及研末水调敷,能治发背等脓尽而伤口未愈者;研末麻油调搽,可治水火烫伤。此外,木槿花还可治反胃吐食,可阴干研末,以陈米汤调服。煎服,3—9克;研末服,1.5—3克。

实验研究:木槿的花含肥皂草甙、粘液质、β胡萝卜素、叶黄素等。

薏苡根

始载于《神农本草经》。又名五谷根,尿珠根。为禾本科植物薏苡 Coix lachryma-jobi L. var. mayuen (Roman.) Stapf的根。原植物中国各地有栽培。

本品味苦、甘淡,性寒。归脾、肺、膀胱经。功能利湿,清热,驱虫。主治湿热黄疸、小便不利、淋病、肺痈、虫积腹痛等。

用于湿热黄疸,小便不利,常配茵陈蒿同用;亦可单味煎汤频服。用于淋病,血淋,可与蒲公英、猪鬃草等同用。本品对肺热之证亦有疗效,如《本经逢原》谓治"肺痈以(薏苡)根汁,冲无灰酒服,初起可消,已溃可敛"。现亦用以治疗小儿肺炎,发热喘咳,可煎汤调蜜服。本品驱虫之功,早在《神农本草经》即有记载,谓其能"下三虫"。临床以之下蛔虫为主,如《外台秘要》治蛔虫攻心痛方,重用薏苡根煎汤服之;并云可使"虫死尽出。"现亦用治胆道蛔虫病。煎服,15—30克。孕妇忌用。

实验研究:薏苡根含薏苡素,还含硬脂酸、棕榈酸、豆甾醇、β谷甾醇及γ谷甾醇。

薏苡素在动物试验中有镇静、降温解热与镇痛作用;对大鼠膈肌及家兔腰肌均有抑制其收缩作用,此与降低骨骼肌的氧摄取量及抑制糖原的无氧酵解过程有关。薏苡素还能抑制动物的多突触反射,抑制在位及离体兔肠管与降低血糖。根煎剂50克,分3次服可驱蛔虫。

淡竹叶

始载于《滇南本草》。又名山鸡米、淡竹米、野麦冬。为禾本科植物淡竹叶 Lophatherum gracile Brongn.的茎叶。主产于中国浙江、江苏。原植物分布于中国长江流域及其以南各省、区。5—6月未开花时采收,切除根部,晒干。

本品味甘、淡,性寒。归心、肺、小肠经。功能清心火,利小便,除烦止渴。主治热病烦渴、心烦不眠、口舌生疮、小便热赤、淋病、肺热咳嗽等。

治热病烦热口渴,可与石膏、知母配伍,以清气分之实热;如病后津伤,虚热烦渴,则与麦门冬同用,有益阴清热之功。治心火上炎之心烦不眠,或口舌生疮,与黄连、连翘等同用,能清降心经之火。治小儿胎热,面赤眼闭,口中气热,啼哭躁扰,用本品配甘草、黑豆、灯芯,煎汤频进,则又有清解热毒的功效。本品善治心火上炎而兼小肠热郁的证候,如配合木通、灯芯草、白茅根等泻火利尿药,可治暑热内蕴,小便短赤,以及热淋、血尿等症。此

外,《滇南本草》尚用以治疗肺热咳嗽。现亦用于风热感冒及咽喉炎、支气管炎等。煎服,10—15克。

实验研究:淡竹叶茎叶含三萜化合物:芦竹素、印白茅素、蒲公英赛醇、无羁萜。还含酚性成分、氨基酸、有机酸、糖类。

对人工发热的动物,淡竹叶煎剂有解热作用,其粗制剂效价相当于非那西丁的1/72。人服本品煎剂10克,利尿作用弱,但能增加尿中氯化物的排泄。此外尚有升高血糖作用。

鸭跖草

始载于《本草拾遗》。又名碧蝉花、竹叶菜、蓝姑草、野靛青。为鸭跖草科植物鸭跖草 Commelina communis L. 的全草。中国大部分地区有分布。

本品味甘、淡,性寒。归肺、膀胱经。功能清热解毒,利水消肿。主治感冒及温热病所致的发热、烦渴、咽喉肿痛;湿热引起的痢疾、淋病、小便不利、水肿、脚气以及热毒引起的丹毒、痈肿、疔疮等病症。

临床用于流行性外感发热,可与桑叶、荆芥、银花、连翘等解表清热药同用;热病高热不退,邪在气分,可配石膏、知母等清气分实热;热邪上淫,咽喉肿痛,可配大青叶、土牛膝等煎服以清热利咽,亦可用鲜鸭跖草捣汁,频频含咽。用于湿热下注膀胱,小便赤涩,或酿成淋病者,可配利尿通淋药,如萹蓄、木通、瞿麦、石韦之类。《濒湖集简方》治小便不通,以本品合车前草捣汁,加蜜糖和服;《日华子本草》以本品同赤小豆煮服,利小便、下水气而治湿痹。现治水肿、小便不利,常与车前草、泽泻、白茅根、猪苓等同用。本品治热毒痈肿、疔疮,多用鲜草捣烂外敷,并与紫花地丁、蒲公英、金银花、野菊花等清热解毒药煎汤内服。此外,本品捣汁或煎汤内服,还可治吐血、衄血。煎服,10—15克;鲜品可用60—150克。

实验研究:鸭跖草花瓣含鸭跖黄酮甙。煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等有抑制作用;对流感病毒PR_8株所致的小鼠肺炎(死亡),有明显保护作用,也有一定的解热作用。

繁缕

始载于《名医别录》。原名蘩蒌,又名鹅肠菜、合筋草、小被单草。为石竹科植物繁缕 Stellaria media (L.) Cyr. 的全草。分布于中国各省、区。

本品味甘、微酸,性平。功能清热利湿,祛瘀,解毒消肿。主治湿热痢疾、泄泻、淋病、肺热咳血、妇女月经不调、瘀滞腹痛,及肠痈、乳痈、痈疽、跌打肿痛等。

治痢疾、泄泻,可单味煎服。肺热咳血,可配鱼腥草、黄芩、芦根、白茅根等以清肺止咳止血。《药性论》以本品炒热和童便服,可治产后血块;《本草拾遗》治产后腹中有块痛,则以酒炒绞汁温服。现用以治子宫内膜炎、宫颈炎及附件炎等见有瘀滞疼痛者,常配桃仁、丹皮等活血调经药同用。本品用于肠痈,可煮汁加黄酒服,或配红藤、冬瓜子以加强解毒消痈的功效。治乳痈、痈疽、跌打肿痛,除内服外,并可用鲜草捣烂外敷,或烧存性为末,麻油调敷。此外,本品煮食,尚可治乳汁不下。如与大青叶、三颗针、丹皮、露蜂房等煎服,可治风火牙痛。煎服,15—30克;鲜品,30—60克。

实验研究:繁缕的地下部分含羧酸、香豆精类、羟基香豆精类、甙类、黄酮类、甾醇类、三萜甙类、皂甙等。

火炭母草

始载于《本草图经》。又名赤地利、野辣蓼、运药、喉科草。为蓼科植物火炭母草 Polygonum chinense L. 的全草。分布于中国台湾、福建、江西、浙江、广东、广西、湖北、四川、云南、贵州等省、区。

本品味酸、微涩,性微寒。功能清热利湿,凉血解毒。主治痢疾、泄泻、咽喉肿痛、扁桃体炎、肺热咳嗽、百日咳、疮疡疖肿、湿疹瘙痒、真菌性阴道炎等病症。

疗赤白痢疾、暑湿泄泻、小儿消化不良,可与凤尾草、海金沙、番石榴叶等同用;治痢疾,亦可以鲜品捣汁加糖冲服;或煎汁作保留灌肠。热毒蕴于肺胃,咽喉白腐,用火炭母草鲜叶捣汁和蜂蜜服;亦适用于一般性咽喉肿痛,如咽喉炎、扁桃体炎等。对于百日咳及肺热咳嗽,可与百部、枇杷叶等同用,以清肺止咳。黄疸型肝炎及妇女赤白带下,亦常用本品为辅佐药物,前者可与茵陈、连钱草等同用,后者可与鸡冠花、葵花盘等同用。用于疮疡疖肿,取鲜品捣敷患部,并煎汤内服,有活血、消肿解毒作用。治疗皮肤风热瘙痒、湿疹、皮炎、脓疱疮等,可用本品煎水外洗;治疗荨麻疹,则用本品煎汤,加醋适量和服。治疗真菌性阴道炎,除用本品煎水坐浴外,亦可以本品粉末局部喷撒,两者交替使用。此外,火炭母草尚有明目退翳之功,制成滴眼液用于角膜云翳、斑翳和白斑以及急性结膜炎、结膜疱疹等。煎服,15—30克;鲜品,30—60克。

实验研究:火炭母全草含黄酮甙。干叶含山柰酚、槲皮素、并没食子酸、没食子酸、3-甲基并没食子酸、山柰酚-7-葡萄糖甙、山柰酚-3-葡萄糖醛酸甙、β谷甾醇。

酢浆草

始载于《新修本草》。又名三叶酸草、酸味草、酸迷迷草。为酢浆草科植物酢浆草 Oxalis corniculata L. 的全草。分布于中国各省、区。

本品味酸,性寒。功能清热利湿,安神,散瘀,消肿,解毒。主治湿热泄泻、痢疾、黄疸、淋病、赤白带下、失眠多梦、跌打损伤、痈肿、疔疮、丹毒、湿疹、汤火烫伤等。

泄泻、痢疾,单用本品加红糖煎服。黄疸以鲜品疗效

较佳,亦可配茵陈、平地木、金钱草同用。热淋、血淋,捣取汁,入蜜调服;或配海金沙、金钱草等煎服。赤白带下,单用本品水煎或研末服。失眠多梦,健忘,由心热所致者,可配松针、大枣同用,以清心安神。跌打损伤,以鲜品加食盐少许,捣烂外敷,能散瘀止痛。痈肿、疔疮、丹毒,取鲜品捣敷,能消肿解毒。足癣、湿疹,捣汁涂或煎水洗,能收湿止痒。烫火伤,鲜品捣烂,麻油调敷。痔痛、脱肛,煎水洗。煎服,9—30克。

白英

始载于《神农本草经》。又名蜀羊泉、白毛藤、排风藤、毛风藤。为茄科植物白英 Solanum lyratum Thunb.的全草。分布于中国甘肃、陕西、河南、山东及长江流域以南各省、区。

本品味苦,性微寒。有小毒。归肝、胆经。功能清热利湿,消肿,解毒。主治湿热黄疸、痢疾、肾炎水肿、胆囊炎、胆结石、白带过多、风湿关节痛、湿疹瘙痒、带状疱疹、痈疖肿毒以及癌症。治湿热黄疸,配茵陈蒿;治胆囊炎、胆结石,配金钱草;治泻痢,配鸭跖草;治肾炎水肿,配玉米须、金银花;治白带过多,配六月雪、薏苡仁;治风湿关节痛,配五加皮、忍冬藤浸酒饮;治湿疹瘙痒,配田基黄、松针煎水洗;治带状疱疹,鲜品捣汁搽患处;治痈疖肿毒,煎服并捣烂外敷。治疗肺癌、胃癌、食管癌、膀胱癌、绒毛膜上皮癌、肝癌等各种癌症,则多与半边莲、半枝莲、白花蛇舌草、垂盆草、龙葵、夏枯草等配成复方应用。煎服,9—15克;大剂量30—60克。本品有小毒,如超量服用,会引起喉头烧灼感及恶心、呕吐、眩晕、瞳孔散大等中毒反应。

实验研究:白英全草含有β羟基甾体生物碱甙,具有抑制肿瘤作用。

过坛龙

始载于《植物名实图考》。又名铁线草、乌脚枪、黑脚蕨。为铁线蕨科植物扇叶铁线蕨 Adiantum flabellulatum L.的根茎或全草。分布于中国浙江、福建、台湾、江西、湖南、广东、广西、四川、贵州、云南等省、区。

本品味苦、微辛,性凉。功能清热利湿,解毒消肿。主治痢疾、泄泻,热淋、砂淋,感冒发热,小儿高热惊厥,肺热咳嗽,黄疸,瘰疬结核,蛇虫咬伤,疮疡肿毒、水火烫伤及外伤出血等。

治湿热痢疾、泄泻,可单味煎服;或与凤尾草同煎。本品与凤尾草合用,亦治热淋、砂淋。治感冒发热及小儿高热抽搐,用鲜叶捣烂加冷开水擂汁饮。肺热咳嗽,煎水加冰糖内服。用于湿热黄疸,常与茵陈、栀子、蒲公英配伍,但以急性早期者效佳。《岭南采药录》谓本品能消痰火结核,功胜夏枯草。用治瘰疬,可同墨鱼炖服。治疗疮疡肿毒未溃以及蛇虫咬伤,本品研末调敷或鲜品捣烂外敷;并绞汁或煎水内服。如治水火烫伤,宜与大黄研末,麻油调搽。本品还有止血作用,捣汁服或与血见愁根煎服可止吐血;研末撒能止外伤出血。煎服,15—30克。

珍珠草

始载于《生草药性备要》。又名日开夜闭、夜合草、叶后珠、鸡盲草、疳积草。为大戟科植物叶下珠 Phyllanthus urinaria L.的全草。分布于中国江苏、安徽、浙江、江西、福建、台湾、湖南、湖北、广东、广西、云南等省、区。

本品味苦、甘,性凉。功能清热明目,利湿解毒。主治目赤肿痛、小儿疳积、湿热泻痢、黄疸型肝炎、肾炎水肿、尿路结石、热疖肿毒、蛇咬伤等。

用于肝热目赤肿痛,本品配野菊花、决明子水煎服;小儿疳积、夜盲,可配猪肝或鸡、鸭肝同炖服。用于湿热泻痢,黄疸型肝炎,可单味煎服;亦可与铁苋菜、老鹳草、茵陈、山栀等配用。用于肾炎水肿,尿路感染,尿路结石,配白花蛇舌草、紫珠草、石韦等同煎服。用于头疮热疖,可用干品研末油调涂;或鲜品捣汁入少量雄黄粉调敷。用于青竹蛇咬伤,鲜草捣烂外敷伤口周围,另以鲜鸭跖草捣汁,温开水冲服。煎服,15—30克。

实验研究:叶下珠全草含黄酮类,内有槲皮素、黄芪甙、槲皮甙、异槲皮甙、芸香甙。还含酚性成分,内有没食子酸、并没食子酸。

鸡眼草

始载于《救荒本草》。又名掐不齐、人字草、蚂蚁草、公母草。为豆科植物鸡眼草 Kummerowia striata (Thunb.) Schindl.的全草。分布于中国东北、华北以及江南各地。

本品味甘、淡,性凉。功能清热利湿,清肝明目。主治湿热所致的泄泻、痢疾、黄疸、淋浊、带下、目赤肿痛等病症。

治腹痛泄泻,可单用本品水煎服;或与马齿苋、车前草同用。治痢疾可与辣蓼、铁苋菜配伍。湿热黄疸常配茵陈蒿、金钱草、田基黄、鸡骨草等同用。治淋浊、带下,可与鹿茸草煎服。治肝热目赤肿痛,常与夏枯草、九里明同用;如流行性角膜结膜炎,取鲜品煎水去滓,熏洗,日洗2—3次。研末拌猪肝炖服亦能治夜盲。此外,与酢浆草合用,可治感冒发热。鲜品捣敷,还可用治跌打损伤及疖肿。煎服,10—30克。

实验研究:鸡眼草地上部分含木犀草素-7-葡萄糖甙约0.15%。

梓白皮

始载于《神农本草经》。为紫葳科植物梓树 Catalpa

ovata G.Don 的根皮或树皮的韧皮部。原植物分布于中国东北、华北、西北及长江流域以北各省。

本品味苦，性寒。归胆、胃、膀胱经。功能清热利湿，解毒，杀虫。主治热病发黄、水肿、皮肤疮疥及肿毒等病症。

梓白皮主利太阳、阳明经湿热，故能治热病瘀热在里，发为黄疸，故《伤寒论》之麻黄连翘赤小豆汤中用本品。现代临床上还用于治疗黄疸型肝炎，每与茵陈、山栀等利湿退黄药同用。其治水肿、小便不利，可与益母草、赤小豆、冬瓜皮、玉米须等同用。治疮疡如无名肿毒、热疖溃烂，可取梓白皮捣烂外敷；治疮疥、皮肤瘙痒症，则可煎汤洗浴；如与防风、当归、赤芍等祛风活血药配伍煎汤内服，又能治荨麻疹。煎服，5—10 克。

实验研究：梓树根皮含异阿魏酸、谷甾醇、对羟基苯甲酸。

柞木皮

始载于《本草拾遗》。为大风子科植物柞木 Xylosma japonicum (Walp.)A.Gray 的树皮或根皮。原植物分布于中国陕西秦岭以南和长江以南各省。

本品味苦，性微寒。功能清热利湿，催产。主治湿热黄疸、痢疾、瘰疬、疮疡肿毒、跌打损伤及难产等。

用于湿热黄疸、痢疾，可单用本品水煎或烧存性研末服。用治瘰疬，可单用或配何首乌、夏枯草、昆布、海藻等软坚化痰药同用。用于梅疮皮肤溃烂，常与土茯苓、金银花、木瓜、牛膝、黄柏等利湿解毒药煎服。跌打肿痛、骨折，可用本品捣烂外敷。治难产催生，常同人参、牛膝、当归、益母草等扶正、活血之药同用。或以柞木枝配甘草，水煎温服。煎服，6—10 克。孕妇忌服。

柞木叶，功能清湿热，散瘀消肿。可用于婴幼儿消化不良性泄泻，急性细菌性痢疾、痈肿发背，跌打骨折。

狗屎花根

始载于《滇南本草》。又名倒提壶、鸡爪参、大肥根。为紫草科植物倒提壶 Cynoglossum amabile Stapf et Drumm.的根。原植物分布于中国西南地区及甘肃南部。

本品味甘、苦，性凉。功能清热利湿，疏肝理气，散瘀止血。主治黄疸、肝气痛、疝气、淋病、崩、带及创伤、骨折等病症。

《滇南本草》以本品同铃茵陈煎服治黄疸、头面浮肿、两足水肿及白带、淋病；同荔枝核、小茴香煎服，用于小肠气痛，睾丸肿大，肾囊肿硬，光亮如水。现亦用于黄疸型肝炎。治尿路感染，小便不利而淋痛者，可配车前草、忍冬藤等。创伤出血者，用根皮或根研末，外敷患处。损伤骨折或关节脱臼，整复后，用鲜根捣烂，加甜酒酿或烧酒适量，外敷包扎。此外，本品尚有止咳作用，肺虚咳喘，可用以焙干为末，鸡汤或肉汤调服。煎服，15—30 克；研末服，2—3 克。

实验研究：倒提壶全草含倒提壶碱和刺凌德草碱。种子含油 23%、蛋白质 18%。

算盘子根

始载于《植物名实图考》。又名野南瓜根。为大戟科植物算盘子 Glohidion puberum (L.)Hutch.的根。原植物分布于中国长江流域各省及福建、台湾、广东、广西、贵州、云南、陕西等省、区。

本品味苦、涩，性凉。功能清热利湿，解毒。主治感冒发热、咳嗽、咽喉肿痛、黄疸、痢疾、泄泻、睾丸肿痛、关节痛、痈肿疮毒及毒蛇咬伤等。

算盘子根煎服，用治感冒发热、咳嗽、咽痛，有清肺利咽之功；治黄疸能清利湿热，利胆退黄；用于湿热泻痢，可与马齿苋、白头翁等同用。亦治小儿中毒性消化不良，可单味煎汤加糖饮服，或配鸡内金、黄荆子、地茄等助消化清湿热药同用。治睾丸肿痛可配荔枝草。由湿热引起的关节肿痛，可与威灵仙、虎杖、防己等煎服，能清热化湿消肿止痛。治痈肿初起，可单味煎服或与地耳草同煎；治瘰疬结核，则与夏枯草、射干、土牛膝配用。治毒蛇咬伤，可配一枝黄花根、白茅根、朱砂根等同用。煎服，15—30 克。孕妇忌服。

算盘子叶，能治疖肿、乳痈、毒蛇及蜈蚣咬伤，白浊、白带，下痢脓血及泄泻，湿热黄疸，咽喉肿痛。

果实，又名野南瓜、野灯笼，能治疗风湿热痹，湿阻呕泻、腹痛，带下与睾丸肿痛。

实验研究：种子含油约 20%。叶含无羁萜、无羁萜-3β-醇、羽扇豆醇、羽扇烯二酮、谷甾醇、鞣质等。

茎含无羁萜、无羁萜-3β-醇、羽扇烯酮、算盘子酮、算盘子酮醇、算盘子二醇等。

煎剂对金黄色葡萄球菌、宋氏痢疾杆菌等在体外有轻度抑制作用。

排钱草

始载于《生草药性备要》。原名龙鳞草，又名午时合、金钱豹、阿婆钱、钱串草。为豆科植物排钱树 Desmodium pulchellum (L.)Benth.的叶。原植物分布于中国福建、台湾、广东、广西、云南等省、区。

本品味苦，性凉。有小毒。功能祛风清热，散瘀消肿，利水。主治感冒风热、风湿痹痛、跌打损伤、腹水肿胀等。用于感冒发热，可单味水煎服；用于风湿痹痛与跌打损伤，取茎叶、水、酒各半煎服。用治肝硬化或血吸虫病所致的腹水症，排钱草叶配半边莲、塘边藕、寮刁竹等同用。煎服，9—20 克。

排钱草根，用治久疟或血吸虫病所致之肝脾肿大，及

跌打损伤;又治妇女闭经、赤白带下以及子宫脱垂。煎服,9—20克。

实验研究:全草含蟾毒色胺、蟾毒色胺甲醚、N,N-二甲基色胺、N,N-二甲基色胺氧化物、5-甲氧基-N-甲基色胺等多种色胺衍生物和禾草碱。

根含α香树脂醇、白桦脂醇、β谷甾醇。蟾毒色胺为5-羟色胺的衍化物,其药理作用与致幻剂麦角酰二乙胺(LSD)有些相似。禾草碱有弱的拟胆碱作用。

桦木皮

始载于《开宝本草》。又名桦皮、桦树皮。为桦木科植物白桦 Betula platyphylla Suk. 的树皮。原植物分布于中国东北、华北、西北、西南地区。

本品味苦,性寒。功能清热利湿,祛痰止咳,消肿解毒。主治小便不利、黄疸、泄泻、痢疾、肺热咳嗽、咽喉肿痛、乳痈、风疹瘙痒等。

用于湿热下注,小便短涩热赤,单用本品浓煎煮汁饮。湿热黄疸,既可单味煎服,亦可与铃茵陈各等分,煎汤代茶饮。泄泻、痢疾,煅存性,研末服。肺热咳嗽,水煎或制成糖浆服。乳痈初发,肿硬疼痛,用本品烧存性研末酒调服,或与皂荚子七粒,烧存性,空心酒调服。治肺脏风毒,遍身疮疥及瘾疹瘙痒,搔之成疮,面上风刺及妇人粉刺,可配杏仁、荆芥穗、枳壳、甘草,研末酒调服,如《和剂局方》桦皮散。煎服,9—15克;烧存性研末服,1.5—3克。脾胃虚弱,大便易泄者忌用。

实验研究:桦木皮含白桦脂醇约23%和白桦酚、白桦酮双酚。

华北白桦 Betula platyphylla Suk. var. japonica (Sieb.) Hora 的树皮含牡丹皮酚、见血封喉醛、香荚兰醛、丁香醛、2-羟基-5-(3-羟基丁基)苯甲醛、丁香酸甲酯、香荚兰酸甲酯、2,6-二甲氧基-对苯醌。

碎米柴

始载于《本草纲目》。又名八字草、漆大伯、鳞子草、斑鸠窝、哮灵草。为豆科植物小叶三点金草 Desmodium microphyllum(Thunb.)DC. 的全草。分布于长江流域以南各省、区。

本品味甘,性平。功能清热利湿,止咳祛痰,消积解毒。主治石淋、黄疸、痢疾、咳嗽、哮喘、小儿疳积、目赤肿痛、痈肿疮毒、毒蛇咬伤、烫伤等。一般可单味煎服,亦可与其他药物配伍。用于湿热黄疸,常与田基黄、白毛藤、马蹄金同用;治小儿疳积,同荔枝草、鸡肝煮食;目赤肿痛配菊花、黄连等。治痈肿疮疖多用鲜草捣敷;漆疮、痔疮,均可煎水洗患处;毒蛇咬伤除捣敷外,并可煎汤内服;烫伤则研末用麻油调涂。煎服,10—15克;鲜品,30—60克。

实验研究:全草含生物碱、三萜皂甙、香豆精、糖类、蛋白质、油脂、挥发油、酸性树脂、鞣质和酚类成分。

水浸出物在动物实验中有镇咳、平喘及对平滑肌的解痉作用。

猪鬃草

又名猪毛七、石中珠、铁丝草、降龙草。为铁线蕨科植物铁线蕨 Adiantum capillus-veneris L. 或白背铁线蕨 A. davidii Franch. 等的全草。前者分布于中国长江流域及其以南各省,北至陕西、山西、甘肃、河北省;后者分布于云南、四川、陕西、甘肃、山西、河北等省。

本品味苦、涩,性凉。功能清热,利尿,通淋。主治肺热咳嗽、咯血、淋病、痢疾、疔疮、乳痈、湿疹瘙痒等。

治肺热咳嗽、咯血,本品可与芦茎、白茅根、鱼腥草等清热化痰、凉血止血药同用。治湿热所致之痢疾、热淋、血淋、石淋,均可单味煎服。淋病可配萹蓄、车前草、忍冬藤、海金沙等通淋利尿排石之品。疔疮、乳痈及乳汁不通,可煎汤冲甜酒内服,并取鲜品捣绒外敷;治湿疹瘙痒,可煎水洗;治烧烫伤,研细末,加食油调敷患处。煎服,15—30克。

实验研究:铁线蕨全草含挥发油、黄酮类、糖类和鞣质。新鲜叶中含黄酮化合物:黄芪甙、异槲皮甙、烟花甙、山柰酚-3-葡萄糖醛酸甙、芸香甙、槲皮素-3-葡萄糖醛酸甙。还含铁线蕨酮、3α,4α-环氧绵马萜烷和少量的21-羟基-30-降苯烷-22-酮。

水龙骨

始载于《植物名实图考》。又名青龙骨、石豇豆、草石蚕、岩鸡尾。为水龙骨科植物水龙骨 Polypodium niponicum Mett. 的根茎。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味甘、微苦,性凉。功能清热利湿,解毒。主治热淋、黄疸、泄泻、风湿痹痛、疔疮肿毒等。

本品可单味煎服,亦可配有关药物同用。如治疗膀胱湿热之热淋,肝胆湿热之黄疸,肠胃湿热之泻痢,均可以本品一味煎服;治黄胆,亦可与马兰根、阴石蕨等同用。治手指疔疮、无名肿毒,除煎服外,并可捣烂外敷。治荨麻疹,用之煎水洗。治急性风湿性关节炎之关节红肿疼痛,可单用鲜品加砂糖煎服;或配威灵仙、伸筋草、钩藤等同用,以增强其清热利湿,通络止痛作用。煎服,15—30克。

实验研究:同属植物 Polypodium vulgare L.(欧亚水龙骨)在少数地区亦同等入药。其根茎成分含β谷甾醇、7-脱氧胆甾醇、岩藻甾醇、柠檬甾二烯醇、环木菠萝烷醇、环鸦片甾烯醇、去甲环木菠萝烷醇、去甲环鸦片甾烯醇、花粉烷甾醇等甾醇,以及欧亚水龙骨甜素、蜕皮甾酮、

5β-羟基蜕皮甾酮、蜕皮松、羊齿烯、芙烯、山芝烯。另含钾、钠、钙、镁等盐类，以及蔗糖、戊糖、柠檬酸、苹果酸、咖啡酸、绿原酸、棕榈酸、油酸和亚油酸甘油酯等。

节节花

始载于《救荒本草》。原名耐惊菜，又名虾钳菜、水牛膝、满天星、白花节节草。为苋科植物莲子草 Alternanthera sessilis (L.)DC.的全草。分布于中国华东、华中、华南和西南地区。

本品味微苦，性寒。功能清热利湿，凉血解毒，止痒。主治痢疾、黄疸、淋病、肺热咳嗽、咯血、鼻衄、咽喉肿痛、痈疽疔疮及皮炎、湿疹等。

节节花能清利胃肠、肝胆及膀胱湿热，故与翻白草、马齿苋等配用可治赤白下痢；配金钱草能治湿热黄疸；单味煎服治小便赤涩淋痛。本品治肺热咳嗽、咳血、鼻衄，用鲜草捣烂绞汁，加食盐少许，炖温服；治咽喉肿痛，捣汁服；治风火牙痛，则与两面针根配用。现代临床用于恙虫病，常与白花蛇舌草、白茅根、车前草等药配用，有较好的凉血解毒之功。治乳痈、背疽、毒蛇咬伤，均可取鲜草捣烂外敷，并煎汤内服。煎水洗，治皮炎、湿疹、疥癣有止痒作用；也可揉擦寻常疣。煎服，9—15克；鲜品，30—60克。

实验研究：莲子草全草含24-亚甲基环木菠萝烷醇、环桉烯醇、豆甾醇、β谷甾醇、菜油甾醇、α菠菜甾醇、5α-豆甾-7-烯醇以及上述甾类的棕榈酸酯。根含羽扇豆醇。

大叶蛇总管

又名香茶菜、脉叶香茶菜、铁菱角、蓝花柴胡。为唇形科植物显脉香茶菜 Rabdosia nervosa (Hemsl.)C.Y.Wu et H.W.Li 的全草或根。分布于中国陕西、河南、湖北、江苏、浙江、安徽、江西、广东、广西、贵州及四川等省、区。

本品味苦、微辛，性寒。功能清热利湿，解毒，散瘀。主治黄疸、肝硬化腹水、小儿高热惊厥、疮疡、毒蛇咬伤、跌打损伤等。

大叶蛇总管治疗急性黄疸型肝炎，可单用或与瓜子金、牛至等同煎服；若肝病日久，血瘀湿阻而至肝脾肿大，甚至腹水形成，则可与丹参、马鞭草、腹水草等散瘀逐水之品配用。大叶蛇总管治疗小儿高热惊厥，常与毛冬青、钩藤配伍，共奏清热镇惊之功。本品治毒蛇咬伤，内服外用均可。内服用根煎汤，或与徐长卿浸泡白酒服；外用取鲜叶捣烂敷。若湿热之毒浸淫皮肤，发为脓疱疮、湿疹而瘙痒流水者，用本品煎水洗，或以鲜草捣汁涂搽。治乳痈、发背，本品尚可与野荞麦、白英煎服。以其能活血散瘀，故也用治跌打损伤及女子经闭。近又试用于癌症及解雷公藤、四叶对等药物中毒。煎服，15—60克。

丁癸草

始载于《生草药性备要》。又名人字草、铺地锦、乌蝇翼草。为豆科植物丁癸草 Zornia diphylla Pers.的全草。分布于中国浙江、江西、福建、广东、广西、云南、四川等省、区。

本品味甘，性凉。功能清热解毒，利湿，散瘀。主治风热感冒、小儿高热惊风、肝热烦躁、喉痛、目赤、黄疸、痢疾、泄泻、淋浊、带下、乳糜尿及痈肿疮毒、毒蛇咬伤、跌打肿痛等。本品既可单用，也可随证配合他药应用。

风热感冒，可配薄荷、银花，以奏疏散风热及清利咽喉的作用。肝火目赤肿痛，配以夏枯草、野菊花，有清肝明目之效。湿热黄疸，可配茵陈、虎杖，清肝胆湿热以退黄。胃肠炎则配藿香、白花蛇舌草以芳香化湿、和中止呕、清热止泻。乳糜尿，配积雪草、荠菜、萹蓄，既能分利湿热，又有止血作用。痈肿疔疮、跌打肿痛，除内服外，并捣烂外敷。毒蛇咬伤，捣汁服，渣敷伤口周围。煎服，9—15克。

实验研究：全草含黄酮甙、酚类、氨基酸。

青酒缸

始载于《植物名实图考》。原名小槐花，又名清酒缸、山蚂蝗、三叶青、粘衣草。为豆科植物小槐花 Desmodium caudatum (Thunb.)DC.的叶、根或全草。分布于中国江苏、安徽、浙江、江西、福建、台湾、湖北、湖南、广东、广西、四川、云南、贵州等省、区。

本品味微苦，性微寒。功能清热利湿，消肿解毒。主治感冒发热、风湿关节痛、腰痛、肠炎、痢疾、肾炎水肿、黄疸型肝炎、小儿疳积、痈肿疔疮、毒蛇咬伤等。

本品治感冒有祛风清热之功，单用全草煎服或与紫苏、生姜等配用。治风湿关节痛、风湿腰腿痛、跌打伤痛，用青酒缸根与桑树根、六月雪根等，水、酒各半煎服。治肠炎、痢疾，用青酒缸根配过坛龙煎水服。治肾炎水肿及肾盂肾炎尿频尿痛，用叶煎服，或与白茅根、大蓟配用。治黄疸型肝炎，用青酒缸鲜根配淡竹叶、三叶木通根等。若治小儿疳积，单味全草煎服；或配以鸡屎藤、夜关门、瘦猪肉同炖服。本品解毒消肿作用较强，用治乳痈、疽肿，除以全草煎汤内服外，并以鲜叶捣烂外敷或煎水洗患处。如瘰疬及腹股沟淋巴结核，则可取根皮捣烂，加醋糟或黄酒适量炒热敷患处。至于溃疡久不愈合，水火烫伤，又宜用根皮煎水洗，并用叶焙干研末麻油调敷。本品亦解蛇毒，诸如蕲蛇、蝮蛇等咬伤，用鲜叶捣烂绞汁冲酒服，也可与山葡萄根同捣取汁饮，并用药渣敷伤口周围。此外，青酒缸花煎服又能治妇人小腹痛，月经不调。煎服，15—30克。

实验研究：小槐花的根、茎、叶含生物碱、叶中尚含当

药素及丁豆氨酸等氨基酸;并含酚类、糖类。

刺苋菜

始载于《岭南采药录》。原名笋苋菜,又名野苋菜、假苋菜、刺刺草、猪姆菜。为苋科植物刺苋 Amaranthus spinosus L.的根或全草。分布于中国华东、中南、西南地区及陕西等省。

本品味甘、微苦,性寒。功能清热除湿,凉血止血,解毒消肿。主治泄泻、痢疾、白带、痔疾、胃及十二指肠溃疡出血、咽喉肿痛、痈肿、皮肤湿疹及毒蛇咬伤等。

治湿热泄泻及赤痢,单用鲜草水煎服,或用干叶研末服;如与旱莲草、凤尾草同煎,能增强疗效。治女子湿热带下,刺苋菜根加冰糖煎服或与银杏同煎。治外痔肿痛,全草煎水入白矾或风化硝少许熏洗或坐浴。刺苋菜凉血止血,故可用治出血症,如内痔出血,用鲜根配马鞭草根煎水加醋服;近用本品煎服,治胃及十二指肠溃疡出血也有一定疗效。治牙龈糜烂出血,可烧灰研末搽敷;治咽喉肿痛,可单味煎汤饮。本品治痈肿疮疡,可内服或外用。如治乳腺炎、疔疮,以鲜品捣烂和蜜调敷;治瘰疬则煎汤内服;治臁疮腿,将鲜草捣烂以桐油调敷;治皮肤湿疹,以本品加食盐少许煎水洗患处。治毒蛇咬伤,用鲜根捣烂冲水取汁服;并与犁头草等分捣烂敷伤口周围。煎服,30—60克;干叶研末服,3—6克。虚痢日久及孕妇忌服。

实验研究:刺苋菜根含α菠菜甾醇、卅一烷、廿八烷酸-α菠菜甾醇酯。还含皂甙,系由齐墩果酸与葡萄糖及葡萄糖醛酸组成。又含二种新皂甙,系α菠菜甾醇的二葡萄糖甙和三葡萄糖甙。

美人蕉根

始载于《生草药性备要》。原名水蕉,又名观音姜。为美人蕉科植物美人蕉 Canna indica L.的根茎。原植物中国大部分地区有栽培。

本品味甘、淡、微涩,性凉。功能清热,利湿,解毒。主治黄疸、血崩、带下及疮疡肿毒等。可以单用,亦可随证配伍应用。

用治急性黄疸型传染性肝炎,美人蕉根配陆英、马鞭草同煎服。功能性子宫出血、白带,以本品加适量糯米,炖鸡粥食。疮疡肿毒,则可用其鲜根捣烂外敷。此外,本品尚有降低血压作用,单用或配清热平肝药同用。煎服,10—15克。

实验研究:根茎含淀粉、脂肪、生物碱、树胶。

动物实验证明,本品能保护肝脏功能,增加胆汁分泌,促进胆红质的排除,是临床用于急性黄疸型肝炎有效的药理依据。本品对肠管平滑肌有直接松弛作用,亦可扩张离体兔耳血管,给麻醉犬静注可使血压降低。

丁香蓼

又名水丁香、田蓼草、水油麻。为柳叶菜科植物丁香蓼 Ludwigia prostrata Roxb.的全草。分布于中国长江以南各省、区。

本品味苦、辛,性凉。功能利湿消肿,清热解毒。主治湿热所致的淋病、水肿、黄疸、痢疾、泄泻、带下及热毒疮疡等病症。可以单味煎服,也可配伍应用。如砂淋配律草、车前子;血淋配小蓟、白茅根;膏淋配野牡丹根。痢疾、泄泻可配地锦草。带下配鸡冠花。此外,尚可治急性咽喉炎,以本品煎汤冰糖调服,并以煎液醋调含漱。外用,以鲜品捣敷,治痈疖疔疮、无名肿毒、蛇虫咬伤、外伤出血。煎服,9—20克。

芳香化湿药

凡能芳香辟秽、化湿醒脾和胃的药物,统称为芳香化湿药。

芳香化湿药,味多苦、辛,其性偏温。其中苦温之性较胜,以燥中焦之湿见长者,如苍术、厚朴之类;芳香之性较著,以解暑辟秽化浊为主者,如藿香、佩兰之属。本类药适用于脾为湿困,运化失职而引起的脘腹痞满,恶心呕吐,腹泻便溏,食少倦怠,口甜,苔腻等。此外,对湿温、暑湿及湿痰阻中诸证,亦可选用。

应用本类药物,应根据湿困的不同病证而进行适当配伍。如湿困中焦,偏于寒湿者,可配温中祛寒药;偏于湿热者,须配清热燥湿药。如为湿阻气滞,应与行气药配用;脾虚生湿,宜与补气健脾药同用。此外,芳香化湿药还常与淡渗利湿药配伍应用。如陈无择云:"治湿不利小便,非其治也。"因湿性下趋,配以渗湿利水之品因势利导,使邪有去路,可提高化湿效果。

芳香化湿药多属辛温、香燥之品,易于耗气伤阴,所以对津伤阴亏及气虚者均宜慎用。本类药物气味芳香,多含挥发油,故入汤药时不宜久煎,故有些药物煎时应予后下,以免降低药效。

苍术

始载于《经史证类备急本草》。又名赤术、茅术。为菊科植物茅苍术 Atractylodes lancea (Thunb.)DC.或北苍术 A. Chinensis(DC.)Koidz.的根茎。春、秋两季均可采挖,以8—10月采质量最好。采得后除去残茎及须根,晒干或烘干。

茅苍术根茎呈不规则连珠状或结节状圆柱形,略弯曲,偶有分枝,长3—10厘米,直径0.5—2厘米。表面灰棕色或黑棕色,下缩凹凸不平,有皱纹及横曲纹,顶端残留圆形茎基或盘状茎痕,两侧及下侧有根痕及细小的须

根。质坚实，折断面平坦，黄白色或灰白色，散有多数红棕色油点(油室)，暴露稍久，多数可析出白色纤细的针状结晶(苍术醇)。有浓郁的特异香气，味微甜而苦。主产于中国江苏、湖北、河南省；此外，浙江、安徽、江西等省亦产。

北苍术根茎呈结节状圆柱形，常有分枝或成不规则疙瘩块状，长2—10厘米，直径1—3厘米，表面黑棕色，撞去栓皮者表面黄棕色，有圆形茎痕及根痕。质轻而疏松，折断面带纤维性，浅黄白色，有黄棕色油点散在，但较少，久置无针状结晶析出。气香，但较弱，味微苦辛。主产于中国河北、山西、陕西省。此外，辽宁、吉林、河南、山东、内蒙古、甘肃等省、区亦产。

本品味辛、苦，性温。归脾、胃经。功能燥湿健脾，祛风发汗，舒气解郁，并能明目。主治湿盛困脾、倦怠嗜卧、脘痞腹胀、食欲不振、呕吐泄泻、痰饮、水肿、时气感冒、风寒湿痹、足痿、夜盲等病症。本品苦燥辛散，内能燥脾胃湿滞，外能祛肌表湿邪；且因气香性温，既能和中化饮，又能舒气解郁。诸凡湿邪为病，无论表里上下皆可随证配用。

如湿阻中焦，运化失常，而见食欲不振，痞满腹胀，呕吐泄泻等症者，可配厚朴、陈皮等宽中利气药以燥湿运脾，如《和剂局方》平胃散。如脾湿积久而延为饮癖，症见胁痛、食减、常呕酸苦水，许叔微曾用一味苍术为末，合大枣捣丸服甚效，称苍术丸。其治痰饮、水肿，常与白术、茯苓等同用。若风寒挟湿，侵袭肌表而见头痛发热、恶寒无汗、身重痛倦，鼻塞不通等表证者，可配川芎、白芷、羌活、藁本、细辛等辛散疏风药以祛湿解表，如《和剂局方》神术散。风寒湿痹，关节酸痛重著者，可配羌活、防己、秦艽等祛风胜湿药以散邪蠲痹。湿温病多汗，身困足冷，发热不退，胸痞，口渴不欲饮，湿热并重者，于辛凉清热剂中加入苦温燥湿之苍术，则为湿热两解之法，如《伤寒类证活人书》白虎加苍术汤。湿热流注下焦而见足膝赤热肿痛，或步履艰难，痿软乏力，或下部湿疮，可配黄柏以清热燥湿，如《世医得效方》苍术散，即二妙散。《丹溪心法》有"苍术又能总解诸郁"的记载，越鞠丸即以苍术与香附配伍，使气机调畅郁散而平。此外，古方亦常借其辛香辟秽之功，以治山岚瘴气；或为烟熏以作卫生预防之用。他如雀盲或两目昏涩等症，配羊肝或猪肝等同煮食，能补虚明目。近代还用于麻疹后角膜软化及软骨病。近人又以苍术熬膏内服，以治阴疽、肛周结核；以苍术油制成微囊剂型治疗佝偻病等，均有一定疗效。由于性味温散燥烈，对阴虚内热，津液亏耗，表虚多汗者不宜使用。至于苍术与白术两者虽均能燥湿，然究其效用，亦有区别，大抵湿盛而伤脾，或湿困肌表而无汗属实证者，宜用苍术，因其燥湿力胜而兼能发汗；如由脾虚生湿，或气虚表疏而有汗者，宜用白术，因其补气力强，兼能止汗。煎服，5—10克。燥湿健脾宜炒用，发汗散邪宜生用。

实验研究：茅苍术根茎含挥发油，油中主要成分为茅术醇、β桉叶醇等。北苍术根茎含挥发油，油中主要成分为苍术酮、茅术醇、桉叶醇。又含较大量的维生素A、D。

动物实验证明苍术类具镇静作用。茅苍术并有抗电惊厥作用，其有效成分为β桉叶醇和茅术醇。对大鼠应用四氯化碳和D-半乳糖胺诱发的肝细胞损害具有显著的保护作用，其有效成分为苍术酮、β桉叶醇和茅术醇。煎剂对家兔实验性糖尿病有降低血糖作用；对大鼠有明显排钠、钾、氯作用。

藿香

始载于《名医别录》。为唇形科植物广藿香 Pogostemon cablin(Blanco)Benth.或藿香 Agastache rugosus (Fisch. et Mey.)O.ktze.的全草。广藿香每年可采收两次，第一次在5—6月间生长茂盛时采收，第二次在9—10月间采收。采收后除去须根、泥土，晒2—3日，堆集闷2日后再晒，再闷，如此循环堆晒至全干。藿香每年亦可采收两次，第一次在6—7月开花时采收，第二次在10月采收，采收后晒干或阴干。

广藿香全草长30—60厘米，分枝对生，嫩茎呈方柱形，密被毛茸，质脆易断，断面灰绿色。老茎略呈方柱形，被有少数毛茸，直径4—15毫米。表面灰棕色或灰绿色。质坚，不易折断。断面粗糙，黄绿色，中央髓部白色。叶对生，叶片多皱缩或破碎，灰绿色或黄绿色，完整者呈卵形，长4—9厘米，宽3—7厘米；边缘具不整齐的钝锯齿，两面密生毛茸，质柔而厚。气香、味淡微苦。主产中国广东、云南省。

藿香全草长60—90厘米，分枝对生，茎呈方柱形，四角有棱脊，直径3—10毫米，表面黄绿色或灰黄色，少毛茸。质轻脆，断面中央髓部为白色，老茎坚硬木质化，中空。叶呈长卵形，边缘有钝锯齿，表面灰绿色，有散生腺点，无毛或具微毛，多皱缩或破碎，质薄而脆。有时枝端有花序，土棕色，花冠多脱落，宿萼筒状，内藏有小坚果。气清香，味淡微凉。主产于四川、江苏、浙江等省；此外，河南、河北、湖南、湖北、江西、云南、辽宁等省、区亦产。

本品味辛，性微温。归脾、胃、肺经。功能芳香化湿，和胃止呕，祛暑解表。主治湿阻中焦之胸脘痞闷、食欲不振、呕恶泄泻，外感暑湿之寒热头痛、腹痛吐泻，及鼻渊、手足癣等病症。本品辛散而不峻烈，微温而不偏燥热，为治脾胃湿浊吐泻的要药。对湿阻中焦之恶心呕吐，泄泻，舌苔白腻者，用之每有捷效。如偏于寒湿者，可配半夏、丁香、白豆蔻；偏于湿热者，可配黄连、竹茹；脾胃偏虚者，可配党参、白术；妊娠呕吐者，可与砂仁、香附等顺气安胎药同用。藿香化湿和中，又兼解表散邪，如外感风寒，内伤湿滞，症见寒热头痛，胸闷腹胀，呕恶便泻，身倦苔腻，本品常用为主药，配以紫苏、白芷、厚朴、大腹皮等，以助其发表化湿之力，方如藿香正气散。如夏伤暑湿，头昏胸闷，恶心，口中粘腻，不欲饮食，可与化湿解暑的佩兰相须

为用，疗效更佳；亦可以鲜品配薄荷泡汤代茶饮。湿温初起，邪在气分，湿重于热，症见发热身困，胸闷恶心，口腻不渴者，可配厚朴、半夏、茯苓等化湿药同用，如藿朴夏苓汤。若湿热并重，症见身热困倦，胸闷腹胀，溺赤便秘，可配滑石、茵陈蒿、黄芩、连翘等清热利湿药同用，如甘露消毒丹。此外，成药藿胆丸，又取藿香辛散化浊作用配猪胆汁清热为丸，治疗鼻渊、鼻流浊涕，不闻香臭。又藿香单味煎汤，时时含漱，能除口臭。本品亦可外用，配以大黄、黄精、皂矾，醋浸一周后去滓，用治手、足癣，将患部放入药液中浸泡，每次30分钟。配枯矾少许，为末外搽，可治小儿牙疳溃烂出脓血。藿香叶偏于发表，藿香梗偏于顺气和中，鲜藿香解暑化湿辟秽之力尤胜。煎服，6—10克。不宜久煎。阴虚火旺者不宜。

实验研究：广藿香全草含挥发油约3%，其中主要成分为广藿香醇，约占52%—57%，还有丁香油酚、广藿香二醇、广藿香薁醇、广藿香酮、广藿香吡啶、石竹烯、α广藿香烯、β广藿香烯和γ广藿香烯、β榄香烯、桂皮醛、γ荜澄茄烯、二氢白菖考烯等。又含黄酮类成分：藿香黄酮醇、阿姆布素、鼠李素、芹菜素及其7-葡萄糖甙、芹菜素-7-(6″-对香豆酰基)-1-葡萄糖甙。

藿香全草含挥发油约0.2%—0.5%，其中主要成分为甲基胡椒酚，占80%以上；还有茴香醚、柠檬烯、对甲氧基桂皮醛、石竹烯、β榄香烯、γ荜澄茄烯、二氢白菖考烯等。

水、醇浸出液，广藿香酮对多种致病性皮肤真菌及某些革兰阳性细菌，在体外有抑菌作用。

佩兰

始载于《神农本草经》。原名兰草，又名省头草、水香、香草。为菊科植物佩兰 Eupatorium fortunei Turcz.的茎叶。夏季茎叶茂盛尚未开花前采收地上部分，晒干或阴干。

茎呈圆柱形，少分枝，长30—100厘米，直径2—4毫米，表面黄棕色或黄绿色，略带紫色，有细纵纹，节明显，节间长约5—7厘米。质脆，易折断。断面纤维状，白色，木部有疏松的孔，髓部有时中空。叶对生，多皱缩、破碎或脱落，完整叶片3深裂，中裂片较大，长圆形或长圆状披针形，先端渐尖，基部楔形，边缘有锯齿，暗绿色或黄绿色。沿脉被有疏柔毛，揉之有香气。上部叶小，通常不分裂，呈卵圆形或卵状披针形。气芳香，味微苦。产于中国河北、山东、江苏、安徽、浙江、江西、广东、广西、湖南、湖北、四川、山西、陕西等省、区。

本品味辛，性平。入脾、胃、肺经。功能解暑化湿，辟秽和中。主治暑湿、湿温、湿浊内蕴的脘腹痞满、口甜、口臭及消渴、噎膈、鼻渊不闻香臭等。

用于夏月感冒暑湿，寒热头痛，胸闷不饥，脘痞苔腻，如《时病论》芳香化浊法，即以本品配藿香、陈皮、半夏、厚朴、鲜荷叶等；治暑湿所致的呕吐、腹泻、腹痛，则可与葛根、黄芩、半夏、白术等配伍以清肠解暑化湿，和胃止呕；用治湿温初起，身热不扬，脘闷，泛泛欲吐，舌苔滑腻而黄，与藿香、黄芩、滑石、苡仁等清热化湿药同用。《素问·奇病论》治脾瘅，口中甜腻，脘腹胀满，泛吐厚浊涎沫，用佩兰一味煎汤饮服，即"治之以兰，除陈气也"之义。脾瘅日久，邪热郁结于胃，而成消渴者，用佩兰与天花粉、麦冬、黄连、竹叶等养胃生津清热药配用。古方且有用治噎膈之将成，配白豆蔻、郁金、苏子、芦根等煎服，能下气开郁，化浊和中。佩兰芬芳，轻清上浮而宣肺通窍，与白芷、辛夷、薄荷、连翘合用，可治鼻渊流涕腥秽，不闻香臭。煎服，3—9克；鲜品9—15克。凡阴虚血燥，气虚者慎用。

实验研究：佩兰全草含挥发油约1.5%—2%，油中主要成分有对聚伞花素约20%，麝香草酚甲醚以及乙酸橙花醇酯约10%。后两者对流感病毒有直接抑制作用。还含兰草素。地上部分含宁德洛菲碱。叶含香豆精、邻香豆酸、麝香草氢醌。又，佩兰叶含β香树脂醇棕榈酸酯、β香树脂醇乙酸酯、棕榈酸蒲公英甾醇酯、乙酸蒲公英甾醇酯、蒲公英甾醇、廿八烷醇、豆甾醇、β谷甾醇以及棕榈酸等。

砂仁

始载于《药性论》。原名缩砂蜜，又名春砂仁、缩砂仁、西砂仁。为姜科植物阳春砂 Amomum villosum Lour. 及缩砂 A. xanthioides wall. 的成熟果实及种子。8—9月果实成熟时，采收果穗，晒干或低温干燥。阳春砂果实呈长圆柱形或卵圆形，具不明显的三钝棱，顶端面略呈三角形，长1.5—2.5厘米，直径0.9—1.5厘米；外表面棕色或棕红色，有网状纹理及密布柔软刺状突起，顶端有花被残基，基部有果柄痕或带有果柄。果皮薄脆，种子结集成团，中有隔膜，常分三室，每室有种子6—15粒，紧密聚结成团。种子呈多角形，长2—4毫米，宽2—3毫米；表面深棕色，外被膜质假种皮，背面有极致密的细皱纹，基部有凹窝状的种脐。质坚硬，种仁黄白色。具浓烈的特异香气，味辛微苦。主产于中国广东、广西省、区；此外，云南、福建等省亦产。

缩砂果实呈椭圆形或卵形，长1—1.5厘米，直径0.7—1厘米，表面暗棕色或灰棕色，密具刺状突起。种子团暗棕色，外被有白霜，分成三室，相接处凹下成条沟。种子多呈不规则马蹄形或三角形，表面暗棕色或棕红色，质较坚。断面白色，油润，气香。产于越南、缅甸、泰国、印度尼西亚等国家。

本品味辛、微苦，性温。归脾、胃经。功能化湿醒脾，行气和胃，安胎。主治湿阻中焦、脾胃气滞的脘腹痞满胀痛、胃纳呆滞、霍乱吐泻、妊娠恶阻、胎动不安及奔豚气痛等。砂仁为醒脾调胃之上品。

脾胃气滞，食入不化而脘腹胀满作痛，可以本品与木

香、枳实、白术等行气助运之品同用，如《景岳全书》香砂枳术丸；脾胃虚弱而致食少腹胀脘痞者，可于健运脾胃方药之六君子汤中加入本品及木香等药，如香砂六君子汤；因于寒湿停滞所致的腹部冷痛、腹泻、胸闷肢倦等，可与草豆蔻、草果、干姜、藿香等温中化湿药配用；因于食滞湿阻引起的脘胀呕恶，嗳腐吞酸，可与莱菔子、焦三仙、陈皮、枳实等消食化湿药配用。又古方用以治疗寒湿伤中的霍乱转筋，腹痛吐泻，常配藿香、橘皮、木瓜同用；治干霍乱腹中绞痛，吐泻不得，则可独用本品炒研为末，加食盐滚汤浸泡服。本品能理气宽中，和胃安胎，常用于孕妇气机不畅，胃失和降所致的恶阻、胎动不安。治妊娠恶阻可配半夏、竹茹等；偏于寒者，《济生方》缩砂散，用砂仁研末，以姜汁少许，沸汤点服。治胎动不安常配白术、苏梗等应用；因肾虚胎元不固者，则与桑寄生、续断、白术等同用。此外，本品亦用治痰气阻结，胸膈闷痛，将砂仁捣碎以萝卜汁浸透，焙干研末服；治肾寒奔豚气痛，则与小茴香、吴茱萸等温里祛寒药同用。临床还用作补益滋腻之品的佐使药，取其行气醒脾开胃之功，使补而不滞，如砂仁制熟地等。砂仁的果壳亦供药用，其性味、功效与砂仁相似，但效力较弱，多用于脾胃气滞轻症。煎服，2—6克。后下，久煎则降低药效。阴虚有热者忌用。

实验研究：阳春砂种子含挥发油1.7%—3%，油中主含樟脑、右旋龙脑、乙酸龙脑酯、芳樟醇、橙花叔醇等。另含皂甙。煎剂对豚鼠离体肠管低浓度兴奋，高浓度则为抑制作用，挥发油亦为抑制作用。

白豆蔻

始载于《本草拾遗》。又名多骨、壳蔻、紫蔻、圆豆蔻、十开蔻。为姜科植物白豆蔻 Amomum kravanh Pierre ex Gagnep. 和爪哇白豆蔻 A. compactum Soland. ex Maton 的果实。前者产于柬埔寨、泰国，后者产于印度尼西亚。两者在中国云南南部和海南省均有栽培。

本品味辛，性温。归肺、胃、脾经。功能行气化湿，温中止呕。主治湿阻气滞、脾胃不和、胸闷腹胀、不思饮食、呕吐恶心、妊娠恶阻、噎食反胃等。本品善于宣散肺中滞气，温行胃中寒气、燥化脾经湿气。故凡中上两焦湿郁气滞诸证，均为常用要药。

湿阻脾胃而胸脘痞闷恶心者，本品常与砂仁、藿香、陈皮同用。寒湿阻中而见腹满胀痛者，可与厚朴、苍术、木香配用。胃冷恶心，食入欲呕者，张文仲《随身备急方》以本品研细，温酒调服。由于本品芳香气清，能入肺、脾、胃经，宣行化湿，故亦常配用于湿热之证。如湿温病初起，身热不扬，胸闷不饥，苔白不渴，小溲黄少者，常配杏仁、苡仁、滑石等药以疏利气机，渗湿泄热，如《温病条辨》三仁汤。若湿温病舌苔黄滑，渴不多饮，重感时令之湿而热盛者，又常配黄芩、滑石等药以去湿清热，方如《温病条辨》黄芩滑石汤。其治气膈脾胃，食入即吐，可配砂仁、丁香、陈仓米、枣肉为丸，米饮送服，如《魏氏家藏方》太仓丸。妊娠恶阻，食少呕吐、恶心，可与竹茹、生姜、红枣等化痰和胃药同用。小儿胃寒，吐乳不食，《世医得效方》以本品配砂仁、甘草等药，研细末服。治瘴疟寒热呕吐，本品配常山、草果、半夏、陈皮、生姜等截疟祛痰药同用。此外，本品配白术、决明子、木贼草等亦可治脾虚而目睛生翳症。白豆蔻壳亦供药用。其性味、功能与白豆蔻相同，但温性略减，力亦较弱，适用于湿阻气滞，胸脘痞闷，食欲减退，呕吐等症。煎服，3—6克。宜捣碎后下。阴虚血燥患者忌服。

实验研究：种子含挥发油约2.4%，油中主成分为右旋龙脑、右旋樟脑及桉叶素。本品能促进胃液分泌，兴奋肠管蠕动，驱除肠内积气，并抑制肠内异常发酵，具芳香健胃，祛风作用。体外试验，煎剂对痢疾杆菌有抑制作用；对豚鼠肠管低浓度兴奋，高浓度可出现抑制。豆蔻油很不稳定，其特有的香味常易丧失，种子应在临用前方可磨碎。挥发油对豚鼠实验性结核，能增强小剂量链霉素的作用。

草豆蔻

始载于《雷公炮炙论》。又名草蔻、草蔻仁。为姜科植物草豆蔻 Alpinia katsumadai Hayata 的种子团。产于中国广西、广东等省、区。

本品味辛，性温。归脾、胃经。功能燥湿健脾，温中散寒。主治寒湿客于中焦之心腹冷痛、呕吐、噎膈、反胃、脘腹痞满、泄泻、宿食不化及口臭等。

治心腹冷痛，泛吐清涎酸水，用本品与吴茱萸、高良姜、香附等药配用，以散寒止痛。治寒湿积滞不化，脘腹痞胀，嗳嗳不舒，呕吐泄泻，可与苍术、厚朴、藿香、陈皮、木香等配用，以散寒除湿。若虚寒久泻，又宜与诃子、木香、肉桂等温中固涩药同用。如脾胃虚弱，不思饮食及食积不化等，可与人参、神曲、甘草、陈皮等益气健脾药同用，有健脾开胃，行滞消食之功。本品亦治痰饮，如《圣济总录》豆蔻汤治冷痰呕逆，胸膈不利，用草豆蔻、半夏、陈皮，生姜煎服。此外，草豆蔻与细辛研末口含，能去口臭。煎服，2—6克。须后下，不宜久煎。阴虚血燥者忌用。

实验研究：种子含挥发油1%—1.5%，其中含有主要成分为1,8-桉叶素、α律草烯和金合欢醇，还有芳樟醇、橙花叔醇、樟脑、松油烯-4-醇、乙酸龙脑酯、乙酸牻牛儿酯、桂皮酸甲酯等廿余种成分。另含山姜素、小豆蔻素。煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌及大肠杆菌有抑制作用，对豚鼠离体肠管低浓度兴奋，高浓度则为抑制作用。挥发油对离体肠管亦有抑制作用。

草果

始载于《本草品汇精要》。又名草果仁、草果子。为

姜科植物草果 Amomum tsao－ko Crevost et Lem.的果实，用时取出种子。产于中国云南、广西、贵州等省、区。

本品味辛、性温。归脾、胃经。功能燥湿温中，消食化积，祛痰截疟。主治脘腹冷痛、恶心呕吐、胸膈痞满、宿食不化、泄泻下痢、疟疾等。

本品温燥性烈，为治脾胃寒湿之常用药，故凡寒湿邪滞中焦，胃失和降之心腹冷痛、呃逆、呕吐，可用草果温脾胃，祛寒湿，常配吴茱萸、干姜、藿香、半夏同用；亦治宿食不化而胸脘痞满呕恶者，可配厚朴、藿香、山楂、陈皮等药以化滞消积；若脾肾虚寒泄泻，则与大茴香、补骨脂、葫芦巴等温肾药同用。用治肠胃冷热不和之下痢赤白、脏毒便血，可与地榆、甘草、枳壳配用。本品如与半夏、南星、陈皮等化痰药配用，可治痰湿头痛、背痛、痞满欲呕。草果又是治疟要药，对脾寒湿盛或中焦寒痰凝结所致的疟疾，用之尤为适合，可与知母、常山、槟榔配用，如《慈幼新书》草果饮；若热多寒少或但热不寒，则配柴胡、黄芩、青皮、川朴等同用，如《济生方》清脾汤；亦有寒疟不已，振寒少热者，宜配附子、生姜等温药同用，如《济生方》果附汤；如久疟正虚，又宜与人参、白术、甘草、大枣等补养药配用。煎服，3—6克。姜汁炒或面裹煨。素体阴虚者慎用。

实验研究：草果果实含挥发油，主含桉叶素33.94%及反式2－十一烯醛11.78%，还含橙花醛、牻牛儿醛、牻牛儿醇、α蒎烯及β蒎烯、柠檬烯、对聚伞花素、草果酮等十四种成分。

罗勒

始载于《千金要方·食治》。又名兰香、香菜、翳子草、九层塔、家佩兰。为唇形科植物罗勒 Ocimum basilicum L.的全草。分布于中国新疆、吉林、河北及华东、中南、西南地区。多为栽培，南方有逸为野生的。

本品味辛，性温。功能祛风化湿，行气健胃，活血解毒。主治风寒外感所致的寒热、头痛，暑湿引起的胸闷腹胀、恶心呕吐、胃呆、腹泻，以及月经不调、跌扑损伤、蛇虫咬伤、湿疹、瘙痒等。

临床用于风寒外感，可与紫苏、薄荷、生姜等配伍；暑湿内停，脾胃运化失常，症见胸闷腹胀者，可配藿香、厚朴、半夏、茯苓以行气化湿；气滞而脘腹胀痛者，可配香附、延胡索等理气止痛；如见胃呆消化不良，亦可与神曲、谷芽、麦芽等消食药同用。《嘉祐本草》云本品能"调中消食，去恶气、消水气"，亦即芳香化湿健胃之意。于夏月采叶泡水作凉茶饮，可以解暑辟秽。本品治月经不调、跌扑损伤，均取其活血行瘀之功。月经不调可配丹参煎服；跌扑损伤肿痛，除煎服外亦可同威灵仙、赤芍药煎水熏洗患处，或用鲜草捣烂外敷。《岭南采药录》载蛇伤方，用鲜罗勒与毛麝香、血见愁、七星剑同用，捣敷伤处。皮肤湿疹、瘙痒，多用鲜草煎水外洗。牙根烂疮，可烧灰外敷。煎服，10—15克。

实验研究：罗勒茎、叶、花穗都含挥发油，茎、叶含油量为0.1%—0.12%。油中主含罗勒烯、α蒎烯、桉叶素、芳樟醇、牻牛儿醇、柠檬烯、3－蒈烯、甲基胡椒酚、丁香油酚、甲基丁香油酚、茴香醚、桂皮酸甲酯、己－3－烯－1－醇、辛－3－酮、糠醛、荜澄茄醇Ⅰ、Ⅱ、表双环倍半水芹烯等。

温中祛寒药

凡能温里散寒，补火助阳的药物，统称为温中祛寒药，又称温里药。

温中祛寒药多为味辛性温之品，辛散温通，能使阴寒之邪消散，故适用于或因寒邪内侵，阳气受困，或因元阳衰微，阴寒内生诸证。如寒邪内侵，脾阳受戕所致的呕逆吐利，脘腹冷痛，食欲不佳等脏寒证，必须温中散寒以消阴翳；又如阳气衰弱，寒自内生，畏寒肢冷，面色苍白，舌淡苔白，脉象沉细；或心肾阳衰，冷汗淋漓，下利清谷，呼吸微弱，厥逆脉微等亡阳证，亦宜温肾回阳以益火之源；再如阴盛格阳，虚阳上越，更应选用某些药物以引火归元。此外，本类药中的部分药物，又有温肺化饮、温阳行水之功而可用治寒饮喘咳及脾肾阳虚的水肿。部分药物有蠲痹止痛功能而用于寒滞经络所致的风寒湿痹，寒疝疼痛，厥阴头痛等病证。某些药物还有温经止血，鼓舞气血生长而可用于虚寒性失血症。本类药物亦常用于妇科疾患，如经寒血滞的痛经、经闭、宫冷不孕等。

临床应用本类药时，可根据不同证象而作适当配伍。如有表证者，配伍解表药；寒凝气滞者，配伍行气药；寒湿内蕴者，配伍温中化湿药；脾肾阳虚者，配健脾补肾药；亡阳厥脱者，配以大剂温阳补气药。

祛寒药温热燥烈，易于耗津动血，故风热证、阴虚内热及真热假寒者禁用；久服及过量服用亦非所宜。又本类药物的用量，还需根据季节气候的冷暖，和南北地域的不同情况，酌情增减。

附子

始载于《神农本草经》。为毛茛科植物乌头 Aconitum carmichaeli Debx.的子根(侧根)的加工品。夏至至立秋间采挖，摘取子根，除去泥土和须根，称为"泥附子"，再根据大小分类，加工炮制而成盐附子或附片(黑顺片、白附片)。

盐附子呈圆锥形，体形较大，长5—8厘米，直径3—4厘米，顶端宽大，中央有凹陷的芽痕，周围有瘤状突起的支根或支根痕。表面灰黑色或棕黑色，附有盐霜。切面灰褐色，可见充满盐霜的小空隙，形成层环多角形。气微，味咸而麻苦。黑顺片为不规则纵切片，上宽下窄，长1.7—5厘米，宽0.9—3厘米，厚3—5毫米。外皮棕黑色

或黑褐色,切面黄棕色或暗黄色,半透明、油润有光泽,形成层呈圆锥形纹理,木部导管束呈条状。质坚硬而脆,断面角质状。气微,味淡。白附片为纵切片,形状似黑顺片,无外皮,全体黄白色,半透明。气微,味淡。附子药材主产于中国四川、陕西等省。

本品味辛、甘,性大热,有毒。归心、肾、脾经。功能回阳补火,散寒除湿,止痛。主治阴盛阳虚、亡阳欲脱、四肢厥冷、呕吐下利、腰膝酸软、心腹冷痛、脾泄冷痢、脚气水肿、小便频数、阳痿宫冷、风寒湿痹、阴疽漏疮,及一切沉寒痼冷等病证。

对素体阳虚,寒邪直中于里,或伤寒传变三阴,症见四肢厥逆,恶寒蜷卧,腹痛下利清谷,神疲欲寐,脉沉微细者;或因误治大汗及大吐大泻,出现阳随阴脱之危候者,皆可用之以回阳救逆,通常与干姜、人参、炙甘草等相伍。本品既能温阳散寒,又能引火归元以治浮阳,对阴盛格阳,症见下利脉微而作面赤烦躁者,可配干姜、葱白破阴回阳,宣通阳气,对阴盛格阳轻证,也可单味独用。

本品用于慢性阳衰诸证,亦能助阳消阴,恢复脏腑正常功能。如腰膝酸软,时时畏寒,下肢不温,阳痿尿频等属肾阳不足,命门火衰者,用此有"益火之原,以消阴翳"之效,常与桂枝(或肉桂)、熟地、山茱萸等相伍;若阳虚而又外感风寒者,可与麻黄、细辛配用;脘腹冷痛,呕吐下利,久积痰水,或大便溏泻,属脾阳不振者,常与干姜、人参、白术等同用;老人脾气虚寒,久泻不止,可与肉豆蔻、莲肉同用;身面浮肿,小便不利,属脾肾阳虚者,可与白术、茯苓同用;小便不通,尺脉沉微,用通淋滑利之剂不效者,可用附子配泽泻、灯心煎服。如心悸气短,胸痹、心痛,属心阳衰弱者,可与人参、桂枝等配伍;月经不调,宫冷腹痛,属血虚有寒者,可与当归配用附子辛热温通,又善温经散寒,除湿止痛。张元素云:"附子以白术为佐,乃除寒湿之圣药。"故寒湿伤于肢体,周身骨节痹痛,又常与白术、桂枝等配伍,以增强散寒湿、止痹痛之功。附子用于阴证痈疽,亦能宣泄肿毒或温散结肿,如寒性疮疽漫肿不溃者,用之可消可溃;溃久不敛者,用之亦可温阳敛疮。常与人参、黄芪、当归等益气养血、扶正消托药配伍。附子温热之性与寒药相配,可制凉药之寒以"去性取用",如《金匮要略》大黄附子汤、《千金要方》温脾汤,皆取本品配大黄,以作温下寒积之用。本品少量配入参、芪等补益方中,亦有助行药势、增强补益作用。此外,附子不仅为内服要药,古方亦常用于外治取效,如治久患口疮,可用生附子末,醋面调贴足心;治风虫牙痛,可用附子烧研,与枯矾为末揩之;治痈疽久漏,疮冷不敛可用附子切片,安疮口,以艾灸之等。总之,附子辛热雄壮,无所不至,对阴盛阳衰之证,救急有破阴回阳之功;缓治有益火消阴之效。正如《本草正义》所说:"为通行十二经纯阳之要药,外则达皮毛而除表寒,里则达下元而温痼冷,彻内彻外,凡三焦经络,诸脏诸腑,果有真寒,无不可治。"故适用于一切沉寒痼冷之证。唯本品毒性峻烈,现代临床一般多以制附子入药,并宜久煎减低毒性,以防中毒。煎服,3—9克;回阳救逆可用18—30克。孕妇忌用。反半夏、瓜蒌、贝母、白蔹、白及。

实验研究:附子含消旋去甲基乌药碱、棍掌碱、中乌头碱、次乌头碱、乌头碱、塔拉胺、准葛尔乌头碱、新乌宁碱、附子宁碱等生物碱。

消旋去甲基乌药碱作用与异丙肾上腺素相似,可加强心肌收缩力、加快心率、促进窦房和房室传导、降低血压、增加冠脉血流和心肌耗氧,其作用可被普萘洛尔(心得安)阻断。临床用于慢性心律失常病人,确有增强心肌收缩力,提高心排血量,提高心率,降低外周血管阻力,改善窦房传导及结区房室传导功能,能较有效地短暂纠正窦房阻滞及Ⅱ度房室传导阻滞。用于治疗病窦综合征病人,能增加窦房结自律性,改善窦房传导,使心率增加。

附子水溶部分,小剂量使麻醉动物血压升高,大剂量先降压后升压,增强心肌收缩力,有明显的强心作用,增加股动脉血流,降低其阻力,轻度增加冠脉血流和降低其阻力。附子的强心成分主要在水溶部分,醇浸膏的毒性明显大于水溶部分。

白附片煎剂或水提取物有明显的抗炎作用,可能由于其兴奋垂体-肾上腺皮质系统所致,对炎症部分的直接抗炎作用较少。

附子注射液可使羊红细胞致敏小鼠血清中抗体滴度及脾脏抗体形成细胞数明显增加,提示有免疫增强作用。

乌头碱类生物碱的作用参见"川乌头"条。

川乌头

始载于侯宁极《药谱》。又名川乌。为毛茛科植物乌头 Aconitum carmichaeli Debx. 的母根。夏至到立秋间采挖,切去子根,除去泥沙和须根,晒干或烘干。根呈圆锥形、长圆形或不规则的圆形,长3—5厘米,直径1.5—3厘米。外表面灰棕色或棕褐色,有粗纵皱纹,周围散生有小瘤状隆起的支根痕,并有摘去子根后遗留的痕迹。上端有残存的茎基,中部多向一侧膨大。质坚硬,断面灰白色或浅灰黄色,粉性。气微,味辛辣而麻舌。主产于中国四川省;陕西、湖南、湖北、云南等省亦产。

本品味辛、苦,性热。有大毒。归心、脾、肾经。功能祛风散寒,除湿止痛,兼有麻醉作用。主治风寒湿痹、关节疼痛、四肢麻木、手足拘挛、半身不遂、头风头痛、心腹冷痛、寒疝、阴疽、牙痛等病症。以其长于通痹止痛,凡风寒湿邪伤于经络,或留滞脏腑,用之皆可收到辛散温通之效。

本品配麻黄、芍药、甘草等煎服,治寒湿侵袭,历节疼痛,不可屈伸;与草乌、地龙、乳香、没药等配伍,治风寒湿邪或痰湿瘀血留滞经络,肢体筋脉挛痛,关节屈伸不利,痛无定处,或腿臂间疼,日久不愈者;配威灵仙、五灵脂为末,酒糊丸服,治手足麻痹,或瘫痪疼痛,跌扑损伤等病

症。本品治痹，不仅内服，亦可外敷。如《太平圣惠方》治腰脚冷痹疼痛，单以本品为末，用醋调敷贴。若卒中神昏，不省人事，口眼歪斜，半身不遂，痰气上壅，喉中痰鸣者，亦可与生南星、生附子、木香同用。治头风头痛，《外台秘要》用乌头炒黄为末，袋盛浸酒服；《百一选方》取本品与天南星、生姜等煎服；《经验方》以川乌、南星为末，葱汁调涂太阳穴取效。治心腹冷痛，属阴寒厥逆或寒饮内盛者，多与蜀椒、细辛等相伍，如《金匮要略》赤石脂丸、赤丸等。治寒疝腹痛，多上用本品或与桂枝等配合，如《金匮要略》大乌头煎、乌头桂枝汤。川乌用于外科肿毒，有消肿溃坚与祛腐作用，但以外治寒湿阴疽顽疮最宜，如治瘰疬用本品配草乌、天南星、半夏等为末，掺膏药上(或油膏上)贴患处；治恶毒肿痛，久不出头，用本品合木鳖子水磨，以鹅翎扫疮。此外，《医宗金鉴》记载本品配草乌头、麻黄、闹羊花等为末，茶酒调服，作手术麻药之用；近年亦用作局部表面麻醉药，对皮肤、粘膜、溃疡疮面具有麻醉止痛作用。总之，本品功用与附子类似，但附子善于补火助阳，可用于温补之剂；川乌头祛风散寒止痛作用较强，毒性亦较附子为烈，性善疏利泄散，故多用于祛邪。因其大毒，古方多与蜂蜜同煎或以蜜为丸，既可增强止痛作用，又可缓解本药毒性。内服宜炮制后用，并宜久煎1小时许，以减其毒。煎服，1.5—4.5克。孕妇忌用。反半夏、瓜蒌、贝母、白蔹、白及。

实验研究：川乌头含有效成分消旋去甲基乌药碱以及乌头碱、次乌头碱、中乌头碱、塔拉胺、川乌碱乙和卡米查林等生物碱。

乌头碱有镇痛作用，东莨菪碱可增强之，次乌头碱和乌头原碱亦有镇痛和镇静作用。乌头碱对离体及在位蛙心，初使心率减慢，随即由于高度刺激了心肌，突然心率加快，心收缩力加强，很快出现心律紊乱，心收缩力减弱，最终心跳停止。煎剂和总碱均能增加麻醉猫冠状窦流量。中乌头中分离出的生物碱部分以及纯乌头碱亦有降低肾上腺内抗坏血酸的作用，但非生物碱部分则无此作用。乌头碱可抑制呼吸中枢，使呼吸变慢；对局部皮肤粘膜的感觉神经末梢先兴奋、瘙痒、烧灼感，继以麻痹、知觉丧失；并可反射性引起唾液分泌亢进，使发热及正常动物体温降低。对离体肠管呈胆碱样作用。中乌头碱具有抗炎作用，与肾上腺皮质无关。

乌头毒性极强，因品种、采集时间、炮制、煎煮时间等不同，毒性差别很大。川乌头3—90克、乌头碱0.2毫克即可中毒。中毒症状：流涎、恶心、呕吐、腹泻、头昏、眼花、口干、四肢及全身发麻、脉搏减少、呼吸困难、手足搐搦、神志不清、大小便失禁、血压及体温下降、心律紊乱、室性期前收缩、呈二联律或窦性心律伴以多源性频繁的室性期前收缩和窦房停搏。临床应用大量阿托平抢救乌头中毒，可减轻症状，使心电图恢复正常。利多卡因可显著降低动物因乌头中毒的死亡率。

草乌头

始载于《神农本草经》，原名乌头。又名草乌。为毛茛科植物北乌头 Aconitum kusnezoffii Reichb. 等的块根。秋季采挖，除去残茎及泥土，晒干或烘干。

北乌头母根呈不规则圆锥形，略弯曲，形似乌鸦头，长2—7厘米，直径0.6—1.8厘米，顶端常残留有茎基或茎痕。表面暗棕色或灰褐色，皱缩，有纵皱纹，有时具突起的支根。子根附生其上，表面光滑而形较小。质坚硬，不易折断，切断面灰白色或暗灰色，有裂隙，可见弯曲的多角形形成层环纹，髓部较大或中空。气微，味辛辣而麻舌。主产于中国辽宁、吉林、黑龙江、内蒙古、河北、山西等省、区。

本品味辛、苦，性热。有大毒。归心、肝、脾经。功能搜风胜湿，散寒止痛，开顽痰，消疮肿，并有麻醉作用。主治风寒湿痹、历节风痛、中风瘫痪、头风头痛、痰湿癖积、心腹冷痛、寒疝、阴疽、瘰疬等。

草乌头辛热气锐，其性悍烈，善于通经络，引导诸药直抵病所。凡阴寒痰湿等坚凝结聚之证，用之有疏通痹塞，开坚破积之功。《和剂局方》活络丹，用本品配川乌、地龙、乳香、没药等，治风寒痰湿瘀阻经络的肢体麻木疼痛；《本事方》黑神丸，用生草乌配五灵脂为丸，薄荷酒磨服，治风湿瘫痪。

本品又善治疗头风头痛，如《三因方》配川乌头、藿香、乳香为末，薄荷汤下，治风痰头痛；《戴古渝经验方》配川芎、苍术、生姜、连须生葱醋糊为丸，治偏正头风。本品辛散温通之性，用治阴疽肿毒，能攻坚消肿，未溃者，用之可消，已溃者，可令速愈。但以攻毒止痛欲其速溃，或溃后顽腐不化者应用为多，且均以外治为宜。如《外科正宗》四虎散，用草乌合南星、半夏、狼毒等为末，猪脑捣敷，治阴疽肿硬，久不作脓；《医林正宗》取草乌头、木鳖子醋磨与葱头等捣敷，治瘰疬未破；也可单用与酒磨搽。若佐入寒凉解毒方中，亦可用治阳性疮肿，以攻毒止痛，如《景岳全书》草乌揭毒散，取草乌头与贝母、花粉、芙蓉叶、天南星等分为末，用醋调搽，治一切痈疽肿毒。

此外，本品具有显著的麻醉镇痛作用，古方或取本品与川乌头、皂角、木鳖子、白芷、川芎等为末，以酒引内服，用于骨折、脱臼等整骨手术；或用草乌头配川乌头、胡椒、生半夏、生南星、蟾酥为末，酒调外敷，作外科手术麻药；现代多以本品与洋金花等合用，制成煎剂、冲剂、注射剂等多种剂型，作手术麻醉之用；也有用本品与生南星、生半夏、花椒、蟾酥、土细辛等研粉酒浸，再入樟脑、薄荷脑等配制成酒剂，作表面麻醉药用。本品功用与川乌头基本相同，两者常相互配合应用，但草乌头药力较猛，毒性及麻醉止痛作用亦较强，故内服止痛常用制川乌，手术麻醉止痛多用生草乌。由于本品毒大力猛，故内服宜慎，且须炮制后用，并当先煎、久煎1小时许，以减低毒性。煎

服，1—1.2 克。孕妇忌用。反半夏、瓜蒌、贝母、白敛、白及。

实验研究：北乌头含去氧乌头碱、次乌头碱、乌头碱、中乌头碱、北草乌碱。

草乌头与川乌头作用基本相同。草乌头对小鼠有镇痛作用。与秦艽配伍，镇痛效力可互相增强。经甘草、黑豆法炮制后，毒性降低，但不影响其镇痛效果。乌头碱的药理见"川乌头"条。

肉桂

始载于《神农本草经》。又名菌桂、牡桂、桂。为樟科植物肉桂 Cinnamomum cassia Presl 的树皮。秋季剥取，阴干。由于采收时的树龄及加工方法不同，商品有官桂、企边桂、板桂等规格。主产于中国广东、广西、云南等省、区。此外，越南、老挝、印度尼西亚等国亦产。

(1) 官桂：又名筒桂、条桂、油桂筒。剥取 5—6 年生幼树的干皮或粗枝皮，晒 1—2 日自然卷成圆筒状或双卷筒状，再阴干。成品长 30—40 厘米，直径 1.5—3 厘米，厚 1—3 毫米。外表面灰棕色，有细皱纹及小裂纹，并可见细小的椭圆形皮孔，偶有凸起的横纹及灰色地衣斑；刮去栓皮者，表面较平滑，红棕色，通称"桂心"。内表面暗红棕色。质坚而脆，断面外侧呈棕色而较粗糙，内侧红棕色而油润，中间近外侧有一条淡黄色石细胞环带。气芳香，味甜辛。

(2) 企边桂：又名清化桂。剥取十余年生的树干皮，将两端截平或削成斜面，夹在木制的凹凸板中间，晒干。成品呈长片状，左右两边向内卷曲，中央略向下凹，长 40—50 厘米，宽 4.5—6 厘米，厚约 4 毫米。外表面灰棕色，较粗糙，有微突起的皮孔及少数横裂纹，并有灰色地衣斑。内表面红棕色，平滑，有细皱纹，用指甲刻划时则现棕色油纹。断面特征同官桂，香气浓烈。

(3) 板桂：剥取老树干皮，置桂夹中压至九成干，取出堆叠，加压，约一个月后干燥。成品板片状，长 30—40 厘米，宽 5—12 厘米，厚约 4 毫米。两端切面较粗糙。其他特征同官桂。

本品味辛、甘，性大热。有小毒。归肾、脾、心经。功能补火助阳，散寒止痛，温经通脉。主治肾阳不足，命门火衰，阴寒内盛，气血凝滞所致之各种病证。

临床治疗阳虚、里寒之证，常与附子同用。如肾阳不足，命门火衰而见畏寒肢冷，精神不振，腰膝酸软，阳痿，尿频，短气、喘促，水肿，小便不利以及虚阳上浮，上热下寒，面赤足冷，火不归原等症，均可于益肾培元之品中加用肉桂、附子，以温养肾火，鼓舞生发之机，使元气渐复而诸证渐退。若因命火衰微，阴寒内盛，以致上盛下虚，气喘痰壅，肢厥欲脱者，可在硫黄、破故纸、胡芦巴、沉香等壮阳镇摄药中，加用肉桂、附子，借其温补命门，纳气归肾之功，佐诸药以扶阳救逆。肉桂既补肾阳，又能暖脾。若脾肾阳虚而见食少便溏、完谷不化者，则与人参、白术、肉豆蔻等同用。

肉桂辛甘大热，其补火即所以散阴寒，寒邪客里均可用之。如治脘腹冷痛，可用肉桂研末或为丸剂内服；若兼肠鸣泄泻，谷食不化者，亦可与炮姜、高良姜同用；因伤于寒湿而泻痢呕吐者，可配白术、陈皮、干姜；寒疝、奔豚，腹痛攻冲者，则可配吴茱萸、生姜、小茴香、木香等。本品又能入血而温经通脉。若血分有寒，流行失畅，以致经闭、痛经，以及产后瘀滞腹痛等症，可入活血祛瘀调经药中用之。它如怒气伤肝，胁肋瘀痛者，配姜黄、郁金以行血舒肝；跌打损伤，里有瘀血，胀闷疼痛者，则配当归、红花、苏木、乳香、没药等以行瘀止痛；寒湿入于经络，络脉痹阻，肢节疼痛不利者，可配羌活、独活、当归、秦艽等祛风行痹。肉桂又可用于阴疽、流注及气血虚寒，痈疡脓成不溃，或溃后久不收敛等外科疾患。此外，用肉桂少许，与滋润降火之黄柏、知母同用，可治热在下焦血分、口不渴而小便不通之症，取其温阳化气，协助黄柏、知母以通利小便。

综上所述，肉桂的功用，以补火助阳、祛寒温经为主。凡阴虚火旺，里有实热及失血者，均不宜使用；因能温通血脉，故孕妇亦慎服。煎服，1.5—4.5 克；研末服，0.5—1.5 克。本品含挥发油，入汤剂须后下，不宜久煎。肉桂树的幼嫩果实，名桂丁。功能温中散寒，主治胃脘冷痛。

实验研究：树皮含挥发油 1%—2%，油中主要成分为桂皮醛，占油量 75%—90%，以及少量乙酸桂皮酯、乙酸苯丙酯等。桂丁含生物碱 0.07%，皂甙 2.06%，鞣质 2.51% 及挥发油，油中主成分为桂皮醛。

动物试验证明，桂皮醛有镇静、镇痛、解热及抗惊厥作用。桂皮油特别是桂皮醛，系芳香性健胃祛风剂，对胃肠道有缓和刺激作用，促进唾液和胃液分泌，增强消化功能；并能解除内脏平滑肌痉挛，缓解肠道痉挛性疼痛。水煎剂体内外试验均有抗血小板聚集作用。桂皮油有明显杀菌作用，对革兰阳性菌的制菌力大于阴性菌。桂皮的醇或醚浸出液对许兰毛癣菌等多种致病性皮肤真菌有抑制作用。

干姜

始载于《神农本草经》。又名白姜。为姜科植物姜 Zingiber officinale Rosc. 的干燥根茎。中国大部分地区有产，主产于四川、贵州等省。

本品味辛，性热。归脾、胃、心、肺经。功能温中祛寒，温肺化饮，回阳通脉。主治脘腹冷痛、吐泻冷痢、寒饮喘咳、阳虚肢冷、脉微欲绝以及风寒湿痹等。

治疗脘腹冷痛，吐泻冷痢，常配吴茱萸、高良姜等以加强温中祛寒作用；若兼中虚气弱，则须配补脾益气药人参、白术、甘草，合成温中祛寒，补益脾胃之剂。痰饮停胃，干呕或吐涎沫，干姜配半夏温胃化痰，降逆止呕；寒热

互结，胃脘痞痛，嘈杂泛酸，又须配黄连、半夏等辛开苦降，开结除痞。久痢伤阴，寒热错杂，便下脓血，腹中寒痛，本品与黄连、当归、阿胶相配，可两调寒热，养阴止痢。治疗寒饮喘咳，痰多清稀，干姜既能温肺散寒而化痰饮，又可温脾助运消除痰饮滋生之源，标本兼顾，临床常与细辛、桂枝、茯苓、五味子等同用，共奏温肺化饮、止咳平喘之功。治阳气衰微，阴寒内盛，四肢厥冷，脉微欲绝等亡阳虚脱证，本品常与附子相须为用，增强回阳救逆作用。干姜用于风寒湿痹，肢节冷痛，具有温通气血痹阻，驱逐寒邪外出的作用。此外，中气虚寒，不能统血的崩漏以及血不归经之吐血、衄血、便血等，用干姜配伍其他止血药，也可起到温经止血作用。在外治方面，《普济方》以干姜末水调敷足心，用于赤眼涩痛，此乃上病下治之法。煎服，3—10克。因其辛热燥烈，又易散气走血，故阴虚有热，血热妄行者不宜用；孕妇亦慎服。

高良姜

始载于《名医别录》。又名良姜、小良姜、蛮姜。为姜科植物高良姜 Alpinia officinarum Hance 的根茎。栽培者多在夏秋间挖取洗净，除去地上茎及须根，剥去残留的鳞叶，横切成长段，晒干。野生者多在5月以前采挖。

根茎呈不规则圆柱形，多弯曲，有分支，长5—9厘米，直径1—1.5厘米。表面棕红色至暗褐色，有细密的纵皱纹及灰棕色的波状环节，节间长0.5—1厘米，下方有圆形根痕。质坚韧，不易折断，断面纤维性，灰棕色至红棕色，中心内皮层环纹明显，中柱占直径的1/3。气香，味辛辣。主产于中国广东、广西等省、区。

本品味辛，性温。归脾、胃经。功能温脾胃，祛寒湿，行气止痛。主治脘腹冷痛、呕吐泄泻、反胃噎逆、疟疾、寒疝等病症。

用于寒客中焦，脘腹疼痛，喜暖喜按，舌苔淡白者，一般配用干姜或肉桂等辛热之品，增强止痛效果。如《和剂局方》的二姜丸，以本品配干姜，等分为丸服，能温脾暖胃，去冷消痰，宽胸下气，增进食欲，治疗里寒心脾疼痛。《千金要方》高良姜汤用本品配肉桂、当归、厚朴，治心腹绞痛如刺，两胁支满而闷不可忍。如脾胃虚象明显者，可与人参、白术之类同用。寒凝而气滞者，可与香附子同用；寒凝而兼血瘀者，可配五灵脂以活血止痛；若兼见热象者，可与黄连、白芍等配伍，寒热同用，既清胃中郁热，又取辛温下气以止痛。高良姜用治寒疝腹痛，常与茴香同用；凡反胃呕食之由于胃中无火者，也可采用本品。《名医别录》谓本品又主霍乱；《药性论》谓其疗吐泻，都是指饮食生冷或感暑中寒之证。《圣济总录》治疗霍乱呕吐不止之冰壶汤，则取本品一味为末，合大枣煎服。如吐泻急剧，脾肾阳气垂脱者，必须与回阳救逆药同用。张洁古制有浆水散，治暴泄如水，周身汗自出，一身尽冷，脉微而弱，气少不能语，甚则呕吐者，即以高良姜与干姜、附子、肉桂、甘草、半夏同用，以温里逐寒，回阳救逆。本品也用于脏腑虚寒引起的慢性泄泻、休息久痢，肠鸣腹痛，如《和剂局方》大已寒丸，用本品佐荜茇、干姜、肉桂，治疗心腹疠痛、胁肋胀痛，泄泻肠鸣，自利冷汗、手足厥冷，属于阳气暴衰，阴气独胜者；《本草汇言》用高良姜配补骨脂，加入理中汤内，为健脾温中之剂，以治老年虚寒久泄。此外，高良姜用于脾寒疟疾，常与草果或常山配伍，如《局方》的草果饮、常山饮，方中都佐用本品，祛除太阴寒湿。综上所述，高良姜的临床应用，都是取其温中、散寒的功效。如果胃火作呕，湿热泻痢，心虚作痛，以及阴虚有热诸证，均忌用。煎服，2.5—5克。

实验研究：根茎含挥发油0.5%—1.5%，其中主成分是1,8-桉叶素、桂皮酸甲酯；尚有丁香油酚、蒎烯、荜澄茄烯等。根茎尚含高良姜素、山柰素、山柰酚、槲皮素、异鼠李素等和辛辣成分高良姜酚。根含泻下成分5-羟基-7-(4-羟基-3-甲氧基苯基)-1-苯基-3-庚酮。

挥发油有芳香健胃作用，煎剂对豚鼠离体肠管呈兴奋作用，高浓度则产生抑制，所含挥发油亦为抑制作用。体外试验表明高良姜对炭疽杆菌、溶血性链球菌、人型结核杆菌有抑制作用。

红豆蔻

始载于《药性论》。又名山姜子、良姜子、红蔻。为姜科植物大高良姜 Alpinia galanga (L.) Willd. 的果实，用时去果皮。主产于中国广东、广西、云南省、区。

本品味辛，性温。归脾、肺经。功能温中散寒，行气止痛，消食醒脾，并善解酒毒。主治脘腹胀痛、霍乱吐泻、噎膈反胃等。

红豆蔻辛热芳香，能散寒燥湿，故临床多用于寒湿所致的脘腹冷痛，呕吐泄泻，不欲饮食等，可与荜茇、桂心、附子、白术等配用。嫩红豆蔻盐制用之，善能醒酒醉、解酒毒。本品亦治风寒牙痛，如《卫生家宝方》将红豆蔻研末，随左右搐鼻中，并掺牙取涎。入药用土炒，或吴茱萸泡汤浸炒。煎服，3—6克。阴虚有热及脾，肺素有伏火者忌用。

大良姜，为红豆蔻原植物的根茎，其性味功能与红豆蔻相似，亦可用于胃脘疼痛及伤食吐泻。

实验研究：大高良姜种子含挥发油，内有1'-乙酰氧基胡椒酚乙酸酯、1'-乙酰氧基丁香油酚乙酸酯、石竹烯氧化物等。根茎含挥发油，其中主成分为桂皮酸甲酯48%、桉叶素20%—30%以及丁香油酚、樟脑、α蒎烯和β蒎烯、倍半萜成分。尚含高良姜素。

种子煎剂对豚鼠离体肠管有兴奋作用。根茎的提取物对家兔有较好的祛痰作用，使支气管腺分泌增加。挥发油对皮肤和粘膜有刺激作用；内服有驱风作用，并有微弱的抗菌和抗原虫作用。戊烷和乙醇提取物同挥发油一样，对同心发癣菌具有抑制作用。注射给药可使动物产

生镇静。

吴茱萸

始载于《神农本草经》。又名吴萸。为芸香科植物吴茱萸 Euodia rutaecarpa (Juss.)Benth.等将近成熟的果实。8—11月果实尚未开裂时采摘果序，晒干，除去枝梗。

果实呈扁球形，直径2—5毫米，表面暗黄绿色或棕色，粗糙，有细皱纹及多数细小凹陷的油点，顶端稍凹，有5条微分开的裂隙，蓇果分裂为5果瓣，呈蓇葖状。基部有宿萼，具5齿，并有黄色茸毛的短果柄。质坚硬而脆。横切面可见子房五室，每室含有淡黄棕色种子1—2粒。气芳香浓郁，味辛辣而苦。主产于中国贵州、广西、云南、四川、湖南、陕西等省、区。

本品味辛、苦，性热。有小毒。归肝、胃、脾、肾经。功能温中散寒，降逆止呕，疏肝开郁，行气止痛。主治胸腹胀满、呕逆恶心、吞酸吐酸、厥阴头痛、胃腹冷痛、泄泻、疝瘕、脚气、妇女少腹冷痛等。近尚用此治疗神经性头痛，耳源性眩晕，属于肝胃虚寒者，有较好的疗效。

吴茱萸治疗吞酸吐酸，不论因寒因热，皆可随宜应用。如胃气虚冷，食后吞酸者，可与炮姜为末服；肝气郁结化火，而致胁肋胀痛，呕吐吞酸者，当重用黄连泻火，少佐吴茱萸开郁散结，降逆止呕，如左金丸。若痰饮吐酸，又当与茯苓配伍，如《朱氏集验方》吴仙丹。他如配以干姜、木香，有温中散寒，降逆止呕之效，用治胃腹冷痛，呕吐吞酸；配川楝子，有开郁行气止痛之功，用治寒热郁结，肝胃不和的胃痛。配小茴香、乌药等温肾舒肝药同用，则治下焦寒湿所致的疝痛，如复入当归、川芎、香附等，又可用治妇女胞宫寒冷，经行后期的痛经。配白芍、青皮，可治少腹瘕聚攻痛。配黄连、白芍，又能治疗因脾胃湿热引起的泄痢腹痛；若由脾肾虚寒而致的久泻、晨泄之症，则当与破故纸、肉豆蔻、五味子配伍，以温肾暖脾，固肠止泻。配木瓜、苏叶能温散寒湿，舒筋止痛，用治寒湿脚气、小腹胀满冷痛，或中寒吐泻转筋等。吴茱萸还有杀虫的作用，治蛲虫病，可用本品单味煎服。咽喉口舌生疮，吴茱萸研末醋调，贴两足心，取其有引热下行之效。皮肤湿疹，可配乌贼骨、硫黄研末掺；无渗出液者，用蓖麻油调抹。煎服，1.5—6克。止呕，黄连水炒；治疝，盐水炒。本品性偏燥烈，易损气动火，昏目发疮，故无寒湿滞气及阴虚火旺者不宜服。

实验研究：吴茱萸果实含吴茱萸碱、吴茱萸次碱、羟基吴茱萸碱、吴茱萸卡品碱、二氢吴茱萸次碱、N,N-二甲基-5-甲氧基色胺、吴茱萸因碱等生物碱。又含挥发油，内有吴茱萸烯。还含吴茱萸啶酮、吴茱萸精、吴茱萸苦素、吴茱萸内酯醇、吴茱萸内酯和天门冬氨酸、胱氨酸、丝氨酸、苏氨酸、色氨酸等18种氨基酸。种子含脂肪油，内有吴茱萸酸。

挥发油具有芳香健胃作用，有驱风与抑制肠内异常发酵的功效。吴茱萸苦素也具有苦味健胃作用，口服吴茱萸有镇吐作用。

吴茱萸碱、吴茱萸内酯、吴茱萸次碱均有一定的镇痛作用。煎剂在体外对霍乱弧菌，绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌及一些常见致病真菌有一定的抑制作用。

荜澄茄

始载于《开宝本草》。又名澄茄。为胡椒科植物荜澄茄 Piper cubeba L.或樟科植物山鸡椒 Litsea cubeba(Lour.) Pers.的果实。秋季果实成熟时采收，除去杂质，晒干。

荜澄茄果实呈圆形，直径3—6毫米。表面棕色至棕黑色，具隆起的网状皱纹，顶端有不明显的小突起，基部延长成假果柄。外果皮和中果皮稍柔软，内果皮薄而脆，内含种子一枚，淡棕色，富油质，有的皱缩干瘪。气芳香，味苦。产于印度尼西亚、马来西亚等国家。

山鸡椒果实呈类球形，直径4—6毫米。表面棕褐色，有微细的网状皱纹。基部可见残存的宿萼，具6齿，下面连有细长的果柄，有时连宿萼一起脱落。外果皮及中果皮含油质，内果皮薄，坚硬而脆，内含种子一枚，具子叶2片，肥大，黄棕色，富油性。气浓芳香，味微辛辣。主产于中国广西、浙江、四川、福建；此外，江苏、安徽、广东、云南、江西、湖南、湖北等省亦产。

本品味辛、苦，性温。归脾、胃、肾、膀胱经。功能温中散寒，行气止痛，健胃消食。主治胃寒疼痛、呃逆、呕吐、寒疝腹痛、小便不利及鼻塞、牙痛等。

荜澄茄治胃寒所致的胃脘疼痛，可配吴茱萸、半夏、陈皮等；治呃逆不止，反胃吐食，则与高良姜、白豆蔻等同用，都是取其暖胃降逆、和中止痛之功。若脾胃虚寒，胸膈不快，饮食少进，也可配神曲、姜汁为丸服。本品又可用以祛除肾与膀胱间冷气，治疗寒疝腹痛，常与吴茱萸、香附等暖肝肾，行滞气药同用；治下焦虚寒，膀胱气化不行之小便不利，配椒目、桂枝；如小便频数，配乌药、芡实；治白浊则与杜仲、萆薢配伍。荜澄茄与荆芥穗、薄荷等合用，治肺受寒气，肺气不宣所致的鼻塞不通；配荜茇，又能治鼻渊头痛。本品外用，治龋齿痛，遇冷痛剧者，可将粉末按压于痛处。近用本品研末后装入胶囊服，治疗阿米巴痢疾。煎服，2—5克。阴虚有热及胃出血者禁用。

实验研究：荜澄茄果实含挥发油10%—18%，油中主要成分为右旋香桧烯约33%、右旋蒈烯及1,4-桉叶素共约12%、右旋松油醇11%及左旋荜澄茄烯等。还含荜澄茄内酯。又含荜澄茄素2.5%、荜澄茄酸1.7%、脂肪油1.5%。脂肪油中含双环倍半水芹烯。陈久品中并含荜澄茄脑。

山鸡椒果实含挥发油2%—15%，油中主含柠檬醛可达70%—90%，另含甲基庚烯酮、芳樟醇、柠檬烯等。还含脂肪油约38%。又云南产鲜果含挥发油1.6%—3%，油中主成分为橙花醛和牻牛儿醛共62.5%、柠檬烯

11.6%、α蒎烯1.6%、崁烯3.5%、对聚伞花素0.3%、甲基庚烯酮3.1%、香茅醛7.6%、芳樟醇2.5%、樟脑0.8%、乙酸牻牛儿醇脂0.9%、α松油醇1.5%、牻牛儿醇1.1%、黄樟醚0.9%及α葎草烯1.2%。

荜茇

始载于《新修本草》。为胡椒科植物荜茇 Piper longum L.近成熟的果穗。当其由黄变黑时采摘,晒干。

果穗呈圆柱形,稍有弯曲,长2—4.5厘米,直径5—8毫米,基部果柄多脱落。表面黄棕色或黑棕色,由多数小浆果交错紧密的排列于果穗轴上,形成小突起。小浆果呈球形,被有苞片。质坚硬,有胡椒样香气,味辛辣。产于印度尼西亚、菲律宾、越南等国家。中国云南、广东等省亦产。

本品味辛,性热。归胃、大肠经。功能温中散寒,行气止痛,消宿食,除冷痰。主治胃脘痛、腹痛、呃逆、呕吐泛酸、肠鸣腹泻、冷痢、阴疝痃癖以及头痛、鼻渊、牙痛等病症。

胃寒疼痛,泛吐清水,常与高良姜配伍。胃寒呃逆,可配丁香、柿蒂。伤寒积冷,心腹疞痛,肠鸣泄泻,自汗身冷者,可与高良姜、干姜、肉桂同用,脘腹胀气者,可配木香、厚朴。虚寒久泻,配党参、诃子、肉桂、干姜,以补虚温中止泻。若在前药中复入茯苓、胡椒,可治脾胃宿冷、不思饮食,四肢怠惰、心下胀满,脐下结痛及痃癖气块等病。如寒邪外受,火郁于内的头痛、牙痛,可用荜茇配细辛、升麻、大黄水煎服。牙痛,亦可用荜茇末涂患处,再以苍耳汤漱口去涎;或与胡椒等分为末,化蜡为丸,如麻子大,每以1丸塞龋孔中。近年配以檀香、延胡索、细辛、冰片等芳香理气止痛药,制成片剂或气雾剂,对缓解冠心病心绞痛,有一定疗效。煎服,3—6克。本品辛热耗散,多用令人目昏,阴虚火旺者忌服。

实验研究:荜茇果实含胡椒碱5%,还含棕榈酸、四氢胡椒酸、1-十一碳烯基-3,4-亚甲二氧苯、哌啶、挥发油、N-异丁基癸二烯[反-2,反-4]酰胺。

种子含芝麻素、长柄胡椒碱等。挥发油对白色、金黄色葡萄球菌和枯草杆菌、蜡样芽孢杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等在体外均有抑制作用。N-异丁基癸二烯[反-2,反-4]酰胺有抗结核作用,活性相当于链霉素的1/4。胡椒碱有弱的抗癫痫作用,其衍化物——抗痫灵则作为一广谱的抗癫痫药,应用于临床。

花椒

始载于《神农本草经》,原名秦椒、川椒、蜀椒。为芸香科植物花椒 Zanthoxylum bungeanum Maxim.、青椒 Z. schinifolium Sieb. et Zucc.等的成熟果皮。秋季果实成熟时采摘,晒干,除去种子及枝叶。

花椒果实为蓇葖果,多单生,果皮自顶端沿腹线开裂延伸至背面,直径4—5毫米。果实基部有小果柄及未发育的离生心皮1—2个,呈小颗粒状。外果皮表面红棕色或红紫色,极皱缩,密生疣状突起的油点。直径0.5—1毫米,对光观察半透明;内果皮淡黄色,光滑,薄革质,基部与外层果皮分离并向内反卷。残留的种子球形,黑色,有光泽。香气浓,味麻辣而持久。主产于中国河北、四川、山西、河南、陕西等省。

青椒果实分果瓣1—3个并生,各个呈球状,直径3—4毫米,自顶端沿腹缝线开裂,分果顶端具短小的喙状尖。外果皮灰绿色、黄绿色或褐绿色,有网状皱纹及散有多数暗色下陷的油点。内果皮类白色,光滑,基部与外果皮分离或均向内反卷。种子多数脱落,有时可见残留种子呈卵圆形,表面黑色,有光泽。气香,味微甜而辣。主产于中国黑龙江、辽宁、吉林、河北、安徽、江苏等省。

本品味辛,性热。有小毒。归脾、胃、肺、肾经。功能温中散寒止痛,燥湿,杀虫。主治脘腹冷痛、寒湿泻利、寒疝、蛔虫腹痛、皮肤湿疹、妇人阴痒等。

花椒辛热,善祛阴冷,用于脾虚阳衰,中焦寒盛而胃腹冷痛,呕不能食者,本品配干姜、人参、饴糖等温散甘缓药同用。如《金匮要略》大建中汤。用于寒湿伤中所致之食泄、久痢,可与苍术配用,如《普济方》椒术丸;由于本品散寒止痛作用较强,故对寒结便秘,脐腹绞痛,寒疝腹痛以及寒湿痹痛等症均可配用。治心腹冷痛,可用单味花椒炒热,布包外熨痛处。本品又可入肾助火,治疗肾阳不足,尿频足弱;如肾阴亦亏,耳聋目暗者,可与熟地黄同服,因其又能散肺中寒饮,张石顽以本品配茯苓,用治肺肾虚寒,腰痛痰喘,足冷如冰者。本品又为驱蛔要药。对于蛔虫引起的腹痛呕吐,甚则吐蛔,四肢厥冷,有安蛔止痛之功。现代有用花椒10克,研末与鸡蛋炒食治胆道蛔虫,或制成花椒油口服,治疗蛔虫性肠梗阻,能通便排虫。此外,本品尚可用于皮肤湿疹,妇女阴痒,单用或与苦参、地肤子、白矾煎水熏洗,头上白秃,花椒研末,猪油调敷;牙痛,以本品为丸置痛处咬定;或与醋同煮含漱止痛。花椒辛热有毒,阴虚火旺者忌用。煎服,2—5克。

实验研究:花椒果实含挥发油,内有柠檬烯、枯醇、牻牛儿醇等。另含甾醇、不饱和有机酸。青椒果实含挥发油,内含爱草脑约90%和香柑内酯。果皮含香柑内酯、苯甲酸、香叶木甙和生物碱。

花椒稀醇液有局部麻醉作用,对家兔角膜表面麻醉的效力较丁卡因稍弱;对豚鼠浸润麻醉的效力强于普鲁卡因。所含挥发油在任氏液中能使猪蛔虫严重中毒。

胡椒

始载于《新修本草》。又名玉椒。为胡椒科植物胡椒 Piper nigrum L.的果实。产于中国广东、广西、云南等省、区。

本品味辛,性热。归胃、大肠经。功能温中散寒,行气止痛。主治中焦寒盛、宿食不消、脘腹冷痛、反胃呕吐、泄泻、冷痢等。通常作粉剂或丸剂内服,或配伍其他温中理气药如吴茱萸、高良姜、陈皮等同用。

《寿域神方》治心下大痛,则用胡椒与乳香配伍,以加强止痛作用;《百草镜》用白胡椒粉入大红枣内蒸熟共捣为丸,治疗胃痛,不仅能祛寒止痛,兼有健脾和胃之意;《百一选方》治反胃呕吐,本品同半夏共为细末,姜汁和丸,则重在温中祛痰以降胃气之上逆。《仁斋直指方》治夏令呕吐泄泻,以本品与绿豆同研,木瓜煎汤调服,取其温中兼祛暑湿。此外,本品还可外用,如小儿胃寒消化不良、腹痛、吐泻者,可用胡椒粉填脐中,外用暖脐膏贴之。治疗疟疾,可用胡椒粉放膏药中,于疟发前二三小时,贴于大椎穴上;治小儿哮喘,则用胡椒粉膏药贴于肺俞穴;龋牙痛,可同荜茇研末,蜡丸如脂麻大,填塞龋牙;如用胡椒浸酒,则可外涂冻疮。本品除药用外,又为常用的调味品,少量食用,有增进食欲的作用。但其性辛热而燥,多服易于耗气伤阴,故阴虚内热患者忌服,孕妇亦不宜服用。煎服,1.5—4.5克;研末服,1—1.5克。

实验研究:胡椒果实含胡椒碱约5%—9%及胡椒新碱。又含挥发油、油中含向日葵素、二氢葛缕醇、石竹烯氧化物、隐品酮、顺式对𬩽-2-烯醇、顺式对𬩽-2,8-二烯醇、反式松香芹醇。果实又含胡椒酰胺素和多种哌啶及酰胺素成分。

白胡椒有抗癫痫作用,给大鼠灌胃能对抗电刺激、药物及听源性所致的惊厥。胡椒碱是一种广谱的抗惊厥药。胡椒碱对小鼠尚有镇静作用,使自发活动减少,但翻正反射始终存在,无运动失调和障碍现象。用于治疗癫痫大发作型、小发作型和混合型均有疗效。对大发作的疗效较好,但作用出现缓慢,通常连续服药2周左右出现疗效。长期服用可引起胃肠刺激。临床上多用胡椒碱的衍生物——抗痫灵,疗效更好。

辣椒

始载于《食物本草》。原名辣火,又名辣茄、大椒。为茄科植物辣椒 Capsicum annuum L.的果实。中国大部分地区均有栽培。

本品味辛,性热。有小毒。归胃、大肠经。功能温中止痛,开胃消食,祛风除湿,活血消肿。主治胃寒食欲不振、脘腹冷痛、泄泻下痢、风湿关节疼痛、腰腿痛、神经痛、冻疮及痈疽疮疡等。

本品能温中健胃,杀腥辟恶,故为日常调味品之一。对于胃寒所致的食欲不振,消化不良,研粉加入菜肴中食,颇为适宜。治中暑霍乱,恶心吐泻,脘腹绞痛,验方救急十滴水用辣椒与丁香、樟脑、薄荷冰等配成酊剂服。治胃寒疼痛、痞满食少,可用本品嚼服或用辣椒子捣烂冲水饮。用于风湿或跌扑损伤所致的关节痛、腰腿痛、神经痛等有祛风止痛之效。取辣椒与陈皮浸烧酒内服,或搽擦局部皮肤至红为度;亦可将干辣椒研末,用凡士林调敷。外用后有局部烧灼感,或全身发热,出汗,疼痛逐渐减轻。辣椒亦为防治冻疮所常用,如研末凡士林调涂于冻疮好发部位可作预防用;若冻疮初起局部红肿发痒,可用辣椒浸酒频擦或煎水浸洗。本品治疮疡能活血消肿,止痛。将辣椒焙焦存性研末,凡士林调涂,可治腮腺炎、蜂窝织炎、深部脓疡、及多发性疖肿等。本品研末撒,亦治下肢溃疡,对创面无刺激性并能止痛,促使创面愈合。治毒蛇咬伤,可将辣椒嚼服十余枚,同时嚼烂后外敷伤口周围。研末服,1.5—3克;亦可嚼服;或浸酒饮。凡阴虚有火,及有出血、目赤、咽痛、痔疮肿痛患者均忌服。

实验研究:果实含辛辣成分辣椒碱、二氢辣椒碱和少量的降二氢辣椒碱、高辣椒碱、高二氢辣椒碱、壬酰香荚兰胺、辛酰香荚兰胺。又含隐黄素、辣椒红素、微量辣椒玉红素、胡萝卜素、维生素C、柠檬酸、酒石酸、苹果酸等。近又分离得N-(13-甲基十四烷基)-乙酰胺。种子含辣椒甙、辣椒新甙。种子的内胚乳和胚芽含茄碱、茄胺等。

辣椒对局部可有强烈刺激而反射性地扩张血管,促进局部血液循环。辣椒酊或辣椒碱内服能增进食欲,刺激唾液腺及胃液分泌,剂量过大,可导致胃肠炎。辛辣物质还可刺激人舌的味觉感受器,反射性引起血压短时间的上升。辣椒碱对一般细菌无抑制作用。

八角茴香

始载于《本草品汇精要》。又名大茴香、八角、大八角。为木兰科植物八角茴香 Illicium verum Hook.f.的成熟果实。秋、冬两季果实呈黄绿色时采摘,晒干或文火烘干。亦可用沸水烫至转红色时捞起,晒干。

聚合果多由八个蓇葖果聚合组成,着生于一个中轴上,呈放射状排列。中轴下面有一弯曲的钩状果柄,长1—3厘米。单个蓇葖果呈小艇状,长1—2厘米,宽3—5毫米,高0.6—1厘米,外表面红棕色,木质。果皮厚,粗糙,有不规则的皱纹,顶端呈鸟喙状。腹面于成熟时开裂,内面淡棕色,光泽,其中着生扁卵圆形种子一枚,长7毫米,宽5毫米,厚2毫米,红棕色或黄棕色,平滑,有光泽。一端有种脐,另一端有合点,中间有狭长的种脊相连,种脐旁有珠孔,种皮质脆易碎。种仁白色,富油性。气芳香,味辛甜。主产于中国广西西南部、广东西南部、云南南部。

本品味辛、甘,性温。归肝、肾、脾、小肠经。功能温肾散寒,理气止痛,开胃进食。主治寒疝腹痛、肾冷腰痛、干湿脚气等。

治寒疝腹痛气坠,《仁斋直指方》配小茴香、乳香,水煎服,或配荔枝核,炒研,酒过服;治胁下刺痛,《得配本草》配枳壳,麸炒研末,盐、酒调服;治腰痛如刺,本品配炒

杜仲、木香、水、酒煎服,如《活人心统》思仙散;治风毒湿气攻注成疮或步行无力,皮肉焮热,茴香配以地龙、川乌、乌药、牵牛,共研末,酒糊为丸,空心盐汤下,如《脚气治法总要》茴香丸。本品若与生姜同捣,炒至焦黄为末,酒糊为丸,仍以温酒下,大能开胃进食,如《经验方》。煎服,3—6克。凡阴虚火旺者不宜服。

实验研究:果实含挥发油4%—9%(果皮中较多)、脂肪油约22%(主要存在于种子中)及蛋白质、树胶、树脂等。挥发油中的成分有:α蒎烯和β蒎烯、β月桂烯、α水芹烯、对聚伞花素、柠檬烯、桉叶素、4(10)-侧柏油烯、芳樟醇、4-松油醇和α-松油醇、爰草脑、顺式和反式茴香醚、茴香醛、葑烯、茴香酮、倍半香茅萜烯、石竹烯、佛手柑油烯、3-甲氧基苯甲酸甲酯、金合欢醇、甲基异丁香油醚、β甜没药烯、橙花叔醇、3-甲氧基-2-羟基苯乙酸、茴香酸等。

醇提取物体外试验对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、白喉杆菌及枯草、大肠、伤寒、副伤寒、痢疾杆菌等有抑制作用,对某些致病性皮肤真菌也有抑菌作用。茴香醚有刺激作用,能促进胃肠蠕动,可缓解腹部疼痛。

小茴香

始载于《药性论》,原名懐香。又名谷茴香、土茴香。为伞形科植物茴香 Foeniculum vulgare Mill. 的果实。8—10月采收成熟果实,晒干。

果实为双悬果,呈圆柱形,光滑无毛,长3—10毫米,直径2—4毫米。表面黄绿色或淡黄色,两端稍狭尖,顶端残留黄棕色突起的柱基,基部有时带有小果柄。分果呈长椭圆形,背面有隆起的果棱5条,果棱间有凹陷的果谷,接合面较平坦。横切面呈五角形,灰白色。扩大镜下可见背面四个果谷内各有1个椭圆形的油管,接合面有两个大的油管,共有6个油管。果棱内各有1个维管束。种子一枚,肾形,胚小,位于分果近顶端部分,分果接合面中央。有细小的心皮柱。具油性,有特异香气。味微甜而稍辛辣。主产于中国山西、内蒙古、甘肃、辽宁等省、区。

本品味辛、甘,性温。归肝、肾、脾、胃经。功能温中散寒,行气止痛。主治疝气疼痛、胃寒痛、胁痛、腰痛、痛经以及痔疾、漏管等。

小茴香能温散下焦肝、肾之寒,为治疗疝气少腹痛之要药,一般可与荔枝核配用;若气滞甚者,与乌药、槟榔、青皮等破气药同用;阴寒盛者,则可与肉桂、吴茱萸、沉香等药配用。治阴囊硬肿之癞疝,如鞘膜积液、象皮肿,用小茴香、车前子或加甘遂研末,好酒调服,以降气逐水;如寒湿郁久化热者,又需与川楝子、山栀仁、黄芩等清热药同用。现代临床报道小茴香治疗疝嵌顿(无坏死、穿孔、感染者)的紧急症状也有一定效果,可单用,开水冲泡,乘热顿服,隔15—30分钟再服一次。另本品亦治膀胱水疝小便不利(即膀胱尿潴留),如《医宗金鉴·杂病心法要诀》于五苓散中加入小茴香以温行水气。本品暖胃健脾,治胃脘冷痛,气逆呕吐,可配生姜、吴茱萸、半夏等温胃止痛;若脾胃虚寒,食少腹胀,便溏,与砂仁、山药、茯苓、甘草等健脾暖胃药配伍。《袖珍方》用小茴香合麸炒枳壳,研末盐汤送服,能疏肝气而止胁痛。本品能温肾暖腰脊,故亦用治腰痛,肾虚腰痛,痛势绵绵,转侧不利,嗜卧疲软者,常与杜仲、葫芦巴、胡桃肉、破故纸、羊腰子等补肾药研末为丸服,也可单味研末掺入猪腰子内,煨熟嚼服;如为腰部扭挫伤之气滞疼痛,则小茴香研末温酒服即可。女子经行腹痛,喜暖,经血色黑有块,可与熟地、当归等养血药同用。本品还可治夜间多尿及遗尿,可与桑螵蛸配伍,装入猪尿脬内,焙干研末服。用治痔疾,可配槐角、地榆、黄柏、生地等煎服;治漏管则配白芷、白矾制成锭剂,插入漏孔中。煎服,3—6克。理气生用,温肾炒用。阴虚有热者忌用。

实验研究:果实含挥发油,主成分为茴香醚和小茴香酮,尚有甲基胡椒酚、茴香醛、α蒎烯等。另含香柑内酯、二氢山芹醇、欧芹酚、补骨脂素、蒿属香豆精、邪蒿素、香荚兰醛、槲皮素、β谷甾醇、豆甾醇等。

茴香油能促进胃肠蠕动和分泌,在腹气胀时排除气体,减轻疼痛,有时在兴奋后蠕动又降低,因此有助于缓解痉挛,减轻疼痛。茴香油尚有祛痰作用。茴香醚有升高白细胞作用,可用于因放射治疗或抗癌药化疗引起的白细胞减少。

丁香

始载于《雷公炮炙论》。又名公丁香、雄丁香、丁香结。为桃金娘科植物丁香 Syzygium aromaticum (L.) Merr. et perry 的花蕾。当花蕾现红色时采收,除去花梗,晒干或烘干。

花蕾略呈鼓槌状,长1—2厘米,上端蕾冠呈球形,由四片膜质花瓣覆瓦状抱合而成,直径4—5毫米,下端萼部呈类圆柱形而略扁,向下渐狭,有4枚肥厚的三角形萼片,长约3毫米,十字状分开,萼片向外突出。全体棕褐色至黄褐色,表面略粗糙,有颗粒状小突起,用指甲刻划时,有油渗出。花蕾纵剖面可见多数雄蕊,花丝向中心弯曲,花药俯垂,中央有一直立的花柱及柱头,子房下位,位于萼管上部,长约3毫米,有两个小形子房室,每室含胚珠多数,中轴胎座。质坚而重。断面暗棕色,富油性。气香浓郁,味辛辣,微有麻舌感。产于印度尼西亚、马来西亚、越南及东非沿海国家。中国海南省有栽培。

本品味辛,性温。归脾、胃、肾经。功能温中降逆,散寒止痛,暖肾壮阳。主治呃逆、呕吐、泄泻、脘腹冷痛、痃癖、疝气、阳痿、阴疽等。因感受寒邪或饮食生冷,寒滞于中,胃肠被遏,气逆不降,而致胃寒呃逆者,可用丁香与高良姜、柿蒂同用,以温中散寒;如年老体弱及中虚有寒而

呃逆屡发者，再加人参或党参，亦可将丁香研末，人参煎汤调服。《医学入门》丁半汤以本品配半夏、生姜，治脾虚中寒，停痰留饮所引起的呕吐清水痰涎。《证治准绳·女科》用以配人参、藿香煎服，治妊娠恶阻。若寒湿伤中，清气不升、浊气不降以致上吐下泻，腹脘绞痛者，丁香配姜汁、肉豆蔻、半夏等温化寒湿之品；因食鱼蟹肥物中毒而腹痛吐泻者，可用丁香研末，生姜煎汤送服；若久痢虚滑，胃寒脾冷，则宜配白术、茯苓、扁豆、诃子肉等健脾涩肠之品，炒研为末，米饮调服。治痃癖、疝气，因于寒者，宜与吴茱萸、川楝子、木香等配用；《兰室秘藏》延胡丁香丸，则配用延胡索、羌活、当归、茴香、肉桂等治疝气脐下急痛。治肾虚阳痿，本品与附子、肉桂、巴戟肉等温肾壮阳药同用；肾虚而腰膝酸冷，萎弱无力，可与狗脊、黄芪、当归等同用。丁香与肉桂配用有散寒止痛，温通经络，活血消肿作用，内服可治寒性腹痛，如放在膏药上贴患处，可治阴疽肿疡、腰痛、关节痛等。此外，丁香的乙醇浸液或煎液，还可涂治皮肤瘙痒及癣疮。煎服，1—3 克；研末服，0.5—1.5 克。胃津不足及阴虚内热者忌用。畏郁金。

母丁香，为丁香的成熟果实，性味、功用、主治与丁香近似而力稍逊。

实验研究：花蕾含挥发油 16%—19%，油中主要成分为丁香油酚、β石竹烯、乙酰丁香油酚；微量成分有水杨酸甲酯、葎草烯、苯甲醛、苯甲醇、苯甲酸乙酯、间甲氧基苯甲醛、α衣兰烯、胡椒酚、1,8－桉叶素、香荚兰醛等。还含齐墩果酸、山柰酚、香樱桃素、鞣质等。

丁香油酚在 1:8000—1:16000 时，对致病性真菌（如许兰黄癣菌、白色念珠菌等）有抑制作用；在 1:2000—1:8000 浓度时，对金黄色葡萄球菌及肺炎球菌、痢疾（志贺氏）、大肠、变形、结核等杆菌有抑菌作用。丁香为芳香健胃剂，可缓解腹部气胀，增强消化能力，减轻恶心呕吐。5% 丁香油酚乳剂可使胃粘液分泌显著增加，而酸度则不增强；在离体豚鼠小肠标本上，丁香油酚的脂或醚，有罂粟碱样解痉作用。

山柰

始载于《本草品汇精要》。原名三赖，又名沙姜。为姜科植物山柰 Kaempferia galanga L. 的根茎。12 月至次年 3 月间，地上茎叶枯萎时，挖取 1—3 年生根茎，洗去泥土，除去须根，横切成片，用硫黄熏 1 日后，晒干，忌用火烘。

横切片呈圆形或近圆形，直径 1—2 厘米，厚 3—5 毫米。外皮浅褐色或黄褐色，皱缩，有时可见根痕、环节纹及残存须根。切面类白色，富粉性，偶见内皮层环纹，中柱常略凸起，质坚脆，易折断。气芳香，味辛辣。主产于中国广西、广东省、区；此外，云南、福建、台湾省亦产。

本品味辛，性温。归脾、胃经。功能温中，除湿，行气，止痛。主治心腹冷痛，跌打损伤及牙痛。作用与甘松相似，故常同用于治疗胃脘疼痛，或选配木香、丁香、砂仁、延胡索等。治牙痛多外用。煎服，3—6 克。阴虚血亏、胃有郁火者忌服。

实验研究：山柰根茎含挥发油，油中主成分为龙脑、桂皮酸乙酯、莰烯、左旋 $\alpha-\Delta^3-$蒈烯等。又含山柰酚、山柰素。

山柰酚有抗炎作用及维生素 P 活性，其效力较山柰甙差而与槲皮甙相似。

芥子

始载于《名医别录》。又名芥菜子、黄芥子。为十字花科植物芥菜 Brassica juncea (L.) Czern. et Coss. 的种子。中国各地有产；主产于河南、安徽省。

本品味辛，性温。有小毒。归肺、胃经。功能温中散寒，下气豁痰，利窍通络。主治胃寒呕吐、心腹冷痛、感寒无汗、咳嗽气逆、耳闭、喉痹、风湿痹痛、跌打肿痛及痈肿、瘰疬等。

治胃寒呕吐、脐腹绞痛，芥子研末或为丸服；若感寒无汗，或腹痛手足厥冷，则将芥子研末填脐，然后隔衣温熨，可使汗出寒散而愈。本品用治肺寒咳嗽痰喘，可与萝卜子、橘红、甘草煎服。芥子辛烈走窜，善通诸窍，如捣碎以人乳调和，用棉裹塞于耳道内，能治气闭耳聋；《太平圣惠方》治咽喉闭塞不通，用芥子末，水蜜调和为膏，敷涂于咽喉外颈部；《日用本草》芥子末水调，涂于顶囟止鼻衄。

本品外用，还能疏通经络，活血止痛，消肿散结，如用芥子研末以醋或姜汁调敷治患处风湿痹痛、跌打肿痛。与葱白捣烂如泥，可敷瘰疬；与猪胆汁调敷治痈肿。《孙天仁集效方》治眉毛不生，用芥子、半夏等分为末，生姜自然汁调搽。煎服。3—9 克。内服过量可致呕吐。肺虚咳嗽及阴虚火旺者忌服。外敷时间过长，易起泡化脓。

实验研究：芥子含黑芥子甙、芥子酶、芥子酸、芥子碱、脂肪油、蛋白质、粘液质。脂肪油为多种脂肪酸的甘油酯，其脂肪酸为芥酸、廿碳－11－烯酸、油酸、亚油酸、亚麻酸、棕榈酸、花生酸、硬脂酸、山嵛酸。酶解后所得挥发油名芥子油，含有异硫氰酸的多种酯，应用于皮肤有温暖的感觉，并使之发红，甚至引起水泡、脓疱。通常将芥子粉除去脂肪油后做成芥子硬膏，用作抗刺激剂，治疗神经痛、风湿痛、胸膜炎及扭伤等。使用前先用微温的水湿润，以加强芥子酶的作用，应用时间不超过 15—30 分钟，皮肤敏感者只能应用 5—10 分钟。芥子油用于皮肤也有刺激作用，小量芥子内服作调味剂，可刺激胃粘膜增加胃液和胰液的分泌，大量可引起呕吐，甚至肠胃道炎症。

蒟酱

始载于《新修本草》。又名土荜拨、蒟青、槟榔蒟、青

蒌、芦子。为胡椒科植物蒟酱 Piper betle L.的果穗。产于中国云南、广东、广西等省、区。

本品味辛，性温。功能温中暖胃，行气止痛，破积。用于心腹冷痛，虫积腹痛，呕吐，泄泻，咳逆上气等病症。《御药院方》以本品配细辛、皂荚共研细末，用治牙痛，频掺吐涎。煎服，3—6 克。

廉姜

始载于《本草拾遗》。又名姜活。为姜科植物华山姜 Alpinia chinen sis Rosc.的根茎。原植物分布于中国四川、贵州、云南、湖北、湖南、广东、广西、福建等省、区。

本品味辛，性温。功能温中散寒，祛风止痛。主治胃寒疼痛、呕吐、腹痛泄泻、消化不良、风湿筋骨痛及跌打瘀痛等。一般均宜单味煎汤内服。如用于风湿筋骨痛，可配独活、桑寄生、伸筋草、骨碎补等祛风湿药同用；跌打瘀痛，则可配红藤、刘寄奴、刺三甲、牛膝等活血通络之品，均宜浸酒服，以加强止痛的效果。此外，民间还以本品入童便内浸泡，晒干后泡酒饮，用治慢性咳喘病。煎服，12—24 克。

实验研究：华山姜干根含油 1%—1.5%，内有高良姜素、荜澄茄烯、桉叶素等。

木姜子

又名山姜子、山胡椒。为樟科植物木姜子 Litsea pungens Hemsl.的果实。原植物分布于中国陕西、湖北、湖南、浙江、四川、贵州、云南等省。

本品味辛、苦，性温。功能温中散寒，理气止痛。主治胃脘痛、腹痛、腹胀、寒疝痛等。治胃脘寒痛，消化不良，脘腹胀满及经期腹痛、产后腹痛之属寒者，均可用木姜子煎水或研末服。治夏日感受风寒暑湿的痧气腹痛、腹胀、吐泻，可单用；或与青藤香、蜘蛛香同用。治寒疝腹痛，则与小茴香、乌药、橘核等行气止痛药合用。外用可以解毒消肿，如将本品捣烂外敷，治疔疮、无名肿毒；研末菜油调搽，治溃疡久不愈合。如与雄黄等捣烂炒热，布包揉擦，可治风寒关节疼痛。煎服，9—15 克；研末服，1—2 克。肠胃有热者忌用。

山姜

始载于《本草经集注》。又名箭杆风、九姜连、九龙盘、鸡爪莲。为姜科植物山姜 Alpinia japonica (Thunb.) Miq.的根茎。原植物分布于中国东南部、南部至西南部各省、区。

本品味辛，性温。功能温中散寒，祛风活血。主治脘腹冷痛，泄泻，食滞腹胀，风湿筋骨疼痛，跌打损伤，月经不调，牙痛等。

陶弘景谓山姜治"腹中冷痛，煮服甚效"；现代治胃寒痛配乌药制成散剂内服。山姜治风湿痹痛可与钩藤、铺地蜈蚣、桑枝等浸酒内服。如与茜草根、大血藤、牛膝、泽兰等白酒浸服，则可治疗跌打损伤。此外，山姜内服能温肺散寒，与白芷等配用可治久咳。本品外用，与鲜蒲公英捣烂敷无名肿毒，又有消肿止痛之效。煎服，3—6 克。

蜘蛛香

始载于《滇南本草》。原名马蹄香，又名连香草、养血莲。为败酱科植物心叶缬草 Valeriana jatamansi Jones 的根茎及根。主产于中国陕西、四川、贵州等省。

本品味微苦、辛，性温。归肺、脾、胃经。功能温胃散寒，行气活血，止痛，镇静。主治胃脘痛、疳积、暑湿腹泻、风寒感冒、风湿关节痛、月经不调、心悸失眠及劳伤咳嗽等病症。

本品单味煎服可治胃脘寒痛及中寒所致的脘腹胀痛；如蜘蛛香研末与瘦猪肉或猪肝炖服，则治小儿疳积，肚腹膨胀，食少便溏，能健运脾胃而助消化。《本草纲目》谓其能"辟瘟疫、中恶"，现代临床用以治疗暑湿所致的痧气腹痛吐泻，常与石菖蒲根配用。治感冒风寒，与生姜同煎服能增强其表散之功。因其能祛寒行气活血，故亦治风寒湿痹、关节疼痛，研末冲酒服或与豨莶草、五加皮、香樟根等祛风通络药同用。本品有活血调经作用，内服可治月经不调、痛经。研末酒调敷，治跌打损伤，能行瘀止痛。用于心悸失眠，能镇静宁心，可配夜交藤、松针、瓜子金煎服。此外，也有用于劳伤咳嗽者，用本品配猪鬃草、岩白菜等，与猪肺炖服。煎服，2—6 克；研末服，0.6—1.5 克。阴虚者及孕妇慎用。蜘蛛香可代缬草作镇静用。

实验研究：心叶缬草根含挥发油，内有 α 蒎烯、柠檬烯、桉叶素、对聚伞花素、龙脑、乙酸龙脑脂、橙花叔醇、橄榄醇。根茎还含蒙花甙异戊酸酯、缬草环臭蚁醛酯甙。根又含马啊里氧化物。

理气药

凡是具有行气散郁、顺气降逆、舒畅气机作用，调理气分疾病的药物，统称为理气药。

理气药大多气香性温，其味苦辛。善能宽胸利膈，行气止痛，破气散结，顺气降逆，疏肝解郁。根据理气药的不同功用和适应范围，大致可分为行气药、降气药和解郁药三类。

(1) 行气药：本类主要药物有陈皮、木香、紫苏梗、青木香等，多数辛香性温，能行气止痛，适用于脾胃气滞，运化失常所致之脘腹胀闷，痞满疼痛，恶心呕吐，便秘或泻而不畅等病证。如兼寒湿困脾，须配温中祛寒药；若为湿热阻中而气滞者，宜与清利湿热药同用；挟有饮食停滞，配消食导滞药；倘为脾虚胃弱而运化不力者，又当与健脾

胃药配伍应用。

(2) 降气药:本类主要药物有厚朴、枳壳、沉香、刀豆、柿蒂等,大多辛苦性温,有降气平喘和制止呕逆的作用,适用于肺气壅滞之胸闷疼痛,痰嗽气喘以及胃气上逆之嗳噫、呃逆、反胃、呕吐等症。胸闷咳嗽如因外邪袭肺,宜与宣肺止咳药配用;痰饮喘嗽,可与祛痰化饮之品同用。噫嗳呃逆与反胃呕吐大多属于虚寒夹湿,故常与温中止呃及降逆和胃药配用。

(3) 解郁药:本类主要药物有香附、香橼、玫瑰花、八月札等,都具有行气调中、疏肝解郁的功能,适用于肝气郁滞所引起之胁肋胀痛,脘闷吞酸,以及疝气疼痛,月经不调等症。肝主疏泄,由肝郁气滞所出现的临床症状多,兼挟证候较杂,应视具体病情,酌与养肝、柔肝、止痛、健脾、活血调经等药配用。

理气药的应用,还能使气行血活,加强活血祛瘀药的作用,故多用于由气滞血瘀所致诸证。但本类药的气味、大多辛温香散,易于耗气伤阴,对气虚阴亏患者则应慎用。理气药多含挥发性成分,不宜久煎。

陈皮

始载于《神农本草经》。原名橘皮,为芸香科植物橘 Citrus reticulata Blanco 及其栽培变种的成熟果实的果皮。10—11月果实成熟时,剥取外果皮,阴干或晒干。药材分为"陈皮"与"广陈皮"。

陈皮常剖成三瓣或四瓣,基部相连,或成不规则的块片,厚1—4毫米,外表面橙红色或棕褐色,有细皱纹及凹下的小油点,边缘多卷曲。内表面浅黄白色,粗糙,附黄白色或黄棕色筋络状维管束。质脆,易折断。气香,味苦。产于中国长江以南各省。

广陈皮(又名新会皮)常剖成3—4瓣,厚1—2毫米,基部相连,亦有呈大小不等的薄片状,常反卷,表面棕紫色或浅红色,稍粗糙,皱缩,有多数较大的油点(油室),内表面类白色,油点较多。对光照射,透明清晰,质稍柔软,不易折断。香气浓,味甘而略苦。主产于广东省。

本品味辛、苦,性温。归脾、肺经。功能理气健脾,燥湿化痰,和胃止呕。主治脘腹胀满、不思饮食、呕吐哕逆、咳嗽痰多以及伤酒口渴等。

治脘腹胀闷,如因湿困中焦者,常协苍术、厚朴等药,以增强燥湿健脾之功;属脾虚气滞者,每佐党参、白术以健脾理气。治干呕、呃逆因于寒者,配生姜以温胃止呕,若胃虚有热者,伍党参、竹茹等药以补虚清热而降逆。湿痰壅滞之胸膈满闷,咳喘痰多、呕恶眩晕者,常配半夏、茯苓以燥湿化痰。本品辛散苦降,调中快膈,与枳实、生姜配合,可用于胸痹胸中气塞短气。配白术研末酒糊丸服,可治中寒胀满。李东垣治虚人便秘,气秘主以杏仁,血秘主以桃仁,两者均以橘皮为佐,盖皆取其行气化滞而通利谷道。本品通常作为佐使药用,但亦有单味取效者,如治痰膈气胀,《简便单方》以一味陈皮煎水饮;治卒然食噎,《食医心镜》用单味橘皮焙研为末服。又如《日华子诸家本草》取柑皮焙干煎汤饮,解酒毒及伤酒干渴。本品如过量久服则能伤肺耗津,故阴虚燥咳及有咯血、吐血等失血患者均应慎用。煎服3—9克。

橘红,为陈皮除去内层白皮之外层红皮。又名芸皮、芸红,亦供药用。功同陈皮而散寒燥湿之力稍胜。《本经逢原》谓:"橘红专主肺寒咳嗽痰多。"其治风寒表邪,常配葱白、豆豉;疗喉痒痰多,合荆芥、半夏。对久咳气虚、阴虚燥咳患者,均应慎用。煎服,2—6克。

橘白,系橘皮除去外层红皮的干燥内层白皮,亦入药用。其气芬芳,味苦带甘,性温而和缓,理气化痰之力虽稍逊于橘皮,而和胃化浊之功则为橘皮所不及。故于补脾胃方中常加用本品,取其醒胃进食而无辛苦燥散之弊。煎服,2—5克。

橘络,为橘囊上筋膜(维管束)。又名橘丝、橘筋,亦入药用。性味甘淡苦平,为通络、化痰、顺气的辅助药,临床很少单独使用。如治疗咳嗽胸胁作痛,扭挫伤胁肋引痛,肺病咯痰带血等方中用之,是取其宣化通络作用。煎服,2—5克。

实验研究:橘的果皮含黄酮甙:橙皮甙、川陈皮素、5,7,4′-三甲氧基黄酮、5,7,8,3′,4′-五甲氧基黄酮、5,7,8,4′-四甲氧基黄酮、5-羟基-7,8,4′-三甲氧基黄酮、5,4′-二羟基-7,8′-二甲氧基黄酮、5,6,7,3′,4′-五甲氧基黄酮等十三种黄酮成分。还含挥发油,其中主成分为右旋柠檬烯、柠檬醛。又含肌醇、维生素 B_1、β谷甾醇、柠檬苦素、阿魏酸等。

挥发油对胃肠道有温和的刺激作用,能排除肠内积气。鲜品煎剂则对动物的离体及在位肠管均呈抑制现象。橙皮甙及甲基化后所得的甲基橙皮甙也能抑制离体肠管。甲基橙皮甙皮下注射,可抑制大鼠实验性胃溃疡的发生,但口服无效。挥发油,主要是柠檬烯有刺激性祛痰作用。鲜品煎剂或川陈皮素均能扩张豚鼠支气管而有平喘作用。煎剂、醇提取物及橙皮甙(非纯品)能兴奋离体动物心脏,甲基橙皮甙则能扩张冠脉血管,煎剂或川陈皮素静注可升高麻醉动物的血压,甲基橙皮甙则可扩张血管,引起血压缓慢下降。橙皮甙有维生素P样作用,能降低毛细血管通透性而有抗炎作用,如与维生素C和维生素 K_4 合用,则效果更著,对大鼠则表现有利胆作用。川陈皮素还有抗过敏作用,对子宫的作用与肾上腺素相似。橙皮甙能降低高脂血症家兔的血清胆固醇。

枳壳

始载于《雷公炮炙论》。为芸香科植物酸橙 Citrus aurantium L. 及其栽培变种的未成熟果实。夏季果实外皮呈绿色时采摘,切成两瓣,晒干或低温干燥。

果实呈半球形,直径4.5—6.5厘米。外皮绿褐色或

绿黑色，粗糙，具皱纹及颗粒状突起，散有多数油点（油室）。中央有明显的花柱基痕，基部有果柄痕。横剖面略隆起，果皮黄白色或黄褐色，厚0.6—1.2厘米，边缘有1—2列棕黄色油点，瓤囊10—13瓣，汁囊干缩呈暗棕色，每瓤囊内有种子数粒。中轴坚实，宽0.7—1.1厘米。质坚硬，气清香，味苦酸。主产于中国四川、江西、湖南等省。

本品味苦、酸，性微寒。归肺、脾、大肠经。功能理气宽胸，行滞消积。主治胸膈痞满、胁肋胀痛、食积不化、呃逆、热痢、肠风便血、风疹瘙痒等。

治上焦气壅，胸膈痞满，用本品配桔梗、香附等能泄肺利气宽胸。与柴胡、川芎、赤芍、延胡索等配合，有疏肝理气，活血止痛之功，可治肝气郁滞的胁肋胀痛。若因食积停滞，脘腹胀满，常与厚朴、白术等同用，以消积健脾宽胀。枳壳与人参、麦冬同煎服，治气虚大便不爽；配木香可治呃逆噫气。本品治热痢，常配黄连、槟榔等以清热导滞。治肠风下血及痔疮肿痛出血，可配槐花、地榆、荆芥、黄连等用。枳壳治风疹遍身瘙痒，内服可用麸炒后煎汤饮，外用多与荆芥、苦参、苍耳草等煎汤洗浴。此外，治子宫脱垂及脱肛，内服配党参、黄芪、升麻；外用单味研末搽，或与黄芪煎汤浸浴。煎服3—9克。脾胃虚弱及孕妇慎用。

实验研究：各种枳壳均含挥发油和黄酮类成分。酸橙的未成熟果实所含挥发油中，其主要成分为右旋柠檬烯、右旋芳樟醇、柠檬醛，还含蒎烯、月桂烯、莰烯、对聚伞花素、石竹烯等。黄酮类成分为苦橙素、橙皮甙、新橙皮甙、柚皮甙、枳黄甙、酸橙素、5-羟基酸橙素、去甲基川陈皮素等。另含辛弗林、N-甲基酪胺。

枳壳煎剂在动物试验中有强心、升压作用，增强胃、肠运动，故可用以治疗胃扩张、胃肠无力性消化不良及脱肛等。煎剂对兔子宫有明显兴奋作用，可用于产后子宫脱垂或久泻脱肛。

枳实

始载于《神农本草经》。为芸香科植物酸橙 Citrus aurantium L. 及其栽培变种和甜橙 Citrus scinensis Osbeck 的幼果。5—6月收集脱落的果实，除去杂质，大者切成两半，晒干或低温干燥；小者直接晒干或低温干燥。酸橙药材习称"酸橙枳实"；甜橙药材习称"甜橙枳实。"

酸橙枳实呈圆球形或半球形，直径0.8—3厘米。外皮灰绿色或黑绿色，具颗粒状突起和皱纹，有果柄痕或花柱残基。横剖面果皮略隆起，光滑，黄白色或黄褐色，厚5—8毫米，边缘有油点，中心瓤囊7—12瓣，紫黑色，呈车轮状。质坚硬，气清香，味苦微酸。主产于中国四川、江西、湖南等省。

甜橙枳实与酸橙枳实不同点为外皮黑褐色，较光滑，具微小颗粒状突起。横剖面白色，厚3—5毫米，瓤囊8—12瓣。味酸甘苦。

本品味苦、酸，性微寒。归脾、胃、大肠经。功能破气，消积，化痰，导滞。主治胸痹、脘腹痞满胀痛、实热便秘、湿热泻痢、胃下垂、子宫下垂、脱肛等。

枳实长于破气行滞，消痞宽胸，凡由痰湿积滞内停，脾、胃气机受阻，症见痞满胀痛者，均可应用。其治胸痹因于痰气交结阻遏胸阳者，可与薤白、桂枝、瓜蒌实配用，共奏豁痰宽胸、散结止痛之功。与白术同用，可消痞健脾。若痞满较甚、中气虚弱、恶食倦怠，则加人黄连、厚朴、党参同用。伤寒邪热里结、大便不通、腹满而喘，可取本品疏通破结之功，协大黄、芒硝推荡肠胃实结，方如大承气汤；若津液不足的肠燥便秘，多与火麻仁、杏仁、大黄等润肠通便药配伍，如麻子仁丸。治湿热泻痢，常与大黄、黄连、白术等同用，如枳实导滞丸。治伤寒劳复，即热病初愈，劳累后余热复炽，胸满懊侬，可与栀子、豆豉配用，如《伤寒论》枳实栀子豉汤。其治癥积有消坚磨积之功，常与三棱、莪术、青皮配用。本品配芍药，可治妇女产后气血凝滞腹痛。单用本品或与黄芪、党参、升麻等益气升提药同用，可治胃下垂、子宫脱垂和久泻脱肛。此外，枳实尚有升压抗休克作用，近年试用于治疗感染性休克等，升压效果显著，且有持续时间长，副作用小等优点。入药生用或以麸炒。煎服，3—9克，孕妇慎用。

实验研究：枳实的成分与枳壳基本相同。当果实成熟时，其中新橙皮甙逐渐减少乃至消失。

枳实煎剂及注射液对麻醉动物有明显升压作用，有效成分为苯福林（辛弗林）和N-甲基酪胺，后者可产生升压快速耐受性。N-甲基酪胺与酪胺相似，是通过释放内源性交感介质而发挥作用，苯福林则可直接兴奋α肾上腺素受体，枳实则兼有两者的作用。因此，枳实及其有效成分具有强心、增加心输出量和收缩血管提高总外周阻力，导致左室压力和动脉血压上升，这是它们具有抗休克作用的药理学基础。N-甲基酪胺升高外周阻力的作用比枳实和苯福林弱，但加快心率的作用则较强。枳实和N-甲基酪胺都有明显增强利尿的作用，这可能是通过抑制肾小管重吸收等作用产生的。

动物试验证明，煎剂能使胃肠运动收缩节律增加，故可治疗胃扩张，胃肠无力性消化不良及脱肛等。煎剂对兔子宫有明显的兴奋作用。

佛手

始载于《滇南本草》，原名佛手柑。又名福寿柑、五指柑。为芸香科植物佛手 Citrus medica L. var. sarcodactylis (Noot.) Swingle 的果实。主产于中国四川、广东、广西。

本品味辛、苦，性温。归肝、胃经。功能疏肝和胃，行气止痛，主治肝郁气滞、肝胃不和之脘胁胀痛、嗳气呕吐等病症。

治脘腹胀痛，可单用泡茶饮，或与青皮、延胡索配用，

有疏肝理气止痛之功。因其苦降之性，如伍以苏梗、橘皮，亦治胃气上逆之呕吐、呃逆。又可用于食欲不振，胃纳不香，脘痞不舒等症。脾虚气滞，消化不良者，可合健脾消食药同用。佛手药性缓和，适用于气滞轻症。煎服，5—10克。

佛手花，功效与佛手相似而力较弱。亦治胸胁气滞作痛、食欲不振以及痰气交阻所致的梅核气等病证。煎服，3—5克。

实验研究：干的果实中含有柠檬油素0.007%，还含痕量的香叶木甙和橙皮甙。

煎剂、柠檬油素及醇提物对动物的肠管、胆囊及支气管等平滑肌有解痉作用。醇提物还有镇静、增加豚鼠离体心脏冠脉流量，保护大鼠因垂体后叶素引起的心肌缺血，预防氯仿-肾上腺素引起的心律失常。

枸橘

始载于《本草图经》。原名臭橘，又名枸棘子、枸橘李、野橙子。为芸香科植物枸橘 Poncirus trifoliata (L.) Raf. 的未成熟果实。产于中国江苏、浙江、四川、江西、福建、广东、广西等省、区。

本品味辛、苦，性温。归肝、胃经。功能疏肝和胃，理气散结。主治胃脘疼痛、胸腹胀满、食积、便秘、乳房结核、疝气痛、子宫脱垂等。

用治胃脘结气疼痛，可单味煅存性研末服；如饮食不化，脘腹胀满，与山楂、神曲、香附等行气消积药配用；若气滞便秘用之亦能行气导滞。治肝气郁结所致之乳房结块胀痛及淋巴结核，用本品配蒲公英、鹿角片等解毒行气散结，亦可同时将枸橘、白帆捣烂外敷。至于疝气疼痛、睾丸肿痛，属肝气失于疏泄者，可用枸橘以及苦楝子、橘核、小茴香等煎服，也可单用研末或浸酒服。《本经逢原》以枸橘醋浸熬膏摊贴，治内伤疼痛。《救急方》以枸橘煎汤洗浴，治遍身白疹瘙痒。近以本品煎服或研末服治子宫脱垂、脱肛等有一定疗效。煎服，9—15克。凡阴虚有火，无气滞者忌用。

实验研究：枸橘果实含枳属甙、橙皮甙、野漆树甙、柚皮甙、新橙皮甙、苦橙素等。还含茵芋碱。

香橼

始载于《本草经集注》。原名枸橼，又名香圆。为芸香科植物枸橼 Citrus medica L. 或香圆 C. wilsonii Tanaka 的成熟果实。枸橼产于中国广东、广西、福建、四川、云南等省、区；香圆产于江苏、浙江、安徽、江西、湖北等省。

本品味辛、苦、酸，性温。归肝、脾、肺经。功能理气止痛，宽中，化痰。主治胸胁胀痛、胃脘痛、脘腹痞满，臌胀、咳嗽气喘等。

治肝气郁滞、胸胁刺痛、胃脘痛，用本品配香附、苏梗、当归等；若脾胃气滞气逆，脘腹痞满、嗳气、呕恶、食欲不振，宜用香橼、陈皮、半夏、生姜等药以化湿健脾，行气宽中。

用治臌胀，配带皮核桃仁、砂仁煅研为散，拌砂糖服。治痰气逆满之咳嗽痰多，胸闷气喘，可与苏子、杏仁、莱菔子等配用。入药以陈久者良。煎服，3—9克。阴虚血燥者禁用。

实验研究：枸橼果实含油0.3%—0.7%，果皮含油6.5%—9%，油中含有右旋柠檬烯、柠檬醛、水芹烯、柠檬油素。成熟果实又含橙皮甙、柠檬酸、苹果酸、果胶、鞣质、维生素C等。

所含挥发油对胃肠道有温和的刺激作用，能促进肠胃蠕动和消化液分泌，排除肠内积气，并有祛痰作用。

木香

始载于《神农本草经》。又名蜜香、南木香。为菊科植物木香 Aucklandia lappa Decne.、川木香 Vladimiria souliei (Franch.) Ling 或灰毛川木香 Vladimiria Souliei (Franch.) Ling var. Cinerea Ling 的根。秋、冬两季采挖，除去残茎、须根及泥沙，切段，粗根可纵剖成瓣，晒干或微火烘干，干后撞去粗皮。

木香根呈圆柱形或半圆柱形，长5—15厘米，直径0.5—6厘米。表面黄棕色至灰棕色，有明显的皱纹、纵沟及侧根痕。质坚硬，断面淡灰黄色，近形成层处灰棕色，有射线形成的放射状纹理，有时有裂隙，皮部及木部均散在多数棕黄色大型油点（油室），老根中央多朽蚀成空洞。气芳香浓烈而特异，味苦。

川木香根略弯曲，呈圆柱形或有纵槽的半圆形，长10—30厘米，直径1.5—3厘米，表面黄棕色至暗棕色，有致密的淡黄色斜方形韧皮纤维束网纹，外皮剥落处尤为明显。有时根头部焦黑发粘（习称油头或糊头）。体轻质硬，断面不平坦，皮部黄棕色，木部较宽，黄白色，导管束呈层片状，射线成放射状纹理或裂隙，皮部及木部均有棕黄色油点。有特异香气，味苦，嚼之粘牙。

木香原产印度，经广州进口，故习称"广木香"。中国主产于云南省，又称"云木香"；川木香主产于四川省。

本品味辛、苦，性温。归脾、胃、大肠、肝经。功能行气止痛，健脾和胃。主治脾胃气滞、脘腹胀痛、食欲不振、大肠气滞、泻痢腹痛、里急后重、脾虚气滞、脘腹痞闷、呕恶食少、肝郁气滞、胁痛、疝痛，以及虫积腹痛等。

治疗脘腹胀痛，食欲不振等脾胃气滞症，通常配枳壳、陈皮、香附等以行气消胀除痛。若因寒凝气滞，引起脘腹冷痛，呕吐泄泻，可配高良姜、干姜、桂枝等温中散寒，行气止痛；湿邪阻气所致脘闷食少，口粘苔腻，可配苍术、厚朴、砂仁等燥湿健脾，行气宽中；饮食停滞不化，症见胃脘胀痛，嗳腐厌食，大便酸臭，配以山楂、神曲、莱菔子、枳实等行气消积，除胀止痛。治疗湿热泻痢、腹痛、里

急后重、大肠气滞，常与黄连同用，共奏行气止痛，清热燥湿之功；如挟有食积，则需配槟榔、枳实、大黄等以行气导滞，泻热通便。用治胁肋胀痛，肝郁气滞证，可与柴胡、川楝子、青皮等配伍，行气疏肝以止痛。寒疝腹痛，与吴茱萸、小茴香等配伍，能温肝散寒，行气止痛，如《医方集解》导气汤。腹痛由虫积所致者，则与苦楝皮、乌梅、花椒等驱虫药同用，以行气驱虫止痛。至于脾胃虚弱，脘腹痞闷，呕恶食少者，当配砂仁、党参、茯苓等健脾助运，行气和胃。虚中夹实，食后脘腹胀或痛者，当配枳实、白术等健脾开胃，消食化滞。

本品亦常佐用于滋补剂中，其目的在于疏通气机，防止滋腻壅塞以收补而不滞的效果。煎服3—6克。不宜久煎。生用专行气滞，煨用可实肠止泻。阴虚津液不足者慎服。

实验研究：云木香根含挥发油，内有：α木香烃和β-木香烃、α木香醇和γ木香醇、α木香醛、β木香醛和γ木香醛、木香内酯、二氢木香内酯、去氢木香内酯、木香烯内酯、二氢木香烯内酯、12-甲氧基二氢木香烯内酯等。还含白桦脂酸、木香碱、菊糖等。

所含内酯类化合物如木香烯内酯、二氢木香烯内酯及二氢木香内酯对麻醉狗均有降血压作用，去内酯部分的油及12-甲氧基二氢木香烯内酯降压作用更强，主要由于直接扩张血管及抑制心脏的作用。上述成分对离体肠管有松弛及解痉作用，其中去内酯油的作用最强，在内酯成分中以二氢木香烯内酯解痉作用最强，与罂粟碱相似。上述成分对乙酰胆碱及组胺引起的支气管痉挛也有解痉作用。

土木香

始载于《本草图经》。又名祁木香、藏木香。为菊科植物土木香 Inula helenium L.或总状土木香 Inula racemosa Hook.f.的根。主产于中国河北、浙江、四川、西藏等省、区。

本品味辛、苦，性温。归肺、脾、肝经。功能行气化滞，开胃、止痛。主治胃痛、胸腹胀痛、食欲不振、呕逆泛酸、腹泻肠鸣、闪挫岔气疼痛、牙痛等。

临床用于胃炎、胃神经症、胃痉挛等胃痛，胸腹胀痛，常与藿香、陈皮配用。食欲不振、呕逆泛酸，配白术、枳壳同用。腹泻肠鸣，配黄连、茯苓、白芍。闪挫岔气疼痛，配川郁金、延胡索、青木香。龋牙痛，鲜品捣烂，放入虫牙孔内。煎服，3—9克。本品性味温燥，对阴虚内热，口干舌绛患者忌用。

实验研究：土木香根含挥发油1%—2%，油中主成分为土木香内酯、异土木香内酯、二氢异土木香内酯、土木香酸、土木香醇。另含菊糖、达马二烯醇乙酸酯、无羁萜、豆甾醇、γ谷甾醇及β谷甾醇、β谷甾醇葡萄糖甙、廿九烷等。

土木香挥发油中所含土木香内酯及其衍生物化学结构与山道年类似，驱蛔虫作用优于山道年，不纯品味苦而易致呕吐。土木香内酯在体外浓度为0.1微克/毫升时，能抑制结核杆菌的生长。感染人型结核杆菌的豚鼠，口服土木香内酯，能延迟发病，但不能完全制止。体外对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌也有些抑制作用。土木香内酯给兔静脉注射可降低血压，并可抑制离体兔肠。人应用过量(根)可发生四肢疼痛、吐、泻、眩晕及皮疹。异土木香内酯、二氢异土木香内酯的药理作用和毒性，都类似山道年，毒性较低。

青木香

始载于《新修本草》，原名土青木香。又名马兜铃根、独行根、独行木香、土木香。为马兜铃科植物马兜铃 Aristolochia debilis Sieb.et Zucc.的根。主产于中国浙江、江苏等省。

本品味辛、苦，性寒。有小毒。归肝、胃经。功能行气止痛，解毒消肿。主治气滞凝结所致之胸腹胀满、胃痛、腹痛、胆结石、尿路结石的绞痛，疝气等。

治疗泻痢腹痛，可用青木香配槟榔、黄连，研末调服。治中暑腹痛，有用一味鲜青木香，捣汁或干品研末服。现代临床报道，用青木香浸膏片等制剂治疗高血压病，对降低血压和改善临床症状都有一定疗效。青木香的解毒消肿作用，可外治蛇咬伤，亦治疗疮疡肿毒。本品气辛上达，可以引吐，古人曾用此治疗食物中毒或感受恶毒之气，引起胸膈不快等症，如《肘后方》治蛊毒，用本品为末，水煎顿服，取吐。煎服5—10克。本品有恶心、呕吐、口干、头晕等副作用。故不可多服。经过水煎并将上浮的一层油质除去，或用精制浸膏片，副作用即可减轻。体质虚寒者慎用，胃弱者勿服。

实验研究：根含挥发油约1%，内主含马兜铃酮。还有马兜铃-1(10)-烯-2-酮，马兜铃-1(10)，8-二烯-2-酮，青木香酮和3-氧印马兜铃烷等。并含马兜铃酸A、B、C，7-羟基马兜铃酸A，7-甲氧基马兜铃酸A，马兜铃内酰胺，青木香酸等。又含木兰碱、轮环藤酚碱。

青木香煎剂、酊剂、流浸膏或盐酸浸出液静注、肌注或灌胃对麻醉狗、猫、兔均有降压作用。所含木兰碱对麻醉猫或肾型高血压犬均有降压作用，其降压作用与神经节阻断有密切关系，并有微弱的箭毒样作用。应用^{86}Rb(铷)示踪法证明，青木香水溶液能增加小鼠心肌营养性血流。煎剂或提取液对离体兔肠有轻度抑制作用，大剂量对在体犬肠或肠瘘有轻度抑制作用。煎剂在体外对金黄色葡萄球菌等有抑制作用。马兜铃酸对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌和链球菌等感染的小鼠有保护作用，并能增强腹腔巨噬细胞的吞噬活性，能恢复对豚鼠注射氯霉素、泼尼松龙及环磷酰胺所引起的吞噬细胞活性的下降，在人体也观察到同样的作用。马兜铃酸对小鼠腹水癌及小

鼠腺癌－775及S_{37}癌细胞均有抑制作用。

红木香

始载于《本草纲目拾遗》。又名紫金皮、内风消。为木兰科植物长梗南五味子 Kadsura longipedunculata Finet et Gagnep. 的根或根皮。产于中国江西、浙江、江苏、福建、广西等省、区。

本品味苦、辛，性微温。功能行气散寒，活血祛风，消肿止痛。主治痧气腹痛、胃脘痛、蛔虫痛、风湿痹痛、跌打肿痛、外伤出血以及雷头风、无名肿毒、蛇虫咬伤等。

本品治夏伤暑湿的痧气腹痛，呕吐泄泻及慢性胃炎、胃十二指肠溃疡的胃脘疼痛，蛔虫痛，均可以其根皮一味研末服；亦有与山鸡椒果、乌药配用者，以增强温中散寒止痛的作用。本品能祛风通络，活血散瘀，用治风湿痹痛，可单味酒煎服；或与枫荷梨、五加皮、石松等配成复方服。治跌打损伤、骨折，则可配百两金共研末为散服。本品并有通调月经的作用，故可用治经闭、痛经。至于治外伤出血，则以本品研末以鸡蛋清调敷伤处即可。本品外用又治雷头风痛，与独活、白芷、赤芍、菖蒲等浓煎成膏，敷于肿痛部位。治无名肿毒研末用之；阴证以生姜煎浓汁调敷；阳证则宜用薄荷泡水调敷。又红木香鲜根捣烂外敷，可用治毒蛇咬伤。煎服，3—9克；研末服，1—3克。孕妇慎用。

实验研究：长梗南五味子的根含挥发油，内有α蒎烯和β蒎烯，柠檬烯，樟脑，龙脑及其乙酸酯。

九里香

始载于《生草药性备要》。原名千里香，又名满山香、过山香。为芸香科植物九里香 Murraya paniculata (L.) Jacks. 的枝、叶。原植物分布于中国福建、台湾、广东、广西、湖南、贵州、云南等省、区。

本品味辛、微苦，性温。有小毒。功能行气活血，止痛，祛湿，解毒。主治胃脘疼痛、风湿骨痛、跌扑肿痛，可单用作汤剂或粉剂内服；如同两面针配伍，则可加强止痛效果。溃疡病所致的胃痛，更可配活血、收敛、制酸等药物如煅瓦楞、海螵蛸、芍药、甘草之类。风湿痹阻，骨节疼痛者，可用本品浸酒或配祛风湿药南蛇藤、枫荷梨煎汤内服，也可单用鲜叶捣烂外敷。跌扑瘀肿疼痛者，用叶捣烂，酒炒热敷或浸酒搽擦伤处。牙痛可煎水含漱，或取鲜叶捣敷于病牙间。皮肤湿疹，则用茎、叶煎水外洗。蛇虫咬伤，除捣汁酒调内服外，还可捣烂外敷于伤口周围。煎服，9—15克；鲜品，15—30克。

九里香根，功用与九里香相似，亦能散瘀止痛。煎服，用于跌打损伤，风湿痹痛，腰痛等症；煎水外洗或捣烂外敷，可治湿疹及疥癣。煎服，10—15克，鲜品15—30克。

实验研究：九里香叶含挥发油、香豆素类和黄酮类成分。挥发油中有左旋荜澄茄烯、甜没药烯等。香豆素类有九里香甲素、九里香乙素、九里香丙素、异九里香乙素、九里香香豆醇、5,7－二甲氧基－8－(3′－甲基－2′－酮基丁基)香豆素、7－甲氧基－8－(6′－乙酰氧基－2′－酮－3′－甲基丁基)香豆素等。黄酮类中有月橘素、6,7－和8－去甲氧基月橘素、3,6－二去甲氧基和3,6,8－三去甲氧基月橘素以及8－去甲氧基－4′－去甲基月橘素等。

从本品石油醚提取物中得到的一种不含氮的结晶性成分，对大鼠离体小肠有松弛作用。茎叶煎剂有局部麻醉作用，可用于表面麻醉，但局部刺激性较大。

紫苏梗

始载于《雷公炮炙论》。原名紫苏茎，又名苏梗。为唇形科植物紫苏 Perilla frutescens (L.) Britt. 的茎枝。主产于中国江苏、浙江、河北等省。

本品味辛、甘，性微温。归脾、胃、肺经。功能理气舒郁，安胎。主治气郁食滞之胸膈痞闷、脘腹胀痛等病症。用于气滞、胸膈脘腹痞满，与橘皮、大腹皮、半夏等配伍。治胎气不和，与黄芩、白术、砂仁等配伍；亦治妊娠呕吐。本品作用缓和，能使郁滞之气上下宣行而无辛散温燥之弊，体弱者用之更宜。煎服，4.5—9克。

薤白

始载于《神农本草经》。原名薤，又名薤根、薤白头。为百合科植物小根蒜 Allium macrostemon Bunge 的鳞茎。主产于中国东北及河北、江苏、湖北等省。

本品味辛、苦，性温。归肺、心、胃、大肠经。功能通阳散结，理气宽胸。主治胸痹心痛彻背、胸脘痞闷、咳喘痰多、脘腹疼痛、泄痢后重、白带等。

薤白理气宽胸，温通心阳，为治胸痹疼痛的要药，常与瓜蒌(栝楼)配伍，用于胸痹痰浊壅滞，胸阳不振，症见心痛彻背者，张仲景《金匮要略》栝楼薤白白酒汤、栝楼薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤，均以薤白、瓜蒌为主药。现代用治冠心病心绞痛都有较好疗效。临床应用常配以丹参、五灵脂等行血、活血之品，于通阳豁痰之外，又可收化瘀止痛之效。薤白温通散结，善调气滞，故凡寒凝气结所致的心腹疼痛，下焦气滞引起的泄利下重，均可用之。如《本草汇言》薤白汤，以本品配香附、川芎、白芷、干姜等治一切腹痛，并云无论湿、痰、食、寒、虚、实所致，都可用此方法加减应用。《肘后方》治奔豚气痛，即用本品捣汁饮服；《伤寒论》治泄利下重，于四逆散中加薤白，以泄气滞；《本草拾遗》治赤白下痢，用薤白配黄柏，既可清热燥湿，更能行气化滞，为标本兼治之法。薤白配伍当归，并治胎动冷痛。此外，薤白捣汁服，可吐胃中痰食、虫积；捣汁灌

鼻,《金匮要略》以之救卒死。煎服,5—10克。气虚者慎用,溃疡病患者不宜多用和久服。

实验研究:本品含蒜氨酸、甲基蒜氨酸及大蒜糖。煎剂在试管中能抑制痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌的生长。

川楝子

始载于《神农本草经》。原名楝实,又名金铃子。为楝科植物川楝 Melia toosendan Sieb. et Zucc. 的果实。冬季果实成熟时采收,晒干或烘干。

果实呈类圆形,直径2—3厘米;表面黄色至棕黄色,稍有光泽,微有凹陷及皱纹,具深棕色或黑色小圆点。顶端有花柱残痕,基部有凹陷的果柄痕或残存果柄。质坚实。外果皮薄,革质,果肉厚而松软,浅黄色,遇水湿润显粘性。果核黄色,球形或卵圆形,质坚硬两端平截,表面有6—8条纵棱;内分6—8室,每室含种子1粒,椭圆形,棕色。种仁乳白色,富油质。气微,味酸苦。主产于中国四川省。

本品味苦,性寒。有小毒。归肝、胃、小肠经。功能疏肝利气,泻火止痛,杀虫。主治热厥心痛、胃痛、胁痛、疝痛、虫积腹痛等。

川楝子苦寒性降,疏肝兼以泻火,用于肝郁气滞诸证,以有热象者为宜。气郁易于化火,气滞易致血瘀。临床用治肝气郁滞,气郁化火所致的心、胃、脘、腹、胸胁疼痛、疝痛以及气血瘀滞的妇女经行腹痛等症,常与延胡索配伍,如《素问病机气宜保命集》的金铃子散,即以二药研末酒服。若与小茴香、吴茱萸、木香等配用,亦治寒疝少腹胀痛,如《医方简义》导气汤;又《杨氏家藏方》金铃子散,取本品与巴豆同炒,去巴豆,伍以炒小茴香,用治膀胱疝气,闭塞下元,二便不通,痛不可忍者,皆取川楝子疏肝理气止痛之功。本品理气,性属寒凉,与北沙参、当归、生地、麦冬、枸杞子配用,可治脘胁疼痛而又见舌红少津等阴虚气滞之证,如《续名医类案》之一贯煎。若疝气瘕聚而有阴伤见症者,亦可于养阴药中加入本品,可使肝体得养,肝气条畅,且无苦燥伤阴之弊。与青皮、槟榔等配合,可治气滞,血瘀湿聚之少腹胀痛。与雷丸、槟榔、蛇床子配伍,可治虫积腹痛。近年临床有以本品制成油膏外用,能治头癣;与生大黄等配伍,可治气滞型胆结石病。煎服,5—10克。脾胃虚寒,大便稀溏者忌用。

实验研究:川楝子含有效成分川楝素,还含生物碱、山柰酚、树脂及鞣质。川楝素的药理作用见“苦楝皮”条。

法落海

始载于《滇南本草》。又名法罗海、法落梅。为伞形科植物阿坝当归 Angelica apaensis Shan et Yuan 的根。产于中国云南、四川省。

本品味辛、微苦,性温。归肺、脾经。功能行气止痛。主治胃肠气痛、腹胀以及肝气郁结所致的胁肋胀痛等。《滇南本草》载其专治“胃气、心气、肝气痛”。如以本品配木香、马蹄香等,制成“复方法落海消食片”,可用治腹胀、胃痛、消化不良。配白术、苡米,可治年久不愈之胃寒痛。此外,本品尚有疏风止咳作用,治疗外感所致的头痛、咳喘。煎服,3—9克;研末服,每次1.5—3克。

实验研究:阿坝当归根茎含氧化前胡素、异欧前胡内酯、水合氧化前胡素、白当归脑、白当归素、β谷甾醇和γ谷甾醇、廿四碳酸及少量挥发油。法落海有平喘、镇咳及抑菌作用。氧化前胡素有明显镇咳作用。

路路通

始载于《本草纲目拾遗》。又名枫实、枫果、枫球子。为金缕梅科植物枫香 Liquidambar formosana Hance 的果序。冬季果实成熟后采收,除去杂质,晒干。

果序呈圆球形,直径2—3厘米,表面灰棕色或暗棕色,具多数钝刺状宿存花柱及针刺状萼齿,刺长0.5—1厘米,常已折断。蒴果细小,直径1—2毫米,成熟时顶端开裂,则现多数蜂窝状小孔。果序基部残留果柄,长7厘米。种子1—2粒,细小,扁平有翅,淡棕色,有光泽。体轻,质硬木质化,不易破开。纵切后,断面不平坦,呈菊花状的隆起及凹陷。气微香,味淡。产于中国浙江、江苏、江西、福建、安徽、陕西等省。

本品味辛、苦,性平。归肝、胃、膀胱经。功能理气,活血,通络,利水。主治胃痛、痹痛、跌扑损伤瘀肿、经闭、乳少、水肿胀满、疥癣、湿疹等。

用于胃气疼痛,脘腹胀满者,配木香、枳壳、佛手等以行气宽中。风湿痹痛、腰痛、四肢拘挛麻木者,配秦艽、独活、桑寄生等以祛风通络。跌扑损伤,瘀血肿痛者,配红花、苏木、血竭等以活血散瘀。妇女经闭,或经行不畅、少腹胀痛者,配丹参、延胡索、茺蔚子等以活血通经;产后乳汁不下而乳房胀痛者,配青皮、穿山甲、王不留行等以疏通气血。水肿胀满,小便不利者,配茯苓、泽泻、大腹皮等以利水消肿。此外,本品尚有祛风止痒之效,用于风疹瘙痒,配白鲜皮、刺蒺藜等内服并外洗;用于过敏性鼻炎,配辛夷、苍耳等内服,对减少鼻腔分泌物有一定效果;烧存性研末,外用于皮肤湿癣、痔漏,有收敛、消炎作用。煎服,4.5—9克。月经过多及孕妇均不宜用。

实验研究:果序含挥发油等。预试含黄酮甙、酚类、有机酸及糖类。对大鼠蛋清性关节炎有一定的抗炎作用,可能与兴奋垂体-肾上腺皮质功能有关。

枫香树叶

始载于《本草纲目》。为金缕梅科植物枫香 Liquidambar formosana Hance 的叶。原植物分布于中国甘肃、陕西和长江流域及其以南各省、区。

本品味苦、辛，性平。功能行气止痛，散风除湿，止血，解毒。主治伤暑腹痛、胃脘疼痛、泄泻痢疾及痈肿发背、皮肤湿疹等。现代临床以枫香树叶制成50%—100%浓缩煎剂，治疗急性胃肠炎，小儿单纯性消化不良。又以枫香叶加入盐酸小檗碱、明胶、甲醛，制成止血粉剂(庐山止血粉)，可用于各种创伤及手术创面出血；内服对各种原因所引起的消化道出血和咳血，也有止血效果，而毒副作用则较轻微。煎服，鲜品15—30克；亦可捣烂取汁，以温开水和服。

实验研究：枫香叶含挥发油0.05%，中含α蒎烯和β蒎烯及少量α松油烯和β松油烯、柠檬烯、对聚伞花素、水芹烯、苏合树烯。另含鞣质13.5%。醇提取物吸水性及粘合性强，能形成膜状物附着于创面，可用作局部止血粉。

甘松

始载于《本草拾遗》。又名香松、甘松香。为败酱科植物甘松 Nardostachys chinensis Batal.及匙叶甘松 N. jatamansi DC.的根及根茎。秋末冬初茎叶将枯萎时采挖，去净泥沙、须根，晒干。

根茎短，上端有地上茎及多层枯叶的残基，呈狭长膜质片状或纤维状，外层棕黑色、内层棕色或黄色。根略呈圆锥形，上粗下细，多弯曲，单一或数条交结、并列或分枝，长5—15厘米，直径0.3—1厘米。表面粗糙，皱缩，棕褐色，有须根。质松脆，易折断。断面粗糙，皮部深棕色，木部黄白色。气香特异，味苦而辛。有清凉感。主产于中国四川省。

本品味辛、甘，性温。归脾、胃经。功能理气止痛，醒脾健胃。主治胃痛、心腹胀满卒痛、头痛、牙痛、脚气浮肿等病症。

甘松治胃痛，以气滞挟寒者为宜，多与山柰、香附、沉香之类配用。如兼脾胃气滞而食少者，于健运脾胃方中加用甘松，则更有顺气开胃作用。治心腹胀满，常与木香、厚朴配伍应用。张山雷自定"霍乱药酒方"，用甘松合干姜、附子、吴茱萸、黄连诸味，专治寒霍乱转筋入腹的证候，谓能温运脾胃，活络通经。甘松治头痛，常与白芷、川芎配伍。如眩晕属于风痰为患者，与半夏曲、天南星、陈皮同用。甘松外用治湿脚气，足膝浮肿，有收湿之功，如《普济方》甘松汤，即以甘松、荷叶、藁本三药，煎汤淋洗。甘松舒气解郁，温而不热，香而不燥，甘而不滞，为治疗气机郁滞，心腹诸痛的常用药物。但属于辛香之品，多用亦能耗气伤津，气血虚而挟热者慎用。煎汤，5—10克。

实验研究：甘松根及根茎含马兜铃-1(10)-烯-2-酮、马兜铃-9-烯-1α-醇、9-马兜铃烯、1(10)-马兜铃烯、1,2,9,10-四去氢马兜铃烷、甘松酮、缬草酮、甘松新酮、德比酮、甘松香醇A、马阿里醇、β马阿里烯、广藿香醇、β广藿香烯等；匙叶甘松根和根茎含马兜铃-1(10)-烯-2-酮、马兜铃-9-烯-1α-醇、马兜铃烯、马阿里醇、甘松酮、缬草酮、戊酸牻牛儿醇酯、戊酸香茅醇酯、甘松醇、甘松素、甘松酸、山芹醇、白菖烯、白菖烯醇、甘松薁醇等。又含猕猴桃碱。

甘松与缬草相似，有镇静及一定的安定作用，但毒性较缬草为强。缬草酮尚有抗惊厥(最大电休克)及抗心律失常作用，能拮抗犬因冠脉结扎而引起的室性异位早搏及乌头碱性心房颤动；而延长不应期及减慢心率的作用弱于奎尼丁。宽叶甘松对支气管、肠胃道平滑肌有解痉作用，并能降低动物血压。

九香虫

始载于《本草纲目》。又名黑兜虫、瓜黑蝽、屁板虫。为蝽科动物九香虫 Aspongopus chinensis Dallas 的全体。8月至翌年3月捕捉，置容器中，加酒闷死或用沸水烫死后，阴干或微火烘干。

虫体略呈六角状扁椭圆形，长1.6—2厘米，宽1厘米，棕褐色或棕黑色。头很小略呈三角形，复眼一对，突出呈卵圆状，单眼一对，触角一对，多脱落。前胸背板较宽大，呈倒三角形，略向前倾。胸部具翅2对，前翅为半鞘翅，后翅为膜翅。胸足三对，多数脱落。腹部具环节。质脆，有茴香气，味微咸。主产于中国四川、贵州等省。

本品味咸，性温。归肝、胃、肾经。功能理气止痛，温肾壮阳。主治胸膈气滞、脘胁胀痛、肝胃气痛、阳痿等。

本品配车前子、橘皮、白术、杜仲，治膈间气滞，脾肾亏损，元阳不足。配柴胡、枳壳，治肝胃气痛；配当归、白芍，治肝病胁痛；配巴戟天、补骨脂，治阳痿。煎服，5—10克。或入丸散，凡阴虚阳亢者慎服。

实验研究：九香虫干燥虫体含脂肪、蛋白质及甲壳质。脂肪中含有硬脂酸、棕榈酸、油酸。其臭味来源于醛或酮。

天仙藤

始载于《本草图经》。又名都淋藤、马兜铃藤、青木香藤。为马兜铃科植物马兜铃 Aristolochia debilis Sieb. et Zucc.或北马兜铃 A. contorta Bunge 的带叶藤茎。主产于中国浙江、江苏、湖北、江西、河南等省。

本品味苦、性温。归肝、脾经。功能行气化湿，活血止痛。主治脘腹疼痛、疝气痛、产后血气腹痛、妊娠水肿以及风湿痹痛等。

《本草正义》谓本品"宣通经隧，导达郁滞，疏肝行气"。气顺血行，则风气、水湿、痰凝、血瘀诸邪可去，故凡腹痛、疝气、癥聚及妇人产后腹痛，属于气滞血涩的病证均可用之。治脘腹痛，可配香附、乌药；治疝气痛，可配延胡索、吴茱萸、小茴香；治产后腹痛，可配延胡索、山楂，或当归、茺蔚子，或桂枝、茯苓。用治妊娠水肿，可与香附、

陈皮、乌药、木瓜、苏叶等药配伍。本品兼有通络之功，故亦治风湿痹痛，如《证治准绳》经验九藤酒，即大仙藤与红藤、丁公藤、钩藤、忍冬藤等药浸酒服，治疗远年痛风及中风左瘫右痪，筋脉拘急，日夜作痛。若治痰注臂痛，则可与姜黄、羌活、白芷、半夏、白术同用。煎服，5—10克。

实验研究：大仙藤的内酮提取物对小鼠腹水癌有抑制作用。

鸭儿芹

又名鸭脚板、水白芷、野芹菜。为伞形科植物鸭儿芹 Cryptotaenia japonica Hassk. 的全草。分布于中国河北、山西、陕西及长江以南各省、区。

本品味辛、苦，性平。功能行气活血，消肿解毒，止咳止痒。主治疝气疼痛、跌打损伤、痈肿疮毒、咳嗽及皮肤瘙痒等。

疝气痛，可配吴茱萸、荔枝核、木姜子等疏肝理气，祛寒止痛；跌打损伤，瘀滞疼痛者，可煎汤或研末服；痈肿疮毒，则可配清热解毒药，如金银花、东风菜、马兰等煎服，并可用鲜草捣烂外敷。用于外感风寒咳嗽者，可配紫苏、陈皮、铁筷子等以散寒理气止咳；因于肺热者，则配鱼腥草、桔梗等以清肺祛痰。皮肤瘙痒，可用鲜草煎水外洗。煎服，15—30克。

实验研究：鸭儿芹茎叶含挥发油，其中有异丙叉丙酮、异丙烯基丙酮、甲基异丁基甲酮、α蒎烯及β蒎烯、莰烯、β月桂烯、二戊烯、对聚伞花素、γ松油烯、异松油烯、反式β罗勒烯。

隔山香

始载于《植物名实图考》。又名鸡山香、英雄草、鸡爪前胡。为伞形科植物隔山香 Angelica citriodora Hance 的根。原植物分布于中国广东、广西、福建、浙江、江西、湖南等省、区。

本品味苦、辛，性平。功能行气止痛，活血散瘀，解毒。主治胃痛、心绞痛、风湿痹痛、疝痛、经闭、跌打损伤、痢疾及毒蛇咬伤等。一般都作煎剂内服。本品还有疏风、止咳作用，治外感风寒，可与紫苏叶、生姜同用；慢性气管炎之咳嗽，可配虎刺、紫金牛、水田七；风湿痹痛，亦可浸酒服。跌打损伤，除内服外，还可用鲜根捣烂外敷或浸酒外搽。煎服，10—15克；鲜品，15—30克。研末服，2—3克。

厚朴

始载于《神农本草经》。又名川朴、油朴、厚皮、赤朴。为木兰科植物厚朴 Magnolia officinalis Rehd. et Wils. 或凹叶厚朴 M. officinalis Rehd. et Wils. var. biloba Rehd. et Wils. 的干皮、根皮或枝皮。4—6月选生长15—20年以上的植株剥取干皮或根皮，置沸水中微煮后，堆置阴湿处发汗，至内表面变紫褐色或棕褐色时，取出干燥，再蒸软，卷成筒状，阴干；细小的根皮及枝皮可直接切断阴干。

由于采皮的部位及加工形状不同，商品药材主要有筒朴、靴筒朴、根朴、枝朴四类。

(1) 筒朴：为干皮加工而成，呈卷筒状，单筒者习称"单卷朴"，双筒者习称"如意朴"。长30—35厘米，厚2—7毫米。外表面灰棕色或灰褐色，较薄的皮，表面裂纹少，可见椭圆形皮孔和纵皱纹；较厚的皮，表面粗糙，栓皮鳞片状，较易剥落，刮去粗皮者显黄棕色；内表面紫棕色，较平滑，具细密纵纹，划之显油痕。质坚硬，不易折断，断面颗粒性，外层灰棕色，内层紫褐色，有油性，有的可见多数小而闪光的结晶。气香，味辛辣，嚼后残渣极少。

(2) 靴筒朴：为近根部干皮加工而成，因上薄下厚，上端为单卷筒状，下端展开成喇叭口形，长13—25厘米，厚3—8毫米。易折断，嚼后残渣少。其他特征同筒朴。

(3) 根朴：为根皮加工而成。呈单卷筒状或不规则块片，有的弯曲似鸡肠，习称"鸡肠朴"。长15—30厘米，厚2—3毫米。质硬，较易折断，断面呈纤维性，嚼后有残渣。其他特征同筒朴。

(4) 枝朴：为枝皮加工而成。呈单卷筒状，长10—20厘米，厚1—2毫米。质脆，易折断，断面纤维性。嚼后多残渣。其他特征同筒朴。

主产于中国四川、湖北、浙江、安徽等省。

本品味辛、苦，性温。归脾、胃、大肠经。功能下气，消痰，燥湿，除满。主治脘腹痞满胀痛、宿食不消、寒湿泻痢、痰壅气逆、胸满咳喘等。

厚朴辛散苦降，既能行肠胃气滞，且可燥湿运脾，食停不化，脘腹胀满嗳腐，多与山楂、神曲、麦芽等消食药同用。如肠胃积滞较重，脘腹胀痛，大便不通，需重用本品，辅以泻下攻积之大黄、枳实以泄实满，此即《金匮要略》厚朴三物汤。近代有以上方加莱菔子，用治单纯性肠梗阻，有一定疗效。

其治湿阻中焦，脘腹痞满，湿盛者合苍术、陈皮，如《局方》平胃散；寒湿重者，配干姜、草豆蔻，如《内外伤辨惑论》厚朴温中汤；湿热并重者伍黄连、石菖蒲，如《霍乱论》王氏连朴饮。《名医别录》又谓其能"厚肠胃，治泄痢"，诸如湿滞食积，中寒洞泄，水谷久痢均可使用。此外，湿痰阻肺，胸闷气逆，咳喘痰多，常与麻黄、杏仁、半夏等药同用，方如《金匮要略》厚朴麻黄汤；痰气交阻，咽中如有炙脔，可与半夏、茯苓、苏叶为伍，如《金匮要略》半夏厚朴汤。本品辛散苦温而燥，易于耗气伤津，故气虚津枯者不宜，孕妇亦慎用。煎服，3—10克。燥湿泄满生用，止呕姜汁炒用。

厚朴花，味辛、微苦，性微温。功能行气宽中，开郁化湿。常用于肝胃气滞，胸胁痞满、胃脘胀痛、食欲不振等病症。

实验研究:厚朴及凹叶厚朴的树皮均含挥发油,主成分为β桉叶醇,还有厚朴酚、四氢厚朴酚、和朴酚、异厚朴酚。另含木兰箭毒碱。有报告另有一种水溶性生物碱,称为厚朴碱,结构未定。厚朴碱具有横纹肌松弛作用,作用强度约为筒箭毒碱的1/80,碘甲烷化后,活性可明显提高,属非去极化型肌松剂。木兰箭毒碱也有松弛横纹肌的作用。厚朴酚具有明显的中枢性肌肉松弛作用。厚朴的乙醚浸膏对小鼠有镇静作用,使脑内5-羟色胺及其代谢产物的含量有所增加,而对儿茶酚胺的含量无明显影响。厚朴酚也具有显著的中枢抑制作用。厚朴酚对实验性胃溃疡有防治作用,并对组胺所致十二指肠痉挛有一定的抑制作用。能抑制胃酸分泌。厚朴碱能降低动物血压,并使心率加快。厚朴碱还能使在位小肠张力下降。煎剂对离体肠管及支气管平滑肌呈兴奋作用,大量时则抑制。煎剂在体外有广谱的抗菌作用,如金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌及常见致病真菌等,其抗菌成分较稳定,不易被热、酸、碱所破坏。还有报道煎剂对人工感染炭疽杆菌的豚鼠,能明显延长死亡时间,对小鼠实验性病毒性肝炎,有改善实质性病理损害的作用。煎剂在体外尚能杀死猪蛔虫。厚朴所含毒性成分主为木兰箭毒碱,但其在肠道内吸收很慢,吸收后即由肾脏排泄,在血中浓度较低,故口服毒性较小,大剂量可引起呼吸抑制而死亡。

厚朴花酊剂水溶物也有降压作用。

降香

始载于《海药本草》。原名降真香,又名紫降香。为豆科植物降香檀 Dalbergia odorifera T.Chen 的心材。主产于中国海南省。

本品味辛,性温。归肝、心、脾经。功能理气,散瘀,止血,定痛。主治脘腹胸胁痛及跌打损伤、血瘀肿痛、内外出血等。

用治胃脘痛配蒲黄、五灵脂;胁肋痛合郁金、丝瓜络;胸痹卒心痛,则常伍丹参、赤芍、川芎、红花等;现代经验方冠心二号方中亦有本品,用于冠心病心绞痛,有缓解疼痛的效果。治疗跌打损伤所致的体内、体外出血,血瘀肿痛,配伍血竭或乳香、没药、参三七等制成丸、散内服或外敷,既能散瘀消肿,又可止血生肌。《名医别录》单用本品为末外敷,治刀伤出血。唐容川云:"止血莫先于降气。"其性沉降,对于血瘀或气逆所引起的内伤吐血、咯血等均可随证加入。如怒伤吐血,两胁俱痛,配以丹皮、郁金、归须;气逆咳血,伍以杏仁、贝母、橘皮等。此外,尚可用于肝郁所致的小便不通或寒疝腹痛,可分别与麝香、牛膝、琥珀和川楝、茴香、乌药同用。

总之,本品既入气分,又入血分,并有活血止血双重作用,故较适用于血瘀气滞诸病。降香系辛温之品,血热出血者不宜。煎服,3—6克;研末服,2—3克。

沉香

始载于《名医别录》。又名蜜香、沉水香。为瑞香科植物白木香 Aquilaria sinensis (Lour.) Gilg.或沉香 A.agallocha Roxb.含有黑色树脂的心材。前者药材为国产沉香;后者药材为进口沉香。

国产沉香:呈片状或不规则长条状,大小不一,长5—10厘米,宽2—5厘米,厚约1厘米。块片的加工面有刀凿削痕,由棕黑色的含树脂部分与淡黄色木质部交错形成纵花纹,棕黑色部分微显光泽;另一面为受伤后树脂渗出的固结面,土黄棕色,凹凸不平,有裂纹,并可见蜂窝状小孔,刀刮之成粉末状脱落。质硬,大多不沉于水。有特异香气,味微苦,燃烧时有浓烟及强烈香气,并有黑色油状物渗出。饮片为纵横刨片,可见淡棕色组织中密布棕黑色纵行斑纹或斑点。主产于中国广东、海南、广西等省、区。

进口沉香:通常为长约10厘米,宽2—4厘米的条块,两端或表面有刀劈痕,表面黄棕色至暗棕色,密布断续的棕黑色细纵纹(含树脂的木射线),有时可见棕黑色树脂斑痕,横断面可见细密棕黑色的斑点。质坚硬而重,能沉于水或半沉半浮。香气较浓烈。产于印度尼西亚、马来西亚、柬埔寨等国家。

本品味辛、苦,性温。归脾、胃、肾经。功能理气降逆,温脾暖肾。主治寒凝气滞而致的胸胁脘腹胀闷疼痛,以及下焦虚寒,寒气上逆引起的呕吐、呃逆、喘咳等。

用治寒凝气滞,胸腹胀满,攻冲作痛,嗳气吞酸,每与香附、砂仁为伍,如《和剂局方》沉香降气散。脾胃虚寒积冷,脘腹痛喜热熨,甚则肢冷便溏,须与温里散寒之附子、干姜同用,如《卫生宝鉴》沉香桂附丸。胃寒呕吐、呃逆者,合紫苏、白豆蔻或丁香、柿蒂同用,以加强温胃止呕、止呃作用。本品既可降逆,又能温肾纳气,如合人参、附子、熟地、五味子等同用,可治下元虚寒,肾不纳气之气逆喘息,呼易吸难,对肝气上逆而致的喘息,胸膈不舒者,又当与人参、乌药、槟榔等药合用,如《济生方》四磨汤。如配理气化痰之木香、枳壳、莱菔子,可治腹胀气喘,不能平卧,方如《证治准绳》沉香散。若伍苏子、橘皮、半夏等,则治下虚上盛之痰喘,如《和剂局方》苏子降气汤。现有用沉香合侧柏叶研末吞服,治疗支气管哮喘,有一定疗效。本品与乌药、小茴香同用,可治寒疝腹痛;配五灵脂、延胡索,能治寒瘀痛经;伍肉苁蓉、麻仁,治大肠虚秘;合补骨脂、阳起石,治阳痿精冷。此外,又治少腹坠胀,小便艰涩,尿出无力之气淋,有化气通淋之功。综观以上诸治,本品辛散温通,扶脾达肾,摄火归元;有降气之功,而无破气之害,乃是治冷气、逆气、气郁、气结要药。然究系辛温之品,故阴虚火旺或气虚下陷者均当慎用。煎服,3—5克;研末服,0.5—1克。入汤剂宜后下。

沉香曲,为沉香等多种药末和以神曲糊制成的曲剂。

本品味辛、苦,性温。功能解表和里,理气化滞。用于感冒风寒,食积气滞,脘腹胀痛,呕吐泄泻等病。煎服,5—10克。

实验研究:沉香的挥发油中含有苄基丙酮、对甲氧基苄基丙酮、氢化桂皮酸、沉香螺醇、沉香醇、沉香四醇、α沉香呋喃和β沉香呋喃、二氢沉香呋喃、去甲沉香呋喃酮、4-羟基二氢沉香呋喃、3,4-二羟基二氢沉香呋喃等。从木部所得挥发油中,含有沉香螺醇,白木香酸和白木香醛。

白木香的挥发油具有麻醉、肌松、止痛等作用。

乌药

始载于《本草拾遗》。为樟科植物乌药 Lindera aggregata (Sims) Kosterm 的块根。全年均可采挖,除去茎叶及须根,洗净,晒干。栓皮切成厚1—2毫米横切片晒干或烘干。

根呈圆柱形或纺锤形,略弯曲,有的中部收缩成连珠状,大小不等,长5—15厘米,直径1—3厘米。表面黄棕色或灰棕色,具细纵皱纹及须根痕,并有环状裂纹,皮部易脱落而露出纤维状导管束。质坚硬,不易折断。乌药片切面黄白色或淡黄棕色,中央色较深,有放射状纹理(木射线)及环纹(年轮),气香,味微苦辛。有清凉感。主产于中国浙江、安徽、湖南、广东、广西等省、区。

本品味辛,性温。归脾、肺、肾、膀胱经。功能行气止痛,温肾散寒。主治胸腹胀痛,气逆喘急,膀胱虚冷,遗尿尿频,疝气,经痛,产后腹痛等。

用于寒郁气滞所致的胸闷、胁痛,或脘腹胀痛,常与陈皮、桔梗、枳壳、川芎等药配用,如《和剂局方》乌药顺气散。用于七情郁结而气逆喘急,脘闷不食,则多与人参、槟榔、沉香等药磨水煎服,如《济生方》四磨汤。乌药辛开温通,不仅上走脾肺而疏理胸腹邪逆之气,又能下达膀胱与肾而能温散肾经虚寒。用于小便频数、白浊属膀胱虚冷者,常配益智仁、山药糊丸服,如《魏氏家藏方》固真丹(即《妇人良方》缩泉丸)。用于小肠疝气,少腹疼痛,睾丸胀坠,配木香、青皮、炒茴香、川楝子、槟榔等药研末,温酒送服,如《医学发明》天台乌药散。用于妇人肝郁气滞,经来腹痛,常配沉香、延胡索、当归、肉桂等温经理气药同用。用于食滞气逆,腹中疼痛,配陈皮、藿香、厚朴、枳壳、山楂、麦芽等理气导滞药合用,如《景岳全书》排气饮。乌药性温,功专行散,为脘腹胸胁疼痛胀闷,因于寒凝气滞者之常用药物。对气血虚而内热者,虽有气滞,亦当慎用。煎服,3—10克。

实验研究:乌药根含挥发油0.1%—0.2%。根茎含钓樟环氧内酯、钓樟烯醇、钓樟内酯、异钓樟内酯、新钓樟内酯、钓樟烯酮、钓樟根内酯、去氢钓樟根内酯、钓樟烯、钓樟根烯、钓樟烯醇乙酸酯、异氧化钓樟素。又含新木姜子碱、钓樟醇、乌药酸、钓樟薁等。乌药有促进肠运动作用;长期饲喂大鼠,可使体重增加较快。

青皮

始载于《本草图经》,原名青橘。又名青橘皮、青柑皮。为芸香科植物橘 Citrus reticulata Blanco 及其变种未成熟的果皮或幼果。主产于中国福建、浙江、四川等省。

本品味苦、辛,性温。归肝、胆、胃经。功能疏肝破气,消积化滞。主治肝郁气滞及痰凝之胁肋胀痛,久疟癖块,疝气痛,睾丸肿痛;食积气滞之胃脘胀痛等病症。

本品为治郁怒气逆,胁肋刺痛之要药,常配柴胡、香附、郁金等疏肝行气药同用。如为痰饮所致的胸胁痛兼咳喘者,可配白芥子、苏子化痰破气;由跌打损伤瘀滞引起者,则配以活血行气药,如赤芍、川芎、当归等;伴有肝脾肿大者,则与三棱、莪术等破血消癥药同用。如久疟热盛者,用本品配柴胡、黄芩、半夏、川朴等疏肝清胆、化痰祛湿药,可防癖块之形成;癖块已成者,可配鳖甲、人参等以渐消之。青皮治疝气痛,可与乌药、小茴香、川楝子等配用;对慢性睾丸炎、睾丸结核,前列腺炎引起的睾丸肿痛,小腹胀痛,可与橘核配伍。乳房结块,不痛不痒,用青皮一味研末服;或与香附、郁金等理气解郁之品同煎服。若乳痈成脓,则于金银花、蒲公英、瓜蒌等清热解毒药中加入本品以理气散结。青皮有健胃行气消积之功,配白术、山楂、麦芽、草豆蔻等,常用于食滞不化的脘腹胀满疼痛,及小儿疳积肚腹膨大、老人停食腹胀等。如胃脘气滞作痛,日久不愈,食后痛甚,多与延胡索、乌药等行气止痛之品同用。本品为破气克削之品,体虚者宜配党参、白术等补脾药同用,以免耗伤正气。入药醋炒或麸炒用。煎服,3—9克。

实验研究:果皮含挥发油,其中主要成分为右旋柠檬烯和柠檬醛。还含川陈皮素、橙皮甙、新橙皮甙、维生素B_1、肌醇。青皮中苯福林(辛弗林)含量(0.26%)较陈皮为高。

含柠檬烯之挥发油有祛痰作用,含苯福林的甲醇提取物,对豚鼠支气管有解痉、平喘作用。煎剂对离体肠管有抑制及解痉作用,这是由于它直接抑制肠管平滑肌。水煎醇沉注射液静脉注射,能升高动物血压,治疗某些实验性休克,这是由于兴奋了α肾上腺素受体所致,与苯福林相似;但它还有兴奋心脏即兴奋β受体的作用。此外,它还能松弛豚鼠胆囊,增加大鼠胆汁流量。

大腹皮

始载于侯宁极《药谱》。又名槟榔皮。为棕榈科植物槟榔 Areca catechu L. 的果皮。12月至次年5月采收成熟果实,剥取外果皮,习称"大腹皮",除去外果皮与内果皮硬壳,留中果皮纤维,煮后干燥,打松,晒干,习称"大腹毛"或"大腹绒"。

大腹皮呈半椭圆形,似瓢状,长4—7厘米,宽2—3.5厘米,厚2—5毫米,外表面深棕色至近黑色,有的具不规则的纵皱纹及隆起的横纹,顶端有花柱残痕,基部有果柄及残存萼片。内果皮硬壳状,凹陷呈心脏形,褐色或深棕色,内表面光滑,有时破裂,裂面可纵向撕裂,呈棕毛状,黄白色或淡棕色。体轻,质柔韧。气微,味微涩。大腹毛主要为中果皮纤维部分,呈乱丝团状,长4—7厘米。黄白色或淡棕色。可见附着的外果皮及内果皮碎片。体轻,质柔韧。无臭,味淡。主产于中国广东省。

本品味辛,性微温。归脾、胃、大肠、小肠经。功能下气宽中,行水消肿。主治脘腹痞胀、大便不爽、水肿、脚气、小便不利等病症。

用于气机壅滞所致脘腹痞闷,胁肋满胀,常配紫苏、木香、沉香、陈皮等理气药同用。用于湿阻气滞所致的脘腹胀满,可配厚朴、陈皮等以化湿行气。本品通过适当配伍,亦可用治虚胀,例如《斗门方》以本品配入六君子汤,治中气虚滞而成腹胀者,有服之即通的功效。前人称大腹皮之功,尤长于消肿,《三因方》五皮饮,用本品与生姜皮、桑白皮、陈皮、茯苓皮配伍,治全身水肿,胸腹胀闷,上气喘急,小便不利;《太平圣惠方》用大腹皮合槟榔、木香、桑皮、牵牛等药,治脚气,肿满腹胀,二便秘涩,均取行水消肿之功。大腹皮与槟榔皆有下气宽中之效,但槟榔之性沉降而急,多用其泄有形之积滞;大腹皮性缓轻浮,常用其散无形之滞气。煎服,5—10克。

实验研究:槟榔果皮含α儿茶精。

白檀香

始载于《名医别录》。为檀香科植物檀香 Santalum album L.的心材。主产于印度、印度尼西亚及马来西亚等国家。中国台湾、海南省有栽培。

本品味辛,性温。归脾、胃、肺经。功能理气止痛,利膈和胃。主治脘腹胀痛、吐泻、噎膈、心胸闷痛以及虚寒疝痛等症。本品尤擅调理上、中焦气机,故临床多用以治疗肝胃气滞诸痛。如寒凝气滞之脘腹冷痛,可与乌药、干姜、丁香等配伍治胃脘久痛气血失调者,配丹参、砂仁,如丹参饮。治寒湿霍乱,吐泻腹痛,则配藿香、生姜、肉桂等;治噎膈呕吐,饮食不进,用之可利气通膈,每与橘红、茯苓共研细末,人参煎汤调服。檀香亦治心胸闷痛,配丹参、毛冬青等治冠心病心绞痛之因于气滞血瘀、胸阳痹阻者,有理气活血、宽胸止痛之效。治寒疝气痛,与乌药、玄胡索等配伍,有散寒理气之功。入药宜生用,忌火。煎服,1.5—4.5克,后入;或研末、磨汁冲服。阴虚火盛者慎用。

实验研究:檀香心材含挥发油(白檀油)3%—5%、根部心材含油率达10%,茎部心材次之。油中主成分为α檀香萜醇和β檀香萜醇,共达90%以上;并含檀萜烯、α檀香萜烯和β檀香萜烯、檀萜烯酮、檀萜烯酮醇及少量的檀香萜酸、檀油酸、异戊醛、三环准檀香醛。又含表-β-檀香萜烯,表-β-檀香萜醇,β金合欢烯,黑蚁素及特殊氨基酸化合物:顺式的和反式的4-羟基脯氨酸、对称-高精脒、γ-L-谷酰基-S-(丙-1-烯基)半胱氨酸、砜。

白檀油有微弱的抗菌及利尿作用,对皮肤,粘膜有刺激性。

橘核

始载于《日华子诸家本草》。又名橘米、橘仁。为芸香科植物橘 Citrus reticulata Blanco 及其变种成熟果实的种子。原植物中国长江以南各省、区均有栽培。

本品味苦,性平。归肝、肾经。功能行气,散结,止痛。主治小肠疝气、睾丸肿痛、乳痈肿疼等病症。对于疝气、睾丸肿痛,可单用本品炒研,黄酒煎服;配伍海藻、川楝子、桃仁、桂心等药研末以酒糊丸服,可治癞疝、卵核肿胀、偏坠,如《济生方》橘核丸。用治乳痈初起未溃,黄酒煎服(不饮酒者水煎,服时加酒少许);另以橘核研成细粉,酒调用纱布摊贴患部,干燥后更换。本品配茴香、葫芦巴、补骨脂、附子等,还可用治寒湿下注之肾冷腰痛。煎服,6—10克。微炒杵碎入煎效佳。体虚患者禁用。

实验研究:橘的种子含苦味成分黄柏内酯、闹米林,并含脂肪油、蛋白质。

荔枝核

始载于《本草衍义》。又名荔仁。为无患子科植物荔枝 Litchi chinensis Sonn.的种子。主产于中国广东、广西。

本品味甘、微苦、涩,性温。归肝、肾经。功能疏肝行气,散寒止痛。主治疝气痛、睾丸肿痛、胃脘痛、少腹痛以及奔豚气痛等。本品人肝经血分,能行血中之气,如肝经血分为寒湿气滞所致的疝气痛、睾丸肿痛,用之最宜。常与橘核、小茴香、川楝子、青皮、乌药等配伍应用。有热加黄柏,寒甚加肉桂。亦可单用荔枝核,煅存性为末,以酒调服。《坦仙皆效方》玉环来笑丹,治疝气癞肿,与陈皮、硫黄研末为丸,痛时空心酒下。

治胃脘痛,可单用荔枝核研末醋调服。治心腹胃脘久痛,屡触屡发者,配木香为末服。若由寒湿气滞血瘀所致的胃脘痛,可与高良姜、香附、五灵脂配伍。妇人少腹中血气刺痛,则煅存性,与香附共研为末服。治奔豚气痛,常与小茴香、木香、吴萸、肉桂同用。煎服,6—9克;研末服,1.5—3克。

实验研究:荔枝核含皂甙、鞣质、α-(亚甲环丙基)甘氨酸。后者给小鼠皮下注射,可显著降低血糖。

柿蒂

始载于《本草拾遗》。又名柿钱、柿丁、柿萼。为柿科

植物柿 Diospyros kaki L. f. 的宿存花萼。主产于中国河南、山东省。

本品味苦、涩，性平。归胃经。功能降逆止呃，主治呃逆、噫气、胸气反胃等。

可单用本品煎水服，或与旋覆花、代赭石、刀豆子合用，有加强降逆止呃的作用。胃寒呃逆，可配丁香、生姜；胃热呃逆，可配黄连、竹茹；体虚呃逆，可加人参；饮食痰气呃逆，可于苍朴二陈汤内加柿蒂数枚煎服。此外，《奇效良方》柿蒂散，以干柿蒂烧存性为末服，用治血淋。近有用柿蒂与明矾、冰片等药配制成滴耳油滴耳，治疗慢性中耳炎有效。煎服，5—12 克。

实验研究：柿蒂含三萜类物质：齐墩果酸、熊果酸、19－羟基熊果酸、无羁萜、β谷甾醇及其葡萄糖甙；黄酮类物质：山柰酚、槲皮素、三叶豆甙、金丝桃甙、黄芪甙、异槲皮甙。还含丁香酸、香荚兰酸、没食子酸、硬脂酸、棕榈酸、琥珀酸等。

刀豆

始载于《救荒本草》。又名刀豆子。为豆科植物刀豆 Canavalia gladiata (Jacq.) DC. 的种子。主产于中国江苏、湖北、安徽等省。

本品味甘，性温。归脾、胃、肾经。功能温中下气，益肾补元。主治虚寒呃逆、小儿疝气痛、乳房胀痛、肾虚腰痛等。

刀豆善治呃逆，凡因于胃中虚寒及肾虚气不归元者，用之能温中降逆，下气归元，而呃逆自止；至于气滞呃逆而胸闷不舒者，亦可应用。可单用烧存性研末服，或与丁香、柿蒂等同用。本品治小儿疝气疼痛，也可单用刀豆研末服。若治气血不和之乳房胀痛，用刀豆配丝瓜络烧灰兑酒服亦效。用治肾虚腰痛，将刀豆包于猪腰子内煮服；如加入小茴香、吴茱萸、破故纸等补肾暖腰之品同用，则功效更佳。此外，也用治鼻渊，可将本品焙干研末酒服。与甘草、冰糖同煮服，可治百日咳。煎服，4.5—9 克；或烧存性研末服。

实验研究：刀豆种子含尿素酶、血球凝集素、刀豆氨酸、刀豆球朊；未成熟种子含赤霉素 A_{50} 等。血球凝集素在体外能抑制人体食管癌、肝细胞株及小鼠白血病淋巴母细胞株的生长；腹腔注射能明显延长白血病－1210 小鼠的生存期，对移植性肿瘤如肉瘤－180、瓦克癌－256、艾氏腹水癌等均有抑制作用。血球凝集素能促进细胞从静止的 G_0 期进入活动的 G_1 期，使对化学治疗不敏感的 G_0 期肿瘤细胞进入活动和分裂状态，从而增加了对化学药物的敏感性。但其直接抗肿瘤作用不很强。在体内，血球凝集素能明显刺激小淋巴细胞转化为淋巴母细胞，继而分裂增殖，同时释放淋巴因子；又能刺激骨髓造血功能，保护或提升白细胞，提高巨噬细胞的吞噬功能；又能诱生干扰素，故能从多方面调动机体的抗肿瘤功能。

李根皮

始载于《名医别录》。又名甘李根白皮。为蔷薇科植物李 Prunus salicina Lindl. 根皮的韧皮部。原植物在中国大部分地区有栽培。

本品味苦，性寒。归肝经。功能降逆，燥湿，清热解毒。主治奔豚气逆、湿热痢疾、赤白带下、消渴、丹毒等病症。《金匮要略》治"奔豚气上冲胸，腹痛，往来寒热"之奔豚汤中用之，取其能下气降逆。日华子、孟诜治赤白痢疾与赤白带下，以本品煎服，乃取其能燥湿清热。本品外用，有消肿解毒作用，《千金方》治小儿丹毒，用李根皮烧存性研末水调涂。煎服，9—15 克。本品苦寒，性兼降泄，脾虚便泄患者忌用。

梧桐子

始载于《履巉岩本草》。又名瓢儿果。为梧桐科植物梧桐 Firmiana simplex (L.) W. F. Wight 的种子。原植物在中国华南至河北各省、区均有栽培。

本品味甘，性平。功能和胃顺气，健脾消食。主治胃脘疼痛、伤食腹泻、疝气等病。伤食所致的腹痛、腹泻，可与青藤香研末调服。治小儿口疮，和鸡子烧存性研末掺。此外，《本草纲目》用于治疗白发，取本品捣汁涂；临床常配何首乌、黑芝麻、熟地等煎服。煎服，3—9 克；或炒香研末服，2—3 克。多食可有烦热、失眠等副作用。

梧桐叶，可用于外治痈疮肿毒、痔疮、臁疮及外伤出血。

实验研究：梧桐子含脂肪油（不干性油）39.69%，油中分离出苹婆酸、锦葵酸。还含咖啡碱。叶含甜菜碱、胆碱、β香树脂醇、β谷甾醇、卅一烷及芸香甙。

梧桐子口服可促进家兔血小板凝集。叶浸膏在动物实验中有降低血压和血清胆固醇的作用。

香附

始载于《名医别录》。原名莎草根。为莎草科植物莎草 Cyperus rotundus L. 的根茎。春、夏、秋三季均可采收，一般在秋季采挖，用火燎去须根及鳞叶，晒干，也可置沸水中略煮或蒸透后晒干，再撞擦去净毛须。

根茎多呈纺锤形，有时略弯曲。长 1.5—3.5 厘米，直径 0.5—1 厘米。表面棕褐色或黑褐色，有细密纵皱纹及 6—10 个略隆起的环节，节上有多数棕色毛须及残留的根痕。去净毛须者，外表较光滑，环节不明显。质坚硬，经蒸煮者断面棕黄色或紫红色，角质样；生晒者断面色白而呈粉性。内皮层环纹明显，棕色，可见多数散在点状维管束。气芳香，味苦。中国大部分地区均产，主产于

山东、浙江、江苏、安徽、福建、湖南、湖北、河南等省。以浙江和山东产者品质较佳。

本品味辛、微苦、微甘,性平。归肝、三焦经。功能行气解郁,调经止痛。主治肝郁气滞所致的胸胁脘腹胀痛、消化不良、胸脘痞闷、妇女月经不调、经行腹痛以及崩漏带下等。前人经验,香附善于升降诸气,解郁止痛,一切气滞作痛,均可以此随证配伍,寒者佐以乌药;热者伍以黄连;气虚配人参、白术;血虚合当归、熟地。

李时珍以香附配艾叶,醋制为丸,泛治心气痛、腹痛、少腹痛。如与苏叶等药同用,又可治外感风寒而内有气滞之证,如《和剂局方》香苏散。因本品善于疏理肝气,凡肝郁气滞,而见胁肋胀痛等症者,每与柴胡、白芍、枳壳等药同用,如《景岳全书》柴胡疏肝散。肝气犯胃,脘痛连胁,胸闷不舒,胃有寒凝者,可配以高良姜,疏肝温胃,行气止痛,如《良方集腋》良附丸;若属肝火犯胃者,则配以山栀子,如《沈氏尊生书》香附散。病由肝胃气滞,饮食不消,嗳气吞酸,痰逆呕吐者,又当配以砂仁、甘草,如《和剂局方》快气汤。它如《澹寮方》以本品配川芎为末,茶调服,以治气郁头痛;《卫生易简方》以之佐夏枯草为末,茶清调下,治睛痛羞明;《三因方》以香附为末,海藻酒煎调服,治癞疝胀痛。

以其能入血行气调经,故对妇女因气郁血滞而致的月经不调、痛经者,可单用,亦可与行气活血调经药同用。如《妇人良方》醋附丸,即以香附一味醋制为丸,主治月候不调,腹中急痛,赤白带下,胎气不固等症。又如《瑞竹堂经验方》四制香附丸,即在前方的基础上,再加酒、盐、童便等辅药制成。气虚者与四君子汤配用,血虚者与四物汤合用,则可广泛应用于妇女经、带、胎、产诸病证。李东垣艾附煎,以香附配当归、艾叶,用于月经不调,血气刺痛,其调经止痛效果均较单用为强。本品尚有安胎作用,胎动不安,由于肝郁气滞所致者配紫苏,如《中藏经》铁罩散;妊娠恶阻,胎气不安者配藿香,如《太平圣惠方》二香散。此外,气血逆乱而导致的诸出血症及血崩,可随证加入炒香附,或再伍以童便,有理气止血功效。瘰疬、痈肿、结块等病,亦可加用本品为末内服或外用。李时珍盛赞本品为"气病之总司,女科之主帅",故临床多用于气郁、气结、气滞、气逆等诸般气痛和妇科疾病。血虚气弱者不宜单用,阴虚血热者尤宜慎用。《本草汇言》有"独用、多用、久用,耗气损血"之戒。煎服 5—10 克。行气止痛,多用制香附;止血,宜用香附炭。

实验研究:根茎含挥发油约 1%,油中含β蒎烯、莰烯、1,8-桉叶素、柠檬烯、对聚伞花素、香附子烯、芹子三烯、β芹子烯、α香附酮和β香附酮、广藿香烯酮、α莎草醇及β莎草醇、香附醇、异香附醇、环氧莎草奠、香附醇酮、莎草奠酮、考布松、异考布松、香附烯酮等和对香豆酸、阿魏酸、香荚兰酸、对羟基苯甲酸、原儿茶酸,另含三萜皂甙;齐墩果酸-3-鼠李葡萄糖甙。

挥发油有轻度雌激素样活性。流浸膏对多种动物离体子宫有抑制作用。醇提取物对角叉菜胶和甲醛引起的大鼠脚肿有明显抑制作用。其抗炎有效成分为三萜类化合物,作用比氢可的松还强。醇提取物和三萜类还有解热和镇痛作用。醇提取物尚有一定的镇静作用。其总生物碱、甙类、黄酮类和酚类的水溶液在动物实验中有强心和减慢心率及降压作用。醇提取物对离体兔回肠有直接抑制作用,对组胺喷雾所致豚鼠支气管痉挛有保护作用。香附油在体外对金黄色葡萄球菌有抑制作用。分离出的烯类化合物抑菌作用比挥发油强,且对宋内氏痢疾杆菌亦有效。香附提取物对某些真菌亦有抑制作用。

橘叶

始载于《滇南本草》。原名橘子叶,又名青橘叶。为芸香科植物橘 Citrus reticulata Blanco 及其变种的叶。原植物中国长江以南各省、区均有栽培。

本品味苦、辛,性平。归肝、胃经。功能疏肝行气,化痰散结。主治胸胁胀痛、疝气、乳痈等病。胸胁胀痛由于肝气不舒者,常与柴胡、郁金配用。其治疝气,《滇南本草》以橘叶同荔枝核水煎服。缪希雍谓本品"能散阳明、厥阴经滞气,妇人妒乳、内外吹、乳岩、乳痈用之皆效"。可见本品为治乳房疾患之要药。临证用于乳痈肿痛属肝气郁结,热毒内蕴者,合金银花、蒲公英同用;或与柴胡、连翘、栀子相配,如《外科正宗》橘叶散。亦有以鲜橘叶捣烂,外敷乳痈局部。本品还可用于妇女乳癖,常加入白蒺藜等疏肝行气药内,每获显效。此外,《经验良方》取鲜橘叶捣烂绞汁服,治疗肺痈,咯脓血。煎服,3—9 克;鲜品 30—60 克。

实验研究:叶含挥发油及维生素 C 等。

金橘

始载于《本草纲目》。又名卢橘、山橘、寿星柑。为芸香科植物金橘 Fortunella margarita (Lour.) Swingle 及金弹 F.Crassifolia Swingle 的果实。原植物分布于中国南部各省、区。

本品味甘、辛、酸,性温。归肝、肺、胃经。功能理气解郁,化痰,开胃。主治气滞胸闷、脘腹痞胀、咳嗽痰多、食欲不振及伤酒口渴等。《本草纲目》谓:"下气快膈,止渴解酲,辟臭,皮尤佳。"因皮味辛而气芳香,故能理气解郁,用治气滞痞胀,肝胃不和之症,尤为适宜。如与白蔻仁、生姜等温中祛寒药同用,亦可治胃寒胸闷脘痞,泛酸呕吐。金橘可生食,皮亦可煎汤。煎服,3—6 克。

金橘叶,功能舒肝行气解郁,主治噎膈、瘰疬、乳房结块等症。

实验研究:金橘和金弹的果实含金柑甙、维生素 C、挥发油。叶含川陈皮素、红橘素、维生素 C。

玫瑰花

始载于《食物本草》。又名徘徊花、刺玫花。为蔷薇科植物玫瑰 Rosa rugosa Thunb.初开的花。主产于中国江苏、浙江、福建、山东、四川、河北等省。

本品味甘、微苦,性温。归肝、脾经。功能理气解郁,和血散瘀。主治肝胃气痛、月经不调、赤白带下、泄泻、痢疾等病症。

肝胃气滞之胁肋胀痛、胃脘疼痛、食欲不振,可用玫瑰花与香附、川楝子、白芍等同煎。近有报道用玫瑰花、绿萼梅泡茶饮,可以治疗食管痉挛所致的上腹部胀痛。气滞血瘀的月经不调及痛经,可配益母草、丹参等同用。治肝郁吐血、月经不调,可单用鲜玫瑰花加冰糖或红糖熬膏服,以疏肝和血调经。下痢腹痛,排便不畅者,可与大黄同用以理气通滞。本品尚可用于痈肿、风痹、损伤瘀痛等症,如肿毒初起,取本品焙干为末,好酒和服;治乳痈用本品配母丁香、陈酒煎服;风湿痹痛可与红花、当归同煎服;跌扑损伤瘀痛,则可浸酒内服,都是取其理气、活血、散瘀之功,以达消肿、止痛之效。煎服,1.5—6克,或5—10朵。

实验研究:鲜花含挥发油(玫瑰油)约0.03%,主要成分为香茅醇,含量可达60%;还含牻牛儿醇、橙花醇、丁香油酚、苯乙醇等。花尚含槲皮甙、苦味素、鞣质、脂肪油、没食子酸、矢车菊双甙、蜡质。

玫瑰油对大鼠有促进胆汁分泌作用。体外试验,花对金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌及结核杆菌有抑菌作用。

绿萼梅

始载于《本草纲目》。又名绿梅花。为蔷薇科植物绿萼梅 Prunus mume sieb. et Zucc. var. viridicalyx Makino 的花蕾。1—2月份,花蕾未开放时采摘,晒干或烘干。

花蕾呈卵圆形,长约8毫米,直径5—6毫米,基部有膜质状小鳞片8—12枚,萼片5枚,鲜时绿色,花冠鲜时白色,干后淡褐色。气香,味淡而微苦。主产于中国江苏、浙江省。

本品味辛、微酸,性平。归肝、肺经。功能疏肝解郁,和胃生津。主治胸胁脘腹胀闷、胃痛食减、梅核气、妊娠呕吐、暑热烦渴等。

临床主要用于肝郁气滞所致之胸胁胀闷、脘腹疼痛,本品常与柴胡、白芍、青皮、香附、木香等舒肝理气药配伍。用于梅核气痰气交阻,咽部有异物感,吞之不下,吐之不出,常与旋覆花、代赭石、陈皮、厚朴、苏梗等镇逆、理气、化痰药同用。亦有以本品配合八月札、瓜蒌皮、合欢花、佛手等疏肝悦脾理气药取效者。妊娠呕恶,不能进食而又不耐药味者,可单用本品开水冲泡代茶饮。《百草镜》云,本品蒸露点茶,可解暑涤烦,止渴生津。如与粳米煮粥食,能助清气升腾而开胃散郁。现代临床报道,治疗因于胃酸减少所致的食欲欠佳者,本品配天花粉、白芍、陈皮等药同用。煎服,2—4克。

实验研究:花含挥发油,主成分为苯甲醛、异丁香油酚、苯甲酸。

蔷薇花

始载于《本草纲目》,原名刺花。又名白残花。为蔷薇科植物多花蔷薇 Rosa multiflora Thunb. 的花朵。原植物分布于中国华北、华东、华中、华南、西南地区。

本品味微苦、涩,性凉。功能清暑化浊,理气止血。主治感受暑热、胸闷口渴、不思饮食、泻痢、郁结吐血等病。用于暑热证,可煎汤代茶频饮,或配藿香、佩兰、滑石、甘草等清暑化湿之品同用。肝郁吐血,可配丹皮、栀子等同用。此外,配香附、枳壳、五灵脂、生蒲黄,可用于气滞血瘀之脘腹刺痛;同丹参可用于妇女月经不调。研末外敷,则可止创伤出血。煎服,3—9克。

实验研究:多花蔷薇的花含黄芪甙。又含挥发油0.02%—0.03%。

代代花

始见于《饮片新参》。又名玳玳花。为芸香科植物代代花 Citrus aurantium (L.) var. amara Engl. 的花蕾。主产于中国江苏、浙江省。

本品味苦、微甘,性平,气香。功能理气宽胸,和中开胃。主治湿郁气滞引起之胸中痞闷、脘腹胀满、不思饮食,恶心呕吐等。单味沸水泡茶饮,或与砂仁花、蔻仁花,厚朴花等同用。如于病后调理方内,加入代代花少许,每获醒胃健脾之效。煎服,1.5—3克。

实验研究:代代花花蕾含挥发油。油中主含柠檬烯、芳樟醇、牻牛儿醇、香茅醇、缬草酸等。尚含新橙皮甙、柚皮甙。

茉莉花

始载于《本草纲目》。又名柰花、鬘华。为木犀科植物茉莉 Jasminum Sambac (L.) Ait. 的花。产于中国江苏、四川、广东等省。

本品味辛、甘,性温。质轻而气芳香。功能理气,开郁,和中,解表。主治湿浊阻中、脘腹胀闷、泄泻、痢疾腹痛及外感发热等。

内服常同茶叶等煎汤饮。一般胃气不和,脘腹不舒者,亦用以泡茶饮。《本经逢原》谓:"茉莉花古方罕用,近世白痢药中用之,取其芳香散陈气也。"《本草正义》则谓:"茉莉,今人多以和入茶茗,取其芳香。功用殆与玫瑰花、代代花相似。"惟本品性缓力薄,多供佐使之用。此外,用

茉莉花煎水洗眼,可治目赤肿痛,迎风流泪;并可配金银花、菊花等祛风清热之品,煎汤内服。煎服,1.5—3克。

实验研究:茉莉鲜花含油率一般为0.2%—0.3%。主要成分为苯甲醇及其酯类、茉莉花素、芳樟醇。又含毕澄茄烯、乙酸苄酯、苯甲酸己-2-烯醇酯、石竹烯、邻氨基苯甲酸甲酯。

娑罗子

始载于《本草纲目》。又名莎婆子、开心果。为七叶树科植物七叶树 Aesculus chinensis Bge. 或天师栗 A. wilsonii Rehd. 的果实或种子。前者主产于中国浙江、江苏、河南、陕西等省;后者主产于四川、湖北、贵州等省。

本品味甘,性温。归肝、胃经。功能疏肝,理气,杀虫。主治胃脘痛、胸胁胀痛、疳积虫痛以及疟疾、痢疾等病症。《本草纲目拾遗》引《杨春涯经验方》云:用娑罗子烧灰,冲酒服,可治九种心痛。《百草镜》治胃痛方,用娑罗子一枚去壳,捣碎煎服,能令虫从大便出。现临床上用于胃寒疼痛,每与干姜、吴萸等温中药同用;如肝气郁结,胃脘胁肋胀痛者,则配香附、青皮、枳壳、柴胡等品以加强疏肝理气的作用。妇女由于肝郁气滞,经前胸腹胀闷、乳房胀痛者,本品常与路路通协同使用,并配用于当归、川芎、芍药等调经药中,具有良好的效果。煎服,3—6克;或研末服。

实验研究:七叶树种子含脂肪油31.8%,淀粉36%,纤维14.7%,粗蛋白1.1%。脂肪油主要为油酸和硬脂酸的甘油酯。天师栗的种子含脂肪油20%。

八月札

始载于《食疗本草》,原名燕蕧子。又名八月炸、八月瓜、木通子、腊瓜。为木通科植物木通 Akebia quinata (Thunb.) Decne.、三叶木通 A. trifoliata (Thunb.) koidz. 或白木通 A. trifoliata (Thunb.) koidz. var. australis (Diels) Rehd. 的果实。夏、秋两季当果实将成熟未开裂时采收。晒干或用沸水烫后再晒干。

果实呈肾形或长椭圆形,稍弯曲,长3—9厘米,直径1.5—3.5厘米。表面黄棕色或暗棕色,果皮皱缩,呈不规则的网状隆起。顶端钝圆,基部有圆形果柄痕,质较硬。剖面果瓤淡黄色或棕黄色,内含多数种子,呈红紫色,长卵形而扁,有光泽,具条状纹理。气微香,味苦。主产中国江苏、安徽、浙江等省。

本品味苦、甘,性寒。归肝、胃经。功能疏肝,行气活血,散瘀止痛。主治胸胁痛、肝胃气痛、疝气、睾丸肿痛、瘰疬及妇女血瘀经闭、子宫脱垂等。

本品治肝气不舒之胸胁痛、胃气痛,常与香附、川楝子、枳壳等配伍应用;与小茴香根、橘核、荔枝核同用,则治疝气痛及睾丸肿痛。用治瘰疬硬肿胀痛,可与天葵子、昆布、牡蛎、象贝等软坚化痰之品同用。治女子血瘀经闭与丹参配用。妇女子宫脱垂,可用鲜品与升麻、益母草同母鸡煨煮,食鸡饮汤。本品还能利水消肿,可用于肾盂肾炎。此外,本品亦可外用,治骨折损伤疼痛,同接骨木、菊叶三七、山姜茶等捣敷;其果皮煎水,可洗阴部湿疹瘙痒。煎服,9—15克,鲜品,30克。

实验研究:木通果实含糖类。种子含多种皂甙,其皂甙元均为常春藤皂甙元。

素馨花

始载于《本草纲目》。又名耶悉茗花、素馨针。为木犀科植物素馨花 Jasminum officinale L. var. grandiflorum (L.) Kobuski 的花蕾。原植物分布于中国云南省;广东、福建、台湾、四川、浙江等省有栽培。

本品味微苦,性平。归肝、胃经。功能舒肝和胃,行气止痛。主治肝胃气痛、下痢腹痛等。

如属于肝气郁结,胸膈不舒,胁肋胀痛者,轻症可配郁金、佛手;重症则配以厚朴、延胡索。若胸胁疼痛,由跌打损伤或闪气而引起者,可配桃仁、赤芍、红花、枳壳以活血祛瘀,行气止痛。用于下痢腹痛,可配木香、白芍、甘草。本品对妇女更年期情绪郁闷者,亦有舒肝解郁效果。煎服,6—9克。本品不宜久煎。

实验研究:素馨花鲜花含挥发油0.25%—0.35%,油中含乙酸苄酯、芳樟醇、茉莉花素、吲哚及邻氨基苯甲酸甲酯。

止血药

凡是具有加速凝血过程,缩短凝血时间,或增强收敛和吸着作用,能制止体内、外出血的药物,统称为止血药。

止血药主要适用于咯血、吐血、衄血、便血、尿血、崩漏、紫癜及创伤出血诸症。

止血药的应用,必须根据出血的原因和具体症状,从整体出发,选择功效相宜的止血药,并加以适当配伍,方能取得满意的止血疗效。根据止血药的不同功能,一般可分为凉血止血、祛瘀止血、收敛止血、温经止血等四类。

(1) 凉血止血药:本类药物的性味,大多甘凉或苦寒,适宜于邪热侵营诸失血症,如大蓟、小蓟、白茅根、侧柏叶、槐花、地榆等。若血热妄行的,仍与清热凉血药配用。但凉血止血类药,性偏寒凉,易致阳气损伤而血瘀,不宜过量常服,须中病即止。

(2) 祛瘀止血药:本类药的特点是既能去瘀,又能止血,适用于跌打损伤及瘀滞脉络所致的血不循经诸出血症,如三七、茜草、卷柏、花蕊石、血余、莲房等。人体气血,相互依存,瘀血不去则气化阻滞而血不循经,故应用本类药时,如配以少量理气药同用,则止血效果更为满意。

(3) 收敛止血药：本类药物的性味，苦涩或甘苦性凉者居多，具有不同程度的收敛性。适宜于外伤出血或气虚不能摄血等诸出血症，如紫珠、藕节、白及、棕榈皮、乌贼骨、檵木等。应用本类药一般均炒成焦炭用，可增强药物吸着作用，治外伤出血证尤宜如此。但有些药物如侧柏叶、小蓟、地榆等炒炭的效果反比生药为差，《大全良方》治吐血、衄血的四生丸，亦强调以生用为好。气虚失血者又当与补气药配用。若属热病出血或有明显瘀滞现象者均不宜使用收敛止血药。

(4) 温经止血药：本类药物的性味，大多苦温，适宜于慢性病虚寒性的出血症，如艾叶、炮姜、灶心土等。临床常用于气不摄血的肠红便血及妇女宫冷崩漏、虚寒性月经过多等症，如配以补气温阳药，则血得温煦而不再外溢。但温燥之品，易于耗气动血，失血因于火热者，绝对忌用。

止血药还应依据各药的特长而灵活掌握，如白及、白茅根之用于咳血、衄血等上部出血为优；槐花、棕榈皮等，用于便血、崩漏下部出血为胜。总之，使用止血药应在辨证施治基础上，从整体出发，针对血证发病原因，结合脏腑虚实，并进行适当配伍，才能更有效地达到止血的目的。

小蓟

始载于《名医别录》。又名猫蓟、千针草、刺角菜。为菊科植物刺儿菜 Cephalanoplos segetum (Bge.) kitam. 或刻叶刺儿菜 C. setosum (MB.) kitam. 的全草或根。刺儿菜中国大部分地区均产；刻叶刺儿菜产于中国东北、华北及陕西、甘肃等省。

本品味甘、微苦，性凉。归心、肝、肾经。功能凉血止血，清热解毒。主治吐血、咯血、衄血、便血、血淋、崩中下血等病症。

用于出血症，常配大蓟、生地黄、藕节、蒲黄，可增强其清热、凉血、止血之效。治疗热结下焦之尿血、血淋，佐以白茅根、车前草，则相得益彰。张锡纯称其性凉濡润，可治血虚发热，并善治肺结核病。现代临床又用之治疗高血压、肝炎、肾炎等病。治金疮出血，本品之叶捣烂外敷，治热毒痈肿，既可单味内服，又可鲜品捣敷。小蓟与大蓟功用大同小异，但小蓟治出血之效较佳，而大蓟消痈肿之功略胜。煎服，5—10克；鲜品30—60克。脾胃虚寒者忌服。忌犯铁器。

实验研究：刺儿菜全草含生物碱约0.05%、皂甙约1.44%。刻叶刺儿菜全草含挥发油、菊糖、挥发性生物碱及痕迹的氰甙；另含香豆素衍生物、黄酮类。

水煎剂含儿茶酚胺样物质，每克小蓟所含升压物质相当于去甲肾上腺素14微克。注射时能升高血压，口服则无。口服小蓟浸剂对小鼠有止血作用。对大鼠甲醛性脚关节炎肿有较弱的抗炎作用。对小鼠有镇静而无镇痛作用。水煎剂在体外对溶血性链球菌、肺炎球菌及白喉杆菌有一定抑制作用。乙醇浸剂能抑制结核杆菌。此外，尚有降低胆固醇及利胆作用。

大蓟

始载于《名医别录》。又名虎蓟、野刺菜、猪妈菜。为菊科植物大蓟 Cirsium japonicum DC. 的全草或根。中国大部分地区均产。

本品味甘、苦，性凉。归心、肝经。功能凉血止血，散瘀消肿。主治血热夹瘀的咯血、衄血、吐血、尿血、血淋、血崩及痈肿疮毒等病症。

用于出血症，可单用本品煎服，捣汁服，或配小蓟、侧柏叶、丹皮、白茅根等凉血止血药同用；崩中下血，可配蒲黄、棕榈炭、艾叶炭、阿胶等。治痈肿疮毒及肠痈，常配银花、连翘、赤芍等；鲜大蓟煎服可治肺痈；盐研外敷可治恶疮疥癣；捣烂绞汁涂抹可治汤火伤。现代临床并用以治疗肺结核、高血压、肝炎、慢性肾炎等。煎服，5—10克；鲜品30—60克。脾胃虚寒而无瘀滞者忌服。忌犯铁器。

实验研究：全草含生物碱、挥发油。根含乙酸蒲公英甾醇酯、豆甾醇、α香树脂醇和β香树脂醇、β谷甾醇。叶含柳穿鱼甙；根的油中含有单紫杉烯、香附子烯、石竹烯、罗汉柏烯及多炔醇等。水煎剂或醇提取物对动物有降压作用。乙醇浸剂对人型结核杆菌有抑制作用。

白茅根

始载于《神农本草经》。原名茅根，又名地筋、甜草根。为禾本科植物白茅 Imperata cylindrica Beauv. var. major (Nees) C. E. Hubb. 的根茎。中国大部分地区均产。

本品味甘，性寒。归心、肺、胃、膀胱经。功能凉血止血，清热，生津，利尿。用于血热妄行之吐血、咯血、衄血、尿血及热淋、水肿、湿热黄疸、热病烦渴、胃热哕逆、肺热咳喘等病症。

治血热引起的吐血不止，及鼻衄，热淋尿血，可单用本品煎服或捣汁饮，也常以本品配合生地、栀子、茜草、小蓟、藕节等同用。故《本草求原》称本品"为血热妄行，上下诸失血之要药"。治水肿小便不利，可用本品配一枝黄花、葫芦壳、小蓟等，有增加尿量，消退水肿之效。湿热黄疸，《补缺肘后方》用本品同猪肉煮食。现亦与茵陈蒿、车前子等清热利湿药同用，治急性黄疸型传染性肝炎。本品又能清肺胃、生津液，如配芦根、天花粉治热病烦渴；配葛根治胃热呕吐；配桑白皮治肺热喘急等。亦有用本品煎汤当茶饮，治麻疹后伤津口干者。煎服，10—15克；鲜品30—60克。

实验研究：本品含多量蔗糖、葡萄糖、钾盐、少量柠檬酸、草酸、白头翁素等。其煎剂予家兔口服，有利尿作用。体外试验对福氏及宋氏痢疾杆菌有一定的抑制作用。

槐花

始载于《本草拾遗》。为豆科植物槐 Sophora japonica L.的花朵(槐花)或花蕾(槐米)。夏季花蕾形成时或花初开放时采收,及时干燥。

槐花皱缩卷曲,花瓣多散落,完整者呈飞鸟状,直径约1.5厘米。花萼钟状,黄绿色,先端5浅裂;花瓣5片,黄色或黄白色,旗瓣较大,近圆形,先端微凹,翼瓣及龙骨瓣长圆形;雄蕊10枚,花药淡黄色,花丝须状,有时弯曲,9枚基部联合,1枚分离;雌蕊1枚,圆柱形,弯曲。质轻,气微,味微苦。

槐米呈卵形或椭圆形,有的可见短柄,长2—6毫米,直径约2毫米。花萼钟状,黄绿色,先端有不明显的5齿裂,下部有数条纵纹。质松脆,气微,味微苦涩。中国大部分地区均产。

本品味苦,性微寒。归肝、大肠经。功能凉血止血,清肝降火。主治多种出血性疾病,及肝热目赤,头痛眩晕,尤其治疗便血最为临床所常用。

如《经验方》以槐花与荆芥配伍,研末酒服,治肠风便血;《证治准绳》以槐花、槐角与枳壳、刺猬皮、木馒头等配伍,研末,酒服或煎服,治脏毒下血;《经验良方》以槐花与栀子配伍研末服,治酒毒下血。其用于痔疮出血,一般常配合黄连、地榆等品,如榆槐脏连丸,可用于新久痔血。根据槐花清肠凉血的作用,临床亦常用以配合治疗血痢,或湿热瘀结而致的赤白痢下,如张洁古以槐花配青皮、荆芥为末煎服用于血痢久不止,腹中不痛,亦不里急后重;王肯堂以槐花配郁金、炙甘草,为末,豆豉汤下(郁金散),用于一切热毒痢下血不止;又以槐花配木香、槟榔、当归、芍药等为末煎服,用于脓血下痢无度腹痛之类。槐花又可用以治疗血热崩漏,临床多与黄芩、白芍、棕榈炭等同用,以增强清热凉血止血的作用;对血虚肝旺之月经先期,可与白芍、生地等同用;若肝火犯肺,血随火动,逆而上行,以致倒经者,槐花与丹皮、栀子、牛膝等配伍。此外,热结膀胱、血淋、尿血等,亦可选用槐花。古人对于槐花的认识,虽有苦能直下,味厚能沉,其凉血之功独在大肠等论述,但在临床上也广泛应用于上部出血性疾病,如槐花与百草霜研末,茅根汤下治吐血;槐花与乌贼骨研末吹鼻治鼻衄;槐花研末敷舌治舌衄;槐花与荆芥研末服并擦牙治牙宣出血。至于肝热上炎之目赤肿痛,或血灌瞳神,目睛胀痛,以及头痛眩晕等,用其煎汤代茶,或配夏枯草、黄芩、菊花则可凉血清肝降火。现代临床发现槐花能降低血压,常与黄芩、夏枯草、决明子及豨莶草等平肝清热药配合,用以治疗高血压症肝火上亢者,如有出血倾向者尤为适宜,故对脑溢血有预防作用。煎服,6—12克,槐米用量可稍小。脾胃虚寒及阴虚发热而无实火者,均不宜使用。

实验研究:槐花中含芸香甙,还含鞣质。槐米中含芸香甙最高达23.5%,还含白桦脂醇、槐二醇、槐花米素甲、乙、丙等。

芸香甙对毛细血管具有较弱的血管收缩作用,减少毛细血管的渗透性及脆性,可使因脆性增加而出血的毛细血管恢复正常的弹性。芸香甙还有微弱的抗组胺和抗透明质酸酶活性的作用,对大鼠因组胺、蛋清、5-羟色胺、甲醛以及透明质酸酶引起的足踝部浮肿有抑制作用。芸香甙能降低致死量(600R)X线照射小鼠的死亡率,对给予致死量的拟辐射物质癌得命的小鼠亦有相似的保护作用。芸香甙还能降低大鼠的胃运动功能,解除氯化钡引起的小肠平滑肌痉挛,并能显著降低大鼠因结扎幽门引起的胃溃疡的病灶数目。槐花液、槐花酊剂对麻醉犬、猫有暂时显著的降压作用。

槐角

始载于《神农本草经》,原名槐实。又名槐子、槐豆。为豆科植物槐 Sophora japonica L.的果实。主产于中国河北、山东、江苏、辽宁等省。

本品味苦,性寒。归肝、大肠经。功能凉血止血,清肝明目。主治湿热瘀结所致的痔疮出血、肠风下血、赤白痢疾、肠热泄泻以及肝热头昏目赤等。

治痔疮肿痛,用本品配地榆、黄芩煎服,以加强泻火凉血作用;或配苦参、白矾煎水外洗以清肠热而除湿毒;古方亦有用槐角捣汁,和苦参末为丸内服,并以槐角取汁晒稠,作成挺子,纳入肛中以治内外诸痔者;又如《太平惠民和剂局方》治五种肠风痔血之槐角丸,以槐角配地榆、当归、防风、黄芩、枳壳为丸服之,不论血在粪前、粪后,或痔瘘,或大肠不收,并皆治之;或以槐角熬汁炼蜜收膏服,治疗痔瘘、肠风便血年久不止之症。槐角苦寒沉降,下行之力为多,故不但能清大肠,治痔漏肠风,凡由于下焦血分有热者,亦莫不可以相机选用。如《千金要方》治妇人漏下,用槐子烧存性,研末酒服,称为漏下神方;《良朋汇集》槐子散,用槐角与贯众配伍,研末以醋煎服,治血淋及崩漏不止;杨氏《简易方》则以槐角配车前、木通、茯苓、甘草煎服治小便尿血。诸方皆以槐角清热、凉血为上,或佐以利尿降火之味,则下焦热结所致之崩漏、淋血,自可获得正本清源之治。倪朱谟且认为"凡诸燥之火动血为患,急宜用之"。故吐、呕、咯、唾或诸衄血者,亦可选用槐角同麦冬熬膏内服。治肝火上升,目视昏暗不明,或流热泪,甚则目赤肿痛,槐角亦为有效的清肝明目药物,如《太平圣惠方》之明目槐子丸,用槐角与黄连配伍,治眼热目暗;《圣济总录》于前方中再加白芍,以治赤眼肿痛昏暗;《素问病机气宜保命集》治风热上冲,头目眩、热肿、胸中不利有川芎散,用川芎以活血利气,升散头面之风,用槐角以清肝凉血,下行而疏导风热。现代临床用槐角配决明子、黄芩、夏枯草等清热平肝治疗高血压病。此外,槐角能润肠,故所治之证,如伴大便燥结者更为相宜。综观

槐角,其性能大抵与槐花相似而略有差异,根据前人分辨,味苦角逊于花,而性寒则花逊于角;花质轻,凉而带散;角质重,寒降之力为多。故槐角清热作用强于槐花,止血作用较弱;而槐花之止血作用强于槐角,清热作用则较弱。故临床大多随其所宜,分别择用,但古方花与角同用者也屡见不鲜,如《华氏中藏经》治久下血及尿血之槐子丸、《证治准绳·类方》治脏毒下血之肠风黑散,《疡医大全》治痔漏之槐角丸,《百一选方》之治脱肛方等均是。关于使用方法,有认为入汤剂以槐花为优,入丸散以槐角为胜。煎服,3—15 克。脾胃虚寒,食少腹泻,或阴虚血热而非实热,以及孕妇,皆当忌用。

实验研究:槐花的果实含多种黄酮类和异黄酮类化合物,其中有染料木素、槐属甙、槐属双甙、槐属黄酮甙和芸香甙等。种子含脂肪油 18%—24% 又分离出半乳糖甘露聚糖,金雀花碱、N-甲基金雀花碱,槐果宁碱,苦参碱等。

槐角浸膏注射可使家兔血糖升高,同时出现尿糖。提取液能使兔、猪、人的红细胞凝集。

侧柏叶

始载于《名医别录》。原名柏叶。为柏科植物侧柏 Platycladus orientalis(L.)Franco 的嫩枝与叶。夏、秋两季采收,剪取小枝,阴干。

带叶枝梢长短不一,分枝稠密,扁平,小枝棕褐色。叶细小鳞片状,交互对生,贴伏于枝上,青绿色或黄绿色。质脆,易折断。气微香,味微苦辛。中国除新疆、青海外,其他地区均产。

本品味苦、涩,性微寒。归肺、肝、大肠经。功能凉血止血,祛风除湿,止咳化痰。主治吐血、衄血、咯血、尿血、便血、血痢、崩漏下血、风湿热痹、关节疼痛、肺热咳喘、百日咳等。

治血热妄行之吐血、衄血,可配生地、荷叶、艾叶,即《妇人良方》之四生饮;阴虚血热之吐、衄、崩漏,可配白芍、生地、阿胶;衄血不止,可配石榴花,等分研末,吹鼻;尿血可配蒲黄、小蓟、茅根;肠风、痔血及血痢可配黄连、槐花。以上诸热性出血,亦可单用本品捣汁饮。若用于虚寒性失血,当视病情不同而配合他药,如《金匮要略》柏叶汤,配辛温之炮姜、艾叶,用治中气虚寒所致的吐血不止;又如《济生方》之断红丸,以本品配川断、鹿茸、阿胶,用治下血久不止,虚寒色淡晦者。侧柏叶兼能祛风湿,清血中湿热,故可用治历节风痛,走注周身,痛极不能转动者,单用本品浸酒饮,或配木通、当归、红花、羌活、防风水煎服。侧柏叶尚有清肺止咳化痰的作用,宜於热咳、燥咳而痰少者,亦可用治肺热喘咳、百日咳,单用本品水煎和蜂蜜服,或配鼠曲草、桔梗、黄芩同用。此外,本品还能燥湿止带,用于妇女湿热带下之症。侧柏叶外用可治丹毒、痄腮、汤火伤,捣烂调膏外敷;漆疮、皮炎,与杉皮等量,水煎外洗;秃发,取鲜侧柏叶于乙醇中浸泡 7 日后,涂擦患部。煎服,6—15 克,止血多炒炭用,余均生用。多服,久服,有胃部不适或食欲减退等反应,佐以陈皮、谷麦芽等健运脾胃之药物,可减少其副作用。

实验研究:叶含挥发油 0.6%—1%,其中含侧柏烯、侧柏酮、小茴香酮、蒎烯、石竹烯等。还含黄酮类,中有杨梅树皮素、槲皮素、香橙素、扁柏双黄酮、穗花杉双黄酮等。又含鞣质、树脂、维生素 C、蜡质等。

煎剂、黄酮及酚性物对小鼠有镇咳作用,醇提取液对小鼠尚有祛痰作用(酚红法)。煎剂能缩短小鼠出血时间及兔凝血时间,显示有一定止血作用。煎剂有镇静作用,并在试管内对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌、白喉杆菌等有抑制作用。水或醇浸剂对结核杆菌有抑制作用,且与异烟肼有协同作用。

地榆

始载于《神农本草经》。又名酸赭。为蔷薇科植物地榆 Sanguisorba officinalis L. 及长叶地榆 S. officinalis L. var longifolia(Bert.)Yü et Li 的根。春季将发芽时或秋季植株枯萎后采挖,除去根茎及细根,洗净,晒干,或趁鲜切片,晒干。

地榆根呈圆柱形,中下部常膨大呈不规则纺锤形,稍弯曲,长 5—20 厘米,直径 0.3—2 厘米。表面灰棕色至暗紫色,粗糙,有多数纵皱纹及横向皮孔。质硬脆,断面较平坦,粉红色或淡黄色,木部黄色或黄褐色,略呈放射状排列,切片呈不规则圆形或椭圆形,厚 2—5 毫米;切面紫红色或棕褐色。气微,味微苦而涩。产于中国东北地区及内蒙古、山西、陕西、河南、甘肃、山东、贵州等省、区。

长叶地榆根长圆柱形。质坚韧,断面黄棕色或红棕色,皮部有多数黄色或棕色细毛状纤维束。其他特征与地榆相似。产于安徽、浙江、江苏、江西等省。

本品味苦、酸,性寒。归肝、胃、大肠经。功能凉血止血,清热解毒,敛疮。主治吐血、咯血、衄血、便血、痔血、血痢、崩漏;外治痈肿疮毒,水火烫伤及湿疹等。

《圣惠方》治男女吐血,妇人漏下赤白,单用本品米醋煎服。《海上集验方》治赤白下痢,亦取本品熬膏服。复方应用可随证配伍。如便血、痔血可配黄芩、槐角、当归等,方如《和剂局方》槐角丸。治胃及十二指肠溃疡呕血便血者,可配白及、三七,炒炭研末服。治血痢,配川连、木香、白芍等,如《证治准绳》地榆丸。治崩漏下血,可配仙鹤草、丹皮、生地等,如《傅青主女科》凉血止崩汤。外治无名肿毒、痈疖、深部脓肿,可用本品与田基黄、三七研末,凡士林调敷。也可配银花、连翘、蒲公英等清热解毒药同用煎服。治烧烫伤,用地榆炭研粉,麻油调涂或配大黄粉同用,有减少渗出,减轻疼痛等效果,对一、二度烧烫伤病人最为适宜;亦有配合白及制成复方地榆烧伤膜剂外用者。治皮肤湿疹,可用本品煎水浸纱布湿敷,或研末

掺敷患处，亦可配煅石膏粉、枯矾粉或密陀僧粉加凡士林调膏外涂。此外，本品配白花蛇舌草煎汤内服，治小儿肠伤寒；配太子参煎服，治血小板减少性紫癜，均有效果。煎服，9—15克，止血多炒炭用，清热敛疮多生用。崩、带由于气虚下陷以及虚寒下痢者应慎用。

实验研究：根含地榆糖甙Ⅰ，水解后产生坡模醇酸、阿拉伯糖和葡萄糖；地榆糖甙Ⅱ，水解后产生坡模醇酸和阿拉伯糖。另含地榆皂甙A、B、E.水解型鞣质、游离没食子酸、并没食子酸。

动物试验证明，灌服地榆粉或炒炭地榆粉可缩短出血和凝血时间。炒地榆粉外用，对实验性烫伤有治疗作用，因其含鞣质颇多，且属水解型，对肝脏有毒，故宜慎用。煎剂内服能抑制静注洋地黄酊引起的鸽呕吐。体外试验对常见的致病性细菌及皮肤真菌有抑制作用，可能与其中所含没食子酸有关。另有报道，水提取物予大鼠内服，能增加对蛋白质的消化；雌小鼠灌服地榆可使动情周期显著延长。

苎麻根

始载于《名医别录》。原名苎根，又名苎麻头。为荨麻科植物苎麻 Boehmeria nivea (L.) Gaud. 的根茎及根。产于中国江苏、山东、陕西、福建、广东、云南、四川、湖南、湖北等省。

本品味甘，性寒。归肝、肾经。功能凉血，止血，安胎，解毒。主治吐血、衄血、尿血、血淋、血崩、胎动不安、胎漏下血、热毒疮疡。

本品所治诸出血证，症情较轻者，可单用本品煎服；出血甚多，气随血脱者，可配人参以益气固脱，如《圣济总录》治吐血不止的苎根散，即以本品与人参并用。尿血，一般多配鲜茅根、车前草等凉血利尿药；如尿血较多者，可再加小蓟炭、生蒲黄、炒山栀、侧柏叶等，以增强凉血止血之功。现以本品浸出液加工制成片剂内服，治疗消化道出血、功能性子宫出血、月经过多、紫癜、牙龈出血等，能缩短凝血时间，减少出血量。也有将其与白及胶制成复方苎麻根止血液，治疗上消化道出血有显著止血效果；或配白及等量，制成浸膏片剂内服，治疗肺结核咯血。治胎动不安，胎漏下血，可单用本品煎成浓汁服，亦常随证配伍应用，如胎热不安，配黄芩、竹茹清热安胎之品；胎漏下血，可与地黄、阿胶、当归等养血安胎药同用。本品尚有清热利尿作用，故对尿路感染、肾炎水肿等，亦可单用本品煎服，或与虎杖、茅根、车前子等清热利尿药伍用。本品外用，有消肿解毒之效，痈疽、发背、乳痈等初起未成以及痔疮、丹毒、蛇咬伤等，均可用鲜品捣烂敷；关节扭伤、脱臼，可煎水熏洗。煎服，9—15克。

实验研究：根含酚类、三萜（或甾醇）、绿原酸、咖啡酸等。

咖啡酸有止血作用，人工合成的血凝酸胺（咖啡酸二乙胺盐）能使小鼠出血与凝血时间明显缩短，在试管内无抗纤维蛋白溶解作用。对^{60}Co照射的小鼠能使其白细胞及血小板数显著增加。

牛西西

又名土大黄、牛耳大黄。为蓼科植物巴天酸模 Rumex patientia L. 的根。原植物分布于中国东北、华北及陕西、甘肃、青海、山东等省。

本品味苦、酸，性寒。有小毒。功能凉血止血，清热解毒，通便杀虫。主治咯血、吐血、衄血、尿血、便血、崩漏、紫癜，以及痢疾、慢性肠炎、大便秘结、痈肿疮疡、疥癣、银屑病等。

用于各种出血，可单用本品水煎服。对功能性子宫出血，溃疡病便血，肺及支气管咯血，泌尿道出血以及再生障碍性贫血之出血等，现代亦制成片剂或针剂应用。大便秘结不通者，以牛西西水煎服，或以煎服冲元明粉服。其治痢疾及慢性肠炎，宜于热毒内蕴，积滞内阻所致者，以本品能清肠中热毒，除肠道积滞，热清积除，则泻痢自止。痈肿疮疡、疥癣、秃疮及脂溢性皮炎等，可用鲜品捣烂敷，或以干品醋磨汁涂。治各种顽癣，除磨汁涂外，还可用酒浸泡一周后涂患处。外伤出血，可配等量乌贼骨粉外敷。煎服，9—15克。内服过量，会引起呕吐泄泻、食欲减退。

实验研究：巴天酸模根含尼泊尔羊蹄素，为抗真菌有效成分。还含大黄酚、大黄素、大黄素甲醚以及微量芦荟大黄素和较大量的鞣质。

本品小量有收敛作用，较大量可致泻。大黄酚口服或皮下注射能缩短小鼠的血凝时间。煎剂口服能使血小板减少症患者的血小板数目上升，并有某些止血效果。大黄酚对小鼠有止咳作用，其余药理作用参见“大黄”条。

羊蹄

始载于《神农本草经》。又名羊蹄大黄、土大黄。为蓼科植物羊蹄 Rumex japonicus Houtt. 及尼泊尔酸模 R. nepalensis Spring. 等的根。原植物前者分布于中国华东、中南地区及四川等省；后者分布于湖北、陕西、甘肃、青海、四川、贵州、云南和西藏等省、区。

本品味苦，性寒。归心、肝、大肠经。功能凉血止血，清热利湿，通便，解毒杀虫。主治吐血、衄血、便血、痔血、血崩、血小板减少性紫癜、黄疸、赤白痢疾、淋浊、大便秘结、癣疥湿疹、白秃、女子阴蚀、痈疖肿毒，以及跌打损伤等病症。

本品用于血热引起的吐血，配麦门冬煎汤饮，或熬膏服；衄血，配蒲黄、茅根；痔血、便血，配地榆、槐花；血崩，配莲房炭、棕榈炭；血小板减少性紫癜，同大枣煎水服，亦疗过敏性紫癜。黄疸、赤白痢疾、淋浊等属于湿热为患

者,除单味应用外,亦可配合清热利湿药同用。大便热秘,取羊蹄捣汁饮或煎服,其泻下作用与大黄相似,但力弱。羊蹄又为治疮癣之常用药。如手足癣、体癣,可用羊蹄、枯矾共研末和匀,醋调擦患处。《证治准绳》杀疥药,以羊蹄配草乌、硫黄、白矾、生姜为末,醋和匀,入浴时抓破疮敷之,稍迟,再以温汤洗去。《疡医大全》治脓窠疮,用羊蹄和醋捣烂,入盐少许涂之。白秃疮,羊蹄和醋捣烂敷之。头风白屑,羊蹄末、羊胆汁调涂患处。湿疹皮炎,煎水洗。妇女阴疮瘙痒疼痛,煎汤熏洗。痈疖肿毒,鲜品捣敷。汤火伤,研末油调外涂。跌打损伤,羊蹄捣烂,以酒炒热敷。煎服,9—15克。脾胃虚寒、泄泻、食欲不佳者忌服。

实验研究:羊蹄根含大黄酚、大黄素、尼泊尔酸模素即2-乙酰基-1,8-二羟基-3-甲基萘等。尼泊尔酸模根含大黄酚、大黄素、大黄素甲醚、尼泊尔酸模素、大黄酚-8-半乳糖甙、羽扇豆醇、谷甾醇及其葡萄糖甙、3-甲氧基-5,6-亚甲二氧基甲醛、茳草酮等。

羊蹄根的酊剂在试管内对多种致病真菌有抑制作用,尼泊尔酸模素对红色毛发癣菌及趾间发癣菌有明显抑制作用。

根中所含大黄酚能明显缩短兔的凝血时间,其鞣质亦有收敛止血作用。

酸模

始载于《本草经集注》。又名山大黄、山羊蹄、酸不溜。为蓼科植物酸模 Rumex acetosa L.的根或全草。中国大部分地区有分布。

本品味酸、微苦,性凉。功能凉血止血,泄热通便,利尿,杀虫。内服治吐血、便血、月经过多、目赤、便秘、小便不通、淋浊等病症。外治疥癣、湿疹,捣烂涂擦患处。去汗斑,同紫萍捣烂外擦。煎服,9—15克。

实验研究:根含大黄酚、大黄素、大黄素甲醚和它们的蒽酮,又含芦荟大黄素、大黄酚甙、金丝桃甙及鞣质等。叶含牡荆素、蝴蝶梅黄素、维生素C。干叶含金丝桃甙。水提取物能抗常见致病性皮肤真菌。

断血流

始载于《植物名实图考》。原名大叶香薷,又名止血丹、山藿香。为唇形科植物荫风轮 Clinopodium polycephalum(Vant.)C.Y.Wu et Hsuan 的全草。分布于中国华东、中南、西南地区及陕西、甘肃、山西、河北等省。

本品味苦、微辛,性凉。功能凉血止血,清热解毒。主要用于各种热性出血病症。

治妇女崩漏、月经过多、产后出血等,本品单味煎服或与丹皮、白芍、当归、蒲黄等配用;对于子宫肌瘤、宫外孕引起的出血,断血流不仅能止血,还能促使包块消散吸收。又如支气管扩张及肺结核咯血、胃出血、鼻衄、牙龈出血以及尿血、血小板减少性紫癜等,亦可单用本品治疗,或与白茅根、黄芩、地榆、藕节炭等同煎服。治外伤性出血,可用干品研末撒,或用鲜品捣汁涂。本品亦能清热解毒,以消散痈肿疮疡,如治无名肿毒、疮疖、乳腺炎、腘窝脓肿、蛇虫咬伤及外伤肿痛,均可煎水内服或捣烂外敷。本品又具辛散之性,如与桑叶、连翘等配服,又可用治风热感冒初起之头痛,发热无汗。煎服,9—15克;断血流片,3—4片,每日3次。

实验研究:地上部分的水及醇抽提液,预试含黄酮甙、皂甙、鞣质、酚性物质、氨基酸、香豆精、糖类、无机盐等。断血流醇提取物腹腔注射能缩短小鼠的血凝时间。

兖州卷柏

始载于《本草图经》。又名金扁柏。为卷柏科植物兖州卷柏 Selaginella involvens(Sw.)Spring 的全草。分布于中国华南、西南地区及浙江、福建、江西、湖北、陕西等省。

本品味甘、微辛,性凉。功能凉血止血,清热利湿,化痰定喘。主治血热所致的咯血、吐血、衄血、便血、崩漏,湿热引起的黄疸、水肿、淋病、带下以及痰嗽、哮喘、瘰疬等病症。

用于诸种失血,可单味煎汤或捣汁服。亦可随证配用其他止血药,如咯血可配白茅根、墨旱莲;吐血、衄血,可配侧柏叶、大小蓟;痔血、便血可配地榆炭、槐花炭;崩漏下血,可配茜草根、棕榈炭等。用于黄疸配茵陈蒿或田基黄、风尾草;水肿、淋病、带下,配车前草、木通、泽泻、猪苓之类。本品治嗽痰、哮喘,可加适量冰糖炖水服;治痰核瘰疬,可以酒煎服。此外,研末外敷,亦可止外伤之出血;如用麻油调末,涂烫伤创面,有清凉、解毒、消炎的作用。煎服,10—15克;鲜品,30—60克。

实验研究:兖州卷柏全草含海藻糖约2.3%,灰分约23.66%等。

地柏枝

始载于《本草图经》。原名地柏,又名百叶草、岩柏草、石柏。为卷柏科植物江南卷柏 Selaginella moellendorfii Hieron.的全草。分布于中国长江以南各省、区,北至陕西西南部。

本品味微甘,性凉。功能凉血止血,清热利湿。主治血热所致的咯血、吐血、鼻衄、崩漏、便血、痔血及湿热引起的黄疸、小便不利、水肿等。

用于血热之咯血、吐血、衄血,配侧柏叶、大小蓟;崩漏,配茜草根、仙鹤草;便血、痔血,配地榆、槐花等。现临床上用于血小板减少症。治疗湿热黄疸,如急性黄疸型肝炎,可配清热利湿之凤尾草、鸡眼草、马兰,或茵陈蒿、栀子、郁金等煎服。湿热内蕴,小便不利、水肿,可煎水代

茶频饮，或配白茅根以加强清热利尿作用。此外，本品外治创伤出血，可研末外敷；汤火伤，研末用麻油调涂。煎服，15—30克。

实验研究：全草含酚性物质，并含二种醛类衍生物。

提取物（可能为醛类）在体外及整体动物均有加速血凝及止血作用，增加血小板数，在试管内可延迟纤维蛋白溶解。

鸡冠花

始载于《滇南本草》。为苋科植物鸡冠花 Celosia cristata L.的花序。中国各地均有栽培。

本品味甘，性凉。归肝、大肠经。功能凉血止血。主治血崩、带下、吐血、咯血、便血、痔血、赤白下痢等。

治上述诸种失血，单味研末服，即可取效。但一般多随证配伍其他药同用。如治血热崩漏，配蒲黄炭、茜草炭、乌贼骨等；若崩漏久不止而脾虚气弱者，配党参、黄芪、白术、升麻等益气补脾药同用。治妇人白带，《孙天仁集效方》用白鸡冠花干品研末，空心酒调服；如为体虚带下，配金樱子、乌贼骨、芡实、白果等同用。治咯血、吐血，民间有用本品和猪肺炖服；《经验方》用单味白鸡冠花以米醋浸煮七次后，研末温酒调服。治肠风便血，本品配地榆、槐花；治下血脱肛，《永类钤方》用鸡冠花、防风各等分研末糊丸；或配棕榈炭、羌活研末为散，米饮调服。治痔疮肛边肿痛，延久不愈，变成漏疮者，本品配凤眼草研粗末，煎水洗患处。《濒湖集简方》治赤白下痢，鸡冠花煎酒服；若治久痢赤白，常配石榴皮、罂粟壳、椿根皮等药同用。此外，治尿路感染，可配萹蓄、鸭跖草同用。煎服，6—15克。

鸡冠子，即鸡冠花的成熟种子。性味、功能与鸡冠花近似，亦能凉血止血。用于赤白下痢、肠风便血、崩漏、带下、血淋等证。煎服，5—10克。人煎剂炒用。

实验研究：花含山柰甙、苋菜红甙、蒎立醇及多量硝酸钾。种子含脂肪油，煎剂在试管内对人阴道毛滴虫有杀伤作用。

柿叶

始载于《滇南本草》。为柿科植物柿 Diospyros kaki L.f.的叶。原植物中国各地均有栽培。

本品味苦、涩，性平。功能止血。主治多种内出血病症。如肺结核、胃溃疡、痔漏以及功能性子宫出血、急性肾炎血尿、血小板减少性紫癜。本品尚可用于高血压病，对改善头痛、头昏等症状有效。此外，经霜柿叶研末外敷，可治臁疮及化脓性创伤。煎服，9—15克。

实验研究：柿叶含黄酮成分黄芪甙，还有异槲皮甙、芸香甙和杨梅树皮甙。又含三萜成分：白桦脂酸、齐墩果酸、熊果酸。另含胆碱和丰富的维生素C。

近从广西柿叶中分得：琥珀酸、苯甲酸、水杨酸、丁香酸、焦粘酸、6-羟基-7-甲氧基香豆素和东莨菪素。

叶中提出的黄酮甙能降压及增加冠脉流量。醋酸乙酯提取物静注能增强犬心输出量、心脏指数与心搏指数，减慢心率，使总外周阻力和血压明显降低，冠状窦血流量增加，心肌耗氧下降。

马兰

始载于《本草拾遗》。原名紫菊，又名鱼鳅串、田边菊、马兰头。为菊科植物马兰 Kalimeris indica (L.) Sch.-Bip.的全草或根。分布于中国各省、区。

本品味辛、苦，性凉。归肝、胃、大肠经。功能凉血止血，清热利湿，解毒消肿。主治吐血、衄血、尿血、咽喉肿痛、黄疸、泻痢、淋浊、疮疖肿毒、乳腺炎、痄腮等。

用于血热妄行导致的吐血、鼻出血、牙龈出血、皮下出血、尿血，常配白茅根、仙鹤草等凉血止血药合用。本品治风热引起之感冒身热、咽喉肿痛，与桑叶、菊花、薄荷、板蓝根等祛风清热解毒药同用。用于湿热黄疸，可与茵陈、山栀配用；湿热泻痢，配伍铁苋菜、平地木等药同用；湿热淋浊，常与石韦、黄柏配用。治疮疖、乳痈、痄腮、带状疱疹等，以鲜品捣汁内服，渣敷患处。煎服，10—20克；大剂量，30—60克。

实验研究：马兰全草含挥发油，油中含乙酸龙脑酯、甲酸龙脑酯、酚类、倍半萜烯、倍半萜醇、二戊烯及辛酸等。

荠菜

始载于《名医别录》。原名荠，又名上巳菜、净肠草、枕头草。为十字花科植物荠菜 Capsella bursa-pastoris (L.) Medic.的全草。中国大部分地区均有分布。

本品味甘，性凉。归肝、胃、小肠、膀胱经。功能凉血止血，清热利湿。主治吐血、衄血、尿血、崩漏、泻痢、肾炎水肿、乳糜尿等。

用于血热吐衄、咯血，常配小蓟、蒲黄、墨旱莲等药同用；治崩漏、流产后出血，则与益母草、红砂糖同煎服。治湿热泻痢，配马齿苋、铁苋菜、地锦草。治急性肾炎水肿，尿痛、尿血，常与白茅根、车前子、连钱草、大小蓟同用。治乳糜尿，则配萆薢、车前子、向日葵茎髓等。对高血压头痛目赤、视物模糊者，荠菜与槐花、夏枯草、决明子等伍用。煎服，15—30克；鲜品，60—120克。

荠菜花，煅存性研末服，能消小儿乳积，并治赤白痢疾；煎服可治乳糜尿。

实验研究：荠菜含蛋白质、脂肪、胡萝卜素、维生素 B_1、维生素 B_2、烟酸、维生素C、有机酸、氨基酸、糖分、钾、钙、钠、铁、氯、磷、锰等无机物。又含胆碱、乙酰胆碱、酪胺、马钱子碱、芸香甙、橙皮甙、木犀草素-7-芸香糖甙、

二氢非瑟素、槲皮素-3-甲醚、棉花皮素六甲醚、香叶木甙、刺槐乙素、黑芥子甙、谷甾醇等。

醇提取物有收缩子宫作用，对动物已孕、未孕、离体及在体子宫有兴奋作用，对离体豚鼠小肠也有兴奋作用。醇提取物静注可使犬、猫、兔、大鼠血压短暂下降，阿托品不能对抗。对犬下肢血管有扩张作用。醇提取物还能抑制大鼠右旋糖酐及角叉菜胶引起的足肿、拮抗5-羟色胺引起的毛细血管通透性增加，抑制实验性胃溃疡的发生，加速应激性溃疡病的愈合。给家兔静脉注射荠菜流浸膏挥发液，能缩短凝血时间。荠菜果实中所含某种有机酸有止血作用。

红旱莲

始载于《植物名实图考》。原名湖南连翘，又名黄花刘寄奴。

为藤黄科植物黄海棠 Hypericum ascyron L. 的全草。分布于中国东北和黄河、长江流域以及广东、广西等省、区。

本品味苦，性寒。功能凉血止血，清热解毒。主治吐血、咯血、衄血、子宫出血、外伤出血、肝火头痛、黄疸、乳痈、肿毒、跌打损伤、烧烫伤、湿疹、黄水疮等。

用于吐血、咯血，红旱莲与侧柏叶、小蓟配用；治鼻衄，配白茅根；子宫出血，配蒲黄炭、小蓟。黄疸属湿热引起者，与山栀子、车前草配用。治肝火头痛，可单味煎服。其治乳痈、肿毒，除取本品大剂量煎服外，并取鲜品捣烂敷患处。治烧烫伤及外伤出血，宜鲜品捣烂绞汁涂搽；湿疹与黄水疮，取干品研末，菜油调搽。近用治慢性气管炎，能平喘止咳。煎服，4—9克。

实验研究：黄海棠全草含挥发油约0.8%，油中主含α石竹烯。还含黄酮类：槲皮素、山柰酚、金丝桃甙、异槲皮甙及芸香甙。又含蛋白质、胡萝卜素、维生素 B_2、烟酸。

贯叶连翘

始载于《本草纲目拾遗》。原名元宝草，又名千层楼、小对叶草。为藤黄科植物贯叶连翘 Hypericum perforatum L. 的全草。分布于中国江苏、河北、山东、四川、江西、陕西、贵州等省。

本品味苦、涩，性平。功能凉血止血，消肿解毒。主治吐血、咯血、崩漏、肠风下血、外伤出血、烧烫伤、乳痈肿痛、乳少、口鼻生疮等。

用于吐血、咯血及崩漏下血，常与仙鹤草、墨旱莲、蒲黄同用；肠风下血，则与槐花、地榆、棕榈根等配用。用于外伤出血，研末外掺；烧烫伤，加麻油调涂局部。本品嫩叶搓绒塞鼻，治乳痈初起(已经溃破忌用)，亦治口鼻生疮。治乳少，全草炖肉服。此外，亦有用治黄疸型肝炎，以贯叶连翘煎水服。煎服，10—15克。

实验研究：贯叶连翘全草含芸香甙、金丝桃甙、槲皮甙、槲皮素、金丝桃属素、咖啡酸、绿原酸。又含鞣质10%及挥发油，油中含有蒎烯、倍半萜烯。另含树脂，中有抗菌成分贯叶连翘树脂Ⅰ、Ⅱ。又含维生素C、胡萝卜素、β谷甾醇。全草用稀碱溶液水解后，可提出具有抑菌能力的衣马宁，又从丙酮提取物新衣马宁中分离出一种新的抗菌物质贯叶连翘素。

醇提取物在体外对革兰阳性菌有抑制作用。碱性粗提取物衣马宁1:5万—10万对金黄色葡萄球菌即有抑制作用。新衣马宁的抗菌活性较衣马宁强10—20倍，对各种革兰阳性细菌有抑制作用，从中分离得到的贯叶连翘素，抗菌活性又强10倍，且对大肠杆菌和变形杆菌也有抑制作用。全草浸剂有驱肠虫作用，如对蛲虫、膜壳绦虫及狗蛔虫均有效。金丝桃属素有降低血糖、血钙和升高血钾的作用，对离体心脏有增强收缩和增加心率的作用。

元宝草

始载于《本草从新》。又名对叶草、合掌草、穿心草。为藤黄科植物元宝草 Hypericum sampsonii Hance 的全草。分布于中国长江流域各省及台湾省。

本品味辛，性寒。归肝经。功能凉血止血，通经活络，清热解毒。治吐血、咯血、衄血等属于内有瘀热者，可配墨旱莲等煎服。用于月经不调、经闭之因于血滞者，可配益母草、泽兰等，黄酒为引。用于跌打损伤、扭挫肿痛，可水酒各半煎服，并用鲜品捣敷，具有活血祛瘀之功。用于痈肿、蛇咬伤，以鲜品捣敷，有解毒消肿之效。煎服，8—15克。

实验研究：元宝草全草含金丝桃属素。

飞廉

始载于《神农本草经》。又名大力王、飞廉蒿。为菊科植物飞廉 Carduus crispus L. 的全草或根。中国各地均有分布。

本品味苦，性平。功能凉血止血，清热解毒，祛风利湿。主治鼻出血、尿血、功能性子宫出血、风热感冒、头风头眩、皮肤刺痒、风湿热痹、乳糜尿及疔疮肿毒等。治鼻出血、尿血、功能性子宫出血，常与茜草、地榆配用。治风热感冒，可与金银花、板蓝根合用。治头风头眩、皮肤刺痒，单味煎服即可。以其有祛风止痛之功，故治风湿热痹与神经痛有效，可与木防己、海风藤等煎服。治乳糜血尿宜单味大剂量煎服，也可配鸡冠花、玉米须同煎。将鲜草捣烂外敷则可治疔疮、无名肿毒及水火烫伤。《千金翼方》用飞廉蒿烧作灰撒布，治疳𧏾蚀口齿及下部。煎水熏洗治痔疮肿痛。本品亦治湿热淋痛、女子带下及急慢性肝炎。煎服，9—15克。治乳糜尿可用至30克。

山茶花

始载于《本草纲目》。又名宝珠茶花、茶花。为山茶科植物山茶 Camellia japonica L.的花。产于中国长江流域及以南各省、区。

本品味甘、苦、微辛,性寒。归心、肝、肺经。功能凉血止血,散瘀消肿。主治血热妄行之吐血、衄血及肠风下血、痔疮出血、妇人血崩及跌扑损伤等。一般可研末与童便或姜汁、酒调服;也可用鲜品捣烂,生姜汤调服。

咳嗽吐血,可配红花、白及、红枣煎服;肝肺蕴热而络损血溢之咯血,可与地骨皮、生地、牛膝等配用;治鼻衄,可配山栀、侧柏叶。治妇人血崩、赤带,与白及、三白草、玉簪花等同用。治赤痢及痔疮出血,可单味研末冲服,或加糖蒸服。治跌扑损伤,可以鲜品捣烂外敷。山茶花研末撒敷伤口亦止外伤出血。研末用麻油调除,治水火烫伤及乳头开裂疼痛。煎服,3—9克;鲜品,15—30克。

实验研究:花含三萜类:山茶酮二醇、山茶二酮醇、马瑞甙元。还含花白甙、花色甙、可可豆碱。花瓣含β香树脂醇、羽扇豆醇、儿茶精、表儿茶精等。

落地生根

始载于《植物名实图考》,原名土三七。又名打不死、叶生根、枪刀草。为景天科植物落地生根 Bryophyllum pinnatum(L. f.)Oken 的全草或根。分布于中国广东、广西、福建、台湾、云南等省、区。

本品味淡、微酸,性寒。功能凉血止血,散瘀消肿,清热解毒。主治咯血、吐血、创伤出血、跌打损伤、痈肿疔疮、水火烫伤等。用于咯血、吐血均可煎汤或捣汁内服。创伤出血,鲜叶捣烂外敷。治疗疮、疖肿、乳痈,可用鲜叶捣汁加蜂蜜调服,药渣外敷患处。此外,捣取鲜汁含漱,可治咽喉肿痛;滴耳可治急性中耳炎;外涂可治水火烫伤。煎服,鲜品,30—60克。

实验研究:落地生根的叶含苹果酸、柠檬酸、异柠檬酸、琥珀酸、延胡索酸、丙酮酸、草乙酸、α酮戊二酸、乙醛酸、乳酸、草酸及顺式乌头酸、维生素C、槲皮素-3-二阿拉伯糖甙、黄芪甙。又含α香树酯醇及β香树酯醇、谷甾醇。尚含对香豆酸、咖啡酸、阿魏酸及丁香酸等。

赶风柴

始载于《岭南采药录》。又名贼公叶、节节红、大斑鸠米。为马鞭草科植物裸花紫珠 Callicarpa nudiflora Hook. et Arn.的嫩枝叶。原植物分布于中国南部。

本品味苦、微辛,性平。功能凉血止血,解毒疗疮,散瘀消肿。主治各种内外出血、跌打损伤、化脓性皮炎等。

本品煎服或制成注射剂用,可治疗钩端螺旋体病之肺出血及肺脓疡、肺炎等各种肺热咯血及肺结核咯血;亦治溃疡病引起的上消化道出血以及尿血、鼻出血、牙龈渗血、血小板减少性紫癜等症。对于外伤出血和手术创口渗血,可研末撒或煎液浸纱布敷。药液湿敷还适用于烧烫伤及化脓性皮炎。若跌打损伤,可用本品煎水洗或捣烂外敷。本品煎服,亦可防治流行性感冒与传染性肝炎。煎服,15—30克。

实验研究:叶含黄酮甙、酚类、鞣质和多糖。

本品能使毛细血管收缩而有止血作用,因富含鞣质,用药后创面可形成薄层药膜,有收敛、干燥、保护肉芽组织、促进小鼠烧伤的愈合作用;煎剂在体外对葡萄球菌、脑膜炎球菌、痢疾杆菌、大肠杆菌,均有明显抑制作用,对链球菌、变形杆菌也有一定的抑制作用。

三七

始载于《本草纲目》。又名参三七、田七。为五加科植物三七 Panax notoginseng (Burk.)F.H.chen 的块根。一般种植3—4年后可以收获,于秋季开花前收获的称"春七",质量好;结果后收获的称"冬七",质量较差。将收获的块根洗净,经反覆烘晒搓揉成干爽的商品。

块根呈类圆锥形、圆柱形或不规则块状,少数有分支,长约1.5—5厘米,直径1—3厘米。表面灰黄色或灰棕色,有光泽,有断续的纵皱纹及支根痕,及少数横长的皮孔。顶部有根茎残痕,周围有瘤状突起。体重,质坚实,击碎后皮部和木部常分离;横断面呈灰绿色、黄绿色或灰白色,皮部色淡有细小的棕色树脂道斑点,木部色较深有放射状纹理。气微,味先苦而后微甜。

加工时剪下的根茎习称"剪口",支根习称"筋条",细的支根习称"绒根",亦可药用。主产于中国云南、广西两省、区。

本品味甘、微苦,性温。归肝、胃、心、肺、大肠经。功能止血,散瘀,消肿,定痛。主治咯血、吐血、衄血、尿血、便血、血痢、妇女崩漏、产后血晕、外伤出血,及癥瘕积块、产后恶露不下、跌打损伤、痈疡肿痛等。因本品既能止血又能散瘀,止血而不留瘀,散瘀而不妄行。常单用本品研末吞服或外用,亦可随证配伍。

本品配花蕊石、血余(均煅存性),共研细末,开水送服,能治咯血、吐血、衄血及二便下血,如《医学衷中参西录》化血丹。或配龙骨、象皮、血竭、乳香、没药、降香,为末,温酒下,或掺用治刀伤,能止血收口,如《本草纲目拾遗》七宝散。据近年临床报道,用本品内服治疗心绞痛、急性坏死性小肠炎等均取得良好效果,对肺部疾患之出血亦有效。另用三七液滴眼,治前房出血亦甚有效。研末服,1.5—3克,开水或黄酒送下,或随汤药冲服。孕妇慎服。

实验研究:根含皂甙,经鉴定有人参皂甙 R_{b1}、R_{b2}、R_c、R_d、R_e、R_{g1}、R_{g2}、R_{h1} 及三七皂甙 R_1、R_2 等。另含槲皮素

及其与木糖、葡萄糖和葡萄糖醛酸所成的甙、β谷甾醇、胡萝卜甾醇甙等。

三七绒根提取物，所含皂甙及黄酮甙均能增加麻醉动物冠脉流量，降低心肌耗氧量，抑制丙酮酸氧化酶系统。对结扎冠脉所致急性心肌梗死犬，可改善心电图变化，促进梗死区侧支循环形成。三七绒根提取物，总皂甙均抑制心脏收缩功能，但能扩张外周血管，降低射血阻抗，其中以三七中的 R_g 及 R_{g1} 作用最明显，使心输出量增加；而 R_b 则减少心脏泵血功能，大剂量直接抑制心脏，使房室传导阻滞。三七醇提取物扩张外周血管，但高浓度则收缩血管。三七总皂甙、花热浸剂有降压作用，对心率无显著影响。三七中 R_b 能直接抑制猪冠脉条，初步发现能拮抗 $CaCl_2$ 所引起的量－效曲线。三七总皂甙可能存在与三七皂甙 C_1(即 R_{g1})作用相反的，以升血糖为主要作用的成分，可能两者对机体血糖起有益的调节作用。三七根抑制大鼠毛细血管通透性的作用较吲哚美辛(消炎痛)、保泰松强，对大鼠足肿、肉芽肿增生的抑制作用，与上述二药相似。三七能通过垂体增强肾上腺皮质功能，可能与抗炎作用有关。三七叶总皂甙有镇静、催眠及镇痛作用，起效快，维持时间久。

茜草

始载于《神农本草经》。原名茜根，又名血见愁。为茜草科植物茜草 Rubia cordifolia L. 的根及根茎。春、秋两季采挖，除去茎叶与泥砂，晒干或烘干。

根茎呈结节状，长 2—3 厘米，上端有茎基残留，下面着生多条细长的根。根呈圆柱形，波状弯曲，长 15—20 厘米，直径 1—1.5 厘米。表面棕红色或紫红色，具细纵皱纹及细根痕。细根皮部易剥落而露出粉红色的木部。质硬脆，易折断，断面平坦，皮部狭，淡红色，木部宽，浅黄红色。嚼之唾液变微红。中国大部分地区均产。

本品味苦，气微，性寒。归心、肝经。功能行血止血，通经活络，止咳祛痰。主治吐血、衄血、尿血、便血、血崩、经闭、产后血晕、风湿痹痛、跌打损伤、瘀滞肿痛、黄疸、咳喘等。茜草能清血中之热，通壅积之瘀，对于血热妄行或血瘀损络所致的失血，都可使血行故道，而不致横逆外溢，故为治疗血证所常用。

《简要济众方》以茜草为散煎服，治吐血不定。《圣济总录》茜草丸，用本品合黑豆、甘草为丸，治疗吐血后虚热、躁渴，并有解毒之效。此外，本品合艾叶、乌梅，治衄血无时；配地榆、白芍、荆芥治肠风便血。本品也常用于血小板减少所致的紫癜及各种出血。茜草又为妇科调经要药，既可治经闭，又可治崩漏。如治血带经闭，可配丹参、红花；治经闭腹痛，可与元胡同用。治气虚不固，冲任损伤之崩漏下血，可配黄芪、白术、龙骨、牡蛎、山茱萸等，如《医学衷中参西录》之安神汤。《神农本草经》用以治黄疸(当指蓄血发黄)。本品有活血清热之能，茜草治痹证关节疼痛，以痹为血病，茜草行血脉，疏经络，故宜用于痹症而无损血气，临床常与羌活、独活、威灵仙等驱风化湿药同用。近年还用茜草治老年慢性气管炎，临床观察和实验研究证实，有止咳、祛痰和平喘作用。煎服，6—10 克。酒制行血，醋炒止血。脾胃虚寒及无瘀滞者忌服。

实验研究：茜草根含多种蒽醌类成分：茜素、茜草色素、紫茜素、紫黄茜素、伪紫茜素、1－羟基－2－甲基蒽醌、1,4－二羟基－6－甲基蒽醌、大黄素甲醚、去甲虎刺素等。还含有升高白细胞作用的成分茜草萘酸甙Ⅰ及Ⅱ。又含茜草酷酸、茜草香豆酸。

茜草根温浸液能缩短家兔血液凝固时间，有一定止血作用，水提取物对离体豚鼠子宫有兴奋作用，产妇口服可增强子宫收缩。煎剂对小鼠有镇咳、祛痰作用，对乙酰胆碱所致兔肠痉挛有解痉作用。水提取液在体外对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、流感杆菌及部分皮肤致病性真菌有一定抑制作用。

茜素为一种色素，橘红色，口服能使尿、乳呈红色，茜素能抑制大鼠皮肤结缔组织的通透性，与芸香甙相似，可能有抗炎作用。

蒲黄

始载于《神农本草经》。又名蒲花。为香蒲科植物水烛香蒲 Typha angustifolia L.、东方香蒲 T. orientalis presl 或同属植物的花粉。6—7 月花开时，剪下蒲棒顶端的雄花序，晒干，碾碎过筛，除去杂质，取得纯花粉，习称"蒲黄"。

蒲黄呈鲜黄色细粉，质轻，易飞扬，手捻之有滑腻感，且易附着于手指上，入水不沉。放大镜下观察，花粉粒呈扁球形颗粒，直径 17—29 毫米，表面有拟网状雕纹。主产于中国江苏、浙江、山东、安徽、湖北等省。

本品味甘，气微，性平。归肝、心、脾经。功能凉血止血，消瘀，利尿。主治吐血、衄血、咯血、尿血、便血、崩漏、产后出血、创伤出血、瘀血作痛等病症。陶弘景谓此药"其疗血"。

治血热吐血，可配阿胶、生地黄汁；衄血，可配小蓟、玄参、青黛；咯血可配白及、血余炭；尿血，可配小蓟、茅根；便血，可配槐花、条芩；崩漏，可配黄柏、破故纸，凡此皆取其凉血止血之功。如虚寒性失血，而欲用其止血者，则必须配以炮姜、艾叶等温经摄血之品。本品又能活血散瘀，用于瘀血阻滞引起的心腹疼痛，女子月闭腹痛、痛经以及产后儿枕痛等，常配五灵脂同用，即《和剂局方》失笑散。近亦用治心绞痛。如用生蒲黄煎浓汁和童便饮，可治跌打损伤、瘀血内停之症。蒲黄兼具利尿通淋作用，如《证治准绳》治血淋之蒲黄散，用蒲黄配合凉血止血之生地黄，利尿通淋之冬葵子，共奏利尿通淋止血之效。外治木舌、重舌等舌胀满口，《外台》、《本事方》均用蒲黄外掺之，若配元明粉则疗效更佳。口疮、皮肤湿疹、耳中出脓诸症，以本品掺患处。疮疡肿毒，蜜调敷之。外伤出

血,配乌贼骨粉外敷。煎服,6—10克,纱布包煎。止血宜炒炭用,破血宜生用。孕妇慎服。

实验研究:水烛香蒲的花粉含脂肪油,内有棕榈酸、异鼠李素、α香蒲甾醇等。

东方香蒲花粉含异鼠李素的糖甙,廿五烷,谷甾醇,脂肪油以及葡萄糖、果糖、鼠李糖、木糖、阿拉伯糖、曲二糖、黑曲霉糖、麦芽糖、异麦芽糖、蔗糖、松二糖、麦白糖、麦芽三糖、棉子糖。

煎剂、酊剂、乙醚浸液对离体及在位动物子宫均表现兴奋作用,剂量增大可呈痉挛性收缩;也能使产后子宫收缩力加强或紧张性增加,临床上用于产后亦证明有子宫收缩作用。水或醇浸液能使家兔凝血时间缩短;蒲黄提取物能使家兔血小板数目增加,凝血酶原时间缩短。有人认为,其所含的异鼠李素等,是蒲黄缩短凝血时间、呈止血作用的有效成分。蒲黄提取物能扩张外周血管,降低麻醉动物血压和减慢心率,此等作用能被阿托品所阻断。还有人证明蒲黄提取物能增加兔心冠脉流量,对狗心(心肺制备)有增强收缩,加快心跳的作用。人口服治疗量的蒲黄,对血压并无影响,蒲黄提取物可使离体兔肠蠕动增强,但可被阿托品所阻断。其中所含之异鼠李素对小鼠离体肠管有解痉作用。蒲黄对结核杆菌有某些抑制作用。

卷柏

始载于《神农本草经》。又名石莲花、回阳草、九死还魂草。为卷柏科植物卷柏 Selaginella tamariscina (Beauv.) Spring 或垫状卷柏 S. puluinata (Hook. et Grev.) Maxim. 的全草。中国大部分地区均产。

本品味甘,性平。归肝经。功能活血去瘀,止血。主治经闭、癥瘕,跌打损伤及吐血、衄血、便血、痔血、尿血、崩漏等。

治疗血瘀经闭、血结癥瘕,可用生卷柏与当归、川芎、红花、桃仁等同用;跌打肿痛,可单用鲜卷柏煎服,或配当归、赤芍、刘寄奴、没药之类。本品治疗诸种出血,可炒炭研末或煎汤内服。吐血、衄血,亦可配生地、丹皮、山栀炭;肠风便血,配侧柏炭、地榆炭、槐花炭;尿血配白茅根、小蓟炭、血余炭等。如用卷柏研末,外敷创伤出血,有消炎、止血作用。此外,用鲜卷柏煎服,尚可治疗哮喘;配仙鹤草、红枣煎服,能治体虚脱肛。煎服,5—10克。活血祛瘀,生用;止血,炒炭用。生用孕妇忌服。

实验研究:卷柏全叶含黄酮、酚性成分,氨基酸、海藻糖等多糖类和少量鞣质。黄酮成分有芹菜素、穗花杉双黄酮、扁柏双黄酮和异柳杉素。煎剂在体外对金黄色葡萄球菌有抑制作用。

花蕊石

始载于《嘉祐本草》。又名花乳石。为含蛇纹石大理岩的石块。主产于中国山西、陕西、河南、河北、江苏、浙江、湖南、四川等省。

本品味酸、涩,性平。归肝经。功能止血,化瘀。主治吐血、衄血、便血、崩漏、产妇血晕及外伤出血等病症。

本品治内出血以瘀血阻滞,血不归经者尤为适宜。葛可久《十药神书》花蕊石散,治呕血量多者,即以花蕊石火煅研末,用童便调服。产后恶血上冲而致血晕者,亦可用此方治之,使瘀血得化,而血归常道。《医学衷中参西录》治咯血、吐血、衄血及二便下血的化血丹,即以本品配伍参三七、血余炭。至于外伤出血,用其粉末掺于创口。跌打损伤,瘀肿疼痛,可与乳香、没药等配用。此外,本品配黄丹外掺,可治趾缝出水。煎服,3—10克;火煅研成细末水飞用。内无瘀滞者不宜应用,孕妇亦忌服。

实验研究:本品含大量的碳酸钙和碳酸镁,并混有少量的铁盐、铝盐及酸不溶物。

血余

始载于《神农本草经》。原名发髲,为人的头发。入药多煅成炭用,故又称血余炭。

本品味苦,性微温。归心、肝、肾经。功能止血,行瘀,生肌,利尿。主治吐血、衄血、便血、崩漏、黄疸、血淋、小便不利、痈肿疮疡等。

临床用于血分有热引起的眼、耳、鼻、口诸窍出血,常与生地黄汁、藕汁、阿胶等同用;如热盛迫血妄行,则配大黄、山栀、青黛等清热泻火之品;若系虚证出血,本品可加入人参、黄芪、阿胶等益气养血药中,以补虚止血;治妇女崩漏不止,与陈棕炭、莲蓬炭、当归身、丹参等配用;治脏毒泻血,可与鸡冠花、侧柏叶、槐角配用,如《普济方》血余散;治肠风下血,则与荆芥、槐花同用。外治肌肤、牙缝、舌部出血可干撒于出血处;鼻孔出血可吹鼻。《本经》谓本品"主五癃、关格不通,利小便水道",故血余用治血淋涩痛,有散瘀利窍之功,如《金匮要略》滑石白鱼散中用本品治小便不利;《肘后方》单用本品一味治石淋;或配伍车前子、生地、茯苓同煎服。仲景用猪膏发煎治黄疸,因血余能消瘀通关利水道,使邪从小便排出。血余还有行瘀、生肌之功,故治疮疡等亦每用之。《医宗金鉴》贝叶膏,即用本品合麻油、白蜡熬炼而成,能治一切痈疽发背,溃烂诸疮;《证治准绳》弘济膏,则以本品与黑豆制成,可治下部浸淫湿疮,上部头面癞疮。至于小儿热疮、斑疹、口角糜溃,均可用血余研末内服,或麻油调涂。本品与露蜂房、蛇蜕烧存性研末服,能治疮口久不愈者;也治水火烫伤。近试用于因大声歌唱、号叫或风邪外袭,使声带充血而成瘀血性声带发炎、声音嘶哑、口干、咽喉痛,用一味血余炭,研末服或煎服。煎服,6—10克;研末服,1.5—3克。本品能令人恶心,胃弱者不宜用。

珠儿参

始载于《本草从新》。又名珠参、钮子七、雪三七。为五加科植物珠子参 Panax japonicus C. A. Mey. var. major (Burk.)C. Y. Wu et K. M. Feng 的根茎。秋季采挖根茎，除去外皮及须根，干燥；或蒸透后干燥。

完整根茎呈串珠状，加工后分成段。膨大的节部呈类球形、扁珠形或不规则菱角形，直径 1—2.5 厘米，一侧或两侧有残留的细长节间。表面黄棕色或棕褐色，有明显的纵皱纹，中部有疣状突起及细根痕，有的可见略凹陷的茎痕。质坚硬，不易折断，切断面黄白色，粉性，有黄色分泌道斑点。蒸品淡红棕色，半透明，角质。主产于中国云南省。

本品味苦、微甘，气微，性微寒。归肝、胃、肺经。功能活血止血，定痛，滋补强壮。主治跌打损伤、外伤出血、风湿关节痛、腰腿疼痛、胃痛、月经不调、吐血、便血、血崩，以及气血两亏、虚劳咳嗽等。可单味煎汤或研末服。外伤出血，研细粉敷伤口。月经不调，如血热者，配丹皮、生地以凉血调经；因血寒者，配肉桂以温经散寒；经闭，配牛膝以通经。煎服，9—15 克。活血止血定痛，生用；滋补强壮，熟用。

实验研究：根茎含多种竹节人参皂甙和挥发油。

水煎剂口服对动物有抗炎作用，可能含有某种糖皮质激素样物质。

血竭

始载于《雷公炮炙论》。又名麒麟血、木血竭。为棕榈科植物麒麟竭 Daemonorops draco Blume 果实中渗出的树脂；或为龙舌兰科植物柬埔寨龙血树 Dracaena cambodiana Pierre 木质中提取的树脂。麒麟竭果实成熟时采收，将果实捣烂，置布袋内榨取树脂，然后煎熬成糖浆状，冷却凝固而成块状。或将成熟果实采收后，充分晒干，再加贝壳同入笼中强力振摇，使松脆的树脂块脱落，筛去果鳞杂质，用布包起，入热水中使软化成团，再取出冷却。柬埔寨龙血树采取木质部含紫红色树脂部分，粉碎后用乙醇提取浓缩而得。

麒麟竭为进口血竭，通常分加工血竭及原装血竭两种。加工血竭略呈类圆四方形或方砖形，表面暗红色，有光泽，底部平圆盖有商标金印，顶端有沟纹或由包扎时形成的纵折纹。体坚质脆，断面黑红色或紫黑色，有光泽，研成粉末呈血红色。气无，味淡。原装血竭呈扁圆形、四方形或不规则块状物，表面铁黑色。体轻重不一，断面有光泽或无光泽，粗糙，有时可见杂质，口嚼不溶。产于印度尼西亚、马来西亚、新加坡等国家。

柬埔寨龙血树树脂为中国产血竭，呈不规则块状物，大小不一。精制品呈片状，表面紫色，有光泽，局部有红色粉尘粘附；粗制品呈碎玻璃状，红色，有光泽。质脆，易碎，断面平滑。气无，味微涩，嚼之有粘牙感。主产于中国云南省。

本品味甘、咸，性平。有小毒。归心、肝经。功能散瘀止痛，止血，敛疮生肌。主治跌打损伤、瘀滞作痛及疮疡久溃不敛等。

《良方集腋》七厘散、《圣惠方》麒麟血散，均以本品为主药。亦可治内伤瘀痛及癥积，如《新修本草》谓：主"心痛，破积血。"《摘玄方》以血竭配没药、丹皮治腹中血块。现代有以本品为主，治血瘀型心绞痛。此外，又可治产后血晕，因瘀血内阻，而致喘满气急的危症，可研末，温酒调服；或配没药、童便和酒服。本品外用，又有收敛生肌，排脓，防腐之功，用治疮疡久溃不敛，瘰疬及癣症。如《圣济总录》血竭散，治恶疮年深不愈者，以本品合铅丹，研末入膏药中外贴；《博济方》血竭散治瘰疬已破，脓水不止者，以本品合大枣（烧灰）、干地黄，研如粉调敷。血竭既能化瘀定痛，又能止血，治外伤出血。如《本草汇言》谓"治金疮出血不止，用麒麟竭为末敷之"。亦可治鼻衄，如《医林集要》，以本品配蒲黄等分为末吹之。本品有小毒，不可多用、久用，内服对少数患者可引起过敏反应，发生周身瘙痒，四肢及胸背皮肤潮红，手足可见血管神经性水肿，并伴有发热及心跳、呼吸加速等。研末服，1—1.5 克。凡血病而无瘀滞者，不宜用。

实验研究：树脂含紫檀醇、齐墩果醛、乌宋醛、龙脑香醇酮、22-羟基苯酮、齐墩果酮酸、达玛烯酸。

水浸剂在试管内对堇色毛癣菌、石膏样毛癣菌、许兰黄癣菌等多种致病真菌有抑制作用。

莲房

始载于《食疗本草》。又名莲蓬壳。为睡莲科植物莲 Nelumbo nucifera Gaertn. 的成熟花托。主产于中国湖南、湖北、福建、江苏、浙江等省。

本品味苦、涩，性温。归肝经。功能止血消瘀。主治崩漏、月经过多、便血、尿血、血淋等。

治崩漏可配荆芥炭、陈棕炭；便血可配槐花炭、地榆炭；尿血、血淋可配小蓟炭、白茅根等。本品亦可单味使用，如《妇人经验方》治经血不止之瑞莲散，即以莲房一味，烧存性研末酒服；《朱氏集验医方》治胎漏下血，用莲房烧灰研末，面糊为丸服。由于本品兼能消瘀，故尚用治瘀滞腹痛。此外，莲房炒研为末，可外敷乳头开裂；烧炭研细，香油调匀，可敷黄水疮。《疡科选粹》以干莲房配枳壳、荆芥、薄荷、朴硝煎水，可熏洗痔疮等。煎服，5—10 克。多炒炭用。

实验研究：含微量莲子碱、胡萝卜素、维生素 B_1、B_2、C 等。

菊三七

始载于《滇南本草》。原名土三七，又名菊叶三七、紫三七、水三七。为菊科植物三七草 Cynura segetum (Lour.)Merr.的根。秋季采挖，除净茎叶及须根，晒干。

块根呈拳形肥厚的团块状，长3—6厘米，直径约3厘米。表面灰棕色或黄棕色，全体有断续的弧状沟纹及瘤状突起，突起的顶端常有茎基或芽痕，下方有须根痕。质坚实，不易折断，断面鲜品白色，干品灰黄色，有黄色维管束2—3轮，作放射状排列呈菊花心，并有紫色弧状花纹。主产于中国四川、云南、广西等省、区。

本品味甘、微苦，气微，性温。有小毒。功能散瘀止血，解毒消肿。主治吐血、衄血、尿血、便血、崩漏以及产后瘀滞腹痛、跌打损伤等。外用鲜根捣敷，可治创伤出血、痈肿疮毒、蛇虫螫伤。近以本品制成酊剂或糖浆，治疗大骨节病，对于控制关节疼痛，有较好的效果。但少数病例服药后有恶心、呕吐等反应，有胃病史者尤易发生。煎服，3—10克，研末服，1.5—3克。孕妇慎服。

实验研究：根含菊三七碱。

体外试验：菊三七的水提取物对小鼠的凝血时间、出血时间及兔肝创口试验，认为菊三七与参三七有相似的止血作用。菊三七碱属双稠吡咯啶型生物碱，大剂量短期使用能引起广泛性急性肝坏死，小剂量长期使用除引起肝坏死外，还可引起肝小静脉和门静脉周围组织增生(肝小静脉闭塞症)。

景天三七

始载于《植物名实图考》。原名土三七，又名见血散、墙头三七。为景天科植物景天三七 Sedum aizoon L.的根或全草。分布于中国西北、华北、东北至长江流域各省。

本品味甘、微酸，性平。功能止血，散瘀，安神。主治吐血、衄血、尿血、崩漏、跌打肿痛、心烦失眠。

本品以止血见长，对消化道、呼吸道出血及血小板减少所致的出血均有较好的效果，其中尤以治疗溃疡病合并上消化道出血的疗效最为满意。临床常以本品单味煎服或制成糖浆服，亦可用鲜品捣烂绞汁饮。治跌打损伤之瘀血凝滞肿痛，外用鲜草捣敷，内服可与土大黄、水苦荬同煎。鲜草捣烂敷亦治水火烫伤、毒虫螫伤。此外，本品还有安神除烦作用，与猪心炖食，可治烦躁不安、心悸、失眠。煎服，9—30克；鲜品，60—90克；或绞汁服。

实验研究：景天三七根含熊果酚甙、齐墩果酸、谷甾醇、生物碱、鞣质、淀粉等。

全草含甲基异石榴皮碱、景天碱、景天胺、没食子酸、黄酮类、景天庚糖、蔗糖、果糖、蛋白质等。水提取物能促进兔的凝血时间及出血时间。

牛角鰓

始载于《神农本草经》。又名牛角胎、牛角笋。为牛科动物黄牛 Bos taurus domesticus Gmelin 或水牛 Bubalus bubalisL.角中的骨质角髓。中国各地有产，由宰牛场收集。

本品味苦，性温。归肝、肾经。功能化瘀，止血。主治血瘀经闭、产后停瘀腹痛、崩漏、带下、便血、下痢等。

用治经闭及产后恶露不净之腹痛，每与香附、当归、炮姜炭、生地炭等配伍。甄权云：牛角鰓"烧之则性涩"，故止血止痢多煅炙用，如《太平圣惠方》中角鰓散。治崩漏不止，用牛角鰓烧灰与川芎、白矾、橡实等研末服；《沈氏尊生书》牛角鰓丸治妊娠下血不止，腹痛气急者，则以本品配血余炭、阿胶、代赭石等为丸服。宋代孙用和方治赤白带下，与附子等分研末酒下。如大肠风毒下血不止，《太平圣惠方》用本品与棕榈皮、干姜烧灰研匀以冷粥调服；或与槐耳、椿白皮、瓦松等同用。近年来用本品配鹿角胶、当归、黄芪、白术、鸡血藤等温补气血药，用于再生障碍性贫血。此外，本品配刺猬皮、蜈蚣、猪蹄甲、明矾等为丸服，可治漏管。煎服，6—12克。

实验研究：本品含碳酸钙、磷酸钙等。

问荆

始载于《本草拾遗》。又名空心草、猪鬃草、节节草、笔头菜。为木贼科植物问荆 Equisetum arvense L.的全草。分布于中国东北、华北、西北、西南地区及山东、江苏、江西等省。

本品味苦，性平。功能止血，利尿，止咳祛痰。主治吐血、咯血、衄血、便血、月经过多、小便不利、淋病及咳嗽气急等。

可单用本品煎服。《本草拾遗》载本品主"上气气急"。现以本品治疗慢性气管炎，具有较好的止咳祛痰效果。除作煎剂外，还制成片剂使用。本品烧灰存性，外掺创伤出血，也有止血作用。煎服，5—10克。

实验研究：问荆全草含木犀草素、木犀草甙、木贼甙、山柰酚-3-槐糖甙、杨属甙、黄芪甙、二氢山柰酚、二氢槲皮素、槲皮素-3-葡萄糖甙、芹菜素及其-5-葡萄糖甙、柚皮素、芫花素及芫花素-5-葡萄糖甙、原芫花素-4′-葡萄糖甙、异牡荆素等黄酮类和对羟基苯甲酸、香荚兰酸、原儿茶酸、对香豆酸、咖啡酸、阿魏酸等有机酸。还含犬问荆碱、二甲砜、胸嘧啶、多种氨基酸。

全草醇溶部分或流浸膏有利尿作用，但不强。水溶部分可降低动物血压。

铁树叶

始载于《本草纲目拾遗》。又名凤尾蕉、凤尾松、避火

蕉。为苏铁科植物苏铁 Cycas revoluta Thunb. 的叶。原植物分布于中国广东、福建、台湾省。

本品味甘，性平。功能活血止血，理气止痛。主治咯血、衄血、尿血、胃脘痛、头痛、风湿腰腿痛、经闭、难产及月经过多等。

可煎汤内服。如研末外敷，则能止创伤出血。近试用于胃癌、肝癌、鼻咽癌，可单用或配成复方用；如治宫颈癌常与蜀羊泉、半枝莲、红枣等配用。煎服，15—30克。

铁树花，功能止血止痛，益肾固精。用于吐血、衄血、胃气痛、痛经、遗精、带下及月经过多等。

实验研究：叶含苏铁甙、多种新苏叶甙和苏铁双黄酮、穗花杉双黄酮、竹柏双黄酮 A、2,3－二氢穗花双黄酮、2,3－二氢扁柏双黄酮、大泽明素等。

花粉含腺嘌呤、胆碱、蛋白质、糖类等。

苏铁甙连续喂饲大鼠2—3周，可诱发肾脏及肝脏肿瘤，其致癌作用系其甙元在体内可使核酸碱基甲基化，因而引起染色体变型和突变所致。苏铁甙必须在肠内经酶或细菌分解成苏铁甙元方有致癌作用，皮下注射则不致癌，甙对小鼠艾氏腹水癌却有抑瘤作用。以掺有苏铁甙的饲料喂幼大鼠，可使肝内 RNA 明显下降，葡萄糖－6－磷酸酶和5－核甙酸酶活性降低，总磷脂降低，胆固醇和中性甘油酯升高，肝中央小叶的碱性磷酸酶以及血浆的胆碱酯酶活性升高。苏铁甙毒性大，致死原因主要由于呼吸麻痹。

白及

始载于《神农本草经》。一作白芨，又名地螺丝、皲口药。为兰科植物白及 Bletilla striata (Thunb.) Reichb. f. 的块茎。夏、秋两季采挖，除去残茎与须根，洗净，蒸煮至内无白心，晒至半干，撞去外皮，晒干。

块茎呈扁圆形或菱形，有2—4分枝似爪状，直径2—3厘米，厚0.5—1.5厘米。表面黄白色或灰黄色，有细皱纹，上方有突起的茎痕，下方有连接另一块茎的痕迹。以茎痕为中心，周围有数轮棕色环节，节上有点状须根痕，分枝上亦有环节。质坚硬，不易折断。断面类白色，半透明，角质样，可见散在的点状维管束。气微，味微苦，嚼之有粘液性。主产于中国安徽、浙江、湖南、湖北、四川、贵州、陕西、江苏等省。

本品味苦、甘、涩，性微寒。归肺、胃经。功能收敛止血，消肿生肌。主治咳嗽咯血、吐血、便血、衄血、创伤出血以及痈肿疮毒、手足皲裂、肛裂、烫伤等。

治疗出血诸症，可单用研末，糯米汤调服，如验方独圣散；通常与化瘀止血的参三七粉同用，既可增强止血作用，且又不使瘀血留滞。也可根据病情随证配伍有关药物，如久咳伤肺而咯血，阴虚有热者配枇杷叶、阿胶珠、藕节、生地汁以养阴清热止血；肺气不足者配人参、黄芪等以益气止血。前人谓本品尚可治劳伤，止咳嗽，《医学启蒙》白及散，即以其配阿胶、款冬花、紫菀等分煎服，治肺痿；临床报道，本品治疗肺结核、肺空洞，对改善症状、加速病灶愈合有一定效果，尤以与益气养阴等药配伍，疗效为优。白及粉剂内服，用于胃、十二指肠溃疡病出血，不仅收敛止血，而且具有保护胃肠粘膜，促进溃疡面愈合的作用。用于痈肿疮毒初起，研粉外敷，或用鲜品捣敷，或与银花、皂角刺、乳香、天花粉等并施，可使疮疡消散，如《外科正宗》内消散；若疮疡已溃，久不收口，研粉外敷则能收敛生肌，加速疮口愈合。手足皲裂、肛裂、烫伤等，用麻油调敷白及粉亦可促进愈合。现代临床试用白及胶浆涂敷烫伤、外科创伤及手术创面也收到较好的愈合效果。此外，外敷白及粉可治结核性瘘管和口腔粘膜结核性溃疡。《永类钤方》以酒调白及粉服，治跌打骨折。煎服，3—10克；研粉服，2—5克，以冷开水或米汤调服。外感咯血及肺胃有实热者慎用。反乌头。

实验研究：块茎含粘液质56.75%—60.15%，其中有多种多聚糖。还含挥发油、淀粉。新鲜块茎含淀粉30.48%、葡萄糖1.5%。

白及的止血作用与所含粘液质有关，其作用原理可能为物理性的。给动物静脉注射白及粘液能加速红细胞沉降，加速血栓形成。在猪或犬身上，证明白及治疗胃、十二指肠穿孔有一定疗效，其原理是借其高度粘性在胃内形成具有一定厚度的胶状膜，从而使穿孔堵塞，胃内容物停止外溢，为大网膜、肝脏等的遮盖作用造成更有利的条件。曾有人用白及所含粘液质部分制造血及代血浆，在临床试用，可有与右旋糖酐相似的作用，维持血容量及提高血压。据初步体外试验，白及对结核杆菌及奥杜盎小芽胞菌有弱的抑制作用。

仙鹤草

始载于《本草图经》。又名脱力草、狼牙草、刀口药。为蔷薇科植物龙芽草 Agrimonia pilosa Ledeb. 的全草。夏、秋两季茎叶生长茂盛时采收，割取全草，除去杂质，晒干。

全草长50—100厘米，全体被白色柔毛。茎基部圆柱形，常木质化，淡棕褐色或红棕色，直径4—6毫米。茎节明显；上部茎方柱形，四面略凹陷，绿褐色或淡黄棕色，质硬，易折断，断面中空。叶互生，灰绿色，皱缩卷曲，平展后呈奇数羽状复叶，有大小不等的小叶，相间生于叶轴上，顶端小叶较大，小叶片呈长椭圆形或倒卵形，先端尖，基部楔形，叶缘锯齿状。托叶2，抱茎，斜卵形。总状花序顶生，有时偶见黄色花冠和倒圆锥形果实，果托上有直立的钩刺。中国大部分地区均产。

本品味苦、涩，气微，性平。归肺、肝、脾经。功能收敛止血，补虚，止痢。主治吐血、咯血、衄血、便血、尿血、赤白痢疾、劳伤脱力等。

治胃溃疡出血，常与乌贼骨、煅龙骨配伍，既能止血

制酸，又能保护溃疡面；治肺阴虚而咳嗽咯血或痰中带血者，常与养阴润燥、养血止血的阿胶、百合配伍；因热迫肺经而致衄血者，常与藕节、白茅花配伍；因湿热或血热郁于大肠而致便血者，可与凉血、止血的槐花、地榆同用；如因热迫膀胱小便出血者，则与清热利尿的茅根相配。现亦有用本品治过敏性紫癜者，常配生龟甲、地骨皮、地榆炭等；用以补虚，如脱力劳伤，贫血衰弱，精神委靡以及小儿疰夏等，可用仙鹤草配红枣煎服。若用以治痢，则可配鱼鳅串、刺梨根等。此外，还可用以治疗乳痈，以本品用米酒煎，饭后服之。若以全草熬膏外敷，又可治痈疖及炎性外痔；制成浓缩液，可治阴道滴虫，以药棉蘸药液，每日搽阴道一次。煎服，15—30克。

实验研究：全草含仙鹤草酚A、B、C、D、E，木犀草素-7-葡萄糖甙、芹菜素-7-葡萄糖甙、鞣红、挥发油、维生素C、K_1、α葡萄糖基并没食子酰鞣质及其二聚体等。早年报道其止血作用，但未经证实。本品水、醇提取物对家兔结膜炎有消炎作用，可能与其中所含的鞣红引起的收敛作用有关。体外试验对金黄色葡萄球菌等有一定的抑制作用。

藕节

始载于《药性论》。为睡莲科植物莲 Nelumbo nucifera Gaertn.根茎的节。主产于中国浙江、江苏、安徽、湖南、湖北等省。

本品味甘、涩，性平。归心、肺、胃经。功能止血，消瘀。主治咯血、吐血、衄血、尿血、血淋、便血、血痢、崩漏等病症。尤以咯血、吐血、衄血为多用。鲜者其性偏凉，血分有热者更宜；炒炭则收敛止血的作用较好。因其兼能消瘀，故虽止血而无留瘀之弊。惟本品药性和缓，单用力薄，如血热妄行者，宜配入清热凉血剂中；瘀血阻滞者，则配入活血祛瘀剂中。煎服，10—15克；鲜品，30—60克。

实验研究：藕节含鞣质、天门冬素、淀粉等。

乌贼骨

始载于《神农本草经》。原名乌贼鱼骨，又名海螵蛸、墨鱼骨。为乌贼科动物金乌贼 Sepia esculenta Hoyle 或无针乌贼 Sepiella maindroni de Rochebrune 的骨状内壳。采收加工乌贼干时剔出的或食用后取下的乌贼内壳，或于4—8月将漂浮在海边的乌贼内壳捞起，洗净，晒干。

金乌贼内壳呈长椭圆形，扁平，长13—23厘米，宽5—7厘米，厚0.8—1.2厘米，整个内壳被一层黄白色硬脆皮膜包着。最厚部分位于前半部，背面疣点大而明显，略作层状排列，腹面大部分有细密波状横层纹，尾部角质缘渐宽，向腹面翘起，末端有一骨针，多断落。质轻、松脆，易折断，断面白色。气微腥，味微咸。主产于中国山东、江苏、浙江等省沿海地区。

无针乌贼内壳呈长椭圆形，长10—14厘米，宽2.5—3.5厘米，厚1.2—1.5厘米，扁平，中间厚，边缘薄，背面有磁白色脊状隆起，两侧略显微红色，隐约可见细小点状突起，形成近乎平行的半环状纹理，腹面白色，有细密波状横层纹，自中央最厚处达于末端，尾部无骨针，质轻脆，易折断，断面白色，有稍向背面弯曲的平行纹。产于中国沿海地区。

本品味咸，气微腥，性微温。归肝、肾、胃经。功能收敛止血，止带，涩精，制酸，敛疮。主治咯血、吐血、便血、尿血、崩漏、带下、遗精、胃痛吐酸及创伤出血、疮疡溃烂、皮肤湿疹等。

凡治诸种失血，单用或配伍使用均可。如《圣惠方》治吐血及鼻衄不止，用本品捣细为散，米汤调服；治积年肠风下血，面色萎黄者，与绛矾、百草霜研末为丸服。《经验方》治小便血淋，则以本品研末，用生地汁调服。又如《张氏医通》治阴虚火动之咯血，用乌贼骨与六味地黄丸同用。治疗妇科崩漏，常配茜草根同用，如《医学衷中参西录》中的固冲汤、安冲汤内均用之，并与黄芪、白术、龙骨、牡蛎等配伍，为目前临床常用之剂。《素问·腹中论》之四乌鲗骨一藘茹方，方中以二药配雀卵、鲍鱼汁，用于因"唾血"、"时时前后血"、"大脱血"所引起的精血亏损，血枯经闭之证。李时珍云："经闭有有余不足之证，有余者血滞，不足者肝伤，乌贼所主者肝伤血闭不足之病。"现用治血虚经闭，亦常与熟地、当归、党参、黄芪等补气养血之品同用。妇女带下，因于肝肾不足者，可配山药、牡蛎、续断；脾虚者可配党参、白术，虚而湿盛者与白芷同用。用于男子遗精，以肾虚精关不固者为宜，可配山萸肉、沙苑子、菟丝子等以益肾固精。胃痛吐酸，多由肝气犯胃所致。故常配用于疏肝和胃理气药如柴胡、白芍、香附、延胡之类中。若痛久络伤而致吐血者，则本品因能止血而更为适用。多制成粉剂，用于胃、十二指肠溃疡，胃酸过多及上消化道出血，如有与贝母粉同用之乌贝散、与芍药粉同用之乌芍散，以及与白及粉同用之乌及散等。本品外用，善能止血敛疮。如同蒲黄研末，敷舌肿出血；同槐花研末吹鼻，可止鼻衄；单用研末外敷，可止创伤出血。近年来又用乌贼骨粉与淀粉制成胶性海绵，用于拔牙及鼻部手术后止血。疮疡溃烂诸症，如小儿鹅口疮，可研末用鸡子黄调涂；耳底有脓水者，可用麝香少许，研细末吹耳内；皮肤湿疹溃烂，脓水淋漓，不易收敛者，研末外敷，能减少创面渗出液而促使肉芽生长。《景岳全书》有螵蛸散，治湿热溃烂，毒水淋漓及下疳溃疡，即本品同人中白共研细末外掺。如在此基础上更配清热解毒之黄柏、青黛、煅石膏等同用，则疗效更好。此外，本品尚可用治眼病。如《杨氏家藏方》用乌贼骨粉化黄蜡和丸，同猪肝煮食，以治雀目；《圣惠方》用本品研细加冰片少许点眼，治目翳等。现代亦用乌贼骨制成细棒状，经消毒后，用以摩擦睑结膜，可治沙眼滤泡性结膜炎。煎服，3—10克；研

末服,每次1.5—3克。治胃痛吐酸及出血,以粉剂优于汤剂。但收涩之品,久服易致便秘。又其性温涩,阴虚多热者不宜多服。

乌贼鱼腹中墨,即乌贼墨囊中的墨汁。《本草拾遗》谓之能治"血刺心痛"。近年来治疗妇女功能性子宫出血及其他出血有效。

实验研究:乌贼骨含碳酸钙80%—85%,壳角质6%—7%,粘液质10%—15%,并含少量氯化钠、磷酸钙、镁盐等。

乌贼鱼腹中墨主成分为乌贼黑色素,认为是茚满酮的聚合物,与蛋白质结合或不与蛋白结合。

碳酸钙可作制酸剂,用于溃疡病。

刺猬皮

始载于《神农本草经》。又名刺鼠皮、毛刺皮、刺球子皮。为刺猬科动物刺猬 Erinaceus europaeus L.或短刺猬 Hemiechinus dauricus Sundevall 干燥的皮。中国大部分地区均有出产。

本品味苦,性平。归胃、大肠、肾经。功能凉血止血,降逆定痛,固精涩肠。主治痔血、肠风下血、衄血、胃脘疼痛、遗精、遗尿、脱肛等。

《神农本草经》谓本品"主五痔阴蚀下血"。临床上治痔血、肠风,既可内服,亦可外敷。如《疡医大全》猬皮散治痔漏,以本品配槐角子、当归同用;《简要济众方》治肠痔下部如虫啮,猬皮烧末,生油和敷局部。用于肠风下血,《药性论》以本品炙过研末服;《杨氏家藏方》猬皮散,则配木贼草同研为末,热酒调服。用于鼻衄,可烧灰研末,绵裹塞鼻中。此皆取其凉血、止血之功。本品治胃脘疼痛,多与延胡索、香附等同用;治疗反胃,可烧灰研末酒服或煮汁服,乃取其降逆定痛之效。《随息居饮食谱》曾谓本品"煅研服,治遗精"。现用于肾虚之遗精、遗尿,常配益智仁、金樱子、龙骨、牡蛎、芡实等同用。治肛出不收,《千金方》以本品配磁石、桂心为末服,均因其有收敛固脱的作用。煎服,6—10克。

实验研究:刺猬皮上层的刺系由角蛋白所成,为主要成分。下层的真皮层,主要为骨胶原和其他蛋白质如弹性硬蛋白之类与脂肪等所成。

棕榈皮

始载于《本草拾遗》,原名棕榈木皮。为棕榈科植物棕榈 Trachycarpus fortunei (Hook. f.) H. Wendl.的叶鞘纤维。冬至前后采收。主要产于中国华东、华南和西南各省、区。药材一般以陈久者为佳,多经煅烧炭化后供药用,故又有"陈棕炭"、"棕皮炭"等处方用名。

本品味苦、涩,性平。归肝、肺、大肠经。功能收敛止血。主治吐血、衄血、血崩、便血、血尿、金创出血等。

治吐血、咯血,《十药神书》有十灰散,用本品配大小蓟、茜草等。治疗鼻衄不止,《鸡峰普济方》有棕榈散,用本品配刺蓟、龙骨等。对于崩漏、便血等证,使用本品的更多。如《圣济总录》治疗妇人经血不止的棕榈皮散,用棕榈皮、柏叶;治疗妊娠胎动,下血不止,脐腹疼痛的棕灰散,用棕皮、阿胶等;治疗肠风泻血的棕艾散,用棕榈皮、熟艾、附子,都以本品为止血的君药。《妇人良方》治血崩,《卫生家宝方》治血淋,均单用本品为末调服。此外,又用于久泻久痢、妇人带下等症,也是取其性涩收敛的作用。煎服,10—15克。

棕榈子功能涩肠止泻,止血固精。主治肠风久痢、崩中白带、遗精等症。又本品的醇提取物制成止血丸,临床用于功能性子宫出血、子宫肌瘤、慢性宫颈炎、人工流产、上环后出血等,有较好的止血作用。煎服,10—15克。

实验研究:棕榈含大量纤维素。

棕榈子含甘露聚糖、半乳聚糖及蔗糖等。

果皮含花白甙以及鞣质,鞣质水解后有α儿茶精、没食子酸及鞣红样物质。

棕榈子粉的醇提取物能收缩小鼠子宫,并有一定的凝血作用。

紫珠

始载于《本草拾遗》。又名止血草。为马鞭草科植物杜虹花 C. formosana Rolfe 等的叶。原植物分布于中国广西、广东、福建、台湾、江西、浙江等省、区

本品味苦、涩,性平。归肺、肝、胃、大肠经。功能收敛止血,清热解毒。主治咯血、呕血、衄血、牙龈出血、尿血、便血、崩漏、皮肤紫癜以及外伤出血等。

本品对消化道、呼吸道出血,可单用,也可配仙鹤草、旱莲草、茜草、白及等止血药同用。外伤出血,以粉剂撒布或鲜草捣敷或用消毒纱布浸紫珠草溶液压迫出血部位,均能迅速达到止血目的。如与三丫苦等分研末,撒布伤口,又有止血、止痛、消炎的作用。烧伤,以紫珠草溶液喷雾、涂布或用小纱布湿敷。治结膜炎、角膜炎、角膜溃疡、沙眼,制成溶液滴眼。此外,痈疽肿毒、毒蛇咬伤,以鲜叶捣敷,并煮汁服,有消肿解毒之效。煎服,9—15克;研末服,2—3克。

实验研究:杜虹花的叶含黄酮类、缩合鞣质。尚含中性树脂、糖类、羟基化合物、镁、钙、铁盐。叶干粉作成的注射液,据报道有止血作用。

檵花叶

始载于《植物名实图考》。又名檵木叶。为金缕梅科植物檵木 Loropetalum chinense (R. Br.) Oliv.的叶。原植物分布于中国华东、中南、西南地区。

本品味苦、涩,性凉。功能收敛止血,清热解毒。主

治咯血、吐血、便血、崩漏、产后恶露不净、紫癜、腹泻、痢疾等。

治疗消化道溃疡出血，可单用或与蒲公英同用；治崩漏下血，产后恶露不净，可配大血藤、鸡冠花；治紫癜，则用鲜叶捣汁服。此外，民间治损伤吐血，肺痨咯血，又常以本品同猪瘦肉炖服。外用研末掺或捣烂敷，可治创伤出血及创伤溃烂；若治烧烫伤，则用嫩叶同地榆炭、穿心莲、黄连、冰片共研细末，茶油调涂。又，茎叶煎取浓液，也可作皮肤消毒剂，有防止创口感染的作用。

檵木花、檵木根亦供药用。花：能收敛止血，治诸种出血及下痢、烫伤等。并有解暑作用，用于感受暑热之烦渴，腹泻。根：功能止血祛瘀，健脾化湿。除用于多种出血性疾病外，又可用于瘀滞所致的经闭、产后恶露不畅、关节疼痛、跌打损伤及脾运失健引起的消化不良、腹痛泄泻、白带、脱肛等。煎服，15—30克。

实验研究：叶含槲皮素、鞣质、没食子酸和黄酮类。檵木黄酮对动物能增加冠脉流量。叶煎剂在体外有抗菌作用。

檵花含槲皮素0.156%和异槲皮甙0.321%。

根含谷甾醇、钙盐等。根煎剂对动物离体子宫有兴奋作用，在体外也有抑菌作用。

松花粉

始载于《新修本草》。又名松花、松黄。为松科植物马尾松 Pinus massoniana Lamb. 及其同属植物的花粉。主产于中国浙江、江苏、辽宁、吉林、湖北等省。

本品味甘，性温。归肝、脾、肺、大肠经。功能祛风，润肺，益气，和脾，收湿，止血。主治头目眩晕、咳嗽、吐血、久痢不止、婴儿湿疹、创伤出血。

本品于祛风之中兼能养血，故凡头目眩晕由于风邪上扰，并伴见血虚症状者，可用松树始抽花心，以绢裹浸酒服，如《元和纪用经》松花酒。松花粉味甘而能润肺，且有止血之功，如肺阴不足，咳嗽带血，多配麦冬、玄参、贝母等同用；咯血延久不止，咳嗽气阴俱虚者，宜与人参、鹿角胶、生地、百合等相配，如《奇效良方》松花散。脾胃气虚，胃脘疼痛，或久痢不止者，以单味冲服或米汤调下。婴儿湿疹，用本品配炉甘石、鸡蛋黄油调涂患部。尿布性皮炎，外伤出血，均可单用敷患处。煎服，3—6克。

瓦松

始载于《新修本草》。又名昨叶荷草、瓦花、瓦莲花、瓦塔。为景天科植物瓦松 Orostachys fimbriatus (Turcz.) Berg. 的全草。分布于中国东北、华北、西北、华东各省、区。

本品味酸、苦，性凉。功能止血，敛疮，清热解毒。主治肠风便血、吐血、咯血、衄血、湿疹、疮毒、热淋等。

治热毒、酒积所致的肠风血痢，可用瓦松捣汁和酒煎白芍、炮姜服；治便血可配槐花、地榆、丹皮。用于肺热咳嗽、咳血，可与仙鹤草、藕节等止血药同用；单味捣汁加砂糖服，亦治鼻衄。《本草汇言》云"昨叶荷草，凉血，行血之药也"，临床可取其行血之功，用于妇女月经不调。本品能解毒敛疮，多外用，如治水火烫伤，可与生柏叶研末麻油调涂；捣汁涂能治蝎螫伤痛；疮疡溃烂久不收敛，则焙干研末撒；煎水洗或研末油调搽治湿疹，能止痒止痛；加食盐少许捣烂敷治痈肿疔疮。如配白矾煎水漱口能治牙龈肿痛；捣汁服可治口腔糜烂。本品亦能清热利湿，用于膀胱热结引起的热淋、沙淋，可煎水内服或熏洗少腹部。近亦用治急性肝炎，不论有无黄疸均可与麦芽、垂柳嫩枝等配用。煎服，15—30克。脾胃虚弱者忌用。

薯莨

始载于《名医别录》。原名赭魁，又名红孩儿、朱砂莲。为薯蓣科植物薯莨 Dioscorea cirrhosa Lour. 的块茎。主产于中国江西、广东、广西、福建等地。

本品味微苦、涩，性凉。有小毒。功能止血，活血，止痛，收敛，解毒。主治诸种出血、乳汁不下、月经不调、跌打损伤、关节疼痛、痢疾、腹泻等。

外用可治创伤出血、蛇咬伤及烫伤。本品擅长止血，如配鸡冠花、百草霜治崩漏；配白茅根、藕节炭治咯血；配荔枝草治出血性紫癜；配旱莲草、海蚌含珠，治内痔出血；配月季花亦治月经不调。外用治创伤出血，可研末撒敷伤处；蛇咬伤，可用醋磨外涂于创口周围；烫伤，可研粉用麻油或凡士林调敷创面。煎服，9—15克。

山稔根

又名岗稔根。为桃金娘科植物桃金娘 Rhodomyrtus tomentosa (Ait.) Hassk. 的根。原植物分布于中国福建、台湾、广东、广西、云南、贵州、湖南等省、区。

本品味甘、微酸，性平。功能收敛止血，通络止痛。主治妇女崩漏、风湿痹痛等。

治血崩，配地稔根、艾叶煎服。治风湿疼痛，腰肌劳损，煎汤黄酒冲服。以其甘能缓急，酸能柔肝，故也用于胁痛、胃痛、疝气痛等病症。此外，本品烧灰研末调敷，能治汤火烫伤。近年有取单味水煎或制成糖浆内服，用治传染性肝炎，能改善症状，促进肝功能恢复。如黄疸较重者，可配田基黄、茵陈、鸡骨草等同用。煎服，30—60克。少数患者服后有不同程度的便秘，轻微腹胀及胃部刺激感等肠胃道反应，但不影响继续治疗。

炮姜

始见于《珍珠囊》。又名黑姜。为姜科植物姜 Zin-

giber officinale Rosc. 干燥根茎的炮制品。

本品味辛、苦,性温。归脾、肝经。功能温经止血,温中止泻。主治阳虚脾寒不能统血之崩漏、便血、吐血、衄血;脾胃虚寒的脘腹冷痛、呕吐涎沫、眩晕、泄泻、下痢;产后血虚里寒,恶露不尽之少腹疼痛。

临床多组成复方用之。例如《观聚方要补》断红饮,用炮姜炭与当归、阿胶、川芎、蒲黄、柏叶等养血、止血药同用,治吐血、下血;《证治准绳》如圣散,用其配棕榈炭、乌梅炭等收敛止血药治血崩;现代临床亦常与附子、人参、黄芪等温阳益气药以及艾叶、灶心土等温经止血药伍用,治虚寒性出血,取其助阳复阴,俾脾气充盈,发挥统摄血液的作用。用于脾胃虚寒证,通过温中可以达到止痛、止呕、止泻之功。如《千金要方》将炮姜研末饮服,治中寒水泻;《世医得效方》朴附丸,炮姜与附子、厚朴等同用,共治脾虚冷泻不止;《和剂局方》二姜丸,本品与良姜并施,以温中散寒,治饮食伤冷,脘腹寒痛;《传信适用方》止逆汤,用其配炙甘草温中补气,疗饮邪上逆之头目旋晕、吐逆;本品对于产后恶露不尽,少腹疼痛,常与当归、川芎、桃仁等伍用以补血、活血,温经止痛,如《景岳全书·妇人规》生化汤。此外,于四物汤中配用少量炮姜,治产后血虚身热有汗,则肝血得以温养,虚热自退。炮姜功能与干姜相似,其性守而不走,散寒温里之功虽不及干姜,而长于温经止血。临床亦有使用炮姜炭者,其味苦涩而不辛,已失姜之本质,与炮姜之功能不尽相同,只宜用于虚寒失血之证。煎服,3—6 克。阴虚内热及血热妄行者不宜用。

伏龙肝

始载于《雷公炮炙论》。又名灶心土、灶中黄土、釜下土。为土灶内久经柴草熏烧的焦土块。

本品味辛,性温。归脾、胃经。功能温中摄血,降逆止呕,收敛燥湿。主治便血、吐血、崩漏、呕吐、泄泻。

《本草汇言》谓:伏龙肝"性燥而平,气温而和,味甘而敛,以藏为用者也,故善主血失所藏。"用于治疗脾气虚寒,不能摄血的便血或吐血,崩漏等,如《金匮要略》之黄土汤即以本品为主药,配白术、黄芩、阿胶等,治下血先便后血;《广利方》单用本品淘取汁和蜜顿服,治吐血、鼻衄;《本草衍义》以本品配阿胶、蚕沙,治妇女崩漏。本品性温而质重,能温中而降逆止呕。用治脾胃虚寒的呕吐、反胃,常配白术、半夏等同用;《百一选方》则单以本品为细末,米饮调下,治反胃不食。如治妊娠恶阻呕吐不食,可与苏梗、砂仁等同用。伏龙肝又可温脾调中,燥湿收敛,而用于脾气虚寒的久泻不止,常配白术、干姜、肉果等同用。煎服,60—120 克。纱布包煎;或煎汤代水以煎他药。阴虚火旺之出血及热证吐泻者忌用。

实验研究:本品主要由硅酸、氧化铝和氧化铁所组成,还含氯化钠、氯化钾、氧化镁、氧化钙等物质。

艾叶

始载于《名医别录》。又名艾蒿、灸草、黄草。为菊科植物艾 Artemisia argyi Lévl. et vant. 的叶。中国大部分地区均产。

本品味苦、辛,性温。归肝、脾、肾经。功能散寒止痛,温经止血,安胎。主治脘腹冷痛、虚寒痛经、宫冷不孕、月经过多、崩漏带下、胎动不安、吐血、衄血、便血以及寒湿痹痛、皮肤瘙痒、湿疹等。尤为妇科常用要药。

黄宫绣谓其"能除沉寒痼冷",用于虚寒性脘腹疼痛、痛经、不孕等,可散寒以止疼痛,温暖子宫以助受孕,常与香附、当归、肉桂等配伍,如《仁斋直指方》艾附暖宫丸。用于血虚寒滞的月经过多、崩漏带下、妊娠下血、胎动不安,可温经止血安胎,常与阿胶、当归、地黄等补血药同用,如胶艾汤;兼气虚不摄者,又当伍用党参、黄芪、白术补气摄血之药。用于中焦阳虚,血不归经的吐血、衄血,本品配干姜、柏叶等以温中止血,如《金匮要略》柏叶汤。治血热妄行之吐血、衄血,艾叶又可与生地、柏叶等配伍,既取其止血之功,又能防他药寒凉留瘀之弊,如《校注妇人良方》四生丸。古方单用艾叶者亦甚多,如《卫生易简方》治脾胃冷痛,《怪证奇方》治口吐清水,《补缺肘后方》治卒心痛,《外台秘要》治霍乱洞下不止等,均用一味艾叶煎服,取其辛温散寒。现代临床用艾叶油对咳喘痰多患者包括慢性气管炎、肺气肿、支气管哮喘等,有平喘、镇咳、祛痰作用。本品在外用方面,除为灸治之主要药物外,李时珍还以熟艾入布袋兜于脐腹,治老人丹田气弱,脐腹畏冷,或夹入袜内治寒湿脚气,均有参考价值。此外,煎水外洗,又治湿疹瘙痒;炒炭研末外涂,能止局部出血,与苍术同研粉制成盘香燃点,可预防感冒与空气消毒。煎服,3—10 克。散寒止痛宜生用,温经止血宜炒炭用。阴虚血热者慎用。

实验研究:艾叶含挥发油,其中中沸点部分有较强的平喘止咳作用,已分离出主成分为桉叶素占 25%—30%,还含 β 石竹烯、松油醇-4、芳樟醇、蒿属醇、樟脑、龙脑等。

松油醇-4 平喘作用最强,艾叶油其次,桉叶素较差。艾叶油能抑制豚鼠肺组胺及慢反应物质的释放,并能直接拮抗后者的作用及松弛平滑肌,抑制中枢神经系统。松油醇-4 能增加支气管平滑肌中 cAMP 含量,故能松弛支气管。艾叶油在体外对肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、甲型链球菌、奈瑟菌、大肠杆菌、变形杆菌均有抑制作用。

艾叶油对皮肤有轻度刺激作用,可引起发热潮红,口服能刺激胃肠道分泌。口服干艾叶 3—5 克可增进食欲,但大剂量可引起胃肠道急性炎症,大量吸收后可引起中枢神经系统过度兴奋,出现谵妄、惊厥及肝损害等。

活血祛瘀药

凡是具有流通血脉、消散或祛除瘀血作用的药物，称为活血祛瘀药。

活血祛瘀药，适用于瘀血停滞或血行失畅所致的各种病症，如胸胁脘腹刺痛，血滞经闭，痛经，产后瘀滞腹痛，难产，胞衣不下，癥瘕积聚，蓄血，跌打损伤，痹证关节肿痛，肌肤麻木不仁，手足拘挛，中风半身不遂以及痈肿疮疡等。

常用的活血祛瘀药有川芎、赤芍、丹参、桃仁、红花、益母草、郁金、泽兰等。此类药物能促进血行，性较平和，宜于一般的血瘀证候。若须攻逐瘀血、通经破积，则应使用三棱、莪术、虻虫、水蛭、地鳖虫、凌霄花等。活血祛瘀药在临床使用时，每与理气药配伍应用，因气为血帅，气滞则血滞，气行则血行，故两者常相须为用。此外，还必须针对病因病机配用其他药物，才能收到相得益彰的效果。如血瘀因寒凝所致者，当配温里药以温经散寒活血；热毒内蕴而有瘀血者，须在重用清热解毒药的前提下配以活血祛瘀之品；痹证可与祛风除湿药配合应用；癥瘕积聚可与软坚消积之品同用；若血瘀由气虚而导致者，又当配伍补气或补血之品。近年来，活血化瘀药在中西医结合的研究与实践中，取得了很多新的成果。如用于冠心病心绞痛，能收到活血通脉之效；用于宫外孕、急腹症、脉管炎等疾病，大大降低了手术率；用于慢性肝脾肿大、类风湿性关节炎、丝虫病引起的象皮肿，以及腹腔内的粘连性病变、瘢痕疙瘩等，都有一定治疗效果。同时结合临床实践，对活血化瘀的作用原理展开了广泛的研究。

活血祛瘀药，还可用于血行不畅而尚未致瘀的病症。主要是利用这类药物促进血脉运行，从而达到防治疾病的目的。

活血祛瘀药对月经过多者不宜；其中能攻坚破积、催产下胎、逐瘀力强的药物，每易动血，并有损胎元，故使用时应当审慎，孕妇尤宜禁服。

川芎

始载于《神农本草经》。原名芎䓖，又名雀脑芎。为伞形科植物川芎 Ligusticum chuanxiong Hort. 的根茎。栽种后第二年采收。平原在5—6月，山地于8—9月，当茎上节盘显著膨大，并略带紫色时采挖。除去地上部分及须根，洗净，烘干或晾干，撞去须根。

根茎呈不规则结节状拳形团块，直径2—7厘米。表面深黄棕色，粗糙，皱缩，有较密集略隆起的环状轮节，顶端凹窝状，有瘤状突起的类圆形茎痕。下侧及轮节上有多数隆起的小瘤状根痕。质坚实，不易折断，断面黄白色或灰黄色，并有不规则波状环纹（形成层），可见散生棕色细小油点（油室）。横切面边缘不整齐，形似蝴蝶，习称“蝴蝶片”。具油性，香气浓郁特异，味苦辛，稍有麻舌感。主产于中国四川省。

本品味辛，性温。归肝、胆、心包经。功能活血行气，祛风止痛。主治血瘀气滞诸证及风邪头痛、风湿痹痛等病。

治疗血瘀气滞的月经不调、痛经、闭经，配桃仁、红花、地黄、芍药等以活血行气，养血调经，如桃红四物汤。产后恶露不行，瘀滞腹痛，配当归、炮姜等以活血化瘀，温经止痛，如生化汤。脘胁刺痛，配柴胡、香附、赤芍等以疏肝理气、活血止痛，如柴胡疏肝散。癥瘕积块，配五灵脂、延胡索、红花等以逐瘀消癥，行气止痛，如膈下逐瘀汤。跌打损伤，配参三七、乳香、没药等以活血消肿止痛。治疗头痛，无论风寒、风热、风湿引起者都可使用。故李东垣曰“头痛必用川芎”。但临床应用时，本品须随证配伍。若头痛属风寒者，配羌活、细辛、白芷等以疏风散寒，如川芎茶调散；属风热者，配菊花、石膏、僵蚕以疏风清热，如《卫生宝鉴》川芎散；属风湿者，配羌活、独活、防风、蔓荆子等以疏风胜湿，如羌活胜湿汤。此外，若与补血药同用，可用于血虚头痛；与活血药并施，可治血瘀头痛。至于用治风湿痹痛，川芎能协同独活、桑寄生、桂枝、细辛等疏风胜湿，蠲痹通络。现代临床报道，川芎配丹参、红花、郁金、赤芍、降香等活血化瘀药，治疗冠心病心绞痛及急慢性缺血性脑血管疾病。

综观本品功用，不仅活血，亦可行气，且有较好的祛风止痛作用。是故气滞能行，血闭能通，外感能散，诸痛能止；上行头目，善治头痛；下行血海，通散月经。中开郁结，疗胸胁痛；旁通络脉，可医痹证。煎服，3—10克。本品辛温升散，凡阴虚火旺，上盛下虚及气弱之人均应慎用或忌用。

实验研究：根茎含挥发油、川芎内酯、生物碱、酚性成分、中性油。生物碱中含四甲基吡嗪（川芎嗪）、黑麦草碱等。酚性成分中含阿魏酸、大黄酚、瑟丹酸、4-羟基-3-丁基苯酞。中性油中有十五烷酸到十八烷酸的乙酯，异十七烷酸的甲酯和乙酯以及异十八烷酸的乙酯等。

川芎有明显的镇静作用，可抑制动物的自发活动，延长戊巴比妥的睡眠时间。川芎水浸剂对麻醉动物、肾型高血压犬有降压作用，对可的松型高血压大鼠，降压后回升较快，对原发性高血压犬则无效，但可轻度加强利血平的降压作用。四甲基吡嗪能增强心肌收缩性能及左室功能，心肌耗氧量亦增加；并明显增加心率，降低动脉压及冠状、脑、总外周血管阻力，冠状血流量及小鼠心肌营养血流量显著增加。用普萘洛尔（心得安）后其强心作用消失，但血管扩张作用仍然存在，利血平不能拮抗其作用。对实验性心肌梗死，可使之扩大。四甲基吡嗪能抑制血小板聚集，延长特异性血栓和纤维蛋白血栓形成时间，对平滑肌有解痉作用，对急性脑外伤，能改善微循环及症状。对缺氧肺能降低肺动脉阻力并增加心输出量；川芎能改变急性肾功能衰竭时的肾血流量，保护肾小管再吸

收功能。对放射线照射与氮芥损伤，均有保护作用。四甲基吡嗪从胃肠道吸收迅速，口服后，1—3小时血药浓度最高，静注半衰期29.25分钟，可以透过血脑屏障，24小时从尿中排出总量的53.24%，其中原型仅占2%左右。粪便中排出很少，小鼠静注四甲基吡嗪LD_{50}为239毫克/千克。

丹参

始载于《神农本草经》。又名赤参、山参、红根。为唇形科植物丹参 Salvia miltiorrhiza Bge.的根。秋季采收，挖取根部，除去茎叶、须根及泥土，晒干。

根茎粗短，上部膨大，顶端有残留的茎基，着生多数细长的根。根呈细长圆柱形，稍扭曲，有时分枝，并具须状细根。长5—8厘米，直径0.2—0.5厘米，表面棕红色或砖红色，粗糙，具多数不规则的纵皱纹，栓皮极易呈鳞片状剥落。质坚脆，易折断。断面疏松，粗糙有裂隙或略平整而致密，皮部暗红棕色，木部导管束呈黄色或黄白色小点状，放射状排列如菊花纹。气微，味微苦涩。咀嚼时唾液可被染成砖红色。主产于中国四川、山西、河北、江苏、安徽等省。

本品味苦，性微寒。归心、心胞、肝经。功能活血祛瘀，安神除烦，凉血消痈。主治月经不调、痛经、经闭、心腹疼痛、癥瘕积聚、心烦不眠、疮疡肿毒等。

本品是妇科要药。《日华子本草》谓其："破宿血，补新生血，调妇人经脉不匀。"陈自明《妇人良方》之丹参散即以丹参一味为末，酒调下，治妇人月经不调，或前或后，或多或少，以及产后恶血不下等。亦可随证所宜，配伍有关药物同用。如经血涩少，或行经腹痛，常配当归、赤芍、香附、益母草等同用。产后瘀滞腹痛，常配川芎、当归、五灵脂等同用。现代还常以本品为主，治疗宫外孕。如宫外孕一号与二号两方，均以丹参为主药，前者配赤芍、桃仁，适用于宫外孕急性大量腹腔内出血的早期；后者配赤芍、桃仁、三棱、莪术，适用于宫外孕腹腔内血肿包块者。本品消癥瘕积聚，亦活血祛瘀之功，用治腹中包块，每与三棱、莪术等同用；慢性肝炎和晚期血吸虫病肝脾肿大者，使用本品有变软、缩小作用。《吴普本草》谓本品"治心腹痛"。临床多配行气药同用，如《医学金针》之丹参饮，即本品与白檀香、砂仁同用。现代治冠心病心绞痛的经验方冠心二号，即本品与降香、川芎、赤芍、红花等同用。《名医别录》谓丹参能治"脚痹"；陶弘景谓"渍酒饮之，疗风痹"。亦是借其活血之功，俾血脉流通，"通则不痛"。丹参之性微寒，入血分而归心、心胞经，故能安神除烦。如热病邪入营分，烦躁不眠，常与生地、黄连等清心凉血之品同用，如清营汤；若杂病心阴不足，虚热内生，致虚烦失眠者，常与生地、当归、柏子仁、酸枣仁、麦冬等滋养安神之药同用，如天王补心丹。亦有常用本品与五味子水煎服治神经衰弱者。本品活血而又凉血，故痈肿初起，红肿疼痛，与蒲公英、连翘、天花粉、乳香、没药同用；若治妇人乳肿痛，用本品与芍药、白芷，以苦酒渍，再用猪脂煎膏外敷，如《刘涓子鬼遗方》之丹参膏。此外，治疗血栓闭塞性脉管炎，亦常用本品，可配当归、玄参、金银花、甘草等同用。综观上述主治诸病，活血祛瘀是本品主要功用；或谓本品有"养血"之功，实即《日华子本草》所谓"破宿血，补新生血"之意，不可与地、芍等补血之功相混。煎服，10—15克。反藜芦。

实验研究：丹参含丹参酮Ⅰ、$Ⅱ_A$、$Ⅱ_B$，二氢丹参酮，异丹参酮Ⅰ、Ⅱ，隐丹参酮、异隐丹参酮Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ，丹参酸甲酯，次甲丹参醌，羟基丹参醌Ⅱ-A，丹参新醌A、B、C，丹参新酮，丹参醇Ⅰ、Ⅱ，3,4-二羟基苯甲醛和三个酚性酸。还含鼠尾草酚、丹参素、维生素E、β谷甾醇等。

丹参注射液静脉滴注增加冠脉血流量，降低冠脉血管阻力，延长小鼠耐缺氧时间，并减轻结扎冠脉后缺血心肌间盘的损伤，其降压作用可为阿托品所阻断，与普萘洛尔（心得安）不产生协同作用。丹参酮Ⅱ-A磺酸钠可延长小鼠在缺氧情况下的存活时间，氧耗速度较对照组稍减慢，并能减轻小鼠缺氧时脑与心脏的乳酸含量。丹参酮Ⅱ-A磺酸钠静脉注射后，犬的血压轻度升高，心输出量和左心室作功量稍有增加，心率和外周阻力的变化不显著。用于结扎前降枝的犬，心电图改变恢复较快，缺血区与非缺血区均见桥式侧枝吻合血管开放，24小时后心肌梗死范围显著缩小。丹参酮Ⅱ-A磺酸钠对多种溶血有明显的保护作用。注射后1小时肝、肺、肠中含量较高，24小时内尿和粪中排泄率分别为10.2%和32%。丹参中的水溶性成分丹参素，能显著延长小白鼠耐缺氧时间，对垂体后叶素所引起的大鼠缺血性心电图有显著保护作用，急性结扎冠脉前降支的犬，能显著对抗LVSP的下降和LVEDP的升高，24小时后心肌梗死范围显著缩小。并能舒张离体冠脉条，对抗吗啡和普萘洛尔的收缩冠脉作用。此外，丹参水提取液尚能抑制血小板聚集，抑制凝血功能，促进纤溶活性，改善微循环障碍。丹参注射液对小鼠有镇静、安定作用。其抗惊厥作用不明显，但能对抗苯丙胺的精神运动兴奋作用。

桃仁

始载于《神农本草经》。原名桃核仁。为蔷薇科植物桃 Prunus persica（L.）Batsch 或山桃 P. davidiana（Carr.）Franch.的种子。中国大部分地区均产。

本品味苦、甘，性平。有小毒。归心、肝、大肠经。功能活血祛瘀，润肠通便。主治妇女经行不畅、经闭、痛经、产后瘀滞腹痛、癥瘕、蓄血、胸胁疼痛、跌打损伤、痈疡、便秘等。

用于妇女经行不畅，经闭，痛经及癥瘕痞块等，常配当归、川芎、赤芍、生地、红花等理血药同用，方如桃红四物汤；若寒凝而瘀滞者，则可选配肉桂、炮姜、吴茱萸等以

温经散寒而通瘀滞。《傅青主女科》治产后受寒,恶露不行,少腹疼痛之生化汤,即本品与当归、川芎、炮姜配伍。若瘀血蓄积腹中,腹满疼痛,则可与大黄同用,有攻下瘀血之功,如《金匮要略》治产妇腹内有干血着于脐下之下瘀血汤,即大黄与桃仁同用。如《伤寒论》用治下焦蓄血之桃核承气汤、抵当汤,都用桃仁、大黄,以荡涤在里之瘀热。胸胁疼痛,由肝郁气滞,日久不愈,络伤瘀积所致者可与柴胡、枳壳、当归或郁金、延胡索等疏肝理气通络药同用;若因跌打损伤,瘀滞作痛者,则与当归、乳香、没药、地鳖虫等相伍为用。对于外伤之局部瘀肿,桃仁可配栀子、大黄研末,酒调外敷患处。桃仁用于热毒痈疡,亦取其活血祛瘀之功,宜于银花、连翘等清热解毒药中加入本品。用于内痈:肺痈配冬瓜仁、生苡仁、苇茎,即《千金方》之苇茎汤;肠痈配大黄、丹皮、冬瓜仁、芒硝,即《金匮要略》之大黄牡丹汤。本品质润而沉降,又能润燥滑肠。肠燥便秘者,常与杏仁、柏子仁、松子仁、郁李仁等同用,方如《世医得效方》之五仁丸。此外,桃仁尚具有与杏仁相似的止咳作用,也可用于上气咳嗽。煎服,5—10克。《本草纲目》记载:"行血,宜连皮、尖生用;润燥活血,宜汤浸去皮、尖,炒黄用。"孕妇慎服。

实验研究:桃仁含苦杏仁甙、苦杏仁酶、挥发油、脂肪油,油中主含油酸甘油酯和少量亚油酸甘油酯。

动物实验:水煎醇提物有直接扩张血管的作用。桃仁能抑制血液凝固并能溶血;还能促进初产妇的宫缩及止血,可用于妇女血瘀经闭等。桃仁中因含45%的脂肪油,能润滑肠壁而易于排便,适用于老年人或虚弱者的便秘。桃仁因含有苦杏仁甙,可分解出氢氰酸,抑制组织内呼吸而减少其耗氧量,同时通过颈动脉窦反射性使呼吸加深,使痰易于咳出,故可用于咳嗽。桃仁及苦杏仁甙有抗炎作用,对炎症初期有抗渗出作用,动物实验中有抗过敏作用,临床上对荨麻疹、过敏性皮炎,特别对接触性皮炎引起的全身性皮肤郁血,有一定效果。有报道桃仁油有驱除蛲虫、蛔虫的功效,内服大量可产生氢氰酸中毒。

红花

始载于《本草图经》。又名红蓝花、草红花。为菊科植物红花 Carthamus tinctorius L.的花。初夏花冠由黄变红时,在早晨露水未干前采摘,置通风并微有日光处晾干或阴干;为防止褪色,不宜强烈日光曝晒或急火烘烤。

管状花长约1.5厘米,橙红色或棕红色,花管狭细,先端5裂,裂片狭线形,长约5—7毫米,下部在采摘时已折断,管内有黄色花药5枚,聚合成管状,伸出花冠管之外,中央有柱头露出,顶端微分叉。质柔软,有特异香气。将花浸入水中,水染成金黄色,而花冠不褪色。中国各地多有栽培。

本品味辛、微苦,性温。归心、肝经。功能活血通经,祛瘀止痛。主治闭经、痛经、腹中癥积、产后恶露不净、跌打损伤、中风偏瘫、关节痹痛、心绞痛及喉痹等。

红花专入血分,为行血、和血之药,凡因瘀滞所致之血气不和,经络不利诸证,皆适用之。《金匮要略》用红花一味酒煎服,治妇女腹中血气刺痛。现常用以治疗血瘀所致的月经闭止不行,或经行腹痛、量少、紫黯有块,或产后瘀滞腹痛,可与当归、川芎、桃仁、肉桂等配用,方如折冲汤;若热病经水适来适断,热入血室而寒热谵语,可用红花、丹皮加入四物汤中。治腹中癥积,可配莪术、三棱、鳖甲、桃仁等以破瘀消癥。治跌打损伤之瘀血作痛,红花有散瘀止痛消肿之功,常配苏枋木、赤芍、当归等煎汤内服;或与白芍、栀子研末,用鸡蛋清调敷患处;用红花酊或红花油涂擦,可治扭挫伤所致的青紫肿痛。本品也用治中风偏瘫,肢体不遂,常与黄芪、当归、桃仁、地龙等同用,可收补虚活血通络,恢复肢体痿废之功,如《医林改错》补阳还五汤。风寒湿痹之关节疼痛,临床亦可于祛风湿药中加入红花、当归以活血通痹。若与紫草、大青叶、连翘、牛蒡子同用,可治斑疹难出,色不红活等症,有凉血解毒,散瘀透疹之效。对于血瘀气滞所致的胸痹心痛,可配赤芍、丹参、五灵脂、瓜蒌等同用;如与血竭研末酒调服,可治噎膈不能进食有死血阻结者。喉痹壅塞不通,可取鲜红花绞汁服,或用干品浸酒绞汁服。如同薄荷、金丝荷叶汁及白矾少许滴耳,可治聤耳出脓;如与生地、连翘、赤芍等配用,可治眼目赤痛羞明。由于红花有活血作用,能使皮肤润泽,角质软化,故又能治皮肤皲裂、鸡眼、胼胝,或用鲜红花、地骨皮杵成膏敷,或研末麻油调敷。本品对褥疮初起也有一定作用,可将红花冷水浸泡至呈玫瑰红色,取浸液湿敷褥疮,能散瘀消肿止痛;若已破溃则与龙骨、乌贼骨等收敛生肌药研匀外敷。煎服,3—9克。孕妇忌服。有出血倾向者不宜多用,过用能使出血不止。

实验研究:红花含红花黄素、红花甙、红花素、红花醌甙及新红花甙。淡黄色花含新红花甙及微量红花甙;深黄色花含红花甙;橘红色花含红花甙和红花醌甙。还含$15\alpha,20\beta$-二羟基-Δ^4-娠烯-3-酮。另含脂肪油称红花油,其主要成分为棕榈酸、硬脂酸、花生酸、油酸、亚油酸、亚麻酸;并含罗汉松树脂酚甙的苦味成分和2-羟基牛蒡甙等。

红花水提取液有轻度兴奋心脏,增加冠脉流量的作用。对犬急性心肌缺血模型,红花可使心肌缺血程度减轻,心率减慢,并使心电图S-T段抬高的幅度显著下降,红花黄素对乌头碱所致心律失常有一定对抗作用。红花煎剂、水提取液及红花黄素等对麻醉动物均有不同程度的降压作用,作用迅速而短暂,降压机制与抑制中枢加压反射、阻滞α受体、激动H_1受体和直接扩张外周血管有关。红花有抑制血小板聚集和增强纤维蛋白溶解作用。红花煎剂对各种动物,不论已孕及未孕的子宫均有兴奋作用,甚至发生痉挛,尤其对已孕子宫作用明显。红花黄素在动物实验中尚有镇痛、镇静和抗惊厥作用。红花对肌肉损伤、神经痛、腰痛有明显止痛效果。红花的某

此提取物如棕榈酸、红花黄素等均表现抗炎作用。

藏红花

始载于《饮膳正要》。原名泊夫兰，又名番红花、西红花、撒馥兰。为鸢尾科植物番红花 Crocus sativus L. 花柱的上部及柱头。11月上旬至中旬开花期，选晴天早晨采收花朵，摘下柱头，微火烘干的称干红花；若再加工使油润光泽则称湿红花。

湿红花常呈疏松的团块，由众多的柱头压集而成。每一柱头红棕色，有油润光泽，细线形。长约2.5—3厘米，顶端较宽而略扁平。在放大镜下可见内方有一短裂缝，顶端边缘为不整齐的齿状并有绒毛状突起。有时可见每三个柱头与一短花杆相连，花柱橙黄色。气清香，味微苦。入水浸泡后柱头膨胀成喇叭形，水被染成黄色。

干红花呈弯曲的细线状，暗红棕色，带有黄棕色花杆部分，质轻松，无光泽及油润感。原产西班牙、希腊、伊朗、法国、荷兰、奥地利、德国、意大利等国；印度、前苏联、日本和中国亦有栽培。

本品味甘，性平。归心、肝经。功能活血祛瘀，凉血解毒，散郁开结。其活血祛瘀之效用与红花相近，但药力胜于红花。用治瘀血所致的痛经、经闭、产后恶露不净、跌扑损伤，均可以单味煎服。以其能凉血解毒，故尚用治温病热入营血，发斑、发疹，可单用一味水浸服。麻疹热盛血郁，疹透不快或疹出过密，疹色晦暗不鲜者，常合紫草、银花、连翘、赤芍等同用。本品虽为活血、凉血之药，若将其入黄酒内隔汤炖服，可止吐血色紫夹瘀者。藏红花又能散郁开结，用治各种痞结之症，因忧思郁结，积气不散而胸膈满闷者，取藏红花冲汤服，有调血散郁之功。煎服，1—1.5克。过量服用可引起呕吐、肠绞痛、胃肠出血、血尿，甚至神志不清、惊厥。孕妇忌用。

实验研究：藏红花柱头含多种胡萝卜素类化合物，含量约2%，其中分离得到α藏红花酸的四种糖甙，称为藏红花素。又含藏红花酸及其二甲酯、藏红花苦素、α胡萝卜素和β胡萝卜素、玉蜀黍黄素、番茄黄素等。还含挥发油0.4%—1.3%，油中主成分为藏红花苦素的分解产物藏红花醛，其次为桉叶素、蒎烯等。此外还含异鼠李素、山柰酚及维生素 B_1、B_2 等。

煎剂或流浸膏对子宫有兴奋作用，已孕子宫尤其敏感，它还能延长小鼠的动情周期。各种制剂对子宫作用的强度顺序为：煎剂 > 流浸膏 > 挥发性成分 > 乙醚提取物。

三棱

始载于《本草拾遗》。又名京三棱、荆三棱。为黑三棱科植物黑三棱 Sparganium stoloniferum Buch. Ham. 的块茎。冬季至次年春季采挖，除去残茎和须根，洗净，削去外皮，晒干。

块茎呈圆锥形或倒卵圆形，略扁，少数呈纺锤形，上圆下尖，长2—10厘米，直径1.5—4厘米，有刀削痕迹。表面黄白色或灰黄色；有多数密集的小点状须根痕，略呈横向环状排列，上端有茎痕，两侧面多凹凸不平，须根痕较粗，有3—5个突起的芽痕。质坚实，极难折断，切断面平坦；黄白色或灰白色，粉性，接近外表处色较深，向内侧色浅，内有多数散生不明显的维管束小点及条状横纹。无臭，味淡，嚼之略苦、涩，微有麻辣感。主产于中国江苏、河南、山东、江西、安徽等省。

本品味苦、辛，性平。归肝、脾经。功能破血，行气，消积，止痛。主治气血郁滞之心腹疼痛、胁下胀痛、血瘀经闭、产后瘀血作痛、癥瘕积聚、食积停留之脘腹胀满以及跌打损伤等。

本品苦能泄，辛能散。其破血散结，行气止痛之功，大抵与莪术相同，但破血作用优于莪术，而行气之功较逊。两者配合使用，则相得益彰。如《证治准绳》三棱丸，治妇女闭经、腹痛、血瘕，即以三棱、莪术与当归、川芎、牛膝、蒲黄等同用；又如《济生方》三棱煎丸，用三棱、莪术、芫花、青皮，醋糊为丸，治妇人、室女血瘕、月经不通、脐下坚大如杯，久而成蛊之症。如配莪术、山甲、牡蛎、黑白丑、地鳖虫，则可治腹中包块而气滞胀满；配莪术、麦芽、莱菔子，治食积痰滞，胸腹胀痛。由于本品攻散之性较为猛烈，易伤元气，故临床应用时，常配党参、白术、地黄、当归、白芍等益气养血之品，攻补兼施，以防伤正。煎服，5—10克。醋炒入药能加强止痛的功效。月经过多及孕妇忌服。

实验研究：三棱煎剂对离体兔肠能加强收缩，紧张性升高，并可被阿托品所拮抗。

莪术

始载于《药性论》。原名蓬莪术，又名蒁药、广茂、文术。为姜科植物蓬莪术 Curcuma phaeocaulis Valeton、广西莪术 C. kwangsiensis S. G. Lee et C. F. Liang.、温郁金 C. Wenyujin Y. H. Chen et C. Ling 的干燥根茎，后者习称"温莪术"。冬季茎叶枯萎后挖取根茎，除去地上部分和须根、鳞叶，洗净，煮或蒸至透心，晒干或低温干燥。

蓬莪术根茎呈卵圆形、长卵形、圆锥形或纺锤形，顶端钝尖，基部钝圆，长2—8厘米，直径1.5—4厘米。表面灰黄色至灰棕色，环节明显，有圆形微凹的须根痕或有残留的须根，两侧各有一列下陷的牙痕和类圆形的侧生茎痕，有的可见刀削痕。体重，质坚实，难折断。断面灰褐色至蓝褐色。角质样，常附有黄绿色至棕褐色粉末，皮层与中柱易分离，内皮层环纹棕褐色。气微香，味微苦而辛。主产于中国四川、广东及广西等省、区。

广西莪术根茎环节稍凸起，断面黄棕色至棕色，常附有淡黄色粉末，内皮层环纹黄白色。主产于中国广西壮

族自治区。

温莪术根茎断面黄棕色至棕褐色，常附有淡黄色至黄棕色粉末。主产中国浙江省。

本品味苦、辛，气香或微香，性温。归肝、脾经。功能破血行气，消积止痛。主治气血瘀滞的癥瘕积聚、心腹胀痛、血瘀经闭、产后瘀血腹痛及宿食不消、跌扑伤痛等。

本品用于癥瘕积聚，可单用本品，以酒、醋磨服，或配三棱、当归等药同用；若积聚癥瘕日久而体虚者，则应配人参、白术、黄芪等扶正药同用，以攻补兼施，免伤正气。治心腹痛患久时发，发即欲死者，《卫生家宝方》用醋煮莪术配伍木香为末，仍以淡醋汤调服。若食积气滞，脘腹胀痛，时或攻痛者，本品配枳实、木香、槟榔等宽中行气消滞药同用。痢疾腹痛初起，里急后重，可配当归、赤芍、槟榔、大黄等药以行瘀化滞。妇女血闭或产后瘀阻腹痛，本品常配桃仁、赤芍、当归、红花、丹参等通经活血。治跌打损伤，配乳香、没药、地鳖虫之类以活血祛瘀。煎服，3—9克。破血祛瘀宜醋炒，行气止痛多生用。气血两虚，脾胃虚弱无积滞者忌用；孕妇忌服。

实验研究：莪术根茎含挥发油1%—1.5%，其中主要成分为倍半萜烯类。已分离出蓬莪术环氧酮、蓬莪术酮、蓬莪术烯、蓬莪术环二烯、蓬莪术烯酮、姜黄二酮、姜黄醇酮。还含姜黄素、去氢姜黄二酮等。

郁金根茎的挥发油中含姜黄二酮、姜黄环氧莪醇、四甲基吡嗪、樟脑、龙脑、异龙脑等二十余种成分。还分离出蓬莪术烯。

莪术挥发油制剂对多种癌细胞有直接破坏作用。姜黄环氧莪醇及姜黄二酮在体外能使小鼠艾氏腹水癌细胞发生变性坏死；对某些移植性肿瘤有抑制作用，姜黄环氧莪醇可抑制小鼠肉瘤的细胞核代谢。用莪术油处理的L_{615}白血病细胞（莪术瘤苗）能成功地使动物获得明显的主动免疫。因此，本药除直接的抗癌作用外，还可能通过免疫系统，使宿主特异性免疫增强而获得明显的免疫保护效应，临床上用莪术油对宫颈癌瘤体内注射，可使局部瘤体坏死，并逐渐脱落，形成溃疡面，然后出现红润样反应，上皮细胞逐渐修复，恢复宫颈的组织。另外在病理切片中，还可观察到局部及血液中淋巴细胞增多，提示有效病例中宿主有明显的免疫反应。姜黄环氧莪醇自大鼠胃肠道吸收迅速而完全，半衰期为12.5小时，肝肾中药物浓度较高，有肝肠循环，主要自尿排泄。姜黄环氧莪醇及鲜莪术油在动物试验中（以环磷酰胺引起小鼠白细胞减少），有某些升高白细胞的作用，莪术油能对抗ADP和肾上腺素所诱导的血小板聚集，有效成分可能为姜黄素，此等作用也有利于肿瘤的治疗，莪术醇浸膏及其倍半萜化合物对动物有抗着床与抗早孕的作用，灌胃后可使子宫内膜无蜕膜化反应，分泌期被抑制，胚胎发生退化，以致剥脱。本品对消化道的作用与生姜相似，能直接兴奋平滑肌，可用于气胀性腹痛。温莪术挥发油在试管中有抑菌作用。姜黄环氧莪醇与姜黄二酮对小鼠腹腔注射的急性LD_{50}分别为250毫克/千克与414毫克/千克。莪术挥发油有溶血作用。瘤体和局部注射时，疼痛较重。

郁金

始载于《药性论》。为姜科植物温郁金 Curcuma Wenyujin Y. M. Chen et C. Ling.、姜黄 Curcuma louga L.、广西莪术 Curcuma Kwangsiensis S. G. Lee et C. F. Liang 或蓬莪术 Curcuma phaeocaulis Val. 的干燥块根。前两种分别习称“温郁金”和“黄丝郁金”，其余按性状不同习称“桂郁金”或“绿丝郁金”，冬季茎叶枯萎后采挖，除去泥沙及细根，蒸或煮透心，干燥。

温郁金呈长圆形或卵圆形，稍扁，有的微弯曲，两端渐尖。长3.5—7厘米，直径1.2—2.5厘米。表面灰褐色，具不规则的纵皱纹，纵纹隆起处色较淡。质坚实，断面浅灰黄色或浅灰色，角质样；内皮层环明显。气微香，味微苦。主产于中国浙江省。

黄丝郁金呈卵圆形或纺锤形，似枣核，两端尖。有一端细长，长2.5—4.5厘米，直径1—1.5厘米。表面棕灰色或灰黄色，皮细，具细皱纹。质坚，断面角质状，有光泽。气芳香，味辛辣。主产于四川省。

桂郁金呈长圆锥形或长圆形，长2—6.5厘米，直径1—1.8厘米，表面浅棕黄色，具疏浅纵纹或较粗糙网状皱纹。体坚，断面淡黄色或黄白色，角质发亮。气微，味苦。主产于四川省。

绿丝郁金，呈长椭圆形，较粗壮，长1.5—3.5厘米，直径1—1.2厘米，气微，味淡。主产于四川、广东省及广西壮族自治区。

本品味辛、苦，性寒。归心、肝、胆经。功能散瘀止痛，行气解郁，清心凉血，疏肝利胆。主治胸腹胁肋诸痛、痛经、吐血、衄血、热病神昏、癫狂、黄疸等。

胸胁疼痛，属血瘀气滞者，常配木香同用；偏气郁者倍木香，偏血郁者倍郁金，如《医宗金鉴》颠倒木金散。若妇女气滞血瘀，行经腹痛，亦可用本品散瘀行气止痛，常与香附、柴胡、当归等药同用。用于肝郁化火，气火上逆的吐血、衄血以及妇女倒经，常以郁金降气解郁，俾气降则火降，火降则血不妄行，可配生地、丹皮、栀子等凉血药同用。用于热结下焦，热伤血络所致的血淋、尿血，常与生地、蒲黄等凉血止血药同用。治湿温病痰浊蒙蔽清窍，脘痞、神昏谵语者，配石菖蒲、山栀、连翘、竹沥等药以清心化痰开窍，如《温病全书》菖蒲郁金汤。痰阻心窍而致癫狂、癫痫者，常配白矾为丸服，如《本事方续集》白金丸。治肝胆湿热发黄，常配茵陈、山栀等药以利胆退黄。近年还用本品治胆结石，如各地报道的胆道排石汤中，常以郁金配金钱草、茵陈等利胆清湿热药同用。煎服，3—9克。研末服，2—3克。阴虚失血及无气滞血瘀者忌服；孕妇慎服。

实验研究：郁金根茎中含姜黄烯、姜醇、α蒎烯及β蒎

烯、莰烯、莫、樟脑、姜烯、α松油醇、右旋龙脑、对异丙基苄醇、对甲基桂皮酸、姜黄环氧莪醇、姜黄二酮、蓬莪术烯、桉叶素、异龙脑、大牻牛儿酮和四甲基吡嗪等。还分离出有抗癌作用的β榄香烯，以及对实验性心律失常有一定作用的二草酸二钾镁。

郁金水浸醇提物在动物试验中有糖皮质激素样作用：抑制大鼠甲醛性炎症，小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬活性及体液免疫功能。

水浸醇提物对动物妊娠晚期子宫有抑制作用，对未孕大鼠离体子宫能显著地拮抗前列腺素 E_2 的兴奋作用。煎剂能兴奋豚鼠离体肠管。

姜黄

始载于《新修本草》。又名宝鼎香、黄姜。为姜科植物姜黄 Curcuma longa L.的根茎。姜黄根茎，于冬季茎叶枯萎时采挖，洗净，煮或蒸至透心，晒干或微火烘干。除去须根。

姜黄主根茎呈卵圆形或纺锤形，常弯曲长2—3.5厘米，直径1.5—2.5厘米。未去皮者表面棕黄色，粗糙皱缩；去皮者表面黄色，光滑，常被黄色粉末。两者均可见明显环节及少数圆形侧生根茎痕和多数点状下陷的根痕。质坚实，不易折断，断面黄棕色至红黄色，角质，具蜡样光泽，平整的断面可见内皮层环纹及维管束小点。气香特异，味辛，微苦。主产于中国四川省，此外，福建、广东等省也产。

本品味苦、辛，性温。归脾、肝经。功能破血行气，通经止痛。主治心腹胁痛、妇女经闭、产后瘀阻腹痛、风湿痹痛、跌打损伤及痈肿等。

本品所治诸痛，多因血瘀气滞所致，宜随证配伍有关药物。治心痛不可忍者，配当归、木香、乌药等同用，如《圣济总录》姜黄散。若治右胁疼痛，胀满不食，配枳壳、桂心、炙甘草同用，如《丹溪心法》推气散。妇女经闭不行或产后瘀阻腹痛，可配当归、赤芍、川芎、红花、桃仁等同用。本品治风湿痹证，尤以痹证肩臂痛甚者所常用，此亦调和气血之功。故《赤水玄珠》治臂背痛、非风非痰者，用本品配羌活、白术、甘草煎服。现在临床上亦常用本品加入黄芪桂枝五物汤内，治肩关节周围炎。治一切跌打损伤，常配当归、乳香、没药、苏木、牛膝等，以水、酒、童便煎服，如《伤科方书》姜黄汤。治痈肿发背、诸般疔肿等外科疾患，用本品与天花粉、大黄、白芷、黄柏、南星等同研末用葱汁或蜂蜜等调敷，如《外科正宗》如意金黄散。煎服，3—10克。孕妇慎用。

实验研究：姜黄根茎含酚性色素，主为姜黄素，去甲氧基姜黄素和双去甲氧基姜黄素。又含挥发油，主为桉叶素、芳樟醇、α松油烯、石竹烯、芳姜黄烯、姜烯、姜黄环氧莪醇、姜黄酮、芳姜黄酮、去氧姜黄二酮及大牻牛儿酮。另含阿拉伯糖、果糖、葡萄糖以及菜油甾醇、豆甾醇、β谷甾醇、胆甾醇等。

煎剂、浸剂、姜黄素及其钠盐有利胆作用，促进犬的胆汁分泌，增加胆囊收缩，作用弱而持久。

本品石油醚、乙醇和水的提取物对小鼠有明显的抗生育活性。姜黄素有短暂降压作用，而不被阿托品、抗组胺剂或β阻滞剂以及切除迷走神经所影响。

姜黄素对四氯化碳及半乳糖胺诱发的小鼠和大鼠肝损伤均具有显著的抗肝脏毒性作用。

姜黄挥发油、姜黄素有抗金黄色葡萄球菌作用；姜黄挥发油对黑曲霉、黄曲霉等真菌有一定抑制作用。水浸剂在试管内对多种皮肤真菌有不同程度的抑制作用。

乳香

始载于《名医别录》。又名熏陆香、乳头香、滴乳香。为橄榄科植物卡氏乳香树 Boswellia carterii Birdw.及其同属植物的树干切伤后渗出的油胶树脂。春、夏两季将树干由下而上顺序切伤，并开小沟，使树脂渗出，流入沟中，数日后凝成硬块，即可采集。

乳香呈小形乳头状、泪滴状颗粒或不规则小块状，有时粘连成团块。表面淡黄色或微带绿色或棕红色，半透明，有光泽。久藏或摩擦后，表面常带有一层类白色粉尘或外表显棕黄色而无光泽。质坚脆，断面蜡样，无光泽或有小部分显玻璃样光泽。气微芳香，味苦，嚼之破碎成小块，迅即软化成胶块，粘牙，唾液成乳白色，并微有香辣感。遇热变软，燃烧时显油性，冒黑烟，并遗留黑色残渣，有香气。加水研磨，成白色或黄白色乳状液。产于红海沿岸的索马里、埃塞俄比亚及阿拉伯半岛南部。

本品味辛、苦，性温。归心、肝、脾经。功能活血，行气，止痛，伸筋，消痈肿，长肌肉。主治心腹肢体作痛、跌打损伤、痈疽疮疡等。

乳香辛散苦降温通，内能宣通脏腑，外能透达经络，可使气血通畅，“通则不痛”。故《珍珠囊》称其“能定诸经之痛”；《本草新编》谓其“内外科皆可用……止痛实为圣药”。临床上常与没药相须而用，其效益彰。凡瘀血阻滞，心腹诸痛，跌打损伤，皆恃为要药。如血瘀气滞，胃脘疼痛，常与没药、五灵脂、香附同用。近年来以本品与没药加入活血祛瘀剂中治疗冠心病心绞痛，能加强活血止痛作用。若用于妇女血瘀经痛或产后瘀滞腹痛，可与没药、当归、丹参、川芎等同用。《本草正》谓乳香“通血脉、止大肠血痢疼痛”。《要药分剂》亦谓：“赤白痢腹痛不止者，加入乳香，无不效。”治跌打损伤，常与没药、当归尾、红花、桃仁相配；若创伤溃烂，可用乳香煎油，涂搽疮口。《本草纲目》谓本品能“活血定痛伸筋”，故风湿痹痛，筋脉拘挛，可与羌活、防风、当归等祛风除湿药同用；亦可于外敷药中加用本品。乳香又是外科之常用药，具有消肿、止痛、去腐、生肌之功。李时珍谓其能“消痈疽之毒，托里护心”，皆因其辛香走散之性，能散血排脓，使毒气外出，不

致内攻，故有消痈肿、长肌肉之效。痈肿初起，可与没药、金银花、连翘等同用；若发背、脑疽和一切恶疮内溃及诸恶毒攻心呕吐，用乳香同真绿豆粉合研极细，水调服，如《圣济总录》托里汤；疮疡疼痛不可忍，用乳香配没药、寒水石、滑石、冰片共为细末，搽患处，如《外科发挥》乳香定痛散；痈疽溃后，脓毒将尽未去，与没药共研细末外敷，如《外科十法》海浮散。综观乳香之种种功用，无一不与其活血行气之功有关，而活血止痛尤为专长。用文火炒至表面焊化，使其刺激性油充分挥发，待凉透，敲碎入药。煎服，3—10克。孕妇忌服。

实验研究：卡氏乳香树胶树脂内含多种热解产物，已分离得到：α 樟脑烯醛和 γ 樟脑烯醛、枯醛、水芹醛、葛缕酮、优葛缕酮、紫苏醛、胡椒酮、不蒎酮、隐品酮、邻甲基苯乙酮、马鞭烯酮、侧柏酮、桃金娘酸、桃金娘醛、2,4－二甲基苯乙酮、异亚丙基环己烷、α 香树脂酮等。

没药

始载于《药性论》。又名末药。为橄榄科植物没药树 Commiphora myrrha Engl. 及其同属数种植物茎干皮部渗出的油胶树脂。

11月至翌年2月或6—7月采收。采集从树皮裂缝处自然渗出的树脂或割破树皮后从伤口渗出的树脂。初呈黄白色液体，接触空气后渐渐凝固而成红棕色硬块。

树脂呈不规则颗粒状或粘结成团块，大小不一，通常直径约2.5厘米，有的可达10厘米。表面红棕色或黄棕色，粗糙，被有粉尘。质坚脆，破碎面呈不规则颗粒状，带棕色油样光泽，并常伴有白色小点或线纹。薄片半透明，有的明亮似琥珀，微有粘性，与水共研形成黄棕色乳状液。有特异香气，味苦而微辛。主产索马里、埃塞俄比亚及阿拉伯半岛南部。

本品味苦、辛，性平。归肝、心、脾经。功能活血散瘀，行气止痛，消肿生肌。主治血瘀气滞所致的胸腹疼痛，跌打损伤，痈肿疮疡。

没药与乳香之功相仿，诸凡经络脏腑中有气血凝滞，两药皆能疏通，但乳香偏于行气，没药偏于散瘀，两者同用，相得益彰，能使痈肿得消，伤痛可止。故《医学入门》称本品"为疮家奇药"。《本草新编》谓本品"内外可用，而外治更奇"。用治痈肿疮疡，无名肿毒，常配乳香、雄黄、冰片等，如《疡医大全》点化丹。若单配乳香为末外敷，名海浮散，治痈疽疮毒，可提脓拔毒，祛腐生肌。现代又有以没药酊外用，治口腔炎、牙龈炎、咽炎者。用治跌打损伤，配乳香，以温酒或童便调服和外敷；亦可加桃仁、赤芍、自然铜等以加强活血止痛之功，如《证治准绳》没药丸。治血灌瞳人，外障疼痛，以本品配血竭、大黄、芒硝等为末，热茶调服，如《眼科龙木论》没药散。用治心腹瘀痛，有单用者，如《医林集要》以本品入水、酒煎服；更可配延胡索、五灵脂、香附等同用，以增强疗效，如《医学心悟》手拈散。治妇女瘀血腹痛，可配当归、红花、延胡索，如《博济方》没药散。又可治产后血晕，由恶血内阻，而致语言颠倒，神志失常者，以本品配血竭研末，童便、温酒各半煎后调服，如《伤寒保命集》之夺命散。他如妇人瘀血经闭、腹中血块等均可用之。此外，风湿痹痛，经络瘀阻，关节不利，疼痛较著者，亦可用之，常与其他祛风湿药同用，如《本草图经》以本品配虎骨，治历节诸风，骨节疼痛者。综上所述，本品以活血行气，散瘀定痛见长，凡气血瘀滞所产生的诸痛，用之则痛定而病症除。应用时需炒去油。煎服，3—6克。因本品破血碍胎，故孕妇慎用；非瘀滞而属虚者，不宜用；痈疽已溃者，亦非所宜；本品味苦气浊，易致恶心呕吐，胃弱者慎用。

实验研究：没药含树脂25%—35%，挥发油2.5%—9%，树胶约57%—65%，此外为水分及各种杂质约3%—4%。

树脂大部分能溶于醚，不溶性部分含 α 罕没药酸及 β 罕没药酸，可溶性部分含 α 没药酸、β 没药酸及 γ 没药酸，没药尼酸，α 罕没药酚及 β 罕没药酚。尚含罕没药树脂、没药萜醇及呋喃倍半萜类。

挥发油中含丁香油酚、间苯甲酚、枯醛、蒎烯、二戊烯、柠檬烯、桂皮醛、罕没药烯等。树胶水解得阿拉伯糖、半乳糖、木糖。

丁香油酚有抗菌作用。没药水浸剂在试管中对堇色毛癣菌、同心性毛癣菌、许兰黄癣菌等多种致病性皮肤真菌有抑制作用。含油树脂部分能防止兔高胆固醇血症，并能防止斑块形成。

鸡血藤

始载于《本草纲目拾遗》。又名血风藤、大血藤。为豆科植物密花豆 Spatholobus suberectus Dunn 的藤茎。秋、冬两季割取藤茎切段或切片，晒干。

成段的藤茎略呈扁圆柱形，稍扭曲，有纵槽，长15—30厘米。直径1.5—5厘米。表面灰棕色，有细小皮孔，栓皮菲薄，栓皮脱落处现红棕色。通常斜切或横切成椭圆形、长矩圆形或不规则的切片，厚0.3—1.5厘米。切面中心有偏心性小形髓部；木质部淡黄棕色，导管孔明显；韧皮部呈2—6个红棕色至暗棕色环带，与木质部相间排列，其最内一圈为圆环，其余为同心半圆环，环带宽1.5—2毫米。新鲜时有血红色液汁流出，干后凝成黑棕色发亮的树脂状斑块。质坚实，难折断。主产于中国广西壮族自治区。

本品味苦、微甘，气微，性温。归肝、肾经。功能行血补血，舒筋活络。主治手足麻木、肢体瘫痪、风湿痹痛、妇女月经不调、闭经、痛经等。

无论血瘀、血虚或血虚而兼瘀者，都可适用。如中风后血脉瘀滞，气血虚弱，肢体麻木瘫痪者，用鸡血藤配当归、红花、黄芪等调补气血、活血通络。若风湿痹痛，关节

不利者，可配羌活、独活、牛膝、海风藤祛风湿而利关节。跌打损伤，瘀血肿痛者，可配骨碎补、续断、地鳖虫等活血散瘀而止痛。若妇女月经不调、闭经、痛经因于瘀滞者，可配当归、川芎、赤芍、香附等活血调经之品。若兼血虚者，可与熟地、当归、川芎等同用。近年来用鸡血藤制成糖浆或浸膏片，用以治疗营养不良性贫血和失血性贫血，疗效较好。如与其他补血药如首乌、熟地、阿胶等配合，还用于再生障碍性贫血。与黄芪、大枣等配伍，对恶性肿瘤放疗、化疗引起的白细胞减少症有一定疗效。煎服，10—30克。

实验研究：香花崖豆藤叶、茎含无羁萜、3β－无羁萜醇、菜油甾醇、豆甾醇及谷甾醇，还含鸡血藤醇。

煎剂体外试验对金黄色葡萄球菌有抑制作用。香花崖豆藤和密花豆煎剂对实验性贫血的家兔均有补血作用，密花豆的作用较强。

牛膝

始载于《神农本草经》。又名怀牛膝。为苋科植物牛膝 Achyranthes bidentata Blume 的根。冬季茎叶枯萎时采挖，除去茎叶、须根和泥土，捆扎成小把，晒至外表皱缩后，用硫黄熏数次，然后将顶端切齐，晒干。

根呈细长圆柱形，稍弯曲，上端较粗，常连有坚硬的木质茎基，长20—60厘米，直径0.2—1厘米。表面土黄色或淡棕色，有浅细扭曲的纵皱纹和略突起的侧根痕，并具明显的细小横向皮孔。质较硬脆，易折断，受潮则变柔软，断面平坦，黄棕色，微呈角质样而油润，中央有细小黄白色木心，周围有维管束小点断续排列成2—4轮。气微而特异，味微甜而稍苦涩。主产于中国河南省。

本品味苦、酸，性平。归肝、肾经。功能活血通经，利关节，强腰膝，利尿通淋。生用偏于散瘀血，消痈肿；熟用（酒蒸）偏于补肝肾，强筋骨。主治瘀血阻滞的月经不调、痛经、闭经、产后瘀滞腹痛，癥瘕等。

如配桃仁、红花、当归、川芎等治瘀血痛经、闭经。配当归、地黄、朴硝疗胞衣不下；《妇人良方》单用牛膝酒蒸服之以催产。《济生拔萃》以本品与干漆、生地为丸疗癥瘕等证。其利关节，强腰膝之功，专于治下半身腰膝酸软，关节疼痛。如属肝肾不足者，常配杜仲、川断；如属精血亏虚，两足痿弱，步履无力者，则配熟地、白芍、龟甲等，如《丹溪心法》补阴丸；如属风湿痹痛者，配独活、五加皮、威灵仙等以祛风湿，强筋骨；湿热下注，足膝萎软，红肿疼痛者，多与苍术、黄柏配用，如《医学正传》三妙丸，以清湿热，强筋骨。本品为通淋之要药，常用于湿热下注的热淋、血淋、石淋，常配冬葵子、瞿麦、滑石等同用。若配银花、元参、赤芍等，又可用于血栓闭塞性脉管炎。牛膝性善下行，有导热下泄之功，故能治疗上部的火热病证。如《医学衷中参西录》之镇肝息风汤，以本品配代赭石、龙骨、牡蛎、白芍等治肝阳上亢之头痛眩晕；《景岳全书·新方八阵》之玉女煎，以本品配石膏、知母、熟地、麦冬等，"治水亏火盛，烦热干渴，头痛牙痛，失血等证"，现亦用之治心、胃之火上炎，口舌生疮，牙龈肿痛；若配白茅根、山栀、代赭石等，又可治气火上逆，血热妄行之吐血、衄血。凡此诸症，皆因气血随火热上升所致，重用牛膝则可引其气血或浮越之火下行。此外，尚有用治咽喉肿痛、久疟、下痢、痈疽恶疮、阳痿等。煎服，9—15克。因其性专下行，凡中气下陷，脾虚泄泻，下元不固，梦遗失精，月经过多及孕妇均忌服。

实验研究：根含三萜皂甙，水解后得齐墩果酸及葡萄糖醛酸。还含蜕皮甾酮、牛膝甾酮和红苋甾酮，又含生物碱，开花期含量最高，每100克干茎根可得0.971毫克。

醇浸剂灌胃，对大鼠甲醛性关节炎有较明显的抑制作用；提取的皂甙灌胃，对大鼠蛋清性关节炎，也有促进炎性肿胀消退的明显作用。对子宫肌的作用因动物种类不同及是否怀孕而异。流浸膏或煎剂皆能收缩家兔子宫。有效成分可能是皂甙。用小鼠"扭体"的方法，证明煎剂有轻度止痛作用。对麻醉动物静脉注射有轻度利尿作用，还有短暂的血压降低，可能与释放组胺有关。

川牛膝

始载于《本草纲目》。又名甜牛膝、拐牛膝。为苋科植物川牛膝 Cyathula officinalis Kuan 的根。秋、冬两季采挖，除净泥土，切去芦头、支根及须根，晒干或烘干。或晒至半干时，经堆放"发汗"后再晒干。

根呈长圆柱形，粗细不一，微扭曲，下部偶有少数分枝，长20—60厘米，直径0.5—3厘米；带芦头的，大多为数条根簇生。表面棕黄色或灰棕色，具有纵皱纹及侧根痕，并有明显的多数横向突起的皮孔。质柔韧，不易折断，断面黄白色或棕黄色，有油状物渗出，中央有细小黄白色木心，周围可见多数淡黄色微细的维管束小点，排列成数层同心环。主产于中国四川省。贵州、云南等省亦产。

本品味甘、微苦，气微，性平。归肝、肾经。功能活血祛瘀，通利关节，利尿通淋。主治血瘀经闭、难产、胞衣不下、产后瘀血腹痛、风湿腰膝疼痛及血淋、尿血等。

本品功用主治与怀牛膝大同小异，临床认为怀牛膝偏于补益肝肾、强壮筋骨；川牛膝偏于活血通络、舒筋利痹。故凡治血瘀诸证，用川牛膝者多。近以本品配川乌、草乌、红花等治大骨节病，配地鳖虫、马钱子用治小儿麻痹症瘫痪期及后遗症。煎服，6—10克。妇女月经过多及妊娠忌用。

实验研究：根含多种昆虫变态甾体：杯苋甾酮、头花蒽草甾酮、紫苋甾酮A、B，森告甾酮、前杯苋甾酮、异杯苋甾酮、地斯特甾酮等。还含生物碱。

昆虫变态甾体激素具有蛋白质合成促进作用，给小鼠灌服或注射，可促进肝细胞核和细胞质 RNA 的合成，

强度与4-氯卷酮相似,无任何毒性表现。早年报告,川牛膝流浸膏对未孕猫子宫有弛缓作用,但对已孕子宫则有强力的收缩作用。

延胡索

始载于《雷公炮炙论》。又名玄胡索、元胡。为罂粟科植物延胡索 Corydalis yanhusuo W. T. Wang 的块茎。5—6月茎叶枯萎时采挖,洗净,按大小分别置沸水中烫至无白心时,取出,晒干。

块茎略呈扁球形,直径0.6—1.5厘米,表面黄色或黄褐色,有网状皱纹,顶端有凹陷的茎痕,底部有疙瘩状突起的根痕。质坚实,断面黄色或金黄色,角质样,有蜡样光泽。气微,味苦。主产于中国浙江、江苏、山东省,此外,河北省及东北地区亦产。

本品味苦、微辛,性温。归肝、脾、心包经。功能活血散瘀,行气止痛。主要用于气滞血瘀所致之胸胁脘腹诸痛,对胃脘当心急痛效果尤为明显,故古有"心痛欲死,速觅延胡"之语。他如妇女痛经、闭经、腹中结块或儿枕腹痛,或疝瘕痛引少腹,或冷气腰痛骤作,以及因寒而气血凝滞之肢体剧痛等症,均可选用本品。

延胡索与性味苦寒、具有疏肝清热作用的川楝子配合,可用于肝火内郁、气机失调之胃脘胀痛,牵连胁肋,时发时止,方如《素问病机气宜保命集》金铃子散;与性味辛热、具有温中祛寒作用的胡椒配合,可用于冷气心痛及疝气心腹绞痛。与香附、木香、乌药等理气药配合,则偏于行气舒郁,适用于气血失和,经行不畅,少腹胀痛,胀甚于痛之症;与当归、红花、没药等理血药配合,则偏于活血行血,可用于妇女血气相搏,腹痛难忍;若与三棱、莪术、大黄、鳖甲等配合,则重在破血通经止痛,可用于血瘀经闭,癥瘕积聚。总之,不论热痛寒痛,气痛血痛,均可配伍延胡索。故李时珍盛赞其"专治一身上下诸痛"。

又如《仁斋直指方》以延胡索配全蝎为末服,治疝气危急;《仁存堂经验方》以延胡索配枯矾为末服,治老小咳嗽。前人认为本品独行力速而功多,杂他药中其力便缓,故又有使用延胡索单行以取效者,如下痢腹痛剧烈,跌打损伤筋骨疼痛不止等,均可以本品研末作散剂服之。近亦制成片剂,广泛用于月经痛、胃痛、胸胁痛、腰痛及神经衰弱所致之失眠头痛等。延胡索又可用于出血证候,如《开宝本草》以本品主治崩中淋露,暴血冲上,《类证活人书》以本品与朴硝同用治小便尿血,皆系散瘀之功,瘀去则血归其经。

综观延胡索之功能,不仅以活血见长,而且兼能行气,故卢不远谓本品为"血中之气药,气中之血药",用于气机不利,气阻血滞之各种疼痛均有良好效果,生用及酒炒,行血活血效力较好,醋炒则可增强入肝、止痛作用。煎服,3—10克;研末服,0.9—2.5克。经血枯少,或产后血虚崩漏,以及孕妇,均应忌用。

实验研究:块茎中分离出右旋紫堇碱(延胡索甲素)、原阿片碱(延胡索丙素)、左旋和消旋的四氢黄连碱、左旋四氢非洲防己碱、右旋紫堇鳞茎碱、α别隐品碱、消旋四氢掌叶防己碱(延胡索乙素)、右旋海罂粟碱、黄连碱和去氢紫堇碱及延胡索丑素等。

延胡索粉有镇痛作用,效价为阿片的1/10,有效成分为生物碱,乙素和丑素的作用较强,甲素次之,丙素也有明显的镇痛作用。镇痛作用能产生耐受性,但产生速度约比吗啡慢1倍,并与吗啡之间有交叉耐受性。未发现成瘾性。乙素有明显的镇静、催眠与安定作用,能抑制戊四氮引起的惊厥,但不能对抗电休克,反能促进士的宁产生的惊厥,此外,尚有轻度中枢性镇吐及降低体温的作用。从乙素中分离出的左旋四氢掌叶防己碱具镇静、镇痛、安定作用,作用机制与阻滞脑内多巴胺受体的功能有较密切的关系。临床用于镇痛、催眠有效。

醇提取物有显著扩张动物冠状血管,增加冠脉血流,对某些实验性心肌缺血及心律失常有效,总碱水溶部分对室性早搏有效,作用与奎尼丁相似;总碱水不溶部分对房性早搏、房室交界性早搏有效,并有扩张血管、降低血压与减慢心率作用。早期高血压病服用乙素有效,醇提取物对各类冠心病也有一定的效果。去氢紫堇碱能保护因饥饿、幽门结扎或药物所产生的大鼠实验性溃疡病,减少胃液分泌、胃酸及胃蛋白酶的量,其作用可能是通过中枢神经-脑下垂体-肾上腺系统实现的。

动物试验证明,口服乙素吸收迅速而完全,体内分布以脂肪中为最高,肺、肝、肾次之,极易通过血脑屏障,在体内大部经代谢后排出体外。

夏天无

始载于《百草镜》。原名一粒金丹,又名夏无踪、洞里神仙、野延胡。为罂粟科植物伏生紫堇 Corydalis decumbens (Thunb.) Pers. 的块茎。春末、夏初间采收,除去残茎及须根,洗净,晒干。

块茎呈类球形、长圆形或不规则块状,长0.5—3厘米,直径约0.5—2.5厘米。外表面土黄色、灰棕色或褐黑色,有细纵皱纹,顶端圆钝,有淡黄色叶柄残基,有的具不规则的瘤状突起及细小的点状须根痕。质坚脆,断面较平整,黄棕色或黄色,颗粒状或角质样,有的略带粉性。主产于中国江西省,此外,湖南、湖北、浙江、福建、安徽、江苏、台湾等省亦产。

本品味苦、微辛,气微香,性凉。功能祛风通络,活血止痛,降血压。主治风湿性关节炎、坐骨神经痛、跌打损伤、高血压病、中风偏瘫。

治疗风湿性关节炎、坐骨神经痛、腰肌劳损及小儿麻痹后遗症等,常与当归、怀牛膝、独活等配伍;治疗高血压病及由高血压病引起的中风偏瘫,可单味研末服,或与钩藤、夏枯草、桑寄生等平肝熄风药煎服。此外,本品制成

眼药水滴眼，对近视眼患者的视力纠正有一定作用。如与天葵煎服，又可用治扁桃体炎及乳腺炎。煎服，9—15克。本品长期服用，可有恶心及胃部不适感。

实验研究：块茎含夏无碱、紫堇米定碱、右旋四氢掌叶防己碱、比枯枯灵碱、空褐鳞碱、原阿片碱、掌叶防己碱、小檗碱、药根碱、α别隐品碱、藤荷包牡丹定碱等多种生物碱。还含棕榈酸、β谷甾醇。

四氢掌叶防己碱、原阿片碱等的药理作用均见"延胡索"条。空褐鳞碱可引起动物僵住症。夏天无注射液对麻醉猫有降低血压的作用，并能扩张血管。中毒时表现为阵挛性惊厥甚至强直性惊厥，戊巴比妥可对抗之。

五灵脂

始载于《开宝本草》。又名寒号虫粪、寒雀粪。为鼯鼠科动物复齿鼯鼠 Trogopterus xanthipes Milne－Edwards 的干燥粪便。全年皆可采收，一般常在10—12月间到深山石洞中寻找，采后拣去杂质。根据药材外形的不同，通常分为"灵脂块"和"灵脂米"。

灵脂块呈不规则的块状，大小不一。表面黑棕色、红棕色或灰棕色，凹凸不平，有油润性光泽，似焦红糖样，常夹杂有长椭圆形的粪便颗粒，表面常裂碎，显纤维性。质较硬，易破碎，断面黄棕色或棕褐色，不平坦，有的可见粪粒形状。气腥臭、味苦。

灵脂米呈长椭圆形颗粒，长5—15毫米，直径3—6毫米。表面较平滑或粗糙，棕色或黑棕色。质轻松，易断折，断面黄绿色或棕褐色，纤维性。气微，味微苦、咸。产于中国河北、山西、北京、陕西、云南、四川等省、市。

本品味苦、甘，性温。归肝经。功能活血散瘀止痛。主治瘀血凝滞所致的心腹、胁肋、少腹诸痛，以及经闭、痛经、产后瘀滞作痛，血痹刺痛，跌打损伤等。

炒用能化瘀止血，用治崩漏、肠风。本品散瘀止痛之功较强，可单味使用，如《鸡峰普济方》治卒暴心痛，以五灵脂为末，热酒或醋汤下。也常与蒲黄配合同用，治心胃瘀痛及产后恶露不下，此即《和剂局方》失笑散。近常以本方为主，加入乳香、没药，用治冠心病心绞痛。若与香附、延胡索、没药、草果等配伍，可治血瘀气滞的胁肋刺痛。同延胡索、益母草、当归等配伍，能疗闭经、痛经。合木香、乌药，能理周身血气刺痛。与羌活、独活、当归、鸡血藤配伍，治风湿关节疼痛。《乾坤生意秘韫》以五灵脂配白及、乳香、没药为末，用熟水同香油调敷患处，治骨折疼痛。本品炒炭用，又可化瘀止血，常与熟地、阿胶、当归相配，治妇女血崩，经水过多，或赤带不绝。《永类钤方》以五灵脂炒末，煎乌梅、柏叶汤下，治肠风下血。五灵脂还有消积的作用，配以胡黄连、干蟾蜍、使君子、砂仁等药，能加强驱虫健胃作用，治小儿疳积。此外，《圣济总录》有皱肺丸，即以本品为主，配柏子仁、胡桃仁组成，合用有祛瘀化痰、皱肺纳肾之功，用治肺胀之症。《经验良方》以五灵脂为末，醋煎噙漱，治重舌喉痹。配雄黄末酒调外敷，治蛇、蝎、蜈蚣咬伤。五灵脂行血有功，但不能生血，与丹参、当归的活血补血有别，故血虚无瘀滞者，非其所宜。煎服，5—10克。煎服有不良气味，胃弱者慎用。孕妇忌用。

实验研究：五灵脂含维生素A类物质。尚含多量树脂、尿素、尿酸等。

五灵脂水浸剂在试管内对多种致病性皮肤真菌，具有不同程度的抑制作用。

穿山甲

始载于《名医别录》。原名鲮鲤甲，又名川山甲、龙鲤甲、麒麟片、甲片。为鲮鲤科动物穿山甲 Manis pentadactyla L. 的鳞甲。全年均可捕捉，春季所得质量好。杀死后剥取甲皮晾干，称为"甲张"，将甲皮放入沸水中略烫，甲片自行脱落，洗净，晒干，称为"生甲片"。

甲片形状大小不一，长3—5厘米，宽3—5.5厘米，呈扇形、菱形、三角形或盾形，中央厚，边缘较薄。外表面黑褐色或黄褐色，有光泽，较宽的一端有数十条排列整齐的纵纹（生长线纹）及数条横线纹，较狭的一端光滑。内表面色较淡，中部有一条弓形的横向棱线，其下方有数条与棱线平行的横纹。角质，微透明，坚韧有弹性，不易折断。产于中国广东、广西、贵州、云南、福建、台湾等省、区。

本品味咸，气微腥，性微寒。归肝、胃经。功能祛瘀散结，活血消痈，搜风通络，下乳通经。主治痈疽疮肿、风寒湿痹、月经停闭、乳汁不通、癥瘕积聚以及外伤出血等病症。

穿山甲治痈疽脓未成者可使消散，脓已成者可使速溃，常与皂角刺相须为用。初起红肿热痛者，可配金银花、天花粉、当归尾、赤芍等，如《校注妇人良方》仙方活命饮。脓成未溃属气血亏虚者，可配黄芪、人参、白术、当归以托毒排脓，如《医宗金鉴》托里透脓汤。本品也治痰凝气血瘀滞之瘰疬结核，内服配蛇蜕、乳香、没药等；外用与贝母、艾叶研末调敷。《本草图经》用本品与自然铜、木通为末服，治乳痈；《本草衍义》配肉豆蔻、刺猬皮研末服，治气痔脓血；用穿山甲一味烧灰猪油调敷，可治瘘疮不愈。本品亦常用于皮肤疾患，如风丹作痒，可与甘草研末服；治黄水疮、白癜风，可与水银、轻粉、铅粉等为末，麻油调敷；治鹅掌风，可与雄黄烧熏。若以穿山甲烧存性研末，入麝香少许吹耳，可治聤耳出脓；与白霜梅、雄黄、枯矾研末吹喉，能治喉痹。因为穿山甲能搜剔络道，达于病所，故与祛风和络之羌活、防风、伸筋草等药同用，可治风寒湿痹之疼痛，关节强直，手足拘挛。与乌头、红海蛤为末，捣葱白汁调敷同侧脚心，用布裹紧缚定，入热汤内浸候汗出，治中风瘫痪，手足不举，如《三因方》趁风膏。若治内伤所致的胸膈间痛，可与乳香、没药、降香、延胡索等同

用。治气滞血瘀的经闭不行,配鳖甲、当归、红花等;通乳配王不留行、通草等。用于癥瘕积聚,可配三棱、莪术等。《杨氏家藏方》用治但热不寒疟,与十枣烧存性研末,于发日五更井华水调服。近用于治疗神经衰弱,与酸枣仁、生地黄、灵磁石配用;治高血压配丹参、代赭石等。外用治外伤出血及手术切口渗血,有止血作用,可制成穿山甲止血粉备用。入药多经炮炙,生用者少。煎服,3—9克。

地鳖虫

始载于《神农本草经》。原名䗪虫,又名土鳖虫、土元。为鳖蠊科昆虫地鳖 Eupolyphaga sinensis Walk.或冀地鳖 Steleophaga plancyi(Boleny)雌虫的全体。野生者5—8月捕捉,饲养者每月捕捉一次,捕得后用沸水烫死,晒干或烘干。

地鳖虫雌虫体呈扁卵圆形,头部较窄,尾部较宽,长2—3厘米,宽1—2厘米,背面棕褐色或黑褐色,腹部深棕色,有光泽。头小,咀嚼式口器,具触角一对,丝状,长而多节,常脱落。复眼肾形。胸背板3节,前胸背板较发达,如盾状,盖于头部。足3对,有细毛,弯曲,多残存不全。腹背板9节,呈覆瓦状排列。质松脆,易碎。

冀地鳖雌虫体宽卵形或长椭圆形,较地鳖稍大,长2.5—3.5厘米,宽1.5—2.5厘米。头尾两端较窄,背面黑褐色或黄褐色,无光泽。前胸背板前缘及身体周围具红褐色或黄褐色边缘,边缘带有淡黄褐色斑块及黑色小点。以上两种药材主产于中国江苏、浙江、河南、安徽、山东等省。

本品味咸,气腥臭,性寒。有小毒。归肝、脾经。功能破血逐瘀,续筋接骨。主治瘀血停滞所致的癥积、经闭、产后腹痛、跌打损伤。

本品与鳖甲、射干、鼠妇、大黄、桂枝、干姜等药配伍为丸,如《金匮要略》鳖甲煎丸,以治疟久癥瘕。近年有用治肝脾肿大,胁肋胀痛,常配鳖甲、柴胡、桃仁、丹参等药,以活血祛瘀,软坚消癥。张仲景治经产瘀血,善以䗪虫取效。如治经水不利,少腹满痛之土瓜根散,即本品与土瓜根、桂枝、芍药同用;又如治产妇腹痛,内有瘀血之下瘀血汤,本品与大黄、桃仁配用。本品还治虚劳腹满,内有干血,与大黄、桃仁、干漆、虻虫、水蛭等攻逐祛瘀药合用,如《金匮要略》大黄䗪虫丸。临床报道,本品用治宫外孕腹痛,腹部包块不消者,常配炮山甲片、桃仁、当归、延胡索等活血破瘀药煎服取效。《长沙药解》云:"本品善化瘀血,最补损伤。"故凡跌打损伤,局部青肿瘀痛,甚至骨折者,可单用本品研粉黄酒冲服。亦有用鲜品捣烂加黄酒取汁饮服,并以药渣外敷局部者。董炳《集验方》则以本品配乳香、没药、龙骨、自然铜、麝香等药为散,以酒调服,疗伤接骨;闪挫岔气及扭伤腰痛,用之亦佳。热毒血瘀壅滞于舌,以致舌肿强硬,不能言语,可用本品与食盐煎水含漱,如《太平圣惠方》煎含䗪虫汤。如为重舌塞痛,《鲍氏小儿方》则以本品配鲜薄荷同研汁,用布包捻舌下肿处有效。此外,有用本品研末后冲服,治乳汁不通者。煎服,3—10克。研末服,1—1.5克。以酒浸炒制者,疗效较好。病非停瘀蓄血,以及妊娠患者,均所忌用。

水蛭

始载于《神农本草经》。又名马蜞、马蛭、马蟥、肉钻子。为水蛭科动物蚂蟥 Whitmania pigra Whitman、柳叶蚂蟥 W. acranulata Whitman 和水蛭 Hirudo nipponica Whitman 的全体。夏、秋两季捕捉,洗净,用开水烫死或用石灰、草木灰、酒闷死,晒干或烘干。

蚂蟥呈扁平纺锤形,全体见有多数环节,长4—10厘米,宽0.5—2厘米。背部稍隆起,腹面平坦,常腹背相贴而呈拘挛状。前端略尖,后端钝圆,两端各具有一吸盘,前吸盘不显著,后吸盘较大。背部黑棕色,体两侧及腹面为棕黄色,背面有5条黑棕色纵列的断续斑点。质脆,易折断,断面呈胶质状而有光泽。

柳叶蚂蟥全体狭长而扁,长3—5厘米,宽6—7毫米。背面茶褐色,有黑褐色斑点组成的5条纵线。

水蛭全体呈扁长圆柱形,体多弯曲扭转,长2—2.5厘米,宽2—4毫米。背面暗绿色,有5条黄色纵线。以上三种药材全国大部分地区均产;主产于中国山东、安徽、江苏等省。

本品味咸、苦,气微腥,性平。有毒。归肝、膀胱经。功能破血逐瘀,通经消癥。主治血滞经闭、蓄血、癥瘕积聚、跌扑损伤、目赤痛、云翳等。

张仲景用治妇人月水不利属瘀血阻滞之实证,治男子膀胱满急,小便自利之蓄血证,均与虻虫、桃仁、大黄配伍应用,方如抵当汤;还用水蛭入大黄䗪虫丸治内有干血,肌肤甲错;《千金要方》治漏下不止,由瘀血所致者,单用水蛭炒为末,酒服。《妇人良方》治瘀血内阻月经不行,或产后恶露脐腹作痛,配以熟地、虻虫、桃仁为末蜜丸服,如地黄通经丸。治跌打损伤,瘀血凝滞,心腹疼痛,大便不通,常与大黄、牵牛共研细末,温酒调服,如《济生方》夺命散;亦可用水蛭研末,入麝香等分酒服。治急性结膜炎目赤痛及角膜瘢翳,用活水蛭浸渍于蜂蜜内,6小时后取浸出液滴眼。此外,将活水蛭外用吸血,可消痈肿、丹毒。煎服,3—5克;或炒黄研末服,1—1.5克。孕妇及体质素亏者忌服。

实验研究:水蛭唾液中含水蛭素。它是凝血酶抑制剂,有抗血凝作用,对细菌内毒素引起的大鼠血栓形成有预防作用,并能减少大鼠的死亡率。

虻虫

始载于《神农本草经》。原名蜚虻,又名牛虻、牛苍蝇、瞎蠓。为虻科昆虫双斑黄虻 Atylotus bivittateinus

Takahasi 或中华虻 Tabanus mandarinus Schi. 及其同属近缘昆虫雌性的全体。产于中国广西、四川、浙江、江苏、安徽、湖南、山东、山西、河南、河北、辽宁等省、区。

本品味苦，性寒。有小毒。归肝经。功能破血逐瘀，消癥散结。主治血瘀经闭、产后恶露不净、干血痨、蓄血证、癥瘕积聚、跌打伤损及喉痹等。

治血瘀经闭及产后恶露不净，腹部疼痛，用虻虫配桃仁、水蛭、熟地等，如《妇人良方》地黄通经丸。《金匮要略》用治干血痨，因内有瘀血，经络营卫失养，以致虚劳羸瘦，肌肤甲错，两目黯黑者，于大黄䗪虫丸中配用本品，以加强祛瘀之功。仲景又以本品治伤寒蓄血证，症见少腹鞕满，小便自利，身黄，其人如狂者，与大黄、水蛭、桃仁配伍峻逐瘀热，如《伤寒论》抵当汤、抵当丸。若更配乳香、没药、三棱、归尾、桃仁等药，则可消瘀积而散癥结，如《温病条辨》化癥回生丹中用之。若跌扑损伤，瘀肿疼痛，可与丹皮研末酒服，有散瘀止痛之效。《本草经疏》谓虻虫苦寒能泄三焦火邪迫血上壅，闭塞咽喉，故用以治喉痹结塞；也可治两目赤痛，此均《神农本草经》所谓通利血脉而利九窍之旨。此外，虻虫与松香等分研末置膏药上敷贴肿疡，可吸出脓毒。入药去翅足，炒过用。煎服，1.5—3 克；研末服，0.3—0.6 克。孕妇忌服。体虚无瘀及腹泻者均不宜用。

蜣螂

始载于《神农本草经》。又名推车虫、推屎虫、铁甲将军、屎蜣螂、铁角牛。为金龟子科昆虫屎蛒螂 Catharsius molossus L. 的干燥全体。主产于中国江苏、浙江、河北、湖北等省，此外，福建、广东、广西等省、区亦产。

本品味咸，性寒。有毒。归肝、胃、大、小肠经。功能破瘀，定惊，通便，攻毒。主治癥瘕、惊痫、噎膈反胃、腹胀便秘、疳积、痢疾、血淋、疔肿恶疮、痔漏等。

治癥瘕积聚，用此能破癥散结，可单用去翅足，炙为末服。又如病疟日久，结为疟母，《金匮要略》鳖甲煎丸用其协助大黄、桃仁、䗪虫以破瘀消癥。《小儿卫生总微论方》谓："凡小儿惊，蜣螂为治第一。"故小儿惊痫，可单用煎服，或与蝎尾、蜈蚣、胆星煎汤，冲朱砂、琥珀末服，共奏熄风定惊、清热化痰之功。气膈、臌胀、噎膈反胃，配孩儿茶、明矾、朱砂、麝香为末服。肠胃热壅，大便燥结不通者，服此能奏行滞、开结、通秘之功。治麻痹性肠梗阻，配黑白丑、石菖蒲同用；大、小便秘结不通者，配蝼蛄，焙干研末服。至于疳积、痢疾，多由积滞为患，故亦常用之，取蜣螂焙干研末服。《鲍氏小儿方》治小便血淋，以蜣螂研末服。近试治膀胱、尿道结石，部分病例可见结石排出。疔毒恶疮，研末醋调敷；附骨疽，蜣螂和大麦面捣烂敷之；痔漏出水，蜣螂为末，入冰片少许和匀，纸捻蘸末入孔内；掺肛上还可用治脱肛。鼻中息肉，蜣螂炙干为末，入麝香少许，细研为散，涂息肉上。小儿重舌，蜣螂烧存性，为末，入冰片少许，研细敷之。煎服，1.5—3 克；研末服，0.5—10 克。孕妇忌服。

实验研究：蜣螂含有蜣螂毒素约 1%，能使小鼠丁注射后痉挛致死。

鼠妇

始载于《神农本草经》。又名地虱、西瓜虫、潮湿虫、鼠赖虫、蒲鞋虫。为鼠妇科动物平甲虫 Armadillidium vulgare (Latreille) 的全体。主产于中国江苏、山东、河北、浙江等省。

本品味酸、咸，性微寒。归肝、肾经。功能破瘀消癥，通经利水，解毒止痛。主治癥瘕、疟母、血瘀经闭、小便不利等。

癥瘕、疟母，配大黄、䗪虫、鳖甲等同用，以活血散瘀消癥，如《金匮要略》鳖甲煎丸。血瘀经闭，配桃仁、红花、赤芍。小便不利、血淋，配车前子、石韦、泽泻以利尿通淋；亦疗肝脾肿大腹水，小便不利。口腔炎、咽喉肿痛，以本品焙干为末，入冰片少许，吹患处。此外，尚有止痛作用，用于牙痛、手术后疼痛等。煎服，3—6 克。孕妇忌服。

实验研究：平甲虫含酸性粘多糖类：软骨素硫酸 A 或 C、玻璃糖醛酸。又含十八碳烯酸、十六酸等脂肪酸、胆甾醇。

蛴螬

始载于《神农本草经》。又名土蚕、地蚕。为鳃金龟科昆虫东北大黑鳃金龟 Holotrichia diomphalia Bates 或华北大黑鳃金龟 H. oblita (Faldermann) 等的幼虫。前者分布于中国东北及内蒙古、河北、甘肃等省、区；后者分布于中国大部分地区。

本品味咸，性微寒。有毒。归肝经。功能破血化瘀，解毒。主治经闭、癥瘕、折伤瘀痛、痛风、破伤风、哮喘、喉痹、目翳、丹毒、痈肿等。

《金匮要略》治虚劳瘀血内着，肌肤甲错，大黄䗪虫丸中用之；《本事方》治筋急，养血地黄丸中亦用之，皆取其活血祛瘀之效。血滞经闭，可配三棱、红花、赤芍，以活血通经。痛风历节，配乳香、没药、甘草，研末酒服，以活血蠲痹止痛，如《圣济总录》蛴螬散。血痹筋挛，脚不能屈伸，配地黄、牛膝、白芍以养血通络。破伤风，取蛴螬口中黄汁擦在伤口上，可使伤口麻木，身上出汗；牙关紧闭者，擦牙上使开；重者取黄汁滴酒中炖热服，亦可用本品焙干研末，黄酒送服。近用治哮喘，将蛴螬用食油炸黄食。治喉痹，取汁滴喉中；小儿鹅口疮，取汁涂；目翳，取汁滴眼；痈肿丹毒，捣汁或研末涂敷。煎服，1.5—3 克。

实验研究：蛴螬的水浸液在动物试验中能收缩血管；更高浓度可兴奋离体心脏、子宫，抑制肠管。

青娘子

始载于《名医别录》。原名芫青，又名青娘虫、相思虫、青虫。为芫青科昆虫绿芫青 Lytta caraganae Pallas 的全虫。产于中国江苏、安徽、浙江等省。

本品味辛，性温。有大毒。功能攻毒，祛腐，杀虫。主治痈疽、瘰疬、疥癣等病症。李时珍谓其"功同斑蝥而毒尤猛"，故多作外用，凡痈疽脓成未破，可用本品粉末少许外涂，有促使脓肿溃破的作用；如痈疽溃后，腐肉不脱者，用之则有攻毒去腐之效。用于疥、癣，可用本品研末油调或制成油膏涂搽患处。也有制成酒剂使用的，如《外科大成》朱橘芫青露治一切癣疮，即本品同陈皮浸酒外搽。但酒剂对皮肤的刺激较强，每易引起发泡红肿，不若用油膏剂之缓和。本品亦有用于内服者，如《本草纲目》中有"上疝气，利小水，消瘰疬，下痰结"等记载。但本品毒性甚大，口服易致中毒，故现已不用。

实验研究：青娘子全虫含斑蝥素及脂肪、甲壳质等。

益母草

始载于《神农本草经》。原名茺蔚茎，又名苦草、坤草、月母草、益母艾、四棱艾。为唇形科植物益母草 Leonurus heterophyllus Sweet 的全草。6—9 月当茎叶茂盛、花初开时割取地上部分，晒干。

全体呈黄绿色或灰绿色。茎呈方柱形，有纵沟，上部多分枝，被有茸毛。质轻，易折断，断面中央有白色髓部。叶对生，多脱落或破碎，完整叶常皱缩，中部叶掌状 3 深裂，裂片矩圆形，花序轴上的叶呈条形或条状披针形，全缘或具稀锯齿，上表面深绿色，下表面淡绿色，两面被有细柔毛，质脆。叶腋间常见有轮伞花序，小花紫红色，多皱缩。或可见三棱形黑褐色小坚果。中国大部分地区均产。

本品味苦、辛，气微，性微寒。归肝、心包经。功能活血调经，利尿消肿。主治血脉瘀滞所致的月经不调、痛经、经闭、产后腹痛、恶露不行及跌打损伤等病症，亦治水肿、血淋、疮肿痒疹。

本品为妇科经产之要药。对月经不调、经前腹胀作痛、产后瘀滞腹痛、恶露不净，常可单味煎汤、熬膏或绞汁服，亦可与他药配伍应用。治痛经，可与当归、赤芍、木香等活血行气药配用，如《医学入门》益母丸；气虚兼瘀滞而经少不畅，经行腹痛，面色少华，则于补气血方中加入本品，如益母八珍汤；若经行愆期，甚或闭止不行，腹中有癥块，则与桃仁、川芎、川牛膝等破瘀消癥药配用；因血分有热而经行先期，血紫，少腹阵痛，口渴，面赤心烦者，又宜与生地、川柏、丹皮、青蒿等凉血清热药同用。若胎死腹中，产后胞衣不下，产后血晕，产后恶露不行，以及坠跌伤损所致的脐腹刺痛，可以益母草膏加入乳香、没药、沉香等药，以活血祛瘀止痛。《本草拾遗》谓益母草"主浮肿下水"，以其有利尿消肿的作用，近用以治肾炎水肿，常与白茅根、车前草等利尿药同煎服。眼科用以治疗血风眼障、血灌瞳人，配木贼草、决明子同用。治血风攻头作痛、眼痛者，配羌活、防风、天麻等用。近也用治高血压病，可与夏枯草、黄芩、钩藤等配用。益母草兼能解毒，用治疗疮、乳痈，内服用鲜草捣绞汁饮，或配伍菊花、金银花、紫花地丁、白芷等煎服；外用鲜草捣烂敷患处。煎汤洗浴，治疗瘾疹瘙痒及小儿头疮糜烂流黄水等皮肤病。煎服，15—60 克；鲜品可用至 120 克。瞳人散大者忌服。

实验研究：益母草全草含益母草碱、水苏碱、益母草定、益母草宁、益母草碱甲和乙等多种生物碱。又含苯甲酸、氯化钾、月桂酸、亚麻酸、油酸、甾醇、维生素 A、延胡索酸、芸香甙等。

煎剂、乙醇浸膏对多种动物子宫，不论离体、在体、已孕或未孕都有兴奋作用，使子宫的振幅、收缩率、紧张度均增加。益母草碱对离体子宫有兴奋作用。益母草碱甲对猫在位子宫有兴奋作用。益母草碱对温血动物的血管有扩张作用。注射液能增加动物的冠脉流量，降低冠脉阻力，对实验性心肌梗死犬、异丙肾上腺素引起的大鼠心肌缺血有某些保护作用。煎剂给大鼠灌胃，能抑制体外血栓形成，并能改善微循环。本品毒性较小，多服、久服未发现不良反应。益母草碱高浓度时可引起溶血，大剂量对中枢神经先兴奋后麻痹，尤其是呼吸兴奋，并可致惊厥，随后发生麻痹。

茺蔚子

始载于《神农本草经》。又名益母草子、苦草子、小胡麻、三角胡麻。为唇形科植物益母草 Leonurus heterophyllus Sweet 的果实。中国大部分地区均产。

本品味辛、甘，微寒。有小毒。归肝、心包经。功能活血调经，清肝明目。主治月经不调、产后瘀血腹痛、目赤肿痛、头痛头晕等症。茺蔚子活血调经的功效与益母草大略相同，亦为妇科所常用。

与当归、香附配用可治月经不调、痛经及产后瘀滞腹痛；与血余炭、当归炭配用，又能治月经过多及血崩。因其有清肝明目的作用，故用治肝热目赤肿痛、血灌瞳人，或热病后目生云翳，常与青葙子、黄连、生地等同用，如《审视瑶函》茺蔚子丸。若肝经有火，血逆于上，头痛头晕，心烦不宁，每与菊花、夏枯草、黄芩、决明子等平肝降火之品合用。煎服，6—9 克。本品不宜多服，过量会出现中毒症状：突然全身无力，下肢不能活动呈瘫痪状态，严重的可出汗虚脱。轻度中毒，可用赤豆、绿豆、甘草等煎汤饮服解之。瞳人散大者忌用。

实验研究：茺蔚子含益母草宁。又含油 37.02%，油中油酸占 63.75%、亚麻酸占 21.13%。还含类维生素 A 物质。

水或醇浸出液都有降低麻醉动物血压的作用。曾报道提得的一种未经鉴定的结晶性生物碱——茺蔚子碱甲，对在位子宫作用不显著，但对猫和豚鼠离体子宫却有明显的兴奋作用。

凌霄花

始载于《神农本草经》。原名紫葳，又名陵胎花、藤萝花、倒挂金钟。为紫葳科植物紫葳 Campsis grandiflora (Thunb.) Loisel. ex K. Schumann 的花。6—7 月花盛开时，选晴天采摘将开放的花朵，晒干或低温烘干。

花多皱缩或折叠，完整者长约 5—7 厘米。花萼暗棕色，长约 2—2.5 厘米，基部联合成管，上部 5 深裂，裂片三角形，尖端长而锐尖，萼筒表面具凸起的纵脉 5 条；花冠黄棕色、质薄，漏斗状，上部 5 裂，裂片半圆形，表面具有红棕色细脉纹，并散有棕色斑点；雄蕊 4 枚，花丝 2 长 2 短，着生在花冠筒内面，花药"个"字形；雌蕊 1 枚，基部有花盘。主产于中国江苏、浙江等省。

本品味微苦而略酸，气微香，性寒。归肝经。功能凉血行瘀。主治血滞经闭、癥瘕、崩中漏下、血热风痒、酒皶鼻等。

可单用，治疗瘀血阻滞证，也可与活血祛瘀药配伍应用，如《鸡峰普济方》紫葳散，用本品配当归、莪术，治妇女月经不通，脐腹绞痛。《丹溪纂要》用本品为末，温酒送下，继服四物汤，治疗血崩。《杨氏产宝》用本品配干漆、当归、白术、熟地等治妇女血闭不行，或干血痨，寒热不止，羸瘦少食等。凌霄花又治癥瘕积聚，如《金匮要略》鳖甲煎丸治疟母，在破瘀消痰，散积补虚药中，佐用本品以增强疗效。它如血气刺痛，以及跌打损伤所致的瘀血留止，也可使用本品。都是取其行血散瘀而止痛的作用。凌霄花之凉血，又能治血热生风所致的皮肤疾患，如《医学正传》用本品为末，酒调服，治通身风痒；《本草述》用本品与苍耳叶同用，治游风、风疹。《百一选方》以本品佐山栀子等分，为末调服，治肺经风热引起的酒皶鼻；也可和密陀僧末调涂。此外，本品外用亦治风癣、湿癣及湿疹等症，《证治准绳·疡医》治风湿兼热生诸癣之凌霄花散，取凌霄花配黄连、白矾、雄黄、天南星、羊蹄根为末，调搽。《仁斋直指方》治走皮趋疮（湿疹），头面浸淫湿烂，用凌霄花并茎叶，煎汤日日洗之。《摘玄方》治妇女阴癣、阴疮，用本品为末，鲤鱼胆调搽。煎服，3—6 克。如属气虚血弱，内无瘀热者及孕妇均忌服。

实验研究：紫葳花含芹菜素、β 谷甾醇。

月季花

始载于《本草纲目》。又名月月红、四季花、月月开。为蔷薇科植物月季 Rosa Chinensis Jacq. 的花蕾或初开放的花。原植物中国大部分地区庭园花圃均有栽培。

本品味甘，性温。归肝经。功能活血调经，消肿。主治经闭、痛经、跌打损伤、血瘀肿痛、瘰疬、痈肿、烫伤等病症。

用于血瘀气滞所致之月经停闭，或经行不畅，少腹作痛者，常与丹参、益母草、当归、香附等药配用；亦有单用月季花加适量红糖，水煎内服者。如用于跌打损伤，血瘀肿痛，本品配地鳖虫等量研末为散，温酒送服；外以鲜花或叶捣敷患处。其治瘰疬肿痛尚未溃破者，《谈野翁试验方》取本品嫩头，配沉香、芫花，共研末，填入鲫鱼肚内，酒、水各半煮熟去药食鱼；现代临床则与夏枯草、贝母、牡蛎等软坚散结药煎服。用于水火烫伤，研为末，油调搽创面。煎服，3—6 克。不宜多用，如过量服用，易致便溏腹泻。孕妇忌服。

实验研究：月季花含挥发油，成分和玫瑰油相似，其中以牻牛儿酸、牻牛儿醇、丁香油酚含量最多。牻牛儿醇为此油香气的来源。又含没食子酸，有灭真菌作用。

泽兰

始载于《神农本草经》。又名虎兰、龙枣、虎蒲、红梗草、甘露秧。为唇形科植物地瓜儿苗 Lycopus lucidus Turcz. 或毛叶地瓜儿苗 L. lucidus Turcz. var. hirtus Reg. 的茎叶。夏秋间茎叶生长茂盛时割取地上部分，除净泥土杂质，晒干。

茎方柱形，少分枝，四面均有纵沟，长 30—40 厘米，直径 2—6 毫米。表面黄绿色或稍带紫色，并有细纵纹。节部紫色明显，有白色毛茸。质脆，易折断，断面黄白色，髓部呈空洞状。叶对生，暗绿色或略带黄色，具短柄；叶片多皱缩，平展的完整叶呈长椭圆状披针形，基部狭窄，顶端尖，边缘有锐尖的粗牙齿状锯齿，上表面黑绿色，下表面灰绿色，有下陷的腺点。质脆，易破碎。小花簇生于叶腋，大多脱落，仅存苞片与萼片。无臭，味淡。中国大部分地区均产。

本品味苦、辛，性微温。归肝、脾经。功能活血祛瘀，行水消肿。主治经闭、痛经、癥瘕、产后瘀滞腹痛、水肿、跌扑损伤、痈疖肿毒等。尤为妇科常用要药。

凡血瘀气滞所致的月经失调及产后诸病，常与其他活血、理气药同用。如经闭、痛经，配当归、川芎、红花、香附；产后恶露不行，少腹疼痛者，配益母草、当归、赤芍、延胡索或蒲黄、五灵脂等。前人谓本品祛瘀而性较和缓，故上述诸症兼见气血不足者，亦多应用，但仍宜随证配伍补养类药物，使"消中有补，不致损真"。如《鸡峰普济方》泽兰汤，治月经微少，渐渐不通，日见瘦弱而有潮热者，配当归、白芍、甘草等养血和阴的药物同用；《妇人大全良方》柏子仁丸，治室女经闭，在熟地、柏子仁、续断等补肾养心药中，加用泽兰；《产宝方》治产后恶露不净，少腹作痛，泽兰配活血理气药及鳖甲胶、麦冬、沙参等养阴清热之品等。本品既活血而又能行水，身面四肢浮肿和腹水，

都可应用。对于血瘀气滞而见水肿者，更为适宜，可与防己、茯苓、泽泻、车前子等利水渗湿药协同使用。如张文仲《备急方》治产后水肿方，即本品与防己等分为末，醋汤调服。缪仲醇《本草经疏》提出泽兰治腹水、浮肿，“佐以益脾土之药，而用防己为之使”，亦寓有“消补兼施”之意。本品活血祛瘀作用，还用治跌扑损伤、痈疖肿痛。如因于跌扑引起的瘀肿疼痛，可配当归、红花、地鳖虫、乳香等以活血消肿止痛；痈疖初起肿痛者，除煎汤内服外，并可用鲜泽兰捣烂外敷。《濒湖集简方》中又有用泽兰煎汤熏洗的方法，用于产后外阴疮疡。煎服，5—10克。本品性虽和缓，但终属祛瘀通经之品，无瘀滞者，仍须慎服。

实验研究：地瓜儿苗全草含挥发油、葡萄糖甙、鞣质和树脂，还含葡萄糖、半乳糖、泽兰糖、蔗糖、棉子糖、水苏糖。

毛叶地瓜儿苗含挥发油和鞣质。

苏木

始载于《新修本草》，原名苏方木。又名苏枋、苏枋木。为豆科植物苏木 Caesalpinia sappan L. 的心材。全年均可采收，多在5—7月间，将树砍下，除去粗皮及边材，取其黄红色或棕红色的心材，晒干。

心材呈圆柱形或对剖的半圆柱形，有的连接根部呈稍弯曲的长条状或不规则的疙瘩状。长10—100厘米，直径3—12厘米。表面黄红色至棕红色，有刀削痕和枝痕，并可见细小凹入的油孔及红黄相间的纵向条纹或裂缝。横切面可见明显的年轮。有的中央具黄白色或暗棕色的髓，并有点状的闪光结晶物。质致密，坚硬而重，气微香，味微甘涩。投入热水中，水被染成鲜艳的桃红色，加醋变为黄色，加碱又变为红色。产于中国广西、广东、云南、台湾、四川等省、区。

本品味甘、咸，性平。归心、肝经。功能活血祛瘀，消肿定痛。主治妇女血滞经闭、痛经、产后瘀阻心腹疼痛、败血上冲所致的血晕、呕恶、喘急，以及跌打损伤、骨折、痈肿疼痛等。均可单味水煎或酒煎服，亦可研末以酒送服。

临床常配活血诸药同用，如《圣惠方》苏枋木煎，治月经不通，烦热疼痛，用苏枋木、大黄、硇砂熬膏，以酒调服。《海药本草》载，治瘀滞腹痛等，可用酒煎苏木，送服乳香末。若产后瘀阻腹痛，则常配当归、红花、赤芍、泽兰、延胡索等；产后血晕，可配泽兰、川芎、蒲黄、益母草、荆芥穗。有瘀滞而正气虚弱者，则应配补养药同用，使祛瘀而不伤正。如《伤寒保命集》之参苏饮，苏木与人参同用，以治产后败血入肺，气喘面黑，及产后瘀血胀闷，正虚不可攻者；《妇科玉尺》之苏木汤，苏木配人参、麦冬，以治产后正虚而气血瘀滞作喘者。苏木治疗跌打损伤所致的瘀血肿痛及骨折，可内服，亦可外用。内服可配乳香、没药、自然铜等，以加强活血行瘀、接骨等作用；外用可配当归、红花、刘寄奴等煎汤熏洗伤处，促进血行，消肿止痛。对于外伤出血，研末掺创口，有止血之效。苏木亦常用以治疗其他瘀滞疼痛，如脘腹疼痛有瘀滞者，可与五灵脂、香附等同用；冠心病心绞痛，可与丹参、川芎同用等。煎服，3—10克。血虚无瘀滞者不宜使用；月经过多及孕妇均慎用；大便不实者勿用。忌铁器。

实验研究：苏木心材含巴西苏木素约2%，遇空气即氧化为巴西苏木红素。另含苏木酚。又含挥发油，油中主成分为右旋水芹烯及罗勒烯。还含鞣质和脂肪酸、多种蛋白质、糖类。

煎剂可使离体蛙心收缩力增强，并使因水合氯醛、奎宁、毛果芸香碱等引起的蛙心抑制得以恢复。煎剂灌胃对小鼠、兔、豚鼠均有镇静、催眠作用，并能对抗士的宁与可卡因的中枢兴奋作用，狗皮下注射煎剂可引起呕吐与腹泻。

王不留行

始载于《神农本草经》。又名不留行。为石竹科植物王不留行 Vaccaria segetalis (Neck.) Garcke 的成熟种子。夏季果实成熟尚未开裂时采收全株，打落种子，除去杂质，晒干。

种子呈圆球形，细小，直径约2毫米，外表面棕黑色或黑色，少数为红棕色，略有光泽，置放大镜下观察，可见密生颗粒状突起，种脐呈圆形，类白色，下陷，其周围的颗粒突起较细，一侧有一条凹陷的纵沟。质坚硬，剖开后可见种皮薄，胚乳白色，胚弯曲成环状，子叶2。中国大部分地区均有生产。

本品味苦，气微，性平。归肝、胃经。功能行血通经，催产下乳，消肿敛疮。主治妇人经闭、难产、乳汁不通、血淋、痈肿、外伤出血等。

王不留行治经闭，主要用于血瘀实证，常与活血药同用，如苏木、川芎、没药等。治产后乳汁不通，常与穿山甲为伍，效果较佳，故有“穿山甲，王不留，妇人服了乳长流”之谚语。本品能通利小便，如《外台秘要》以王不留行配伍石韦、滑石、瞿麦、冬葵子，共奏滑利通淋之效。《东轩产科方》以王不留行配伍当归、续断、白芍、丹参等，治血淋不止。

本品用于疮疡痈肿，有活血散结的效果。其治乳痈初起，《本草汇言》用王不留行与蒲公英、瓜蒌为伍，酒煎服。治疗疮初起，《濒湖集简方》以王不留行合蟾酥，丸如黍米大，每服一丸，酒下。治疗金创出血，《金匮要略》有王不留行散治刀斧伤出血的记载。《圣济总录》并用王不留行末，治便后下血。煎服，10—15克。孕妇及无瘀滞者忌服。

实验研究：王不留行种子含王不留行皂甙，皂甙水解可得王不留行次皂甙，继续水解得棉根皂甙元和葡萄糖醛酸。又含异肥皂草甙。王不留行黄酮甙等。除去钾盐

的水煎剂对大鼠离体子宫有兴奋作用，醇浸液作用更强。对小鼠有镇痛作用。

刘寄奴

始载于《新修本草》。又名金寄奴、南寄奴、六月雪、乌藤菜。为菊科植物奇蒿 Artemisia anomala S. Moore 的地上部分。主产于中国浙江、江苏、江西等省。

本品味苦、辛，微温。归心、肝、脾经。功能破血通经，止血，敛疮。主治痛经、经闭、产后瘀滞腹痛、恶露不净、癥瘕、跌扑损伤、金创出血、痈肿疮毒。

治气血瘀滞之痛经、经闭，配当归、赤芍、川芎、凌霄花等活血调经药同用；治产后瘀滞腹痛，恶露不净，如壮热憎寒者，可与知母、当归、桃仁、鬼箭羽等同用，如《圣济总录》刘寄奴汤；治癥瘕腹痛，则以本品配三棱、莪术、赤芍等破血药同用。用治跌打损伤内有瘀血，遍身上下内外作痛者，或单味研末酒调服，或如《千金方》用此与骨碎补、延胡索同煎服，以奏活血止痛的功效；也可用鲜草捣烂敷伤处。刘寄奴研末撒患处能止血、敛疮、定痛，故可治金创出血不止，如同时内服，则效果更好。研末茶调服，亦可止大便出血。古方用以配乌梅、干姜，还治赤白下痢。对于痈肿疮毒如疖肿、乳痈、流火等症均可应用本品或煎汤内服，或捣烂外敷，或煎水熏洗。本品研末，用鸡蛋清或麻油调涂可治水火烫伤；也可用鲜草绞汁搽。近以本品配金银花、茯苓、苡仁等煎服治肠痈有效。煎服，3—10 克。脾虚泄泻者忌服。

实验研究：奇蒿全草含香豆精、异泽兰黄素、西米杜鹃醇、脱肠草素、奇蒿黄酮、奇蒿内酯等。

亚乎奴

始载于《云南思茅中草药选》。又名锡生藤、亚红龙（傣名）。为防己科锡生藤 Cissampelos pareira L. var. hirsuta (Buch. ex DC.) Forman 的干燥全株。分布于中国云南。

本品味甘、苦，温。功能消肿止痛，止血，生肌。主治外伤肿痛，创伤出血。民间用于跌打损伤、腰疼、风湿、喘息、心脏病。可作肌肉松弛剂。煎汤内服，10—15 克。外用研末撒或捣敷，每日 1—2 次。

实验研究：全草含锡生藤碱。根含 D－槲皮醇、海牙亭碱、海牙亭宁碱、筒箭毒次碱等。

锡生藤碱在各种全身麻醉方法中，作为肌肉松弛剂使用，其本身无麻醉作用。

马鞭草

始载于《名医别录》。又名风颈草、铁马鞭。为马鞭草科植物马鞭草 Verbena officinalis L. 的全草。中国各地均产，主产于华东、华南、西南等地区。

本品味苦，性凉。归肝、脾经。功能清热解毒，活血散瘀，利水消肿。主治外感发热、黄疸、痢疾、疟疾、癥瘕、臌胀及水肿、妇女月经滞涩不通。

治流行性感冒，配羌活、青蒿；治痢疾，配土牛膝；消腹水，可与鼠尾草同用。外用又治痈肿疮毒，跌打损伤肿痛。据现代临床报道，可治咽白喉、丝虫病，并用以预防和治疗病毒性肝炎。又可治疗牙周炎、牙髓炎、牙槽脓肿等疾患。煎服，15—30 克。脾胃虚弱、孕妇及血虚者宜慎用。

实验研究：马鞭草全草含马鞭草甙、鞣质、挥发油。叶中含腺甙和β胡萝卜素。另发现含强心甙。

水及醇提取物对滴入家兔结膜囊的芥子油引起的炎症，有减轻作用；电刺激齿髓法还证明有镇痛作用，维持时间较久。大鼠离体子宫试验证明：马鞭草和前列腺素 $E_2(PGE_2)$ 有协同作用，和 $PGF_{2\alpha}$ 有相加作用。马鞭草浓度在足以兴奋大鼠子宫平滑肌时，对空肠平滑肌却无明显作用，尤其是能选择性地增强 PGE_2 对子宫平滑肌的作用，而不增强 PGE_2 对肠平滑肌的作用，因此，如合并使用马鞭草和前列腺素有可能提高早期流产及诱导月经的成功率，并减少前列腺素的用量，降低前列腺素对消化道的副作用。煎剂在试管内对白喉杆菌有抑制作用。马鞭草甙毒性低，不溶血，有促进家兔血液凝固的作用和促进动物的乳汁分泌。

干漆

始载于《神农本草经》。为漆树科植物漆树 Toxicodendron verniciflunm (Stokes) F. A. Barkley 乳液的干燥品。原植物除产于中国黑龙江、吉林、内蒙古和新疆外，其他省、区均有分布。

本品味辛、苦，性温。有小毒。归肝、胃经。功能祛瘀破癥，杀虫。主治瘀血阻滞的经闭、癥瘕积聚及诸种虫积等。

本品性善下降而行血，祛瘀破癥，作用强烈，如《金匮要略》大黄䗪虫丸中用之，治虚劳羸瘦，干血内结，肌肤甲错之证。《千金要方》治妇人血瘕，月水不通，脐下坚如杯，发热羸瘦，用干漆和生地黄汁煎煮和丸而服，二药合用，则干漆祛瘀通闭而不伤营血，生地黄濡养血脉而无留瘀之弊。肠胃诸虫攻痛，用干漆为末，以乌梅、花椒泡汤调服；亦可与苦楝根皮、槟榔、芜荑、鹤虱等杀虫药同用。丝虫病，可配地龙、苍术作丸服；囊虫病，可与雷丸、山甲等制成丸剂内服。此外，尚应用于气滞血瘀的心胃疼痛、瘀血腰痛，以及大风癞疾，风寒湿痹已久之症，亦皆取其祛瘀之义。多入丸、散。研末服，0.5—1 克。捣碎，炒令烟尽用。孕妇及无瘀者忌用。胃虚及漆过敏者不宜服。

实验研究：干漆是生漆中的漆酚在虫漆酶的作用下在空气中氧化生成的黑色树脂物质。

漆酚能导致过敏性皮炎。

毛冬青

又名乌尾丁、细叶冬青、喉毒药。为冬青科植物毛冬青 Ilex pubescens Hook. et Arn. 的根或枝叶。原植物分布于中国安徽、浙江、台湾、福建、江西、广东、广西等省、区。

本品味苦、涩,性寒。归心、肝、肺经。功能活血祛瘀,清热解毒,化痰止咳。主治冠心病,心绞痛,偏瘫,血栓闭塞性脉管炎,中心性视网膜炎,感冒,咽喉肿痛,肺热咳嗽及痈疖肿毒等。

治心血管疾患,如冠状动脉硬化性心脏病、心绞痛,及脑血管意外所致之偏瘫等,除单味毛冬青根煎服外,常与丹参、郁金、檀香等药配用,以增强活血通脉作用。治血栓闭塞性脉管炎,单用或与玄参、当归、银花、甘草等药同用,可改善血行而有祛瘀生新止痛之效。治疗中心性视网膜脉络膜炎,属于肝肾阴虚者,常配地黄、枸杞、菊花等药同用。用治咽喉肿痛,配板蓝根、桔梗、甘草能消肿止痛。用于风热感冒,配桑叶、菊花、薄荷;治肺热咳嗽,配黄芩、杏仁、前胡。治烧烫伤、丹毒、痈疖肿毒初起,用毛冬青根或叶煎服,并以其鲜嫩枝叶捣烂绞汁涂敷。此外,本品还可治湿疹、玫瑰糠疹、过敏性皮炎等皮肤病。煎服,30—60 克。凡有出血性疾患或肝功能异常者慎用。孕妇忌用。

实验研究:毛冬青根含有效成分黄酮甙。根皮含多种黄酮类、酚类、甾醇、三萜成分、氨基酸、鞣质、还原糖。又自秃毛冬青(Ilex pubescens Hook et Arn var glaber chang)中提出青心酮和用于治疗心脏病的秃毛冬青素 I。青心酮,能抗血小板聚集及增强心肌耐缺氧的耐力。

积雪草

始载于《神农本草经》。又名地钱草、马蹄草。为伞形科植物积雪草 Centella asiatica (L.) Urban 的全草。产于中国华东、华南、西南等地区。

本品味苦、辛,性寒。功能清热利湿,凉血止血,消肿解毒,散瘀止痛。主治黄疸、泄泻、痢疾、热淋、小便不利、尿路结石、感冒发热、咽喉肿痛、吐血、衄血、尿血、痈肿疔毒、跌打损伤等。

湿热黄疸配地耳草、茵陈;泄泻配黄芩、白术;痢疾配凤尾草;热淋小便不利配木通、瞿麦;尿路结石配车前子、海金沙,皆取其清热利湿之功。感冒发热,咽喉肿痛,以及外感热病引起的高热烦渴,可与地胆头、一点红、大青叶同用。吐血、衄血、尿血,配旱莲草、侧柏叶炭、小蓟,能清热凉血止血。用于痈肿疔疮、腮腺炎、带状疱疹、湿疹等,既可煎服,亦可捣敷或绞汁涂。乳腺炎初起,配川楝子、蒲公英煎服。研汁点眼能治目赤肿痛。至于跌打损伤,常与当归、红花、刘寄奴等配合应用,有活血散瘀,理伤止痛之效。本品对药物和食物轻度中毒,有一定缓解作用,如:钩吻中毒,捣汁和茶油灌服;木薯中毒,捣汁温开水冲服;毒蕈中毒,煎汤和糖服,或与萝卜同捣汁服;砒石中毒,与胆矾同煎服。煎服,10—15 克;中毒急救须加大剂量,可用 60—120 克。

实验研究:全草含多种 α 香树脂醇型三萜成分,其中有积雪草甙、羟基积雪草甙、玻热模甙、玻热米甙、积雪草酸、羟基积雪草酸、异羟基积雪草酸、马达积雪草酸。另含积雪草碱、内消旋肌醇、积雪草糖以及山柰酚、槲皮素、葡萄糖、鼠李糖的黄酮甙。

其中所含的甙对小鼠、大鼠有镇静安定作用,主要是对中枢神经系统中的胆碱能系统的影响。水溶性含甙部分能降低兔及大鼠离体回肠的张力及收缩幅度,并能对抗乙酰胆碱所致的回肠痉挛;对麻醉犬,静注可轻度兴奋呼吸,心率变慢及中度降低血压作用。积雪草甙能治疗皮肤溃疡,如顽固性创伤、皮肤结核、麻风等。给动物肌内注射或皮下植入,可促进皮肤生长、局部白细胞增多、结缔组织血管网增生、粘液分泌增加等。

血藤

始载于《草木便方》。又名活血藤、大血藤。为木兰科植物翼梗五味子 Schisandra henryi Clarke 或华中五味子 S. sphenanthera Rehd. et Wils. 的藤茎及根。前者分布于中国长江以南各省、区;后者分布于中国江苏、浙江、山西、陕西、甘肃等省及华中、西南地区。

本品味微辛、苦,性温。功能活血祛瘀,通经止痛。主治跌损积瘀、风湿痹痛等症。用于跌打损伤、积瘀身疼、腰痛,常与小血藤、红花、桃仁、乳香、没药等活血祛瘀药配用。用于风湿痹痛、关节酸痛或肢体麻木,每与箭杆风、白龙须、川草乌、木瓜等祛风湿、通络之品合用。此外,尚可用治脉管炎。煎服,15—30 克。孕妇忌用。

实验研究:翼梗五味子含翼梗五味子酚、恩施脂素。

红藤

始载于《本草图经》,原名血藤。又名大血藤、大活血、活血藤。为大血藤科植物大血藤 Sargentodoxa cuneata (Oliv.) Rehd. et wils. 的藤茎。秋、冬两季采收,除去侧枝,切成段或切成片,干燥。

茎呈圆柱形,略弯曲,长 30—60 厘米,直径 1—3 厘米。表面灰棕色或棕色,粗糙,有浅纵沟及多数颗粒状突起的皮孔并有少数明显的横裂纹,有时可见膨大的节部及枝痕或叶柄痕。栓皮常呈片状剥落,露出暗棕色或红棕色内皮。横切面上可见皮部呈红棕色,有数处向内嵌入木部,筛管部棕黑色或黑色,内含分泌物;木部黄白色,有多数细孔导管状及红棕色射线,呈放射状纹理。质坚体轻,折断面裂片状。气微香,味微涩。产于中国江西、湖北、四川、河南、江苏、浙江、安徽等省。

本品味苦，性平。归肝、大肠经。功能活血通络，祛风除湿。主治肠痈、乳痈、经闭腹痛、跌打损伤、风湿痹痛等。治疗肠痈可配川朴、蒲公英、紫花地丁、大黄、丹皮。治经闭腹痛，可配茜草根、当归。治跌打损伤，可配骨碎补共捣烂外敷，亦可内服。煎服，15—30克，治急性阑尾炎可用至60克。孕妇慎服。

实验研究：红藤含毛柳甙、鹅掌楸甙即右旋丁香树脂酚二葡萄糖甙、β谷甾醇。

本品水溶性提取物能改善实验性心肌梗死犬的心电图，使抬高的S－T段显著降低，改善其心肌乳酸代谢的紊乱并缩小心肌梗死范围。

紫荆皮

始载于《日华子本草》。又名肉红、内消。为豆科植物紫荆 Cercis chinensis Bge. 的树皮。紫荆在古本草记载多皮木同用，故《开宝本草》称之为紫荆木，《本草经疏》称紫荆木皮。紫荆皮药材主产于中国四川、河南、湖北、湖南、江西等省。原植物各地庭园常见栽培。

本品味苦，性平。归肝经。功能活血行气，消肿解毒，利尿通淋。主治痈疽肿毒、跌打损伤、月经不调、经闭腹痛、湿热淋闭。临床用于疮疡外症，内服外敷均可。

《仙传外科集验方》之一胜膏，用紫荆皮、白芷酒调服，可内消初生痈肿；冲和仙膏用紫荆皮为君，配独活、赤芍药、石菖蒲为末，葱汤调敷，治一切痈疽、发背、流注、诸肿毒冷热不明。《本经逢原》云：本品"活血消肿，为杖疮必用之药。"故多用于跌打损伤诸症。《永类钤方》治伤眼青肿，用紫荆皮小便浸，晒研，地黄汁、姜汁调敷。因其味苦泄降而入营分，临床治月经不调、痛经、经闭腹痛，以血瘀而有热者，用之较宜。此外，《仁斋直指方》治鹤膝风挛，用本品酒煎服。煎服，6—12克。孕妇忌服。

虎杖

始载于《名医别录》。又名活血龙、大叶蛇总管、花斑竹。为蓼科植物虎杖 Polygonum cuspidatum Sieb. et Zucc. 的根茎。春、秋两季采挖，除去须根、尾梢，洗净后切段或切片，粗者可纵剖成3—4片，晒干。

根茎略呈圆柱形，有分枝，直径0.5—2.5厘米，药材常切成短段或不规则的厚片。表面棕褐色或棕红色，有明显的纵皱纹及点状须根痕和须根，节明显较膨大，质坚硬，不易折断，断面棕黄色，纤维性，皮部薄，木部占大部分，有放射状纹理，皮部与木部较易分离，髓部有横隔或呈空洞状。根茎顶部有残存的茎基。主产于中国江苏、浙江、安徽、四川、云南等省、区。

本品味苦涩，气微，性微寒。归肝、胆、肾经。功能活血通经，利湿退黄，清热解毒。主治妇女经闭、痛经、产后恶露不下、癥瘕积聚、跌打损伤、风湿痹痛、湿热黄疸、淋浊带下、毒蛇咬伤、痈肿、湿疮等。

治血瘀经闭、痛经，常与当归、丹参、益母草等活血调经药同用。治产后恶露不下，每与桃仁、红花、川芎等活血散瘀药相配。治癥瘕积聚，陶弘景云"主暴瘕，酒渍服之"，临床常配三棱、莪术等破瘀消积之品煎服。治跌打损伤瘀肿，可配牛膝、川断、骨碎补、地鳖虫等煎服或浸酒饮。治风湿痹痛，关节不利，不问新久，均可应用。痹证上半身痛甚者，配桂枝、桑枝；下半身痛甚者，配独活、桑寄生、狗脊；风邪偏盛，配羌活、防风；湿邪偏盛，配苍术、木瓜。用于湿热黄疸，配茵陈、金钱草、苦参等；治新生儿黄疸，可单味虎杖煎汤加适量白糖服。治下焦湿热淋浊、带下，配黄柏、苡仁、萆薢等清热利湿药。治胆道结石、尿路结石，可单用本品煎服，或配金钱草、海金沙等同用。治毒蛇咬伤，配半边莲、半枝莲、垂盆草等煎服，亦可研粉调敷患处。治痈肿疮毒，配连翘、蒲公英、紫花地丁等。治湿疮烂腿，可用本品煎水渍患处，或用虎杖根烧灰敷。治疗烧烫伤，以虎杖根煎浓汁涂搽创面，亦可研成细粉，用食油或鸡蛋清调涂。此外，本品还可用治急、慢性支气管炎和大叶性肺炎。常与枇杷叶、十大功劳叶配伍煎服，或将本品制成浓缩液服。此外，临床用治高脂血症，特别是甘油三酯高的患者效果较好。煎服，9—15克。孕妇慎用。

实验研究：虎杖根和根茎含羟基蒽醌类化合物0.1%—0.5%，主要为大黄素、大黄素甲醚、大黄酚，还有大黄素－8－葡萄糖甙、大黄素甲醚－8－葡萄糖甙。又含藜芦酚及其3－葡萄糖甙，鞣质和数种多糖。藜芦酚－3－葡萄糖甙为降血脂有效成分，它还可部分抑制高脂饮食引起的大鼠肝中脂质过氧化物的沉积，并降低肝损害引起的转氨酶升高。藜芦酚－3－葡萄糖甙能降低动物血压，扩张冠状血管，外用有止血、收敛作用。煎剂、总甙制剂、藜芦酚－3－葡萄糖甙在体外对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等有抑制作用。动物试验中，有某些止咳、平喘作用。

石见穿

始载于《本草纲目》。又名月下红、石打穿、华鼠尾。为唇形科植物紫参 Salvia chinensis Benth. 的全草。产于中国江苏、浙江、安徽、湖北、湖南等省。

本品味苦、辛，性平。功能活血止痛，清热利湿，解毒消肿。主治痛经、筋骨疼痛、传染性肝炎、肾炎水肿、细菌性痢疾、赤白带下、面神经麻痹、乳腺炎、痈疮疖肿、瘰疬等病症。

血瘀痛经，可配生姜、红枣。筋骨疼痛可与寻骨风同用。传染性肝炎多由湿热蕴于肝胆而成，可用石见穿配田基黄、茵陈、平地木等以清利湿热；亦可配糯稻草根，酌加红糖煎服。治疗细菌性痢疾，可配陈皮、甘草。面神经麻痹、乳腺炎、疖肿，可用鲜石见穿加米饭及红糖同捣烂

敷患处;另以本品配六月雪煎服。疖肿初起红肿焮痛者,还可与金银花、蒲公英相配,以增强清热解毒之功。近年来亦试用于食管癌、胃癌、直肠癌、肝癌、阴茎癌。治食管癌,可配急性子、威灵仙等;治阴茎癌,可配半枝莲、白花蛇舌草、土茯苓等。煎服,15—30克。

实验研究:紫参全草含齐墩果酸、熊果酸、β乳香脂酸、β谷甾醇、正卅五烷、氨基酸等。根含水苏糖。

自然铜

始载于《雷公炮炙论》。又名石髓铅。为天然黄铁矿的矿石。产于中国四川、云南、湖南、广东、河北、辽宁等省。

本品味辛、苦,性平。归肝、肾经。功能散瘀止痛,接骨续筋。主治跌扑损伤、筋断骨折、瘀滞肿痛等。常配乳香、没药、地鳖虫等用于伤科。

《袖珍方》治创伤骨折,以本品与䗪虫同研为散服。《张氏医通》自然铜散,治跌扑骨断,以本品配乳香、没药、当归、羌活等分为散,酒调服。此外,本品还可治疮疡、烫伤、瘿瘤等。如《圣济总录》自然铜散,以本品配密陀僧、甘草、黄柏研末水调涂或干敷,治一切恶疮及水火烫伤。用治瘿瘤,《仁斋直指方》有以本品"贮水瓮中,逐日饮食,皆用此水,其瘿自消"的记载。现代也有报道,以本品防治地方性甲状腺肿。研末服,0.3—0.5克。宜火煅,醋淬,研末水飞用。其性温燥,不可久服。凡阴虚火旺,血虚无瘀者忌服。

实验研究:黄铁矿的主要成分是二硫化铁,并混有含铜、镍、锑、砷等的物质。

无名异

始载于《雷公炮炙论》。又名土子、干子、秃子、铁砂、黑石子。为一种结核状软锰矿的矿石。产于中国广西、广东、陕西、四川、湖北等省、区。

本品味甘,性平。归肝、肾经。功能活血止血,消肿止痛,生肌敛疮。主治跌打损伤、痈肿疮疡、创伤出血。

跌打损伤,瘀滞肿痛者,可研末酒调服,或配用乳香、没药,加强活血止痛作用;亦可配大黄、冰片研末,蜂蜜或凡士林调和,局部外敷。治疗痈肿疮疡,创伤出血,则多研末外用。如治丹毒,用末和葱汁调涂;治痔漏肿痛,以末填敷疮口;臁疮溃烂,可单用或同铅丹研细,清油调涂;治天疱疮,则以水调涂患处。此外,本品研末用牛皮胶调,尚可涂脚气肿痛。研末服,2.5—4.5克。

实验研究:软锰矿主含二氧化锰(MnO_2)。尚含铁、钴、镍等杂质。

猫爪草

又名鸭脚板、三散草。为毛茛科植物小毛茛 Ranunculus ternatus Thunb.的块根。主产于中国河南,此外,江苏、浙江、广西等省、区亦产。

本品味辛、苦,性平。有小毒。归肝、肺经。功能解毒,散结,止痛。主要用于颈部瘰疬结核,无论对单纯型、混合感染型、溃疡型或瘘管型,均有显效。

每晚取120克加水煮沸后,继续以文火煎30分钟,于药汁中加黄酒或江米甜酒(不可用白酒)60—100毫升,临睡前服下,次日将药渣再煎一次,空腹服药,不加黄酒。服药3剂为一疗程,停药3—5日后再进行下一疗程。肝火亢盛可加夏枯草、丹皮;肝肾阴虚可加地黄、首乌;气血不足可加党参、黄芪等。对体质衰弱之患者,在停药期间宜给八珍汤、益气养荣汤等补益之剂。外治可用猫爪草、夏枯草熬膏涂敷患部;已经形成溃疡或瘘管、坏死组织或干酪样物质较多者,须结合搔爬手术。此外,猫爪草煎服亦可用于肺结核。外治尚可用于疔疮。捣敷局部,觉痛即将药除去,稍停再敷;龋齿痛,将药捣烂填塞蛀孔内,药汁勿咽下;偏头痛,和食盐少许同捣敷太阳穴。煎服,9—30克。

凤仙花

始载于《滇南本草》。又名金凤花、小桃红、指甲花、灯盏花。为凤仙花科植物凤仙 Impatiens balsamina L.的花。原植物中国大部分地区均有栽培。

本品味甘,性温。功能活血散瘀,祛风止痛,解毒杀虫。主治闭经、痛经、产后瘀滞腹痛、跌扑损伤、风湿痹痛、鹅掌风、肿疡及毒蛇咬伤。

本品用于月经不调、经闭、经行腹痛及产后恶露不净、少腹疼痛,跌扑损伤疼痛,均可煎汤服,或研末黄酒送服。配当归浸酒饮或单味煎服,可治风湿痹痛及风湿所致的肢体偏废。本品治鹅掌风,可用鲜品研烂涂敷;治灰指甲(甲癣),则与明矾捣烂,涂指甲上。本品亦治肿疡,如《医宗金鉴》金凤化痰膏,治痰湿发于脊背,患部硬肿微痛,不红不热,即以葱汁、米醋、广胶熬化后,再入凤仙花、人中白熬炼而成的药膏,摊贴患处,有化痰消湿之效。治毒蛇咬伤,则用凤仙花擂酒内服。煎服,3—6克。

实验研究:花含多种花色甙。白花者含无色矢车菊素、无色飞燕草素;紫花者含锦葵花素的糖甙;红花者含蹄纹天竺素、芍药素及飞燕草素的甙类。还含山柰酚、槲皮素、指甲花醌。

水浸剂在试管内对多种致病性皮肤真菌有某些抑制作用。

急性子

始载于《救荒本草》。又名凤仙子、金凤花子、染指甲草子、小桃红子。为凤仙花科植物凤仙 Impatiens balsamina L.的种子。中国大部分地区均产。

本品味辛、微苦，性温。有小毒。归肝、脾经。功能行瘀降气，软坚散结。主治经闭、经痛、产难、产后胞衣不下、产后腹痛、噎膈、痞块积聚、咽喉骨鲠、龋齿疼痛及疮疡肿毒等。

因瘀血停滞血海，以致月经闭止不行，或经来腹痛者，可用急性子研末或为丸，以当归煎汤送下；或与丹参、泽兰、益母草同煎服，以增强祛瘀之功。若临产困难，阵缩无力，可与车前子研末服；治产后胞衣不下，及产后瘀滞腹痛，恶露不净，则用本品煎汤加入红糖服，也可研末温酒送服。急性子能行瘀降气开膈，治噎膈可酒浸后晒干研末为丸服。近来试治食管癌，可配威灵仙、半枝莲、瓜蒌仁、生牡蛎等软坚化痰之品，或与蜣螂、丹参、水蛭等破瘀消积药同用。治痞块积聚，《本经逢原》用急性子同独瓣蒜头捣烂外涂，如加入麝香、阿魏同捣，则疗效更佳。古方治小儿痞积，以本品与水红花子、大黄、朴硝等祛瘀攻积药研末，填入鸽或鸭肚内，煮熟焙黄服食。用治骨鲠在喉，可嚼烂噙化，或与威灵仙煎服。另治龋齿疼痛欲落，可研末加入白砒少许，或与玉簪根同研，点于病牙根部，即可拔牙止痛。研末吹喉则可治单双喉蛾。本品外用，亦治疮疡肿毒，《沈氏尊生书》金箍膏，用急性子为主，配以大黄、五倍子、人中白等炒黄研末，米醋调敷，治一切肿毒。如与甘草研末，麻油调敷，可治阴囊溃烂，久不愈合。近来也用以治疗血丝虫病引起的急性淋巴管炎，下肢焮红肿痛，及晚期血丝虫病的象皮腿，以急性子与蛇蜕、蜈蚣、苍术等研末服或制成片剂服。此外，本品能治阴囊内缩，入腹疼痛，及跌打损伤疼痛，可与沉香研末服。煎服，3—9克；研末服，1.5—4.5克。多服对咽喉有刺激作用。孕妇及血虚无瘀者忌服。

实验研究：种子含脂肪油，油中含凤仙甾醇、帕灵锐酸、α菠菜甾醇、β谷甾醇。又含皂甙、蛋白质、氨基酸、挥发油以及槲皮素的多糖甙和山柰酚的衍生物等黄酮类。

种子煎剂、酊剂、水浸剂对兔、豚鼠离体子宫及麻醉兔在位子宫均有兴奋作用，对离体肠管则有抑制作用。煎剂灌胃对小鼠有避孕作用。

芸薹子

始载于《千金要方·食治》。又名油菜子。为十字花科植物油菜 Brassica campestris L.的种子。原植物在中国各地普遍有栽培。

本品味辛，性温。功能活血化瘀，散结消肿。主治瘀血腹痛、痛经及肠风、丹毒等病。如《产乳集验方》芸薹散治产后瘀血阻滞，恶露不下，心腹刺痛，用本品配当归、桂心、赤芍等分为末服。治疗血瘀痛经，配红花、赤芍、延胡索、制香附等。《圣惠方》治疗肠风脏毒，下血不止，与炙甘草同为末服。本品捣敷亦治丹毒赤肿。煎服，5—10克。

实验研究：油菜子含脂肪油40%—50%，蛋白质23%，并有一种能生成异硫代氰酸巴豆酯0.4%—0.6%的甙及芸香甙。油菜种子油中含大量芥酸，还含油酸、亚油酸、亚麻酸等。又含甾醇0.5%，以β谷甾醇、菜油甾醇、菜子甾醇为最多，小部分为胆甾醇。并含生育酚约0.08%。

仙桃草

始载于《百草镜》。又名接骨仙桃、活血丹、夺命丹、蚊母草、活血接骨丹。为玄参科植物蚊母草 Veronica peregrina L.带虫瘿的全草。分布于中国东北、华东、华中、西南地区。

本品味甘、淡，性温。归肺、肝、胃经。功能活血消肿，止血，止痛。主治跌打损伤、咯血、吐血、鼻衄、便血、子宫出血以及胃痛、疝痛、妇女痛经等。

用于跌打损伤，可单味研末服，或配骨碎补煎汤兑酒服，并研末酒调外敷。跌扑而致内伤咯血者，可入童便浸渍后晒干研末，热酒送服；如用开水送服，可治肺痨病之咳血。用于其他失血，可与瘦猪肉同炖，食肉饮汤；《百草镜》治吐血方，则用新鲜仙桃草捣汁，加人乳和服。本品治胃痛可配陈皮、枳壳、青木香；治疝痛可配橘核、延胡索、小茴香等。《本草纲目拾遗》治肝、胃气痛，及小肠疝气，则用仙桃草、金橘核、福橘核、荜澄茄各等分为末，砂糖调制为丸内服。用于妇女痛经，可配活血调经之当归、川芎、香附等同用。煎服，10—15克；研末服，3—6克。

实验研究：蚊母草全草含原儿茶酸、木犀草素、甘露醇、香荚兰酸、金圣草素。

水苦荬

始载于《本草图经》。又名水莴苣、水仙桃草、水对叶莲。为玄参科植物水苦荬 Veronica anagallisaquatica L.的全草。广布于中国长江以北地区，西南、西北各省亦有分布。

本品味苦，性寒。功能活血止血，解毒消肿。主治血瘀经闭、痛经、跌打肿痛、吐血、咯血、崩漏及咽喉肿痛、疮疖痈肿等。

用治血瘀经闭，经行前后腹痛，与当归、茺蔚子、赤芍、乌药等配用，有活血通经之功；配落得打、接骨木煎服或单用本品浸酒饮，治跌打肿痛，有散瘀消肿定痛之效。以其能止血，临床又用治咯血、吐血、衄血、女子崩中漏下、血小板减少性紫癜，可配仙鹤草、藕节、旱莲草等煎服，或单用本品捣汁兑人入乳饮服。《本草图经》云，水苦荬以酒磨服治风热上壅，咽喉肿痛及项上风疬。如喉蛾肿痛，可用本品煎服或研末吹喉。治疗疮及无名肿毒，可与鲜蒲公英捣烂敷，或与独角莲、生地同捣烂，鸡蛋清调敷。煎服，9—15克；鲜品30克。

水红花子

始载于《名医别录》。原名荭草实。又名水荭子、水荭草子、河蓼子。为蓼科植物红蓼 Polygonum orientale L. 的果实。主产于中国江苏、辽宁省；此外，四川、山东、吉林、黑龙江、河北、山西等省亦产。

本品味咸、微辛，性微寒。功能散瘀软坚，行气消积，利小便。主治胁腹痞块、胃痛腹胀、食积不化、瘰疬、肿瘤、妇人石瘕等症。胁腹痞块，如肝脾肿大及肝硬化腹水，以水荭花子熬膏服，并量痞块大小摊贴患处；《本草汇言》方用水荭花子一升另研，加独头蒜十五个去皮，狗脑一个，皮硝四两，捣烂，摊贴。治肝硬化腹水，亦可配大腹皮、黑丑水煎内服。治胃脘痛可单味研末服。《本草衍义》用治瘰疬，可取水荭花子，生熟各半，研末，饭后好酒调服。甲状腺肿瘤，常与夏枯草、海藻、昆布同用；消化道肿瘤，配石见穿、八月札同用。煎服，6—12克。

红曲

始载于《饮膳正要》。又名赤曲、红米。为曲霉科真菌紫色红曲霉 Monascus purpureus Went 寄生在粳米上而成的红曲米。主产于中国福建、广东省；此外，江西、浙江、台湾等省亦产。

本品味甘，性温。归肝、脾、大肠经。功能活血和血，健脾消食。主治产后恶露不净、瘀滞腹痛、食积饱胀、赤白下痢、跌打损伤等。治产后恶血不净，腹中疼痛，宜与泽兰、牛膝、赤芍、蒲黄等同用。配香附、乳香，治气滞血瘀之心腹痛。配降香、延胡索、乳香、没药等，治内伤瘀血作痛。配山楂、麦芽，治饮食停滞，胸膈饱闷，消化不良。红曲能活血和血，故治血痢为佳。朱丹溪用本品合六一散，治湿热泄痢，本品一般作辅药使用，凡气滞血行不畅，或饮食停滞，脾胃不和者，均可佐用本品。煎服，6—15克。孕妇慎用。

白胶香

始载于《新修本草》。原名枫香脂，又名胶香。为金缕梅科植物枫香 Liquidambar formosana Hance 的树脂。主产于中国浙江、江西、福建、云南等省。

本品味辛、苦，性平。归脾、肝经。功能活血行气，生肌，止痛，解毒。主治痈疽肿毒、瘰疬恶疮等慢性化脓性疾患和跌打骨折、金疮出血等外伤性疾患。多配制成丸散膏丹等剂型，以内服或外用。

白胶香为辛香之品，性主疏通，善能宣通气血，对痈疽肿毒具有散瘀止痛、透毒排脓、推陈致新之功；对外疡溃后久不收口以及创伤出血，又有生肌、敛疮、止血之效。故历来誉为外科要药。《外科证治全生集》之小金丹，用白胶香与草乌、地龙、木鳖子、麝香等药配合，治流注、痰核、瘰疬、乳癌、横痃、贴骨疽、鳝瘄头，所治大多为外、伤科重症顽症。《世医得效方》之小香胶散，以白胶香为末，敷治金疮断筋；《鸡峰普济方》之白胶香膏，以白胶香配乳香、沥青，等分，研细，麻油调，重汤煮成膏，外治折伤。本品亦广泛应用于其他各科杂证。《证治准绳》治疗风疹之枫香汤，即重用白胶香，佐以大黄、川芎、苦参、蛇床子等煮水外洗。王肯堂治脾胃虚寒、滑肠久泻、脐腹疼痛无休止，有南白胶香散一方，以罂粟壳、龙骨、甘草、干姜为主，涩肠止泻，温中祛寒，辅以白胶香，利气调血而止痛，此与治赤白痢腹痛不止者加用乳香以取效，乃同一机理。它如治吐血咯血者，以白胶香配棉灰为末服（《太平圣惠方》）；治衄血不止者，以白胶香配蛤粉，姜汁调服（《百一选方》），目的均在于活血止血。又如《和剂局方》以白胶香配地黄、南星、草乌等治中风左瘫右痪（伏虎丹）；《苏沈良方》以白胶香配草乌、木鳖子、当归、五灵脂等治痿厥手足不随，行动不得，以此共成祛风通络、活血化瘀之功。李时珍谓"其功虽次于乳香，而亦仿佛不远"，近代则有其用途比乳香为广的评价。研末服，1.5—3克。内无瘀滞者忌服；孕妇慎服。

实验研究：枫香树脂的挥发油成分中，桂皮酸类约占6.4%，萜类约占84.4%，其他成分9.2%。树脂含桂皮酸、桂皮醇、龙脑。

庵蕳子

始载于《神农本草经》。为菊科植物庵蕳 Artemisia keiskeana Miq. 的果实。原植物分布于中国东北地区及河北、山东、江苏、浙江、安徽等省。

本品味辛、苦，性温。功能散瘀止痛，祛除风湿，利水消肿。主治妇女血瘀经闭、产后血瘀腹痛、闪挫折伤、风湿痹痛、水肿腹胀等病症。血瘀经闭，可与桃仁、火麻仁配合应用。妇人漏下，淋漓不断，可与地黄、当归、蒲黄同用，如《圣济总录》庵蕳饮。跌扑闪挫，血气凝滞之腰痛，可与当归、桂心、杜仲等相配，如《济生方》庵蕳丸。煎服，10—15克。

千层塔

始载于《植物名实图考》。又名矮松、矮杉树、蛇足草、狗牙菜、金不换。为石杉科植物蛇足石杉 Huperzia serrata (Thunb.) Trev. 的全草。分布于中国东北、长江流域及福建、广东、广西、云南、贵州、四川等省、区。

本品味苦、微甘、辛，性凉。有毒。功能散瘀止血，清热利湿，消肿止痛。主治跌打损伤、劳伤吐血、尿血、便血、水肿臌胀、湿热白带、痈疽疮毒、溃疡久不收口、汤火烫伤以及胆道蛔虫引起之剧烈腹痛。

用于跌打损伤，劳伤吐血，单味水煎或与菊叶三七研

末为散服；如扭伤肿痛，鲜品配酒糟、红糖等捣烂加热外敷。吐血、咯血，与水杨柳、山莓果实同煎服；与猪肉炖服，用治痔疮大便出血。治水肿臌胀，本品配醉鱼草根、前胡、紫苏；治湿热白带，合椿根白皮、黄柏。熬膏涂敷痈肿、溃疡及烫伤，有消肿收口生肌之效。近用于胆道蛔虫症、胆囊炎、胆结石引起之剧烈疼痛，有较好止痛作用。煎服，3—6克。孕妇禁服。本品有毒，内服不宜过量。中毒时可出现头昏、恶心、呕吐等证。

实验研究：蛇足石杉全草含石杉宁碱、石杉文碱、山芝亭碱、山芝宁碱、山芝替定碱等生物碱。又含山芝烯二醇、山芝烯三醇等三萜化合物。

本品总碱对小鼠的LD_{50}为静脉注射32.95毫克/千克、腹腔注射70.95±11.61毫克/千克、皮下注射为155.38±49.29毫克/千克。

扶芳藤

始载于《本草拾遗》。又名滂藤、岩青杠、换骨筋、小藤仲、对叶肾。为卫矛科植物扶芳藤 Euonymus fortunei (Turcz.) Hand. - Mazz.的茎叶。原植物分布于中国华东、中南及陕西、山西、云南、贵州等省。

本品味苦，性温。功能活血舒筋，祛瘀止血。主治风湿痹痛、腰膝酸痛、跌打损伤、咯血、崩漏、月经不调。

风湿痹痛、跌打损伤，浸酒服或外搽，骨折肿痛，整复后用鲜叶局部捣敷；外伤出血者，用茎皮研粉掺敷患处。腰肌劳损、关节酸痛，可与金狗脊、牛膝、续断等同用；或与大血藤、梵天花根水煎，加红糖、黄酒冲服。本品用治咯血、崩漏、月经不调，可单用或与其他止血药及调经药同用。煎服，10—15克。

实验研究：扶芳藤茎叶含卫矛醇。

金铁锁

始载于《滇南本草》。又名昆明沙参、独丁子、蜈蚣七、麻参、金丝矮坨坨。为石竹科植物金铁锁 Psammosilene tunicoides W. C. Wu et C. Y. Wu 的根。产于中国云南、四川。

本品味苦、辛，性温。有小毒。功能散瘀止血，祛风定痛。主治跌打损伤、风湿痹痛、神经痛、胃寒疼痛；外敷治创伤出血、疮疖及蛇咬伤。

治疗跌扑损伤，可与雪上一枝蒿、草乌、重楼、三七等同用。治风湿疼痛、陈旧性劳损疼痛及神经痛等，与延胡索、重楼、雪上一枝蒿配用。煎服，1—1.5克；研末服，每次0.3克。孕妇忌服。本品内服过量，可致咽喉不适，呼吸不畅等中毒症状，可用甘草、红糖煎水服；或内服猪油以解之。

实验研究：金铁锁根主含五环三萜皂甙，已分离出的甙元有棉根皂甙元、表棉根皂甙元、棉根酸、16-异皂树酸及其甲酯。还含氨基酸、有机酸等。

醇提取物用小鼠扭体法和热板法证明有一定镇痛作用。

飞龙掌血

始载于《植物名实图考》。又名见血飞、血见愁、三百棒。为芸香科植物飞龙掌血 Toddalia asiatica (L.) Lam. 的根、根皮或叶。原植物分布于中国陕西、湖北、湖南、浙江、福建、台湾、广东、广西、贵州、云南、四川等省、区。

本品味辛、微苦，性微温。功能祛风止痛，散瘀止血，消肿解毒。主治风湿痹痛、胃痛、痛经、跌打骨折、腰肌劳损、扭伤、劳伤出血、衄血、子宫出血、痈疖肿痛、毒蛇咬伤等病症。

用于风湿筋骨痛、胃痛、痛经、跌打、扭伤、腰肌劳损，以根水煎或浸酒饮；如为骨折肿痛，可取鲜根配大黄末、螃蟹共捣烂包敷患处。用治劳伤吐血、衄血、子宫出血，取根皮配白茅根、陈棕炭、陈艾叶等药同煎服。刀伤出血而伤口疼痛，根皮研末加冰片少许外掺。痈疖肿痛、毒蛇咬伤，鲜叶捣烂外敷。煎服，9—15克。孕妇忌服。

实验研究：根含挥发油，中有丁香油酚、香茅醇等。还含白屈菜红碱、茵芋碱等生物碱。另含香豆素类：飞龙掌血内酯、飞龙掌血素。又含茴芹香豆素、橙皮甙和树脂、β谷甾醇等。

干皮含香豆素类成分：环氧飞龙掌血内酯、飞龙掌血内酯和二羟基飞龙掌血内酯。

白屈菜红碱为神经肌肉毒，对心脏也有抑制作用，对豚鼠小量可引起流产，大量将引起麻痹、死亡。

大麻药

又名麻里麻、镰叶山扁豆、野饭豆根。为豆科植物镰果扁豆 Dolichos falcatus Klein 的根。原植物分布于中国广东、云南等省。

本品味辛，性温。有小毒。功能止血生肌，消肿止痛，祛风除湿。主治跌打损伤、外伤出血、吐血、衄血、风湿痹痛等。治疗跌打肿痛、风湿痹痛，用本品浸酒服或水煎服均可。治骨折，在复位后，用干根研粉酒调外敷，也可用鲜根捣敷。外伤出血，研粉外敷。如炒炭煎服，对吐血、衄血、咯血、便血等内伤出血亦能止血。此外，大麻药煎汤内服尚可治腮腺炎、疮疡疖肿等症，有散瘀消肿之功。煎服，3—6克。

实验研究：根含三萜皂甙、生物碱。

杜鹃花

始载于《本草纲目》。又名映山红、艳山红、山踯躅。为杜鹃花科植物杜鹃 Rhododendron simsii Planch. 的花。

原植物分布于中国长江流域各省，东至台湾，西南达四川、云南等省。

本品味甘、酸，性平。功能活血、止血、调经、祛痰止咳。主治月经不调、闭经、崩漏、白带、吐血、衄血、痔血、痢疾、慢性支气管炎等。多单味煎服，治白带亦有与猪脚爪同煨，吃汤和肉。本品尚有祛风湿作用，可用于风湿疼痛，除煎服外，还可浸酒内服。煎服，15—30克。孕妇忌服。

实验研究：花含花色甙和黄酮醇类，均为花的色素。红花的花色甙为矢车菊素-3-葡萄糖甙和矢车菊素-3,5-二葡萄糖甙。紫花的花色甙中含锦葵花素-3,5-二葡萄糖甙。黄酮醇类为杜鹃黄素-3-鼠李糖葡萄糖甙和杨梅树皮素-5-甲醚。

小鼠腹腔注射杜鹃花煎剂有止咳作用，灌服煎剂有祛痰作用。

鹿耳翎

始载于《生草药性备要》。原名鹿耳草。又名六耳苓、六棱菊、臭灵丹。为菊科植物六棱菊 Laggera alata (Roxb.) Sch.-Bip.的全草。分布于中国东部、东南部至西南部，北至安徽、湖北等省。

本品味苦、辛，性微温。功能解毒消肿，散瘀止痛。主治疮疖肿毒、烧烫伤、毒蛇咬伤、湿疹、瘰疬结核、经闭腹痛、跌打损伤及风湿关节痛等。

治疮疖肿毒、烧烫伤、毒蛇咬伤、皮肤湿疹，均可捣烂敷或煎水洗；如配半枝莲、野菊花、当归尾煎服，能消散瘰疬及乳房结块。鹿耳翎能散瘀止痛，且有活血通经之功效，凡妇女闭经及癥瘕腹痛、跌打瘀肿、骨折疼痛，均可用酒炖服；跌打肿痛并可与茜草根、大血藤根、山葡萄根等捣烂敷患处；如劳伤出血，则以鲜草捣汁服。风湿关节肿痛及腰痛，常与山芝麻根同用。煎服，15—30克。

莲生桂子花

始载于《植物名实图考》。又名刀口药、竹林标、水羊角。为萝藦科植物马利筋 Asclepias curassavica L.的全草。中国广东、广西、贵州、福建等省、区均有栽培，也有逸为野生的。

本品味苦，性寒。有小毒。功能活血散瘀，止血，清热消肿。主治跌打损伤、外伤出血、痛经、痞块、感冒发热、腮腺炎、乳腺炎、顽癣等。

临床用于跌打瘀痛，本品配牛膝、透骨香等活血散瘀药同用。治血滞痛经，鲜品水煎服，胡椒为引。消腹中痞块，取其根与瘦猪肉炖服，服后小便见有米泔水样物质则停药三日后再服。治外伤出血，将鲜草捣烂敷；或干品研粉撒伤口上，止血效果明显，故有刀口药之称。本品具有清热消肿作用，如治感冒发热、扁桃体炎，可单味煎服。又治乳腺炎及疔疮疖肿，腮腺炎高热，则将鲜草捣烂敷患处并煎汤内服。用治顽癣，可将鲜草折取乳白色浆液涂搽。煎服，6—9克。体虚患者忌服。本品有毒，尤以乳白浆液毒性较大。中毒症状为头晕、头痛、恶心呕吐、腹痛腹泻，甚至汗出肢冷，痉挛昏迷而死亡。解救法：早期催吐，洗胃，中晚期导泻；轻症可服鸡蛋清、浓茶等。

实验研究：叶含细胞毒牛瓤甙。还分出多种卡烯内酯：马利筋素、牛瓤甙元、乌他甙元、克罗毒甙元、克罗甙元、阿斯科勒甙元、科勒坡甙元、枯热酒甙元、马利筋甙元。

全植物（根、茎、叶）还分离得粗甙，暂称马利筋甙。马利筋素具强心甙作用，在体内蓄积性很小，作用特点与毒毛花甙相似。牛瓤甙的强心效力与毒毛花甙G接近。它在体外能抑制人的鼻咽癌细胞，可能有抗肿瘤作用。

鬼箭羽

始载于《神农本草经》，原名卫矛。又名篦箕柴、山鸡条子、雁翎茶。为卫矛科植物卫矛 Euonymus alatus (Thunb.) Sieb.具木栓质翅状物的枝条或翅状物。原植物分布于中国长江中、下游各省，北至吉林省。

本品味苦，性寒。归肝经。功能破瘀通经，祛风杀虫。主治妇女经行不畅、经闭、癥瘕、产后瘀滞腹痛以及心痛、胸胁痛、风湿痹痛、跌扑损伤、虫积腹痛等。本品尤以妇科为常用。

治经行不畅，产后血瘀腹痛，常与当归、川芎、红花、延胡索、没药等活血调经止痛药同用；经闭、癥瘕积聚者，则又可配用桃仁、大黄、牛膝、三棱、枳实等通瘀消积之品。本品治疗心痛、胸胁痛，亦为活血祛瘀止痛之效。《崔氏方》、《太平圣惠方》治疰心痛、心腹刺痛方中均有本品，并与当归、芍药、桃仁、大黄、桂心、柴胡等同用。近年来临床上也用于冠心病心绞痛。若风湿痹痛，则可配祛风湿药，如防风、独活、桑寄生等；跌扑损伤瘀痛者，亦可配其他活血祛瘀止痛之品。此外，本品如与白蒺藜、防风、白敛同研末内服，可治瘾疹瘙痒，有祛风杀虫止痒之效；如煎水外洗，可治皮肤漆疮。煎服，5—10克。孕妇及气血虚弱者忌服。

实验研究：本品含草酰乙酸钠、表无羁萜醇、无羁萜、β谷甾醇、豆甾-4-烯-3-酮、豆甾-4-烯-3,6-二酮、6β-羟基豆甾-4-烯-3-酮、槲皮素、卫矛醇、卫矛素等。

所含草酰乙酸钠对正常或四氧嘧啶性糖尿病的兔有降低血糖、尿糖及增加体重的作用，大鼠连续口服40日，可致低血糖，胰脏β细胞增生，α细胞萎缩，说明能加强胰岛素的分泌。给糖尿病人口服，有一定效果。

瓦草

始载于《滇南本草》。又名瓦草参、滇白前、青骨藤。

为石竹科植物瓦草 Melandrium viscidulum (Bur. et Franch.) Williams var. szechuanense (Williams) Hand.-Mazz.的根。原植物分布于中国四川、贵州和云南等省。

本品味苦、辛,性微寒。有小毒。功能清肺热,利小便,止痛,止血。主治肺热咳嗽、热淋及跌打损伤、风湿骨痛、脘腹痛、外伤出血、疮疖肿毒等病症。现用于产后宫缩痛、手术后疼痛等,也有较好的镇痛作用,一般服药后15—30分钟即显效果,镇痛的持续时间也较长。外伤出血、疮疖肿毒,研粉敷或捣敷患处。煎服,3—6克;研末服,1.5—3克。

沙棘

始载于藏医药书《医药月帝》。藏文名索玛拉扎,又名醋柳果、醋林子、酸刺、黑刺、黄酸刺。为胡颓子科植物中国沙棘 Hippophae rhamnoides L. subsp. sinensis Rousi 等同属数种植物的果实。10—11月采收成熟果实,晒干或烘干。

本品味酸、涩,性微温。归肺、肝、脾、胃经。功能止咳祛痰,健脾和胃,活血化瘀。主治咳喘痰多、消化不良、脘腹疼痛、经闭痛经、跌打瘀肿等。

用于感冒咳嗽及慢性支气管炎之咳嗽气喘、胸闷痰多,可单用、煎服或制成糖浆服,或配栀子、甘草、木香等同用。治消化不良、食积腹痛、腹泻,可配石榴、荜茇、白豆蔻等。跌打肿痛或瘀血经闭、痛经,可配当归、益母草。沙棘捣汁服,对高血压、高脂血症及缺血性心肌病疗效较好。本品还能生津润燥,制成丸、散剂,可治津亏肠燥便秘。从本品中提取的沙棘油,治疗胃炎及胃和十二指肠溃疡有效。沙棘油外用治宫颈糜烂、湿疹、烧伤、褥疮等。煎服,9—15克;或入丸散及糖浆用。

实验研究:沙棘果实中含多种活性成分,主要有维生素、黄酮和萜类、蛋白质和氨基酸、油脂、甾醇、有机酸、糖类、微量元素等。

沙棘果汁能阻断二甲基亚硝胺在大鼠体内的合成及诱癌,浓缩果汁及果油对四氯化碳及扑热息痛诱发的小鼠实验性肝损伤有保护作用。果皮油乳剂对大剂量VD_3所致大鼠心肌损伤有保护作用。沙棘总黄酮对离体大鼠心脏,可显著延长缺氧性心律失常出现时间,提高室颤阈值,延缓房室传导,减慢心率,减弱心肌收缩力,并能对抗由缺氧引起的心率减慢及心肌收缩力减弱。沙棘总黄酮还能增强小鼠特异和非特异性免疫功能,对多形核白细胞呼吸爆发释放的活性氧自由基亦有明显清除作用。

麦饭石

始载于《千金月令》。又名白麦饭石、豆渣石、马牙砂。为花岗闪长斑岩或花岗闪长石类矿石。全年均可采挖。

药材呈不规则块状。表面凹凸不平,淡黄白色,间有大小不一的黑色斑点,还杂有闪光的片状物。质地疏松为豆渣,散开后的颗粒状物如饭粒。有质地坚硬者,表面淡棕色,不易破碎。主产中国内蒙古、辽宁、天津等地。

本品味辛、甘,性温。功能活血解毒,祛风利湿,疏肝和胃,益肾强身。主治痈疽发背、牙痛、牙槽流脓、痤疮、雀斑、湿疹、脚气、痱子、手足皲裂、风湿症、胃炎、慢性肝炎、神经衰弱等。治痈肿,用本品火煅醋淬,取碎屑研末和醋涂敷;治发背,《本草纲目》载吕子华秘方用本品和鹿角,均煅炼过,配白敛,研为细粉,和米醋熬膏涂,不论已溃未溃,涂于肿处周围,则可令肿消脓泄。如久溃肉腐,筋骨外露,则可用此膏涂于油布上贴之,随干随换,疮口自敛。用治牙痛、牙槽流脓,可用麦饭石泡水含漱,或研粉末调塞患处。治毛囊炎、痤疮、雀斑、湿疹、脚气、痱子、手足皲裂等皮肤病有效,取洗净麦饭石500克,加开水2千克浸泡一昼夜,每天用麦饭石水擦洗患处,3—5日换水,再浸再用,常用可以美容,使皮肤润泽光滑有弹性。治风湿痛、腰痛、神经痛、关节挫伤、肩肌僵硬等,可用麦饭石研粉调成糊状,涂于湿布上或装入布袋内湿敷,或用麦饭石200克投入浴缸中半小时以上,每日洗浴1—2次。治慢性胃炎、慢性肝炎及久痢、神经衰弱等疾病,用麦饭石煎服或研末服,有较好的健胃疏肝、益肾安眠作用。麦饭石还有抗疲劳作用,长期服用可提神强身。外用适量,撒敷或洗浴。

实验研究:主含硅、铝、铀、钾、钙、铁和镁等元素的氧化物,并含锌、铜、锰、钴、镍、钼、铬、钒、锡等多种微量元素。

麦饭石对人体有害物质及致病微生物有较强的吸附作用。用它浸泡过的水,称为"活性矿物水",长期饮用不仅能吸收其营养成分,补充微量元素之不足。

山羊血

始载于《本草汇言》。为牛科动物青羊 Naemorhedus goral Hardwicke 的血。中国大部分地区均产。

本品味咸,性温。归心、肝经。功能活血散瘀,止血,解毒。主治跌打损伤、瘀肿疼痛、吐血、衄血、便血、尿血、月经不调、产后血晕等。其治跌打损伤肿痛,可单用本品温酒调服;或配三七研末,酒调服之,如《洞天奥旨》山羊酒;也可用当归、赤芍、乳香、川芎等活血祛瘀药煎汤,调山羊血服之,均有效验,故张石顽称其为和伤散血之神药。用治吐、衄、便、溺诸血,及月经不调、产后血晕,亦以有瘀滞者为宜。此外,山羊血以烧酒化服,尚可治疗急性心痛;鲜山羊血大量灌服,可解救鲜菌、河豚中毒。研末服,1—3克。

草血竭

始载于《滇南本草》。原名草血结,又名土血竭、回头

草、一口血。为蓼科植物草血竭 Polygonum paleaceum Wall.的根茎。产于中国云南、四川等省。

本品味苦、辛、微涩，性微温。功能活血止血，行气止痛，解毒消肿。主治癥瘕积聚、跌打损伤、外伤出血、吐血、衄血、女子崩漏、食积、胃痛、痈肿疮毒及毒蛇咬伤等病症。

治腹中痞块疼痛、癥瘕积聚，用草血竭研末加砂糖，以热酒吞服。草血竭治跌打损伤肿痛，有较好的散瘀定痛作用，可配陆英煎水，兑酒少许内服。本品亦能止血，如外用研末撒伤口上能止外伤出血；与血盆草煎汤内服，能治吐血、衄血、痔疮出血及女子崩漏，以出血夹瘀者尤为适宜。本品能行气而消食滞，故治食滞胃痛，以及慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡疼痛，积滞痢疾等，均可单味煎服或与甘草同用。至于毒蛇咬伤，痈肿疮疡，外用草血竭研末调敷，有解毒消肿之效。煎服，9—15克；研末服，1.5—3克。

皂角刺

始载于《本草图经》。又名皂荚刺、皂角针、天丁。为豆科植物皂荚 Gleditsia sinensis Lam.的棘刺。主产于中国四川、河北、山西、河南、江苏、湖北等省。

本品味辛，性温。归肝、胃经。功能消肿排脓，搜风，杀虫。主治痈疽、疮毒、瘰疬、疠风、癣疮等。其性长于攻坚，凡痈疽脓未成者能消散，脓成不溃者能溃破。

常与穿山甲同用，可增强消肿溃坚之功。如配当归尾、赤芍、银花、甘草等活血通络，清热解毒之品，以治热毒痈肿、乳痈肿胀、瘰疬等，方如仙方活命饮。若气血不足，脓成难溃者，可配益气养血之黄芪、当归以扶正托毒，方如透脓散。本品搜风，杀虫，功同皂荚。可治疗疠风、癣疮等疾。古方治疠风，用皂荚刺烧灰为末，大黄煎汤调服，方如《素问病机气宜保命集》之二圣散。《本草汇言》记载：本品用于疠风、风癣、瘙痒风屑等症。与苦参同用，效力更好。若用于癣疮，则可用米醋浓煎，取液外涂。此外，用本品烧灰，入朴硝或冰片少许，掺于舌下，治小儿重舌，也有消散作用。煎服，3—10克。其性锐利，痈疽已溃及孕妇忌服。

实验研究：皂角刺含皂甙。又含黄酮甙、酚类、氨基酸。

煎剂在试管内对金黄色葡萄球菌和卡他球菌有抑制作用，水浸剂灌胃对小鼠肉瘤-180有轻度抑制作用。

叶上珠

始载于《植物名实图考》。原名青荚叶，又名叶上花、叶上果，阴证药。为山茱萸科植物青荚叶 Helwingia japonica (Thunb.) Dietr.或西藏青荚叶 H. himalaica Clarke 的叶及果实。原植物前者分布于中国中南、西南地区及浙江、安徽、福建、台湾等省；后者分布于西南地区及广东、广西等省、区。

本品味苦、辛，性凉。功能活血化瘀，清热解毒。主治跌打损伤、骨折、风湿关节疼痛、月经不调、便血、下痢、痈疖肿毒、毒蛇咬伤及烧烫伤等，均可单味煎服。跌打骨折、关节疼痛，亦可浸酒内服，并用鲜叶捣敷患处。痈疖肿毒及毒蛇咬伤，亦可以鲜叶捣敷，或配紫花地丁、马齿苋、蜈蚣等以增强解毒消肿作用。煎服，10—15克。

止咳平喘化痰药

凡能制止咳嗽、平定气喘的药物，称为止咳平喘药；以消除痰饮为主要作用的药物，则称为化痰药或祛痰药。两者每交互应用，故统称为止咳平喘化痰药。

咳喘与痰的关系甚为密切。凡患咳嗽者大多夹痰，而痰多者亦易致咳嗽，故止咳药一般均具有化痰作用。又咳嗽往往兼见上气痰喘症状，故止咳化痰药亦多兼有降气平喘之功。痰为病理产物，又是致病因素。一般以稠粘者称痰，清稀者称饮，止咳平喘化痰药所治病证，包括痰与饮两者而言。根据本类药物的作用和适应证的不同，大体可分止咳平喘药、清化热痰药、温化寒痰药和消痰软坚散结药四类。

止咳平喘药 本类的主要药物如杏仁、桔梗、前胡、百部、紫菀、款冬花、马兜铃、洋金花等，分别具有宣肺祛痰，润肺止咳以及降气平喘等作用，适用于外感咳嗽或内伤咳喘。并应根据寒热虚实等不同病证，进行适当配伍，如风寒咳嗽配辛温散寒药；风热咳嗽配疏风散热药；肺热咳嗽配清肺泻火药；燥热咳嗽及阴虚咳嗽配润肺养阴药；肺虚及肾虚哮喘，分别配以补肺益肾药。如为寒饮喘嗽，又当配温肺蠲饮药。但外感风热犯肺如麻疹初期等咳嗽气促者，忌用温性或具有收敛作用的止咳平喘药，以免影响麻疹透发和外邪清解。

清化热痰药 本类的主要药物如贝母、瓜蒌、胖大海、枇杷叶、天竺黄、竹沥等，具有清肺润燥、化痰等作用，适用于肺热肺燥所致之痰涎稠粘、咯痰不爽、痰热喘急及癫痫惊厥、中风痰迷等症。应用时须辨证配伍，如肺热偏盛者配清热泻火药；阴虚燥咳者配润肺养阴药；痰热动风者，配清热及平肝熄风药。清化热痰药性多凉润，不适用于治疗寒痰、湿痰。

温化寒痰药 本类的主要药物如半夏、橘红、天南星、白附子、皂荚、苏子、白芥子等，具有温肺祛寒、燥湿化痰的作用，适用于痰多而清稀、色白的咳嗽气喘，以及寒痰阻滞经络所致之肢节酸疼、阴疽流注等。临床常与温阳散寒、燥湿健脾药配伍。温化寒痰药性多温燥，除注意炮制及掌握用量外，对阴虚燥咳、肺热咯血等症，均不宜用。

消痰软坚散结药 本类的主要药物如海蛤壳、海浮石、海藻、昆布、瓦楞子等。消痰、软坚、散结为本类药共

性，适用于痰热结积所致之痰核、瘰疬、瘿瘤、癥块等证，其中部分药物亦可用于老痰、顽痰、痰热胶结之咳嗽。使用本类药须随证配伍，如治瘰疬、瘿瘤，宜配清热泻肝药；治癥块癖积，宜配活血祛瘀药；若痰核久延气虚阴亏者，又当加配补气养阴之品以攻补兼施。消痰软坚散结药多数质重而性味咸寒，用量可稍加大，但脾虚胃弱者仍宜慎用。

杏仁

始载于《神农本草经》。原名杏核仁，又名杏子、苦杏仁。为蔷薇科植物杏 Prunus armeniaca L. 山杏 P. armeniaca L. var. ansu Maxim.、西伯利亚杏 P. sibirica L. 及东北杏 P. mandshurica (Maxim.) Koehne 的成熟种子。夏季采收成熟果实，除去果肉，敲碎果核，取出种子，晒干。

种子呈扁心脏形，顶端渐尖，基部钝圆，肥厚，左右不对称，长 1—1.9 厘米，宽 0.8—1.5 厘米。表面红棕色至暗棕色，有不规则的纵皱纹，近尖端边缘有一短线形的种脐，基部有一椭圆形的合点，种脐与合点之间有一条深色的种脊。从合点向上具多条深棕色维管束脉纹。用放大镜观察，可见颗粒状小突起（石细胞）。种皮薄，除去种皮，有两片肥厚的子叶，黄白色，富油质。无臭，味苦。主产于中国东北、华北各省。

本品味苦，性温。有小毒。归肺、大肠经。功能祛痰止咳，平喘，润肠。主治咳嗽喘满、肠燥便秘。

黄宫绣谓："杏仁既有发散风寒之能，复有下气除喘之力，"故无论外感、内伤，凡邪壅肺气，肺气不降的咳喘均可应用，尤多用于外感咳喘，且常与麻黄配伍。例如以杏仁合麻黄、桂枝、甘草同用之麻黄汤，即用以治风寒束表，发热、恶寒无汗、咳嗽气喘等症。如配合麻黄、甘草、石膏同用，名麻黄杏仁甘草石膏汤，则可用治热邪壅肺之咳嗽气喘。再如《和剂局方》三拗汤，即杏仁（不去皮尖）合麻黄（不去节）、生甘草三药同用，治感冒风邪，鼻塞身重，或伤风冷，咳嗽多痰，胸满气短等症。杏仁治风寒咳喘，也可与紫苏、荆芥、防风等辛温解表药相配；风热咳喘，则与桑叶、菊花等辛凉疏泄药同用；如为痰饮咳嗽，可配入化痰蠲饮方中使用，肺燥咳嗽，常与润肺止咳药配伍。杏仁止咳平喘之功，除用于实证者外，亦可用于虚实夹杂证，如《杨氏家藏方》杏仁煎，则配胡桃仁、蜂蜜、生姜等治疗久患肺喘，咳嗽不止，睡卧不得者；朱丹溪用杏仁以黄蜡炒黄，与青黛、柿饼等煨熟服，治肺病咯血。杏仁有润肠通便之效，常与松子仁、桃仁、郁李仁、柏子仁等配伍使用，如《世医得效方》之五仁丸。此外，杏仁炒枯研粉，麻油调糊涂搽或作阴道坐药，可以治疗阴道滴虫病。煎服，3—10 克。阴虚咳嗽及大便溏泄者忌服。苦杏仁服用过量，可致中毒，主要症状为头痛、恶心呕吐、惊厥、昏迷、瞳孔散大、呼吸困难等，须及时抢救。轻者可用杏树皮或杏树根煎汤内服以解之。

巴旦杏仁

始载于《饮膳正要》，原名八担杏。又名甜杏仁。为蔷薇科植物甜巴旦杏 Prunus amygdalus Batsch var. dulcis Schneider 的种子。产于中国新疆、陕西等省、区。

本品味甘，性平。归肺经。功能润肺止咳，化痰下气。主治虚劳咳嗽，心腹逆满等。配沙参、麦冬、玉竹、桑叶、甘草、百部等，对咳嗽痰少而粘，能润肺止咳。本品性润多脂，故能润肠通便，以治上下俱燥之证。煎服，5—10 克。大抵外感咳嗽，宜用苦杏仁；阴虚肺燥咳嗽，宜用甜杏仁。

实验研究：杏及山杏的干燥种子含苦杏仁甙约 3%，脂肪油（杏仁油）约 50%、蛋白质，各种游离氨基酸以及胆甾醇、雌酮、α 雌二醇等。苦杏仁甙受杏仁中的苦杏仁酶和樱叶酶的酶解，或被胃酸的水解先得到野樱皮甙和扁桃腈，再分解为苯甲醛、葡萄糖和氢氰酸。

苯甲酸可抑制胃蛋白酶的消化功能。氢氰酸是剧毒物质，吸收后可以抑制细胞色素氧化酶，过量则产生组织窒息。首先是中枢神经系统受损伤，主要中毒症状为呼吸困难、抽搐、昏迷、瞳孔散大、心跳速而弱、四肢冰冷，可致呼吸衰竭而致死。抢救应立即口服活性炭或过锰酸钾(1:1000)或硫代硫酸钠(5%)洗胃，吸入亚硝酸异戊酯，静注亚硝酸钠(3%—10%)，随后注射硫代硫酸钠(25% 50ml)及其他对症治疗。有人认为服用小量杏仁，在体内慢慢分解，逐渐产生微量的氢氰酸，不致引起中毒，而呈镇静呼吸中枢的作用，而奏镇咳平喘的功效。

苦杏仁油（苦扁桃油）有驱虫、杀菌作用，体外试验对人体蛔虫有杀死作用，并能杀死伤寒、副伤寒杆菌，临床应用对蛔虫、钩虫及蛲虫均有效。

紫苏子

始载于《名医别录》。原名苏子，又名黑苏子、野苏子。为唇形科植物紫苏 Perilla frutescens (L.) Britt. 的果实。中国大部分地区均产。

本品味辛，性温。归肺、大肠经。功能降气消痰，润肠通便。主治咳嗽痰喘、肠燥便秘。苏子降气消痰，且有辛散作用，故《药品化义》有"降而且散，专利郁痰"之说。临床多用于痰盛气逆的实证。如《韩氏医通》的三子养亲汤，即以本品与白芥子、莱菔子配伍，相须为用，以治咳嗽痰多粘稠，胸膈满闷，气实痰盛之症。若与橘皮相配，可增其理气化痰作用；与半夏同用则增其降逆祛痰之力；与杏仁同用，则增其降气止咳之功。对于咳嗽短气，喘急胸满，上实下虚的证候，更有与肉桂或沉香等温肾纳气药配伍，以增强平喘效果。苏子质润多油，具有润降功效，可用于大便秘结，如《济生方》的紫苏麻仁粥，即以本品佐麻子仁以润肠通便。白苏子，亦供药用，功能、主治与紫苏

子同。煎服，6—9克。凡虚喘久嗽，阴虚喘逆，脾虚便溏者忌用。

实验研究：紫苏种子含脂肪油45.30%，维生素B、氨基酸类。脂肪油中含亚油酸42.6%，亚麻酸22.4%。

款冬花

始载于《神农本草经》。又名款花、冬花、九九花、连三朵。为菊科植物款冬花 Tussilago farfara L.的花蕾。12月当花尚未出土时挖出花蕾，放通风处阴干，待半干时除去泥土、花梗，再晾至全干。

花蕾呈长圆棒状，常2—3个花序连生在一起，长1—2.5厘米，直径6—10毫米，上端较粗，下端渐细或带有短梗，基部具有浅紫色的鳞片状叶。花序外面被有多数鱼鳞状苞片，外表面呈紫红色或淡红色，内表面布满白色絮状毛茸。舌状花及管状花细小，长约2毫米。体轻，撕开后可见白色毛茸。气清香，味微苦而辛，嚼之呈棉絮感。中国北方地区多有产，此外，四川、湖北等地亦产。

本品味辛、甘，性温。归肺经。功能止咳化痰，润肺下气。主治新久咳嗽、咳喘痰多、痰中带血、肺痿、肺痈、喉痹失音等。本品辛散而润，甘缓而和，用治一切咳嗽，不拘寒热虚实，皆可随证配伍，但以肺寒痰多之咳喘最为适宜。

如寒咳，与麻黄、生姜配用；热咳，与桑白皮、瓜蒌配用；咳而肺气不足者，配人参、黄芪、甘草；咳而肺气壅实者，配葶苈、麻黄、桔梗；如为燥热作咳，多与天冬、贝母、玄参相配；肺逆咳喘，常与杏仁、紫苏子、紫菀配用。咳喘因于风寒外束，痰热内蕴者，可配麻黄、白果、黄芩、桑白皮等宣肺平喘药同用，如《摄生众妙方》定喘汤；喘咳，痰鸣有声，属于寒饮内发者，本品佐射干、麻黄、细辛、半夏等药以祛寒温肺止咳，如《金匮要略》射干麻黄汤；肺痿咳血，常配北沙参、贝母、百部、白及；若喘咳不已或痰中带血者，配百合，炼蜜为丸，临卧时嚼服或含咽，即《济生方》之百花膏。肺痈唾脓者，则可与桔梗、甘草、薏苡仁同用，即《疮疡经验全书》款花汤。煎服，6—10克。新咳宜生用，久咳宜蜜炙用。

实验研究：款冬花含款冬花素。以及款冬二醇、山金车二醇等甾醇类；槲皮素、槲皮素-3-阿拉伯糖甙、槲皮素-4-葡萄糖甙、金丝桃甙、芸香甙、山柰酚、山柰酚-3-葡萄糖甙、山柰酚-3-阿拉伯糖甙等黄酮类；阿魏酸、对羟基苯甲酸、咖啡酸、咖啡酰基酒石酸等有机酸以及蒲公英黄质、三萜皂甙、鞣质、挥发油等。又本植物含克氏千里光碱、款冬花碱。

动物实验证明，有镇咳、祛痰并略有平喘作用。有效成分可能是挥发油及硝酸盐类。醇提取物能升高麻醉动物的血压，同时有瞳孔扩大，泪腺和支气管腺体的分泌增加，并能收缩血管。醚提取物能抑制胃肠平滑肌，有解痉作用。有报告，升压的有效成分为款冬花素，而克氏千里光碱则为肝毒性物质。

紫菀

始载于《神农本草经》。又名青菀、小辫、夜牵牛。为菊科植物紫菀 Aster tataricus L. f.的根及根茎。秋季地上叶全部枯萎或翌年春季发芽前采收，挖出根和根茎，除去茎叶及泥土，稍晾一二日后，将根编成辫状，干燥。

根茎呈不规则的团块状，长2—6厘米，直径1—3厘米，顶端有茎及叶柄的残基，下方偶有未除尽的直根，常具节，直或稍弯曲，淡黄棕色，质稍硬，周围簇生多数细根，长3—15厘米，直径0.1—0.3厘米，表面紫红色或灰红色，有纵皱纹，多编成辫状，称"辫子紫菀"。质较柔韧，干燥时易折断，断面中间灰白色或灰棕色，边缘略紫。气微香，味甜，微苦，嚼后稍有麻辣感。主产于中国河北、安徽等省。

本品味苦、辛，性微温。归肺经。功能化痰止咳，润肺下气，通调水道。主治咳嗽、妊娠子嗽以及因气化不利之小便不通。紫菀辛散苦降，温润不燥，为化痰止咳良药，无论外感、内伤、属寒、属热咳嗽皆可配伍应用。

如风寒郁肺，咳久不愈，咯痰不爽者，配荆芥、百部、白前、桔梗、陈皮等疏风化痰药以散邪泄郁，如《医学心悟》止嗽散。内伤肺虚，肺痿劳嗽，甚或咳痰带血，气阴两虚者，则本品宜配合人参、知母、贝母、阿胶等补气养阴，润肺化痰等药，如海藏紫菀散。若久咳不瘥者，《本草图经》以紫菀、款冬花、百部同研为散，乌梅、生姜煎汤调服。妊娠子嗽，由于肺热阴亏而久咳不止者，配伍天冬、甘草、杏仁、桑白皮等润燥清肺之品，如《伤寒保命集》紫菀汤。他如肺经受邪，肺气壅滞，气化不利而小便不通者，则本品又能开泄肺郁，使气化下达州都而小便自利，如《千金要方》单用紫菀研末，水调服，治妇人猝不得小便。煎服，5—10克。外感暴咳生用；肺虚久嗽炙用。

实验研究：紫菀根含紫菀酮、槲皮素、无羁萜、表无羁萜醇、紫菀皂甙。皂甙水解后得常春藤甙元。又含挥发油，油中含毛叶醇、乙酸毛叶酯、茴香醚、脂肪酸、芳香酸等。

煎剂及其提取物（紫菀酮、紫菀皂甙等）对动物有祛痰作用。还有报道紫菀中所含槲皮素有利尿作用；所含表无羁萜醇对小鼠艾氏腹水癌有抗癌作用。

鼠曲草

始载于《名医别录》。原名鼠耳，又名佛耳草、追骨风、棉茧头。为菊科植物鼠曲草 Gnaphalium affine D. Don 的全草。中国大部分地区有分布，主产于江苏、浙江等省。

本品味甘、酸，性平。归肺经。功能化痰止咳平喘，利湿祛风，解毒。主治咳嗽痰喘、水肿、泄泻、蚕豆黄、阴

囊湿痒、荨麻疹、风湿骨痛、无名肿毒及胃痛、高血压病等。

临床应用不论寒嗽热咳皆可用之,如治咳嗽痰多而无其他兼证者,单用本品煎服即可;治寒邪喘嗽可与半夏、白芥子、旋覆花等配用;治痰热喘咳可与桑皮、瓜蒌、枇杷叶等同煎;如喘咳久病,也可同款冬花、胡桃仁、松子仁浓煎后以白蜜收膏服。古法尚有用以烧烟吸服治喘嗽胸膈壅滞痞满者,可单味或配其他药物同用,如《宣明论方》之焚香透膈散,即本品与雄黄、鹅管石、款冬花等分研末用。本品能利湿消肿,煎服可治水肿及泄泻;如与茵陈、车前草同用能利湿退黄,广东等地用治蚕豆黄病;配凤尾草、椿根皮、鸡冠花同用则利湿止带,以治赤白带下,本品利湿而能祛风,内服可治风湿骨痛;外用则可煎水洗治阴囊湿疹及荨麻疹。若治无名肿毒、疔毒初起,有解毒消肿之功,可将鲜品捣烂涂敷患处,或同时煎汤内服。此外,研末服,还用于胃溃疡所致的胃脘痛;与夏枯草等煎服,用于高血压病,有降低血压作用。煎服,9—15克;鲜品,30—60克;研末,3—6克。用量过大可以出现胃部不适或疼痛、恶心、头昏、乏力及大便稀薄等副反应。

实验研究:全草含挥发油、木犀草素-4′-葡萄糖甙、植物甾醇(以豆甾醇为主)、微量生物碱等。花含木犀草素、芹菜素、槲皮素和它们各自的4′-葡萄糖甙以及鼠曲草素。

煎剂灌服对小鼠慢性气管炎有止咳作用。体外试验对金黄色葡萄球菌、宋氏痢疾杆菌有抑制作用。

马兜铃

始载于《药性论》。又名兜铃、臭铃铛。为马兜铃科植物北马兜铃 Aristolochia contorta Bunge 及马兜铃 A. debilis Sieb. et Zucc. 的成熟果实。秋季待果实由绿变黄时采收,连果柄剪下,晒干。要适时采收,过早易皱缩,过晚易裂开色变成灰白,晒时注意翻动,防止霉烂变色。

北马兜铃蒴果呈广卵形或长球形,长3—7厘米,直径2—4厘米。表面黄绿色或棕褐色,有纵棱线12条,6条为波状弯曲的背缝线,6条为平直的腹缝线,以棱线处分出多数横走的平行波状细脉纹,有的则不明显。果实成熟时,沿腹线从基部开裂成6果瓣,果柄也裂成6条细线状,每条线与果瓣的背缝线相连。顶端平截,中央微凹,留有花柱残痕。果皮质脆,易破裂,分6瓣。种子多数,扁平而薄,层层平叠,四边延伸成薄翅,呈三角形、梯形或扇形,边缘淡棕色,中央棕色。种仁乳白色,有油性。气微,味微苦。

马兜铃与北马兜铃相似,但果实较小而稍圆。中国大部分地区均有生产。

本品味苦、微辛,性寒。归肺、大肠经。功能清肺降气,化痰止咳。主治肺热咳嗽,痰壅气喘、咯血、失音,以及痔瘘肿痛。本品既清肺降气,亦开肺气。欲清肺热,可配黄芩、山栀;欲降肺气应伍杏仁、桑皮;欲开肺气,可佐紫菀、桔梗;化痰宜合贝母、瓜蒌;肺热久嗽阴虚,痰中带血者,又可与麦冬、生地、阿胶、藕节、白茅根等同用,并疗肺热痰结之喉中如窒。如治血痔肿痛,可配地榆、槐花、枳壳、黄芩等内服,以清泄大肠热邪,或水煎乘热熏洗肛门。现代临床用本品醇浸剂或流浸膏、水煎剂,治疗早期高血压病属肝阳上亢者,有温和而持久的降压作用。又用马兜铃配百部、大蒜头,加水蒸,取汁去渣服,可治百日咳。煎服,3—10克。风寒咳嗽,或虚寒咳喘,及脾弱便泄者,忌用。用量大易致恶心呕吐。止咳多蜜炙用,外用熏洗多生用。

实验研究:果实含马兜铃酸Ⅰ、Ⅱ,马兜铃次酸,青木香酸,马兜铃碱,木兰碱,巴婆碱。

煎剂口服对麻醉兔有弱的祛痰作用;对离体豚鼠支气管有一定的解痉作用。体外对金黄色葡萄球菌及常见致病性皮肤真菌有抑制作用。

百部

始载于《本草经集注》。又名野天门冬、嗽药、百条根、药虱药。为百部科植物直立百部 Stemona sessilifolia (Miq.) Franch. et Sav.、蔓生百部 S. japonica (Blume) Miq. 及对叶百部 S. tuberosa Lour 的块根。春、秋两季采挖,除去茎叶与须根,洗净,蒸或放于沸水中烫至内无白心,捞出,晒干。

直立百部块根呈纺锤形,上端较细长,有的下端作长尾状,皱缩弯曲、长5—17厘米,直径0.5—1厘米。表面黄白色或淡棕黄色,有不规则的深纵沟,间有横皱纹。成簇的块根带有根茎,长约2—3厘米。质脆,断面平坦,角质样,淡黄棕色或黄白色,皮部宽广,中柱扁小。气微,味微甜后苦。主产于中国安徽、江苏、湖北、浙江、山东等省。

蔓生百部块根类似直立百部,其不同点为块根两端稍狭细,多不规则皱褶及横皱纹。味较苦。主产于浙江省,江苏、安徽省亦产。

对叶百部块根呈纺锤形或长条形,粗大,长12—25厘米,直径1—2厘米。表面淡黄棕色或灰棕色,具浅纵皱纹或不规则纵槽。质硬,较坚实,断面黄白色至暗棕色,中柱较圆大,髓部白色。成簇的块根带有根茎,长约4厘米。味苦。产于湖北、福建、广东、广西、云南、四川、贵州、湖南、台湾等省、区。

本品味甘、苦,性微温。有小毒。归肺经。功能温润肺气,止咳,杀虫。主治肺寒及外感风寒之咳嗽、久嗽不愈、百日咳、肺痨咳嗽及钩虫病、蛲虫病等。

治肺寒咳嗽有痰,可与麻黄、杏仁等同用,如《小儿药证直诀》百部丸。若风寒侵肺,证见微有恶寒,咳痰不爽者,常与桔梗、甘草、白前、橘红、紫菀、陈皮配伍,如《医学心悟》止嗽散。《本草正义》曰:"止嗽散颇有捷效,功力实

在紫菀、百部二味。"因二药性都温润，均能宣通肺气，相须为用，可加强止咳的效果。百部又能治久咳，如《千金要方》有用百部一味浓煎服，治30年久嗽的记载。用于小儿百日咳，可配沙参、川贝、紫菀、白前煎服，亦可单用百部制成糖浆或研粉炼蜜为丸服，对痉咳期有较显著的疗效。如治肺痨咳嗽，属于阴虚者，常配沙参、川贝、瓜蒌、杏仁、麦冬等；若有空洞，可配白及、穿山甲、生牡蛎、紫菀等研末服用。故《本草汇言》称百部为清痰利气，治骨蒸痨嗽之圣药。本品杀虫，亦有良效，如治疗钩虫病可用鲜百部加糖浓煎内服；治蛲虫病，可用百部为主，与苦楝皮、乌梅煎水，于临睡前作保留灌肠。若治滴虫性阴道炎，则单用百部煎水冲洗阴道。此外，用本品浸乙醇外用，可治皮肤癣症。煎服，3—10克。凡属热嗽或水亏火旺者不宜单独应用；脾虚便溏者慎服。

实验研究：直立百部根含原百部碱、百部定碱、异百部定碱、对叶百部碱、霍多林碱、直立百部碱。蔓生百部根含百部碱、百部定碱、异百部定碱、原百部碱、百部宁碱、华百部碱、蔓生百部碱、异蔓生百部碱。对叶百部含百部碱、对叶百部碱、异对叶百部碱、次对叶百部碱、氧化对叶百部碱、斯替宁碱。

百部所含生物碱能对抗组胺对离体豚鼠气管的致痉作用，其强度与氨茶碱相似，但作用缓慢而持久，因而可能有平喘作用。对叶百部碱对豚鼠有镇咳作用，也有一定的镇静和镇痛作用。百部煎剂及醇浸液体内试验对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、痢疾杆菌等有一定的抑制作用。水及醇浸液对蚊蝇幼虫、头虱及臭虫等均有杀灭作用。

枇杷叶

始载于《名医别录》。又名杷叶。为蔷薇科植物枇杷 Eriobotrya japonica (Thunb). Lindl. 的叶。主产于中国广东、江苏、浙江、福建、湖北等省；原植物中国大部分地区均有栽培。

本品味苦，性微寒。归肺、胃经。功能清肺止咳，和胃降逆、止渴。主治肺热咳嗽、阴虚劳嗽、咳血、鼻衄、胃热呕哕、妊娠恶阻、噎膈反胃、口渴，及酒皶鼻赤等。

治肺热咳嗽，若干咳无痰，或痰少粘稠难出，口渴咽干者，可配菊花、杏仁、前胡、瓜蒌、贝母等以止咳化痰；如痰多色黄，气逆喘息，则配金银花、黄芩、桑白皮、麻黄等以肃肺定喘。对于肺热久嗽，身热肌瘦，欲成肺痨者，《本草衍义》用枇杷叶与木通、款冬花、紫菀、杏仁、桑皮、大黄制成蜜丸，食后及夜卧含化，可以清肺降火止嗽。若阴虚咳嗽而咯血者则可与北沙参、麦冬、生地、白茅根等养阴凉血止血药配用。枇杷叶又能清肺利咽，用治风热引起的咽痛口干、声音嘶哑，可取鲜品与淡竹叶煎水服。亦可制成枇杷叶膏、糖浆或冲剂服用，以治上述肺热咳痰诸症。若因肺热所致的鼻衄及肺风酒皶鼻赤，则可用枇杷叶、栀子仁焙干研末，茶调服。枇杷叶降胃气，止呕逆，用治胃热呕吐，口渴、苔黄，或胃脘胀闷者，常与竹茹、半夏、陈皮、枳实等清胃、降逆、行气药配用；若妊娠恶阻，可配苏子、橘红、竹茹、麦冬。又如《太平圣惠方》治小儿吐乳之枇杷叶散，以本品配丁香研末服；《圣济总录》治哕逆不止，饮食不入之枇杷叶汤，即用枇杷叶配陈皮、甘草、生姜煎服。本品也治噎膈反胃，多与竹茹、芦根汁、苏子、麦冬等化痰理气、益胃生津药配用。以其能清胃热而止渴，故如消渴及热病暑热的口渴不解，均可用之，常与鲜芦根、麦冬、天花粉等生津止渴之品同用。此外，本品也可外用煎汤洗脓疮、溃疡、痔疮等疾患。煎服，5—10克；鲜品，15—30克。入药须去毛；治胃病姜汁炙，治肺病蜜水炙。风寒咳嗽及胃寒呕吐忌用。

实验研究：叶含挥发油，主成分为橙花叔醇和金合欢醇；还含α蒎烯和β蒎烯、莰烯、月桂烯、对聚伞花素、芳樟醇、α衣兰烯、α金合欢烯和β金合欢烯、樟脑、橙花醇、α毕澄茄醇、榄香醇、牻牛儿醇和芳樟醇氧化物。又含苦杏仁甙、熊果酸、齐墩果酸、酒石酸、柠檬酸、苹果酸、鞣质、维生素B及C等。并含山梨糖醇。苦杏仁甙能分解出氢氰酸，有某些止咳作用。叶的油脂质有轻度祛痰作用。熊果酸有抗炎作用。

葶苈子

始载于《神农本草经》。又名葶苈。为十字花科植物播娘蒿 Descurainia sophia (L.) Webb. ex Prantl 及独行菜 Lepidium apetalum Willd. 的种子。播娘蒿种子习称"南葶苈子"，亦称"甜葶苈"；独行菜种子习称"北葶苈子"，亦称"苦葶苈"。7—8月果实成熟时，割取全草，晒干，打落种子，去杂质。

南葶苈子呈长圆形，略扁，长1毫米，宽0.5毫米。外表棕色或红棕色，微有光泽，具细密颗粒状突起及纵浅沟两条。一端圆钝，另一端截形或稍凹，有不甚明显的种脐。富油性，气微，味微辛、苦，略带粘性。产于中国江苏、山东、安徽、浙江等省。

北葶苈子呈扁卵圆形，长1—1.5毫米，宽0.5—1毫米。表面黄棕色，具细小密集的疣点及1—2条纵列的浅槽。一端钝圆，一端渐尖或急尖而微凹，有白色小点状的种脐。气微，味微辛辣，粘滑性强。产于中国河北、辽宁、内蒙古、吉林等省、区。

本品味苦、辛，性寒。归肺、膀胱经。功能泻肺降气，祛痰平喘，行水消肿。主治肺气闭塞、水饮潴留、痰涎壅滞所致的气逆咳喘，遍身浮肿，胸腹积水，小便不利。

《金匮要略》葶苈大枣泻肺汤，即以本品加大枣煎汤内服以治肺痈，咳逆喘息不得卧者，或治疗痰饮咳喘，面目浮肿等症，并常配其他药物应用。如痰盛咳喘，可配苏子、半夏、杏仁、白前等以加强泻肺平喘的作用；喘而浮肿较甚者，可配防己、桑白皮等，以提高其行水消肿的功效；

肺气壅滞，气化不行，水饮潴留，以致胸腹积水者，则可与逐水泻下药同用，如《伤寒论》大陷胸丸，葶苈配大黄、芒硝、炒杏仁等，以治结胸、水肿、喘逆之证；《金匮要略》己椒苈黄丸则与防己、椒目、大黄炼蜜为丸以治腹水肿满。现代临床上根据本品泻肺、利水的功效，用治慢性充血性心力衰竭及渗出性胸膜炎，有一定疗效。

葶苈子功专泄降，其性走而不守，故非肺虚咳喘、脾虚水肿者所宜。煎服，4.5—9克。

实验研究：播娘蒿种子含挥发油，油中有异硫氰酸苄酯、异硫氰酸烯丙酯、二烯丙基二硫化物等。又含脂肪油15%—20%，内有亚麻酸、亚油酸、油酸、芥酸、棕榈酸、硬脂酸以及谷甾醇等。种子中尚分出两种强心甙，其一名七里香甙甲。独行菜种子含脂肪油、芥子甙、蛋白质、糖。

醇提取物有洋地黄样强心作用，七里香甙甲能增强心肌收缩，减慢心率，心传导阻滞，对衰竭的心脏可增加输出量，降低静脉压。大剂量引起心律不齐等强心甙中毒症状，与毒毛花甙相似，为速效心甙。本品尚有利尿作用。

桑白皮

始载于《神农本草经》。原名桑根白皮，又名桑根皮、桑皮。为桑科植物桑 Morus alba L.的根皮。中国大部分地区有产；主产于安徽、河南、浙江、江苏、湖南等省。

本品味甘、微苦，性寒。归肺经。功能泻肺火，降气平喘，利水消肿。主治肺热咳喘、水肿、小便不利。

肺热咳喘，痰稠而黄，一般可配贝母、黄芩之类。如兼手足心热，或身热心烦，常配地骨皮、甘草，如《小儿药证直诀》泻白散。又肺中痰热郁遏，咳痰唾血者，《经验方》用桑白皮、糯米为末，调服。对于水饮停肺所致的胸满喘急，亦可用本品降气行水，如《本草汇言》用桑白皮配麻黄、杏仁等同用。诸凡肺经痰热水气，实邪壅遏，均可用本品清利肺气，泄热行水，所以说"泻肺气之有余，非桑皮不可"。至于肺虚有热而咳嗽者，亦可用之，但常需与补肺药同用。如《永类钤方》补肺汤，治咳嗽口哺发热，用桑白皮清肺热，配熟地、人参、紫菀、黄芪、五味子等养阴、益气、敛肺之品。桑白皮能泻肺降气、利水消肿，故对于风水、皮水等阳水实证，亦有良好的疗效，如《中藏经》五皮饮，即以本品配大腹皮、茯苓皮、生姜皮等治疗水湿逗留，小便不利，面目浮肿，或腹满上气，或发热咳嗽等症。又鲜桑白皮中的白汁，可敷金疮，有止血作用。煎服，6—15克。清热利水生用；入补肺药，蜜炙用，既可缓其寒性，又有润肺作用。若肺寒无火，或因感冒风寒引起的咳嗽勿服。

实验研究：根皮含多种桑黄酮、桑白皮素、桑葛酮和桑色呋喃，其中桑黄酮 G 及 H、桑葛酮 C 及 D 和多种桑白皮素都具降压作用，桑色呋喃 A 有抗菌作用。还含桑素、桑色烯、环桑素、环桑色烯、桑根皮素、东莨菪素、伞形花内酯、3,4－二羟基苯甲酸乙酯、5,7－二羟基色酮和鞣质等。

动物试验有利尿作用，煎剂或多种溶媒提取物对正常或高血压动物，有降压作用，并伴有心动徐缓。对血管有扩张作用，提示有效成分为拟胆碱样物质，提取物对离体动物肠管及子宫有兴奋作用，对小鼠可产生镇静和安定，微弱的抗惊厥、镇痛、降温作用。能抑制某些动物实验性炎症反应，并有轻度的镇咳作用，有报告其热水提取物体外实验对人子宫颈癌 JTC－26 株的抑制率为70%左右。

白果

始载于《绍兴本草》。又名佛指柑、银杏、鸭脚树子。为银杏科植物银杏 Ginkgo biloba L.的种子。原植物中国各地均有栽培。

本品味甘、苦、涩，性平。有毒。归肺、肾经。功能敛肺定喘，缩小便，止带浊，解毒杀虫。主治哮喘、痰嗽、小便频数、遗尿、遗精、淋浊、带下、肿毒、癣疮。

哮喘痰嗽，兼感风寒者，配麻黄、甘草同用，白果能敛，麻黄能开，二味相配，敛肺无留邪之弊，开肺又不致耗散肺气，合用可加强定喘的作用，如《摄生众妙方》鸭掌散。哮喘由风寒外束，肺有蕴热者，可配麻黄、杏仁、桑白皮、黄芩宣肺定喘，清泄肺热，如定喘汤。肺热燥咳，喘闷无痰者，用本品捣汁，配天门冬、麦门冬、款冬花煎汤和汁服，能奏润肺止咳之效。咳嗽痰喘属于肾不纳气者，配熟地黄、山药、五味子、胡桃肉等，以纳气定喘。近以本品配地龙、黄芩素等内服，治疗慢性气管炎属于肺热型者，有清肺止咳平喘之效。对小便频数、遗尿、遗精、白浊，属于肾虚不能收涩者，配熟地、萸肉、乌药、益智仁、覆盆子等补肾固涩药同用。妇人赤白带下，由于下元虚惫而成者，配莲肉、糯米与乌骨鸡同煮服。若带下色黄其气腥秽，由于湿热者，可配山药、芡实、黄柏、车前子，如《傅青主女科》易黄汤。外用生品捣烂敷无名肿毒、下部疳疮；治鼻面酒皶，配酷同捣烂，夜涂旦洗；治头面癣疮，切片频擦患处；治乳痈溃烂，研烂和酒服，并研末外敷。煎服，4.5—9克。本品有毒，不宜多服。服食过量，可发生中毒。主要症状为呕吐、昏迷、嗜睡、恐惧、惊厥或神志呆钝、体温升高、呼吸困难、面色青紫、腹痛腹泻等。解救时可洗胃、导泻、服蛋清和活性炭等，并对症处理。亦可用生甘草30克，或用白果壳30克，煎服解毒。

实验研究：种仁含蛋白质6.4%、脂肪2.4%、碳水化物36%、钙10毫克、磷218毫克，铁10毫克/升、胡萝卜素320微克、维生素 $B_2$500微克/升，以及多种氨基酸。又据报道，干燥种仁含淀粉67.6%、蛋白质13.1%、脂肪2.9%、蔗戊糖1.6%、灰分3.4%。种子含少量氰甙。外种皮含有毒成分白果酸、氢化白果酸、氢化白果亚酸、白果酚和白果醇等。

白果各部分，特别是白果酸在试管中，能抑制结核杆菌的生长，但在体内试验，无显著疗效（为血清灭活）或毒性太大。体外对葡萄球菌、大肠杆菌等也有不同程度的抑制作用。果肉的抗菌力较果皮强，作为食用的炒白果、煮白果，多食可致中毒。

白果叶

始载于《本草品汇精要》。又名银杏叶。为银杏科植物银杏 Ginkgo biloba L.的叶。原植物中国各地均有栽培。

本品味苦、甘、涩，性平。功能敛肺平喘，涩肠止泻，活血止痛。主治咳嗽气喘、泻痢、白带、胸闷心痛等。

咳喘延久，肺气失敛者，用本品煎服。泻痢已久，积滞已尽者，可和面粉作饼，煨熟食之。以本品提取物或用银杏叶配何首乌、钩藤，或配杜仲、首乌使用，对心绞痛、高血压均有一定效果。外用治漆疮、灰指甲，白果叶煎水洗。治鸡眼，鲜叶捣烂，包扎患处。煎服，4.5—9克。内有实邪者忌服。少数患者用本品有食欲减退、恶心、稀便、腹胀、口干、鼻塞及头晕、头痛、耳鸣等。个别病例出现过敏性皮疹。

实验研究：叶含黄酮类成分：芸香甙、山柰酚及其3-鼠李葡萄糖甙、槲皮素、异鼠李素；双黄酮类成分：白果双黄酮、异白果双黄酮、7-去甲基银杏双黄酮；苦味质成分：白果苦内酯A、B、C，银杏新内酯A；鞣质成分：儿茶精、表儿茶精、没食子儿茶精等。又含蜡，其中主成分为白果醇、白果酮。还含莽草酸、α己烯醛、亚麻酸、β谷甾醇和痕量豆甾醇。

叶中提出的黄酮（如槲皮素、山柰酚、异鼠李素之混合物）能扩张动物的冠状血管、下肢血管；醇提取物能对抗肾上腺素引起的兔耳血管收缩，并能增加动脉血流量。叶的提取制剂口服或静脉注射，可使帕金森病患者的脑血流量增加，改善脑的营养。应用治疗剂量对血压、心率、呼吸均无影响。叶中黄酮化合物对豚鼠离体肠管有解痉作用，强度与罂粟碱相似，但较持久；对离体气管也有解痉作用。腹腔注射可制止组胺所致的豚鼠哮喘。所含的双黄酮类能对抗缓激肽引起的豚鼠小肠痉挛；以润肤油的形式使用，可使皮脂腺的分泌增加，有效地使干燥或衰老的皮肤增加红润色泽。还曾报道银杏叶水提取物，对高胆固醇血症患者能降低血清胆固醇水平，而升高磷脂水平，并有轻度降压作用。

南天竹子

始载于《本草纲目拾遗》。又名红杷子、天烛子、天竺子、南竹子。为小檗科植物南天竹 Nandina domestica Thunb.的果实。产于中国江苏、浙江、广西等省、区；原植物中国各地均有栽培。

本品味苦、涩、微甘，性平。有小毒。归肺经。功能止咳，平喘。主治久咳、气喘、百日咳。咳嗽气喘，可配旋覆花、制半夏、甘草。百日咳，可单用水煎调冰糖服；或配浆壳、腊梅花、生甘草水煎服。《本草纲目拾遗》三奇方，取经霜天烛子、腊梅花各三钱，水蜒蚰一条，水煎服，用治小儿天哮。此外，治下疳溃烂，可用南天竹子烧存性，入冰片少许，麻油调涂。煎服，5—10克。

实验研究：南天竹果实含生物碱，主为南天竹碱甲醚；还有原阿片碱、异紫堇定碱、南丁宁碱、南天竹碱等；又含亚油酸等。

南天竹碱甲醚能兴奋中枢神经系统，使反射活动亢进及肌肉痉挛。对离体及在体蛙心有抑制作用。南天竹碱、南丁宁碱有轻度麻醉作用，大量引起痉挛，并能抑制心脏，降低血压。南天竹碱对在位肠管及离体子宫有兴奋作用，但对横纹肌则表现麻痹。南天竹碱甲醚对葡萄球菌、鸟类结核杆菌有抑制作用。

亚油酸有降低胆固醇和防止动脉硬化作用。

蔊菜

始载于《本草拾遗》。原作焊菜，又名辣米菜、野油菜、塘葛菜、江剪刀草、野芥菜。为十字花科植物无瓣蔊菜 Rorippa dubia (Pers.) Hara 或蔊菜 R. indica (L.) Hiern 的全草。中国华东、中南、西南地区及陕西、甘肃等省均有分布。

本品味辛，性温。归肺经。功能化痰止咳，解表散寒，活血解毒。主治咳嗽痰喘、感冒发热、胃寒疼痛、风湿关节痛、妇女经闭腹胀及漆疮、痈肿、疔毒等。

用于咳嗽痰多气喘，除单用外，可配杏仁、贝母、陈皮、桔梗等同用，或与佛耳草、麻黄配制成糖浆内服。本品提取的蔊菜素，亦有较好的化痰、止咳、平喘的效果。用于感冒发热，本品可与葱白同用，有透表解热作用。若麻疹不透者，也可用本品捣汁开水冲服以助透发。若胃寒疼痛、风湿关节痛，均可取全草单味煎服；妇女经闭，则可酌加红糖同煎。本品外治漆疮，可用鲜草捣汁外涂；治痈肿、疔毒，则捣烂外敷，并可配木芙蓉叶、酢浆草等，以增强解毒消肿之效。煎服，15—30克；鲜品，30—60克。忌与黄荆叶同用，否则会引起肢体麻木。

实验研究：全草含蔊菜素、蔊菜酰胺。

蔊菜素给动物灌胃，能祛痰，并有某些平喘作用，此作用与分子中所含氰基有关。去氰基的衍生物，毒性也降低10倍以上。动物实验证明，蔊菜素口服吸收慢，排泄快，部分在肝中解毒，部分由肾排出。用平板双倍稀释法最终浓度为5毫克时，对肺炎球菌、流感杆菌有抑制作用。

建兰根

始载于《本草纲目拾遗》。又名土续断、兰花根。为

兰科植物建兰 Cymbidium ensifolium (L.) Sw.的根。原植物中国均有栽培。

本品味辛，性平。功能清肺止咳，利水通淋，和血消肿。主治百日咳、支气管炎、肺结核咳嗽咯血、肠风便血、血崩、尿血、淋病、白浊、白带、跌打损伤。治百日咳、支气管炎及肺结核咳嗽、咯血，用建兰鲜根捣烂绞汁调冰糖服；治咯血亦可将麦冬、生地、紫菀、桑白皮等煎汤后兑入建兰根汁饮。本品治尿血、小便涩痛，合葱白煎汤服，有清热利水通淋之功。治妇人带下频多，可与天冬、百合、白节藕炖鸡肉或猪肉服。本品煎服，治跌打肿痛，有和血消肿之效。捣汁涂搽可治疔疮。煎服。15—30 克。

建兰叶，煎服亦治肺热咳嗽、百日咳、肺痈、白浊、白带。治劳伤咳嗽，肺结核嗽血，则配红鹿含草(即鹿含草已结有孢子囊者)焙后研末，加糖，用开水泡服。疔疮肿毒，建兰叶捣汁涂搽。

野马追

为菊科植物轮叶泽兰 Eupatorium lindleyanum DC. var. tripartitum Mak.的全草。8—9 月当花初开时割取，晒干。

全草长 80—150 厘米。茎呈圆柱形，具纵棱，上部分枝，略带紫褐色，密被白毛柔毛，下部淡褐色。质硬，易折断，断面纤维状，白色。叶对生，无柄，叶片 3 全裂，中间裂片较长，呈线状披针形，边缘有不规则的疏锯齿，两面粗糙有毛，上表面绿褐色，下表面黄绿色，具腺点，基出三主脉。枝端常有头状花序，淡紫红色。瘦果椭圆形，黑色。产于中国江苏、安徽、山东、浙江、江西、广东、河北、辽宁、吉林、台湾等省。

本品味苦，性平。功能清肺，止咳，化痰。主要用于慢性支气管炎，可单独使用，煎服或制成野马追糖浆服，或用其提取物制成野马追片服；亦可配苏子、旋覆花或射干、半夏等其他化痰止咳平喘药同用。本品用治高血压病有一定效果。煎服，9—30 克。

实验研究：全草含挥发油、黄酮类(内有金丝桃甙)、生物碱、香豆精等。

总生物碱及总黄酮对小鼠有镇咳作用。

牡荆子

始载于《名医别录》。原名牡荆实，又名荆条果。为马鞭草科植物牡荆 Vitex negundo L. var. cannabifolia (Sieb. et Zucc.) Hand. - Mazz.的果实。原植物自河北起经华东、中南至西南各省区都有分布。

本品味苦、微辛，性温。归肺、大肠经。功能祛痰，止咳，平喘，理气止痛，化湿。主治寒痰咳喘、胃痛、消化不良、疝气痛、脚气肿胀、白带、白浊。

临床应用治寒痰咳喘，牡荆子炒黄研末服；如痰壅气郁，咳逆上气者，本品配紫苏子、鲜生姜水煎服。现用于慢性气管炎，则以牡荆子与山药、胎盘研粉为丸服。用治气滞胃痛，以及暑湿痧气，消化不良，可单味研末或加水浓煎服。牡荆子配小茴香、荔枝核，能治疝气疼痛；伍以牛膝、木瓜、独活，则可治脚气肿胀。妇女白带，男子白浊，因于湿痰而致者，也可炒黄研末服，前者以米饮，后者用黄酒送吞。煎服，6—10 克；研末服，2—3 克。

实验研究：牡荆子含挥发油，油中主成分为石竹烯，还有石竹烯氧化物、β榄香烯、α蒎烯、对聚伞花素、1,8－桉叶素、柠檬烯等。还含黄酮甙、强心甙、生物碱、氨基酸、中性树脂等。

牡荆子油有祛痰镇咳作用，牡荆黄酮甙能抑制电刺激麻醉猫喉上神经引起的咳嗽。煎剂及牡荆黄酮甙能对抗乙酰胆碱或组胺引起的豚鼠支气管痉挛。

煎剂在体外对卡他球菌和金黄色葡萄球菌有抑制作用。

黄荆子

始载于《本草纲目拾遗》。又名布荆子、黄金子。为马鞭草科植物黄荆 Vitex negundo L.的果实。原植物分布于中国华东地区及河南、湖北、湖南、广东、广西、贵州、四川等省、区。

本品味苦、辛，性温。功能化痰平喘，理气止痛。主治感冒咳嗽、哮喘、慢性气管炎、胃痛、膈食吞酸、痔瘘等病症。

临床应用，多单味研末或水煎服。以本品炼蜜为丸，治慢性气管炎有较好的祛痰、止咳、平喘作用，而以单纯型、轻型、虚寒型，无肺气肿的患者效果为好。如配合紫河车、怀山药同用，则可提高疗效。黄荆子对胃肠绞痛、胆道蛔虫性疼痛有一定的止痛效果。煎服，6—10 克；研末服，2.5—5 克。

实验研究：种子含挥发油、香豆素类和黄酮类物质，如对羟基苯甲酸、5－氧异肽酸、多种正烷烃的混合物、β谷甾醇、葡萄糖等。根含香豆素类和黄酮类物质、β谷甾醇及其乙酸酯、豆甾醇、卅一烷。煎剂或提取物在动物试验中有一定的镇咳、祛痰及平喘作用；能促进肾上腺皮质功能；对抗体免疫力似有增强。挥发油还有镇静作用。

华山参

又名热参、白毛参、秦参、大红参。为茄科植物华山参 Physochlaina infundibularis Kuang 的根。原植物分布于中国河南、山西、陕西等省。

本品味甘、微苦，性热。有毒。功能祛痰、定喘、止咳，并有温中、安神作用。主治寒痰咳喘、虚寒腹泻、心悸失眠等。

用于体虚寒痰咳喘，可配麦冬、甘草、冰糖等润肺化

痰药同煎服。本品制成华山参浸膏片或气雾剂，治疗慢性支气管炎、喘息型气管炎、支气管哮喘，有较好疗效。民间用以治疗虚寒腹泻并失眠，多配龙眼肉、冰糖水煎服。煎服，0.3—0.9克；丸散用0.1—0.2克。多服、久服易致中毒。忌铁器；不宜与五灵脂、皂荚、黑豆、卤水、藜芦同用。青光眼患者及孕妇均忌用。

实验研究：华山参根含阿托品、天仙子碱、天仙子胺、山莨菪碱、胆碱等，含量0.1%—0.2%。还含东莨菪素、东莨菪甙、甾体化合物、氨基酸、有机酸、蔗糖、还原糖等。

煎剂对中枢神经系统有抑制作用，表现为条件反射潜伏期延长，大部分阳性条件反射消失，动物自发活动减少；与硫喷妥钠和水合氯醛的催眠、麻醉有协同作用；对抗苯丙胺、咖啡因的兴奋作用。但并不能对抗士的宁和戊四氮引起的小鼠惊厥。

华山参能扩大兔瞳孔，解除毛果芸香碱所致大鼠、兔离体肠平滑肌痉挛，阻止毛果芸香碱所致犬唾液分泌，对抗乙酰胆碱和毛果芸香碱引起的降压反应，对抗组胺所致的豚鼠支气管痉挛，还有镇咳（小鼠氨雾法）和祛痰（小鼠酚红法）作用。所含总生物碱对中枢神经系统表现为兴奋后抑制。

洋金花

始载于《本草纲目》。又名曼陀罗花、山茄花、胡茄花、风茄花、醉仙桃花。为茄科植物白曼陀罗 Datura metel L.或毛曼陀罗 D. innoxia Mill.的花。4—11月间分批将初开放的花采下，晒干或低温烘干。

白曼陀罗的花商品称“南洋金花”，花朵皱缩成条状，完整者长9—15厘米。花萼筒状，长为花冠的2/5，灰绿色或灰黄色。先端5裂，表面微有茸毛；花冠黄棕色或淡棕色，喇叭形，先端5浅裂，裂片有短尖，短尖下有明显的纵脉纹3条，两裂片之间微凹；雄蕊5枚，花丝贴生于花冠筒内，长为花冠的3/4；雌蕊1枚，柱头棒状。烘干品质柔韧，晒干品质脆易碎。气微，味微苦。产于中国江苏、浙江、福建、广东、广西等省、区。

毛曼陀罗的花商品称“北洋金花”，形状与“南洋金花”类似而较短。有黄绿色至灰绿色的花萼，长3—5厘米，为花冠长度的1/2，外被灰白色柔毛；花冠裂片间有三角形突起。气味同南洋金花。产于河北、山东、河南等省。

本品味辛，性温。有大毒。归肺、肝经。功能平喘止咳，祛风湿，止痛，镇惊安神。主治哮喘咳嗽、胃痛、风湿痹痛、损伤疼痛、癫痫等。

本品宜于寒性哮喘，或哮喘痰少的患者，单用有效；或与烟叶各等分，制成卷烟燃吸。治风湿痹痛，用洋金花5朵，白酒1斤，浸泡半个月，一次饮一小盏，每日两次。肌肉疼痛、麻木、寒湿脚气，可煎汤外洗。胃肠痉挛性疼痛，可用单味水煎或制成酊剂服。对癫痫以及慢惊风的痉挛抽搐，可与全蝎、天麻、天南星等止痉息风化痰药同用。多怒而狂，以本品和朱砂为末，温酒调下，如《证治准绳》祛风一醉散。洋金花有麻醉作用，在古代已作为外科麻药使用，如《扁鹊心书》之睡圣散，以本品和火麻花等分为末，热酒调服，即昏睡不知痛。近以本品为主，配合川芎、当归、生草乌、防己等，作为外科手术麻醉止痛剂。煎服，0.3—0.6克。多入丸、散用。青光眼、心脏病、高血压、肝肾功能不正常者均禁用；对痰热型哮喘或咳痰不利者，以及孕妇均应慎用；儿童忌用。治哮喘制卷烟燃吸者，应分次用，每日用量最多不得超过1.5克。服用本品中毒者，须及时对症治疗；或先速用生甘草125克，水煎服；或茶叶30克煎浓汁，调豆腐250克一次服用；也可用金银花30克、连翘12克、甘草20克、绿豆50克，水煎服，每2小时服一次。

实验研究：毛曼陀罗和白曼陀罗的花均含生物碱，内有天仙子碱（东莨菪碱）、天仙子胺和去甲天仙子胺。白曼陀罗花还含阿托品。东莨菪碱对中枢神经的抑制作用较阿托品强，小剂量主要表现为镇静，较大剂量时常产生催眠作用，对个别病人，也可能产生不安、激动等类似阿托品的兴奋症状。中药麻醉处方中的主要药物洋金花，其主要成分为东莨菪碱，如与冬眠合剂并用，则作用增强，产生全身麻醉。东莨菪碱与阿托品在外周作用上很类似：扩瞳，调节麻痹和抑制腺体分泌，东莨菪碱较强，故不可应用于青光眼患者。过量可引起体温上升，中暑时禁用。对心血管方面的作用，阿托品较强，两者都可引起心跳加快。老年人及前列腺肥大者应慎用。本类生物碱因能解除血管痉挛，改善微循环，可考虑用以抗休克。本类植物如误服，可引起中毒：口干、无汗、脉速、瞳孔扩大、皮肤干燥发热、兴奋甚至谵妄惊厥等，如及时、适当的抢救，常能收良好效果。

莨菪子

始载于《神农本草经》。又名天仙子。为茄科植物莨菪 Hyoscyamus niger L.的种子。产于中国河南、河北、内蒙古、黑龙江、吉林、辽宁、山西、陕西、甘肃、新疆、四川等省、区。

本品味微苦，性温。有大毒。归心、肝、胃经。功能止痛，镇静，平喘止咳，涩肠止痢。主治胃痛腹痛、风痹疼痛、跌打损伤、癫、狂、痫、咳喘、久泻久痢等。

用治胃痛、腹痛、肾绞痛等，能缓解痉挛而达到止痛效果。如《普济方》妙功散治赤白痢，脐腹疼痛，用本品配大黄为散服。他如《圣济总录》治风痹厥痛，用本品配草乌头、甘草、五灵脂为丸服；《药性论》治龋牙痛，用子咬于痛处。《千金方》用以研末敷治跌打损伤，均有很强的止痛作用。陈藏器谓其能“安心定志”。可治癫狂、惊痫等症，如《小品方》单用本品为末，经酒渍绞去渣，煎为丸，治疗卒发癫狂；《古今录验方》有莨菪子散治疗五癫，用本品

配牛黄、鲤鱼胆、桂心、猪卵为丸。莨菪子又有平喘止咳功效,《崔氏纂要方》记载:用本品配木香、雄黄等分为末,以羊脂涂纸上,撒末于上,卷作筒,烧烟吸之,可治疗年久喘嗽。《药性论》云:本品"生能泻人,热炒止冷痢。"故炒用可治久痢、久泻。如脱肛不收,可用本品研末外敷。煎服,0.06—0.6克,分2—3次服。亦入丸散。本品有毒,内服宜慎,不可过量,也不宜连续服用。若过量,则产生口干舌燥,咽喉灼热,皮肤潮红,瞳孔散大等反应,甚至使人心神迷乱,狂走不安,严重者可致呼吸中枢麻痹而死亡。《日华子本草》云:"莨菪子有毒,甘草、升麻、犀角并能解之。"妊娠、心脏病、心动过速、青光眼、热嗽痰稠者及虚人均禁用。

实验研究:种子含生物碱,主要为天仙子胺(又名莨菪碱)、阿托品及天仙子碱(又名东莨菪碱)。又含脂肪油可达25%、甾醇、鞣质。叶含生物碱0.045%—0.1%,高的可达0.2%,其中3/4为天仙子胺,次为天仙子碱及阿托品。并含胆碱、鞣质、挥发油和维生素C。

天仙子胺、阿托品及天仙子碱均能阻断乙酰胆碱对M-胆碱受体的激动作用,而产生一系列效应:①对腺体、平滑肌的影响:对腺体分泌呈强大抑制作用,引起口干与皮肤干燥,较大剂量可减少胃液分泌量,但往往不降低其酸度,可用于麻醉前给药以减少支气管分泌,尚可用于盗汗及流涎。对平滑肌器官的正常活动影响不大,但对高度收缩的平滑肌则有显著的松弛作用,可用于胃肠痉挛、输尿管痉挛以及膀胱刺激症状。亦能缓解贲门与幽门痉挛,治疗胃和十二指肠溃汤。②对眼的作用:有散瞳、升高眼压及调节麻痹的作用。可用于虹膜睫状体炎。青光眼禁用。③对心血管系统的影响:解除迷走神经对心脏的抑制,可用于消除迷走神经功能过高所致的传导阻滞和心律失常。大剂量对小血管及毛细血管有直接作用,使血管扩张,增加重要脏器的血流量,改善血液循环,用于治疗休克。④对中枢神经系统的作用:阿托品小量时兴奋迷走和呼吸中枢,中毒量引起明显中枢兴奋、不安、激动、幻觉及谵妄等。天仙子碱对呼吸中枢也有兴奋作用,但对高级中枢则主要是抑制,即引起困倦、欣快、遗忘以至睡眠,加大剂量可产生麻醉作用。

满山红

又名映山红、迎山红。为杜鹃花科植物兴安杜鹃 Rhododendron dauricum L.的叶。原植物分布于中国东北及内蒙古等地区。

本品味苦,性温。有小毒。归肺经。功能祛痰,镇咳,平喘。主治急、慢性气管炎。可单味使用,或与黄芩、桔梗,或地龙、紫菀等同用。煎服,25—50克。现亦制成油剂、片剂、酊剂等应用。满山红的副作用有恶心、呕吐、胃痛、腹泻、食欲减退、头晕、乏力等反应。一般并不严重,1—3日后可自行消失。过量或长期服用时,对肝功能有一定影响。

实验研究:叶含挥发油、黄酮类、内酯类、酚酸类、三萜类、鞣质等。挥发油中含大牻牛儿酮,还有薄荷醇、松樟脑、α桉叶醇、β桉叶醇和γ桉叶醇、桉叶素、愈创木薁、石竹烯等。黄酮类中有杜鹃素、8-去甲杜鹃素、杨梅树皮素、山柰酚、槲皮素、金丝桃甙、异金丝桃甙、萹蓄甙、杜鹃黄素、棉花皮素、二氢槲皮素等。内酯类中有东莨菪素、伞形花内酯。酚酸类中有香荚兰酸、对羟基苯甲酸、没食子酸-3-甲醚、茴香酸、氢醌、原儿茶酸、丁香酸、杜鹃醇、兴安杜鹃色烯酸。还含梫木毒素。

叶提取物的水溶部分及挥发油部分,在动物实验中,有祛痰、镇咳作用。镇咳有效成分为大牻牛儿酮,小鼠口服后作用强度为可待因的27%。祛痰的有效成分为杜鹃素,能促进呼吸道的排泌,杜鹃素大鼠口服时部分(38%)吸收,剂量过大,可损害肝脏。梫木毒素的毒性甚剧,其急性毒性分别为大牻牛儿酮及杜鹃素的215倍及333倍,可引起心跳变慢,节律不齐,P波消失,S-T段改变,传道阻滞等。

白松塔

又名松塔、松球、松果。为松科植物白皮松 Pinus bungeana Zucc.的球果。原植物分布于中国山西、河南、陕西、甘肃、四川、湖北等省;北京、山东、江苏、上海等省、市有栽培。

本品味苦,性温。功能止咳,化痰,平喘。适用于慢性气管炎,咳嗽痰多,亦可用于哮喘。有热象者,配黄芩、连翘同用。煎服,30—60克。亦可磨粉制成蜜丸服。临床观察,有些患者服后有口干、头晕,有的还有轻度浮肿、恶心、呕吐、腹痛等反应。一般不影响继续服药,短期内即可消失。

实验研究:白皮松球果含挥发油约1%,内有柠檬烯、树胶类化合物、淾立醇。

经初步动物实验,煎剂或酚性部分有祛痰作用,挥发油有止咳作用,总挥发油及煎剂有平喘作用。大鼠口服挥发油乳剂,可使尿中17-酮类甾醇排出增加,因此具有增强肾上腺皮质功能的作用。

白石英

始载于《神农本草经》。为硅化合物类矿物石英的矿石。产于中国江苏、广东、湖北、四川、河北、福建、陕西等省。

本品味甘,性温。归肺、肾、心经。功能温肺肾,安心神。主治虚寒咳喘、阳痿、消渴以及心神不安、惊悸、善忘等病症。

用于虚寒咳喘,可配温肺补气,化痰止咳之品,如人参、附子、五味子、茯苓、甘草等;阳痿、消渴属肾气不足

者，宜配补肾助阳之品，如附子、肉桂、地黄、山茱萸等，治肾阳衰微，液不上承之干渴，本品可与补肾益精之枸杞子同用。本品质重而降，用于心神不安、惊悸等，有重以去怯之义，可随证配用于养血安神或其他重镇药中。如《圣惠方》治虚羸心烦、小便不利、精神恍惚之白石英丸，即白石英与人参、干地黄、茯苓、天冬等同用；《简要济众方》治心神不安、惊悸善忘，则与朱砂配伍，以加强其镇心安神之力。《得配本草》有"久服、多服则元气下陷"之诫。煎服，10—15克。生用或醋煅用。

实验研究：石英主含二氧化硅，尚含铝、铁、钠、钾等化合物杂质。

粉条儿菜

始载于《救荒本草》。又名蛆虫草、肺痈草、金线吊白米。为百合科植物肺筋草 Aletris spicata (Thunb.) Franch. 的全草。分布于中国自甘肃南延至华东和西南各省。

本品味甘，性平。功能清肺，止咳，化痰，解毒，消积，杀虫。主治肺热咳嗽、咯血、哮喘、肺痈、百日咳、乳痈、乳汁不通、痄腮、咽喉肿痛、小儿疳积及蛔虫病等。

如肺热咳嗽，可与桑白皮、黄芩、枇杷叶等清肺止咳药同用；燥咳者，可配北沙参、玉竹以润肺生津；咯血者，又可配白茅根、藕节等止血之品。治疗乳痈初起，乳汁不通，可与鹿角、通草等活血通乳药同用。小儿疳积，可用本品与猪肝同煮，食肝饮汤；如煎水和酒酿同服，则有驱蛔之效。此外，本品有宁心安神的作用，与滋阴养血之何首乌、桑椹子同用，可用于神经症。煎服，15—30克；鲜品，30—60克。

实验研究：肺筋草叶含铝(448×10^{-6}/千克)。

胡颓子叶

始载于《本草纲目》。又名蒲颓叶、潘桑叶。为胡颓子科植物胡颓子 Elaeagnus pungens Thunb. 的叶，原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味微苦、酸、涩，性平。归肺经。功能敛肺平喘，镇咳，止血，解毒消肿。主治气喘、咳嗽及肺结核咯血、疮疡等。

本品平喘作用较强，尤宜于虚寒型咳喘。虚甚者可与人参、党参、五味子、山药等补气敛肺药配伍应用；偏寒者配麻黄、甘草；偏热者则与鱼腥草、枇杷叶同用。治肺结核咯血，加冰糖炖服，能敛肺止血。治痈疽发背，金创出血，蜂螫伤及蛇咬伤，可用本品捣烂外敷；如同时绞汁和酒内服，疗效更佳。煎汤，9—15克。研末服，1.5—3克。

胡颓子，又名卢都子、蒲颓子、牛奶子。味甘、酸、涩，性平。功能止泻止血，除烦止渴。单味煎服，可用于泄泻、痢疾、食欲不振、消渴烦热。配侧柏叶、藕节治咯血；与茵陈、马鞭草等配用可治黄疸型肝炎。煎服，15—24克。

实验研究：胡颓子果实含鞣质、有机酸及草酸盐等。

天浆壳

又名萝藦荚、婆婆针线包、羊角。为萝藦科植物萝藦 Metaplexis japonica (Thunb.) Makino 的果壳或种子。主产于中国江苏、上海、浙江等省、市。

本品味甘、辛，性温。归肺、肝经。功能宣肺化痰，止咳平喘，透疹，定惊。主治肺风痰喘、麻疹透发不畅、百日咳、惊痫等。肺风痰喘，由于外感风邪，肺气不宣者，用本品宣肺气，化痰涎，多与金沸草、前胡、枇杷叶等药同用，肺气得宣，痰涎得化，则咳喘自止。麻疹初起，透发不畅者，用之能宣肺透疹，常与蝉蜕、牛蒡子、桑叶等配合应用。若用于百日咳，配百部。小儿惊痫，肝风内动者，配天麻、钩藤等药，有平肝熄风定惊之功。本品尚有补虚壮阳的功能，故亦适用于体质虚弱，阳痿，遗精。种毛外敷，能止血生肌，可用于创伤出血。煎服，6—9克。

通光散

又名奶浆藤、乌骨藤、下奶藤。为萝藦科植物通光散 Marsdenia tenacissima (Roxb.) Wight et Arn. 的藤茎。原植物分布于中国云南和贵州省南部。

本品味苦，性微寒。功能止咳平喘，清热解毒，通乳利尿。主治慢性气管炎、支气管哮喘、咽喉肿痛、口腔溃烂、乳汁不通、小便不利等病症。均可煎汤内服。用于慢性气管炎、支气管哮喘。现临床上也制成通光散浸膏片用，有较好的平喘及一定的止咳祛痰作用。煎服，9—15克。

实验研究：茎含甾体甙，经水解得酯类甾体甙元，其中有通光素及通光藤甙元 A、B、C。

甾体甙(总甙)能预防豚鼠因组胺喷雾引起的支气管痉挛，对离体豚鼠支气管亦能对抗组胺引起的痉挛。总甙对麻醉犬有轻度降压作用，对离体兔耳血管有直接扩张作用。

芸香草

始载于《滇南本草》。原名韭叶芸香草，又名香茅筋骨草、小香茅草、臭草。为禾本科植物芸香草 Cymbopogon distans (Nees) A. Camus 的地上部分。原植物分布于中国甘肃、陕西、四川、贵州、云南等省。

本品味辛、苦，性温。功能止咳平喘，散寒祛湿，行气宽中。主治咳嗽气喘、风寒感冒以及风湿痹痛等。

临床治疗咳嗽气喘，可用以煎汤内服，或制成芸香草油滴丸及芸香油气雾剂。本品能散寒，祛湿，行气，故外感风寒而见胃脘不舒，胸腹胀闷者，尤为适宜。《滇南本

草》用治感受山岚瘴气及四时不正之气，症见寒热胸闷、饮食无味、腹痛、吐泻者，则以本品与苍术、厚朴、陈皮等燥湿健脾、和胃利气之品同用。治风湿痹痛，常与大血藤、千年健等活血舒筋药煎汤内服，并可用本品煎水熏洗。煎服，10—15克。

实验研究：鲜草含挥发油0.7%—1%，叶含油约1.8%，花轴含油约0.5%，茎含油少于0.05%。挥发油中主含胡椒酮约40%—50%，茜烯-4约20%，牻牛儿醇10%，牻牛儿酸乙酯10%，少量柠檬烯、牻牛儿醛。

芸香挥发油和胡椒酮能对抗组胺吸入或蛋清所引起的豚鼠支气管痉挛，对支气管平滑肌有直接舒张作用，对肠平滑肌亦有抑制作用。临床主要用于慢性支气管炎，以平喘作用最佳，祛痰和镇咳效果次之，消炎作用最差。芸香草制剂口服对胃肠道有刺激性，且有特殊臭味，易引起恶心、呕吐和食欲减退，不易为病人所接受。胡椒酮气雾剂无胃肠道副作用，显效快，但因局部刺激性大，吸入时易引起呛咳，为其缺点。

泡桐果

为玄参科植物泡桐 Paulownia fortunei (Seem.) Hemsl. 或毛泡桐 P. tomentosa (Thunb.) Steud. 的果实。原植物前者分布于中国河南、山东及长江流域以南各省区；后者分布于辽东半岛及河北、河南、山东、江苏、安徽、江西等省。

本品味微甘、淡，性微温。功能止咳，平喘，祛痰。主治慢性咳嗽、气喘、多痰。本品单用水煎服，或配百部、桔梗、青果、猪胆汁制成膏剂服。煎服，15—30克。

实验研究：泡桐果实含桐酸、脂肪油、黄酮类、生物碱。又含泡桐素、右旋芝麻素。

毛泡桐果煎剂或泡桐果醇提取物对二氧化硫或氨水引咳的小鼠有镇咳作用，后者腹腔注射有明显祛痰作用（小鼠酚红法），两者对组胺喷雾引起的豚鼠支气管痉挛有一定对抗作用，但后者对豚鼠离体支气管平滑肌及离体兔肠却有兴奋作用。泡桐果醇提取物对离体豚鼠、兔心有明显抑制作用，麻醉兔腹腔注射可引起血压下降，房性早搏及房室传导阻滞等。泡桐果煎剂在体外对奈氏球菌、甲型链球菌、肺炎球菌等有抑制作用。

白屈菜

始载于《救荒本草》。又名土黄连、八步紧、牛金花。为罂粟科植物白屈菜 Chelidonium majus L. 的带花全草。分布于中国东北、华北及山东、河南、江苏、江西等省、区。野生或栽培。

本品味苦、微辛，性凉。有毒。功能止咳平喘，镇痛，清热解毒。主治慢性支气管炎、百日咳、胃痛、腹痛、泄泻、痢疾、黄疸以及疥、癣、疮肿、稻田皮炎、毒虫咬伤等病症。

本品内服，以止咳、镇痛为长。用于慢性支气管炎、百日咳可与甘草煎汤或制成浸膏片、糖浆服用。用于胃痛，泛吐酸水，可配乌贼骨、浙贝母同用；同橙皮制成酊剂口服对慢性胃炎、胃溃疡及胃肠道痉挛所引起的脘腹疼痛，均有缓解作用。用治黄疸，可与茵陈蒿、蒲公英等同用，有清热利湿退黄之效。治疥疮、癣疮，鲜草捣烂外敷。亦可制成酊剂外搽；稻田皮炎还可配黄柏、狼毒熬膏，人樟脑调涂患处。此外，鲜叶捣汁，擦治扁平疣，也有一定疗效。煎服，3—9克。

实验研究：白屈菜全草含多种生物碱，其中有白屈菜碱、黄连碱、原阿片碱、金罂粟碱、别隐品碱、小檗碱、白屈菜红碱、血根碱、鹰爪豆碱、羟基白屈菜碱（即氧化白屈菜碱）、甲氧基白屈菜碱、隐品碱、白屈菜黄碱、白屈菜胺、高白屈菜碱、羟基血根碱（即氧化血根碱）。还含白屈菜酸、苹果酸、柠檬酸、琥珀酸、胆碱、甲胺、组胺、酪胺、白屈菜醇。

根含生物碱，其中有木兰碱、氧化血根碱、二氢血根碱、二氢白屈菜红碱、二氢白屈菜黄碱、二氢白屈菜玉红碱、N-去甲-9,10-二羟基血根碱、黄连碱、刻叶紫堇明碱、白屈菜玉红碱、白屈菜默碱。

鼠李

始载于《神农本草经》。又名牛李、皂李、乌巢子、乌槎子。为鼠李科植物鼠李 Rhamnus davurica Pall. 的果实。原植物分布于中国东北地区及陕西、河北、山西等省、区。

本品味甘、苦，性凉。有小毒。功能止咳祛痰，清热利湿，消积杀虫。主治咳嗽痰喘、水肿胀满、瘰疬、疝瘕，痈疖、疥癣及龋齿等。治咳嗽痰喘，可配穿山龙、黄芩、五味子同用。治痈疖、疥癣，可将鲜果捣烂外敷；龋齿，则用以煎汁含漱。煎服，6—10克；新鲜的果实有催吐作用，须贮存年余或加温处理后方可服用。

鼠李皮，为植物鼠李的树皮。味苦，性寒。功能清热泻下。内服可治大便秘结；外用熬膏涂皮肤热毒。

实验研究：鼠李果实含大黄素、大黄酚、蒽酚、山柰酚。种子中有多种黄酮甙酶。树皮含大黄素、芦荟大黄素、大黄酚等多种蒽醌类。

川贝母

始载于《神农本草经》。原名贝母，又名川贝、京川贝。为百合科植物川贝母 Fritillaria cirrhosa D. Don、暗紫贝母 F. unibracteata Hsiao et K. C. Hsia、甘肃贝母 F. przewalskii Maxim. ex Batal.、梭砂贝母 F. delavayi Franch. 等的鳞茎。夏季地上部分枯萎时采挖，晒干或低温烘干。川贝母、暗紫贝母、甘肃贝母的鳞茎，按其性状的不同，药材分别习称"松贝"和"青贝"，甘肃贝母的鳞茎药材又称"岷

贝”;梭砂贝母的鳞茎药材习称“炉贝”。

川贝母鳞茎呈圆锥形或卵圆形,顶端稍尖或钝圆,高1—1.3厘米,直径1—1.5厘米。表面淡黄白色,光滑,外层两片鳞叶形状大小相近似。味微甜而苦。主产于中国西藏南部至东部、云南省西北部和四川省西部。

暗紫贝母鳞茎呈圆锥形或心脏形,高0.3—0.8厘米,直径0.4—1厘米,顶端较尖,闭合,基部较平,中央微凹,有一灰褐色鳞茎盘,有时偶见残存的须根及根痕。表面淡黄白色,光滑,具肥厚鳞叶2片,外层鳞片呈心脏形,较大,紧抱住披针形的小鳞片,仅留新月形部分在外,习称“怀中抱月”。剖开后可见细长心芽1—2枚。质坚实,断面白色,富粉性。气微,味微甜而苦。主产于四川省。

甘肃贝母鳞茎细小,呈圆锥形、心脏形、长卵圆形,高0.25—0.5厘米,直径0.2—0.4厘米。表面类白色或淡黄白色,顶端稍尖或钝圆。外层两枚鳞片大小差异较大,紧密抱合,无裂隙。味微甜。产于甘肃、青海及四川省。

梭砂贝母鳞茎呈圆锥形或长卵圆形,高1.2—2厘米,直径0.8—1.3厘米。表面黄白色,稍粗糙,常有棕色斑块,习称“虎皮贝”。顶端稍尖开裂,有细小心芽露出,基部稍凸呈圆锥形,有鳞茎盘及残留的须根。外层两鳞片大小相似。气微,味微苦。产于青海及四川省。

本品味苦、甘,性微寒。归肺、心经。功能清热润肺,化痰止咳,解郁散结。主治阴虚燥咳、肺热咳嗽痰多、肺痿、肺痈、瘿瘤、瘰疬、痈肿等。

《本经逢原》云:“贝母寒润,治肺家燥痰。”肺燥有痰,多与肺阴不足有关,故贝母常配清养肺阴之品同用。例如肺燥干咳无痰,阴虚未甚者,可配鲜梨、冰糖等凉润生津药同炖服。肺燥咳痰难出者,配知母清滋肺阴,如二母汤。久嗽痰喘,阴虚火旺,胃气未衰者,配天门冬、麦门冬、玄参等滋阴降火。本品又善清肺而化热痰,故缪希雍云:“肺有热因而生痰,或为热邪所干,喘嗽烦闷,必此(贝母)主之。”临证用于肺经有热,咳嗽痰多,咽喉干燥者,配甘草、杏仁,如《圣济总录》贝母丸。痰热壅肺,咳嗽气逆,咽干口燥,胸部满闷,声哑喉痛者,多与知母、石膏、黄芩、桑白皮等清肺泻火之品配伍。伤风暴咳,外感风寒,肺有热痰者,可与麻黄、杏仁、款冬花等宣肺化痰之品同用,如《圣济总录》贝母汤。现有以本品配葶苈子、桑白皮、白前、马兜铃,用于百日咳肺热痰多者。由于贝母清化热痰,所以其他各证见有热痰者每多采用。例如中风闭证,热痰上扰,蒙蔽清窍,神识昏迷,常配竹沥、石菖蒲;癫痫及小儿惊风内有热痰者,可配猴枣、天竺黄。《本草别说》称本品“能散心胸郁结之气”。《药品化义》又称其“主治郁痰”。凡情志不遂,忧思过度,气机不舒,致成郁证者,可用本品解郁散结,如《集效方》以姜汁炒贝母研末,制成丸剂,治忧郁不伸,胸膈不宽;《卫生杂兴》以本品配姜制厚朴,为丸服,有化痰降气,解郁除胀的功效;《类证治裁》以本品配郁金、当归、柏子仁等治思虑伤脾,以致气结者;又以本品配紫菀、桔梗、沙参、香附等,名泄郁汤,治肺郁。《本草会编》称本品用于肺痿、肺痈可以为向导。古方治肺痿久嗽,寒热往来,呼吸气急,烦闷多唾,或带脓血,可用本品配天冬、沙参等滋阴清肺,如《杂病源流犀烛》举肺汤。肺痈初起,内有热毒痰瘀者,多用本品配鱼腥草、鲜苇茎、桃仁、冬瓜子、生薏苡仁等清肺、祛瘀、排脓之品同用。瘿瘤与瘰疬多由气郁痰结而成,投以本品,可奏解郁、化痰、散结之功。治瘿瘤,《药性论》以本品配连翘,功效更优。治瘰疬,常配玄参、牡蛎,如《医学心悟》消瘰丸。亦可配皂角子制成丸剂服,如《普济方》贝母丸,治瘰疬亦治便毒。《本草述钩元》以本品配郁金、橘叶、连翘、瓜蒌根、夏枯草、山慈姑、山豆根、元参等,消一切结核乳岩、瘰疬。如痈肿初起时,局部红肿疼痛者,于清热解毒,活血消肿等药中配入本品,可增强消散的功效,如仙方活命饮。煎服,3—9克;研末服,1—2克。反乌头。脾胃虚寒及寒痰、湿痰均不宜服。

实验研究:商品川贝母中的青贝(产于云南丽江一带)含青贝碱;白炉贝(产于四川道孚一带)含白炉贝碱;黄炉贝(产于四川道孚一带)含炉贝碱;白松贝和黄松贝(产于四川松潘一带)含松贝碱甲和松贝碱乙;产于川西打箭炉的炉贝母含有炉贝碱。西贝母(即伊贝母)的鳞茎含西贝母碱。

从甘肃岷县产的岷贝母中分离得另二种生物碱:岷贝碱甲和岷贝碱乙。

西贝母碱对麻醉犬有降压作用,主要由于外周血管扩张,对动物肠管平滑肌有松弛及解痉作用,类似罂粟碱。大鼠的LD_{50}为90毫克/千克,皂甙及生物碱部分经动物初步试验有某些祛痰作用。

浙贝母

始载于《本草正》,原名土贝母。又名浙贝、象贝母。为百合科植物浙贝母 Fritillaria thunbergii Miq. 的鳞茎。初夏植株枯萎后,挖掘地下鳞茎,洗净,按大小分级,3.5厘米以上者,将鳞片掰开,挖除心芽,加工成元宝贝,习称“大贝”,挖出的心芽,加工成贝心;3.5厘米以下者,不去心芽,加工品习称“珠贝”。加工时将贝母置木桶内,来回撞至浆汁渗出时,拌以贝壳灰粉(50千克浙贝母加1.5—2千克)或熟石灰,吸去浆汁,晒干或烘干。

元宝贝为鳞茎外层的单瓣鳞片,一面凸出,一面凹陷,似菱肉状,高1—2厘米,直径2—3.5厘米,肥厚;外表面类白色或淡黄色,被白色粉末,内表面白色至淡黄白色。质坚而脆,易折断。具粉性,细腻。气微,味微苦。

珠贝为完整的鳞茎,扁圆形,高1—1.5厘米,直径1—2.5厘米,类白色,外层鳞片2枚,肥厚,略呈肾形,相互抱合,中央为2—3枚皱缩鳞片及干缩的残茎。质坚实而脆,易折断。断面白色至淡黄白色,富粉性。气微,味微苦。主产于中国浙江省;此外,江苏、安徽、湖南、江西等省亦产。

本品味苦，性微寒。归肺、胃经。功能宣肺清热，化痰止咳，开郁散结。主治痰热咳嗽、咽喉肿痛、肺痈、瘰疬、瘿瘤、疮痈肿毒等。

《本草从新》谓此能"去时感风痰。"《本草纲目拾遗》云："解毒利痰，开宣肺气，凡肺家夹风火有痰者宜此。"故临床多用于外感风热或痰热郁肺引起的咳嗽。前者常与桑叶、杏仁、牛蒡子、前胡等宣肺化痰药同用；后者常与黄芩、桑白皮、全瓜蒌、知母等清肺化痰药同用。肺经痰热蕴结，发为喉痹咽肿，亦可用本品清解热毒，化痰消肿，如《经验广集》吹喉散，以五倍子、象贝各1个，研末，装入去核的大黑枣内用泥裹，煨存性，共研极细末，加薄荷末及冰片少许，用时吹患处。近亦常与金荞麦、鱼腥草、鲜芦根、薏苡仁等，用治肺痈吐脓血。治瘰疬结核，常与元参、生地、牡蛎、夏枯草等相配合。治瘿瘤，常与海藻、昆布、夏枯草等化痰软坚药配伍。痈疮肿毒，可与蒲公英、连翘、天花粉等清热解毒，消肿排脓之品同用。外用研末敷，治对口疮及金疮出血。煎服，4.5—9克；研末服，1.5克。反乌头。

实验研究：鳞茎含浙贝母碱、去氢浙贝母碱、浙贝母碱甙、异浙贝母碱、贝母尼丁碱、异贝母尼丁碱。还含贝母甾醇、胆碱等。

在猪、兔离体支气管肺灌流试验中，浙贝母碱在低浓度时对支气管平滑肌有显著扩张作用，高浓度时则收缩。浙贝母碱给动物滴眼可使瞳孔扩大，注射给药则可使唾液分泌抑制。对离体子宫有兴奋作用。预先应用双苄胺或利血平处理后，其兴奋子宫的作用减弱或消失。浙贝母碱和去氢浙贝母碱均可降低麻醉动物血压，抑制呼吸。浙贝母碱甙的降压作用比浙贝母碱强。

平贝母

为百合科植物平贝母 Fritillaria ussuriensis Maxim. 的干燥鳞茎。分布于中国黑龙江、吉林、辽宁等地。本品亦属于川贝母一类，《中华人民共和国药典》(1993年版)将本品作为新药收载。

本品味苦、甘，微寒。归肺、心经。功能清热润肺，止咳、化痰。主治肺热咳嗽，咯痰带血，痰粘胸闷。煎服，3—9克。研粉冲服，一次1—2克。

桔梗

始载于《神农本草经》。又名苦桔梗。为桔梗科植物桔梗 Platycodon grandiflorum (Jacq.) A. DC. 的根。春、秋两季采挖，洗净，除去细根，用竹刀刮去外皮，晒干，也有不刮皮，直接晒干者。

根呈圆柱形或略呈纺锤形，下部渐细，偶有分支，略扭曲，长7—20厘米，直径1—2.5厘米。顶端有较短的根茎，其上有数个半月形茎痕。表面灰白色或淡黄白色，不去外皮的表面黄棕色至灰棕色，具纵皱纹及纵沟，并有横长的皮孔样斑痕及支根痕，上部横纹明显。质硬脆，断面有一圈浅棕色环纹(形成层)，皮部类白色，有放射状裂隙，木部淡黄白色。气微，味微甜后苦。中国大部分地区均产，以东北、华北地区产量较大，华东地区产品质量较好。

本品味苦、辛，性平。有小毒。归肺经。功能宣肺、祛痰，利咽，排脓。主治咳嗽痰多、咽喉肿痛、肺痈吐脓、胸满胁痛、痢疾腹痛等。

桔梗能宣肺散邪，治外感咳嗽，不论风寒、风热皆可用之。风寒束肺者，配疏风散寒药，如苏叶、荆芥、杏仁等；风热咳嗽，配疏风清热药，如桑叶、菊花、牛蒡子等。若咳嗽痰多，不易咯出者，与半夏、橘红、瓜蒌、杏仁等以加强止咳化痰作用。治上焦壅热，咽喉肿痛，桔梗能散结泄热而利咽喉，常与薄荷、金银花、射干等配用；乳蛾已成痈脓者，则与板蓝根、马勃、僵蚕等清热解毒之品同用。近用10%桔梗煎剂治疗猩红热(烂喉丹痧)，有较好的退热及利咽消肿止痛作用。治痰热壅肺，蕴而成脓，发为肺痈，咳唾脓痰腥臭者，《金匮要略》桔梗汤即用桔梗配甘草，祛痰排脓；《济生方》之桔梗汤，则与桑白皮、贝母、瓜蒌仁、苡仁、杏仁等同用。本品与枳壳、柴胡等疏肝解郁之品合用，又能治胸闷胁肋疼痛；如因气滞血瘀而致胸胁刺痛者，则可于当归、川芎、赤芍等活血祛瘀药中加入本品；如《伤寒论》治寒实结胸之白散，用桔梗与巴豆、贝母同用。治痢疾腹痛、便秘及癃闭，可与止痢泻下通便，或通利水湿药中加用桔梗。前人又称桔梗为舟楫之剂，能载药上行，如与大黄、芒硝、栀子等苦寒下泄药同用，可治上焦风热头痛、目赤肿痛。此外，桔梗外用可治牙疳臭烂，如《卫生易简方》取本品与小茴香等分，烧存性，研敷患处。煎服，3—9克。阴虚久嗽及咯血者忌用；胃溃疡者慎用；内服过量，可引起恶心呕吐。

实验研究：桔梗根中所含有效成分为皂甙。已经分离得到多种桔梗皂甙，多种远志皂甙和多种称为前胡皂甙元的次级甙，其中最主要的是桔梗皂甙D。另含桔梗聚果糖，白桦脂醇，α菠菜甾醇及其葡萄糖甙等。

桔梗皂甙小剂量能刺激胃粘膜，引起轻度恶心，可反射性增加支气管分泌，有祛痰作用，并能降低大鼠肝脏胆固醇含量，增加类固醇及胆酸的分泌。皂甙粗品尚具有镇静、镇痛及解热作用。水或醇提取物可降低家兔血糖，对实验性糖尿病治疗有效。粗制皂甙有抑制大鼠胃液分泌和抗消化性溃疡的作用；此外，还有抗炎作用；水提取物可增强巨噬细胞的吞噬功能，增强中性粒细胞的杀菌力，提高溶菌酶的活性，桔梗皂甙有很强的溶血作用，只能口服；剂量过大，可引起恶心、呕吐。

前胡

始载于《雷公炮炙论》。为伞形科植物白花前胡

Peucedanum praeruptorum Dunn 及紫花前胡 P. decursivum (Miq.) Maxim. 的根。晚秋采挖,除去茎叶,去净泥土,晒干。

白花前胡根呈圆锥形或圆柱形,长3—15厘米,直径1—2厘米,稍弯曲,有支根或支根痕。表面棕色或灰黄色。根头部粗短,表面凹凸不平,上端有茎痕及残留的叶鞘。近根头处有密集的横皱纹,形似蚯蚓头。根头部下方有不规则纵沟纹及横向皮孔。质柔软或坚脆。断面皮部较疏松,呈黄白色,近形成层处浅棕色,木部黄色略带棕色,射线明显。皮部及木部均有多数散生的金黄色细小油点。气芳香,味先甘后苦。主产于中国浙江、湖南、四川省。

紫花前胡根呈圆柱形或圆锥形,主根较长,有数条支根。长3—15厘米,直径0.8—1.7厘米。表面棕色或棕黑色,根头部有残存的茎痕及叶鞘。根头部下方有细纵皱纹,并有灰白色的横向皮孔及点状须根痕。断面不平整,皮部与木部极易分离,皮部较狭窄,散生黄色油点较少,木部黄白色。微芳香,带油腥气,味淡而后苦辛。主产于江西、安徽省。

本品味苦、辛,性凉。归肺经。功能疏风散热,降气化痰。主治外感风热,咳嗽多痰,痰热郁肺之咳痰稠粘、上气喘逆等。

外感风热者,可与桑叶、薄荷、牛蒡子、桔梗等辛凉解表,宣肺祛痰药同用;痰热郁肺者,则可与桑白皮、贝母、杏仁、白前等清肺化痰,降气止咳药同用;如痰盛而胸膈不利者,可配枳实、半夏、陈皮等利气化痰之品。前胡为辛散苦降之品,其性虽凉,但与辛温发表药同用,亦可用于风寒之证,如败毒散中,即用本品。此外,《名医别录》有"明目"的记载,与防风、菊花、决明子、栀子等同用,可治疗目赤肿痛。煎服,4.5—9克。阴虚气弱者不宜服用。

实验研究:紫花前胡根含前胡甙、前胡甙元、前胡素、紫花前胡素、异紫花前胡素,3'-异戊酰-4'-O-当归酰-3',4'-二氢花椒树皮素甲,伞形花内酯、海绵甾醇、甘露醇和挥发油,油中主成分为爱草脑及柠檬烯。

白花前胡根含白花前胡素A、B、C、D、E。还含挥发油和微量的前胡甙及甘露醇。

前胡煎剂能增加呼吸道分泌,有祛痰作用。伞形花内酯及前胡甙元也有抗菌、抗真菌作用。

白花前胡素C能增加心冠脉流量,但不影响心率和心收缩力。白花前胡素A对乙酰胆碱产生的豚鼠回肠收缩有非竞争性松弛作用,并可抑制钾离子去极所致豚鼠结肠带的收缩,已证明这些作用是由于抑制钙离子内流所产生,具有钙拮抗作用,能缓解心绞痛,但较硝苯地平(硝苯吡啶)弱。

瓜蒌

始载于《神农本草经》。又名栝楼、瓜蒌实、栝楼实。为葫芦科植物栝楼 Trichosanthes kirilowii Maxim. 或双边栝楼 T. rosthornii Harms 等的成熟果实。秋末冬初,果实呈淡黄色,上面有白粉时即可采摘,干燥,习称"全瓜蒌"。将瓜蒌剖开成两瓣,取出瓜瓤,习称瓜蒌皮,又名栝楼皮;种子习称瓜蒌仁,又名瓜蒌子。

全瓜蒌呈长椭圆形或卵圆形,长6—9厘米,直径6—7.5厘米。表面橙黄色,光滑或皱缩,微有光泽。顶端有花柱残存,基部略尖,具放射线状条纹,并见有果柄残余或果柄痕。果皮薄,质脆易碎。果皮内面呈黄白色,有红黄色丝络。果瓤与果皮粘连,种子多数集结成团。微有焦糖气。味微甜酸。

瓜蒌皮卷成纺锤形的壳状,长6—12厘米,表面橙黄色,稍光滑或皱缩不平,内面为黄白色或暗黄色,附有丝络。断面不整齐,多分层。微有焦糖气,味淡微酸。

瓜蒌仁呈扁平卵圆形或长椭圆形,长1.2—1.5厘米,宽0.6—1厘米,厚3—4毫米。浅棕色或暗棕色,尖端有白色凹点状种脐,有的沿边缘有一圈沟纹,宽约1毫米。质坚硬。剖开后可见绿色的膜质内种皮,内含两片黄白肥厚的子叶。气微弱,味特异,富油性。产于中国河北、河南、安徽、浙江、山东、江苏等省。

本品味甘、微苦,性寒。归胃、肺、心、大肠经。功能清热涤痰,宽胸散结,润燥滑肠。主治胸痹、结胸、痰热咳喘、肺痿咯血、肝燥胁痛、消渴、便秘、乳痈、肺痈等。

痰浊壅塞胸膈,阳气不得宣通而成胸痹者,瓜蒌是主药,常配辛温通阳之薤白同用,如《金匮要略》栝楼薤白白酒汤、栝楼薤白半夏汤。近亦常用治冠心病,如以气机郁结胸部痞闷为主者,可加配沉香、郁金、香附等理气开郁之品;以血瘀络痹胸痛为主者,可与桃仁、红花、丹参、五灵脂等活血化瘀药同用。结胸由于痰火互结心下,症见胸膈痞满闷痛,常配黄连、半夏等泻火、消痞、散结之品,如《伤寒论》小陷胸汤。瓜蒌清热涤痰,兼可润燥,故对痰热咳嗽、肺燥干咳及肺痿咯血、吐血等均可应用。小儿膈热,咳嗽痰喘,久延不愈者,可单用本品炙黄研末服,如《宣明论方》润肺散。若肺热咳嗽,痰稠色黄者,配知母、贝母、黄芩、桑白皮等清肺化痰。肺燥阴伤,干咳痰少者,配麦冬、沙参、玄参、桑白皮等养阴清肺。肺痿咳嗽,咯血不止者,可配杏仁、乌梅、猪肺等止咳、止血、补肺之品同用。吐血属于痰火为患者,可单味煅存性,糯米饮调服,如《圣济总录》黑神散。张锡纯云:"瓜蒌能降胃气胃火。"吐血、衄血由于胃火伤络,胃气上逆所致者,可配代赭石同用。《重庆堂随笔》云:"瓜蒌实能舒肝郁,润肝燥,平肝逆,缓肝急。"胁痛由于肝燥而成者,可配甘草、红花等甘润、和血之品,如《医学心悟》瓜蒌散。《本草图经》称本品治消渴,《太平圣惠方》治消渴内热,用栝楼瓤煎制成膏,配白矾末为丸服;《圣济总录》用栝楼瓤配冬瓜,水煎服,取其清热润燥作用。瓜蒌能润肠燥,适用于肠燥便秘,多配生地黄、玄参,可获润肠通便之效;若津亏气滞,大便不通,多配枳壳,能收利气通便之功;食滞便秘,可配六曲、

山楂，以消食导滞通便。本品消结痰，散肿毒，用治乳痈、肺痈。乳痈初起，红肿热痛者，可配生甘草、当归、乳香、没药等，如《妇人良方》神效瓜蒌散；亦可配蒲公英、银花、连翘、穿山甲同用。肺痈，咳吐脓血者，常与银花、鱼腥草、芦根等同用。此外，本品合朴硝可治黄疸；佐川连，治便毒；配赤小豆治肠风下血；得葱白、神曲，治酒癖；研末醋调敷，治丹毒赤肿。煎服，9—15克。脾胃虚寒，呕吐自利以及湿痰、寒痰等均非所宜。反乌头。

瓜蒌皮味甘，性寒。功偏清热化痰，利气宽胸。主治痰热咳嗽、心胸闷痛。瓜蒌仁功能润肺，化痰，滑肠通便。主治燥咳痰粘，燥结便秘。

实验研究：瓜蒌果实含三萜皂甙、栝楼酸、树脂、糖类和色素。又含精氨酸、赖氨酸、丙氨酸、缬氨酸、异亮氨酸、亮氨酸、甘氨酸及类生物碱物质，后者含多个单体，为治冠心病的有效物质。

瓜蒌仁含甙、皂甙、有机酸及其盐类（如草酸钙）、树胶、树脂、脂肪油和色素。脂肪油含量约为26%，其中饱和脂肪酸占30%，不饱和者约占66.5%；不饱和脂肪酸以瓜蒌酸为主。

瓜蒌皮煎剂在体外对大肠杆菌、痢疾杆菌等有某些抑制作用，瓜蒌皮经离子交换处理后所得的成分，能增加动物离体心脏的冠脉流量，对小鼠有增加耐缺氧的能力；适当剂量能使豚鼠离体心脏收缩力有所加强。全瓜蒌煎剂在体外能抑制艾氏腹水癌细胞，但整体动物试验作用不明显。瓜蒌仁有致泻作用。

竹沥

始载于《神农本草经》。原名竹汁，又名竹油、淡竹沥。为禾本科植物淡竹 Phyllostachys nigra (Lodd.) Munro var. henonis (Mitf.) Stapf ex Rendle 等的茎用火烤灼而流出的液汁。

本品味甘，性寒。归心、肝、肺经。功能清热豁痰，镇惊利窍。主治中风痰壅、癫狂、惊风、痰热咳嗽、热病高热痰多、妊娠子烦、破伤风、小儿吻疮、目赤、重舌等。

中风热灼津液为痰，痰涎壅盛，昏不知人或偏枯不仁，常用竹沥清热豁痰，通络利窍，可单用，亦可配伍其他药物同用。《千金要方》治中风口噤不知人，用淡竹沥一升服；又有竹沥汤，治风痱四肢不收，心神恍惚，不知人，不能言，用竹沥配生葛汁、姜汁和服。用于中风痰壅神昏伴抽搐者，多配胆星、僵蚕、黄芩、栀子、钩藤、远志等以豁痰开窍，清热熄风。如属气虚痰中，猝然昏倒，半身麻木不仁，口眼㖞斜，流涎不止，喉有痰声，亦可与黄芪相配。癫狂痰火内盛，肝阳上亢者，淡竹沥为常用之药，一般多配黄连、胆南星、铁铧粉（为铁与醋酸作用后生成的锈末）、天麻等同用，如《证治准绳·类方》摧肝丸。小儿惊风，四肢抽搐，由于痰热所致者，《全幼心鉴》以竹沥、姜汁调服胆星末、牛黄，痰化热除，则抽搐可定。肺热咳喘，痰多胸闷者可与石膏、葶苈子、麻黄、杏仁同用，可奏清热豁痰，宣肺定喘之功。现亦以本品配象贝、杏仁、射干、芦根、冬瓜子等清热祛痰药，用于上呼吸道感染、急性支气管炎、肺炎等痰火炽盛、胸闷气短、喘急、口干声嘶、咳声艰难等症。热病热入心包，神志昏迷，痰声漉漉，谵语烦躁等，可用本品清化心经热痰，常配牛黄、生地、黄连、菖蒲、远志等同用。近年来治疗流行性乙型脑炎及流行性脑脊髓膜炎等出现上述症状时常用本品送服安宫牛黄丸，有助于祛痰清热醒神。此外，本品亦治子烦，以竹沥配茯苓，加水同煎服。用于破伤风，《广利方》用竹沥半大升，微微暖服之。外用治小儿吻疮，竹沥和黄连、黄柏，频频搽敷；目赤，以竹沥点之；重舌，竹沥渍黄柏以搽之。由于竹沥之性寒滑，故在应用时每加姜汁数滴同用，既可增强通络和祛痰之效果，又可防止过寒伤胃。冲服，15—30毫升。寒嗽及脾虚便溏者忌服。

实验研究：淡竹的鲜竹沥含有13种氨基酸，它们是：天门冬氨酸、谷氨酸、丝氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、丙氨酸、苏氨酸、脯氨酸、甘氨酸、缬氨酸、蛋氨酸、酪氨酸、赖氨酸。还含愈创木酚、酚、苯甲酚、甲酸、乙酸、苯甲酸和水杨酸。又含葡萄糖、果糖和蔗糖。

动物试验证明，竹沥灌胃有明显的镇咳和祛痰作用。

竹茹

始载于《名医别录》。又名竹皮、竹二青、青竹茹。为禾本科植物淡竹 Phyllostachys nigra (Lodd.) Munro var. henonis (Mitf.) Stapf ex Rendle、青秆竹 Bambusa tuldoides Munro 或大头典竹 Sinocalamus beecheyanus (Munro) Mc Clure var. pubescens P. F. Li 等的茎秆除去外皮后刮下的中间层。全年可采，以当年新竹为好。砍取茎秆后刮去外层青皮，然后刮取中间层，晒干或文火焙干。

本品为丝状薄片，长短不等，卷缩扭曲成螺旋形，表面青黄色或淡黄白色。体轻松，质柔韧有弹性。气清香。产于中国华东、中南地区及河南等省。

本品味甘，性微寒。归肺、胃经。功能清热化痰，和胃降逆，凉血止血。主治痰热咳嗽、中风痰迷、虚烦失眠、惊痫、胃热呕吐、吐血、衄血、崩漏等。

用于肺热咳嗽，咯痰黄稠者，常与黄芩、知母、瓜蒌等相配，以增强清肺化痰之功。中风痰迷，舌强失语，配胆星、菖蒲、茯苓、半夏等同用，如涤痰汤。病后痰热内扰，胃气不和，胸闷痰多，虚烦不得眠者，常用本品配半夏、陈皮、枳实等和胃化痰之品，如《三因方》温胆汤。产后心阴不足，内有热痰，症见虚烦头痛，心中闷乱不解者，可用本品配麦门冬、甘草、小麦等养心益阴之品，如《千金要方》淡竹茹汤。惊悸有由痰火所致者，可配黄连、半夏、菖蒲、远志等，如《万病回春》清心抑肝汤。若小儿痫证，内有痰热，也可用之，例如《子母秘录》治小儿痫方，用青竹茹加醋同煎去滓服。竹茹也能清胃腑之热，并有降逆作用。

因于胃热气逆之呕吐、呃逆，均可用之。胃热呕吐，一般多配黄连、代赭石、半夏等同用；《本事方》竹茹汤，治伤寒汗后余热留胃之呕吐，则以本品配干葛、半夏、甘草等煎服。若妇人产后烦乱呕逆，胃中有热者，竹茹可配石膏、甘草等，如《金匮要略》竹皮大丸。若胃热呕逆，而又中虚气滞者，可配人参、甘草、大枣、橘皮等补中益气和胃之品，如《金匮要略》橘皮竹茹汤。吐血、鼻衄、崩漏，属血热妄行者，竹茹不仅能凉血止血，且有消瘀之效，常与生地黄配合同用。如用生竹茹醋煮含之，可治牙龈出血，煎服，5—10克。呕吐多姜汁炒用。胃寒呕吐者忌用。

实验研究：商品竹茹粉在平皿上对白色葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌及伤寒杆菌等有抑制作用。

天竺黄

始载于《蜀本草》。又名天竹黄、竹黄、竹膏。为禾本科植物华思劳竹 Schizostachyum chinense Rendle 或青皮竹 Bambusa textilis McClure 等茎杆内的分泌液自然干燥凝结而成的块状物。主产于中国云南、广东、广西等省、区。

本品味甘，性寒。归心、肝经。功能清热豁痰，凉心定惊。主治热病神昏谵语、中风痰壅失音、癫痫、小儿惊风、夜啼，以及痰热咳喘等。

李时珍云："竹黄气味功用与竹沥同，而无寒滑之害。"故治热病高热神昏，痰多窍闭，烦躁谵语的清热方中，每加用本品以化热痰，盖热退痰化，则神识自清。如叶天士《临证指南医案》治春温上受，痰潮昏谵，舌绛苔黄，面赤，微痉，方用天竺黄、银花、连翘、竹叶心、竹沥，化热痰以利窍，清上受之温邪。《本草正》称本品"善开风痰，降热痰"。中风痰热上涌，喉中声如曳锯者，多取本品与胆南星相配，如《和剂局方》牛黄金虎丹。现代治中风痰厥，不省人事，握拳、鼾睡，呼吸不爽，痰出困难者，用本品豁痰，并配以石菖蒲、丹参、三七等开窍化瘀药，痰化瘀消，则窍开神清。癫痫内有热痰者，本品配黄连，以清化内蕴之热痰，如《万病回春》安神丸；癫痫痰迷心窍者，可配川郁金、雄黄、白矾、石菖蒲，如《春脚集》抱胆丸。《本草经疏》云："天竺黄为小儿家要药，小儿惊风、天吊诸风热者，亦犹大人热极生风之候也。此药除热养心，豁痰利窍，心家热清，而惊自平。"故凡小儿急惊身热昏睡，气粗，心经热盛，痰热内壅者，用本品能化痰，清心，利窍，镇惊，常与辰砂、麝香、雄黄、胆星等凉心安神、开窍祛痰药制成丸剂内服，如《小儿药证直诀》抱龙丸。若惊风夜啼，可与蝉蜕、僵蚕、郁金等同用，如天竺黄散；痰热喘咳，则与黄连、青黛、僵蚕等配伍，如天竺黄丹。煎服，3—9克；研末服，0.6—0.9克。

实验研究：本品含氢氧化钾1.1%、硅质9%等。又含多种氨基酸、有机酸、生物碱。有解痉、祛痰，以及抑制葡萄球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌的作用。

胆星

始载于《本草纲目》。又名胆南星。为制天南星细粉与牛、羊或猪胆汁经加工而成，或为生天南星细粉与牛、羊或猪胆汁经发酵而成的加工品。

本品味苦、微辛，性凉。归心、肝、肺经。功能清热化痰，熄风定惊。主治中风、癫痫、头风、眩晕、喘嗽、惊风等病。南星原为温燥化痰之品，经牛胆汁之浸渍，性温化为性凉，擅清热化痰，而无燥烈伤阴之弊，故尤宜于热痰惊痫诸证。如中风、癫痫痰热较盛者，可配黄连、天竺黄、竹沥等同用，以增强清热化痰的功效。正气已虚而火不甚者，与半夏、橘红、人参等化痰益气药相配，祛邪与扶正并顾。痰蒙心窍，神志昏迷者，须配牛黄、石菖蒲、郁金等化痰开窍之品。风痰内蕴，发为头风、眩晕者，用本品配天麻以清火化痰，平肝熄风。痰热咳喘，痰稠色黄者，常配黄芩、瓜蒌仁、枳实等，如《医方考》清气化痰丸。小儿惊风，痰火内壅，身热昏睡，呼吸气粗，四肢抽搐者，每与天竺黄、雄黄、辰砂、麝香等清热化痰，开窍安神药制成丸剂内服，如《小儿药证直诀》抱龙丸。小儿痰迷不醒，口角流涎，手足拘挛者，配羚羊角、生龙齿、白芥子、辰砂等清热平肝，镇心化痰之品，研末为丸服；亦可擦胸背并敷脐，如《理瀹骈文》胆星丸。他如老年神呆，产后怔忡，辨证属于痰热为患者，均可用本品治之。若与全蝎、蜈蚣等配合，用于破伤风，能加强解痉熄风的功能。煎服，3—6克。

冬瓜子

始载于《神农本草经》，原名白瓜子。又名瓜瓣、冬瓜仁。为葫芦科植物冬瓜 Benincasa hispida (Thunb.) Cogn. 的种子。原植物在中国大部分地区均有栽培。

本品味甘，性寒。归肺、大肠经。功能清热化痰，排脓利湿。主治肺热咳嗽、肺痈、肠痈、白带、白浊、小便不利等。

治肺热咳嗽，痰稠黄浊者，本品常与黄芩、桔梗、前胡、瓜蒌皮等清化热痰药同用。治肺痈、肠痈，古方均配冬瓜子为佐使药，前者如《千金要方》苇茎汤；后者如《金匮要略》大黄牡丹汤，皆取本品甘寒滑利、消痈排脓之功。治白带、白浊及小便不利，属于湿热为患者，《救急易方》单用冬瓜子炒研为末，空心米饮服。也可配黄柏、萆薢等清热祛湿药同用。煎服，9—15克。《名医别录》谓本品"久服寒中"，故病久中虚便滑者，用时宜慎。

实验研究：冬瓜种子含皂甙0.68%、脂肪、尿素、瓜氨酸、葫芦巴碱、腺嘌呤等。

木蝴蝶

始载于《滇南本草》。原名千张纸，又名千层纸、玉蝴

蝶。为紫葳科植物木蝴蝶 Oroxylum indicum (L.) Vent. 的种子。秋、冬季果熟时采摘，晒至开裂，取出种子，晒干。

种子呈扁平类椭圆形，长5—8厘米，宽3.5—4.5厘米。外种皮三面延长成宽大而菲薄的半透明膜翅，浅黄白色，有绢丝样光泽，具放射状纹理，易破碎。中部略厚，呈类圆形或椭圆形、淡棕色；中央略呈隆起状，基部有一棕色脊纹，长1厘米。剥开种皮可见一层薄膜状胚乳紧裹于子叶之外，子叶两枚蝶形，黄绿色或绿色。气微，味微苦。主产于中国云南、广西、贵州等省、区。

本品味微苦、甘，性凉。归肺、肝、胃经。功能清热润肺，舒肝和胃，敛疮生肌。主治风热犯肺或痰热壅肺的咽痛喉痹、声音嘶哑、咳嗽、肝胃气痛、气滞腹胀，及疮疡溃后久不收口、浸淫恶疮等。

本品善能清热利咽，润肺开音，用治咽喉红肿疼痛，可与金银花、沙参、麦冬等清热生津药配用；如声嘶哑，则配桔梗、蝉蜕、胖大海等宣肺开音药。如用于咳嗽，可煎水加冰糖服，或配以桔梗、桑白皮、款冬花等镇咳祛痰之品，以加强疗效。本品能疏肝理气，和胃止痛。焙干研末陈酒调服，能治胁肋胀痛；若与木香、金铃子等配伍，尤宜于治疗肝胃气痛；也可用以治疗气滞腹胀，胸腹痞满，嗳气等症。木蝴蝶外用有收敛生肌作用，对于痈疽溃后久不收口，以及湿热所致的下部浸淫恶疮，脓水淋漓者，均可用木蝴蝶外贴，也可以研末撒布疮面或用菜油调敷。煎服，1.5—3克。

木蝴蝶树皮，功能清热利湿，解毒消肿。煎汤内服可治湿热黄疸、淋病、小便不利及咽喉肿痛。捣烂外敷，或煎水洗，可治痈疮溃烂、湿疹等。煎服，15—30克。

实验研究：种子含黄芩甙元、特土甙、木蝴蝶甙A、B、白杨素、汉黄芩甙等。又含脂肪油20%，其中主为油酸。树皮含木蝴蝶素、白杨素、黄芩甙元、黄芩甙、高山黄芩素及其-7-芸香糖甙。

树皮提取物能降低蛋清致敏大鼠的血管通透性，并对正常及去肾上腺的大鼠因蛋清引起的炎症有抗炎作用；还能增加动物的抵抗力，而毒性颇低。

礞石

始载于《嘉祐本草》。为绿泥石片岩或云母片岩的石块或碎粒。前者药材称青礞石，产于中国湖南、湖北、四川、江苏、浙江等省；后者药材称金礞石，产于河南、河北等省。

本品味咸，性平。归肺、肝、心经。功能下气坠痰，平肝定惊。主治积痰壅塞、胶固不化所致的咳喘气逆、癫痫、惊狂及癖积癥块。

临床治疗痰热咳喘、便秘、癫痫、狂躁等，常与泻火通便药同用，如礞石滚痰丸，即礞石配大黄、黄芩、沉香，可使痰积通利而诸证得解。若小儿急惊风，痰涎壅阻咽喉，呼吸不畅，可用煅礞石研末，同薄荷汁、蜂蜜调服以豁痰定惊，方如《婴孩宝书》之夺命散。风痰上壅、痰潮壅滞而有中风先兆者，可与黄芩、大黄、半夏、陈皮等清火、化热药同用，如《惠直堂经验方》礞石化痰丸。礞石不仅治痰，且能消积滞，如《方脉正宗》治食积成痰，胃实而眩晕者，礞石与健脾利气之白术、枳实、木香同用；《杨氏家藏方》金宝神丹，则与赤石脂为丸，以治诸积癖块，攻刺心腹，久积久痢等症。入药多与火硝同煅研末，因火硝善能破积散坚，两者同制，有增强疗效作用。一般多入丸散服；煎服，10—15克，布包。须煅制后用。礞石质重沉降，下泄之力甚强，非痰热内结之实证不宜使用。脾胃虚弱及孕妇忌服。

实验研究：绿泥石片岩的主要成分为镁、铝、铁、硅酸及结晶水，为一种形似云母的含水硅酸盐矿物；云母片岩的主要成分为钾、镁、铝、硅酸及结晶水。

胖大海

始载于《本草纲目拾遗》。又名安南子、大洞果、大发。为梧桐科植物胖大海 Sterculia lychnophora Hance 的种子。4—6月果实成熟开裂时，采取种子，晒干。

种子呈椭圆形，先端钝圆，基部略尖，长2—3厘米，直径1—1.5厘米。表面黄棕色至暗棕色，微有光泽，具有不规则的细皱纹，基部具浅色圆形种脐。种皮外层极薄。质脆，易脱落。中层种皮较厚，黑褐色，质松易碎，水浸泡后膨大成海绵状；含丰富的粘液质，其中散有很多维管束，并可见散生的树脂样小点。内种皮可与中层种皮剥离，红棕色，胚乳肥厚，子叶两片，菲薄，紧贴于胚乳内侧，与胚乳等大。气微，味甘。嚼之有粘液性。种仁味苦辣。主产于泰国、柬埔寨、马来西亚、印度尼西亚、越南、印度等国家。

本品味甘、淡，性凉。归肺、大肠经。功能清肺利咽，清肠通便。主治肺热咳嗽、音哑、咽喉肿痛以及燥热便秘等病症。

临床用于感冒风热、咳嗽、音哑，轻症可单用胖大海泡茶或加冰糖饮服。亦常与蝉蜕、木蝴蝶、鲜沙参、甘草等同用。肺热，咽喉肿痛者，更配银花、青果等以清热利咽。如咽痛音哑属于阴虚火旺者，则配以元参、生地等养阴清火之品。胖大海又治燥热便结。如外感风热所致的头痛、风火牙痛、眼红肿痛兼见大便秘结者，用以泡水加白糖和服，或随证配伍有关药物。因热便血者，可用以泡饮。煎服或泡水服，2—4枚。

实验研究：胖大海种皮含戊聚糖及粘液质，粘液质属于果胶酸类。又含具有活性成分胖大海素；外胚乳含绿色挥发油约1%、西黄芪胶粘素约59%、收敛性物质约1.6%。

胖大海素对血管平滑肌有收缩作用，能改善粘膜炎症，可减轻痉挛性疼痛，用于治疗前列腺炎、尿道炎、子宫

及附件炎症以及月经不调等。水浸液具有促进肠蠕动的作用(外层皮、软壳及仁皆有效,以仁最强);并由于吸水性很大,可增加肠内容积产生机械性刺激,反射性地引起肠管蠕动而导致泻下。水浸剂对甲型流感病毒 PR_8 株等有抑制作用。胖大海仁除去脂肪后的温浸液,给犬、猫注射或灌服,均有降压作用(兔则为升压),但治疗指数低,长期大量易致中毒。

猴枣

又名猴丹、申枣。为猴科动物猕猴 Macaca mulatta (Zimmermann)等胆囊及肠道的结石。将捕获的病猴剖腹取出内脏中的结石,漂净,晾干。

本品呈椭圆形、扁圆形,大者如鸽卵,小者似石莲子。表面青灰色或绿黑色,平滑而有光泽。体轻,质松脆,击之易碎,断面灰绿黄色,可见同心圆样层纹,少数中心有柴梗、豆衣、小石子等。气微香,味微苦涩,嚼之有砂感。产于印度、马来半岛、南洋群岛及中国广西、四川等省、区。

本品味苦、微咸,性寒。归心、肺、肝、胆经。功能豁痰镇惊、清热解毒。主治痰热喘嗽、惊厥抽搐、痈疽、瘰疬、痰核等。《药物出产辨》谓猴枣治热痰,功胜西黄八宝散及诸祛热痰药。常用于救治痰热闭肺的高热气喘,小儿惊厥抽搐、喉间痰鸣声如曳锯;配以羚羊角,则清热豁痰、熄风镇痉的功效更著。或加麝香、沉香、月石、天竺黄、川贝母、礞石等,即为成药猴枣散。治痈疽、瘰疬、痰核,可用猴枣醋磨外敷。研末服,0.3—0.9 克,不入煎剂。寒痰及无实热者忌用。

矮地茶

始载于《本草图经》。原名紫金牛,又名平地木、叶底红、老不大。为紫金牛科植物紫金牛 Ardisia japonica (Thunb.)Blume 的全草。全年可采收,一般以秋季采收为宜,采后洗净,晒干。

匍匐茎带有纤细的须根。茎呈圆柱形,长 10—25 厘米,直径 2—4 毫米。表面棕红色或棕褐色,具细纵皱纹,并可见叶痕和节,质脆易折断。叶对生或在枝端轮生,叶片长椭圆形,略革质,长 3—8 厘米,宽 1.5—4 厘米,棕黄色,边缘具尖锯齿,可见腺点,网状叶脉明显,背面中脉有毛。有时可见花梗或紫黑色球形小果。气微,味微辛、涩。产于中国江苏、浙江、安徽、江西、福建、湖南、湖北、贵州、四川、云南、广西等省、区。

本品味苦、辛,性平。归肺、肝、膀胱经。功能祛痰止咳,清热利湿,活血散瘀。主治慢性气管炎、肺炎、肺结核、肝炎及肾炎水肿、尿路感染及跌打损伤、关节痛、经闭腹痛等。

本品是治疗慢性咳嗽的有效药物,经过广泛的临床验证,证明其止咳祛痰的疗效比较迅速而稳定。用于肺热燥咳,配合胡颓子、猪胆汁疗效较佳;寒痰咳嗽,可与麻黄、干姜、细辛等温肺化饮药同用。对于小儿肺炎,配大青叶、枇杷叶、白茅根、银花等,亦有良效。据《本草纲目拾遗》引述宫传秘方,用本品之叶与猪心肺同煨,饮汤食肺,治疗久嗽吐血成痨。现代治疗肺结核病亦常用本品与十大功劳、天冬、百部或菝葜、白马骨等配伍,对浸润型肺结核或病程短者疗效较优;若咯血、盗汗症状较重,则宜佐以仙鹤草、旱莲草、侧柏叶、糯稻根等以增强止血、止汗效果。根据矮地茶清利湿热的效能,现代临床常用以治疗急、慢性肝炎,随证选用茵陈蒿、铃茵陈、虎杖、穿心莲等进行配伍;治疗肾炎水肿,则与泽泻、茯苓、白茅根等配伍;治疗尿路感染,常配车前草、萹蓄、连钱草。至于跌打伤痛,用酒水各半煎服,或与川芎、当归、红花等配伍;经闭腹痛,则与益母草、丹参、川芎等同用。矮地茶的根及根皮,功能与矮地茶相似,亦可酌情选用。煎服,15—30 克。

实验研究:全草含挥发油 0.1%—0.2%。又分离出镇咳有效成分岩白菜素和抗结核有效成分紫金牛酚Ⅰ及Ⅱ。还含恩贝素、紫金牛醌、槲皮素、槲皮甙、杨梅树皮甙、冬青萜醇等。岩白菜素对动物有镇咳作用,其强度约为可待因的 1/4—1/7,作用部位可能在中脑,口服后吸收快,排泄快,故显效也快,维持时间短。所含黄酮甙能增加动物的气管分泌而有祛痰作用。所含挥发油及恩贝素在体外对金黄色葡萄球菌、结核杆菌等有抑制作用。紫金牛醌有驱绦虫作用。

百两金

始载于《本草图经》。又名八爪金龙、开喉剑、大罗伞、珍珠凉伞。为紫金牛科植物百两金 Ardisia crispa (Thunb.) A.DC. 的根及根茎或叶。原植物分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味微苦、辛,性凉。功能清热利咽,活血散瘀,祛风利湿。主治咽喉肿痛、腮腺炎、跌打损伤、风湿痹痛、肾炎水肿、湿热黄疸。

百两金临床用治咽喉肿痛有较好疗效,《本草图经》云,"治壅热咽喉肿痛,含一寸许咽津"。现代用于风火喉痛,喉蛾肿痛,咽喉溃烂等,常单用或与荔枝草、喉咙草、射干等煎汁频频含咽;治疗腮腺炎,可研末以蜂蜜调敷。用于跌打损伤,能散瘀止痛,可取鲜品加白酒捣烂绞汁,开水冲服,或捣敷。用于风湿筋骨痛,有祛风除湿和络作用,可与菝葜根、虎杖根同煎兑少许酒服。其利湿之功亦用于肾炎水肿、湿热黄疸,均可单味煎水服;治肾炎水肿又可与白茅根、车前草配用。此外,本品尚治秃疮、疥癣,研末油调敷或煎水洗。煎服,9—15 克。

实验研究:百两金根含生物碱、岩白菜素、紫金牛酸。

罗汉果

始载于《岭南采药录》。为葫芦科植物罗汉果 Momordica grosvenoril Swingle 的果实。秋季果实成熟时采收,烘干。

果实呈长椭圆形或球形,长约6—10厘米,直径5—7厘米。外表棕绿色或灰棕黄色,有深色斑块及黄色柔毛,有的有6—11条纵纹。顶端有花柱残痕,基部有果梗痕。果皮薄而脆,易碎,与果瓤易分离。果瓤淡黄色至淡棕色,质疏松。种子多数,椭圆形,长约1.5厘米,宽约1.2厘米,黄棕色,两面的中央均色淡,微凹,质硬,四周稍膨起,色较深,边缘有一深凹沟,将种子分为两层。种仁乳白色。气香,味甜。主产中国广西。

本品味甘,性凉。归肺、大肠经。功能清肺化痰,清暑止渴,润肠通便。主治肺热咳嗽、百日咳、淋巴结核、咽喉干痛、暑热口渴、肠燥便秘等病证。

治百日咳可与柿饼同用;淋巴结核,则配浙贝母、夏枯草、山慈姑等以清热化痰,解毒散结。治咽喉干痛,宜煎汤频频饮服;如泡水代茶,有润喉和保护声带的作用,并可作为夏令清暑解渴的清凉饮料。现已制成罗汉果糖浆、罗汉果冲剂,用于急慢性气管炎、扁桃体炎等病。煎服,9—15克。

实验研究:罗汉果果实含罗汉果甜素,系葫芦素烷型化合物,但味不苦而较甜。还含多量葡萄糖。

瓜子金

始载于《植物名实图考》。又名金锁匙、辰砂草。为远志科植物瓜子金 Polygala japonica Houtt. 的全草或根。中国大部分地区有分布。

本品味辛、苦,性平。功能化痰止咳,止血活血,安神,解毒。主治咳嗽痰多、咽喉肿痛、吐血、便血、崩漏、月经不调、跌打损伤、怔忡、失眠、痈疽肿毒、毒蛇咬伤等病症。

瓜子金化痰止咳,与远志类同,用治咳嗽痰多,可单味煎服;煎水兑以蜂蜜,可用治小儿百日咳。风热咽喉肿痛,则可配白花蛇舌草以清热利咽。其止血活血之功,既可用于吐血等出血之症,又可用以调经和治跌打损伤、均可研末内服,或捣烂绞汁服。跌打损伤还可用粉末酒调外敷;若外伤出血,则研末掺于创口。本品治怔忡、失眠,有宁心安神作用,可浓煎加单糖浆服。其解毒作用,用于痈疽肿毒、毒蛇咬伤,内服并可外用。如制成药酒内服,治骨髓炎、骨关节结核和多发性脓肿等,均有一定效果。治毒蛇咬伤,还可配半边莲、犁头草研末为丸服。煎服,15—30克;鲜品,30—60克。

实验研究:从瓜子金地上部分分离出皂甙,其水溶部分除有抑菌作用外,还有弱平喘作用和溶血作用,经酸解得皂甙元为2α,3α,24-三羟基齐墩果-12-烯-28-羧酸。根中含四乙酰基远志醇。

临床应用证明有镇静、安眠效果,其开花植株的根及地上部分的5%浸液均有溶血作用,根的溶血作用与远志根(全远志)的溶血作用相当。

柿霜

始载于《滇南本草》。为柿科植物柿 Diospyros kaki L.f. 的果实制成柿饼时外表所生的白色粉霜。

本品味甘,性凉。归心、肺、胃经。功能清肺润燥,化痰止咳。主治肺热燥咳、劳嗽咯血、咽喉干痛、口舌生疮、消渴,及肠风痔血等。一般多单用,每日早、晚以开水调服,或与其他药配作含化剂用。如《本草汇言》治痰火咳喘,以柿霜配瓜蒌霜、黄芩、天冬、青黛、海浮石、风化硝等蜜丸含化;《沈氏尊生书》柿霜丸治阴虚喉痛,以柿霜配硼砂、元参、天冬、麦冬、乌梅肉蜜丸含化等。冲服,3—9克。风寒咳嗽者忌服。

柿饼,别名柿干,亦供药用。功能止血,润大肠。对痔疮出血有便秘倾向者,及高血压,生食最宜。吐血、咯血,煎膏服。《丹溪纂要》治痰嗽带血,以柿饼饭上蒸熟,批开,掺青黛末,临卧食之,薄荷汤下。血淋、肠风下血,烧灰服之。近还用治甲状腺功能亢进,生食或煮熟食。用量15—30克。脾胃虚寒,大便溏薄者忌服。与蟹同食,令人腹痛泄泻。

实验研究:柿霜含甘露醇、葡萄糖、果糖、蔗糖。

毛大丁草

始载于《滇南本草》。原名小一枝箭,又名一枝香、白花一枝香、兔耳风。为菊科植物毛大丁草 Gerbera piloselloides (L.)Cass. 的全草。分布于中国江西、福建、广东、四川、云南等省。

本品味苦、辛,性平。归肺、脾、肝经。功能宣肺化痰,行气止痛,散瘀消肿,利尿,解毒。主治伤风感冒、咳嗽多痰、气滞胃痛、小儿疳积、痢疾、跌打损伤、小便淋沥不通、水肿、痈疖疔肿、毒蛇咬伤。

一般多单用水煎服。如伤风咳嗽,亦可配虎耳草同用。气滞胃痛,单用或用酒水各半煎服。治小儿疳积,则同鸡肝或猪肝同煮,去渣喝汤食肝。治痢疾可调入蜂蜜饭前服用。治跌打损伤、扭伤肿痛,单用或鲜品配百两金,酒水各半煎服。治水肿,与地胆草配用。治痈疖疔肿,鲜品捣汁服。煎服,15—30克。

实验研究:毛大丁草根含毛大丁草醛、毛大丁草酮、羟基毛大丁草酮、羟基异毛大丁草酮、环毛大丁草酮、去氢去氧环毛大丁草酮。

石仙桃

始载于《生草药性备要》。又名石上莲、石橄榄、石荚肉、果上叶。为兰科植物石仙桃 Pholidota chinensis Lindl. 的假鳞茎或全草。分布于中国福建、广东、广西、贵州、云南、湖南等省、区。

本品味甘、淡,性凉。功能润肺止咳,清热养阴,利湿。主治肺热咳嗽、肺结核咯血、胃火牙痛、阴虚喉痛、湿热浮肿、热淋、小便不利、小儿疳积、跌打损伤、慢性骨髓炎等。临床应用多以单味煎服。用治跌打损伤,鲜全草捣烂,加酒调敷患处。用于慢性骨髓炎,鲜品捣敷;或取假鳞茎干品,以淡米酒浸软磨汁,调开水外搽患处。此外,干品研粉外撒,用于外伤出血。煎服,9—15 克;鲜品,30—60 克。孕妇忌服。

松萝

始载于《神农本草经》。又名女萝、松上寄生、云雾草、老君须、天蓬草。为松萝科植物长松萝 Usnea longissima Ach. 或环裂松萝 U. diffracta Vain. 的丝状体。前者分布于中国内蒙古、吉林、黑龙江、辽宁、安徽、浙江、湖北、湖南、广东、海南、广西、四川、贵州、云南、西藏等省、区;后者分布于陕西、东北地区及长江以南各省、区。

本品味苦、甘,性平。有小毒。功能祛痰止咳,清热解毒,止血,通络。主治咳嗽痰喘、痰热温疟、胸膈痰癖积热、乳痈、瘰疬、水火烫伤、目赤翳障、创伤出血、风湿痹痛等病症。

用治慢性气管炎、肺结核之咳嗽痰多气喘,可单味煎服或配佛耳草、前胡、南沙参等同煎;也可用其提取物松萝酸钠口服。古方用治痰热温疟及胸膈痰癖积热所致的寒热、头眩、头痛,常配以催吐药瓜蒂、化痰药半夏等取吐以除痰热。本品治痈肿疮疡有清热解毒消肿之功,治乳痈、瘰疬、无名肿毒、创伤后感染,可单用研末敷,或与楤木根皮、细辛共研细末,水、酒调敷。治水火烫伤、慢性溃疡、宫颈糜烂、阴道滴虫、中耳炎等,可煎水洗,或用 1%—2%的松萝酸钠溶液冲洗。本品兼能清热平肝,临床用于目赤翳障,如急性结膜炎、角膜云翳,可煎汤服并煎水浴眼。治高血压病肝热重者,可与苦丁茶、佛耳草配伍应用。用于刀伤出血,可以本品研末掺于创口,或与半夏、白及、姜炭捣烂敷。治风湿痹痛多与桑枝、秦艽、续断、当归等同用,有祛风除湿,蠲痹通络之功。煎服,3—10 克。中虚胃弱者忌用。本品服用过程中,可有胃部不适或胃痛;也有转氨酶升高者;较长时间服用可影响视力。

实验研究:长松萝含巴尔巴地衣酸、右旋松萝酸、地弗地衣酸、拉马酸、地衣聚糖。环裂松萝含右旋松萝酸、地弗地衣酸、地衣聚糖、挥发油。

松萝酸有明显的抗菌作用,在试管内对肺炎球菌、溶血性链球菌、白喉杆菌、结核杆菌都有很强的抑菌作用;对金黄色葡萄球菌、百日咳杆菌、肺炎杆菌、大肠杆菌、变形杆菌亦有效;对痢疾杆菌、伤寒杆菌则无效。松萝酸与破伤风毒素或白喉毒素混合注射,或在毒素注射后 10 分钟内注射,可使小鼠耐受 2 倍的毒素致死量。对接种白喉杆菌的豚鼠,松萝酸也有明显的保护作用。松萝酸对阴道滴虫也有抑制作用,口服对羊的血吸虫、肝片吸虫有杀灭作用,肌内注射则效更好。对部分肝切除的大鼠,喂食松萝酸有促进肝再生的作用。松萝酸能降低离体大鼠横膈对葡萄糖的利用及其糖元含量,静注松萝酸钠可使麻醉猫血糖升高,氧耗增加,体温升高。右旋松萝酸对离体豚鼠、蛙心有抑制作用,对离体兔耳有扩张血管作用,对离体兔肠有松弛作用,并能对抗乙酰胆碱、氯化钡引起的痉挛,对兔、牛的子宫、支气管及肠管亦有松弛作用。右旋松萝酸敷贴于皮肤可致过敏性皮炎。

无患子

始载于《本草拾遗》。又名木患子、油患子、肥珠子、油珠子、洗手果。为无患子科植物无患子 Sapindus mukorossi Gaertn. 的种子。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味苦、微辛,性寒。有小毒。功能清热利咽,祛痰止咳,杀虫。主治咽喉肿痛、单双喉蛾、肺热咳嗽、哮喘、疳积以及癣疾、滴虫性阴道炎等。

本品为喉痹要药,治咽喉肿痛、单双喉蛾,可配玄明粉、梅片,研末吹喉;重症亦可加麝香少许。用治肺热咳嗽,咯痰不利,本品配桑叶、枇杷叶等清肺化痰药同煎服;用于哮喘,无患子煅存性研末服;食滞疳积,无患子煨熟食之。外治厚皮癣,无患子水煎加醋,趁热洗患处。治疗滴虫性阴道炎,无患子煎成浓液,温开水稀释后,灌洗阴道。煎服,6—15 克;研末服,1.5—6 克。孕妇慎用。本品有毒,如服后发现恶心、呕吐等中毒症状时,可内服鸡蛋清、面糊。

无患子皮,味苦,性平。有小毒。功能清热化痰,止痛消积。主治喉痹肿痛、心胃气痛、虫积食滞。

实验研究:无患子核壳含油 0.62%,核仁含油 42.38%。

果实含无患子皂甙 A、B、C、D、E 等,甙元为常青藤甙元。尚含芸香甙、鞣质、大量维生素 C,豆甾醇及其 β-D-葡萄糖甙、β 香树脂醇等。

所含皂甙有较强的溶血作用。长期给家兔口服可降低实验性高胆固醇血症的血清胆固醇含量,增加卵磷脂,并可降低血压;有杀死蚊蛹的作用。自无患子中分离得常青藤皂甙元,具有抗炎活性,抑制毛细血管通透性和具镇痛作用,但需注射才有效。

王瓜子

始载于《药性论》。又名土瓜子、赤雹子。为葫芦科植物王瓜 Trichosanthes cucumeroides (Ser.) Maxim. 的种子。主产于中国浙江；原植物分布于长江以南各省、区。

本品味酸、苦，性平。归肺、脾经。功能清热润肺，凉血止血，化痰散结，止痛。主治肺痨咯血、吐血、衄血、便血、黄疸、瘰疬结核、目赤涩痛、筋骨挛痛等。

用于肺结核咯血，可与百部、贝母、栀子、麦冬等煎服；若心肺伏热所致之吐血、衄血，可单用本品炒研后空腹服；《指南方》与生地黄、黄连配伍蜜丸服，治大肠下血有效。本品能凉肝脾而治黄疸，可微炒后煎汤服，或加茵陈、秦艽等清利湿热药同用，其效更佳。若痰热阻遏中州，胃失和降而致反胃吐食，《丹溪纂要》将本品烧存性入枣肉，合平胃散同服。王瓜子又擅化痰散结，故治气火郁结所致的瘰疬、痰核。如《海上方》治结核痰注，即用本品与天南星、白僵蚕、白附子、连翘、天冬等配用；若结核延生不绝，此起彼伏，则加入全蝎；结核生于两腋者，可加入牡蛎粉；流至下部者，加牛膝、萆薢；如破溃有脓血，则去僵蚕、南星、白附子而加黄芪、白术、茯苓等益气之品。本品配槐花、赤芍能治风热上攻之目涩赤痛。烧存性研末酒服，则用治筋骨拘挛疼痛。煎服，3—9 克。

实验研究：王瓜果实含β胡萝卜素、番茄烃、豆甾－7－烯－3β－醇和α菠菜甾醇。

种子含脂肪油约 15.6%，油中含栝楼酸。又含γ－胍基丁酸、α,β－二氨基丙酸、精氨酸等多种氨基酸以及豆甾醇等。

乌蛇胆

始载于《本草纲目》。又名蛇胆。为游蛇科动物乌梢蛇 Zaocys dhumnades (Cantor) 的胆囊。原动物分布中国浙江、江苏、安徽、江西、福建、广东、广西、湖南、四川等省、区。

本品味苦、微甘，性凉。功能清热解毒，豁痰镇惊，明目。主治痰热惊厥、热病发狂、肺热咳喘、百日咳、目睛赤痛及皮肤疮疡等。

本品用治痰热惊厥有清热豁痰定惊之功，可以与胆南星、黄连、川贝、琥珀等同用，如热甚发狂，则可配巴霜、黄连、寒水石、朱砂、全蝎等清热泻火镇惊之品。本品又能治心脾积热之木舌肿胀，单味焙干研末，敷舌上，使涎吐出而瘥。近用于治疗肺热咳喘、百日咳，配川贝制成散剂用，名蛇胆川贝散；也可与陈皮同研为散用，即蛇胆陈皮散。蛇胆且能清肝明目，如目睛赤痛、视物模糊，可浸酒服或吞服。也可用蛇胆汁制成眼药水滴眼。如兑酒服可治皮肤热毒及痱子痒痛；与麻油调匀涂搽，则可治内外痔疮，红肿疼痛。多入丸、散用，研末服，0.05—0.1 克。

挂金灯

始载于《神农本草经》，原名酸浆实。又名洛神珠、金灯笼、天泡果、锦灯笼。为茄科植物酸浆 Physalis alkekengi L. var. franchetii (Mast.) Makino 带宿萼的果实。主产于中国吉林、河北、山东、江苏、浙江、安徽等省。

本品味酸、甘，性寒。归肺、肾经。功能清肺化痰，利咽消肿，利尿。主治肺热痰咳、咽喉肿痛或有溃疡、音哑、小便不利、天疱疮、湿疹等。

用于肺热咳嗽，痰多黄粘，可与瓜蒌、黄芩、知母等清肺化痰药同用。治咽喉肿痛、音哑或有溃疡，可配甘草水煎服，亦可用本品研末加冰片少许，吹喉。治小便不利，水肿，可与车前草、西瓜皮等同用。如系尿结石，则可配龙胆草、红茯苓、香樟根、车前草同煎服。此外，用鲜品捣烂外敷，或干品研末油调敷，可治天疱疮、湿疹。煎服，4.5—9 克。非热证咽痛及孕妇忌用。

实验研究：酸浆果实含柠檬酸、草酸、维生素 C，并含类胡萝卜素成分酸浆果红素。又含酸浆甾醇 A 及 B。

果实鲜汁在体外对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌等有抑制作用。

铁包金

始载于《岭南采药录》。又名老鼠耳、乌龙根。为鼠李科植物细叶勾儿茶 Berchemia lineata (L.) DC. 的根。产于中国福建、广东、广西等省、区。

本品味苦、涩，性平。功能祛痰止咳，散瘀定痛，止血消肿。主治肺痨久咳、痰喘、跌打瘀痛、风湿痹痛、头痛、鼻衄、胃出血、紫癜、瘰疬、疳积。

临床用于肺痨久咳，可与穿破石、杏仁、川贝母等同用；如肺燥咳血，更可配百合、紫菀、白及、阿胶等以润肺化痰、止血。对于老年慢性支气管炎的久咳气喘单用本品制成糖浆服用，也有明显的效果。用于跌打瘀痛、风湿痹痛、胸胁痛、头痛等，内服或外搽。如脑震荡头痛，可用铁包金配钩藤、川芎、白芷煎服。用于多种出血症，如鼻衄、胃出血、血小板减少性紫癜等，可与白茅根、白及、紫珠草等止血药伍用。本品如与夏枯草、铁线草同用，可治瘰疬结核。临床报道小儿疳积、胃纳呆滞，用铁包金全草煎服，有一定健胃消食作用。此外，本品煎水内服并外洗，可治荨麻疹。煎服，30—60 克。

实验研究：老鼠耳根含槲皮素、芸香甙、β谷甾醇。

蛇根草

又名雪里梅、雪里开花。为茜草科植物蛇根草 Ophiorrhiza japonica Bl. 的全草。分布于中国长江以南大部分地区。

本品味淡，性平。功能清肺化痰，活血散瘀。主治慢性气管炎、虚劳咳血、月经不调及跌打扭伤等病症。用于慢性气管炎咳喘，可单味水煎服。如属劳伤咯血，可与杏香兔耳风、抱石莲等同用。用于妇女痛经，可配当归、大蓟、大血藤等煎服。用于跌打扭伤，以水煎汁，兑入适量黄酒内服，同时另以本品和醋捣烂外敷。此外，本品内服尚可用于风湿筋骨疼痛、大便下血及流火等。煎服，9—15克。

实验研究：蛇根草全草含哈尔满、无羁萜、β谷甾醇。

盐麸子

始载于《开宝重定本草》。又名盐肤子、叛奴盐、木附子。为漆树科植物盐肤木 Rhus chinensis Mill. 的果实。原植物中国除东北、内蒙古和新疆外，其余省、区均有分布。

本品味酸，性微寒。功能清热润肺，止咳化痰，涩肠敛汗。主治咳嗽咯血、咽痛喉痹、久痢、盗汗、遗精、痈疮溃烂、顽癣等。

治肺虚久咳痰少、咳血、潮热，本品研末服或与地骨皮煎服。治咽痛喉痹，可与冰片研为极细末，吹喉。盐麸子酸涩收敛，煎服可治久痢、盗汗，也用于遗精滑泄。若痈疮溃烂久不收口，盐麸子研末麻油调搽。治皮肤顽癣，则配王不留行同研调搽。此外，本品还可用于女子阴道滴虫病引起的阴痒、带下，可与苦参、嫩桃枝煎水熏洗或坐浴。煎服，9—15克。

实验研究：盐肤木果实含鞣质50%—80%，主为五间双没食子酰-β-葡萄糖，尚含有游离没食子酸2%—4%及脂肪、树脂、淀粉。又含苹果酸、酒石酸、柠檬酸等。

半夏

始载于《神农本草经》。又名三步跳、地茨菇、野芋头、麻芋果。为天南星科植物半夏 Pinellia ternata (Thunb.) Breit. 的块茎。夏、秋两季均可采挖，秋季采者粉性充足，外皮薄。采得后洗净泥土，除去外皮及须根，晒干或烘干，药材称"生半夏"。因生品有毒，用前多经炮制，药材称"制半夏"，有法半夏、姜半夏等。

生半夏呈类球形、扁球形或稍偏斜，纵剖者呈肾形，直径0.8—1.5厘米。表面白色或浅黄色，未去净的外皮呈黄色斑点。上端多圆平，中心有凹陷的茎痕，周围密布棕色凹点状的根痕；下端钝圆，较光滑，质坚实，致密，断面白色，富粉性。味辛辣，嚼之发粘，麻舌而刺喉。法半夏表面乳白色，味淡。姜半夏颗粒较小，灰黄白色，半透明，角质，味微辛。主产于中国四川、湖北、河南、贵州、安徽等省；此外，湖南、江苏、浙江、江西、云南、山东等省亦产。

本品味辛，性温。有毒。归脾、胃经。功能燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结。主治痰湿痰饮所致的咳喘痰多、呕吐、反胃、呃逆、胸膈胀满、痰厥头痛、眩晕不寐、瘿瘤痰核、痈疡肿毒。

本品具温燥之性，燥可去湿，故为燥湿祛痰之要药，用于脾不化湿，痰涎壅滞的咳嗽气逆等症，常与橘红、茯苓等药配伍，方如二陈汤。若兼有寒象，痰多而清稀者，可配合温肺化饮之品，如干姜、细辛等；若兼有热象，痰稠色黄者，则需与清热化痰药同用，如瓜蒌、黄芩等。本品既能燥湿化痰，又能降逆和胃，用治胃气上逆而致的恶心、呕吐、反胃、呃逆每有良效。治水饮停于心下，呕吐不渴者，常与生姜同用，方如《金匮要略》小半夏汤；属胃反呕吐者，可配人参、白蜜，方如大半夏汤；属胃热呕吐者，则宜配伍黄连、竹茹等品；如为妊娠呕吐，每与苏梗、砂仁等理气和胃止呕之品配用。由于本品有辛散消痞、化痰散结之功，所以又可治疗痰热互结所致的结胸证，常配伍瓜蒌、黄连等品，方如《伤寒论》小陷胸汤。其为气郁痰结，咽中如有物阻的梅核气证，无热象者，常与厚朴、苏叶、茯苓等药同用，方如半夏厚朴汤。治疗瘿瘤痰核，又需与昆布、海藻、浙贝等软坚散结之品同用。此外，本品能燥湿和胃，与秫米配伍，可用于胃不和而卧不安之症，方如《灵枢·邪客篇》半夏秫米汤。治痰厥头痛或痰湿眩晕者，常与天麻、白术等配伍，方如《脾胃论》半夏白术天麻汤。治老人虚寒大便秘结或寒湿久泻，又可与硫黄配伍，方如《和剂局方》半硫丸。半夏外治痈疽疮毒有散结、消肿、止痛的功效，如《肘后方》治痈疽、发背、乳疮，用半夏研末，鸡蛋清调敷患处。半夏末水调涂敷跌打损伤，能散瘀消肿。煎服，3—9克。宜制过用，生者一般不作内服。一切内出血及阴虚燥咳、津伤口渴者忌服。反乌头。服半夏而有咽干、舌麻等毒性反应时，可饮姜汤缓解。

半夏曲，为半夏末加面粉、生姜等制成的曲剂。味苦、辛，性平。功能化痰止咳，消食积，治泄泻。煎服，6—9克。

实验研究：半夏含左旋麻黄碱、胆碱、β谷甾醇及其葡萄糖甙、多种氨基酸和挥发油、脂肪油等。又含原儿茶醛和外源凝集素。

生半夏、姜半夏或明矾半夏给猫灌胃，有镇咳作用，给鸽或狗灌胃，有中枢性镇吐作用。镇吐的有效成分，有人认为是生物碱，也有人认为是氨基酸类或葡萄糖醛酸者。生半夏及漂、姜或蒸半夏喂饲豚鼠，均可使声音嘶哑以至失音，亦可引起鸽的呕吐，但矾浸半夏混悬剂及生半夏煎剂无上述反应。对小鼠口服后引起死亡作指标，则生半夏混悬剂毒性最大，漂、姜浸及蒸制者毒性依次降低，矾浸及煎剂毒性最低。因此，半夏的止吐、镇咳成分可溶于热水，而刺激咽喉失音及呕吐等毒性成分，难溶于水，不能因蒸、漂或姜浸而破坏，但可被矾浸解除其毒性。毒性成分不耐热，生半夏必须煎服，动物实验中还有降低眼内压及抗癌作用。长期口服，少数患者出现肝功能异常和血尿。

天南星

始载于《神农本草经》。原名虎掌，又名南星、蛇包谷。为天南星科植物大南星 Arisaema erubescens (Wall.) Schott.、异叶天南星 A. heterophyllum Blume、东北天南星 A. amurense Maxim. 等的块茎。秋、冬两季采挖，去掉茎苗及须根，刮去外皮或用筐撞去外皮，个大者切片，晒干或烘干。

块茎呈扁圆形，直径1.5—6厘米。表面淡黄色至淡棕色，一般较光滑。顶端中心有凹陷的茎痕，异叶天南星块茎茎痕凹陷较深。周围有麻点状根痕，大南星块茎根痕大而不明显；异叶天南星块茎有一圈1—2列显著的根痕；东北天南星块茎根痕细而不整齐。周边偶有少数凸起的侧芽。质坚硬，不易破碎，断面不平坦，白色粉性。气微辛，味麻辣。天南星块茎主产于中国陕西、甘肃、四川、贵州、云南等省；此外，安徽、浙江、湖南、湖北、广西、河北等省区亦产。异叶天南星块茎产于湖北、湖南、四川、贵州、河南、安徽、江苏、浙江、江西等省。东北天南星块茎主产于辽宁、吉林、山东、河北等省。

本品味苦、辛，性温。有毒。归肝、肺、脾经。功能祛风定惊，化痰散结。主治中风痰涎壅盛、口眼㖞斜、半身不遂、手足麻痹、风痰眩晕、头痛、癫痫、破伤风、小儿惊风、痈肿疮疡、痰瘤结核、跌打损伤。

本品既能祛风，又能化痰，故前人称其为"祛风痰"之药。用于中风昏仆，痰涎上壅，口眼㖞斜，半身不遂，手足麻痹等由于风痰阻络所致者，古方常配生附子、生川乌、生木香，如《和剂局方》三生饮；口眼㖞斜，也可用本品研末，姜汁调摊纸上贴患侧，如《杨氏家藏方》天南星膏。眩晕由于风痰上扰而成者，常配天麻、菊花等平肝熄风药同用。头痛因于风痰而痛不可忍者，配茴香为丸服，如《魏氏家藏方》上清丹。南星不仅能祛风化痰，且有镇静止痉作用，故可用治癫痫、破伤风、小儿惊风诸症。用于癫痫，配全蝎、僵蚕、半夏等祛风化痰药，如成药医痫无双丸。因惊而神不守舍，痰迷心窍，恍惚健忘，举止失常者，用本品化痰，配朱砂、琥珀等镇心安神，如《和剂局方》寿星丸。治破伤风，牙关紧急，身体强直，角弓反张者，可与天麻、防风、白芷、羌活、白附子等祛风止痉药同用，如《外科正宗》玉真散。小儿惊风，风痰上壅，手足抽搐，心神不安者，配朱砂共研末，荆芥汤送下，如《普济方》坠涎散。

本品性温燥，亦可施治湿痰为患诸证。用于湿痰壅肺，咳嗽痰多，胸膈胀闷，可配半夏、陈皮、枳实。湿痰阻络，臂痛时甚时微者，可配苍术、生姜。病属风湿痹症，肢体疼痛麻木者，可配苍术、威灵仙、桂枝、防己等，如丹溪上中下痛风方，有祛风活络，除湿止痛之功。本品兼可外用，如痈疽、疔疮初起时，配以清热解毒药，制成散剂或膏剂涂敷，如金黄散。痰瘤结核，软硬不等，痛痒不一，以及毒蛇咬伤等，均可用鲜品研烂或用干品研末醋调敷。跌打损伤，配半夏、降香各适量，研末敷。现代用治腮腺炎肿痛，取生南星研末，醋浸3—5日后涂患处，能消肿、除胀。亦有用本品治疗宫颈癌者，口服以鲜品煎汤代茶；局部用药，以本品制成栓剂覆盖癌灶上。煎服，3—9克。一般多炮制后用。阴虚燥痰忌服；孕妇慎服。内服本品中毒，可使咽部灼热作痒，红肿，严重者可致窒息，呼吸停止。解救方法，服稀醋或鞣酸；或服浓茶、蛋清等。如呼吸困难须给氧气。皮肤与鲜南星接触而发生瘙痒肿胀者，速用清水或稀醋洗之。

实验研究：天南星块茎含三萜皂甙、苯甲酸、淀粉、氨基酸等；又含D-甘露醇。东北天南星块茎含皂甙、淀粉及一种刺激性辛辣物质。

动物实验证明有镇静、镇痛作用，能降低士的宁、戊四氮唑和咖啡碱所致惊厥率，但不能消除电休克发作。煎剂对家兔有祛痰作用，可能与其中所含皂甙有关，鲜天南星提取液对 Hela 细胞有较强的抑制作用，能抑制小鼠移植性肿瘤，其中所含的D-甘露醇可能是抗癌有效成分。根茎生食有强烈的刺激作用，口腔粘膜轻度糜烂，咽喉烧灼感，口舌麻木、水肿、流涎、张口困难，严重者可致窒息，甚至还可引起神经智力发育障碍。

白附子

又名禹白附、牛奶白附、鸡心白附、野芋、疗毒豆。为天南星科植物独角莲 Typhonium giganteum Engl. 的块茎。9—10月间采挖，除去残茎及须根，撞去或用竹刀削去外皮，用硫黄熏1—2次，晒干。

块茎呈椭圆形或卵圆形，长1.5—5厘米，直径1—3厘米，上端有茎痕或芽痕。表面白色或黄白色，有环纹及点状根痕。质坚实而重，难折断，断面类白色，有粉性。无臭，味淡，麻辣刺舌。主产于中国河南、甘肃、湖北等省；此外，山西、河北、四川、陕西等省亦产。四川所产白附子药材，多不去皮，斜切成片，用姜汁浸蒸后，晒干。呈卵圆形片状，厚约0.3—0.7厘米；表面被棕色薄膜状鳞叶，切面白色。

本品味辛、甘，性大温。有毒。归胃、肝经。功能祛风痰，定惊痫，散结消肿，解毒。主治中风口眼㖞斜、小儿惊风、癫痫、痰厥头痛、偏头风痛、破伤风、瘰疬结核、毒蛇咬伤等。

用于中风口眼㖞斜，半身不遂，本品可与白僵蚕、全蝎配用，现亦用治面神经麻痹症。用于小儿惊风，昏迷抽搐，生白附子、生半夏、生南星共研细末，猪胆汁和丸，薄荷汤送服，得呕吐痰涎即愈，如《全幼心鉴》三生丸；若风痰癫痫，时发抽搐者，更可配蜈蚣、全蝎、朱砂等熄风、镇痉药同用。本品治痰厥头痛，常与川芎、羌活、白芷、细辛等祛风止痛药同用；治偏头风痛，配白芷、猪牙皂角研服。用于破伤风，牙关劲强，角弓反张，本品与防风、天麻、羌活、白芷、南星等搜风逐痰药配用，除研末口服外，亦可取

药末掺破伤处。用于瘰疬结核，鲜白附子捣烂敷涂局部。治毒蛇咬伤，白附子磨汁内服，并外敷伤口。此外，本品还可用于阴囊湿疹，可与羌活、白蒺藜、黄芪等研末内服。一般湿疹瘙痒，可用白附子研末，蜂蜜调敷。本品辛温燥烈，有燥血耗气之弊，对于血虚生风，内热生惊等证及孕妇均忌服。煎服，3—6克；研末服，0.5—1克。宜炮制后用，生品慎服。

实验研究：块茎含粘液质、草酸钙、蔗糖、皂甙、β谷甾醇及其葡萄糖甙、肌醇。

动物试验有抗结核作用。

化橘红

始载于《识药辨微》。又名化州橘红、化州陈皮、柚皮橘红。为芸香科植物化州柚 Citrus grandis (L.) Osbeck var. tomentosa Hort. 或柚 C. grandis (L.) Osbeck 的未成熟外层果皮。7—8月果皮呈青色时采摘果实，置沸水中烫后，捞起，稍晾，再用刀将皮纵割成七角、六角、五角等星形或柳叶形，剥下外层果皮，除去部分白色中果皮，烘干或晒干。再以水软润，对折，最后用木板压平，扎成小把，烘干。化州柚果皮药材习称"毛橘红"；柚的果皮药材习称"光橘红"。

化州柚果皮割成七角星状称"七爪橘红"，五角星状称"五爪橘红"，单片呈柳叶形，称"尖化红"。完整者展平后呈星形，直径14—20厘米，厚2—3毫米。外表面黄绿色或棕黄色，密布柔毛，粗糙，有皱纹及密布的小形油点；内表面黄白色，有点状或线状突起的脉络纹（维管束）。质脆，易折断，断面不整齐，略纤维性，外侧有油点，内侧稍疏松柔软有弹性似海绵状。气微香，味苦。

柚果皮表面黄绿色或黄棕色，无毛。两者均主产于中国广东、广西等省、区；此外，四川、湖南、湖北、浙江等省亦产。

本品味苦、辛，性温。功能燥湿化痰，理气，健胃。主治咳喘、呕吐、噎膈、胃痛、疝气痛。

本品偏于温燥，燥湿化痰之力较胜，故凡寒痰、痰湿所致的咳嗽、喘息，痰多粘稠难出，胸膈胀闷者，用之为宜，可与半夏、茯苓、杏仁、苏子等配用。《丹溪心法》用治膈间有痰而兼咳嗽之偏热者，则与黄芩、黄连、半夏、南星配用，方如润下丸。本品又能理气健胃，故气滞腹胀、消化不良、呃逆、噎膈之症，亦多用之。如食积停滞，可配山楂、神曲、鸡内金等消食化滞之品；女子妊娠呕恶，口淡乏味，不思饮食者，可配白术、苏叶、生姜等以健脾和中止呕；噎膈之症，由痰湿气郁痹阻胸膈而饮食不下，用本品能理气快膈，可配郁金、砂仁同用；若病延日久，瘀血内结，上下不通，饮食格拒，大便干结如羊屎者，则可配乳香、没药、辰砂等活血化瘀药同用。化橘红尚有行气止痛之效，开水泡服或煎服，可治胃痛和疝痛。此外，《良方集要》将本品参入胆南星、琥珀、菖蒲、全蝎等豁痰、定惊、开窍药中，用以治疗癫痫，也是取其化痰的作用。煎服，3—9克。阴虚燥痰者不宜服用。

实验研究：化州柚果皮含挥发油0.3%—0.9%，主要成分为柠檬醛、牻牛儿醇、芳樟醇、邻氨基苯甲酸甲酯。果皮还含柚皮甙、枳属甙、新橙皮甙等黄酮甙。

柚皮甙有抗炎作用。甲醛性大鼠足踝浮肿，在注射柚皮甙后可减轻，此又与毛细血管通透性的改变有关。它还能增强维生素C的作用。其所含黄酮类的作用与右旋糖酐40相似，降低血小板聚集，增进血液浮悬的稳定性及增快血流。柚皮甙对小鼠的病毒感染（Ectromelia）及X线全身照射，有某些保护作用。

白前

始载于《名医别录》。又名石蓝、嗽药。为萝藦科植物柳叶白前 Cynanchum stauntonii (Decne.) Schler. ex Lévl. 及芫花叶白前 C. glaucescens (Decne.) Hand. - Mazz. 的根茎及根。春、夏两季采挖，拔起全株，割去地上部分，洗净，晒干，习称"白前"。如将节部的须根除去，单用根茎，习称"鹅管白前"。全株洗净晒干入药习称"草白前"。

柳叶白前根茎呈细长圆柱形，有分枝，稍弯曲，长4—15厘米，直径1.5—4毫米。表面黄白色、黄棕色至深棕色，平滑或有纵皱纹。顶端有残留的地上茎，呈灰绿色，节明显，节间长2—4厘米，节上簇生纤细弯曲的根，长达10厘米，直径约1毫米，有多次分枝呈毛须状，常互相交织成团。质轻脆，易折断。断面白色，中空。气微，味微甜。主产中国浙江、安徽、福建、湖北、江西、湖南、广西等省、区。

芫花叶白前根茎呈圆柱形，较短小或略成块状，表面灰绿色或淡黄色，节间较短，长1—2厘米，或密集。质地坚硬，折断面髓腔较小。节上簇生须根，长5—15厘米，直径约1毫米，少分枝。质脆，易折断。主产中国安徽、江苏、湖南等省。

本品味辛、甘，性微温。归肺经。功能降气化痰止咳。主治痰涎壅肺，肺气失降之咳嗽气喘，喉中痰鸣等病症。

如《梅师集验方》以一味白前捣末，温酒调服，治久患咳嗽，喉中作声，不得眠。《深师方》白前汤，以本品配紫菀、半夏、大戟煎服，治体肿短气胀满，昼夜倚壁不得卧，常作水鸡声者。若用于外感风寒之咳嗽，本品可配荆芥、紫菀、桔梗、百部、陈皮、甘草等药以疏表宣肺，止咳化痰，如《医学心悟》止嗽散。如为寒痰壅膈而痰咳气喘者，可配麻黄、紫菀、半夏。本品性虽微温，但温而不燥，故《近效方》疗久咳兼唾血者，用本品配桑白皮、桔梗、甘草；如配以沙参、川贝、百部等清肺化痰药，则可用治百日咳。张山雷亦谓："白前治嗽，亦不专于散寒一面，即痰火气壅，上逆咳嗽，亦能定之。"煎服，5—10克。阴虚火旺与

肺虚喘咳者慎用。

实验研究：芫花叶白前含白前皂甙A、B、C、D、E。

旋覆花

始载于《神农本草经》。又名金钱花、金钱菊、金沸花、全福花。为菊科植物旋覆花 Inula japonica Thunb.或欧亚旋覆花 I. britanica L.的头状花序。8—9月花开放时采收，阴干或晒干。

头状花序呈扁球形或类球形，直径1—2厘米。总苞由多数苞片组成，作覆瓦状排列成4—5层，苞片披针形或条形，淡灰黄绿色，长4—11厘米。总苞基部有残留的花梗，苞片及花梗表面均被白色茸毛。花序外层为一列舌状花，单性，花冠淡黄色，长约1厘米，先端3齿裂，多卷曲，常脱落；向内为多数管状花，两性，花冠棕黄色，长约5毫米，先端5齿裂。子房圆柱形，顶端有多数白色的冠毛，长约5毫米。有时可见椭圆形小瘦果，表面有棱及白色短毛。质柔软，易散碎。气微，味微苦，有清凉感。主产于中国河南、江苏、河北、浙江、安徽及东北地区；此外，内蒙古、陕西、甘肃、山东、湖北、湖南、四川等省、区亦产。

本品味苦、辛、咸，性温。归肺、胃、肝经。功能消痰化饮，降气止呕，软坚，利水。主治咳喘多痰、呕逆、嗳气、胸满胁痛、半产漏下、大腹水肿。

病由痰浊阻肺而致的咳喘痰多气逆者均可用。如属寒痰，配苏子、半夏；热痰配桑白皮、瓜蒌；顽痰胶结，粘稠难咯，胸中满闷，合海浮石同用。外感风寒，痰涎内伏，恶风，头目昏痛，咳嗽多痰者，可与荆芥、前胡等同用。如咳喘较甚者再伍麻黄，兼夹寒饮者配细辛。胃气虚弱，痰浊阻中，痰气上逆，胃脘痞硬，嗳气频作，呕吐涎沫，常与代赭石、半夏、生姜、人参、甘草等降逆止呕药同用，如《伤寒论》旋覆代赭汤。本品又能入肝以行气血，如《金匮要略》旋覆花汤，治气血郁滞，肝脉瘀阻而胸闷胁痛，喜重捶、热饮的肝着以及妇人半产漏下，即以本品配伍葱白、新绛(现无此药，可改用茜草)，以共奏行气和血之效。《神农本草经》云旋覆花能"除水"，具有轻度利水作用，如《本草汇言》治痰饮留闭，小便不利者，用以捣汁和酒服；《滇南本草》治腹满水肿者，与鲤鱼煮服等。本品辛散苦燥，阴虚劳嗽，风热燥咳者不宜，煎服，5—10克，布包入煎，以免绒毛刺喉作痒。

实验研究：花含蒲公英甾醇、黄酮等。提取物有升高动物血压(静脉注射)的作用，与拟交感物质类似。给兔连续注射5日，利尿作用不明显，所含黄酮对豚鼠有解除支气管痉挛的作用。

旋覆花地上部分含旋覆花素、去乙酰旋覆花素等。

金沸草

始载于《神农本草经》。又名白芷胡、旋覆梗、黄花草、黄柴胡、毛柴胡。为菊科植物旋覆花 Inula japonica Thunb.或欧亚旋覆花 I. britanica L.的茎叶。中国大部分地区有产。

本品味辛、苦、咸，性温。入肺、胃、肝经。功能疏风化痰，解毒消肿。主治风寒感冒、咳嗽、痰饮咳喘、胁下胀痛、疔疮肿毒等病症。风寒感冒，可与麻黄、荆芥配伍，加强解表散寒作用。风寒咳嗽，可配杏仁、紫菀、款冬花等药，共奏宣肺散寒、止咳化痰之效。湿痰咳嗽，可与半夏、陈皮等同用。本品尚有舒筋活血、解毒消肿作用，捣烂外敷，可用于跌打损伤、汤火伤及一切疔疮肿毒。煎服，6—10克。

白芥子

始载于《新修本草》。又名辣菜子。为十字花科植物白芥 Sinapis alba L.的种子。主产于中国安徽、河南、山东、江苏、四川、河北、陕西、山西等省。

本品味辛，性温。归肺、胃经。功能温肺豁痰，利气散结，通络止痛。主治寒湿痰饮留滞于脏腑经络所致诸病证。

若寒痰壅滞之咳喘胸闷，本品与苏子、莱菔子等降气化痰药同用，如《韩氏医通》之三子养亲汤。若痰饮留著胸胁而成悬饮，症见胸胁胀闷，咳唾引痛，或咳逆喘促，不能平卧者，本品配大戟、甘遂等同用以化痰逐饮，如《三因方》控涎丹。若寒痰留滞经络而发为阴疽、流注、鹤膝风等阴寒之证，可配熟地、鹿角胶、麻黄、肉桂等温散解凝药，如《外科全生集》阳和汤。痰滞经络，臂痛牵引背胛，或似瘫痪，可配木鳖子、没药、桂心、木香等药为末，温酒调服，如《妇人良方》白芥子散。此外，本品亦可外用。如治小儿乳食积滞成癖，《本草权度》单用本品研末水调，摊膏贴之；治肿毒初起，《濒湖集简方》研末醋调外敷；治膝部肿痛，而神经麻痹，研末用酒调敷；治淋巴结核，配葱头捣成泥膏外敷；治扭挫伤疼痛，捣研外敷等，亦皆取其化痰散结，温经消肿，通络止痛之功。煎服，3—10克。不宜久煎。久嗽肺虚，阴虚火旺者忌用。本品有刺激性，外敷能发泡，凡患有皮肤过敏者以及粘膜部位，皆不可外用。

实验研究：种子含白芥子甙、脂肪油、芥子酶、芥子碱、蛋白质和粘液质。

白芥子甙经芥子酶水解，产生白芥子油，其成分为异硫氰酸对羟基苄酯，酸性硫酸芥子碱和葡萄糖。

异硫氰酸对羟基苄酯在水溶液特别是在碱性液中不稳定，分解为对羟基苯甲醇和硫代氰酸盐。

酸性硫酸芥子碱在碱性溶液中进一步水解生成芥子酸和胆碱。

白芥子油能刺激皮肤，引起潮红，疼痛，充血，时间稍长可发生水泡。白芥子内服可催吐、祛痰，过量可致胃肠炎，并发生下痢、疝痛等症状。

皂荚

始载于《神农本草经》。又名皂角。为豆科植物皂荚 Gleditsia sinensis Lam. 的不育果实或成熟果实。成熟果实称大皂荚。供药用的多为不育果实，药材称猪牙皂。秋季摘取果实，晒干。

不育荚果呈镰刀形，长 4—12 厘米，宽 0.5—1.2 厘米，厚 0.3—1 厘米。表面紫棕色或紫褐色，外被灰白色蜡质粉霜，擦去后有光泽，见有细小疣状突起及淡黄色线状或网状裂纹。顶端有鸟嘴状花柱残基，腹缝线突起呈棱脊状，基部有果梗残痕。质坚脆。断面长圆形，外层革质，棕黄色，中间黄白色，中心较软，有淡绿色或淡棕黄色的丝状物与斜向网纹。纵剖面可见有整齐的凹窝，偶见发育不全的种子。气微，有刺激性，味先甜而后辣。主产于中国四川、山东、陕西、湖北、河南；此外，河北、贵州、云南等省亦产。

本品味辛，性温。有小毒。归肺、肝、大肠经。功能祛痰，开窍，杀虫。主治痰壅咳喘、喉痹、中风、癫痫、食滞胀满、便秘及痈肿、癣疥等。《金匮要略》皂荚丸，治咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，即以皂荚研末蜜丸，用枣膏和汤送服。现代临床有以皂荚配麻黄、猪胆汁制成片剂，以治慢性气管炎之咳喘痰多者，取本品祛痰之功，协助麻黄以加强止咳平喘的效果。本品用于喉痹属急性而痰浊壅滞者，急用皂荚以祛除痰浊，使喉痹开而呼吸得以通畅。庞安时《伤寒总病论》记载治急喉痹的黑龙膏，即以大皂荚、人参、甘草末等浓煎如饧，温酒化服，或涂于喉内，以使痰涎流出；亦可单用皂荚末涂喉部，并用醋调皂荚末外敷项下。本品味辛而走窜，善能开关通窍。中风、癫痫、痰厥昏迷者，以皂荚或配细辛研末，吹鼻取嚏；或配明矾为散，调灌取吐而祛风痰。前者名通关散，后者称稀涎散，都是临床救急的方剂。此外，皂荚与枳实、白术配伍，可用于宿食不消，脘腹胀满。现代有用皂荚、细辛为末，加蜂蜜制成的肛门栓剂，用于治疗便秘及轻症动力性肠梗阻。本品消肿杀虫，多作外用。治痈肿，可熬膏涂敷；治风癣疥癞，可研末调敷或煎汤洗擦。至于中虚气弱之多痰，虚风内动之昏厥，以及咳喘咯血等应慎用。孕妇忌用。酥炙或蜜炙，研末冲服，1—1.5 克。或入丸散，少入汤剂。本品有毒，中毒者可出现心窝饱胀，灼热，恶心，呕吐，烦躁不安。10—12 小时后泻下水样泡沫便，头晕无力，四肢酸麻等症状。应及时处理。初起可用生姜、甘草嚼烂咽汁以解之。

皂荚子，又名皂角子、皂角核。味辛、咸，性温。有小毒。功能润燥通便，祛风消肿。治大肠风秘、肠红、痢疾及瘰疬、痈肿等。大肠风秘，大便燥结者，可用皂荚子炒黑为末，蜜丸内服；治肠风下血，可配槐角；下痢后重，可配枳壳；瘰疬疮疖，可内服或研末外涂。煎服，5—10 克。禁忌及中毒症状等同皂荚。

实验研究：荚果含多种三萜皂甙、鞣质。已分离得一种皂甙元为阔叶合欢萜酸。

煎剂给猫灌胃能刺激胃粘膜而使呼吸道分泌增加，有祛痰作用，但较桔梗、前胡为差，持续时间较短。煎剂对离体大鼠子宫有兴奋作用。水浸剂在试管内对堇色毛癣菌、星形奴卡菌有抑制作用。

钟乳石

始载于《神农本草经》。原名石钟乳，又名钟乳。为石灰岩山洞内碳酸钙液逐渐凝结而成的钟乳状方解石沉淀。药材因粗细不同分为钟乳石和滴乳石两种，滴乳石又作鹅管石使用。产于中国广西、广东、湖北、四川、贵州、云南、陕西、山西等省、区。

本品味甘，性温。归肺、肾经。功能温肺气，壮肾阳，通乳汁。主治虚劳喘咳、寒嗽、阳痿、遗精、腰脚冷痹、乳汁不通等。

钟乳石性温重坠，所治喘咳寒嗽，以气虚不得归元者为宜。肺气耗散，可合人参、五味子以收敛肺气；寒盛阳微，背寒怯冷，则合干姜、桂心、附子以温肾祛寒，如《和剂局方》钟乳补肺汤及《三因方》之钟乳散。《圣济总录》治肺虚气壅喘急之钟乳丸，即以钟乳一味研末，黄蜡为丸服。《张氏医通》治冷哮痰喘，与麻黄、杏仁等配伍。治劳损、腰脚痹弱者，《千金翼方》有草钟乳丸，本品与菟丝子、石斛等同用；《崔氏纂要方》有乳煎钟乳方，以牛乳煎钟乳，饮乳汁。妇人产后乳汁不通，可与漏芦、通草同用，以利窍通乳；或配鲫鱼等血肉有情之品，充养营血以滋其源。现亦用于溃疡病胃酸过多，以钟乳石研细，饭前吞服。煎服，5—10 克。阴虚火旺，肺热咳嗽者忌服。

实验研究：钟乳石主要成分为碳酸钙。尚含少量的铝、铁、镁、氯、硅酸盐等。

鹅管石

始载于《本草纲目》。为栎珊瑚科动物栎珊瑚 Balanophyllia sp. 的石灰质骨骼或矿物钟乳石的细长尖端部分，药材称滴乳石。前者主产于中国广东、广西；后者主产于湖北、湖南、广东、广西、四川等省、区。

本品味甘，性温。归肺、胃、肾经。功能温肺定喘，壮阳，通乳。主治肺寒喘咳、阳痿、腰脚冷痹、乳汁不下。

治疗寒哮痰喘，配麻黄、杏仁、甘草煎服，或蜜丸噙化；痰盛者，可配苏子、莱菔子、白芥子以降气化痰；如哮喘肺肾同病者，则配以胡桃仁、杏仁，以温肾纳气，化痰平喘，标本兼顾。如肺痨咳嗽，可配百部、款冬花、沙参。阳痿、腰脚冷痹，可配附子、菟丝子、肉苁蓉等补肾药同用。乳汁不下，配王不留行、漏芦、通草。煎服，9—15 克；研末服，0.5—1.5 克。咯血及热性之喘咳慎用。

实验研究：钟乳石主含碳酸钙，尚含少量镁及铝、铁、

钠、氯、硅等。栎珊瑚主含碳酸钙，尚含微量的铁。

醉鱼草

始载于《履巉岩本草》，原名醉鱼儿草。又名鱼尾草、毒鱼藤。为马钱科植物醉鱼草 Buddleja lindleyana Fort. 的全草。中国长江以南各省、区均有野生或栽培。

本品味苦、辛，性温。有小毒。功能止咳化痰，止血散瘀，杀虫。主治痰饮喘咳、跌打损伤及外伤出血、鱼骨鲠喉、痄腮、瘰疬、水火烫伤、无名肿毒、疟疾、钩虫、蛔虫等病。治寒喘、痰饮咳嗽，用醉鱼草配款冬花、马兜铃等止咳敛肺药同用。本品加黄酒隔水炖服，治跌打损伤，能散瘀止痛；鲜品捣敷，可治外伤出血及无名肿毒。取汁和冷水少许含咽能治鱼骨鲠喉；含漱又治风寒牙痛。醉鱼草用于瘰疬，可单味煎服；配荠菜等内服治痄腮；研粉用麻油调敷烧烫伤；熬膏涂丝虫感染引起的淋巴管炎。本品有杀虫作用，可用治钩虫病，将鲜草煎水加白糖服。如与白英同煎，于疟疾发作前 3—4 小时服，可以控制其发作。煎服，9—15 克。本品全草均有毒性，服用过量可引起头晕、呕吐、四肢麻木、震颤、呼吸困难等症状。应即予洗胃、导泻等使排出毒物，并服大量糖开水，也可用甘草、防风煎汤服。

实验研究：醉鱼草的花和叶含醉鱼草甙，即刺槐甙；还含刺槐素等多种黄酮类成分。

海浮石

始载于《本草拾遗》。原名水花，又名海石、浮水石、浮海石。为火山喷出的岩浆凝固形成的多孔状石块，称为浮石。或为孢孔科动物脊突苔虫 Costazia aculeata Canu et Bassler、瘤苔虫 C. costazii Audouin 的骨骼，称为石花。浮石四季均可采收，以夏季为多，通常由海中捞出晒干。石花夏、秋两季自海中捞出，用清水洗去盐质及泥沙，晒干。

浮石：呈不规则形的团块状，大小不一。直径 2—7 厘米或更大。表面粗糙，灰白色或灰黄色，偶呈淡褐色。有无数大小不等的孔道，形成多孔性海绵状结构。质硬而脆，断面疏松具小孔，有的具绢丝样光泽。体轻，投入水中浮而不沉，气微，味淡。产于中国辽宁、山东、福建、广东等省。

石花：脊突苔虫的骨骼，呈珊瑚样的不规则块状，略呈扁圆形或长圆形，大小不等，直径 2—5 厘米。表面灰白色或灰黄色，一面略平坦，另一面多突起，作叉状分枝，中部交织如网状，叉状小枝长 3—5 毫米，直径约 2 毫米，先端多折断，少数完整者呈钝圆形。质硬而脆，表面与断面均密具细孔。体轻，入水不沉。气微腥，味微咸。瘤苔虫的骨骼为不规则块状，直径 1—3 厘米。表面呈灰黄色或灰黑色。多为碎块，叉状分枝短，直径约 4 毫米，先端钝圆，极少折断。气微腥，味微咸。产于浙江、福建、广东等省。

本品味微咸，性微寒。归肺、肾、肾经。功能清肺化痰，软坚散结，止渴通淋。主治痰热咳嗽、哮喘、瘿瘤、瘰疬、消渴、淋病、疝气等。

肺有痰热，咳嗽黄痰，咯吐不利，甚或咳血者，常配青黛、瓜蒌、山栀、诃子以清肺化痰。肺结核之咳痰咯血，亦可配黄芩、白及、三七同用。小儿哮喘，可配杏仁、百部，如《医学从众录》海浮石滑石散；顽痰胶结，不易咯出者，可配牙皂以增强祛痰作用。瘿瘤，单用力薄，常配昆布、海藻、海螵蛸以软坚消瘿。痰水郁结之瘰疬、痰核，可配元参、连翘、贝母以清火化痰散结。消渴引饮不止，单用煎汤作茶饮，或配白蛤壳煮汤饮。淋病小便涩痛，海浮石为末，甘草煎汤送下，或入清热通淋药同用。《丹溪心法》用治诸疝，以浮石、香附为末，生姜汤调服。此外，本品同金银花煎服，尚可用治疳疮。以海浮石水飞点眼，可治目翳。煎服，9—15 克。虚寒咳嗽忌服。

实验研究：浮石的化学组成颇有出入，一般由铝、钾、钠的硅酸盐所成，亦即以 SiO_2 为主要成分的类似玻璃组成的矿物。因多采自海水中，也可能含氯、镁等海水中物质。脊突苔虫的骨骼称为石花，主成分为碳酸钙，并含有少量镁、铁及酸不溶物质。

海蛤壳

始载于《神农本草经》，原名海蛤。又名蛤壳、海蛤粉、蛤蜊壳。为帘蛤科动物青蛤 Cyclina sinensis Gmelin 或文蛤 Meretrix meretrix L. 的贝壳。4—10 月间采取，去肉，洗净，晒干。

青蛤壳略呈圆形，长、高均为 3—5 厘米，厚 1—1.5 毫米。外表面黄白色或棕红色，壳顶突出，位于背侧近中央，以壳顶为中心的同心生长纹凸出，壳面略呈环肋状。壳内面乳白色或淡红色，边缘带紫色，腹缘有整齐的小齿纹。质坚硬略脆，断面层纹不明显。气微腥，味微咸。

文蛤壳略呈扇形或三角形，长 3—10 厘米，高 2—8 厘米，厚 1.5—2.5 毫米。壳顶突出，位于背面稍靠前方。外表面黄褐色，全部或近壳顶有棕色或银灰色波状轮纹。壳内面乳白色或带青紫色，有光泽，腹缘光滑无齿纹。质坚硬而重，断面层状。气微腥，味微咸。以上两种中国沿海各地有产；主产于江苏、浙江、山东、福建等省。

本品味咸，性寒。归肺、胃、肾经。功能清肺化痰，软坚散结，利水消肿，制酸。主治痰热喘嗽、胸胁刺痛、瘿瘤、痰核、湿热水肿、胃痛泛酸、遗精、白浊、带下、湿疹。

如肺有痰热，咳嗽气喘，痰稠色黄而不易咯出或咯血者，可与青黛研末服。痰火郁结，咳逆，胸胁疼痛，可与桑白皮、山栀、瓜蒌等同用。阴虚火旺之咳嗽痰红，以蛤粉拌炒阿胶，有滋阴降火，止咳化痰止血之效。本品咸能软坚散结，常配海藻、昆布、海螵蛸用治瘿瘤；配夏枯草、元

参、贝母治瘰疬、痰核。痰饮停滞中焦,致喘促浮肿,胸胁胀满,可与防己、葶苈等同用。若配黄柏,可治湿热下注之白浊、遗精;配椿根白皮、萹蓄等,能治白带,皆取其清热利湿之功。海蛤壳煅用,有制酸止痛作用,用治胃痛泛酸。此外,《杨氏家藏方》以蛤粉配槐花研末服,治鼻衄不止,兼治便血。海蛤壳煅后研末外用,能清热收湿敛疮,如与铅丹、冰片共研外用,治外阴炎、外阴湿疹、外阴溃疡;配煅石膏、轻粉、黄柏末等,可治皮肤湿疹、黄水疮及酒渣鼻。煎服,9—15克。

实验研究:文蛤和青蛤的贝壳均含碳酸钙、甲壳质等。

瓦楞子

始载于《本草拾遗》,原名蚶壳。又名瓦垄子。为蚶科动物泥蚶 Arca granosa L.、毛蚶 A. subcrenata Lischke 及魁蚶 A. inflata Reeve 的贝壳。春、秋两季在浅海泥沙中拾取,洗净泥沙,以沸水稍煮后,去净肉质,取壳,晒干。

泥蚶壳呈扇形或三角形,两壳相等,长2.5—4厘米,宽1.5—2厘米,高2—3厘米,背面隆起。表面灰黄色至白色,自壳顶端向边缘放射出明显的肋纹18—21条,如瓦楞状,肋纹上有粒状突起;壳内面乳白色或蛋青色,光滑,边缘有与肋纹相应的凹陷,形成突出的绞合齿,约40枚。质坚硬,砸碎后断面白色。气无,味淡。

毛蚶壳形较泥蚶壳略大,两壳不等,长4—5厘米,宽2—2.5厘米,高3—4厘米。表面被有褐色茸毛,有时已脱落;肋纹30—34条,肋上显有方形小结节,绞合齿约50枚。

魁蚶壳呈斜卵形,两壳稍不相等,长7—9厘米,高6—8厘米,肋纹42—48条,无粒状突起,绞合齿约70枚。以上三种药材均产于广东、福建、浙江、江苏、山东、辽宁等省沿海地区。

本品味甘、咸,性平。归肝、脾、胃经。功能化痰散结,软坚消积,制酸止痛。主治顽痰积结、瘿瘤痰核、癥瘕痞块、胃痛吐酸等。

顽痰积结,不易咯出者,本品可与海浮石、贝母、旋覆花等同用;瘿瘤痰核,则可配海藻、昆布、海蛤壳等,《证治准绳·疡科》治瘿气之含化丸中用之。癥瘕痞块,用此以散瘀消积,常与三棱、莪术、桃仁等配伍;近亦用以治疗消化道肿瘤。若妇女临经腹痛,经血不行,小腹按之硬满者,则可配香附、桃仁、当归、丹皮、大黄等以祛瘀通经。本品煅用,善能制酸止痛。胃痛嘈杂,泛吐酸水者,常与黄连、吴萸等同用;如痰积气滞,胃脘胀痛,可配木香、绿萼梅等;久痛瘀滞者,可配延胡索、五灵脂等;症兼吐血者,则可用煅瓦楞、乌贼骨等研末服。现多与甘草同研为末,用于胃、十二指肠溃疡及慢性胃炎之胃痛吐酸。此外,用瓦楞子煅灰服还可用于小儿佝偻病。煎服,9—15克,宜先煎;研末服,1.5—4.5克。

实验研究:泥蚶的贝壳中,含碳酸钙90%以上,有机质约1.69%;尚含少量镁、铁、硅酸盐、硫酸盐、磷酸盐和氯化物。碳酸钙因能中和胃酸,故可减轻消化性溃疡之疼痛,氯化钙对胃粘膜有刺激性。

海藻

始载于《神农本草经》。又名落首、乌菜、海带花。为马尾藻科植物羊栖菜 Sargassum fusiforme (Harv.) Setch. 或海蒿子 S. pallidum (Turn.) C. Ag. 的全草。夏、秋季由海中捞出,用淡水洗漂,去净盐砂,晒干。

羊栖菜的干燥全草,称小叶海藻。植株细小,呈卷曲的团状物,黑棕色,表面被有白色盐霜,主轴圆柱形,有短分枝,叶状突起呈棍棒状,先端膨大,中空成气泡气囊纺锤形,腋生,长5—10毫米,囊柄较长。生殖托圆柱形或椭圆形,成丛腋生。质坚脆,水浸后肉质、粘滑、柔韧。气腥,味咸。主产于中国辽宁、山东、福建、浙江、广东等沿海地区。

海蒿子的干燥全草,称大叶海藻。全体皱缩,呈卷曲的团状物,黑褐色,被有白色盐霜。分枝多,主轴圆柱形,有棱,见有多数短小的刺状突起。叶状突起呈披针形、长椭圆形、倒卵形、倒披针形或线形。表面有黑棕色的斑点;气囊黑褐色,球形或椭圆形,生于叶腋,生殖托圆柱形,单生或总状排列于生殖小枝上。质柔韧,水浸后膨胀,肉质,粘滑。气微腥,味咸。主产于辽宁、山东省沿海地区。

本品味苦、咸,性寒。归肝、脾、肾经。功能消痰软坚,利水泄热。主治瘿瘤、瘰疬、痰核、睾丸肿痛及脚气、水肿等。尤为治瘿瘤、瘰疬、痰核之要药,常与昆布相须为用。

由于瘿瘤多由肝郁、气滞、痰凝所致,故常与疏肝、理气、化痰之青皮、浙贝母、半夏之类同用,如《外科正宗》海藻玉壶丸;瘰疬、痰核,一般以肺肾阴虚、肝郁火旺,痰气凝结者为多,故每配用养阴、清肝、化痰、解郁等药物,如《疡医大全》内消瘰疬丸,即与生地、玄参、夏枯草、浙贝母等同用。睾丸肿痛,病在足厥阴肝经,为湿滞下焦、气血凝聚之症。本品功能软坚利水,故多用之,如《济生方》治癞疝睾肿之橘核丸,在疏理厥阴,行气活血等药中,佐以海藻,有加强消肿散结之效。至如水肿、脚气,系取其利水的功效,可与利尿药协同使用。现代也用治地方性甲状腺肿、高血压病。煎服,5—10克。脾胃虚寒者不宜服。海藻反甘草。

实验研究:羊栖菜含藻胶酸20.8%、粗蛋白7.95%、甘露醇10.25%、灰分37.19%、钾12.82%、碘0.03%。海蒿子含藻胶酸19.0%、粗蛋白9.69%、甘露醇9.07%、灰分30.65%、钾5.99%、碘0.017%,又含马尾藻多糖。

各地不同的海藻代用品中制得的褐藻淀粉(自 S. horneri 中提取的 Lumindrum),作成硫酸酯后,有降低动物

血清胆固醇及抗凝(延长凝血酶原时间)的作用。海黍子中的多糖部分对小鼠移植性腹水癌 S-180,体内给药有抑制作用。

昆布

始载于《吴普本草》。又名纶布、海昆布。为海带科植物海带 Laminaria japonica Aresch. 或翅藻科植物鹅掌菜 Ecklonia kurome Okam. 等的叶状体。主产于中国山东、辽宁、浙江等省。

本品味咸,性寒。归肝、胃经。功能软坚散结,利水消痰。主治瘿瘤、瘰疬、噎膈、腹中痞块、睾丸肿痛、脚气水肿。

用于瘿气结核,累累肿硬,《太平圣惠方》取单味昆布,研末布包,于好醋中浸过,口含咽津;亦可配海藻研末,炼蜜丸服。治瘿瘤初起,或肿或硬而未破者,《外科正宗》海藻玉壶丸,以本品与海藻、甘草、贝母、半夏、青皮、川芎、连翘等同用。若用于瘰疬,本品常与元参、贝母、夏枯草等同用。治膈气噎塞,食咽困难者,用昆布配杵头糠研末,生百合捣汁加蜂蜜煎膏为丸含咽,如《圣济总录》昆布丸。治腹中痞块、痃癖,常与鳖甲、三棱、莪术等散痞消积药配用。治睾丸肿痛,常配荔枝核、小茴香、青皮等温肝破气药同用。疗脚气水肿,可配车前子、大腹皮、木瓜、防己等药。又《食疗本草》谓昆布"久服瘦人"。近有以本品供作动脉硬化、血脂过多的体胖患者食疗之用,有一定辅助作用。煎服,5—10 克。脾虚便溏及孕妇忌服。

实验研究:本品含藻胶酸、昆布素、半乳聚糖等多糖类,海带氨酸、谷氨酸、天门冬氨酸、脯氨酸等氨基酸、甘露醇、维生素 B_1、B_2、C、P 及胡萝卜素,碘、钾、钙、铁等无机盐。由于含碘和碘化物,可用以纠正因缺碘而引起的甲状腺功能不足;海带氨酸有降压作用,对小肠、支气管等平滑肌有解痉、松弛作用。降压作用除因含有海带氨酸外,尚与含较多量的钾盐有关,当高血压患者摄食含有较多钾盐的昆布,同时限制食盐的食用,就有预防和治疗高血压的作用。海带根经水提醇沉及阴、阳离子树脂处理后的中性部位,具降压作用,是由于 α 受体抑制,外周血管扩张及心率减慢的结果,心率减慢则是由于 β 受体抑制及迷走神经兴奋的结果。昆布素的硫酸化物有肝素样作用,能清除血脂,改善动物饮食性高胆固醇血症,并延长血凝时间。藻胶酸和海带氨酸亦有降低动物血胆固醇的作用。因尚含有不被人体消化吸收的多糖如藻胶酸及硫酸多糖,故能增加肠的蠕动,促进大便排出,同时能吸附食物中的胆固醇,阻止其吸收入血。

藻胶酸钠溶液在消化道内形成薄膜,附着覆盖于胃、食管粘膜表面,防御胃液侵蚀,抑制溃疡和糜烂部位粘膜组织的破坏和出血;还能促进纤维蛋白原转变为纤维蛋白,并能增加纤维蛋白聚合速率,这些作用随藻胶酸钠的分子量增大,溶液浓度增大而增强。

黄药子

始载于《开宝本草》。又名黄药根、黄独。为薯蓣科植物黄独 Dioscorea bulbifera L. 的块茎。秋、冬两季采挖,除去茎叶及须根,洗净,切成厚约 1 厘米的横片,晒干或烘干。

块茎横切片呈圆形或类圆形。直径3—7厘米,厚0.5—1.5厘米。外表面棕黑色,具有皱纹,密布多数短小的支根及黄白色圆形隆起的支根痕,部分栓皮脱落显露淡黄色而光滑的中心柱。切面黄白色或黄棕色,平滑或显颗粒状的凹凸不平,见有多数橙黄色维管束小点。质坚脆,易折断。主产于中国湖北、湖南、江苏等省;此外,河南、山东、浙江、安徽、福建、云南、贵州、四川、广西等省、区亦产。

本品味苦,气微,性凉。有小毒。归心、肺、肝经。功能消瘿散结,凉血消肿,清热解毒。主治瘿疾、咯血、吐血、衄血、喉痹、疮肿等。

治疗瘿疾项下结肿,可单用,亦可配化痰软坚药同用,如《千金月令》单用黄药子置酒中,密封瓶口,于糠火中煨,候冷饮酒,但瘿消即需停饮。《证治准绳》藻药散,配海藻,为末服。现代用于缺碘性甲状腺肿、甲状腺腺瘤,都有一定疗效。黄药子有凉血止血的效果,常用于血热引起之吐血、咯血、衄血及金创出血等症。如《百一选方》以本品与蒲黄等分,治疗吐血;《圣济总录》用本品为散,阿胶煎汤调服,治鼻衄;《证治准绳》引《良方》圣金散,用本品配青黛,治舌上出血等。黄药子亦治咽喉痈肿痹塞,肿毒疮疽,是取其解毒消肿之功,如《太平圣惠方》用本品与地龙、马牙硝为散服,治热病毒气攻咽喉肿痛;《证治准绳》逼毒散,用本品配白药子、赤小豆、雄黄调敷,治发背痈疽。此外,本品对肺热咳嗽及百日咳,亦有一定效用。煎服,4.5—9 克;研末服,1—2 克。《本草经疏》云:痈疽已溃不宜服本品,阴症止可外敷。黄药子不宜久服,少数患者服后可产生恶心、呕吐等消化道反应;如剂量过大,对肝细胞有损害。黄药子中毒,可引起口舌烧灼痛、流涎、恶心呕吐、腹痛腹泻、瞳孔缩小,严重者出现昏迷、呼吸困难、心脏麻痹而死亡。

实验研究:黄药子块茎含多种黄独萜酯及皂甙、鞣质、淀粉及微量碘等。又云南产品含薯蓣皂甙元,而南京产品不含。本品对缺碘食物所致的动物甲状腺肿有一定的治疗作用。对离体肠管有抑制作用,而对子宫则有兴奋作用。

磨芋

始载于《开宝本草》。又名蒟蒻、魔芋、鬼芋、花杆莲。为天南星科植物磨芋 Amorphophallus rivieri Durien 及疏毛磨芋 Amorphophallus Scienesis Belval. 等的块茎,置通风处

干燥。块茎呈扁球形，直径 2—6 厘米，外皮灰褐色，皱缩，上端中央略凹陷，有芽痕或花茎痕，周围有少数圆点状须根痕，边缘有 1—2 个呈瘤状突起的侧芽。药材多横切或纵切成片块，切面灰白色，有多数细小维管束小点。质坚硬，粉性。产于中国陕西、甘肃、宁夏及江南各地。

本品味辛，性温。有毒。功能解毒消肿，化痰散结。主治痈肿疮疡、毒蛇咬伤、跌打损伤、疟疾、肿瘤及淋巴结核等。

凡治痈肿疔疮、丹毒，内服与蒲公英、紫花地丁等清热解毒药共用；或单用本品捣烂外敷患处。治毒蛇咬伤，可与半枝莲、青木香、黄连捣敷伤口周围及肿处，另用鲜磨芋花茎捣烂绞汁，以米泔水冲服。治跌打损伤，瘀肿疼痛，每加韭菜、葱白，和黄酒同捣外敷。以其有解毒散结功用，现亦多用于治疗各种癌肿及瘰疬结核等。治鼻咽癌，可与枸杞根、七叶一枝花、鸭跖草同用；治甲状腺癌，可与苍耳草、贯众、玄参、海藻同用；淋巴系统结核、癌肿，配黄药子、天葵子、木香等同用，或磨涂捣敷。另外，用本品捣碎，以灰汁煮饼，五味调和为茹食，可主消渴；与何首乌一起炖鸡服，又可治疗久疟不愈。现代临床还用于防治肥胖病、便秘、糖尿病、动脉硬化等，常制成片剂或装入胶囊服用。本品轻度中毒症状为舌、咽喉灼热，痒痛，肿大。煎服 9—15 克，须煎 2 小时以上，并滤去渣。外用适量，醋磨涂，或捣烂敷，但不可过久，以免发泡。

实验研究：磨芋球茎含葡萄甘露聚糖、淀粉、蛋白质、氨基酸、生物碱及微量元素。其中，葡萄甘露聚糖，占 50%—80%。

葡萄甘露聚糖为食物纤维，膨胀系数大，吸水性强，服后有饱腹感，故能减少进食，减轻体重。它在体内能控制人体胰岛素的正常分泌，并能吸附糖分和胆固醇。动物实验表明，磨芋尚具有抗菌消炎，降低全血粘度，扩张外周血管，抑制心肌收缩力和轻度降血压作用。对癌细胞代谢有干扰作用。

狗宝

始载于《本草纲目》。又名狗结石。为犬科动物狗 Canis familiaris L. 的胃中结石。中国各地有产；主产于内蒙古、西藏、新疆、河北等省、区。

本品味甘、苦、咸，性平。有小毒。归胃经。功能降气开郁，解毒。主治噎膈食不下、反胃呕吐、胸膈胀满、痈疽疔疮及惊痫等。治噎食，如《杏林摘要》用本品研末，合威灵仙、食盐捣如泥，浆水搅，去滓服；或与麝香研末服。用治痈疽疔疮初起，壮热烦渴者，与蟾酥、龙脑、麝香研末为丸服，如《通玄论》之狗宝丸；亦可与露蜂房同煎服。内服亦治小儿寒热惊痫及癫狂冷痰积结。煎服，1.5 克；研末服，0.6—1 克。

实验研究：狗胃中的结石含碳酸钙、碳酸镁、磷酸镁等。

石吊兰

始载于《植物名实图考》。又名黑乌骨、石豇豆、石泽兰、千锤打、石三七。为苦苣苔科植物石吊兰 Lysionotus pauciflorus Maxim. 的全株。分布于中国云南、四川、贵州、广西、广东、福建、台湾、浙江、江西、湖南、湖北、陕西等省、区。

本品味甘、苦，性微温。功能化痰止咳，散结消肿，祛风活血。主治慢性支气管炎、肺结核、淋巴结结核、月经不调、闭经、崩带等。

治疗慢性支气管炎，单味煎服，或配岩白菜、麦斛、虎杖等；如属风寒咳嗽，配前胡、生姜；热咳可配青鱼胆草。治肺痨咳嗽盗汗，与地骨皮、婆婆纳同煎服。本品提取的石吊兰素治疗淋巴结结核有较好效果，对其他各种结核也有一定疗效。此外，尚用于跌打损伤，风湿痹痛，腰膝疼痛，有通血络，祛风湿之效。煎服，15—30 克。

实验研究：全草含石吊兰素，在体外对结核杆菌有抑制作用，还具抗炎作用。十二指肠给药、肌注或静注均能降压，其降压作用与肾上腺素 α 受体或 β 受体有关。石吊兰素能使小鼠安静，减少自发性活动，增强巴比妥钠催眠效应。口服吸收甚差，消除快。由尿、粪排泄和胆汁排泄。

平肝熄风药

凡以平肝潜阳或熄风止痉为主要作用的药物，称平肝熄风药。

根据本类药物的功效和应用不同，又可分为平肝潜阳药与熄风止痉药两类。

(1) 平肝潜阳药：多属矿物或介壳类药物，如代赭石、磁石、石决明、牡蛎等，适用于肝阳上亢所致之眩晕、头痛等症。如因肝热引起者，配清泄肝热药；兼夹痰热者，配清化热痰药；如属肝肾阴虚者，可配滋肾养肝药等。

(2) 熄风止痉药：多数为虫类药及其他动、植物药，如蜈蚣、全蝎、天麻、羚羊角等，适用于热盛生风引起之抽搐痉厥，以及中风口眼歪斜、半身不遂等。此外，还适用于小儿惊痫、妊妇子痫、产后发痉等病症。如因温热病火热炽盛生风者，配以清热泻火兼凉血解毒药；痉搐由痰壅气滞引起者，配豁痰利气药；如由阴虚血少，肝失滋养生风者，宜配滋阴养血清肝药。肝阳上亢与肝风内动，往往伴有心悸怔忡、失眠烦躁等兼证，则平肝熄风药又常与安神药配用。

本类药中矿物与介壳类药质重潜阳，用量宜稍重；虫类药质轻搜风，用量宜稍轻。大抵病属脾虚慢惊，非寒凉药(如羚羊角、玳瑁等)所宜；证涉阴虚血少，温燥有毒之品宜慎用。

石决明

始载于《名医别录》。又名鲍鱼壳、九孔螺、千里光。为鲍科动物杂色鲍 Haliotis diversicolor Reeve、皱纹盘鲍 H. discus hannai Ino 或羊鲍 H. ovina Gmelin 等的贝壳。夏、秋两季捕捉，除去肉和壳外杂质，洗净，晒干。

杂色鲍(光底石决明)贝壳呈椭圆形或长卵圆形，内面呈耳形，长3—9厘米，宽2.5—5.5厘米。外表面灰棕色，略平滑，具有不甚规则的螺旋肋状纹理和细密的生长线，壳顶钝，从近壳顶处向右排列，边缘有30多个由小渐大的疣状突起的呼吸孔，末端8—9个呈孔状，孔口与壳面平。壳内表面呈珍珠样彩色光泽。质坚实，不易破碎。气微，味微咸。产于中国南方沿海各地区。

皱纹盘鲍(毛底石决明)贝壳呈椭圆形，内面呈耳形，长5—14厘米，宽3.5—9厘米，壳表面灰棕色或灰黄色，凹凸不平，极粗糙，常附有苔藓类或石灰虫等杂质而呈绿色或棕色，边缘有20多个类圆形突起，末端4—5个孔洞，孔口突出于壳面，质较松。气微，味微咸。产于中国北方沿海各地区。

羊鲍(大海石决明)贝壳呈椭圆形，长约16厘米，宽约13厘米，边缘有20多个椭圆形突起，末端4—6个孔洞，呈管状，孔口与壳面平。质坚实，气微，味微咸。产于中国南方东沙群岛和西沙群岛的海域。

本品味咸，性微寒。归肝、肺经。功能平肝潜阳，清肝明目。主治头痛眩晕、耳鸣目胀、面赤烦热、痉厥抽搐、目赤肿痛、翳膜遮睛、青盲雀目、视物昏朦、骨蒸劳热等病症。

头痛眩晕、耳鸣目胀，由于肝肾阴虚，肝阳上亢所致者，宜与生地、白芍、杞子、龟甲等养阴药同用。若肝火炽盛而见面赤烦热、口苦苔黄等热象者，须配菊花、夏枯草、栀子等清肝之品。阳亢动风，痉厥抽搐，则配钩藤、僵蚕及羚羊角之类，以平肝熄风镇痉。本品亦为明目要药，无论虚证实证均可配伍应用。肝火上炎，目赤肿痛，配黄连、黄芩、青葙子等，如《圣济总录》石决明丸。翳膜遮睛，可单用本品研细水飞点目；由风热引起者，加桑叶、菊花、蛇蜕等同用，如《证治准绳》石决明散；因肝火所致者，配黄连、决明子等同用，如《太平圣惠方》石决明散。肝虚雀目，一般选配猪肝、苍术、夜明砂、密蒙花、谷精草等。若肝虚血弱，两目昏暗，可配熟地、菟丝子、山药等炼蜜为丸服，如《济生方》石决明丸。本品还可用治骨蒸潮热，与地骨皮、知母、青蒿等同用。此外，《胜金方》又有单用研末内服治五淋的记载，现代有配鸡内金、穿山甲、王不留行等治泌尿系结石获良效的报道。煎服，15—30克，打碎先煎。生用力强，煅用力缓。脾胃虚寒者不宜服。

实验研究：皱纹盘鲍贝壳主含碳酸钙90%以上。尚含少量镁、铁、硅酸盐、硫酸盐、磷酸盐、氯化物和极微量的碘；煅烧后碳酸盐分解，产生氧化钙，有机质则破坏。

珍珠母

始载于《本草图经》。又名珠母、珠牡、明珠母。为蚌科动物褶纹冠蚌 Cristaria plicata (Leach)、三角帆蚌 Hyriopsis cumingii (Lea)、射线裂脊蚌 Schis todesmus lampreyanus (Baird et Adams)等贝壳的珍珠层。全年可采或用制钮扣剩下的贝壳，加碱水煮，然后放清水中浸洗，刮去外层黑皮，煅烧至松脆。

贝壳呈不规则块片状，大小厚薄不一。一面浅粉红色，有彩色光泽，有时残留未去净的黑色外皮；另一面乳白色，平滑有光泽。常有小凹陷或圆形、半圆形的孔洞，表面有白粉。质松脆，可层层剥离。主产于中国江苏、浙江、湖北、安徽等省。

本品味咸，气微，性凉。归肝、心经。功能平肝潜阳，明目，定惊。主治头痛眩晕、耳鸣、心悸、烦躁失眠、惊痫、目赤、目昏等。

用于肝肾阴虚、肝火上亢所致之头痛、眩晕、耳鸣，可与女贞子、旱莲草、夏枯草等养阴清肝药同用。若肝阳上扰，心神不安，虚烦失眠者，配生地黄、生白芍、酸枣仁等以潜阳安神。如痰热内盛，惊痫搐搦者，可配入清热、豁痰、定惊方中，以起清肝熄风的作用。用于肝热目赤羞明，可与菊花、千里光、车前子等同用；肝虚目昏、夜盲，则可配苍术、猪肝同煮。此外，本品也有制酸和收敛作用，煅后研细吞服，能治胃酸过多；同植物油、凡士林调和成油膏，可外涂烫伤。煎服，10—30克，打碎先煎；研末服，2—4克。脾胃虚寒者慎服。

实验研究：射线裂脊蚌的贝壳中，含碳酸钙90%以上，有机质约0.34%；尚含少量镁、铁、硅酸盐、硫酸盐、磷酸盐和氯化物。三角帆蚌或褶纹冠蚌贝壳的珍珠层粉(未经煅、煮或水飞)含天门冬氨酸、苏氨酸、丝氨酸、谷氨酸、脯氨酸、甘氨酸、丙氨酸、缬氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、酪氨酸等十二种氨基酸，含量为珍珠粉的三分之一。尚含大量的碳酸钙和氧化钙以及微量的锰、硅、镁、镓、铝、钠、锡、铜、铁、磷等元素。

合浦珠贝珍珠层盐酸提取液能抑制组胺对离体豚鼠小肠的收缩作用，乙醚提取液也有同样作用，并能防止组胺引起豚鼠的休克及死亡。

紫贝齿

始载于《新修本草》。又名文贝、砑螺、紫贝。为宝贝科动物蛇首眼球贝 Erosaria caputserpentis (L.)或阿文绶贝 Mauritia grabica(L.)等的贝壳。5—7月间捕取，除去贝肉，洗净，晒干。

贝壳呈卵圆形，长3—7厘米，宽2.5—4厘米，高1—2厘米，背部隆起，腹面扁平，中间有沟，沟缘向内卷，唇缘为乳红色，有暗蓝褐色斑点，具有多数褐色细齿。前后

两端呈暗褐色,均凹入呈圆口状,前端较宽。表面紫色或棕色,有暗紫棕色与白色交错的斑纹或圆点,平滑有光泽,壳内蓝紫色。质坚硬,气微,味淡。产于中国广东、台湾、福建等省。

本品味咸,性平。归肝、心经。功能平肝明目,清心安神。主治目赤肿痛、目翳、头晕、头痛、惊悸、心烦不眠、小儿热病抽搐。用于目赤肿痛,可与桑叶、菊花、青葙子同用;热毒目翳,可配木贼、谷精草、蛇蜕水煎服,或以本品研细末,水飞点眼。用治肝阳上亢的目眩头痛,配夏枯草、生地、白芍、钩藤水煎服。治小儿热病抽搐,可与黄连、石膏、山羊角等清热镇惊药配伍。本品尚有化痰和利尿作用,可治痰热咳嗽,浮肿,小便不利。煎服,9—15克,打碎先煎。

实验研究:阿文绶贝壳含碳酸钙90%以上,有机质约0.47%;尚含少量镁、铁、硅酸盐、硫酸盐、磷酸盐和氯化物。

牡蛎

始载于《神农本草经》。又名蛎蛤、蠔壳、海蛎子壳、左壳。为牡蛎科动物长牡蛎 Ostrea gigas Thunb.、近江牡蛎 O. rivularis Gould 及大连湾牡蛎 O. talienwhanensis Crosse 的贝壳。全年均可采收,采后去肉、洗净、晒干。

长牡蛎贝壳大型,坚厚,呈长条片状,背腹缘几乎平行,长10—50厘米,宽4—15厘米,厚0.3—4厘米,右壳鳞片坚厚,层状或层纹状排列,壳面较平坦,表面淡紫色,灰白色或黄褐色,内面瓷白色。左壳凹下,鳞片较右壳粗大,壳顶附着面小。质坚硬,不易破碎,断面层状,白色,气无,味微咸。主产于中国山东以北至东北沿海。

近江牡蛎贝壳多变化,呈圆形,卵圆形或三角形等。右壳较小,壳面略不平,环生同心鳞片,灰色、紫色、棕色或黄色。1—2年的幼体,鳞片平,薄、脆,多年生的个体,鳞片层层相叠,厚大。内面白色,边缘为淡紫色。左壳较右壳厚大,质坚硬,不易折断。气无,味微咸。中国沿海地区均产。

大连湾牡蛎贝壳大型,厚中等,壳顶至后部扩张呈三角形,背腹缘呈"八"字形。右壳表面淡黄色,具疏松同心鳞片,鳞片起伏成波浪状,壳内面白色;左壳同心鳞片坚厚,自壳顶部有放射肋数个,明显,内面凹下呈盒状,铰合面小。质坚硬,不易破碎。气无,味微咸。主产中国辽宁、河北、山东沿海。

本品味咸、涩,性微寒。归肝、心、肾经。功能平肝潜阳,重镇安神,收敛固涩,化痰软坚。主治眩晕、惊痫、心烦失眠、自汗、盗汗、遗精、带下、崩漏、胁下痞块、瘰疬、痰核、瘿瘤。

若肝阳上亢,头晕目眩、面赤心烦,可配石决明、钩藤、怀牛膝等以平肝潜阳;热病伤阴,虚风内动,手足瘛疭者,可配生地、龟甲、白芍等以育阴潜阳,熄风镇痉,方如《温病条辨》之大定风珠。若惊狂烦躁、心神不宁、心悸怔忡、失眠多梦等症,则常配伍龙骨以重镇安神。收敛止汗常与黄芪、浮小麦、麻黄根等同用;如配五味子,则对阴虚盗汗,更为适宜;研末作扑粉外用,也有敛汗的效果。肾虚精关不固之遗精、滑精,常与沙苑子、芡实、莲须等涩精药配用。若配煅龙骨、乌贼骨、茜草等,则可止崩漏及赤白带下。本品又善化痰软坚散结。用于胁下痞块,每与柴胡、鳖甲、三棱等同用;用于瘰疬、痰核、瘿瘤,多与玄参、贝母配用,此即《医学心悟》之消瘰丸。此外,煅牡蛎研末内服,还用于胃痛泛酸,有制酸与止痛作用。煎服,15—30克,打碎先煎;研末服,4—6克。除收敛固涩宜煅用外,均生用。多服易引起便秘和消化不良。

实验研究:含80%—95%的碳酸钙、磷酸钙及硫酸钙,并含镁、铝、硅及氧化铁等。大连湾牡蛎的贝壳含碳酸钙90%以上,有机质约1.72%;尚含少量镁、铁、硅酸盐、硫酸盐、磷酸盐和氯化物。碳酸钙等钙盐能致密毛细血管,以减低血管渗透性。在胃中,可与胃酸作用,形成可溶性钙盐。钙离子被吸收,又能调节电解质平衡,抑制神经肌肉的兴奋。

玳瑁

始载于《本草拾遗》。又名玳瑁甲、明玳瑁、文甲。为海龟科动物玳瑁 Eretmochelys imbricata L. 背部的甲片。春末、夏初捕捉,以沸水烫死,剥下甲片;或将玳瑁倒悬,用沸醋浇泼,使甲片脱落,洗净,晾干或晒干。

甲片呈近方形、菱形或扇形的板片状,长8—35厘米,宽5—25厘米,厚0.15—4毫米,中间厚,边缘较薄。表面平滑而有光泽,有暗褐色与乳黄色交错的斑纹,半透明,边缘呈不整齐的锯齿状,近边缘处有平行的层状沟纹;内面密布白色的条纹或斑点,并有纵横交错的沟纹,排成云彩状图案。脊角板中间有隆起的棱脊。质坚韧,不易折断。气微腥,味淡。产于中国福建、台湾、浙江舟山群岛、广东西沙群岛沿海地区。

本品味甘、咸,性寒。归心、肝经。功能平肝定惊,清热解毒。主治热病惊狂谵语、小儿惊风、大人中风不语、血虚眩晕、阴虚烦热不眠及痈肿疔疮、痘疮。

用治温热病风阳亢盛,痰热内闭所致的神昏谵语,惊厥抽搐以及小儿急惊风,均可用本品研末服或煎汤饮;并可与朱砂、安息香等清热开窍镇静药配用,如《和剂局方》至宝丹。治中风不语,取其平肝熄风之功,可与牛膝、地龙、菖蒲等伍用。玳瑁治血虚眩晕及阴虚烦热、不眠、易怒,多与生地、白芍、龟甲同煎。治心肾虚热的迎风流泪,可配羚羊角、石燕子研末,薄荷汤调服。李时珍谓本品"解毒清热之功,同于犀角",除用于热病外,也常用于痈疽疔疮及脓毒血症。用于预解痘毒,《灵苑方》载,用生玳瑁磨汁,于流行时服之,未发者可内消,已发者可稀少。本品外用有解热止痒之效,水磨外搽可治痘疮瘙痒,及药

物过敏引起的皮疹。煎服，9—15克。亦可磨汁服。

实验研究：玳瑁背甲含角蛋白和胶质等。

代赭石

始载于《神农本草经》。又名须丸、血师、土朱、铁朱、代赭、赭石。为赤铁矿的矿石。采挖后除去杂质。

本品多呈不规则扁平块状，大小不一。全体暗红棕色或铁青色，表面附有少量棕红色粉末，多具金属光泽。常见者不具晶形，有的表面有圆形乳头状突起，直径约1厘米，习称"钉头"，背面与突起相对应处有同样大小的凹窝。质较坚硬，硬度5.5—6，比重5—5.3，不易砸碎。断面显层叠状，每层均依"钉头"呈波浪状弯曲。气微，味淡。产于中国山西、山东、河北、河南、湖南、四川、广东等省。

本品味苦、甘，性寒。归肝、胃、心包经。功能镇逆，平肝，凉血止血。主治头痛、眩晕、癫痫、惊风、嗳气、呃逆、噎膈、反胃、咳逆、喘息、吐血、衄血、便血、崩漏等病症。

头痛、眩晕，属风火上逆者，配菊花、夏枯草、钩藤等清肝、降火之品；阴虚阳亢者，配白芍、牛膝、龟甲等以养阴平肝潜阳。现用于治高血压病头痛眩晕。癫痫、惊风，多由肝风挟痰热内盛所致，本品不仅能平肝熄风，且能降火坠痰。用于癫痫，可配半夏、郁金、白矾等化痰宣窍之品；或配磁石、朱砂，以加强镇摄安神之功。小儿急惊，可配羚羊角、龙胆、僵蚕等以清热平肝，熄风镇痉；《仁斋直指方》治急慢惊风，吊眼撮口，搐搦不定，则用单味代赭石火烧醋焠研细，水调内服。嗳气、呃逆、噎膈、反胃、恶阻，皆为胃气上逆之证，常与旋覆花、半夏同用；胃气虚者，可加人参，如《伤寒论》旋覆代赭汤。近人张锡纯治气逆、呕吐等，常以生赭石研末大剂煎服，如胃热者配生石膏，寒痰壅滞者配干姜；治宿食积结，胃失通降而吐逆便秘者，配朴硝、干姜、甘遂，降胃气而行积滞；膈气反胃，中气衰惫，津液亏耗，则以赭石、半夏佐人参、当归、知母等以镇逆止呕，益气生津。咳逆喘息，肺气失降，用本品能降逆平喘，因于痰湿者，可配半夏、橘皮、旋覆花；因于肺热者，可配桑白皮、瓜蒌、杏仁；又有因肺肾交亏，气不摄纳者，则宜配益气、补肾之品，如张氏之参赭镇气汤，赭石助人参、山药、山萸肉、龙骨等以降气纳气。本品用于止血，以血热引起的出血为主，一般常与生地、丹皮、大小蓟等凉血药同用；便血亦可配槐花炭或地榆炭；崩漏可配棕榈炭、艾叶炭或阿胶等。《斗门方》治吐血、衄血、肠风下血及《普济方》治妇人血崩，则均以单味醋煅研末，开水调服；《千金要方》治妊娠胎坠，下血不止，又以鲜地黄捣汁送服。张锡纯谓，吐血、衄血，当据《内经》责之阳明失降，故治法"当以降胃为主，而降胃之药，以赭石为最效"。此外，本品尚有养血作用。煎服，10—30克，打碎，先煎。一般生用，止血亦可醋煅用。孕妇慎服。

实验研究：主要成分为三氧化二铁，并混有钛、镁、铝、砷等化合物。曾报道用代赭石代替硫酸钡作为X线胃肠造影剂，并认为无毒。但经测定赭石中含砷盐的量约为1/10万以上，已大大超过硫酸钡，超过药典许可标准，给动物每日喂服较大剂量，经一定时间后可引起内脏病变而死亡。

决明子

始载于《神农本草经》。又名马蹄决明、草决明、还瞳子。为豆科植物决明 *Gassia obtusifolia* L.或小决明 *C. tora* L.的种子。9—10月果实成熟，呈黄褐色时，将全株割下晒干，打落种子，去净杂质。

种子呈菱方形，一端平截，一端斜尖，长4—6毫米，宽3毫米，厚3毫米。表面棕褐色或青绿色，平滑而有光泽，两面各有一条凸起的棕色棱线，种脐位于尖端。质坚硬，切断面胚乳灰白色，子叶黄棕色。气微，味微苦，粘液性。产于中国安徽、江苏、浙江、广西、广东、四川等省、区。

本品味苦、甘、咸，性微寒。归肝、肾、大肠经。功能祛风散热，清肝明目，润肠通便。主治目赤肿痛、翳障雀目、视物昏暗、大便秘结、肿毒、癣疮。

本品为眼科常用之药，眼目赤痛由于风热而成者，配菊花、防风、青葙子、黄连等制丸内服，如《证治准绳·类方》决明子丸。《摘玄方》单用本品研末，调敷太阳穴，除用于目赤肿痛外，亦治风热头痛；风热攻注眼目，忽生翳膜，配升麻、山栀、黄芩等制成散剂服用，如《太平圣惠方》决明子散。远年翳障，配蕤仁、藜芦、乌贼骨粉煎汁点眼，如《太平圣惠方》决明煎。治雀目，配地肤子合用，如《广济方》地肤子丸。《日华子本草》称本品"助肝气，益精水。"《本草正义》亦言"决明子明目，乃滋益肝肾，以镇潜补阴，是培本之正治"，这说明本品用于目疾，既能清肝而祛风热，又能兼补肝肾。对于肝肾不足，视力减退者，配羊肝、蓼子，如《千金要方》补肝散；或配枸杞子、蒺藜子、菟丝子等，如《千金要方》十子散。如系肝肾阴虚火旺，目赤眦痛者，可于加减六味地黄丸中配入本品。用于习惯性便秘，可炒香泡茶饮；或配瓜蒌仁煎服。现代用于肝阳上亢所致的高血压头痛，多配夏枯草，或配钩藤、白蒺藜，可收降压之效。外用于肿毒，研末调涂；治癣疮，擦患处。煎服，5—10克。

实验研究：小决明种子含多种蒽类物质：决明素、大黄酚、大黄素、芦荟大黄素、大黄酸、大黄酚蒽酮、大黄素甲醚、大黄素葡萄糖甙、8-羟基-3-甲基蒽醌-1-龙胆二糖甙、橙黄决明素等。还含决明内酯、红镰玫素及其6-龙胆二糖甙、去甲基红镰玫素、甜菜碱等。

决明种子含决明素、甲基决明素等多种蒽类物质。

煎剂内服可降低血清胆固醇。胃瘘狗空腹给流浸膏可促进胃液分泌。流浸膏有泻下作用，可能与其含有大

黄酚有关。醇提取物对葡萄球菌、白喉杆菌、伤寒、副伤寒、大肠杆菌有抑制作用,水提物则无效。

望江南子

又名槐豆、山绿豆、狗屎豆、野鸡子豆。为豆科植物望江南 Cassia occidentalis L.的种子。原植物分布于中国河北、山东、江苏、安徽、浙江、福建、台湾、广东、广西、云南等省、区。

本品味甘、苦,性凉。有小毒。归肝、胃、大肠经。功能清肝明目,健胃润肠。主治目赤胀痛、头痛、高血压、便秘、食滞腹泻、痢疾腹痛等病症。凡肝火上炎之目赤胀痛、头痛及高血压头痛均可以单味炒焦研末,冲开水代茶饮,如与夏枯草、野菊花配用则疗效更好。本品能调整肠胃功能,故既能消积通便,也止泄泻痢疾。治习惯性便秘,配鲜首乌、红枣煎服;治痢疾腹痛可与黄连、辣蓼、木香同用;治肺痈可与金银花藤、桃仁、鬼针草等配用,有排脓消痈之功。此外,本品研末服亦治疟疾。煎服,9—15克;研末服,3—6克。本品过量服用可引起呕吐、腹泻等反应。

旱芹

始见于《履巉岩本草》。又名药芹、蒲芹、香芹。为伞形科植物旱芹 Apium graveolens L.的全草。中国各地均有栽培。

本品味甘、微苦,性凉。归肝、胃经。功能平肝健胃,化湿利尿。主治肝阳上亢之头昏眩晕、反胃呕吐、梅核气、热淋尿血、赤白带下等。

用于肝阳上亢之头昏头痛,颜面潮红,可取鲜品捣汁加蜂蜜炖温服;或配鲜车前草、红枣等煎汤代茶饮;亦可配马兜铃、大蓟、小蓟制成流浸膏服用。现代用治高血压病。反胃呕吐,可用鲜旱芹配甘草煎水服;或打鸡蛋冲服;治梅核气,可煎水熬膏常服,均取其平肝健胃的作用。本品又能化湿利尿通淋,如用治热淋,小便不利,鲜品捣汁饮。若配茜草、六月雪煎服,也可治小便出血、乳糜尿及带下等症。此外,亦治痈肿,蛇虫咬伤,可用鲜品捣烂外敷。煎服,15—30克;鲜品60—150克。入药用以鲜者为佳,干品及久煮力逊。

实验研究:茎叶含芹菜甙、香柑内酯、有机酸、胡萝卜素、维生素C、糖类等。还含挥发油,中有α芹子烯以及使旱芹具有特殊气味的丁基苯酞、新蛇床酞内酯和其他多种苯酞衍生物成分。种子中含芹菜甙、药芹二糖甙A和B等。种子油中含α芹子烯。果实油的脂肪酸中有反式洋芫荽子底酸。根含甘醇酸,又含有毒的多炔类化合物。

鲜芹菜汁灌胃可显著降低麻醉犬及兔血压,芹菜乙醇浸膏酸性部分有温和而稳定的降压作用。丁基苯酞和新蛇床酞内酯对多种动物惊厥模型有广泛的抗惊厥作用。人工合成的消旋丁基苯酞具有抗惊厥作用强、毒性小的优点。

羚羊角

始载于《神农本草经》。为牛科动物赛加羚羊 Saiga tatarica L.的角。全年均可捕捉,捕后将角从基部锯下,晒干。以8—10月捕锯的角品质较好,色泽鲜艳,冬季捕得者,角质粗糙。角呈长圆锥形,略弯曲,长25—40厘米,基部直径4—7厘米。全体光润如玉,白色或黄白色,有纵直细纹、对光透视,可见浅红色血丝或血斑状物,基部有的呈灰青色。除尖端部分外,有10—20个隆起的环脊。角内有坚硬质重的角柱,习称“骨塞”,约占全长的1/2或1/3,色泽稍暗而不透明,横截面四周呈齿状;角内无“骨塞”部分,对光透视可见一条细孔道,习称“通天眼”。质坚硬,不易折断。主产于中国新疆。

本品味咸,气微,性寒。归肝、心经。功能平肝熄风,清热解毒,清肝明目。主治肝风内动之惊痫搐搦、热病痉厥、妊娠子痫、头晕头痛、目赤翳障及吐血、衄血。

凡大人风动搐搦,小儿惊痫,均可用羚羊角熄风镇痉,如与蜈蚣、全蝎、钩藤等同用,则镇痉功效益著。以其又能清热解毒,故温病高热,热极生风,手足抽搐,神昏痉厥等证,尤为常用,常与菊花、竹茹、钩藤等清热祛痰,平肝熄风药配伍应用,如《通俗伤寒论》羚角钩藤汤。若气血两燔,壮热神昏谵语,狂躁或发斑者,亦常与石膏、知母等清热凉血解毒药同用。《济生方》羚羊角散治妊娠子痫抽搐,不省人事,或妊娠中风,头项强直,筋脉拘挛,言语蹇涩,则配独活、五加皮、川芎等祛风和络之品。其治肝热所致的小儿夜啼,惊惕梦魇,可与黄芩、麦冬、茯神等清热安神药配用,以清肝热而止惊啼。羚羊角入肝经,能平肝降火,对于肝阳上亢之头痛头晕,常与白蒺藜、石决明、菊花等药配用。治肝火炽盛之目赤肿痛,翳障胬肉,配龙胆草、栀子仁、黄芩等苦寒泻火之品;若肝肾阴虚有热而视物昏朦及目内障,则羚羊角与石斛、枸杞子、生熟地、麦冬、青葙子、草决明、甘菊花等滋阴清热药同用,如《原机启微》之石斛夜光丸。吐血、衄血因于肝火、肝气上冲,血不归经而妄行者,以本品煎汤或磨汁内服。若温热毒盛之吐衄,可配生地、丹皮、赤芍等凉血止血药同用。此外,《神农本草经》言其能“去恶血注下”。《世医得效方》羚羊角丸配黄连、黄柏、茯苓治利下血黑如鸡肝色而时时口渴者。若产后败血冲心,烦闷汗出、昏不识人,也可用羚羊角烧存性研末服。治恶露不净,少腹作痛,则磨汁,以当归、川芎、地黄等活血药煎汤和服。羚羊角价昂难觅,临床可以山羊角、黄羊角试代。煎服,1.5—3克,宜单煎2小时以上;磨汁或研末服,0.3—0.6克。

实验研究:羚羊角含磷酸钙、角蛋白及不溶性无机盐等,其中角蛋白含量最多。羚羊角的角蛋白含硫只有

1.2%，为角蛋白中含硫最少者之一。羚羊角经水解后测定，含有异亮氨酸、亮氨酸、苯丙氨酸、酪氨酸、丙氨酸、甘氨酸、丝氨酸、精氨酸、赖氨酸、组氨酸、缬氨酸、甲硫氨酸、脯氨酸、苏氨酸、谷氨酸及天门冬氨酸。

醇提取液腹腔注射对小鼠有镇静作用，煎剂或醇提取液对兔灌胃有解热作用，其外皮浸出液能增加小鼠的耐缺氧能力，并有镇痛作用。

山羊角

始载于《神农本草经》。原名羖羊角。为牛科动物青羊 Naemorhedus goral Hardwicke、山羊 Capra hircus L.等的角。中国大部分地区均产。

本品味苦、咸，性微寒。归肝、心经。功能平肝息风，明目定惊，散瘀止血。主治头风、头痛、小儿惊痫、目赤肿痛、产后腹痛、痛经、漏下、吐血等。

本品治肝阳上亢之头痛、头目眩晕及小儿惊痫抽搐，可与天麻、钩藤、石决明等平肝药同用；治高热惊风抽搐，可与龙胆草、黄连、黄芩等清热药同用；治肝火上炎之目赤肿痛，与桑叶、菊花、夏枯草等配伍应用，有清肝明目之功，《神农本草经》亦治青盲。磨粉或烧焦研末酒服，可治产后瘀滞腹痛及痛经、漏下；同桂心研末服可治吐血不止。镑片煎服，10—30克；磨粉或烧焦研末服，3—6克。

牛黄

始载于《神农本草经》。又名犀黄、西黄、丑宝。为牛科动物黄牛 Bos taurus domesticus Gmelin 的胆结石。宰牛时如发现胆囊、胆管或肝管有结石，即滤去胆汁，将其取出，去净附着的薄膜，放棉花上阴干至外皮稍硬，用绒线、灯心草或通草丝等缠住，以防破裂，再放阴凉处晾干；或用毛边纸包好，放入灯心草或通草丝内阴干。

由胆囊内取出的结石称为胆黄，多呈卵形、类球形或三角形，直径0.6—3厘米。表面金黄色至棕黄色，深浅不一，较细腻而稍有光泽，有的表面有一层黑色光亮的薄膜，习称“乌金衣”，也有的粗糙或具裂纹。体轻，质松脆，易分层剥离，断面色较浅，可见紧密细腻的同心层纹，并有蜂窝状小白点。气清香，味苦而后甘，放舌上有清凉感，嚼之不粘牙。其水溶液可使指甲染黄。

由胆管或肝管内取出的结石称为管黄，呈管状或片状，长短大小不一。表面红棕色或棕褐色，不光滑，有裂纹及小突起。断面略有层纹，中心多空隙而色较深。产于中国内蒙古、辽宁、吉林、黑龙江、陕西、甘肃、四川、青海、北京、天津等省、区、市。产西北者称“西牛黄”；产东北者称“东牛黄”；产北京、天津者称“津牛黄”。

除天然牛黄外，近年来在牛胆囊内植入异体培育成人工牛黄。市场上还销售另一种人工牛黄，是由牛、羊胆酸及猪胆酸、胆甾醇、胆红素、无机盐等组成。多呈粉状，也有呈不规则球形或方形的，棕黄色，质轻松，气微清香略腥，味微甜苦，但入口无清凉感。

本品味苦、甘，性凉。归心、肝经。功能清心开窍，豁痰定惊，清热解毒。主治热病神昏、抽搐、谵语、烦躁不安、中风窍闭、小儿惊痫、新生儿黄疸、咽喉肿腐、口舌生疮及痈肿疔毒等。治疗热病邪入心包，壮热神昏及中风痰热闭阻心窍，牛黄每与其他清热泻火、芳香开窍药配伍，制成丸散剂作为急救之用。如《痘疹世医心法》牛黄清心丸，即以本品配黄连、山栀、郁金等；或再加麝香、冰片等，如《温病条辨》安宫牛黄丸。牛黄治惊痫抽搐，痰热壅盛之症，常与天竺黄、胆南星等配伍，如用于小儿急慢惊风的牛黄抱龙丸。本品亦治初生儿胎热或身体发黄，以牛黄一豆大，入蜜调膏，乳汁化开，时时滴儿口中。牛黄治疗外科各种热毒痈肿疮疡，不论内服外用，均有良好的清热解毒之功。如《外科全生集》犀黄丸，以牛黄同麝香、乳香、没药等活血散瘀、消肿止痛之剂配伍，可治疗乳癌、瘰疬、痰核、流注及无名肿毒等。他如六神丸、牛黄解毒丸等治疗喉证及疮疡肿毒的名方，牛黄皆为清热解毒的主药。牛黄配珍珠研末，名珠黄散，吹喉治咽喉肿烂，外涂治口腔溃疡。《圣济总录》牛黄散，以竹沥调牛黄末，沥于小儿口中，治小儿鹅口疮不能饮乳。一般入丸散剂，不入汤剂。研末服，0.15—0.3克。孕妇慎用。

实验研究：主要成分为胆酸5.57%—10.66%、去氧胆酸1.96%—2.29%和胆红素以及胆甾醇0.56%—1.66%。还含麦角甾醇、卵磷脂、维生素D、钠、钙、镁、锌、铁、铜、锰、磷等无机盐，类胡萝卜素和丙氨酸、甘氨酸、天门冬氨酸、精氨酸、亮氨酸、蛋氨酸等氨基酸。又含牛黄酸以及尚未提纯的酸性肽类物质SMC和强心成分。

牛黄或牛胆汁给动物口服，有抗惊厥、镇静作用。以牛胆汁为主要原料制成的人工牛黄，也证明有同样效果。有人认为其镇痉成分为去氧胆酸。牛黄或胆酸钙对动物有显著、持久的抗高血压作用，降压作用与血管扩张及抗肾上腺素有关。牛黄酸对心脏有兴奋作用，对血管稍有舒张。它自然存在于中枢神经系统，特别是大脑皮质中，可能是一种抑制性递质。牛黄酸与胆固醇结合，而自胆汁排出，从而降低血胆固醇水平，它与胆酸形成盐，有利胆作用；动物身上有抗心律失常作用，过量其本身可导致不整脉。

动物试验证明，牛黄促进胆汁分泌的作用，与去氢胆酸相似；牛黄中还含有平滑肌收缩成分(SMC)能收缩胆道口括约肌，抑制胆汁排出，但大多数胆酸尤其是脱氧胆酸则均能松弛胆道口括约肌，故仍有利胆作用。胆盐及牛黄酸衍生物还能保护动物肝脏对化学物质引起的损害。牛黄粉混悬液，特别是含去氧胆酸的部分对动物小肠有弱的阿托品样作用。内服胆汁有轻度致泻作用。胆酸钙有和皂甙同样的溶血作用，但牛黄并不引起溶血，胆汁口服时无毒，但静脉注射胆盐可引起显著的血压下降、心脏抑制、心率减慢、收缩力下降、心律不齐，甚至心室颤

动;神经系统也能产生严重抑制。小量胆盐可使骨骼肌活动增加,搐搦,痉挛,大量则产生抑制。上述作用可能与抑制胆碱酯酶有关。

全蝎

始载于《蜀本草》,原名蝎。又名全虫、蛜蝌。为钳蝎科动物东亚钳蝎 Buthus martensii karsch 的全体。4—9 月夜间捕捉,除去泥土,放入清水中,待其将泥土吐出,捞出,置沸水中煮,水量以淹没蝎子为度,每斤蝎子加食盐 3 两,煮 3—4 小时,至水将吸尽时,用手掐其尾端,待身挺腹硬竖立,脊背抽沟,腹瘪,捞出,置通风处,阴干。用时以清水漂去盐质。

虫体长 6 厘米,头胸部及前腹部呈扁平长椭圆形,后腹部呈尾状,皱缩弯曲,表面绿褐色,前面有一对较短小的钳肢及一对较长大的似蟹螯的螯肢。背面有梯形背甲,上有 5 条隆脊线。胸部有步足 4 对,每足 7 节,末端各具二钩爪。前腹部由 7 节组成,第七节色较深;后腹部 6 节组成,黄棕色,呈尾状,从前向后逐节增大,末节有锐钩状强大毒刺,称蝎尾或蝎梢。体轻,质脆。气微腥,味咸。主产于中国河南、山东省;此外,安徽、河北、辽宁等省亦产。

本品味辛、咸,性平。有毒。归肝经。功能祛风止痉,通络止痛,攻毒散结。主治小儿惊风发搐、大人中风、半身不遂、口眼歪斜、语言蹇涩、手足抽搐、风湿痹痛、偏正头风及疮疡肿毒、瘰疬结核等病症。本品为祛风止痉要药。

临床常配蜈蚣同用,名止痉散,止痉的效果更佳。如高热动风、小儿急惊,亦可配以羚羊角、钩藤、黄连等以清热熄风定惊;若小儿脾虚慢惊,则须以党参、白术、天麻之类,健脾补虚为主,兼用本品祛风止痉。中风、手足挛急、抽搐者,则配羚羊角、钩藤、石决明等以平肝熄风;口眼歪斜者,则可与白附子、僵蚕等祛风化痰药同用,如《杨氏家藏方》牵正散;癫痫,则宜配矾水炒郁金、菖蒲、远志等化痰开窍之品;破伤风,则多与南星、防风、蝉蜕等配用,方如五虎追风散。全蝎,味辛走窜,善走经络,能引风药达于病所,有较好的通络止痛作用,故《玉楸药解》谓其能"穿筋透骨,逐湿除风"。用于风湿痹痛,痛剧而呈游走性,顽固难愈者,常与白花蛇、地龙、防风等配用。如治偏正头风,则可配川芎、白芷以止头痛。全蝎又能解毒散结。如治疮疡肿毒,《澹寮方》以麻油煎全蝎、山栀,加黄蜡制膏外敷。治瘰疬、结核,可配炮山甲、胡桃仁、红枣等制丸内服。《经验良方》记载:以本品配蜈蚣研末酒下,还可治蛇咬伤。现代报道,用活蝎入食油中浸泡,取油外搽,可治烧伤;取全蝎以香油炸黄内服,可治流行性腮腺炎。此外,全蝎还有祛风止痒的作用,《开宝本草》谓:"疗诸风瘾疹。"《本草汇言》配甘草为末,温酒调服,治遍身风癞,皮肤如鳞甲云斑及风癣诸证。煎服,2—5 克;研末服,0.5—1 克。又前人认为入药用蝎尾更佳。本品因性烈有毒,用量一般不宜过大,用于实证为主,若血虚生风者,宜慎用。

实验研究:全蝎含蝎毒、三甲胺、甜菜碱、牛黄酸、软脂酸、硬脂酸、胆甾醇、卵磷脂及铵盐等。

全蝎粉对动物有一定的抗惊厥作用(对抗士的宁、烟碱,不对抗戊四氮及可卡因),但较蜈蚣弱。全蝎浸剂及煎剂口服可引起动物血压明显而持久的降低。降压可能是由于抑制血管运动中枢,扩张血管,直接抑制心脏及对抗肾上腺素的升压作用。对清醒动物有镇静作用,但并不使动物入眠,也可能与降压有关。蝎毒能引起动物的呼吸麻痹,其最小致死量对兔为 0.07 毫克/千克、小鼠为 0.5 毫克/千克、蛙为 0.7 毫克/千克,兔中毒症状为瞳孔缩小,流涎,强直性惊厥,血压上升,呼吸停止。蝎毒无溶血及凝血作用,加热至 100℃,经 30 分钟蝎毒即被破坏。

蜈蚣

始载于《神农本草经》。又名百脚、百足虫、天龙。为蜈蚣科动物少棘巨蜈蚣 Scolopendra subspinipes mutilans L. Koch 的全体。主产于中国江苏、浙江、安徽、湖北、湖南、河南、陕西等省。

本品味辛、咸,性温。有毒。归肝经。功能祛风止痉,攻毒散结,通络止痛。主治急、慢惊风、破伤风、癫痫、口眼㖞斜、百日咳、疮疡肿毒、瘰疬、结核、癥积肿块、毒蛇咬伤,以及顽固性头痛、风湿痹痛、手足麻木等。

本品为祛风止痉要药。如验方止痉散,治手足抽搦,角弓反张,即本品与全蝎等分为末服;又如《证治准绳》之撮风散,治小儿撮口脐风,即配蝎尾、钩藤、僵蚕、朱砂等研末、竹沥调服。小儿惊风,两目上翻,口噤反张,亦可用本品为末,入麝香少许吹鼻用。《医学衷中参西录》治小儿时行热病,壮热抽掣,以蜈蚣配钩藤,薄荷叶合白虎汤投之,每获良效。若破伤风,邪在肌表,寒热拘急,口噤咬牙者,本品配天南星、防风、鱼鳔胶,如《医宗金鉴》蜈蚣星风散;癫痫痉搐,亦常与全蝎研末服,火盛者加黄连,痰多者加竺黄、贝母以熄风化痰清热。口眼㖞斜,可配白附子、防风、僵蚕同服,或以蜈蚣焙干为末,猪胆汁调敷患侧。小儿百日咳,则可配甘草等分为末服。蜈蚣又有较好的解毒散结作用。如《拔萃方》不二散治肿毒恶疮,配雄黄为末,和猪胆汁调服。若疖肿初期及急性乳腺炎,可配全蝎、大黄、冰片,为末醋调敷;已化脓破溃者,可将药粉直接撒于疮面,能促使伤口愈合。单用蜈蚣焙研为末,可敷治足趾疮、甲内恶肉突出不愈。瘰疬未溃者,可单用蜈蚣粉调成油膏外敷;已溃者,与茶叶为末外敷。现用治结节型淋巴结核,可用蜈蚣粉内服或菜油调敷;骨结核,可配全蝎、地鳖虫共研细末,入鸡蛋搅匀蒸熟食。另治慢性骨髓炎,用凡士林纱布条或纸捻,蘸以蜈蚣粉,塞入瘘管内,有促使瘘管愈合的作用;其他疮疡引起的瘘管,亦

可使用，或与牛角鰓、象牙末、刺猬皮等配用。毒蛇咬伤，内服外用，攻效亦佳。《洞天奥旨》蜈蚣散，治蛇咬，即配白芷、雄黄、樟脑，共为细末，以香油频频调搽肿处。风癣，可与乌梢蛇研末服。蜈蚣还有良好的通络止痛作用，如治顽固性头部抽掣疼痛，常与全蝎、天麻、僵蚕、川芎等同用。风寒湿痹的筋骨疼痛、麻木，可配羌独活、当归、乳没等。蜈蚣有开瘀散结之功，在古代还用治心腹寒热结聚，癥癖。《医学衷中参西录》载有饮蜈蚣酒而治愈噎膈者。现试用于食管癌、胃癌，具有一定疗效。煎服，1—3克；研末服，0.3—1克。本品有毒，用量不宜过大。血虚发痉及孕妇忌用。

实验研究：蜈蚣含二种似蜂毒的有毒成分，即组胺样物质及溶血性蛋白质；尚含脂肪油、胆甾醇、甲酸等。又外皮含有硫键的蛋白质及δ羟基赖氨酸。所含氨基酸有组氨酸、精氨酸、亮氨酸等。

粉剂给小鼠连服多日，对戊四氮、烟碱及士的宁引起的惊厥，均有不同程度的对抗作用。水浸剂在试管内对致病性皮肤真菌有些抑制作用。

白僵蚕

始载于《神农本草经》。又名僵蚕、天虫。为蚕蛾科昆虫家蚕 Bombyx mori L. 4—5 龄的幼虫感染白僵菌 Beauveria bassiana (Bals.) Vuill. 而发病致死的僵化虫体。将病死的虫体加石灰吸干水分，再晒干或微火烘干。

虫体呈圆柱形，全身弯曲，多皱纹，长3.5厘米，直径5毫米，表面灰白色或黄白色，被白粉霜，头部类圆形，有褐色的口器，胸部足三对，腹部足5对，呈圆形小突起状。体节清晰，尾部略呈二分歧状。质坚而脆，断面外层灰白色，显粉性，有四个小圆点，有丝光，中间黑褐色。气微，味稍苦。主产于中国浙江、江苏、四川、广东等地。

本品味咸、辛，性平。归肝、肺经。功能熄风止痉，祛风止痛，化痰散结。主治惊痫搐搦、中风偏瘫、破伤风、偏正头风、咽痛喉痹、瘰疬结核、乳痈、痄腮及皮肤瘙痒。本品熄风止痉可与全蝎配用。

治惊痫中风，痰热壅盛，风动搐搦者，常与牛黄、黄连、胆南星、天竺黄等配用，以清热熄风，豁痰定惊；如小儿因风热外感而高热发痉者，则可与桑叶、菊花、菖蒲、钩藤、全蝎等散风泄热定痉；治破伤风、小儿脐风口噤，舌强唇青，气促啼声不出，与全蝎、天南星、白附子或蜈蚣、钩藤等研末，用竹沥调服。治风痰痹阻经络之口眼歪斜、面部筋肉抽动，僵蚕与白附子、全蝎研末服，治脾虚久泻等所致的慢惊风，亦可于党参、白术、天麻等益气健脾药中加入本品以祛风止惊。本品能祛风止痛，治上焦风热及肝风上扰之偏正头痛、目赤、迎风流泪。治头痛与菊花、石膏、川芎等配伍，治风热目赤、迎风流泪与桑叶、荆芥、木贼草等同用。白僵蚕能入肺散风、化痰利咽，用于风热袭肺、咳嗽声哑者可配蝉蜕、桔梗；咽肿喉痛配马勃、射干、元参、板蓝根等。若痰热痹阻之缠喉风，咽喉肿胀，气息喘促，用本品配白矾研末，以竹沥、姜汁调服，能豁痰吐涎而通利咽喉。另外，也可外用作吹喉药，如《证治准绳》之七宝散，本品与硼砂、明矾、牙皂等同用。僵蚕治瘰疬结核，善消痰散结，常配贝母、夏枯草、牡蛎、玄参等软坚化痰解毒之品；乳痈初起，可外用僵蚕研末，陈醋调敷，另用金银花、蒲公英煎水内服。风温热毒所致的痄腮颊肿，本品可配连翘、板蓝根、牛蒡子、桔梗、黄芩等煎服，如李东垣普济消毒饮。皮肤风疹瘙痒则与荆芥、连翘、薄荷、川芎等研末服。煎服，3—9克；研末服，1.5—3克，血虚无风者不宜用。

实验研究：白僵蚕体表的白粉中含草酸铵。白僵菌的培养能合成大量草酸、吡啶-2,6-二羧酸，大量脂肪。近已分得数种白僵菌缩酸肽。10%煎剂2克/千克给小鼠灌胃，对硝酸士的宁引起的惊厥有明显的对抗作用。

蝉花

始载于《本草图经》。又名虫花、蝉茸、蝉蛹草。为麦角菌科真菌大蝉草 Cordyceps cicadae Shing 的分生孢子阶段即蝉棒束孢菌及其寄主山蝉 Cicada flammata Dist. 的幼虫体。主产于中国浙江、四川、云南、安徽、福建等省。

本品味甘，性寒。功能疏散风热，定惊，明目。其作用与蝉蜕大体相似。适用于小儿高热不退、天吊、惊痫、手足瘈疭、夜啼，又治小儿麻疹不透、风疹瘙痒，以及咳嗽咽喉壅肿，虚人久翳不退等病症。煎服，9—15克。

天麻

始载于《神农本草经》，原名赤箭。又名定风草。为兰科植物天麻 Gastrodia elata BL. 的块茎。冬、春两季采收，洗净泥砂，在清水中漂后用蒸气蒸至透心，取出，晒干或烘干。

块茎呈长椭圆形或长条形，扁缩而略弯曲，长6—13厘米，宽2—6厘米，厚1—3厘米。一端稍粗，有红棕色干枯芽苞，习称"鹦哥嘴"，有的为开花后残留的茎基；另一端有圆脐状疤痕。外皮剥落或部分残存，表面黄白色或淡黄棕色，具多数环节，节上有膜质鳞叶或点状的退化须根痕，多纵皱纹，有时可见棕褐色菌索。质坚实，半透明，不易折断，断面平坦，淡棕色，角质样，有光泽；开过花的质松空心，断面晦暗。气微，味甘、微辛。嚼之发脆有粘性。主产于中国四川、云南、贵州、湖北等地。

本品味甘、辛，性平。归肝经。功能熄风止痉，祛风除痹。主治眩晕、头痛、头风、小儿惊风、肢体痉挛、风湿痹痛等。

本品为治眩晕的常用药，尤以肝虚不足者为宜。罗天益云：眼黑头旋，风虚内作，非天麻不能治。临床应用治风阳上亢之头痛眩晕，耳鸣眼花，常与钩藤、石决明、黄

芩、牛膝等配用,如《杂病证治新义》的天麻钩藤饮。如为风痰上扰,头痛目眩者,以天麻配半夏、茯苓、白术祛风化痰,两调肝脾,李东垣的半夏白术天麻汤即以此为基础。治偏正头痛,头风疼痛,常配川芎、蔓荆子、荆芥之类,如《圣济总录》天麻丸。本品有良好的熄风止痉作用,常用于中风、小儿惊风等症。如中风、肢体拘挛或麻木,天麻可配钩藤、白芍、牛膝以平肝熄风,柔肝解痉。肝火甚者佐以石决明、龙胆草、黄连清肝泻火。如治慢惊,则天麻与人参、白术、姜蚕等同用。本品也用于破伤风引起的抽搐痉挛,角弓反张,如玉真散,即以天麻配伍南星、防风、白芷、羌活、白附子。天麻又能祛风止痛,治疗风湿痹痛,筋骨疼痛以及肢体麻木、瘫痪等症,常与牛膝、附子、杜仲等配伍,如《十便良方》之天麻酒。近人研究,天麻治疗高血压病、耳源性眩晕等均有较好的疗效。煎服,5—10克;研末服,1—1.5克。

实验研究:块茎含天麻甙,对羟基苯甲醇,对羟基苯甲醛,双(4-羟基苄基)醚,天麻醚甙,三[4-(β-D-吡喃葡萄糖氧基)苄基]柠檬酸酯,4-(β-D-吡喃葡萄糖氧基)苄醇,琥珀酸,β谷甾醇及其葡萄糖甙,柠檬酸及其单甲酯,棕榈酸,蔗糖等。

天麻水剂对小鼠有镇静作用,并能对抗戊四唑所引起的阵挛性惊厥。天麻可防止剪毛所致的暴殄及对抗实验性癫痫,临床上单用或与他药配伍治疗眩晕有一定效果。天麻注射液对冠状动脉、脑及外周血管有一定的扩张作用,可使血流量增加,血管阻力下降。但血压无明显改变。其治疗眩晕的机制也可能与此有关。人工培养获得的密环菌菌丝体的药理作用与天麻相近,现已代替天麻用于临床。

钩藤

始载于《名医别录》。原名钓藤,又名钩藤钩子、钓钩藤、嫩钩钩。为茜草科植物钩藤 Uncaria rhynchophylla (Miq.)Jacks. 或大叶钩藤 U. macrophylla Wall. 及其同属数种植物的带钩茎枝。秋、冬两季采收,除去叶片,切成小段,晒干。

带钩茎枝长2—3厘米,直径2—5毫米,呈圆柱形或类方柱形。表面红棕色至紫红色,具细纵纹,光滑无毛,黄绿色至灰褐色者有时可见白色点状皮孔,被黄褐色柔毛。多数节上对生两个向下弯曲的钩(不育花序梗),或仅一侧有钩,另一侧为凸起的疤痕;钩大小不等,扁平,先端细尖并向内卷曲,基部较阔而稍圆。钩基部的枝上可见叶柄脱落后的窝状痕迹和环状托叶痕。体轻,质坚韧,不易折断,断面外层棕红色,纤维性,髓部黄白色疏松如海绵状,或中空。气无、味淡。主产于中国广西、广东、湖南、湖北、四川、云南、贵州、江西等地。

本品味甘、苦,性微寒。归肝、心包经。功能清热平肝,熄风定惊。主治小儿寒热、惊痫抽搐、夜啼、大人风热头痛、头旋目眩、妇人子痫、中风瘫痪、口眼歪斜、手足走注疼痛、肢节挛急等。本品为治热病惊痫抽搐之要药。

凡小儿高热而有抽搐倾向者,即可用此以防其痉厥,如抽搐较重者,须与羚羊角等止痉作用较强的药物同用,方如羚角钩藤汤。或配全蝎、蜈蚣以熄风止痉。热重者,配以黄连、石膏、大青叶、龙胆草等清热之品。小儿惊痫瘛疭,亦可与琥珀、朱砂、牛黄、天竺黄、龙齿等镇惊安神药同用,有痰加竹沥、胆星。治妇人子痫,《胎产心法》钩藤汤,以此配人参、当归、茯神、桑寄生、桔梗煎服。用于外感风热之头痛、目赤,本品可与桑叶、菊花同用,以疏风泄热。若由肝火上冲之头目胀痛,可与夏枯草、黄芩、苦丁茶为伍,以清泄肝火。肝阳上亢之头旋目眩,则常配石决明、天麻、菊花、白芍等以平肝潜阳。对于中风半身不遂,口眼歪斜,言语謇涩等症,钩藤既能平熄肝风,又能舒筋活络,常与菊花、桑枝、赤芍、地龙、炮山甲等药同用。风痰阻络的四肢拘挛掣痛,配僵蚕、全蝎以祛风通络止痛。此外,本品尚有清热透发作用,配紫草、牛蒡子等,可用于斑疹透发不快。现代研究,钩藤具有降压和镇静作用,可用治各期高血压病。煎服,6—15克。不宜久煎,须后下。

实验研究:带钩茎枝的主要成分为生物碱,含量约0.041%,已分离出钩藤碱、异钩藤碱、去氢钩藤碱、异去氢钩藤碱、柯楠因碱、二氢柯楠因碱、硬毛帽柱木碱、去氢硬毛帽柱木碱等。大叶钩藤的带钩茎枝含总生物碱约0.403%。钩藤煎剂对多种动物有降压作用,降压缓和而持久,同时常使心率缓慢,血管扩张。钩藤碱和钩藤总碱也有相似的降压作用,钩藤碱降压作用持续时间较利血平短,其降压原理与抑制血管运动中枢,抑制神经节有关,对外周血管直接扩张也是降压原因之一。钩藤的钩降压作用较强,维持时间也最久;茎、枝的降压程度相似,但维持时间较钩短,老枝则降压弱而短暂。钩藤不耐久热,煮沸20分钟以上,其降压成分会被部分破坏。钩藤具有镇静,但无催眠作用。钩藤碱能抑制兔离体肠管,兴奋大鼠离体子宫。钩藤碱对小鼠腹腔与皮下注射的半数致死量为162.3毫克/千克与165毫克/千克,总碱与此相近。

罗布麻

始载于《救荒本草》。原名泽漆,又名泽漆麻、野茶、吉吉麻。为夹竹桃科植物罗布麻 Apocynum venetum L. 的叶或全草。分布于中国西北及山西、河南、河北、江苏、山东、辽宁及内蒙古等省、区。

本品味甘、苦、涩,性凉。功能平肝熄风,宁心安神。主治肝阳亢盛之头痛、眩晕、心悸、失眠等。可泡水代茶或煎汤内服;也可配夏枯草、菊花、钩藤等清肝熄风药同用。本品具有一定的降血压作用,可用于高血压病,对改善头痛、眩晕、失眠等症状,都有较好的疗效。此外,罗布

麻泡水或煎汤服,还可防治感冒和治疗慢性气管炎咳嗽、气喘、神经衰弱等。煎服,3—10克。

实验研究:罗布麻全草含芸香甙、新异芸香甙、右旋儿茶素、槲皮素、异槲皮甙以及谷氨酸、丙氨酸、缬氨酸、氯化钾等。

罗布麻叶煎剂对肾型高血压犬灌胃2小时,有降血压作用,并一直稳定在较低水平,3日后才有回升。

刺蒺藜

始载于《神农本草经》。原名蒺藜子,又名白蒺藜、硬蒺藜、杜蒺藜。为蒺藜科植物蒺藜 Tribulus terrestris L.的果实。主产于中国河南、河北、山东、安徽、江苏等省。

本品味苦、辛,性平。归肝、肺经。功能平肝解郁,疏散风热,明目止痒。主治头痛眩晕、胸胁胀痛、乳闭不通、目赤翳障及风疹瘙痒等。

临床用于肝阳上亢所致的头痛眩晕,常配平肝熄风之天麻、石决明、钩藤等同用;若用于感受风热所致的头痛,则可配桑叶、菊花以疏风散热。本品又善疏肝解郁,由于肝气郁结,胸胁胀满或疼痛者,可与疏肝理气之香附、郁金、青皮、橘叶等配伍。吴其濬盛称本品的开郁作用:"凡胁上、乳间横闷滞气,痛胀难忍者,炒香入气药,服之极效。"《方龙潭家秘方》治胸痹,膈中胀闷疼痛或乳胀不行,或乳癌肿痛,均用本品研末调服。现代临床报道有用刺蒺藜配三七治冠心病,配青橘叶治经潮乳硬(乳房小叶增生症)者,均有一定效果。本品能平肝祛风明目,故又为治目疾之常用药。如《肘后方》单用本品捣为散,食后服,可治年久失明。用于肝经风热引起的目赤多泪,或痛或痒,常配菊花、草决明、蔓荆子、青葙子等,如《张氏医通》白蒺藜散。若痘疮入眼肿痛,翳膜眵多,则可与谷精草、密蒙花、木贼、蝉蜕等明目退翳药同用。如适当配用于补益肝肾药中,亦可用治肾虚目痒昏花,肝虚见风流泪等证。本品有疏风散热止痒的作用,用于风热引起的风疹及皮肤瘙痒症,常与祛风止痒的蝉蜕、防风同用。如病由血虚生风所致者,酌加制首乌、当归、地黄等养血之品。此外,本品尚用于牙龈出血或牙齿动摇疼痛,可煎汤含漱或研末搽患处。煎服,3—6克;研末服,3—6克。本品善能行气散结,孕妇慎服。

实验研究:果实含刺蒺藜甙、黄芪甙、山柰酚及其3-芸香糖甙。又含哈尔满和哈尔明碱等生物碱,以及脂肪油、少量挥发油、鞣质、树脂、甾醇、钾盐等。

乙醇-水浸液对麻醉动物有降压作用,其生物碱部分有某些抗胆碱及利尿作用。

地龙

始载于《神农本草经》。原名白颈蚯蚓,又名蚯蚓,曲蟮。为巨蚓科动物参环毛蚓 Pheretima aspergilum(E. Perrier)及缟蚯蚓 Allolobophora caliginosa (Suvigny) trapezoides (Ant. Duges)的全体。参环毛蚓药材称"广地龙";缟蚯蚓药材称"土地龙"。春、夏、秋三季均可捕捉。"广地龙"采捕后,用草木灰呛死,再用温水稍泡,除去体外粘液,剖开腹面,洗去内脏、泥土,晒干或烘干。"土地龙"用草木灰呛死,洗去灰后晒干或烘干。

广地龙呈长条片状,弯曲,长10—20厘米,宽1—1.5厘米。全体具环节,背部棕褐色至紫灰色,腹部浅黄棕色。前端有一明显的淡色生殖环节,习称"白颈",较光亮。体前端稍尖,尾端钝圆,刚毛圈粗糙而硬,色稍浅。体轻,质硬,不易折断,断面黄白色。气腥,味微咸。产于中国广东、广西、福建、台湾等省、区。

土地龙呈圆柱形而弯曲,长5—10厘米,直径3—7毫米,外皮灰棕色或土黄色,多皱缩不平,前端生殖环带多不明显。质轻脆,易折断,肉薄,体中有泥土。产于河南、山东、江苏、福建、安徽等省。

本品味咸,性寒。归肝、肺、脾、肾经。功能清热止痉,平肝熄风,平喘,通络,利水。主治温热病高热狂躁、小儿急、慢惊风、肝阳眩晕头痛、热性哮喘、风湿痹痛、中风偏瘫、热淋尿闭以及腮肿、丹毒、烫伤、臁疮等。《补缺肘后方》治伤寒热极烦闷狂躁,惊风抽搐,单用本品煎服或绞汁服。《摄生众妙方》治小儿急、慢惊风用本品捣烂同朱砂末为丸,金箔为衣内服。用治热病高热痉厥,常与钩藤、僵蚕、大青叶、银花、连翘等清热熄风之品配用。治肝阳上亢之眩晕头痛,则配石决明、菊花、夏枯草等平肝潜阳药同用。本品亦用治高血压病,近年还用于精神分裂症。本品亦能清肺平喘,如治热性哮喘,可以单用或配合麻黄、石膏、杏仁等药煎服,以加强宣肺泄热平喘之功。本品治风湿热痹之关节红肿热痛,常与桑枝、赤芍、络石藤、忍冬藤等清热通络药同用;若属风寒湿痹,则可配川乌、南星、乳香等散寒祛瘀通络止痛药,方如《和剂局方》小活络丹。治中风气滞血瘀而半身不遂者,常配黄芪、当归、红花、桃仁等补气活血通络药,方如《医林改错》补阳还五汤。地龙,性善下行而利小便,如热结膀胱而小便闭塞不通者,《斗门方》单用本品捣烂以冷水滤取浓液内服;亦可配车前子、黄柏、木通等清热利尿药以治小便不利。本品浸液或捣敷,还可用治多种外科疾患,如用活地龙与白粉浸出液,或与白糖捣烂外敷,可治急性腮腺炎、带状疱疹、丹毒、烫火伤、慢性下肢溃疡及骨折等病。他如治木舌肿满,以本品盐水化涂患部;治聤耳脓血不止,本品研末吹耳;治瘰疬溃烂流窜,则可配乳香、没药、轻粉、穿山甲等研末油调外敷。煎服,5—10克。研末服,1—2克。脾胃虚寒患者不宜用。高度过敏体质病人,地龙注射液应慎用。

实验研究:多种地龙均含地龙解热碱、花生四烯酸、次黄嘌呤、蚯蚓素、蚯蚓毒素、琥珀酸、胆甾醇、胆碱、氨基酸类、核酸衍生物等。

广地龙醇提物能舒张动物支气管及对抗组胺而有平

喘作用,其有效成分可能是琥珀酸或次黄嘌呤,也有认为是其水溶性成分中所含的多种氨基酸。其热水浸剂或醇浸剂注射及灌胃,对多种动物,包括肾性高血压大鼠,有降低血压的作用,此效应缓慢而持久,对其降压机制的初步分析表明,降压与中枢有关。广地龙中还有兴奋平滑肌的成分,能增加动物子宫的紧张度,甚至导致痉挛状态,对肠管及外周血管也能收缩。地龙解热碱或蚯蚓水浸剂有较好的解热作用,也有报告其解热成分为花生四烯酸,热浸液及醇提出物有镇静、抗惊厥作用;产生抗惊厥作用的成分与引起降压者不同,醇浸出液能降低家兔血清钙含量,不影响血清钾及胆碱酯酶含量。

马宝

始见于《饮片新参》,又名马粪石、马结石。为马科动物马 Equus caballus (L.)胃肠道中的结石。主产于中国内蒙古、新疆、甘肃、云南、贵州、西藏和东北等地牧区。

本品味甘、咸、微苦,性凉。归心、肝经。功能清肝,熄风,镇惊,化痰。主治小儿惊痫抽搐、癫狂、痰热内盛之心烦不安、失眠以及痰多咳嗽、吐血、衄血等。

如用治肝热动风,手足抽搐,可与羚羊角粉同用;治癫痫,可与朱砂、天竺黄、僵蚕、全蝎同用;治热入心包,神昏烦躁,可配朱砂、牛黄、麝香、冰片;用于肺结核之咳嗽咯血,则可配百部、白及等宁咳止血药同用。此外,本品尚有解毒作用,可用治痈肿疮毒。研末服,0.6—1.5克。中寒痰湿者忌用。

实验研究:马胃肠中的结石含磷酸镁、碳酸镁、碳酸钙等。

蛇蜕

始载于《神农本草经》。又名龙子衣、蛇皮、蛇壳。为游蛇科动物黑眉锦蛇 Elaphe taeniurus Cope、锦蛇 E. carinata (Guenther)及乌梢蛇 Zaocys dhumnades (Cantor)等多种蛇蜕下的表皮膜。中国大部分地区有产。

本品味甘、咸,性平。归肝经。功能祛风定惊,退翳消肿,解毒,杀虫。主治惊痫、瘛疭、目翳、瘾疹、喉痹、口疮、龈肿、痈疽疔毒、瘰疬、痔疮及疥癣等。

用治惊痫、瘛疭,每与钩藤、天麻、全蝎等熄风镇痉药配伍;热盛者,亦可配用清热降火之品,如《太平圣惠方》治小儿壮热发痫之钩藤散,即本品入钩藤、石膏、黄芩、大黄等。治目生翳障,常与祛风清肝药同用,如《银海精微》之蝉蜕无价散,配蝉蜕、防风、石决明、白蒺藜等;瘾疹瘙痒,则可同荆芥、蝉蜕、生地、赤芍等祛风凉血药煎服,并可煎水趁热熏洗或涂擦患处。风热喉痹肿痛,可用本品烧灰存性,研末服,或配银花、连翘、牛蒡子、桔梗、玄参等煎服。用治口疮、龈肿及痈疽等外科疾患,一般多研末外用。如《圣济总录》治痈疽肿硬,尚未成脓者,用蛇蜕煅研,米醋调涂肿处;《医宗金鉴》之蛇蜕膏,则与蜈蚣、蜂蜜、香油等熬膏敷贴瘰疬溃烂。治痔疮肿痛,可用蛇蜕焙焦,同冰片少许研末油调外涂。但痈肿疮疡,亦可用以内服。如治疔毒,可同露蜂房、血余炭研末,米汤调服;治产妇乳房肿痛,同鹿角、露蜂房煅研,黄酒冲服等。本品又能杀虫、止痒,故可用治疥、癣、痒疮,常配苦参、蛇床子、白矾等煎水熏洗。如以本品焙黄后加冰片少许研末,睡前外涂肛门,可治蛲虫病。此外,本品治麦粒肿,可用醋浸蛇蜕,贴敷肿处;治中耳炎,用蛇蜕烧灰,麻油调涂;治流行性腮腺炎,则用蛇蜕同鸡蛋炒食。煎服,3—6克;研末服,1.5—3克。

实验研究:蛇蜕含骨胶原。煮沸的蛇蜕水提取物有抗炎作用,动物试验能抑制白细胞游走及血管通透性的亢进,及抑制角叉菜胶性浮肿。

壁虎

始载于《本草纲目》。又名守宫、蝎虎、天龙。为壁虎科动物无蹼壁虎 Gekko swinhoana Günther 或无疣壁虎 G. subpalmatus Günther、多疣壁虎 G. japonicus Dumeril et Bibron 及其他数种壁虎的全体。夏、秋季捕捉,捕捉后用竹片贯穿头腹,将尾部用线固定于竹片上,勿使脱落,然后用文火烘干或晒干。

全体呈扁平条状,头扁,宽椭圆状,有眼一对,耳孔小,卵圆形,尾部细长,多残缺不全,具四肢,指、趾间有蹼迹(多疣壁虎)或无蹼迹(无蹼壁虎),体背面灰棕色或黑灰色,有细鳞,腹面黄白色,被有较大的圆鳞。气微臭,味咸。中国大部分地区有产。

本品味咸,性寒。有小毒。归肝、心经。功能祛风定惊,解毒散结。主治风湿关节疼痛、中风手足不遂、破伤风、惊痫、噎膈、瘰疬、恶疮等。

用于风湿关节疼痛,手足不遂,可与祛风湿及通络止痛等药物配伍。如《圣济总录》治历节风痛之麝香丸,《医学正传》治瘫痪,手足走痛之如神救苦散,壁虎均为主要药物之一。前者配用草乌、地龙、乳香、麝香等;后者则与乳香、没药、御米壳等同用。破伤风及惊痫,见痉挛、抽搐、口噤等症者,常与全蝎、蜈蚣、白僵蚕、南星、白附子等配伍应用。《奇效良方》治久年惊痫之守宫膏,则与珍珠、麝香、冰片同用。本品用治噎膈反胃,《摘元方》用壁虎配以人参、朱砂、乳香,炼蜜为丸,木香汤送服。以散结消肿,通利隔塞。近年来,临床上试用壁虎粉治疗食管癌、胃癌、肝癌、肺癌、宫颈癌等。本品治瘰疬、恶疮,既可内服,又可外用。如瘰疬结核未溃者,可焙干研末,黄酒送服,或配牡蛎、玄参、浙贝母等制成丸、散服;已溃者,并可用壁虎粉外掺疮口,不仅解毒散结,且能祛腐生肌。治疔疮,则用壁虎加冰片少许,捣烂外敷;痈疮肿痛者,用壁虎粉油调外敷;疮疡溃烂,日久形成瘘管者,可用壁虎粉掺于创口,或用壁虎尾尖,量管大小,剪取一段,插入管中,

外贴膏药。此外,本品还可治疠风成癞、癣疮等。研末服,1—1.5克。病属血虚气弱,非风毒、风痰者,慎用。

蛞蝓

始载于《神农本草经》。又名蜒蚰、蛞蝸、鼻涕虫。为蛞蝓科动物黄蛞蝓 Limax fravus L.或野蛞蝓 Agriolimax agrestis L.等的全体。中国大部分地区有分布。

本品味咸,性寒。归肺、肝经。功能祛风定惊,平喘止咳,清热解毒。主治中风㖞僻、惊痫、哮喘、咽喉肿痛、痈肿、丹毒、痰核等。

治中风口㖞身僻,筋脉挛缩,《方脉正宗》取当归、五加皮为末,蛞蝓捣烂为丸服。小儿哮症及百日咳,蛞蝓配经霜天烛子、腊梅花,水煎服;如为实热哮喘,以鲜蛞蝓配贝母粉,捣和为丸服,或加茯苓同捣焙干,麻黄煎水为丸服。治一切风热痰火喉症,如风热喉痹、咽喉肿痛等,《种福堂公选良方》用青梅、活蛞蝓共放瓦罐中,每日将梅取出晒干,以吸收蛞蝓汁,再用微火烘干,用时则以梅噙化。治喉痹,蛞蝓适量,与寒水石捣烂、晒干研末,加青黛拌匀,吹喉。痈肿、丹毒,《泉州本草》以活蛞蝓醋浸捣烂,入冰片少许敷患处。痔疮肿痛、脱肛,蛞蝓、京墨加冰片研和外涂。脚胫烂疮,蛞蝓焙干研末,香油调敷。蜈蚣、蝎子螫伤,蛞蝓生捣涂。如将蛞蝓浸泡于麻油中,溶化后,可涂治烫火灼伤。煎服,1—3条。脾胃虚寒者不宜服。

涌吐药

凡能引起呕吐,促使有害物质从呕吐排出体外的药物,称为涌吐药,亦称催吐药。

《素问·阴阳应象大论》说"其高者,因而越之","越"即含有涌吐之意。《神农本草经》序例也有"饮食不消以吐下药"的记载,可见涌吐药是古代常用的急救药物之一。

涌吐药其味大多酸苦辛咸,具有强烈呕吐作用,能使停留于咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食和其他有害物质,随呕吐而排出。故由痰阻咽喉导致之呼吸困难,因宿食停滞引起之脘闷胀痛以及误食毒物等,均可及时使用涌吐药以取得疗效。

涌吐药多数有毒,易伤胃气,不易为病人接受,故现代临床已较少应用,但在误食毒物等紧急情况下,现场又无其他救疗条件,则仍可用以救急。在使用时应注意先从小剂量开始,如用之不吐,可逐渐加大用量。中病即止,不必尽剂。

呕吐是剧烈动作,可以影响内脏,只适用于体壮邪实之证,对年老、体弱、幼儿、胎前、产后,以及高血压病、心脏病、肺结核、噎膈反胃、喘逆短气、出血症等患者,咸宜禁用。

服涌吐药后而不即吐者,常用洁净的鸡翎轻扫咽喉部,或多饮水浆,可加速催吐作用。若服涌吐药后吐不止者,则须视所服何药,选服有关药物以解救之。张子和谓,如藜芦吐者不止,以葱白汤解之;石药吐者不止,以甘草、贯众解之;诸草木吐者,可以麝香解之。病人用涌吐药得吐后,应暂停饮食以事休息;一俟胃肠功能恢复后,先以流质、半流质如牛乳、薄米粥等调补胃气,忌食油腻荤膻及不易消化的食物。

瓜蒂

始载于《神农本草经》。又名甜瓜蒂、瓜丁、苦丁香。为葫芦科植物甜瓜 Cucumis mele L.的果蒂。中国大部分省、区均产。

本品味苦,性寒。有小毒。归脾、胃经。功能涌吐热痰、宿食,除湿,退黄。主治痰热癫痫、喉痹窒阻、宿食停胃或误吞毒物及湿热黄疸等。

用瓜蒂内服取吐,有单味应用者,如《儒门事亲》独圣散;有与赤小豆、香豉配用者,如《伤寒论》瓜蒂散。瓜蒂尚有泻下泄降作用,故临床亦用于逐水湿痰饮,消浮肿水胀,故张景岳谓本品,"盖其性峻急,不从上出,即从下出也"。若为夏月伤水湿,水行皮中而身热疼重者,《金匮要略》用一物瓜蒂汤以除湿祛暑。《千金翼方》治湿热黄疸,目黄不除,单用瓜蒂研末搐鼻,引出黄水以宣湿泄郁。近代临床以本品治急性黄疸型传染性肝炎及迁延性与慢性肝炎,除用粉剂搐鼻引涎外,还用粉剂、浸液、丸、片剂等内服,不仅能退黄,还能改善症状。前人经验,服药后吐涎不快者,可含咽砂糖一块,能加速涌吐;服药后吐多不能自止者,取麝香二三厘温开水调服,即能制止呕吐。煎服,1.5—4.5克;散剂,0.6—1.5克;粉剂搐鼻,0.03克。瓜蒂性寒味极苦,能损胃伤脾,凡脾胃虚弱诸失血患者忌用;孕妇及心脏病患者亦禁服。

实验研究:瓜蒂含苦味成分喷瓜素(葫芦素E)、葫芦素B、α菠菜甾醇。

葫芦素内服可刺激胃粘膜感觉神经末梢,反射性兴奋呕吐中枢,引起呕吐。葫芦素B、E,葫芦素B葡萄糖甙对四氯化碳中毒大鼠有明显降低血清丙氨酸转氨酶的作用,对肝脏的病理损害有一定保护作用;葫芦素B能增加肝糖原蓄积,阻止肝细胞脂肪变性及抑制肝细胞纤维增生。临床上用葫芦素B、E混合物治疗迁、慢性肝炎,有改善症状、降酶等效果,但瓜蒂有毒,过量可致死亡,以及瓜蒂搐鼻有引起局部过敏反应者,故不能滥用。

藜芦

始载于《神农本草经》。又名旱葱、毒药草、七厘丹。为百合科植物黑藜芦 Veratrum nigrum L.或毛穗藜芦 V. maackii Regel 等的根及根茎。中国大部分省、区有产。

本品味苦、辛,性寒。有大毒。归肺、胃经。功能涌

吐风痰,杀虫。主治中风痰涌、癫痫、疥癣。

本品涌吐作用较强,如中风痰涎涌盛,不省人事,可与防风、瓜蒂研末为散服;亦可用于癫痫及缠喉风痰涎壅塞者,如《儒门事亲》之三圣散。用治疥癣,可将其研为细末,加生油调和外涂。头生虮虱,可用其末掺之,有灭虱之效。用本品与鸡蛋同煮,去药食蛋治疗疟疾;若久疟不能饮食,胸中郁郁欲吐,欲吐不能吐者,藜芦研末服。本品有毒,内服宜慎。一般不入汤剂。作丸、散服。其安全用量目前尚无一致意见。孕妇及体虚者忌服。反人参、沙参、丹参、玄参、苦参、细辛、芍药。中毒症状为恶心呕吐、流涎、腹痛、腹泻、便血、心律不齐、呼吸困难、昏迷等。内服葱煎水或用雄黄、葱白头、猪油同浓茶冷服,可解毒。严重的须中西医急救处理。

实验研究:藜芦根、根茎含介芬胺、假介芬胺、玉红介芬胺、计明胺碱、藜芦酰棋盘花碱、原藜芦碱 A、去乙酰原藜芦碱 A、藜芦马林碱、计米定碱、藜芦嗪碱等。

总碱静脉注射可引起明显、持久的降压作用,口服需大于静注量的 15 倍以上才有效,此时已可能出现中毒症状(恶心、呕吐),故不安全。降压原理为刺激传入神经,反射引起的降压。1%—5%水浸液对蚊、蝇、蚤、虱有强烈的毒杀作用。总碱的局部刺激作用很强,口服能催吐、祛痰,吸收后能降压、减慢心率。成人口服藜芦须根 70 毫克即发生中毒。有报道用藜芦 0.6 克而中毒死亡者。

食盐

始载于《神农本草经》。原名大盐。为海水或盐井、盐池、盐泉中的盐水经煎晒而成的结晶。

本品味咸,性寒。归肾、肺、胃、大肠经。功能涌吐,降火,凉血,润燥,解毒。主治食停上脘、胸中痰积、虚火眼赤、咽喉肿痛、便秘、心腹冷痛、毒虫螫伤等。

食盐能涌吐食积及痰涎。如《金匮要略》及《千金要方》均载:用浓盐汤热饮,并探吐,可使脘腹留滞的宿食以及由此而引起的脘腹胀闷、疼痛,得吐而解。《肘后方》治痰厥头痛;《儒门事亲》治痰火内盛所致的喜笑不止,亦皆用此法探吐以祛痰涎。虚火上炎之目赤、咽喉、牙龈肿痛等,用淡盐汤饮服,均有一定治疗作用。如慢性便秘者,常于空腹时饮淡盐汤一杯,可起到润肠通便的效果。本品又可外用。如炒热后布包热熨,可治心腹冷痛,小腹疝痛。用盐水滴眼、洗眼,可治目赤,翳膜。以细盐点涂,可治悬雍垂肿。同皂荚烧赤研细揩齿,能治龋齿等。治蜈蚣、蝎子等毒虫螫伤者,可用盐汤湿敷或浸渍,有解毒止痛止痒之效。本品咸味入肾,又常用为引经药,服用某些作用于肾的药物时,或用淡盐汤送服,或用盐水炒制。开水溶化服,1—3 克;作涌吐用,9—18 克。水肿、腹水患者忌用。

实验研究:本品主要成分为氯化钠,常杂有氯化镁、硫酸镁、硫酸钠、硫酸钙及不溶物质等。

胆矾

始载于《神农本草经》。又名石矾、立制石、蓝矾。为天然的硫酸盐类矿物胆矾的晶体;或为人工制成的含水硫酸铜。主产于中国云南、山西省。

本品味酸、辛,性寒。有毒。归肝、胆经。功能内服催吐,外用收敛,解毒祛腐。主治风痰壅塞、癫痫、误食毒物、喉风、喉痹、口疮、牙疳、鼻疳、耳痛流脓、烂弦风眼、痔疮、肿毒等。

古方以本品研末温醋调服,涌吐痰涎以治风痰内盛,中风不语,癫痫等症。如误食毒物,可用温水化服,以催吐排毒。治急性喉风、喉痹,咽喉红肿,痰涎壅塞者,用胆矾既有解毒之功,又可引痰涎外出,以开通咽喉闭塞。《济生方》之二圣散,即以本品与白僵蚕同研细末,吹喉。其用于口疮、牙疳、鼻疳、耳痛流脓等症,均可单用研末外用,或配清热解毒类药物同用。如《沈氏尊生书》治牙疳的胆矾散,即同胡黄连、孩儿茶配伍使用。用于痔疮肿痛,则可用胆矾煅研,蜜水调敷。本品用于烂弦风眼,可取其水溶液洗眼。《眼科秘书》则配炉甘石、杏仁、归尾煎水外搽。如与黄柏煎汤洗眼,亦可用治风火赤眼。本品用量稍多或浓度稍大,可起腐蚀作用,故研末外敷,尚可治疗肿毒不破及甲疽胬肉疼痛等。研末服,0.3—0.6 克。胃弱体虚者忌服。

实验研究:胆矾成分为硫酸铜,通常是带 5 分子结晶水的蓝色结晶。硫酸铜能刺激胃粘膜感受器,反射性的引起呕吐。

石蒜

始载于《本草图经》。又名老鸦蒜、乌蒜、银锁匙。为石蒜科植物石蒜 *Lycoris radiata* (L'Herit.) Herb. 的鳞茎。原植物分布于中国华东、中南、西南地区及陕西等省。

本品味辛、甘,性温。有毒。功能解毒消肿,涌吐。主治痈肿疔毒、瘰疬、皮癣、风湿关节痛、蛇咬伤及水肿、腹水等。

治痈疽疔毒,可同白糖捣敷;瘰疬,加鸡蛋清调敷;癣症,加水、酒捣汁搽涂;风湿关节痛,可用姜、葱同捣,敷于患处;蛇咬伤,可与山葡萄根皮及盐少许,捣烂,敷于伤口周围;水肿、腹水,则与蓖麻子捣烂敷于足心等。但本品对皮肤刺激性较强,久敷,可引起红肿、发泡。去药后,涂上蜂蜜,即可消肿。《周益生家宝方》治对口疽初起,有用本品捣烂后隔纸贴的方法,可减轻石蒜的刺激性。本品内服能引起呕吐,故亦用作涌吐药。食物中毒及痰涎壅塞,咽喉不利者,用鲜品煎服催吐,有排除毒物和痰涎的作用。《本草纲目拾遗》治痰火气急,则以本品为末服;治乳蛾则用以捣汁服。煎服 1.5—3 克。孕妇禁用。中毒症状,可出现流涎、吐泻、舌强、肢冷、惊厥、休克等,严重

者可使呼吸中枢麻痹而死亡。早期可用浓茶或1%—2%鞣酸洗胃、导泻及对症治疗。

实验研究：石蒜鳞茎含多种生物碱，主要为石蒜碱、雪花胺（加兰他敏）、石蒜胺、O－去甲石蒜胺碱、石蒜伦碱、多花水仙碱、漳州水仙碱、高石蒜碱、伪石蒜碱。还含雨石蒜碱、去甲雨石蒜碱、去甲基高石蒜碱、N－去甲基石蒜胺碱、小星蒜碱、表雪花胺、条纹碱和网球花定等生物碱。又含两种有抑制植物生长和抗癌作用的成分石蒜西定醇、石蒜西定。

加兰他敏及石蒜胺均为可逆性胆碱酯酶抑制剂，大量可使神经肌肉接头持续去极化。静注加兰他敏有明显抗箭毒作用。石蒜碱有镇静作用，能显著增强吗啡和延胡索的镇痛效力，还有解热作用，但重复给药可出现快速耐受性，可能与阻断α肾上腺素神经末梢释放儿茶酚胺有关。其降压机制亦为阻止儿茶酚胺的释放，但也有中枢机制参与。石蒜碱对胃肠道、子宫平滑肌有兴奋作用，此与其抑制胆碱酯酶有关。石蒜碱的抗炎作用，可能是由于它刺激垂体－肾上腺皮质功能。此外，石蒜碱还有抗癌，促进尿酸排泄的作用。

蜀漆

始载于《神农本草经》。又名鸡屎草、鸭屎草。为虎耳草科植物黄常山 Dichroa febrifuga Lour. 的嫩枝叶。

本品味苦、辛，性平。有小毒。归肝经。功能截疟，涌吐。主治疟疾、小儿惊厥、中恶、癥瘕等。

本品治疗疟疾的效果与常山略同。临床上每与半夏、陈皮、知母、乌梅等同用。《金匮要略》之蜀漆散，则配云母、龙骨以治寒多热少之牝疟；《太平圣惠方》麻黄饮子，蜀漆配麻黄、牡蛎、知母等以治温疟烦闷，蜀漆内服，可引起恶心呕吐，故前人亦作涌吐药用，《本草纲目》载阮氏方千金汤，用蜀漆、牡蛎煎汤内服，可涌吐胸中痰涎而治小儿惊厥、中恶等症。煎服。3—9克。疟发前服。本品恶心呕吐等副作用甚于常山。虚弱患者及孕妇忌用。

实验研究：叶所含生物碱与常山根的主要生物碱相同。叶含生物碱总量约为0.5%，其中黄常山碱的含量比根中的多10—20倍。另含少量三甲胺。

药理参见“常山”条。

常山

始载于《神农本草经》。又名亘草、恒山、鸡骨常山。为虎耳草科植物黄常山 Dichroa febrifuga Lour. 的根。秋季采挖，洗净泥土，除去细根，晒干。

根呈圆柱形，常弯曲扭转，或有分枝，长5—15厘米，直径0.5—2厘米。表面棕黄色，具细纵纹，外皮菲薄易剥落，剥落处露出淡黄色木部，枯瘦光滑如鸡骨。质坚硬，不易折断，折断面裂片状，有粉尘飞出，横切面黄白色，有放射状纹理，有时中间有髓。主产于中国四川、贵州省。

本品味苦、辛，气微，性寒。有小毒。归肝、脾经。功能截疟，涌吐。为治疗疟疾之专药。临床上常与槟榔、草果、知母、厚朴等配伍，如《易简方》之截疟七宝饮、《和剂局方》之常山饮。也有以常山入小柴胡汤使用者，与柴胡、黄芩、半夏、生姜配合同用。内服易致呕吐，故《补缺肘后方》治胸中多痰，头痛不欲食，用本品与甘草煎服，不吐更服。但不作涌吐剂时，宜酒蒸炒熟用，或配伍半夏、生姜等止呕之品，以减少恶心、呕吐等副作用。煎服，3—9克。用于截疟，在发前服。正气不足，久病体弱者慎用；孕妇忌服。

实验研究：根含生物碱总量约0.1%，主要为黄常山碱甲、乙、丙，三者为互变异构体。还含黄常山定，4－喹唑酮、伞形花内酯等。

有抗疟作用，以黄常山碱丙作用最强，约为奎宁的100倍。黄常山碱乙对溶组织阿米巴原虫有抑制作用。动物试验中，常山的解热作用与阿司匹林相似。常山碱类似奎尼丁，对心脏有抑制作用，对已孕子宫有兴奋作用，引起呕吐的机制是为外周反射性。

泻下药

凡能引起腹泻和润滑肠道，促使排便的药物，称为泻下药。

泻下药能通利大便，排除积滞、积液及其他有害物质，适用于实热内结，寒积便秘，水饮停蓄及津虚肠燥等大便不通之症。

根据泻下药的特性及其应用范围的不同，一般分为攻下逐水药和润肠通便药两类。

（1）攻下逐水药：又可分为攻下药如大黄、芒硝、巴豆等与逐水药如甘遂、大戟、牵牛子等两部分。攻下与逐水药的泻下作用均极猛烈，后者尤为峻猛。攻下药有寒下与温下之别，除巴豆外，性味多苦寒，既能泻下通便而用于实热积滞之热结便秘，又能清热泻火而用于头痛、目赤、咽痛、牙龈肿痛、吐血、衄血等火热上炎所致诸症，不论有无便秘，均取其苦寒泄降，导热下行，而收釜底抽薪之效。攻下药中辛温大热的巴豆，适用于寒邪结聚之寒积便秘。临床宜随证选用。逐水药的性味，多数苦寒有毒，药力迅猛，能引起强烈腹泻，其中部分药兼有利尿作用，使体内大量水分从大小便排出，适用于胸、腹腔积液，或悬饮、水肿、水臌等症。攻下与逐水，同为泻下药中之峻剂，奏效迅捷，然易伤正气，可以暂用，但须强调炮制，中病即止，切勿过剂。凡属久病气虚、年老体弱以及妇女胎前、产后和月经期，均应慎用。

（2）润肠通便药：多数为植物类的种子或种仁，富含油脂，味甘性平，如火麻仁、郁李仁、麻油等，均有润燥滑肠缓下作用，服后不致大泻。适用于老年津枯肠燥，产后

血虚便秘以及热病后期津液未复的便难等。润肠通便药除上述外,还有散载于其他各类的药物,如瓜蒌仁、杏仁、桃仁、柏子仁、决明子等,均兼有较好的润肠通便功效,可选择应用。

应用泻下药时,须注意里实而兼外感表邪者,当先解表而后攻里,亦可与解表药同用,表里双解,以免表邪陷里;如里实而正虚者,可与补养药同用以攻补兼施,使邪去而免伤正气。应用泻下药,还须随证配伍,如实热壅滞,配清热泻火药;寒积或宿食停滞,配温里或消食药;气滞者配理气药;血虚者配养血药。若为血瘀热结,势成肠痈而大便不通者,近年来本诸"六腑以通为用"的原理,每与清热解毒、活血祛瘀药配用,有较好效果。

泻下药的具体用法,急性重病,可服汤剂,慢性便秘,可服丸剂;亦有研成细粉而随汤药冲服,或用汤药以送丸服用者,量病轻重,斟酌其宜。注意邪正盛衰,随时顾护正气。

大黄

始载于《神农本草经》。又名川军、将军、黄良、锦纹大黄。为蓼科植物掌叶大黄 Rheum palmatum L.、唐古特大黄 R. tanguticum Maxim. ex Balf. 及药用大黄 R. officinale Baill. 的根及根茎,其中以掌叶大黄为主,唐古特大黄、药用大黄产量小。通常选择生长三年以上的植株,于秋末冬初地上部分枯萎时,或春季未发芽前采挖,切去地上茎与细根,刮去粗皮,按大小加工成圆锥形、卵圆形或纺锤形,大者横切成片或纵切成瓣,粗长的可切成数段,阴干、晒干或烘干。

根茎呈圆锥形、卵圆形、纺锤形或一面较平坦,一面隆起的块片,长5—17厘米,直径4—10厘米。除去粗皮者表面黄棕色至红棕色,可见类白色网状纹理(灰白色薄壁组织与棕红色射线交错而成),及散在菊花纹状的星点(异型维管束);未除去外皮者表面棕褐色,有横皱纹及纵沟,顶端有茎叶残基。断面颗粒性,髓部较宽,其中可见环列或不规则散在星点,近边缘处有时可见形成层,并有多数半径向放射的橘红色射线。气清香,味苦、微涩。嚼之粘牙,有沙粒感。

根呈类圆柱形,表面色泽与根茎相似,有时可见类白色网状纹理。断面质较坚实,木质部发达,形成层环明显,具放射状纹理,髓部小或无,无星点。掌叶大黄与唐古特大黄主产于中国甘肃、青海、西藏、四川等省、区;药用大黄主产于四川、贵州、云南、湖北、陕西等省。

本品味苦,性寒。归胃、大肠、肝经。功能泻下攻积、泻火解毒,活血祛瘀。主治实热便秘、湿热痢疾、湿热黄疸、血热吐衄、胃热呕吐、血瘀经闭、产后腹痛、跌打损伤、癥瘕积聚、目赤肿痛、痈疽疔疮、水火烫伤。

治大便燥结,单用大黄一味研末服,即有通便之效。治急性热病之阳明实热,不大便,腹满痛,肠有燥屎,见潮热谵语,手足濈然汗出者,常与厚朴、枳实、芒硝配伍,如《伤寒论》大承气汤。若便秘属于里实寒积,可配附子、细辛等温里散寒药同用,方如大黄附子汤。如肠胃湿热积滞,痢下脓血稠粘,里急后重,可用大黄配黄连、木香、槟榔等,清肠导滞以止痢。用治湿热黄疸,常配茵陈、栀子,以清热利湿退黄,如茵陈蒿汤。现代临床还用于胆结石症,与芒硝、黄芩、木香、枳壳等配用,有排出结石之功效。治吐血、衄血,用之有泻火止血且不留瘀之功,常与黄连、黄芩配伍,如《金匮要略》泻心汤。近年来用单味大黄粉内服,或制成片剂、糖浆服,或用其浸出液局部喷洒,治疗上消化道出血有较好效果,并有大便隐血阴转快,吸收热消退快的特点。也可与白及粉、三七粉同用。如虚劳吐血、血热阴伤者,《千金要方》以生地黄捣汁冲服大黄细末。治胃热上冲之食已即吐,可与甘草配伍,如《金匮要略》的大黄甘草汤。本品能入血分,故又主治妇女血瘀经闭,产后瘀滞腹痛,常与桃仁、赤芍、红花等活血行瘀药配伍。治跌打损伤,或从高坠下,有瘀血凝结、气绝欲死、烦躁疼痛,用酒蒸大黄、光杏仁,研末,酒煎服之。如腹内积聚,大小便不通,气上抢心,腹中胀满者,常配芍药等分为末,蜜丸服。本品也用于虚劳而内有瘀血干结,证见形体羸瘦,腹满不能饮食,肌肤甲错,两目黯黑者,可配䗪虫、桃仁、地黄、水蛭等药同用,以祛瘀生新,如大黄䗪虫丸。本品善能泻火解毒,主治暴发火眼,目热赤痛,常与枳壳、芍药、山栀、黄芩等,研粗末,水煎服,即《圣济总录》大黄汤。如痈肿热痛,可内服,亦可研末以醋调敷。治肠痈,右少腹肿痞疼痛,常与丹皮、桃仁、冬瓜仁、芒硝配伍,如《金匮要略》之大黄牡丹皮汤。治火丹赤肿遍身,用大黄磨水频搽患处。治疗疔毒,如用他药不效者,重用大黄通其大便自愈。如治汤火灼伤,以生大黄研末,和蜜调涂之,不唯止痛,又且免溃。此外,治疗脂溢性皮炎,可用大黄、冰片加食醋浸泡后外涂。本品炮制,生用泻下力强,欲攻下者生用,入煎剂后下或开水泡服,不宜久煎;制大黄泻下力弱,长于清热;酒炒大黄活血作用较好,且能上行,多用于瘀血症及上部火热症;大黄炭多用于出血症。煎服,3—12克;研末服,1—3克。凡表证未罢,血气虚弱,脾胃虚寒,无实热、积滞、瘀结者,以及胎前、产后,均应慎用;哺乳期忌用。

实验研究:掌叶大黄根茎含蒽醌衍生物总量2.8%—3.5%,其中游离状态的约0.50%—1.48%,结合状态的约2%。游离蒽醌衍生物有大黄酸、大黄素、大黄酚、芦荟大黄素、大黄素甲醚等。结合蒽醌衍生物有多种蒽醌甙及双蒽酮甙等。蒽醌甙有:大黄酸-8-葡萄糖甙、大黄素甲醚葡萄糖甙、芦荟大黄素葡萄糖甙、大黄素葡萄糖甙、大黄酚葡萄糖甙、大黄素双葡萄糖甙、芦荟大黄素双葡萄糖甙、大黄酚双葡萄糖甙等。双蒽酮甙有番泻甙A、B、C、D。还含食用大黄甙及其甙元、鞣质、树脂等。

唐古特大黄根茎含游离蒽醌衍生物有大黄酸、大黄

素、大黄酚、芦荟大黄素、大黄素甲醚、异大黄素、双大黄酸等；结合蒽醌衍生物有大黄酚－1－葡萄糖甙、芦荟大黄素－8－葡萄糖甙、大黄素－6－葡萄糖甙、大黄酸－8－葡萄糖甙、大黄素甲醚葡萄糖甙。还含鞣质、大黄四聚素、树脂等。

药用大黄根茎含游离蒽醌衍生物有大黄素、大黄酸、大黄酚、芦荟大黄素、大黄素甲醚等。还含食用大黄甙及甙元、鞣质等。

药用大黄和掌叶大黄在试管内对某些革兰阳性及阴性细菌有抗菌作用，如葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌、白喉杆菌、炭疽杆菌、痢疾杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、伤寒与副伤寒杆菌等。抗菌有效成分与主要成分是蒽醌类衍生物，其中以芦荟大黄素、大黄素及大黄酸作用最好，三者抑菌效力之比，大致为 4:2:1。药用大黄煎剂较高浓度时在试管内对某些致病真菌也有抑制作用。1:5 000 浸剂能抑制阿米巴原虫和杀死滴虫。药用大黄粗提取物对小鼠的肉瘤－37有抑制作用，大黄素和大黄酸对小鼠的黑色素瘤、乳腺瘤及艾氏癌腹水型均有抑制作用。近来证明大黄素对艾氏腹水癌细胞呼吸有明显抑制作用，大黄酸也有中度抑制作用，两者对乳酸的氧化和脱氢均有较强的抑制作用，并能抑制其脱氧核糖核酸的生物合成。大黄有泻下作用，有效成分以番泻甙A作用最强，蒽醌甙次之(其中大黄酸的作用较强)。游离蒽醌类可能由于经过消化道氧化，因而作用减弱。甙中糖基能保护甙元使之不被破坏。本类泻药仅作用于大肠，对小肠无明显影响，口服后大部在小肠吸收，再经大肠排出，经细菌或酶分解成甙元，刺激大肠，增加肠的张力和蠕动，减少水分吸收，因而服后须经 6—8 小时才表现缓泻作用。最近证明大黄酸抑制大鼠结肠粘膜 Na^+-K^+-ATP 酶，从而抑制其对水与电解质的吸收。因为大黄中含有鞣质及没食子酸等，具收敛作用，故应用大剂量时，常在泻下以后继发便秘，小剂量时则主要出现便秘，这是由于所含鞣质的收敛作用掩盖了含量过少的泻下成分的作用所致。泻下成分还能排泄于乳汁中，故乳妇服用后可引起婴儿腹泻。大黄能减轻四氯化碳所致肝损害，大黄糖浆及大黄溶液可以制止消化道出血。蒽醌类物质吸收后可由肾排出大黄酸，它能使酸性尿变成棕黄色，使碱性尿变成紫红色。口服大黄浸液对高胆甾醇血症的家兔有降低血清胆甾醇及 C/P 值的作用。食用大黄甙对动物有雌激素样作用。口服大黄蒽醌类易吸收，2—3 小时后血中即达最高浓度，其排泄也快，由尿排出可持续 2 日，在体内的分布以肝、胃为最多。

芒硝

始载于《名医别录》。又名盐硝、盆硝、马牙硝。为天然产的芒硝经煮炼而得的精制结晶。再经风化失去结晶水即成玄明粉。中国大部分地区均有生产。天然芒硝多产于海边碱土地区、矿泉、盐场附近及潮湿的山洞中。

本品味咸、苦，性寒。归胃、大肠经。功能泻热通便，润燥软坚，消肿。主治胃肠实热所致的便秘、腹胀痞痛、胆结石、血瘀经闭、乳痈、咽喉肿烂、口疮等。

治胃肠实热积滞之大便燥结，常配大黄相须为用，以泻热通便，如调胃承气汤；若兼见腹胀痞满，可更加枳实、厚朴，行气导滞以增强其荡涤胃肠之功，如大承气汤。若邪热与水饮结聚，从心下至少腹硬满而痛者，可配大黄、甘遂以泻热逐饮，方如大陷胸汤。本品用治胆石症常配大黄、金钱草、木香、枳壳等同用。治妇女血瘀经闭，有下瘀血之功。如《外台秘要》用本品配大黄、桃仁治一切宿血，损伤瘀血在腹中，经闭不通及产后恶血不下等症。本品外用，能泻火，解毒，消肿。治乳痈初起红肿疼痛而未成脓者，及哺乳期妇女乳汁不通，乳房硬满疼痛者，均可用本品外敷。治口疮、咽喉肿痛，可配硼砂、冰片研末吹患处；治小儿重舌，水调涂舌下；治目赤肿痛，化水滴眼。本品配以大黄、大蒜，加适量食醋捣烂外敷，又能治疗肠痈初起。配明矾化水湿敷，可疗阴茎水肿。本品水调外搽，治丹毒火邪，漆疮肿痒。芒硝一般不入煎，用药汁或开水冲服 10—15 克。胃肠无实热者及孕妇忌服。

实验研究：芒硝主含结晶硫酸钠，常夹杂微量氯化钠、硫酸镁、硫酸钙等。玄明粉则系纯粹的硫酸钠，内服后其硫酸离子不易被肠粘膜吸收，存留肠内成为高渗溶液，阻止肠内水分的吸收，使肠内容体积增大，引起机械刺激，促进肠蠕动。盐类对肠粘膜也有化学刺激作用，但并不损害肠粘膜。过浓的溶液到达十二指肠时，可引起幽门痉挛，从而延迟全部药物从胃中排空，同时可将组织中的水分吸入肠管，引起腹痛，故服时应饮大量的水以稀释之。服后 4—6 小时发生腹泻，排出水样大便。

番泻叶

又名泡竹叶、泻叶茶。为豆科植物狭叶番泻 *Cassia angustifolia* Vahl 或尖叶番泻 *C. acutifolia* Del. 的小叶。狭叶番泻在开花前摘取叶片，尖叶番泻在果实将成熟时摘取叶片，晒干或阴干。

狭叶番泻的小叶多完整平坦，小叶片卵状披针形至线状披针形，长 2—4.5 厘米，宽 4—15 毫米，全缘，先端尖而有锐刺，基部略不对称，叶柄长约 2 毫米，叶上表面黄绿色，下表面淡黄绿色，两面无毛，叶背主脉突出，革质，略具韧性。气微弱而特异，味微苦。主产于印度、埃及等国家，苏丹亦产。

尖叶番泻的小叶略卷曲，常有破损，小叶片广披针形或长卵形，长 2—2.5 厘米，极少至 4 厘米。宽 7—12 毫米，全缘，叶端尖或微凸，叶基不对称，叶柄极短，叶上表面浅绿色，下表面灰绿色，微有毛茸，质薄而脆，微呈革质状。气微弱而特异，味微苦。主产于埃及尼罗河流域。

本品味甘、苦，性寒。归大肠经。功能泻热导滞。主

治热结便秘、习惯性便秘、胃肠积滞、水肿臌胀。

用于习惯性便秘,可单用小剂量泡水服。如实热积滞,便秘腹胀,可与枳实、厚朴等药配用。现代治胃弱消化不良,便秘腹胀,胸闷,番泻叶与大黄、橘皮、丁香、黄连等药配伍用。治腹水肿胀,可与二丑、大腹皮同用,有泻下行水之效。

煎服,缓下,1.5—3克;攻下,6—9克。一般以沸水泡5分钟饮服,如入煎剂,宜后下。用大剂量时,个别患者会引起恶心呕吐、腹痛等副作用。体虚患者、孕妇、授乳期妇女,均不宜用。

实验研究:狭叶番泻叶和尖叶番泻叶均含番泻甙、芦荟大黄素葡萄糖甙、大黄酸葡萄糖甙以及芦荟大黄素、大黄酸、山柰酚、植物甾醇及其甙等。

番泻甙A较其他蒽醌类的泻下作用更强,用于急性便秘比慢性者更合适,刺激大肠引起泻下时,可能伴有腹痛。蒽醌类对多种细菌(葡萄球菌、大肠杆菌等)及皮肤真菌(奥杜盎小芽胞癣菌等)有抑制作用。

芦荟

始载于《药性论》。又名讷会、象胆、奴会。为百合科植物芦荟 Aloe vera L. var. chineusis (Haw.) Berger 的叶汁浓缩后的制成品。产于中国云南、广东、广西、福建等省、区。

本品味苦,性寒。归肝、大肠经。功能泻火,攻下,通经,杀虫。主治里热燥结之大便不通、心肝火旺所致之头痛、眩晕、癫狂、小儿惊痫、妇女经闭、疳热虫积及瘰疬、痔瘘、疮疡、顽癣等。

用于燥结便秘,心肝火旺,烦躁失眠者,本品佐以朱砂之镇心安神,重坠下达,使便通火降而心神得安,方如《先醒斋医学广笔记》之更衣丸。因肝胆火盛而见便秘、溲赤、头痛、眩晕、胁痛、癫狂、惊痫抽搐等症者,常与龙胆草、黄连、栀子、青黛等同用,如《宣明论方》当归龙荟丸。小儿肝热惊风而兼痰热内盛者,又可选配清化痰热药胆星、天竺黄、川贝、竹沥等。本品又能行血通经,配用于熟地、当归、川芎、茜草、红花等养血、活血药中,可治经闭。若用于疳积虫痛,则可与驱虫药配伍,如《儒门事亲》治小儿脾疳,本品与使君子同用;《本草汇言》治蛔结心痛,与乌梅、川椒同用等。疳积而脾气亏损,萎黄消瘦者,又宜配党参、白术、神曲、麦芽等益气健脾助胃之品,以消补兼施,方如《医宗金鉴》之肥儿丸。本品治疡科之疮、瘘、顽癣,多作外用。如《本草切要》治痔瘘胀痛,血水淋漓,用芦荟白酒磨化,和冰片少许调搽;刘禹锡《传信方》治颈项顽癣,用芦荟、炙甘草研末外敷。又《药性论》载,本品"吹鼻杀脑疳,除鼻痒"。现临床上也有用于治疗萎缩性鼻炎的,对改善症状,有一定效果。入丸剂或研末装入胶囊服,0.6—1.5克;儿童酌减。脾胃虚弱者慎用,孕妇忌服。

实验研究:芦荟叶的新鲜汁液含芦荟大黄素甙、对香豆酸、少量α葡萄糖、多种氨基酸等,并含微量挥发油。所含蒽醌衍生物,在肠管中放出大黄素等,刺激大肠产生泻下作用。在所有大黄甙类泻药中,芦荟的刺激性最强,常伴有腹痛和盆腔充血,严重时可引起肾炎,又因各种芦荟中含有效成分的量不一,应用时需加注意。体外试验,水浸剂对多种皮肤真菌,醇浸液对人型结核杆菌有轻度抑制作用。

巴豆

始载于《神农本草经》。又名巴菽、江子、巴果。为大戟科植物巴豆 Croton tiglium L. 的种子。秋季果实成熟,果皮未开裂时,分批采摘,除去残枝落叶,堆放2—3日,发汗,使其外壳变色后,摊开,晾干,除去果壳,取出种子,晒干或烘干。

果实呈卵圆形,略扁,一般具三棱,长1.8—2.2厘米,直径1.4—2厘米,表面黄棕色,粗糙,有纵线6条,极少有8条,顶端平截,基部有果柄残痕。去掉果壳后,可见3室,每室含种子1粒。种子呈略扁的椭圆形,背面隆起,长1.2—1.5厘米,直径7—9毫米,在一端有小点状的种脐及细小突起的种阜,另一端有微凹的圆点状合点,在种脐与合点之间有一条明显隆起的种脊。外种皮薄而坚脆,淡棕色,内种皮呈白色薄膜,种仁黄白色,富油质。气微,味辛辣。产于中国福建、广西、广东、四川、云南、台湾等省、区。

本品味辛,性热。有大毒。归胃、大肠经。功能峻下寒积,逐水攻痰,外用蚀疮杀虫。主治寒积停滞之大便不通、胸腹急痛、癥瘕癖积、水肿腹满、痰壅喘逆、喉痹、及痈疽、癣疮等。

巴豆辛热,温通峻下,能荡涤肠胃有形积滞以通闭塞。凡寒积停滞,大便秘结,卒然胸腹胀满疼痛,急需温下者,常用本品与大黄、干姜配用,如《金匮要略》三物备急丸;或与杏仁裹绵捶碎,用热汤捻取汁服,方如《外台秘要》走马汤。也可单用巴豆霜装入胶囊服。其治水肿臌胀,则取其峻泻逐水以消肿除满之功。如《补缺肘后方》用巴豆、杏仁炙黄为丸服。近用治肝硬化腹水亦效。治痞结癥瘕,《海上方》用巴豆去油,与红曲、小麦麸研末为丸服。治痰壅喘逆,喉风,喉痹,能劫痰开痹。如《伤寒论》白散,用本品配贝母、桔梗治寒实结胸,痰涎壅盛,呼吸困难,及肺痈咳嗽胸痛,痰多腥臭,药后可吐泻痰涎而获效。用巴豆霜与硼砂、杏仁、猪牙皂同为丸服,可治痰哮。将巴豆略捶破与白矾同炒,候矾枯,去巴豆,研矾为细末,开水调服或吹喉,可治急性喉痹。其攻泻劫痰之功,可用于治疗痰迷心窍,癫痫痴狂,可与朱砂、牛黄配用。李时珍用蜡裹巴豆吞服,施治冷积凝滞所致之泄痢诸病。现代临床亦有用巴豆仁炒至内外黑透,研如泥状,蜂蜡溶化和丸,治疗急、慢性肠炎及慢性痢疾取效者。巴豆外用,可治癣疮,以巴豆仁杵如泥,加雄黄粉适量,和匀,用纱布三四层包擦患处,可杀虫止痒;治疗痈疽脓成

未溃,如验方咬头膏以本品配乳香、没药、木鳖子等药制成膏剂,外贴患处,可促使溃破;痈疽溃后,腐肉不落,单用巴豆炒至烟尽研敷,以腐蚀恶肉。此外,治疗白喉,巴豆仁与朱砂同研,用少许置膏药上贴印堂穴,约经8—12小时局部发生小水泡除去,有一定疗效。巴豆为辛热大毒之品,最易劫液伤阴,只可暂用。本品入药,多去油用霜,名巴豆霜。急治则生用,缓治则炒令烟尽色变紫黑用之,均可减低其毒性。内服,巴豆霜0.1—0.3克;多入丸、散剂用,一般不入汤剂。不可与牵牛子同用。老弱体虚及孕妇皆禁用,内服巴豆中毒,轻者可以温水洗胃,用黄连、黄柏或绿豆、黑豆煎水冷服,或食冷稀饭、冷牛奶、鸡蛋清等;重者应中西医结合抢救。

实验研究:巴豆种子含巴豆油34%—57%,其中含巴豆油酸、巴豆酸以及由棕榈酸、硬脂酸、油酸、巴豆油酸、巴豆酸等所成的甘油酯。油中尚含十余种巴豆醇二酯和多种巴豆醇三酯,都有不同程度的促致癌作用。种子还含一种毒性球蛋白巴豆毒素,以及巴豆甙、生物碱、β谷甾醇等。

巴豆油外用对皮肤有刺激作用,可引起发红,并可发展为脓疱甚至坏死。口服0.5—1滴可产生严重口腔刺激症状及胃肠炎,口腔及胃粘膜烧灼感及呕吐,短时内可有多次大量水泻并伴有剧烈腹痛和里急后重。口服巴豆油20滴可致死。极小剂量巴豆油对动物有镇痛作用。对感染流行性乙型脑炎病毒的小鼠,巴豆油能降低其死亡率并使生存时间延长。巴豆油、巴豆树脂和巴豆醇酯类有弱的致肿瘤活性,能促发其他化学致癌剂的致癌作用,巴豆树脂的致癌作用比巴豆油强。十四烷酰巴豆醇的乙酸酯及有关的巴豆醇酯类能促进小鼠皮肤增生,巴豆醇酯C能改变小鼠胚胎纤维母细胞膜的结构和通透性。这些变化都可能与促使肿瘤的发生有关。此外,巴豆油和巴豆醇都证明有免疫抑制作用,这也可能是促使肿瘤产生的原因之一。但是,巴豆油所含的巴豆醇二酯对小鼠P-388型淋巴细胞性白血症有一定的抑制作用,其抗癌作用可能与其抑制脱氧核酸合成有关。巴豆浸出液能杀灭钉螺。

甘遂

始载于《神农本草经》。又名甘泽、肿手花根。为大戟科植物甘遂 Euphorbia Kansui T.N.Liou ex T.P.Wang 的块根。初春或秋后采挖,除去枯枝残茎,撞去外皮,晒干或硫黄熏后晒干。

块根呈纺锤形、长椭圆形或长圆柱形,长2—10厘米,直径0.5—1.5厘米。除去栓皮者表面类白色或黄白色,中间有时缢缩呈连珠状,在缢缩处常有棕红色栓皮残留,并有少数细根痕。有的栓皮未除去,可见有明显纵槽纹或少数横长皮孔。质轻而坚脆,易折断。断面粉性,皮部类白色,木部淡黄色,微显放射状纹理。长圆柱状者纤维性较强。气微,味微甘而辛,微有刺激性,有毒。主产于中国山西、陕西、河南。

本品味苦,性寒。有毒。归肺、肾、大肠经。功能泻水逐饮,消肿散结。主治水肿、胸腹积水、留饮胸痛、癫痫痰迷、湿热肿毒等。

本品峻下逐水,使大量水液从大小便排出,因而用治胸腹积水、水肿及小便不利。一般常与大戟、芫花、牵牛子等配合应用,如十枣汤、舟车丸等。《太平圣惠方》甘遂丸,以本品为主,与黑豆同捣为末,蒜瓣并枣肉和丸,木通汤送服。治卒身面浮肿,上气喘息。现代临床治肝硬化腹水、血吸虫病腹水,多与黄芩、木香、砂仁配用。他如治水饮与热邪搏结于胸腹,从心下至少腹鞕满而痛,口渴,便秘之结胸证,可配大黄、芒硝以泻热逐水,如大陷胸汤。妇女产后少腹满大,小便微难而不渴,属于水与血结在血室者,可配大黄、阿胶以逐水活血补虚,如大黄甘遂汤。治小便或二便不通,亦可外用,取甘遂末用生面糊调敷脐中、丹田,并艾灸三壮。治痰迷癫痫,则甘遂与朱砂配合应用,如遂心丹。本品且能深入经隧,治痰饮伏于胸膈上下,忽然颈项、胸背、腰胯牵引疼痛,走注不定者,可与大戟、白芥子配合应用,如控涎丹。治湿热肿毒初起,水调甘遂末外敷,能消肿破结。本品内服多入丸、散剂使用,煎服对大便泻水效果不佳。研末服,0.5—1克。生甘遂作用强,毒性较大,多作外用。内服必须醋制,或用面裹煨熟,亦可先用水漂,再与豆腐同煮,以减低其毒性。但仍须严格控制剂量,一般由小量开始,酌情递增,中病即止,不可久服。孕妇,虚证,以及有严重心脏病、溃疡病、急、慢性肠炎或伴出血倾向之患者均禁用。体弱者慎用。甘遂反甘草,两药配用时可增强毒性。本品应用不当,可产生剧烈的毒副作用,主要有腹痛、峻泻、恶心、呕吐、头晕、心悸、血压下降、呼吸困难、脉搏细弱等,严重者可因呼吸或循环衰竭而死亡。

实验研究:根含四环三萜类化合物α大戟醇和γ大戟醇、甘遂醇、大戟二烯醇。又含有毒性成分:巨大戟萜醇酯类、20-去氧巨大戟萜醇酯类、β氧化巨大戟萜醇酯类、甘遂酯A和B。

本品能刺激肠管,增加肠蠕动,产生泻下作用。醋炙后其泻下作用和毒性均有减轻,醇提后的残渣无泻下作用。有效成分可能是一种树脂。甘遂酯A、B有镇痛及抗"扭体"作用,并有毒性。甘遂酯A小鼠的LD_{50}为30毫克/千克。

大戟

始载于《神农本草经》。又名京大戟、红芽大戟、龙虎草、九头狮子草。为大戟科植物京大戟 Euphorbia pekinensis Rupr.的根。春季在幼苗未出土前,秋季在茎枯萎时采挖根部,除去地上茎叶及须根、芦头,洗净,晒干。

根呈圆锥形或略呈圆柱形,有分枝,略弯曲,长10—

20厘米,直径0.5—2厘米。表面棕褐色至深棕褐色,粗糙,有扭曲的纵沟纹及横长皮孔。根头部略膨大,常残留茎基及芽痕。质坚硬,不易折断。断面淡黄白色,具纤维性。主产于中国江苏、安徽等省。

本品味微苦、辛,气微,性寒。有毒。归肺、脾、肾经。功能泻水逐饮,消肿散结。主治痰饮、水肿、臌胀、黄疸、痛风、痈疽、瘰疬等。

大戟逐水的作用较强,能上泻肺气,下泄肾水,旁行经脉,凡一切水湿痰涎为患,或内入脏腑,或潴留于关节经隧及皮里膜外者,均可应用。如《伤寒论》十枣汤,治悬饮,胁下有水气,症见咳唾,胸胁引痛,心下痞鞕、干呕短气者,即以本品配甘遂、芫花同研为末,大枣煎汤送服;《三因方》控涎丹治痰饮伏在胸膈上下,颈项、胸背、腰胯隐痛、筋骨牵引疼痛等症。用本品与甘遂、白芥子为丸,功能祛痰逐饮;近亦用治渗出性胸膜炎,效果较好。大戟用于水气肿满,善能逐水消肿,如《李绛兵部手集》云:水病肿满,不问年月深浅,均可用大戟、当归、橘皮煎服;《活法机要》治水肿腹大,用大戟与大枣同煮,但食枣肉。《圣济总录》大戟散,治通身肿满、喘息,小便涩者,与炮姜研末,以生姜汤送服等。若水湿中阻,气化不行,脘腹撑急,腹大如鼓,便秘溲短,口苦烦热,则可与大黄、牵牛子配用,以泻下逐水,清热消胀。现临床上也用大戟粉治疗晚期血吸虫病等所致的肝硬化腹水。若黄疸水肿而小便不利,大戟配茵陈同用,能利湿退黄。本品治痛风病因痰湿流注关节,兼挟死血郁热,关节肿痛,游移不定,可与黄芩、乳香、没药等清热活血止痛药配用。古方也用大戟治温疟寒热腹胀,与柴胡、姜制半夏、广陈皮、生姜煎服。也用治痰涎滞于心窍,发为癫狂惊痫者,近用大戟煎服或制成片剂服,治疗精神分裂症、狂躁症等有一定疗效。本品能消痰核、散肿结,与鸡蛋同煮,单食鸡蛋可治瘰疬结块;配当归、白术、生半夏为丸服,能治颈项间痈疽;用鲜品捣烂外敷,治疖肿、无名肿毒。成药紫金锭以本品与山慈姑、千金子、五倍子等制成锭剂用,可磨涂或内服,治痈疽疔毒。此外,大戟含服,可治乳蛾肿痛;咬于病牙局部能治牙痛;煎汤熏洗则可治湿热所致的瘾疹和风毒脚肿。煎服,1.5—4.5克;研末服,0.3—1克。本品有毒,宜醋制用。服后还可能有腹痛、恶心、呕吐等反应,故临床常配大枣或蜂蜜同用,可缓和其对胃肠道的刺激。若泻利过度,可饮米汤解之。反甘草。虚寒阴水孕妇忌服,体弱及肾功能不良者慎用。

实验研究:京大戟根含大戟甙、生物碱、树胶、树脂。

根提取物有刺激肠管的导泻作用,对妊娠离体子宫有兴奋作用,能扩张毛细血管,对抗肾上腺素的升压作用。动物试验证明,本品如与甘草配伍,毒性明显增加。

红大戟

又名广大戟、南大戟、红芽根。为茜草科植物红大戟 Knoxia valerianoides Thorel ex Pitard 的块根。主产于广东、广西、云南等省、区。

本品味苦,性寒。有小毒。归肺、脾、肾经。功能泻水逐饮,解毒散结。临床应用与大戟略同,但不若大戟之峻猛。主治水肿胀满,胸腹积水,痰饮喘咳,可单用煎服,亦可与芫花、甘遂等同用。治外症痈肿疮毒,可用鲜根捣烂外敷。解毒疗疮的紫金锭中亦用之。煎服,1.5—5克;研末服,0.3—1克。内服需醋制用,外敷可生用。反甘草。孕妇忌用,体弱者慎服。

实验研究:红大戟根含游离蒽醌类0.56%及结合性蒽醌类0.75%。能促进肠蠕动,产生导泻作用。

芫花

始载于《神农本草经》。又名杜芫、头痛花、老鼠花。为瑞香科植物芫花 Daphne genkwa Sieb. et Zucc. 的花蕾。原植物分布于中国长江流域以南各省、区及山东、河南、陕西等省。

本品味辛、苦,性温。有毒。归肺、脾、肾经。功能泻水逐饮,杀虫疗癣。主治痰饮癖积、喘咳胁痛、水肿胀满、胸、腹积水,及白秃疮、痈肿等。

芫花逐水消痰饮可使水气从二便排泄。如《伤寒论》十枣汤用本品配大戟、甘遂,治悬饮咳唾,胸胁引痛,心下痞满,干呕短气,或胸背掣痛不得息者;亦治水气喘急,浮肿之证。《普济方》枳壳丸以本品配枳壳,治疗蛊胀,逐水而行气。现代尚有取本品逐痰泻下之功治疗精神病的报道。《补缺肘后方》以本品与大枣同煎服,治卒得咳嗽。现常用于治疗肝硬化腹水、肾炎水肿、渗出性胸膜炎、慢性气管炎等疾病。芫花用于疮癣肿毒,有杀虫疗疮之功,如《集效方》以本品为末,猪脂和膏,涂治白秃头疮,若配雄黄同用,则疗效更佳。治痈肿初起,《千金方》以本品为末,调敷患处。验方有以本品煮鸡蛋内服,吃蛋喝汤,每日1—2次,每次1—2个,治急性乳腺炎及深部脓肿有效。此外,本品研末外擦,可治牙痛,如《魏氏家藏方》芫花散。芫花药力峻猛而有毒。内服宜醋制,并常配大枣同用以减低其毒性,缓和药力。煎服1.5—3克;研末服,0.6—1克。凡体质虚弱,或有严重心脏病、溃疡病、消化道出血以及孕妇等,均须忌用。反甘草。

实验研究:芫花含芫花灵、芫花素、羟基芫花素、芫根甙、芹菜素;另含谷甾醇、苯甲酸等。

水浸剂、煎剂及醇浸剂有兴奋离体动物肠管平滑肌的作用,故有轻度致泻及致吐作用。煎剂有某些利尿作用。羟基芫花素对动物有止咳、祛痰作用。醇提物对动物有镇痛作用,纳洛酮能阻断其镇痛作用;并有镇静、抗惊厥作用。芫花灵和芫花酯甲对P-388淋巴细胞白血病表现明显抗肿瘤活性,主要影响DNA合成,抑制嘌呤代谢途径。芫花素能引起犬的子宫收缩。据动物实验,芫花与甘草合用,毒性有增强倾向。

芫花根

始载于《吴普本草》。又名蜀桑、黄大戟、金腰带。为瑞香科植物芫花 Daphne genkwa Sieb. et Zucc. 的根。原植物分布于中国长江流域以南各省区及山东、河南、陕西等省。

本品味辛、苦，性温。有毒。功能逐水，疗疮，消痈肿。主治水肿及疮疡。治水肿，小便少，《古今录验方》以本品为末，空腹温水调服，使小便畅利而肿消。疗疮疡，《濒湖集简方》以本品擂水内服并用渣外敷；亦治瘰疬及便毒初起。《太平圣惠方》芫花根膏，以本品配猪牙皂荚、黑豆，先以醋浸煮汁，去滓后再熬，入白矾末搅匀成膏，外贴治鱼脐疔疮久久不瘥。用于乳痈初期脓未成者，以芫花根皮捣烂塞患侧鼻孔中，20 分钟后，鼻腔内有热辣感时，将药取出；或炒黄煎服亦可。《本草蒙筌》谓本品研末外敷可治疥疮。近代有用芫花根皮晒干，研末，醋或酒调敷治神经性皮炎。也可用开水浸泡十余日后治脚气病。此外，用本品治牙痛，取其浸出液湿敷病牙，3—5 分钟去之，即可止痛。煎服，2—5 克；研末服，1—3 克。体虚及孕妇忌服。反甘草。

实验研究：从根皮中分离得芫花酯甲和芫花酯乙，还有芫根甙、芫根乙素、β谷甾醇。

芫根乙素对离体豚鼠心脏灌流，有扩张冠状血管的作用。芫花酯甲羊膜腔内注射有收缩子宫的作用，并能引起流产，可用于妇女中期妊娠引产，其机理可能与加速前列腺素合成与释放有关。芫花酯乙亦有同样作用，可用作中期妊娠引产，且对母体毒性小，安全系数大。两者均可引起部分病人体温升高。芫花酯甲尚有抗淋巴白血病作用，见“芫花”条。

黄芫花

又名北芫花、药鱼梢、芫蒿。为瑞香科植物河朔荛花 Wikstroemia chamaedaphne Meissn. 的花蕾及叶。原植物分布于中国河北、山西、陕西、甘肃等省。

本品味辛、苦，性寒。有小毒。归肺、肾、大肠经。功能泻下逐水。主治水肿胀满、痰饮积聚、咳逆喘满、癫痫、精神病等。

治水肿、肝硬化腹水、胸腔积水，本品配甘遂、大戟各等分研末，用大枣煎汤送服。以黄芫花单味研末，饮前服，对精神分裂症幻觉妄想型者疗效较好；亦治癫痫。研末服，1.5—3 克。体弱、消化性溃疡患者以及孕妇忌服。不宜与甘草同用。

实验研究：叶含治慢性肝炎有效的黄酮类物质，已从中分得：5,7－二羟基－3′－甲氧基黄酮－4－葡萄糖甙、5,7,4′－三羟基黄酮－3′－葡萄糖甙、异槲皮甙和 5,7,3′,4′－四羟基黄酮－8－C－葡萄糖甙。还含正二十一烷、二十烷醇、二十八烷醇、29－羟基二十九烷－3－酮。在花籽的乙醇提取物中分得抗生育有效成分河朔芫花素。

动物试验，总黄酮有强心作用，加强猫心肌收缩力，增加输出量，对离体血管平滑肌有轻度松弛作用。对小鼠四氯化碳性肝炎有某些治疗作用。

牵牛子

始载于《名医别录》。又名黑丑、白丑、黑白丑、草金铃、喇叭花子。为旋花科植物裂叶牵牛 Pharbitis nil (L.) Choisy 或圆叶牵牛 P. purpurea (L.) Voigt 的种子。7—10 月果实成熟未开裂时将藤割下，稍晒，打落种子，除去杂质，晒干。

种子呈三棱状卵形，长 5—8 毫米，宽 3—5 毫米。背面弓状隆起，正中有浅纵沟，两侧面稍平坦，腹面呈棱线状，棱线下端有类圆形浅色凹点状的种脐。表面黑色者，习称“黑丑”；淡黄白色者习称“白丑”。种皮质坚硬，水浸后呈龟裂状，有粘液性。断面淡黄绿色至淡棕色，可见两片皱缩折叠的子叶。气微，味微辛辣，有麻舌感。中国大部分地区均产。

本品味苦、辛，性寒。有小毒。归肺、肾、大肠经。功能逐水消肿，泻下通便，下气，消积，杀虫。主治水肿、臌胀、脚气、痰饮喘咳、大便秘结、食滞、虫积等病症。牵牛子虽有黑白两种，然功用则一，其通泻之力甚峻，长于通达三焦，走气分，能使水湿之邪从二便排出，故为治疗水肿、便秘的要药。用治水肿、臌胀，单味研末服，或配甘遂、沉香同用；亦可合茴香为末，姜汁调服，如《儒门事亲》禹功散。治四肢肿满，按之没指，《肘后方》单用本品蜜丸服；《本事方》取本品与厚朴研末，用姜、枣煎汤送服。治水气在肺，咳逆喘满，常与葶苈子、杏仁同用，以泻肺气，逐痰饮，降气平喘。若小儿肺胀，痰热壅盛，喘急胸高，胁肋扇动，陷下作坑，两鼻窍张，痰声如潮之危症马脾风，可用牵牛子，与大黄、槟榔研末，冷水调服，如《保婴集》牛黄夺命散。如痰湿痹阻，清气不升，以致头目昏眩、呕恶迷闷，也可用牵牛子配猪牙皂荚同服。大便秘结不通，由风热壅于大肠者，可与桃仁为丸服；若由湿热气滞肠胃的便秘腹胀，或痢疾里急后重，可配木香、槟榔、枳实等以泄湿热而行气导滞。《永类钤方》治一切虫积，用牵牛子、槟榔、使君子肉研末服，能杀虫去积。治寒结疝气痛，本品配川椒、小茴香、穿山甲同用；如治湿热滞于下焦所致的睾丸肿痛，配川楝子用。治冷气流注所致的腰痛不能俯仰，可与延胡索、破故纸研末，大蒜为丸服，或与茴香、川椒入猪腰子内煨熟服。本品治肠痈有脓，脓闭不出，与大黄、穿山甲、乳香等同用可使痈脓下出而愈。本品外用，则可以治面上粉刺，先以姜汁搽，然后研末敷；治面部雀斑，研末与鸡子清调敷。李东垣谓牵牛子“少则动大便，多则下水”，是以治便秘或气滞作胀宜少量使用，治水肿、

胀,用之宜稍多。研末服,1—3克;入散剂研磨取头末。煎服,3—9克。本品峻下逐水,易致损泄元气,久服或大剂量服可引起中毒甚至昏迷。孕妇及体虚者忌用。

实验研究:裂叶牵牛种子含牵牛子甙。牵牛子甙用碱水解生成牵牛子酸、巴豆酸、裂叶牵牛酸、右旋α甲基丁酸及戊酸。牵牛子酸为混合物,分离得牵牛子酸A、B、C、D,以后两者为主。另含生物碱、麦角醇、裸麦角碱,喷尼棒麦角碱、异喷尼棒麦角碱和野麦碱。

牵牛子甙在肠内遇胆汁及肠液分解出牵牛子素,刺激肠道,增进蠕动,有强烈泻下作用。能加速菊糖在肾脏中排出,可能有利尿作用。据动物试验,黑丑与白丑泻下作用并无区别。牵牛子的水、醇浸剂对小鼠皆可致泻,但经煎煮后,即失去作用。黑丑、白丑在体外对猪蛔虫有一定驱虫作用。牵牛子甙对人有毒性,但不大,大量除对胃肠的直接刺激引起呕吐、腹痛、腹泻与粘液血便外,还可能刺激肾脏,引起血尿,重者尚可损及神经系统,发生语言障碍、昏迷等。

千金子

始载于《开宝本草》。又名续随子、千两金、小巴豆。为大戟科植物续随子 Euphorbia lathyris L.的种子。秋季果实成熟未开裂前割取植株,晒干,打下种子,除去杂质。

种子呈椭圆形或倒卵圆形,长5—6毫米,直径约4毫米。表面灰褐色,有不规则网状皱纹,皱纹凹陷部分呈暗黑色,形成黑褐相杂的点状斑纹。一端有种阜脱落的疤痕,呈黄白色。种脊下陷形成纵沟状,顶端为突起的合点。内表面灰白色。种仁淡黄白色,富油性。气微,味辛。原产欧洲,中国主产于河南、浙江省;此外,辽宁、吉林、山西、河北、江苏、福建、台湾、四川、云南等省亦产。

本品味辛,性温。有毒。归肝、肾、大肠经。功能逐水消肿,破血消癥,解毒杀虫。主治水肿腹满、二便不利、癥瘕积聚、血瘀经闭、痈疽肿毒、毒蛇咬伤、皮肤赘疣及疥癣等。

用于水气肿胀、肝硬化腹水、晚期血吸虫病腹水而体质尚佳者,通过其峻泻和利尿作用,使体内积水由大小便排出。如《斗门方》单用本品研压去油服用;《摘玄方》以本品去油,配大黄为末,酒水为丸服;《证治准绳》续随子丸,本品与槟榔、葶苈子、防己等配用,治周身肿满,喘闷不快。本品用于癥瘕积聚、妇女血瘀经闭,系取其消癥破血之功。《圣济总录》续随子丸即以其为主药,配腻粉、青黛研为末,糯米饭为丸,与大枣同嚼服。本品治疗痈疽肿毒、毒蛇咬伤,有攻毒消肿之效,常配大戟、山慈姑等药同用,如《百一选方》解毒万病丸(即紫金锭)内服外敷均可。以千金子研涂疥癣,可杀虫止痒。此外,用治皮肤黑痣、赘疣,捣敷,可使痣疣腐蚀脱落。千金子药性峻烈有毒,与大戟、甘遂相似,不可久服及过量。入药去油,制成千金子霜服,可以缓和毒性,减弱泻下作用。入丸、散用,不入汤剂。研末服,1.5—3克。体质衰弱及孕妇忌服。药后泻多者,以醋和粥食之可止。

实验研究:种子含脂肪油40%—50%,油中分离出千金子甾醇、巨大戟萜醇-20-棕榈酸酯等含萜的酯类化合物。又含白瑞香素、续随子素、马栗树皮甙等。

种子中的脂肪油,新鲜时无色、无味;但可很快变恶臭而有强辛辣味,对胃肠有刺激,可产生峻泻,作用强度为蓖麻油的三倍,致泻成分为千金子甾醇,山羊食此植物后,在其乳汁中并含有此种毒性物质。

乌桕木根皮

始载于《新修本草》。又名卷根白皮。为大戟科植物乌桕 Sapium sebiferum (L.) Roxb.的根皮。原植物分布于中国河南、陕西、甘肃、山东,至江南各省。

本品味苦,性微温。有毒。归胃、大肠经。功能泻下逐水,解毒,止痒。主治水肿、二便不通、脚气、黄肿、疔疮、风疹瘙痒等。

用于水气肿满、二便不通、脚气,单味煎服,即可取效。近年来用于晚期血吸虫病腹水以及肝硬化腹水等病,单用或配黄芪、党参扶正攻邪。《岭南采药录》治黄肿,取二层皮和米捣烂,水煎加糖饮服取泻。外用治疗疮能解毒消肿,取乌桕树内皮捣烂或烤干研粉,加冰片少许,蛋清调敷患处。本品还具有止痒作用,如用于坐板疮,鲜品捣烂加盐炒热坐,随冷随换。用治脚癣、湿疮,极痒难忍,取干根皮研末敷。治风疹块瘙痒,根皮煎水趁热熏洗。煎服,6—12克;鲜品9—30克。本品有毒,过量服用,易致恶心、呕吐、腹痛、腹泻等中毒症状。以蜂蜜冲开水服,或恣饮淡盐开水,可缓解毒副反应。老弱体虚、孕妇及胃溃疡患者均忌服。

实验研究:根皮含花椒油素。树皮含乌桕酸,3,4-二甲基并没食子酸。

煎剂有泻下作用。根皮所含花椒油素有杀肠虫作用。

泽漆

始载于《神农本草经》。又名猫儿眼睛草、绿叶绿花草、五凤草。为大戟科植物泽漆 Euphorbia helioscopia L.的全草。中国大部分地区均产,以江苏、浙江产量较多。

本品味辛、苦,性微寒。有毒。归肺、大肠、小肠经。功能行水消肿,化痰散结,杀虫止痒。主治水气肿满、痰饮喘咳、瘰疬癣疮等病症。临床既可单用,也可配伍他药同用。

《太平圣惠方》治各种水气,即单用本品水煎,浓缩后温酒调服;《乾坤生意秘韫》治水气蛊病,用本品晒干为末,枣肉为丸服。《圣济总录》治水肿气急喘嗽,小便赤涩如血,用本品与桑白皮、杏仁、白术等研末煎服;《金匮要

略》治水饮内停，咳逆上气而脉沉的泽漆汤，即以本品配紫菀、半夏、人参、甘草等煎服。泽漆亦用治瘰疬及无名肿毒，均以单品熬膏外涂。现代常用于治疗结核性瘘管、颈淋巴结核，用泽漆流浸膏外涂或稀释后用纱布塞瘘管，可使脓液逐渐稀薄，肉芽迅速增殖，瘘管缩小并愈合。本品配秋牡丹根、铁线莲、蒲公英、紫堇、甘草等煎服，还可治疗骨髓炎。单以泽漆晒干为末，香油调搽，可治癣疮，亦可用鲜泽漆折断取白浆汁涂癣。煎服，3—10克。一般剂量不宜太大，内服过量可出现面色苍白、四肢乏力、头昏、呕吐等反应。气血虚者及孕妇忌用。

实验研究：泽漆鲜叶含菜豆凝血素，为无溶血性的酸性皂甙；干草含有强溶血性的酸性和中性皂甙。全草另含槲皮素、槲皮素－3－半乳糖甙、槲皮素－3－双半乳糖甙、槲皮素－3,5－二半乳糖甙、β二氢岩藻甾醇、泽漆醇等。乳汁含橡胶物质、树脂、丁酸、苹果酸钙等。

茎叶煎剂对人工发热家兔，灌胃有轻度降温作用，根制剂无明显降温作用，但能扩张离体兔耳血管，兴奋离体肠管、降低毛细血管通透性。其乳状汁液含刺激性树脂，接触局部可使皮肤发红。

狼毒

始载于《神农本草经》。又名续毒。为大戟科植物月腺大戟 Euphorbia ebracteolata Hayata、狼毒大戟 E. fischeriana Steud. 的根。药材习称"白狼毒"。春、秋两季采挖，洗净，切片，晒干。亦可洗净后刮去外皮，晒干。

月腺大戟根的切片呈类圆形、椭圆形的片状或碎块状，大小不规则，厚约1厘米，直径1.5—6厘米，栓皮灰褐色，呈重叠的薄片状，易剥落而显棕黄色。断面黄白色，有异型维管束，形成的黄褐色或黄色环纹，呈不规则的大理石样纹理，并有黄色凝聚的分泌物。质轻脆，气微，味甘。主产于中国安徽、河南等省。

狼毒大戟根的栓皮灰棕色，易剥落而显黄棕色或红棕色，断面呈黄白色，可见异型维管束，形成较明显的同心环纹。主产于中国东北、河北、河南、内蒙古等省、区。

此外尚有一种"红狼毒"，为瑞香科植物瑞香狼毒 Stellera chamaejasme L. 的根。产于中国西北、东北、西南及河北等省、区。

本品味苦、辛，性平。有大毒。归肺、肝、脾经。功能泻水逐饮，破积杀虫。主治水肿腹胀、痰食虫积、癥瘕、心腹疼痛、结核病及疥癣恶疮等。

《滇南本草》治水肿腹胀，单用本品研末开水调服。《肘后方》治心下停痰，咳逆上气，两胁痞满，腹中冷癖，以本品配旋覆花、附子蜜丸服。《千金方》九痛丸，治积冷心腹疼痛，用此配吴茱萸、干姜、人参、附子、巴豆等。《集效方》用狼毒微炒研末，空腹砂糖汤下，治腹中一切虫病。近用治淋巴结结核、骨结核、皮肤结核、附睾结核等，可取狼毒放入锅内，加水煎煮，并将大枣置于笼屉内置锅上蒸熟，每次食大枣10个，每日3次。狼毒外用于疮癣，如治牛皮癣、神经性皮炎，熬膏外搽。久年干疥、干癣及癞疮，用狼毒醋磨涂之，或微炒，研细末，香油调涂患处。狼毒还可用治瘊子，折取鲜狼毒的白色乳汁涂于患处。本品内服须经醋制，多入丸、散。研末服，0.6—1.5克。体虚及孕妇忌服。不宜与密陀僧同用。本品中毒症状，有恶心、呕吐、出冷汗、面苍白、抽风等，严重者可致死亡。

实验研究：根含回片香豆素，异茴芹香豆素、异香柑内酯、牛防风素、狼毒素及有机酸、糖类等。又含狼毒甙。

狼毒甙毒性低，有抗菌作用，狼毒大戟的水、醇提取物可治疗银屑病，对小鼠移植性肿瘤的生长，有一定的抑制作用。

荛花

始载于《神农本草经》。为瑞香科植物荛花 Wikstroemia canescens Meissn. 的花。原植物分布于中国湖南、湖北、陕西、江西、云南等省。

本品味辛、苦，性寒。有毒。功能泻水饮，破积聚。主治痰饮、咳逆上气、咽喉肿闭、水肿、癥瘕痃癖等病症。荛花为行水捷药，与芫花同为破结逐水之品，临床亦常伍用。如《千金方》干枣汤，以本品与芫花、甘遂、大黄、大枣等煎服，泻下水湿痰饮；《范汪方》捶凿丸，则配甘遂、芫花、桂心、巴豆，研末蜜丸服，消腹中积聚、寒气。张仲景曾以荛花治利。亦取其走肠胃而行水，水去则利止之意。煎服2.5—4.5克。体弱者及孕妇忌服。

腹水草

始载于《百草镜》。原名毛叶仙桥，又名钓鱼竿、穿山鞭、爬岩红。为玄参科植物腹水草 Veronicastrum axillare (Sieb. et Zucc.) Yamazaki 的全草。分布于中国浙江、江苏、安徽、江西、福建、台湾等省。

本品味苦，性寒。有小毒。功能泻下逐水，散瘀，解毒。主治水肿、臌胀、跌打损伤、痈疽疮疡、水火烫伤及毒蛇咬伤。

腹水草治肾炎水肿、肝硬化腹水等病证，可单用或与半边莲、乌药、海金沙根同煎服。治渗出性胸膜炎之胸腔积液，可与丹参配用。本品以治疗跌打损伤、腰痛、风湿骨痛等，可单味酒水各半煎服，或用鲜草捣烂，酒调加热后搽擦痛处。煎服亦治妇女经水不调及闭经。本品外用可治痈肿、烫伤及蛇咬伤，如治疔疮、痈疽疖肿未溃，用鲜草捣烂外敷，并可与苍耳草酒水煎服；治水火烫伤，可将本品煎汁，加等量菜油同煮后，外搽创面；治毒蛇咬伤，可用鲜草捣烂外敷，同时配伍半边莲、青木香研末内服。此外，腹水草煎汤洗浴，还可治疗皮炎瘙痒。煎服，9—15克；鲜品30—60克。服药后可有头晕、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等反应。孕妇及体虚者忌服。

实验研究：含甾醇、甘露醇、鞣质、树脂、糖类、无机盐等。

吸收后能致吐，无利尿作用。

商陆

始载于《神农本草经》。又名见肿消、山萝卜、当陆。为商陆科植物商陆 Phytolacca acinosa Roxb. 或垂序商陆 P. americana L. 的根。栽培2年，秋后至次年春季均可采挖，除去茎叶、须根及泥土，趁鲜切片，晒干。

根呈圆锥形，有多数分枝，或切成不规则的块片，大小厚薄不等。表面灰黄棕色或黑棕色，有横长皮孔及纵皱纹。横切片弯曲不平，边缘稍皱缩，直径3—9厘米，厚0.2—1厘米，切面浅黄棕色或黄白色，木部隆起有数层凹凸不平的同心环状层纹，习称"罗盘纹"。纵切片多弯曲或卷曲，长10—14厘米，直径1—5厘米，表面凹凸不平，木部呈隆起的纵条纹，质坚硬，不易折断。气微，味微甘后微苦，久嚼麻舌。商陆中国大部分地区均产，主产于河南、湖北、安徽等省；垂序商陆主产于山东、浙江、江西等省。

本品味苦，性寒。有毒。归肺、脾、肾经。功能逐水利尿，消肿散结。主治水肿、胀满、脚气、瘰积、疮疡肿毒等。商陆治水气肿满，陶弘景用鲜根与鲤鱼煮汤服；《圣济总录》于前方中更加赤小豆，名商陆豆方。治水肿甚者，用商陆配甘遂、土狗作散服。《杨氏家藏方》商陆散，《济生方》疏凿饮子，治水湿泛溢表里，遍身水肿，喘呼气急，二便不利，商陆与槟榔、腹皮、椒目、泽泻、羌活等配伍，以分消表里之水湿；现代常用治肾炎水肿、心脏病水肿及肝硬变腹水等。商陆能破瘀消瘕，《千金方》治瘕瘕，用商陆捣碎蒸热，铺于布上，乘热敷腹部，冷复易之。《圣惠方》治疗胁下痛硬如石之痃癖，用商陆根汁与杏仁泥和匀，滤汁煎服。若治产后血块不散，腹痛难忍，本品与当归、蒲黄、紫葳捣为散，温酒调服。凡肿毒坚硬不溃者，可生用捣敷患处。《外科全生集》用生商陆捣烂，涂瘰疮内有硬块如石者。《外台秘要》用生商陆捣作饼，置瘰疬上，用艾炷灸之。煎服，3—9克。宜醋制后用。脾虚水肿及孕妇忌服。本品对胃肠有刺激作用，宜饭后服。商陆中毒反应，可出现恶心、呕吐、腹泻、头痛、语言不清、躁动、肌肉抽搐等症状；严重者血压下降、昏迷、瞳孔散大、心跳和呼吸停止而死亡。中毒时给予洗胃，服蛋清，面糊；或用生甘草、生绿豆捣烂，开水泡服或煎服等治疗。

实验研究：商陆根中含三萜皂甙：商陆皂甙B、D、E等，甙元为商陆皂甙元。还含加利果酸、去羟加利果酸及降压成分γ氨基丁酸0.06%—0.08%。又含α菠菜甾醇、Δ^7-豆甾醇和这两种甾醇的混合甙等。垂序商陆根中含商陆皂甙B、E、G。还含加利果酸及降压成分组胺0.13%—0.16%和γ氨基丁酸0.05%。又含商陆碱、α菠菜甾醇及其甙以及Δ^7-豆甾醇等。

商陆根的粗制剂在动物试验中，有祛痰及轻度镇咳作用。垂序商陆根的乙醇浸膏、总皂甙、商陆皂甙E、三萜成分加利果酸对实验动物均有较显著的抗炎作用。商陆皂甙E有微弱的溶血作用，对小鼠有较弱的镇静作用，并且有镇痛、解热、肌肉松弛、抗副交感与抗利尿等作用。其树脂样物质对中枢神经系统有强烈的抑制。皂甙水溶液及根粉对皮肤、粘膜均有较强的刺激作用，能催吐、致泻。口服后引起呕吐，开始慢而持续久，同时有嗜睡、眩晕。根及未成熟的果实均有毒，煮沸后可降低。垂序商陆根含商陆毒素，为原生质毒。口服水浸剂，小鼠的半数致死量为26克/千克，红皮者较白皮者毒性大。

鸢尾

始载于《神农本草经》。又名扁竹、蓝蝴蝶、土知母。为鸢尾科植物鸢尾 Iris tectorum Maxim. 的根茎。原植物分布于中国江苏、浙江、江西、湖北、湖南、广西、陕西、四川、贵州、云南、西藏等省、区。

本品味辛、苦，性寒。有小毒。功能祛瘀，泻下，泄热解毒。主治癥瘕积聚、水臌肿胀、跌打损伤、咽喉肿痛、痈疖肿毒等。

现代用治肝硬化腹水及食积腹胀，二便不通等，取鲜品自然汁服，或晒干研末服，如二便通利，即停服。治肾炎水肿，可与赤小豆同煎服。治跌打损伤，风湿疼痛，煎汤，兑白酒少许服。用治咽喉肿痛，可煎服；或取鲜品捣烂，加冷开水绞汁，频频含漱。外用取鲜品捣敷，或干品研末调敷，治痈疖肿毒。煎服，6—9克；研末服，1—3克。服用过量，可引起头晕、呕吐、腹泻等症。体虚者慎用；孕妇忌服。

实验研究：鸢尾根茎含鸢尾黄酮甙、鸢尾黄酮新甙A和B、鸢尾黄酮新甙元A和B、盾叶夹竹桃甙、鸢尾酮甙。

所含鸢尾黄酮甙及其甙元鸢尾黄素在试管内有抗透明质酸酶的作用，能抑制大鼠透明质酸酶性浮肿，对大鼠因腹腔注射氮芥引起的腹水渗出亦有抑制作用，为其抗炎作用提供了理论依据。

火麻仁

始载于《神农本草经》。原名麻子，又名大麻仁、麻子仁。为大麻科植物大麻 Cannabis sativa L. 的果实，用时去净果皮取种仁。产于中国黑龙江、辽宁、吉林、四川、云南、甘肃、江苏、浙江等省。

本品味甘，性平。归脾、胃、大肠经。功能润燥滑肠，利水通淋。主治大便秘结、风水、脚气、痢疾、热淋诸病症。

火麻仁能润燥缓脾，用治阳明胃热，汗多津伤，大便燥硬难解之脾约证，配杏仁、白芍、枳实、厚朴、大黄等药以润降泄热通便，如《伤寒论》麻子仁丸；若久病肠燥，老

年阴虚液耗，以及产后血涩气结而便秘者，可配当归尾、桃仁、大黄等药以养血，润燥通便，如《兰室秘藏》润肠丸。本品能利尿通淋，可用治面肢浮肿，风水腹大，脚气，小便不利等证，如《食医心镜》治风水腹大，脐腰重痛，不可转动，麻子水研滤汁和米煮粥，加葱、椒、姜、豉空腹服。《外台秘要》治脚气肿渴，取火麻仁炒香，水研浸汁，另以赤小豆煮汁合和煮沸，渴即饮汁，饥时食豆佳。本品亦治下痢，如《外台秘要》治血痢不止，以麻子煮汁，取汁煮绿豆，空腹食有效。此外，火麻仁捣烂外敷，能治疖肿、丹毒；配金银花、甘草煎服，又可用治脾胃蕴热所致之口疮溃破。煎服，9—15克。本品不宜久服，过量服用可出现中毒反应，一般在1—2小时内发生恶心、呕吐、腹泻、四肢麻木、烦躁不安，甚至昏迷，须及时洗胃及补液等救治。

实验研究：种子含胡芦巴碱、异亮氨酸三甲铵乙内酯、脂肪油，油中含大麻酚。

本品能刺激肠粘膜，使分泌增多，蠕动加快，减少大肠吸收水分，故有泻下作用。给动物灌胃，能使血压下降，高血压患者服5—6周，血压亦可降低，食入大量，可致中毒。果皮中可能含有麻醉性树脂成分，加工火麻仁时应将果皮除尽，以防中毒。

亚麻子

始载于《本草图经》。又名胡麻子、壁虱胡麻、亚麻仁。为亚麻科植物亚麻 *Linum usitatissimum* L. 的种子。中国大部分地区有栽培。很多地区误以本品作"胡麻子"入药。

本品味甘、平，无毒。归肺、肝、大肠经。功能润燥、祛风。主治肠燥便秘、皮肤干燥瘙痒，毛发枯萎脱落。《本经逢原》称"亚麻性润，专于解散风热湿毒，为大麻风必用之药。"内服煎汤，10—15克；或入散剂。外用捣敷或煎水洗。胃弱、大便滑泄及孕妇忌服。

实验研究：种子含脂肪油30%—48%，蛋白质18%—33%，粘质5%—12%，糖12%—26%，有机酸及维生素A。因含粘胶及油，故有润滑、缓和刺激作用，可用于治疗局部炎症。亚麻油有轻泻作用。亚麻油含多量不饱和脂肪酸，故用来预防高脂血症或动脉粥样硬化。

郁李仁

始载于《神农本草经》。又名郁里仁、小李仁。为蔷薇科植物郁李 *Prunus japonica* Thunb.、欧李 *P. humilis* Bge. 或长柄扁桃 *P. pedunculata* Maxim 的成熟种子。夏末秋初果实成熟时采收，除去果肉，将果核砸开，取出种仁，晒干。

小李仁呈卵形，长5—7毫米，宽3—5毫米。表面黄白色、黄棕色或浅棕色，顶端尖，一侧有线形种脐，基部钝圆，从基部向上有多条纵向脉纹状的维管束。种皮薄，易剥落，有乳白色的子叶二片，富油性。气微，味微苦。产于中国黑龙江、内蒙古、河北、河南、山西、陕西、甘肃、山东等省、区。

本品味辛、苦、甘，性平。归脾、大、小肠经。功能润肠通便，利水消肿。主治肠燥便秘、水肿胀满、脚气、小便不利等。

治产后肠胃燥热，大便秘结，可配朴硝、当归、生地黄。大肠气滞，津液燥涩，便秘不通及习惯性便秘，可配桃仁、火麻仁、柏子仁、松子仁以润燥通便。血虚便秘，可与生地、当归、何首乌等养血润肠药同用。郁李仁不独能导大肠之秘结，且能通利周身水气，用于面目四肢水肿，大腹肿满，气急不得卧者，用本品配槟榔、甘遂、白术、茯苓等下气消肿药同用，如《世医得效方》郁李仁散。脚气肿满喘促，大小便不利者，可用粳米煮粥，入郁李仁末、白蜜、姜汁搅匀服。此外，《本草新编》用治头风痛，近亦有以郁李仁配柴胡、白芍、川芎、白芷等治疗偏头痛者。煎服，6—12克。孕妇慎用。

实验研究：郁李种子含苦杏仁甙、脂肪油、挥发性有机酸、皂甙、植物甾醇、维生素B_1等。果实含泻下成分郁李仁甙即蔷薇甙A，还含蔷薇甙B、阿福豆甙、山柰甙、熊果酸、香荚兰酸、原儿茶酸等。郁李仁酊剂对实验犬有降低血压作用。

皂荚子

始载于《雷公炮炙论》。又名皂角子、皂子、皂儿、皂角核。为豆科植物皂荚 *Gleditsia sinensis* lam. 的种子。产于中国河北、山西、河南、山东、江苏、浙江、湖北、广西、四川等省、区。

本品味辛、咸，性温。有小毒。功能祛风化痰，消肿散结。主治大肠风秘、肠风下血、痢疾、瘰疬、面皯及一切疔疮肿毒。大肠风秘，《妇人良方》用皂角子炒黑研末，为蜜丸，以蒺藜子，酸枣仁汤下。肠风下血，《圣惠方》神效散用本品配槐角。里急后重，《普济方》用本品与枳壳同用。本品化痰散结功用较著，常用于痰凝气滞所致的瘰疬，如《博济方》用本品配硇砂为丸含化，治瘰疬满项，肿痛不破；《圣惠方》用本品配槲白皮研末服，治瘰疬肿硬如石。本品研末调敷，可用于一切疔肿。煎服，5—10克，或入丸、散。孕妇及阴虚气弱、咳喘咯血者忌服。

无花果

始载于《救荒本草》。又名蜜果、奶浆果、映日果。为桑科植物无花果 *Ficus carica* L. 的隐花果。原植物在中国中部及南部各省、区常见栽培。

本品味甘，性凉。归肺、胃、大肠经。功能清肺热，止胃痛，通乳，润肠，消肿解毒。主治咽喉肿痛、燥咳音哑、胃溃疡疼痛、乳汁稀少、肠热便秘、痔疮出血、痈疽肿毒等

病症。

本品甘凉质润，适用于燥热伤阴诸证，如咽喉干燥作痛者，鲜品生食或干果配金银花煎服；如肺热燥咳声音嘶哑者，可与甜杏仁、桔梗、甘草配用。无花果甘缓益胃，以本品干粉吞服，可治胃、十二指肠溃疡疼痛；产后乳汁不多，本品配金银花根，奶浆藤等药炖猪前蹄服，能下乳。本品生食能治肠热便秘；如痔疮出血及脱肛，干品配猪大肠同炖服。外治痈疽肿毒，以鲜品捣敷，或干品研末麻油调涂。此外，取鲜果乳白色汁外涂可去疣。煎服，30—60克。脾胃虚寒者忌用。

实验研究：无花果果实含葡萄糖、果糖、蔗糖、柠檬酸和少量延胡索酸、琥珀酸、丙二酸、吡咯烷羧酸、草酸、苹果酸、莽草酸、奎宁酸。尚含有香豆素类成分：伞形花内酯、东莨菪素、补骨脂素、香柑内酯。又含B族维生素、维生素C等。

果含丰富的营养成分如维生素，并含有活性的蛋白酶，具有水解蛋白质及凝乳等消化作用。未成熟果实中肉所得的乳汁能抑制大鼠移植性肉瘤、小鼠自发性乳癌导致肿瘤坏死；又能延缓移植性腺癌、骨髓性白血病、淋巴肉瘤的发展，使其退化。此乳汁口服无毒，如给动物皮下注射可引起局部坏死；如腹腔或静脉注射可导致死亡（内脏毛细血管损害）。干果内也可提得抗艾氏肉瘤的成分。

消导药

凡能消化饮食，导行积滞的药物，称为消导药。

消导药，主要适用于消化不良、饮食积滞所致的脘腹胀满，嗳气吞酸，恶心呕吐，大便秘结或伤食泄泻等症。其中有的药物，尚有开胃和中，促进食欲的作用。但消导药之功用又各有差异，如麦芽、谷芽、神曲，善消米、面之积；山楂、阿魏，主消腥膻油腻之积等。

本类药的临床应用，常须根据不同证候，进行适当配伍，如食积不化，必致气滞，常与理气药同用。气滞轻症配陈皮、木香等；甚者配槟榔、莪术之类。若暴饮暴食，脾胃运化不及，脘腹痞满胀痛，大便秘结者，属里实，消导药须配大黄、枳实等攻下药，以祛除积滞；如脾胃运化无力，食后作胀者，属中虚失运，则须与党参、白术等健脾药同用，以消补兼施。食积化热者，多表现为口臭嗳腐，喜寒恶热，舌苔黄腻，宜配清热药，如黄连、黄芩等；食积兼寒者，多表现为恶心泛涎，喜热恶寒，舌苔白腻，可配温中祛寒药，如干姜、良姜等。

消导药的药性一般较和缓，但总属克伐之剂，对于脾胃虚弱之患者亦应慎用。

山楂

始载于《新修本草》。原名鼠查，又名棠梂子、赤枣子、酸枣、酸楂。为蔷薇科植物山楂 Grataegus pinnatifida Bge.、山里红 C. pinnatifida Bge. var. majer N. E. Brown 及野山楂 C. cuneata Sieb. et Zucc. 的果实。前两种药材习称“北山楂”；后一种习称“南山楂”。北山楂多为栽培品，秋季果实成熟时采收，横切成片，晒干或烘干；南山楂为野生，秋季果实近成熟时采收，置沸水中略烫后晒干或压成饼状晒干。

北山楂果实呈圆球形，直径1—2.5厘米。外皮红色，皱缩，具光泽，满布灰白色小斑点。顶端有凹窝，在凹窝边缘有缩存花萼，基部有细小果柄或果柄痕。果实内有果核3—5枚，浅黄色，多脱落。横切片厚2—5毫米，多卷边，皱缩不平；果肉呈黄色或浅棕色，常因果核脱落而中空。有时可见短而细的果柄或凹陷的花萼残迹。质硬、薄片略有弹性，气微香，味酸微甜。主产于中国辽宁、吉林、黑龙江、山东、河南、河北和山西等省。

南山楂果实呈类圆形，直径0.8—1.4厘米，表面棕红色或棕色，有细皱纹，有时常压成饼状。质坚硬，核大，果肉薄，棕红色。气微，味酸微涩。主产浙江、安徽、江苏、广东、广西、云南等省、区。

本品味酸、微甘，性微温。归脾、胃、肝经。功能消食积，散瘀血。主治食滞不化，小儿疳积、泄泻痢疾以及女子经闭、产后瘀滞腹痛等。

山楂善能消食化滞，而以肉类、乳类等荤腻积滞不化者，尤为适宜。李时珍云：“凡脾弱食物不克化，胸腹酸刺胀闷者，于每食后嚼二、三枚，绝佳。”《简便单方》用本品一味煮食，并饮其汁，治饮食停滞，窒碍脾胃，致脘腹胀满，嘈杂、嗳气、恶心、厌食，或大便不爽，或粪出臭秽者。如与神曲、麦芽等配用，可加强消食化滞的效果，如大山楂丸；若湿、食积滞，郁而化热，症见脘痞腹胀，嗳腐吞酸、舌苔厚腻而黄者，则与连翘、莱菔子、陈皮、茯苓等同用，如《丹溪心法》保和丸。治小儿疳证由乳食不节，日久伤脾，面黄肌瘦，肚腹膨大，不思乳食，或纳入即吐，并泻下未消化食物，则山楂合白扁豆、木香、煨肉豆蔻等煎服，可收健脾消疳、和胃止泻之功。下痢脓血，腹痛后重者，可单用，或与红茶同用，煎汤，红糖调服。本品亦治肠风下血，独用研末，以艾叶煎汤调服。山楂有祛瘀血而不伤新血之优点，临床用治妇女血瘀经闭及产后恶露不净，可单用煎浓汁加糖服，亦可根据证情与其他药配伍应用。如《景岳全书》治经闭之通瘀煎，与当归尾、红花、香附、乌药等活血理气药配用；若治产后恶露不净，与蒲黄、茜草或益母草、川芎、当归同用。此外，内服尚可治疝气疼痛；煎水外用洗漆疮及头身痒疮等。

近用以降低血中脂质，防治动脉硬化症及冠心病，有一定效果。煎服，5—10克，单用可至30克。消食炒焦用，散瘀宜生用。脾虚无积者忌用，孕妇慎用。

实验研究：山里红果实含柠檬酸、苹果酸、绿原酸、咖啡酸、山楂酸、齐墩果酸、槲皮素、金丝桃甙、维生素 B_2 和C、胡萝卜素、内酯、糖类及解脂酶。山楂果实含酒石酸、柠

檬酸、山楂酸、黄酮类、内酯、糖类及甙类。野山楂果实含山楂酸、槲皮素、绿原酸、咖啡酸、齐墩果酸、柠檬酸、苹果酸、维生素 B_2 和 C、鞣质、果糖、胡萝卜素及钙、磷、铁等。

山楂黄酮、水解物、三萜酸静脉注射或十二指肠给药均引起血压下降，降压作用缓慢而持久；降压原因由于成分不同而异，主要为外周血管扩张，有的则为胆碱样作用所致，也有中枢神经系统的影响。清醒动物，长期口服含黄酮较多的山楂制剂，能明显增加心肌血流量；山楂浸膏与茶碱、羟乙基茶碱、咖啡因、罂粟碱、亚硝酸钠、腺苷以及肾上腺素等的扩张冠脉有协同作用，心肌氧利用率逐渐降低。山楂聚合黄酮对结扎冠脉前降支的动物，能减轻 S-T 段上抬及病理性 Q 波的改变，并缩小梗死范围，其作用稍逊于普萘洛尔（心得安）。山楂流浸膏能降低血清脂质，可能是通过加速胆固醇的清除作用，减轻主动脉斑块的病变。商品山楂能增加胃消化酶，促进消化。

神曲

始载于《药性论》。又名六曲、六神曲。为辣蓼、青蒿、苍耳、杏仁、赤小豆等药物加工后与面粉或麸皮混和，经发酵而成的曲剂。中国大部分地区有产。

本品味甘、辛，性温。归脾、胃经。功能健脾和胃，消食化滞。主治饮食停滞、消化不良、食欲不振、食积泻痢等病症。

常与山楂、麦芽、藿香、陈皮等配合应用。食积停滞，脘腹痞满胀痛者，则与木香、枳壳、槟榔、莱菔子等行气消积药配用。挟湿热者，配以大黄、黄芩，属寒滞者，加干姜、白术。若因脾胃虚弱，致消化不良虚实挟杂者，须与党参、白术、陈皮、砂仁等益气健脾和胃药以消补兼施。又如胃阴不足，脾阳亦弱，不能消化水谷，胸膈痞闷，腹胁时胀、食减无味，虚羸少气，可与乌梅、炮姜、麦芽等配用，如《和剂局方》消食丸。此外，治妇人产后瘀血不运，小腹胀闷及妇人哺乳期欲回乳者，以神曲炒研，酒服。煎服，9—15 克。伤食兼有外感发热者宜生用，和胃消食多炒用，止泻痢多炒焦用。

实验研究：本品含淀粉酶、酵母菌、挥发油、甙类和 B 族维生素。

麦芽

始载于《药性论》。原名大麦蘖，又名麦蘖、大麦芽。为禾本科植物大麦 Hordeum vulgare L. 的果实经发芽制成。中国产麦地区均有生产。

本品味甘，性微温。归脾、胃、肝经。功能消食开胃，和中、回乳。主治饮食停滞、消化不良等。

本品善消米面食积，若饮食不节，停滞不化，脘腹胀满，吞酸嗳腐，常配焦山楂、焦神曲同用。若脾虚运化无力而食滞腹胀，宜配党参、白术、山药等补气健脾药以消补兼施。湿食互结，湿阻气滞者，加厚朴、莱菔子；食积寒凝者，加干姜、木香；食积郁而有热，加山栀、连翘。用于婴儿乳食不化、吐乳、腹泻，可单用，亦可配山楂或鸡内金同用。麦芽又能回乳，又能用于哺乳妇女断奶时乳汁瘀留，乳房胀痛，均以炒麦芽煎服，或研末调服。煎服，10—15 克；回乳可用至 30—90 克。妇女哺乳期忌用。

实验研究：大麦芽含淀粉酶、转化糖酶、维生素 B、D 和 E、脂肪、磷脂、糊精、麦芽糖、葡萄糖等。另含大麦芽碱，大麦碱 A、B，禾草碱，白栝楼碱。

麦芽所含 α 与 β 淀粉酶有消化淀粉使之转化为麦芽糖或糊精的作用。嫩和短的芽含酶量较高，淀粉酶不耐高温，故将麦芽炒黄，炒焦或制成煎剂，效力即明显降低，故宜用生品或微炒后制成粉冲服。人体实验表明麦芽煎剂对胃酸与胃蛋白酶的分泌似有轻度促进作用，麦芽浸剂口服可降低血糖，用于糖尿病治疗有效。临床应用毒性小，无不良反应。60 年代在日本用麦芽作乳牛饲料，发生中毒者并不少见，此乃因其中含有麦芽毒素（即白栝楼碱），是一种与十烃季铵相似的快速的去极化型肌肉松弛剂，属于季铵类化合物，口服不易吸收，故无临床毒理意义，但作饲料摄入大量时，可能引起中毒。

谷芽

始载于《名医别录》。原名蘖米，又名谷蘖、稻蘖、稻芽。为禾本科植物稻 Oryza sativa L. 的成熟果实，经加工发芽而成。中国产稻区均有生产。

本品味甘，性平。归脾、胃经。功能消食和中，健脾开胃。主治食欲不振、消化不良、饮食积滞、脘腹胀满等病症。

临床上每与麦芽或山楂、神曲等同用，以增强消食作用。适用于中虚运化无力，不思饮食，得食胀满者，常合健脾助运的白术、甘草、砂仁等药配用，如《澹寮方》谷神丸。亦有不加配伍而单用本品蒸露代茶饮，用于病后脾运不健，纳谷不香，元气亏虚者。谷芽生用长于养胃和中，微炒偏于助运消食，炒焦则善化积滞。煎服，10—15 克，研末服 3—5 克。

实验研究：谷芽含淀粉、蛋白质、脂肪、淀粉酶、麦芽糖、腺嘌呤、胆碱、维生素 B 等。淀粉酶使淀粉分解成麦芽糖与糊精。据分析，麦芽中 α 淀粉酶的含量为谷芽的 172 倍，β 淀粉酶含量为谷芽的 41 倍。所以谷芽的消化淀粉作用不及麦芽。淀粉酶不耐高温，谷芽煎煮后，效力仅为其干粉的 5%，大部分丧失。炒焦的谷芽，活性为生谷芽或炒谷芽（指微炒）的 25% 以下，因此，谷芽宜用生品或微炒者研粉冲服。

鸡内金

始载于《神农本草经》。原名鸡肶胵里黄皮，又名鸡

肫内黄皮、鸡肫皮、鸡黄皮、鸡肶胵。为雉科动物家鸡 Gallus gallus domesticus Brisson 砂囊的角质内壁。中国各省、区均产。

本品味甘，性平。归脾、胃经，功能健脾胃，消积滞，化结石，缩小便。主治消化不良、饮食停滞、脘腹痞胀、呕吐泻利、小儿疳积，胆、肾及膀胱结石以及遗尿、小便频数等病症。

食积不消，脘腹饱胀，嗳噫食臭，或大便作泄者，可与神曲、麦芽、山楂同用，以消食化积。若脾虚不运，食滞不消，小儿疳积，或伤食作泻，配白术、枳实、砂仁为末，米汤调服。以健脾消积，属虚寒者可再加干姜，如《医学衷中参西录》之益脾饼，即以鸡内金、白术、干姜、枣肉作饼食之，用治脾胃湿寒，饮食减少，长作泄泻，完谷不化者。腹胁有癥块者，可配莪术、鳖甲、山甲、桃仁以消积行滞，软坚散瘀。现亦用于化石通淋，治胆结石常与川郁金、金钱草等配伍；治肾及膀胱结石常与冬葵子、海金砂、胡桃仁、石韦等配伍。鸡内金既治小便淋痛，亦治遗尿。治小便淋沥，痛不可忍，可单用本品为末，白汤调服。小儿遗尿或成人小便频数，可配桑螵蛸、龙骨、牡蛎。鸡内金研末作掺药。用于痈疽溃烂，久不收口，以及走马牙疳、口疮等病。煎服，5—10 克；研末服，2—5 克。

实验研究：含胃激素、角蛋白、维生素 B_1、维生素 B_2、烟酸、维生素 C。人口服鸡内金后胃液分泌量、酸度及消化力均见增高，胃运动加强，排空率加快。其作用出现迟缓，但维持较久，故可能是通过体液因素产生的。煎剂对加速排除放射性锶有一定作用。所含的氯化铵可能是促进锶排除的有效成分之一。

莱菔子

始载于《日华子本草》。原名萝卜子，为十字花科植物莱菔 Raphanus sativus L. 的成熟种子。主产于中国河北、河南、浙江、黑龙江等省；其他省、区亦产。

本品味辛、甘，性平。归脾、胃、肺经。功能消食除胀，降气化痰。主治食积气滞、脘腹胀满、下痢后重、大便秘结以及咳嗽多痰、上气喘满等。

治食积气滞，可与神曲、山楂等消食之品同用，方如《丹溪心法》之保和丸。下痢后重者，可于利气通腑药中加用本品，能增强其消积化滞之功，如《方脉正宗》以莱菔子与大黄、木香等相配。治气滞腹胀用本品研末滤汁浸砂仁，研末服；便秘者擂水和皂荚末服。莱菔子又为降气化痰药，临床主要用于痰壅气阻，肺失肃降而致的咳嗽痰喘，胸满腹胀，多与其他止咳化痰药配伍，常用方三子养亲汤，即莱菔子与苏子、白芥子同用。《食医心镜》用一味莱菔子煎汤内服，治上气咳嗽，痰多喘促；《医学集成》之清金丸，单用本品研末，姜汁和丸，治齁喘痰促，遇厚味即发。治虚喘、虚胀，以少量莱菔子与人参同用，"其功更神"。治中风口噤，可用莱菔子、牙皂荚煎服涌吐痰涎。煎服，5—10 克。一般炒用，吐风痰生用。

实验研究：种子含莱菔素、挥发油、脂肪油。挥发油中有甲硫醇等。脂肪油中含多量芥酸、亚油酸、亚麻酸以及芥子酸甘油酯。抗菌有效成分莱菔素，在 1 微克/毫升浓度时，对葡萄球菌和大肠杆菌即有明显抑制作用。水浸剂在试管内对常见皮肤真菌有些抑制作用。

补益药

凡能补益正气，增强机体抗病能力，治疗各种虚弱证候的药物，统称为补益药，或称补养药。

补益药临床应用的重要意义，首先是"补可去弱"，用于正气虚弱的患者，可以增强体质，消除虚弱证候，促进人体恢复健康。或者抗衰老，益寿延年。某些补益药还可扶正固脱，以救治急症虚脱。其次是"扶正祛邪"，用于邪盛正衰或正气虚弱而病邪未尽的证候，取补益药与祛邪药同用，以提高抗病能力，达到邪去正复的目的。通过临床观察和实验研究，证实补益药具有提高机体免疫能力或改善能量代谢及调整内分泌功能等不同药理作用。

根据补益药的性能和适应范围不同，此类药物大致可分为补气药、补血药、补阴药、补阳药四类。

(1) 补气药：又称益气药，主要用于气虚不足之症。脾为后天之本，肺主一身之气，所以补气药以补脾肺之气为主。具体适应证是：见有神疲倦怠，食欲不振，脘腹虚胀，大便溏薄，甚至浮肿、脱肛脾气虚弱之症；以及少气懒言，语音低微，易于出汗等肺气不足之症。另外，"气为血帅"，气旺可以生血，故治疗血虚证也常在补血药中配用补气药，补气可以摄血，故亦可用于气不摄血和血失气脱的出血症。尤其在大失血时，更须重用。补气药多具甘味，每易壅滞气机，多服久服，可导致胸膈胀满，影响食欲，酌加理气药同用，可使补而不滞。

(2) 补血药：又称养血药，主要用于血虚证。心主血，肝藏血，补血药重在补心肝血虚。见有面色萎黄，唇爪苍白，头晕眼花，心悸失眠以及妇女月经不调等症状时，都属补血药适应范围。部分补血药如熟地、首乌、白芍、阿胶等并有滋阴之功，亦可作滋阴药用。补血药多属滋腻碍胃之品，故湿滞中满，食少便溏者忌用。必要时，可与健脾助消化药同用。

(3) 补阴药：又称养阴药或滋阴药，主要用于阴虚证，根据其不同作用，又可分为补肺阴、补胃阴、补肝阴、补肾阴四类。具体适应证是：肺阴虚，见口燥咽干，干咳少痰，咯血；胃阴虚，见津少口渴，舌红少苔，干呕嘈杂；肝阴虚，见眩晕目涩，少寐多梦，或有震颤；肾阴虚，见腰膝酸软，手足心热，眩晕，耳鸣，遗精，或潮热盗汗。但临床上肺阴虚与胃阴虚，肝阴虚与肾阴虚，往往并见，故补阴药中补肺阴与补胃阴，补肝阴与补肾阴，亦多互用同用。对阴虚阳亢者常配平肝潜阳药；阴虚内热者每配退热除蒸药；热病阴伤邪热未尽者，可与清热药同用。补阴药亦

多甘寒滋腻，脾虚便溏、有痰饮湿浊者不宜用。

(4) 补阳药：又称助阳药，主要用于阳虚之证。有补肾阳、益心阳、助脾阳之分，但肾阳为一身之元阳，对人体脏腑起温煦生化作用，阳虚诸证，往往与肾阳虚密切相关，故补阳药多指补肾阳，至于益心阳、助脾阳药多归入温里药一类。补阳药具体适应证是肾阳虚弱证，多见腰膝酸痛，畏寒肢冷，尿频，遗尿，阳痿。同时，肾阳不足，"火不生土"引起的泻泄；肾阳不足，"肾不纳气"引起的息短虚喘，也须结合应用补阳药。补阳药性多温燥，每易耗阴，酌配补阴药可借其滋润以调剂刚燥之性。而阴虚火盛者则忌用补阳药，以免助火劫阴。

临床应用补益药时，应根据虚证的不同类型分别选用。但人体气血阴阳是相互依存而又互相转化的，故临床施治又难以截然分开。一般情况是：阳虚者多兼有气弱，而气虚者又易导致阳虚；阴虚者可兼有血虚，而血虚者又可见有阴虚。因此，补气药和补阳药，补血药和补阴药，往往相须为用。若气血两亏，阴阳俱虚者，则须气血或阴阳双补。气阴两虚者，又当气阴兼顾。此外，应用补益药时还需注意防止"误补益疾"。因补益药原为机体虚弱而设，体健无疾者不宜服用，否则可使人体阴阳平衡失调，有害无益。若外邪未尽，过早使用补益药，或邪气方盛正气未虚者用之，则有"闭门留寇"之弊。现代药理也证实，某些补益药有收敛、止汗、止泻或抗利尿作用，不利于病邪(如毒素)从大小便排出或发汗而解。因此，临床应用补益药必须遵循"虚则补之"的治疗原则。在正气已虚，邪气未尽的情况下，要处理好扶正与祛邪的关系，分清主次，恰当地与祛邪药配伍。

人参

始载于《神农本草经》。又名人衔、神草、棒棰。为五加科植物人参 Panax ginseng C. A. Mey. 的根。主产于中国吉林、辽宁等省。野生者称"野山参"或"山参"，多在秋季采挖。栽培者称"园参"，多在9月末至10月初采收。野山参一般只加工成生晒山参；园参由于加工方法不同、可以分为生晒参、红参、白参(糖参)及参须等规格。

(1) 生晒山参：因细支根及须根多不除去，故又称全须生晒参。主根粗短，质坚硬，呈人字形、菱形或圆柱形，长2—10厘米，表面灰黄色，具纵皱纹，上端有明显而紧密的环纹(习称铁线纹)。支根2—3条，多呈八字形分开。须根稀疏而长，质坚韧，上有明显的疣状突起(习称珍珠点)。根茎(习称芦头)细长，上端四面具密集碗状茎痕(习称芦碗)，靠近主根的一段光滑无茎痕，习称"圆芦"。根茎上常生出纺锤形的不定根，习称"枣核艼"。通常以"芦长碗密枣核艼，紧皮细纹珍珠须"概述野山参的外形。

(2) 生晒参：主根呈圆柱形或纺锤形，长3—15厘米；表面灰黄色或灰棕色，上部或全体有疏浅断续的粗横纹及明显的纵皱纹，支根2—5条，分开角度小。根茎粗短，多拘挛而弯曲，一面或两面生有芦碗，下部无圆芦。根茎上也可见不定根。若加工成全须生晒参，支根下部尚有多数须状根，其上偶有不明显的细小疣状突起。质较硬，断面淡黄白色，显粉性，形成层环棕黄色，皮部有黄棕色点状树脂道及放射状裂隙。

(3) 红参：根形与生晒参相似。表面棕红色，半透明，也有表面上黄色而不透明的，具纵沟、纵皱纹及细根断痕，上部可见环纹，下部有2—3条完整或折断的不定根。质硬面脆，断面平坦，角质样。

(4) 白参(糖参)：根形与红参近似，唯表面呈黄白色，可见加工时扎刺的点状痕迹，质较松。

(5) 参须：细支根加工成白直须或红直须；须根加工成白弯须或红弯须。直须多扎成小捆，全长5—15厘米，直径2—5毫米。红直须表面红棕色角质状半透明；白直须表面黄白色，均有微细的纵皱纹。弯须上有时可见点状突起。

人参药材除上述规格外，尚有掐皮参、白干参、边条参、石柱参、皮尾参等。朝鲜所产人参称"朝鲜参"或"高丽参"，也有红参、白参之分，其中红参又称"别直参"。

本品味甘、微苦，性微温。归肺、脾经。功能大补元气，补肺健脾，生津止渴，安神益智。主治气虚脱证、肺虚喘咳、脾虚食少、倦怠乏力、久泻、脱肛、惊悸怔忡、失眠善忘、尿频、阳痿、遗精、血虚怯弱、津伤口渴、消渴、自汗、盗汗以及胎元不固等。

人参大补元气，故临床用治气脱阳亡之危候。如重病久病，元气将脱，或大吐、大泻、大汗出而致元气骤虚，阳气暴亡，症见面色苍白、神情淡漠、肢冷汗多、脉微细欲绝者，可急用人参一味浓煎服，以益气固脱，如独参汤。甚者冷汗淋漓，四肢厥逆，呼吸微弱，气脱阳亡者，则与附子配用，以益气回阳救逆，如参附汤。现代亦用于救治心力衰竭属于心肾阳虚者。治热伤元气，气虚液脱，症见气短神疲，烦躁不安，汗多而粘，口渴喜冷饮，四肢温暖，口唇干红，脉细虚数，则人参与麦冬、五味子等养阴生津药配用，可收益气生津敛液之功，如《内外伤辨惑论》之生脉散。现代已制成生脉注射液，用以抢救感染性休克及心源性休克等均有一定疗效。诸凡吐血、衄血，及妇女血崩漏下，来势急迫，有气随血脱之虑者，亦可服用人参固气摄血，即服独参汤，烦躁者并加童便服。仍不止者，可相应配伍侧柏叶、荆芥炭或当归、熟地等止血养血药同用。

人参益肺肾之气，治咳喘久病，肺气亏虚，如《永类钤方》补肺汤用本品与黄芪、五味子、桑白皮、紫菀等配伍，用于气短喘咳，语言无力，声音低怯。治气阴两亏之肺痨痰血，可配阿胶、知母、贝母以两益气阴，清肺化痰，如海藏紫菀散。若肺肾俱虚，胸满喘急，动则尤甚，不得卧睡，则常与胡桃肉、蛤蚧等温肾纳气药同用，如人参胡桃汤、人参蛤蚧散。若脾胃气虚，精神倦怠，四肢乏力、食少便溏，《和剂局方》四君子汤以本品配白术、茯苓、甘草以扶

止补虚，益气健脾。如脾胃虚甚而中气下陷、久泻、脱肛及子宫下垂、胃下垂等，尤宜用人参配黄芪、升麻等益气举陷，如补中益气汤。中虚有寒，吐利腹痛，手足厥寒，则用人参配附子、干姜、白术等温中补虚，临床常用的理中汤、附子理中汤即是。它如妊娠恶阻，呕恶不欲饮食，属脾胃虚弱者，亦可用人参配砂仁等温中和胃之品。本品能安神益智，故亦能用于心气不足所致的心悸怔忡、精神恍惚，失眠善忘，《千金要方》定志丸，即用本品与菖蒲、远志，酸枣仁、茯神配伍，有益气养心安神之效。人参还有益肾培元之功，可用治肾虚小便频数、小溲失禁或溺后余沥不净及遗精等症，常与龙骨、龟甲、芡实等同用以固肾涩精止遗；治阳痿不举，则与巴戟天、肉从蓉、枸杞子等温肾壮阳药配伍。至于肝血不足，血虚不能上荣，两目视物昏朦，又可以本品与菟丝子、决明子配用；如虚风上旋，眼黑昏晕欲倒，则可与天麻、白术等同用；治小儿慢惊，搐搦惊惕，时发时止，属土虚木旺之候，可于天麻、钩藤、僵蚕等平肝熄风药中加入本品以补虚止惊。

人参"气虚血虚俱能补"，尤宜于气血两亏之身体消瘦，气短乏力，头昏心慌惊悸，饮食无味，常与熟地、当归、白芍等补血药同用，如两仪膏、人参养荣丸等。临床也用于疮疡症而见气血亏损者，如症见紫陷无脓，欲溃不溃，《医宗金鉴》托里透脓汤，用人参配白术、穿山甲、升麻、白芷等补气托毒排脓；如痈脓溃后久不收口，脓出清稀，身体虚弱，《医学入门》托里散以本品和黄芪、熟地、当归、白芍同用，能益气养血，生肌敛疮。服用人参，还能益气生津止渴，如用治热病津伤，口渴唇燥，可与清气药石膏、知母等同用，如白虎加人参汤；若气阴两伤，口渴汗多，气虚脉弱，则配石斛、玉竹、麦冬、五味子等益气养阴生津。治消渴，《仁斋直指方》将本品与瓜蒌根研末，炼蜜为丸，麦冬汤送服；《本草纲目》则单用人参末以鸡子清调服。现代临床用治轻型和中等程度的糖尿病，人参常与生地、玄参、麦冬配伍应用。人参有益气敛汗之功，临床又常用于治疗元气虚弱的自汗、盗汗，多与龙骨、牡蛎、麻黄根等固涩敛汗药同用；对阳虚自汗者可加黄芪、白术益气固表止汗；阴虚盗汗者配五味子、麦冬、白芍、浮小麦养液敛汗。人参又可治疗气虚发热，故《本草蒙筌》云："大抵人参补虚，虚汗可补，虚热也可补。"李东垣用人参配黄芪、甘草等，以甘温除大热；对于相火乘脾之身热而烦，头痛而渴，脉洪大者，则用黄柏佐人参。人参补气之功，亦用于孕妇胎元不固，腰酸阴道出血，可与熟地、当归、杜仲等煎服，能养气血，固冲任而护胎元；若临产气虚无力传送而致滞产者，也可急用人参煎汤或研末服以接济其力，或与益母草、当归、川芎等活血药同用，以收催产之效。

临床还常用人参扶正祛邪，设若外邪未尽，正气已虚，用之能鼓舞正气，配合祛邪药以逐邪外出。如虚人外感，可于解表药中加入本品，助表散药祛邪外出，方如参苏饮、人参败毒散；如体虚里实，法当攻下而不耐攻逐者，宜于大黄、芒硝等攻下药中，加入人参扶正攻下，如《伤寒六书》黄龙汤即是；如脾胃虚弱兼挟积滞而嗳腐不食，脘腹胀痛，形体羸瘦，则人参与山楂、神曲、麦芽、白术等配用，消补兼施，方如《幼科发挥》养脾丸。

此外，服用人参还可消除疲劳，振奋精神，增强机体对一些有害刺激的抵抗力，提高对寒冷、高压、窒息、紧张、失血及一些毒物中毒的耐受性，故民间常用作补益强壮剂，尤其是冬令进补人参者为多。但用之不当或长期服用也可产生不良反应，因"人参性温，积温也能成热、有助火恋邪之弊"，可出现腹满食减，头晕头痛、烦躁失眠、口干鼻衄乃至血压升高等症状，即现代医学所说的"人参滥用综合征"。

临床应用人参，以野山参补益之力最强，园参稍逊。其中生晒参适用于气阴不足者；红参适用于阳气虚弱者；白参功同生晒参而补力较差。煎服，5—10克；如挽救虚脱需大剂量时可用至15—30克，常须另行煎服或兑入其他药汁内服。研末服，1—2克。凡体气壮实，身热便秘，脉滑实有力者勿服。反藜芦，畏五灵脂。

实验研究：人参含人参皂甙约5.22%，系二十多种皂甙的混合物，其中以人参皂甙 R_b、R_c、R_g 的含量较高。皂甙所含的甙元有三种，即原人参二醇、原人参三醇和齐墩果酸。前二种甙元所组成的人参皂甙具显著的生理活性，而后一种甙元所组成的人参皂甙则否。

根含挥发油约0.05%，其中低沸点部分有β榄香烯，为人参特有香气的来源；高沸点部分有人参炔醇，是一种极不稳定的液体，在空气中容易树脂化。还含其他多炔醇。根中所含人参酸为软脂酸、硬脂酸、油酸及亚油酸等的混合物，系由根中所含脂类水解后生成的。还分离出β谷甾醇、豆甾醇及胡萝卜甾醇和多种有机酸。根中还含胆碱0.1%—0.2%，是人参中降低血压的成分。又含多种氨基酸和肽类，维生素 B_1、B_2、C 等和类维生素 A 物质以及葡萄糖、果糖、麦芽糖、蔗糖、多种人参三糖和果胶等。最近又从根中提得一有效成分，称为蛋白质合成促进因子，是多种人参皂甙的混合物。

人参芦和人参须均含人参皂甙，其中以人参皂甙 R_b、R_c、R_{g1} 的含量较少。叶含人参皂甙10.20%，已分离出人参皂甙 R_{b2}、R_c、R_d、R_e、R_{g1}、R_{g2} 等。还含山柰酚、人参黄酮甙和木犀草素-7-葡萄糖甙。

人参具有多方面的药理作用：

(1) 增强机体对有害因素的抵抗力：这些有害因素包括物理的（冷冻、高温、过度运动、失重、高压或低压及X线照射等）、化学的（麻醉药品、各种毒剂等）、生物的（异种血清、微生物、移植性肿瘤等）。人参能纠正病理状态，而在治疗剂量时对正常生理功能无干扰作用，故有人称这类药为"适应原样"药物。人参有抗疲劳作用，主要有效成分为人参皂甙，其中以人参三醇为甙元者强于以人参二醇为甙元的皂甙，甙元的作用又强于相应的皂甙。此种作用可能与组织代谢的改善及能量的利用率增加（为阻止运动后糖原、ATP、CP的减少，增强乳酸、丙酮酸

的代谢等)有关。

(2) 对神经-垂体-肾上腺皮质系统有兴奋作用,人参皂甙能间接地兴奋垂体前叶而增进肾上腺皮质的功能。同时它又有"抗应激"的作用,即在提高机体对有害因素的耐受力时,减轻应激引起的肾上腺功能的过度改变,如肾上腺内维生素C及胆固醇水平的降低,肾上腺的萎缩等用人参后都能更快地得到恢复。

(3) 对物质代谢的影响:适当剂量的人参可增加家兔体重,对雌性大鼠的生长、食欲,蛋白质及肝脏核糖核酸的合成有促进作用,蛋白合成促进因子能"速效的"促进大鼠肝、肾、骨、睾丸等器官的蛋白质、RNA、DNA的合成速率,其机制可能是人参提高RNA多聚酶的活性所致。较长期(2—4周)饲以人参,可使大鼠肝细胞粗面内质网增加,说明蛋白质合成速率也增加,对受损害的细胞,由于DNA合成速率增加,可促进痊愈过程。人参对于正常血糖水平无影响,但对实验性高血糖或糖尿病则有某些抑制或保护作用。在应激条件下,人参能明显的抑制内源性糖原的利用,节约糖的消耗。人参皂甙,特别是$-R_g$能促进机体内脂类的合成,对胆固醇虽合成速率增加,但分解与转化也增加。人参对糖及脂质代谢的调节作用受到食谱成分等其他因素的影响。人参能促进骨髓细胞(大鼠的)有丝分裂,刺激造血功能。其抗利尿作用与醛固酮有相似处。人参能增加肝脏中某些酶的活性。这可能是其增强肝脏解毒功能的基础。

(4) 对中枢神经、心血管等的影响:人参皂甙$-R_b$有镇静作用。而$-R_g$类则可能有弱的兴奋作用,但剂量过大乃呈现抑制作用。对某些中枢兴奋药及中枢抑制药物有某些拮抗作用。早期报告,人参能改善中枢神经的兴奋过程,也可加强抑制过程,使分化更完全,这可能与某些报告中的提高人的智力和体力劳动的效率及抗疲劳作用有关。人参中某些三萜类皂甙有强心作用,还含有拟胆碱样物质,能扩张血管,故有报道其能抗休克者.$-R_g$、R_h为溶血、$-R_c$、$-R_{b_2}$为抗溶血皂甙。

人参还有增强免疫、抗炎、促性腺样作用,也有报告其具有抗癌作用。

人参芦

始载于《本草蒙筌》。又名参芦。为五加科植物人参Panax ginseng C.A.Mey.的根茎。主产中国东北地区。

本品味甘、苦,性温。归脾、肺、大肠经。功能益气,升阳。主治气虚脱肛、久泻、崩漏、带下、遗尿、尿频、滑精等,均可单味煎服或研末服。治疗脱肛,以一、二度直肠脱垂较好,对儿童疗效更佳。治泄泻日久,阳气下陷,可配伍葛根、柴胡、黄芪、党参等补气升阳药同用。本品尚有祛痰饮作用,用治痰饮喘嗽而气虚者,如《本经逢原》云"涌虚人膈上清饮",煎服,3—6克;或研末服。日服量10克以上者,个别有恶心反应。

实验研究:人参芦与人参根的主要化学成分如皂甙类、糖类、氨基酸、多肽、挥发油等均相似。但人参芦皂甙及甙元的含量,均远高于根;挥发油含量为根的三倍。人参芦中R_g含量高,而根中R_b含量高。

人参芦在适应原样作用、对心肌细胞的保护作用、对血流量的作用、免疫作用、抗利尿作用、对中枢神经系统的作用及对能量代谢的作用等诸方面,均和人参有相似的药理效应。

红参芦和红参根对小鼠的急性毒性和亚急性毒性也相仿。红参芦和生晒参芦对催吐药物,敏感的动物如犬、家鸽、猫、猴均无催吐作用,但用小鼠酚红法,观察到人参芦总皂甙具有明显祛痰作用,且此作用不受切断两侧迷走神经的影响,提示人参芦皂甙有恶心性祛痰的效果。

西洋参

始载于《本草从新》。原名西洋人参,又名洋参、花旗参。为五加科植物西洋参Panax quinquefolium L.的根。秋季采挖生长3—6年的根,除去根茎及须根,连皮晒干或烘干,称"原皮西洋参";撞去外皮,再用硫黄熏后晒干,称"粉光西洋参"。

根略呈圆柱形或带纺锤状,有时稍弯曲有分支,长2—6厘米,直径0.5—1.1厘米。原皮西洋参外表面土黄色或淡黄色;粉光西洋参外表面白色光滑,均有细横纹及不规则的纵纹,顶端的细纹较密而呈环状。折断面平坦,淡黄色,有暗色形成层环及多数散在的红棕色树脂道。气香,味微甜带苦。野生者形较小,横纹色深而细密,体质轻松,味浓;栽培者横纹色淡而较疏,体质较结实而沉重,味较淡。主产美国、加拿大。中国已引种成功。

本品味甘、微苦,性凉。归心、肺、胃经。功能益气阴,清虚火,养胃生津。主治肺阴不足之咳嗽、咯血,热病肺胃津亏、烦渴少气。

西洋参生津益气,性较清润,凡肺火伤阴之虚热,燥咳,热病津气两伤或小儿高热烦渴,均可应用。治疗伤寒里热炽盛,津气两伤之白虎加人参汤,以及热病后期邪热未清,气液已伤,身热多汗,虚羸少气,烦渴喜饮之竹叶石膏汤,其中所用人参,现常用西洋参代之。至于补气救脱,则非西洋参所能胜任。此外,素体阴虚气弱者,本品亦可作为日常调补之用。煎服(另煎汁和服),2.5—6克。

实验研究:根含人参皂甙R_o、R_{b_1}、R_{g_1}、R_e和假人参皂甙F_{11}。又含齐墩果酸、挥发油、树脂等。从叶和茎中分离出人参皂甙R_{g_1}、R_d、R_e、R_{b_2}等。

动物实验证明,西洋参对大脑有镇静作用。由于其所含皂甙主要是人参二醇,而人参三醇(R_g族)含量很少,故其作用与人参相似而有些不同。如人参三醇主要为兴奋中枢神经系统、心脏、扩张血管,人参二醇主要为抑制,对代谢的作用较明显。两者都有抗应激、促进蛋白

质合成等作用。

党参

始载于《本草从新》。又名黄参、狮头参。为桔梗科植物党参 Codonopsis pilosula (Franch.) Nannf. 的根。秋季采挖三年以上的根，洗净，按大小分级，晒至半干，搓揉，使皮部和木部贴紧，再晒再揉，反覆 3—4 次，晒干。

根呈长圆柱形，稍弯曲，末端较细，有的有分枝，长 8—35 厘米，直径 0.4—2.5 厘米。表面黄棕色至灰棕色，根头部有多数疣状突起的茎痕及芽，每个茎痕顶端凹下呈圆点状，习称"狮子盘头"；根头下方有环状横纹，向下渐稀疏，有的可达全长的一半，野生品生长年久，根头大，茎痕多，横纹细密，栽培品生长年限少，根头小，茎痕少，横纹少或无；全体有纵皱及散在的横长皮孔；支根断落处常有乳汁溢出形成的黑褐色胶状物。质稍硬或略带韧性，易折断，断面稍平坦，皮部较厚，黄白色至淡棕色，有裂隙，木部较小，淡黄色，有放射状纹理及导管细孔。有特异香气，味微甜。因产地不同，药材分为西党、东党及潞党等商品规格，西党主产中国甘肃、四川、陕西等省，以四川产者品质最好；东党主产黑龙江、吉林、辽宁等省；潞党主产山西省。

本品味甘，性平。归肺、脾经。功能补脾胃，益肺气，生血保津。党参为常用的补气药，其功效类似人参而力逊。主治脾、肺气虚所致的病症，以及各种慢性病表现为气虚脾弱者。如脾胃气虚，运化力弱，饮食减少，大便溏泄，四肢无力，常以白术、茯苓、甘草同用。兼有痰湿，可配半夏、陈皮；兼有气滞，可配木香、砂仁；若兼食滞，则配白术、山楂、枳实之类以消补兼施。气虚水湿不化，浮肿者，重用党参，配黄芪、白术、茯苓皮、大腹皮等；益气健脾，利水消肿。若脾胃虚寒，吐利腹痛，畏寒，四肢逆冷等症，可配附子、干姜等以温运脾阳。肺气不足短气易出虚汗，声音低微，常与黄芪同用；肺虚喘咳，可配紫菀、五味子、蛤蚧、胡桃肉等。又如热伤气津，汗出口渴，心悸气短，神疲脉虚者，可配麦冬、五味子以益气敛汗，养阴生津。党参补气可以生血，治疗血虚，常用党参益气生血。如脾胃虚弱所致的血虚萎黄或气血两亏，与熟地、当归、白芍、鸡血藤等同用。血虚心悸，心烦不寐，可配生地、当归、酸枣仁，养血宁心安神。煎服，9—15 克。中满邪实者不宜。反藜芦。畏五灵脂。

实验研究：党参根含皂甙、微量生物碱、蔗糖、葡萄糖、菊糖、果糖、粘液及树脂等。又含 5－羟甲基－2－呋喃醛、5－甲氧基甲基－2－呋喃醛、正丁基脲基甲酸酯、无羁萜、蒲公英赛醇乙酸酯。还含赖氨酸、苏氨酸、缬氨酸、蛋氨酸、异亮氨酸、亮氨酸、苯丙氨酸等 17 种氨基酸和钾、钠、钙、镁、铁、钴、铜、锌、锰、铬、钼等人体必须的元素。

党参对某些实验性损伤（如缺氧、辐射、低温等）有轻度的保护作用。脂溶性皂甙有中枢抑制作用（使清醒兔的脑电图呈现高幅慢波，延长小鼠环己巴比妥的睡眠时间）。脂溶性及水溶性成分灌胃，能升高小鼠血浆皮质酮水平。甲醇提取物有某些消炎、镇痛作用。早年报道给家兔灌胃能增加外周血液中红细胞总数，可能与其较多的糖等营养成分有关。

太子参

又名孩儿参、童参。为石竹科植物太子参 Pseudostellaria heterophylla (Miq.) Pax ex Pax et Hoffm. 的块根。夏季地上部分枯萎时采挖，洗净，除去须根，直接晒干，或放置沸水中烫透后，捞出晒干。

块根呈长纺锤形或细长条形，稍弯曲，偶有分枝，长 2—10 厘米，直径 2—6 毫米，顶端可见茎基及芽痕，下部细长呈尾状。表面黄白色，较光滑，有微细纵皱纹及少数横向凹沟，并可见细根痕。质坚脆，易折断。断面平坦，黄白色或类白色，有粉性。烫后晒干者，断面角质样。气微，味微甘。主产于中国江苏、山东、安徽省。此外，浙江、江西、湖北、河南、陕西、河北等省亦产。

本品味甘、微苦，性微寒。归脾、肺经。功能益气，健脾，养胃，生津。主治脾胃虚弱、食欲不振、大便溏薄、倦怠乏力、肺虚咳嗽、自汗气短、温病后期气阴两伤、内热口干等病症。脾胃虚弱，食减腹泻，可与山药、扁豆等配伍；肺虚咳嗽，可与黄芪、沙参等配伍；气阴两伤，体虚自汗，可与麦冬、五味子等配伍。临床还常配合竹叶、麦冬、白薇等治疗虚热及小儿夏季热；与酸枣仁、五味子同用，治疗神经衰弱，心悸失眠。煎服，10—15 克。

实验研究：太子参的块根含果糖、淀粉、皂甙。

黄芪

始载于《神农本草经》。原作"黄耆"。为豆科植物膜荚黄芪 Astragalus membranaceus (Fisch.) Bge. 或内蒙黄芪 A. mongholicus Bge. 的根。春、秋两季采挖，除去泥土，切去根头及须根，晒至六七成干，分别大小，理直，捆成小捆，再晒干。

根呈圆柱形，略扭曲，长 20—50 厘米，直径 1.5—3 厘米。表面灰黄色或淡棕黄色，有不规则纵皱纹及横长皮孔，栓皮易剥落露出黄白色皮部，有时可见联结成网状的纤维束。质硬略韧，折断面纤维性强，并显粉性；横切面形成层环明显，皮部约占半径的 1/3，乳白色至淡黄白色，韧皮射线略弯曲，稍有裂隙，木部淡黄色，射线细密，老根断面中央偶有枯朽状黑褐色部分或成空洞。气微，味微甜，嚼后微有豆腥味。主产于中国山西、黑龙江、内蒙古。此外、吉林、甘肃、河北、陕西、辽宁等省亦产。

本品味甘，性微温。归肺、脾经。功能益气固表，利水消肿，托毒生肌。主治虚损羸瘦、精神萎靡、倦怠乏力、

食少便溏、脱肛、子宫下垂、自汗盗汗、崩漏、带下、浮肿溺少、肢体痿废、痈疽不溃或溃久不敛等。

黄芪补元气虚弱，对体倦乏力，言语低微，脉象缓弱或大而无力者，可以用之。如配合人参，则益气之力更强，如参芪膏。配白术，则健脾补虚，可治脾虚食少便溏。配以桂枝、白芍、甘草、饴糖，则补虚建中，治虚劳里急诸不足，腹中时痛，喜温喜按；近用治虚寒型胃及十二指肠球部溃疡。配合当归，则能益气生血，如当归补血汤。若配以党参、白术、甘草、大枣，则能补益脾气，用治脾虚型的功能性低热。治中气下陷而致的脱肛、子宫下垂，及久泻、久痢等症。黄芪有益气举陷的作用，常配以党参、白术、升麻、柴胡，方如李东垣之补中益气汤，《医学衷中参西录》升陷汤。本品配合白术、龙眼肉、阿胶，又能益气止血，用治气虚血脱、气不摄血之便血、血崩。配以党参、茯苓、菟丝子、白术，可治气虚下陷之白浊、白带。用于表虚不固而自汗者，常与麻黄根、牡蛎、浮小麦同用，益气固表敛汗，如牡蛎散。或与防风、白术同用，如玉屏风散。与附子同用，又能助阳固表，治阳虚自汗不止。与生地、当归、川连同用，又能益气滋阴降火，用治阴虚盗汗，如当归六黄汤。用治浮肿，黄芪能益气利水消肿。《金匮要略》防己黄芪汤，即以本品配防己、白术等，治风湿脉浮身重，汗出恶风之风水证。配合防己、桂枝、茯苓，治四肢浮肿，按之没指，小便短少之皮水症。现亦用治慢性肾炎，既能利水消肿，又能减轻蛋白尿，改善全身营养状态。治气血不足、营卫不和的肌肤麻木不仁，或慢性关节炎、肩关节周围炎，常配桂枝、芍药等同用，以益气温阳活血通脉，方如《金匮要略》的黄芪桂枝五物汤。黄芪亦善治肢体痿废，脉弱无力者，如中风后遗症之半身不遂，属气虚而致血瘀络痹者，临床常与川芎、当归、桃仁、地龙等配伍，取其有益气活血，散瘀通络之功，如《医林改错》补阳还五汤。本品能治痈疽不溃或溃久不敛，如内脓已成，因正气虚弱而无力穿破者，可与当归、川芎、穿山甲、皂角针同用，以托毒排脓，如《外科正宗》透脓散。若溃疡已久，脓水清稀，难以愈合者，用之有益元气，温分肉，肥腠理，长肌肉，促进疮口愈合之功。黄芪尚能用治气虚津亏的消渴，常与山药、花粉、生地、五味子为伍。又如诸虚不足，面色萎黄，烦悸焦渴，或先渴而欲疮疖，或病痈疽而后渴者，可与甘草同用，如《和剂局方》黄芪六一汤。此外治肺、脾气虚，无力迫降的便结便难，可与枳壳或陈皮、火麻仁同用。煎服，9—30克。凡表实邪盛，内有积滞，肝气不和，以及疮疡阳证实证等，均不适宜。欲补中益气，炙用；欲益卫固表、利水消肿、托毒生肌，生用。

实验研究：黄芪根中分得三种膜荚黄芪甙，还含γ氨基丁酸。又含胆碱、甜菜碱、熊竹素、刺芒柄花素、毛蕊异黄酮及氨基酸、多糖等。内蒙黄芪含黄酮甙，甙元有槲皮素、异鼠李素、鼠李柠檬素。还含多糖、皂甙、β谷甾醇等。多序岩黄芪即红芪中含抗菌成分；3-羟基-9-甲氧基紫檀烷。

黄芪能增强机体免疫功能，对某些病毒如小鼠Ⅰ型副流感病毒、滤泡性口腔炎病毒、新城鸡瘟病毒均有一定防治作用，促进小鼠对病毒产生干扰素的能力，增强网状内皮细胞的吞噬功能，对感冒易患者有某些预防效果。黄芪可提高人血中cAMP、IgM、IgE的水平，对小鼠肝、脾细胞cAMP磷酸二脂酶活性有抑制性影响。动物试验也证实黄芪多糖对体液免疫功能有促进作用。黄芪还能增加人白细胞诱导干扰素产生的能力，水提液可增强小鼠自然杀伤细胞(NK)的活性，多糖部分则抑制T细胞的功能(胸腺缩小、T淋巴细胞的比例下降、脾细胞对ConA、PHA的应答反应减弱等)。在细胞培养的营养液中，加入黄芪可使细胞生长旺盛，存活时间延长，增加细胞的生理代谢作用。单体成分黄芪皂甙甲能提高家兔血浆中cAMP水平及促进小鼠再生肝中DNA的合成。黄芪皂甙甲在动物实验中有某些抗炎作用。

黄芪对人或动物均有中等利尿作用，可增加尿量和氯化物排泄。对大鼠肾毒血清性肾炎，黄芪有减少尿蛋白、减轻肾脏病变的作用。对小鼠CCl_4性肝炎，黄芪也有保护肝脏，防止肝糖原减少的作用。黄芪对麻醉动物有降低血压作用，但迅速而短暂，与直接扩张血管有关。

白术

始载于《神农本草经》。原名术。《本草经集注》始有白术之名。又名山蓟、于术、冬术。为菊科植物白术 Atractylodes macrocephala Koidz.的根茎。在种植后2—3年的10月下旬—11月上旬下部叶枯黄，上部叶变脆时采挖，除去泥沙、须根及茎叶，烘干(称烘术)或晒干(称生晒术)。

根茎呈拳状团块，下部膨大呈蹄状，长3—13厘米，直径1.5—7厘米。烘术表面暗棕色，生晒术表面灰黄色，均有瘤状突起及纵皱和少数横裂纹，瘤状突起顶端有盘状芽痕，根茎上端有残留茎基及芽痕，下端有点状根痕及断根残基。质坚硬、不易折断。生晒术断面皮部黄白色，木部淡棕色，形成层环棕色，有棕黄色油点(油室)散在；烘术断面角质样，色较深或有裂隙。气香而浓郁，味微甜。主产于中国浙江、安徽、江苏、湖北、湖南、江西等省。

本品味甘、苦，性温。归脾、胃经。功能健脾益气，燥湿利水。主治脾胃虚弱、食少腹胀、便溏久泻、痰饮眩晕、水肿、小便不利、风湿痹痛、体虚自汗、胎动不安。

治疗脾胃虚弱，或挟湿邪，健运失常食少、便溏诸症，《和剂局方》四君子汤、参苓白术散，常用白术配人参、茯苓、陈皮、甘草。若脾胃虚寒，脘腹冷痛，呕吐泄泻，用白术配干姜、人参、甘草，如《伤寒论》理中丸。小儿脾胃虚寒，不能摄津而致多唾流涎者，白术与益智仁同用，可以温脾摄涎。治脾虚气滞的痞满腹胀，本品与橘皮等理气药配伍，能健运消胀，方如《全生指迷方》宽中丸；若挟有

积滞，饮食不消而痞胀不舒者，则宜配枳实以健脾消食，方如《兰室秘藏》枳术丸。用于脾虚失运，水湿停留所致诸症，本品既能健脾燥湿，又能通利小便，如治痰饮病胸胁胀满，眩晕心悸，白术与茯苓、桂枝、甘草同用以健脾渗湿，温阳化饮，方如《伤寒论》苓桂术甘汤；治水停心下，清阳不升，浊阴上冒之头目昏眩，《金匮要略》泽泻汤中用泽泻配白术以健脾燥湿除饮。治水肿及小便不利，白术常配猪苓、泽泻、茯苓、桂枝，可健脾渗湿，化气利水，方如《伤寒论》五苓散；脾虚子肿，白术与茯苓、大腹皮、陈皮、生姜同用，能扶脾制水，上下分消，方如《全生指迷方》白术散；风水夹热，面目或全身浮肿，恶风发热，小便不利，脉浮而渴者，可配麻黄、石膏、生姜等发汗清热、除湿利尿，方如《金匮要略》越婢加术汤。白术用于风湿痹痛伴有阳虚者，可协同附子温阳逐湿，方如白术附子汤。白术健脾益气，有固表止汗之功，《千金要方》单用本品研末服之；《丹溪心法》治盗汗，用白术四两，分作四份，分别与黄芪、石斛、麦麸、牡蛎同炒至黄色，去余药，将白术研末内服。白术补脾益气安胎，适用于妊娠脾虚气弱、胎动不安之症，可配伍其他有关药物同用，如湿热配黄芩，寒湿配蜀椒。煎服，5—12克。益气健脾宜炒用，燥湿利水多生用。阴虚烦渴，气滞胀闷者不宜使用。

实验研究：根茎含挥发油，其中有苍术酮、白术内酯A和B、3－乙酰氧基苍术酮、3β－羟基苍术酮、香橙烯、芹烷二烯酮等，还含含氧香豆精、糖类和树脂等。

动物试验有明显而持久的利尿作用，且能促进电解质特别是钠的排出，其利尿作用可能通过对肾小管重吸收的抑制。对人的利尿作用有少数试验，尚待肯定。煎剂长期灌胃，可促进动物体重增加和增强游泳耐力的效果；还可使血糖稍有降低。加速体内葡萄糖的同化，增加白蛋白，纠正白蛋白/球蛋白的比例；保护肝脏及防止四氯化碳引起的肝糖原减少、白术煎剂对动物有抗血凝作用，还有报告健康人服用根煎剂(1:20)每次一汤匙，每日3次，4日后凝血酶原时间及凝血时间显著延长。白术挥发油有抑制小鼠艾氏腹水癌，缓和胃肠蠕动及某些镇静作用。

山药

始载于《神农本草经》。原名薯蓣，又名山芋、薯药。为薯蓣科植物薯蓣 Dioscorea opposita Thunb. 的根茎。11—12月茎叶枯萎后采挖，洗净，切去芦头，刮去外皮，用硫黄熏至发软，晒干，再反覆操作，晒至全干，习称“毛山药。”将毛山药放水中浸泡一日，至无干心为止，取出晒至半干，搓圆，再切成长段，打光，晒干，习称“光山药”。

毛山药呈圆柱形，弯曲而稍扁，两端不整齐，长15—30厘米，直径1.5—6厘米。表面黄白色或棕黄色，有明显的纵皱纹及未去净的浅棕色栓皮斑点，并可见少数须根痕，质坚实，不易折断，断面白色，颗粒状，粉性，散有浅棕黄色点状物。气微味甘，嚼之发粘。

光山药呈圆柱形，两端齐平，长9—18厘米，直径1.5—3厘米。粗细均匀，挺直。全体洁白，光滑圆润。粉性足。有微细棕色维管束浅纹。气微，味甘微苦，带粘性。主产于中国河南省；湖南、河北、陕西、浙江、江西、贵州、四川、广东、广西、江苏、安徽等省、区亦产。

本品味甘，性平。归脾、肺、肾经。功能补脾胃、益肺肾。主治食少倦怠、便溏久泻、久咳气喘、虚劳咳嗽、遗精、带下、尿频、消渴等。

用于脾虚气弱诸症，临床多与党参、白术、茯苓、扁豆、莲子等补养脾胃药合用，如参苓白术散。肺虚久咳，皮肤憔悴，干咳无痰者，山药配以人参、麦冬、百合等煎服。《金匮要略》治虚劳诸不足，风气百病之薯蓣丸即以其为主药。《医学衷中参西录》用一味薯蓣饮治疗劳瘵发热，或喘或嗽，或自汗；又用本品与熟地、山萸肉、龙骨等配伍制成薯蓣纳气汤，治疗阴虚肾不纳气之喘逆。山药又能益肾固精止遗。《药品化义》称：“六味丸中用之治肾虚腰痛、滑精梦遗，虚怯阳痿。”《魏氏家藏方》缩泉丸治下元虚寒，小便频数及小儿遗尿，用山药、益智仁、乌药，有温肾缩尿之功。山药也有补脾肾而止带下的作用。此外，用于消渴，可单用，或与黄芪、生地、麦冬、天花粉等益气养阴、生津药同用。然山药性平质润，作用和缓，需多服常服。故《本草正》云：山药“能健脾补虚，滋精固肾，治诸虚百损，疗五劳七伤。第其气轻性缓，非堪专任，故补脾肺必主参、术，补肾水必君茱、地，涩带浊须破故同研，固遗泄仗菟丝相济。总之性味柔弱，但可用为佐使。”若有湿盛胀满或积滞内停等邪实者不宜用。煎服，10—30克；单独食用或煎水代茶可用60—150克。入补脾益气药宜炒用，入滋阴药内宜生用。

实验研究：薯蓣块茎含多巴胺、山药碱、止杈素、3，4－二羟基苯乙胺、游离氨基酸、淀粉、鞣质等。还含糖朊、水解得赖氨酸、谷氨酸、丝氨酸等。又含粘液质，内有甘露聚糖和植酸。

扁豆

始载于《名医别录》。又名沿篱豆、蛾眉豆。为豆科植物扁豆 Dolichos lablab L. 的成熟种子。入药都用白扁豆。原植物中国大部分地区均有栽培。

本品味甘、淡，性平。归脾、胃经。功能健脾化湿，消暑和中、利尿。主治脾胃虚弱及暑湿伤中所致的食欲不振、胸腹满闷、呕吐、泄泻、便溏等。

如属脾胃虚弱者，常与益气健脾之人参、白术、山药、茯苓等同用，方如《和剂局方》参苓白术散。如因于感受暑湿者，则可与芳香化湿、祛暑药配伍，常用之祛暑剂香薷饮，寒热头痛、烦躁口渴，可用扁豆、扁豆花与香薷、厚朴、银花、连翘同用。治夏令饮食不调，湿伤脾胃，食少便溏的六和汤，即扁豆配藿香、厚朴、砂仁、赤茯苓等。此

外，扁豆又用于脾虚湿浊下注所致的带下，如《永类钤方》治带方，单用扁豆炒研为末，米饮调服；如脾虚较著者，临床上常与白术、山药等补脾益气药配伍。扁豆用于脾虚水湿不运之水肿，可单用研末服或煎汤饮。煎服，10—20克。治暑湿宜用生扁豆；脾虚挟湿、消化不良者，炒香用。

扁豆衣，为扁豆的种皮；扁豆花，为扁豆的花蕾，亦均供药用。两者功用与扁豆略同。但扁豆衣除治暑湿泻痢外，又治脚气浮肿；扁豆花则可用治赤白带下，且其气芳香，最能解暑，《温病条辨》新加香薷饮中用之，配入香薷、厚朴、银花、连翘等药中，以治暑邪在表，无汗口渴之症。煎服，5—10克。

实验研究：种子每100克含蛋白质22.7克、脂肪1.8克、糖类57克、钙46毫克、磷52毫克、铁1毫克、维生素B_1和C、胡萝卜素、蔗糖、葡萄糖、水苏糖、麦芽糖、棉子糖。另含哌啶酸-2、植物凝集素、胰蛋白酶抑制物、淀粉酶抑制物、血细胞凝集素A、B等。又从未成熟种子中分得五种促细胞分裂素，玉蜀黍嘌呤及其含糖衍生物。

血细胞凝集素A不溶于水，无抗胰蛋白酶活性；如混于食物中饲喂大鼠，可抑制其生长，甚至引起肝脏的区域性坏死；加热后则毒性大减，故血细胞凝集素A是粗制扁豆粉中的部分有毒成分。血细胞凝集素B可溶于水，有抗胰蛋白酶的活性，其抑制属非竞争型的，蒸压消毒或煮沸1小时后，活力大部丧失。此种胰蛋白酶抑制剂，在体外不能被一般蛋白酶分解，在体内不易消化，有抑制凝血酶的作用。

甘草

始载于《神农本草经》。又名蜜草、国老、甜草。为豆科植物甘草 Glycyrrhiza ur alensis Fisch. 或胀果甘草 G. inflata Bat.、光果甘草 G. glabra L. 的根及根茎。春、秋两季采挖，趁鲜切去茎基的幼芽及支根等，去净泥土，按粗细捆成小捆，放通风处阴干或晒干。也有将栓皮刮去者，称为粉甘草。

根呈长圆柱形，长30—100厘米，直径0.6—3.5厘米；表面红棕色或灰棕色，有明显的纵皱纹及横长或点状的皮孔，并有稀疏的细根痕，外皮有时呈鳞片状剥裂，露出黄色内皮。质坚实而重，断面纤维性，黄白色，粉性，有明显的形成层环纹和放射状纹理，有裂隙。根茎表面有芽痕，断面中心有髓。粉甘草表面淡黄色，平坦。味甚甜而特殊。胀果甘草根和根茎粗壮，外皮粗糙，多为灰棕色至灰褐色。质坚硬。断面淡黄色或黄色，木纤维多，粉性小。根茎不定芽多而粗大。味甜或带苦。光果甘草根及根茎质较坚实，表面灰棕色。外皮不粗糙，皮孔细而不明显。断面纤维性，裂隙较少，味甜。主产于中国内蒙古、甘肃、新疆等省、区。

本品味甘、性平。归脾、胃、心、肺经。功能益气补中，缓急止痛，润肺止咳祛痰，泻火解毒。主治食少倦怠、心悸气短、面色萎黄、大便溏薄、脘腹痛、四肢挛急疼痛、脏躁、咳嗽气喘、咽喉肿痛、痈肿疮毒、小儿胎毒以及药物、食物中毒。

甘草为常用的补脾益气药，凡脾胃虚弱，气短乏力，面黄肌瘦，食少便溏，及中气下陷的脱肛、久泻，中焦虚寒之呕利腹痛等，均可用作辅助药，如四君子汤、补中益气汤、理中汤中用之。或心脾两虚，气血不足，而见心悸怔忡，健忘失眠者，甘草又可用于归脾汤、八珍汤等气血双补方中。他如治疗气虚血少而致心动悸，脉结代的炙甘草汤，则更重用甘草为君药，与桂枝、麦冬、阿胶、人参等共奏补气养血复脉之效。甘草能缓急止痛，临床常配白芍同用，如芍药甘草汤治气血不和之脘腹痛与四肢挛急作痛等。甘草治脏躁证，与大枣、小麦相配伍，也是取其甘缓的作用。此外，甘草能缓和药性，临床使用药性较偏或作用剧烈的药物时，往往加用甘草，如麻黄之开泄，附子之燥烈，调胃承气汤中芒硝、大黄之峻泻，均需用甘草监制其偏性。甘草甘平润肺，能止咳祛痰，不论属寒属热，内伤外感，均可随证配合应用。《金匮》治肺痿吐涎沫而不嗽，甘草与干姜配用；《圣济总录》治痰热咳嗽，将甘草以猪胆汁浸渍，研末和丸服。如风热咳嗽可配桑叶、牛蒡子、前胡、浙贝等；风寒咳嗽可配麻黄、杏仁、桔梗、苏叶等；热痰咳嗽可配瓜蒌、桑白皮、马兜铃、黄芩等；寒痰咳嗽可配干姜、细辛、苏子、半夏等。泻火解毒也是甘草的主要作用之一，如《伤寒论》治少阴咽痛初起之甘草汤和桔梗汤，前者单用甘草煎服，后者与桔梗同煎。《小儿药证直诀》治心移热于小肠，口糜舌疮，小便赤涩淋痛之导赤散，与生地、木通、淡竹叶同用；《景岳全书·新方八阵》治阳明内热、烦渴头痛，二便秘结的玉泉散，与石膏配伍等。在治疗痈疖疔毒等外科疾病中，甘草亦为清热败毒的常用药，如《普济本事方》用甘草一味制成国老膏治一切痈疽，消肿逐毒，使不内攻；《直指方》治痘疮烦渴，以甘草配栝楼根煎服；又如《世医得效方》忍冬酒，甘草配忍冬藤、水、酒煎服治痈疽初起；《东垣试效方》普济消毒饮，甘草配黄连、黄芩、马勃、板蓝根等治大头瘟等。至于药物、食物中毒，甘草亦为常用解毒剂，或单用，亦可与绿豆或黑大豆煎服以缓解其毒。煎服，2—6克。调和诸药用量宜小，作为主药用量宜稍大，可用10克左右；如用于中毒抢救可用30—60克。益气补中宜炙用，其余均宜生用。本品味甘，有助湿满中之弊，用量过大可引起浮肿。湿胜而脘腹胀满、呕吐及水肿患者不宜服用。反大戟、芫花、甘遂、海藻。

实验研究：甘草的根和根茎含甘草甜素（即甘草酸）6%—14%，为甘草的甜味成分，是一种三萜皂甙。甘草甜素水解后得到18α-甘草次酸，有溶血作用。还含甘草素、异甘草素、甘草甙、新甘草甙、异甘草甙、新异甘草甙、甘草苦甙、甘草西定、甘草利酮、刺芒柄花素、甘草醇、新甘草醇、5-o-甲基甘草醇、甘草新木脂素、甘露醇、白桦脂酸、烟酸、β谷甾醇等。

光果甘草的根和根茎含甘草甜素。还含光果甘草素、甘草素、甘草甙、异甘草素、异甘草甙、4－羟基查耳酮等黄酮类成分。又含18α－羟基甘草次酸、24－羟基－11－去氧甘草次酸、24－羟基甘草次酸、芙草醇、21α－羟基异欧甘草内酯、甘草环氧酸等三萜成分。

胀果甘草根的主成分为甘草甜素，还分出甘草查耳酮。

甘草粉、甘草浸膏对胃溃疡有较好疗效，对十二指肠溃疡亦有效。甘草甙、甘草素或 FM_{100} 对大鼠或犬的实验性溃疡有抑制作用，甘草甜素无效。临床上应用的生胃酮即 18－β－甘草次酸的半琥珀酸酯钠盐，能与胃蛋白酶结合而降低其活性；同时还能促进粘液的分泌，保护胃上皮细胞，因而也有疗效，但有水肿等副作用。甘草流浸膏灌胃后，能直接吸附胃酸，对正常犬及有溃疡病的大鼠能降低胃酸。FM_{100} 十二指肠内给药，对胃瘘及幽门结扎的大鼠，能抑制其基础分泌量，效力为阿托品的 1/200，与芍药甙合用有协同作用。有人认为此作用为 FM_{100} 对胃内壁细胞的直接作用，也有人认为是由于拮抗胃分泌素的作用或降低胃蛋白酶的活性所致。甘草煎剂、甘草流浸膏、FM_{100} 及甘草甙、甘草素、异甘草素对动物胃、肠运动有抑制作用，并有明显的解痉作用，与"缓挛急"的说法一致。有效成分主要为查耳酮型黄酮类，而甘草甜素、甘草次酸无此作用。

甘草有肾上腺皮质激素样作用，甘草浸膏、甘草粉、甘草甜素及甘草次酸都有去氧皮质酮样作用，促进水、钠潴留，长期应用可致水肿及高血压，但亦可用此以治疗轻度的阿狄森症。甘草也有可的松样糖皮质激素样作用。小量甘草甜素能使大鼠胸腺萎缩及肾上腺重量增加(促皮质激素样作用)。它同样有抗炎、抗过敏反应的作用，其抗炎效价约为可的松的 1/10。甘草甜素腹腔注射，能抑制蛋清所致的豚鼠过敏反应。有人报告一种非甘草次酸的甙元糖蛋白(名为 Lx)能抑制巨噬细胞的免疫反应。甘草产生肾上腺皮质激素样作用的成分，多认为是甘草次酸，其化学结构与皮质固醇类相似，故可能发挥一种直接作用。但也有人认为，甘草次酸抑制了固醇类在体内的代谢，因而使其含量增高、作用增强。

甘草浸膏及甘草甜素对某些药物中毒(如士的宁、水合氯醛、熟附片、喜树碱等)、生物性毒素(如蛇毒、河豚毒、白喉毒素等)，都有一定的解毒能力。解毒作用的有效成分为甘草甜素，解毒机制可能为甘草甜素对毒物有吸附作用，甘草甜素水解产生的葡萄糖醛酸能与毒物结合，以及甘草甜素有肾上腺皮质激素样作用，增强肝脏的解毒能力等多方面因素综合作用的结果。

甘草浸膏及甘草合剂口服后能覆盖发炎的咽部粘膜，缓和炎症刺激，从而发挥镇咳作用。甘草次酸有明显的中枢性镇咳作用，其胆碱盐或氢琥珀酸双胆碱盐口服，其镇咳作用与可待因相似，甘草还能促进咽喉及支气管的分泌，使痰易于咳出。

甘草甜素对高胆固醇血症的病人和动物，有轻度降血脂作用，但对动脉粥样硬化的影响则说法不一。甘草甜素、甘草次酸能增加兔和大鼠的胆汁排出，并有抗利尿及解热作用。FM_{100} 有弱的镇痛、抗惊厥的作用，与芍药甙合用，能产生协同作用。有人报告过甘草次酸有抗肿瘤，对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、阿米巴原虫及滴虫的抑制作用。甘草甜素虽为皂甙，但不溶血，并能对抗其他皂甙之溶血作用。甘草毒性小，如长期或大量服用，可引起水肿、血压升高、低血钾等。老年人、心肾功能不全者宜慎用。

大枣

始载于《神农本草经》。为鼠李科植物大枣 *Ziziphus jujuba* Mill. var. *inermis* (Bunge) Rehd. 的果实。主产于中国河南、山东省；此外，山西、河北、四川、贵州、安徽、浙江、陕西、甘肃等省亦产。

本品味甘，性平。归脾、胃经。功能补脾胃，益气血，调营卫，解药毒。主治脾胃虚弱、气血不足、食少便溏、倦怠乏力、惊悸怔忡、失眠健忘、妇人脏躁、营卫不和等病症。

大枣安中养脾，故脾胃虚弱所产生的病症，每用大枣调补。脾胃虚弱，寒湿内阻，食少泄泻者，可人白术、干姜、鸡内金等温中健脾药中同用，如《医学衷中参西录》益脾饼。大枣养血化气，人参、黄芪等则益气生血，配用可气血兼补，故凡气虚、血虚或气血俱虚之证，每多用之。补气配人参，如《醒园录》枣参丸，适宜于元气不足的患者。补血配阿胶，适用于各种出血、血虚者。临床用于气血心脾两虚证，多于补益气血方中加人本品，如八珍汤、十全大补汤、归脾汤。由于情志抑郁，思虑过度，心肝受损，脏阴暗耗，致成脏躁，无故悲伤，精神失常者，用本品养血生津，配小麦、甘草甘缓和中，如《金匮要略》甘麦大枣汤。枣主营，姜主卫，营卫不和，多与生姜合用，治头痛发热，汗出恶风者，在桂枝汤中用之。大枣能缓和药毒，用以缓和或减少某些峻烈药物的毒副反应，例如《伤寒论》十枣汤即配大枣顾护脾胃，缓和甘遂、大戟、芫花三味峻药之副作用。又有《卫生宝鉴》治食劳黄的枣矾丸，以大枣健脾补血，又能减少皂矾对胃之刺激。现代有以本品煎服，治疗过敏性紫癜，或治疗慢性肝炎、肝硬化，有健脾益气，补肝养血之功。煎服，9—15 克。本品味甘，能助湿生痰，妨碍脾胃运化，故有湿痰、积滞者均不相宜。

实验研究：果实含糖约 73%、蛋白质约 3.3%、维生素 B_2、C，胡萝卜素、钙、磷、铁、cAMP、cGMP、多种氨基酸和少量苹果酸、树脂等。还含多种甙类，已分离出大枣芊甙Ⅰ及Ⅱ，大枣催吐醇甙Ⅰ及Ⅱ，6,8－二－C－葡萄糖基－2(s)－柚皮素，6,8－二－C－葡萄糖基－2(R)－柚皮素，玫瑰甙，催吐萝芙木醇。枣树皮含无色矢车菊素、鞣质等。

初步动物试验,认为有某些保护肝脏,增强肌力和增加体重的功效。大枣提取物使白细胞 cAMP 增加,并能抑制化学介质白三烯 LTD4 的释放。

灵芝草

始载于《神农本草经》。又名灵芝。为多孔菌科植物赤芝 Ganoderma lucidum(Leyss.exFr.)Karst.、紫芝 G.sinense Zhao, Xu et Zhang 等的子实体。全年均可采收,阴干。

赤芝子实体木栓质,菌盖呈半圆形或肾形,宽 12—20 厘米,厚 2 厘米,皮壳坚硬,初为黄色,后变成红褐色,有光泽,如漆样,具环状棱纹和辐射状皱纹,边缘薄而平截,稍向内卷,菌肉白色或浅棕色,由无数菌管构成,菌柄侧生,长达 19 厘米,粗约 4 厘米,红褐色或紫褐色,有光泽。孢子褐色、卵形,直径 8.5—11.5 微米 × 5—6.5 微米。产于中国华东、华南及四川、云南、贵州、河北、山西等省。

紫芝形状似赤芝,菌盖与菌柄均呈黑色或紫黑色,菌肉锈褐色。孢子褐色、卵形,直径 10—12.5 微米 × 7—8.5 微米,内壁有显著小疣。产于安徽、浙江、江苏、江西、福建、湖南、广东、广西等省、区。

本品味甘、微苦,性平。归心、肺、脾、胃经。功能益气健脾,养心安神,止咳平喘。主治虚劳、羸弱、食欲不振、心悸怔忡、失眠健忘、胸痹心痛、肺虚咳喘。

如治虚劳,可配党参、黄芪、熟地之类;心悸失眠,气短咳喘,配人参、麦冬、五味子、远志、柏子仁;慢性咳嗽,配百部、紫菀、甘草;脾虚食欲不振,配白术、山药、陈皮等。近亦用于冠心病心绞痛,高血压及高血脂症;还用于肝炎、白细胞减少及免疫系统疾病等。灵芝草药性平和,补益作用和缓,应长时间服用。煎服,3—10 克;研粉服,1.5—3 克。也可浸酒服。现多制成糖浆或片剂用。

实验研究:赤芝含精氨酸等十多种氨基酸和肽类。又含苦味三萜成分;赤芝酸 A 及 B。另含甘露醇、α,α-海藻糖、硬脂酸、硫、γ 三甲氨基丁酸、麦角甾醇(0.3%—0.4%)、真菌溶菌酶、酸性蛋白酶、内酯、香豆精、水溶性蛋白质等。紫芝含甜菜碱及其盐酸盐、γ 三甲胺基丁酸及其乙醇酯、麦角甾醇(约 0.03%),海藻糖(约 0.2%)及有机酸(顺蓖麻酸、延胡索酸等)、氨基葡萄糖、多糖类、树脂、甘露醇等。

赤芝酊及其提取物对动物有镇静、抗惊厥、镇痛和外周抗胆碱作用,并呈强心作用,同时使心率减慢;中毒时可发生房室传导阻滞。灵芝注射液或赤芝发酵液中提出的总碱能增加冠脉流量,降低心肌耗氧,减轻心肌缺血性损害、脑血流量也增加。

赤芝酊能减轻小鼠化学性肝炎的病理损害;对抗洋地黄毒甙和消炎痛的毒性,提高小鼠肝脏的药酶活性,促进肝脏再生。

赤芝能增强小鼠的非特异性免疫功能。长期服用灵芝的慢性气管炎患者,痰中免疫球蛋白 IgA 普遍升高,提示它能明显提高免疫功能。赤芝发酵浓缩液能抑制实验动物的过敏介质的释放,对支气管哮喘等过敏性疾病有效。赤芝水溶性多糖对小鼠肉瘤-180 有抑制作用,并有抗放射作用。

灵芝多糖能促进蛋白质的合成,增加小鼠肝匀浆细胞 P-450 含量,促进肝脏 RNA 合成,因而能调节细胞代谢,促进造血,增强解毒,提高机体防御功能。这些可能是灵芝"扶正固本"作用的重要环节。

灵芝液具有增加健康人红细胞(离体)和大鼠红细胞(整体)内糖酵解旁路的中间代谢物 2,3-二磷酸甘油酸含量的作用,有利于外周毛细血管中氧合血红蛋白释放更多的氧以供应组织,增加机体抗病能力。赤芝水注射液能降低血清醛缩酶活性,故对进行性肌营养不良症有某些疗效。

刺五加

又名刺拐棒。为五加科植物刺五加 Acanthopanax senticosus (Rupr. et Maxim.) Harms 的根及根茎。春、秋两季均可挖取,去净泥土,晒干。

根茎呈不规则结节状圆柱形,直径 1.4—4.2 厘米,上端可见不定芽发育成的细枝;表面灰棕色,有纵皱纹,弯曲处常有密集的横皱纹,可见横长微突起的皮孔。根呈圆柱形,有分枝,多扭曲不直,直径 0.3—1.5 厘米;表面灰褐色或黑褐色,粗糙,纵皱纹明显,可见皮孔,栓皮较薄,剥落处呈灰黄色。质硬,不易折断,断面黄白色、纤维性。有特异香气,味微辛,稍苦、涩。主产于中国东北地区。

本品味辛、微苦,性温。归脾、肾、心经。功能益气健脾,补肾安神,强壮筋骨。主治脾肾阳虚、体虚乏力、食欲不振、心悸失眠、阳痿早泄、腰膝酸软、风湿痹痛。

用于气血虚弱之心悸、失眠、多梦、健忘、乏力等,可配五味子同用。肾虚所致的阳痿、早泄、腰膝酸软,可与其他补肾、助阳、涩精等药配伍。风湿痹痛、麻木拘挛,可单味浸酒饮,或配威灵仙、鸡血藤、木瓜、牛膝等煎服。现临床上也用于苯中毒、X 线、化疗等引起的白细胞减少症,能使白细胞回升,头昏、乏力、食欲不振等症状得以改善。还可用于慢性支气管炎属虚寒型及痰湿型者,常与满山红、远志等配用,有止咳祛痰平喘之效。用于冠心病心绞痛,有益气活血作用,能使胸闷疼痛、心悸气短等症缓解。煎服,10—30 克。现已有片剂、冲剂、糖浆等多种制剂。

实验研究:刺五加根茎及根含多种刺五加甙,其中甙 A 即是胡萝卜甾醇,甙 B 即是丁香甙,甙 B_1 即是 7-羟基-6,8-二甲氧基香豆素-7-葡萄糖甙,甙 C 即是乙基-α-半乳糖甙,甙 D 和 E 为两种不同构型的丁香树脂酚葡萄糖甙。还含左旋芝麻素。根茎又含多糖、β 谷甾醇、异秦皮定、无羁萜。

刺五加能增强机体对有害刺激的非特异性抵抗力，属适应原性药物，作用基本与人参相似。提取物能增强人的耐力、反射和精神集中，使思维更专注、精确和迅速，而且越疲劳、衰弱的人效果越好，不会产生激动、紧张、不安和失眠，其活性成分为甙。刺五加对中枢神经系统有明显镇静，也有轻微的兴奋作用。不仅能改善兴奋过程，也可加强抑制过程，使抑制趋于集中，使分化完全。刺五加提取物和总甙均有抗疲劳作用。

刺五加对多种药物中毒，有明显的抗毒作用。对药物诱发的肿瘤，移植肿瘤以及小鼠自发性白血病有一定的抑制作用。刺五加多糖对四氯化碳与硫代乙酰胺所致鼠肝脏中毒有某些改善，并有促进机体抗感染的能力。刺五加能影响机体对应激反应的病理过程。使在此过程中肾上腺肥大，肾上腺中胆固醇与维生素 C 含量降低，胸腺萎缩及胃出血等情况减少。

刺五加能调节内分泌功能紊乱，包括肾上腺皮质激素及血糖的调节；还有刺激性腺和肾上腺内分泌功能的作用。刺五加具有同化作用，能使患者增加体重。大出血后应用，可促进血红蛋白的恢复。

刺五加能增强豚鼠腹腔炎性渗出细胞的吞噬能力，对苯和环磷酰胺引起的白细胞减少有保护作用；能促进抗体生成，提高玫瑰花结的百分率，增加脾脏重量，因此，对机体的免疫功能有加强作用。刺五加还有抗炎作用，对大鼠蛋清性和甲醛性足肿均有明显抑制作用。

刺五加提取物可降低动物血压，扩张血管，改善大脑供血和增加冠脉流量；动物试验证明刺五加有止咳、祛痰及松弛气管平滑肌的作用。

饴糖

始载于《名医别录》。又名麦芽糖、饧、胶饴。为米、大麦、小麦、粟或玉蜀黍等粮食经发酵糖化制成的糖类食品。中国各省、区均产。

本品味甘，性温，归脾、肺经。功能补脾益气，润肺止咳。主治劳倦伤脾、虚寒腹痛、肺燥咳嗽等。饴糖甘缓补虚，凡脾气虚弱、劳倦乏力、眩晕、消渴、怔忡等，都可用饴糖配入健脾益气药中用之。虚寒里急腹痛之症，本品与桂枝、芍药、甘草等同用；气虚甚者加黄芪。中虚寒盛而见胸腹痛甚，上下攻冲，呕不能食者，则配川椒、干姜、人参，以补中温里。本品甘温润肺而能止咳。《本草汇言》用白萝卜汁同饴糖蒸化，缓缓呷之，治大人、小儿顿咳不已。临床用于肺虚燥咳短气而喘者，常配入止咳平喘药中同用，如沙参、杏仁、百部之类。烊化冲服，30—60 克。凡湿热内郁，中满吐逆及痰湿壅盛之咳嗽忌服。

手掌参

始载于《四部医典》。又名手参、佛手参。为兰科植物手参 Gymnadenia conopsea (L.) R.Br.的块茎。原植物分布于中国东北、华北、西北及西南地区。

本品味甘，性平。归肺、脾、胃经。功能滋养强壮，润肺生津，止血。主治病后体虚、神经衰弱、肺虚咳嗽、失血、久泻、带下、乳汁稀少、阳痿以及跌打损伤等病症。身体虚弱，可单用或配党参、黄精；肺虚咳喘，配百合、大枣；产后乳汁稀少，配黄芪、当归、漏芦、玉竹。煎服，9—15 克。外感忌服。

实验研究：块根含粘液质、淀粉、蛋白质、糖分、草酸钙、无机盐等。

地下茎的水提取物有利尿作用，剂量过大反降低尿量。

蓝花参

始载于《滇南本草》。又名土参、金线吊葫芦、疳积药。为桔梗科植物蓝花参 Wahlenbergia marginata (Thunb.) A.DC.的根或带根全草。分布于中国长江流域以南各省、区。

本品味甘、微苦，性平。归脾、肺经。功能益气补脾，滋阴敛汗，止咳化痰。主治脾虚气弱、食少倦怠、劳伤烦热、自汗、盗汗、妇女白带、小儿疳积、咳嗽痰多、咯血、瘰疬等。《滇南本草》谓：本品能“调养元气，治五劳七伤，诸虚百损，益气滋阴”。同母鸡或猪瘦肉煮食，可用于虚劳烦热、自汗、盗汗。治脾虚白带、湿浊下注者，可配益气化湿之金雀根、三白草煎服；肾虚者，可配收涩止带之海螵蛸研末吞服。小儿疳积，用之有健脾化积之功，民间常炖肉或与鸡蛋蒸食。本品治咳嗽多痰，既用于肺劳虚损之咳痰、咯血，亦可用治肺热之咳嗽痰稠。前者可同百部煎汤，入蜂蜜熬膏服；后者可配鱼腥草、地骨皮、桑白皮、莱菔子等以清肺止咳祛痰。治瘰疬，可配忍冬藤、山芝麻等解毒消肿药同用。煎服，15—30 克；鲜品，30—60 克。

蓝布正

始载于《本草纲目》。原名水杨梅，又名头晕药、见肿消、追风七。为蔷薇科植物南水杨梅 Geum japonicum Thunb. var. chinense Bolle 或草本水杨梅 G. aleppicum Jacq. 的全草或根。前者分布于中国陕西、甘肃、山东、安徽、浙江、湖北、湖南、广东、广西、四川、云南、贵州等省、区；后者分布于东北、华北至西南各省、区。

本品味甘、辛、微苦，性平。功能益气健脾，润肺补肾，消肿解毒。主治虚劳倦怠乏力、消化不良、腹泻、下痢、咳嗽、腰痛、眩晕耳鸣、月经不调、白带以及疔疮肿毒。

气虚乏力、脾虚食少、消化不良，加红枣煎服；腹泻下痢，配马齿苋煎服；肺阴不足之咳嗽，与天冬、麦冬等同用；肾虚腰痛，头晕耳鸣，则配鹿蹄草。治疗疮肿毒、跌打损伤，可用全草捣敷或煎汤内服。煎服，9—15 克。

刺老鸦

始载于《本草拾遗》。原名楤木，又名龙牙楤木、虎阳刺、鹊不踏。为五加科植物辽东楤木 Aralia elata (Miq.) Seem. 的根皮或树皮。原植物分布于中国东北地区。

本品味苦、辛，性平。有小毒。功能补气活血、祛风、止痛、利湿。主治气虚乏力、肾虚阳痿、风湿关节痛、胃脘痛及肾炎水肿等。

治过度疲劳，神经衰弱所致的精神抑郁、倦怠乏力，及颅外伤后的无力综合征，均有较好效果，可取根皮煎水服，并可用治肾虚阳痿。刺老鸦治风湿痹痛、筋骨痛、腰腿痛，可用水、酒煎服，或浸酒服。还可用于胃及十二指肠溃疡，慢性胃炎之胃脘痛，可煎服或熬膏服。治肾炎水肿，取其补益利湿之功。煎服，15—30 克；鲜品，30—60 克。

实验研究：辽东楤木根含楤木皂甙 A、B、C。根皮含胆碱、原儿茶酸、生物碱、挥发油、香豆精等。树皮含十五烷酸、十六烷酸、十八烷酸、二十烷酸、廿二烷酸、廿四烷酸和廿六烷酸的甲酯、1－廿六烯和廿六醇。

刺老鸦与人参相似，具有适应原样作用，但毒性较人参、刺五加大。以小鼠游泳法测得，醇浸液能提高活动能力，推迟疲劳的发生，还能显著增加中枢兴奋药（咖啡因、印防己毒素）的作用。人服用后可增进体力和智力。所含三萜类皂甙可提高动物大脑皮质及皮质下的兴奋过程及灵活性。水、醇浸剂对离体蛙心及在位兔心均有强心作用，对家兔肠管（在位或离体）有兴奋作用，对离体兔子宫具兴奋作用，而对在位子宫则为抑制。

叶或根的酊剂可引起降压，两者均能降低离体兔肠张力，对氯化钡引起的肠管张力增高有松弛作用，但不能消除乙酰胆碱引起的痉挛。刺老鸦能升高正常家兔血糖。大鼠腹腔注射水浸液 2 克/千克即可引起死亡。

羊乳

始载于《名医别录》。又名山海螺、四叶参、白蟒肉、奶参。为桔梗科植物羊乳 Codonopsis lanceolata (Sieb. et Zucc.) Trautv. 的根。原植物在中国东北、华北、华东和中南各省均有分布。

本品味甘，性平。功能益气养阴，润肺止咳，排脓解毒，催乳。主治病后体虚、咳嗽、肺痈、疮疡肿毒、乳痈、瘰疬、产后乳少。

对于肺阴不足及燥热伤肺所致的咳嗽少痰，单用或配百部、南沙参等，有清肺养阴、止咳的效果。羊乳能清解热毒，又擅排脓，用治肺痈咳吐脓血，可配芦根、冬瓜子、桔梗、银花之类。治疗疮疡肿毒，乳痈等，可与蒲公英等清热解毒药同用；治瘰疬初起，取本品捣汁和酒同服，并以渣敷患处。《王安采药方》中的四圣散，即本品与紫河车、红白石膏同用，治肠痈、便毒、脏毒、乳痈等。又产后乳少，可用本品与通草、猪蹄同煎服以通乳，羊乳有降血压作用，用本品为主药，佐以丹参、磁石、野菊等可治疗高血压病之偏于气血虚弱者。煎服，15—60 克。

实验研究：羊乳根含环木菠萝烯醇、刺囊酸、α 菠菜甾醇、豆甾－7－烯醇、齐墩果酸、皂甙、葡萄糖等。

又从本植物中分离出芹菜素及其 7－葡萄糖甙，木犀草素及其 7－芸香糖甙、7－半乳糖甙和 7－葡萄糖甙等六种黄酮类成分。

煎剂给兔灌服或皮下注射，能增加红细胞及血红蛋白的数值，降低白细胞数，大剂量能升高兔血糖，小鼠腹腔注射有镇咳作用。麻醉兔静脉注射或灌服煎剂可使血压下降，呼吸兴奋，并能消除肾上腺素的升压作用。

金雀根

始载于《本草纲目拾遗》。又名阳雀花根、板参、土黄芪。为豆科植物锦鸡儿 Caragana sinica (Buc'hoz) Rehd. 的根。原植物分布于中国河北、河南、陕西、湖北、湖南及华东和西南地区。

本品味甘、苦、微辛，性平。归肺、脾经。功能益气，补脾，祛风，活血。主治肺脾气虚之倦怠乏力、咳嗽、盗汗、眩晕耳鸣、浮肿、妇女月经不调、白带、乳汁不足以及风湿痹痛、半身不遂等。

治肺脾气虚引起的诸症，可与其他益气补脾药协同使用。民间治体虚乏力、盗汗、眩晕、乳汁不足等，常与猪蹄或母鸡同煮。以为服食补益之剂。用于脾虚不能运化水湿所致的浮肿，则配白术、茯苓以健脾化湿；气血两亏之月经不调，可与党参、当归同用，以补气、活血调经。如脾虚湿浊下注之白带，则可配白术、山药、鸡冠花等以益气健脾除湿。本品祛风活血，善治风湿痹痛，可与五加皮、木瓜、桑枝及枫荷梨等祛风活络药同用；腰背疼痛者，亦可配杜仲、川断等补肝肾、强筋骨之品。如半身不遂，则可与红藤配伍，以加强祛风、活血之效。跌打损伤，瘀滞疼痛者，配扦扦活、落得打等活血理伤药内服，或单用捣汁和酒饮。现也用本品治高血压病及慢性气管炎。治高血压病，常与草决明、青木香配伍；属肝肾不足者，可与益肾、平肝药同用。煎服，15—30 克。

金雀花，功能益气、健脾、滋阴、和血。主治肺虚咳嗽、劳热、眩晕、白带、疳积。

实验研究：金雀根含胆甾醇、菜子甾醇、菜油甾醇，β 谷甾醇，又含生物碱、甙类、皂甙等。

金雀根的醇提取物或醚提取物对多种麻醉动物腹腔注射有持久的降压作用，连续给药无快速耐受现象。一般认为本品降压作用部位在中枢。

煎剂灌服对大鼠甲醛性炎症（脚肿）有明显抑制作用，但对炎症后期的组织变性坏死无明显影响，对大鼠棉球性肉芽组织增生也无抑制作用。煎剂体外对金黄色葡

萄球菌、甲型及乙型溶血性链球菌、肺炎双球菌及卡他球菌等有一定抑制作用。

五指毛桃根

始载于《生草药性备要》。原名五爪龙，又名五指牛奶。为桑科植物粗叶榕 Ficus simplicissima Lour. 的根。原植物分布于中国南部及西南部。

本品味辛、甘，性微温。功能健脾化湿、祛痰止咳，舒筋活络。主治脾虚水肿、病后体虚、产后缺乳、白带、肺虚咳嗽、急慢性肝炎及风湿痹痛等。用于脾虚水肿、肢倦乏力、食少腹胀，可单用煎汤服。乳妇体弱乳少者，民间常用鲜根加猪脚，以黄酒炖服，可使乳汁增多。煎水煮糯米粥服食，能止气虚带下。与葫芦茶、穿破石同用能治急慢性肝炎、肝硬化。与山莲藕、穿心莲配用，治肺痨咳嗽。与映山红、鱼腥草等配用，能治痰热咳嗽。配桑枝、鸡血藤等祛风活血之品，可治风湿痹痛。煎服，15—30克。

当归

始载于《神农本草经》。为伞形科植物当归 Angelica sinensis(Oliv.)Diels 的根。秋末挖取根部，除去须根及泥沙，用火慢慢熏干。根的全体习称"全当归"；根头习称"归头"；主根习称"归身"；支根习称"归尾"。

根呈圆柱形，全长 15—25 厘米，表面黄棕色至棕褐色，有明显纵皱纹及横长皮孔。根头略膨大，直径 1.5—4.5 厘米，上端圆钝，有细密环纹，并有紫色或黄绿色的茎基和叶鞘残留。主根粗短，呈不规则的圆柱形，长 1—3 厘米，直径 1.5—3 厘米，表面凹凸不平。支根直径 0.3—1 厘米，上粗下细，多扭曲，具少数须根痕，有横长皮孔状疤痕。质柔韧，易折断，断面黄白色或淡黄棕色，皮部厚，有多数棕色油点，形成层环浅黄棕色，木部淡棕色，有放射状纹理，习称"菊花心"。气清香浓郁，味甘、辛、微苦。主产于中国甘肃、四川、云南等省。

本品味甘、辛，性温。归心、肝、脾经。功能补血，活血，调经，止痛，润肠通便。临床主要用于血虚、血瘀之症。

凡病由血虚而见面色萎黄、头晕、目眩、心悸、健忘、失眠、肢麻、乏力等症，均可以当归为主，佐以熟地、白芍、阿胶、龙眼肉等药；兼气虚者，则与黄芪、人参、白术、甘草等药同用。肝虚血少，血不养筋，筋脉挛急及血燥生风，皮肤干燥瘙痒等，当归亦为常用之品。当归又为妇科要药，常与熟地、白芍、川芎配伍，用治月经不调、痛经、闭经及产后腹痛等病症。气滞血瘀者，配香附、桃仁、红花等理气化瘀药；证候偏寒者，配肉桂、艾叶等温经之品；偏热者，配丹皮、赤芍等清热凉血之味；用于瘀血内停之癥积，则配三棱、莪术破血逐瘀药。张洁古谓：血壅而不流则痛。当归辛温活血，故可随证配伍，用于各种疼痛，如血虚头痛常配白芍、川芎；风寒头痛，配川芎、白芷、藁本；肝郁胁痛常配柴胡、川楝子、延胡索；胸痹心痛，可配桂枝、川芎、丹参；虚寒腹痛，可于小建中汤中加用本品，或与生姜、羊肉同用；血痢腹痛，可与黄芩、黄连、木香之类同用。此外，跌打损伤，瘀血肿痛，或痹痛日久，当归亦为常用之药。痈肿疮疡初起，与银花、甘草等清热解毒药同用，有助于活血消肿；对痈疡脓已成而不溃，或溃后脓少，出而不畅者，则可配黄芪、白术、穿山甲等同用，以益气补血、托毒排脓。其治烫伤，亦有止痛生肌之功，用本品配白芷，以麻油熬膏，涂贴患处。当归富于油脂，能养血滋燥润肠，配麻仁等同用，可治老年体弱，血虚肠燥之便秘；若阳虚者，更可配肉苁蓉以温润通便。

综上所述，当归能补血，又能活血行血，所以张景岳谓其"补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药。"临床灵活配伍，可应用于虚、实、寒、热、表、里诸证。又，当归有归头、归身、归尾之分。传统认为，归头上行而养血止血；归身中守而养血补血；归尾下行而活血化瘀。但亦有认为不必拘泥于三部之分者，煎服，5—10克。酒炒用之可加强活血化瘀之功，大便溏泄者不宜用。

实验研究：根含挥发油，内含藁本内酯、正丁烯酞内酯、苯戊酚邻羧酸、当归酮、香荆芥酚、$\Delta^{2,4}$－二氢酞酐等。另含胆碱及 13 种常见氨基酸、多量蔗糖、维生素 B_{12}、维生素 A 类物质等。又从当归水溶部分分离出阿魏酸、丁二酸、烟酸、尿嘧啶、腺嘌呤。从石油醚部分分离出正丁烯酞内酯、藁本内酯等。

当归含兴奋子宫及抑制子宫两种成分，所含高沸点挥发油，对离体子宫有抑制作用，而溶于水或乙醇的非挥发性成分则对子宫有兴奋作用。兔子宫瘘管试验证明，当归对子宫的作用与子宫功能状态有关，当子宫内未加压时，当归轻度抑制子宫收缩，子宫肌肉弛缓，血流通畅，局部营养改善；子宫内加压时，则使子宫收缩由无节律变为有节律，且节律变慢，此时子宫肌肉有充分休息时间，收缩力增加。当归对痛经及月经不调均有确切疗效。对痛经产生镇痛作用的原因，可能与其对子宫有"双向作用"而调整子宫功能有关。此外，也可能与本品的镇痛，镇静，抗炎，降低血管通透性，减少血栓形成等有关。动物实验还证明当归可使子宫组织内 DNA 含量增加，因而有可能促进子宫的增生。当归注射液可降低麻醉犬血压，扩张冠脉、脑和外周血管，减少心肌耗氧量，心率减慢或不变；对清醒高血压犬，则使血压短暂上升后随之以较持久的降压。醇提取物有抗心律失常的作用，尤以对哇巴因诱发的心律失常效果最好，能提高哇巴因及羊角拗甙的治疗宽度，对乙酰胆碱或电流刺激引起的心房纤颤有治疗作用，能延长兔心房不应期，具奎尼丁样作用。阿魏酸钠对实验性血栓形成有明显的抑制作用，可能主要通过对血小板聚集的抑制。当归挥发油所含藁本内酯和正丁烯酞内酯及其同类物对气管平滑肌具有显著的松弛作用。藁本内酯对豚鼠有平喘作用。当归煎剂有促进非

特异性免疫功能作用。

熟地黄

始载于《本草图经》。又名熟地。为玄参科植物地黄 Rehmannia glutinosa (Gaertn.) Libosch. 的块根经加工蒸晒而成。秋季挖取块根，除去芦头及须根，洗净，晾干，再加黄酒 50%拌蒸，取出晒至外皮稍干，即成。

熟地黄呈不规则团块状，表面及内部均呈漆黑色，质柔软，有粘性。主产于中国河南。

本品味甘，气微，性微温。归肝、肾经。功能补血，滋阴，益精填髓。主要用于血虚及肝肾阴虚之证。

对久血、贫血引起的面色萎黄，唇舌淡白，眩晕心悸及妇女崩漏，月经不调，常与当归、白芍、川芎同用。气血两虚者，可与党参、黄芪、当归、阿胶配伍。对肝肾阴亏所致的骨蒸潮热、盗汗、遗精、腰膝酸软、消渴，以及耳鸣耳聋、目视昏暗、须发早白等症，本品常用为主药，配山萸肉、山药等同用。如属阴虚火旺之骨蒸潮热、盗汗遗精、腰膝酸软、火升面红、眩晕耳鸣等症，则与黄柏、知母、龟甲等同用，以滋阴降火。肾阴不足，肝阳上亢而为目痛干涩，视物模糊者，可配芍药、杞子、菊花、石决明，以滋肾清肝，养阴明目。肾水不足，胃火有余，致烦热口渴，头痛牙痛，失血等，可配知母、石膏、牛膝等同用，以补虚泻实。血分燥热，致消渴烦躁，咽干面赤，可配生地、麦冬、天冬、石斛，以生津补血，润燥止渴。熟地配五味子、胡桃肉、牛膝等有补肾纳气的作用，能治肺肾俱虚之虚喘；若肺肾阴虚，脾有痰湿，而为咳嗽呕恶，喘逆痰多，痰味带咸者，可配当归、半夏、陈皮等，此为养血滋阴与燥湿化痰合用，有滋阴而不助湿，燥湿而不伤阴的功效。从而达到肺肾并调。此外，熟地黄尚可治疗血虚肠燥的便秘，常与当归、苁蓉等同用。配以何首乌、旱莲草、桑椹子、甘菊花等，还能乌须黑发。

总之，熟地为滋阴、填精、补血的常用药物。张景岳谓："阴虚而神散者，非熟地之守不足以聚之。阴虚而火升者，非熟地之重不足以降之。阴虚而躁动者，非熟地之静不足以镇之。阴虚而刚急者，非熟地之甘不足缓之。阴虚而水邪上沸者，非熟地何以自制，舍熟地何以归元。阴虚而精血俱损，脂膏残薄者，舍熟地何以厚肠胃。"煎服，9—15 克。由于熟地药性粘腻，易于助湿碍胃，故脾弱有湿，及痰多气郁，胸膈滞闷者不宜。临床每以砂仁拌用，或与芳香健胃药同用，可以防止或减少熟地滋腻妨胃的副作用。

实验研究：见鲜生地。

何首乌

始载于《开宝本草》。又名首乌。为蓼科植物何首乌 Polygonum multiflorum Thunb. 的块根。秋、冬两季采挖。洗去泥土，削去头尾，大者可对剖成两半或切成块状，晒干或微火烘干，习称"生首乌"。鲜块根洗净后，削去头尾，放在铜锅内，加些黑大豆同煮，一般煮 3 小时，内部发黄褐色或黑色，取出，晒干，习称"制首乌"。古代对何首乌有赤、白之分。赤者即为本品，白首乌为萝藦科植物。(见"白首乌"条)

块根呈团块状或不规则纺锤形，长 6.5—15cm，直径 4—12cm。表面红棕色或红褐色，凹凸不平，有不规则的皱纹及纵沟。皮孔横长或连成条纹状。上、下两端均有一个明显的根痕，露出粗硬的纤维状维管束。质坚实，不易折断。断面淡红棕色，皮部散生 4—11 个异型维管束，形成云锦状花纹，中央木部较大，呈木心。粉性。气微，味微苦而甘涩。主产于中国河南、湖北、广西、广东、贵州、四川、江苏等省、区。

本品味苦、甘、涩，性微温。归肝、肾经。功能补肝肾，益精血，润肠通便，解毒散结。制首乌性温偏于主治肝肾不足，精血亏损所致的腰膝酸软、头晕目花、心悸失眠、须发早白、遗精带下及久疟等；生首乌性寒，主治肠燥便秘、瘰疬、疮疖肿毒、皮肤瘙痒等。

制首乌善补虚羸，而性质平和，用于肝肾不足，精血亏损诸证，常与枸杞子、当归、菟丝子、补骨脂、牛膝等配用，方如《积善堂经验方》之七宝美髯丹，久服有乌须发、壮筋骨、固精气的功效；又如《世补斋医书》所载首乌延寿丹，以本品为主药，配女贞子、旱莲草、生地、黑脂麻、豨莶草、桑叶、杜仲等滋养肝肾，润燥祛风之剂，又能治虚风眩晕、耳鸣，四肢酸麻，腰膝无力等症。现研究，本品有降低血脂的作用，故又用于高脂血症。营血虚而心气不足，症见眩晕、心悸、失眠者，可配熟地、当归、炒枣仁或五味子、丹参等以加强益血宁心安神的功效。久疟不止，气血虚弱者，本品能补虚止疟，常配人参、当归同用，方如《景岳全书》之何人饮、休疟饮。若疟久阴虚，热多寒少，则可用本品研末，拌鳖血为丸内服，如《赤水玄珠》何首乌丸。本品生用能润肠通便，大多用于血虚阴伤所致的肠燥便秘，可与生地、当归、火麻仁、黑脂麻等配伍。若热病邪已入里，热结便秘者，则本品亦可与元明粉、枳实同用，有润下泄热之功。瘰疬结核，多由水亏火旺，痰火互凝所致，何首乌既能养肝肾之阴，又能解毒散结，可单用研末为丸内服；若配夏枯草、土贝母、当归、香附等清肝、化痰、和血、理气之品，则对于瘰疬延蔓，寒热羸瘦，肝经有郁火者更宜。用于疮毒疖肿，则可与银花同煎内服，或用鲜首乌水煎浓汁，外涂患处。治风疹、痒疮等皮肤瘙痒之症，可配白鲜皮、蝉蜕、赤芍等内服，以养血、活血、祛风而止痒；亦可配苦参、防风，薄荷煎水外洗。此外，何首乌研末服，还可治肠风下血；生首乌煎服可治痔血便难。煎服，10—15 克。大便溏泄及有湿痰者不宜，凡用以补肝肾之虚，当以制首乌为宜，欲用以散气血结壅，当以生首乌为佳。用时忌铁器。

实验研究：块根含 1.1%的羟基蒽醌类，主要为大黄

酚和大黄素，其次为大黄素甲醚，大黄酸及大黄酚蒽酮等。还含卵磷脂、食用大黄甙、淀粉、脂肪油、β谷甾醇和2,3,5,4'－四羟基芪－2－葡萄糖甙及其2"和3"－单没食子酸酯。又含两种甾体皂甙，甙元为薯蓣皂甙元。

何首乌及醇提取物有降低血清胆固醇的作用，能降低肠道内胆固醇的吸收，阻止胆固醇在肝内沉积，阻止类脂质沉积到动脉内膜，有减轻动脉硬化的作用。生首乌中含结合蒽醌衍生物，能促进肠管蠕动而有缓泻作用，但生首乌经炮制后，结合蒽醌衍生物含量降低，而游离蒽醌衍生物含量明显增加，故制首乌缓泻作用较弱。

白芍药

始载于《神农本草经》。原名芍药。芍药至陶弘景《本草经集注》才明确记载赤、白两芍药名称。为毛茛科植物芍药 Paeonia lactiflora Pall.的根。多为栽培品，夏、秋季采挖，洗净泥土，除去头、尾及须根，刮去外皮，置沸水中略煮，刮去外皮，晒干。

根呈圆柱形，一端稍粗，微弯曲，长5—18厘米，直径1—3厘米。表面浅棕色或粉白色，光滑，偶有残存的棕褐色外皮，皮孔隐约可见。质坚实，不易折断，断面类白色或粉红色，形成层环纹明显，内方可见木质部导管与射线呈交互放射状排列的菊花心。气微香，味微苦而酸涩。主产于中国浙江、安徽、四川、贵州、江苏、山东等省。

本品味苦、酸，性微寒。归肝、脾经。功能养血调经，缓急止痛，敛阴平肝。主治血虚阴亏、月经不调、痛经、崩漏、自汗、盗汗、里虚腹痛、胸、脘、胁肋疼痛、四肢挛痛、泻痢腹痛、肝阳头痛、目昏眩晕。

用于血虚面色萎黄，唇爪无华，头晕耳鸣，舌淡脉细；妇女月经不调，常与当归、川芎、熟地等活血补血药配伍，如《和剂局方》四物汤。如血虚气弱者，可加党参、黄芪；经来腹痛，可加香附、延胡索；崩漏不止，可配阿胶、艾叶炭。用于营卫不和，表虚自汗，配桂枝、甘草、生姜、大枣等调和营卫药，即《伤寒论》的桂枝汤；如再配以龙骨、牡蛎、酸枣仁等药，又可用治阴虚阳浮所致之盗汗症，有敛阴止汗之效。白芍药养血和血，能缓中止痛，故《汤液本草》有"腹中虚痛，脾经也，非芍药不能除"之明文。属寒者可配干姜，属热者可配黄芩。用于肝气不和，胸、脘、胁肋疼痛，芍药常与柴胡、枳实、甘草等疏肝理气药同用，如《伤寒论》四逆散。用于阴血亏虚引起之四肢挛痛，本品配甘草，即《伤寒论》芍药甘草汤，亦可用治肝气犯胃所致的脘腹疼痛等。妇人妊娠，腹中疠痛，本品配当归、白术、茯苓等，如《金匮要略》的当归芍药散。张元素云："白芍乃下利必用之药。"对泻痢而腹痛者尤为适用。与白术、防风等舒肝和脾药配伍，可治肝脾失调之肠鸣腹痛，大便泄泻。配当归、黄芩、黄连、木香、大黄等药同用，治湿热下痢，腹痛里急。本品还能养阴平肝，用于肝阴不足，肝阳上亢的病症，如《医学衷中参西录》的镇肝熄风汤、建瓴汤，都以本品配生山药、龟甲、怀牛膝、代赭石，或生地黄、龙骨、牡蛎等柔肝镇潜等药，治疗头目眩晕，耳鸣目昏，心悸失眠诸症；近亦用治高血压病属肝阳上亢者。此外，本品还可用于温热病后期，阴液耗伤而小便不利，以及阴虚汗多而小溲黄少等症。常与滋阴养液渗利药配用，有一定疗效。敛阴、平肝、治痢多生用；养血柔肝、和脾多炒用。内服：煎汤，6—15克。不宜与藜芦同用。

实验研究：白芍药根含白芍药甙、牡丹皮酚、芍药花甙及少量氧化芍药甙。还含苯甲酸约1.07%以及挥发油、脂肪油、树脂、鞣质、糖、β谷甾醇及三萜类物质。

白芍药的主要有效成分为芍药甙，有镇静，镇痛、解热、抗炎及抗惊厥的作用；对胃、肠及子宫平滑肌有解痉作用；与甘草成分 FM_{100} 有协同作用。芍药甙还能抑制大鼠的血小板聚集及实验性胃溃疡的形成。白芍煎剂在体外还有某些抑菌作用。本品含苯甲酸，大量服用会增加肝脏解毒的负担，对肝功能不良者，不宜长期大量服用。

阿胶

始载于《神农本草经》。又名驴皮胶。为马科动物驴 Equus asinus L.的皮熬制成的固体胶。将驴皮用水浸软，去毛，切成小块，用皂角水洗擦，除去油污，或在沸水中略煮，漂去腥味，置锅中分次水煎，合并过滤，加适量明矾细末，搅匀静置，滤取清胶液，用文火浓缩，加入适量黄酒、冰糖及豆油，熬成粘稠的膏状，倾入凝胶槽内，冷凝后切成小块，晾干。

本品呈方形或长方形小块。表面平滑，棕黑色，有光泽，质硬而脆，断面褐棕色，碎片对光照视呈棕红色半透明。气微，味微甜。主产于中国山东、浙江省。

本品味甘，性平。归肺、肝、肾经。功能补血止血，滋阴润燥。主治贫血、虚劳咯血、吐血、尿血、便血、血痢、妊娠下血、崩漏、血枯经闭、阴虚心烦失眠、肺虚燥咳以及虚风内动之痉厥抽搐等。

阿胶乃血肉有情之品，能补肝血，为治血虚的要药。临床上可单独使用，亦可配以熟地、当归、白芍、白术，用治血虚面色萎黄，眩晕心悸之贫血症，并常用于止血，对虚证失血尤为适宜。如肺阴不足，阴虚有热之咯血、吐血，常与生地、麦冬、蒲黄、白及、藕节等配用。尿血，配生地、茜草、车前子；肠风便血及痔血，配黄芩、槐花、地榆同用；脾虚便血，配白术、炮姜、赤石脂。冷热不调，痢下赤白，或热伤营络，下痢脓血、腹痛难忍者，配黄连、当归、干姜研末为丸服。治妊娠下血及崩漏，常与艾叶、当归、地黄、白芍等同用。阿胶尚能滋肾水而润肺燥，如热病伤阴致心烦失眠等症，常配黄连、黄芩。又如燥热伤肺，干咳无痰，气逆而喘，可配桑叶、麦冬、杏仁、枇杷叶以清燥润肺。肺虚有热之咳嗽气喘，干咳少痰，或痰中带血，可配牛蒡子、杏仁、马兜铃以清肺化痰止咳。治热病伤阴，虚风内动，出现手足抽搐，舌绛苔少等症，常与鸡子黄、生

地、鳖甲、龟甲、牡蛎同用，以滋阴熄风。热病伤阴，小便不利者，可配猪苓、泽泻、滑石等，有利水不伤阴，滋阴不敛邪之优点，如《伤寒论》猪苓汤。内服5—10克。用黄酒或开水烊化冲服；或炒成阿胶珠入煎剂。止血宜蒲黄炒；清肺宜蛤粉炒。脾胃虚弱、便溏、食不消化者慎服。

实验研究：阿胶系由骨胶原及其部分水解产物所组成，含氮16.43%—16.54%，基本上是蛋白质，与白明胶相似。水解后能产生多种氨基酸。还含钙0.079%—0.118%，硫1.10%—2.31%，灰分0.75%—1.09%。对失血动物，阿胶能加快血红蛋白与红细胞的增长速度。

龙眼肉

始载于《神农本草经》。原名龙眼，又名益智、蜜脾、桂圆肉。为无患子科植物龙眼 Dimocarpus longan Lour.的假种皮。主产于中国广西、福建、广东、台湾、四川等省、区。

本品味甘，性温。归心、脾经。功能补虚扶羸，养血安神。主治失眠、健忘、惊悸、怔忡、头晕目眩、大便下血、妇女月经过多等。本品为补益心脾要药。凡思虑过度，劳伤心脾，气血不足，因而出现健忘、惊悸、怔忡或脾不统血之便血、妇女崩漏等，均可单用本品蒸熟食之，亦可配人参、黄芪、当归、酸枣仁等同用，如归脾汤。阴血不足，心烦少寐，配生地黄、百合、柏子仁以养血安神。衰羸老弱，气血俱虚者，可配白糖蒸服，王士雄称其"产妇临盆，服之尤妙"。同枸杞、当归、白芍熬膏，又能补血养肝，治肝血不足之目眩头晕。煎服，10—15克。素有痰火及湿滞中满者，均不宜用。

实验研究：龙眼果肉含维生素B，葡萄糖、蔗糖、酒石酸、蛋白质和脂肪等。

桑椹

始载于《新修本草》。又名桑实、桑枣、桑棋子。为桑科植物桑 Morus alba L.的果穗。中国大部分地区有产。

本品味甘，性凉。归肝、肾经。功能补肝益肾，养血滋液。主治血虚津亏所引起的头晕目眩、耳鸣、须发早白、失眠多梦、消渴、便秘、腰酸腿软等。本品充养肝肾精血，能使头目清明，发乌神宁，临床单用熬膏服，或与何首乌、枸杞子、女贞子等同用。治阴虚津少所致的内热烦渴、消渴，可配麦冬、玉竹等生津益阴之品。对血虚阴亏引起的肠燥便秘，可配生地黄、何首乌以养血滋燥。煎服，9—15克。本品甘凉滑润，脾胃虚寒腹泻者勿服。

实验研究：桑椹含芸香甙、花青素甙、糖类、烟酸、鞣酸、苹果酸及维生素B_1、B_2、C和胡萝卜素。又含脂肪油，主要由亚油酸和少量的硬脂酸、油酸等组成。

煎剂有中度激发淋巴细胞转化的作用。

乌骨鸡

始载于《滇南本草》。又名乌鸡。为雉科动物乌骨鸡（家鸡）Gallus gallus domesticus Brisson 的一个品种，除去内脏的全体。中国各地均有饲养。

本品味甘，性平。归肝、肾、脾经。功能养阴，补血，健脾。主治虚劳羸弱、骨蒸潮热、消渴、脾虚滑泄、下痢噤口、遗精、白浊、妇女月经不调、崩漏、带下、产后蓐劳等病症。

治阴虚火旺、潮热、盗汗、咯血等证，常与人参、熟地、当归、知母、黄柏等补气、养阴、降火之品同用。如治脾虚滑泄，则用乌骨鸡合温脾止泻之豆蔻、草果煮食。治下元虚惫之遗精白浊，则同温涩之白果、莲肉、胡椒等煮食。又如《普济方》乌鸡煎，用乌骨鸡同茴香、良姜、陈皮、花椒等煮食，以治噤口痢因用涩药太过，胃伤恶食，四肢不温者。故用本品配诸药以健脾补虚，温中开胃。妇女虚弱所致的经、带诸证，多与冲、任、带脉之不足有关。前人谓：八脉丽于肝肾。乌骨鸡能入肝肾，补血养阴，亦即有调补冲、任、带脉之功。古方治妇女虚劳羸瘦，经水不调，崩带，不孕等，常以本品为君，与其他益气、补血、养阴药同用。如乌鸡白凤丸，即本品与人参、黄芪、当归、熟地、鹿角胶、鹿茸、丹参、香附等配伍，为妇科理虚、调经的著名成药。此外，《本草经疏》载：乌骨鸡煅存性，同红药子、白及、冰片、乳香、没药等研末，醋蜜调，可外敷痈疽肿毒。用时煮食，或烧存性研末，或入丸、散均可。

羊肝

始载于《药性论》。为牛科动物山羊 Capra hircus L.或绵羊 Ovis aries L.的肝脏。原动物中国南北各省、区均有饲养。

本品味甘、苦，性凉。归肝经。功能养肝补虚，益精明目。主治肝虚目暗、青盲、雀目、翳障、迎风流泪、虚劳羸瘦等。

如治肝虚目赤、病后失明，《龙木论》以青羊肝切成薄片，水浸生吞。用治目赤热痛、视物模糊如隔纱巾者，《食医心镜》取羊肝合五味，酱、醋煮熟食。又如视物不远，《多能鄙事》先以羊肝去膜细切，加适量大米，以葱子炒研煎汤代水煮粥服。青盲内障、雀目、夜盲，除俱宜煮熟羊肝，酱、醋蘸食外，亦可配以枸杞、熟地、黄连、谷精草等药水煎服。张锡纯治目瞳散大，昏耗，视物乏力，因热更甚者，以羊肝为末，入猪胆汁和丸，朱砂为衣，名羊肝猪胆丸。视物不清，目有障翳，迎风流泪，鲜羊肝配蝉蜕、木贼草、夜明砂、当归研末制丸服。本品亦治虚劳羸瘦，如《圣济总录》羊肝方，以羊肝、羊脊膂肉、陈曲末、枸杞根煎汤代水熬膏，并调以葱、豉汁空腹服；又如治冷劳日久不瘥而食少泄痢，《太平圣惠方》羊肝丸，用醋制羊肝配煅明矾

末制丸，粥饮调服，用量随宜。

实验研究：羊肝每 100 克含水分 68 克、蛋白质 18.5 克，脂肪 7.2 克、糖 4 克、灰分 1.4 克、钙 9 毫克、磷 414 毫克、铁 6.6 毫克、维生素 $B_1$0.42 毫克、烟酸 3.57 毫克、维生素 $B_2$18.9 毫克、维生素 A 29 900 国际单位。

绿矾

始载于《新修本草》。原名青矾，又名皂矾。煅赤者名绛矾、矾红。为硫酸盐类矿物水绿矾的矿石或化学合成品。产于中国山东、湖南、甘肃、新疆、陕西、安徽、浙江、河南等省、区。

本品味酸、涩，性寒。归肝、脾经。功能补血，杀虫，消积，燥湿，收敛。内服主治萎黄浮肿、腹胀痞满、肠风便血、赤白带下、疳积、食积；外用主治喉风，喉痹，走马牙疳、目赤肿痛、烂弦风眼、皮肤溃疡、烫伤及疥、癣等。

萎黄浮肿，多因脾虚血亏或湿热虫积，营养不良所致，治疗一般常单用研末或装胶囊内服；也可配当归、白芍、白术、陈皮等以加强养血、健脾的作用。古方伐木丸，以本品与苍术、酒曲同研，醋和为丸，以治脾土衰弱，黄肿、心悸气促、肢倦无力等症，亦可用治钩虫病；如更加厚朴、陈皮、姜半夏等行气燥湿之品则名绛矾丸，以治黄肿而见腹胀、痞满者。若黄肿而肝脾肿大，则可用绛矾配胡桃仁、大枣、桃仁等同用，以补血、活血而消癥积。与止血药乌贼骨、百草霜同用，可治积年肠风便血及赤白带下。小儿疳病，黄瘦腹膨，可用本品为末，猪胆汁和丸，米汤过服。外用治喉风、喉痹，可以醋煅绿矾研末吹喉，能吐痰涎而通咽喉之壅塞。治走马牙疳，牙龈溃烂，用醋煅绿矾配麝香少许掺之；或再加人中白、冰片、雄黄，则有清热解毒，祛腐收敛之功。目赤肿痛、烂弦风眼，可用绛矾泡水，澄取清水洗眼。皮肤溃疡不敛，用之能燥湿敛疮，如古方治耳生烂疮，用枣肉包绿矾煅研，香油调敷。治甲疽，用绿矾烧研为末外敷。烫伤者，用本品和冷开水淋洗伤处，功能止痛消肿。治疗皮肤湿疹、疥癣，都可研末外掺，有收敛止痒之效；疥疮还可配花椒、樟脑、冰片等煅灰，疮湿者干掺，干者用菜油调搽。临床都用煅过的绛矾入药，研末服，0.3—0.6 克，或入丸散，不入汤剂。服后每有恶心反应，多服可引起呕吐、腹泻，胃弱者慎用。服药期间忌饮茶。

实验研究：天然绿矾主要含硫酸亚铁（$FeSO_4 \cdot 7H_2O$），因产地不同，常含或多或少的铜、铝、镁、锌等夹杂物。硫酸亚铁对缺铁性贫血，有良好的增加红细胞数及升高血色素的功效。

南沙参

始载于《神农本草经》。原名沙参，又名白沙参、泡沙参。为桔梗科植物轮叶沙参 Adenophora tetraphylla (Thunb.) Fisch.、沙参 A. stricta Miq. 及杏叶沙参 A. hunanensis Nannf. 的根。春、秋两季采挖，除去茎叶及支根，洗净，刮去栓皮，晒干或烘干。

根呈长圆锥形或长圆柱形，稍弯曲或扭曲，偶有分枝，长 8—28 厘米，直径 0.8—3 厘米。顶端的根茎（芦头）粗细不一。表面黄白色或浅棕黄色，凹陷处常有残留的棕褐色栓皮；上部有环状细密横纹，下部有扭转的纵皱纹及纵沟，并可见细根痕，未去净栓皮处可见横向皮孔。体轻，质泡松，易折断，断面不平坦，黄白色，有多数不规则裂隙，中央偶有空洞。主产于中国安徽、江苏、浙江、贵州等省。

本品味甘、微苦，气微，性微寒。归肺、胃经。功能清肺化痰止咳，益胃生津。主治肺热咳嗽痰粘、热病伤津口渴。本品甘凉，质轻，入上焦而主肺。肺阴不足，肺虚有热或热伤肺胃之咳嗽痰少，口干咽燥，多与生地、麦冬、贝母等养阴清肺化痰药同用。如肺热炽盛，配桑白皮、地骨皮；久嗽不止，伍款冬花、炙百部；痰中带血配茜草根、藕节炭、阿胶等；久咳声哑，可与玄参、玉蝴蝶、甘草等同用。因其具有清肺养胃之功，亦适用于外感温燥所致之干咳烦热，口鼻干燥，舌红少苔等肺胃阴伤诸证，常合麦冬、玉竹、天花粉或桑叶、杏仁、象贝母等药同用。温热病后期，胃液被劫、津伤口渴者，又可用鲜沙参与鲜生地、鲜石斛同用，以清热养胃生津。煎服，10—15 克；鲜品，15—30 克。风寒咳嗽患者忌用。反藜芦。

实验研究：轮叶沙参根含三萜皂甙、生物碱、黄酮类、鞣质等。杏叶沙参根含皂甙及花椒毒素。

煎剂灌服，对动物有祛痰作用。水浸液在体外对奥杜盎小芽胞癣菌，羊毛状小芽胞癣菌等皮肤真菌有不同程度的抑制作用。

北沙参

始载于《本草汇言》。又名银条参、辽沙参、莱阳参。为伞形科植物珊瑚菜 Glehnia littoralis Fr. Schmidt ex Miq. 的根。夏、秋两季采挖根部，除去地上部分及须根，洗净泥土，稍晾，置沸水中烫后，除去外皮，晒干或烘干。

根呈细长圆柱形，单一，偶有分枝，长 15—45 厘米，直径 0.2—1.5 厘米。表面淡黄白色，粗糙，顶端稍细，常留有黄棕色根茎残基，中部略粗，尾部渐细。全体有细纵皱纹及纵沟，并有残存的黄棕色栓皮及浅白色点状皮孔及须根痕。质脆，易折断，断面不平坦，皮部浅黄白色，形成层为环状，深褐色，木部黄色，有放射状纹理。产于中国山东、江苏、河北、辽宁等省。

本品味甘，气特异，性微寒。归肺、胃经。功能养阴清肺，益胃生津。主治肺燥干咳、虚劳嗽血、胃阴不足等症。阴虚肺燥，干咳少痰，可与润肺化痰之麦冬、川贝等同用。肺痨嗽血，伴骨蒸潮热者，常与生地、知母、鳖甲、地骨皮等养阴退蒸药配用。久病胃阴耗伤，口干欲饮，每

与滋养胃阴的麦冬、石斛等同用。热病伤津,咽干口渴,舌绛无苔者,可与鲜生地、鲜石斛同用,以清热生津。本品尚有清润肺气而泽皮毛之功,如《日华子本草》有治"身痒"之记载。现用于治疗冬令皮肤干燥瘙痒,配麦冬、玉竹等药煎服有一定效果。煎服,5—10克。

实验研究:根含生物碱,挥发油及淀粉。从根和根茎中分离出:欧芹酚-7-龙胆双糖甙、补骨脂素、香柑内酯、花椒毒素、欧前胡内酯、异欧前胡内酯、佛手素、花椒毒酚、别异欧前胡内酯、印度榅桲素、东莨菪素等15种香豆精类物质。

北沙参能增加支气管粘膜分泌,有祛痰作用。醇提取物对动物有解热、镇痛作用。

麦门冬

始载于《神农本草经》。为百合科植物麦冬 Ophiopogon japonicus(L.f.)Ker-Gawl.的块根。5—7月采收。洗净、晒干,再除去细根及杂质。

块根呈纺锤形或长圆形,两头略尖,中部肥满,长1.5—3厘米,直径3—6毫米。表面黄白色或淡黄色,半透明,有不规则的细纵皱纹。质硬脆,易折断。断面黄白色,角质样,中央有细小中柱。气微香,味甘、微苦,嚼之发粘。主产于中国浙江、四川省。

本品味甘、微苦,性寒。归肺、胃、心经。功能养阴润肺,益胃生津,清心除烦。主治肺燥干咳、肺痿、痿躄、虚劳烦热、消渴、热病伤津、咽干口燥、便秘等。

用于燥伤肺胃之阴,症见身热干咳者,可取本品合沙参、玉竹等以增强其润燥生津,益胃养肺之功,如《温病条辨》之沙参麦冬汤、益胃汤等。肺痿而症见火逆上气、咽喉不利者,可取本品合半夏、人参、甘草等以养胃生津,降逆下气,如《金匮要略》麦门冬汤。《内经》云:治痿独取阳明。麦冬补养胃津,故又可用于治疗痿躄。用于消渴,饮水不解者,可取本品合乌梅,甘酸以化阴。热病后,肠燥便秘,而腹不胀痛,口咽干燥,舌红少苔者,可配合玄参、生地,以"增水行舟"。麦门冬能降肺中伏火,清胃中虚热,与生地配伍,可治肺胃阴虚,血分有热之吐血、衄血;麦门冬更有益心复脉的作用。张元素说本品能"补心气不足","生脉保神",故复脉汤中与炙甘草、地黄、阿胶、桂枝等同用,治脉结代,心动悸;在生脉散中,与人参、五味子同用,治伤暑津气欲脱,心悸气短,口干作渴,汗出不止,脉散大而无力之症。本品与五味子配伍,尚可用于肺气耗散之咳嗽,有滋阴敛气止咳之功。此外,本品用于心阴不足之心悸、虚烦不眠,有清心除烦之效。煎服,6—15克。凡脾胃虚寒,或痰湿内阻,以及暴感风寒咳嗽者忌服。

实验研究:块根中含多种沿阶草皂甙。又含多量葡萄糖、低聚糖、粘液及少量豆甾醇、β谷甾醇及其葡萄糖甙等。

麦冬注射液对小鼠在低压缺氧下,能提高其耐缺氧能力。煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、福氏痢疾杆菌和伤寒杆菌有抑制作用。

天门冬

始载于《神农本草经》。又名天冬。为百合科植物天门冬 Asparagus cochinchinensis(Lour.)Merr.的块根。秋、冬两季采挖,洗净,除去根头及须根,用水煮或蒸至透心,除去外皮,洗净,晒干或烘干。

块根呈长纺锤形,略弯曲,长5—18厘米,直径0.5—2厘米。表面黄白色至淡黄棕色,半透明,光滑或有深浅不等的细皱纹,有时残存灰棕色外皮。质坚韧或柔润。断面平坦,角质样,黄白色,皮部厚,中柱明显。未干透者质柔软,有粘性。主产于中国贵州、四川、广西、浙江、云南等省、区。

本品味甘、微苦,气微,性寒。归肺、肾经。功能滋阴润燥,清肺降火。主治咳嗽少痰、咽干口燥、消渴、便秘及肺痿、肺痈等。

如与麦冬共熬成膏,名二冬膏,可治肺胃燥热,咳嗽痰少;配熟地黄、人参蜜丸,名三才丸,治气阴两亏,虚劳咳嗽;配藕节、川贝、白及、阿胶以治咳嗽咯血;配麦冬、五味子以治消渴;配麦冬、当归、麻子仁、生地黄以治肠燥便秘,如阴虚火旺,内热灼肺者,又可伍以知母、玄参。至于治疗肺痈,当于脓痰已除,余热未清,肺阴受损之际投之,方为适宜。现以天门冬隔水蒸熟或制片剂口服等,治疗乳房良性肿瘤有效,尤以乳房小叶增生,疗效较好。煎服6—12克。脾胃衰弱,虚寒泄泻及外感风寒咳嗽者均忌服。

实验研究:天门冬块根含天门冬素、β谷甾醇、5-甲氧基甲基糠醛、葡萄糖、果糖和多种低聚糖,以及四种甾体皂甙。

天门冬煎剂在体外对炭疽杆菌、链球菌、肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌及白喉、枯草杆菌等有抑制作用。

石斛

始载于《神农本草经》。又名千年润。为兰科植物环草石斛 Dendrobium loddigesii Rolfe.、马鞭石斛 D. fimbriatum Hook var. oculatum Hook.、黄草石斛 D. chrysanthum Wall.、铁皮石斛 D. candidum Wall. ex Lindl. 或金钗石斛 D. nobile Lindl. 等的茎。全年均可采收。除去须根和叶,用开水略烫或烘软,边搓边烘晒,至叶鞘脱净,晒干或烘干。铁皮石斛剪去部分须根后,边炒边扭成螺旋形或弹簧状,烘干,习称"耳环石斛"。鲜石斛除去须根,埋藏于砂石中保鲜。

环草石斛茎呈细长圆柱形,常弯曲或盘绕成团,长15—35厘米,直径0.1—0.3厘米。表面金黄色,有光泽,

具微细纵皱纹。节间长1—2厘米。质柔韧而实,断面较平坦。无臭,味淡。

马鞭石斛茎呈长圆柱形,长40—120厘米,直径0.5—0.8厘米。表面黄色至暗黄色,具纵深沟槽,节间长3—4.5厘米。质疏松,断面呈纤维性。味微苦,无粘性。

黄草石斛茎呈圆柱形。长30—80厘米,直径0.3—0.5厘米。表面金黄色或淡褐色,具纵沟,节间长2—5厘米。体轻,质实,易折断,断面略呈纤维性。嚼之有粘性。

耳环石斛茎呈螺旋形或弹簧状,一般有2—4个旋纹,茎拉直后长3.5—8厘米,直径0.2—0.3厘米。表面金黄色,微带根,称为"龙头";茎末稍细,称为"凤尾",中身较粗,全体具细密纵皱纹。节不明显。质坚实,易折断,断面较平坦。无臭,味淡,嚼之有粘性。

金钗石斛茎呈扁圆柱形,长20—40厘米,直径0.4—0.6厘米。中身粗而宽;表面金黄色或黄绿色,光亮,具纵皱纹,节明显,节间长2.5—3厘米,顶端的一节扁平而膨大,形如金钗之股。质硬而脆,断面较平坦。无臭,味苦。

主产于中国广东、广西、贵州、云南、四川、湖北、湖南等省、区。

本品味甘、淡、微咸,性寒。归胃、肺、肾经。功能养胃生津,滋阴除热,润肺益肾。主治热病津伤、口干,烦渴、病后虚热;亦治胃阴不足、胃热干呕;肺燥咳嗽、消渴多饮、腰脚软弱及眼目昏暗。石斛为养胃阴之要药。

对于热病伤津,舌质深赤,干燥无津,舌苔焦黑,口渴欲饮者,每以石斛配天花粉、鲜生地、麦门冬、参叶等清热生津之品,如《时病论》清热保津法。温热病后期,因高热而阴液受伤,出现虚热微汗、目昏、口渴、舌干红、脉虚数等症状者,可配生地黄、玄参、沙参等养阴生津使阴复津回,则虚热自退。亦有热病后期气津两伤,症见神思不清,倦怠懒言,不思饮食,唇齿干燥者,常配人参、麦门冬、生甘草、木瓜等益气生津、养胃和中之品。若胃阴不足而有虚热,症见胃痛干呕,舌光少苔者,可配麦门冬、竹茹等养阴清胃以止呕。《药品化义》云:"石斛气味轻清,合肺之性,性凉而润,得肺之宜,肺为娇脏,独此最为相配。"如肺受燥热,发热咳嗽者,用石斛配沙参、玉竹、瓜蒌皮等滋阴以润肺。消渴证中的上消与中消,多由肺胃火旺,阴亏津伤而成,均可用石斛随宜配伍。如上消肺火炽盛,咽燥口干,引饮不休者,可配天冬、麦冬、沙参和胡黄连等以养阴泻火;治中消胃中痰火相乘,消谷善饥者,配石膏、天花粉、半夏等以清胃化痰,此外本品又有补肾、益精、壮筋骨之功,故痹证、痿证及目病等因于肾阴亏虚者,每多用之。例如《太平圣惠方》石斛酒,以本品配生地黄、杜仲、牛膝等滋补肝肾,强筋壮骨之品,用于风痹脚弱,腰胯疼痛,属肝肾两虚者。若心胃火旺,肾水干涸,心中烦闷,惊悸怔忡,久则成瘘,两足无力者,配玄参滋阴降火,如《辨证录》石斛玄参汤。产后血虚阴亏,腰痛不能久立者,配牛膝、白芍、生地、杞子等养血滋阴,调补肝肾,如《妇科玉尺》石斛牛膝汤。肝肾不足,瞳孔散大,视物昏花者,配生地黄、熟地黄、枸杞子、白菊花等,如《原机启微》石斛夜光丸。雀盲夜视不明,可配苍术、仙灵脾同用。煎服,6—12克。本品甘寒,能恋邪助湿,故温热病津未伤者不宜早用。肺胃火灼,津液已耗者,用鲜石斛较好。

究验研究:石斛含石斛碱、石斛胺、石斛次碱、石斛星碱、石斛因碱、6-羟石斛星碱、4-羟石斛星碱、次甲基石斛素、石斛非醌、β谷甾醇及其葡萄糖甙等。又从石斛(部位不详)分离得5种季胺生物碱:N-甲基石斛季铵碱、N-异戊烯基石斛季铵碱、N-氧石斛碱、N-异戊烯基石斛季铵星碱、N-异戊烯基-6-羟基石斛季铵星碱。

煎剂口服能促进胃液分泌,帮助消化,低浓度时使家兔离体小肠兴奋,高浓度则使其抑制。石斛碱有升高血糖、降低血压、减弱心力、抑制呼吸以及弱的退热止痛作用,大剂量可致惊厥。

玉竹

始载于《神农本草经》。原名女萎,又名萎蕤。为百合科植物玉竹 Polygonatum odoratum(Mill.)Druce 的根茎。春、秋两季采挖,除去须根,洗净泥土,晾晒至柔软后,反覆揉搓,至无硬心,晒干。或蒸透后,揉至半透明,晒干。

根茎呈圆柱形或扁圆柱形,略弯曲,少有分枝,长短不一,粗细均匀,直径0.3—1.6厘米;一般折成5—15厘米长的小段。表面淡黄色或淡黄棕色,半透明,有明显的节,节稍隆起,具纵皱纹,节间长约1厘米,节上散有白色圆点状须根痕。根茎一端有时具芽,外复鳞叶,每隔5—10厘米较膨大处有圆形茎痕,直径约0.5厘米。干时质硬,易吸湿变软。易折断,断面不平坦,角质样,棕黄色,肉质。气微,味甘,带粘性。主产于中国湖南、湖北、河南、江苏、浙江等省。

本品味甘,性微寒。归肺、胃经。功能养阴润肺,益胃生津。主治热病阴液耗伤之口渴欲饮、唇燥鼻干及咳嗽痰少、虚劳发热、消谷善饥、小便频数等病症。用于肺胃燥热,阴液不足而引起的咳嗽少痰,咽干口渴,常配伍沙参、麦冬、桑叶、甘草等同用,方如《温病条辨》沙参麦冬汤。素体阴虚而又感受风热新邪,见有表证者,可与薄荷、桔梗、葱白、豆豉等药同用,在解表的同时兼顾滋养阴液,方如《通俗伤寒论》加减萎蕤汤。若阴血不足而见肢体酸软、自汗、盗汗者,可与丹参等药同用以滋养阴血。阴虚内风旋动的眩晕,及津液不足,筋不柔和所致之挛痛,用之亦有滋润熄风、滋液柔筋之效。此外,《太平圣惠方》载玉竹与清热利尿药芭蕉根、滑石同用,可以治疗小便卒然淋涩疼痛。临床报道,用玉竹为主药,配合杞子、麦冬、桂圆肉、生姜、大枣等或再加肉桂、附子,对改善血循环、控制心力衰竭有一定帮助。配合党参熬膏,或配柏子仁、红花、郁金等煎服,可治疗冠心病心绞痛。煎服,

6—12 克。痰湿内蕴、胸闷气滞及中寒便溏者忌服。

实验研究：根茎含粘液质（系多糖，水解得右旋果糖81.7%、葡萄糖和阿拉伯糖）、微量皂甙、白屈菜酸、吖丁啶-2-羧酸、山柰酚阿拉伯糖甙、天门冬酰胺、鞣质。曾报道其根茎、浆果中含有与铃兰甙相似的强心成分。

玉竹浸膏给动物口服，可使血糖先升后降，对肾上腺素、葡萄糖及四氧嘧啶引起的高血糖，有抑制作用。饲料中加2.5%玉竹，可降低小鼠实验性结核病的死亡率，但对病变的减轻不明显。

黄精

始载于《雷公炮炙论》。为百合科植物黄精 Polygonatum sibiricum Redoute、多花黄精（囊丝黄精）P. cyrtonema Hua 及滇黄精 P. kingianum Coll. et Hemsl. 的根茎。春、秋两季采挖，除去须根，洗净，蒸至透心，晒干或烘干。因形状不同，黄精药材习称“鸡头黄精”；多花黄精药材习称“姜形黄精”或“白及黄精”；滇黄精药材习称“大黄精”。

鸡头黄精根茎呈圆锥形，长至10厘米，直径0.5—1.2厘米，头部先端膨大，尾部细，形似鸡头，具1至数个粗短的突起或分枝。表面黄白色或黄棕色，半透明，较光滑，全体有细皱纹及稍隆起的波状环节纹，上面有圆盘状茎痕，较小，中央常稍凹陷，根痕呈点状突起。断面淡棕色，半透明角质样，并有多数维管束呈白色点状散生。质坚脆，气微，味甜，具粘性。主产于中国河北、内蒙古等省、区。

姜形黄精根茎呈不规则块状，大者略扁平，肉质肥厚，分枝少而短粗，长2—18厘米，宽2—4厘米，厚1—2.5厘米，形似生姜。表面黄棕色至暗棕色，较粗糙，具不规则的皱纹，有疣状突起的根痕。茎痕呈圆盘状，其中可见多数维管束点痕。节间长短不等，近茎痕及芽痕处较密。质坚硬，未干者较柔韧。断面淡黄色或黄棕色，角质样，半透明。味甜面粘。主产贵州、湖南、四川、湖北、安徽、浙江等省。

大黄精根茎呈肥厚肉质块状或串珠状，长至10厘米以上，宽3—6厘米，膨大部分直径3—6厘米，结节处1—2厘米。表面淡黄色或黄棕色，具环节，有不规则皱纹及须根痕，结节处有一凹陷的圆盘状茎痕。质坚硬，不易折断，断面淡黄色或黄棕色。微带焦糖气，味甜，有粘性。主产贵州、云南、广西等省、区。

本品味甘，性平。归肺、脾、肾经。功能补脾益气，润肺生津，补肾填精。主治脾胃虚弱、肺虚咳嗽、病后精血不足及癣病等。

临床用于面色萎黄，少气无力，饮食减少，精神疲倦之属于脾胃虚弱者，可配党参、山药同用；如属气血两虚者，可与当归同用。本品之补脾，与甘温健脾药不同，主要在于甘润滋阴，适宜于脾胃气阴不足的患者，所以《本草便读》称之谓“补养脾阴之正品”。如肝肾精血不足，头晕目花，须发早白，腰膝酸软亦多用之，如《奇效良方》之枸杞丸，即用本品佐枸杞子以补虚益精。肺虚咳血，或咳嗽少痰，可配白及、百部、麦冬、沙参之类。亦用于虚损寒热不止，现代报道黄精浸膏治疗肺结核有效。治疗消渴病，可与黄芪、山药、天花粉同用。黄精又可外治足癣、股癣，取其醇浸液浓缩成糊状，涂搽患处，对水泡型、糜烂型的疗效最佳。此外，本品现亦用于高脂血症、冠心病、高血压等。煎服，10—18克。本品性阴柔滋腻，脾虚有湿，咳嗽痰多以及阳衰阴盛者不宜服用。

实验研究：黄精根茎含烟酸、粘液质、醌类、淀粉和糖分。囊丝黄精根茎含吖丁啶-2-羧酸、天门冬氨酸、高丝氨酸、二氨基丁酸、毛地黄糖甙、多种蒽醌类化合物和皂甙，甙元为薯蓣皂甙元。

水-醇浸出液有降低麻醉动物血压的作用，能增加在位犬心冠脉流量。对实验性动脉粥样硬化兔，黄精能减轻其主动脉壁上的病变。煎剂对豚鼠实验性结核病有一定疗效，还能明显改善其健康状况。体外对多种致病性皮肤真菌有抑制作用。

百合

始载于《神农本草经》。为百合科植物百合 Lilium brownii F. E. Brown var. viridulum Baker、卷丹 L. lancifolium Thunb. 及细叶百合 L. pumilum DC. 等的鳞茎。主产于中国湖南、湖北、浙江、江苏、安徽、陕西、四川等省。

本品味甘、微苦，性凉。归肺、心、胃经。功能润肺清心，益气养阴。主治肺热燥咳、劳嗽痰血、虚烦惊悸、失眠多梦等。

用于燥咳痰血，可与款冬花同用，如《济生方》百花膏。用于肺痨久嗽咯血，可与滋阴润肺药配用，如《医方集解》百合固金汤，本品合玄参、地黄、贝母等药。对于伤寒热病后余邪未清，阴虚阳扰而见神思恍惚，坐卧不宁，口苦溺赤，不寐等症的百合病，古方以百合为主药随证配伍，如百合知母汤、滑石代赭汤、百合鸡子汤、百合地黄汤等。新产或病后气阴不足便秘、瘦热可用百合煨汤、煮粥常服，为食疗妙品。近有报道，治疗神经衰弱、更年期综合征，以生百合加蜂蜜拌蒸服之有效。煎服，15—30克。本品性偏凉润，风寒暴感以及脾虚便滑者，均应忌用。

实验研究：百合鳞茎含淀粉、蛋白质、脂肪等。

盘龙参

始载于《植物名实图考》。又名米洋参、青龙抱柱、反皮索。为兰科植物绶草 Spiranthes sinensis(Pers.) Ames 的根或全草。中国大部分地区有分布。

本品味甘、淡，性平。功能滋阴益气，润肺止咳，清热解毒。主治热病、肺燥咳嗽、肺劳咳血、小儿夏季热、遗精、带下、疮疡、毒蛇咬伤等。

用于热病后津伤口渴，或津气两伤，口干舌燥，少气乏力，常与天花粉、麦冬、石斛配用以养胃生津，益气补虚；轻症单用本品一味加糖炖服即可。治肺阴不足之燥咳，可与石仙桃、旱莲草同用；治肺结核咳血，则与百合、天冬、野荞麦、大蓟根等配用。如与银杏煎汤服，亦治糖尿病。小儿气阴不足，夏季发热，口渴食少，神疲乏力，可与鸭跖草等清热药同用。本品也可治阴虚火旺所致的遗精、失眠健忘、头晕耳鸣，可与黄精、何首乌配伍；治气虚带下，民间多与鸡肉或乌贼鱼炖服。盘龙参又能清热利咽，用于咽喉肿痛，如咽喉炎、扁桃体炎等，可配岗梅根、广东土牛膝煎服；或与冰片研末吹喉，或将鲜品捣汁含咽。外用鲜草捣烂敷指头疔疮；加蚯蚓、白糖捣敷可治水火烫伤；研末用麻油调搽带状疱疹，均有解毒消肿、止痛作用。煎服，9—15克。

明党参

始载于《本草从新》。原名土人参，又名粉沙参。为伞形科植物明党参 *Changium smyrnioides* Wolff 的根。4—5月采挖，洗净泥土，放入沸水中煮数分钟至无白心，刮去外皮，漂洗干净，晒干。

根呈细长圆柱形或纺锤形或不规则条块，两端渐尖，稍扭曲，长6—20厘米，直径0.4—2.5厘米。表面淡黄白色至淡棕色，光滑或有纵沟纹及细须根痕，有的具红棕色斑点。质硬而脆，断面角质样，皮部较薄，淡黄棕色，木部类白色，皮部与木部易分离。主产于中国江苏、浙江、安徽省。

本品味甘、微苦，气微，性微寒。归肺、胃经。功能润肺化痰，和胃止呕，解毒。主治痰火咳嗽、喘逆、呕吐、昏眩。白带、疔毒疮疡。

痰火咳嗽或肺燥咳嗽，配沙参、麦冬、知母、贝母，有润肺化痰止咳之效。胃热津伤呕吐，食欲不振，配麦冬、枇杷叶、谷芽等能生津和胃降逆止呕。明党参在民间常作滋补强壮药用，如与仙鹤草、红枣等药煨汤服，常用于由贫血引起的头晕无力。本品以润肺祛痰见长而微带补性，与补气药之党参功效不同，不能代替党参使用。煎服，5—10克。《本草从新》谓本品"下行而滑窍"。脾虚中气下陷，肾虚精关不固者均不宜用。孕妇亦慎服。

实验研究：明党参根含淀粉约29%，还含有机酸、糖和微量挥发油。

荠苨

始载于《名医别录》。又名甜桔梗、空沙参。为桔梗科植物荠苨 *Adenophora trachelioides* Maxim. 或薄叶荠苨 *A. remotiflora*(Sieb. et Zucc.)Miq. 的根。前者分布于中国安徽、江苏、山东、河北、辽宁等省；后者分布于辽宁、吉林、黑龙江等省。

本品味甘，性寒。归肺、胃经。功能清肺化痰，养胃生津，解毒。主治肺热咳嗽、咽喉疼痛、消渴、痈疽疔疮；并解诸药毒。用于肺热燥咳、痰不易咯，用鲜荠苨配枇杷叶水煎服，也可治咽喉疼痛。《千金方》荠苨丸以本品与石斛、熟地、瓜蒌根、地骨皮等配用治消渴及其发为痈疽之症。治疔疮肿毒除内服外，并常以鲜品捣敷，或研末调敷于局部，有清热解毒消散之功。本品在古代用作解毒药，如《金匮要略》方之解钩吻毒；配六月雪、绿豆、甘草解红茴香毒。煎服，6—15克；作解毒用，剂量可酌情加大。

实验研究：薄叶荠苨根含β谷甾醇、胡萝卜甾醇甙等。

枸杞子

始载于《神农本草经》。原名枸杞，又名枸杞果、甘杞子。为茄科植物宁夏枸杞 *Lycium barbarum* L. 或枸杞 *L. chinense* Mill. 的果实。夏、秋两季采摘成熟果实，除去果柄，晾至果皮起皱，再晒至外皮干燥果肉柔软。

宁夏枸杞又称西枸杞，果实呈长椭圆形，长1—2厘米，直径5—8毫米。表面鲜红色或暗红色，略有光泽，有不规则的细皱纹，顶端有小凸起的花柱痕，基部有白色的圆形果柄痕。果肉厚，质柔软滋润，内有种子25—50粒，扁肾形，长3—2.5毫米，宽2毫米，黄白色。气微，味甜，微酸。主产于中国宁夏、甘肃、青海、新疆、内蒙古、河北等省、区。

枸杞又称津枸杞，果实呈椭圆形或卵形，长0.8—1.5厘米，直径3—5毫米，表面鲜红色或暗红色，无光泽，内有种子10—30粒，扁肾形，长约2毫米，宽1.5毫米，土黄色，凹侧有明显的种脐。主产于天津市及河北、河南、山西、陕西、四川等省。

本品味甘，性平。归肝、肾经。功能滋阴补血，益精明目。主治肝肾阴虚或精血不足之头昏目暗、腰膝酸软、阳痿、遗精、消渴。

用于肝肾阴虚，精血亏损而不能上荣于目，以致眼干涩痛，歧视眼花，视物模糊不清者，常合菊花、干地黄等同用，以加强滋补肝肾明目之功，如《医级》之杞菊地黄丸；而《和剂局方》的菊睛丸，亦以枸杞、菊花为主，与温补肾阳之苁蓉、巴戟为伍，用于肝肾不足兼有下元虚寒之眼昏常见黑花、多泪。如真阴不足，精血亏损，骨髓空虚，症见头昏耳鸣，腰膝无力等，每与干地黄、天门冬同用，如《古今录验方》之枸杞丸。本品乃平补之剂，合阴药则滋阴，佐阳药则助阳，如配入温补肾阳的附子、肉桂、鹿角胶等药中，又可用于神疲、畏寒、阳痿、精滑等肾阳亏虚之证。此外，枸杞子还有生津止渴作用，治消渴病，尤适用于肾虚精亏的下消，可单用本品蒸熟嚼食，或与黄芪、山药、生地黄、麦冬等同用。煎服，5—10克。但滋润之品，有碍脾胃运化，故脾虚便溏者不宜。

实验研究：宁夏枸杞和枸杞的果实均含甜菜碱、酸浆

果红素。枸杞果实中还含降压成分枯可胺A,另含多种维生素、氨基酸等。

枸杞可降低大鼠血中胆固醇。甜菜碱和枸杞水提取物对四氯化碳所致的肝损害有保护作用。枸杞对脂质代谢及抗脂肪肝的作用,主要是由于其中所含的甜菜碱所引起,甜菜碱有胆碱样作用。宁夏枸杞提取物对大鼠有显著而持久的降血糖作用,糖耐量升高,其有效成分认为是胍类衍生物及黄酮类。宁夏枸杞水或醇提取物能增强小鼠网状内皮系统的吞噬能力,使淋巴细胞数增多。雏鸡饲料中加入甜菜碱,可使生长加快,成年鸡产蛋增加。

女贞子

始载于《神农本草经》。原名女贞实,又名白蜡树子。为木犀科植物女贞 Ligustrum lucidum Ait.的果实。11—12月间采收成熟果实,晒干或置沸水中烫后晒干。

果实呈卵形、椭圆形或肾形,微弯曲,长5—10毫米,直径4—5毫米。表面黑紫色或蓝紫色,有不规则网状皱纹,基部有宿萼和果柄残痕。外果皮薄,中果皮松软,易剥离,内果皮(果核)黄棕色,具纵棱,内含红棕色肾形种子1枚,种仁灰白色,具油性,气芳香,味甘、微苦、涩。主产于江苏、浙江、湖南、福建、广西、江西、四川等省、区。

本品味甘、微苦,性微寒。归肝、肾经。功能滋肾水,补肝阴,清虚热,乌发明目。主治肝肾阴亏所致的腰膝酸软、遗精耳鸣、须发早白、头昏目眩及阴虚潮热、小便淋痛、白细胞减少等。

治肝肾阴亏诸疾,常与旱莲草配用。肾虚腰痛、脚膝酸软,可配续断、杜仲等强壮筋骨药。须发早白,常与何首乌、枸杞子、人参等配用;骨蒸劳热,常与地骨皮、夏枯草、青蒿等清虚热之品同用。本品能益阴明目,故治肝肾阴亏的眼目昏花,视力减退有效,现用于中心性视网膜炎、早期老年性白内障而有肝肾阴虚表现者,每与生地、枸杞子、菊花、白蒺藜等滋肾平肝药配用;如肝热较盛,伴有头痛、眼目胀痛,可与决明子、青葙子配用。风热眼赤,可将女贞子与黄连水浸后煎成浓汁,滴眼。此外,女贞子还用于阴虚肾燥所致的小便赤涩疼痛,及久而成为下消者,可与生地、龟甲、车前子、天花粉等同用。近年报道,本品可用以治疗慢性苯中毒以及放射治疗和化学治疗后所致的白细胞减少症,亦试用于治疗高脂血症。女贞子药性和平,作用徐缓,需久服始见功效。但究属甘苦微寒之品,久服易伤脾胃,如需长期服用宜加入温运脾胃药。脾胃虚寒者慎用。煎服,9—15克。

女贞叶功能清热解毒,消肿止痛。可治咽喉肿痛、口舌生疮、风热眼赤、疔疮肿毒、风疹瘙痒、水火烫伤及放射性烧伤。还能治疗慢性支气管炎、肺炎、急性菌痢。

实验研究:果实含女贞子甙、齐墩果甙、4-羟基-β-苯乙基-β-D-葡萄糖甙、毛柳甙、齐墩果酸、右旋甘露醇、葡萄糖、棕榈酸、硬脂酸、油酸、亚油酸等。果皮含齐墩果酸、乙酰齐墩果酸、熊果酸。叶含齐墩果甙、木犀臭蚁醛甙、4-羟基-β-苯乙基-β-D-葡萄糖甙、毛柳甙、丁香甙、甘露醇、熊果酸等。

女贞子能促进白细胞吞噬功能,可升高由于化疗及放疗引起的白细胞下降,对动物移植性肿瘤有抑制生长的作用。其水煎醇沉液增加冠脉流量,但抑制心肌收缩力。粗粉能降低家兔血清胆固醇,对冠脉斑块有消退作用。

墨旱莲

始载于《新修本草》。原名鳢肠,又名旱莲草、墨汁草、烂脚草、白花蟛蜞菊。为菊科植物鳢肠 Eclipta prostrata L.的全草。夏、秋两季采收,洗净,晒干或阴干。

全草被白色茸毛。茎呈圆柱形,长30—40厘米,直径2—3毫米,绿褐色或带紫红色,有纵棱。叶对生,叶片卷曲皱缩,易破碎。完整叶片呈线状椭圆形或披针形,全缘或稍具细齿,绿褐色,两面均被白色茸毛。茎枝端常有头状花序,总苞片5—6,钟状,舌状花白色。瘦果多数,黑色或黄黑色,长椭圆形或扁棱形。茎叶浸水后搓揉,汁液呈黑色。气微香,味淡,微咸。产于中国华东、西南地区及广东、湖南、湖北、河北、辽宁等省。

本品味甘、酸,性凉。归肝、肾经。功能凉血止血,补肾益阴。主治吐血、咯血、衄血、尿血、便血、血痢、崩漏,以及须发早白、淋浊、白带、妇人阴痒、稻田性皮炎。

凡由阴虚血热妄行所致之诸失血症,皆可用本品治疗。如吐血、衄血,配侧柏叶、白茅根;咯血,配白及;尿血,配白茅根;便血、血痢,配槐花炭、地榆;妇女崩漏,配干地黄、阿胶。至于外伤出血,一般以鲜品捣敷,或干品研末外撒。用于鼻出血,除内服外,亦可以鲜品捣汁滴鼻。壮年须发早白,或发易脱落,以及牙龈松浮属肝肾阴虚血热者,常与女贞子、何首乌、桑椹子同用;古代则用本品煎汁,配以生姜汁、蜂蜜煎成稠膏服。治血淋,配芭蕉根;白浊,配车前子、金银花、土茯苓。治妇女赤白带下,民间单用本品同鸡或猪肉煨汤服。此外,近年治血小板减少性紫癜及眼底出血等汤方内加入墨旱莲,能改善出血症状。本品用治阴道湿痒,配钩藤根、白矾,煎水洗。防治稻田性皮炎,鲜品捣烂,下水作业前反覆涂擦手足下水部位至皮肤稍现黑色为度;亦可加入明矾、凡士林制成软膏涂敷。煎服,10—30克。胃弱、便溏、肾阳虚者忌服。

实验研究:鳢肠全草含皂甙1.32%、烟碱约0.08%。另含α三联噻吩基甲醇及其乙酸酯、α三联噻吩基甲醛;尚含木犀草素-7-葡萄糖甙,β香树脂醇和三萜皂甙、植物甾醇等,叶含蟛蜞菊内酯、去甲基蟛蜞菊内酯及其7-葡萄糖甙。

龟甲

始载于《神农本草经》。又名龟版、龟腹甲、龟下甲、

元武版。为龟科动物乌龟 Chinemys reevesii(Gray)的腹甲。全年均可捕捉,以秋、冬两季为多。捕捉后杀死或用沸水烫死,剔除筋肉,刺取腹甲,晒干。近已开始采用龟背甲入药。《药典》(1995年版)以"龟甲"立条。

腹甲呈板片状,近长方椭圆形,长8—15厘米,宽5—8厘米,厚约5毫米。前端较宽,钝圆或截形,后端较狭,具三角形缺刻。外表面淡黄色,具紫褐色放射状纹理或大部呈紫褐色,可见角板(腹鳞甲)12块;内表面黄白色,不光滑,杀死的不脱皮,有的略带血迹或残肉,烫死的色稍深,有脱皮的痕迹,洁净者可见骨板9块,呈锯齿状嵌接。两侧均有肋鳞甲4对,呈翼状向斜上方弯曲,有的已除去。质坚硬,易自骨板缝处断裂。断面外缘为牙白色,坚实;内方为乳白色或肉红色,有孔隙。主产于中国湖北、安徽、湖南、江苏、浙江等省。

本品味咸、微甘,气微腥,性寒。归肾、肝经。功能滋阴潜阳,补肾健骨,固经止崩。主治骨蒸劳热、盗汗、遗精、久嗽咯血、心悸失眠、风动搐搦、腰酸骨痿、小儿行迟、囟门不合、妇女崩漏、带下、癥瘕、痔疮等。

龟甲主要用于肾阴不足,阴虚火旺所致之劳热骨蒸、盗汗、遗精、耳鸣,常配黄柏、知母、熟地、猪脊髓等药蜜丸服,如《丹溪心法》大补阴丸。肺结核病久嗽咳血,常于养阴润肺化痰方内加用龟甲。阴虚火旺,心肾不交而致的心悸怔忡、失眠健忘,可配龙骨、远志、菖蒲,如《千金翼方》孔圣枕中丹。其治温热病阴伤液耗手足挛急抽搐,虚风内动者,以本品配阿胶、地黄、麦冬。阴虚阳亢,症见头晕目眩,两耳轰鸣等,常与生地黄、白芍、牡蛎等药同用。肾阴不足,腰酸骨痿,腿足瘦削,或小儿行迟,囟门不合,齿牙迟生诸症,常与补肾强筋健骨,助长发育等药配用,如《丹溪心法》补肾丸、虎潜丸、龟鹿二仙膏等方。妇女经潮如崩或淋漓不绝,或赤白带下,由阴虚血热所致者,与黄芩、白芍、椿根白皮、黄柏等凉血燥湿药同用,如《医学入门》固经丸。本品如与鳖甲、桃仁、赤芍、地鳖虫等破积祛瘀药配用,则可治妇女瘀滞癥瘕等症。此外,本品亦有用于痔疮肿痛,配蛇蜕、猪后悬蹄甲、麝香、露蜂房等药焙炙研末服。还可外治无名肿毒与疔疮、发背等初起或已溃破者,可配虫白蜡,炙研为末,黄酒调服,如《梅氏验方新编》龟蜡丹。煎服,9—24克。治崩漏出血,醋炙用。孕妇慎用。

龟版胶,由龟版煎熬而成,性味,功能与龟甲相同,而滋阴、止血之效则较龟甲为强,且有补血之功。

实验研究:本品含骨胶原,内有天门冬氨酸、苏氨酸等多种氨基酸;并含脂肪及钙盐等。龟版胶含有天门冬氨酸等多种氨基酸。

鳖甲

始载于《神农本草经》。又名团鱼甲、甲鱼壳。为鳖科动物中华鳖 Trionyx sinensis Wiegmann 的背甲。全年可捕捉,以秋、冬两季为多。捕捉后杀死,或置沸水中烫至背甲上的硬皮能剥落时,剥取背甲,除去残肉,晒干。

完整的鳖甲呈卵圆形或椭圆形,长10—20厘米,宽8—17厘米,厚约5毫米。外表面灰褐色或墨绿色,具细网状皱纹及灰黄色或灰白色斑点,背面隆起,中间有1条纵棱(骨节),两侧各有8条左右对称的横凹纹,外皮脱落后,可见锯齿状的嵌接缝,甲的边缘有8对齿状凸起。内表面类白色,中间是突起的脊椎骨,两侧各有8条肋骨。伸出边缘。质坚硬,嵌接缝处易断裂。气微腥,味咸。主产于中国湖南、湖北、安徽、浙江、江苏等省;中国大部分地区亦产。

本品味咸,性平。归肝、肾、脾经。功能滋阴退热,潜阳熄风,软坚散结。主治虚劳骨蒸、温病后期阴虚发热、虚风内动、癥瘕积聚。

凡虚劳骨蒸,肝肾之阴俱亏者,多配银柴胡、地骨皮、青蒿,滋补肝肾之阴,退阴虚所生之内热。如《证治准绳》清骨散。虚劳骨蒸,肌肉消瘦,唇红颊赤,盗汗咳嗽,脉细数,阴亏血虚,血中伏热者,可与当归、知母、乌梅、秦艽、柴胡等养血敛阴,清透伏热之药配合,如《卫生宝鉴》秦艽鳖甲散。骨蒸羸瘦,阴阳俱虚者,宜配黄芪、人参、肉桂、生地黄、天门冬等益气助阳,滋阴润燥之药,如《卫生宝鉴》黄芪鳖甲散。现有以本品为主药,配阿胶、紫河车、黄柏、百部、藕节等,制成复方鳖甲片,用于肺结核、骨结核、肠系膜淋巴结核见有潮热、咳血等阴虚火旺症状者。温病后期,邪热未尽,阴液已伤,夜热早凉,热退无汗者,多与青蒿、细生地、知母、丹皮等养阴清热药同用,如《温病条辨》青蒿鳖甲汤。鳖甲既能滋阴,又能潜纳浮阳,平肝熄风,温病邪入下焦,热邪伤阴,手指蠕动,舌干齿黑,脉象沉数,欲发痉厥者,常用生鳖甲配生牡蛎、麦门冬、阿胶等以滋阴潜阳,如《温病条辨》二甲复脉汤,及时用之,有预防痉厥之效。治久疟,葛洪《肘后方》单用炙鳖甲捣末服;或用本品配石膏、知母、常山、竹叶、地骨皮等,治疗温疟。鳖甲尚能软坚散结,破血消癥。故《金匮要略》鳖甲煎丸用为主药以治疟母。如用其治疗癥瘕,兼有气郁症状者,多配香附、木香、三棱、莪术等行气散瘀之品。妇女血瘀经闭,腹有癥块者,亦可配桃仁、大黄、三棱、莪术等通经逐瘀之品。此外,治吐血不止,可用本品配蛤粉、熟地黄,制成散剂,茶调服;治阴虚梦泄,用本品烧研,以酒、童便、葱白同煎服;治妇女漏下五色,身体羸瘦,骨节间痛,用本品烧黄为末,酒调服。上述三证,皆与肝肾阴亏有关,证异因同,故鳖甲均能治之。外用尚能消疮肿,敛溃痈。如烧存性,研末掺患处,治痈疽不敛;煅灰研极细末,麻油调敷,疗汤火伤。煎服,9—12克。宜先煎或久煎。用于滋阴潜阳,多取生品;用于软坚散结,则以砂炙或醋炙。孕妇忌服;脾胃阳衰而饮食不消,泄泻呕恶者,亦不宜用。

鳖甲胶,功能滋阴补血,清肝退热,软坚消瘀。主治阴虚潮热、久疟、疟母、癥瘕积聚、痔核肿痛。禁忌与鳖甲

相同。

实验研究:本品含动物胶、角蛋白、碘质、维生素 D 等。

夹蛇龟

始载于《本草经集注》。原名蠢龟,又名克蛇龟、断版龟、欲蛇龟、摄龟、咬蛇龟。为龟科动物黄缘闭壳龟 Cuora flavomarginata(Gray)的全体。分布于中国浙江、福建、台湾、湖北、湖南等省。

本品功能滋阴,活血,消肿。主治骨结核、肺结核、骨蒸劳热、瘰疬等。对骨结核病灶稳定后,尤宜常服,以巩固疗效。取全体黄泥封固煅烧存性,研末,每次服 3—6 克。《太平圣惠方》有欲蛇龟酒,治伤折疼痛不可忍,用本品和糯米,蒸作酿饭,同入酒中,封浸 7 日后,饮酒。本品煎水洗,又治痔疾恶疮。

木耳

始载于《神农本草经》。又名木檽、黑木耳。为木耳科植物木耳 Auricularia auricula(L. ex Hook.)Underw. 的子实体。产于中国福建、台湾、云南、贵州、湖南、湖北、四川、广西、江西、江苏、河南、甘肃、陕西及黑龙江等省、区。

本品味甘,性平。归肝、胃、大肠经。功能益气补血,凉血止血。主治咯血、吐血、血痢、血崩、月经过多、痔漏下血。

咯血、吐血、衄血、血痢诸症,属于气虚血亏或血分有热者,单味煮服,不仅可收止血之效,且有补益食疗之功。用治新久泄痢,配鹿角胶,共研细末服,如《御药院方》二圣散,当以气血两虚,内无积滞,法宜滋补者为宜。《孙天仁集效方》配血余炭,治妇女崩漏日久,冲任血虚,法宜止涩者,乃可用之。单味研末,白糖送服,可用于月经过多,淋漓不止,赤白带下,老年经水复行,气血俱虚,肝肾不足者,用本品炒炭,配入人参、黄芪、白术、当归、阿胶、熟地、萸肉等益气血,补肝肾的方中,如《傅青主女科》安老汤。《本草纲目》称本品能"治痔"。《万病回春》治痔漏效方用极嫩木耳,温水略煮,晒干研末,蜜水调服。痔疮出血,大便干结者,可配柿饼同用,既能凉血止血,又能润燥利肠。此外,本品配木贼草等分,为末服,治眼流冷泪。单用治高血压病,血管硬化眼底出血亦有效。外用治溃烂诸疮,焙干研末,配白糖和匀,以温水调如糊,敷于患处,如《医林改错》木耳散。现用于创面肉芽过剩,取平柔、肥厚而无缺损的木耳,用温开水浸泡涨大后,乙醇消毒,将木耳贴于消毒后的肉芽上,能使肉芽干萎,伤口易于愈合。煎服,3—9 克。或浸泡后冰糖煮服。

实验研究:木耳每 500 克含蛋白质 53 克、脂肪 1 克、糖 325 克、粗纤维 35 克、灰分 29 克、钙 1785 毫克、磷 1005 毫克、铁 925 毫克、胡萝卜素 0.15 毫克、维生素 B_1 0.75 毫克、维生素 B_2 2.75 毫克、烟酸 13.5 毫克。糖中有甘露聚糖、甘露糖、葡萄糖、木糖、葡萄糖醛酸及少量戊糖和甲基戊糖。干木耳所含磷脂为卵磷脂、脑磷脂及神经鞘磷脂。甾醇主要是麦角甾醇和 22,23-二氢麦角甾醇。

哈什蟆油

又名哈士蟆油、哈蚂油。为蛙科动物中国林蛙 Rana temporaria chensinensis David 或黑龙江林蛙 R. amurensis Boulenger 雌性的干燥输卵管。9—10 月间捕捉雌蛙,选肥大的用麻绳从口部穿起,悬挂风干。剥油前用热水浸润,立即捞起放入麻袋中闷一夜,次日用刀剖开腹皮,将输卵管轻轻取出,去尽卵子和内脏,放置通风处阴干。鲜剥油法即将雌体烫死后,直接剖开腹部取油,干燥。或加工成散剂。

哈什蟆油呈不规则相互重叠的厚块,卵形,长约 1.5—2 厘米,厚约 1.5—3 毫米。外表面黄白色,显脂肪样光泽,手摸有滑腻感,遇水可膨胀至 10—15 倍。气特异,味微甘。嚼之粘滑。主产于中国黑龙江、吉林、辽宁等省。

本品味甘、微咸,性寒。归肺、肾经。功能润肺养阴,补肾益精。主要用于病后及产后身体虚弱、精力不足、神经衰弱及虚劳咳嗽等病症。一般用作食疗性药品,单用本品炖服,或与白木耳、燕窝作羹汤服。如病后气虚盗汗等,亦可与黄耆、党参、阿胶等同用。加冰糖炖或煮汤服,3—15 克。

哈什蟆,功能补肺肾。炖汤服,治虚劳咳嗽。

实验研究:中国林蛙含蛙醇,是一种胆醇。腓肠肌中含二磷腺甙、三磷腺甙。哈什蟆油含粗蛋白 55.93%、粗脂肪 4.26%、无氮浸出物 23.21%、灰分 4.68%、水分 11.92%。其中氨基酸有 18 种。微量元素有钾、钙、钠、镁、铁、锰、锌、铜、锶、铬、钼、硒。还含雌二醇、雌酮、维生素 A、B、C 及各种激素。

哈什蟆油对小鼠发育有良好影响,并能延长雌小鼠的动情期。

鸡子黄

始载于《名医别录》。又名蛋黄、鸡卵黄。为雉科动物家鸡 Gallus gallus domesticus Brisson 的卵黄。原动物中国各省、区普遍饲养。

本品味甘,性平。归心、脾、肾经。功能滋阴润燥,养血熄风,安心神,益脾胃。主治阴虚风动之手足搐搦或蠕动、头目眩晕、心烦不寐,以及胃虚气逆之干呕、小儿消化不良。

如温病邪热久羁,灼烁真阴,致阴虚风动而见筋脉拘急,手足蠕动,或头目眩晕,常配阿胶、白芍、生地、石决明、钩藤以养血滋阴,柔肝熄风。《普济方》治小儿惊痫,以鸡子黄和乳汁服之。吴鞠通制有大、小定风珠的方剂,

用治热病后期阴伤风动之疾，均取鸡子黄以养血熄风。鸡子黄有安神宁心的作用，如《伤寒论》黄连阿胶汤配用本品，治少阴病心中烦、不得卧。鸡子黄又能益胃液，降逆气。如《金匮要略》百合鸡子黄汤，用治百合病吐后肺胃阴伤之证，以百合清养肺阴，鸡子黄滋润胃阴而降逆气。又胃虚气逆之干呕不息，可单用本品内服。此外，蛋黄熬油内服尚可治疗小儿消化不良，尤其对婴幼儿慢性消化不良，疗效较好。蛋黄油外用涂搽，可治疗各种溃疡久不收口、痔瘘、漏管、烧伤、冻疮、褥疮、口腔炎、舌炎等，有促进愈合之效。小儿热疮，以乱发和鸡子黄熬油，取涂疮上，复以苦参末粉之。中耳炎，以鸡子黄油和冰片少许滴耳。皮肤湿疹，单取蛋黄油涂擦患部，严重者，可配炉甘石、黄连、轻粉研末调敷。鸡子黄药汁冲服，1—5枚。蛋黄油1—3毫升。

实验研究：鸡蛋黄每100克含蛋白质13.6克、脂类30克、糖类1克以及灰分、无机盐、维生素等。蛋白质有卵黄磷蛋白、卵黄球蛋白、唾液酸糖蛋白，脂肪性物质中有卵磷脂、油酸、亚油酸等。又含胆甾醇、葡萄糖。

獭肝

始载于《本草经集注》。又名水狗肝。为鼬科动物水獭 Lutra lutra L. 的肝脏。主产于中国吉林、黑龙江、云南等省。此外，广西、四川、甘肃等省、区亦产。

本品味甘、性平。归肝、肾经。功能补肝益肾，养阴除热，止咳止血。主治虚损痨瘵所致的骨蒸潮热、盗汗、咳嗽、气促、咯血等。如《肘后备急方》之獭肝散，即以单味阴干为末服。临床上常与其他药物配伍使用，以加强疗效。如骨蒸、潮热、盗汗，可配养阴清热之生地、鳖甲、地骨皮；咳嗽、咯血，配清养肺阴，止咳止血之北沙参、麦冬、百部、紫菀、仙鹤草等；偏肺肾交亏，咳喘气促者，则可配蛤蚧、冬虫夏草等补肺益肾之品。本品还可用治夜盲症及痔疮出血。均焙干研末内服。如配沉香，研作散剂服，又能治肝气疼痛。研末服，3—6克；煎服，5—10克。

野料豆

始载于《本草拾遗》。原名稽豆，又名零乌豆、马料豆、细黑豆。为豆科植物野大豆 Glycine soja Sieb. et Zucc. 的种子。产于江苏、浙江等省。原植物在中国大部分地区均有分布。

本品味甘，性微寒。归肝、肾经。功能补益肝肾，养血祛风，清肝明目，解毒。主治肝肾阴虚所致的头晕目昏，血虚风痹之筋骨疼痛，肾虚腰痛，以及内热消渴，阴虚盗汗。与枸杞、桑椹、女贞子合用，治阴亏目昏。配莲子、大枣、浮小麦治虚热盗汗。配旱莲草、何首乌、青盐能黑须发。配刺蒺藜能治痞积。配鸡肝煮食，疗小儿疳疾。煎汁饮，能解乌头、附子毒。生研涂敷痈肿。煎服，9—15克。

实验研究：野大豆种子含脂肪油18%—22%、蛋白质30%—45%，并含糖类及维生素。

山稔子

始载于《生草药性备要》。又名岗稔子、豆稔子、当梨子。为桃金娘科植物桃金娘 Rhodomyrtus tomentosa (Ait.) Hassk. 的果实。原植物分布于中国福建、台湾、广东、广西、云南、贵州、湖南等省、区。

本品味甘、涩，性平。归肾、肝、脾经。功能益肾补血，涩肠，止血，主治遗精、带下、腹泻痢疾以及多种出血症。用于肾虚遗精，腰痛耳鸣，夜尿增多，妇女赤白带下、病后体弱，血虚目暗等病症，水煎或浸酒服。治疗劳伤咳血，可用童便浸后，焙干研末服；治疗咯血、鼻血、便血、血崩等症，宜煅烧存性，研末送服。外敷治外伤出血及水火烫伤。煎服，15—30克。大便秘结者慎用。

山稔叶性味与子相同。功能止泻，止血，散疮毒。内治痢疾、腹泻，血崩。外治痔疮、疥癣、创伤出血。

实验研究：桃金娘果实含黄酮甙、酚类、氨基酸、有机酸、糖类。叶含羽扇豆醇、β香树脂醇、β香树脂酮醇、白桦脂醇、岗稔三萜醇、白桦脂酸、熊果酸、麦珠子酸、谷甾醇、豆甾醇、菜油甾醇。叶又含鞣质。

白首乌

为萝藦科植物耳叶牛皮消 Cynanchum auriculatum Royle ex Wight、隔山牛皮消 C. wilfordii (Maxim.) Hemsl. 或戟叶牛皮消 C. bungei Decne. 的块根。春初未萌发前或冬季地上部分枯萎时采挖，除去残茎及须根，晒干，或趁鲜切片后再晒干。

耳叶牛皮消的块根称耳叶白首乌，呈长圆柱形、纺锤形或结节状圆柱形，长10—20厘米，直径1—4厘米。表面土黄色或淡黄棕毛，有时可见残留的棕色栓皮，有纵皱纹及横长皮孔。质坚而脆。断面较平坦，类白色，粉性，有鲜黄色辐射状纹理。气微，味微甘、苦。主产中国江苏省。

隔山牛皮消的块根称隔山白首乌，呈长纺锤形或圆柱形，长10—20厘米，直径1—4厘米。表面土棕色，有明显的纵皱纹及横长皮孔。断面不平坦，灰白色，微带粉性，有黄色放射状排列的条纹。主产吉林、山东等省。

戟叶牛皮消的块根称戟叶白首乌，呈类圆柱形或不规则的团块，大小不一，一般长3—7厘米，直径1.5—4厘米。表面类白色，凹凸不平，有明显纵沟纹，并有横向皮孔及须根痕。质坚硬而体轻。断面较平坦，类白色，粉性，可见辐射状纹理。气微，味微苦。主产于山东省。

本品味甘、微苦，性平。归肝、肾、脾、胃经。功能补肝益肾，消肿解毒。主治腰膝酸软、失眠、健忘、久病脾胃虚弱，亦治疗疮肿毒、汤火烫伤、毒蛇咬伤。

用于肝肾不足之腰膝酸软及脾胃虚弱之消化不良，取白首乌粉加糖或蜂蜜，开水冲泡，长期服用。胃痛气滞，与大血藤或一包针配用；产后腹痛，加生姜、红糖，黄酒同炖服。疔疮红肿，鲜根、叶捣烂外敷；烫火灼伤，干品研粉调涂。毒蛇咬伤，与青木香、杜衡研粉服，另以鲜根加竹叶椒鲜根皮、射干鲜根茎共捣烂外敷。煎服，9—15克；研末，2—3克。

实验研究：戟叶牛皮消的块根含磷脂类成分，主要为磷脂酰胆碱、磷脂酰乙醇胺、磷脂酰肌醇。

猕猴桃

始载于崔禹锡《食经》。又名藤梨、猕猴梨、羊桃。为猕猴桃科植物猕猴桃 Actinidia chinensis Planch.或软枣猕猴桃 A.arguta Planch.等的果实。前者分布于中国长江以南各省区；后者分布于东北、华北、西南及华东各省、区。秋季果实成熟时采摘，鲜用或晒干备用。

本品味酸、甘，性寒。归胃、肝、肾经。功能清热养阴，益胃和中，止渴。主治烦热、消渴、呕吐反胃、黄疸等病症。

胃阴不足引起的食欲减退、消化不良，或呕吐、反胃，用之有效。如《开宝本草》用治"热壅反胃，取汁和姜汁服用"。本品甘酸清香，营养丰富，从唐代以来就是食疗滋补佳品，现又用作抗衰老之品。煎服，30—60克。脾胃虚寒的患者，多食可引起脏寒腹泻。

实验研究：果实含糖11%，维生素C 3000毫克/升以及硫、磷、氯、钠、钾、镁、钙、铁等。又含猕猴桃碱。

果实富含营养成分。猕猴桃碱对中枢神经系统有特异之作用，能使猫科动物如狮、虎、豹、猫等产生行为改变，流涎、凝视、舐物、打滚、陶醉状态并丧失敌意、睡眠等。这与中枢的胆碱能系统的功能有关。

楮实

始载于《名医别录》。又名榖实、榖子、榖木子，楮桃。为桑科植物构树 Broussonetia papyrifera(L.)Vent.的果实。8—10月果实成熟呈红色时采收，洗净，晒干，除去灰白色膜状宿萼及杂质。

果实呈扁球形或扁卵形，直径约1.5毫米。表面红棕色或橙红色，有颗粒状或微细网状突起，一侧具凹沟，一侧具显著隆起呈棱脊状，基部有肉质子房柄或残痕，偶见灰白色膜状宿萼。外果皮及中果皮稍柔软；内果皮木质，硬而脆，易压碎；膜质种皮紧贴于内果皮的表面；胚乳类白色，略透明，富油性。气微，味淡。主产于中国河南、湖南、湖北、山西、甘肃等省；此外，浙江、福建、安徽、四川、山东、江苏、江西、陕西、广西等省、区亦产。

本品味甘，性寒。归肝、肾经。功能补肾益阴，明目，利水消肿。主治肝肾阴虚、腰膝酸软、阳痿、虚劳骨蒸、头晕目昏、目生翳膜、水肿胀满。

用于肾虚腰膝酸软乏力，本品与杜仲、狗脊、续断、怀牛膝同用；如兼阳痿不举，可配枸杞子、肉苁蓉、补骨脂、淫羊藿等。若劳热骨蒸、盗汗、梦遗，则配山萸肉、菟丝子、银柴胡、干地黄同用。头晕目昏，目生云翳，宜与枸杞子、制首乌、白菊花、密蒙花配用。阴虚水肿，面目虚浮尿少者，常与女贞子、干地黄、泽泻、茯苓、赤小豆同用。反胃干呕，和少许姜汁服。胃阴衰少，渐至噎食呕吐，同芦根汁、梨汁、藕汁、人乳、竹沥和匀，时时饮之。外用捣敷痈疮肿毒。捣汁服，60—120毫升。胃寒呕吐，中满滑泄者勿食。小儿多食损牙。

秋石

始载于《本草品汇精要》。为人中白或食盐的加工品。人中白加工品药材称淡秋石，主产于中国华东地区；食盐加工品药材称咸秋石，主产安徽。

本品味咸，性寒。归肺、肾经。功能滋阴降火。主治虚火内盛所致的骨蒸劳热、咳嗽、咯血、遗精及淋浊带下等病症。临床用于虚劳内热，咳嗽痰中带血，常配伍滋阴之品，如《临证指南医案》用本品配熟地、天冬、石斛等治虚劳烦热、咽中微痛；用秋石配山萸肉、旱莲草、五味子、阿胶等，治阴精不足，痰中带血，盗汗。若用于遗精、白浊、膏淋、带下，《永类钤方》秋石四精丸与白茯苓、莲子肉、芡实同用，治思虑、色欲过度损伤心气，遗精、小便频数；《郑氏家传方》秋石交感丸与白茯苓、菟丝子相配，治白浊、遗精；《仁斋直指方》与鹿角胶、桑螵蛸、白茯苓配伍治膏淋等。内服，5—10克；入丸散用，不入煎剂。脾虚便溏者忌用。

实验研究：淡秋石主要成分为尿酸钙与磷酸钙。咸秋石的主要成分为食盐。

巴戟天

始载于《神农本草经》。又名巴戟、不雕草、鸡肠风。为茜草科植物巴戟天 Morinda officinalis How 的根。全年均可采收，以秋、冬两季采挖为好，洗净泥砂，除去须根，晒至6—7成干时，轻轻捶扁，再晒干。

根呈扁圆柱形，稍弯曲，长短不一，直径0.7—2厘米。表面灰黄色，有的略带紫色，粗糙，具不规则纵皱纹及深陷的横裂纹。有的皮部横向断裂而露出细小木部，呈结节样，形似连珠。质坚韧，皮部厚，易剥落，断面皮部淡紫色或紫色，木部齿轮状，黄棕色，坚硬。无臭，味甘涩。产于中国福建、广东、广西等省、区。

本品味辛、甘，性温。归肝、肾经。功能补肾温阳，强筋骨，祛风湿。主治阳痿腰冷、少腹冷痛、小便频数、小便失禁、妇人子宫虚冷、阴冷阴痛、带下清稀、风寒湿痹、腰膝酸痛等病证。

巴戟天为补肾要药，功擅温肾壮阳，补火而又不伤阴。用治阳痿早泄，常与肉苁蓉、菟丝子、牛膝等配伍，如《圣济总录》五味子丸，用巴戟天配菟丝子、肉苁蓉等补肾助阳之品，治肾虚精衰，阳道痿弱；《千金方》则以巴戟与牛膝酒浸服，治虚羸阳道不举。肾气虚寒，少腹冷痛，腰膝酸疼，《圣济总录》巴戟天丸用本品配补骨脂、小茴香、肉桂等，有温阳散寒之效。若肾气久虚，小便不禁，《奇效良方》用本品配益智仁、桑螵蛸、菟丝子等分，酒糊丸服，温肾固脬，以缩小便。肾阳虚而气不摄纳，虚喘短气者，用本品配熟地、五味子、肉桂、补骨脂等，功能温肾补虚，纳气归原。巴戟天尚有暖胞宫的作用，如《和剂局方》巴戟丸，即以本品配伍高良姜、肉桂、吴茱萸等，治子宫久冷，月经不调、赤白带下之证。巴戟天治疗腰腿疼痛萎弱，不仅有祛风逐寒，强健筋骨作用，且亦取其补肾温阳，故凡肾阳不足，兼感风湿者用之，最为适宜。如《圣惠方》，治风冷腰胯疼痛，用本品配牛膝、杜仲、五加皮等；又如巴戟去痹汤治腰膝风湿疼痛，肌肉萎缩无力，病久肾虚者，以本品配山茱萸、山药、川断、杜仲等。中风后偏瘫，语声不出，肾虚不足，亦多应用本品，取其益肾祛风的作用，如河间地黄饮子即以本品配地黄、山茱萸、肉桂、石斛、肉苁蓉等同用，阴阳兼顾，刚柔相济，以治下元虚衰，风气不尽之证。《本草述钩元》以巴戟天与甘菊花、白蒺藜、黑豆等治疗头面上风，则是补下治上，益肝肾以收游风的配伍法则。煎服，6—10 克。阴虚火旺，或湿热内盛者忌用。

实验研究：根含蒽醌，黄酮类化合物。又含维生素 C 和糖类。小鼠及大鼠试验，未能证明粗制剂有同化作用或雄激素样作用。

肉苁蓉

始载于《神农本草经》。又名苁蓉、大芸。为列当科植物肉苁蓉 Cistanche deserticola Y. C. Ma 等带鳞片的肉质茎。多于春季苗未出土或刚出土时采挖，除去花序，切段，晒干。

肉质茎呈扁圆柱形，稍弯曲，基部略细，长 3—15 厘米，直径 2—8 厘米。表面棕色或黑棕色，密被覆瓦状排列的肉质鳞叶，通常鳞叶先端已断。质坚实，带韧性，不易折断，断面棕褐色，有淡棕色点状维管束，排列成波状环纹。主产于中国内蒙古、新疆、甘肃、宁夏、青海等省、区。

本品味甘、咸，气微，性温。归肾、大肠经。功能补肾壮阳，益精，润肠。主治男子阳痿、女子不孕、带下以及腰膝酸软。

《本草汇言》谓："肉苁蓉，养命门，滋肾气，补精血之药。男子丹元虚冷而阳道久沉，妇人冲任失调而阴气不治，此乃平补之剂，温而不热，补而不峻，暖而不燥，故有从容之名。"临床用于肾虚阳痿，遗精，常配人参、鹿茸、补骨脂；治月经愆期，宫冷不孕，常配鹿角胶、杜仲、熟地；治肾虚尿频失禁，常配山萸肉，菟丝子、五味子。《日华子本草》言其能"润五脏，长肌肉，暖腰膝"。《本草拾遗》有以本品配鳝鱼为末，黄酒服之，用以强筋健髓的记载。用于补肾强腰健骨时，常配巴戟天、杜仲、桑寄生等以加强药效。肉苁蓉又可治老年肾虚肠燥及产后血虚、病后津液不足的便秘，因本品质润多液，能滋养精血，润滑肠道，常与麻仁等同用；血虚便秘者，更配地黄、当归之类；亦可单用，大剂煎服以滑肠通便。本品与麻仁均为润肠之品，然麻仁为脾阴不足，肠燥便秘而设，苁蓉则为肾虚精血不足，老年阳虚便秘所宜。本品温肾壮阳，功似锁阳，常相须而用。然补肾、润肠，以苁蓉为优；壮阳之功，锁阳稍强。煎服，10—15 克。大便滑泄者禁用；肾中有热，阳强易举而精不固者亦忌用。

实验研究：含 16 种氨基酸，其中人体必需氨基酸有 7 种，以脯氨酸、丙氨酸、亮氨酸及甘氨酸为高。并分离出 D-甘露醇、β谷甾醇、β谷甾醇-β-D-葡萄糖甙、琥珀酸、甜菜碱和葡萄糖。稀醇浸出物能促进年幼大鼠体重增长，增强小鼠的免疫功能。对麻醉动物据称有降压作用；还能促进小鼠唾液分泌，中毒时可使其呼吸麻痹。

锁阳

始载于《本草衍义补遗》。又名锈铁棒、锁严子。为锁阳科植物锁阳 Cynomorium songaricum Rupr 的肉质茎。春季采挖，除去花序，切段，晒干。

肉质茎呈扁圆柱形，一端略细，微弯曲，长 5—15 厘米，直径 1.5—5 厘米。表面棕色或棕红色，粗糙，具明显纵沟及不规则凹陷，有时可见残存三角形黑棕色的鳞状叶片。体重，质硬，难折断。横切面浅棕色或棕褐色，边缘凹凸不齐，散布有多数黄色三角状维管束小点。气微香，味甘而涩。主产于中国内蒙古，此外，西北各地亦产。

本品味甘，性温。归肝、肾、大肠经。功能益精兴阳，壮筋润肠。主治阳痿早泄，梦遗滑精，下肢痿弱，肠燥便秘等。

用于阳痿、遗精等，可配桑螵蛸、龙骨、茯苓等，如《沈氏尊生书》锁阳丹。用于肝肾精血不足，腿膝痿软乏力，常与熟地、牛膝、龟甲等药配用，如《丹溪心法》虎潜丸；现亦用治小儿麻痹后遗症。若用于老弱血枯津少之肠燥便秘，本品单味熬膏服；或与桑椹子同煎浓汁，并加蜂蜜调服。本品功能与肉苁蓉大致相近而力稍逊。亦可作食疗补肾药用，如朱丹溪谓："锁阳，味甘可啖，煮粥弥佳。"煎服，4.5—9 克。惟质润滑利，脾虚泄泻及阳强易举者忌用。

锁阳含水溶性 B 型甙、花色甙、三萜皂甙、还原糖和鞣质等。锁阳挥发油以直链羧酸的主要成分，还含有直链羧酸的酯、苯的衍生物以及少量的含氮化合物。

锁阳提取液对实验家兔，有加速 AFP 抗体的形成，

使抗体提前出现，增强体液免疫的作用。

淫羊藿

始载于《神农本草经》。又名仙灵脾、放杖草、三枝九叶草。为小檗科植物淫羊藿 Epimedium brevicornum Maxim.、朝鲜淫羊藿 E. koreanum Nakai 或箭叶淫羊藿 E. sagittatum (Sieb. et Zucc.) Maxim. 等的全草。夏、秋间割取地上部分，除去杂质，晒干。淫羊藿产于中国河南、陕西、甘肃、宁夏、新疆等省、区；朝鲜淫羊藿产于吉林、辽宁省；箭叶淫羊藿产于陕西、浙江、福建、湖南、江西、广东、四川等省。

本品味辛、甘，性温。入肝、肾经。功能补肾助阳，强筋健骨，祛风除湿。主治阳痿遗精、腰膝无力、虚冷不育、风湿痹痛、偏风瘫痪等。

如治肾阳不足所致的阳痿、遗精，用淫羊藿浸酒或制酊剂常服，也可与仙茅、肉苁蓉等同用；治虚冷不育，多用本品与锁阳、蛇床子等配伍。老人下焦虚寒的尿频失禁，或小便淋沥，茎中疼痛及妇人子宫虚寒所致的少腹疼痛，白带绵绵，均可用本品温肾阳，益肾气，以却虚寒。本品尚有"坚筋骨，补腰膝"的功效，故肾虚腰膝酸软亦宜用之，可配杜仲、金狗脊、巴戟天等以增强疗效。本品味辛而性温，故又有通行经络，祛除风湿的作用，可用于风寒湿痹，四肢麻木，筋骨拘挛，肢体不遂，萎弱无力等症。如《圣惠方》仙灵脾散，以之配威灵仙、川芎等，治行痹走注疼痛。单用本品浸酒，可治偏风，手足不遂，皮肤不仁。临床研究证明，用淫羊藿、桑寄生制成注射剂，治疗小儿麻痹症急性期及其后遗症都有一定效果。淫羊藿又有降低血压的作用，二仙汤中用本品与仙茅、巴戟天、黄柏、知母、当归同用，对于阴虚阳亢或阴阳两虚型和妇女更年期高血压，都有较好疗效。淫羊藿治疗咳嗽，早在《圣济总录》即有记载，方用本品配覆盆子、五味子为丸服，治三焦咳嗽，腹满不欲食，气不顺。近人用单味淫羊藿丸治疗慢性气管炎，确有祛痰镇咳作用，但平喘作用较差。如与矮地茶等配伍应用，疗效有所提高。此外，用本品酊剂内服，治疗神经衰弱，能使症状消除或减轻，但有认为不适用于兴奋过程占优势或性欲亢进的患者，这和传统经验正相符合。在以单味淫羊藿片治疗冠心病的临床实践中，证实本品不仅能改善心绞痛等症状，而且心电图的改善也基本一致。认为这是在补益肾阳的同时，使心阳也获温煦，从而达到通阳宽胸，缓解心绞痛的作用。总之，本品味辛以润肾，甘温以益阳，有温养补虚的作用，而无燥烈之偏颇，为治疗肾阳不足的常用药物。煎服，9—15克。部分患者服后可有口干、头晕等轻微副作用。凡阴虚火旺，溲赤舌干而内缩邪热者忌用。

实验研究：淫羊藿茎叶含淫羊藿甙。朝鲜淫羊藿的地上部分含淫羊藿甙、去甲基淫羊藿甙、淫羊藿新甙A、β去氢淫羊藿素、木兰碱、白果醇、葡萄糖、果糖、蜡醇、卅一烷、植物甾醇、棕榈酸、硬脂酸等。

箭叶淫羊藿煎剂或醇提取液对动物有降低血压作用，这主要是由于末梢血管的扩张，还有血管运动中枢的抑制。它能增加冠状动脉血流量，但也增加心肌耗氧量，体外试验，有某些抑菌作用，对脊髓灰质炎病毒和肠道病毒也有灭活作用。甲醇提取物有中枢性镇咳作用，对大鼠蛋清性关节炎有"消炎"作用。口服能使高血糖大鼠的血糖下降。其提取物有雄激素样作用，但无雌激素样作用。

胡芦巴

始载于《嘉祐本草》，原作葫芦巴。又名苦豆、芦巴、香豆子。为豆科植物胡芦巴 Trigonella foenum-graecum L. 的种子。夏季果实成熟时采割植株，晒干，打下种子，去净杂质。主产于中国河南、安徽、四川等省。

本品味苦，性温。归肾、肝经。功能温补肾阳、祛除寒湿。主治肾脏虚冷，腹胁胀满，寒湿脚气，腰膝疼痛寒疝，阳痿。

凡命门火衰，肾阳式微，均可伍入温阳祛寒药中使用。《本草求真》谓其"功与仙茅、附子、硫黄恍惚相似，然其力则终逊于仙茅、附子、硫黄，故补火仍须兼以附、硫、茴香、吴茱萸等药同投，方能有效"。如《圣济总录》胡芦巴丸，配合附子、硫黄治肾脏虚冷，腹胁胀满。《杨氏家藏方》胡芦巴丸合破故纸、木瓜，治一切寒湿脚气，腿膝疼痛，行步无力。胡芦巴治疗寒疝，多合小茴香应用，如《仁斋直指方》胡芦巴散以本品炒为末，合炒小茴香，酒调服，治小肠气攻刺。用于阳痿、遗精，可配补骨脂、覆盆子同用。煎服，5—10克。阴虚火旺者忌用。

实验研究：胡芦巴种子含胡芦巴碱、胆碱、龙胆碱、番木瓜碱。又含多种皂甙，已分离出甙元有薯蓣皂甙元、雅姆皂甙元和少量的芰脱皂甙元、痕量的替告皂甙元。还含甾体皂甙元肽酯，胡芦巴肽甙。又含黄酮类化合物：牡荆素、异牡荆素、牡荆素-7-葡萄糖甙、荭草素、异荭草素6-木糖-8-葡萄糖基芹菜素、6,8-二葡萄糖基芹菜素、槲皮素、本犀草素等。还含β谷甾醇、胆甾醇。

种子的油中有催乳成分，此成分不含磷、氮、硫，无任何性激素样作用。种子还有轻度的驱除肠道线虫的作用。去油后的种子含50%不易消化的粘胶，故有某些致泻作用。

杜仲

始载于《神农本草经》。又名思仙、木棉、丝棉皮。为杜仲科植物杜仲 Eucommia ulmoides Oliv. 的树皮。选生长10年以上的植株，在4—5月剥取树皮，趁鲜刮去粗皮，晒干；或堆置"发汗"至内表面呈紫褐色时再晒干。

树皮呈板片状或两边稍向内卷，大小不一，厚3—7

毫米。外表面淡棕色或灰棕色,有明显的纵皱纹或纵裂槽纹,有的树皮较薄,未刮去粗皮者,有斜方形横裂皮孔,并可见淡灰色地衣斑;内表面暗紫色,光滑。质脆,易折断,断面有细密、银白色、富弹性的橡胶丝相连。气微,味稍苦,嚼后有胶状残余物。主产于中国四川、湖北、贵州、云南、陕西等省。

本品味甘、微辛,性温。归肝、肾经。功能补肝肾,强筋骨,安胎。主治肝肾亏虚的腰脊酸痛、足膝痿弱、耳鸣、眩晕、小便余沥、阴下湿痒,以及胎动不安、妊娠下血。

治肾虚腰痛偏阳虚者,常配补骨脂、胡桃肉同用,《和剂局方》青娥丸即是;也可配动物肾脏煮服,如崔元亮《海上集验方》以本品浸煎取汁,配羊肾煮羹,空心服;若属风冷伤肾,《三因方》杜仲酒,单以本品浸酒服。治风湿久痹,腰膝酸痛,常配独活,桑寄生等,如《千金要方》独活寄生汤。治中风后遗症及痿症,如《圣济总录》杜仲饮,以本品配川芎、附子治中风筋脉挛急,腰膝无力之症。现代临床报道,以本品配猪脚,治小儿麻痹后遗症。因本品有补肾强筋骨作用,所以亦可用于跌打损伤,常与续断、地鳖虫等同用,故前人有"合筋骨之离,莫如杜仲"之说。治小便余沥,阴下湿痒,属虚者,配山萸肉、五味子;属湿热者配苍术、黄柏、车前子等。治肝肾亏虚,冲任不固及肾经虚寒的妊娠漏血、胎动不安,常与续断、白术等同用,如《证治准绳》杜仲丸。此外,本品用治高血压症有效,对肾虚型见腰酸膝软,头晕耳鸣者为宜,常配桑寄生、枸杞子、菊花等同用。《本草汇言》记载:"凡下焦之虚,非杜仲不补,下焦之湿,非杜仲不利;足胫之酸,非杜仲不去;腰膝之疼,非杜仲不除。"《本草求真》也谓本品为"痿痹瘫软必需","胎滑梦遗切要",是对本品功效主治的概括。杜仲虽温而不助火,因此又能益肝肾而治虚风,与桑寄生同用不仅有祛风湿,壮腰膝的作用,而且有止崩漏,安胎元的功效。煎服,5—15克。阴虚火旺者慎用。

实验研究:树皮含杜仲胶,为反式异戊二烯聚合橡胶样物质。还含松脂醇二葡萄糖甙。又含松脂醇葡萄糖甙、杜仲松脂醇二葡萄糖甙、杜仲松脂醇二葡萄糖甙甲醚、杜仲甙、筋骨草甙、杜仲醇及其2-葡萄糖甙、哈帕甙乙酸酯、杜仲烯醇、山柰酚、卫矛醇、咖啡酸、绿原酸、酒石酸等。

杜仲制剂对各种动物静脉注射,可产生显著、持久的降压作用,但有急速耐受现象,煎剂作用强于酊剂,炒杜仲优于生杜仲。对肾型高血压犬,以煎剂灌胃,有一定降压作用,但不够满意。降压机理可能属外周性,使外周血管舒张。其降压有效成分主要是松脂醇二葡萄糖甙。醇浸液灌服可降低大鼠血清总胆固醇,可能与减少胆固醇的吸收有关。杜仲各种制剂对动物有利尿作用,但可能与其所含钾盐(0.4%)有关。大剂量煎剂对动物有镇静和镇痛作用,对大鼠、家兔离体子宫有抑制作用,煎剂或醇提取物口服对大鼠实验性关节炎有较弱的抑制作用。煎剂可增加小鼠巨噬细胞的吞噬功能。

续断

始载于《神农本草经》。又名接骨。为川续断科植物川续断 Dipsacus asperoides C. Y. Cheng et T. M. Ai 的根。秋季采挖,除去根头及侧根,用微火烘至半干,堆置"发汗",至内心变绿时,再烘干。不宜日晒。

根呈圆柱形,略扁,微弯曲,上端较粗,向下渐细,长5—15厘米,直径0.5—2厘米。表面棕褐色或灰褐色,全体有多数明显扭曲的纵皱纹及纵沟纹,并可见横长的皮孔及少数侧根痕。质软,久置干燥后变硬,易折断,表面不平整,皮部外缘褐色或淡褐色,向内呈墨绿色或绿色,木部黄褐色,有时可见黄色放射状的导管束花纹。气微香,味苦微甜而后涩。主产于中国湖北、湖南、四川省。

本品味苦、辛、涩,性微温。归肝、肾经。功能补肝肾,壮筋骨,通关节,和血脉,安胎止血。其性温和,补而不滞,行而不泄,是补益肝肾,宣通筋脉的要药。凡腰痛膝软、崩中胎漏、带下淋浊之属于肝肾不足者;痹痛痿弱、跌打损伤之筋骨血脉郁滞不宣者,均可用之。

临床用治肾虚腰痛、足膝无力,常与杜仲、桑寄生等同用;治小便频数,可与女贞子、菟丝子同用;治遗精滑泄,可与山药、芡实同用。对于风寒湿痹而肝肾虚亏,血脉不利的患者,在祛风除湿药中,每多佐用本品,以其补益而兼宣通,能寓行于补,以补为宣。如《和济局方》之续断丸,治风寒湿痹,筋骨挛痛,即以牛膝、川萆薢、防风、川乌头配用本品。《神农本草经》谓其"主续筋骨",《日华子本草》谓能"调血脉",且有一定的止痛作用,故临床又作为接骨疗伤的药物,如对折跌损伤、瘀滞肿痛,可用本品研末,黄酒冲服,并用鲜叶捣敷;或配当归、肉桂、延胡索等活血止痛药同用。续断又被广泛地使用于妇科疾病,更是安胎的常用药,无论肾虚胎动不安,或血热胎漏不止,均可选用。如《医学衷中参西录》的寿胎丸,即用本品佐菟丝子、桑寄生、阿胶等补肾养血安胎,以治滑胎;又如《景岳全书》的保阴煎,用本品佐生熟地、芍药、山药、黄柏、黄芩、生草等凉血清热安胎,以治妊妇胎热不安。《本草求真》说:"审其味涩,故能止血治漏。"凡妇女崩中、漏下、赤白带下,涉及肝肾不足者,均可用续断补虚止血。本品有止血作用,也常用于血痢、便血、尿血、吐衄等,可与地榆炭、陈棕炭等药配伍。此外,《神农本草经》又主"痈疡",《日华子本草》主"痔瘘、乳痈、瘰疬"。临床配用于痈疽溃疡的方药中,有增加消肿排脓,生肌止痛的效果。《本草汇言》用续断配蒲公英,研末调服,治乳痈,初起可消,久患可愈。煎服,10—15克。

实验研究:川续断根含龙胆碱、三萜皂甙、挥发油。

补骨脂

始载于《雷公炮炙论》。又名破故纸。为豆科植物补

骨脂 Psoralea corylifolia L.的果实。秋季果实成熟时采收果序，晒干，搓出果实，除去杂质。

果实呈扁肾形，长3—5毫米，宽2—4毫米，厚约1.5毫米。果皮粗糙有微细网状纹，呈黑色、黑褐色或灰褐色，与外种皮粘贴，不易分离。顶端圆钝，有小突起，中央微凹，基部有果梗断痕。有时外附绿白色膜质宿萼，具5齿裂，上有棕色腺点。种子一粒，肾形，浅黄色，光滑，于凹侧有种脐及残存珠柄。剖开后可见肥厚的子叶两片，黄白色，有油性。气微芳香，味辛，微苦。主产于中国四川、河南、陕西、安徽省。

本品味辛、苦，性温。归肾、脾经。功能补肾壮阳，纳气平喘，暖脾止泻。主治肾阳不足、下元虚冷的阳痿、遗精、遗尿、尿频、腰膝冷痛、短气喘嗽及脾肾阳虚的久泻。

临床治疗阳痿、遗精、早泄，常配菟丝子、枸杞子、仙灵脾等，以补肾壮阳益精；若老人夜尿增多，小便余沥及小儿肾虚遗尿，可配桑螵蛸，覆盆子、山药、益智仁等温肾缩尿之品同用；《魏氏家藏方》治肾气虚冷，小便无度之破故纸丸，则合小茴香为丸，加强温肾祛寒的作用；若老人下焦虚冷，囊湿多水者，本品更可配苍术、白术等以温下燥湿；若肾虚腰膝冷痛者，则配胡桃仁、杜仲同用，方如《和剂局方》青娥丸。又如肾气虚弱，摄纳无权的慢性喘嗽，补骨脂也常与胡桃肉合用，或配人参、肉桂之类，以补肾纳气平喘；若命门火衰不能上温脾土以腐熟水谷，而致完谷不化，久泻不愈者，宜与温脾涩肠止泻之药配伍，如《校注妇人良方》之四神丸，以补骨脂合肉豆蔻，五味子、吴茱萸，治脾肾阳虚之五更泄泻。补骨脂制成酊剂外搽，或针剂肌内注射治疗银屑病、白癜风有效。临床报道，补骨脂有升高白细胞的作用。本品辛香温燥，故阴虚火旺，大便燥结者忌用。煎服，6—15克。

实验研究：果实含挥发油、香豆精类、黄酮类、单萜酚类、皂甙、树脂等。香豆精类中主要为补骨脂素和花椒毒素；还有异补骨脂素、补骨脂定、异补骨脂定、双羟异补骨脂定等。黄酮类中有异补骨脂查耳酮、补骨脂查耳酮、新补骨脂查耳酮、补骨脂双氢黄酮、异补骨脂双氢黄酮、补骨脂双氢黄酮甲醚、补骨脂异黄酮、新补骨脂异黄酮、补骨脂异黄酮醛等。单萜酚类中有补骨脂酚。其他还有补骨脂醛、豆甾醇、β谷甾醇葡萄糖甙、卅烷等。

异补骨脂查耳酮在动物试验中有明显扩张冠脉作用，并能对抗脑垂体后叶素对冠脉的收缩作用，还能加强心收缩力，对抗乳酸引起的心力衰竭。心肌氧耗量增加不明显，心肌呼吸尚有所提高。补骨脂提取物能使离体及在位肠管兴奋。异补骨脂素、补骨脂酚对小鼠有显著抗着床、抗早孕作用。补骨脂酚的毒性反应较强，并有较强的雌激素样作用。以果实干粉饲喂成年雌鼠37—77日，能伤害其生育能力，但改为正常饲料一周后即可恢复。

补骨脂酚对金黄色葡萄球菌等在试管中有抑制作用。对青霉素和其他抗生素产生耐药的金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌等，补骨脂提取物能抑制其生长。

补骨脂粗制剂有致光敏作用，内服或局部用药后，使皮肤对紫外光照射敏感，利用此种作用，补骨脂素、花椒毒素等香豆精，可治疗白癜风、银屑病等，但过量容易出现色素沉着，严重时可发生红肿和水疱。

菟丝子

始载于《神农本草经》。又名吐丝子、龙须子、萝丝子。为旋花科植物菟丝子 Cuscuta chinensis Lam.的种子。秋季果实成熟时，连同寄主一起割下，晒干，打落种子，去净杂质。

种子呈类球形或卵圆形，细小，两侧凹陷，直径1—1.5毫米。表面灰棕色或黄棕色，微粗糙，有细密小点，一端有微凹的线形种脐。质坚实、不易破碎，用沸水煮之种皮易破裂，露出白色卷旋形的胚，形似吐丝。气微，味微苦涩。中国大部分地区均有生产。

本品味辛、甘，性微温。归肝、肾、脾经。功能补肾益精，养肝明目，健脾止泻，安胎。主治遗精早泄、阳痿不育、尿频失禁、腰酸膝软、消渴、头昏目暗、便溏不实、胎动不安等。

由于本品具有助阳道，固精关，坚筋骨等补肾作用，故临床主要用于肾虚不能藏精而引起的遗精早泄、不育、腰酸无力，常与覆盆子、五味子同用，如《医学入门》的五子衍宗丸；若思虑过度，心肾不交，而致遗精、白浊者，可与茯苓同用，如《和剂局方》的茯菟丸；若肾阳亏虚而致阳痿早泄者，可与鹿茸、苁蓉同用；若肾气不足，小便失禁或尿有余沥者，可与桑螵蛸、鸡内金同用；肾虚腰痛、酸软无力，多配杜仲、牛膝以强筋坚骨。对于肾虚消渴，阴津下竭者，《全生指迷方》有菟丝子丸，单用本品，不仅取其补肾摄阴，而且"补中寓升"，能"化肾中之阴以升其液"。又肾气不固而为膏淋者，《奇效良方》有菟丝丸，以本品配桑螵蛸、泽泻。现临床上用以治疗乳糜尿，都是取其固摄肾中精气的作用。治妇人胎动不安，常配续断、桑寄生、山药、阿胶等，以补肾养血安胎，如《医学衷中参西录》的寿胎丸。妇人子宫虚冷，带下绵绵，可配山茱萸、赤石脂等以温养肝肾。本品之补养肝肾，还表现在明目方面，治疗肝肾不足，精气不能上承所致的头昏目暗，视力减退，久服有较好疗效，如《银海精微》驻景丸，用本品与枸杞子、熟地配用；如气虚瞳子无神，以麦冬佐之。本品尚有补脾作用，常用于脾虚泄泻、饮食减少、四肢困倦等症，如《方脉正宗》以本品配人参、黄芪、白术、木香、补骨脂、小茴香等，治脾元不足，大便不实。因甘能助脾，脾旺则卫气自充，肌肉得养，肢体壮实，所以《本经》认为本品有"益气力，肥健人"的补益作用。总之，菟丝子是补肾、养肝、健脾的要药，既没有腻滞之弊，也无燥热之偏，所以《本草正义》指出菟丝子"善滋阴液，而又敷布阳和"。对于肝肾不足，脾运不健之证，不论阴虚或阳虚，均可随宜配伍。此

外,菟丝子浸酒外擦,可治疗白癜风。煎服,10—15克。本品虽为阴阳并补之药,但仍偏于补阳,所以肾经火旺,阳强不痿,大便燥结者慎用。

实验研究:种子含树脂甙、糖类、淀粉等。浸剂、酊剂能增强离体蟾蜍心脏收缩力,降低麻醉犬血压,抑制肠运动,兴奋离体子宫。并能提高机体细胞免疫水平,且有诱生干扰素的作用。

沙苑子

始载于《本草图经》。原名同州白蒺藜,又名沙苑蒺藜、沙蒺藜、潼蒺藜。为豆科植物扁茎黄芪 Astragalus complanatus R. Br.的种子。主产中国陕西、山西等省。

本品味甘,性温。归肝、肾经。功能补肾益肝,固精明目。主治肾虚腰痛、遗精滑泄、尿频遗尿、阳痿以及肝肾不足的头昏目暗等。张石顽称其最能固精,为泄精虚劳要药。

用治肾虚精关不固,封藏失职,遗精早泄,以此佐鱼鳔胶,共奏益肾固精之功,方如《证治准绳》聚精丸。对于精滑不禁者,须与莲子肉、芡实、龙骨、牡蛎等药合用,以补肾涩精止遗,方如《医方集解》金锁固精丸。治肾虚腰痛,阳痿不举,可分别伍以杜仲、续断或仙茅、巴戟天等。尿频、遗尿,每与温肾缩尿之补骨脂、桑螵蛸等药同用。肝肾精亏,头昏眼花,视力减退,一般配生熟地黄、枸杞子、女贞子;内眼翳障如早期老年性白内障,可再加石菖蒲、夜明砂等药。本品温而不燥,补而不腻,长于补益肾阳,对命门火炽,湿热内蕴患者咸非所宜。煎服,6—15克。

实验研究:含维生素A类物质、脂肪油、鞣质。

狗脊

始载于《神农本草经》。又名强膂、扶筋、金狗脊。为蚌壳蕨科植物金毛狗脊 Cibotium barometz (L.) J. Sm.的根茎。全年可采收,以秋末冬初采收者为佳,挖取根茎,除净泥砂、须根、叶柄及金黄色柔毛,切片,晒干。或蒸后晒至六七成干时。再切片、晒干。

根茎呈不规则长圆形或球形块状,长10—25厘米,直径2—10厘米。表面深棕色,密被光亮的金黄色长茸毛,毛长约1厘米;上端见有几个残留的叶柄残基,红棕色,坚硬木质,背部有凸起棱脊,断面可见分体中柱排列呈双卷形;下部丛生多数棕黑色须根。质坚硬,难折断。无臭,味淡、微涩。

狗脊片为横切或纵切片,呈不规则长形、圆形或椭圆形,边缘不整齐,厚2—5毫米。表面深棕色,平滑,有时残留金黄色毛茸,切面黄绿色,近外皮约3—5毫米处有一棕黄色凸起的木质部圈,髓部有细皱纹。质脆,带粘性;蒸后的切片显红棕色,半透明。无臭,味淡、微涩。主产于中国福建、四川省。

本品味苦、甘,性温。归肝、肾经。功能补肝肾,除风湿,强筋骨,利关节。主治腰背酸痛、膝痛脚弱、风湿痹痛、尿频、遗尿、遗精、带下等。

《本草汇言》谓:"凡属肝肾虚疲,有风寒湿气者,咸需用之。"临床治肝肾亏虚,脊背腰膝疼痛,俯仰不利,筋骨无力配杜仲等同用,以补肝肾而强筋骨。如用于肾虚感受风湿而患腰痛者,可配菟丝子、萆薢,如《太平圣惠方》狗脊丸。也可与川乌头、萆薢、苏木节等祛风除湿,活血化瘀药相配,用于风气走注所致之腰痛脊强与跌扑损伤之瘀血作痛,如《普济方》四宝丹。若风湿久痹,常配桂枝、秦艽、独活等同用,以祛风湿而除痹。现代临床上对于脊椎炎、脊髓病、脊椎压缩性骨折后遗症及腰肌劳损等,常在补肝肾,通血脉,祛风寒等方药中加用本品。本品且能固摄冲带,补益督任,用其治疗冲任虚寒,带下纯白,可配鹿角、艾叶等同用。此外,本品配当归煎服,可治产后足肿。外伤出血,用狗脊毛经消毒后敷于创面,可以止血。煎服,3—10克。阴虚小便不利者忌服。

实验研究:金毛狗脊根茎含淀粉约30%,根茎的柔毛含鞣质及色素。又含绵马酚。

狗脊的金黄色柔毛对疤痕组织、肝脏、脾脏的损伤出血有较好的止血效果,其作用较明胶海绵迅速。柔毛似能被组织逐渐吸收而消失。

骨碎补

始载于《雷公炮炙论》。又名猴姜、毛姜、申姜。为水龙骨科植物槲蕨 Drynaria for tunei (Kunze) J. Sm.或中华槲蕨 D. baronii (Christ) Diels 的根茎。全年可采挖,除去叶片及泥砂,晒干,再以火燎去鳞片和毛茸。

槲蕨根茎呈扭曲的扁平长条状,多弯曲,有分枝,长5—20厘米,直径0.5—2厘米,厚约2—4毫米。表面密被细小披针形鳞片,棕色或黄棕色,柔软如毛。火燎的鳞片呈深棕色,或部分脱落,两侧及上表面具凸起或凹下的圆形叶痕,少数有叶柄残基,下面残留短的须根。质硬脆,易折断,断面红棕色,有多数黄白色散在的维管束小点,排列成圈。气微弱,味淡、微涩。主产于中国湖北、浙江等省。

中华槲蕨根茎细长而稍平直,少分枝,长5—20厘米,直径0.6—1厘米,厚约2—4毫米。表面密被黄棕色小鳞片,呈披针状钻形,易脱落,鳞片脱落处可见纵向的细纹理。质硬,断面黄色。气无,味淡、微涩。产于中国陕西、甘肃、青海、四川、云南等省。

本品微苦,性温。归肝、肾经。功能补肾,坚骨,活血,止痛。主治肾虚腰脊疼痛、下肢痿弱、跌扑损伤、骨折、牙浮疼痛、牙龈出血、耳鸣耳聋、久泻久痢等。

临床治肾虚腰脊疼痛、下肢痿弱,可与干地黄、杜仲、桑寄生、牛膝等补肝肾,强筋骨的药物同用;如因风湿内

着，血行不畅者，则可配独活、威灵仙、鸡血藤等祛风通络之品。近亦以本品为主，与威灵仙配制成骨碎补流浸膏，以治腰肌劳损，关节痛及肋间神经痛；有配熟地黄、肉苁蓉、鹿衔草、仙灵脾、鸡血藤等制成骨质增生丸，用于治疗肥大性脊椎炎、颈椎病、骨刺等，都有一定疗效。用于跌扑损伤、骨折、瘀血疼痛，本品可配当归、川芎、红花、地鳖虫、续断等以活血祛瘀，理伤止痛；并可与血竭、乳香、没药、自然铜等研末，制成凡士林油膏涂敷患处。齿为骨余，耳为肾窍，本品能补肾坚骨，故肾虚之牙浮疼痛，牙龈出血，耳鸣耳聋，均可应用。牙痛、牙龈出血属虚阳上浮所致者，可入济生肾气丸中用之。若因虚火而致龈肿红痛，可与地骨皮、石斛同用；如配玄参、露蜂房等解毒药，也可用于牙槽脓肿。治牙龈出血，除内服外，亦可单用或配青盐、槐角炒研为末，用以擦牙，有固齿的作用。若耳鸣、耳聋，可与熟地、山药、山萸肉等补肾药配用。临床上本品对防治链霉素毒性及过敏反应的耳鸣、耳聋，也有一定的控制作用。久泻、久痢属肾虚者，可用骨碎补为末，入猪肾中煨熟食之，或与炒山药、茯苓、肉豆蔻、五味子、赤石脂等补肾、健脾、涩肠药同用。此外，本品也可外治斑秃及鸡眼，斑秃脱发者可浸酒外搽或用鲜品切片擦患处；足部鸡眼，用95%浸液外涂。煎服，3—9克；鲜品6—15克。阴虚火旺及无瘀血者慎服。

实验研究：槲蕨根茎含柚皮甙，并含淀粉25%—34.98%。

骨碎补注射液对兔实验性高脂血症的血清胆固醇及甘油三酯的增高有预防和治疗作用，并能使主动脉壁粥样硬化斑块形成减轻。从骨碎补分离出的内酯，用吐温乳化后喂兔，也可使实验性高脂血症兔血清甘油三酯显著下降，但血清胆固醇则无明显改变。从骨碎补中分离出的双氢总黄酮，对在位兔心可加强心肌收缩力；对小鼠常压耐缺氧试验，可延长存活时间。此外，对小鼠尚有镇静、镇痛作用。

胡桃仁

始载于《千金要方·食治》。原名胡桃，又名胡桃肉、核桃仁。为胡桃科植物胡桃 Juglans regia L. 的种仁。主产于中国河北、山西、山东省。

本品味甘、涩，性温。归肾、肺经。功能补肾，温肺，定喘，利尿，润肠。主治肾虚腰痛、两足痿弱、头晕耳鸣、尿频、遗精、肺虚喘咳、肠燥便秘、石淋。本品为滋养强壮药，宜于老人或体弱者作滋补用。孟诜谓其能"通经脉，润血脉，黑须发，常服骨肉细腻光润"。《御药院方》胡桃丸，更用以益血补髓，强筋壮骨，延年明目，悦心润肌。治疗肾虚腰痛，常配补骨脂、杜仲、大蒜，如《和剂局方》青娥丸。治头晕耳鸣，配杞子、首乌；治尿频、遗精，配补骨脂、菟丝子、金樱子。胡桃仁不独能温补下焦，兼能摄纳元气，敛肺定喘，对肺虚久咳，常与人参同用，如《济生方》人参胡桃汤。若肺肾虚寒之喘嗽，临床每与人参、熟地、牛膝、蛤蚧等同用。老人体虚人之肠燥便秘，临睡前用生胡桃仁拌少许蜜糖送服，也可与肉苁蓉、火麻仁配伍应用。有报道治尿路结石，用胡桃仁120克，食油炸酥，加糖混合研成乳剂或膏状，于1—2日内分次服完，促使结石排出；亦有与大麦、茯苓、甘草、灯心水煎服者。此外，前人尚有以胡桃仁配硼砂以治痞瘕。在外用方面，取胡桃油，兑入冰片少许滴耳，治疗慢性中耳炎。以胡桃仁略炒，轧取油，用炉甘石粉调匀，薄涂于创面，治疗湿疹，能迅速止痒，减少渗出液。煎服，9—30克。欲养血则去皮用，欲止喘则留皮用。痰火积热或大便溏泄者不宜。不可与浓茶同服。

分心木，又名胡桃隔、胡桃夹。为胡桃果核内的木质隔膜，亦供药用。味苦、涩，性平。归脾、肾经。功能固涩收敛。治肾虚遗精滑精、遗尿、尿频、尿血、血崩、脾虚泄泻、带下。亦治呃忒、噎膈。煎服，6—15克。

实验研究：胡桃仁含脂肪油达50%以上，主成分为亚油酸甘油酯，混有少量亚麻酸和油酸的甘油酯。又含蛋白质15.4%、糖类10%、钙0.119%、磷0.362%、铁0.035%、胡萝卜素1.7毫克/L、维生素 B_2 1.1毫克/L。

动物试验，种仁有镇咳平喘作用，还有拮抗组胺对支气管的致痉作用。以胡桃油的混合脂肪饮食饲养动物，可使其体重增长较快，血清蛋白的增加超过血胆固醇水平之升高。亦可减少胆固醇在体内的吸收，促进胆固醇在肝内降解，随胆汁排出体外。

列当

始载于《新修本草》。原名草苁蓉，又名花苁蓉、独根草。为列当科植物紫花列当 Orobanche caerulescens Steph. 的全草。分布于中国东北、华北、西北地区及四川等省。

本品味甘，性温。归肾经。功能补肾助阳，强筋骨。主治肾虚阳痿、腰膝冷痛等病症。治阳痿，常与巴戟天、蛇床子、菟丝子、沙苑子同用。腰膝酸软，配桑寄生、川断等。外治小儿腹泻，用本品煎液洗足。煎服，9—15克。阴虚火旺者不宜。

仙茅

始载于《海药本草》。又名独茅根、地棕根、独脚仙茅。为仙茅科植物仙茅 Curculigo orchioides Gaertn. 的根茎。秋、冬两季叶枯萎时采挖，除去芦头及须根，洗净，干燥；或蒸后干燥。

根茎呈圆柱形，略弯曲，一端稍膨大，长3—10厘米，直径4—8毫米。表面黑褐色或棕褐色，粗糙，皱缩，有纵横皱纹，还可见细孔状须根痕。质硬脆，易折断，断面不平坦，带颗粒性或略呈角质状，淡褐色或淡棕色，近中心处色较深。气微香，味微苦辛。主产于中国四川、广东

省。此外,广西、云南、贵州等省、区亦产。

本品味辛,性温。有小毒。归肾、肝经。功能温肾壮阳,强筋骨,祛寒湿。主治命门火衰的阳痿精冷、遗精滑泄、尿频、遗尿,腰膝酸痛、风寒挛痹、脘腹冷痛、食少腹泻等病症。

凡下元不足诸证,均可用其补火助阳,如阳痿精冷,配熟地黄、枸杞子等滋阴益阳;遗精滑泄,配山萸肉、菟丝子、五味子、覆盆子等,共奏补肾固涩之功;腰膝酸痛、风寒挛痹,配杜仲、桑寄生、金狗脊等补肾阳、强筋骨、祛风湿之品;若火不生土,致中焦虚寒而脘腹冷痛,食少腹泻,可与补骨脂、肉豆蔻、白术等同用以温肾暖脾。本品配仙灵脾、巴戟天、当归温肾养血,调理冲任,知母、黄柏滋阴降火(即验方二仙汤),可治妇女阴阳两虚之更年期综合征及高血压。此外,用其鲜根捣敷,可治痈疽肿毒;配半边莲煎服,药渣外敷,能医毒蛇咬伤。

综观仙茅,以温肾壮阳为主,功效与仙灵脾基本相似,而猛烈则过之,且兼能祛除风冷,又有小毒,是以临床虽亦用于虚怯之证,但不可视为补益久服之品。煎服,3—10克。本品药性燥烈,久服有伤阴涸液之弊,阴虚火旺者忌服。中毒症状为舌肿胀,可用大黄、玄明粉水煎服,或用三黄汤解之。

实验研究:根茎含粘液质,水解后产生甘露醇、葡萄糖、葡萄糖醛酸;又含丝兰甙元、石蒜碱。根的油中含有棕榈酸、油酸、亚油酸、亚麻酸、花生酸、山萮酸。另含树脂、鞣质。

仙茅醇浸剂具有抗高温、耐缺氧等适应原样作用,以及镇静、抗惊厥、雄性激素样等作用,尚能增强小鼠的免疫功能。丙酮提取物对艾氏腹水癌实体瘤有抑制作用。

鹿衔草

始载于《滇南本草》。又名破血丹、紫背金牛草、鹿含草。为鹿蹄草科植物普通鹿蹄草 Pyrola decorata H. Andres 或鹿蹄草 P. calliantha H. Andres 的全草。全年可采,连根挖取,洗净,晒干。或晒至叶片较软缩时,堆压发热,待叶片两面变成紫褐色时再晒干。

全草的茎呈圆柱形,紫褐色或紫棕色,稍具棱,并有纵皱纹,无毛,略有光泽。叶基生,叶柄长,扁平而中央凹陷,两边呈膜质状,弯曲,无毛;叶片皱缩或稍破碎,完整叶呈长卵圆形或近圆形,上表面紫红色,少有呈棕褐色,有时沿脉具白色斑纹,下表面紫红色,有时具白粉,脉纹明显。有时可见花茎,上有数朵小花或扁球形棕色蒴果。气无,味微苦。产于中国浙江、安徽、云南、四川、贵州等省。

本品味苦、甘,性平。归肝、肾经。功能益肝肾,强筋骨,祛风湿,止血。主治肾虚腰痛、风湿痹痛、筋骨酸软、腰膝无力以及虚劳咯血、月经过多。用于肾虚腰痛,膝痿无力,每与胡芦巴、菟丝子等补肾药配伍。治风湿痹痛,日久肝肾不足的患者,可与独活或老鹳草等祛风湿药同用。本品又擅止血,治疗虚劳咯血、衄血,可与白及等同用;治疗妇女月经过多,可与陈棕炭配伍;鲜品捣敷,能止外伤出血。近亦用治慢性肠炎、痢疾、肾虚淋浊、煎水洗疮痈肿毒等证。煎服,9—15克。

实验研究:圆叶鹿蹄草的全草含熊果酚甙 7.93%、鞣质 18%、肾叶鹿蹄草甙、2,5-二羟基甲苯、熊果酸、挥发油、蔗糖、蔗糖酶、苦杏仁酶等。干叶含高熊果酚甙、异高熊果酚甙、梅笠草灵。鹿蹄草含甲基氢醌,对金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌、宋内痢疾杆菌及大肠杆菌有抑制作用,其 MIC 为 12.5—100 微克/毫升。其浸剂对衰弱的蛙心,有增加心肌收缩力,抗心律不齐的作用。它还可使犬、兔心肌收缩力增强,使血管显著扩张,叶的作用比根茎强。提取物能改善小鼠心肌营养性血流(^{86}Rb 法)。煎剂对小鼠有避孕作用,能抑制发情期和使子宫、特别是卵巢萎缩。熊果酚甙口服后在体内迅速水解而产生氢醌,它与葡萄糖醛酸结合,在大剂量给予且尿液为碱性时,可释出游离氢醌而杀菌,可治疗尿路感染,但效力不强。

韭子

始载于《本草经集注》。又名韭菜子。为百合科植物韭 Allium tuberosum Rottler 的种子。中国各地皆产。

本品味辛、甘,性温。归肝、肾经。功能温肾壮阳,固精,止带。主治阳痿、遗精、腰膝酸软、遗尿、尿频,及白带等病症。可单味内服,或配其他温补固涩之品同用。如《千金要方》以韭子煮粥治虚劳尿精;醋煮为丸,治妇女带下;同桑螵蛸为末,治梦遗、小便频数。《梅师方》治遗精、滑泄则以韭子与龙骨同用。下元不足者,韭子亦常配用于温补肝肾的药物中。例如小便频数,常与补骨脂、益智仁配伍;又如《三因方》之家韭子丸,治下元虚冷,遗尿、滑精、尿浊者,配鹿茸、熟地、苁蓉、巴戟天等。煎服,3—9克。本品补火助阳,故阴虚火旺,内热者忌用。

蛇床子

始载于《神农本草经》。又名蛇米、蛇珠、蛇粟、癞头花子。为伞形科植物蛇床 Cnidium monnieri (L.) Cusson 的果实。夏、秋二季果实成熟时,拔起全株,打落果实,除去枝叶杂质,晒干。

双悬果呈椭圆形,长 2—4 毫米,直径 2 毫米。表面灰棕色,顶端有小突起,为残留花柱,基部偶有细小果柄。分果为半椭圆状,背面有翅状果棱五条,纵沟四条,侧棱比背棱稍宽,接合面平坦,见有两条棕色的纵线,中间夹有一条纤细的心皮柄。果皮松脆,揉搓易脱落,种子细小,灰棕色,显油性。气香,味辛凉,有麻舌感。中国大部分地区均有生产。

本品味辛、苦，性温。有小毒。归肾经。功能燥湿，杀虫、止痒，温肾助阳。主治男子阴囊湿痒、女子阴痒肿痛、皮肤湿疹、疥癣，以及阳痿、不孕、寒湿带下。

用于囊湿阴痒、湿疹、疥癣等，一般多作外用。阴囊湿疹，女子阴痒，可单用或配苦参、明矾、黄柏等煎汤外洗；如女子阴痒白带多者，也可用本品与枯矾研末为丸作坐药使用，现在有以本品制成软膏或栓剂用治滴虫性阴道炎及宫颈糜烂。湿疹、疥癣，既可煎水外洗，亦可研末外掺或制成油膏搽敷。若配枯矾、苦参、黄柏、硼砂、轻粉等研末，油调外涂，则疗效更佳。本品内服可以温肾助阳，凡由肾阳衰弱，下焦虚寒致男子阳痿，女子宫冷不孕者，可与熟地黄、枸杞子、菟丝子、五味子等补肾益精药同用；虚寒甚者，加附子、肉桂。治寒湿带下，《方脉正宗》以本品与鹿角胶、山萸肉、车前子等同用，乃取其温肾、燥湿之功。煎服，5—10克。下焦湿热或肾阴不足者忌服。

实验研究：果实中主要成分为多种香豆精衍生物：欧芹酚甲醚、二氢山芹醇、当归酸酯、园当归素、食用当归素、乙酸二氢山芹醇酯、异戊酸二氢山芹醇酯、香柑内酯、异茴芹香豆素、二氢山芹醇、蛇床素、乙酰基异蛇床素、花椒毒酚等。又含挥发油1.3%，其中主要成分为左旋蒎烯、左旋莰烯、异戊酸龙脑酯、异龙脑。

浸膏体外能杀灭阴道滴虫，有性激素样作用。体外能抑制常见的致病性皮肤真菌。蛇床子粉能灭孑孓及蝇。

硫黄

始载于《神农本草经》。原名石硫黄。为自然元素类矿物硫族自然硫或含用硫矿物冶炼而成。产于中国山西、陕西、河南、山东、湖北、湖南、四川、江西、广东、台湾等省。

本品味酸，性温。有毒。归肾、脾经。功能补火壮阳，温脾，杀虫止痒。内服主治命门火衰，下焦虚冷所致的阳痿、尿频、遗精、带下、短气喘逆、脉微肢厥、心腹冷痛、泄泻及便秘等病症；外用主治疥疮、顽癣、秃疮、天疱疮、阴蚀瘙痒及阴疽恶疮。

内服宜制成丸剂或散剂。如《和剂局方》之金液丹，即硫黄一味，依法炼制后研末为丸，以治上述火衰痼冷诸证，有固真气、暖丹田、坚筋骨、壮阳道之功。但一般多配伍应用，如《方脉正宗》治下元不足，脾胃虚寒之久泻，则配人参、白术、丁香、补骨脂等以补火益土，健脾止泻。本品为补火暖土之品，既能用于虚寒之久泻，又可治疗虚冷之便秘。故李时珍云："其性虽热，而又能疏利大肠。"治疗老人虚寒便秘常用的方剂半硫丸，就是硫黄与半夏、生姜配制而成。《和剂局方》又有黑锡丹，系硫黄同镇逆之黑锡（铅）为主，炼制成砂，与温肾祛寒之附子、肉桂、胡芦巴、沉香等配合而成，用于真阳不足，下元虚冷，阳气不固，阴气冲逆之证，为救治喘急痰鸣，四肢厥逆，阳气欲脱之名方。

本品外用，擅于杀虫止痒，为治疥癣及湿疮瘙痒之要药。可单用或配其他杀虫、止痒、祛湿、收敛等药协同使用。如《医宗金鉴·外科》治疗疥疮之臭灵丹，即硫黄粉同油胡桃仁及水银少许，生猪油同捣为膏，搽擦患处；《圣济总录》治顽癣之如圣散，系与风化石灰、铅丹、腻粉同研为粉，香油调涂；用于阴部湿疮瘙痒，除单用硫黄粉外敷外，亦可与蛇床子、明矾同用，能增强祛湿，止痒的效果。如同荞麦粉制成粉剂，水调外敷，则可治阴疽恶疮，以解毒疗疮，如《外科正宗》之妙贴散。

此外，本品也可治疗蛲虫病，每晚以硫黄粉扑于肛门及其周围。前人谓硫黄气味俱厚，为纯阳之物，内服虽能补命火，祛阴寒，但多服、久服易致中毒，故《本草衍义》谓，内服硫黄"中病当便已，不可尽剂"。内服宜慎。研末为丸、散服，1.5—3克。阴虚患者及孕妇均忌服。畏朴消。

实验研究：纯品主含硫，并含碲与硒。商品中有杂质。内服后在肠内一部分变为硫化物或硫化氢，能刺激肠壁而有致泻作用。升华硫有杀菌及杀疥虫作用；局部应用对皮肤有溶解角质的作用。空气中硫化氢浓度过高，可直接麻痹中枢神经细胞而导致死亡。

阳起石

始载于《神农本草经》。又名白石、羊起石。为硅酸盐类矿物阳起石的矿石，有时呈石棉状，称阳起石石棉。主产于中国湖北、河南、山西、河北、四川、山东等省。

本品味咸，性温。归肾经。功能温补命门。主治下焦虚寒，腰膝冷痹，阳痿、遗精、阴汗、女子宫冷、崩漏等病症。

《济生方》有白丸，用阳起石与钟乳石、制附子共研细末为丸，温补命门，治疗阳虚精滑不禁，大便溏泄，手足厥冷；又有阳起石丸，与鹿茸同用，暖子宫，固冲任，以治妇女冲任虚寒、崩中不止。本品还可与其他补肾助阳药同用。如遗精滑泄，配桑螵蛸、金樱子、芡实；阳痿不举，配淫羊藿、仙茅、肉苁蓉；宫冷不孕，配紫石英、肉桂、巴戟天等。此外，本品亦可外用，治缠喉风肿，《儒门事亲》用阳起石烧赤与伏龙肝各等分研细，水调外涂；用于背疮初发及小儿丹毒可单味煅研为末，水调外敷。本品多火煅、醋淬，研末入丸、散服，用量3—4.5克。本品温热助火，且石类药多服易伤脾胃，故不宜久服。阴虚火旺者，更为禁忌。

实验研究：阳起石的组成是 $Ca_2(Mg,Fe^{2+})_5[Si_4O_{11}]_2[OH]_2$，其中：FeO 6%—13%，CaO 13.8%，MgO 24.6%，SiO_2 58.8%，H_2O 2.8%。

鹿茸

始载于《神农本草经》。为鹿科动物梅花鹿 *Cervus*

nippon Temminck 或马鹿 C. elaphus L. 雄体未骨化密生茸毛的幼角。前者药材习称“花鹿茸”;后者药材习称“马鹿茸”。采得的幼角经加工后,阴干或烘干。

花鹿茸:锯茸,头茬茸呈圆柱形,有 1—2 个分枝。具一个分枝者习称“二杠”,主枝习称“大挺”,长 14—18 厘米,锯口直径 3 厘米左右,侧枝长 9—15 厘米,直径较主枝略细。枝顶端钝圆,外皮棕色或红棕色,多光润,表面密布红黄色或棕黄色的柔软细毛茸。锯口面黄白色,有致密的蜂窝状小孔,外围无骨质。具两个分枝者习称“三岔”,主枝长 23—30 厘米,直径较“二杠”细,略呈弓形,微扁,枝端略尖,下部多有纵行棱纹及突起的疙瘩,皮红黄色,茸毛较稀疏粗糙。体轻,气微腥,味微咸。二茬茸与头茬茸相似,但上枝长而不圆或下粗上细,下部有纵棱纹。皮灰黄色,茸毛较粗糙。锯口外围多已骨化。体较重,无腥气。主产于中国东北地区及河北、北京等省、市。

马鹿茸:较花鹿茸粗大,分枝亦较多。皮灰黑色,毛青灰色、灰黄色或灰黑色。锯口蜂窝状小孔较大,色较深,常见骨质。气腥,味咸。主产于黑龙江、吉林、内蒙古、新疆、青海、甘肃等省、区。

本品味甘、咸,性温。归肾、肝经。功能补肾壮阳,益精血,强筋骨,为峻补元阳之要药。凡属肾阳衰弱,出现神疲乏力,畏寒肢冷,阳痿滑精,遗尿尿频,女子宫冷不孕,及精血亏损所致的腰脊酸疼,骨弱无力,眩晕心悸,耳聋目暗以及小儿生长发育不良,筋骨痿软,行迟齿迟等病症,可单用本品研末服,也可配合其他补益药同用。阳痿遗精,饮食不思,宫冷不孕,可与熟地、山萸肉、补骨脂、巴戟天、淫羊藿等补肾壮阳药同用。尿频,或夜间多尿,遗尿,可配附子、益智仁、龙骨、桑螵蛸以温摄肾气。精血亏虚,腰膝酸软,眩晕耳鸣,可与熟地、白芍、杞子、当归、菟丝子等补肾养血药同用。血虚严重者,又可与当归、黄芪、阿胶、鸡血藤等益气养血药配合应用。近以鹿茸内骨髓,用白酒浸渍成鹿茸血酒,应用于血小板减少症、白细胞减少症、慢性再生障碍性贫血,对血象和症状,都有不同程度的改善。小儿发育不良,行迟齿迟,囟门不合等症,可与六味地黄丸同用,也可与牛膝、五加皮等强筋健骨药合用。若心肾两亏,气虚阳衰,面色㿠白,神疲肢冷,短气少气,心悸怔忡,或冷汗自出,脉微细者,每与人参配用,有补气助阳作用。若阴阳俱虚甚者,可配以附子,如《世医得效方》茸附汤。又本品不独能益精血,且能固摄冲任,治疗崩漏带下之症,鹿茸每与阿胶、熟地、当归等补血养血药同用,若再加入蒲黄、乌贼骨等固涩止血之品,则疗效更佳。久痢阴阳两伤,少腹肛门有下坠感,腰胯脊背酸痛,可配人参、附子、当归、茴香、杜仲;偏于阴伤者,去附子,加补骨脂。又肾阳衰弱,不能温养脾胃,引起大便溏泄,饮食少思等症,应用鹿茸有益火生土的效用,可配以人参、附子、炮姜、白术等温补脾肾药同用。至于阴疽疮肿内陷不起,或疮疡久溃,因气血亏虚,脓稀不敛之症,鹿茸亦有温补内托之功,常与黄芪、肉桂、当归等配合应用。总之,鹿茸为血肉有情之品,大补精血。《内经》所谓“精不足者,补之以味”是也。但鹿茸性偏补阳,若阴虚火旺,及血分有热者忌用,误用之,往往发生吐血、衄血、尿血、目赤、头晕、中风昏厥等症状。研末服,每次 0.5—1 克。

实验研究:本品含雌酮、雌二醇、三磷腺甙、胆甾醇、油溶维生素、卵磷脂、脑磷脂、多种氨基酸(其中以谷氨酸、脯氨酸和赖氨酸最多)及脂肪酸。此等氨基酸,对人体有强壮作用,能提高机体的免疫功能,改善营养不良及提高物质或能量代谢,在饲料中加入鹿茸可使小鼠、大鼠体重增长较快;并能促进蝌蚪的发育,动物给予鹿茸精经一定时间,其红细胞、血红蛋白、网质红细胞均见增加;并有升高白细胞,显著增加大鼠脑,肝,肾等脏器的耗氧量,中等剂量鹿茸精能增强心脏活动并增加输出量,对疲劳或节律不齐的离体心脏易于恢复,剂量太大或太小都无效。在儿科临床上初步观察到鹿茸精能使低弱的心音变为清晰,脉搏充盈,血压升高,心电图上 P-Q 间期缩短。使兔及大鼠受“鞭打损伤”后,脑脊髓部分糖酵解表现异常,多种酶活性受到抑制,如采用鹿茸精治疗,上述各种异常均获得明显恢复,并使兔异常的脑电图亦获得改善。鹿茸还能增强肾脏的利尿功能和胃肠道的运动和分泌功能,提高离体子宫的张力和增强其节律性收缩。鹿茸有促进健康人淋巴细胞转化的免疫促进作用,但另有报道微量鹿茸也能促进癌细胞的增殖。

鹿角

始载于《神农本草经》。为鹿科动物梅花鹿 Cerv us nippon Temminck 或马鹿 C. elaphus L. 等已骨化的老角。前者主产于中国东北地区,河北、北京等省、市亦产;后者主产于黑龙江、吉林、内蒙古、新疆、青海,此外,甘肃、云南、西藏等省、区亦产。

本品味咸,性温。归肾、肝经。熟用能补肝肾,益精血,强筋骨,用治肾虚腰脊疼痛,足弱无力,以及虚寒性崩漏带下,尿血久不止;生用能散血消肿,下乳,治疗折伤瘀血疼痛,风湿骨痛,乳房胀痛,疮疡肿毒等病症。肾虚腰脊疼痛,不能久立,单用鹿角细末,酒冲服;或配牛膝作丸服,如《济生方》鹿角丸。虚寒性崩漏,可配熟地、阿胶、乌贼骨。妊娠忽然下血,腰疼不可忍,可用鹿角配当归煎服。治胞衣不下,可用鹿角屑为末姜汤送下。妇人白浊,属虚冷者,及消中日夜尿多者,均可以鹿角炒黄为末酒服。尿血久而不止,脉细数者,配秋石蜜丸,乌梅汤下,如《医略六书》鹿角秋石丸。折伤筋骨疼痛,研末酒服。配以祛风湿药,亦疗风湿骨痛。乳汁不下,乳房胀痛,单味研末服。如乳痈初起,红肿热痛甚者,可与蒲公英、全瓜蒌、银花、连翘等清热解毒、消肿散结药同用。治疗虚寒性的疮疡阴疽,常配肉桂、白芥子等内服,有良好的消散作用。如臁疮赤肿而痛,用凉药久不愈者,当用温药,如

鹿角灰、血余炭、乳香之类,能解毒消肿,生肌敛疮。疮疡肿毒,亦可用本品以醋磨汁外敷。本品在补肾阳,益精血,强筋骨方面,其功略似鹿茸,惟作用远较鹿茸缓弱。而活血散瘀消肿为本品独特之功。煎服,5—10克。鹿角粉,每次1—3克,吞服。阴虚阳亢者忌服。

鹿角胶,为鹿角煎熬而制成的固体胶。功能补肾壮阳,益精血,壮筋骨,止血。主治肾阳虚弱,精血内损所致的虚劳羸瘦、头晕目眩、耳鸣耳聋、腰脊酸痛、足膝痿软无力、男子阳痿滑精、尿频、女子宫冷不孕、崩漏带下,以及吐血、尿血、便血、慢性疮疡久不敛和阴疽、贴骨疽、流痰、鹤膝风等。近亦用治骨结核、腹膜结核等。以药补力,优于鹿角,但不若鹿茸之力峻。

鹿角霜,为鹿角熬胶后所剩残渣,功用近于鹿角而效力较逊。主治肾虚精寒,腰脊酸痛,小便频数;脾胃虚寒,食少便溏;子宫虚冷,崩漏带下等症。外用对创伤出血,或疮疡久不愈合,有较好的收敛止血及敛疮的效能。

实验研究:鹿角含胶质25%,磷酸钙50%—60%,碳酸钙及氯化物等。又提取得一种胶原蛋白,内含氨基己糖。

紫河车

始载于《本草拾遗》。原名人胞,又名胎盘,胞衣,混沌衣。为健康人的胎盘。

本品味甘、咸,性温。归肺、肝、肾经。功能补气,养血,益精。常用作滋补强壮药,久服可耳目聪明、须发乌黑。主治虚劳羸瘦、骨蒸劳热、自汗盗汗、阳痿遗精、咳喘嗽血,以及月经不调、女子不孕等。

治体弱虚损及慢性疾患之气血不足者,可单用本品煮服,或制成胎盘粉、片剂内服,亦可配合人参、山药、茯苓等补气之品;若真阳极虚,畏寒足冷,则配鹿茸、补骨脂、巴戟天等温阳药同用;阴虚火动者,须配龟甲、黄柏等补益肝肾之阴,以降妄动之虚火。治肺虚咳嗽,气喘自汗,可与党参、麦冬、五味子等益气敛肺药配用;若肺痨之咳嗽痰血,潮热盗汗,则可与百部、白及、川贝等润肺化痰之品相伍。治脾虚食少,形瘦神疲,配山药、白术、陈皮等补气健脾。若心悸气短,精神恍惚,用之能补益心神,可单味研末服,或与朱砂同用,更可加入益气补血药如黄芪、党参、当归等。治妇女气血不足以致月经不调,体弱不孕或小产,可与人参、龟甲、杜仲、熟地等合用,方如河车大造丸。产后乳汁不足,用本品研末服亦有良效。《刘氏集验方》单用煎服治久癫失志,气血虚弱;若痫症反覆发作而形体虚惫,则于羌活、僵蚕、南星等化痰祛风镇惊药中参入本品。近年来,紫河车试用于白细胞减少症有一定疗效,可制成粉剂服,或与党参末同服。本品也可外用,治目赤生翳,将胞衣焙干研末,敷目眦中;治慢性窦道及溃疡久不愈,用鲜品捣烂敷或将胎膜贴患处,可促使愈合。研末服,1.5—3克;煮服,半个至1个。

实验研究:新鲜胎盘含血浆10%和血红蛋白2.4%,在胎盘血清中含白蛋白、α球蛋白及β球蛋白达10%。还含干扰素、巨球蛋白及与血液凝固有关的成分如纤维蛋白稳定因子、尿激酶抑制物、纤维蛋白原溶酶元活化物等。胎盘还含各种激素,如促性腺激素A和B、催乳激素、缩宫素、红细胞成熟因子等和多种甾体激素如雌酮、雌二醇、雌三醇、孕甾酮、雄甾酮、去氧皮质甾酮、11-去氧皮质甾酮、可的松、17-羟皮质甾酮等。又含有多种具应用价值的酶如溶菌酶、激肽酶、组氨酶、缩宫素酶、酸性磷酸酶Ⅲ等。此外,还含多糖、磷脂、乙酰胆碱、微量维生素B_{12}及碘等。

胎盘中含有多种酶系统及激素,特别是促性腺激素,因而具有这些激素的生理作用,如促进乳腺和女性生殖器官的发育等。胎盘γ球蛋白有抗感染作用。胎盘还能增强机体抵抗力。但需注意,这些蛋白性成分需注射才有效,胎盘中还含有"凝血因子"及其他有生理活性的物质。

脐带

始载于《本草拾遗》。又名坎炁。为初生婴儿的脐带。

本品味甘、咸,性温。功能益气养血,补肾纳气。主治虚劳羸弱、肾虚喘咳、盗汗、久疟、脐疮等病症。其充养气血之功,善治虚劳阴阳两虚,精神气血俱伤之症,常与人参、熟地、枸杞子等同用,如《医级》之坎炁丹。以其能补肾纳气,故治肾虚喘促,虚劳久嗽及盗汗,有定喘、敛汗之功,可单味煎服或研末服。久疟不已,体虚羸弱者,本品可与人参、白术同用,以壮其元气;如虚寒甚者,可配用附子。小儿脐疮出水不干,《全幼心鉴》以本品与当归头、麝香研末撒敷。研末服,0.6—2克;煎服,1—2条。

实验研究:脐带激素有性激素样作用。

海龙

始载于《百草镜》。又名海蛇。为海龙科动物刁海龙 Solenognathus hardwickii (Gray)、拟海龙 Syngnathoides biaculeatus (Bloch)及尖海龙 Syngnathus acus L.除去皮膜与内脏的全体。夏、秋两季捕捉,刁海龙、拟海龙除去外表皮膜及内脏,洗净,晒干;尖海龙洗净后直接晒干。

刁海龙全体呈长条形而侧扁,中部略粗,直径2—3厘米,尾部渐细而弯曲,全长20—50厘米。表面黄白色或灰棕色。头部前方具管状长吻,口小,无牙,两眼圆而深陷,头部与体轴略呈钝角,躯干部具5纵棱,尾部前段具6纵棱,后段渐细具4纵棱,尾端卷曲全体有圆形突起的花纹及细横纹,各骨环内有突起粒状棘。背鳍较长,胸鳍宽短,无尾鳍。体轻,骨质,坚硬。气微腥,味微咸。产于中国广东、福建等省沿海地区。

拟海龙全体长条形而平扁，直径2厘米，全长约20厘米，表面灰黄色或灰棕色。眼大而圆。躯干部具4纵棱，头部与体轴在同一水平面上。全体具有花纹。产于广东、福建等省沿海地区。

尖海龙全体细长而扭曲呈鞭状，全长约10—30厘米，直径约0.5厘米。表面背部灰褐色，腹部灰黄色。躯干部具有7纵棱，尾部有4纵棱，有尾鳍。质轻而脆，易断裂。产于中国渤海、黄海、东海、南海的近陆海域。

本品味甘、咸，性温。归肾、肝经。功能补肾壮阳，消癥散结，催产。用于阳痿、不育、虚喘、癥瘕积聚、瘰疬、瘿瘤、难产等。肾虚阳痿，不育，腰膝酸软，可与菟丝子、淫羊藿、肉苁蓉等药配伍。肾不纳气之虚喘，配核桃肉研末服。癥瘕积聚，研末酒服。瘰疬、瘿瘤，配冬菇、紫菜、大枣水煎服。近有用治乳腺癌者，以本品配蜈蚣、穿山甲焙干研末，黄酒冲服。难产由子宫阵缩无力者，用之亦宜，赵学敏谓其"功倍海马，催生尤捷效"，可研末冲服或煎服。跌打损伤疼痛，以本品煮汤内服，有止痛之效。用于疔疮肿毒，则可研末外敷。煎服，5—10克；研末服，1.5—3克。孕妇及阴虚火旺者忌服。

实验研究：海龙浸出液对小鼠、大鼠和兔的离体子宫及兔的在体子宫均有兴奋作用。

海马

始载于《本草拾遗》。又名水马、蝦姑、龙落子、马头鱼。为海龙科动物线纹海马 Hippocampus kelloggi Tordan et Snyder、刺海马 H. histrix Kaup.、大海马 H. Kuda Bleeker 及三斑海马 H. trimaculatus Leach 等。除去内脏的全体。全年均可捕捞，一般以8—9月产量最多。捕获后，洗净，将内脏除去，晒干；或除去外部灰黑色皮膜和内脏后，将尾盘卷，晒干。

线纹海马体呈扁长条形，略弯曲或卷曲。长约30厘米，黄白色，略有光泽，躯干部粗而扁方，具七棱，尾部渐细而方，为四棱，末端尖细向内卷曲。全身有瓦楞形的节纹及短棘。头略似马头，具管状长吻，口小、无牙。两眼深陷。背部有鳍。体轻，骨质，坚硬。气微腥，味微咸。刺海马体形似海马，较小，长15—20厘米。表面黄白色，全体具有细而尖的棘刺，刺长2—4毫米。大海马体长20—30厘米，黑褐色。体上无发达棘刺。三斑海马体形亦似线纹海马，长10—18厘米，黄褐色或黑褐色，体侧背部第一、四、七节棘刺基部各具一黑斑。产于中国广东、福建、台湾、山东、辽宁等省沿海地区。

本品味甘、咸，性温。归肾、肝经。功能温肾壮阳，调气和血。主治阳痿、尿频、遗尿、虚喘、难产、癥积及疔疮肿毒等。

临床用于肾阳不足之腰酸、阳痿、尿频等，常与菟丝子、枸杞子，或淫羊藿、巴戟天等相互为用。本品调气和血而有散瘀之功，用治难产及血气痛，并治疗跌打损伤、瘰疬、瘿瘤、癥瘕积聚等症。《圣济总录》木香汤，治远年虚实积聚癥块，在木香、大黄、青橘皮等利气祛瘀药中配用海马，即取其补益阳气、调气和血之功，以助化瘀消癥之力。若配合雄黄、穿山甲、麝香等药外用，可治痈肿疔疮，如海马拔毒散。配合天麻、杜仲、牛膝等药，制成海马追风膏，可外贴治局部麻木，湿痹腰腿酸痛等。研末服，1.5—3克。孕妇及阴虚火旺者慎用。

实验研究：提取物有雄性激素样作用。

海狗肾

始载于《药性论》。又名腽肭脐。为海豹科动物海豹 Phoca vitulina L. 的阴茎及睾丸。春季沿海冰块开裂时，捕捉雄兽，杀死，割取阴茎及睾丸，置阴凉干燥处风干。

阴茎呈长圆柱形，先端较细，后端渐粗，干缩成不规则的纵沟，长约18厘米，直径约1.2厘米，外表乳黄色，杂有褐色斑块。基部附着圆形睾丸两个，外表光滑，黄褐色。阴茎与睾丸间有残存的肌肉。质坚硬，不易折断。有腥臭气。产于中国旅顺、大连、秦皇岛、烟台等沿海地区。

本品味咸，性热。归肾经。功能益精补髓，暖肾壮阳。主治阳痿精衰、虚损劳伤、腰膝酸软、心腹冷痛等病症。

凡肾阳不足之阳痿不起，精冷无子，梦遗滑泄者，可单用本品研末服或浸酒饮；如与人参、熟地、肉苁蓉、山萸肉等同用则疗效更佳。若为五劳七伤所致之真阳衰惫，肌肉消瘦，面色黧黑，腰酸背痛，目眩耳鸣，精神短少，大便溏泄，小便频数，可用本品与附子、鹿茸、人参等配用，如《济生方》腽肭脐丸。至于下元久虚，心腹冷痛或寒疝疼痛，亦可用本品与吴茱萸、高良姜、甘松等祛寒止痛药同用。煎服或炖服，3—9克；研末服，1—3克。阴虚火旺，性欲亢进者忌服。

原蚕蛾

始载于《名医别录》。又名晚蚕蛾、家蚕蛾。为蚕蛾科昆虫家蚕 Bombyx mori L. 的雄性全体。中国大部分地区均有饲养，以江苏、浙江、四川、广东等省为多。

本品味咸，性温。有小毒。归肝、肾经。功能补益肝肾，壮阳涩精。主治阳痿、遗精、白浊、尿血；外用则能定痛、生肌、止血，可治疮疡及创伤出血等病症。治阳痿、遗精、白浊，可用本品研末，白蜜为丸服；若与人参、白术、黄芪等补气药同用，效果更好。本品研末服，亦治尿血。如炒研为末外敷，可治小儿口舌生疮、外伤出血及蛇虫咬伤；与白芷、当归、陈石灰共研用，也可用于冻疮及水火烫伤。入药去翅足，炒用。研末服，1.5—3.0克。阴虚有火者忌服。

实验研究：蚕蛾含蛋白质及约20种游离氨基酸，但

不含脯氨酸、胱氨酸和α氨基异丁酸。又含脂肪油、细胞色素C、α脱皮甾酮及β脱皮甾酮、维生素B_{12}、烟酸等。

狗骨

始载于《名医别录》。又名犬骨。为犬科动物狗 Canis familiaris L.的骨骼。中国各地有产。

本品味甘,性温。功能补脾肾,强筋骨,活血生肌。主治腰腿酸软、四肢麻木、关节痛、久痢不止、赤白带下、痈疽疮疡等。

狗骨治腰腿酸软、四肢麻木及风湿痹痛,可与独活、秦艽、木瓜、枸杞子等药配用;治关节痛,可与穿山龙提取物浸酒服。狗骨炙灰米汤调服,可补脾虚止久痢;若与高良姜、莨菪合为丸服,则更有效验。又以其能活血散瘀,故治妇人赤白带下及产后烦闷不食,可烧灰为末服。至于痈肿疮疡,狗骨多作外用。《千金要方》用狗头骨灰、芸薹子末、水和敷,治痈疽疖肿;狗头骨灰加黄丹调敷,治恶疮不愈;若与桑皮、当归研末调敷,则能长肉生肌;本品烧灰麻油调涂,治冻疮;与苦丁香、硇砂研末吹鼻,能治鼻息肉。另狗头骨炙末与鸡子末调涂,亦医解颅。煎服,9—15克。

实验研究:新鲜狗骨约含水分50%、脂肪16%、骨胶原12%、无机物22%。无机物中大约一半以上是磷酸钙,其次是碳酸钙和磷酸镁,又含极少量的氟化钙。

又狗骨胶中含17种以上氨基酸:天门冬氨酸、谷氨酸、苏氨酸、甘氨酸、丙氨酸、缬氨酸、甲硫氨酸、丝氨酸、苯丙氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、酪氨酸、脯氨酸、羟脯氨酸、组氨酸、精氨酸、赖氨酸等。与虎骨胶中的氨基酸相比较,除多一酪氨酸,且组氨酸及精氨酸量稍多外其余含量均相近。

狗骨粉与狗骨胶灌服对大鼠甲醛性和蛋清性足肿有明显抑制作用,消炎作用与神经-垂体-肾上腺皮质功能有关。狗骨粉能降低兔毛细血管通透性,这可能与消炎作用也有一定关系。抗炎有效部分可能为肽类。狗骨胶还有一定的镇痛、镇静作用。

冬虫夏草

始载于《本草从新》。又名冬虫草、虫草、夏草冬虫。为麦角菌科真菌冬虫夏草菌 Cordyceps sinensis (Berk.) Sacc.寄生于蝙蝠蛾科昆虫虫草蝙蝠蛾 Hepialus armoricanus Oberthür 幼虫上的子座及虫体。冬季菌丝侵入蛰居于土中的幼虫体内,至幼虫全体充满菌丝而死。春、夏季此菌由虫体头部生出子座(子实体),露出土外,6—7月采收,晒干。

冬虫夏草为虫体与菌座相连而成。虫体似蚕,长3—6厘米,直径0.4—0.7厘米,外表深黄至棕黄色,粗糙,全体有环纹,近头部环纹较细。腹部足8对,其中四对较明显。菌座单生,少有2—3个,呈棒状,略扭曲,长3—6厘米,少有11厘米,直径0.15—0.4厘米,表面灰黑褐色,有细纵纹,端部稍膨大。虫体质脆,折断面中心黄白色,周边深黄色;菌座质柔,不易折断,断面纤维状,粉白色。主产于中国四川、西藏等省、区。

本品味甘、气微腥,性温。归肺、肾经。功能补肺肾,止咳喘。主治肺虚咳喘、劳嗽咯血、阳痿、遗精、腰膝酸软、病后体虚、自汗畏寒。

肺虚或肺肾两虚之咳喘短气者,可配人参、胡桃肉、脐带等以益气补肾,纳气平喘。气阴不足,劳嗽痰血,自汗盗汗者,可与阿胶、麦冬、五味子、白及等补肺养阴,止血化痰药同用。肾虚阳痿、遗精、腰膝酸软者,可配菟丝子、肉苁蓉、巴戟天等;或与海狗肾炖服以温肾壮阳。病后体虚未复,头晕食少,或面黄发脱,或妇女不孕,常与鸡、鸭蒸食,作为调补之品。煎服,3—10克;研末服,1.5—3克。阴虚火旺及肺热咯血患者,不宜单独应用。

实验研究:含脂肪8.4%,其中饱和脂肪酸占13.0%、不饱和脂肪酸82.2%。又含粗蛋白25.32%,其水解产物为谷氨酸、苯丙氨酸、脯氨酸、组氨酸、缬氨酸、羟基缬氨酸、精氨酸和丙氨酸等16种氨基酸。还含冬虫夏草素、虫草酸即D-甘露醇、维生素B_{12}、生物碱、麦角甾醇、尿嘧啶、腺嘌呤、硬脂酸等。

体外试验,其醇浸液有抗结核杆菌作用,但加入血清后作用即明显减弱,煎剂无作用。水浸剂对离体豚鼠支气管有舒张作用(平喘)。对离体肠管、子宫也有抑制作用,小剂量可使动物镇静、催眠。

蛤蚧

始载于《雷公炮炙论》。又名蛤蟹、仙蟾、大壁虎。为壁虎科动物蛤蚧 Gekko gecko (L.)除去内脏的全体。全年均可捕捉,一般在5—9月间捕捉,捕取后击死,剖腹除去内脏,用布擦净腔内的血液,以竹片使全体撑开,并将尾部固定于竹片上,以防脱落,再用微火焙干。

全体呈扁片状。头颈部及躯干部长8—18厘米,尾长6—14厘米,腹背部宽6—10厘米。头扁长,略呈三角形,眼大而凹陷成窟窿,眼间距下凹呈沟状。口内细齿密生于颚的边缘,无大牙。吻部半圆形,吻鳞不切鼻孔,与鼻鳞相连,上鼻鳞左右各1片,上唇鳞12—14对,背部呈灰黑色或银灰色,并有黄白色、灰绿色或灰棕色的斑点,脊椎骨及两侧肋骨均呈嵴状突起。全体密布圆形、多角形而微有光泽的细鳞。四足均有5趾,除第1趾外,均有爪,趾底有吸盘。尾细长而结实,扁圆形,上粗下细,中部可见骨节,色与背部同。质坚韧,气腥,味微咸。主产于中国广西、云南、广东等省、区。

本品味咸,性平。归肺、肾经。功能补肺益肾,纳气定喘,助阳益精。主治肺肾两虚之喘咳短气、虚劳咳嗽、咯血,以及消渴、阳痿遗精、小便频数等。

本品善于补肺气，纳肾气以定喘。如治偏于肾虚之气喘，常与胡桃仁、五味子、沉香同用。治肺虚痨热，久病气喘，或咳吐脓血，胸中烦热，体瘦乏力，面目虚浮者，配以人参、杏仁、桑白皮、知母、贝母，如人参蛤蚧散。肺结核气阴两伤，咳嗽咯血，可配冬虫夏草、百合、贝母、白及为末服。慢性支气管哮喘，配乌贼骨、冰糖为末服。蛤蚧尚有补肾助阳之功，用于肾阳不足之阳痿遗精、小便频数、五更泄泻等症，可单用或与巴戟天、破故纸、淫羊藿等配用。此外，劳损痿弱，行动气促，及消渴患者，用蛤蚧治之亦效。李时珍谓："蛤蚧补肺气，定喘止渴，功同人参；益阴血，助精扶羸，功同羊肉。"现代医学研究，蛤蚧对神经衰弱、心脏性喘息及心源性水肿等均有疗效。习惯认为其尾部的作用力较全体为强。研末服，1—1.5 克；煎汤，3—6 克。外感风寒喘嗽忌服。

实验研究：蛤蚧含脂肪油，皂化后鉴定为胆甾醇。还含多种氨基酸，其中有色氨酸、赖氨酸等。又含钙（为主）、磷、镁、锶、铁、钡及微量钛、铜、锑等。尚含肌肽、胆碱、肉毒碱、乌嘌呤等。

乙醇提取物在动物试验中有雄性激素样作用。

雪莲花

始载于《本草纲目拾遗》。又名雪荷花、大木花。为菊科植物绵头雪莲花 Saussurea laniceps Hand. - Mazz. 的全草。夏季开花时采收，晾干或鲜用。

全体长 10—25 厘米。根茎粗，其上有褐色残存的叶柄。茎粗壮，上部有白色密绵毛，中空。叶互生，密集，叶片披针形或倒卵形，边缘有波状锯齿，下面密被褐色绒毛。头状花序多数，密集于茎顶成椭圆形穗状；苞叶条状披针形，被白色绵毛；总苞半球形，外层苞片有白色密绵毛，内层苞片有黑褐色长毛；花白花，筒状。瘦果扁平，冠毛黑褐色。味甘微苦。产于中国四川、云南、西藏等省、区。

本品味甘、微苦，性温。归肝、脾、肾经。功能补肾壮阳，调经。主治阳痿、腰膝软弱、妇女月经不调、崩漏、带下、风湿关节炎、雪盲、牙痛、外伤出血。

用治肾虚阳痿，常与冬虫夏草浸酒饮；虚证崩带，多配峨参、党参等益气补脾药炖鸡服；本品花敷患部，还可用治外伤出血。煎服，9—15 克。

实验研究：煎剂腹腔注射或子宫腔内给药，都能终止动物妊娠。有效成分可能为一种酸性多糖的钙盐。作用机制主要是对蜕膜反应的抑制，但并不引起黄体退化。子宫内膜基质细胞不能与激素相互作用，因而使蜕膜不能形成。煎剂还含有对子宫运动的兴奋和抑制作用二种成分，总黄酮可收缩离体肠管，总生物碱则相反有解痉作用。动物实验中，煎剂、乙醇提取物和总生物碱有某些抗炎镇痛作用。总碱能抑制心脏、收缩血管。煎剂放置过久，可使毒性增加。

萝藦

始载于《本草经集注》。又名白环藤、羊婆奶。为萝藦科植物萝藦 Metaplexis japonica (Thunb.) Makino 的全草或根。分布于中国东北、华北、华东地区和甘肃、陕西、贵州、河南、湖北等省。

本品味甘、辛，性温。功能补肾壮阳，益精养血，解毒。主治阳痿、遗精、脱力劳伤、妇女白带、乳汁不足、小儿疳积等。

阳痿由于肾阳不足者，可与淫羊藿、仙茅等补肾壮阳药同用。脱力劳伤，精血不足，筋骨疲惫者，可配黄芪、白术、枸杞子、熟地同用。妇人体质虚弱，白带淋漓，及产妇气血不足，乳汁不多，均可用之培补。小儿疳积，用茎叶研末，白糖调服。近以本品的浓缩煎剂内服，治疗骨关节结核，有一定疗效。外用治痈毒疔肿、丹毒、蛇虫咬伤，鲜品捣烂敷；亦可与银花、紫地丁、半枝莲同煎服。治白癜风，煮汁洗。治目赤，鲜叶揉汁滴目中。煎服，9—15 克。

实验研究：萝藦根含酯型甙，从中分得娠烯型甙元成分苯甲酰热马酮、萝藦甙元、7α - 羟基 - 12 - o - 苯甲酰基 - 去乙酰基萝藦甙元、肉珊瑚甙元、萝藦米宁、二苯甲酰萝藦醇、去酰萝藦甙元、去酰牛皮消甙元、夜来香素、去羟基肉珊瑚甙元等。

萝藦子含混合甙约 0.3%，其中糖分是多种脱氧糖：D - 加拿大麻糖、D - 沙门糖、L - 夹竹桃糖、D - 洋地黄毒糖。甙元是酯型娠烯类化合物，水解后产生热马酮，去酰牛皮消甙元、萝藦甙元、肉珊瑚甙元、乙酸、桂皮酸等。

木馒头

始载于《本草拾遗》。原名木莲，又名木莲果、鬼球、鬼馒头、凉粉果。为桑科植物薜荔 Ficus pumila L. 的花序托及果实。产于中国华东、华南和西南各地。

本品味甘、酸，性平。归肾、胃、大肠经。功能补肾固精，通乳，止血，润肠，并有活血消肿解毒的作用。主治阳痿遗精、腰膝酸软、乳汁不通、肠风久痢、便血、痔血、肠燥便秘、痈肿阴癞。

治阳痿遗精、肾虚腰膝酸软，可单用或配楮实子、菟丝子同用。治疗乳汁不通，木馒头二枚，同猪前蹄煮汁饮；或配通草、穿山甲同用。本品又能用于止血，如《和剂局方》肠风黑散，治肠风久痢，以及大便鲜血、脱肛，用本品配败棕、乌梅、甘草，为末服。《世医得效方》黑丸子，治久年痔漏下血，用本品配干姜、百草霜、乌梅、败棕、柏叶、乱发各烧灰存性，人桂心、白芷为丸服。本品具活血消肿解毒作用，可用于治疗痈肿。《外科精要》用本品去毛，研细黄酒温服，以治痈肿初起；也可与蒲公英、紫花地丁同用。此外，《濒湖集简方》治阴癞囊肿，用木馒头子，小茴香等分，为末，用酒送服。煎服，10—15 克。活血生用，止

血煅用。

实验研究：薜荔的花托含内消旋肌醇、芸香甙、β谷甾醇、蒲公英赛醇乙酸酯、β香树脂醇乙酸酯。

紫梢花

始载于《本草图经》。又名紫霄花。为淡水海绵科动物脆针海绵 Spongilla fragilla fragilis Leidy 的群体。主产于中国江苏、河南等省。

本品味甘，性温。归肾经。功能补肾助阳，涩精。主治肾阳衰弱之阳痿遗精、尿有余沥、白浊如脂、小便失禁、虚寒带下以及阴囊湿痒等病症。《濒湖集简方》治阳事痿弱，用紫梢花、生龙骨、麝香少许，为末蜜丸，以酒送服。阴囊湿痒，配花椒煎水温洗。研末服，2—5克。阴虚内热者不宜服。

实验研究：脆针海绵含海绵硬蛋白、海绵异硬蛋白、磷酸盐、碳酸盐等。

安神药

凡以安定心神为主要功能的药物，称为安神药。

安神药既可用于实证，又可用于虚证。就其治疗效用而言，有重镇安神和养心安神的不同。具有重镇安神作用者多属矿物或化石类药物，如朱砂、铁落、龙骨、琥珀等，取其重可去祛、安神定志之功。主要适用于心火炽盛，神志不宁，心悸失眠，以及惊痫、癫狂、烦躁易怒等实证。临床应用，如心火炽盛者可配清心降火药；肝阳上亢者，配平肝潜阳药，兼有痰热内扰者，配清化热痰药；症见惊痫、癫狂而躁动者，可配熄风镇惊及祛痰药。

具有养心安神作用者多属植物药，如酸枣仁、柏子仁、茯神、远志、夜交藤等。此类药物能养心柔肝，益血滋阴。多用于心气不足，心血虚亏或肝阴不足所致的惊悸怔忡、眩晕失眠、烦扰多梦等虚证，临床上往往与养血补阴药配合应用；若心血不足兼见心阳上亢证候者，则养心与重镇两类安神药并用。

矿物类药物如作丸、散剂服用，易伤胃气，引起食欲减退或消化不良，故不宜久服。应用时可酌选养胃健脾药配伍。

酸枣仁

始载于《神农本草经》。原名酸枣。为鼠李科植物酸枣 Ziziphus jujuba Mill. var. spinosa (Bunge) Hu ex H. F. Chow 的成熟种子。秋末冬初果实成熟时采收，除去果肉及核壳，取出种子，晒干。

种子呈扁圆形或扁椭圆形，长5—8毫米，宽4—6毫米，厚2—3毫米。表面紫红色或暗紫红色，微具光泽，一面较平坦，中央有一条微隆起的纵线，另一面微隆起，中间厚，边缘较薄。一端微凹，可见线形种脐，另一端有点状突起的合点，种脊在一侧不明显。种子坚硬，剥开后可见白色胚乳及浅黄色子叶两片，富油性，味酸微苦。主产于中国北方各省。

本品味甘、微酸，性平。归心、肝、胆、脾经。功能宁心养肝，安神，敛汗。主治心、脾两虚，肝血不足所致之神不守舍、虚烦不眠、惊悸怔忡，以及心气不足、自汗、盗汗等病症。

治肝血不足，心烦不眠者，宜配茯苓、甘草、知母、川芎以补肝益阴，宁心安神，如《金匮要略》酸枣仁汤。心脾两虚，气血不足，以致心悸怔忡，失眠健忘者，可与白术、人参、龙眼肉等配伍，以共奏补脾益气，养血宁心之效，如《济生方》归脾汤。若痰热内扰，胆胃不和而见眩晕、心悸失眠等症，可于温胆汤中加用本品，标本兼顾。治阴虚骨蒸，心烦不眠，《太平圣惠方》用本品研滤取汁，和米煮粥，入地黄汁，微煮食之，借以滋肾阴，宁心神。用于敛汗者，如《普济方》以本品配人参、茯苓，治盗汗；《得配本草》以本品配五味子、生地黄，治自汗，都是在养心的基础上，配合益气或养阴之品，以达到敛液止汗的目的。煎服，9—15克。入药但宜微炒，久炒则无效。本品性润，滑泄者忌用；肝经有实热郁火者慎服。

实验研究：果仁含三萜类、黄酮类、生物碱、有机酸等。三萜类中有酸枣皂甙A及B、白桦脂酸、白桦脂醇、齐墩果酸、山楂酸和它的3-顺式及3-反式的对香豆酰酯、麦珠子酸的对香豆酸酯等。黄酮类中有当药素、斯皮诺素和它的6‴-芥子酰基、6‴-对香豆酰基及6‴-阿魏酰基取代物。生物碱中有光千金藤碱、N-去甲荷叶碱、巴婆碱。有机酸中有苹果酸、酒石酸和大量维生素C。另含环磷鸟甙，环磷腺甙，维生素B_2、P，多种氨基酸，多种糖类。

酸枣仁能使动物发生明显的镇静，并能催眠，但不引起麻醉。连续服用，可使小鼠发生耐受性，但停药后，耐受性可消失。生及炒熟的酸枣仁均出现镇静。其有效成分为酸枣皂甙，煎剂注射可对抗吗啡引起的猫的狂躁症状，对动物还有镇痛、降温作用，可降低肾性高血压大鼠的血压。对实验性烫伤性水肿及休克，本品有某些保护作用。

柏子仁

始载于《神农本草经》。原名柏实，又名柏子、侧柏子。为柏科植物侧柏 Platycladus orientalis (L.) Franco 的种仁。主产于中国山东、河南、河北省。

本品味甘、辛，性平。归心、肝、肾经。功能养心安神，润燥通便。主治惊悸怔忡、失眠、盗汗、肌肤燥痒、肠燥便秘等。

心悸失眠，常以本品与酸枣仁、茯神、远志、夜交藤同用；心血亏损者，益以当归、熟地。若虚烦不寐，心悸，或

阴虚盗汗者，当与五味子配伍，以养心安神，敛阴止汗。盗汗甚者，可复入人参、牡蛎、麻黄根，如《普济本事方》柏子仁丸。血虚肌肤燥痒，常配生地、白芍、制首乌以养血润燥。老人、久病及产后肠燥便秘，一般可配桃仁、火麻仁、瓜蒌仁、松子仁之类以润肠通便，如血虚肠燥较甚者，则需酌配生首乌、当归、肉苁蓉等。此外，《医学衷中参西录》谓柏子仁能涵濡肝木，治肝气横恣胁痛。苏颂云：凡补脾药多燥，此润药而其气清香，大能舒脾，燥脾药中，兼用最良。又，本品与当归等量作丸服，可疗脱发。柏子仁油熬稠，搽黄水湿疮、疥癣亦佳。煎服，6—15克。便溏痰多者慎用。

茯神

始载于《名医别录》。为多孔菌科植物茯苓 Poria cocos (Schw.) Wolf 菌核中间抱有松根的部分。7月至次年3月采挖茯苓时，将菌核中有松根者取出，晒干或烘干。

茯神呈方块形，质坚实，粉质，切断的松根棕黄色，表面见有纹理（年轮）。气微、味甘。主产于中国安徽、湖北、河南、云南。

本品味甘、淡，性平。归心、脾经。功能宁心安神，利小便。主治惊悸怔忡、失眠健忘、惊痫眩晕、小便不利等病症。张洁古谓风眩心虚，非茯神不能除。古方如茯神散、妙香散中均用之治精神恍惚，惊悸郁结，虚烦少寐之症。若失眠由情志怫郁引起者，亦可配香附以舒肝理气，宁心安神。本品与茯苓之功能略同，惟茯苓入脾、肾之用为多，茯神入心之用为多。煎服，10—15克。

其菌核中的松根部分，本草中称茯神木。功能平肝熄风安神，祛风湿，舒筋止挛。

实验研究：茯神煎剂对动物具有镇静作用。

朱砂

始载于《神农本草经》。原名丹砂，一作硃砂。为天然硫化物类矿物辰砂的矿石。主产于中国贵州、湖南、四川等省。

本品味甘，性寒。有小毒。归心经。功能镇心安神，明目，解毒。主治心神不宁、惊悸、不眠、疮疡肿毒等。

治惊悸癫狂、心烦不眠之实证，常配龙齿同用以镇心安神，如《医宗金鉴·杂病心法要诀》镇心丹。若心火亢盛，阴血不足，以致心神不安，怔忡失眠，可配黄连、甘草、生地、当归以清心泻火，养血安神，如《医学发明》朱砂安神丸。暑气伏于心经，烦惊口渴，或泄泻尿赤，可配滑石，甘草清暑镇心，如益元散。若癫痫发狂，喜怒无常，宜配白矾、郁金，以清心定惊，化痰开窍，如《士材三书》辰砂丸；或配磁石同用以加强镇心安神作用，如磁朱丸。朱砂又有清心明目之功，可用以治疗目赤、目眩、目视昏暗等症。朱砂外用有良好的解毒防腐作用，治疮疡肿毒，常配雄黄同研外敷。本品得雄黄之力更强，且有杀虫之功，故又治疥癣等疾。若咽喉肿痛，口舌生疮，配冰片、硼砂等研末吹患处，有消肿解毒之效。综上所述，朱砂重能镇怯、寒能胜热，镇心安神为其专长。李东垣谓：朱砂"纳浮溜之火而安神明，凡心热者，非此不能除"，是安神作用较强的药物。研末冲服，0.3—1克；或入丸散。或拌他药入煎剂，如朱茯苓、朱灯芯等。内服不可过量，也不宜持续应用。《本草从新》谓"独用，多用，令人呆闷"。忌火煅，因火煅则析出水银而有剧毒。现代报道谓"朱砂反铝"，忌与铝制品接触。

实验研究：朱砂主要成分为硫化汞。

磁石

始载于《神农本草经》。又名玄石、吸铁石、吸针石、戏铁石。为氧化物类矿物磁铁矿的矿石。产于中国江苏、山东、辽宁、广东、安徽、河北、河南、四川、山西等省。

本品味辛、咸，性微寒。归肝、肾经。功能平肝潜阳，安神镇惊，明目聪耳，纳气平喘。主治肝肾不足所致的眩晕、头痛、眼目昏花、耳鸣、耳聋、夜不安眠、怔忡、惊痫以及肾不纳气之上气喘逆。

临床用于肝肾阴虚，浮阳上扰之头晕、头痛、目昏、耳鸣，可与生地、白芍、石决明等同用；心神不安，惊悸失眠者，可选配珍珠母、茯神、酸枣仁之类。《千金要方》治老年性白内障，两目昏花，视物模糊之磁朱丸（原名神曲丸），即以本品与朱砂、神曲同用。李时珍谓："磁石入肾，镇养真精，使神水不外移；朱砂入心，镇养心血，使邪火不上侵。"二药配合，相须为用，不仅为眼科常用之方，且因二药均有镇摄安神的作用，故亦可用于耳鸣、耳聋、癫痫等。本品与益肾养阴之地黄丸同用，名磁石地黄丸，治目昏、耳聋；若再加柴胡，即耳聋左慈丸，专治肾虚肝郁之耳聋。对于肾不纳气之上气喘逆，宜配熟地、山萸肉、山药、五味子、补骨脂、胡桃仁等补肾药以培其本、敛肺药以助摄纳。此外，古方又用磁石外治肿毒、创伤。如《乾坤生意秘韫》载，本品同忍冬藤、黄丹、香油熬膏，贴治诸般肿毒；《千金要方》载，磁石为末以治金疮，可止痛止血。煎服，10—30克。打碎先煎。

实验研究：磁铁矿含四氧化三铁（Fe_3O_4）。有少数变种含氧化镁（10%）和氧化铝（15%）等。市售品尚含锰、钙、硅酸盐等杂质。

龙骨

始载于《神农本草经》。为古代哺乳动物三趾马、象类、犀类、鹿类、牛类等的骨骼化石，药材习称"龙骨"；或为象类门齿的化石，药材习称"五花龙骨"。

龙骨，呈不规则块状，大小不一。表面白色、灰白色或淡棕色，较平滑，有的具纵纹或裂隙，或有棕色条纹和

斑点。质硬，不易破碎，断面有网纹，不平坦，色白，有的中空，在关节处有多数个蜂窝状小孔。摸之细腻如粉质，吸湿性强。

五花龙骨，呈不规则块状或圆筒状，大小不一。全体淡灰白色、淡黄白色或淡黄棕色，夹有蓝灰色及红棕色深浅粗细不同的纹理，表面平滑，有时可见小裂隙。质硬而酥脆，易风化呈片状剥落而散碎，断面呈网纹，具吸湿性，舐之粘舌。

两者均无臭无味。产于中国河南、河北、山西、内蒙古等省、区。

本品味甘、涩，性平。归心、肝、肾、大肠经。功能镇心安神，平肝潜阳，收敛固脱，生肌敛疮。主治神志失常、惊痫癫狂、心悸怔忡健忘、失眠多梦、头晕目眩、自汗盗汗、失精遗尿、泻痢脱肛、崩漏带下、溃疡久不收口。

张仲景桂枝加龙骨牡蛎汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤等方中用此以取收敛浮阳，镇惊安神之效。其治惊痫癫狂，神志不宁者，亦可与牛黄、琥珀、胆星、天竺黄等镇惊安神化痰药同用。治心悸健忘，失眠多梦，常与龟甲、菖蒲、远志等分研末为丸服，如孔圣枕中丹。对于阴虚阳亢之头眩耳鸣，五心烦热，则须与菊花、生地、玄参、牡蛎等同用以滋阴潜阳。龙骨不独能重镇安神，且能敛阳固脱，临床每以龙骨、牡蛎配合人参、附子，用以抢救热病过程中出现肢冷汗出，脉搏微弱，阳气暴脱的危重病症。若阴阳两虚，症见汗出淋漓，筋惕肉瞤，头晕眼花，心悸怔忡，又可配合白芍、牡蛎、熟地、山萸肉、附子以益阴敛阳。其治自汗盗汗、失精遗尿、久泻久痢以及妇女崩带不止等症，皆取其收敛固脱之功。如自汗不止，可配生黄芪、白术、麻黄根、浮小麦。盗汗不止，可配生地、牡蛎、五味子。劳心梦遗，可配远志、朱砂。遗尿，可配桑螵蛸、乌药。久泻不止，可配白石脂研末为丸，紫苏、木瓜汤下。久痢，可配乌梅、木香。崩漏不止，可配阿胶、牡蛎、陈棕炭。带下，可配白术、茯苓、樗白皮。此外，本品外用能收湿止血，生肌敛疮，可治外伤出血和疮疡溃久不敛等症。如鼻出血多者，可用龙骨研细末吹鼻中。金疮出血，研末掺。两耳湿烂，久不收敛，配赤石脂、海螵蛸，为末掺之。脐疮出水，配枯矾研末掺和。小儿脱肛，以龙骨粉扑之。龙骨尚可作局部止汗药用，如阴囊湿痒，以龙骨、牡蛎粉扑之。煎服，9—15克。大剂量30克。宜先煎。龙骨生用安神效力较好，煅用则收敛之力较胜。外治宜煅用。

实验研究：本品主含碳酸钙、磷酸钙、氧化钙、五氧化二磷及小量镁、铁、铝盐。又含右旋龙脑、乙酸、丙酸、丁酸、异丁酸、戊酸、异戊酸和己酸等。

龙齿

始载于《神农本草经》。为古代哺乳动物三趾马、犀类、鹿类、牛类、象类等的牙齿化石。

药材呈齿状或破碎不规则的块状，可分为犬齿及臼齿。完整的犬齿呈圆锥形，先端较细或略弯曲，长约7厘米，直径0.8—3.5厘米，近尖端处断面常中空；臼齿呈圆柱形或方柱形，略弯曲，上端较细，长2—20厘米，直径1—9厘米，多有深浅不同的沟棱。表面呈浅蓝灰色或暗棕色者，习称"青龙齿"；表面呈黄白色者，习称"白龙齿"。有的表面可见光泽的釉质层（珐琅质）。质坚硬，断面粗糙，凹凸不平，或有不规则的凸起棱线，摸之粗糙有吸湿性，可吸舌。无臭，无味。主产于中国河南、河北、山西、内蒙古等省、区。

本品味涩，性凉。入心、肝经。功能镇惊安神，除烦热。治疗惊痫癫狂、烦热不安、失眠、惊悸。

龙齿治疗因惊成痫，狂言妄语，可配铁粉、茯神以镇心安神，如《圣济总录》龙齿丸。恍惚多忘，癫痫狂乱，属于气血不足者，配人参、当归、酸枣仁、远志等补气养血以安神，如《世医得效方》归神丹。若属心气不足，以致心悸怔忡，梦寐不宁者，宜配人人参、菖蒲、茯神、朱砂、远志等养心安神方中用之，如《张氏医通》远志丸。现代常用本品合麦冬、地黄、枣仁等治疗神经衰弱，心肾交虚，神不守舍，惊悸梦遗等病。此外，《太平圣惠方》龙齿散，配钩藤、蝉蜕、朱砂等治疗小儿天吊，手足掣动，眼目不定，有时笑啼或嗔怒，爪甲皆青。《证治准绳》亦有龙齿散，用龙齿合白芍、大黄等治小儿惊啼、烦热、夜卧不安。龙齿功用与龙骨略同，但龙骨以收敛神气、涩肠固精之能见长；而龙齿则以镇惊安神之功较胜。煎服，10—15克。宜先煎。

实验研究：本品的主要成分为碳酸钙以及少量铁、铝、镁等。

珍珠

始载于《雷公炮炙论》。又名蚌珠、真珠。为珍珠贝科动物合浦珠母贝 Pteria martensii (Dunker)及蚌科动物三角帆蚌 Hyriopsis cumingii (Lea)、褶纹冠蚌 Cristaria plicata (Leach)等的外套膜受刺激后不断分泌珍珠质而形成的粒状体。天然珍珠全年可采；人工培植者接种后2—3年，在秋末冬初或春季取珠，洗净、擦干、打光即成。

本品呈类球形、长圆形、卵圆形或棒形，大小不一，一般直径1.5—8毫米。表面玉白色、黄白色、浅粉红色、浅蓝色或灰绿色，光滑或微有凹凸，半透明，具特有的彩色光质。质坚硬，破碎面现层纹。气微，味淡。天然珍珠主产于中国广东、广西、台湾等省、区；人工培殖者主产于黑龙江、安徽、江苏及上海等省、市。

本品味甘、咸，性寒。归心、肝经。功能安神定惊，清肝明目，解毒生肌。主治惊悸、失眠、惊风、癫痫、角膜云翳、口疮、咽喉肿痛腐烂、疮疡久不收敛。

用于惊悸、怔忡、心神不安诸症，可单用珍珠粉吞服或和蜂蜜调服；也常与其他重镇安神药如朱砂、琥珀、金

箔等同用，以加强疗效。若气血不足，心悸失眠者，可配人参、生地、当归、茯神、酸枣仁等，补气养血以安神宁志。惊风、癫痫，多有痰热内蕴，宜配清心化痰之品，如生地、黄连、牛黄、胆星、天竺黄等，随宜选用。又如热病高热引起的惊厥，本品亦可配用于清热泻火解毒药中，以发挥其安神镇惊的作用，如《温病条辨》安宫牛黄丸。本品又能清肝明目，善治目赤、翳膜。《太平圣惠方》治赤脉贯睛，目生花翳，即用珍珠同冰片、琥珀、朱砂、硼砂研粉点眼；《银海精微》之七宝散。更加玉屑、蕤仁、麝香，以治翳膜遮睛。珍珠用于疮疡溃腐，擅长于解毒收敛生肌。如口疮、牙疳、咽喉肿痛腐烂，可配黄连、青黛、人中白、冰片等研粉外敷或吹喉；常用的成药珠黄散，即珍珠与牛黄同用，对上述病症，均有良效。若疮疡溃烂，久不收口者，可与炉甘石、象皮、琥珀、煅龙骨、冰片等配伍，方如《张氏医通》之珍珠散。此外，《名医别录》载，用珍珠粉"敷面，令人润泽好颜色"。《海药本草》谓其能"除面䵟"。故亦可作美容药用。研末服，0.3—1 克。人丸、散，不入煎剂。疮痈内毒未尽者不宜用。制珠粉，须将珍珠与豆腐共煮约 2 小时，取出，洗净捣碎，研成极细末，干燥即成。

实验研究：珍珠主含碳酸钙，并含多种氨基酸。珍珠中的元素有铝、铜、铁、镁、锰、钠、锌、硅、钛、锶等。养殖珍珠的成分与天然珍珠相比，碳酸钙含量大，碳酸镁含量极少。提取物对兔离体肠管有抑制作用。

夜交藤

始载于李翱《何首乌录》。原名交藤，又名首乌藤。为蓼科植物何首乌 Polygonum multiflorum Thunb. 的藤茎。秋、冬两季落叶时采收，除去残叶，捆成把，晒干。

藤茎呈细长圆柱形，上端较细，下端较粗稍扭曲，有分枝，直径 2—7 毫米，节部稍膨大，直径可达 1 厘米。表面紫褐色，粗糙，有扭曲的纵皱纹及散生的点状皮孔。栓皮菲薄，易呈鳞片状剥落。质硬脆，易折断，断面皮部棕红色，木部淡黄色，导管孔明显，髓部疏松，类白色。气无，味微苦涩。主产于中国湖北、河南、江苏、广东、广西、贵州、四川等省、区。

本品味甘、微苦，性平。归心、肝经。功能养心安神，祛风通络。主治失眠、心悸、多梦、血虚身痛、肌肤麻木、风湿痹痛、风疮瘙痒、痔疮肿痛及瘰疬等。

治血虚心失所养之虚烦不眠，常与当归、白芍、熟地、合欢皮配用；多梦而惊者，酌加酸枣仁、远志，可增强其宁心安神作用。《医醇賸义》之甲乙归脏汤，即用本品配补血镇潜之品，如当归、白芍、生地、珍珠母、龙齿、柏子仁等以治彻夜不寐，间日轻重之失眠。血虚经脉失和的周身酸痛，肌肤麻木以及风湿痹痛，每与当归、络石藤、鸡血藤、五加皮等祛风和络药配合应用。此外，夜交藤尚可用以治疗风疮疥癣作痒，如《本草纲目》用夜交藤一味，连茎带叶煎汤洗浴。民间亦流传有三花一子一藤治皮肤瘙痒方，即本品与野菊花、槐花、款冬花、地肤子，各等分煎服。配假蒌叶、杉木叶煎水外洗又可治疗痔疮肿痛。煎服，9—15 克。

实验研究：何首乌茎含蒽醌类，主要为大黄素、大黄酚、大黄素甲醚、大黄酚蒽醌、大黄素－8－葡萄糖甙。还含β谷甾醇。

秫米

始载于《名医别录》。又名糯秫、黄米。为禾本科植物粟 Setaria italica (L.) Beauv. 的有粘性的种子。产于中国东北地区及河北、山东、江苏等省。

本品味甘，性微寒。归肺、胃、大肠经。功能养肺阴，益脾胃。阳盛阴虚，胃不和而夜不得眠者，配制半夏煎服，如半夏秫米汤。久泻胃弱，以秫米炒研粉，砂糖拌食。妊娠下黄水，配黄芪水煎服。煎服，15—60 克。

实验研究：粟的种子含脂肪、总氮、蛋白质、灰分、淀粉、还原糖。

合欢皮

始载于《神农本草经》。原名合欢，又名夜合皮、合昏皮。为豆科植物合欢 Albizzia julibrissin Durazz 的树皮。夏、秋两季剥取，晒干。

树皮呈卷筒状或槽状，长 40—80 厘米，厚 1—3 毫米。外表面灰棕色或灰绿色与灰褐色相间，稍有纵皱纹或浅裂纹，密生圆点状或横向椭圆形的皮孔，红黄色或棕红色，偶有突起的横棱或圆形分枝疤痕，常附有灰白色地衣斑。内表面平坦，淡黄棕色或黄白色，有细密纵纹。质坚，易折断，断面外部颗粒状，内部纤维性层片状，淡黄棕色或黄白色。气微香，味淡，微涩。嚼之有刺舌感。中国大部分地区均有产。

本品味甘，性平。归心、肝经。功能安神解郁，活血消痈。主治心神不安、忧郁失眠以及内外痈疡、跌打损伤等。

用治精神忧郁、失眠，有和缓心气，调畅心神的功效。既可单味服用，亦可与夜交藤、柏子仁、郁金等养心安神解郁之品同用，以加强疗效。用治内痈，如《千金要方》黄昏汤，单用本品煎服。治肺痈，现代常配鱼腥草、冬瓜仁、桃仁等以加强消痈排脓之力。若肺痈久不愈者，可配白蔹煎服，如《景岳全书》合欢饮；若配黄芪以补托敛疮，其效更佳。对于肺痿吐血，合欢皮配阿胶同用亦有效验。其他痈疽疮肿，可配蒲公英、野菊花等同用。《本草汇言》引《窦氏全书》谓："治外科痈疡证，未溃可消，已溃可敛，随证随方，俱可加合欢木皮。"合欢皮又用于跌打损伤，有和血、消肿、止痛及长肌肉、续筋骨的功能，一般可配乳香、没药、当归、赤芍等同用。如《续本事方》以本品配麝香、乳香为末，温酒调服，治打扑伤损筋骨，重在活血消肿

止痛;《伤科补要》玉红膏,于紫草、当归、乳香、没药等药中亦加用合欢皮,以麻油熬膏,主治一切创口溃破,目的在于止痛生肌。它如《百一选方》则以合欢皮配芥菜子为细末,温酒调服,其粗滓外敷疮上,专用于跌打骨折。本品性质平和,气缓力微,必重用久服方始见功,得酒尤良。煎服,10—15克。

实验研究:合欢树皮含5-羟色胺、去甲肾上腺素、3′4′,7-三羟基黄酮、α菠菜甾醇葡萄糖甙。

合欢花

始载于《本草衍义》。又名夜合花。为豆科植物合欢 Albizzia julibrissin Durazz.的花或花蕾。中国大部分地区均有产。

本品味甘,性平。归心、脾经。功能解郁安神,舒气开胃。主治忧郁不乐、失眠、健忘等病症。其解郁舒气之功,不但能安五脏,而且可以调和营卫气血。临床常配夜交藤、柏子仁、远志、酸枣仁等养心安神之品同用。亦可于甘麦大枣汤中加用本品。若属于心脾气郁,见胸闷不舒、胃纳不香者,可配佛手、郁金、苍术、麦芽之类以舒郁开胃。此外,本品尚有活络止痛之功,如《太平圣惠方》夜合花丸,以本品配牛膝、红花等治腰脚疼痛。合欢花与合欢皮之功用基本相同,两者区别要点,疏气解郁以花为胜,活血消痈,以皮为优。煎服,5—10克。

远志

始载于《神农本草经》。为远志科植物细叶远志 Polygala tenuifolia willd.及卵叶远志 P. sibirica L.的根或根皮。春、秋两季采挖,除去须根、残茎及泥土,晒干。抽去木心,习称“远志筒”,细小的不去木部习称“远志棍”。

远志筒呈细筒状或双卷筒状,多弯曲,似蚯蚓,长10—15厘米,直径2—7毫米,厚约1毫米。表面灰黄色至灰棕色,光滑,有较密的半环状深陷横皱纹及细小的疙瘩状根痕,偶见横长皮孔。质脆易断,断面平坦,黄白色,中空。远志棍中央有坚硬的木部,断面粗糙,黄白色。气微,味苦,微辛,有刺激感。主产于中国山西、陕西、河北、河南等省。

本品味苦、辛,性温。归心、肺、肾经。功能安神利窍,祛痰止咳,消痈肿。主治惊悸、健忘、失眠多梦、咳嗽痰多、痈疽疮肿。

远志为入心开窍宣散之药,凡心气郁结,痰阻心窍,以致神呆迷惑、精神恍惚、心烦不寐者,用此可以豁痰利窍,开通心气,一般多与茯苓、天竺黄、石菖蒲、郁金等品同用。若因心气虚而不能下交于肾,肾气虚而不能上交于心,心悸怔忡,多梦失眠,则宜配合人参、五味子、酸枣仁、地黄、龙齿等补心益肾安神药以交通心肾;益气养血、心脾两补的归脾汤,气血阴阳俱补的人参养荣汤,滋阴清热、补心安神的天王补心丹等方均用远志,亦皆借其安神定志的作用,以助众药共奏其功。远志在《神农本草经》即主咳逆,临床多用于咳嗽痰多、咯痰不爽之症。可制成浸膏、酊剂服用,或配桔梗、杏仁、陈皮、贝母等以开郁宣肺、利气化痰。其治痈疽疮肿,以属于寒凝气滞、痰湿入络之痈肿为宜,七情忧郁所致之症亦效。《三因方》远志酒,以一味远志研末浸酒饮,药渣外敷,治痈疽发背疖毒;也可取本品煎汁熬稠,频涂患部。煎服,3—10克。古代用远志多去心,否则令人烦闷。心肾有火,阴虚阳亢者忌服。

实验研究:细叶远志根含远志皂甙A、B、C、D、E、F、G及远志醇、N-乙酰氨基-D-葡萄糖、3,4,5-三甲氧基肉桂酸。还含氧杂蒽酮化合物:6-羟基-1,2,3,7-四甲氧基氧杂蒽酮、1,2,3,7-四甲氧基氧杂蒽酮、1,2,3,6,7-五甲氧基氧杂蒽酮。又含生物碱细叶远志定碱、脂肪油、树脂等。

远志所含皂甙,能刺激胃粘膜,引起轻度恶心,因而反射地增加支气管的分泌而有祛痰作用。远志流浸膏对豚鼠、兔、猫、狗等离体或在体的已孕或未孕子宫,皆有增加子宫收缩及肌紧张的作用,此作用系由于远志皂甙对子宫肌的直接刺激所引起。远志还有加强催眠药的作用和抗惊厥作用。远志皂甙有溶血作用,皮部较木部为强。煎剂及醇提物在体外对革兰阳性菌及痢疾杆菌有抑制作用。

琥珀

始载于《雷公炮炙论》。为古代松属植物树脂化石样物质。全年均可采收,从地下粘土层、砂层、煤层及沉积岩内挖出,除去砂石、泥土、煤屑等杂质。从煤中挖出者称“煤珀。”

琥珀呈不规则块状、颗粒状或多角形等,大小不一。表面血红色、黄棕色或黄绿色,透明或微透明,有光泽。质硬而脆,断面平滑有玻璃样光泽。气微,味淡。嚼之无砂粒感,以火燃之易熔,爆裂有声,熄灭时冒白烟,微有松香气。

煤珀呈不规则多角形块状或颗粒状、少数呈滴乳状,大小不一。表面黄色、棕色、红褐色或乌黑色,有光泽。断面呈透明或半透明玻璃样,质坚硬,不易破碎。有煤油气,味淡。嚼之坚硬无砂粒感,燃之易熔,初冒浓黑烟,刚熄灭时冒白烟。主产于中国云南、广西、河南、辽宁等省、区。

本品味甘,性平。归心、肝、小肠经。功能镇惊安神,散瘀止血,利尿通淋。主治惊风癫痫、惊悸失眠、血淋血尿、小便不通、妇女经闭、产后停瘀腹痛、痈疽疮毒、跌打损伤等。

琥珀用于惊风癫痫,常与祛痰熄风止痉药配伍,如《活幼心书》之琥珀抱龙丸,即取琥珀配胆南星、天竺黄以

治小儿痰热壅盛,惊风抽搐等病证。用于惊悸、失眠、健忘,常配茯神、远志或酸枣仁、龙齿、朱砂等安神镇心之品,方如《景岳全书》引《秘验》方之琥珀多寐丸,《杂病源流犀烛》之归神丹等。若癫痫痰迷者,则可配远志、石菖蒲等以豁痰开窍安神,方如《不居集》之宁志丸。琥珀活血散瘀,治妇女经闭,瘀滞腹痛,常与其他活血祛瘀药同用。如《圣惠方》琥珀煎丸用本品配大黄、桃仁、水蛭、虻虫等逐瘀之品同用治经闭不通。《普济本事方》之琥珀散,用琥珀配当归、赤芍、莪术、蒲黄等品,治产后瘀滞腹痛,恶露不下,《重订严氏济生方》琥珀丸,用琥珀配当归、白芍、鳖甲、莪术、泽兰等,治癥瘕积聚,功能活血软坚消癥。现代用琥珀配三七为末服,治疗冠心病,取琥珀既有安神镇定之力,又有活血散瘀之能。跌打损伤,瘀血在里,琥珀亦可治之,如《外台秘要》用琥珀研末酒服,或入蒲黄同服。《外科正宗》琥珀蜡矾丸治痈疽肿毒,已成未脓之际,亦以琥珀与白矾、雄黄、朱砂同用,预服此丸,可以护心散血解毒。《本草经疏》谓琥珀能消瘀血,从淡渗药则利窍行水,故临床常与其他利尿药同用以治疗淋证,对血淋、尿血更为适用。如《医醇賸义》琥珀导赤汤,于导赤散中配入琥珀及二冬等,治疗心移热于小肠,小便淋痛,既清心经之火又能活血通淋。又如《杨氏家藏方》忘忧散,用凉血通淋之萱草根煎汤调服琥珀末,治疗小便赤涩淋痛。《仁斋直指方》以灯芯汤送下琥珀末,治疗小便尿血。研末冲服,1—2克。或入丸散。琥珀为散瘀渗利之品,故阴虚内热,火炎水涸,以致小便不利及无瘀滞血结者,均不宜服。

实验研究:琥珀主要含二松香醇酸的聚脂化合物和挥发油。聚脂化合物的分解产物有琥珀酸、龙脑等。还含镁、钙、铁等无机盐。

铁落

始载于《神农本草经》。又名铁屑。为生铁煅至红赤,外层氧化时被捶落的铁屑。

本品味辛,性凉。归心、肝经。功能镇惊安神,平肝清热。主治癫狂、暴怒、惊悸等病症。《素问·病能论》治阳厥怒狂之生铁落饮,即用本品一味煎汤内服,以重镇降逆。但癫狂病多因情志郁结,痰火上逆,蒙蔽心窍所致,故临床常与清热豁痰、宣窍安神药同用,如《医学心悟》以连翘、麦冬、胆星、远志、石菖蒲、茯神、朱砂等药,用生铁落煮汤代水煎服。煎服,10—30克。宜先煎、久煎。肝虚及中气虚寒者忌服。

实验研究:本品主含四氧化三铁。

云母

始载于《神农本草经》。又名银精石、千层皮。为硅酸盐类矿物白云母的片状晶体。产于中国内蒙古、陕西、新疆、江苏、湖南、湖北、浙江、山东、河北、四川、云南等省、区。

本品味甘,性温。入心、肝、脾经。功能安神镇怯,止泻,止血,止汗,敛疮。主治心神不安、惊悸、失眠、眩晕等病症。

临床常与重镇、祛痰、清心等药物配用,如《本草汇言》安神丸,用云母配朱砂、胆星、牛黄等以治惊风、癫痫、烦躁不宁。本品也用于久痢、久泻,以及带下、崩中等病症,取其甘温益脾,收敛止涩。《千金翼方》谓其能"止下脱病",即"涩可去脱"之意。以其具有收敛作用,还可广泛应用于止汗、止血、收湿、敛疮等。如《千金翼方》用云母粉外扑兼内服治"劳损出汗";现代报道用此内服治上消化道出血,外敷创伤出血、皮肤湿疹。此外,《金匮要略》治疗牝疟多寒,用本品佐蜀漆、龙骨;《千金翼方》治痰饮头痛,往来寒热用本品佐常山,都是取其温脾助阳的作用,以达到祛寒化痰的目的。煎服,9—12克;研末服,每次1—2克。本品性温助阳,凡阴虚火炎者慎用。又因质重涩敛,多服可引起便秘。

实验研究:白云母主含钾、铝的硅酸盐[$KAl_2(AlSi_3)-O_{10}(OH,F)_2$]。

紫石英

始载于《神农本草经》。为氟化物类矿物萤石族萤石。产于中国浙江、江苏、山东、山西、湖北、甘肃等省。

本品味甘,性温。归心、肝经。功能镇心,安神,定惊,降逆气,暖子宫。主治心悸、怔忡,夜不安眠、惊痫、瘛、疭、咳逆上气、妇女宫寒不孕。

心悸、怔忡、失眠,由于气血虚弱,心气不足所致者,使用本品时常配益气养血、补心安神之品,如人参、熟地、当归、茯神、酸枣仁、龙齿之类,《千金要方》治疗心气不足诸证之补心汤、大小镇心丸等方中多用之。治疗惊痫、瘛、疭,亦取其重镇之功,适用于风热惊痫、瘛、疭之证,须配合其他安神镇惊药及清火药如龙骨、牡蛎、寒水石、石膏、大黄等同用,方如《金匮要略》风引汤。其治咳逆上气,系取其温肺、降逆、镇摄之功,故宜用于肺气虚寒之证,并与止咳、化痰药同用。治疗妇女宫冷不孕,宜佐以补肾养血之品,如《青囊秘方》以紫石英配熟地黄、枸杞子、当归、川芎等治宫冷久不受孕或受孕后常易小产之症。《千金要方》紫石门冬丸,专治妇人不孕,虽药物众多,然主要亦为紫石英与补肾及温养气血之品配伍同用。煎服,6—9克。宜打碎先煎;或入丸、散。生用或醋煅用。阴虚火旺及血分有热者,均须慎用。

现代研究:萤石主为氟化钙。常有杂质氧化铁和稀土元素。

蛇含石

始载于《新修本草》,原名蛇黄。为褐铁矿的结核。

产于中国河南、江苏、山西、四川、浙江、广东等省。

本品味甘，性寒。入心包、肝经。功能镇惊安神，止血定痛。主治心悸、惊痫、肠风、血痢、心胃疼痛、肿毒。

前人谓蛇含石与代赭之性不甚相远，为小儿镇摄惊痫之重剂，故为古方所常用。如《本草衍义》治心悸火动，以本品与朱砂及天麻同研，薄荷汤调服；《小儿药证直诀》蛇黄丸，治小儿惊痫，用本品与郁金、麝香为丸内服。《太平圣惠方》治积热风痰攻心的风痫，取蛇黄煅研与狗胆汁相和，以粟米饭为丸服。《普济方》用治肠风下血及血痢不止，则单用蛇黄火煅醋淬后研末，米汤调服，有止血之效。此外，本品以水磨汁外涂，可治肿毒。煎服，6—9克。

实验研究：本品为含水的三氧化二铁。

缬草

又名满山香、拔地麻、小救驾。为败酱科植物缬草 Valeriana officinalis L. 的根茎及根。原植物分布于中国东北、华北、西北及河南、山东、湖北、四川等省。

本品味甘、辛，性温。功能安神镇静，祛风止痛。主治神经衰弱、心悸失眠、癔病。

治疗心悸、失眠等神经衰弱症，可单用或配五味子、合欢皮等煎服及浸酒饮。治疗癔病及精神不安，可用缬草与陈皮、浮小麦、大枣等配伍。此外，亦可用于胃脘痛、腰腿痛及跌打损伤。煎服，3—6克。

实验研究：缬草根含挥发油0.5%—2%，油中含异戊酸龙脑酯、龙脑、乙酸龙脑酯、左旋莰烯、α蒎烯、右旋松油醇、左旋柠檬烯、乙酸阔叶缬草醇酯、阔叶缬草二醇、α葑烯、月桂烯、水芹烯、左旋石竹烯、γ松油烯、异松油烯、雅槛蓝树油烯、别香橙烯、毕橙茄烯、γ芹子烯、缬草萜烯醇、橙皮酸、缬草烯酸、山萮酸、缬草萜醇酸、异戊酸、缬草酮、缬草烯醛、橄榄醇、左旋桃金娘醇、乙酸桃金娘酯、异戊酸桃金娘酯、β甜没药烯、α姜黄烯、喇叭醇等。又含缬草碱、鬃草宁碱、缬草生物碱A和B、猕猴桃碱、缬草胺碱等生物碱。尚含缬草三酯、异戊酰氧基二氢缬草三酯、缬草环臭蚁醛酯甙、氯化缬草三酯、7-表去乙酰异缬草三酯、乙酰异缬草三酯、咖啡酸、绿原酸、鞣酸、树脂、β谷甾醇。

本品有镇静、安定作用，用以治疗失眠及神经症。能对抗乙醇的作用，而与溴化物、吗啡、水合氯醛不同。它还能对抗小鼠的士的宁性惊厥。缬草二醇酯及缬草三酯为镇静的有效成分，缬草三酯能使服用者集中精力和更有效的工作。缬草三酯及异戊酰氧基二氢缬草三酯对小鼠及猫均有安定作用，改善其协调动作；降低其兴奋、攻击状态。本品含有解除平滑肌痉挛的成分；能保护家兔由四氯化碳引起的肝损害。某些成分能降低动物的血压，总生物碱有抗菌作用。

开窍药

凡以开通心窍，苏醒神志为主要作用的药物，称为开窍药。

开窍药大多气味芳香，性善走窜，适用于热病邪陷心包或痰浊蒙蔽清窍所引起的神志昏迷以及中风、中气、惊风、癫痫等病出现的卒然昏厥。

神志昏迷或卒然昏厥有脱证闭证之分。脱证多为虚证，当用回阳救逆，益气固脱之药，禁用芳香开窍。闭证多为实证，当用开窍药。因闭证又有寒闭、热闭的不同，故使用开窍药亦有温开、凉开之异。寒闭治宜温开，须配祛寒、行气药；热闭治宜凉开，须配清热、祛痰药。近年亦选用芳香开窍药，配合止痛、行气、活血药，组成温通开窍之剂，治冠心病心绞痛，有良好疗效。但开窍药多为救急治标之品，只宜暂用，不宜久服，以免耗伤正气。又本类药香气浓郁，易于挥发，除菖蒲等个别药可入煎剂外，其余药物宜入丸、散剂内服，不宜入汤剂煎煮。

麝香

始载于《神农本草经》。又名当门子、寸香。为鹿科动物林麝 Moschus berezovskii Flerov、马麝 M. sifanicus Przewalski 或原麝 M. moschiferus L. 成熟雄体香囊中的干燥分泌物。

取香分为猎麝取香和活麝人工取香两种。

猎麝取香：多在冬季至次年春季猎取，捕到成年雄麝后，将腺囊连皮割下，检净皮毛杂质，阴干，习称“毛壳麝香”。割开腺囊，除去囊壳者习称“麝香仁”。

活麝人工取香：选3岁以上雄麝，固定在取香台上，操作者以左手固定腺囊，分开囊口，右手持消毒匙，掏取麝香，切勿损伤腺囊。每年可取香1—2次，取出的香置干燥器中密闭干燥或阴干。

毛壳麝香为类椭圆形或扁圆形的囊状体，直径3—7厘米，厚2—4厘米，囊口周围密生灰白色或棕褐色细短毛，呈旋涡状排列，去毛后露出粗皮，革质，淡褐色，另一面为棕褐色略带紫色的皮膜，微皱缩，偶显肌肉纤维，略有弹性。剖开后可见中层皮膜(肌肉层)呈棕褐色或灰褐色，半透明；内层皮膜呈酱棕色，极薄，有皱纹，称为“银皮”，内含颗粒状、粉末状的麝香仁和少量细毛及脱落的内层皮膜。

麝香仁鲜时呈稠厚黑褐色软膏状，干后为粉末状或颗粒状，家麝所取之香有短条形和不规则团块状者。粉末状的多呈棕褐色或黄棕色，并含有少量的内层皮膜和细毛。颗粒状和块状的习称“当门子”，表面多呈紫黑色，油润，光亮，微有麻纹，断面深棕色或黄棕色。有强烈而特异的香气，味微苦而略辣。主产于中国四川、西藏、云南等省、区。

本品味辛，性温。归心、脾经。功能开窍散结，通络行瘀，消肿止痛。主治窍闭神昏、心腹急痛、血瘀经闭、癥瘕积聚、痈疽恶疮、跌打损伤、历节痹痛以及耳聋、鼻塞、喉痹等。因其气味芳烈，具有较强的穿透走窜作用，故内而脏腑，外而筋骨肌肤，无所不达。

麝香开关通窍，既可用于中风、中恶、痰壅、气闭、猝然倒仆、神志昏迷、牙关紧闭之症，也可用于热病邪陷心包，或痰火上蒙，神昏谵语，小儿惊风癫痫等症。如至宝丹、苏合香丸、安宫牛黄丸、抱龙丸等，方中均用麝香以通其闭塞，开窍醒神。麝香用于心痛或心腹急痛，《千金要方》犀角丸，以麝香与莽草、桂心、附子、蜈蚣等配伍，治久心痛腹痛；《圣济总录》麝香汤，则用本品与木香、桃仁、吴茱萸等配伍，治厥心痛。现代用于冠心病心绞痛，亦有显著缓解疼痛之功效。麝香能活血散结，可治瘀滞经脉所致之月经闭止及癥瘕癖积，但须配合其他破血祛瘀药，如三棱、莪术、桃仁、红花、穿山甲等同用。本品又为外、伤科重要药物之一，如《外科全生集》治疗流注、瘰疬、痰核、乳癌及其他痈疽恶疮的犀黄丸、小金丹等，前者与牛黄、乳香、没药同用，适宜于初起热毒偏盛之证；后者与白胶香、草乌、木鳖子等同用，适宜于寒湿痰瘀阻络，局部肿硬而皮色不变之阴疽结毒。至于疔疮、发背、脑疽及一切恶疮，初起用之可消，已成用之能溃，可与雄黄、蟾酥、乳香、没药、轻粉等同用。麝香治跌打损伤、压伤、闪腰岔气、瘀血疼痛，有散瘀消肿止痛的效果，可与血竭、红花、乳香、没药等研末，内服外敷，如《良方集腋》七厘散。本品亦可用于筋骨疼痛，如《普济方》麝香丸，用以配地龙、全蝎、川乌、黑豆治历节风痛，昼静夜剧及一切手足猝痛；《证治准绳·杂病》用本品配桃仁、红花、当归、水蛭等，治因瘀血所致的痛痹。此外，前人尚用麝香治疗耳聋、鼻塞、喉痹等清窍不利之症；用蜗牛与麝香捣敷脐下治小便不通；或以鲜土牛膝根捣汁，调入麝香少许内服，治败精阻于隧道而小便浑浊疼痛，都系借麝香之走窜直达病所之性，发挥利关窍，通瘀腐的作用。本品不入煎剂。研末服，0.03—0.1克。孕妇禁用。

实验研究：麝香主要芳香成分为麝香酮，还有少量去甲麝香酮。原麝还含生物碱麝香吡啶以及胆甾醇、胆甾－4－烯－3－酮、5α－及5β－雄甾烷－3，17－二酮、5α－雄甾烷－3β，17α－二醇、5β－雄甾烷－3α，17β－二醇等多种雄甾烷衍生物。还含蛋白质、多肽、多种氨基酸、尿素、钠盐和多种无机元素。

天然麝香对离体蛙心有强心作用，麝香酊剂小量静注可使兔、犬血压上升、呼吸次数增加。在猫乳头肌等标本上，麝香水浸膏有增强β肾上腺素能受体的作用。麝香水浸出物有良好的抗炎作用，特别是对炎症的初期及中期的毛细血管通透性增加、白细胞游走均有抑制作用，作用强度超过氢可的松的数十倍。对炎症晚期的肉芽肿形成，也有抑制作用，但较弱。它与蟾酥、牛黄等有协同作用。抗炎有效成分为水溶性多肽。天然麝香、人工麝香酮对中枢神经系统小剂量有兴奋作用，在位晚期妊娠子宫，尤为敏感。麝香酮或其他醚溶部分对大鼠有雄激素样作用。

冰片

始载于《新修本草》。原名龙脑香，又名梅片、梅花脑、龙脑。为龙脑香科植物龙脑香 Dryobalanops aromatica Gaertn. f.树脂的加工品，称为“龙脑冰片”。以樟脑、松节油等用化学方法合成的加工制成品，称为“合成龙脑”或“机制冰片”。以菊科植物艾纳香 Blumea balsamifera (L.) DC.的叶提取的结晶，称“艾片”。

龙脑冰片是采取龙脑香树干裂缝的干燥树脂，或割伤树干取其流出的树脂，经加工而成。亦可砍下树枝，切成碎片，经水蒸气蒸馏升华，冷却后结晶。艾片是采取艾纳香叶，经蒸气蒸馏，冷却所得的结晶。

龙脑冰片呈半透明块状、片状或颗粒状结晶，直径1—7毫米，厚约1毫米，类白色或灰白色。能升华，质松脆，手捻易成白色粉末，并挥散。气清香，味辛凉。嚼之渐渐溶化。熔点206—208℃，比旋光度＋34°至＋37°。燃烧时无黑烟或微有黑烟。主产于印度尼西亚。

合成冰片呈半透明薄片状结晶，直径5—15毫米，厚约2—3毫米。边缘不整齐，洁白如雪，状如梅花。表面有如冰的裂纹，质松脆，分层，可剥离成薄片，手捻即粉碎。气清香，味辛凉，燃烧时有黑烟，灭后无残迹遗者为纯品。中国上海、广州、天津等市均有生产。

艾片呈半透明的结晶，直径5—15毫米，厚约2—3毫米，颜色显青白。质稍硬，手捻不易碎，气清香，味辛凉。主产于贵州、广西等省、区。

本品味辛、苦，性凉。归心、肺、脾经。功能开窍，醒神，散热，止痛，明目去翳。主治热病神昏口噤、中风痰厥、高热惊厥等病症，又为五官科咽喉、口齿、耳目诸疾之常用药物。

其治窍闭神昏、惊厥等症，常与麝香相须为用。如因温邪热毒，内陷心包或中风、惊痫、痰热壅盛者，或中暑、中恶，而秽浊之气扰乱中宫，上蒙清窍者，可于清热解毒，镇心安神药中用之，方如安宫牛黄丸、至宝丹及诸葛行军散等。若因寒邪或湿痰闭塞气机，蒙蔽神明者，可加用于理气、温通、解毒、安神剂中，方如苏合香丸。神昏口噤不开者，本品亦可外用，如《圣济总录》开关散，用冰片与生南星同研细末，擦牙，以治中风牙关紧闭。近用治冠心病心绞痛，常与苏合香配用，如苏冰滴丸。冰片治痈疖、烂喉丹痧、喉风、喉蛾、咽喉肿痛，可与麝香、牛黄、雄黄、珍珠等配用，如雷氏六神丸，既可内服，又可外用。治咽喉、牙龈肿痛及口舌生疮，则可与硼砂、玄明粉、朱砂同用，如《外科正宗》冰硼散。其治目疾，如《太平圣惠方》用冰片与乌贼骨同研细末点眼，治目赤肿痛，翳膜，痒涩；《经验方》治眼翳有犀黄散、荸荠退翳散，前者用冰片与硼砂、麝

香、牛黄同用,后者则以荸荠粉易牛黄,研末点眼,均取其明目退翳之功。治脖耳,耳内肿胀或流脓水,冰片可与黄连、枯矾同研,入甘油调和滴耳。此外,本品还用于治疗烧烫伤,可配煅石膏、赤石脂、黄丹研末,香油调涂。治蛲虫病,用冰片与香油调成糊状,涂于肛门内外。冰片内服,不入煎剂,皆入丸散。用量0.15—0.3克。只宜暂用。孕妇及气血虚弱者,慎服。

实验研究:冰片主含右旋龙脑,尚含葎草烯、β榄香烯、石竹烯等倍半萜及齐墩果酸、麦珠子酸、积雪草酸、龙脑香醇酮、龙脑香二醇酮、古柯二醇等三萜化合物。又含常春藤次酸、龙脑香萜酸、11-氧积雪草酸甲酯、龙脑香内酯等。

苏合香

始载于《名医别录》。为金缕梅科植物苏合香树 Liquidambar orientalis Mill.所分泌的香树脂,经加工精制而成。主产于土耳其。

本品味辛、微甘,性温。归心、脾经。功擅开窍醒神,豁痰辟秽,行气止痛。主治中风猝倒、癫痫痰厥、时疫霍乱以及心绞痛等。由于中风猝倒,痰壅气闭,或腹痛胸痞而不得吐泻,均可以本品配麝香、檀香、丁香、朱砂、青木香等药研末为丸服,如《和剂局方》苏合香丸。近年来常用于治疗冠心病心绞痛,如冠心苏合丸、苏冰滴丸。苏合香气味香烈,开窍逐秽之功与麝香颇相似,故前人配以石菖蒲、姜半夏,用治脏腑气窍不通;配姜半夏、陈胆星、天竺黄,以治五种痫证;配紫苏叶、川芎、陈皮,用于山岚瘴疠温疟。总之,凡一切中风、中痰、中气而突然昏厥的危、急闭证,皆可用此药开之,但只适用于为寒邪或痰湿秽浊而致者。若因热邪或痰热内闭之神昏,以及元气衰亡之暴厥脱证,均属禁用。不入煎剂。研末服,0.3—1克。阴虚多火之人忌用。

实验研究:树脂含α及β苏合香树脂醇及其桂皮酸酯、齐墩果酮酸、3-表齐墩果酸及香荚兰醛等。苏合香为刺激性祛痰药,并有较弱的抗菌作用,可用于各种呼吸道感染,用于局部有温和的刺激作用,可缓解炎症如湿疹和瘙痒,并能促进溃疡及创伤的愈合。苏合香还有增加冠脉流量的作用。

安息香

始载于《新修本草》。为安息香科植物安息香树 Styrax benzoin Dry.及青山安息香 S. tonkinensis (Pierre) Craib ex Hart.的香树脂。前者产于印度尼西亚;后者产于泰国、越南、老挝及中国广西、云南等省、区。

本品味辛、苦,性平。归心、脾经。功能开窍豁痰,行气活血,辟恶止痛。主治中风痰厥、惊痫昏迷、心腹疼痛、产后血晕。

如《和剂局方》苏合香丸,以本品与苏合香、麝香、冰片等协同使用,治疗中风痰厥、惊痫昏迷。用于气滞所致的心腹疼痛,可单味研末服,亦可与其他理气止痛药如沉香、木香、丁香等炼蜜为丸服。用治产后血晕,则可与活血祛瘀药五灵脂同研为末,用炒姜煎汤调服。此外,本品外敷溃疡创面,有促进愈合的作用。多入丸,散用。研末服,0.3—1克。阴虚火旺及气弱者慎服。

实验研究:青山安息香含树脂70%—80%,主要成分为苯甲酸松柏醇酯、泰国树脂酸。还含苯甲酸、苯甲酸桂皮醇酯、香荚兰酸、泰国树脂醇。

安息香酊为刺激性祛痰药,置于热水中吸入其蒸气,能直接刺激呼吸道粘膜增加其分泌,可用于支气管炎以促进痰液排出。吸入时应避免蒸气的浓度过高而刺激眼、鼻、喉等。它还可外用作局部防腐剂。

龙涎香

始载于《本草纲目拾遗》。为抹香鲸科动物抹香鲸 Physeter catodon L.肠内分泌物的干燥品。原动物中国南海、东海和台湾省沿海有分布。

本品味甘、微酸,性温。功能化痰开窍,行气活血,散结止痛。主治神昏气结、心腹疼痛、癥积、咳喘气逆等病症。此外,尚有利水通淋,益精髓,助阳道,暖子宫等功用。研末服,0.3—0.9克。

实验研究:本品约含25%龙涎香醇。灰分中主含氧化钙、氧化镁、五氧化二磷、二氧化硅。

石菖蒲

始载于《神农本草经》。原名昌蒲。为天南星科植物石菖蒲 Acorus tatarinowii Schott.的根茎。秋、冬两季挖取,除去须根,洗净泥土,晒干。

根茎呈扁圆柱形,多弯曲,常有分支,长短不一,直径0.3—1厘米。表面棕褐色或灰棕色,粗糙,有疏密不匀的明显环节,节间长0.2—0.8厘米,具细纵纹,上方有三角形叶痕,左右交互排列,其上可见毛鳞状的叶基残留;下方有须根或点状根痕。质硬而脆,断面不平坦,纤维性,白色或微红色,内皮层环明显,可见多数维管束小点及棕色油细胞。产于中国四川、浙江、江苏、福建等省。

本品味辛、苦,气芳香,性微温。归心、肝、脾经。功能开窍豁痰,理气活血,散风去湿。主治热病神昏、癫痫、痰厥、健忘、耳聋、目赤云翳、胸膈胀闷、胃痛、腹痛、噤口痢等。

临床治疗湿温病湿热酿痰,蒙蔽清窍,症见身热,神志模糊或昏迷,时有谵语,舌苔黄腻等,以本品化浊开窍,并配伍郁金及其他清热解毒、化湿祛痰药,如《温病全书》菖蒲郁金汤。治疗痰气郁结而致的狂躁型精神分裂症,常配合郁金、白矾等同用,方如白金丸。《医学正传》以本

品为末，猪心汤送服，治疗癫痫风痰。他如中风、中痰、中气、中暑等症见昏迷不语者，亦用本品与胆南星为主，制成散剂，随证选用其他药物煎汤送服。如中风者防风、秦艽汤下；中痰者半夏、白芥子汤下；中气者白术，木香汤下；中暑者，川连、薄荷汤下等。石菖蒲的开窍作用，不仅适用于痰迷心窍，神志昏迷之症，而且可以疗健忘，明耳目，出音声。其治疗健忘，多配合远志、伏苓、人参或其他安神定志药，方如《千金要方》开心散；如石菖蒲与熟地、黄柏为丸服治肾虚耳聋；石菖蒲自然汁熬膏点眼，可治各种赤眼及云翳攀睛。石菖蒲与腊梅花、桔梗、石斛等配合，可以治疗喉炎或声带水肿所致的声音嘶哑。石菖蒲芳香而善化湿浊，用以治疗湿阻脾胃，运化失常所致的胸脘胀闷；不思饮食，脘腹痛，肠鸣等症，具有醒脾健运、开胃宽中之功，一般可与藿香、半夏、陈皮、厚朴等同用。对于下痢噤口之症，石菖蒲又有开胸进食作用，偏于脾虚者，可与石莲子配伍，或于参苓白术散中加用本品；偏于胸膈热闭者，可与川连、甘草、五谷虫同用。煎服，2—6克；鲜品，5—10克。凡阴虚阳亢，心劳神耗，烦躁汗多及滑精患者慎用。

实验研究：根茎含挥发油0.11%—0.42%，主要成分为β细辛醚（顺式）约占63.2%—81.2%、α细辛醚8.8%—13.7%。其次为石竹烯、α律草烯、石菖醚、顺式及反式-4-丙烯基藜芦醚、4-烯内基藜芦醚、细辛醛、榄香素等。还含氨基酸、有机酸和糖类。

石菖蒲挥发油能减少小鼠自发活动，减弱麻黄碱的中枢兴奋作用，解除独居小鼠的攻击行为，还能显著延长戊巴比妥钠的麻醉时间，表明其具有镇静效果。本品尚有明显的降温作用；内服能促进消化液的分泌，制止胃肠异常发酵，并有弛缓肠管平滑肌痉挛的作用。石菖蒲油还能阻断乙酰胆碱、5-羟色胺、组胺对离体豚鼠气管的收缩作用。石菖蒲加用苯妥英钠对原发性和症状性癫痫的疗效，较单用苯妥英钠强。α细辛醚经动物试验证明，具有祛痰、镇咳、平喘、利胆、平滑肌解痉、镇静及抗惊等作用。

九节菖蒲

又名小菖蒲、节菖蒲、鸡爪莲、京菖蒲。为毛茛科植物阿尔泰银莲花 Anemone altaica Fisch. ex C.A.Mey. 的根茎。略呈纺锤形，稍扁、微弯曲，偶有短分枝长1—6厘米，直径3—7毫米。表面淡棕至暗棕色，有多数半环状突起的节，其上有鳞叶痕，斜向交互排列，节上有细点状突起的根痕。质坚脆，折断面平坦，显颗粒状，有粉性。气微，味微酸而麻舌。主产于中国陕西，山西、河南等省亦产。

九节菖蒲在历代本草书籍中常指天南星科植物石菖蒲的根茎，所谓"九节"，系指根茎之环节紧密而言。如《别录》云"一寸九节者良"，与本品显著不同。

本品味辛，性微温。归心、肝、脾经。功能芳香辟秽，开窍豁痰，祛风，行气化湿。主治热病神昏谵语、惊厥、癫痫、胸痞腹胀，呕恶不食及风湿痹痛。

治小儿高热惊风，用鲜品捣烂绞汁，加姜汁数滴灌服，或配远志煎服。若与香附、吴茱萸配用，可治湿浊中阻的胸闷、腹胀。用鲜品捣烂外敷或煎水洗浴，可治疮疖疥癣。本品行气开窍，故临床用治气闭耳聋。煎服，2.5—5克。凡阴虚阳亢、烦躁汗多者慎用。

水菖蒲

始载于《名医别录》。又名白菖蒲。为天南星科植物水菖蒲 Acorus calamus L. 的根茎。主产于中国湖北、湖南、辽宁、四川省。

本品味苦、辛，性微温。归心、肝经。功能化痰开窍，除湿健胃。主治惊厥、心悸健忘、癫痫、咳嗽痰多、脘腹痞胀、痢疾、风湿痹痛、跌打肿痛、肿毒、湿疹、疥癣等。

水菖蒲用治痰热惊厥，或痰涎壅闭而神识不清者，可与钩藤、石决明、天竺黄等清心豁痰，熄风开窍药配用；如痰火上扰，心神不宁，惊悸健忘，则与远志、茯苓、龙骨等宁心安神药配用；治癫痫猝发，可与全蝎、白附子、天南星等定痫祛痰药伍用。本品用于慢性支气管炎咳嗽痰多，则有化痰镇咳作用，可单味煎服或研末服。水菖蒲亦治湿浊中阻之胃脘痛，胸腹痞闷，食少，苔腻，常与藿香、豆蔻、陈皮等除湿行气宽中药同用。现代临床用治急性菌痢及肠炎，常单味研末装入胶囊服。治风寒湿痹，身重疼痛，配羌活、苍术、石楠藤煎服。此外，本品如与路路通煎汤服，可治暴聋耳听失聪。治痈肿初起，可与独活、白芷、赤芍、紫荆皮研末，用葱芯捣成糊状外敷患处。煎水洗或研末麻油调敷可治疥癣、湿疹瘙痒。煎服，3—9克；研末吞，0.3—0.6克。凡阴虚阳亢、汗多、精滑者慎服。

实验研究：水菖蒲根茎含挥发油，油中主要成分为α、β和γ细辛醚、榄香脂素、顺式的和反式的4-丙烯基藜芦醚、4-烯丙基藜芦醚、1-烯丙基-2、4、5-三甲氧基苯；还有细辛醛、白菖酮、丁香油烯等二十多种成分。另含菖蒲甙、鞣质、维生素C等。

水菖蒲挥发油与细辛醚对多种动物有镇静作用，与氯氮䓬（利眠宁）、利血平相似，有安定作用，这可能与抑制脑的呼吸有关。水菖蒲的非挥发性成分对多种心律失常动物模型，有防治作用，抑制异位节律点，延长心房肌的不应期。挥发油也有奎尼丁样作用，对犬的心房纤颤有效。菖蒲油有降压作用，主要是由于直接松弛血管平滑肌和抑制心脏。挥发油能对抗乙酰胆碱在离体豚鼠回肠上的兴奋作用。α及β细辛醚、1-丙烯基-2、4、5-三甲氧基苯能对抗组胺、乙酰胆碱、5-羟色胺引起的离体肠管及气管的收缩作用；细辛醚的解痉作用强于挥发油。煎剂、挥发油、α细辛醚对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌在体外有不同程度的抑制作用。临床上曾用以治

小儿肺炎、肠炎等。水菖蒲油能抑制单胺氧化酶。小鼠中毒表现为抽搐或强直性惊厥。

收涩药

凡以收敛固涩为主要功用的药物，称为收涩药，亦称固涩药。

收涩药味多酸涩，酸主收敛，涩可固脱。分别具有敛汗固表、敛肺止咳、涩肠止泻、固精止泄等作用，适用于久病体虚，元气不固所致之滑脱不禁等证候。

根据本类药物的功用与适应证的不同，又可分为敛汗、涩肠、固精等三个类别。

敛汗药　本类主要药物有麻黄根、浮小麦、五倍子、五味子等，均有敛汗固表的作用而用于自汗、盗汗，其中部分药物兼具收敛肺气的功能而治久咳虚喘。自汗多属肺脾气虚，应与益气补脾药如黄芪、白术、党参等配用；盗汗多为肝肾阴虚血少，须与滋阴养血药如生地、白芍、当归等同用。

涩肠药　本类主要药物有赤石脂、禹余粮、石榴皮、肉豆蔻等，多有明显的酸涩味而长于涩肠止泻，适用于久痢久泻等慢性疾病。泻痢日久不止，势必伤及脾胃之气，故应用时应与补益脾胃药同用；若涉及脾肾阳衰、运化失司所致之五更泻、老年久虚泄泻等，则应与温补脾肾药配用。至于湿热痢久延而邪气已衰者，可与清热利湿药合用。若邪热方张，切勿误投，以免"闭门留寇"之弊。本类药物中有部分药物，兼能止血，久泻不止而兼有便血者，可以选用。

固精药　本类主要药物有桑螵蛸、益智仁、覆盆子、莲子等，善于收敛固涩而作用于下焦肝肾为多。常用于遗精、滑精、小便频数、遗尿、小溲白浊及妇女带下诸症。但遗滑、尿频不属于肾虚摄纳无权，白浊、带下非关中虚冲任不固者，不宜单凭固精敛涩药取效。本类药物中有些药物功兼涩肠止泻，可交互配用。

收涩类药不适用于外邪未解与里邪未清的病症初期，以免闭气留邪；但遇正虚欲脱，津枯液竭的病症后期，又非单用收涩药所能奏效，治当求本。

麻黄根

始载于《本草经集注》。为麻黄科植物草麻黄 Ephedra sinica Stapf.或中麻黄 E. intermedia Schrenk et C. A. Mey.的根及根茎。主产于中国内蒙古、宁夏、甘肃等省、区。

本品味甘、微涩，性平。归心、肺经。功擅收涩止汗。不论自汗、盗汗，皆可用之。治表虚自汗，常配牡蛎、黄芪以加强固表止汗作用，如《和剂局方》牡蛎散。治阴虚盗汗，常配五味子、柏子仁等养阴宁神之品。若治阴虚有火之盗汗，于当归六黄汤中加用本品。治产后虚汗，用本品配当归、黄芪以补益气血，如《太平圣惠方》麻黄根散。近世治脚汗方，以麻黄根与牡蛎、滑石等粉末外用，本品亦治阴囊生疮湿痒，可与硫黄、米粉研匀粉湿。煎服，10—15克；或入丸散。外用研细作粉扑之。有表证者忌用。

实验研究：麻黄根含升压作用的麻黄根素（即左旋酪氨酸甜菜碱）和降压作用的麻黄根碱A及B。

浮小麦

始载于《本草蒙筌》。为禾本科植物小麦 Triticum aestivum L.干瘪的果实，水淘浮起者。中国大部分地区均产。

本品味甘、咸，性凉。归心经。功能养心坠汗，益气除热。主治体虚汗多、自汗、盗汗等病症。心阴耗损，虚热盗汗，心烦，潮热，可与麦冬、五味子、地骨皮等同用，以养液敛汗；治气虚易汗或阳虚自汗，宜与黄芪、煅牡蛎等益气固涩药配用。浮小麦也可以治疗男子血淋，以童便浸后炒研为末服；近用于小儿遗尿也有较好疗效，可与桑螵蛸、益智仁、龙骨等同用。煎服，10—30克；研末服，3—5克。

五味子

始载于《神农本草经》。为木兰科植物五味子 Schisandra chinensis (Turcz.) Baill.或华中五味子 S. Sphenanthera Rehd. et Wils.的果实。秋季果实成熟时采收，晒干或蒸后晒干。五味子果实药材称"北五味子"；华中五味子果实药材称"南五味子"。

北五味子呈不规则的球形或扁球形，直径5—10毫米。外皮红色、紫红色或暗红色，具网状皱纹，显油润，果肉柔软，有的表面呈黑红色或出现"白霜"。种子1—2粒，肾形，表面黄棕色，有光泽，种脐在一侧显著凹入，黑色。种皮薄而脆，种仁呈钩状，白色，半透明，富油性。果肉气微，味酸；种子破碎后，有香气，味辛、微苦。主产中国吉林、辽宁、黑龙江等省。

南五味子较小，直径3—6毫米，表面棕红色或黑紫色、干瘪，皱缩，有时有白色粉霜，果肉常紧贴种子上。种子较北五味子的种子略小，直径3—4毫米，表面黄棕色，有疣状突起，种脐在一侧稍微凹入。味较淡。产于河南、陕西、甘肃、江西、湖北、湖南、四川、云南等省。商品以北五味子为优。

本品味酸，性温。归肺、肾经。功能敛肺滋肾，益气生津，敛汗，涩精止泻。主治一切气阴耗散之证。

以本品配人参、麦冬用治暑伤元气，气阴两伤，汗多体倦，气短口渴，脉来虚弱之症，如《内外伤辨惑论》生脉散。近应用于休克、心功能不全、冠心病及神经衰弱有一定效果。其治咳逆上气者，若肺虚久咳、短气痰少或肾不纳气之虚喘，五味子既能收肺气之耗散，又能下摄肾气。

临床如与冬虫夏草合用,其功益显。亦可与山茱萸、熟地等配伍,如《医宗已任编》都气丸。至于素有寒饮而夹外感风寒,出现咳嗽喘息,痰多稀薄者,则须与辛温散寒化饮之药,如干姜、生姜、细辛、麻黄等药合用,小青龙汤、厚朴麻黄汤、苓甘五味姜辛汤中,皆配用酸收之五味子以防麻、辛、姜、夏之耗散肺气。心阴不足,心失所养的心悸怔忡,失眠健忘,用以收摄耗散之神气,常与枣仁、地黄、丹参、夜交藤合用。阳虚自汗,可配黄芪、麻黄根、浮小麦、酸枣仁。阴虚盗汗,可配乌梅、生地、麦冬、牡蛎。梦遗、滑精、遗尿、尿频,常与桑螵蛸、金樱子、菟丝子等同用。肾虚久泻不止,与补骨脂、肉豆蔻、吴茱萸同用,如《校注妇人良方》四神丸。久泻脾阴亏损者,可与白芍、甘草、乌梅、山药等同用,以奏酸甘化阴,涩肠止泻之效。此外,还可用于消渴症,可与麦冬、黄芪等配用。在外治方面,五味子与蔓荆子煎汤频洗,可治疗烂弦风眼。以五味子炒焦研末,敷治疮疡溃烂。近将本品作散剂内服,用于治疗急性无黄疸型肝炎及慢性迁延性肝炎。煎服,3—9克;研末服,2—3克。凡肺有实热及胃酸过多者,当忌用。入滋补药多蜜炙用,入止嗽药多生用。

实验研究:五味子果皮和成熟的种皮中所含有效成分为多种木脂体类化合物:五味子素(即五味子醇甲)和它的类似物 α、β、γ、δ、ε 五味子素、伪-γ-五味子素、去氧五味子素(又名五味子甲素)、五味子醇、五味子醇乙、五味子酯甲及乙等。果实和果皮还含挥发油,油中含多量倍半萜烯、β_2 甜没药烯、β 花柏烯和 α 衣兰烯;另含酚类化合物、有机酸、维生素、脂肪和糖类。有机酸中主含柠檬酸、苹果酸,还有酒石酸、琥珀酸和微量草酸。

华中五味子的果实含去氧五味子素、五味子酯甲及乙和华中五味子酯 C、D、E、右旋表白松香素等。

五味子对中枢神经系统的不同部位多有兴奋作用,能改善人的智力活动,提高工作效率。五味子果仁醇提取物有镇静作用,对咖啡碱、戊四氮、烟碱引起的惊厥有不同程度的对抗作用,五味子醇乙和 γ 五味子素也有镇静作用,醇乙的作用较强,持续时间也较长。动物试验还证明醇乙和 γ 五味子素有镇痛解热作用。

北五味子与人参相似,具有"适应原"样作用,虽较人参、刺五加的作用弱,但毒性也较轻,能增强机体对非特异性刺激的防御能力,在适当剂量时能延长大鼠的游泳时间。

动物试验表明,五味子及其某些成分对化学毒物引起的肝损伤有保护作用,光学及电子显微镜检查,病理变化较对照组轻,此保护作用可能与促进肝脏合成代谢,如蛋白质合成及糖原生成有关;它是肝药酶,即肝微粒体 P-450 的诱导剂(苯巴比妥型),因而增强了肝脏的解毒功能;它还能使升高的丙氨酸转氨酶有明显的降低。临床上对各型传染性肝炎近期降酶的总有效率达 84%以上,下降至正常者为 75%左右,炒熟五味子粉或蜜丸疗效高而水煎剂、生五味子粉疗效差,这是因为降酶的有效成分木脂素类不溶于水之故,五味子制剂治疗肝炎存在的主要问题是远期疗效不理想和转氨酶的"反跳"(复发率在 50%左右),有人提出"降酶"不一定有利于肝病的恢复,因五味子可能只是一种肝脏丙氨酸转氨酶的可逆性抑制剂;而且由于其皮质激素样作用,影响肝细胞膜通透性,因而减少了丙氨酸转氨酶进入血流,这些尚待进一步研究。

动物试验还证明 γ 五味子素可使胆汁分泌增加,胃液分泌抑制,胃液总酸度降低,γ 五味子素和醇乙并可抑制胃运动,对应激性溃疡有一定的预防作用。粗制剂肌内注射可加强在位子宫节律性收缩。

关于华中五味子,动物试验证明,五味子酯甲、乙和华中五味子酯 C 及 D 可降低血清丙氨酸转氨酶,肝细胞丙氨酸转氨酶活力也降低,对四氯化碳或硫代乙酰胺引起的血清丙氨酸转氨酶升高,酯甲也有降低作用。

碧桃干

始载于《神农本草经》。原名桃枭,又名干桃、阴桃子、瘪桃干。为蔷薇科植物桃 Prunus persica(L.)Batsch 或山桃 P. davidiana (carr.)Franch. 的未成熟果实。主产于中国江苏、浙江、安徽等省。

本品味苦、酸,性平。功能敛汗,涩精,止血。主治虚汗、遗精、劳咳、吐血、妊娠下血等。临床尤以治疗虚汗为常用,每与糯稻根须或浮小麦、麻黄根等敛汗药协同使用。如治气虚自汗,可佐黄芪、白术、党参等补气药。用治血虚、阴虚之盗汗,佐生地、当归、白芍等补血养阴药。本品用于止血,多煅后内服,如《本草经疏》治内伤吐血,用本品煅存性,与陈棕灰、蒲黄、朱砂、京墨共为末,童便调服。《肘后方》有治妊娠下血方,则单用本品烧灰,水调内服。煎服,10—15克。

糯稻根须

始载于《本草再新》。又名糯稻根。为禾本科植物稻(糯稻)Oryza sativa L. 的根茎及根。中国产稻区均产。

本品味甘,性凉。归心、肺、胃经。功能敛汗,益胃,退虚热。为治气虚自汗、阴虚盗汗的常用药,多与牡蛎、浮小麦、白芍、红枣配用。对病后阴虚发热及肺痨蒸热盗汗者。可单用,或与地骨皮、女贞子为伍。近年来有报道用本品配红枣治乳糜尿有效。煎服,15—30克。

五倍子

始载于《本草拾遗》。为倍蚜科昆虫五倍子蚜 Melaphis chinensis(Bell.) Baker 寄生在漆树科植物盐肤木 Rhus chinensis Mill. 或同科昆虫倍蛋蚜 Melaphis peitan Tsai et Tang 寄生在同科植物青麸杨 R. potaninii Maxim. 和红

麸杨 R. punjabensis Stew. var. Sinica(Diels)Rehd. et Wils.叶轴或叶柄上形成的虫瘿。五倍子蚜寄生形成的虫瘿于8—9月间采收。倍蛋蚜寄生形成的虫瘿于5—6月间采收。采摘后用沸水略煮3—5分钟,杀死内部仔虫,晒干或阴干。前者称为"角倍",产量大。后者称为"肚倍",质量佳。

角倍,呈菱形,长3—8厘米,直径2—5厘米,具有不规则的囊状突起或钝圆的角状分枝。表面黄棕色或灰棕色,被有灰白色软滑的绒毛。质硬脆,易破碎,中空,断面角质状,有光泽,壁厚1—2毫米,内壁浅棕色,平滑,内有多数黑褐色蚜虫的尸体及灰白色粉状排泄物。气特异,味涩。

肚倍,呈纺锤形或长圆形囊状,长2.5—9厘米,直径1.5—4厘米。无突起或角状分枝,表面灰褐色或灰黄绿色,被有较少灰黄色滑软短绒毛,有多数浅纵纹,壁厚2—3毫米。质硬脆,易破碎,断面角质样。气特异,味涩。

主产于中国四川、贵州、云南、陕西、湖北、河南、山西、甘肃、江西、福建等省、区。

本品味酸、涩,性寒。归肺、肾、大肠经。功能敛肺,涩肠,止血,解毒。主治肺虚久咳、久痢久泻、脱肛、自汗、盗汗、遗精、便血、衄血、崩漏,以及外伤出血、肿毒疮疖、癣疮湿烂。

《本草求真》谓"用此内以治脏,则能敛肺止嗽,固脱住汗;外以治肤,熏洗则能祛风除湿杀虫。药虽一味,而分治内外,用各不同"。临床用于肺虚久咳,虚火伤肺,痰中夹血,常配五味子、麦冬、黛蛤散。《本草纲目》治泻痢不止,以五倍子半生半烧,为末,糊丸服;若久泻不止,则配诃子、乌梅服。治脱肛不收,以五倍子末和白矾煎汤洗,或以五倍子末掺之。治自汗、盗汗,配龙骨、牡蛎水煎服;止盗汗亦可取五倍子末,温水调敷脐部。《和剂局方》玉锁丹治虚劳遗浊,以五倍子配白茯苓、龙骨同用。治尿血、便血、崩漏不止,均可以本品研末内服;治鼻血、牙缝出血、外伤出血则可研末局部外用。

用五倍子为末服,治消渴饮水不止,有敛津止渴之效。如研末涂子宫颈患处可治宫颈糜烂。本品治疮疡多外用。如《圣济总录》五倍子散,治一切肿毒,以五倍子、大黄、黄柏为末,调敷患处。口腔溃疡,用五倍子、黄柏为末掺之。《朱氏集验医方》治咽中悬痈,舌肿塞痛,以五倍子、白僵蚕、甘草等分为末,白梅肉捣和丸,弹子大,噙咽。《痘疹便览》治走马牙疳,以五倍子、青黛、枯矾、黄柏等分,为末,以盐汤漱净,掺之。赤眼湿烂,用五倍子、铜青、川黄连、滚汤泡出药液,以软帛蘸洗。湿癣瘙痒,脓水淫渍,用五倍子炒焦,同枯矾为末,猪油调搽。《太平圣惠方》治阴囊湿疮,出水不瘥,先以葱椒汤洗过,以五倍子、腊茶和腻粉少许,研末,香油调搽。若配黑醋、蜈蚣、蜂蜜等制成软膏外敷,可治瘢痕疙瘩。煎服,3—10克;研末服,1.5—6克。外感风寒或肺有实热之咳嗽及积滞未清之泻痢忌服。

实验研究:盐肤木虫瘿含没食子鞣质60%—70%。没食子酸2%—4%。以及树脂、脂肪、蜡质、淀粉等。没食子酸对蛋白质有沉淀作用,与皮肤,粘膜的溃疡面接触后,其组织蛋白质即被凝固,造成一层被膜而呈收敛作用,同时小血管也被压迫收缩,而奏止血功效;腺细胞的蛋白质被凝固引起分泌抑制,产生粘膜干燥,神经末梢蛋白质的沉淀,可呈微弱的局部麻醉现象。没食子酸可与若干金属、生物碱或甙类形成不溶解化合物,因而用作解毒剂。过去用没食子酸治疗烧伤,因有很大缺点(可结成焦痂,遮盖感染,妨碍正常组织之生长,特别是大量吸收可伤害肝脏等),现代外科已不再应用。没食子酸对小肠有收敛作用可减轻肠道炎症,制止腹泻。如胃肠道中有细菌、毒物等刺激因素存在,不应使用没食子酸制剂。没食子酸多少可干扰食物之吸收(沉淀蛋白质),但在小肠之碱性环境中,蛋白质可重新被释出,因此食物或饮料中含少量没食子酸是无害的,但大量时如过度饮茶,可延缓食物之吸收。更大量甚至可引起刺激、腐蚀。特别在空腹时可导致疼痛、呕吐、下泻或便秘。

体外试验对金黄色葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌以及伤寒、副伤寒、痢疾、炭疽、白喉、绿脓杆菌等均有明显的抑菌或杀菌作用。五倍子除没食子酸外尚含有其他抗菌有效成分,主要分布在皮部,五倍子心的煎剂无抗菌作用。鞣质进入机体后几乎全被分解为没食子酸与焦性没食子酸,极大量则可引起灶性肝细胞坏死。

百药煎

始载于《本草蒙筌》。为用五倍子粉作主药,和入酒糟、茶叶汁等经发酵而成的制成品。药材为灰黑色小方块,表面间有黄白色斑点,微具香气。

本品味酸、微甘,性平。归肺、胃经。功能清肺化痰止嗽,解热生津,止泻止血,敛疮。主治久咳、久泻、久痢,脱肛、风热牙痛、牙宣、口舌糜烂、湿疮等。配黄芩、橘红、甘草以治肺热痰嗽,最为相宜;配槐花治酒毒血痢;配荆芥炭治大便下血;配腊茶、乌梅消暑止渴;配硼砂、甘草治咽痛。煎服,6—9克,布包入煎;或作丸噙化;外用研末撒。外感咳嗽,湿热泻痢及积滞未清者忌用。

百药煎的组成,虽均以五倍子为主药,但《本草蒙筌》所载的百药煎,系配桔梗、甘草末等制成;《医学入门》记载的百药煎,则配乌梅、白矾、酒曲、水荭蓼汁制成。由于辅药不同,因此在主治方面亦略有出入,前者侧重治疗肺胀喘咳不休,后者润肺治嗽,化痰止渴,疗肠风下血。

赤石脂

始载于《神农本草经》。又名红土、赤石土。为红色的多水高岭土块状体。产于中国河南、江苏、陕西、湖北、

山西等省。

本品味甘、涩，性温。归大肠、胃、肾经。功能涩肠，止血，敛疮。主治久泻、久痢、便血、崩漏、带下、创伤出血及疮疡溃久不敛。

涩肠止泻是赤石脂的主要功效，大肠滑脱不禁，泄泻无度者尤多恃为要药。常与禹余粮相须为用，以加强收涩之功，方如《伤寒论》赤石脂禹余粮汤。久泻滑脱之证，脾胃多虚，因此常须配伍治本的药物以标本兼顾，中寒者配干姜以温中涩肠，如《伤寒论》之桃花汤；脾气虚者配人参、甘草以补脾涩肠，如《温病条辨》之桃花粥等。赤石脂收敛止血，以治疗崩漏、便血等下部出血症为多用。若妇女冲任虚损，崩漏、带下，可配龙骨、乌贼骨；溃疡病所致消化道出血，可配白及、参三七。《圣济总录》用治血痔出血之赤石脂丸，则以本品与龙骨、白矾、杏仁等同用。本品外用治创伤出血及疮疡溃久不敛，均可研末外敷。如配明矾外敷肛门，可治脱肛。此外，古方还用于痰饮吐水及反胃吐逆等症，现代临床上用治溃疡病，不仅能止血、制酸、止痛，且有止呕的功效。煎服，10—20克。如有湿热、积滞等实邪者忌用。

实验研究：赤石脂主要成分为水合硅酸铝，并含有微量的铁、锰和镁的氧化物。内服能吸着消化道内的有毒物质及食物异常发酵的产物等，对发炎的胃肠粘膜有局部保护作用，并对胃肠道出血有些止血作用。

禹余粮

始载于《神农本草经》。又名白余粮、禹粮石。为氧化物类矿物褐铁矿的矿石。产于中国河南、江苏等省。

本品味甘、涩，性微寒。归脾、胃、大肠经。功能涩肠，止血，固带。主治久泻、久痢、崩漏、带下、便血等病症。

临床用于泻痢经久不止，常与赤石脂同用，如《伤寒论》赤石脂禹余粮汤，治伤寒误下后下焦不固，利下不止之证。柯韵伯《伤寒附翼》中说："禹余粮、赤石脂能实胃而涩肠，凡下焦虚脱者，以二物为末，参汤调服最效。"若脾胃受伤，乃至肾阳衰惫者，则又宜益气健脾温肾，如《方脉正宗》治老人滑泄气虚者，禹余粮与人参、白术、甘草、补骨脂同用；《澹寮方》治下焦虚寒之滑泄，与干姜、附子、肉豆蔻等配伍。其有久泻久痢而阴伤者，则又当配养阴药，如《临证指南医案》即载有治泻久伤阴，以禹余粮与熟地同用之例。本品又有入营止血之效，主要用于崩漏、便血等下部慢性出血症。如《千金方》治女子漏下，或瘥或剧，常漏不止，属冲任不固者，配乌贼骨、赤石脂、龙骨、牡蛎等固涩冲任之品同用。治肠风下血，气虚肛脱之患者，以禹余粮配用于人参、白术等补中益气药中；治便血而见气阴两虚者，则以本品加用于人参、木瓜、乌梅等益气敛阴药中，都是用其固涩之功。妇女带下，属下元不足，带脉不固者，亦宜本品与乌贼骨、煅牡蛎等收涩药同用外，并须配合人参、熟地、山药、菟丝子等以固本培元。此外，本品研末外敷，用治皮肤溃疡，有收敛作用。煎服，10—15克。本品性专收涩，暴病实邪，不宜使用。

实验研究：本品主成分为三氧化二铁，并含多量的磷酸盐。

石榴皮

始载于《名医别录》。原名酸实壳，又名石榴壳、酸榴皮、酸石榴皮。为石榴科植物石榴 Punica granatum L. 的果皮。原植物中国大部分地区均有栽培。

本品味酸、涩，性温。有小毒。归胃、大肠经。功能涩肠止泻，止血，驱虫。主治久泻、久痢、便血、脱肛、崩漏、白带、蛔虫病。

用于久痢久泻，《普济方》以单味陈石榴皮焙研细末，米饮下。张石顽治寒热利及久痢，亦用石榴皮煅存性研末，人参汤调服屡验。如妊娠暴下不止，腹痛，可与当归、阿胶、艾叶同煎服。治湿热痢疾，久延不愈者，石榴皮常与黄连、黄柏清热燥湿药同用。治粪前有血，病人面黄肌瘦，《千金方》取黄石榴皮杵末，茄子枝煎汤调下。用治脱肛，石榴皮合东壁土、白矾，煎成浓汁熏洗，并以五倍子炒研细粉，外敷局部托入。治妇女崩漏及赤白带下，常与乌贼骨、椿根皮或樗根皮等固经止带药配用。治虫积腹痛，用于蛔虫病或绦虫病，每配槟榔、使君子等驱虫药同煎服。治疗稻田性皮炎、足癣湿烂，并用石榴皮煎水洗。如治汤火烫伤，则石榴皮稍加冰片研末，麻油调涂。煎服，3—5克；研末服，1—1.5克。湿热泻痢初起者慎用。

实验研究：果皮含鞣质10.4%—21.3%，还含伪石榴皮碱、异石榴皮碱、甲基异石榴皮碱、异槲皮甙、甘露醇、没食子酸、草酸钙等。

含鞣质较多，故有收敛及体外抑菌作用。

肉豆蔻

始载于《药性论》。又名肉果、玉果。为肉豆蔻科植物肉豆蔻 Myristica fragrans Houtt. 的种仁。冬、春两季采收成熟果实，纵剖肉质果皮，剥去红色网状假种皮（肉豆蔻衣），再敲去壳状种皮，取出种仁，用石灰乳浸泡1日，取出后用微火焙干。

种仁呈圆形或椭圆形，长2—3厘米，宽1.5—2.5厘米。表面灰棕色或深棕色，常被有白色石灰粉，粗糙，有网状纵沟纹，较宽一端有浅色圆形凸起的种脐，另一端有暗色凹陷的合点。质坚硬。横切面可见暗棕色外胚乳，向内伸到浅橙黄色的内胚乳中，交错形成大理石样花纹。纵切面宽端可见小形腔隙，内有皱缩的胚。富油性，气芳香浓厚，味辛辣而微苦。主产于马来西亚及印度尼西亚等国家。

本品味辛，性温。归脾、胃、大肠经。功能温中行气，

涩肠止泻。主治虚泻、冷痢、脘腹胀痛、呕吐、宿食不消等病症。

治脾虚泄泻，肠鸣，或冷利腹痛，不能食者，可配党参、白术、茯苓、大枣等健脾药。治脾肾阳虚，五更泄泻，本品配补骨脂、五味子、吴茱萸，即《校注妇人良方》四神丸。治胃气不和，宿食不消，不能进食，大便泄泻，本品配砂仁、厚朴、白术、红曲等消食和胃之品。

肉豆蔻为温理脾胃的要药，气温能运中土之阳，辛香能醒脾胃之气，所以用于泻利、呕吐不思饮食等脾土虚寒之证，每能收到理气滞、散寒凝、止泻利、增饮食的效果。本品在临床上的配伍应用，得补骨脂则温脾肾之阳而运化谷食，久泄，冷泄可疗；配木香则调中快气，胀痛可消；伍半夏则温中降逆，吐泻可止；得砂仁则开胃进食。煎服，3—10克；研末服，1.5—3克。入药宜煨去油用。若肠腑有湿热，暴泻下注，肠风下血，以及胃热呕吐，胃火牙痛等均忌用。

实验研究：种仁含挥发油5%—15%、油中主成分为α蒎烯和右旋莰烯，共约占80%；另含肉豆蔻醚约4%；还含二戊烯、榄香脂素、右旋芳樟醇、右旋龙脑、栊牛儿醇、黄樟醚、肉豆蔻酸等，另含齐墩果酸。又含脂肪油25%—35%，油中主要为三肉豆蔻酸甘油酯和少量的油酸甘油酯等。还含数种双芳环丙烷类化合物。

肉豆蔻油可用作芳香剂或祛风剂，剂量加大有显著的麻醉性能。人服7.5克肉豆蔻粉可引起眩晕乃至谵妄与昏睡，曾有服大量而致死的病例报告；猫服1.9克/千克可引起半昏睡状态并于24小时内死亡，肝有脂肪变性。肉豆蔻油的毒性成分为肉豆蔻醚，两者中毒症状相似，肉豆蔻醚对猫的致死量为0.5—1.0毫升/千克(在胃肠道的吸收不完全)。如皮下注射0.12毫升即可引起广泛的肝脏变性。

肉豆蔻醚、榄香脂素和黄樟醚有轻度致幻作用。体内及体外试验均对单胺氧化酶有中度的抑制作用。其萜类成分有抗菌作用。

椿白皮

始载于《新修本草》。又名香椿皮。为楝科植物香椿 Toona sinensis (A.juss.) Roem.树皮或根皮的韧皮部。主产于中国贵州、四川、湖北、陕西、甘肃、河北、福建等省。由于本品的功用与苦木科植物臭椿之皮——樗白皮大体相同，故唐以后本草常将两者相提并论，合称椿樗。现代部分地区的商品药材，亦多椿樗互用，并统称之为椿根皮，但就全国而言，则以樗白皮之应用较广。

本品味苦、涩，性微寒。归大肠、胃经。功能清热、燥湿、涩肠、止血。主治泻痢肠滑、崩漏、带下，以及月经过多、肠风便血等，其效用与樗白皮相似。

朱丹溪云：本品治泄泻有除湿实肠之功，故以一味椿根白皮，炒研，酒糊丸服，治湿气下利、大便下血及白带(一方加滑石)，名固肠丸；李东垣治湿热积滞之休息痢，昼夜无度，泻下物腥臭，脐腹撮痛，诸药不效者，用诃黎勒丸，以诃子为主药，亦佐用椿根白皮以涩肠止痢。若治湿热带下，宜配合苍术、黄柏等以清热燥湿；湿痰素重者，可辅以半夏、海浮石之类；多热者，可伍以滑石、知母之类。此外，《雷公炮炙论》曾有椿根皮"偏利溺涩"之记载，今亦有用此治疗淋浊等尿道炎症者。煎服，6—12克。脾胃虚寒及有积滞者慎用。

椿叶、香椿子亦供药用。椿叶：为香椿的嫩枝叶。又名椿芽、椿巅、春尖叶。味苦，性温，有小毒。《新修本草》以本品煎水洗治疮疥，民间用以透发痘疹，近代亦制成流浸膏内服，治急性细菌性痢疾。香椿子：为香椿的果实。又名椿花、香椿铃。味辛、苦，性温。功能祛风，散寒，止痛。可用以治疗胃痛、疝痛和风湿关节痛等证。

实验研究：树皮含川楝素、甾醇、鞣质。

所含川楝素的药理见"苦楝皮"条。

樗白皮

始载于《药性论》。又名臭椿皮、椿皮。为苦木科植物臭椿 Ailantissima (Mill.) Swingle 的根或树干的内皮。春、秋两季剥取根皮或干皮，晒干，或刮去粗皮晒干。

根皮呈扁平的块片状或稍内卷成瓦片状，长宽不一，厚0.2—1厘米。外表面灰黄棕色，粗糙，有多数显著突起的棱形皮孔，纵向延长，长1—2厘米，中央纵裂，边缘稍反卷，除去粗皮者则见黄白色皮层；内表面淡黄色或淡黄棕色，较平坦，密布排列较整齐的细小点状或短线状突起，有时破裂成小孔状。质坚而脆，折断面不平坦，栓皮层显颗粒性，韧皮部显纤维性，易与栓皮层剥离。气微，味苦，嚼之带砂性。

干皮多呈不规则板片状，大小不一，厚0.5—2厘米。外表面灰黑色，极粗糙，有不规则纵横深裂纹，皮孔大，有时数个纵向相接，去粗皮者具淡黄色皮层。其他特征与根皮同。主产于中国浙江、江苏、湖北、河北等省。此外，中国大部分省、区亦产。

本品味苦、涩，性寒。归大肠、胃经。功能清热、燥湿、涩肠、止血、止带，兼有杀虫作用。主治慢性泄泻、赤白痢疾、肠风便血、月经过多、崩漏、带下，梦遗滑精等病症。

治泻痢诸症，可随证配伍，如《本草衍义》之人参散，以樗根白皮、人参等分为末，温酒调服，治疗因饮啖无度，蓄毒在脏，挟热下痢浓血，腹痛连肛，多日不瘥。《近效方》以樗根白皮捣取浓汁，加入粟米泔适量灌肠，治疗疳痢日夜无度。其治便血者，如《普济本事方》之椿皮丸，以臭椿皮配苍术、枳壳，醋糊为丸，用于湿阻气滞，肠风时便清血，腹中刺痛，其治妇科出血者，如《妇人大全良方》之固经丸，以樗白皮配龟甲、黄柏、黄芩等，用于血虚有热，经行不止及崩中漏下，紫黑成块。现代临床多以本品配

黄柏、鸡冠花等治疗湿热带下,配乌贼骨、陈棕炭等治疗崩漏不止,配木香、诃子等治疗久泻久痢;亦有单用本品之流浸膏治疗细菌性痢疾、阿米巴痢疾,皆取得较好效果。樗白皮治疗蛔虫病,一般可用50%煎剂或丸剂,不须另服泻药,即可排虫,部分病人可出现轻度恶心,呕吐或腹泻,停药后自愈。外用煎水洗,燥湿杀虫,可治湿疮疥癣。内服宜炒黄用之。煎服,6—12克,鲜品,15—30克;研末服,1.5—3克。脾胃虚寒及积滞未尽者,均应慎用。

凤眼草,为臭椿的果实。又名樗荚、椿荚、臭椿子。亦供药用。味苦涩,性寒。有清热、燥湿、止血、杀虫作用。多用于大便下血、尿血、血崩、湿热带下、泻痢及尿道炎症。《圣济总录》以本品半生、半熟(炒黄)研末服,治肠风泻血,名椿荚散。民间治阴道滴虫病,以本品配蛇床子、千里光等煎水外洗患部。煎服,6—10克。

实验研究:臭椿根皮含吲哚类生物碱:主为铁屎米酮,还有铁屎米酮-3N-氧化物,甲氧基铁屎米酮及甲氧基铁屎米酮-3N-氧化物、1-羟基铁屎米酮、1-乙酰基-4-甲氧基-β-咔啉、1-(1′,2′-二羟基乙基)-4-甲氧基-β-咔啉、1-(2-羟基乙基)-4-甲氧基-β-咔啉、6-甲氧基-β-咔啉-1-羟酸甲酯等。另含苦味素:臭椿新苦内酯A、B、C等。

树皮含苦味素:臭椿苦酮、臭椿苦内酯、乙酰臭椿苦内酯、苦木素、新苦木素等。还含东莨菪素、脂肪酸、β谷甾醇等。

凤眼草含臭椿苦酮、植物油。种子含油及臭椿内酯、臭椿苦酮、查耙任酮、苦木素、2,6-二甲氧基醌。

煎剂在体外对福氏痢疾杆菌、宋氏痢疾杆菌和大肠杆菌有抑制作用。臭椿苦酮具有较强的抗阿米巴原虫作用。

乌梅

始载于《神农本草经》。原名梅实,又名熏梅。为蔷薇科植物梅 Prunus mume (sieb.)Sieb.et zucc.的近成熟果实经炕焙而成。主产于中国四川、浙江、福建、湖南、贵州、广东等省。

本品味酸,性平。归肝、脾、肺、大肠经。功能敛肺,涩肠,生津,止血,安蛔。主治肺虚久咳、久痢久泻、虚热烦渴、便血尿血、蛔厥等。

用于虚劳久咳,声音嘶嗄而肺气不收者,本品配诃子、贝母等以敛肺,化痰止咳。用于久痢不止,大便脓血已稀,腹痛亦微而见脱肛者,配木香、黄连清肠止痢;若出血仍甚,则配地榆以凉血止血;如久泄不止,泄泻稀水,或完谷不化,配诃子、罂粟壳、肉豆蔻、木香等以涩肠止泻。用于阴虚烦热,口渴多饮,以本品配麦冬、生地、元参等药以养阴生津;治胃热消渴配用黄连、天花粉以泻火止渴。大便下血不止、小便尿血,可以单味乌梅煅存性研末,醋糊为丸,米饮送服;也可与槐花、侧柏叶或小蓟、藕节炭等凉血止血药配用。对于蛔厥吐蛔虫,用乌梅配附子、细辛、干姜、黄连等以温脏安蛔,如《伤寒论》乌梅丸。近代亦常用于治疗胆道蛔虫症。治疗疮疡脓净后胬肉外翻,久溃不敛,本品烧存性研末,外敷局部。煎服,6—12克。多食损牙。初痢新咳,当慎重使用。

实验研究:乌梅含柠檬酸19%、苹果酸15%、琥珀酸、糖类、谷甾醇等。在成熟时期含氢氰酸。种子含苦杏仁甙。

水煎剂在体外对多种致病性细菌及皮肤真菌有抑菌作用,但此作用可能与其酸性有关。对胆囊有收缩作用,能促进胆汁分泌,在体外对蛔虫的活动有抑制作用。煎剂能抑制离体兔肠管的运动。

罂粟壳

始载于《本草发挥》。又名御米壳、粟壳。为罂粟科植物罂粟 Papaver somniferum L.的果壳。

本品味微酸、涩,性平。有小毒。归肺、肾、大肠经。功能敛肺,涩肠,固精,止痛。主治久咳、久泻、久痢、脱肛、便血、遗精滑泄、女子崩带及心腹筋骨诸痛。

对于肺气不收,久咳不止而痰少的病症,可单用本品蜜炙为末服,或配乌梅、苏子、五味子煎服。久泻、久痢、脱肛,可单用或随证配伍应用。如《经验方》治水泻不止,以本品配乌梅、大枣煎服;《百一选方》百中散,治一切痢,不问赤白,以蜜炙罂粟壳配姜炙厚朴为末服。久痢热邪未净者,可与木香、黄连、干姜等配伍。罂粟壳尚有良好的止痛作用,可用于胃痛、腹痛及筋骨疼痛,尤以治泄泻腹痛为优。煎服,3—9克。不宜过量和持续服用,以防中毒。咳嗽或泻痢初起时忌用。

实验研究:壳含吗啡、那可汀、那碎因、罂粟碱、可待因和原阿片碱、蒂巴因、罂粟壳碱等生物碱。另含葡萄糖、果糖、蔗糖、木糖、阿拉伯糖、景天庚糖、D-甘露庚酮糖、D-甘油基-D-甘露辛酮糖、内消旋肌醇、赤藓醇等。

吗啡为成瘾性强镇痛药,能产生欣快症,并有镇静、止咳作用,量稍大即可抑制呼吸,减少胃、肠分泌,抑制肠蠕动,产生便秘。罂粟碱为强大的平滑肌松弛剂,能治疗功能性腹泻或胃肠平滑肌痉挛性疼痛。可待因等有良好的止咳作用。

诃子

始载于《药性论》。原名诃黎勒,又名诃黎。为使君子科植物诃子 Terminalia chebula Retz.的果实。冬季采收成熟果实,晒干或用沸水烫5分钟,取出,晒干。

果实呈卵形或椭圆形,较皱缩。长2—4厘米,直径2—3厘米,表面黄绿色或黄棕色,微有光泽。具波状弯

曲的纵棱5—6条,并有多数不规则纵向和横向皱纹。顶端有一细小花柱痕,基部有一圆形的果柄痕。外果皮与中果皮粘连,中果皮厚3毫米,灰黄绿色。内果皮成坚硬木质核壳,黄白色,坚硬,粗糙。断面有多数含黄色物质的小圆形分泌腔。内含狭长纺锤形种子一枚,金黄色,子叶二枚,白色,相互重叠成卷旋状,具油性。气微,味酸涩。主产于印度、缅甸等国家。中国产于云南、广西、广东等省、区。

本品味苦、酸、涩,性平。归肺、大肠经。功能敛肺,利咽,涩肠止泻。主治久咳失音,久泻久痢等症。本品酸收苦泄,既能敛肺气,又能泄肺火,凡痰火郁肺,咳嗽不已,或久咳肺虚失音而不能言语者,均可单用生诃子口含;或与宣肺利咽药桔梗、甘草同用,如《宣明论方》诃子汤。治失音声哑,每在本方的基础上加味,或增以清化痰热之玄参、麦冬、贝母、瓜蒌,用于阴虚肺热而致的失音;或益以清热解毒消肿之硼砂、青黛、冰片,蜜丸噙化,用于见有咽喉肿痛者。他如久嗽不止,复感外邪引起的咽痛失音,需伍宣散风热之薄荷、蝉蜕、牛蒡子等。咳嗽久延,气短声哑而肺气日以耗散者,应与补气敛肺的人参、五味子同用。本品又能敛涩大肠,适用于久泻、久痢而正虚邪衰之证,可单用。久泻夹湿热者配黄连、木香、甘草,如《保命集》诃子散;虚寒泄泻配干姜、罂粟壳、橘皮,如《兰室秘藏》诃子皮散;至于泻痢日久,正气大伤,滑脱不禁,甚至脱肛,又应与党参、白术、肉豆蔻等补虚温中止泻药同用,如《和剂局方》真人养脏汤。日华子谓其治"肠风下血",故治便血或血痢诸方每加用诃子。此外,亦用于肝肾亏虚之崩漏、带下、遗精、尿频等症。清肺利咽多生用,涩肠止泻宜煨用。煎服,3—10克。咳嗽、泻痢初起,肺与大肠有实热者,均当忌用。

藏青果,即诃子的幼果,功用与诃子基本相同,长于清热利咽,多用于咽痒喉痛、声音嘶哑。内服多含咽其汁。

实验研究:诃子果实含鞣质23.60%—37.36%,其成分为诃子酸、诃黎勒酸、1,3,6-三没食子酰葡萄糖及1,2,3,4,6-五没食子酰葡萄糖、鞣料云实精、原诃子酸、葡萄糖没食子鞣甙、并没食子酸及没食子酸等。又含莽草酸、去氢莽草酸、奎宁酸、阿拉伯糖、果糖、葡萄糖、蔗糖、鼠李糖和氨基酸。还含番泻甙A、诃子素。嫩果含鞣质,较成熟果实含量高。

鞣质有收敛,止泻作用,有人报告除含鞣质外,还含有致泻成分,故先致泻而后收敛。诃子素对平滑肌有罂粟碱样解痉作用,松弛肠管。体外试验,水煎剂在试管中对痢疾杆菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌等均有抑制作用,尤以诃子壳为佳。对细菌性痢疾有效。

芡实

始载于《神农本草经》。原名鸡头实,又名水鸡头、刺莲蓬实。为睡莲科植物芡实 Euryale ferox Salisb. 的成熟种仁。中国南北各省区均产。

本品味甘、涩,性平。归脾、肾经。功能补脾止泻,益肾固精,祛湿止带。主治脾虚久泻、遗精、白浊、带下、小便失禁。

脾虚泄泻,常与党参、白术、莲子、山药、扁豆等健脾止泻药同用,亦可用芡实、山药装在猪肚内蒸熟,分次服之。肾虚精关不固,梦遗滑精,常与金樱子同用,如水陆二仙丹;或与莲须、龙骨、乌梅为末,以煮山药糊丸服,如《杨氏家藏方》玉锁丹。治白浊,可与白茯苓为末,以黄蜡化蜜为丸服,如《摘玄方》分清丸。脾虚带下,配茯苓、海螵蛸;若带下色黄,由湿热下注所致者,则与黄柏、车前子、白果、山药以清热利湿止带,方如易黄汤。小便失禁,与菟丝子、益智仁、桑螵蛸水煎服。煎服,10—15克。大、小便不利者不宜用。

实验研究:芡的种子含蛋白质,脂肪,糖,维生素 B_1、B_2、C,烟酸,微量胡萝卜素和钙、磷、铁等无机盐。

没食子

始载于《雷公炮炙论》。原名墨石子,又名无食子、没石子。为没食子蜂 Cynips gallae-tinctoriae Olivier 幼虫寄生于壳斗科植物没食子树 Quercus infectoria Olivier 幼枝上所生的虫瘿。一般于8—9月间采收尚未穿孔的虫瘿,晒干。

虫瘿呈类球形,有短柄,直径1—2.5厘米,外表面灰色或灰褐色,有疣状突起。质坚实,断面黄白色或淡黄色,不平坦,有光泽,常可见幼蜂的尸体。虫已飞出者,中央有一圆形空隙,与表面的小孔相连,内部见有遗留的蛹壳。无臭,味涩而苦。产于希腊、土耳其、伊朗等国家。

本品味苦、涩,性温。归肺、脾、肾经。功能涩肠止泻,固精、敛肺,止血。主治泻痢不止、梦遗泄精、咳嗽、咯血、便血、外伤出血、创口不愈,以及酒渣鼻、牙齿痛等病症。

本品有温中涩肠之功,故治久泻久痢,肠滑不禁者,可与诃子同研为末,米饮汤调服,如《普济方》没石子散;气虚欲脱者以人参汤调服。若小儿脾虚有寒,食滞不化而泄泻,配木香、青皮、阿魏、黄连等制成丸剂服;治小儿肠虚受热引起的下利鲜血,或便下赤汁,次数频多,昼夜不止者,可于黄连、黄柏、地榆等清热止血药中加入本品,如《和剂局方》没石子丸。没食子能入肾固精,治梦遗滑泄,可与金樱子、地黄、莲须、龙骨等配用。本品内服与外用均有止血之功。如肺虚咳嗽咯血,用之能敛肺止血;治痔疮出血无度者,配椿根白皮、侧柏叶、益母草等煎服,也可与地榆、槐花煎水灌肠用;治外伤出血,则研末外敷。本品与甘草研末涂搽,治大人、小儿口疮不愈;与龙骨、牡蛎研末敷,治阴囊潮湿;水磨成膏状,用涂鼻面酒皶,均有

一定疗效。煎服,4.5—9克。忌与铜铁器接触。泻痢初起,湿热内郁或有积滞者忌用。

实验研究:本品含没食子鞣质50%—70%、没食子酸2%—4%、并没食子酸、树脂等。

橡实

始载于《雷公炮炙论》。又名杼斗、橡实子。为壳斗科植物麻栎 Quercus acutissima Carr.的果实。原植物分布于中国辽宁、河北、河南及其以南各省、区。

本品味苦、涩,性微温。归胃、脾、肾三经。功能涩肠固脱。主治泻痢、脱肛、痔血等病症。治水谷痢,配干楮叶研末,乌梅汤送服;治小儿红白痢疾,配生姜、红糖煎服。若下痢脱肛,可用本品烧存性研末,猪油调和外敷。如配糯米粉炒黄,水调蒸熟食之,可治痔疮出血。此外,用醋磨汁外涂尚可治痈肿坚硬不作脓者。煎服,10—15克。痢疾初起,有湿热积滞者忌用。

山茱萸

始载于《神农本草经》。又名蜀枣、药枣、枣皮、山萸肉。为山茱萸科植物山茱萸 Coruns officinale Sieb. et Zucc.的成熟果肉。秋季采摘红色成熟果实,用文火焙烘或置沸水中略烫10分钟,或用蒸笼蒸5分钟后,取出,除去果核,晒干或烘干。

山茱萸果肉扁压,皱缩,呈不规则的筒状或片状,长1—1.5厘米,宽0.5—1厘米。表面紫红色或紫黑色,具网状皱纹,有光泽。顶端有圆形宿存花萼痕,基部见有点状果柄痕。质柔软,薄革质,不易碎。内面色较浅,不光滑,有少数纵走脉纹。气微,味酸、涩、微苦。主产中国河南、浙江省。

本品味酸,性微温。归肝、肾经。功能补肝益肾,涩精固脱。主治腰膝酸痛、眩晕耳鸣、阳痿遗精、小便频数、虚汗不止、心慌脉散以及月经过多或崩漏等。

山茱萸微温不燥,补而不峻,既能补阳,又能补阴,为平补阴阳之佳品。用于腰膝酸软、头晕耳鸣、骨蒸潮热,属肝肾阴虚者,常与地黄、山药等配伍,如六味地黄丸。若腰痛脚弱,小便不利,怯寒畏冷,属肾阳不足者,可与附子、肉桂合用,如《金匮要略》肾气丸。肝肾不足,以腰痛腿软为主者,亦可与杜仲、牛膝同用,增强补肝肾,强筋骨之功。本品补肾,又善固精,与补骨脂配用,则益元阳,固肾精之功更著,可治阳痿、遗精、遗尿诸症。如《扶寿精方》草还丹。肾气不足之遗尿及老人尿频不禁,与人参、五味子、益智仁、牡蛎等合用,既有温肾固涩之功,又有益气之力。由于本品不仅能补益肝肾,且又有收敛固脱作用,对肝肾不足或阴血亏虚而有滑脱不固见症者,尤为适合。与五味子合用,功能滋肾纳气,治肾虚气喘,如《医宗已任编》都气丸。与熟地、当归等同用,功能养血固经,可治妇女月经过多或漏下不止,如《傅青主女科》加减四物汤。与白芍等养血药配合,功偏补虚收敛,可治虚汗外泄及失血过多;若正气欲脱而有亡阳之象者,亦可将本品参入龙骨、牡蛎、人参、附子等固脱敛汗剂中,以补虚固脱,如《医学衷中参西录》来复汤。近世有用本品配石菖蒲、杜仲、鸡血藤等治疗肝肾不足之高血压病。煎服,5—10克;急救虚脱,可用20—30克。本品性温收敛,对素有湿热,小便淋涩者,不宜应用。

实验研究:山茱萸果实含莫罗忍冬甙、7-o-甲基莫罗忍冬甙、番木鳖甙、当药甙、山茱萸甙即马鞭草甙、山茱萸鞣质、熊果酸、没食子酸、苹果酸、酒石酸及胡萝卜素等。

果实煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌有抑制作用。从鲜果肉中所得的黑红色酸味液体能使兔胃粘膜轻度充血,但对结膜无刺激。山茱萸甙毒性很低,不溶血,有较弱的兴奋副交感神经的作用。山茱萸提取物有改善糖尿病的作用。

覆盆子

始载于《本草经集注》。又名覆盆、乌藨子。为蔷薇科植物掌叶覆盆子 Rubus chingii Hu 或插田泡 R. coreanus Miq.等的果实。主产于中国浙江、福建、湖北等省。

本品味甘、酸,性平。归肾、肝经。功能滋养肝肾,固精缩尿,明目。主治小便频数、遗尿、阳痿早泄、遗精滑精、带下、目视昏暗及须发早白等病症。然单用力薄,宜与他药配伍应用。如肾虚膀胱不约而致遗尿、小便余沥、小便频数等症,常与桑螵蛸、益智仁、龙骨、莲须等同用。肾虚精关不固,而致遗精、滑精、早泄及不育等,可配枸杞子、五味子、菟丝子、车前子以补肾固精,如五子衍宗丸。若证属肾阳虚弱,可配巴戟天、腽肭脐、鹿茸、肉苁蓉等温肾壮阳益精药;亦疗妇女宫冷不孕及带下。对肝肾不足而致的两目昏花,视物不清,久服能改善视力,单用或与枸杞子、地黄、桑椹子、菟丝子等滋补肝肾药同用。煎服,9—15克。

实验研究:掌叶覆盆子含并没食子酸、β谷甾醇。

桑螵蛸

始载于《神农本草经》。又名螳螂子、赖尿郎。为螳螂科昆虫大刀螂 Tenodera sinensis saussure.、小刀螂 Statilia maculata Thunb.及巨斧螳螂 Hierodula patellifera Serville 等的其卵的卵鞘。9月至翌年2月采收,除去附着物,于蒸笼内蒸约1小时,至虫卵死后晒干或烘干。大刀螂的卵鞘习称"团螵蛸"、小刀螂的卵鞘习称"长螵蛸"、巨斧螳螂的卵鞘习称"黑螵蛸"。

团螵蛸呈圆柱形或半圆形,长2.5—4厘米,宽2—3厘米,厚1.5—2厘米,由多层膜状薄片叠成。表面浅黄

褐色，上面隆起略呈半圆形，底部平坦或微凹。体轻，质松韧。断面可见外层为海绵状，内层有放射状排列的小室，每室有卵一粒，椭圆形，深棕色，有光泽。气微腥，味淡或微咸。中国大部分地区均有生产。

长螵蛸呈长条形，长2.5—5厘米，宽1—1.5厘米，厚约1厘米。一端较宽，一端较细长，表面灰黄色，有斜向纹理。上面有一带状突起，带的两侧各有1条暗棕色浅沟，底部平坦或凹入。质坚脆。产于浙江、江苏、安徽、山东等省。

黑螵蛸呈平行四边形，长2—4厘米，宽1.5—2厘米，厚1—1.5厘米。表面灰褐色，两侧具斜向纹理，上面带状隆起明显，近尾端微向上翘。质坚韧。产于河北、山东、山西等省。

本品味甘、咸，性平。归肝、肾经。功能益肾固精，缩尿止带。主治肾气不固所致的遗尿、尿频、小便失禁以及遗精、早泄、带下。

小儿肾气不足，夜多遗尿，可用桑螵蛸炙黄，研末服，或配益智仁、龙骨煎服。兼中气不足者，可加黄芪、升麻。它如山萸肉、菟丝子、沙苑子、覆盆子等补肾之品，均可酌情配用以增强疗效。肾阳虚弱，摄纳无权致小便频数或不禁，可配韭子、牡蛎、枯矾，补肾阳，缩小便。若膀胱虚冷者，可配破故纸、乌药温肾助阳散寒药同用。若心肾不足，恍惚健忘，尿频而短，以及遗尿遗精等症，可配人参、菖蒲、龙骨、龟甲以宁心安神，益肾缩尿固精，方如桑螵蛸散。遗精早泄，常与五味子、龙骨、莲须等配用。下元亏损，腰酸带下，可配熟地、山药、菟丝子，补肾益脾止带。煎服，6—10克；研末服，3—5克。凡属阴虚火旺或膀胱有湿热的遗精、尿频，及小便刺痛者，均不宜应用。

实验研究：卵囊附着的蛋白质膜上，含柠檬酸钙（六分子结晶水）的结晶。卵黄球含糖蛋白及脂蛋白。

益智仁

始载于《本草拾遗》。原名益智子，为姜科植物益智 Alpinia oxyphylla Miq.的果实，用时取出种子。夏秋间果实由绿变红时采收，晒干或低温烘干。

果实成椭圆形或纺锤形，两端略尖，长1.2—1.7厘米，直径0.8—1.1厘米。表面棕色或灰棕色，有断续状突起的纵线纹数十条，顶端有柱基残痕，基部有残留短果柄或有果柄痕。果皮薄而革质，常与种子紧贴。种子集结成团，淡棕色，中间有隔膜，分成三室，沿隔膜有明显裂缝，每室有种子6—11粒。种子呈不规则多面形，略扁，长2.5—4毫米，宽2—3毫米，表面棕黑色，残存淡黄色膜质假种皮。质硬。种仁白色。有特异香气，味辛、微苦。主产于中国海南省及广东南部。

本品味辛，性温。归脾、胃、肾经。功能温脾暖肾，固气摄精。主治中寒腹痛、呕吐腹泻、时多唾涎、遗精、小便余沥、夜间尿频、赤白浊等。

临床尤多用治脾胃阳虚，寒湿内盛诸证。多与草豆蔻、砂仁之类配伍，如李东垣治疗客寒犯胃，心腹冷痛的温胃汤、益智和中丸、草豆蔻丸。用于脾虚寒湿困阻，腹泻呕吐，常配党参、白术、茯苓以培补脾土。如脾肾虚寒，五更泄泻，可配补骨脂、肉豆蔻以益火生土。如属阴寒内盛，则需与川乌、干姜等温阳药配伍应用。倘若脾胃虚寒而时多唾涎，可单用本品一味，或佐人参、茯苓、半夏等同用，有温中摄涎之效。其暖肾固摄之功，又为治疗下元虚寒，肾气不固诸证的要药。如《妇人良方》之缩泉丸，以本品配乌药等分，山药糊丸，治膀胱虚寒，小便频数，溺有余沥，及小儿遗尿等证；《经效产宝》单用本品炒研，盐汤下，治崩中不止；《胡氏济阴方》以本品与缩砂仁同用，治胎漏下血等。至于心肾不足而见梦遗、崩带，可在人参、茯神、远志等养心安神药中，佐用本品，如王荆公妙香散。本品又用于赤白浊之由于下元虚衰，气化不行者，兼心气不足，宜配远志、茯神，如《证治准绳》远志丸；兼脾虚湿困，配茯苓、白术，如《证治准绳》通灵散；属肾气虚而不能分清泌浊，以致湿浊留滞者，则宜于清利剂中配用本品，温肾固摄，运脾化浊，如丹溪的萆薢分清饮。此外，益智仁亦治疝气腹痛，多与小茴香、乌头、干姜、青皮同用，如《济生方》益智仁汤。煎服，3—9克。阴虚相火偏旺或因热而患遗滑崩带者忌服。

实验研究：益智果实含挥发油约0.7%，油中主含桉叶素占55%，还含姜烯、姜醇。又含二芳基庚酮类辛辣成分：益智仁酮A和B。

金樱子

始载于《雷公炮炙论》。又名刺梨子、山石榴、山鸡头子。为蔷薇科植物金樱子 Rosa laevigata Michx.的果实。10—11月果熟变红时采摘，干燥，除去毛刺。

果实呈倒卵形，略似花瓶，长2.5—4厘米，直径1—1.5厘米。表面红黄色或棕红色，微有光泽。全身披有刺状突起的小点，顶端有宿存花萼如盘状，中央有黄色柱基，中部膨大，下端狭细成柄。质坚硬，切开后，可见内壁呈红黄色，含多数小瘦果，扁形或纺锤形，长约7毫米，具3—5角棱及纵沟，淡黄色或棕色，均被淡黄白色绒毛，内有种子一枚。无臭，味甘、酸、微涩。产于中国河南、安徽、浙江、江西、江苏、福建、广东、广西、湖南、湖北、台湾等省、区。

本品味酸、涩，性平。归肾、膀胱、大肠经。功能固精缩尿，涩肠止泻。主治遗精、滑精、遗尿、尿频、白浊、白带、久泻、久痢及崩漏、脱肛、子宫脱垂。

本品擅于固阴治脱，治遗精、遗尿、泻痢滑脱可用单味浓煎或熬膏服用。治遗精、尿频、白带等，《洪氏集验方》以金樱子熬膏，人益肾固精之芡实粉为丸，名水陆二仙丹。临床常以此方为基础，气阴不足者，配人参、熟地；肝肾两虚者，配熟地、枸杞子、茯神、酸枣仁；相火内动者，

酌配知母、黄柏等。遗尿、尿频,也可与桑螵蛸、山药等同用。久痢久泻,脾虚为主者,常配党参、茯苓、白术、莲肉等益气补脾之品;若泻痢滑脱不禁者,亦可与罂粟壳同用,以加强涩肠的作用。脱肛、子宫脱垂,可在党参、黄芪、升麻等益气举陷药中加入本品。本品用于妇女崩漏,可与阿胶、艾叶之类养血止血药同用;因脾不统血,或冲任不固者,则配用于补脾益气或益肾固冲药中。煎服,5—10克。有实邪者忌服。

实验研究:金樱子果实含柠檬酸、苹果酸、鞣质、树脂、维生素C,还含皂甙17.12%。另含丰富的糖类,其中有还原糖60%、果糖33%、蔗糖1.9%以及少量淀粉。

对实验性高血脂家兔能显著降低血清胆固醇及β脂蛋白水平,使内脏脂肪沉着及主动脉粥样硬化程度减轻。本品含鞣质,并有收敛作用。能促进胃液分泌,有助于消化功能。

小金樱

始载于《生草药性备要》。又名红茨藤、山木香。为蔷薇科植物小果蔷薇 Rosa cymosa Tratt. 的根及嫩叶。原植物分布于中国华东、中南及西南地区。

本品味苦、涩,性平。功能收敛固脱,止血,兼有祛风除湿作用。主治慢性腹泻、脱肛、老年尿频、月经过多、白带、子宫脱垂、尿血、口腔糜烂、烫伤以及风湿痹痛、跌打损伤等。治疗久泻不止、老年尿频及月经过多,与猪肉同炖服。治疗子宫脱垂及脱肛,可与无花果同用。治疗小便尿血,可与牛膝、仙鹤草、车前子同用。用于口腔糜烂或牙痛,可煎水含漱。将根皮研粉外搽,有明显止血效果,适用于创伤出血,粘膜出血,还治烫伤。若用于风湿关节疼痛及跌打损伤,宜浸酒服。此外,治痈肿,宜取鲜嫩叶,加鸡蛋清少许同捣烂外敷;或取嫩叶晒干研粉,蜂蜜调敷,煎服,15—30克。

实验研究:小果蔷薇根皮含鞣质11.15%—24.06%。其中可能含有并没食子酸。

莲子

始载于《神农本草经》。又名莲肉、莲米。为睡莲科植物莲 Nelumbo nucifera Gaertn. 的种子。主产于湖南、福建、江苏、浙江、江西等省。

本品味甘、涩,性平。归脾、心、肾经。功能补脾胃,止泻痢,养心肾,涩精气。主治脾胃虚弱之食欲不振、呕吐、泻痢,以及心肾不足之心悸、虚烦失眠、遗精、尿频、白浊、带下等。

临床上用于脾胃虚弱之泄泻,常与白术、茯苓、山药等同用;如泻久脾肾两虚者,则又可与补骨脂、肉豆蔻等配伍。下痢经久者,宜用老熟的莲肉研末,陈米汤调服;如湿热壅滞,胃阴受伤,和降失常而成噤口痢者,可与香连丸或人参、黄连同用。莲子又治胃虚呕逆,王士雄称:莲子最补胃气而镇虚逆,反胃由于胃虚而冲气不纳者,用干莲子细嚼咽下或鲜莲子煎汤内服有效。本品用于心肾不足诸证,不仅有宁心安神、补肾固精的作用,且有交通心肾之功。如心悸、虚烦、失眠,可配酸枣仁、远志、茯神;梦遗失精,可配芡实、金樱子;尿频、尿浊,可配益智仁、龙骨;妇女带下,配山药、海螵蛸、牡蛎等。心肾不交,心火与肾水不得相济,形成阴虚火旺之候,则本品可配用于生地、玄参、麦冬等养阴清热药中。本品历来亦多作养生服食之品。《神农本草经》称其有"补中养神,益气力,除百疾"的功效。《本草图经》有用莲子捣碎、和米作粥饭食,可以"轻身益气,令人强健"的记载;《医学正传》有水芝丹,用莲肉入猪肚内煮熟,晒干为末,酒煮米糊为丸,以之补虚益损。又如李士材治病后胃弱,消化不良,用莲肉、粳米、茯苓研粉加开水调服等。入药须去心用。煎服,3—12克。肠燥便秘者不宜。

石莲子、莲子心亦供药用。石莲子:为莲的老熟果实,质坚硬。味甘、涩、微苦,性平。功与莲子相似,而以涩肠,开胃,止呕为长,常用于噤口痢疾。莲子心,莲子中心的绿色胚芽,称莲心。味苦,性寒。功能清心降火,止血、涩精。治热病心烦不眠,吐血,梦遗等症。

实验研究:莲子含多量淀粉、棉子糖、蛋白质、脂肪、钙、磷、铁盐。子荚含荷叶碱、原荷叶碱、氧化黄心树宁碱和去甲亚美罂粟碱。莲子心含莲心碱、异莲心碱、甲基莲心碱、荷叶碱、前荷叶碱、牛角花素、甲基紫堇杷灵、去甲基乌药碱。又含木犀草甙、金丝桃甙、芸香甙等。又分离得非晶性生物碱 Nn-9,此碱有较强的降血压作用。麻醉猫静注1—2毫克/千克使血压降低50%,维持2—3小时;对兔无降压作用,对猫和狗的降压作用有快速耐受性。降压机理主要是释放组胺,其次与神经因素也有关。莲心碱10毫克/千克静注,对麻醉猫亦有短暂降压作用,但如改成季铵盐则出现强而持久的降压作用。去甲基乌药碱则具有显著的平滑机松弛作用。

莲须

始载于《本草蒙筌》。又名莲蕊须、莲花须、莲花蕊。为睡莲科植物莲 Nelumbo nucifera Gaertn. 的雄蕊。主产于中国湖南、湖北、福建、江苏、浙江、江西等省。

本品味甘、涩,性平。归心、肾经。功能清心,固肾,涩精。用于梦遗、滑精、遗尿、尿频、带下、崩漏等病症。肾虚不固,遗精频作,常与金樱子、芡实、龙骨、牡蛎等同用,以固精止遗,如《医方集解》之金锁固精丸。如偏于阴虚者,可配生地、龟甲;阴虚火旺者,可与黄柏、知母同用。煎服,3—5克。小便不利者不宜服用。

实验研究:含槲皮素、木犀草素、异槲皮甙、木犀草素葡萄糖甙。又含生物碱。

夜关门

始载于《救荒本草》。又名铁马鞭、铁扫帚、蛇药草。为豆科植物截叶铁扫帚 Lespedeza cuneata (Dum. Cours.) G. Don 的全草。分布于中国华东、华南、西南地区。

本品味甘、微苦涩,性平。功能涩精止带,健脾消食,止咳化痰,明目,解毒消肿。主治遗精、遗尿、带下、小儿消化不良、疳积、腹泻、慢性支气管炎、夜盲、视力不足以及痈疮肿毒,带状疱疹、蛇咬伤。

遗精、遗尿,配覆盆子、金樱子、桑螵蛸。带下配白果、金樱子。小儿消化不良,配鸡内金。疳积,配葫芦、山药。老年慢性支气管炎,配天冬、百部。夜盲、视力减退,配车前子、枸杞子、女贞子。疮疡肿毒、乳痈肿痛、跌打损伤,以鲜品捣敷。带状疱疹,与蛇莓同捣汁涂。毒蛇咬伤,配假花生内服外敷。煎服,9—15克。

实验研究:截叶铁扫帚全草含蒎立醇、黄酮类、酚性成分、鞣质。叶含葡萄糖、果糖、肌醇、6,8-二戊糖基芹菜素、6,8-二葡萄糖基芹菜素、6,8-葡萄糖基木犀草素、异牡荆素、异荭草素、正卅一醇、槲皮素、山柰酚、萹蓄甙、胡桃甙、三叶豆甙、β谷甾醇、豆甾醇、菜油甾醇等。茎含原儿茶酸,香荚兰醛、阿魏酸、对香豆酸。

煎剂以及从中分离出的蒎立醇、黄酮化合物或酚性物质,灌服时对小鼠均有明显镇咳作用(氨水引咳法)。β谷甾醇亦有显著的镇咳作用。黄酮化合物对豚鼠喷雾组胺引起的支气管痉挛有一定对抗作用。离体豚鼠气管试验亦证明有抗组胺作用。醇提取物对大鼠、小鼠、豚鼠及兔的已孕子宫或经己烯雌酚敏化的未孕离体子宫均有兴奋作用。煎剂在体外对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、甲型链球菌及卡他球菌均有抑制作用,黄酮化合物对白色葡萄球菌、甲型链球菌有抑制作用。

南烛子

始载于《本草纲目》。又名乌饭果,为杜鹃花科植物乌饭树 Vaccinium bracteatum Thunb. 的果实。产于中国江苏、浙江等省。

本品味酸、甘,性平。归肾、脾经。功能益肾固精,强筋骨,乌须发,止泻痢。主治肾虚遗泄、久泻、久痢、赤白带下。

用于肾虚滑精,筋骨痿软乏力,取南烛子蒸熟晒干为末服;亦可与山萸肉、金樱子水煎服。与熟地、山萸肉、枸杞子等配合应用,有添精益髓,明目乌发的作用。久泻、久痢,沈金鳌曾以南烛子为君,配以制首乌、谷芽作为基本方,每随证加用他药,如久痢加木香、黄连;久泻加山药、建莲子;痢血加槐花、地榆。煎服,9—15克。

实验研究:乌饭树的干燥果实含糖分约20%,游离酸7.02%,内主含苹果酸,并含少量柠檬酸、酒石酸。叶含卅一烷、无羁萜、表无羁萜醇、槲皮素、异荭草素、对羟基桂皮酸、内消旋肌醇。

驱虫药

凡能驱除或杀灭人体肠道寄生虫的药物称驱虫药。

本类药物主要用于蛔虫、绦虫、蛲虫、钩虫、姜片虫等所致的疾患。驱虫药中有的能驱杀多种肠道寄生虫,如槟榔、榧子肉、鹤虱等。但其中有些药物擅长驱杀某一种肠寄生虫,如使君子、苦楝根皮之驱蛔虫;鹤虱、百部(见"止咳平喘化痰药")之驱蛲虫;贯众之驱钩虫;鹤草芽、槟榔、南瓜子、雷丸之驱绦虫等。故应用驱虫药必须根据寄生虫病的种类和驱虫药的专长,结合病人的体质强弱和不同兼证,选用药物,并加适当配伍。如患者兼有积滞而消化不良者,可配消导药;大便不畅者,可加泻下药,使虫体易于排出;脾胃虚弱者酌配健脾药,兼寒者加温中祛寒药;若病久体虚,可先补虚后驱虫,或攻补兼施。蛔虫病患者在发热、腹痛较剧烈时,一般应以安蛔为主,待疼痛缓解后再予驱虫。

驱虫药应在空腹时服,使药力更易作用于虫体以提高疗效。使用驱虫药还必须注意服法及剂量,尤其对某些有毒的药物,用量须严格掌握,以免中毒。孕妇及老弱患者亦应慎用。

使君子

始载于侯宁极《药谱》。原作史君子,又名留求子。为使君子科植物使君子 Quisqualis indica L. 的果实。秋季果皮由绿转紫黑色时采收,晒干或用微火烘干。

果实呈卵形或椭圆形,具5条纵棱,偶见4棱或6—9棱,顶端狭尖,基部略钝圆,长3—4厘米,直径约2厘米。外表面呈紫黑色或黑褐色,平滑,微有光泽。基部有圆形的果柄痕。质坚硬而轻。内有种子一枚,长椭圆形或纺锤形,暗紫色或棕褐色,有多数纵皱纹,种皮薄,易剥离,子叶两枚,肥厚,黄白色。断面成五角星状,棱角部厚,内有圆形空腔。产于中国四川、福建、广东、广西等省、区。

本品味甘,气微香,性温。有小毒。归脾、胃、大肠经。功能驱虫、消积、健脾。主治虫积腹痛、小儿疳积、乳食停滞。

李时珍曰:"此物味甘气温,既能杀虫,又益脾胃,所以能敛虚而止泻痢,为小儿诸病要药。"用于小儿蛔虫腹痛,通常单取种仁炒香嚼食,或烘干研末,早晨空腹时开水送服。若与苦楝皮、槟榔等同用,可增强驱虫的疗效。现代临床证明,本品不仅能治蛔虫病,炒熟食之,对蛲虫病和肠道滴虫病亦效。治疗蛲虫病,还可同百部煎汤熏洗肛门。治疗小儿疳积,乳食停滞,症见消化不良,颜面黄瘦,腹大发枯,本品可与神曲、麦芽、黄连、肉豆蔻、槟榔、木香等药研末,猪胆汁糊丸服,如《和剂局方》肥儿丸。

若兼见便泄、溲浊等脾虚湿胜症状者，加配人参、白术、扁豆、茯苓等健脾渗湿之品。煎服，6—12克。捣碎后入煎。去壳炒香嚼服，小儿每岁每天不超过一粒半，总量不超过二十粒。如超量服食，或与热茶同服，能引起呃逆、眩晕、呕吐等毒副反应，一般停药后即可缓解，亦可用丁香泡汤频服解毒。

实验研究：种子含使君子酸钾、胡芦巴碱、吡啶、脂肪油（为硬脂酸、油酸等的甘油酯）以及蔗糖、葡萄糖、苹果酸、棕榈酸、琥珀酸、脯氨酸等。果壳含使君子酸钾。叶含胡芦巴碱、脯氨酸、天门冬氨酸、使君子酸钾。使君子叶、仁、果壳水浸剂或乙醇浸剂在体外对猪蛔、蚯蚓均有麻痹作用，其有效成分可能即系使君子酸钾。

临床试验，使君子酸钾的驱虫能力与新鲜使君子仁的效力相近，而逊于山道年。使君子酸的结构与谷氨酸相似，后者是神经纤维兴奋的一种递质，使君子酸能使肌纤维强烈去极化，比谷氨酸强2—3倍。使君子粉有一定的驱蛲虫作用。

榧子

始载于《神农本草经》。原名彼子，又名榧实、罴子、玉榧。为红豆杉科植物香榧 Torreya grandis Fort. ex Lindl. 的种子。主产于中国浙江、湖北、江苏省。

本品味甘，性平。归肺、胃、大肠经。功能杀虫，消积，润燥。主治多种肠寄生虫病及小儿疳积、肺燥咳嗽、肠燥便秘、痔疾等病症。单独应用药性缓和，不伤脾胃，是比较有效而又安全的驱虫药，对钩虫、蛔虫、绦虫、蛲虫、姜片虫，都有一定效果。也可与其他驱虫药同用，如配使君子、大蒜瓣煎服；或与槟榔、鹤虱、贯众为末，制成丸剂，则效果更佳。小儿黄瘦，内有积滞，便秘不解者，食之亦宜。现亦以本品与血余炭研末，炼蜜为丸，用治丝虫病，对杀灭微丝蚴有一定作用。水煎服可治肺燥咳嗽；与芫荑、杏仁、肉桂蜜丸含咽，又能治咽喉痒痛，声音不出。煎服，9—15克。炒香嚼食，每次30—40粒。多食易滑肠。

实验研究：种子含脂肪油约43%，其中主要有亚油酸70%、油酸20%、硬脂酸约10%，并有棕榈酸、油酸、亚油酸的甘油酯、甾醇、麸朊。又含草酸、葡萄糖、多糖、挥发油、鞣质等。榧子油能驱钩虫、绦虫，但对蛔虫无效。

苦楝皮

始载于《名医别录》。又名楝皮、楝根木皮。为楝科植物楝 Melia azedarach L. 或川楝 M. toosendan sieb. et zucc. 的根皮或树皮。四季均可采收。楝根皮以春末夏初采收为宜，川楝树皮以冬季采者川楝素含量最多，剥取后晒干，或除去粗皮后晒干。

根皮呈不规则弯曲的片状或卷筒状，长宽不一，厚2—6毫米。外表面灰褐色，粗糙，有多数不规则纵裂纹及明显的皮孔，栓皮常呈鳞片状剥裂，露出红棕色或灰黄色内皮；内表面淡黄色，有细纵纹，并可见剥离时残留的纤维层薄片。质坚韧，折断面纤维性呈层片状，易剥离，剥下的薄片可见微细的点状小孔。气微，味苦。

树皮呈槽形的片状或卷筒状，厚3—7毫米。外表面棕褐色，粗糙，有宽纵裂纹及细横裂纹，并有红棕色椭圆形横长皮孔，嫩树皮表面紫棕色，平滑，有蜡质层；内表面黄白色。其他特征与根皮相似。中国大部分地区均有生产。

本品味苦，性寒。有毒。归肝、脾、胃经。功能燥湿，清热，杀虫。主治蛔虫等肠道寄生虫病、阴道滴虫病及皮肤湿疹、疥癣等。苦楝皮能治多种虫积，对蛔虫病疗效最佳。治肠蛔虫病可单用本品煎服，或研末米汤冲服，亦可与芜荑、槟榔、黄连、使君子等配伍应用；治蛔虫性肠梗阻，则可用本品煎液作保留灌肠；治胆道蛔虫症可单用，或与茵陈、郁金、木香、青皮等同用。本品治疗钩虫病，常与槟榔制成糖浆于睡前内服，连服2日；治蛲虫病，可与苦参、皂角、蛇床子等研为细粉，加蜜制成栓剂应用；治滴虫性阴道炎，可配鹤虱、苦参煎水坐浴。苦楝根皮也用于治疗皮肤湿痒、热痒、虫痒，如炒炭研末以猪油调搽治湿癣、疥疮、小儿秃疮。此外，《刘涓子鬼遗方》坐肉膏还以本品与鼠肉、当归、薤白等熬膏涂治瘘疮；《外科正宗》以本品配鱼腥草、马齿苋、朴硝等煎水熏洗治痔疮肿痛。煎服，干品，3—9克；鲜品，15—30克。入药以根皮为佳，但必须削去表面红皮。不宜空腹服用，亦不可过量服用及连续服用。脾胃虚寒、肝肾功能不全及患有活动性肺结核等病者慎用。孕妇忌服。苦楝皮有一定毒性，服药后有头晕、头痛等反应；中毒时面色潮红、恶心、呕吐、腹痛、腹泻，严重时可引起尿血、便血等内脏出血，甚至导致休克、昏迷、抽搐而死亡。轻度中毒时可用白糖、甘草煎汁内服，或服鸡蛋清解救。

实验研究：楝树干皮、根皮含苦楝素，即川楝素。树皮另含苦里酮、苦内酯、苦洛内酯。干皮还含正卅烷、β谷甾醇、葡萄糖等。川楝树皮、根皮含川楝素。

川楝素（或根皮、干皮的乙醇提取物）有良好的驱蛔作用，与山道年相比，其作用缓慢而持久。川楝素能透过虫体表皮，直接作用于蛔虫肌肉，扰乱其能量代谢，导致痉挛性收缩而疲劳、使虫体不能附着于肠壁而被驱出体外。低浓度川楝素对猪蛔虫或其头部有明显兴奋作用，高浓度则能麻痹猪蛔虫的头部神经节。临床上服川楝素排虫时间较迟（24—28小时），排出的虫体多数尚能活动。高浓度的苦楝皮药液在体外对鼠蛲虫也有麻痹作用。最近证明，川楝素是一个选择性地作用于突触前的神经肌肉传递阻断剂，因而中毒时可出现全身无力、呼吸困难等。川楝素对胃有刺激性，能导致头晕、呕吐，大量能使胃粘膜发生水肿、炎症等，故胃溃疡患者宜慎重使用；大剂量还能伤害肝脏，一般为可逆性，有肝病者不宜应用。

剂量应严格控制在5毫克/千克体重(儿童)以下。口服特大剂量川楝素后,引起急性中毒的主要致死原因,似为急性循环衰竭,这是由于血管壁通透性增加,引起内脏出血,血压显著降低所致。川楝素的毒性较山道年低,但如用非纯品制剂,则毒性可有较大差异。因川楝素作用慢而持久,有一定的蓄积性,故不要连续使用。

鹤虱

始载于《新修本草》。又名鹄虱、鬼虱。为菊科植物天名精 Carpesium abrotanoides L.的果实。药材习称"北鹤虱"。秋季采收成熟果实,除去杂质,晒干。

果实呈圆柱状,细小,长3—4毫米,直径1毫米。外表面黄棕色或暗棕色,具多数细纵棱及凹沟纹,顶部收缩呈线状短喙,先端扩展成软骨质的灰白色圆环,基部稍尖。断面类圆形,淡黄白色。种子稍带油性。气微,味微苦。产于中国河南、山西、陕西、甘肃等省。

本品味苦、辛,性平。有小毒。归脾、胃、大肠经。主要功能为杀虫。可用于蛔虫、蛲虫、绦虫等各种肠寄生虫病。

《本草图经》谓鹤虱在"杀虫方中,此为最要"。古方治蛔虫痛,或以本品研末蜜丸,空腹吞服;或研末以肥肉汁调服。临床常与苦楝根皮、槟榔、使君子等其他驱虫药配伍应用,疗效比单用为优。若虫积内阻,症见腹胀疼痛拒按,大便秘结,脉沉实者,可再加大黄、黑丑等攻下消积之品。若虫积腹痛,作止有时,或攻窜来往,四肢常冷者,则配附子、干姜、大黄、槟榔、木香等以温下虫积,如《三因方》集效丸。此外,《本草纲目》尚载以鹤虱煎米醋漱口,可治牙痛。煎服,5—9克。

实验研究:果实含抗菌成分大旋覆花内酯;还含天名精内酯、天名精酮等内酯化合物。又含正己酸、油酸、右旋亚麻酸、卅一烷、豆甾醇等。

酊剂或流浸膏在体外对犬绦虫、猪蛔虫均能驱虫,但作用不强。天名精内酯对中枢神经系统特别是延脑及脑干部分有较显著作用,能使小鼠先兴奋后抑制,随即四肢肌肉松弛,并呈麻醉状态;能对抗尼可刹米(可拉明)、士的宁的致惊作用,与巴比妥可产生协同作用;并有降温、退热作用;还能抑制脑组织的呼吸。也有报告挥发油中黄酮部分,能扩张冠状血管,可用于心绞痛。

南鹤虱

为伞形科植物野胡萝卜 Daucus carota L.的果实。主产于中国江苏、安徽、湖北、浙江等省。

本品味苦、辛,性平。有小毒。归脾、胃经。功能杀虫,消积。主治蛔虫、绦虫、钩虫、蛲虫等肠寄生虫病及小儿疳积等症。用于肠寄生虫病,可以本品煎水加白糖、空腹服。用治蛲虫病引起的肛门奇痒,可用南鹤虱配花椒、白藓皮、苦楝皮,水煎,趁热熏洗肛门或坐浴。煎服,10—15克。

实验研究:果实含挥发油,油中主要含细辛醚、细辛醛、甜没药烯、巴豆酸,并含胡萝卜醇、胡萝卜次醇、水芹烯、蒎烯等。种子含α-蒎烯、莰烯、月桂烯、茜烯-3、柠檬烯、β甜没药烯、β石竹烯、β芹子烯、胡萝卜醇、胡萝卜次醇等。

所含黄色结晶($C_{16}H_{17}O_8$)在试管中对痢疾杆菌有抑制作用,α细辛醚对金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、大肠杆菌有抑制作用。细辛醚有明显的镇静和安定作用,能对抗大鼠电休克引起的惊厥,能阻断乙酰胆碱、5-羟色胺、组胺对离体豚鼠气管的收缩作用。

槟榔

始载于李当之《药录》。又名宾门、白槟榔。为棕榈科植物槟榔 Areca catechu L.的成熟种子。于12月至次年果实成熟后采收,晒干,剥去外皮,取出种子,置于水中煮4小时,再用火烘7—14日至全干。

种子呈圆锥形或扁圆球形,顶端圆钝,基部平宽,高1.5—3厘米,基部直径2—3厘米。表面淡棕色或暗棕色,有稍凹下的浅网纹,并常附有少量灰白色的内果皮斑片,基部中央有圆形凹陷的珠孔,其旁有淡色新月形疤痕状的种脐。质坚硬,不易破碎。断面有白色胚乳与棕红色种皮相间的大理石样花纹,纵剖面可见干缩细小的胚。气微,味涩而微苦。主产于印度尼西亚、马来西亚等国家。中国主产于广东省;此外,广西、云南、福建、台湾等省、区亦有栽培。

本品味苦、辛,性温。归脾、胃、大肠经。功能杀虫,破积,下气,行水。主治虫积、食滞、脘腹胀痛、泻痢后重、疟疾、腹水、脚气、癥积。

槟榔为临床常用的驱虫药,能治绦虫、蛔虫、钩虫、蛲虫等多种肠寄生虫病。早在《千金要方》中已有单用本品治寸白虫的记载;《太平圣惠方》治诸虫在脏,久不瘥者,以本品为末,葱、蜜煎汤调服;《和剂局方》治虫积腹痛,上下攻冲,或结聚成团,或呕吐清水之化虫丸,以槟榔与鹤虱、苦楝根皮等配合同用,疗效更著。

近年来,临床上用较大剂量槟榔煎剂,对治疗绦虫病,有良好的效果;如与南瓜子合用,则驱绦的效果更强。若治疗姜片虫病,一般服药1—3小时,即可排出虫体,亦可配合乌梅、甘草同煎,或配黑丑研末服,疗效优于单味煎剂。本品善于破积下气,凡胸腹积滞胀满,泄泻下痢,里急后重等,均可应用,常与木香、枳壳、青皮、大黄等同用,如木香槟榔丸、木香导气丸等。若食积满闷,亦可配莱菔子、麦芽、砂仁等消食健胃之品。《济生方》有四磨汤,治七情气逆,上气喘息,胸闷不食,用本品配沉香、乌药、人参等磨汁温服,亦取其行气破滞之功,协诸药以宽胸降逆。槟榔治疟,每与常山、草果等配伍,如《丹溪心

法》截疟常山饮、《伤寒保命集》截疟七宝饮中均用之。其治腹水胀满,常与茯苓、猪苓、泽泻、车前子、冬瓜皮等利尿渗湿药同用。

用于湿脚气肿胀及脚气冲心,则常配吴茱萸、木瓜之类,如《朱氏集验方》之鸡鸣散,《证治准绳·类方》之茱萸木瓜汤等。对于湿热下注之脚气足肿,本品亦可与防己、木通、苍术、黄柏等同用,如《丹溪心法》防己饮。本品用治癥积,一般可配三棱、莪术、枳实、香附、郁金等利气行瘀之品,但亦须量其虚实而兼顾其正气,如《医方集解》引严氏鳖甲饮治疟母,即以本品配用于鳖甲、黄芪、白术、白芍等补益药中。此外,本品还可外治疮疡,如《证治准绳·疡医》,引东垣木香槟榔散,治疮口不敛,用槟榔与木香、黄连等分研末,水调摊贴患处;又如《鲍氏小儿方》治聤耳出脓,单用本品研末吹耳等。煎服,6—15 克;杀绦虫、姜片虫可用 60—120 克。脾虚便溏,气虚下陷者忌服。

实验研究:槟榔含生物碱 0.3%—0.6%、缩合鞣质 15%、脂肪 14%及槟榔红色素。生物碱主为槟榔碱,含量 0.1%—0.5%;还有槟榔次碱、去甲基槟榔次碱、去甲基槟榔碱、槟榔副碱、高槟榔碱等。另含儿茶精、表儿茶精以及多种原矢车菊素的二聚体、三聚体和四聚体。

槟榔碱是有效的驱虫成分,对猪肉绦虫有较强的瘫痪作用,使全虫各部都瘫痪;对牛肉绦虫则仅能使头部和未成熟节片完全瘫痪,而对中段和后段的孕卵节片则影响不大。体外试验对鼠蛲虫也有麻痹作用。槟榔碱对蛔虫也可使之中毒而对钩虫则无影响。槟榔碱对机体的作用,与毛果芸香碱相似,可兴奋 M-胆碱受体引起腺体分泌增加,特别是唾液分泌增加;滴眼时可使瞳孔缩小,1%溶液用于青光眼可降低眼压,但作用持续较短,且对角膜有明显的刺激性。另外可增加肠蠕动,促使被麻痹的绦虫排出,有时在驱虫时引起腹痛;收缩支气管,减慢心率,并可引起血管扩张,血压下降;兔应用后引起冠状动脉收缩,也能兴奋 N-胆碱受体,表现为兴奋骨肌、神经节及颈动脉体等。对中枢神经系统也有拟胆碱作用,并能降低小鼠探究反射及咖啡因、苯丙胺引起的活动增加,减轻戊四氮引起的惊厥。猫静脉注射小量槟榔碱可引起皮质惊醒反应,阿托品可减小或阻断这一作用。小鼠皮下注射槟榔碱可抑制其一般活动,对氯丙嗪引起的活动减少及记忆力损害则可改善。槟榔中含有对人体的致癌质,平时嚼食槟榔者有味觉减退、食欲增进、牙齿易动摇,腹泻少,咽痛者也少,并可治腹痛,可能是由于其中含有大量鞣质之故。此外,食槟榔者肠寄生虫少,口渴的感觉少,可能与槟榔碱的作用有关。过量槟榔碱可引起流涎、呕吐、利尿、昏睡及惊厥,如系内服引起者,可用过锰酸钾洗胃,并注射阿托品。

仙鹤草根芽

又名鹤草芽、狼牙草根芽。为蔷薇科植物龙牙草 *Agrimonia pilosa* Ledeb. 带短小根茎的冬芽。原植物中国大部分省、区均有分布。

本品味苦、涩,性凉。归大肠经。功能杀虫。主要用于绦虫病。治疗猪肉绦虫病、牛肉绦虫病及短小膜壳绦虫病,都有显著疗效。服法可单用仙鹤草根芽研粉于清晨空腹时顿服,约 6 小时左右,即有绦虫排出,不需导泻;如服其提取物鹤草酚制剂,则需另服导泻药。此外,本品尚可治滴虫性阴道炎,每晚临睡前将鹤草酚 0.3 克置于阴道深部,有一定疗效。研粉吞服,成人30克,儿童按 0.7—0.8 克/千克体重计算。本品遇热失效,不可煎服。

实验研究:仙鹤草根芽含鹤草酚、鞣质。鹤草酚对动物及人感染的猪肉绦虫、牛肉绦虫均有良好疗效,作用比灭绦灵强,而毒、副作用小。鹤草酚主要作用于绦虫的头节、对颈节和体节也有作用,能迅速穿透绦虫体壁,使虫体痉挛而死,治愈率可达 90%以上。鹤草酚对虫体糖原分解、细胞代谢和琥珀酸的生成,均有抑制作用,因而其作用原理可能是抑制虫体细胞代谢,切断能量供应所致。此外,它还有驱蛔、抗血吸虫、抗疟、抗阴道滴虫的作用。大鼠口服其水混悬液吸收很慢,碱性药液较易吸收,在肝内代谢,经胆汁及尿液缓慢排出。驱绦虫的成人剂量为 0.7 克,清晨顿服,不良反应少见。偶有恶心、呕吐、头晕、出汗和剧烈腹痛等。

南瓜子

为葫芦科植物南瓜 *Cucurbita moschata* (Duch.) Poiret 的种子。中国大部分省、区均产。

本品味甘,性平。归胃、大肠经。功能驱虫,下乳。主治绦虫病及产后缺乳。驱绦虫,可用生南瓜子仁 60—120 克研服,或用冷开水调成乳剂,少加白糖,空腹服用。2 小时后再用槟榔 30—100 克煎服(10 岁以下小儿用 30 克或更少),如不排虫,4 小时后再用开水冲服芒硝 6—10 克。临床经验证明,本品与槟榔合用,驱绦虫的效果较单用为佳。本品对蛔虫病及蛲虫病亦有一定疗效。产后缺乳,宜用生南瓜子仁,每次 15—20 克,研碎,加开水适量,或入少许豆油、食糖和服,早、晚空腹各服 1 次,连服 3—5 日。

实验研究:南瓜种子含南瓜子氨酸、蛋白质、维生素 B_1、B_2、C、胡萝卜素和脂肪油。油中主成分为亚油酸、油酸、硬脂酸等的甘油酯。

去油南瓜子仁煎剂在体外对牛肉绦虫或猪肉绦虫的中段和后段节片均有麻痹作用,但对头节和未成熟节片无此作用。有效成分为南瓜子氨酸,能兴奋虫体,引起痉挛收缩,表现驱虫作用。南瓜子及南瓜子氨酸早期给药时,能显著降低血吸虫童虫的成长率,减虫率达85.3%—95.7%;对性发育前期的童虫有抑制作用;南瓜子在宿主肝内能杀灭部分童虫,表现为炎性反应和虫体退行性变化。对血吸虫成虫则无明显作用。

南瓜子氨酸静脉注射可升高兔血压及兴奋呼吸，对豚鼠或兔离体回肠则有明显抑制作用。南瓜子氨酸在体内消除很快，主要从尿排出，粪中含量甚少。少数病人初服时有头晕、恶心、呕吐、饱胀、食欲不振、腹泻与肠鸣等副作用，但可缓解，不影响继续服药。

雷丸

始载于《神农本草经》。又名雷实、竹苓、竹铃芝。为多孔菌科植物雷丸 Omphalia lapidescens Schroeter 的菌核。春、秋、冬三季均可采收，挖取菌核，洗净，晒干。

菌核为球形或不规则团块状，大小不一，直径1—4厘米。表面红棕色、紫褐色或灰褐色，全体有细密稍隆起的网状皱纹。质坚实而重。不易破碎，破开后断面不平坦，粉白色或淡黄色，呈颗粒状或似粉状。薄片半透明，可见有白色网状纹理。气微，味淡，嚼之有颗粒样感觉，微带粘液性。主产于中国四川、云南、贵州、广西等省、区。

本品味苦，性寒。有小毒。归胃、大肠经。功能杀虫消积，清热除湿。主治绦虫、蛔虫、蛲虫、钩虫等多种肠寄生虫病，亦疗皮肤瘙痒症。用于肠道寄生虫病，临床除单用研末服外，亦可随宜配合槟榔、鹤虱、苦楝根皮、贯众等其他杀虫药物同用。若配以使君子、胡黄连、芜荑，可治小儿疳积。《药性论》尚有以本品治癫痫的记载。近以雷丸配干漆、雄黄、穿山甲等制成丸剂内服，治疗脑囊虫病癫痫样发作，有一定效果。风瘙皮肤瘾疹，可配苦参、白花蛇、防风、丹参为末服。本品内服宜生用，不宜煎服。研末服，15—20克。

实验研究：雷丸有效成分为一种蛋白酶（又名雷丸素），含量约3%，在弱碱性溶液中作用最强，煮沸或在酸性溶液中均失效。

粉剂能驱绦虫，驱出的虫体大多失去活力，虫体亦遭破坏。雷丸素在碱性溶液中分解蛋白质的活性最大，使虫体溶解破坏，雷丸素不耐热（60℃以上即可失效）。雷丸本身含镁离子，也可不服泻药。对有钩绦虫较好，但对无钩绦虫、短小膜壳绦虫、缩小膜绦虫也有效。此外，煎剂对人肠毛滴虫也有效。

芜荑

始载于《神农本草经》。又名山榆仁。为榆科植物大果榆 Ulmus macrocarpa Hance 的果实及榆 Ulmus pumila L. 的树皮的加工品。主产于中国河北省。

本品味苦、辛，性温。归脾、胃经。功能杀虫，消积。主治虫积腹痛、小儿疳积、疥癣、恶疮等病证。《神农本草经》言其"去三虫"，《名医别录》谓其"逐寸白"。

临床上主要用作驱蛔虫、蛲虫、绦虫等肠寄生虫病，而尤以蛔虫病为多用。如《千金要方》治虫痛，面色黄，单用本品和面炒黄为末，米饮调服。若与其他驱虫药同用则可提高疗效，如《证治准绳·幼科》使君子散，用本品与使君子、苦楝子等配伍治蛔疳；《奇效良方》芜荑散，与雷丸、干漆同用，治蛔虫剧烈疼痛，口吐涎沫；《普济本事方》则以芜荑、槟榔为末，蒸饼丸服制诸虫。本品既可杀虫，又能消积，故为治疳积所常用，如配诃子、肉豆蔻，可用于疳泻、冷痢；配黄连、猪胆汁，可用于疳热生虫；配大茴香、木香等温运理气之品，能治诸积冷气。其杀虫之效，尚可外用治疥癣、恶疮，研末用猪脂或蜂蜜调涂。微炒用。煎服，5—10克。入药以陈久者良。脾胃虚弱者慎用。

实验研究：芜荑含鞣酸、糖等。醇浸出物在体外对猪蛔虫有抑制作用。

石榴根皮

始载于《名医别录》。原名安石榴东行根。为石榴科植物石榴 Punica granatum L. 的根皮。原植物在中国大部分省、区均有栽培。

本品味苦、涩，性温。有毒。功能杀虫。主治绦虫及蛔虫病。崔元亮《海上集验方》用本品煮汁去滓，加米少许煮成稀粥，空腹顿服以治寸白虫；如配用槟榔可增强杀虫功效。本品亦能涩肠、止带而用于久痢，带下。煎服，3—6克。用于驱绦虫，宜空腹顿服，并于服药当日早晨及药后2小时各服硫酸镁。忌用油类泻下药并禁食油脂类食物，以避免大量吸收而引起中毒。胃炎患者慎用。《雷公炮炙论》云"凡使石榴皮、叶、根，勿令犯铁"。

实验研究：石榴根皮含异石榴皮碱、β谷甾醇及甘露醇。

异石榴皮碱有很强的杀绦虫作用，新鲜根茎中与鞣质结合者因在肠中难吸收而有更好的驱虫作用，但由于石榴根皮毒性较大，故不用。生物碱有箭毒样作用，对神经节有烟碱样作用。人服一般剂量常引起轻度中毒症状，如眩晕、视觉模糊、虚弱、小腿痉挛、蚁走感及震颤。中毒剂量则迅速产生瞳孔散大、部分盲目、剧烈头痛、眩晕、呕吐、腹泻、衰竭，有时惊厥。因含多量鞣质，体外有抑菌作用。根皮水浸液给家兔灌服可促进血液凝固。

大蒜

始载于《名医别录》。原名葫。为百合科植物大蒜 Allium sativum L. 的鳞茎。中国各地均产。

本品味辛，性温。归肺、脾、胃经。功能解毒杀虫，行滞健胃，消肿。主治流行性感冒、肺结核病、百日咳、痢疾、泄泻、阑尾炎、痈疽肿毒、蛲虫、钩虫、脘腹冷痛，水气肿满。

用于流行性感冒、麻疹、白喉，本品生食或切片口含，既能治疗又有预防作用。用治肺结核病，生大蒜每日饭后嚼服三二瓣，或1%—5%大蒜液气管内滴注。百日

咳,生蒜捣烂,凉开水浸12小时,取液加白糖调服;痢疾、泄泻,本品生食或用浸出液灌肠,均有一定疗效。治疗阑尾炎与深部脓肿,生大蒜合芒硝,捣成蒜泥摊于纱布上,贴敷疼痛局部约2小时去除,随以醋调大黄粉糊涂敷。若鼻衄出血不止,可用生蒜泥摊贴两足心,取其引火下行。痈疽肿毒,用生蒜瓣切片艾灸局部(留头),有散肿消痈之妙。用于蛲虫、钩虫病,除与槟榔、鹤虱、苦楝皮等配用煎服外,治蛲虫还可捣成蒜泥外用,于临睡前,将蒜泥加少许菜油调涂患者肛门四周。于下田劳动前,将蒜泥涂抹四肢,有预防钩虫感染作用。本品醋浸常食,能健脾温胃而治脘腹冷痛和饮食不消。大蒜与黑鱼同煮食或以蒜泥敷脐,能使水湿下走而治水气肿满及臌胀。此外,大蒜又是日常食用的佳品,如《本草纲目》引王祯语"调鼎俎,代醯酱,携之旅途,则炎风瘴雨不能加,食餲腊毒不能害,夏月食之解暑气,北方食肉、面尤不可无,乃《食经》之上品,日用之多助者也"。然而味辛走散,性温助火,诸凡阴虚火旺,体虚病后,以及目疾、口齿、喉舌诸患,均不宜服。煎服,9—15克。入药以紫皮者良。

实验研究:大蒜鳞茎含挥发油约0.25%,其中主成分为大蒜新素、二烯丙基二硫化物,甲基烯丙基二硫化物和二烯丙基硫醚。还有二甲基三硫化物、二甲基二硫化物、二甲基硫醚等。

从新鲜鳞茎分离出蒜氨酸、甲基蒜氨酸、环蒜氨酸和其他砜类化合物,还有多种胡蒜素和多种酸性硫肽。

蒜氨酸无抗菌活性,但受蒜酶分解产生抗菌活性的大蒜辣素。大蒜辣素不稳定,放置后能产生大蒜新素及二烯丙基二硫化物等。

大蒜的挥发性物质、大蒜汁、浸出液及大蒜辣素在试管内对多种致病菌如葡萄球菌、脑膜炎球菌、肺炎球菌、链球菌及白喉、痢疾、大肠、伤寒、副伤寒、结核杆菌和霍乱弧菌等都有明显的抑菌或杀菌作用。血清能显著减少其对结核菌的作用。在试管内,大蒜制剂对多种致病真菌包括絮状表皮癣菌,铁锈色毛癣菌、红色毛癣菌、狗小芽孢菌、白色念珠菌和隐球菌也有抑菌作用。大蒜油的制菌力大致与两性霉素B相当,但毒性远比两性霉素B低。水浸液对恙虫热立克次氏体及流感病毒(PR_8株)也能抑制。大蒜制剂的抗菌与抗真菌作用可能是由于使巯基失活而抑制了与微生物生长繁殖有关的含巯基的酶的缘故。大蒜制剂在体外有杀灭阿米巴原虫的作用,用于阿米巴痢疾患者也有显著疗效,在体外对阴道滴虫也有杀灭作用。腹腔注射大蒜水浸液对小鼠艾氏腹水癌有一定效果。饲以新鲜大蒜之C_3H/He雌小鼠,可完全抑制乳腺瘤之发生。粗提物对大鼠腹水肉瘤的癌细胞具有"抗有丝分裂"的作用。大蒜制剂对大鼠甲醛性关节炎有抑制作用,可使动物尿中17-酮类甾醇排出增加,这与促肾上腺皮质激素作用相似。大蒜辣素可使高胆固醇血症病人血胆固醇降低。使正常人和心肌梗死患者纤维蛋白溶解活性提高。大蒜油中所含硫化物可阻止血栓烷的合成从而减少血小板的聚集,因此,大蒜对冠心病的预防及治疗可能有一定价值。口服大蒜能刺激胃液分泌,并能促进肠蠕动,故有健胃,助消化的作用。口服大蒜制剂可以改善慢性铅中毒的症状,其效果可能是由于其中含大量的硫化物。大蒜口服易吸收,体内不易蓄积。局部应用有刺激性。

外用药

凡是以外用为主,通过与体表局部直接接触而起治疗作用的药物,称为外用药。

本类药物分别具有消肿止痛、提脓拔毒、去腐、蚀肉、发泡、生肌、敛疮、燥湿、杀虫、止痛、止痒、止血等作用。主要用于痈疽、溃疡、疔疮、瘰疬、丹毒、疥癣、湿疮、外伤、蛇伤、烫伤以及眼、耳、鼻、咽喉、口腔等疾患。在使用外用药时,同样要在辨证基础上进行,正如吴尚先所云:"外治之理,即内治之理,外治之药,即内治之药,所不同者法耳,医理药性无二。"因此,要以阴阳为总纲,结合病因病机,区别病变部位、病形、颜色、分泌物的性质,自觉症状与病程等,分别选用单味药或复方,制成各种制剂应用。另外,人体是一个有机的整体,局部和整体是密切联系的,因此,某些体表疾病以外治为主,辅以内服药;或全身性疾病,以内治为主,辅以外用药,均较单一使用内治或外治疗效明显。

外用药大多具有不同程度的刺激性和毒性,使用时应慎重,尤其是剧毒药物,如水银、轻粉、砒石、斑蝥等,在剂量上必须严格掌握。创面过大的局部病变,外用药量不宜过多,以防吸收中毒。也不宜在头面、五官、粘膜、会阴等处应用,以免发生不良反应或其他损害。外用药制剂时,应严格遵照一定法度,以保证用药安全。

雄黄

始载于《神农本草经》。又名黄金石、石黄。为含硫化砷的矿石。产于中国湖南、湖北、贵州、云南、四川、陕西、甘肃等省。

本品味辛、苦,性温。有毒。归肝、肾经。功能解毒,杀虫,燥湿,祛痰。主治痈疽疔毒、喉风喉痹、走马牙疳、湿疮、疥癣、蛇虫咬伤,以及虫积、惊痫、疟疾、哮喘。临床以外用为主,亦可内服。

外治痈疽肿毒,常与解毒、收敛、消肿止痛等药物配伍。如《验方新编》金素丹,治痈疽发背,腐肉暗黑者,同明矾、枯矾研末外掺,能去腐生肌。又如《医宗金鉴》治疗疮肿痛,则与轻粉、蟾酥、冰片同用,研末外敷;《世医得效方》治缠腰火丹,用雄黄研末,醋调外涂,以及现代临床用本品配明矾及少量冰片,加乙醇调匀,涂治流行性腮腺炎等,都有解毒消肿,止痛的作用。若配散瘀、消肿等药物内服,对痈疽肿硬,尚未成脓者,可使消散,如《外科全生

集》之醒消丸，即本品与乳香、没药、麝香同用；《外科正宗》琥珀蜡矾丸中雄黄与琥珀、白矾、朱砂、黄蜡、蜂蜜同用，除能消肿止痛外，内服还可防止毒气内攻。喉风喉痹，咽喉肿痛，痰涎壅塞者，《和剂局方》有解毒雄黄丸，以本品同巴豆霜、郁金为末，醋和为丸，内服取吐，既能解毒消肿，又能祛除壅滞之痰涎，疏通咽喉之痹塞。又如雷氏六神丸，为治疗烂喉丹痧、喉风、乳蛾及痈肿疔毒等有名的成药，均以雄黄为主要成分之一。若治走马牙疳，牙龈腐烂，可用枣肉包雄黄烧煅为末，掺敷患处（勿咽下），能祛腐肉而敛溃疡。本品燥湿杀虫，又能止痒，故皮肤湿疮、疥、癣，亦为常用之品。如湿疮可配黄柏、冰片、枯矾研末外掺或香油调涂；治疥、癣，可同蛇床子、水银，猪油搽擦；或同硼砂、苦参、川椒、百部水煎外洗。若蛇虫咬伤，本品可与五灵脂研末，内服并外敷。用于虫积腹痛，雄黄常与驱虫药同用。如《沈氏尊生书》之牵牛丸，本品配槟榔、牵牛子，大黄；它如验方雄槟丸，扫虫煎等方中都用之。蛲虫病引起的肛门瘙痒，也可用本品与铜绿为末撒于肛门处，或用雄黄粉凡士林纱布条塞肛门内。此外，《金匮要略》有治狐惑病，毒蚀下部，肛门痒者，用雄黄烧烟熏之，也是取其燥湿解毒杀虫的功效。本品内服用治惊痫昏迷，可配镇惊安神、清心豁痰之品，如朱砂、胆星、郁金之类。若中暑、中恶及温病痰热内闭，神昏等症，本品则常配用于牛黄、冰片、麝香等清心泻火、镇惊开窍药中，以发挥其解毒祛痰的作用，如《和剂局方》至宝丹、《温病条辨》安宫牛黄丸等。雄黄治疗疟疾。古方每多用之。如《圣济总录》之三圣丸，同雌黄、大黄研末为丸；《普济方》之大效疟丹，同淡豆豉、乳香、黄丹、桃仁为末，独头蒜捣和为丸，均于疟发前内服。《太平圣惠方》则有以本品配朱砂、牛胆、麝香，醋煮面粉和丸，外用塞鼻以治疟的方法。本品用于哮喘，可配止咳化痰药，如《证治准绳》治小儿喘满咳嗽之雄黄丹，系以雄黄同朱砂、杏仁、巴豆、淡豆豉等制成丸药内服；现代临床上则单用本品研末，面糊为丸，用于支气管哮喘及慢性支气管炎，有一定疗效。雄黄性温有毒，内服宜慎。孕妇及阴亏血虚者尤为禁忌。中毒症状主要为上吐下泻，轻者可用生甘草、绿豆煎浓汁频饮以解之。研末为丸、散服，0.15—0.3 克。不入汤剂。外用适量，亦不可大面积涂搽或长期持续使用，以免皮肤吸收积蓄中毒。因其主要成分硫化砷，遇热后易分解氧化为有剧毒的三氧化二砷，故内服禁用火煅。

实验研究：雄黄主为硫化砷（AsS），并含少量其他金属盐。雌黄含 As_2S_3。

水浸液在试管内对堇色毛癣菌等多种常见的致病性皮肤真菌有抑制作用，烟熏（与艾叶、菖蒲作成合剂）有杀菌作用。

砒石

始载于《日华子本草》。又名砒黄、信砒、信石、人言。为天然的砷华矿石或为毒砂、雄黄等含砷矿石的加工制成品。再经炼制而成的纯品，即为砒霜。产于中国江西、湖南、广东、贵州等省。

本品味酸、辛，性热。有大毒。归肺、脾、胃、大肠经。功能蚀疮去腐，祛痰定喘，截疟。外用主治痔疮、瘰疬、痈疽溃后腐肉不脱，或日久而成瘘管，以及走马牙疳、顽癣等；内服用于寒痰哮喘，疟疾等。

治疗痔疮瘘管，如《外科正宗》"三品一条枪"，即以砒霜配白矾、雄黄、乳香等制成药条，插入患部，有蚀瘘、去腐、枯痔之功。现用本品配枯矾、乌梅肉、朱砂共研为枯痔散外敷痔核，能促使其干枯、坏死而脱落。治疗瘰疬，《灵苑方》以其同浓墨捣和为丸，针破患处贴之。用于走马牙疳，可配铜绿研末外涂，如《普济方》青金散；又方，用大枣去核，入砒石黄豆大 1 粒于枣内，瓦上煅至烟尽为度，冷透后研细搽患处。《外科证治全生集》中专治走马牙疳的赤霜散，即上方加入冰片而成，为临床常用的效方。用于顽癣，可配枯矾、斑蝥，醋泡 7 日后涂搽；《证治准绳》砒霜散，则与硫黄、密陀僧、腻粉等同研细末，治干癣以生油调涂，治湿癣以药粉干掺。此外，以本品与麻油同煎，至砒枯烟尽为度，去砒取油，涂治鹅掌风，有润燥止痒的功效。砒石内服治疗寒痰哮喘，《普济本事方》紫金丹，用本品与豆豉为丸，冷茶吞服。用以截疟，可与绿豆研末制丸服；《丹溪心法》之不二散，则以本品为末，同面粉和成饼，焙干，再加白扁豆、细茶同研，茶水调服；如取砒霜末少许，置膏药中心，于疟发前 24 小时内，贴于背部第三椎上，也有一定疗效。入丸、散服，每次 2—4 毫克。不入汤剂，亦不能作酒剂服用。砒石为剧毒药，砒霜毒性更大，醋浸或与绿豆同用，冷水吞服，可减轻其毒性。不论外用、内服，都只宜暂用，并须严格控制剂量。体虚患者及孕妇均忌，肝肾功能损害者绝对禁用。

实验研究：砷华的主要成分为三氧化二砷，溶于水、碱、碳酸钠，酸或乙醇中；常含有磁铁等杂质。三氧化二砷加高热可以升华；升华物就是砷华，又名砒霜。毒砂含 Fe^{3+} 34.3%，As^{3+} 46%，S^{2-} 19.7%。雄黄主含硫化砷 AsS，并含少量其他重金属盐。

三氧化二砷具有砷剂的基本药理和毒性，砷系原浆毒，且能麻痹毛细血管，抑制含巯基酶的活性，并使肝脏脂变、肝小叶中心坏死，心、肝、肾、肠充血，上皮细胞坏死，毛细血管扩张。枯痔散中含有白砒，如给兔耳每日涂敷，可致干性坏死，以至脱落，不含三氧化二砷的制品则无此作用。枯痔散中含砷量为 8%—16% 左右，易自粘膜面吸收，应用不当，可致急性砷中毒。三氧化二砷急性中毒症状有呕吐、淘米水样腹泻、蛋白尿、血尿、眩晕、头痛、紫绀、晕厥、昏睡、惊厥、麻痹以至死亡，暴发型可无上述明显症状，迅即发生虚脱、惊厥、麻痹而死亡。一般认为砷与含巯基酶结合，影响酶的活性，从而严重干扰组织代谢，出现中毒，所以临床急救时用二巯基丙醇（BAL）解毒。

水银

始载于《本经》。又名汞(mercury)、白澒、灵液。常用矿物辰砂 Cinnabar 加热炼制。分布于中国贵州、广西、云南、湖南、湖北、四川等地。

本品味辛,性寒。有毒。归心、肝、肾经。功能杀虫、攻毒。主治疥癣、梅毒、恶疮、痔瘘。《肘后方》用本品和胡粉研,调涂治燥癣。《千金方》用水银擦拭白癜风。水银的化合物有消毒、泻下、利尿的作用。现已不用或罕用此药。

实验研究:元素汞不引起药理作用,解离后的汞离子能与巯基结合而干扰细胞的代谢及功能。吞食水银,水银自粪便排出,少数人可有某些症状,极少数可引起立即死亡。

三仙丹

始载于《外科大成》。原名灵药,又名三白丹、三仙散、升药、小升丹、升丹。为水银、白矾与火硝经加工而成的粗制氧化汞。药材有红升与黄升之别。红升为橙红色块片状粉末;黄升为黄色或橙黄色块片状粉末。块片厚约0.1—0.2厘米,一面有光泽,一面较粗糙,呈蜂窝状。质重而脆,气无,见日光易变深色。产于中国河北、湖北、湖南、江苏等省。

本品味辛,性热。有毒。功能拔毒,提脓,祛腐,生肌。主治痈疽疮疡溃后,脓水淋漓,腐肉不去,下疳,梅毒等。

凡痈疽疮疡溃后,脓多或脓出不畅,或腐肉不去,新肉不生者,单用即可。如《疡医大全》以本品研为极细末,每取少许掺患处,治疮口坚硬,肉暗紫黑或有脓不净者。用于瘘管,可将三仙丹药粉送入瘘管深处,亦可制成药线直接插入瘘管。治诸疮恶毒,脓水淋漓,久不收口,可与煅石膏等同用以增拔毒收湿之效。治下疳腐烂,《药数启秘》配橄榄炭、梅片,研极细末,麻油调敷或干掺患处。治梅毒,常配轻粉、元明粉、麝香等制成丸药,用土茯苓、甘草煎汤送服。此外,本品尚有燥湿杀虫之功,可治顽癣湿疹,常配硫黄、蛇床子、白芷、樟脑,研细和匀,花椒油调敷。本品有红升、黄升之分,两者功用基本相同,惟红升性较猛烈。可制成散剂、锭剂、药捻等剂型使用,亦可配成油膏或软膏用。本品有大毒,内服宜慎,多作外用,但其拔毒祛腐作用力强,凡疮疡腐肉已去或脓水已净者,不宜应用;孕妇体弱者亦须禁用。

实验研究:三仙丹主含氧化汞,另含硝酸汞等。

汞离子能与病原菌呼吸酶中的巯基结合,使酶失去活力而发挥强大的杀菌防腐作用,对绿脓杆菌、乙型溶血性链球菌、大肠杆菌及金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、白色念珠菌等有不同程度的抑制作用。汞离子还可与局部病灶组织中的蛋白质生成不溶解的变性蛋白盐而沉淀,因而可程度不同地产生收敛硬化、甚则坏死等不同反应。本品毒性大,成人中毒量为0.5—0.8克,致死量为1—1.5克。

白降丹

始载于《外科正宗》。又名降丹、降药。为二氯化汞和氯化亚汞的混合结晶物。药材为针状结晶聚集而成的块状物,白色或淡黄色,一面粗糙,另一面平滑有光泽,不透明。质重易碎。气无,味辣,有持久性的金属气。以色白、针条状、有光泽、陈久者为佳。主产于中国江西、湖南、湖北等省。

本品味辛,性热。有毒。功能拔毒、祛腐、杀虫。主治疮疡痈疽、瘘管、瘰疬、瘿瘤、疣痣、息肉、顽癣等。

白降丹有良好的提毒消肿之功,治痈肿初起坚硬未成脓者,用本品水调涂于疮顶上,待起泡后以针挑破出水则痈肿自消;如痈疽成脓未溃,用之能蚀肉溃脓,用水调涂于疮顶上,则痈脓可破溃自泄;如溃后腐肉不去,疮口久不敛者,可单用少许洒落在腐肉上,或配煅石膏同用,如《外科正宗》九一丹等,既可增强拔毒燥湿敛疮之功,又可缓解燥烈之性,减轻局部疼痛。治瘰疬,可用白降丹30克,白面粉15克,制成重0.6克的药饼贴患处,有瘘管者则制成药捻用。用药捻亦治附骨疽、骨槽风、骨痨等形成的慢性瘘管。治瘿瘤,《外科真诠》先在患处以艾火灸一壮,再用水调白降丹点于灸处,以膏盖之。治顽癣,可用白降丹0.9克,配轻粉2.1克,研匀,醋调搽之。本品亦用治疣痣、息肉等,可使皮损坏死脱落。用本品与冰片、石棉屑等制成干髓剂治疗慢性牙髓炎等,亦有较好的效果。本品有大毒,切忌内服,外用亦宜微量,0.3—0.9克。孕妇及体弱患者禁用。

实验研究:白降丹主含氯化汞及氯化亚汞。

白降丹中所含汞离子能与病原菌呼吸酶中的巯基结合,使酶失去活力而发挥杀菌防腐作用,对绿脓杆菌、乙型溶血性链球菌、大肠杆菌及金黄色葡萄球菌等有不同程度的抑制作用。汞离子还可与局部病灶组织中的蛋白质结合而沉淀,其沉淀溶解的过剩液体又能漫延于周围而有祛腐作用。

白矾

始载于《神农本草经》。原名矾石,又名明矾。为硫酸盐类矿物明矾石经加工提炼而成的结晶体。产于中国浙江、安徽、山西、湖北、福建、河北、甘肃等省。

本品味酸、涩,性寒。有小毒。归肺、脾、肝、大肠经。功能解毒杀虫,收湿止痒,止泻止血,祛痰开闭。主治痈疽肿毒、口舌生疮、聤耳流脓、烂弦风眼、鼻息肉、湿疹、疥癣,以及久泻久痢、痔疮、脱肛、子宫脱垂、衄血、咯血、中

风、癫痫等。

用治痈疽、疔毒、恶疮，多以外用为主，但亦可内服，如蜡矾丸，即白矾与黄蜡熔化为丸服，治痈疽发背，如未破则内消，已破即便合。李时珍称："不惟止痛生肌，能防毒气内攻，护膜止泻，托里化脓之功甚大，……要知白矾大能解毒也。"又如《卫生宝鉴》治疔疮肿毒，除单用本品为丸内服外，并以生矾配黄丹研末敷之。对于痈疽溃后，腐肉不脱，又可用枯矾配朴硝研末掺；冷疮成瘘，脓水不尽，与五灵脂等分为末，制成药捻，插入瘘管，每日换药，脓尽自愈。若溃疡日久，臭烂不止，以白矾合雄黄，开水冲化外洗，或与黄连、血竭研末外敷，有解毒、收湿、生肌之功。本品还常用于五官疾患。小儿鹅口疮，枯矾配朱砂研末搽，如《太平圣惠方》白矾散。聤耳流脓，枯矾合胭脂为散，吹入耳内，如《本事方》红棉散；如制成明矾液滴耳，可用于急慢性化脓性中耳炎。治目赤肿痛，《濒湖集简方》以甘草水磨明矾涂搽眼胞。治烂弦风眼，《永类钤方》以煅白矾配铜青，研末汤泡澄清水点眼。治鼻息肉，《千金要方》以单味枯矾为末，猪脂调和，绵裹，塞鼻；《医学心悟》配以硇砂，共研细末，取少许点患部，其腐蚀息肉之力较单用枯矾为强。外治湿疹、湿疮、疥癣等病，每用枯矾收湿杀虫止痒。如湿疹瘙痒，配熟石膏、冰片；黄水疮，配黄丹、松香；疥疮配硫黄、铅粉；顽癣，配樟脑等。白矾与燥湿杀虫之黄柏、苦参、蛇床子煎汤坐浴，用于妇女阴痒白带多，如滴虫性阴道炎，效果较好。治疗烫伤，与五倍子研末，麻油调涂；如大面积烧伤，可用枯矾混悬液，消毒纱布浸湿敷创面，有控制绿脓杆菌感染的作用。本品有止泻、止血之功，常用于久泻久痢，出血等症。如《太平圣惠方》之诃黎勒散和白矾丸，皆为治久泻久痢之方。前者以白矾与诃子相配，研末为散，米汤调服，治年老体弱久泻不止；后者则与硫黄、硝石同用，为丸内服，用治休息痢屡发不止。用治内痔和脱肛，以白矾制成注射液，注于痔核或肛门四周。治诸出血症，如衄血不止，《圣济总录》用枯矾研末吹鼻；牙龈出血，《千金方》取白矾煎汤含漱；金疮出血，《外科正宗》如圣金刀散，以生矾、枯矾配松香研末敷伤处。本品又能涌吐痰涎而通窍闭，治中风卒倒，痰壅神昏，以白矾配合猪牙皂研末为散，温水灌服，每能吐出痰涎即苏，如《圣济总录》之救急稀涎散；痰涎壅盛，喉中声如曳锯，神昏不语之痰厥者，于前方中再加半夏、甘草等以加强涌吐痰涎之功，如《医宗金鉴·删补名医方论》稀涎千缗汤。痰阻心窍而致的癫痫、癫狂，可与郁金同用，如白金丸。急喉风痹，痰壅气塞、呼吸困难者，配胆矾为末吹喉，可使痰消闭开，如《普济方》吹喉散。此外，《金匮要略》以本品配硝石用于女劳疸，方如消石矾石散。《济世养生集》青矾散，即本品配青黛，以治疗黄疸，仍为现代临床常用之剂。有以枯矾与乌贼骨、延胡索等制成片剂内服，用于胃及十二指肠溃疡，有缓解胃痛止血之效。生矾偏于解毒祛痰，枯矾偏于收湿敛疮。多研末为丸、散服，0.6—1.5克。阴虚胃弱者忌服。前人有久服伤骨与损心肺之戒，故不宜久用多服。

实验研究：明矾石为碱式硫酸铝钾。白矾主要为硫酸铝钾。

明矾水在体外能使血清立即沉淀，有强烈凝固蛋白的作用；体外试验对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等均有抑菌作用。明矾具有收敛作用，内服刺激性较大，故用量不宜过大。外用可以止汗、硬化皮肤（足部）；尚可用于白带过多、溃疡（1%—5%溶液）。如用于结合膜则需作成白蛋白结合剂。此外，可用于止血，以明矾棒或粉剂直接放于出血点，如鼻衄时可用棉球浸饱和的明矾溶液塞于鼻孔。大剂量因刺激性大，可引起口腔、喉头烧灼、呕吐、腹泻、虚脱，直至死亡。中毒时可用富含蛋白质的物质如牛奶洗胃，并用镁盐作为抗酸剂，同时作对症治疗。

硼砂

始载于《日华子本草》。又名蓬砂、月石、盆砂。为天然产硼酸盐类矿物硼砂经精制而成的结晶。产于中国青海、西藏、云南、新疆、四川、陕西、甘肃等省、区。

本品味甘、咸，性凉。归肺、胃经。功能清热消痰，解毒防腐，软坚破结。外用主治咽喉肿痛、口舌生疮、牙龈溃腐、目赤翳障；内服用于肺热咳嗽、痰多稠粘、噎膈痞结、咽喉骨鲠等。临床上多以外用为主，尤为口腔、咽喉外用之要药，常与清热解毒，去腐收敛药同用。

如《外科正宗》冰硼散，治咽喉肿痛、口舌生疮，即本品同冰片、玄明粉、朱砂共研细末，吹喉或涂搽患部。又如《疡医大全》之四宝丹，本品配雄黄、冰片、甘草为末，蜜调涂敷或干掺以治鹅口疮。治咽喉肿痛，还可配制成丸剂噙化，如《方脉正宗》即以此治痰火闭结，喉胀不通。《张氏医通》治风热喉痹及缠喉风之硼砂丹，以本品配白矾、牛黄、人爪甲、白梅肉研作丸噙化，并探吐以助痰涎排出。本品用于眼病，可化水洗眼，或制成粉剂及眼药水点眼。如以本品与炉甘石、冰片、朱砂制成粉剂，可治风热目赤肿痛；同黄连、西瓜霜制成眼药水，用于沙眼涩痛羞明。《仁斋直指方》以本品为主，入冰片少许，用以消除胬肉。硼砂内服，能去胸膈之痰热。咳痰稠粘不畅，可与清肺化痰药同用，如桑皮、苏子、瓜蒌、贝母、蛤粉之类，均可随宜选配；倘咳久阴伤，声嘶咽痛者，亦可配养阴润燥之天冬、柿霜等研末吞服，或制丸噙化。用于噎膈、痞结、骨鲠等症，系取其软坚消结之功。《海上方》单用本品酒服治噎气；《太平圣惠方》硼砂丸，配三棱、鳖甲、木香、川乌等行气消积、止痛之品，以治痞气结聚，心腹疼痛。近年来，有以本品配火硝、硇砂、冰片、礞石等制成粉剂，试用于食管癌患者。本品为软坚消克之剂，凡体弱患者，内服宜慎。外用：生者用于防腐，煅者用于收敛。研末入丸，散服，1.5—3克。

实验研究：硼砂主成分为四硼酸钠。

水溶液显弱碱性，有微弱的抑菌作用，无刺激性，可用以冲洗溃疡、脓肿，并可使粘膜去垢。

硇砂

始载于《药性论》。又名北庭砂、狄盐。

药用有紫硇砂、白硇砂两种。紫硇砂为紫色石盐矿石，从盐矿中拣得。白硇砂为含氯化铵类的一种矿石，偶见于火山附近；煤层燃烧后也可产生；现在多用人工合成。

紫硇砂呈块状，大小不一，有棱角或凹凸不平，有明显不规则的小孔。表面暗紫色或紫红色，稍有光泽，附有少量黄白色粉末。等轴晶系，晶体通常为立方体。质重，以手摸之有凉感，坚而脆，硬度2.5，比重2.1—2.6，条痕白色。有臭气，味咸，能潮解，易溶于水。白硇砂呈不规则块状或粉末状，白色或稍带淡黄色。等轴晶系，晶体一般呈柱状、粒状及分枝状，有玻璃光泽。质较脆，硬度1.5—2，比重1.52，条痕白色，断口呈贝壳状。新鲜品有氨臭，味苦而咸。易潮解，易溶于水。产于中国青海、甘肃、新疆等省、区。

本品味咸、苦、辛，性温。有毒。归肝、肺、脾、胃经。功能破瘀消积，软坚化痰，攻毒蚀疮。内服治癥瘕积聚、噎膈反胃、咳嗽痰多；外用可治痈疽、疔毒、瘰疬、翳障胬肉、息肉、赘疣等。

癥瘕积聚，多由气血瘀滞或痰凝食积所致，故硇砂每与活血、利气、化痰、消食之品协同使用。如《太平圣惠方》治妇女经闭，脐腹积聚疼痛，与干漆、桂心、没药、琥珀等制成丸剂内服；《卫生宝鉴》治远年积块之圣散子，则与大黄、麦芽、槟榔、干漆等研末服；倘肉食不化，脾运失常而引起癖积者，可与消食化积的神曲、山楂、莪术等同用。硇砂治腹中癖块，亦可外用，如《本草汇言》磨癖膏，即用本品与胡黄连、三棱、莪术、麝香，共熬成膏，布摊外贴，并助以热熨。治疗噎膈反胃，可用本品或加附子、槟榔、丁香、木香等研末，黄酒调服。近治食管癌，配南星、牛黄，或昆布、海藻同用。硇砂善化痰涎，咳嗽痰稠，可配用于杏仁、贝母、苏子、莱菔子等止咳、化痰、降气药中；如痰热喉痹，肿塞热痛者，可与清肺利咽之沙参、玄参等研末为丸含化，或与熊胆、煅石膏、雄黄等同研细末吹喉。治痈疽肿毒、瘰疬、疣、痣，配黄丹、石灰、白丁香制成膏药外敷，方如《证治准绳》硇砂膏；配雄黄、砒霜、麝香等研末外敷，方如《宣明论方》硇砂散。它如《外科正宗》治鼻中息肉，配轻粉、冰片、雄黄，研末点涂。《普济方》治目翳胬肉，与琥珀、珠粉、乌贼骨等同用。研末为丸、散服，0.3—1克。不入煎剂。体虚者内服宜慎；孕妇忌服。

实验研究：白硇砂主要含氯化铵。紫硇砂主要含氯化钠；此外尚含铁、镁、硫等。

硇砂能增加支气管粘膜的分泌，使痰液稀薄，有祛痰作用；能刺激胃肠蠕动、分泌；并有利尿作用。

轻粉

始载于《本草拾遗》。又名水银粉、腻粉、扫盆。为用升华法制成的氯化亚汞结晶。产于中国湖北、湖南、河北、四川、云南等省。

本品味辛，性寒。有毒。归肺、肾、大肠经。外用有攻毒、去腐、杀虫、止痒之功；内服有祛痰、逐水、通便之效。外用主治疮疡、梅毒、疥癣；内服用于痰壅喘逆、水肿臌胀。

临床以外用为多，治痈疽、瘰疬、梅毒、下疳、皮肤溃疡及疥癣等疾病，常与清热解毒、止痛或祛湿、收敛、止痒等药配伍同用，如《郭氏方》轻粉散；治湿毒流注、痔疮、臁疮等蚀臭腐烂、疼痛难忍者，配黄柏、黄丹、密陀僧、乳香等研末外掺；《医宗金鉴》轻乳生肌散，治疮疡溃烂，红肿热痛者，配石膏、冰片、血竭、乳香等研末外敷。用于下肢溃烂的臁疮夹纸膏，则配儿茶、血竭、五倍子、黄丹、枯矾等为末，夹于油纸内贴于患处。如疮疡溃烂，腐肉已去，新肉已生而久不收口者，则可与珍珠粉同用，方如《外科正宗》之月白珍珠散。皮肤黄水疮、脓窠疮等浸淫糜烂者，则配用清热解毒、祛湿收敛之品，如《医宗金鉴》之青蛤散，以本品与黄柏、石膏、青黛、蛤粉同用，研末油调外涂。本品用于疥癣，每与猪脂调涂；古方用轻粉与生白矾、杏仁、加猪脂捣烂后，涂擦患处，则祛湿止痒的作用更强。此外，妇女湿热下注，阴中作痒生疮者，《外科正宗》有银杏散，用本品与杏仁、水银、雄黄，共为细末，枣肉和丸，绵裹，作阴道栓剂用，也是取其杀虫、止痒之功。

本品内服治痰壅哮喘，可用鸡子清和轻粉少许，蒸熟食之，能涌吐或泻下痰涎而使喘逆得以缓解，如《串雅内编》轻粉顶；治水肿臌胀，二便不利者，可与逐水药甘遂、大戟、芫花、牵牛子等同用，如舟车丸、三花神祐丸等。但本品性猛有毒，必体壮邪实者，方可使用。且只宜暂服，过量或持续服用，易致中毒。研末为丸、散服，0.1—0.2克。不入汤剂。体弱者及孕妇忌用。

实验研究：轻粉主要含氯化亚汞，俗称甘汞。粉霜系用升华法所制的甘汞。

轻粉外用有杀菌作用，内服适量能制止肠内异常发酵，并能通利大便。甘汞口服后在肠中遇碱及胆汁，小部分变成易溶的二价汞离子，能抑制肠壁细胞的代谢与功能活动，阻碍肠中电解质与水分的吸收而导致泻下；且可抑制肠中细菌将胆绿素变为胆红素。又因肠内容物迅速排出，影响了胆绿素的转变，故服药后大便可变绿色。二价汞离子吸收后，还可与肾小管细胞中含巯基酶结合，抑制酶的活性，影响其再吸收功能而有利尿作用。大量可致中毒。中毒后小鼠的心、肝、肾皆有不同程度的病变，肾小管上皮细胞最显著，有浊肿、脂变、坏死等；卵巢中部分较大的滤泡破碎，且有巨细胞浸润。

轻粉水浸剂在试管内对堇色毛癣菌、许兰黄癣菌、奥

杜盎小芽胞癣菌、红色表皮癣菌、星形奴卡菌等皮肤真菌均有不同程度的抑制作用。

银朱

始载于《本草蒙筌》。又名心红、紫粉霜。为水银与硫黄混合制成的赤色硫化汞。

本品味辛，性温。有毒。功能攻毒，燥湿，杀虫。主治痈疽、肿毒、溃疡、湿疮、疥癣等疾病。多研末作散剂或制成油膏、膏药等外用。

如《外科大成》绛红膏，治肿毒疼痛不消，即用银朱研末，生桐油调成油膏外敷；《疡医大全》治痈疽、发背、恶疮之回生丹，则用本品人五倍子内，焙干研细，以鸡子清调涂。如单与鸡子清调和，也可涂治丹毒红肿；同菜油调则涂汤火烫伤。验方千槌膏，为外科治痈肿疔疖常用的膏药，即银朱与铅丹、轻粉、蓖麻子仁、松香等制成，有消肿止痛，提脓去腐之效。用于慢性溃疡、皮肤湿疮，脓水淋漓，久不收敛者，本品每与燥湿收敛药同用。如古方用银朱、陈石灰、松香为末，香油调化，摊纸上贴于患处，以治溃疡久不收敛；用黄蜡熔化后调银朱粉制膏药外贴，可治血风臁疮；同盐梅肉捣研，可外敷治黄水疮等。同牛骨髓、桐油调和，则用以外搽癣疮。

此外，古代尚有以本品微量人丸散内服者。如《活幼全书》鹤顶丹，银朱与白矾共研细末，置瓦锅内熔炼后研末，用茶水调匀温服，以治痰气结胸。因其性燥烈有毒，《本草纲目》虽载有"破积滞，劫痰涎，散结胸"等功能，但也指出内服有"烂龈、挛筋"之弊。《本草便读》则谓其"燥烈升散较猛，长于外治，不宜内服"。现代临床多作外用药，内服已不见使用。

铅丹

始载于《神农本草经》。又名黄丹、铅华、丹粉、东丹。为纯铅加工制成的四氧化三铅粉末，产于中国河南、广东、福建、湖南、云南等省。

本品味辛、性寒。有毒。归心、肝经。功能解毒祛腐，生肌敛疮，坠痰镇惊，杀虫消积。外用主治痈疽、溃疡、创伤出血、口疮、目赤翳膜、汤火烫伤；内服用于惊痫、疟疾、痢疾等疾病。

用于外科诸症，大多单味与植物油制成膏药外贴；或根据治疗需要，配入清热、解毒、收敛、防腐、消肿之品，如《太平圣惠方》治痈疽、发背，肿硬疼痛之黄丹膏，即本品与黄连、白蔹、乳香等和香油熬制而成；又如下肢臁疮，久不收敛，可用铅丹配煅石膏研细外敷，并治一切痈疖疮毒，能去腐生肌长肉收功。如《济世养生集》之金花散；也可用本品同黄蜡入香油熬化，制成膏药外贴。也有研粉外用的，如《圣济总录》治破伤肿溃之铅丹散，即本品与蛤粉同用。创伤出血，则可同滑石研末掺敷；如用水调，亦可涂外痔肿痛。配樟脑研末蜜调，可涂汤火烫伤，如口舌溃疡者，可单用黄丹调蜂蜜涂患处；目赤翳障者，配白矾或乌贼骨研末点眼。本品内服，多入丸、散用。治疗惊痫，乃用其坠痰镇惊之功，可配白矾同煅，研末酒服，如《博济方》之驱风散。用治疟、痢，系取其杀虫消积之效，如《肘后备急方》治寒热疟疾，同常山蜜丸，病发前温酒送服；《普济方》治赤白痢疾，同黄连为丸，用生姜、甘草汤调服等。此外，亦有以本品入汤剂者，如《伤寒论》治伤寒下后，胸满烦惊，谵语等症之柴胡加龙骨牡蛎汤中，即有铅丹。成无己注称：该方用铅丹，是取其"收敛神气以镇惊"。内服，0.3—0.6克。本品为阴寒有毒之品，现在临床上作外用者多，作内服者少。凡气血不足，脾胃虚寒者，均不宜服用。

实验研究：本品主要成分为四氧化三铅（Pb_3O_4）。

铅丹能直接杀灭细菌、寄生虫，并有制止粘液分泌的作用。

密陀僧

始载于《雷公炮炙论》。又名没多僧、金炉底。为铅或方铅矿加工而成的粗制氧化铅。主产于中国湖南省。

本品味咸、辛，性平。有毒。归肝经。功能燥湿、杀虫、收敛、防腐。外用主治疮疡溃烂久不收敛及口疮、湿疹、疥癣、狐臭、汗斑等疾病。临床上除可单用外，亦可随证选配清热、解毒、去腐、收敛、止痒之品同用。

《寿域神方》治多骨疽，用密陀僧末，桐油调匀，布摊外贴；《孙天仁集效方》治血风臁疮，用香油调匀，油纸摊贴。治口舌生疮溃腐，《普济方》有陀僧散，用本品配黄柏、黄药子、蒲黄等研末涂敷。用于走马牙疳，齿焦黑烂者，《证治准绳》有密陀僧散，配轻粉、麝香为末，搽擦患处。湿疹，皮肤糜烂，黄水浸淫者，可配黄柏、枯矾、冰片研末外掺，或用香油调涂；足癣溃烂，亦可配轻粉、炉甘石、龙骨、冰片等制成软膏用。治狐臭，可用本品研末，油调或同大蒜头共捣如泥，摊纱布上，贴于腋下。汗斑，可配雄黄、硫黄、蛇床子等研末醋调成糊，涂于患处。此外，本品研末外敷，可治阴汗湿痒，如加蛇床子同用，则燥湿止痒之功更佳。《洞天奥旨》陀僧散治脚丫湿烂，以其与轻粉、熟石膏、枯矾为末，湿则干敷，干则桐油调搽。现代用其预防稻田性皮炎，下水田时，先用密陀僧粉同桐油调成糊状，涂于手足，形成假膜，有护肤作用。

实验研究：密陀僧主要成分为氧化铅。此外尚有砂石、金属铅、Al^{3+}、Sb^{3+}、Sb^{5+}及少量Fe^{3+}、Ca^{2+}、Mg^{2+}等。密陀僧膏或水浸剂在体外对多种常见致病性皮肤真菌如共心性毛癣菌等有抑制作用。作为外用药可减轻炎症。

炉甘石

始载于《绍兴本草》。又名甘石，浮水甘石。为碳酸

盐类矿物菱锌矿矿石。产于广西、四川、湖南等省、区。

本品味甘，性平。归肝、胃经。功能去翳明目，收湿止痒，敛疮生肌。主治目赤翳障、烂弦风眼、溃疡不敛、湿疮、湿疹。

本品为治目病之要药，李时珍谓："同龙脑点治目中一切诸病。"一般多配硼砂、玄明粉、冰片共研极细末点眼，如《证治准绳》治火眼，翳膜胬肉之白龙丹。治疗眼缘红肿疼痒，溃烂流泪，可用本品同黄连、冰片共研极细，以猪胆汁调匀临睡时涂溃烂处。若配珍珠、熊胆、麝香、煅硼砂、冰片等药同用，其适应证更广泛，可用于目赤肿痛，羞明畏光，眼缘溃烂，眼角涩痒等，如著名方剂八宝眼药。本品也是外科常用药物之一。《玉楸药解》谓其"秉寒肃燥敛之气，最能收湿合疮"。临床以本品外敷，能吸收疮面分泌物，具有收敛、保护作用。如用于痈疽溃后，腐肉将尽者，以之配乳香、琥珀、朱砂、冰片等同用；用于聤耳出脓或流黄水，配枯矾、胭脂、麝香为末吹耳；用于下疳阴疮，配孩儿茶同为末，麻油调敷；用于漏疮不合，配牡蛎粉塞之。对于湿疮浸淫，日久不愈，或烫伤腐肉已化，新肌不生者，均可用本品配煅石膏、赤石脂共研细末掺患处，或麻油调敷。临床报道，治下肢溃疡，炉甘石与密陀僧、黄柏、冰片共研极细，猪油调敷，7日换药一次，3周为一疗程，甚效。火煅水飞外用。不作内服。

实验研究：炉甘石的主成分为碳酸锌，并含有少量氧化钙(0.27%)、氧化镁(0.45%)、氧化铁(0.58%)、氧化锰(0.01%)。炉甘石中的锌往往为少量铁(二价的铁)所取代，有的炉甘石还含有少量钴、铜、镉、铅和痕量的锗、铟。炉甘石煅烧后，碳酸锌分解为氧化锌。

不溶于水的天然碳酸锌，现代医学广用于皮肤科，作为中度的防腐、收敛、保护剂以治疗皮肤炎症或表面创伤，一般用5%—10%水混悬液(洗剂)，亦有用油膏者。

石灰

始载于《神农本草经》。为石灰岩经加热煅烧而成，称生石灰。生石灰吸收水分成粉末状物，称熟石灰。中国各地均产。

本品味辛、苦、涩，性温。有毒。功能消肿毒，蚀恶肉，止血敛疮，杀虫止痒。外用主治疔疮、痄腮、瘰核、丹毒、赘疣、外伤出血、烧烫伤、下肢溃疡、疥癣、痱子等疾病。

前人称石灰为诸疮肿之要药，善于消散一切肿毒。如治疔肿，《千金要方》用石灰配马齿苋同捣，以鸡子白和敷；《普济方》以石灰配半夏，研末外敷。治痄腮肿痛，可用陈石灰以醋调敷患处。用于瘰核红肿，以石灰配白果肉，同捣烂贴于患部，或以蜜调敷。用治火焰丹毒，以石灰配青靛，加醋和敷。本品有腐蚀作用，故《神农本草经》称其能"去黑子息肉"。《千金要方》治疣目(子)，用苦酒渍石灰，取汁频点患处。现用于寻常疣，以石灰粉揉擦患处，经多次反覆进行，可见疣子逐步脱落。亦可用生石灰以水化开，取末15克，又用浓碱水大半茶盅，浸石灰末，再以糯米50粒撒于灰上，浸1日夜，将米取出，捣烂成膏，治疣、痣、鸡眼、胼胝，挑少许点患部，如《医宗金鉴》水晶膏。石灰应用于疥、癣等皮肤病能杀虫止痒。如用治疥疮，取石灰淋汁洗。治湿癣白秃，取石灰末炒红，用马齿苋汁熬膏，调匀涂之；《太平圣惠方》用炒石灰配葛粉、甘草，制成外用扑粉，治夏日痱子及热疮；又用风化石灰配芫花、灶突内黑煤，醋炒布包熨，治痔疾肛边肿硬痒痛不可忍。《新修本草》称石灰"疗金疮止血大效"。临证用于创伤出血，用石灰与大黄同炒，去大黄，研末掺，如《外科正宗》桃花散；或以石灰配牛胆汁拌和阴干研末敷，皆有止血生肌的功效。石灰用于烧烫伤和下肢溃疡，有解毒敛疮的作用。治烧烫伤，将石灰加水，搅拌沉淀，取其上清液，与等量花生油或麻油混和，涂敷患处，不仅能止痛，且可减少体液渗出。如用于下肢溃疡，以清净陈石灰研细末，撒布于创面，对久不收口的外伤，破烂的冻疮，均有效果。生石灰用作腐蚀剂；熟石灰，又名陈石灰(即风化石灰)，性质较缓和，主要用于疗伤止血。

实验研究：石灰岩加高热，则逸出二氧化碳而产生氧化钙，即生石灰。生石灰遇水，则成消石灰，即氢氧化钙。生石灰或消石灰露于大气中，不断吸收大气中的二氧化碳而成碳酸钙，因此石灰陈久，成分多为碳酸钙。

蟾酥

始载于《药性论》。原名蟾蜍眉脂，又名蛤蟆浆、蛤蟆酥。为蟾蜍科动物中华大蟾蜍 Bufo bufo gargarizans Cantor 或黑眶蟾蜍 B. melanostictus Schneider 等的耳后腺及皮肤腺分泌的白色浆液，经加工干燥而成。夏、秋两季捕捉，洗净，晾干体表水分，然后挤出耳后腺及皮肤腺分泌的浆液，置于瓷器内，取纯浆放入圆模型中晒干，称为"团酥"(块酥)。如将浆液均匀涂于玻璃板上或竹箬上晒干，称为"片酥"。

团酥(团蟾酥)呈扁圆形团块状、饼状或棋子状，表面棕褐色、紫黑色或紫红色，平滑，边缘薄，中间略厚，直径3—7厘米，有的具有皱纹。质坚韧，不易折断，断面棕褐色或紫红色，半透明胶质状，略有光泽。遇水即呈乳白色泡沫隆起，用锡纸包碎块火烧，即溶为油状。气微腥，味麻辣，粉末嗅之作嚏。

片酥(片蟾酥)呈长方形或不规则薄片，大小厚薄不一，表面茶棕色或棕黑色，半透明，一面较粗糙，一面较光滑。质脆，易折断，断面均一，略有光泽。气微腥，味麻辣。主产于中国河北、山东、江苏、浙江、湖北等省。

本品味甘、辛，性温。有毒。归心、胃经。功能解毒，消肿，止痛，辟秽开窍。主治痈疽、疔疮、发背、瘰疬、咽喉肿痛、龋齿疼痛、痧症吐泻腹痛、窍闭昏厥。

用治痈疽、疔疮及诸恶疮，每与活血、消肿、止痛的麝

香、乳香、没药同用。如局部红肿疼痛，可再配寒水石、朱砂、铜绿、蜗牛等清热解毒之品，如《外科正宗》蟾酥丸。若痈疽皮色不变，水肿作痛，须配川乌、乳香、没药等辛散之品，如《玉机微义》蟾酥丸。用于肿毒如未化脓者，可配广胶、米醋，溶化调和，围肿处以图消散；如已化脓者，配石灰，制成小薄饼，贴于疮头，上盖膏药使之速破。咽喉肿痛，单双乳蛾，常配牛黄、麝香、朱砂等同用，如《喉科心法》六神丸。风火牙痛，配雄黄、硼砂、甘草等，制丸如菜子大，每取1—2粒，置于牙痛处；如是龋齿，配巴豆霜，烧焦杏仁，共研如泥，取粟米大，塞于龋洞中，有涎即吐出，均有止痛的效果。临床用蟾酥膏贴于癌痛部位，也有较强的止痛作用。

本品亦为痧症要药，夏季感受秽浊之气，误食不洁之物，发生痧症吐泻腹痛者，与麝香、丁香、苍术等芳香辟秽之品同用，如《绛囊撮要》痧症蟾酥丸。若感受暑邪，头晕胸闷，腹中绞痛，吐泻不得，神昏窍闭者，可配麝香、冰片、牙皂等辟秽开窍药，如时方飞龙夺命丹。本品有毒，不宜多服和久用。缪希雍谓："若欲内服，勿过三厘。慎毋单使，必与牛黄、明矾、乳香、没药之类同用乃可。如疮已溃，欲其生肌长肉之际，得之则作痛异常。"为丸、散服，0.015—0.03克。不入煎剂。服用过量，易致中毒，故使用宜慎。有严重胃溃疡、胃炎、心血管疾患及孕妇忌服。外用时，注意不能入目。如已入目者，宜急用紫草汁洗点。

实验研究：蟾酥的成分很复杂，有强心成分，有增高血压、止血及收敛性质的成分和其他。中华大蟾蜍的蟾酥中，其强心成分有：华蟾蜍毒素、华蟾蜍精、南美蟾蜍精和少量的华蟾蜍甙元。其增高血压、止血及收敛性质的成分有：肾上腺素、蟾蜍季铵和华蟾蜍色胺等。华蟾蜍毒素水解后产生华蟾蜍精和辛二精氨酸。还含5-羟色胺、5-甲基-5-羟色胺、胆甾醇等。黑眶蟾蜍的蟾酥中还有日本蟾蜍甙元。

蟾酥及其所含的很多成分，都具有典型的洋地黄样强心作用，可能因无糖基存在(即非甙类)故其强心作用较弱并缺乏持久性，也无蓄积性，适当剂量可使蛙心停止于收缩期，过量则可导致室率变慢、节律异常与传导阻滞，与洋地黄相似。强心有效成分为：和蟾蜍它灵(得自日本产蟾蜍)、蟾蜍灵等。蟾蜍灵、华蟾蜍精、脂蟾毒配基等可引起中枢性的呼吸兴奋，并能使血压升高(直接作用于心脏所致)。临床上用于中毒、溺水、昏迷等引起的呼吸衰竭及休克等。蟾酥及其所含成分有局部麻醉作用，尤以蟾蜍灵为最强，较可卡因大30—60倍，且无刺激性，其作用点在感觉神经末梢感受器，对神经纤维则作用很弱。蟾酥及其多种成分，能抑制小鼠的毛细血管通透性，并对大鼠皮下"肉芽肿"有抗炎作用。蟾蜍精类能收缩冠状动脉血管、肠道及支气管、子宫平滑肌，甚至引起孕兔流产。水溶性吲哚胺类也有此作用。脂蟾毒配基(蟾力苏)对兔大脑皮层有兴奋作用；蟾蜍色胺有致幻作用；蟾酥有利尿作用，对汗腺、唾液腺的分泌及由肾上腺素引起的腺苷酸环化酶的活化均有抑制作用；有胰岛素样促进糖原生成，抑制乳酸产生及对抗去甲肾上腺素的脂肪分解作用；对于蛋清致敏的豚鼠离体子宫或回肠，有抗过敏作用；对小鼠有镇痛作用；兴奋横纹肌、促进神经节传导的烟碱样作用。曾报告过抗肿瘤、抗放射及升高血细胞的作用，尚有待进一步研究。蟾酥口服易吸收，作用发生及消失均快，可经胆汁排出，无蓄积性。蟾酥中毒与洋地黄中毒的症状相似，解救方法也基本相同。人注射华蟾毒精2毫克，引起明显的心率下降，剂量稍增，大多数病人发生恶心、呕吐，阿托品有一定的解毒作用。

蟾蜍

始载于《名医别录》。又名蟾、癞虾蟆。为蟾蜍科动物中华大蟾蜍 *Bufo bufo gargarizans* Cantor 或黑眶蟾蜍 *B. melanostictus* Schneider、花背蟾蜍 *B. raddei* Strauch 等的全体。中华大蟾蜍分布于中国东北、华北、华东、华中地区及陕西、甘肃、四川等省；黑眶蟾蜍分布于云南、贵州、广东、广西、福建、台湾、江西、浙江等省、区；花背蟾蜍分布于东北、西北、华北地区及山东等省。

本品味辛、性凉。有毒。归脾、胃、肝、肺经。功能解毒消疮，利水退肿，杀虫消积。主治痈疽、疔疮、发背、恶疮、水肿、臌胀、小儿疳积、破伤风等。用于痈疽肿毒初起未化脓者，可烧存性研末敷；或取活蟾剖开腹部，连肠杂乘热合于疮上，有腐臭气即换。如疮肿、痈疽、瘰疬等经月不瘥，将作冷瘘者，宜配硫黄、肉桂等温经助阳之品，制成膏剂摊贴，如《圣济总录》蟾蜍膏。治疔毒，配胡椒、鲜生姜，烧存性研末服。治口舌生疮，炙蟾蜍配胆矾研末掺，如《太平圣惠方》蟾矾散。如与黄连、青黛等研末外用，又可用于走马牙疳。治癣疮，干品烧灰，猪脂和涂之。本品能利小便，使内停之水湿下行，故可用于水肿、臌胀、小便不利者。如臌胀由于脾气不运，水湿内聚者，常配砂仁，共煅存性研末服，如《绛囊撮要》蟾砂散。近年以上方治疗血吸虫病腹水，能使腹水减少，但对血压较低及肝肾功能过差者不宜使用。也有用于肾炎水肿腹水，可使尿量增加，水肿腹水消退。小儿疳积，脾胃不和，消化不良者，可配五谷虫以消积健脾；中焦有寒者，则配木香以行气温中；脘腹胀满者，宜配槟榔以攻积导滞。如小儿疳积，面黄肌瘦，好食泥土，不思乳食者，配皂荚、蛤粉、麝香等，如《全婴方论》五疳保童丸。《奇效良方》治破伤风，用本品配花椒，加酒煎服，药后通身汗出则见效。据报道，用本品制丸内服，或用活蟾以黄酒煎服，治疗胃癌、食管癌、膀胱癌、肝癌等，均有近期疗效。煎服，6—9克；研末服，1—3克，孕妇忌服。本品有毒，故宜慎用。

蟾皮

始载于《本经逢原》。又名蟾蜍皮、癞蟆皮。为蟾蜍

科动物中华大蟾蜍 Bufo bufo gargarizans Cantor 或黑眶蟾蜍 B. melanostictus Schneider 等的皮。产地参见"蟾蜍"条。

本品味辛,性凉。有小毒。功能解毒消肿,消积除胀。主治痈肿疮毒、瘰疬、小儿疳积等。《本草纲目拾遗》云蟾皮"贴大毒,能拔毒、收毒"。临床用于痈肿疮毒、瘰疬,可取鲜蟾皮将外皮着肉贴于患处,以解毒消肿;或先将鲜蟾皮用针刺数孔后再贴,则更能使毒气外泄;也可将干蟾皮研为细末,用金银花露调敷,如《药歛启秘》金蟾散。治疗小儿疳积,腹胀泄泻者,配鸡内金、使君子、木香等,以消积健脾、行气除胀;疳积痨热者,配胡黄连、银柴胡,以消疳除热。据报道,治疗食管癌、胃癌、肝癌等,将蟾皮水煎,或焙干研末装胶囊,或与硇砂、硼砂、枯矾、黑豆等共研细末,水泛为丸内服,均有近期疗效;用鲜蟾皮外贴癌肿疼痛处,有较好的止痛作用。治疗慢性气管炎,咳嗽痰多者,将蟾皮焙干研末,蜂蜜制丸或装胶囊内服,能止咳祛痰。煎服,3—6克;研末服,0.3—0.9克。孕妇忌服。因其有毒,内服宜慎。

实验研究:蟾皮的成分,与蟾酥相似。黑眶蟾皮中还含日本蟾蜍毒素。

斑蝥

始载于《神农本草经》。又名斑猫、斑蚝、花壳虫。为芫青科昆虫南方大斑蝥 Mylabris phalerata Pallas 或黄黑小斑蝥 M. cichorii L. 的全体。夏、秋两季捕捉,晒干。本品因剧毒,捕捉时需戴手套及口罩,以防刺伤皮肤或粘膜。

南方大斑蝥呈长圆形,长1.5—3厘米,宽0.5—1厘米。头略呈三角形,黑色,复眼较大,略呈肾脏形,触角鞭状,末节基部窄于前节,多数已脱落。胸部背面具翅两对,一对为革质鞘翅,每翅有一个大黄橙色斑和两条黄橙色横带纹,另一对在鞘翅下面,褐色透明,是膜质翅。胸足3对,腹部呈环节状,有黑色绒毛。胸腹部均为棕黑色,有光泽。有特殊的臭气,味辛辣而苦,不宜口尝。

黄黑小斑蝥虫体比南方大斑蝥稍小,体长约1—1.5厘米。触角末节基部与前节等宽。

以上两种药材中国大部分地区均产。

本品味辛,性温。有大毒。归肝、肾、小肠、膀胱经。功能攻毒蚀疮,破血散结,抗肿瘤。主治瘰疬结核、恶疮死肌、顽癣瘙痒、急性风湿痛、剧烈头痛、面神经麻痹、以及癥瘕积聚,恶性肿瘤。

治瘰疬结核,可用米炒斑蝥研末,入薄荷末和匀(1:4),以鸡蛋清制丸如绿豆大,空心腊茶下1丸,逐日递增至5丸,却每日减1丸,减至1丸后,复日增1丸,以5丸为度。或以斑蝥、山甲片为末(1:2),糯米饭为丸如芥子大,每日服1丸。疔肿,用斑蝥,研末敷于患处,可消肿散结。痈疽久不破溃,可将斑蝥研末,以蒜捣膏,和水贴之,脓出即去药。亦用于痈疽溃后腐肉不脱者,有拔毒祛腐之力,但务须防止蚀药溶解后,对健康组织之损害。治疗传染性疣或寻常疣,以斑蝥、雄黄研粉,蜂蜜调制成膏,置于疣面,以胶布固定,经10—15小时,疣便浮离皮肤。斑蝥治诸癣,有杀虫止痒及剥脱表皮的作用,故对白癞、顽癣等皮肤浸润肥厚诸症多用之。牛皮癣,可配甘遂等分为末,米醋调匀擦患处。神经性皮炎,以斑蝥浸酒,取上面清液,涂于患处;亦可配土槿皮、蜈蚣、樟脑等,浸酒外搽。斑蝥对皮肤、粘膜有强烈的刺激作用,能引赤发泡,用以治疗急性风湿痛、剧烈性头痛等,可取斑蝥研末,用蜂蜜调制成火柴头大小的小丸,用时取1粒放在痛点或选定穴位上,以小块胶布固定,约8—24小时发泡,消毒后用针刺破,放出液体,涂以汞溴红,覆以纱布,以防感染。斑蝥外敷,治急性扁桃体炎,贴患侧颈外压痛处;治疟疾,贴颈项第二骨节处;治颜面神经麻痹,贴患侧太阳穴上。斑蝥又有破血散结之力,用于癥瘕积聚,如《沈氏尊生书》以本品与玄明粉同服。近用于肝癌、食管癌、肺癌、乳腺癌等恶性肿瘤,一般提取斑蝥素作胶囊剂用,或以原生药配入复方应用。此外,斑蝥在方书中还用治狂犬病,如《医方大成论》取斑蝥21个,去翅足,用糯米1勺,炒至米焦、起青烟为度,去斑蝥,只以焦米研细,用冷水调入清油5—6匙搅匀服之,以小便利下毒物为度。如利后肚痛者,用冷水调靛青一块服,即解其毒,或煎川黄连3克,冷服亦解。炒炙研末入丸、散服,0.03—0.06克。凡体质虚弱,心、肾功能不全以及孕妇均忌服。内服宜审慎,外用也不宜大面积应用。为了减少其副作用,避免引起中毒,内服应由小剂量逐步增加,并多喝绿茶,或用绿豆、六一散煎汤频饮。如尿道刺痛或出血时,可用车前、木通、滑石、猪苓、白茅根煎汤导之。

实验研究:南方大斑蝥含斑蝥素1%—1.2%、脂肪12%,及树脂、甲酸、色素等。黄黑小斑蝥(台湾产)含斑蝥素0.97%—1.3%。

斑蝥素对某些小鼠肿瘤有抑制作用,干扰癌细胞的核酸代谢,从而杀伤之。临床上用于原发性肝癌,使症状改善,生存期似较延长;亦用于肺癌、结肠癌等,但其刺激性与毒性太大,现多用其衍生物:羟基斑蝥胺、斑蝥酸钠等。斑蝥能刺激骨髓引起白细胞升高,斑蝥(主要是其所含的斑蝥素)对皮肤、粘膜有发赤、发泡作用,其刺激性颇强烈而组织穿透力却较小,因此其作用较缓慢,仅有中度疼痛,通常不涉及皮肤深层,所成的泡很快痊愈而不遗留疤痕,但对粘膜或皮肤伤口,则其作用较为剧烈亦较难痊愈。口服毒性颇大,可引起肠胃炎及肾炎,特别是肾及泌尿道,尤为敏感,中毒主要伤害肾小管,可产生尿急、尿痛(如使尿呈碱性,增加溶解度,可减轻此种刺激症状)。斑蝥水浸剂对多种致病性皮肤真菌有抑制作用,斑蝥素口服对人的致死量为30毫克。

蜘蛛

始载于《名医别录》。又名网虫、圆蛛。为圆网蛛科

动物大腹圆网蛛 Aranea ventricosa (L. Koch)等的全虫。分布于中国各地。

本品味苦，性寒。有毒。归肝经。功能解毒消肿，祛风。外用主治瘰疬、疔肿恶疮、中风口㖞、口疮、鼻息肉、痔漏、脱肛及蜈蚣、蜂、蝎螫伤；内服治疝气偏坠、小儿慢惊、疳积等。

治瘰疬，以蜘蛛研末，酥油调如面脂，一日两度贴之。疗疔疮，和红糖捣烂贴患处。中风口㖞，以蜘蛛摩患侧颊车穴，候视正即止。口疮以白矾60克，置砂锅溶化，入蜘蛛6只，至白矾全成枯矾，去火，剔去蜘蛛，入少许冰片，研极细末，吹于患处。鼻息肉，用蜘蛛、红糖适量，捣烂，涂息肉上。痔漏、脱肛，以蜘蛛烧存性，为末调敷。恶疮，蜘蛛晒干研末，入轻粉，麻油调敷。蜈蚣、蜂、蝎螫伤，捣汁敷。如治阴狐疝气，偏有大小，时时上下者，与桂枝研末服，如《金匮要略》蜘蛛散。小儿慢惊，将蜘蛛去头足，焙为末，配以朱砂，以白芥子煎汤送服。民间还用治小儿疳积，取鸡蛋1枚，顶端打一小洞，活蜘蛛1个，塞入，棉纸封固，黄泥包裹，置火灰中煨熟食之，每3天服1枚。内服，去头足用，不入汤剂，多入丸、散服，0.25—0.5克。

苍耳蠹虫

始载于《本草纲目》。又名麻虫、苍耳虫。为寄生于菊科植物苍耳 Xanthium sibiricum Patr. 茎中的数种昆虫的幼虫。于秋分前采收，浸于麻油中备用。

本品功能解毒消肿。主治疔疮痈肿。用时先将疔肿挑破，取苍耳蠹虫1—2条捣烂外敷，疮口周围再涂抹苍耳蠹虫浸泡油，覆盖凡士林纱布，包扎。《保寿堂经验方》用苍耳蠹虫1条，白梅三四分，同捣如泥，外贴，治一切疔肿及无名肿毒恶疮。

象牙

始载于《药性论》。为象科动物亚洲象 Elephas maximus L. 或非洲象 E. africanus Blumenbach 的牙齿。原动物前者分布于印度、印度尼西亚、斯里兰卡、泰国、缅甸、马来西亚及中国云南南部；后者分布于非洲。

本品味淡，性寒。归心、肝、胃经。功能清热镇惊，解毒生肌。主治惊风抽搐、痰热惊痫、喉痹肿痛、痈肿疮毒、瘘管、目翳等。

小儿惊风抽搐，或小儿肝火旺盛，善哭易闹，睡不安宁，可与钩藤、天竺黄、石决明等清热镇惊药同用。咽喉肿痛腐烂、口腔粘膜溃疡，喉科锡类散中用之。走马牙疳，以象牙煅存性为末，加冰片掺之，如《外科大成》大牙散。痈肿疮毒，以象牙磨水服之，并剉末用蜜调敷。《医学入门》治瘘管及溃疡久不愈合，取生象牙屑填疮口，能生肌长肉。瘘管，可配蜈蚣、明矾、黄蜡制成丸剂内服，或以煮熟鸡蛋去壳，蘸象牙屑空腹食之。小便不通、胀急者，以象牙屑煎服。小便过频者，又可用象牙屑烧灰，米饮调服。鼻衄，配血余炭等分为末，吹鼻。煎服，3—10克；研末服，1.5—3克。

实验研究：象牙含磷酸钙(57%—60%)、牙基质(40%—43%)及少量脂肪等。

象皮

始载于《本草纲目》。为象科动物亚洲象 Elephas maximus L. 或非洲象 E. africanus Blumenbach 去毛的皮。原动物前者分布于印度、印度尼西亚、斯里兰卡、泰国、缅甸、马来西亚及中国云南南部；后者分布于非洲。

本品味甘、咸，性平。功能止血敛疮，为外用收敛药。主治疮疡久不收口，外伤出血等。《外科全生集》治疮疡溃后烂孔极大及刀伤、跌伤血出不止者，用象皮煅存性，和猪前蹄扇骨煅灰，和匀研末掺，方如象皮散。疮口久不愈者，亦可配珍珠、冰片、血竭、儿茶、龙骨等药研末外掺。外伤出血，又可与鹿角霜、三七研末撒布伤口。《疡科纲要》治顽疮久不收口，脓水浸淫，浮皮湿痒，及臁疮久不愈者，以象皮配生地、当归、龟甲、生石膏等，制成象皮膏外贴之。近以象皮粉用蜂蜜调敷急性类风湿性关节炎，有止痛和改善功能障碍作用。

实验研究：象皮含水分约70%，此外多为蛋白质、脂肪、无机物。上皮层主为角蛋白；真皮层主为骨胶原以及白蛋白、球蛋白、弹性硬蛋白和粘蛋白等。无机物中主为钠、钾、磷、氯。

露蜂房

始载于《神农本草经》。又名蜂房、马蜂窝、黄蜂窝。为胡蜂科昆虫大黄蜂 Polistes mandarinus Saussure 或果马蜂 P. olivaceous (DeGeer)、日本长脚胡蜂 P. japonicus Saussure 等的巢。全年可采，以10—12月采收者为佳。采收后即晒干，或略蒸后除去死蜂、死蛹再晒干。

露蜂房呈莲蓬状、圆盘状或不规则扁块状，大小不一，直径4—20厘米。灰白色或灰褐色，腹面有多数整齐有次序的六角形小孔，孔的大小不等，类似莲房。背面有1个或数个黑色隆起的短柄。体轻，似纸质而有韧性，捏之不碎。气微臭，味淡。中国大部分地区有产。

本品味苦、咸，性平。有毒。归肝、胃经。功能攻毒消肿，祛风止痛，杀虫止痒。主治痈疽疔疮、乳痈喉痹、牙痛、瘰疬、乳癌、风痹疼痛、瘾疹瘙痒、疮癣、鼻窦炎等病症。

痈疽肿毒初起，配南星、赤小豆、生草乌、明矾为末，醋调涂四周，能使疮毒消散，如《证治准绳》宣毒散。乳痈初起，露蜂房研末酒调服并热敷；热重者，可配蒲公英、全瓜蒌、连翘水煎服。恶疽、附骨疽，以露蜂房、乱发、蛇蜕烧存性，为末酒服。疔疮，用露蜂房烧存性为末，与黄柏、

黄连、黄芩末和匀,茶油调敷患处;或用露蜂房、半枝莲煎服亦佳。毒疮生于手指,赤肿坚硬,疼痛难忍者,用露蜂房末配乳香末少许,以醋调敷,干则以醋润之,能拔毒止痛。对外伤性感染、手术后伤口感染、烫伤,用露蜂房煮出液浸泡或冲洗伤面,有拔毒祛腐,生肌止痛的作用。喉痹肿痛,配僵蚕等分为末吹之;小儿喉痹肿痛,蜂房烧灰,以乳汁和服。鼻窦炎,用露蜂房为末服,或配辛夷、白蒺藜、藿香水煎服。风虫牙痛,露蜂房烧存性研末擦,或配乳香、细辛煎水含漱。瘰疬成瘘,以露蜂房末,猪油调膏外涂。治乳癌、瘰疬,配苦楝子、青皮等研末酒服,如《外科全生集》洞天救苦丹。露蜂房且能祛风除痹止痛,治痛风历节、风湿性或类风湿性关节炎疼痛、强直,可与蜈蚣、地鳖虫、鸡血藤等配服。风疹瘙痒,可与蝉蜕、浮萍、地肤子煎服。治疥疮头癣,取本品为末,猪脂调涂;或配蜈蚣、明矾,文火焙焦为末,麻油调匀外搽。黄水疮、湿疹、蜂房、枯矾共研细末,香油调涂。此外,用治遗尿失禁,以本品煎水服,或配桑螵蛸等分为末服。在古方中,露蜂房还用治惊痫癫疾以及崩中漏下等症。煎服,3—9克;研末服,2—5克。气血虚弱及肾功能差者忌服。

实验研究:露蜂房主含蜂蜡及树脂,又曾提得一种有毒的"露蜂房油"。

本品醇、醚及丙酮浸出物,在动物实验中有促进血液凝固,增强心脏收缩,扩张兔耳血管,暂时性降压与利尿作用。挥发油可驱绦虫,但因毒性强,能致急性肾炎,故不宜作驱虫药。

蜂蜡

始载于《神农本草经》。原名蜜蜡,又名黄蜡、白蜡。为蜜蜂科昆虫中华蜜蜂 Apis cerana Fabricius 或意大利蜜蜂 A. mellifera L. 分泌的蜡质经精制而成。中国大部分地区有产。

本品味甘、淡,性平。归肺、胃、大肠经。功能解毒止痛,生肌润肤,止痢止血。外用主治痈疽发背、溃疡不敛、诸疮糜烂、臁疮、水火烫伤。内服用于急心痛、下痢、便血、胎动腹痛下血、遗精白浊、白带。

治痈疽发背,汤火伤等,《沈氏尊生书》白蜡膏,用麻油煎生地、当归至药枯黑,去渣,入蜂蜡熔化,搅匀成膏,搽患处,有拔毒止痛,生肌敛疮的作用。痈疽发背亦可配白矾、雄黄、琥珀、朱砂等为丸服,既能预防毒气内攻,又能散血解毒。治臁疮、金疮、汤火伤等,用蜂蜡、香油、黄丹,同化开,冷后摊贴。单用本品溶化涂之,可治冻疮、皮肤皲裂。若将蜂蜡配入腐蚀剂,则能缓和蚀药峻烈之性,又能止痛,兼有去腐生新之功。如与轻粉、硇砂、铜绿、苦参末、松香等捻成药条插入瘘管,或配象牙、蜈蚣、刺猬皮等研末外用,能去瘘管,长肌肉。治急心痛,以黄蜡熔化,百草霜为衣丸服。赤白下痢,腹痛后重,可用蜂蜡、阿胶熔化,入黄连末热服;如再加入当归、黄柏、陈廪米,即《千金方》胶蜡汤,用治产后五色痢,亦治肠出血。又妊娠胎动,腹痛下血,以清酒二盏,煎三五沸,投蜡3克,令销,顿服,即《圣济总录》蜡酒方。配茯苓、猪苓为丸服,又能治肾虚精气不固,遗精、白浊、白带等症。肺虚膈热之咳嗽气急烦满,咽干燥渴,肌瘦发热,声音不出,亦可用本品与蛤粉为丸,同胡桃仁细嚼温水过下。蜂蜡尚有养胃护膜作用,凡荡涤攻下之药,以蜡丸吞服,能使脾胃免受损伤,如李时珍用蜡匮巴豆丸,治冷积凝滞之泻痢,即寓此义。熔化和服,5—10克。湿热痢初起者忌服。

蜂胶,为蜜蜂所分泌的黄褐色或黑褐色的粘性物质,外用治鸡眼、胼胝、寻常疣及皲裂。

实验研究:蜂蜡含棕榈酸蜂花醇酯约80%,游离的蜡酸约15%,并含虫蜡素约4%,维生素A4096单位/100克及少量游离蜂花醇等。蜂胶含树脂约50%—60%,蜂蜡30%,芳香挥发油10%和一些花粉等夹杂物。

蜂胶有软化、溶解角质,保护肉芽组织和促进伤口愈合,以及镇痛和麻醉作用。在试管内对金黄色葡萄球菌、链球菌有抑制作用。

虫白蜡

始载于《本草会编》。又名虫蜡、蜡膏、白蜡。为介壳虫科昆虫白蜡虫 Ericerus pela (Chavannes) Guerin(雄虫)群栖于白蜡树、女贞等枝干上分泌的蜡质。主产于中国四川、贵州、云南等省。

本品味甘、淡,性温。归肝经。功能收敛止血,生肌定痛。主治金疮出血、疮疡久溃不敛。《丹溪心法》谓其"与合欢皮同入长肌肉膏中,用之效"。一般用作膏剂的赋形药。此外,亦供内服,如加于凉血滋肾药中治尿血;入鲫鱼煮食,治肠红。蒸化服,6克。

实验研究:虫白蜡主要含大分子量的酯类,其中的醇类为廿六醇、廿七醇、廿八醇、卅醇,其中的酸类为廿六酸、廿七酸、廿八酸、卅酸及少量的棕榈酸、硬脂酸。

人中白

始载于《名医别录》。原名溺白垽,又名白秋霜、秋白霜。为人尿自然沉结的固体物。

本品味咸,性寒。归肺、肝、肾经。功能清热降火,止血消瘀。主治喉痹、牙疳、口舌生疮、湿热溃疡、汤火诸疮以及热伤血络之衄血、咯血、吐血和肺痨等。

本品入药,外用居多。如《理瀹骈文》以其配煅青果核、儿茶、冰片,共研细末,吹局部,治喉痹、喉痈、喉癣、乳蛾、口疳;《濒湖集简方》以其配枯矾研匀,掺患处,治口舌生疮。

本品性专沉降,内服能清热降火,消瘀止血,故肺痨阴虚劳热者用之,尤为出血所常用。《太平圣惠方》用之配故绵(即旧丝绵)烧灰,共研细末服,治鼻衄经久不止。

《本草汇言》谓"治诸出血(不拘吐、衄、溺诸血证),用人中白,每早服二钱,白汤调下,立验"。作散剂服,3—6克。凡阳虚或肠胃不实患者忌服。

实验研究:人尿长时间放置,因尿中酸碱度变化而产生沉淀物。人尿多为酸性,但因其中的尿素渐次分解而生成氨,尿的酸性即经过中性而终成碱性,于是便相应地产生沉淀。人尿的沉淀物组成是复杂的,但主成分是磷酸钙、尿酸钙。

蓖麻子

始载于《雷公炮炙论》。原名萆麻子,又名大麻子。为大戟科植物蓖麻 Ricinus communis L.的种子。中国大部分地区均产。

本品味甘、辛,性平。有小毒。入肝、脾、大肠经。功能消肿拔毒,泻下通滞。外用治痈疽肿毒、疔疮、瘰疬及胃下垂、子宫脱垂、脱肛、胞衣不下、面神经麻痹等;内服治水肿腹满,大便燥结。

治疗疔疮脓肿,可用本品去壳,和少量食盐捣匀敷患处。治痈疽疔疮初起、瘰疬、热节,以及臁疮久不收口等证,配松香、巴豆、乳香、没药、铜绿等捶捣成膏,摊贴患处,如《疡医大全》千捶膏。治胃下垂、子宫脱垂、脱肛,用本品捣烂,敷百会穴。治面神经麻痹,可捣烂敷于患侧下颌关节及口角部,外加纱布固定。若用于水肿腹满及大便秘结,本品必须炒熟后捣碎才能内服。炒熟研末服,1.5—5克。孕妇及便滑者忌服。

本品有毒,加热后毒质即破坏。如误服生蓖麻子中毒,轻症可催吐,洗胃,导泻,服小苏打,输液;重症需输血,皮下注射抗蓖麻毒血清及对症治疗等抢救措施。

实验研究:蓖麻种子含脂肪油(蓖麻油)40%—50%,蛋白质26%。又含蓖麻毒蛋白、蓖麻碱、脂肪酶等。蓖麻毒蛋白有三种,即蓖麻毒蛋白-D、酸性蓖麻毒蛋白和碱性蓖麻毒蛋白。蓖麻油含脂肪酸及其甘油酯。脂肪酸组成为顺蓖麻酸约89%,其他有棕榈酸、硬脂酸、亚油酸、亚麻酸、二羟基硬脂酸、异蓖麻油酸。甘油脂的组成为三蓖麻酸酯68.2%、二蓖麻酸酯28.0%、一蓖麻酸酯2.9%及非蓖麻酸酯0.9%。又含极微量细胞色素C,多量的钙、铁、硅,中等量的铝、铜、镁和少量的锰、钛、镍、锌等。

蓖麻油为刺激性油类泻药,其本身并无致泻作用,它在十二指肠内分解出蓖麻油酸钠,对小肠有刺激作用,从而引起排便。服药2—6小时后排出半流质大便。蓖麻油本身刺激性小,可作为皮肤滑润剂。蓖麻毒蛋白有剧毒。4—7岁小儿服蓖麻子2—7粒,可引起中毒、甚者致死。成人20粒可致死。中毒的症状有头痛、胃肠炎、体温上升、白细胞增多、血象左移、无尿、黄疸、冷汗、频发痉挛、心血管虚脱,中毒之发生需有一较长的潜伏期,炒熟后因蓖麻毒蛋白被破坏,可不致中毒。蓖麻毒蛋白可强烈抑制各种癌细胞的蛋白合成,导致癌细胞死亡,临床上有制成冷霜或软膏,涂于患处,治头颈部肿瘤或宫颈癌者。蓖麻毒蛋白具有很强的抗原性,种植蓖麻的农民,体内可产生蓖麻毒蛋白抗体。蓖麻碱亦有剧毒但较蓖麻毒蛋白小(致死量160毫克,约为蓖麻毒蛋白的1/23)。

蓖麻叶

始载于《新修本草》。为大戟科植物蓖麻 Ricinus communis L.的叶。原植物中国大部分省、区有栽培。

本品味甘、辛,性平。有小毒。功能消肿,拔毒,止痒。主治疮疡肿毒、湿疹、鹅掌风、阴囊肿痛、阴痒、脚气及咳喘等。

本品应用,以外治为多,如治疮疡肿毒,可用鲜叶捣烂外敷。治湿疹瘙痒,可煎液外洗。治麻疹不出及热性病烦躁不安,可搓前胸后背,治鹅掌风,可揉软贴患处。治阴囊肿大疝气痛,用本品和盐捣烂,敷涌泉穴。治阴道滴虫,本品加水煮沸后坐浴。治脱肛、子宫下垂,可配石榴皮煎水熏洗。治脚气初发,可用本品蒸熟裹之。治下肢溃疡,用本品醋浸敷创面。此外,本品还可治久嗽痰喘,用经霜蓖麻叶,配霜桑叶、御米壳,蜜丸内服,如《普济方》无忧丸。煎服,5—10克。

实验研究:蓖麻叶含芸香甙、槲皮素、山奈粉、异槲皮甙、黄芪甙、瑞诺甙、烟花甙。还含蓖麻碱。又含β桐酸、亚麻酸、亚油酸、油酸、硬脂酸、棕榈酸以及酒石酸、枸橼酸、苹果酸、延胡索酸及多种氨基酸。鲜叶还含鞣料云实精、没食子酸、并没食子酸、莽草酸等。

犁头尖

始载于《生草药性备要》。又名芋头草、土半夏、芋头七。为天南星科植物犁头尖 Typhonium divaricatum(L.) Decne.的块茎或全草。分布于中国浙江、江西、福建、湖南、广东、广西、四川、云南等省、区。

本品味辛、苦,性温。有毒。功能解毒消肿,散结,止血。主治痈疮肿毒、瘰疬、疥癣、蛇伤、外伤出血等病症。治疮肿,以鲜块茎和酒捣敷。蛇头疔,以鲜品调雄黄末少许捣烂敷患处。瘰疬,以鲜品和盐少许,共捣烂,敷患处。皮肤癣,犁头尖和醋磨汁外涂。毒蛇咬伤,同匍伏堇、三叶鬼针草、乌桕叶共捣烂敷伤口周围。血管瘤,以酒磨汁外涂。外伤出血,研末撒布患处。本品多供外用,不宜内服。

火秧竻

始载于《生草药性备要》。又名霸王鞭、羊不挨、金刚树。为大戟科植物金刚纂 Euphorbia antiquorum L.的茎、叶或液汁。原植物分布于中国广东、广西、云南、贵州、四川、福建、台湾等省、区。

本品味苦,性寒。有毒。功能消肿,拔毒,杀虫,泻下逐水。主治痈肿、疔疮、疥癣、水肿臌胀、热滞泄泻等。

用于痈疮肿痛、瘰疽及无名肿毒,可用其鲜茎加酒糟捣烂,炒热敷于患部;用于疔疮,以鲜叶切碎,水中洗去其乳白色液汁,加入蜂蜜捣烂外敷,用于便毒初起(腹股沟坚硬肿痛),以鲜叶和雄黄少许捣敷;用于癣疮,可以鲜茎捣烂绞汁或用醋磨汁涂搽;用于疥癞,以火秧竻切片,香油中煎熬至焦黑色,去竻存油,另以川连、枯矾、樟脑、雄黄、蛇床子及三仙丹各适量、研末,以油调搽。

火秧竻茎叶中的乳白色液汁(又称火秧竻胶),其毒性较剧,内服微量即可引起泻下而有逐水作用。用于水肿臌胀,以火秧竻液汁,和入适量炒米粉为丸如绿豆大,清晨用山楂、砂仁、白芍煎汤送下,服1—2粒,隔日一次,以大便泻下二三次为度(泻后食白米粥可以止泻),忌盐百日;或以火秧竻液汁数滴滴入鸡蛋内,搅匀,外以湿纸封口,煨熟食之,每日一枚,连食数日,肿胀亦可消退。火秧竻茎叶经过炮制,则有清热化滞作用。治热滞泄泻,民间用本品15—30克(去皮刺者),切碎,水中漂去液汁,与适量大米同炒,至米色焦黄为度,加水煎服;以酒(或水、酒各半)煎服,又可治疗因跌打损伤,内有积瘀,以致二便不通,药后即有瘀血泻下。人体皮肤接触火秧竻液汁后,可发生炎症和水泡,局部疼痛,故用于外治,必须局限于患部。若误入眼内,可致失明。内服量如过大,除可导致剧烈泻下外,还可产生呕吐、头晕、昏迷、肌肉颤动以及刺激口腔粘膜等。此时应给服鸡蛋清、牛乳、面糊,注意保护口腔清洁,并及时采取其他解救方法或对症治疗。体质虚弱之患者及孕妇禁服。

实验研究:金刚纂茎含蒲公英赛醇、蒲公英赛酮、3α-及3β-无羁萜醇以及甾醇、黄酮类、糖类、氨基酸、柠檬酸、苹果酸、延胡索酸。

乳汁含大戟醇、大戟脑、β香树脂醇、环木菠萝烯醇。

毛茛

始载于《本草拾遗》。又名野芹菜、老虎脚板、起泡草。为毛茛科植物毛茛 Ranunculus japonicus Thunb. 的全草。中国大部分省、区均有分布。

本品味辛,性温。有毒。功能截疟,退黄,定喘,止痛,消翳。主治疟疾、黄疸、哮喘、偏头痛、胃痛、风湿痹痛、鹤膝风、牙痛、瘰疬及目生翳膜。

临床应用,一般多以鲜全草或根捣烂外敷局部或穴位,引赤发泡。如治疗疟疾,于疟发前3—6小时敷大椎或内关穴;哮喘,敷大椎或肺俞穴;黄疸、目生翳膜,敷寸口或内关穴;偏头痛,敷患侧太阳穴。余如胃痛,敷胃俞、肾俞穴;鹤膝风,敷膝眼穴;牙痛,敷经渠穴或以鲜全草捣汁点擦痛牙;风湿痹痛,敷于疼痛关节的附近穴位等。其中目生翳膜与牙痛等病,有左病敷右手,右病敷左手,左右俱病敷两手的传统习惯。毛茛虽以外用为多,但现在临床报道亦有内服者,如治疗急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎,用毛茛干品6—9克,配红枣6枚煎服;治疗慢性血吸虫病,将本品制成片剂吞服。因本品有毒,内服往往会出现头昏、头痛、腹痛、腹胀、腹泻或便秘,纳差、全身乏力等副作用,因此须在医师指导下用药。

外用毛茛发泡,敷后当感觉皮肤灼热疼痛时,应即除去;局部发红后,继则出现水泡。水泡大者宜用消毒针具刺破流水,外涂以甲紫,盖以消毒纱布,防止引起感染化脓。

实验研究:毛茛全草含毛茛甙,水解后产生原白头翁素,再聚合为白头翁素。

毛茛含有强烈挥发性刺激成分,与皮肤接触可引起炎症及水泡,内服可引起剧烈胃肠炎和中毒症状,但很少引起死亡,因其辛辣味十分强烈,一般不致吃得很多。发生刺激作用的成分是原白头翁素,聚合后的白头翁素无刺激作用。原白头翁素在豚鼠离体器官(支气管、回肠)及整体试验中,均有抗组胺作用。浸剂或煎剂在体外有抑菌作用。

石龙芮

始载于《神农本草经》。又名水堇、胡椒菜、野芹菜、清香草。为毛茛科植物石龙芮 Ranunculus sceleratus L. 的全草。分布于中国各省、区。

本品味苦、辛,性平。有毒。功能散结消肿,止痛,截疟,生肌,解毒。主治瘰疬结核、疮痈肿毒、风湿关节肿痛、牙痛、疟疾、下肢溃疡、蛇咬伤。临床应用,多作外治。如治瘰疬结核,干品研末,入菜油或麻油煎成稠糊状,涂患部。治痈疮肿毒及蛇咬伤,鲜品捣烂绞汁外敷(蛇伤敷伤口周围)。治风湿关节肿痛,鲜品捣烂成糊,敷贴穴位发泡,如为手肘关节痛置曲池穴,足膝部痛贴膝眼穴。用治疟疾,须于疟发前6小时贴大椎穴,敷药后有灼痛感时去药,见有水泡出现,应刺破水泡,用消毒纱布覆盖。治慢性下肢溃疡,鲜品煮汁熬膏涂患处。本品有毒,不作内服。如误服可出现口腔灼热肿胀,剧烈腹泻,排泄黑色腐臭粪便,甚至呼吸困难,瞳孔散大等中毒症状,应及时予以抢救。《本草纲目》李时珍谓"石龙芮乃平补之药";又载"水堇气味甘寒无毒"。古今对本品所述不同是否为不同品种,须待进一步研究,然在未确切分清之前,仍以不作内服为妥。

实验研究:全草含毛茛碱、原白头翁素、白头翁素。

新鲜叶含原白头翁素,故能引起皮炎、发泡。如加热或久置,变为白头翁素,可丧失其辛辣味或刺激性。原白头翁素有抑菌及抗组胺作用。

茅膏菜

始载于《本草拾遗》。又名石龙芽菜、胡椒草、捕蝇

草。为茅膏菜科植物茅膏菜 Drosera peltata Smith var. glabrata Y.Z.Ruan 的全草或根。分布于中国安徽、浙江、江苏、湖北、湖南、江西、福建、台湾、广东、广西等省、区。

本品味甘、辛,性温。有毒。功能祛风通络,活血散结,截疟。外用主治风湿性及类风湿性关节炎、腰肌劳损、跌打损伤、淋巴结结核、疟疾、角膜云翳。

将茅膏菜晒干研粉,水调如绿豆或黄豆大丸,取一粒贴患处或痛点,治疟疾,贴大椎穴;治角膜云翳,贴患侧太阳穴,用胶布固定,24 小时后取下。敷药后局部有轻微灼痛感,并可出现水泡,一般在 1 周内消退。轻症敷一次即可,重症可于 3 日后继续贴敷。此外,治湿疹、神经性皮炎,取本品研末,酒精浸泡,外搽。

实验研究:茅膏菜地上部分含茅膏醌、矶松素、氢化萘醌等。叶含两种腐蚀性色素及氢氰酸。根含矶松素、茅膏醌。

回回蒜

始载于《救荒本草》。又名蝎虎草、鹅巴掌。为毛茛科植物茴茴蒜 Ranunculus chinensis Bunge 的全草。中国大部分地区有分布。

本品味苦、辛,性温。有毒。功能消炎,退黄,截疟,定喘,镇痛。主治肝炎、黄疸、肝硬化腹水、疟疾、哮喘及风湿痛、牙痛、疮癣。

本品主要用作引赤发泡药。如治疗传染性肝炎,用本品捣敷肝区、中脘、足三里等穴。肝硬化腹水,捣敷水分、关元、气海、中脘等穴。治疗疟疾,于疟发前 6 小时,敷寸口、内关或大椎穴。治支气管哮喘,敷膻中或大椎穴。治风湿性关节炎,敷痛点或附近穴位。治角膜云翳,敷寸口穴;或取鲜叶少许塞鼻,左眼塞右鼻,右眼塞左鼻。治牙痛,敷合谷穴,左痛取右,右痛取左;或取鲜叶一片,捻成小粒,置于牙痛处。发泡方法:取鲜草洗净,于乳钵内捣烂,敷于穴位或患处。敷药的范围、厚度,视部位大小而定,再盖以纱布固定,待皮肤发红起泡后除去。水泡一般不必刺破抽水,任其自行吸收即可;如水泡较大,可用注射器抽去泡内黄水,覆盖无菌纱布,以防感染。此外,捣烂取汁,外搽,可治牛皮癣。另有报道:用本品内服治慢性充血性心力衰竭的轻症病例,及风湿性心脏病、阵发性心动过速等,可取全草研末,每次 1.5—3 克,连服 5 日,维持量减半或 1/3 量,未见不良反应。但本品有毒,内服必须谨慎。

博落回

始载于《本草拾遗》。又名号筒草、号筒杆、泡通珠。为罂粟科植物博落回 Macleaya cordata (Willd.)R.Br. 的根或全草。分布于中国长江流域中、下游各省。

本品味苦、性寒。有大毒。功能散瘀消肿,祛风解毒,杀虫止痒。主治痈肿疔毒、跌打损伤、风湿痹痛、顽癣、湿疹、阴痒、下肢溃疡、毒虫咬伤。

本品专供外用。《本草拾遗》记载治恶疮、瘿根、瘤赘、息肉、白癜风等疾病,和桑柴灰等为末敷之。近用治跌打损伤、风湿关节痛、痈肿疔疮,以鲜品捣烂外敷,或干品研粉撒敷患处。皮肤顽癣,取叶醋浸 7 日,用醋液外搽。湿疹瘙痒,煎水洗。滴虫性阴道炎,煎水冲洗阴道;或以茎叶煎熬成膏,用棉签蘸药,反复涂擦阴道壁。下肢溃疡、烧烫伤,全草烧存性,研末撒,或用麻油调搽。稻田皮炎、黄蜂螫伤、蜈蚣咬伤,皆可捣汁搽患处。本品有大毒,忌内服;外用亦不宜大面积使用,以防吸收中毒。

实验研究:根和地上部分含博落回碱、原阿片碱、血根碱、高白屈菜碱、白屈菜红碱、α 别隐品碱、黄连碱、小檗碱、刻叶紫堇明碱等。根还含氧化血根碱、白屈菜黄碱、白屈菜红碱、马卡平碱等。

水煎剂对多种革兰阳性及阴性细菌及钩端螺旋体都有抑制作用,有效成分为生物碱。混合生物碱(可能为提取过程中产生的乙氧基血根碱及乙氧基白屈菜红碱的混合物)对枯草杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌的最小抑菌浓度(MIC)分别为 2.5 微克/毫升、5 微克/毫升、25—50 微克/毫升。浸膏在体外能杀灭阴道滴虫,血根碱、白屈菜红碱及博落回碱还有杀线虫作用。民间用以杀蛆,尤以叶、果皮的效力强,茎次之,根最弱。杀蛆成分不因干燥而丧失,其有效成分为生物碱。此外,混合碱在动物实验中有解热作用,血根碱能抑制胆碱酯酶活性,加强心脏活动,刺激唾液分泌,利尿,外用有解交感及弱的抗组胺作用。总碱有局部麻醉作用。乙氧基血根碱能抑制大鼠窦房结,引起窦性停搏及心肌缺血性损害,在兔可引起异位室性节律。博落回含多种生物碱,毒性大,内用应慎,文献上屡有中毒,甚至致死的报告。中毒表现为心律不齐、传导阻滞及急性心源性脑缺血综合征。尚可发生狂躁、抑制、昏迷等,大量阿托品有对抗作用。局部应用有较强的刺激性。

野芋

始载于《本草经集注》。为天南星科植物野芋 Colocasia antiquorum Schott 的块茎。原植物分布于中国长江以南各省、区。

本品味辛,性寒。有毒。功能消肿,止痛,解毒。主治痈疖肿毒、疥癣、蛇虫咬伤等病症。本品专供外用,捣敷可治乳痈、疮肿、急性颈淋巴腺炎及蛇虫咬伤;醋磨敷可治疥癣。本品不宜内服。如误服中毒,令人戟喉,音哑,烦闷垂死。可以大豆浆解之,姜汁亦可。涂敷局部亦有发生红疹、灼热、瘙痒等反应。

实验研究:野芋含粘质物 1.9%,内含糖类有葡萄糖、半乳糖、果糖、阿拉伯糖、半乳糖醛酸、半乳糖胺、葡萄糖胺等,并含多种氨基酸。

块茎含草酸钙，故刺激性强，煮熟则无。某些亚种可含皂素毒甙，注射于动物可致死（溶血、肾上腺瘀血）。不同的人对其敏感度有所差异，如食人量不大，不致中毒。

紫堇

始载于《本草图经》。又名赤芹、紫花鱼灯草、断肠草。为罂粟科植物紫堇 Corydalis edulis Maxim. 的根或全草。分布于中国山西、河南、陕西、甘肃、江苏、安徽、湖北、四川、江西、贵州等省。

本品味苦、涩，性凉。有毒。功能杀虫止痒，解毒，收敛。主治各种癣症、疮肿，丹毒、蛇虫咬伤、脱肛，以及遗精等病症。本品多外用，如治头癣、体癣，缠腰火丹，疔疮肿毒，蛇、虫咬伤等均可鲜草捣烂敷；治癣症亦可用根以酒、醋磨搽患处。治化脓性中耳炎、鲜品捣汁，用棉球蘸后塞入耳中。治脱肛，以紫堇花、叶罨包，或用干品研末涂后纳入肛门。本品味涩收敛，故内服能涩精，用治梦遗滑泄。但本品有毒，内服宜慎。煎服，5—8 克。孕妇忌用。

木芙蓉叶

始载于《本草图经》。原名地芙蓉。为锦葵科植物木芙蓉 Hibiscus mutabilis L. 的叶。原植物中国各地均有栽培。

本品味微辛、微苦，性微寒。归肺、肝经。功能清热解毒，消肿排脓，散瘀止痛。外治痈疡肿毒、腮腺炎、带状疱疹、烧烫伤、目赤肿痛、跌打损伤。

对痈肿初起者有消散止痛之效，脓已成者，可使脓聚易溃，已溃破者则可促使脓液排出，利于收敛。多单用研末，以蜂蜜或凡士林调敷；如与大黄、白芷、五倍子等同用，或将鲜叶捣烂取汁，调上述诸药外敷，则疗效更著。若阴疽日久化热，肉腐或脓者，也可用本品治疗。治痄腮，可与夏枯草同研，鸡子清调敷。带状疱疹，鲜叶捣烂敷，或用干叶研末调敷。烧烫伤，与桑叶或侧柏叶同研，蜂蜜或麻油调搽。目赤肿痛，捣烂贴太阳穴。对跌打损伤，瘀血肿痛，用之亦能消肿止痛，可配皂角末外敷。

实验研究：木芙蓉叶含黄酮甙、酚类、氨基酸、鞣质、还原糖。花含黄酮甙：异槲皮甙、金丝桃甙、芸香甙、绣线菊甙、槲皮黄甙和少量蜡梅甙；还含花色甙，其含量随花的颜色变化而不同，早晨花呈淡黄色时不含花色甙，中午花呈淡红色和傍晚花呈粉红色时含花色甙；矢车菊素-3,5-二葡萄糖甙、矢车菊素 3-芸香糖-5-葡萄糖甙，傍晚的含量为中午的三倍。叶、花煎剂在体外有抑制金葡菌、伤寒杆菌等作用。

桃叶

始载于《名医别录》。为蔷薇科植物桃 Prunus persica (L.) Batsch 或山桃 P. davidiana (Carr.) Franch. 的叶。原植物中国大部分地区均有栽培。

本品味苦、性平。有小毒。功能清热解毒，杀虫止痒。主治痈疖、湿疹、痔疮、癣疮、阴道滴虫病及荨麻疹等疾病。

用治痈疖、湿疹、痔疮、癣疮，多用鲜叶捣烂或捣汁涂敷。痈肿也可用鲜汁熬膏，涂于患处；痔疮可煎汤熏洗。本品善能杀虫止痒，治阴道滴虫病有较好疗效，每用鲜叶煎汤坐浴或冲洗阴道；如与白蒺藜等祛风止痒之品同用，可增强止痒作用；与野菊花等清热解毒药同用，则可加强消炎解毒的效果；亦可用干叶研末，撒布于阴道内壁，或用鲜叶熬膏，用棉球浸润后作阴道栓剂用。唐代孟诜用桃叶生捣绵裹纳阴中，以治妇女阴疮如虫咬疼痛的记载。本品用于荨麻疹，可配艾叶、明矾、食盐煎汤洗浴；或用嫩叶浸纯酒精涂布患处；有用新鲜桃叶二两煎服，治疗疟疾有效。同盐少许捣敷太阳穴，能治风热头痛。本品外用，以鲜者为佳。

实验研究：桃叶含少量苦杏仁甙，另含熊果酸、β 谷甾醇、三十一烷、三十一烷醇、柚皮素、奎宁酸、番茄烃、鞣质和少量腈甙。

叶浸液在 1% 浓度以上时能杀灭孑孓。桃叶也可毒杀按蚊，新鲜嫩叶效果较好，搓碎时可使其中所含的酶与配糖体相互作用，放出氢氰酸而有杀虫作用。花、叶、树皮及果仁均可水解产生氢氰酸而有毒。有报告嫩桃叶水煎剂对鼠疟原虫的生长有抑制作用。

槐白皮

始载于《名医别录》。原名槐皮。为豆科植物槐 Sophora japonica L. 的树皮或根皮的韧皮部。原植物在中国各地普遍栽培。

本品味苦，性平。功能去风除湿，消痈肿，止痛。主治疮疡肿毒等外科疾患，并以外治为主。如痈疽恶疮，汤火灼伤，可用槐白皮煎膏外涂；热病口疮，以槐白皮同黄连、甘草煎液含漱；牙齿疼痛，可配荆芥穗醋煎，入盐少许含漱；阴部湿痒成疮者，可用槐白皮加盐少许，或加猪蹄爪煎水，每日洗疮数次。槐白皮也可用于痔疮、肿痛溃烂，如《圣济总录》治痔疮有虫或下脓血者，用槐白皮切碎，水煎去渣，乘热坐熏之；《太平惠民和剂局方》治内外诸痔，肿核结硬，或痒痛，或赤烂，久不消散者，槐白皮与楝实、白芷、赤小豆等，入猪油中熬膏，涂搽患部。槐白皮内服有祛风活络作用，主要用于中风身体强直、拘挛，以及四肢痿痹，腰膝疼痛等症。煎服，15—30 克。

槐枝、槐叶亦供药用。槐枝：有去风，杀虫，止痛，消肿之功。治阴囊下湿痒、皮肤瘙痒及疥癞，槐枝煎水熏洗患处。痔核肿痛，突出肛外，妨于行动，先以槐枝煎浓汤熏洗之，再以艾灸核上 7 壮，以知为度。治癣，以青槐枝烧取汤涂之。槐叶：归肝、胃经。功能疏风，泄热。煎服

治小儿惊痫壮热。嫩槐叶蒸过，晒干研末，煎饮代茶，治痔疾、肠风、下血，兼能明目。槐叶配灯芯草煎服，治小便出血；配炙甘草、桑叶研末煎服，治霍乱吐泻，心烦闷乱；配葱白、豆豉煎服，治鼻塞气息不通。槐叶外用治口齿风疳及风痛，可浓煎含漱。治瘾疹疥癣，可煎水洗浴。治痈疽溃烂，可熬膏涂敷。治疔疮肿毒，可捣如泥敷之，每日换药1次；现代亦用于治疗慢性湿疹。煎服，15—30克。

实验研究：槐枝含芸香甙。槐叶含芸香甙。

土槿皮

又名土荆皮。为松科植物金钱松 Pseudolarix kaempferi Gord. 的根皮。夏季挖取根部，洗净，剥取根皮，刮去外皮，晒干。

根皮呈不规则长条状，扭曲而稍卷。长宽不一，厚2—5毫米。外表面灰黄色，粗糙，有时可见横纹及灰白色横向皮孔，外皮常呈鳞片状剥落，露出红棕色内皮；内表面黄棕色至红棕色，平坦，有细致的纵向纹理和纵裂纹。质韧，折断面淡紫红色裂片状，可层层剥离。气微，味苦而涩。产于中国华东地区及湖南、湖北等省。

本品味辛，性温。有毒。功能祛湿止痒。主治各种癣症如体癣、手足癣、头癣以及湿疹。

单用、或配地肤子、蛇床子、枯矾、硫黄等杀虫止痒药应用。因其有毒，只供外用，浸酒涂擦或研末用醋调敷。现多制成10%—50%土槿皮酊供用；也有将土槿皮与水杨酸、苯甲酸等合制成中西药结合的复方土槿皮酊使用，疗效优于土槿皮酊。

实验研究：土槿皮中分离出具抗真菌作用的二萜酸：土槿皮酸A、B、C、C_2等。

土槿皮的水浸液内含鞣质和粘液质（多糖），体外试验并无抗真菌作用；醚浸液亦无效，而土槿皮酊剂或醇浸出物对下述几种常见的致病真菌如奥杜盎小芽胞菌、铁锈色小芽胞菌、红色癣菌、玫瑰色癣菌、紫色癣菌、叠瓦癣菌、许兰黄癣菌、絮状表皮癣菌、石膏样癣菌、白色念珠菌均有不同程度的抗菌作用。其中以土槿皮酸的作用最强，抗菌范围也广，对玫瑰色癣菌，许兰黄癣菌及絮状表皮癣菌等在0.1毫克/毫升浓度时即有杀菌作用；酚性、中性成分抗菌作用较差；鞣质、糖成分作用最差。亦有报道水煎剂对致病性真菌生长也有抑制作用，而无直接杀死作用。但观察的时间只有30日，一般认为观察期要在5—7周以上才可作出结论。土槿皮酸B具有抗早孕作用。

木槿皮

始载于《本草拾遗》。又名槿皮、川槿皮。为锦葵科植物木槿 Hibiscus syriacus L. 的茎皮或根皮。原植物中国各地均有栽培。

本品味甘、苦，性微寒。归肝、脾、大肠经。功能清湿热，杀虫止痒。主治疥癣、痔疮、赤白带下、肠风下血、黄疸等。

本品现代临床用为治疗癣症的要药，常以水或酒、醋、菜油调敷，可先将患处刮至微微渗血后搽。亦可配伍应用，如治牛皮癣，与大枫子仁、半夏水浸后加入轻粉涂搽；治阴囊湿疹，与蛇床子煎汤熏洗，治痔疮肿毒、大肠脱肛，可用本品煎汤熏洗；治脱肛并以白矾、五倍子末敷之。

本品亦可内服。如用酒煎内服，可治湿热所致的赤白带下；水煎服治湿热黄疸，肠风下血。煎服，3—10克。

大风子

始载于《本草衍义补遗》。为大风子科植物大风子 Hydnocarpus anthelmintica Pierre 的种仁。产于泰国、越南、马来西亚、印度、柬埔寨等国；中国台湾、云南、广东等省有引种栽培。

本品味辛，性热。有毒。归肝、脾经。功能祛风燥湿，攻毒杀虫。主治麻风、梅毒、疥癣及酒齄鼻等疾病。

本品外用为主，少作内服，并多入复方使用，以加强疗效，减低毒性。如治疗麻风及梅毒恶疮，以本品烧存性，和麻油、轻粉研涂，并以其壳煎汤洗之。现代有与苦参、苍耳子、川芎、白花蛇、防风、草乌等祛风燥湿药配伍，制成丸剂服用。治疥疮，可与轻粉、枯矾为末，乌桕油调搽，如《疡疡机要》大风子膏；或与硫黄、轻粉、樟脑等配制散剂或作软膏局部外用。用于癣疮，可与硫黄、雄黄、枯矾共研细，油调涂搽，如《血证论》大风丹。治手足皲裂，可单用本品捣敷局部；治荨麻疹，可合大蒜捣烂，煎水涂搽；治酒齄鼻，可配木鳖子、轻粉、硫黄研末，于晚间冷开水调涂。本品入丸、散服，一次量0.3—1克。生用作用较强，但刺激性大；炒炭存性外用或制成大风子霜内服，可减轻毒副反应。内服易致恶心、呕吐及胸腹疼痛，甚则损及肝肾，故用时宜慎。凡阴虚血热、胃肠炎症及目疾患者忌服。

实验研究：大风子种子含大风子油，油中主要含副大风子酸、晁模酸以及两者的甘油酯；并含硬脂酸、棕榈酸、油酸及大风子烯酸等。

大风子油曾用于治疗麻风病，但因毒性大，疗效差，已不用。大风子油由于不易穿透细菌的胞壁，故对抗酸杆菌虽有一定抑制作用，但效力不强，而油的衍生物（大风子油全部脂肪酸的钠盐）却有较强的抑菌作用，其1：100 000浓度在试管内对结核杆菌有抑制作用，对感染结核杆菌的豚鼠有保护作用。

肌内注射大风子油产生严重刺激及疼痛，容易发生坏死，大风子酸乙酯则刺激较轻。口服大风子油可引起呕吐，继续应用可逐渐耐受，大风子酸乙酯则较易耐受。动物注射副大风子酸钠或其乙酯，可产生溶血性贫血、肾炎、蛋白尿、血尿、肝脂肪变性和消瘦。大应用后亦可产

生头晕、头痛、胸痛、噎感、周身不适、发热、软弱、失眠、食欲不振、腹痛及全身发热感。还能刺激肾脏,产生蛋白尿及管型。

木鳖子

始载于《日华子本草》。又名木蟹、土木鳖。为葫芦科植物木鳖子 Momordica cochinchinensis (Lour.)Spr.的种子。秋、冬两季采收成熟果实,剖开,晒至半干,取出种子,洗净,晒干。

种子呈扁圆形,边缘有两列不整齐的齿状突起,中间稍隆起,直径2—3厘米,厚约0.4—0.6厘米。表面灰棕色至黑褐色,较粗糙,有网状花纹。在较大的一个齿状突起上,有一浅灰色种脐凹点。外种皮质坚而脆,内种皮绒毛状,灰绿色。子叶2片,肥厚,黄白色,富有油性。有特殊油腻气,味苦。产于中国中南、西南地区及安徽、浙江、福建、台湾等省。

本品味苦,微甘,性温。有毒。归肝、脾经。功能散结消肿,解毒,生肌止痛。外用主治痈肿恶疮、乳痈、痔疮,以及喉痹、牙痛、癣疮;内服可治瘰疬,小儿疳积痞块及疟母。

治痈疮肿痛,多以醋磨外涂或研末醋调敷于患处;治痈肿诸毒,红肿赤晕不清,《医宗金鉴》乌龙膏则以本品配草乌、小粉、半夏,炒焦研细,水调外敷。治恶疮肿毒,《本草汇言》用木鳖子仁与金银花、紫花地丁、乳香、没药配伍,水酒各半煎服;治乳痈再加瓜蒌实,治便痈再加大黄、皂角刺、穿山甲之类。若喉痹肿痛,可用醋磨木鳖子,漱于喉间(不可咽下),以引痰吐出;或用木鳖子配山豆根、木香为末吹喉。牙龈肿痛,用醋磨木鳖子,以棉花湿敷。阴疝偏坠疼痛、痔疮肿痛,除单用木鳖子醋磨或研末调涂局部外,《普济方》还用其配荆芥、朴硝等分煎汤,趁热先熏后洗。用于癣疮,以醋磨涂,研末调敷,或煎水外洗均可;与麻油同熬,涂擦癣上亦佳。内服治瘰疬发歇无已,脓血淋漓,《仁斋直指方》木鳖膏即将其研碎,入鸡蛋内蒸熟食之。治小儿疳积痞块,食少腹胀,《孙天仁集效方》用其与使君子捣泥,米饮为丸服;若疳积两目昏朦,视物不清,则与胡黄连为末,入鸡蛋内蒸食。治疟母胁下痞块,《医方摘要》用木鳖子配炮山甲等分为末,温酒送服。本品以外用为多,内服宜慎。入丸、散服,一日量0.3—0.9克。炒焦或制成木鳖子霜,可减低其毒性。孕妇忌用。

实验研究:木鳖子含多种皂甙,皂甙元有木鳖子酸、棉根皂甙元。此外,尚含甾醇、齐墩果酸、氨基酸、海藻糖以及脂肪油,油中含α桐酸、栝楼酸。皂甙给动物口服或皮下注射有一定的抗炎作用。

桐油

始载于《本草拾遗》。原名罂子桐油,又名桐子油。为大戟科植物油桐 Vernicia fordii (Hemsl.)Airy Shaw 种子所榨出的油。原植物分布于中国长江流域及其以南各省、区;河南、陕西、甘肃等省亦有栽培。

本品味甘、微辛,性寒。有毒。功能清热解毒,收湿杀虫,敛疮生肌。主治痈肿、丹毒、带状疱疹、臁疮、疥癣、烧伤、冻疮、皲裂、跌打肿痛、牙龈臭烂。

凡痈肿初起,或丹毒、带状疱疹等红肿热痛者,均可以桐油与生石膏粉混和调匀外敷,有消肿止痛之效。臁疮湿烂,久不收口,以铅粉煅过研末,桐油调作夹纸膏贴之,能收湿敛疮生肌。疥癣,以生桐油摩涂。与朴硝同用,又可治鹅掌风。汤火烧伤痛不可忍,《外科大成》用生桐油调石灰末敷之;冻疮、皲裂,取桐油一碗,入发一握,熬化敷之。《摘元方》以桐油入黄丹、雄黄末。敷治酒渣赤鼻。此外,尚可用于风痰喉痹,痰壅气急,取油和水,扫入喉中探吐。本品禁作内服。误服每致中毒。急性中毒者,恶心、频繁呕吐、腹痛、头痛、头晕。四肢抽搐,呼吸困难,甚至昏迷、喉痉挛。慢性中毒以发热、气憋、手足麻木、下肢水肿、心脏扩大或心力衰竭而死亡。

松香

始载于《神农本草经》。原名松脂,又名松膏、松胶。为松科植物马尾松 Pinus massoniana Lamb.和油松 P. tabulaeformis Carr.或其同属植物树干中取得的油树脂,经蒸馏除去挥发油后的遗留物。产于中国广东、广西、福建、湖南、江西、浙江、安徽等省、区。

本品味苦、甘,性温。归肝、脾经。功能拔毒排脓,祛风燥湿,生肌止痛。主治痈疽、疔疮、疥癣、湿疹、白秃、金疮、牙痛、耳聋、风湿痹痛、妇女白带等。

本品以外用居多。治痈疽、疖肿、疔疮未溃者,研粉,乙醇溶化后擦患处;或配铜青、蓖麻仁,捣作膏摊贴患处,有消散之效。如痈疽肿毒破溃,脓水淋漓,脓头不出者,配乳香、没药、樟脑,共研细,掺入疮中,能奏排脓拔毒之功。治软疖频发,配铜绿、麻油、猪胆汁,制成膏剂外贴,如《本草纲目》翠云膏。疥癣瘙痒,配大黄、荜茇、樟脑、水银,共研细,调和为丸,用时于疮上摩擦之。如用于神经性皮炎,以本品配猪油同煮成糊状,涂患处。用于头癣,以鲜猪油包本品,点燃溶化,冷却后加枯矾,调匀涂敷。治小儿白秃疮,配黄丹、轻粉为细末,菜油调搽。治创伤出血,配生铜屑研末掺,或单用炒黑罨伤口。治牙痛,《濒湖集简方》以松香末滚水泡化,漱口。治耳久聋,《梅师集验方》以本品配巴豆和匀捣熟,以绵裹塞耳中。《千金方》治历节风,用其浸酒服。《摘玄方》治妇女白带,将本品用酒煮干,杵细后以酒糊为丸服。现代用本品治疗慢性气管炎,取松香粉与甘草粉,制成散剂内服,有一定疗效。入丸、散服,0.9—1.5克。血虚有火者忌用。

实验研究:松香含松香酸酐及松香酸约80%,树脂烃约5%—6%,挥发油约0.5%及微量苦味物质。

所含松香酸能抑制大鼠血栓形成。在体外试验中可抑制大鼠血小板聚集。整体试验证明,松香酸口服能抑制胶原或二磷腺甙诱发的血小板聚集。

藤黄

始载于《海药本草》。又名玉黄、月黄。为藤黄科植物藤黄 Garcinia hanburyi Hook. f. 的胶质树脂。主产于泰国、越南、柬埔寨、印度尼西亚等。

本品味酸、涩,性温。有大毒。功能散瘀、消肿,解毒,杀虫。主治痈疽疔疖、顽癣及一切无名肿毒、刀斧伤、汤火烫伤等病。

本品多作外用。痈疽初起,可与蓖麻仁等量捣膏,外敷患处,有消肿止痛之效。一切无名肿毒及对口发背,以烧酒磨藤黄频敷患处;或用麻油熬煎至入水不散时,入藤黄、白蜡搅匀成膏摊贴之。治顽癣,可用藤黄、大黄、硫黄、雄黄、姜黄等分为末,菜油调涂患处,如《本草纲目拾遗》之五黄散。用治跌打金疮,痈疽肿毒,也有人丸剂内服的,如《医宗金鉴》之三黄宝蜡丸、《外科全生集》之蟾酥丸,均配有藤黄,亦取其散瘀排毒之功。但本品有大毒,内服易引起头昏、呕吐、腹痛、泄泻,甚或致死。今已罕作内服剂。《得宜本草》谓:"有中藤黄毒者,食海蜇即解。"人丸服,0.03—0.06 克。

实验研究:藤黄树汁含 α 藤黄素和 β 藤黄素。树脂含藤黄酸、异藤黄酸。

樟脑

始载于《本草品汇精要》。又名韶脑、潮脑、树脑。为樟科植物樟 Cinnamomum camphora(L.)Presl 的根、干、枝、叶,经提炼制成的白色结晶性粉末或无色半透明的块片。主产于中国台湾、贵州、广西、福建、江西、四川等省、区。

本品味辛、性热。有毒。归心、脾经。功能除湿杀虫,散瘀止痛,开窍辟秽。外用主治疥癣、疮疡、跌打损伤疼痛及牙痛等。内服用于昏厥、痧胀腹痛呕泻。

用于疥癣,可与硫黄、枯矾、苦参、黄柏等研末涂擦患处。小儿秃疮,则配花椒、脂麻为末,洗后搽之。治远年烂足,久不收敛者,配黄柏为末,与豆腐渣和匀涂于患处。口腔糜烂,配花椒共研为末,入铜锅内,碗盖泥封,置火上数分钟,药升至碗中,刮取后吹入口中。治冻疮,用本品溶于白酒中或同猪油熬膏,涂擦患处;能散寒凝而消肿痛。若跌打损伤,可单用或配当归、红花、肉桂、细辛等浸酒外搽。用于牙痛,可配朱砂为末,搽于痛处,或将细辛切碎置锅内,上撒樟脑,碗盖泥封,文火升华,放冷取霜,用棉裹如梧桐子大,放患牙处咬定,均有止痛作用。治猝然昏倒或热病神昏等症,可与麝香等配合入散剂或丸剂服用。治痧胀腹痛,可与没药、乳香同研为末,茶水调服;或用精制樟脑 10 克,浸高粱酒 50 毫升,每次内服 1 毫升。夏令治痧胀腹痛、吐泻、头晕等症的常用成药"十滴水",本品亦为主要药物之一。本品以外用为主,内服宜慎。如用量较大,每致食欲减退、呕吐,并可致口干、喉痛等。过量易中毒,始则眩晕,头痛,乃至兴奋、谵妄,最后可由于呼吸衰竭而死亡。解救方法为一般对症治疗。入散剂服,0.08—0.15 克。气虚患者及孕妇均忌服。

实验研究:樟脑涂于皮肤有温和的刺激及防腐作用,并有清凉感,可镇痛、止痒。内服刺激胃部而有温暖、舒适感,可作驱风剂。量大则产生恶心、呕吐。大量注射入体内,可兴奋大脑皮质运动区及脑干,引起癫痫样惊厥。皮下注射,可反射性地兴奋呼吸,但对呼吸中枢并无选择性。它并非强心剂,有人报告其代谢产物,即氧化樟脑,有强心、升压及兴奋呼吸的作用。误服过量可引起中毒,0.5—1.0 克可引起眩晕、头痛乃至兴奋、谵妄等,2.0 克以上可引起癫痫样惊厥,最后呼吸衰竭而死亡。内服 7—15 克或肌注 4 克,每可致命。解毒为对症治疗,因其在体内解毒快,故常可救活。

儿茶

始载于《饮膳正要》。又名孩儿茶。为豆科植物儿茶 Acacia catechu (L.)Willd. 去皮枝干的干燥浸膏及茜草科植物儿茶钩藤 Uncaria gambier Roxb. 带叶嫩枝的干燥浸膏。前者习称"儿茶膏",又称"黑儿茶";后者习称"方儿茶",又称"棕儿茶"。儿茶膏一般在冬、春采收枝干,剥去外皮,砍或碎片或小块,加水煎煮,过滤,浓缩至糖浆状,冷却,倒入特制的模型中,阴干。方儿茶采取带叶小枝,放入铜锅中,加水煮沸 6—8 小时,并经常搅拌,使叶破碎,待叶变黄时,取出枝叶,将药液过滤,浓缩成糖浆状,倒入木盘中,冷却凝固,切成方块状,干燥。

儿茶膏呈方块状或不规则块状,大小不一。表面黑色或棕黑色,平滑而微有光泽,质硬脆,易碎,断面不整齐,棕红色,显暗色光泽,有细孔,遇潮有粘性。无臭,味涩、苦,略回甜。产于中国云南省西双版纳傣族自治州。

方儿茶呈方块状或斜平行六面体,边长 1.5—3 厘米,各边均凹陷,棱角多偏斜或破碎。表面暗棕色至黑褐色,多平坦无光泽,有时可见裂纹。质坚实不易破碎或稍带粘性,断面浅棕色或暗红棕色及黄色错杂的花纹。无臭,味苦、涩。产于马来西亚、印度尼西亚、缅甸、印度等国家。

本品味苦、涩,性微寒。归肺、脾、胃经。功能收湿敛疮,止血,清热消痰。主治疮疡久溃不敛、湿疮流水、牙疳口疮、咯血、吐血、外伤出血以及痰热咳嗽。

本品多作外用,《外科大成》之腐尽生肌散,即以儿茶配乳香、没药、血竭、三七等药为末掺,或与猪油,黄蜡调膏贴,治痈疽溃烂,生肌甚速。湿疮流水,配以轻粉、龙骨、炉甘石,可加强收湿止痒作用。牙疳、口疮,均可与硼砂研末掺;《积善堂经验方》以本品合雄黄、贝母等分为末

搽之,治走马牙疳。用于下疳阴疮,同珍珠、冰片同用。治妇女白带过多,阴部湿痒,配蛇床子煎汤坐浴。现有用于治疗宫颈炎,儿茶研成细粉撒布。治肺结核咯血,用儿茶配明矾研末吞服。治鼻衄,单味研粉搐鼻。治外伤出血,加三七粉外敷。治痰热咳嗽,配薄荷、细茶为末,蜜丸,空腹含化。煎服,1—3克;研末服,0.3—0.6克。

实验研究:儿茶心材含儿茶鞣酸20%—25%、左旋及消旋儿茶精2%—20%以及表儿茶精、鞣红鞣质、非瑟素、槲皮素、槲皮万寿菊素等。

儿茶鞣质能凝结表面蛋白,有收敛、止泻及非特异性的抑菌作用。鞣质之防腐作用主要为使细菌不能获得食物营养,在培养基上,10%溶液24小时可杀菌,在体外能灭活流感病毒。20%煎剂在体外能伤害腹水癌细胞;表儿茶精也有抑制癌细胞的作用。内服儿茶水溶液,能抑制小肠蠕动而有止泻作用。据报道,儿茶鞣质能增进豚鼠维生素C的吸收,儿茶精亦有此作用。右旋儿茶精可收缩离体兔耳血管,增强酪氨酸酶的活性,抑制酪氨酸脱羟酶之活性,因而降低体内肾上腺素含量。它能抑制透明质酸酶,胆碱乙酰化酶,而对胆碱酯酶则无影响。它还能降低小鼠脑、肺、肾及肌肉等毛细管的通透性。它能抑制多种器官如大鼠的脑、肝、肾、心及猪主动脉的氧摄取,特别是抑制心肌的氧摄取,因而能对冠心病有某些良好作用。

阿魏

始载于《新修本草》。为伞形科植物新疆阿魏 Ferula sinkiangensis K. M. Shen 或阜康阿魏 F. fukanensis K. M. Shen 及其具有蒜样特臭的同属植物的油胶树脂。夏季5—6月植物抽茎后至开花期采收,由茎上部往下割切,收集渗出的树脂,每次待树脂流尽后再割下一刀,一般可割取3—5次,将所收取的树脂阴干。

药材呈脂膏状,或不规则块状与颗粒状。颜色深浅不一,外表面浅棕黄色或灰白色,久贮后变黑棕色或红棕色。硬度似白蜡,质轻,断面稍有孔隙。加水研磨则成白色乳状液,嚼之粘牙,有较强的刺激性和烧灼感,具强烈而持久的蒜样臭气,味苦辣。主产于中国新疆地区。进口阿魏为同属植物胶阿魏草 F. assafoetida L. 的油胶树脂,产于伊朗、阿富汗等国家。

本品味苦、辛,性温。归肝、脾、胃经。功能消积,杀虫。主治食积、虫积、癥瘕痞块、小儿疳积以及疟疾、痢疾等病症。

用于食积气滞,脘腹胀满,可与槟榔、木香等利气消积药同用,如《济生方》阿魏丸。治小儿疳积,腹大肚痛、由饮食失节,虫积所致者,本品可与胡黄连、神曲同用,方如《丹溪心法》之胡黄连丸。气血瘀滞而成癥瘕痞块,可配活血祛瘀之当归、川芎、大黄、鳖甲等药内服,如《外科正宗》之阿魏化痞散;或配白芥子、乳香、没药、穿山甲等,油熬成膏,外贴局部,可使痞块渐渐消散。用于瘿瘤、瘰疬、乳岩等病初起者,配以解毒活血消肿之雄黄、麝香、蟾酥等熬制膏药外贴,方如《医宗金鉴·外科心法》之阿魏化坚膏。《百一选方》治疟疾,用阿魏、丹砂为丸,人参汤下;治痢疾,以黄连、木香汤下。本品有浓烈臭气,不入汤剂,多入丸散。研末服,1—1.5克。脾胃虚弱者及孕妇忌用。

实验研究:油胶树脂中含挥发油、树脂及树胶。挥发油中含多种有机硫化物,为主要有效成分和本品蒜臭的缘由。树脂中含阿魏酸及其酯类,还含法呢斯淝醇A、B、C。

方 剂

方剂分类

中医方剂的数目繁多，为了便于掌握，历代从不同角度将众多方剂进行系统归纳，就形成了各种分类方法。现分述如下：

七方分类 为最早的一种方剂分类法，见于《素问·至真要大论》。至金代成无己在《伤寒明理论》中才明确为"七方"。七方主要是以病情轻重、病位上下、病势缓急、药味奇偶等作为方剂分类的依据，从而把方剂分为大、小、缓、急、奇、偶、复等七类。①大方：是指药量大而药味少，能够治疗病邪方盛的方剂；药味多，不仅治疗主证，同时能治疗某些兼证的方剂；药量大而须顿服，以治疗下焦疾患的方剂。②小方：是指药量小而药味多，用以治疗邪气轻浅的方剂；药味少，治疗病无兼证的方剂；药量虽大而须分次频服，以治疗上焦疾患的方剂。③缓方：是指药力缓和，用于一般慢性病证，需长期服用，使患者渐趋痊愈的方剂。④急方：是指药力猛峻、效能急速，用于扶危救急的方剂。⑤奇方：是指单味药或组成药物合于单数的方剂。⑥偶方：是指两味药或组成药物合于双数的方剂。⑦复方：是指两方或数方合用，而治疗较复杂病证的方剂。以上七方分类法，对方剂的运用曾起到一定的指导作用。但随着中医学的发展，越来越感到该分类法在实用上是不够完善的，于是逐步出现其他各种分类方法。

按功用分类 这是根据方剂的不同功用而进行分类的一种方法。主要有：

(1) 十剂：它是按功用分类的先驱。历代认为"十剂"起源于北齐徐之才的《药对》。由于原书早佚，无法查对，故近代又有人认为是唐代陈藏器在《本草拾遗》一书中提出的。后世将此种分类方法应用于方剂学，到金代成无己在《伤寒明理论》中才明确为"十剂"。十剂是根据方剂的功用，而分为宣剂、通剂、补剂、泄剂、轻剂、重剂、涩剂、滑剂、燥剂、湿剂等十类。①宣剂：是指用于治疗气机或痰饮宿食郁滞壅塞的病证，而具有理气、涌吐等作用的方剂。即"宣可去壅"之义。②通剂：是指用于治疗水道不通、乳汁不行、经脉痹阻之类病证，而具有通导利水去痹作用的方剂。即"通可去滞"之义。③补剂：是指用于治疗虚证，而具有补益作用的方剂。即"补可去弱"之义。④泄剂：是指用于治疗实证，而具有泄脏腑之闭阻的方剂。即"泄可去闭"之义。⑤轻剂：是指用于治疗外感实证，而具有轻扬发表作用的方剂。即"轻可去实"之义。⑥重剂：是指用于治疗心神不守、惊恐不宁等病证，而具有重镇安神作用的方剂。即"重可去怯"之义。⑦涩剂：是指用于治疗滑脱不固、气脱血脱之类的病证，而具有收敛固脱作用的方剂。即"涩可去脱"之义。⑧滑剂：是指用于治疗有形之邪留着体内，如石淋之类的疾患，而具有滑利通结作用的方剂。即"滑可去着"之义。⑨燥剂：是指用于治疗湿浊内盛之类病证，而具有燥湿作用的方剂。即"燥可去湿"之义。⑩湿剂：是指用于治疗津枯血燥之类病证，而具有滋润养阴作用的方剂。即"湿可去枯"之义。以上"十剂"分类法，并不能完全概括临床常用方剂，因此后世医家又有增益。如宋代寇宗奭加寒、热二剂，为十二剂；明代缪仲醇又增加升、降二剂，为十四剂；徐思鹤在十剂的基础上增加调、和、解、利、寒、温、暑、火、平、夺、安、缓、淡、清，共为二十四剂。

(2) 八阵：这是明代张景岳提出的方剂分类法。它是根据方剂的功用，分为补阵、和阵、攻阵、散阵、寒阵、热阵、固阵、因阵等八类。①补阵：指具有补益作用的一类方剂，用于五脏阴阳气血不足之证。②和阵：指具有调和肝脾、健脾和胃、化痰理气等作用的一类方剂，用于调和脏腑、阴阳、气血、表里、上下的不和。③攻阵：指具有攻气聚、血瘀、坚积、痰结等作用的一类方剂，用于肠胃胀痛，气、血、虫、痰、食结滞，癥积等症。④散阵：指具有发散解表作用的一类方剂，用于外感发热等症。⑤寒阵：指具有清火作用的一类方剂，用于治疗热证。⑥热阵：指具有祛寒作用的一类方剂，用于治疗寒证。⑦固阵：指具有固涩作用的一类方剂，用于治疗咳喘、遗精、遗尿、泄泻、汗出、出血等日久不愈者。⑧因阵：指按病证选用的一类方剂。用于治疗月经、痘疹、疟疾、疝气、痈疽、疥癣、眼耳鼻喉病、诸毒等临床各科疾患。以上八阵并不能概括一切方剂。张景岳自己也发现八阵分类的不足，于是他在《景岳全书》新方八阵、古方八阵之后，又附列了妇人规、小儿则、痘疹诠、外科钤等四门方剂。

(3)《医方集解》分类：自清代以来，按功用分类的方法得到了进一步的发展。清代汪昂著《医方集解》，他综合了前人分类的方法，将方剂分为补益、发表、涌吐、攻里、表里（即表里双解）、和解、理气、理血、祛风、祛寒、清暑、利湿、润燥、泻火、除痰、消导、收涩、杀虫、明目、痈疡、经产等二十一类。这种分类方法，便于与临床辨证分类结合。以后吴仪洛的《成方切用》、张秉成的《成方便读》，以及近代方剂学讲义等，多以该分类法为基础，进一步加以发展和扩充。本书亦遵该分类法，将方剂分为解表、清热、祛寒、泻下、和解、祛湿、治风、润燥、祛痰、消导、理气、理血、补益、固涩、安神、开窍、驱虫、催吐、外用、食疗等二十类。

按类方分类 这是根据方剂的组成结构进行分类的一种方法。方剂往往由一主方加减衍化出若干不同的方剂，如桂枝汤加减则衍化出桂枝加葛根汤、桂枝去芍药汤、桂枝去芍药加附子汤、桂枝加桂汤、小建中汤等。有的医家将这些方剂归为一类，称为"桂枝汤类"，并将各种分类统称为"类方"。由于同类方剂源于一个主方，因此有的医家也称之为"祖方"。在繁多的方剂中，如能明辨其加减衍化而来的类方，则既能掌握方剂的源流主次，又能掌握方剂的加减变化，在临床中则运用自如，故该分类法有较大的实用价值。用该法分类的书籍有：明代施沛

的《祖剂》、清代张璐的《张氏医通·祖方》及徐大椿的《伤寒论类方》等。

按剂型分类 这是根据方剂剂型的不同进行分类的一种方法。如明代许宏《金镜内台方议》将《伤寒论》的113方，以汤剂、散剂、丸剂等不同剂型进行分类。近代《中药制剂手册》将中成药按丸剂、散剂、膏剂、丹剂、胶剂、酒剂、露剂、茶剂、锭剂、片剂、合剂、糖浆剂、冲剂、酊剂等不同剂型进行分类。这种分类方法，最适用于中成药的制作和使用。

按临床学科分类 这是根据临床各科常用方剂进行分类的一种方法。如清代王子接《绛雪园古方选注》将方剂按伤寒科、内科、外科、女科、幼科、痘疹科、眼科、咽喉科、折伤科、金簇科等进行分类。

此外，也有根据治疗大法、病因、病证、脏腑进行分类者。关于方剂的分类法，历代有所不同，但总的是向全面、系统、切合实用的方向发展。在这些分类方法中，以清代以来按方剂功用的分类法(如《医方集解》)及类方分类法最切临床实用。近代按方剂功用分类，其中有些大类又分若干小类，做到有纲有目，多而不杂，便于学习和运用。

方剂组成原则

药物按一定的组方原则组成方剂，其目的首先在于增强或综合药物的作用，以提高原有疗效；其次，随证合药，全面兼顾，以扩大治疗范围，并适应病情的需要；同时，还可以监制药物的烈性或毒性，以消除对人体的不利因素。

方剂的组成有一定的规律，就是“君、臣、佐、使”的配合，这是方剂组成的基本原则。①君药：是针对病因或主证而起主要治疗作用的药物。②臣药：是协助君药以加强治疗作用的药物。③佐药：是治疗兼证或次要症候的药物；或是制约君、臣药的毒性、烈性的药物；或是起反佐作用的药物(“反佐”是指用性味不同、作用相反的药物，辅佐君药，从而用于因病势拒药须加以从治者。如于温热剂中加入少量寒凉药，或于寒凉剂中加入少量温热药，以消除寒热相拒等证。④使药：即引经药(是指能引导诸药的药力达到病变部位或某一经脉的药物)；或调和药性的药物。

综上所述，决定方剂中药物的君、臣、佐、使，主要是根据药物在方中所起作用的主次来区别。例如麻黄汤是由麻黄、桂枝、杏仁、甘草四药组成，治外感风寒表实证。其中麻黄发汗解表、宣肺平喘为君药；桂枝助麻黄发汗解表为臣药；杏仁助麻黄宣肺平喘为佐药；甘草调和药性为使药。此外，尚有根据药量轻重，药力大小来区分的，如李东垣在《脾胃论》中说：“君药分量最多，臣药次之，使药又次之，不可令臣过于君。君臣有序，相与宣摄，则可以御邪除病矣。”

每个方剂，君药是必不可少的。在简单的方剂中，臣、佐、使药不一定俱全。有些方剂的君药或臣药本身就兼有佐药或使药的作用。如桔梗汤主治咽痛，方中桔梗清利咽喉为君药，又兼载药上行为使药；甘草甘缓生津，以缓咽痛为臣药，又兼清热解毒为佐药。此外，也有一些方剂由于组成比较庞杂，则按药物的不同作用，或以主药、辅药两部分来区别，而不分君、臣、佐、使。至于一方之中君、臣、佐、使药味的多少，《素问·至真要大论》虽有“君一臣二，制之小也；君一臣三佐五，制之中也；君一臣三佐九，制之大也”和“君一臣二，奇之制也；君二臣四，偶之制也”的记载，但并不是呆板的规定，在临床上还是要根据辨证立法的需要而定，这样才能适合病情，发挥更好的疗效。在方剂中，一般是君药药味较少，而臣、佐药药味相对较多。

方剂组成变化

方剂的组成，虽然有一定的原则，但在临床应用时，还需根据病情的缓急，以及患者的体质、年龄和生活环境等不同，予以灵活化裁，加减运用，只有这样才能做到“师其法而不泥其方”。徐灵胎在《医学源流论·执方治病论》中说：“欲用古方，必先审病者所患之证，悉与古方前所陈列之证皆合，更检方中所用药无一不与所现之证相合，然后施用，否则必须加减。无可加减，则另择一方。”可知在运用方剂时，不能固执成方，必须通过各种配伍变化来适合病情的需要。方剂组成的变化，主要为药味的增减、药量的增减和剂型更换的变化。

药味增减的变化 一般来讲，是指一个方剂在主药、主证不变的情况下，随着次要症状或兼证的不同，增减其次要药味，以适应病情的需要，亦称随证加减。例如桂枝汤主治发热、头痛、汗出、脉浮缓等症，若兼有喘咳者，则加厚朴、杏仁，名桂枝加厚朴杏子汤，兼以降逆平喘；若兼见脉促、胸满者，则减去芍药，名桂枝去芍药汤，因为本方所治之兼证乃误下伤阳引起，故减去凉性酸收的芍药，使阳气易于上升外达，以消胸满，并有利于解肌散邪。亦有增减方中的药味，君药、主治随之改变，而且方名亦作变更。例如当归四逆汤，即桂枝汤去生姜加当归、细辛、木通。君药变为当归，因而主治亦改变为治疗厥阴伤寒、手足厥寒、脉细欲绝之证。另外，方剂在主要药物配伍变化时，可以直接影响该方的主要作用，这种药物配伍的变化，实际上亦属于药味增减变化的范畴。以麻黄为例，配桂枝，组成麻黄汤，功能发汗解表，以治伤寒表实证；若配石膏，组成麻黄杏仁甘草石膏汤，功能解表清里，以治表邪未解、内热已炽之证；若配薏苡仁，组成麻黄杏仁薏苡甘草汤，功能解表祛风湿，以治风湿在表、一身尽疼之证；又配附子，组成麻黄附子细辛汤，功能助阳解表，以治阳虚感寒证。可见主要药物配伍不同，其作用也就有别。

药量增减的变化 是指方中药物不变，只增减其药

量,可以改变方剂药力的大小或扩大其治疗范围,甚至可以改变方剂的君药和主治。例如四逆汤是用附子一枚、干姜一两半、甘草二两组成,功能回阳救逆,主治少阴阳衰证;如用附子大者一枚、干姜加至三两,则为通脉四逆汤,回阳救逆之力更大,并能通脉,而且扩大了治疗范围,用于少阴病阴盛格阳之证。又如小承气汤是由大黄、枳实、厚朴三味药组成,方中以大黄四两为君药,枳实三枚为臣药,厚朴二两为佐使药,功能荡热攻实,主治阳明腑实证;若改用厚朴八两为君药,枳实五枚为臣药,大黄四两为佐使药,则方名厚朴三物汤,功能行气通便,主治气滞腹部胀满便秘。这是增减药量而引起君药和主治都改变的例子。

剂型更换的变化　是指同一方剂,因病情的轻重缓急不同而更换剂型,则其治疗作用也就有所不同。如理中丸是治脾胃虚寒证的方剂,因丸剂作用慢而力缓,故适用于病情较轻而缓者;若改作汤剂,则作用快而力峻,而适用于证情较重而急者。以上丸剂缓治、汤剂急治,就是由于剂型更换在治疗作用上所起的变化。

以上三种变化方法,可以分别运用,也可以合并运用,尤其前两种变化方法经常合并使用。在临床中,只有既掌握方剂组成原则,又掌握方剂组成变化;既不囿执成方,又能随证变化,这样,在复杂的病情面前方可运用自如。

剂型

根据中药的性质和治疗的需要,将组成方剂的药物加工制成一定的制剂形式,称为剂型。如《内经》收载的12首方剂中,有汤、丸、散、膏、酒等剂型。以后又有所发展,如丹、露、茶、锭等剂型。不同的剂型在服用后,产生疗效的时间、持续的时间以及作用的特点等都有所不同。为了更好地发挥药剂的作用,必须了解各种剂型的特点。近年来对中药制剂进行了一系列的研究工作,对有些中成药采用现代制剂技术,扩大了一些新的剂型,如片剂、冲剂、糖浆剂、针剂等。新剂型的使用,克服了传统剂型存在的一些缺点,如剂量大、气味不利于服用、生效缓慢等,这就更便于临床应用。中药常用剂型如下:

汤剂　把药物混合,加水煎煮后,去渣取汁,称为汤剂。如麻黄汤、四逆汤等。这是中医临床最广泛使用的一种剂型,适用于一般疾病或急性疾病,可用于内服和外用熏洗等。汤剂的特点是吸收快,易发挥疗效,且便于加减使用,能较全面、灵活地照顾到每个病人或各种病证的特殊性。汤剂的煎制,应注意以下几点:

(1) 煎药容器:煎药用具以砂锅、搪瓷容器为好,因此类容器性质比较稳定,能避免在煎煮过程中与药物起化学变化。同时,此类容器应加盖密闭,以避免挥发性成分散失过多。现代研究表明,铁锅煎煮的各种汤剂呈深紫、黑绿或紫黑色。汤剂中含有铁,服后有铁锈味甚至恶心感。铁的化学性质不稳定,易氧化。中药中所含的鞣质易与铁发生化学反应,而生成鞣酸铁;铁还与黄酮类成分发生化学反应,产生难溶的络合物;铁与有机酸发生化学反应生成盐等,均可影响中药的疗效。所以传统上最忌用铁锅煎药是很有道理的。此外,用铜锅或锡锅煎煮,也可煎出微量的铜和锡。银器遇硫黄及含硫物也会起变化。故煎药不宜用铁、铜、锡、铝、银等金属用具。

(2) 煎药用水:古人常用的有泉水、井水、河水、雨水、雪水等,现在煎药用水以洁净为原则,如自来水、井水或蒸馏水等。至于加水量,常与药物的吸水量、煎药时间、火候及病人所需的药量有关。同一方剂药量,在一定条件下,加水量越多,其浸出物的含量也越高。但实际上加水量也不能无限制地增加,而是有一定限度的。加水量过少,药物的有效成分又不能充分煎出。一般加水量常为药重的5—8倍,煎存4—6成。

(3) 煎前浸泡:中药煎煮之前,应先加水浸泡,使药材组织湿润,以利于有效成分的提取。如不浸泡即受热,会使药材组织表面的蛋白凝固,淀粉糊化,妨碍有效成分的溶出。浸泡时间按具体情况来定,粗末一般浸泡5—10分钟,饮片一般浸泡20—30分钟,也有主张浸泡1小时者。还有人认为,用温水浸泡比用冷水浸泡为好。

(4) 煎药火候:煎药温度的高低,中医称之为"火候"。古人有"武火"、"文火"之分。所谓"武火",就是大火,温度上升较快,水分蒸发也快;所谓"文火",就是小火,温度上升缓慢,水分蒸发也慢。前人有"急煎取其生而疏荡,久煎取其熟而停蓄"的说法。在未煮沸之前,可用武火快煎;沸腾之后,应改为文火慢煎。这样做既可防止药液溢出,又可减少水分过多蒸发,更主要的是为了减少挥发成分的损耗和高温引起的有效成分的破坏。药物加水用柴火、炭火、煤火直接煎煮,是中医传统煎药的方法。目前为了适应医院大量使用的煎药需要,有些单位实验用水浴煎药、砂浴煎药、蒸汽煎药等法。

(5) 煎药时间:清代徐灵胎说:"发散芳香之药不宜多煎,取其生而疏荡;补益滋腻之药宜多煎,取其熟而停蓄,此其总诀也。"目前,煎药的时间一般来讲,头煎从沸腾开始计算时间需20—25分钟;二煎15—20分钟。解表药头煎10—15分钟;二煎10分钟。滋补药头煎30—40分钟;二煎25—30分钟。汤剂煎得以后,应立即滤取药汁,不宜久置砂锅中,以免酸败。在滤取药液时,可加压过滤,尽量减少药渣中潴留的药液,这样也能提高煎出率。

(6) 煎煮次数:南北朝陶弘景曾说:"凡建中、肾沥诸补汤,滓合两剂,加水煮竭饮之,亦敌一剂。"现代研究亦证明,每剂药以煎煮两次为宜。最好将头煎与二煎合并后,分两次内服。滋补药有人主张煎三次。

(7) 入药顺序:中医传统用法有先煎、后下、包煎、另煎、冲服、烊化等,主要是为了增加煎出量或减少挥发性物质的散失,以保证汤剂的质量和疗效,并减少副作用。

①先煎：介壳类、矿石类药物，因质地坚实，所含成分较难煎出，宜打碎先煎，煮沸后约10—20分钟后，再加入其他药物同煎。吸水量较大的药物，如灶心土、丝瓜络、大腹皮等，宜先煮水去渣后再煎他药。②后下：含有挥发成分（如薄荷等）或不耐热成分（如大黄等）的药物，为减少主要成分的损耗，宜在煎毕前5—10分钟时下药。③包煎：将药物用纱布包好，与其他药物入砂锅中同煎。对于花粉类药物（如蒲黄）、细小种子类药物（如车前子）、药物细粉（如六一散）、带有绒毛的药物（如旋覆花）等均应包煎，以防止药物悬浮在水面上及绒毛对咽喉的不良刺激。④另煎：某些贵重药，为了保存其有效成分，减少同煎时被其他药物吸收，可另行煎煮取汁，然后加入其他汤液中内服。如人参等。⑤冲服：某些贵重药（如羚羊角粉、珍珠粉）、易溶的药（如芒硝）、不宜见火的药（如朱砂）、药汁（如生姜汁、竹沥）、散剂（如紫雪散）等，宜待汤煎成后，临服时投入，搅匀内服。⑥烊化：胶质、粘性大而易溶的药物，如同煎则易粘锅煮焦，且粘附他药，影响有效成分溶解。用时应在他药煎好后，置于去渣的药液中微煮或趁热搅拌，使之溶解，如阿胶、饴糖之类。此外，有的药物宜热水泡服，如番泻叶、胖大海等。这要根据具体药物而定。

丸剂 系指药物细粉加适宜的粘合剂制成的球形制剂。丸剂吸收缓慢，药力持久，而且体积小，服用、携带、贮存都比较方便，是一种常用的传统剂型。一般适用于慢性、虚弱性疾病，如理中丸等；亦有用于急救的，如安宫牛黄丸、紫雪丹等。某些峻猛药品，不能急切使用，为了使其缓缓发挥药效，可作丸剂用，如抵当丸等。某些贵重、芳香、不宜久煎的药物，如麝香、牛黄、苏合香等，亦应作丸剂，如苏合香丸等。至于丸剂的大小，古代每以实物为准，如黍米大、梧桐子大、弹子大等。亦有以药丸潮重或干重计量的，如每丸潮重或干重五分、一钱等。又有以方剂药物一料为准，分作五十或一百丸等。本剂型根据不同病情和药物的特性，而使用不同的粘合剂。根据粘合剂的不同，丸剂可分为蜜丸、糊丸、水丸、蜡丸、浓缩丸等不同类型。①蜜丸：系指药物细粉用蜂蜜为粘合剂制成的丸剂。蜜丸性质柔润，作用缓和，并能矫味，且具有补益作用。大多适用于慢性疾病，如六味地黄丸等。②水丸：系指药物细粉用冷开水（或根据制法用黄酒、醋、药汁、浸膏、糖浆等）为粘合剂制成的丸剂。水丸较蜜丸、糊丸易于溶解，吸收快。适用于多种疾病，为一种比较常用的丸剂。③糊丸：系指药物细粉用米粉或面糊等粘合剂制成的丸剂。糊丸粘性大，崩解时间比水丸、蜜丸缓慢，内服后在体内徐徐吸收，既可延长药效，又能减少某些刺激性较强的药物对胃肠道的刺激。因此毒性较大、刺激性强的药物做丸剂时，宜制成糊丸。由于糊丸粘性大，崩解度较难掌握，故目前较少应用。④蜡丸：系指用蜂蜡熔化为粘合剂，与药料细粉混合制成的丸药。如三黄宝蜡丸、琥珀蜡矾丸等。蜡丸可使药物徐缓崩解，延长疗效；或者由于方剂中含有毒性或刺激性较强的药物，用蜡丸可使药效缓慢发挥，以防止中毒和减轻对胃、肠的刺激（蜂蜡不溶于水及胃液，到肠内遇到碱性肠液，才逐渐释放而显药效）。⑤浓缩丸：系指药物或部分药物提取的清膏或浸膏，与药物细粉或适宜的辅料制成的丸剂。其优点是含有效成分高、体积小、剂量小、易于服用，适用于各种疾病。

散剂 系指一种或数种药物均匀混合制成的粉末状制剂。有内服与外用两种。内服散剂末细量少者，可直接冲服，如七厘散等；亦有研成粗末，临用时加水煮沸取汁服的，称作“煮散”，如香苏散等。外用散剂一般作为外敷、掺撒疮面或患病部位，如如意金黄散等；亦有作点眼、吹喉等外用，如八宝眼药、冰硼散等。散剂有制作简便、便于服用携带、节省药物、不易变质等优点。近年来，对“煮散”法的研究和使用比较重视，有的通过实验证明，煮散法可以提高复方汤剂主要成分的煎出量，与饮片相比大体上可以节省1/3—1/2的用量。临床报道用1/3饮片量的煮散治疗胃病、痢疾、肺炎等，疗效与全量饮片的汤剂相似。也有用银翘散的煮散治疗1 150例风热型感冒患者，用量仅及饮片的1/5左右。以上提示了煮散法是一种节约药材的好办法。

膏剂 在常温下为固体、半固体和半流体的制剂。膏剂的种类依其性质及制法，可分为膏滋、药膏、膏药三种。①膏滋：亦称煎膏、蜜膏，主要供内服用。系指药物用水煎煮，去渣浓缩后，加糖或蜂蜜制成的稠厚状半流体制剂。滋补剂、润肺止咳剂多采用这种剂型，如琼玉膏等。②药膏：亦称软膏、油膏。系指药物加入适宜基质中制成的半固体外用制剂。常用的基质有凡士林、液体石蜡、羊毛脂、蜂蜡、动（植）物油等。多用于治疗疮疡、烧烫伤、皮肤病等，可在病灶部位直接使用。③膏药：亦称硬膏、黑膏药，古代称为“薄贴”。系指含有药物的、以铅硬膏为基质的外用制剂。铅硬膏为食用植物油与黄丹经高温炼制而成。使用时加热，使膏微熔，直接贴于人体的适当穴位或外部病灶上，以起祛风散寒、舒筋活络、化瘀消痞、化腐生肌等作用。多用于风湿痹痛、跌打损伤、痈疡等疾病。

丹剂 严格的讲应是指用汞等矿物药经过加热升华等方法制成的一种散剂。以外用为多，以治痈疽疮疡等疾患。如红升丹、白降丹等。但由于临床运用的习惯，对某些贵重的药物，或有特殊功效的药物制成的其他制剂，亦称为“丹”。因此，致使丹剂没有固定的剂型，如至宝丹、黑锡丹等为丸剂，太乙玉枢丹等为锭剂。

酒剂 古称“酒醴”，后世称为药酒。系指药物用白酒（或黄酒）浸制成的澄清液制剂，供内服或外用。酒剂能舒筋活络、通达血脉，较快发挥药效，多用于治疗风湿痹痛、跌打损伤等，如五加皮酒、木瓜酒等。酒剂见于文献最早的如《内经》的鸡矢醴、《金匮要略》的红兰花酒等。近年来有的单位制成“酒冲剂”，使用时用白酒冲化溶解

即可服用，既保持了原药酒的疗效，又使该制剂携带、使用方便。

茶剂 是将茶叶（或不用茶叶）及药料轧成粗末；或加入粘合剂，制成块状的一种剂型。应用时将块打碎，或将药物粗末以沸水泡汁代茶服用，故称茶剂。煎服亦可。大多用于治疗感冒、积滞等疾患，如午时茶等。

露剂 是以药物与水，用蒸馏法取得的澄明而具有芳香性的液体制品。含挥发油类的药物、鲜药等适合于制作这种剂型，服用后清凉爽口，作为清凉饮料，如金银花露等。

锭剂 是以药物细粉加适当粘合剂制成不同形状的一种固体制剂。可供外用或内服，研末调服或磨汁服，亦可以磨汁涂敷患处，如紫金锭等。

熨剂 将药物用水煎成液体，然后投入煅成的铁屑，趁热吸尽药液，干燥后即成。使用时先加入米醋，铁屑遇醋即产生热，然后装入布袋内，直接热敷患处，用以驱散风寒，如坎离砂。

片剂 系药材细粉与浓缩浸膏及辅料混合制成的圆片状的制剂。根据药粉与浸膏的比例，可分为三种：生药片：全部采用药材细粉，而不经煎煮、浓缩等处理，直接压制成片。浸膏片：系全部采用药材浸膏，加适量淀粉等辅料制成的片剂。混合片（半浸膏片）：用药材浸膏和药粉定量混合制成的片剂。另外，根据包衣的情况，又可分为三种：素片：即不包糖衣的裸片。糖衣片：用糖等辅料包衣，可掩盖药物的不佳气味，以利服用。肠溶衣片：对胃有刺激性或在胃中易被胃酸破坏的药物，可制成肠溶衣片，使在肠道崩解发挥治疗作用。片剂具有服用方便、剂量准确、便于携带、适合大批量生产等优点。

糖浆剂 系中药材提取物的高浓度的蔗糖水溶液。味甜可口，便于服用，多用于滋补剂、止咳化痰剂及儿童患者，如十全大补糖浆、养阴清肺糖浆、肥儿糖浆等。糖浆剂中大多含有少量的乙醇（10%—20%），对乙醇过敏者，可用开水冲淡后服用。

冲剂 系指以药物的细粉或提取物等制成干燥颗粒状的内服制剂。分为可溶性冲剂和混悬性冲剂，并常加入糖等矫味剂。它是近年来在糖浆剂和汤剂的基础上发展起来的一种新剂型。服用时加适量温开水溶解冲服，吸收快，作用迅速，保持了汤剂用药的特点。

针剂 即注射剂。系指药物制成的无菌溶液、无菌混悬液或供临用前配成液体的无菌粉末，供注入人体内的制剂。具有剂量准确、作用迅速、给药方便、药物不受消化液和食物影响、能直接进入人体组织等优点。使用中药注射剂应按新药注射剂要求进行有关质量检查和操作。

气雾剂 系指包装在耐压容器内的液体制剂。主要用于呼吸和心血管系统疾患，如芸香草气雾剂治疗慢性气管炎，宽胸气雾剂治疗心绞痛等。该剂型有奏效快的特点。

橡胶硬膏 又称中药橡皮膏。是近年来外用膏剂吸取医用橡皮膏优点后的剂型革新。系以橡胶、树脂、脂肪油等物质与填充剂混合制成基质，加入中药材的浓缩提取物，制成均匀混合的胶浆，摊涂于适宜的裱背材料上，供贴敷于皮肤上，而起治疗作用的一种外用膏剂。它具有使用方便、粘性大、不污染衣服等优点。

除上述一些常用剂型外，还有栓剂、胶剂、乳剂、酊剂、流浸膏与浸膏剂、胶囊剂、滴丸、口服安瓿剂、海绵剂等新剂型。今后对于新剂型的研制，在组方及制备上，应注意中医药的特点及其理论基础，以便更好地发挥其治疗效果。

古今方剂药量折算

中医在处方用药时，为了具体掌握药量，并使药物配伍有一定的组成比例，以保证发挥方剂的最佳治疗作用及安全性，同样也应用了度量衡。由于历代度量衡的改进和演变，就使得历代方剂药量及其单位名称不一。

汉代的重量，以黍、铢、两、斤计量（百黍为一铢，二十四铢为一两，十六两为一斤）。到了晋代，则以铢、分、两、斤计量（十黍为一铢，六铢为一分，四分为一两，十六两为一斤）。这种计量单位一直沿用到唐代。宋代则以毫、厘、分、钱、两、斤计量（十毫为一厘，十厘为一分、十分为一钱，十钱为一两，十六两为一斤）。元、明以至清代，沿用宋制，很少变易。清代之秤量称为库平，后来通用市秤。历代重量的折算，参见表1。在折算《伤寒论》、《金匮要略》、《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》等汉唐方书的药量时，还应注意其服法，多数方剂日分三服，得效止服，则古方一剂药等于现在的三剂药。自1979年起，中国中医处方用药计量单位一律采用以"克"为单位的公制，为了便于临床使用，换算尾数可舍去。

古代的容量，有圭、撮、勺、合、升、斗、斛、石之名（四圭为一撮，十撮为一勺，十勺为一合，十合为一升，十升为一斗，五斗为一斛，二斛为一石）。自古以来，容量大小亦多变易，其历代容量的折算，参见表2。另外，古方有方寸匕、钱匕、一字等名称，大多用于量散药。"匕"，即匙，所谓方寸匕者，作匕正方一寸，抄散取不落为度；钱匕者，是以汉五铢钱抄取药末，亦以不落为度；一字者，即以开元通宝钱币（币上有"开元通宝"四字）抄取药末，填去一字之量。现在一般认为一方寸匕约为2.74毫升，一钱匕约为1.82毫升。宋、元、明、清还有以盏为单位者，一盏约为现在的200毫升。古代量丸药大小，亦用弹子大、鸡子黄大、梧桐子大、大豆大、小豆大、黍大等名称，一般认为一弹子大同一鸡子黄大，约10.6毫升；一梧桐子大，约0.25毫升；一大豆大，约0.22毫升；一小豆大，约0.07毫升；一黍大，约0.015毫升。

古代的尺度，亦有分、寸、尺、丈之名（均为十进制）。古今的尺度也每有变动，其历代尺度的折算，参见表3。

此外，古代方剂中，在表示某些草本及蔓茎类植物药量时，有的用"束"作单位，就是令成年人以拳尽量握整理成束的药材（指端要合拢），然后切去其两端超出的部分，称为"一束"，这是大致估用药材的一种方法。

古今医家对历代方剂药量，虽曾作了很多考证，但至今仍难作出结论。因此文中所提示的历代重量、容量及尺度的折算数字，也只能作为参考。本书中的古方，仍录原剂量，这是为理解古方组成结构，以及作为处方用药比例的参考。在临证时所用药量，可按现代中药学和参考近代各家医案中所用剂量，并结合地区、季节、年龄、体质及病情等具体情况来决定。

表1 历代重量的折算

年代	朝代	*一斤合市两	*一两合市两	一两合克数
公元前1066年—前221年	周	7.32	0.46	**14.18
公元前221年—前206年	秦	8.26	0.52	16.14
公元前206年—公元25年	西汉	8.26	0.52	16.14
公元25年—220年	东汉	7.13	0.45	13.92
公元220年—265年	魏	7.13	0.45	13.92
公元265年—420年	晋	7.13	0.45	13.92
公元420年—589年	南朝 刘宋			
	南朝 南齐	10.69	0.67	20.88
	南朝 梁	7.13	0.45	13.92
	南朝 陈	7.13	0.45	13.92
公元386年—581年	北朝 北魏	7.13	0.45	13.92
	北朝 北齐	14.25	0.89	27.84
	北朝 北周	8.02	0.50	15.66
公元581年—618年	隋（开皇）	21.38	1.34	41.76
	隋（大业）	7.13	0.45	13.92
公元618年—907年	唐	19.1	1.19	37.30
公元907年—960年	五代	19.1	1.19	37.30
公元960年—1279年	宋	19.1	1.19	37.30
公元1279年—1368年	元	19.1	1.19	37.30
公元1368年—1644年	明	19.1	1.19	37.30
公元1644年—1911年	清	19.1	1.19	37.30

注：*此两项为编者参考原表推算出来的，仅供参考

**原表为14.93克，经推算应为14.18克

表2 历代容量的折算

年代	朝代	一升合市升	一升合毫升数
公元前1066年—前221年	周	0.1937	193.7
公元前221年—前206年	秦	0.3425	342.5
公元前206年—公元25年	西汉	0.3425	342.5
公元25年—220年	东汉	0.1981	198.1
公元220年—265年	魏	0.2023	202.3
公元265年—420年	晋	0.2023	202.3
公元420年—589年	南朝 刘宋		
	南朝 南齐	0.2972	297.2
	南朝 梁	0.1981	198.1
	南朝 陈	0.1981	198.1
公元386年—581年	北朝 北魏	0.3963	396.3
	北朝 北齐	0.3963	396.3
	北朝 北周	0.2105	210.5
公元581年—618年	隋（开皇）	0.5944	594.4
	隋（大业）	0.1981	198.1
公元618年—907年	唐	0.5944	594.4
公元907年—960年	五代	0.5944	594.4
公元960年—1279年	宋	0.6641	664.1
公元1279年—1368年	元	0.9488	948.8
公元1368年—1644年	明	1.0737	1073.7
公元1644年—1911年	清	1.0355	1035.5

表3 历代尺度的折算

年代	朝代	一尺合市尺	一尺合厘米数
公元前1066年—前221年	周	0.5973	19.91
公元前221年—前206年	秦	0.8295	27.65
公元前206年—公元25年	西汉	0.8295	27.65
公元25年—220年	东汉	0.6912	23.04
公元220年—316年	魏、西晋	0.7236	24.12
公元317年—420年	东晋	0.7335	24.45
公元420年—589年	南朝 刘宋、南齐、梁、陈	0.7353	24.51
公元386年—581年	北朝 北魏	0.8853	29.51
	北朝 北齐	0.8991	29.97
	北朝 北周	0.7353	24.51
公元581年—618年	隋（开皇）	0.8853	29.51
	隋（大业）	0.7065	23.55
公元618年—907年	唐	0.9330	31.10
公元907年—960年	五代	0.9330	31.10
公元960年—1279年	宋	0.9216	30.72
公元1279年—1368年	元	0.9216	30.72
公元1368年—1644年	明	0.9330	31.10
公元1644年—1911年	清	0.9600	32.00

解表剂

根据《素问·阴阳应象大论》"其在皮者,汗而发之","因其轻而扬之"的治疗原则,用辛散解表的药物为主而组成的一类方剂,称为解表剂。在"八法"中属于"汗法"的范畴。

解表剂具有宣肺气、开腠理、散外邪的作用,适用于六淫之邪侵袭肌表而致的各种表证,亦可用于麻疹、痈疡初起和水肿等见有表证者。

外感六淫之邪伤人,多先侵袭肌表。此时病邪初入,比较轻浅,用解表剂治疗,可使六淫之邪仍从外散,则表证自解。如失时不治,或治不如法,病邪不得外解,必转而深入经络脏腑,变生他证。因此,对于表证,若能及时用解表剂治疗,则可以防止病邪传变和病情恶化,在临床上具有重要的意义。正如《素问·阴阳应象大论》说:"善治者,治皮毛,其次治肌肤,其次治筋脉,其次治六腑,其次治五脏,治五脏者,半死半生也。"然而六淫之邪有寒热的不同,患者体质又有强弱的差异,阴阳气血有偏盛偏衰的区别,四时气候与地土方宜也各有特点,故表证的临床表现不完全一致,所采用的解表方法也不同,因而解表剂也就随之而异。常用的解表剂,归纳起来,主要有下列三类:

(1)辛温解表剂:本类方剂适用表寒证。主症见有恶寒发热,头项强痛,肢体酸疼,口不渴,无汗或有汗,咳嗽或喘逆,脉浮,舌苔薄白者。故本类方剂常以辛温解表药为主组成。若风寒而夹湿邪,则兼见头重,肢体酸重,宜配伍燥湿或淡渗去湿药;若风寒之邪郁而化热,兼躁烦者,宜配伍清热除烦药;若风寒之邪兼水饮内阻,则兼见咳逆喘嗽,宜配伍温中化饮药;若风寒之邪兼暑湿中阻,则兼见吐利腹痛,宜配伍芳香、淡渗等药。

(2)辛凉解表剂:本类方剂适用于表热证。主症见发热微恶风寒,头痛,口渴,咽痛,或咳嗽,有汗不畅或无汗,舌尖红,苔薄白或薄黄者。故本类方剂常以辛凉解表药为主,配伍宣肺透邪、清热解毒等药物,使风热外泄,肺气宣畅,邪毒得解。

(3)扶正解表剂:本类方剂适用于体质素虚而又感受外邪的表证,或治疗不当,外感表证未解而正气大伤者。应当根据感受外邪和内在气血阴阳的不同,分别予以不同的方药。如外感表证兼气虚者,除有表寒证外,还可有胸闷气短,懒言嗜卧,舌质淡嫩,或有齿痕,苔白,脉浮缓无力等,常以辛温解表药配益气药组成方剂,使表解而气不伤。如外感表证兼血虚,或素有出血证者,除有表证外,可兼见面色萎黄,头晕目眩,燥热无汗,或汗出不畅,舌质淡苔白,脉浮细等,常以辛温或辛凉解表药配以养血和营药组成方剂,使表解而营血无损。如外感表证兼阴虚者,除有表证外,还兼见鼻干咽燥,口渴心烦,或有汗而热不解,或无汗而恶寒不甚,舌质红,苔薄白少津,脉浮细数等,常以辛凉解表药与滋阴润燥药,或再配少量苦寒清热药组成方剂,使表解而阴不伤。如外感表证兼阳虚者,除有表寒证外,还兼有恶寒甚,发热轻,肢冷,无汗,或予辛温解表剂而汗不得出,倦怠嗜卧,面色苍白,语言低微,舌体胖嫩而淡,苔白而润,脉浮缓虚大,或沉细无力等,常以辛温解表药配伍温阳益气药组成方剂,使表解而阳气得甦,本法旨在扶正以祛邪,故具有祛邪而不伤正,扶正而不留邪的功能。

使用解表剂时应注意:①解表剂多为质轻味薄、辛散宣透之品,一般不宜久煎,以防气味耗散而减弱药效。②服用解表剂时,宜避风寒,稍加衣被,以助宣散外邪之力。③服解表药后以遍身持续微汗为好,若汗出不能遍身,或汗出不久便止,是药力不够,或又受风寒,病必不解。若大汗淋漓,则伤津耗气,或表邪不能尽除,或变生他证,严重的还会出现过汗亡阳的危险。

此外,如果表证未解,又出现里证,应考虑先解表后治里,或用表里双解的方剂。如病邪已经入里,或麻疹已透,痈疡已溃,虚证水肿等,也都不宜用解表剂。据实验研究,某些解表剂具有消炎、退热、抗菌、强壮、改善血液循环、增强白细胞吞噬功能,以及调节自主神经系统等作用。但在临床应用时,必须在中医学理论的指导下辨证论治,对于传染病的初期、中期,或化脓性炎症,呼吸系统炎症,以及肾性水肿等,凡患者所表现的症状,符合表寒证或表热证的,使用解表剂均可收到一定的效果。

桂枝汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》。又名阳旦汤。是治疗伤寒太阳中风的代表方。方由桂枝(去皮)三两,芍药三两,甘草(炙)二两,生姜(切)三两,大枣(擘)十二枚组成。上五味,㕮咀三味,以水七升,微火煮取三升,去滓,适寒温,服一升。服已须臾,啜热稀粥一升余,以助药力,温覆令一时许,遍身漐漐微似有汗者益佳,不可令如水流漓。若一服汗出病愈,停后服,不必尽剂。若不汗,更服依前法。又不汗,后服小促其间,半日许令三服尽。若病重者,一日一夜服。周时观之,服一剂尽,病证犹在者,更作服。若汗不出,乃服至二三剂。禁生、冷、粘、滑、肉、面、五辛、酒酪、臭恶等物。功能辛温解肌,调和营卫。主治太阳中风,发热恶风,头痛项强,身痛有汗,或鼻鸣干呕,口不渴,舌苔薄白,脉浮缓者。

本方所治证属表虚风寒外袭,营卫不和,治宜辛温解肌,调和营卫。方中桂枝辛温,用以温经散寒而解肌表为君;芍药苦酸微寒,用以敛阴和营为臣,与桂枝相配,一散一收,使风寒散而营阴不伤,自汗止而不留外邪;再以生姜之辛温,助桂枝解肌祛邪,大枣之甘温,助芍药和里益营,并用为佐药;炙甘草甘温,取其甘缓益气,调和于辛酸之间,以通经脉,利气血,合桂枝、生姜则通阳和卫,协芍药、大枣则调血养营为使。配合成方,共奏解肌散寒,调

和营卫之功。本方除用于外感风寒之表虚证外，对于杂病、病后、妊娠、产后等见时发热，自汗出，微恶风诸症，属营卫不和者，均可应用。现临床上用本方治疗感冒、流行性感冒等疾病见上述症状者。使用本方应注意：若恶寒发热，无汗脉紧者，不可用；汗虽多，但发热不恶寒，烦渴，舌苔黄腻，脉滑数洪大者，不可用；若酒客病，不可与桂枝汤，得之则呕。

桂枝加葛根汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》） 葛根四两，桂枝（去皮）二两，麻黄（去节）二两，芍药二两、生姜（切）三两，甘草（炙）二两，大枣（擘）十二枚。上七味，以水一斗，先煮麻黄、葛根，减二升，去上沫，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升，覆取微似汗，不须啜粥。余如桂枝法将息及禁忌。据林亿等考证：本方当去麻黄。功能解肌发表，生津和营。主治太阳病，项背强几几，反汗出恶风者。

桂枝加厚朴杏子汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》） 桂枝（去皮）三两，甘草（炙）二两，生姜（切）三两、芍药三两，大枣（擘）十二枚，厚朴（炙，去皮）二两，杏仁（去皮尖）五十枚。上七味，以水七升，微火煮取三升，去滓，温服一升，覆取微似汗。功能解肌平喘，调和营卫。主治外感风寒，恶寒发热，头痛自汗，鼻塞气喘；或太阳病，下之后，微喘者。

桂枝加附子汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》） 桂枝（去皮）三两，芍药三两，甘草（炙）三两，生姜（切）三两，大枣（擘）十二枚，附子（炮，去皮，破八片）一枚。上六味，以水七升，煮取三升，去滓，温服一升。功能调和营卫，回阳固表。主治太阳病发汗太过，遂致汗出不止，恶风小便难，四肢微急，难以屈伸者。

桂枝加桂汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》） 桂枝（去皮）五两，芍药三两，生姜（切）三两，甘草（炙）二两，大枣（擘）十二枚。上五味，以水七升，煮取三升，去滓，温服一升。功能温阳祛寒，平冲降逆。主治太阳病，误用烧针发汗，使心阳虚，下焦寒气上冲，致发奔豚，气从少腹上冲心胸者。

阴旦汤（《备急千金要方》卷九） 芍药、甘草各二两、干姜、黄芩各三两，桂心四两，大枣十五枚。上六味，㕮咀，以水一斗，煮取五升，去滓，温服一升，日三夜再，覆令小汗。功能温阳解肌，发表除烦。主治伤寒肢节疼痛，内寒外热，虚烦者。

阳旦汤（《古今录验方》录自《外台秘要》卷二） 大枣（擘）十二枚，桂枝三两，芍药三两，生姜三两，甘草（炙）三两，黄芩二两。上六味，㕮咀，以泉水六升，煮取四升，分四次服，日三次。功能解肌发表，清热疏风。主治中风或伤寒，脉浮，发热往来，汗出恶风，颈项强，鼻鸣干呕者。

桂枝防风汤（《幼幼集成》卷二） 嫩桂枝一钱五分，杭白芍二钱，北防风一钱五分，炙甘草一钱。作一剂，加老生姜一钱，大红枣五枚，水煮热服。功能疏风解肌，调和营卫。主治小儿外感风寒，恶寒发热，面黄身重，或面白喘急，呵欠困顿，舌淡苔薄白，脉浮。

麻黄汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。为治疗太阳伤寒的代表方剂。方由麻黄（去节）三两，桂枝（去皮）二两，甘草（炙）一两，杏仁（去皮尖）七十个组成。上四味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，纳诸药，煮取二升半，去滓，温服八合，覆取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息。功能发汗散寒，宣肺平喘。主治太阳伤寒，恶寒发热，头痛身疼，无汗而喘，不渴，舌质淡，苔薄白，脉浮紧者。

本方所治证属外感风寒表实证，治宜发散风寒。方中麻黄辛温，发散风寒，宣肺平喘为君药；桂枝辛温解肌为臣，配麻黄相须为用，发汗解表，辛散风寒，诚如柯韵伯说："麻黄……为卫分驱风散寒第一品药，然必藉桂枝入心通血脉，出营中汗，而卫分之邪乃得尽去而不留"；杏仁苦泄降气，利肺止咳，合君药以宣降肺气，止咳平喘为佐药；炙甘草益气和中，甘缓润肺，祛痰止咳为使药，合麻黄、杏仁以止咳化痰，利气而平喘，协桂枝通阳达表，宣散风寒而解肌。故本方有宣肺发汗，散寒理气，止咳平喘的作用。宜于外感风寒表实证。现临床上亦用于治疗感冒、流行性感冒、支气管炎及支气管哮喘等病证，而见上述症状者。原书指出使用本方应注意："淋家"、"疮家"、"衄家"、"亡血家"，血虚而脉见"尺中迟"，误下而见"身重心悸"、"尺中脉微"等，虽有外感风寒之邪，亦属禁例。

麻黄加术汤（《金匮要略·痉湿暍病脉证治》） 麻黄（去节）三两，桂枝二两，甘草（炙）一两，白术四两，杏仁（去皮尖）七十个。上五味，以水九升，先煮麻黄减二升，去上沫，纳诸药，煮取二升半，去滓，温服八合，覆取微似汗。功能发汗解表，散寒除湿。主治外感寒湿，恶寒发热，身体烦疼，无汗不渴，舌苔白腻，脉浮紧者。

麻黄杏仁薏苡甘草汤（《金匮要略·痉湿暍病脉证治》） 又名麻杏苡甘汤。麻黄（去节，汤泡）半两，杏仁（去皮尖，炒）十个，薏苡仁半两，甘草（炙）一两。锉麻豆大，每服四钱，水一盏半，煎八分，去滓，温服，有微汗，避风。功能发汗解表，祛风化湿。主治汗出当风，或久伤取冷，风湿在表，见一身尽疼，发热，日晡所剧者。

葛根汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。为治太阳伤寒，经气不舒的代表方剂。方由葛根四两，麻黄（去节）三两，桂枝（去皮）二两，生姜（切）三两，甘草（炙）二两，芍药二两，大枣（擘）十二枚组成。上七味，以水一斗，先煮麻黄、葛根，减二升，去上沫，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升，覆取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息及禁忌。功能发汗散风寒，舒筋止痉，透疹治痢。主治外感

风寒表实，恶寒发热，头痛项背强几几，身痛无汗，腹微痛，或下利，或干呕，或微喘，舌淡苔白，脉浮紧者；或痉病，恶寒发热，头痛项强几几然，气上冲胸，口噤不得语，无汗而小便反少，不口渴，苔白，脉浮紧者；及麻疹、痢疾初起，见上述症状者。

本方所治证属风寒束表、津液不足所致，故治宜发汗解表，升津舒筋。方用葛根为君药，起津液而生阴气，濡润筋脉而舒其拘急；臣以麻黄、桂枝，疏风散寒，发汗解表，配君药则发汗解表，舒筋止痉；佐以芍药、甘草，生津养液，缓急止痛，配君药和营养血，舒筋止痉，并可解毒透疹止痢；更以生姜、大枣调和脾胃，鼓舞脾胃生发之气，使邪除而后天生化之源不乏，故用以为使药。若痉病，用此则津回筋荣而痉止；若麻疹初起，用此则营和毒解而疹透；若痢疾初起，用此则邪散阳升而痢止。现临床上亦用本方治疗感冒、流行性感冒、麻疹、痢疾以及关节痛等病证见上述症状者，均有一定疗效。

葛根加半夏汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》)　葛根四两，麻黄(去节)三两，甘草(炙)二两，芍药二两，桂枝(去皮)二两，生姜(切)二两，半夏(洗)半升，大枣(擘)十二枚。上八味，以水一斗，先煮葛根、麻黄，减二升，去白沫，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升，覆取微似汗。功能发汗解表，舒筋止呕。主治外感风寒，头痛，项背强直拘急，无汗，不口渴，呕逆，苔白，脉浮者。

栝蒌桂枝汤(《金匮要略·痉湿暍病脉证治》)　又名瓜蒌桂枝汤。栝蒌根二两，桂枝(去皮)三两，芍药三两，甘草(炙)二两，生姜(切)三两，大枣(擘)十二枚。上六味，以水九升，煮取三升，分温三服，取微汗，汗不出，食顷，啜热粥发之。功能解肌发表，生津舒筋。主治外感风寒，发热恶风，头痛汗出，身体强几几然，舌淡苔白，脉沉迟而有力者。

三拗汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。系从麻黄汤衍变而来。方由麻黄(不去根节)、杏仁(不去皮尖)、甘草(不炙)各等份组成。㕮咀为粗散，每服五钱，水一盏半，生姜五片，同煎至一盏，去滓，口服。以衣被盖覆睡，取微汗为度。功能宣肺发汗，止咳平喘。主治外感风寒，鼻塞声重，语言不出，或伤风受寒，头痛目眩，四肢拘急，咳嗽痰多，胸闷气促，无汗，口不渴，苔白，脉浮者。本方所治证属风寒束肺，肺气不宣，故治宜发散风寒，宣肺平喘。方用麻黄为君药，以宣肺平喘；臣以杏仁降气化痰止咳，两者合用，宣肺降气，散寒解表，且麻黄不去根节则发中有收，杏仁不去皮尖则散中有涩；佐以生甘草调和诸药，并协麻、杏止咳化痰，平喘利气；用生姜发表散寒而和胃气。故本方具有发表宣肺，化痰止咳平喘的作用。适用于风寒束肺，肺气郁闭之喘咳。现临床上亦用治感冒、流行性感冒、急慢性支气管炎、支气管哮喘等病证见上述症状者。而风热表证及气阴不足者，不宜使用。

九宝散(《苏沈良方》卷五)　大腹并皮、肉桂、甘草(炙)、干紫苏、杏仁(去皮尖)、桑根白皮各一两，麻黄(去根)、陈皮(炒)、干薄荷各三两。捣为粗末，每服十钱匕，用水一大盏，童便半盏，乌梅二个，生姜五片，同煎至一盏，滤去滓，食后临卧服。功能温宣肺气，化痰平喘。主治痰喘不能平卧，遇冷则甚者。

五拗汤(《证治准绳·幼科》集之九)　麻黄(不去根节)、杏仁(不去皮尖)、荆芥(不去梗)、桔梗(蜜水拌炒)各五钱，甘草二钱半。研末，每服二钱，水一盏，煎七分，不拘时温服。功能宣肺发表，止咳化痰。主治外感风湿或形寒饮冷，痰多咳逆连声者。

新加三拗汤(《重订通俗伤寒论》)　麻黄(带节)六分，荆芥穗二钱，苦桔梗一钱，金橘饼一枚，苦杏仁一钱半，苏薄荷一钱，生甘草五分，大蜜枣一枚。水煎二次，分二次服。功能疏风宣肺，理气平喘。主治外感风寒，头痛恶寒，发热咳嗽，鼻鸣而喘。

大青龙汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。为两解风寒表实证的代表方。方由麻黄(去节)六两，桂枝(去皮)二两，甘草(炙)二两，杏仁(去皮尖)四十枚，生姜(切)三两，大枣(擘)十枚，石膏(碎)如鸡子大组成。上七味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升，取微似汗。功能发汗解表，清热除烦。主治外感风寒，兼有里热，恶寒发热，身疼痛，无汗烦躁，口不渴，舌质淡苔薄白或微黄，脉浮紧或浮数者；亦治溢饮，见上述症状而兼咳喘面浮者。

本方所治证属外感风寒，内有郁热，表里俱实。治宜外散风寒，内清郁热。方以麻黄为君，宣肺发表；臣以桂枝解肌，石膏清热，前者合君药辛散风寒以发汗，后者清泄肺热而除烦躁；佐以杏仁，降气肃肺，止咳平喘；使以甘草、生姜、大枣调和营卫。故本方有发汗宣肺，解表散寒，泄热除烦的作用。若溢饮者，用本方发汗解表，则饮随汗解，而喘平肿退。由于本方具有外解风寒，内除烦热之功，使一汗表证解而烦躁除，是为桂枝汤、麻黄汤所不及。现临床上亦治感冒、流行性感冒及支气管哮喘等病因如上所述者。本方的发汗作用较强，若服后汗出而病不除者停后服。对外感风寒有汗恶风者，及气血虚者禁用。若误用过汗，则引起伤津耗气，甚至有亡阳脱液的危险，故原方后载："汗出多者，温粉扑之；一服汗者，停后服。若复服，汗多亡阳，遂虚，恶风烦躁，不得眠也。"又说："若脉微弱，汗出恶风者，不可服，服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也。"

桂枝二越婢一汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》)　桂枝(去皮)、芍药、麻黄、甘草(炙)各十八铢，大枣(擘)四枚，生姜(切)一两二铢，石膏(碎，绵裹)二十四铢。上

七味，以水五升，煮麻黄一二沸，去上沫，纳诸药，煮取二升，去滓，温服一升。功能发汗解表，兼清里热。主治太阳病发热恶寒，热多寒少，脉微弱，属外感风寒，内兼郁热之轻证。

小青龙汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。为外解风寒，内化寒饮的代表方剂。方由麻黄（去节）、芍药、细辛、干姜、甘草（炙）、桂枝（去皮）各三两，五味子半升，半夏（洗）半升组成。上八味，以水一斗，先煮麻黄减二升，去上沫，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升。功能解表散寒，温化寒饮。主治外感风寒，内停水饮，恶寒发热，无汗，不口渴，身体疼重，胸痞，浮肿，干呕，咳喘，苔白腻，脉浮或浮滑者；亦治溢饮而见上述症状者。

本方所治证属外感风寒，内停水饮，治宜解表散风寒，温中化寒饮。方用麻黄辛温宣肺散寒，桂枝辛温解肌通阳，共为君药，取其辛温宣通，疏散风寒；臣以细辛、干姜温中化饮，半夏燥湿化痰，合以温中逐寒，复阳暖脾，温化寒饮，止咳平喘，配君药以外解风寒而内化寒饮；佐以芍药敛阴和营，五味子敛津纳气平喘，而且取芍药之酸收，制麻、桂之辛散而调和营卫，五味子之敛津，制姜、辛、半夏之温燥而保肺津，则温散风寒水饮而不致伤津耗气，敛津和营而不致留邪；使以炙甘草甘缓和中益气，调协于辛温酸收之间，则平调阴阳，而邪除正复。故本方有解表散风寒，温中化寒饮，止咳平喘逆的作用。现临床上亦用本方治疗感冒、急慢性气管炎、支气管哮喘等病证属外感风寒，内停寒饮者。本方为治外寒内饮之剂，故凡风热咳喘及正气不足的虚喘等证不宜用。

小青龙加石膏汤（《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》） 麻黄、芍药、桂枝、细辛、干姜、甘草各三两，五味子、半夏各半升，石膏二两。上九味，以水一斗，先煮麻黄，去上沫，纳诸药，煮取三升。强人服一升，羸弱者减之，日三服，小儿服四合。功能解表散寒，化饮清热。主治外感风寒，内停水饮，饮郁化热，咳而上气，烦躁而喘，恶寒发热，苔白腻微黄，脉浮或微数者。

厚朴麻黄汤（《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》） 厚朴五两，麻黄四两，石膏如鸡子大，杏仁半升，半夏半升，干姜二两，细辛二两，小麦一升，五味子半升。上九味，以水一斗二升，先煮小麦熟，去滓，纳诸药，煮取三升，温服一升，日三服。功能宣肺降逆，化饮止咳。主治寒饮化热，饮邪上迫，咳嗽喘逆，胸满烦躁，咽喉不利，痰声漉漉，苔白滑，脉浮者。

消风百解散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由荆芥、白芷、麻黄（去节）、苍术、陈皮（洗，去白）各四两，甘草（炙）二两组成。研细末，每二大钱，用水一大盏，姜三片，乌梅一个，同煎七分，不拘时温服，或茶酒调下。欲发散风邪，入连须葱白三寸同煎。功能辛散风寒，化痰止咳。主治四时伤寒，壮热恶寒，头疼项强，身体烦疼，四肢倦怠，及寒壅咳嗽，动则气喘，鼻塞声重，痰涎壅盛，气急满闷，舌淡苔白腻，脉浮者。本方所治证属外感风寒，肺失宣降所致，治宜辛温发表，化痰止咳。方用荆芥、麻黄为君药，辛温疏泄，宣散风寒；臣以白芷、苍术、陈皮辛燥芳香，理气化痰祛湿，配合君药以温散风寒，宣肺理脾，畅中化痰，止咳平喘；更以甘草甘缓和中，生姜、葱白辛散化湿，通畅祛邪，少量乌梅敛津肃肺，共为佐使药，配前药一以制辛燥不致伤津，一以助阳透邪，解表疏化。故本方有辛温发散风寒，理气畅中，化痰肃肺，止咳平喘的作用。临床上用于治疗风寒痰喘之证。现临床上亦用于感冒、流行性感冒，及支气管哮喘等病证见上述症状者。本方为辛燥之剂，若风热蕴肺及阴虚津亏等引起的咳喘者不宜用。

苏羌达表汤

本方出自《重订通俗伤寒论》。方由苏叶钱半至三钱，羌活一钱至钱半，防风一钱至钱半，白芷一钱至钱半，广橘红八分至钱半，光杏仁二钱至三钱，浙苓皮二钱至三钱，鲜生姜八分至一钱组成。水煎服。功能疏风散寒，化湿解表。主治外感风寒夹湿，恶寒发热，骨节酸楚，头痛身重，舌淡苔白腻，脉浮。本方所治证属外感风寒夹湿所致，治宜解表疏风，祛寒化湿。方用紫苏叶为君药，疏散风寒，宣肺和中；臣以羌活、防风、白芷等祛风胜湿，合君药以解表透泄；佐以橘红、杏仁理气化痰；使以鲜生姜、茯苓皮温中化湿，和胃泄浊，共成疏风散寒，祛湿理气，化痰泄浊，和胃止咳之剂，用以治疗感冒夹湿者。现临床上亦用本方治感冒、流行性感冒等病证见上述症状者。若外感风寒无湿，或外感风热夹湿者均非本方所宜。

香苏散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由香附子（炒香，去毛）、紫苏叶各四两，甘草（炙）一两，陈皮（不去白）二两组成。为粗末，每服三钱，水一盏，煎七分，去滓热服，不拘时候，日三服；若作细末，只服二钱，入盐点服。现用法为饮片，水煎服。功能解表散寒，理气和中。主治外感风寒，内兼气滞，形寒身热，头痛无汗，胸脘痞闷，不思饮食，舌淡苔薄白，脉浮者。本方所治证属外感风寒，内兼气滞，治宜解表散寒，理气畅中。方用紫苏叶为君药，辛温透达，芬芳宣泄，以疏散风寒，理气畅中；臣以香附子理气解郁，陈皮理气和中，调畅气机；佐以甘草甘缓和中，使邪除而胃气得和。故本方能解表散寒，理气畅中，用以治疗外感风寒而兼肝胃气滞者。现临床上亦用于胃肠型感冒、急慢性胃炎等病证见上述症状者。若风

热感冒,以及气虚阳衰者不宜用。

香苏散(《世医得效方》卷一) 香附子五两(炒,去毛),紫苏二两半(去根),陈皮二两,甘草二两,苍术二两(切片,米泔水浸炒黄)。锉散,每服四钱,水盏半,加生姜三片,葱白二根煎。不拘时候,得汗为妙。功能解表散寒,燥湿和中。主治伤风伤寒,伤湿伤食。

香苏葱豉汤(《校勘通俗伤寒论》卷二) 制香附钱半至二钱,新会皮钱半至二钱,紫苏钱半至三钱,清炙草六分至八分,淡香豉三至四钱,鲜葱白二至三枚。水煎服。功能辛温发表,通阳理气。主治外感风寒,兼有气郁,恶寒发热,头痛骨节酸楚,无汗,不口渴,胸闷不舒,饮食减少,舌淡苔白,脉浮,及妊娠感冒兼有郁滞者。

九味羌活汤

本方出自《洁古家珍·伤寒论》,但书中有方名而无内容。具体处方见于《此事难知》卷上。又名羌活冲和汤。王旭高谓此方为"解表之通剂"。方由羌活、防风、苍术、细辛、川芎、香白芷、生地黄、黄芩、甘草组成。上药㕮咀,水煎服。功能发汗解表,疏风化湿,清热散邪。主治外感风寒湿邪,恶寒发热,无汗头痛,肢体骨节酸疼,口苦微渴,苔白,脉浮者。本方所治证属外感风寒湿邪,兼有内热,治宜解表发汗,清热化湿。方以羌活为君药,散风胜湿;臣以防风、苍术疏风燥湿,散寒止痛,细辛、白芷散寒止痛,川芎活血行气;佐以生地黄、黄芩清热生津,泻火止渴,且制诸辛散温燥之品,防其伤津化火;使以甘草甘缓和中,调和诸药。故本方具有疏风化湿,解表清热,宣痹止痛的作用。现临床上亦用以治疗感冒、流行性感冒、风湿性关节炎等属风寒湿邪在表者。若属风热表证及气阴不足者不宜用。原书加减法:"中风行经者加附子;中风秘涩者加大黄;中风并之气合而成痹等证,各随十二经上下内外寒热温凉四时六气加减补泻用之,炼蜜作丸尤妙。"

防风冲和汤(《杂病源流犀烛》卷十二) 又名加减冲和汤。防风、羌活各钱半,白术、川芎、白芷、生地、黄芩各一钱,细辛、甘草各五分,姜三片,葱白三个。水煎服。功能解表发汗。主治春夏秋感冒风寒,头痛身热,自汗恶寒,脉浮缓者。

香薷散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。又名香薷饮、三物香薷饮。方由香薷(去土)一斤,白扁豆(微炒)、厚朴(去粗皮,姜汁炙熟)各半斤组成。为粗末,每服三钱,水一盏,入酒一分,煎七分,去滓,水中浸冷,连进服二剂,不拘时。功能解表祛暑,和中化湿。主治暑月乘凉饮冷,外感于寒,内伤于湿,恶寒发热,头痛头重,无汗,胸闷不舒,或四肢倦怠,腹痛吐泻,口不渴,舌淡苔白腻,脉浮濡者。本方所治证属暑月外感风寒暑湿,治宜祛暑解表,和中化湿。方中香薷为君药,发表散寒,祛暑化湿;配以厚朴为臣药,化湿行滞,宽中理气;佐以白扁豆健脾和中,消暑化湿;且加酒煎,以温通经脉,活血通阳,使药力通行全身,则邪除而正复。故本方有解表透邪,散寒祛暑,化湿泄浊,畅中理脾的作用,用以治疗夏日感寒吐利者。现临床上亦用于急性胃肠炎见上述症状者。本方性偏辛燥,故对表虚自汗,或气阴不足,及烦热燥渴等病证不宜用。

香薷散(《类证活人书》卷十八) 又名黄连香薷饮。香薷穗一两半,黄连二两(二味入生姜四两,同杵炒令紫色用),厚朴(去皮)二两(一方有扁豆)。捣为粗末,每服三钱,水一盏,酒半盏,慢火煎至七分,去滓,用新汲水频频浸换,令极冷顿服,药冷则效速。功能解表散邪,祛暑除烦。主治饮食不节,外感风冷,脾胃升降失常致成霍乱吐利者。兼治非时吐利霍乱,腹中撮痛,大渴烦躁,四肢逆冷,冷汗自汗,两脚转筋,疼痛不可忍。

十味香薷饮(《百一选方》卷七) 香薷叶一两,人参(去芦)、陈皮(温汤浸少时,去白)、白术、茯苓、黄芪(去芦)、厚朴(去粗皮,锉碎,生姜自然汁拌和,炒至黑色)、干木瓜、白扁豆(炒,去壳)、甘草(炙)各半两。上为粗末,每服三钱,水一盏,枣一枚,同煎至七分,去滓,不拘时候服。功能消暑健脾,开胃和中。主治脾胃不和,乘冒暑气,心腹膨闷,饮食无味,呕哕恶心,力乏体倦。

四味香薷饮(《医方集解》) 又名清暑益元散。香薷一两,厚朴(姜汁炒)、扁豆(炒)各五钱,黄连(姜汁炒)三钱。水煎,冷服。功能祛暑清热,化湿和中。主治暑热挟湿,皮肤蒸热,头痛头重,自汗肢倦,或烦渴,或吐泻。

五物香薷饮(《医方集解》) 香薷、厚朴、扁豆、茯苓、甘草。水煎,冷服。功能祛暑解表,和中渗湿。主治夏月外感于寒,内伤于湿,寒热无汗,胸闷吐泻,小便短少者。

六味香薷饮(《医方集解》) 香薷、厚朴、扁豆、茯苓、甘草、木瓜。水煎,冷服。功能、主治同五物香薷饮,兼有两腿转筋者。

消暑十全散(《张氏医通》卷十三) 香薷二钱,白扁豆(炒)、厚朴(姜制)、陈皮、甘草(炙)、白术、茯苓、木瓜、藿香、苏叶各一钱。水煎,不拘时服,取微汗。功能祛暑解表,化湿和中。主治伤暑兼感风邪,发热头痛,恶心呕吐者。

新加香薷饮(《温病条辨》卷一) 香薷二钱,银花三钱,鲜扁豆花三钱,厚朴二钱,连翘二钱。水五杯,煮取二杯,先服一杯,得汗止后服,不汗再服。服尽不汗,再作服。功能祛暑解表,清热化湿。主治暑热,恶寒发热,无汗,心烦面赤,口渴,苔白,脉右洪大左反小者。

葱豉汤

本方出自《肘后备急方》卷二。方由葱白一虎口,豉一升组成。以水三升,煮取一升,顿服取汗。功能通阳发

汗。主治外感风寒，恶寒发热，头痛无汗，鼻塞流涕，口不渴，舌淡苔白，脉浮大者。本方所治证属外感风寒，治宜辛温宣散，解表发汗。方用葱白为君药，通阳辛透发表；臣以豆豉解肌散邪，两药相合，则辛温透达，解肌通阳，发汗解表。诚如费伯雄指出："淡豉、葱白即葱豉，乃《肘后》之良方，用代麻黄，通治伤寒于表，表邪得解，即有伏气，亦可随解。"原方加减法："服本方后不汗，复更作，加葛根二两，升麻三两，五升水，煎取二升，分再服，必得汗；若不汗，更加麻黄二两，又用葱汤研米二合，水一升，煮之，少时下盐豉，后内葱白四物，令火煎取三升，分服取汗也。"本方属于辛温发散之剂，若风热感冒则不宜单独使用。

葱豉汤(《类证活人书》卷十八) 豆豉二大合，葱白十五茎，麻黄(去节)四分，干葛八分。以水三升，先煎麻黄六七沸，掠去白沫，干葛煎二十余沸，下豉煎取八大合，去滓，分二次服。功能发汗解表。主治外感风寒，头项腰背痛，恶寒发热，无汗，口不渴，苔白，脉浮紧者。《外台秘要》引崔氏方之麻黄汤，与本方药物组成相同，但用量不同。

防风汤

本方出自《宣明论方》卷二。方由防风、甘草、当归、赤茯苓(去皮)、杏仁(去皮，炒熟)、官桂各一两，黄芩、秦艽、葛根各三钱，麻黄(去节)半两组成。为末，每服五钱，酒水合二盏，枣三枚，生姜五片，煎至一盏，去滓温服。功能疏风活络，宣痹止痛。主治外感风湿，恶寒发热，遍体骨节疼痛，游走不定，舌淡苔白，脉浮。本方所治证属风胜之行痹，治宜疏风化湿，通痹止痛。方用防风、官桂为君药，疏风散寒，舒筋活络，宣通痹塞；麻黄开宣透邪，葛根解肌通阳，配君药以宣透通阳，疏风化湿，通络止痛，秦艽、赤茯苓以祛风渗湿，合君药以通痹化湿，疏风止痛为臣药；当归养血活血以柔筋，杏仁宣开肺气以助君臣诸药散邪化湿；甘草、黄芩和中泻火为佐药；生姜、大枣调和脾胃，鼓舞脾胃升发之气，用酒者，以温通经脉，引药力通达全身经脉，有利于活血通络，疏风散邪，宣痹止痛，故为之使药。本方适用于风湿痹痛风邪偏胜，关节疼痛，游走不定者。现临床上亦用本方治疗风湿性关节炎、类风湿性关节炎见上述症状者。若热痹及营血不足者非本方所宜。

紫苏散

本方出自《普济本事方》卷三。由华盖散加减而成。方由紫苏叶、桑白皮(洗净，蜜涂炙黄)、青皮(去白)、五味子(拣)、杏仁(去皮尖，炒)、麻黄(去节)、甘草(炙)各等份组成。为细末，每服二钱，水一盏，煎至七分，温服。功能宣肺散寒，化痰止咳。主治外感风寒束肺，咳嗽痰多，头痛，恶寒发热，口不渴，舌淡苔白，脉浮。本方所治证属风寒束肺，肺气不宣，治宜宣肺散寒，止咳化痰。方中紫苏叶、麻黄为君药，辛温宣透，发散风寒；臣以杏仁、桑白皮，取其宣肺化痰而止咳，青皮利气宽中，配合君药以解表宣肺，化痰止咳，理气平喘；佐以五味子、甘草酸甘化阴，敛肺生津，止咳平喘，且制辛温之品以防伤津，亦发中有收，敛中有宣，使邪除而不伤正气。故本方有解表散风寒，宣肺理气，化痰止咳平喘的作用，适用于风寒束肺，痰多咳喘者。现临床上亦用于感冒、流行性感冒、急慢性支气管炎、支气管哮喘、老年性肺气肿等病证如上所述者。若风热咳喘，或气阴亏虚者不宜用。

桑菊饮

本方出自《温病条辨》卷一。为治疗风温侵袭肺卫的代表方剂之一。方由桑叶二钱五分，菊花一钱，薄荷八分，杏仁二钱，苦梗二钱，连翘一钱五分，甘草八分，苇根二钱组成。水二杯，煮取一杯，日二服。功能辛凉疏泄，宣肺止咳。主治风温初起，但咳，身热不甚，口微渴，苔薄白，脉浮微数者。本方所治证属风温初起，邪在肺卫。盖肺为清虚之脏，微苦则降，辛凉则平，故用本方辛凉微苦，疏风清热，宣肺止咳。方用桑叶、菊花辛凉清透，疏风清热，解肌透邪为君；薄荷辛散风热，杏仁、桔梗宣降肺气，止咳化痰为臣；连翘清心泄热，芦根清热生津止渴为佐；甘草生用清热解毒，甘缓和中，合桔梗以清利咽喉为使。临床常用以治疗风热蕴肺的外感咳嗽。现亦用于感冒、流行性感冒属风热在表之证者，以及急性支气管炎、麻疹初起等疾病，见上述症状者。原方加减法："二三日不解，气粗似喘，燥在气分者，加石膏、知母；舌绛，暮热甚燥，邪初入营，加元参二钱，犀角一钱；在血分者，去薄荷、苇根，加麦冬、细生地、玉竹、丹皮各二钱；肺热甚，加黄芩；渴者加花粉。"本方为治外感风热者，若外感风寒证，或热甚伤津阴亏等证者，均不宜用。

辛凉解毒汤(《实用中国小儿科学》) 霜桑叶、薄荷叶、蝉衣、熟牛蒡子、金银花、连翘、苦杏仁、桔梗、淡竹叶、灯芯。水煎服。功能辛凉透泄，清热解毒。主治麻疹经发表后，皮疹外透而邪热未除者。原方加减法："如疹透而热不盛，仍须发表，可加粉葛根、荆芥等药；如发疹困难，宜促使外透，再加西河柳；如发疹困难，而疹色赤紫滞黯，隐伏不显，可加紫草、红花、大青叶等；如发疹困难，而现气息喘促，烦躁不安，可去桑叶、金银花、蝉衣，加净麻黄、石膏和甘草等。"

银翘散

本方出自《温病条辨》卷一。作或蜜丸，名银翘解毒丸；作成片剂，名银翘解毒片。为治疗风热侵袭肺卫的代表方剂。方由银花一两，连翘一两，荆芥穗四钱，淡豆豉五钱，苦桔梗六钱，薄荷六钱，牛蒡子六钱，生甘草五钱，

竹叶四钱组成。共杵为散,每服六钱,鲜苇根汤煎,香气大出,即取服,勿过煮。肺药轻清,过煮则味厚而入中焦。病重者约二时一服,日三服,夜一服。轻者三时一服,日二服,夜一服。病不解者,作再服。盖肺位最高,药过重则过病所,少用又有病重药轻之患,故从普济消毒饮时时清扬法。现用法为作汤剂,加芦根水煎服。功能辛凉透表,清热解毒。主治温病初起,发热无汗,或有汗不畅,微恶寒,头痛口渴,咳嗽咽痛,舌尖红,苔薄白或薄黄,脉浮数者。

本方所治证属温病初起,风热之邪在表,治宜辛凉解表,清热解毒。方中金银花、连翘辛凉轻宣,透泄散邪,清热解毒为君药;配以薄荷、牛蒡子辛凉散风清热,荆芥穗、淡豆豉辛散透表,解肌散风,共为臣药;桔梗、甘草清热解毒,而利咽喉为佐药;以竹叶、芦根清热除烦,生津止渴为使药。诸药相合,共成辛凉解肌,宣散风热,除烦利咽的作用。临床上常用以治疗温病初起,邪在卫表,热毒较盛者。现亦用于感冒、流行性感冒、麻疹、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等病证,见上述症状者。原方加减法:"胸膈闷者,加藿香三钱,郁金三钱,护膻中;渴甚者,加花粉;项肿咽痛者,加马勃、元参;衄者,去芥穗、豆豉,加白茅根三钱,侧柏炭三钱,栀子炭三钱;咳者,加杏仁利肺气;二三日病犹在肺,热渐入里,加细生地、麦冬保津液;再不解或小便短者,加知母、黄芩、栀子之苦寒,与麦地之甘寒合化阴气而治热淫所胜。"本方为辛凉之剂,用治风热之邪侵于肺卫者。凡外感风寒证,或气阴亏虚者,均不宜用。

加减银翘散(《温病条辨》卷一)　连翘十分,银花八分,元参五分,麦冬(不去心)五分,犀角五分,竹叶三分。共为粗末,每服五钱,煎成去滓,点荷叶汁二三茶匙,日三服。功能清热和营,养阴解毒。主治心疟,热多昏狂,谵语烦渴,舌赤中黄,脉弱而数者。

牛蒡解肌汤(《疡科心得集》)　牛蒡子、薄荷、荆芥、连翘、山栀、丹皮、石斛、元参、夏枯草。水煎服。功能散风清热,解肌透邪。主治头面风热,或颈项痰毒,风热牙痛等。

辛平透疹汤(《实用中国小儿科学》)　粉葛根、荆芥、薄荷叶、前胡、桔梗、苦杏仁、牛蒡子、连翘壳、灯芯。水煎服。功能发表透疹,清热解毒。主治外感风邪蕴肺,发热恶寒,咳嗽流涕,眼泪汪汪,疹点隐而不透者。原书加减法:"如气候寒冷,往来潮热,表闭无汗,可加淡豆豉、葱头,或加升麻、防风;如面红唇赤,心烦焦啼,热势过盛,可加黄芩和栀皮;如咽喉赤痛,可加板蓝根和金银花;如呕吐泛恶,可加竹茹、山楂、神曲和枳壳;如呃逆,可加枇杷叶和竹茹;如唇焦口渴,可加天花粉、元参和石斛;如鼻衄,可加丹皮和赤芍;如大便闭结,可加瓜蒌泥、麻仁泥,不应再配用清宁丸、大黄和元明粉之类;如水泻,可加猪苓和泽泻;如尿短赤涩,可去灯芯,加木通和车前。"

感冒清热冲剂

本方见于《中华人民共和国药典》(一部)。方由荆芥穗、苦地丁各200克,薄荷、紫苏叶、桔梗、白芷各60克,防风、柴胡、葛根各100克,苦杏仁80克,芦根160克组成。上十一味,取荆芥穗、薄荷、紫苏叶提取挥发油,蒸馏后的水溶液另器收集;药渣与其余八味,加水煎煮2次,合并煎液,滤过,滤液与上述水溶液合并,浓缩制成清膏;取清膏1份,蔗糖3份,糊精1份及适量的乙醇制成颗粒,加入上述挥发油,混匀即得。每服12克,日2次,开水冲服。功能解表清热。主治感冒头痛,发热恶寒,周身酸痛,鼻流清涕,咳嗽咽干等症。

本方所治证属外感风邪、内有蕴热所致,故治宜解表清热之法。方中荆芥穗、防风散风解表,为君药;紫苏叶、白芷助君药散风解表,柴胡、葛根、薄荷助君药解肌退热,共为臣药;芦根清热生津止渴,桔梗、苦杏仁化痰止咳利咽,地丁清解里热,共为佐使药。诸药合用,而具疏风解表,兼清里热的功效。临床用于一般感冒发热,兼咳嗽口渴者。

感冒退热冲剂(《中华人民共和国药典》一部)　大青叶、板蓝根各200克,连翘、拳参各100克。上四味,加水煎煮2次,合并煎液,滤过,滤液浓缩后,加等量的乙醇使沉淀,取上清液浓缩,加1倍量的水,搅拌后静置,再取上清液浓缩,制成清膏;取清膏1份,加蔗糖3份,糊精1.25份,制成颗粒,干燥即得。功能清热解毒。主治风热感冒,上呼吸道感染,急性扁桃体炎,咽喉炎。

麻黄杏仁甘草石膏汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。又名麻杏甘石汤。为治疗风热壅肺咳喘的代表方剂。方由麻黄(去节)四两,石膏(碎,绵裹)半斤,杏仁(去皮尖)五十个,甘草(炙)二两组成。上四味,以水七升,煮麻黄减二升,去上沫,纳诸药,煮取二升,去滓,温服一升。功能辛凉宣泄,清肺平喘。主治外感风寒,郁而化热,或感受风热,身热不解,有汗或无汗,咳逆气急,甚或鼻煽,口渴,舌苔薄白或薄黄,脉浮滑而数者。

本方所治证属风寒化热或风热壅肺而致,治宜辛凉宣泄,清肺平喘。方用麻黄辛温,宣肺平喘,石膏辛寒,清泄肺热,且辛寒倍于辛温,两药相合,则宣肺泄热为君药;杏仁苦温降利肺气,止咳化痰,配麻黄以宣降肺气,止咳平喘,诚如尤在泾所说:"盖肺中之邪,非麻黄、杏仁不能发,而寒郁之热,非石膏不能除"(《伤寒贯珠集·太阳斡旋法》);更以甘草甘平为使,调协于辛温、寒凉之间,使之辛凉宣泄而肃肺,则咳止喘平矣。因此,本方具有解表清热,止咳平喘的作用。故临床上常用以治疗风热壅肺咳喘者。现临床上亦用于感冒、麻疹、肺炎及支气管哮喘等

见有上述症状者。凡风寒束肺及气阴虚损等喘咳病证者均不宜用。

麻黄杏仁汤(《症因脉治》卷二) 麻黄、杏仁、桔梗、甘草。水煎服。功能散寒宣肺,止咳平喘。主治伤寒咳嗽,头痛身痛,恶寒发热,无汗喘咳,脉浮紧者。原书加减法:"如肺热,加石膏;头痛身痛,加羌活、防风。"

五虎汤(《幼科发挥》卷四) 麻黄七分,杏仁一钱,甘草四分,腊茶八分,石膏一钱五分(《古今医鉴》多桑白皮、生姜、葱白)。水煎服。功能清宣肺气,止咳平喘。主治小儿风寒外客,寒化为热,壅于肺经,咳嗽气喘者。

越婢汤

本方出自《金匮要略·水气病脉证并治》。是麻黄杏仁甘草石膏汤的衍化方剂,为治疗风水挟热水肿的代表方剂。方由麻黄六两,石膏半斤,生姜三两,甘草二两,大枣十五枚组成。上五味,以水六升,先煮麻黄,去上沫,纳诸药,煮取三升,分温三服。功能宣肺泄热,散水消肿。主治风水恶风,一身悉肿,脉浮不渴,续自汗出,无大热者。本方所治证属风水挟热,风水相搏,虽汗出而表证不解,外无大热,内有郁热,故治宜发越阳气,散水清热。方用麻黄、生姜宣散水湿;石膏清泄肺热;甘草、大枣甘缓和中以养脾,使脾土旺盛以制水消肿。诸药合用,可使风水得散,郁热得清,病证自愈。现临床上亦用于急慢性肾炎而见上述症状者。若寒湿水肿,及气阴亏虚者不宜用。原方加减法:"恶风者,加附子一枚,炮;风水加术四两。"

越婢加术汤(《金匮要略·水气病脉证并治》) 麻黄六两,石膏半斤,甘草二两,白术四两,生姜三两,大枣十五枚。上六味,以水六升,先煮麻黄,去上沫,纳诸药,煮取三升,分温三服。恶风加附子一枚(炮)。功能疏风泄热,发汗行水。主治皮水,一身面目黄肿,发热恶风,小便不利,苔白,脉沉者。

越婢加半夏汤(《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》) 麻黄六两,石膏半斤,生姜三两,大枣十五枚,甘草二两,半夏半升。上六味,以水六升,先煮麻黄,去上沫,纳诸药,煮取三升,分温三服。功能宣肺泄热,降逆平喘。主治饮热郁肺,咳嗽上气,胸满气喘,目如脱状,脉浮大者。

防风通圣散

本方出自《宣明论方》卷三。方由防风、川芎、当归、芍药、大黄、薄荷叶、麻黄、连翘、芒硝各半两,石膏、黄芩、桔梗各一两,滑石三两,甘草二两,荆芥、白术、栀子各一分组成。为末,每服二钱,水一大盏,生姜三片,煎至六分,温服,涎嗽加半夏(姜制)半两。功能疏风解表,清热通便。主治外感风邪,内有蕴热,表里皆实。症见憎寒壮热,头目昏眩,目赤眼痛,口苦口干,咽喉不利,胸膈痞闷,咳呕喘满,涕唾稠粘,大便秘结,小便赤涩,及疮疡肿毒,肠风痔漏,惊狂谵语,手足瘛疭,丹斑隐疹,苔腻微黄,脉数者。

本方所治证属风热壅盛,表里俱实,治宜解表祛邪,清热通便。方中用防风、荆芥、麻黄、薄荷辛透疏风,发表宣肺,使邪随汗解;配以石膏、桔梗、连翘、黄芩清热肃肺,泻火解毒,合前药以解表清热,疏风凉血;更以大黄、芒硝攻下泻热,以通腑气;栀子、滑石利水泻火,通利三焦,合以通泄二便,泄热排毒,协前药则宣上泄下;益以当归、川芎、芍药养血和营,白术、甘草健脾和中,调协气血,使驱邪而不伤正,扶正而不留邪。故本方具有解表疏风,通便泻火,清热解毒,调和气血的作用。本方实为汗、下、清三法并用,上下分消,表里同治之剂。正如王旭高所说:"此为表里气血三焦通治之剂,汗不伤表,下不伤里,名曰通圣,极言其用之神耳。"故可用于风热壅盛,表里俱实之证。现临床上亦用于感冒、流行性感冒、荨麻疹、湿疹等病证见上述症状者。若气阴不足、正气虚乏者及孕妇忌用。

双解散(《宣明论方》卷六) 防风通圣散七两,益元散(滑石六两,甘草一两,朱砂三钱)七两。两药一处相和,搅匀,每服三钱,水一盏半,入葱白五寸,盐豉五十粒,生姜三片,煎至一盏温服。功能疏风解表,通便泻热。主治风寒暑湿,饥饱劳役,内外诸邪所致恶寒发热,或小儿疮疹,疹出不快,有汗或无汗,大便干结,小便短赤,苔腻而黄,脉数者。

双解通圣散(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五) 防风、荆芥、当归、白芍(酒炒)、连翘(去心)、白术(土炒)、川芎、薄荷、麻黄、栀子各五钱,黄芩、石膏(煅)、桔梗各一两,生甘草二两,滑石三两。共研粗末,每服五钱,水一钟半,煎八分,澄渣温服。功能疏风清热。主治阳明胃经风火凝结而致的唇风,症见口唇初起发痒红肿,日久破裂流水,疼如火燎,又似无皮,如风盛则口唇不时瞤动。

双解散(《疡医大全》卷三十三) 防风、川芎、当归、白芍、大黄、薄荷叶、连翘各五分,石膏、桔梗、黄芩各八分,桂枝、荆芥穗各二分,滑石二钱四分,甘草一钱。姜引,水煎服。功能解表托毒,泄热通便。主治风热壅遏,痘疮初起,透而不显,恶寒发热,大便秘结,小便短赤,舌红苔腻微黄,脉数实者。

柴葛解肌汤

本方出自《伤寒六书·杀车捶法》卷三。又名干葛解肌汤。方由柴胡、干葛、甘草、黄芩、芍药、羌活、白芷、桔梗、石膏组成。水二钟,加姜三片、枣二枚煎,热服。功能辛凉宣泄,清热解肌。主治感冒风寒,郁而化热。症见恶寒发热,寒轻热甚,头痛肢酸,目痛鼻干,眼眶疼痛,心烦不眠,舌苔薄黄,脉洪数者。本方所治证属外感风寒,郁而化热,治宜辛凉解肌,疏风清热。方用柴胡、葛根辛凉

透泄，解肌发表为君；黄芩、石膏清热除烦，羌活、白芷疏风化湿，发散表邪，宣痹止痛，用为臣，配君药以辛透宣散，解肌发表、清热止痛；桔梗、甘草清热解毒，宣肺利咽，芍药和营泄热为佐；生姜、大枣解表和营卫，并可鼓舞脾胃生发之气为使。故本方有辛透风热，解肌发表的作用，用于风热外感不解者。现临床上亦用于感冒、流行性感冒等病证见上述症状者。原书加减法："本证无汗恶寒甚者，去黄芩加麻黄，冬日宜加春宜少，夏秋去之加苏叶。"本方治风热表证或风寒蕴热肌表不解者，而风寒表证及正气虚弱者不宜用。

柴葛解肌汤(《医学心悟》卷二) 柴胡一钱二分，葛根一钱五分，赤芍一钱，甘草五分，黄芩一钱五分，知母一钱，贝母一钱，生地二钱，丹皮一钱五分。水煎服。功能清热解肌发表。主治外感温邪，内有郁热，发热头痛，不恶寒而口渴者。原书加减法："心烦加淡竹叶，谵语加石膏。"

升麻葛根汤

本方出自《阎氏小儿方论》。由葛根汤加减衍变而来。方由干葛(细锉)、升麻、芍药、甘草(锉，炙)各等份组成。为粗末，每服四钱，水一盏半，煎至一盏，温服不拘时。功能辛凉解肌，清热透疹。主治麻疹未发，或发而未透，发热恶风，头痛，肢体痛，咳嗽，喷嚏，目赤流泪，口渴，舌红苔干，脉浮数者。本方所治证属麻疹初起，发而不透，治宜辛凉透疹，清热解肌。方用升麻、葛根辛凉透泄，清热解毒为君；芍药、甘草酸甘化阴，和营凉血为臣，配合君药解肌宣透，发疹而清营凉血，解疫毒以资汗源，使疹随汗透。故本方有清热解毒，凉血透疹，解肌发表的作用。临床上用以治疗麻疹初起，发而不透者。若麻疹已透，邪热已退者不宜用。

竹叶柳蒡汤

本方出自《先醒斋医学广笔记》卷三。方由蝉蜕一钱，鼠粘子(炒，研)一钱五分，荆芥穗一钱，玄参二钱，甘草一钱，麦门冬(去心)三钱，干葛一钱五分，薄荷叶一钱、知母(蜜炙)一钱，西河柳五钱，竹叶三十片组成。甚者加石膏五钱，冬米(即粳米)一撮，水煎服。功能透疹解毒，清胃宣肺。主治外感疫毒，痧疹透发不出，咳嗽喘急，烦闷躁乱，咽喉肿痛，苔薄黄，脉数者。本方所治证属疫毒内炽，痧疹透发不出，治宜清胃宣肺，透疹解毒。方用西河柳、牛蒡子、竹叶为君，辛凉宣透，清热开泄，解肌发表；蝉蜕、薄荷叶、葛根、荆芥穗为臣，辛透泄热，解表祛风，配合君药以疏风清热，解肌发表，透疹解毒；知母、玄参、麦冬为佐，清热解毒，滋阴凉营；使以甘草清热解毒，调和诸药。配合成方，可以解肌透疹，故以治痧疹不透者。现临床上亦用于麻疹、肺炎等病证见上述症状者。若疹点已透，身热已退及阴虚气弱者不宜用。

化毒汤(《证治准绳·幼科》集之四) 紫草茸、升麻、甘草、蝉蜕、地骨皮、黄芩(酒炒)、木通各等份。水煎服。功能清热透邪，凉血化毒。主治痘已出而热毒未解者。

升麻解毒汤(《证治准绳·幼科》集之六) 升麻、干葛、前胡、荆芥穗、人参、柴胡、牛蒡子、桔梗、防风、羌活、赤芍药、淡竹叶、连翘、甘草。水煎服。功能疏风托毒，解肌透疹。主治麻疹初起，恶寒发热，疹点未透者。

葛根解肌汤(《麻科活人书》卷二) 葛根、前胡、荆芥穗、牛蒡子、连翘(去子)、蝉蜕各八分，木通七分，赤芍、甘草、桑白皮(蜜蒸)、贝母(去心，姜汁蒸)、灯芯。水煎服。功能辛凉宣泄，解肌透疹。主治麻疹初起，发热咳嗽，或乍冷热，麻疹发而不透者。

消毒散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷十。又名消毒饮。方由牛蒡子(爁)六两，荆芥穗一两，甘草(炙)二两组成。为粗末，每服一钱，用水一盏，煎七分，去滓，食后温服。功能疏风清热，发表透疹。主治小儿疮疹已去，未能匀透，或毒气壅遏，虽出不快，壮热狂躁，咽膈壅塞，睡卧不安，大便秘涩，及上膈壅热，咽喉肿痛，胸膈不利等。本方所治证属疮疹出而不透，壮热烦躁，治宜疏风清热发表。方用牛蒡子疏风散热，透疹解毒为君；荆芥穗解肌透疹为臣，君臣相合，则辛凉透泄，解肌发表；甘草和中以解毒为佐。故本方有解肌散风，清热透疹的作用。用以治疗小儿疮疹透而不匀者。现临床上亦用于麻疹见有上述症状者。若疮疹已透，身热已解，及正气亏虚者不宜用。

牛蒡汤(《证治准绳·幼科》集之二) 牛蒡子(略炒，研碎)二两，荆芥(去根梗)四两，薄荷(去老梗)、防风(去芦)各一两，甘草一两一钱半，大黄一两半。上药㕮咀，每服二钱，水一盏，煎七分，不拘时温服。功能疏风清热，宣肺解毒。主治伤风发热，烦躁鼻塞，气喘痰嗽惊啼，及诸疮赤紫丹毒，咽喉肿痛。

消毒散(《疡医大全》卷三十五) 金银花、连翘、白蒺藜、荆芥、白芷、牛蒡子、防风、白鲜皮、赤芍药、甘草。水煎服。功能疏风清热，解毒止痒。主治遍体痒疥。原书加减法："日久不愈，加何首乌；干燥加当归；有热加黄芩；下部加黄柏；小便涩加木通。"

凉解汤

本方出自《医学衷中参西录》。方由薄荷9克，蝉蜕(去足及泥土)6克，生石膏(捣细)30克，甘草5克组成。水煎二次，分二次服。功能辛凉解肌，散风清热。主治外感风热，发热头痛，不恶寒或微恶寒，无汗或有汗不畅，口渴，苔薄白，脉浮数者。本方所治证属外感风热蕴结而壮热口渴不解，故治宜解肌发表，散风清热。方用薄荷叶、

蝉蜕辛凉疏泄，轻清宣透，发表解肌，散风清热为君；石膏辛寒，清热肃肺，泄热除烦解渴为臣；甘草清热解毒，使药力徐徐发挥，缓缓透泄，用为佐使。共成辛凉泄热之剂，用以治疗风热犯肺之证。现临床上亦用于感冒、流行性感冒、麻疹、肺炎等病证见上述症状者。若外感风寒，或气阴亏虚者不宜用。

葱豉桔梗汤

本方出自《重订通俗伤寒论》。是以《肘后备急方》的葱豉汤合《素问病机气宜保命集》的桔梗散去黄芩而成。方由鲜葱白三枚至五枚，苦桔梗一钱至钱半，淡豆豉三钱至五钱，焦山栀二钱至三钱，苏薄荷一钱至钱半，青连翘钱半至二钱，生甘草六分至八分，鲜淡竹叶三十片组成。水煎服。功能辛凉解肌，疏风清热。主治风温、风热初起，头痛身热，微寒无汗，或有汗不多，咳嗽咽干，心烦口渴，舌尖红赤，苔薄黄，脉浮数者。

本方所治证属外感风温、风热蕴于肌表，治宜解肌发表，疏散风热。方用葱白、淡豆豉为君，解肌发表，疏风散邪；薄荷、桔梗散风清热，连翘、栀子清热解毒为臣；甘草为佐，清热解毒，合桔梗以清利咽喉；鲜淡竹叶为使，清心除烦。故本方有辛凉疏风，解肌发表，清热解毒的作用。用以治疗外感风温、风热证。现临床上亦用于感冒、流行性感冒等病证见上述症状者。若外感风寒证，以及气阴亏损者不宜用。原方加减法："如咽阻喉痛者，加紫金锭两粒磨冲，大青叶三钱；如胸痞，原方去甘草，加生枳壳二钱，白蔻末八分冲；如发疹，加蝉衣十二只，皂角针五分，大力子三钱；如咳甚痰多，加苦杏仁三钱，广橘红钱半；如鼻衄，加侧柏叶四钱，鲜茅根五十支；如热盛化火，加条芩二钱，绿豆清二两煎药；如火旺热燥，加生石膏八钱，知母四钱。"

桔梗散(《素问病机气宜保命集》卷中)　薄荷一钱，黄芩一钱，甘草一钱，桔梗半两，连翘二钱，山栀子仁一钱。锉，每服五钱，或七钱，加淡竹叶，水煎服。如大便秘结，加大黄半钱。功能清热宣肺，解肌透邪。主治外感风热郁肺，发热无汗，口渴，苔薄白或微黄，脉浮大而数者。

葱豉荷米煎(《重订通俗伤寒论》)　鲜葱白一枚(切碎)，淡豆豉二钱，苏薄荷四分(冲)，生粳米三十粒。水煎服。功能辛透解肌，和中发表。主治小儿伤寒初起一二日，头痛身热，发冷无汗者。

宣毒发表汤

本方出自《医宗金鉴·痘科心法要诀》卷五十九。方由升麻、葛根、前胡、桔梗、枳壳(麸炒)、荆芥、防风、薄荷叶、木通、连翘(去心)、淡竹叶、牛蒡子(炒，研)、生甘草、芫荽组成。水煎服。功能疏风解表，清热透疹。主治麻疹初起，发热恶寒，疹点隐而不发，烦闷躁乱，苔薄白，脉浮数者。本方所治证属麻疹初起，疹点不透，治宜疏风透疹，解表祛毒。方用升麻、葛根为君，辛凉透泄，清热解毒；薄荷叶、牛蒡子为臣，清热宣透，荆芥、防风辛温疏风，解肌发表，配合君药以辛透宣解，发表透疹，清热解毒；前胡、桔梗、枳壳宣肺理气，淡竹叶、木通、连翘清心除烦共为佐药；甘草清热解毒，调和诸药，且与桔梗相配则清利咽喉，芫荽透疹解毒，发表祛邪，两者为使。诸药同用，可辛凉清热，疏风解毒，透疹发表，故临床上亦用于治疗麻疹初起，疹点隐没不发者。原书加减法："感寒加麻黄，夏月勿用；食滞加南山楂；内热加黄芩。"凡麻疹已透，身热已退及气阴亏虚者不宜用。

化毒清表汤(《麻科活人书》卷二)　前胡、干葛、知母、连翘、桔梗各七分，牛蒡子(炒)七分，木通六分，元参一钱，黄连(酒炒)、防风、栀仁(炒黑)各三分，薄荷、黄芩(酒炒)各五分，天花粉、地骨皮各八分，淡竹叶一钱，生甘草(去皮)三分，灯芯五十寸(如加生犀角三分更好)。水煎服。功能清热解毒，透疹凉营。主治外感风热，麻疹已透，高热红肿者。

加减葛根汤(《疫痧草》)　葛根、牛蒡子、香豉、桔梗、枳壳、薄荷、马勃、蝉衣、荆芥、防风、连翘、焦栀、赤芍、甘草。水煎服。功能辛凉透疹，解毒发表。主治无汗痧隐不透，咽喉肿痛溃烂，发热微寒，舌苔白，脉郁不利。

荆芥汤

本方出自《三因极一病证方论》卷十六。系以《伤寒论》桔梗汤加味而成。方由荆芥穗半两，桔梗二两，甘草一两组成。锉为散。每服四钱，水一盏，姜三片，煎六分，去滓，食后温服。功能宣肺清热，解毒消肿。主治风热蕴肺，肺气失宣，咽喉肿痛，语声不出，喉中如有物哽，咽之则痛甚，舌淡苔白或微黄，脉浮数者。本方所治证属风热壅肺，熏蒸咽喉，治宜清热宣肺，解毒消肿。方用荆芥穗为君，疏风宣肺，理气散结；桔梗、甘草为臣，清热解毒，宣肺利咽；生姜为佐，辛透散邪。故本方有疏风清热，解毒消肿之功，用以治疗风热壅遏，咽喉肿痛不利之证。现临床上亦用于治疗咽喉炎、扁桃体炎以及感冒等病证见有上述症状者。凡风寒束肺，或虚火上炎等证，均非本方所宜。

清热透肌汤

本方出自《张氏医通》卷十五。方由黑参(即玄参)、石膏、鼠粘子(即牛蒡子)、荆芥，防风、前胡、葛根、杏仁各等份，生甘草减半组成。水煎热服。功能清热宣肺，透疹止咳。主治外感温热，麻疹未透，发热，咳嗽，口渴，苔白，脉数者。本方所治证属疹毒未透，治宜清热宣肺，透疹解毒。方用葛根、牛蒡子为君，解肌透疹；石膏、玄参清热解毒，荆芥、防风解肌发表，共为臣药，配合君药，一以清热

宣透，肃肺解毒，一以清热散风，解肌透疹；前胡、杏仁利肺化痰为佐；生甘草清热解毒，调和诸药为使。诸药同用可辛凉透泄，清热疏风，透疹解毒，肃肺止咳，治疗麻疹未透而咳甚者。现临床上亦用于肺炎见上述症状者。

神解散（《伤寒温疫条辨》卷四） 白僵蚕（酒炒）一钱，蝉蜕五个，神曲三钱，金银花二钱，生地二钱，木通、车前子（炒，研）、黄芩（酒炒）、黄连、黄柏（盐水炒）、桔梗各一钱。水煎去滓，入冷黄酒半小杯，蜜三匙，和匀冷服。功能清热宣透，泻火解毒。主治温病初起，憎寒体重，壮热头痛，四肢无力，遍身酸痛，口苦咽干，胸腹满闷者。

参苏饮

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由木香半两，紫苏叶、干葛（洗）、半夏（汤洗七次，姜汁制炒）、前胡（去苗）、人参、茯苓（去皮）各三分，枳壳（去穰，麸炒）、桔梗（去芦）、甘草（炙）、陈皮（去白）各半两组成（《易简方》无木香）。上药㕮咀，每服四钱，水一盏半，姜七片，枣一个，煎六分，去滓，微热服，不拘时候。功能益气解表，宣肺化痰。主治虚人外感风寒，内有痰浊，憎寒发热，头痛无汗，胸膈满闷，咳嗽痰稠，苔白，脉弱者。本方所治证属体虚外感风寒，内有痰浊，治宜扶正益气，解表化痰。方用紫苏叶、葛根以辛透散邪，解肌发表，人参以益气扶正，鼓邪外出，共为君药；前胡、半夏、枳壳、桔梗理气畅中，化痰止咳，宣肺和胃，共为臣药，配合君药以解表散邪，疏理肺胃之气，化痰止咳；佐以橘红、木香、茯苓、甘草和胃健脾，理气化痰，宽中畅膈；更以生姜、大枣为使药，调和脾胃，鼓舞脾胃升发之气，则邪除而正自安。故可用以治疗体虚外感风寒而有痰浊内阻者。若风热外感及痰热内蕴者均不宜用。

八解散（《太平惠民和剂局方》卷二） 人参、茯苓、甘草（炙）、陈皮（去白）、白术、藿香（去土）各一两，厚朴（去粗皮，锉，生姜自然汁浸一宿，炒紫色）二两，半夏（汤洗七次）一两。为细末，每服二钱，水一盏，生姜三片，枣子一枚，葱白二寸，同煎至七分，温服不拘时。功能益气散邪，解表化痰。主治四时伤寒，头疼壮热，恶风多汗，骨节酸疼，饮食无味，行步喘乏，面色萎黄，倦怠少力，咳嗽呕逆，恶心虚羸，胸膈不舒，以及劳伤过度等。

通宣理肺丸（《全国中药成药处方集》北京方） 紫苏叶144克，橘皮、前胡、黄芩、桔梗、麻黄、枳壳、茯苓各96克，半夏（制）、甘草、杏仁各72克。共为细粉，炼蜜为丸，每丸重6克，每服2丸，日2次，温开水送下。功能解表散寒，宣肺止嗽。主治感冒咳嗽，发热恶寒，鼻塞流涕，头痛无汗，肢体酸痛。本方由参苏饮加减而来。

人参败毒散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。又名败毒散。方由人参（去芦）、柴胡（去苗）、甘草（爁）、桔梗、芎䓖、茯苓（去皮）、枳壳（去穰，麸炒）、前胡（去苗，洗）、羌活（去苗）、独活（去苗）各三十两组成。为粗末，每服二钱，水一盏，入生姜、薄荷各少许，同煎七分，去滓，不拘时候，寒多则热服，热多则温服。功能益气解表，散风祛湿。主治外感风寒湿邪，正气不足，憎寒壮热，头痛项强，身体烦疼，无汗，胸膈痞满，鼻塞声重，咳嗽有痰，苔白腻，脉浮软者。本方所治证属正气不足，外感风寒湿邪，治宜益气解表，疏风化湿。方用羌活、独活为君药，祛风胜湿，解表止痛；柴胡、薄荷、川芎疏风散邪，共为臣药，配合君药以解表疏风；佐以前胡、桔梗、枳壳、茯苓理气化湿，祛痰止咳；人参扶正健脾；使以甘草调中和药。诸药同用，益气扶正，祛风化湿。故吴崑说："培其正气，败其邪气，故曰败毒。"临床上用治正气不足，感冒风寒湿邪者；也用于疮疡、痢疾等病证初起，见上述症状者。现亦用于感冒、流行性感冒等病因如上所述者。若外感风热，及气阴亏虚者不宜用。

仓廪散（《普济方》卷二百一十三） 人参、茯苓、甘草、前胡、川芎、羌活、独活、桔梗、柴胡、枳壳、陈仓米各等份。为末罗匀，加姜、薄荷煎汤热服。功能祛邪和中。主治噤口痢，毒气冲心，有热作吐者。

荆防败毒散（《外科理例》） 荆芥、防风、人参、羌活、独活、前胡、柴胡、桔梗、枳壳、茯苓、川芎、甘草各一钱。水二钟，煎八分，食远服。功能疏风解表，败毒消肿。主治一切疮疡时毒，肿痛发热，左手脉浮数者。

竹叶汤

本方出自《金匮要略·妇人产后病脉证治》。方由竹叶一把，葛根三两，防风、桔梗、桂枝、人参、甘草各一两，附子（炮）一枚，大枣十五枚，生姜五两组成。上十味，以水一斗，煮取二升半，分温三服，温覆使汗出。颈项强，用大附子一枚，破之如豆大，煎药扬去沫；呕者，加半夏半升。功能温阳益气，疏风解表。主治肌体阳虚，产后感受风寒，邪束于表，阳越于上，发热面赤，喘而头痛，舌淡苔白滑，脉浮无力者。本方所治证属阳气不足，复感风寒，寒邪束表，虚阳上越，故治宜温阳益气以培本，疏风散邪以解表。方用竹叶、葛根轻清宣泄；桂枝、防风、桔梗疏风解肌，人参、附子温阳益气；甘草、生姜、大枣等甘缓和中。故本方有温阳益气，疏风散邪，扶正固本的作用。临床上用此治疗产后感冒，兼阳虚气弱者。若阴虚火旺者不宜用。

麻黄细辛附子汤

本方出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》。又名麻黄附子细辛汤。为治疗太少两感证的代表方剂。方由麻黄（去节）二两，附子（炮，去皮，破八片）一枚，细辛二两组成。上三味，以水一升，先煮麻黄，减二升，去上沫，纳诸

药,煮取三升,去滓,温服一升,日三服。功能助阳散寒,发汗解表。主治素体阳虚,外感风寒,无汗恶寒,发热,蜷卧,苔白,脉反沉者。本方所治证属"太少两感证",治宜助阳发汗,解表散寒。方用麻黄,辛透发汗解表;附子温经助阳,以鼓邪外出,两药相合,温散寒邪而复阳气;细辛之通彻表里,协附子内散少阴寒邪,助麻黄外解太阳之表,三药相合,是在温经助阳之中微微发汗,以散寒邪,又在发表祛寒之间维护阳气,以温少阴,使外感之风寒得以疏散,而又固护少阴之阳气。故可用以治疗太阳、少阴两感风寒者。若见少阴阳气衰微,而见下利清谷者不宜用。若误发其汗,必致厥逆亡阳,应予注意。

麻黄附子甘草汤(《伤寒论·辨少阴病脉证并治》) 麻黄(去节)二两,甘草(炙)二两,附子(炮,去皮,破八片)一枚。上三味,以水七升,先煮麻黄一二沸,去上沫,煮取三升,去滓,温服一升,日三服。功能助阳解表散寒。主治素体阳虚,感受风寒,恶寒,不发热,苔白,脉沉者。

桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤(《金匮要略·水气病脉证并治》) 桂枝、生姜各三两,细辛三两,甘草、麻黄各二两,附子(炮)六枚,大枣十二枚。上七味,以水七升,先煎麻黄,去上沫,纳诸药,煮取二升,分温三服。当汗出如虫行皮中即愈。功能温经助阳,发汗化饮。主治寒凝气滞,水饮积聚,身冷骨疼,心下坚大如盘,苔白腻,脉沉迟者。

再造散

本方出自《伤寒六书·杀车捶法》卷三。方由黄芪、人参、桂枝、甘草、熟附子、细辛、羌活、防风、川芎、煨生姜(夏月加黄芩、石膏,冬月不必加)各等份组成。研末,每服五钱,水二钟,枣二枚,煎至一钟,捶法再加炒芍药一撮,煎三沸,温服。功能助阳益气,散寒解表。主治阳虚气弱,外感风寒,恶寒发热、头痛无汗,肢冷,倦怠嗜卧,面色苍白,语言低微,舌淡苔白,脉沉无力,或浮大无力者。本方所治证属阳虚气弱,而又感受风寒,故治宜助阳益气,发表散寒。方用熟附子温经助阳,人参、黄芪益气补中,升阳固表,三药同用,既可协助解表药以鼓邪外出,又可防止发散太过阳气随汗而外脱,共为君药;羌活、防风、桂枝、细辛等为臣药,祛风散寒,发汗解表;佐以川芎、甘草、煨生姜、大枣、芍药等活血和营,调和脾胃;夏月加黄芩、石膏者,用以清热祛暑,并可防温热药的伤津耗气,亦为反佐之意。冬月气候寒凉,故不加。本方为邪正兼顾,相辅相成,使扶正而不致留邪,祛邪而不会伤正,为治疗阳虚气弱而感受风寒的有效方剂。现临床上对于感冒、流行性感冒等病见上述症状者,均可采用本方治疗。若外感风热,及气阴亏损者不宜用。

大温中饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 熟地三、五、七钱,冬白术三、五钱,当归三、五钱(如泄泻者不宜用,或以山药代之),人参二、三、五钱至一两(或不用亦可),炙甘草一钱,柴胡二、三、四钱,麻黄一、二、三钱,肉桂一、二钱,干姜(炒熟)一、二钱(或用煨姜三、五、七片亦可)。水二钟,煎七分,去浮沫,温服或略盖取微汗。原书加减法:"如气虚加黄芪二、三钱;阳虚气陷加升麻;如肚腹泄泻宜少减柴胡,加防风、细辛亦可。"功能温中益气,解表祛邪。主治阳虚伤寒及一切四时劳倦,寒疫,阴暑之气,身虽炽热,时犹畏寒,即在夏月亦欲衣被覆盖,或喜热汤,或兼呕恶泄泻,但六脉无力,肩背怯寒,邪气不能外达等。

黄芪桂枝五物汤

本方出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》。方由黄芪、芍药、桂枝各三两,生姜六两,大枣十二枚(一方有人参)组成。上五味,以水六升,煮取二升,温服七合,日三服。功能温阳行痹,调和营卫。主治血痹,阴阳气血俱不足,局部肌肤麻木不仁,微有疼痛,如风痹状,脉寸口关上微,尺中小紧者。本方治证系肌体阴阳气血俱不足,微感风寒,阳气痹阻,血行涩滞所致,治宜温阳行痹,调和营卫。本方乃桂枝汤去甘草倍生姜加黄芪而成。方中黄芪益气固表,桂枝解肌通阳,两者合用,温阳益气行痹为君药;芍药和血除痹,配桂枝和调营卫为臣药;生姜、大枣和营卫,解外邪为佐使。诸药合用,温阳行痹,调和营卫,正合《灵枢·脏腑病形篇》"阴阳形气俱不足者,勿取以针,而调以甘药"之旨。若阻滞较甚,兼有疼痛,可加当归、川芎和血通络;舌苔厚腻,兼有痰浊,加白芥子、橘络祛痰通络;表邪明显,加羌活、防风祛风散邪。

桂枝加黄芪汤(《金匮要略·水气病脉证并治》) 桂枝、芍药各三两,甘草二两,生姜三两,大枣十二枚,黄芪二两。上六味,以水八升,煮取三升,温服一升,须臾饮热稀粥一升余,以助药力,温服取微汗;若不汗,更服。功能调和营卫,实表祛湿。主治黄汗,表虚偏重,汗沾衣,色正黄,如柏汁,身体疼重,发热而胫冷,腰以上有汗,腰以下无汗,烦躁,小便不利,脉浮者;并治黄疸,表虚湿郁,发热恶风,身色熏黄,脉浮者。

芪芍桂酒汤(《金匮要略·水气病脉证并治》 又名黄芪芍药桂枝苦酒汤。黄芪五两,芍药三两,桂枝三两。上三味,以苦酒一升(一方用美酒醯代),水七升,相和,煮取三升,温服一升。当心烦,服至六七日乃解。若心烦不止者,以苦酒阻故也。功能调和营卫,祛散水湿。主治黄汗病偏里,发热汗出而渴,状如风水,汗沾衣,色正黄,如柏汁,脉沉者。

葳蕤汤

本方出自《备急千金要方》卷九。方由葳蕤、白薇、麻黄、独活、杏仁、芎䓖、甘草、青木香各二两,石膏三两组成(本方最早见于《小品方》,但方中石膏仅用三分)。上九

味,㕮咀,以水八升,煮取二升,去滓,分三服,取汗。若一寒一热,加朴硝一分及大黄三两下之。如无木香,可用麝香一分。功能滋阴清热,宣肺解表。主治阴虚外感风热,发热头痛,咽干舌燥,气喘有汗,胸脘痞闷,体重嗜睡,苔白,脉浮者。本方所治证属阴液不足,外感风温之邪,治宜滋阴清热,宣肺解表。方用葳蕤为君药,滋阴生津,清热解毒;白薇、石膏清热凉血,用为臣药,配合君药以滋阴清火,生津润燥;佐以麻黄、杏仁宣降肺气而透邪平喘,独活、川芎、青木香以疏风活络,行血理气,合前药以宣畅气机,快膈畅中,外透邪热,内理肺胃;更以甘草清热解毒,且调和诸药。故可治疗外感而兼阴津不足者。若阳虚外感及阴虚火旺者不宜用。

加减葳蕤汤(《校勘通俗伤寒论》卷二) 生葳蕤二钱至三钱,生葱白二枚至三枚,桔梗一钱至钱半,白薇五分至一钱,淡豆豉三钱至四钱,苏薄荷一钱至钱半,炙甘草五分,红枣二枚。水煎服。功能滋阴解表。主治阴虚之体,感受外邪,头痛身热,微恶风寒,咳嗽咽干,痰稠难出,无汗或有汗不多,口渴心烦,舌赤脉数者。

葱白七味饮

本方系许仁则方,录自《外台秘要》卷三。又名七味葱白汤。方由葱白(连须,切)一升,干葛(切)六合,新豉一合,生姜(切)二合,生麦门冬(去心)六合,干地黄六合,劳水(以杓扬一千遍)八升组成。药用劳水煎,三分减二,去滓,分温三服,相去行八九里,如觉欲汗,渐渐覆之。功能养血解表。主治病后血虚阴亏,调摄不慎,或失血(吐血、咯血、衄血、便血、尿血等)之后,感受外邪,头痛身热,微寒无汗,面色萎黄,舌淡苔白,脉浮细者。本方所治证属血虚外感,治宜养血和营,解表透邪。方用干地黄、麦门冬之养血滋阴为君,以资汗源;葛根、新豉解肌宣透,葱白、生姜通阳发表,共为臣药,配合君药以养血和营,生津清热,解肌发表,辛透外邪。故可治疗血虚外感者。若阳虚气弱,外感风寒者不宜用。

托里温经汤

本方出自《卫生宝鉴》卷十三。方由人参(去芦)、苍术各一钱,白芍药、甘草(炙)各一钱半,白芷、当归身、麻黄(去根节)各二钱,防风(去芦)、葛根各三钱,新升麻四钱组成。上药㕮咀,每服一两,水二盏,先煎麻黄令沸,去沫,再下余药同煎,至一盏,去滓,大温服讫,卧于暖处,以棉衣覆之,得汗而散。功能温经托毒,散结消肿。主治风寒外侵,郁遏经络,气血受阻,聚而赤肿,痛不可忍,恶寒发热,肢体酸楚,脉浮紧者。治宜温经托毒。方用麻黄辛温发散为君药;防风、升麻、葛根解肌散邪,共为臣药,合君药以辛散透泄,发表消痈;佐以苍术、白芷化湿宽中,消肿止痛,人参、甘草益气补中,当归身、白芍药养血和营,合以益气养血,协前药以扶正而托毒外出。故本方可治疗外邪蕴结赤肿,而正气不足之证。若阴津亏损、及疮疡已溃破者不宜用。

七星剑

本方出自《外科正宗》卷二。方由野菊花(嫩头)、苍耳头、豨莶草、半枝莲、地丁草各三钱,麻黄一钱,紫河车(此处指草河车)二钱组成。用好酒一斤,煎至一碗,滤清,热服,被盖出汗为度。功能清热透邪,解毒消肿。主治疔疮初起,憎寒发热,恶心呕吐,肢体麻木,或痛或痒,心烦躁乱,甚者昏愦,苔白或黄,脉浮数。本方所治证属毒热内炽,治宜清热宣透,解毒消肿。方用野菊花、地丁草为君药,清热解毒,消肿止痛;半枝莲、草河车清热解毒,活血化瘀,苍耳头、豨莶草祛风通络,合以为臣药,配合君药以清热解毒,散结消肿;佐以麻黄透泄宣散,协前药以散结托毒,宣透消肿;使疔疮肿毒,外托透散,瘀化肿退;更以好酒为使,取其活血通络,温运血脉,引药通行全身,直抵病所。故本方有清热解毒,化瘀消肿,散结止痛的作用。用于治疗疔疮初起之证。现临床上亦用于治疗急性脓疡疖肿、毒血症及淋巴管炎等疾病见上述症状者。若阴寒证者不宜用。

六合定中丸

本方出自《全国中药成药处方集》(天津方)。由《医方易简新编》六合定中丸衍化而来。方由藿香、紫苏叶、香薷、扁豆各240克,木香、檀香各540克,茯苓、枳壳、桔梗、木瓜、橘皮、山楂(炒)、厚朴、甘草各720克,麦芽(炒)、谷芽(炒)、六神曲(炒)各180克组成。共为细粉,炼蜜为丸,每丸重9克,朱砂为衣,每服2丸,日服2次,温开水或姜汤送下。也可水丸,研末,水泛为丸,每服3—6克,每日2次,温开水或姜汤送服。功能祛暑解表,化湿和中。主治中暑感寒,湿邪内阻,脾胃不和,恶寒发热,头痛呕吐,腹痛痞满,泻利,舌淡苔腻,脉浮濡者。

本方所治证属感受暑湿所致,治宜祛暑化湿和中。方用藿香、紫苏叶、香薷等为君药,祛暑解表,畅中化湿;以木香、檀香、枳壳、厚朴、桔梗、橘皮等为臣药,芳香理气,宽中化湿,配合君药以祛暑和中;佐以茯苓、木瓜、山楂、甘草、麦芽、谷芽、六神曲等健脾渗湿,和胃消食,配合君臣药以畅中化浊,调和脾胃;更以朱砂为衣,重镇辟秽,宁神安中为使药。所以本方有祛暑解表,和中化湿的作用。用以治疗夏月感冒风寒,内伤湿滞者。现临床上亦用于急慢性胃肠炎见上述症状者。本方性偏芳香辛燥,凡化热伤津,或阴虚血亏者不宜用。

六合定中丸(《医方易简新编》卷四) 苏叶、藿香叶、香薷各四两,木香(另研细末)一两,檀香(另研细末)一两,赤茯苓二两,生甘草一两,木瓜二两,羌活二两,枳壳

二两五钱、厚朴(姜汁制)一两五钱，柴胡一两。共为细末，炼蜜杵匀为丸，重一钱五分。功能辛温宣泄畅中。主治四时瘟疫(春冬宜用姜汤，秋夏宜用黑豆甘草汤下)；妇人产后恶露不尽(红花、山楂煎汤下)；大人、小儿伤饮食(莱菔子、山楂煎汤下)；男妇心气痛(吴茱萸汤下)；感冒头痛发热(姜汤调服)；小儿发烧吐乳(山楂、灯芯汤下)；小儿惊风(薄荷汤下)；中暑(冰水或冷水调服)；霍乱转筋(阴阳水煎服)；痢疾胀泻(温水调服)；疟疾(姜汤调服)；胃中不开(开水调服)。

午时茶(《陈修园医书五十种·经验百病内科方》) 茅术、陈皮、柴胡、连翘、白芷各十两，川朴十五两，枳实、楂肉、羌活、前胡、防风、藿香、甘草各十两，陈茶二十斤，桔梗、麦芽、苏叶各十五两，建曲、川芎各十两。研细末拌匀，宜五月五日午时，合糊成小块，每服三钱，服时加葱、姜少许，煎热服，汗出即效。功能解肌发表，消食和中。主治一切风寒感冒停食，及不服水土、腹泻腹痛等。

神术散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由苍术(米泔水浸一宿，切，焙)五两，藁本(去土)、香白芷、细辛(去叶、土)、羌活(去芦)、川芎、甘草(炙)各一两组成。为细末，每服三钱，水一盏，生姜三片，葱白三寸，煎七分，温服，不拘时。功能解表发汗，散寒化浊。主治四时瘟疫，头痛项强，憎寒发热，身体疼痛，鼻塞声重，咳嗽，苔白，脉浮紧者。本方所治证属寒湿秽浊外侵所致，治宜发汗解表，化浊辟秽。方用苍术为君药，辛温苦燥，祛寒燥湿，发汗解表；臣以藁本、白芷、细辛等，辛散透泄，解表化湿止痛，配君药以辛散寒湿，发汗解表，通阳止痛；佐以羌活、川芎疏风通络，温经活血止痛，合君臣以温经活络，疏风行血；更以甘草甘缓和中，生姜、葱白辛温透邪，引邪外出，共为使药。故本方有燥湿化浊，疏风解表，发汗止痛的作用。可用于治疗四时瘟疫而见憎寒壮热，鼻塞声重者。本方性偏辛燥，故对气阴不足及阴虚阳亢者不宜用。

神术散(《阴证略例》) 苍术(制)、防风各二两，甘草(炙)一两。为粗末，加生姜、葱白，水煎服。功能祛风散寒除湿。主治外感寒邪，内伤生冷，发热而无汗者。

神术汤(《校勘通俗伤寒论》) 藿香三钱，制苍术钱半，新会皮二钱(炒香)，炒楂肉四钱，春砂仁(杵)一钱，薄川朴二钱，清炙草五分，焦六曲三钱。水煎服。功能燥湿畅中，芳香化滞。主治饮食不洁，湿浊中阻。症见恶寒发热，胸膈痞满，腹痛吐泻，舌淡苔腻，脉沉实者。

治风剂

以祛风药物或滋潜熄风药物为主，组成具有疏散外风或平熄内风的作用，以治风病的一类方剂，称为治风剂。

风病的范围虽广，但可概括为"外风"和"内风"两大类。外风是指风邪外袭，侵入肌表、经络、筋骨、关节等处所致。若风邪侵入肌表，可致周身疼痛，或兼有表证；若发为风疹，则见皮肤瘙痒；若风邪上犯，则见头痛眩晕；若风邪中于手足经络、筋脉，则见手足挛痛，麻木不仁，屈伸不利，甚或半身不遂；若风邪阻于头面经络，则见口眼㖞斜。此外，若皮肤损伤，为"风邪毒气"所入，发生破伤风，而见口噤、手足拘急、角弓反张等症。这类疾病，都与外风入中有关，故治法以疏散外风为主。由于外风为患，变化多端，且有寒、湿、燥、热诸邪多依附于风邪侵犯人体，故其证型又有风寒、风湿、风热之别，并有夹痰、夹瘀之不同，因此在用疏散外风之法时，当与祛寒、化湿、清热、化痰、祛瘀等法合参。至于病情有虚实互见者，则又须标本兼治。祛风药多辛散温燥，如属素体阴虚，或肝血不足，仍需慎用。内风是指肝肾功能失常所产生的疾病，即前人所谓"风从内生"、"肝风内动"之意。其发病机制，各有不同，如热极动风，则见高热，昏迷，四肢抽搐，治宜清热平肝，熄风止痉；温邪久留，耗损真阴，虚风内动，则见筋脉拘挛，手足蠕动，神疲脉虚，治宜滋阴熄风；阴虚阳亢，肝风内动，血气逆乱并走于上，则见头目眩晕，脑中热痛，面色如醉，甚至突然昏倒，半身不遂，治宜滋阴潜阳，平肝熄风；下元虚衰，虚阳浮越，痰浊上泛，又可导致舌强不能言，足废不能用之喑痱，治宜滋阴补阳，化痰开窍。

风病比较复杂而多变，外风可以引动内风，而内风又可兼挟外风，对这些错综复杂的症候立法用方，宜先辨其主次，分清其寒、热、虚、实，然后进行治疗。总之，外风宜疏散，内风宜平熄，随证施治，灵活化裁。

小续命汤

本方出自《备急千金要方》卷八。《医方集解》谓本方为"中风之通剂"。方由麻黄、防己(《外台秘要》引崔氏方不用防己)、人参、黄芩、桂心、甘草、芍药、芎䓖、杏仁各一两，附子一枚，防风一两半，生姜五两组成。上十二味㕮咀，以水一斗二升，先煮麻黄三沸去沫，纳诸药，煮取三升，分三服；不愈更合三四剂，取汗。功能祛风扶正。主治中风卒起，筋脉拘急，半身不遂，口目不正，舌强不能语，或神情闷乱等。

本方所治证属正气内虚，风邪外袭所致。正如《成方便读》所说："此方所治之不省人事，神气愦乱者，乃邪气骤加，正气不守之象。"故治宜祛风扶正。方中麻黄、防风、防己、杏仁、生姜开表泄闭，疏通经络而驱风邪外出；人参、甘草、附子、桂心益气温阳以扶正；川芎、芍药调气血，有助正气恢复；并取苦寒之黄芩，一以清泄风邪外壅、里气不宣所产生之郁热，一以缓方中诸药之过于温燥；共成祛风扶正、温经通络之剂。本方是治疗真中风的方剂，兼治风寒湿痹疼痛者。现临床上亦用于颜面神经麻痹所致的口眼㖞斜，可酌加僵蚕、白附子等，以增强祛风通络

作用。原方加减法："若骨节烦痛有热者，去附子，倍芍药；精神恍惚者，加茯苓、远志各一两；心烦多惊者，加犀角半两；骨间冷痛者，倍用桂附；呕逆腹胀者倍人参，加半夏一两；躁闷大便涩者，去附子，倍芍药，人竹沥一合煎；若脏寒下利者，去防己、黄芩，倍附子合前成一两，加白术一两。"

小续命汤（《备急千金要方》卷八）　麻黄三两，人参、桂心、白术各二两，芍药、甘草、防己、黄芩、芎䓖、当归各一两。上十味㕮咀，以水一斗二升，煮取三升，分三服，日三次，覆取汗。功能祛风扶正。主治风历年岁，或歌或哭或大笑，言语无所不及。本方祛风之力不及正方，扶正作用则较强。

小续命汤（《备急千金要方》卷八）　麻黄、桂心、甘草各二两，生姜五两，人参、芎䓖、白术、附子、防己、芍药、黄芩各一两，防风一两半。上十二味㕮咀，以水一斗二升，煮取三升，分三服。功能祛风扶正。主治中风冒昧，不知痛处，拘急不得转侧，四肢缓急，遗矢便利者。本方即正方去杏仁加白术。祛风扶正之力均较强。

续命汤

本方出自《外台秘要》卷十四引《古今录验方》。《金匮要略·中风历节病脉证并治·附方》亦载此方，但大部分药物用量不同。王旭高谓此方"为中风之祖方"。方由麻黄三两（去节），桂心、当归、人参、石膏（碎，绵裹）、干姜、甘草（炙）各二两，芎䓖一两，杏仁四十枚（去皮尖、双仁）组成。上九味，㕮咀，以水一斗，煮取四升，服一升，薄覆脊，凭几坐，微汗出则愈，不汗更服。无所禁，勿当风。功能祛风扶正。主治中风痱。症见身体不能自收持，口不能言，冒昧不知痛处，或拘急不得转侧。

本方所治证属正气内虚，风邪外中，寒热错杂所致。治宜祛风扶正为主。方中麻黄、桂心祛散外风，使邪从表解；杏仁宣利肺气；石膏、干姜调其寒热；人参、当归、川芎补虚扶正，以助祛邪之功，并使邪去而不伤正；甘草调和药性。诸药合用，祛风邪，调寒热，扶正气。王旭高说："邪风中人身痱，必由表虚，络脉弛纵，必由里热，故气宜固，血宜活，风寒宜散，络脉宜凉，自当内外施治，以辟邪风。"可谓对本方用药意旨的最好说明。方名续命者，亦即王旭高所说："有却病延年之功也。"本方并治"但伏不得卧，咳逆上气，面目浮肿"。该证候皆因于风邪闭郁，不得宣畅所致。方中麻黄、桂心、杏仁能发汗散邪，宣畅肺气，故能治之。

续命汤（《千金翼方》卷十六）　麻黄六分（去节），大枣十枚（擘），桂心、防风、细辛、芎䓖、甘草（炙）、芍药、人参、秦艽、独活、黄芩、防己、附子（炮，去皮）、白术各三分，生姜五分。上十六味，切，以水一斗三升，先煮麻黄一沸，去上沫，纳诸药，煮取五升，去滓，纳枣煎取三升，分为三服；老小久病服五合取汗。忌生葱、海藻、菘菜、生菜、猪肉、冷水、桃、李、雀肉等。功能祛风扶正。主治大风，风邪入心，心痛达背，背痛达心，前后痛去来上下，或大腹胀满微痛，一寒一热，心中烦闷，进退无常，面或青或黄。

续命汤（《千金翼方》卷十七）　麻黄（去节）、人参、桂心、附子（炮，去皮）、茯苓各一两，防己、防风、黄芩各一两半，生姜六两（切），半夏五两（洗），枳实二两（炙，上气闷者加之），甘草（炙）一两。上十二味㕮咀，以水一斗，先煮麻黄，取九升，去上沫，候冷去滓，纳药煮取三升，分三服；若不须半夏，去之，加芍药三两。功能祛风痰，扶正气。主治久风卧床不起。

续命汤（《外台秘要》卷十四引深师方）　人参、木防己、麻黄、芍药、芎䓖、甘草（炙）、黄芩、白术各一两，桂心、防风各二两，大附子一枚（炮），生姜五两。上十二味切，以水一斗二升，煮取三升，分为三服。忌海藻、菘菜、猪肉、生葱、桃、李、雀肉。功能祛风扶正。主治中风口僻噤诸疾。

正舌散

本方见于《世医得效方》卷十三。方由蝎梢（去毒）一分，茯苓（炒）一两，龙脑薄荷二两组成。上为末，每服二钱，温酒下，或擦牙颊亦可。功能熄风化痰。主治中风舌强难转，语言困难者。本方所治证属风痰中络，阻塞窍道所致，治宜熄风化痰。方中全蝎熄风通络，以止痉搐，为本方要药；茯苓健脾渗湿，善于行水，以杜生痰之源；更以薄荷辛凉宣泄，开通气机；并借温酒捷行之性，引药人络，直达病所。诸药合用，共奏熄风通络，化痰利窍之功。

正舌散（《卫生宝鉴》卷八）　雄黄（研）、荆芥穗各等份。上为末，每服二钱，豆淋酒调下。功能祛风解毒。主治中风，舌强语涩。

解语汤

本方出自《证治准绳·类方》第一册。方由羌活、防风、天麻、肉桂、川芎、南星、陈皮、白芷、当归、人参、甘草、酸枣仁、羚羊角各等份组成（一方有石菖蒲、远志）。水煎，人竹沥半盏，再煮一二沸。功能祛风化痰，补虚扶正。主治中风失音不语（原方未著主治）。本方所治证属气血虚弱，肝失所养，风痰直中经络，引动肝风所致。治宜祛风化痰，补益气血，平熄肝风。方中羌活、防风、天南星、白芷祛风痰，通经络；肉桂温经祛风散寒；人参补气；当归、酸枣仁养血；川芎活血行血，血行有助风灭；陈皮理气健脾，并能化痰；羚羊角、天麻平熄肝风，加人竹沥尤善去经络之风痰。诸药合用，使风痰去，内风熄，气血旺，则失音不语可解。本方除可用治中风失音不语外，临床上对于中风而见眩晕头痛、半身不遂等症亦可使用。对于中风脑溢血后遗症之半身不遂、失音不语等属风痰较盛、体虚血弱者，亦可使用。

资寿解语汤(《奇效良方》卷一) 防风(去芦)、天麻、附子(炮,去皮脐)、酸枣仁(炒,研)各一钱半,羚羊角、官桂、羌活各一钱,甘草五分。水煎,入竹沥二匙,不拘时服。功能祛风镇痉。主治心脾中风,舌强不语,半身不遂。

不换金丹(《成方切用》卷六) 荆芥穗、甘草(炙)、防风、天麻、僵蚕各一两,薄荷叶三两,羌活、川芎、白附子、乌头、蝎梢、藿香叶各半两。共研细末,炼蜜为丸,弹子大,每服一丸,细嚼,茶或酒送下。功能熄风化痰,祛风通络。主治中风,口眼㖞斜。

防风散

本方出自《太平圣惠方》卷八十三。方由防风(去芦头)、川升麻、桂心、羚羊角屑、麻黄(去根节)、羌活、芎䓖、杏仁(汤浸,去皮尖、双仁,麸炒微黄)各一分组成。上药捣,粗罗为散,每服一钱,以水一小盏,煎至五分,去滓,入竹沥半合,更煎一二沸,分温二服,如人行十里再服,衣盖令汗出为度。功能祛风散邪。主治小儿中风,口眼㖞斜,手足不遂,风入于脏,或言语不得,心神昏闷。本方所治证属经脉虚寒,风从外中,引动内风所致。治宜祛风散邪,兼平肝熄风。方中防风祛风散邪为君;羌活、升麻、麻黄、杏仁宣散风邪,使从表而出;肉桂温经散寒;川芎祛风行血,血行有助风去;羚羊角平熄内风,和入竹沥以增强祛经络风痰之功,以上均为辅助药。诸药合用,使外风散,内风熄,则诸症自愈。对于风中经络,引动内风,出现口眼㖞斜,手足不遂,或语言不得等症有效。临床上对中风脑溢血后遗症见有上述证候者,亦可使用。

防风散(《校注妇人良方》卷十四) 防风、桑寄生、葛根各五分,家菊花、细辛、防己、秦艽、羚羊角(镑)、当归、桂心、茯神、甘草各三分。水煎,入竹沥半合服。功能祛风解痉,化痰通窍。主治妊娠中风卒倒,口噤肢强,或痰气上升。

秦艽升麻汤

本方出自《卫生宝鉴》卷八。方由升麻、葛根、甘草(炙)、芍药、人参各半两,秦艽、白芷、防风、桂枝各三钱组成。上药㕮咀,每服一两,水二触,连须葱白三茎(长二寸),约煎至一触,去滓,食后稍热服。服药毕,避风寒处卧,得微汗出则止。功能祛风解表扶正。主治风中手足阳明经,口眼㖞斜,恶风恶寒,四肢拘急。本方所治证属正气不足,风邪初中肌表经络所致。治宜祛风解表为主,兼以扶正。方中秦艽、升麻善去阳明经之风邪而通经络,并解表邪,为主要药物;葛根、白芷、防风、桂枝协助秦艽、升麻以加强祛风通经络之效,使风邪从表而出;芍药行血活血,血行则风自灭,芍药配甘草能缓解四肢拘急,配桂枝又可调和营卫,人参、炙甘草补气扶正,以上均为辅助药物。诸药合用,共成祛风解表,扶正祛邪之功。对于正气不足,肌表空虚,风邪中于经络而兼有表证者最为适用。

天麻散

本方出自《卫生宝鉴》卷十九。方由半夏七钱,老生姜、白茯苓(去皮)、白术各三钱,甘草(炙)三钱,天麻二钱半组成。上药锉,用水一触,磁器内同煮,水干,焙为末,小儿每服一钱半,大人三钱,生姜枣汤调下,不拘时候服。现多作为汤剂,水煎服,用量酌定。功能熄风化痰,健脾祛湿。主治中风痰盛所致的眩晕头痛,半身不遂,语言困难;亦治小儿急慢惊风。本方所治证属脾虚生湿生痰,湿痰引动肝风所致,治宜熄风化痰为主,兼以健脾祛湿。方中天麻熄肝风为君;半夏、白术健脾燥湿祛痰为臣;茯苓健脾渗湿,生姜、大枣健脾和中,脾得健运,则湿痰自去,以上均为佐药;炙甘草调药和中为使。诸药合用,共成熄肝风、化湿痰、健脾胃之效。本方应以眩晕头痛,苔白,脉弦滑为辨证要点。如出现半身不遂,语言困难,甚或不省人事,则力嫌不足,需加强祛风痰、通经络、开窍闭之功,收效方捷。临床上亦可用于耳源性眩晕属于风痰所致者。

天麻散(《证治准绳·女科》卷五) 天麻七钱半,白附子(炮)、天南星(炮)、半夏(汤洗七遍,去滑,姜制)、全蝎(炒)各半两。上为细末,每服一钱,半夏、薄荷、酒调下,斡开口灌之,不拘时。功能祛风痰,止痉搐。主治产后中风口噤。对于风痰中于经络而见语言困难,半身不遂,或痉挛抽搐等症亦可使用。

大醒风汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。又名省风汤、醒风汤、大省风汤。方由天南星(生)八两,防风(生)四两,独活(生)、附子(生,去皮脐)、全蝎(微炒)、甘草(生)各二两组成。上药㕮咀,每服四钱重,水二大盏,生姜二十片,煎至八分,去滓温服,不拘时候,日进二服。功能祛风痰,通经络。主治中风痰厥,涎潮昏晕,手足搐搦,半身不遂;及历节痛风,筋脉拘急。本方所治证属风痰中于经络所致。治宜祛风痰,止痉搐为法。方中天南星、全蝎祛风痰,止痉搐;防风、独活祛风胜湿,并止痹痛;附子温经止痛,甘草调和药性。诸药合用,既可祛散经络之风痰,又能治寒湿邪滞于经络、关节之历节痛风。临床上对于破伤风抽搐亦可使用本方治疗。

牵正散

本方出自《杨氏家藏方》卷一。方由白附子、白僵蚕、全蝎(去毒)各等份(并生用)组成。上药共为细末,每服

钱，热酒调下，不拘时服。功能祛风化痰。主治中风口眼㖞斜。治宜祛风痰，止痉搐。方中白附子善去头面之风痰；僵蚕善去经络之风痰；全蝎祛风而解痉搐。三药合用，力专效著，更用热酒调服，以助药势，直达头面受病之所，使风去痰消，经络通畅，则诸症自除。由于本方能使已㖞斜之口眼牵至正常，故名牵正散。对于颜面神经麻痹、三叉神经痛属风痰阻滞经络者，可加减应用。本方药性辛燥，风痰属于寒湿者可用，如气虚血瘀或肝风内动引起的口眼㖞斜，并出现半身不遂等症者，本方不宜单独使用。方中白附子、全蝎均为有毒之品，用量不宜过大。

正容汤（《审视瑶函》卷六）　羌活、白附子、防风、秦艽、胆星、白僵蚕、半夏（制）、木瓜、甘草、黄松节（即茯神心木）各等份组成。上锉剂，白水二钟，生姜三片，煎至八分，去滓，加酒一杯服之。功能祛风化痰，舒筋通络。主治风痰痹阻经络，症见口眼㖞斜，面部麻木，口角流涎。

星附散

本方出自《普济本事方》卷一。方由天南星（大者）、半夏（两味薄切，姜汁浸透）、黑附子（炮裂，去皮脐）、白附子（炮微黄）、川乌（灰水泡裂，去皮尖用）、白僵蚕（去丝嘴，炒）、没药（另研入药）、人参（去芦）、白茯苓（去皮）各等份。为粗末，每服二钱，水、酒各一盏，同煎至八分，去滓，热服，二三服汗出则愈。功能祛风化痰，温经散寒。主治中风手足瘫废不举，尚能言，口不㖞斜，脉虚浮而数。本方所治证属风痰阻滞经络之中风证，病属标实本虚。治宜祛风化痰，温经散寒为主。方中主以天南星、白附子祛风化痰；辅以半夏、僵蚕以加强祛风痰、通经络之效；黑附子温经散寒，川乌、没药祛风活血，人参、茯苓补虚扶正，固护营卫。体现了标本兼顾，以标为先的立法配伍。原作者认为本方证之病机为"风中府也"，但究其症状及用药，应以"风中经络"为妥。应用时以手足瘫废，脉虚浮为辨证要点。临床上对于风寒湿痹而见肢体关节疼痛，屈伸不利，脉虚者，亦可用本方治之。

三生饮

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。又名顺气散。方由南星（生用）一两，木香一分，川乌（生，去皮）、附子（生，去皮）各半两组成。㕮咀，每服半两，水二大盏，姜十五片，煎至八分，去滓温服，不拘时候。功能逐风痰，通经络，助阳祛寒。主治卒中昏瞶，不省人事，痰涎壅盛，语言謇涩，或口眼㖞斜，或半身不遂。

阳虚之人，每挟痰湿，一旦中风，则内外合邪而见此病证。治宜逐风痰，通经络，助阳祛寒。然当此寒痰上涌，浊阴蔽塞，以致卒然昏仆之际，非寻常药物所能胜任，故选雄烈刚燥之品组成此方。方中天南星祛风痰，附子、川乌驱阴寒。三味之所以生用，乃取其力峻而行速耳。少佐木香以理气调畅脏腑气机，使之气顺则痰行，《杂病源流犀烛》谓之为"顺气散"，即是此意。生姜既能发散风寒，驱除阴浊，又能制约"三生"之毒。诸药合用，共成逐风痰，驱阴寒，通经络之峻剂。本方对于寒痰壅于经络，或感风寒，猝中不知人事，痰涎壅盛，身无热而唇淡苔白者，用于急救，确有功效。浊阴一开，即当随证转方。本方辛燥雄烈，只可暂用。且药少峻猛，用时宜慎。方中生天南星、生川乌、生附子因是生用，均有毒性，宜用生姜久煎，方可服用。服后若见舌麻，是为中毒之兆，宜随症诊治。临床上的脑血管意外、癫痫、肿瘤等病辨证属于寒痰壅阻经络者，可用本方治之。

星香散（《易简方》）　南星八钱，木香一钱，生姜十四片。水煎服。功能祛风痰，通经络。主治气盛人卒中，昏不知人，口眼㖞斜，半身不遂，咽喉作声，痰气上壅者。

玉真散

本方出自《外科正宗》卷四。是由《普济本事方》玉真散加味而成。方由南星、防风、白芷、天麻、羌活、白附子各等份组成。上药为末，每服二钱，热酒一钟调服，更敷伤处。若牙关紧闭，腰背反张者，每服三钱，用热童便调服，虽内有瘀血亦愈。至于昏死心腹尚温者，连服二剂，亦可保全。若治疯犬咬伤，更用漱口水洗净，搽伤处亦效。功能祛风定搐。主治破伤风，牙关紧急，口撮唇紧，身体强直，角弓反张，脉弦紧。本方所治证属风邪侵人破伤之处而成，属外感为患。治宜祛风定搐，导邪外出。方中君以白附子、天南星祛风化痰，定搐解痉；臣以羌活、防风、白芷祛散经络中之风邪，导邪外出；佐以天麻熄风解痉；使以热酒、童便活血通络。诸药合用，使风散搐定，诸症可解。本方祛风之力虽强，而解痉之力不足，临证时可酌加全蝎、蜈蚣等以增强解痉之力。本方药性偏于辛燥，确属外风侵袭，津气未伤者，方可应用。破伤风后期，津气耗伤者，宜慎用之。至于外伤出血过多，以致气血不能养筋，发为痉挛者，则宜养血舒筋，非本方所宜。孕妇慎用。

玉真散（《普济本事方》卷六）　天南星（汤洗七次）、防风（去钗股）各等份。上为细末，如破伤，以药敷贴疮口，然后以温酒调下一钱。如牙关急紧，角弓反张，用药二钱，童子小便调下。功能祛风化痰解痉。主治破伤风早期，津气未伤，症见牙关紧急，口撮唇紧，角弓反张，脉弦者。兼治打扑伤损。

定痫丸

本方出自《医学心悟》卷四。方由明天麻一两，川贝母一两，胆南星（九制者）五钱，半夏（姜汁炒）一两，陈皮（洗去白）七钱，茯苓（蒸）一两，茯神（去木，蒸）一两，丹参（酒蒸）二两，麦冬（去心）二两，石菖蒲（石杵碎，取粉）五

钱,远志(去心,甘草水泡)七钱,全蝎(去尾,甘草水洗)五钱,僵蚕(甘草水洗,去嘴,炒)五钱,真琥珀(腐煮,灯草研)五钱,辰砂(细研,水飞)三钱组成。用竹沥一小碗,姜汁一杯,再用甘草四两熬膏,和药为丸,如弹子大,辰砂为衣,每服一丸。按五痫分引下:犬痫,杏仁五枚,煎汤化下;羊痫,薄荷三分,煎汤化下;马痫,麦冬二钱,煎汤化下;牛痫,大枣二枚,煎汤化下;猪痫,黑料豆三钱,煎汤化下。日内服。现用法为作汤剂,用量酌定。功能祛风化痰,通络止搐。主治癫痫,忽然发作,眩仆倒地,喉中痰鸣,叫喊作畜声,甚则抽搐目斜。

本方所治证属痰涎聚于经络所致,治宜祛风痰,通经络。方中天麻、半夏、全蝎、僵蚕、川贝母、胆南星、竹沥、姜汁祛风化痰,通络止搐;陈皮、茯苓燥湿化痰;菖蒲、远志开窍化浊;琥珀、茯神、辰砂安心神;麦冬、丹参、甘草养心阴。方后载:"本方内加人人参三钱尤佳。"人参补心气,心得补养,则神有所主而易苏醒。本方仅适于癫痫发作时服用,若发作已止,宜按病因治疗,以防复发。正如原著所说:"既愈之后,则用河车丸以断其根。"现临床上亦用于精神分裂症、癔症、强迫症等属痰凝经络而致者。

定痫丸(《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十一) 人参三钱,当归三钱,白芍(炒)三钱,茯神、枣仁(炒)各五钱,远志(去心)三钱,琥珀三钱,天竺黄四钱,白术(土炒)五钱,橘红、半夏(姜制)、天麻各三钱,钩藤钩四钱,甘草(炙)二钱。共为细末,炼蜜为丸如榛子大,每服一丸,淡姜汤化服。功能祛风化痰,调理气血。主治癫痫发作,手足厥冷,仆卧拘急,面色青白,口吐涎沫,声音微小,脉来沉细。

风引汤

本方出自《金匮要略·中风历节病脉证并治》。又名紫石煮散。方由大黄、干姜、龙骨各四两,桂枝三两,甘草、牡蛎各二两,寒水石、滑石、赤石脂、白石脂、紫石英、石膏各六两组成。上十二味,杵,粗筛,以韦囊盛之,取三指撮,井花水三升,煮三沸,温服一升。功能清热熄风,镇惊安神。主治癫痫、风瘫。症见突然仆卧倒地,筋脉拘急,两目上视,喉中痰鸣,神志不清,舌红苔黄腻,脉滑者。

本方所治证属风热痰火,上冒心神所致,治宜清热熄风,镇惊安神。方中大黄、寒水石、石膏、滑石清热以熄风,紫石英补心安神、清心镇惊;风邪内并,痰热内生,心窍为痰热所填而窍闭神乱,故以桂枝、甘草通心阳,龙骨、牡蛎镇心神,赤、白石脂"安心镇五脏,除烦疗惊悸"(《日华子本草》),共以镇惊安神;风淫挟火,火性急数,故用大队石类以清之镇之。干姜之用,既可宣通气机,调和阴阳,配赤石脂又可防止诸石药之过于沉降滑泄。如此配伍,清镇又不过于沉降,宣通又不助火之盛,实为治热癫痫的良方。本方乃张仲景专为热癫痫而设,以舌红,苔黄腻,脉滑为辨证要点。巢氏用本方治脚气,以石性下达,可胜湿热,不使攻心也。对于癫痫、精神分裂症、癔症,以及强迫症等属痰热者,均可用本方治疗。

风引汤(《备急千金要方》卷七) 麻黄、石膏、独活、茯苓各二两,吴茱萸、秦艽、细辛、桂心、人参、防风、芎䓖、防己、甘草各一两,干姜一两半,白术三两,杏仁六十枚,附子一两。上十七味㕮咀,以水一斗六升,煮取三升,分三服,取汗佳。功能祛风胜湿,祛寒除痹。主治风寒湿痹,两脚疼肿,屈伸不利,或不仁拘急,苔腻脉缓者。

羚羊角散

本方出自《济生方》卷七。方由羚羊角(镑)、川独活(去芦)、酸枣仁(炒,去壳)、五加皮(去木)各半钱,薏苡仁(炒)、防风(去芦)、当归(去芦,酒浸)、川芎、茯神、杏仁(去皮尖)各四分,木香(不见火)、甘草(炙)各二分半组成。上药㕮咀,每服四钱,水一盏,生姜五片,煎至七分,去滓温服,不拘时候。功能祛风解痉,养血柔肝。主治孕妇子痫,忽然颠仆,抽搐不省人事,须臾自醒,复如常人。本方所治证属孕妇血虚,肝木失养,复因外感风邪而成的子痫,治宜祛风解痉,补养肝血。方中防风、独活祛散外风;羚羊角平熄肝风;川芎、当归补养肝血;酸枣仁、茯神宁心安神;木香、杏仁调畅气机;甘草调和诸药。诸药合用,可使外风散,内风熄,痉挛解,其病自愈。方中防风、独活、木香均是辛温发散之品,如纯属阴虚风动的抽搐或子痫,则不宜使用。

羚羊角散(《普济本事方》卷二) 羚羊角(镑)、茯神(去木)各一两,芎䓖、防风(去钗股)、半夏(汤洗七次)、白芷(不见火)、甘草(炙)各半两,枳壳(去穰,细锉,麸炒)、附子(炮,去皮脐)各三分。上为粗末,每服四钱,水一盏半,生姜半分,慢火煎至七分,去滓,不拘时候温服。功能祛风化痰,温阳散寒。主治寒胜阳衰,风痰上扰,头目眩晕。

钩藤散

本方见于《幼科发挥》卷二。方由钩藤一两五钱,白茯苓一两五钱,防风二钱,朱砂(飞)二钱、大黄(酒湿纸煨)二钱五分,蝉壳二钱,羌活二钱,独活二钱,青皮二钱,炙甘草二钱组成。上为末,姜、枣煎服。功能祛风清热,安神定惊。主治小儿急惊风。症见壮热惊悸,眼目上视,手足抽搐,或啼或笑,喜怒无常,甚者爪甲皆青紫者。本方所治之急惊风,证属外感风邪,郁而化热,引动肝风所致。治宜清热疏风,安神定惊。方中重用钩藤清热平肝,熄风定惊;茯苓、朱砂安神定惊,蝉蜕祛风解痉,大黄煨用,取其引热下达之功,以泄热邪,上药合用,清热定惊之力更强;更以防风、羌活、独活辛散风邪,青皮理气行滞,炙甘草、生姜、大枣调和诸药。诸药和用,共奏清热散风,安神定惊之效。热邪得清,风邪得散,则抽搐等症可除。

本方为治疗小儿急惊风之方，以壮热惊悸，手足抽搐，舌红苔黄，脉弦数为辨证要点。如口鼻气冷，昏睡露睛，手足时时瘈疭之慢惊风，则非本方所宜。

钩藤散（《婴童百问》卷二）　钩藤钩三钱，蝉蜕、天麻、防风、蝎尾、人参各半两，麻黄（去节）、僵蚕（炒）、甘草（炙）、川芎各一钱，麝香不拘多少。上为末，白水煎，寒多加附子半钱。功能益气健脾，熄风定惊。主治脾胃气虚之慢惊风。症见或吐或泻，痰鸣微喘，眼开神疲，睡则露睛，惊跳搐搦，乍发乍静，或身冷肢凉，口鼻气冷，面色白淡青，或眉青唇青，脉沉迟而弱者。

钩藤饮（《婴童百问》卷三）　钩藤钩、茯神、茯苓、川芎、当归、木香、甘草、白芍药各一钱。上为末，每服一钱，姜、枣略煎服。功能理气健脾，养血熄风。主治小儿夜啼。症见小儿虚烦不安，夜啼不歇，或手足抽掣，腹中冷痛，目有红丝点，脉沉弦者。如心热而烦啼，必有面红舌白，小便赤涩之症，宜用本方去木香，加朱砂末一钱，研和，每服一钱，木通汤调下，或锉散煎服亦可。

千金散

本方出自《寿世保元》卷八。方由全蝎（炙熟）、白僵蚕各三分，朱砂四分，天麻四分，冰片二分，牛黄六厘，黄连四分，胆星、甘草各三分组成。上为细末，每服五、七厘，薄荷、灯心、金银花煎汤，不拘时调下。功能祛风止痉，清热豁痰定惊。主治小儿急惊，痰多气喘，烦躁神昏，发热抽搐。本方所治证属内有郁热，外挟风邪，心家受热，痰涎壅盛，关窍不通而成。治宜祛风止痉，豁痰定惊。方中全蝎祛风止痉，牛黄豁痰定惊，共以为君；僵蚕、天麻助全蝎以熄风止痉，冰片、朱砂助牛黄以清心开窍，共以为臣；胆南星祛风痰，黄连清心热，共为佐药；使以甘草调和诸药；金银花、薄荷、灯心草合用有清热祛风之效，故用之煎汤送服。用治小儿急惊，以抽搐烦躁，痰盛气粗，虎口脉纹青紫为辨证要点。如系脾肾虚寒之慢惊风，则非本方所宜。现临床上亦用于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、破伤风等属于风痰壅盛、蒙蔽心窍者。

撮风散

本方出自《仁斋小儿方论》卷一。方由赤脚蜈蚣（炙）半条，钩藤钩一钱五分，朱砂（水飞）、直僵蚕（焙）、全蝎尾各一钱，麝香一字组成。上为末，每服一字，竹沥调下；或作汤剂，水煎，朱砂、全蝎、麝香研末冲服，用量酌定。功能熄风化痰镇痉。主治小儿撮口。症见口撮如囊，吮乳不得，舌强唇青，面青黄赤，手足抽搐，甚或神昏者。本方所治之小儿撮口，证属心脾有热而引动内风所致。治宜熄风化痰，清热镇痉。方中钩藤清热熄风而止痉；僵蚕合全蝎、蜈蚣以祛风痰，止抽搐，四药合用，祛风镇痉之力更强。朱砂安神定惊，麝香芳香开窍；以竹沥调下，取其清热化痰，开窍定惊之效。诸药合用共奏清热祛风，化痰镇惊之功。临床用治小儿撮口，以撮口抽搐，舌红苔黄，脉弦数为辨证要点。现临床上亦用治小儿破伤风属热盛者。然本方为急救治标之剂，如痉止，则根据辨证加减，或选用其他方剂治疗。

全蝎散

本方见于《阎氏小儿方论》。又名钱氏全蝎散。方由全蝎（去毒，炒）、僵蚕（直者，炒）、甘草、赤芍药、桂枝（不见火）、麻黄（去节）、川芎、黄芩（去心）各三钱，天麻六钱，天南星（汤浸七次，去皮脐，切，焙）三钱组成。上为粗末，每服三钱，水一盏半，姜七片，煎七分，温服不拘时，量儿大小与之，日三四服，忌羊肉。功能祛风通络，化痰定痉。主治小儿惊风、中风，口眼㖞斜，语言不正，手足偏废不举。本方治证系小儿外感风邪，化热生痰，风挟痰热，阻滞经络所致，治宜祛风通络，化痰定痉。方中全蝎、天麻祛风通络止痉为君药；佐僵蚕、天南星祛风化痰解痉；桂枝、麻黄祛风散邪；川芎、赤芍药和血调营，正所谓"治风先治血，血行风自灭"；黄芩清阳郁之热；甘草调和诸药。诸品相伍，以祛风定痉。现临床用本方治疗破伤风，风痰壅阻经络者。

排风汤

本方出自《备急千金要方》卷八。方由犀角、羚羊角、贝子（即白贝齿）、升麻各一两组成。上四味，研下筛为粗散，以水二升半，纳四方寸匕，煮取一升，去滓，服五合。若肿，和鸡子，日三次。功能熄风开窍，清热解毒。主治中风窍闭，口噤闷绝不识人，甚至痉厥，以及身体疼烦，面目暴肿，手足肿者。本方所治证属风邪入脏，热闭心包所致。治宜熄风开窍，清热解毒。方中羚羊角清热熄风，火降风熄，则气血不致上逆而痉厥可止；犀角清心开窍，热清邪去，则心神不受扰乱而神志渐苏，两药均为主药。贝子散热结，利窍道，升麻解热毒，散风邪，均助羚羊角、犀角以清热解毒，熄风开窍，为方中辅助部分。药虽四味，但力专效速，是热扰心包，神昏谵语的良方。至于身体疼烦，面目暴肿之证，乃毒风挟热入血所致，治宜凉血解毒，祛风消肿，故用本方。本方为中风窍闭，神昏痉厥而设，以舌赤苔黄，脉弦而滑为辨证要点。中暑、中恶以及小儿急惊、客忤等由于风热亢盛，扰及心包，神昏内闭者，亦可用本方治疗。现对乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、小儿高热抽搐，及猩红热、中毒性肝炎等属热陷心包或阳亢动风者，可用本方加减治之。

天麻防风丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷十。方由白僵蚕

(去丝嘴,炒)、干蝎(炒)各半两,天麻(去苗)、防风(去苗)、人参各一两,朱砂(研飞)、雄黄(研)、麝香(研)、甘草(炙)各一分,牛黄一钱组成。上为细末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服一至二丸,薄荷汤化下,不拘时候。功能熄风止痉,化痰开窍。主治一切惊风,身体壮热,手足抽掣,精神昏愦,痰涎不利。本方所治之惊风乃痰热内闭心包所致。治宜熄风止痉,化痰开窍。方中天麻、防风熄风解痉为君;牛黄、雄黄豁痰开窍为臣;麝香开心窍,朱砂清心火,僵蚕祛风痰,全蝎定痉搐,共以为佐;而重用人参,意在借其益气养心之力,与开窍之品同用,对于启复神明,功效更捷,但应以脉虚为宜;少用炙甘草,意在调和诸药。本方所治小儿惊厥,属于痰热内闭,以抽搐、昏愦、苔黄浊,脉弦滑为辨证要点。对于乙脑、流脑、破伤风、癫痫等病属痰热内闭者,亦可用本方治之。

天南星丸

本方出自《圣济总录》卷七。方由天南星(腊月牛胆酿者)三分,白芷一两半,麻黄(去根节)一两,防风(去叉)一两半,羌活(去芦头)、独活(去芦头)、芎䓖、天麻、白芍药、桔梗(锉,炒)、细辛(去苗叶)、白僵蚕(炒)各半两,甘草(炙)一分半,干姜(炮)一分,龙脑(研)一钱,麝香(研)一分组成。上十六味,研为细末,和令匀,炼蜜为丸如杏核大,丹砂为衣,每服一丸细嚼,以薄荷温酒下,不计时候;伤寒头目昏痛,肢节疼者,薄荷茶下。现用法亦作汤剂,用量酌定。功能祛风化痰,开窍通络。主治中风,手足麻痹亸曳,或肘痒疼痛。

本方所治证属风痰或风寒湿邪闭阻经络所致,治宜祛风化痰,开窍通络。方中天南星、僵蚕祛风化痰,龙脑、麝香开窍通络,风去痰除,则手足运用自如;防风、羌活、独活、白芷、薄荷祛风胜湿,细辛、干姜、麻黄温经散寒,寒散湿化,则痹痛可止;天麻、炙甘草、川芎、白芍调养血气、祛风止痹。诸药合用,共奏祛风痰、通经络之效。本方亦能祛风胜湿,通络止痛,故可用于手足肿痛属风寒湿邪为患者。现临床上对于脑血管意外、慢性风湿性关节炎、坐骨神经痛、颈椎综合征等属风痰或风寒湿邪为患者,亦可用本方治之。

天南星丸(《圣济总录》卷六) 天南星(炮)、天麻、附子(炮裂,去皮脐)、干蝎(全者,去土,炒)、白僵蚕(直者,炒)、藿香叶、白附子(炮)各半两。上七味,薄荷酒温下,空心食前服。功能祛风化痰,温经通络。主治中风,手足不随,口眼㖞斜,筋脉挛急,行履艰难。

天南星丸(《圣济总录》卷十六) 天南星(浆水煮,切,焙)、半夏(浆水煮,焙)、天麻(酒浸,切,焙)、石膏各半两,白附子(生)一两,滑石二两。上六味,捣研为细末,面糊为丸,如梧桐子大,每服十丸,食后荆芥汤下。功能祛风痰,降痰火。主治头风头痛,痰逆烦满,筋脉拘急,手足麻痹属痰火上扰者。

牛黄定志丸

本方见于《杂病源流犀烛》卷十二。方由朱砂、半夏各二两,雄黄、天麻、甘草、乌蛇肉各一两,西珀七钱半,牛黄、冰片、全蝎、僵蚕、附子、牛膝、南星各五钱,麝香二钱半组成。蜜丸,芡子大,人参、薄荷汤嚼下一丸。功能祛风化痰,开窍安神。主治风邪中脏。症见神志昏冒,不能言、惊悸。本方所治证属风中于脏,痰迷心窍所致。治宜祛风化痰,开窍安神。方中牛黄、冰片、麝香、西珀、朱砂开窍安神,天麻、天南星、半夏、乌蛇肉、附子、牛膝、全蝎、僵蚕祛风化痰,甘草调和药性,朱砂配牛黄又能加强清心之效。人参之用更有深意,在此病情复杂危急之际,借助人参益气养心之力,与辛香开窍药同用,对于启复神明,功效更捷。但以少量用之为宜,以免滞窍。临床用于中风窍闭,以神昏不语,痰鸣气粗,苔垢脉滑为辨证要点。中恶(感触秽浊之气,忽然昏倒,气闷欲绝)因于痰浊内闭者,亦可用之。现临床上对于脑血管意外、肝昏迷、癫痫等属痰浊内闭者,均可用之。本方芳香辛窜之药较多,清热熄风之力不足,凡中风昏厥由于肝阳上亢者,不宜使用。

蠲风饮子

本方出自《医学正传》卷一。方由防风(去芦)、杜仲(去粗皮,姜汁炒)、羌活、白芷、川贝(去芦头,酒浸洗)、川芎、生地黄(酒浸,洗)、白芍药、川牛膝(去芦,酒洗)、秦艽(去芦)、何首乌、萆薢、苍术(米泔浸一二宿)、白术、木通(去皮)、大枫子肉、威灵仙、血藤(即过山龙)、防己、丁公藤各一两,荆芥穗、海桐皮(去粗皮)、五加皮、天南星(煨制)、半夏(汤泡七次)、橘红(去白)、赤茯苓(去皮)、桑寄生、天麻、僵蚕(炒)、钩藤各五钱,薄桂(去粗皮)、草乌头(去皮尖)、甘草节、川乌(去皮脐,炮)、猪牙皂角各二钱半,两头尖、阴地蕨(一名地茶)、大蓟、小蓟、理省藤、桑络藤各一两五钱,生姜(另研细)一两组成。上各切细,用无灰好酒二斗五升,以瓷罐盛酒浸药,以皮纸十数重包封罐口,冬半月,夏七日,秋春十日,每日清晨、午前、午后、临卧各服一大白盏。忌鸡猪鱼羊驴马飞禽虾蟹等肉味,及煎煿油腻水果生冷荞麦热面一切动气发风之物。现用法为上药蒸熟晒干,米酒适量浸之,一月后取用,每日三次,每次三匙。亦作汤剂水煎服,用量酌定。功能祛风痰,活血气,通经络。主治中风瘫痪,口眼歪斜;及风湿痹痛,走注疼痛,肢节挛急,麻痹不仁。本方所治证属风痰瘀血,或风寒湿邪留阻经络而成,治宜祛风痰,活血气,通经络。方中僵蚕、皂荚、天南星、钩藤祛风痰,通经络;当归、川芎、鸡血藤、牛膝活血气,止痹痛;薄桂、草乌温经活络、散络中之风寒湿邪;半夏、橘红燥湿化痰,祛络中之留滞痰湿。然本方之特点乃在集大队祛风胜湿之品,诸如防风、

羌活、秦艽、威灵仙、丁公藤、五加皮……乃至大枫子肉等，以祛其邪；又集大队养血熄风之品，诸如桑寄生、何首乌、白芍……乃至天麻等，以治其本。以酒浸之，取其活血祛风之效，忌肉戒冷，因其留湿助寒之故。本方为中风瘫痪、风湿痹证而设，以日久不愈，属湿痰死血留滞经络者为宜。现临床上对脑血管意外、面神经炎、三叉神经痛、风湿性关节炎等属湿痰者，常用本方治之。方中理省藤，如无此药，可用鸡血藤代。

小活络丹

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。原名活络丹。因《兰台轨范》有"大活络丹"，后人遂称本方为"小活络丹"，以示区别。方由川乌(炮，去皮脐)、草乌(炮，去皮脐)、地龙(去土)、天南星(炮)各六两，乳香(研)、没药(研)各二两二钱组成。上为细末，入研药和匀，酒面糊为丸，如梧桐子大，每服二十丸，空心，日午冷酒送下，荆芥茶送服亦可。功能搜风除湿，祛痰逐瘀，温经通络。主治中风手足不仁，日久不愈，经络有湿痰死血，而见腿、臂间有一二点作痛；及风寒湿邪留滞经络，肢体经脉挛痛，屈伸不利，或疼痛游走不定。

本方所治证属瘀血湿痰，或风寒湿邪留滞经络所致。治宜搜风祛湿，祛痰逐瘀。方中川乌、草乌温经通络，以散络中风寒湿邪为君；臣以天南星燥湿活络，以祛络中之痰，并能止痛；佐以乳香、没药行气活血，以化络中之瘀血；使以地龙通经活络，并加用陈酒以助药势，引导诸药直达病所。由于病邪久留经络，非汤剂可以荡涤，故以峻烈之品为丸以搜逐之。对于风湿痹痛，日久不愈，湿痰死血留滞经络者，用之则风湿可祛，痰瘀可化，经络可通，诸症可愈。若偏于肝肾气血不足者，可配服独活寄生汤。本方现临床上亦用治脑溢血后遗症的半身不遂、三叉神经痛、面神经炎、颈椎综合征、慢性风湿性关节炎等属瘀血湿痰，或风寒湿邪留滞经络者。但方中药力颇峻，以日久不愈而体实气壮者为宜，阴虚有热或孕妇均慎用。

大活络丹

本方见于《兰台轨范》。由《奇效良方》大神效活络丹加减而来。又名大活络丸。方由白花蛇、乌梢蛇、威灵仙、两头尖(俱酒浸)、草乌、天麻(煨)、全蝎(去毒)、首乌(黑豆水浸)、龟版(炙)、麻黄、贯仲、炙草、羌活、官桂、藿香、乌药、黄连、熟地、大黄(蒸)、木香、沉香各二两，细辛、赤芍、没药(去油，另研)、丁香、乳香(去油，另研)、僵蚕、天南星(姜制)、青皮、骨碎补、白蔻、安息香(酒熬)、黑附子(制)、黄芩(蒸)、茯苓、香附(酒浸，焙)、玄参、白术各一两，防风二两半，葛根、虎胫骨(炙)、当归各一两半，血竭(另研)七钱，地龙(炙)、犀角、麝香(另研)、松脂各五钱，牛黄(另研)、片脑(另研)各一钱五分，人参三两组成。上五十味为末，蜜丸如桂圆核大，金箔为衣，陈酒送下。功能祛风痰，通经络，活气血。主治中风瘫痪，痿痹，痰厥，阴疽，流注等证。本方所治证属风邪乘虚侵入肢体，留而不去，气血瘀阻经络而致。治宜祛风痰，通经络，祛瘀血，行气滞。方中牛黄、天南星、地龙、僵蚕、天麻等祛风化痰。白花蛇、乌梢蛇、全蝎、虎骨等祛风通络。麻、附、姜、桂、防风、细辛等祛风散寒。血瘀则络阻，故用大黄、桂枝、血竭、乳香、没药等祛瘀活血；麝香、犀角、片脑、安息香等通窍透络。血凝则气滞，故用木香、香附、白豆蔻、青皮等疏畅气机。邪乘虚入，故用四君补气，四物补血。诸药合用，共成扶正祛邪，标本兼顾之剂。病邪阻滞经络，久留不去，则非汤剂可以荡涤，故作丸剂，缓图功效。本方治证较广，凡属风痰、瘀血留滞经络之证，诸如中风瘫痪、阴疽流注等，均可用之。现临床上亦用治脑血管意外之半身不遂，胶原性疾病之关节挛痛等属于风痰瘀血而成者。本方药峻烈，孕妇忌用。

大神效活络丹(《奇效良方》卷二) 白花蛇(酒浸，焙干)、麻黄(去节)、两头尖(酒浸)、川芎、甘草(去皮，炙)、官桂(去粗皮)、草豆蔻、川羌活、天麻、藿香(去土)、何首乌、白芷、黄连、黄芩、熟地黄、大黄、木香各二两，乌梢蛇(酒浸，焙干)、乌犀屑、地龙(去土)、麝香(另研)、松香脂各半两，细辛(去土)、赤芍药、没药(另研)、朱砂(另研)、丁香(去枝)、白僵蚕(炒)、乳香(另研)、虎胫骨(酥炙)、玄参、天竺黄、败龟版(炙)、人参、乌药、安息香、青皮、黑附子(炮，去皮脐)、香附、白豆蔻、骨碎补、茯苓、白术、沉香各一两，全蝎(去毒，炒)、葛根、威灵仙、当归各一两半，防风二两半，血竭(另研)七钱半，片脑(另研)一钱半，牛黄(另研)二钱半。上为细末，炼蜜为丸，如弹子大，金箔为衣，每服一丸，细嚼温酒茶清漱下。功能祛风痰，通经络，活气血。主治风湿诸痹，筋骨疼痛；以及口眼㖞斜，行步艰辛，筋脉拘挛者。

人参再造丸

本方见于《北京市中药成方选集》。方由蕲蛇(酒炙)120克，龟版(炙)、玄参(去芦)、香附(炙)、天竺黄、羌活、乌药、细辛、赤芍、黑附片、虎骨(炙)、青皮(炒)、僵蚕(炒)、白术(炒)、骨碎补、党参(去芦)、沉香、没药(炙)、乳香(炙)、母丁香各30克，麻黄、山甲(珠)、白芷、大黄(炙)、熟地、姜黄、首乌(炙)、茯苓、草豆蔻、紫豆蔻、藿香、川芎、黄芪、天麻、黄连、白附子(炙)、防风、萆薢、肉桂(去粗皮)、甘草、当归各60克，地龙肉、松香(炙)、山羊血各15克，威灵仙、葛根、全蝎、桑寄生各75克，杭菊、血竭花各24克组成。共研为细末，过箩，每2.4千克细粉兑：麝香6克，牛黄10.5克，朱砂粉30克，犀角粉24克，高丽参粉60克，冰片10.5克。上药混合均匀，研细，炼蜜为丸，每丸重9克，每服1丸，日服2次，温开水送下。功能舒筋活血，祛风化痰。主治中风中痰，口眼㖞斜，言语不清，

手足拘挛,左瘫右痪,半身不遂。

本方所治证属风痰瘀血阻滞经络,日久不愈,气血虚弱所致。治宜祛风痰,通经络,去瘀血,补气血。方中蕲蛇、麻黄、天竺黄、白芷、地龙、威灵仙、羌活、葛根、细辛、虎骨、僵蚕、天麻、全蝎、白附子、防风、草薢等祛风痰,通经络,解痉搐;香附、姜黄、乌药、草豆蔻、紫豆蔻、藿香、青皮、沉香、松香、丁香等行气祛风;大黄、赤芍、川芎、没药、乳香、血竭等活血祛瘀;附子、肉桂温阳祛寒;麝香、牛黄、冰片芳香透络;菊花、犀角、黄连清肝熄风;龟版、玄参滋阴清热,以防方中大队辛燥药物伤阴耗液;茯苓、白术、党参、高丽参补气健脾;桑寄生、当归、羊血养血祛风;朱砂镇静安神。诸药合用,则风痰、风湿与瘀血均得以祛除,使经络得通,气血得复,诸症可愈。本方多用于风痰中络,或风湿痹痛,日久不愈,湿痰死血留滞经络者。临床上亦可用于中风后遗症的半身不遂,语言困难属于邪实正虚者。

羌活愈风汤

本方出自《素问病机气宜保命集》卷中。原名愈风汤。方由羌活、甘草(炙)、防风、黄芪、蔓荆子、川芎、细辛、枳壳、人参、地骨皮、麻黄、知母(去皮)、甘菊、薄荷、枸杞子、当归、独活、白芷、杜仲、秦艽、柴胡、半夏、厚朴、熟地黄、防己各二两,芍药、黄芩、茯苓各三两,石膏、生地黄、苍术各四两,桂枝一两,前胡二两组成。上药锉,每服一两,水二盏,煎至一盏,去滓温服。如遇天阴,加生姜三片煎服,空心一服,临卧再煎药渣服,俱要食远。空心一服,喋下二丹丸(见"二丹丸"条),为重剂;临卧喋下四白丹(见附方"四白丹"条),为轻剂。功能祛风通络,养肝益肝。主治中风。症见半身不遂,或一肢偏枯,语言蹇涩,眩晕健忘者;亦治风湿痹证。

本方所治之中风,证属肝肾不足,筋骨痿软所致。治宜祛风通络,补益肝肾。方中集羌、防、麻、桂等大队祛风之品以逐邪,又集参、芪、归、芍等八珍之辈以扶正。"内弱者,是风热体重也",故又配石膏、知母等以清热,并防麻、桂、辛、术之过于温燥,达到《医学发明》所说的"调阴阳,无偏胜"的配伍目的。本方祛风通络之中兼以养肝益肾,凡肝肾亏损,虚风内动之半身不遂,或一肢偏枯,或口眼㖞斜等均可用之。以眩晕健忘,舌淡脉细为辨证要点。本方养血祛风,凡痹证日久,正虚邪实,症见腰膝冷痛无力,肢节屈伸不利,舌淡脉细者,亦可用之。现临床上对脑血管意外、慢性风湿性关节炎等属肝肾亏损、气血不足者,亦可用本方治之。

四白丹(《素问病机气宜保命集》卷中) 白术、白茯苓、人参、缩砂仁、香附子(炒)、甘草、防风、川芎各半两,白芷一两,白檀一两半,知母二钱,羌活、独活各二钱半,薄荷二钱半,细辛二钱,龙脑(另研)半钱,麝香(另研)一字,牛黄(另研)半钱,藿香一钱半,甜竹叶二两。上为细末,炼蜜为丸,每两作十丸,临卧嚼一丸,分五七次嚼之。功能祛风开窍,清肺益气。主治中风昏冒。

大秦艽汤

本方出自《素问病机气宜保命集》卷中。方由秦艽三两,甘草二两,川芎二两,当归二两,细辛半两,川羌活、防风、黄芩各一两,石膏二两,白术一两,生地黄一两,熟地黄一两,白茯苓一两,白芍药二两,白芷一两,川独活二两组成。上十六味锉,每服一两,水煎去滓,温服不拘时。如遇天阴,加生姜煎七八片。如心下痞,每两加枳实一钱同煎。功能祛风通络,调理气血。主治风邪初中经络,手足不能运动,舌强不能言语者。本方所治证属血弱不能养筋,风邪乘虚侵袭所致。治宜祛风通络,调理气血。方中秦艽祛一身之风而通行经络,用以为君;羌活、防风散太阳之风,白芷祛阳明之风,细辛、独活搜少阴之风,共为臣药;佐芎、归、芍、地以养血,养血而筋自荣,复用术、苓、甘草益气健脾,助生化之源,令邪去而不复返;原书指出:"风本生于热……凡言风者热也",故又佐以石膏、黄芩、生地黄凉血清热。本方以风药祛风为主,兼用血药以调理气血。血活风散,经络舒通,则手足健运,言语伶俐。本方于大队风药中配以养血、益气、清热之品,宜于风邪初中经络,外见表证者。以手足运动不灵,言语蹇涩,脉弦细为辨证要点。类中风证(内风),禁用本方。现临床上亦用于风湿性关节炎、面神经炎等病属风中经络兼血虚者。

防己地黄汤

本方见于《金匮要略·中风历节病脉证并治》。方由防己一分,桂枝三分,防风三分,甘草一分,生地黄二斤组成。前四味,以酒一杯浸之一宿,绞取汁;生地㕮咀,蒸之如斗米饭久,以铜器盛其汁,更绞地黄汁,和前药汁,分二次服。功能滋阴凉血祛风。主治中风,阴虚血热,病如狂状,妄行,独语不休,无寒热,脉浮者。本方治证属心气不足,营卫皆虚,风邪入中,风火相搏,扰乱神明所致,治宜滋阴凉血祛风。方中地黄独重,滋阴养血凉血为君药;防己善搜经络风湿,兼可清热,与地黄同伍,意在凉血滋阴,清热熄风,故为臣药;防风、桂枝辛甘而润,解肌疏表,驱散风邪为佐药;甘草调和诸药为使药。诸药相合,甘润大于辛散,使驱风而不刚燥,养血而无留邪之弊,共奏滋阴清热,养血祛风之效。现临床多用本方治疗中风轻证或后遗症,手足麻木,肢体活动不便,语言不利者。对于面神经麻痹属血虚风燥,或风湿热兼有阴虚者,也可用本方治疗。

川芎茶调散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由薄荷八

两,防风(去芦)一两半,香附子(炒)八两(别本作细辛去芦一两),羌活、白芷、甘草(爁)各二两,川芎、荆芥(去梗)各四两组成。上为细末,每服二钱,食后茶清调下。常服清头目。现用法为亦可水煎服,用量酌定。功能疏风止痛。主治风邪头痛,或偏或正,或巅顶作痛,作止无时,或见恶寒发热,目眩鼻塞,舌苔薄白,脉浮者。

本方所治头痛乃感受风邪所致,治宜疏风止痛。方中川芎善治少阳经头痛(头项两侧痛),羌活善治太阳经头痛(后脑、前额痛),白芷善治阳明经痛(眉棱、额骨痛),均为君药。荆芥、薄荷、防风升散上行,疏散上部之风邪;香附辛香,行气宽中,并能疏散外邪(目前配方多用细辛,能祛风散寒止痛),与荆、防、薄荷相配,能增强疏风止痛之效,并可解表,均为臣药。甘草调和诸药,以茶清调下,取茶叶苦寒清上而降下之性,监制上药过于温燥升散,使之升中有降,均为佐使。"头痛必用风药者,以巅顶之上,惟风药可到也"(《银海精微》),此即本方遣药立方之意旨。本方偏于辛温,对于外感风邪头痛、头风头痛而偏于风寒者较为适宜。现临床上对慢性鼻炎、鼻窦炎所致的头痛,以及神经性头痛属风寒所致者,亦常用本方治之。本方以辛散药物为主,凡久病气虚、血虚,或因肝肾不足、肝阳上亢等所致的头痛,均非所宜。

川芎茶调散(《银海精微》) 川芎、防风、羌活、甘草、石决明、木贼、石膏(炒)、荆芥、菊花、薄荷叶各一两。为末,每服二三钱,食后茶下。功能疏肝经之风,清肝经之热。主治肝经风热之眼弦湿烂,赤涩流泪,舌红,脉弦者。

菊花茶调散

本方出自《银海精微》卷下。由川芎茶调散衍变而成。方由菊花、薄荷、蝉衣、僵蚕、川芎、荆芥、防风、羌活、细辛、甘草、白芷组成(《医方集解》无蝉衣)。研末,每服二钱,食后茶清调下。现用法为多作汤剂,水煎服。功能疏风清热止痛。主治外感风热,偏正头痛,或巅顶痛,恶寒发热,头晕目眩,舌淡苔薄白微黄,脉浮者。本方所治证属风邪上犯清窍所致,治宜疏风清热,通络止痛。方用菊花、川芎为君,散风清热,活血止痛;羌活、防风、荆芥、细辛、白芷等为臣,疏散风邪,通络止痛;蝉蜕、薄荷、僵蚕疏风清热,镇痉止痛为佐,配君药以散风热而止头痛,协臣药辛散疏通宣泄,活络通窍止痛;甘草甘缓和中,调和诸药为使。合为疏风热,通络止痛之剂,用以治疗风邪蕴热而致偏正头痛。现临床上亦用于神经性头痛、高血压头痛等病证见上述症状者。本方药物多辛散,故对气阴不足,或肝肾阴亏等证不宜用。

秘方茶调散(《赤水玄珠》卷三) 片芩(酒拌炒三次,不可令焦)二两,小川芎一两,细芽茶三钱,白芷五钱,薄荷三钱,荆芥穗四钱。头巅及脑痛加细辛、藁本、蔓荆子各三钱。为细末,每服二三钱,用茶清调下。现用法可作汤剂,水煎服。功能清热散风止痛。主治风热上攻,头目昏痛及头风热痛不可忍,苔薄黄,脉浮数者。

清神散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。方由檀香(锉)、人参(去芦)、羌活(去苗)、防风(去苗)各一十两,薄荷(去土)、荆芥穗、甘草(爁)各二十两,石膏(研)四十两,细辛(去苗,洗,焙)五两组成。上为末,每服二钱,沸汤点服,或入茶末点服,食后服。现用法为亦作汤剂,用量酌定。功能消风壅,清头目。主治风邪上犯头目。症见头昏目眩,心烦面热,脑痛耳鸣,或见精神昏愦,口眼瞤动,颈项紧急,咽嗌不利。

本方所治证属风邪外袭,上犯头目所致。治宜消风壅,清头目。方中薄荷既能疏散风邪,又能清利头目,所以重用为君;羌活、防风、芥穗、细辛辛散上行,配薄荷以疏散风邪,均为臣药;石膏、茶末合用,有清上降下之效,并监制上药温燥辛散之太过;人参配伍檀香,意在养心开窍安神,并可防止辛香耗气,共为佐药;使以甘草,配人参以益气补中,故亦重用之。总之,本方以大队辛香疏风通利之品组成,是救治风邪上攻头目的方剂。风邪得以疏散,九窍通无阻遏,则神情清爽,诸症可愈,故名清神散。用于外感头痛,头风头痛等,以头昏目眩,心烦面热,舌淡红,脉弦数为辨证要点。本方辛散药较多,凡久病血虚,或肝阳上亢所致的头昏目愦,均非所宜。现临床上对于神经性头痛、面神经炎等属风邪上犯,阻遏清阳者,可用本方治疗。

清神散(《世医得效方》卷十) 干菊花、白僵蚕(炒,去丝嘴)各半两,荆芥穗、羌活、木通、川芎、防风各四两,木香一钱,甘草、石菖蒲各钱半。上药为末,每服三钱,食后临卧,茶清调下。功能祛风痰,开九窍。主治风痰阻遏清阳,头目不清,耳常重听。

清空膏

本方出自《兰室秘藏》卷中。方由川芎五钱,柴胡七钱,黄连(炒)、防风(去芦)、羌活各一两,炙甘草一两五钱,黄芩(去皮,锉,一半酒制,一半炒)三两组成。上为细末,每服二钱匕,于盏内入茶少许,汤调如膏,抹在口内,临卧少用白汤送下。功能祛风止痛,清热降火。主治偏正头痛,或为眼痛,口苦目赤,小便短赤。本方所治证属风热上犯,阻遏清阳所致。治宜疏风止痛,清热降火。方中川芎善治少阳、厥阴经头痛(两侧头痛或头顶痛),羌活善治太阳经头痛(后头痛牵连项部),共为君药;防风、柴胡辛散上行,疏散上部风邪,协助君药以增强疏风止痛之效,均为臣药;黄连、黄芩清热降火,均为佐药;使以甘草调和诸药,以清茶调下,取茶叶苦寒清上而降下之性,使本方升中有降,增强疏风热,止头痛之力。若治风热眼痛,本方能疏风降火,方中柴胡、黄芩并能清泄肝胆之火,

故可用之。本方以辛温疏风镇痛药和苦寒清热降火药组成，对于外感头痛、头风头痛而偏于风热者，眼病属于肝经风热者较为适宜，以舌淡红，苔黄薄，脉弦数为辨证要点。现临床上对于神经性头痛属于风热，以及急性结膜炎、青光眼之眼痛属肝经风热者，均可用本方治之。原方加减法云："如苦头痛，每服加细辛二分；如太阴脉缓有痰，名痰厥头疼，加羌活、防风、川芎、甘草、半夏各一两五钱；如偏正头痛服之不愈，减羌活、防风、川芎一半，加柴胡一倍。"

菊花散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷七。方由菊花（去梗）六两，白蒺藜（炒，去刺）、木贼（去节）、羌活（去芦，不见火）、蝉蜕（去头、足、翅）各三两组成。为细末，每服二钱，食后临卧，茶清调下。现亦用饮片，水煎服。功能清热散风，退翳明目。主治风热上攻，眼目赤肿，昏暗羞明，隐涩难开，攀睛瘀肉，或痒或痛，渐生翳膜，及暴赤肿痛。本方所治证属风热上攻眼目，治宜清热疏风，明目退翳。方用菊花为君药，散风清热，凉肝明目；羌活、蝉蜕为臣药，散风清热；白蒺藜、木贼为佐，清热凉肝，疏风明目；茶清为使，明目散风，清利头目。合而用之，功可清热散风，退翳明目，消肿止痛，治疗风热上攻，目赤羞明，肿痛生翳者。现临床上亦用于急性结膜炎见上述症状者。若肝肾阴血亏虚而目糊、视物不清者不宜用。

菊花散（《银海精微》卷下） 甘菊花四两，蝉蜕（去足）、白蒺藜（炒焦，去刺）、木贼（童便浸，晒干）、羌活各三两，荆芥、甘草各二两。为细末，每服二钱，食后清茶调下，现用法为用饮片，水煎服。功能清热疏风，去翳明目。主治肝受风毒，眼目昏蒙，渐生翳膜。

菊花散（《普济本事方》卷五） 甘菊花、牛蒡子（炒熟）各八两，甘草（炙）一两半。研细末，每服二钱，熟水调下，食后、临卧服。现用法为用饮片，水煎服。功能疏风宣透，清热明目。主治肝肾风毒，热气上冲眼痛。

密蒙花散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷七。为治疗眼科疾患的代表方剂。方由密蒙花（净）、石决明（用盐同东流水煮一伏时，漉出研粉）、木贼、杜蒺藜（炒去尖）、羌活（去芦）、菊花（去土）各等份组成。为细末，每服一钱，食后，腊茶清调下，日二服。现用法为饮片，水煎服。功能疏风散热，明目消肿。主治风热攻注，两眼昏暗，羞明多眵，隐涩流泪难开，或痒或痛，或生翳膜，视物不清，及久患偏头痛，牵引两眼，渐觉细小，昏涩隐痛，和暴赤肿痛。本方所治证属风热攻注于目，治宜疏风清热，明目消肿。方用密蒙花为君药，祛风清热，消肿止痛；羌活、菊花散风清热为臣药，合君药则辛透疏散风热，解肌发表，消肿明目；佐以木贼、杜蒺藜疏风清热，石决明平肝清火，配合君药以疏散风热而止泪，消肿止痛而明目，故可治疗风热攻注，双目昏暗羞明者。若肝肾阴血不足而引起的目暗、视物不清者不宜用。

密蒙花散（《银海精微》卷上） 密蒙花、羌活、菊花、蔓荆子、木贼、青葙子、石决明、蒺藜、枸杞子各等份。为末，每服三钱，食后清茶送下。脾胃虚者加白术五分。功能疏风清热，养肝明目。主治眼目羞明怕光，肝胆不足，散光，视物不清者。

蝉花散（《太平惠民和剂局方》卷七） 蝉蜕（洗净去土）、谷精草（洗去土）、白蒺藜（炒）、菊花（去梗）、防风（不见火）、草决明（炒）、密蒙花（去枝）、羌活、黄芩（去土）、蔓荆子（去白皮）、山栀子（去皮）、甘草（炒）、川芎（不见火）、木贼草（洗净）、荆芥穗各等份。为末，每服二钱，用茶清调服，或用荆芥汤入茶少许调服亦可，食后及临卧服。功能疏风清热，清肝除障。主治肝经蕴热，风毒之气内搏，上攻眼目，翳膜遮睛，赤肿疼痛，昏暗视物不明，隐涩难开，多生眵泪，内外障眼。

还睛丸（《太平惠民和剂局方》卷七） 白术（生用）、菟丝子（酒浸，另研）、青葙子（去土）、防风（去芦）、甘草（炙）、羌活（去苗）、白蒺藜（炒，去尖）、密蒙花、木贼（去节）各等份。为细末，炼蜜为丸，如弹子大，每服一丸细嚼，空心食前白汤吞下，日三服。功能散风清热，消肿明目。主治男子女人风毒上攻，眼目赤肿，怕日羞明，眶痒赤痛，睑眦红烂，瘀肉侵睛，或患暴赤眼，睛疼不可忍者；又治偏、正头痛，一切头风，头目眩晕。

羌活胜风汤

本方出自《原机启微》卷下。系从《小儿药证直诀》的败毒散加减变化而成。方由羌活、防风、川芎、白芷、独活、薄荷、前胡、枳壳、桔梗各四分，荆芥、甘草各三分，柴胡七分，白术五分，黄芩五分组成。作一服，水二盏，煎一盏，去滓热服。功能疏风散郁，清热明目。主治风热上扰，目赤羞明，多眵肿胀流泪，头痛鼻塞，脑巅沉重，眉骨酸痛，甚或外翳如雾，或丝缕、秤星、螺盖，舌淡苔白，脉弦者。

本方所治证属风热上攻头目所致，治宜疏风清热，散邪明目。方用羌活、独活、荆芥、防风疏风除湿；川芎、白芷、薄荷、柴胡、黄芩、桔梗散风清热，明目止痛；枳壳、前胡、白术理气祛湿；甘草调和诸药。共成疏风清热，明目止痛之剂。原方加减法："生翳者随翳所见经络加药。翳凡自内眦而出者，加蔓荆子；治太阳经，加苍术去小肠、膀胱之湿；内眦者，手太阳足太阳之属也；自锐眦而入客主人斜下者，皆用龙胆草，为胆草苦味，与胆味合，少加人参，益三焦之气，加藁本，乃太阳经风药，锐眦客主人者，足少阳、手少阳、手太阳之属也；凡自目系而下者，倍加柴胡行肝气，加黄连泻心火，目系者，足厥阴手少阴之属也；自抵过而上者，加木通导小肠中热，五味子酸以收敛，抵

过者，手太阳之属也。”若火热炽盛，高热口渴而目赤，及肝肾阴亏者均不宜用。

疏风清肝汤

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五。由当归尾、赤芍、荆芥穗、防风、川芎、菊花、生栀子、薄荷各一钱，柴胡、连翘（去心）各一钱五分，金银花二钱，生甘草五分组成。加灯心五十寸，水煎，食远服。功能清热散风。主治漏睛疮，症见目大眦睛明穴下方，初起如豆如枣，红肿热痛，甚则溃破脓出。本方所治证属肝经风热挟湿，治宜清肝热而散风除湿。方中栀子、连翘、金银花、甘草清热散痈，为君药；防风、荆芥穗、菊花、薄荷疏散风邪，为臣药；当归尾、赤芍、川芎活血消肿，为佐药；柴胡引药入肝，灯心草导湿下行，皆为使药。诸药合用，而有清热疏风，散痈消肿之效。

洗肝散（《银海精微》卷上）　大黄、栀子、防风、薄荷、川芎、当归、羌活、甘草各一两（《审视瑶函》方多生地黄、龙胆草）。为细末，每服二至三钱，食后热水调下。功能散热驱风。主治天行赤眼，暴发赤肿，痛涩难睁，眵泪不绝。

洗肝明目散（《万病回春》卷五）　当归尾、川芎、赤芍、生地黄、黄连、黄芩、栀子、石膏、连翘、防风、荆芥、薄荷、羌活、蔓荆子、菊花、白蒺藜、草决明、桔梗各等份。上锉一剂，水煎，食后服。功能疏风清热，平肝明目。主治风热上攻，目赤肿痛。

驱风散热饮子

本方出自《审视瑶函》卷三。方由连翘、牛蒡子（炒研）、羌活、薄荷、大黄（酒浸）、赤芍药、防风、当归尾、栀子仁、川芎各等份，甘草少许组成。为粗末，水煎去渣，食远热服。功能散热驱风。主治天行赤热，目赤疼痛，或头痛身热，胞睑红肿，怕光羞明，涕泪交流。本方治证因时气流行，风热邪毒侵凌于目所致，治宜散热驱风。方中连翘、栀子仁、大黄清热泻火，为君药；羌活、防风、薄荷、牛蒡子祛风散邪，为臣药；赤芍、川芎、当归尾活血消肿，为佐药；甘草调和药性，为使药。诸药合用，共奏清热泻火，活血祛风之效。临床以目赤灼痛，羞明难睁，热泪频流，舌红脉数为辨证要点。

天麻汤（《审视瑶函》卷三）　天麻、菊花、川芎、当归身、羌活、白芍药、甘草各等份。为粗末，水煎，食后热服。功能养血祛风。主治头风上攻于目，白睛忽变蓝色。若因伤寒疟后白珠青者，加柴胡、麦门冬（去心）、黄芩、天花粉；毒气所攻白珠青者，加黄芩、炒牛蒡子、连翘、黄连。

四顺清凉饮子

本方出自《审视瑶函》卷三。方由当归身、龙胆草（酒洗，炒）、黄芩、桑白皮（蜜炙）、车前子、生地黄、赤芍药、枳壳各八分，甘草（炙）三分，熟大黄、防风、川芎、黄连（炒）、木贼、羌活、柴胡各六分组成。为粗末，水煎，食远服。功能清热解毒，疏风散邪。主治凝脂翳，症见黑睛生翳，其翳肥浮脆嫩如脂，眼睑红肿，紧涩难开。本方治证多因黑睛表层损伤，风热邪毒乘隙袭入，火毒上攻所致，治宜清热疏风。方中黄芩、黄连、大黄泻火解毒，为君药；防风、羌活、木贼疏风散邪，为臣药；当归、生地黄、赤芍、川芎活血养血，枳壳、桑白皮行气祛湿，龙胆草、车前子清肝明目，共为佐药；肝开窍于目，柴胡引药入肝，甘草调和诸药，共为使药。上药合用，而成清热解毒，疏风明目之剂。临床以黑睛生翳如脂，眼睑红肿，口渴便秘，舌红苔黄，脉数有力为辨证要点。

拨云退翳散（《银海精微》卷上）　楮实子、薄荷、黄连、菊花、蝉蜕、蔓荆子、密蒙花、蛇蜕、荆芥穗、白芷、木贼、防风、甘草各五钱，川芎一两五钱，天花粉三钱。为细末，炼蜜为丸，樱桃大，每两作十丸，每服二丸，日二次。功能退翳明目。主治冰瑕翳，翳薄则明亮光滑如冰，厚则如云如雾。

地黄散（《审视瑶函》卷三）　生地黄、当归、熟地黄、大黄各七钱，谷精草、黄连（酒炒）、白蒺藜（炒去刺）、木通、犀角（锉细末）、玄参、木贼、羌活、炙甘草各五钱。为细末，每服二钱，煮猪肝或羊肝汁，食远调服。功能清热祛风，养肝退障。主治肝经风热上攻而致混睛障，症见黑睛漫生灰白色翳障，混浊不清，目珠疼痛，畏光泪热。

香芷汤

本方出自《医醇賸义》卷四。方由香附二钱，白芷六分，当归一钱五分，川芎八分，防风一钱，桑叶一钱，菊花二钱，蝉衣一钱，蔓荆子一钱五分，桔梗一钱，黑芝麻三钱组成。水煎二次，分二次服。功能疏风透邪，养血止痛。主治营血不足，外感风邪，头顶作痛，鼻窍微塞，时流清涕，舌淡苔薄白，脉浮者。本方所治证属血虚风邪外袭所致，治宜疏风养血。方用香附、白芷为君药，盖香附味辛性散，生则上行胸膈，外达皮肤，白芷性温气厚，芳香上达，两味相合，则芳香辛透，疏风祛邪，活血止痛；臣以桑叶、菊花、蝉蜕辛凉宣透，散风清热，配合君药疏风散热，通络止痛，防风、蔓荆子以疏风止痛，合前药疏风通络，清热宣透，解肌止痛；佐以当归、川芎、黑芝麻养血和营，疏风止痛；使以桔梗载药上行，使药力行于巅顶，共成疏风通络，养血止痛之剂。临床上用以治疗风热头痛兼营血不足者。现亦用以治疗神经性头痛见有上述症状者。

苍耳散

本方出自《济生方》卷五。又名苍耳子散。方由苍耳子二钱半，辛夷仁半两，香白芷一两，薄荷叶半钱组成。晒干，为细末，每服二钱，用葱、茶清，食后调服。功能散

风邪，通鼻窍，止头痛。主治风邪上攻，致成鼻渊，鼻流浊涕不止，前额疼痛。本方所治证属风邪引起的鼻渊，治宜散风、通窍、止痛。方用苍耳子宣通鼻窍，散风止痛；白芷祛风宣肺；辛夷、薄荷散风通窍。共成辛散疏风，通窍止痛之剂。临床上用以治疗鼻渊。目前临床上也用于急、慢性鼻炎、鼻窦炎等病见上述症状者。本方性偏温燥辛散，故风热蕴结及气阴不足者不宜用。

辛夷散

本方出自《济生方》卷五。方由辛夷仁、细辛（洗去土叶）、藁本（去芦）、升麻、川芎、防风（去芦）、羌活（去芦）、白芷、木通、甘草（炙）各等份组成。为细末，每服二钱，食后茶清调服。现用法为用饮片，水煎服。功能散风寒，祛湿邪，通鼻窍。主治外感风寒湿邪，肺气不宣，清窍不利，鼻内壅塞，涕出不已，或气息不通，不闻香臭，舌淡苔白，脉浮。本方所治证属风寒湿邪蕴结，鼻窍不通，治宜辛散通窍。方用辛夷为君药，辛散透泄，祛风寒，通鼻窍；配以细辛、藁本、白芷、羌活、防风等辛温芳透，祛风湿，散寒邪，共为臣药；佐以升麻、川芎升清泄热，行气活血；使以甘草甘缓和中，调和诸药，使湿散而不致伤阴。故本方有疏散风寒，祛湿通窍的作用，临床用治鼻渊属外感风寒者。现临床上亦用于急、慢性鼻炎、鼻窦炎、变应性鼻炎等疾病见上述症状者。本方性偏辛散温燥，故对风热之证及气阴虚损者不宜用。

当归饮子

本方见于《证治准绳·疡医》卷五。方由当归、川芎、白芍药、生地黄、防风、白蒺藜、荆芥各一钱，何首乌、黄芪、甘草各一钱半组成。水二钟，煎至一钟，食远服。功能养血润燥，疏风止痒。主治血燥皮肤作痒，及风热疮疥瘙痒，或作疼痛。本方所治总属血虚风燥之证，治宜养血润燥，疏风止痒。方中当归、白芍药养血润燥；生地黄凉营滋阴；川芎活血祛风；白蒺藜、荆芥散风理血，去毒止痒；黄芪实卫托毒；甘草解毒，调和诸药。诸药合用，使肌肤得润，风毒外散，则痒痛自止。现临床用本方治疗脂溢性皮炎、荨麻疹、玫瑰糠疹等属血燥风盛者。

四物消风散（《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十三） 生地三钱，当归二钱，荆芥、防风各一钱五分，赤芍、川芎、白鲜皮、蝉蜕、薄荷各一钱，独活、柴胡各七分，红枣肉二枚。水二钟，煎八分，去渣服。功能凉血疏风止痒。主治赤白游风，风热滞于血分，肌肤起如云片，浮肿焮红，痛痒相兼，高垒如粟者。

消风散

本方出自《外科正宗》卷四。方由当归、生地、防风、蝉蜕、知母、苦参、胡麻、荆芥、苍术、牛蒡子、石膏各一钱，甘草、木通各五分组成。水二钟，煎八分，食远服。功能疏风清热，除湿止痒。主治疥疮瘙痒无度，以及风热隐疹，疹布遍身，形如云片斑点，色红瘙痒，脉象浮数者。本方治证为风湿热邪浸淫肌肤所致。风邪宜疏散，湿热宜清除，故治宜疏风清热，除湿止痒。方中荆芥、防风、牛蒡子、蝉蜕开发腠理，透风散邪，共为君药，有"痒自风来，止痒必先疏风"之意；苍术祛风燥湿，苦参清热燥湿，木通清热利湿，石膏、知母清热泻火，共为臣药；风淫所胜，易化燥伤阴，故以当归、生地黄、胡麻仁养血润燥，为佐药；甘草和中解毒，调和诸药，为使药。诸品合用，既可疏散风邪，清热除湿，又可养血润燥。本方以肌肤瘙痒，疹出色红，脉浮数为辨证要点。若风毒盛者，加连翘、金银花以疏风清热解毒；血热盛者，加赤芍药、紫草以清热凉血；湿热盛者，加地肤子、车前子以清利湿热。现多用于治疗风疹、湿疹、荨麻疹、皮炎、头癣等属风湿热邪郁于肌肤者。

消风散（《太平惠民和剂局方》卷一） 荆芥穗、甘草（炒）、芎䓖、羌活、白僵蚕（炒）、防风（去芦）、茯苓（去皮）、蝉壳（去土，微炒）、藿香叶（去梗）、人参（去芦）各二两，厚朴（去粗皮，姜汁涂，炙熟）、陈皮（去瓤，洗，焙）各半两。上为细末，每服二钱，茶清调下。功能散风除湿。主治湿盛之体，外感风邪，风挟湿浊，上攻清窍，郁阻肌肤，头目昏痛，项背拘急，肢体烦疼，肌肉蠕动，眩晕耳鸣，眼涩好睡，鼻塞多嚏，皮肤顽麻，瘙痒瘾疹，及妇人血风，头皮肿痒，眉棱骨痛，眩晕欲倒，痰迷恶心等。

凉血消风散（《朱仁康临床经验集》） 生地、生石膏各30克，当归、荆芥、苦参、白蒺藜、知母各9克，蝉衣、生甘草各6克。水煎服。功能清热凉血，疏风止痒。主治脂溢性皮炎、荨麻疹、玫瑰糠疹等血热生风或风燥之证，症见皮肤瘙痒，舌质红，脉弦滑数者。原方加减："治玫瑰糠疹，可加紫草凉血清热；荨麻疹，加紫草、桃仁。"

侯氏黑散

本方出自《金匮要略·中风历节病脉证并治》。方由菊花四十分，白术十分，细辛三分，茯苓三分，牡蛎三分，桔梗八分，防风十分，人参三分，矾石三分，黄芩五分，当归三分，干姜三分，芎䓖三分，桂枝三分（《外台秘要》卷十五载此方，无桔梗，有钟乳）组成。上十四味，杵为散，酒服方寸匕，日一服，初服二十日，温酒调服，禁一切鱼肉大蒜，常宜冷食，六十日止，即药积在腹中不下，热食即下。现用法亦可水煎服，用量酌定。功能祛风痰，除痰湿。主治风湿痹证，四肢顽疼，不能活动，心中恶寒，舌淡苔白润者。

本方所治证属风湿直侵肌肉脏腑所致。治宜祛风寒，除痰湿。方中防风、桂枝、菊花祛外来之风邪。细辛、干姜祛内伏之寒湿。痰湿之生，因于脾虚，故用参、苓、白术健脾，合干姜温中燥湿，以祛湿痰之源。血虚则风胜，

故用归、芎以养血祛风。并用桔梗，牡蛎以治痰湿之标。湿郁最易化热，故用黄芩清泄里热。矾石一味，近人张锡纯认为是皂矾，曹颖甫指出："皂矾色黑……主通燥粪而清内藏蕴湿……方之所以名黑散，实以皂矾色黑名之。"他又指出："温酒调服者，冀药力之能通脉络也。禁一切鱼肉大蒜者，恐其更增湿热，为药力之障碍也。"《外台秘要》根据本方既能祛风痰、逐阴寒，又能补养气血之功效，用本方治风癫属于气血两虚，风邪入于经络者。现临床上亦用于慢性风湿性关节炎、风湿性坐骨神经痛等病属气血不足风湿为患者。

养血祛风汤

本方出自《医醇賸义》卷一。方由生地五钱，当归二钱，牛膝二钱，桂枝六分，茯苓三钱，白芍(酒炒)一钱，虎胫骨(炙)一钱五分，白术一钱，秦艽一钱，续断二钱，独活(酒炒)一钱，木香五分，红枣十枚，姜三片，桑枝一尺组成。水煎服。功能祛风胜湿，养血活血。主治痹证。症见身体重着，步履艰难，腰膝冷痛，舌淡苔白，脉象细弱。本方所治证属营血不能固内，风入于经脉所致。治宜祛风胜湿，养血活血。方中秦艽、独活、桑枝祛风胜湿而止痹痛；当归、生地黄、白芍养血行血以祛风邪；病以腰以下为主，故又配川续断、虎胫骨、牛膝以补肝肾，壮筋骨；桂枝温通血脉以助祛风；茯苓、白术健脾去湿，木香行气止痛，气行亦有助于血行风去，生姜、大枣调和营卫。诸药合用，养血祛风，风散则诸症自解。鹤膝风，症见腰膝冷痛，步履艰难，舌淡苔白，脉象细弱者，亦可用本方治之。对于慢性风湿性关节炎，属于风湿为患而兼血虚者，可用本方治疗。

养血祛风汤(《杂病源流犀烛》卷二十五)　当归、川芎、防风、生地、荆芥、羌活、细辛、藁本、石膏、半夏、甘草、旋覆花、蔓荆子各五分，姜三片，枣二枚(原方未著用法)。功能养血，祛风，止痛。主治妇人头风。症见头痛眩晕，作止无常，舌淡脉弦。

血风汤

本方出自《素问病机气宜保命集》卷下。方由秦艽、羌活、防风、白芷、川芎、芍药、当归、地黄、白术、茯苓各等份组成。上为细末，一半炼蜜为丸如桐子大，一半为散，温酒调下丸子五、七十丸。功能养血祛风。主治产后诸风。症见手足痿软无力，筋脉拘挛，关节屈伸不利，舌淡苔白润，脉细。本方所治之"诸风"，证属产后血虚，风湿痹阻经络所致。治宜养血祛风，标本兼顾。方中秦艽、羌活、防风、白芷祛风胜湿，令邪外出；川芎、当归、芍药、地黄养血行血，血行风自灭；白术、茯苓健脾渗湿，并助生化之源。共奏养血活血、祛风胜湿之效。因能养血祛风，故名血风汤。用治产后诸风颇为相宜。至于风湿痹证而有血虚证，或产后感冒风寒，症见周身酸痛，肢体重者，舌淡苔白润，均可用之。

羚羊钩藤汤

本方出自《通俗伤寒论》。又名羚角钩藤汤。是治疗热盛动风证的代表方。方由羚羊角片(先煎)钱半，霜桑叶二钱，京川贝(去心)四钱，鲜生地七钱，双钩藤(后入)三钱，滁菊花三钱，茯神木三钱，生白芍三钱，生甘草八分，淡竹茹(鲜刮，与羚羊角先煎代水)五钱组成。水煎服。功能平肝熄风，清热止痉。主治肝经热盛，热极动风证。症见高热不退，烦闷躁扰，手足抽搐，甚至神昏，发为痉厥，舌绛而干，脉弦而数。本方之高热抽搐，证属热病邪传厥阴，肝经热盛，热极动风所致，治宜平肝熄风，清热止痉。方中以羚羊角、钩藤清热凉肝，熄风止痉，共为君药；桑叶、菊花协助君药以清热熄风为臣药；风火相煽，最易耗伤阴液，故用白芍、生地黄、甘草养阴增液以柔肝舒筋；邪热亢盛，每易灼津成痰，而痰热内结，蒙蔽心窍，则会导致神昏，故用竹茹、贝母清热除痰；热扰心神，又以茯神宁心安神，均为佐药；其中甘草又能调和诸药，兼以为使。诸药合用，共奏平肝熄风、清热止痉之效。正如何秀山所说："此为凉肝熄风、增液舒筋之良方。"本方以君药命名，故名羚角钩藤汤。在临床上，凡热病过程中出现高热烦躁，手足抽搐，以及妊娠子痫的痉厥抽搐而有高热者，均可使用。以高热烦躁，手足抽搐，舌绛而干，脉弦而数为辨证要点。现临床上以本方加减，用于治疗高血压病头昏目眩属阴虚阳亢者。亦可治小儿热病抽搐如乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎之高热抽搐等。若高热抽搐，并见热邪内闭，神志昏迷者，可配合紫雪丹、安宫牛黄丸等清热开窍之剂应用。

羚羊角汤(《医醇賸义》卷四)　羚羊角二两，龟版、生石决明(打)各八钱，生地黄、牡丹皮、夏枯草各一钱五分，菊花二钱，白芍药、柴胡、薄荷、蝉蜕各一钱，大枣十枚。水煎服。功能清肝熄风，滋阴潜阳。主治肝阳上升，头痛如劈，筋脉掣起，痛连目珠。

镇肝熄风汤

本方出自《医学衷中参西录》。方由怀牛膝、生赭石(轧细)各 30 克，生龙骨(捣碎)、生牡蛎(捣碎)、生龟版(捣碎)、生杭芍、玄参、天冬各 15 克，川楝子(捣碎)、生麦芽、茵陈各 6 克，甘草 4 克组成。水煎服。功能滋阴潜阳，镇肝熄风。主治肝阳上亢、肝风内动之类中风证。症见头目眩晕，目胀耳鸣，或脑中热痛，心中烦热，时常噫气，或肢体渐觉不利，口眼渐形歪斜，甚或眩晕颠仆，昏不知人，移时始醒，或醒后不能复原，或成偏枯，脉弦长有力者。

本方所治证属肝风内动，肝阳上亢，血气并走于上所

致。治以镇摄亢阳，滋养肝肾，平熄内风之法。方中重用牛膝引血下行，折其亢阳，并能滋养肝肾，代赭石降气镇逆，并能平抑肝阳，共为君药；龙骨、牡蛎潜阳降逆，龟版滋阴潜阳，玄参、天冬、白芍等滋养阴液，以维系肝阳，使肝阳不致上亢，均为臣药；至于茵陈、川楝子、麦芽之用，主要是协助君药以清泄肝阳之有余，条达肝气之郁滞，以有利于肝阳之平降；甘草调和诸药，麦芽、甘草相配，又能和胃调中，以减少金石药物碍胃之弊，均为佐使药。诸药合用，潜镇清降，共奏镇肝熄风之效，故以镇肝熄风命名。临床用于中风，以头目眩晕，脑中热痛，脉弦长有力为辨证要点。现临床上亦用于高血压病、脑溢血、脑血管痉挛、嗜铬细胞瘤、月经前期紧张综合征等属于肝阳上亢者。原方加减法："心中热甚者，加生石膏一两；痰多者，加胆星二钱；尺脉重按虚者，加熟地黄八钱，净萸肉五钱；大便不实者，去龟版、赭石，加赤石脂一两。"

建瓴汤

本方出自《医学衷中参西录》。方由生怀山药、怀牛膝各60克，生赭石（轧细）24克，生龙骨（捣碎）、生牡蛎（捣碎）、生怀地黄各18克，生杭芍、柏子仁各12克组成。磨取铁锈浓水煎药。现用法为水煎服。功能镇肝熄风，育阴潜阳。主治肝阳上亢之眩晕，耳鸣目胀，心悸健忘，梦多失眠，脉弦硬而长等症，及脑充血证。

本方所治头目眩晕及脑充血，证属肝阴不足，肝阳上亢所致。肝阳上亢，则血气并走于上，治宜镇肝熄风，育阴潜阳。方中重用牛膝引血下行，代赭石降气镇逆，使气血下行，共折亢阳，同为君药；阴液不足，阳气更易上亢，故配以生地黄、白芍滋养阴液，以维系肝阳，龙骨、牡蛎潜阳降逆，助君药以平抑肝阳；柏子仁养肝宁神，取其养肝之体而清肝之用，有利肝阳之平降，又可安定神志，共为臣佐药。诸药合用，既平抑亢阳，以治其标，又滋养阴液，以育其本，使阴阳互济，肝阳平降，诸症自愈。原书认为："服后能使脑中之血，如建瓴之水下行，脑充血之证自愈"，故名建瓴汤。现以本方加减，用治高血压病、脑溢血、脑血管痉挛、冠心病等属肝阳上亢者。原方加减法："若大便不实者，去赭石，加建莲子（去心）三钱；若畏凉者，以熟地易生地。"

天麻钩藤汤

本方出自《杂病证治新义》。又名天麻钩藤饮。方由天麻10克，钩藤15克，生决明24克，山栀10克，黄芩10克，川牛膝12克，杜仲10克，益母草12克，桑寄生24克，夜交藤15克，朱茯神15克组成（原方未著用量）。水煎服。功能平肝清热，潜阳熄风。主治肝经有热，肝阳上亢所致的头痛眩晕，耳鸣眼花，手足震颤，烦躁失眠，甚或半身不遂，舌红，脉弦数等。

本方所治之头痛眩晕，证属肝经有热，肝阳上亢，肝风内动所致。治宜平肝潜阳，清热熄风。方以天麻、钩藤、生决明为君，平肝潜阳以平熄内风；以山栀子、黄芩清泄肝热，以利肝阳之平降，川牛膝活血，并能引血下行，以平降肝阳，桑寄生、杜仲滋养肝肾，共为臣药；并以夜交藤、朱茯神宁心安神，益母草行血去瘀，且能"入肝清热疏散"（《辨药指南》），共为佐使。诸药合用，共奏清热平肝、潜阳熄风之效。原方加减法："若重症者可易决明为羚羊角；若进入后期血管硬化之症，可酌入槐花、海藻。"复方实验研究表明，本方有降压作用，并能调节高级神经活动。现临床上亦用治于高血压病、高血压脑病、高热惊厥、癫痫等属于肝阳上亢者。

大定风珠

本方出自《温病条辨》卷三。为滋阴熄风法之代表方。方由生白芍六钱，阿胶三钱，生龟版四钱，干地黄六钱，麻仁二钱，五味子二钱，生牡蛎四钱，麦冬（连心）六钱，炙甘草四钱，鸡子黄（生）二枚，鳖甲（生）四钱组成。水八杯，煮取三杯，去滓，再入鸡子黄，搅令相得，分三次饮服。功能滋阴熄风。主治温病热邪久羁，热灼真阴，虚风内动。症见神倦瘛疭，脉气虚弱，舌绛苔少，时时欲脱者。

本方所治之神倦瘛疭，证属热邪久羁，灼伤真阴，虚风内动而致。故治宜滋养阴液，以填补欲竭之真阴，潜摄将脱之浮阳，平熄内动之虚风。方中鸡子黄、阿胶味厚滋补，滋阴养液以熄风，为君药；臣以地黄、麦冬、白芍滋阴柔肝，龟版、鳖甲、牡蛎育阴潜阳；再用炙甘草、五味子酸甘化阴，且以安中，麻仁养阴润燥，均为佐使。诸药合用，共奏滋液养阴、柔肝熄风之效。吴鞠通说："此邪气已去八九，真阴仅存一二之治也。观脉虚苔少可知，故以大队浓浊填阴塞隙，介属潜阳镇定……使上下交合，阴得安其位，斯阳可立根基，俾阴阳有眷属一家之义，庶可不致绝脱欤。"可见本方专在滋填真阴，使虚风不致内动；且真阴得补，则可防其欲脱之势。原方加减法："若喘加人参；自汗者，加龙骨、人参、小麦；悸者，加茯神、人参、小麦。"现临床上亦常用本方治疗乙型脑炎、流行性脑膜炎等热病后期，津耗液伤，手足抽搐者。本方以滋液熄风为主，只适用于真阴大亏之证，如邪气较盛之抽搐，则非本方所宜。如吴氏说："壮火尚盛者，不得用定风珠。"

小定风珠

本方出自《温病条辨》卷三。方由鸡子黄（生用）一枚，真阿胶二钱，生龟版六钱，童便一杯，淡菜三钱组成。以水五杯，先煮龟版、淡菜得二杯，去滓，入阿胶，上火烊化，纳鸡子黄，搅令相得，再冲童便，顿服之。功能滋阴潜阳，熄风降逆。主治温邪久羁下焦，消烁肝肾阴液，发生

四肢厥逆，及热邪干扰冲脉，出现呃忒脉细而劲者。本方所治既厥且哕，证属肝肾阴液被灼，阴亏阳亢，虚火冲逆所致。治宜滋阴涵木以熄风，泻火平冲以降逆。方中鸡子黄、阿胶为血肉有情之品，滋阴液以熄内风，龟版滋阴潜阳；淡菜善补阴中之阳，又能潜阳熄风；童便降浊泻火，且龟版、淡菜等合用，则潜阳降逆平冲之力更强。诸药合用，使阴液得滋，阳亢乃平，虚火亦不致上冲，则诸症自愈。

阿胶鸡子黄汤

本方出自《通俗伤寒论》。方由陈阿胶（烊冲）二钱，生白芍三钱，石决明（杵）五钱，双钩藤二钱，大生地四钱，清炙草六分，生牡蛎（杵）四钱，络石藤三钱，茯神木四钱，鸡子黄（先煎代水）二枚组成。水煎，去渣，加阿胶烊化，鸡子黄搅匀令热，温服。功能养血滋阴、柔肝熄风。主治邪热久羁，灼烁真阴，虚风内动，筋脉拘急，手足瘈动，或头目眩晕，舌绛苔少，脉细数者。本方所治证属邪热久留，灼伤阴血，血虚生风，筋脉失养所致。治宜养血滋阴，柔肝熄风。方中以阿胶、鸡子黄为君，取其血肉有情，液多质重，以滋阴血而熄内风；臣以生地黄滋养阴液，白芍、甘草，酸甘化阴以柔肝熄风，并能舒筋缓急；阴血不足，肝阳必亢，故以石决明、牡蛎重镇潜阳，钩藤平肝熄风，茯苓宁心安神，经络不舒，故以络石藤通络舒筋，共为佐药；甘草和中缓急，兼以为使。诸药合用则阴血得养，内风可熄，而瘈疭能除。正如何秀山所说："此养血滋阴，柔肝熄风之良方也。"本方与大定风珠均可用治热伤阴血、虚风内动之证，但本方偏于清降，大定风珠偏于滋填。在临床上凡热性病后期，如流行性乙型脑炎后期，出现上述症状者，均可用本方加减治疗。

滋生青阳汤

本方出自《医醇賸义》卷一。方由生地四钱，白芍一钱，丹皮一钱五分，麦冬（青黛拌）一钱五分，石斛二钱，天麻八分，甘菊二钱，石决八钱，柴胡（醋炒）八分，桑叶一钱，薄荷一钱，灵磁石（整块同煎）五钱组成。水煎服。功能滋阴潜阳，平肝熄风。主治阴虚阳亢，肝风内动之头目眩晕，肢节摇颤，如登云雾，如坐舟中者。本方所治之眩晕摇颤，证属阴虚阳亢，肝风内动所致。治以滋阴潜阳，平肝熄风。方以石决明、天麻为君，平肝潜阳，镇熄内风；生地黄、白芍、麦冬滋养阴液，使阴液得补，以维系元阳；桑叶、菊花助君药以清肝熄风，共为臣药；灵磁石重镇降逆，并能益肾安神，牡丹皮清肝泄热，石斛益阴养胃，共为佐药；少用柴胡、薄荷疏泄肝气，条达肝性，有利于肝阳之平降，以为使药。诸药合用，共奏滋阴潜阳，平肝熄风之效。本方在临床运用上，适用于阴虚阳亢，肝风内动之眩晕，但以头目胀痛，手足摇动，失眠耳鸣，舌红苔少，脉细弦数为辨证要点。本方现临床上亦用于高血压病及神经性头痛，属肝虚阳亢者。

滋肾熄风汤

本方出自《医醇賸义》卷一。方由熟地四钱，当归二钱，枸杞三钱，菟丝四钱，甘菊二钱，巴戟天三钱，豨莶三钱，天麻八分，独活（酒炒）一钱，红枣十枚，姜三片组成。水煎服。功能补养肝肾，平熄内风。主治肝肾不足，虚风内动之头目眩晕，腰酸耳鸣，手足麻木，心悸心慌，惊恐畏人，常欲蒙被而卧者。治宜补养肝肾，平熄虚风。方中熟地黄、当归补益肝肾，滋养精血；枸杞子、菟丝子助归、地以加强益肝肾，补精血之效，使精血旺盛，虚风不致内动；巴戟天补益肾气，强壮腰膝；甘菊花、天麻平熄内风，以止眩晕；豨莶草、独活祛风止痛；姜、枣和中调药。诸药合用，既治肝肾虚之本，亦能平熄虚风以治其标，使肝肾得补，精血旺盛，则虚风自熄，眩晕可除。临床用治肝肾不足，虚风内动之眩晕，以腰酸耳鸣，心悸惊恐，舌淡苔薄，脉沉细尺弱为辨证要点。现临床上亦用于治高血压病、慢性风湿性关节炎、动脉硬化之手足麻木疼痛等属于肝肾不足者。

祛湿剂

由祛湿药为主组成，具有祛湿、利水等作用，以治湿邪为病的一类方剂，称为祛湿剂。

湿邪为病的成因，有因久处低湿，或淋雨涉水，湿邪外侵肌表所致；有因恣食生冷、酒酪过度，水湿内困脏腑所致。但总不外乎外湿与内湿两个方面。然肌表与脏腑密切相关，外湿可以内传脏腑，内湿亦可外溢肌肤，故外湿与内湿为病，有时相因互见。同时，湿邪又常与其他病邪结合或转化而致病，如遇寒可成寒湿，与热合或湿郁化热，可成为湿热等。

根据湿的成因与特性，以及湿邪为病有肌表经络脏腑的不同，祛湿剂通常有芳香化湿、清热祛湿、利水渗湿、温化水湿和祛风胜湿之分。芳香化湿法，适用于湿浊内盛，脾失健运所致的脘腹痞满、嗳气吞酸、呕吐泄泻、食少体倦等。常用芳香化湿与健脾燥湿药相伍，使湿浊得化，脾复健运之功。清热祛湿法，适用于湿热内蕴所致的湿温病、黄疸和湿热下注的热淋、泄泻等。常用清热利湿与清热燥湿药相伍，使湿热两清，则诸症自愈。利水渗湿法，适用于水湿壅盛所致的小便不利、水肿、泄泻、淋浊等。常用利水渗湿与行气健脾药相伍，使小便畅通，湿去水化。温化水湿法，适用于寒湿或阳虚气不化水所致的水肿、痰饮、脚气等。常用利水祛湿与温阳健脾药相伍，使湿去寒除，阳气得以恢复。祛风胜湿法，适用于风湿侵袭肌表经络所致的头胀、身重、周身疼痛等。总之，应用祛湿之剂，以化湿浊、利水湿为目的。

在使用祛湿剂时，应注意本类方剂多属辛香温燥，或甘淡渗利之品，容易耗伤阴津，对素体阴虚，病后体弱，以及孕妇等，均应慎用。

平胃散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。为治脾胃不和，湿滞中阻的代表方剂。《万病回春》的香砂平胃散、《张氏医通》的香连平胃散等，都是以本方为基础加味衍化而来。方由苍术（去粗皮，米泔浸二日）五斤，厚朴（去粗皮，姜汁制，炒香）、陈皮（去白）各三斤二两，甘草（炒）三十两组成。上药为细末，每服二钱，以水一盏，入生姜二片，干枣二枚，同煎至七分，去姜、枣，带热服。空心食前，入盐一捻，沸汤点服亦得。现用法为水煎服。功能燥湿运脾，行气和胃。主治脾胃湿滞证。症见脘腹胀满，不思饮食，口淡无味，呕哕恶心，嗳气吞酸，肢体沉重，怠惰嗜卧，常多自利，舌苔白腻而厚，脉缓。

本方所治证属湿困脾胃，阻滞气机所致。治宜燥湿和胃立法。方中重用苍术苦温性燥，以燥湿运脾为君；厚朴燥湿除满，行气消胀为臣，两药合用，加强燥湿运脾之力；湿阻则气滞，气行则湿化，故以陈皮行气化滞，并能燥湿健脾为佐；甘草、生姜、大枣调药和中，助其健运，共为使药。诸药合用，共成燥湿运脾，行气和胃，消胀除满之功。张景岳认为本方"平胃者，欲平治其不平也。"即本方能平胃土之不平，故称平胃散。本方为治疗脾胃湿滞证的常用方，以脘腹胀满、舌苔白厚腻为辨证要点。现临床上亦用于消化不良、慢性胃炎、胃神经症等属于湿困气滞、脾失健运者。

不换金正气散（《太平惠民和剂局方》卷二） 厚朴（去皮，姜汁制）、藿香（去枝土）、甘草（爁）、半夏（煮）、苍术（米泔浸）、陈皮（去白）。上药各等份，锉为散，每服三钱，水一盏半，生姜三片，枣子二枚，煎至八分，去滓，食前稍热服。功能燥湿和胃，解表化浊。主治四时伤寒，瘴疫时气。症见恶寒发热，吐泻脘胀，或咳嗽痰涎等。本方所治证属湿滞内停，兼有外感。故方中以平胃散燥湿和胃，藿香、半夏解表化浊。

对金饮子（《太平惠民和剂局方》卷二） 厚朴（去皮，姜汁炙）、苍术（米泔浸一宿）、甘草（炙）各二两，陈皮（去白，炒令黄色）半斤。为粗末，每服三钱，空心，以水一盏，姜二片，煎取八分，余滓重煎两度服食。本方与平胃散药味相同，而剂量不同。功能健脾和胃，燥湿祛痰。主治四时伤寒。

二陈平胃散（《症因脉治》卷二） 制半夏、茯苓、陈皮、甘草、制苍术、厚朴。为末，水煎服。功能燥湿化痰，理气和中。主治食积，胸闷咳嗽，脉沉滑；及胃有痰饮，水谷不分，小便不利，泄泻不止，腹中漉漉有声。

香砂平胃散（《万病回春》卷二） 枳实（麸炒）八分，木香五分，藿香八分，香附（炒）一钱，砂仁七分半，苍术（米泔浸炒）一钱，陈皮一钱，甘草五分。诸药锉一剂，姜一片，水煎服。功能燥湿健脾，行气导滞。主治伤食证。方中以平胃散燥湿和胃，枳实、木香、藿香、香附、砂仁行气导滞。

香连平胃散（《张氏医通》卷十六） 本方即平胃散加炒川连二两，木香一两（原方未著用法）。功能燥湿和胃，清热止痛。主治食积发热，腹痛作泻。本方所治证属胃肠湿热积滞所致。故方中以平胃散燥湿化滞，黄连、木香清热燥湿，行气止痛。

藿香正气散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。又名正气散。为芳香化湿、理气和中的代表方。《温病条辨》的五个加减正气散，即是以本方变化而来的。方由藿香（去土）三两，大腹皮、白芷、紫苏、茯苓（去皮）各一两，半夏曲、白术、陈皮（去白）、厚朴（去粗皮，姜汁炙）、苦梗各二两，甘草（炙）二两半组成。上药为细末，每服二钱，水一盏，姜三片，枣一枚，同煎至七分，热服，如欲出汗，衣被盖，再煎并服。现用法为水煎服。功能解表化湿，理气和中。主治外感风寒，内伤湿滞。症见发热恶寒，头痛，胸膈满闷，脘腹疼痛，恶心呕吐，肠鸣泄泻，舌苔白腻等。

本方所治证属外感风寒，内伤湿浊，气机阻滞所致。由于湿困气滞为主，故治宜化湿和中，行气化滞，兼以解表。方中藿香芳香化湿，和中止呕，并能发散风寒为君；半夏曲燥湿消滞，和中止呕，厚朴行气化湿，两药并助藿香外散风寒，陈皮行气和中，燥湿健脾，茯苓、白术健脾去湿，大腹皮行气利湿，桔梗宣肺利膈，共为佐药。诸药合用，共成化湿健脾，行气和中，发散风寒之效。方名正气，即吴昆所说："名曰正气，谓能正不正之气也。"本方虽主治外感风寒，内伤湿滞者，但纯属胃肠湿滞以及山岚瘴疟，水土不服所致的呕吐泻利，亦可使用。现临床上亦用于急性胃肠炎，见表寒内湿之证候者。

正气散（《太平惠民和剂局方》卷二） 甘草（炒）七钱，陈皮、藿香（去梗）、白术各一两，厚朴、半夏各三两（一方无白术）。为末，生姜四两研烂，同为饼子，微炒，再为细末，每服二钱，生姜三片，枣一枚，水一盏，煎至七分，食前稍热服，日进三服。功能化湿健脾，行气宽胸，和中止呕。主治脾胃湿滞，气机不畅，胸膈噎塞，胁肋胀满，心下坚痞，呕逆酸水，怠惰嗜卧，不思饮食；又治久患疟疾，膈气心痛。

六和汤（《太平惠民和剂局方》卷二） 砂仁、半夏、杏仁、人参、炙甘草各一两，赤茯苓、藿香叶、白扁豆（姜汁略炒）、木瓜各二两，香薷、厚朴（姜汁制）各四两。为粗末，每服四钱，加生姜三片，大枣一枚，水煎，不拘时服。功能燥湿健脾，利气止泻。主治心脾不调，气不升降，霍乱转筋，呕吐泄泻，寒热交作，痰喘咳嗽，胸膈痞满，头目昏痛，肢体浮肿，嗜卧倦怠，小便赤涩；并治伤寒阴阳不分，冒暑

伏热烦闷，或成痢疾；中酒烦渴畏食；妇人胎前产后，并宜服用。

一加减正气散(《温病条辨》卷二)　藿香梗二钱，厚朴二钱，杏仁二钱，茯苓皮二钱，广皮一钱，神曲一钱半，麦芽一钱半，绵茵陈二钱，大腹皮一钱。水五杯，煮二杯，再服。功能化湿和中，清热消滞。主治湿浊郁滞三焦，脘连腹胀，大便不爽。

二加减正气散(《温病条辨》卷二)　藿香梗三钱，广皮二钱，厚朴二钱，茯苓皮三钱，木防己三钱，大豆黄卷二钱，川通草一钱五分，薏苡仁三钱。水八杯，煮三杯，三次服。功能化湿和中，清热通络。主治湿浊郁滞三焦、经络，脘闷，便溏，身痛，苔白。

三加减正气散(《温病条辨》卷二)　藿香三钱，连梗叶、茯苓皮各三钱，厚朴二钱，广皮一钱五分，杏仁三钱，滑石五钱。水五杯，煮取二杯，再服。功能化湿和中，清热利尿。主治湿浊郁滞，脘闷，苔黄。

四加减正气散(《温病条辨》卷二)　藿香梗三钱，厚朴二钱，茯苓三钱，广皮一钱五分，草果一钱，神曲二钱，楂肉五钱(炒)。水五杯，煮取二杯，渣再煮一杯，三次服。功能化湿和中，健脾消滞。主治湿浊郁滞，脘闷，苔白滑，脉缓。

五加减正气散(《温病条辨》卷二)　藿香梗二钱，广皮一钱五分，茯苓三钱，厚朴二钱，大腹皮一钱五分，谷芽一钱，苍术二钱。水五杯，煮取二杯，日再服。功能化湿和中，健脾消滞。主治湿浊郁滞，脘闷，便泄。

以上五个加减正气散都属湿浊郁滞于里(偏于中焦)所致。一、二、三加减正气散偏于治湿而兼热者，四、五加减正气散则偏于治湿而兼寒者。

藿朴夏苓汤

本方录自《重订广温热论》。出自《医原》卷中，但仅有药物和主治，而无方名和剂量。方由杜藿香二钱，真川朴一钱，姜半夏钱半，赤茯苓三钱，光杏仁三钱，生薏仁四钱，白蔻仁六分，猪苓钱半，淡香豉三钱，建泽泻钱半组成(《医原》有通草，无淡香豉)。水煎服(原方无用法)。功能芳香宣化，清利湿热。主治湿温病。症见恶寒，神倦嗜睡，头目胀痛，昏重如裹，身痛不能屈伸，身重不能转侧，肢节肌肉疼烦，腿足酸痛，胸膈痞满，渴不引饮，或竟不渴，午后寒热，小便短涩黄赤，大便溏而不爽，甚或水泻，舌苔白腻，或白滑而厚，脉濡缓，或脉息模糊不清，或沉细似伏，断续不匀。

本方所治证属湿温病初起，湿热弥漫三焦所致，尤以上、中焦为主，即《重订广温热论》"其病发于太阴肺脾"之意。治宜芳香辛苦，宣畅气机，渗利湿热。方中藿香芳香化湿，合淡香豉以辛散表邪；杏仁、白蔻仁辛苦以轻升上焦肺气，盖肺主一身之气，气化则湿亦化；厚朴、半夏行气散满消痞，以化中焦湿浊；茯苓、猪苓、泽泻、薏苡仁甘淡微寒，渗利湿热，使入下焦而去。诸药合用，宣上畅中渗下，使湿利热清，诸症自愈。本方为治疗湿温病初起，湿重于热的常用方。以恶寒肢倦，头身重痛，胸闷便溏，午后身热，舌苔白腻，脉濡为辨证要点。兼治伏暑晚发，暑湿疟痢等。现临床上亦用于肠伤寒、急性胃肠炎等属于湿重于热者。

曲术丸

本方出自《三因极一病证方论》。方由神曲(炒)三两，苍术(米泔浸三宿，洗净晒干，炒)一两半，陈皮一两组成(《证治准绳》无陈皮)。上药为末，生姜汁别煮神曲末，为糊丸，如梧子大，每服三、五十丸，姜汤下，不拘时服。功能燥湿健脾，行气消滞。主治中脘有宿食留饮，心下胀痛，口吐清水，嗳气吞酸。本方所治证属饮食不节，宿食水饮留于脾胃所致。故从燥湿健脾，行气消滞立法。方中神曲消食导滞，苍术燥湿健脾，陈皮行气健脾。诸药合用，共奏燥湿健脾，行气消胀，和胃导滞之功。临床可用于脾胃湿滞之消化不良，以胃脘胀满，嗳腐吞酸，苔白为辨证要点。

五苓散

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。后世亦有将本方改为汤剂及丸剂者，分别名五苓汤、五苓丸。为化气利水的代表方。方由猪苓(去皮)十八铢，泽泻一两六铢，白术十八铢，茯苓十八铢，桂枝(去皮)半两组成。上五味，捣为散，以白饮和服一方寸匕，日三服，多饮暖水，汗出愈，如法将息。现用法或作汤剂，水煎服，用量酌定。功能利水渗湿，温阳化气。主治外有表证，内停水湿。症见头痛发热，烦渴欲饮，或水入即吐，小便不利，舌苔白脉浮；水湿内停的水肿，泄泻，小便不利，以及霍乱头痛，发热，身疼痛，热多欲饮水者；痰饮，脐下动悸，吐涎沫而头眩，或短气而咳者。

本方所治证属外有表邪，内停水湿所致。治宜温化膀胱，通利小便，兼以解表。方中重用泽泻为君，直达膀胱之府，渗湿利水；臣以茯苓甘淡渗湿，健脾利水，猪苓淡渗利水，以上三药相配，相得益彰，以增强利水渗湿之功；佐以白术健脾以运化水湿，更佐桂枝，一则辛温发散以解表，一则温阳化气以利水。上药合用，则气化表解脾健，水湿之证可除，故吴谦认为本方"乃治水热小便不利之主方也"。《伤寒论》原用本方治太阳表邪未解，内伤太阳膀胱之府，致膀胱气化不利，水蓄下焦，而成太阳经腑同病者。如吴谦等在《删补名医方论》中指出"是方也，乃太阳邪热入腑，水气不化，膀胱表里药也。一治水逆，水入即吐；一治消渴，水入则消"。后世取其利水渗湿之效，凡水湿内停，不论有无表证，均可使用。如汪昂在《医方集解》中认为本方"通治诸湿肿满，水饮水肿，呕逆泄泻，水寒射

肺,或喘或咳,中暑烦渴,身热头痛,膀胱积热,便秘而渴,霍乱吐泻,痰饮湿疟,身痛身乱"。又指出"此皆伤湿之见证也,湿胜则脾不运,上不能制水",故本方亦为健脾利水之常用方剂。据药理研究,本方有显著的利尿效果。当有代谢障碍时,给五苓散后利尿作用显著,并促进局限性水肿的吸收。本方为治疗水湿内停,小便不利而导致水肿、水泻等证的常用方。现临床上亦用以治疗肾炎水肿、尿潴留、急性胃肠炎、急性黄疸性肝炎等属水湿内停者。据报道,本方加味治小儿肾炎,利水消肿作用明显。对于津液亏损,口渴而小便不利者,或阴血虚损之眩晕,均不宜使用。

茵陈五苓散(《金匮要略·黄疸病脉证并治》) 茵陈蒿(末)十分,五苓散五分。上各味和,先食饮方寸匕,日三服。现作汤剂,不煎服,用量酌定。功能清热利湿,退黄。主治湿热黄疸,小便不利者。本证由湿热郁结所致,故方中用五苓散以利水渗湿,再加茵陈蒿以清热利湿退黄。

茯苓泽泻汤(《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》) 茯苓半斤,泽泻四两,甘草二两,桂枝二两,白术三两,生姜四两。上六味,以水一斗,煮取三升,纳泽泻,再煮取二升半,温服八合,日三服。功能健脾利水止呕。主治胃有停水,胃反,吐而渴欲饮水者。《外台秘要》用本方治消渴,脉绝,胃反者,有小麦二升。

四苓散(《丹溪心法》卷二) 茯苓、猪苓、泽泻、白术各等份。为细末,每服二钱,空腹调服。功能健脾利水。主治水湿内停,小便短少,大便溏泻。

桂苓丸(《张氏医通》卷十六) 桂一两,茯苓二两。上二味制成蜜丸,沸汤下二钱,日三服。亦作汤名桂苓饮。功能温阳化气,降逆利水。主治肾气上逆,水泛为痰,逆冲膈上,及冒暑烦渴,饮水过多,腹胀小便不利。

四苓汤(《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十二) 茯苓、白术(土炒)、猪苓、泽泻、灯心(为引)。水煎服。功能健脾利水渗湿,主治伤暑泄泻,肚腹疼痛,泻多黄水,小便短少。

泽泻汤

本方出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》。方由泽泻五两,白术二两组成。上二味,以水二升,煮取一升,分温再服。功能健脾利水。主治心下有支饮,常苦眩晕,头如物冒,或咳逆倚息,舌淡胖,苔白滑或白腻,脉沉弦者。本方所治之眩晕,证属脾虚水饮内停,饮邪上犯头目所致。治宜健脾利水,使水去饮化,则饮邪不致上犯。方中泽泻利水渗湿,领水饮之气下走;白术健脾燥湿,以化饮邪,有崇土制水之妙。两药合用,共奏健脾利水之效,使既生的饮邪得以渗利,脾旺又可防水湿内停,如此则无以上犯头目,而眩晕可除。清人林礼丰认为:"夫心下有支饮,则饮邪上蒙于心,心阳被遏,不能上会于巅,故有头冒目眩之病……盖泽泻气味甘寒,生于水中,得水阴之气,而能制水……领水饮之气以下走。然犹恐水气下而复上,故用白术之甘温,崇土制水者以堵之,犹治水者之必筑堤防也。"可见本方药虽二味,但标本兼顾,配合严谨。临床用治饮邪上犯头目眩晕,以头目冒眩,舌胖苔滑,脉沉弦为辨证要点。临床上亦有用本方加味,治疗耳源性眩晕。

春泽汤

本方见于《奇效良方》卷五。方由泽泻三钱,猪苓二钱,茯苓二钱,白术二钱,桂心一钱,人参一钱半,柴胡一钱,麦门冬一钱半组成。上药㕮咀,每服七钱,水一盏半,灯心二十茎,煎一盏,食远服。功能利水渗湿,益气养阴。主治伏暑发热,烦渴引饮,气短汗出,小便不利者。本方所治证属暑热伤及气阴所致。因其以小便不利为主要表现,而且暑多挟湿,故立利水渗湿,兼益气养阴之法,正如王纶《明医杂著》所说:"治暑之法,清心利小便最好。"方中泽泻、猪苓、茯苓渗利水湿,白术健脾燥湿,以助水湿运化;肉桂心化气利水;因暑易伤气耗津,故配以人参益气生津,麦冬养阴生津;再用柴胡疏解热邪,灯心草清心利水,诸药合用,共奏益气养阴、利水渗湿之效。

春泽汤(《秘传证治要诀及类方》卷一) 即五苓散加人参一钱。水煎服。功能益气利水。主治伤暑口渴,小便不利者;亦治病后口渴者。

猪苓汤

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。为育阴利水法的代表方。方由猪苓(去皮)、茯苓、泽泻、阿胶、滑石(碎)各一两组成。上五味,以水四升,先煮四味,取二升,去滓,纳阿胶烊消,温服七合,日三服。功能滋阴清热利水。主治水热互结,邪热伤阴所致的发热,渴欲饮水,小便不利者;或下利,咳而呕渴,心烦不得眠者。

本方所治证属伤寒之邪,传入阳明或少阴,化而为热,与水相搏,以致水热互结,邪热伤阴。烦渴、小便不利是阴伤有热,气不化水的表现,故治宜滋阴、清热、利水之法。方中以猪苓、茯苓为君,渗湿利水;臣以滑石、泽泻通利小便,泄热于下;君臣相配,既分消水气,又疏泄热邪,使水热不致互结;更佐以质润之阿胶滋阴,一则可滋养内亏之阴液,又可防诸药利水太过而伤阴。诸药合用,利水而不伤阴,滋阴而不恋邪,使水气去,邪热清,阴液复而诸症自除。综观全方,以渗利为主,清热养阴为辅,但亦有人认为本方旨在育阴,通过滋养无形之阴以行有形之水。如《名医方论》引赵羽皇,指出本方"其旨在益阴,不专利水"。并指出"方中阿胶养阴生新去瘀,于肾中利水,即于肾中养阴。滑石甘滑而寒,于胃中去热,亦于胃中养阴。佐以二苓之淡渗者行之,既疏浊热而又不留瘀壅,亦

润真阴而不苦其枯燥”。赵氏强调育阴清热,可见本方与一般淡渗利水之剂不同,是一首“利水而不伤阴之善剂也”。吴昆在《医方考》中认为:“伤寒少阴下利而主此方者,分其小便而下利自止也。伤寒渴欲饮水,小便不利而主此方者,导其阳邪由溺而泄,则津液运化,而渴自愈也。”可见渴、利均由水气不化,小便不利而致,而分利小便,则诸症自愈。本方与五苓散同属利水之剂,但五苓散证属外有表寒,内有蓄水。本方证则属水热互结,邪热伤阴所致。故一则以二苓、泽泻配桂枝、白术以化气利水;一则以二苓、泽泻配滑石、阿胶滋阴利水。正如汪昂说:“五苓泻湿胜,故用桂术;猪苓泻热胜,故用滑石。”本方亦兼治血淋、尿血、小便涩痛、淋沥不畅、少腹胀痛,属阴虚有热者。现临床上亦常用本方加减治疗泌尿系感染、急慢性肾炎之水肿、血尿等属于阴虚有热而小便不利之证。《伤寒论》指出,使用本方要注意辨证,如属阳明病,邪热炽盛,汗出多而渴者,即使有小便不利,亦不可与猪苓汤。

猪苓散(《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》)　猪苓、茯苓、白术各等份。上三味,杵为散,饮服方寸匕,日三服。功能健脾利水。主治水饮内停之呕吐,思水者。

猪苓散(《银海精微》卷上)　木猪苓一两,车前子五钱,木通、大黄、栀子、黑狗脊、滑石、萹蓄各一两,苍术(分量未著)。为末,每服三钱,盐汤下。功能清肝明目,利水泄热。主治眼目黑花荡漾,有黑影如蝇翅,小便不利者。

五皮散

本方出自《华氏中藏经》卷中。《太平惠民和剂局方》之五皮散,系由本方加减而成。方由生姜皮、桑白皮、陈橘皮、大腹皮、茯苓皮各等份组成(《医方集解》无桑白皮、陈橘皮;有五加皮、地骨皮)。上为粗末,每服三钱,水一盏半,煎至八分,去滓,不计时候,温服,忌生冷油腻硬物。功能利水消肿,理气健脾。主治皮水。症见一身悉肿,心腹胀满,上气促急,胸膈烦闷,饮食不下,小便不利者。本方所治证属脾虚湿盛,泛溢肌肤所致。治宜健脾利水渗湿为主。方中茯苓皮利水渗湿,兼能健脾以助运化,其中大腹皮并能宽中利气以行水;更用桑白皮肃降肺气,通调水道,合茯苓皮、大腹皮等以增强利水消肿之效。诸药用皮,取其以皮走表之意,故名五皮散。诸药配伍,共成利水消肿,理气健脾之效。用治脾虚湿盛之皮水,以一身肌肤悉肿、肢体沉重、小便不利为辨证要点。亦可用治妊娠水肿。临床上对于急性或慢性肾炎水肿,心脏病水肿属皮水者,常用本方加减治之。

五皮散(《太平惠民和剂局方》卷三)　五加皮、地骨皮、生姜皮、大腹皮、茯苓皮各等份。上为粗末,每服三钱,水一盏半,煎至八分,去滓,稍热服之,不拘时候。切忌生冷油腻坚硬等物。功能利水消肿,祛风胜湿。主治脾失健运,风湿相搏所致之头面浮肿,四肢肿满,心腹膨胀,上气促急,饮食欠佳,小便不利等。

白术散(《全生指迷方》卷四)　又名全生白术散。橘皮(洗)、大腹皮、茯苓、生姜各半两,白术一两。上为末,饮调方寸匕,食前服。功能健脾理气,利气化湿。主治妊娠面目浮肿,肿如水状者。

五皮饮(《麻科活人全书》)　大腹皮、茯苓皮、陈皮、五加皮、姜皮。水煎服。功能利水消肿,祛风胜湿。主治全身浮肿,肢体沉重,或酸楚疼痛,小便不利,舌淡苔白腻,脉沉弦者。

麻附五皮饮(《重订通俗伤寒论》)　麻黄一钱,淡附片八分,茯苓皮三钱,大腹皮二钱,细辛五分,新会皮钱半,五加皮三钱,生姜皮一钱。水煎服(用法原方未著)。功能温阳化湿,利水消肿。主治全身浮肿,腰酸怕冷,小便不利,舌淡苔白滑,脉沉迟者。

茯苓皮汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由茯苓皮五钱,生苡仁五钱,猪苓三钱,大腹皮三钱,白通草三钱,淡竹叶二钱组成。上药,以水八杯,煮取三杯,分三次服。功能清热利水渗湿。主治三焦湿热。症见发热,头胀痛,身痛呕逆,渴不多饮,小便不通,苔白。本方所治证属吸受秽湿,三焦为湿热所困而致,但以湿重热轻为主。治宜清利湿热。方中茯苓皮、猪苓、白通草淡渗利湿;生薏苡仁、淡竹叶利水清热,分消湿热;大腹皮行气除湿,使气化湿亦化。共成淡渗兼微辛微凉之法,以使湿热之邪渗泄于下,则诸症自愈。临床上用治湿重热轻、湿热阻滞三焦之证。以热蒸头胀,小便不通,渴不多饮,舌苔白腻为辨证要点。现临床上亦用以治疗泌尿系感染、急性肾炎水肿等属湿热困阻者。

四苓合芩芍汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由苍术二钱,猪苓二钱,茯苓二钱,泽泻二钱,白芍二钱,黄芩二钱,广皮一钱五分,厚朴二钱,木香一钱组成。水五杯,煮取二杯,分二次温服。功能清热祛湿,行气治痢。主治湿热下痢。症见下利不爽,欲作滞下,腹中拘急,小便短者。本方所治之下痢,证属清浊不分,湿热下注大肠所致。治宜清热去湿,分利二便。方中以茯苓、猪苓、泽泻为君,渗湿利水,通过“分阑门,通膀胱,开支河,使邪不直注大肠”,以收利小便而实大便之效;黄芩清热燥湿,苍术燥湿运脾,共为臣药,君臣相配,清利湿热,以治其湿热之本;佐以厚朴、陈皮、木香调气行滞,使气化湿亦化,湿滞消除,而大便畅通,白芍缓急止痛,“止下痢腹痛后重”(《本草纲目》),与木香、厚朴等合用,其止痛行滞之力更强,以治其腹痛、滞下之标。各药合用,使湿热除,气滞消,二便分利而诸症自愈。本方为清利湿热,分利二便而治痢之剂,临床上适

用于湿热下痢初起之证，以下痢不畅，小便短少为辨证要点。现临床上亦有用于急性胃肠炎、痢疾，及泌尿系感染而属湿热下注者。对于久痢伤阴者，则不宜用之。

胃苓汤

本方见于《丹溪心法》卷四。即平胃散与五苓散合方。又名对金饮子、胃苓饮；或改作散剂，名胃苓散。方由甘草、茯苓、苍术、陈皮、白术、官桂、泽泻、猪苓、厚朴组成。上药锉粗末，每服五钱，姜五斤，枣二枚，水煎服。现用法为水煎服。功能祛湿化滞，健脾和中。主治中暑伤湿，停饮夹食，腹痛泄泻；或脾胃受湿，饮食停积，霍乱呕吐，四肢酸痛，小便短少。本方所治证属脾胃湿滞，运化失司所致。治宜化湿滞，健脾胃立法。方中苍术燥湿运脾，厚朴燥湿除满，行气消胀，两药合用，燥湿运脾之力增强；白术配陈皮健脾燥湿，陈皮合厚朴行气化滞；茯苓、猪苓、泽泻淡渗水湿，茯苓又可助白术、陈皮以加强健脾和中之效；官桂能化膀胱之气；甘草调药和中。诸药同用，共成燥脾湿，行气滞，健脾胃之功。本方为治疗脾胃湿滞证的常用方。以脘腹胀满，泄泻，小便短少为辨证要点。现临床上亦用于急性胃肠炎的水样便以及慢性肾炎水肿属脾虚湿盛者。

除湿胃苓汤

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十四。由《丹溪心法》胃苓汤加味而成。方由苍术（炒）、厚朴（姜炒）、陈皮、猪苓、泽泻、赤茯苓、白术（土炒）、滑石、防风、山栀子（生研）、木通各一钱，肉桂、甘草（生）各三分组成。以水二盏，灯心五十寸，煎八分，食前服。功能清热除湿，解毒消肿。主治蛇串疮（缠腰火丹）。症见腰部皮肤刺痛，或作烂流水。本方所治证属湿热熏蒸皮肤、郁而化毒所致。治宜清热除湿，解毒消肿。五苓散合平胃散（即胃苓汤），再加防风、山栀子、滑石、木通组成。方中五苓散淡渗利水，使湿邪从下分利，再用平胃散（苍术、厚朴、陈皮、甘草）理气健脾，燥湿和中，使脾气健运，湿无以生。山栀子清利三焦湿热，并能泻火解毒；滑石、木通清热利湿，以加强上药清利湿热之力；防风祛风消肿。诸药共用，既渗湿于下，燥湿于中，亦能解毒消肿，使湿除热清，诸症可愈。

防己黄芪汤

本方出自《金匮要略·水气病脉证并治》。又名防己汤、汉防己汤。方由防己一两，甘草（炒）半两，白术七钱半，黄芪（去芦）一两一分组成。上锉麻豆大，每抄五钱匕，生姜四片，大枣一枚，水盏半，煎八分，去滓温服，良久再服。服后当如虫行皮中，从腰下如冰，后坐被上，又以一被绕腰以下，温令微汗。功能益气祛风，健脾利水。主治风水。症见身重，汗出恶风，小便不利，舌淡苔白，脉浮，以及风湿在表而见肢体重着麻木者。

本方所治风水、风湿，证属表虚卫气不固，外受风湿，邪郁肌表、经络所致。治宜益气祛风，健脾利水。方中重用黄芪补气固表，利水消肿，扶正以祛邪为君药；臣以防己祛风利水，与君药相配，利水消肿之力更强，且利水而不伤正；佐以白术、甘草健脾燥湿，白术与黄芪相配，益气固表之力更大；使以生姜、大枣调和脾胃。诸药共用，相得益彰，表虚得固，风邪可除，脾气健运，水道通利，则表虚水肿，风湿痹证自愈。原方加减法："喘者加麻黄半两，胃中不和加芍药三分，气上冲者加桂枝三分，下有陈寒者加细辛三分。"现临床上用本方治疗心源性、肾源性和营养不良性水肿属气虚湿重者。对于慢性风湿性关节炎属体虚湿痹者，亦可用本方加减治疗。

防己茯苓汤（《金匮要略·水气病脉证并治》） 防己三两，黄芪三两，桂枝三两，茯苓六两，甘草二两。上五味，以水六升，煮取二升，分温三服。功能益气健脾，温阳利水。主治皮水，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者。

木防己汤（《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》） 木防己三两，石膏（鸡子大）十二枚，桂枝二两，人参四两。上四味，以水六升，煮取二升，分二次服。功能行水化饮，散结消痞。主治膈间支饮，喘满，心下痞坚，面色黧黑，脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈者。

茯苓桂枝甘草大枣汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。亦见于《金匮要略·奔豚气病脉证治》。方由茯苓半斤，桂枝（去皮）四两，甘草（炙）二两，大枣（擘）十五枚组成。上四味，以甘澜水一斗，先煮茯苓，减二升，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。功能温通心阳，化气行水。主治伤寒发汗后，其人脐下动悸，欲作奔豚者。"奔豚"，是以猪的奔跑状态来形容患者自觉有气从少腹上冲胸胁，痛苦异常，时发时止的病证。本方所治证属心阳虚，水饮内动所致，以脐下动悸为主症。故治宜温通心阳，化气行水，以防奔豚发作。方中重用茯苓渗湿利水，使水湿渗利于下，以防水邪上逆，发为奔豚，并能宁心定悸；桂枝一则化气利水，以加强茯苓行水之力，一则温壮心阳，以调补心阳之虚；更用炙甘草益心气，通心脉，配桂枝以加强温通心阳之效；大枣和中健脾，养心宁神。诸药合用，共奏温阳、化气、利水之效，使心阳复，水饮去，则动悸可止，奔豚可防。本方重在化气行水，适用于水饮内停，心阳虚弱之脐下筑筑然跳动，如奔豚之将作者。如奔豚已作，则非本方所宜。现临床上亦用治神经衰弱、神经症之心悸、失眠等属心阳虚有水饮者。

薏苡竹叶散

本方出自《温病条辨》卷二。方由薏苡五钱，竹叶三钱，飞滑石五钱，白蔻仁一钱五分，连翘三钱，茯苓块五钱，白通草一钱五分组成。共为细末，每服五钱，日三服。现用法为作汤剂，水煎服。功能渗湿利水，解表清热。主治湿热郁发白㾦之证。症见发热身痛，汗出不解，胸脘痞闷欲呕，胸腹白疹，大便自利，小便短少，苔黄滑腻。

本方所治之白㾦，证属湿热之邪留恋气分不解，郁蒸肌表而发。属湿停热郁，内外合邪之证。此时，"纯辛走表，纯苦清热，皆在所忌"。治宜辛凉淡渗法，以清泄湿热而透邪外达。方中以薏苡仁、竹叶为君，清热利湿，其中竹叶并能疏风解表；臣以滑石清利湿热，助君药以清泄湿热，连翘解表清热，合竹叶以透达热邪；佐以白豆蔻芳香化湿，茯苓、通草淡渗分利。诸药合用，一则透热于外，一则渗湿于内，使湿热之邪从表里分消。吴鞠通在《温病条辨》中指出："此湿停热郁之证，故主以辛凉解肌表之热，辛淡渗在里之湿，俾表邪从气化而散，里邪从小便而驱，双解表里之妙法也。"可见本方具有清泄湿热，透达表邪之功。凡邪热与湿相合，郁阻气分不解，酿发白㾦者，均可用之，但湿热郁阻之白㾦，以状如水晶，破之有淡黄色浆液流出，多发于胸腹为特点。如㾦色枯白而空壳无浆者，谓之"枯㾦"，乃气液枯竭之候，则非本方所宜。现亦取其清热利水之功，临床上用治急性泌尿系感染属湿热郁结者。

宣清导浊汤

本方出自《温病条辨》卷三。方由猪苓五钱，茯苓五钱，寒水石六钱，晚蚕砂四钱，皂荚子（去皮）三钱组成。水五杯，煮成二杯，分二次服，以大便通快为度。功能宣通气机，清化湿浊。主治湿温久羁，三焦弥漫，神昏窍阻，少腹硬满，大便不下者。本方所治的便秘神昏，并非阳明燥屎内结，而是证属湿阻气机，宣清导浊功能失调，浊气上攻所致。治宜宣通气机，清化湿浊。方中猪苓、茯苓淡渗利湿，使湿邪从下分利，寒水石宣湿清热，更用蚕砂化浊阴，升清阳，以宣清导浊，皂荚子宣上窍，利下窍，以宣通闭阻，合上药一以化无形之气，一以逐有形之湿，湿邪既解，则气机宣畅，而大便自通，神志乃清。正如吴鞠通所说："此湿久郁结于下焦气分，闭塞不通之象……二苓、寒石，化无形之气；蚕砂、皂子，逐有形之湿也。"本方具有宣通清阳，渗导湿浊之效，故以"宣清导浊"名之。运用时以神志如蒙，少腹硬满，小便不通，苔垢腻为辨证要点。其腹虽硬满，而痛不甚，与阳明腑实证之硬满拒按不同；神志如蒙，但意识犹尚清楚，与热入心包之神昏而意识不清者亦有所不同，应加以区别。现临床上亦以本方治疗急性胃肠炎属湿阻肠胃，传导失司者。

赤苓汤

本方出自《金匮翼》卷六。方由赤茯苓、防己、桑白皮、陈皮各一两半，旋覆花五钱，杏仁、麻黄（去根节）、白术、紫苏各一两组成。每服五钱，用水煮黑豆汁盏半，加生姜半分煎服。现用法为水煎服，用量按比例酌定。功能利水消肿，健脾补肾。主治湿脚气。症见足胫肿重无力，行动不便，麻木疼痛，胸膈满闷，甚或气上冲胸者。本方所治之脚气病，证属脾肾失健，水湿不化所致。治宜利水消肿以治其标，健脾补肾以固其本。方中赤茯苓、防己利水渗湿，其中赤茯苓并能健脾；桑白皮肃降肺气，通调水道，助上两药以利水消肿，共治水湿脚气之标；白术健脾燥湿，黑豆汁补肾益精，两药合用以固脾肾之本；陈皮健脾燥湿，并能行气，紫苏叶宣通气机，与陈皮合用，理气以化湿；旋覆花降逆下气，以防脚气上冲；麻黄、杏仁宣通肺气，使肺气宣通，气机通畅，则气化湿亦化；生姜和胃散寒。诸药合用，标本兼顾，共奏利水消肿，健脾益肾之效。

廓清饮

本方出自《景岳全书》卷五十一。方由枳壳二钱，厚朴一钱半，大腹皮一二钱，白芥子五七分或一二钱，萝卜子（生捣）一钱，茯苓（连皮用）二三钱，泽泻二三钱，陈皮一钱组成。水一盏半煎七分，食远温服。功能利水化湿，行气消肿。主治三焦壅滞，胸膈胀满，呼吸不畅，遍身肿胀，或腹中胀气，小便不利等。本方所治证属邪壅三焦使气化不利，小便不畅所致。治宜行气化滞，利水消肿。方中连皮茯苓、泽泻渗利水湿，使邪从小便而去；厚朴、大腹皮燥湿下气，其中大腹皮并能行水消肿；气化则湿亦化，故配陈皮、枳壳理气行滞，以助上诸药化湿利水；白芥子、萝卜子（即莱菔子）顺气消痰，使呼吸畅通，与厚朴、枳壳、陈皮等同用，又能利气快膈，化滞除满。诸药合用，共成利水化湿，行气消肿之效，使气化湿行，胀满消除，小便通利，则浮肿可消。本方为行气利水之剂，临床上适用于气化不利，小便不畅之浮肿。方中行气导滞之药较多，故应以体质强壮而有实邪者为宜。如属脾肾虚弱之水肿，则不宜用。

茯苓琥珀汤

本方出自《卫生宝鉴》卷十七。方由茯苓（去皮）、琥珀、白术各半两，泽泻一两，滑石七钱，猪苓（去皮）半两，甘草（炙）、桂（去皮）各三钱组成。上八味为末，每服五钱，长流甘澜水煎一盏，调下，空心食前服，待少时，以美膳压之。功能渗湿利水清热。主治湿热内蓄，膀胱气化不利，小便频数而短少色黄，小腹胀满，腰腿沉重，不得平卧者。

本方所治之小便数而少，证属湿热内蓄，膀胱气化受

阻而致。治宜甘淡渗泄，利水清热。正如罗天益在《卫生宝鉴》所说："湿热内蓄，不得施化，膀胱窍涩，是以数而见少，非渗泄分利，则不能快利。"方中以茯苓甘淡渗湿，琥珀利水通窍，共为君药；滑石寒以清热，滑以利窍，泽泻、猪苓渗泄利水，共为臣药；佐以白术健脾燥湿，桂枝化气利水，共助君药以祛除湿邪；甘草和中调药，以之为使。诸药合用，使热邪得以清解，湿邪从下分利，则诸症自愈。本方为渗泄利水之剂，适用于湿热内蓄，膀胱窍涩之证。以小便频数而短少色黄，小腹胀满，脉濡数为辨证要点。本方亦可用治湿浊内停之水肿，及热淋、砂淋等。对于泌尿系感染、泌尿系结石有上述见症者，亦可加减使用。

参苓琥珀汤(《卫生宝鉴》卷十七) 人参五分，茯苓(去皮)四分，川楝子(去核，锉，炒)一钱，琥珀三分，甘草一钱，延胡索七分，泽泻、柴胡、当归梢各三分。上九味㕮咀，作一服，用长流水三盏，煎至一盏，去渣，空心食前温服。功能利水通淋，益气止痛。主治小便淋沥不畅，茎中痛不可忍，痛引胁下者。

沉香琥珀丸(《证治准绳·类方》第二册) 琥珀、杏仁(去皮尖)、赤茯苓、泽泻、葶苈(炒)、郁李仁(去皮)、沉香各一两半，陈皮(去白)、防己各七钱半。上为细末，炼蜜为丸，如梧子大，以麝香为衣，每服二十五丸，加至五十丸，空心，人参煎汤送下，量虚实加减。功能利水消肿，理气健脾。主治水肿，一切急难证之小便不通。

导滞通经汤

本方出自《卫生宝鉴》卷十四。方由木香、白术、桑白皮、陈皮各五钱，茯苓(去皮)一两组成。上药㕮咀，每服五钱，水二盏，煎至一盏，去渣，空心食前，温服。功能健脾理气，利水消肿。主治脾虚有湿之水肿。症见面目手足浮肿，脘腹胀满，大便溏薄，饮食欠佳，舌胖苔白腻，脉细弦者。本方所治之水肿，证属脾失健运，气机不畅，水湿内停所致。治宜健脾理气，利水消肿。《内经》说："湿淫所胜，平以苦热，以苦燥之，以淡泄之。"故方中以茯苓淡渗利水以消肿，并能健运脾气；陈皮、木香理气行滞，使气机宣通，有利于水湿之输布；桑白皮宣通肺气，通调水道以利水消肿；白术健脾燥湿，使脾旺则湿无以生，并助茯苓以祛除既聚之湿邪，诸药合用，使脾气健运，气机宣通，水湿得以渗利，则水肿可消。凡脾虚不运，气机受阻，水湿内停之水肿，均可用之。以脘腹胀满，饮食欠佳，舌胖苔白腻，脉细弦为辨证要点。如脘腹胀痛，肠鸣泄泻，饮食无味等湿困脾胃者，虽有面目肢体浮肿，宜先用平胃散加白术、茯苓、草豆蔻等化湿运脾，然后再用本方利水消肿。

葵子茯苓散

本方出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》。又名葵子散、葵茯汤。方由葵子一升，茯苓三两组成。上二味，杵为散，饮服方寸匕，日三服，小便利则愈。现用法为作汤剂，水煎服，用量按原方比例酌定。功能通窍利水。主治妊娠水肿，身重，小便不利，洒淅恶寒，起即头目眩晕。本方所治的妊娠水肿，系由胎气影响，水气内阻，小便不利而致。治宜化气通窍利水。方中冬葵子滑利窍道，配以茯苓健脾利水；而且以米饮调服，既可养胃扶正，亦可防冬葵子之过于滑利。诸药合用，共奏通窍利水之效。使小便通行，水有去路，阳气展布，则诸症可愈。本方亦可用于一般水湿内停之水肿，以及小便不利之淋证。《三因极一病证方论》于该方后记载"又方入榆白皮一钱"，加榆白皮其利水消肿之效更强。本方之冬葵子善于滑利通窍，《本草纲目》谓本品"通大便，消水气，滑胎治痢"。故以本方治疗妊娠水肿，冬葵子用量宜轻，达到小便利则可，不宜重剂及久服，否则易致滑胎。

葵子散(《证治准绳·幼科》集之二) 冬葵子一两，石楠、榆白皮(锉)、石韦(去毛)、木通(锉)各半两。上药捣罗为散，每服半钱，以葱白汤调下，日二服，量儿大小加减。功能清热，利水，通淋。主治湿热石淋。症见小便淋沥不畅，涩痛黄短，口苦，脉弦数或弦滑者。现临床上有用本方治疗泌尿系结石及急性泌尿系感染属膀胱湿热者。

导水茯苓汤

本方出自《奇效良方》卷四十。又名茯苓导水汤。方由赤茯苓、麦门冬(去心)、泽泻、白术各三两，桑白皮、紫苏、槟榔、木瓜各一两，大腹皮、陈皮、砂仁、木香各七钱半组成。上药㕮咀，每服半两，水二盏，灯草二十五根，煎至八分，去滓，空心服。如病重者，可用药五两，再加去心麦门冬二两，灯草半两，以水一斗，放砂锅内熬至一大碗，再下小铫内煎至一大盏，五更空心服，滓再煎服。功能行气化湿，利水消肿。主治脾虚湿盛，头面手足遍身水肿，手按而塌陷，手起随手而高突，喘满倚息，不能转侧，不能平卧，饮食不下，小便短涩，排尿涩痛，其色如黑豆汁者。

本方所治水肿，证属脾失健运，水湿内停，溢于肌肤所致。水气内盛，上凌于肺，故并见喘息不得卧。治宜行气化湿，利水消肿。方中以赤茯苓、泽泻为君，渗利水湿；臣以白术健脾燥湿，以助水湿运化，槟榔、大腹皮行气燥湿，利水消肿，共助君药以导水下行；气化则湿亦化，故配以紫苏、陈皮、砂仁、木香理气行滞，以助水湿运化；桑白皮泻肺行水，木瓜祛除湿邪，灯心草淡渗利水，麦门冬滋养阴液，使诸药利水而不伤阴液，共为佐使药。诸药合用，使气行湿化，水道通利，则水肿可消。本方以茯苓为君，并能导水下行而消肿，故名导水茯苓汤。

赤小豆当归散

本方出自《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病脉证治》。

又名赤豆当归散。方由赤小豆(浸令芽出,曝干)三升,当归三两(原方未著分量,此据《备急千金要方》卷十补)组成。上二味,杵为散,浆水服方寸匕,日三服。现用法为作汤剂,水煎服,用量酌定。功能渗湿解毒,活血排脓。主治狐惑病成脓之证。症见目赤肿痛,如鸠眼状,继则两眼内外眦色暗黑,无热,微烦,默默但欲卧,汗出,能食,脉数者。本方所治证属湿热之邪侵袭血分,蓄热不去,瘀热内积所致。治宜渗湿清热,活血排脓。方中赤小豆渗湿清热,解毒排脓;当归治血行滞,去瘀生新;浆水清凉解毒。诸药相配,既解湿热之邪,亦能入血祛瘀,解毒排脓。本方在原书仅载"若能食者,脓已成也",而未指出脓成何处。《张氏医通》载本方,"治小肠热毒流于大肠,先便后血,及狐惑蓄血,肠痈便脓等证"。

牡蛎泽泻散

本方出自《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》。方由牡蛎(熬)、泽泻、蜀漆(暖水洗去腥)、葶苈子(熬)、商陆根(熬)、海藻(洗去咸)、栝蒌根各等份组成。上七味,异捣下筛为散,更于臼中治之,白饮和服方寸匕,日三服。小便利,止后服。功能逐水消肿。主治腰以下浮肿,胁下痞坚,喘满烦渴,或胸腹积水,小便不利,脉沉实有力者。

本方于《伤寒论》中原治大病差后,从腰以下有水气者。然大病后,正气多虚,何以用逐水消肿之剂?钱潢指出:"大病后,若气虚则头面皆浮,脾虚则胸腹胀满。此因大病后,下焦之气化失常,湿热壅滞,膀胱不泻,水性下流,故但腰以下水气壅积,膝胫足跗皆肿重也。"可见本方治证,应以腰以下浮肿为主,其因是病后下焦气化失常,湿热壅滞,膀胱不泻所致,属于水肿实证。治宜逐水消肿,使湿邪从小便而去。方中牡蛎软坚行水,泽泻渗湿利水,蜀漆逐水消肿,葶苈子泻肺行水,商陆峻下逐水,海藻利小便,共使水邪从小便排出,栝蒌根生津止渴,与利水药合用,使水去而津液不伤。诸药合用,共成逐水消肿之效。《医宗金鉴》指出:"此方施之于形气实者,其肿可随愈也。若病后土虚不能制水,肾虚不行水,则又当别论,慎不可服也。"

伐木丸

本方录自《本草纲目》卷十一引张三丰仙传方。又名三丰伐木丸、术矾丸。方由苍术二斤(米泔水浸二宿),黄酒面曲四两(炒赤色),皂矾一斤(醋拌晒干,入瓶火煅)组成。上药为末,醋糊丸梧子大,每服三四十丸,好酒、米汤任下,日二三服。功能燥湿运脾,泻肝消积。主治黄肿病(相当于钩虫病),面色萎黄,浮肿,心腹胀满,心悸气促,肢倦无力,能食而不消化;亦治疳积,痞痢。本方所治证属肝旺脾虚所致。治宜燥湿运脾,泻肝消积。方中苍术燥湿运脾,皂矾醋拌,入肝脾泻肝,燥湿化痰,消积杀虫,黄酒面曲消积和胃。诸药合用,肝得疏泄,脾得健运,积滞得消,共成燥湿运脾,泻肝消积之功。本方加栀子、柏皮合茵陈五苓散,可治疗湿热黄疸。

绛矾丸(《重订广温热论》卷二)　方由皂矾五钱(面裹烧红),杜苍术五钱,川朴八钱,广皮六钱,甘草(炒焦)三钱组成。煮红枣为小丸,姜半夏粉一两为衣,每服钱半或二钱,一日两次,淡姜汤送下。功能燥湿健脾消积。主治湿热黄胖,脱力劳伤,腹胀肠红,食积痞块,腿足浮肿,小便不利等。方中皂矾(亦名绿矾)杀虫消积,为方中主药,辅以苍术、厚朴、陈皮、半夏健脾燥湿;甘草、大枣补气和中,以减少绿矾的副作用。

茵陈蒿汤

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》,又见于《金匮要略·黄疸病脉证并治》。为治湿热黄疸之主方。方由茵陈蒿六两,栀子(擘)十四枚,大黄(去皮)二两组成。上三味,以水一斗,先煮茵陈,减六升,纳后二味,煮取三升,去滓,分三服。功能清热利湿退黄。主治湿热黄疸。症见全身面目俱黄,色鲜明如橘子,腹微满,口中渴,但头汗出,小便不利,舌苔黄腻,脉象沉实或滑数。本方所治证属湿邪与瘀热蕴结于里所致。治当清泄瘀热,利湿退黄。方中茵陈蒿清热利湿,退黄疸,为君;栀子清泄三焦湿热,并可退黄,为臣;大黄导瘀热下行,可清利小便以退黄,亦可通大便以泄热,为佐。三药配伍,清利降泄,引湿热之邪从二便而去,则邪有出路,黄疸可除。本方为治湿热黄疸主方。现临床上亦常用治急性黄疸型传染性肝炎、胆囊炎、胆石症、钩端螺旋体病引起的黄疸属于湿热蕴结者。

栀子柏皮汤(《伤寒论·辨阳明病脉证并治》)　肥栀子(擘)十五个,甘草(炙)一两,黄柏二两。上三味,以水四升,煮取一升半,去滓,分温再服。功能清热利湿。主治伤寒身热发黄者。

茵陈散(《奇效良方》卷三十七)　茵陈、木通、大黄(炒)、栀子仁各一两,石膏二两,栝蒌一个,甘草(炙)半两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜五片、葱白一茎,同煎至八分,去滓,不拘时温服。溲涩便秘加枳实、赤茯苓、葶苈。功能清热利湿退黄。主治酒食过度,风湿所搏,热气郁蒸而成黄疸,食已即饥,身体面目爪甲牙齿及小便悉黄,寒热,或身体多赤多青者。

茵陈四逆汤(《景岳全书·古方八阵》卷五十八引韩氏方)　茵陈二两,炮姜一两半,炮附子一个,炙甘草一两。分四帖,水煎服。功能温阳利湿退黄。主治阳虚寒湿发黄,肢体逆冷,腰以上自汗,脉沉细迟者。

茵陈术附汤(《医学心悟》卷二)　茵陈、炙甘草各一钱,白术二钱,附子、干姜各五分,肉桂(去皮)三分。水煎服。功能温脾除湿退黄。主治寒湿阻滞而致的阴黄,身目熏黄,身冷不渴,小便自利,脉沉细。

茵陈玉露饮(《医醇賸义》卷二) 茵陈三钱,玉竹三钱,石斛三钱,花粉三钱,葛根二钱,山栀一钱五分,广皮一钱,半夏一钱,茯苓三钱,萆薢三钱,苡仁一两。水煎服。功能清热利湿,生津养阴。主治酒疸。平日嗜饮,湿火熏蒸,面目发黄,黄甚则黑,心中嘈杂,虽食甘芳,如啖酸辣,小便赤涩者。

麻黄连轺赤小豆汤

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。方由麻黄(去节)二两,连轺(即连翘根)二两,杏仁(去皮尖)四十个,赤小豆一升,大枣(擘)十二枚,生梓白皮(切)一升,生姜(切)二两,甘草(炙)二两组成。上八味,以潦水一斗,先煮麻黄再沸,去上沫,纳诸药,煮取三升,去滓,分温三服,半日服尽。功能解表发汗,清热利湿。主治阳黄兼有表证。症见发热恶寒,无汗身痒,黄疸色如橘子鲜明,脉浮滑。本方所治证属湿热郁结在里,又兼表邪不解,治当解表散邪,清利湿热为法。方中麻黄、杏仁、生姜辛散表邪,宣发郁热;连翘根、生梓白皮、赤小豆清泄湿热;大枣、炙甘草调和脾胃。诸药配合,共成解表散邪,清热利湿之功。使表里宣通,湿热得以清泄,表解里和,其病可愈。现临床上亦治急性黄疸型传染性肝炎之属于湿热郁结,兼有表邪者。

甘露消毒丹

本方见于《续名医类案》卷五。又名普济解毒丹。王孟英谓:"此治湿温时疫之主方也。"方由飞滑石十五两,绵茵陈十一两,淡黄芩十两,石菖蒲六两,川贝母、木通各五两,藿香、射干、连翘、薄荷、白豆蔻各四两组成。各药晒燥,生研细末,每服三钱,开水调服,日二次;或以神曲糊丸,如弹子大,开水化服。现用法为多作汤剂,水煎服,用量酌定。功能利湿化浊,清热解毒。主治湿温、暑温、温疫等邪在气分。症见发热倦怠,胸闷腹胀,肢酸咽肿,斑疹身黄,颐肿口渴,溺赤便闭;或吐泻疟痢,淋浊,疮疡,舌苔薄白或厚腻,或干黄者;并主水土不服诸病。本方所治证属湿热之邪所致。治当清热祛湿。方中飞滑石、绵茵陈、木通清热利湿;黄芩、连翘、贝母、射干清热解毒,散结利咽;石菖蒲、白豆蔻、藿香、薄荷芳香化湿浊,宣畅气机,共成利湿化浊,清热解毒之剂。本方是治疗湿温初起,邪在气分,湿热并重之常用方剂。亦可用治湿热黄疸。现临床上用于急性胃肠炎、肠伤寒、传染性黄疸型肝炎、钩端螺旋体病等疾病而见湿热并重者。

三仁汤

本方出自《温病条辨》卷一。为治湿温初起,湿重于热的常用方剂。方由杏仁五钱,飞滑石六钱,白通草二钱,白蔻仁二钱,竹叶二钱,厚朴二钱,生薏仁六钱,半夏五钱组成。用甘澜水八碗,煮取三碗,每服一碗,日三服。功能清热利湿,宣畅湿浊。主治湿温,头痛恶寒,身重疼痛,面色淡黄,胸闷不饥,午后身热,舌白不渴,脉弦细而濡者。

本方所治证属湿温之邪留恋气分,气机失宣所致。治宜清热利湿,宣畅气机。方中生薏苡仁清热利湿,使湿热从下而去;白豆蔻宣中化浊,使湿从内而化;杏仁宣畅肺气,气畅有利于湿化;滑石、通草、竹叶清热利湿;半夏、厚朴燥湿化浊,行气畅中。诸药合用,共成宣上畅中渗下之剂,使湿去热清,诸症可解。对于本方证之头痛恶寒症状,原书认为此非表证,不可用汗解,"汗之则神昏耳聋,甚则目瞑不欲言"。今人亦认为"胸中为清阳之地",由于湿邪郁阻清阳,气化不得宣展,所以引起头痛恶寒、身重疼痛,这里与寒邪伤于太阳经之表所引起头痛恶寒,身体疼痛的机理是完全不同的。本方是治疗湿温初起,邪在气分,湿重热轻之常用方剂。对于暑湿、吐泻、淋浊等证属湿重热轻者,亦可使用。现临床上亦用于急性胃肠炎、肠伤寒等疾病,证属湿重热轻者。

黄芩滑石汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由黄芩三钱,滑石三钱,茯苓皮三钱,大腹皮二钱,白蔻仁一钱,通草一钱,猪苓三钱组成。用水六杯,煮取二杯,渣再煮一杯,分温三服。功能清热利湿。主治湿温,邪在中焦。症见发热身痛,汗出热解,继而复热,渴不多饮,或者不渴,舌苔淡黄而滑,脉缓者。本方所治证属湿温邪在中焦,内不能运化水谷之湿,外复感时令之湿。徒清热则湿不退,徒祛湿则热愈炽。治宜清热利湿。方中黄芩清热燥湿,滑石清热利湿,两者为本方主要药物;茯苓皮、猪苓利水祛湿,通草清热祛湿,大腹皮行气利水,白豆蔻芳香化湿,以上诸药为本方辅助药物。主辅配合,使本方两相兼顾,清热而不留湿,祛湿而不碍热,既具清热之功,又具利湿之效。所以为治疗湿温病邪在中焦或湿热在中、下焦的常用之剂。如患者素有水谷之湿内停中焦,脾胃运化不健,又感时令之湿,经络受湿邪所阻,以此方治疗,每获良效。现临床上亦用于急性肾盂肾炎、肠伤寒之热重于湿者。

蚕矢汤

本方出自《霍乱论》卷下。方由晚蚕砂五钱,生苡米、大豆黄卷各四钱,陈木瓜三钱,川黄连(姜汁炒)三钱,制半夏、黄芩(酒炒)、通草各一钱,焦栀一钱五分,陈吴萸(泡淡)三分组成。用地浆或阴阳水煎,稍凉饮服。功能清热利湿,升清降浊。主治湿热内缊之霍乱。症见吐泻腹痛,转筋,肢冷,口渴烦躁,或目陷,舌苔黄厚而干,脉濡数或伏者。本方所治证属湿热内蕴,脾胃运化失常,清浊

不分致成霍乱。治宜清热利湿，升清降浊。方中蚕砂、木瓜化湿和中，并除霍乱转筋，共为君药；臣以黄连清热燥湿，薏苡仁清热利湿；佐以大豆黄卷利湿，助薏苡仁之力，焦栀子、黄芩清热燥湿，助黄连之力，木瓜化湿浊而升清，制半夏、吴茱萸止呕吐而降浊；使以通草导湿热下行。诸药合用，使湿热清，清升浊降，转筋得止，吐泻得愈。本方只宜于湿热霍乱，不宜于寒霍乱。对于湿热滞于经络所致骨节烦疼，湿热痹证，也可使用。现临床上亦用于急性胃肠炎属于湿热之证者。

连朴饮

本方出自《霍乱论》卷下。方由制厚朴二钱，川连（姜汁炒）、石菖蒲、制半夏各一钱，香豉（炒）、焦栀各三钱，芦根二两组成。水煎温服。功能清热燥湿，理气化浊。主治湿热蕴伏之霍乱。症见吐泻腹痛，胸脘痞闷，口渴心烦，小便短赤，舌苔黄腻者。本方所治证属湿热蕴伏，脾胃升降失常，致成霍乱吐泻。治宜清热燥湿为主，兼理气化浊。方中黄连清热燥湿，厚朴行气化湿，均为君药；焦栀子、香豉清热郁，除烦闷，芦根清热生津，均为臣药；石菖蒲芳香化浊，制半夏化湿和中，均为佐使药。诸药合用，既能清热燥湿，又能理气和中，使吐泻止，痞闷除，烦热去，津液生，则诸症自愈。由于本方既能清热，又能燥湿，故对湿温病湿热并重之证，也可用其治疗。现临床上亦用于肠伤寒、急性胃肠炎属于湿热并重者。

燃照汤（《霍乱论》卷下） 飞滑石四钱，香豉（炒）三钱，焦栀子二钱，黄芩（酒炒）、省头草各一钱五分，制厚朴、制半夏各一钱。水煎去滓，研入白蔻仁八分，温服。功能祛暑化湿，理气化浊。主治暑秽挟湿，霍乱吐下，脘痞烦渴，舌苔白腻，外显恶寒肢冷者。

宣痹汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由防己五钱，杏仁五钱，滑石五钱，连翘三钱，山栀三钱，薏苡仁五钱，半夏（醋炒）三钱，晚蚕砂三钱，赤小豆皮三钱组成。用水八杯，煮取三杯，分温三服。功能清热利湿，宣痹止痛。主治湿聚热蒸，蕴于经络，寒战热炽，骨节烦疼，舌色灰滞，面色萎黄者。本方所治证属湿热蕴于经络而成之湿热痹证。治当清利湿热，宣痹止痛。方中防己清热利水，祛风胜湿，宣痹止痛；杏仁宣利肺气，以调畅水道；连翘、栀子清热燥湿；半夏燥湿化浊；晚蚕砂、薏苡仁化湿和中，通利关节，以除湿痹；赤小豆皮善走肌腠经络，配合滑石以清热利湿，引导湿热之邪从小便而出。诸药配合，共成清热利湿，宣痹止痛之效。用于湿热痹证，以关节红肿热痛，小便短赤，舌苔黄腻为辨证要点。原方加减法："痛甚，加片子姜黄二钱，海桐皮三钱。"现临床上亦有用于风湿性关节炎或腰腿痛属于湿热者。

桂枝芍药知母汤

本方出自《金匮要略·中风历节病脉证并治》。方由桂枝四两，芍药三两，甘草二两，麻黄二两，生姜五两，白术五两，知母四两，防风四两，附子（炮）二枚组成。上九味，以水七升，煮取二升，温服七合，日三服。功能祛风胜湿，清热止痛。主治遍身关节肿痛，伴有局部灼热，身体瘦弱，脚肿如脱，头眩短气，泛恶欲吐。本方所治证属风寒湿痹，内郁化热所致，治宜祛风除湿，清热行痹。方中桂枝祛风活血，芍药和营清热，两药合用，能调和营卫，通畅血脉；麻黄、附子、防风、白术、生姜辛温散寒，祛风胜湿；知母清热，《神农本草经》谓能"除邪气肢体浮肿，下水（即除湿）"；甘草调和诸药。共成温清并用之方。风寒湿痹见有化热之象者，应用本方最为适宜。现亦用于风湿性关节炎、类风湿性关节炎见有上述表现者。

二妙散

本方出自《丹溪心法》卷四。又名苍术散。为治下焦湿热的常用方剂。方由黄柏（炒）、苍术（米泔浸，炒）组成。上二味为末，沸汤入姜汁调服。二物皆有雄壮之气，表实气实者，加酒少许佐之。现用法作丸、散剂，每服6—9克，温开水或生姜汤送服；亦作汤剂，水煎服，或不加姜汁，或不加酒，用量酌定。功能清热燥湿。主治湿热所致之筋骨疼痛，或足膝红肿热痛，或下肢痿软无力，小便短黄，以及湿热带下和下部湿疮，舌苔黄腻。本方所治证属脾胃湿热下注所致。治当清热燥湿。方中苍术燥湿运脾，姜汁和胃健脾，以杜脾胃生湿之源。湿蕴化热，流注下焦，用黄柏以清下焦湿热。二药合用，体现出中下并治，标本兼顾之法。凡属下焦湿热之证，小便短黄，舌苔黄腻者便可使用。原方加减法："有气加气药"，"血虚者加补药"，"痛甚者加生姜汁，热辣服之"。此谓兼见气病，气机不畅有碍清热祛湿，宜加理气药物；兼见血虚，宜加补血之药，然下焦湿热之证，用补宜慎；原方用法中已有姜汁调服，此节谓本方证如见疼痛厉害，可再加重姜汁，并趁热辣甚之时服用，可借辛散之性，以加强止痛效果。

三妙丸（《医学正传》卷五） 黄柏（切片酒拌略炒）四两，苍术（米泔浸一二宿，细切焙干）六两，川牛膝（去芦）二两。为细末，面糊为丸，如梧桐子大，每服五七十丸，空心姜盐汤下，忌鱼腥、荞麦、热面、煎炒等物。功能清热燥湿，兼强腰膝。主治湿热下流，两脚麻木，或如火烙之热。

三妙散（《医宗金鉴·外科心法要诀》） 槟榔、苍术（生）、黄柏（生）各等份。共研细末，干撒脐部。功能止痒渗湿。主治脐部不痛不肿，时流黄水，痒甚者。

清热泻湿汤（《杂病源流犀烛》卷二十九） 盐酒炒黄柏、苍术各一钱，紫苏叶、赤芍、木瓜、泽泻、木通、防己、槟榔、枳壳、香附、羌活、甘草各七分（痛加木香）。功能清热

祛湿，理气止痛。主治肢体疼痛麻痹因于湿热者。

三妙散(《罗氏会约医镜》卷七) 苍术三四钱，黄柏(炒焦)二钱，川牛膝二三钱。为粗末，水煎，夜服。功能清热燥湿，兼强腰膝。主治受湿腰膝痛。

四妙丸(《全国中药成药处方集》) 川黄柏、苡米各240克，苍术(米泔水漂)、怀牛膝各120克。上药除黄柏外，共研细末，沸水泛丸，黄柏为衣，每服6克，日2次，温开水吞服。功能清热利湿，兼强腰膝。主治湿热下注，两足麻、痿、肿、痛等。

百合滑石散

本方出自《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病脉证并治》。方由百合(炙)一两，滑石三两组成。上为散，饮服方寸匕，日三服。当微利者，止服，热则除。现用法为作汤剂，水煎服。功能清热利水，滋养肺阴。主治百合病阴虚内热。症见发热，小便赤涩，脐下坚急者。本方所治证属心肺阴虚，里热较甚之证。治宜清利而兼养阴。方中百合清心安神，润肺滋阴；滑石清里热而利小便，使热从小便而出。两药配伍，成为既清热利水，又滋肺安神之剂。百合病是一种心肺阴虚内热的疾病，常默默不言，欲卧不卧，欲行不行，想进食但不欲食，如寒无寒，如热无热，或恍惚颠倒，自言乱语，口苦，小便赤，脉象微数。如经久不愈，心肺阴虚而内热明显者，可用本方治疗。

八正散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。为利水通淋的代表方剂。方由大黄、瞿麦、木通、栀子、滑石、甘草、萹蓄、车前子各等份组成。上药为末，每服五钱，水一钟煎，或入竹叶、灯心、葱头，食后服。现用法为作汤剂，水煎服。功能清热泻火，利水通淋。主治湿热下注，发为热淋、石淋。症见尿频涩痛，淋沥不畅，甚或癃闭不通，小腹胀满，口燥咽干，舌红苔黄，脉数实者。本方所治淋证乃属湿热下注所致。治宜清热利水通淋。方中木通、瞿麦、车前子、萹蓄、滑石诸药，清利湿热，利水通淋，山栀子清泻三焦湿热，大黄泻火降浊，灯心草导热下行，甘草调和诸药。诸药合用，共奏清热泻火，利水通淋之功，热除水利，则小便畅通，淋痛自愈。但本方清热利湿作用较强，而止血力小，如湿热淋证并见血淋，则应酌加白茅根、小蓟之类。现临床上亦以本方治疗膀胱炎、尿道炎、急性前列腺炎、泌尿系结石，以及急性肾炎、急性肾盂肾炎属于湿热下注者。孕妇禁用，体弱者宜慎。

榆白皮饮(《圣济总录》卷五十一) 榆白皮(锉)半斤，滑石(碎)四两，黄芩(去黑心)、木通(锉)、瞿麦各三两，石苇(去毛)二两，冬葵子半斤，车前草(锉)一升。上八味，粗捣筛，每服五钱匕，水二盏，煎至一盏，去滓温服，不拘时候。功能清热利水通淋。主治肾脏实热，小便黄赤涩痛。

十味导赤汤(《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十四) 生地、山栀子、木通、瞿麦、滑石、淡竹叶、茵陈蒿、黄芩、甘草(生)、猪苓(原方无分量)。水煎服。功能清热利湿，凉血通淋。主治膀胱蓄热淋证。

五淋散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。方由木通(去芦)、滑石、甘草(炙)各六两，山栀子仁(炒)十四两，赤芍药、茯苓(去皮)各半斤，淡竹叶四两，山茵陈(去根，晒干)二两组成。上药捣罗为末，每服三钱，水一盏，煎至八分，空心服。功能清热利水通淋。主治膀胱湿热，水道不通，小便淋沥不尽，脐腹急痛，或热淋尿血。本方治证属湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，水道不通所致，治宜清热通利。方中木通、山栀子、淡竹叶清心泻火，利水通淋；滑石、茵陈清热利湿；茯苓淡渗利湿；赤芍凉血行滞而利小便；甘草泻火解毒和中。诸药合用，使湿热从小便而出，膀胱气化正常，则小便畅利而无淋沥涩痛之苦。

五淋散(《太平惠民和剂局方》卷六) 赤茯苓六两，当归(去芦)、甘草(生用)各五两，赤芍药(去芦，锉)、山栀子仁各二十两。为细末，每服二钱，水一盏，煎至八分，空心食前服。功能清热利水通淋。主治肾气不足，膀胱有热，水道不利，小便淋沥不尽，脐腹急痛，休作有时，劳倦即发，或热淋尿血。

加味五淋散(《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十六) 山栀子、赤茯苓、当归、赤芍、黄芩、甘草、生地、泽泻、车前子、滑石、木通。水煎服。功能利水清热，通淋止痛。主治下焦湿热，妊娠小便频数窘涩，点滴疼痛，舌质红，苔黄，脉滑数。

石苇散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷八。方由芍药、白术、滑石、葵子、瞿麦各三两，石苇(去毛)、木通各二两，王不留行、当归(去芦)、甘草(炙)各一两组成。上药为细末，每服二钱，煎小麦汤调下，食前，日二三服。现用法作汤剂，水煎服。功能清热利水，活血通淋。主治膀胱有热，小便淋沥频数，脐腹急痛，蓄作有时，劳倦即发，或尿如豆汁，或尿出砂石。本方所治证属湿热之邪蓄结下焦所致。治当以清利湿热，活血通淋。方中石苇、木通、滑石、冬葵子、瞿麦清热利水以通淋，王不留行活血、利小便，与石苇等相配以增强利水通淋之功；当归、芍药和血养阴，与利水诸药合用，有泻中寓补之意；白术、炙甘草健脾和中，能恢复脾之运化水湿功能。诸药配伍，热邪得清，水湿从下而利，则小便得以畅通。但本方滑利之性稍大，孕妇慎用。

石苇散(《证治汇补》卷八) 石苇、冬葵子、瞿麦、滑

石、车前(原方无分量和用法)。功能清热利水通淋。主治砂淋之属下焦湿热者。

尿石一号(《中西医结合治疗急腹症》遵义医学院) 金钱草30—60克,海金沙(全草)、石韦各30克,车前子15克,木通6克。水煎服。功能通淋消石。主治尿路结石属气结型者。若因气结疼痛者,加延胡索12克,川楝子9克;因血瘀疼痛者,加蒲黄、五灵脂各9克;尿血者,加大、小蓟各9克,白茅根15—30克;肾阳虚者,加肉桂4.5克,附子、补骨脂各9克;肾阴虚者,加熟地黄15克,枸杞子、女贞子、旱莲草各9克。

尿石二号(《中西医结合治疗急腹症》遵义医学院) 金钱草30克,石韦、萹蓄、车前子(包煎)各15克,瞿麦、栀子各12克,大黄(后下)、滑石各9克,木通、甘草梢各6克。水煎服。功能清利湿热,消石通淋。主治尿路结石属湿热型者。若阴虚,去大黄,加生地黄12克,麦门冬9克;内热,加黄柏、知母各9克。

泻湿汤

本方出自《审视瑶函》卷四。方由车前子、黄芩、木通、陈皮各一钱,淡竹叶二十片,茯苓、枳壳、栀子(炒黑)、荆芥穗、苍术各八分,甘草三分组成。上锉剂,白水二钟,煎至八分,去滓热服。功能清热祛湿,理气和中。主治湿热眼疾,目赤涩痛,恶光,遇风流泪,口苦,苔黄腻,脉弦滑稍数;或湿热带下,色黄气臭,四肢倦怠,苔黄腻舌赤。本方所治证属湿热蕴结,脾土受湿困而气滞。治当清热祛湿,理气和中。方中用黄芩、栀子清热燥湿;木通、车前子、淡竹叶清热利水;荆芥穗祛风胜湿,苍术燥湿运脾;陈皮合枳壳行滞气以利于祛湿;茯苓渗湿健脾;甘草调和诸药。配合同用,既有清热祛湿之力,又具理气和中之功。湿热得清,脾运康复,气机调畅,病证可愈。

除湿汤

本方出自《眼科纂要》卷上。方由连翘、滑石、车前子、枳壳、黄芩、黄连、木通、粉甘草、陈皮、荆芥、茯苓、防风组成。水煎服。功能清利湿热,兼以祛风。主治睑弦赤烂,痒甚,属湿热偏盛者。本方治证属脾胃湿热蕴结,复感风邪,郁滞胞睑所致。热胜则赤,湿胜则烂,风胜则痒,故治宜清热利湿,祛风止痒。方中滑石、车前子、木通清热利湿;黄芩、黄连清热燥湿;茯苓健脾渗湿;陈皮、枳壳行气除湿;防风、荆芥祛风胜湿;再配连翘、甘草清热解毒,消肿散结。诸药合用,共奏清利湿热,祛风止痒,解毒消肿之效。临床以睑弦赤烂、红肿痛痒、舌红苔黄为辨证要点。尤宜用于湿重于热,睑弦湿烂浸淫为甚者。

龙胆饮(《张氏医通》卷十五) 龙胆草、淡竹叶各八分,黄芩、犀角、木通、车前子、黄连、玄参各一钱,焦栀子、大黄、芒硝各一钱五分,黄柏(酒炒)五分。水煎,食后分二次热服。功能清利湿热。主治肝经湿热,目赤肿痛。

完带汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由白术(土炒)、山药(炒)各一两,人参二钱,白芍(酒炒)五钱,车前子、苍术(制)各三钱,甘草一钱,陈皮、黑芥穗各五分,柴胡六分组成。水煎服。功能健脾疏肝,祛湿止带。主治脾虚肝郁,湿盛带下,色白无臭,倦怠便溏,面色㿠白,舌淡苔白,脉缓或弱。本方所治白带,为脾虚肝郁,下焦湿盛所致,治以健脾燥湿,辅以疏肝理气。方中白术、山药、苍术健脾燥湿;人参益气健脾;白芍、柴胡疏肝解郁;荆芥穗收敛止带;陈皮理气健脾;车前子利水祛湿;甘草调和诸药。此肝脾同治之法,寓补于散之中,寄消于升之内,为治脾虚带下之良方。

止带方

本方出自《世补斋医书·不谢方》。方由茵陈蒿、黄柏、黑山栀、赤芍、丹皮、牛膝、车前、猪苓、泽泻组成(原方未著分量及用法)。现用法为水煎服。功能清热利湿止带。主治湿热带下。本方所治证属湿热下注,治当清利湿热,以通为止。方中以茵陈蒿、车前清热利湿;黄柏、黑山栀清热燥湿,猪苓、泽泻利水;赤芍、丹皮凉血活血,配黑山栀活血止带;牛膝能引诸药下行,配黄柏善祛下焦湿热。诸药合用共成清热利湿,活血止带之功。临床以带下色黄气臭,舌苔黄腻,脉象弦滑为辨证要点。原作者认为带下有因寒湿者,有因湿热者。因于湿热者,用本方以通为止,甚者须苍术、厚朴以燥湿行气;因于寒湿者,宜炮姜、附子之类以温中阳。但两者必须用茵陈。原书用本方治湿热带下,有"或加二、三妙丸"之语,然本方中已有黄柏、牛膝,所以不论加用二妙丸或三妙丸,只须加入苍术便可。

萆薢渗湿汤

本方出自《疡科心得集》。方由萆薢、苡仁、黄柏、赤苓、丹皮、泽泻、滑石、通草组成(原方未著分量、用法)。现用法为水煎服。功能清热渗湿,解毒活血。主治湿热下注之臁疮。本方所治证属湿热下注,气血阻滞而成,故治当清热渗湿,解毒活血。方中萆薢、薏苡仁、滑石、通草清热渗湿以解湿毒;赤茯苓、泽泻渗湿利水;黄柏清热解毒燥湿;丹皮凉血活血。诸药合用,能清热解毒,渗湿利水,并有活血之功。本方亦可用治阴部湿热痒疮,以及下肢湿疹属于湿热者。

当归拈痛汤

本方出自《医学启源》卷下。方由羌活、甘草、茵陈

(酒炒)各五钱,防风、苍术、当归身、知母(酒洗)、猪苓、泽泻各三钱,升麻、白术、黄芩(炒)各一钱,葛根、人参、苦参(酒浸)各二钱组成。上药㕮咀,如麻豆大,每服一两,水二大盏半,先以水拌湿,候少时,煎至一大盏,去滓,空心食前温服,待少时,以美膳压之。临卧一服,不须膳压。功能清热祛湿,疏风和血。主治湿热为病,肢节烦疼,肩背沉重,胸膈不利,及遍身疼痛,下注足胫,肿痛不可忍。

本方所治证属湿热流注肢体而致痹痛。治宜清热祛湿,疏风和血,以宣痹止痛。方中羌活、防风祛风胜湿,宣痹止痛,为君药;升麻、葛根引药上行,使湿从外散,白术、苍术燥湿运脾,四药为臣;当归身养血温散,人参、甘草益气健脾,使苦药不致伤胃,苦参、黄芩、知母、茵陈清利湿热,猪苓、泽泻渗湿利水,导其内湿,共为佐药。诸药配合,共成清热祛湿,疏风和血,宣痹止痛的方剂。用治内外湿邪为患,而致肢体痹痛,胸膈不利者,可使上下分消,湿气得以宣通。

瞿麦散

本方出自《奇效良方》卷三十五。方由瞿麦穗、赤芍药、车前子、白茅根(如无根则用茅花)、赤茯苓、桑白皮(炒)、石苇(去毛)、生干地黄、阿胶(炒)、滑石、黄芩、甘草(炙)各二钱组成。上药为细末,每服二钱,入血余炭一钱,食前沸汤调服。功能清热凉血,利水通淋。主治血淋尿血。本方所治证属湿热蕴结,热伤血络而致。治宜清热凉血,利水通淋。方中瞿麦穗、车前子、白茅根、石苇、滑石清热利水通淋;黄芩清热;赤茯苓、桑白皮渗湿利水;生干地黄、赤芍药清热凉血;炙甘草和中并调诸药。诸药配伍,既有清热利水通淋之功,又有凉血止血之效。方中阿胶因有碍胃滞湿之弊,不宜多用;如湿重,苔厚黄腻,脘腹闷,则阿胶应减去。

滑石散(《备急千金要方》卷三) 滑石五两,通草、车前子、葵子各四两。上四味,为末下筛,酢浆水服方寸匕,稍加至二方寸匕。功能清热利水通淋。主治产后淋。

车前子散(《证治准绳·类方》第六册) 车前子、淡竹叶、赤茯苓、荆芥穗各二钱半,灯心二十茎。上作一服,新汲水二钟煎至一钟,食前服。功能清热利尿。主治诸淋,小便痛不可忍。

瞿麦汤(《证治准绳·类方》第六册) 瞿麦穗七钱半,冬瓜子、茅根各半两,黄芩(去黑心)六钱,木通三钱半,竹叶一把,滑石二两,葵子二合。上除滑石外,粗捣筛,分作三剂,每剂水三盏,煎至二盏,去滓,入滑石末一贴,搅匀,食前分温服。功能清热利湿通淋。主治心经湿热,或湿热为患,小便淋沥赤痛。

车前木通汤(《症因脉治》卷四) 车前子三钱,木通三钱(*原方未著用法*)。功能清热利湿。主治膀胱湿热,下焦热结,小便不利,腰痛骨蒸,两足心热,脉象左尺大数。

清肝渗湿汤

本方见于《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十九。方由黄芩、栀子(生,研)、当归、生地、白芍药(酒炒)、川芎、柴胡、花粉、龙胆草(酒炒)各一钱,甘草(生)、泽泻、木通各五分组成。水二钟,灯心五十寸,煎八分,食前服。功能清利湿热,疏肝养血。主治肝肾湿热下注,致成肾囊痈。症见肾囊红肿,焮热疼痛,身发寒热,口干饮冷。本方所治证属肝肾阴血虚弱,肝胆湿热下注而成。治宜清利湿热为主,疏肝气、养阴血为辅。方由龙胆泻肝汤去车前子,再加川芎、白芍药、天花粉、灯心草而成。方中黄芩、栀子、龙胆草清肝胆之热并可燥湿;木通、灯心草、泽泻清热渗湿,天花粉清热活血消痈,柴胡疏肝胆气滞,以复其疏泄之职;当归、生地黄、白芍药、川芎补阴血,和营血,养肝之体兼行血滞;甘草和中并调诸药。各药配伍,能清肝胆,利水湿,疏肝气,养肝血。肝胆湿热蠲除,则肾囊痈自然消散。至于阴器湿热痒疮等皮肤疾患,亦可用之。

清肝导滞汤

本方出自《外科正宗》卷三。方由萹蓄四钱,滑石二钱,甘草一钱,瞿麦三钱,大黄(便秘加)二钱组成。水二钟,灯心二十根,煎八分,空心服。功能清肝利湿。主治玉茎肿痛,小便涩滞作痛者。本方所治证属肝经湿热下注,致生下疳。治宜清肝利湿。方中萹蓄清利湿热,通淋止痛,能导肝经湿热从小便而出为君药;瞿麦清热利水通淋,滑石清热渗湿,与萹蓄相配,可以增强清利肝经湿热之功为臣药;甘草清热解毒,并可和中,调和诸药之性为佐使药。四药配合,共奏清肝利湿之功。大便秘结者,热毒内壅,腑气不通,故加大黄清热泻火解毒,通利二便。如无便秘,则可以不用大黄。若大便不秘结亦非溏薄,则不必减去。

导气除燥汤

本方出自《兰室秘藏》卷下。方由茯苓(去皮)、滑石(炒黄)各二钱,知母(细锉,酒洗)、泽泻各三钱,黄柏(去皮,酒洗)四钱组成。上药㕮咀,每服五钱,水三盏,煎至一盏,去粗,稍热空心服,如急闭不拘时服。功能清热,利水,通淋。主治湿热下注之小便癃闭不通,或小便短少,淋沥不畅,茎中涩痛,舌红苔黄,脉滑数等症。本方所治之癃闭、淋证,证属湿热下注,膀胱气化不利所致。治宜渗利湿热,利水通淋。方中茯苓渗湿利水;滑石、泽泻清热利湿;黄柏清泄下焦湿热;知母清热生津。诸药合用,使湿热清,窍道通,则诸症自愈。本方证之病因病机,李杲在《兰室秘藏》中认为"乃血涩至气不通而窍涩也"。观

其药物组成，并无入血活血行血之品，而重清热利湿，故可推断，本方证乃湿热下注膀胱所致。如肾虚、膀胱气化失常之癃闭，则非本方所宜。

导气除湿汤（《医学发明》卷八）　羌活一钱半，当归身一钱，枳实、大黄各五分。上锉如麻豆大，作一服，水二大盏半，煎至一盏，去滓，空心温服。下利一两行，痛止。功能理气除湿，泻下导滞。主治脚气肿痛。

清脾除湿饮

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十四。方由赤茯苓、白术（土炒）、苍术（米泔浸，炒）、黄芩、生地黄、麦冬（去心）、栀子（生研）、泽泻、甘草（生）、连翘（去心）、茵陈蒿、枳壳（麸炒）、玄明粉各一钱组成。水二钟，竹叶二十片，灯心二十根，煎八分，食前服。功能清利脾胃湿热，解毒消疮。主治火赤疮，初起小如芡实，大如棋子，燎浆水疱，焮热疼痛，未破不坚，疱破毒水津烂不臭，下体多生者。本方所治证属脾胃湿热壅盛所致。治当清利脾胃湿热。方中黄芩、栀子清热解毒燥湿；连翘清热解毒散结；茵陈蒿、赤茯苓、竹叶、灯心草、泽泻清热渗湿利水；苍术、白术燥湿健脾；枳壳行气消滞；玄明粉清热解毒消肿；生地黄凉血养阴，麦冬清热生津，甘草清热解毒和中，并调和诸药。各药配伍，共成清热解毒、祛湿邪、消疮肿之剂。本方多用于湿热壅盛，熏蒸肌肤所成之火赤疮，一般可去麦冬。脾气未虚者，可去白术。

大分清饮

本方出自《景岳全书》卷五十一。方由茯苓、泽泻、木通各二钱，猪苓、栀子（或倍之）、枳壳、车前子各一钱组成。水钟半，煎八分，食远温服。功能清热利水通淋。主治积热夹湿闭结于里，小水不利，或溺血，或腰腹下部极痛，或湿热下利，黄疸，或邪热蓄血腹痛等症。本方所治证属积热夹湿，蕴结于里。治当清热利湿。方中木通清热利水为君；茯苓、泽泻、猪苓、车前子渗湿利水为臣；栀子清泄郁热，并合木通清热利水，枳壳理气宽中为佐。诸药合用，既可清泄郁积热邪，又可渗湿利水以通淋。故可用治积热在里与湿邪蕴结而成的小便不利，或淋沥不尽，或溺血之证。原方加减法："如内热甚者，加黄芩、黄柏、龙胆草之属；如大便坚硬，腹满者，加大黄二三钱；如黄疸，小水不利，热甚者，加茵陈二钱；如邪热蓄血腹痛者，加红花、青皮各一钱五分。"

实脾散

本方出自《重订严氏济生方·水肿门》。又名实脾饮。为治阳虚水肿的常用方剂。方由厚朴（去皮，姜制炒）、白术、木瓜（去穰）、木香（不见火）、草果仁、大腹皮、附子（炮，去皮脐）、白茯苓（去皮）、干姜（炮）各一钱，甘草（炙）半两组成。上药锉散，每服四钱，水一盏半，生姜五片，枣子一枚，煎至七分，去滓温服，不拘时服。功能温阳健脾，行气利水。主治阳虚水肿。症见下半身肿较甚，胸腹胀满，身重食少，手足不温，大便溏，小便短。本方所治证属脾肾阳虚，阳不化水，水气内停所致，属阴证。治当温化水湿。方中附子、干姜温养脾肾，扶阳抑阴；厚朴、木香、大腹皮、草果仁下气导滞，化湿利水；茯苓、白术、木瓜健脾和中，渗湿利水；甘草、生姜、大枣益脾温中；甘草并能调和药性，诸药合用，共奏温脾暖肾，利水消肿之功。本方以温补脾土之力偏著，确有实脾制水之效，故得"实脾"之名。临床以浮肿，纳呆，溺少，便溏为辨证要点。现临床上亦用于慢性肾炎、心脏功能不全的水肿，证属阳虚者。

茯苓桂枝白术甘草汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。并见于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》。又名苓桂术甘汤。为温化痰饮的常用方剂。方由茯苓四两，桂枝（去皮）三两，白术、甘草（炙）各二两（《金匮要略》白术用三两，甘草生用）组成。上四味，以水六升，煮取三升，去滓，分温三服。功能健脾渗湿，温阳化水。主治脾虚水停，心下逆满，气上冲胸，目眩，脉沉紧；或痰饮中阻，胸胁胀满，短气，呕吐痰涎之症。

本方所治证属中焦阳虚，水饮停聚而致。治宜温阳健脾，化气利水。方中茯苓健脾并渗利水湿为君；桂枝温阳化气，配合茯苓以温化水饮为臣；佐以白术健脾燥湿，且助茯苓运化水湿；使以炙甘草调和诸药，配合茯苓、白术以补气健脾，配合桂枝又能通阳化气。诸药合用，共成温化水湿之剂。赵良说："《灵枢》谓心包络之脉动则病，胸胁支满者，谓痰饮积于心包，其病则必是也。目眩者，痰饮阻其胸中之阳，不能布精于上也。茯苓淡渗，逐饮出下窍，因利而去，故用以为君。桂枝通阳输水走皮毛，从汗而解，故以为臣。白术燥湿，佐茯苓消痰以除支满。甘草补中，佐桂枝建土以制水邪也。"本方为治痰饮病的常用方，临床常以咳嗽痰稀，短气或眩晕心悸，脉沉紧等为辨证要点。现临床上对于慢性支气管炎、支气管哮喘属脾虚有痰饮者，心脏病或慢性肾炎所致的水肿属阳虚者，均可使用本方。

延年茯苓饮（《外台秘要》卷八）　又名外台茯苓饮、茯苓饮。茯苓、白术各三两，人参、炙枳实各二两，生姜四两，陈皮一两半。水煎去滓，分三次服。功能健脾助运，消痰行水。主治心胸中有停痰宿水，水吐出后，心胸间虚，气满，不能食。

苓甘五味姜辛汤

本方出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》。方由

茯苓四两，甘草、干姜、细辛各三两，五味子半斤组成。以水八升，煮取三升，去滓，温服半升，日三服。功能温阳化饮。主治寒饮内停。症见咳嗽痰稀，喜唾，胸满吐逆，舌苔白滑等。本方所治水饮内停乃属阳虚寒盛所致。治宜温阳散寒化饮之法。方中干姜、细辛温阳散寒以化饮，五味子收敛肺气而止咳，三药配合，使散寒而不伤正，敛肺而不留邪；再用茯苓健脾渗湿，以杜水饮之源；甘草和中调药。各药合用，散中有收，开中有合，标本兼治，共奏温化寒饮之功。用治寒饮内停之咳嗽，寒散饮化，则咳自止。现临床上亦用以治慢性气管炎、肺气肿等，属于肺有寒饮者，对于肺热肺燥的咳嗽则不可使用。

苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤（《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》） 茯苓三两，半夏半升，甘草三两，五味子半升，干姜三两，细辛三两，杏仁（去皮尖）半升。以水一斗，煮取三升，去滓，温服半升，日三服。功能温化水饮，宣利肺气。主治支饮水去呕止，但其人形肿者。

苓甘五味加姜辛半杏大黄汤（《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》） 茯苓四两，甘草三两，五味子半升，干姜三两，细辛三两，半夏半升，杏仁半升，大黄三两。以水一斗，煮取三升，去滓，温服半升，日三服。功能温肺化饮，降泄胃热。主治支饮水去呕止，形肿而兼面热如醉者。

甘草干姜茯苓白术汤

本方出自《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》。又名甘姜苓术汤、肾着汤。方由甘草、白术各二两，干姜、茯苓各四两组成。以水五升，煮取三升，分温三服。功能温脾胜湿。主治肾着病，身重，腰及腰以下冷痛，如坐水中，肢体微肿，饮食如故，小便自利，口不渴。肾着之病，系由脾虚不能运化水湿，寒湿之邪留着于肾所致。应从健脾利水、温中散寒立法。方中干姜辛热以温中散寒；白术苦温以健脾燥湿；茯苓甘淡以渗湿；甘草和中补土并调和诸药。各药合用，共成暖土除湿之剂。汪讱庵在《医方集解》中说："此肾病而皆用脾药，益土正所以制水也。"尤在泾在《金匮要略心典》中说："肾受冷湿，着而不去，则为肾着。然病不在肾之中脏，而在肾之外腑，故其治法不在温肾以散寒，而在燠土以胜水。"临床亦可用于寒湿所伤的腰膝冷痛诸证。

桂枝姜附汤

本方出自《温病条辨》卷一。方由桂枝六钱，干姜三钱，白术（生）三钱，熟附子三钱组成。水五杯，煮取二杯，渣再煮一杯服。功能温阳散寒，健脾除湿。主治形寒肢冷，口淡不渴，倦怠神疲，舌淡苔白滑，脉缓。本方所治证属寒伤表阳，湿滞经络所致，故以温阳化湿立法。方中桂枝温通卫阳，干姜温运脾阳，附子助阳散寒，姜附合用史能温散寒湿，白术健脾燥湿。四药合用，共奏温脾阳，散寒湿，通卫阳，祛风寒之功。临床上适用于中焦阳虚湿盛，又兼卫阳不足感受风寒之证。亦可用治脾胃虚寒型的胃、十二指肠球部溃疡病。

萆薢分清饮

本方出自《丹溪心法》卷三。又名分清饮。为治膏淋、白浊的常用方剂。方由益智仁、川萆薢、石菖蒲、乌药各等份组成（一方加茯苓、甘草。《婴童百问》石菖蒲用盐炒）。上药锉，每服三钱，水煎，入盐一捻，食前服。功能温肾利湿，分清去浊。主治膏淋、白浊。症见小便频数，混浊不清，白如米泔，凝如膏糊。本方所治证多属真元不足，下焦虚寒，湿浊下注所致。治宜温肾阳，利湿浊为法。方中川萆薢利水去湿，分清化浊，为君药；益智仁温肾阳，缩小便，为臣药；乌药温肾祛寒化气，石菖蒲化浊利窍，共为佐药（一方加茯苓、甘草以增强利湿分清之力）；使以少许食盐，咸以入肾。诸药合用，有温暖下元，利湿泄浊之功。现临床上亦用本方治疗乳糜尿、慢性前列腺炎等属于下焦虚寒，湿浊内蕴者。

治浊固本丸（《医学正传》卷六） 莲花须、黄连（炒）各二两，白茯苓、砂仁、益智仁、半夏（汤浸七次，去皮脐）、黄柏（炒）各一两，甘草（炙）三两，猪苓二两五钱。为末，蒸饼为丸，空心温酒下五十丸。功能清热利湿，固肾健脾。主治便浊遗精。

萆薢饮（《医学心悟》卷三） 萆薢三钱，文蛤粉（研细）、石苇、车前子、茯苓各一钱五分，灯心二十节，莲子心、石菖蒲、黄柏各八分。水煎服。功能分清去浊，清热去湿。主治诸淋。

萆薢分清饮（《医学心悟》卷四） 川萆薢二钱，黄柏（炒褐色）、石菖蒲各五分，茯苓、白术各一钱，莲子心七分，丹参、车前子各一钱五分。水煎服。功能清热利湿。主治膀胱湿热，膏淋白浊。

鸡鸣散

本方出自《类编朱氏集验方》卷一。方由槟榔七枚，陈皮、木瓜各一两，吴茱萸二钱，紫苏三钱，桔梗、生姜各半两组成。上药为粗末，分作八服，隔宿用水三大碗，慢火煎留碗半，去渣，再入水二碗，煎取一小碗，两次药汁相和，安置床头，次日五更，分作三五服，只是冷服，冬月略温亦可。功能行气降浊，温化寒湿。主治湿脚气，足胫肿重无力，行动不便，麻木冷痛，或挛急上肿，甚则胸闷泛恶，或风湿流注，发热恶寒，脚足痛不可忍，筋脉浮肿等症。

本方所治湿脚气，证属寒湿下注双足，壅遏气血，不得宣通所致。治宜祛寒逐湿，舒筋活络，通利气机为法。方中以槟榔为君，行气逐湿，质重达下；臣以木瓜舒筋活络，并能化湿，陈皮健脾燥湿，且能行气，气化则湿化；佐

以紫苏叶、桔梗宣通气机，吴茱萸、生姜温散寒邪，降逆止呕。诸药合用，共奏祛湿化浊，行气通络之功。王晋三在《绛雪园古方选注》中说："经以脚气名厥，汉名缓风，齐宋后始名脚气。按前贤论，皆由风寒暑湿乘虚袭于三阴经，宜急为重剂以治之。"周文采《医方选要》："取义于五更服，故名鸡鸣散。紫苏色赤气香，通行气血，专散风毒，同生姜则散寒，同木瓜则收湿，佐以桔梗开上焦之气，广皮开中焦之气。妙在吴茱萸泄降下逆，更妙在槟榔沉重性坠，领诸药直达下焦，开之、散之、泄之、收之俱全，俾毒不得上窜入腹冲心而成危候。鸡鸣时服之，从阳注于阴也，服药须冷者，从阴以解邪也。"本方为治寒湿脚气之常用方，尤以初起者效果较好。

木瓜茱萸汤(《世医得效方》卷九)　木瓜干(大片者)、槟榔各二两，吴茱萸(拣净，汤洗七次，炒)一两。锉散，每服四钱，水一盏半煎服。食前用木瓜大者两枚，吴茱萸(汤洗七次)五两，二味并用水四碗，煎至一碗，分作两服，如人行十里久，再进一服，或汗或吐或泻即瘥，不拘时服。功能温化水湿，行气消胀。主治脚气入腹，困闷欲死，腹胀喘急。

三将军丸(《世医得效方》卷九)　吴茱萸(去枝梗，汤泡)、宣木瓜(去穰)、川大黄各等份(大黄或随其病加减)。为末，米糊为丸，如绿豆大，每服五十丸，粳米枳壳汤下；未应，加丸数，再服，以通便为度。功能温化水湿，行气通便。主治脚气入腹冲心，大便不通。

化水种子汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由巴戟(盐水浸)一两，白术(土炒)一两，茯苓五钱，人参三钱，菟丝子(酒炒)五钱，芡实(炒)五钱，车前(酒炒)三钱，肉桂(去粗皮，研)一钱组成。水煎服。功能温肾健脾，化水利湿。主治寒湿不孕，小便艰涩，腹胀满，下肢浮肿。本方所治证属脾肾阳虚，湿困胞宫，故以温脾肾、利水湿立法。方中巴戟天、肉桂温补肾阳以壮先天之本，助膀胱气化，除胞宫水湿；白术、茯苓、人参健脾益气以补后天之本而杜生湿之源；菟丝子、芡实补肾益脾以加强温肾健脾之力；再以车前通利小便以排除水湿。共成温补脾肾，通利水湿之剂，令湿去胞暖而受孕。

术桂汤

本方出自《兰室秘藏》卷下。又名麻黄苍术汤。方由苍术二钱，麻黄、炒神曲、橘皮、白茯苓、泽泻各一钱，桂枝、半夏、草豆蔻仁、猪苓各五分，黄芪三分，炙甘草二分，杏仁十个组成。作一服，水二盏，生姜五片，煎至一盏，去相，食前热服。功能运脾化湿，祛寒止痛。主治寒湿所客，身体沉重，胃脘作痛，面色萎黄。本方所治证属寒湿伤脾，寒凝气阻。故从温化寒湿立法。方以"术桂"命名，可知苍术、桂枝乃方之君药，苍术燥湿运脾，桂枝温经散寒、通利血脉。苍术、桂枝配麻黄、杏仁、甘草则成"麻黄加术汤"(原方为白术)，以除在表之寒湿。苍术、桂枝配茯苓、猪苓、泽泻则又成"五苓散"(原方为白术)，以利在里之水湿。另半夏、橘皮、炒神曲、草豆蔻仁四药均属温性，以散中焦寒湿，行气和胃而止痛；黄芪补中益气，固表升阳。诸药合用，共奏散寒祛湿，健脾和胃，行气止痛之功。本方为表里同治之剂，对于寒湿客于肌表，身体沉重，肢体浮肿，或见恶寒者；或胃脘疼痛属脾胃寒湿者，均可使用。

栝蒌瞿麦丸

本方出自《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》。又名瓜蒌瞿麦丸。方由栝蒌根二两，茯苓、薯蓣各三两，附子(炮)一枚，瞿麦一两组成。五味为末，炼蜜为丸，梧子大，饮服三丸，日三服，不知，增至七八丸，以小便利腹中温为知。现用作为汤剂，用量按原方比例酌减，水煎服。功能温肾化气行水，生津润燥。主治水停中焦，下寒上燥，小便不利，口燥渴饮。本方所治证属水停中焦，肾不化气，津不上布，致成消渴，小便不利，故从温阳化气，行水布津立法。方中栝蒌根生津止渴，瞿麦通利小便，两药以治渴饮及小便不利；附子、茯苓温肾化气利水，助瞿麦通利小便；薯蓣滋脾阴，助栝蒌根生津止渴。诸药合用，共成温肾行水，生津止渴，标本并治，虚实兼顾之剂。

葛花解酲汤

本方出自《兰室秘藏》卷上。方由木香五分，人参(去芦)、猪苓(去黑皮)、白茯苓、橘皮各一钱五分，白术、干生姜、神曲(炒)、泽泻各二钱，莲花青皮三钱，缩砂仁、白蔻仁、葛花各五钱组成。共为细末，和匀，每服三钱，白汤调下，取微汗。现用作汤剂，水煎服，用量酌定。功能分消酒湿，温中健脾。主治酒伤病，嗜酒中虚，湿伤脾胃，头痛心烦，眩晕呕吐，胸膈痞闷，食少体倦，小便不利，大便泄泻。

本方所治证属酒积伤脾，脾虚湿困所致。然酒本水谷之精微酿成，少饮能行气血，健脾胃，助消化；若嗜饮无度则反伤脾胃；脾虚湿困，湿饮内停则眩晕呕吐，胸痞食少等诸症自生。治当消酒湿，健脾胃为法。李东垣说："酒大热有毒，气味俱阳，乃无形之物也。若伤之，则只当发散，汗出愈矣，此最妙法也；其次如利小便。二者乃上下分消其湿，何酒病之有？"方中以葛花独入阳明解酒醒脾，使酒湿之邪从小便而出；更以砂仁、白豆蔻、青皮、橘皮、木香、干姜温中健脾，调气和胃；人参、白术补气健脾；神曲解酒化食。诸药合用，则令酒湿之邪上、下、内、外分消，而体内自臻和泰。酒伤之病，每随人体之阴阳而有寒化、热化之不同。本方仅用于脾胃虚寒，中阳不振，湿从

寒化之证。若湿从热化则酌加黄芩、黄连等清热之药为妥。

理苓汤

本方见于《张氏医通》卷十六。系由理中汤与五苓散两方合并而成。方由干姜(炮)一钱,人参三钱,白术(炒焦)二钱,甘草(炙)一钱,茯苓、猪苓各二钱,泽泻三钱,桂枝一钱组成(原方无剂量,此处剂量参考原书理中汤、五苓散而定)。水煎服。功能温脾利水除湿。主治脾胃虚寒,内有食滞,腹胀时痛,自利呕吐,肢冷浮肿,小便不利,舌淡苔白,脉沉细。本方所治证属中焦虚寒,健运失职,食滞生湿而致。脾虚失运,水湿停聚,寒湿结于中焦,治宜温脾阳、利水湿之法。方中人参、干姜、白术、炙甘草温补脾胃以复中阳;茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝温阳化气,利水渗湿。合用则能温中补虚,化气利水。中阳得复,水湿下行,则诸症自除。现临床上亦用治慢性肾小球肾炎,肾病综合征,胃、十二指肠溃疡,慢性胃炎等属中焦虚寒,湿困脾胃者。

独活寄生汤

本方出自《备急千金要方》卷八。为治风寒湿痹的常用方剂。方由独活三两,寄生、杜仲、牛膝、细辛、秦艽、茯苓、桂心、防风、芎䓖、人参、甘草、当归、芍药、干地黄各二两组成(原著于寄生后注有"《古今录验》用续断"。另在原方后注有"《肘后》有附子一枚大者,无寄生、人参、甘草、当归"。查葛洪《肘后备急方》,有此方,但无方名)。上十五味㕮咀,以水一斗,煮取三升,分三服。功能祛风湿,止痹痛,益肝肾,补气血。主治风寒湿痹,肝肾两亏,气血不足,腰膝冷痛,肢节屈伸不利,酸软气弱,或麻木偏枯,冷痹日久不愈。

本方所治证属风寒湿三气痹着日久,肝肾不足,气血两虚所致。当以祛风湿,止痹痛,益肝肾,补气血为立法。方中独活、秦艽、防风、细辛祛风湿,止痹痛;杜仲、牛膝、桑寄生补益肝肾,兼祛风湿;当归、熟地、白芍养血和血;人参、茯苓、甘草补气健脾;更以川芎、桂心温通血脉。诸药合用,邪正兼顾,标本并治,共奏祛风寒湿邪,益肝肾气血之功。张秉成说:"此亦肝肾虚而三气乘袭也。故以熟地、牛膝、杜仲、寄生补肝益肾,壮骨强筋。归、芍、川芎和营养血,所谓治风先治血,血行风自灭也。参、苓、甘草益气扶脾,又所谓祛邪先扶正,正旺则邪自除也。然病因肝肾二虚,其邪必乘虚而入,故以独活、细辛之人肾经,能治伏风,使之外出。桂心能入肝肾血分而祛寒,秦艽、防风为风药卒徒,周行肌表,且又风能胜湿耳。"现临床上对于慢性关节炎、坐骨神经痛等属肝肾不足,气血两亏者,均可使用本方治疗。

三痹汤(《校注妇人良方》卷三) 续断(酒浸炒)、杜仲(去皮,切)、防风、桂心、细辛、人参、白茯苓、当归、白芍药(炒)、黄芪(炒)、牛膝(酒浸炒)、甘草(炒)各五分,秦艽、生地黄、川芎、独活各三分。姜水煎服。功能祛风湿,止痹痛,益肝肾,补气血。主治肝肾气血不足,风寒湿痹,手足拘挛等。

三痹汤(《张氏医通》卷十四) 人参、黄芪(酒炒)、白术、当归、川芎、白芍、茯苓各一钱,甘草(炙)、桂心、防己、防风、乌头(炮)各五分,细辛(未注用量),生姜三片,红枣二枚。水煎,不拘时热服。功能祛风胜湿,温阳利水,调补气血。主治风寒湿气合病,气血凝滞,手足拘挛。

蠲痹汤

本方出自《济生方》卷三。方由当归(去芦,酒浸)、赤芍药、片子姜黄、黄芪(去芦)、羌活各一两半,甘草(炙)半两组成。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜五片,枣一枚,煎至八分,去滓温服,不拘时候。功能益气活血,祛风除湿。主治风湿痹痛,身体烦痛,项背拘急,腰腿沉重,手足痹痛,举动艰难。本方所治证属气虚卫弱,风湿相搏,着留筋骨所致。治宜除湿止痹,活血祛风,益气固表。方中羌活除湿而疏风,黄芪、炙甘草补气而实卫,当归、赤芍活血而和营,姜黄理血中之气而散寒湿。诸药合用,共奏活血祛风,除湿蠲痹之功。本方主治风湿痹痛,但以风痹更为常用。现临床上亦用于风湿性关节炎、坐骨神经痛等属于卫气不足,风湿侵入筋骨而成者。

五痹汤(《太平惠民和剂局方》卷一) 片子姜黄(洗去灰土)、羌活、白术、防己各一两,甘草(微炙)半两。㕮咀,每服四钱重,水一盏半,生姜十片,煎至八分,去滓,病在上,食后服,病在下,食前服。功能祛风散寒,除湿止痹。主治风寒湿邪,客留肌体,手足缓弱,麻痹不仁。

五痹汤(《医宗必读》卷十) 人参、茯苓、当归(酒洗)、白芍药(煨)、川芎各一钱(肝、心、肾三痹当倍用之),细辛七分,甘草五分。水二钟,姜一片,煎八分,食远服。功能调补气血,止痹痛。主治五脏痹证。

羌活胜湿汤

本方出自《内外伤辨惑论》卷中。又名通气防风汤。方由羌活、独活各一钱,藁本、防风、甘草(炙)、川芎各五分,蔓荆子三分组成。上药㕮咀,作一服,水二盏,煎至一盏,去渣,空心食前温服。功能祛风胜湿。主治风湿在表,头痛项强,腰背重痛,一身尽疼,难以转侧,恶寒微热,脉浮。

本方所治证属风湿袭于肌表所致。治宜祛风湿立法,使风湿之邪从表而解。方中羌活、独活祛风湿,利关节;防风、藁本祛风除湿,发汗止痛;川芎活血,祛风止痛;蔓荆子治头风疼痛;再用炙甘草合诸药辛甘发散,并调和药性。诸药合用,共奏发汗祛湿止痛之功。汪讱庵说:"此足太阳药也。《经》曰:风能胜湿。羌、独、防、藁、芎、

蔓，皆风药也，湿气在表，六者辛温升散，又皆解表之药，使湿从汗出，则诸邪散矣。"本方为治疗风湿在表的常用方剂，现亦用于风湿性关节炎、神经性头痛等属风湿在表者。服本方发汗，应以微汗为佳，若大发其汗，则易伤阳损阴。原方加减法："如身重腰沉沉然，经中有寒湿也，加酒洗防己五分，轻者附子五分，重者川乌五分。"目的在于温经散寒，助阳化湿。

羌活胜湿汤（《证治汇补》卷三）　甘草（炙）三钱，黄芪一钱，生草五分，黄芩（生）、黄芩（炒）各三分，人参三钱，川芎、藁本、防风各三分，独活二分，薄荷一分，升麻、柴胡各五分，细辛、荆芥各二分。水煎服。功能祛风胜湿，益气止汗。主治伤湿自汗，困倦身重。

桂枝附子汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。方由桂枝（去皮）四两，附子（炮，去皮，破）三枚，生姜（切）三两，大枣（擘）十二枚，甘草（炙）二两组成。上五味，以水六升，煮取二升，去滓，分温三服。功能祛风除湿，温经散寒。主治风寒湿邪，着留肌表，身体疼烦，难以转侧，口不渴，脉浮虚而涩。本方所治证属风寒湿邪外袭，留着肌肉之间，阻滞气血运行，以致身体疼烦，故以祛风湿，温经脉立法。方中桂枝祛肌表之风寒，温通经络，附子祛风除湿，温经散寒，两药同用，散风寒湿邪而止痹痛；甘草合桂枝辛甘化阳，发散风寒，生姜、大枣调和营卫。诸药合用，共成祛风散寒，除湿止痛之功。现临床上亦用于风湿性关节炎、坐骨神经痛等属于风寒湿为患者。

甘草附子汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》）　甘草（炙）二两，附子（炮，去皮，破）二枚，白术二两，桂枝（去皮）四两。上四味。以水六升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。初服得微汗则解；能食汗出复烦者，将服五合；恐一升多者，宜服六七合为妙。功能祛风胜湿。主治风湿相搏，骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，汗出短气，小便不利，恶风不欲去衣，或身微肿者。

白术附子汤（《金匮要略·痉湿暍病脉证治》）　又名术附汤。方由白术二两，附子（炮，去皮）一枚半，甘草（炙）一两，生姜一两半，大枣六枚组成（《伤寒论》中各药用量增大一倍）。上五味，以水三升，煮取一升，去滓，分温三服。功能温中健脾，祛风除湿。主治寒湿相搏，身体疼烦，不能转侧，不呕不渴，头重目眩，不知食味。本方所治证属脾阳不足，阳虚湿困所致。故宜温运脾阳，健脾除湿立法。方中白术专主健脾燥湿；附子温经除湿，祛寒止痛；术、附相配温阳行水；甘草、生姜、大枣和中。诸药合用，具温脾祛湿之功。

湿郁汤

本方见于《证治准绳·类方》第二册。由平胃散合二陈汤加味组成。方由苍术三钱，白术、香附、橘红、厚朴（姜汁炒）、半夏（制）、白茯苓、川芎、羌活、独活各一钱，甘草五分组成。再加生姜五片，水煎服。功能祛风除湿，行气止痛。主治风湿日久不愈，阻滞经脉，身重而痛，倦怠嗜卧，遇阴寒则发，脉沉而细缓者。本方所治证属风湿留滞经络，故宜祛风胜湿，行气开郁，活血通经之法。方中苍术燥湿健脾，配橘红、厚朴、甘草同用，即平胃散，能化中焦湿浊。半夏燥湿化痰，与橘红、茯苓、甘草相配，即二陈汤，能除脾胃之湿痰。川芎、羌活、独活祛风湿，行血脉，止痹痛。白术、香附健脾化湿，行气止痛。诸药合用，共奏健脾除湿，祛风止痛，活血通痹之效。湿除风散，气机通畅，则湿郁自除。

大防风汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。方由川芎、附子（炮，去皮脐）各一两半，熟干地黄（洗）、白术、防风（去芦）、当归（洗，去芦，酒浸，焙炒）、白芍药、黄芪、杜仲（去粗皮，炒令丝断）各二两，羌活（去芦）、人参（去芦）、甘草（炙）、牛膝（去芦，酒浸，切，微炒）各一两组成。为细末，每服五钱，水一盏半，入姜七片、大枣一枚，同煎八分，去滓，空心食前温服。功能祛风湿，强筋骨，补气血。主治痢后脚痛痪弱，不能行履，或鹤膝风，两膝肿大而痛，髀胫枯腊，肌肉萎缩，不能屈伸。以上两证皆属气血虚弱，肝肾不足，风寒湿邪凝聚筋骨血脉所致。故从补益气血，祛风除湿，散寒舒筋立法。方中防风祛风湿；川芎、当归、熟地黄、白芍补血；人参、黄芪、白术、炙甘草补气；羌活、独活协助防风以祛风湿；杜仲、牛膝补肝肾，强筋骨；附子温经散寒止痛。诸药合用，扶正祛邪，共奏祛风邪，除寒湿，补气血，强筋骨之功。

薏苡仁散

本方出自《普济本事方》卷三。方由薏苡仁一两，当归（洗，去芦，薄切，焙干）、小川芎、干姜（炮）、甘草（炙）、官桂（去粗皮，不见火）、川乌（炮，去皮尖）、防风（去钗股）、茵芋（去梗，锉，炒）、人参（去芦）、羌活（去芦）、白术、麻黄（去根节）、独活（黄色如鬼眼者，洗，去芦，焙）各半两组成。共为细末，每服二钱，空心临卧酒调下，日三服。现用法作汤剂，水煎服。功能祛风胜湿，温肾养肝，舒筋止痛。主治肝肾不足，风湿流注筋骨，周身酸疼，四肢不利，或指趾肿痛，屈伸不利。

本方所治证属湿伤肾，肾不养肝，肝自生风，遂成风湿，流注四肢筋骨所致。治宜祛风湿，温肾养肝，兼健脾土。方中重用薏苡仁祛风湿，缓拘挛；川乌、防风、羌活、独活、麻黄、茵芋助薏苡仁以祛风寒湿之邪，以上为主要组成部分；现以肉桂温肾以化气行水，合干姜并能温中散寒，用人参、白术、炙甘草补中健脾，脾土得健，则湿邪能

化,当归、川芎养血活血,亦取"治风先治血,血行风自灭"之意,以上均为方中辅助药物。诸药合用,标本兼顾,共奏祛风除湿,温养肝肾,健脾行水之功。用治肝肾不足,风湿痹痛诸疾。以四肢肿痛、屈伸不利为辨证要点。现临床上亦用治风湿性关节炎、类风湿性关节炎属肝肾不足,风湿侵入筋骨而成者。

薏苡仁汤(《张氏医通》卷十二) 薏苡仁(姜汤泡)一两,芍药(酒洗)、当归各钱半,麻黄(去节)、桂枝各八分,苍术(去皮,芝麻拌炒)一钱,甘草(炙)七分,生姜七片。水煎服,不拘时。功能祛风湿,利关节,止痹痛。主治中风湿痹,关节烦疼不利。

新定薏苡仁汤(《医学从众录》卷六) 薏苡仁一两,附子一二钱,木瓜一钱五分,牛膝二三钱。水煎,空心服。功能祛风除湿,舒筋止痛。主治腰痛筋挛,难以屈伸者。

豨莶丸

本方出自《重修政和经史证类备用本草》卷十一引成讷、张咏方。方由豨莶草单味组成。不拘多少,酒拌九蒸九晒,研为末,炼蜜为丸,桐子大,每服二三十丸,空心温酒或米饮送服。功能祛风湿,通经络。主治风湿痹痛,腰膝关节萎软,手足麻木,步行不健;以及中风㖞僻,语言蹇涩等。本方所治证属感受风湿邪气,痹阻关节或风邪阻滞经络而致。治当祛风除湿,舒通经络立法。豨莶草祛风湿,止痹痛,通经络,利筋骨,经用酒制其效更佳。在临床上用以治疗风湿麻痹,筋骨疼痛颇为相宜。对于风湿性关节炎、类风湿性关节炎等属风湿痹阻经络者亦均可使用。

豨桐丸(《拔萃良方》卷二) 豨莶草、臭梧桐各等份。为细末,炼蜜为丸,每服二至三钱,日二次。功能祛风除湿。主治风寒湿邪而致的两足酸软,步行艰难,状似瘫痪。

乳香定痛丸

本方出自《古今医鉴》卷十。方由苍术二两(米泔浸),川乌(炮,去皮)、当归、川芎各一两,丁香五钱,乳香、没药各三钱组成。上药共为末,枣肉为丸,如梧子大,每服五六十丸,陈酒送服。现用法作汤剂,水煎服。功能祛风除湿,温经散寒,活血止痛。主治风寒湿邪阻于经络,遍身关节疼痛如掣,重者手指挛曲,不得屈伸。本方所治证属风寒湿邪人于经络,气血凝滞所致。治当祛风散寒,活血通经,除湿止痛。方中重用苍术祛风寒湿之邪,乳香活血通痹止痛,配没药相须为用,活血止痛之力更强,共为方中之君药;当归、川芎养血祛风,川乌、丁香散寒止痛,共为臣佐药。诸药合用,共奏祛风除湿,温经散寒,活血止痛之功。本方药物多辛燥走窜,体质壮实者方可应用,不可久服,孕妇忌服。

除湿蠲痹汤

本方出自《类证治裁》卷五。方由苍术二钱,白术、茯苓、羌活、泽泻各一钱,陈皮一钱,甘草五分,姜汁、竹沥各三匙组成。水煎服。功能健脾利湿,通痹止痛,祛风化痰。主治着痹,身重酸疼,留有定处,天阴即发。本方所治证属感受湿邪,日久不愈,留着筋骨关节,或脾失健运,湿聚为痰,阻于经络四肢而成。林佩琴在《类证治裁》中说:"治着痹利湿为主,兼以祛风逐寒,参以补脾补气,土强可胜湿也。"故本方以利湿,祛风,健脾,除痰为法,令湿去痰除则可蠲痹止痛。方中苍术燥湿运脾,祛风止痛,为方之君药;白术、茯苓、泽泻健脾利湿,羌活祛风湿、止痹痛,共为臣药;又以姜汁、竹沥祛经络四肢之痰,陈皮理气化痰,共为佐药;甘草调和诸药为使。诸药合用共成除湿蠲痹之功。临床上常用治风湿性关节炎、类风湿性关节炎、肩关节周围炎等属于湿邪留着,疼痛留有定处者。

五加皮药酒

本方出自《全国中药成药处方集》(天津方)。是由《奇效良方》五加皮浸酒方、五加皮酒方加减而成。方由当归、青风藤、海风藤、川芎、灵仙、木瓜各120克,怀牛膝、红花、菊花各180克,五加皮、广皮各500克,党参(去芦)、姜黄各750克,独活、制川乌、制草乌各60克,肉豆蔻(滑石煨)90克,檀香120克,豆蔻仁90克,公丁香、砂仁、广木香、肉桂(去粗皮)各60克,玉竹2 000克,白酒200千克(用栀子1 500克泡过合适为度)组成。将上药用水熬汁,去渣滤净,炼成稀膏状,以稀膏化冰糖20千克,兑入酒内。每次服30毫升,日用3次,温服;亦可外擦。功能除湿散风,舒筋活血。主治风湿痿痹,手足拘挛,四肢麻木,腰膝疼痛,屈伸不利;亦治肾囊湿冷、妇人阴冷等症。

《济生方》认为:"风寒湿三气杂至合而为痹,皆因体虚腠理空疏,受风寒湿气而成痹也。"本方所治证属正气不足,感受风寒湿之邪,日久不愈所致。治宜祛风除湿,温经散寒,养血舒筋。方中以五加皮祛风湿,配以威灵仙、木瓜、独活、牛膝、菊花则祛风胜湿之力更强,且木瓜与牛膝同用又能强筋骨而治筋骨酸软;川芎、当归养血祛风,姜黄、红花活血祛瘀而止痹痛;又用性温而气香味厚之肉豆蔻、红豆蔻、砂仁、丁香、肉桂、川乌、檀香、木香、陈皮以温经散寒,行气止痛;青风藤、海风藤祛风通络;党参、玉竹、冰糖益气健脾,滋阴柔筋,与辛温香燥之品同用,可无伤阴之虑;制成酒剂,更能活血通经,增助药力。临床上常用于风湿性关节炎、类风湿性关节炎痹痛较甚,邪实正虚者。由于方中药物属辛热温燥,气香走窜之品,故非风寒湿为患者,不宜使用。孕妇忌服。

史国公浸酒方

本方出自《证治准绳·类方》第一册。方由当归、虎胫骨(酒浸一日,焙干,酥炙)、羌活、鳖甲(炙)、草薢、防风(去芦)、秦艽、川牛膝、松节、晚蚕砂各二两,枸杞子五两,干茄根八两(饭上蒸熟)组成。用无灰酒一升,绢袋盛药入酒内,封十日取饮,饮尽,药滓晒干为末,米糊为丸,梧子大,空心酒下,五十丸(原方无每次饮量)。功能祛风除湿,养血舒筋。主治风湿痹痛,四肢麻木,骨节酸痛,屈伸不利;亦治半身不遂,言语謇涩,手足拘挛。本方所治证属素体亏损,感受风寒湿邪,邪气留着经络关节而成。治宜祛风湿,舒筋络。方中秦艽、蚕砂、川草薢、防风、羌活、松节、茄根祛风湿,利关节,止痹痛;虎骨、牛膝祛风湿,强筋骨,养血活血,滋阴柔筋;白酒通血脉,助药力。诸药合用,共成祛风除湿,养血舒筋,通痹止痛之功。

虎骨药酒

本方见于《北京市中药成方选集》。由《备急千金要方》与《普济本事方》虎骨酒衍化而来。方由虎骨(煎汁)、薏苡仁、草薢、牛膝、橘皮、熟地、萎蕤各250克,当归、五加皮、青皮、川芎、白芍、红花、草乌(炙)、羌活、苍术、独活、白芷、紫草、补骨脂(盐水炒)、乌药、防风、丹皮、木瓜、枸杞子、川乌(炙)、官桂面、檀香面、砂仁面、鹿茸面、续断、木香面、紫豆蔻面、蕲蛇、公丁香面、佛手面、人参面、生杜仲各15克,红糖3000克,红曲600克,淫羊藿150克,蜂蜜5000克,乳香面、没药面各60克,麝香(研)0.6克,油松节120克,烧酒55千克组成。将药与酒共装罐内,煮沸为度。每服15克,日服2次,无酒量者酌减,温服。功能祛风除湿,活血通经,强壮筋骨。主治风寒湿痹,筋骨疼痛,四肢麻木,腰膝乏力,步履艰难。

本方所治证属素体气血虚损,感受风寒湿邪,邪气闭阻经络,气血运行不畅而致。治当以祛风湿,补肝肾,益气血,强筋骨为立法。方中虎骨、独活、羌活、五加皮、苍术、薏苡仁、草薢、川乌、木瓜、白芷、防风、松节、蕲蛇祛风湿,强筋骨,通经络,止痹痛;当归、川芎、牛膝、红花、丹皮、乳香、没药、紫草、红曲、麝香活血祛瘀,通经活络,舒筋止痛;青皮、木香、橘皮、檀香、砂仁、木瓜、紫豆蔻、乌药、丁香、佛手行气止痛;补骨脂、杞子、淫羊藿、杜仲、川续断、肉桂、鹿茸温肾壮阳,补肝强筋;熟地黄、玉竹、白芍滋阴养血,柔润舒筋;人参、蜂蜜、红糖补中益气,润燥;白酒行气血,助药力。诸药合用有祛风胜湿,行气活血,舒筋活络,强筋健骨之功。不仅能治风寒湿痹,亦可用于中风偏瘫后遗症。

虎骨酒(《备急千金要方》卷十九)　虎骨一具(炙,碎之如雀头大)。酒适量浸五十日,每服三至五钱,日二三服。功能祛风湿,健筋骨。主治风湿,骨节酸痛,屈伸无力等。

虎骨酒(《普济本事方》卷四)　虎胫骨(酒浸,酥炙)、草薢、牛膝(洗净,锉,酒浸一宿,再焙)、仙灵脾、薏苡仁、熟干地黄(酒洒,九蒸九曝,焙干)各二两(妇人去牛膝)。为末,绢袋盛,浸酒之汁,饮可一盅,入酒一盏。功能祛风湿,补气血,壮筋骨,强脚力。主治风寒湿痹引起的手足麻木,筋骨疼痛,腰膝乏力等。

虎骨木瓜酒(《全国中药成药处方集》杭州方)　虎骨胶15克,红花、木瓜、川芎、甘松、天麻、桑寄生各30克,当归、怀牛膝、川断各60克,玉竹150克,桑枝120克,冰糖25千克。用烧酒25千克,将前药浸足1月,随量饮之。功能追风定痛,调和气血。主治风寒湿气流注经络,筋脉拘挛,骨节酸痛,四肢麻木,历节风痛。

清热剂

根据《素问·至真要大论》"热者寒之"、"温者清之"的治疗原则,用清热药为主而组成的一类方剂,称为清热剂。在"八法"中属于"清法"的范畴。

清热剂具有清热解毒、泻火、凉血的作用,适用于外感之邪入里化热,或火热之邪直中于里而产生的里热证;亦可用于七情内伤,五志化火或劳伤太过,以致气血失调,或者热灼阴伤,导致内热而出现的虚热证。

应用清热剂治疗里热证时,须根据病邪的部位不同,发病阶段的不同,病变性质不同而分别采用不同的清热方法,选择不同的清热方剂。主要有以下六类:

(1) 清气分热:本法适用于热在气分,主症见有壮热,烦渴,多汗,舌红苔黄,脉洪大或滑数;或病后余热不清,心烦懊侬等症;或热与气结,症见心烦腹满等。热盛则阴亏津伤,故本类方剂常以清气分热药与益气生津药配伍,能使热清而气津不耗。热与气结,故清热除烦常与破气除满并用,以使热泄满消,烦闷自除。

(2) 清营凉血:本法适用于热入营分,主症见有神昏谵语,入夜尤甚,口渴或不甚渴,舌绛少苔,脉虚而数;或热入血分,症见舌质深绛,脉数,烦扰不寐;或迫血妄行而见吐衄,发斑等。营血之热,系由气分传来,热盛则血瘀阴伤,故本类方剂常以清营凉血药与清气透热,活血化瘀和养阴药配伍,一以使入营之热转出气分而解;二以使营血两清,血和瘀散;三以使热邪去而阴液可复。此外,营血有热,每易内陷心包,症见神昏窍闭;或热动肝风,症见痉厥等。其配伍是:前者可与清心开窍并用;后者可与清肝熄风并用,使热清痰化,窍开神苏,肝平风定,痉止厥复。妇人血分有热,症见经水先期,色紫量多,面赤心烦等。凉血泻火与养血调经并用,使热清血和,经调郁解。

(3) 清热解毒:本法适用于温热、温毒、瘟疫、疮疡等火热炽盛,主症见有高热,烦躁,狂乱,或头面焮肿,或口糜咽痛,或疔疮痈肿,红肿热痛,舌红脉数等症。热毒极盛则侵入血分,并且易致血瘀,故本类方剂常以清热解毒

药与凉血、活血或消肿溃坚药同用，使热解毒清，血和肿散。表里俱热的小儿出疹，则清热解毒与解肌透疹并用，使热解毒散，表里两清。

（4）清脏腑热：本法适用于某一脏腑的热证。由于热邪所在的脏腑不同，故其临床表现的症状亦不同。本类方剂的用药配伍是各按其所属的脏腑而有区别。如心经有热，主症见有心胸烦热，口舌生疮，小便短赤等，常以清心药配伍养阴、利水药并用，使火降阴复，并可导热下行。如热耗真阴，心火上亢，症见心烦不得卧，咽干口燥，舌红苔少等，常以清热养阴与泻心除烦并用，使阴长阳潜，水火既济。如肺经有热，主症见有咳、喘、痰黄，或兼夹脓血等，常以清肺药为主，配宣肺化痰，或与化瘀排脓，或与泻火解毒药并用，以使肺热清，痰浊化，并可导致瘀散脓排。如肺胃火郁，症见咳喘痰黄，咽喉不利，舌红苔黄等，常以清肺降火与理气化痰并用，以使火降肺清，痰消咳止。如肝经有热，主症见有头痛目赤，耳聋耳肿，口苦胁痛，尿赤便秘，淋浊等。常以清肝经实火药为主，配以清热利湿，滋肝养血；或苦降泻火与升散郁火并用。一以使肝胆火降，热清湿利，阴血不为热耗；一以使火降郁散，肝木调和。如肝胆郁滞，热毒内盛，症见右胁下持续疼痛，寒热往来，口苦咽干，舌苔黄燥等。常以泻肝胆郁热与理气通腑并用，使热郁火毒从肠腑排泄，于是通则可以不痛。如脾胃伏火，症见口疮口臭，烦渴易饥，唇干舌红等。常以清降与升散并用，以使伏火从升降反佐中渐消缓散。如胃经有热，主症见有口疮口臭，牙齿肿痛，烦渴易饥等，常以清胃药为主，配甘寒养阴，于是胃热得清，阴复火降。如肝火犯胃，症见胁肋、脘腹胀痛，呕吐嘈杂吞酸等，常以苦寒泻火反佐少量辛热，以使肝胃和调，降化复职。如大肠有热，主症见有痢下赤白，腹痛里急，肛热，溲赤等，常以清肠解毒药为主，配伍调气和血之药，以使肠热能清，气调血和，则后重自除，便脓自愈。如痢久阴伤，湿热未尽，症见下痢赤白，里急后重，午后低热等。治以清热化湿与养阴并用，使热清湿化，阴回痢止。如水亏火旺，热毒蕴结，致成肠痈，主症见有手不可按，足屈不伸等。常以清肠滋阴与活血解毒并用，使能壮水制火，毒解肿消。如热在膀胱，主症见有小便频数，溲时刺痛，淋沥不畅等。治用清热泻火药与利水通淋药配伍，以使热清湿除，水道畅利。如肾虚火旺，症见频频泄精，心嘈不寐等。治用清肾滋阴与固精利湿并用，使其水足制火，精关自固，湿热两清。

（5）清虚热：本法适用于热病后期，邪热未尽，阴分已伤，主症见有暮热早凉，舌红少苔等；或肝肾阴亏，症见骨蒸潮热，或久热不退的虚热证。本类方剂常以养阴药与清热透邪药相伍，或与凉血药同用，以使阴复足以制火，邪透其热自除。

（6）清热祛暑：本法适用于暑热病，主症见有身热烦渴，汗出体倦，脉虚等。暑热最易耗气伤津，并且多挟湿邪，故本类方剂常以清暑热药，配以益气生津，清利湿热之品，以使暑热得清，气津得复，湿邪亦同时尽祛。

清热剂的应用原则，一般应在表证已解而热不退，里热已炽而尚未结实的情况下使用才为恰当。如邪热在表，里无热证，当解在表之邪；里真寒外假热的虚寒证，急当温里为主；湿热内蕴，湿重于热之证，当以芳香化湿为主。类此诸证，皆非清热剂所宜。此外，清热剂多以寒凉药为主所组成，过用或久用，每易导致脾虚胃败，素体中阳不足者，更宜注意。

据报道，某些清热剂具有抗菌、消炎、退热、强心、改善血液循环、增强白细胞吞噬功能以及调节自主神经系统等作用。在临床方面，辨病与辨证相结合使用清热剂，对传染性热病的中期、极期所出现的“热证”，或化脓性炎症、恶性肿瘤的周围炎症，以及各组织器官在出血时所表现的“热证”，均有较佳之疗效。

白虎汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。为治疗伤寒阳明经热证的代表方剂，温病学派又将其立为清气分热的主方。在本方基础上加减衍化的方剂甚多，比较著名的如《类证活人书》的白虎加苍术汤；《温病条辨》的化斑汤；《重订通俗伤寒论》的白虎承气汤等。方由知母六两，石膏（碎）一斤，甘草（炙）二两，粳米六合组成。上四味，以水一斗，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。现用法为除作汤剂外，亦有制成针剂。功能清热生津。主治伤寒阳明经热证或温病热在气分证。症见壮热，烦渴，口舌干燥，面赤恶热，大汗出，脉洪大有力。

本方所治证属伤寒入里化热以及温邪传入气分未见腑实的实热。因其未见腑实，故不宜攻下；热盛必伤津液，若纯用苦寒直折，又虑化燥伤津，故治宜清热生津之法。柯琴指出：“甘寒之品，乃泻胃火生津液之上剂也。”方中知母、石膏性皆寒凉，清肺胃之热而除烦渴。其中以何者为君，历来有不同看法。成无己说：“知母味苦寒，《内经》曰热淫所胜，佐以苦甘，又曰热淫于内，以苦发之，欲彻表热，必以苦为主，故以知母为君。”柯琴说：“石膏辛寒，辛能解肌热，寒能胜胃火，寒性沉降，辛能走外，两擅内外之能，故以为君。”石膏与知母相须应用，可增强清热泻火的作用，均可作为方中的君药。甘草、粳米益气生津，养胃和中，且可使大寒之剂无损伤脾胃之虑，共为佐使。四味合用，以收清热生津之功。对于方中石膏的用量，前人主张重用，张锡纯说：“用生石膏以治外感实热，轻证亦必至两许；若实热炽盛，又恒重用至四五两，或七八两。”但临床运用，根据病情的需要而定。应用本方，以大热，大汗出，大烦渴，脉洪大或滑数为辨证要点。前人归纳称之为“四大”。现临床上对流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、大叶性肺炎、夏季热等，属于热在气分者，均可应用本方。由于本方是治疗里热炽盛的方剂，“若其人脉弦而细者，不可与也；脉沉者，不可与也；不渴者，不

可与也;汗不出者,不可与也”。另外,如症见汗多而面色皖白,脉大而重按无力,属气虚发热者,亦应禁用。

白虎加人参汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》) 又名人参白虎汤。知母六两,石膏(碎,绵裹)一斤,甘草(炙)二两,粳米六合,人参三两。以水一斗,煮米熟,汤成去滓,温服一升,日三服。功能清热益气生津。主治白虎汤证而见燥渴不止,汗多而脉大无力属气阴不足者,以及暑病而见津气两伤,表现汗出恶寒,身热而渴等。本证为气分热盛而津气不足之证,故在白虎汤消热生津的基础上加人参以益气生津。张锡纯谓此方“以生山药代粳米,则其方愈稳妥,见效亦愈速”。

白虎加桂枝汤(《金匮要略·疟病脉证并治》) 又名桂枝白虎汤。知母六两,甘草(炙)二两,石膏一斤,粳米二合,桂(去皮)三两。为粗末,每用五钱,水一盏半,煎至八分,去滓温服,汗出愈。功能清热通络止痛。主治温疟,其脉如平,身无寒但热,骨节疼烦,时呕;以及风湿热痹,症见壮热汗出,气粗烦躁,关节肿痛,口渴苔白,脉弦数者。

白虎加苍术汤(《类证活人书》卷十七) 知母六两,甘草(炙)二两,石膏一斤,苍术三两。锉如麻豆大,每服五钱,水一盏半,煎至八九分,去滓,取六分清汁,温服。功能清热祛湿。主治湿温病。症见身热胸痞,汗多,舌红苔白腻等。现临床上亦用治风湿热、夏季热等。由于湿困热甚,故以白虎清热,加苍术以祛湿。

白虎承气汤(《重订通俗伤寒论》) 生石膏(细研)八钱,生绵纹三钱,生甘草八分,知母四钱,元明粉二钱,陈仓米(荷叶包)三钱。水煎服。功能清泄胃肠结热。主治胃肠实热壅闭。症见大热大烦,大渴大汗,神昏谵语,大便燥结,小便赤涩。

竹叶石膏汤

本方出自《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》。《外台秘要》卷三易名竹叶汤。方由竹叶二把,石膏一斤,半夏(洗)半升,麦门冬(去心)一升,人参二两,甘草(炙)二两,粳米半升组成。上七味,以水一斗,煮取六升,去滓,纳粳米,煮米熟,汤成去米,温服一升,日三服。功能清热生津,益气和胃。主治热病之后,余热未清,气津两伤,症见呕逆烦渴,口干唇燥,喉干呛咳,心胸烦闷,或虚烦不得眠,舌红少苔,脉虚而数;以及暑热证,气津受伤,症见身热多汗,虚羸少气,烦渴喜饮,舌干红,脉虚数者。

本方所治证属热病之后,余热未清,气阴两伤;或暑热证等,气津受伤者。治宜清热生津、益气和胃之法。方中以竹叶、石膏清余热而泻胃火,共为君药;臣以人参、麦冬益气养阴;佐以半夏和胃降逆;使以甘草、粳米调养胃气。其中半夏性虽温燥,但配于清热生津药中,则温燥之性可去,而降逆之功仍存,且能使参、麦补而不腻。全方合而用之,清热而兼和胃,补虚而不恋邪,实为一首清补并行之方。本方与白虎汤虽同是治疗烦热、口渴的方剂,但白虎汤主治阳明气分实热证,而本方则治气阴两伤的虚热证。两者一实一虚,不可混淆。本方不仅用于热病后期余热未清、气阴两伤之证,即在热病过程中,或暑病发热见到气津已伤者,均可应用。临床以身热多汗,烦渴喜饮,口干少气,舌红少苔,脉虚而数为辨证要点。胃阴不足,胃火上冲,口舌糜烂,舌红而干;胃火炽盛,消谷善饥,舌红脉数者,亦可使用。现临床上亦用于肺炎、麻疹或麻疹并发肺炎、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、小儿夏季热,以及中暑等病出现气阴两伤者。

竹叶汤(《备急千金要方》卷三) 生淡竹叶、麦门冬各一升,甘草二两,生姜、茯苓各三两,大枣十四个,小麦五合。上七味,㕮咀,以水一斗,先煮竹叶、小麦,取八升,纳诸药,煮取三升,去滓,分三服。功能清热除烦。主治产后心中烦闷不解。

竹叶石膏汤(《证治准绳·疡医》卷二) 淡竹叶、石膏、桔梗、木通、薄荷、甘草(炙)。加姜,水煎服。功能清胃泻火。主治痈疽肿痛,胃火内盛,口渴喜饮。

仙露汤

本方出自《医学衷中参西录》。系从白虎汤演变而来。方由生石膏(捣细)90克,玄参30克,连翘9克,粳米15克组成。上4味,用水5盅,煎至米熟,其汤即成,约可得清汁3盅,先温服1盅。若服完1剂,病犹在者,可仍煎1剂,服法如前。使药力昼夜相继,以病愈为度。然每次临服药,必详细询问病人,若觉腹中凉,或欲大便者,即停药勿服。候二三点钟,若仍发热,未大便者,可少少与服之。若已大便,即非溏泻,而热犹在者,亦可少少与服。功能清热解毒,养阴生津。主治寒温阳明证,表里俱热,心中热,嗜凉水,脉象洪滑,舌苔白厚或白而微黄,或有时背微恶寒者。

本方所治证属伤寒、温病邪入阳明,气分热盛所致。治宜清热解毒,养阴生津。方中石膏辛甘而寒,为清阳明经热之主药,并有辛散透达之功。《医学衷中参西录》指出:“(石膏)凉而能散,有透表解肌之力,为清阳明胃府实热之圣药,无论内伤、外感用之皆效。”配伍玄参甘寒清热,并能滋阴生津。少加连翘可以清热解毒,轻清而散,善走经络,以解阳明在经之热。粳米清和甘缓,养胃生津,能逗留金石之药于胃中,使之由胃输脾药力四布。共成清热生津之功。热清津生,故有“仙露”之名。临床运用时应注意方中粳米,不可误用糯米,因糯米性粘,固闭药力,留中不散,非所宜也。

石膏粥(《太平圣惠方》卷八十六) 石膏半斤,粳米一合。水五大盏,煮石膏,取二大盏,去石膏,用米煮粥,入葱白二茎,豉汁二合,更同煮,候熟,空心食之。功能清热散邪养胃。主治风邪癫痫,口干舌焦,心烦头痛,暴热闷乱。

双玉散(《素问病机气宜保命集》卷下) 石膏、寒水石各等份。上为细末,煎人参汤调下三钱,食后服。功能清热泻火,益气生津。主治痰热咳喘,痰涌如泉。

石膏汤(《喉科秘诀》卷下) 石膏一两,玄参五钱,天花粉、知母各三钱,甘草一钱。水煎服。功能清热养阴。主治肺胃热盛,喉风咽痛。

栀子豉汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。又名栀子汤,为清热除烦之剂。方由栀子(擘)十四个,香豉(绵裹)四合组成。上二味,以水四升,先煮栀子,得二升半,纳豉,煮取一升半,去滓,分为二服,温进一服,得吐者,止后服。功能清热除烦。主治外感热病,邪入气分之轻证,症见身热懊侬,虚烦不眠,胸脘痞闷,按之软而不硬,嘈杂似饥,但不欲食,舌质红,苔微黄,脉数者。

本方《伤寒论》原治伤寒发汗、吐、下后,实邪虽去,但仍有余热留于胸膈,气分窒塞不通,以致出现身热,懊侬,虚烦不眠等症,故治法重在清宣胸中郁热。方中栀子苦寒泻火,泄热除烦,淡豆豉具有升散之性,能宣郁调中,两药配伍,可清热于里,除烦于中,散邪于表,一清一散,相得益彰。有人以为本方有催吐作用,如汪昂《医方集解》将本方列入涌吐剂,并称栀豉相配属酸苦涌泄为阴之意。但《伤寒论》中太阳病篇栀子豉汤证下有"若呕者,栀子生姜豉汤"。呕而仍用栀子,可知本方决非吐剂。现从药理研究来看,本方主药栀子具有镇静作用,故可除烦安眠。至于本方后称"得吐者,止后服"。此吐,是因为个别患者不耐苦味,不可因此而将本方视为涌吐之剂。本方使用范围,不必局限于伤寒吐下之后,凡是温热病邪在气分而见胸中塞闷,躁扰不安,懊侬莫名,心烦不眠等症,均可应用。如患者平素脾胃虚弱,大便偏溏者,本方应慎用。仲景有"病人旧有微溏者,不可与服之"之戒。

栀子生姜豉汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》) 栀子(擘)十四个,生姜五两,香豉(绵裹)四合。上三味,以水四升,先煮栀子、生姜,取二升半,纳豉,煮取一升半,去滓,分二服,温进一服。功能清热除烦,和胃止呕。主治栀子豉汤证而兼有呕吐恶心者。《温病条辨》有栀子豉加姜汁方,方即栀子豉汤加姜汁五匙,功效主治与此方相同,唯用法稍异。

栀子甘草汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》) 即栀子豉汤原方加甘草(炙)二两。功能清热除烦,益气和中。主治栀子豉汤证兼有少气见症者。

栀子大黄汤(《金匮要略·黄疸病脉证治》) 栀子十四枚,大黄一两,枳实五枚,豆豉一升。上四味,以水六升,煮取二升,分温三服。功能清热除烦,兼缓下。主治酒黄疸,心中懊侬,或热痛,腹满便秘,或溏而不畅,苔黄腻,脉弦数者。

栀子厚朴汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。又名栀子厚朴枳实汤。方由栀子(擘)十四个,厚朴(炙,去皮)四两,枳实(水浸,炙令黄)四枚组成。上三味,以水三升半,煮取一升半,去滓,分二服,温进一服,得吐者,止后服。功能清热除烦,宽中泄满。主治伤寒下后,心烦腹满,卧起不安,苔腻,脉弦者。本方所治证属伤寒误下后邪热内乘,中气不化,热与气结,壅于胸腹之间,而致心烦腹满,卧起不安者,故治从清热行气,宽中除满立法。方中栀子清热除烦,厚朴破气除满,枳实下气破结,三者相合,共成除烦泄满之清剂,用于热与气结心烦腹满者有效。但此证之腹满,仅是气壅,而非实热燥屎内结,所以满而不痛,按之亦无硬块。本方证与栀子豉汤证同中有异,相同者为本方与栀子豉汤均为误下后心烦不安者,但栀子豉汤烦而不满,即有痞闷亦以心烦身热为主,而本方证则除有心烦不安见症外,尚有明显腹满。本方除用于伤寒误下致热与气结而见心烦腹满者外,对温热病而见上述病机与证状者亦可应用,如湿与热邪阻滞气机者亦可化裁应用。

栀子干姜汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。方由栀子(擘)十四个,干姜二两组成。上二味,以水三升半,煮取一升半,去滓,分二服,温进一服。功能清上温中。主治伤寒,医以丸药大下之,身热不去,微烦者。太阳伤寒证应以发汗解表为正治,若以丸药大下之,则必伤脾胃,而致中焦虚寒,同时下后外邪可乘机内陷,留恋胸膈,形成上焦有热,中焦有寒之证。上焦有热,故见身热不去而微烦,中焦有寒,原文虽未明言,从临床推测,则腹满腹痛或食少便溏等症为必不可少,故方用栀子苦寒泄热,以清上焦;干姜辛温祛寒,以温脾阳。方中寒温并用,相须相成。

枳实栀子豉汤

本方出自《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》,是在栀子豉汤的基础上加味而成。方由枳实(炙)三枚,栀子(擘)十四个,豉(绵裹)一升组成。上三味,以清浆水七升,空煮取四升,纳枳实、栀子,煮取二升,下豉,更煮五六沸,去滓,温分再服,复令微似汗。现用法为水煎服。功能清热除烦,行气宽中。主治大病瘥后,因劳复发,症见发热,虚烦,胸腹胀满等。本方所治证属病后劳复所致。治宜清热除烦,行气宽中。方中枳实功能宽中行气,栀子清热除烦,淡豆豉透邪散热,清浆水(米泔水)煮药,取其调中以助胃气。本方和栀子豉汤相比,豆豉的用量

较栀子豉汤为重，再加枳实一味，因此主治的虚烦、发热、胸满等均较栀子豉汤为甚。原书加减法指出："若有宿食者，加大黄如博棋子五六枚。"本方无论在病前病后，凡身微热，不恶寒，脘部痞塞嘈杂，虚烦不得眠，大便实，小便不利，脉数者，均可应用。

栀子乌梅汤

本方出自《类证活人书》卷十八。从《太平圣惠方》卷十二治伤寒后虚烦不得眠心中懊憹之方以粳米改用豆豉而来。方由栀子、黄芩、甘草(炙微赤)各半两，柴胡一两，乌梅肉(微炒用)十四枚组成。上为粗末，每服四钱，水一盏半，生姜三片，竹叶十四片，豉五十粒，煎至七分，去滓温服。功能清热除烦，和解少阳。主治伤寒后，余邪未清，邪留少阳、阳明，虚烦不得眠，心中懊憹，胸脘痞满，按之软而不硬，嘈杂似饥，但不欲食，舌红苔微黄者。

本方所治证属伤寒余邪未清，往来寒热，虚烦不眠者，故治宜清热除烦，和解少阳。用柴胡、黄芩和解少阳；栀子苦寒泻火，泄热除烦；淡豆豉宣邪畅中，《别录》主"伤寒头痛寒热……烦躁满闷"，《本草汇言》称："此药乃宣郁之上剂也，凡病一切有形无形，壅胀满闷，停结不化，不能发越致疾者，无不宜之。"故栀、豉配伍，可以清热除烦，宣解郁热。乌梅生津除烦，《神农本草经》谓："主下气，除热烦满，安心。"其所以如此者，《本草经疏》谓："酸能敛虚火，化津液。"再加竹叶以助清泄，生姜辛散和中，甘草调和诸药，合而成为消烦热，和少阳之要方。本方以往来寒热，虚烦不得眠，心中懊憹，胸脘痞满，按之软而不硬为辨证要点。

乌梅豉汤(《肘后方》录自《外台秘要》卷二) 豆豉(绵裹)七合，乌梅(擘)十四枚。上二味，以水四升，煮乌梅取二升半，纳豉更煮，取一升半，去滓，温分再服。功能生津除烦。主治大病瘥后，虚烦不得眠，腹中疼痛懊憹者。

栀子柴胡汤(《症因脉治》卷三) 山栀、柴胡、黄芩、竹茹、知母、甘草。水煎服。功能清热除烦，和解少阳。主治少阳有热，不得卧，或兼有呕恶者。按本方与栀子乌梅汤同样用山栀、柴、芩配伍，具有清热除烦，和解少阳之功，但栀子乌梅汤栀、豉配伍，可以宣泄郁热，而本方配有竹茹，可以清热和胃而降逆，稍有不同，临床应用，当细辨之。

翘荷汤

本方出自《温病条辨》卷一。系吴鞠通从叶天士《临证指南医案》卷五燥案三整理而成。方由薄荷一钱五分，连翘一钱五分，生甘草一钱，黑栀皮一钱五分，桔梗三钱，绿豆皮二钱组成。水二杯，煮取一杯，顿服之，日服二剂，甚者日服三剂。功能清上宣肺。主治外感温燥之邪化火上炎，以致清窍不利。症见龈胀咽痛，耳鸣目赤等。方中薄荷、连翘、栀子皮清宣上焦之燥热；桔梗与生甘草相配，宣肺利咽；绿豆皮性味甘寒，与连翘、栀子皮合用，能清热解毒。诸药配合，则燥热得清，诸症亦解。本方与桑杏汤均为治疗秋燥的方剂，但彼因温燥外袭，肺阴受灼，故以清宣凉润为主；此则燥气化火，上干清窍，故以清上宣肺为主，因此两方除均用栀子皮外，其余皆异。原方加减法："耳鸣者，加羚羊角、苦丁茶；目赤者，加鲜菊叶、苦丁茶、夏枯草；咽痛者，加牛蒡子、黄芩。"

升降散

本方出自《伤寒温疫条辨》卷四。若作蜜丸，名太极丸。方由白僵蚕(酒炒)二钱，全蝉蜕(去土)一钱，广姜黄(去皮)三分，川大黄(生)四钱组成。上为细末，合研匀，病轻者分四次服，用黄酒一盅、蜂蜜五钱，调匀冷服，中病即止；病重者分三次服，黄酒盅半、蜜七钱五分，调匀冷服；最重者分二次服，黄酒两盅、蜜一两，调匀冷服；或炼蜜为丸，服法同前，轻重分服，用蜜、酒调匀送下。功能宣透风热，清热解毒。主治温热病表里三焦大热，其症不可名状，或头痛眩晕，胸膈胀闷，心腹疼痛，呕哕吐食；或内烧作渴，上吐下泻，身不发热；或憎寒壮热，一身骨节酸痛，饮水无度；或四肢厥冷，身凉如冰，而气喷如火，烦躁不宁；或身热如火，烦渴引饮，头面猝肿，其大如斗；或咽喉肿痛，痰涎壅盛，滴水不能下咽；或遍身红肿，发块如瘤；或斑疹杂出，有似丹毒风疮；或胸高胁起胀痛，呕如血汁；或血从口、鼻、目、牙缝、毛孔而出；或血从大便而出，甚者如烂瓜肉、屋漏水；或小便淋涩如血，点滴作疼不可忍；或小便不通，大便火泻无度，腹痛肠鸣如雷；或便清泻白，足重难移；或肉瞤筋惕；或舌卷囊缩；或舌出寸许，绞扰不住，音声不出；或谵语狂乱，不省人事，如醉如痴；或头疼如破，腰痛如折，满面红肿，目不能开；或热盛神昏，形如醉人，哭笑无常，目不能闭；或手舞足蹈，见神见鬼，似风癫狂祟；或误服发汗之药，而发狂叫跳，或昏不识人者。

本方治证属外感温热邪毒，充斥内外，弥漫三焦所致。若徒解其外则里热不除，纯清里热则表邪难解，故治宜宣透风热，清解热毒，表里双解。方中僵蚕为君药，辛苦气薄，喜燥恶湿，得天地清化之气，轻浮而升阳中之阳，故能胜风除湿，清热解郁，消痰祛浊；蝉蜕为臣药，气寒无毒，味咸且甘，为清虚之品，能祛风胜湿，清热解毒；姜黄为佐药，气味辛苦，大寒无毒，祛邪伐恶，行气散郁；大黄为使，苦寒无毒，清上彻下，抑阳泻火；米酒为引，宣药势使之外透；蜂蜜清凉润燥，导之下行。诸药合用，有宣透风热，清解毒热之功，故用于温热病邪毒充斥内外，弥漫三焦之证。因本方白僵蚕、蝉蜕可升阳中之清阳，姜黄、大黄可降阴中之浊阴，一升一降，内外通和，而杂气之流毒顿消，故名升降散。又因太极本无极，本方治杂气无声

无臭之病，故作丸名太极丸。是方治证虽然复杂，但总以温热邪毒弥漫三焦为关键。若纯表而无里，或纯里而无表证者禁用。

寒解汤

本方出自《医学衷中参西录》。方由生石膏(捣细)30克，知母24克，连翘2克，蝉蜕(去足及土)5克组成。水煎服。功能寒凉清热，解表透邪。主治周身壮热，心中热，口中渴，舌上苔白欲黄，其脉洪滑，或头犹觉疼，周身犹有拘束之意者。

本方所治证属伤寒温病之邪已入阳明气分，故周身壮热，心中烦热而渴，脉象洪滑。治宜仿白虎汤意，选用石膏、知母为主药，辛凉重剂清阳明之热。但患者头犹觉疼，周身犹有拘束之意，是表邪尚未全部入里，张锡纯所谓："太阳之表，犹未尽罢也"，故酌加蝉蜕、连翘辛凉透表，并可以引阳明之热，仍还太阳作汗而解。全方之意，重在寒凉清热，兼以辛散透表，故可治里热已盛而表证犹未全解者。本方与凉解汤组成方义相近，但凉解汤辛凉透表之力较胜，本方清热之功略优于凉解，临床之际可择宜选用。本方以壮热烦渴，舌苔薄黄或黄白相兼，脉象洪数，微恶风寒为临床辨证运用之要点。凡热甚病重者，石膏可加倍用，煎汤一大碗，分数次服下。如病者素体阴虚，可酌加枸杞子、玄参之类，以助汗源，所谓"因其病机而利导之"。

和解汤(《医学衷中参西录》) 连翘15克，蝉蜕(去足土)6克，生石膏(捣细)18克，生杭芍15克，甘草3克。水煎服。功能清热透表。主治温病表里俱热，时有汗出，舌苔白，脉浮滑者。按本方与寒解汤用药大体相同，惟寒解汤石膏配知母，清热作用较胜；和解汤配伍杭芍，滋阴敛液之功较佳。故一则用于周身壮热，热而且渴；一则用于表里俱热，热而有汗者。

退热散

本方出自《审视瑶函》卷三。方由赤芍药、黄连(炒)、木通、生地黄、栀子仁(炒)、黄柏(盐水炒)、黄芩(酒炒)、当归尾、甘草梢、牡丹皮各等份组成。为末，每服五钱，水煎，去滓热服。功能清热散瘀。主治热邪蕴伏血络，白睛赤丝虬脉。本方治证常为风火眼病失于调治，热郁血滞脉络而成，治宜清热散瘀。方中黄芩、黄连、黄柏、栀子仁清热泻火；赤芍、牡丹皮凉血散瘀；再以当归、生地黄养阴血，木通、甘草梢除湿热。诸药合用，共奏清热凉血散瘀之效。临床以白睛赤脉粗虬，其色紫红，舌质红，苔薄黄，脉弦数为辨证要点。

破血红花散(《银海精微》卷上) 当归尾、川芎、赤芍药、枳壳、苏叶、连翘、黄连、黄芪、栀子、大黄、苏木、红花、白芷、薄荷、升麻各等份。为末，水煎，加酒温服。功能清热消瘀。主治心火炽盛，络滞血瘀，血翳包睛。

黄连上清丸

本方见于《古今医方集成》。方由黄连、黄芩、黄柏、栀子(炒黑)各240克，白菊花、当归尾各120克，桔梗、葛根、薄荷、玄参、天花粉、川芎各60克，姜黄、连翘各180克，大黄360克。共研细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服9克，熟汤送下。功能疏风清热。主治上焦积热，头昏目赤，咽痛龈肿，口舌生疮，心膈烦热，大便秘结，及肺火上升，风热鼻赤等症。

本方治证属上焦积热，风火上攻所致，治宜疏风清热。方中黄连清心泻火，去上焦积热为主；栀子、连翘助黄连清心膈之热；黄芩、黄柏合黄连清三焦之热毒；菊花、葛根、薄荷疏风透热于外；大黄降泄，彻毒热以下。上药合用，散、清、泻并施，则风邪可散，热毒可清。热毒炽盛，营卫不行，血气凝滞，故以桔梗、玄参、天花粉解毒散结，清利咽膈；当归尾、川芎、姜黄调气行血消壅，且川芎伍薄荷、菊花可增疏风散热之力，姜黄又可散风消肿。全方共奏疏风清热，泻火解毒，散结消肿之功。

黄连上清丸(《全国中药成药处方集》天津方) 黄连240克，生栀子、荆芥穗、黄芩、连翘(去心)、桔梗、白芷、生蔓荆子各2000克，川芎、防风、黄柏、生石膏、薄荷、甘草各1000克，菊花4000克，大黄8000克，旋覆花500克。共为细粉，凉开水泛小水丸，或炼蜜为丸，每服9克，白开水送下。功能清火散风。主治头昏耳鸣，牙龈肿痛，口舌生疮，咽喉红肿，暴发火眼，大便燥结，小便黄赤。

清营汤

本方出自《温病条辨》卷一。是吴鞠通根据《素问·至真要大论》"热淫于内，治以咸寒，佐以甘苦"的理论，总结《临证指南医案》暑门30案及40案等有关处方，化裁制订而成。是清营凉血法的代表方剂。方由犀角三钱，生地五钱，元参三钱，竹叶心一钱，麦冬三钱，丹参二钱，黄连一钱五分，银花三钱，连翘(连心用)二钱组成。水八杯，煮取三杯，日三服。功能清营凉血，透热解毒，养阴活血。主治邪热入营。症见身热夜甚，口渴或不渴，时有谵语，心烦不眠，或斑疹隐隐，舌绛而干，脉象细数。

本方所治证属热入营分，治宜清营凉血之法。方中犀角咸寒，生地甘寒，用以清营凉血。吴昆说："生犀角能解心热，生地黄能凉心血。"两味合用，为方中君药。邪热入营，耗伤阴液，故用玄参、麦冬，配合生地黄以养阴清热，是为臣药。温邪乍入营分，根据叶天士《外感温热篇》"入营犹可透热转气"的理论，佐以苦寒之黄连及竹叶心、金银花、连翘以清热解毒，并透热于外，使热邪转出气分而解。再者，营分之邪，一般是从气分内传，邪初入营，而气分之余热未尽，配伍上述四味，可以兼清气分之余热。

否则邪热进一步内陷，则有热入心包或热盛动血之虑。丹参凉血散瘀，既可以加强犀、地清营凉血作用，又可以治疗热与血结而产生的瘀热之证。叶天士谓："热病用凉药，须佐以活血之品，始不致有冰伏之虞。盖凡大寒大热病后，脉络之中必有推荡不尽之瘀血，若不驱除，新生之血不能流通，元气终不能复。"综观全方，立意比较周到，清养并举，邪正兼顾，凉血而又活血，可解瘀热而无冰伏之虑；清热又能透热，使邪从外解，不致深入传里。方中犀角现多用水牛角或黄牛角代替，每次用30—60克，水煎服。据临床及实验报告，认为疗效相似。若热邪内陷心包，痰热壅闭心窍，见有高热烦躁，神昏谵语者，配合安宫牛黄丸或万氏牛黄清心丸内服；如热极动风，见有痉厥者，配合紫雪丹或加羚羊角、钩藤等以清热熄风。现临床上对于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、败血症或其他热性病具有营分见症者，可以应用本方。另外使用本方应注意舌诊，《温病条辨》指出："舌白滑者，不可与也。"舌质绛而苔白滑，是挟有湿邪之象，本方忌用。否则助湿恋邪，病必不解。汪延珍说："绛而有滑苔者，则有湿热熏蒸，误用血药滋腻，邪必难解，不可不慎也。"

清宫汤

本方出自《温病条辨》卷一。方由玄参心三钱，莲子心五分，竹叶卷心二钱，连翘心二钱，犀角尖（磨，冲）二钱，连心麦冬三钱组成。水煎服。功能清心解毒，养阴生津。主治邪陷心包，出现发热、神昏谵语等症。本方所治证属太阴温病，发汗而汗出过多，耗伤心液所致。故用咸寒甘苦法，以消包络之热。方名清宫者，"以膻中为心之宫城也"。方中玄参苦寒，能清热养阴；犀角咸寒，能清心解毒，是为君药。配伍竹叶卷心、连翘心以清心热；莲子心、连心麦冬补养心肾之阴，是为佐使药。诸药合用，共成清热养阴之功。原方加减法指出："热痰盛，加竹沥、梨汁各五匙；咯痰不清，加栝蒌皮一钱五分；热毒盛，加金汁、人中黄；渐欲神昏，加银花三钱，荷叶二钱，石菖蒲一钱。"

犀角地黄汤

本方出自《备急千金要方》卷十二。是治疗温热病清营凉血法的代表方剂。《外台秘要》卷二引《小品方》芍药地黄汤，主治与本方相同，但方中芍药、丹皮的用量不同。方由犀角一两，生地黄八两，芍药三两，牡丹皮二两（《小品方》芍药三分，丹皮一两）组成。上四味，㕮咀，以水九升，煮取三升，分三服。犀角磨汁和服为佳。功能清热解毒，凉血散瘀。主治热入血分证。①热盛动血，吐血、衄血、尿血、便血者。②蓄血发狂，漱水不欲咽，腹不满，但自言痞满，大便黑而易解者。③热扰心营，神昏谵语，斑色紫黑，舌绛起刺者。

本方所治之证，属温热之邪燔灼于血分所致。叶天士说："入血犹恐耗血动血，直须凉血散血。"方中犀角清营凉血，清热解毒，为君药；生地黄清热凉血，协助犀角清解血分热毒，增强止血作用，并能滋养阴液，以顾护热盛所伤之阴液，为臣药；芍药和营泄热，牡丹皮泄血中之伏热，凉血散瘀，两者相配，既能增强凉血作用，又可防止瘀血停滞，共为佐使药。四药相合，清热之中兼以养阴，使热清血宁而无耗血之偏，凉血之中兼以散瘀，使血止而无留瘀之弊。因本方具有清热解毒，凉血散瘀之效，确为治疗血热吐衄发斑之要方。本方主治热入血分而出现的各种出血证，或兼见身热、发狂、舌绛者。现临床上亦常用本方治疗急性黄色肝萎缩、肝昏迷、弥散性血管内凝血、尿毒症、急性白血病、斑疹伤寒、败血病、疔疮肿毒等出现高热、出血者。若因阳虚及脾胃虚弱的失血，不宜使用。原方加减："喜妄如狂者加大黄二两，黄芩三两。"热入血分而见喜妄如狂，此时不但热燔血分，而且邪热与瘀血互结，故于清热逐瘀之中，加入凉血散瘀之品同用。

犀角玄参汤（《温疫论补注》）　犀角、玄参、升麻、射干、甘草。水煎服。功能清热解毒，化斑利咽。主治温疫发斑，斑色赤紫，狂言，咽痛者。

犀地清络饮

本方出自《重订通俗伤寒论》。是在《备急千金要方》犀角地黄汤的基础上加清热和活血化瘀药而成。方由犀角汁四匙（冲），粉丹皮二钱，青连翘（带心）钱半，淡竹沥二瓢（和匀），鲜生地八钱，生赤芍钱半，原桃仁（去皮）九粒，生姜汁二滴（同冲）组成。先用鲜茅根一两，灯芯五分，煎汤代水，鲜石菖蒲两匙冲。功能清热凉血，活血散瘀，化痰通络。主治热陷包络，以致神昏谵语。对于此种病症，应用轻清灵通之品，始能开窍而透络。方中用犀角、生地黄、牡丹皮、赤芍（即犀角地黄汤）清热凉血散瘀，为君药；配伍带心连翘清心透络，桃仁活血化瘀，为臣药；但络瘀者必有痰涎，故以生姜汁、竹沥、石菖蒲汁等辛润涤痰，而石菖蒲更有开心窍之功，为佐药；更用白茅根清热凉血养阴，灯芯草清心降火，为使药。合而成为轻清透络，通瘀泄热之方。如服后二三时许仍不应，可加用安宫牛黄丸以奏速效。

清热调血汤

本方见于《古今医鉴》卷十一。方由当归、川芎、白芍药、生地黄、黄连、香附、桃仁、红花、延胡索、牡丹皮、蓬莪术组成。水煎，温服。功能清热凉血，理气化瘀。主治热伏血分，血瘀气滞所致的痛经。症见经水将来，腹中阵阵作痛，乍作乍止。方中生地黄、黄连、牡丹皮清热凉血；当归、川芎、桃仁、红花、莪术、延胡索活血化瘀止痛；白芍敛阴和营；香附理气行滞。诸药合用，共奏清热凉血，理气

化瘀的功效。临床上用于痛经,以小腹疼痛,得热痛甚,行经量少,淋沥不畅,经色深红而有块,苔黄脉数等为辨证要点。有热象加柴胡、黄芩。

宣郁通经汤(《傅青主女科》卷上) 白芍(酒炒)、当归(酒洗)、丹皮各五钱,山栀子(炒)三钱,白芥子(炒,研)二钱,柴胡、香附(酒炒)、川郁金(醋炒)、黄芩(酒炒)、生甘草各一钱。水煎服。功能清热疏肝,养血调经。主治肝郁血热,经前腹痛,胸胁胀满,叹息烦躁,经血紫黑多块。

清经四物汤

本方出自《古今医鉴》卷十一。由《金匮要略》胶艾汤、《外台秘要》引崔氏黄连解毒汤等方加减而成。方由当归一钱五分,川芎五分,白芍八分,生地黄一钱,阿胶(炒)五分,艾叶三分,条芩一钱,宣黄连(姜炒)八分,黄柏五分,知母五分,香附一钱,甘草三分组成。水煎,空心服。功能泻火凉血,养血调经。主治妇人血分有热,经水先期,色紫量多,面色红赤,头目眩晕,精神疲倦,口干心烦,心悸少寐,饮食喜冷,大便干燥,脉象洪滑。

本方主治妇人血分有热,经水先期,故用泻火凉血,养血调经之法。方中黄芩、黄连、黄柏,即黄连解毒汤去栀子,能泻火解毒;当归、白芍、川芎、生地黄,即四物汤,能养血调经,生地黄并有凉血之作用;加阿胶、艾叶、甘草,即胶艾汤,兼能滋阴止血;更以知母配黄柏滋阴降火;香附理气解郁。配合成方,共奏泻火凉血,养血调经的功效。《丹溪心法》说:"经水不及期而来者,血热也,四物汤加黄连","未及期先来。乃是气血俱热,宜凉气血,柴胡、黄芩、当归、白芍、生地黄、香附之属"。《古今医鉴》此方的组方宗旨,与《丹溪心法》所论月经先期的治法是一致的。临床用于妇人月经先期属于血分有热者,以月经先期而至,色紫量多,面色红赤,口干心烦,脉象洪滑等为辨证要点。月经过期,色紫有块,血分有热者,亦可以用本方加减治疗。如经水先期由于气虚不能摄血,或脾虚不能统血者,均不宜用本方。

先期汤(《证治准绳·女科》卷一) 生地黄、当归、白芍药各二钱,黄柏、知母各一钱,黄芩、黄连、川芎、阿胶珠各八分,艾叶、香附、炙甘草各七分。水煎,食前服。功能凉血调经。主治月经先期,色紫量多,心烦口渴。

清化饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 芍药、麦冬各二钱,丹皮、茯苓、黄芩、生地各二三钱,石斛一钱。水一钟半,煎七分,食远温服。功能清热凉血,养阴生津。主治妇人产后因火发热,及血热妄行,阴亏诸火不清等证;亦治肝胃积热,月经先期量少,经色深红,经质稠粘,兼有神烦、头痛、泛恶、纳减等症。若苔薄黄腻边红,脉弦滑而数,口干,小便觉热,腹胀便秘者,亦可用本方加减。

芩连四物汤(《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四) 即四物汤加黄芩、黄连。功能清热调经。主治妇人经水先期而至属于实热者。

凉血丸(《妇科玉尺》卷一) 生地、白芍、甘草、阿胶、黄柏、枇杷叶、五味子、青蒿、山萸、川断、杜仲。山药打糊为丸。功能凉血滋阴。主治月经先期而至,腰腹发热,属于血热者。

清经散

本方出自《傅青主女科》上卷。《辨证录》之损余汤,即以本方加减而成。方由丹皮三钱,地骨皮五钱,白芍(酒炒)三钱,大熟地(九蒸)三钱,青蒿二钱,白茯苓一钱,黄柏(盐水浸炒)五分组成。水煎服。功能清热凉血,滋水补肾。主治肾经火旺,血分有热,经水先期,其量甚多,色深红或紫,舌质红,脉滑数。

本方所治之证,是因素体阳盛或过食辛热之品,肾火太旺,血分有热所致,故用清热凉血,滋水补肾之法。方中黄柏入足少阴经,泻下焦之伏火;牡丹皮、青蒿清血分之伏热;地骨皮泻肾火,并能去胞中之火;茯苓淡渗利水,引热从小便而出。原书中说:"妇人有先期经来者,其经甚多,人以为血热之极也,谁知是肾中水火太旺乎?夫火太旺则血热,水太旺则血多,此有余之病,非不足之症也……过者损之,谓非既济之道乎?然而火不可任其太过,而水断不可使之不足。"所以方中除用上述清热凉血之品外,又用熟地黄滋补肾水,白芍养血敛阴。诸药配合,共奏清热凉血,滋水补肾的功效。临床用于月经先期,经量过多,属于血热者,以经色深红或紫,质粘稠或有小血块,面红口干,尿黄便结,舌质红,苔黄,脉滑数为辨证要点。月经过多属于气虚不能摄血者,不宜用本方治疗。

凉血饮(《世医得效方》卷十五) 赤芍药、黄芩、川芎、甘草、荆芥、生干地黄(去土)、麦门冬(去心)、土瓜根(原为瓜根,据《普济方》卷三百三十二妇人诸疾门改)各等份("各等份"三字原无,据《普济方》补)。上锉散,每服三钱,水一盏半,灯心十茎,淡竹叶十片,温服不拘时。功能凉血调经。主治血分有热,经水不调,心烦,口干烦躁,或遍体生疮。如有寒热,加秦艽、北柴胡。

损余汤(《辨证录》卷十一) 地骨皮一两,生地五钱,茯苓五钱,黄柏二钱,炒黑荆芥三钱,玄参五钱。水煎服。功能清热凉血,滋阴降火。主治月经先期,经水甚多。

清热安荣汤(《罗氏会约医镜》卷十四) 当归七八分(血热者宜少用,为引),川芎八分,麦冬一钱二分,赤芍一钱二分,生地二钱,青蒿八分,丹皮七分,甘草六分,地骨皮一钱。水煎,热服。功能清热凉血。主治血分有热,月经先期而行。若性躁多郁者,加香附(童便炒)一钱,陈皮(去白)八分;若血虚,加熟地五七钱,丹参二钱。

清瘟败毒饮

本方出自《疫疹一得》卷下。是余师愚综合白虎汤、

犀角地黄汤、黄连解毒汤等三方加减而成。方由生石膏大剂六两至八两，中剂二两至四两，小剂八钱至一两二钱；小生地大剂六钱至一两，中剂三钱至五钱，小剂二钱至四钱；乌犀角大剂六钱至八钱，中剂三钱至四钱，小剂二钱至四钱；真川连大剂四钱至六钱，中剂二钱至四钱，小剂一钱至一钱半；以及生栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、元参、连翘、竹叶、甘草、丹皮（以上十味剂量根据病情酌用）组成。生石膏先煎，煮沸十余分钟后，再入其他药物同煎，犀角磨汁和服，或研末，或先煎兑入，分三次服。功能清热泻火解毒，凉血养阴。主治温热疫毒，一切火热之证，气血两燔。症见高热烦躁，大渴引饮，口干咽痛，头痛如劈，昏狂谵语，或发斑吐衄，舌绛唇焦，脉沉细而数，或沉而数，或浮大而数。

本方主治诸症，多属气血两燔所致，故治宜气血两清。方中重用石膏合知母、甘草（即白虎汤去粳米）以清阳明之热。余师愚说："此大寒解毒之剂，重用石膏则甚者先平，而诸经之火自无不安矣。"黄连、黄芩、栀子（即黄连解毒汤去黄柏）合用能泻三焦实火。如此配合，既可清气分之热，又能泻三焦实火。犀角、生地黄、牡丹皮、赤芍（即犀角地黄汤）专于凉血解毒，养阴化瘀，以清血分之热。以上三方合用，可奏气血两清之功。此外，玄参、连翘、桔梗、甘草能清热利咽，治咽干肿痛；竹叶清心利尿，导热从下而去。综观全方，是以白虎汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤三方加减化裁而成，尤以石膏、生地黄、犀角、黄连四药为配伍重点，故清气与凉血之效尤强，是气血两清的主要方剂。凡温热时疫，因热毒火邪充斥内外，气血两燔，变见诸症者，均可加减用之。如热毒炽盛，发斑而色泽紫暗者，加大青叶、紫草等以清血热，凉血散瘀；若见痉厥、抽搐者加入僵蚕、蝉衣、鲜石菖蒲等熄风开窍药物，或与紫雪丹、安宫牛黄丸同用。临床上对于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、败血症等见气血两燔证者，亦可用本方治疗。

化斑汤

本方出自《温病条辨》卷一。是在《伤寒论》白虎汤的基础上加清营凉血之品而成。方由石膏一两，知母四钱，生甘草三钱，玄参三钱，犀角二钱，白粳米一合组成。水八杯，煮取三杯，日三服，渣再煮一钟，夜一服。功能气营两清。主治邪热由气入营。症见发热，或身热夜甚，皮肤发斑，色正赤，口渴或不渴，脉数等。本方所治证属邪热由气入营，以致气营两病。热入营血则血热妄行，溢于肌表，发为斑疹。此时只清气而不清营，恐不胜任，必须气营两清，才能合拍。方中知母、石膏、甘草、白粳米四味即白虎汤方，用以清热生津以除气分之热；犀角、玄参清营凉血解毒，犀角并能托斑外出，正如吴塘所说："病至发斑，不独在气分矣，故加二味凉血之品。"本方临床上适用于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等出现高热、神昏、皮肤有出血点者。如斑疹而见神昏谵语较甚者，宜配合安宫牛黄丸同用。亦可加金银花、大青叶、生地黄、牡丹皮以增加清热凉血之功。

菖蒲郁金汤

本方出自《温病全书》。方由石菖蒲、鲜竹叶、炒山栀、粉丹皮各9克，川郁金、青连翘、灯心各6克，细木通4.5克，紫金锭（即玉枢丹）1.5克，淡竹沥15克组成。功能清营透热，化痰开窍。主治伏邪风温，辛凉发汗后，表邪虽解，暂时热退身凉，但因风热内舍心营，而胸腹之热不除，继则灼热自汗，烦躁不寐，神识时昏时清，夜多谵语，舌绛，其四肢厥而脉陷者。

本方治证属伏邪风温，风热内舍营分之轻证，治宜清营透热，化痰开窍。方中石菖蒲开通心窍；牡丹皮、连翘泻血中伏火，清厥少两经；郁金辛苦气寒，清心凉血，行气开郁祛痰；竹叶辛淡甘寒，清心肺，以除上焦烦热；栀子、灯心草降火清热，使三焦邪热屈曲下行，从小便而解；木通、竹沥清热泻火，兼以祛痰；紫金片解毒化瘀。全方合用，共奏清营透热，化痰开窍之功。因本方清营透热，故凡温病邪热初陷心营，神识时昏时清，舌绛脉数者，均可应用。

凉血地黄汤

本方见于《外科正宗》卷四。方由生地、黄连、当归、甘草、栀子、玄参各等份（《医宗金鉴·外科心法要诀》多黄芩，诸药用量亦有出入）组成。水二钟，煎八分，量病上下服之。功能凉血清火。主治心经火盛，逼血外溢，毛孔出血，病名"血箭"，一名"肌衄"；又治肝经怒火郁结，血痣出血甚者。

本方所治证属心经之火侵入血分，逼血妄行，发生肌衄，或因肝经有火，血痣出血，故用凉血清火之法。方中生地黄既能凉血，亦能滋阴，为君药；栀子泻火凉血，助生地黄增强凉血之功，玄参滋阴降火，助生地黄增强滋阴之效，黄连泻心火，并能清肝火，当归养血和血，甘草调和诸药，俱为佐使药。六味合用，共奏凉血清火的功效。方以生地黄凉血为君药，故名凉血地黄汤。临床用治毛孔出血，以心经火盛，见有心烦口渴，夜寐不安，舌质红，脉滑数等为辨证要点。如治血痣出血，以肝经火盛，见有性情急躁易怒，目赤口苦，舌质红，苔黄，脉弦数为辨证要点。《医宗金鉴·外科心法要诀》凉血地黄汤，用生地三钱，黄连、当归各一钱五分，甘草、栀子（生研）、玄参各一钱，黄芩二钱。此方生地用量独重，故凉血之功较优。又因加入黄芩以清肺经之火，故其所治肌衄是由心肺火盛所致，与《外科正宗》凉血地黄汤所治肌衄是由心经火盛所致者亦微有区别。

凉血地黄汤（《脾胃论》卷中）　黄蘗（去皮，炒）、知母

(锉,炒)各一钱,青皮(不去皮穰)、槐子(炒)、熟地黄、当归各五分。上药㕮咀,作一服,用水一盏,煎至七分,去渣温服。功能凉血滋阴。主治血热阴虚,肠澼下血。

生地黄汤(《奇效良方》卷五十) 生地黄四钱,阿胶(炒)二钱,川芎、桔梗、蒲黄(炒)、甘草(炒)各一钱。上作一服,水二钟,入生姜汁二匙,煎至一钟,食后服。功能凉血止血。主治上热衄血。

凉血地黄汤(《外科大成》卷二) 归尾一钱五分,生地二钱,赤芍一钱,黄连(炒)二钱,枳壳一钱,黄芩(炒黑)一钱,槐角(炒黑)三钱,地榆(炒黑)二钱,荆芥(炒黑)一钱,升麻五分,天花粉八分,甘草五分。上一剂,加生侧柏二钱。用水二大钟,煎一钟,空心服。三四剂则痛止肿消,更外兼熏洗。功能清热凉血。主治内热血燥,热结肠道,痔疮肿痛出血。现临床上亦用治血栓痔,肛门直肠周围脓肿。

黄连解毒汤

本方系崔氏方,录自《外台秘要》卷一。《肘后备急方》卷二治伤寒时气温病门,早载此方,剂量服法均同,但未出方名。《景岳全书》易名解毒汤,《温热经纬》又名栀子金花汤。《宣明论方》又将本方药品为末,水泛为丸,称为大金花丸。《医方集解》又名三黄金花丸。《张氏医通》改为蜜丸,名金花丸。为泻火解毒,清化湿热的代表方剂。方由黄连三两,黄芩、黄柏各二两、栀子(擘)十四枚组成。上四味切,以水六升,煮取二升,分二服。现用法为汤剂,水煎服;或为丸剂,上药共研细末,水泛成丸,如绿豆大,名黄连解毒丸,每日二至三次,每服3克至9克,白开水送下。功能泻火解毒。主治一切实热火毒之证,三焦热盛。症见大热烦躁,口燥咽干,错语不眠;或热病吐血、衄血,甚或发斑;身热下痢,湿热黄疸;外科痈肿疔毒,小便赤,舌红苔黄,脉数有力。

本方所治之证皆属三焦火热壅盛为患。治宜泻火解毒。方中黄连为君药,以泻心胃之火于中焦;黄芩为臣药,以泻肺火于上焦;黄柏为佐药,泻肾火于下焦;栀子为使药,通泻三焦之火,导邪热从小便而出。四药合用,三焦之火邪去而热毒解,诸症自愈。崔氏说:"胃中有燥屎,令人错语,热盛亦令人错语。若便秘而错语者,宜服承气汤;通利而错语者,宜服黄连解毒汤。"可知本方证的谵语,是由火热炽盛,内扰神明所致,故治法以清热泻火为主,无须承气之荡涤。本方与泻心汤均是泻火解毒、清湿热的方剂。但是,由于本方未用大黄,而用黄柏泻下焦湿热,栀子通泻三焦之火,使邪热从小便而出,与泻心汤用大黄,使邪热从大便而出,有所不同。因此,泻心汤多适用于胃肠积热,而本方更适用于下焦湿热。至于本方能治疗热病吐血、衄血,此与泻心汤的原理相同,是取其专泻邪热的作用。有关资料表明,本方抗病原微生物的作用相当广泛,对多种细菌、流感病毒、钩端螺旋体、阿米巴原虫及滴虫等,均有抑制作用;其中对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌等的抗菌作用尤为显著。本方并有解热、抗炎作用,可缓和机体对病原体侵入产生的反应,还能增强白细胞及网状内皮系统的吞噬功能,加强机体的抗病力。此外,本方尚有利胆与抗肝损伤作用,故对肝胆疾病亦能获效。本方为苦寒泻火,清化湿热的代表方剂,临床运用以高热烦躁,口燥咽干,舌红苔黄,脉数有力为辨证要点。现临床上亦广泛用于急性肠炎、急性菌痢、中毒性消化不良、急性黄疸型肝炎、胆囊炎、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、蚕豆黄病、败血症、脓毒血症、肺炎、慢性气管炎、急性盆腔炎、阑尾炎、急性泌尿系感染、急性结膜炎,以及烧伤、丹毒、痈、疖等多种急性感染性疾病辨证属于火热邪毒壅盛三焦者。血热暴崩,肠热痔漏下血,以及热厥下后,热稍退而未愈者亦可使用。本方诸药均属苦寒之品,易于化燥伤阴,只宜暂用,中病即止,非实热者不可轻投,阴虚火旺者忌服;本方用治痈疮疔毒,除内服外,亦可研末蜜调外敷。

三黄石膏汤(《外台秘要》卷一) 又名石膏汤。石膏、黄连、黄柏、黄芩各二两,豆豉一升,栀子十枚,麻黄三两。水煎,分三次服。功能发表清里,泻火解毒。主治外感表证未解,三焦里热已炽,症见壮热无汗,身体拘急,面红目赤,鼻干口渴,烦躁不眠,神昏谵语,鼻衄,脉滑数,或发斑者。

大黄汤(张文仲方,录自《外台秘要》卷三) 大黄半两,黄连(去毛)半两,黄柏半两,栀子(擘)半两。上四味切,以水八升,煮取六七沸,纳豉一升,葱白七茎,煮取三升,分三服。功能泻火解毒。主治天行,若已五六日,大便不解,头痛壮热,四肢烦疼,不得饮食。

二圣丸(《小儿药证直诀笺正》卷下) 川连(去须)、黄柏(去粗皮)各一两。为细末,将药末入猪胆内,汤煮熟,丸如绿豆大,每服二三十丸,米汤饮下,量儿大小加减,频服无时。功能清热止泻。主治小儿腹泻时发时止,久不愈,羸瘦成疳。

栀子金花丸(《中华人民共和国药典》一部) 栀子116克,黄连4.8克,黄芩192克,黄柏60克,大黄116克,金银花40克,知母40克,天花粉60克。以上八味,粉碎成细粉,过筛,混匀,用水泛丸。口服,每次9克,每日1次。功能清热,降火,解毒。主治口舌生疮,牙龈肿痛,目赤咽痛,鼻衄,便秘。孕妇忌服。

三物黄芩汤

本方出自《备急千金要方》卷三。宋代林亿等校定《金匮要略》,将本方编入该书卷下"妇人产后病脉证并治"附方内。方由黄芩、苦参各二两,干地黄四两组成。上㕮咀,以水八升,煮取二升,去渣,适寒温,服一升,日二服。多吐下虫。功能清热解毒,养血滋阴。主治产后血虚阴亏,风邪入里化热。症见四肢烦热,头不痛者。本方

所治证属产后血虚阴亏，风邪入里化热，故用清热解毒，养血滋阴之法。方中黄芩清泄里热，苦参清热解毒，两味合用，以治风邪入里所产生的热毒。更以干地黄养血滋阴，以治产后血虚阴亏。配合成方，共奏清热解毒，养血滋阴的功效。临床用治产妇烦热，以外无表证，里热较甚，同时伴见血虚阴亏症状者；亦治阴亏血虚，热邪内伏，症见骨蒸劳热，久咳不已；每至夏季，手掌足心烦热难堪，夜间较甚，不能眠；诸失血后，身体烦热倦怠，手掌足下热更甚，唇舌干燥等症。张璐说："上三味，皆纯阴苦寒伤胃滞血之药，产后虽有烦热，难以轻用，当时立方必有质壮气盛，脉证俱实，能食便鞕者，始堪任此，用者审之。"

苦参汤（《备急千金要方》卷十）　苦参三两，黄芩二两，生地黄八两。上三味，㕮咀，以水八升，煎取二升，适寒温，服一升，日再服。功能清热解毒，凉血生津。主治热病热入营血，发热五六日以上，其热不退。本方与三物黄芩汤相比，用药虽然相同，但因所治之证不同，因而两方中苦参与地黄的用量和炮制各不相同。三物黄芩汤苦参用二两，苦参汤苦参用三两，其原因是：前者是治产妇烦热，虽宜苦寒清热，但又不宜寒凉太过，故苦参用量较轻；后者是治热病热毒较重者，苦参可以重用，故苦参用量较重。前者用于产后兼有血虚阴亏，故地黄用干品，借以养血滋阴；后者热毒入于营血，故地黄用鲜品，赖以凉血生津。

苦参散（《圣济总录》卷二十八）　苦参一两，黄芩（去黑心）二两，甘草（炙）半两。上三味，捣为粗末，每服三钱匕，水一盏，煎至七分，去滓，入生地黄汁约半合，搅匀去滓，温服，不计时候。功能解热毒，止躁狂。主治伤寒热毒内甚，欲发狂。本方即《备急千金要方》苦参汤加炙甘草，并以鲜生地捣汁和服。

三黄四物汤

本方见于《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四。系用《金匮要略》泻心汤和《太平惠民和剂局方》四物汤两方复合而成。方由当归、白芍、川芎、生地、黄连、黄芩、大黄（大黄量虚实用）组成。上锉，水煎服。功能清热泻火，养血调经。主治热邪内蕴，迫血妄行，经前吐血、衄血，血色鲜红，便秘溲黄，苔黄舌红，脉象弦数。本方所治为热邪迫血妄行，经前吐衄之证。故用清热泻火，养血调经之法。方中黄芩、黄连、大黄即泻心汤，原治心火旺盛，迫血妄行，吐血、衄血之证。地、芍、归、芎即四物汤。今以三黄合四物，清热泻火，养血调经，以治冲任之热，使热清血宁，则其血自止。《医宗金鉴》所谓："经前吐血、衄血，乃内热壅，迫其血，宜三黄四物汤泻之"，故泻热调经，乃为本方的主旨。吐血、衄血属于虚证寒证者，当禁用。

热六合汤（《医垒元戎》）　黄连、栀子、地黄、芍药、当归、川芎。水煎服。功能清热养血和血。主治血分有热，营血不足，症见发热，面赤，烦躁，不能睡卧者。

栀子六合汤（《医垒元戎》）　栀子、黄芩各半两，四物汤四两。功能清热除烦，养血和营。治妊娠伤寒汗下后，不得眠者。

清疹汤

本方出自《医学衷中参西录》。是以《伤寒论》白虎汤加减而成。方由生石膏（捣细）30克，知母18克，羚羊角6克，金线重楼4.5克，薄荷叶6克，青连翘6克，蝉蜕（去足、土）4.5克，僵蚕6克组成。用水煎取清汤一盅半，分二次温饮下，以服后得微汗为佳。若一次得微汗者，余药仍可再服。若服一次即得大汗者，余药当停服。此药分量系治七八岁以上者，若七八岁以下者，可随其年龄之大小，斟酌少用，或将药减半，或用三分之一皆可。功能清热解毒，解肌透疹。主治小儿出疹，表里俱热，或烦躁引饮，或喉痛音哑，或喘逆咳嗽，舌红苔黄，脉滑数。

本方所治证属疹毒炽盛，表里俱热。治宜清热解毒，解肌透疹。方中石膏、知母能清肺胃之火，石膏兼能透解肌表之热。配以羚羊角"能清火热，解热中火毒，且既善清里，又善透表，能引脏腑间之热毒达于肌肤而外出，疹之未出，或已出而速回者，皆可以此表之，为托表麻疹之妙药"。金线重楼为凉血解毒之品，能清疹热，解疹毒；更用薄荷、连翘、蝉蜕轻清凉散以解肌透疹；僵蚕祛风化痰以利咽消肿。诸药合用，共奏清疹解毒，解肌透疹之功。本方清中寓透，用治麻疹疹毒炽盛证，以麻疹初见，身热烦躁，咳喘声哑，脉滑数，舌红苔黄为辨证要点。原方加减：喉痛声哑者，可将石膏加重15克，合前得45克。若疹出不利者，用鲜苇根（活水中者更佳）一大握去节水煎沸，用其水煎药。大便滑泻者，去石膏、知母，加滑石30克，甘草9克。

清疹散（《全国中药成药处方集》沈阳方）　生石膏、乌犀角、京知母、全蝉蜕、白僵蚕、青连翘各12克，金线重楼9克，薄荷叶12克，芦根30克，金银花30克。共碾极细面。小儿1岁以上，每服0.3克，3岁以上，每服0.6克，5岁以上每服0.9克，余类推。白开水送下。功能清热解表，解毒透疹。主治疹毒不透，喉肿音哑，胸高气喘，呼吸急促，腹痛便溏，神昏谵语，四肢热厥，搐搦瘈疭。

沆瀣丹

本方出自《幼幼集成》卷二。原名集成沆瀣丹。系由《宣明论方》神芎丸加减而成。方由杭川芎（酒洗）、锦庄黄（酒洗）、实黄芩（酒炒）、厚川柏（酒炒）各九钱，黑牵牛（炒，取头末）六钱，薄荷叶四钱五分，粉滑石（水飞）六钱，尖槟榔（童便洗晒）七钱五分，陈枳壳（麸炒）四钱五分，净连翘（除去心隔取净）、京赤芍（炒）各六钱组成。（本方中实黄芩，《卫生鸿宝》作"实苓"，《全国中药成药处方集》作"茯苓"，均误。配制本方仍宜用实黄芩，即黄芩质地坚实

而中间不空者。)上十一味,依法炮制,和匀焙燥,研极细末,炼蜜为丸,如芡实大,月内之儿,每服一丸,稍大者二丸,俱用茶汤化服。但觉微有泄泻,则药力行,病即减矣。如不泄,再服。重病每日三服,以愈为度。现用法为共碾极细面,炼蜜为丸,每丸 0.75 克,月内小儿服一丸,稍大服二丸,茶汤化服。功能清热解毒,泻火导滞。主治小儿胎毒,胎热,胎黄,面赤目闭,鹅口口疮,重舌木舌,喉闭乳蛾,浑身壮热,便结溺赤,麻疹斑疹,游风癣疥,丹毒瘾疹,痰食风热,痄腮面肿,诸般抽搐。

本方所治证属三焦实热郁滞所致。故从清热解毒,泻火导滞立法,方中所用药物,即神芎丸去黄连加黄柏、槟榔、枳壳、连翘、赤芍。原书说:"方中所用黄芩清上焦之热;黄柏清下焦之热;大黄清中焦之热,又借其有推陈致新之功,活血除烦之力,能导三焦郁火从魄门(肛门)而出;犹虑苦寒凝腻,复加槟榔、枳壳之辛散,为行气利痰之佐使;川芎、薄荷引头面风热从高而下趋;连翘解毒除烦;赤芍调荣活血;牵牛利水,走气分而舒郁;滑石清润,抑阳火而扶阴,又能引邪热从小便而出。"诸药配合,清下并用,以清为主,共奏清热解毒,降火导滞之功。"沆瀣"者,夜间的露水。本方服后,热退身凉,犹如新秋夜降露气,炎热顿消,故名沆瀣丹。临床上用于儿科三焦实热郁滞而产生的诸症,以壮热面赤,便结溺赤,舌红苔黄,脉数实为辨证要点。痢疾初起,误用止涩,积毒内郁,腹痛里急,欲便不能,遂至神昏动乱者;湿热证,发热身痛,多烦渴,小便赤涩,大便秘结,脉见洪滑,如果湿热兴,或元气壮而兼秘结不通者;咳而喉中介介有声,面赤发热心烦,咽喉痛者;壮热不已,由气血壅实,五脏生热,郁蒸于内,睡卧不安,精神恍惚,表里俱热,躁急喘粗,甚则搐搦,大小便秘者;热胀者,或伤寒热邪入里,大便闭结,小便短赤,浑身壮热,面赤烦躁者;阳黄证,身热烦渴,或躁扰不宁,或消谷善饥、或小便热痛,或大便秘结者;重腭由于脾胃伏热,木舌由于心脾积热,牙疳由于肾热者;新生儿不乳,属秽热郁结,气机不畅者,均可用本方治疗。疗胎热,汤药可令母子同服,使药气经母乳而传于婴儿。惟胎寒、胎怯、面青白者忌用。服用本方,乳母饮食滋味宜淡薄,忌食辛辣等。

神芎丸(《宣明论方》卷四) 大黄、黄芩各二两,牵牛子、滑石各四两,黄连、薄荷、川芎各半两。为细末,水泛或炼蜜为丸,小豆大。始服十至十五丸,以后每次加十丸,日三次,以利为度。功能清热导滞。主治痰热酒食停积,头目不清,咽膈不利,二便秘涩;以及小儿积热,惊风抽搐等。

玄参升麻汤

本方见于《医宗金鉴·痘疹心法要诀》卷五十九。系从《类证活人书》玄参升麻汤加味衍化而来。方由荆芥、防风、升麻、玄参、牛蒡子(炒,研)、生甘草组成。水煎服,每日一剂,每剂煎二三次分服。功能清热解毒,宣表透疹。主治疹毒热盛,表邪郁遏,上攻咽喉,轻则肿痛,甚或汤水难下,疹子未全透发,苔白或白中兼黄,脉象浮数者。本方所治证属疹毒为表邪郁遏,不得外透,以致上攻咽喉,而为肿痛,故方用玄参清热解毒而兼养阴;升麻透疹而善解毒;荆芥、防风以发散表邪,透泄疹毒;牛蒡子宣肺利咽;再配甘草,善于解毒。诸药合用,共成宣表透疹,清热解毒之剂。如里热壅甚者,可酌加黄芩、栀子。疹已透发者,慎用。

玄参升麻汤(《类证活人书》卷十八) 玄参、升麻、甘草(炙)各半两。为末,每服五钱匕,以水一盏半,煎至七分,去滓温服。功能清热解毒化斑。主治实热热毒外发,身上发斑如锦纹,甚或烦躁谵语,兼治咽喉肿痛。

升麻散(《济生方》卷五) 升麻、赤芍药、人参(洗)、桔梗(去芦)、干葛各一两,甘草(生用)半两。上㕮咀,每服四钱,水一盏半,姜五片,煎至八分,去滓温服,不拘时候。功能清热解毒,扶正祛邪。主治热毒上壅,口舌生疮,咽喉肿痛。

玄参升麻汤(《卫生宝鉴》卷八) 升麻、黄连各五分,黄芩(炒)四分,连翘、桔梗各三分,鼠粘子、玄参、甘草、白僵蚕各二分,防风一分。上㕮咀,总作一服,水二盏,煎至七分,去滓,稍热噙漱,时时咽之。功能清热散风,解毒消肿。主治中风后咽喉肿痛,会厌后肿,舌赤脉数者。

玄参升麻汤(《证治准绳·类方》第八册) 玄参、升麻、犀角、赤芍药、桔梗、贯众、黄芩、甘草各等份。上㕮咀,每服四钱,水一盏半,煎七分,去滓,不拘时候。功能清热解毒,凉血消肿。主治心脾壅热,舌上生疮,木舌舌肿,或连两颊两项肿痛者。本方与主方方名相同,但《医宗金鉴》方用玄参、升麻配伍牛蒡、荆芥、防风,清热解毒,而兼宣表透疹,故适用于疹毒热甚而疹未透发者。后者以玄参、升麻配伍犀角、赤芍、贯众等,重在清热凉血解毒,故适用于心脾热甚,舌肿生疮之证。

玉屑无忧散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷七。又名夺命无忧散。方由玄参(去芦)、荆芥穗、滑石(研)、黄连(去毛)、缩砂(去壳)、白茯苓(炒令黄)、贯众(去芦)、甘草(炙)、山豆根各一两,寒水石(研,水飞)二两,硼砂二钱组成。上为细末,每服一钱,干掺舌上,后以新汲水咽下,不拘时候。功能清热解毒,软坚散结。主治热毒上攻,咽喉肿痛,口舌生疮;误吞硬物,骨刺鲠喉;大人酒癥,小儿奶癖。

本方主治热毒上攻,咽喉肿痛等症,故用清热解毒,软坚散结之法。方中黄连泻火解毒;寒水石凉血降火;玄参滋阴降火,利咽喉,消肿毒;山豆根善除肺胃之郁热,《本草求真》称其为"解咽喉肿痛第一要药";贯众凉血解毒,能治喉痹,消项肿,《本草纲目》"治骨鲠";荆芥穗疏风散结,清利咽喉;硼砂清热解毒,消痰软坚;茯苓、滑石渗

利水道，使热毒从小便下行；砂仁、甘草健脾和中，以防黄连等寒凉之品损伤胃气。配合成方，共奏清热解毒，软坚散结的功效。临床用于咽喉肿痛，口舌生疮等症，以伴见口中干渴，舌质红，苔黄腻，脉滑数等为辨证要点。亦可用于急性扁桃体炎、咽喉炎、口腔炎等属于热毒上攻者。骨刺鲠喉，须配合手术先将异物取出，然后再用本方治疗。

青解毒丸（《仁斋直指方论》录自《普济方》卷六十三） 寒水石、石膏各四两，青黛（研）二两。上为细末，拌和，青黛水浸蒸饼研糊，丸龙眼大，每一丸，食后以井花水化下。功能清热解毒。主治热毒上攻，咽喉肿痛。

秘传解毒丸（《普济方》卷六十三） 贯众、山豆根、黄药子、牙硝、寒水石、草龙胆、黄大豆、干葛、百药煎、紫河车、甘草节、薄荷、栀子、大黄、豆粉各四两。加山慈菇二两更佳。上研细末，炼蜜为丸，称一两作十丸，银箔为衣，每服一丸，日二服。功能清热解毒。主治一切诸毒疮痍之疾，咽喉肿痛。

缩砂散（《普济方》卷六十四） 缩砂仁、甘草、贯众各等份。上捣为粗末，如一切鲠，以绵裹少许含之，旋旋咽津，久则随痰出。功能消骨鲠。主治骨鲠。

牛黄噙化丸

本方见于《全国中药成药处方集》（天津方）。方由黄连15克，金果榄6克，生硼砂9克，柿霜、绿豆粉各45克组成。共为细粉，兑入牛黄3克，麝香1克，朱砂面12克，雄黄面18克，冰片6克。以上研细末和匀，炼蜜为丸，每丸重1.5克，蜡皮或蜡纸筒封固，每次一丸，含口中噙化，缓缓咽下。功能清热解毒，消肿止痛。主治咽喉肿痛，口燥咽干，痰涎不出，咳嗽声哑。本方所治证属热毒上壅咽喉引起，故用清热解毒，消肿止痛之法。方中牛黄、朱砂、黄连、绿豆粉清热解毒；金果榄解毒利咽，善治一切喉症，并治热咳失音；生硼砂、雄黄、冰片、麝香解毒消肿止痛；更配柿霜清热生津，化痰止咳。诸药合用，炼蜜为丸，含于口中，徐徐融化于唾液，弥散于咽喉，使药液能较长时间浸润于咽喉患处，以发挥清热解毒，消肿止痛，清利咽喉之效。临床运用以咽部充血色红，干涩疼痛，舌红苔黄，脉数为辨证要点。必要时配合内服方药，同时忌辛辣食物，孕妇忌服本方。

六神丸

本方见于《中国医学大辞典》。方由西牛黄、珍珠粉各一钱五分，雄黄、麝香、冰片、蟾酥（烧酒化）各一钱组成。研为极细末，酒化蟾酥为丸，如芥子大，百草霜为衣。每服十丸，熟汤化开，徐徐咽下；亦可用开水或米醋少许溶成糊状，外敷患处。功能解毒，消肿。主治时邪疠毒，烂喉丹痧，喉风喉痈，双单乳蛾，疔疮痈疽，及一切无名肿毒。本方所治证属毒热壅聚所致，治宜清热解毒，活血消肿之法。方中牛黄、珍珠清热解毒；雄黄、蟾酥解毒消肿；又配麝香、冰片活血消肿。诸药合用，而具解毒消肿之效，多用于喉科、外科肿毒等病证。

梅花点舌丹（《外科全生集》卷四） 熊胆、冰片、雄黄、硼砂、血竭、葶苈子、沉香、乳香、没药各一钱，珍珠三钱，牛黄、麝香、蟾酥（人乳化）、朱砂各二钱。为细末，药汁为丸，绿豆大，金箔为衣，每服一丸，以葱白打碎，陈酒送服；或用醋化开外敷患处。功能清热解毒。主治疔毒恶疮，无名肿毒，红肿痈疖，乳蛾，咽喉肿痛。

清咽化痧煎

本方出自《疫喉浅论》卷下。由《伤寒论》的白虎汤和《备急千金要方》的犀角地黄汤合方加减衍化而成。方由鲜银花、粉丹皮、玄参、紫草茸、鲜生地、人中黄、麦冬、软石膏、牛蒡子、赤芍、犀角、知母组成。竹叶二十片，水二盅，煎八分，兑陈金汁二两、地骨露二两，温服。金汁易童便亦可。功能清热解毒，凉血养阴。主治疫喉痧，喉烂腐溃，斑疹红艳成片，肌肤灼热，神烦口渴，舌质红绛，脉象细数。

疫喉痧又名烂喉丹痧，由素体肺胃蕴热，复感时邪疫疠之气而发。本方主治则为疫毒火邪充斥内外，气血两燔，阴亏津伤之证。治宜清热解毒，凉血养阴。方中犀角为凉血解毒之珍品；牡丹皮、赤芍为凉血散瘀之要药；更配石膏、知母清肺胃火热，共收清气凉血，解毒化痧之功；痧毒内燔，热极阴伤，故用鲜生地、玄参、麦冬甘寒增液，清热养阴；人中黄、紫草茸凉解血分疫毒；金银花、牛蒡子清透解毒利咽；复以竹叶、金汁、地骨露为引更能助上药清气、凉血、解毒之功。诸药合用，气血两清，泄热解毒，待火泄热清，血宁毒化，则诸症自愈。现临床上对于猩红热，证属气血两燔，见上述症状者，可予本方加减治之。

清咽栀豉汤（《疫喉浅论》卷下） 生山栀、香豆豉、荆芥穗、苏薄荷、牛蒡子、粉甘草、乌犀角、粉葛根、连翘壳、苦桔梗、马勃、蝉衣。以芦根一两，灯心二十寸，竹叶一钱，水二盅，煎八分服。功能辛凉透表，清热解毒。主治疫喉红肿白腐，壮热汗少，痧瘾不齐，心烦懊侬，舌干脉数等。

凉营清气汤（《喉痧证治概要》） 犀角尖（磨冲）1.5克，鲜石斛24克，黑山栀6克，牡丹皮6克，鲜生地24克，薄荷叶2.4克，川雅连1.5克，京赤芍6克，京玄参9克，生石膏24克，生甘草2.4克，连翘壳9克，鲜竹叶30张，茅根、芦根各30克，金汁（冲）30克。水煎服。功能凉营清气，泻火解毒。主治喉痧斑疹密布，壮热烦躁，咽喉肿痛腐烂，渴欲冷饮，甚则谵语妄言，脉洪数，舌红绛或黑粗无津之重证。如痰多加竹沥30毫升冲服，珠黄散每日服0.6克。

神仙活命汤

本方出自《白喉治法忌表抉微》。方由龙胆草二钱，玄参八钱，马兜铃三钱，板蓝根三钱，生石膏五钱，白芍三钱，黄柏一钱五分，生甘草一钱，大生地一两，瓜蒌三钱，生栀子二钱组成。水煎，重者日服三剂。功能泻火解毒，清热养阴。主治白喉。症见壮热口渴，面红目赤，咽部焮红，喉间白腐满布，不易拭去，声音嘶哑，呼吸气粗，口中热臭，舌苔黄腻，脉象数大。

本方所治证属肺胃积热化火，复感时邪疫毒，上蒸咽部所致，故急宜泻火解毒以治之。方中石膏清肺胃伏火；龙胆草除时气温热，板蓝根治天行热毒，三药合用为君；臣以栀子、黄柏泻火解毒，导热下行；疫毒蕴蒸，必损阴劫液，苦寒之品，每易化燥助热，故方中又重用生地黄、玄参合白芍为佐，养阴清热，增液壮水，且玄参尚可清解咽部疫毒；使以马兜铃、瓜蒌化痰散结利咽，生甘草解毒调和诸药，合而用之，使本方共具清伏火，解疫毒，养阴液之功。本方与《重楼玉钥》的养阴清肺汤均能治疗时疫白喉，唯养阴清肺汤重在养阴，宜用于白喉肺肾阴亏者；本方重在泻火解毒，对于白喉阳热亢盛者用之尤为适宜。临床运用以壮热面赤，喉腐声嘶，口气热臭，苔黄脉数为辨证要点。原方加减法："舌有芒刺，谵语神昏者加犀角(镑)二钱；大便闭塞，胸满闷者加厚朴二钱，枳实三钱；便秘甚者再加莱菔子二钱，生大黄二钱；小便短赤者加知母三钱，泽泻三钱，车前子三钱。"本方只适用于白喉阳热亢盛者，俟病稍减仍服养阴清肺汤。

神仙活命汤(《时疫白喉捷要》) 龙胆草一钱，银花二钱，黄芩三钱，土茯苓五钱，生地四钱，木通二钱，生石膏三钱，浙贝三钱，杏仁二钱，马勃(绢包煎)三钱，蝉退一钱，僵蚕三钱，生青果五个。水煎服，日服二三剂。功能泻火解毒，清肺利咽。主治白喉。

白虎青龙汤(《白喉条辨》) 生石膏、木通、贝母(去心，杵)、桑叶(生用)、连翘、牛蒡子(生用，杵)、板蓝根、蝉退(去足翅)、银花、麦冬(去心)、生地、鼠尾青芩。清水煎，分二次服，日二或三剂。功能清热解毒，养阴化痰。主治白喉，喉间红肿痛甚，颈项亦肿。若太阴本证盛，少阳标证轻，去黄芩、牛蒡子，加西洋参，倍石膏、生地、麦冬；标证独盛者以黄芩易龙胆草，痰涎盛者仍用牛蒡子，或冲入鲜莱菔汁、牛黄，减地、冬，加杏仁、旋覆、蒌皮。

五福化毒丹

本方出自《寿世保元》卷八。由《备急千金要方》的犀角地黄汤和《小儿药证直诀》的五福化毒丹合方加减而制成。《疡医大全》载此方，易名为犀角解毒丸。方由犀角(镑)三钱，桔梗一两，生地黄(泔浸)、赤茯苓(去皮)、鼠粘子(微炒)各五钱，粉草、朴硝各三钱，连翘、玄参各六钱，青黛二钱组成。上为细末，炼蜜为丸，如龙眼大，每服一丸，薄荷汤研化下。兼有惊者，加朱砂为衣。功能清热凉血，消肿解毒。主治小儿热毒蕴结，口舌生疮，牙龈出血，口臭颊热，咽喉肿痛，烦躁不宁，瘾疹瘙痒，痘疹余毒未解，或头面身体多生疮疖。

本方所治证属小儿热毒内蕴，致患口舌生疮，咽喉肿痛等症，故用清热凉血，消肿解毒之法。方中犀角凉血解毒；生地黄凉血滋阴；青黛清热凉血，散热疮，消肿毒；玄参滋阴降火，解热毒，利咽喉；连翘、甘草清热解毒，散结消肿；牛蒡子、桔梗宣肺化痰，消肿利咽；朴硝泻热通便，赤茯苓清热利尿。配合成方，具有清热凉血，消肿解毒的功效。本方以口苦咽干，烦躁口渴，苔黄脉数为辨证要点。

五福化毒丹(《小儿药证直诀》卷下) 生、熟地黄(焙)各五两，玄参、天门冬(去心)、麦门冬(去心，焙)各三两，甘草(炙)、甜硝各二两，青黛一两半。上八味，为细末，后研入硝、黛，炼蜜为丸，如鸡头大，每服半丸或一丸，食后，水化下。功能养阴生津，清热解毒。主治疮疹后阴虚津伤，余毒上攻口齿，烦躁咽干，口舌生疮，及治热毒蕴结，惊惕狂躁。

化毒丸(《中华人民共和国药典》一部) 水牛角浓缩粉20克，连翘60克，青黛20克，黄连5克，牛蒡子(炒)50克，玄参60克，地黄50克，桔梗50克，芒硝50克，赤芍50克，甘草60克。以上十一味，除水牛角浓缩粉外，其余连翘等十味粉碎成细粉，将水牛角浓缩粉研细，与上述粉末配研，过筛，混匀。每100克粉末加炼蜜45—55克与适量的水泛丸；或加炼蜜100—120克制成大蜜丸，每丸重3克。口服，水蜜丸每次2克，大蜜丸每次1丸，每日2—3次。功能凉血，清热解毒。主治小儿疮疖，痈毒，痄腮，咽喉肿痛，口舌生疮。

仙方活命饮

本方出自《校注妇人良方》卷二十四。又名真人活命饮。为治阳证疮疡的重要方剂。方由白芷、贝母、防风、赤芍药、当归尾、甘草节、皂角刺(炒)、穿山甲(炙)、天花粉、乳香、没药各一钱，金银花、陈皮各三钱。(《医方集解》无赤芍药)组成。上用酒一大碗，煎五七沸服。现用法为水煎服，或水、酒各半煎服。功能清热解毒，消肿溃坚，活血止痛。主治疮疡肿毒初起，红肿焮痛，或身热微恶寒，舌苔薄白或微黄，脉数有力。

本方所治痈疮肿毒，证属热毒壅结，气血瘀滞所致。治宜清热解毒，理气活血，消肿止痛。方中以金银花清热解毒为君药；当归尾、赤芍、没药、乳香活血散瘀以止痛，陈皮理气以助血行，气血通畅则邪无滞留之所，为臣药；防风、白芷疏风散结以消肿，贝母、天花粉清热排脓，散结消肿，穿山甲、皂角刺穿透经络，溃坚排脓，甘草清热解毒，共为佐使。诸药合用，以使热清毒解，气行血畅则肿

消痛止。脓未成者，服之可使消散；脓已成者，服之可使外溃。加酒煎服，因酒性善走，既能活血又能协助诸药直达病所。正如《医方集解》所说："加酒者，欲其通行周身，使无邪不散也。"据实验研究，本方对乙型链球菌有高度抑制作用，对葡萄球菌抑制也很强。临床上凡痈疮肿毒，属于阳证而体实者均可使用本方，以患部红肿焮痛，舌苔薄白或微黄，脉数有力为辨证要点。现临床上亦多用于多种化脓性炎症，如蜂窝组织炎、脓疱疮、疖肿、深部脓肿、化脓性扁桃体炎、乳腺炎、阑尾脓肿等属于热毒实证者。本方只用于疮疡未溃之前，疮疡已溃之后及阴证疮疡患者忌用，脾胃素虚，气血不足者宜慎用。使用本方若痛不甚者，可减乳香或没药；红肿痛甚者，减辛温之白芷、陈皮，加蒲公英、连翘、紫花地丁以加强清热解毒作用；血热甚者加牡丹皮以凉血散瘀；便秘者加大黄以泻下通便；疮疡范围不大或不坚者可去穿山甲、皂角刺，不会饮酒者，可用清水煎服。

忍冬汤(《医学心悟》卷四) 又名银花甘草汤。金银花四两，甘草三两。水煎，顿服；或用酒煎服。功能清热解毒消痈。主治一切内外痈肿。但宜早服。

内疏黄连汤

本方出自《素问病机气宜保命集》卷下。方由黄连、芍药、当归、槟榔、木香、黄芩、山栀子、薄荷、桔梗、甘草各一两，连翘三两组成。上除槟榔、木香二味为细末外，并锉，每服一两，水一盏半，煎至一盏，先服一二服，每服加大黄一钱，再服加二钱，以利为度。功能清热解毒，消肿止痛。主治痈疽阳毒在里，肿硬木闷，根盘深大，而皮肉色不变，发热烦躁，呕哕口渴，大便秘结，脉沉实有力。本方治证为热毒炽盛，蕴结于里，气血凝聚所致。《内经》谓"热者寒之"，故治应清热解毒，消肿止痛。方中黄芩、黄连、栀子清热解毒为君药；连翘、薄荷、桔梗清热散结为臣药；毒热内蓄，气血凝聚，肿痛乃作，故用当归、芍药和血调营，木香、槟榔行气散结，大黄消瘀泻火，共为佐药；甘草泻火解毒，调和诸药为使。共成清热解毒，行气和营，消肿止痛之剂。本方为疏利里热而设，且以黄连为主药，故名内疏黄连汤。临床以发热烦躁，口渴便秘，脉实有力为辨证要点。

蟾酥丸

本方出自《外科正宗》卷二。方由蟾酥二钱(酒化)，轻粉五分，枯矾、寒水石(煅)、铜绿、乳香、没药、胆矾、麝香各一钱，雄黄二钱，蜗牛二十一个，朱砂三钱组成。以上各为末，秤准，先将蜗牛研烂，再用蟾酥和研调粘，方人各药，共捣极匀，丸如绿豆大，每服三丸，用葱白五寸，捣烂，包药在内，用无灰酒一茶盅送下，盖被出汗如人行五六里为效，甚者再进一服。现用法为以上十二味，除麝香、蟾酥外，轻粉粉碎成细粉；雄黄、朱砂分别水飞或粉碎成细粉；活蜗牛与其余乳香六味掺研，干燥，粉碎成细粉，将麝香、蟾酥研细，与上述粉末配研，过筛，混匀。用水泛丸，阴干，即得。每33粒重1克。葱白汤或温开水送服，每次4—5粒，每日1—2次。外用研细醋调敷患处。功能清热解毒，消肿定痛。主治热毒蕴结，致患疔疮，发背，脑疽，乳痈，附骨、腿臀等疽，及一切恶疮。

本方所治证属热毒蕴结所致。故用清热解毒，消肿定痛之法。方中蟾酥解毒消肿，《本草纲目》"治发背疔疮，一切恶肿"，《本草汇言》称其对"内疔痈肿之证，有攻毒拔毒之功"；寒水石、蜗牛清热解毒，消肿软坚；乳香、没药活血化瘀，消肿定痛；麝香开通经络；朱砂解毒安神；雄黄解毒化瘀；胆矾解毒消肿，枯矾燥湿化瘀；轻粉攻毒，治毒疮；铜绿杀虫，疗恶疮。配合成方，具有清热解毒，消肿定痛的功效。本方消散解毒之力较强，而清热之功则较弱，疮疡热甚者，须配合清热解毒的汤剂同用。本丸有毒，服用不可过量；气血虚弱者慎用；孕妇忌服。疔疮、痈疽等已溃烂者不宜外敷。

蟾酥丸(《玉机微义》卷十五) 蟾酥、轻粉各一钱，川乌、莲花蕊、朱砂各二钱半，乳香、没药各二钱，麝香半钱。上为细末，糊丸，豌豆大，每服一丸，病重者二丸，生葱三五茎，捣烂，包药在内，热酒和葱汤送下，取汗。功能解毒化瘀，消肿定痛。主治疔黄及一切恶疮。

化生丸(《古今医鉴》卷十五) 蟾酥二钱，血竭二钱，蜗牛二十个(瓦上焙干，肉壳俱用)，铜绿二分半(与上三味同研)，枯白矾一钱，轻粉二钱(二味同研)，朱砂三钱(研细，留一钱为衣)。上为细末，用人乳汁为丸，如绿豆大，朱砂为衣，捣葱三根令烂，裹药三丸在内吞下，热酒送服。功能清解疮毒。主治发背痈疽，无名肿毒，恶毒疔疮；又治破伤风，杨梅疮毒，筋骨疼痛等。

消毒圣神丹

本方出自《石室秘录》卷一。《疡医大全》卷七引本方变更药量，易名为消毒圣神汤。方由金银花四两，蒲公英二两，生甘草二两，当归二两，天花粉五钱组成。水煎服。功能清热解毒，散结消肿。主治痈疽肿疡初起，局部红肿疼痛，舌苔黄，脉数实。本方所治痈疽肿疡，是由湿热火毒蕴蒸肌肤，以致气血壅滞而成。治宜清热解毒，散结消肿。方中金银花清热解毒，为疮家要药。《本草正》指出该药"毒未成者能散，毒已成者能溃"，然非多用，则力薄难以奏效，故方中重用为君药；蒲公英助银花清热解毒，并能散结消肿，治一切疮疡肿毒为臣；当归养血活血，天花粉化瘀排脓，生甘草清热解毒，三药共为佐使。诸药合用，共奏清热解毒，散结消肿之功。现临床上对蜂窝组织炎、头面疖肿，乳腺炎初起，属阳证者，均可以用本方加减治疗。如阴疽或痈疽肿毒见脾胃虚弱，气血不足者，慎勿使用。

神授卫生汤(《外科正宗》卷二) 羌活八分，防风、白

芷、穿山甲(土炒,研)、沉香、红花、连翘、石决明(煅)各六分,金银花、皂角刺、归尾、甘草节、花粉各一钱,乳香五分,大黄(酒拌炒)二钱。水二碗,煎八分,病在上部先服药,随后饮酒一杯;病在下部先饮酒一杯,随后服药。功能清热散风,行瘀活血,解毒消肿。主治痈疽发背,脑疽对口,丹瘤瘰疬,恶毒疔疮,湿痰流注及外科一切疮证。脉虚便利者减大黄。

回生至圣丹(《辨证录》卷十三) 生甘草五钱,金银花半斤,玄参三两,蒲公英三两,天花粉三钱,川芎一两。水煎服。功能清热解毒,活血消肿。主治头面疔毒,痈疮疖肿。

神仙一醉忍冬酒(《疡医大全》卷七) 银花藤、蒲公英各一两,没药(去油)、乳香(去油)、雄黄各二钱。上药用酒一瓶,封固煮千余沸,再加白蜜四两,生葱七根,再煮数沸去葱,尽量饮醉,大蒜压之取汗即愈。主治痈疽肿疡。

犀黄丸

本方出自《外科证治全生集》卷四。又名西黄丸、牛黄醒消丸、西黄醒消丸。为治痈疽肿毒,瘰疬流注的常用方剂。方由犀黄(牛黄)三分,麝香一钱半,乳香、没药(各去油,各研极细末)各一两,黄米饭一两组成。捣烂为丸。忌火烘,晒干,陈酒送下三钱,患生上部临卧服;下部空心服。功能清热解毒,活血止痛。主治乳癌,横痃,瘰疬,痰核,流注,肺痈,小肠痈等。

本方所治诸证,均属气火内郁,痰瘀内结而成,治宜清热解毒,活血止痛。方中牛黄清解热毒,化痰散结,为治肺痈疔毒之要药;麝香辛窜温通,外科痈疽肿毒用之,能活血化瘀,消肿止痛;乳香、没药活血散瘀,止痛消肿。诸药合而用之,清热解毒以消痰火,活血化瘀以消肿止痛。其中牛黄得麝香之辛窜,则化痰散结之力更著;麝香得牛黄之寒凉,则辛窜温通而无助燃火毒之虑,更以黄米饭为丸调养胃气,故本方有攻邪而不伤正之妙。临床运用时,以体质尚实,局部红肿,舌红脉数为辨证要点。现临床上亦常用治淋巴结炎、乳腺囊性增生、乳腺癌、多发性脓肿、骨髓炎等见舌红,脉滑数者。用时,以其组方药物多属辛香走窜,故只作丸剂,不宜水煎,只暂服,不可久用。马培之曾说:"久服必损胃气。"疮疡脓溃外泄,孕妇或阴虚火旺者,应忌用。

醒消丸(《外科证治全生集》卷四) 乳香、没药(各去油)各一两,麝香一钱半,雄黄五钱。各研极细,黄米饭一两,捣烂为丸,如莱菔子大,忌火烘,晒干,每服陈酒送下三钱。功能解毒活血,消肿止痛。主治痈肿,鱼肚痈,翻花起肛,久烂不填。

牛蒡子汤

本方见于《外科正宗》卷三。又名瓜蒌牛蒡汤、栝蒌牛蒡汤。方由牛蒡子、陈皮、山栀、金银花、甘草、瓜蒌仁、黄芩、天花粉、连翘、角针各一钱,柴胡、青皮各五分组成。水二钟,煎八分,入酒一杯,和匀,食远服。功能清热解毒,消肿散结。主治乳痈初起,红肿热痛,寒热往来,舌苔薄黄,脉象浮数。本方所治证属乳痈初起,热毒蕴结,故用清热解毒,消肿散结之法。方中牛蒡子清热解毒,散结消肿。配以瓜蒌仁化热痰,消痈肿,与牛蒡子同用,可增强消散乳痈的功效。乳痈初起,热毒正盛,故配金银花、连翘、天花粉、栀子、黄芩、甘草清热解毒。乳痈之成,多与肝气不舒有关,故又配柴胡、青皮、陈皮疏肝解郁。配合成方,共奏清热解毒,消肿散结的功效。方以牛蒡子为主药,故名牛蒡子汤。临床用于乳痈初起,热毒蕴结,尚未成脓者。以乳房红肿热痛,乳汁排泄不畅,寒热往来,舌苔薄黄,脉象浮数等为辨证要点。

瓜蒌散(《证治准绳·疡医》卷四) 瓜蒌一枚,金银花、牛蒡子(炒)各三钱,生姜、甘草各半两。上药不犯铜铁器,捶碎,用酒一大升,煎数沸,空心,温服。功能清热解毒,散结消肿。主治便痈等恶疮。

连翘金贝煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 金银花、贝母、蒲公英、夏枯草各三钱,红藤七八钱,连翘一两或五七钱。用好酒二碗,煎一碗服,服后暖卧片时。功能清热解毒,消肿排脓。主治阳分痈毒,或在脏腑肺膈胸乳之间者。火盛烦渴乳肿者,加天花粉。

瓜蒌散(《傅青主女科·产后编》卷下) 瓜蒌(连皮捣烂)一个,生甘草五分,当归三钱,乳香(灯心炒)五分,没药(灯心炒)五分,金银花三钱,白芷一钱,青皮五分。水煎,温服。功能清热解毒,行气活血。主治一切痈疽,并治乳痈。

荆防牛蒡汤(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十六) 荆芥、防风、牛蒡子(炒,研)、金银花、陈皮、天花粉、黄芩、蒲公英、连翘(去心)、皂刺各一钱,柴胡、香附子、甘草(生)各五分。功能疏肝清胃,散风消肿。主治肝郁胃热,乳痈肿痛,寒热往来,烦躁口渴,证属初起者。

五味消毒饮

本方见于《医宗金鉴·外科心法要诀》卷一。为治疗疮痈肿的常用方剂。方由金银花三钱,野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵子各一钱二分组成。水二钟,煎八分,加无灰酒半钟,再滚二三沸时热服,被盖出汗为度。现用法为水煎,加酒一二匙和服,药渣可捣烂敷患部;现临床上亦有用本方制成注射液,供静脉滴注用。功能清热解毒,散结消肿。主治热毒蕴蒸肌肤,致生疔疮痈肿。症见局部红肿热痛,疮形如粟,根部坚硬,憎寒壮热,舌红,脉数有力。

本方所治证属热毒蕴蒸肌肤,以致气血壅滞而致。治以清热解毒,散结消肿。方中金银花清热解毒,消散痈肿为主药;紫花地丁、紫背天葵子、蒲公英、野菊花均为清

热解毒，治疗疮痈疔毒之要药，以为辅佐；加酒少量以助药势，行血脉为使。煎后热服，药借酒势，通行周身，盖被取微汗，使留于肌表的毒邪随汗而出，可加强消散疔毒之功。药仅五味，效力专一，服法得宜，如此一清一汗，清中寓散，共奏清热解毒，消散疔疮之效。复方抑菌试验表明，可抑制绿脓杆菌生长，1:5稀释液能抑制大肠杆菌生长；临床痰培养发现，可使金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、肺炎双球菌转阴。本方长于清热解毒，为治疗疔毒痈肿之重要方剂。现临床上亦广泛用于外科感染，诸如疖、痈、丹毒、蜂窝组织炎、脓肿、手部感染、急性乳腺炎、化脓性胆管炎、急性结膜炎、急性泌尿系感染、急性肾炎、牙周炎等辨证属热毒为患者。对于化脓性扁桃体炎、败血症、肺脓肿及其他感染性疾病、慢性骨髓炎、牛皮癣、头面部湿疹，亦可用本方辨证加减使用。本方用于疔毒初起轻证，疔毒重者，可将药量加倍。阴疽忌用，脾胃素虚者慎用。

银花解毒汤(《疡科心得集》卷上)　银花、地丁、犀角、赤苓、连翘、丹皮、川连、夏枯草。水煎服。功能清热泻火，凉血解毒。主治痈疽疔毒。

解毒清热汤(《赵炳南临床经验集》)　公英、野菊花、大青叶、紫花地丁、蚤休、花粉各15克，赤芍9克。水煎服。功能清热解毒。主治疔、疖、痈、急性丹毒初起及一切体表感染初起。

牛黄解毒丸

本方见于《北京市中药成方选集》。方由黄连、黄芩、黄柏、栀子、赤芍、当归尾、钩藤各15克，大黄、生石膏、连翘、金银花各30克，防风、麦冬、甘草各9克，桔梗12克组成。上药共为细末，每264克细粉兑：牛黄、薄荷冰各3克，冰片、雄黄各15克，朱砂30克，麝香1.5克。共研细，混匀，炼蜜为丸，每丸重3克，每服1丸，每日2次，温开水送下。功能清热解毒。主治火热炽盛，头晕目赤，咽干咳嗽，风火牙疼，大便秘结。本方治证为火热炽盛，风火热毒充斥上下所致，故治宜清热泻火，疏风解毒。方中牛黄泻火解毒为主药；辅以黄芩、黄连、黄柏、栀子苦寒直折泻火；防风、钩藤、薄荷冰散风透热于外；生石膏解肌清胃；金银花、连翘、桔梗、甘草解毒散结；大黄通脏彻热下行；朱砂、冰片、麝香、雄黄解毒护心；热盛则血壅，故伍以赤芍、当归尾凉血散瘀；麦冬生津护液。诸药合用，清、散、下并施，而收清热解毒之效。

牛黄解毒丸(《保婴撮要》卷十一)　牛黄三钱，甘草、金银花各一两，草河车五钱。上药为末，炼蜜为丸，量儿大小服用。功能清热解毒。主治婴儿胎毒疮疥，及一切疮疡。

连翘败毒散

本方出于《证治准绳·疡医》卷三。方由羌活、独活、连翘、荆芥、防风、柴胡、升麻、桔梗、甘草、川芎、牛蒡子(新瓦上炒研碎用)、当归尾(酒洗)、红花(酒洗)、苏木、天花粉组成。用水一钟，好酒一钟，同煎至一钟，去滓，徐徐温服。功能疏风散热，解毒消肿。主治发颐初肿。本方治证属风火热毒郁于少阳经脉所致，治宜疏散风热，行血解毒消肿。方中羌活、独活、防风、荆芥辛散透达，散风毒于外；柴胡、升麻、牛蒡子疏风清热解毒；连翘、天花粉、桔梗、甘草解毒散结消肿；红花、苏木活血消壅止痛。诸药合用，使风热透散，热毒得清，气血调畅，则肿痛可消。原方加减："如未消，加穿山甲；肿至面者，加香白芷、漏芦；如大便燥实者，加酒浸大黄，壮者倍用之；凡内有热，或寒热交作者，倍用柴胡，加酒洗黄芩、酒炒黄连。"

连翘败毒散(《医方集解》)　羌活、独活、柴胡、前胡、川芎、枳壳、桔梗、茯苓、甘草、连翘、银花、生姜、薄荷。水煎服。功能疏风除湿，泄热消肿。主治风湿热毒壅遏气血，疮肿初起，硬肿疼痛，憎寒壮热，头痛肢楚，或目赤口疮，腮肿喉痹等。

普济消毒饮

本方出自《东垣试效方》卷九。又名普济消毒饮子。方由黄芩、黄连各半两，橘红、玄参、生甘草、板蓝根、马勃各一钱，连翘、鼠粘子各三钱，白僵蚕(炒)、升麻、柴胡各七分，薄荷叶、桔梗各二钱(一方无薄荷，有人参三钱；一方橘红、玄参、生甘草、柴胡各二钱，连翘、薄荷各一钱)组成。上药共为细末，半用汤调，时时服用；半为蜜丸，噙化。现用法为饮片，作汤剂，水煎，分二次服。功能清热解毒，疏风散邪。主治大头瘟。症见恶寒发热，头面红肿焮痛，咽喉不利，舌燥口渴，舌红苔薄白或兼黄，脉浮有力。

本方所治证属感受风热疫毒之邪，壅于上焦，攻冲头面所致。风热疫毒宜清解，故以清热解毒为主。因病位在上，病势向外，又宜因势利导，故以疏散上焦之风热为辅。方中重用黄连、黄芩清泄上焦热毒为君药；牛蒡子、连翘、薄荷、僵蚕疏散上焦风热为臣药；玄参、马勃、板蓝根、桔梗、甘草清利咽喉，并增强清热解毒作用，陈皮理气而疏通壅滞，使气血流通而有利于肿毒消散，共为佐药；升麻、柴胡升阳散火，疏散风热，使郁热疫毒之邪宣散透发，并协助诸药上达头面，共为使药。诸药合用，使疫毒得以清解，风热得以疏散。据报道，本方煎剂对甲型、乙型链球菌、肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌有较好的抑菌作用，对其他细菌亦有不同程度的抑菌作用。本方为治疗大头瘟的常用方，临床以头面焮肿，恶寒发热，舌红苔薄白兼黄为辨证要点。现临床上亦用于治疗急性腮腺炎、急性扁桃体炎、颌下腺炎、头面部蜂窝组织炎及淋巴结炎伴淋巴管回流障碍等。原方加减："如大便硬，加酒煨大黄二钱或三钱以通利之。"本方用药多苦寒辛散，阴虚患者慎用。

普济消毒饮去升麻柴胡黄芩黄连方(《温病条辨》卷一) 连翘一两,薄荷三钱,马勃四钱,牛蒡子六钱,芥穗三钱,僵蚕五钱,玄参一两,银花一两,板蓝根五钱,苦梗一两,甘草五钱。上共为粗末,每服六钱,重者八钱。鲜苇根汤煎,去渣服,约二时一服,重者一时许一服。现用法为作汤剂,水煎服。功能清热解毒,利咽散结。主治温病咽痛喉肿,颊肿,面正赤,或喉不痛,但外肿,甚则耳聋。

增损普济消毒饮(《温病刍言》) 黄芩10克,黄连5克,玄参10克,连翘12克,马勃5克,牛蒡子10克,薄荷5克,僵蚕10克,金银花15克,芦根30克,荆芥5克,板蓝根15克,苦梗3克。上药作汤剂,水煎服,功能清热解毒,疏风消肿。主治流行性腮腺炎。方中黄芩、黄连、金银花、连翘、板蓝根、马勃清热解毒以消肿,且马勃轻清善行上焦,故能治头面咽喉肿痛;牛蒡子、僵蚕、薄荷、荆芥疏风散邪,使热毒由表而散;苦桔梗载药上行,开泄上焦;玄参治浮游之火以利咽喉。大便燥加酒大黄。

化斑解毒汤

本方出自《外科正宗》卷四。由《伤寒论》白虎汤、《东垣试效方》普济消毒饮子等合方加减而成。方由玄参、知母、石膏、人中黄、黄连、升麻、连翘、牛蒡子各等份,甘草五分("各等份",《外科大成》作"各一钱"。《医宗金鉴·外科心法要诀》无甘草五分)组成。水二钟,淡竹叶二十片,煎八分,不拘时服。功能清热解毒,散风消肿。主治三焦风邪热毒发为丹毒之证,故用清热解毒,散风消肿之法。方中石膏治三焦大热;配知母、甘草,即白虎汤去粳米,能清肺胃之热。肺主皮毛,胃主肌肉,肺胃之热除,则肌肤之热亦解。方中黄连、连翘、玄参、升麻、牛蒡子,均为普济消毒饮中所用之药,能治颜面丹毒;本方以连翘总清三焦之热,黄连、玄参清热解毒,牛蒡子散风热,消肿毒,升麻消斑疹,解疮毒。再益淡竹清心经之热,人中黄解胃家热。配合成方,共奏清热解毒,散风消肿的功效。临床用于风热发为丹毒之证,以丹毒遍身痒痛,苔薄黄,脉洪数为辨证要点。

消毒饮(《寿世保元》卷八) 犀角、甘草各五分,牛蒡子、荆芥、防风、黄芩各一钱。水煎,不拘时服。犀角亦可以升麻代之。功能凉血解毒,清热疏风。主治小儿感受风邪热毒,侵入血分,身发丹毒,狂躁不安,胸膈满闷,咽喉肿痛,九窍出血;及痘疮已出未出,不能快透,或已出,热不解。方中犀角凉血解毒,黄芩清热泻火,牛蒡子、荆芥、防风疏散风热,甘草调和诸药,配合成方,共奏凉血解毒,清热疏风的功效。

清热解毒汤(《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十一) 生地、黄连、金银花、薄荷叶、连翘(去心)、赤芍、木通、生甘草。引用灯心,水煎服。功能清热解毒,凉血疏风。主治小儿因在母腹感受热毒,致患胎赤,生后头面肢体赤若丹涂。

散肿溃坚汤

本方出自《兰室秘藏》卷下。《证治准绳·疡医》卷三载有散肿溃坚丸,即以本方制成丸剂。方由黄芩八钱(酒洗,炒一半,生用一半),草龙胆(酒炒)、栝蒌根(锉碎,酒洗)、黄柏(酒制)、酒知母、桔梗、昆布各五钱,柴胡四钱,炙甘草、京三棱(酒洗)、广茂(酒洗,炒)、连翘各三钱,葛根、白芍药、当归梢、黄连各二钱,升麻六分组成。上㕮咀,每服六钱,水二盏零八分,先浸多半日,煎至一盏,去渣,食后热服,于卧处伸足在高处,头低垂,每含一口作十次咽,服毕依常安卧,取药在膈上停蓄故也。另攒半料作细末,炼蜜为丸,如绿豆大,每服百余丸,将此药汤留一口,以送丸药。或加海藻五钱。现用法为饮片各适量煎汤服;另用本方配制成丸剂,与汤剂同时服。功能泻火解毒,消坚散肿。主治热毒痰瘀壅结手足少阳经脉,致生马刀疮,从耳下延及缺盆,或抵肩上,或连胁下,结硬如石;或热毒痰瘀壅结足阳明经脉,致生瘰疬,遍布颏部,或至颊车,坚而不溃,或上述二症已破,流脓水者。

本方所治证属热毒痰瘀壅结手足少阳或足阳明经脉,致生马刀疮或瘰疬,治宜泻火解毒,消坚散肿之法。方中黄芩、黄连、黄柏、知母、草龙胆泻火解毒;昆布化痰软坚;连翘散血结气聚;京三棱、广茂(即莪术)、当归梢、白芍药破血化瘀;栝蒌根、桔梗消肿排脓;柴胡入手足少阳经清热散结,升麻、葛根入足阳明经解毒升阳;甘草和中化毒。配合成方,共奏泻火解毒,消坚散肿的功效。临床用于瘰疬、马刀疮,以属于热毒痰瘀而成之实证为适宜。《外科正宗》说:"此方治有余证而效多,不足证而效少",故对虚证当慎用。

升阳调经汤(《兰室秘藏》卷下) 升麻八钱,葛根、草龙胆(酒制)、黄芩(酒制)、广茂(酒洗,炒)、京三棱(酒洗,炒)、炙甘草、黄连(酒洗)、连翘、桔梗各五钱,生黄芩四钱,当归梢、芍药各三钱,黄柏(酒洗)二钱,知母(酒洗,炒)一两。上另秤一半作末,炼蜜为丸,如绿豆大,每服百余丸。一半㕮咀,每服五钱,若能食,大便硬,可加至七八钱,水二盏,先浸半日,煎至一盏,去渣,临卧热服,足高去枕仰卧,噙一口作十次咽之,留一口在后送下药丸,服毕,其卧如常。功能泻火解毒,升阳化瘀。主治热毒壅结于足阳明经脉,血行瘀滞,致生瘰疬,肿块坚硬,大小不等。

连翘散坚汤(《兰室秘藏》卷下) 柴胡一两二钱,草龙胆(酒洗四次)、土瓜根(酒制)各一两,黄芩(酒炒二次)七钱,当归梢、生黄芩、广茂、京三棱(同广茂酒炒)、连翘、芍药各五钱,炙甘草三钱,黄连(酒炒二次)、苍术各二钱。上另秤一半为细末,炼蜜为丸,如绿豆大,每服百余丸。一半㕮咀,每服五钱,水二盏,先浸多半日,煎至一盏,去渣,临卧热服,去枕仰卧,每口作十次咽之,留一口送下丸药,服毕卧如常。功能泻火解毒,疏肝化瘀。主治热毒壅结于手足少阳经脉,气滞血瘀,致耳下或至缺盆或肩上生

疮，坚硬如石，动之无根，名弓刀，或生两胁，或已流脓，作疮未破。

解毒济生汤

本方出自《外科正宗》卷四。方由川芎、当归、黄柏、知母、天花粉、金银花、麦门冬、远志、柴胡、黄芩、犀角、茯神各一钱，甘草、红花、升麻（手指脱疽者加）、牛膝（足趾脱疽者加）组成。水二钟，煎八分，临卧入童便一杯，随病上下服。功能清热解毒，活血化瘀。主治脱疽初起，热毒炽盛，血络瘀阻，患趾（指）或肿或紫，或麻或痛，恶寒体倦，发热作渴，神志恍惚不宁者。

本方所治证属热毒侵犯足趾（或手指），血络瘀阻，致患脱疽，故用清热解毒，活血化瘀之法。方中金银花清热解毒，善疗痈疽疮疡，亦为治脱疽热毒炽盛之要药；犀角凉血解毒；黄芩泻火解毒；知母、童便、黄柏滋阴降火；麦门冬、天花粉养阴生津；当归、川芎、红花活血化瘀；茯神、远志养心安神；柴胡宣畅气血，能治十二经之疮疽有热者；甘草清热解毒，调和诸药；升麻清热解毒，其性上升，故患处在手指者加之；牛膝散瘀消肿，引诸药下行，故患处在足趾者加之。配合成方，共奏清热解毒，活血化瘀功效。临床用治脱疽初起，热毒炽盛，血络瘀阻者，以患趾（指）剧痛，局部肿胀色紫，发热恶寒，舌质红，苔黄腻，脉滑数为辨证要点。《医宗金鉴·外科心法要诀》治脱疽初起，亦用本方，但同时配合"外用大麦米煮饭，拌芙蓉叶、菊花叶各五钱，贴之止痛"，内外并治，则奏效更捷。现对于血栓闭塞性脉管炎后期（坏疽期），患趾（指）皮色紫暗，皮肤上起发黄疱渐变黑色，呈浸润性漫延，甚则五趾相传，波及足背，肉枯筋萎，呈干性坏死，溃破腐烂，创口只流紫黑血水，创面肉色不鲜，气味甚臭，疼痛剧烈，趺阳脉消失，全身常伴有轻重不同的发热，口干，食欲减退，便秘，尿黄赤，苔黄腻，舌质红，脉细数等，亦可以用本方加减治疗。

清神散（《外科正宗》卷二） 甘草节五钱，真豆粉一两，大朱砂三钱，梅花片五分，牛黄三分。上为细末，每服一钱，淡竹叶、灯心汤调服。功能清热解毒，安神。主治脱疽、疔疮、发背热毒甚者，腠理发越不尽，多致烦躁闷乱，睡则谵言，呕吐不食者。

四妙勇安汤

本方出自《验方新编》卷二，但原书有方无名。该方名见于《中医杂志》1958年第11期。方由金银花、玄参各三两，当归二两，甘草一两组成。水煎服，一连十剂，药味不可减少，减则不效，并忌抓擦。现用法为水煎，分二至三次服。功能清热解毒，活血止痛。主治脱疽。症见患处皮色黯红，微热微肿，疼痛剧烈，烦热口渴，甚则溃烂，脓血淋漓，舌红，脉数。

本方所治之脱疽，证属火毒内蕴血行不畅而成。治以清热解毒为主，兼以活血止痛。方中金银花善于清热解毒，故重用为主药；当归活血和营，玄参滋阴清热，泻火解毒，生甘草本有解毒之功，金银花得甘草辅助，更能增强清热解毒之力，共为辅佐。四药合用，药味不多，但量大力专，共奏清热解毒，活血止痛之功。经实验研究，本方能疏通及促进血循环，使末闭塞的动脉及侧枝循环变粗、增多，从而减轻症状及避免坏疽继续发展。同时本方还具有抗菌消炎，镇痛镇静，消肿退热，促进溃疡愈合等作用。本方为治疗脱疽的有效方剂，尤宜于热毒较甚而有阴血耗伤之脱疽。临床以患处皮色黯红，微肿微热，疼痛剧烈，烦热口渴，舌红脉数为辨证要点。

本方可用于血栓闭塞性脉管炎、动脉栓塞性坏疽症（开始溃烂时）、栓塞性大静脉炎属于热毒型或湿热型患者。还可用于痈疽溃后，久不敛口，而又阴血耗伤的患者。本方运用时剂量宜重，轻剂效果不佳。脱疽有阴阳偏盛之不同，凡属阴寒型、气血两虚型者不宜用本方；假如肢体末端坏死，已有死骨者，宜结合手术摘取死骨，同时配合外治；治疗期间忌烟、酒及食辛辣之品，防止患处损伤。

活血通脉饮（《周围血管疾病证治》） 丹参、金银花各30克，赤芍、土茯苓各60克，当归、川芎各15克。水煎服。功能活血化瘀。主治血栓闭塞性脉管炎、血栓性静脉炎、下肢深静脉血栓形成、闭塞性动脉粥样硬化、肢端动脉痉挛等病。

导赤散

本方出自《小儿药证直诀》卷下。为清心泻火利尿的常用方剂。方由生地黄、生甘草、木通各等份（一方不用甘草，用黄芩）。上为末，每服三钱，水一盏，入竹叶同煎至五分，食后温服。现用法多作为汤剂，水煎服，用量酌定。功能清心凉血，利水通淋。主治心经有热引起的心胸烦热，口渴面赤，口舌生疮，以及膀胱有热导致的小便短赤不畅，尿时刺痛，舌红脉数。

本方所治证属心经和膀胱有热所致，故治宜清热利水之法。方中生地黄能入心清热凉血，兼能养阴；木通、竹叶清心降火，利水通淋；生甘草和胃清热，通淋止痛。合和成方，既能清心热凉血，而又利水通淋，由于利水与养阴并重，因此无伤阴之弊，使心经之火从小便而解，故有"导赤"之名。一方无甘草有黄芩，则清热之功较显著。本方上清心火，下利小便，临床以口舌生疮，或小便短赤涩痛，舌红脉数为辨证要点。若心火较盛，可加黄连以清心泻火；甚者可加大黄；小便涩痛明显者，合八正散同用；血淋涩痛，加小蓟、旱莲草、白茅根、蒲黄以凉血止血。对临床上口腔溃疡、尿路感染、尿血等属于心经和膀胱有热引起者，皆可以本方加减运用。

火府丹（《普济本事方》） 生干地黄二两，木通（削去

粗皮,锉,研细末秤入)、黄芩(去皮)各一两。上为细末,炼蜜杵丸,梧子大,每服三十粒,木通煎汤下。功能清心利水。主治心经热,小便涩,及治五淋。方用导赤散去竹叶、甘草,加黄芩清热,立方之意和导赤散基本相同。

火府散(《证治准绳·幼科》集之五) 生地黄、木通各一两,黄芩、甘草(炙)各半两。上㕮咀,每服二钱,水煎,温服不拘时。功能清心火,利小便。主治面赤咬牙,发热,唇口干燥,小便赤涩等。

清心莲子饮

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。又名莲子清心饮。方由黄芪、麦门冬(去心)、地骨皮、车前子、甘草(炙)各半两,石莲肉(去心)、白茯苓、黄芪(蜜炙)、人参各七钱半组成。上锉散,每服三钱,入麦门冬十粒。水一盏半,煎取八分去滓,水中沉冷,空心食前服。功能清心火,益气阴,利湿浊。主治心火妄动,气阴两虚,湿热下注。症见遗精淋浊,血崩带下,遇劳辄发,睡卧不安,四肢倦怠,五心烦热;或心火炎上,肺阴灼伤,口干舌燥,渐成消渴。

本方所治证属心火妄动,而气阴不足,心肾不交,湿热下注,故宜清心火,益气阴,利湿浊,扶正与祛邪兼顾之法。方中石莲子清心火而交心肾,黄芩清心肺之热,地骨皮清虚热,茯苓、车前子分利湿浊;麦门冬清心养阴,再加人参、黄芪、甘草以益气扶正。使心火清宁,气阴恢复,心肾交通,湿热分清,则本方所治诸证当逐渐痊愈。现临床上对于慢性泌尿系感染、慢性前列腺炎病久正气虚弱而余热未清者,可用本方治疗。原书加减法:"发热加柴胡、薄荷。"

莲子六一汤(《仁斋直指方论》卷十) 石莲肉(连心用)六两,炙甘草一两。为细末,每服二钱,灯心煎汤调下。功能清心补虚。主治心经虚热,小便赤浊。

清心莲子饮(《幼幼集成》卷四) 建莲子二钱,白茯苓一钱五分,益智仁、大麦冬各一钱,人参、远志肉、石菖蒲、车前子各五分,漂白术六分,宣泽泻四分,生甘草三分。灯心十茎,水煎,空心服。功能清心利湿,补益气阴。主治小儿心经虚热,小便色白混浊。

泻心汤

本方出自《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》。又名泻心三黄汤、三黄泻心汤。相传伊尹的三黄汤、仓公的火齐汤即是本方。为泻实火之剂。方由大黄二两,黄连、黄芩各一两组成。上三味,以水三升,煮取一升,顿服。功能泻火解毒,燥湿泄热。主治心胃火炽,迫血妄行,以致吐血,衄血,口臭,便秘,溲赤,舌红,苔黄腻,脉滑数;湿热内蕴发为黄疸,胸中烦热痞满,舌苔黄腻;妇人伤寒六七日,内有燥屎,大便秘结,谵语目赤;三焦积热,面红目赤,口舌生疮,外科痈肿等见有心胸烦热,属热毒炽盛者。

本方主治心胃火炽,迫血妄行,或三焦实热,以及湿热内蕴所产生的诸证,故用泻火解毒,燥湿泄热之法。方中黄芩、黄连、大黄均具泻火解毒之功,既能泻心火,亦能泻一切实火。尤怡说:"血为热迫,妄行不止,大黄、黄连、黄芩泻其心之火,而血自宁。"泻心汤虽非直接止血之剂,但清热降火却能起间接的止血作用,所以泻心即是泻火,泻火即能止血。吴谦说:"三黄汤用黄芩泻上焦火,黄连泻中焦火,大黄泻下焦火,三焦实火大便实者,诚为允当。"所以,本方虽以"泻心"名方,但并非专泻心火,而对一切实火均可以用此方泻之。由于三黄之性苦寒,苦能燥湿,寒能清热,故对湿热内蕴而发的黄疸,也能主治。实验研究,本方抗病原微生物作用明显而广泛,并能解热、抗炎及增强白细胞和网状内皮系统的吞噬功能;利胆作用也较明显,并有抗肝损伤作用。此外,尚有泻下、止血、去脂、降压等多种效能。本方为治一切实热证的要方。临床以面红目赤,心胸烦热,便秘溲赤,舌红苔黄腻,脉滑数为辨证要点。用治湿热交阻病证时,以热重于湿或湿热化火者为宜;若火热不盛,大便如常者,可用熟大黄;用治痈疮疔毒等证,除内服外,亦可研末外敷。现临床上亦常用于急性胃肠炎、胆囊炎、结膜炎、口腔炎、肺结核咯血等。

三黄丸(《太平惠民和剂局方》卷六) 又名清热三黄丸。黄连、黄芩、大黄各十两。为细末,炼蜜为丸,梧桐子大,每服三十丸,熟水吞下。功能清热泻火。主治三焦积热,上焦有热,致目赤头痛,口舌生疮;中焦有热,致心膈烦躁,饮食不美;下焦有热,致小便赤涩、大便秘结;五脏俱热,疽疖疮痍;以及痔疾肛门肿痛,或下鲜血;并治小儿积热。现亦用于高血压病、高胆固醇血症等属三焦实热者。

泻心汤(《小儿药证直诀》卷下) 黄连(去须)一两。上为末,每服五分,临睡时取温水化下。功能泻心清火。主治小儿心经热证。

二黄汤(《医宗金鉴·删补名医方论》卷二十八) 黄芩、黄连、甘草各等份。水煎,食后服。功能泻上焦实火。主治上焦火旺,头面肿大,目赤肿痛,心胸、咽喉、口、舌、耳、鼻热盛及生疮毒者。

大黄黄连泻心汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。《张氏医通》又名黄连泻心汤。方由大黄二两,黄连一两组成。上二味以麻沸汤二升渍之须臾,绞去滓,分温再服。功能泻热消痞。主治邪热凝聚成痞。症见心下痞,按之濡,关上脉浮者。

本方所治证属无形邪热结于心下(胃脘部),气滞不通而致。热虽盛而未与有形之物相结,故病者主要有心下痞塞不通之感。治宜泄热消痞。方中黄连以清心胃之

邪热；大黄泻热和胃开结，邪热得除，则痞气自消。用法不取煎而取沸水浸泡，欲其轻扬清淡，以去上焦之邪。《医宗金鉴》说："以滚沸如麻之汤，渍大黄、黄连，须臾绞去滓，仅得其无形之气，不重其有形之味，是取其气味俱薄，不大泻下。虽曰攻痞，而用攻之妙，不可思议也。"方名"泻心"，意在于泻胃中之热，不是攻逐肠中实结。《千金翼方》注谓："此方必有黄芩。"如《伤寒全生集》之大黄黄连泻心汤中有黄芩。大黄黄连泻心汤中究竟有无黄芩，这一问题，去古既远，已难考证，但就本方证而言，如有黄芩则清热之功更优，如无黄芩，本方亦可胜任。本方即使有黄芩，其组成虽与《金匮要略》泻心汤同，但用法不同，功效亦不尽相同。大黄黄连泻心汤不取煎而取沸水浸泡，欲其轻扬清淡，以去上焦之邪；泻心汤不取泡而取煎，欲其治三焦实火兼大便实者，诚为允当。本方泄热消痞，治疗无形邪热结于心下之热痞。临床运用以心下痞，按之濡，舌红苔黄，脉数为辨证要点。本方加木香治噤口痢，而积秽太多，恶气熏蒸者。火亢吐血实证亦可用本方治疗。本方证心下虽柔软，仍属热证实证。若全腹柔软无力，抵抗力低于正常者，当属虚证，则禁用苦寒清泄之法。

附子泻心汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》）　大黄二两，黄连一两，黄芩一两，附子（炮，去皮，另煮汁）一枚。上四味，切三味，以麻沸汤二升渍之，须臾，绞去滓，纳附子汁，分温再服。功能泄热消痞，扶阳固表。主治表阳虚邪热内陷，结于心下，气机痞塞，心下痞满，心烦，小便黄赤，大便不爽，舌红，苔黄，脉数，而又恶寒汗出者。

黄连阿胶汤

本方出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》。方由黄连四两，黄芩二两（《千金翼方》作"一两"），芍药二两，鸡子黄二枚，阿胶三两（《千金翼方》作"三挺"、《外台秘要》"一云三片"）组成。上五味，以水六升，先煮三物，取二升，去滓，纳胶烊尽，小冷，纳鸡子黄，搅令相得，温服七合，日三服。功能清热养阴，除烦安神。主治少阴病，热灼真阴，心火上亢，心中烦，不得卧，咽干口燥，舌红少苔，脉沉细数。

本方所治为阴亏火旺之证。肾水不足，心火亢盛，故见心烦不眠，卧起不安。方中黄连、阿胶为君药，黄连清心降火而除烦，阿胶滋肾水以益阴。臣以黄芩，助黄连清心降火。再以芍药、鸡子黄滋肾阴，养营血，安心神，以为佐使。全方相配，既清心火，又益肾水，心肾相交，水火既济，则心烦不眠等症自除。又方中黄芩、黄连两药，苦寒之性，能清肠中湿热，白芍、阿胶复能敛阴止血，黄芩、芍药相配，又善清肠热而止腹痛，故本方又可治疗痢疾腹痛下脓血者，是取其能清湿而止痢也。本方对温毒下痢脓血，而见烦躁不得眠者，亦可应用。

黄连阿胶汤（《圣济总录》卷七十四）　黄连（去须）、阿胶（炙燥）、乌梅肉（炒）各二两，山栀子仁三十枚，黄柏（去粗皮，锉）一两。上五味，捣筛，每服五钱匕，水一盏半，煎至八分，去滓温服，空心食前服，每日二次。功能清热解毒，养阴止痢。主治热毒泻痢，阴分已伤者。

黄连阿胶丸（《普济方》卷二十六）　黄连（净）三两，赤茯苓二两，阿胶（炒）一两。上药黄连、赤茯苓同为细末，水调阿胶和为丸，桐子大，每服三十丸，食后米饮下。功能清心火，除肺热，止血。主治肺经有热，咳嗽咯血。

黄连阿胶汤（《重订通俗伤寒论》）　陈阿胶（烊冲）钱半，生白芍二钱，小川连（蜜炙）六分，鲜生地六钱，青子芩一钱，鸡子黄一枚（先煎代水）。功能滋阴清火。主治心烦不寐，肌肤枯燥，神气衰弱，咽干溺短。

五汁一枝煎

本方出自《重订通俗伤寒论》。方由鲜生地汁四大瓢，鲜茅根汁二大瓢，鲜生藕汁、鲜淡竹沥各二大瓢，鲜生姜汁二滴，紫苏旁枝（切寸）二钱组成。先将紫苏旁枝煎十余沸，取清汤盛盖碗中，和入五汁，重汤炖温服。功能清润心包血分，轻清宣透。主治心包邪热郁蒸，心血亏虚，血虚生烦，躁扰不安，或愦愦无奈，心中不舒，间吐粘涎，呻吟错语，舌红苔少，脉象细数者。本方主治邪热侵入心包，郁蒸于内，营血伤耗，而生诸症。治宜清营凉血，宣透热邪。方中以鲜生地汁为主药，清心包血分之热邪，并可润养阴血，清而兼养，一物二用；再以茅根汁、生藕汁清热凉血养阴为辅；热犯心包，往往经络瘀阻，津液为痰，故复用紫苏旁枝、竹沥、生姜汁辛宣透达，涤痰通络。《侣山堂类辨》说："紫苏枝茎能通血脉，故易思兰先生常用苏茎通十二经之关窍。"本方用此，亦是取其宣通络脉之意。总之，本方是"清润心包，濡血增液之良方"。故适用于邪热侵入心包，营血耗伤之证。

服蛮煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由生地、麦门冬、芍药、石菖蒲、石斛、川丹皮、茯神各二钱，陈皮一钱，木通、知母各一钱半组成。水一钟半，煎七分，食远服。功能清心滋水，安神开窍。主治狂病已久，水不制火，心肾微虚，肝郁气滞。症见神志失常，时而发狂，言语不避亲疏，行为失检，污洁不知，喜怒无常，狂势渐减，则精神疲惫，时而烦躁，形瘦面红，舌质红，脉象弦滑或弦细者。亦治情志不遂，渐致痴呆，言辞颠倒，举动失常，或多汗，或善愁者。

狂证多因于火，故其治当以治火为先，而挟痰气者，可察其兼挟而并治之。本方所治狂证，其病机为肝气郁结，水不制火而兼心肾微虚。故用牡丹皮、知母、木通苦寒泻火，生地黄、麦冬、石斛、芍药酸甘养阴，使阴足而火自火。茯神安神，而地黄与茯神可以兼养心肾，以顾其虚。石菖蒲芳香开窍，与陈皮配伍，则可理气化痰。叶天

士《临证指南医案》谓狂病多由火炽痰涌，心窍为之闭塞，故清火豁痰开窍实为必要之法。方名服蛮者，即制服狂蛮之意也。原方加减法："如痰胜多郁者，加贝母二钱；痰盛兼火者，加胆星一钱五分；阳明火盛，内热狂叫者，加石膏二三钱；便结胀满多热者，玄明粉二三钱调服，或暂加大黄亦可；气虚神困者，加人参随宜。"

龙胆泻肝汤

本方出于《医方集解》。《校注妇人良方》所载较本方少柴胡；《兰室秘藏》所载较本方少黄芩、栀子、甘草。为泻肝火，利湿热的代表方剂。方由龙胆草（酒炒）、黄芩（炒）、栀子（酒炒）、泽泻、木通、车前子、当归（酒洗）、生地黄（酒炒）、柴胡、生甘草组成。水煎服。现除作汤剂外，亦制成丸剂，称龙胆泻肝丸，每服6—9克，日2次，温开水送下。功能泻肝胆实火、清肝经湿热。主治肝胆实火引起的胁痛，头痛，目赤口苦，耳聋耳肿，以及肝经湿热下注之筋痿阴汗，小便淋浊，阴肿阴痛，妇女带下等。

本方所治之证均属肝胆实火，肝经湿热下注引起，故治宜清泻肝火和清热利湿结合运用。方中龙胆草性味苦寒，善泻肝胆之实火，并能清下焦湿热，用为君药。臣以黄芩、栀子、柴胡苦寒泻火；车前子、木通、泽泻清利湿热，使湿热从小便而解。肝为藏血之脏，肝经有热则易伤阴血，故佐以生地黄、当归养血益阴。甘草调和诸药，是为使药。一般来说，肝经湿热之证，在湿热未清之际，生地黄等滋阴养血之品应当慎用，以防助湿恋邪。但本方在清热为主并结合利湿的情况下，配合少量生地黄、当归是可以的，并且诸药配合运用，可以起到泻中有补，清中有养，相辅相成之效。正如张秉成所说："古人治病，泻邪必兼顾正，否则邪去正伤，恐犯药过病所之弊，故以归、地养肝血，甘草缓中气，且协和各药，使苦寒之气不伤胃气耳。"临床运用本方，以脉象弦劲或洪数，舌质红而尖端绛刺，舌苔黄腻，小便黄赤，或排尿涩痛，胁痛目赤，口苦，或口舌干燥，大便干结为辨证要点。现临床上亦多用于高血压病、急性结膜炎、急性中耳炎、鼻前庭及外耳道疖肿属于肝胆实火者。对于甲状腺功能亢进、急性胆囊炎、尿路感染、急性前列腺炎、外生殖器炎症、急性盆腔炎、带状疱疹等属于肝胆湿热者，均可加减运用。然本方药性多偏于苦寒，易伤脾胃，应中病即止，不宜久服。

龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》卷下） 柴胡梢、泽泻各一钱，车前子、木通各五分，生地、当归梢、龙胆草各三分。上锉如麻豆大，都作一服，水三盏，煎至一盏，去滓，空心稍热服，然后食以美膳。功能清利肝胆湿热。主治肝胆湿热下注，阴部热痒及臊臭。

清胆泻火汤

本方见于《中西医结合治疗急腹症》（天津市南开医院）。系由《伤寒论》大柴胡汤及茵陈蒿汤复合演化而来。方由柴胡、黄芩各15克，半夏9克，茵陈蒿30克，栀子、龙胆草、木香、郁金各9克，生大黄9克（后下），芒硝9克（冲服）组成。水煎服。功能清胆泻火，理气化湿。主治急性化脓性胆囊炎。症见右胁持续性胀痛，口苦咽干，寒热往来，腹部胀满，舌红或绛，苔黄燥或有芒刺，脉象弦滑数或洪数。本方所治的急性化脓性胆囊炎，是由肝胆实火所致。方中栀子、龙胆草苦寒泻火，茵陈清利肝胆湿热，柴胡、黄芩和解少阳，木香、郁金理气解郁，大黄、芒硝泻火通腑，半夏和胃化湿。方义重在清湿热，解热毒。惟热甚则郁，郁则气不通，不通则痛，故仍配伍木香、郁金等药以通调气机。从方源演变而言，本方当从大柴胡汤、茵陈蒿汤加减而来。大柴胡汤原治少阳阳明同病者，对和解少阳、清泻阳明功效颇著，惟清利胆经湿热尚逊一筹，故合用茵陈蒿汤以助清化，并配伍龙胆草，寒以胜热，苦可化湿。纵观全方配合甚佳。惟此是急性病重症，在服法上可以一日二剂分四次服，以增强药效。本方以起病较急，寒热往来，胸胁疼痛，尤以右胁及右上腹为甚，按之尤痛，舌红或绛，苔黄燥，脉弦滑或洪数为辨证要点。原方加减法："热重者可加板蓝根、银花、连翘壳；便秘者重用大黄、芒硝、川朴；疼痛甚者加川楝子、延胡索；呕吐者酌加竹茹；食欲不振者酌加藿香、佩兰、炒麦芽、焦神曲、焦山楂；瘀血者加桃仁、红花、赤芍。"

清胆行气汤（《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院） 柴胡、黄芩、半夏、枳壳、香附、郁金、延胡索各9克，木香9—12克，杭芍15克，生大黄（后下）9克。水煎服。功能清胆，理气，止痛。主治胆绞痛、单纯性胆囊炎属气滞型者。症见右胁绞痛或串痛，口苦，咽干，头晕，食少，舌尖微红，苔薄白或微黄，脉象弦数或弦细者。

清胆利湿汤（《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院） 柴胡9—15克，黄芩、半夏、木香、郁金、车前子、木通、栀子各9克，茵陈15克，生大黄（后下）9克。水煎服。功能清胆泻火，利湿导滞。主治胆囊炎、胰腺炎、胆总管结石或化脓性胆管炎属湿热型。症见右胁持续性胀痛，发热恶寒，口苦咽干，目黄，身黄，尿黄或赤涩，大便秘结，舌红苔黄腻或厚，脉弦滑洪数者。

排石汤

本方见于《中华医学杂志》1974年第2期。方由虎杖30克，木香15克，枳壳9克，大黄15克，栀子12克，延胡索15克，金钱草（或茵陈）30克组成。水煎服。功能清热利湿，行气止痛。主治胆石症因于湿热阻滞，气机不畅，胸胁脘腹隐痛，或刺痛不可忍者。本方清肝胆湿热，行胸胁之气机。方中虎杖、金钱草清热利湿共为君药；延胡索、木香行气以止痛，共为臣药；大黄合栀子泄瘀热而清肝胆，枳壳行气宽中，配大黄、虎杖以降气泄壅，有利于结石之下排，均以为佐。组合成方，可使湿热得清，气机调

畅,结石自出,疼痛自除。

胆道排石汤(《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院) 金钱草3克,茵陈、郁金各15克,枳壳、木香各9克,生大黄6—9克。水煎服。功能清热利湿,行气止痛。主治胆道结石属于湿热者。

利胆排石片(《中华人民共和国药典》一部) 金钱草、茵陈各250克,黄芩、木香、郁金各75克,大黄、槟榔各125克,枳实(麸炒)、厚朴(姜制)各50克,芒硝(精制)25克。以上十味,木香、大黄、芒硝粉碎成细粉;其余七味经煎煮,提取,浓缩成稠膏状,加入上述细粉制成1 000片。口服,排石:每次6—10片,日2次;炎症:每次4—6次,日2次。功能清热利湿,利胆排石。主治胆道结石、胆道感染、胆囊炎等属湿热郁滞者。

利胆丸

本方见于《中西医结合治疗急腹症》(天津市南开医院)。方由茵陈120克,龙胆草、郁金、木香、枳壳各90克组成。上药共研细末,加鲜猪胆汁或羊胆汁500毫升(先将胆汁熬浓到250毫升),拌入药面中,并加适量蜂蜜,制成丸药,每丸9克,早晚各服1丸。功能清热利胆,疏肝理气。主治胆道结石。发作过后或服用胆道排石汤疼痛缓解后,以此丸长期服用(一般以1个月为1疗程,停药1周后再行第2疗程)。本方主治胆道结石症,常用于绞痛缓解期。方中茵陈、龙胆草清利肝胆湿热;枳壳、郁金、木香舒肝理气,木香尚可解痉止痛。本方制丸以图渐消缓化。

利胆汤(片)(《常见急腹症》) 柴胡、茵陈、郁金、黄芩、大黄(后下)、白芍各15克,金银花、大青叶各30克,木香12克,芒硝10克(冲服)。水煎服,每日1剂,早晚2次分服;病重者可每日2剂,分4次服,每6小时1次。亦可制成片剂,每片重0.3克,每次服5—10片,每日3次。但服药剂量应按每日排便次数及服药反应进行调整,轻病及慢性患者,每日以保持大便2—3次为宜。功能疏肝利胆,清热解毒,排石止痛。主治胆石病及胆道感染。利胆片多用于慢性病例。

硝石矾石散

本方出自《金匮要略·黄疸病脉证并治》。又名硝矾散。方由硝石、矾石(烧)各等份组成。上二味,为散,以大麦粥汁调服,每服一方寸匕,日三服。现用法作糊丸或片剂,每服1—1.5克,日服2次。功能消瘀化浊除黄。主治女劳疸,日晡发热恶寒,膀胱急,少腹满,身尽黄,额上黑,足下热,腹胀如水状,大便色黑,时溏;现亦用于胆石症。本方所治女劳疸,乃黄疸后期,瘀浊内阻之证,故治以消瘀化浊之法。方中硝石(火硝)利湿化浊而消瘀阻;矾石(明矾)燥湿解毒而除疸黄。两药合用,可奏消瘀化浊除黄之功。方用大麦粥汁调服,以缓和药性,顾护胃肠。现临床常以本方配合逍遥散、四逆散等,治疗胆石症,有破结软坚、利胆化石之效。近人对硝、矾两药的解释各有不同,故本方的配制内容并不一致,除用火硝与明矾配伍外,有的用火硝与绿矾配伍,有的用芒硝与明矾配伍,也有用芒硝与绿矾配伍的。由于配伍不同,功用也有差异。

硝石散(《中医方药手册》山西省中医研究所) 郁金、火硝、明矾、滑石、甘草。散剂,每服1—2克,日服2—3次。功能利胆化石。主治胆石症,亦治尿路结石。

镇逆汤

本方出自《医学衷中参西录》。方由生赭石18克(细轧),青黛6克,清半夏9克,生杭芍12克,龙胆草9克,吴茱萸3克,生姜6克,野台参6克组成。赭石先煎,煮开20分钟后再入余药同煎,少少与之,分多次服。功能清胆降胃,镇逆止呕。主治胃气上逆,胆火上冲,恶心呕吐,口苦苔黄,脉弦数者。本方所治证属胆胃气火上逆之呕吐。方中龙胆草、青黛皆苦寒之性,清肝胆火热而性沉降;生杭芍养阴收敛,又善泻肝胆之热;代赭石重坠,善镇逆气,降痰涎,止呕吐,且性甚平和,虽降逆气而不伤正气;其余半夏、吴茱萸、生姜,性皆降逆止呕,与代赭石同用,可增强止呕之功;因呕则伤胃,故略加台参以养胃补气。综合成方,可清胆胃而降逆,故对胆胃火气上逆者,可以应用,但脾胃虚寒呕吐者忌用。

左金丸

本方出自《丹溪心法》卷一。又名回令丸、萸连丸。方由黄连(一本作黄芩)六两,吴茱萸一两或半两组成。上为末,水丸或蒸饼丸,白汤下五十丸。现用法为水泛为丸。每服2—3克,开水吞服。亦作汤剂,用量按原方比例酌定。功能清泻肝火,降逆止呕。主治肝胃火旺。症见胁肋及脘腹胀痛,呕吐吞酸嘈杂,嗳气,口干,舌红苔黄,脉弦数。

《素问·至真要大论》说:"诸逆冲上,皆属于火;诸呕吐酸……皆属于热。"本方所治证属肝失条达,郁而化火,以及肝火犯胃所致。方中重用黄连苦寒泻火为君药,少佐辛热之吴茱萸,既能降逆止呕,制酸止痛,又能制约黄连之过于寒凉,为佐使药。两味合用,一清一温,苦降辛开,以收相反相成之效。对于本方应用黄连的意义,部分医家强调其泻心火,而后通过脏腑的生克关系,达到清肝的目的。例如陈修园说:"肝实作痛,惟肺金能平之。故用黄连泻心火,不使克金;且心为肝子,实则泻其子也。"但黄连也能入肝胃之经,清肝胃之热。秦伯未说:本方"从效果研究,以吞酸嘈杂最为明显,其主要作用应在于胃。黄连本能苦降和胃,吴茱萸散胃气郁结,类似泻心汤

的辛苦合用。故吞酸而兼有痰湿粘涎的,酌加吴茱萸用量,效果更捷"。对于痢疾或湿热泄泻,腹痛明显者,可用本方加白芍以缓急止痛。疝气属于肝火者,亦可应用。现临床上亦用于急、慢性胃炎,症见胃脘疼痛、嗳气吞酸,口苦嘈杂,舌红苔黄者,或合加味逍遥散以加强疏肝和胃之效。

戊己丸(《太平惠民和剂局方》卷六) 黄连(去须)、吴茱萸(去梗,炒)、白芍药各五两。上为细末,面糊为丸,如梧桐子大,每服二十丸,浓煎米饮下,空心日三服。功能清热化湿,和血止痛。主治肝脾不和,胃痛吞酸,腹痛泄泻,以及脾胃湿热所引起的腹泻、热痢等。

佐金丸(《证治准绳·类方》第一册) 黄芩六两,吴茱萸(汤洗三次)一两。上为末,粥丸,如桐子大,每服三五十丸,白术、陈皮煎汤下。功能和主治同左金丸。

四味萸连丸(《证治准绳·幼科》集之三) 吴茱萸(炒)、黄连(炒)、神曲、荷叶各等份。为末,煮神曲糊丸,桐子大,每服二十丸,白汤下。黄连当量病微甚,或炒黑、炒黄使用。功能清肝和胃。主治肝胃不和,脘腹作胀,嗳气吞酸,食不能化。本方所治证为肝胃不和,但肝火之象较左金丸证为轻,故吴茱萸、黄连用量等份,加神曲、荷叶以和胃助运。

连附六一汤(《医学正传》卷四) 黄连六钱,附子(炮,去皮脐)一钱。上细切作一服,加生姜三片、大枣一枚,水一盏半,煎至一盏,去滓,稍热服。功能清热止痛。主治胃脘痛甚,诸药不效者。

清肝达郁汤

本方出自《重订通俗伤寒论》。系丹栀逍遥散衍化而来。方由焦山栀三钱,生白芍钱半,归须一钱,川柴胡四分,粉丹皮二钱,清炙草六分,广橘白一钱,苏薄荷(冲)四分,滁菊花钱半,鲜青橘叶(剪碎)五片组成。水煎,分二次服。功能清肝泻火,理气解郁。主治肝气郁结化火,胸满胁痛,或兼腹满而痛,性情暴躁,甚或欲泄不泄,泄而不畅,或月经不调,月事超前,或寒热往来,苔薄脉弦者。方中柴胡疏肝解郁为主;助以薄荷辛散开达;肝郁易于化火,故又配伍牡丹皮、栀子、滁菊花清泄肝火;肝郁易致血虚,复加白芍、当归须养血和营,橘白、橘叶清芬疏气,佐柴胡、薄荷以疏解郁结,甘草调和诸药为使。从方源而言,此方是将丹栀逍遥散减去茯苓、白术加入橘白、橘叶、滁菊花而成;健脾之力,不及原方,而清肝疏肝之力以此为胜。暴怒气盛者,加制香附三钱,醋炒青皮八分,肠鸣飧泄者加乌梅炭三分,白僵蚕钱半;疝气疼痛者加小茴香二分,炒橘核三钱,炒荔枝钱半。

豢龙汤

本方出自《医醇賸义》卷二。方由羚羊角一钱五分,牡蛎四钱,石斛三钱,麦冬(青黛少许拌)一钱五分,南沙参四钱,川贝(去心,研)二钱,夏枯草一钱五分,丹皮一钱五分,黑荆芥一钱,薄荷炭一钱,茜草根、牛膝各二钱,茅根五钱,藕五大片组成。上药取饮片,水煎服。功能清肝润肺,降火止血。主治肝肺邪热上冲,以致鼻衄,血色鲜红,心烦口渴,面目红赤,苔黄舌红,脉象滑数或弦数者。

本方所治证属肝肺邪热上冲所致鼻衄。肝经有热,故用羚羊角以清肝泻火;复用牡丹皮、青黛、夏枯草助其清肝,使协同增效。肝火犯肺,耗灼肺阴,故再用麦冬、石斛、沙参、川贝母清养肺阴,是为正本清源之治。配伍黑荆芥、薄荷炭、藕片、茜草、牡蛎收敛止血,以遏其势而治其标;牛膝以引热下行,使气火下降以达止血目的;白茅根清热生津,凉血止血。总观全方,清肝肺之热,而润养肺阴,降火止血而引热下行,故对肝肺邪热上冲而致鼻衄者可以应用。衄血如属脾气虚寒,脾不统血者,不可妄用。在临床使用时,方中藕片可改用藕节炭,以加强止血之功。白茅根宜用鲜品,如无茅根,亦可改用茅花,止血之功亦佳。

安血饮(《血症与肺痨全书》) 白及、白茅根各15克,龙骨、牡蛎各12克,三七、熟大黄各6克,藕汁适量。功能清热泻火,收涩止血。主治阳盛内热,精神躁动不安,见咯血、吐血、鼻衄者。

羚羊角饮

本方出自《奇效良方》卷三十五。方由羚羊角屑、栀子仁、葵子(炒)各一两,青葙子、红蓝花(炒)、麦门冬(去心)、大青、大黄(炒)各半两组成。上捣筛,每服三钱匕,水一盏,煎七分,去滓,不拘时温服。功能清肝泻热,利尿通淋。主治下焦邪热蕴甚,小便血淋,结热涩痛,大便秘结,舌苔黄厚,脉象弦数者。

本方所治证属肝经邪热下注,热迫血行,致成血淋。方中羚羊角、栀子、青葙子清除肝经邪热;栀子配冬葵子清热利水;大青叶清肝而凉血止血,红蓝花(即红花)《本草从新》称其能"利水消肿",且少用可养血和血;用大黄者,在于清泻邪热,与栀子等相配可使二便通利,前后分解;然热则阴伤,故更加麦门冬以养阴清热,清中有补,既可清水道之上源,复"能泻膀胱之火,而又不损膀胱之气"。综观全方,为清肝泻热,利水通淋之剂,故可用于肝经热邪下迫而致之血淋。惟方中羚羊角较为贵重,而山羊角或黄羊角具有相同功效,故可以代用,但用量需加重。本方以肝经实热,小便赤涩淋痛,舌红苔黄,脉象弦数有力为辨证运用要点。孕妇慎用。

羚羊角散(《证治准绳·类方》第五册) 羚羊角屑一两,栀子、甘草(炙)各半两,川升麻、防风(去芦)、酸枣仁、桑白皮、羌活(去芦)各七钱五分。上药㕮咀,每服三钱,水一盏,入生姜五片,煎至六分,去滓温服,不拘时候。忌猪肉、大蒜。功能清肝熄风,散邪缓急。主治肝风筋脉拘

挛,四肢疼痛。羚羊角饮以羚羊角、栀子配大黄、青葙子等,全在泻肝经实火,并加冬葵子以利水,故可用于肝经有热、小便淋痛不利之症。羚羊角散用羚羊角、栀子配防风、羌活等,意在清肝祛风,故可用于肝经风热筋脉拘挛之症。清肝则同,但前者配伍利水,后者配伍祛风,有所差异,宜加区别。

柴胡清肝饮

本方出自《症因脉治》卷四。方由柴胡、青皮、枳壳、山栀、木通、钩藤、苏梗、黄芩、知母、甘草组成。水煎,分二三次服,每日一剂。功能理气清肝。主治肝胆火郁,满腹刺痛,攻注胁肋,口渴身热,烦躁不寐,小便黄赤,不吐不泻,苔薄黄,脉躁疾等。方中柴胡、青皮、枳壳、紫苏梗疏肝理气,以调达肝经气机,使气机通畅,则郁火可散,疼痛可解。复用栀子、黄芩、知母、木通、钩藤、甘草清肝胆之火,使火清气畅,诸恙自除。原书以本方主治燥火腹痛,并谓:"燥气伤人,肠胃干涸,不得流通,不通则痛。"其实本方主治重在气郁化火,如果肠胃津涸,则当酌加白芍、地黄、玄参等一类药物。

芩心丸

本方出自《瑞竹堂经验方》卷四。方由黄芩心(枝条者,用米醋浸七日,炙干,又浸,又炙,如此七次)二两组成。上为细末,醋糊为丸,如梧桐子大,每服七十丸,空心,温酒送下,日进二服。功能清热调经止血。主治妇人肝经或冲脉有热,绝经期月经仍来,或过多不止,血色鲜红,舌红苔黄,脉细数者。本方治月经过多而属于热者。方中黄芩,味苦性寒,入心、肺、肝、胆诸经,故对肝经有热而见月经过多者可以应用。《本经逢原》指出,黄芩"其条实者兼行冲脉,治血热妄行。古方有一味子芩丸,治女人血热,经水暴下不止,最效"。故冲脉有热而致月经先期,月事过多者,亦可应用。本方以黄芩清热调经,更以米醋浸炙,醋糊为丸,取酸以收之之意,药简力专,清中寓收,标本兼顾,堪称便捷。本方除适用于妇人肝经或冲脉有热,月经过多不止外,凡血热妄行,而见衄血,吐血;下焦有热,致患血淋热痛,或热淋尿赤,皆可应用。月经过多属于虚寒证,或瘀血证,或脾胃虚者当忌用。

独圣汤(《圣济总录》卷七十) 黄芩(去黑心)五两。上一味,细锉如麻豆大,每服七钱匕,水二盏,煎至一盏,去滓温服。功能清热止血。主治血热妄行,鼻衄或汗孔出血。

黄芩一物汤(《仁斋直指方论》) 黄芩。细锉,新水煎,通口服。功能与上方相同。主治血淋热痛,亦治热淋。

黄芩汤(《丹溪心法附余》卷二十) 黄芩。研为细末,烧秤锤淬酒,调下三钱,食前服。功能与上方相同。主治崩中下血。本方所治为阳邪太盛,阳乘阴则经水沸溢,故用黄芩清热抑阳,热退阴平则血崩自愈。

防风黄芩丸(《证治准绳·女科》卷四) 条芩(炒焦)、防风等份。为末,酒糊为丸,梧子大,每服三五十丸,食远或食前米饮或酒送下。功能清热疏风,止血。主治肝经风热,迫血妄行,以致血崩、便血、尿血者。

泻青丸

本方出自《小儿药证直诀》卷下。又名凉肝丸、泻肝丸。方由当归(去芦头,切,焙)、龙脑(焙)、川芎、山栀子仁、川大黄(湿纸裹煨)、羌活、防风(去芦头,切,焙)组成。(《古今图书集成·医部全录》一方加甘草、芍药;一方无当归)上药等份为末,炼蜜和丸,鸡头大,每服半丸至一丸,竹叶煎汤入砂糖,温水化下。现用法为研成药粉,用冷开水泛为小丸,每服6克,日服二次,温开水送服,或竹叶煎水送下,小儿酌减;亦可改为汤剂,水煎服。功能清肝泻火。主治肝经郁火。症见目赤肿痛,烦躁易怒,不能安卧,尿赤便秘,脉洪实者;以及小儿急惊,热盛抽搐等症。

本方所治证属肝经郁火所致。治以清肝泻火。方中龙脑即龙胆草,大苦大寒,直泻肝火为主药;配大黄、栀子、竹叶引导肝经实火从二便下行。肝火炽盛,每易耗血伤阴,故用当归养血,川芎和血散郁,两味相伍,既能补血养血,以防血为大热所耗,又能疏解肝郁。肝有郁火,仅持清肝泻火一法,其火难平,故遵《内经》"火郁发之"之法,配用羌活、防风升散之品,以疏散肝经郁火。汪昂对本方配羌活、防风的解释是:"羌活气雄,防风善散,故能搜肝风而散肝火,所以从其性而升之于上也";蜂蜜、砂糖,调和诸药。配合成方,共奏清肝泻火之功。本方重用苦寒之品,以清泻肝火为主,又佐升散之品,以散郁火,清中有疏,寄升于降,如此配伍,泻火而不遏制,升散而不助火,更配养血之品同用,可使泻肝而不伤肝,相辅相成,故为泻肝之善法。《医方考》说:"名曰泻青,泻肝胆也。龙胆草味苦而厚,故入厥阴而泻肝……肝者将军之官,风淫火炽,势不容易以治,故又夺以大黄;用当归者,培养乎血,而不使其为风热所燥也。复用乎羌活、防风者,二物皆升散之品,此火郁发之,木郁达之之意,乃上下分消其风热,皆所以泻之也。"本方与龙胆泻肝汤同用于肝经实火之证,同为苦寒直折法。但龙胆泻肝汤泻火之力较强而兼能利小便,宜于肝火挟湿热者;本方泻火之力较弱而兼疏散郁火,宜于肝火内郁之证。临床以烦躁易怒,目赤肿痛,尿赤便秘,舌红苔黄,脉洪实为辨证要点。眼科对于聚星障、花翳白陷、蟹睛证、风轮赤豆、逆经目赤等属肝经郁火者,常用本方加减治疗。本方亦用治肝经实热,瘰疬肿痛,寒热,或胁乳作痛,大便秘结者。《症因脉治》运用本方的加减法:"大便滑者,去大黄……有寒热加柴胡;舌赤加黄连;小便赤加木通。"本方为泻火之剂,必须体壮脉实之证,方为适合;若肝血不足,阴虚阳亢者,均非本方

所宜。

当归龙荟丸

本方出自《宣明论方》卷四。又名当归龙胆丸、龙脑丸。由崔氏黄连解毒汤加味而成。为治肝胆实火之剂。方由当归(焙)、龙胆草、大栀子、黄连、黄柏、黄芩各一两,大黄、芦荟、青黛各半两,木香一分,麝香半钱组成。上为末,炼蜜和丸,成人用如小豆大,小儿用如麻子大,生姜汤下,每服二十丸。忌发热诸物,兼服防风通圣散。现用法为末,用水泛丸,每次口服6克,日2次,温开水送下。忌辛辣食物。功能清肝胆实热,攻下通便。主治肝胆实火,头痛面赤,目赤目肿,耳聋耳鸣,胸胁疼痛,便秘尿赤,形体壮实,躁扰不安,甚或抽搐,谵语发狂,舌红苔黄,脉象弦劲者。

本方所治为肝胆经实火之证。方中以龙胆草、芦荟、当归为主药。龙胆草、芦荟清泻肝火,配伍栀子、青黛,以助泻火,四黄(黄芩、黄连、黄柏、大黄)泻三焦之实热。盖肝火最横,肝火一动,每挟诸经之火相持为害,故当以四黄分经而泻之,使肝火失其党援而易平。然火旺则易致血虚,故复用当归以养血,火旺则神明受扰,心窍为之闭塞,故酌用麝香以芳香开窍,更用木香通行气滞以为佐。同时本方苦寒之品甚多,易于败胃,故酌加木香,亦可芳香以调和之。从方剂衍化看,本方是以黄连解毒汤为基础,更加龙胆草、芦荟、大黄、青黛、二香(麝香、木香)组成,故具有泻火清热,开窍通便之功,对肝胆实火,惊悸抽搐,谵语发狂,便秘溲赤者,可以应用。现临床用于慢性粒细胞型白血病有一定疗效。本方对肝胆实火而见谵妄抽搐者,可酌加熄风重镇之品,如羚羊角、山羊角、天麻、钩藤、石决明、牡蛎之类。本方备举大苦大寒之品,非肝胆实火者,不宜妄用,且易于败胃,故当中病即止,不宜过剂。又方中有大黄、芦荟之泻下,麝香之走窜,故孕妇忌用。

小龙荟丸(《丹溪心法》卷四) 当归、草龙胆(酒洗)、山栀(炒)、黄连(炒)、川芎各半两,大黄(煨)半两,芦荟三钱,木香一钱。上为末,入麝香少许,粥糊为丸,如绿豆大,每服五十丸,姜汤下。功效、主治与当归龙荟丸基本相似,唯麝香用量较少,走窜之力较轻。

清肝芦荟丸(《外科正宗》卷二) 川芎、当归各二两,芦荟、黄连各五钱,白芍、生地(酒浸捣膏)各二两,青皮、昆布、海粉、甘草、牙皂各五钱。上为末,神曲糊为丸,如梧桐子大,每服八十丸,温开水送服。功能清肝理气散结。主治恼怒伤肝,致肝气郁结,发为瘿瘤,坚硬色紫,垒垒青筋,结若蚯蚓,遇喜则安,遇怒则痛者。

聪耳芦荟丸(《杂病源流犀烛》卷二十三) 熟大黄、芦荟、青黛、柴胡各五钱,龙胆草、当归、青皮、山栀、黄芩各一两,木香、南星各二钱,麝香五分。神曲糊为丸。功能清肝泻火。主治肝胆火盛,耳内蝉鸣,渐至于耳聋者。

清热镇惊汤

本方见于《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十一。方由柴胡、薄荷、麦冬(去心)、栀子、川黄连、龙胆、茯神、钩藤、木通、生甘草组成。上药加灯心、竹叶为引,加水煎,酌用朱砂末调服。功能泻肝清热,安神镇惊。主治急惊风,暴发壮热,面红屑赤,痰壅气促,牙关噤急,烦躁不安,手足抽搐,大便秘涩,小便赤短,脉象洪数。本方所治证属肝经实热、热极生风所致。故方用龙胆草、栀子、川黄连清泻肝经实火,柴胡、薄荷散肝经之风热;热盛生风,手足抽搐,故复用钩藤清肝熄风而止痉搐,朱砂清心镇惊,配伍茯神以宁心安神;热甚则伤阴,故配麦冬滋阴生液;更用木通、灯心草、竹叶清热利水,使热邪从小便排泄;甘草生用,既可清热,又能调和诸药。合而成方,具有泻肝清热,安神镇惊之功,故可用于肝经实热之急惊风证。临床运用时,如大便秘结,腹部胀满,舌苔黄厚者,可酌加大黄,以泻热通腑;痰壅气促者,可酌加贝母、天竺黄,以清化痰热。如为慢惊风,则应忌用。

龙胆汤(《备急千金要方》卷五) 龙胆草、钩藤皮、柴胡、黄芩、桔梗、芍药、茯苓(一方作茯神)、甘草各六铢,蜣螂二枚,大黄一两。上十味㕮咀,以水一升,煮取五合为一剂。服量如下:儿生一日至七日,分一合为三服;儿生八日至十五日,分一合半为三服;儿生十六日至二十日,分二合为三服;儿生二十日至三十日,分三合为三服;儿生三十日至四十日,尽以五合为三服;皆得下即止,勿复服。功能泻肝经实热。主治婴儿热盛,四肢惊掣,发热呕吐;亦治惊痫。

凉惊丸(《景岳全书》卷六十二) 龙胆草(炒焦)、防风、青黛各三钱,钩藤钩二钱,黄连(炒)五钱,龙脑一钱,牛黄、麝香各二分。上药为末,面糊为丸,如粟米大,每服十丸,煎金银花汤下。功能清肝泻火,开窍凉心。主治惊疳热搐,目赤潮热,痰涎壅盛,牙关紧急。

芦荟消疳饮

本方见于《外科正宗》卷四。《杂病源流犀烛》载此方,易名为芦荟丸。《外科大成》芦荟消疳散,即本方减去川黄连。方由芦荟、银柴胡、胡黄连、川黄连、牛蒡子、玄参、桔梗、山栀、石膏、薄荷、羚羊角各五分,甘草、升麻各三分组成。水二钟,淡竹叶十片,煎六分,食后服。功能凉肝清胃,泻火解毒。主治小儿肝胃积热上攻,致患走马牙疳,牙龈腐烂,气味极臭,身热气粗,甚则穿腮破唇。本方主治之证,是属小儿肝胃积热上攻所致。故用凉肝清胃,泻火解毒之法。方中芦荟凉肝杀虫,羚羊角清热平肝,辟恶解毒;银柴胡入肝胆凉血,治小儿疳热;石膏清胃经之火;栀子、黄连、胡黄连、淡竹叶、玄参、甘草、升麻泻火解毒;薄荷辟秽解毒;牛蒡子、桔梗消肿排脓。配合成

方，具有凉肝清胃，泻火解毒的功效。方中芦荟是主药，《本经逢原》说："小儿疳热积滞，非此不能除。"故名芦荟消疳饮。临床用于小儿走马牙疳，由于肝胃积热所致者。以牙龈腐烂，臭秽难闻，苔黄腻，脉弦数为辨证要点。亦治成人胃火上升，牙龈腐烂，以致脓血常流不已者。

消疳芜荑汤（《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十二）大黄、芒硝、芜荑、芦荟（生）、川连、胡黄连、黄芩、雄黄。水煎服。功能泻火解毒。主治小儿胃经热毒上发，龈肉赤烂疼痛，口鼻出血，牙枯脱落，穿腮蚀唇，病势危急。方中川黄连、胡黄连、黄芩苦寒泻火，清解胃经热毒；大黄、芒硝、芦荟泻火通便，导胃经之热毒从下而出；芜荑祛湿热，消虫积；雄黄燥湿，解毒，杀虫。配合成方，共奏泻火解毒的功效。服本方后便软及不食者，去大黄、芒硝，加石膏、羚羊角。

芦荟消疳饮（《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷六十五）芦荟（生）、胡黄连、石膏（煅）、羚羊角（镑）、栀子（生，研）、牛蒡子（炒，研）、银柴胡、桔梗、大黄（生）、元参各五分，薄荷叶四分，甘草三分。水二钟，淡竹叶一钱，煎六分，食远服。功能清肝胃积热。主治肝胃积热，致患钻牙疳，牙龈钻出骨尖如刺，疼痛异常，小儿多患此疾。先用手术取出患牙，然后再服本方，外以冰硼散搽涂。

橘叶散

本方出自《外科正宗》卷三。方由柴胡、陈皮、川芎、山栀、青皮、石膏、黄芩、连翘各一钱，甘草五分，橘叶二十个组成。水二钟，煎八分，食远服，渣再煎服。功能疏肝清胃，消肿散结。主治肝胃蕴热，气血凝滞，致成乳痈。症见乳房肿痛，寒热交作，甚则恶心呕吐，舌苔薄黄，脉弦数。乳房属胃，乳头属肝。本方所治证属肝胃蕴热，气血凝滞，壅阻乳络，发为乳痈。治当疏肝清胃，消肿散结。方中橘叶、青皮、陈皮、柴胡疏肝理气，解郁散结，柴胡又能疏表清热；石膏、黄芩、栀子清泄肝胃之火；连翘清热解毒，透达表里，宣畅气血，消肿散结，为疮家圣药；更配一味川芎，辛温香窜，行气活血，促使痈肿自散，甘草清热和中。诸药合用，共奏疏肝清胃，消肿散结的功效。本方治肝胃蕴热所致的乳痈，临床以乳痈初起，乳房赤肿热痛，寒热交作，舌苔薄黄，脉弦数为辨证要点。服本方后寒热已解，肿渐消，痛亦减者，使用时应减清热解毒之品；若肿痛加剧，寒热不退者，则非本方所宜。

橘叶栝蒌散（《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十六）橘叶二十个，栝蒌量证用半个或一个，川芎、黄芩、栀子（生，研）、连翘（去心）、石膏（煅）、柴胡、陈皮、青皮各一钱，甘草（生）五分。水二钟，煎八分，食远服，渣再煎服。功能疏肝清胃，消肿散结。主治乳痈寒热已退仍肿者。本方所治证系肝胃蕴热所致，治当疏肝郁，清胃热，消肿毒，散结气。方中橘叶、柴胡、陈皮、青皮疏肝散结；川芎行气活血；栝蒌清胃热，疏肝郁，兼有消肿之功，《本草便读》谈到使用本品以"乳痈之属火者尤为相宜"；石膏、黄芩、栀子清肝胃之蕴热；连翘、生甘草清热解毒以消肿散结。诸药合用，郁结解，胃火清，则肿自渐消。本方与主方相比，仅多栝蒌一味，但清热消肿之力则较优。原书指出："紫肿焮痛用石膏，红肿者去之。"

消乳汤（《医学衷中参西录》）　知母24克，连翘12克，金银花9克，穿山甲（炒，捣）6克，瓜蒌（切丝）15克，丹参、生明乳香、生明没药各12克。每日一剂，水煎服。功能清热解毒，止痛消肿。主治乳肿疼或成乳痈新起者。若已作脓，服用亦可消肿止痛，用其速溃。并治一切红肿疮疡。

五胆膏

本方见于《审视瑶函》卷六。方由熊胆、鲭鱼胆、鲤鱼胆、猪胆、羊胆、蜂蜜各等份组成。上药将胆、蜜入银铫或铜铫中，微火熬成膏，取起用磁盒贮藏。出火毒，点眼用。现用法可取少许点眼，每日二三次，亦可酌量内服。功能清热降火润燥。主治肝经火热，赤眼流泪，甚或烂弦，怕热羞明，或痛或痒等症。本方治肝经火热所致赤眼诸症。肝开窍于目，肝经有热，则上熏其窍，故目赤痛痒。方中选用猪、羊、熊、鱼等五种胆汁，性味均属苦寒，可清热解毒而润燥。李时珍说："方家用猪胆，取其寒能胜热，滑能润燥，苦能入心，又能去肝胆之火也。"余如鲤鱼胆亦可清热明目，消肿散翳，其他胆汁亦皆近似。缪仲醇也谈到："凡胆皆极苦寒，而能走肝、胆二经，泻有余之热……则内邪清而外障去矣。"更配以蜂蜜，为百花之精，有滋润明目之妙。如此配伍，以清为主，清中兼润，则肝火实热所致赤眼肿痛等症，皆可使用。本方性味苦寒，脾胃阳虚者慎用。熊胆较为难得，缺货时可用猪胆或鸡胆代替。

五胆膏（《医宗金鉴·眼科心法要诀》卷七十八）猪胆汁、黄牛胆汁、羊胆汁、鲤鱼胆汁各二钱五分，白蜜二两，胡黄连（研末）、青皮（研末）、川连（研末）、熊胆各二钱五分。将上药末与蜜并胆汁和匀，入磁瓶内，以纸封头牢系，坐饭甑中蒸，待饭熟为度。功能清热润燥明目。主治眼目干涩昏花。此方与《审视瑶函》方相比，主要重用蜂蜜，滋润解毒之功较佳。

五胆偃月坠翳丸（《医宗金鉴·眼科心法要诀》卷七十七）　石决明一两，麝香少许，青鱼胆、鲤鱼胆、青羊胆各七个，牛胆五钱，熊胆一分。上为细末，面糊为丸，如梧桐子大，空心茶清送下五分。功能清热明目消翳。主治偃月内障，瞳神内上半边有白气一弯，隐隐似新月之状，复垂向下。此方与《审视瑶函》五胆膏相比，主要多石决明、麝香。石决明亦是清肝明目之品，而麝香香窜，可散瘀通络，消积退翳。

羚羊饮

本方见于《医宗金鉴·眼科心法要诀》卷七十八。方

由羚羊角(镑)一钱五分,知母、黄芩、玄参、桔梗、柴胡、栀子(炒)各一钱,茺蔚子二钱组成。上为粗末,以水二盏,煎至一盏,食后,去滓温服。功能清肝泻肺,退翳明目。主治肝肺之热,上冲于眼,致生赤膜,初起之时,气轮上生赤膜一片,垂至风轮,下覆瞳神,痛痒流泪,脉象弦数者。本方主治肝肺有热,上冲眼目而生翳膜,故用清肝泻肺之法。方中用羚羊角清泄肝火,以黄芩、栀子为助;用知母清泻肺热,以桔梗为助;然热则伤阴,故配玄参清热养阴;热则气血壅滞,故更加柴胡理气,茺蔚子和血,且茺蔚子甘辛微寒,入肝肺二经,可疏风清热,治目赤肿痛,或生翳膜等症。诸药相合,具有清泄肝肺二经之热、退翳明目之功,故可用于上述诸症。瞳孔散大及孕妇慎用。

羚羊角饮(《奇效良方》卷五十七) 《审视瑶函》名羚羊角汤。羚羊角(镑)、玄参、地骨皮(洗)、车前子、人参、羌活(去芦)各一两。锉碎,每服三钱匕,水一盏,煎七分,去滓,食后放温服。功能清肝祛风,益气养阴。主治青风内障,视物昏暗,如视浮花,劳倦则加重,头旋脑痛,眼内痛涩者。

羚羊角散(《证治准绳·类方》第七册) 羚羊角、玄参、黄芩、知母、防风、人参、茯苓、桔梗、车前子各一两,细辛三两。为末,以水一盏,散一钱,煎五分,食后,去滓温服。功能清肝散火,祛风止痛。主治绿风内障,头眩目痛,眼内痛且涩者。

黄连羊肝丸

本方见于《全国中药成药处方集》(天津方)。方由胆草、茺蔚子、木贼、密蒙花、黄连各620克,夜明砂、柴胡、胡黄连、生石决明各1 240克,鲜羊肝5 000克,黄柏、青皮(醋炒)各620克,蒺藜(盐炒)1 000克,黄芩、炒草决明各1 240克组成。将鲜羊肝煮熟和前药串一处晒干,共为细粉,炼蜜为丸,9克重,每次1丸,白开水送下,每日2次。功能清肝明目退翳。主治肝经风热或肝火旺盛,两目红肿,眼目昏暗,羞明怕光,眼珠疼痛,或胬肉攀睛,迎风流泪。

本方所治为风热火眼,或肝火旺盛而致眼赤肿疼者。方中龙胆草、黄连、胡黄连、黄柏、黄芩、茺蔚子、草、石决明均属清肝泻火,明目退肿之要药;配柴胡、木贼、密蒙花、刺蒺藜发散风热,明目退翳;夜明砂为辛寒之品,善于清热明目,退翳;肝开窍于目,肝火旺盛,上冲眼目,可致目赤肿痛诸症,而肝体亦伤,故更用羊肝以肝补肝,益血明目;青皮醋炒具有苦辛酸味,本《内经》肝欲散,急食辛以散之,以酸泄之,以苦降之之意。综合本方,清散并用,清而兼养,故可用于肝经风热或肝火上亢所致的眼疾。

秘传羊肝丸(《太平惠民和剂局方》卷七) 又名黄连羊肝丸。白羊子肝(净洗去膜)一具,黄连(去须捣罗为末)。上药将羊肝先入沙盆内杵烂,旋次入黄连末拌搗,干湿得所,为丸如梧桐子大,每服十四丸,食后以温浆水吞下,连作五剂。功能清热养肝明目。主治肝经不足,风毒上攻,眼目昏暗泪出,羞明怕日,隐涩难开,或痒或痛;亦治内外障眼,攀睛胬肉。

羊肝散(《德生堂方》,录自《普济方》卷七十四) 谷精草五钱,甘菊花一两,木贼钱半,甘草、黄连各三钱。上为细末,每服二钱,用羊肝一块切开,入药末在内,炙熟,食后服。功能清散风热,泻肝明目。主治翳膜攀睛,赤烂肿痛。

明目羊肝丸(《景岳全书·古方八阵》卷六十) 黄连二两,家菊花、龙胆草、石决明(煅)、人参、当归、熟地、枸杞、麦冬、牛膝、青盐、黄柏、柴胡、防风、羌活各八钱,肉桂四钱,羯羊肝一具(烙干为末)。上药为末,炼蜜为丸,桐子大,每服三四十丸,温汤下。功能养肝明目,疏风清热。主治肝虚风热,冷泪赤涩,内外障眼。

黑参汤

本方出自《银海精微》卷上。方由黑参、黄芩、生地黄、赤芍药、菊花、青葙子、白蒺藜组成。上药为末,每服四钱,水煎服。清肝滋阴,祛风明目。主治肝经风热攻目,眼见黑花,或如蚊蝇飞舞,或如蛛丝飘拂,或俨似云雾样浮移,名"蝇翅黑花"证,亦名"云雾移睛"证。本方所治证属风热循肝经上干于目所致。故用清肝滋阴,祛风明目之法。方中黑参(即玄参),既能清肝经之邪热,又能滋阴降火,《神农本草经》称其"补肾气,令人明目",用为君药。配以菊花、青葙子清肝祛风;白蒺藜疏肝行气,《本草经疏》称其为"治风明目之要药";黄芩、赤芍药、生地黄清肝凉血,并且生地黄助玄参能增强滋阴之力,共为佐使药。配合成方,共奏清肝滋阴,祛风明目的功效。方以黑参为君药,故名黑参汤。临床用于蝇翅黑花证,以眼见黑花,眩晕耳鸣,腰膝酸软,心中烦热,脉弦细数等为辨证要点。现临床上对玻璃体状混浊,症因如上所述者,可以用本方加减治疗。

玄参汤(《圣济总录》卷一〇四) 玄参、黄芩(去黑心)各一两,菊花、羚羊角(镑)、蔓荆实(去皮)各三分,防风(去叉)、芍药各一两半。上七味,粗捣筛,每服五钱匕,水一盏半,煎至八分,去滓,入马牙硝半钱匕,食后、临卧温服。功能清肝祛风。主治肝经风热上冲,目赤痒痛。

玄参散(《圣济总录》卷一〇九) 玄参、甘菊花、决明子(炒)、苦参(锉)、大黄(锉,炒)、车前子、升麻、枳壳(去瓤,麸炒)、防风(去叉)、黄连(去须)、山栀仁各二两。上十一味,捣罗为细散,每服三钱匕,食后以米饮调服,临卧再服。功能清肝泻火。主治眼目赤痛,胬肉满急。

栀子清肝汤

本方出自《外科正宗》卷二。方由牛蒡子、柴胡、川芎、白芍、石膏、当归、山栀、丹皮各一钱,黄芩、黄连、甘草

各五分组成。水二钟，煎八分，食后服。功能清肝疏风，泻火解毒。主治肝经风热上攻，遂成鬓疽，痛连颈项胸乳太阳等处，或寒热晡甚，胸胁苦满，口干口苦；亦治耳痔、耳蕈、耳挺。本方主治鬓疽，证属肝经风热上攻，窜犯鬓部，以致热毒结聚而成。方中山栀子清泄肝经热邪，《神农本草经》称其能治疮疡；牛蒡子、柴胡疏散风热，柴胡并可引诸药入肝经；黄芩、黄连、石膏泻火解毒；热结成疽，血脉凝滞，故复加当归、白芍、川芎、牡丹皮调和营血，以利疏通，再配甘草助清热毒而和诸药，合而成为清肝疏风，泻火解毒之剂。故可用于肝经风热上攻而成之鬓疽。本方辨证运用要点为患处红肿疼痛，兼有寒热往来或寒热晡甚，舌苔薄黄，脉象弦数。阴疽忌用。

柴胡清肝散（《外科枢要》卷四）　柴胡一钱五分，黄芩、人参各一钱，山栀（炒）一钱半，川芎一钱，连翘、桔梗各八分，甘草五分。水煎服。功能清肝解毒，扶正祛邪。主治鬓疽及肝胆三焦风热怒火之证，或项胸作痛，或疮毒发热。

栀子黄芩汤（《证治准绳·疡医》卷二）　山栀仁、黄芩（去心）、连翘、漏芦、石苇（如无，以桑白皮代）、生犀角（屑）、人参、苦参（各去芦）、茯苓（去块）各二钱半，生黄芪（去叉芦）一两。为粗末，每服四大钱，水一钟，煎至六分，去滓温服。功能清热解毒，益气退热。主治发背痈疽溃后，调养不当，以致发热不退者。

清肝消炎汤（《温病刍言》）　栀子 10 克、龙胆草、川楝子各 6 克，金银花 30 克，连翘 15 克，橘核 12 克，荔枝核、山楂核各 10 克，滑石 12 克，木通 5 克，知母、黄柏各 10 克，赤小豆 30 克，丹皮 10 克，犀黄丸 3 克。水煎服。功能清肝解毒，消炎利湿。主治风温时毒，热结少阳，窜犯厥阴，腮颊红肿，并睾丸肿大疼痛者。

柴胡栀子散

本方见于《证治准绳·幼科》集之六。系从《太平惠民和剂局方》逍遥散衍化而来。方由柴胡、山栀、丹皮各一钱，川芎、芍药、茯苓各七分，白术（炒）、甘草各五分，当归、牛蒡子（炒）各七分组成。上药水煎，母子同服。功能清热疏肝，健脾和营。主治肝胆郁热，或手足少阳风热上攻，生疮发热，耳内作痒生疮，或脓水淋漓，或胸乳间作痛，寒热往来，脉弦数者。本方主治肝胆郁热诸症。方中柴胡疏肝解郁，亦可透达散邪；山栀子、牡丹皮清泄肝胆；肝为藏血之脏，肝病易致血虚，故更加川芎、当归、芍药以和营养血；肝病易于影响及脾，故配茯苓、白术、甘草以健脾和中；复加牛蒡子既可助柴胡疏解，又可消肿解毒。故可用于肝胆经热邪所发疮疡肿痛之证。

栀子清肝散（《证治准绳·疡医》卷三）　柴胡、栀子（炒）、牡丹皮各一钱，茯苓、川芎、芍药、当归、牛蒡子（炒）各七分，甘草五分。水煎服。本方与柴胡栀子散仅差白术一味，功用主治大体相同。若太阳头痛加羌活；若肝胆郁热而脾胃素健者，可用本方；如患者平素脾弱者，仍以柴胡栀子散为宜。

当归川芎散（《证治准绳·类方》第八册）　当归、川芎、柴胡、白术、芍药各一钱，山栀（炒）一钱二分，牡丹皮、茯苓各八分，蔓荆子、甘草各五分。水煎服。功能养血清肝，疏风散热。主治手足少阳经血虚疮证，或风热耳内痒痛生疮出水，或头目不清，寒热少食，或妇女月经不调，胸膈不利，腹胁痞痛者。

泻白散

本方出自《小儿药证直诀》卷下。又名泻肺散。是清泻肺热的代表方剂，李时珍谓："此乃泻肺诸方之准绳也。"方由地骨皮、桑白皮（炒）各一两，甘草（炙）一钱组成。上药锉为散，入粳米一撮，水二小盏，煎七分，食前服。现用法为入粳米一撮，水煎服，用量按原方比例酌情增减。功能泻肺清热，平喘止咳。主治肺热咳嗽，甚则气急，皮肤蒸热，日晡尤甚，舌红苔黄，脉细数。

本方证的喘咳，是由于肺热引起，治宜清肺平喘之法。方中桑白皮甘寒入肺，能清肺热、泻肺气而平喘咳，又因其不燥不刚，虽泻肺气而无伤于娇脏，用为君药。地骨皮甘淡而寒，能直入阴分而泻肺中深伏之火，对于阴虚有热者尤宜，用为臣药。两药相配，清肺热而泻肺气，肺热清则气能肃降，肺气降则喘咳得平。甘草、粳米养胃和中，共为佐使。四药合用，清热而不伤阴，泻肺而不伤正，使肺清气肃，则肺恙可愈。吴瑭说："此方治热病后与小儿痘后，外感已尽……咳嗽上气，身虚热者，甚良。"方名"泻白"者，乃取色白属肺，而本方能泻肺中伏热之意。本方在临床用于肺热喘咳之证，尤宜于正气不伤，郁火又甚者。季楚重指出："夫火热伤气，救肺之治有三：实热伤肺，用白虎汤以治其标；虚火刑金，用生脉散以治其本；若夫正气不伤，郁火又甚，则泻白散之清肺调中，标本兼治，又补二方不及也。"如肺经热重，宜加黄芩、黄连、知母等以增强清热之效；燥热咳甚者，宜加瓜蒌皮、川贝母等以润肺止咳化痰；烦热口渴，加天花粉、芦根等以清热生津。对于外感风寒引起的喘咳，本方不宜使用。张山雷曾说："若外感寒邪，抑遏肺气……误用是方，清凉抑降，则更增其壅矣。"吴瑭也说："若兼一毫外感，即不可用。"现临床上应用本方治疗麻疹初回而见咳嗽气促、身热不退之证，以及小儿肺炎初期、百日咳或气管炎见有发热咳嗽气促者。

家秘泻白散（《症因脉治》卷三）　桑白皮、地骨皮、甘草、黄芩、山栀、川黄连。水煎服。功能同泻白散，而清热之效较著。主治肺热壅盛而见身热、咳嗽、气喘不得卧者。

泻白益元散（《症因脉治》卷二）　桑白皮、地骨皮、甘草。水煎，调益元散服。功能清热泻肺止咳。主治伤暑咳嗽。因在暑令肺热咳嗽，故在泻白散的基础上加益元散以清暑利湿，增强清热泻肺之效。

桑皮泻白散(《重订通俗伤寒论》) 霜桑叶三钱,生桑皮四钱,淡竹茹二钱,清炙草六分,粉丹皮(醋炒)钱半,地骨皮五钱,川贝母(去心)三钱,生粳米三钱,金橘脯(切碎)一枚,大蜜枣(对劈)一枚。水煎服。功能清肝泻肺化痰止咳。主治肝火灼肺,咳则胁痛,不能转侧,甚则咯血,或痰中挟有血丝、血珠。

清金降火汤

本方见于《古今医鉴》卷四。方由陈皮一钱五分,半夏(泡)一钱,茯苓一钱,桔 梗、枳壳(麸炒)、川贝(去心)、前胡、杏仁(去皮尖)、黄芩(炒)、石膏、瓜蒌仁各一钱,甘草(炙)三分组成。上锉一剂,加生姜三片,水煎,食远临卧服。功能清肺降火,化痰止咳。主治肺胃火郁,咳喘痰少,咽喉不利,痰黄而稠,面部色赤,口渴,舌质红,苔黄,脉数。

本方所主,为肺胃郁火,灼津成痰,痰阻气机,为咳为喘,其治当"泻肺胃中之火,火降则痰消嗽止"。故方用黄芩清金降火;石膏以清泄肺胃郁火;贝母、瓜蒌以清肺化痰;配陈皮、半夏、茯苓、甘草(即二陈汤)化痰理气;前胡、杏仁降气止咳;枳壳、桔梗宣肺顺气,取气降则痰消之义。且桔梗与枳壳相配,亦是一升一降,以通畅气机,即所谓"痰因气滞,气顺则痰降"之意。综观全方,以清郁火为主,化痰为辅,龚氏说:"火郁者,有声痰少,面赤者是也,主降火清金化痰。"清金在于治本,化痰在于治标,治此证时,两者不可偏废。本方清肺泻火之力并不过强,只宜于一般病证,如肺胃热盛者,可酌加鱼腥草、金荞麦、青连翘等。肺肾两虚之咳喘不宜应用。

咳血方(《丹溪心法》卷二) 青黛、瓜蒌仁、诃子、海粉、栀子各等份。为细末,以蜜同姜汁为丸,噙化。功能清热化痰,止咳止血。主治肝火灼肺,咳嗽痰中带血。咳甚者加杏仁(去皮尖)。

清热宁嗽化痰定喘丸(《寿世保元》) 橘红五钱,青黛三钱,贝母七钱,胆星一两,花粉七钱,桑白皮七钱,杏仁(去皮)七钱,桔梗、前胡各七钱,黄芩五钱,甘草三分。为细末,炼蜜为丸,如龙眼大,每服一丸,淡姜汤化下。功能清热化痰。主治上气喘逆,咽喉不利,痰滞咳嗽,口舌干渴者。

栀连清肺饮(《症因脉治》卷二) 山栀、黄连、桔梗、甘草、杏仁、天花粉、黄芩、薄荷。水煎服。功能清肺泻火,宣肺止咳。主治邪热伤肺,咳嗽气逆,痰稠色黄,或带血腥臭,面赤潮红,夜卧不宁,咽喉干痛,舌红口干,脉象洪大。

清金解毒汤(《医学衷中参西录》) 知母、玄参、牛蒡子(炒捣)、贝母、生明乳没、生黄芪、粉甘草各9克,三七6克(捣细,药汁送服)。水煎服。功能清肺解毒,止咳化痰。主治肺脏损烂,或将成肺痈,或咳嗽吐脓血者;亦可用于肺痨。将成肺痈者去黄芪,加金银花9克。

除热清肺汤

本方见于《张氏医通》卷十五。方由石膏三钱,玄参、生地黄、赤芍、贝母、栝蒌根各一钱,麦门冬(去心)钱半,甘草五分组成。水煎,温服。功能清肺养阴。主治麻疹邪热蕴肺,肺阴耗伤,肺气上逆。症见麻疹尽透,但壮热不已,口干渴饮,咳嗽痰少,舌红少苔,大便秘结者。本方主治麻疹尽透,邪热仍蕴于肺,热甚伤阴,而壮热未已者。方中石膏辛甘而寒,能入肺经,清肺热;生地黄、赤芍清热凉血;玄参、麦冬、天花粉养阴生津;贝母止咳化痰;甘草调和诸药。此外,生地黄配玄参、麦冬即是增液汤,可以润肠通便;贝母配麦冬、甘草,可以润肺止咳。配合成方,共奏清肺养阴的功效。本方清润兼顾,对麻疹中期热甚伤阴者,可以应用。以疹点尽透,壮热咳嗽,舌红少苔等为辨证要点。麻疹初期,或风寒咳嗽忌用。

清白散(《证治准绳·幼科》集之三) 桑白皮(蜜炒)、地骨皮各三钱,甘草一钱,贝母二钱,寒水石(煅)三钱,天花粉、酒芩、天门冬各一钱半。上药为末,以蜜水调,食后服,或白通草煎汤下。功能清肺降火,养阴化痰。主治肺热阴伤,痰火上壅,耳出白脓,名曰缠耳;兼治咳嗽有痰。

宁肺汤(《杂病源流犀烛》卷二) 黄芩、桑皮、贝母、知母、枇杷叶、杏仁、花粉、天冬、沙参。水煎服。功能清肺养阴。主治麻疹后,热毒蕴肺伤阴,咳嗽连声不止,呼吸喘促,甚至咳血,或呛出饮食,素体壮实者。

射干消毒饮

本方见于《张氏医通》卷十五。方由射干、玄参、连翘、荆芥、牛蒡子各等份,甘草(减半)组成。水煎,温服。功能清热解毒,利咽消肿。主治麻疹肺胃热重,外为风寒所袭,不能尽达于表。症见咳嗽频作,咽喉肿痛,声喑口干,脉象浮数者。麻疹之病多为风热疫毒侵犯肺胃,若外为风寒所袭,则邪毒不易尽达于表,郁遏于里,可见咳嗽频作,咽喉肿痛,声喑口干等症。故用玄参、连翘、射干、甘草清肺胃热毒;肺热则咳嗽,故配牛蒡子宣肺止咳,并能透疹解毒;咽喉属肺系,肺热上冲,故咽喉肿痛,所以用射干配甘草清利咽喉,消肿止痛。李时珍称:"射干能降火,故古方治喉痹咽痛为要药";麻疹肺胃热邪,为风寒所袭,不能尽达于表,故用荆芥以助透达。牛蒡子与荆芥、甘草相配伍,即是古方消毒饮,可治惊风、壮热、咽痛及疮疥;今与射干、玄参、连翘相配,故有消散解毒之功。

射干鼠粘子汤(《证治准绳·幼科》集之六) 鼠粘子二钱,升麻、甘草、射干各五分。上锉为散,水一盏,煎六分,空腹服。忌鱼腥葱蒜。功能清热解毒,消痰散结。主治痘疹后痈疽疮毒。

加减射干鼠粘子汤(《证治准绳·幼科》集之六) 射干、山豆根、白僵蚕各一钱一分,鼠粘子、紫草茸、紫菀各

一钱二分，桔梗、石膏、诃子、木通各一钱，升麻、蝉蜕各八分，甘草五分。上药为粗散，每服四五钱，水煎，食远服。功能清热解毒，化痰利咽。主治痘疹热毒上冲，咽喉肿痛者。

消毒饮（《证治准绳·幼科》集之四）　牛蒡子、连翘、甘草、绿升麻、山豆根、紫草各等份。上药锉细末，水一盏，煎七分，去滓温服，不拘时候。功能清热解毒，凉血透疹。主治痘疹毒重，皮肉昏黑或赤肿，根苗干枯青紫或灰白者。射干消毒饮有射干、玄参可利咽消肿，故对麻疹之肺经热毒上熏而见咽喉肿痛者有效；而本方有山豆根、紫草可凉血解毒，故适用于痘疮麻疹之血分热毒毒重者。

清肺解毒汤

本方出自《治疹经验良方》。方由黄芩、陈皮各一钱，麦冬二钱，贝母一钱半，赤苓七分，蜜桑皮、甘草各五分，酒炒黄连七分，蒲公英三钱组成。水煎，去滓。再用大黄三钱切片，开水泡一时，澄汁一小杯，药汤冲和服。功能清肺平喘，泻火解毒。主治麻疹后期，热毒入肺，喘急咳嗽，胸膈胀满，烦躁闷乱，狂言谵语，甚或手足动摇者。本方所治证属麻疹后期，热毒入肺。故以黄芩、蒲公英清肺解毒，麦冬、贝母、蜜炙桑白皮清润肺燥，止咳平喘。肺朝百脉，肺热则影响心经，故见烦躁闷乱，狂言谵语，此心神为热所扰也，所以加大黄、黄连以泻火解毒。大黄用开水渍泡，乃取《伤寒论》大黄黄连泻心汤成法，用其气之轻扬，不欲其味之重浊，以清泻上部无形邪热。配赤茯苓导邪热下泄，甘草以解毒和中。合而成为清肺平喘，泻火解毒之剂。故可用于麻疹后期热毒入肺之证。如邪入心肺，狂言谵语较甚者，可配合芳香开窍剂，如至宝丹、紫雪丹或牛黄丸均可酌情选用；如热动肝风，手足抽搐明显者，当酌加山羊角、杭菊花、钩藤之类。

门冬甘露饮（《张氏医通》卷十五）　麦门冬（去心）二钱，玄参、黄芩、栝蒌根、连翘各一钱，生甘草五分，灯心二十茎，竹叶二十片。水煎服。功能清热解毒，养阴生津。主治麻疹中期，肺胃热甚，伤津口渴，唇口红，二便秘涩者。

桔梗汤

本方出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》，《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》亦载有本方。又名甘桔汤、如圣汤。为治咽痛之主方。方由桔梗一两，甘草二两组成。上二味，以水三升，煮取一升，去滓，分温再服。功能清热解毒，宣肺排脓。主治风邪热毒客于少阴，上攻咽喉，咽痛，喉痹；风热郁肺，致成肺痈，咳嗽胸满振寒，咽干不渴，时唾腥臭浊痰，久久吐脓，状如米粥。

本方主治风热客于少阴所致咽痛及风热郁肺而成之肺痈，治宜清热解毒，宣肺排脓。方中重用甘草清热解毒，泻其少阴之热；配以桔梗宣肺泄热，祛痰排脓。两药合用，共奏清热解毒，宣肺排脓的功效。本方是由原书甘草汤加桔梗而成。两方均治少阴邪热所致咽痛的轻证。若服甘草汤后仍不愈者，改用本方清热宣肺，化痰利咽，则痛自止。本方能通治咽喉口舌诸病，以属于风热轻证为适宜。如兼见其他症状，则应随症加味。现临床上亦多用于治疗急性肺脓肿及咽喉部急性炎症，如急性扁桃体炎、扁桃体周围炎、急性咽炎、急性喉炎、急性会厌炎等症属风热郁肺者。临床治疗肺痈，加鱼腥草、生薏苡仁、冬瓜仁、桑白皮、桃仁、败酱草等。治疗急性咽喉炎症，加防风、僵蚕、荆芥、薄荷等。

甘草汤（《伤寒论·辨少阴病脉证并治》）　甘草二两。以水三升，煮取一升半，去滓，温服七合，日二服。功能清热解毒。主治少阴咽痛，兼治舌肿。

桔梗汤（《张氏医通》卷十五）　甘草、桔梗、山豆根、玄参、鼠粘子、荆芥各等份，麦门冬倍用。水煎，温服。功能清热解毒，滋阴润燥。主治麻疹咽痛，口舌生疮。本方证为麻疹热毒循经上攻，搏结咽喉所致。

甘桔汤（《疡医大全》卷二十一）　甘草、桔梗、麦门冬各一两。水煎服。功能清热泻火，养阴排脓。主治肺痈痰气上壅的咳唾，关脉沉细。

甘桔射干汤（《杂病源流犀烛》卷二十四）　桔梗、山豆根、甘草、射干、连翘、防风、荆芥、玄参、牛蒡子各一钱二分，竹叶十片。水煎，频服。功能清热疏风，解毒利咽。主治喉杵，喉极肿而极痛。本证为内外热毒，蕴结咽喉所致。

清咽抑火汤

本方见于《寿世保元》卷六。为《伤寒论》桔梗汤、《外台秘要》引崔氏黄连解毒汤、《太平惠民和剂局方》凉膈散等方复合加减而成。方由连翘一钱五分，片芩一钱，栀子一钱，薄荷七分，防风一钱，桔梗二钱，朴硝一钱，黄连一钱，黄柏五分，知母一钱，玄参一钱，牛蒡子一钱，大黄一钱，甘草五分组成。水煎，频频热服。现用法为共研细末，水泛小丸，每服6克，日2—3次，开水送下；或炼蜜为丸，每丸重6克，每服1丸，温开水送下。功能清热利咽，泻火解毒。主治肺胃热毒熏蒸，咽喉肿痛，痰涎壅盛，大便不通。本方所治证属肺胃热毒熏蒸所致，治宜清热利咽，泻火解毒之法。方中桔梗、甘草清热利咽；连翘、薄荷、牛蒡子、防风清热疏风；黄芩、黄连、黄柏、栀子泻火解毒；知母、玄参滋阴降火；大黄、朴硝泻火通便。配合成方，共奏清热利咽，泻火解毒的功效。临床用于肺胃热毒熏蒸所致的咽喉肿痛，以口中干渴，苔黄，脉浮数等为辨证要点。现临床上对急性咽喉炎、扁桃体炎等属于肺胃热甚者，均可用本方加减治疗。服用本方时忌食辛辣之品；孕妇忌服。

清咽利膈散（《古今医鉴》卷九）　又名清咽利膈汤。

连翘、黄芩、甘草、桔梗、荆芥、防风、栀子、薄荷、金银花、黄连、牛蒡子、玄参各一钱，大黄、朴硝各二钱(原方无用量，此据《外科正宗》补)。为粗末，水煎服。功能清咽利膈，泻火解毒。主治内有积热，咽喉肿痛，痰涎壅盛，及乳蛾、喉痹、喉痈、重舌、木舌，或胸膈不利，烦躁饮冷，大便秘结等。现用本方加减，治疗急性咽炎，由于肺胃热盛而产生。症见咽干疼痛，吞咽时更剧，发热不恶寒，伴有便秘，咽后壁淋巴滤泡有白色渗出物者；又治扁桃体周围脓肿，由于风热邪毒壅滞咽喉所致，症见咽红胀痛，引及耳窍，吞咽困难，伴有恶寒、发热等全身症状，脉浮数，苔薄黄；亦治急性声门下喉炎、急性会厌炎，由于风热所引起，症见喉部疼痛，声音嘶哑，吞咽困难，伴有恶寒发热，周身不舒，脉浮数，苔薄黄者。孕妇忌服。

清肺抑火丸(《中华人民共和国药典》一部) 黄芩140克，栀子、桔梗、天花粉各80克，知母、苦参各60克，浙贝母90克，黄柏、前胡各40克，大黄120克。以上10味，粉碎成细粉，过筛，混匀，水泛为丸，每服6克，日2—3次。功能清泄肺热，止咳化痰。主治肺热燥咳，痰黄稠粘，口干咽痛，鼻衄，便秘等症。孕妇忌服。

清音丸

本方出自《医学统旨》卷六。方由桔梗、诃子各一两，甘草五钱，硼砂、青黛各三钱，冰片三分组成。上药为末，炼蜜为丸，如龙眼大，每服一丸，噙化。功能清肺利咽，止咳开音。主治咽喉肿痛，咳嗽失音。本方所治证属肺热所致，治宜清肺利咽开音。方中桔梗、甘草宣肺利咽，止咳开音；诃子敛肺下气；硼砂、青黛、冰片清热利咽，消肿止痛。诸药合用，共奏清肺利咽，止咳开音之功。蜜丸噙化，使药直接浸润于咽喉，既有外治之效，又收内治之功。现亦用于喉炎、扁桃体炎等属肺热者。忌食辛辣生冷等食物。

清音丸(《全国中药成药处方集》天津方) 元参(去芦)、桔梗、山豆根、胖大海、薄荷叶、生硼砂、金果榄、射干、黄连各30克，诃子肉60克，金银花、麦冬各45克，黄芩、生栀子、净金灯、川贝、甘草各15克。共为细粉，炼蜜为丸，每丸重3克，每次1丸，含于口中，缓缓咽下，每日含2—3丸。功能清热生津利咽。主治咽喉肿痛，音哑声嘶，口干舌燥，咽下不利。禁食辛辣之物。

苇茎汤

本方出自《古今录验方》，录自《外台秘要》卷十。《备急千金要方》卷十七载此方而无方名。宋代林亿等校定《金匮要略》，将此方收入《肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》作为附方，称为"千金苇茎汤"。为治肺痈的常用方剂。方由苇茎二升，薏苡仁半升，瓜瓣半升，桃仁(去皮尖、两仁者)五十枚组成。上四味㕮咀，以水一斗，先煮苇茎得五升，去滓，纳诸药，煮取二升，分再服。当吐如脓。现用法为用饮片煎汤服。功能清肺化痰，逐瘀排脓。主治痰热瘀血，壅结于肺，致成肺痈。症见咳吐臭痰脓血，胸中隐隐作痛，咳时尤甚，舌红苔黄腻，脉滑数。

本方所治肺痈，证属痰热瘀血壅结于肺所致。故用清肺化痰，逐瘀排脓之法。方中主以苇茎甘寒轻浮，清肺泻热，为君药；辅以瓜瓣(即冬瓜子)祛痰排脓，为臣药；薏苡仁清热破毒肿，桃仁活血祛瘀，共为佐使药。组合成方，具有清肺化痰，逐瘀排脓之功。《绛雪园古方选注》说："是方也……其瓜瓣，当用丝瓜者良……薏苡下气，苇茎上升，一升一降，激而行其气血，则血肉之未败者，不致成脓，痈之已溃者，能令吐出矣。今时用嫩苇根，性寒涤热，冬瓜瓣性急趋下，合之二仁，变成润下之方，借以治肺痈，其义颇善。"《医学衷中参西录》说："千金苇茎汤，释者谓苇用茎而不用根者，以肺原在上，取本乎天者亲上也。而愚则以为不然，苇之根居于水底，其性凉而善升，患大头瘟者，愚常用之为引经要药，是其上升之力可至胸部，而况于肺乎？且其性凉能清肺热，中空能理肺气。而又味甘多液，更善滋养肺阴，则用根实胜于茎明矣。"故现使用本方，多用芦根，本方为治肺痈常用方，不论肺痈将成或已成，均可使用。以咳则胸痛，吐痰腥臭，或咯吐脓血，舌红苔黄腻，脉滑数为辨证要点。现临床上以本方应用于肺脓疡、肺炎、急慢性支气管炎、支气管扩张合并感染、百日咳等属于肺热者。

银苇合剂(《中医方剂临床手册》上海曙光医院经验方) 桔梗9克，杏仁6—12克，红藤30克，鱼腥草30—60克，银花、连翘各15—30克，冬瓜子、桃仁各9克，鲜芦根70厘米(去节)(一方无红藤，有麻黄、豆豉、甘草)。功能清肺泻热，解毒排脓。主治肺脓疡成脓期属肺热者。

清金宁肺丸

本方见于《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十七。系由清骨散、生脉散、八珍汤三方加减而成。方由黄芩、陈皮、白茯苓、苦桔梗、贝母、人参各五钱，麦冬(去心)、地骨皮、银柴胡、川芎、白芍(炒)、胡黄连各六钱，五味子、天冬(去心)、生地(酒浸，捣膏)、熟地(捣膏)、归身、白术(炒)各一两，甘草(炙)三钱组成。为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服七十丸，食远白滚汤送下。功能清肺养阴，益气补血。主治肺痈溃后，余邪未清，正气已虚，咳嗽不止，脓痰不尽，形气虚羸，或午后微热，或夜有盗汗，或胸胁隐痛者。

本方所治为肺痈溃后，余邪未净，脓痰不止，气阴两伤者。肺痈相当于临床上的肺脓疡或肺化脓症，其病因病机为风热热毒，壅滞于肺，热壅血瘀，蕴毒化脓，故其治疗重在清热解毒。惟脓溃以后正气已伤，须视余邪的轻重，正虚的程度，权衡清补的比例。本方以黄芩、地骨皮、银柴胡、胡黄连清肺火，退虚热，以祛未尽之邪；桔梗、贝母宣肺化痰；二冬、二地、当归身、白芍滋阴养肺；人参、茯

苓、白术、陈皮、甘草补气健脾。沈金鳌说："肺痈，肺热极而成病也，其症痰中腥臭，或带脓也，皆缘土虚金弱，不能生水，阴火烁金之败症，故补脾亦是要着。"可见方中白术用量较重，目的在于补脾以养肺，肺不虚则可促其溃痈早敛。可知溃后健脾养肺之法实不可少。又方中人参、麦冬、五味子即为生脉散，为补益气阴之名方；而桔梗与甘草相配，即为仲景桔梗汤，用此以治肺痈吐脓腥臭者。川芎合归、芍则和营养血而兼化瘀，配合芩、连以清热毒血瘀。此方组成药味虽多，多而不杂。总之，以清理余邪同养阴益气补血等扶正之品并进。肺痈初期及成痈期，均非本方所宜。

宁肺桔梗汤(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十七) 苦桔梗、贝母(去心)、当归、栝蒌仁(研)、生黄芪、枳壳(麸炒)、甘草节、桑白皮(炒)、防己、百合(去心)、薏苡(炒)各八分，五味子、地骨皮、知母、杏仁(炒，研)、苦葶苈各五分。水二钟，姜三片，煎八分，不拘时服。功能清肺养阴，止咳化痰。主治肺痈溃后，胸胁隐痛不止，口燥咽干，烦闷多渴，自汗盗汗，睡眠不宁，咳吐脓痰腥臭者。咳甚倍加百合；身热加柴胡、黄芩；大便不利，加蜜炙大黄一钱；小水涩滞，加灯心草、木通；烦躁痰血，加白茅根；胸痛加人参、白芷。

清金益气汤(《医学衷中参西录》) 知母、元参、牛蒡子(炒捣)各9克，生地黄15克，生黄芪(粉碎)9克，沙参9克，粉甘草9克，川贝母(去心)6克。水煎服。功能清肺益气，养阴止咳。主治虚羸少气，劳热咳嗽，肺痿失音，频吐痰涎，及一切肺金虚损之病。

辛夷清肺饮

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五。方由辛夷六分，石膏、知母、栀子(生研)、黄芩各一钱，枇杷叶(去毛，蜜炙)三片，升麻三分，百合、麦冬(去心)各一钱，甘草(生)五分组成。水二钟，煎八分，食远服。功能清肺通窍。主治鼻痔，生于鼻内，形如石榴子，渐大下垂，色紫微硬，阻塞鼻孔，碍人气息难通，或兼嗅觉减退，或鼻涕增多，或兼头昏头痛等。本方所治鼻痔，证属风热或湿热侵犯肺经所致。方中石膏、知母、栀子、黄芩清肺泄热，辛夷、枇杷叶、升麻宣肺通窍，配合百合、麦冬养阴清肺，甘草以调和诸药，合而成方，共奏清肺通窍之功。原方加减法："或加羌活、防风、连翘、薄荷。如有湿热，可去甘草加车前子、泽泻、海藻等。若有头痛，可加白芷、蔓荆子等疏散风邪，清利头目。"用本方内服清肺以治本，并外用硇砂散(硇砂一钱，轻粉、雄黄各三分，冰片五厘。共为末，水调蘸点痔上)以治标，内外合治，奏效更佳。宜忌厚味饮食及暴怒，以免再发。

辛夷汤(《普济方》卷五十六) 辛夷(去毛)、甘菊花(去枝节)、白芷、川芎、前胡(去芦头)、薄荷叶(去土)、石膏、白术、生干地黄、赤茯苓(去皮)、陈橘皮(去白)各一两，甘草(炙)二两。为粗末，每服五钱，水一盏半，煎至一盏，去滓，温服，食后，日三服。功能清宣肺热。主治肺气不利，头目昏眩，鼻塞声重，咳嗽痰粘，脉浮数者。

黄芩汤(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五) 黄芩(酒炒)二钱，甘草(生)五分，麦冬(去心)、桑白皮(生)各一钱，栀子(连皮，酒炒)一钱五分，连翘(去心)、赤芍、桔梗、薄荷、荆芥穗各一钱。水煎，食后服。功能清肺泻火。主治肺经壅热，上攻鼻窍，聚而不散，形成鼻疮，状如粟粒，微肿疼痛，甚则鼻外色红肿痛。

枇杷清肺散

本方见于《外科大成》卷三。由《普济本事方》"治肺风鼻赤酒渣方"、《外科正宗》枇杷叶丸等加减化裁而成。《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五载此方，更名为枇杷清肺饮。方由枇杷叶、桑白皮(鲜者更佳)各二钱，黄连、黄柏各一钱，人参、甘草各三分(《医宗金鉴》枇杷叶刷去毛，蜜炙，甘草用生品)组成。用水钟半，煎七分，食远服。功能清肺泻火。主治肺热熏蒸，热毒郁于面部肌肤，致患肺风粉刺，颜面及胸背部发生丘疹，周围色红，挑破挤压有白色粉状糊汁者。

本方所治证属肺经蕴热而成。肺主皮毛，肺经热毒郁滞肌肤，致患肺风粉刺，故以清肺泻火立法。方中枇杷叶清肺降火，《普济本事方》曾单用枇杷叶一味，去毛，焙干研末，茶调下一二钱，日三服，治疗肺风鼻赤酒皶；桑白皮泻肺降火；黄连、黄柏、生甘草泻火解毒；肺经有热，耗伤肺气，故用人参以补益肺气。配合成方，共奏清肺泻火的功效。枇杷叶为方中之主药，而本方之主要功效为清肺，故名枇杷清肺散。临床用本方加减治疗痤疮，辨证属于肺有蕴热者。

清肺饮子(《古今医鉴》卷九) 山茶花二两，黄芩二两，胡麻仁二两，山栀子二两，连翘一两，薄荷三两，荆芥一两，芍药一两，防风一两，葛花二两，苦参二两，甘草二两。上药为末，茶清调服二钱，后用搽药。功能清肺疏风。主治酒皶鼻。

枇杷叶丸(《外科正宗》卷四) 枇杷叶(去毛刺)八两，黄芩(酒炒)四两，甘草一两，天花粉四两。共为末，新安酒为丸，桐子大，每服一钱五分，食后并临睡白滚汤、茶汤俱可送下。忌服火酒煎炒。功能清肺降火。主治肺风粉刺，酒皶鼻，初起红色，久则肉皰发肿者。

黄芩清肺饮(《外科正宗》卷四) 川芎、当归、赤芍、防风、生地、干葛、天花粉、连翘、红花各一钱，黄芩二钱，薄荷五分。水二钟，煎八分，食后，用酒一杯过口。功能清肺疏风，凉血和营。主治与枇杷叶丸相同。

退赤散

本方见于《审视瑶函》卷三。方由桑白皮(蜜制)、甘

草、牡丹皮(酒洗)、黄芩(酒炒)、天花粉、桔梗、赤芍药、归尾、瓜蒌仁(去壳、油为霜)各等份组成。上为细末,每服二钱,麦门冬(去心)煎汤调下。现用法为用饮片作汤剂,水煎服。功能清肺养阴,凉血散瘀。主治肺经有火,血热妄行,目络血溢。症见白睛上下左右或片状或点状出血,其色俨似胭脂,故名"色似胭脂症",又名"白睛溢血"。本方主治白睛溢血,证属肺有蕴热,血热妄行,目络血溢所致。故用清肺养阴,凉血散瘀之法。方中桑白皮、黄芩清肺泻火;麦门冬、天花粉清肺养阴;肺经有火,血热妄行,故用牡丹皮、赤芍药、当归尾凉血散瘀;瓜蒌仁清肺润肠;桔梗宣肺利气;甘草调和诸药。配合成方,共奏清肺养阴,凉血散瘀的功效。现临床上亦用本方加减治疗球结膜下出血由于肺热引起者。配合局部热敷,可促进吸收。

退赤散(《银海精微》卷上) 黄芩、黄连、白芷、当归、赤芍药、栀子、桑白皮、木通、桔梗、连翘。功能清胃泻火,活血散瘀。主治胃经热毒上攻,眼睑生小疖(俗名偷针眼)。

退赤散(《证治准绳·类方》第七册) 大黄、黄芩、黄连、白芷、赤芍药、当归、山栀子各等份。上锉为散,桑白皮同煎,食后服。功能泻火解毒,活血散瘀。主治目赤。

桑白皮汤(《审视瑶函》卷三) 桑白皮一钱半,泽泻、黑玄参各八分,甘草二分半,麦门冬(去心)、黄芩、旋覆花各一钱,菊花五分,地骨皮、桔梗、白茯苓各七分。白水二钟,煎至八分,去滓温服。功能清肺利湿。主治肺脾湿热熏蒸于目,其证为涩痛不红不肿,又名"白涩症"。现临床上亦用本方加减治疗慢性结膜炎、泡性结膜炎属上证者。

泻黄散

本方出自《小儿药证直诀》卷下。又名泻脾散。为治脾热口臭、口疮的常用方剂。方由藿香叶七钱,山栀子仁一钱,石膏五钱,甘草三两,防风(去芦,切,焙)四两(《济生方》有缩砂仁半两)组成。上药同蜜、酒微炒香为细末,每服一钱至二钱,水一盏,煎至五分,温服清汁,不拘时。现用法为作汤剂,水煎服。功能泻脾胃伏火。主治脾胃伏火。症见口疮口臭,烦渴易饥,口燥唇干,舌红脉数,以及因脾热而有弄舌等症。

本方所治证属脾胃伏热所致,治宜清泻脾胃之热为主。方中石膏、栀子以泻脾胃积热,为君药,其中栀子又能引热邪从小便而出。脾胃伏火与胃中实火不同,后者宜清宜降,前者宜清降与升散并用,故本方重用防风,是"取其升阳,能发脾中伏火",也属"火郁发之"的治则,与清降的石膏、栀子同用,则降中有升,为臣药。藿香芳香醒脾,一以振复脾胃气机,一以助防风升散脾胃中伏火为佐药。使以甘草泻火和中,用蜜、酒调服,皆寓缓调中土,泻脾而不伤脾之意。正如王旭高所谓:"盖脾胃伏火,宜徐徐而泻却,非比实火当急泻也。"《医方论》谓此方"有风药以散伏火,有清药以泻积热,而又用甘药以和中,使不伤正气"。故本方配伍用药,具合脾胃伏火之证。方名泻黄散,乃取脾土在五色中属黄,泻黄即泻脾中伏火之意。本方清散并用,清中寓散,为治脾热口疮之常用方。临床运用以口疮口臭,舌红脉数为辨证要点。小儿身凉,身黄睛黄,痢热口臭,唇焦,泻黄沫,脾热口甜,胃热口苦,不吮乳者,可以用本方治疗。小儿先天不足,大脑发育不全,舌色淡白而弄舌者禁用。胃阴虚有热者慎用。

泻黄饮子(《济生方》卷五) 白芷、升麻、枳壳(生,麸炒)、黄芩、防风(去芦)、半夏(汤洗七次)、石斛各一两,甘草(生用)半两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏,姜五片,煎至八分,温服,不拘时候。功能清散脾经风热。主治风热蕴于脾经,唇燥坼裂,口舌生疮。

泻黄散(《幼幼集成》卷四) 赤茯苓、片黄芩、川黄柏、川黄连、黑栀仁、宣泽泻、茵陈蒿各一钱。灯心十茎,水煎,热服。功能清泻脾胃积热。主治小儿心脾有热,舌不转运,不能吮乳。

清热泻脾散

本方见于《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十一。由《小儿药证直诀》泻黄散、《普济本事方》火府丹等加减而成。方由山栀(炒)、石膏(煅)、黄连(姜炒)、生地、黄芩、赤苓组成。引用灯心,水煎服。功能清心热,泻脾火。主治小儿心脾蕴热,患鹅口疮,口舌生满白屑,面赤唇红,烦躁不宁,叫扰啼哭,舌尖红赤,大便干结,小便短黄,指纹紫滞;初生儿秽热郁积,生后不乳。本方所治证属小儿心脾蕴热所致。治宜清心热,泻脾火。方中黄芩配黄连,清心经之蕴热;生地黄配黄芩、赤茯苓、灯心草,是取法火府丹,凉心血,清心火,利小便;栀子配石膏,为泻黄散中主药,泻脾胃之火邪。配合成方,共奏清心热,泻脾火的功效。原书于应用本方的同时,并配合外搽保命散(枯矾、朱砂各二钱五分,水飞马牙消五钱,研末调涂舌与口角上),内外并治,奏效更速。现临床上对口腔炎、舌炎、牙龈炎等属于心脾蕴热所致者,亦用本方加减治疗。

泻脾升麻散(《太平圣惠方》卷五) 川升麻一两,羚羊角一两,茯神一两,黄连(去须)一两,柴胡(去苗)一两半,黄芩三分,麦门冬(去心)一两,大青二分,甘草(炙微赤,锉)半两。细锉和匀,每服三钱,以水一中盏,煎至六分,去滓,食后温服。功能泻脾火,解热毒。主治脾脏实热,口内生疮,食少心烦。

黄连散(《太平圣惠方》卷九十) 黄连三两(一作三分,去须),大青三分,川升麻三分,桑根白皮半两(锉),甘草半两(炒微赤,锉)。捣,粗罗为散,每服一钱,以水一小盏,煎至五分,去滓,放温,量儿大小分减服之。若与奶母服,即加栀子、黄芩各半两。每服三钱,以水一中盏,煎至六分,去滓,每于食后温服。功能泻心火,解热毒。主治小儿心经有热,口内生疮,心热烦闷。

升麻散(《仁斋直指方论》卷二十一) 升麻、玄参、川

芎、生地黄(洗晒)、麦门冬(去心)各半两,大黄、黄连(净)、黄芩、甘草(焙)各二钱。锉碎,每服三钱,姜、枣煎,食后服。功能清心脾热。主治心脾有热,口舌破裂生疮。

火郁汤

本方见于《证治汇补》卷二。系由李杲《兰室秘藏》火郁汤加减而成。方由连翘、薄荷、黄芩、山栀、干葛、柴胡、升麻、芍药组成。水煎服。功能清热散火。主治火郁于中。症见四肢发热,五心烦热,皮肤色赤,小便赤,舌苔薄黄,脉沉而数。本方主治火郁于中之证,故宗《素问·六元正纪大论》"火郁发之"之旨,而用清热散火之法。方中连翘、薄荷、葛根、柴胡、升麻皆为轻清升散之品,能清散郁火;配黄芩、栀子以清心肺脾胃之伏热,栀子并能导火从小便而出;火郁易烁阴液,更配一味白芍,酸收敛阴。同时白芍配葛根、升麻、柴胡可防升散之品再耗已伤之阴。配合成方,升中有降,散中有收,以成清散郁火之功,而无伤阴耗液之弊。本方为清散郁火之剂,临床以四肢发热而不恶寒,五心烦热,皮肤色赤等为辨证要点。情志抑郁,脏腑功能失调,产生阴虚内热的病证,非本方所宜。

升阳散火汤(《脾胃论》卷下)　生甘草二钱,防风二钱五分,炙甘草三钱,升麻、葛根、独活、白芍药、羌活、人参各五钱,柴胡八钱。上药㕮咀,每服秤半两,水三大盏,煎至一盏,去渣,稍热服。功能升阳散火,益气敛阴。主治阳经火郁,四肢发热倦怠,肌肤烘热或骨蒸潮热,扪之烙手。

火郁汤(《兰室秘藏》卷下)　升麻、葛根、柴胡、白芍药各一两,防风、甘草各五钱。上药㕮咀,每服五钱,水二大盏,入连须葱白三寸,煎至一盏,去渣,稍热不拘时候服。功能升阳散火。主治火郁于脾,五心烦热。

清胃散

本方出自《兰室秘藏》卷中。方由当归身、黄连(如质次,更加二分,夏月倍之)、生地黄(酒制)各三分,牡丹皮五分,升麻一钱组成。上为细末,都作一服,水一盏半,煎至一盏,去渣,待冷服。现用法为用饮片各适量,水煎服。功能清胃凉血。主治胃经积热,上攻口齿。症见上下牙痛不可忍,牵引头脑,满面发热,其齿喜冷恶热;或牙龈溃烂,或牙宣出血,或唇口腮颊肿痛,口气臭热,口舌干燥,舌红苔黄,脉滑大而数者。本方主治胃经积热上攻所致的牙痛及牙龈溃烂等,故用清胃凉血法。方中黄连苦寒泻火,能清胃经积热,是主药;胃为多气多血之腑,胃热每致血分亦热,血分热则伤阴耗血,故又配生地黄凉血滋阴,牡丹皮凉血清热,当归养血和血,升麻散火解毒,兼为阳明引经药,均为辅助药。五味合用,共奏清胃凉血的功效。东垣创制此方,原为治疗胃火牙痛而设,其实凡是胃热之证,血分亦热者,均可用之。现临床上对于三叉神经痛、口腔炎、牙周炎等属于胃火上炎者,均可用本方加减治疗。

清胃泻火汤(《寿世保元》卷六)　连翘、桔梗、黄连、黄芩、栀子、干葛各七分,玄参、升麻、生地各一钱,薄荷五分,甘草八分。水煎,频频温服。功能清胃泻火。主治心胃之火上攻,口舌生疮肿痛,及咽喉、牙齿、耳、面肿痛。

清胃散(《外科正宗》卷四)　黄芩、黄连、生地、丹皮、升麻、石膏各一钱。水二钟,煎八分,食后服。功能清胃凉血。主治胃经有热,牙齿或牙龈作肿,出血不止。

清胃饮(《景岳全书·古方八阵》卷五十七)　石膏、栀子、黄连、黄芩、当归、生地、白芍、苍术各一钱,青皮八分,细辛、藿香、荆芥穗各六分,升麻五分,丹皮、甘草各四分。水二钟,煎八分,食后缓缓含饮之。功能清胃凉血,疏风燥湿。主治胃有湿热,兼挟风邪,牙痛床肿,血出动摇。

干葛清胃汤(《症因脉治》卷二)　升麻、川黄连、山栀、丹皮、生地、甘草、干葛。功能清胃化湿。主治饮酒过多,胃有湿热,口眼㖞斜。

石斛清胃散

本方见于《张氏医通》卷十五。方由石斛、茯苓、橘皮、枳壳、扁豆、藿香、丹皮、赤芍各等份,甘草减半。为散,每服三四钱,加生姜一片,水煎服。现用法为用饮片各适量,煎汤服。功能清胃生津,健脾凉血。主治麻疹后期,呕吐,食欲不振,口干作渴,舌质红,苔薄腻,脉虚数者。本方所治证属胃热津伤,脾虚运化乏力。故从清胃健脾立法。方中石斛能清胃经虚热,并有生津之功;配以扁豆、甘草、藿香、茯苓健脾醒胃;橘皮、枳壳理气和胃;生姜和胃止呕;麻疹后期多见血分余热未清,故又配以牡丹皮、赤芍凉血清热。诸药合用,共奏清胃生津,健脾凉血的功效。张璐说:"麻疹若泻后而呕者,脾胃虚而热滞也,石斛清胃散主之。麻疹泻后不能食,石斛清胃散,量加健运之味。"现就本方功效来看,其他热性病之后期,如见呕吐或食欲不振,辨证属于胃热津伤,脾虚运化乏力者,亦可用本方加减治疗。

甘露饮

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。又名甘露饮子。方由生干地黄(焙秤)、熟干地黄(焙秤)、天门冬、麦门冬(各去心,焙秤)、枇杷叶(去毛)、黄芩(去心)、石斛(去苗)、枳壳(麸炒,去穰)、甘草(锉,炒)、山茵陈叶(《董氏小儿斑疹备急方论》枳壳作枳实)组成。上药各等份,为粗末,每服二钱,水一盏,煎八分,食后温服,牙齿动摇,牙龈腥热,含漱并服。现用法为作汤剂,水煎服。功能养阴清热,降气利湿。主治胃经湿热熏蒸,阴亏津伤。症见口臭,咽痛,口舌生疮,牙宣,龈肿;脾胃受湿,瘀热在里,湿热相搏,致生黄疸,身面皆黄,肢体微肿,胸满气短,大

便不调,小便黄涩,或时身热。

本方所治证属胃经湿热熏蒸,或脾胃湿热相搏而又阴虚津伤所致。故用养阴清热,降气利湿之法,以养阴为主,清热为辅,略佐降气利湿为组方原则。方中天门冬、麦门冬、石斛、生地黄、熟地黄皆滋阴养液之品,清胃肾之虚热;黄芩、茵陈清热利湿;火热上蒸为患,更配枇杷叶、枳壳降气和胃,气降则火亦降;甘草泻火缓中,调和诸药。配合成方,共奏养阴清热,降气利湿之功。虽方中茵陈是治疗黄疸要药,但对湿热黄疸,投以二冬二地则反有助湿恋邪之弊,故用时宜慎。现临床上对于口腔炎、咽炎、齿龈肿痛、慢性扁桃体炎属阴虚兼有湿热者,亦有用本方加减治疗,并对眼科疾病如工业性灼伤、角膜实质炎症有较好疗效。亦可用于老年性白内障。《成方切用》载甘露饮加减法:"火盛渴甚者,加知母;走马疳而急者,加石膏、黄连;火蚀既久,元气虚者,加人参。"

小甘露饮(《医宗己任编》) 山栀、黄芩、生地、升麻、桔梗、茵陈、石斛、甘草。水煎服。功能清热利湿。主治脾劳实热,身体面目悉黄,舌干,咽喉肿痛。

滋阴甘露丸(《全国中药成药处方集》济南方) 生地、熟地各600克,天冬、麦冬各360克,枇杷叶、石斛各500克,酒黄芩300克,枳壳240克,茵陈、甘草各180克,元参60克。共为细末,炼蜜为丸,梧桐子大,每服9克,白开水送下。功能养阴,清热,解毒。主治虚火上炎,口烂龈肿,吐血衄血,口疮等症。

玉女煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。是由白虎汤加减衍化而成。方由生石膏三五钱,熟地三五钱或一两,麦冬二钱,知母、牛膝各钱半组成。水一钟半,煎七分,温服或冷服。功能清胃滋阴。主治胃热阴虚。症见头痛牙痛,齿龈出血,烦热口渴,舌红苔黄,脉浮滑或洪大。

本方所治证属胃经热盛而阴分损伤所致,亦即张景岳所谓:"少阴不足,阳明有余。"从方剂组成及主治分析,足少阴不足次之,而以阳明有余为主,故张氏将本方列入寒阵之中,立法以清热为主,佐以滋阴。方中石膏、知母清阳明之有余为君药,与白虎汤的立法、用药相同;熟地黄、麦门冬滋阴生津,为佐药,以补养少阴之不足;牛膝导热引血下行,以降上炎之火,而止上溢之血,为使药。诸药合用,共奏清胃滋阴之效。王孟英指出:本方"治阴虚胃火盛之齿痛,颇有捷效。若治温热病,地黄宜生,牛膝宜删。"临床常用于胃热而阴亏的牙痛牙衄。如胃热炽盛而阴亏不明显时,可用生地黄易熟地黄,玄参易牛膝,并加黄连以加强清热的作用。若齿龈出血较多者,则以生地黄易熟地黄,并加牡丹皮、栀子、白茅根、旱莲草以凉血止血。原书加减法:"如火之盛极者,加栀子、地骨皮之属亦可;如多汗多渴者,加北五味十四粒;如小水不利或火不能降者,加泽泻一钱五分,或茯苓亦可;如金水俱亏,因精损气者,加人参二三钱尤妙。"现临床上对急性口腔炎、舌炎、三叉神经痛等属于胃热而阴亏者,亦用本方加减治疗。如大便溏泄者,不宜使用。

竹叶玉女煎(《温病条辨》卷三) 生石膏六钱,干地黄四钱,麦冬四钱,知母二钱,牛膝二钱,竹叶三钱。水八杯,先煮石膏、地黄得五杯,再入余四味,煮成二杯,先服一杯,候六时复服。病解停后服,不解再服。功能表里两清。主治妇女温病,经水适来,脉数耳聋,干呕烦渴,甚至十数日不解,邪陷发痉等。本方证为病邪由表人里,外热未除,里热又急,故邪陷发痉,治以玉女煎加竹叶,两清表里之热。

加减玉女煎(《温病条辨》卷一) 原名玉女煎去牛膝熟地加细生地元参方。生石膏一两,知母、元参各四钱,细生地、麦冬各六钱。水八杯,煮取三杯,分二次服,渣再煮一钟服。功能清热凉血,养阴增液。主治太阴温病,气血两燔,烦热口渴,脉数,舌质红绛者。

玉液煎

本方出自《医醇賸义》卷二。方由石膏五钱,生地五钱,石斛三钱,麦冬二钱,玉竹四钱,葛根二钱,桔梗一钱,薄荷一钱,白茅根八钱组成。甘蔗汁半杯冲服。功能清胃凉血,养阴生津。主治胃火炽盛,烦渴引饮,牙龈腐烂,或牙宣出血,面赤发热者。方中石膏能清胃经之热,是本方治疗胃火炽盛的主药。胃热则血分亦热,且伤阴损液,故配生地黄凉血滋阴,白茅根凉血清热,石斛、麦冬、玉竹、甘蔗汁养阴生津。胃火上升发为牙龈腐烂,多属胃经积热久郁,所以方中又配葛根、桔梗、薄荷等辛凉升散之品,以散胃中郁火。十味组合成方,共奏清胃凉血,养阴生津的功效。

芦根饮子

本方出自《备急千金要方》卷十。《外台秘要》卷二载此方更名为生芦根饮。方由生芦根(切)、青竹茹各一升,粳米三合,生姜三两组成。上四味,以水五升,煮取二升半,随意饮,不愈再服。功能清热生津,降逆和胃。主治伤寒温病后,余热未清,胃气上逆,呕吐恶心,嗳气呃逆,或干呕而食不下者。本方治疗病后余热未清,胃热气上逆,恶心呕吐者。方中芦根性凉,善清肺胃之热,味甘多液,故又可生津养液,实为清热生津之要药,《本草经疏》谓芦根"甘寒除热安胃,亦能下气";粳米滋养胃气;生姜、竹茹和胃降逆。对胃热气逆者,可以应用。如胃热气虚者,可酌加党参以补中气。本方所治为胃有余热,胃气上逆,以呕恶不食,舌红少津为辨证要点。对病后胃气虚寒而见呕逆者,当忌用。

芦根汤(《圣济总录》卷五十九) 芦根(锉)、麦门冬

(去心,焙)、栝蒌根、地骨皮各一两,白茅根(锉)、石膏(碎)各一两,黄芩(去黑心)、人参各三分,甘草(炙)半两。上九味,粗捣筛,每服五钱匕,水一盏半,生姜一枣大拍碎,小麦半合,竹叶二七片,煎至八分,去滓,食后温服。功能清热养阴,益气生津。主治暴热烦渴。

芦根饮(《圣济总录》卷三十九)　芦根(锉,焙)一两一分,人参、水萍(紫者,焙干)、枇杷叶(去毛)各一分。上四味,粗捣筛,每服五钱匕,入薤白四寸拍破,水一盏半,煎至八分,去滓温服,日三服。功能清热益气,降逆除烦。主治霍乱心烦。

芦根粥(《普济方》卷三百九十五)　生芦根(锉)二两,粟米一分。上药以水二大盏,煎至一盏,去滓,投米作粥,入生姜、蜜汁少许服。功能清热生津,止呕降逆。主治小儿呕吐,烦热口渴。

芦根饮子(《证治准绳·幼科》集之八)　生芦根(切)五合,淡竹青皮、人参各八分,桔梗五分,知母十分,粟米三合。以水五升,煮取一升半,量儿大小与服之。功能清热益气,和胃降逆。主治小儿壮热口渴,恶心呕吐者。本方比《备急千金要方》多知母、人参、桔梗,而不用生姜,清热补气之力为胜,对热甚而津气两伤,胃气上逆者为宜。如呕吐症状明显者,生姜仍可酌用,或用姜竹茹亦可。

抽薪饮

本方出自《景岳全书·新方八阵》。系从黄连解毒汤加减衍化而来。方由黄芩、石斛、木通、栀子(炒)、黄柏各一二钱,枳壳钱半,泽泻钱半,细甘草三分组成。水一盏半,煎七分,食远温服。内热甚者,冷服更佳。功能清热泻火。主治诸火炽甚而不宜补者;阳明实热,胃火上浮,或烦热干渴而头面浮肿者;喉痹肿痛属于火证者;湿热下坠疼痛脱肛甚者;产妇体实火甚,便闭尿赤,及邪火炽甚,迫血妄行,无表证而发热者。

本方主治诸种实热病证,或热在上焦,而见喉痹肿痛,或热在中焦而见胃火牙疼,或热在下焦而成湿热为患。故方用黄芩以清上焦邪热,用石斛以清中焦阳明之热,黄柏以清下焦之邪热,更用栀子以清三焦之热。如是则三焦俱清,邪热可除,实含有黄连解毒汤之意。但黄连解毒汤用芩、连、栀、柏,四者纯属苦寒,清热有余,而不免有苦燥伤津之弊。本方有鉴于此,不用黄连之苦,改用石斛之甘,清热则一,但燥润不同。黄连泻火而苦燥,石斛清热而养阴,配伍于芩、柏、栀等苦寒药中,既助清热,又可避免苦燥,实为配伍之妙用。徐究仁说:"如欲清胃救津,自非用石斛之甘滋轻炙不为功。"然后再以枳壳以疏利气机,木通、泽泻以分利湿热,亦使邪有出路也,最后以甘草甘润清热,并可调和诸药。综合全方,清热为主,兼可利水,故对三焦热盛诸证,均可选用。原方加减:"如热在经络肌肤者,加连翘、天花粉以解之;热在血分大小肠者,加槐蕊、黄连以清之;热在阳明头面或烦躁便实者,加生石膏以降之;热在下焦,小水痛涩者,加草龙胆、车前以利之;热在阴分津液不足者,加门冬、生地、芍药之类以滋之;热在肠胃实结者,加大黄、芒硝以通之。"如非实热病证,应慎用。

竹皮大丸

本方出自《金匮要略·妇人产后病脉证治》。方出生竹茹二分,石膏二分,桂枝一分,甘草七分,白薇一分。上五味为末,枣肉和丸,弹子大,以饮服一丸,日三、夜二服。现用法为除作丸剂外,亦作汤剂,用量按原方比例酌情增减。功能清热除烦,安中止呕。主治妇女产后虚热,心烦不安,恶心呕吐。本方所治证属产后阴血不足,血虚肝旺,以致胃气上逆,出现烦乱呕逆等,故治宜清热除烦,安中止呕。方中竹茹、石膏清胃热,止呕逆;白薇清虚热;桂枝、甘草平冲逆,安中益气;枣肉调和诸药。方后指出:"有热倍白薇,烦喘加柏实。"说明虚热重者,倍用白薇以加强清热之功;烦乱兼喘者,加柏子仁以宁心安神。如中虚内热,胃阴不足者,加麦冬、石斛以养胃阴。

竹茹汤

本方为孙兆方,见于《普济本事方》卷四。方由干葛三两,甘草(炙)三分,半夏(姜汁半盏,浆水一升,煮耗半)三分组成。上药为粗末,每服五钱,水二盏,生姜三片,竹茹一弹子大,枣一个,同煎至一盏,去滓,温服。现用法为用饮片各适量,煎汤服。功能清胃降逆,和中止呕。主治胃有热邪,呕吐不止,心烦喜冷,手足心热者。

本方所治证属胃有热邪所致的呕吐,故用清胃降逆,和中止呕之法。方中竹茹清胃经之热,并有降逆之功,为治胃热呕吐之要药;葛根清散胃经郁热,治疗胃热壅于胸膈而致的呕吐;半夏和胃降逆;生姜和胃止呕;大枣、甘草调和脾胃。六味合用,共奏清胃降逆,和中止呕的功效。临床用治胃热呕吐,以心烦喜冷,手足心热,苔微黄,脉滑数等为辨证要点。许叔微说:"胃热者,手足心热。政和中一宗人病伤寒,得汗身凉,数日忽呕吐,药与饮食俱不下,医者皆进丁香、藿香、滑石等药,下咽即吐。予曰:此正汗后热留胃脘,孙兆竹茹汤正相当尔。亟治药与之,即时愈。"《本事方释义》解释本方说:"干葛气味辛微温,能解酒毒,入足阳明;甘草气味甘平,入足太阴;半夏气味辛温,入足阳明;竹茹气味甘寒,入足阳明;姜、枣以和营卫。胃热呕吐不止,亦必因胃中酒气蕴热,故以微辛温之药令其入胃,引入甘寒之品,则酒热稍解,气得下降,胃气安而病自已也。"本方证之胃热呕吐,是因伤寒余热留于胃脘,不是酒气蕴热,但方中葛根能解酒毒,对饮酒过多、胃有蕴热呕吐者,用本方亦极适合。

竹茹汤(《圣济总录》卷二十五)　淡竹茹半两,人参一两,前胡(去芦头)三分,甘草(炙)半两,芦根一两,葛根

三分，半夏半两（汤洗七遍，切片，焙）。上七味，锉如麻豆，每服五钱匕，水一盏半，入生姜一分拍碎，同煎至八分，去滓温服，不拘时。功能清胃降逆，益气和中。主治伤寒胃气虚热，干呕不止。

葛根汤（《圣济总录》卷四十七） 葛根（锉）十两，甘草（炙）三两，半夏二两（生姜汁半升，浆水半盏，同煮软，切，焙干），黄连（去须）一两。上四味，粗捣筛，每服三钱匕，水一盏，生姜三片，竹茹少许，同煎至七分，去滓温服，不拘时。功能清胃止呕。主治胃中有热，烦渴咽干，吐逆。

竹茹石膏汤

本方见于《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十九。方由半夏（姜制）、赤苓、陈皮、竹茹、生甘草、石膏组成。引用生姜，水煎服。功能清热和中。主治麻疹火邪内迫，胃气冲逆，呕吐不止。

本方所治证属麻疹火邪内迫，胃气冲逆所致的呕吐，故用清热和中法。方中竹茹、石膏清胃降逆；半夏、陈皮、赤茯苓、生甘草、生姜和中止呕。配合成方，共奏清热和中的功效。本方以竹茹配石膏治胃热呕吐，是取法于《金匮要略》竹皮大丸，该方中用竹茹、石膏甘寒清胃，以治产妇胃热呕逆。本方所治之麻疹呕吐，亦属于胃热气逆，故取上述两味清胃降逆，热除胃和，则呕吐自止。考《经效良方》加味二陈汤，用半夏、陈皮、茯苓、甘草、笙竹青、生姜，治胃热呕吐不已。本方即上方加石膏，以笙竹青改为竹茹，其清胃热之功，当较上方为优。如胃热较轻之呕吐，用上方即可；若胃热重之呕吐，以应用本方为适宜。本方为清热和中之剂，临床用治麻疹呕吐，以伴见心烦口渴，舌红，苔黄，脉数等为辨证要点。胃病呕吐属于胃热者，可以用本方加减治疗。

石膏竹茹汤（《圣济总录》卷六十三） 石膏二两，竹茹（焙）、人参、白茅根、半夏（汤洗七遍，炒）各一两，玄明粉、桔梗（炒）、甘草（炙，锉）、葛根（锉）各半两。上九味，粗捣筛，每服五钱匕，水一盏半，入生姜五片，同煎至八分，去滓温服。功能清热降逆，益气和中。主治上焦热壅，见食呕吐，头痛目赤。

青竹茹汤（《普济方》卷二〇六） 生芦根（切）一升，青竹茹一升，粟米三合，生姜二两。上药㕮咀，以水五升，煮取二升，分三服，不止，服三剂。功能清胃降逆。主治伤寒后胃热气逆，干呕，饮食不下。

竹叶黄芪汤

本方出自《万病回春》卷八。系竹叶石膏汤衍化而成。方由淡竹叶一钱，芍药、麦门冬、半夏、川芎、黄芪（炒）、人参、当归、甘草、石膏、生地黄各二钱组成（《医宗金鉴》较本方多黄芩）。功能益气养血，清胃生津。主治痈疽，气血虚，胃火盛，烦渴呕逆，心胸烦闷，舌红少苔，脉虚而数。本方治证属气血不足，胃火内扰所致。若只清热，则气血难复；若只滋补，则邪火难除，故治当益气养血，清胃生津，以清补并行。方中竹叶、石膏清阳明胃热；人参、麦冬益气生津，四者并施，则胃热得清，气阴得复；黄芪、甘草助人参益气，并可托疮；芍药、当归、川芎、生地黄养血益阴；半夏和胃降逆，其性虽燥，但与清热生津诸品相伍，则温燥之性失，而降逆之功存，可使人参、麦冬、生地黄等补益之药补而不壅。诸药合而用之，清补并投，而奏益气养血，清胃生津之效。本方也可治疗消渴病证属胃热而气阴已伤者。

安胃饮

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷十五。方由陈皮、山楂、麦芽、木通、泽泻、黄芩、石斛组成。水一钟半，煎七分，食远服。功能清胃生津，行气消滞。主治胃火上冲，气滞内阻。症见呃逆不止，胸脘痞闷，口中干渴，大便坚实或不通，舌苔黄，脉滑数。方中黄芩、石斛清胃生津，陈皮、山楂、麦芽行气消滞；木通、泽泻泻火利水。配合成方，共奏清胃生津，行气消滞的功效。胃火下降，气行滞消，不止呃而呃自止。如胃火盛，可再加石膏，以增强清胃之力。张介宾说："胃火为呃者，其证极多，但察其脉见滑实，而形气不虚，胸膈有滞，或大便坚实，或不行者，皆其胃中有火，所以冲为呃，但降其火，其呃自止，惟安胃饮为最妙。余常治愈多人，皆此证也。"

清热解郁汤

本方出自《古今医鉴》卷十。由《丹溪心法》越鞠丸加减化裁而成。方由山栀仁（炒黑）一钱半，枳壳（麸炒）一钱，西芎一钱，黄连（炒）七分，陈皮五分，苍术（米泔浸）七分，香附一钱，干姜（炒黑）五分，甘草五分组成。加生姜三片，水煎，热服；服后戒饮食大半日，渣再煎服。功能清热解郁。主治胃有郁热，症见胃脘刺痛，痛势急迫，烦躁易怒，泛酸嘈杂，胸闷腹胀，口干口苦，舌红苔黄腻，脉弦数。

本方所治证属热郁于胃，故用清胃解郁之法。方中山栀仁苦寒泻火，能治胃热脘痛。《丹溪心法》说："大概胃口有热而作痛者，非山栀不可。"再以苦寒泻火之黄连配合同用，则清胃热之力更强。胃为多气多血之腑，热郁于胃，气滞湿阻，血行不畅，故配香附、枳壳、陈皮理气解郁，苍术燥湿健脾，川芎行气活血。胃有郁热，用栀、连苦寒泻火，易致格拒不纳，故用干姜反佐，则邪易伏而病易安。更以生姜和胃，甘草调和诸药。配合成方，既能清热，亦能解郁，既有正治，又有反佐，与本方证极为适合。凡胃病日久，热郁于胃者可以应用，以脘部刺痛，痛热甚剧，烦躁易怒，口中干渴，舌红苔黄腻，脉弦数等为辨证要

点。

清中汤(《医学统旨》)　黄连、山栀(炒)各二钱,陈皮、茯苓各一钱半,半夏一钱(姜汤泡七次),草豆蔻仁(捶碎)、甘草(炙)各七分。水二钟,姜三片,煎八分,食前服。功能清中和胃。主治胃热作痛。

散火汤(《寿世保元》卷五)　黄连(炒)、白芍(炒)、栀子(炒)、枳壳(去穰)、厚朴(去皮)、香附、川芎各一钱,木香、砂仁、茴香各五分,甘草三分。加生姜一片,水煎服。功能泻火行气。主治热郁气滞,腹痛乍痛乍止,脉数者。

清中蠲痛汤(《张氏医通》卷十四)　山栀(姜汁炒黑)一钱五分,干姜(炮)三分,川芎(童便浸,切)、黄连(姜汁炒褐色)、橘红各五分,香附(醋炒)一钱五分,苍术(童便浸,刮去皮,切,晒,麻油拌炒)八分,神曲(姜汁炒)一钱,生姜三片,大枣一枚(擘)。水煎,食前热服。功能清热解郁。主治中脘火郁,胃痛发作即寒热,痛势忽重忽轻,口渴,大便秘,脉数者。

冬地三黄汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由麦冬八钱,黄连一钱,苇根汁(冲)半酒杯,玄参四钱,黄柏一钱,银花露(冲)半酒杯,细生地四钱,黄芩一钱,生甘草三钱组成。水八杯,煮取三杯,分三次服,以小便得利为度。功能养阴生津,清热泻火。主治阳明温病,邪热伤阴,小便不利者。

本方所治温病小便不利,证属邪热伤阴所致。吴鞠通说:"温病小便不利者,淡渗不可与也,忌五苓八正辈。"治从"甘苦合化"立法。"甘",即甘寒养阴生津;"苦",即苦寒清热泻火。方中生地黄、玄参、麦冬即增液汤,皆甘寒之品,能养阴生津,其中倍用麦冬,清肺以滋化源;小肠结热,因而清浊失司,故以黄连、黄柏、黄芩苦寒之药,清热泻火,通泄小肠热结,且与生地黄、玄参、麦冬配合,寓苦寒于滋润之中,庶不致化燥为患;金银花露、芦根汁均甘凉清润之味,既可解温热之邪,又可生津以增液;甘草清热泻火,调和诸药。配合成方,共奏养阴生津,清热泻火之功。甘寒滋其源,苦寒清其流,使源清流洁,小便自得通利。吴鞠通说:"温病燥热,欲解燥者,先滋其干,不可纯用苦寒也,服之反燥甚。"又说:"苦先入心,其化以燥……吾见温病而恣用苦寒,津液干涸不救者甚多……故冬地三黄汤,甘寒十之八九,苦寒仅十之一二耳。"本方为甘寒养阴与苦寒泻火合用之剂,以甘寒养阴为主,苦寒泻火为辅,用治阳明温病阴亏热结而致小便不利。以无汗,小便不利,舌干红苔色黄,脉数而弱为辨证要点。阳明温病腑实已成,小便色赤而有刺痛感,时觉烦热口渴,则非本方所宜。

滋阴润燥汤(《医醇賸义》卷二)　天冬、麦冬、玄参、阿胶(蛤粉炒)、丹皮、泽泻、牛膝各一钱五分,琥珀一钱,丹参二钱,生地五钱,灯心三尺。水煎服。功能滋阴利水。主治小肠燥热,小溲涩痛。

三消汤

本方见于《验方新编》卷四。是从《寿世保元》卷五"治三消总治之方"以人参易党参,去桔梗而成。方由台党参、白术、当归、茯苓、生地各一钱,黄柏、知母、黄连、麦冬、天花粉、黄芩各七分,甘草五分组成。水煎服。功能清热泻火,养阴益气。主治上、中、下三消。热盛阴伤,脾气已虚,口干作渴,饮水不止,消谷善饥,小便多,倦怠无力,舌质红,脉虚数者。

本方所治三消之证,为肺、胃、肾三经燥热,火邪炽盛,阴液大伤,脾气亦虚,故用清热泻火,养阴益气之法。方中以黄芩泻肺火,黄连泻胃火,知母、黄柏泻肾火,火退则阴液可保;更以麦冬、天花粉养肺胃之阴,生地黄益肾阴,阴复则火邪自抑;又以台党参、白术、茯苓、甘草(即四君子汤)补益脾气,脾气旺则能敷布津液;以当归配生地黄养血滋阴,以润脏腑之燥。诸药配合,共奏清热泻火,养阴益气的功效。本方能统治三消,故名三消汤。本方用治三消病的热盛阴伤,脾气不足之证,以多饮,多食,小便多,体倦,舌红,脉虚数为辨证要点。消渴病由于中焦燥实或阴阳两虚者,均非本方所宜。

生地八物汤(《医学心悟》卷三)　生地三钱,山药一钱五分,知母一钱五分,麦冬三钱,黄芩一钱,黄连一钱,黄柏一钱,丹皮一钱五分。上药加荷叶二钱,水煎服。功能清胃滋肾。主治中消。

玉液汤(《医学衷中参西录》)　生山药 30 克,五味子 9 克,生黄芪 15 克,知母 18 克,生鸡内金(捣细)6 克,葛根 4.5 克,天花粉 9 克。水煎服。功能益气生津。主治消渴证。

黄连散

本方出自《太平圣惠方》卷五十三。方由黄连二两(去须,捣罗为末),生地黄汁三合,生栝蒌汁三合,牛乳三合组成。上用三味汁相和,每服三合,不计时候,调下黄连末一钱。功能清热泻火,养阴生津。主治心胃热盛,肺阴耗伤,致成消渴,烦渴多饮,口干舌燥,大便如常,小便频多,舌边尖红,脉象洪数。本方所治证属胃热熏灼,或心热移肺所致,治宜清热泻火,养阴生津。方中黄连苦寒泻火,清胃热,止烦渴,厚肠胃,为本方主药。生栝蒌汁、生地黄汁、牛乳甘寒滋润养阴生津,均为辅助药。配合成方,共奏清热泻火,养阴生津的功效。

黄连丸(《备急千金要方》卷二十一)　黄连一斤,生地黄一斤(张文仲云十斤)。上二味,绞地黄取汁,浸黄连取出曝晒,燥则复纳令汁尽晒干,捣末,蜜丸如梧子,服二十丸,日三服;亦可为散,以酒服三寸匕。功能清热泻火,凉血生津。主治消渴。

黄连牛乳丸(《圣济总录》卷五十八)　黄连(去须,为

末)一斤,麦门冬(去心,研烂)二两,牛乳、地黄汁、葛汁并一升。上五味,合研,众手丸如梧桐子大,每服二十丸,空心粥饮下,日再服,渐加至四十丸。功能清热凉血,养阴生津。主治消渴。

川黄连丸(《仁斋直指方论》) 又名麦门冬丸。川黄连(净)五两,白天花粉、麦门冬(去心)各三钱半。上药为末,以生地黄汁并牛乳汁和捣,丸如梧桐子大,每服三十丸,粳米汤饮下。一方无生地黄汁、牛乳,用麦门冬捣匀为丸,食后煎麦门冬汤下。功能清热生津。主治消渴。

黄芩汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。《素问病机气宜保命集》的黄芩芍药汤、芍药汤等,皆由本方衍化而来。方由黄芩三两,芍药二两,甘草(炙)二两,大枣(擘)十二枚组成。上四味,以水一斗,煮取三升,去滓,温服一升,日二夜一服。功能清热止利,和中止痛。主治痢疾或腹泻。症见身热不恶寒,腹痛口苦,舌红苔薄黄,脉弦数。

本方所治证属里热所致,故以清里热立法。里热清则不仅下利可止,身热亦除。方中黄芩清热止利,《神农本草经》"主肠澼泄痢";芍药(可用白芍)和营止痛,《神农本草经》"主邪气腹痛,除血痹";甘草、大枣和中养脾。诸药合用,成为清里热,止泄痢,和营止痛之剂。本方原治"太阳与少阳合病,自下利者",王旭高说:"何以不用太、少两经之药?盖合病而兼下利,是热邪已入少阳之里,胆热移脾,故自下利,则所重在里矣。故用黄芩酸苦,泄少阳之热,甘、芍、大枣酸甘,和太阴之气,使半里清而半表自解,和解之法,非一端也。"若痢疾属于湿热而病甚者,去大枣,重用芍药,并配合香连丸治疗;如兼有表证者,加葛根、荆芥、金银花;里急后重明显者,加大黄、槟榔。如属寒湿所致的泻痢,而见舌苔白滑,脉迟而缓,口不干渴者,不宜使用本方。周扬俊主张以本方治疗早期温病,叶天士亦推崇此议,指出"寒邪深伏,已经化热,昔贤亦以黄芩汤为主,苦寒直清里热……乃正治也,治温邪忌散,不与暴感门同法"。

黄芩加半夏生姜汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》) 黄芩二两,芍药二两,甘草(炙)二两,大枣(擘)十二枚,半夏(洗)半升,生姜(切)一两半(一方作三两)。以水一斗,煮取三升,去滓,温服一升,日二夜一服。功能清热止痢,降逆止呕。主治黄芩汤证而兼有呕吐者。因此用黄芩汤加半夏、生姜以降逆止呕。

黄芩芍药汤(《素问病机气宜保命集》卷中) 黄芩、芍药各一两,甘草五钱。为粗末,每服半两,水一盏半,煎至一盏,滤清,温服无时,如痛甚则加桂少许。功能清热止利,和血止痛。主治泄痢腹痛,或后重身热,久而不愈,脉洪疾者,及下痢脓血稠粘。

葛根黄芩黄连汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。又名葛根芩连汤。是治疗伤寒表证不解,邪陷阳明,以致协热下利的方剂。方由葛根半斤,甘草(炙)二两,黄芩三两,黄连三两组成。上四味,以水八升,先煮葛根,减二升,纳入诸药,煮取二升,去滓,分温再服。功能清热解表。主治外感表证未解,热邪入里。症见身热下利,心下痞,胸脘烦热,喘而汗出,口干而渴,舌红苔黄,脉数。

本方所治证属外感表证未尽,热已入里的热性下利(泄泻、痢疾),治宜清热解表。方中重用葛根,既能发表解肌,以外解在表之邪;又能升发脾胃清阳之气而止泻利,使表解里和。柯韵伯谓其"气轻质重",先煮而后纳诸药,则"解肌之力优而清中之气锐"。汪昂说:"葛根能升阳明清气,又为治泻要药。"里热已炽,故用黄芩、黄连苦寒清热,甘草协调诸药,共成清热解表之功。《伤寒论》谓:"太阳病,桂枝证,医反下之,遂利不止,脉促者,表未解也;喘而汗出者,葛根黄芩黄连汤主之。"由于历代医家对《伤寒论》原文的理解不一,因此对本方证的表邪是否已解,尚有争议。尤在泾说:"邪陷于里者十之七,而留于表者十之三,其病为表里并受之病,故其法亦宜表里两解之法。"这是主张表邪未解的。柯韵伯、徐灵胎等看法亦同。恽铁樵说:"此节之文字,当云:太阳病,桂枝证,医反之下,利遂不止,脉促者,表未解也,葛根汤主之;喘而汗出者,表已解也,葛根黄芩黄连汤主之。"可见恽氏是认为表邪已解的。从《伤寒论》的原文分析,当以前说为是。但从本方的临床运用来看,由于葛根具有升举脾胃清阳之气而止下利的功效,故对无表证之热利,亦有效。本方是治疗热性下痢的代表方剂,对于泄泻、痢疾属于里热引起者,不论有无表证,均可应用。现临床上亦常用本方加减治疗急性细菌性痢疾、急性肠胃炎、小儿麻痹症、肠伤寒等属热证者。

香连丸(《兵部手集方》,录自《重修政和经史证类备用本草》卷七黄连条) 黄连、青木香四两八钱(忌见火)。同捣筛,白蜜为丸,如梧子大,空腹饮下二三十丸,日二服。如宿有寒者,用煨熟大蒜作丸。现用法为每次6—9克,温开水送下。功能清热燥湿,行气化滞。主治湿热痢疾,脓血相兼,腹痛,里急后重等。

芍药汤

本方出自《素问病机气宜保命集》卷中。汪昂谓:"此方盖本仲景黄芩汤而加行血调气之药。"是治疗湿热痢疾的重要方剂。方由芍药一两,当归、黄连各半两,槟榔二钱,木香二钱,甘草(炙)二钱、大黄三钱,黄芩半两,官桂一钱半组成。上药㕮咀,每服半两,水二盏,煎至一盏,食后温服。现用法为作汤剂,各药切成饮片,水煎服。亦有

制成合剂，称芍药合剂，每服20毫升，日4次，连服1周。功能清热化湿，调气和血。主治湿热痢。症见腹痛便脓血，赤白相兼，里急后重，肛门灼热，小便短赤，舌苔黄腻，脉滑数。

本方所治证属湿热蕴阻肠道所致，故用清化湿热，调气和血之法。关于本方中的君药，有的医家从本方重用芍药，且以芍药命名，认为方以芍药为君。但从本方证的病因来看，应以芩、连为君，清热化湿。针对致病原因，臣以大黄清热通便，亦"通因通用"之意，佐以芍药（赤、白均可）、当归、肉桂活血和营，且芍药亦能止下痢腹痛后重；木香、槟榔调气导滞，均为痢疾病的主症腹痛、里急后重及便下脓血而设。刘完素指出："行血则便脓自愈，调气则后重自除。"提示对痢疾的治疗，应重视调气行血之法，这对提高临床疗效是有一定意义的。使以甘草调和诸药，并配芍药以缓腹痛挛急。配合成方，共奏清热化湿，调气和血的功效。本方是治疗湿热痢的主方，以痢下赤白，腹痛里急后重，舌苔黄腻，脉滑数为辨证要点。泄泻属于湿热而见腹痛拒按，泻而不爽，肛门灼热，舌苔黄腻者，亦可用本方加减治疗。原方加减法谓："如血痢则渐加大黄；如汗后脏毒，加黄柏半两。"本方现临床上多用于细菌性痢疾、急性肠炎、过敏性结肠炎之属于湿热者。

导气汤（《证治准绳·类方》第六册） 木香、槟榔、黄连各六分，大黄、黄芩各一钱半，枳壳（麸炒）一钱，芍药六钱，当归三钱。上药㕮咀，作三服。水二盏，煎一盏，去滓，食前温服。功能清热化湿，行气导滞。本方所治证为湿热阻滞肠道以致气滞血瘀所致，故方中以芩、连、大黄清热化湿通便，木香、槟榔、枳壳行气导滞，芍药、当归和血。方义和芍药汤基本相同。

白头翁汤

本方出自《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》。为治湿热痢疾的代表方剂。方由白头翁二两，黄柏二两，黄连三两，秦皮三两组成。上四味，以水七升，煮取二升，去滓，温服一升；不愈，更服一升。现用法除作为汤剂外，亦有将本方改制成干浸膏、流浸膏或浸膏片，便于服用。功能清热解毒，凉血止痢。主治痢疾由于热重深陷血分之证。症见腹痛，便脓血，赤多白少，里急后重，肛门灼热，口渴欲饮，舌红苔黄，脉弦数。

《伤寒论》指出："热痢下重者，白头翁汤主之。""下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。"说明本方主治的痢疾属于热性下利。方中白头翁清热解毒，凉血治痢，为治疗赤痢的要药，《伤寒蕴要》谓："热毒下痢，便血色鲜者宜之。"黄连、黄柏、秦皮均为苦寒之品，具有清热燥湿，泻火解毒之效。四味合用，可以加强清热治痢之功。实验研究表明，本方对志贺、福氏、宋氏痢疾杆菌均有抑制作用。本方以便下脓血，里急后重，舌红苔黄，脉弦数为辨证要点。兼有恶寒发热，表邪未解者，加羌活、葛根以疏表达邪；腹痛里急后重明显者，加木香、槟榔、芍药以调气活血。现临床上除运用于细菌性痢疾、阿米巴肠病外，还加减用于慢性非特异性溃疡性结肠炎、鞭毛虫滴虫引起的泄痢以及急性结肠炎等属上证者。

白头翁加甘草阿胶汤（《金匮要略·妇人产后病脉证治》） 白头翁、甘草、阿胶各二两，秦皮、黄连、黄柏各三两。以水七升，煮取二升半，纳人阿胶令消尽，分温三服。功能清热治痢，益气养血。主治产后下利虚极。由于产后气血不足，感受痢疾则正气更为损伤，故用白头翁汤治痢的同时加甘草、阿胶以益气养血，扶助正气。

白头翁汤（《备急千金要方》卷十五） 白头翁、厚朴、阿胶、黄连、秦皮、附子、黄柏、茯苓、芍药各二两，干姜、当归、赤石脂、甘草、龙骨各三两，大枣三十枚，粳米一升。上十六味㕮咀，以水一斗二升，先煮米令熟出米纳药，煮取三升，分四服。功能清热治痢，调补阴阳。主治赤痢下血，日久不愈。

加味白头翁汤（《温病条辨》卷二） 白头翁三钱，秦皮二钱，黄连二钱，黄柏二钱，白芍二钱，黄芩三钱。水八杯，煮取三杯，分三次服。功能清热凉血治痢。主治热利下重，腹痛，脉左大右小。

驻车丸

本方出自《备急千金要方》卷十五。由《深师方》黄连汤加减而成。方由黄连六两，干姜二两，当归、阿胶各三两组成。上四味，为末，以醋八合烊胶和匀，并手丸如大豆许，晾干。大人饮服三十丸，小儿百日以内三丸，周岁儿五丸，余以意加减，日三服。现用法为作汤剂，水煎服；制成丸剂，共研细末，以醋烊阿胶和丸，每服6—9克，日2—3次，空腹时用米汤或温开水吞下。功能清热化湿，养阴止痢。主治痢久阴伤，湿热未尽，下痢赤白，里急后重，脐腹疼痛，心中烦热；亦治休息痢。

本方所治证属痢疾延久阴分已伤，肠中湿热未尽者，故用清热燥湿，养阴止痢之法。方中重用黄连清热化湿，以祛肠中致痢之湿热；阿胶、当归滋阴和血，以养机体因痢而伤之阴液；用少量干姜温中燥湿，黄连得干姜，温清并用，清热化湿而不伤脾胃之阳，阿胶、当归得干姜，滋燥兼行，滋阴和血而不嫌滋腻。药虽四味，配伍殊有深意。《太平惠民和剂局方》所载此方将干姜炮黑应用，辛味稍减，并兼有摄血之功。临床用于痢久阴伤而湿热未尽者，以久痢赤白相杂，稠粘如冻，腹痛绵绵，里急后重，心烦口干，午后低热，体瘦无力，舌红少苔，脉细数为辨证要点。

黄连汤（《深师方》，录自《外台秘要》卷二十五） 黄连、黄柏、干姜、石榴皮、阿胶（炙）各三两，甘草（炙）一两。上六味，以水七升，煮取二升，为二服，日二服。功能清热化湿，养阴止痢。主治湿热蕴结肠中，伤阴耗血，下痢赤白。

阿胶丸（《太平圣惠方》卷五十九） 阿胶（捣碎，炒令

黄燥)一两，干姜(炮裂，锉)一两，木香一两，龙骨二两，赤石脂二两，黄连(去须，微炒)一两，当归(锉，微炒)一两，黄芩一两，厚朴(去粗皮，涂生姜汁炙令香熟)一两半。上药，捣罗为末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服不计时候，以粥饮下三十丸。功能养阴清肠，寒热并调。主治阴虚之体，冷热不调，湿热内阻，下痢脓血不止，腹痛不可忍。

阿胶梅连丸(《卫生宝鉴》卷十六) 阿胶(净草灰炒透，研，如研不细者，再炒研细尽)、乌梅肉(炒)、黄柏(炒)、黄连、当归(炒)、赤芍药、干姜(炮)、赤茯苓(去皮)各等份。上八味为末，入阿胶末和匀，水丸如桐子大，每服十丸，食前温米饮送下。功能养阴和血，清肠止痢。主治素体阴虚，湿热内蕴，下痢五色，腹中疼痛，至夜发热。

清热导滞汤

本方见于《医宗金鉴·痘疹心法要诀》卷五十九。由《伤寒论》黄芩汤及《太平惠民和剂局方》戊己丸等合方加减而成。方由山楂、厚朴、生甘草、枳壳(麸炒)、槟榔、当归、白芍(酒炒)、条芩(酒炒)、连翘(去心)、牛蒡子(炒，研)、青皮(炙)、黄连(吴茱萸炒)组成(《罗氏会约医镜》：黄连、黄芩、白芍、枳壳(炒)、山楂肉各一钱，厚朴(姜炒)、青皮、槟榔、当归、甘草、牛蒡子、连翘各六分。引用生姜，水煎服。功能清热解毒，消积导滞。主治麻疹热毒未解，移于大肠，下痢腹痛，或赤或白，或赤白相兼者。

本方所治证属麻疹热毒内移大肠，大肠传导失司而致，故用清热解毒，消积导滞之法。方中黄连、黄芩清解肠中热毒，治疗热毒下痢，为君药；山楂、厚朴、槟榔消积导滞，为臣药；枳壳、青皮行气化滞，当归、白芍调和营血；牛蒡子、连翘宣肺透疹，生姜健脾和胃，甘草调和诸药，均为佐使药。诸药配合，共奏清热解毒，消积导滞的功效。本方原为小儿麻疹并发痢疾，热毒积滞蕴于大肠而设，就方中用药而言，成人痢疾由于热毒积滞而成者，亦可用本方加减治疗。《罗氏会约医镜》加减法："如红多者，加红花三分，地榆五分；滞涩者，加酒炒大黄一钱二分。"

加味黄芩汤(《证治准绳·幼科》集之六) 黄连、黄芩各一钱半，白芍药三钱，甘草七分，滑石末三钱(若滑石不煎，调服止于一钱)。水煎服。功能清肠利湿。主治麻疹已透，火邪内迫，下痢腹痛，里急后重，小便不畅。本方即《伤寒论》黄芩汤去大枣加黄连、滑石而组成。此方与清热导滞汤均治麻疹下痢，但该方在用芩、连的同时，配以牛蒡子、连翘、山楂、厚朴、槟榔等，于清热解毒之中兼有透疹导滞的功效，适用于麻疹尚未尽透，热毒内迫，积滞内阻而成的痢疾；本方亦用芩、连清热解毒，而配滑石清利水道，以麻疹已透，毒火内迫，内无积滞，而湿热下阻，小便不畅者为适宜。

清热化滞汤(《寿世保元》卷八) 黄连(吴茱萸煎汤拌炒)、白芍药、陈皮、白茯苓(去皮)、枳壳(去穰，炒)、黄芩、甘草。上锉一剂，用生姜一片，水煎，空心，温服。功能清热化滞。主治小儿热毒积滞阻于肠中，下痢腹痛，里急后重。

消炎化毒汤

本方出自《医醇賸义》卷四。方由黄连六分，黄芩一钱，大黄四钱，银花二钱，甘草五分，花粉二钱，木通一钱，青皮一钱，当归一钱五分，赤芍一钱，淡竹叶二十张组成。水煎服。功能清热解毒，行气和血。主治热毒内盛，下痢脓血，昼夜不休，口渴，腹痛。本方主治热毒下痢，故用清热解毒，行气和血之法。方中黄连、黄芩能清化肠中热毒，治疗热毒下痢，为君药；大黄泻肠中之热毒积滞，金银花清热止痢，为臣药；青皮行气化滞，当归、赤芍和血凉血，天花粉、竹叶清热生津，木通泻火利湿，甘草调和诸药，均为佐使药。配合成方，共奏清热解毒，行气和血的功效。此方与刘河间芍药汤相比较，均用黄连、黄芩、当归、芍药、大黄、甘草，同治热痢，但因部分药物用量之不同，其他配伍之药物也不一样，故其功效亦同中有异。芍药汤重用芍药，并配当归、官桂，行血之力较强；此方芍药用量极轻，虽配当归，但未用官桂，行血之力较轻；芍药汤用木香、槟榔，调气之力甚大，此方仅用青皮，调气之力稍逊；此方用连、芩并配以金银花，清热解毒之功较芍药汤为优，并且本方用天花粉、竹叶，具有清热生津之功，此亦为芍药汤之所未备。由于两方功效不尽相同，故应用也宜辨清症情，如下痢热毒较重，口中干渴，里急后重较轻者则用本方；如下痢热毒稍轻，口不作渴，里急后重显著者则用芍药汤。

犀角汤

本方出自《小品方》，录自《外台秘要》卷二。由《伤寒论》白头翁汤加减而成。方由黄柏一两半，黄芩一两半，白头翁一两，黄连二两，当归一两，牡蛎一两半(熬)，犀角(屑)半两，艾叶半两，石榴皮一两半，桑寄生一两，甘草(炙)一两组成。上十一味，以水八升，煮取三升，分三服。功能凉血解毒，清肠止痢。主治热毒深入血分，下痢脓血，赤多白少，腹痛，里急后重，身有壮热者。

本方所治痢疾，属于热毒深入血分而成，故用凉血解毒，清肠止痢之法。方中犀角凉血解毒，《食疗本草》治赤痢，为君药。白头翁配黄连、黄柏、黄芩，即白头翁汤去秦皮加黄芩，功能清热解毒，凉血止痢，治疗热痢下重，均为臣药。当归和血，《药性论》"止痢腹痛"；艾叶理气血，《名医别录》"止下痢"；石榴皮能涩肠，《药性论》"止赤白下痢"；桑寄生通调血脉，《玉楸药解》"治痢疾"；甘草调和诸药，均为佐使药。配合成方，共奏凉血解毒、清肠止痢的功效。本方用于热毒深入血分而成之痢疾，以赤多白少，腹痛壮热，里急后重，舌质红，苔黄，脉大而数等为辨证要点。服药期间，忌食猪肉、冷水、海藻、菘菜。

黄檗汤(《备急千金要方》卷十五)　黄檗、黄连、白头翁(一作白敛)、升麻、当归、牡蛎、石榴皮、黄芩、寄生、甘草各三分,犀角、艾叶各一分。上十二味,以水三升,煮取一升二合,百日儿至二百日一服三合,二百余日至周岁一服二合半。功能与主方同。主治小儿热毒入里,下赤白滞如鱼脑,壮热头痛,手足烦;或上证误用温下及止涩药,下痢纯赤,身热更甚者。

犀角散(《太平圣惠方》卷十三)　犀角屑半两,黄檗(微炙,锉)半两,黄芩半两,漏芦一分,川升麻半两,黄连(去须,微炒)三分,当归(锉,微炒)半两,牡蛎(烧为粉)半两,艾叶(微炒)一分,醋石榴皮(微炒)半两,桑寄生半两,甘草(炙微赤,锉)半两。上药,捣筛为散,每服四钱,以水一中盏,入薤白五寸,煎至六分,去滓,不计时候温服。功能与主方同。主治伤寒表实里虚,热气乘虚攻于肠胃,下痢脓血,或如烂肉,或如鱼脑,腹痛壮热。

犀角散(《太平圣惠方》卷五十九)　犀角屑三分,木香半两,黄芩一两半,地榆(锉)三分,黄连(去须,微炒)一两,当归(锉,微炒)一两。上药,捣筛为散,每服三钱,以水一中盏,煎至五分,去滓,不计时候稍热服。功能凉血止痢。主治热邪侵入血分,下痢色赤,腹中疼痛,小便涩,口干烦热。

栀子丸

本方出自《小品方》,录自《外台秘要》卷三十六。方由栀子仁七枚,黄连五分,黄檗三分(炙),矾石四分(烧),大枣四枚(炙令黑)组成。上五味,为末,以蜜丸,空腹服小豆许七丸。如未除,更服。(《备急千金要方》卷十五载此方,但矾石用生品,用法为"蜜丸如小豆大,服五丸,日三,夜二,服不知,稍加至十丸"。)功能清热解毒,涩肠止痢。主治小儿热痢不止。

本方所治小儿热痢,证属热邪侵入大肠所致,治宜清热解毒,涩肠止痢。方中栀子仁能清肠中之热,为君药;黄连、黄檗均为清热解毒之品,能清化肠中之湿热,治疗湿热痢疾,与栀子仁同用,能增强清热止痢的作用,为臣药;矾石酸涩,燥湿解毒,《神农本草经》"主寒热泄痢",大枣补脾和胃,《名医别录》治"肠澼",炙令黑,则兼有止涩之功,均为佐使药。五味合用,共奏清热解毒,涩肠止痢的功效。方以栀子仁为主药,故名栀子丸。本方于清热解毒之中兼有收涩之功,临床用治小儿热痢,以下痢日数较多,其色黄赤,或有鲜血杂下,腹中热痛,小便赤涩,舌苔黄,脉滑数等为辨证要点。本方中有枯矾、大枣炭等涩肠之品,如小儿热痢初起而有积滞者,不宜使用。

栀子仁散(《太平圣惠方》卷七十)　栀子仁半两,黄檗(微炙,锉)三分,当归(锉,微炒)半两,地榆(微炙,锉)三分,黄连(去须,微炒)一两。上药,捣细罗为散,每服以粥饮调下半钱,日三四服,量儿大小加减服之。功能清热解毒,凉血和血。主治小儿热痢,腹痛,心烦口干,小便赤黄,不欲饮食。

清肠饮

本方出自《辨证录》卷十三。方由金银花三两,当归二两,地榆一两,麦冬一两,玄参一两,生甘草三钱,薏仁五钱,黄芩二钱组成。水煎服。功能清肠滋阴,活血解毒。主治大肠生痈,腹中痛甚,手不可按,右足屈而不伸者。

本方所治大肠痈,证属热毒蕴结大肠而致,治宜清肠滋阴,活血解毒。方中金银花清热解毒,为治痈疽疮疡之要药。原书说:"金银花虽治毒而仍滋阴之药,为疮家夺命之物",故本方中金银花用量独重,为君药。原书又说:"惟大肠生痈,亦实有其故,无不成于火,火盛而不散,则郁结而成痈矣。然火之有余,实本于水之不足,水衰则火旺,火旺而无制,乃养成其毒而不可解……壮水以治火,则毒气自消。"故用麦冬、玄参滋阴壮水,为臣药。再以当归活血化瘀;黄芩、地榆、生甘草清热凉血,消肿解毒;薏苡仁破毒肿,消痈排脓,《金匮要略》治肠痈的薏苡附子败酱散、《备急千金要方》治肠痈汤均用有薏苡仁,故本方亦选用之,以上均为佐使药。诸药配合,共奏清肠滋阴,活血解毒的功效。原书说:"此方纯阴之物,而又是活血解毒之品,虽泻火实滋阴也。所以相济而相成,取效故神耳。"本方原治大肠痈,如小肠生痈,病因如上所述者,亦可用本方加减治疗。

薏苡附子败酱散(《金匮要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》)　薏苡仁十分,附子二分,败酱五分。上三味,杵为末,取一方寸匕,以水二升,煎减半,顿服。功能排脓消痈,温阳散结。主治肠痈已成脓,身无热,肌肤甲错,腹皮急,按之濡,如肿状,脉数者。现多用于慢性阑尾炎急性发作,见有阳虚证候者。若高热、痛甚、便秘者忌用。

治肠痈汤(《备急千金要方》卷二十三)　牡丹、甘草、败酱、生姜、茯苓各二两,薏苡仁、桔梗、麦门冬各三两,丹参、芍药各四两,生地黄五两。上十一味,㕮咀,以水一斗,煮取三升,分三服,日三次。功能清热解毒,滋阴活血。主治热毒内蕴,阴虚火旺,血液瘀滞,致生肠痈。清肠饮与本方均在清热解毒之中配以养阴、活血之品,但清肠饮清热解毒之功较优,活血化瘀之力则很微;治肠痈汤清热解毒之功则较弱,而活血化瘀之力则较强。在临床上当根据症情的热毒轻重、血瘀微甚,选择应用。

红藤煎剂

本方见于《中医外科学讲义》(上海中医学院)。又名红藤煎。方由红藤、地丁草、乳香、没药、连翘、大黄、延胡索、丹皮、甘草、银花组成。水煎服。功能清热解毒,行瘀止痛。主治急性阑尾炎初期或酿脓期,发热或壮热不退,恶心纳呆,腹痛拒按,大便秘结,小便色黄,舌苔黄厚或

腻,脉滑数。本方治证属热毒炽盛,蕴结于肠,气血壅滞,营卫不利,甚或热盛肉腐所致,治宜清热解毒,化瘀止痛。方中红藤、大黄活血行瘀,解毒排脓为主;配地丁草、连翘、金银花、甘草清解热毒;牡丹皮凉血清热;乳香、没药、延胡索行瘀止痛。诸品相合,共奏清热解毒,行瘀止痛之效。本方以发热,腹痛拒按,苔黄厚腻,脉滑(洪)数为辨证要点。若急性阑尾炎属溃脓期,则当慎用。现临床也用于急性盆腔炎属热毒壅瘀,症见发热腹痛,口舌干燥,大便秘结,小便黄赤,带下气秽者。

黄连闭管丸

本方见于《外科正宗》卷三。方由胡黄连(净末)一两,穿山甲(麻油内煮黄色)、石决明(煅)、槐花(微炒)各末五钱。炼蜜为丸,如麻子大,每服一钱,空心,清米汤下,早晚日进两服。功能清肠化湿,通络软坚。主治湿热下注,痔漏生管;亦治遍身诸漏。本方所治痔漏生管,证属湿热下注所致,故用清热化湿,通络软坚之法。方中胡黄连清化肠中湿热,《新修本草》"主五痔",为主药;穿山甲通经络,消肿毒,《日华子本草》"治痔漏,恶疮",石决明咸以软坚,能治痔漏,槐花清肠凉血,治痔漏出血,均为佐使药。四药配合,共奏清肠化湿,通络软坚的功效。原方加减:"如漏之四边有硬肉突起者,加蚕茧二十枚炒末,和入药中。"

胡连追毒丸(《外科正宗》卷三) 胡黄连(切片,姜汁拌炒)一两,刺猬皮(炙,切片,再炒黄为末)一两,麝香二分。软饭为丸,麻子大,每服一钱,食前酒下。服药后脓水反多,是药力已到,勿惧。功能清热化湿,排脓祛毒。主治痔漏不拘远年近日,脓水从疮孔出者,先用此丸追尽脓毒,再服黄连闭管丸。

痔漏丸(《中华人民共和国药典》一部) 刺猬皮(制)、穿山甲(制)、乳香(制)、没药(制)、滑石各20克,象牙屑、石决明、桃仁、郁李仁、芒硝各60克,胡黄连、槐花(炒)、当归、大黄各80克,地榆炭40克,荆芥穗、雄黄各10克。制成蜜丸,每丸重9克,每服1丸,每日2次。功能解毒消肿,清肠通便。主治痔疮肿痛,便秘下血。孕妇忌服。

解毒四物汤

本方见于《寿世保元》卷四。由《外台秘要》引《崔氏方》黄连解毒汤与《太平惠民和剂局方》四物汤合方加味而成。方由当归(酒洗)五分,川芎五分,白芍(炒)六分,生地黄一钱,黄连(炒)一钱,黄芩(炒)八分,黄柏(炒)七分,栀子(炒黑)七分,地榆八分,槐花(炒)五分,阿胶(炒)六分,侧柏叶六分(《杂病源流犀烛》以槐角易槐花,诸药用量稍异)组成。上锉为一剂,水煎服。功能清肠解毒,养血止血。主治湿热蕴结肠中,血络损伤,大便下血,不问粪前粪后;并治肠风下血。

本方所治便血,证属湿热之毒蕴结肠中,阴络损伤,其血下溢所致,故用清肠解毒,养血止血之法。方中黄连、黄芩、黄柏、栀子四味,即黄连解毒汤,有清热解毒之功,能清化肠中湿热蕴结之毒;当归、川芎、白芍、生地黄四味,即四物汤以熟地黄易为生地黄,养血和血,并能凉血;阿胶养血滋阴;地榆、槐花、侧柏叶养血止血。配合成方,共奏清肠解毒,养血止血的功效。方以黄连解毒汤与四物汤为主而组成,故名解毒四物汤。临床用治便血,以血色鲜红,血量较多,大便不畅,口苦,苔黄腻,脉象濡数等为辨证要点。便血属于脾胃虚寒者,本方不宜用。原方加减:"腹胀,加陈皮六分;气虚,加人参、白术、木香各三分;肠风下血,加荆芥五分;气下陷,加升麻五分;心血不足,加茯苓六分;虚寒,加炒黑干姜五分。"一方去阿胶,加苦参七分。

解毒四物汤(《医学入门》卷八) 又名温清饮。黄连、黄柏、黄芩、山栀、当归、川芎、白芍、熟地各一钱。水煎,温服。功能清热化湿,养血和营。主治妇人湿热下迫胞宫,或如豆汁,五色相杂,其气腐臭,面色萎黄,脐腹刺痛,寒热往来,崩漏不止等。本方是以黄连解毒汤合四物汤而组成。

清热解毒汤(《古今医鉴》卷七) 升麻二两,干葛五钱,赤芍药五钱,生地黄一两,牡丹皮五钱,黄连五钱,黄檗八钱,黄芩五钱,桔梗五钱,栀子五钱,甘草五钱,连翘五钱。上锉碎,每剂一两,水二钟,煎一钟,温服。功能清热解毒,凉血。主治积热伤络,吐血,衄血。

脏连丸

本方见于《外科正宗》卷三。系从《仁斋直指方论》猪脏丸改进发展而来。方由黄连(净末)八两,公猪大脏尽头一两(长一尺二寸,温汤洗净)组成。将黄连末灌入肠内,两头以线扎紧,用酒二斤半,砂锅内煮,酒将干为度,取起脏药,共捣如泥,如药烂再晒一时许复捣,丸如桐子大,每服七十丸,空心温酒送下。功能清大肠湿热。主治痔疮,无论新久,但屡发便血作痛,肛门坠重而肿者。本方主治痔疮肿痛坠胀出血,其病因是由肠中湿热蕴甚,故主药选用黄连清肠中湿热,配伍猪大肠,既可作为引药,又可以脏补脏,实为一举两得。《备急千金要方·食治门》称:"猪洞肠主洞肠挺出血多者",故配合黄连,可以清热止血,善治痔疾。如便血明显,可酌加槐米、地榆;便秘者,可配合麻子仁丸。若血色晦淡属虚寒者,本方不宜用。

猪脏丸(《仁斋直指方论》) 黄连二两(炙,研),嫩猪脏二尺(去肥)。以黄连塞满猪脏,系两头,煮十分烂,研细,添糕糊丸,梧桐子大。每服三五十丸,食前,米饮下。功能与主方相同。主治大人、小儿痔疮,大便下血日久,多食易饥,腹不痛,里不急者。

猪脏丸(《奇效良方》卷五十一)　猪脏(洗净控干)一条,槐花(炒为末)。将槐花末填入猪肠内,两头扎定,人石器内,以米醋煮烂,共捣和为丸,如梧桐子大,每服五十丸,食前,当归酒下。功能凉血止血。主治痔瘘下血。

脏连丸(《景岳全书·古方八阵》卷五十七)　大鹰爪黄连半斤,槐米二两,枳壳一两,防风、粉草、槐角、香附、牙皂、木香各五钱。上药用陈仓米三合,同香附一处为末外,余药共为细末,用猪大脏约长二尺,洗净,装入米附,缚定用,量水二大碗,砂锅实火煮干即添水,慢火煮烂如泥,取起和药,捣匀,丸桐子大,空心米饮下,每服七八十丸。忌面蒜生冷煎炙之物。功能清肠中风热。主治远年近日肠风脏毒下血。

脏连丸(《中华人民共和国药典》一部)　黄连25克,黄芩150克,地黄75克,赤芍50克,槐角100克,槐花75克,荆芥穗50克,地榆25克,阿胶50克。上药粉碎入猪大肠中,蒸熟后切碎,干燥,研细粉,每100克加炼蜜6—10克,和水泛丸;或加炼蜜80—110克,制成蜜丸。每服6—9克,日2次。功能清肠止血。主治便血,肛门灼热,痔疮出血肿痛。

通关丸

本方出自《兰室秘藏》卷下。又名滋肾丸、滋肾通关丸。方由黄柏(去皮,锉,酒洗,焙)、知母(锉,酒洗)各一两,肉桂五分组成。上药为细末,熟水为丸,如梧桐子大,每服一百丸,空心白汤下。如小便利,前阴中如刀刺痛,当有恶物下为验。现用法为每日服5—9克,开水送下。功能清热泻火,化气利水。主治热在下焦,小便点滴不通,口不渴,小腹胀痛,恶心欲吐,舌苔黄腻,脉弦数。本方所治证属湿热蕴结下焦,膀胱气化失常所致,治宜清化。方用黄柏之苦寒,善泻下焦之火,配合知母之滋阴清热,则相得益彰。反佐以少量肉桂,以助膀胱的气化功能。使湿热清,气化行,则小便通利而癃闭得解。柯韵伯说:"气为水母,阳为阴根,必火有所归,斯水有所主,故反佐以桂之甘温,引知、柏入肾而奏其效。此相须之殷,亦相制之理也。"本方去肉桂,名疗肾滋本丸,治肾虚目昏;去肉桂加黄连,名黄柏滋肾丸,治水衰心烦。现亦用本方治疗慢性尿路感染、前列腺炎、前列腺肥大等湿热蕴结下焦而引起的尿闭不通之证。

当归贝母苦参丸(《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》)　当归、贝母、苦参各四两。上三味为末,炼蜜为丸,如小豆大,饮服三丸,加至十丸。功能清热利尿,养血润燥。主治妊娠小便难,饮食如故。

化阴煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　生地黄、熟地黄、牛膝、猪苓、泽泻、生黄柏、生知母各二钱,绿豆三钱,龙胆草钱半,车前子一钱。水二钟,加食盐少许,用文武火煎八分,食前温服或冷服。功能养阴清热通淋。主治水亏阴涸,阳火有余,小便癃闭,淋浊疼痛。

清肾汤

本方见于《杂病源流犀烛》卷十八。由《卫生宝鉴》三才封髓丹加减而成。是清肾滋阴而治遗精的方剂。方由焦黄柏、生地、天门冬、茯苓、煅牡蛎、炒山药组成。水煎服。功能清肾滋阴,利湿固精。主治肾经火旺,精得热而妄行,频频泄精,肾火旺则精关不固,致有遗精之患。治宜清肾滋阴,利湿固精。方中黄柏清肾经之火,肾火退则精不遗。肾为水火之脏,肾火旺则肾水必亏,故用生地黄滋阴壮水。肺为水之上源,肾火旺则肺阴亦伤,故又用天门冬清养肺阴,以滋水之上源,更以茯苓养心安神,淡渗利湿,山药益肾固精,牡蛎敛涩精气。配合成方,共奏清肾滋阴,利湿固精的功效。立方之旨,以清肾之品为主,故名清肾汤。临床用治遗精之证,以遗泄频频,口苦口干,心嘈不寐,小便短黄而有热感,舌质红苔黄,脉弦数等为辨证要点。由肾气不足阴阳皆虚而致精关不固的遗精,非本方所宜。

珍珠粉丸(《素问病机气宜保命集》卷下)　黄柏一斤(于新瓦上烧令通赤为度),真蛤粉一斤。上药为细末,滴水为丸,如桐子大,每服一百丸,空心,酒下。功能清肾利湿。主治肾经火旺,梦泄遗精,及滑出而不收者。

斩梦丹(《普济方》卷三十三)　知母一两,黄柏一两(去皮),滑石三两。上药为末,白水和丸,空心温酒、盐汤送下。功能滋阴降火。主治肾火偏旺,梦泄遗精。

保精汤(《杂病源流犀烛》卷十八)　川芎、当归、白芍、地黄(姜汁炒)、麦冬、酒黄柏、蜜知母、姜黄连、童便炒山栀、姜炭、熟牡蛎、萸肉各五分。水煎服。功能滋阴降火,养血固精。主治阴虚火动,夜梦遗精。

清肾汤(《医学衷中参西录》)　知母四钱,黄柏四钱,生龙骨(捣细)四钱,生牡蛎(捣)三钱,海螵蛸(捣细)三钱,茜草二钱,生杭芍四钱,生山药四钱,泽泻一钱半。功能清肾固精。主治肾经实热,小便频数疼痛,遗精白浊,脉洪滑有力。

清肾抑阳丸

本方出自《审视瑶函》卷五。由《原机启微》抑阳酒连散加减而成。方由寒水石(另研)、黄柏(盐水制)、生地黄、知母(盐水制)、枸杞子、黄连(酒炒)、白茯苓各二两,独活八钱,草决明(炒),当归(酒洗,炒)、白芍药(酒洗,炒)各一两组成。上药为细末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服三钱,空心,滚白汤送下。现用法为作汤剂,水煎服;或制成丸剂,每次6—9克,每日2—3次,白开水送服。功能清肾抑阳。主治肝肾阴虚阳亢,瞳神渐渐缩小,视物不甚昏,惟觉羞明隐涩者。

本方所治证属肝肾阴虚阳亢,治宜清肾抑阳。方中生地黄补肾滋阴,壮水之主,以制阳光。黄柏、知母泻肾

经之火，寒水石清肾经积热，三味同用，泻肾火以抑肾阳。肾阴不足，不能滋润肝木，导致肝阳上亢，故配枸杞子、当归、白芍药滋养肝阴，草决明、黄连清肝火以抑肝阳。更以茯苓益脾和胃，分利小便；独活上升，使肝肾之阴液上滋于目，并可防止知母、黄柏、寒水石等苦寒沉降之品降而太过之弊。诸药配合，既能滋肾，亦能养肝，既抑肾阳，亦抑肝阳。并且升降并用，以降为主，降中寓升，使抑阳而不致损阳。由于处方宗旨是以清肾抑阳为主，故名清肾抑阳汤。临床上现对虹膜睫状体炎，见有瞳神缩小，辨证属于肝肾阴亏阳亢者，亦常采用本方治疗。

五泻汤（《银海精微》卷上） 黄柏、知母、木通、栀子、生地黄、甘草、玄参、桔梗、黄芩、防风。上药㕮咀，每服六七钱，水煎，食后服。功能滋阴泻火。主治肝肾两亏，虚火上亢，瞳神下缺，初起时眼珠坠痛，大眦微红，犹见三光者。热甚加羚羊角、犀角、黄连。

抑阳酒连散（《原机启微》卷下） 生地黄、独活、黄柏、防风、知母各三分，蔓荆子、前胡、羌活、白芷、生草各四分，黄芩（酒制）、寒水石、栀子、黄连（酒制）各五分，防己三分。作一服，水二盏，煎至一盏，去滓，大热服。功能滋阴抑阳。主治阴虚阳亢，神水紧小，渐如菜子大，神水外围相类虫蚀，视物不昏，微有眊涩者。

徙薪饮

本方出自《景岳全书》卷五十一。方由陈皮八分，黄芩二钱，麦冬、芍药、黄柏、茯苓、牡丹皮各一钱半组成。水一钟半，煎七分，食远温服。功能清热养阴。主治三焦诸火，一切内热初起渐觉而未甚者。如口疮口苦，喉痹肿痛，或产妇发热，便闭尿赤而无表证者。方用黄连清上焦之热，麦冬清肺胃之热，黄柏清下焦之热，如是三焦分治，上、中、下邪热俱清；再用牡丹皮、芍药清热凉血而养阴；陈皮以调理气机，《本草纲目》谓："同补药则补，同泻药则泻"，本方用此，取其疏泄清火之义；吏用茯苓健脾，一以防苦寒伤中，一以利水道而去热邪。诸药配伍，共成清热养阴，理气健脾之方。可用于三焦内热初起，热犹未甚者。如邪热已盛，可改用抽薪饮。如多郁气逆伤肝，胁肋疼痛或致动血者，加青皮、栀子。

凉膈散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。又名连翘饮子。系由《备急千金要方》栀子汤加减而成。方由川大黄、朴硝、甘草（爁）各二十两，山栀子仁、薄荷叶（去梗）、黄芩各十两，连翘二斤半组成（《症因脉治》加桔梗）。为粗末，每服二钱，水一盏，入竹叶七片（《张氏医通》无竹叶，有姜一片、枣一枚、葱白一茎），蜜少许，煎至七分，去滓，食后温服。小儿可服半钱，更随岁数加减服之。得利下，住服。现用法为①散剂：将连翘等六味，共轧为粗末，与芒硝陆续混合均匀即得，每服9—15克，加竹叶7片，蜂蜜少许，和水煎，二次分服。②汤剂：水煎服，热重者，日三夜二次服，得下利则停服。③丸剂：共为细粉，水泛为小丸，每服9克，蜜汤送下，或炼蜜为6克重丸，每服1丸，重证2丸，小儿减半。功能凉膈泻热。主治上、中二焦热邪炽盛。症见身热不已，烦躁口渴，面赤唇焦，口舌生疮，胸膈烦热，或咽痛吐衄，大便秘结或不畅，小便赤，以及小儿惊风，舌红苔黄，脉滑数。

本方所治证属上、中二焦热盛所致。治宜凉膈泻热。方中连翘、黄芩内清心、胸郁热；山栀子自上而下，引火邪下行；薄荷、竹叶外疏内清；用芒硝、大黄荡涤胸膈邪热，是借阳明为出路，以泻下而清澈其火热；配以白蜜、甘草，既能缓和硝、黄峻攻之力，而白蜜又能助硝、黄具有润滑之功。《医方集解》说："此上、中二焦泻火药也……以连翘、黄芩、竹叶、薄荷升散于上；而以大黄、芒硝之猛利推荡其中，使上升下行，而膈自清矣；用甘草、生蜜者，病在膈，甘以缓之也。"本方为治邪热灼于胸膈，清、下并用的方剂，现临床上对感冒、咽喉炎、口炎、齿龈肿痛、急性扁桃体炎、急性眼结膜炎、多发性疖肿、大叶性肺炎、胆囊炎、胆石症、胆道感染、急性阑尾炎、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、急性黄疸型传染性肝炎等属于上中二焦邪热炽盛者，均可配合用本方加减治疗。药后多数患者有轻度腹泻伴轻微腹痛反映，待便通症减后，即应将芒硝、大黄减量或停用，慎勿大量久服，损伤脾胃正气。体虚患者及孕妇，忌用或慎用本方。

栀子汤（《备急千金要方》卷二十二） 栀子仁二十七枚，芒硝二两，黄芩、甘草、知母各三两，大黄四两。上六味㕮咀，以水五升煮减半，下大黄，取一升八合，去滓，纳入芒硝，分三服。功能清热解毒，泻下泄热。主治表里俱热，三焦不实，身体生疮及发痈疖，大小便不利。

凉膈消毒饮（《医宗金鉴·痘疹心法要诀》卷五十九） 荆芥穗、防风、连翘（去心）、薄荷叶、黄芩、生栀子、生甘草、牛蒡子（炒，研）、芒硝、大黄（生）。引用灯心，水煎服。功能凉膈解毒，清肺利咽。主治麻疹已发，热毒壅闭肺窍，以致失音。

清心凉膈散（《温热经纬》） 又名桔梗汤。即凉膈散去硝、黄，加桔梗。功能清热凉膈解毒。主治疫疹初起。

三黄凉膈散

本方出自《喉症全科紫珍集》卷上。方由黄连四分，甘草五分，川芎七分，黄柏、黄芩、栀子、赤芍、薄荷各一钱，青皮八分，陈皮、花粉、射干各一钱，银花、当归各一钱五分，玄参二钱组成。引药加灯心二十寸、竹叶十片，水煎服。功能清热解毒，凉膈利咽。主治咽喉热毒诸症，初起咽喉不利，红肿疼痛，甚至紫黑，恶寒发热，口渴引饮，心胸烦躁，舌红苔黄，脉象弦数者。方中黄芩、黄连、黄柏、栀子即黄连解毒汤，清热泻火解毒，配伍金银花、玄

参、天花粉清热生津，兼顾阴液；赤芍、川芎、当归以和营血，青皮、陈皮以疏气机，薄荷、射干以清利咽喉，甘草以调和诸药；同时金银花、薄荷相配则清中寓散，黄连、栀子、黄柏与射干、川芎相伍则清中寓升，故善清膈上咽喉热毒。如口干便秘者，可加大黄二三钱。

黄连涤暑汤

本方出自《医醇賸义》卷一。由《太平惠民和剂局方》黄龙丸、消暑丸加味而成。方由黄连五分，黄芩一钱，栀子一钱五分，连翘一钱五分，葛根二钱，茯苓三钱，半夏一钱，甘草四分组成。水煎服。功能清心解暑，和中利湿。主治中暑热邪犯心，猝然昏倒，不知人事，身热口噤。王孟英说："暑是火邪，心为火脏，邪易入之，故治中暑者，必以清心之药为君。"方中黄连能泻心火，治疗暑热犯心，《局方》黄龙丸单用酒煮黄连一味治伏暑发热作渴，呕吐恶心，故本方用之为主药。黄芩、栀子、连翘均能清心经之热，与黄连同用，可增强清心的作用；暑病多兼湿邪，半夏、茯苓、甘草三味合用，即《局方》清暑丸，能和中利湿；暑热之邪能伤津液，故用葛根鼓舞脾胃之气上行，生津液。以上四味俱为辅助药。诸药合用，共奏清心祛暑，和中利湿的功效。

六一散

本方出自《伤寒标本心法类萃》卷下。又名益元散、天水散。为治暑湿病的重要方剂。方由滑石六两，甘草一两组成。上药为末，水调；或加蜜，或葱豉汤调；或用纱布包，入汤剂煎服。功能清暑利湿。主治感受暑湿。症见身热心烦口渴，小便不利，或呕吐泄泻，或下痢赤白；亦治膀胱湿热所致之小便赤涩，癃闭淋痛，砂淋，石淋。

本方所治证属感受暑湿所致。暑为阳热之邪，又多挟湿，治当清暑热，利湿邪。方中滑石味淡性寒，重镇而滑，淡能渗湿，寒能清热，重能下降，滑能利窍，故能上清水源，下利膀胱水道，除三焦内蕴之湿热，使从小便而出，以解除暑湿之邪，以为君药。少佐甘草和其中气，又可缓和滑石之寒滑太过。两药相配，共奏清暑利湿之效。使内蕴之暑湿从下而泄，则热可退，渴可解，利可止。两药用量为六与一之比，制成散剂，故名为六一散。本方常用于暑湿证，以身热汗出，口渴心烦，小便短赤为辨证要点。现临床上亦用于治疗中暑及膀胱炎、尿道炎和泌尿系结石等。此外本方亦可外用搽抹治疗痱子。若阴虚内无湿热或小便清长者忌服。

玉露散（《小儿药证直诀》卷下） 又名甘露散。寒水石（软而青黑，中有细纹者）、石膏（坚白如墙壁，手不可折者）各半两，甘草（生）一钱。上药共为细末，每服一字或半钱、一钱，食后温汤调下。功能清热除烦止呕。主治伤热吐泻，形体黄瘦。

碧玉散（《宣明论方》卷十） 即六一散加青黛。为细末，每服三至五钱，温开水送服，日三次。功能清暑利湿，清泄肝火。主治暑热病兼见目赤咽痛，或口舌生疮者。

鸡苏散（《宣明论方》卷十） 即六一散加薄荷叶。为细末，每服三至五钱，温开水送服，日三次。功能清暑利湿，疏散邪热。主治暑湿兼表证发热者。

清六丸（《丹溪心法》卷二） 六一散一料，红曲（炒）半两（一作二两半）。为末，饭丸梧子大，每服五七十丸，白汤下。功能祛湿热，止泻痢。主治湿热泻痢，小便短赤；亦治赤痢。

温六丸（《医学正传》卷二） 六一散加干姜或生姜汁，亦可蒸饼为丸服，每服二钱，温开水送下。现亦以本方制成散剂，名温六散，每服9克，包煎服汤。功能温散寒湿，止呕止泻。主治寒湿阻于脾胃，呕吐泄泻。

玉泉散（《景岳全书·新方八阵》卷五十一） 石膏（生用）六两，粉甘草一两。为极细末，每服一、二、三钱，新汲水或热汤或人参汤调下。功能清热除烦。主治阳明内热，烦渴头痛，二便闭结，温疫斑黄及热痰喘嗽等。

益元散（《全国中药成药处方集》北京方） 又名辰砂六一散、辰砂益元散。滑石180克，甘草30克，朱砂9克。前二味共为细粉，朱砂另研兑。每服6克，日服2次，温开水送下。功能清暑利湿，镇心安神。主治伏暑吐泻，口渴多汗，小便不利，心神不安。

桂苓甘露散

本方出自《宣明论方》卷四。又名桂苓白术散、桂苓甘露饮。系从六一散、五苓散加味而成。方由茯苓（去皮）一两，甘草（炙）二两，白术半两，泽泻一两，官桂（去皮）半两，石膏二两，寒水石二两，滑石四两，猪苓半两（一方甘草一两半，一方无猪苓。《丹溪心法附余》引《御药院方》无石膏）组成。上药为末，每服三钱，温汤调下，新汲水亦得，生姜汤尤良，小儿每服一钱，同上法。现用法为水煎服。功能清暑泄热，化气利湿。主治中暑受湿，头痛发热，烦渴引饮，小便不利，以及霍乱吐泻，小儿吐泻惊风等。

本方所治证属暑病挟湿所致。治宜清暑泄热，化气利湿。方以五苓散和六一散再加石膏、寒水石所组成。五苓散化气利水；六一散、石膏、寒水石清暑利湿，诸药合用，对暑病挟湿者最宜。《绛雪园古方选注》说："清暑在于消湿去热，故用五苓散去湿，三石解热，湿热既去，一若新秋甘露降而暑气潜消矣。"故方以甘露命名。本方为治暑病兼湿而暑重湿轻之证，临床以头痛发热，烦渴引饮，小便不利为辨证要点。如湿重暑热轻的，是暑为湿遏，则本方又当慎用。

桂苓甘露散（《儒门事亲》卷十二） 又名桂苓甘露饮。官桂半两，人参、藿香各半两，茯苓、白术、甘草、葛根、泽泻、石膏、寒水石各一两，滑石二两，木香一分。为细末，每服三钱，白汤点下，新水或生姜汤亦可。功能清

暑利湿,益气和中。主治伏暑烦渴,渴欲饮水,水入即吐,及水泻不止,疟疾等。以上两张桂苓甘露散的区别,正如喻嘉言所说:"河间之桂苓甘露饮,五苓、三石,意在生津液以益胃之虚;子和之桂苓甘露饮,用人参、葛根、甘草、藿香、木香,益虚之中,又兼去浊。"

加味甘露散(《全国中药成药处方集》沈阳方) 桂枝5克,石膏30克,猪苓、泽泻各12克,藿香9克,朱砂、琥珀、甘草各6克,滑石24克,白术、云苓、寒水石各18克。共碾极细面。成人每服6克,小儿1—3克,白开水送下。功能和胃止呕,利湿止泻。主治胃肠诸热,暑湿吐泻,头晕自汗,腹痛口渴。孕妇忌服。

三石汤

本方出自《温病条辨》卷二。是吴鞠通从叶天士《临证指南医案》暑门杨姓暑热挟湿案处方增入用量,冠以方名而成。叶氏此案立法处方,是从刘河间的桂苓甘露散加减化裁而来。方由飞滑石三钱,生石膏五钱,寒水石三钱,杏仁三钱,竹茹(炒)二钱,银花(花露更妙)三钱,金汁一酒杯(冲),白通草二钱组成。水五杯,煮成二杯,分二次温服。功能清热利湿,宣通三焦。主治暑湿弥漫三焦,邪在气分。症见身热汗出,面赤耳聋,胸脘痞闷,下利稀水,小便短少而黄,咯痰带血,不甚渴饮,舌质红,苔黄滑,脉滑数。

本方所治证属暑温挟湿,热重湿轻,弥漫三焦,病在气分。治宜清热利湿,宣通三焦。方中杏仁宣开上焦肺气;石膏、竹茹清泄中焦之热;滑石、寒水石、通草清利下焦湿热,小便利,则火府通而热自解,湿自去;滑石、寒水石、石膏三石并用,取其清热退暑利窍;金银花、金汁清暑解毒。诸药合用,清热利湿,宣通三焦,使三焦弥漫之湿,可以随之清澈。本方治暑湿弥漫三焦邪在气分之证。临床以身热面赤,胸脘痞闷,下利稀水,小便短少而黄,舌质红,苔黄滑,脉滑数为辨证要点。方中金汁,现已不用,可改用其他清热解毒之品。本方证属气分邪盛,若舌绛苔少,热入血分者,又非本方所宜。

杏仁滑石汤(《温病条辨》卷二) 杏仁三钱,滑石三钱,黄芩二钱,橘红一钱五分,黄连一钱,郁金二钱,通草一钱,厚朴二钱,半夏三钱。水八杯,煮取三杯,分三次服。功能苦辛通降,清利三焦湿热。主治暑温、伏暑,三焦均受。症见胸部痞闷,潮热呕恶,烦渴自利,汗出溺短,舌苔灰白。本方与三石汤均治暑湿弥漫三焦之证,然本方证是湿热并重,故方中用药清热与燥湿并施;三石汤证乃热重于湿,故方中用大量寒凉之品,重点在于清三焦暑热,兼以利湿。由于两方证湿与热之轻重程度不同,故其处方遣药亦异。

清暑益气汤

本方出自《温热经纬》卷四。系从《伤寒论》竹叶石膏汤衍化而来。又名王氏清暑益气汤。方由西洋参、石斛、麦冬、黄连、竹叶、荷梗、知母、甘草、粳米、西瓜翠衣组成。水煎服。功能清暑益气,养阴生津。主治暑热耗气伤津,症见身热汗多,口渴心烦,尿赤短少,体倦少气,精神不振,脉象虚数者。

本方所治乃暑热之邪耗伤津气之证。盖暑为阳邪,最易耗伤肺气,消灼津液,故治暑之法,不仅要清其暑热,还需益气生津,邪正兼顾。所以本方用西瓜皮清暑涤热,西瓜有天生白虎之名,今用其皮,既有清热解暑之功,更可生津利尿。再配黄连、竹叶、知母、荷梗以助清暑泄热,西洋参、石斛、麦冬、甘草、粳米益气生津,组合成方,具有清暑益气生津之功,故适用于暑伤津气之证。本方系王孟英所创制。王氏有感于李东垣清暑益气汤虽有清暑之名,而无清暑之实,于是拟定此方,治暑伤气津之证,以清暑热而益元气。原无方名,后人因其立方之意,及有清暑益气之功效,遂命名为清暑益气汤。与《脾胃论》清暑益气汤方名虽同而用药各异。本方用于夏月伤暑,耗气灼津之证,以体倦少气,口渴汗多,脉象虚数为辨证要点。本方亦可用以治疗小儿夏季热,久热不退,气津不足者,可酌减苦寒之黄连,加入地骨皮、白薇之类以养阴退热。本方对暑病挟湿者,不宜妄用。

清暑益气汤(《脾胃论》卷中) 黄芪(汗少减五分)、苍术(泔浸,去皮)、升麻各一钱,人参(去芦)、泽泻、神曲(炒黄)、橘皮、白术各五分,麦门冬(去心)、当归身、炙甘草各三分,青皮(去白)二分半,黄柏(酒洗,去皮)二三分,葛根二分,五味子九枚。上药同㕮咀,作一服,水二大盏,煎至一盏,去渣,食远温服。功能清暑益气,健脾化湿。主治平素气虚,感受暑湿,身热头痛,口渴自汗,四肢困倦,不思饮食,胸闷身重,便溏尿赤,舌淡苔腻或微黄,脉象虚弱。亦可用于气虚伤暑挟湿而咳嗽者。东垣此方与王氏方虽同名清暑益气汤,但东垣方主治暑热挟湿之证,故用黄柏、二术、陈皮等清化湿热;王氏方主治暑热耗气伤津之证,故用西瓜皮、荷叶、石斛、麦冬之类清暑热而益元气。

却暑调元法(《时病论》卷四) 石膏四钱(煨),滑石(飞)三钱,白茯苓三钱,制半夏一钱,东洋人参(或用西洋参)二钱,麦冬(去心)二钱,粉甘草六分。加粳米一撮为引,水煎服。功能清热祛暑,调元益气。主治暑热之邪,损伤元气。症见发热口渴,神倦肢乏,汗多,尿黄,脉象虚大者。

清络饮

本方出自《温病条辨》卷一。方由鲜荷叶边二钱,鲜银花二钱,西瓜翠衣二钱,鲜扁豆花一枝,丝瓜皮二钱,鲜竹叶心二钱组成。水二杯,煮取一杯,日二服。功能解暑清肺。主治暑伤肺经气分之轻证,或手太阴暑温经发汗后余邪未解。症见身热口渴不甚,但头目不清,昏眩微

胀,舌淡红,苔薄白者。

本方所治证属暑热伤肺,病在气分,其邪轻浅,或暑温经发汗之后余邪未解,故用解暑清肺之法。方中西瓜皮为甘凉之品,能清暑涤热,养胃津,利小便,治暑热烦渴,小便短少,为主药;丝瓜皮清肺络,解暑热;鲜扁豆花清暑散邪,健脾化湿;鲜金银花辛凉解暑,能清肺络之热,并可预防中暑;鲜荷叶边升清阳,散暑热,可以透邪外出;鲜竹叶心清暑温之热邪,生津液而利小便,令暑湿从下而泄,均为辅助药。诸药相合,共奏解暑清肺的功效。凡暑热伤肺,邪在气分,病情较轻者,非重剂所宜,用本方辛凉轻清,颇为适合。如暑温病经发汗后余邪未解,用本方为善后廓清之剂,亦很稳妥。由于本方集合辛凉芳香轻药,专清肺络中之热邪,故名清络饮。本方常用于暑热伤肺,身热口渴,头目不清,邪浅病轻者。亦可用以代茶常服,有预防暑病之效。

清络饮加甘桔甜杏仁麦冬汤(《温病条辨》卷一)　即于清络饮内加甘草一钱,桔梗二钱,甜杏仁二钱,麦冬三钱。功能解暑清肺,开肺养阴。主治手太阴暑温,但咳无痰,咳声清高者。上证属于暑热伤肺,肺气不宣,肺阴已伤,故用清络饮清肺络中无形之热,加甘草、桔梗开提肺气,麦冬、知母保肺阴而制火也。方中甘、桔二味,后人颇有非议。如叶霖认为:"火灼肺金,咳而无痰,不宜甘、桔之开提,宜加枇杷叶,以清降肺热为稳。"

清络饮加杏仁薏仁滑石汤(《增补评注温病条辨》卷一)　即于清络饮内加杏仁二钱,滑石末三钱,薏仁三钱。功能解暑清肺,利气渗湿。主治暑温寒热,舌白不渴,吐血者,名曰暑瘵。本方以清络饮清肺络中之热;加杏仁利气,气为血之帅,气调则血自宁;薏苡仁、滑石渗利在里之湿。暑湿去,肺气清,则寒热自退,吐血亦能自止。

驾轻汤

本方出自《随息居重订霍乱论》卷下。由《伤寒论》栀子豉汤衍化而来。方由鲜竹叶、生扁豆各四钱,香豉(炒)、石斛各三钱,枇杷叶(刷)二钱,橘红(盐水炒)、陈木瓜各一钱,焦山栀一钱五分组成。水煎,温服。功能清热祛暑,和中养阴。主治霍乱后余邪未清,身热口渴,及余热内蕴,身冷脉沉,汤药不下而发呃逆者。

本方所治证属霍乱之后余邪未清所致,治宜清热祛暑,和中养阴。方中鲜竹叶能清温暑之热,解烦渴,生津液,《圣济总录》卷四十竹叶汤,单用淡竹叶煎服,治霍乱吐利后烦热躁渴,卧不安。生扁豆清暑健脾,孟诜:"疗霍乱吐利不止,扁豆研末,和醋服之",是治中虚而患暑湿霍乱之要药。枇杷叶清热解暑,和胃降气,并能解霍乱之口渴。以上三味,清热祛暑,以治霍乱病后未清之余邪。淡豆豉配栀子,即栀子豉汤,王士雄说:"余之治热霍乱,独推(栀子豉汤)以为主剂。盖栀子苦寒,善泄郁热,故《肘后方》以之治干霍乱矣。豉经蒸腐,性极和中。凡霍乱多由湿郁化热挟秽浊恶气而扰攘于中宫,惟此二物,最为对证良药。"因此,本方用此二味泄郁热而调和中焦。石斛清胃经之热,并能养阴生津。木瓜平肝和胃,祛湿舒筋。橘红理气化痰,健脾和胃。以上三味,养胃阴而调和肝脾。配合成方,共奏清热祛暑,和中养阴的功效。用治热霍乱后余邪未清者,以身热心烦,胸脘痞闷,渴喜冷饮,小便黄赤热短,舌质红,苔黄,为辨证要点。夏令急性胃肠炎后期症因如上所述者,可以用本方治疗。

石膏散(《太平圣惠方》卷四十七)　石膏二两,麦门冬(去心)一两,甘草(炙微赤,锉)三分,白茯苓一两。上药,捣筛为散,每服三钱,以水一中盏,入生姜半分,豉一百粒,竹叶二七片,煎至六分,去滓,不计时候,温服。功能清热除烦,养阴和中。主治霍乱热甚津伤,烦渴头痛。

香豉汤(《圣济总录》卷四十)　香豉(微炒)二两,栀子仁一两,黄柏(去粗皮)半两,地榆(锉)一两,白术、茜根(拣净,锉碎)各三分。上六味,粗捣筛,每服三钱匕,用薤白四寸,水一盏,同煎至七分,去滓,候温,日三服。功能清热解毒,凉血健脾。主治霍乱下焦热毒,利如鱼脑,杂赤血片下,脐腹疼痛不可忍,里急后重。

无极丹

本方见于《全国中药成药处方集》(北京方)。为治夏令感受暑热的常用方。方由甘草1800克,石膏500克,滑石360克,糯米粉750克,砂仁、紫豆蔻仁、公丁香、肉桂各7.5克,麝香、牛黄各0.9克,冰片60克,薄荷冰105克,朱砂330克(方内用105克,上衣用225克)组成。上药研为极细粉,将糯米粉用沸水冲为稀糊,与以上药粉泛为小丸,另取朱砂细粉为衣,每服20粒,温开水送下,小儿酌减。功能清热祛暑,镇静止呕。主治夏令受暑,晕车晕船,恶心呕吐。

本方所治证属夏令感受暑热所致,故从清暑止呕立法。方中重用甘草,张锡纯在《医学衷中参西录》中指出本品"最善解毒,又能调和中宫,以止吐泻",滑石、石膏皆却暑之品,合甘草亦寓六一散(滑石、甘草)、玉泉散(滑石、甘草、石膏)清暑利湿之意,使内蕴暑湿从下而泄;麝香、冰片辟秽解暑;朱砂、牛黄、薄荷冰清热解毒,镇静止呕;紫豆蔻仁、公丁香、砂仁、肉桂健胃和中,降逆止呕,又可防止石膏、滑石寒凉太过而寓反佐之意。诸药合用,共奏清热祛暑,镇静止呕之功。本方为居家、旅行应用的成药,以夏令感受暑热,晕车晕船引起恶心呕吐,头晕胸闷等症为辨证要点。孕妇慎服。

急救回生丹(《医学衷中参西录》)　朱砂4.5克,冰片(用樟脑炼成者)0.9克,薄荷冰0.6克,粉甘草(细末)3克。上药共研细,分作三次服,开水送下,约半点钟服一次。若吐剧者,宜于吐后急服之。若于将吐时服之,恐药未暇展布即吐出。服后温复得汗即愈。服一次即得汗者,后二次仍宜服之。若服完一剂未痊愈者,可接续再服

一剂。功能解毒辟秽和中。主治霍乱吐泻转筋，诸般痧证暴病，头目眩晕，咽喉肿疼，急性淋证。

卫生防疫宝丹(《医学衷中参西录》) 粉甘草(细末)300克，细辛(细末)45克，香白芷(细末)30克，薄荷冰(细末)12克，冰片(细末)6克，朱砂(细末)90克。先将前五味和匀，用水为丸，如桐子大，晾干，不宜日晒，再用朱砂为衣，勿令余剩。若治霍乱证，宜服80丸，开水送服。余证宜服40—50丸，服后均宜温复取微汗。若平素含化以防疫疠，自1—5丸皆可。功能清热辟秽，行气止痛。主治霍乱吐泻转筋，下痢腹痛，及一切痧证。平素口含化服，预防一切疠疫传染。亦治头疼、牙疼(含化)、心下、胁下及周身关节经络作疼，气郁、痰郁、食郁、呃逆、呕哕等症。

济世丹(《全国中药成药处方集》禹县方) 西滑石60克，粉甘草30克，丁香7.5克，儿茶15克，樟脑3克，紫蔻6克，砂仁6克，广木香4.5克，薄荷冰0.6克，朱砂6克，麝香0.045克。共为细面，水丸，如莱菔子大，每服20粒，白开水送下。功能同无极丹。主治头晕恶心，胃口不开，胸腹膨胀，口臭喉热，饮食不消，中暑吐泻。孕妇忌用。

青蒿鳖甲汤

本方出自《温病条辨》卷三。为清虚热的代表方剂。方由青蒿二钱，鳖甲五钱，细生地四钱，知母二钱，丹皮三钱组成。水五杯，煮取二杯，日再服。功能养阴透热。主治温病后期，邪热未尽，深伏阴分，阴液已伤。症见夜热早凉，热退无汗，舌红少苔，脉细数。

本方为清虚热之剂，主治邪热深伏阴分之证，此时单纯透热则易伤阴，只顾养阴又易留邪，故宜养阴透热立法。方中青蒿芳香透络，退虚热；知母既可清热，亦能养阴；鳖甲既能养阴，又能入络搜邪；生地黄养阴清热；牡丹皮清热凉血。共成养阴与透热之效。吴鞠通说："此方有先入后出之妙，青蒿不能直入阴分，有鳖甲领之入也，鳖甲不能独出阳分，有青蒿领之出也。"说明青蒿和鳖甲相配，对阴虚而内热者，有相得益彰之妙。本方是治疗热病后期余邪未尽，阴津亏损的常用方。发热以夜晚明显，晨起即热退身凉，全身干热无汗，舌红少苔，脉细数等为辨证要点。运用本方时可酌加银柴胡、地骨皮、白薇之类以增强退热之效。现临床上亦用本方治疗夏季热以及原因不明之久热不退、盗汗等属于阴虚内热者。

青蒿鳖甲汤(《温病条辨》卷二) 青蒿三钱，知母二钱，桑叶二钱，鳖甲五钱，丹皮二钱，花粉二钱。水五杯，煮取二杯。疟来前，分二次温服。功能清热透邪。主治少阳疟偏于热重者，暮热早凉，汗解渴饮，脉左弦。

秦艽鳖甲散

本方出自《卫生宝鉴》卷五。方由柴胡一两，鳖甲(去裙襕，酥炙，用九肋者)一两，秦艽、当归、知母各半两，地骨皮一两组成。上六味为粗末，每服五钱，水一盏，青蒿五叶，乌梅一个，煎至七分，去滓温服，空心、临卧各一服。现用法为作汤剂，水煎服，用量按原方比例酌减。功能清热除蒸，滋阴养血。主治骨蒸潮热，肌肉消瘦，唇红颊赤，四肢困倦，盗汗，脉细数者。本方所治证属风劳，由于感受风邪之后，未曾及时治疗，以致风邪传里，变生内热，消耗气血，日久成劳。治宜清热与滋阴并用，邪正兼顾。方中秦艽、柴胡祛风透热，地骨皮、青蒿清热除蒸，鳖甲、知母滋阴清热，当归养血和血，乌梅酸涩敛阴止汗，是清热与补养阴血并重之剂。现临床上常用本方加减治疗结核病的潮热，以及温热病后期阴亏津损，余热未尽之证。此外，原因不明的长期反覆低热属于阴虚型者，亦能获效。

地骨皮散(《小儿药证直诀》卷下) 地骨皮、知母、银州柴胡(去芦)、甘草(炙)、半夏(汤洗十次，切，焙)、人参(切，去顶，焙)、赤茯苓各等份(《证治准绳》方无半夏，有鳖甲、黄芩)。上为细末，每服二钱，姜五片，水一盏，煎至八分，食后温服，量儿大小加减。功能滋阴清热，益气养胃。主治小儿阴虚潮热，及伤寒余热未清。

清骨散

本方见于《证治准绳·类方》第一册，由《丹溪心法》清骨散加减而成。《医宗金鉴·杂病心法要诀》柴胡清骨散，系从本方衍化而来。方由银柴胡一钱五分，胡黄连、秦艽、鳖甲(醋炙)、地骨皮、青蒿、知母各一钱，甘草五分组成。水二钟，煎八分，食远服。功能清骨退蒸，滋阴潜阳。主治阴虚内热，虚劳骨蒸，午后或夜间潮热，或手足心发热，心烦盗汗，口干咽燥，大便干结，尿少色黄，舌红少苔，脉象细数者。

本方所治证属阴虚火旺，热邪内伏阴分所致，治宜清骨退蒸，滋阴潜阳。方中银柴胡能清骨髓之热，治虚劳之骨蒸，并且退热而无苦泄之弊，为主药。地骨皮降肺中之伏火，清肝肾之虚热，退有汗之骨蒸，胡黄连泻心经之火，清血分之热，主骨蒸劳热，知母滋肾水泻肾火，亦能清骨蒸，三药均入阴分，而清伏热于里；青蒿清血分之伏热，治无汗之骨蒸，秦艽和血养血，治虚劳发热，两药均具辛散之功，能宣内伏之热而出于表；更以鳖甲滋阴潜阳，补益肝肾，又引诸药入里，甘草调和脾胃，以免寒凉滋腻之品损伤脾胃之气。以上俱为辅助药。配合成方，共奏清骨退蒸，滋阴潜阳的功效。从本方用药来看，本方所治之证阴虚程度尚轻，而内热则较重，内热不除，久则阴虚亏而火愈炽，火愈炽而阴更伤。虚火不除，病根不去，徒事养阴，岂能获效，所以立方宗旨以清骨退蒸为主，稍佐滋阴补虚之品。如阴亏较甚，当随证加减，灵活运用。原方加减："血虚甚，加当归、芍药、生地；嗽多，加阿胶、麦门冬、五味子。"

清骨散(《丹溪心法》卷二) 北柴胡、生地黄各二两、

人参、防风、熟地黄、赤茯苓、秦艽各一两，胡黄连半两，薄荷七钱半。每服四钱，水煎，温服。功能益气养阴，清热除蒸。上治男子妇人气阴两虚，热邪内伏，五心烦热，欲成劳瘵。

柴胡清骨散（《医宗金鉴·杂病心法要诀》卷四十）　秦艽、知母、炙草、胡黄连、鳖甲、青蒿、柴胡、地骨皮、韭白、猪脊髓、猪胆汁、童便。功能清骨退蒸，滋阴降火。主治骨蒸久不痊愈。

青蒿散

本方出自《太平圣惠方》卷七十。方由青蒿二两，龙胆（去芦头）三分半，栀子仁三分，知母三分，黄连一两（去须），鳖甲（涂醋炙令黄，去裙襕）二两，黄芪（锉）一两，桑根白皮（锉）一两，地骨皮半两，白术一两，甘草（炙微赤，锉）半两，柴胡（去苗）一两半组成（《普济方》卷三一九引载本方，龙胆草用一分；《证治准绳·女科》卷二引载本方，龙胆草用二钱半）。上药捣罗为散，每服四钱，以水一中盏，入生姜半分，煎至六分，去滓，不计时候温服。现用法为用饮片各适量，作汤剂，水煎服。功能清骨泻火，益气养阴。主治妇人热邪内伏，气阴两虚。症见骨蒸劳热，四肢烦疼，日渐羸瘦。

本方所治证属热邪内伏而又气阴两虚，故用清骨泻火，益气养阴之法。方中青蒿能清骨中之热，《神农本草经》主"留热在骨节间"、《本草图经》称其"治骨蒸劳热为最"，是治虚劳骨蒸常用之品，为主药。热邪内伏而成骨蒸劳热，必须苦寒泻火之品，清其内伏之热，故用柴胡、龙胆草泻肝胆之火，桑白皮、地骨皮泻肺经之火，黄连泻心经之火，知母泻肾经之火，栀子泻三焦之火；骨蒸劳热，日渐羸瘦，气阴两虚，所以又用黄芪、白术、甘草益气健脾，鳖甲养阴清热，以上均为辅助药。配合成方，共奏清骨泻火，益气养阴的功效。本方用治妇人骨蒸劳热，以既有脏腑实火之证，同时又伴见气阴两虚之证者为适宜。方中苦寒之药较多，如内无实火者不宜用。

青蒿散（《奇效良方》卷二十六）　青蒿、秦艽、香附子（炒，去毛）、桔梗（去芦）、天仙藤、鳖甲（醋炙）、前胡（去苗）各一两，乌药半两，川芎二钱半，甘草（炙）一两半。上药为末，每服三钱，水一盏，生姜三片，红枣一枚，煎至六分，滤去渣，食后服。功能清热退蒸，养阴理气。主治虚劳骨蒸，咳嗽声嗄，皮毛干枯，四肢倦怠，夜多盗汗，时作潮热，饮食减少，日渐瘦弱。

青蒿煎丸（《太平圣惠方》卷三十一）　青蒿汁、薄荷汁、生地黄汁各二升，童子小便五升，朱砂（细研水飞过）一两，麝香（细研）半两，桃仁（汤浸，去皮尖双仁，研令细）五两，柴胡（去苗，为末）三两，鳖甲（涂醋炙令黄，去裙襕，为末）五两。上件药，取青蒿汁等及小便，相和一处，先煎令稠，然后下桃仁以下诸药，更熬令稀稠得所，即丸如梧桐子大，每服以麦门冬汤下二十丸，不计时候服。总生血。功能清热退蒸，滋阴化瘀。主治热劳阴虚火旺，内有瘀血。症见烦心口干，皮肤枯燥，渐渐羸瘦。

清骨滋肾汤

本方出自《傅青主女科》上卷。《辨证录》卷十一载此方易名为清骨汤。方由地骨皮（酒洗）一两，丹皮五钱，沙参五钱，麦冬（去心）五钱，玄参（酒洗）五钱，五味子（炒，研）五分，白术（土炒）三钱，石斛二钱组成。水煎服。功能清骨滋肾。主治妇人阴虚火旺，骨蒸夜热，月经不调，经量减少，口干舌燥，咳嗽吐沫，久不怀孕者。本方所治妇人骨蒸夜热不孕，证属阴虚火旺所致，治宜清骨滋肾。原书说：骨蒸夜热不孕，"治法必须清骨中之热，然骨热由于水亏，必补肾之阴，则骨热除，珠露有滴濡之喜矣。'壮水之主，以制阳光'，此之谓也"。方中地骨皮，《名医别录》谓其有"强阴"之功，能清肝肾下焦虚热，退有汗之骨蒸，牡丹皮和血凉血，清血中之伏火，退无汗之骨蒸，两味合用，清骨退蒸之力更优，为君药；玄参壮水以制火，五味子、石斛益肾而强阴，沙参、麦冬养阴清肺，以滋水之上源，白术健脾助运，以防寒凉滋腻之品伤脾运，共为佐使药。诸药配合，共奏清骨滋肾的功效。

地骨皮饮（《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四）　当归、生地各二钱，白芍一钱，川芎八分，牡丹皮、地骨皮各二钱，水煎服。功能养血清热。主治阴虚血热，月经先期。

加味地骨皮饮（《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四）　生地、当归、白芍各二钱，川芎八分，牡丹皮、地骨皮各三钱，胡黄连一钱。水煎服。功能滋阴养血，清热调经。主治阴虚血热，经行发热。

和解剂

以寒、热、补、散的药物调配而成，具有和解少阳、平调上下、调和肝脾等功效的一类方剂，称为和解剂。属于"八法"中的"和法"。因此，和解剂常用于少阳不和，肠胃失调，肝脾不和以及某些疟疾。根据和解剂的功用，可以分为以下四类：

（1）和解少阳剂：适用于邪在少阳。症见寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，默默不欲饮食，口苦，咽干，目眩，耳聋，苔白脉弦。邪在少阳经的治法，既不可发汗，又不可吐下，只有和解一法，最为切当。然而，少阳病的邪气有兼并，人体有强弱，所以和解少阳又有和而兼清、和而兼温、和而兼消、和而兼补、和而兼燥、和而兼润、和而兼表、和而兼攻等不同和解方法，因此和解少阳决不能拘执某一方剂。

（2）调和肠胃剂：适用于胸腹、胃肠之间，寒热互阻，清浊混淆。症见心下痞硬，干呕或呕吐，腹痛下痢，脉弦滑，苔白或黄。治寒则助热，治热则助寒，唯有辛开苦降，

寒热并用，则肠胃调和，诸症自解。

(3) 调和肝脾剂：适用于肝脾不和所产生的诸症。肝病则条达失常，疏泄无权；脾病则运化不健，清阳不升。症见胸胁胀满，头痛目眩，咽干口苦，神疲食少，或月经不调，或腹痛泄泻，脉弦细或两关不调，舌苔白。肝脾两病，治当养血舒肝而健脾，或健脾养血而舒肝，调和肝脾，使两者俱平，中和之气复常。

(4) 治疟剂：适用于疟邪伏于募原。症见寒热往来，定时发作，寒则中外皆寒，虽汤火不能温，热则中外皆热，虽冰水不能寒，与少阳证相似，故有"疟不离少阳"之说。但疟疾内多痰湿，而寒热易伤气血，所以治当和解表里，调治阴阳。

和解剂虽然是寒、热、补、散并用。以和缓平调的方法解除病邪，但还是针对病情，有所侧重的。因此，临证使用时要辨清表里、上下、气血之间寒热虚实的多少而恰当调配药物。若饮食劳倦内伤，气虚血虚，痈肿瘀血等证，皆有寒热往来，似疟非疟之证，都不是本类方剂所能治。切不可借此平稳之法而贻误病人。至于疟疾，证有多种，治有多方，不可局限于本类所列方剂。这些在临证时都应注意。

小柴胡汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。是和解少阳之主方。《备急千金要方》有小柴胡汤方，但更名为黄龙汤。方由柴胡半斤，黄芩三两，人参三两，半夏(洗)半升，甘草(炙)三两，生姜(切)三两，大枣(擘)十二枚组成。上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。功能和解少阳。主治少阳病，口苦，咽干，目眩，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，舌苔薄白，脉弦；或妇人伤寒热入血室，以及妇人产后，经期感冒风邪见有以上症状者。

本方所治证属邪在半表半里，少阳失和所致。故治宜和解少阳。方中柴胡清透少阳半表之邪从外而解为君药；黄芩清泄少阳半里之热为臣药；人参、甘草扶正达邪，半夏降逆和中止呕为佐药；生姜助半夏和胃，大枣助参、草益气，姜枣相合，又有调和营卫的作用为使药。诸药合用，可使上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。临床以往来寒热，心烦喜呕，胸胁苦满，舌苔薄白，脉弦为辨证要点。此外如疟疾、黄疸、妇人产后或经期感受风邪见有上述少阳证者，皆可选用本方加减治疗。原方加减法："若胸中烦而不呕者，去半夏、人参，加栝蒌实一枚；若渴，去半夏，加人参合前成四两半，栝蒌根四两；若腹中痛者，去黄芩，加芍药三两；若胁下痞硬，去大枣，加牡蛎四两；若心下悸，小便不利者，去黄芩，加茯苓四两；若不渴，外有微热者，去人参，加桂枝三两，温覆微汗愈；若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子半升，干姜二两。"现临床用于多种发热性疾病，如感冒、疟疾、病毒性肝炎、败血症、胸膜炎、胆道感染，以及妇女产后发热等而见上述症状者。服本方后若见汗出，是外邪去，表里已和的正常现象。若患者素体正气较虚，或由误治损伤正气，服药后往往见到寒战而后发热汗出，是谓战汗。战汗的汗出是服小柴胡汤后，正胜邪却的标志，此时须注意护理。

柴胡加芒硝汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》) 柴胡二两十六铢，黄芩、人参、甘草(炙)、生姜(切)各一两，半夏二十铢，大枣(擘)四枚，芒硝二两。上八味，以水四升，煮取二升，去滓，纳芒硝，更煮微沸，分温再服。功能和解攻里。主治伤寒病少阳未解，阳明燥结，胸胁满而呕，日晡所发潮热。

柴胡桂枝汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》) 桂枝(去皮)、黄芩、人参、芍药、生姜(切)各一两半，甘草(炙)一两，半夏(洗)二合半，大枣(擘)六枚，柴胡四两。上九味，以水七升，煮取三升，去滓，温服一升。功能和解少阳，解肌发表。主治伤寒太阳、少阳合病，发热微恶寒，肢节烦痛，微呕，心下支结等症。

柴平汤(《景岳全书·古方八阵》卷五十四) 柴胡、人参、半夏、黄芩、甘草、陈皮、厚朴、苍术。水二钟，加姜、枣煎服。功能和解少阳，燥湿化痰。主治湿疟脉濡，一身尽痛，手足沉重，寒多热少。

柴胡枳桔汤(《重订通俗伤寒论》) 川柴胡一钱至钱半，枳壳钱半，鲜生姜一钱，青子芩一钱至钱半，桔梗一钱，新会皮钱半，雨前茶一钱。水煎服。功能和解表里。主治往来寒热，两头角痛，耳聋目眩，胸胁满痛，舌苔白滑，脉右弦滑，左弦而浮大。

大柴胡汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。系小柴胡汤合小承气汤加减而成。方由柴胡半斤，黄芩、芍药各三两，半夏半升，枳实四枚，大黄二两，大枣十二枚，生姜五两组成。上八味，以水一斗二升，煮取六升，去滓再煎，温服一升，日三服。功能和解少阳，内泻热结。主治少阳兼阳明病，往来寒热，胸胁苦满，呕不止，郁郁微烦，心下痞硬，或心下满痛，大便秘结，或协热下利，舌苔黄，脉弦有力者。因为症见寒热往来，胸胁苦满，属邪在少阳，本当禁用下利，但郁郁微烦，呕不止，心下痞硬或满痛，大便不行，是阳明里实已成，所以用二方复合加减，既和解少阳，又泻除阳明里实。方中柴胡、黄芩和解少阳；大黄、枳实内泻热结；白芍助柴、芩清肝胆之热，配大黄治腹中实痛，配枳实治气血不和之腹痛，烦满不得卧；半夏和胃降逆而止呕，重用生姜温胃，与半夏相伍止呕作用更强；大枣味甘，益气和中，与芍药合而酸甘化阴，更增养阴除烦的作用，又可缓枳实、大黄泻下的烈性。如此配合，既不悖于少阳禁下之原则，又可使少阳、阳明之邪并解，实为一举两得之法。临床以寒热往来，大便秘结，脘胁胀痛，舌苔黄厚，脉弦数有力为辨证要点。近年来常用本方加

减治疗胆道感染,以及急性胰腺炎等疾患。

复方大柴胡汤(《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院) 柴胡、黄芩、川楝子、延胡索、白芍、生大黄(后下)各9克,枳壳、木香、生甘草各6克,蒲公英15克。水煎服,每日一二剂,早晚分服。功能和解表里,清泻热结。主治溃疡病急性穿孔第二期,上腹及右下腹压痛,肠鸣,便燥,身热,脉数,苔黄者。若腹腔感染重者,加金银花、连翘;便秘加芒硝;瘀血重者加桃仁、红花、生蒲黄。

清胰汤(《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院) 柴胡、白芍、木香、延胡索、黄芩、胡黄连、大黄、芒硝。水煎服。功能清热泻实,疏肝止痛。主治肝郁气滞,脾胃蕴热,腑实便结的急性胰腺炎。

柴胡桂枝干姜汤

本方出自《伤寒论·辨少阳病脉证并治》。又名柴胡桂姜汤、小柴胡桂姜汤。系小柴胡汤衍化而成。方由柴胡半斤,桂枝(去皮)三两,干姜二两,栝蒌根四两,黄芩三两,牡蛎(熬)二两(《金匮要略》用三两),甘草(炙)二两组成。上七味,以水一斗二升,煮取六升,去滓,再煎取三升,温服一升,日三服。初服微烦,复服汗出便愈。功能和解少阳,温化水饮。主治少阳兼水饮证,胸胁满微结,小便不利,渴而不呕,但头汗出,往来寒热,心烦者。本方治证属伤寒表不解,发汗复下,使病不解,而传入少阳,并兼水饮而致,治宜和解少阳,温化水饮。方中柴胡、黄芩合用,和解少阳之邪;干姜、桂枝合用,温化水饮;栝蒌、牡蛎合用,既可生津止渴,又可化痰开结;甘草调和诸药。诸药相伍,和解少阳,温化水饮,使邪解饮消,则寒热满结可除。因"疟不离少阳"、"无痰不成疟",故本方亦可治疟,症见寒多热少,或但寒不热者。

蒿芩清胆汤

本方出自《重订通俗伤寒论》。方由青蒿钱半至二钱,淡竹叶三钱,仙半夏钱半,赤茯苓三钱,青子芩钱半至三钱,生枳壳钱半,陈广皮钱半,碧玉散(包)三钱组成。功能清胆利湿,和胃化痰。主治少阳热盛,兼有痰湿内阻,寒热如疟,寒轻热重,口苦膈闷,吐酸苦水,或呕黄粘涎,甚则干呕呃逆,胸胁胀满,疼痛,舌红苔白腻,脉数而右滑左弦。少阳胆经热盛,兼有痰湿中阻,胃气不和,治宜清泄少阳,化痰利湿。方中青蒿苦寒芬芳,善于清透少阳邪热,黄芩苦寒,清热燥湿,两药相须,既可内清少阳湿热,又能透邪外出,共为君药;半夏、陈皮行气燥湿,化痰和胃,枳壳下气宽胸,除痰消痞,使痰湿除,胃气和,中焦气机通畅,共为臣药;竹茹善清胆胃之热而止呕化痰,赤茯苓、碧玉散清利湿热从小便而出,共为佐使药。诸药合用,共奏清胆利湿,和胃化痰之功,使少阳胆热得清,中焦痰湿得化,胃气得和,诸症自愈。本方为治疗少阳热盛,兼有痰湿内阻的有效方剂,以寒轻热重,口苦膈闷,恶心呕吐,小便黄少,舌红,苔腻,脉弦数为辨证要点。此外,也可用于暑湿之疟。

四逆散

本方出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》。为调和肝脾的重要方剂。方由甘草(炙)、枳实(破,水渍,炙干)、柴胡、芍药组成。上四味,各十分,捣筛,白饮和服方寸匕,日三服。功能疏肝理脾,解郁透热。主治肝失条达,气郁致厥,手足厥冷,或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重,脉弦细。

本方所治证属肝气郁结,气机不利,阳郁于里,不能布达四肢所致,与四逆汤主治的寒厥截然不同。李士材说:"此证虽云四逆,必不甚冷,或指头微温,或脉不沉微,乃阴中涵阳之证,惟气不宣通,是以逆冷",故治宜疏肝解郁。方中柴胡既可升清阳,疏畅气机,又可使郁热外达,用为君药;阳郁于里而为热,阴必受伤,所以配伍芍药养血敛阴,与柴胡一升一敛,使郁热透,阳气升而阴亦复,为方中臣药;枳实苦泄,行气散结,与柴胡同用,一升一降,加强疏畅气机之功,与芍药相配,疏导气血,为佐药;甘草缓急和中,与芍药同用,可缓急止痛,又能调和诸药为使药。四药相合,共成疏肝理脾之剂,具有解郁透热,缓急止痛之功。本方原治少阴病阳气郁于里的四肢厥逆证。后世发展了它的治疗范围,临床上凡肝郁而见四肢厥逆,或肝脾不和而致脘腹胁肋诸痛,以及腹痛泄泻等,都可应用。原方加减法:"咳者,加五味子、干姜各五分,并主下利;悸者,加桂枝五分;小便不利者,加茯苓五分;腹中痛者,加附子一枚,炮令坼。泄痢下重者,先以水五升,煮薤白三升,煮取三升,去滓,以散三方寸匕,纳汤中,煮取一升半,分温再服。"

柴胡疏肝散(《景岳全书·古方八阵》卷五十六) 陈皮(醋炒)、柴胡各二钱,川芎、枳壳(麸炒)、芍药各一钱半,甘草(炙)五分,香附一钱半。水一钟半,煎八分,食前服。功能疏肝解郁,活血止痛。主治肝气郁结,胁肋疼痛,寒热往来。《张氏医通》方有栀子(姜汁炒黑)一钱,煨姜一片。

逍遥散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷九。系由四逆散衍化而来,为疏肝理脾的常用方剂。方由甘草(微炙,赤)半两,当归(去苗,锉,微炒)、茯苓(去皮,白者)、芍药(白)、白术、柴胡(去苗)各一两组成。上为粗末,每服二钱,水一大盏,烧生姜一块切破,薄荷少许,同煎至七分,去滓热服,不拘时候。现多作汤剂,水煎服。功能疏肝养血,健脾和中。主治肝郁血虚,两胁作痛,寒热往来,头痛目眩,口燥咽干,神疲食少,月经不调,乳房作胀,脉弦而虚者。

本方所治证属肝郁血虚所致。肝藏血，体阴而用阳，喜条达而恶抑郁。若情志不遂，或血虚不能养肝，都能使肝气失其条达，横逆侮脾，故治宜疏肝养血，健脾和中。方中当归、白芍养血补肝，尤其当归之辛，可以散肝醒脾，当归之甘，可以缓肝、脾之急，白芍之酸，可以柔肝，所以归、芍同为君药；柴胡疏肝解郁为臣药，与归、芍相配，养血舒肝；茯苓、白术、甘草健脾和中，即所谓"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"之意，三药为佐药；薄荷清散肝郁所生之热，煨姜温胃和中，共为使药。诸药配合，可收气血兼顾，肝脾并治的效果，使肝郁得解，血虚得养，脾虚得补，诸症自愈。现临床用于治疗慢性胃炎、慢性肝炎、神经衰弱、慢性盆腔炎等，凡属肝郁血虚，脾虚胃气不和者，皆可化裁应用。

加味逍遥散(《校注妇人良方》卷二十四) 又名丹栀逍遥散、八味逍遥散。当归、芍药、茯苓、白术(炒)、柴胡各二钱，丹皮、山栀(炒)、甘草(炙)各五分。水煎服。功能养血和营，清肝健脾。主治肝脾血虚，发热或潮热、晡热，或自汗、盗汗，或头痛目涩，或怔忡不宁，或颊赤口干，或月经不调，肚腹作痛，或小腹重坠，水道涩痛，或肺痈出脓，内热作渴等。

加减逍遥散(《傅青主女科》卷上) 茯苓、白芍(酒炒)、甘草(生)各五钱，柴胡、陈皮各一钱，茵陈、栀子(炒)各三钱。水煎服。功能疏肝解郁，清热利湿。主治肝经湿热下注，带下色青，甚则绿如豆汁，粘稠不断，其气臭秽者。

解郁汤(《傅青主女科》卷下) 人参一钱，白术(土炒)五钱，白茯苓、山栀子(炒)各三钱，当归(酒洗)、白芍(酒炒)各一两，枳壳(炒)五分，砂仁(炒，研)三粒，薄荷二钱。水煎服。功能疏肝解郁，健脾行滞。主治子悬，胎动不安，两胁闷痛，属肝郁脾虚者。

黑逍遥散(《医略六书·妇科指要》卷二十六) 生地五钱，柴胡(醋炒)五分，归身(醋炒)三钱，白芍、白术(炒)、茯苓各钱半，甘草五分。为粗末，每服二钱，加生姜一片，薄荷少许，水煎，去渣，温服。血热加丹皮，阴虚加牡蛎。功能养血舒肝，健脾止漏。主治肝郁血虚，妇女崩漏，脉弦虚数者。

痛泻要方

本方为刘草窗方，录自《医方考》。又名白术芍药散。为治肝旺脾虚、腹痛泄泻的方剂。方由白术(炒)三两，芍药(炒)二两，陈皮(炒)两半，防风一两组成。或煎、或丸、或散皆可用。功能补脾泻肝。主治腹痛肠鸣，大便泄泻，泻必腹痛，舌苔薄白，脉弦而缓者。本方主治肝旺脾虚，肝木乘脾土，脾失健运所致的腹痛泄泻。《医方考》明确指出："泻责之脾，痛责之肝，肝责之实，脾责之虚，脾虚肝实，故令痛泻。"治宜补脾泻肝。主治的重点在脾，也就是"扶土抑木"法。方中白术味苦、甘，性温，功专补脾燥湿，以治"土虚"为君药；白芍养血柔肝，使肝气条达，兼能敛益脾阴，配白术可于土中泻木为臣药；陈皮辛苦温燥，功能理气燥湿，醒脾健胃，助白术加强脾胃运化功能为佐药；防风有升阳散风的作用，是脾经药，既能引诸药入脾，助术、芍健脾舒肝，又可以升清阳而止泄泻，是方中使药。四药相配，补脾土而泻肝木，痛泻自止，是补脾疏肝的又一用法。本方为肝脾不和，腹痛泄泻的常用方。临床以每因情绪影响而发作，泻必腹痛，脉弦为辨证要点。一般无饮食积滞及胃肠湿热之证。原方加减法："久泻者，加炒升麻六钱"，以升提脾胃下陷之阳气。现临床常用于过敏性结肠炎及急性肠炎等病的治疗。

奔豚汤

本方出自《金匮要略·奔豚气病脉证治》。方由甘草、川芎、当归、黄芩、芍药各二两，半夏、生姜各四两，生葛五两，甘李根白皮一升组成。上九味，以水二斗，煮取五升，温服一升，日三夜一服。功能养血疏肝，和胃降逆。主治肝气郁结，化热上冲所致奔豚气病。症见气上冲胸，腹痛，往来寒热者。奔豚气有病在肝和病在肾的区别，本方所治为肝气郁结，化热上冲所致。所以治宜养血疏肝，和胃降逆。方中李根白皮清肝下气；川芎、当归、芍药养血柔肝；甘草缓急和中；生姜、半夏和胃降逆；生葛、黄芩清解表里风热。诸药配合，使肝郁得解，逆气得降，气冲腹痛，往来寒热自除。

半夏泻心汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。为和胃消痞之剂。方由半夏(洗)半升，黄芩、干姜、人参、甘草(炙)各三两，黄连一两，大枣(擘)十二枚组成。上七味，以水一斗，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。功能和胃降逆，开结除痞。主治胃气不和，心下痞满不痛，或干呕，或呕吐，肠鸣下利，舌苔薄黄而腻，脉弦数者。本方所治为邪在少阳，而误用下药，损伤中气，使外邪乘虚而入，致寒热互结于心下，升降失常，阴阳不调而成痞证。因此，治当寒热互用以调阴阳，苦辛并进以顺升降。但误用下药中气已虚，所以又配伍补中之品以扶正祛邪。方中半夏苦辛温燥，入脾胃经，善能消痞散结、和胃降逆故为君药；干姜辛热，温中散寒，助半夏温胃和中以和阴，黄芩、黄连性味苦寒，降泄里热以和阳共为臣药；人参、炙甘草、大枣益气健脾，和中补虚为佐药；炙甘草还能调和诸药，所以又兼使药的作用。如此配合，使中焦得和，升降复常，则心下痞满、呕吐、下利等自愈。半夏泻心汤治证很广，不仅伤寒误下成痞，即不由误下而寒热中阻致痞，以及湿热留恋，脾胃虚弱，升降失调所致的心下痞，或脘腹胀闷，大便不调等，皆可治疗。现临床也用于胃炎、胃肠型感冒、胃神经症、妊娠呕吐等而有上述症

状者。

生姜泻心汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》)　生姜(切)四两,甘草(炙)三两,人参三两,干姜一两,黄芩三两,半夏(洗)半升,黄连一两,大枣(擘)十二枚。上八味,以水一斗。煮取六升,去滓,再煎取三升,温服一升,日三服。功能降逆和胃,散结消痞。主治水热互结,胃中不和,心下痞硬,干呕食臭,腹中雷鸣,下利。

甘草泻心汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》)　甘草(炙)四两,黄芩三两,干姜三两,半夏(洗)半升,大枣(擘)十二枚,黄连一两。上六味,以水一斗,煮取六升去滓,再煎取三升,温服一升,日三服。功能益气和胃,消痞止泻。主治胃气虚弱,气结成痞,干呕,心烦不得安,下利日数十行,完谷不化,腹中雷鸣。王旭高说:"半夏泻心汤治寒热交结之痞,故苦辛平等;生姜泻心汤治水与热结之痞,故重用生姜以散水气;甘草泻心汤治胃虚气结之痞,故重用甘草以补中气而痞自除。"

黄连汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。方由黄连三两,甘草(炙)三两,干姜三两,桂枝(去皮)三两,人参二两,半夏(洗)半升,大枣(擘)十二枚组成。上七味,以水一斗,煮取六升,去滓,温服一升,日三服,夜二服。功能平调寒热,和胃降逆。主治伤寒,胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐者。本方所治证属胸中有热,胃中有寒,阴阳痞塞,升降失司,上下不和而致。治宜寒温互用,辛苦并施,调理阴阳而和解之。方中黄连苦寒,上清胸中之热,干姜、桂枝辛温,下散胃中之寒,两者合用,辛开苦降,寒热并投,上下并治,以复中焦升降之职;更以半夏和胃降逆,人参、甘草、大枣益胃和中。合而用之,能使寒散热消,中焦得和,阴阳升降复常,痛呕自愈。王旭高说:"伤寒分表、里、中三法。表里之邪俱盛则从中而和之。故有小柴胡汤之和法。至于丹田、胸中之邪,则在上下而不在表里,即变小柴胡汤为黄连汤。以桂枝易柴胡,以黄连易黄芩,以干姜易生姜,亦从中而和之之法。"临床凡属寒热错杂,升降失司,上下不和之腹中痛,恶心呕吐者,均可使用本方。

截疟七宝饮

本方出自《杨氏家藏方》卷三。又名七宝散、七宝饮。方由常山一钱,陈皮、青皮、槟榔、草果仁、甘草(炙)、厚朴、生姜汁各半钱组成。上药细切,作一服,酒、水各半盏,寒多加酒,热多加水煎入,露一宿,空心冷服。现用法为用水酌加酒煎,疟发前二小时服。功能燥湿劫痰。主治疟疾数发不止,寸口脉弦滑浮大,体气壮实,痰湿甚者。本方治疟疾由痰湿所致,所以治当燥湿劫痰,截疟除病。方中常山善能劫痰截疟为君;草果、槟榔辟秽浊,破痰结而化湿滞,共为臣药;痰由湿生,湿从脾化,故用厚朴、陈皮、青皮理气和中,燥湿化痰,均为佐药;甘草益气和中为使药。七味配合,既可燥湿劫痰而截疟,又可理气和中而护胃,使邪气去而不伤正,故有"七宝"之称。临床适用于疟疾而多痰湿,体质壮实者。以寒热往来有定时,反覆发作,脘闷腹满,呕吐痰多,舌苔白腻为辨证要点。但方中辛燥行气药物居多,故对于中气虚弱,或内有郁火,以及疟疾初发者,均不相宜。

常山饮(《太平惠民和剂局方》卷八)　常山、知母、草果、炙甘草各二斤,高良姜二十两,乌梅肉一斤。为粗末,每服三钱,加生姜五片、大枣一枚,水煎服。功能清热散结,祛痰截疟。主治疟疾发作,久而不止,热较高,口苦舌干,口渴引饮者。

达原饮

本方出自《瘟疫论》卷上。方由槟榔二钱,厚朴一钱,草果仁五分,知母一钱,芍药一钱,黄芩一钱,甘草五分组成。上药用水二盅,煎八分,午后温服。功能开达膜原,辟秽化浊。主治瘟疫初起,邪伏膜原,憎寒壮热,或昼夜发热,头疼身痛,胸闷泛恶,脉弦数,舌苔白腻者。瘟疫邪伏膜原,去表不远,附近于胃,既不可发汗,又不宜攻下,正如薛生白所说:"初入膜原,未归胃腑,急急透解。"所以治宜开达膜原,辟秽化浊,兼清里热。方中厚朴燥湿化痰,下气除满;草果辛香辟秽,宣透伏邪;槟榔攻下破结,使邪速溃,三味协力,可直达膜原,逐邪外出,故名达原饮。然瘟疫邪热,最易伤阴,所以配小量黄芩清热燥湿,知母清热滋阴,芍药养阴清热,以防辛温燥散伤阴;配用甘草的甘缓,既可以制厚朴、槟榔燥散猛烈之性,又可以内护胃气,是为调和之品,诸药合用,能开达膜原,辟秽化浊,所以是瘟疫初起,邪伏膜原的重要方剂。临床治疗瘟疫初起,邪伏膜原,以憎寒壮热、舌红苔垢腻如积粉为辨证要点。疟疾而挟痰湿,寒热往来,头痛烦躁,胸膈满闷,恶心呕吐,舌苔垢腻者,亦可服。若脉数洪大,舌苔黄,汗出口渴,即不可误用。原方加减法:"如胁痛、耳聋、寒热、呕而口苦,此邪热溢于少阳经也,本方加柴胡一钱;如腰背项痛,此邪热溢于太阳经也,本方加羌活一钱;如目痛、眉棱骨痛、眼眶痛、鼻干不眠,此邪热溢于阳明经也,本方加干葛一钱。"

柴胡达原饮(《重订通俗伤寒论》)　柴胡、生枳壳、川朴、青皮、黄芩各钱半,炙草七分,苦桔梗一钱,草果六分,槟榔二钱,荷叶梗五寸。水煎服。功能和中化湿,祛痰止疟。主治痰湿阻于膜原,胸膈痞满,心烦懊侬,头眩口腻,咯痰不爽,间日发疟,舌苔粗如积粉,扪之糙涩等。

清脾汤

本方出自《三因极一病证方论》卷六。方由厚朴(姜

制炒)四两，乌梅(打，去仁)、半夏(汤洗去滑)、青皮、良姜各二两，草果(去皮)一两，甘草(炙)半两组成。锉为散，每服四钱，水二盏，姜三片，枣一枚，煎七分，去滓，未发前并二服。现用法为水煎服。功能温脾燥湿，和胃化痰。主治胃疟，发作有时，先觉伸欠，乃作寒战，鼓颔振栗，中外皆寒，腰背俱痛，寒战既已，内外皆热，头痛如破，渴欲饮冷；或痰聚胸中，烦满欲呕；或先热后寒，寒多热少，寒少热多，或寒热往来，或但热不寒，但寒不热，或隔日一发，或一日一发，或三五日一发者。

胃疟，又名食疟，由饮食饥饱伤脾胃，或病疟后饮食不节，痰湿内停，变为此证。所以治当温脾燥湿，和胃化痰。正如吴鹤皋说："清脾非清凉之谓，乃攻去其邪，而脾部为之一清也。"方中厚朴、青皮、草果、半夏燥湿化痰，行气导滞，除满止呕，草果并有截疟之功；高良姜辛热芳香，温胃散寒，振奋中阳，以治"生痰之源"；疟疾最易耗气伤阴，故用甘草甘温益气，乌梅酸敛生津，既可监制大量苦辛温燥药耗气伤阴之弊，又可保护胃气，寓有扶正祛邪之义，使疟邪去，痰湿清而脾胃复健。本方除用于胃疟外，亦可用于痰湿中阻而致的胸膈痞闷，心腹胀满，嗳腐吞酸，舌苔白腻的证候。忌食生冷、油腻、时鲜水果。

清脾汤(《三因极一病证方论》卷八) 茯苓、橘皮、草果(去皮)、白术各二两，人参、桂心、白芷、甘草(炙)、川芎各一两，半夏(洗七次)三两。锉为散，每服四大钱，水二盏，姜七片，紫苏三叶，煎七分，去滓服。欲通利，加大黄。功能燥湿化痰，和中止疟。主治脾湿热病，苦足寒胫热，腹胀满，烦扰不得卧，舌本强，体重，面黄，头疼，右胁满痛偏胀，口唇干裂，寒热如疟。

清脾汤(《济生方》卷十) 又名清脾饮。青皮(去白)、厚朴(姜制炒)、白术、草果仁、柴胡(去芦)、茯苓、黄芩、半夏(汤泡七次)、甘草(炙)各等份。㕮咀，每服四钱，水一盏半，姜五片，煎至七分，去滓温服。功能祛痰除湿，和胃治疟。主治疟疾，热多寒少，口苦嗌干，膈满不食，小便赤涩，脉来弦数。

厚朴草果汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由厚朴一钱五分，杏仁一钱五分，草果一钱，半夏二钱，伏苓块三钱，广皮一钱组成。水五杯，煮取二杯，分二次，温服。功能燥湿祛痰，宣畅气机。主治湿疟数发不止，寒起四末，寒重热轻，脘闷纳呆，口中粘腻，或渴喜热饮，舌苔白厚，脉弦而濡。本方治湿多热少，湿邪弥漫中焦，脾阳被困，气机受阻之湿疟，因此以苦辛通降，纯用温开而不必配用苦寒之品。方中厚朴燥湿化痰，下气除满；草果辛热，温中散寒，燥湿祛痰，且其气味辛香，同厚朴相合，辟秽浊，透伏邪而有截疟之功，并为君药；陈皮、半夏燥湿健脾，理气化痰为臣药；又用杏仁开宣肺气，茯苓渗湿健脾，两药配合以通调水道，使湿有去路，是为佐使之品。诸药相合，使湿去痰除，气机宣畅，湿疟自愈。如有恶心呕吐，可加生姜三片。

蜀漆散

本方出自《金匮要略·疟病脉证并治》。方由蜀漆(洗去腥)、云母(烧二日夜)、龙骨各等份组成。上三味，杵为散，未发前以浆水服半钱匕。功能祛痰截疟。主治牝疟，寒多热少者。本方治证属平素阳虚痰盛，疟邪侵袭之后，挟有形之痰阻遏心阳，使邪留阴分者多，邪并阳分者少所致，治宜祛痰截疟。方中蜀漆其气升散，开阴伏之邪，劫蓄结之痰，消痰截疟，为君药；云母泄湿行痰，促邪外透，为臣药；龙骨化痰止疟，为佐药，《本草经读》指出："痰，水也，随火而升，龙骨能引逆上之火、泛滥之水，而归其宅，若与牡蛎同用，为治痰之神品"；浆水合蜀漆可涌泄疟痰，为使药。四味合用，共奏祛痰截疟，升阳散邪之功。原方加减："温疟，加蜀漆半分，临发时服一钱匕。"本方疗效与服药时间有关，故方后曰"未发前"、"临发时"服，因"先其发时，真邪异居，波陇不起，故可治；过时则真邪相合，攻之则反伤正气，故曰失时"(《素问·刺疟篇》王冰注)。所以，应用本方应在疟发前服。

倪涵初治疟第一方

本方录自《杂病源流犀烛》卷十五。方由广皮、姜半夏、茯苓、威灵仙各一钱，制苍术、姜厚朴、柴胡、黄芩各八分，青皮、槟榔各六分，炙甘草三分组成。上咀片，加生姜三片，河、井水各一杯，煎九分，饥时服，渣再煎服。功能平胃消痰，理气除疟。主治疟疾初起，身体壮实者。疟疾多由痰湿内停，外感暑热风寒而致，所以治疟多以燥湿化痰为主，随证配伍，以为辅佐之用。本方有疏导痰湿，清透外邪的作用，是治湿疟、痰疟的通剂，所以倪氏列为治疟第一方。方中苍术、厚朴、陈皮、甘草即"平胃散"，有燥湿健脾的功用；加半夏、茯苓燥湿祛痰；青皮、槟榔散积化滞；尤其是威灵仙通行十二经，搜风逐湿，消痰除癖，协同诸药，能清除经络脏腑留滞的痰癖积湿；柴胡、黄芩清透半表半里之邪，如此配合，共为平胃消痰、理气除疟的方剂。可用于疟疾初起，舌苔厚腻，体质壮实者。原书加减法："头痛者，加白芷。"

倪涵初治疟第二方(《杂病源流犀烛》卷十五) 生首乌三钱，知母、醋鳖甲各二钱，白术、威灵仙、当归各一钱，茯苓、枯黄芩、柴胡、陈皮各八分，炙甘草三分。为粗末，加生姜三片，井水、河水各一杯，煎八分，加无灰酒五分，再煎一沸，空心服，渣再煎服。功能养肝健脾，化痰透邪。主治疟疾，服倪涵初第一方后，病势虽减，而未痊愈，或素体虚弱而患疟疾者。

倪涵初治疟第三方(《杂病源流犀烛》卷十五) 黄芪、当归各一钱二分，党参、白术各一钱，陈皮、柴胡各八分，升麻四分，炙草三分。或加首乌二钱，炒知母一钱；或

又加麦芽一钱，青蒿子八分。为粗末，加姜一片，枣二枚，水二杯，煎八分，半饥时服。功能养肝健脾，疏解疟邪。主治患疟转愈，以此根治，或用于久疟而气虚体弱，舌苔不腻者。

倪涵初治疟第四方(《杂病源流犀烛》卷十五)　又名久疟全消方。威灵仙、醋莪术、炒麦芽各一两，生首乌二两，金毛狗脊八钱，青蒿子、铅丹、穿山甲(水煮，切细炒成珠)、醋鳖甲各五钱。如小儿，加炙鸡肫皮五钱。为细末，用山药粉一两，饴糖一两，水一小碗为糊丸，每半饥时，姜汤下二三钱。功能补肝肾，软坚解疟。主治疟母或久疟不已，身体不虚者。

消导剂

根据"坚者削之"、"结者散之"(《素问·至真要大论》)的治疗原则而立法，以消导药为主所组成，具有消食导滞，消痞化积等作用，治疗积滞痞块等病症的一类方剂，称为消导剂。属于"八法"中的"消法"。

消法的应用范围比较广泛，凡由气、血、痰、湿、食等壅滞而成的积滞痞块，均可使用。本类方剂，主要包括消食导滞和消积化痞两类方剂。

(1) 消食导滞剂：适用于伤食停积。症见胸脘痞闷，嗳腐吞酸，恶心呕吐，便秘或泄泻。若邪积日久，或脾胃虚弱而见饮食不消，脘痞便溏，肢体倦怠者，则需消补兼施；但积滞轻而脾虚甚者，又宜补多于消；脾虚不甚而积滞甚者，则宜消多于补；如积滞化热，则宜消而兼清；如兼寒象者，则宜消而兼温。

(2) 消痞化积剂：适用于痞块癥瘕等，多由寒热痰食与气血相结所致。症见胸膈痞满，两胁胀痛，腹中结块，体倦食少等。这类病症以虚实夹杂较为多见，故常采用缓散渐消或消补兼施的治法。

消导剂与泻下剂都是消除有形实邪的方剂，但临床运用是有区别的；泻下剂宜于病势急的实证；而消导剂则宜于饮食停滞及痞满积聚之证，是属于渐消缓散的方法。

在使用消导剂时，首先要注意配伍理气药，因停积常致气机不利，气机受阻，又可导致积滞不化之故。其次要善于权衡寒热虚实，缓急轻重，灵活化裁，才能切合病情。此外，对气虚中满，土衰不能制水及阴虚热病等纯虚无实之证，自当禁用。本类方剂，作用虽较和缓，但终属克削之品，一般不宜久用，中病即止，并多作丸散剂用。

保和丸

本方出自《丹溪心法》卷三。为消食导滞的代表方。方由山楂六两，神曲二两，半夏、茯苓各三两，陈皮、连翘、萝卜子各一两(一方有麦芽)组成。为细末，炊饼为丸，如梧桐子大，每服七八十丸，食远，白汤下。现用法为或作汤剂，水煎服。功能消食和胃，化积散痞。主治食积内停，脘腹痞满，腹痛泄泻，嗳腐吞酸，厌食呕恶，舌苔厚腻或黄，脉滑实者。

本方所治证属伤食停滞，运化失职，脾胃不和，中焦气机受阻，清浊升降失常所致，故当从消食和胃立法。方中山楂消食化滞，善消油腻肉积，神曲消食醒脾，而化酒食之积，萝卜子消食下气，可消面食痰浊之滞，三药合用，消导之效专，可治各种饮食积滞。食积郁滞，必生痰湿，故以半夏、陈皮燥湿化痰，理气和胃，即"二陈"之意。复用茯苓健脾利湿，使湿有出路。食积日久，又易化热，故用连翘清热散结。诸药合用，共成消食化滞，行气和胃，清热散结之轻剂。方名"保和"者，乃谓方药平和之意。正如张秉成所说："此方虽纯用消导，毕竟是平和之剂，特谓之保和耳。"本方是消积和胃之轻剂，以治食积轻证为宜。临床常以食积停滞，脘腹痞满，呕吐泄泻等为辨证要点。现临床上对慢性胃炎、消化不良或婴儿腹泻等，属于食积不消者，亦常用本方治疗。

大安丸(《丹溪心法》卷五)　山楂二两，神曲(炒)、半夏、茯苓各一两，陈皮、萝卜子、连翘各半两，白术二两。为细末，粥糊丸服。本方以消补兼施立法，功能消食健脾。主治食积兼有脾虚者，或小儿脾虚食滞。

保和丸(《古今医鉴》卷四)　山楂肉、神曲(炒)、半夏(泡)、茯苓、陈皮(洗)各三两，连翘、萝卜子、厚朴(姜汁炒)、香附(醋炒)、黄芩(酒炒)各二两，白术五两，枳实(炒)、黄连(姜汁炒)，麦芽(炒)各一两。为细末，姜汁糊丸，桐子大，每服五十丸，加至七八十丸，食后茶清送下。功能消食和胃，利气消胀。主治食积内停，脘腹胀满，呕逆上气者。

越鞠保和丸(《古今医鉴》卷四)　苍术(米泔浸三宿，炒)、抚芎(酒洗)、神曲(炒)、香附(童便浸，炒)、陈皮、半夏(炮)、白茯苓、枳实(麸炒)、黄连(酒炒)、当归(酒洗)各一两，栀子(炒)、连翘、莱菔子(炒)、木香各五钱，白术三两，山楂(去核)二两。为细末，姜汁泡蒸饼为丸，如桐子大，每服五十丸，淡姜汤下，或酒下亦可。功能扶脾开郁，行气消食，清热化痰。主治食积郁滞，湿浊内生，脘腹胀满，呕逆吞酸，口甘多涎，少食体倦，或腹痛泄泻，苔黄腻者。

保和汤(《医学心悟》卷三)　麦芽、山楂、莱菔子、厚朴、香附各一钱，甘草、连翘各五分，陈皮一钱五分。水煎服。功能消食和胃，理气止痛。主治伤食心痛，脘腹胀满，不思饮食者。

小保和丸(《医方集解》)　山楂、神曲、茯苓、陈皮、白术、白芍。蒸饼糊丸。功能消食健脾。主治脾虚食积，食欲不振者。

大山楂丸

本方出自《中药制剂手册》(北京市方)。方由山楂 9 600 克，麦芽(炒)1 440 克，神曲(麸炒)1 440 克，白糖

6 240 克组成。为细粉，白糖加热溶化，与炼蜜溶合，微炼，与上药粉混合均匀，成滋润团块，搓条制丸，每丸重9克。每服1丸，日服2次，温开水送服。功能消食化滞，调和脾胃。主治食积停滞，脾胃不和，脘腹胀满，消化不良等。本方所治证属伤食积滞，脾胃失调，故当从消食导滞，调和脾胃立法。方中重用山楂消一切积滞，兼有活血行瘀作用，既能消食积，又防气滞导致血瘀之患，作丸剂，故取名大山楂丸。麦芽、神曲皆消食和胃之品，两药相配，消食之力相得益彰。诸药合用，共奏消食化滞，调和脾胃，行气消胀之功。方由三味消食化滞药组成，药简功著，是一首治疗食积、消化不良的常用方。临床应用以食积不化，脾胃不和，脘腹胀满等为辨证要点。

山楂内消丸（《中药制剂手册》） 山楂（炒）、麦芽（炒）、五灵脂（醋炙）各90克，橘皮、香附（醋炙）各120克，法半夏、青皮（炒）、厚朴（姜汁炙）、莱菔子（炒）各60克，砂仁45克，三棱（麸炒）、莪术（醋炙）各30克。为细末，水泛为小丸，每服9克，日服2次，温开水送服。功能消食和胃，理气化滞。主治气血凝滞，食积不消，胸脘痞块，胀满疼痛，大便秘结等。本方行气、化滞、破积作用较强。

木香槟榔丸

本方出自《儒门事亲》卷十二。由《太平惠民和剂局方》的木香槟榔丸加减衍化而来。方由木香、槟榔、青皮、陈皮、莪术（烧）、黄连（麸炒）各一两，黄柏、大黄各三两，香附子（炒）、牵牛子各四两组成（《卫生宝鉴》多枳壳；《医方集解》多枳壳、三棱、芒硝）。共为细末，水泛为丸，如小豆大，每服三十丸，食后生姜汤送下。功能行气导滞，攻积泄热。主治食积气滞，脘腹痞满胀痛，大便秘结，以及赤白痢疾，里急后重，积滞不畅者。本方所治诸症，多由饮食积滞内停，生湿蕴热，胃肠气机不舒所致。治宜行气导滞消痞。方中木香、槟榔善行胃肠之气而化滞；香附、陈皮、莪术、青皮调理脾胃之气而破积；大黄、牵牛泄热攻积导滞；黄连、黄柏清热燥湿。诸药配伍，行气攻积，泄热导滞，使气机通畅，积滞得下，则诸症自除。治疗痢疾应用此方，亦在导而清之，使积滞去，湿热清，则痢自止，为"通因通用"之法。本方行气攻积之力较强，虚人误用，易伤胃气。

木香槟榔丸（《太平惠民和剂局方》卷三） 木香（不见火）、槟榔、杏仁（去皮尖，麸炒）、枳壳（麸炒）、青皮（去白）各一两，半夏曲、皂角（去皮，酥炙）、郁李仁（去皮）各二两。上为细末，另用皂角四两，以浆水一碗搓揉熬膏，更入熟蜜少许，和丸如梧桐子大，每服五十丸，食后温生姜汤送下。功能行气宽胸，祛痰润肠。主治痰食停积，三焦气滞，胸膈痞闷，腹胁胀痛，咳痰不畅，呕恶食少，大便秘结。

木香槟榔丸（《类证治裁》卷五） 木香、槟榔、白术、枳实、陈皮、香附。为末，神曲煮糊为丸。功能行气导滞。主治食滞，脾气不得运于四肢而成痿。

木香顺气丸（《中药制剂手册》） 木香、枳壳（麸炒）、橘皮、香附（醋炙）、槟榔（炒）、苍术（米泔水炙）、春砂仁、厚朴（姜汁炙）、青皮（炒）各30克，甘草15克。共研细末，加生姜60克切片，煎汁和丸，每服9克，温开水送服。功能顺气开郁，宽中理脾。主治气滞蕴结，胸膈痞闷，两胁胀痛，饮食无味，及停食积聚，嘈杂等症。

木香大安丸

本方出自《证治准绳·幼科》集之六。方由木香二钱，黄连、陈皮、白术各三钱，枳实、山楂肉、莱菔子（炒）、连翘、神曲（炒）、麦芽（炒）、砂仁各一钱半组成。为细末，神曲糊丸，陈仓米汤下。功能消食行气，清热散结。主治食积不消，脘腹痞闷，呕恶食少，嗳腐吞酸，苔薄黄者。本方所治证属食积不消，损伤脾胃，中气不运，清浊升降失常所致。故当从消食化滞，行气调中立法。方中木香功善调畅脾胃之滞气，如《药品化义》说："木香，香能通气，和合五脏，为调诸气要药"；陈皮、砂仁芳香健胃，行气降逆；枳实苦寒主降，助木香行气消积以除痞满；山楂、神曲、麦芽、莱菔子皆消导之品，合而用之，以增强消食开胃之力；其中山楂兼有化瘀之功；莱菔子又能顺气化痰；白术健脾燥湿，以防消导之品克伐胃气；食积易于化热，故更用苦寒的黄连、连翘清热散结，又能监制气药温燥之性。诸药合用，共奏消食理气，化滞行瘀，清热散结之功。

木香丸（《婴童百问》卷五） 木香二钱，蓬术二钱，砂仁二钱，青皮（去瓤）二钱，丁香二钱，巴豆（去油）一钱，朱砂（细研）二钱，代赭石二钱。为细末和匀，飞白面糊和丸，麻子大，每服二三丸，乳伤乳汁下，食伤米饮下。功能消积行气。主治小儿乳积，停滞不化，吐乳，其气酸臭，烦躁不宁，或食积腹胀肚痛，呕吐食少，便溏，臭如败卵等。临床运用时，应照顾小儿脏腑幼嫩、形气未充的生理特点，中病即止，切勿攻伐太过。积去当调理脾胃，以善其后。

木香丸（《证治准绳·幼科》集之七） 木香一钱，黄连（吴茱萸同炒，去茱萸）一两，肉豆蔻（煨）二个。为细末，面糊丸，如米大，米饮下或厚朴汤下，空心服。功能化积散满。主治积滞下痢，脘腹胀满等。

消食丸

本方出自《婴童百问》卷一。由《备急千金要方》的消食丸加减衍化而成。方由缩砂、陈皮、三棱、莪术、神曲、麦糵（炒）各半两，丁香一分，香附子（米汁浸）、枳壳（炒）、槟榔、乌梅各十两组成。上药为末，面糊丸如绿豆大，空心，紫苏汤下二十至三十丸。功能消食导滞，行气破积。主治小儿乳食积滞，脾胃不和，呕吐酸馊食物残渣或乳

食，脘腹胀痛拒按，烦躁哭闹不宁，纳呆厌食，大便臭秽，腹痛欲便，便后痛减，苔厚腻，脉滑实。本方所治证属乳食不节，损伤脾胃，乳食壅滞，气失调畅所致，治当消食导滞。方以其功能消食命名。方中神曲、麦芽消食和中以消乳食；砂仁、陈皮、丁香、香附理脾胃之气以化滞；三棱、莪术、枳壳、槟榔行脾胃之气以破积；乌梅酸涩，和胃生津以制辛温香散诸药伤阴之弊。各药配伍，消食导滞，行气消积，使积滞消除，气机通畅，则诸症自除。

消食丸（《备急千金要方》卷十五）　小麦糵、籼各一升，干姜、乌梅各四两。上四味，末之，蜜和，服十五丸，日再加至四十丸。功能消食和胃，温中生津。主治饮食不化，胸脘胀闷，食减嗜卧，或胸中有寒，饮食不下，恶心呕吐，或病后食不复常等。

消乳丸

本方出自《婴童百问》卷七。方由香附子（炒）一两，甘草（炙）半两，陈皮（去白）半两，缩砂仁一两，神曲（炒）一两，麦芽（炒）一两组成。上药为末，泡雪糕丸如黍米大，七岁以上绿豆大每服二十丸，食后姜汤下。功能消乳化滞，行气散满。主治伤乳积滞，脾胃不和，小儿呕吐乳食，口中有乳酸味，不欲吮乳，腹痛胀急，时时啼哭，烦躁不宁，舌苔白厚，脉沉。本方所治证属乳食过度，损伤脾胃，和降失调，气机不畅所致。治当消食化滞立法。方以消乳积作用而命名。神曲、麦芽健脾和胃，能消乳滞；香附解肝胃之郁以消食，砂仁醒脾胃之气以和胃，陈皮理中焦之气以调中，三药行气散满助麦芽、神曲以消乳积，甘草益脾，调合诸药。合而用之，使乳积得消，胃气得和，则诸症自除。

小儿四症丸

本方出自《全国中药成药处方集》（天津方）。系由藿香正气散加减而成。方由木香6克，苏叶45克，陈皮、厚朴（姜制）、藿香、白术（麸炒）、茯苓（去皮）、麦芽（炒）、苍术（炒）各30克，天花粉、泽泻、山楂、猪苓、半夏（制）各22.5克，白芷、桔梗、滑石、砂仁各15克，神曲（麸炒）22.5克，琥珀面15克组成。上药为末和匀，炼蜜为丸，每丸3克重，每500克丸药用朱砂面9克为衣，每次服1丸，周岁以内酌减，开水化服。功能消食健胃，理气散寒。主治小儿停食积滞，消化不良，脘腹胀痛，呕吐泄泻，小便不利；或感受风寒，身热头痛，腹痛腹泻，烦躁不宁等。

本方所治证属食积湿滞，或受寒伤食，运化失健所致。故治宜消食化湿，散寒和中立法。方中陈皮、半夏理气健胃，化湿和中；白术、茯苓燥湿健脾；苏叶、藿香、白芷散寒化湿；麦芽、山楂、神曲消食和胃；木香、砂仁理气止呕；泽泻、滑石、猪苓利湿通窍；天花粉清热生津；琥珀镇静安神；桔梗宣肺利膈。诸药合用，共奏消食运脾，利气化湿，和胃止呕，利尿止泻之功。使食积消，湿浊除，气机利，运化复，则诸症自可愈。本方针对小儿常见风、滞、食、泻四症而设，故名小儿四症丸，适用于小儿停食湿滞，或感寒伤食所致诸症。临床常以饮食不消，呕吐泄泻，脘腹痞满，或兼身热头痛，苔白腻等为辨证要点。

枳实散

本方出自《症因脉治》卷三。方由陈枳实、莱菔子、麦芽、山楂肉组成。水煎服。功能消食导滞，行气除胀。主治食积腹胀。症见脘腹胀急，按之加剧，嗳腐吞酸，纳呆厌食，大便臭秽，舌苔腻，脉滑等。本方所治证属积滞内停，气机受阻，治当行气消食立法。方中枳实行气除胀，消积导滞，为治疗食积腹胀的要药。《药品化义》指出："枳实专泄胃实，开导坚结，故主中脘以治血分，疗脐腹间实满，消痰癖，祛停水，逐宿食，破结胸，通便闭，非此不能也。"故方以枳实命名。莱菔子消食行滞，善化麦面痰气之积，麦芽消食和中，长于消米面诸果食积，山楂消食化积，尤能消肉食油腻之积，三药合用，可消多种饮食积滞。诸药配伍，使气阻得行，食积得消，胃气得和，腹胀自除。

枳壳化滞汤

本方出自《症因脉治》卷四。方由枳壳、厚朴、神曲、陈皮、麦芽、莱菔子、砂仁组成。水煎服。功能行气化滞，消食和中。主治食滞腹痛。症见脘腹胀痛，按之更甚，纳呆厌食，嗳腐吞酸，大便臭秽，或痛而欲便，便后痛减，舌苔腻，脉滑实。本方所治证属宿食停滞脾胃，气机失于调畅。治当行气化滞立法。方中枳壳行脾胃之气而化滞，故方以枳壳化滞命名；厚朴宽中导滞，陈皮健脾消滞，砂仁醒脾行滞，三药与枳壳同用，加强行气化滞之功；神曲消食健脾，麦芽消食和中，莱菔子消食下气，三药合用，可加强消化食滞之效。诸药配伍，行气导滞，消食和中。使气机通畅，积滞得下，则胀痛自止，痛可痊愈。

白术和中汤

本方出自《通俗伤寒论》卷二。方由生晒术钱半，新会皮（炒）钱半，焦六曲三钱，佛手花五分，浙茯苓四钱，春砂仁（杵）一钱，五谷虫（漂净）三钱，陈仓米（荷叶包）三钱组成。水煎服，日二次。功能消食和胃，理气宽中。主治食积不消，脾虚湿滞，中满腹胀，少食体倦，呕恶吞酸，口干多涎，舌苔白滑者。

本方所治证属食积湿滞，脾失健运所致。此证纯补则胀满愈甚；分消则中气愈虚，故立温和脾胃之法。方中白术甘苦性温，甘温补中，苦能燥湿，正合"脾喜燥而恶湿"，如《本草汇言》所说："白术，乃扶植脾胃，散湿除痹，消食除痞之要药也"，白术配茯苓燥湿健脾之力尤强；陈

皮、砂仁辛温芳香，既能化湿和胃，又能行气宽中，以消中满腹胀；复用佛手花助陈皮、砂仁行气宽胀；神曲、五谷虫消食导滞，和胃止呕；荷叶清轻芳香，包陈仓米，以升发脾胃之清阳，使补而不滞，疏而不削。诸药合用，共奏温和脾胃，燥湿和中，疏畅气机之功。何秀山按语谓："若寒气盛，加炒干姜八分，淡吴萸五分，紫猺桂三分；若湿热盛，加川连六分，川朴一钱；兼大便秘结者，吞服枳实导滞丸三钱，以胀满多挟宿滞者，下后，随用此汤渐磨而化之；若兼络瘀，加新绛钱半，旋覆花三钱（包煎），青葱管五寸（冲）。"现临床上对慢性胃炎、胃肠神经症等，属于湿郁气滞，而见上述症状者，可用本方治疗。本方以白术为主药，又配其他温和脾胃之品，所以取名白术和中汤。

白术调中丸（《奇效良方》卷十三） 白术半两，神曲（炒）四两，人参（去芦）、白茯苓（去皮）、猪苓（去黑皮）、泽泻各三钱，木香二钱，官桂（去粗皮）一钱半，甘草（去皮，炙）、干姜（炮）各一两。为细末，面糊为丸，如梧桐子大，每服五七十丸，空心用淡生姜汤下。功能消食除满，温中益气。主治脾胃不和，霍乱吐泻，饮食不消，脘腹冷痛，噫宿腐气，或久痢赤白，脓血相杂，不思饮食者。

谷神丸

本方出自《世医得效方》卷九。方由人参、缩砂、香附子（炒，去毛）、三棱（煨）、莪术（煨）、青皮、陈皮、神曲（炒）、麦芽（炒）、枳壳（炒，去穰）各等份组成。上为末，粳米糊丸，梧子大，每服三十丸，空腹米饮吞下，盐汤亦可。功能补中消食，行气破积。主治中虚食积，气机郁滞，胸脘痞满，胁腹胀痛，不思饮食，嗳腐吞酸，大便溏薄，神疲乏力，舌苔白腻，脉象细滑。本方所治证属中虚食滞，气失疏畅所致。治当补中消食，行气破积立法。方中人参甘温，益气补中；神曲、麦芽消食和中；砂仁、陈皮、炒枳壳醒脾和胃，行气化滞；香附、青皮疏肝和中，理气散积；三棱、莪术行脾胃之气而破积；粳米甘平，为五谷之长，以助人参补中益气之效。诸药合用，中虚得补，纳运得健，气机通畅，积滞自消。饮食水谷，化生精气，精气足则神旺，故方以谷神命名。

家传养脾消积丸

本方出自《幼科发挥》卷一。方由白术一两，陈皮七钱半，苍术、厚朴（姜汁炒）、枳壳（面炒）、半夏、青皮、神曲、麦芽、山楂各五钱，甘草（炙）三钱组成。为细末，蒸饼为丸，粟米大，每服二三十丸，米饮送下。功能消食化滞，燥湿宽中。主治宿食停积，痰湿内生，脾胃不和。症见脘腹胀满，厌食泛恶，肢体倦怠，大便溏薄，苔腻，脉滑者。

本方所治证属宿食内停，湿阻气滞，脾胃不和，运化功能失调所致。故当从消食和胃，燥湿行气立法。方中苍术苦温辛燥，长于燥湿运脾；厚朴苦辛温，善化湿行气，宽中消胀；陈皮芳香性温，化湿健脾，理气和胃；甘草甘缓和中。四药合用，即"平胃散"之意，功专燥湿运脾，行气除满。因食积阻滞，胃气不和，故用神曲、麦芽、山楂等消导之品，消食积，和胃气。更用枳壳配青皮，加强破气化滞之功，半夏合陈皮益增燥湿和胃之力。而消导理气之品，多辛温香燥，易克伐胃气，故重用一味白术，益气健脾以固胃气。是消中寓补之法，以防克伐太过，故有养脾消积之称。诸药合用，共奏消食化滞，燥湿运脾，行气畅中之功。使食积消，湿邪去，脾运复，则诸症自愈。

养胃进食丸（《景岳全书·古方八阵》卷五十四） 人参、白茯苓、白术（泔浸，炒）、厚朴（姜炒）各二两，神曲（炒）二两半，大麦糵（炒）、橘红各一两半，甘草（炙）一两，苍术（炒，坚小而甘者，米泔浸，去皮）五两。上九味为末，水面糊丸桐子大，每服三五十丸，食前米汤或姜汤送下。功能补中益气，消食健脾。主治脾胃虚弱，心腹胀满，面色萎黄，肌肉消瘦，不思饮食，苔白腻者。

曲糵丸（《张氏医通》卷十三） 神曲（炒）、麦糵（炒，去壳）各一两，黄连半两（同巴豆七粒炒，去巴豆）。为细末，水泛为丸，梧子大，每服五十丸，食前姜汤下。功能消食和胃，化滞除胀。主治酒积成癖，腹胁满痛，后便积沫等。若酒积下白沫，加炮姜二钱；下鲜血，倍黄连；下瘀血，加红曲一两。

枳术丸

本方为张洁古方，录自《内外伤辨惑论》卷下。由《金匮要略》枳术汤衍化而来。为健脾消痞之主方。方由白术二两，枳实（麸炒）一两组成。为细末，荷叶裹烧饭为丸，如梧桐子大，每服五十丸，多用白汤下，不拘时。功能消痞健脾。主治脾胃虚弱，饮食停滞。症见脘腹痞满，不思饮食等。

本方所治证属脾胃虚弱，饮食停积，食积气滞，运化失职所致。脾虚当补，食积宜消，故当从健脾消积立法。方中白术健脾祛湿，助脾运化；枳实行气化滞，消痞除满。白术用量倍于枳实，乃补重于消，寓消于补之中。复以荷叶烧饭为丸，取其升养脾胃之清气，以助白术健脾益胃之功；与枳实相配，一升清，一降浊，清升浊降，脾胃调和，正合"脾宜升则健，胃宜降则和"之理。本方药仅二味，相须为用，药简效宏。且两药相配，使补而不滞，消不伤正，以期达到脾健积消，邪去正复，诸症自除。《金匮要略》枳术汤是气滞重于脾虚，故重用枳实，且为汤剂，意在以消为主；枳术丸证则是脾虚气滞，脾虚重于积滞，故重用白术，且用丸剂，意在以补为先。两方药味相同，药量不同，且一为丸剂，取其缓消；一为汤剂，取其荡涤，两方各有特长。在临床上，胃下垂、胃神经症、慢性胃炎等病属于脾虚气滞者，可用本方加味治疗。

枳术汤（《金匮要略·水气病脉证并治》） 枳实七枚，白术二两。上二味，以水五升，煮取三升，分温三服。功

能消痞健运。主治心下坚大如盘，边如旋盘，水饮所作。

曲蘖枳术丸（《内外伤辨惑论》卷下） 又名曲麦枳术丸。枳实（麸炒，去穰）、大麦蘖（面炒）、神曲（炒）各一两，白术二两。制服如枳术丸法。功能消食化积，健脾止泻。主治饮食过多，心腹胀满，泄泻等。增加神曲、麦芽是加强消食止泻之功。

三黄枳术丸（《兰室秘藏》卷上） 黄芩二两，黄连（去须酒洗）、大黄、（湿纸裹煨）、神曲（炒）、橘皮、白术各一两，枳实（麸炒）五钱。为细末，汤浸蒸饼为丸，如绿豆一倍大，每服五十丸，白汤下。功能消食化积，清热燥湿。主治伤食肉积，蕴湿生热，泄泻腹痛或便秘，苔黄腻，脉沉实等。加"三黄"是为食积化热，苔黄腻而设。

橘半枳术丸（《医学入门》卷七） 橘皮、枳实、半夏各一两，白术二两。为细末，用荷叶裹米，烧饭为丸，梧桐子大，每服五十至六十丸，橘皮煎汤送服。功能健脾消食，燥湿和胃。主治脾虚停食，饮食不消，湿滞脘闷等。加半夏、陈皮，以增强燥湿和胃之功。

香砂枳术丸（《景岳全书·古方八阵》卷五十四） 砂仁、木香各五钱，枳实（麸炒）一两，白术（米泔浸炒）二两。制服如枳术丸法。功能健脾消痞，理气开胃。主治脾虚食少，或宿食不消，胸脘痞闷等。增加砂仁、木香是加强理气开胃之功。

健脾丸

本方出自《证治准绳·类方》第五册。由《医统》大健脾丸加减而成。方由白术（炒）二两半，木香（另研）、黄连（酒炒）、甘草各七钱半，白茯苓（去皮）二两，人参一两五钱，神曲（炒）、陈皮、砂仁、麦芽（炒取面）、山楂（取肉）、山药、肉豆蔻（面裹煨熟，纸包捶去油）各一两组成。上药为细末，蒸饼为丸，如绿豆大，每服五十丸，空心上、下午各一次，陈皮汤下。现用法为或作汤剂，水煎服。功能健脾消食，导滞泻热。主治脾胃虚弱，食积内停，脘腹痞胀，食少不化，大便溏薄或不畅，苔腻微黄，脉象濡弱。

本方主治证属脾虚停食，食积化热的表现。治宜健脾消食，兼以泄热。因脾胃虚弱，须与补益；饮食内停，宜于消导。今两者合用，则脾运健而食积消，故方以健脾之功而命名。方中以人参、白术、茯苓、甘草补益脾胃；山药甘平补中，增强健脾之功；神曲、麦芽、山楂消食化滞，助脾胃腐熟运化之力；木香、砂仁、陈皮行气宽中，和胃醒脾；肉豆蔻温中涩肠；黄连清热燥湿。诸药合用，补益脾胃，消食化滞，兼有清化湿热之效。脾健胃强，食积得消，滞气得通，则诸症自除。现临床上亦用本方加减治疗慢性肠炎、肠功能紊乱、结肠过敏，以及肠结核等病见有上述症状者。

大健脾丸（《医统》方，录自《景岳全书》卷五十四） 又名百谷丸。人参、白茯苓（饭上蒸）、广陈皮各二两，枳实（饭上蒸）、青皮（米醋洗）、半夏曲（炒）、山楂肉（饭上蒸）各一两，白术（土炒）三两，谷芽（炒）一两六钱，白豆蔻（炒）、广木香各五钱，川黄连一两六钱（同吴茱萸五钱浸炒赤色，去茱萸）。上为末，用长流水煮荷叶老米粥，捣丸绿豆大，每服百丸，食前白汤下。功能健脾消食，导滞泄热。主治脾胃虚弱，食积化热，胸脘痞满，不思饮食，大便溏薄或不畅，苔腻微黄。

健脾丸（《医方集解》） 人参、白术（土炒）、陈皮、麦芽（炒）各二两，山楂（去核）一两半，枳实二两。神曲糊丸，米饮下。功能健脾益气，消食导滞。主治脾虚气弱，饮食不消，胸脘痞满，食欲不振，大便溏薄。

健脾丸（《全国中药成药处方集》吉林、哈尔滨方） 枳实、香附、神曲、麦芽、厚朴各150克，茯苓、白术、莲肉、广皮、当归、白芍、山药、山楂各90克，人参、砂仁各60克，炙草30克。共为细面，炼蜜为丸，每丸6克，每服1丸，每日2—3次，开水送下。功能健脾养血，消食导滞。主治大便溏薄，完谷不化，脐腹疼痛，嘈杂吞酸，不思饮食，面黄肌瘦，四肢酸楚。

人参健脾丸（《中药成药学》） 人参、茯苓、木香各90克，山药180克，白术（麸炒）、莲子、芡实、扁豆、当归、砂仁、陈皮、青皮、神曲、山楂、麦芽（炒）各120克，薏米（炒）240克，枳壳、甘草各60克。共研细末，炼蜜为丸，每丸重9克，每服1丸，日2次，温开水送下。功能健脾渗湿，理气消食。主治脾虚气滞挟湿，面色萎黄，神疲气短，食少乏力，脘腹胀满，肠鸣腹泄，完谷不化。

枳实消痞丸

本方出自《兰室秘藏》卷上。又名失笑丸。由《伤寒论》半夏泻心汤、《金匮要略》枳术汤、《太平惠民和剂局方》四君子汤等方加减衍化而成。方由干生姜一钱，炙甘草、麦芽面、白茯苓、白术各二钱，半夏曲、人参各三钱，厚朴（炙）四钱，枳实、黄连各五钱组成。为细末，汤浸蒸饼为丸，梧桐子大，每服五七十丸，白汤下，食远服。现用法为或作汤剂，水煎服。功能行气消痞，健脾和胃。主治脾胃虚弱，气壅湿聚，心下痞满，饮食不振，神疲乏力；或胸腹胀闷，食少呕恶，大便不畅，苔厚腻，脉弦滑。

本方主治之痞满，为中虚升降失调，寒热互结，久则气壅湿聚，痰食交阻的表现。治宜消痞满，健脾胃立法。方中重用枳实破气消积，泻痰除痞，故方以此消痞之要药命名；厚朴行气化湿，半夏化痰降逆，麦芽消食和胃，同助枳实消痞除满；干姜温中散寒，黄连清热燥湿，以调心下之寒热；人参、白术、茯苓、甘草益气健脾，即以助散结消痞之力，又以固本使不伤正气。诸药合用，共奏消痞扶中之功。本方为治疗虚实相兼，寒热错杂的痞满之常用方，现临床上亦多用于慢性胃炎、肠胃功能紊乱等属气壅湿聚，痰食交阻而见心下虚痞者。

黄连消痞丸（《兰室秘藏》卷上） 泽泻、姜黄各一钱，干姜二钱，炙甘草、茯苓、白术各三钱，陈皮五钱，猪苓五

钱,枳实(炒)七钱,半夏九钱,黄连一两,黄芩(炒)二两。上为细末,汤浸蒸饼为丸,如梧桐子大,每服五十丸,食远温汤下。功能清热利湿,行气消痞。主治湿热中阻,气机壅滞,心下痞满,烦热喘促不安。

消补丸(《全国中药成药处方集》禹县方) 南山楂、枳实、砂仁、麦芽、槟榔、穿山甲各120克,炒神曲、白术、山药、厚朴、广木香、白茯苓、泽泻、陈皮、黄连各60克,甘草30克。共为细面,水丸如大米大,每服2克,1岁至2岁服0.5克,3岁至4岁服1克,白开水送下,日服2次。功能行气消食,健脾渗湿。主治食积乳积,腹痞满疼痛,厌食呕吐,便泻臭秽。

启脾散

本方出自《成方便读》卷四。方由潞党参(元米炒黄,去米)、制冬术、建莲肉各三两,楂炭、五谷虫炭各二两,陈皮、砂仁各一两组成。共为末,每服二钱,开水下。功能健脾益气,消食导滞。主治小儿因病致虚,食少形羸,将成疳疾等;或禀赋素亏,脾胃薄弱,每易生病者。本方所治证属脾胃虚弱,食滞不化所致。治当以健脾消食立法。方中潞党参、白术益气补中,炒制后用以增强健脾之功;莲肉甘平,补脾止泻;五谷虫咸寒,清热消滞,山楂消食化积,两药炒炭有涩肠止泻之效;陈皮、砂仁行气醒脾,助其健运。诸药相合,具有消补兼施的作用。小儿禀赋不足,或因病脾虚,食滞不化,应开启脾胃生化之源,补其虚弱,消其积滞,故方以启脾而命名。本方适用于脾虚停食的积滞。临床常以形体虚羸,大便泄泻,水谷不化,脘腹痞满,嗳腐酸臭,不思饮食,苔腻或垢浊,脉濡弱为辨证要点。

启脾丸(《古今医鉴》卷十三) 人参一两,白术(去芦)一两,山楂(去核,取肉,炙)五钱,陈皮(炙)、泽泻(炙)五钱,甘草(炙)五钱,白茯苓(去皮)一两,干山药一两,莲肉(去心皮)一两。上为细末,炼蜜为丸,如绿豆大,每服三四丸,空心米汤送下,或为饼,以米饮研化服。功能健脾化湿,和胃消食。主治中虚食滞有湿,形体虚羸,不思饮食,嗳腐酸臭,大便溏薄,苔腻或垢浊,脉濡弱。

烧脾散

本方录自《重订严氏济生方》。由《太平惠民和剂局方》的烧脾散加减衍化而成。方由干姜(炮)、厚朴(姜制,锉,炒)、草果仁、缩砂仁、神曲(锉,炒)、麦蘖(炒)、橘红、良姜(锉,炒)、甘草(炙)各等份组成。上为细末,每服三钱,用热盐汤点服,不拘时候。功能温中消滞,行气散满。主治食伤生冷果菜,停积中焦,脘腹胀满冷痛。本方所治证属脾胃有寒,气滞食积,治当以温中理气立法。方中炮姜温中逐寒,高良姜温中止痛,故以为君,以其辛热之性温暖脾土,故方名烧脾;厚朴、砂仁、草果仁、橘红行气消满,助以导滞,可使脾胃之枢机运转,共为臣药;佐以神曲消食健脾,麦芽消食和中;炙甘草和中而调诸药为使。诸药合用,共奏温脾行气之功。使中寒得散,气滞得行,食积得消,则胀满疼痛自除。本方适用于脾胃寒滞,食积内停之腹痛。临床常以脘腹胀满疼痛,得温痛减,遇冷更甚,纳呆厌食,嗳腐吞酸,舌苔白腻,脉象沉缓为辨证要点。

烧脾散(《太平惠民和剂局方》卷三) 干姜(炮)、赤芍药各六两半,良姜(油炒)十两,甘草(炙)四两。上为末,每服二大钱,白汤点下,不拘时候。功能温中散寒,缓急止痛。主治脾胃久寒积冷,胸胁脐腹疼痛,恶心呕吐反胃,不思饮食,或妇女痛经等。

三棱煎丸

本方出自《活幼口议》。系由《三因极一病证方论》的三棱煎和《脾胃论》的三棱消积丸加减变化而来。方由京三棱(成块煮)、蓬莪术(并炮)各半两,芫花(醋浸炒)二钱半,鳖甲(去裙,米醋炙焦)半两,淡豆豉二钱,巴豆(去壳)二十一粒,当归半两,杏仁(去皮尖)二钱半组成。前四味,以米醋一碗煮令干,焙为末,次人当归末、杏仁、巴豆、淡豆豉和匀,水煮面糊为丸,麻子大,每服二十丸,姜汤下。功能消积行瘀。主治小儿伤食生冷,癖积胀满,积滞脾胃,或腹中肿块;或其他积滞不化,脘腹痞闷者。本方所治证属伤食久积,气病及血,血凝结聚所致。治宜破瘀化积立法。方中三棱、莪术破瘀消癥,化积止痛;当归甘补温通,既能补血,又可活血;鳖甲软坚散结;芫花、巴豆化积消胀;淡豆豉、杏仁宣散疏通。诸药合用,共奏消积逐瘀,散结除胀,宣通气血之功。现临床上对于肝硬化、肝脾肿大,以及腹中肿块,见有上述证候者,本方常可加减使用。

三棱煎(《三因极一病证方论》卷十八) 三棱、莪术各四两,青皮、半夏(汤洗七次)、麦芽各三两。上药用好醋六升煮,焙为末,醋糊丸,梧桐子大,每服三四十丸,醋汤下,痰积者姜汤下。功能消积滞,行瘀血。主治痰食积滞,腹中癥瘕。

三棱消积丸(《脾胃论》卷下) 丁皮(即丁香树皮)、益智仁各三钱,巴豆(和粳米炒焦,去米)、茴香、陈皮、青皮各五钱,京三棱(炮)、莪术(炮)、神曲(炒)各七钱。为细末,醋打面糊为丸,如梧桐子大,每服十丸至二十丸,食前,温生姜汤送下。得大便,止后服。功能温中消积,行气通腑。主治伤食生冷硬物,消化不良,心腹满闷,或胀痛便秘等。

三棱丸(《婴童百问》) 三棱(煨)、木香、神曲(炒)、陈皮(去白)、半夏(姜汁制)各一两,丁香、官桂各半两。为末,面糊丸,如黄米大,每服二十丸,乳食后,温生姜汤下。功能消食化滞,和胃降逆。主治小儿停积,脘腹胀满,恶心呕吐,嗳气厌食者。

丁香脾积丸

本方出自《证治准绳·幼科》集之八。系从《太平惠民和剂局方》的丁香脾积丸变化而来。方由三棱（煨，去皮毛）、莪术（去皮，炒）、神曲（炒）各七钱，青皮、巴豆霜、小茴香（炒）、陈皮各五钱，丁香、木香各三钱组成。为细末，醋调神曲糊为丸，如绿豆大，每服五七丸，生姜汤下。功能消积化滞，行气除胀。主治脾胃积聚，气郁血滞，腹中痞块，脘腹胀痛，不思饮食，舌苔腻，脉沉实者。本方所治证属脾胃积聚，气滞血瘀，脾失健运所致。故当从消积化滞，行气化瘀立法。方中重用三棱、莪术消积聚，行瘀滞，且兼有行气消食作用，以治气滞血瘀，腹中痞块；青陈皮、木香疏肝理脾，祛湿和胃，使气畅血行；复用丁香、小茴香温中散寒，理气止痛；神曲消食和中；巴豆霜攻积通腑。诸药合用，共奏消积化滞，行气除胀，活血止痛之功。使气血畅，积滞消，气机利，脾运复，则诸症自愈。现临床上对胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎和慢性肝炎等属于气滞血瘀者，亦可用本方加减治疗。

丁香脾积丸（《太平惠民和剂局方》卷三） 丁香、木香各半两，皂荚（烧存性，三大枚），青、橘皮（洗）一两，莪术三两，三棱二两，高良姜二两，巴豆（去壳）半两。入百草霜三匙，同碾为细末，面糊为丸，如麻仁大，每服五丸至二十丸。功能消食散满，和胃降逆。主治伤食积聚不化，胸膈胀满，脘腹疼痛，噫气吞酸等。

阿魏丸

本方出自《医学纲目》卷二十五。方由山楂、南星（皂角水浸）、半夏（同南星浸）、麦芽、神曲、黄连各一两，连翘、阿魏（醋浸）、瓜蒌、贝母各半两，风化硝、石碱、胡黄连、白芥子各二钱半，萝卜子（蒸）一两组成。上药为丸，姜汁浸，炊饼为丸。功能消积化滞，散结清热。主治诸积滞日久，腹中痞结，胀满疼痛，不思饮食，苔黄腻者。

本方所治证属积滞日久，郁而化热，腹中积聚成块，气机受阻，中气失运所致。故当以消积滞，散结清热立法。方中阿魏苦辛温，功专消积散痞，正如《本草经疏》所说："阿魏辛则走而不守，温则通而能行，故能消积，利诸窍，除秽恶也"；石碱（即花碱）、风化硝磨积散聚消痰；天南星、半夏、白芥子辛温、辛散、温行，燥湿化痰，消痞散结；瓜蒌、贝母化痰润燥；山楂、神曲、麦芽、萝卜子消食和胃，导滞行瘀；积滞日久易于化热，故又用苦寒的黄连、胡黄连、连翘清热散结。诸药合用，共奏消积化滞，消食和胃，清热散结之功。本方功专消积化滞，去诸积滞之力颇强。若体虚脾弱者，则须攻补兼施，佐以益气补中药物，切不可独用，以防虚虚之戒。孕妇忌用。

阿魏丸（《济生方》卷四） 木香（不见火）、槟榔各半两，胡椒、阿魏（醋化开）各二钱半。为细末，用阿魏膏子，并粟米饭，杵和为丸，如桐子大，每服四十丸，不拘时候，生姜橘皮汤下。功能消积，行气，止痛。主治气积、肉积，心腹膜满，结块疼痛，或痛连背膂，不思饮食者。

阿魏丸（《济生方》卷四） 阿魏（酒浸化）、官桂（不见火）、蓬术（炮）、麦芽（炒）、神曲（炒）、青皮（去白）、莱菔子（炒）、白术各半两，百草霜三钱，巴豆（去壳、油）三、七个，干姜（炮）半两。为末和匀，用薄糊丸，如绿豆大，每服二十丸，不拘时，姜汤送下。功能消食化积，祛寒理气。主治脾寒胃弱，伤肉面食，积滞不化，脘腹胀满疼痛，呕恶不食，大便失常等。

阿魏丸（《丹溪心法》卷三） 连翘一两，山楂二两，黄连一两二钱，阿魏（醋煮）二两。为细末，醋煮阿魏作糊丸，每服三十丸，白汤下。功能消积，清热。主治肉食积滞，积而化热，消化不良者。

涌吐剂

根据"其高者因而越之"（《素问·阴阳应象大论》）的原则，以能引起呕吐的药物为主组成，具有催吐作用的一类方剂，称为涌吐剂。属于八法中的吐法。

涌吐剂能使停留在咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食、毒物等有形实邪涌吐而出，所以对中风、癫痫、痰厥、食积、食厥、喉痹、急黄、干霍乱及误食毒物等病证，邪在胸膈以上，形体壮实者，都可用本类方剂治疗。

涌吐剂用于病情急剧的实证，疗效固然迅速，但易于伤胃伤气，且可以引起不同程度的反应。故对体虚、老人、孕妇、产妇以及宿有吐血、咯血，正值月经期，或腹中有动气之病人，都不可应用。即使是非用不可的病证，也须严格掌握剂量，并作好解救的准备。

服涌吐剂后，在吐出实邪的同时，往往伴有自汗出，故宜在室内无风处服药，防止吐后气虚，腠理开泄之时易感风寒。服药后欲吐而不得吐时，可用手指或鹅翎探喉，或多饮温开水以促其吐。得快吐后便停服余药。若虽吐而邪未尽出，须待气平后再斟酌病情，决定是否继续服药。有时服涌吐剂后仅吐清水或痰涎一二次，但下利颇多，上焦顿开，也是药后气舒，邪从下出的结果，不可再用涌吐剂。如果正当吐时，自觉欲大便，切须沉着从容，倘若匆忙行动，每每晕倒。

服涌吐剂后，如呕吐不止，可用生姜汁少许。若仓促之间不及措手，也可啜冷粥或冷开水以解之。若仍不止，再根据所用催吐药进行解救。如服瓜蒂散吐不止者，可服麝香少许解之；服三圣散而吐不止者，可用葱白煎浓汤服解之；服稀涎散而吐不止，可用贯众、甘草煎汤服解之。

既吐之后，一般有胸膈顿开的快感，但也有胃气上逆者，可静卧将息，待其自平。若三五日后仍气逆于上，可用小量降气和胃剂治疗。总的来说，吐后须注意调理胃气，饮食宜清淡松软，切勿骤进油腻煎炸及不易消化的食物，以避免重伤胃气而致病情反覆。

还须说明涌吐剂并不完全代表涌吐法，有时并不用催吐药，也可以吐出实邪。如风痰壅甚，眩晕欲吐，只用祛风化痰之品，服后吐出痰涎，诸症顿除，便是一例。但这不用催吐药，所以不在涌吐剂之内。

瓜蒂散

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。为涌吐剂的代表方。方由瓜蒂（熬黄）一分，赤小豆一分组成。上二味，各别捣筛，为散已，合治之，取一钱匕，以香豉一合，用热汤七合，煮作稀糜，去滓，取汁合散，温顿服之。不吐者，少少加，得快吐，乃止。功能涌吐痰食。主治痰涎壅塞胸中，或宿食停于上脘，气不得通，胸中痞硬，烦懊不安，上冲欲吐，寸脉浮，按之紧，舌苔厚腻者。治当因势利导，用涌吐法使有形之邪从上而解。方中瓜蒂味极苦，性升而催吐；赤小豆味苦酸，功能利水消肿，两药相伍，有酸苦涌泄之功。香豉轻清宣泄，煎汁送药，更能加强涌吐的作用。吐出停痰宿食，使气机宣通。本方力猛，必须身体壮实，确有痰食停蓄才可用，并从小量开始，不吐，逐渐加量，中病即止，切勿再服。若宿食已离胃入肠，或痰涎不在胸膈，以及虚人、孕妇都不可用。故《伤寒论》中指出："诸亡血虚家，不可与瓜蒂散。"

独圣散（《儒门事亲》卷十二） 用瓜蒂（不拘多少）研为细末，每服一钱或二钱，齑汁调服。胁痛加全蝎，头痛加郁金。功能涌吐痰食。主治痰涎宿食，壅塞上脘，胸中痞硬，心中烦闷，或癫痫有痰浊停于胸膈，上逆时发者。

瓜蒂散（《温病条辨》卷一） 甜瓜蒂一钱，赤小豆（研）一钱，山栀子二钱。水二杯，煮取一杯，先服半杯，得吐止后服，不吐再服。虚者加人参芦一钱五分。功能涌吐痰涎。主治太阴温病，痰涎壅盛，心烦不安，胸中痞塞欲吐者。

三圣散

本方出自《儒门事亲》卷十二。方由防风、瓜蒂各三两，藜芦一两组成。各为粗末。每服约半两，以齑汁三茶盏，先用二盏煎三五沸，去齑汁，次入一盏，煎至三沸，却将原二盏，同一处熬二沸，去滓澄清，徐徐服之，不必尽剂，以吐为度。亦可鼻内灌之，吐出涎，口自开。功能涌吐风痰。主治中风闭证，失音闷乱，口眼㖞斜，或不省人事，牙关紧闭，脉象滑实；癫痫，有痰浊壅塞胸中，上逆时发；误食毒物，时间未久，神志尚清者。本方所治证属风痰壅塞在胸膈间，法当涌吐，祛除有形之邪。方中瓜蒂苦寒有小毒，涌吐风热痰涎和宿食；防风驱风升散；藜芦苦辛而寒，能吐风痰。三药合用，相辅相成，具有强烈的涌吐作用，所以名为三圣。临床用于风痰壅塞的中风、癫痫，以形体壮实，脉滑有力，舌苔黄厚为辨证要点。若误食毒物时间未久，神志尚清者，也可用本方治疗。但本方是催吐的峻剂，瓜蒂、藜芦均有毒性，使用宜慎，一般多从小量开始，不吐再逐渐加量，得快吐即停服，防止中毒或过吐伤正。服后吐出痰涎、毒物，再辨证论治。体虚之人及孕妇不可用。

救急稀涎散

本方录自《圣济总录》卷六。又名稀涎散。方由猪牙皂角（肥实不蛀者，削去黑皮）四挺，白矾（通莹者）一两组成。研极细为散，轻者服半钱，重者服三钱匕，温水调灌下。或吐不甚，只是微涎稀冷而出，当时醒觉，次缓而调治。功能开关催吐。主治中风闭证，痰涎壅盛，喉中痰声漉漉，不省人事，不能言语，但不遗尿，脉象滑实有力者；亦治喉痹。方中皂荚辛能开窍，咸能去垢，可以涤除浊腻之痰；白矾酸苦涌泄，能软顽痰，并有开关催吐之功。对中风闭证，痰涎壅盛，妨碍呼吸，阻塞气机者，可用本方吐出痰涎，疏通咽喉，然后再以证论治。本方属于劫痰之剂，为救急用，故只宜于实证。若中风脱证或阴竭阳越，或戴阳痰壅者忌用。本方与瓜蒂散、三圣散均有涌吐之作用，但瓜蒂散偏于涌吐痰食；三圣散偏于涌吐风痰，涌吐之力猛；救急稀涎散偏于开关窍，涌吐之力缓，只有稀涎的作用，使用时应当注意。

稀涎千缗汤

本方出自《医宗金鉴·删补名医方论》卷二十八。方由半夏（大者）十四枚，猪牙皂角（炙）一挺，甘草一钱，白矾二钱组成。上四味为末，用生姜自然汁少许，冲温水一盏，调末一钱，灌服，得吐痰涎即醒。功能涌吐痰涎。主治风痰不下，喉中声如牵锯，或中湿肿满。本方所治证属因偏嗜醇酒厚味，脾胃受伤，中焦运化无权，水湿渐积，凝结变为顽痰。一旦乘虚上塞咽喉，气不得通，则发为痰厥，突然昏仆，目反直视，喉中声如牵锯。此时非用峻药以攻之，顽痰不能骤除，故用生姜、半夏之辛以散之，甘草之甘以涌之，白矾之涩以敛之，皂荚之勇以开之，共成开散痰结、涌吐痰浊之剂。临床用于风痰壅盛，喉中声如曳锯，或风痰昏仆，形气俱实者。此乃"斩关夺门"之方，药力迅猛，服后得吐，壅塞稍疏，便须续进他药调治，不可过用，以防伤正。

盐汤探吐方

本方出自《备急千金要方》卷二十五。方由极咸盐汤三升组成。热饮一升，刺口令吐宿食使尽，不吐更服，吐讫复饮，三吐乃住，静止。功能涌吐宿食。主治宿食停滞不消，吐泻不得；干霍乱，欲吐不得吐，欲泻不得泻，腹中大痛；亦治误食毒物尚停留在胃中者。宿食、毒物或秽浊之气中阻，升降气机窒塞，上下不通，故吐泻不得，但食尚

在胃者，治宜涌吐为主。方用极咸之盐汤，激起呕吐，以开通气机，促使宿食随吐而出，则窒塞得通，而病证自除。盐汤用于涌吐，《本经》早有记载，张璐亦说："咸能下气，过咸则引涎水聚于膈上，涌吐以泄之也。"本方药性较平和，使用简便，临床对于饱食填胃而致的食厥，常用本方催吐取效。

参芦散（《医方集解》）　又名参芦饮。人参芦，研为末，水调下一二钱，或加竹沥和服。功能吐虚痰。主治虚弱人痰涎壅盛，胸膈满闷，温温欲吐，脉弱无力者。本方先见于《丹溪心法》，但无方名。

泻下剂

依据《素问·阴阳应象大论》"其下者，引而竭之；中满者，泻之于内……其实者，散而泻之"的治疗原则，以泻下药为主所组成的一类方剂，称为泻下剂。属于"八法"中"下法"的范畴。

泻下剂具有荡涤肠胃，攻逐里积，下痰逐水的作用。主要用于实邪积聚，腑气不通，浊气不降而致大便秘结不通的里实证；也可用于津枯便秘，或痰饮水湿潴留等证候。泻下剂根据其作用的不同，一般又分为以下五类：

（1）寒下剂：本类方剂主要适用于里热积滞之证。症见大便秘结，或热结旁流，或下痢后重，壮热，口渴，腹部胀满，疼痛拒按，恶食，苔黄糙，脉沉实有力，或痰阻气结，腹痞满胀痛者。本类方剂常以泻热通便药与行气导滞药配伍组成，功能通导腑滞，泻除热结。

（2）温下剂：本类方剂主要用于寒邪与积滞互阻肠道的冷积里实证。症见腹痛便秘，面色苍白，手足厥逆，甚至卒痛口噤暴厥，脉弦紧者。本类方剂常以通便泻积药与温里祛寒药配伍组成，功能散寒开结，通腑导滞。

（3）逐水剂：本类方剂主要用于水饮停聚在胸腹而体质壮实者。症见胸腹脘胁痞满胀痛，或腹大坚实，或喘促气粗，口渴，大便秘结，小便短少，苔滑腻，脉沉数有力者。本类方剂常以逐水药和泻下药配伍组成，功能逐水消肿，通便除胀。

（4）润下剂：本类方剂主要用于热邪伤津，或素体火盛，肠燥便秘者。本类方剂常以甘润多脂之品和行气通便药配伍组成，功能润燥通便。

（5）攻补兼施剂：本类方剂主要用于里实积聚而正气受损，或体质不足，而有实积内停者。此时若攻邪泻实则正气不支，若补虚扶正则邪气反炽，故当用攻补兼施的方剂治疗。本类方剂多由泻下药与补益药配伍组成，功能祛邪扶正，虚实兼顾。

使用泻下剂时要注意：①泻下峻剂容易耗伤正气，不可用量过大，应中病即止。②表邪未解，里实未成者，不宜用；若表证未解而里实已成者，宜先用解表剂解表，后用泻下剂攻里，或用表里双解剂。③经期、产后、孕妇、年老体弱及病后气血虚弱者，寒下、温下、逐水之剂均宜慎用。

据实验研究，某些泻下剂具有消炎、退热、抗菌、抑菌、排毒、改善血液循环、增强白细胞吞噬功能的作用，临床应用方面，对热性传染病中期、极期所出现的"腑实证"，或化脓性炎症，以及各种热病等所出现的"腑实证"，都可使用本类方剂。

大承气汤

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。为治疗阳明腑实证峻下法的代表方剂。方由大黄（酒洗）四两，厚朴（炙，去皮）半斤，枳实（炙）五枚，芒硝三合组成。上四味，以水一斗，先煮二物，取五升，去滓，纳大黄，煮取二升，去滓，纳芒硝，更上微火一二沸，分温再服，得下，余勿服。功能峻下热积。主治阳明腑实证，热邪与积滞互结肠胃，潮热谵语，手足濈然汗出，矢气频传，大便不通，脘腹满痛拒按，舌苔焦黄起刺，或焦黑燥裂，脉沉滑或沉迟有力；热结旁流，下利清水，秽臭难闻，脐腹疼痛，按之坚硬有块，高热谵语，口干烦渴，甚至狂妄，舌红苔黄燥中厚，或焦黑起刺，脉沉实者；热厥，高热昏厥，扬手掷足，烦躁饮冷，便秘不通者；痉病，牙关紧闭，手足抽搐，角弓反张，口噤齘齿，胸腹胀满，大便秘者。

上方所治证属热邪与积滞互结肠胃所致，治宜苦寒泄热，下积通便。方中大黄苦寒泄热为君药，荡涤肠胃实热积滞；辅以咸寒的芒硝为臣药，软坚润燥，与大黄相配，以泻燥结之大便，清在里之实热；更以枳实破气消积，泻浊除痞，厚朴行气降浊，运脾散满，合以行气导滞，消痞除满，共为佐使药，协硝黄以推荡积滞，通行腑气。诸药合用，使大便行而腑气通，泄热邪而津液存，所以有"急下存阴"之效。另外，方中大黄后下，可使泻下力增强。柯韵伯说："大黄生者气锐而先行，熟者气钝而和缓。"大黄所含蒽醌类化合物久煎后多被破坏，致泻下作用减弱。因此，临床上可根据实际需要，或生用或熟用，或先煎或后下，择宜选用。现临床上亦用于急性单纯性肠梗阻、粘连性肠梗阻、蛔虫性肠梗阻、急性胆囊炎、急性阑尾炎，以及某些高热性疾患见上述阳明腑实证者。本方为寒下峻剂，若脾虚便溏、老幼体弱、孕妇、产后等均不宜用。

三一承气汤（《宣明论方》卷六）　大黄（锦纹）半两，芒硝半两，厚朴（去皮）半两，枳实半两，甘草一两。锉如麻豆大，水一盏半，生姜三片，煎至七分，纳硝煎二沸，去滓服。功能泻火通便，解毒镇静。主治热邪与积滞互结，发热谵妄，咽干烦渴，腹满按之硬痛，小便赤涩，大便秘结，或热甚喘闷，惊悸癫狂，目赤，目痛，口舌生疮，喉痹，痈疡，发斑，以及小儿惊风，死胎不下，小便赤涩，大便秘结者。

陷胸承气汤（《校勘通俗伤寒论》卷二）　栝蒌仁（杵）六钱，小枳实钱半，生川军二钱，仙半夏三钱，小川连八分，风化硝钱半（冲入）。水煎二次，分二次服。功能清热

泻火,化痰通便。主治痰热蕴结,腑气不通,发热,胸膈痞满而痛,甚则神昏谵语,腹满便闭,苔黄腻,脉沉滑者。

复方大承气汤(《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院) 大黄(后下)15克,芒硝(分冲)9—15克,厚朴、炒莱菔子各30克,枳壳、桃仁各9克,赤芍15克。水煎2次,分2次服。功能行气活血,泻结通便。主治一般性肠梗阻,大便秘结不通,脘腹胀痛,呕吐不能食,舌苔黄腻,脉沉实,属阳明腑实而气胀较明显者。

小承气汤

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。为治疗阳明腑实证轻下法的代表方剂。方由大黄(酒洗)四两,厚朴(炙,去皮)二两,枳实(大者,炙)三枚组成。上三味,以水四升,煮取一升二合,去滓,分温二服。初服汤当大便,不便者尽饮之;若大便者,勿再服。功能轻下积热。主治阳明腑实证,热邪与积滞互结,潮热谵语,便结不通,胸腹痞满,苔黄糙,脉滑数,以及痢疾初起,腹痛难忍,或作胀闷,里急后重者。本方所治证属阳明腑实,治宜泻火行气,导滞通便。方用大黄为君药,苦寒通便,以泻热破积,荡涤胃肠的实热积滞;辅以枳实破气消痞,泻浊除积,厚朴行气降逆,运脾除满,共为臣佐药。诸药合用,可以泻积通便,除胀泄满。临床上常用本方治疗阳明腑实证之燥积不甚者。若气虚便秘者不宜用。

三化汤(《素问病机气宜保命集》卷中) 厚朴、大黄、枳实、羌活各等份。锉如麻豆大,每服三两,水三升,煎至一升半,全日服用,以微利为度,不拘时。功能疏风通便。主治外感风邪,寒热头痛,大便秘结不通,腹痛痞满,小便短少,苔黄,脉滑实者。

紫草承气汤(《证治准绳·幼科》卷六) 厚朴二两,大黄四两,枳实一两,紫草一两。为粗末,每服五钱,水半盏,煎二三分,温服,以利为度,如未利加芒硝一字。功能清热解毒,除积通便。主治热毒蕴遏,痘疮将透,腹胀满,烦躁口渴,甚则谵语不安,大便秘结,苔黄腻,脉数有力者。

犀连承气汤(《校勘通俗伤寒论》卷二) 犀角汁两瓢(冲),小川连八分,小枳实钱半,鲜地汁六瓢(冲),生锦纹三钱,真金汁一两(冲)。水煎二次,将药汁冲入,分二次服。功能清心泻火,解毒通便。主治热结在腑,上蒸心包,神昏谵语,甚则不语如尸,大便秘结,苔黄糙,或焦黑,脉沉滑者。

调胃承气汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》。为治阳明腑实证缓下法的代表方剂。方由大黄(去皮,清酒洗)四两,甘草(炙)二两,芒硝半升组成。上三味,以水三升,煮取一升,去滓,纳芒硝,更上火微煮令沸,少少温服。功能缓下热积。主治阳明腑实,恶热口渴,大便秘结,腹满痛拒按,舌苔黄腻而干,脉滑数者。本方所治证属阳明腑实,治宜泄热润燥,通便泻积。方用苦寒泻火通结的大黄为君药,辅以芒硝软坚润燥为臣药,两者合用可协君药以涤肠除垢,泻火通便,甘草为佐药,取其甘缓和中,益气养胃,以缓硝、黄之苦泄,使药力徐缓下行,以开结泻火,通便和胃。气顺下达,胃气自和,故名调胃承气汤。诚如《绛雪园古方选注》所说:"调胃承气者,以甘草缓大黄、芒硝留中泄热,故曰调胃,非恶硝、黄伤胃而用甘草也。泄尽胃中无形结热,而阴气亦得上承,故亦曰承气。"临床上多用以治疗阳明燥实,以及胃热发斑,口齿咽喉肿痛,中消,疮疡等见上述症状者。若虚寒性便闭不宜用。

当归承气汤(《素问病机气宜保命集》卷中) 当归、大黄各一两,甘草半两,芒硝九钱。锉如麻豆大,每服二两,水一大碗,入生姜五片,枣十枚,同煎至半碗,热服。功能养血清热,泻积通便。主治阳明燥热,结于胃腑,营血不足,症见高热谵妄,大便不通者。

宣白承气汤(《温病条辨》卷二) 生石膏五钱,生大黄三钱,杏仁粉二钱,栝蒌皮一钱五分。水五杯,煮取二杯,先服一杯,不知再服。功能宣肺通滞。主治阳明温病,腑气不通,肺气不降,喘促不宁,痰涎壅滞,便秘,脉右寸实大者。

厚朴大黄汤

本方出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》。方由厚朴一尺,大黄六两,枳实四枚组成。上三味,以水五升,煮取二升,分温再服。功能行气开结,通便除满。主治痰热内结,胸满短气,咳嗽气逆,心下时痛,大便秘结不通,舌苔厚腻而黄,脉滑实者。本方所治证属痰热蕴结,阻滞肠道所致。治宜行气除满,化饮开结通便。方用厚朴温化痰湿,下气降逆为君药;大黄泻热通便,枳实消痞理气,共为臣药。诸药同用,功能行气燥湿,化痰降逆,除满通便。故可用以治疗痰饮胸满,短气便秘者。现临床上亦用于支气管炎、支气管哮喘等见上述症状者。若因寒凝气滞引起的咳喘便秘者不宜用。

厚朴三物汤(《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》) 厚朴八两,大黄四两,枳实五枚。上三味,以水一斗二升,先煮二味,取五升,纳大黄,煮取三升,温服一升,以利为度。功能行气除满,去积通便。主治实热内积,气滞不行,腹部胀满疼痛,大便不通,苔腻而黄,脉沉实者。

大黄牡丹汤

本方出自《金匮要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》。为治疗肠痈的代表方剂。方由大黄四两,牡丹(皮)一两,桃仁五十个,冬瓜仁半升,芒硝三合组成。上五味,以水六升,煮取一升,去滓,纳芒硝,再煎沸,顿服。功能泻热

破瘀，散结消肿。主治肠痈初起，右少腹疼痛拒按，甚则局部有痞块，发热恶寒，自汗出，或右足屈而不伸，苔黄腻，脉滑数者。本方所治证属肠痈初起，湿热蕴结于肠，气血瘀滞不通，治宜泻热化瘀，消肿通便。方用大黄以泻火通结解毒，牡丹皮清热凉血化瘀，两药相合，则清热凉血，化瘀解毒，泻火散结，消肿止痛，共为君药；辅以芒硝软坚散结，桃仁破血祛瘀，冬瓜子排脓消肿，共为臣佐药。现临床上亦用于急性阑尾炎、子宫附件炎、盆腔炎、输卵管结扎术后感染等见上述症状者。对于急性化脓性或坏疽性阑尾炎、阑尾炎合并腹膜炎，或婴儿急性阑尾炎、妊娠阑尾炎合并弥漫性腹膜炎、阑尾寄生虫等，均不宜使用本方。

大黄汤（《证治准绳·疡医》卷二）　大黄（锉，炒）、牡丹皮、硝石、芥子、桃仁（汤浸，去皮尖、双仁，炒）各半两。锉碎，每服五钱，水二盏，煎至一盏，去滓，空心温服，以利下脓血为度，未利再服。功能泻火破瘀，消肿通便。主治肠痈，少腹坚硬，肿大如掌而热，按之则痛，其肤色或赤或白，有汗，脉数或迟紧者。

阑尾化瘀汤（《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院）　大黄9克，丹皮9克，桃仁9克，双花15克，川楝子15克，元胡索9克，木香9克。水煎2次，顿服或分2次服。功能化滞通结，清热解毒。主治急性阑尾炎瘀滞期，发热不高，脘腹胀闷，嗳气纳减，恶心反胃，气滞重则腹痛，绕脐走窜；血瘀重则痛有定处，痛处拒按，或有肿块，大便秘结，小便黄，苔白腻，脉弦紧或涩或细者。

阑尾清化汤（《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院）　大黄15克，丹皮15克，桃仁9克，赤芍12克，双花30克，蒲公英30克，川楝子9克，生甘草9克。每日2剂，水煎2次，分早晚2次服。功能清热解毒，行气活血。主治急性阑尾炎蕴热期，发热，午后较甚，口干渴，腹疼重，食欲不佳，便秘，尿黄赤。若湿热重则可见头晕目眩，热不高，呕恶，口渴不欲饮，腹胀疼，胸脘痞满，乏力，便溏而不爽，尿黄浊，苔黄干或苔腻，舌质红或尖红，脉弦数或滑数。湿热重者，可加黄连、黄芩等苦寒燥湿药物；湿重于热者，可加佩兰、白豆蔻、藿梗、木通等芳香化湿药物。

阑尾清解汤（《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院）　大黄24克，丹皮15克，冬瓜仁30克，双花60克，蒲公英30克，川楝子9克，木香9克，生甘草9克。每日2剂，水煎2次，分4次服，或每日4剂，昼夜分服。功能清热解毒，消肿通结。主治急性阑尾炎热毒期，发热恶寒或不恶寒，口干渴，面红目赤，唇干舌燥，呕恶不能食，腹胀痛拒按，甚至腹皮硬，大便秘结，小便赤涩或尿痛，舌质红绛苔黄腻或黄糙，脉洪大滑数或弦数者。大热不渴者，加生石膏30克，天花粉15克。

大陷胸汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。为治疗大结胸证的代表方剂。方由大黄六两，芒硝一升，甘遂一钱匕组成。上三味，以水六升，先煮大黄，取二升，去滓，纳芒硝，煮一二沸，纳甘遂末，温服一升，得快利，止后服。功能泻热逐水，破结通便。主治结胸证，不大便五六日，舌上燥而渴，日晡小有潮热，从心下至少腹鞕满而痛不可近，或短气烦躁，脉沉而紧，按之有力者。

本方所治证属水饮与邪热互结，故治宜泻热逐水，破结通便。方用甘遂苦寒峻下为君药，以逐水泻热；大黄苦寒泻热通便，芒硝咸寒软坚泄热，共为臣佐药。三药相合，推陈致新，药味虽少，然力专效宏，诚为泻热逐水，开结通便的峻剂。本方与大承气汤同为寒下峻剂，都用硝、黄，但两方在配伍及用法上有着显著的差别。如尤在泾说："大陷胸与大承气，其用有心下与胃中之分，以愚观之，仲景所云心下者，正胃之谓；所云胃中者，正大、小肠之谓也。胃为都会，水谷并居，清浊未分，邪气入之，夹痰杂食，相结不解，则成结胸。大、小肠者，精华已去，糟粕独居，邪气入之，但与秽物结成燥粪而已。大承气专主肠中燥粪，大陷胸并主心下水食；燥粪在肠，必藉推逐之力，故须枳、朴；水食在胃，必藉破饮之长，故用甘遂。且大承气先煮枳、朴，而后内大黄，大陷胸先煮大黄，而后内诸药，夫治上者制宜缓，治下者制宜急，而大黄生者行速，熟则行迟，盖即一物，而其用又有不同如此。"说明用药配伍及炮制煎煮等不同，所治证情则不同。现临床上亦用于急性腹膜炎、急性肠梗阻等见上述症状者。对于年老体弱及胎前产后者均不宜用。

大陷胸丸（《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》）　大黄半斤，葶苈子（熬）半斤，芒硝半升，杏仁（去皮尖，熬黑）半升。上四味，捣筛二味，纳杏仁、芒硝，合研如脂，和散取如弹丸一枚，另捣甘遂末一钱匕，白蜜二合，水二升，煮取一升，温顿服用，一宿乃下。如不下，更服，取下为效。功能泻热开结，化饮通便。主治结胸证，颈项强直，胸脘痞满，自汗出，大便不通，脉沉实者。

大黄甘草汤

本方出自《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》。方由大黄四两，甘草一两组成。上二味，以水三升，煮取一升，分温再服。功能通便止呕。主治食已即吐，吐势急迫，吐物酸馊，或大便秘结不通，苔黄，脉滑实者。本方所治证属胃肠热滞，浊腐之气上逆，治宜通腑泻热，降逆止呕。方中大黄为君药，苦寒通腑，泻热降逆，甘草清胃和中，两者为伍，使胃肠邪热得清，腑气通行，则呕吐自止。诚如尤在泾所说："《经》云清阳出上窍，浊阴出下窍，本乎天者亲上，本乎地者亲下也。若下既不通，必反上逆，所谓阴阳反作，气逆不从，食虽入胃，而气反出矣。故以大黄通其大便，使浊气下行浊道，而呕吐自止。不然，止之降之无益也。"此即病在上而治其下之法。《张氏医通》以大黄倍甘草，水煎频服取吐，不应更服，涌吐痰浊，主治痰闭，

不得发出者。

大黄汤(《素问病机气宜保命集》卷中) 大黄一两,细锉碎,好酒二大盏,浸半日许,再同煎至一半,去滓,将酒分作二服,顿服之,痢止勿服,如未止再服,以利为度。功能泻积解毒。主治泻痢久不愈,脓血稠粘,里急后重,日夜无度。

更衣丸

本方见于《先醒斋医学广笔记》卷三引张选卿方,但无方名。《时方歌括》名更衣丸。方由芦荟(研细)七钱,朱砂(研如飞面)五钱组成。滴酒和丸,每服一钱二分,好酒送下。功能泻火通便。主治肠胃燥结,大便不通,心烦易怒,睡眠不安。本方所治证属肝胃火旺,治宜泻火通便。方用芦荟苦寒,泻火通结为君药;辅以朱砂重坠,协助君药通泄下达;并以酒为丸,一以制芦荟之秽恶,一以温运气血而通血脉。合而用之,苦泻重坠,导积通便。柯韵伯说:"古人入厕必更衣,故以此命名也。朱砂以汞为体,性寒重坠下达,芦荟以液为质,味苦膏润下滋,兼以大寒大苦之性味,能润燥结,以上导下,而胃关开矣。合以为丸,两者相须,得效最宏,奏功甚捷。"临床上常用以治疗肝胃火偏旺的大便秘结,及习惯性便秘。若阴虚便秘者不宜用,孕妇忌用。

清宁丸

本方出自《银海指南》卷三。又名青麟丸。方由大黄十斤,桑叶、桃叶、槐叶、大麦、黑豆、绿豆各一斤,半夏、厚朴、陈皮、白术、香附、车前各一斤,酒二十斤组成。先将大黄(须锦纹者)切作小块,如棋子大,用泔水浸透,以侧柏叶铺甑,入大黄蒸过晒干,以酒浸之,再蒸晒收干;桑叶、桃叶、槐叶、大麦、黑豆、绿豆用每叶煎汁蒸收,每蒸一次仍用侧柏叶铺甑,蒸过晒干,再蒸再晒;制后再用半夏、厚朴、陈皮、白术、香附、车前,每味煎汁蒸收如上法,蒸过晒干,再用酒十斤制透,共为末,炼蜜为丸,梧子大,每服一二钱,或为散亦可。功能疏风清热,泻火解毒。主治肝胃火炽,咽喉肿痛,口舌生疮,风火牙痛,暴发火眼,头晕耳鸣,腹胀便秘。本方所治证属风火炽盛,充斥上下,故治宜疏风清热,泻火通便。方中大黄苦寒,酒制以清火泻热,使火热从大便而出;配伍桑叶、槐叶、侧柏叶、桃叶、绿豆、黑豆凉血疏风解毒;又气升则火升,气降则火降,故用半夏、厚朴、陈皮苦泄降气;木郁宜达之,大麦、香附疏肝解郁,气机条达,郁火自清;车前分利,引火热由小便而出;肝旺则乘脾,白术与大麦同用,又可补土以疏木。诸药合用,风火得散,火热得清,则诸症可痊。

九制大黄丸(《北京市中药成方选集》引吴鹤皋方) 又名清宁丸、青麟丸。大黄100千克,黄酒50千克。将大黄杵碎,用黄酒拌,于铜罐中密闭,隔水加热,蒸二昼夜后,出罐晒干,为细末,炼蜜为小丸,每服6克,温开水送下。功能祛脏腑湿热,消滞通便。主治胃肠湿热,积聚凝滞,大便燥结,宿食不消。

一捻金

本方出自《万病回春》卷七。方由大黄、槟榔、黑牵牛、白牵牛、人参各等份组成。上五味,共研细末,每服一字,蜜水调下。功能清热导滞,通腑泻肺。主治小儿肺胀喘满,胸高气急,两肋扇动,陷下作坑,两鼻窍张,闷乱烦渴,声哽不鸣,痰涎壅塞,肚腹膨胀,不思乳食。

本方所治证属痰热壅肺,肺气胀满,腑气不行,治宜清热导滞,通腑泻肺。方中大黄为君药,苦寒泄降,通腑导滞,彻热下行,使腑气通则肺气得降;槟榔为臣药,苦辛性温,宣行通达,破结降气,既增大黄走泄之力,又可降气逐痰;黑、白牵牛为佐,苦辛性寒,逐痰通腑,协大黄以通腑泄热,助槟榔以除痰逐饮;小儿脾胃薄弱,不耐攻伐,而上述诸品峻利伤气,故又用人参以扶助脾肺之气。诸药合用,共奏清热导滞,通腑泻肺之功,俾肺中痰热得清,腑气通畅,肺气肃降,则喘满诸症可愈。由于本方可清热通腑,故临床还用于胎热内蕴,壅结胃肠,粪便燥结不通所致新生儿不便,烦躁多啼,及小儿乳食不当,积滞中脘,损伤脾胃,升降失常,气逆于上所致呕吐不食,腹部胀满,大便秘结者。

牛黄夺命散(《田氏保婴集》) 白牵牛子(半生、半熟)、黑牵牛子(半生、半熟)、大黄、槟榔各一两。共为细末,三岁小儿每服二钱,冷浆水调下。功能清热泻肺,通腑导滞。主治同上方。若涎多,加腻粉(即铅粉)少许;病作无时,加蜜少许。

枳实导滞丸

本方出自《内外伤辨惑论》卷下。方由大黄一两,枳实(麸炒,去穰)、神曲(炒)各五钱,茯苓(去皮)、黄芩(去腐)、黄连(拣净)、白术各三钱,泽泻二钱组成。为细末,汤浸蒸饼为丸,如梧桐子大,每服五十至七十丸,温水送下,食远服。功能消积导滞,清利湿热。主治积滞内阻,生湿蕴热,胸脘痞闷,下痢,或泄泻腹痛后重,或大便秘结,小便黄赤,舌红苔黄腻,脉沉实者。本方所治证属积滞生湿蕴热,肠道受阻,治宜消积化湿,泄热导滞。方用枳实、大黄为君药,化滞消积,泻热通便;黄芩、黄连为臣药,清热燥湿,泻火解毒;白术、神曲、茯苓、泽泻为佐药,健脾化积,淡渗利湿。合而用之,清热化湿,健脾和胃,升清降浊,则积清湿化热除,痞痛得解而泻利可止。故本方可治疗食滞挟湿的泻痢。现临床上也用于痢疾、肠炎等见上述症状者。但本方性偏攻逐,若脾胃虚弱,及年老体弱而见泻利者不宜用。

枳实导滞汤(《校勘通俗伤寒论》卷二) 小枳实二

钱，生锦纹（酒洗）钱半，净楂肉三钱，尖槟榔钱半，薄川朴钱半，小川连六分，六神曲二钱，青连翘钱半，老紫草三钱，细木通八分，生甘草五分。水煎二次，分二次服。功能消积化滞，泄热通便。主治热积肠道，大便不通，发热脘腹胀满疼痛，或斑疹隐隐，舌红苔黄腻，脉沉实者。

木香导滞丸（《松崖医径》）　大黄一两，制枳实、炒神曲各五钱，茯苓、黄芩、黄连、白术各三钱，木香、槟榔、泽泻各二钱。为细末，汤浸蒸饼为丸，梧桐子大，每服七十至八十丸，食远开水送下，以利为度。功能消积导滞，清利湿热。主治湿热积滞，消化不良，痞满胀闷，泻痢等症。

大黄附子汤

本方出自《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》。方由大黄三两，附子（炮）三枚，细辛二两组成。上三味，以水五升，煮取二升，分温三服。若强人煮取二升半，分温三服，服后如人行四五里，再进一服。功能温中散寒，通便止痛。主治寒邪与积滞互结肠道，胁下或腰胯偏痛，便秘，手足不温或厥逆，苔白，脉紧弦。本方所治证属寒邪与积滞互结肠道。治宜温中通便，祛寒止痛。此因里寒积滞，非温不能祛其寒，非下不能除其实，非辛不能散其邪。故方用附子为君药，辛热助阳，温中散寒，治心腹冷痛；细辛为臣药，辛热散寒止痛；大黄为佐使药，泻积通便，与温热之品同用，则减其苦寒之性。三药相伍，则温中通闭，回阳散寒，除积降浊，为治寒积便秘的要方。若湿热夹积滞中阻者不宜用。

三物备急丸

本方出自《金匮要略·杂疗方》。方由大黄一两，巴豆（去皮心，熬，外研如脂）一两，干姜一两组成。上药各须精新，先捣大黄、干姜为末，研巴豆，合用为散，蜜和丸亦佳，密器中贮存，用时以暖水、苦酒服大豆许三四丸；或不下，捧起头，灌令下咽，须臾当愈；如未愈，更与三丸，当腹中鸣，即吐下便愈；若口噤，亦须折齿灌服。功能攻逐冷积。主治寒凝积滞，卒然心腹胀痛，痛如锥刺，气急口噤，甚至暴厥，不省人事，大便秘结，肢冷脉伏者。本方所治证属寒邪与积滞阻积于肠道。治宜攻积逐寒。方用巴豆辛热峻下为君药，开通闭塞；干姜辛热为臣药，温中暖脾；大黄苦泄通降为佐使药，一以制巴豆辛热之毒，一以协巴豆之下，通结而行腑气，况有巴豆、干姜之辛热，则大黄之苦寒大减。三药为伍则有温中祛寒、开结泄浊，通便止痛之用。故可治疗冷积。现临床上亦用于急性单纯性肠梗阻、食物中毒等疾患而见上述症状者。对于实热积滞及虚寒性便秘等疾病，均不宜用。

三物白散（《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》）　又名白散、桔梗白散。巴豆一分（去皮心，熬黑，研如脂），桔梗三分，贝母三分。上三味，为散，纳巴豆，更于臼中杵之，以白饮和服，强人半钱匕，羸者减之。病在膈上必吐，在膈下必利，不利进热粥一杯，利过不止，进冷粥一杯。功能温下寒实，涤痰破结。主治寒实结胸，胸胁或心下硬满而痛，或喘咳气逆，大便不通；肺痈咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者。

十枣汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。为峻下逐水之剂。方由芫花（熬）、甘遂、大戟各等份组成。上捣筛，以水一升五合，先煮肥者大枣十枚，取八合，去滓，纳药末，强人服一钱匕，羸人服半钱，平旦温服之，不下者，明日加半钱，得快利后，糜粥自养。后世有以三味等份为末，枣肉为丸，梧桐子大，每服三十丸者，并称为十枣丸。功能攻逐水饮。主治悬饮或支饮，饮停胸胁，咳唾胸胁引痛，心下痞硬，干呕短气，头痛目眩，或胸背掣痛不得息，舌苔滑，脉沉弦者；及水肿腹胀，属于实证者。

本方所治证属水饮内停，正盛邪实，治宜攻逐水饮。方用芫花消胸胁伏饮痰癖，甘遂逐经隧水湿，大戟泄脏腑间水湿。三药药性峻烈，协同攻逐，则泻水饮，除积聚，消肿满，使脏腑经隧胸胁积水，均能下泄疏通，然三药皆为势猛有毒之品，为防止损伤正气，且水饮所结，脾气亦虚，故以大枣煎汤，益气补脾护胃，缓和峻药之毒，减少药后反应，使下不伤正。现临床上亦用于渗出性胸膜炎、肝硬化腹水、慢性肾炎水肿等属于体壮证实者。但本方总属攻逐治标之剂，如邪气减缓，则应从本治疗。

芫花丸（《太平圣惠方》卷六十九）　芫花一两，大戟一两，甘遂一两，川大黄一两，青皮一两半（汤浸，去白瓤）。细锉，以米醋一中盏，旋洒药于铫子内，慢火炒令醋尽，捣细罗为末，以面糊为丸，如梧桐子大，每服七丸，食前以酒送下。功能理气泻水通便。主治妇人血分，四肢浮肿，心腹气滞，不思饮食。

小胃丹（《丹溪心法》卷二）　芫花（好醋拌匀，过一宿，瓦器内不住手搅炒令黑，勿焦）、甘遂（湿面裹，长流水浸半日，再水洗晒干；又载水浸，冬七、春秋五日，或水煮亦可）、大戟（长流水煮一时，再水洗晒干）各半两，大黄（湿纸裹煨勿焦，切，焙干，再酒润炒熟，焙干）一两半，黄柏（焙，炒）三两。为末，粥丸麻子大，每服二三十丸，临卧津液吞下，或白汤一口送下。欲利则空心服。功能泻积利水通便。主治水饮痰热互结，大便不通，苔黄腻，脉沉弦者。

蠲饮万灵汤（《校勘通俗伤寒论》卷二）　芫花（酒炒）五分，煨甘遂八分，大戟（酒炒）一钱，大黑枣十枚，姜半夏六钱，炒广皮三钱，浙茯苓八钱，鲜生姜二钱。水煎二次，分二次服。功能蠲饮化浊，下痰通结。主治停痰留饮，痞满呕吐，脘腹肿满，便秘，肢肿面浮，苔腻，脉沉滑者。

舟车丸

本方录自《景岳全书·古方八阵》卷五十五。为由十枣汤加味而成。又名净府丸。为行气逐水之峻剂。方由黑丑(研末)四两,甘遂(面裹,煨)、芫花、大戟(俱醋炒)各一两,大黄二两,青皮、陈皮、木香、槟榔各五钱,轻粉一钱组成(《丹溪心法》无槟榔、轻粉)。共为末,水糊丸如小豆大,空心温水下,初服五丸,日三服,以快利为度。欲速下者,宜八丸、十丸或百余丸。凡痞满甚者,为痰涎壅盛,攻不开,则转加痛闷,须渐进之,初服只三丸,每加二丸,至快利即止。功能行气逐水。主治水湿痰浊停留,气血壅满,不得宣通,腹大胀满坚硬,呼吸迫促,口渴,小便不利,大便秘结,苔腻,脉沉数有力者。

本方所治证属水肿水胀,而形气俱实。治宜行气消肿,逐水通便。方用甘遂、芫花、大戟为君药,攻逐水湿;辅以大黄、牵牛子为臣药,泻积利水,荡涤腑气;更以青皮、陈皮、木香、槟榔利气导滞,畅行气机,使气畅水行;尤有轻粉逐水通便,无微不达,无窍不入,配伍入方,能使水邪从二便而去,共为佐使。诸药合用,共奏攻水逐积,行气消滞之功。故可治疗水肿水胀属实者,若驱虫,可加芜荑半两。现临床上亦用于肝硬化腹水,及其他疾病引起的腹水而见上述症状者。若脾胃虚弱,及胎前、产后者不宜用。

三花神祐丸(《宣明论方》卷八) 甘遂、大戟、芫花(醋拌湿炒)各半两,牵牛二两,大黄(为细末)一两,轻粉一钱。为末,滴水为丸,如小豆大,初服五丸,每服加五丸,温水下,每日三服,加至快利,利后却常服,病去为度。功能泻水开结,通便消肿。主治中满腹胀,喘咳淋秘,一切水湿肿满,湿热肠垢沉积,变生疾病,久病不已,黄瘦困倦,气血壅滞不得宣通;或风热燥郁,肢体麻痹,走注疼痛,风痰涎嗽,头目旋运;疟疾不已,癥瘕积聚,坚满痞闷;酒积食积,一切痰饮呕逆,经病不快,带下淋沥,无问赤白;并男子妇人伤寒,湿热腹满实痛;兼治久新腰痛;并一切下痢,及小儿惊疳积热、乳癖等。

疏凿饮子(《重订严氏济生方》) 羌活(去芦)、槟榔、大腹皮、茯苓皮、椒目、木通、泽泻、商陆、赤小豆(炒)各等份。㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜五片,煎至七分,去滓,温服,不拘时。功能逐水消肿,通便利尿。主治遍身水肿,喘呼气急,烦躁多渴,小便不利,大便秘结。

己椒苈黄丸

本方出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》。方由防己、椒目、葶苈(熬)、大黄各一两组成。上四味,为末,蜜丸如梧桐子大,先食饮服一丸,日三服,稍增,口中有津液,渴者加芒硝半两。功能攻逐水饮,利水通便。主治水饮内结胸间,腹满便秘,肠鸣漉漉,小便不利,口舌干燥,脉沉弦者。本方所治证属水饮内结肠间,治宜逐饮。方用防己为君药,取善走下行,利水肿;辅以椒目为臣药,辛苦宣泄,祛湿除胀,君臣相配,则导饮下前;更以葶苈子泻肺行水,大黄通利大便,共为佐使,可推饮于后。合而用之,则使水饮前后分消。故可治疗水饮引起的水肿腹满。现临床上亦用于肝硬化腹水、肺源性心脏病水肿,以及肾炎水肿等而见上述症状者。若年老、体弱及孕妇则不宜用。

濬川丸

本方出自《证治准绳·幼科》集之七。方由大戟、芫花(醋炒)、沉香、檀香、南木香、槟榔、蓬莪术、大腹皮(洗,焙干)、桑白皮(锉,炒)各半两,黑白牵牛(晒研,取生末)一两,巴豆(去壳、膜、心,存油)三十五粒组成。除牵牛末、巴豆外,前九味,内有沉香、檀香、木香、槟榔不过火,余五味焙干,同沉香等为末,后加牵牛末和匀;巴豆碎切,在乳钵内杵极细,入前药末,同再杵匀,水煎煮,面糊丸麻仁大,每服十七丸,浓煎葱汤候温,五更初空心送下。去水未尽,停一日,减用十三丸,次减作九丸,再减至七丸,症退即止。如单腹肿甚,能饮食气壮者,加甘遂末。功能行气逐水,通结消肿。主治水肿及单腹胀,气促食减,遍身浮肿,大便不通,小便短少,苔腻,脉沉实有力者。

本方所治证属水气壅滞,治宜行气逐水,消肿通结。方用大戟、芫花、牵牛子为君药,以攻逐脏腑、经隧水湿,通泄消肿;辅以槟榔、桑白皮、大腹皮、蓬莪术、巴豆等为臣药,以利水泄浊,行气除胀;更以沉香、檀香、南木香等芳香理气,醒脾胜湿,共为佐使药。故可治疗水肿及单腹胀。现临床上亦用于肝硬化腹水而见上述症状者。本方为逐水除胀的峻剂,对邪盛体壮者可用,若年老体弱,及胎前产后者忌用。

大圣濬川散(《证治准绳·类方》第二册) 又名濬川散。大黄(煨)、牵牛(取头末)、郁李仁各一两,木香三钱,芒硝三钱,甘遂半钱。研末,每服二钱,温水送下。功能通便除积,消肿利水。主治水湿挟热壅积,腹胀便秘,小便不利,苔腻黄,脉沉实者。

海金沙散

本方出自《医学发明》卷六。方由海金沙、甘遂各半两,牵牛子(半生,半炒)一两半组成。为细末,每服二钱,煎倒流水一盏,食前调下。得宣利,止后服。功能行水消肿。主治脾湿太过,通身肿满,喘不得卧,腹胀如鼓,大便秘,小便不利,苔腻,脉沉实。本方所治证属水湿壅盛,治宜行水消肿。方用海金沙渗湿利水为君药;甘遂逐水除满,牵牛子泻水消肿,共为臣药。合而用之,逐水利尿,消肿除满。故本方对水肿形体俱实者有效。现临床上亦用于肝硬化腹水而见上述症状者。若为虚性水肿不宜用。

孕妇忌服。

禹功散(《儒门事亲》卷十二) 黑牵牛子(头末)四两,炒茴香一两(或加木香)。为细末,每服一至二钱,临卧姜汁调下。功能温散行水。主治阳水,便秘脉实,元气未伤者;亦治寒湿水疝,阴囊肿胀,大小便不利者。

甘遂通结汤

本方见于《中西医结合治疗急腹症》(天津市南开医院)。方由甘遂末(冲)0.6—0.9克,桃仁、牛膝、木香各9克,赤芍药15克,厚朴15—30克,大黄(后下)9—24克组成。水煎服。功能逐水攻下,行气活血。主治重型肠梗阻,肠腔积液较多者;高位肠梗阻;有绞窄趋势的粘连性肠梗阻;病程较长,腹胀严重的单纯性肠梗阻;以及早期肠扭转、肠套叠、嵌顿性疝等。

本方所治重型肠梗阻、肠腔积液,乃水饮停蓄、气血郁滞所致。治以攻水逐饮、行气活血之法。方中甘遂、大黄攻下通结逐水,为主药;桃仁、赤芍、牛膝活血祛瘀,厚朴、木香行气宽中,均为辅助药。诸药合用,共奏攻下,行气,活血的功效,使气机运行,结滞通畅,则诸症逐渐缓解。本方用于肠梗阻时,最好用胃管注入。在注入药汁前,应先进行胃肠减压,使上消化道处于空虚状态,有利于发挥药物的作用。胃肠减压后,将煎好的药汁1次或分2次注入(两次间隔0.5—1小时,但甘遂末必须在第1次全部冲入药汁内注入)。注入后关闭胃管2—3小时,严密观察病情的变化。若6—24小时病情不见控制,症状无明显缓解,即应改用手术治疗。

肠粘连缓解汤(《中西医结合治疗急腹症》天津市南开医院) 厚朴、炒莱菔子各9—15克,木香、乌药、番泻叶、桃仁、赤芍药各9克,芒硝(冲服)6克。水煎服。功能行气活血,通里攻下。主治轻型肠粘连或部分性肠梗阻。

麻子仁丸

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。系小承气汤加味而来。又名脾约麻仁丸、麻仁丸、麻仁滋脾丸、脾约丸。是治疗脾约证之代表方剂。方由麻子仁二升,芍药半斤,枳实(炙)半斤,大黄(去皮)一斤,厚朴(去皮,炙)一尺,杏仁(去皮尖,熬,另作脂)一升组成。上六味,蜜和丸,如梧桐子大,饮服十丸,日三服,渐加,以知为度。功能润肠通便。主治肠胃燥热,大便秘结,小便数,苔薄腻,关脉浮涩者。本方所治证属肠胃燥热,脾约便结,成无已说:"今胃强脾弱,约束津液不得四布,但输膀胱,致小便数而大便鞕,故曰其脾为约。"治宜润肠通便。方用麻子仁甘润滋脾,润肠通便为君;辅以杏仁降气润肠,芍药养阴和营为臣;更以枳实消痞,厚朴除满,大黄泻积,共为佐使药。诸药同用,则润肠导滞,下积通便。故可治疗肠燥便秘。现临床上亦用于习惯性便秘见上述症状者。气虚便秘者及孕妇忌用。

三仁承气汤(《校勘通俗伤寒论》卷二) 大麻仁(炒香)三钱,松子仁(研透)三钱,小枳实(炒香)钱半,大腹皮二钱,光杏仁(勿研)三钱,生川军(蜜炙)一钱,油木香五分,猪胰(略炒)一钱。水煎二次,分二次服。功能润肠泄热通便。主治胃燥脾约,液枯便秘者。

五仁丸

本方出自《杨氏家藏方》卷四。原名滋肠五仁丸。为润肠通便的常用方剂。方由桃仁、杏仁(麸炒,去皮尖)各一两,柏子仁、松子仁各半两,郁李仁(麸炒)一钱,陈皮(另为末)四两组成。将五仁另研为膏,入陈皮末研匀,炼蜜为丸,如梧子大,每服三十至五十丸,食前米饮送下。《通俗伤寒论》改作汤剂,名五仁橘皮汤。功能润肠通便。主治老人及气血不足之人,大肠闭滞,传导艰难,大便秘结者。本方所治证属大肠津液不足,肠道失润,治宜润肠滋燥,开结通便。方用桃仁、杏仁为君药,活血利气,润下通便;以柏子仁、松子仁、郁李仁为臣药,多脂润燥通便滑肠;以陈皮理气和胃为佐药。共成润肠通便之剂。现临床上亦用于习惯性便秘而见上述症状者。若气虚便秘者不宜用。

益血润肠丸(《类证活人书》卷三) 熟地黄六两,杏仁(炒,去皮尖)、麻仁各三两(以上三味俱杵膏),枳壳(麸炒)、橘红各二两五钱,阿胶(炒)、肉苁蓉各一两半,苏子、荆芥各一两,当归三两。以前三味杵为膏,后七味为细末,加蜜为丸,梧桐子大,每服五六十丸,空心白汤下。功能滋阴养血通便。主治阴血不足,大便干结不通者。

五仁润肠丸(《全国中药成药处方集》天津市) 生地120克,桃仁(去皮)、火麻仁各30克,郁李仁9克,柏子仁5克,苁蓉(酒蒸)30克,广皮120克,熟军、当归各30克,松子仁9克。以上除五仁外,共研细粉,再将五仁研合一处,炼蜜为丸,9克重,每服1丸,开水送下。功能滋阴润燥,散结通便。主治大便燥热,便秘腹胀,食少,消化不良者。

黄龙汤

本方出自《伤寒六书·杀车槌法》卷三。系大承气汤加味而来。方由大黄、芒硝、枳实、厚朴、甘草、人参、当归组成。水二钟,姜三片,枣子二枚,煎后再入桔梗一撮,热沸为度。功能益气养血,泻火通便。主治胃肠燥热而气血不足,症见自利清水,色纯青,腹痛拒按,谵语,口舌干燥,口渴,身热,神疲少气,或便秘,腹满硬痛,甚则循衣摸床,撮空理线,神昏肢厥,舌苔焦黄或焦黑,脉沉细数者。

本方所治证属阳明腑实而气血不足,若单用泻火通便则正气不支,若补益气血则助邪益炽,治宜益气养血,

泻火通便，以邪正兼顾。方用大黄为君药，取其泻火通便；辅以芒硝软坚通结，人参益气补中，当归养血和营，共为臣药；更以枳实、厚朴行气导滞，消痞除满为佐药；又以桔梗之宣透开泄，升清以降浊，甘草、姜、枣调和脾胃为使，使邪除而正气不伤。故可治疗阳明腑实而兼气血不足之证。现临床上也用于伤寒、副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等见上述症状者。若纯属阳明腑实证者不宜用，对于气虚便秘者忌用。

新加黄龙汤（《温病条辨》卷二） 细生地五钱，生甘草二钱，人参（另煎）一钱五分，生大黄三钱，芒硝一钱，元参五钱，麦冬（连心）五钱，当归一钱五分，海参（洗）二条，姜汁六匙。水八杯，煮取三杯，先用一杯，冲参汁五分，姜汁二匙，顿服。如腹中有响声，或转矢气者，为欲便也，候一二时不便，再如前法服一杯，候二十四刻不便，再服第三杯，如服一杯即得便，止后服。功能滋阴益气，泻火通便。主治阳明温病，阴亏气虚而热结便秘者。

承气养营汤

本方出自《温疫论》卷上。又名养荣承气汤。方由知母、当归、芍药、生地、大黄、枳实、厚朴组成。水、姜煎服。功能养血清热，泻积通便。主治身热不解，腹硬满而痛，咽干渴饮，唇燥口裂，大便不通，舌质红苔黄，脉数者。本方所治证属阳明腑实而兼见营血不足，治宜养血清热，泻积通便。方用生地黄清热凉血，大黄泻火通便，共为君药；辅以当归、芍药、知母养血清热为臣药；更以枳实、厚朴为佐使药，行气导滞。合而用之，养血清热，泻火解毒，导滞通便。故可治疗阳明腑实而见营血不足者。现临床上也用于伤寒、副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等而见上述症状者。若气虚便秘者不宜用。

通幽汤（《兰室秘藏》卷下） 炙甘草、红花各一分，生地黄、熟地黄各五分，升麻、桃仁泥、当归身各一钱。水二大盏，煎至一盏，去滓，调槟榔细末五分，稍热食前服。功能养血清热，润燥通便。主治大便难，幽门不通，上冲，吸门不开，噎塞，大便秘者。

玉烛散（《儒门事亲》卷十二） 当归、川芎、熟地、白芍、大黄、芒硝、甘草各等份。上锉，每服八钱，水煎，食前服。功能养血清热，泻积通便。主治血虚里热，大便秘结，或妇人经候不通，腹胀作痛。

增液承气汤

本方出自《温病条辨》卷二。系增液汤与调胃承气汤（去甘草）的复方。方由玄参一两，麦冬（连心）八钱，细生地八钱，大黄三钱，芒硝一钱五分组成。水八杯，煮取三杯，先服一杯，不知，再服。功能滋阴增液，泄热通便，即所谓"增水行舟"。主治阳明温病，热结阴亏，身热口渴，咽干口燥，燥屎不行，下之不通，舌质红绛，苔黄糙，脉细数者。本方所治证属阳明温病热结阴亏。治宜滋阴增液，泄热通便。方用玄参、麦冬、生地黄益肺阴而壮肾水，泄邪火而滋胃阴，共为君药；辅以大黄、芒硝泄热通便，用为臣使药。诸药同用，滋阴润燥，清热通便。故可用于阳明积滞而阴液亏损之便秘。现临床上也用于伤寒、副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等见上述症状者。若纯属阳明腑实证，及阳虚便秘者，不宜用。

济川煎

本方出自《景岳全书》卷五十一。方由当归三至五钱，牛膝二钱，肉苁蓉（酒洗去咸）二至三钱，泽泻一钱半，升麻五七分至一钱，枳壳一钱（虚甚者不用）组成。水一钟半，煎七至八分，食前服。功能温润通便。主治肾虚气弱，大便不通，小便清长，腰酸背冷，手足不温，舌红苔薄黄，脉沉弱者。本方所治证属肾亏便秘，治宜温润通便。方以肉苁蓉咸温润降，补肾并能润肠为君；当归辛甘温润，养血润肠，牛膝益肝肾而养阴血为臣；泽泻入肾而泄浊，枳壳宽肠下气，稍加升麻升清阳，得欲降先升之妙，使补而不滞，俱为佐使之药。诸药合用，在温润之中，寓有通便之功。"川"，指津液而言。本方补肾增液，以达通便之功，故名济川煎。临床多用于习惯性便秘，及老年人便秘，见上述症状者。若胃肠积热而腑气不通者不宜用。

温脾汤

本方出自《备急千金要方》卷十五。方由大黄四两，附子（大者）一枚，人参、干姜、甘草各二两组成。上五味，㕮咀，以水八升，煮取二升半，分三服，临熟下大黄。功能温阳补脾，下积通便。主治冷积便秘，腹满痛，手足不温，或久痢赤白，面无华色，口不渴，舌淡苔白，脉沉弱者。本方所治证属脾阳不足，阳气不行，冷积阻滞肠道，治宜温阳补脾，下积通便。方用附子、干姜为君药，取其温阳暖脾以建中阳；人参、甘草甘温为臣药，益气补中；大黄为佐使药，通便泻积。合而用之，扶正祛邪，推陈致新。故可用于治疗冷积便秘。现临床上也用于慢性结肠炎、慢性痢疾见上述症状者。若阳明腑实证，及阴虚便秘等证均不宜用。

祛痰剂

能排除或消解痰涎，使因痰而致的疾病得到缓解或痊愈的一类方剂，称为祛痰剂。

痰的成因很多，凡内伤、外感皆能生痰。从其性质来说，可分为湿痰、燥痰、热痰、寒痰、风痰等。在治疗时当分别原因和发病情况，辨证论治。祛痰剂根据其功用，可分为燥湿化痰、润燥化痰、清热化痰、祛寒化痰、祛风化痰等五类。

(1) 燥湿化痰剂:适用于湿痰所致诸证。湿痰是由脾阳不振,运化失健,水湿留聚而成。临床见症为痰白易咯,胸痞恶心,肢体困倦,或眩晕心悸,舌苔白滑或腻,脉滑或弦缓。本类方剂常以燥湿化痰药与健脾利湿药配伍组成。

(2) 润燥化痰剂:适用于燥痰所致诸证。燥痰是由肺阴不足,虚火烁金,炼液为痰。临床见症为呛咳气促,咯痰不利,痰粘难出,甚或成块成条,咽喉干燥哽痛,咳久则声音嘶哑等。本类方剂常以润燥化痰之品为主组成。

(3) 清热化痰剂:适用于热痰所致诸证。热痰多由邪热内盛,煎熬津液而成。郁久化火则为痰火。临床见症为痰黄粘稠,不易咯出,面赤烦热,舌苔黄腻,脉数口干,或为惊悸,或发癫狂。本类方剂,常以清热药与化痰药配伍组成。

(4) 祛寒化痰剂:适用于寒痰所致诸证。寒痰是由脾肾阳虚,水气不化,水泛为痰,停蓄于内而成。临床见症为咯痰稀白,口中自觉有冷气,身寒,手足不温,大便溏泄,舌淡苔滑,脉沉。本类方剂常以祛寒药与化痰药配伍组成。

(5) 祛风化痰剂:适用于风痰所致诸证。风痰的成因有外感内伤之分。外感风邪,肺卫被侵,肺气不宣,津聚成痰,气壅则痰升,出现头目昏痛,咳嗽痰多,咯吐不爽,脉浮缓等症。治以理肺化痰,兼散外邪为法。内生之风痰,多由脾胃内伤,湿浊不化,凝而为痰。或火热内炽,炼液为痰,痰浊上僭,风亦随升,走窜经络,轻则眩晕头痛,甚则肢体瘫痪。本类方剂常以祛风药与化痰药配伍组成。

总之,痰有多种成因,归纳成一句话即:"液有余便是痰。"所以"痰生百病",治疗方法都以着重化痰为主。前人有"见痰休治痰"之论,乃是治病求本之义。如脾虚湿盛生痰,理脾则湿化,而痰无由生;肾虚水泛为痰,温肾则水不上泛,痰亦自消。又祛痰剂每多配伍理气药。因为痰为有形之邪,痰成则气机被阻,气滞则津液不得布散,复又生痰,故祛痰剂中常配伍理气之品,调畅气机,所以庞安常说:"善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身津液亦随气而顺矣。"

津液为水谷所化,是营养人体的重要物质。若因病变化而为"痰",则津液便少。由此可知,燥湿化痰固然是治痰的主要方法,但须谨防苦辛温燥之品太过而耗伤津液。若遇阴虚血少,津亏液涸之人,尚须配伍适量滋阴药,使痰去而阴不伤。

痰之为病,复杂多变。许多疾病也常与痰有关,所以许多方剂中,经常配用一些化痰、祛痰之药。但所治病证的主要原因不在痰,制方的主要目的也不在于使因痰而致的疾病得到缓解或痊愈,故不归入祛痰剂内容。

痰与饮,虽同为水湿所化,但也自有区别。本章所述,治痰为主,至于治饮的方剂,分别在"祛湿剂"、"泻下剂"、"温里剂"条目中论述。

二陈汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷四。为化痰和胃的主方。方由半夏(汤洗七次)、橘红各五两,白茯苓三两,甘草(炙)一两半组成。上药㕮咀,每服四钱,用水一盏,生姜七片,乌梅一个,同煎六分,去滓热服,不拘时候。功能燥湿化痰,理气和中。主治湿痰咳嗽,痰多色白,胸膈胀满,恶心呕吐,头眩心悸,舌苔白润,脉滑。

本方所治皆因饮食生冷,脾胃不和,运化失健,湿聚为痰,痰阻气机,升降失常所致。治宜燥湿化痰,理气和中。方中半夏辛温而燥,功能燥湿化痰,消痞散结,和中止呕为君药;橘红芳香味苦,性温而燥,能行气健胃,燥湿化痰为臣药,君臣相配,使气顺则痰降,胃健则痰消;痰由湿生,故佐以白茯苓渗湿健脾;使以甘草和中健脾,则痰无所生。加生姜同煎,一则取其制半夏之毒,一则取其和胃降逆而止呕,助半夏、陈皮和中消痰。用少量酸敛之乌梅与半夏、陈皮相伍,散中有收;与甘草合而化阴保津,燥中有润,使痰去而气津不伤,有相得益彰之功。若乌梅用量过大,收敛太甚则不利于祛痰。方中主药半夏、橘红以陈久者良,故有二陈之名。本方是一首祛痰的代表方剂,临床常用于湿痰阻滞气机的病证,以咳嗽痰多,色白易咯,舌苔白润,脉滑为辨证要点。现临床用于治疗慢性气管炎、胃炎、神经性呕吐、内耳眩晕症等有以上表现者。

指迷茯苓丸(《证治准绳·类方》第二册) 又名茯苓丸。半夏二两,茯苓一两,枳壳(麸炒,去瓤)半两,风化硝二钱半。为细末,生姜汁煮糊为丸,梧桐子大,每服三十丸,姜汤送下。功能燥湿,行气,化痰。主治中脘停痰,脾气不行,痰与气搏而致臂痛不举,及妇人产后发喘,四肢浮肿。

六安煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 陈皮一钱半,半夏二三钱,茯苓二钱,甘草一钱,杏仁(去皮尖,切)一钱,白芥子(老年气弱者不用)五七分。水一钟半,加生姜三五片,煎七分,食远服。功能祛痰止嗽,理肺散邪。主治风寒咳嗽,及非风初感,痰滞气逆等。

栀连二陈汤(《症因脉治》卷二) 半夏、白茯苓、广皮、甘草、川连、山栀。水煎服。功能清火化痰,降逆和中。主治痰火上冲,呕吐呃逆。

二母二陈汤(《症因脉治》卷二) 知母、贝母、半夏、白茯苓、陈皮、甘草。水煎服。功能清热润燥,降火化痰。主治燥咳发热唇焦,烦渴引饮,喘咳短息,时作时止,咯痰难出。

香砂二陈汤(《重订通俗伤寒论》) 白檀香五分,姜半夏三钱,浙茯苓三钱,春砂仁(杵)八分,炒广皮二钱,清炙草五分。水煎服。功能燥湿化痰,理气健脾。主治咳嗽痰多色白,胸膈胀满,恶心呕吐,食少纳呆,舌苔白润,脉滑。

温胆汤

本方出自《备急千金要方》卷十二。方由半夏、竹茹、枳实各二两,橘皮三两,生姜四两,甘草一两组成(《三因极一病证方论》有茯苓、大枣)。上六味,㕮咀,以水八升,煮取二升,分三服。功能清胆和胃、除烦止呕。主治病后胆虚,痰热上扰,虚烦不得眠,兼见惊悸,胸闷,口苦,呕涎等。胆为奇恒之腑,藏清净之汁,内寄相火。病后胆虚,痰火上扰心神,故虚烦不得眠,或为惊悸,或为口苦呕涎。治宜清胆和胃,化痰除烦。方中陈皮、半夏和胃化痰,理气散结,和胃降逆;生姜开郁化痰,和胃止呕;枳实下气消痰,散结消痞;更加竹茹清热除烦,化痰降逆,甘草益气和中。诸药相合,则胆得疏泄,胃和痰消,解郁除烦,止呕定惊而夜寐能安。《医方考》说,"胆……其性以温为常候",使用本方则热除痰清,胆气自和,此即"温胆"之意,亦即使胆气温和之意。现临床常用本方治疗慢性胃炎、溃疡病、早期精神分裂症、神经症、耳源性眩晕、慢性支气管炎等而有上述痰热上扰证候者。

温胆汤(《世医得效方》卷九) 半夏、竹茹、枳实(麸炒,去穰)各二两,陈皮三两,甘草(炙)一两,茯苓一两半,人参一两。上锉散,每服三钱,水一盏半,生姜五片,枣一枚煎,食前服。未效,加远志(去心,姜汁炒)、五味子各一两,酸枣仁一两蚌粉炒入。功能除烦安神。主治大病后,虚烦不得眠;又治惊悸自汗、触事易惊。

十味温胆汤(《证治准绳·类方》第五册) 半夏(汤泡)、枳实(麸炒)、陈皮(去白)各二钱,白茯苓(去皮)一钱半,酸枣仁(炒)、远志(去心,甘草汁煮)、五味子、熟地黄(酒洗,焙)、人参(去芦)各一钱,粉草(炙)半钱。水二钟,生姜五片,枣一枚,煎一钟,不拘时服。功能清胆除烦,宁心安神。主治大病后,虚烦不得眠;兼治四肢浮肿,饮食无味,心虚烦闷,坐卧不安。

清膈煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 陈皮钱半,贝母(微敲破)二三钱,胆星一二钱,海石二钱,白芥子五七分,木通二钱。水一钟半,煎七分,温服。功能清化痰热。主治痰因火动,气壅喘满,内热烦渴等症。如火盛痰不降者,加童便一小钟;如渴甚者,加天花粉一钱;如热及下焦,小便不利者,加栀子一钱半;如热在上焦,头面红赤,烦渴喜冷者,加生石膏二三钱;如痰火上壅而小便不利者,加泽泻一二钱;如痰火闭结,大便不通而兼胀满者,加大黄数钱或朴硝一二钱。

导痰汤

本方出自《校注妇人良方》卷六。由《太平惠民和剂局方》二陈汤衍化而来。方由制半夏二钱,南星、枳实(麸炒)、茯苓、橘红各一钱,甘草五分组成。加姜十片,水煎服。功能燥湿豁痰,行气开郁。主治痰涎壅盛,胸膈痞塞,或咳嗽恶心,饮食少思。本方所治证属痰湿壅盛,阻于胸膈,上闭清窍,故治宜行气豁痰。方中天南星燥湿化痰,祛风散结,枳实下气行痰共为君药;半夏功专燥湿祛痰,陈皮下气消痰为臣药,辅助君药加强豁痰顺气之力;茯苓渗湿,甘草和中,均为佐使药。全方共奏行气导痰之功。气顺则痰自下降,晕厥可除,痞胀得消。临床常应用于顽痰胶结的咳喘痰多胸闷,头痛头晕,坐卧不安,痰厥等。

涤痰汤(《奇效良方》卷一) 南星(姜制)、半夏(汤洗七次)各二钱半,枳实(麸炒)二钱,茯苓(去皮)二钱,橘红一钱半,石菖蒲、人参各一钱,竹茹七分,甘草半钱。水二盅,生姜五片,煎至一盅,食后服。功能行气散郁,豁痰开窍。主治中风,痰迷心窍,舌强不能言。

芎辛导痰汤(《证治准绳·类方》第四册) 川芎、细辛、南星、陈皮(去白)、茯苓各一钱半,半夏二钱,枳实(麸炒)、甘草各一钱。水二盅,姜七片,煎至一盅,食后服。功能导痰止痛。主治痰厥头痛。

苍莎导痰丸

本方出自《万氏妇人科》卷一。方由香附(童便炒)、苍术各二两,陈皮、茯苓各一两五钱,枳壳、制半夏、天南星、炙甘草各一两组成。生姜汁浸面蒸饼为丸,淡姜汤送下。功能行气导痰。主治妇女形肥多痰,痰滞经脉,月经量少,经闭不孕,痰多乏力。本方所治证属肥盛之妇女,躯体多脂,气弱湿停,痰脂阻滞经脉,故经闭不孕。治当行气导痰而经自通。方中香附素有"气病之总司,女科之主帅"之美誉,童便浸炒则入血分,行气解郁,和血调经,苍术燥湿健脾,治生痰之源,共为君药;陈皮、半夏、茯苓、甘草燥湿化痰,理气和中;再配枳壳下气散结,天南星燥湿化痰,辅佐香附、苍术,使气顺痰消,痰滞悉除,气血调和而经脉通利,月经自行,不孕之证亦自然可愈也。故用于妇女形肥,痰滞经闭及不孕。

启宫丸(《医方集解》) 芎䓖、白术、半夏曲、香附各一两,茯苓、神曲各五钱,橘红、甘草各一钱。为末,粥丸。功能理气行滞,燥湿祛痰。主治痰湿躯脂壅塞胞宫,形肥不孕,面色浮白,胸闷呕恶,食少多痰,白带粘稠量多者。

苍附导痰丸(《叶氏女科证治》卷一) 苍术、香附(童便制)、枳壳(麸炒)各二两,陈皮、茯苓各一两五钱,胆南星、甘草各一两。共为末,姜汁和神曲为丸,淡姜汤下。功能理气导痰。主治妇人形肥,痰滞经闭及不孕。

金水六君煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系二陈汤衍化而来。方由当归二钱,熟地三至五钱,陈皮一钱半,半夏二钱,茯苓二钱,炙甘草一钱组成。水二钟,生姜三、五、七片,煎七八分,食远温服。功能养阴化痰,肺肾两顾。主治肺肾阴虚,湿痰内盛,咳嗽呕恶,喘逆多痰。

本方所治证属肺肾阴虚，湿痰内盛所致，治当养阴化痰，肺肾兼顾。方中熟地滋肾润肺，当归和血补血，并治咳逆上气；二陈汤化痰止咳，合而用之，养阴化痰而肺肾不伤。但脾肾两虚，运化无权大便溏泄者，不宜用。原方加减法："如大便不实而多湿者，去当归加山药；如痰盛气滞，胸膈不快者，加白芥子七八分；如阴寒盛而嗽不愈者，加细辛五至七分；如兼表邪寒热者，加柴胡二钱。"

半夏茯苓汤（《备急千金要方》卷二）　半夏三十铢，茯苓、干地黄各十八铢，橘皮、细辛、人参、芍药、旋覆花、川芎、桔梗、甘草各十二铢，生姜三十铢。上十二味，㕮咀，以水一斗，煮取三升，分三服。功能化痰止呕，养阴益气。主治妊娠恶阻，心中愦闷，空烦吐逆，恶闻食气，头眩重，四肢百节疼烦沉重，多卧少起，恶寒汗出，疲极黄瘦。

橘皮半夏汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷四。方由陈皮（去白）、半夏（煮）各七两组成。锉为粗散，每服三钱，生姜十片，水二盏，煎至一中盏，去滓温服，不拘时候。留二服滓，并作一服，再煎服。功能燥湿化痰，和胃理肺。主治肺胃虚弱，好食酸冷，寒痰停积，呕逆恶心，涎唾稠粘，咳嗽吐痰，粥药不下，手足逆冷，目眩身重；又治伤寒时气，欲吐不吐，欲呕不呕，昏愦闷乱，或饮酒过多，中寒停饮，喉中涎声，干哕不止。本方所治证属肺胃虚弱，又好食酸冷，肺胃更虚，气虚痰聚，升降失常所致。治当燥湿化痰。方中半夏辛温而燥，燥湿化痰，消痞散结，和胃降逆；橘红芳香温燥，理肺脾之气，健胃化痰。两药合用，使气顺则痰化。加生姜同煎，温胃化痰，降逆止呕，以助半夏、陈皮行气消痰。程钟龄在《医学心悟》中所说："予尝治寒痰闭塞，厥逆昏迷，用半夏、橘红各八钱，浓煎半杯，和姜汁成一杯，频频灌之，痰随药出则拭之，随灌随吐，随吐随灌，少顷痰开药下，其人即苏，如此者甚众。"即从本方主治发展而来，可知本方开痰壅，理气闭，确有良效。多用于脾胃虚弱，素多湿痰而致呕逆恶心，目眩，身重，欲吐不得吐，或昏愦闷乱，喉中痰涎漉漉等。

顺气消食化痰丸

本方出自《瑞竹堂经验方》。原名化痰丸。方由半夏（洗）、南星（去皮膜）、白矾、皂角（切碎）、生姜各一斤，青皮（去瓤）、陈皮（去白）、紫苏子（炒）、萝卜子（炒，另研）、杏仁（去皮尖，炒，另研）、干葛、神曲（炒）、麦芽（炒）、糖球子、香附（去毛）各八钱（一方有胆星，无南星、生姜、皂角、白矾）组成。先将半夏、南星、白矾、皂角、生姜用水同煮至南星无白点，拣去皂角不用，生姜切片，同半夏、南星晒干，火焙，与余药合和一处，研为细末，生姜自然汁浸，蒸饼打糊为丸，如梧桐子大，每服五七十丸，临睡、食后茶酒送下。功能快脾顺气，消食化痰。主治酒食生痰，胸膈膨闷，咳嗽多痰。本方所治证属过多饮食，积湿生痰，痰气壅于胸膈所致，治宜顺气消食化痰。痰由湿生，半夏、天南星、皂角、白矾燥湿祛痰；痰随气升，紫苏子、莱菔子、杏仁降气消痰；痰由气滞，青皮、陈皮、香附理气行滞；痰因酒食而生，故用葛根、神曲解酒，山楂、麦芽消食。诸药合用，快脾顺气，消食化痰，俾湿去食消，则痰不生；气机顺降，则咳嗽可止；痰滞既去，满闷自除。

四兽饮

本方出自《易简方》。方由半夏、茯苓、人参、白术、草果、橘红各等份，甘草减半组成。上药同枣子、乌梅、生姜并等份，㕮咀，以盐少许，腌食顷，须厚皮纸裹，用水湿之，慢火炮令香熟，焙干，每服半两，水二盏，煎六分，去滓末，发前并进数服。功能和胃消痰。主治诸疟。古人说："无痰不作疟。"故治疟之剂每多首先治痰，而治痰又当理脾。因此理脾去湿，和胃消痰，即所以治疟之源。本方为标本兼顾，扶正祛邪之剂，以半夏、橘红、茯苓、甘草（即二陈汤）燥湿化痰，理气和中；草果辛香辟秽，燥湿化痰并能截疟；人参、白术健脾益气以治生痰之源，兼有扶正祛邪之用；乌梅，《本草拾遗》："主疟瘴"；生姜、大枣调和营卫。用治疟疾痰多，呕恶纳减，体倦乏力者。但若疟发热盛，体质壮实者不宜用。

控涎丹

本方出自《三因极一病证方论》卷十三。又名妙应丸、子龙丸。系由十枣汤加减衍化而成。方由甘遂（去心）、紫大戟（去皮）、白芥子（真者）各等份组成。为末，煮糊丸如梧子大，晒干，食后、临卧淡姜汤或熟水下五十丸至七十丸。功能祛痰逐饮。主治痰涎伏于胸膈上下，忽然胸背、手脚、颈项、腰胯隐痛不可忍，连筋骨牵引作痛，坐卧不宁，走易不定；或头痛不可举，或神志昏倦多睡；或饮食无味，痰唾稠粘，夜间喉中痰鸣如曳锯声，多流唾涎；或手脚重，腿冷痹；并治水肿形气俱实者。李时珍曰："痰涎为物，随气升降，无处不到。"今痰涎停于胸膈，阻滞气机，气血不利，治宜攻逐痰涎、水饮，以使邪去正安，气血通利，诸症自愈。痰涎由水湿而成，故方中用甘遂攻逐胸腹及经隧之水湿；大戟破泄脏腑之水湿；白芥子辛温，利气豁痰，尤善去胁下及皮里膜外之痰，搜剔破结，共成攻逐痰涎水饮之峻剂。虽制为丸，其效力仍然猛烈，唯形气俱实者为宜。若患者气虚，大便不实，小便清利者忌用。因甘遂、大戟俱与甘草相反，故服本方之时，不可再服甘草。

皂荚丸

本方出自《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》。

方由皂荚(刮去皮,酥炙)八两组成。为末,蜜丸,梧子大,以枣膏和汤服三丸,日三、夜一服。功能散结涤痰。主治咳逆上气,时时唾浊,但坐不得眠者。本方所治证属浊痰壅塞,肺气上逆所致。故治当急去痰浊,方能气平咳止。方用皂荚辛、咸、温而散结痰,通关窍,破坚积。但因皂荚性猛烈,易刺激咽喉胃肠,故用酥炙蜜丸,小量多次,并用枣膏和汤送服,使药力和缓而持续,俾涤除痰浊而脾胃不伤。本方适用于浊痰壅盛,咳逆上气不得平卧者。

皂荚化痰丸(《内外伤辨惑论》卷上) 皂角木白皮(酥炙)、白附子(炮)、半夏(汤洗七次)、天南星(炮)、白矾(枯)、赤茯苓(去皮)、人参各一两,枳壳(炒)二两。为细末,生姜汁面糊为丸,如梧桐子大,每服三十丸,食后温水送下。功能理气祛风痰。主治劳风,心脾壅滞,痰涎盛多,喉中不利,涕唾稠粘,嗌塞吐逆,不思饮食,时或昏愦。

贝母栝蒌散

本方出自《医学心悟》卷三。方由贝母一钱五分,栝蒌一钱,花粉、茯苓、橘红、桔梗各八分组成。功能润肺清热,理气化痰。主治肺燥有痰,呛咳上气,痰粘难出,咽喉干燥哽痛,舌红少苔而干,脉细滑数。本方所治证属肺中燥热,炼液而成燥痰。肺燥非外邪所致,故不用轻宣之品而用清润为治。但有燥痰粘稠,涩滞难出,若过用滋腻,反更胶着留连。故方中用贝母入肺化痰,清热散结,为方中君药;栝蒌润燥开结,荡热涤痰,天花粉清肺化痰,生津润燥,皆为臣药;橘红理气化痰为佐药;桔梗宣肺利咽,载药上行,为佐使之品。诸药合用,使肺燥得润而痰可除,肃降有权则咳逆可止。本方用于肺经燥热所致的咳嗽,以呛咳,痰粘难出,咽痛不利,舌红少苔为辨证要点。

二母宁嗽汤(《古今医鉴》卷四) 知母(去毛)、贝母(去心)各一钱半,黄芩、栀子仁各一钱二分,生石膏二钱,桑白皮、茯苓、栝蒌仁、陈皮各一钱,枳实七分,五味子十粒,生甘草三分。为粗末,加生姜三片,水煎,临卧服。功能清热化痰,顺气止咳。主治因伤酒食,胃火上炎,冲逼肺金,以致咳嗽吐痰,经久不愈者。

二母散(《急救仙方》卷六) 知母(去毛,炒)、贝母(去心,略炒)各五钱。共为细末,临睡白汤调服。功能清热化痰,润肺止咳。主治喘急痰盛,或肺热燥咳,或咳嗽痰多黄稠者。

蛇胆川贝散(《中华人民共和国药典》一部) 蛇胆汁100克,川贝母600克。以上二味,川贝母粉碎成细粉,与蛇胆汁混匀,干燥研细。每服0.3—0.6克,日2—3次。功能清热,止咳,除痰。主治肺热咳嗽,痰多。

清气化痰丸

本方录自《医方考》卷二。方由陈皮(去白)、杏仁(去皮尖)、枳实(麸炒)、黄芩(酒炒)、栝蒌仁(去油)、茯苓各一两,胆南星、制半夏各一两半组成。姜汁为丸,每服二至三钱,温开水下。现用法为作汤剂,水煎服。功能清热化痰,顺气止咳。主治痰热内结,咳嗽痰黄,稠厚胶粘,甚则气急呕恶,胸膈痞满,舌质红,苔黄腻,脉滑数者。本方所治证属五志之火,或偏嗜高粱厚味,酿生内热,灼津成痰而致。治当清热化痰,顺气止咳。方中胆南星能清热化痰为君药;辅以黄芩、栝蒌仁清热化痰,以助胆南星之功为臣药;陈皮、枳实顺气降火;"脾为生痰之源,肺为贮痰之器",故又佐以茯苓健脾渗湿,杏仁宣肺下气,半夏燥湿化痰。诸药合用,使气顺则火降,热清则痰自消,痰消则火无所附,诸症自除。本方为治痰热内结之常用方,以咳嗽痰黄,粘稠难咯为辨证要点。现多用于治疗急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作等有上述表现者。

清气化痰丸(《丹溪心法附余》卷九) 半夏(汤洗七次)二两,陈皮(去白)、茯苓(去皮)各一两半,薄荷叶、荆芥穗各五钱,黄芩(酒浸炒)、连翘、栀子(炒)、桔梗(去芦)、甘草(炙)各一两。为末,姜汁煎,打糊为丸,如梧子大,每服五十丸,食后、临卧各一服。功能清热化痰。主治胸膈痞满,头目昏眩。

小陷胸汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。方由黄连一两,半夏(洗)半升,栝蒌实(大者)一枚组成。上三味,以水六升,先煮栝蒌,取三升,去滓,纳诸药,煮取二升,去滓,分温三服。功能清热涤痰,开结宽胸。主治小结胸病,心下硬满,按之则痛,苔黄腻,脉浮滑者。本方所治证属伤寒表证误用下法,邪热内陷,与素有之痰饮结于心下,致成小结胸。治当清热涤痰,开结宽胸,故方用黄连苦寒泻心清热,半夏辛温化痰蠲饮,两药合用,辛开苦降,清热化痰;辅以栝蒌实荡热涤痰,宽胸开结,使热除痰消,则结胸自愈。本方虽为小结胸病而设。但凡痰热互结而致的胸痹,或痰热在膈上而致的咳嗽面赤,胸腹常热,脉洪,苔黄腻者皆可应用。临床以胸膈痞痛,舌苔黄腻为辨证要点。现多用于急、慢性胃炎、渗出性胸膜炎、支气管肺炎等辨证属于痰热互结者。如苔虽黄腻而无根,刮之即去,属中气不足而夹无形湿热;或阳明腑实,其痛以腹部为主,而且舌苔多表现为老黄而干者,则不可应用本方。

小陷胸加枳实汤(《温病条辨》卷二) 黄连二钱,栝蒌三钱,枳实二钱,半夏五钱。急流水五杯,煮取二杯,分二次服。功能清热涤痰,开结通降。主治阳明暑温,水结在胸,面赤身热头晕,不恶寒,但恶热,渴欲凉饮,饮不解渴,得水则呕,按之心下痛,小便短,大便闭,苔黄滑,脉洪滑者。

栝蒌枳实汤

本方出自《万病回春》卷二。又名瓜蒌枳实汤。方由

栝蒌(去壳)、枳实(麸炒)、桔梗(去芦)、茯苓(去皮)、贝母(去心)、陈皮、片芩(去枯)、山栀各一钱,当归六分,砂仁、木香各五分,甘草三分组成。锉为一剂,生姜煎,人竹沥、姜汁少许同服。功能清热化痰,下气散结。主治痰结阻气,咯吐不出,胸膈作痛,不能转侧;或胸膈满闷,咳而气急,时有寒热,以及痰迷心窍,不能言语者。本方所治证属痰阻气机,郁结化热,痰热蕴结,故当清热化痰,下气散结。方中栝蒌清热化痰,枳实下气散结,合为君药;桔梗、陈皮行气宽胸,黄芩、山栀清热泻火,共为臣药;贝母、茯苓化痰渗湿,砂仁、木香行气解郁,并能健胃醒脾,皆为佐药;当归温润,养血和血,甘草益气和中为使药;服时加竹沥清热滑痰,生姜和胃化痰。诸药配伍则气顺热清,痰消结散,诸症自平。临床用于痰热互结,咯吐不出,胸膈满闷作痛,甚至气急等症。原方加减法:"痰迷心窍,不能言语,加石菖蒲,去木香;气喘,加桑白皮、苏子。"

化痰丸(《明医杂著》) 又名节斋化痰丸。天门冬、黄芩、橘红、海蛤粉、栝蒌仁各一两,芒硝、香附(盐水炒)、桔梗、连翘各五钱,青黛二钱。为细末,人姜汁少许,炼蜜为丸,芡实大,每服一丸,嚼烂开水送下。功能清热化痰。主治热痰郁于心肺胸膈,稠粘难咯,咽干口燥,咳嗽喘促,面色白如枯骨。

葶苈大枣泻肺汤

本方出自《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》。方由葶苈(熬令色黄,捣丸如弹子大),大枣十二枚组成。先以水三升,煮枣取二升,去枣纳葶苈,煮取一升,顿服。功能泻肺去痰,利水平喘。主治肺痈,胸中胀满,痰涎壅塞,喘咳不得卧,甚则一身面目浮肿,鼻塞流涕,不闻香臭酸辛;亦治支饮不得息者。

本方所治证属肺中生痈,不能通调水道,故痰浊阻塞,气逆不降。当此之时,脓尚未成,形气俱实,急当泻肺气,利水道,祛痰浊,平喘逆为治。本方用辛苦、大寒之葶苈子,人肺泻气,开结利水,使肺气通利,痰水俱下,则诸症可平;但又恐其性猛力峻,故佐以大枣之甘温安中而缓和药力,使驱邪而不伤正。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》又用本方治"支饮不得息"。由此可知,凡咳嗽痰鸣,喘息不得卧,胸胁胀满,甚则一身面目浮肿而属实证者,本方皆能适用。本方为泻肺行水之峻剂,适用于肺痈、支饮等肺气壅塞,以致喘息不得平卧之证。肺痈初起,如有表证,当先解表。表解后才可用本方,或用本方配以宣散之药,使邪气由表里两解。如脓成正气已虚者禁用。

葶苈散(《济生方》卷二) 甜葶苈(炒)、桔梗(去芦)、栝蒌子、川升麻、薏苡仁、桑白皮、葛根各一两,甘草(炙)半两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜五片,煎至八分,去滓,食后温服。功能泻肺,祛痰,平喘。主治过食煎煿,或饮酒过度,致肺壅喘息不得卧,及肺痈,咽燥不渴,浊唾腥臭。

礞石滚痰丸

本方为王隐君方,录自《丹溪心法附余》卷九。又名滚痰丸。方由大黄(酒蒸)、黄芩(酒洗净)各八两,礞石(用焰硝一两,放入小砂罐内盖之,铁线缚定,盐泥固济,晒干,火煅红,候冷取出)一两,沉香五钱组成。为细末,水泛丸如桐子大,每服四五十丸,临卧食后清茶或温水送下。功能降火逐痰。主治实热老痰,发为癫狂惊悸,或怔忡昏迷,或咳喘痰稠,或胸脘痞闷,或眩晕痰多,大便秘结,舌苔黄厚而腻,脉滑数有力者。

本方为实热老痰致证而设。痰热久积不去,变生种种怪证。故治应降火逐痰,使痰积恶物,自肠道排出,病证即愈。方中礞石味辛而咸,质重而降,性猛而悍,能消一切痰积,硝石苦寒,破积散坚,除热止烦,两物同煅,尤能攻逐陈积伏匿之老痰;大黄苦寒,荡涤陈积,开下行之路;黄芩苦寒,清上焦之火,消成痰之源;大黄、黄芩用量独重,不仅助礞石除老痰,泻实热,还有正本清源之意;沉香散结导气,沉降下行为诸药开导,以加强坠痰之功。四药合用,降火逐痰。用于实热老痰内结所致的种种怪证。以痰胶稠难出,大便秘结,舌苔黄厚而腻,脉滑数有力为辨证要点。本方力猛效速,虚人及孕妇均不可轻用,以免损正气,伤及胎元。

竹沥达痰丸(《古今医鉴》卷四) 又名竹沥运痰丸。半夏(汤泡七次,生姜汁浸透,晒干,切片,瓦上微火炒熟)二两,橘红二两,白术(微炒)二两,大黄(酒蒸,晒干)二两,茯苓二两,黄芩(酒炒)二两,甘草(炙)一两半,人参一两五钱,礞石(同焰硝一两,火煅金色)一两,沉香五钱。为细末,竹沥二大碗、生姜汁三匙,为丸,小豆大,每服五十至七十丸,食后白汤送下。功能降火逐痰。主治实热老痰,发为癫狂,惊悸,咳喘痰稠等。此方能运痰从大便出而不损元气。

竹沥化痰丸

本方出自《增补万病回春》卷二。又名导痰小胃丹。方由南星、半夏(二味用皂矾、姜水浸煮干)各二两,陈皮、枳实(二味用皂矾水泡半日,炒)各二两,白术(去芦)二两,苍术(用米泔、皂矾水浸一宿,去黑皮,切,晒干,炒)二两,桃仁(去皮)、杏仁(用皂矾水泡,去皮尖)各一两,红花(酒蒸)一两,白芥子(炒)一两,大戟(长流水煮一时,晒干)一两,芫花(醋拌湿,过一宿,炒黑)一两,甘遂(面裹煨过)一两,黄柏(炒褐色)一两,大黄(酒湿,纸包煨过,再以酒炒)一两半组成。为末,姜汁、竹沥打蒸饼糊为丸,如绿豆大,每服二三十丸,极甚者五七十丸。量人虚实加减,再不可多,恐伤胃气。功能开窍达痰。主治痰涎壅盛之喘咳,头晕,痰痞积块,以及痰迷心窍之中风不语,喉中痰

声如拽锯，喉痹，头痛久不止，癫痫，精神失常等。

本方上治诸症皆由痰涎壅盛所致。故当达痰为治，是急则治标之法。方中用药多至十八味，单取竹沥为名者，是因竹沥甘、苦、大寒，性滑流利，走窍逐痰，能遍走经络，搜剔一切痰结，故《本草衍义补遗》有"痰在经络四肢，及皮里膜外者，非此不达不行"之说，用为方名，是突出本方利窍达痰之功。方中天南星、半夏祛痰散结；枳实下气除痞而消积破坚；白芥子祛皮里膜外之痰；甘遂、大戟、芫花、大黄，皆逐水攻积之品，导痰从大便而出；桃仁、红花活血化瘀而通血脉；杏仁、陈皮利肺化痰而调气机；苍术、白术燥湿健脾而消生痰之源；黄柏清热燥湿而泻相火。诸药配合，和血调气，清热破结，达痰利窍。尤妙在用皂矾水制药，生姜汁和丸，皂矾酸凉有燥湿化痰，消积化涎之功，生姜汁开结和胃，与竹沥有相使之义，还可监制大苦、大寒之药，使不伤胃，故本方为达痰峻剂。凡在胸膈肠胃及经络四肢之热痰，服后皆可使从下窍而出，则诸症自解。但须掌握剂量，不可求功心切，妄用大量，反伤胃气，痰虽出而病难痊。由于本方药力速猛，惟确有痰涎积聚而形气俱实者可用。虚人及孕妇忌用。不可与甘草同服。

化痰丸

本方出自《景岳全书·小儿则古方》卷六十二。方由胆星、半夏(制)、礞石(制)、枳实各二两，麝香三分组成。上药为末，姜汁糊丸，绿豆大，朱砂为衣，姜汤研化，酌量送服。功能清热化痰，开窍安神。主治小儿惊搐，喉内痰响者。本方所治证属小儿痰热壅盛于内而致急惊。治当清热化痰，开窍安神。方中胆南星清热化痰，半夏降逆化痰，礞石攻逐积痰，枳实下气破结，四药相合，清热豁痰之功尤殊。更用麝香开关通窍，朱砂安神镇惊，生姜汁豁痰和胃，使痰去热清，窍开神安，则惊搐自平。本方药力峻猛，小儿服后惊搐平定便不再服。小儿脾胃虚寒所致的慢惊忌用。

青蛤丸

本方系种福堂方，见于《卫生宝鉴》卷一。又名青黛蛤粉丸，若作散剂名黛蛤散。方由青黛(水飞净)、蛤粉(新瓦煅)各三钱组成。蜜丸，指头大，临卧噙化三丸。功能清热化痰。主治肝火犯肺，痰火壅盛，咳嗽吐痰，咽喉不利，面鼻发红，头晕耳鸣，胸胁作痛。本方治证因肝火犯肺，熬液成痰，痰热壅肺，肺气不降所致，治宜平肝清热，化痰肃肺。方中青黛泻肝凉膈，《本草蒙筌》指出："青黛"泻肝……消膈上痰水"；蛤粉清热化痰，《本草经疏》称："蛤粉气寒无毒，为治痰之要药。盖痰未有不由火气上炎煎熬津液而成，咸能软坚润下，得之则火自降，痰结自消矣。"两者为伍，使肝火得清，则无犯肺灼津之害，痰消气降，则肺无壅逆之苦，因而咳、痛可痊。

小儿止嗽金丹

本方录自《全国中药成药处方集》(天津方)。方由玄参(去芦)、麦冬、杏仁(去皮尖，炒)各125克，苏子(炒)62克，焦槟榔93克，胆南星125克，知母、苏叶各62克，桔梗、竹茹、生桑皮、川贝、花粉、生蒌仁、甘草各93克组成。共为细粉，炼蜜为丸，3克重，周岁以上每次服1丸；周岁以下小儿酌减，白开水化服。功能清热润肺，化痰止嗽。主治伤风发热，咳嗽痰黄，口干舌燥，腹满便秘，以及久嗽痰盛。本方所治证属小儿热痰内蕴，肺气不宣，腑气壅滞。治宜清热化痰。方中胆南星、川贝母、竹茹清热化痰；紫苏子、杏仁降气化痰；桑皮泻肺止咳；玄参、麦冬、知母、天花粉甘寒生津，清润肺胃；焦槟榔、生瓜蒌仁下气通肠宣肺；桔梗、甘草清热利咽；紫苏叶发散外邪。诸药合用，使表解热清，气顺痰消，则诸症自愈。若痰热内蕴，兼有食积而见上证者，亦可应用。

鹭鸶咳丸(《全国中药成药处方集》北京方) 麻黄、甘草、白芥子(炒)各12克，杏仁、石膏、栀子(炒)、蛤壳、苏子(炒)、瓜蒌皮、天花粉各60克，青黛、射干、牛蒡子各30克，细辛6克，麝香0.6克，龙涎香1.5克。前14味共为细末，再兑入后2味，和匀，炼蜜为丸，每丸重1.2克，每服1丸，白开水或梨汤送下。功能清宣肺热，止嗽化痰。主治小儿百日咳，咳嗽不休，气呛声嘶，甚则呛血，久嗽音哑，面目浮肿，经久不愈者。

白金丸

本方见于《医方考》。又名白玉化痰丸、矾郁丸、癫痫白金丸。方由白矾三两，郁金七两组成。共为末，糊丸(《医方集解》作薄荷糊丸)，梧桐子大，每服五六十丸，温汤下，日一至二次。功能镇惊豁痰安神。主治痰壅内闭，惊痫发狂，神志不清。本方所治证属痰浊内壅，蒙闭清窍，故治宜豁痰开窍。方中白矾能化顽痰；郁金苦能开郁结，合制为丸，则痰去窍开，神清病愈。

白金丸(《外科全生集·新增马氏试验秘方》) 白矾(研细)、川郁金(研细)各等份，共和匀，皂角汁为丸。功能豁痰散结。主治喉风、乳蛾。

海藻玉壶汤

本方出自《外科正宗》卷二。方由海藻、贝母、陈皮、昆布、青皮、川芎、当归、半夏、连翘、甘草节、独活各一钱，海带五分组成。水二钟，煎八分，量病上下，食前、后服。功能行气化痰，散瘿消瘤。主治瘿瘤初起，或肿，或硬，或赤，或不赤，但未破者。瘿瘤有形初起，治当消散。方中海藻、海带、昆布清热软坚，消肿散结为君药；贝母、半夏、

连翘、青皮、陈皮疏肝解郁，化痰散结，共为臣药；当归养血，川芎活血，调理气血，养肝疏肝，独活祛风通络，皆是佐药；甘草反海藻，两药同用于一方，取其相反相激，使瘿散瘤消而不伤正。古法有："病在上，食后服；病在下，食前服"之说，故本方有"量病上下，食前、后服"之法。现多用于治疗甲状腺肿大而有上述症状者。

四海舒郁丸

本方出自《疡医大全》卷十八。方由青木香五钱，陈皮、海蛤粉各三钱，海带、海藻、昆布、海螵蛸（俱用滚水泡去盐）各二两组成。共研细，每服三钱，酒或水调下，日服三次，渣澄在碗底者，敷颈上。愈后用黄药子四两，生酒三大壶，煮三炷香，放窑内七日，以去火毒，早晚任饮数杯，以除病根。功能行气化痰，散结破瘿。主治气瘿。本方所治证属七情不遂，肝气郁结，气郁化火，灼津成痰，痰气凝结而成气瘿。方中青木香行气解郁，散结消肿，陈皮理气化痰，燥湿和中，两药相伍，有疏肝解郁，理气化痰之功；海带、海藻、昆布、海蛤粉清热化痰，利水消肿，软坚散结；海螵蛸咸温，善能舒营气，破瘀血，敛新血，行中有收，合诸药共奏行气化痰，软坚散结之效；黄药子苦平，凉血降火，消瘿解毒，煮酒服，能治瘿瘤结气，故愈后继服，可以根除气瘿。本方适用于肝气不舒，气郁化火，灼津成痰之气瘿、瘰疬。亦可配合逍遥散服用，能加强舒肝解郁，破瘿消瘰之力。

化瘿丹（《儒门事亲》卷十二）　海带、海藻、海蛤、昆布（以上四味皆焙）、泽泻（炒）、连翘各等份，猪靥、羊靥各十枚。为细末，蜜丸，如鸡头（即芡实）大，临卧噙化一二丸。功能清热化痰，散结消瘿。主治气瘿。

二海丸（《证治准绳·疡医》卷五）　海藻、昆布（各酒洗，晒干）各等份。为末，炼蜜为丸，杏核大，稍稍咽汁，又用海藻洗净切碎，油醋熟作，当菜常食。功能软坚散结。主治气瘿。

昆布散

本方出自《证治准绳·疡医》卷五。方由昆布（洗）、海藻（洗）、松萝、半夏（汤泡）、细辛、海蛤（细研）、白蔹、甘草（炙）各一两，龙胆草、土瓜根、槟榔各二两组成。为细末，每服二钱，食后温酒调下。功能行气解郁，化痰散结。主治瘿气结肿，胸膈不利。气瘿之为病，多因情志不遂，肝郁化火，灼津成痰，痰火凝结所致。治当行气解郁，化痰散结。方中昆布、海藻、海蛤清热利水，软坚散结，共为君药；松萝清肝化痰，白蔹散结消肿，龙胆草泻肝胆湿热，土瓜根清热消瘀，共为臣药；细辛破痰开结，半夏和胃化痰，两药虽皆温燥，但有大量咸寒、苦寒药制约，可制其性而取其用；槟榔下气破结，使气顺痰消，皆为佐药；甘草益气和中，原与海藻相反，本方两药同用，正取其相反之性，使散瘿破气而不伤正，亦是佐使之品。如此寒温并用，润燥兼施，散中有补，则去痰而不伤津，泻火而不碍胃，散瘿而不耗气，用以治疗气瘿。

消瘰丸

本方出自《医学心悟》卷四。又名消疬丸。方由玄参（蒸）、牡蛎（煅，醋研）、贝母（去心，蒸）各四两组成。共为细末，炼蜜为丸，每服三钱，开水送下，日二服。功能清热化痰，软坚散结。主治瘰疬，痰核，咽干，舌红，脉弦滑者。本方所治证属肝肾阴亏，肝火郁结，灼津为痰，痰火凝聚而成瘰疬。治当清热消痰，软坚散结，兼顾肝肾之阴，清降虚火。方中以玄参益阴除热，凉血散结；牡蛎软坚散结，贝母清热消痰。三药合用，可使火平热清，痰化结消，则瘰疬自除。本方主治瘰疬、痰核、瘿瘤属痰火结聚者。现临床上对单纯性甲状腺肿、甲状腺机能亢进、甲状腺炎及急性单纯性淋巴结炎而舌红，脉细弦数者，均可用本方加减治疗。方中牡蛎生用尤好。

内消瘰疬丸

本方出自《疡医大全》卷十八。方由夏枯草八两，玄参、青盐各五两，海藻、川贝母、薄荷叶、天花粉、海粉、白蔹、连翘（去心）、熟大黄、生甘草、生地、桔梗、枳壳、当归、硝石各一两组成。共磨细，酒糊丸，桐子大，临卧白汤送下三钱。功能清肝化痰，软坚散结。主治瘰疬。本方所治证属情志不遂，肝火郁结，煎液成痰，滞于经络，致生瘰疬之证。治当清热化痰，软坚散结。方中夏枯草能清肝火，散结气，消瘰疬，为君药；玄参滋阴降火，软坚散结，川贝母化痰散结，清热润肺，海藻、海粉、青盐软坚消痰，清热利水，共为臣药；天花粉、生地黄清热凉血，连翘、白蔹解毒散结，熟大黄清血分瘀热，薄荷叶宣透肝经郁火，桔梗开肺祛痰，枳壳下气解郁，硝石软坚散结，当归养血和血，共为佐使药，以加强清肝散结，软坚化痰之功。甘草反海藻，本方两药同用，取其相反相成，既缓散结之性使不伤气，又合寒药而为生津润燥之用，使肝气舒，郁火清，痰结消，瘰疬得以消散，故名内消瘰疬丸。临床用于肝经火旺之瘰疬、瘿瘤而未溃破者。

夏枯草膏（《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十四）　夏枯草一斤半，当归、白芍（酒炒）、黑参、乌药、浙贝母（去心）、僵蚕（炒）各五钱，昆布、桔梗、陈皮、抚芎、甘草各三钱，香附（酒炒）一两，红花二钱。上药共入砂锅内，水煎浓汤，布滤去渣，将汤复入砂锅内，慢火熬浓，加红蜜八两，再熬成膏。每用一二匙，滚水冲服；亦可用薄纸摊贴患处。功能软坚散结，化痰消瘰。主治男妇小儿忧思气郁，瘰疬坚硬，以及瘿瘤、痰核等证。戒气怒鱼腥。

三子养亲汤

本方出自《韩氏医通》卷下。方由紫苏子(主气喘咳嗽)、白芥子(主痰)、莱菔子(主食痞兼痰)组成。各洗净,微炒,击碎,看何证多,则以所主者为君,余次之,每剂不过三钱。用生绢小袋盛之,煮作汤饮,代茶啜用,不宜煎熬太过。若大便素实者,临服加熟蜜少许;若冬寒,加生姜三片。功能顺气降逆,化痰消食。主治咳嗽气喘,痰多胸痞,食欲不振,舌苔粘腻,脉滑者。本方原治老年人中气虚弱,运化不健,水谷精微化为痰,痰壅气逆,肺失肃降,以致食少痰多,咳嗽喘逆等,故有养亲之名。病急则须治标,故方中以紫苏子降气行痰,白芥子畅膈除痰,莱菔子消食化痰。三者皆治痰之要药,又能于治痰之中,各逞其长。合用则痰消食化,气顺而咳喘皆平。临床以咳嗽喘逆,食少痰多为辨证要点。现多用于治疗气管炎、支气管哮喘、肺气肿等属痰壅气滞者。老人中虚,实为生痰致病之根,待症状缓解,便当转与调补脾胃,否则中气更虚,致痰旋消旋生。

温中化痰丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷四。方由青皮(去白)、良姜(去芦,炒)、干姜(炒)、陈皮(去白)各五两组成。为细末,醋打面糊丸,如梧桐子大,每服三十至五十粒,不拘时,汤饮任下。功能温中化痰。主治停痰留饮,胸膈满闷,头晕目眩,好卧食减,咳嗽呕吐,气短恶心,或饮酒过多,或引饮无度,或过伤生冷,痰涎并多,呕哕恶心。本方所治证属过食生冷,或引饮无度,或饮酒过多,重伤脾胃,水湿停聚,变生寒痰,痰阻气机所致,治当温中化痰。方中干姜辛热,温肺暖脾,散寒化饮,高良姜辛温芳香,温胃散寒,行气止呕,两药合用,温中散寒,化饮消痰之力尤佳;寒痰蓄积,非大力不除,故又用青皮破气散结,开郁消痰;陈皮理气健胃,燥湿化痰,使气机通利,寒痰得除。方虽四味,却能使痰消气顺,诸症悉平。

温胃化痰丸(《景岳全书·古方八阵》卷五十八) 半夏(制)三两,白术、陈皮、干姜(炮)各一两。为末,姜汁糊丸,桐子大,姜汤下二十丸。功能温胃化痰。主治膈内有寒,脾胃伤饮,胸膈不快,痰涎不已。

紫金丹

本方出自《普济本事方》卷二。方由信砒(研飞如粉)一钱半,豆豉(好者,水略润,少时以纸浥干,研成膏)一两半组成。用膏子和砒同杵极匀,丸如麻子大,每服十五丸,小儿量大小与之,临卧用腊茶清极冷吞下,以知为度。功能逐寒劫痰。主治多年肺气喘急,呴嗽晨夕不得眠。本方所治证属寒痰哮喘以致呴嗽晨夕不得眠,治当逐寒劫痰,以止喘逆。方中信砒辛酸大热,逐寒劫痰;淡豆豉善能宣通胸中郁气,兼解信砒之毒。两药合力,劫寒痰,平喘急。然本方力猛毒大,惟形气壮实而病发急重者可用,不宜多服、常服。

冷哮丸

本方出自《张氏医通》卷十三。方由麻黄(泡)、川乌(生)、细辛、蜀椒、白矾(生)、牙皂(去皮弦子,酥炙)、半夏曲、陈胆南星、杏仁(去双仁者,连皮尖用)、甘草(生)各一两,紫菀茸、款冬花各二两组成。为细末,姜汁调神曲末,打糊为丸,每遇发时,临卧生姜泡服二钱,羸者一钱。功能散寒涤痰。主治背受寒邪,素多痰饮,遇冷即发喘嗽,顽痰结聚,胸膈痞满,倚息不得卧。背部是肺俞所在,背部受寒则伤在肺,肺寒不能敷布津液,逐渐凝结成痰,痰阻气机,故发为喘嗽,治当温肺散寒,涤痰平喘以治其标。方中麻黄宣肺散寒;川乌、细辛温经散寒;蜀椒温中除湿;白矾能化顽痰;皂角涤痰利窍;半夏、胆南星除痰下气;杏仁、紫菀、款冬花止咳祛痰;甘草调和诸药,共奏温肺涤痰,止咳平喘之效。本方多用于寒痰伏于肺脏,遇冷发为咳喘者。

小金丹

本方出自《外科全生集》卷四。方由白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖子各一两五钱,制乳香、制没药、当归各七钱五分,麝香三钱,香墨炭一钱二分组成。上药为细末,糯米粉打糊为丸,芡实大,每服一丸,陈酒送下,覆盖取汗。功能温化痰湿,消肿散结。主治痰核,流注,瘰疬,乳核肿块,及一切阴疽初起。本方所治证属痰湿郁结,气血凝滞,治宜化痰散结。方中木鳖子、草乌以温化痰湿,散结消肿;白胶香、乳香、没药、麝香、五灵脂、地龙、当归、香墨以活血通络,消肿止痛。作丸剂久服,有渐消缓散的功效。实验研究证明,本方能抑制小鼠梭形细胞肉瘤和小鼠肉瘤 S_{180}的生长。

小金丹(《素问·刺法论》,引自《内经方集释》) 朱砂二两,雄黄、雌黄各一两,紫金五钱。为细末。炼蜜为丸,梧桐子大,每日服一丸,水送下,和气咽之,共服十九日。功能解毒辟秽。用于辟瘟疫。

止嗽散

本方出自《医学心悟》卷三。方由桔梗(炒)、荆芥、紫菀(蒸)、百部(蒸)、白前(蒸)各二斤,甘草(炒)十二两,陈皮(水洗去白)一斤组成。共为末,每服三钱,开水调下,食后临卧服。初感风寒,生姜汤调下。功能止嗽化痰,宣肺解表。主治外感咳嗽,咳而咽痒,咯痰不爽,微有恶风发热,舌苔薄白,脉浮缓者。

本方所治证属风寒犯肺，肺气不宣，治宜止咳化痰，宣肺解表。方中紫菀、百部味苦而性温润，下气化痰，理肺止嗽，同为君药；桔梗开宣肺气，祛痰止嗽，白前降气除痰而止咳，均为臣药。君臣相合，升降并用，故能调节气机升降之失调。佐以陈皮理气化痰而止咳嗽，荆芥疏风解表而畅肺气；使以甘草调和诸药，与桔梗同用，又能清利咽喉。药虽七味，但俱备温而不燥，润而不腻，散寒不助热，解表不伤正之特点，为治一般外感咳嗽的有效方剂。本方属于止咳化痰，疏风解表之剂。温润和平，不寒不热，主要用于外感咳嗽，尤其适用于外感咳嗽较久，咳嗽咽痒，微有恶风发热。若外感风寒初起，头痛鼻塞，发热咳嗽者，可加荆芥、防风、紫苏叶、生姜以散外邪。本方性虽平和，但总属辛温之剂，故阴虚劳嗽者，不宜使用。如肺热咳喘，须加贝母、知母、瓜蒌、黄芩之类，不宜单独使用本方。

金沸草散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由旋覆花（去梗）、麻黄（去节）、前胡（去芦）各三两，荆芥穗四两，甘草（炒）、半夏（汤洗七次，姜汁浸）、赤芍药各一两组成（《类证活人书》无麻黄，有细辛）。为粗末，每服三钱，水一盏半，入生姜三片，枣一个，同煎至八分，去滓温服，不计时候。功能发散风寒，止咳平喘。主治头目昏痛，颈项强急，恶寒发热，肢体烦疼，胸膈满闷，痰涎不利，咳嗽喘满，涕唾稠粘；以及时行寒疫，壮热恶风。本方所治证属风寒束表，肺失宣降，聚生痰涎所致，治当发散风寒，止咳平喘。方中旋覆花味咸性温，散风寒，化痰饮，善治风寒咳喘为君药；麻黄、荆芥辛温解表，宣肺平喘为臣药；前胡下气消痰，兼散风寒，半夏燥湿化痰，降气止咳，助君、臣药祛痰止咳；赤芍药苦而微寒，可防温燥太过，共为佐药；甘草益气和中，调和诸药，姜、枣调和营卫，为使药。诸药协力，使邪散气顺，痰去咳止而喘亦平。临床用于风寒束肺而致的咳嗽上气，痰涎不利，或兼头痛，寒热无汗等表证者。

华盖散

本方出自《博济方》卷二。方由紫苏子（炒）、麻黄（去根节）、杏仁（去皮尖）、陈皮（去白）、甘草（炙）各半两，桑白皮、赤茯苓（去皮）各一两组成。为末，每服二钱，水一盏，煎至六分，去滓，食后温服。功能宣肺化痰，止咳平喘。主治肺感寒邪，咳嗽上气，胸膈烦满，项背拘急，声重鼻塞，头昏目眩，痰气不利，呀呷有声。本方所治证属风寒犯肺，肺失宣降，痰气阻滞所致。治宜宣肺化痰，止咳平喘。方中麻黄宣肺平喘，解表发汗为君药；杏仁、紫苏子降气消痰以止咳，并为臣药；痰之本，水也，故佐以陈皮理气燥湿，桑白皮泻肺利水，赤茯苓渗湿行水，使气行水祛则痰自除；炙甘草为使，调和诸药。共成宣肺化痰，止咳平喘之方剂。用于风寒犯肺，肺失宣降，痰阻气机而致的咳嗽痰多，咯吐不利，呼吸有声等。

射干麻黄汤

本方出自《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》。方由射干十三枚（一法三两），麻黄四两，生姜四两，细辛、紫菀、款冬花各三两，五味子半升，大枣七枚，半夏（大者，洗）八枚（一法半升）组成。上九味，以水一斗二升，先煮麻黄两沸去上沫，纳诸药，煮取三升，分温三服。功能发散风寒，降逆化痰。主治咳而上气，喉中水鸡声。本方所治证属肺感风寒，宣降失常，津聚成痰，或内有痰饮，外被风寒，寒饮上逆。治当发散风寒，降气化痰。方用麻黄、细辛温肺散寒为君药；射干开结降痰，生姜散寒行水，半夏降逆祛痰，共化寒饮而平喘逆为臣药；佐以紫菀、款冬花温润除痰，下气止咳，五味子酸敛，收耗散之肺气，制麻、辛之宣散，大枣甘润，益气滋阴，既缓辛散之峻烈，又防温燥之伤阴。如此配伍，散中有收，燥中有润，则风寒去而气不耗，痰饮化而阴不伤，逆气平而咳自止。现多用于哮喘性支气管炎、支气管哮喘等辨证属风寒型者。

射干汤（《备急千金要方》卷五）　射干一两，半夏五枚，桂心五寸，麻黄、紫菀、甘草、生姜各一两，大枣二十枚。上八味，㕮咀，以水七升，煮取一升五合，去滓，纳蜜五合，煎一沸，分温服二合，日三次。功能散寒降逆，化痰平喘。主治小儿咳逆，喘息如水鸡声。

款冬花散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷四。方由款冬花（去梗）、知母、桑叶（洗焙）各十两，半夏（汤洗七遍，姜汁制）、甘草（爁）各二十两，麻黄（去根节）四十两，阿胶（碎，炒如珠子）、杏仁（去皮尖，麸炒）、贝母（去心，麸炒）各二十两组成。为粗末，每服二钱，水一盏，入生姜三片，同煎至七分，去滓，食后温服。功能宣肺祛痰，止嗽平喘。主治肺气不利，咳嗽喘满，胸膈烦闷，痰实涎盛，喉中呀呷，鼻塞流涕，头痛眩晕，肢体倦疼，咽嗌肿痛。本方所治证属风寒外伤，痰热内壅，肺气不利所致。治当宣肺祛痰，止嗽平喘。方以麻黄为君，外散风寒，内开肺气；但麻黄性温，与痰热不宜，故又用知母、桑叶，清肺润燥而散邪为臣药；杏仁、半夏降气化痰，贝母化痰散结，阿胶珠滋而不腻，润肺止咳而不留痰，并为佐药。方以款冬花为名，正由其辛温入肺，温而兼润，有下气化痰、止嗽平喘之功。明示本方重在祛痰开壅，不以散寒为主旨。临床用于素有痰热，又感风寒，发为咳嗽喘促，痰稠不得出，咽喉不利，胸膈烦满，脉浮滑数，舌苔厚腻者。

紫菀茸汤（《重订严氏济生方》）　紫菀茸（即紫菀，洗）、霜桑叶、款冬花、百合（蒸，焙）、杏仁（去皮尖）、阿胶

(蛤粉炒)、贝母(去心)、蒲黄(炒)、半夏(汤泡七次)各一两,犀角(镑)、甘草(炙)、人参各半两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜五片,煎至八分,去滓,食后温服。功能清肺补气,止咳化痰。主治饮食过度,或叫呼走气,或食煎煿,邪热伤肺,咳嗽咽痒痰多,唾血喘急,胸满胁痛,不得安卧。

贝母汤

本方出自《证治准绳·幼科》集之九。方由贝母(炒黄色)、半夏(白矾汤洗七遍,焙干)各一两,干姜、麻黄(去根节)、款冬花、甘草(炙)各半两组成。上药捣罗为细末,每服一钱,水一小盏,入生姜三片,杏仁(去皮尖)二粒,同煎至五分,去滓温服。功能宣肺散寒,化痰止咳。主治小儿肺中风,咳嗽喘满。本方所治证属肺受风寒,宣降失常,津结气壅,故为口燥、咳喘、身重、头昏、腹胀,治当宣肺化痰。方用贝母化痰止咳;麻黄、半夏、干姜、款冬花温肺散风,下气除痰;杏仁降肺,生姜和胃,甘草益气,使祛邪不伤正,于小儿更宜。临床适用于小儿风寒伤肺,咳喘气逆,脘腹胀满者。

贝母汤(《普济本事方》卷三) 贝母(去心,姜制半日,焙)一两,黄芩(生,去皮)、干姜(生)各一两,陈皮(去白)、五味子各一两,桑白皮(洗净,蜜炙黄)、半夏(汤洗七次)、柴胡(去苗,洗净)、桂心(不见火)各半两,木香一分,甘草(炙)一分。为粗末,每服五钱,水一盏半,杏仁七个,去皮尖,碎之,生姜七片,同煎至七分,去滓热服。功能祛痰止嗽。主治诸寒嗽久不愈,郁而化热者。

半夏白术天麻汤

本方出自《医学心悟》卷四。系二陈汤加味而成。为治风痰眩晕的常用方剂。方由半夏一钱五分,天麻、茯苓、橘红各一钱,白术三钱,甘草五分,生姜一片,大枣二枚组成。水煎服。功能补脾燥湿,化痰熄风。主治痰饮上逆,眩晕头痛,恶心呕吐。本方所治证属脾胃内伤,湿浊不化,凝聚为痰。因虚风上逆,故眩晕头痛。治当健脾祛湿,化痰熄风。《脾胃论》曾说:"足太阴痰厥头痛,非半夏不能疗,眼黑头旋,虚风内作,非天麻不能除。"程钟龄在《医学心悟》论眩晕中亦说:"有湿痰壅遏者,书云'头旋眼花,非天麻、半夏不除'是也。"所以本方在二陈汤的基础上,加入辛甘微温及善治虚风眩晕之天麻,共成熄风化痰,定眩止痛之功。湿痰内盛,脾虚可知,故再加补脾燥湿之白术,既可清生痰之源,又可以培脾气而安肝风之功。生姜、大枣温胃益脾,调和营卫,有助于升清降浊,是方中使药。互相配合,标本兼顾,为临床治疗湿痰壅遏而致眩晕头痛的常用方剂。用于风痰眩晕头痛,以眩晕,呕恶,舌苔白腻,脉弦滑为辨证要点。现多用于治疗耳源性眩晕而有上述表现者。

半夏白术天麻汤(《脾胃论》卷下) 黄柏二分,干姜二分,天麻、苍术、白茯苓、黄芪、泽泻、人参各五分,白术、炒曲各一钱,半夏(汤洗七次)、大麦芽面、橘皮各一钱五分。为粗末,每服半两,水二盏,煎至一盏,去滓,食前带热服。功能健脾化饮,定风止晕。主治痰厥头痛,咯痰稠粘,头晕烦闷,恶心吐逆,身重肢冷,不得安卧。

青州白丸子

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。作散剂,名四生散。为治风痰之剂。方由半夏(白好者,水浸洗过,生用)七两,川乌头(去皮脐,生用)半两,南星(生)三两,白附子(生)二两组成。捣罗为细末,以生绢袋盛,用井花水摆、揉,使药粉渗出,如有滓更研,再入绢袋摆尽为度,放瓷盆中日中晒,夜露至晓弃水,别用井华水搅又晒,至来日再换新水搅,如此春五日、夏三日、秋七日、冬十日,去水晒干,候如玉片,研碎,以糯米粉煎粥清为丸,如绿豆大。初服五丸,加至十五丸,生姜汤下,不计时候。功能祛风化痰。主治风痰涌盛,呕吐涎沫,口眼㖞斜,手足瘫痪,小儿惊风,及痰盛泄泻。本方所治证属风痰壅盛,阻塞经络所致。治当温经助阳,祛风化痰。方中半夏、南星苦辛温燥,燥湿化痰,降逆止呕,且半夏善治湿痰,天南星善治风痰,为开闭结、祛风痰之要药;川乌辛热,温经助阳,祛风逐邪;白附子既能燥湿化痰,又能祛风止痉。诸药合用,共奏温经通络,祛风化痰之功。若由于热痰迷窍者,切勿误用。

祛寒剂

根据《素问·至真要大论》"寒者热之"的治疗原则立法,使用温热性药物组成以治里寒证的一类方剂,称为祛寒剂,亦称温里剂。属于"八法"中温法的范畴。

祛寒剂具有振奋阳气,温里祛寒的作用,适用于寒邪直中脏腑经络和阳衰阴盛,寒从内生的里寒证。凡属中焦虚寒,少阴病阴盛阳衰,亡阳欲脱,寒凝经脉等,均可使用本类方剂。临床应用祛寒剂,应根据寒邪所在部位及病情轻重缓急等不同情况,分别采用不同的温阳祛寒方法。一般可分温中祛寒、回阳救逆、温经散寒三类。

(1) 温中祛寒:本剂适用于中焦虚寒证。症见脘腹痞胀,腹中冷痛,呕吐泻利,不思饮食,手足不温等。脾胃阳虚有寒,则运化无权,升降失常,故本类方剂常以温中祛寒药与健脾益气药同用,使中阳得振,运化有权,升降复常,而吐泻腹痛诸症可愈。并可因证佐以理气化湿,或和中降逆等药。

(2) 回阳救逆:本剂适用于肾阳式微,阴寒内盛,四肢厥逆,或汗多亡阳证。症见四肢逆冷,恶寒踡卧,呕吐腹痛,下利清谷,神疲欲寐,脉沉细微,或大汗淋漓,气息微弱,脉微欲绝等。阳衰阴盛,或元气大虚,真阳欲脱,故

本类方剂常以温肾回阳药，或与益气固脱药同用，使阳气迅速来复，以救欲脱之阳。并可随证佐以益阴生脉，或反佐少量寒凉苦降等药。另外，若阳虚水泛，症见全身浮肿，下肢尤甚，按之凹陷，腰痛酸重，畏寒肢冷等，常以温肾化气药与健脾利水药同用，使水气温散下行而浮肿自退。若肾不纳气，症见气短喘息，动则喘甚汗出，呼多吸少等，常以温补肾阳药与降逆定喘药同用，使纳气归肾而喘逆乃平。

(3) 温经散寒：本剂适用于阳虚血弱，寒邪凝滞证。如寒滞经络关节，症见经脉拘急，关节疼痛，痛有定处，不得屈伸等。寒胜则痛，故本类方剂常以温经通络药与散寒镇痛药同用，使寒邪散而痛可止。并可随证佐以扶阳除湿等药。若厥阴血虚受寒，症见手足厥逆，脉细欲绝，或妇女腰腹冷痛等，常以温经散寒药与养血通脉药同用，使经脉得到温养，血行得以通畅，则肢厥脉细，腰腹冷痛可以解除。若寒疝腹痛，症见绕脐腹痛，汗出肢冷，唇青面白等，是阳虚积寒在里，故本类方剂常重用温阳逐寒药，使寒积温散，腹痛自已；或见雷鸣切痛，胸满呕吐，并可佐以益胃降逆药。若血虚寒瘀，发为阴疽，症见局部漫肿，平坦色白，不红不热等，是阳虚血亏，寒凝痰滞，故本类方剂常以温阳补血药与散滞消痰药同用，可化阴凝而使阳和；或见阴疽不起，根脚平散软陷，脉细身凉，又当以温里回阳药与扶正补气药同用，以补托回阳，使阴证转化为阳证。

使用祛寒剂应注意：凡辛温燥热药有耗伤阴血、助热动火之弊，故对阴虚火旺及真热假寒的热厥证绝对禁用；如遇阴寒太盛，格阳于外，服热药入口即吐者，可采取热药冷服，或于方内少佐寒凉之品，以免格拒。

理中丸

本方出自《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》。若作汤剂，名理中汤；《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》以甘草易炙甘草作汤剂，名人参汤；《备急千金要方》名治中汤；《校注妇人良方》又名人参理中汤。本方是治疗中焦虚寒的代表方剂。方由人参、干姜、甘草(炙)、白术各三两组成。四味捣筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大，以沸汤和一丸，研碎，温服，日三至四服，夜二服，腹中未热，益至三至四丸，然不及汤。汤法为以四味依量数切，用水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。功能温中祛寒，补气健脾。主治脾胃虚寒证，自利不渴，呕吐腹痛，腹满不食及中寒霍乱；阳虚失血，如吐血、便血或崩漏；胸痹虚证，胸痛彻背，倦怠少气，四肢不温。

脾胃主中焦，脾胃虚寒，运化无权，升降失常，则腹痛吐泻因之而起。寒者当温，虚则宜补，故治疗以温补中焦立法。本方以调理中焦之阳而命名。方中干姜温运中焦，以散寒邪为君药；人参补气健脾，协助干姜以振奋脾阳为臣药；佐以白术健脾燥湿，以促进脾阳健运；使以炙甘草调和诸药，而兼补脾和中；以蜜和丸，取其甘缓之气调补脾胃。诸药合用，使中阳重振，脾胃健运，升清降浊机能得以恢复，则吐泻腹痛可愈。临床运用本方，以脉象沉细迟缓，舌淡苔白滑，不渴，溲清便溏，畏寒肢冷为辨证要点。现临床上常用本方治急、慢性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡、胃扩张、慢性结肠炎等辨证属于脾胃虚寒者。本方药性偏于温燥，阴虚内热者不可使用。原方加减法："脐上筑者，肾气动也，去术，加桂四两；吐多者，去术，加生姜三两；下多者，还用术；悸者，加茯苓二两；渴欲得水者，加术足前成四两半；腹中痛者，加人参足前成四两半；寒者，加干姜足前成四两半；腹满者，去术，加附子一枚。服汤后，如食顷，饮热粥一升许，微自温，勿发揭衣被。"临证见寒者重用干姜，虚甚者重用人参。阳虚失血，干姜可改为炮姜。热粥，是为了协助药力的温运。汤剂荡涤寒邪，祛逐冷积之功较著，且可避免蜜之滞脾，故凡上吐下泻，病势较急者，宜作汤服；病情较轻，病程较长，当用丸剂。

桂枝人参汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》)　桂枝(切)、甘草(炙)各四两，白术、人参、干姜各三两。上五味，以水九升，先煮四味，取五升，纳桂，更煮取三升，去滓，温服一升，日二夜一服。功能温中健脾，解表祛寒。主治太阳病外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞鞕，表里不解者。

附子理中丸(《太平惠民和剂局方》卷五)　附子(炮，去皮脐)、人参、干姜(炮)、甘草(炙)各三两。为细末，炼蜜为丸，每两作十一丸，每服一丸，以水一盏化破，煎至七分，空腹，食前稍热服。功能温阳祛寒。主治脾胃冷弱，心腹绞痛，呕吐泄利，霍乱转筋，体冷微汗，手足厥寒，心下逆满，腹中雷鸣，呕哕不止，饮食不进，及一切沉寒痼冷。

枳实理中丸(《太平惠民和剂局方》卷三)　枳实(麸炒)一两，白术、人参、甘草、白茯苓、干姜(炮)各二两。为细末，炼蜜为丸，如鸡子黄大，每服一丸，热汤化下，连进二至三服。功能理中焦，除痞满，逐痰饮，止腹痛。主治伤寒结胸欲绝，心膈高起，实满作痛，手不得近者。《三因极一病证方论》："若渴者加栝蒌根二两，下利者加牡蛎(煅)二两。"

附子理中汤(《三因极一病证方论》)　大附子(炮，去皮脐)、人参、干姜(炮)、甘草(炙)、白术各等份。锉散，每服四大钱，水一盏半，煎七分，去滓，不拘时服。功能回阳祛寒。主治五脏中寒，口噤，四肢强直，失音不语。

理中化痰丸(《明医杂著》卷六)　人参、炒白术、干姜、炙甘草、茯苓、姜半夏。为细末，和丸，梧桐子大，每服四十至五十丸，开水送下。功能温中化痰。主治脾胃虚寒，痰饮内停，呕吐少食，或大便不实，饮食难化，咳吐痰涎。

连理汤(《症因脉治》卷二)　人参、白术、干姜、炙甘草、黄连。水煎服。功能温中健脾，苦燥湿热。主治脾胃虚寒兼有湿热，呕吐酸水，腹痛泄泻，口苦苔黄，脉弦迟

者。《张氏医通》连理汤，较本方多茯苓。

香砂理中汤（《医灯续焰》） 广木香一钱，东洋参钱半，炒川姜一钱，春砂仁一钱，生晒术（炒）二钱，甘草（清炙）八分。水煎服。功能温中悦脾。主治中寒腹痛，肢冷便溏，或吐利脘满，苔白腻，脉沉弱。

温胃饮

本方出自《景岳全书·古方八阵》卷五十三。系由《伤寒论》理中汤加味而成。方由人参一、二、三钱或一两，白术（炒）一二钱或一两，扁豆（炒）二钱，陈皮一钱（无滞者不用），干姜（炒焦）一、二、三钱，甘草（炙）一钱，当归一二钱（滑泄者勿用）组成。水二盅，煎七分，食远温服。功能温胃补脾。主治中寒呕吐吞酸，泄泻不思饮食，及妇人脏寒呕恶，胎气不安等。本方所治证属寒邪损伤脾胃阳气，以致脾胃升降失调，治宜温中，祛寒，补虚为主。方中炮姜温胃祛寒为君；人参、白术、扁豆益气补中，健脾和胃共为臣药；炙甘草补脾和中，当归补血活血且能安胎，陈皮理气健脾均为佐使。诸药合用，能使寒邪散去，中焦温暖，升降自调，则呕吐、泄泻诸症可愈。原方加减法："下寒带浊者加补骨脂一钱；气滞或兼胸腹痛者，加藿香、丁香、木香、白豆蔻、砂仁、白芥子之属；兼外邪及肝肾之病者，加桂枝、肉桂，甚者加柴胡；脾气陷而身热者加升麻五至七分；水泛为痰而胸腹痞满者，加茯苓一至二钱；脾胃虚极，大吐大呕不能止者倍用参、术，加胡椒二至三分，煎熟，徐徐服之。"

扶阳助胃汤

本方出自《卫生宝鉴》卷十三。是仿附子理中汤之意加味而成。方由干姜（炮）一钱半，拣参、草豆蔻、甘草（炙）、官桂、白芍各一钱，陈皮、白术、吴茱萸、益智各五分（一方一钱），黑附子（炮，去皮）二钱组成。上药㕮咀，都作一服，加生姜三片，枣二枚，水煎，食前温服。功能温中祛寒。主治寒气客于肠胃，胃脘当心而痛，得热则已者。本方所治证属中阳不振，客寒犯胃，治当温中，散寒，止痛。方中附子、干姜大辛热，温中阳而散寒邪，故以为君；草豆蔻、益智仁、肉桂、吴茱萸温中暖胃，散寒止痛为臣；脾不足者，以甘补之，拣参、炙甘草甘温，白术、橘皮苦温，合生姜、大枣，均能补脾益气，芍药味酸，收敛阴气，配附子可使温而不燥，合甘草则能缓急止痛，皆属佐使药。全方具有扶阳助胃，散寒止痛的作用，故名扶阳助胃汤。凡寒邪犯胃作痛，遇寒则甚，得热则舒之胃寒痛，本方有一定疗效。

附子温中汤

本方出自《卫生宝鉴》卷二十三。是由《三因极一病证方论》的附子理中汤、《内外伤辨惑论》的厚朴温中汤加减化裁而来。方由干姜（炮）、附子（炮）各七钱，人参、甘草（炙）、白芍药、白茯苓、白术各五钱，草豆蔻（面裹煨，去皮）、厚朴（姜制）、陈皮各三钱组成。为粗末。每服五钱至一两，加生姜五片，水煎，饭前服。功能温中散寒，健脾除湿。主治中寒腹痛自利，水谷不化，或不欲饮食，懒言困倦。本方所治证属寒邪直中太阴，脾运化水湿功能失常，故治宜温运脾阳，散寒除湿。方取附子理中汤的"附子"，厚朴温中汤的"温中"而名。方中干姜、附子、草豆蔻温中散寒，除湿止痛，共为君药；人参、白术健脾燥湿，厚朴化水谷，厚肠胃，共为臣药；白芍缓急止痛，配甘草酸甘化阴，既能控制姜附的温燥，又能加强甘缓止痛作用，茯苓淡渗利中，陈皮调中快膈，共为佐使。诸药合用，使脾阳振奋，运化复常，寒湿去而腹痛泻利可除。

温中补脾汤

本方出自《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十一。系由附子理中汤加味而成。方由人参、黄芪（蜜炙）、白术（土炒）、干姜、陈皮、半夏（姜制）、附子（制）、茯苓、砂仁、肉桂（去粗皮）、白芍药（炒焦）、甘草（炙）、丁香组成，加煨姜，水煎服。功能温中补脾，固本回阳。主治慢脾风，吐泻日久，闭目摇头，面唇青黯，额汗昏睡，四肢厥冷，舌短声哑，频呕清水。本方所治证属吐泻既久，脾气大伤，脾伤及肾，脾肾阳虚，属纯阴无阳之证，治宜温中回阳。方中人参、黄芪补中益气，合附子以固本元；附子温补元阳，干姜温中散寒，两药合用能温脾肾，助阳散寒；肉桂温暖下焦，合附子则补命门，取益火生土之意；白术除湿益气，和中补阳，炙甘草补脾益气，配干姜辛甘合用，有振复中焦阳气之功；丁香暖胃降逆，配肉桂则温肾助阳之力更强；半夏和脾降逆；砂仁温中醒脾；茯苓健脾和胃，宁心安神；陈皮理气健脾止呕，加煨姜除冷守中。诸药合用，对于慢脾之吐泻亡阳，能收益阳消阴，扶正达邪之功。

沉香温胃丸

本方出自《内外伤辨惑论》卷中。方由附子（炮）、巴戟天（酒浸）、炮姜、茴香（炮）各一两，沉香、甘草（炙）、当归、吴茱萸（炒）、人参、白术、白芍药、白茯苓、良姜、木香各五钱，丁香三钱，官桂七钱组成。共为细末，醋糊为丸，梧桐子大，每服五十至七十丸，空腹热米汤送下，日三次。功能温里散寒，健脾调中。主治中焦气弱，脾胃受寒，饮食不美，气不调和，脏腑积冷，心腹疼痛，大便滑泄，腹中雷鸣，霍乱吐泻，手足厥逆，便利无度；并治下焦阳虚，脐腹冷痛，及伤寒阴湿，形气沉困自汗。本方所治证属中焦气弱，阴寒内盛，而下焦阳气亦虚，故治以温阳散寒，益气健脾。方中沉香、木香、丁香、茴香理气运脾；炮姜、高良姜、吴茱萸温胃散寒；附子、肉桂、巴戟天温补脾肾之阳，

以助温胃之功；再用当归和血止痛，白芍缓急止痛；人参、茯苓、白术、甘草益气补中，健脾养胃。全方具有温暖脾胃，逐阴祛寒的作用。阳气振复，阴寒自散，则腹痛泻利可愈。

沉香桂附丸（《卫生宝鉴》卷十五）　系由《内外伤辨惑论》沉香温胃丸演变而成。方由沉香、附子（炮，去皮脐）、川乌（炮，去皮脐，切作小块）、干姜（炮）、良姜（炒）、茴香（炒）、肉桂、吴茱萸（汤浸去苦）各一两组成。为细末，醋糊为丸，梧桐子大，每服五十至七十丸，空腹热米汤或温酒送下，日二次。功能温阳祛寒，暖脾调中。主治脾胃虚寒积冷，脘腹疼痛，胁肋作胀，腹中雷鸣，便利无度，手足厥冷；下焦阳虚，七疝痛引小腹不可忍，腰屈不能伸，热物熨之稍缓。

大巳寒丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷二。方由荜拨、肉桂各四斤，干姜（炮）、高良姜各六斤组成。为细末，水煎面糊为丸，如梧桐子大，每服二十粒，食前米饮汤下。功能温中散寒。主治久寒积冷，脏腑虚弱，心腹疞痛，胁肋胀满，泄泻肠鸣，自利自汗，米谷不化；阳气暴衰，阴气独胜，手足厥冷；伤寒阴盛，神昏脉短，四肢怠惰等。本方所治证属脏腑虚寒，阳衰阴盛，治宜助阳消阴。方中荜拨温中下气，治脏腑虚冷；肉桂温中回阳，治沉寒痼冷，营卫风寒，阳虚自汗，腹中冷痛；干姜暖脾胃而温手足，散里寒而止泄泻；良姜暖胃散寒，治腹内久冷气痛。丸剂和缓，但药力持久，多服久服，则阳气得到振复，阴邪自能消散。

丁胡三建汤（《古今医鉴》卷十）　丁香、良姜、官桂各一钱五分。共锉为一剂，水一碗，煎七分，用胡椒五十粒炒黄色为末，调入药内，顿服。功能温中散寒，和胃止痛。主治胃脘冷痛，痛无休止，或拘急剧痛，局部畏寒，手足厥冷，常伴见呕吐清水，口淡不渴者。

桂香丸

本方出自《三因极一病证方论》卷十一。方由附子（炮，去皮脐）、肉豆蔻（炮）、白茯苓各一两，桂心、白姜（炮）、木香（炮）各半两，丁香一分组成。为末，糊丸，如梧子大，米汤下五十丸，空腹服。功能温中助阳，涩肠止泻。主治虚寒泄泻，冷滑注下不禁。本方所治证属脾肾阳虚，寒湿内盛，治宜温脾肾，除寒湿，止泻利。方中附子温脾补肾，是治疗脾肾阳虚而有寒湿者的首要药；肉豆蔻温脾燥湿，涩肠止泻，木香宽中，治脾胃虚寒凝滞，两味合用，对于脾胃虚寒，脘腹冷痛，泄泻不止有良好效果；肉桂温阳助火，合附子温补命门火，火旺则自能生土；炮姜温脾肾之寒，丁香暖脾胃之阳。脾肾之阳得以振复，则寒湿去而滑泻不禁可愈。

木香散（《苏沈良方》卷四）　木香、补骨脂、良姜、砂仁、厚朴（姜制）各三分，赤芍药、陈橘红、肉桂、白术各五钱，胡椒、吴茱萸各一分，肉豆蔻四枚，槟榔一个。为细末，每次三钱，用不经水猪肝约四两，去筋膜，劈为薄片，层层掺药，置锅中，入浆水一碗，醋煮肝熟，入盐一钱，葱白三茎，生姜弹子大，同煎至水欲尽，空腹冷食。初服微泻不妨，此为逐下冷气，少时即止。功能温肾暖脾胃，固肠止泻痢。主治脏腑冷极，及久冷伤惫，水泻冷痢，完谷不化，饮食无味，及妇人产后虚冷下泄。

胃关煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由熟地黄三至五钱或一两，山药（炒）、白扁豆（炒）各二钱，甘草（炙）一至二钱，干姜（炒焦）、白术（炒）各一至三钱，吴茱萸（制）五至七分。水煎，食远服。功能益肾，暖脾，止泻。主治脾肾虚寒作泻，甚则久泻腹痛不止，冷痢等。本方所治证属真阴不足，脾阳虚寒。治宜滋肾健脾，温中止泻。"肾为胃之关"，本方取补肾以固胃关之意，故名胃关煎。方中重用熟地黄直入肾脏填补真阴，去脐腹急痛，兼能培中州脾土；山药味甘归脾，固肠胃，止泻痢；白扁豆调脾缓胃，除湿止泻；白术健脾燥湿，治胃虚下利，除腹中冷痛；干姜、吴茱萸温中燥脾湿，治虚寒久泻；甘草益气补中。诸药合用，使真阴得以填充，脾阳得以温运，则泻利腹痛可愈。本方适用于真阴不足而脾阳虚寒所致的泄泻、冷痢。以脐下痛，食入不化，呕恶溏泻，或泻不甚臭，多见完谷为辨证要点。原方加减法："泻甚者，加肉豆蔻（面炒）一至二钱，或补骨脂亦可；气虚势甚者，加人参随宜用；阳虚下脱不固者，加制附子一至三钱；腹痛甚者，加木香七至八分，或加厚朴八分；滞痛不通者，加当归二至三钱；滑脱不禁者，加乌梅二个，或五味子二十粒；若肝邪侮脾者，加肉桂一至二钱。"

逐寒荡惊汤

本方出自《福幼编》。方由胡椒、炮姜、肉桂各一钱，丁香十粒组成。以灶心土三两煎汤，澄清，代水煎诸药，顿服。功能温中逐寒。主治小儿体虚久病，或痘疮疹后，或误服凉药，泄泻呕吐，转为慢惊风。症见面色淡黄，或睡时露睛，似搐非搐而缓慢无力，时作时止，合目昏睡，舌质淡白，脉来沉缓。由于脾胃阳虚，故治疗当以温中助阳，以祛寒邪。方中肉桂温中补阳散寒，丁香温中降逆止呕，为主药；辅以胡椒加强温散之力，炮姜、灶心土温中止泻。诸药合用，具有温暖脾胃、驱逐寒邪的作用。寒邪去，中阳运，则慢惊之因除，而慢惊之病愈。由于慢惊风多因正气虚弱，故待病情好转之后，还须培补元气以扶正。

小建中汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。系桂枝

汤倍芍药加饴糖而成。《备急千金要方》以桂心易桂枝名芍药汤。方由桂枝(去皮)二两,甘草(炙)二两,大枣(擘)十二枚,芍药六两,生姜(切)三两,胶饴一升组成。上五味,以水七升,煮取三升,去滓,纳饴,更上微火消解,温服一升,日三服。功能温中补虚,和里缓急。主治虚劳里急,腹中时痛,喜得温按,按之则痛减,或阳虚发热,或心气不足,心悸而烦者。

本方所治证属虚劳,是指中气虚寒,阴阳不和。其主治证有三。一是土虚木乘之腹痛;二是气血两虚之悸烦;三是阴阳不和之虚劳发热。虽见证不一,但总的病机则相同,即中气虚寒,肝脾失调,营卫不和,阴阳两虚。故治疗当以建立中气,调和阴阳,扶土抑木立法。本方以建立中气为主,但与大建中汤相比,药力小而和缓,故名小建中汤。方中胶饴(即饴糖)甘温入脾,能温中补虚,和里缓急为君,合甘草则补脾养胃之力得到加强;桂枝温阳气,芍药养阴血,两药调和阴阳为臣;芍药并能扶土抑木,与甘草相合,酸甘化阴,又缓急止痛为佐;生姜辛温,大枣甘温,辛甘相合,能健脾而和营卫为使。合而成为温建中气,平补阴阳,调和营卫之剂。本方以辛甘与酸甘相配,辛合甘而生阳,酸得甘以生阴,阴阳相生,中气自立,这是制订本方的用意所在。本方现临床上也用于胃及十二指肠球部溃疡、慢性肝炎、神经衰弱、贫血、功能性低热等属阴阳气血失调者。但本方以甘药为主,故呕家、吐蛔、中满者不可使用。《兰台轨范》指出:"古人所云虚劳,皆是纯虚无阳之证,与近日之阴虚火旺,吐血咳嗽者正相反。"小建中汤乃治阴寒阳衰之虚劳,所以对阴虚偏热的衄血,烦热,口干咽燥,舌绛少苔,脉象细数者,切勿轻投。小建中汤即桂枝汤倍芍药并重用饴糖而成,与桂枝加芍药汤相比较,虽然均治腹痛,但有虚实之分。前者治虚劳腹痛,按之则痛减是虚;后者主太阳下后,邪气内传为腹满时痛是实。两方仅差一味饴糖,而饴糖为本方主药,有和中补虚,缓急止痛作用,但更重要的是在于建立中气。可见,没有饴糖,就不能称建中。所以,若用小建中汤而不用君药饴糖,即是桂枝加芍药汤,不仅达不到建中的目的,而且有失仲景制方的本意。

黄芪建中汤(《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》) 即小建中汤原方加黄芪一两半,余依小建中法。功能建中益气。主治虚劳里急诸不足。

当归建中汤(《千金翼方》卷六) 原名内补当归汤。即小建中汤原方加当归四两,余如建中法。功能建中补血。主治产后虚羸不足,腹中疼痛不止,少气,或小腹拘急挛痛引腰背。

大建中汤

本方出自《金匮要略·腹痛寒疝宿食病脉证治》。方由蜀椒(炒出汗)二合,干姜四两,人参二两组成。上三味,以水四升,煮取二升,去滓,纳胶饴一升,微火煎取一升半,分温再服;如一食顷,可饮粥二升,后更服。当一日食糜,温覆之。功能温中补虚,降逆止痛。主治脾胃虚寒,心胸中大寒痛,呕不能食,腹中寒,上冲皮起,出见有头足,上下痛而不可触近。

本方所治证属中阳虚衰,阴寒之气横逆攻冲,充斥于胸腹之间所致。治宜辛热甘温之品,祛其阴寒而复建中焦之阳为主。本方大建中阳,而较小建中汤药力为大,故名大建中汤。方中蜀椒辛热,入肺能散寒,入脾可暖胃,入肾命则补火,有彻上彻下及散积杀虫之功;干姜辛热,温中助阳,逐冷散逆,两药合用,能除内盛之阴寒;人参甘温,大补脾肺之气;饴糖甘能补土,缓可和中,两药相配,可补虚衰之中阳。全方旨在大建中脏之阳,以祛其逆上之浊阴。寒去阳回,则上下之痛逆可平。现临床上用于胃肠痉挛、胃扩张、肠粘连、肠道蛔虫性梗阻、嵌顿性疝等属中焦阳衰,阴寒内盛者。由于本方主治虚寒腹满痛,若因实热内结,湿热积滞而致腹满而痛,不可误用。

大建中汤(《备急千金要方》卷十九) 甘草二两,人参三两,半夏一升,生姜一斤,蜀椒二合,饴糖八两。五味㕮咀,以水一斗,煮取三升,去滓,纳饴化服七合。功能建中补虚,逐寒散饮。主治虚劳寒癖,水饮停留胁下,饮从一侧下流,沥沥有声,局部因之隆起,如有头足之状,并牵引两乳内疼痛拘急,同时多梦遗精,气短,目眩,健忘。里急拘引加芍药、桂心各三两;手足厥、腰背冷加附子一枚;劳者加黄芪一两。

十四味建中汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。方由当归(酒浸,焙干)、白芍药、白术、甘草(炙)、人参、麦门冬(去心)、川芎、肉桂(去粗皮)、附子(炮,去皮脐)、肉苁蓉(酒浸一宿,焙干)各等份组成。为粗末,每服三钱,水一盏半,生姜三片,枣一枚,煎至一盏,去滓,食前服。功能益气补血,温肾健脾。主治荣卫不足,脾肾久虚,积劳虚损,形体羸瘦,短气嗜卧,寒热头痛,咳嗽喘促,呕吐痰沫,手足多冷,面白脱色,小腹拘急,百节尽疼,夜卧汗多,梦寐惊悸,大便频数,小便滑利等。

本方所治证属气血两亏,脾肾虚寒,故从益气养血,温肾补中立法。本方系四君、四物加黄芪、附子、肉桂、肉苁蓉、半夏、麦冬而成。方中四君子汤益气健脾以补中,加黄芪则补气之力更强;四物汤补血调血;附子、肉桂、肉苁蓉温阳暖肾,补命门之不足;半夏和胃健脾,除湿化痰;麦冬养阴润肺;生姜、大枣调和脾胃。合而成为气血双补,脾肾并治之剂。肾为先天之本,五脏六腑之阳非此不能发。脾乃后天之本,主运化水谷精微、为气血生化之源。调整先天与后天、气与血之间的相互资助、促进作用,则诸症得以自愈。本方在临床上适用于气血不足,脾肾阳虚所致虚劳羸瘦,气短喘促,面色㿠白,手足不温,二便不调等。

吴茱萸汤

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。又名茱萸汤、茱萸人参汤。为温中降逆的代表方剂。方由吴茱萸(洗)一升,人参三两,生姜(切)六两,大枣(擘)十二枚组成。上四味,以水七升,煮取二升,去滓,温服七合,日三服。功能温中补虚,降逆止呕。主治胃中虚寒,食谷欲呕,或呕而胸满;厥阴头痛,干呕,吐涎沫;少阴吐利,手足逆冷,烦躁欲死者。

本方主治证有三:一为胃中虚冷,寒浊上逆,食谷欲呕;一为厥阴肝寒,寒气循经上冲为巅顶头痛、犯胃则干呕吐涎沫;一为少阴寒水侮脾,发为吐利烦躁。三者证候表现虽各有殊,但性质却同属虚寒,而且都有呕吐这一主要症状。可见胃气不降,浊阴上逆是三证的关键。治疗当以温中,补虚,降逆立法。本方以主药吴茱萸命名。方中吴茱萸味辛性热,归肝肾脾胃诸经,具有下气降逆作用,中温脾胃,下暖肝肾,且吴茱萸为厥阴本药,治肝气上逆,呕涎头痛,故以为君;生姜辛散温胃,能安阳明之气下行,又是止呕圣药,故以为臣;人参补虚益胃为佐;大枣甘缓和中为使。共奏温中散寒,益胃降逆之功。

《本经疏证》说:"据仲景之用吴茱萸,外则上至巅顶,下彻四肢,内则上治呕,下治利……历观吴茱萸所治之证,皆以阴壅阳为患,其所壅之处,又皆在中宫,是故干呕吐涎沫,头痛,食谷欲呕,阴壅于上,不得下达也;吐利,手足厥冷,烦躁欲死,阴壅于中,不得上下,并不得外达也。"他突出了一个"壅"字,认为本方用吴茱萸的目的,主要在于使阴壅散而阳能伸。本方辛甘苦温,具有温中补虚,降逆止呕,及疏肝暖肾的作用。临床上凡三阴之病有呕恶感觉的,均可使用本方或加减化裁治疗。以心下痞满,口淡,苔白滑,脉弦迟,无热为辨证要点。现临床上常用于慢性胃炎、妊娠呕吐、神经性头痛、溃疡病、耳源性眩晕等属肝胃虚寒者。

吴茱萸汤(《备急千金要方》卷十六)　吴茱萸、半夏、小麦各一升,甘草、人参、桂心各一两,大枣二十枚,生姜八两。八味,㕮咀,以酒五升,水三升,煮取三升,分三服。功能温中,降逆,止呕。主治久寒胸胁逆满,不能食。

吴茱萸汤(《审视瑶函》卷三)　吴茱萸、半夏(姜制)、川芎、甘草(炙)、人参、白茯苓、白芷、陈皮各等份。为粗末,生姜三片,白水二盅,煎至八分,食后服。功能温散浊阴,降逆止呕。主治厥阴经头风头痛,四肢厥冷,呕吐涎沫。

小半夏汤

本方出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》。为止呕主方。方由半夏一升,生姜半斤(《备急千金要方》生姜加倍,并有橘皮一两)组成。上二味,以水七升,煮取一升半,分温再服。功能和胃降逆。主治痰饮呕吐,及诸呕吐谷不得下者。胃以下降为顺,上行为逆。由于胃有停饮或因其他原因引起的诸般呕吐,均是胃失和降,气逆于上所致,治宜蠲饮和胃,降逆止呕。本方主药半夏,用量小于大半夏汤,故名小半夏汤。方中半夏味辛性燥,辛可散结,燥能蠲饮,既能降逆以涤饮,又可暖胃以除呕;生姜辛散温中,为止呕圣药,且能制半夏之悍。两药配伍,能增强温中和胃,降逆止呕之功。本方为止呕方之祖,凡胃寒,或痰饮内停,或凉药误治而致的呕吐、干呕、吐涎沫等,均可使用本方治疗。

生姜半夏汤(《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》)　半夏半升,生姜汁一升。以水三升,煮半夏取二升,纳生姜汁,煮取一升半,小冷,分四服,日三、夜一服。止,停后服。功能辛散寒邪,舒展胸阳。主治病人胸中似喘不喘,似呕不呕,似哕不哕,彻心中愦愦然无奈者。

半夏干姜散(《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》)　半夏、干姜等份。杵为散,取方寸匕,浆水一升半,煎取七合,顿服。功能温胃止呕。主治干呕,吐逆,吐涎沫。

小半夏加茯苓汤(《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》)　即小半夏汤加茯苓三两(一法四两)而成。功能和胃止呕,引水下行。主治卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者。

大半夏汤

本方出自《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》。方由半夏(洗)二升,人参三两,白蜜一升组成。上三味,以水一斗二升,和蜜扬之二百四十遍,煮药,取二升半,温服一升,余分再服。功能补中降逆。主治胃反呕吐,朝食暮吐,或暮食朝吐。

本方所治证属胃虚不降的胃反呕吐,故治疗当以补虚安中,和胃降逆立法。以半夏用量大于小半夏汤,故名大半夏汤。方中半夏降逆化饮为君;人参补虚益胃,白蜜甘润缓中,以为辅佐。全方具有补虚和胃,止呕润燥之功。胃反呕吐不同于一般性呕吐。一般呕吐多食入即吐,呕吐不止,或虽不饮食亦吐。而胃反呕吐的特征是朝食暮吐,暮食朝吐,也就是食后经一日半日才反上呕吐,而且呕吐宿谷不化的食物。说明这时胃虚几乎已达无权消谷的地步。同时,呕吐过久,必然导致津液耗损。在这种情况下,非大力补虚降逆不可,所以人参、半夏在所必用外,又借白蜜的甘润缓中,一方面可以减去半夏燥热之性,另一方面对胃反常见之大便燥结也有裨益。可见本方的组织配伍,相当精妙。仲景立大半夏汤,旨在补虚益胃,以推动胃气的固有职能,从而达到胃反平而呕吐愈的目的。本方为治疗胃反呕吐的专剂,以朝食暮吐或暮食朝吐,并有心下痞硬,呕吐不消化食物,神疲乏力,大便燥结为辨证要点。现临床上亦用于幽门不完全性梗阻、顽固的神经性呕吐、溃疡病恶变、胃扭转、贲门痉挛等属虚

寒证者。

大半夏汤(《备急千金要方》卷十六) 半夏三升,人参二两,白蜜一升,白术一升,生姜三两。上四味,为粗末,以水五升,和白蜜扬之二三百下,煮取一升半,分三服。功能健脾益胃,降逆止呕。主治胃反不受食,食已即吐。

白术散

本方出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》。方由白术四分,芎䓖四分,蜀椒(去汗)三分,牡蛎二分组成。上四味,杵为散,酒服一钱匕,日三服,夜一服。服后更以醋浆水服之;若呕,以醋浆水服,复不解者,小麦汁服之;已后渴者,大麦粥服之。功能健脾除湿,温中安胎。主治脾虚寒湿偏盛,影响胎儿发育,甚或胎动不安,胎萎不长者。

本方治证属脾胃虚寒,水湿偏盛,血气郁闭,胎失温养所致,治宜健脾除湿,温中安胎。方中白术健脾化湿以安胎,川芎调畅气血以养胎,蜀椒暖中散寒以温胎,牡蛎敛阳归阴以固胎。四药合用,使脾阳不馁,水湿运行,气血调畅,胎儿得养,则病证可除。原方加减:"但苦痛,加芍药;心下毒痛,倍加芎䓖;心烦吐痛,不能食饮,加细辛一两、半夏大者二十枚。"《太平惠民和剂局方》认为,本方可"调补冲任,扶养胎气,治妊娠宿有风冷,胎萎不长者;或失于将理,动伤胎气,多致损堕,怀孕常服。壮气益血,保护胎脏"。临床多用于阳虚湿盛之人,妊娠后胎动或胎萎不长,腹痛食少,呕恶清涎者。若属肝脾不调,湿热偏盛者,不可应用。

长胎白术丸(《医学入门》卷八) 白术、川芎、阿胶、生地黄各六分,牡蛎二钱,川椒三分。为末,蜜丸梧子大,每服三十丸,米饮送下。功能健脾温中,养血安胎。主治妊妇宿有风冷,阳衰阴盛,胎萎不长;或将理失宜,伤动胎气,多致损堕者。

九痛丸

本方见于《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》。又名附子丸。方由附子(炮)三两,生狼牙(炙香)一两,巴豆(去皮心,熬,研如脂)、人参、干姜、吴茱萸各一两组成(《备急千金要方》用生狼毒四两,而无生狼牙,附子、干姜各二两,余与本方同)。上六味,为末,炼蜜为丸,如桐子大,酒送下,强人初服三丸,弱者二丸,日三服。功能温通散寒,杀虫去积。主治九种心痛,兼治卒中恶,腹胀痛,口不能言;又治连年积冷,流注心胸痛,并治冷冲上气,落马坠车血疾等。本方治证属阴寒、痰水、血气、虫食等停聚心腹所致,治宜温通散寒,杀虫去积。方中附子、干姜祛沉寒痼冷;吴茱萸开郁杀虫,散寒降浊;巴豆温通破积;狼牙杀虫,破积聚结气;人参补脾益气,助正祛邪。诸药合用,共奏温通散寒,杀虫去积之功。又因其温通行血,故对落马坠车等所致血液瘀滞之疼痛亦有效。

托里温中汤

本方出自《卫生宝鉴》卷十三。方由丁香、沉香、益智仁、茴香、陈皮各一钱,木香一钱半,甘草(炙)二钱,羌活、干姜(炮)各三钱,黑附子(炮,去皮脐)四钱组成。为粗末,作一服,水三盏,加生姜五片,煎至一盏,去相,温服,不拘时,忌一切冷物。功能托里温中。主治疮疡寒变内陷,脓稀身冷,心下痞满,肠鸣腹痛,大便微溏,食则呕逆,气短促,呃逆不止,不得安卧,时发昏愦。本方所治证属疮疡脓溃,寒变内陷,脾胃虚弱。治疗当从托里温中,助阳祛寒立法。本方以其功用而命名。《内经》说:"寒淫于内,治以辛热,佐以苦温",故方中以附子、炮姜大辛大热之品,发阳气自至表,用以为君。羌活、味苦辛温,透关节;炙甘草甘温,补脾胃行经络,通血脉,为臣。胃寒则呃逆不食,益智仁、丁香、沉香大辛热,以散寒为佐。疮气内攻,聚而为满,木香、茴香、陈皮苦辛温,治痞散满为使。诸药合用,阳气得温,阴寒自散,寒变内陷,可从里托出。中阳健运,则肠鸣腹泻,便溏呃逆,神思昏愦诸症可愈。

附子粳米汤

本方出自《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》。方由附子(炮)一枚,半夏半升,甘草一两,大枣十枚,粳米半升组成。上五味,以水八升,煮米熟,汤成,去滓,温服一升,日三服。功能散寒降逆,温中止痛。主治腹中寒气,雷鸣切痛,胸胁逆满,呕吐。本方所治证属脾胃虚寒,水湿内停,腹中寒气奔迫所致。治疗当以温里散寒,降逆止痛立法。本方以主药附子、粳米命名。方中附子温中散寒以止腹痛,半夏化湿降逆以止呕吐,粳米、甘草、大枣和益脾胃以缓急迫。临床适用于寒疝腹痛,伴有胁肋逆满,肠鸣呕吐者。以不发热,不口渴,苔白滑,脉沉而紧为辨证要点。现临床上对于急性胃肠炎之虚寒证,除上述证候外,见有四肢厥逆,脉细而迟,舌苔白滑等症者,可使用本方。

解急蜀椒汤(《小品方》,录自《外台秘要》卷七) 蜀椒(炒出汗)二百枚,附子(炮)一枚,粳米半升,干姜半两,半夏(洗)十二枚,大枣二十枚,甘草(炙)一两。上七味,以水七升,煮取三升,澄清,热服一升,不愈,更服一升。功能温阳,逐寒,止痛。主治寒疝气,心痛如刺,绕脐腹中尽痛,自汗出,困急欲死。

感应丸

本方系高殿前方,录自《太平惠民和剂局方》卷三。方由百草霜二两,杏仁一百四十个(汤浸一宿,去皮,另研

极烂如膏)，木香二两半，丁香一两半，炮姜一两，肉豆蔻仁二十个，巴豆十七个(去皮心膜，研细，出油尽如粉)组成。除巴豆粉、百草霜、杏仁外，余四味为末，与前三味同拌，研极细，用黄蜡六两溶化成汁，滤去滓，和好酒一升，于银器内煮溶数沸，倾出，待酒冷，其蜡自浮，取蜡，春夏用清油一两，秋冬用一两半于铫内熬令香熟，次下酒煮蜡四两，同化成汁，就锅内拌和前项药末，分作小锭，油纸裹，旋丸绿豆大。每服三至五丸，不拘时以温开水或姜汤送下。功能温中消积。主治中气虚弱，冷积停留胃脘，不能运化，或伤冷停积，心下坚满，两胁胀痛，腹痛，霍乱吐泻，大便频，后重迟涩，久痢赤白，脓血相杂，米谷不化，及中酒呕吐，痰逆恶心，四肢倦怠，不思饮食。

本方所治证属脾虚寒积，治疗当以温中消积立法。取阴阳二气交感相应之意，故名感应丸。方中肉豆蔻温中行气，逐冷消食，温脾止呕吐，固肠止泻痢；丁香暖脾胃，快气机，散寒止痛；木香升降诸气，治脾胃虚寒凝滞；杏仁降气散寒，润燥消积；炮姜能逐痼冷，而散痞通关；巴豆善破沉寒，而夺门宣滞，寒积深锢，非此莫攻；百草霜和中温散，亦能消积治痢。诸药合用，温中有通，中阳得运，升降复常，则冷积泻痢可除。

草豆蔻丸

本方出自《医学发明》卷五。方由草豆蔻(面裹烧熟，去皮脐)一钱四分，吴茱萸(汤洗去苦，焙)、益智仁、陈皮、白僵蚕、黄芪、人参各八分，生甘草、炙甘草、当归身、青皮各六分，神曲末、姜黄各四分，桃仁(去皮尖，汤浸)七个，泽泻一钱，半夏(汤洗七次)一钱，麦芽(炒黄)钱半，柴胡四分(胁肋痛用之)组成。上药十八味，除桃仁另研如泥外，为极细末，同研匀，汤浸蒸饼为丸，如梧桐子大，每服三十丸，食远热白汤送下。功能消食化滞，益气健脾。主治脾虚气弱，伤食积滞，五膈气滞，脘腹胀满，或胁肋疼痛，不思饮食，小便不利等。

本方所治证属脾虚气弱，食积气滞，气滞血瘀，胸脘痞结瘀痛所致。故当从益气健脾，消食化滞立法。方中草豆蔻、吴茱萸、益智仁温中燥湿，理气止痛；因脾虚气弱，故用人参、黄芪、炙甘草益气补中而扶正气；神曲、麦芽消食和胃；青陈皮、半夏燥湿健脾，理气化积；当归、桃仁、姜黄祛瘀活血；白僵蚕祛风散结；泽泻渗湿利水；柴胡疏肝止痛；甘草调和诸药。诸药合用，共成消补兼施，扶正祛邪之剂。本方重用草豆蔻，芳香燥湿，理气消胀为主要药物，且作丸剂，故称草豆蔻丸。

草豆蔻丸(《内外伤辨惑论》卷下) 草豆蔻(面裹煨，去皮取仁)、枳实(麸炒黄色)、白术各一两，麦芽(面炒黄色)、半夏(汤洗七次，晒干)、黄芩(刮去皮，生)、神曲(炒黄色)各五钱，干姜、橘皮、青皮各二钱，炒盐五分。为极细末，汤浸蒸饼为丸，如绿豆大，每服五十丸，白汤下。功能消积导滞，和胃降逆。主治伤食积滞，胃脘胀痛，嗳腐吐逆等。本方消导之力较强，尤宜于食积气滞，脘腹胀痛的实证。

草豆蔻丸(《奇效良方》卷十六) 草豆蔻(去皮)、附子(炮)、缩砂(去皮)、陈皮(汤浸，去白，焙)各一两，干姜(炮)、枳实(麸炒)、鸡舌香、吴茱萸(汤浸，焙干，微炒)、当归(微炒)、槟榔、木香各半两，桂心三分。为细末，水浸蒸饼和丸，如梧桐子大，每服二十丸，不拘时，用热酒送下。功能温中散寒，消食理气。主治脾胃冷积，脘腹寒痛，呕吐清水，不思饮食，苔白滑者。

四逆汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》。本方是回阳救逆的代表方剂。方由甘草(炙)二两，干姜一两半，附子(生用，去皮，破八片)一枚组成。上三味，以水三升，煮取一升二合，去滓，分温再服。强人可大附子一枚，干姜三两。功能回阳救逆。主治少阴病，四肢厥逆，恶寒蜷卧，呕吐腹痛，下利清谷，神疲欲寐；及太阳病误汗亡阳，脉沉迟微细者。

四逆，是指阳气式微，四肢厥逆而言。阴寒之气深入于里，肾阳衰微，几乎欲绝，此时非用大辛大热之品不足以破阴寒而复阳气。本方根据《内经》"寒淫于内，治以甘热"、"寒淫所胜，平以辛热"的原则立法。为治疗阴盛阳衰的四逆而设，故名四逆汤。方中生附子大辛大热，温壮肾阳以祛寒救逆为君；干姜辛热，补脾胃而温手足为臣；以甘温之炙甘草和中益气为佐使。其中干姜助附子以壮肾阳，附子助干姜以建脾阳，两者相须，一走一守，使回阳之力更强，并以甘草的甘缓作用制约姜、附燥烈之性。三味配合，辛、热、甘俱备，功专效宏，故能迅速挽回垂绝的阳气。《伤寒论》中用附子是很有法度的，凡与干姜配伍的都用生附子，如四逆汤类方，此外皆用炮附子。一般地说，生用者，其证皆急，炮用者，其证皆缓。现临床上亦常用于心肌梗死、心衰、急慢性肠胃炎吐泻脱水，或急性病大汗出而见虚脱者。四逆汤制成的针剂即四逆汤注射液，用于抢救休克病人，能使血压回升。使用四逆汤时应注意不属于阳衰的四肢厥逆，绝对禁用；如见阴盛于内，格阳于外的"真寒假热"证，宜煎成后冷服，或少佐咸寒苦降之品如猪胆汁，以引阳入阴，使热药不致被阴寒格拒。

四逆加人参汤(《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》) 又名人参四逆汤。即四逆汤原方加人参一两。功能回阳复阴。主治四逆恶寒脉微而复利，利止亡血的阳亡血脱证。

茯苓四逆汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》) 即四逆加人参汤再加茯苓四两。功能回阳益阴。主治汗下后阴阳两虚的烦躁证。

干姜附子汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》) 干姜一两，附子(生用，去皮，破八片)一枚。上二味，以水三升，煮取一升，去滓，顿服。功能急救回阳。主治下后复汗的阳虚烦躁证。

通脉四逆汤(《伤寒论·辨少阴病脉证并治》) 即四逆汤原方倍干姜(强人可四两),面色赤者,加葱九茎。功能破阴回阳,通达内外。主治下利清谷,里寒外热,四肢厥逆,身反不恶寒,面色赤,脉微欲绝的阴盛格阳证。

白通汤(《伤寒论·辨少阴病脉证并治》) 葱白四茎,干姜一两,附子(生用,去皮,破八片)一枚。上三味,以水三升,煮取一升,去滓,分温再服。功能破阴回阳,宣通内外。主治少阴病下利,四肢厥逆,面赤脉微的阴盛戴阳证。

正阳散(《太平圣惠方》卷十一) 附子(炮,去皮脐)一两,皂角(去皮、子,酥炙)一枚,炮姜、炙甘草各一分,麝香(另研)一钱。为细末,每服二钱,水煎和滓热服。功能回阳救逆。主治阴毒伤寒,面青肢冷,张口出气,心下鞕,身不热,只额上有汗,烦渴不止,舌黑多唾等症。

三仙散

本方出自《寿世保元》卷四。是由《伤寒论》四逆汤衍化而来。方由大附子(炮,去皮脐)、官桂、干姜(炒)各等份组成。为细末,每服三钱,滚酒调服。功能回阳救急。主治阴证,腹痛,手足厥冷。本方所治证属阳气衰微,阴寒内盛所致,治宜回阳逐寒为主。本方即四逆汤去甘草加肉桂并改作散剂。方中附子辛热纯阳,通行十二经,峻补元阳,为阴证要药;肉桂辛甘大热,温阳逐寒,配附子补火助阳以散寒邪;干姜善除里寒,引附子辛热走窜,透入阴经,驱寒以回阳;酒行药势,通血脉,滚热之酒调服,加强温通之力,取效更快。全方共奏驱散阴霾,以复元阳之功。

浆水散(《素问病机气宜保命集》卷中) 附子(炮)、干姜、甘草(炙)、桂枝各五钱,半夏(汤洗)二两,良姜二钱半。为末,每服三至五钱,浆水煎,连滓服。功能回阳救逆,温胃和中。主治霍乱阳虚,呕吐泄泻,身凉肢冷,汗多脉微。

六味回阳饮

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。是由《伤寒论》四逆加人参汤衍化而来。方由人参数钱至二两,附子(制)二三钱,干姜(炮)二三钱,甘草(炙)一钱,熟地五钱或一两,当归身三钱(如泄泻者或动血者,以冬术易之,多多益善)组成。水二盅,武火煎七八分,温服。功能回阳复阴。主治阴阳将脱之证候。阴阳将脱,说明证已垂危,故治宜扶阳复阴,阴阳同救。方中四逆汤回阳救逆,加以人参既补阳,又补阴;人参与附子同用,则温肾回阳,益气固脱;熟地黄滋肾水,补益真阴;当归补血润燥,温散内寒;泄泻去当归,是嫌其润肠,易白术以健脾益气;白术配干姜,可加强健脾温中。全方共奏气阴两补,阳回阴复,则阴阳之脱可救。原方加减法:"若肉振汗多者加炙黄芪四五钱或一两,或白术三至五钱;泄泻者加乌梅二枚,或五味子二十粒;虚阳上浮加茯苓二钱;肝经郁滞者,加肉桂二至三钱。"

四维散(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 人参一两,附子(制)二钱,干姜(炒黄)二钱,甘草(炙)一二钱,乌梅肉五分或一钱。为末和匀,以水拌湿,蒸一饭顷,取起烘干,再为末,每服一二钱,温汤调下。功能温补脾肾以固滑脱。主治脾肾虚寒,滑脱之甚,或泄痢不止,或气虚下陷、二阴血脱不能禁者。

理阴煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 熟地三、五、七钱或一二两,当归二三钱或五七钱,炙甘草一二钱,干姜(炒黄)一、二、三钱。或加桂肉一二钱。水二钟,煎七八分,热服。功能温中祛寒,益阴养血。主治脾胃虚寒,兼阴血虚弱,胀满呕哕,痰饮恶心,吐泻腹痛,以及妇人经迟血滞等证。

温脾散

本方出自《颅囟经》卷上。是四逆汤加味而成。方由附子、干姜、甘草(炙)各五钱,白术一两组成。为末,每服五分,米饮送服。功能温中助阳,健脾燥湿。主治小儿水泻利、并脾冷,食乳不消,吃奶频吐。本方所治证属脾胃中寒,升降失其常度所致,故方中重用白术补脾和中,以止呕泻,附子扶阳破阴,两者相须,则温中散寒,健脾燥湿之功倍增;干姜暖脾胃,散寒邪,与附子同用,有温脾胃助阳散寒之功;炙甘草补脾益气,与干姜辛甘合用,能加强恢复中焦阳气。中阳得到恢复,运化自能正常,则泄泻吐乳可愈。

霹雳散

本方出自《随息居重订霍乱论》。方由附子(浓甘草汤煎去毒)、吴茱萸(泡去汁,盐水微炒)各三两,灶心土(烧酒一小杯收干)二两,木瓜(络石藤七钱煎汁炒干)一两五钱,丁香(蒸晒)一两,丝瓜络(酒洗)五两组成。为细末,分作十九服,另以醋半杯,盐一钱五分,藕肉一两五钱煎滚,瓦上炙存性,每服加三厘。每次只须半服,参汤送下。功能扶阳抑阴。主治阳虚中寒,腹痛吐泻,转筋肢冷,汗淋不渴,苔白,脉微欲绝者。

本方所治证属阳虚中寒,治疗当以回阳逐寒立法。形容本方作用迅速,故名霹雳散。方中附子回阳救逆,并能引温暖药以除在里之寒湿;吴茱萸温中暖脾胃,散寒止腹痛;丁香温胃暖肾;木瓜敛肝和脾,化湿舒筋,用络石藤煎汁炒,则更加强通经络利关节力量;丝瓜络通经络行血脉;醋盐均治心腹之疼,藕肉与盐并治霍乱烦闷;人参得阳和之气,以参汤送下,能回元气于垂亡。

全方共奏温阳祛寒,和胃健脾之功。使清浊相干,阴阳痞隔现象迅速得到扭转,则上吐下泻,汗淋肢厥,腹痛

转筋自平。

霹雳散(《温病条辨》卷一) 桂枝六两,公丁香、小茴香(炒)、韭白、吴茱萸、青木香各四两,川椒(炒)、降香、荜澄茄、薏苡仁各五两,草果、五灵脂、石菖蒲、槟榔、细辛各二两,高良姜、乌药、干姜、防己、附子各三两,雄黄五钱。为细末,开水和服,大人每服二钱,病重五钱,小儿减半,再病重者,连服数次,以痛止厥回,或泻止筋不转为度。功能回阳退阴。主治中燥吐泻腹痛,甚则四肢厥逆,转筋,腿痛,肢麻,起卧不安,烦躁不宁,甚则六脉全无,阴毒发斑,疝瘕等,并一切凝寒痼冷积聚。寒轻者,不可多服;寒重者,不可少服,以愈为度。非实在受纯湿燥寒三气阴邪者,不可服。

回阳救急汤

本方出自《伤寒六书·杀车槌法》卷三。系由四逆汤合六君子汤加味而成。方由熟附子、干姜、肉桂、人参、白术、伏苓、陈皮、甘草、五味子、半夏(《通俗伤寒论》无茯苓,有麦门冬)组成。加姜三片,水煎,临服入麝香三厘调服。中病以手足温和即止,不得多服。功能回阳固脱,益气生脉。主治寒邪直中阴经真寒证,初起身不热,头不痛,恶寒战栗,四肢厥冷,腹痛吐泻,不渴,蜷卧沉重,或指甲唇青,或口吐涎沫,无脉或脉来沉迟无力者。本方所治证属寒邪直中阴经,不从阳经传来,故病起并无表证,但见一派阴盛阳微的垂危症候。治宜回阳救逆。本方以其回阳救急之功而命名。它是以四逆合六君加肉桂、五味子、麝香而成。方中四逆加肉桂温补回阳;六君补益脾胃,上止呕吐,下止泻利;同时,人参配五味,能益气生脉;尤妙在加少许麝香,芳香走窜,斩关直人,助参、附、姜、桂以速奏回阳救急之功。《通俗伤寒论》将本方去茯苓,加麦冬,和人参、五味子相配,更增强了益气生脉之力。

茴香四逆汤(《医醇賸义》卷一) 小茴香二钱,附子三钱,干姜一钱,补骨脂二钱,杜仲五钱,茯苓二钱,甘草五分,大枣三枚组成。水三盅,煎一盅,温服。功能温肾回阳。主治肾气厥逆,腹痛下利,手足厥冷,小便清利。

益元汤

本方出自《伤寒六书·杀车槌法》卷三。系由四逆汤、生脉散合方加味而成。方由炮附子、干姜、艾叶、黄连、知母、人参、麦门冬、五味子、葱白、甘草、姜一片、枣二枚组成。水煎,临睡入童便三匙,冷服。功能回阳逐寒。主治戴阳证,面赤身热,不烦而躁,饮水不入口。本方所治证属下元虚衰,真阳浮越,下真寒而上假热,形成阴阳格拒之势,治疗当回阳逐阴,并以热因寒用为法。本方以益其元阳为主,故名益元汤。方中附子、干姜、艾叶、葱白回元阳而祛阴寒,加人参、甘草补其阳虚,所谓甘温除大热;黄连折泛上之火,知母滋在下之阴,滋阴降火以静其燥,盖阳无阴则孤阳无所附丽,故扶阳而兼和阴;麦冬、五味子补肺清心,合人参以生其脉;加童便而冷服,是热因寒用,以免格拒。本方用四逆汤回阳救逆,生脉散益气养阴,黄连、知母退虚火除假热,使无格拒之患,更兼葱白、童便以收外越之虚阳复返于里。诸药合用,使阴寒去,真阳复,外越的阳气亦自能内返。

回阳返本汤(《伤寒六书·杀车槌法》卷三) 附子、干姜、人参、麦冬、五味子、炙甘草、腊茶。水一盅煎药,临服入蜜五匙,顿冷服之,取汗为效。功能回阳复阴。主治阴盛格阳烦躁。若面赤戴阳者,加葱白七茎,黄连少许。

二气丹

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。方由硫黄(研细)、肉桂(去皮,为末)各一分,炮姜(为末)、朱砂(研,为衣)各二钱,附子(大者一枚,炮,去皮脐,为末)半两组成。共研匀,用细面糊为丸,梧桐子大,每服三十丸,煎艾汤放冷送下,空腹,食前服。功能助阳消阴,温里逐寒。主治内虚里寒,冷气攻冲,心胁脐腹胀满刺痛,泄利无度,呕吐不止,自汗时出,小便不禁,阳气渐微,手足厥冷,及伤寒阴证,霍乱转筋,久下冷痢,少气羸困,一切虚寒痼冷。本方所治证属阳衰阴盛,治宜温阳破阴。方以调整阴阳二气为主,故名。方中硫黄补命门真火;附子、肉桂大辛大热,温补命门,益阳消阴,合硫黄共治痼冷沉寒;炮姜除胃寒而守中;艾叶据《本草述钩元》说:"入肝脾肾三经,为血中之阳,有升有降,合和以调气血而即以固脱也。"放冷后送服药丸,是取其得气。诸药合用,能温命门火而消阴寒。

黑锡丹

本方录自《太平惠民和剂局方》卷五,方由黑锡(即铅,去滓称)、硫黄(透明者结砂子)各二两,沉香(镑)、附子(炮,去皮脐)、胡芦巴(酒浸,炒)、阳起石(研细,水飞)、茴香(炒)、补骨脂(酒浸,炒)、肉豆蔻(面裹,煨)、川楝子(蒸,去皮)、木香各一两,肉桂(去皮)半两组成。用黑盏或新铁铫,如常法结黑锡硫黄砂子,地上出火毒,研令极细,余药并杵罗为末,作一处和匀人研,自朝至暮,以黑光色为度,酒糊为丸,如梧桐子大,阴干,人布袋内擦令光莹,每服三四十粒,空腹姜盐汤下,妇人艾醋汤下。功能温补下元,扶阳镇逆。主治肾阳衰微,肾不纳气,胸中痰壅,上气喘促,四肢厥逆,冷汗不止,脉沉微者。

本方所治证属上盛下虚。下元虚冷是"本虚",痰壅气喘是"标实"。治疗当以温补肾阳,降逆定喘立法,标本兼顾。本方以主药黑锡制为丹剂而命名。方中黑锡、硫黄皆能温补肾阳,且黑锡又能镇降浮阳,故治肾不纳气之喘促。肉桂、附子、胡芦巴、阳起石、补骨脂均为补肾壮阳之品,暖下焦而逐寒湿。木香、肉豆蔻温中调气,兼以固

下。川楝子苦寒,利气止痛,在大量温药中作为反佐。沉香平冲降逆,纳气归肾。诸药合用,标本兼顾,温而不燥,补而不滞,使肾阳充足而阴寒自散,下元得固而冲逆自平。喻嘉言给本方以很高的评价,他在《医门法律》中说:"凡遇真阳暴脱,气喘痰鸣之急证,舍此药更无他法可施。"本方是为肾阳虚衰,阴寒内盛,肾不纳气,痰鸣喘促而设。凡真阳衰微欲脱,上盛下虚,痰壅气喘,汗出肢冷,脉沉微者,可用本方治疗。如遇真阳暴脱,病势危急者,用人参汤和服更佳。本方药多重坠温燥,孕妇及下焦阴亏者禁用;本品为温降镇摄救急之剂,并非久病缓治之方,一般只能连服二三次,不可持续服用。若多服、久服,有铅中毒之虞。

黑铅丹(《成方切用》卷六) 又名二味黑锡丹、医门黑锡丹。硫黄、黑锡各二两。将铅溶化,渐入硫黄,候结成片,倾地上出火毒,研至无声为度。功能温肾定喘。主治肾气不纳,水泛为痰,喘逆气急。本方组成,不及《局方》黑锡丹全面,急救当以《局方》黑锡丹为佳。

真武汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。又名玄武汤。为温阳利水的主要方剂。方由茯苓、芍药、生姜(切)各三两,白术二两,附子(炮,去皮,破八片)一枚组成。上五味,以水八升,煮取三升,去滓,温服七合,日三服。功能温阳利水。主治肾阳衰微,水气内停,小便不利,四肢沉重疼痛,恶寒腹痛,下利,或肢体浮肿,苔白不渴,脉沉者;太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者。

本方所治证属肾阳虚衰,气化失常,脾阳不足,水湿内停。总的病机为阳虚水泛,治疗应以温阳利水为主。真武,本名玄武,古时传说为北方司水之神。本方的命名,是借用其名,赖以利水的意思。方中附子温壮肾阳,白术健脾燥湿,茯苓导水下行,生姜温散水气,芍药和里益阴。其中附子与白术同用,能温中利湿,治恶寒体痛,四肢沉重,身体瞤动,摇摇欲倒诸症;苓、术配伍,能益脾祛湿,治头眩心悸,小便不利,下肢浮肿等。本证不仅真阳不足,而且真阴亦亏,若不用芍药固护其阴,难以制附子雄烈之性,况芍药能破阴凝,布阳和,护阴而不会敛邪,附子与芍药合用,符合温而不燥,刚柔并济之理。另外,四逆汤类方剂中均以生附子、干姜同用,本方则用熟附子配生姜,前者重在回阳,此则加强散饮。全方配伍得宜,具有温经回阳,逐水利湿,宣痹镇痛的作用。适用于阳气不足,阴邪有余,水饮内停,浮肿疼痛之证。现临床上常用于肾性水肿、心性水肿、醛固酮增多症、甲状腺功能低下、肠结核腹痛下利、耳源性眩晕、前列腺肥大、慢性肠炎等属于脾肾阳虚者。原方加减法:"若咳者,加五味子半升、细辛一两、干姜一两;若小便利者,去茯苓;若下利者,去芍药,加干姜二两;若呕者,去附子,加生姜二两。"

半硫丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。方由半夏(汤浸七次,焙干,为细末)、硫黄(明净好者,研令极细,用柳木槌子杀过)各等份组成。以生姜自然汁同熬,入干蒸饼末搅和匀,入臼内杵数百下,丸如梧桐子大,每服十五至二十丸,空腹温酒送下,妇人醋汤送下。功能温阳开秘。主治虚人、老人虚冷便秘。

本方所治证属虚人或年老体衰脏冷,肾阳衰微,阴寒内结肠胃,阳气不运,以致肠道传送无力。治疗当从温通破结立法。方中硫黄大热纯阳,补命门真火不足,并能推动阳气疏利大肠;半夏辛温,能燥能润,燥能健脾去湿,润能润肾燥;姜汁解半夏毒性,又助硫黄祛寒邪。全方共奏温阳润燥,逐寒通秘之功。临床常用于老年冷秘,大便艰涩,以手足清冷,或腹中冷痛,喜温恶寒,苔白润,脉沉迟为辨证要点。本品有温肾燥湿作用,所以亦治命门火衰,不能燠土而致的阳虚久泻。但对老人气虚,产后血枯,以及肠胃燥热的便秘,或因外感寒湿暑热而引起的泄泻,切勿误用。

附子汤

本方出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》。柯韵伯谓其为"少阴固本御邪之第一剂也"。方由附子(炮,去皮,破八片)二枚,茯苓三两,人参二两,白术四两,芍药三两组成。上五味,以水八升,煮取三升,去滓,分温三服。功能温经扶阳,除湿止痛。主治少阴阳虚,寒湿内盛,背恶寒,身体骨节疼痛,口中和,手足寒,脉沉者。

本方所治证属少阴真阳不足,气血运行不畅,寒湿凝滞于筋脉骨节之间。治疗当以温经散寒,健脾除湿立法。本方以主药附子而命名。方中附子温经壮阳;人参补益元气;茯苓、白术健脾化湿;芍药和营止痛。其中参、附并用,温补元阳而祛寒邪;术、附同用,助阳化湿之功益著;芍、附合用,则既温经而又护营。诸药配伍,能使阴消阳复,则恶寒自止,身痛自除,手足自温。本方与真武汤均有附子、白芍、白术、茯苓,惟附子生熟分两各异,虽然仅差一味,而功效则不同:真武汤用生姜,不用人参,旨在温散以祛水气,适用于阳虚水气内停,肢体浮肿疼重者;本方不用生姜,加人参倍术、附,旨在温补以祛寒湿,适用于阳虚寒湿内盛,身体骨节疼痛者。

乌头赤石脂丸

本方出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》。又名赤石脂丸、乌头丸。方由蜀椒一两(一法二分),乌头(炮)一分,附子(炮)半两(一法一分),干姜一两(一法一分),赤石脂一两(一法二分)组成。上五味,为细末,蜜

丸，如梧桐子大，先食服一丸，日三服，不知，稍加服。功能温阳，逐寒，止痛。主治心痛彻背，背痛彻心。

本方所治证属阴寒之气上下，横格于胸背经脉之间，以致气血逆乱，出现前心后背互相牵引作痛，证属阴乘阳位的胸痹，治疗当以温阳破阴立法。方以乌头、赤石脂命名。方中乌、附、姜、椒均为大辛大热之品，回阳逐寒止痛之力极强；赤石脂安心气，并能填塞厥气横冲之孔道，使胸背之气各不相犯，则阴破阳回，其痛自止。本方为峻逐阴寒之剂，适用于阴寒之气横冲而致心痛彻背，背痛彻心，疼痛剧烈，痛无休止，四肢厥逆，脉象沉紧。

桂附丸（《卫生宝鉴》卷六）　川乌（炮）、附子（炮）各三两，炮姜、赤石脂、川椒（炒）、肉桂各二两。为细末，蜜丸，梧桐子大，每服三十至五十丸。功能逐寒止痛。主治脏腑暴感风寒，上乘于心，令人卒然心痛，或引背膂，乍缓乍甚，经久不愈者。

姜附汤（《圣济总录》卷四十三）　附子（炮）一分，干姜（炮）三分，乌头（炮）一分，吴茱萸（汤浸一宿，焙，炒）半两，厚朴（姜制）半两。为末，蜜丸，梧桐子大，每服三丸，空腹酒下，日三夜一，未效稍加。功能温阳逐寒。主治心中寒，心痛彻背，背痛彻心。

大乌头煎

本方出自《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》。又名乌头煎、大乌头汤、二物大乌头煎。方由乌头（大者，熬去皮，不锉碎）五枚。以水三升，煮取一升，去滓，纳蜜二升，煎令水气尽，取二升，强人服七合，弱人服五合，不愈，明日更服。不可一日再服。功能破积，散寒，止痛。主治寒疝绕脐腹痛，若发则冷汗出，手足厥冷，其脉沉紧者。

寒疝是发作性的腹痛，因其犯寒辄发，故称寒疝。由于阳虚积寒在里，又为外寒诱发，寒气搏结不散而成。治宜温阳破积，散寒止痛。本方以大辛大热之乌头而命名。方中重用大热有毒之乌头以治沉寒痼冷；用蜜煎煮，令乌头气味尽入蜜中，既可缓和乌头之毒性，又能延长疗效，用法至善，使积寒得以温散，绕脐腹痛可除。乌头有毒，其止痛作用比附子更强，但服量须按病人体质强弱而定，并特别注意不可一日再服。乌头、附子服后，可能出现药物反应，所以应该适当掌握煎、服法，尤其必须久煎，以免引起乌头碱中毒。如服后出现呼吸、心跳加快，脉有间歇，甚至神志昏迷者为中毒反应，急当抢救。

乌头桂枝汤（《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》）又名抵当乌头桂枝汤。乌头一味。以蜜二斤，煎减半，去滓，以桂枝汤（即《伤寒论》桂枝汤原方）五合解之，令得一升后，初服二合，继服三合，又不知，复加至五合。其知者，如醉状，得吐者为中病（《备急千金要方》为乌头五枚，白蜜一斤余如上法；《外台秘要》为乌头十枚，白蜜三斤，不用桂枝汤而用桂心四两）。功能散寒止痛，表里两解。主治寒疝腹中痛，逆冷，手足不仁，若身疼痛，灸刺诸药不治者。

回阳三建汤

本方出自《外科正宗》卷一。方由附子、人参、黄芪、当归、川芎、茯苓、枸杞、陈皮、山茱萸各一钱，木香、甘草、紫草、厚朴、苍术、红花、独活各五分组成。加煨姜三片、皂角树根白皮二钱，水煎，入酒一杯服。功能补托回阳。主治阴疽发背，初起不肿、不疼、不热、不红，硬若牛皮，坚如顽石，十日外，脉细身冷，肢体倦怠，皮如鳖甲，色似土朱，粟顶多生孔流血，根脚平散，软陷无脓，皮不作腐，手热足凉者。本方所治证属阴疽阳虚不起，治疗当以扶正托邪，通脉回阳为主。方中苍术、厚朴、陈皮、茯苓燥湿健脾，理气和中，以疏其土；川芎、当归、紫草、红花养血活血以通其脉；人参、黄芪、枸杞、山茱萸补气扶正以助其本；附子、木香、甘草、独活温里逐邪外出以回其阳。诸药合用，具有扶正托邪，转阴回阳之功。可使局部发热，焮肿作痛，色暗转红，坚硬得腐，手足温暖，终于阴证转阳。本方适用于阴疽不起之危证，以根脚平散软陷，皮色暗而不活，无脓不腐，脉细身凉为辨证要点。

当归四逆汤

本方出自《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》。方由当归、桂枝（去皮）、芍药、细辛各三两，甘草（炙）、通草各二两，大枣（擘）二十五枚（一法十二枚）组成。上七味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。功能温经散寒，养血通脉。主治血虚受寒，手足厥寒，脉细欲绝者。

血虚受寒，既不能温养手足，又不能荣于脉中。治疗应以温经养血立法。方以主药当归及治疗血虚寒客的四肢厥逆而命名。本方即桂枝汤去生姜，加当归、细辛、通草而成。方中当归既能养血，又能和血、行血为君；桂枝温通经脉，以畅血行，芍药益阴和营，两味相配，内疏厥阴，调和营卫为臣；细辛散表里内外之寒邪，通草入经通脉为佐；甘草、大枣温养脾气为使。诸药合用，经脉得以温养，血行通畅，因而手足厥寒，脉细欲绝自愈。《医方考》说："手足厥寒，责阳气外虚，不温四肢；脉细欲绝，责阴血内弱，脉行不利……是证也，自表入里，虽曰传之厥阴，始终只是阳证，与寒邪直中三阴不同，故不用吴茱萸姜附辈。"实际上，本方证确为阳虚血弱，寒邪伤厥阴之经，未伤及脏，故但当温散其表，不可遽用大辛大热之品，反伤阴血。本方与四逆散、四逆汤均治四肢厥逆，都以四逆为方名，但三者病机、治则各不相同。四逆散证是肝脾不和，气机郁滞所致，故治以解郁调气为主；四逆汤证是肾阳虚衰，阴寒内盛所致，故治以回阳救逆为主；当归四逆汤证是血虚受寒，寒客经脉所致，故治以温经散寒为主。本方适用于血虚受寒的手足厥寒，肢体痹痛等证。对于少腹冷痛，寒疝睾丸掣痛、妇女月经痛、产后血气痛

等属寒盛血衰者，均可用本方加减治疗。手足冻疮，不论已溃未溃可用本汤熏洗。现临床上也用于血栓闭塞性脉管炎、雷诺病属血虚经寒者。不属于血虚寒凝经脉的四肢厥逆，不可误用。

当归四逆加吴茱萸生姜汤（《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》） 即当归四逆汤加吴茱萸二升，生姜（切）半斤。九味，以水六升、清酒六升和（一方水、酒各四升），煮取五升，去滓，温分五服。功能养血通络，散寒降逆。主治当归四逆汤证兼见头顶痛，干呕，吐涎沫等属经脉久寒，素有痰饮者。

阳和汤

本方出自《外科全生集》卷四。为治阴疽的代表方剂。方由熟地黄一两，肉桂（去皮，研粉）一钱，麻黄五分，鹿角胶三钱，白芥子二钱，姜炭五分，生甘草一钱组成。用水、酒各半煎，去渣，入鹿角胶溶化和服。功能温阳，散寒，通滞。主治一切阴疽、贴骨疽、流注、鹤膝风等属于阴寒之证者。

阴疽，是慢性虚寒性疮疡，多因血虚寒凝，阻滞于肌肉筋骨血脉所致。治疗当从温阳补血，散寒通滞立法。本方取其化阴凝而布阳和的作用，故名阳和汤。方中重用熟地，大补阴血为君；鹿角胶为血肉有情之品，生精补髓，养血助阳，强壮筋骨为臣；姜炭破阴和阳，肉桂温通血脉，麻黄散寒达卫，白芥子祛皮里膜外之痰，合起来能使血气宣通，且又使熟地、鹿角胶补而不腻，于补养之中寓温通之义，均以为佐；甘草生用，解脓毒而调诸药为使。全方共奏温阳补血，宣通血脉，散寒消痰之功。原书在阐明阴疽的治法中，特别强调方中麻黄、肉桂、炮姜的作用："……色之不明而散漫者，乃气血两虚也，患之不痛而平塌者，毒痰凝结也。治之之法，非麻黄不能开其腠理，非肉桂、炮姜不能解其寒凝，此三味虽酷暑不可缺一也。腠理一开，寒凝一解，气血乃行，毒亦随之消矣。"本方为治疗外科阴证的主要方剂。

临床适用于外科阴证，局部漫肿无头，皮色不变，疼痛或不痛外，并有面色㿠白，小便清利，不渴，舌淡苔白，脉迟细或沉细等虚寒表现者。现多用于骨与关节结核、淋巴结核、血栓闭塞性脉管炎、慢性骨髓炎等属于虚寒证者。使用本方应注意凡属疮疡红肿热痛，或阴虚有热，及破溃日久者，不可使用；麻黄与熟地的用量比例，应按原方标准；麻黄，未溃者可用，已溃者不宜。

艾附暖宫丸

本方出自《仁斋直指方论》卷二十六。方由香附（醋制）六两，艾叶、当归（酒洗）各三两，黄芪、吴茱萸、川芎、白芍药（酒炒）各二两，地黄（酒蒸）一两，官桂五钱，续断一两半组成。上药为末，醋糊为丸，梧桐子大，每服五七十丸，食远淡醋汤送下。功能养血散寒，温经暖宫。主治妇人子宫虚冷，白带量多；或婚久不孕，面色萎黄，四肢酸痛，倦怠乏力，饮食减少，月经量少或后期，时有腹痛，舌淡苔白，脉沉弦。本方所治证属冲任虚寒，胞宫失于温养所致，治宜养血暖宫。方中艾叶、香附温经散寒，行滞止痛；吴茱萸、官桂温暖下元，散寒解凝；当归、白芍、川芎、地黄养血，黄芪补气，五味相合，以补冲任之虚；川续断补肾，通利血脉。诸药合用，使冲任得养，阴寒消散，血脉流畅，则白带、腹痛可消；胞宫温暖，则养精成孕。

艾附暖宫丸（《医方集解》） 当归（去芦，酒浸炒）、川芎、白芍药、熟干地黄（酒洒蒸）、艾叶、四制香附（童便、盐水、酒、醋各浸三日）。为末，醋丸；亦可作汤剂，水煎服。功能温经暖宫，补血安胎。主治妇人经水不调，子宫虚冷不孕等血虚挟寒之证。

乌头汤

本方出自《金匮要略·中风历节病脉证并治》。方由麻黄、芍药、黄芪各三两，甘草（炙）三两，川乌（㕮咀，以蜜二升，煎取一升，即出乌头）五枚组成。上五味，㕮咀，以水三升，煮取一升，去滓，纳蜜煎中，更煎之，服七合，不知，尽服之。功能温经散寒，除湿止痛。主治寒湿历节，疼痛不可屈伸；并治脚气疼痛，不可屈伸。

本方所治证系感受寒湿，侵及关节，凝滞经脉所致，治宜温经散寒，除湿止痛。方中乌头除寒湿镇痛为君药；麻黄散寒通阳宣痹为臣药；芍药入阴行滞，开痹止痛，黄芪助麻黄通阳散寒，实表固卫，以防开散伤正，两者为佐；甘草、蜂蜜甘缓舒筋，且缓乌头毒性为使。诸药合用，俾寒湿蠲除，气血畅利，则痹痛可愈。关节冷痛，是本方的辨证要点。现临床常用于风湿性关节炎属寒湿偏盛者。若上肢疼痛较重，可加桑枝、羌活、姜黄；下肢疼痛较重，可加独活、威灵仙；湿重者，加苍术、薏米；风胜者，加防风、川芎、羌活；化热者，加知母、黄柏、忍冬藤；病久入络，加当归、川芎、鸡血藤，甚者加乳香、没药；肝肾不足者，加杜仲、川续断、桑寄生、牛膝之类。在使用本方时，要注意乌头的剂量和煎煮时间，以免引起中毒。

乌头汤（《备急千金要方》卷七） 乌头、细辛、蜀椒各一两，甘草、秦艽、附子、桂心、芍药各二两，干姜、茯苓、防风、当归各三两，独活四两，大枣二十枚。上十四味，㕮咀，以水一斗二升，煮取四升，分五服。功能祛风散寒，除湿止痛。主治风冷脚痹，疼痛挛弱，不可屈伸。

理气剂

以理气药物为主所组成，具有疏畅气机，调理脏腑功能作用，以治疗气滞、气逆之证的一类方剂，称为理气剂。

人体之气来源于脾肾，出入升降治节于肺，升发疏泄于肝，帅血贯脉而周行于心，与脏腑功能关系非常密切。

气有如橐籥，具无形之用，必须畅顺、条达，不可逆乱。若外感内伤，脏腑受病，气机违逆不和，升降失调，发为"气病"，则气滞、气逆等证丛生。

气病涉及的范围，有气滞、气逆、气虚等，包括实证和虚证两个方面。

气病实证多见气滞和气逆。气滞是指气机郁滞的病证，其发生的原因，多由于冷热失调，饮食不节，忧思过度以及痰饮、湿浊、瘀血等引起气机阻滞，脏腑功能失调所致。气逆是指气机上逆的病证，其发作的原因，不外乎外感六淫、内伤七情、饮食不节、劳倦过度等引起气机上逆，脏腑功能失调所致。应用理气剂治疗气实证时，须根据气的病理变化不同，受影响的脏腑不同，而分别采用不同的理气方法，选择不同的理气方剂。主要有以下两类：

(1) 行气：本法适用于气机阻滞的病证，主要表现为脾胃气滞与肝气郁滞两方面。脾胃气滞主症见有脘腹胀满，嗳气吞酸，呕恶食少，大便失常等，常以疏调脾胃气滞的药物为主组成方剂。肝气郁滞主症见有胸腹胁肋胀痛，疝气痛，妇女月经不调，痛经，乳房胀痛等，常以疏肝理气、解郁散结的药物为主组成方剂。气滞不但所影响的脏腑不同，病情兼挟亦异，故在运用行气法时，应当注重配伍。如气滞有兼寒、兼热、兼痰、兼瘀等，因此本类方剂常分别与散寒、清热、化痰、化瘀等药配伍。

(2) 降气：本法适用于气机上逆的病证，主要表现为肺气上逆和胃气上逆两方面。肺气上逆的主症见有气喘咳嗽等，常以降气平喘药物为主组成方剂。胃气上逆的主症见有呕吐反胃呃逆等，常以降逆止呕药物为主组成方剂。由于气逆证有寒、热、虚、实之分，因而在降气法中应分别与散寒、清热、化痰、化瘀等药配伍。此外，气逆与气滞证候常同见于临床，故降气和行气法亦常结合使用。

在使用理气剂时，首先应辨清病情的虚实，勿犯虚虚实实之戒。如气滞实证，当行气而误用补气，则其滞更甚；虚证应补气而误用行气，则其气更虚；若病情复杂，虚实夹杂者，则应补气与行气并用。其次，由于理气药物多辛温香燥，容易耗气伤津，临床运用应适可而止，对于气滞兼有阴液亏损或气阴两虚者，以及孕妇，均应慎用，其中破气消积类药物孕妇更应忌用。还有服用降逆止呕剂时，一般以浓煎，少量频服为宜。

越鞠丸

本方出自《丹溪心法》卷三。又名芎术丸。能统治六郁之证，是行气解郁的代表方。方由苍术、香附、抚芎、神曲、栀子各等份组成。为细末，水丸如绿豆大，每服二至三钱，温开水送下。现用法为作汤剂，水煎服。功能行气解郁。主治气、血、痰、火、湿、食等郁结所致胸膈痞闷，脘腹胀痛，吞酸呕吐，饮食不化等。

本方为通治气、血、痰、火、湿、食六郁之剂。气郁则多见胸膈痞闷，脘腹胀痛；血郁则胸胁刺痛，痛有定处；湿郁食滞则多见饮食不化，脘腹胀满，呕吐嗳气；痰火郁结，阻滞中焦，升清降浊失常，则多见嘈杂吞酸。本方立意，重在行气解郁，使气行血行，气畅则痰、火、湿、食诸郁亦易消解。方中香附行气解郁，以治气郁，《本草求真》说："香附专属开郁散气。"故为本方主要药物。川芎活血行气，以治血郁；苍术燥湿健脾，以治湿郁；栀子清热除烦，以治火郁；神曲消食和中，以治食郁。此方虽无治痰郁之品，然痰郁多由脾湿引起，并与气、火、食郁有关，方中不另设治痰药，此亦治病求本之意。本方重在行气解郁，故配伍行气药为主，使气行则血行，气行则湿化，湿化则脾健，脾健则痰湿化，而火郁亦无由生矣。吴鹤皋说："越鞠者，发越鞠郁之谓也。"本方可使郁结之气得以发越，渐消缓散，并制为丸剂，故名越鞠丸。本方对妇女痛经，或精神抑郁，以及胃肠神经症、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎、传染性肝炎、胆囊炎、胆石症及肋间神经痛等，证属肝脾气郁者，均可使用本方加减治疗。本方所治诸郁均属实证，若为虚证郁滞，则不宜单独使用。

加味越鞠丸(《古今医鉴》卷四)　苍术(米泔浸、姜汁炒)四两，抚芎四两，香附(童便浸，炒)四两，神曲(炒)四两，栀子(炒黑)四两，橘红一两五钱，白术(炒)一两半，黄芩(炒)一两半，山楂(去核，蒸熟)一两半。为细末，稀糊丸，如梧桐子大，每服百丸，白汤下。功能行气消食，清热解郁。主治诸痰、湿、气、火郁结，胸脘痞满胀痛，嗳气吞酸，不思饮食等。

六郁汤(《医学正传》卷八)　陈皮、半夏、川芎、苍术各一钱，赤茯苓、山栀各七分，香附二钱，砂仁、甘草各五分，生姜三片。水煎温服。功能燥湿化痰，行气解郁。主治痰湿郁滞，胸脘痞闷，呕吐上逆者。

越鞠二陈丸(《寿世保元》卷二)　苍术(米泔浸)、山栀子(炒黑)、南芎、神曲(炒)、香附(童便炒)、山楂肉、陈皮、半夏(姜汁炒)、白茯苓(去皮)、海石、南星、天花粉各二两，枳壳(去穰，麸炒)一两五钱，甘草(炙)五钱。功能理气开胸，燥湿健脾。主治诸郁气滞，脾失健运，胸脘满闷，不思饮食者。

半夏厚朴汤

本方出自《金匮要略·妇人杂病脉证并治》。又名大七气汤。为治梅核气的常用方剂。方由半夏一升，厚朴三两，茯苓四两，生姜五两，干苏叶二两组成。以水七升，煮取四升，分温四服，日三、夜一服。功能行气降逆，化痰散结。主治痰凝气滞的梅核气，咽中似有物阻，咯吐不出，吞咽不下，或湿痰壅阻，胸满咳喘，或胸脘痞痛，或恶心呕吐，苔白腻，脉弦滑。

本方所治证属七情郁结，气滞痰凝所致。治宜行气化痰。方中半夏化痰散结，下气降逆；厚朴行气降逆，燥湿除满，故以为君；苏叶行气解郁为臣；茯苓渗湿利饮，生姜降逆开痰，并能监制厚朴、半夏之毒，共为佐使。五药

合用，行气化痰，散结除满，气行痰消。《金匮要略》中本方为治疗"妇人咽中如炙脔者"而设。《医宗金鉴》说："咽中如炙脔，谓咽中如有痰涎，如同炙肉，咯之不出，吞之不下者，即今之梅核气病也。此病得于七情郁气，凝涎而生，故用半夏、厚朴、生姜辛以散结，苦以降逆，茯苓佐半夏，以利饮行涎，紫苏芳香，以宣通郁气，使气舒涎去，病自愈矣。此证男子亦有，不独妇人也。"临床运用本方，多用于治疗痰气郁结之梅核气；也用于痰湿壅阻，肝郁乘肺的咳嗽气喘；或痰湿壅阻，肝郁犯胃的胸脘痞痛，恶心呕吐等。现临床上对癔病、慢性喉炎、慢性气管炎、食管痉挛、胃肠神经症等属于痰凝气滞者，亦可用本方加减治疗。本方较为苦温辛燥，对阴亏津少，或气郁化火者，不宜使用。

四七汤（《太平惠民和剂局方》卷四） 又名七气汤。半夏五两，茯苓四两，紫苏叶二两，厚朴三两。上药㕮咀，每服四钱，水一盏半，生姜七片，枣一个，煎至六分，去滓热服，不拘时间。功能行气降逆，化痰散结。主治七情之气，结成痰涎，状如破絮，或如梅核，在咽喉之间，咯不出，咽不下，或中脘痞满，气不舒快，或痰涎壅盛，上气喘急，或因痰饮中结，呕逆恶心等，属痰凝气滞而痰湿不甚者。

加味四七汤（《世医得效方》卷八） 半夏（制）二两半，伏苓、厚朴各一两半（姜汁炒），茯神、苏叶各一两，远志（姜汁炒，温取肉，焙干）、甘草（炙）各半两。上锉散，每服四钱，姜七片、枣二枚、石菖蒲半寸，水煎服。功能化痰，安神定惊。主治梅核气等痰凝气滞，而兼见心悸善惊者。

加味四七汤（《古今医鉴》卷九） 苏梗、半夏、厚朴（姜制）、茯苓、陈皮、枳实、砂仁、南星、神曲（炒）各一钱，青皮七分，白豆蔻六分，槟榔、益智仁各三分。上锉一剂，生姜五片，水煎。食远服。功能行气散结，温中化痰。主治梅核气。

栝蒌薤白白酒汤

本方出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》。又名瓜蒌薤白白酒汤。是治疗胸痹证的主方。方由栝蒌实（捣）一枚，薤白半升，白酒七升组成。上三味，同煮，取二升，分温再服。功能通阳散结，行气祛痰。主治胸痹，胸部隐痛，甚至胸痛彻背，喘息咳唾，短气，舌苔白腻，脉沉弦或紧。

本方所治证属胸阳不振，气滞痰阻所致。治宜通阳散结，行气祛痰。方中栝蒌祛痰散结而开胸，《本草思辨录》说："栝蒌实之长，在导痰浊下行，故结胸胸痹，非此不治。"薤白温通滑利，豁痰行气而止痛，《本草求真》说："薤味辛则散，散则能使在上寒滞立除；味苦则降，降则能使在下寒滞立下；气温则散，散则能使在中寒滞立除；体滑则通，通则能使久痼寒滞立解……胸痹刺痛可愈。"再借白酒活血行气之力，以加强薤白通阳散结作用。诸药合用，故有通阳行气，散结豁痰，开胸止痛之功。使胸中阳气宣通，痰浊消散，气机畅顺，则胸痹自除。正如徐忠可（《成方切用》）说："以栝蒌开胸中之燥痹为君，薤白之辛温以行痹着之气，白酒以通行营卫为佐，其意谓胸中之阳气布，则燥自润，痰自开，而诸证悉愈也。"本方为治胸阳不振，气滞痰阻之胸痹证的常用方。临床常以胸痛，苔白腻，脉沉弦等为辨证要点。方中白酒一般可用一至二两，如病人不能饮酒，可酌情减量。现临床上对慢性支气管炎的咳喘痰多，胸背引痛，肋间神经痛及冠心病心绞痛等，属于气滞痰阻者，可用本方治疗，亦可与四逆散合方使用。本方属于温通之剂，如阴虚肺痨胸痛，或肺热痰喘胸痛者不宜应用。

栝蒌薤白半夏汤（《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》） 又名瓜蒌薤白半夏汤。栝蒌实（捣）一枚，薤白三两，半夏半升，白酒一斗。上四味，同煮，取四升，温服一升，日三服。功能通阳，祛痰，散结。主治胸痹证，痰浊结聚，胸背剧痛，不能安卧者。此系过多的痰涎壅塞胸中所致，正如尤在泾所说："所以然者，有痰饮为之援也。"故方中加半夏以祛痰逐饮，散结止痛。

枳实薤白桂枝汤（《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》） 枳实四枚，厚朴四两，薤白半斤，桂枝一两，栝蒌实（捣）一枚。上五味，以水五升，先煮枳实、厚朴，去滓，纳诸药，煮数沸，分温三服。功能通阳，理气，散满。主治胸痹气结较甚，胃脘胸胁胀满。方中加入枳实、厚朴行气畅中以消痞满；桂枝通阳开结以振阳气。

以上三方同治胸痹证。栝蒌薤白白酒汤，以通阳散结为主，宜于胸痹而痰浊较轻者；栝蒌薤白半夏汤，祛痰散结之力较大，用治胸痹而痰浊较甚者；枳实薤白桂枝汤，较长于下气消痞散满，主治胸痹气结较甚，气上冲胸者。

橘枳姜汤

本方出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》。方由橘皮一斤，枳实三两，生姜半斤组成。上三味，以水一斗，煮取五升，温服一升，日三服，不瘥，更服。功能宣通降气，化痰散结。主治气滞饮阻，胸痹，胸中气塞，短气。本方治证属胸阳不振，阴寒偏盛，气滞饮阻，痹塞胸中所致的胸痹轻证，治宜宣通降气，化痰散结。方中橘皮行气化痰；枳实化痰除痞，行气宽胸；生姜化饮散结。三药并施，痹开气行，则气塞、短气可除。

桂枝生姜枳实汤（《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》） 桂枝、生姜各三两，枳实五枚。上三味，以水六升，煮取三升，分温三服。功能温阳化饮，理气降逆。主治寒饮停留于胃，心中痞塞，疼痛。

橘半桂苓枳姜汤（《温病条辨》卷三） 半夏二两，小枳实一两，橘皮六钱，桂枝一两，茯苓六钱，生姜六钱。用甘澜水十碗，煮药成四碗，分四次，日三、夜一服，以愈为

度。功能理气健脾化痰。主治饮阻气滞，形体肥胖，面色浮白，脘闷纳呆，呕吐痰涎，阴吹，大便燥结，或多涎，舌质淡胖，苔白腻，脉弦迟。

启膈散

本方出自《医学心悟》卷三。方由沙参三钱，丹参三钱，茯苓一钱，川贝母（去心）钱半，郁金五分，砂仁壳四分，荷叶蒂二个，杵头糠五分组成。为粗末，水煎服。功能通关下气，润燥解郁。主治噎膈。咽下梗塞，噎膈反胃，食入即吐；或朝食暮吐，胃脘胀痛，舌绛少津，大便干结者。

本方所治证属抑郁气结，津液耗损，胃中枯槁所致。故当从顺气解郁立法。方中沙参清胃滋液而不腻，川贝母解郁化痰而不燥；茯苓补脾和中，砂仁壳、郁金顺气而宽膈；荷叶蒂宣畅胃气，杵头糠益胃降逆；丹参补血活血，协助气药以收气血并治之功。诸药合用，使津还血活，脾胃得养，清气上升，则噎膈自愈。原方加减法："虚者加人参；前证若兼虫积，加胡黄连、芜荑……若兼血积，加桃仁、红花，或另以生韭汁饮之；若兼痰积，加广橘红；若兼食积，加莱菔子、麦芽、山楂。"临床常以气结津枯，胃脘不舒，噎膈呕恶，不思饮食等为辨证要点。对津枯气逆所致的食管痉挛，也可使用本方治疗。

调中散（《医学心悟》卷三） 北沙参三两，荷叶（去筋净）一两，广陈皮（浸去白）一两，茯苓一两，川贝母（去心，粘米拌炒）一两，丹参二两，陈仓米（炒熟）三两，五谷虫（酒炒焦黄）一两。功能开关宽膈，润燥和胃。主治噎膈呃逆，胃失和降，中州痞闷者。

沉香导气汤

本方出自《张氏医通》卷十四。《普济方》的沉香羌活汤，药物组成与本方同。方由羌活、白芍、槟榔各一钱，甘草（炙）五分，川芎、香附（一作青皮）、枳壳（炒）各八分，紫苏、苏子、木瓜各六分，生姜三片组成。水煎去滓，临卧以药汁磨沉香、木香各半钱，调服。功能行气散满，利湿消肿。主治脚气入腹冲心，少腹及胸膈胀闷，上气喘促，呕逆不食，腰脚重着，大小便秘等。本方所治证属脚气人腹冲心所致。治宜理气导滞。方中沉香性温气香，降气平逆，如《本经逢原》说："沉香水专于化气，诸气郁结不伸者宜之"，故为理气要药；木香芳香温通，为行气止痛良药，《本草求真》说："木香，下气宽中，为三焦气分要药"；香附辛散苦降，理气解郁；枳壳苦寒，破气导滞。四药合用，理气降逆，功著力专。紫苏疏散宽中，羌活祛风燥湿，川芎行气通脉，木瓜化湿舒筋，白芍敛阴养筋，槟榔利湿行水，紫苏子降气滑肠，甘草调和诸药。诸药合用，共奏理气散满，活血通络，利湿消肿之功。本方适用于脚气冲心，偏于气滞较甚者。

厚朴七物汤

本方出自《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》。《三因极一病证方论》卷十一以桂心易桂枝，名七物厚朴汤。由《金匮要略》的厚朴三物汤合《伤寒论》的桂枝汤去芍药而成。方由厚朴半斤，甘草、大黄各三两，大枣十枚，枳实五枚，桂枝二两，生姜五两组成。以水一斗，煮取四升，温服八合，日三服。功能行气泄满，解肌发表。主治腹部满痛，形寒发热，大便不通，脉浮而数。本方所治证属外感表证未罢，内实气滞已成，里证重于表证。方中重用厚朴、枳实以行气泄满为主，伍以大黄以通便导滞，与小承气汤以大黄为主，轻用枳、朴者有别，故方以厚朴七物汤命名。兼用桂枝、生姜、甘草、大枣解表散寒，调和营卫。诸药合用，共奏疏泄里实，解肌发表之功。原书加减法："呕者加半夏五合，下利去大黄，寒多者加生姜至半斤。"气逆上则呕吐，故加半夏以降逆；下利去大黄者，因表邪未解，恐重伤胃气以陷邪；寒多加生姜者，以表寒之气盛，故重用生姜以散寒。

木香顺气汤

本方出自《医学发明》卷四。又名东垣木香顺气散。方由木香三分，厚朴（姜制）四分，青皮（去白）、陈皮、益智仁、白茯苓（去皮）、泽泻、干生姜、半夏（汤洗）、吴茱萸（汤洗）各二分，当归五分，升麻、柴胡各一分，草豆蔻（面裹烧去皮）三分，苍术（泔浸）三分组成（《医学正传》一方有人参）。上药㕮咀，都作一服，水二大盏，煎至一盏，去滓，食前大温服，忌生冷硬物及气怒。功能顺气消胀，调中化浊。主治气滞湿阻之脘腹胀满，胸膈痞闷，纳呆泛恶，口淡，舌苔白腻，脉象弦滑。

本方所治证属中焦气滞湿阻的表现。治宜顺气化湿立法。方中木香、厚朴、陈皮、青皮味辛能行肠胃气滞，兼能疏肝除满；草豆蔻、益智仁之香能舒脾畅中；苍术、半夏之燥能胜湿健脾，干姜、吴茱萸性温能散寒暖脾；升麻、柴胡之轻以升中阳；茯苓、泽泻之淡以渗其湿。治疗重在脾胃，使中焦运转则清升浊降，上下宣通，肠胃之壅滞渐消。但这些药物多辛温香燥，故重用当归以濡养阴血。诸药同用，益脾消胀，脾胃得健，胀满诸症可愈。《本草求真》说："木香，下气宽中，为三焦气分要药。然三焦则又以中为要。故凡脾胃虚寒凝滞，而见吐泻停食；肝虚寒入，而见气郁气逆，服此辛香味苦，则能下气而宽中矣。中宽则上下皆通，是以号为三焦宣滞要药。"故方以木香药名和顺气之功而命名。现临床上运用本方治疗肠胃功能紊乱、不完全性幽门梗阻等属气滞湿阻者。但本方药多辛温香燥，如属湿从热化，伤及胃阴或阴虚火旺者，则不宜用。

木香调气散（《杂病源流犀烛》卷十八） 木香、乌药、

香附、枳壳、青皮、陈皮、厚朴、川芎、苍术各一钱，砂仁五分，桂枝(一方用肉桂)、甘草各三分，姜三片。水煎服。功能行气消聚。主治七情郁结，胸满胁痛，腹中气聚，攻窜疼痛。

木香顺气丸(《医学统旨》方，录自《证治准绳·类方》第四册) 木香、枳壳(麸炒)、香附、槟榔、陈皮、苍术(米泔水浸一宿，炒)、厚朴(姜汁炒)、砂仁、青皮(醋炒)各一钱，甘草(炙)五分。水二钟，生姜三片，煎八分，食前服。功能行气导滞。主治食气交阻，胸腹胀痛，大便秘结。

匀气散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。又名木香调气散、木香匀气散。方由丁香、檀香、木香、白豆蔻各二两，藿香叶、甘草(爁)各八两，缩砂仁四两组成。为末，每服一钱，入盐末一字，用沸汤点服，不计时候。现用法为作汤剂，水煎服。功能行气消胀，温中降逆。主治脾胃气滞不匀，胸膈痞闷，脘腹胀痛，不思饮食，恶心呕吐，噎塞不顺，苔薄白腻，脉弦。本方所治证属脾胃气滞，和降失调所致，治宜行气调中。以匀行气滞，故方名匀气。方中木香长于行气，用以治中焦气滞，并能止痛，故为君药；丁香温中散寒，善于降逆，檀香行气止痛，散寒开胃，为臣药，以增强温中行气之力；佐以藿香、砂仁、白豆蔻化湿行气，温中降逆；甘草和中，调和诸药为使。诸药合用，有行气消胀，温中止呕之功，气得匀行，胃得和降，则诸症自除。临床对于胃肠神经症、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎等，表现为胸腹痞满属中焦气滞所致者，可使用本方。

木香分气丸(《太平惠民和剂局方》卷三) 木香、丁香皮、香附子(炒，去毛)、蓬莪术(煨)、缩砂仁、甘草各四两，藿香叶、川姜黄、檀香、甘松(洗)各一两。十味晒干，不见火，捣罗为细末，稀糊为丸，如梧桐子大。每服二十丸至三十丸，生姜、橘皮汤吞下，不计时候。功能行气散结，温中降逆。主治一切气逆，心胸满闷，饮食不消，干呕吐逆，或胸膈痞满，上气咳嗽冷痰。

匀气散(《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十) 陈皮、桔梗各一钱，炮姜、砂仁、炙甘草各五分，木香三分。共为细末，每服五分，红枣煎汤调服。功能行气健脾，温中散寒。主治婴儿之母过食寒冷，胎受其气，生后不乳，面色青白，四肢欠温，唇舌色淡，腹痛而曲背啼哭，脉细迟。

厚朴温中汤

本方出自《内外伤辨惑论》卷中。方由厚朴(姜制)、橘皮(去白)各一两，甘草(炙)、草豆蔻仁、茯苓(去皮)、木香各五钱，干姜七分组成。上为粗散，每服五钱匕，水二盏，生姜三片，煎至一盏，去渣食前温服，忌一切冷物。功能温中行气，燥湿除满。主治脾胃寒湿气滞，脘腹胀满，或客寒犯胃，脘痛时作。

本病所治证属寒湿中阻，气机郁滞。故以温中化湿，行气除满立法。方中厚朴性温味苦辛，《本草汇言》说："厚朴，宽中化滞，平胃气之药也。凡气滞于中，郁而不散，食积于胃，羁而不行，或湿郁积而不去，湿痰聚而不清，用厚朴之温，可以燥湿，辛可以清痰，苦可以下气也。"实为温中下气之要药，故方以君药厚朴和其温中之功而命名。草豆蔻、干姜温中散寒，木香、陈皮行气宽中，故以为臣；佐以茯苓渗湿健脾；炙甘草、生姜和中而调诸药为使。诸药合用，温其中，利其气，祛其痰，化其湿，使寒湿得除，气滞得行，则胀满疼痛可除。在临床上，脘腹胀满疼痛，有寒热虚实的不同，湿食气血虫积之异，然本方以主治脾胃寒湿气滞为多见，如《灵枢·胀论》说："寒气逆上，真邪相攻，两气相搏，乃合为胀也。"《素问·阴阳应象大论》说："寒气生浊……浊气在上，则生䐜胀。"但以腹胀痛喜按，得热轻减，泛吐清水，大便溏泄，舌苔白滑，脉迟为辨证要点。

五积散(《太平惠民和剂局方》卷二) 白芷、川芎、炙甘草、茯苓(去皮)、当归、肉桂(去粗皮)、芍药、半夏(汤洗)各三两，陈皮(去白)、炒枳壳、麻黄(去根节)各六两，苍术(米泔浸，去皮)二十四两，桔梗十二两，干姜、厚朴(去粗皮)各四两。除肉桂、枳壳另研为末外，余药共为粗末，慢火炒令色转，摊冷，再入前二味药末，和匀，每服三钱，加生姜三片，水煎热服。功能调中顺气，除风冷，化痰饮。主治脾胃宿冷，腹胁胀痛，胸膈停痰，呕逆恶心；或外感风寒，内伤生冷，心腹痞闷，头目昏痛，肩背拘急，肢体怠惰，寒热往来，饮食不进；及妇人血气不调，心腹撮痛，经候不调，或闭不通。若冷气奔冲，心胁脐腹胀满刺痛，反胃呕吐，泄利清谷，及痃癖癥瘕，膀胱小肠气痛，加煨姜三片，盐少许；伤寒时疫，头痛体疼，恶寒发热，项背强痛，加葱白三寸，豆豉七粒；但觉寒热，或身不甚热，肢体拘急，或手足厥冷，加炒吴茱萸七粒、盐少许；寒热不调，咳嗽喘满，加大枣；妇人难产，加醋一合，不拘时服。

良附丸

本方出自《良方集腋》卷上。为治胃寒气滞冷痛的常用方剂。方由高良姜(酒洗七次，焙研)、香附子(醋洗七次，焙干)组成。上二味须要各焙各研各贮，以米饮汤加入生姜汁一匙，盐一撮为丸，服用之。现用法为每服6克，开水送下，亦可作汤剂水煎服。功能疏肝行气，散寒止痛。主治肝郁气滞，胃有寒凝，脘腹疼痛，得温痛减，遇冷更甚，或胸胁胀痛，或痛经，苔白，脉沉紧。

本方所治诸痛，证属气滞寒凝，不通则痛所致。治以温中行气立法。方中高良姜善散脾胃寒邪，具有温中止痛之功；香附长于疏肝理气，并有止痛作用；以米饮汤与生姜汁和食盐为丸，以调和胃气。诸药同用气滞得以疏行，寒凝得以温散，胃气得以调和，则疼痛自止。临床运用本方，主要治疗寒凝气滞之胸胁脘腹诸痛，现临床上用

本方治疗慢性胃炎、溃疡病、慢性肝炎等属于寒凝气滞者。原方加减："如病因寒而得者，用高良姜二钱，香附末一钱；如病因怒而得者，用高良姜一钱，香附末二钱；如病因寒怒兼有者，用高良姜一钱五分，香附末一钱五分。"指出如寒凝甚者，高良姜用量可倍于香附，气滞重者，香附用量可倍于高良姜，寒凝气滞并重者，两药用量相等。这是根据寒凝与气滞的主次轻重，在用量上灵活运用。

良附丸(《全国中药成药处方集》上海方)　良姜12克，当归90克，沉香30克，木香、青皮(炒)各90克，干姜60克，香附(制)120克。共研细粉，水泛为丸，如绿豆大。每服3—4.5克，温开水送服。功能疏肝行气，逐寒止痛。主治胸膈满痛，得暖减轻，呕吐清水。

香砂养胃汤

本方出自《万病回春》卷二。方由香附(炒)、砂仁、苍术(米泔制炒)、厚朴(姜汁炒)、陈皮各八分，人参五分，白术(去芦)一钱，茯苓(去皮)八分，木香五分，白豆蔻(去壳)五分，甘草(炙)五分组成。锉剂，姜、枣煎服。功能理气和中，健脾益胃。主治脾胃虚弱，气滞胃失健运，脘痞腹胀，或恶心呕吐，不思饮食，大便溏泄，口淡，苔白腻者。

本方所治证属中焦气滞，脾虚失运所致。故治从理气养胃立法。方中香附、砂仁芳香化滞，行气宽中为主要药物。苍术、厚朴燥湿运脾，顺气快膈；白豆蔻、陈皮、木香性温气香，理气化湿，降逆止呕。因脾气虚弱，不胜辛燥耗气之品，故用人参、白术、茯苓、甘草即"四君"之意，补中土，益胃气，以固其本。诸药合用，共奏理气畅中，化湿散满，醒脾益胃之功。使脾气旺，湿浊化，气机利，则诸症自愈。本方是治疗脾虚湿阻，气机不利的常用方剂。临床常以脘腹胀满，嗳气呕吐，不思饮食，苔白腻，脉滑等为辨证要点。原方加减："若脾胃寒，加干姜、肉桂；肉食不化，加山楂、草果；米粉面食不化，加神曲、麦芽；生冷瓜果不化，加槟榔、干姜；胸腹饱满，加枳壳、莱菔子、大腹皮；伤食胃痛，加木香、枳实、益智；伤食泄泻，加干姜、乌梅、白术；伤食恶心呕吐，加藿香、丁香、半夏、乌梅、干姜。"

香砂养胃汤(《杂病源流犀烛》卷二十七)　白术、陈皮、茯苓、半夏各一钱，香附、木香、砂仁、枳实、白豆蔻、厚朴、藿香各七分，甘草三分，姜三片，枣二枚。作汤剂，水煎服。功能理气散满，燥湿运脾。主治寒湿阻滞，中气不运，脘腹胀满，不思饮食等。

香砂平胃丸(《中药制剂手册》)　苍术150克，厚朴、陈皮、木香各120克，砂仁、甘草各60克。为细末，水泛为丸，滑石为衣，每次6—9克，日服2—3次，温开水送服。功能理气调中，燥湿运脾。主治湿阻中焦，脘腹痞满，呕逆吞酸，食欲不振等。

七气汤

本方出自《三因极一病证方论》卷十一。由《金匮要略》的半夏厚朴汤和《备急千金要方》的七气汤合方加减衍化而成。方由半夏(汤洗)五两，厚朴(姜制)、桂心各三两，茯苓、白芍药各四两，紫苏叶、橘皮各二两，人参一两组成。锉散，每服四钱，水盏半，姜七片，枣一个，煎七分，去滓，空腹服。现用法为用饮片，水煎服。功能行气化痰，温中健脾。主治中虚有寒，痰气郁结，噎塞痞满，或呕吐泄泻，或喘咳短气，抑郁忧虑，神疲食少，苔白腻，脉弦细滑。

本方所治诸证，多为七情气郁，脾胃虚弱，寒痰凝聚所致，故方名七气。治宜行气开郁，暖脾化痰立法。方中厚朴行气散满，半夏化痰开郁为君；紫苏行气宽中，橘皮理气健脾为臣；佐以肉桂温中散寒，生姜温中降逆，人参补脾益气，茯苓渗湿益脾，白芍养血柔肝；红枣助人参以益气和中为使。合而用之，有行气开郁，温中散寒，健脾益气之功，故痰气郁结，中虚有寒之证，自可解除。现临床上对食管痉挛、慢性喉炎、气管炎、胃肠神经症、慢性胃炎、溃疡病、胃下垂、肝硬化等属于痰气郁结，中虚有寒者，可用本方加减治疗。

七气汤(《备急千金要方》卷十七)　又名四七汤。半夏一升，人参、甘草(炙)、桂心各一两。上药㕮咀，以水一斗煮取三升，分三服，日三次。功能化痰开郁，益气温中。主治七情气郁，痰涎结聚，虚冷上气，或心腹绞痛，或臌胀喘急。因用四味药治七情内伤，故《医方集解》又名四七汤。

七气汤(《全生指迷方》卷二)　京三棱、蓬莪术、青橘皮、香附子(去毛)、陈橘皮(洗)、桔梗、藿香叶、桂心、益智仁各一两半，甘草(炙)三钱(胡氏经验方有沉香半两，无陈橘皮)。为散，各服五钱，水二盏，生姜三片，枣二枚，煎至一盏，食前温服。功能理气温中，消积止痛。主治七情相干，阴阳不得升降，气道壅滞，攻冲作痛。

加味七气汤(《奇效良方》卷二十六)　半夏(汤泡洗)三钱，桂心(不见火)、元胡索(炒，去皮)各二钱半，人参(去芦)、乳香、甘草各一钱。上作一服，用水二钟，生姜五大片，红枣二枚，煎一钟，食前送服。功能行气散瘀，温中健脾。主治七情所伤，胸腹刺痛剧烈，或外感风寒，湿气作痛。

调中顺气丸

本方出自《医学发明》卷三。方由木香、白豆蔻、青皮(去白)、陈皮(去白)、京三棱(炮)各一两，大腹子(应为大腹皮)、半夏(汤洗七次)各二两，缩砂仁、槟榔、沉香各半两组成。为细末，水糊为丸，如梧桐子大，每服三十丸，渐加至五十丸，陈皮汤下。功能调中散满，顺气止痛。主治

水饮停积，三焦痞滞，胁下胀满，时时刺痛，或呕逆上气，消化不良等。

本方所治证属水饮停积，阻滞三焦，气机失调所致。故应从行气消满立法。方中木香功专理气止痛，能通畅三焦气滞，陈皮燥湿行气，善理上焦之滞气；青皮、沉香破气化滞，调中降气，以平下焦之滞气。四药相配，相辅相成，加强了通畅上中下三焦之滞气。脾胃为升降之气机，故用白豆蔻、缩砂仁化湿醒脾，行气畅中，以利气机之升降；半夏和胃降逆以止呕。因气滞常可引致血瘀，故复用三棱活血逐瘀，兼行气滞；大腹皮、槟榔行水理气而散痞满。诸药合用，共奏调中顺气，化滞除湿，活血止痛之功。本方常用于水饮停积，气滞满痛，呕逆厌食等。临床常以胸闷腹胀，胁肋时有刺痛，呕逆上气，苔白腻等为辨证要点。

开胸顺气丸（《中药制剂手册》） 槟榔（炒）180克，牵牛子（炒）240克，陈皮60克，三棱（麸炒）60克，莪术（醋炙）60克，牙皂30克，厚朴（姜炙）60克，木香45克。为细末，水泛丸，每次3—9克，日1—2次，温开水送服。功能消积化滞，行气止痛。主治停食停水，气郁不舒，胸腹胀满，胃脘疼痛等。孕妇及年老体弱者忌服。

宽胸丸（验方，录自《中医内科讲义》） 荜拨、高良姜、檀香、冰片、细辛、延胡索。作丸剂，温开水送服。功能温中通阳，理气宽胸。主治湿浊内阻，胸阳被遏，胸脘胀痛，身重乏力，呕逆上气，苔白腻。

聚香饮子

本方出自《济生方》卷三。方由檀香、木香、乳香、沉香、丁香（并不见火）、藿香叶各一两，延胡索（炒，去皮）、川乌（炮，去皮尖）、片姜黄（炒）、桔梗（去芦，锉，炒）、桂心（不见火）、甘草（炙）各半两组成。上药㕮咀，每服四钱，水一盏半，生姜七片，枣一枚，煎至七分，去滓，温服，不拘时候。功能行气解郁，温中止痛。主治情志所伤，气郁血滞，心腹胀痛，痛引腰胁连背，不可俯仰者。

本方所治证属情志所伤，而致的气郁血滞，心腹及腰背胀痛。故当从理气解郁，活血止痛立法。方中檀香理气止痛，善治胸腹气滞胀痛，正如汪昂在《本草备要》中所说："檀香，调脾肺，利胸膈，为理气要药"；木香行气止痛，善疗脾胃气滞满痛，如张洁古在《珍珠囊》中说："木香能散滞气、调诸气、和胃气、泄肺气"；沉香降气调中，宜于气滞胸胁胀痛；乳香活血行气，宣通经络；丁香温中降气；藿香叶利气和胃；因气滞常导致血瘀，故复用延胡索既能活血行瘀，又能行气止痛；川乌、片姜黄、肉桂温营通脉，祛寒化气；桔梗宣通胸膈，以利气机之升降；甘草调和诸药。各药合用，共奏解郁散滞，流畅气机，活血行瘀，温中止痛之功。本方集诸香窜利气之品，是加强行气止痛之力，故有聚香饮子之名。本方药性偏于辛燥香窜，易耗气动胎，故气虚津少者慎用。孕妇忌服。

神香散（《景岳全书·新方八阵》卷五十一） 丁香、白豆蔻（或砂仁亦可）各等份。为末，温开水送服七分，甚者一钱；若寒气甚者，姜汤送服，日数服。功能理气宽中，温胃祛寒。主治寒气凝滞，胸胁或胃脘胀痛，呕哕气逆，噎膈等。

木香流气饮

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。方由陈皮（去白）二斤，青皮（去白）、紫苏叶（去枝梗）、甘草（爁）、厚朴（去粗皮，姜汁制）、香附（炒，去毛）各一斤，人参（去芦）、赤茯苓（去黑皮）、干木瓜、石菖蒲（刮去毛）、白术（去芦）、川白芷、麦门冬各四两，草果仁、肉桂（去粗皮，不见火）、蓬莪术（煨切）、大腹皮、丁香、槟榔、木香（不见火）、藿香叶各六两，木通（去节）八两，半夏（汤洗七次）二两组成。锉为散，每次四钱，水一盏半，生姜三片，红枣二枚，煎至七分，去渣热服。功能行气调中，健脾化痰。主治诸气痞滞不通，胸膈胀满，口苦咽干，呕吐少食，肩背走注刺痛，及喘急痰嗽，面目虚浮，四肢肿重，大便秘结，小便赤涩。

本方所治证属气滞营卫失调，脾不健运，或痰浊壅肺，肺失清肃所致。故当从理气散痞，益脾祛痰立法。方中木香、香附理气宽中，以调肝脾；陈皮、半夏、草果仁燥湿化痰，行气和胃；青皮疏肝破气；厚朴降逆平喘；丁香、肉桂温中散寒，暖肾纳气；人参、白术补中益脾；麦冬养阴益胃；石菖蒲化湿除痰；莪术活血行气；紫苏、藿香叶、白芷宣散肺气，以平喘咳；木通、大腹皮、槟榔、赤茯苓利水渗湿，以消肿满；木瓜祛湿舒筋；甘草调和诸药。各药合用，共奏利气机，化痰浊，调营卫，消肿满之功。本方适用于气滞不通，痰浊内阻，营卫失调之证。临床常以胸脘胀满，呕吐少食，或痰喘气逆，水道不利等为辨证要点。

流气饮子（《全生指迷方》卷三） 紫苏叶、青皮、当归（洗）、芍药、乌药、茯苓、桔梗、半夏（汤洗七遍，焙干为末，姜汁和，阴干）、黄芪、枳实（麸炒，去穰）、防风各半两，甘草（炙）、橘皮（洗）各三分，木香一分，川芎三分，连皮大腹皮（锉，姜汁浸一宿，焙）一两。上药为散，每服五钱，水二盏，生姜三片，枣一个，同煎至一盏，去滓，温服。功能理气和血，化湿畅中。主治气晕郁滞，血虚气弱，湿浊内阻，脘腹痞满，呕恶气逆，舌淡，脉虚大而涩者。

十全流气饮（《外科正宗》卷三） 陈皮、赤茯苓、乌药、川芎、当归、白芍各一钱，香附八分，青皮六分，甘草五分，木香三分。姜三片、枣二枚、水二钟，煎八分，食远服。功能疏肝理脾，散结消肿。主治忧郁伤肝，思虑伤脾，致气结积聚，变生瘿瘤等。

增损流气饮（《张氏医通》卷十三） 半夏、赤茯苓、陈皮各一钱，甘草（炙）五分，苏叶、香附、槟榔、木香、大腹皮、枳壳、桔梗各七分，人参一钱半，肉桂、厚朴（姜制）各八分，生姜七片，红枣二枚。水煎，热服。功能行气散满，利湿消肿。主治诸气郁滞，胸脘痞满，面目浮肿，小便不

利等。

排气饮

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由陈皮一钱五分,木香七分或一钱,藿香一钱五分,香附二钱,枳壳一钱五分,泽泻一钱,乌药二钱,厚朴一钱组成。水一钟半,煎七分,热服。功能行气宽中,化积健脾。主治食积气滞,脘腹胀痛,呕吐泛酸,体倦厌食等。

本方所治证属积滞气郁,中气不运所致。故当从理气化积立法。方中木香、陈皮、藿香、香附理气燥湿,而调脾胃之滞气;厚朴、枳实行气宽中,而化脾胃之积滞;湿阻气滞,则水湿内停,故复用泽泻渗湿利水;乌药行气止痛之中,又有温肾利水之力,两药相配,加强通利小便的作用。诸药合用,共奏化湿健脾,行气导滞,降逆止呕之功。本方由大队辛香理气的药物组成,可知立方之意,旨在行气滞以散中满,故有排气之名。原书加减法:"如食滞甚者加山楂、麦芽各二钱,如寒滞者加焦干姜、吴茱萸、肉桂之属,如气逆之甚者加白芥子、沉香、青皮、槟榔之属,如呕而兼痛者加半夏、丁香之属,如痛在小腹者加小茴香,如兼疝者加荔枝核,煨熟捣碎用二至三钱。"现临床上对慢性胃炎、胃神经症、胃及十二指肠溃疡,证属湿阻气滞者,常使用本方加减治疗。本方药性偏于辛燥,易耗气劫阴,故凡阴虚内热,气虚津少者,用之宜慎。

和气散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。方由青皮(去白)、茴香(炒)、苍术(米泔水浸)、陈皮(去白)、肉桂(去粗皮)、良姜(去芦)、香附子(炒,去毛)、甘草(爁)各一两,桔梗(去芦)三两组成。为细末,每服二钱,盐少许,沸汤调服。功能行气消胀,温中祛寒。主治脾胃积冷,中脘气滞,心腹胀满,呕吐泛酸等。本方所治证属脾胃积冷,寒凝气滞。故当从温中祛寒,理气散满立法。方中肉桂、高良姜皆辛热之品,两药合用,则温中祛寒之力尤著;茴香理气调中,散寒止痛;香附辛散苦降,理气解郁;复用苍术、青陈皮燥湿健脾,行气化滞;桔梗通上泄下,助气药以调气机;甘草调和诸药。各药合用,共奏温中祛寒,理气畅中,化湿止呕之功。使寒邪祛,湿浊化,气机利,则诸症可解。本方药性偏于温燥,过服易伤阴耗液,故凡脾胃积热,阴虚津血不足者,则非所宜。

抑气散(《重订严氏济生方》) 香附(炒净)四两,橘红二两,茯神(去木)、甘草(炙)各一两。为细末,每服二钱,食前用沸汤调服。功能疏肝解郁,行气畅中。主治妇人气盛于血,经常头晕,胁肋或胃脘胀满,怔忡失眠等。《医方集解》说:"香附散郁气,橘红调诸气,茯神安心气,甘草缓逆气,气得平则无亢害之患。"又说:"气盛于血,固当抑气,若过用行气之药,则真气耗散。"可知本方为平和之剂,故有抑气之名。

推气散(《重订严氏济生方》) 枳壳、桂心、片子黄各半两,甘草(炙)一钱半。为细末,每服二钱,姜枣汤调下,酒亦可。功能理气散满,活血止痛。主治气滞血瘀,两胁胀痛,不思饮食等。

和气汤(《杂病源流犀烛》卷十一) 木香、紫苏、槟榔、陈皮、半夏、香附、青皮、甘草、乳香、没药(原方无药量)。功能行气宽中,活血止痛。主治诸气郁滞,胸膈胀满,呕逆嗳气,或疝气肿痛,痛引脐腹等。

仁香汤

本方出自《通俗伤寒论》。由《太平惠民和剂局方》的匀气散加减而成。方由白蔻仁六分(研末,冲),杜藿香钱半,广木香六分,生香附钱半,春砂仁八分,白檀香五分,母丁香四分,广陈皮钱半,生甘草三分,淡竹叶三钱组成。水煎服。功能温中行气,化湿辟秽。主治暑月感受寒湿秽浊,中焦阳气受遏,胸膈烦闷,腹痛吐泻。治当温中行气立法。方中白蔻仁、春砂仁辛温芳香,行气调中,化湿辟秽;杜藿香化湿止呕,广木香健脾消食,生香附疏肝解郁,白檀香宽胸散寒,母丁香温中降逆,五药辛香皆有行气止痛之功。方以二仁、五香为主而命名。广陈皮理气消胀,健脾燥湿;竹茹和胃通络,又能防止诸药温燥太过;生甘草安中,并能缓和辛散之气。合而用之,有理气和中,化湿辟秽之功。本方在临床运用上适宜于夏秋感受寒湿秽浊之气的发痧吐泻。但以胸膈痞闷,腹痛吐泻、舌苔白腻,脉象濡滑为辨证要点。

柴胡厚朴汤

本方出自《外台秘要》卷七。方由柴胡、厚朴(炙)各十分,茯苓、橘皮、紫苏各八分,生姜十二分,槟榔(研末)五分组成。上七味切,以水七升,煮取二升五合,绞去滓,分温三服。忌酢物生冷油腻粘食。功能行气解郁,化湿消胀。主治心腹胀满,湿滞中焦,气机受阻,脾失健运,脘腹胀满,呕逆厌食等。本方所治证属湿浊中阻,气机不畅,治宜化湿行气,宽中除满。方中柴胡疏泄开郁,以升清阳之气,厚朴芳香化湿,行气散满,两药相合,一升一降,加强通畅气机作用,共为主药,故取名柴胡厚朴汤;紫苏理气和胃,温中止呕;橘皮燥湿化滞,理气健脾;槟榔、茯苓行气化滞,益脾渗湿,使湿邪从下焦分利,正如前人所说,"治湿不利小便,非其治也"。诸药合用,湿浊消除,宣上渗下,气复流畅,则诸症自愈。临床运用当以心腹胀满,苔白腻,脉滑等为辨证要点。

散聚汤

本方出自《三因极一病证方论》卷八。方由半夏(汤

洗七次)、槟榔、当归各三分,橘皮、杏仁(麸炒,去皮尖)、桂心各二两,茯苓、甘草(炙)、附子(炮,去皮脐)、川芎、枳壳(麸炒,去穰)、厚朴(姜汁制)、吴茱萸(汤洗)各一两组成。锉散,每服四钱,水一盏半,煎七分,去滓,食前服。功能理气散结,燥湿化痰。主治久气积聚,痰湿内阻,血行不畅,心腹胀痛,甚者牵引腰胁;或咳嗽喘逆,胸膈痞闷,二便不利等。本方主治为气结痰聚,气机不利,或肺气失宣等。故治从祛痰化湿,宣肺顺气立法。方中半夏、陈皮、厚朴燥湿化痰,行气散满;枳壳、杏仁宣肺降逆,止咳平喘;因气滞导致血瘀,故当归、川芎活血祛瘀,又能行气止痛;附子、吴茱萸、桂心温中散寒;槟榔、茯苓行水消胀;甘草调和诸药。各药合用,共奏燥湿化痰,宣肺平喘,行气活血之功。因本方能治气、血、痰、湿诸结聚,故有散聚汤之称。

木香宽中散

本方出自《证治准绳·类方》第二册。系五膈宽中散衍化而来。方由木香、香附(炒)、砂仁各三两,青皮、陈皮、丁香各四两,厚朴(制)一斤,甘草(炙)五两,白豆蔻二两组成。共为细末,每服二钱,姜盐汤调服。功能理气散满,和胃止呕。主治七情所伤,脾胃失和,气机不利,脘膈痞满,甚则胀痛,嗳气呕逆等。本方所治证属七情所伤,脾胃气机失和所致。故治以理气解郁,调和脾胃立法。方中木香辛散温通,理气畅中,以调治脾胃之气滞;香附辛散苦降,疏肝解郁,理气止痛;厚朴辛苦下气散结,消胀除满;陈皮、青皮理气健脾,破气化滞;白豆蔻、砂仁芳香行气,和胃止呕;丁香温中降逆;甘草调和诸药。各药合用,共奏理气宽中,散满消胀,调和脾胃之功。

五膈宽中散(《太平惠民和剂局方》卷三) 白豆蔻(去皮)二两,甘草(炙)五两,木香三两,厚朴(去皮,生姜汁炙熟)、香附子(炒去毛)各十六两,缩砂仁、丁香、青皮(去白)、陈皮(去白)各四两。上为细末,每服二钱,入生姜二片、盐少许,不拘时沸汤点服。功能行气宽中。主治忧恚寒热,动气伤神,致阴阳不和,脏腑生病,结于胸膈之间,遂成五膈:忧膈,胸中气结,津液不通,饮食不下,羸瘦短气;恚膈,心下实满,噫气反酸,饮食不消,二便不利;气膈,胸胁逆满,噎塞不通,噫闻食臭;寒膈,心腹胀满,咳嗽气逆,腹上苦冷,雷鸣绕脐痛,不能食肥;热膈,五心中热,口舌生疮,四肢烦重,唇口干燥,身体或热,腰背疼痛,胸痹引背,不能多食。

五香散(《太平惠民和剂局方》卷三) 木香、丁香、沉香、乳香、藿香各等份。共为粗末,每服三钱,水一盏半,煎至八分,去滓,食后温服。功能行气调中。主治中焦结气,脘腹胀痛,恶心厌食等。

木香调气饮(《杂病源流犀烛》卷五) 白豆蔻、木香、藿香、砂仁、甘草。水煎服。功能理气和胃。主治中焦气滞,脘腹胀满,呕逆厌食等。

膈气散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。方由肉豆蔻仁、木香、干姜、厚朴(去粗皮,生姜汁制炒)、青皮(去白)、甘草(爁)各五两,三棱(炮)、益智仁、莪术(炮)、肉桂(去粗皮)、陈皮(去穰)、槟榔、枳壳(去穰,麸炒)各十两组成。为细末,每服二钱,水一盏,入生姜二片,枣半个,同煎七分,和滓热服。功能顺气畅中,散寒消胀。主治寒气痞塞胸膈,胁肋刺痛,短气烦闷,或呕恶,饮食不下,苔白润。本方所治证属寒邪内侵,闭于胸膈,气血阻滞所致。故治宜散寒行气,宽中除满立法。方中干姜、肉桂、肉豆蔻、益智仁辛热温敛,善驱寒邪,温中土,止呕吐;木香、厚朴芳香温散,行气化湿;青陈皮、枳壳利气宽膈;因寒凝则气滞,气滞则血瘀,故复用三棱、莪术破气祛瘀而止痛;槟榔下气消胀;甘草调和诸药。各药合用,共奏祛寒畅膈,宽中止痛之功。本方适宜于脾胃受寒气滞的实证。临床上常以胸膈气胀,胁肋刺痛,口吐清水,呕逆时作,苔白润滑等为辨证要点。

五膈散(《济生方》卷二) 枳壳(去穰,麸炒)、青皮(去白)、大腹子、白术、半夏曲(锉,炒)、丁香(不见火)、天南星(汤泡,去皮)、干姜(炮)、麦芽(炒)、草果仁各一两,甘草(炙)半两。为细末,每服二钱,水一中盏,生姜五片,煎至六分,温服,不拘时候。功能理气宽膈,和胃化痰。主治诸气结聚,胸膈痞闷,胁肋胀满,痰逆恶心,不进饮食等。

三脘痞气丸

本方出自《卫生宝鉴》卷十三。方由沉香、大腹皮、槟榔、缩砂仁各半两,青皮(去白)、陈皮(去白)、木香、白豆蔻、三棱(炮)各一两,半夏(汤泡七次)二两组成。共为细末,神曲糊丸,如桐子大,每服三十丸,温开水送下,陈皮汤亦得,食后服。功能理气散满,化湿消痞。主治湿浊停滞,气不升降,脘腹痞满,时有刺痛,嗳气呕恶,不思饮食。本方所治证属三焦痞滞,气失升降所致。故当以行气消痞立法。方中木香、沉香辛散温通,顺气化湿,以降逆气,缩砂仁、白豆蔻芳香化浊,理气宽胸,以止呕恶;陈皮配半夏燥湿醒脾,行气和胃;青皮气峻性烈,消积化滞;大腹皮、槟榔宽中除胀,行水利湿;因时感刺痛,故用三棱活血行瘀,以止疼痛。诸药合用,共奏畅气机,消痞满,化湿浊,止疼痛之功。

九气拈痛丸

本方出自《北京市中药成方选集》。方由香附(醋炙)480克,高良姜120克,莪术(醋炙)960克,黄郁金240克,五灵脂(醋炙)480克,甘草120克,元胡(醋炙)480克,橘

皮240克，木香120克，槟榔240克组成。取上药粉，用冷开水泛为丸，每服6—9克，日服1—2次，温开水送服。功能理气，活血，止痛。主治气滞血瘀，脘腹或两胁胀痛，或痛经等。

本方所治证属气滞为主，气滞常可引致血瘀，故当以理气活血立法。方中香附、木香、陈皮三药合用，疏肝理气，畅中止痛之功尤强；复用血中的气药，郁金、莪术、延胡索等，一方面活血行瘀而止痛，另一方面助气药以行气消胀；五灵脂祛瘀止痛；高良姜温中散寒；槟榔破气消肿；甘草调和诸药。各药合用，共奏理气宽中，活血行瘀，消胀止痛之功。使气血畅通，肝脾调和，则诸症可解。本方药性偏于温燥，故凡肝脾郁热所致的脘腹疼痛，或痛经等，则非所宜。孕妇亦当忌服。

拈痛丸（《鲁府禁方》卷二）　五灵脂、蓬术（煨）、木香、当归各半两。为细末，炼蜜为丸，如桐子大，每服二十丸，食前，橘皮煎汤下。功能活血行气。主治血瘀气滞，心腹或胸胁各种疼痛者。

沉香槟榔丸

本方出自《活幼心书》。方由沉香、槟榔、檀香、南木香、丁香、三棱（炮，锉）、莪术（炮，锉）、神曲（炒）、谷芽（洗，焙）、厚朴、苍术、使君子肉（锉，以屋瓦焙干）、青皮（去白）、陈皮（去白）、缩砂仁、益智仁、净香附、枳壳、高良姜各半两，粉草（炙）一两半组成。为细末，水煮面糊为丸，如麻仁大，每服三十至五十丸，温米清汤无时送下。小儿不能吞咽，炼蜜为丸，如芡实大，每服一至二丸，温汤化服。功能理气调中，消积开胃。主治伤食停寒在里，面黄肌瘦，脾胃气滞，脘腹冷痛，不思饮食，呕吐，腹泻，虫积等。

本方所治证属脾胃失调，生化无权所致。故治从理气消积，调摄脾胃立法。方中沉香行气止痛，温中散寒；槟榔、使君子杀虫消积，益脾除胀；木香、香附、檀香诸辛温香燥之品合用，以加强通畅气机之力；陈皮、砂仁理气和胃以止呕；青皮、枳壳破气化滞以宽胸；厚朴、苍术燥湿行气以运脾；丁香、高良姜温中暖胃以散寒；益智仁益肾温脾以止泻；因积食停滞，故复用神曲、谷芽消食健脾以开胃；三棱、莪术通畅血脉，兼能消食行气；甘草调和诸药。各药合用，共奏理气止痛，温中化滞，消食健胃之功。使寒祛湿化，虫积消除，气机畅通，脾胃复健，则诸症自可痊愈。

沉香化滞丸（《全国中药成药处方集》北京方）　沉香18克，厚朴、白术、半夏、橘皮、木香、砂仁、槟榔、藿香各36克，枳实90克，大黄、黄芩、山楂（炒焦）各45克。共为细末，水泛为丸，滑石为衣，每服6克，日服2次，温开水送服。功能理气化滞，清热和胃。主治饮食停滞不化，胸脘胀满，嘈杂吞酸，肢体倦怠，苔薄黄腻者。

朴沉化郁丸（《全国中药成药处方集》天津方）　广木香、白蔻仁、砂仁、青皮（醋炒）、南柴胡、沉香、元胡（醋制）、甘草、公丁香、檀香各21克，香附（醋制）9克，厚朴（姜制）45克，枳壳（麸炒）30克，片姜黄9克，广陈皮60克，莪术（醋制）15克，良姜15克，肉桂（去粗皮）9克。共为细末，炼蜜为丸，每丸重9克，每服1丸，白开水送下。功能理气化瘀，温胃消积。主治气滞食积，胸腹胀满，消化不良，胃脘刺痛，恶心呕吐等。孕妇忌服。

沉香散

本方出自《良方集腋合璧》。方由沉香一钱，乌药二钱，广木香一钱，降香二钱，细辛五钱，川郁金一钱组成。上药忌见火，生研为末，每服三分，砂仁冷汤送下。功能行气止痛，散寒调中。主治寒凝气滞，脘腹胀痛，得温痛减，遇冷更甚，胸膈痞闷，四肢清冷，或夏月中寒，秽浊痧气，腹痛吐泻，舌苔白腻，脉弦紧。

本方所治证属中焦寒凝，气机郁滞的表现。治当散寒理气止痛立法。方中沉香性温气香，温中降逆，理气止痛，故《本草经疏》说："沉香治冷气、逆气、气郁、气结，殊为要药"；乌药辛开温通，行气消胀，温散中寒，顺逆止痛，能疏理胸腹寒冷逆滞之气；木香辛散苦降，芳香温通，行气止痛，健脾消食，能通行胃肠、三焦气滞；降香辛散温通，降气辟秽化浊，又能入肝，和血定痛；郁金辛开苦降，芳香宣达，行气解郁，又能破血中之气滞，诸温药中加入本品性寒，为反佐之意；其中细辛一味，《药品化义》说："细辛，苦寒邪入里，因其气味辛香，以此从内托出。"《本草正义》说："细辛，芳香最烈，故善开结气，宣泄郁滞"，指出本品辛温芳香，能驱散寒气，以治寒滞腹痛。此外，散寒开窍的细辛与理气辟秽的沉香、降香等合用，可兼治秽浊痧气之腹痛吐泻等，故本品用量独重。

调中沉香散（《太平惠民和剂局方》卷三）　麝香（研）半钱，沉香二两，生龙脑（研）一钱，甘草（炙）一分，木香、白蔻仁各一两。为末，每服半钱，用沸汤点服，或入生姜一片、盐少许亦得。功能顺气调中，散寒止痛。主治脘腹暴痛，胸膈痞满，短气烦闷，恶心呕吐，饮食乏味，肢体倦怠等。

沉香汤（《圣济总录》卷二十五）　沉香（锉）一两，青橘皮、陈橘皮（并汤浸，去白，焙）、胡椒、小茴香（炒）、楝实（锉，炒）、荜澄茄（炒）各半两。上七味，粗捣筛，每服二钱匕，水半盏，酒半盏，入葱白一握，煎至半盏，去滓热服。功能行气止痛，温中散寒。主治伤寒发汗后，胃气不和，胸脘痞闷，胁下胀痛，噫气呕恶，肠鸣腹泻等。

乌沉汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。方由天台乌药一百两，沉香五十两，人参三两，甘草（爁）四两半组成。上药为末，每服半钱，入生姜三片、盐少许，空心食前，沸

汤点服。功能行气散寒，调中补虚。主治中虚寒滞，胸腹胀痛，绵绵不休，喜暖喜按，甚则呕吐，或寒疝腹痛，或经行腹痛，神疲乏力，舌淡苔白，脉沉迟。本方所治证属中虚有寒，气机不畅，故从行气止痛，散寒扶中立法。方以主药乌沉而命名。方中乌药善于行气宽胀，温散脾寒，降逆止痛；沉香温中降逆，理气止痛，《本草衍义》说："乌药，和来气少，走泄多，但不甚刚猛，与沉香同磨作汤，治胸腹冷气，甚稳当。"故以为君；人参补中益气为臣；佐以甘草调中。合而用之，行气滞，散阴寒，补中虚，使寒散气行，中虚得补，则腹痛自止。

小乌沉汤（《太平惠民和剂局方》卷三） 乌药（去心）十两，甘草（炒）一两，香附子（沙盆内断去皮毛，焙干）二十两。上为细末，每服一钱；入盐少许，或不着盐，沸汤点服，不拘时。功能行气止痛，散寒调中。主治胸腹胀痛，或寒疝腹痛，或经行腹痛。

消痞丸

本方出自《医学发明》卷一。方由黄连（去须拣净，炒）六钱，黄芩（刮黄色）六钱，姜黄、白术各一两，人参四钱，甘草（炙）二钱，缩砂仁三钱，枳实（麸炒黄色）五钱，橘皮四钱，干生姜二钱，半夏（汤洗七次）四钱，神曲（炒黄色）二钱组成（一方加泽泻、厚朴各三钱，猪苓二钱半）。为细末，汤浸蒸饼为丸，梧桐子大，每服五七十丸至百丸，食后白汤送下。功能行气消痞，和胃降逆。主治中气虚弱，邪犯肠胃，胃失和降，心下痞满，日久致寒热互结，时时呕逆上气者。

本方所治证属正气虚弱，邪犯胃肠，气机升降失司所致。故当以理气降逆，调和脾胃立法。方中橘皮、半夏理气降逆，燥湿和胃；枳实、砂仁行气宽中；因寒热互结，故用苦寒的黄芩、黄连配辛温的干姜、生姜以调寒热，辛开苦降，散结止呕；人参、白术补益中气；姜黄辛散温通，既能行血中之气，又能行气中之血；甘草调和诸药。各药合用，共奏理气散痞，调和寒热，益气扶正之功。本方是一首寒热并用，辛苦并进，补泻兼施的方剂。现临床上对慢性胃炎，或慢性肠炎，证属气弱脾虚，积滞胀满者，均可用本方治疗。

舒肝丸

本方录自《北京市中药成方选集》。方由厚朴（姜炙）、香附（醋制）、柴胡、枳实、川芎、延胡索（醋制）、丹皮、沉香、白芍各48克，片姜黄18克，甘草36克组成。共为细末，炼蜜为丸，每次1丸（约重9克），日1—2次，温开水送服。功能舒肝解郁，理气止痛。主治肝气郁结，脾失健运，胸胁胀痛；或胃脘疼痛，呕逆嘈杂，嗳气吞酸等。

本方所治证属肝郁气滞，肝脾失调，故当以疏理肝脾立法。方中柴胡、香附同为疏达肝气的要药，合而用之，则舒肝解郁，理气止痛之力尤强，正合"肝喜条达"，"木郁达之"之意；木香、白豆蔻、陈皮、沉香皆芳香辛散之品，互相配合，行气宽中，和胃止呕之功更著；厚朴、枳实破气化滞，开胸止痛；因气滞血瘀，更以川芎、延胡索、姜黄、牡丹皮活血行瘀，又能行血中之气滞；白芍柔肝敛阴，甘草和中缓急，两者相配，以调和肝脾。诸药合用，共奏疏肝理气，畅中和胃，活血止痛之功。本方适用于肝郁气滞之证。临床运用常以胁胀脘痛，呕逆厌食，苔白，脉弦等为辨证要点。

化肝煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由青皮、陈皮各二钱，芍药二钱，山栀（炒）、泽泻（如血见下部者以甘草代之）、丹皮各钱半，土贝母二三钱组成。水一钟半，煎七八分，食远温服。功能理气散郁，泄热和胃。主治肝胃郁热之胁腹疼痛，痛势急迫，有灼热感，心烦易怒，泛酸嘈杂，口干口苦，或见吐血便血，舌红苔黄，脉弦而数。本方所治证属肝郁化火，胃热气滞。治以理气散郁，泄肝和胃立法。方中青皮疏肝破气，陈皮理气健脾；芍药养血柔肝，缓急止痛；牡丹皮、山栀子清肝泄热；土贝母开郁清肝；泽泻利水泄热，引火从小便而出。诸药同用，疏散肝郁，清泄肝热，郁散热泄，则诸症自愈。原书加减法："如大便下血者加地榆，小便下血者加木通各一钱五分；如兼寒热加柴胡一钱；如火盛加黄芩一二钱；如胁腹胀痛加白芥子一钱，胀滞多者勿用芍药。"

金铃子散

本方出自《素问病机气宜保命集》卷中。是气滞血郁诸痛常用方。方由金铃子（即川楝子）、延胡索各一两组成。为粗末，每服二三钱，酒调服。功能疏肝泄热，行气止痛。主治肝气郁滞，气郁化火，胁肋胀痛，或疝气痛、或痛经，时发时止，烦躁不安，舌红苔黄，脉弦或数。本方所治证属肝郁气滞，郁而化火。故治宜舒肝理气，泄热止痛。方中金铃子行气滞，泄肝火，清气分之热而止痛；延胡索行血中气滞，气中血滞，以增强川楝子止痛之效。两药合用，一泄气分之热，一行血分之滞，使肝火得清，气机通畅，则诸痛自止。本方由气药川楝子和血药延胡索组成，是一首寒热并用，血气相配的组方范例。本方所治诸痛，以肝郁气滞偏于热者为宜。以胁肋胀痛，舌红苔黄，脉弦或数等为辨证要点。现对胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎、肝炎及胆囊炎等，证属肝郁气滞偏热者，常可使用本方加味治疗。若诸痛属于寒性者，则非本方所宜，孕妇亦当慎用。

金铃子散（《济生方》卷三） 川楝子（去皮核，取肉一两，用巴豆七枚去壳，同炒令黄色，去巴豆）。为细末，每服二钱，空心食前，热盐酒调服。功能理气止痛。主治七

疝寒注下焦,小腹引外肾疼痛,大便多闭等。

延附汤(《济生方》卷三) 延胡索(炒,去皮)、附子(炮,去皮脐)各一两,木香(不见火)半两。㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜七片,煎至七分,去滓温服,不拘时候。功能理气治血,散寒止痛。主治七疝,气滞血郁,心腹冷痛,肠鸣气走,身寒便秘等。

延胡索散(《济阴纲目》卷一) 延胡索、当归(酒浸)、赤芍(炒)、蒲黄(炒)、桂皮、乳香、没药各一钱。为细末,每服三钱,温酒空心服。功能理气活血,调经止痛。主治妇人气滞血瘀,脘腹胀痛,或经行腹痛等。

十香丸

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。由《太平惠民和剂局方》的五香散加减衍化而成。方由木香、沉香、泽泻、乌药、陈皮、丁香、小茴香、香附(酒炒)、荔核(煨焦)各等份,皂角(微火烧烟尽)减半组成。为末,酒糊为丸,弹子大,磨化服;丸桐子大,汤引下;癞疝之属温酒下。功能理气解郁,散寒止痛。主治气滞寒凝,胸腹胀痛,胁痛腰痛,癞疝气痛,妇人经行少腹胀痛,疼痛多为攻窜不定,得温或嗳气则痛减,遇冷或恼怒则痛甚,或呕吐呃逆,口淡,苔白滑,脉弦迟。

本方所治证属气机郁滞,阴寒凝结所致。治宜行气散寒立法。方中木香行气,沉香降气,乌药顺气,皆有散寒止痛作用;陈皮健脾,丁香温胃,香附疏肝,小茴香温肾,均为理气之要药;荔枝核散滞去寒,行血中之气;泽泻利水渗湿,其甘寒之性可防止上列诸药温燥太过;皂角辛散走窜之性,能加强诸药理气之力。诸药合用,理气解郁,散寒止痛,降逆和中。本方重在理气,兼以散寒调中,使气行寒散,胃复和降,则诸症自除。

七香丸(《医学入门》卷七) 丁香、香附、甘草各一两二钱,甘松八钱,益智仁六钱,莪术、砂仁各二钱。上药为末,蒸饼糊丸,绿豆大,每服十丸米饮下。功能行气补肾,温通血络。主治郁闷忧思或闪挫跌仆,一切气滞腰痛。

十香止痛丸(《全国中药成药处方集》天津方) 香附(醋制)240克,元胡(醋制)、五灵脂(醋制)、乌药、香橼、厚朴(姜制)各120克,生蒲黄、制乳香、檀香、降香、广木香各60克,沉香、零陵香、香排草、砂仁、公丁香各15克,熟军120克,良姜9克。共为细粉,炼蜜为丸,6克重,每次服1丸,白开水送下。功能行气活血,温中降逆。主治胃有寒凝,气血阻滞,两胁胀满,胸腹刺痛,喜热恶冷,恶心呕吐等。

暖肝煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由当归二三钱,枸杞三钱,茯苓二钱,小茴香二钱,肉桂一二钱,乌药二钱,沉香一钱(或木香亦可)组成。水一钟半,加生姜三五片,煎七分,食远温服。功能温补肝肾,行气止痛。主治肝肾不足,寒凝气滞,小腹疼痛,疝气等。本方所治证属肝肾阴寒,气机阻滞所致。治从温肝散寒,行气止痛立法。故方以暖肝的作用而命名。方中当归甘辛苦温,补血活血;枸杞甘平质润,平补肝肾;肉桂辛甘大热,温肾散寒;小茴香辛温芳香,暖肾行气;乌药辛开温通,顺气散寒;沉香性温气香,行气散寒;茯苓甘淡而平,健脾渗湿。诸药同用,共奏补益肝肾,温阳散寒,理气止痛之功。肝肾得养,阴寒渐散,气机畅行,则寒疝疼痛可止。原书加减法:"寒甚者加吴萸、干姜,再甚者加附子。"这说明寒有轻重,用药亦相应递增。本方在临床运用上适用于肝肾阴寒气滞的小腹疼痛,疝气等。但以小腹胀满冷痛,或阴囊肿硬而冷,痛连小腹,喜暖畏寒,甚则形寒肢冷,苔白,脉沉弦为辨证要点。

导气汤

本方见于《医方集解》卷十。《全国中药成药处方集》作丸剂,名疝气丸。由《医学发明》的川苦楝散加味而成。方由川楝子四钱,木香三钱,茴香二钱,吴茱萸(汤泡)一钱组成。长流水煎服。功能疏肝行气,散寒止痛。主治寒疝,阴囊肿硬冷痛,痛引小腹;或狐疝,阴囊偏有大小,时上时下,似有物状,卧则入腹,立则入囊,胀痛俱作,喜暖畏寒,苔薄白,脉沉弦。本方所治证虽见于肾,实本于肝,由于肝经气滞,阴寒凝聚所致。治从行气散寒立法。方以导气为主要作用而命名。方中川楝子苦寒性降,能入肝舒筋,行气止痛,并导下焦之热从小便外泄,为治疝之主药。伍以木香升降诸气,通利三焦,疏肝和脾,小茴香疏肝理气,暖肾祛寒,吴茱萸疏肝下气,燥湿除寒。三者皆属辛温之品,以加强川楝子行气止痛之力,并有温肝散寒之功。疝气多与寒湿有关,寒去则湿自除。本方在临床运用上适宜于气滞寒凝的寒疝或狐疝,现临床上用本方治疗腹股沟斜疝、精索神经痛等属肝郁寒凝者。

川苦楝散(《医学发明》卷五) 木香一两(另为细末),茴香一两(拣净,盐一匙,炒茴香黄色,去盐不用),川楝子一两(锉碎,用巴豆十个微破皮,与川楝子炒黄,不用巴豆)。上药为极细末,每服二钱,温酒一盏空腹调下。功能行气疏肝,散寒止痛。主治寒疝,或狐疝腹痛。

疝气散(《丸散膏丹集成》) 川楝子48克,小茴香、胡芦巴各45克,吴茱萸30克,巴戟肉180克,黑牵牛24克。共为细粉,每次6克,开水送服。功能行气止痛,温肾散寒。主治寒疝腹痛。

天台乌药散

本方出自《医学发明》卷五。方由天台乌药、木香、茴香(炒)、青皮(去白)、良姜(炒)各半两,槟榔(锉)二个,川楝子十个,巴豆七十粒组成。上八味,先将巴豆微打破,

川楝子用麸炒，候黑色，去巴豆、麸不用，余研为细末，每服一钱，温酒送下。疼甚者，炒生姜，热酒下亦可。现用法为去巴豆，加酒适量，水煎服。功能行气疏肝，散寒止痛。主治寒凝气滞之小肠疝气，少腹痛引睾丸，喜暖畏寒，苔薄，脉弦。

本方所治之疝，证属寒凝气滞，脉络失和所致。因肝脉络阴器，上抵少腹，寒侵肝脉，气滞则结，收引则痛，而成疝气。张景岳指出："治疝必先治气"，故从行气疏肝，温经散寒立法。方中乌药顺气开郁，散寒止痛，小茴香理气止痛，温肾散寒，合为君药；高良姜散寒行气止痛，青皮疏肝破气，木香行气止痛，共为臣药；槟榔下气破滞，川楝子理气疏肝，治疝止痛，且与巴豆同炒，去其药而存其性，以减少川楝子之寒，增强行气破结作用，祛散下焦寒湿气滞，共为佐使。诸药同用，行气疏肝为主，兼以散寒，使气行寒散，肝脉和调，疝痛可消。本方与导气汤、暖肝煎均主治寒凝气滞的疝气痛。但本方行气散寒作用较强，适用于寒凝气滞较重之实证。导气汤行气散寒作用较弱，适用于寒凝气滞较轻之实证；暖肝煎，行气散寒之中兼补肝肾，适用于肝肾不足而有寒凝气滞的虚实夹杂之疝气痛。本方为治疗气滞寒凝之疝气的常用方，对胸胁痛，少腹痛属寒凝气滞者，亦可用本方加减治疗。现临床上对阴囊内丝虫病、腹股沟疝等，属寒凝气滞，肝脉失和所致者，可用本方加减治疗。

三增茴香丸（《百一选方》卷十五） 第一料：茴香（舶上者，用海盐半两同炒焦黄，和盐称）、川楝子（炮，去核）、沙参（洗，锉）、木香（洗）各一两。上为细末，以水煮米粉稠糊，为丸如梧桐子大，每服二十丸，温酒或盐汤下，空心食前，日进三服，服后若未愈，可服第二料。第二料加下项药：荜拨一两，槟榔半两。上人前件药，共六味，重五两半，依前法为丸服用，若仍未愈，再服第三料。第三料又加下项药：白茯苓四两（紧小实者，去黑皮），黑附子半两（炮，去皮脐称，或加作一两）。上连前件药，共八味，重十两，依前法为丸服用，加至三十丸，新久大病，不过三料可愈。功能温肾祛寒，疏肝理气。主治寒疝脐腹疼痛，睾丸偏大，阴囊肿胀重坠，有妨行步者。

木香金铃丸（《全国中药成药处方集》沈阳方） 木香、乳香、没药、熟附子、盐茴香、金铃子、元胡索、党参、青全蝎各 30 克。共研极细面，酒糊为小丸，每服 6 克，空腹姜水送下。忌生冷。功能行气祛寒，活血止痛。主治寒凝气滞，小肠疝气，小腹硬痛，阴囊结肿，睾丸如冰，疼痛难止，左右偏坠。

橘核丸

本方出自《济生方》卷三。又名济生橘核丸。方由橘核（炒）、海藻（洗）、海带（洗）、昆布（洗）、川楝子（去皮，炒）、桃仁（麸炒）各一两，厚朴（去皮，姜汁炒）、木通、枳实（麸炒）、延胡索（炒，去皮）、桂心（不见火）、木香（不见火）各半两组成。为细末，酒糊为丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心温酒、盐汤送下。现用法为作汤剂，水煎服，一日二次。功能行气止痛，软坚散结。主治睾丸肿胀偏坠，痛引脐腹，或坚硬如石，阴囊肿大，或渗出黄水，甚则成痈溃烂。

本方主治阴囊持续肿胀之症，前人称为"㿉疝"，是由厥阴肝经气滞结聚而成的。故治以疏理厥阴气机为主，佐辛苦之品以消肿破滞，咸润之药以软坚散结。方中橘核善行气治疝，如《本草汇言》曾说："橘核，疏肝，散逆气，下寒疝之药也"，为本方主要药物，且作丸剂，故名橘核丸。木香、川楝子行气止痛；桃仁、延胡索活血散结；肉桂温煦肝肾；枳实、厚朴破气消积；海藻、海带、昆布软坚散结；木通利下焦湿邪。诸药合用，共奏行气止痛，软坚散结之功。汪昂说："此足厥阴药也。疝病由于寒湿，或在气或在血。证虽见乎肾，病实本乎肝。橘核、木香能入厥阴气分而行气。桃仁、延胡索能入厥阴血分而活血。川楝、木通能导小肠膀胱之热，由小便下行，所以去湿。官桂能平肝暖肾，补命门之火，所以祛寒。厚朴、枳实并能行结水而破宿血。昆布、海藻，咸润下而软坚，寒行水而泄热，同为散肿消坚之剂也。"本方是㿉疝的常用方。临床常以阴囊持续肿胀偏坠，痛引脐腹为辨证要点。原方加减法："虚寒甚者，加炮川乌一两；坚胀久不消者，加硇砂二钱，醋煮旋入。"现临床用于睾丸鞘膜积液、睾丸炎、副睾丸炎等，证属寒湿侵犯厥阴，肝经气血不和所致者，以本方加减治疗。

橘核丸（《医学心悟》卷三） 橘核（盐、酒炒）二两，川楝子（煨，去肉）、山楂子（炒）、香附（姜汁浸，炒）各一两五钱，荔枝核（煨，研）、小茴香（微炒）各一两。神曲四两，煮糊为丸，如梧桐子大，每丸三钱，淡盐水下。功能行气止痛，散寒化湿。主治疝气初发，少腹胀痛，偏气滞者。

橘核丸（《血证论》卷八） 橘核三钱，吴萸二钱，香附三钱，川楝子三钱，山楂核三钱，荔枝核三钱，小茴香二钱。共为细末，食面为丸，淡盐汤送下。功能行气止痛，祛寒散结。主治小腹疝痛结气者。

茴香橘核丸（《全国中药成药处方集》北京、承德方） 小茴香、橘核、槟榔、香附（醋炒）、青皮、延胡索、昆布、大茴香各 1 200 克，川楝子、荔枝核各 2 400 克，补骨脂、莪术、穿山甲、木香、乳香各 600 克，肉桂、桃仁各 480 克。共为细粉，水泛小丸，每服 9 克，日 2 次，生姜淡盐汤或温开水送下。功能理气活血，软坚散结。主治寒疝气滞血瘀，睾丸肿痛，少腹胀满者。

大七气汤

本方出自《重订严氏济生方》。方由京三棱、蓬术、青皮（去白）、陈皮（去白）、藿香叶、桔梗（去芦，锉，炒）、肉桂（不见火）、益智仁各一两半，甘草（炙）三分，香附子（炒，去毛）一两半组成。上药㕮咀，每服五钱，水二盏，煎至一

盏，去滓，食前，温服。功能行气散结，温通血络。主治气郁血阻，腹部积块，质软不坚，固着不移，胀满疼痛，胃脘痞闷，食后作胀，舌苔薄，脉弦。本方所治证属七情气郁，络脉瘀阻。故从行气活血立法。为治七情气伤之重剂，故名"大七气"。方中青皮、香附疏肝胆之气，陈皮、藿香理脾胃之气，桔梗开胸膈之气，五药同用以行气散结；三棱、莪术活血祛瘀；肉桂、益智仁振奋脾胃之阳而温通经脉，有助三棱、莪术活血化瘀。《寿世保元》卷三的大七气汤，多生姜以温胃，大枣安中而调和诸药，并附有加减法："心脾痛，加乌药、枳壳"，以使胸腹结逆之气下行，加强理气止痛之力。从而充实了原方的内容，使组方更加严密完整。

木香化滞汤

本方出自《内外伤辨惑论》卷下。作丸剂，名消痞丸、木香化滞丸。方由半夏一两，草豆蔻仁、甘草(炙)各五钱，柴胡四钱，木香、橘皮各三钱，枳实(麸炒，去穰)、当归梢各一钱，红花五分组成。锉如麻豆大，每服五钱，水二大盏，生姜五片，煎至一盏，去渣，食远稍热服。忌酒湿面。功能行气化滞，疏肝理脾。主治肝脾不和，湿滞内停所致胸腹痞满，不思饮食，嗳气频作，月经不调。本方所治证属肝脾不和，气滞湿阻。治当行气化滞立法。方中木香辛散苦降，温行肝脾气滞，重用半夏辛散，温燥脾胃湿滞为君；柴胡能条达肝气，疏理气滞，枳实长于破滞气，行痰湿，消积滞，除痞塞，陈皮理气健脾，和中消滞，草豆蔻行气燥湿，温中祛寒，均为臣药；当归梢、红花活血下行，且有调经之功，使气血通畅为佐；甘草、生姜调和脾胃皆为使。诸药合用，可使气机调畅，脾健湿化，则诸症自除。本方在临床上适宜于气滞湿阻的胸腹痞满，但以嗳气纳呆、舌苔薄腻，脉弦为辨证要点。

中满分消丸

本方出自《兰室秘藏》卷上。由《伤寒论》的厚朴生姜半夏甘草人参汤、五苓散、半夏泻心汤和《金匮要略》的枳术汤合方加减衍化而成。方由白术、人参、炙甘草、猪苓(去黑皮)、姜黄各一钱，白茯苓(去皮)、干生姜、砂仁各二钱，泽泻、陈皮各三钱，知母(炒)四钱，黄芩(去腐炒，夏用)一两二钱，黄连(净炒)、半夏(汤洗七次)、枳实(炒)各五钱，厚朴(姜制)一两组成。上药除茯苓、泽泻、生姜分研外，共为极细末，入上三味和匀，汤浸蒸饼为丸，如梧桐子大小，每服一百丸，焙热白汤下，食远服，量病人虚实加减。功能行气和中，分利湿热。主治热胀，腹大坚满，脘腹胀痛，口苦纳呆，小便短赤，大便秘结，苔黄腻，脉弦数。

本方所治证属湿热蕴结，气机阻滞的热胀。治宜行气健脾，清利湿热。方中重用厚朴、枳实，苦温开泄，行气宽中，散满消胀；干姜、半夏与黄芩、黄连同用，辛开苦降，化湿泻热；姜黄行气开郁，知母清润胃热；猪苓、茯苓、泽泻与白术同用，理脾渗湿，化决渎之气，畅利水道；少佐人参、白术、茯苓、炙甘草、砂仁、陈皮健脾理气，于分消解散方中寓补脾胃，以扶正祛邪。诸药同用从中焦以行气和中，分化湿热，以消胀满，此即中满分消之意。本方为治疗湿热中阻，气机不畅所致热胀的临床常用方，现临床上亦用于治疗肝硬化、腹腔内肿瘤等形成的腹水，属湿热蕴结，气机阻滞者。

中满分消汤(《兰室秘藏》卷上)　川乌、泽泻、黄连、人参、青皮、当归、生姜、麻黄、柴胡、干姜、毕澄茄各二分，益智仁、半夏、茯苓、木香、升麻各三分，黄芪、吴茱萸、厚朴、草豆蔻仁、黄柏各五分。上锉如麻豆大，都作一服，水二大盏，煎至一盏，食前热服。忌房室、酒湿面、生冷及油腻等物。功能行气补中，散寒利湿。主治中满寒胀，寒疝，大小便不通，下虚中满，腹中寒，心下痞等。

中满分消丸(《全国中药成药处方集》上海方)　党参3克，枳实(炒)15克，茯苓6克，黄连(姜汁炒)15克，白术(炒)3克，厚朴(制)30克，干姜6克，猪苓3克，泽泻9克，甘草(炙)3克，黄芩(炒)15克，姜半夏15克。共研细粉，水泛为丸。如绿豆大，每服6克，温开水送服。功能行气和中，分利湿热。主治中满热胀，二便不利。

理气宽肠汤

本方出自《中西医结合治疗急腹症》(遵义医学院)。方由全当归15克，桃仁(去尖)6克，青、陈皮各6克，台乌药9克组成。作汤剂，水煎约200毫升，早晚分服。功能理气宽肠。主治慢性不全性肠梗阻(轻型)，体虚或年老不宜急下者。本方是治疗轻型肠梗阻的经验方。肠梗阻一症，是由六腑通降失常，气滞血瘀所致。故治宜行气通降立法。方中乌药温散行气而宽肠；青陈皮破气导滞而止痛；当归辛润，养血活血而调营；桃仁活血祛瘀而通腑。诸药合用，共奏畅中，活血润肠之功。本方适用于轻症的肠梗阻，应用时须密切注意病人的血压、脉搏、体温、腹痛程度和性质，以及腹部体征等变化。

硝菔通结汤(《医学衷中参西录》)　净朴硝120克，鲜莱菔2 500克。将莱菔切片，与朴硝和水同煮。初次煮，用莱菔片500克，水2 500克，煮至莱菔烂熟捞出，就其余汤，再入莱菔500克，如此煮5次，约得浓汁一大碗，顿服。若不能顿服者，先饮一半，1小时后再温饮另一半，大便即通。若脉虚甚，不任通下者，加人参适量，另炖同服。功能理气导滞，通里攻下。主治大便燥结久不通，身体兼羸弱者。现也用于蛔虫性肠梗阻、粘连性肠梗阻、动力性肠梗阻、早期肠扭转及肠套叠、手术后肠麻痹等，一般情况较好，无明显脱水之实证者。

七制香附丸

本方出自《医学入门》卷八。是在《瑞竹堂方》的四制

香附丸炮制方法的基础上加减变化而成。方由香附米十四两组成。上药分七份。一份同当归二两酒浸;一份同莪术二两童便浸;一份同牡丹皮、艾叶各一两米泔浸;一份同乌药二两米泔浸;一份同川芎、玄胡索各一两水浸;一份同三棱、北柴胡各一两醋浸;一份同红花、乌梅各一两盐水浸。春三、夏二、秋七、冬十日,晒干单取香附为末,浸药水打糊为丸。梧桐子大,每八十丸临卧酒下。功能行气解郁,活血调经。主治气机郁结,血行不畅,月经后期,经量减少,少腹胀痛,或腹内癥瘕,攻窜作痛,时有胸胁胀闷,嗳气频作,苔薄,脉弦。

本方所治证属妇人七情郁结,血行不畅所致。治以开郁行气立法。方中香附有疏肝解郁,行气调经之功;配合当归补血活血;红花、牡丹皮、三棱、莪术活血祛瘀;川芎、延胡索活血行气止痛;乌药、艾叶温理下焦而止痛;柴胡疏肝解郁;并取乌梅酸收,以防破瘀太过。诸药与香附同浸,仅取其性,则香附开郁行气之力更著。气郁宣达,血脉畅行,冲任调和,血海充盈。而月经自当按期而行。故临床常用本方治疗气机郁结,血行不畅之行经后期、经闭、痛经、癥瘕等。

四制香附丸(《重订瑞竹堂经验方》) 大香附子(擦去皮)一斤。分作四份,四两醇酒浸,四两醇醋浸,四两盐水浸,四两童子小便浸。春三、秋五、夏一、冬七日,淘洗净,晒干捣烂,微焙为末,醋煮面糊丸,梧桐子大,每酒下七十丸。功能疏肝理气,调经止痛。主治妇女气机郁滞,经候不调,小腹胀痛等。

七制香附丸(《全国中药成药处方集》天津方) 香附(醋制)3 420克,生地、生白芍、当归、熟地、川芎、艾炭、白术(麸炒)、益母草、茯苓(去皮)各120克,山萸肉(酒制)、炒枣仁、生阿胶、天门冬、麦门冬、黄芩各60克,砂仁、玄胡索(醋制)各45克,人参(去芦)、甘草各30克。用生艾叶、小茴香、大米各30克,三味熬透去渣取汁,再和鲜牛乳210克,大盐化水21克,拌方内香附,浸透微炒,和群药共为细粉,黄酒泛小丸,每次服6克,白开水送下。功能开郁顺气,调经养血。主治气郁血滞,痛经,胸闷,两胁胀痛,饮食减少,四肢无力,腹内血块,攻窜作痛,寒湿白带。

九制香附丸(《全国中药成药处方集》上海方) 香附(生)560克。将生香附分作9份,分别用黄酒240克,米醋240克,生姜240克,萝卜60克,丹参60克,艾叶60克,益智仁60克,盐30克,小茴香60克,煎汁浸制香附,烘干研细粉,曲糊为丸,如梧桐子大,每服9克,温开水送服。功能开郁行气,温经散寒。主治下腹冷痛,经闭腹痛,癥瘕积聚,胸闷气胀。

乌药汤

本方出自《兰室秘藏》卷中。由《太平圣惠方》的乌药散加减衍化而来。方由乌药一两,香附子(炒)二两,当归、甘草、木香各五钱组成。上药㕮咀,每服五钱,水二大盏,煎去滓,食前温服。功能行气止痛,活血调经。主治肝郁气滞的痛经。症见妇女经前或月经初行时,少腹胀痛,胀甚于痛,或胸胁乳房胀痛,或月经后期,精神抑郁,苔薄白,脉弦。本方所治证属肝郁气滞,血行不畅的痛经。治宜疏肝解郁,行气止痛为主。方中乌药顺气开郁,散寒止痛,善理胸腹寒冷逆滞之气,为方中君药;香附疏肝理气,调经止痛;木香行气止痛,调理胃肠气滞,两药合助乌药行气止痛之力,皆以为臣;气郁血阻,月经不调,故佐以当归养血活血,调经止痛,炙甘草和中缓急,并调和诸药为使。合而用之,行气止痛为主,兼以活血调经,服后气行血畅,月经得调,胀痛亦止。现临床上常运用本方治疗妇女月经失调、慢性胃炎,胃、十二指肠溃疡等引起腹痛属于肝郁气滞者。

乌药散(《太平圣惠方》卷七十一) 乌药一两,蓬莪术一两,桂心一两,当归一两(锉碎,微炒),桃仁一两(汤浸,去皮尖双仁,麸炒微黄),青橘皮一两(汤浸,去白瓤,焙),木香一两。上药捣细罗为散,每服一钱,食前以热酒调下。功能行气活血,散寒止痛。主治血气壅滞,脘腹疼痛。

乌药散(《小儿药证直诀》卷下) 天台乌药、香附子(破用白者)、高良姜、白芍各等份。为末,每服一钱,水一盏同煎六分,温服。如心腹疼痛,入酒煎;水泻,米饮调下,不拘时。功能行气止痛,温中散寒。主治乳母冷热不和,及脘腹时痛,或水泻。

加味乌药汤(《济阴纲目》卷二) 乌药、缩砂仁、木香、玄胡索各一两,香附(炒去毛)二两,甘草一两半。上药细锉,每服七钱,生姜三片,水煎温服。功能行气止痛。主治肝郁气滞,血行不畅,脘腹胀痛;妇女经前或经期少腹胀痛,或胸胁乳房胀痛;苔薄白,脉弦。

绀珠正气天香汤

本方出自《证治准绳·女科》卷一。方由台乌药二钱,香附子八钱,陈皮、紫苏各一钱,干姜半钱组成。上药㕮咀,每服七八钱,水煎服;或神曲糊丸,如梧桐子大,每次五十丸。功能顺气止痛,疏肝解郁。主治妇人一切诸气作痛,或上冲心胸,或攻筑胁肋,腹中结块,发则刺痛,经水因之不调,或晕眩呕吐,往来寒热,无问胎前产后,一切气病皆治。本方所治证属肝气逆乱,疏泄失司,故从顺气疏肝立法。方中天台乌药顺气降逆,散寒止痛,香附疏肝理气,调经止痛,皆为君药。方以天台乌药、香附两药疏畅气机以复正气之功而命名。陈皮理气健脾,紫苏行气宽中,两药以调理元气生化之源,故以为臣;干姜温中散寒,为佐使药。诸药皆属辛温,以理气止痛,解郁疏肝,使气调而血和,则腹痛自除,经行有常。《保命歌括》加减法:"胎前加条芩、白术各两半,去干姜,加砂仁五钱;产后加当归、川芎各两半,黑豆煎酒下。"产前宜凉,去干姜温散,加黄芩、白术、砂仁以安胎;产后加当归、川芎、黑大

豆、酒，活血以防瘀血内阻。在临床运用上适宜于肝气逆乱所致妇人诸痛。但以胸、胁、脘、腹等胀满疼痛，得温痛减，遇冷痛剧，苔薄，脉弦为辨证要点。

紫苏饮

本方出自《普济本事方》卷十。又名紫苏和气饮。方由大腹皮、人参(去芦)、川芎(洗)、陈橘皮(去白)、白芍药各半两，当归(洗，去芦，薄切)三钱，紫苏茎叶一两，甘草(炙)一钱组成。上各细锉，分作三服，每服用水一盏半，生姜四片，葱白七寸，煎至七分，去渣空心服。功能行气散结，疏肝扶脾。主治妊娠期中之胎气上逆，胸腹胀满，甚则疼痛，呼吸喘促，烦躁不安。本方所治证属肝郁脾虚，胎气不和，治当行气解郁，柔肝扶脾。方中紫苏疏理气机，气机通畅，胎元得养，故方以主药紫苏而命名。陈皮理气健脾，大腹皮下气宽中；当归、白芍养血柔肝，川芎疏肝理气；人参、甘草益气扶脾。诸药同用，共奏疏肝理气，调和肝脾之功。气机畅行，则胀满自消，肝脾调和，则胎气自安。故本方用于治疗肝郁脾虚，升降失常的子悬，即妊娠胎气上逆。

天仙藤散

本方出自《校注妇人良方》卷十五。方由天仙藤(洗，略炒)、香附子(炒)、陈皮、甘草、乌药(软白者，辣者良)各五分组成(《古今医鉴》方无木瓜，有木香)。每服五钱，生姜、木瓜、苏叶各三片，水煎，日三服。功能理气行滞，温中化湿。主治妊娠三四月后，先脚浮肿，渐至于腿，皮色不变，随按随起，行步艰难，甚至脚趾出黄水，头晕胀痛，胸满胁胀，饮食减少，苔薄腻，脉弦滑。

本方所治证属胎气壅塞，气机阻滞，升降失司，水湿不化所致，治以理气行滞，佐以化湿。方以主药天仙藤而命名。《本草求真》说："天仙藤，观书所论主治，止属妊娠子肿、腹痛、风痨等证，而于他证则未及焉。即其所治之理，亦不过因味苦主于疏泄，性温得以通络，故能活血通道，而使水无不利，风无不除，血无不活，痛与肿均无不治故也。"说明天仙藤善于流行血气，即具有行气化湿，活血止痛之功，临床治妊娠气滞肿胀尤为常用，故以为君；香附理气解郁，陈皮理气健脾，紫苏行气宽中，乌药顺气散寒，皆为臣药；佐以木瓜去湿舒筋，甘草、生姜安中而调和诸药为使。合而用之，理气化湿，气行湿化，则肿胀可消，故本方临床用于治疗子气，即妊娠气滞作胀。

开郁种玉汤

本方出自《傅青主女科》卷上。由《太平惠民和剂局方》的逍遥散加减衍化而成。方由白芍(酒炒)一两，香附(酒洗)三钱、当归(酒洗)五钱，白术(土炒)五钱，丹皮(酒洗)三钱，茯苓(去皮)三钱，花粉二钱组成。水煎服。功能理气解郁，柔肝理脾。主治肝郁不孕，症见婚后多年未孕，月经先后不定期或愆期，量少不畅，经前乳房作胀，经来少腹胀痛，精神抑郁不欢，苔薄，脉弦。本方所治证属肝郁不舒，气血不和，治以理气解郁，养血健脾立法。使肝郁得解，气血调和，冲任相资，自能有孕，故以开郁种玉的作用命名。方中香附理气解郁；当归、白芍养血柔肝，补肝体而助肝用；白术、茯苓补中理脾，实脾以御肝侮；牡丹皮能助当归活血，使气血流畅，又有凉血清肺之功，与生津清热之天花粉同用，可防肝郁化热伤津之变。立法用意很为周到，为临床所常用。

下乳涌泉散

本方出自《清太医院配方·妇科门》。系由逍遥散衍化而来。方由当归、川芎、天花粉、白芍、生地、柴胡各一两，青皮、漏芦、桔梗、木通、白芷、通草各五钱，穿山甲一两五钱，王不留行三两，甘草二钱五分组成。共研细末，每服二三钱，临卧用暖黄酒调服。功能养血疏肝，通络下乳。主治产后肝郁气滞，乳络不通，乳汁不足，甚或全无，胸胁胀闷，抑郁不乐，或有微热，苔薄黄，脉弦细或数者。

本方所治之证，系产后肝气郁结不舒，乳络不通所致，治宜养血疏肝，通络下乳。乳房属胃，乳头属肝，乳汁乃气血所化生，产后阴血耗伤则肝血不足，情怀抑郁则气滞不畅，血少脉络不通，因而乳汁不行或乳下量少，故以当归、川芎、白芍、生地黄养血以调肝，血液充足，则乳源自裕，且肝得血养，自能遂其疏泄条达之性；柴胡、青皮理气解郁，气畅则血行；结者散之，桔梗、白芷散结以行滞，而利气血流通；木通、通草、穿山甲、王不留行通经下乳；天花粉配生地黄清肝郁之热，合柴胡、青皮舒郁开结；甘草缓肝和中，调和诸药。共成养血疏肝，通络下乳之剂。本方以乳房虽胀而乳汁不足，胸胁胀满，精神抑郁不舒为辨证要点。在服药期间，应戒气恼，忌辛辣之品，常食猪蹄、鲫鱼等，或食芝麻、核桃之类，并早晚配用木梳刮乳房二三十遍则更佳。对气血虚弱，乳汁不足，乳房柔软者不可应用。

涌泉散(《卫生宝鉴》卷十八)　瞿麦穗、麦门冬(去心)、王不留行、龙骨、穿山甲(炮炙)各等份。上五味为末，每服一钱，热酒调下，后食猪蹄汤少许，再用木梳梳左右乳上各三十梳，一日三服，功能通络下乳。主治产后因气机不畅，乳汁甚少者。

下乳涌泉散(《全国中药成药处方集》北京方)　当归、穿山甲、王不留行各1 920克，川芎1 140克。共为细粉，每服6克，日服3次，温黄酒送下，服后食猪蹄汤更佳。功能通络下乳。主治产后乳汁不通。

舒肝溃坚汤

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十四。方

由夏枯草、僵蚕(炒)各二钱,香附子(酒炒)、石决明(煅)各一钱五分,当归、白芍(醋炒)、陈皮、柴胡、抚芎、穿山甲(炒)各一钱,红花、片子姜黄、甘草(生)各五分组成。引灯心五十寸,水三钟,煎一钟,食远热服。功能舒肝解郁,散结溃坚。主治气郁挟痰,凝滞经络,瘰疬坚硬,推之不移者。本方治证为恚怒伤肝,气郁挟痰所致,治宜疏肝散结。方中夏枯草、僵蚕清肝化痰,散结消肿;配石决明、穿山甲平肝溃坚;柴胡、陈皮、香附、姜黄、当归、红花调气行血;白芍养血柔肝;甘草调和诸药。诸品配合,可疏肝解郁,散结溃坚。临床以结核坚硬,推之不移,无红肿热痛为辨证要点。

香棱丸

本方出自《济生方》卷四。方由木香(不见火)、丁香各半两,三棱(细锉,酒浸一宿)、枳壳(去穰,麸炒)、青皮(去白)、川楝子(锉,炒)、茴香(炒)、莪术(细锉一两,用去壳巴豆三十粒同炒黄色,去巴豆不用)各等份组成。为细末,醋煮面糊为丸,如梧桐子大,以朱砂研细为衣,每服二十丸,炒生姜、盐汤下,酒酒亦得,不拘时候。功能行气消积,温通血络。主治肝郁气滞,血行不畅,腹部积块,固着不移,胀痛有定处,苔薄,或见舌青紫,脉弦。本方所治证属七情内伤,肝气郁结,血行不畅。故以行气消积立法。方中木香、丁香、茴香辛温香散以行气散结,枳壳行气除胀,青皮疏肝破气,川楝子理气止痛,三棱破血中之气滞,莪术破气分之血,使脉络气血通畅以消其积块。诸药同用,有行气滞活血之功。

复元通气散

本方出自《证治准绳·疡医》卷六。由《太平惠民和剂局方》的复元通气散加减衍化而来。方由木香、茴香(炒)、青皮(去白)、穿山甲(酥炙)、陈皮、白芷、甘草、漏芦、贝母各等份。上药为末,每服一二钱,温酒调下。功能行气止痛,活血通络。主治跌扑损伤,或忧思恼怒,或体弱叫号过度,或过服克伐之剂,或外敷寒冷之药,致气滞血凝,胸胁疼痛,以及乳痈等。本方所治证属气滞血凝,肝络痹阻,故从行气活血立法。方中木香、茴香、青皮、陈皮理气止痛,疏肝通络,为主要组成部分;配伍穿山甲活血通络,漏芦、贝母散结泄热,白芷、甘草止痛安中,甘草又能调和诸药。上药合用,有行气止痛,活血散结之效,气行瘀散,肿消痛止,则可复元。故有复元通气之名。本方在临床运用上适宜于气阻络痹,瘀血症状并不显著的胸胁疼痛,为伤科胸胁挫伤的常用内服剂。但以胀闷隐痛,脉弦或涩为辨证要点。

复元通气散(《太平惠民和剂局方》卷八) 舶上茴香(炒)、穿山甲(锉,蛤粉炒,去粉)各二两,南木香(不见火)一两半,延胡索(擦去皮)、白牵牛(炒,取末)、陈皮(去白)、甘草(炒)各一两。上药为细末,每服一大钱,热酒调,病在上食后服,病在下食前服,不饮酒人南木香汤调下。功能行气止痛,活血消肿。主治疮疖痈疽,方作焮赤,初发疼痛,及脓已溃未溃,小肠气,肾痈便毒,腰疼,腿膝生疮,及妇人乳痈。

苏子降气汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。为治痰饮咳喘,上盛下虚之证的常用方剂,方由紫苏子、半夏(汤洗七次)各二两半,川当归(去芦)一两半,前胡(去芦)、厚朴(去粗皮,姜汁炒)各一两,肉桂(去粗皮)一两半,甘草(炙)二两组成(一方有陈皮一两半)。为细末,每服二大钱,水一盏半,入生姜二片、枣子一个、紫苏五叶,同煎至八分,去滓热服,不拘时候。现用法为用饮片,水煎服,一日二次。功能降气平喘,温肾纳气。主治肾虚失纳,寒饮犯肺,痰涎壅盛,胸膈满闷,喘咳短气,头目眩晕,肢体倦怠,苔白腻。

本方所治证属上实下虚,痰涎壅盛,胸闷咳喘,故当从降逆化痰,温阳纳气立法。方中紫苏子降气化痰,并用紫苏叶同煎,助紫苏子理气宽胸,以治痰壅气逆之上实;半夏、陈皮燥湿化痰,理气和胃,助紫苏子而降逆平喘;厚朴、前胡宣肺顺气,利胸快膈;因其下虚,故用肉桂温肾纳气,以暖下元;当归养血润燥,以止咳逆;生姜散寒和胃;甘草祛痰调中。诸药合用,共奏降气化痰,温肾平喘之功。本方配伍,有行有补,有润有燥,疏纳并用,标本兼顾,是一首治疗肺实肾虚喘咳的常用方剂。临床常以痰壅气滞,咳逆喘急,苔白滑或腻等为辨证要点。现临床上对慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿及心脏性哮喘等症见咳嗽气急、痰多稀白者,常可用本方随证加减治疗。本方药性偏于温燥而辛散,故以祛邪治上实为主,对于肾虚为主的喘咳,或肺热痰喘者,均不宜使用。

紫苏子汤(《圣济总录》卷十九) 紫苏子(炒)八两,半夏(汤洗)五两,陈皮(去白)、桂心各三两,人参、白术、甘草(炙)各二两。上药粗捣筛,每服四钱,水一盏,入生姜五片、枣二枚,煎至七分,去滓,不拘时温服。现用法为水煎服,但各药用量应按原方比例酌减。功能化痰理气,健脾和中。主治脾胃虚弱,痰湿内停,咳逆上气,胸脘痞闷者。

苏葶丸(《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十三) 紫苏子(炒)、葶苈子(微炒)各等份。为细末,蒸枣肉为丸,如麻子大,每服五丸至七丸,淡姜汤下。功能泻肺降气。主治上焦停饮,胸膈胀满,喘咳不得卧,小便不利者。

定喘汤

本方出自《摄生众妙方》卷六。王旭高谓:"此定喘之主方也"。方由白果(去壳扎碎,炒黄色)二十一枚,麻黄

三钱,苏子二钱,款冬花三钱,杏仁(去皮尖)一钱五分,桑皮(蜜炙)三钱,黄芩(微炒)一钱五分,法制半夏三钱(如无,用甘草汤泡七次去脐用)组成。上药用水三钟煎二钟,作二服,每服一钟,不用姜,不拘时,徐徐服。功能宣降肺气,清化痰热。主治痰热内蕴,肺气失降,呼吸急促,喉中有哮鸣声,胸闷咳嗽,痰稠黄胶粘,咳吐不利,苔黄腻,脉滑数。

本方所治证属痰热内阻,肺失宣降所致。治宜宣肺降气,清化痰热立法。方中麻黄宣肺平喘,白果敛肺定喘,一开一收,皆为哮喘要药,共以为君;杏仁、紫苏子、半夏、款冬花降气化痰为臣,以助君药平喘之力;桑白皮,黄芩清泄肺热为佐;甘草调和诸药,兼以润肺为使。合而用之,共成宣肺平喘,化痰泄热之功,则喘咳得平。本方临床多用于外寒引动内伏之热痰,或寒痰郁而化热所致之哮喘。现临床上对支气管炎、支气管哮喘等属痰热内蕴,肺气失降者,亦常用本方加减治疗。

麻黄定喘汤(《张氏医通》卷十三) 麻黄(去节)八分,杏仁(泡,去皮尖,研)十四粒,厚朴(姜制)八分,款冬花(去梗),桑皮(蜜炙)、苏子(微炒,研)各一钱,甘草(生炙)各四分,黄芩、半夏(姜制)各一钱二分。煎成去滓,以生银杏七枚捣烂入药,绞去滓,乘热服之,取枕仰卧暖覆取微汗效。功能宣肺平喘,清化痰热。主治寒包热邪,哮喘痰嗽,遇冷即发。

定喘止咳丸(《全国中药成药处方集》沈阳方) 桔梗、橘红、前胡、葶苈各15克,白果30克,制麻黄、冬花、姜夏各15克,桑皮、苏子各9克,杏仁15克,黄芩12克,石膏30克,甘草9克。共碾极细面,炼蜜为丸6克重,每服1丸,开水送下,忌食辛辣咸物。功能泻肺平喘,清热化痰。主治痰热内壅,咳嗽痰多,色黄稠粘,喘息抬肩,不得平卧,胸膈烦闷,口渴喜饮,舌质红,苔黄腻,脉滑数。

四磨汤

本方出自《济生方》卷二。又名四磨饮。方由槟榔、沉香、乌药、人参各等份组成(《证治汇补》方以人参易枳壳)。四味各浓磨水和作七分盏,煎三五沸,放温服。现用法为水煎服。功能破滞降逆,补气扶正。主治肝气郁结,逆乘肺胃,气逆喘急,胸膈满闷,不思饮食,苔薄,脉弦。本方所治证属正气素虚,肝气横逆,上犯肺胃所致。治宜理气降逆立法。方中槟榔破滞行气,沉香降气平喘,乌药调肝顺气,但上述疏理气机诸药辛温香散,易于耗伤正气,故配合人参补气扶正,邪正两顾。七情气逆喘闷不食,其发病之标在肺胃,发病之本则在于肝,本方以破气降气顺气诸药治肝为本,本病除,则喘闷不食之标病亦愈。方中诸药浓磨温服,则力专效速,故方以四磨而命名。现临床上亦用于气管炎、食管痉挛、胃肠神经症等,属肝气逆乘肺胃者。

六磨汤(《世医得效方》卷六) 槟榔、沉香、乌药、人参、大黄、枳壳。六味于擂盆内磨半盏,和匀,温服。功能顺气导滞,兼以扶正。主治气机郁滞,传导失职,大便秘结,嗳气食少,胁腹痞满,甚则腹中胀痛,苔薄腻,脉弦。

五磨饮子(《医方集解》) 又名五磨饮。槟榔、沉香、乌药、枳实、木香各等份。加白酒磨服。功能破滞降逆,顺气开郁。主治肝气上逆犯肺,胸闷喘急,或气机逆乱,上壅心胸,卒发气厥。

六磨饮子(《重订通俗伤寒论》) 上沉香一钱,尖槟榔一钱,小枳实一钱,广木香一钱,台乌药一钱,生锦纹一钱。用开水各磨汁二匙,仍和开水一汤碗服。功能顺气开郁,清热导滞。主治郁火伤中,痞满便秘。

香附旋覆花汤

本方出自《温病条辨》卷三。方由生香附三钱,旋覆花(绢包)三钱,苏子霜三钱,广皮二钱,半夏五钱,茯苓块三钱,苡仁五钱组成。水八杯,煮取三杯,分三次温服。功能理气和络,降逆化饮。主治气滞停饮之胁痛。本方所治证属络气不和,水饮停胁。故从理气化饮立法。方中香附、旋覆花疏肝通络,理气止痛,旋覆花又能降气消痰以平喘,故以为君,并以两药而命名;紫苏子利膈消痰,质润不燥,善能降气定喘,半夏温燥化湿。又能下气降逆,陈皮理气健脾,燥湿化痰,皆以为臣;茯苓、薏苡仁利水渗湿,使水饮痰湿从小便而去,共为佐使。诸药合用,共奏理气通络,降逆平喘,利水祛饮之效。本方在临床运用上适宜于气滞饮停之胁痛。但以胁痛胸闷,气短息促,咳嗽少痰,胃纳减少,舌苔白滑,脉象弦滑为辨证要点。

旋覆代赭汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。又名代赭旋覆汤。方由旋覆花三两,人参二两,生姜五两,代赭石一两,甘草(炙)三两,半夏(洗)半升,大枣(擘)十二枚组成。上七味,以水一斗,煮取六升,去滓,再煮取三升,温服一升,日三服。现用法为用饮片,水煎服,一日二次。功能降逆化痰,益气和胃。主治伤寒汗、吐、下后,心下痞鞕,噫气不除者;或胃气虚弱,痰浊内阻,胃脘痞闷,嗳气呃逆,或食入即吐,苔白滑,脉弦而虚。

本方所治证属胃气虚弱,痰浊内阻,胃失和降所致,故治从降逆和胃立法。方中旋覆花降逆消痰,善止噫气,汪昂说:"旋覆花入肺大肠经,消痰坚痞,唾如胶漆,噫气不除",代赭石质重,善镇胃气,坠痰涎,平胃中冲逆之气,两药相配,一轻一重,共成和降之功,为方中主要药物,故有旋覆代赭之名;半夏化痰散痞,降逆止吐;生姜温中和胃;人参补中健脾,以顾其虚;甘草、大枣甘缓和中。诸药合用,共奏降逆气,化痰浊,益脾胃之功。使中焦健运,清升浊降,痰浊得除,则噫气、呕吐、痞鞕诸症可解。柯韵伯在《伤寒附翼》中说:"旋覆半夏作汤,调代赭末,治顽痰结

于胸膈,或涎沫上涌最佳。挟虚者加人参甚效。"本方为平降胃肠逆气,宣通胸膈痰结的常用方剂。临床常以噫气不除,反胃呕吐,苔白滑,脉弦虚等为辨证要点。原书用治汗、吐、下后"心下痞鞕,噫气不除"之证。临床运用上不必拘泥于汗、吐、下后才可用。现临床上对神经性呕吐、胃肠神经症、胃扩张、胃十二指肠溃疡、幽门不完全性梗阻,及耳源性眩晕等属胃虚痰阻而呕逆者,常可用本方加减治疗。

干姜人参半夏丸(《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》) 干姜、人参各一两,半夏二两。上三味,为末,以生姜汁糊为丸,如梧桐子大,饮服十丸,日三服。功能温中理气,益胃止呕。主治妊娠或脾胃虚寒,脘腹气胀,时时呕恶者。

旋覆半夏汤(《济生方》卷七) 旋覆花(去枝萼)、川芎、细辛(洗去土)、人参、甘草(炙)各半两,半夏(汤泡七次)、赤茯苓(去皮)、当归(去芦,酒浸)、干姜、陈皮(去白)各一两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,姜五片,煎至七分,去滓温服,不拘时候。现用法为作汤剂,水煎服,一日二次。功能降气益胃,和中止呕。主治妊娠恶阻,心中愦闷,吐逆不食,恶闻食气,头晕,四肢百节烦痛,多卧少起等。

旋覆花汤(《济生方》卷二) 旋覆花(去根)、半夏(汤泡七次)、橘红、干姜(炮)各一两,槟榔、人参、甘草、白术各半两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜七片,煎至七分,去滓温服,不拘时候。功能健脾理气,温化痰湿。主治痰湿阻滞胃脘,胸膈满闷,呕恶吐逆,目眩头晕,苔白腻者。

旋覆代赭汤(《证治汇补》卷五) 旋覆花三钱,代赭石(研)一钱。用旋覆花煎调赭石末服。功能理气降逆。主治肝胃不和,胸胁胀满,呕吐呃逆者。

橘皮竹茹汤

本方出自《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》。又名陈皮竹茹汤。方由橘皮二斤(一作二升),竹茹二升,人参一两,甘草五两,生姜半斤,大枣三十枚组成。上六味,用水一斗,煮取三升,温服一升,日三服。功能理气降逆,益胃清热。主治久病体弱,或吐下后,胃虚有热,气失和降所致的呃逆或呕吐,舌嫩红,脉虚数。

呃逆、呕吐,有寒热虚实之分,本方所治证属胃虚有热,气失和降所致。治以清补降逆立法。方中橘皮理气和胃,竹茹清胃降逆为君;人参补益胃气,生姜和胃止呕为臣;甘草、大枣助人参益气安中,以为佐使。本方理气与补气合用,行中有补,补而不滞,可治胃虚气逆;竹茹清胃与辛温之生姜同用,则清中有温,寒不伤中。诸药合用,共奏益胃气,清胃热,降胃逆之功。使气顺热清,胃得和降,则呃逆呕吐可止。故为清补降逆,治疗胃虚有热,呃逆呕吐的临床常用方。现临床上多用于神经性呕吐,胃炎、幽门痉挛或不完全性梗阻的呕吐,妊娠恶阻的呕恶,以及腹部手术后膈肌痉挛的呃逆不止,属胃虚有热者。呃逆呕吐由于脾胃虚寒者,不宜应用本方。

橘皮竹茹汤(《济生方》卷二) 橘皮(去白)、青竹茹、赤茯苓(去皮)、枇杷叶(拭去毛)、麦门冬(去心)、半夏(汤洗七次)各一两,人参、甘草(炙)各半两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,姜五片,煎至八分,去滓温服,不拘时候。功能理气降逆,养胃清热。主治胃虚有热,口渴,呕吐少食者。本方由金匮橘皮竹茹汤衍化而成。化痰降逆,清胃养阴作用较显著。

橘皮竹茹汤(《寿世保元》卷三) 陈皮(去白)三分,人参二钱,甘草(炙)一钱,竹茹一钱,柿蒂一钱,丁香五分。上锉一剂,生姜五片,枣二枚,水煎,温服。功能降气止呃,寒热并调。主治因吐利后,胃虚膈热而呃逆者。

新制橘皮竹茹汤(《温病条辨》卷二) 橘皮三钱,竹茹三钱,柿蒂七枚,姜汁三茶匙(冲)。水五杯,煮取二杯,分二次温服,不知再作服。功能利气降逆,清热和胃。主治胃热呃逆,胃气不虚者。

黄连橘皮竹茹半夏汤(《温热经纬》卷五) 黄连、橘皮、竹茹、半夏。水煎服。功能清胃化湿,理气降逆。主治湿热呕吐。

丁香柿蒂散

本方出自《卫生宝鉴》卷十二。由《三因极一病证方论》的丁香散加减衍变而成。方由丁香、柿蒂、青皮、陈皮各等份组成。上药为粗末,每服三钱,水盏半,煎至七分,去粗末,温服不拘时。功能理气温中,降逆止呃。主治胃寒气郁,和降失司,呃逆不止,恶心呕吐,得热则减,得寒或遇恼怒而加剧,胸胁胀闷,胃脘不舒,饮食减少,苔薄白,脉弦迟。本方所治证属胃寒气郁,和降失职所致。故以温中降逆,理气解郁立法。方中丁香、柿蒂温胃散寒,下气降逆,为专治呃逆之要药,故方以两药而命名;青皮理气解郁;陈皮理气和中。合而用之,共奏温中散寒,理气解郁,降逆止呃之功。寒散郁解,胃得和降,则呃逆自平。临床运用本方,常治疗中寒气郁,胃失和降的呃逆证,现亦用于神经性呃逆、腹部手术后膈肌痉挛等属于胃寒气郁者。

丁香散(《三因极一病证方论》卷十一) 丁香、柿蒂各一钱,甘草(炙)、良姜各半钱。上为末,用热汤点二钱,乘热服,不拘时。功能温中祛寒,降逆止呃。主治胃中寒冷,呃逆或噎膈,得热则减,遇寒更甚,舌苔白润,脉象迟缓。

柿蒂汤(《济生方》卷二) 柿蒂、丁香各一两。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,姜五片,煎至七分,去滓服,不拘时候。功能温中降逆。主治胃寒气逆、呃逆不止,胸满,苔白,脉迟。

柿钱散(《洁古家珍》) 柿蒂、丁香、人参各等份。上

药为细末，水煎，食后服。功能补中益气，降逆止呃。主治呃逆声低无力，食少体倦，舌淡苔白，脉细弱，属胃气偏虚而寒不甚者。

丁香柿蒂汤（《症因脉治》卷二）　丁香、柿蒂、人参、生姜。水煎服。功能温中降逆，益气和胃。主治胃有虚寒，和降失司，呃逆不止，或恶心呕吐，得热则减，得寒愈甚，胸膈痞闷，胃脘不舒，饮食减少，舌淡苔白，脉沉迟。

藿香安胃散

本方出自《脾胃论》卷下。方由藿香、丁香、人参各二钱五分，橘红五钱组成。上四味为细末，每服二钱，水一大盏，生姜一片，同煎至七分，和渣食前冷服。功能温中益气，降逆止呕。主治脾胃虚弱，饮食减少，呕吐不待腐熟。本方所治证属脾胃气虚，寒凝气滞，运化无力，胃失和降而致呕吐。治宜温中益气，降逆止呕。方中藿香温中行气，醒脾开胃；丁香温中健胃，降逆止呕；与人参相配，大补元气，调中安胃；重用橘红，行气宽中，消食止呕。诸药合用，共奏温中益气降逆止呕之功。本方剂量极轻，加生姜同煎，且冷服于饭前，均有利于止呕。

沉香降气汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。方由香附（炒，去毛）四百两，沉香十八两半，缩砂仁四十八两，甘草（爁）一百二十两。上为细末，每服一钱，入盐少许，沸汤点服，凌旦雾露，空心服食。功能降气宽中。主治气机失调，胸膈痞塞，心腹胀满，喘促短气，或胃痹留饮，胁下支结，噫气吞酸等。本方所治证属留饮中焦，气机不和。治宜降气化饮立法。方中沉香气香性温，降气温中；砂仁芳香辛散，行气畅中，和胃止呕；香附辛散苦降，疏肝解郁，利气散满；甘草缓中化痰，又能调和诸药。各药合用，共奏降气利膈，和胃止噫之功。临床常以胸膈满闷，胃脘不舒，喘促呕逆为辨证要点。

沉香降气丸（《儒门事亲》卷十二）　沉香、木香、缩砂仁、白豆蔻仁、青皮（去白）、陈皮（去白）、莪术（煨）、枳实（麸炒）各一两，萝菔子一两（另末），黑牵牛（末）二两，大黄（炒）二两。共为末，生姜汁浸，蒸饼为丸，如梧桐子大，每服三十丸，橘皮汤下。功能理气宽中，消积化滞。主治饮食停滞，消化不良，脘腹胀满，腹痛便秘等。

沉香降气散（《御药院方》录自《医方类聚》）　沉香、木香、丁香、藿香叶各半两，人参（去芦）、甘草（炮）、白术各一两，白檀二两，肉豆蔻、缩砂仁、桂花、槟榔、陈橘皮（去白）、青皮（去白）各二两，白豆蔻、白茯苓（去皮）各半两，川姜（炮）、枳实（炒）各二两。为细末，每服二至三钱，入盐少许，水一大盏，同煎至七分，和滓温服，不拘时候，日进三服。功能理气降逆，化滞止痛。主治三焦痞滞，气失宣畅，心腹满痛，呕吐涎沫，噫气反胃等。

沉香导气散（《证治准绳·类方》卷四）　沉香二钱半，人参五钱，槟榔二钱半，白术、乌药、麦蘖（炒）、神曲（炒）、紫苏叶、大腹皮（炒）、厚朴（制）各一两，诃子皮（炮）半两，香附（炮）一两半，姜黄、橘红、甘草各四两，京三棱二两，莪术（炮）四两，益智二两，红花四两。为细末，每服二钱，食前沸汤点服。功能利气解郁，活血止痛。主治气郁升降失司，胸胁痞塞刺痛，呕逆食少等。

十八味丁沉透膈汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。又名丁沉透膈汤。方由白术二两，香附（炒）、人参、缩砂仁各一两，丁香（炙）、麦糵、肉豆蔻（煨）、白豆蔻、木香、青皮各半两，甘草（炙）一两半，半夏（汤泡七次）二钱半，藿香、厚朴（姜炒）各七钱半，神曲（炒）、草果各二钱半，沉香、陈皮各七钱半组成。（一方无丁香、白豆蔻，有白芷、槟榔各半两）。上药㕮咀，每服四钱，水二大盏，姜三片，枣一个，煎八分，去滓热服。现用法为用饮片，水煎服。功能降逆和中，健脾燥湿。主治中虚气滞湿阻之反胃，食后脘腹胀满，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出宿食不化，吐后即觉舒服，全身乏力，肢体困重，舌淡苔白腻，脉濡弱。

本方所治证属中虚气滞湿阻，饮食不化，气机逆乱所致。故从理气降逆，健脾化湿立法。方中丁香、沉香理气降逆，温中散寒；人参、白术、炙甘草、大枣益气补中；厚朴、半夏、生姜、草果燥湿降逆，藿香、砂仁、白蔻仁化湿和胃，行气宽中，以助白术健脾燥湿之功；肉豆蔻、木香、香附、青皮、陈皮行气散满；更以神曲、麦芽消食和胃以化食滞。合而用之，行其气，降其逆，和其胃，补其脾，则反胃自除。本方为治疗中虚气滞，和降失常反胃的常用方。现临床上用于幽门痉挛或梗阻、神经性呕吐等属中虚气滞湿阻者。本方药物多苦温香燥，易伤津耗气，对久吐伤津、气阴两虚者，不宜单独使用。

丁沉丸（《太平惠民和剂局方》卷三）　甘草（炙）、青皮（去穰，锉炒）、丁香、白豆蔻仁、沉香、木香、槟榔、肉豆蔻仁各五两，白术（锉，微炒）四十两，人参（去芦）、茯苓（去皮）、诃黎勒（煨取皮）各十两，肉桂（去粗皮）、干姜（炮裂）各二两半，麝香（别研）一两。上为细末，入麝香令匀，炼蜜和丸，如酸枣大，每服一丸细嚼，炒生姜盐汤下，温酒亦得，空心食前服。功能理气和胃，温中健脾。主治中虚气滞有寒，脘腹胁肋胀满刺痛，胸膈噎塞，痰逆恶心，噫气吞酸，不思饮食，胃中冷逆，呕吐不止，及反胃膈气，宿食留饮，胃痛霍乱，妇人血气脘腹痛。

丁沉透膈丸（《全国中药成药处方集》昆明方）　公丁香、广木香、沉香各 60 克，白术 240 克，香附、砂仁、党参各 120 克，草蔻、麦芽各 60 克，陈皮 90 克，豆蔻 60 克，厚朴 150 克，藿香 90 克，青皮 60 克，法半夏 120 克，甘草 60 克，神曲 120 克，草果 60 克，茯苓 120 克。水泛为丸，每服 7.5 克，用开水吞服。功能利气和中，健脾燥湿。主治腹

部胀痛，反胃呕吐，吐出宿食不化，苔白腻，脉濡弱。

平安丸(《全国中药成药处方集》济南方) 公丁香、广陈皮、神曲、枳实、草果、木香、茯苓、山楂、玄胡、砂仁、盔沉香、麦芽、肉果、白术、槟榔、青皮、香附、蔻仁、母丁香各300克。共轧细面，炼蜜为大丸，丸重6克，每次1丸，白开水送下。功能理气和中，健脾消痞。主治胃脘疼痛，胸膈痞满，噎膈反胃，气逆不舒等。

理血剂

根据《素问·阴阳应象大论》"血实者宜决之"和"定其血气，各守其乡"的治疗原则，使用理血药为主而组成的一类方剂，称为理血剂。

理血剂具有活血化瘀及止血两大作用。活血化瘀方剂适用于外伤血脉，或外感热灼血分，或内伤气滞而血凝，或寒闭脉络而血泣，以及产后血脉损伤等而产生的瘀血证；止血方剂适用于血离常道，妄行外溢所致的出血证。

应用理血剂治疗血证时，须根据瘀阻或出血的病位、发病的轻重缓急及寒热虚实的病变性质等不同，而选用不同的理血剂，主要分以下两大类：

(1) 活血化瘀：适用于蓄血及瘀血证，如经闭、痛经、产后恶露不行、瘀积包块、外伤瘀肿、瘀阻经脉半身不遂、瘀血内停胸胁疼痛，以及痈肿初起等证。瘀血证，有因气滞者，有因热瘀互结者，有因寒凝血泣者，有因久瘀人络者，以及血瘀积块成癥瘕者。故本类方剂常以活血化瘀药与理气、清热、温经、通络及破积消癥药配伍，使气行则血行，热清寒去络通则瘀散，积化则癥消。

(2) 止血：适用于血失常道而妄行的出血证，如吐血、衄血、咳血、便血、尿血及崩漏等证。出血证之成因，有血热妄行、阴虚火动、瘀阻血不归经、脾阳虚弱、气不摄血及冲任虚损失固等不同，故本类方剂常以止血药与清热降火、滋阴泄热、活血化瘀、温阳益气及固养冲任药配伍，使热清血自安，虚火降则血宁，瘀化则血有所归，阳复气旺则血有所统，冲任得调则经有所固。

理血剂的应用原则，应首先辨明原因，分别标本缓急，按急则当治其标，缓则宜顾其本，或标本兼治，灵活使用。逐瘀过猛，易于伤正；止血过急，易致留瘀。应用活血化瘀剂，要掌握活血而不破血，逐瘀而不伤正的原则。只可暂用，不可久服，宜中病即止。凡血虚无瘀者尤应忌用。久瘀易致正虚，宜注意攻补兼施，或以攻为主，或以补为主，应权衡虚实，灵活运用。活血化瘀剂，性多破散，故月经过多及怀孕妇女均须慎用或忌用。对于止血剂的应用，宜掌握出血证的原因和虚实性质。实证多见气火亢盛，虚证每见阴虚火旺或气虚羸弱。故"见血休治血"，应注意治本，不可单纯止血。若大剂凉血止血，则容易造成留瘀，往往导致血不归经，而出血反覆不止。因此，使用止血剂又须适当配伍化瘀之品。

桃核承气汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》又名桃仁承气汤。为活血祛瘀的代表方剂。方由桃仁(去皮尖)五十个，大黄四两，桂枝(去皮)二两，甘草(炙)二两，芒硝二两组成。上五味，以水七升，煮取二升半，去滓，纳芒硝，更上火微沸，下火，先食温服五合，日三服，当微利。功能破血下瘀。主治下焦蓄血，少腹急结，大便色黑，小便自利，甚则谵语烦渴，其人如狂，至夜发热，及血瘀经闭，痛经，脉沉实或涩等。

本方即调胃承气汤加桃仁、桂枝组成。《伤寒论》原治太阳病不解，邪传人里，瘀热互结下焦之蓄血证。故治从逐瘀立法。方中桃仁润肠散瘀，大黄攻积行瘀，两者相须，直达病所；桂枝辛散温通，行瘀通滞，能助桃仁以破瘀；芒硝咸寒软坚，能助大黄以下瘀；炙甘草甘平和中，调和诸药。本方除用于下焦蓄血证外，临床常用于血瘀所致的闭经、痛经，以及产后恶露不下。以小腹坚满，胀痛难忍或见瘀块，脉沉实或涩为辨证要点。现临床上亦用于急性盆腔炎、胎盘滞留、附件炎及肠梗阻属瘀血内阻者。本方用于妇女病，如脾胃虚弱者，虽见血瘀实证，亦不宜重用，以免滑利之品伤戕中气。孕妇应忌用。

桃仁承气汤(《校注妇人良方》卷七) 桃仁五钱，大黄(炒)二两，甘草二钱，肉桂一钱。加生姜少许，水煎，黎明时服。主治瘀血内结，小腹急痛，大便不利，或谵语口干，漱水不咽，遍身黄色，小便自利，或血结胸中，手不敢近腹，或寒热昏迷，其人如狂。

桃仁承气汤(《温病条辨》卷三) 桃仁、当归、芍药、牡丹皮各三钱，大黄五钱，芒硝二钱。水煎分二次服，得下止后服，不知再服。功能活血下瘀。主治下焦蓄血，少腹坚满，小便自利，夜热昼凉，大便秘结，脉沉实者。

桃仁承气汤(《通俗伤寒论》) 桃仁三钱，五灵脂二钱，薄荷一钱五分，鲜生地八钱，大黄二钱，玄明粉一钱，甘草六分，犀角(磨汁，冲)四匙。水煎服。功能逐瘀凉营。主治下焦瘀热蓄血，其人如狂，谵语，小腹窜痛，带下如注，腰痛如折。方用小承气合桃仁、五灵脂逐瘀定痛；鲜生地、犀角凉营宁神。

抵当汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。为攻逐瘀血之重剂。方由水蛭(熬)、虻虫(去翅足，熬)各三十个，桃仁(去皮尖)二十个，大黄(酒洗)三两组成。上四味，以水五升，煮取三升，去滓，温服一升，不下更服。功能破血下瘀。主治伤寒蓄血，发狂喜忘，小腹硬满，小便自利，大便易而色黑，脉沉结，及妇人经水不利，少腹硬满拒按者。

本方所治证属下焦瘀血结滞所致，治从破血下瘀立

法。方用嗜血之动物药与攻瘀之植物药相配，以攻逐下焦瘀血。水蛭攻逐瘀血，能破血癥积聚，虻虫消瘀散结，善破癥瘕，均为攻逐蓄瘀之峻药；桃仁活血散瘀，大黄荡涤瘀结。柯琴在《伤寒附翼》中说："水蛭，虫之巧于饮血者也。虻，飞虫之猛于吮血者也。兹取水陆之善取血者攻之，同气相求耳，更佐桃仁之推陈致新，大黄之苦寒以荡涤邪热。"蓄血一证，有轻重久暂之别。桃核承气汤多用于小腹急结，如狂，脉沉实之证，蓄血程度较轻；本方则适用于小腹硬满，发狂喜忘，脉沉结，蓄血程度较重。对于妇女血瘀经闭的实证，应用时亦宜权衡轻重，分别使用。《伤寒论》另有"抵当丸"一方，与抵当汤的组成、功效相同，主治亦相仿。惟丸中水蛭、虻虫用量较轻，且改为丸剂，故药力较汤剂和缓。本方以抵当为名者，因瘀蓄下焦，"非至峻之剂，不足于抵其巢穴而当此重任"。故取此义而定名。本方多用于热病，邪入于里，瘀蓄下焦之重证。对于妇女经闭，时有微热，属瘀血内阻者。亦可使用。凡用本方，不论蓄血或经闭，须见瘀结邪固，体气尚实者乃可用之。对孕妇忌应用。

抵当丸（《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》）　水蛭（熬）、虻虫（去翅足，熬）各二十个，桃仁（去皮尖）二十五个，大黄三两。上四味，捣分四丸，以水一升，煮一丸，取七合服之。晬时（即指一昼夜）当下血，若不下者更服。功能破血下瘀。主治同抵当汤，并治瘀血结成癥块者。

下瘀血汤（《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》）　大黄三两，桃仁二十个，䗪虫（去足，熬）二十枚。三味为末，炼蜜和为四丸，以酒一升煮一丸，取八合顿服。功能破血下瘀。主治产妇腹痛，有瘀血着脐下，亦主经水不利。原书以蜜丸后复用酒煎，用蜜丸缓其性不使骤发，恐伤上、中二焦，取酒煎以增加行瘀之力。

代抵当丸（《证治准绳·类方》第三册）　大黄（川产如锦纹者，去皮及黑心）四两，芒硝（如欲稳，以元明粉代）一两，桃仁（麸炒黄，去皮尖，另研如泥）六十枚，当归尾、生地黄、穿山甲（蛤粉炒）各一两，桂三钱或五钱。上为极细末，炼蜜丸如桐子大，如蓄血在上焦者，丸如芥子大。临卧去枕仰卧，以津咽之，令停留喉下，搜逐膈上之瘀积；中焦食远，下焦空腹，俱桐子大，以百劳水煎汤下。功能活血逐瘀。主治蓄血证。方用当归、生地者，欲下血而不损血，且引诸药至血分。如血老成积，此药攻之不动者，宜去当归、生地，加莪术（醋浸透，焙干）一两，肉桂七钱。

代抵当汤（《血证论》卷八）　桃仁三钱，大黄（酒炒）一钱，莪术一钱，红花一钱，山甲珠三片，当归、丹皮、夜明砂各三钱，牛膝二钱。水煎服。功能破血下瘀。主治血臌而色萎黄，有蟹爪纹路，脉虽虚极而步履如故，多怒善忘，口燥便秘，胁胀腹痛者。

桃仁汤

本方出自《备急千金要方》卷四。方由桃仁五十枚，泽兰、芎䓖、人参、甘草各二两，牛膝、牡丹皮、当归、桂心各三两，芍药、生姜、半夏各四两，地黄八两，蒲黄七合组成。上十四味，㕮咀，以水三斗，煮取六升半，分六服。现用法为饮片，水煎分二次服。功能散瘀调经。主治妇人产后及堕身，月水不调，或淋漓不断，断后复来，状如泻水，身体虚倦，不能饮食，腹中坚痛，不可行动；月水或前或后，或经月不来，举体沉重，惟欲眠卧，多思酸物。

本方所治证属瘀血内停，冲任失司所致，故治从活血散瘀，调经理冲立法。方中桃仁、泽兰、牛膝、蒲黄、牡丹皮皆属活血散瘀之品，瘀血得去，则经血自调；归、芎、地、芍为养血调经之要剂，新血得生，则瘀积易行。取养血与化瘀并举，旨在推陈而致新；人参、甘草大补元气，以固益冲脉；入桂心意即温理冲任之脉，兼之通阳行瘀；冲任为血海，乃月经之本源，且隶属阳明，故配伍生姜、半夏大和阳明之气，助之安冲调经。诸药同用，去瘀不碍新，养血不留瘀，乃顾本治标，从标求本之制也。本方多用于产后瘀滞腹痛，月经淋漓不止。临床常以下腹坚痛拒按，经行反覆不止，肢倦乏力，纳食不振，脉细弱或细涩，舌质偏淡为辨证要点。

桃仁汤（《备急千金要方》卷二十五）　桃仁五十枚，大黄四两，芒硝三两，桂心、当归、甘草各二两，虻虫、水蛭各二十枚（深师方无芒硝）。上八味㕮咀，以水八升，煮取三升，绞去滓，适寒温服一升，日三服。功能活血破瘀。主治堕落瘀血。

桃仁汤（《全生指迷方》卷四）　桃仁（去皮尖，炒）、地黄、苏木各五钱，虻虫（去头足翅，炒）、水蛭（炒）各三十个。上为散，每服五钱，水二盏，煎至一盏，去滓温服，恶露行即住服。功能破血下瘀。主治产后恶露顿绝，或断少，腰重痛，下注，两股痛如锥刀刺。

当归散

本方出自《太平圣惠方》卷七十一。方由当归（锉，微炒）、赤芍药、刘寄奴、没药、延胡索、枳壳（麸炒微黄，去瓤）各等份组成。捣细罗为散，每服一钱，热酒调下。现用法为多作汤剂，分二次温服。但用量宜根据证情酌定。功能活血散瘀，调经止痛。主治妇人久积血气，小腹疠刺疼痛，或月经不行，小腹胀疼者。本方所治证属血瘀气滞所致，故治从散瘀调经立法。方中当归、赤芍活血化瘀，主以调经；刘寄奴破瘀消积，专以通经；没药、延胡索相配，散瘀血，止疼痛；枳壳破气散满，助以行血。诸药相须，共成活血祛瘀，调经止痛之功。本方主要用于妇女因气滞血瘀所致的闭经。临床常以月经过期不行，小腹疼痛作胀，脉滑实为辨证要点。对于上腹部外伤所致的瘀血内阻。腹胀满闷，疼痛拒按，甚则如刺，或引及胸胁，呼吸咳嗽皆感作痛者亦可使用。

没药散（《博济方》卷四）　又名四味调经止痛散。当归（洗）、红花（拣净）、没药、元胡索（炒）各等份。上药为

细末，每服二钱，童便、黄酒调下。功能活血定痛。主治血气不行，心腹作痛，或行经疼痛，或月经不调，日晡发热者。

痛经丸(《中华人民共和国药典》一部) 又名经期腹痛丸。当归75克，白芍50克，川芎37.5克，熟地黄100克，丹参75克，红花25克，五灵脂(醋炒)50克，益母草300克，香附(醋制)75克，木香12.5克，青皮12.5克，山楂炭75克，元胡50克，炮姜12.5克，肉桂12.5克，茺蔚子25克。上16味，先取益母草、茺蔚子、丹参和熟地25克，加水煎煮2次，合并煎液过滤，滤液浓缩至适量，其余12味及熟地黄75克共为细粉，过筛混匀，用浓缩液(酌留部分包衣)与适量的水泛为小丸，用浓缩液包衣，每服6—9克，日1—2次，临经时服。功能活血散瘀，调经止痛。主治妇女冲任虚寒，血瘀气滞，经行腹痛者。孕妇忌服。

红花当归散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷九。方由红花、当归(去芦)、紫葳(即凌霄花)、牛膝(酒浸，焙)、苏木(一本作莪术)、甘草(炙)各二两，赤芍药九两，刘寄奴草五两，肉桂(去粗皮)、白芷各一两五钱组成。上药为细末，每服三钱，热酒调下，空心、临卧各一钱。现用法为作汤剂，酌加黄酒，水煎温服，用量按证情酌定。功能活血化瘀，温理冲任。主治妇人子脏虚寒，瘀血内停，经候不行，或断续不定，时作腹痛，腰胯重疼攻刺，小腹坚硬，及室女月经不通等。

本方所治证属妇女宫虚寒滞，血脉不利，瘀结经阻所致，故治从活血化瘀，温阳调经立法。方中红花、当归养血活血，调理冲任之脉；凌霄花、苏木、刘寄奴草、赤芍、牛膝散瘀破积，理血通经；肉桂辛热，温补下焦元阳，散寒暖宫；白芷辛香气温，能行宿血，散结止痛；更以甘草和中缓急，调和诸药。合而用之，共成温散瘀结，调理月经之功。汪湛说："此皆破血之药，然不用川芎以行血海之血，而用白芷以行阳明之经者，以血海隶乎阳明也。"本方多用于妇女宫寒瘀停，月经失调。临床以停经不行，小腹胀满，疼痛拒按，舌质暗滞，脉沉实或涩为辨证要点。本方用后，见月经已通，瘀行痛平者，即宜停服，改用养正调经之剂，否则有过剂伤正之弊。

和血通经汤(《卫生宝鉴》卷十八) 红花二钱，当归五钱，蓬莪术(炮)四钱，京三棱(炮)五钱，肉桂三钱，苏木二钱，血竭(另研)一钱，熟地黄、木香各三钱，贯众二钱(一方无贯众)。研为细末，和匀，每服三钱，食前热酒一盏调下。功能化瘀散结，温经通闭。主治妇女寒客胞门，经闭血结，坚硬如石者。

当归芍药散

本方出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》。方由当归三两，芍药一斤，芎䓖半斤(一作三两)，茯苓四两，泽泻半斤，白术四两组成。上六味，杵为散，取一方寸匕，酒和，日三服。功能调肝行滞，补脾渗湿。主治肝脾不调，血滞湿停，妊娠腹中疞痛，小便不利，下肢浮肿。

妇人妊娠之后，以血荫胎，以气煦胎，所以常感气血不足。而肝藏血，肝血不足，则运行迟滞；脾主生化，脾气不足，则水湿停留。血滞湿停，脉络不畅，则成本证。治宜养血调肝，健脾渗湿。方中当归、芍药、川芎养血调肝以行滞，其中芍药独多，取其缓急止痛；白术、茯苓、泽泻健脾渗湿。诸药合用，使肝脾调和，血畅湿行，则腹痛可止。现临床还用于治疗卵巢囊肿、羊水过多、青光眼、慢性前列腺炎等属血滞湿停者。

当归散(《医学入门》卷八) 白术五钱，黄芩、山茱萸、当归、川芎、白芍各一两。为末，每服二钱，空心酒送下，日三服。功能调血行滞，清热燥湿。主治湿热壅滞，经脉不利，月经不调，或三四月不行，或一月再至，腰腹疼痛。原书加减："若冷者，去芩，加肉桂。"

复元活血汤

本方出自《医学发明》卷三。方由柴胡半两，栝蒌根、当归各三钱，红花、甘草、穿山甲(炮)各三钱，大黄(酒浸)一两，桃仁(酒浸，去皮尖，研如泥)五十个组成。上药除桃仁外，锉如麻豆大，每服一两，水一盏半，酒半盏同煮至七分，去滓，食前温服，以利为度，得利痛减，不尽服。功能活血祛瘀，疏肝通络。主治跌打损伤，瘀血留于胁下，疼痛不可忍者。

本方所治证属络脉损伤，瘀血内停胸胁所致。治以活血化瘀为主，疏肝通络为辅。方中当归、红花、桃仁、穿山甲活血散瘀，消肿通络而定痛，为主要组成部分；且重用大黄，并经酒制，能荡涤败血，开通腑气，增加活血化瘀之功，有推陈致新之用；栝蒌根消瘀血，续绝伤，兼清瘀热；胸胁为肝经循行之所，故以柴胡引经，疏肝散郁，配合大黄一升一降，畅顺气机，以治胸胁痛胀；甘草和中缓急，调合诸药。瘀血得去，新血自复，气行络通，则瘀肿胁痛可平。正如张秉成在《成方便读》中所说："此方以柴胡之专入肝胆者，宣其气道，行其郁结；而以酒浸大黄，使其性不致直下，随柴胡之出入表里，以成其搜剔之功；当归能行血中之气，使血各归其经；甲片可逐络中之瘀，使血各从其散；血瘀之处必有伏阳，故以花粉清之，痛盛之时，气脉必急，故以甘草缓之；桃仁之破瘀，红花之活血，去者去，生者生，痛自舒而元自复矣。"本方为主治跌打损伤，瘀阻疼痛的常用方。临床以胸胁受伤，疼痛难忍为辨证要点。现临床上亦用于治疗肋间神经痛、肋软骨炎等，属瘀血停滞者。孕妇应忌用，妇女月经期宜慎用。

再造活血止痛散(《跌损妙方》) 大黄、红花各五分，当归、柴胡各二钱，花粉、穿山甲各一钱，桃仁五十粒，甘草八分。水酒各半煎，空心热服。功能活血祛瘀，疏肝通

络。主治跌打损伤，瘀阻胸胁疼痛。

通瘀煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由当归尾三五钱、山楂、香附、红花(新者炒黄)各二钱，乌药一二钱，青皮一钱半，木香七分，泽兰一钱半组成。水两钟，煎七分，加酒一二小钟，食前服。功能行气活血。主治妇人气滞血积，经脉不利，疼痛拒按，以及产后瘀血实痛，并男妇血逆血厥。

本方主治证有三。一为妇女气滞血积，经脉不利，疼痛拒按；二为产后血实疼痛；三为男妇血逆血厥之证。三者证候虽各有殊，然疼痛是其主要症状，气滞血瘀，脉络失畅，不通则痛为三者共同病机，故以行气活血立法。方用当归尾、红花活血散瘀；乌药、青皮、木香行气破滞；香附疏肝散郁，山楂消积化瘀。本方常用于妇女血瘀气滞，月经失调，产后腹胀作痛。临床以经行不畅，小腹胀满，疼痛拒按，舌暗滞，脉沉实为辨证要点。原书加减法："兼寒滞者，加肉桂一钱，或吴茱萸五分；火盛内热血燥不行者，加炒栀子一二钱；微热血虚者，加芍药二钱；血虚涩滞者，加牛膝；血瘀不行者，加桃仁三十粒，去皮尖用，或加苏木、元胡索之类；瘀极而大便结燥者，加大黄一、二、三钱，或加蓬术、芒硝亦可。"

桃仁当归汤(《症因脉治》卷四)　桃仁、当归、丹皮、郁金、泽兰叶、楂肉、红花、山栀、赤芍药、赤曲。水煎服。功能活血化瘀。主治血滞瘀停，腹痛不胀，饮水作呃，人夜更痛，痛处固定不移，以热物熨之稍减，脉多见芤涩，或见沉细，停瘀发热，脉亦数疾。

当归川芎汤(《景岳全书·妇人规古方》卷六十一)　当归、熟地黄、白芍药(炒)、元胡索(炒)、川芎、桃仁、红花、香附、青皮(炒)、泽兰、牡丹皮。入童便、酒、水煎服。功能活血化瘀，行气止痛。主治小产后瘀血内阻，心腹疼痛，或发热恶寒者。

活血丹

本方出自《疡医大全》卷三十六。方由地鳖虫(酒浸死，晒干)、五加皮、桃仁(去皮尖)、刘寄奴花头、山楂各四两，大黄(陈酒煮干)八两，延胡索(醋煮)、蓬莪术(醋炒)、丹皮、当归(酒洗)、牛膝(酒洗)、红花各三两，香附(童便浸炒)三两，京三棱(醋炒)、降香节、凌霄花、苏木、青皮、枳实、赤芍药、威灵仙、槟榔、川芎各二两，乳香(去油)、没药(去油)各一两组成。上药共研细末，每服二钱，壮者三钱，陈酒调服，核桃肉四五枚过口。功能活血散瘀，消肿定痛。主治跌打损伤，瘀滞疼痛。

本方所治证属跌打损伤，必然血泣气滞，产生疼痛，若治之失当或与风湿搏结每多留患陈伤，终年累发疼痛。故治宜活血化瘀，行气止痛立法。方中地鳖虫，为跌打损伤瘀血疼痛之要药，功能破血逐瘀；桃仁、红花、凌霄花、刘寄奴、牛膝、苏木、三棱、莪术皆有散瘀消肿之功；当归、赤芍、川芎、牡丹皮、山楂专人血分，养血活血；乳香、没药、降香能活血止痛；青皮、枳实、槟榔破气散滞；香附用童便浸制，则理气散血作用更著；延胡索醋炒，行血止痛之功尤显；五加皮、威灵仙取其通利经络，强筋止痛之功，并妙在防伤后痹痛；外伤瘀滞，最忌腑气痹闭，故用苦寒性降之大黄，《本经》认为有"下瘀血血闭……荡涤肠胃，推陈致新"之力；更以甘温之胡桃肉过口，用其润补之性，利于强筋健骨；用捷行血脉之陈酒送服，有助于活血化瘀。诸药同用，瘀散则气行，气畅则血活，共奏推陈致新之功。本方多用于跌打损伤，瘀阻气滞，疼痛不止。临床常以局部肿痛，腹胀时痛，大便色黑或闭，活动困难，舌质暗滞，脉沉实为辨证要点。凡妇女月经期或怀孕者忌服。

泽兰汤

本方出自《疡医大全》卷三十六。方由泽兰叶、当归各五钱，丹皮三钱，赤芍药、青木香各一钱半，红花一钱，桃仁(去皮尖)十粒组成。上药水煎，热酒冲服。功能活血散瘀。主治跌打损伤，腹部疼痛作胀，甚则二便不通者。

本方所治证属瘀血内阻，腑气失司所致。故治以活血散瘀为法。方中泽兰叶苦辛微温，《日华子本草》说："通九窍，利关脉，养血气，破宿血，消癥瘕"，功擅活血散瘀，能疗跌扑损伤，金疮肿痛，妇女经闭，产后腹痛；配以桃仁、红花、赤芍，则活血散瘀之力更著，加以当归养血活血，寓补于消，具标本兼顾之义；并用行气通滞之木香，舒理气机，并借酒性之善走化瘀消胀。诸药相配，散瘀之中，不失养血，药力平和，为活血祛瘀常用之剂。本方多用于腹部外伤，瘀血内阻作痛作胀等。临床常以腹痛拒按，或痛处固定不移，甚者如刺，舌暗红，脉沉实者为辨证要点。原书加减法："如见大便秘结不痛者，宜加大黄二三钱，通腑逐瘀。"对于妇女经闭，或产后腹痛，属瘀滞者，也可使用本方。但孕妇忌服。

泽兰汤(《备急千金要方》卷三)　泽兰、当归、生地黄各二两，甘草一两半，生姜三两，芍药一两，大枣十枚。上七味㕮咀，以水九升，煮取三升，去滓，分三服，日三次。功能养血活血。主治产后恶露不尽，腹痛不除，小腹急痛，痛引腰背，少气力者。

归尾泽兰汤(《妇科玉尺》卷四)　归尾、泽兰、牛膝、红花、延胡索、桃仁各一钱。水煎温服。功能活血化瘀。主治产后儿枕疼痛，或恶露不下，瘀血阻滞者。

血府逐瘀汤

本方出自《医林改错》卷上。由《伤寒论》四逆散合

《医宗金鉴》桃红四物汤加味衍化而成。为治疗胸胁瘀阻作痛的代表方剂。方由当归三钱,生地三钱,桃仁四钱,红花三钱,枳壳二钱,赤芍二钱,柴胡一钱,川芎一钱半,牛膝三钱,甘草一钱,桔梗一钱半组成。水煎,分二次温服。功能活血祛瘀,疏肝理气。主治胸中血瘀,胸痛、头痛日久不愈,痛如针刺而有定处,或呃逆日久不止,或内热烦闷,心悸失眠,急躁善怒,入暮潮热,或舌质黯红,舌边有瘀斑,或舌面有瘀点,唇暗或目眶暗黑,脉涩或弦紧者。

本方所治证属胸中瘀血内阻,气机失畅,肝郁气滞所致,故治从活血化瘀为主,疏肝理气为辅立法。方中川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀,配以当归、生地黄养血活血,入肝柔肝,使活血而又不伤血;柴胡、枳壳疏肝理气,使肝疏气达,则瘀行郁解,春生之令得以奉行;牛膝活血通脉,能引血下行;桔梗入肺经,与枳壳同用,则能宣气开胸,使气行而血行;甘草既能缓急,又可调合诸药。本方能行血分之瘀滞,又解气分之郁结,活血而不耗血,祛瘀而不碍新。本方为血瘀胸中的常用方,王清任认为胸中属于"血府",故以血府逐瘀名方。临床以胸痛,头痛,急躁善怒,舌质黯红,脉涩或弦为辨证要点。对于血瘀肝郁所致的闭经、痛经及烦躁失眠、入夜发热等亦可使用。现本方临床上有用于心绞痛、肋软骨炎,及胸胁挫伤等,属瘀阻气滞者。孕妇忌用。

消下破血汤(《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷八十九) 柴胡、川芎、川大黄、赤芍药、当归、栀子、五灵脂、木通、枳实(炒)、红花、赤牛膝、泽兰叶、苏木、生地黄、黄芩、桃仁。水煎,加老酒童便和服。功能活血祛瘀,行气止痛。主治下膈被伤,瘀血内阻,疼痛不止者。

会厌逐瘀汤(《医林改错》卷下) 桃仁(研)五钱,红花五钱,甘草三钱,桔梗三钱,生地四钱,元参一钱,当归二钱,柴胡一钱,枳壳二钱,赤芍二钱。水煎服。功能逐瘀利咽。主治痘证五六天后饮水即呛。

解毒活血汤(《医林改错》卷下) 连翘二钱,葛根二钱,柴胡三钱,枳壳一钱,当归二钱,生地五钱,赤芍三钱,桃仁八钱(研),红花五钱,甘草二钱。水煎服。功能活血化瘀,清热解毒。主治瘟毒初起,上吐下泻,转筋者。

通窍活血汤

本方出自《医林改错》卷上。方由赤芍一钱,川芎一钱,桃仁(研泥)三钱,红花三钱,老葱(切碎)三根,鲜姜(切碎)三钱,红枣(去核)七个,麝香(绢包)五厘组成。以黄酒半斤,将前七味煎一钟,去渣,将麝香入酒内,再煎二沸,临卧服。大人一连三晚服三付,隔一日再服三付,若七八岁小儿,两晚服一付,三岁小儿,三晚服一付。功能活血通窍。主治瘀阻头面的头痛昏晕,耳聋,脱发,面部紫印,青记,酒皶鼻,眼疼白珠红;妇女干血劳,以及男子劳病或交节病作;小儿疳证,肌肉消瘦,腹大青筋,毛悴肉消,午后潮热,尿如米泔;伤寒、瘟疫、痘疹、痞块引起的牙疳等。

本方主治证虽然不一,但皆因瘀血阻滞,新血失养所致。由于瘀阻部位及患者年龄、性别不同,故临床表现各异。治疗则宜活血通窍立法。方中赤芍、川芎、桃仁、红花皆为活血化瘀之要药,用以推陈致新;麝香芳香走窜,力能通脉开窍,老葱辛散,功善通阳入络,两者与活血化瘀药相配,并藉酒性之行走,则散瘀通窍之力更捷;且用生姜、大枣调和营卫,以助生化之源。诸药同用,共奏祛瘀生新,活血通窍之功。本方主要用于瘀血阻滞所致的头痛、耳聋,以及外感热病后的脱发等。现临床上亦用于脑震荡、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等病的后遗症,以及内分泌功能紊乱、脱发等属瘀血阻滞所致者。孕妇忌服。

桃红饮(《类证治裁》卷五) 桃仁、红花、川芎、当归尾、威灵仙。水煎,以麝香少许趁药热冲服。功能化瘀通痹。主治瘀血闭阻所致的痹证。

通经逐瘀汤(《医林改错》卷下) 桃仁(研)八钱,红花四钱,赤芍三钱,山甲四钱,皂刺六钱,连翘(去心)三钱,地龙(去土)三钱,柴胡一钱,麝香(绢包)三钱。水煎服。功能活血化瘀,通行血脉。主治瘀血凝滞脉络,痘出形如攒簇,蒙头覆釜,周身细碎成片,或夹疹夹斑,浮衣水泡,其色或紫或暗或黑,其症或干呕烦躁,昼夜不眠者。

膈下逐瘀汤

本方出自《医林改错》卷上。方由五灵脂(炒)二钱,当归三钱,川芎二钱,桃仁(研如泥)三钱,丹皮二钱,赤芍二钱,乌药二钱,延胡索一钱,甘草三钱,香附一钱半,红花三钱,枳壳一钱半组成。水煎,分二次温服。功能散瘀破积,行气止痛。主治膈下瘀阻气滞,形成积块,或小儿痞块,痛处不移,卧则腹坠者。本方所治证属瘀阻气滞,膈下积块所致,治以化瘀破积,行气止痛立法。方中当归、川芎、赤芍、牡丹皮、红花、桃仁活血去瘀,通利血脉;乌药、枳壳、香附行气散结,疏达气机;更以延胡索、五灵脂行血止痛;甘草调合诸药,益气和中。诸药相配,气行则血活,瘀散则块消。气畅血行,通则不痛矣。运用本方以上腹部积块,时觉隐痛,痛处固定不移为辨证要点。现临床上亦常用于肝脾肿大,疼痛隐作,证属瘀阻气滞者。本方药性偏于破散,孕妇宜忌用,妇女经期亦应慎用。

少腹逐瘀汤

本方出自《医林改错》卷下。方由小茴香(炒)七粒,干姜(炒)二分,延胡索一钱,没药(研)一钱,当归三钱,川芎一钱,官桂一钱,赤芍二钱,生蒲黄三钱,五灵脂(炒)二钱组成(《揣摩有得集》较本方多泽兰叶五钱,海螵蛸五钱)。水煎,分二次温服。功能活血祛瘀,温经止痛。主

治少腹积块疼痛或不痛，或痛而无积块，或少腹胀满，或经期腰酸少腹胀，或月经一月见三五次，接连不断，断而又来，其色或紫或黑，或有血块，或崩或漏，兼少腹疼痛，或粉红兼白带者。

本方所治证属小腹寒滞瘀积，或妇女冲任虚寒，瘀凝内阻，血不归经所致，故以散寒祛瘀立法。方中当归、川芎、赤芍活血散瘀，养血调经；小茴香、干姜、官桂散寒通阳，温暖冲任；并以蒲黄、五灵脂、延胡索、没药活血祛瘀，散结定痛。诸药相配，共成化瘀散结，温阳散寒，调经止痛之功。本方多用于寒凝瘀滞所致的月经失调、崩漏等。临床以腹痛胀满硬实，经色紫暗，舌色暗滞，脉沉实为辨证要点。对产后恶露不下，瘀血上攻，腹痛难忍者亦可使用。如属气血虚弱，冲任失养所致的月经失调及崩漏均不宜用。

身痛逐瘀汤

本方出自《医林改错》卷下。由《丹溪心法》的趁痛散加味而成。方由川芎二钱，桃仁三钱，红花三钱，当归三钱，五灵脂(炒)二钱，没药二钱，香附一钱，牛膝三钱，地龙(去土)二钱，秦艽一钱，羌活一钱，甘草二钱组成。水煎，分二次温服。功能活血祛瘀，通痹止痛。主治瘀血挟风湿，经络痹阻，肩痛、臂痛、腰疼、腿疼，或周身疼痛，经久不愈者。

本方所治证属瘀血挟风湿，经络痹阻所致。治以活血化瘀，祛风通络立法。方用川芎、当归、桃仁、红花活血散瘀，血活则风湿可平；牛膝、五灵脂、地龙行血舒络，通痹止痛；秦艽、羌活祛风除湿，风湿去，则血脉自畅，痹痛可除；香附行气活血而定痛；甘草益气和中，调和诸药。诸药同用，瘀散则血行，血行则风自灭，痹通络舒，诸痛自平。本方多用于瘀血痹阻，风湿内着，经络失舒所致的周身或局部疼痛。临床以疼痛经久不愈，重着不适，活动更甚，舌质暗滞或见瘀点，脉沉涩或紧为辨证要点。本方在经期慎用，孕妇忌服。原书加减法："若微热，加苍术，黄柏；气虚弱，加黄芪一二两酌用。"

趁痛散(《丹溪心法》卷四) 乳香、没药、桃仁、红花、当归、地龙(酒炒)、牛膝(酒炒)、羌活、甘草、五灵脂(酒炒)、香附(童便浸)。或加酒芩、炒酒柏。上药为末，每服二钱，酒调服；或作汤剂，水煎服。功能散瘀通络，行痹止痛。主治风痹瘀滞络阻，筋脉关节疼痛。

补阳还五汤

本方出自《医林改错》卷下。为治半身不遂的常用方剂。方由黄芪(生)四两，当归尾二钱，赤芍一钱半，地龙(去土)一钱，川芎一钱，桃仁一钱，红花一钱组成。水煎，分二次温服。功能补气，活血，通络。主治中风后遗症之半身不遂，口眼歪斜，语言蹇涩，口角流涎，下肢痿废，小便频数，或遗尿不禁，苔白，脉缓者。

本方所治证属中风后正气亏虚，脉络瘀阻，气血失畅，筋脉肌肉失养所致，故治从补气活血立法。方中重用黄芪大补元气，使气充血活，以起痿废；当归尾、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀，瘀去则血行，血行则气自旺；地龙舒筋活络，《本草纲目》指出："治足疾而通经络。"诸药同用，补气活血，气旺血行，络脉则能通利，痿废自能渐复。王清任认为，人体阳气有十成，"分布周身，左右各得其半"。若亏五成剩五成，十去其五则气亏，半身无气则半身不遂。故制补气活血之剂，使气充血行，瘀去络通而"还五"，气行周身则"十全"，故方名补阳还五汤。本方多用于中风后遗症，属气虚血瘀者。临床常以半身不遂，下肢痿废，言蹇语涩，口眼歪斜，脉缓弱为辨证要点。现临床上用于脑血管意外后遗症，小儿麻痹后遗症，及其他原因引起的半身瘫痪、截瘫等属气虚血瘀者。原书加减法："初得半身不遂，依本方加防风一钱，服四五剂后去之……如已病三二个月，前医遵古方用寒凉药过多，加附子四五钱。如用散风药过多，加党参四五钱，若未服，则不必加。"

助阳止痒汤(《医林改错》卷下) 黄芪二两，桃仁二钱，红花二钱，赤芍一钱，山甲(炒)一钱，皂刺一钱。水煎服。功能益气散瘀，通络止痒。主治痘出六七日后，作痒不止，抓破无血，以及失音声哑者。

桃红四物汤

本方见于《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四。由《太平惠民和剂局方》四物汤加味而成。方由桃仁、红花、当归、川芎、干地黄、芍药组成。水煎服。功能活血化瘀。主治瘀血内阻，月经失调，经色紫暗稠粘，挟见瘀块；或经闭不行，或经行腹痛，或产后血虚瘀滞，腹痛且胀，以及跌打损伤，瘀滞疼痛较轻者。本方所治证属瘀血阻滞所致，故治从活血化瘀。方以四物汤(当归、川芎、地黄、芍药)活血养血为基础，以桃仁、红花活血散瘀为君药。两者结合，活血之中寄以养血，化瘀之内寓有生新，能着重发挥活血化瘀的作用。且性质平和，攻补兼存。如方中芍药用赤芍，则散瘀之力更著；地黄用生，则凉血化瘀尤显。对血瘀重证颇属适宜。对于外伤引起的瘀滞疼痛，证情较轻者亦可使用。凡见气血两虚之月经病宜慎用，孕妇则忌服。

顺气散瘀汤(《古今医鉴》卷十一) 当归、川芎、白芍、生地、桃仁、红花、莪术、玄胡索、青皮。水煎，温服。功能理气散瘀。主治经水行时恼怒生气，致心痛或腰胁痛不可忍，脉弦急不匀者。

和痛汤(《古今医鉴》卷十二) 当归、川芎、白芍(酒炒)、熟地黄各一钱，桃仁(去皮)、红花各三分，泽泻(《妇科玉尺》作泽兰)、香附、青皮(炒)各五分，延胡索七分。水一钟，童便、黄酒各半钟，煎至一钟，温服。功能行气活

血。主治小产后心腹疼痛。

当归活血汤(《成方切用》卷十一) 生地、当归、川芎、赤芍、红花、紫草。水煎服。功能活血,凉血,解毒。主治痘疮色紫而枯者。

化瘀汤(《罗氏会约医镜》卷十四) 当归三至五钱,熟地二至三钱,白芍(酒炒)二钱,川芎一钱,肉桂二钱,桃仁(去皮)一钱,红花(酒炒)八分。水煎,加酒服。功能温阳化瘀。主治血瘀成形,在脐腹之下,作痛喜按而虚者。如气滞加香附、木香、砂仁、乌药之属;或加漆滓(炒令烟尽)二钱。

益母胜金丹

本方出自《医学心悟》卷三。方由熟地、当归各四两,白芍(酒炒)三两,川芎一两五钱,牛膝二两,白术、香附(酒、醋、姜汁、盐水各炒一次)、丹参、茺蔚子各四两组成。上药为细末,再以益母草一斤,酒、水各半熬膏,和炼蜜为丸,每早开水送下三钱,晚用清酒送下二钱。功能活血调经。主治气血不和,月经不调,或前或后者。本方治证乃血气失调所致,治宜活血调经。方中以熟地黄、当归、白芍、川芎(即四物汤)养血活血为基础;加入益母草、茺蔚子、丹参、牛膝活血调经;香附疏肝理气,调经止痛;白术健脾以裕气血生化之源。诸药合用,而具疏通气血,养血调经的功效。原方加减法:"经水后期而来,小腹冷痛,为寒,加肉桂五钱;经水先期妄行,自觉血热,加丹皮二两、酒炒条芩五钱;凡遇经水作痛,乃血凝气滞,加延胡索一两。"

女金丹(《韩氏医通》卷下) 又名胜金丸、不换金丹。藁本、当归、白芍药、人参、白薇、川芎、牡丹皮、桂心、白芷、白术、茯苓、延胡索、甘草、石脂(赤、白皆可)、没药各一两,香附(去皮毛,米醋浸三日,略炒,为末)十五两。前十三味俱酒浸三日,烘干,与余药共为末,炼蜜为丸,弹子大,每服一丸,清晨先以薄荷或茶水灌漱咽喉后细嚼,用温酒或白开水送下,再以食物干果压服,服至四十九丸为一剂,以月经调平,受妊为度,妊中三日服一丸,产后二日服一丸,百日止。功能补养气血,调经止带。主治妇人子宫虚寒不孕,带浊白崩;胎死腹中,气满烦闷,脐腹作痛;月水不通;中风口噤;痢疾消渴;产后伤寒虚烦,及半身不遂,下虚无力等症。

乌鸡白凤丸(《中华人民共和国药典》一部) 乌鸡(去毛爪肠)640克,鹿角胶、人参、白芍、香附(醋制)、丹参、山药各128克,鳖甲(炙)、天冬、川芎、芡实(炒)各64克,牡蛎(煅)、桑螵蛸、鹿角霜各48克,黄芪、甘草各32克,当归144克,生地黄、熟地黄各256克,银柴胡26克。共为细粉,炼蜜为丸,每丸重9克,每服1丸,日2次,温开水送下。功能补气养血,调经止带。主治气血两虚,身体瘦弱,腰膝酸软,月经不调,崩漏带下。

丹参饮

本方见于《时方歌括》。方由丹参一两,檀香、砂仁各一钱组成。水一杯半,煎七分服。功能化瘀行气止痛。主治气滞血瘀,心胸胃脘诸痛。本方所治证属血瘀气滞互结所致,故以活血行气立法。方中重用丹参活血化瘀,既有养血之用,又无碍气之弊,故为君药;血瘀必有气滞,且丹参味苦性寒,配檀香、砂仁温通之品,行气止痛而为臣,使气血并走,刚柔相济,气行血畅,则疼痛自止。本方现临床上常用于慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、肝脾肿大的胁肋疼痛,心绞痛,及妇女痛经等属血瘀气滞者。

复方丹参片(《中华人民共和国药典》一部) 丹参浸膏215克,三七141克,冰片8克。上三味,三七粉碎成细粉,与丹参浸膏拌匀,干燥,制成颗粒,将冰片研细,与上述颗粒混匀,压制成1000片,或包糖衣。每服3片,日3次,温开水送下。功能活血化瘀,理气止痛。主治胸中憋闷,以及冠心病,心绞痛。

生化汤

本方系钱氏方,录自《景岳全书·妇人规》卷六十一。为芎䓖汤加味而成。方由当归五钱,川芎二钱,甘草(炙)五分,焦姜三分,桃仁(去皮尖、双仁)十粒,熟地三钱(一方无熟地)组成。上药㕮咀,水二钟,加枣二枚,煎八分,温服(《傅青主女科·产后编》用黄酒、童便各半煎服)。功能化瘀生新,温经止痛。主治产后血虚寒凝,胞衣不下,或恶露不行,小腹冷痛。

本方治证多因产后正气虚弱,寒邪侵袭,血为寒凝,瘀阻胞宫所致。产后血虚留瘀,纯补则碍瘀,专破则伤血,故治宜化瘀生新,温经止痛。方中重用当归、熟地黄,一动一静,养血和血为君药,使阴血充裕,则脉道通利,即所谓"若欲通之,必先充之";川芎行血中之气,桃仁祛血中之瘀,两者为臣药;焦姜色黑入营,配当归、甘草以生新,助桃仁、川芎以温通,以为佐药;甘草、大枣益中气,和药性为使药。因熟地黄阴柔滋腻,故后世多用无熟地黄之方,取其化瘀以生新,温通以行滞。《产宝》说:"生化者,因药性功用而立名也。夫产后宿血当消,新血当生,若专消则新血不生,专生则宿血反滞。考诸药性,川芎、当归、桃仁三品,善治宿血,专生新血;佐以黑姜、甘草引三品入于肝脾,生血理气,莫善于此,所谓行中有补,化中有生,实产后圣药也。"现临床常用本方加减治疗慢性子宫内膜炎、产后子宫复旧不良、产后宫缩痛、产后胎盘残留、胎死不下等属于瘀血阻滞者。

加参生化汤(《傅青主女科·产后编》卷上) 人参三至五钱(一方二钱),川芎二钱,当归五钱(一方四钱),炙甘草四分(一方用五分),炮姜四分,桃仁(去皮尖、研)十粒或三至五钱(一方用二钱)。引加枣,水煎服。功能补

气养血，生新化瘀。主治产后脱血，气失依附，头眩昏晕，不省人事，或四肢厥冷，脉去形脱，口气渐凉，烦渴不止，或气短似喘，身体汗出者。

加减生化汤（《傅青主女科·产后编》卷下） 川芎一钱，当归四钱，黑姜四分，炙甘草四分，防风七分，吴茱萸六分，白豆蔻五分，桂枝七分。水煎服。功能祛风散寒，和血止痛。主治产后感受风冷，血行不畅，腹部疼痛。

安神生化汤（《傅青主女科·产后编》卷上） 川芎二钱，柏子仁一钱，人参一二钱，当归二三钱，茯神二钱，桃仁十二粒，黑姜四分，炙甘草四分，益智仁（炒）八分，陈皮三分。加枣，水煎服。功能养血安神。主治产后块痛未止，心神不安，妄言妄见。

生化夺命汤（《产宝》） 川芎二钱，当归四钱，干姜（炙黑）五分，甘草（炙）三分，桃仁（去皮尖，研）十一粒，肉桂三分（服二剂后去此药）。上药加黑枣一枚，用水一盏半，煎七分，稍热服。功能活血散瘀。温经止痛。主治产后阳虚血瘀，小腹疼痛。

芎䓖汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷九。又名芎归汤、佛手散、神妙佛手散、活血散。方由当归（去芦，洗，焙）、芎䓖各等份组成。上为粗散，每服三钱，水一盏半，煎至一盏，去渣，稍热服，不拘时。功能养血行血。主治崩中、伤胎、产后、金疮等出血过多而致心烦眩晕，头重目暗，耳聋满塞等症。本方所治证属血瘀络伤，血去风生所致，治宜养血行血。方中当归甘辛性温，重在养血，并能调血，补中有行，正如《本草正》所说："当归，其味甘且重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血，补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也。"川芎味辛性温，重在调血，并能养血，故《本草汇言》说："芎䓖，上行头目，下调经水，中开郁结，血中气药。"朱丹溪称，川芎能"调血中元气，使血自生"。两者合用，既可养血补虚，又可调血行滞。俾血畅则新血归经；血复则损痉风熄。因本方可养血活血，故又可用于催生下胎。

加味芎归汤（《校注妇人良方》卷十七） 川芎、当归各一两，龟版（酥炙）一个，头发一握（烧存性）。上为散，每服五钱，水煎服。功能滋阴养血，行滞催生。主治阴虚血少，交骨不开，难产或胎死不下。

佛手散（《万病回春》卷六） 当归六钱，川芎四钱，益母草五钱。上锉一剂，水煎，入酒一盏，再煎一沸，温服；如人约行五里，再进一服。功能调血行滞。主治妊娠五七月，因事筑磕着胎，或子死腹中，恶露不下，痛不已，口噤欲绝。若胎未损子母可安，胎已损则下。

加味芎䓖汤（《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷九十） 芎䓖、当归、白术、百合（水浸一日）、荆芥各一钱。水一钟半，酒半钟，煎八分，不拘时服。功能调血和中。主治打扑伤损，败血流入胃脘，呕血，色黑如豆汁，形气虚者。

活血散瘀汤

本方出自《外科正宗》卷三。方由川芎、归尾、赤芍、苏木、牡丹皮、枳壳、栝蒌仁（去壳）、桃仁（去皮尖）各一钱，槟榔六分，大黄（酒炒）二钱组成。水二钟，煎八分，空心服。渣再煎服。功能活血下瘀。主治产后恶露不尽，或经期瘀血作痛，或暴急奔走，或男子杖后瘀血流注，肠胃作痛，渐成内痈，及腹痛大便干燥者。本方所治证属血凝瘀结所致，故治宜活血下瘀为法。方中川芎、当归尾、赤芍、牡丹皮、苏木、桃仁行血散瘀，通利血脉；枳壳、槟榔破气消积，疏理气机；更配以大黄、栝蒌仁下逐瘀结，内通腑气。散瘀之品得行气之助，则散瘀功著；破气之味，得逐下之用，则结滞易消。故有推陈致新，活血止痛作用。不但瘀阻作痛有效，且便燥腑实腹痛者，亦可使用。本方为妇科及外科常用方剂。对于产后恶露不尽，或痛经、闭经，属瘀血内阻，大便燥结者均可应用；若因瘀血内结，下腹成痈而疼痛，见腑实者用之亦效。

活血散瘀汤（《外科正宗》卷三） 川芎、当归、赤芍、苏木、红花、枳壳、防风、皂角针、连翘、黄芩、天花粉各一钱，大黄二钱。水二钟，煎八分，食前服。便通者去大黄，加乳香。功能活血散瘀，泄热消肿。主治臀痈初起，红赤肿痛，坠重如石，及大便秘涩者。

和伤活血汤（《疡医大全》卷三十六） 川芎五分，当归尾、苏木、红花各二钱，川大黄五钱，桃仁（打碎）四十九粒，血竭二分，穿山甲（炒研）、威灵仙、五加皮各二钱，乳香（去油）、没药（去油）、天花粉各五分，生地二钱，甘草三分。水酒各一碗煎，临服入童便一杯和服。功能活血散瘀，消肿止痛。主治跌打损伤，瘀血腹胀，伤处红肿暗青，瘀痛昏闷欲死者。

散结定疼汤

本方出自《傅青主女科》卷下。方由当归（酒洗）一两，川芎（酒洗）五钱，丹皮（炒）二钱，益母草三钱，黑芥穗二钱，乳香（去油）一钱，山楂（炒黑）十粒，桃仁（泡，去皮尖，炒研）七粒组成。水煎，分二次温服。功能活血祛瘀，散结定痛。主治妇人产后少腹疼痛，甚者结成一块，按之疼甚者。本方所治证属产后瘀血内阻所致，故治以活血祛瘀立法。方中当归、川芎养血活血，桃仁、益母草、山楂、乳香祛瘀定痛，皆为产后瘀阻腹痛之要药；黑荆芥理血止血，炒牡丹皮和血散瘀。诸药合用，共奏祛瘀血，散结滞，止腹痛之功。本方特点，主要在寓逐瘀于补血之中，消块于生血之内，则气血不耗，瘀得尽消。妙在不专攻疼痛，而疼痛自止也。本方多用于产后腹痛，属瘀血内阻者。临床以下腹疼痛拒按，或触之有块，脉实为辨证要点。

产后调理方（《先醒斋医学广笔记》卷二） 当归身三

钱，川芎一钱半，生地二钱，赤芍药一钱半，延胡索（醋制）二钱，牛膝五钱，蒲黄一钱半，干姜（炒黑）七分，肉桂（火盛者及夏月勿用）七分，山楂肉三钱，五灵脂（醋煮，去沙）一钱，桃仁（去皮尖）、红花各八分，黑豆（炒）一合，杜仲（炒去丝）二钱，续断二钱，益母草五钱，泽兰叶一钱，荆芥穗（炒）一钱。水煎，入童便服。功能活血去瘀，散结定痛。主治妇女产后瘀阻，小腹疼痛，结块拒按者。原书加减法："过五七日觉少腹已软无块，按之不痛，即将赤芍药、蒲黄、肉桂、五灵脂、桃仁、红花六味尽去之，另加白芍药三钱，麦门冬三钱，五味子七分；如虚汗，去荆芥、川芎，加枣仁五钱，惊悸亦加之；汗不止，加黄芪、人参各二钱；虚甚作喘，倍加人参、黄芪、麦冬，去生地、当归、桃仁、红花；如脾胃弱不食泄泻，加人参（酌量），肉果一钱半，砂仁七分，橘红八分。"如产后恶露过多，无儿枕痛者不可用此方。

山楂益母汤（《罗氏会约医镜》卷十五） 山楂二钱至三钱，益母草、当归各二钱，川芎、陈皮（去白）各一钱，香附（酒炒）六分，干姜（炒黑）三分。煎就，加酒、童便各半杯合服。功能活血祛瘀，理气止痛。主治儿枕痛。产后气滞不能行血，或闭而不来，或来而不尽，致令腹痛，乍作乍止，其痛如刺，手不可近，其血成块，时见而痛，时隐而止者。

逐瘀止血汤

本方见于《傅青主女科》卷上。方由生地黄（酒炒）一两，大黄三钱，赤芍三钱，丹皮一钱，当归尾五钱，枳壳（炒）五钱，龟版（醋炒）三钱，桃仁（泡，炒，研）十粒组成。水煎，分二次温服。功能逐瘀止血。主治妇人升高坠落，或闪挫受伤，以致恶血下流，有如血崩之状，及跌打损伤所致唾血、呕血。

本方所治证属跌闪受伤，血溢瘀留所致，与一般崩漏不同，故从活血行瘀立法。方中桃仁、大黄破瘀攻积，当归尾、赤芍、牡丹皮活血散瘀，共奏推陈致新之功；更以酒炒生地黄养血和阴，醋炙龟版滋阴补肾，两者合用，共养冲任之脉；枳壳炒用取其利气，气畅则瘀行，而下血自愈。傅山说："此方之妙，妙在活血之中，佐以下滞之品，故逐瘀如扫而止血如神。"本方多用于跌打损伤所致唾血、呕血。傅山曾提出："若血聚胃中，加川厚朴一钱半，姜汁炒。"厚朴苦辛而温，主入脾胃，用姜汁炒，则下气散满之功更著，且与血分药同用，则破宿血尤效。故瘀滞胃中，加此以消胀除满。临床多以下腹疼痛拒按，久之则见面色萎黄枯槁，脉细涩，舌色暗淡为辨证要点。

逐瘀汤（《世医得效方》卷七） 川芎、赤芍药、生干地黄、枳壳（制）、阿胶（炒）、茯苓、白芷、五灵脂、蓬莪术（煨）、茯神、木通、生甘草各一分，桃仁（汤去皮，焙）、大黄各一分半（以上剂量为处方比例的份数）。上药锉散，每服三钱，井水一碗，生姜三片，蜜三匙同煎，食前服，以利为度。功能逐瘀止痛。主治痔漏肠中有热，瘀血内阻作痛，大小便不利，及妇女瘀滞经闭。

逐瘀止崩汤（《安徽中医验方选集》） 当归、五灵脂、炒丹皮、炒沙参、阿胶（蒲黄炒）各 9 克，川芎、艾叶炭、没药各 6 克，三七 3 克，乌贼骨 12 克，龙骨、牡蛎各 18 克。水煎温服。功能化瘀止崩。主治血瘀崩漏，色紫黑挟瘀块，小腹疼痛拒按，血块下后，则痛减轻，舌正常或见紫点，脉涩。

黑神散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷九。又名黑桂散、肉桂散。方由黑豆（炒，去皮）半升，甘草（炙）、熟干地黄（酒浸）、干姜（炮）、肉桂（去粗皮）、芍药、当归（去芦，酒制）、蒲黄各四两组成。上药为细末，每服二钱，酒半盏，童子小便半盏，同煎调下，病急者不拘时候，连服二服；或作汤剂，酌加黄酒，水煎温服，用量可按原方比例酌定。功能活血化瘀，催胎下胞。主治妇人产后恶露不尽，胞衣不下，攻冲心胸痞满，或脐腹坚胀撮疼，以及血晕神昏，眼黑口噤，产后血瘀。本方所治证属产后血瘀或胞衣不下所致，故以活血散瘀立法。方中黑豆、蒲黄活血祛瘀，专下恶露、胞衣；熟地黄、当归、芍药补血和阴，主养冲任；肉桂、干姜辛热善行，温散瘀滞，阴中寓阳，去恶生新；更以甘草缓中益气，调和诸药；加入童便，以散瘀逆；取用黄酒者，引以入血行血，助药力之捷行。本方常用于产后恶露不下，腹部胀痛等。

牛膝散

本方出自《太平圣惠方》卷七十七。方由牛膝（去苗）三分，芎䓖三分，川朴硝三分，蒲黄一（二）分，当归一两半，桂心半两组成。上药捣粗罗为散，每服四钱，以水一中盏，入生姜半分，生地黄一分，煎至六分，去滓，放温频服。功能行瘀血，下胞衣。主治妇女妊娠，五六月坠胎，胞衣不出，腹中胀痛。本方所治证属瘀阻不行，胞衣滞留所致。故治以活血祛瘀，催下胞衣。方中牛膝为君，活血祛瘀，主下胞衣；蒲黄为臣，散瘀止血，助君药下胞衣；血虚易于留胞，故以当归、川芎、地黄养血活血，肉桂心、生姜温通血脉，助之行瘀，朴硝一味，甄权说："能散恶血，坠胎"，共为佐使。诸药相须，合起散瘀下胞之功。临床常以胞衣不下，恶露不行，下腹胀痛，脉沉实为辨证要点。

牛膝散（《太平圣惠方》卷七十二） 牛膝（去苗）一两，桂心、赤芍药各半两，桃仁（汤浸，去皮尖双仁，麸炒微黄）三分，延胡索、当归（锉，微炒）、牡丹皮、芎䓖、木香各半两。上药捣细罗为散，每服一钱，食前以温酒调下；或以五六钱，水煎服亦可。功能活血散瘀，调经止痛。主治月水不利，脐腹作痛，或小腹疼痛引腰，气攻胸膈。

脱花煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由当归七八钱或一两，肉桂一二钱或三钱，川芎、牛膝各二钱，车前子钱半，红花(催生者亦可不用)一钱组成。水二钟，煎八分，热服，或服后饮热酒数杯。功能活血化瘀，催生下胎。主治瘀血阻滞，难产或胎死不下，腰腹胀痛，按之痛甚，或阴道下血量少，色黯红，面色青黯，口唇发青，脉象弦涩者。本方治证属瘀血阻滞所致，治宜活血化瘀。方中当归养血和营；川芎、红花活血化瘀；肉桂温通行血；车前子滑利下胎；牛膝通瘀下胎，并引药下行胞中。诸药同伍，共奏活血化瘀，催生下胎之效。本方以腰腹胀痛拒按，面唇青黯为辨证要点。原方加减："若胎死腹中，或坚滞不下者，加朴硝三五钱；若气虚困剧者，加人参随宜；若阴虚者，必加熟地三五钱。"

脱衣散(《万病回春》卷六)　川牛膝三钱，当归尾二钱，木通三钱，滑石四钱，冬葵子二钱半，枳壳二钱。上药锉末，水煎热服。功能活血祛瘀，利窍下胞。主治瘀血阻滞，胞衣不下，腰腹胀痛。

凌霄花散

本方出自《奇效良方》卷六十三。系在《太平圣惠方》凌霄花散基础上加味而来。方由凌霄花二钱半，硇砂、桃仁(另研)、延胡索、红花、当归、官桂(去皮)各一钱，红娘子十一个，血竭、紫河车、赤芍、山栀子仁、没药、地骨皮、五加皮、牡丹皮、甘草各二两组成。上药为细末，每服二钱，食前温酒调服。功能破瘀消癥。主治瘀血内结之血瘕血块，及产后恶露不尽，儿枕疼痛，瘀血积聚，渐成劳瘵。

本方所治证属瘀血内结所致，或为癥瘕，或产后瘀结疼痛，甚则夜热成劳，治宜破瘀消癥为主，活血泄热为辅。方中凌霄花酸而微寒，善行血分，散瘀消癥，《本草经疏》指出："入肝行血之峻药，故主妇人产乳余疾，及崩中、癥瘕、血闭寒热、羸瘦诸证"，故为散瘀消癥之要药；桃仁、红花、当归、赤芍活血化瘀；硇砂消积软坚，破瘀散结，《本草纲目》认为"积块内癥之病，用之则有神功"；红娘子通瘀破积，《本草衍义》说："行瘀血，月闭"；延胡索、没药、血竭行气活血，专于定痛；官桂、五加皮皆为辛温之品，能温通血脉，散寒行瘀；紫河车益营血，补精气，能疗虚损劳极，骨蒸潮热；牡丹皮、地骨皮、山栀子退阴分伏热；并以甘草和中益气，调和诸药。本方为攻补兼施，寒热并用，标本有序之剂。本方主要用于瘀血内积之癥瘕积聚，按之有形，疼痛时作者。临床也用于妇女产后恶露不尽，儿枕急痛，或瘀血内结，入夜发热，形体消瘦如劳瘵者。本方虽有补益之品，但攻伐之性较峻，如红娘子、硇砂均为峻药，有一定的毒性与刺激性，故对素有胃痛者宜慎用。

凌霄花散(《太平圣惠方》卷七十一)　凌霄花半两，当归(锉，微炒)一两(《普济方》为半两)，木香一两，没药一两，桂心半两，赤芍药半两(原书无用量，此据《普济方》补入)。上药捣细罗为散，每服一钱，不计时候，以热酒调下。功能活血止痛，行气散寒。主治妇人久积风冷，气血不调，小腹疞刺疼痛。

血竭散

本方出自《古今医鉴》卷十一。方由当归八分，桂心六分，芍药(炒)六分，血竭六分，蒲黄(炒)六分，延胡索(炒)四分组成。上药共为末，每服二钱，空腹黄酒送下；或作汤剂，酌加黄酒水煎，分二次温服，用量另酌定。功能化瘀和营，调经止痛。主治妇人血瘕作痛，脐下胀满，月经不行，发热体倦。本方所治证属血瘀内积成瘕，月经失调所致，故以散瘀调经立法。方中血竭为君，散瘀积，止腹痛；蒲黄、延胡索为臣，活血行血，通经定痛；更以当归、芍药益肝和阴，养血调经；肉桂心温通血脉，黄酒送下，取其捷行之力。诸药合用，瘀散则瘕消痛止，血行则经调热退。本方多用于妇女瘀滞经闭。临床以小腹胀满，疼痛拒按，舌暗滞，脉沉实为辨证要点。

血竭散(《重订瑞竹堂经验方》卷四)　血竭、乳香、没药(并另研)、水蛭(盐炒烟尽)、白芍药、当归、麝香各一两，虎骨(火炙油尽黄)一钱六分。上药为极细末，每服三钱，空心，温酒调服。功能散瘀止痛。主治妇人脐下血积疼痛。

琥珀丸

本方出自《太平圣惠方》卷七十九。方由琥珀(细研)、没药、当归(锉，微炒)、赤芍药、京三棱、鳖甲(涂醋炙微黄)、虻虫(去翅足，微炒)、水蛭(炒令黄)各一两组成。上药捣罗为末，炼蜜和捣二三百杵，丸如绿豆大，每日空心，以温酒下十丸。功能散瘀破积。主治产后瘀血内阻，积聚成血瘕，月水不通，小腹疼痛。

本方所治证属产后败血不散，延久形成血瘀所致，治从散瘀破积立法。方中琥珀活血通经，散瘀破积，《本草经疏》说："琥珀专入血分，心主血，肝藏血，入心入肝，故能消瘀血也……大多从辛温药则行血破瘀，从淡渗药则利窍行水，从金石镇坠药镇心安神"，此与破血散瘀药相配，则从"行血破瘀"之功，故方以琥珀而定名；没药、三棱活血散瘀而破积聚；虻虫、水蛭、鳖甲善消瘕积，上五味皆专走血分，通利血脉，破血积而消瘕聚；更以当归、赤芍养血活血，通调月经。丸得温酒送服者，以助行药力，则活血散瘀之功更捷。因瘀积不去，则新血不生，故本方妙用破瘀消瘕之法，共奏推陈致新之功。本方多用于妇女瘀阻经闭，或产后瘀结不散，小腹疼痛。临床常以月经不行，腹痛作胀，舌暗滞，脉沉涩或滑实为辨证要点。对于

血虚有寒之闭经及孕妇皆忌用。

琥珀丸(《重订严氏济生方》) 琥珀(另研)、白芍药、川乌(炮,去皮)、川牛膝(去芦,酒浸)、鳖甲(醋炙)、蓬莪术(炮)、当归(去芦,酒浸)、梓厚朴(姜汁炒)各一两,木香(不见火)、泽兰叶、官桂(不见火)各半两,麝香(另研)半钱。上药为细末,酒糊为丸,如梧桐子大,每服七十丸,空心,温酒米饮任下。功能散瘀积,破血瘕。主治妇人血瘕,腹中有块攻刺,小腹痛重,或腰背相引而痛,久而不治,黄瘦羸乏者。

琥珀散(《太平圣惠方》卷七十九) 琥珀(研细)半两,硫黄(研细)半两,硇砂一两,没药半两,麒麟竭半两,斑蝥(炒,去翅足)一分,水蛭(炒令黄)半两,桂心一两,干漆(捣碎,炒令烟出)半两,海马子九枚,当归(锉,微炒)一两,虻虫(去翅足,微炒)一分,芫花(以醋拌过,炒令干)一两,麝香(研入)一分。上药捣细罗为散,入研,令药匀,每服一钱,以酒半盏,童子小便半盏,桃仁七枚,去皮尖研,同煎一二沸,每日空心服,当下恶滞物。功能活血散瘀,消积破癥。主治产后脏腑夙有风冷,恶血下少,以结积成血瘕,致月水不利。

琥珀丸(《先醒斋医学广笔记》卷二) 元胡索六钱,怀熟地八钱,当归身、川续断(酒洗,炒)、川芎各六钱,川牛膝、人参、沉香、乳香、没药(去油)各五钱,真阿胶(蛤粉炒)八钱,辰砂(水飞)、大附子、五味子各五钱,金钗石斛六钱,肉苁蓉(酒洗)八钱,琥珀、珍珠(上上者)各五钱。上药研极细末,炼蜜丸如龙眼肉大,以好辰砂飞过为衣,蜡丸,每服一至二丸。功能养血活血,益气行气。主妇人生产艰难,胞衣不下,血晕。

没药丸

本方出自《薛氏医案·正体类要》卷下。又名十味没药丸。从《世医得效方》没药丸加味而成。方由没药、乳香、川芎、川椒、当归、芍药、红花、桃仁、血竭各一两,自然铜(火煅七次,醋淬)四钱组成。上药为细末,用黄蜡四两溶化,入前末,速搅匀为丸,弹子大,每服一丸,酒化下。功能散瘀止痛,接续筋骨。主治打扑损伤,筋骨疼痛,或气逆血晕,或瘀血内停,肚腹作痛,或胸胀闷。本方所治证属外伤筋骨,瘀血内停所致,故治从活血散瘀,理伤止痛立法。方用乳香、没药、血竭活血散瘀,消肿定痛而止血,三者同用,功专调和气血,为内伤血聚之要药;桃仁、红花、当归、川芎、芍药养血活血,为外伤血滞作痛常用之品;自然铜散瘀止痛,接骨续筋;更以辛温走散之川椒去老血,通血脉,助消肿止痛。诸药合用,共成散瘀消肿,止痛接骨之功。本方用于跌打损伤,常以骨折筋伤,肿胀疼痛,或瘀停胸闷腹痛为辨证要点。

没药丸(《世医得效方》卷十八) 没药、乳香、芍药、川芎、川椒(去目及合口者)、当归各半两,自然铜(炭火烧)二钱五分。上为末,用黄蜡二两溶开,入药末,不住手搅匀,丸如弹子大,每服一丸,用好酒煎开,乘热服。功能散瘀止痛,接续筋骨。主治打扑内损,筋骨受伤疼痛。

桂枝茯苓丸

本方出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》。又名夺命丹、夺命丸。为祛瘀消癥之要剂。方由桂枝、茯苓、丹皮、桃仁(去皮尖,熬)、芍药各等份组成。上五味,研末,炼蜜为丸,如兔屎大,每日食前服一丸,不知,加至三丸。功能活血化瘀,缓消癥块。主治妇人小腹宿有癥块,漏下不止,胎动在脐上;月经困难,或经停腹胀痛,或难产,或胞衣不下,或死胎不下,或产后恶露不尽而腹痛拒按者。本方所治证属妇人宿有瘀积所致,故立法"当下其癥",去其癥即所以安其胎,旨在治本求因。方用桂枝温阳通脉,芍药和阴缓急,桃仁破血消癥,牡丹皮活血散瘀,更以茯苓益心气,与桂枝同用,行阳开结,伐邪安胎。以蜜为丸取其渐消缓散之义。使瘀化癥消,推陈致新,虽不专于安胎,而功在安胎也。现临床也用于子宫肌瘤、卵巢囊肿等属瘀血阻滞者。

鳖甲煎丸

本方出自《金匮要略·疟病脉证并治》。为治疟母的代表方剂。方由鳖甲(炙)十二分,乌扇(即射干,烧)三分,黄芩三分,柴胡六分,鼠妇(熬)三分,干姜、大黄、桂枝、石韦(去毛)、厚朴、紫葳(即凌霄)、阿胶各三分,芍药、牡丹(去心)、䗪虫各五分,半夏、葶苈、人参各一分,瞿麦二分,蜂窠(炙)四分,赤硝十二分,蜣螂(熬)六分,桃仁(去皮尖,研)二分组成。上二十三味为末,取煅灶下灰一斗,清酒一斛五斗,浸灰,待酒尽一半,着鳖甲于中,煮令泛烂如胶漆,绞取汁,纳诸药,煎为丸,如梧桐子大,空心服七丸,日三服。功能消癥瘕,化疟母。主治疟疾久发不愈,胁下痞硬有块,成为疟母,以及癥瘕积聚。

本方所治证属疟久不愈,痰瘀搏结,积于胁下而形成。故从"坚者削之,结者行之"立法。方中君以鳖甲软坚散结,入肝络而搜邪,主治癥瘕寒热;癥为血滞瘀结,故以䗪虫、鼠妇、桃仁、大黄、紫葳、牡丹皮、赤硝、芍药入阴攻瘀,散血分之癥结;癥因痰湿互结,故以半夏、厚朴、乌扇、葶苈子、石韦、瞿麦祛痰行水,消已凝之痰湿;更以蜣螂、蜂房破癥攻毒,干姜和阳退寒,黄芩和阴退热;柴胡、桂枝以和表里,人参、阿胶则养气血;并取辛温走气之灶灰,性暖走血之清酒捷于行瘀散积。本方具有寒热并投,阴阳兼调,消补两顾,祛邪不失扶正之义。王子接说:"鳖甲煎丸都用异类灵动之物,若水陆,若飞潜,升者降者,走者伏者咸备焉。但恐诸虫扰动神明,取鳖甲为君守之,其泄厥阴破癥瘕之功,有非草木所能比者。"现临床上亦常用本丸治晚期血吸虫病,见肝脾肿大,正虚邪实者。对于怀孕妇女或月经期,均宜忌用。

疟母丸（《丹溪心法》卷二）　鳖甲（醋炙）二两，桃仁（炒）一两，三棱（醋煮）、蓬莪术（醋煮）、海粉（醋煮）各一钱，香附（醋煮）二两，红花二钱，青皮（炒）、神曲（炒）、麦芽（炒）各一两（原书无用量，此据《证治准绳》补入）。共研末，神曲糊为丸。如梧桐子大，每服七八十丸，空腹时熟汤或淡姜汤送下。功能消癥块，散疟母。主治疟痞结于左胁硬痛。

大黄䗪虫丸

本方出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》。方由大黄（蒸）十分，黄芩二两，甘草三两，桃仁一升，杏仁一升，芍药四两，干地黄十两，干漆一两，虻虫一升，水蛭百枚，蛴螬一升，䗪虫半升组成。上十二味，共研末，炼蜜和丸，小豆大，酒服五丸，日三服。功能活血破瘀，通经消癥。主治五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，肌肤甲错，两目黯黑；亦治妇女经闭，腹中有块，或胁下癥瘕刺痛。本方所治证属瘀血内阻，经络营卫之气受伤所致。唐容川说："旧血不去，则新血断不能生。干血劳人皆知其极虚，而不知其补虚正易助病，非治病也。必去其干血，而后新血得生，乃望回春。"故立法取"润以濡其干，虫以动其瘀，通以去其闭"之义。方中君以大黄、䗪虫下瘀润燥，破坚通络；干漆、桃仁、虻虫、水蛭、蛴螬消瘀活血，破结通闭；地黄、芍药、甘草濡养滋燥，和中缓急，寓祛邪勿忘扶正之意；杏仁宣气散结，能通大肠气闭，黄芩清肺，可泄瘀中伏热，并借酒之捷行，以助药势。王晋三指出："君以大黄，从胃络中宣瘀润燥……䗪虫破坚通络行伤，却有神功，故方名标而出之。"本方原为主治瘀血内结之干血劳。临床常以腹满急而痛，不能饮食，肌肤甲错，目眶黯黑，以及妇女月经闭而不行，小腹急满为辨证要点。现临床上亦用于治疗腰痛，及肝硬化，属瘀血内结所致者，常与气血双补之剂配合应用。对于血虚之经闭及怀孕妇女忌服。

牛膝丸（《备急千金要方》卷四）　牛膝、芍药、人参、大黄各三两，牡丹皮、甘草、当归、芎䓖各二两，桂心一两，䗪虫、蛴螬、蜚蠊各四十枚，虻虫、水蛭各七十枚。为末，蜜丸如梧桐子大，酒服五丸，日三次，不知稍增。功能益气血，破瘀积。主治产后月水往来，乍多乍少，仍复不通，时时疼痛，小腹里急下引腰身重。

大虻虫丸（《备急千金要方》卷四）　虻虫四百枚，蛴螬一升，干地黄、牡丹、干漆、芍药、牛膝、土瓜根、桂心各四两，吴茱萸、桃仁、黄芩、牡蒙各三两，茯苓、海藻各五两，水蛭三百枚，芒硝一两，人参一两半，葶苈五合。为末，蜜和丸，如梧子大，每日空心酒下七丸，不知加之，日三服。功能消瘀破积。主治月经不通六七年，或肿满气逆，腹胀瘕痛者。

皱血丸

本方出自《《太平惠民和剂局方》卷九）。方由当归、芍药、熟地黄、牛膝、蒲黄、香附（酒浸一宿，焙）、延胡索（炒）、肉桂、茴香、蓬莪术、菊花（去梗）各三两组成。上药共为末。另用乌豆一升，候干焙为末，再入醋二碗，煮至一碗为糊，丸如梧桐子大，每服二十丸，温酒或醋汤送下。功能散瘀破积，温经止崩，主治妇人血海虚冷，冲任失调，或经血过多，或经闭不通，崩中不止，赤白带下，癥瘕癖块，攻刺疼痛，小腹坚满，胁肋胀痛，腰重脚弱，面黄体虚，饮食减少，以及经脉不调，胎气多损，胎前产后等。

本方所治证属血海虚寒，瘀积癥结所致，故以温经止崩，祛瘀散积立法。方中当归身、熟地黄、赤芍养血调经；肉桂心温阳，茴香暖里，两者同用，除冷积，通血脉，能温理冲任；牛膝、莪术破瘀积，消癥瘕；蒲黄焙制，香附酒浸皆为调经固崩之要药；延胡索活血行血，善止腹痛，甘菊花人肝平肝，《本经》明言"利血气"；更以黑豆醋制为丸，活血止血，为产后漏下之妙品。诸药相配，养血寓行瘀，温经寓固崩，标本兼顾。方名皱血者，以醋性酸收，血得酸则敛，则崩漏自止，故以此命名。本方适用于妇女宫寒瘀积的癥块、崩漏等，临床常以小腹坚满，攻刺疼痛，经行失调，胎气多损，面黄消瘦，舌暗滞，脉沉涩为辨证要点。

见睍丸

本方出自《卫生宝鉴》卷十八。方由附子（泡，去皮脐）四钱，鬼箭羽、紫石英各三钱，泽泻、肉桂、延胡索、木香各二钱，槟榔二钱半，血竭（另碎）一钱半，水蛭（炒烟尽）一钱，京三棱（锉）五钱，桃仁（浸，去皮尖，麸炒，研）三十个，大黄（锉，用酒同三棱浸一宿，焙）二钱组成。上药除血竭、桃仁外，共研为末，入另研二味和匀，用原浸药酒打糊，丸如桐子大，每服二十丸，食前，淡醋汤或温酒送下。功能散寒活血，破瘀消瘕。主治妇人寒气客于下焦，血气闭塞而成瘕聚，坚大久不消者。本方所治证属下焦寒气与血气相搏，瘀结成瘕聚所致，故治从散寒破积立法。方中肉桂、附子温散下焦寒气，配以紫石英温暖血海，阴寒一消，冲任即调；加以桃仁、大黄、三棱、水蛭、槟榔逐瘀破积，消瘕散聚；并以鬼箭羽、血竭活血通经，兼以定痛止血以防崩；延胡索、木香行气通滞，开闭止痛。诸药同用，共奏温散寒凝，消瘀破瘕之功。本方多用于下焦寒凝瘀积，瘕聚不消之证，临床以下腹寒冷，块形固定，月事失调或经闭不行，脉沉细或迟，苔白舌暗滞或见瘀点为辨证要点。

失笑散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷九。又名断弓弦散，为治瘀血疼痛的常用方剂。方由蒲黄（炒香）、五灵脂（酒研，淘去砂土）各等份组成。共为末，先用酽醋调二钱，熬成膏，入水一盏，煎七分，食前热服。现用法为研末为散剂，温开水或黄酒冲服；亦可水煎作汤剂，用量酌定。

功能活血去瘀，散结止痛。主治瘀血停滞所致的月经不调，少腹急痛，痛经，产后恶露不行。本方以散瘀止痛立法。方中蒲黄、五灵脂活血去瘀，通利血脉，而止疼痛。用酽醋(即米醋)煎熬者，乃取其活血脉，行药力之功，以加强活血止痛的作用。本方药性平和，具有祛瘀活血，散结定痛，推陈致新之功。古人认为本方服用后，病者每于不觉之中诸症悉除，不禁欣然失笑，故名失笑散。实验研究表明：本方能提高机体对减压缺氧的耐受力；对垂体后叶素引起的急性心肌缺血具有对抗作用；对机体有明显的镇静作用及降低血压的作用。因此，本方临床亦可用于心绞痛，见瘀血阻滞者。凡孕妇忌服。

手拈散(《百一选方》卷八) 草果、玄胡索、五灵脂、没药各等份。上为细末，每服三钱，温酒调下。功能行气活血，散寒止痛。主治寒邪内阻，气血凝滞，脘腹疼痛。

玄胡索汤(《重订严氏济生方·妇人门》) 当归(去芦，酒浸，锉，炒)、玄胡索(炒，去皮)、蒲黄(炒)、赤芍药、官桂(不见火)各半两，片子姜黄(洗)、乳香、没药、木香(不见火)各三两，甘草(炙)二钱半。上药㕮咀，每服四钱，水一盏半，生姜七片，煎至七分，去滓，食前温服。功能祛瘀止痛。主治妇女气滞血瘀，脘腹作痛，或连腰胁，或引背膂，上下攻刺，甚至作搐搦，经候不调。若吐逆，加半夏、橘红各半两。

妇女痛经丸(《中华人民共和国药典》一部) 五灵脂(醋炒)、蒲黄(炒炭)、元胡(醋制)、丹参各300克。以上4味，取五灵脂100克，用水热浸，丹参加水煎煮2次，合并浸液及煎液，滤过，滤液浓缩，将剩下的五灵脂与元胡、蒲黄共研为细粉，过筛混匀，用上述浓缩液泛丸，每10粒重1.8克，每服50粒，日2次。功能活血散瘀，调经止痛。主治气血凝滞，小腹胀痛，经期腹痛者。孕妇忌服。

理冲丸

本方出自《医学衷中参西录》。方由水蛭(不用炙)30克，生黄芪45克，生三棱、生莪术各15克，当归、知母、生桃仁(带皮尖)各18克组成。上药共为细末，炼蜜为丸，梧桐子大，每服6克，温开水送服，早晚各1次；或作汤剂，水煎分2次服，药量按原方比例酌定。功能破瘀消癥，调理冲脉。主治妇女经闭不行，或产后恶露不尽，结为癥瘕，以致阴虚作热，阳虚作冷，或劳嗽食少，或室女经闭血枯，男子劳瘵，一切脏腑癥瘕积聚，气郁脾弱，满闷痞胀，不能饮食者。

本方所治证属血瘀癥结，冲任失调所致，治从破瘀散积，理冲调经立法。方中水蛭、三棱、莪术善破瘀积，消散癥瘕；桃仁、当归养血活血，为理冲调经之品；更以生黄芪益气，知母滋燥，气阴两顾，阳生阴长，则血枯劳热可除。诸药合用，破中有立，瘀去新生，则癥瘕可破，而冲脉自调。本方多用于妇女瘀血内阻，结为癥瘕，冲脉不通，月经枯闭，或虚而作冷作热。临床以经闭作胀，腹部坚满有瘕块，舌暗或见紫点，脉沉涩为辨证要点。

理冲汤(《医学衷中参西录》) 生黄芪、生鸡内金、三棱、莪术各9克，党参、于术各6克，生山药15克，天花粉、知母各12克。用水3盅，煎至将成，加好醋少许，滚数沸服。功能益气破瘀，调理冲脉。主治妇女经闭不行，或产后恶露不尽，结为癥瘕，以致阴虚作热，阳虚作冷，食少劳嗽，及室女月闭血枯，并治男子劳瘵，一切脏腑癥瘕积聚，气郁脾弱，满闷痞胀，不能饮食。

温经汤

本方出自《金匮要略·妇人杂病脉证并治》。又名小温经汤。方由吴茱萸三两，当归、芍药、芎䓖、人参、桂枝(《太平惠民和剂局方》作肉桂)、阿胶、牡丹皮(去心)、生姜、甘草各二两，半夏半升，麦冬(去心)一升组成。上十二味，以水一斗，煮取三升，分温三服。功能温经散寒，养血去瘀。主治冲任虚寒，瘀血阻滞。症见月经不调，或前或后，或多或少，或逾期不止，或一月再行，暮即发热，手掌烦热，唇口干燥，或小腹冷痛，久不受孕。本方所治证属冲任虚寒瘀滞，月经失调所致。故治从温经散寒，养血行瘀立法。血得温则行，血行则瘀自散。方中吴茱萸长于散寒定痛，桂枝功专温通血脉，《内经》指出："血气者，喜温而恶寒，寒则泣不能流，温则消而去之"，萸、桂合用，旨在温经散寒；当归、川芎活血养血，入肝而调经；阿胶、麦冬、芍药滋阴益营，补肝肾而固冲任；牡丹皮辛寒，既清阴分虚热，又协桂、芎化瘀；人参、甘草益气补中，使气旺脾健，生化有权，则阳生阴长，血源得充，更以半夏、生姜降逆温中，兼顺冲任之气。本方具有温中寓养，温中寓通，气血双补，肝脾兼调之特点。功在温通、温养，使血得温则行，血行则经自调，故方以温经而命名。陈元犀说："过期不来者能通之，月来过多者能止之，小腹寒而不受孕者并能治之"，赞其功效谓"神妙不可言"，故为妇科调经之要方。本方临床多用于月经不调、痛经、崩漏，及小腹冷痛久不受孕。现临床上常用本方加减治疗功能性子宫出血、慢性盆腔炎等，属虚寒证者。

温经汤(《校注妇人良方》卷一) 当归、川芎、芍药、桂心、莪术(醋炒)、牡丹皮各五分，人参、牛膝、甘草(炙)各七分。水煎服。功能温经散寒，活血化瘀。主治寒气客于血室，血气凝滞，脐腹作痛，其脉沉紧者。

蒲黄散

本方出自《太平圣惠方》卷八十。方由生蒲黄二两，干荷叶(炙)、牡丹皮、延胡索、甘草(炙)各三分组成。上药为粗末，每服四钱，以水一中盏，煎至五分，次入蜜一匙，生地黄汁一小盏，再煎五七沸，去滓，不计时候，分温二服。功能凉血散瘀。主治产后恶露不快，血上抢心，烦闷满急，昏迷不省，或狂言妄语，气喘欲绝。本方所治证

属产后瘀热抢心所致，故治从凉血祛瘀立法。方中重用生蒲黄凉血散瘀，专除产后恶露为君药；牡丹皮、地黄入血凉血，上清瘀热，兼治烦满而为臣；荷叶能升发清阳，散瘀止血，产后血晕用之捷验，延胡索行气活血，血瘀腹痛颇有实效，更以甘草和中缓急，共为佐使。诸药同用，共奏凉血活血，散瘀定痛之功。临床常以下腹满急疼痛，胸闷喘逆，甚则神识昏迷，舌质暗滞，脉象沉实为辨证要点。

红花散（《素问病机气宜保命集》卷下） 红花、蒲黄（炒）、干荷叶、牡丹皮、当归各等份。上药共为细末，每服五钱，酒煎和滓温服。功能活血散瘀。主治妇人产后血晕血崩，月事不调，远年干血气。

芎归泻心汤（《罗氏会约医镜》卷十五） 归尾、川芎、蒲黄、丹皮各一钱，桂心七分。水煎，调五灵脂研末一钱，食后服。功能活血散瘀。主治败血停积，上干于心，胸膈胀闷，烦躁昏乱，狂言妄语，如见鬼神者。

调经汤

本方见于《妇科玉尺》卷一。由《万病回春》益母汤加减而成。方由当归、延胡索、白术各二钱，香附、白芍、生地各一钱，川芎、陈皮、丹皮各八分，甘草六分，益母草三钱组成。经来日，水煎空心温服。功能活血调经。主治妇女血瘀经闭，或经行腹痛，血结成块。本方所治证属瘀滞血凝所致，故治从活血调经。方中以四物汤（当归、白芍药、生地黄、川芎）养血调经；益母草、牡丹皮活血散瘀，与四物同用，能通调月经，推陈致新；延胡索行气活血，长于定痛，香附理气疏郁，专于调经，两者皆对经闭、腹痛有良效；冲脉为血海，隶属阳明，故以白术、陈皮、甘草健脾和中，资助生化之源，培益冲脉之本，诸药同用，则血活气行，而经调痛止矣。本方以功效而命名，故称调经汤。本方临床多用于妇女血瘀经闭，或经行小腹疼痛。但以小腹疼痛拒按，经色紫暗成块，血块下后，腹痛则轻，舌质暗滞，脉沉实或涩者为辨证要点。

益母汤（《万病回春》卷六） 当归、川芎、白芍（酒炒）、熟地黄（姜汁炒）、条芩、陈皮、香附（醋炒）、阿胶（蛤粉炒）各一钱，益母草、白术（去芦）各一钱半，玄参、蒲黄（炒）各八分，甘草四分。右锉一剂，水煎，空心服。功能活血化瘀，调经止崩。主治妇女血热瘀阻，冲任失调，崩中漏下，或经行腹痛，见有瘀块。

益母丸（《南雅堂医书·妇科杂证》） 益母草（并子，可用熬膏）一斤，大生地（酒洗）三两，当归（酒洗）三两，白芍（酒炒）三两，乌贼骨（去粗壳，炒）四两，泽兰叶（酒洗）四两，香附（酒、醋、山栀子、童便浸制四次）四两。上药先将益母草熬为膏，再将余药共为末，加入炼蜜和丸。功能活血散瘀，通调月经。主治瘀滞腹胀，或小腹隐痛，月经失调。原书加减法："如热加丹皮、黄芩各五钱，栀子一两，去川芎；如寒加肉桂（去粗皮）一两，砂仁一两，生地换熟地；气虚加人参、白术（炒）各二两，香附减半；有痰加陈皮、法半夏各一两；热痰加麦冬（去心）、川贝（去心）各一两半；经闭不通加元胡索（酒炒）一两半，桃仁（去皮）六钱，红花四钱。"

妇科调经片（《常用中成药》） 原名妇科十味片。香附25千克，当归9千克，红枣5千克，熟地3千克，制玄胡索2千克，生白术1 420克，川芎500克，生白芍、赤芍各750克，生甘草680克。上药研为细末，制成片剂，每100片约含生药530克，日服3次，每次4片，温开水吞服。功能养血活血，调经止痛。主治月经不调，经期腹痛者。

通经丸

本方出自《普济本事方》卷十。方由当归（洗，去芦，薄切，焙干）、蓬莪术、干漆（炒令烟出）、桃仁（去皮尖，炒）、桂心（不见火）、青皮（去白）、大黄（炮）、川乌（炮，去皮尖）、干姜（炮）、川椒（去目并合口，微炒，放地上密盖出汗）各等份组成。上为细末，将四份用米醋熬成膏，和余六份末成剂，臼中治之，丸如桐子大，阴干，每服二十丸，用淡醋汤送下，加至三十丸，温酒亦可，空心食前服。功能破瘀消瘕，通阳调经。主治妇人室女月候不通，疼痛，或脐下坚结成血瘕者。本方所治证属寒凝瘀积，冲任失调所致，故治从散瘀消瘕，温阳通经。方中以桃仁、红花、大黄活血化瘀，莪术、干漆破瘕消积；寒滞冲任，则血脉失畅，故以肉桂、炮姜、川椒散寒通阳，温理冲任，祛瘀之品得温阳之功，则瘕消经通；更以当归养血和营以调经，青皮行气破滞以散结。诸药相配，共奏破瘀消瘕，通阳调经之作用。本方常用于妇女瘀血内阻之闭经。临床以月经不通，少腹胀痛，甚则攻痛如刺，午后寒热，舌质暗滞或见瘀点，脉沉实为辨证要点。

通经甘露丸（《中华人民共和国药典》一部） 当归、桃仁、大黄（酒炒）、丹皮、肉桂、干漆（煅）、牛膝、红花各120克，三棱（麸炒）15克，莪术（醋炙）30克。上药共为末，水泛为小丸，每服6—9克，日服1—2次，温开水送服。功能化瘀通经。主治妇女瘀血阻滞，冲任失调，月经不行，少腹胀痛，甚者如刺，午后发热。

消积通经丸

本方出自《寿世保元》卷七。又名调经化瘀丸。方由香附（醋炒）十两，艾叶（醋炒）二两，当归（酒洗）二两，生地黄二两，川芎一两，桃仁（去皮）一两，赤芍一两，红花（酒洗）一两，三棱（醋炒）一两，莪术（醋炒）一两，干漆（炒）一两组成。上为细末，醋糊为丸，如梧桐子大，每服八十丸，临卧淡盐汤送下。功能散瘀破积，通经止痛。主治妇人血瘕作痛，脐下胀痛，或月经不行，发热体倦。本方所治证属瘀血阻滞，冲任失调所致，治以散瘀通经立法。方中当归、川芎、生地黄、赤芍养血活血，用以调经；桃仁、红花活血化瘀，藉以通经；三棱、莪术、干漆散瘀破

积;更以香附醋炒行经止痛,艾叶止血防崩。诸药合用,寓通于补,散中有收,共成破瘀调经之功。本方多用于气血不调,血瘀阻滞,经行腹痛,或经闭不行,以及瘀滞烦热体倦,腰腿酸楚。临床以经血有块,小腹胀痛,月经闭阻,舌暗滞,脉沉实为辨证要点。血虚经闭者和孕妇均忌服。

破血金丹(《古今医鉴》卷十一) 香附(醋制)十两,艾叶(焙干)四两,当归(酒浸一宿,醋煮,焙干)二两,红花(焙干)一两,桃仁(去皮尖)一两。上为末,醋糊为丸,每服三钱,淡醋汤送下,早晚各一服,经通药止。功能活血散瘀,通经止痛。主治妇人月经不通,腹痛有块。

生血清热方(《万病回春》卷六) 当归、川芎、白芍(酒炒)、生地黄、牡丹皮(炒)、桃仁(去皮尖)、红花、木香、香附、延胡索、甘草。水煎温服。功能养血清热,化瘀调经。主治血虚有热,兼挟瘀滞,经水过期而来作痛者。

过期饮

本方见于《证治准绳·女科》卷一。由《严氏济生方》六合汤加味衍化而成。方由熟地黄、白芍药、当归、香附各二钱,川芎一钱,红花七分,桃仁泥六分,蓬莪术、木通各五分,肉桂、甘草各四分组成。以水二钟煎一钟,食前温服。功能养血化瘀,理气调经。主治血虚气滞,月经愆期,或经来量少,色暗有块,少腹胀痛者。

本方所治证属血虚气滞,冲任失养,兼挟瘀停所致。故以调经通瘀立法。方中当归、川芎、芍药、地黄即四物汤,旨在滋益冲任,养血调经,以固其本;桃仁、红花、莪术活血通瘀,瘀行则经自畅顺;气为血帅,气行血行,故用理气疏肝之香附,调经而定痛,前人曾称香附为"气病之总司,妇科之主帅",为气滞月经失畅之要品;肉桂辛热,温行经脉,辛能通阳,温能调经,故能助活血化瘀药调理冲任;更以木通行滞通脉,甘草调和诸药。合而用之,共奏养血通经,理气化瘀之功。使气顺血充,络脉通畅,则月经自调。本方多用于妇女月经过期不行,属血虚瘀滞者。临床常以月经愆期,少腹胀痛,或经前腹胀,或经行不畅,见有瘀块,舌淡,脉细涩为辨证要点。

六合汤(《严氏济生方》) 当归(去芦,酒浸)、白芍药、熟地黄(洗)、川芎、官桂(去皮)、蓬莪术(炮)各等份。上药㕮咀,每服四钱,水一盏,煎至七分,去滓,空心温服。功能调经止痛。主治妇女经事不行,腹中结块疼痛,腰痛腿痛等。

宫外孕方

本方见于《中华医学杂志》1975年第6期。又名消癥汤。由《医学衷中参西录》活络效灵丹加减化裁而来。本方分Ⅰ号和Ⅱ号。Ⅰ号方多用于宫外孕前期的不稳定型早期,或腹腔流动血液未凝成血肿包块者,或休克抢救后,病情较稳定者;Ⅱ号方多用于宫外孕后期,腹盆腔血瘀形成包块者。Ⅰ号方由丹参15克,赤芍15克,桃仁9克组成。Ⅱ号方由丹参15克,赤芍15克,桃仁6克,三棱3—6克,莪术3—6克组成。水煎服。功能活血祛瘀,消癥止痛。主治宫外孕破裂。症见月经过期,漏下不畅,血色暗红,或突发性剧烈腹痛,多自下腹开始,有时可延及全腹部,甚则四肢厥逆,头晕目眩,自汗脉伏,以致昏厥(腹部可有压痛反跳痛和肌紧张,有时可有移动性浊音或软硬不一的包块。检查时阴道窟窿部饱满有触痛,宫颈有举痛或摇摆痛,宫体有飘浮感或因血液包围而触诊模糊,附件有具体或不具体的包块)。

宫外孕为妇科常见急症之一。本方以活血、化瘀、消癥立法。方用丹参、赤芍、桃仁活血化瘀。瘀散则痛止,瘀消则血得归经而血止,具有"以通为塞"、"通因通用"之义。Ⅱ号方系在Ⅰ号方基础上,加三棱、莪术,用以破结消癥。Ⅰ号方重在化瘀,Ⅱ号方重在消癥。本方除用于上述宫外孕以外,对于腹痛、出血、包块等属于血瘀气滞的妇科疾病,如子宫周围炎、附件炎、慢性盆腔炎、输卵管积水、痛经,及不孕症等亦可应用。此外,还可用于术后肠粘连、感染、血肿等。子宫外孕为妇产科急腹症之一,用本方治疗时,应密切注意病情变化,出血过多,或反覆休克,或休克不易纠正者,宜及时进行手术处理。

活络效灵丹(《医学衷中参西录》) 又名神效活络丹。丹参15克,当归15克,生明乳香15克,生明没药15克。上四味作汤服,若为散,一剂分作四次服,温酒送下。功能活血散瘀,消癥止痛。主治气血凝滞,痃癖癥瘕,心腹疼痛,腿疼臂疼,内外疮疡,一切脏腑积聚,经络湮瘀。原书加减法:"腿疼加牛膝;臂疼加连翘;妇女瘀血腹疼加生桃仁(带皮尖,作散服炒用)、生五灵脂;疮红肿属阳者,加金银花、知母、连翘;白硬属阴者,加肉桂、鹿角胶;疮破后生肌不速者,加生黄芪、知母、甘草;脏腑内痈,加三七(研细冲服)、牛蒡子。"本方临床亦常用于跌打损伤、瘀凝气滞所致的肿胀疼痛,或妇女瘀阻,经行腹痛。

化癥回生丹

本方出自《温病条辨》卷一。方由人参六两,安南桂、二头尖、麝香、片子姜黄各二两,公丁香三两,川椒炭、虻虫、京三棱各二两,蒲黄炭一两,藏红花二两,苏木三两,桃仁三两,苏子霜二两,五灵脂二两,降真香二两,干漆二两,当归尾四两,没药二两,白芍四两,杏仁三两,香附米二两,吴茱萸二两,延胡索二两,水蛭二两,阿魏二两,小茴香炭三两,川芎二两,乳香二两,良姜二两,艾炭二两,益母膏八两,熟地黄四两,鳖甲胶一斤,大黄八两(以高米醋一斤半,熬浓,晒干为末,再加醋熬,如是三次,晒干研末)组成。上药共为细末,以鳖甲胶、益母膏和匀,再加炼蜜为丸,每丸重一钱五分,每服一丸,用时温开水和,空心服;瘀甚,黄酒下。功能化瘀血,消癥积。主治妇女经行腹痛,经色紫黑成块,或干血劳经闭属实证;产后少腹痛,

拒按；癥结不散或疼痛；血痹疼痛；跌扑昏晕欲死；或腰痛因于死血所致；金疮棒疮瘀滞疼痛者。

本方主治诸证，皆属血瘀癥结所致，故治从化瘀消癥。方中人参、肉桂、川椒、高良姜、吴茱萸大补元气而通阳；熟地黄、当归、白芍、川芎养血和营以守阴；鳖甲胶补肾滋阴，软坚消癥；益母膏通补阴气，而行瘀滞；桃仁、红花、乳没、三棱、干漆、苏木、阿魏、延胡索、姜黄等植物药散瘀消积；水蛭、虻虫、二头尖、五灵脂等动物药破血除癥；并用麝香、降香、丁香、小茴香、香附等芳香通透之品，以行气散滞，开结消胀；更以醋熬大黄化瘀入里，下通腑气；苏子霜、杏仁祛痰降浊，上开肺气；艾叶、蒲黄两炭止血，破中有守。诸药合用，攻补兼备，标本两顾，药味虽众，但制方有度，不失严谨。《温病条辨》说："此方以参、桂、椒、姜通补阳气，白芍、熟地守补阴液，益母膏通补阴气，而消水气，鳖甲膏通补肝气，而消癥瘕，余俱芳香入络而化浊。且以食血之虫，飞者走络中气分，走者走络中血分，可谓无微不入，无坚不破。又以醋熬大黄三次，约入病所，不伤他脏，久病坚结不散者，非此不可。或者病其药味太多，不知用药之道，少用独用，则方大而急，多用众用，则功分而缓。古人缓化之方皆然，所谓有制之师不畏多，无制之师少亦乱也。"本方多用于妇女闭经或痛经，属瘀血内阻者。临床常以月经到期不行，腹胀疼痛，或经色紫黑有瘀块，脉滑实，舌黯滞为辨证要点。并对跌打损伤，瘀滞肿痛，及血痹疼痛等亦可用于治疗。现临床上亦用于肝脾肿大，及子宫肌瘤等属瘀血内积所致者。

回生丹(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十四)　黑豆(煮熟取汁三碗，去豆)三升，红花(炒黄色，入醇酒，大壶同煮三五滚，去红花用汁)三两，生大黄(研末)一斤，苏木(锉，用河水五碗煎汁三碗，去渣)二两。上药先将大黄末以好米醋三四碗搅匀，文武火熬成膏，如此二遍，次下红花酒、苏木汤、黑豆汁，共熬成膏，离火，再入后药：当归、熟地、川芎、白茯苓、延胡索、乌药、香附、蒲黄、牛膝、桃仁(另研)、苍术(米泔水浸炒)各二两，白芍(酒炒)、甘草(炙)、羌活、山萸肉(酒浸)、三棱、陈皮、地榆、木香、五灵脂各五钱，人参、白术(土炒)、青皮、木瓜各三钱，良姜四钱，乳香、没药各一钱。共研细末，用大黄膏为丸，如弹子大，每服一丸，黄酒炖化，通口服。功能活血散瘀，和营止痛。主治妇女产后气血经络俱虚，瘀血留结，发为痈疽者。

回生丹

本方出自《外科证治全生集·新增马氏试验秘方》。又名回生第一仙丹、跌打回生散、回生第一丹。方由地鳖虫(瓦上炙微黄，研末)五钱，自然铜(瓦上煅红，醋淬九次，净末)三钱，滴乳香(一两，用灯芯二钱同炒枯，吹去灯芯，研末)二钱，真血竭(水飞)二钱，朱砂(水飞)二钱，巴豆霜(用巴豆去壳，纸包压净油，白如雪，取霜)二钱，当门子三分组成。共研极细末，收入小口瓷瓶，不可泄气。大人每用一分五厘，小儿七厘，酒冲服。不能自服者，宜灌之，灌时多用水酒，使药下喉为要，苏醒后宜避风调养。功能活血散瘀，行气止痛。主治跌打损伤，昏迷不省，瘀血作痛；以及自缢、溺水等昏厥尚有微息者。

本方所治证属跌打或挤压损伤，血瘀气乱所致。故治以活血散瘀，行气定痛立法。方中地鳖虫咸寒，逐瘀破积，通络理伤，自然铜九次醋淬，能散瘀止痛，接骨续筋，《本草经疏》认为，两者同用，疗筋伤骨折，血瘀疼痛颇效；乳香调气活血，治内伤气血凝滞之疼痛，血竭散瘀止血，疗内伤溢血之肿痛，《本草经疏》指出，两味皆有散瘀定痛之功；巴豆去油，毒性已减，气味辛热，《本经》说："荡练五脏六腑，开通闭塞"，故主泻寒积，通利关窍，治胸腹冷积，胀满急痛甚捷；朱砂入心走血脉，安神而止烦满，并用麝香芳香透窍之品，开宣关窍，通达经脉，能行气苏闭，速解昏闷。诸药合用，力运气机，活血行瘀，开关定痛，有急起回生之功，故方以回生命名。本方为急救通闭之剂，主要用于跌打、挤压突然受伤，临床常以血瘀肿痛，昏迷不省为辨证要点。对于自缢、溺水昏厥尚有微息者，在应用其他急救措施外，本方亦可灌服，有促进复苏之作用。孕妇不宜服用。

跌打丸

本方见于《中药制剂手册》。方由香附(醋炙)420克，生蒲黄、白及、赤芍、陈皮各240克，五灵脂180克，三七、木香各60克，莪术(醋炙)、红花、川芎、郁金、枳实(炒)、丹皮、青皮(炒)、防风各240克，威灵仙180克，归尾420克组成。上23味，按法制成浓缩丸，每10粒约干重1.5克，每服15丸，日服2次，黄酒或温开水送服，小儿酌减。功能活血止痛，舒筋活络。主治跌打损伤，筋骨扭损，瘀血积聚，红肿疼痛，闪腰岔气。

本方所治证属筋骨损伤，瘀积疼痛，以活血祛瘀，舒筋止痛立法。方中当归尾、川芎、赤芍、红花活血消肿；参三七、延胡索、五灵脂、生蒲黄散瘀定痛；青皮、枳实、香附、郁金破气散结；乌药、木香、陈皮理气通滞。气血并治，瘀散则气畅，气行则血活。并取三棱、莪术行气破血，消积止痛，张锡纯在《医学衷中参西录》中说："三棱气味俱淡，微有辛意；莪术味微苦，气微香，亦微有辛意，性皆微温，为化瘀血之要药。"白及、川续断止血散肿，强筋续骨；且用大黄开泄腑气而下瘀，牡丹皮凉解血热而散瘀，两者相须，消肿有功；更以威灵仙性猛善走，宣通十二经络，与防风并投，能去风胜湿，通痹止痛。本方气血并治，表里兼顾，续筋骨与祛风湿互存，止血与定痛共投。对于妇女月经期，或外伤出血过多者宜慎用。孕妇忌服。

跌打丸(《全国中药成药处方集》济南方)　又名军中跌打丸。地鳖虫、川芎、血竭、没药各30克，麻黄、自然铜、乳香各60克。共为细末，炼蜜为丸，每丸重3克，每

服2丸，温开水送下。功能散瘀定痛，消肿接骨。主治跌打损伤，筋断骨折，瘀血攻心。

跌打丸（《中华人民共和国药典》一部） 三七64克，当归32克，白芍48克，赤芍64克，桃仁32克，红花、苏木、血竭各48克，刘寄奴、骨碎补、续断、牡丹皮各32克，乳香（制）、没药（制）、三棱（醋制）各48克，姜黄24克，甜瓜子、防风、枳实（炒）、桔梗、木通、土鳖虫、自然铜（煅）各32克，甘草48克。共为细末，炼蜜为丸，每丸重3克，每服1丸，日2次。功能散瘀消肿，接续筋骨。主治跌打损伤，筋断骨折，瘀血肿痛，闪腰岔气。孕妇忌服。

跌打活血散

本方见于《中华人民共和国药典》一部。方由红花120克，当归60克，血竭14克，三七20克，骨碎补（炒）、续断、乳香（制）、没药（制）各60克，儿茶、地鳖虫、大黄各40克，冰片4克组成。除冰片外，其余11味共研成细粉，再将冰片研细，与上述粉末配研，过筛混匀，每次3克，日2次，用温热黄酒或开水送服。如外用则以黄酒或醋调敷患处（皮肤破伤处不宜敷）。功能散瘀止痛，活血舒筋。主治跌打损伤，瘀血疼痛，闪腰岔气。本方所治证属瘀滞筋伤所致，故以散瘀舒筋立法。方中三七、红花、当归、乳香、没药皆为活血散瘀之品，力能消肿定痛；地鳖虫、骨碎补、续断乃筋伤骨折之要药，功专理伤舒筋；血竭、儿茶活血止血；大黄助以化瘀，兼开腑气；冰片行气通闭，佐以定痛。诸药合用，共成活血散瘀，消肿止痛，舒筋理伤之功。孕妇忌服。

活血止痛散（《中华人民共和国药典》一部） 当归400克，三七80克，乳香（制）80克，地鳖虫200克，冰片20克，自然铜（煅）120克。上药共研成细末，过筛为散剂，每服1.5克，日2次，用温热黄酒或温开水送服。功能活血散瘀，消肿止痛。主治跌打损伤，瘀血肿痛。孕妇忌用。

自然铜散

本方出自《世医得效方》卷十八。方由自然铜（火煅，米醋淬七次）、乳香、没药、苏木、降真香、川乌（去皮尖）、松明节各一两，地龙（去土，清油炒）五钱，真血竭三钱，龙骨（生用）五钱，土狗（即蝼蛄，油浸焙，为末）十枚组成。共为末，每服五钱，用无灰酒调下，如病在上食后服，病在下空心服。功能活血散瘀，接骨续筋。主治跌打损挫，骨折筋伤，瘀滞疼痛。

本方所治证属骨折肿痛，治从散瘀续骨立法。方中自然铜醋淬，散瘀止痛，接骨续筋，为跌打损伤、筋断骨折、血瘀疼痛之要药；乳香、没药、苏木、血竭、降香、龙骨散瘀消肿，止血定痛；松明节、地龙、蝼蛄舒筋通络，用于接续筋骨；更以川乌蠲痹止痛，并防寒湿稽着而留陈伤。《本草经疏》说："自然铜乃入血行血，续筋接骨之神药也。凡折伤则血瘀而作痛，辛能散瘀滞之血，破积聚之气，则痛止而伤自和也。"说明本方以自然铜冠名，旨在"续筋接骨"之义。本方临床主要用于初期骨折肿痛，有促进骨折愈合的作用。孕妇忌用。

接骨散（《丹溪心法》卷四） 自然铜（醋淬七次）一两，乳香、没药各五钱，滑石二两，龙骨三钱，赤石脂、白石脂各二钱，麝香一字（另研）。上为细末，好醋浸没，煮干炒燥，临服时入麝香少许，挑小茶匙在舌上，温酒送下，分上、下，食前、后服。功能接骨止痛。主治跌打损伤骨折。

自然铜散（《张氏医通》卷十四） 自然铜（煅通红醋淬七次，放湿土上月余用）、乳香、没药、当归身、羌活各等份。共研为散，每服二钱，醇酒调，日再服。治骨伤者，用骨碎补半两，酒浸捣绞取汁，冲服。功能散瘀接骨。主治跌仆骨断。

接骨紫金丹

本方见于《古今医鉴》卷十六。方由硼砂、乳香、没药、血竭、大黄、归尾、骨碎补、自然铜（醋淬）、地鳖虫（焙干，去足）各一钱组成。上药为末，每服八厘，好热酒调服。功能祛瘀消肿，接骨续伤。主治跌打损伤，骨折肿痛，瘀血攻心，发热昏晕，不省人事。本方所治证属外伤骨折，瘀血疼痛，故从散瘀续骨立法。方中乳香、没药、血竭、当归尾、大黄活血散瘀，消肿定痛，均属跌打损伤，瘀肿疼痛之要药；自然铜、硼砂、骨碎补、地鳖虫接骨理伤，皆为骨折筋损常用之品。诸药合用，共成散瘀定痛，接骨续筋之功。

紫金丹（《脉因证治》卷下） 川乌（炮）、草乌（炮）各一两，五灵脂五钱，木鳖子（去壳）、黑牵牛各五钱，威灵仙、金毛狗脊、骨碎补、没药、红娘子、麝香各二钱五分，地龙、乌药、青皮、陈皮、茴香各五分，防风、自然铜（烧淬）四两，禹余粮（淬）四两。功能祛瘀通络，续骨定痛。主治骨节折伤疼痛。

正骨紫金丹

本方出自《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷八十八。方由丁香、木香、瓜儿血竭、儿茶、熟大黄、红花各一两，当归头、莲肉、白茯苓、白芍各二两，牡丹皮五钱，甘草三钱组成。上药共为细末，炼蜜和丸，每服三钱，黄酒或童便调下；或作汤剂，酌加黄酒，水煎温服，用量可按原方比例酌定。功能散瘀消肿。主治跌打扑坠，闪挫损伤，瘀血凝聚疼痛或肿胀。本方所治证属瘀积肿痛所致，故治从行血祛瘀立法。方中当归头、红花活血散瘀，儿茶、血竭止血定痛，皆为跌打折损，内伤瘀痛之要药；熟大黄、牡丹皮凉血散血，以消肿痛；白芍、甘草缓急舒筋；丁香、木香行气散滞，气行则血行，而肿痛可平；莲肉、茯苓健脾养心；更

以黄酒捷行药力，童便散瘀疗伤。诸药同用，共成活血散瘀，消肿定痛之功。本方多用于内伤瘀滞疼痛，属初、中期者为宜。

补损续筋丸

本方出自《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷九十。方由当归(酒洗)五钱，川芎、白芍(炒)、熟地各三钱，广木香、牡丹皮、乳香(去油)、没药(去油)、朱砂各五钱，骨碎补、自然铜、红花、血竭各三钱，丁香一钱，人参一两，虎骨(酥油炙)二两，古铜钱(醋淬)三文组成。共为细末，炼蜜为丸，每服三钱，淡黄酒或酌加童便化服。功能祛瘀消肿，扶正接骨。主治跌打扑坠，骨碎筋断肉破，疼痛不息。治以散瘀续骨立法。方中红花、血竭、乳香、没药、牡丹皮活血散瘀，消肿止痛；自然铜、古铜钱、骨碎补接骨续伤；更以当归、川芎、熟地黄、白芍养血活血；人参大补元气；虎骨强筋健骨；丁香、木香行气散滞，助活血药以消肿定痛；朱砂镇心宁神。诸药同用，共奏散瘀消肿，理伤续骨之功。本方多用于骨折筋伤，临床以肿胀疼痛，气血偏虚者为辨证要点。

代杖汤

本方出自《外科大成》卷四。方由土鳖(焙)五个，苏木、乳香、没药各三钱，木耳、穿山甲、丹皮、枳壳、蒲黄、归尾、木通、甘草各一钱组成。酒水各适量煎服。功能散瘀定痛。主治夹伤，或挤压伤，瘀肿疼痛者。本方主治外伤筋肉，血泣瘀凝。治以活血散瘀，消肿定痛。方中地鳖虫、当归尾、牡丹皮活血散瘀；乳香、没药、苏木、蒲黄、木耳止血定痛，兼散瘀血；穿山甲走窜之性无微不至，故能宣通脏腑，贯彻经络，透达关窍；更以枳壳破气散滞，畅通气机；木通、甘草通利血脉，下泄瘀热。诸药合用，共奏散瘀消肿之功。本方临床多用于外伤筋肉，瘀血结滞，肿胀疼痛，脉络痹阻。妇女月经期宜慎用，孕妇忌服。

神让散(德生堂方，录自《普济方》卷三百零五) 地龙二两，密陀僧一两，无名异、自然铜(火煅)各三两，乳香、没药各半两，木耳一两(一方无木耳、密陀僧，用木鳖子)。上为细末，每服一至二钱，每日一至二次；或炼蜜为丸，弹子大，每服一丸，葱汤或温酒送下。功能祛瘀止痛，接骨理伤。主治骨折、挫伤疼痛。

地龙散

本方出自《兰室秘藏》卷中。方由当归梢一分，肉桂、地龙各四分，麻黄五分，苏木六分，桃仁六个，羌活二钱，独活、黄柏、甘草各一钱组成。上药㕮咀，每服五分，水二盏煎至一盏，去滓，食远温服。功能活血散瘀，宣达太阳经络。主治从高坠下，或打扑损伤，恶血留于太阳经，令人腰背疼痛，或胫腨臂股中痛不可忍，鼻塞不通者。身之背侧为太阳经所主。本方所治证乃由瘀阻太阳经所致，故从宣散太阳经瘀血立法。方中当归尾、桃仁、苏木活血散瘀，羌活、独活、地龙舒经通络，消肿止痛，与化瘀药同用，共祛太阳经之恶血；麻黄、肉桂开宣太阳，通达经气；肾为太阳之里，故用黄柏坚阴护里，甘草调和诸药。本方特点，开中有制，阳中寓阴，祛瘀与疏经结合，具相辅相成之功。本方主要用于太阳经受伤，瘀血留滞之外伤。临床常以腰痛、背痛、或胫腨股臂疼痛，属太阳经部位者为辨证要点。

活血止痛汤

本方出自《伤科大成》。方由当归二钱，川芎六分，赤芍(炒)一钱，苏木二钱，红花五分，乳香、没药各一钱，地鳖虫三钱，田三七一钱，紫荆藤三钱，落得打二钱，陈皮一钱组成。水、酒各半煎服。功能活血散瘀，消肿止痛。主治跌打损伤，瘀滞肿痛。本方所治证属外伤瘀血内阻所致，故治从散瘀消肿立法。方中当归、川芎、赤芍活血养血；乳香、没药、红花、苏木化瘀止痛；地鳖虫、田三七、紫荆藤、落得打皆有散瘀消肿，理伤止痛之功，且三七对内伤出血更是要品；加以理气之陈皮，开畅气机，助之活血行瘀。诸药合用，能起散瘀消肿；活血定痛之作用。为外伤瘀滞之常用方。临床常以局部肿痛，按之痛甚，或胸胁胀闷疼痛，呼吸不利，或腹部胀疼，大便色黑为辨证要点。

和营止痛汤(《伤科补要》卷三) 赤芍、当归尾、川芎、苏木、桃仁、乳香、没药、续断、乌药、陈皮、木通、甘草。水煎服。功能活血止痛，祛瘀生新。主治外伤瘀肿疼痛。

定痛和血汤(《伤科补要》卷三) 当归、红花、乳香、没药、桃仁、五灵脂、蒲黄、续断、秦艽。水酒各半煎服。功能活血散瘀，消肿止痛。主治跌打扭挫，挤压损伤，瘀血阻滞疼痛，局部红肿，或胸胁腹部胀痛不适者。

夺命丹

本方见于《伤科补要》卷三。方由当归尾三两，桃仁三两，血竭五钱，地鳖虫二两半，儿茶五钱，乳香、没药各一两，自然铜二两，红花五钱，大黄三两，骨碎补(去毛)一两，朱砂五钱，麝香五分组成。共为细末，用黄明胶化为丸，朱砂为衣，每服一丸，陈酒磨冲服。功能逐瘀通窍，接骨止痛。主治一切重伤险症，脏腑蓄瘀，或骨折筋伤，甚则昏迷不语者。本方所治证属跌打损伤，瘀蓄窍闭所致，故以逐瘀开窍，续骨定痛立法。方用桃仁、红花、当归尾活血散瘀，配以大黄逐瘀下血，开泄腑气，通达升降之机；乳香、没药、血竭、儿茶活血止血，消肿定痛，为内伤血瘀疼痛之要药；地鳖虫、骨碎补、自然铜接骨续伤，乃骨折筋伤之良品；更以芳香透窍之麝香，开关通闭，以苏昏迷；朱砂为衣重镇心神，取陈酒磨服以助药势，且用黄明胶为

丸,补益肾血,以扶正顾本。诸药同用,共成逐蓄瘀,开关窍,续筋骨之功。本方多用于外伤蓄血,疼痛昏迷,或骨折筋伤严重者。

新伤续断汤(《外伤科学》) 当归尾12克,地鳖虫6克,乳香3克,没药3克,丹参6克,自然铜(醋煅)12克,骨碎补12克,泽兰叶6克,元胡索6克,苏木9克,续断9克,桑枝12克,桃仁6克。水煎温服。功能活血祛瘀,接骨止痛。主治骨折损伤初、中期,瘀肿疼痛等。

活血丸(《中医伤科学》) 地鳖虫5份,血竭3份,藏红花1份,乳香3份,没药3份,牛膝2份,白芷2份,儿茶2份,骨碎补2份,杜仲3份,续断3份,苏木3份,当归5份,生地3份,川芎2份,自然铜2份,桃仁2份,大黄2份,马钱子2份,冰片2份,朱砂1份。共为细末,炼蜜为丸,每丸5克,每服1丸,每日2—3次。功能活血祛瘀,消肿止痛。主治跌打损伤,瘀肿疼痛,或骨折及其他损伤的初、中期。

透骨丹

本方出自《疡医大全》卷三十六。方由六轴子(火酒浸炒三次,童便浸二次,焙干)一两,乳香(去油)、没药(去油)、真血竭各三钱组成。上药共研为末,加麝香一分,再研,每服三分,体壮实者五六分,不必食夜饭,黄昏睡前方服,酒可尽量饮之,荤用猪肉过口,素用豆腐过口,服后避风,有微汗出为效。虚弱者,间五六日一服,壮实者间三日一服。功能散瘀定痛。主治跌打损伤,深入骨髓,或隐隐疼痛,或天阴则痛,或年远四肢沉重无力。本方所治证属陈伤痹痛所致,故从行血蠲痹立法。方中六轴子行血止痛,为蠲痹痛,疗陈伤之良药;乳香、没药、血竭活血定痛;麝香芳香走窜,通经络、舒血脉,行气活血,理伤止痛。诸药同用,行痹止痛颇有良效。本方多用于外伤后,陈伤屡发,天气变化,辄感患部隐痛时作者。孕妇忌服。

一盘珠汤

本方出自《中西医结合治疗骨与关节损伤》。方由续断15克,生地12克,川芎12克,广木香、红花各6克,泽兰12克,当归12克,赤芍、苏木各12克,桃仁6克,乌药12克,乳香(制)、没药(制)各9克,大黄、甘草各6克组成。水煎分服,每日1剂,早晚各1次。功能活血散瘀,消肿定痛。主治跌打内伤,瘀阻疼痛,或外伤肿痛,皮色青紫,或骨折筋伤,疼痛难忍者。本方所治证属外伤血瘀或骨折瘀阻所致,故以散瘀消肿立法。方中当归、川芎、赤芍、生地黄养血活血;桃仁、红花、苏木、泽兰、大黄逐瘀消肿;乳香、没药、乌药、木香行血定痛;更以续断续筋骨,调血脉,甘草和诸药,益中气。共成散瘀止痛,消肿续骨之功。

骨增丹

本方见于《中医伤科学》。方由红花、郁金、汉三七各0.6克,延胡索、威灵仙各0.3克,五灵脂、刘寄奴各0.6克,秦艽、羌活各1.2克,乳香、没药、血竭、牛膝、桂枝各0.3克,白芍、金毛狗脊各0.6克,炙马钱子0.3克组成。共为末,压片;或炼蜜制成丸,每片(或丸)10克,每服10克,日服2—3次,用开水或黄酒送服。功能活血止痛,祛风胜湿。主治骨质增生所致的疼痛。本方所治证属血滞瘀停,风湿痹着所致,故治以活血散瘀,祛风胜湿。方中红花、三七、延胡索、五灵脂、乳香、没药、血竭活血散瘀而定痛;秦艽、威灵仙、狗脊、羌活祛风胜湿而蠲痹;桂枝、白芍调和营卫;牛膝、刘寄奴、郁金破瘀消肿;更以马钱子蠲痹痛。诸药合用,具有散瘀血,祛风湿,消肿止痛之功。本方为骨质增生之常用方。临床常以局部疼痛,发麻为辨证要点。服用宜在饭后或半空腹时为好。妇女月经期及怀孕者忌服。

骨刺丸(《外伤科学》) 制川乌、制草乌、细辛、白芷、当归各30克,萆薢、红花各60克。共研细末,炼蜜为丸,每丸9克,每次1—2丸,日服3次。功能活血止痛,祛风散寒。主治损伤后期,及骨刺疼痛。

一粒金丹

本方出自《宣明论方》卷十三。系从《圣济总录》龙虎丹基础上加味衍成。方由草乌头(锉,炒)、五灵脂各一两,地龙(去土,炒)、木鳖子(去壳)各五钱,白胶香(另研)一两,细墨(又名细香墨,煅)、乳香(另研)各五钱,没药(另研)、当归(去芦)各一两,麝香(另研)一两组成。上药共研为细末,水煮糯米糊和丸,如梧桐子大,每服二至三丸,温酒送下,服后遍身微汗为效。功能散瘀通络,蠲痹止痛。主治腰膝筋骨疼痛,走注不定,以及阴疽肿毒。

本方所治证一为筋骨陈伤,兼挟风寒痹阻;一为风毒内稽,血泣络阻。两者证候虽不同,但皆有血凝瘀结之因,故治从活血散瘀,祛风通络立法。方中乳香、没药、当归、五灵脂、细墨活血散瘀,消肿止痛;白胶香、草乌、木鳖子蠲除风毒痹痛;更以地龙舒筋通络,麝香芳香走窜,能引药力入透筋骨,通利脉络。诸药合用,共奏散瘀蠲痹,祛除风毒,止痛消肿之功。本方常用于跌打损折,筋骨陈伤之痹痛。对于阴疽肿毒等证亦可使用。临床以肿毒皮色不变,按之石硬,推之不动为辨证要点。现临床上亦常用以治疗乳癌初起者。妇女月经期,或怀孕者忌服。

龙虎丹(《圣济总录》卷十) 草乌头(锉)、枫香脂(研)、五灵脂、木鳖子(去壳,另研)、地龙(炒)各一两,乳香(另研)半两。上六味,捣研为末,井华水拌和,捣千百下,丸如鸡头实大,以丹砂为衣,阴干,每服一丸,临服以冷酒或乳香酒磨下,宜先嚼胡桃仁半枚再服药。功能散

瘀通络，蠲痹止痛。主治腰脚风痛。

趁痛丸(《朱氏集验方》)　麝香一钱，没药四钱，五灵脂五钱，川乌一个，赤芍药五钱。共为末，酒糊丸，空心温酒送下。功能散瘀血，除痹痛。主治腰臂疼痛。孕妇忌服。

寻痛丸(《世医得效方》卷十八)　生麝香少许，没药(火熨)、乳香(火熨)、五灵脂、草乌(去皮尖，生用)各三两。共为末，酒糊丸，如指头大，朱砂五钱研为衣，每服一丸，薄荷、生姜研汁磨化。功能行气止痛，活血散瘀。主治筋骨疼痛。孕妇忌服。

九分散(《急救应验良方》)　乳香(醋炙)、没药(醋炙)、麻黄、马钱子(炙，去毛)各一两。共为细末，每服七分至九分，日服一至二次，温开水或黄酒冲服。功能散瘀止痛。主治跌打损伤，坠车落马引起的伤筋动骨，红肿疼痛。

七厘散

本方见于《续名医类案》卷三十六。又名伤科七厘散、神效七厘散。方由血竭一两，麝香、冰片各一分二厘，乳香、没药、红花各一钱五分，儿茶二钱四分，朱砂一钱二分组成。上八味，共重一两八钱三分四厘，研极细末，每服七厘，酒冲服，或用烧酒调敷伤处。功能活血散瘀，定痛止血。主治跌打损伤，骨断筋折，瘀滞作痛，或金刃折伤，血流不止。

本方为伤科常用要方，以散瘀活血，止血定痛立法。方中血竭有散瘀定痛之功，与苦涩性凉之儿茶相配，则止血尤效，与乳香、没药同用，《本经逢原》认为，有"取以调和血气，而无留滞壅毒之患"，对瘀血肿痛，伤损出血颇为效验；红花活血化瘀，则血脉能通，瘀散血畅，肿痛自平；更以芳香行气之麝香、冰片，走窜关窍，通利血脉，则散瘀活血，消肿定痛之功为优；而使以朱砂重镇入心，走血脉，止烦满，能安神定惊。诸药合用，共奏定痛止血，散瘀消肿之功。因本方常用之量为七厘，故以此而命名。对于跌打损伤血瘀作痛，或内伤吐血，均可内服。至于刀刃所伤出血，及一切无名肿毒，用之内服外敷，收效甚捷。现临床亦用于中毒性心肌炎、冠心病、肝炎胁痛等属血瘀者。惟本方性多走散窜动，故对于孕妇应忌服。

七厘散(《伤科补要》卷四)　乳香(去油净)、没药(去油净)、巴豆霜(去油)、血竭、自然铜(煅)、硼砂、半夏各一钱，归尾二钱。上药共为末，每服七厘，老酒送下。功能散瘀定痛。主治跌打损伤，瘀血内积，疼痛肿胀者。

七厘散(《验方新编》卷二十三)　归尾、红花、桃仁、大黄(酒浸)、自然铜(醋煅七次)各一钱，地鳖虫(去头足，炙焦)五钱，麻黄根(烧存性)、乳香、没药、儿茶、朱砂、雄黄、骨碎补、古铜钱(醋煅七次)各三钱，麝香五分。共为细末，每服大人一钱二分，小儿七厘，陈酒送下，汗出为度。功能散瘀定痛，接骨消肿。主治跌打损伤，骨折筋伤，肿胀疼痛。

十宝散(《外科证治全生集·新增马氏诚验秘方》卷四)　真血竭一钱六分，明雄黄四钱，上红花四钱，净儿茶二分四厘，辰州砂一钱二分，净乳香一钱二分，净没药一钱四分，当归尾一两，当门子三厘，大梅片一分二厘。上十味共为细末，入乳钵研至无声，收入瓷瓶，黄蜡封口，勿令泄气，外用掺敷，或陈醋调敷；或内服陈酒冲服。功能化瘀止血，定痛开窍。主治刀伤，并各器械伤，皮破出血者(以药末掺上包固)；跌打损伤，皮肉青肿，未破者(用陈醋调敷)；内伤骨碎，或骨已折断，先将骨节凑准(用陈醋调敷患处，外加包扎)；刃伤沉重，未致透膜者(缝合后，掺上药末，以活鸡皮急急调护)；跌打昏迷不醒(急用一钱，用陈酒冲服)。

云南白药(《中药成药学》)　组成从略。散剂，每服0.2—0.3克，日2—3次，温开水调服；或外敷止血。功能活血祛瘀，止血定痛。主治跌打损伤，瘀血肿痛；外伤出血，吐血，衄血，咳血等。本剂瓶内装有"保险子"一枚，凡遇较重跌打损伤，或危急病症可先用黄酒送服。但轻症及其他病症不必服用。

八厘散

本方出自《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷八十八。方由苏木面一钱，半两钱一钱，自然铜(醋淬七次)三钱，乳香三钱，没药三钱，血竭三钱，红花一钱，丁香五分，马钱子(油煤去毛)一钱，麝香一分组成。上药共为细末，每服八厘，用黄酒或酌加童便温热送服。功能散瘀定痛，接骨续伤。主治跌打损伤，骨折疼痛，昏闷不语，血瘀气滞者。本方所治证属外伤骨折血瘀气滞所致，故治从散瘀续骨立法。方中红花、苏木、血竭、乳香、没药散瘀消肿，止血定痛，为瘀滞肿痛，伤损出血之要药；自然铜、半两钱功专接骨；马钱子善消骨折筋伤之肿痛；更以芳香走窜之麝香、丁香透达经络，通利血脉；酌用黄酒或童便者，旨在增进散瘀之力。诸药合用，共奏祛瘀定痛，止血消肿，接骨续筋之功。因马钱子有一定的毒性，故本方每次用量定为八厘，特名之为八厘散。临床多用于骨折肿痛的早、中期外伤证。痛肿渐平后，即宜更服其他养血行瘀，舒筋接骨之剂，本剂不宜久用。孕妇忌服。

八厘散(《疡医大全》卷三十六)　地鳖虫(焙末)、乳香(去油)、没药(去油)、血竭各一钱，生半夏(大者)、当归(酒浸)、巴豆霜、砂仁、雄黄、香甜瓜子各五分。共为细末，每服八厘(小儿三厘)，好酒调下。功能散血破瘀，开结止痛。主治跌打损伤，瘀血内阻疼痛。

八厘丸(《杂病源流犀烛》卷三十)　地鳖虫(头足全，纸包焙干)、自然铜(醋煅七次)、血竭、无名异、乳香、没药、当归尾各三钱，硼砂(甘草汁飞)四钱，巴豆霜十五粒。共为末，酒糊丸，每丸湿重一分，干重八厘，每服二至四丸，不宜超过五丸。功能散瘀接骨，消肿定痛。主治跌打

损伤，骨折瘀肿。

十灰散

本方出自《十药神书》。为凉血止血的常用方剂。方由大蓟、小蓟、荷叶、侧柏叶、白茅根、丹皮、大黄、茜草根、棕榈皮、山栀子各等份组成。上药烧存性，研极细末，用纸包，碗盖于地上一夕，出火毒，用时先将白藕捣汁或萝卜汁磨京墨半碗，调服五钱，食后服下。现亦作汤剂，水煎服。用量按原方比例酌定。功能凉血止血。主治血热妄行所致之呕血，咯血。

本方所治证属肝胃火盛，血热妄行之出血。治以凉血止血立法。方中大蓟、小蓟、荷叶、茜草、白茅根均有凉血止血之功；棕榈皮、侧柏叶性具收涩，擅长止血；由于气盛火旺，血热妄行，故凉血止血之中，配用栀子清泻肝胆之火；大黄导热下达，折其上逆之势；牡丹皮与大黄同用，降火之中合散瘀之品，使血止而不留瘀；且本方烧炭存性用，则止血作用更著；以藕汁或萝卜汁磨墨调服，亦旨在增强凉血止血之功。全方以凉血止血为主，降火散瘀为辅。方中药物炒炭用者，乃取其血"见黑则止"之义。葛可久在《十药神书》序中说："大抵血热则行，血冷则凝，见黑则止，此定理也。"因方中十味药，均炒"炭"存性为散而用，故名十灰散。本方临床多用于呕血、咯血、齿衄、鼻衄等，现亦常用于治疗肺结核咯血，属于热证者。但本方为治标之剂，只能止血暂用，不宜久用多服。血止后，须加以治本，以巩固疗效。

十灰丸（《重订严氏济生方》） 锦灰、黄绢灰、马尾灰、艾叶灰、藕节灰、莲蓬灰、油发灰、赤松皮灰、棕榈灰、蒲黄灰各等份。为细末，用醋煮糯米糊为丸，如梧桐子大，每服七十丸，加至一百丸，空心米饮下。功能止血。主治妇女崩中下血不止者。

四生丸

本方出自《校注妇人良方》卷五。方由生荷叶、生柏叶、生艾叶、生地黄各等份组成。上药研烂，丸如鸡子大，每服一丸，水煎服。功能凉血止血。主治血热妄行所致的吐血、衄血，血色鲜红，口干咽燥，舌红或绛，脉弦数有力。本方所治证属血分有热，迫血妄行，故以凉血止血立法。方中生柏叶凉血止血；生地黄清热凉血，养阴生津；生荷叶清热止血散瘀；生艾叶性温而止血，有监制寒凉，防止留瘀之弊。四味药皆生用，乃取其能增强清热凉血之力，故以四生命名。本方临床常用于吐血、衄血之证，但以口干咽燥，舌红或绛，脉弦数有力为辨证要点。

化血丹

本方出自《医学衷中参西录》。方由花蕊石（煅存性）9克，三七6克，血余（煅存性）3克组成。上药共研细末，分二次服，温开水送下。功能止血化瘀。主治咳血、吐血、衄血，或二便下血；并治妇女经闭成癥瘕者。本方所治出血留瘀之证，故从止血化瘀立法。方用花蕊石性平酸涩，三七性温味甘微苦，两者同为止血之要药，又同为化瘀之要药，妙在能化瘀血而又不伤新血，善治吐衄而无留瘀之患；血余炭苦温，化瘀之力虽弱，而止血之功颇验。三味相配，止血不留瘀，化瘀不碍血，具有敛散兼备之妙用。临床多用于出血，而血热妄行之吐血、衄血则宜慎用。

花蕊石散（《十药神书》） 煅花蕊石。为细末，每服三至五钱，用童便一盅炖酒调服。功能化瘀止血。主治咳血，或呕血、便血。

八宝治红丹

本方见于《北京市中药成方选集》。方由荷叶5 000克，石斛1 500克，大小蓟、香墨、甘草、白芍各1 000克，丹皮、藕节、侧柏炭、黄芩、百合、栀子（炒焦）、橘皮各2 000克，棕榈炭500克，贝母750克，生地、竹茹各1 250克组成。上药共为细末，炼蜜为丸，重9克，每服1丸，日服2次，温开水送下。功能凉血止血。主治血热妄行之吐血、咯血、衄血、唾血。本方所治证属血热妄行，失循常道所致。故治从凉血止血。方中荷叶、侧柏炭、藕节、棕榈炭、大小蓟、香墨泄热止血，用于血热妄行之吐衄捷验；牡丹皮、生地黄入血凉血，与黄芩、山栀子相配，则降火泄热之效更著；百合、贝母润肺止咳；橘皮、竹茹和胃止呕；石斛清胃生津，佐养肺胃。诸药合用，共奏凉血止血，泄热生津之功。本方多用于肺胃有火，血热妄行之出血。临床运用常以脉细兼数，舌红少苔，血色鲜红为辨证要点。忌食辛辣之物。

荷叶丸（《北京市中药成方选集》） 荷叶（酒蒸一半，炒炭一半）5 000克，藕节1 000克，生地（炒炭）、白茅根（炒炭）、玄参（去芦）、大小蓟（炒炭）、棕榈炭各1 500克，白芍、知母、栀子（炒焦）、黄芩炭各1 000克，当归（炒炭）500克，香墨120克。上药共为细末，炼蜜为丸，每丸重6克，每服2丸，日服2次，温开水送下。功能清热止血。主治吐血、咯血、衄血、溺血。

槐花散

本方出自《普济本事方》卷五。为治湿热内蕴、大便下血的常用方剂。方由槐花（炒）、侧柏叶（焙，杵烂）、荆芥穗、枳壳（去瓤，细切，麸炒黄）各等份组成。上药共为细末，用清米饮调下二钱，空心食前服。现用法为作汤剂，水煎服。功能清肠止血，疏风行气。主治肠风下血，血色鲜红，或粪中带血，以及痔疮出血。本方原书主治"肠风脏毒"。前人认为：肠风者便血鲜红；脏毒者便血紫

暗。乃由风邪热毒或湿热壅结肠间,阴络受伤而血下溢所致。故立法以清肠止血为主。方中槐花苦而微寒,专清大肠湿热,凉血止血而为君;侧柏叶苦涩微寒,凉血止血而敛肠,荆芥穗疏风理血,共助槐花止血敛痔而为臣;枳壳行气宽肠而为佐使。诸药同用,既清其源,又塞其流,为止血敛痔之常用方。现临床上亦常用于治疗痔疮脱垂疼痛,大便出血。

槐角丸(《太平惠民和剂局方》卷之八) 槐角(去枝梗,炒)一斤,地榆、当归(酒浸一宿,焙)、防风(去芦)、黄芩、枳壳(去瓤,麸炒)各半斤。上为末,酒糊丸如梧子大,每服三十丸,米饮下,不拘时候。功能清肠祛风止血。主治痔疮出血,以及肠风下血脱肛。

槐角丸(《寿世保元》卷四) 槐角子一两,枳壳(麸炒)、黄芩(酒炒)、地榆、荆芥、黄连、侧柏叶(酒浸)各五钱,黄柏(酒浸)、防风,归尾(酒洗)各四两。上为细末,酒糊为丸,如梧桐子大,每服五七十丸,空心米汤送下,忌生冷,戒房事、烧酒蒜毒等物。功能清肠祛风止血。主治肠风下血,不问粪前粪后,远年近日,及痔疮出血。

止红肠澼丸(《全国中药成药处方集》北京方) 又名断红肠澼丸。槐花、侧柏(炒炭)、荆芥穗各2 000克,地榆(炒炭)、栀子(炒)各2 600克,黄连750克,黄芩、生地(炒炭)、当归各3 000克,白芍2 250克,升麻90克,乌梅120克,阿胶(蛤粉炒)2 000克。共为细粉,炼蜜为小丸,每服9克,白开水送下。功能清肠散风,止血止痛。主治肠风便血,痔疮下血,肛门肿痛者。

黄土汤

本方出自《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》。方由甘草、干地黄、白术、附子(炮)、阿胶、黄芩各三两,灶中黄土半斤组成。上七味,以水八升,煮取三升,分温二服。现用法为先将灶心黄土水煎取汤,再入煎余药。功能温阳健脾,养血止血。主治脾虚阳衰,大便下血,及吐血、衄血、妇人血崩,血色黯淡,四肢不温,面色萎黄,舌淡苔白,脉沉细无力。

本方所治证属脾虚阳衰,血失所统。下血是病之标,虚寒是病之本,治当标本兼顾,以温阳止血立法。方用灶心黄土为君,性温而入脾胃两经,温中止血,能治吐衄崩带,肠风尿血。附子、白术温阳健脾,以建中土统血之权而为臣。生地黄、阿胶滋阴养血,制术、附之温燥,以防耗阴动血,阳失所附。而生地黄、阿胶得术、附之温行,则无滋腻碍脾之虑,却有相辅相成之功。更配以黄芩苦寒坚阴,补中寓清,甘草和药缓中,共为佐使。诸药合用,刚柔相济,温阳而不伤阴,滋阴而不碍阳。正如尤怡所说:"黄土温燥入脾,合白术、附子以复健行之气;阿胶、生地黄、甘草,以益脱竭之血;而又虑辛温之品,转为血病之厉,故又以黄芩之苦寒,防其太过,所谓有制之师也。"本方主要用于脾阳不足所致的大便下血或崩漏,临床以四肢不温,舌淡苔白,脉沉细无力为辨证要点。现临床上用于慢性胃肠道出血,及慢性功能性子宫出血,证属脾阳虚衰不能摄血者。关于本方应用加减问题,唐容川在《血证论》说:"此方热证可去附子,再加清热;寒证可去黄芩,再加温药。"本方性偏温热腻涩,故凡有外邪相挟者,则不宜使用。

柏叶汤(《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》) 柏叶、干姜各三两,艾三把。上三味,以水五升,取马通汁一升,合煮,取一升,分二次服。功能温中止血。主治吐血不止,面色萎黄,舌淡,脉虚无力者。

黄土汤(《备急千金要方》卷十二) 伏龙肝(即灶心土)半升,甘草、白术、阿胶、干姜、黄芩各三两。上六味㕮咀,以水一斗,煮取三升,去滓下胶,分三服。功能健脾止血。主治卒然吐血及衄血。

伏龙肝散(《太平惠民和剂局方》卷九) 伏龙肝(即灶心土)、赤石脂各一两,熟干地黄(酒浸一宿)、艾叶(微炒)各二两,甘草(炙)、肉桂(去粗皮)各半两,当归(去苗,炒)、干姜(炮)各三分,芎䓖三两,麦门冬(去心)一两半。上为粗散,每服四钱,水一盏半,入枣三个擘破,煎至七分,去渣食前温服。功能温理冲任,调经止崩。主治气血劳伤,冲任脉虚,经血非时,忽然崩下,或如豆汁,或成血片,或五色相杂,或赤白相兼,脐腹冷痛,经久未止,令人黄瘦口干,饮食减少,四肢无力,虚烦惊悸等。

小蓟饮子

本方出自《重订严氏济生方》。又名溺血丹。系从《小儿药证直诀》导赤散基础上加减而成。为治下焦热结血淋的常用方剂。方由生地黄(洗)四两,小蓟根、滑石、通草、蒲黄(炒)、淡竹叶、藕节、当归(去芦,酒浸)、山栀子仁、甘草(炙)各半两组成。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,煎至八分,去滓,空心食前温服。功能凉血止血,利水通淋。主治下焦热结血淋。症见尿血,小便频数,赤涩热痛,舌红,苔薄白,脉数。

本方所治证属下焦瘀热内结,迫血下渗所致,治以通淋止血。方中重用小蓟止血凉血,兼能通淋,《医学衷中参西录》认为:"其性不但能凉血止血,兼能活血解毒",能治"下血涩疼",故用以为君;生地黄凉血清热,蒲黄、藕节凉血止血,寓祛瘀于止血之中,则止血而无留瘀之弊,共为臣药;滑石、竹叶、木通(古时通草,即今之木通)利水通淋,以清瘀热,栀子降火,导邪下达,当归和血,用以引血归经,甘草缓急止痛,调和诸药,共为佐使。合而成剂,具止血通淋之功。本方为治疗血淋证的常用方,临床常以小便频急,赤涩热痛,甚则尿血,舌红,脉数为辨证要点。现临床上亦常用于急性泌尿系感染,及泌尿系结石,符合上述证候者。

小蓟汤(《万氏妇人科》卷三) 小蓟根、生地、赤芍、木通、蒲黄、甘草梢、淡竹叶各一钱,滑石二钱,灯心四十九寸。水煎服。功能清热凉血止血。主治产后血热尿

血，小便短赤，或热蓄下焦血淋，小便热涩疼痛，舌红，脉细数者。

胶艾汤

本方出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》。《太平惠民和剂局方》的四物汤实系从本方蜕化而来。又名芎归胶艾汤、胶艾四物汤。为治妇女崩漏及安胎的要方。方由芎䓖、阿胶、甘草各二两，艾叶、当归各三两，芍药四两，干地黄六两（干地黄原书无分量，此据《备急千金要方》加入。一方加干姜）组成。上七味，以水五升，清酒三升，合煮取三升，去滓，纳胶令消尽，温服一升，日三服。功能养血调经，止血安胎。主治妇人冲任虚损，崩中漏下，月水过多，淋漓不止，或半产后下血不绝，或妊娠下血，腹中疼痛。

本方所治证属血虚失养，冲任不固所致。故从养血调经，止血安胎立法，寓微温于养血，起以"养"为"塞"的目的。方中阿胶滋益冲任，养血止血，艾叶暖宫安胎，止崩定痛，两者皆为调经安胎，固崩止漏之要品，共为君药，故方以"胶艾"而命名；归、芎、地、芍即四物汤，乃养血调经之剂，血虚冲任失调者，用之捷验；甘草与芍药相须，则缓急止痛之功更著。但本方冲任虚损是其本，崩漏下血则是标，方用止血安胎之品外，并着重养血理冲，取标本兼顾之治。本方多用于妇女血虚，月经过多，或崩漏、胎漏，及胎动不安。临床常以月经淋漓不止，血色暗淡，脉细涩或细滑，舌质偏淡为辨证要点。现临床上常用于先兆流产，习惯性流产，功能性子宫出血，及产后子宫复旧不全的出血，证属血虚者。对于血热妄行所致的月经过多，崩中漏下皆应忌用。

大胶艾汤（《备急千金要方》卷二十五） 阿胶二两，干地黄、芍药各三两，当归、甘草各二两，干姜一两。上八味㕮咀，以水八升，煮取三升，去滓纳胶令烊，分再服，羸人三服。功能养血止血。主治妇人产后崩伤，下血过多，虚喘欲死，腹中激痛，下血不止，及男子从高坠下伤及五脏，微者唾血，甚者吐血，并治金疮伤经者。

安胎当归汤（《小品方》，引自《外台秘要》卷三十三） 当归、阿胶（炙）、芎䓖、人参各一两，大枣（擘）十二枚，艾一虎口（一方有甘草，无参、枣）。上药以酒水各三升，煮取三升，去滓，纳胶令烊，分三服。功能止血安胎。主治妇女妊娠五月，举动惊愕，胎动不安，小腹痛引腰骶，小便疼，下血者。

断下汤（《杨氏家藏方》） 人参（去芦头）、乌贼鱼骨（烧灰）、当归（洗）各三两，艾叶（醋炒）一两，熟干地黄（洗，焙）、川芎各七钱，阿胶（蛤粉炒成珠子）七钱半，干姜（炮）半两。上药㕮咀，每服五钱，水一盏半煎至七分，去滓，食前温服。功能养血调经，止崩止带。主治冲任气虚，崩中漏下，经脉不调，每遇月候将行，脐腹腰脚先痛，渐减饮食，四肢乏力，及带下等。

镇宫丸

本方出自《重订严氏济生方》。方由代赭石（火煅醋淬七次）紫石英（火煅醋淬七次）、禹余粮（火煅醋淬七次）、香附子（去毛，醋制）各二两，阳起石（煅红，细研）、芎䓖、鹿茸（燎去毛，醋蒸，焙）、茯神（去木）、阿胶（蛤粉炒）、当归（去芦，酒浸）、蒲黄（炒）各一两，血竭（另研）半两组成。上药共为细末，用艾煎醋汁，打糯米和丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心，米饮下。功能固崩止漏。主治妇女崩漏不止，或下五色，或赤白不定，或如豆汁，或状若豚肝，或下瘀血，脐腹胀痛，头晕眼花，久久不止，令人黄瘦，口干胸烦，不食。

本方所治证属妇女冲任虚寒，阳不统阴，经失所固所致。治从固崩统经立法。方中赭石、禹余粮、血竭、蒲黄、阿胶功专止血固崩，皆为崩中漏下之要药；当归、芎䓖养血活血，为调经下瘀常用之品；配以醋制香附，既能止血治漏，又能调经止痛；紫石英、阳起石性皆温，主暖冲任之脉，下温宫寒；更加血肉有情之品鹿茸，强壮元阳，温养气血，且与紫石英、阳起石同用，对冲任虚寒，经血失固，崩中漏下者尤有捷效；因心主血，脾统血，崩漏不止者必多胸烦、不食，故配茯神以健脾宁心，使脾健则血得统，心宁则血有主；取艾煎醋汁为丸者，功在增强固崩止漏也。诸药相伍，共奏温补冲任，固经止崩之功。源自开，流有节，则标本两顾也。本方多用于妇女崩漏，临床以经行量多，或见瘀块，久而不止，头晕目眩，腰酸腹胀，神倦乏力，纳食减少，脉细无力，舌色少华为辨证要点。对血热妄行之崩漏，则应忌用。

禹余粮丸（《太平圣惠方》卷七十二） 禹余粮（烧，醋淬七遍）三两，鹿角胶（捣碎，炒令黄燥）三分，紫石英一两，续断一两，熟干地黄一两，赤石脂一两，芎䓖一两，干姜（炮裂，锉）、黄芪（锉）、艾叶（微炒）、柏叶（微炒）、当归（锉，微炒）、人参（去芦头）、白茯苓各半两。上药捣罗为末，炼蜜和捣三五百杵，丸如梧桐子大，每于食前，以粥饮下三十丸。功能温养冲任，调经固漏。主治妇人久冷，月水不断，面色萎黄，四肢瘦弱，心神虚烦，不多饮食。

柏叶散（《太平圣惠方》卷七十三） 柏叶（微炙）、续断、芎䓖各一两半，禹余粮（烧，醋淬七遍）二两半，艾叶（微炒）一两，阿胶（捣碎，炒令黄燥）一两，赤石脂一两，牡蛎（烧为粉）一两，地榆（锉）一两，生干地黄（锉）一两，当归（锉，微炒）一两半，鹿茸（去毛，涂酥炙微黄）一两，龟版（涂酥炙令黄）一两半，鳖甲（涂酥炙令黄）一两半。上药捣细罗为散，每于食前，以粥饮调下二钱。功能温补冲任，调经止崩。主治妇人冲任虚弱，崩中漏下，不论年月远近；并治白带。

震灵丹（紫府元君南嶽魏夫人方，录自《太平惠民和剂局方》） 又名紫金丹。禹余粮（火煅，醋淬不计遍，以手捻得为度）、紫石英、赤石脂、丁头代赭石（如禹余粮炮

制)各四两。以上四味，并作小块，入坩锅内，盐泥固济候干，用炭十斤煅通红，火尽为度，入地坑埋，出火毒，二宿。滴乳香(另研)、五灵脂(去沙石，研)、没药(去沙石，研)各二两，朱砂(水飞过)一两。上药前后共八味，并为细末，以糯米粉煮糊为丸，如小芡实大，晒干出光，每服一粒，空心温酒下，冷水亦可。孕妇忌用。功能温脾肾，固冲任，镇心神。主治妇人气血不足，崩漏虚损，带下久冷，胎脏无子；及男子元气衰惫，脐腹冷疼，久泻久痢，呕吐不食，肢体酸痛，或上盛下虚，头目眩晕，心神恍惚，精滑梦遗，夜多盗汗。

乌金散

本方出自《太平圣惠方》卷八十。方由乱发(烧灰)二两，赤鲤鱼鳞(烧灰)二两，香墨一枚，灶突墨三分，麝香(研细)一分，延胡索三分，肉桂(去皱皮)三分，麒麟竭三分，赤芍药三分组成(《太平惠民和剂局方》有当归，而无麝香)。上药捣细罗为散，不计时候，以温酒调下二钱，生姜、小便调服亦可。功能止血固崩，行瘀定痛。主治产后恶露未尽，腹内疠痛，败血不止，淋漓不断，头目昏眩，及崩中下血过多不止者。

本方所治证属产后瘀滞出血不止所致，故治从行瘀固崩立法。方中血竭、血余炭、灶突墨(百草霜)、香墨止血固崩，并取鲤鱼鳞烧灰(存性)，擅治崩中漏下，对产后血迷血晕，败血不止，用之有效；延胡索、赤芍散瘀定痛；更以麝香辛香走窜，肉桂温里通阳。诸药相配，共奏散瘀定痛，止血固崩之功。本方多用于产后败血时下，小腹疼痛，昏眩困乏，汗多肢冷。对于崩漏不止属瘀血阻滞所致者，亦可使用。临床常以脐腹疼痛，见下瘀块，脉细涩，舌淡为辨证要点。

乌金散(《洪氏集验方》卷五)　血余(将头发用一藏瓶去底入药，盛讫，用瓦子盖，以好纸筋盐泥固济，乘湿放于地上，用木炭五斤烧通赤，取藏瓶，放冷，打开出药)一两，鲤鱼皮(依前法烧)一两，没药半两，红花(生用)一分，伏龙肝(灶下取烧赤者土)一分，凌霄花(色鲜者焙)半两，好香墨(生用)半两，干柏本(细研入香好者)半两，当归(梢，土微炒令香)半两。上药九味，研细为末，以酒(用无灰酒更佳)一盏煎取八分，调药二钱，空心频服。功能活血定痛，止血固崩。主治产后母子热疾后胎死在腹，难产，胞衣不下，血晕，起坐不得，如见异花，口干心闷，乍寒乍热，四肢浮肿，言语颠狂，见神见鬼，不语泻痢，腰膝疼痛，尿血涩痛，崩中，呃逆不安，咳嗽涕唾，喉中如猫作声，面及遍身黑，赤点子生，眼涩，腰重，身发筋急等一切产后诸疾。

秘方龙骨丸

本方出自《世医得效方》卷十五。方由白牡蛎、北赤石脂、大赭石(各煅)、白龙骨、伏龙肝(即灶心土)、海螵蛸(即乌贼骨)、五灵脂、侧柏叶各等份，棕榈(烧灰)不拘多少，真蒲黄酌量组成。共为末，醋糊丸，如梧子大，每服三十五丸，以十全大补汤料三钱，加嫩鹿茸(去毛，酒炙)、阿胶(蚌粉炒)各一钱五分，生姜三片，大枣二枚，乌梅二个，水煎吞服。功能固经止崩。主治妇女半产后，及下虚，数月崩漏不止。本方所治证属冲任虚衰失固所致，故治以固经止崩立法。方中白龙骨功擅固涩，能止崩漏，为虚体冲任失固之要药；赤石脂、牡蛎、大赭石、灶心土、乌贼骨性皆敛涩，为固崩止漏常用之品；五灵脂、蒲黄行血散瘀；侧柏叶、棕榈炭止涩崩漏；服丸取大补汤加用鹿茸、阿胶珠、生姜、大枣、乌梅者，旨在培补冲任，调理中焦营卫。本方固经不忘化瘀，绝流不失守源，具有敛散并用，标本兼顾之特点。临床应以经漏久而不止，神疲面㿠，脉细无力，舌淡苔净为辨证要点。

平肝开郁止血汤

本方出自《傅青主女科》卷上。系加味逍遥散衍化而成。方由白芍(醋炒)、白术(土炒)、当归(酒洗)各一两，丹皮、三七(研末)、生地(酒炒)各三钱，甘草、黑芥穗各二钱，柴胡一钱组成。水煎服。功能清肝解郁，止血调冲。主治肝郁血热崩漏，血色正红或质稠有块，少腹或胁肋胀痛，或乳胀，心烦口渴，呕吐吞酸，舌质红，苔黄，脉滑数。本方治证系肝郁化热，热扰冲任所致，治宜清肝解郁，止血调冲。方中柴胡疏肝调冲；白芍、当归养血平肝；生地黄、牡丹皮清肝凉血；三七化瘀止血；白术、甘草健脾和中，正合"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"之旨；黑芥穗既可助柴胡疏肝，又可止血。诸药合用，使肝气条达，郁热得清，血海宁静，则崩漏可止。故傅山说："方中妙在白芍之平肝，柴胡之开郁，白术利腰脐，则血无积住之虞；荆芥通经络，则血有归还之乐；丹皮又清骨髓之热，生地复清脏腑之炎；当归、三七于补血之中，以行止血之法，自然郁结散而血崩止矣。"

苎根汤

本方出自《外台秘要》卷三十三。方由苎麻根、干地黄各二两，当归、芍药、阿胶(炙)、甘草(炙)各一两组成。上药切片，以水六升，煮取二升，去滓，纳入阿胶烊化，分三服。功能养血安胎止漏。主治劳损动胎，腹痛漏血，少腹下坠者。本方所治为劳损血亏而致胎动，治宜养血安胎。方中当归、生地黄、白芍有养血安胎的作用；阿胶补血止血；苎麻根凉血安胎；甘草与芍药同用，以缓急止痛。上药合用，而具养血安胎，并止漏血的功效。若见脾胃虚弱，食少泛恶者，可加白术、砂仁；见气虚乏力者，可加人参、黄芪；见肾虚腰痛甚者，可加杜仲、桑寄生等。

嵘峒丸

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十五。又名黎洞丸。方由三七、生大黄、阿魏、孩儿茶、天竹黄、血竭、乳香、没药各二两，雄黄一两，山羊血五钱，冰片、麝香、牛黄(以上各研极细末)各二钱五分，藤黄(以荷叶露泡，隔汤煮十余次，去浮沉，取中，将山羊血拌入，晒干)二两组成。取秋露水化藤黄，拌药捣千余下，如干，加炼蜜少许，为丸，重一钱。每用一丸，黄酒化服；外敷亦用黄酒磨涂此药。如在夏天修和，取天落水拌之为丸。功能散瘀消肿，止血定痛，解毒开窍。主治金疮出血，跌扑损伤，瘀血奔心，昏晕不省，及发背痈疽，恶疮瘰疬，一切无名肿毒，昏困欲死；犬咬、蜂蛇蝎毒；妇人难产，下部重伤，恶血攻心，胸闷发热；产后恶露不尽，儿枕骨疼；干血痨，或血崩、血淋。

本方所治证属瘀血内阻，及毒邪内受所致。治从散瘀活血，解毒开窍立法。方中三七、血竭、儿茶、乳香、没药祛瘀定痛，止血散肿；牛黄、雄黄、藤黄、阿魏解毒消肿，并疗伤损瘀痛；更以大黄逐瘀，天竺黄豁痰，开通气机，麝香、冰片芳香通窍，行气开闭。因山羊血能活血散瘀，通络解毒，治跌打损伤，筋骨疼痛有效，故取其配制藤黄。诸药相伍，共奏散瘀血，消肿痛，解邪毒，通关窍之功。忌食一切生冷发物，怀孕妇女忌用。

三黄宝蜡丸(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十五)藤黄(制法见嵘峒丸内)四两，天竺黄(无真者，九转南星代之)、红芽大戟、刘寄奴、血竭各三两，孩儿茶、雄黄各三两，朴硝一两，当归尾一两半，铅粉、水银、乳香(醋炙)、麝香各三钱，琥珀二钱(一方无藤黄、朴硝，有朱砂一两)。各研极细末，秤准和一处，将水银同铅粉在铁锅内火上热研成末，入前药内，共研匀，用炼净黄蜡二十四两，放瓷器内，坐滚水中化开，将药入内搅匀，待半冷，捏作小丸，装瓷罐内，病重者每服一钱，病轻者每服五分，热黄酒调服；倘受伤至重，连服数次。服药后，饮酒出汗更妙。如外用，以香油隔滚汤化开，敷之甚效。凡孕妇忌用。功能散瘀消肿，解毒开窍。主治跌打损伤，瘀血奔心；妇人产后恶露不尽，痰迷心窍，致成怪证；癫狗咬伤，蛇虫毒物咬伤及恶疮肿毒等。现临床亦有用于头部外伤，脑震荡昏迷，抽搐等症。

补益剂

根据《素问·三部九候论》"虚则补之"、《素问·阴阳应象大论》"形不足者，温之以气；精不足者，补之以味"的治疗原则，使用补益药为主而组成的一类方剂，称为补益剂。在"八法"中属于"补法"的范畴。

补益剂具有补益阴、阳、气、血，以及诸虚不足的作用。一般分为以下四类：

(1) 补气：本剂适用于脾肺气虚的病证。脾主运化，喜燥而恶湿，故脾气虚而不运则每易生湿，症见倦怠无力，食少，神疲，面色㿠白，脘闷，便溏，少气懒言，脉缓，苔白等。常以补气健脾药与利水渗湿药，或益气升阳药并用，以使脾气旺而湿化，于是由脾虚而致的诸症亦自已。脾胃气虚，升举力弱，即会出现中气下陷之证，症见脱肛，久痢，久疟，胃、子宫下垂；或因劳倦伤脾，症见身热有汗，脉虚，舌胖淡等。常以补气药与升提清阳并用，一以使脾健气升，举托有力；二是藉甘温益气以除气伤之热。元气大亏，阳气暴脱，出现汗出冷粘，手足厥逆，脉微欲绝等，常以回阳配益气药为主，以使阳回、气固，虚脱得救。倘有气阴不足之证，症见自汗，气短，口渴，咽干，脉弱或数，舌燥质红，以及肺虚久咳之证等，常以补气药与敛阴生津并用，以使气阴两复，津回汗敛。气阴不足，兼有血瘀，症见形体消瘦，肌肤甲错，寒热不时，或自汗喘咳，遗精，脉细弦等，常以补养气阴与活血化瘀、收涩固下并用，能使气阴两复，瘀去新生，诸症渐愈。

(2) 补血：本剂适用于血虚之证。症见头目眩晕，面色萎黄，唇爪少华，心悸怔忡，舌质淡，脉细，及妇人月经不调等。常以滋阴养血药与和血药并用，是为补中有调之法，能使营血恢复，周流无阻，生生不息。血虚之证，有因劳倦内伤耗损元气，气虚不能生血，以致虚热不退；或由出血过多，气随血脱；或疮疡久溃不愈，气虚甚于血虚者，则当以补气为主，补血为辅。李东垣谓："血不自生，须生阳气之药，血自旺矣"(《脾胃论》)，故常以大剂量补气药与少量补血药同用，以使气旺则血自生。气血不充，无力托毒排脓，症见痈疽内已成脓，久不外溃等。常以补益气血与溃坚排脓药并用，以使气血充盈，脓溃毒泄。痈疽溃后，由血虚而疼痛不止，常以补血托里配调血和营之药，以使气血生长，痛止肿消。更有气血两虚之证，症见面色无华，头晕目眩，气短，脉虚细，舌淡等。常以补气药与养血药同用，以收气血双补之效。精血不足，液枯髓减，症见肢体枯槁瘦弱，甚则手足痿软，食少便溏等，常以益气养血与补肾填精并用，以使脾肾两旺，气血、精髓充盛，于是体丰骨强，一切精血亏损虚证，皆能逐步恢复。气虚血亏，冲任不固，症见半产、漏下，面色㿠白或萎黄，月经愆期量少色淡等。常以益气养血与补肾、温摄、理气、安胎并用，以使气血充沛，冲任得养，于是胎元得固，半产、漏下自止。

(3) 补阴：本剂适用于阴虚的病证。阴虚之证，常以肾阴虚为主，而肾阴不足常易导致肾阳偏亢，症见形体消瘦，腰膝酸软，盗汗遗精，潮热颧红，手足心热，虚烦失眠，舌红少苔，脉细数。常用滋补肾阴为主，如相火旺盛者，则配滋阴降火之品同用，以使肾阴得复，相火得平，肾中阴阳既济，而无偏胜之弊。阴虚兼有血少，常以滋阴与养血药并用，以使阴复血生。热病耗伤阴津，症见身热烦躁，消渴引饮，舌绛，苔黄燥等。常以滋阴生津与酸苦泄热并用，一则可使热泄存阴，一则育阴以生津液。在阴虚

证中，由于肾阴虚而损及肝、肺之阴者，亦较常见。如肾阴虚证与头目眩晕，耳鸣、耳聋并见者，是为肝肾阴虚，常用滋补肾阴药与养肝熄风药配伍，以使肝肾阴复，内风可熄。如肾阴虚证与咯血、气短并见者，是为肺肾阴虚，常以滋补肾阴药与清养肺阴药并用，以使肺肾阴复，喘咳自平。

(4) 补阳：本剂适用于肾阳不足的病证。症见面色苍白，形寒肢冷，腰膝酸软，遗精，尿频，男子阳痿，女子宫寒不孕，舌淡苔白，脉沉细无力。由于肾阳与肾阴相互依存，故补肾阳的配伍特点是补阳药与补阴药并用。张景岳说"善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷"。(《景岳全书》)肾之阳气能化气行水。肾阳不足，不能化气行水，则见小便不利，或小便反多，水肿，痰饮等症。常以温补肾阳药与利水药并用，是使肾中真阳恢复，气化正常，于是水道通调，肿胀自消，痰饮自除。冲任不调，症见头痛，头昏，心烦，自汗，面部潮红等，治以温补肾阳与清泄肝火并用，以使阴阳调和，冲任复职，诸症自已。

补益剂是用于治疗一切虚证，但在使用时应该注意以下几方面：一是平素脾胃运化力弱者，偏投补益，每因滞气而碍运化，当先治理脾胃，后益其虚。程钟龄说："补肾莫如补脾"(《医学心悟》)，就是这个道理。若是补益势在必用，则在补益中配以理气和胃之品，以使补而不滞。二是注意辨别虚实证的真假，所谓"至虚有盛候"的假实证，和"大实有羸状"的假虚证，使用补益时必须鉴别，若是忽于真实假虚之辨，每易导致实者愈实之弊。三是正气已伤，余邪未尽之证，当以扶正祛邪两顾，以使祛邪而不伤正，扶正更有利于祛邪。

四君子汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。为益气健脾的基本方剂。后世很多益气或健脾方剂，均从本方衍化而来。方由人参(去芦)、甘草(炙)、茯苓(去皮)、白术各等份组成。上为细末，每服二钱，水一盏，煎至七分，通口服不拘时，入盐少许，白汤点亦得。现用法为作汤剂，水煎服；或为丸剂，开水送服6—9克。功能益气补中，健脾养胃。主治脾胃气虚，运化力弱。症见面色㿠白，四肢无力，语声轻微，不思饮食，肠鸣泄泻，舌质淡，苔薄白，脉虚弱无力。

本方所治证属脾胃气虚，运化乏力所致。根据"虚则补之"、"损者益之"、"形不足者，温之以气"的原则，治宜益气补中，健运脾胃。方中人参甘温，益气补中，为君药；脾喜燥而恶湿，脾虚不运每易生湿，辅以白术甘苦温，健脾燥湿，扶助运化，合人参以益气健脾，为臣药；配以茯苓甘淡平，渗湿健脾，为佐药；使以炙甘草甘缓和中。四药合用，共奏益气补中，健脾养胃之功。由于脾胃为后天之本，是气血生化的泉源，故补气必从脾胃着手。吴昆说："夫面色萎白，则望之而知其气虚矣。言语轻微，则闻之而知其气虚矣。四肢无力，则问之而知其气虚矣。脉来虚弱，则切之而知其气虚矣。如是则宜补气。"这是论述本方主证的辨证方法，为本方运用的重要依据。本方用药四味，皆为平和之品，不热不燥，平补不峻，以益气健脾和胃，故名四君子汤。本方为补气健脾的方剂，对于各种原因引起的脾胃气虚，运化乏力(包括胃肠功能减退、消化不良)等均可加减应用。以面色㿠白，饮食减少，舌淡苔白，脉虚软无力为辨证要点。现临床上亦常用于慢性胃炎、慢性胃及十二指肠溃疡、慢性肠炎等属脾胃虚弱者。

异功散(《小儿药证直诀》卷下)　又名五味异功散。人参(切，去顶)、茯苓(去皮)、白术、陈皮(锉)、甘草各等份。上为细末，每服二钱，生姜五片，枣两个，同煎至七分，食前温服。功能益气补中，理气健脾。主治脾胃虚弱兼气滞。症见饮食减少，大便溏薄，胸脘痞闷不舒者。

加减四君子汤(《太平惠民和剂局方》卷十)　白扁豆(蒸熟，焙干)、藿香叶、甘草(炙)、黄芪(去苗)各一两，人参、茯苓(去皮，焙)、白术各四两。上药为细末，每服一钱，入盐点服；或用水七分盏，煎五分，温服。功能调和脾胃。主治小儿吐泻不止，不进乳食。

生附四君子汤(《证治准绳·幼科》集之二)　人参、白术、附子、木香、茯苓、橘红、甘草各等份。上药为末，每服五七分，加姜、枣，水煎服。功能益气健脾，温中和胃。主治小儿脾胃虚寒，吐泻不思乳食。

六君子汤

本方见于《校注妇人良方》卷二十四。方由人参、白术、茯苓各二钱，甘草(炙)、陈皮、半夏各一钱组成。加姜、枣，水煎服。功能益气健脾，燥湿化痰。主治脾虚痰湿偏盛，咳嗽痰多，痰白清稀，痞满短气，或恶心呕吐，食少便溏，舌质淡，苔薄白而腻、脉沉缓者。本方治证属脾虚运化不及，痰湿停留所致，治宜健脾化痰。方中人参补气健脾为君药；脾喜燥恶湿，故以白术健脾燥湿为臣药，参、术相合，健脾之力更宏；茯苓淡渗，健脾利湿，半夏燥湿化痰，陈皮理气快脾，三药合用，理气燥湿化痰，共为佐药；甘草健脾和中，调和诸药为使。六味同用，共奏益气健脾，燥湿化痰之功。临床以食少倦怠，呕恶痰多为辨证要点。现也用于慢性气管炎而见上述症状者。

加味六君子汤(《证治准绳·类方》第六册)　人参、白术、茯苓、黄芪、山药、甘草、砂仁各一两，厚朴、肉豆蔻(面裹煨)各七钱。每服一两，水煎服；或为细末，每服二钱，米汤调服，不拘时。功能补脾止泻。主治脾虚泄泻，水谷不化，肠中虚滑，口渴，腹微痛，日久不瘥，以及小儿脾疳泻痢。

香砂六君子汤(《张氏医通》卷十六)　人参、白术(炒)、茯苓、半夏各二钱，橘皮、甘草(炙)各一钱，砂仁、木香各八分(《景岳全书》无木香，用藿香)。加生姜、乌梅、

大枣，水煎服。功能益气健脾，理气化痰。主治脾虚痰食气滞，倦怠少食，咳嗽多痰，呕泻腹胀。

参苓白术散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷三。系以四君子汤为基础加味而成。又名白术散。后世多作丸剂使用，遂称参苓白术丸。为调理脾胃虚弱而兼湿的常用方剂。方由莲子肉(去皮)、薏苡仁、缩砂仁、桔梗(炒令深黄色)各一斤，白扁豆(姜汁浸，去皮，微炒)一斤半，白茯苓、人参(去芦)、甘草(炒)、白术、山药各二斤(《医方集解》有陈皮)组成。上为细末，每服二钱，枣汤调下，小儿量按岁数减服。现用法为①散剂：上药粉碎成细粉，过筛，混匀即得，口服，每次6—9克，日1—2次。②丸剂：上药为末，枣汤泛丸，每服6—9克。③汤剂：用饮片，水煎服。功能健脾益气，和胃渗湿。主治脾胃气虚挟湿。症见四肢无力，饮食不化，或大便溏泻，或恶心呕吐，胸脘痞塞，形体消瘦，面色㿠白，或身面浮肿，苔白腻，脉虚而缓者。

本方所治证属脾胃气虚挟湿所致。治当健脾益气，和胃渗湿。方由四君子汤加山药、扁豆、莲子肉、砂仁、薏苡仁、桔梗组成。四君子汤补气健脾，本为治疗脾胃气虚的基本方剂，又加入补脾的山药、扁豆、莲子肉，增强了补脾渗湿的作用；更加砂仁以醒脾，桔梗升清，宣肺利气，用以载药上行，借肺之布精而养全身。诸药合用，补其虚，除其湿，行其滞，调其气，两和脾胃，最为适当。本方用于脾胃虚弱挟湿之证，以四肢无力，面色㿠白，胸脘痞塞，或吐或泻，苔白腻，脉虚而缓者为辨证要点。肺病久延，脾虚脘闷，食少便溏者，可用本方治之，即前人所谓"培土生金"之法。现临床上用于慢性胃肠炎、糖尿病、贫血、小儿消化不良、营养不良性水肿、慢性肝炎、慢性肾炎、蛋白尿久不转阴及其他慢性消耗性疾病，辨证属脾胃气虚挟湿者。亦可用于肺结核、慢性气管炎兼脾虚痰多者。本方稍偏温燥，阴虚火旺者慎用。

白术散(《小儿药证直诀》卷下) 又名七味白术散。人参二钱五分，白茯苓、白术(炒)、藿香叶各五钱，木香二钱，甘草一钱，葛根五钱(渴者加至一两)。上药㕮咀，每服三钱，水煎服。功能健脾生津。主治脾胃久虚，津液内耗，呕吐泄泻，频作不止，烦渴欲饮，乳食不进，羸瘦困倦者。若热甚发渴，去木香。

参苓白术丸(《古今医鉴》卷四) 人参一两，白术(土炒)二两，白茯苓一两，干山药(炒)一两，莲肉(去皮)二两，陈皮一两，半夏(制)一两，白扁豆(炒)一两，薏苡仁(炒)一两，桔梗二两，黄连(姜炒)一两，神曲(炒)一两，香附一两，砂仁五钱，甘草一两，当归一两，远志一两，石菖蒲五钱。上药为末，姜、枣煎汤，打神曲糊为丸，如梧桐子大，每服百丸，空心，白汤送下，忌食生冷油腻之物。功能补气血，健脾胃，清火化痰，行气解郁。主治病后元气虚弱者。

加味参苓白术散(《温病条辨》卷三) 人参二钱，白术(炒焦)一钱五分，茯苓一钱五分，扁豆(炒)二钱，薏仁一钱五分，桔梗一钱，砂仁(炒)七分，炮姜一钱，肉豆蔻一钱，炙甘草五分。共为极细末，每服一钱五分，香粳米汤调服，日二次。功能双补脾胃，宣畅三焦。主治噤口痢，呕恶不饥，积少痛缓，形衰脉弦，舌白不渴。

黄芪六一汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。《外科正宗》中黄芪六一汤系由本方加味而成。方由黄芪(去芦，蜜炙)六两，甘草(炙)一两组成。上药㕮咀，每二钱，水一盏，枣一枚，煎至七分，去滓温服，不拘时候。功能补气养血，生津。主治气虚血弱，肢体劳倦，胸中烦悸，时常焦渴，唇口干燥，面色萎黄，不思饮食，或先渴而发疮疖，或病痈疽而后渴者，或卫虚自汗等。本方所治证属气虚血弱，津液亏耗所致，故用黄芪为主药，以此大补元气，养血生津，更配以甘草甘润生津，亦可助其补气解毒，方药虽简但力专效宏，故为临床所常用。临床运用本方以肢体倦怠乏力，不思饮食，面色萎黄，唇干口燥，脉象细弱为辨证要点。对于痈疽初起者忌用；若痈疽溃后而邪毒犹炽者，亦须慎用，或配伍祛邪之品。

黄芪六一汤(《外科正宗》卷三) 黄芪(半生、半蜜水炒)六钱，甘草(半生、半炙)一钱五分，人参一钱。上药以水二钟，煎八分，食远服。功能益气生津，排脓生肌。主治流注溃后脓水出多，口干作渴，烦躁不宁者。本方即《局方》黄芪六一汤再加入一味人参而成，其益气生津之力，当比原方为强，疮疡溃后邪毒已去而体气虚弱较甚者可以用此。

黄芪人参牡蛎汤(《四圣心源》卷九) 黄芪三钱，人参三钱，甘草二钱，五味子一钱，生姜、茯苓、牡蛎各三钱。水煎大半杯，温服。功能益气健脾，生津长肌。治痈疽脓泄后，溃烂不能收口者。此方比《外科正宗》方多生姜、五味子、茯苓、牡蛎，在功效上更能健脾和胃，生津敛疮，故对疮疡溃后，久不收口者，更为适宜。

补中益气汤

本方出自《脾胃论》卷中。系根据《内经》"虚者补之"、"劳者温之"、"陷者举之"的理论指导而组成。现制成丸剂，称补中益气丸。为补气升阳的代表方剂。方由黄芪五分(病甚，劳倦热甚者一钱)，甘草五分，人参三分，当归二分(酒焙干或晒干)，陈皮二三分，升麻二三分，柴胡二三分，白术三分组成。上药㕮咀，作一服，水三盏煎至一盏，去滓，食远稍热服。现用法为水煎2次分服，或作丸剂，每服10—15克，每日2—3次，温开水送服。功能益气升阳，调补脾胃。主治脾胃气虚，少气懒言，四肢无力，困倦少食，饮食乏味，不耐劳累，动则气短，舌淡苔白，脉象虚软者；或气虚发热，身热而烦，有汗不解，头痛

恶寒，渴喜热饮，脉似洪大，重按无力；或气虚下陷，久泻脱肛，子宫下垂、胃下垂而具有脾虚中气下陷之证者。

本方所治证属中气不足，气虚发热或中气下陷所致。治宜益气升阳，调补脾胃。故方以黄芪为主，大补肺脾之气，固表止汗；辅以人参、炙甘草、白术益气健脾；佐以陈皮理气和胃，使之补而不滞，当归养血和营，使血有所顾，更用少量升麻、柴胡为使，以为升提下陷之用。全方之旨，总在"虚者补之"、"劳者温之"、"陷者举之"。据药理研究本方对肠蠕动亢进时则有抑制作用，张力下降时则有兴奋作用；对蛙横纹肌和心脏的作用，能加强横纹肌收缩，小量使心力增强，过量起抑制作用。本方对在体或离体子宫及周围组织呈兴奋作用。实验还显示，方中用升麻、柴胡，对动物作用明显；若去掉升麻、柴胡，则作用减低，且不持久。原方加减："如腹中痛者，加白芍五分、炙甘草三分；如天寒时腹痛，可不用芍药，加益智仁三分，或加半夏五分、生姜三片；如头痛，加蔓荆子二三分；如痛甚者，加川芎二分；如项痛脑痛，加藁本三五分；如胸中气壅，加青皮二分。"现临床对乳糜尿、妊娠期尿潴留、重症肌无力症的眼睑下垂等，凡见证属脾胃气虚，中气不足，清阳下陷者，均可应用。凡命门火衰，阳气无根，格阳戴阳；或元阳不足；或真阴不足，水亏火旺之吐血、衄血；或肝阳亢盛，目赤头痛；或四肢厥逆，阴虚欲脱等皆属禁忌，不宜使用。

调中益气汤(《脾胃论》卷中) 即补中益气汤加木香、苍术，去当归、白术。功能、主治与补中益气汤大致相同，惟脾胃虚而湿阻气滞者为宜。

人参益胃汤(《兰室秘藏》卷下) 黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、人参、甘草、当归、苍术、半夏、黄芩、益智、红花。水煎服。功能补中气，益脾胃，除湿热。主治内伤劳倦，头昏头痛，少气懒言，不喜饮食，口中无味，口渴而喜热饮，大便微溏者。

加减补中益气汤(《万氏妇人科》卷一) 人参、白术各二钱，黄芪(炙)、柴胡各七分，炙甘草五分，当归身、白芍(酒洗)、川芎、陈皮各一钱，神曲(炒)、麦芽(炒)各五钱。姜、枣为引，水煎服。功能健脾补气，养血调经。主治气血不足，月经闭止，食少乏力，舌淡，脉细弱者。

补阴益气煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 人参一二三钱，当归二三钱，山药(酒炒)二三钱，熟地三五钱或一二两，陈皮一钱，炙甘草一钱，升麻三五分(火浮于上者，去此不必用)，柴胡一二钱(如无外邪者，不必用)。上药水二钟，加生姜三、五、七片，煎八分，食远温服。功能益气养阴。主治劳倦伤阴，精不化气；或阴虚内乏，以致外感不解，寒热如疟，阴虚便秘等症。凡属阴气不足而虚邪外侵者，皆可应用。

升举大补汤(《傅青主女科·产后编》卷上) 黄芪、白术、陈皮、白芷、荆芥穗(炒黑)、炙甘草、升麻各四分，人参、当归、熟地各二钱，麦冬、川芎各一钱，黄连(炒)三分。加大枣，水煎服。功能大补气血，升陷止血。主治劳伤冲任，产后血崩，色红或淡红，质稀薄，或有腹痛，痛时喜按，面色少华，神疲肢软，唇舌色淡，脉微弱者。

升陷汤(《医学衷中参西录》) 生黄芪18克，知母9克，柴胡4.5克，桔梗4.5克，升麻3克。水煎服。功能益气升陷。主治胸中大气下陷，气短不足以息；或努力呼吸，有似乎喘；其兼症或寒热往来，或咽干作渴，或满闷怔忡，或神昏健忘，其脉象沉迟微弱，关前尤甚，甚剧者，或脉不全，或三五不调者。气分虚极下陷者，酌加人参，或再加山萸肉。

举元煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。是在补中益气汤的基础上稍予精简药味而来。方由人参、黄芪(炙)各三五钱，炙甘草一二钱，升麻(炒用)五七分，白术(炒)一二钱组成。水一钟半，煎七八分温服。功能补气摄血，升阳举陷。主治气虚下陷，血崩血脱。症见血崩出血量多，漏下淋沥日久，血色均淡红，质清稀；经期量多，过期不止，色淡质稀，面色㿠白，气短懒言，心悸怔忡，小腹空坠，肢软无力。

本方所治证属气虚下陷，冲任不固，血失统摄所致。治以补气摄血法。方中人参、黄芪、白术、甘草补气摄血，其中黄芪与升麻相配，升麻的作用是引补气药起到"升提"、"举元"的作用，正如李杲所说："升胃中清气，又引甘温之药上升……人参、黄芪非此引之，不能上行。"《本草纲目》谓其治"崩中、血淋、下血"。上药配合，以补为主，补中寓升，可收补气摄血，升阳举陷之功。本方是一张药简力专的升补方，常用于中气不足，冲任不固，血失统摄的崩漏、月经过多之证。临床以出血色淡，质稀无块，面色㿠白，小腹空坠，舌质淡红，脉虚大无力为辨证要点。原方加减："兼阳气虚寒者，桂、附、干姜随宜佐用；如兼滑脱者，加乌梅二个，或文蛤七八分。"现临床上对于先兆流产、功能性子宫出血属气虚下陷不能摄血者，亦可用本方加减治疗。阴虚火旺、月经过多之证，均非本方所宜。

升阳举经汤(《兰室秘藏》卷中) 肉桂(去皮，盛夏勿用，秋冬用)、白芍药、红花各五分，细辛六分，人参(去芦)、熟地黄、川芎各一钱，独活根、黑附子(炮制，去皮脐)、炙甘草各一钱五分，羌活、藁本(去土)、防风各一钱，白术、当归、黄芪、柴胡各三钱，桃仁(汤浸，去皮尖，细研)十个。上药㕮咀，每服三钱，若病势顺，当渐加至五钱。每服水三盏，煎至一盏，空心热服。功能温补益气，升阳摄血。主治脾虚气陷，经水不止。

调经升阳除湿汤(《普济方》卷三百三十) 柴胡、羌活各钱半，防风一钱，蔓荆子七分，独活半钱，苍术一钱半，甘草(炙)一钱，升麻一钱，藁本一钱，当归(酒制)半钱，黄芪一钱半。上药㕮咀，如麻豆大，勿令作末，都作一服，以清净新汲水五大盏，煎至一盏，去滓，空腹热服，待少时，以早饭压之。功能益气升阳，调经除湿。主治女子

漏下恶血，月事不调，或暴崩不止，多下水浆之物。

升阳益胃汤

本方出自《脾胃论》卷上。方由黄芪二两，半夏（汤洗，此一味脉涩者不宜用）、人参（去芦）、甘草（炙）各一两，白芍药、防风（以其秋旺，投以辛温泻之）、羌活、独活各五钱，橘皮（不去穰）四钱，茯苓（小便利、不渴者勿用）、泽泻（不淋勿用）、柴胡、白术各三钱，黄连二钱组成。上药㕮咀，每服三钱，生姜五片，枣二枚去核，水三盏，同煎至一盏，去滓温服；早饭、午饭之间服用。功能益气升阳，扶脾胃，祛湿热。主治脾胃本虚，湿热滞留中阳，无以升清降浊。症见怠惰嗜卧，食少无味，口苦口干，大便不调，腹部痞胀，小便频数，身体沉重，肢节疼痛，洒淅恶寒，表情忧郁，面色憔悴等。

本方用治于脾胃本虚，湿热滞留中阳，升清（阳）降浊（阴）失职之证，治用扶脾胃，祛湿热，益气升阳为主。方中白术、甘草、半夏、陈皮补脾化湿；羌活、独活、防风、柴胡升阳祛湿；更配人参、黄芪益气以助升阳；茯苓、泽泻利水以助化湿；用黄连以清留滞的湿中之热；用白芍乃制肝以和脾，并有收敛升散太过的作用。本方配伍是补中有散，升中有降的复合组方，共奏补脾化湿，益气升阳之功，以使清（阳）升浊（阴）降，脾胃调和，肺气因脾健而得补，湿热从水道清除，由此而丛生诸症可以自愈。本方发中有收，补中寓升，用于脾胃虚弱，阳气不伸，肺卫不固。临床以食少无味，大便不调，小便频数，身体沉重，肢节疼痛，洒淅恶寒，舌淡苔薄，脉虚弱为辨证要点。原方加减："其药渐加至五钱止。服药后，如小便罢而病加增剧，是不宜利小便，当少去茯苓、泽泻。"方中羌活、独活、防风、柴胡等风药用量不宜过大，应小于解表时的用药量，更不宜超过补药的分量。一般风药每味五七分，否则主次倒置，不但不能升阳，反使脾胃更虚。药后忌油腻，适当进富有营养而易消化之品；药后应轻微活动，以推进药力和食物的消化吸收，慎勿劳倦过度。

升阳汤（《脾胃论》卷下） 柴胡、益智仁、当归身、橘皮各三分，升麻六分，甘草二钱，红花少许。上药㕮咀，分作二服，每服水二大盏，煎至一盏，去渣稍加热服。功能益气升阳，温脾止泻。主治大便一日三四次，溏而不多，有时泄泻，腹中鸣，小便黄。

升麻补胃汤（《兰室秘藏》卷下） 甘草七分，升麻、柴胡、草豆蔻、黄芪各五分，半夏三分，当归身、干姜各二分，红花少许。上作一服，水二盏，煎至一盏。去渣，稍热食远服。功能益气升阳，温中止泻。主治因内伤而服牵牛、大黄等药以致泄泻过多，腹中大痛。

益气聪明汤

本方出自《东垣试效方》卷五。方由黄芪、甘草各半两，芍药一钱，黄柏（酒制，锉，炒黄）一钱，人参半两，升麻、葛根各三钱，蔓荆子一钱半组成。上药㕮咀，每服三钱，水二盏，煎至一盏，去滓热服，临卧近五更再煎服用。现用法亦有制成丸剂，称益气聪明丸，口服，每次9克，日1次，空腹时开水吞服。功能益气升阳，聪耳明目。主治中气不足，清阳不升。症见内障初起，目糊，视物昏花，神水变淡绿，次成视歧（复视），久则不睹，神水变成纯白色；亦治耳聋、耳鸣。

本方所治证属目障、耳聋，是由中气不足，清阳不升所致。治宜补中气，升清阳，利清窍。方中人参、黄芪、甘草甘温以补脾胃；葛根、升麻、蔓荆子轻扬升散，鼓舞胃气，升发清阳，上行头目；白芍敛阴和营，黄柏降火，盖目为肝窍，耳为肾窍，故又用两药调理肝肾，且以制约升散药之太过。诸药合用，中气既足，清阳得升，清窍通利，则耳聪而目明。正如《东垣试效方》所说："久服无内外障耳鸣聋之患，又令精神过倍，元气自益，身轻体健，耳目聪明"，故名益气聪明汤。临床以目糊，视物昏花，耳鸣耳聋，舌淡苔薄，脉虚弱为辨证要点。现临床上多用于老年性白内障、色弱、色盲、听力减退属于气虚清阳不升者。原方加减法："如烦闷或有热，渐加黄柏，春夏加之，盛暑夏月倍之。"如属阴虚阳亢，出现上述症状而舌红、脉弦者，不宜应用本方。

蔓荆子汤（《兰室秘藏》卷上） 蔓荆子二钱五分，黄柏（酒拌炒四遍）、白芍药各三钱，炙甘草八钱，黄芪、人参各一两。上药㕮咀，每服三钱或五钱，水二盏，煎至一盏，去渣，临卧温服。功能补气升阳，治障明目。主治劳役饮食不节，内障眼病。

益气聪明汤（《医学心悟》卷四） 黄芪一钱五分，人参五分，白术一钱，炙甘草五分，升麻三分，柴胡三分，蔓荆子五分，当归、白芍各八分，陈皮三分，大枣二枚。水煎服。功能益气明目。主治气虚目不明。

生脉散

本方出自《内外伤辨惑论》卷中。又名生脉汤、生脉饮。为治热伤元气、阴津亏耗的重要方剂。方由人参五钱，麦冬、五味子各三钱组成（方中药量根据《证治准绳·类方》引《医录》方补入）。长流水煎，不拘时温服。现用法①汤剂：水煎服。②注射剂：每次2—4毫升，肌肉或静脉注射，隔1—2小时注射1次。功能益气敛汗，养阴生津。主治热伤气阴。症见肢体倦怠，气短懒言，汗多口渴，咽干舌燥，脉微者；久咳肺虚，气阴两伤，干咳少痰，短气自汗，脉虚者。

本方所治证属热伤气阴所致。治从益气敛汗，养阴生津。方中人参补肺益气而生津；麦冬养阴清肺而生津；五味子敛肺止汗而生津，并收耗散之气。三药合用，以成益气敛肺，养阴生津之功。吴昆《医方考》说："人参补肺气，麦冬清肺气，五味子敛肺气，一补一清一敛，养气之道

毕矣。名曰生脉者，以脉得气则充，失气则弱，故名之。"实验研究表明，本方兴奋中枢神经系统，减轻疲乏感，增强高级神经活动的兴奋与抑制过程等作用，均甚明显；其强心、升压及抗休克作用，尤为显著；并能刺激造血器官以改善贫血；还可以加强机体对有害因素的抵抗力，以及对其他非特异性刺激的适应力。本方补气而兼养阴生津敛汗，善治热邪伤气耗津，以及久咳伤肺，气阴两伤者。临床以汗多，气短，体倦神疲，口干口渴，舌红无津，脉微或虚为辨证要点。现临床上除用于中暑、小儿夏季热、功能性低热及其他急性发热性疾病而出现气阴两伤见症者外，还常用于心力衰竭，对抢救休克及心肌梗死等危急病症，应用尤多。此外，心律不齐、心动过速、神经衰弱、气阴两伤型的支气管炎以及肺结核阴虚久咳者，亦可酌情加减使用。若用于脉微欲绝之虚脱证(亡阴)，人参的用量必须加大到 18—24 克，才能奏效。气阴两伤甚者，可选用西洋参。本方有收敛作用，如外邪未解，或暑病热盛，气津未伤者，禁用本方。

调元生脉散(《幼幼集成》卷二)　人参一钱，炙黄芪二钱，杭麦冬一钱，北五味三分，炙甘草一钱，生姜三片，大枣三枚。水煎，温服。功能益气养阴。主治小儿阴暑热退后，及夏月伤暑发热，气阴已伤者。

加减生脉散(《温病条辨》卷一)　沙参三钱，麦冬二钱，五味子一钱，丹皮二钱，细生地三钱。水五杯，煮二杯，分温再服。功能凉血滋阴生津。主治太阴伏暑，舌赤，口渴，多汗。

生脉饮(《中华人民共和国药典》一部)　党参 300 克，麦冬 200 克，五味子 100 克。以上 3 味，加水煎煮 2 次，第 1 次 2 小时，第 2 次 1.5 小时，合并煎液，滤过，滤液浓缩至约 300 毫升，放冷，加乙醇 600 毫升，放置 24 小时，滤过，滤液减压浓缩成稠膏状，加水适量稀释，滤过，加单糖浆 300 毫升与防腐剂适量，再加水至 1 000 毫升，搅匀，灌装，熔封即得。每支 10 毫升。口服，每次 10 毫升，日 3 次。功能益气复脉，养阴生津。主治气阴两伤，心悸气短，脉微虚汗。

门冬清肺饮

本方出自《内外伤辨惑论》卷中。方由紫菀茸一钱五分，黄芪、白芍、甘草各一钱，人参(去芦)、麦门冬各五分，当归身三分，五味子三个组成。上药㕮咀，分作二服，每服水二盏，煎至一盏，去渣，食后温服。功能补气益脾，清肺养阴。主治脾肺气虚，阴亏燥热，喘咳，吐血，衄血，精神短少，脉数无力者。本方滋金水之化源以达清肺止咳止血之目的。方中人参、黄芪、甘草补气益脾，培肺金之母，人参合麦冬、五味子益气养阴，兼清肺热，更以少量之当归合白芍敛阴补血，紫菀止咳化痰，合而成为补气益脾，清肺养阴之剂。故对肺脾两虚，气阴不足，燥热咳喘，痰中带血诸症，可以治疗。如吐血、衄血明显者，可减去当归或炒炭用。

麦门冬饮子(《兰室秘藏》卷中)　黄芪一钱，麦门冬、当归身、生地黄、人参各五分，五味子十个。上为粗末，作一服，水二盏，煎至一盏，去渣，不拘时热服。功能益气养血。主治吐血久不愈。

补肺汤

本方见于《云岐子保命集论类要》卷下。由《备急千金要方》补肺汤加减而成。方由桑白皮、熟地黄各二两，人参、紫菀、黄芪、五味子各一两组成。上药为末，每服三钱，水煎，入蜜少许，食后服。功能补肺益肾，清火化痰。主治劳嗽，肺肾两虚，日晡发热，自汗盗汗，痰多喘逆；亦治虚劳短气自汗，时寒时热，易于感冒，舌色淡，脉软无力者。

本方所治虚劳咳喘，证属肺肾两虚，内有痰火，故用补肺益肾，清火化痰之法。方中人参大补元气，治肺气不足，虚咳喘促，自汗不止；黄芪补肺益气，实卫固表，治气虚喘促，自汗盗汗；熟地黄益肾补阴，养血益精，治肾阴不足，气短喘促；五味子益气强阴，敛汗生津，治肺虚喘咳，自汗盗汗；桑白皮，清肺降火，止咳定喘，治肺有邪热，咳嗽气喘；紫菀宣肺润燥，消痰止咳，治肺有痰浊，咳逆上气。六味配合，前四味补肺益肾而扶正，后两味清火化痰以祛邪。组方之旨是以扶正为主，祛邪为辅，故方中扶正之品多于祛邪之品，而扶正之中，又以补肺益气为主，故名补肺汤。临床用于虚劳咳喘属于肺肾两虚而兼有痰火者，以久嗽不止，呼吸气短，自汗盗汗，易于感冒，咳痰色黄，舌色淡，脉软无力等为辨证要点。

补肺汤(《备急千金要方》卷十七)　黄芪五两，甘草、钟乳、人参各二两，桂心、干地黄、茯苓、白石英、厚朴、桑白皮、干姜、紫菀、橘皮、当归、五味子、远志、麦门冬各三两，大枣二十枚。上十八味，㕮咀，以水一斗四升，煮取四升，分五服，日三夜二。功能补肺温肾，消痰平喘。主治肺气不足，胃有虚寒，痰阻气逆。症见咳喘短气，胸满气逆，喉咽闷塞，寒从背起，口中如含霜雪，言语失声，甚者吐血。

人参五味子汤(《幼幼集成》卷三)　人参一钱，漂白术一钱五分，白云苓一钱，北五味五分，杭麦冬一钱，炙甘草八分，生姜三片，大枣三枚。水煎，温服。功能益气健脾。主治久嗽脾虚，中气怯弱，面白唇白。

人参黄芪散

本方出自《卫生宝鉴》卷五。方由人参(去芦)一两，秦艽、茯苓各二两，知母二两半，桑白皮一两半，桔梗一两，紫菀一两半，柴胡二两半，黄芪三两半，地骨皮、生地黄各二两，半夏(汤泡七次)、赤芍药各一两半，天门冬(去心)三两，鳖甲(酥炙，去裙)三两，炙甘草一两半组成。上

药十六味，为粗末，每服三钱，水一盏半，煎至七分，去渣，食远服。功能补气养阴，止咳化痰。主治虚劳气阴两虚，肌肉消瘦，四肢倦怠，五心烦热，咽干口燥，颧颊发赤，心悸怔忡，潮热盗汗，咳嗽痰血，胸胁不利，舌红苔少，脉象细数。

本方所治证属虚劳发热，气阴两虚，故以益气养阴，退蒸止咳立法。方中人参、黄芪、茯苓、炙甘草益气健脾，地黄、地骨皮、鳖甲、芍药、天冬、知母滋阴清热，秦艽、柴胡祛邪退蒸，桔梗、紫菀、半夏、桑白皮止咳化痰。地骨皮与桑白皮配伍，则善于清肺化痰，止咳平喘；秦艽与鳖甲配伍，则喜于入阴分而退劳热骨蒸。合而成方，共成补养气阴之剂。临床以虚劳发热，消瘦盗汗，咳嗽痰血，舌质红，脉细数为辨证要点。

黄芪散(《太平圣惠方》卷七十) 黄芪、地骨皮、赤茯苓、麦门冬(去心)、赤芍药、生干地黄各一两，人参三分，柴胡一两半，黄芩、当归各三分，甘草(炙微赤)一分。上药捣，粗罗为散，每服四钱，用水一中盏，人生姜半分，煎至六分，去滓，不计时候温服。功能补气养血，滋阴退热。主治劳热羸瘦，四肢烦疼，口干舌燥，烦躁不安，食欲不振，困倦乏力，舌红脉细者。按人参黄芪散与黄芪散两方同为补养气阴之剂，但前者以参芪地冬辈配伍桑白皮、桔梗、紫菀、半夏可以止咳化痰，故适用虚劳气阴两虚而见劳嗽者；后者以参芪地冬辈配伍地骨皮、黄芩，以补气阴而清虚热，故可用于劳热羸瘦者。

人参黄芪散(《校注妇人良方》) 人参、黄芪(炒)、葛根、秦艽、赤茯苓、麦门冬各一钱，知母、甘草各五分。上药用姜三片，竹叶二、七片，水煎服。功能益气清热生津。主治身热烦躁口干。

五痿汤

本方出自《医学心悟》卷三。方由人参、白术、茯苓各一钱，甘草(炙)四分，当归一钱五分，苡仁三钱，麦冬二钱，黄柏(炒褐色)、知母各五分组成。水煎服。功能补中益气，养阴清热。主治痿证。症见肌肉筋骨痿弱无力，病初起者。

本方所治证属脾胃虚弱，肺热伤津所致。治以补中益气，养阴清热。方中人参、白术、甘草、薏苡仁、茯苓补中益气，脾胃健旺，津液气血充足，筋脉得濡而痿渐向愈。此方主治五脏痿证，用药着重脾胃，是据《内经》治痿独取阳明之旨。肺燥不能输津于五脏，则痿躄难行，故以麦冬甘寒清上以养肺润燥，肺液输布，则能下荫肝肾。黄柏泻火清热。当归、知母滋阴养血，合黄柏则泻火不复伤阴。诸药合用，脾胃得健，肺阴得滋，虚火得除，痿渐向愈。本方健脾益气，润燥清热，补中寓清，清中寓滋，用于脾胃虚弱，阴虚燥热，虚中夹实的痿证。临床以神疲纳少，舌质淡红苔薄黄，脉细数为辨证要点。原方加减："心气热，加黄连三分，丹皮、生地各一钱；肝气热，加黄芩、丹皮、牛膝各一钱；脾气热，加连翘一钱，生地一钱五分；肾气热，加生地、牛膝、石斛各一钱五分；肺气热，加天冬、百合各二钱；挟痰，加川贝、竹沥；湿痰，加半夏曲；瘀血，加桃仁、红花；如气血两虚，另用十全大补汤；肾肝虚热，髓减骨枯，兼用虎潜丸。"痿证初起湿热甚者及痿证后期髓减精少者，均非本方所宜。

清燥汤(《丹溪心法》卷四) 黄芪一钱五分，苍术一钱，白术、橘皮、泽泻各半钱，人参、白茯苓、升麻各三分，麦门冬、归身、生地黄、神曲、猪苓、酒柏、柴胡、黄连各一分，五味子九个，甘草(炙)二分。上药每服半两，水煎，空心服。功能健脾益气，清热燥湿。主治湿热成痿。

玉华煎(《医醇賸义》卷四) 玉竹四钱，五味一钱，麦冬三钱，沙参四钱，党参四钱，茯苓二钱，山药三钱，川断二钱，牛膝二钱。元米一撮，煎汤代水，入上药煎服。功能补肺气，养肺阴。主治肺脏气阴两虚，足膝无力，不能任地。

十全育真汤

本方出自《医学衷中参西录》。方由野台参、生黄芪、生山药、知母、玄参、生龙骨(捣细)、生牡蛎(捣细)各12克，丹参6克，三棱、莪术各4.5克组成。水煎服。功能补气养阴，化瘀固涩。主治虚劳。症见形体羸瘦，肌肤甲错，或自汗，咳逆，喘促，寒热不时，多梦纷纭，遗精，脉弦数细微。

本方所治证属气阴两虚兼有血瘀所致，故补养气阴与活血化瘀结合运用。方中人参、黄芪培元气，补肺气，气旺自能生水；知母寒润滋阴；山药、玄参补养真阴。虚劳之证多兼有血行痹阻，故用三棱、莪术调气活血化瘀，并行补药之滞，且与参、芪诸药并用，大能开胃进食。丹参养血和血化瘀，能助三棱、莪术消融瘀滞。龙骨、牡蛎取其收涩之性，助参、芪以固元气，且能止汗。虚劳见多梦自汗用之最良。本方补益与理气活血同用，配伍比较严密，正如张锡纯所说："凡治虚劳之证，固不敢纯用补药，然理气药多于补气药，则脉即加数，补气药多于理气药，则脉即渐缓。是知脉之数与不数，固视乎血分之盈亏，实尤兼视乎气分之强弱。故此十全育真汤中，台参、黄芪各四钱，而三棱、莪术各钱半，补气之药原数倍于理气之药。若遇气分虚甚者，犹必以鸡内金易三棱、莪术也。"

蛤蚧散

本方出自《圣济总录》卷四十九。《卫生宝鉴》卷十二载本方减杏仁量，不用生姜、酥，易名为人参蛤蚧散。方由蛤蚧(好者，汤洗十遍，慢火酥炙)一对，人参、白茯苓(去黑皮)、知母(炒)、贝母(去心，焙)、桑根白皮(锉)各二两，杏仁(汤浸去皮尖、双仁，焙，研)六两，甘草(炙，锉)五

两组成。上八味，捣七味为细末，入杏仁拌匀，每服一钱匕，生姜二片，酥少许，沸汤点服，日三夜一。现用法为共为细末，每服6—9克，日2—3次；或作汤剂，水煎服。功能补气清肺，化痰平喘。主治肺虚气弱，痰热久蕴致成肺痿。症见咳吐涎沫，咽中干燥，上气喘急，或咯痰黄稠，或咳吐脓血，胸中烦热，身体羸瘦，或面目浮肿，脉虚数。

肺痿一证，有寒热之别。本方主治由肺虚气弱，痰热久蕴所致，故以补气清肺而立法。方中蛤蚧补肺气，益精血，为治肺肾不足、虚喘久嗽之要药。《本草经疏》说"蛤蚧属阴，能补水之上源，则肺肾皆得所养而劳热咳嗽自除"；人参益肺虚，定喘嗽，与蛤蚧相配共为本方之君；贝母、杏仁下气化痰；桑白皮、知母泻肺清热；甘草、茯苓和中健脾，其中参、苓合桑白皮尚能补肺行水；知母、贝母犹可润肺止咳。诸药合用，益肺补虚，清肺化痰，俾气旺痰化，肺复肃降之常，则虚喘久嗽自愈。本方具有益肺补气，清化痰热之功，临床以久咳不愈，上气喘急，舌苔黄，脉虚数为辨证要点。现临床上对慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿及支气管扩张的咳嗽气喘，肺心病、风湿性心脏病的咯血、浮肿喘息等属肺虚痰热者，可配合运用本方。若虚寒肺痿，新咳或痰热壅盛之咳喘忌用。

独圣饼子(《圣济总录》卷五十)　蛤蚧(雌雄头尾全者，净洗，酒和蜜涂炙热)一对，人参(紫团参，如人头)一株。捣罗为末，熔蜡四两，滤去滓，和药末，作六饼子，每服空心，用糯米作薄粥一盏，投药一饼，趁热细细呷之。功能益气补肺。主治肺虚咳嗽，面及四肢浮肿。

人参胡桃汤(《济生方》卷二)　又名观音人参胡桃汤。人参(切片)寸许，胡桃(取肉，切片)五个。上作一服，用水一小盏，生姜五片，煎至七分，去滓，临卧温服。功能补肺肾，止喘咳。主治肺肾不足的喘急胸满，不能睡卧。《医说》卷三曾载此方，并注为《夷坚志》方。

参附汤

本方出自《校注妇人良方》卷九。为急救阳气暴脱的代表方剂。方由人参一两，附子(炮，去皮脐)五钱组成。上药作一服，姜枣水煎，徐徐服。功能回阳益气，救脱。主治元气大亏，阳气暴脱，出现手足厥逆，汗出粘冷，呼吸微弱，或上气喘急，或气短头晕，或大便自利，脐腹疼痛，或呃逆不食，脉象沉微欲绝等。

本方主治阳气暴脱所致的四肢厥逆，汗出，脉微垂危之证。《素问·生气通天论》称"阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰"，今阳气暴脱，危及生命，故当急救固脱，力挽垂危，故从大温大补，益气固脱而立法。方中人参甘温大补元气，附子大辛大热，温壮元阳，两药相配，具有上助心阳，下补肾命，中温脾土，共奏回阳固脱之功，用之得当，则能力救垂危。《删补名医方论》说："补后天之气无如人参，补先天之气无如附子，此参附汤之所由立也……二药相须，用之得当，则能瞬息化气于乌有之乡，顷刻生阳于命门之内，方之最神捷者也。"本方为回阳益气救脱之剂，只宜于脱证，对闭证禁用。据临床报道，本方治疗心力衰竭属于心肾阳虚，阳气欲脱，脉微欲绝，或兼咳喘气短，动则尤甚，手足不温，小便不利，或见浮肿汗出，脉虚数无力，舌淡嫩等症者，有显著疗效。对休克型肺炎，辨证属脱证厥逆者，用此方大补元气，回阳固脱，在用药12—15小时后即可使休克缓解。

参附汤(《圣济总录》卷五十九)　人参、附子(炮裂，去皮脐)、青黛各半两。上三味㕮咀如麻豆，每服二钱匕，水一盏，楮叶一片(切)，煎七分，去滓温服，日二夜一。功能补气温阳，兼清虚热。主治肾消，饮水无度，腿膝瘦细，小便白浊。

人参汤(《校注妇人良方》卷十九)　人参、当归各等份。上药为末，以猪腰子一枚，切片，水二盅，糯米半合，葱白二根，煮取汁八分，入药二钱，煎服。功能补气养血。主治产后气血不足，发热盗汗，内热晡热等。

芪附汤(《魏氏家藏方》)　黄芪(去芦，蜜炙)、大附子(炮，去皮脐)各等份。上药每服四钱，姜十片，水一钟，煎八分，食前温服。功能助阳固表。主治阳气虚衰，汗出不止，肢体倦怠。

独参汤(《十药神书》)　人参一两。㕮咀，加大枣五枚，水煎，不拘时服。功能益气固脱。主治元气大亏，阳气暴脱，面色苍白，神情淡漠，肢冷汗出，脉息微弱；现也用于大失血、创伤性休克、心力衰竭等危症的抢救。

参附益母汤(《辨证录》卷十二)　人参一两，附子一钱，益母草二钱。水煎服。功能益气回阳和血。主治产后血晕。

参附龙牡汤(《中医方剂临床手册》)　人参、附子、龙骨、牡蛎。水煎服。功能回阳益气，敛汗固脱。主治阳气暴脱，汗出肢冷，面色浮红，脉虚数或浮大无根。

拯阳理劳汤

本方出自《医宗必读》卷六。系从补中益气汤加减而成。又名拯阳汤、新定拯阳理劳汤。方由黄芪(酒炒)二钱，人参(去芦)二钱，肉桂(去皮)七分，当归(酒炒)一钱五分，白术(土炒)一钱，甘草(酒炒)五分，陈皮(去白)一钱，北五味(打碎)四分组成。水二钟，姜三片，枣肉二枚，煎一钟服。功能补脾益气，助阳固表。主治劳伤气耗，倦怠懒言，动作喘乏，表热自汗，心烦，偏身作痛；脾阳不振，食少倦怠，形体怕冷，少气懒言，大便溏泄，或完谷不化，肠鸣腹痛，舌淡苔白，脉虚弱。

本方所治证属劳伤气耗，中阳不振所致。故用补脾益气，助阳固表之法。方中人参、白术益气补脾，黄芪益气固表，配人参、白术有甘温除热之功，肉桂助阳祛寒，四药并用，既能益气，又能助阳，不仅能祛在里之虚寒，同时亦除在表之虚热。气虚则血虚，故配当归以补血。气虚则津液不敛，故配五味以收敛津液。配陈皮，寓行于补，

以使补而不滞；用生姜、枣肉温中补脾，并可调和荣卫。配合成方，共奏补脾益气，助阳固表的功效。气充阳复，则诸症自已。本方为益气助阳之剂，临床用治虚劳气弱阳虚之证，以食少倦怠，少气懒言，形体怕冷，自汗气喘，大便溏泄，舌苔淡白，脉虚弱等为辨证要点。原书加减："如烦热口干，加生地黄；气浮心乱，加丹参、枣仁；咳嗽加麦门冬；祛湿加茯苓、苍术；脉沉迟加熟附子；脉数实去桂，加生地黄；胸闷倍陈皮，加桔梗；痰多加半夏、茯苓；泄泻加升麻、柴胡；口渴加干葛；夏月去肉桂，冬月加干姜。"阴虚生热，脾虚湿困而腹胀、腹泻者，均不宜用。

拯阳汤（《罗氏会约医镜》卷九） 黄芪（蜜炙）一两，白术三钱，附子二至三钱，干姜（炒黄）一钱半，甘草（炙）一钱，熟地一两，当归身三钱。水煎，温服。如泄泻去当归，加乌梅二枚。此方加参更佳。功能补气固脱。主治血脱气虚，神志昏愦。

干颓汤

本方出自《医学衷中参西录》。由《内外伤辨惑论》的当归补血汤加味衍化而成。方由生箭芪150克，当归、甘枸杞果、净杭萸肉各30克，生滴乳香、生明没药各9克，真鹿角胶（捣碎）18克组成。先将黄芪煎十余沸，去渣，再将当归、枸杞、萸肉、乳香、没药入汤同煎十余沸，去渣，入鹿角胶末融化，取汤两大盅，分二次温饮下。功能益气补血，化瘀通络。主治中风后半身不遂，下肢痿废，脉微细弱。

原书以本方用治脑贫血引起痿废、偏枯。由胸中大气虚损，营虚血滞，肢体不得濡养所致。故原书指出："欲治此证者，当以补气之药为主，以养血之药为辅，而以通活经络之药为使也。"方中重用黄芪补气，俾气旺而能斡旋，流通血脉；当归养血和营，能利筋骨而治痿躄；肝主筋，肾主骨，营血虚滞，必筋痿髓减，故配枸杞子、山茱萸补肝益肾，鹿角胶生精补髓；更以乳香、没药开血痹，化久瘀。其中黄芪合当归，有阳生阴长，补气生血之妙；得乳、没则更有气旺血行，瘀化络通之功。诸药合用，益气血兼化瘀滞，养肝肾以健骨生髓，如此者则痿废、偏枯自愈。现临床上对于脑血管意外后遗症、小儿麻痹后遗症以及其他原因引起的半身不遂、下肢痿躄等属气虚血滞，肝肾不足者，亦可以本方加减治之。若痿废由湿热浸淫所致，偏枯见肝旺风阳上扰，则均非本方所宜。

黄芪九物汤（《医醇賸义》卷一） 黄芪二钱，防风一钱，党参五钱，茯苓二钱，白术一钱，鹿角胶（角霜炒）一钱五分，独活（酒炒）一钱，牛膝二钱，甘草五分，大枣二枚，姜三片。水煎服。功能益气健脾，扶正祛风。主治气虚手足弛纵，食少神疲，不能步履。

补脑振痿汤（《医学衷中参西录》） 生箭芪60克，当归、龙眼肉各24克，杭萸肉、胡桃肉各15克，䗪虫（大者）3枚，地龙（去净土）、生乳香、生没药各9克，鹿角胶18克，制马钱子末0.9克。将前九味煎汤两盅半，去渣，将鹿角胶入汤内融化，分两次送服制马钱子0.45克。功能益气补血，养肝滋肾，活血通络。主治肢体痿废偏枯，脉象极微细无力，服药久不愈者。

健固汤

本方出自《傅青主女科》卷上。由《太平惠民和剂局方》四君子汤衍化而成。方由人参五钱，白茯苓三钱，白术（土炒）一两，巴戟（盐水浸）五钱，薏苡仁（炒）三钱组成。水煎，连服十剂。功能益气健脾，渗湿止泻。主治妇人脾虚湿盛，经前泄水。

本方所治证属脾虚气弱，湿浊下注所致。《傅青主女科》指出："脾虚则土不实，土不实而湿更甚，所以经水将动，而脾先不固，脾经所统之血，欲流注于血海，而湿气乘之，所以先泄水而后行经也。"由此立益气健脾，渗湿利水法以治之。白术味苦而甘，《本草求真》称其"脾脏补气之第一要药"，故方中重用为君药，燥湿健脾，以资运化；人参益气扶脾为臣，参术相配则补中气，扶中土，运水湿之功倍增；茯苓、薏苡仁健脾渗湿，巴戟温肾，缓脾助运，三者合用，共为佐使，方于补脾之中稍佐温肾之品，以使脾复健运，土旺湿化，则经前泄水自愈。故傅青主谓：本方"不在先治其水，而在先治其血；抑不在先治其血，而在先补其气。"待"脾气日盛，自能运化其湿，湿既化为乌有，自然经水调和"。临床运用本方以面色㿠白，不思饮食，腰腿酸软，舌淡白，脉沉细为辨证要点。妇人月经期间或行经前面目浮肿，或经行腹泻见上述症状者，亦可以本方治之。

参苓壮脾丸（《太平惠民和剂局方》卷三） 人参、白术、茯苓（去皮）、肉桂（去粗皮，不见火）、缩砂（去皮）、干姜、胡椒、麦蘖（微炒）、神曲、山药、白扁豆（炒）。上药各等份，为末，炼蜜为丸，如弹子大，每服一丸细嚼，白汤送下，温酒也可，空心食前服。功能育神养气，和补脾胃。主治脾胃虚弱，脏腑虚寒，胸膈痞闷，反胃呕吐，胸满气短，不能饮食，及久病泄利。

五君子煎（《景岳全书·新方八阵》卷五十一） 人参二三钱，白术、茯苓各二钱，炙甘草一钱，干姜（炒黄）一二钱。水一钟半煎服。功能补脾益气，温中祛寒。主治脾胃虚寒，呕吐泄泻而兼湿者。

术苓固脾饮（《辨证录》卷十一） 白术一两，茯苓、人参、山药、芡实各五钱，肉桂五分，肉豆蔻一枚。水煎服。功能益气健脾，涩肠止泻。主治脾虚泄泻，日久不愈，腹痛喜按，倦怠神疲。

参术饮

本方出自《丹溪心法》卷五。方由人参、白术、甘草、当归、熟地黄、川芎、陈皮、半夏（制）、白芍组成。上药㕮

咀，入生姜煎，空心服。功能益气养血，健脾化痰。主治妊娠转胞，脐下急痛，小便不通。妊娠期间，小便不通，小腹胀急疼痛，心烦不得卧，称为"转胞"。本方所治证属孕妇气血虚弱，痰饮壅滞，无力举胎，胎元下坠，压迫膀胱，以致膀胱不利，水道不通，脐下急痛。故治宜补养气血，升举胎元，与健脾化痰，结合运用。本方即八珍汤去茯苓加陈皮、半夏所组成。当归、川芎、白芍、熟地黄养血安胎，人参、白术、甘草补气健脾以载胎，气升则水自下降。半夏、陈皮理气化痰，以消痰饮，其中半夏"利窍而泄小便"(《本草纲目》卷十七)，张元素说："孕妇忌之，用生姜则无害"，用时入生姜同煎，故无碍胎之弊。诸药合用，脾健痰消，气旺胎举，胎不下坠，膀胱不受压迫，小便自然畅利，则脐下急痛自除。本方在临床运用治气血虚弱，痰饮壅滞所致的转脬，以小便不通，小腹胀急疼痛，坐卧不安，面色㿠白，神疲，舌淡苔薄腻，脉虚滑为辨证要点。

资生丸

本方出自《先醒斋医学广笔记》。又名保胎资生丸、健脾资生丸、资生健脾丸。系由《太平惠民和剂局方》参苓白术散加味组成。方由人参(人乳浸，饭上蒸，烘干)三两，白术三两，白茯苓(细末水澄蒸晒干，入人乳再蒸晒干)一两半，广陈皮(去白，略蒸)二两，山楂肉(蒸)二两，甘草(去皮，蜜炙)五钱，怀山药(切片，炒)一两五钱，川黄连(如法炒七次)三钱，薏苡仁(炒三次)一两半，白扁豆(炒)一两半，白豆蔻仁(不可见火)三钱五分，藿香叶(不见火)五钱，莲肉(去心，炒)一两五钱，泽泻(切片，炒)三钱半，桔梗(米泔浸，去芦，蒸)五钱，芡实粉(炒黄)一两五钱，麦芽(炒研磨，取净面)一两组成。(《医略六书》有神曲，无黄连、泽泻；《绛雪园古方选注》有厚朴、神曲；《兰台轨范》无泽泻，有神曲、砂仁；《全国中药成药处方集》上海方，有六神曲、党参，无人参)。上药共十七味，如法修事，细末，炼蜜丸如弹子大，每丸重二钱，用白汤，或清米汤、橘皮汤、炒砂仁汤嚼化下。现用法为上药粉碎成细粉，过筛，混匀，水泛成丸(20 粒重 1 克)，口服每次 6 克，日 2 次。功能健脾开胃，消食止泻。主治脾胃虚弱，食不运化，脘腹胀满，神倦乏力，面色㿠白，大便溏泄，舌淡苔腻微黄，脉虚软。亦治妊娠三月，脾虚呕吐，或胎滑不固；小儿疳积，神疲便溏。

本方所治证属脾胃气虚挟有湿热，治宜补益脾胃与理气化湿结合。方用人参、白术、山药、茯苓、甘草补气健脾；藿香、白豆蔻芳香和胃，化湿快膈；山楂肉、麦芽消食化积，健脾助运；芡实、莲肉、扁豆健脾气，厚肠胃；黄连、薏苡仁、泽泻清湿热，利小便；陈皮理气和中，更以桔梗宣肺理气，借肺之布精而养周身。综观全方，以补气为主，配合理气、化湿、消导，照顾全面，诚为调理脾胃平和之剂。该方使脾胃充润则津液日滋，而输脾归肺，五脏皆受其荫，五脏气充，则生机勃然，由于本方能调理脾胃，益气健脾，故可用于脾虚所致的妊娠呕吐、胎滑不固及小儿疳积。罗东逸说："此方始于缪仲醇，以治妊娠脾虚及胎滑……既无参苓白术散之补滞，又无香砂枳术丸之燥消，能补能运，臻于至和。"原方主治证候是作为调理脾胃，益气安胎之剂。目前本方已广泛应用于内科、儿科，为脾胃虚弱兼有湿热的调理之剂。临床常以食不运化，面色㿠白，大便溏泄，舌淡苔腻微黄，脉虚软为辨证要点。气虚发热，津液不足者慎用；药后忌食生冷油腻硬物。

加味资生丸(《医略六书》卷十九) 又名九味资生丸。人参三两，白术(炒)三两，茯苓两半，橘红一两，神曲(炒)二两，白蔻(去壳，炒)五钱，黄连(酒炒)三钱，炙草五钱，楂肉(炒)三两。为末，炼蜜为丸，食后温嚼三钱。功能健脾理气，清热化湿。主治脾胃久虚，湿热内滞，不能运化饮食而面黄倦怠者。

资生汤(《医学衷中参西录》) 生山药 30 克，玄参 15 克，于术 9 克，生鸡内金(捣碎)6 克，牛蒡子(炒捣)9 克。热甚者加生地黄。水煎服。功能健补脾胃，止嗽定喘。主治劳瘵羸弱已甚，饮食减少，喘促咳嗽，身热脉虚数者；亦治女子血枯无经水。

保元汤

本方出自《博爱心鉴》卷下。是魏桂岩从《太平惠民和剂局方》四君子汤和《兰室秘藏》黄芪汤加减化裁而成。方由人参(制)三钱至五钱，黄芪(锉，痘发足后未收者，蜜炙)五钱至七钱，甘草(寒则炙用，热则生用)七分至一钱，官桂(去粗皮，锉)五分至七分，夏月二分至三分组成。水煎服。功能补气温阳。主治虚损劳怯，元气不足，倦怠乏力，少气畏寒；以及痘疮阳虚顶陷，血虚浆清，不能起发灌浆者。

本方所治证属元气不足所致，治宜补气温阳。方中人参大补元气，治虚损劳怯；黄芪补肺固表，增强卫外机能；甘草补脾和中，调和诸药；肉桂温肾助阳，且善鼓舞气血运行。诸药合用，参、芪得桂之引导，则益气之功更著；桂得草之和平，则温阳而调理气血。前人尝谓气虚不愈，诸药不效者，惟有益脾补肾。此方两顾脾肾兼以保肺，所以能治真元不足，阳气偏虚之候。痘疮阳虚顶陷，血虚浆清，皮薄发痒，难灌难敛，采用此方，亦取其阳生阴长之理。本方系魏桂岩从李东垣黄芪汤发展而来。东垣黄芪汤只用参、芪、草三味，治慢惊脾肾虚寒。魏氏从实践中体会用四君子汤加黄芪、紫草，固然能使痘发足而解，倘遇出盛者则不能成浆，以致干竭枯萎而死者亦有之。深究其义，"术苓虽益气而性皆利燥"，不利于气血不足之体，减去苓、术则应手而效；但又因其药性太缓，发之不速，乃加官桂以助药力，且分四时之气而增损之，于是疗效益显，因名方为保元。本方为温补元气之剂，以倦怠乏力，少气畏寒，舌淡，脉虚弱为辨证要点。原书谓："川芎、当归、茯苓、白术、芍药、紫草、陈皮、五味子、麦门冬、木

香、肉豆蔻、鼠黏子、荆芥穗、黄连、山楂、糯米、陈黄米、生姜等临时对证加入汁方,但不可过多。"本方偏于温补,阴虚内热者不宜使用。

黄芪汤(《兰室秘藏》) 黄芪二钱,人参一钱,甘草(炙)五分。㕮咀,水煎,食远服。功能温补元气。主治小儿慢惊风。若加白芍药尤佳。

人参实卫汤(《张氏医通》卷十六) 人参、黄芪、炙甘草、白术、芍药。初发加桂枝,久疟加乌梅。功能益气固卫。主治疟疾,自汗不止。

人参固肌汤(《张氏医通》卷十六) 人参、黄芪、炙甘草、当归、白术、茯苓、枣仁、忍冬、连翘。功能补气固表,温阳托毒。主治痘疮表虚,斑烂不能收靥。

补气黄芪汤

本方出自《圣济总录》卷八十六。方由黄芪(锉)、人参、茯神(去木)、麦门冬(去心,焙)、白术、五味子、桂(去粗皮)、熟干地黄(焙)、陈橘皮(去白,焙)、阿胶(炙燥)各一两,当归(切,焙)、白芍药、牛膝(酒浸,切,焙)各三分,甘草(炙,锉)半两组成。上十一味,粗捣筛,每服三钱匕,入生姜三片、枣二枚(擘破),同煎至六分,去滓,食后温服。功能补脾益肺,养血益阴。主治肺劳,气阴不足,饮食减少,气短无力,手足颤掉,面浮喘嗽者。本方治证属肺脾气阴不足所致,治宜补气益阴。方中黄芪补肺益气为主药;辅以人参、白术、茯神、甘草健脾益气,培土生金;麦冬、五味子、阿胶养阴,熟地黄、当归、白芍养血,合则养血益阴;肉桂心温阳,牛膝下行,陈皮调中,使补而不壅。诸药冶为一炉,则补脾肺,益气阴,而用于肺脾气阴不足之证。

可保立甦汤

本方出自《医林改错》卷下。方由黄芪(生)二两五钱,党参三钱,白术二钱,甘草二钱,当归二钱,白芍二钱,枣仁(炒)三钱,山萸一钱,枸杞子二钱,故纸一钱,核桃(连皮打碎)一个组成(原书指出:"此方分两,指四岁小儿而言。若两岁,分两可以减半。若一岁,分量可用三分之一。若两三个月,分量可用四分之一")。水煎服。功能大补元气,温养脾肾。主治病久气虚所致的慢惊风。症见手足缓缓抽搐,项背后反,两目天吊,口流涎沫,昏沉不省人事,面色㿠白,舌质淡,脉沉细。

小儿慢惊风总属脾肾虚寒,治宜温补脾肾。钱乙指出:"慢惊合温补"。王清任继承前人经验,提出"抽风不是风"之论,认为本方所治证属病久气虚所致,创立大补元气,温养脾肾的治法。方中重用黄芪大补元气;党参、白术、甘草益气健脾;当归、白芍养血;山茱萸、枸杞子、补骨脂、核桃肉益肾;炒枣仁安神镇惊。诸药合用,共奏益气养血,温补脾肾之功。张山雷认为慢惊风"既有多睡露睛、大便泄泻等证,无不以温补脾肾为急"。本方主治气虚所致的慢惊风,以形神疲惫,嗜睡,面色㿠白,似搐非搐,舌质淡,脉沉细为辨证要点。原书指出:"不必拘于付数。余治此症,一日之间,常有用两三付者。服至不抽,必告知病家,不可因不抽,遂不服药,必多服数付,气足方妥。"因正不胜邪,出现内闭外脱者,若邪热已去,脱证已固,元气仍虚,神衰,舌淡者,可用本方。

固真汤(《证治准绳·幼科》集之二) 人参(去芦)、附子(汤浸泡裂,去皮脐)、白茯苓(去皮)、白术各二钱五分,山药(去黑皮)、黄芪(蜜水涂炙)、肉桂(去粗皮)、甘草(湿纸裹煨透)各二钱。上药㕮咀,每服二钱,水一盏,姜三片,枣一枚,煎七分,空心温服或不拘时服。功能扶阳益气,温补脾胃。主治吐泻痢后,脾虚慢惊,四肢口鼻气冷,沉困不省人事。

足卫和荣汤(《医林改错》卷下) 黄芪一两,甘草二钱,白术二钱,党参三钱,白芍二钱,当归一钱,枣仁二钱,桃仁(研)一钱五分,红花一钱五分。水煎服。功能补元气,化瘀血。主治痘后抽风及周身溃烂。

透脓散

本方出自《外科正宗》卷一。方由黄芪四钱,山甲(炒末)一钱,川芎三钱,当归二钱,皂角刺一钱五分组成。水二钟,煎一半,随病上、下,食前、后服之,临服入酒一杯更好。功能补气益血,托毒溃脓。主治痈疡内已成脓,无力外溃。

本方所治证属气血不足,无力托毒排脓外出。脓由气血不调,郁热腐化所生。因此痈疽等的出脓,是使毒气随脓外泄,它和伤寒表证从汗而解,腑证从下而解,有着相似的病机。此由气血不足,无力托毒排毒,治当补气益血,托毒溃脓。方中用生黄芪益气托毒排脓,为疮家圣药,是为君药。臣以当归、川芎养血活血,畅行气血;穿山甲、皂角刺消散通透,直达病所,溃坚排脓;加酒少许,通经行瘀,以助药势,共为佐使药。诸药合用,共奏补托排脓之功。本方对于痈疮痈脓已成,体虚无力外透者,可促使其溃坚透脓,故取名透脓散(实为汤剂)。本方主要用于痈疡内已成脓,由于气血不足,不但不能托毒化脓,且有脓亦不能速溃者。若气血虚甚,不易溃脓外出者,加党参、白术、甘草以补气生血。若热象明显者,可加金银花、连翘、白芷、牛蒡子、蒲公英等清热解毒。若溃后脓液清稀,流出不易,可加鹿角胶、肉桂以温补血脉,使得脓稠出畅。

中和汤(《证治准绳·疡医》卷一) 又名冲和汤。人参、陈皮各二钱,黄芪、白术、当归、白芷各一钱半,茯苓、川芎、皂角刺(炒)、乳香、没药、金银花、甘草节各一钱。水、酒各半煎服。功能补益元气,活血消痈。主治疮疡属半阴半阳,似溃非溃,似肿非肿,元气虚弱者。

透脓散(《医学心悟》卷六) 黄芪四钱,白芷、川芎、

牛蒡子、穿山甲(炒研)各一钱,当归、银花各五分。水、酒各半煎服。功能益气活血,透脓解毒。主治脓肿难溃,且有热毒者。

代刀散(《外科证治全生集》卷四)　皂角刺、黄芪(炒)各一两,生甘草、乳香各五钱。各研细末,陈酒送下,每服三钱;或作汤剂,水煎服。功能托毒排脓,散瘀止痛。主治痈疮肿毒,漫肿无头,或硬结不能成脓,或脓成不能穿溃。

托里透脓汤(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十三)　人参、白术(土炒)、穿山甲(炒,研)、白芷各一钱,升麻、甘草节各五分,当归二钱,生黄芪三钱,皂角刺一钱五分,青皮(炒)五分。水三钟,煎一钟,病在上部,先饮煮酒一钟,后热服此药;病在下部,先服药后饮酒;疮在中部,药内兑酒半钟热服。功能益气补血,托毒排脓。主治痈疽肿毒,气血亏损者。

四物汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷九。是从《金匮要略》胶艾汤加减而成。为补血调经的基本方剂。方由当归(去芦,酒浸,炒)、川芎、白芍药、熟干地黄(酒洒蒸)各等份组成。上为粗末,每服三钱,水一盏半,煎至八分,去渣,空心食前热服。现用法为作汤剂,水煎服。功能补血调经。主治营血虚滞所致的月经不调,经闭,经痛,崩中漏下,及一切血虚而见头晕目眩,耳鸣,唇爪无华,舌质淡,脉细或细涩。

本方所治证属营血亏虚,血行不畅,疏泄失调所致。治宜补其营血,行滞调经。方中用当归补血养肝,和血调经,为君药;臣以熟地黄滋阴补血;佐以白芍养血柔肝和营;使以川芎活血行气,畅通气血。四药合用,补而不滞,滋而不腻,养血活血,可使营血调和。因此,血虚可以补血,血滞可以行血,构成既能补血,又能调经的方剂。临床上可用于一般营血虚滞,特别对于妇女月经不调、痛经等尤为多用。所以柯韵伯说它是"肝经调血之专剂,非心经生血之主方"。本方是补血的常用方,也是调经的基本方剂。凡血虚证,月经不调,经闭,痛经,胎前产后等病证,均可用本方加减治疗。运用时以唇爪无华,舌淡脉细为辨证要点。方中地、芍均属阴药,有碍中焦阳气的温运,对于平素脾胃阳虚,食少便溏者,又非所宜。本方证若兼气虚者可加人参、黄芪;若兼瘀血者加桃仁、红花;若血虚兼寒者可加肉桂、炮姜;若血虚有热者可加牡丹皮、黄芩;若崩中漏下者可加阿胶、艾叶、茜草根;欲行血则以白芍易赤芍;欲止血去川芎。

当归散(《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》)　当归、黄芩、芍药、芎䓖各一斤,白术半斤。上五味,杵为散,酒饮服一方寸匕,日再服。功能养血安胎。主治妇人妊娠,血虚有热,胎动不安,以及产后虚弱,恶露不行。

桂枝四物汤(《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四)　当归、熟地、川芎各二钱,白芍(炒)、桂枝各三钱,甘草(炙)一钱。加姜、枣,水煎服。功能养血和营,解肌散风。主治经期外感风邪,头身疼痛,恶寒发热,汗出,脉浮缓者。

麻黄四物汤(《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十四)　当归、熟地、白芍、川芎各二钱,麻黄、桂枝各一钱,杏仁十粒,甘草一钱。加姜、枣,水煎服。功能养血解表,发散风寒。主治经期外感风寒,头身疼痛,无汗恶寒,脉浮紧者。

当归补血汤

本方出自《兰室秘藏》卷下。为补气生血的代表方剂。方由黄芪一两,当归(酒制)二钱组成。上药㕮咀,都作一服,水二盏,煎至一盏,去滓,稍热空心服。功能补气生血。主治劳倦内伤。症见肌热面赤,烦渴欲饮,脉洪大而虚,重按无力;以及妇人产后体虚发热,头痛,或疮疡溃后,久不愈合者。本方所治证属劳倦内伤,血虚气弱所致。故方中重用黄芪大补脾肺之气,以资生血之源。配以当归养血和营,则阳生阴长,气旺血生,虚热自退,此乃李东垣用当归补血汤的本旨。本方为补气生血之剂,临床常用于失血,妇女崩漏,产后血虚发热,及疮疡溃后,久不愈合属血虚气弱者。对于阴虚火旺者忌用本方。

当归补血汤(《原机启微》卷下)　熟地黄、当归各六分,川芎、牛膝、白芍药、炙草、白术、防风各五分,生地黄、天门冬各四分。作一服,水二盏,煎至一盏,去滓,稍热服,恶心不进食者加生姜同煎。功能补血明目。主治衄血,便血,妇人产后崩漏;及亡血过多,致睛珠疼痛,不能视物,羞明酸涩,眼睫无力,眉棱骨及太阳穴酸痛者。

加减当归补血汤(《傅青主女科》卷上)　当归(酒洗)一两,黄芪(生用)一两,三七根末三钱,桑叶十四片。水煎服。功能益气补血,固崩止血。主治年老血崩。

加减补血汤(《医学衷中参西录》)　生黄芪30克,当归、真鹿角胶(另炖同服)、丹参、明乳香各9克,龙眼肉15克,甘松6克。水煎服。功能益气补血。主治内中风,气血两亏者。症见身形软弱,肢体渐觉不遂,或头重目眩,或神昏健忘,或觉脑际紧缩作痛,甚或昏仆,移时苏醒,致成偏枯,或全身痿废,脉象迟弱。

大营煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由当归二三钱或五钱,熟地三、五、七钱,枸杞二钱,炙甘草一二钱,杜仲二钱,牛膝钱半,肉桂一二钱组成。上药以水二钟,煎七分,食远温服。功能补阴养血,和营壮肾。主治真阴精血亏损,及妇女月经后期,量少色淡,少腹疼痛,喜暖,腰酸足软,或血虚受寒,心腹疼痛,筋骨疼痛。本方主治真阴亏损,精血不足者,故重用熟地黄、当归以

养阴补血,配以枸杞子、杜仲、牛膝益精补肾,上药均为补养肝肾精血之要药。用肉桂之意,一则在于温里祛寒,二则在于"善补阴者必于阴中求阳,则阴得阳升,而泉源不竭"。用甘草之意,一则取其健补脾胃,调和诸药;二则取其配熟地黄以疗阴虚。合而成方,共成补肾养血之剂。如寒滞在经,气血不能流通而筋骨疼痛较甚者,可酌加制附子以温经祛寒止痛。如兼气虚者,可酌加人参、白术。

小营煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。由《太平惠民和剂局方》四物汤加减衍化而来。方由当归二钱,熟地二三钱,芍药(酒炒)二钱,山药(炒)二钱,枸杞二钱,炙甘草一钱组成。水二钟,煎七分,食远温服。功能养血滋阴。主治阴虚血少,面黄乏力,心烦心悸,舌淡苔薄,脉象细弱者;或阴虚水亏,伤动血脉而为吐衄者;亦用于妇女月经后期,量少色淡,小腹空痛,面色萎黄,头晕心悸,舌淡苔薄,脉象虚细者。

本方主治血少阴虚,以补血养营之品而立法。取当归、熟地黄养血滋阴,配伍芍药以助其益阴养营之功,更加山药、枸杞子滋补脾肾,润养益精,复加甘草和中而助补养。熟地黄与枸杞子相配,则滋肾益阴之功益著,山药与甘草相伍,则补益脾肾之功更佳。合而成方,共奏养血滋阴,益精补肾之剂,故对阴虚血少者可以应用。至于治疗虚损吐血,虽无止血之品,但重在"甘纯养阴之品,以静制动,以和治伤,使阴气安静得养,则血自归经"。如吐衄较多者,亦可酌加侧柏叶、大小蓟之类,或配合十灰散同用。如营虚于上而为惊恐怔忡不眠多汗者,加酸枣仁、茯神各二钱。如营虚兼寒者,去芍药加生姜。如气滞有痛者,加香附一二钱,引而行之。如阴虚火旺而见吐衄者,可酌加知母、黄柏等泻火药。如阴虚血少而兼胃纳不佳者,可酌加木香、砂仁等以助芳香开胃。凡房劳过度,肾阴虚损,胸胁隐隐作痛;或血少阴虚喘急者,此方亦可应用。

本方与大营煎同为补养阴血之剂,但两者有所不同。大营煎配伍肉桂,以助活血祛寒;本方则属纯甘养阴,多用治阴虚血少者。

定经汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由菟丝子(酒炒)一两,白芍(酒炒)一两,当归(酒洗)一两,大熟地(九蒸)五钱,山药(炒)五钱,白茯苓三钱,芥穗(炒黑)三钱,柴胡五分组成。水煎服。功能补益肝肾,调摄冲任。主治肝肾气郁,精血亏损。症见经水或前或后,量少色淡,头眩耳鸣,面色无华,腰脊酸痛,舌质淡白,脉沉缓。

本方所治证属肝肾气郁,治宜调摄冲任。方中熟地黄、当归、白芍、菟丝子养血补肝肾;山药、茯苓健脾益气,脾健则血充精旺;柴胡、芥穗疏通肝肾之气,其中芥穗炒黑又能止血,使疏中微寓收涩。各药合用,正如傅青主所说:"此方舒肝肾之气,非通经之药也;补肝肾之精,非利水之品也。肝肾之气舒而精通,肝肾之精旺而水利。"冲任调摄,经水自然定期而至。原书附注:"有外感者,宜加苏叶一钱;有内伤者,宜加神曲(炒)二钱;有因肉食积滞者,再加山楂肉(炒)二钱;若肝气郁抑,又当以逍遥散为主,有热加栀炭、丹皮,即加味逍遥散。"本方取其补益肝肾精血,疏利肝肾之气,以此加强调节肝肾功能,达到调整周期的目的。临床以经来断续,或前或后,无一定之期,量少色淡,腰酸,舌质淡,脉沉缓为辨证要点。

养精种玉汤

本方出自《傅青主女科》卷上。由《太平惠民和剂局方》四物汤去川芎加山茱萸而成。方由大熟地(九蒸)一两,当归(酒洗)五钱,白芍(酒炒)五钱,山萸肉(蒸熟)五钱组成。水煎服。功能补血养精。主治血虚精亏,久不孕育,症见闭经或经来量少色淡,经期延长,或有时后期,形体瘦弱,面色萎黄,皮肤不润,头晕目眩,心悸,舌淡苔薄,脉细弱。

本方所治证属精血亏损所致。肾藏精,肝藏血,肝肾阴虚,精血不足,内火暗动,胞宫失养,以致久不孕育,故用补血养精之法。方中熟地黄能补肾水,益真阴,生精血,为主药;当归补血和血,白芍养血敛阴,助熟地黄以增强补血之功,山茱萸滋肾补肝,强阴益精,助熟地黄以促进养精之效,三味俱为辅助药。配合成方,共奏补血养精的功效。原书说:"此方之用,不特补血而纯于填精,精满则子宫易于摄精,血足则子宫易于容物,皆有子之道也。"因其具有养精种子之功,故名养精种玉汤。原书附注:服药三月后不孕,仍照原方加杜仲二钱(炒去丝),续断二钱,白术五钱(土炒焦),云苓三钱。服本方时,宜节欲三至三月,心静神清,方能奏效,否则,只可身体壮健,未必能受孕。

养血补心汤(《辨证录》卷十一) 熟地五钱,白芍五钱,当归一钱,茯苓二钱,山茱萸五钱,菊花一钱,丹皮二钱,山药三钱,杜仲二钱,牛膝一钱。水煎服。功能补血养精,清肝健脾。主治血虚精亏,肝火暗动,久不孕育。本方即养精种玉汤加牛膝、杜仲、山药、丹皮、菊花、茯苓而组成。

五美丹(《辨证录》卷十一) 熟地一两,当归、山茱萸、麦冬、山药各五钱。水煎服。功能补血养阴。主治血虚阴亏,久不孕育。

阿胶汤

本方见于《医宗金鉴·妇科心法要诀》卷四十六。系四物汤加味而成。方由熟地、川芎、白芍、当归、阿胶、黑

栀子、侧柏叶、黄芩组成。水煎服。功能清热凉血，养血安胎。主治妊娠血热，胎漏下血。本方治证多因妊娠后，阳热偏盛，热伤冲任，迫血妄行所致，治宜清热凉血，养血安胎。方中熟地黄、白芍养血益阴，补肝肾而荫胎；当归、川芎养血和血，调冲任而理血气，四者同伍，血源充裕，则胎儿得养；阿胶养血益阴，止血安胎，成无己谓："阴不足者，补之以味，阿胶之甘，以补阴血"；血得热则行，得寒则静，黑栀子、黄芩清热凉血，以止漏血；侧柏叶助阿胶止血，配芩、栀以增清热凉血之力。全方共奏清热凉血，养血安胎之效。俾血海宁静，胎孕得养，自无胎动漏下之苦。

阿胶散(《校注妇人良方》卷十二）　熟地黄二钱，白芍药、艾叶、当归、黄芪（炒）、甘草、阿胶（炒）各一钱。加姜、枣，水煎服。功能益气养血，止血安胎。主治跌仆损伤胎元，胎动下血。

阿胶汤(《证治准绳·女科》卷四）　阿胶（炙燥）、熟干地黄（焙）、艾叶（微炒）、芎䓖、当归（切，焙）、杜仲（去粗皮，炙，锉）、白术各一两。上药哎咀，每服四钱，水一盏半，枣三枚擘破，同煎至八分，去滓，食前温服。功能养血补肾安胎。主治肝肾不足，数堕胎，小腹疞痛不可忍。

猪蹄汤

本方出自《备急千金要方》卷二。原书无方名，《太平惠民和剂局方》命名为猪蹄汤，《医学正传》又名母猪蹄汤。为通乳良方。方由猪蹄（熟炙，捶碎）二枚，通草（细切）八两组成（《太平惠民和剂局方》通草为五两；《医学正传》通草为四两，母猪蹄一只；《医方集解》引《灵苑方》猪蹄一只，通草（即木通）一两）。上二味，以清酒一斗浸之，稍稍饮尽，如乳不下，再服。功能补血通乳。主治产妇血虚，乳汁不下。妇人乳汁为气血所化，无血则乳无以生，产妇血虚，不能化生乳汁而致缺乳。故从补化源，兼通利立法。方中猪蹄补血通乳，以培乳汁化生之源；木通通窍下乳，畅通乳络。两药配合，使血旺络通，则乳汁逐步增多。本方为补血通乳的名方，使用时以产后乳少，或乳汁清稀，面色无华，舌质淡，脉虚细为辨证要点。服本方同时，乳房可用热敷，以温行气血；饮食宜淡而不宜咸，并忌辛辣酸味。如乳头凹陷，乳头破裂，婴儿不能吮吸者，要针对原因治疗。

猪蹄汤(《景岳全书·妇人规古方》卷六十一）　猪蹄一付，通草二两，川芎一两，甘草一钱，穿山甲（炒）十四片。将猪蹄洗切，入水六碗，同药煎煮约至三碗，加葱、姜、盐料，取汁饮之。忌冷物，要服羹汤助其气血，乳汁自下，夏月不可失盖，时用葱汤洗乳为佳。功能补血通乳。主治血虚乳汁不下。

通乳丹(《傅青主女科》卷下）　人参一两，生黄芪一两，当归（酒洗）二两，麦冬（去心）五钱，木通三分，桔梗三分，七孔猪蹄（去爪壳）二个。水煎服。功能补益气血，兼以通乳。主治产后气血两虚，乳汁不下。

通脉汤(《疡医大全》卷二十）　生黄芪一两，当归、白芷各五钱，七孔猪蹄（煮汤吹去浮油）一对。煎药一大碗服之，覆面睡即有乳，或未效再一服。功能、主治与前通乳丹同。如新产无乳者，不用猪蹄，只用酒水各一半煎服，体壮者加红花三五分，以消恶露。

补肝汤

本方见于《医宗金鉴·杂病心法要诀》卷四十。方由当归、川芎、白芍、熟地、酸枣仁、炙草、木瓜（一方有麦冬）组成。水煎服。功能补血养阴。主治虚劳肝经血虚阴亏。症见两胁引胸而痛，筋缓不能行走，眼目昏暗；或头痛，眩晕，耳鸣，目干畏光，视物昏花，急躁易怒；或肢体麻木，筋惕肉瞤，舌干红，脉弦细数者。

本方所治证属肝血不足，肝阴亦亏所致，故用补血养阴之法。方中当归补血和血，入肝经治肝血不足；白芍养血敛阴，入肝经，治阴血亏损；川芎行气活血，解郁止痛；熟地黄滋阴益肾，养血补肝。以上即四物汤。更以酸枣仁、木瓜、炙甘草配伍同用，取其酸甘化阴，奏滋养肝阴之功。一方有麦冬，则养阴之力更优。诸药配合，功能补肝血，养肝阴，故名补肝汤。临床用于虚劳见有肝经血虚阴亏者。本方以两胁作痛，行走无力，眩晕耳鸣，眼目昏暗，急躁易怒，舌干红，脉弦细数等为辨证要点。若头痛，眩晕，耳鸣较重，或筋惕肉瞤者加石决明、菊花、钩藤等平肝潜阳；目干涩，畏光，视力减退者，加枸杞子、女贞子、草决明等以养肝明目；肢体麻木者，加鸡血藤、丝瓜络以养血通络；情绪急躁，同时兼见溲赤便秘者，加龙胆草、黄芩、栀子以清肝泻火；胁痛者，加川楝子以疏肝理气。

补肝散(滑氏方，录自《证治准绳·类方》第四册）　山茱萸肉、当归、五味子、山药、黄芪（炒）、川芎、木瓜各半两，熟地黄、白术（炒）各一钱，独活、酸枣仁（炒）各四钱。上为末，每服五钱，枣、水煎服。功能补肝肾，益气血。主治肝肾两经气血亏损，胁胀作痛，或头眩，寒热，身痛，月经不调。

补肝散(《医略六书》卷十九）　生地、熟地各十两，归身六两，白芍四两（炒），柴胡五钱，石斛三两，丹皮一两半，甘草一两。为散，水煎五钱，去渣温服。功能养阴血，退虚热。主治劳累伤肝，脉弦数虚涩者。原书说："盖肝无补法，养阴滋血即所以补肝。水煎温服，使阴血内充，则肝得所养而疲劳自已。"

养血胜风汤

本方出自《医醇賸义》卷四。方由生地六钱，当归二钱，白芍一钱五分，川芎一钱，枸杞三钱，五味五分，枣仁一钱五分，柏子仁二钱，杭菊二钱，桑叶一钱，红枣十枚，黑芝麻三钱组成。水煎服。功能养血滋阴，平肝熄风。

主治血虚头痛，时作时止，劳倦则甚，自觉头脑俱空，目眊而眩，夜寐不酣，舌质淡，苔薄白，脉象细者。本方所治证属肝血亏虚所致，肝血不足，则血虚生风，风阳上潜，则头痛头晕诸症丛生。治以补养肝血为主，佐以平肝熄风。此方以生地黄、当归、白芍、川芎补血养营(即四物汤)。配枸杞子、芝麻、红枣补肝肾而助养血，且黑芝麻亦善养血祛风，刘完素谓："治风先治血，血活则风去，胡麻入肝益血，故风药中不可缺也。"更加杭菊花、桑叶平肝熄风。然肝血一虚，心血亦少，心血少则心神不安，故酌加五味子、酸枣仁、柏子仁养心安神。综合全方，则为滋补少阴、厥阴之阴血，且有平肝安神之功。本方多用于肝肾阴虚血少，头痛、眩晕、失眠等。如为风寒头痛或风热头痛者，则不宜应用。对肝阳亢盛之头痛亦非此方所宜。

归芍地黄汤

本方见于《症因脉治》卷二。由六味地黄丸加味而来。后将汤剂改为丸剂名归芍地黄丸。方由当归、白芍、生地、丹皮、茯苓、山药、山茱萸、泽泻组成。上药八味，水煎二三次，每日一剂，分二三次温服。亦可作丸剂，共为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三钱，每日一二次，温开水或淡盐汤送下。功能滋阴养血。主治肝肾血亏，头昏头痛，耳鸣目眩，烦躁不宁，腰酸脚软，午后潮热，盗汗骨蒸，咳嗽吐血，或两胁掀痛，手足心热，咽干口燥，舌红苔少，脉象细数或芤而涩者。方中生地黄、山药、山茱萸滋补肝肾之阴，茯苓、牡丹皮、泽泻清泄肝火水湿，此六味，即是六味地黄丸，补中有泻，开合得宜。然六味地黄丸重在滋补肾阴，对阴虚而兼血虚者，尚嫌补力不足，故此方再配伍当归、白芍养血滋阴，使阴足血充则肝肾阴虚诸证，自可得解。本方对大便滑泄、脾胃虚寒及感冒者均忌用。

归芍地黄汤(《症因脉治》卷二) 生地、归身、白芍、枸杞、丹皮、知母、人参、甘草、地骨皮。水煎分服。功能养血益气，滋阴清热。主治血虚咳嗽，盗汗自汗，潮热骨蒸，下午嗽多，形体黑瘦，五心烦热，舌红苔少，脉象细数或弦数者。方中生地黄、当归滋阴养血，人参、甘草补脾益气，白芍、枸杞子补肝敛阴，牡丹皮、地骨皮清泄虚热，共成补养气血，滋阴清热之剂，故可用于阴虚火旺而兼气血不足者。此方与上方相比，少茯苓、泽泻，而多人参、甘草、知母、地骨皮益气而又清火。对肾阴亏损而中气不足，气不生血，阴血两虚，阴虚火旺者可以选用，较上方纯属阴虚血亏者稍有不同，用时宜辨。

调营敛肝饮

本方出自《医醇賸义》卷四。方由归身二钱，白芍(酒炒)一钱五分，阿胶(蛤粉炒)一钱五分，枸杞三钱，五味五分，川芎八分，枣仁(炒研)一钱五分，茯苓二钱，广皮一钱，木香五分，枣二枚，姜三片组成。水煎，每日一剂，分二三次温服。功能养血和营，益阴敛肝。主治肝血不足，肝气横逆，胸胁胀痛，尤以劳倦为甚，精神困乏，口干作渴，睡眠不宁，苔薄舌淡，脉象细弱或细弦。肝主藏血，操劳太过，营血暗耗，气以血为家，肝血既亏，则肝气无所依附，导致肝气横逆，胁肋胀痛，故胁痛是标，肝虚为本，治当养肝为主，疏肝为辅。方以当归、芍药、阿胶、枸杞补养肝血，川芎与当归身配伍则可调和营血，酸枣仁与五味子配伍则可酸以敛肝，陈皮、木香疏利肝气，肝病易于传脾，故复用茯苓以健脾，姜、枣以调和脾胃，是亦《金匮》所谓"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"之意。综观全方，养血和营为主。复加敛肝益阴，兼用调气之品以配伍，使养肝敛肝而不呆滞，配伍颇为适当。临床多用于肝虚气逆，胃脘胀痛者。现临床上有用治慢性肝炎、神经衰弱，属肝血不足，肝气横逆者。如肝经湿热甚者，不宜使用。

养肝丸

本方出自《济生方》卷五。由《太平惠民和剂局方》四物汤加味而成。《寿世保元》的家传养肝丸，系从本方加减化裁而来。方由当归(去芦，酒浸)、车前子(酒蒸，焙)、防风、白芍药、蕤仁(另研)、熟地黄(酒蒸，焙)、川芎、楮实子各等份组成。上为细末，炼蜜为丸，如桐子大，每服七十丸，温热水下，不拘时候。现用法为或作汤剂，水煎服。功能补血养肝，祛风清热。主治肝血不足，风热外侵，眼目昏花，久视无力，或生眵泪。

本方所治证属肝经血虚，风热上扰所致，故用补血养肝，祛风清热之法。方中当归、白芍药、熟地黄、川芎四味即四物汤，能补血养肝。肝为藏血之脏，开窍于目。肝经之血不足，目失所养，则眼目昏花，久视无力。用四物汤以补肝经之血，肝脏血旺，则目得血养，昏花自愈，视力增进。肝血不足，风热上扰，则眼目昏花，或生眵泪，故配防风以祛风邪，蕤仁、楮实子、车前子以清肝明目。药共八味，用补血养肝之品以培本，用祛风清热之品以治标。配合成方，既能补血养肝，又能祛风清热，有标本兼顾之妙。

家传养肝丸(《寿世保元》卷六) 羚羊角(镑，另研)五钱，生地黄(酒浸)、熟地黄(酒蒸)、肉苁蓉(酒洗)、甘枸杞子、防风(去芦)、草决明(炒)、菊花、羌活、当归(酒洗)、沙苑蒺藜(炒)各一两，楮实子(炒)五钱，羊子肝(小肝叶煮，焙干，为末)。上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服五十丸，加至七十丸至百丸。早，盐汤下；午，茶下；临卧，酒下；不饮酒人，当归汤下。功能补肝益肾，祛风清热。主治肝肾两虚，风热外侵。症见眼目昏花，久视干涩，大眦赤色，迎风流泪，黑睛有翳不散。

养肝丸(《杂病源流犀烛》卷二十五) 熟地、川芎、当归、白芍、防风、羌活。蜜丸。功能补血养肝，祛风舒筋。主治久行伤筋。

养血清心汤

本方出自《寿世保元》卷五。由四物汤、朱砂安神丸等方化裁而成。方由当归(酒洗)一钱,川芎七分,白芍(酒炒)一钱,生地黄(酒洗)一钱,黄连(姜汁炒)一钱,甘草二钱五分,片芩(去朽)八分,栀子(炒)八分,酸枣仁(炒)、远志(去心)、麦门冬(去心)各一钱组成。上锉一剂,生姜煎服。现用法为用饮片煎汤,分二次服。功能养血清心。主治血虚火旺,惊悸怔忡,心慌恍惚,烦躁不宁,咽燥口干,舌质红,脉细数。

本方所治证属心血不足,心火亢盛而成的惊悸怔忡,故以养血清心而立法。方中当归、川芎、白芍、生地黄,即四物汤,能补养心血;黄连、生地黄、当归、甘草,即朱砂安神丸去朱砂,再加黄芩、栀子、麦门冬、酸枣仁、远志,能清心火,养心阴,安心神;以生姜配甘草调和脾胃,预防芩、连、冬、地寒凉滋腻之品妨碍脾胃运化。配合成方,有养血清心之功,故名养血清心汤。临床用于血虚火旺所致之惊悸、失眠等症。以心悸不安,心烦少寐,舌质红,脉细数为辨证要点。

养血清心汤(《寿世保元》卷五) 人参、白术(去芦)、白茯苓(去皮)、远志(去心)、酸枣仁(炒)、川芎各一钱,生地黄一钱,石菖蒲一钱,当归一钱五分,甘草五分,麦门冬(去心)一钱五分。上锉一剂,水煎服。功能益气养血,清心安神。主治心血不足,心火有余,癫狂喜笑无常。

清心补血汤(《杂病源流犀烛》卷六) 又名补血汤、当归饮。人参一钱二分,当归、白芍、茯神、枣仁、麦冬各一钱,川芎、生地、陈皮、黑山栀、炙甘草各五分,五味子十五粒。水煎服。功能补血益气,清心安神。主治思虑过度,心血暗伤,心火内动,头目昏眩,心虚气短,惊悸烦热;又治心虚梦魇。

生津养血汤

本方出自《古今医鉴》卷十。又名养血清火汤。方由当归、白芍(酒炒)、生地黄(酒洗)、麦冬各一钱,川芎、黄连各八分,天花粉七分,知母一钱,黄柏(蜜水炙)、石莲肉、乌梅肉、薄荷、甘草各五分组成。上药,锉为末,水煎,温服。功能生津养血,清热泻火。主治消渴证,阴虚火盛,烦躁不安,口中干渴,引饮无度,食欲旺盛,小便较多,大便干结,舌红苔薄,脉象弦滑。

本方所治证属阴虚火旺之消渴。沈金鳌说:"三消,燥病也。"故以养阴泻火而立法。本方地黄、白芍、当归、川芎,即是四物汤用以养血和营,加天花粉、麦冬养阴清热,莲肉补益脾肾,更加黄连、黄柏、知母苦寒泻火,少加乌梅肉敛液生津,配甘草则具酸甘化阴之意,另加薄荷,取其辛以散热。考《汤头歌诀》卑梅丸亦用麦冬等养阴药与薄荷配伍以生津止渴。故薄荷之用既取散热,复取生津,一物二用。沈金鳌认为:"大约善治三消者,必补肾水真阴之虚,泻心火燔灼之热,除肠胃燥热之邪,济心中津液之衰。"养阴泻火,是其要旨,方取名养血泻火汤,即是此义。本方运用以饮多、食多、溲多,烦躁不安,大便干结,舌红脉弦为辨证要点。

乌梅散(《圣济总录》卷五十九) 乌梅肉(焙)、麦门冬(去心,焙)各一两半,生干地黄(焙)三两,甘草(炙)一两。四味,捣罗为散,每服二钱匕,温热水调下,不拘时。功能养阴生津止渴。主治虚躁暴渴。

加味四物汤

本方出自《医学正传》卷四。方由当归身一钱,熟地黄三钱,白芍药、川芎各七分半,五味子九枚,麦门冬一钱,人参五分,黄柏一钱,黄连五分,知母三分,杜仲七分半,牛膝三分(足不痿软者不用),苍术一钱(一方白芍药、川芎各七分)组成。上细切,作一服,水二盏,煎至一盏,空心,温酒服;酒糊为丸亦可。功能养血滋阴,清热燥湿。主治血虚阴亏,湿热浸淫筋脉,四肢痿弱,不能举动。

本方所治证属血虚阴亏,筋脉失濡,湿热之邪乘虚侵袭所致,故用养血滋阴,清热燥湿之法。方中当归身、熟地黄、白芍药、川芎四味即四物汤,养荣血以滋筋脉;人参、麦门冬、五味子三味即生脉散,益肺气而养肺阴;黄柏、苍术二味即二妙散,清化筋脉之湿热;更以知母配黄柏滋阴降火;黄连配黄柏清热燥湿;牛膝配杜仲强壮筋骨。配合成方,共奏养血滋阴,清热燥湿的功效。临床用治血虚阴亏,湿热浸淫筋脉而成痿证者,以四肢痿弱无力,面色萎黄,皮肤干燥,心烦口渴,咳呛咽燥,小便赤涩热痛,舌苔黄腻,脉象细数等为辨证要点。《罗氏会约医镜》认为本方:"若阴虚无湿,或多汗者,俱不宜用苍术,盖痿证最忌散表,亦恐伤阴也。"又认为:"当归,血虚有寒者宜多用,血虚有热者宜少用。"

滋筋养血汤(《古今医鉴》卷十) 川归一钱,熟地黄一钱五分,白芍药一钱五分,川芎七分半,人参八分,五味子九粒,麦门冬(去心)一钱,黄柏一钱,知母五分,牛膝(酒浸)一钱,杜仲(酒炒)一钱,苍术一钱,薏苡仁一钱,防风六分,羌活三分,甘草三分。上锉一剂,姜枣煎服。功能养血益气,清热祛湿。主治血气两虚,湿邪外侵,双足痿软,不能行动,久卧床褥。若筋骨痿软,加桂枝三分,陈皮八分;如觉心烦,加黄连六分,酸枣仁(炒)六分,白茯苓(去木)一钱。

养血壮筋健步丸(《古今医鉴》卷十) 黄芪(盐水炒)一两,山药一两,五味子一两,破故纸(盐水炒)一两,人参一两,白芍药(酒炒)一两五钱,熟地黄四两,枸杞子一两,牛膝(酒浸)二两,菟丝子(酒炒)一两,川归(酒洗)二两,白术(炒)一两,杜仲(姜汁炒)二两,虎胫骨(酥炙)一两,龟版(酥炙)一两,苍术(米泔浸)三两,黄柏(盐水炒)二两,防风(酒洗)六钱,羌活(酒洗)五钱,汉防己(酒洗)五

钱。上为末，用猪脊髓七条、炼蜜为丸，如梧桐子大，每服百丸，空心盐汤下。功能补气血，益肝肾，祛风湿。主治气血两虚，肝肾并亏，风湿外侵，双足痿软，不能行动，久卧床褥。

当归生姜羊肉汤

本方出自《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》。为养血祛寒的代表方剂。方由当归三两，生姜五两，羊肉一斤组成。上三味，以水八升，煮取三升，温服七合，日三服。功能温中补血，祛寒止痛。主治血虚有寒引起的腹痛、胁痛，腹中拘急，以及产后虚寒性腹中疠痛，得按或温熨则减，舌淡，脉沉弦而涩。

本方所治为血虚有寒的腹痛，亦即寒疝证。尤在泾说："血虚则脉不营，寒多则脉绌急，故腹胁痛而里急者。"治宜养血祛寒。方中以当归为君，起养血止痛之效；配伍生姜，取其温中散寒；病属虚证，故重用羊肉血肉有情之品温中补虚。综观全方，实为补法和温法的结合运用，凡属血虚有寒的寒疝腹痛，妇人产后腹中疠痛，以及虚劳不足之证，均可应用。临床以腹痛喜按，得温则减，舌淡，脉沉弦为辨证要点。如血虚寒重而腹痛甚者，加肉桂、芍药、甘草以温里去寒、缓急止痛。原书加减法："若寒多者加生姜一斤，痛多而呕者加橘皮二两、白术一两。加生姜者亦加水五升，煮取三升三合，服之。"

羊肉汤（《备急千金要方》卷三） 肥羊肉（去脂）三斤，当归一两，桂心二两，芍药四两，甘草二两，生姜四两，芎䓖三两，干地黄五两。上八味㕮咀，以水一斗半，先煎羊肉，取七升去肉，纳余药，煮取三升，去滓，分三服。功能养血止痛，温中祛寒。主治产后体虚，腹中疼痛。

羊肉生地黄汤（《备急千金要方》卷三） 羊肉三斤，生地黄（切）二斤，桂心、当归、甘草、芎䓖、人参各二两，芍药三两。上八味㕮咀，以水二斗，煮肉取一斗，去肉纳药，煎取三升，分四服，日三夜一。功能益气温中，养血止痛。主治产后腹痛。

四物补肝散

本方出自《审视瑶函》卷四。《医宗金鉴》作汤剂，易名为四物补肝汤。方由熟地黄（焙干）二两，香附子（酒制）、川芎、白芍（酒洗，炒）、当归身（酒洗，炒）、夏枯草各八钱，甘草四分组成。共为细末，每服二至三钱，食后滚白汤送下。功能补血养肝。主治产后血虚，眼目涩痛，午后至夜昏花不明，舌质淡，脉弦细。

肝主藏血，目为肝窍。产后伤血，肝虚精血不能上荣，是以两目涩痛，昏花不明，故立补血养肝法以治之。方由《太平惠民和剂局方》四物汤加味而成。方中重用熟地黄合当归身为君，补血养肝，令肝得血养，而眼目为之精明；臣以夏枯草清肝泄热，用之有助君药补养厥阴之妙；甘草益元气而补脾胃，白芍抑肝木而补脾和营；香附子散肝郁，得归、地尚能补血，川芎调肝血，助清阳之气上升，以上共为佐使。本方补血之中而寓清散之意，待阴血复，精气上荣则产后目疾自愈。临床对于妇女月经不调、痛经，属营血虚滞，兼有郁热者，亦可运用。

止泪补肝散（《张氏医通》卷十五） 白蒺藜（炒，去刺）、当归、熟地黄各二两，川芎、白芍、木贼、防风、羌活各一两，香附（童便制）二两。为散，每服三钱，入生姜三片，红枣一枚，水煎，去滓热服。功能补血养肝，祛风除湿。主治肝虚血少，遇风泪流不止。肥人加夏枯草一两，瘦人加桂枝一两。

芎归明目丸（《杂病源流犀烛》卷二十二） 川芎、当归、白芍、地黄、牛膝、甘草、杞子、天冬、甘菊。研细末，水泛为丸，如桐子大，每服三至四钱，热汤送下。功能滋阴补血，养肝明目。主治亡血过多及久痛伤血或老年血少所致之眼目羞明酸痛，不能视物。外障加木贼，内障加珍珠。

托里定痛散

本方出自《外科正宗》卷一。是以《疡科心要方》定痛托里散加减衍化而成。《医宗金鉴·外科心法要诀》更名托里定痛汤。方由当归、熟地、乳香、没药、川芎、白芍、肉桂各一钱，粟壳（泡去筋膜，蜜炒）二钱组成。水二钟，煎八分，随病上、下。食前、后服用。功能补血托里，和营止痛。主治痈疽溃后，血虚疼痛不可忍者。本方证乃血虚作痛，故治当补血与止痛结合运用。方中当归、白芍、熟地黄、川芎即四物汤，补血和营，托里生肌；肉桂温阳行血，与四物汤合用，有鼓舞气血生长之功；乳香、没药止痛消肿；更用罂粟壳专止疼痛。诸药合用，血虚得补，疼痛得止，实为疮疡溃后血虚疼痛之要剂。本方为补血和营，托里止痛之剂，用于溃疡后期疼痛，以血虚较甚，面色苍白，唇爪色淡，精神衰疲，患处疼痛甚剧为辨证要点。疮疡热毒较盛，血不虚而疼痛者忌用。

当归汤（《圣济总录》卷一百三十） 当归（切，焙）、黄芪（细锉）、人参各一两，桂（去粗皮）、赤芍药、甘草（炙，锉）、生干地黄（焙）各三分。上七味，粗捣筛，每服五钱匕，以水一盏半，煎取一盏，去滓温服。功能托里止痛。主治痈疽发背，穿溃疼痛。

定痛托里散（《疡科心要方》，录自《玉机微义》卷十五） 粟壳（去蒂，炒）三两，当归、白芍药、川芎各半两，乳香、没药（二味分别为细末）、桂各三钱。上药㕮咀，每服五钱，水煎，入乳、没调服。功能定痛托里。主治一切疮肿疼痛不可忍。如少壮气充实，先用疏利，后服此药。

当归和血散（《奇效良方》卷五十四） 当归二钱，乳香半钱，没药一钱半，白芍药三钱。上为细末，每服一钱，水一中盏，煎七分，和滓温服，日二次，妇人酒煎。功能和血止痛。主治疮疡未发出，内痛不可忍，及治妇人产前产

后腹痛。疮既发不需用。疮痒者，加人参、木香；妇人服加赤芍药。

八珍汤

本方出自《丹溪心法》卷四。系由《太平惠民和剂局方》四物汤、四君子汤二方加减衍化而来。方由当归、芍药、川芎、熟地黄、人参、白茯苓、甘草、砂仁各等份组成。上八味，加姜三片、枣二枚，水煎服。现用法为砂仁宜减量，并后人，水煎分服。功能补气血，理脾胃。主治气血不足。症见面色苍白或萎黄少泽，头昏目眩，四肢倦怠，短气懒言，心悸怔忡，食欲不振，舌质淡苔薄白，脉细弱或虚大无力。本方为四物汤合四君子汤减去白术加砂仁、姜、枣而成。主治气血两虚诸证。方中人参、熟地黄为君，益气养血；臣以茯苓、甘草健脾补中，当归、芍药养血和营；佐以川芎活血行气，使补血而不滞血，砂仁行气开胃，使补气而不滞气；再使以生姜、大枣调和脾胃。合而成为气血双补之剂。本方统治气血两虚诸证，临床上常用于病后虚弱及各种慢性疾患，妇女月经不调，胎产崩漏，疮疡久不收口等病症。如气血两亏，肩背作痛者，亦可加秦艽、川断、钩藤、羌活。

八珍汤(《正体类要》卷下) 人参、白术、白茯苓、当归、川芎、白芍、熟地、甘草、生姜、大枣。水煎服。功能平补气血。主治气血不足诸证；亦治伤损失血过多，或因克伐，血气耗损，恶寒发热，烦躁作渴等症；或疮疡溃后，气血亏损，脓水清稀，久不能愈者。按此方组成即上方去砂仁加白术而成，功能主治基本相同，唯上方中配伍砂仁，则利气健脾之功更佳。现临床所用中成药八珍丸，多按《正体类要》方配伍。

补阴八珍汤(《景岳全书·外科钤》卷四十七) 人参、白术、茯苓、甘草、当归、川芎、熟地、芍药、黄柏(酒炒)、知母(酒炒)各七分。水煎服。功能补气养血，益阴清热。主治瘰疬等疮，足三阴虚者。

圣愈汤

本方出自《兰室秘藏》卷下。由《太平惠民和剂局方》的四物汤加味而成。方由生地黄、熟地黄、川芎、人参各三分，当归身、黄芪各五分组成。上药㕮咀如麻豆大，都作一服，水二大盏，煮至一盏，去渣，不拘时热服。功能补气养血。主治恶疮出血过多，心烦不安，不得睡眠；一切失血或血虚，烦渴燥热，睡卧不宁；疮证脓水出多，五心烦热，口渴；虚损劳瘵，咯血多汗，又兼惊惕，口舌生疮，其病在心；妇女月经超前，量多色淡，其质清稀，少腹有空坠感，心慌气促，倦怠肢软，纳谷不香，舌质淡，苔薄润，脉细软。

本方所治证属气血两虚，故以补气养血而立法。方中人参、黄芪补气；当归身、生地黄、熟地黄、川芎补血滋阴。配合成方，有补气养血之功。气旺则血自生，血旺则气有所附。喻嘉言论本方说："按失血过多，久疮溃脓不止，虽曰阴虚，实未有不兼阳虚者，合用人参、黄芪，允为良法。凡阴虚证，大率宜仿此。"临床常用于出血过多，血虚而气亦虚。以烦热燥渴，睡卧不宁，心慌气促，倦怠无力，舌质淡，苔薄润，脉细软等为辨证要点。《医宗金鉴·删补名医方论》所载圣愈汤，即四物汤加人参、黄芪。治一切失血过多，阴亏气弱，烦热作渴，睡卧不宁。

三黄补血汤(《兰室秘藏》卷中) 牡丹皮、黄芪、升麻各一钱，当归、柴胡各一钱五分，熟地、川芎各二钱，生地黄三钱，白芍药五钱。上药㕮咀，如麻豆大，每服五钱，水二大盏，煎至一大盏，去渣，食前稍热服。功能补气养血。主治亡血血虚，六脉俱大，按之空虚。

十全大补汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。本方系四君子汤、四物汤加入黄芪、肉桂而成。《医垒元戎》将本方改为散剂，称为十全大补散。后世多改作丸剂，称为十全大补丸、十味补丸、大补丸等；亦或作膏剂，称为十全大补膏。方由人参、肉桂(去粗皮，不见火)、川芎、地黄(洗，酒蒸，焙)、茯苓(焙)、白术(焙)、甘草(炙)、黄芪(去芦)、川当归(洗，去芦)、白芍药各等份组成。上十味，锉为粗末，每服二大钱，水一盏，生姜三片，枣子二个，同煎至七分，不拘时候温服。现用法①汤剂：用饮片，水煎服。②丸剂：口服，水蜜丸每次 6 克，大蜜丸每次 9 克，日 2—3 次。③膏剂：每次 9—15 克，日 2 次，开水化服。功能温补气血。主治气血两虚所致的虚劳喘嗽，遗精失血，妇女崩漏，月经不调。症见面色㿠白，头晕目眩，气短心悸，体倦乏力，四肢不温，舌淡苔薄，脉细弱或虚大无力。

本方所治证属气血两虚而兼阳虚有寒所致。治当温补气血。方中四君子汤补中益气健脾；配合四物汤养血补肝；再加黄芪、肉桂助阳固卫。诸药合用，共奏温补气血之功。喻嘉言《医门法律》说："按此方，合黄芪建中汤、四君子汤、四物汤三方，共得十味，合天地之成数，名曰十全大补，以治气血俱衰，阴阳并弱之候，诚足贵也。但肉桂之辛热，未可为君，审其肾虚腰腹痛，少用肉桂，若荣卫之虚，须少用桂枝调之，取为佐使可也。"本方主治气血两虚而见症偏于虚寒者，临床以面色㿠白，气短心悸，四肢不温，舌淡苔薄，脉细弱或虚大无力为辨证要点。若气血两虚不寒者，可选用八珍汤。《世医得效方》用本方治虚劳发热，加北柴胡、地骨皮。治疮疡胃气虚弱，肿痛不消，或溃而不敛时，若气血不足，结肿未成脓者，宜加枳壳、香附、连翘，服之自消。本方如用作峻补剂，必须用大剂量作汤剂，才能取效；如用作平补剂，只需常用量，即可获效，亦可作膏剂或丸剂服用。本方虽为气血双补的强壮剂，但其性质偏于温热，若虚劳杂病，阴虚火旺者，则非所宜。

胃风汤(《太平惠民和剂局方》卷六) 白术、芎䓖、人参(去芦)、白芍药、当归(去苗)、肉桂(去粗皮)、茯苓(去皮)各等份。上为粗末,每服二钱,以水一大盏,入粟米百余粒,同煎至七分,去滓稍热空心服,小儿量力减之。功能益气补血,温中和胃。主治风寒乘虚入客肠胃,水谷不化,泄泻注下,腹胁虚满,肠鸣疞痛及肠胃湿毒,下如豆汁,或下瘀血,日夜无度。

双和汤(《太平惠民和剂局方》卷五) 白芍药七两半,当归(洗,酒浸)、黄芪(蜜炙)、川芎、熟地黄(净洗,酒蒸)各三两,甘草(炙)、肉桂(去皮,不见火)各二两二钱半。上为细末,每服二钱,水一盏半,生姜三片,枣子一枚,煎至六分,空心食前服,忌生冷果子等物。功能调中益气,养血补虚。主治虚劳少力,四肢倦怠,寒热往来,行动喘乏,面色萎黄,或虚胀而不思食,或多食而不生肌肉,虚汗盗汗。

人参养荣汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。若改制为丸剂,称为养荣丸、参桂养荣丸。方由白芍三两,当归、陈皮、黄芪、桂心(去粗皮)、人参、白术(煨)、炙甘草各一两,熟地黄、五味子、茯苓各七钱半,远志(炒,去心)半两组成。上为末,每服四钱,水一盏半,生姜三片,枣子二枚,煎至七分,去滓温服。现用法为水煎服,每日1剂,煎2—3次分服;亦可将上药为末,以生姜、大枣煎浓汁泛丸,每次服9克,日2—3次;亦可制成蜜丸。功能益气养血,安神定志。主治脾肺气虚,营血不足。症见惊悸健忘,呼吸少气,烦热自汗,食少无味,身倦肌瘦,色枯神萎,毛发脱落,或四肢沉滞,腰背强痛,脉弱者;亦治疮疡溃后,气血不足,久不收敛者。本方主治脾肺两虚,营血不足,故以熟地黄、当归、芍药养荣补血,人参、黄芪、白术、甘草补气益肺,再加肉桂心以温阳,五味子以敛阴,使阴阳互济,庶无偏胜之弊,更用远志、茯苓以宁心安神,生姜、大枣以调和营卫,再配陈皮理气,亦是补而不滞之意。综观全方,补气在于生血,养血所以益荣,故吴仪洛称:"其要则归于养荣也。"柯琴谓:"古人治气虚以四君子,治血虚以四物,气血俱虚者以八珍,更加黄芪、肉桂,名十全大补,宜乎万举万当也,而用之有不获效者。盖补气而不用行气之品,则气虚之甚者,几无气以运动;补血而仍用行血之物,则血虚之甚者,更无血以流行。故加陈皮以行气,而补气者悉得效其用,去川芎行血之味,而补血者因以奏功,此善治者,只一加一减,便能转旋造化之机也。然气可召而至,血易亏而难成,苟不有以求其血脉之主而养之,则营气终归不足,故倍人参为君,而佐以远志之苦,先入心以安神定志,使甘温之品,始得化而为血,以奉生身。又心苦缓,必得五味子之酸,以收敛神明,使营行脉中而流于四脏……而收效有如此者。"本方临床用于遗精梦泄者,可酌加龙骨;咳嗽痰血可酌加阿胶。本方药性兼温,如阴虚火旺者宜慎用。

人参养荣汤(《伤寒全生集》卷四) 人参、黄芪、白术、当归、橘红、茯苓、川芎、地黄、五味、麦冬、官桂、甘草。水煎服。功能益气养荣。主治因汗吐下后,元气虚弱脉微细,气不能相接而短少者。有热加黄芩、柴胡;阳虚加熟附;阴虚加知母、黄柏;不眠加辰砂、远志;气急加沉香。

香贝养荣汤(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十四) 白术(土炒)二钱,人参、茯苓、陈皮、熟地黄、川芎、当归、贝母(去心)、香附(酒炒)、白芍(酒炒)各一钱,桔梗、甘草各五分。姜三片,枣二枚,水二钟,煎八分,食远服。功能养营化痰。主治瘰疬、石疽等久病体虚,气郁痰凝之证。

归脾汤

本方出自《济生方》卷四。《古今医鉴》改作散剂,称为归脾散;后世又改作丸剂,称为归脾丸、人参归脾丸、养血归脾丸、归脾养心丸、济生归脾丸。方由白术、茯苓(去木)、黄芪(去芦)、龙眼肉、酸枣仁(炒,去壳)各一两,人参、木香(不见火)各半两,甘草(炙)二钱半,当归、远志各一钱组成(后二味从《校注妇人良方》补入)。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,生姜五片、枣一枚,煎至七分,去滓,不拘时候温服。现用法①饮片:水煎服。②丸剂:水蜜丸每次6克,蜜丸每次9克,日3次,用温开水或生姜汤送服。功能健脾益气,补血养心。主治心脾两虚,气血不足。症见心悸健忘,失眠多梦,发热,体倦食少,面色萎黄,舌质淡,苔薄白,脉细弱;脾不统血所致的便血,以及妇女月经超前,量多色淡,或淋漓不止者。

本方所治证属心脾气血不足所致,治当健脾益气,补血养心。方中人参、黄芪、白术、甘草归入脾经,健脾益气,脾气强则生化有源,血可统摄;茯神、远志、酸枣仁、龙眼肉、当归养血补心安神,心气壮则神自宁;木香理气醒脾,使本方补而不滞,姜、枣调和营卫。诸药合用,使气血双补,心脾同调。本方所治为心脾两虚,以致气血不足,其治不论益气、生血、统血、摄血,终归于脾,故名归脾汤。正如汪讱庵在《医方集解》中所说:"气壮则能摄血,血自归经,而诸证悉除矣。"复方实验研究表明,本方煎液给小鼠灌胃,有抗小鼠烫伤性休克的作用。本方为气血双补,心脾同调之剂,用于心脾气血不足之证,以心悸健忘,失眠多梦,食少便溏,倦怠无力,面色萎黄,舌质淡,苔薄白,脉虚弱为辨证要点。现常用于神经衰弱、心脏病、贫血、功能性子宫出血、血小板减少性紫癜等疾患而见心脾气血不足者。邪热内伏,阴虚脉数者忌用。

加味归脾汤(《校注妇人良方》卷二十四) 即本方加柴胡、山栀。功能益气补血,疏肝清热。主治归脾汤证兼有肝郁化火者。

黑归脾丸(《全国中药成药处方集》上海方) 熟地、黄芪(炒)、茯苓、党参、白术(炒)各120克,当归身(酒炒)

60克，酸枣仁(炒)120克，远志(炒)60克，甘草(炙)、青木香各30克。共研细粉，用红枣180克(去皮、核)，桂圆肉120克，煮烂打和，用生姜120克煎汤打糊为丸，如梧桐子大，每服9克，温开水送服。功能同归脾丸，其补血作用更强。主治食少体倦，血虚发热，惊悸少寐。

大补元煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。又名补元煎。方由人参(补气、补阳以此为主)少则用一二钱，多则用一二两，熟地(补精、补阴以此为主)少则用二三钱，多则用二三两，杜仲二钱，山药(炒)二钱，当归二三钱(若泄泻者去之)，山茱萸一钱(如畏酸、吞酸者去之)，枸杞二三钱，炙甘草一二钱组成。上药以水二钟，煎七分，食远温服。功能大补气血。主治气血大虚，精神失守。症见面色苍白，心悸怔忡，食欲不振，短气懒言，困倦乏力，自汗盗汗，头昏欲晕；甚或真元亏损，时时欲脱者；或色欲伤阴成痞等。本方主治血气大虚，真元不足之证，景岳曾称此方为"救本培元第一要方"。所谓救本培元即大补真元以救脱之意，也就是滋补元阴元阳。方中人参大补元气，熟地黄、当归滋阴补血，人参与熟地黄相配，即是景岳之两仪膏，善治精气大亏之证，杞子、山茱萸滋补肝肾，杜仲温肾阳而壮腰膝，再配甘草以助补益而和诸药，共成大补真元，益气养血之剂。惟胃纳呆钝者，可酌加芳香悦脾之品。原书加减法："如元阳不足多寒者，可酌加附子、肉桂、炮姜之类；如气分偏虚者加黄芪、白术；如血滞者加川芎，去山萸肉；如滑泄者加五味子、破故纸之属。"

五福饮

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系从《正体类要》八珍汤变化而来。方由人参适量，熟地适量，当归二三钱，白术(炒)一钱半，炙甘草一钱组成。水二钟，或加生姜三五片，煎七分，食远温服。功能气血双补，调养五脏。主治五脏气血亏损，头昏目眩，神疲乏力，身体瘦弱，食欲不振，或便溏不实，或睡眠欠酣，或腰膝酸软，舌淡苔薄，脉象细弱。对气血俱虚而胎动不安者亦可应用。

本方所治证属五脏气血亏损，故本方以调补五脏气血为主。方中人参补气养心，并对全身各脏腑机能均有所补益，熟地黄补养肾阴，当归补血养肝，白术健脾补肺，炙甘草补益脾气。参、草、白术配伍则健脾补气之功益佳，熟地黄、当归配伍则养阴补血之力更胜。五药共用，兼补五脏，气血同调，故对五脏气血亏损者可以应用。而方名五福者，亦五脏并补之意。五福饮与八珍汤均是气血双补之剂，但八珍汤方中配茯苓健脾化湿，配川芎、白芍以和调营血，故运用于气血不足而荣血虚滞者；而本方不用川芎，则全方重在调补气血，而无活血之功可知。原方加减："宜温者，可酌加姜、附；宜散者，可酌加升麻、柴、葛。"如兼有表证而表证明显者，可根据仲景"表急救表"原则，先予解表，表解后再予调养。

七福饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　即五福饮加枣仁二钱，远志三五分(制用)。功能气血双补，养心健脾。主治气血俱虚，心脾为甚而见心神不安，心悸失眠等。此方加酸枣仁、远志以养心宁神。

寿脾煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。又名摄营煎。系归脾汤的变方。作丸剂，称寿脾煎丸。方由白术二三钱，当归二钱，山药二钱，炙甘草一钱，枣仁钱半，远志(制)三五分，干姜(炮)一、二、三钱，莲肉(去心，炒)二十粒，人参一二钱(急者用一两)组成。水二钟煎服。功能健脾益气，摄血止血。主治脾虚不能摄血。大便脱血不止，或妇人崩漏；思虑劳倦，损伤心脾，以致气虚精陷，而为怔忡惊悸不寐者。

本方所治证属脾气虚弱，统摄无权，血无所归而致。治当健脾益气，摄血止血。此方系归脾汤之变方，由归脾汤去茯苓、黄芪、龙眼肉、木香，加山药、干姜、莲肉所组成。方中人参、白术、山药、甘草益气健脾，气壮则能摄血；当归滋养阴血；莲肉补脾固涩止血，《本草纲目》治"女人带下崩中诸血病"；脾虚则心失所养，神志不宁，故更以远志、酸枣仁养血安神，朱震亨说："血不归脾而睡卧不安者，宜用此(酸枣仁)大补心脾，则血归脾而五脏安和，睡卧自宁。"炮姜温经止血，合人参、白术、甘草即理中汤，补中寓温，亦具燮理之功，以恢复脾气统摄之职。诸药合用，脾气充旺，统摄固而血自归源。临床以面色皖白，稍劳则甚，血色暗淡，质稀无块，舌苔淡白，脉沉细弱为辨证要点。原方加减："如血未止，加乌梅二个，凡畏酸者不可用，或加地榆一钱半；滑脱不禁者，加醋炒文蛤一钱；下焦虚滑不禁，加鹿角霜二钱为末，搅入药中服之；气虚甚者，加炙黄芪二三钱；气陷而坠者，加炒升麻五七分，或白芷也可；兼溏泄者，加补骨脂一钱炒用；阳虚畏寒者，加制附子一、二、三钱；血去过多，阴虚气馁，心跳不宁者，加熟地七八钱或一二两。"妊娠心脾气虚，胎动不安，亦可用本方。

人参汤(《普济方》卷一百八十八)　人参、川芎、茯苓、半夏(制)各三分，甘草一分。上锉，每服三钱，姜五片，水煎服。功能补气健脾摄血。主治吐血，咯血，血汗，大小便下血。

引气归血汤(《傅青主女科》卷下)　白芍(酒炒)五钱，当归(酒洗)五钱，白术(土炒)三钱，甘草一钱，黑芥穗三钱，丹皮三钱，姜炭五分，香附(酒炒)五分，麦冬(去心)三钱，郁金(醋炒)一钱。水煎服。功能疏肝健脾，温摄止血。主治大怒小产，忽然腹痛吐血，及堕胎之后，腹痛仍未止者。

炙甘草汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。又名复脉汤。《伤寒全生集》又名人参复脉汤。《温病条辨》的加减复脉汤、一甲复脉汤、二甲复脉汤、三甲复脉汤等,均是以本方加减衍化而成。方由甘草(炙)四两,生姜(切)三两,人参二两,生地黄一斤,桂枝(去皮)三两,阿胶二两,麦门冬(去心)半斤,麻仁半升,大枣(擘)三十枚组成。上九味,以清酒七升,水八升,先煮八味,取三升,去滓,纳胶烊消尽,温服一升,日三服。功能益气养血,滋阴复脉。主治气虚血少,症见虚羸少气,心悸心慌,虚烦失眠,大便干结,舌质淡红少苔,脉结代;虚劳肺痿,久咳不止,涎唾甚多,咽燥而渴,痰中有血,心悸,心烦,少气,失眠,自汗盗汗,脉虚数。

本方所治证属气虚血少所致。治宜益气养血,滋阴复脉。方中重用炙甘草甘温益气,通经脉,利血气,缓急养心为君;人参、大枣益气补脾养心,以资脉之本源;生地黄、麦冬、火麻仁、阿胶皆甘润之品,滋阴养血,合君药以益气而充盈心脉,共为臣药;佐以辛温的桂枝、生姜(或加酒)温阳通脉,使心脉畅利,则脉始复常。各药合用,温而不燥,滋而不腻,共奏益心气,养心血,振心阳,复血脉的作用。本方又名复脉,即是此意。《伤寒论方解》谓:"本方是仲景书中一首突出的滋阴剂,为后世滋阴学派开一法门。但本方在大队滋养药中配以健胃通阳的人参、桂枝、生姜、清酒,实具有深意。这些药物,不但能使滋养药的成分充分地被消化和吸收,以发挥其应有的作用,而其本身也可配合滋养药来通调血脉,和理阴阳,以达到复脉定悸的目的。近世用本方,往往去姜、桂……假使要用炙甘草汤来治脉结代、心动悸,那就少不得姜、桂。柯琴说本方的麻仁当用酸枣仁,编者认为,假使患者大便溏而眠睡不安,枣仁实较为适合。"本方为治疗气血不足所致心动悸、脉结代的主方。临床以心悸短气,舌淡少苔,脉结代或虚数为辨证要点。本方现临床上用于治疗功能性心律不齐、期外收缩,有较好疗效。对于风湿性心脏病等器质性心脏病出现心律不齐,伴见心悸、气短、脉细弱或结代等,亦有一定改善作用。胃肠虚弱或腹泻下痢者,应慎用本方。

温液汤(《千金翼方》卷十五) 甘草三两。哎咀,以水三升,煮取一升半,分三服。功能补气养心,润肺止咳。主治肺痿,涎唾多,心中温温液液。

加减复脉汤(《温病条辨》卷三) 炙甘草六钱,干地黄六钱,生白芍六钱,麦冬(不去心)五钱,阿胶三钱,麻仁三钱。水八杯,煮取八分,分三次服。剧者加甘草至一两,地黄、白芍各八钱,麦冬七钱。日三、夜一次服。功能滋阴生津润燥。主治温热病后期,阴液亏虚,手足心热,口燥咽干,脉虚大。

一甲复脉汤(《温病条辨》卷三) 即于加减复脉汤内去麻仁,加牡蛎一两。功能益阴涩肠。主治下焦温病,但大便溏者。

二甲复脉汤(《温病条辨》卷三) 即于加减复脉汤内加生牡蛎五钱,生鳖甲八钱。功能育阴潜阳。主治热邪深入下焦,脉沉数,舌干齿黑,手指蠕动,急防痉厥。

三甲复脉汤(《温病条辨》卷三) 即于二甲复脉汤内加生龟版一两。功能滋养肝肾,潜阳熄风。主治下焦温病,热深厥甚,脉细促,心中憺憺大动,甚则心中痛者。

救逆汤(《温病条辨》卷三) 即于加减复脉汤内去麻仁,加生龙骨四钱,生牡蛎八钱。功能复脉救逆。主治温病误表,津液被劫,心中震震,舌强神昏,汗自出,中无所主者。

保真汤

本方出自《十药神书》。原名戊字保真汤。由十全大补汤、生脉散、三才丸等方加减而成。方由当归、生地黄、白术、黄芪、人参各三钱,赤茯苓、陈皮、赤芍药、甘草、白茯苓、厚朴各一钱五分,天冬、麦冬、白芍药、知母、黄柏、五味子、柴胡、地骨皮、熟地黄各一钱组成(《证治准绳·类方》保真汤无赤芍药、赤茯苓、厚朴,有莲心、黄芪蜜水炒,麦门冬去心,黄柏盐水炒)。每服水二盏,姜三片,枣五枚,煎汤服,与保和汤间服,每日一服。功能益气补血,滋阴降火。主治虚劳气血两亏,阴虚火旺,骨蒸潮热,盗汗。

本方是为虚劳之气血两亏而又阴虚火旺者设立,故用益气补血,滋阴降火之法。方中以十全大补汤去川芎、肉桂,大补气血;用麦门冬、五味子合人参为生脉散,益肺气,养肺阴,并收敛耗散之肺气;用天门冬合熟地黄、人参为三才丸,上以补肺阴,中以益脾气,下以壮肾水;合三方于一方之中,则气虚、血虚与阴虚均因得补而渐复。又以生地黄补肾阴,知母、黄柏滋阴降火,柴胡退劳热,赤芍凉血热,赤茯苓清心利水,地骨皮清肝肾之虚热,阴复火降,内热得平,则骨蒸自退。更用陈皮、厚朴理气健脾,和胃宽中,则方中补气补血,滋阴降火,诸药均能充分发挥其功效。原方加减:"惊悸加茯神、远志、柏子仁、酸枣仁;淋浊加萆薢、乌药、猪苓、泽泻;便涩加石苇、萹蓄、木通、赤苓;遗精加龙骨、牡蛎、莲心、莲须;燥热加石膏、滑石、鳖甲、青蒿;盗汗加浮小麦、牡蛎、黄芪、麻黄根"。

保真汤(《傅青主女科·产后编》卷下) 黄芪六分,人参二钱,白术二钱(炒),炙草四分,川芎六分,当归二钱,天冬一钱,麦冬二钱,白芍二钱,枸杞二钱,黄连六分(炒),黄柏六分(炒),知母二钱,生地二钱,五味十粒,地骨皮六分(一本无麦冬、黄连)。枣三枚(去核),水煎服。先服清骨散(又名柴胡连梅汤),再服本方。功能与上方同。主治骨蒸。

天真丸

本方出自《世医得效方》卷八。方由羊肉七斤(精者,

去筋膜脂皮，批开入药），肉苁蓉十两，淮山药（去皮）十两，当归（去芦，洗）十二两，天门冬（泡，去心，切焙）十两。上四味，安在羊肉内，裹定，用麻缕扎缚，取上色糯酒四瓶，煮令尽，再入水二升，又煮，直候肉如泥，再入黄芪末五两，人参末三两，白术末二两，熟糯米饭（焙干为末）十两组成。前后药末同剂为丸，梧桐子大，一日约服二百粒，初服百粒，加至前数。恐难丸，即入蒸饼五、七枚，焙干为末，同搜和之，空心食前，酒送下，盐汤亦可。功能补气养血，益肾填精。主治一切精血虚损，津液枯竭。症见肢体枯槁羸弱，甚则手足痿弱，饮食不进，大便溏泻。

本方所治证属精血不足，液枯髓减，故治宜益气养血，补肾填精。方中人参温养中气，补益脾肺，在本方为治虚劳内伤之要药；羊肉为温补精血之上品，两药合用，共为补气养形，补味生精之主药。黄芪、白术、山药助人参补气健脾，脾健则化源充盛；当归补血和营，合羊肉温暖下元。精血亏虚之证，补阳则嫌其燥，滋阴则虑其腻，惟味厚性温之肉苁蓉，补阳而不燥，滋润而不腻，助羊肉益肾填精。本方用天门冬补肺阴，按王旭高解释是："古方温燥药中必复滋阴保肺，亦恐未得温补之功，先伤肺中阴气尔。"诸药合用，温润不燥，形、精兼顾，共奏益气血，温脾肾，充形体，填精髓之功。危亦林说："服之觉有精神，美饮食，手足添力，血脉便行轻健。如久痞不言者，服之半月，语言有声。血下喘咳，行步不得，服之效。"后世医家对本方评价很高。王旭高谓："经云：形不足者，温之以气，精不足者，补之以味，养形补精以全神，故名'天真'。……其制法尤精，允为补方之首。"原书谓："如滑肠不食，守死无法可治者，如咽喉窄，下食不得，只能五、七粒渐渐服之，粒数多，便可养起。久服令人面色红润，无血者，使血生，并津液干、大便燥者，服之自润。实中有虚，虚中有实，皆可治之。"有高热及素有痰火者，本方不宜应用。

羊肉补真丸（《卫生良方》，录自《普济方》卷二百二十八）　精羊肉（熏干者）十两，当归、白术、神曲各二两，丁香、茴香、肉果、砂仁、干姜、桂各一两，糯米（炒黄）半斤。上为末，次人羊肉末拌匀，蒸饭为丸，如桐子大，每服五十丸，无时，米饮下。功能补虚生血，温中健脾。主治荣卫气涩，精神昏困，肌肉羸瘦，全不思食。

薯蓣丸

本方出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》。又名大山芋丸。方由薯蓣三十分，当归、桂枝、曲、干地黄、豆黄卷各十分，甘草二十八分，人参七分，芎䓖、芍药、白术、麦门冬、杏仁各六分，柴胡、桔梗、茯苓各五分，阿胶七分，干姜三分，白蔹二分，防风六分，大枣百枚（为膏）组成（《备急千金要方》桂枝，作桂心；减阿胶；增黄芩、鹿角胶。《太平惠民和剂局方》桂枝，作肉桂；芍药，作白芍药）。上二十一味为末，炼蜜和丸，如弹子大，空腹酒服一丸，一百丸为剂。功能益气养血，补虚祛风。主治虚劳，头目眩晕，心中烦郁，羸瘦纳减，骨节腰背烦疼，风气诸病。

本方主治证属虚劳羸弱之人，气血不足，风气留连所致，故治时既不可大剂峻补，亦不能专于祛风，唯补虚与祛风并用是为两全。方中重用薯蓣（即山药）为君，补虚羸祛风气，疗五劳七伤，主头风眼眩；臣以人参、白术、茯苓、干姜、甘草、大枣扶中益气，地黄、芍药、当归、川芎、麦冬、阿胶滋阴养血，合而用之气血双补，共助薯蓣补虚益损；白蔹可化入营之风，协防风、桂枝、柴胡升散走表以解风气百疾，大豆黄卷主湿痹，筋挛膝痛，配神曲、杏仁、桔梗以疏利气机，化湿健脾，上药共为佐使。本方双补气血，内外并治，补中寓散，扶正祛邪，使气血复而风气自去。凡高年气虚血亏，见头目眩晕，周身不适，肢节烦疼，羸瘦食少者，久病气血未复，余邪留连，或有发热，或见盗汗，或发咳嗽者，以及肺脾气虚，妇人经产以后易感风邪者，均可以本方加减治疗。

大薯蓣丸（《古今录验方》，录自《外台秘要》卷十七）　薯蓣五分，大黄六分，前胡三分，茯苓二分，人参二分，杏仁（熬，去皮尖）三分，当归十分，桔梗二分，防风二分，黄芩八分，麦门冬八分，甘草五分，五味子四分，干地黄十分，枣一百颗，芍药四分，石膏（研）四分，泽泻八分，阿胶（炙）四分，白术二分，干姜四分，桂心四分，干漆三分，黄芪五分。上二十四味，捣筛蜜和丸，如梧桐子大，空腹以酒下三十丸，日再服。忌猪肉、冷水、桃、李、雀肉、海藻、菘菜、生葱、芜荑。功能益气血，和阴阳，祛风气。主治虚损劳伤，晨夜喘急，内冷身重，骨节烦疼，羸瘦食少，或妇人孕绝，症瘕。

薯蓣丸（《圣济总录》卷一百八十六）　薯蓣一两，石龙芮一两，熟干地黄二两，五味子一两，萆薢（锉）一两，蛇床子一两，肉苁蓉（酒浸，焙干）一两，远志（去心）一两，菟丝子（酒浸一宿，焙干）二两，石斛（去根，锉）一两，桂心一两，杜仲（去皱皮，炙微黄，锉）一两半，山茱萸一两，人参（去芦头）一两，防风（去芦头）一两，五加皮三分，天雄（炮裂，去皮脐）一两，狗脊一两，黄芪（锉）一两，秦艽（去苗）一两，白术一两，石南一两，麦门冬（去心，焙）一两半，巴戟天一两，覆盆子一两。上二十五味，捣罗为末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心温酒送下。功能益气血，补肝肾，祛风冷。主治五劳七伤，手足疼痛，倦怠食少。

薯蓣丸（《奇效良方》卷二十一）　薯蓣、熟地黄、肉苁蓉（酒浸一宿，刮去皱皮，炙干）、附子（炮裂，去皮脐）、菟丝子（酒浸三日，捣作饼，晒干）、赤石脂各一两，牛膝（去苗）、山茱萸（去核）、白茯苓（去皮）、五味子、柏子仁、巴戟天（去心）、人参（去芦）、干姜（炮）、泽泻、白术、桂心各一两。为细末，炼蜜和捣三五百杵，丸如梧桐子大，每服十丸加至四十丸，空心温酒送下。功能补虚扶羸。主治风虚劳损，形瘦色枯，神疲怯力。

中正汤

本方出自《圣济总录》卷四十二。方由伏神(去木)、酸枣仁(微炒)、黄芪(锉)、羌活(去芦头)各一两,熟干地黄(切,焙)、甘菊花、柏子仁、防风(去叉)各三分,人参、白芍、当归(切,焙)、甘草(炙,锉)各半两组成。上十一味,粗捣筛,每服三钱匕,水一盏,煎至七分,去滓,温服不拘时。功能补胆安神。主治胆气不足,精神不守,常多恐惧,头眩痿厥,四肢不利,僵仆目黄,口苦,苔薄,脉弦细。

本方所治证属胆气不足所致,治宜补胆安神。气旺胆壮,精神内守,则恐惧不生。故方中用黄芪、人参、甘草补气壮胆。胆附于肝,每多同病,胆气虚则肝血不足,故用熟地黄、当归、白芍补血养肝。肝血虚则风阳上扰,头目眩晕,故用甘菊花以平肝熄风。胆气虚则清阳不升,故配羌活、防风升发清阳,与补药同用,深合补中寓升之意。胆虚则心神不宁,更以伏神、酸枣仁、柏子仁宁心安神。诸药合用,共奏补胆安神之功。胆为中正之官,方以补胆为上,胆气旺,诸证愈,则能发挥其中正之功能,故名中正汤。本方为胆气不足所致的恐惧、痿厥、目黄而设,临床以胆虚气怯,常多恐惧,不能独卧,口苦,苔薄,脉弦细为辨证要点。

羌活补髓丸(《备急千金要方》卷十二) 羌活、芎䓖、当归各三两,桂心二两,人参四两,枣肉(研如脂)、羊髓、酥各一升,牛髓二升,大麻仁(熬,研如脂)二升。上十味,先捣五种干药为末,下枣膏、麻仁又捣,相濡为一家,下二髓并酥,内铜钵中重汤煎之,取好为丸如梧子,酒服三十丸,日二服,稍加至四十丸。功能补髓温胆。主治髓虚脑痛不安,胆腑中寒。

人参散(《太平圣惠方》卷三) 人参(去芦头)一两,枳壳(麸炒微黄,去瓤)三分,五味子三分,桂心三分,柏子仁一两,山茱萸三分,甘菊花三分,茯苓三分,枸杞子三分,熟干地黄一两。上件药捣筛为散,每服一钱,以酒服调下,不计时候服。功能补气温胆,养心安神。主治胆虚冷,恒多恐畏,不能独卧,心下澹澹,如人将捕,头目不利,胸中满闷。

何人饮

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由何首乌三钱至一两,当归二三钱,人参三五钱或一两,陈皮(大虚者不必用)二三钱,煨生姜(多寒者,用三五钱)三片组成。水二钟,煎八分,于发前二三时温服。若善饮者,以酒一钟浸一宿,次早加水一钟煎服亦妙,再煎不必用酒。现用法为水煎,或酒水共煎,疟发前三小时左右服。功能补气血,截虚疟。主治疟疾久发不止,气血两虚。症见寒热时作,面色萎黄,倦怠无力,食少自汗,形体消瘦,舌质淡,脉缓大而虚。

《素问·刺疟》说:"疟脉缓大虚,便宜用药,不宜用针。"明确提出以脉象"缓大虚"为疟疾便宜用药,不宜用针的原则。本方益气养血,为久疟图本之法,其合《内经》之旨。方中何首乌养血截疟,为治虚疟之要药,人参益气扶正,合首乌气血双补,两者均是君药;当归养血和营为臣;陈皮、生姜理气和中,助补药之运行,以免补药腻膈不化,均为佐使。诸药合用,共奏补气血,截虚疟之功。张秉成《成方便读》说:"方中首乌补肝肾之阴,人参助脾肺之阳;当归和其营,陈皮理其气,以为补药之助;生姜生则散表,熟则温中而益其阳气耳。"考《景岳全书》其他版本中的何人饮有大枣。本方录自《景岳全书》(岳峙楼藏版),方中无大枣,这是正确的。因久疟多见胁下痞硬,殊非大枣所宜。《伤寒论》小柴胡汤下说:"若胁下痞硬,去大枣",可资佐证。本方为气血两虚之虚疟而设,是治疟的变法。临床以面色萎黄,稍劳即发,舌淡,脉缓大而虚为辨证要点。如疟疾初起,体质未虚者忌用。

休疟饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 人参、白术(炒)、当归各三四钱,何首乌(制)五钱,炙甘草八分。水一钟半,煎七分,食远服,渣再煎。或用阴阳水各一钟,煎一钟,渣亦如之,俱露一宿,次早温服一钟,饭后食远,再服一钟。功能补气血,扶脾气,止虚疟。主治疟疾汗散过多,以致脾气虚弱,或年老体衰而疟不止者。休疟饮是何人饮去陈皮,加白术、甘草而成,可见其在何人饮补气补血之外,更多白术、甘草两药扶正健脾。

追疟饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 何首乌(制)一两,当归、甘草、半夏、青皮、陈皮、柴胡各三钱。上用井水、河水各一钟,煎一钟,渣亦如之,同露一宿,次早温服一钟,饭后食远再服一钟。功能补血健脾,和解治疟。主治久疟不止,气血不甚虚弱者。本方和解扶正兼顾,介乎小柴胡汤与何人饮之间。

宁肺汤

本方出自《杨氏家藏方》卷八。方由人参(去芦头)、白术、当归(去芦头,洗,焙)、熟干地黄、芎䓖、白芍药、甘草(炙)、麦门冬(去心)、五味子、桑白皮、白茯苓(去皮)各半两,阿胶(蛤粉炒)一两组成。上药㕮咀,每服五钱,水一盏半,生姜五片,同煎至七分,去滓温服,不拘时候。功能补气养血,宁肺止咳。主治久咳荣卫俱虚,发热自汗,咳嗽痰涎,呼吸气短,心悸怔忡,舌质淡红少苔,脉虚数。

本方所治证属久咳荣卫俱虚。治当补养气血,宁肺止咳。方中人参、白术、茯苓、甘草即四君子汤,补气益卫。当归、白芍、川芎、熟地黄即四物汤,养血和营。久咳不已,肺气既虚,肺阴亦伤,配阿胶、麦冬滋阴润肺。桑白皮泻肺平喘,五味子敛肺止咳,两味相配,宁嗽止咳,泻中寓敛。人参、麦冬与五味子配合即生脉散。能治久咳,气阴两伤者。诸药合用,有四君、四物补气养血,又有阿胶、麦冬滋阴润肺,五味子、桑白皮,宁嗽止咳,补中寓清,泻

中寓收，气血得补，营卫和调，肺气清宁，诸症自愈。本方治久咳荣卫俱虚，以发热自汗，咳喘气短，舌质淡红少苔，脉虚数为辨证要点。外挟表邪，肺中痰热壅盛者，非本方所宜。

五味黄芪散（《卫生宝鉴》卷十二）　黄芪、麦门冬、熟地黄、桔梗各五钱，甘草二钱半，白芍药、五味子各二钱，人参三钱。上为粗末，每服四钱，水一盏半，煎七分，去滓，温服，日三服。功能补气养阴，敛肺止咳。主治久嗽咯血成劳，目疼，四肢困倦，脚膝无力。

宁肺汤（《幼幼集成》卷六）　净知母、牛蒡子、北沙参、怀生地、地骨皮、大麦冬、熟石膏、生阿胶、信前胡、杭白芍、炙甘草。新桑叶七片，枇杷叶一片为引，水煎，入竹沥调服。功能清热润肺，化痰止咳。主治痘后邪火未退，侵扰肺脏，引起咳嗽。

九转黄精丹

本方出自《清内廷法制丸散膏丹各药配本》，录自《北京市中药成方选集》。《全国中药成药处方集》亦收载本方，其中呼和浩特配方仅黄精一味药，也名九转黄精丸。方由当归三百二十两，黄精三百二十两组成。上药用黄酒三百二十两入罐内，浸透加热，蒸黑为度，晒干共研为细粉，炼蜜为丸，重三钱，每服一丸，日服二次，温开水送下。功能补气养血。主治气血两亏所致的面黄肌瘦，腰腿无力，津液不足，饮食减少，精神倦怠。方中当归甘温养血；黄精益气滋阴，《本草从新》："补中益气，安五脏，益脾胃，润心肺，填精髓，助筋骨。"

故前人经验认为黄精可代参芪。两药配合，共奏补气养血之功。另加黄酒蒸煮，以增强本方补气养血的作用，气旺血足，则诸证悉除。临床运用于气血两亏，而见身体衰弱的病证，以面黄肌瘦，饮食减少，体倦乏力，心悸失眠，舌淡，脉细为辨证要点。

胎产金丹

本方出自《仙拈集》卷三。方由当归、川芎、白芍、人参、赤石脂、白术、茯苓、桂心、藁本、白薇、白芷、丹皮、延胡索、没药、甘草各一两组成。上药除石脂、没药另研外，其余皆以醇酒浸三日，烘干为末，称十五两，外用香附米以水浸三日，略炒为末，秤十五两，和匀，重罗筛过，炼蜜丸弹子大，病轻者，调服一丸，重者调服二三丸。功能补气养血，调经安胎。主治妇人月经不调，腰腹作痛，宫寒不孕，胎动胎漏，一切难产，产后血晕，胞衣不下，儿枕疼痛，倦怠无力，骨蒸潮热等症。

本方所治证属脾气虚弱，肾阳不足，阴血亏虚，冲任失调所致，而气血两亏为其关键。故治宜补气养血，以期气血调和，冲任通畅。方中当归、白芍、川芎、牡丹皮补血调血；人参、白术、茯苓益气健脾，以气血双补。延胡索、没药活血行气止痛，调和气血；牡丹皮配用白薇，益阴清热，除烦行滞；白芷、藁本除湿止痛，且藁本配川芎能疏达厥阴之郁滞；肉桂心祛寒以温肾；赤石脂温肾固脱；甘草调和诸药；白芍配用甘草酸甘化阴，缓急止痛。诸药合用，共成益气养血调经安胎之功。原书指出："经闭成疾，麻木疼痛，头昏脚肿，血淋，白带，开水送服……临产清米汤调服一丸，自然顺利，难产者倍用；产后，童便好酒调服一丸，自无崩晕之症；血崩，童便井水送服；血晕，当归、川芎煎汤下；产后儿枕痛，山楂黑砂糖煎汤下；胞衣不下，干姜煎汤下；呕吐淡姜汤下。"

家传胎产金丹（《胎产心法》卷中）　当归（酒洗）、丹皮（水洗，晒干，勿见火）、蕲艾（醋炙）、延胡索（酒拌，晒干）、川芎、益母草（取上半截，童便浸晒干）、青蒿（内热者更宜，不用亦可）、白薇（洗净，人乳拌）、人参、赤石脂（火煅，水飞亦可）、白茯苓、川藁本（洗净）、白术（土炒）各二两，生地（酒洗煮，不犯铁器）、鳖甲（醋炙）各四两，香附四两（醋、酒、盐、童便各浸制一两），桂心、没药（去油）、粉草（酒炒）各一两二钱，北五味一两（去梗，焙），沉香六钱。以上共为细末，再用新鲜首次男胎紫河车一具，长流水浸半日洗净，将河车放在铅罐内，再将黄柏四两，放在河车下，加白酒酿二斤，清水两碗，灌满铅罐，仍以铅化封口，再以铁锅盛水，将铅罐悬在锅内，煮两日夜为度，取出捣烂，和入药内，拌匀晒干，再研为末，炼蜜丸，弹子大，每丸重三钱五分，水飞朱砂为衣。妇人临产，米汤化服一丸；产下，童便好酒服一丸；产后每日服一丸，连服五日；不孕者，于行经后，川芎当归汤服一丸，连服三日；苦于小产者，胎动欲产，白滚汤服一丸，睡半日，其胎自安，每日常服二三丸，保全足月；产后血崩，好酒童便服一丸；产后血晕者，当归川芎汤服一丸；产后惊风，防风汤服一丸；儿枕痛者，山楂黑砂糖汤服一丸；胞衣不下，干姜炒黑，煎汤服一丸；产后虚怯者，川芎当归汤，每日服一丸；凡产后诸证，俱加好酒童便服。功能益气养血安胎。主治妇人经水不调，诸虚百损，种子安胎，及胎前胎后诸证。

蔡松汀难产方

本方系验方，录自《中医妇科简编》。方由黄芪（蜜炙）30克、当归身、西党参、净龟版（醋炙）、枸杞子各12克，白茯神9克，川芎、白芍（酒炙）各3克组成。水煎，只取头煎，顿服。功能补气养血，促产催生。主治气血虚弱，产时阵缩微弱，精神疲倦，或下血量多，心悸气短，久产不下，脉大而虚，或沉细而迟。本方治证属气血大虚，无力娩胎所致，治宜大补气血。方中党参、黄芪并用，大补元气，以增娩胎催生之力；白芍、当归、川芎养血和血；茯神健脾安神；枸杞子、龟版滋肾益精。诸药配合，共奏补益气血之效。气血充沛，则娩胎易产。

疗儿散（《傅青主女科》卷下）　人参一两，当归（酒洗）二两，川牛膝五钱，乳香（去油）二钱。水煎服。功能

补气益血下胎。主治气血虚弱，胎死不下，阴道流淡红血水，精神疲倦，形体瘦弱，面色苍白，心悸气短，或腹中冷痛，或口有恶臭，舌淡红，苔白腻，脉虚大而涩。

救母丹（《傅青主女科》卷下） 人参一两，当归（酒洗）二两，川芎一两，益母草一两，赤石脂一钱，荆芥穗（炒黑）三钱。水煎服。功能补气益血，祛瘀下胎。主治气血虚弱，血滞不行，胎死不下。

毓麟珠

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系由八珍汤加味组成。又名毓麟丸、调经毓麟珠、助孕八珍丸。方由人参、白术（土炒）、茯苓、芍药（酒炒）各二两，川芎、炙甘草各一两，当归、熟地（蒸捣）各四两，菟丝子（制）四两，杜仲（酒炒）、鹿角霜、川椒各二两组成。上为末，炼蜜为丸，弹子大，每空心嚼服一二丸，用酒或白汤送下，或为小丸吞服也可。功能补益气血，温肾养肝，调补冲任。主治妇女气血俱虚，肝肾不足。症见月经不调，食少体瘦不孕。

本方所治证属气血俱虚，肝肾不足所致。治从双补气血，温肾养肝，调摄冲任立法。方中人参、白术、茯苓、炙甘草益气；当归、芍药、川芎、熟地黄补血调经，以上八味药即八珍汤，补气血以养冲任。菟丝子、杜仲、鹿角霜温肾养肝，益精养血，调补冲任。川椒温煦胞宫，暖督脉以助阳，《本草纲目》称其"补右肾命门"。综观全方，既温养先天肾气以生精，且又培补后天以化血，使精充血足，冲任调摄，胎孕乃成，故方名毓麟珠。本方温润添精，调经种子，用于妇人气血俱虚，肝肾不足所致的不孕证。临床以月经后期，量少色淡，腰腿酸软，少腹冷感，性欲减退，小便清长，舌淡苔白，脉沉细为辨证要点。原方加减："如男子服用，宜加枸杞、胡桃肉、鹿角胶、山药、山茱萸、巴戟肉各二两；如女人经迟腹痛，宜加酒炒破故纸，肉桂各一两，甚者，再加吴茱萸五钱（汤泡一宿，炒用）；如带多腹痛，加破故纸一两，北五味五钱，或加龙骨一两（醋煅用）；如子宫寒甚，或泄或痛，加制附子、炮干姜随宜；如多郁怒，气有不顺而为胀为滞者，宜加酒炒香附二两，或甚者再加沉香五钱；如血热多火，经早内热者，加川续断、地骨皮各二两，或另以汤剂暂清其火，而后服此，或以汤引酌宜送下亦可。"痰湿、肝郁所致的不孕证，则非本方所宜。

温土毓麟珠（《傅青主女科》卷上） 巴戟天（去心，酒浸）一两，覆盆子（酒浸，蒸）一两，白术（土炒）五钱，人参三钱，怀山药（炒）五钱，神曲（炒）一钱。水煎服。功能温脾补肾。主治脾肾阳虚，胸满食少，食则胀满，甚或作呕，久不受孕，或虽孕而堕者。

固本止崩汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由大熟地（九蒸）一两，白术（土炒焦）一两，黄芪（生用）三钱，当归（酒洗）五钱，黑姜二钱，人参三钱组成。水煎服。功能养血止血，益气固本。主治妇人一时血崩，两目昏暗，昏晕在地，不省人事。

本方主治妇女崩中失血所致的血晕，法当滋阴养血，益气固本。因血崩下血，阴血受损，故方中选用熟地黄、当归滋阴养血，以治血虚，且当归辛温，为血中之气药，能补血活血，以免血因虚而滞。配用白术、人参、黄芪甘温益气，其义有三：一为健脾益气，凡血脱者，当先用甘药，以补脾胃，因为脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃气旺，则阳生阴长，血自归经；一为益气固脱，因气为血帅，血脱者，气亦虚，当先益气，由于有形之血不能速生，无形之气所当急固，所以当先益气，以固欲脱之气，否则失血过多，元气无所依附，必至尽散；一为补气生血、摄血，《脾胃论》说："血不自生，须得生阳气之药，血自旺矣。"故方中用白术、人参、黄芪补气生血，取阳旺则能生阴血，有形之血，生于无形之气之义，原书说："本方妙在全不去止血，而惟补血，又不止补血而更补气，非惟补气而更补火。盖血崩而至于黑暗昏晕，则血已尽去，仅存一线之气以为护持，若不急补其气以生血，而先补其血而遗气，则有形之血，恐不能遽生，而无形之气，必至尽散，此所以不先补血，而先补气也。然单补气则血又不易生，单补血而不补火，则血又必凝滞，而不能随气而速生。"故方中补血药熟地黄、当归与补气药白术、人参、黄芪同用。黑姜引血归经，补中有敛。诸药合用，补气补血，固本止崩，气旺血足，其证自除。本方适用于一时血崩之血晕证。以阴道持续出血，两目昏黑，头晕跌扑，不省人事，面色苍白，唇色淡白，气息低微，脉微细为辨证要点。现临床上多用于功能性子宫出血，女性生殖器炎症等阴道出血，见上述症状者。原方眉批："脉有力者，用辽人参去芦三钱煎成，冲贯众炭末一钱。待气息微旺，然后服此方，仍加贯众炭末一钱，无不见效；无力者用无灰黄酒冲贯众炭末三钱服之，待其气接神清始可服此方。人参以党参代之，临服亦加贯众末一钱冲人。"原书指出："倘畏药味之重而减半，则力薄而不能止。服一剂崩止，十剂不再发。"现常加何首乌滋阴养血；乌贼骨收敛止血。

补虚宁血剂（《辨证录》卷十一） 当归五钱，熟地一两，黄芪一两，甘草一钱，炒黑荆芥三钱。水煎服。功能益气养血止崩。主治妇人血崩，目暗晕地，不省人事。

安老汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由人参一两，黄芪（生用）一两，大熟地（九蒸）一两，白术（土炒）五钱，当归（酒洗）五钱，山萸（蒸）五钱，阿胶（蛤粉炒）一钱，黑芥穗一钱，甘草一钱，香附（酒炒）五分，木耳炭一钱组成。水煎服。功能益脾补肝，育阴止漏。主治妇人肝脾两虚，肾水亦亏，年老经水复行，或下紫血块，或如红血淋，泄漏不止，有似行经而实非经者。

本方所治证属肝虚不能藏血，脾虚不能统血，又兼肾水不足，阴虚火旺所致。法当补益肝脾，兼育肾阴。方中人参、黄芪、白术益气补脾，脾健则能统血；当归、熟地黄、阿胶养血补肝，肝不虚则能藏血；熟地黄配山茱萸大补肾水，肾水足则虚火自止，肝气自舒，肝舒而脾自得养；更以香附舒肝解郁，与参、术、归、地同用，使补中有行，补而不滞；黑芥穗、木耳炭理血止血；甘草和中益气，调和诸药。配合成方，共成补脾调肝，育阴止漏之功。因本方具有制止年老经水再行的作用，故取名为安老汤。临床常以泄漏不止，面色萎黄，气短懒言，头晕，胸闷叹息，经血量时多时少，色紫或鲜红，苔薄白，舌质红或淡，脉细弦数等为辨证要点。原书眉批："加贯众炭一钱，研细末，以药冲服尤妙。"现临床上多用于生殖道炎症、子宫内膜息肉所引起的绝经后子宫出血，见上述症状者。

芪术调经散（《辨证录》）　人参、三七根末各三钱，白术、当归、黄芪各一两，生地五钱。水煎调服。功能补脾益气，养阴调肝。主治妇人绝经后，忽然行经，或如紫血块，或如红血淋。

芎䓖补中汤

本方出自《济生方》卷七。方由干姜（炮）、阿胶（锉，蛤粉炒）、芎䓖、五味子各一两，黄芪（去芦，蜜水炙）、当归（去芦，酒浸）、白术、赤芍药各一两，木香（不见火）、人参、杜仲（去皮，炒）、甘草（炙）各半两组成。上药㕮咀，每服四钱，水一盏半煎至一盏，去滓通口服，不拘时。功能益气养血，调经安胎。主治气虚血亏，冲任不固。症见半产漏下，面色㿠白或萎黄，倦怠少气，头晕目眩，或月经愆期，量少色淡，舌淡白，脉细弱。

本方所治证属气虚不能载胎，血虚不能内荣，遂致胎孕不固，半产漏下，故以益气补血论治。方以人参、黄芪为君，补中益气；当归、白芍、川芎为臣，养血和营，君臣相配，气血双补，固养胎元；干姜、阿胶、五味子温摄止漏；白术、木香理气健脾；杜仲益肾壮腰而能安胎；甘草和中益气而调诸药，共为佐使。诸药合用，益气血，养冲任，固胎元，止漏下，而诸证自愈。临床以倦怠少气，头晕目眩，舌淡，脉细弱为辨证要点。现临床上对于妇女先兆流产、习惯性流产属气虚血少者均可运用。惟因于血热者禁用。

芎归补中汤（《校注妇人良方》卷十三）　艾叶（代姜）、阿胶（炒）、川芎、五味子（杵，炒）、黄芪（炙）、当归、白术（炒）、芍药（炒）、人参、杜仲（炒）各一钱，甘草（炙）五分。每服五钱，水煎服。功能益气补中，养血祛瘀。主治气血虚弱，半产漏下。

千金保胎丸

本方出自《古今医鉴》卷十二。系《金匮要略》胶艾汤加味而成。方由归身（酒洗）二两，南芎一两，熟地（姜炒）二两，阿胶（蛤粉炒）二两，香附（酒、醋、童便、盐水各浸三日）二两，艾叶（醋煮）一两，砂仁（炒）五钱，陈皮二两，条芩（炒）二钱，白术（土炒）四两，川续断（酒洗）二两，杜仲（姜炒）四两，益母草二两，红枣（煮，去皮核）组成。上药为末，枣肉为丸，梧桐子大，每服百丸，空心米汤送下。功能调补脾肾，保孕安胎。主治阳明脉伤，冲任不固，屡经小产。症见妊娠三月，胎漏下血，腰腿酸软，少腹下坠，头目眩晕，或月经过多，淋漓不止，舌淡，脉细滑。

本方所治证属阳明脉伤，冲任失养，胎孕不固所致。治宜调脾肾，固冲任，养阴血，止漏下。方中重用白术补脾胃以养阳明脉伤，杜仲益肝肾以固冲任脉虚，两者合用共奏保孕安胎之功；熟地黄配当归身、南芎补血而养冲任，续断助杜仲益肾而固胎元；阿胶、艾叶养血止漏，为调经安胎之要药，香附、益母草理气调经，用之助胶艾更增止漏安胎之效；冲脉隶属阳明，阴血化于中焦，红枣、陈皮、砂仁能健脾助运，协白术而振生化之源；黄芩安胎坚阴，用之以防上药过温。诸药合用调脾肾以固胎元，养阴血而愈漏下。现临床上对于先兆流产、习惯性流产由阳明脉伤，冲任不固所致者，均可运用本方。若胎漏因血热而致者，忌用本方。

人参饮（《圣济总录》卷一百五十四）　人参、芎䓖、当归（切，焙）、阿胶（炙，焙）、杜仲（去粗皮，炙）各二两，艾叶一握，熟干地黄（焙）、甘草（炙，锉）各一两。上八味粗捣筛，每服五钱匕，水一盏半，枣一枚（擘），煎至一盏，去滓温服，不拘时。功能益气血，补肝肾。主治妊娠胎动不安，腰腹痛，血下不止。

千金保胎膏（《北京市中药成方选集》）　当归 300 克，白芍 150 克，生地 240 克，甘草 90 克，续断 180 克，黄芪 150 克，白术（炒）180 克，肉苁蓉（炙）150 克，木香 30 克，黄芩 300 克，益母草 300 克。上药切碎，每锅用料 1 440 克，香油 7.5 千克，入锅内煎熬至枯黑，用铁纱罗过滤去渣，再熬炼至滴水成珠，兑入章丹 3 000 克，搅匀成膏，取出放入冷水中出火毒后加热溶化，再兑龙骨面 90 克，搅匀摊贴，微凉，向内对折，每张油重 15 克，用时温热化开，贴于脐部。功能益气补血，保育胎元。主治气虚血亏，胎元不固，屡经小产。

养血保胎丸（《北京市中药成方选集》）　益母草 90 克，白术（麸炒）60 克，橘皮 30 克，甘草（炙）15 克，川芎 30 克，补骨脂（盐水炒）30 克，当归 30 克，黄芩（炒）30 克，苏梗 30 克，香附（醋炙）90 克，续断 30 克，杜仲（炒）30 克，茯苓 30 克，砂仁（连壳）30 克，麦门冬 30 克。共研为细粉，过罗，炼蜜为丸重 9 克，每服 1 丸，日服 2 次，温开水送下。功能养血和营，益气安胎。主治妊娠气虚，营血不足，腰酸腹痛，胎动不安。

泰山磐石散

本方出自《景岳全书·妇人规古方》卷六十一。由《丹

溪心法》八珍汤加减而成。现改为丸剂，名泰山磐石丸。方由人参、黄芪、当归、川续断、黄芩各一钱，川芎、白芍药、熟地各八分，白术二钱，炙甘草、砂仁各五分，糯米一撮组成。用水一钟半，煎七分，食远服。但觉有孕，三五日常用一服，四月之后方可无虑。现用法为上药共研细末，炼蜜为丸，每丸重9克，每服1丸。功能补气健脾，养血安胎。主治妇人妊娠气血两虚，胎动不安，面色淡白，倦怠乏力，不思饮食，舌质淡苔薄白，脉细滑无力（或沉弱），或屡有坠胎之患者。

本方所治证属气血两虚，冲任不固所致。气虚不能载胎，血虚不能养胎，冲任不固，胎失所载。治宜补气健脾，养血安胎，佐以固肾调气。方中用人参、黄芪、白术、炙甘草益气健脾，以固胎元。当归、熟地黄、川芎、白芍补血调血以养胎元。川续断补益肝肾而固胎元。砂仁调气以安胎，糯米补养脾胃，黄芩与白术同用为安胎要药。诸药合用，使气血调和，冲任得固，胎动不安者得安，胎欲坠者可固，故本方取名为泰山磐石散，形容本方安胎之效牢固如泰山磐石。原方加减法："觉有热者倍黄芩，少用砂仁；觉胃弱者多用砂仁，少加黄芩。"

胎元饮（《景岳全书·新方八阵》卷五十一） 人参随宜，当归、杜仲、芍药各二钱，熟地二三钱，白术钱半，炙甘草一钱，陈皮七分（无滞者不用）。水二钟，煎七分，食远服。功能补气养血，固肾安胎。主治妇人妊娠气血两亏，冲任失守，胎元不安不固。

安胎散（《景岳全书·妇人规古方》卷六十一） 熟地、艾叶、白芍（炒）、川芎、黄芪（炒）、阿胶（炒）、当归、甘草（炙）、地榆各一钱。上药加姜、枣，水煎服。功能益气补血，宁血安胎。主治妇人妊娠气血不足，腰痛下血，胎动不安。

援土固胎汤（《傅青主女科》卷下） 人参一两，白术（土炒）二两，山药（炒）一两，肉桂（去粗，研）二钱；制附子五分，续断三钱，杜仲（炒黑）三钱，山萸（蒸，去核）一两，枸杞三钱，菟丝子（酒炒）三钱，砂仁（炒，研）三粒，炙草一钱。水煎服。功能补脾援土，益肾固胎。主治妇人妊娠吐泻，胎动不安。

保产无忧散

本方录自《傅青主女科·产后编》卷下补编。系由《普济方》保产无忧散加减衍化而成。该书《产后编》卷上名治产秘验良方，方中多红花一味。又名保产神效方、神验保生无忧散、保产无忧方、保胎无忧散、保产十三太保方。《全国中药成药处方集》将本方作丸，名保产安胎丸、保产无忧丸、便产神方；《中医方剂选讲》将本方作汤，又名保产无忧汤。方由当归（酒洗）钱半，芥穗（炒黑）八分，川芎钱半，艾叶（炒）七分，枳壳（面炒）六分，黄芪（炙）八分，菟丝子（酒炒）一钱四分，厚朴（姜炒）七分，羌活五分，川贝母（去心）一钱，白芍（酒炒）一钱二分，甘草五分组成（《全国中药成药处方集》太原方加贡胶、生地，沈阳方无厚朴有益母草；《医学心悟》枳实易枳壳）。生姜三片，水二钟，煎八分，渣用水一盅煎六分，产前空心预服二剂，临产随时热服。用于保胎，每月三五服。现用法①汤剂：水煎，空腹时温服。治胎位不正，从妊娠28周开始服本方，7天服1剂，4剂为1疗程；或连用3—5剂后，酌情改为10—15天1剂，服至临产。②丸剂：每服9克，日服2次，温开水送服。功能补气养血，安胎保产，顺气催生。主治胎动不安，势欲小产，胎位不正，以及临盆艰难者。

本方所治证属气血虚弱，冲任不固，气血失于畅利所致。治宜补气养血，安胎保产，顺气催生。本方为安胎保产之剂，制方深意实寓于此。血以和为补，当归、川芎、白芍养血和血；气以通为补，黄芪、甘草补气以举胎；荆芥、羌活升举胎元；枳壳、厚朴宽胸理气；艾叶暖宫；生姜温中顺气；菟丝子补肾固胎；川贝母运胎顺产。诸药合用，补而不滞，疏而无过，共奏安胎保产之功。妊娠六七月服本方，有助于逐渐调正胎位，预防难产。现临床上亦用于习惯性流产、先兆流产、妊娠小便不通，辨证属气血失调，肝肾不足者。原方加减法："妇人虚极，再加人参三五分更妙。"产后及阴虚血热者忌用。现在治疗习惯性流产、先兆流产时，宜减去运胎顺产之品，加益肾安胎之药。

达生散（《丹溪心法》卷五） 又名束胎散。大腹皮三钱，人参、陈皮各钱半，白术、芍药各一钱，紫苏（茎叶）半钱，甘草（炙）二钱，归身尾一钱。入青葱五叶、黄阳脑（即黄杨树梢）七个，或加枳壳、砂仁，水煎，食后服，于怀胎八九个月，服十数贴。夏月加黄芩，春加川芎。功能补气养血，顺气安胎。主治产前气血虚弱，胎气不调。

保产无忧散（《普济方》卷三百五十六） 当归（酒浸）、川芎、白芍药各二钱，南木香一钱半，枳壳（炒）、乳香（另研）各三钱，血余（一方以豮猪心血和发灰）二钱半（一方无枳壳，有硇砂、甘草）。上药为末，取二钱，水一盏，煎至七分，日二服。功能催生保产。主治胎肥气逆，临蓐难产。

人参汤

本方出自《圣济总录》卷一百五十七。由《太平惠民和剂局方》的十全大补汤加减而成。方由人参、麦门冬（去心）、生干地黄（焙）、当归（切，炒）、芍药、黄芪（锉）、白茯苓（去皮）、甘草（炙）各一两组成。上八味，粗捣筛，每三钱匕，水一盏，煎至七分，去滓，食前温服。功能益气养血。主治半产后，下血过多，头晕目眩，心惊体颤，脐腹虚胀，时寒时热，面色㿠白，脉沉细弱。

本方所治证属半产后阴血下夺，气怯心虚，筋脉失养所致。故治宜益气而辅以养血。陈自明说："坠胎后，复损经脉而下血不止，甚则烦闷至死，皆以调补胃气为主。"故方中首用人参、黄芪为君，大补脾胃之气，使胃气强，脾气壮，自能生化阴血；当归、芍药为臣，养血和营，用之协

君药以期气血双补；甘草、茯苓健脾，助参、芪以扶中益气；生地黄、麦冬滋阴，借归、芍以养肝补血；其中参、麦相配，具有补心养胃之功，归、芪为伍，乃取阳生阴长之意。诸药合用，扶阳存阴，补气生血，令气旺血充，心神内守，筋脉得以濡养，则诸症自愈。凡妇女月经不调，胎产崩漏，产后虚弱及各种慢性病，属气血两虚者，均可用本方加减。

人参当归散（《太平惠民和剂局方》卷九）　干地黄、人参、当归、肉桂（去粗皮）、麦门冬（去心）各一两，白芍药二两。上为粗散，每服四大钱，水二盏，先将粳米一合，淡竹叶十片，煎至一盏，去米、竹叶人药，并枣三枚，煎七分，去滓，食前服（地黄宜用生干者，虚甚则用熟者）。功能补气益血。主治产后血去过多，心胸烦满，呼吸短气，头痛闷乱，骨节疼痛，晡时辄甚，或大病后气血未复，内热虚烦。

大圣散（《校注妇人良方》卷十二）　白茯苓、川芎、麦门冬（去心）、黄芪（炒）、当归各一钱，人参、甘草（炙）、木香各五分。姜水煎服。功能益气养血。主治妊娠忪悸梦惊，心腹胀满，连脐急痛。

团参汤（《证治准绳·幼科》集之三）　又名团参散。人参、川当归各三钱。上药锉细，用雄猪心一个，切作三片，每服二钱，猪心一片，井水一盏半，煎至一盏，食前，两次服。功能益气补血养心。主治心虚血热，自汗盗汗，大惊卒恐。

补气解晕汤

本方出自《傅青主女科》卷下。系由《产育宝庆集》清魂散发展而来，《辨证录》简称为解晕汤。方由人参、生黄芪、当归（酒洗）各一两，黑芥穗三钱，姜炭一钱组成。水煎服。功能补气，养血，救脱。主治正产气虚血晕。症见妇女产后，失血过多，气随血脱，忽然眼目昏花，呕恶欲吐，心中无主，或神魂外越，恍若天上行云，或肢凉汗粘，颜面苍白，呼吸微弱，脉沉细欲绝。本方主治产后血晕。其病机为气血虚脱而非恶血攻心。傅青主说："人以为恶血冲之患也，谁知气虚欲脱而然晕乎！盖新产之妇，血必尽倾，血室空虚，止存几微之气……治法必须大补气血，断不可单治血晕也。"故用人参大补元气，配黄芪以助补益，使气壮而能生血，用当归以补血和营，使血旺而能养气，气血两充则心可定而神可安；更用荆芥炭、姜炭止血行瘀，引血归经，不解晕而晕自解，盖亦重在补气生血，补气摄血之意也。临床上应注意闭证禁用。如患者虚不受补者，可酌情减量应用。

清魂散（《产育宝庆集》卷上）　泽兰叶、人参各一分，荆芥穗一两，川芎半两。上为末，温酒热汤各半盏，调一钱，急灌之下咽。功能补气醒神，祛风和血。主治产后气血虚弱，又感风邪，忽昏晕不知人事。

参归荆芥汤（《辨证录》卷十二）　人参一两，当归一两，荆芥三钱。水煎服。功能大补气血。主治妇女分娩后，即昏晕不语，属气血双脱者。此方即补气解晕汤减去黄芪、姜炭而成。两方功用、主治基本相同，惟补气之力略逊，可用于产后气血两脱之较轻者。

救脱活母汤

本方出自《傅青主女科·产后编》卷下。方由人参二两，当归（酒洗）一两，熟地（九蒸）一两，枸杞子五钱，山萸（蒸，去核）五钱，麦冬（去心）一两，阿胶（蛤粉炒）二钱，肉桂（去粗，研）一钱，黑芥穗二钱组成。水煎服。功能大补气血，救脱定喘。主治产后气喘，由气血将脱所致。方中重用人参，大补元气，接续元阳以救脱。然补其气而不补其血，则虽能回生于一时，但易旋得复失，故用当归、阿胶补血止血。补血而不补肝肾之精，则本源不固，摄纳失常，所以用熟地黄、山茱萸、枸杞子大补肝肾之精以化生新血，其中山萸助人参敛汗固脱，熟地黄助当归滋养阴血。另用麦冬养阴以保肺，使肺气健旺，升降有力，且与人参配伍，又能人心以生脉。方中配肉桂，原书方解说："特虑新产之后，用补阴之药腻滞不行，又加肉桂以补命门之火，使火气有根，助人参以生气，且能运化地黄之类，以化精生血。"更加荆芥穗炒黑以止血。诸药合用，共奏大补气血，救脱定喘之功。本方所治为产后气血将脱的虚喘，临床以短气息促，动则尤甚，面色㿠白，冷汗淋漓，脉虚无力为辨证要点。

蛤蚧救喘丹（《辨证录》卷十二）　人参二两，熟地二两，麦冬三钱，肉桂一钱，苏子一钱，蛤蚧二钱，半夏三分。水煎服。功能补气救脱，降逆平喘。主治产后气喘，气血将脱者。

肠宁汤

本方出自《傅青主女科》卷下。方由当归（酒洗）一两，熟地（九蒸）一两，人参三钱，麦冬（去心）三钱，阿胶（蛤粉炒）三钱，山药（炒）三钱，续断二钱，甘草一钱，肉桂（去粗，研）二分组成。水煎服。功能补血益气，和营止痛。主治产后少腹隐痛，恶露色淡量少，舌淡红，脉虚细。

产后腹痛，或因恶血留阻，或因阴血过伤，本方所治证属产后亡血，冲任失养，气血虚滞所致。故立补血益气，和营止痛法以治之。方中当归，为血中之圣药，补中兼行，养血和营；熟地黄补血虚不足，两者重用为君；阿胶协归、地益血以养冲任；麦冬助君药养阴以资润燥；人参、山药扶中益气，用之合归、地以收气血双补之功，四药共用为臣；续断补肝肾而通血脉，肉桂温冲任而行气血；甘草和中缓急、兼调诸药，共为佐使。方中气血双补，补中有行，待阴血复，冲任得养，则肠宁而痛安。正如傅山所说："此方补气补血之药也，然补气而无太郁之忧，补血而无太滞之患，气血既生，不必止疼而疼自止矣。"临床用治产后腹痛如由恶血瘀滞而致者，当予温散逐瘀，决非本方所宜。

人参当归汤(《备急千金要方》卷三) 人参、当归、麦门冬、桂心、干地黄各一两,大枣二十个,糯米一升,淡竹叶三升,芍药四两。上药㕮咀,以水一斗二升,先煮竹叶及米取八升,去滓纳药取三升,去滓,分三服。若烦闷不安者,当取豉一升,以水三升煮,取一升尽服。功能益气补血,养胃除烦,主治妇人产后烦闷不安。

正经汤(《是斋百一选方》卷十八) 熟干地黄半两,人参、桂心、半夏(汤洗七次)、白芍药、牡丹皮、阿胶、麦门冬、当归各二钱半,吴茱萸(汤洗七次)二钱。上为粗末,每服三钱,水一中盏,生姜五片,煎至七分。功能益气补血,温中止痛。主治妇人诸虚不足,心腹疼痛。

术归桂草汤(《辨证录》卷十二) 白术、当归各五钱,肉桂五分,炙甘草一钱。水煎服。功能健脾补血,温阳止痛。主治妇人产后,血虚中寒腹痛。

调元散

本方出自《活幼心书》卷下。又名扶元散。方由干山药(去黑皮)五钱,人参(去芦)、白茯苓(去皮)、茯神(去皮、木、根)、白术、白芍药、熟地黄(酒洗)、当归(酒洗)、黄芪(蜜水炙)各二钱半,川芎、甘草(炙)各三钱,石菖蒲二钱组成。上药㕮咀,每服二钱,水一盏,姜二片,枣一枚,煎七分,无时温服。如婴儿幼嫩,与乳母同服。功能益气养血,健脾补肾。主治小儿先天禀赋不足,后天气血失养,以致脾肾皆虚,脑髓不能敛实。症见颅囟开解,肌肉消瘦,四肢细弱,神情痴呆,面色㿠白,语迟,行迟,齿迟,舌淡苔少,脉细弱,指纹淡红。

本方所治证属先天元气不足,气血不充所致。故治宜补益脾肾气血。方中人参、黄芪、白术、茯苓、甘草、当归、白芍、熟地黄、川芎即八珍汤加黄芪,功能益气养血。山药既能补气,又能养阴,为培补中气和平之品。神情痴呆,故以石菖蒲理心气以开窍;茯神宁心安神。更以姜、枣入煎调和脾胃。诸药合用,渐次调治,后天得补,生化有源,气血充实,精髓健旺,诸症渐愈。本方为治小儿先天不足(解颅、五软)气血虚弱为主的常用方。临床应以面色㿠白,形体瘦弱,舌淡苔少,脉细缓,指纹淡红为辨证要点。本方偏于温补,阴虚火旺者不宜使用。吴谦等谓:"先以补肾地黄丸,补其先天精气,再以扶元散补其后大羸弱,渐次调理,而五软自强矣。"

菖蒲丸(《寿世保元》卷八) 石菖蒲、人参、麦门冬(去心)、川芎、远志(甘草水泡,去心)、当归、乳香、朱砂(另研)各一钱。上药为末,炼蜜为丸,黍米大,每服十丸,食远,粳米饮送下。功能养心益智。主治小儿语迟,心气不足。

托里散

本方见于《医学入门》卷八。是以《太平惠民和剂局方》的十全大补汤加减而成。方由人参、黄芪各二钱,白术、陈皮、当归、熟地、茯苓、芍药各一钱半,甘草一钱组成。水煎服。功能补益气血,托毒生肌。主治痈疽气血两虚,不能起发溃脓,或溃后难敛,或恶寒发热,肌肉不生,舌淡,脉虚者。

本方主治痈疽气血两虚,故用补益气血,托毒生肌之法。方中人参、白术、茯苓、甘草(即四君子汤)补气健脾;黄芪补气生血,托毒生肌;当归、熟地黄、芍药补血和营;陈皮理气行滞。诸药配合,使气充血旺,脓未成者能使之早成,脓已溃者可使新肉早生,疮口早敛。本方纯用补托,扶助正气,托毒外出,以免毒邪内陷。临床以痈疽气血两虚,疮形平塌,根脚散漫,不能起发溃脓,或溃后难敛,肌肉不生,舌淡脉虚为辨证要点。原方加减:"焮肿热毒,加黄连;漫肿气虚,倍参、术;表邪加羌活、川芎;表虚倍参、芪;内热饮冷便秘,去参、芪、归、术,加大黄;内虚饮冷便秘,倍参、芪、归、术;寒热饮冷,溺涩肝热,去参、芪,加柴胡、炒山栀;不作脓,脓不溃,气虚也,加参、术、桂;肿赤作痛,血凝滞也,加乳香、没药;肉赤不敛,血虚有热,加熟地、牡丹皮;肉暗不敛,阳气虚寒也,加参、芪、肉桂、白蔹;肉白不敛,阳气虚也,脓多不敛,气血虚也,俱倍参、芪、归、术;漫肿不痛,肉死不溃,脾虚甚也,加参、术、羌活;脓多带赤,血虚也,倍参、术、归、地;忿怒,晡热,出血,肝火血虚也,加丹皮、山栀;体倦出血,脾虚不能摄也,倍参、芪、归、地。"

托里散(《外科真诠》) 生黄芪三分,当归二分,白芍二钱,续断三钱,云苓二钱,香附子一钱,枸杞一钱五分,甲珠一片,银花一钱,甘草七分。加福元十枚,水煎服。功能扶正托毒。主治痈疽溃后,气血两虚者。

黄芪膏(《赵炳南临床经验集》) 黄芪5000克。加净水50公斤,煎煮6—7小时后,过滤取汁,再煎煮浓缩成膏1500克,加入等量蜂蜜,混匀贮存备用。每次服6克,日服2次。功能补中益气,托里生肌。主治疮面久不愈合,阴疮脓毒未尽,下肢顽固性溃疡,鱼鳞癣等。

神功内托散

本方出自《外科正宗》卷一。方由当归二钱,白术、黄芪、人参各一钱五分,白芍、茯苓、陈皮、附子各一钱,木香、甘草(炙)各五分,川芎一钱,山甲(炒)八分组成。煨姜三片,大枣二枚,水二茶钟,煎八分,食远服。功能温补托里。主治痈疽疮疡,日久不肿不痛,不能腐溃,身凉,舌淡,脉细。

本方所治证属气血两虚,寒邪凝滞,内不能托毒外透,外不能腐溃成脓,故治以温补托里之法。方中黄芪、人参、白术、茯苓、甘草补气托毒;当归、川芎、白芍补血和营;气弱血虚,寒邪凝滞,又非平补气血可收速效,故配附子温经助阳,以解寒凝;更用穿山甲溃坚散结以透脓;木香、陈皮理气行滞,与补药配合,又能补而不腻。诸药合

用,共奏温补托里之功。本方属补托法,邪实毒盛者禁用。

神效托里散(《太平惠民和剂局方》卷八) 又名四妙汤。忍冬草(去梗)、黄芪(去芦)各五两,当归一两二钱,甘草(炙)八两。上药为细末,每服二钱,酒一盏半,煎至一盏,若病在上食后服,病在下食前服,少须再进第二服,留渣外敷,未成脓者内消,已成脓者即溃。功能扶正托里,清热解毒。主治痈疽发背,肠痈,乳痈,无名肿毒,焮作疼痛,憎寒壮热,类若伤寒。

升麻托里汤(《兰室秘藏》卷下) 黄柏二分,肉桂三分,鼠粘子五分,黄芪、炙甘草、当归身各一钱,连翘、升麻、葛根各一钱五分。上药㕮咀,水一大盏,酒半盏,同煎至一盏,去渣,稍热食后服。功能升托解毒。主治妇人两乳间出黑头疮,疮顶陷下,如黑眼子,其脉弦洪,按之细小。

托里消毒散(《外科正宗》卷一) 人参、川芎、白芍、黄芪、当归、白术、茯苓、金银花各一钱,白芷、甘草、皂角针、桔梗各五分。水二钟,煎八分,食远服。功能托里消毒。主治痈疽已成,内溃迟滞者。因血气不足,不能助其腐化,宜服此药托补,令其速溃,则腐肉易脱,而新肉自生。

排脓散

本方出自《世医得效方》卷十九。方由嫩黄芪二两,川白芷、北五味子(炒)、人参各一两组成。上为末,炼蜜为丸,如小指大,入口噙化,旋旋咽下,食后服,临卧服。功能补肺排脓。主治肺痈吐脓后,肺气已虚,脓痰不净者。本方所治为肺痈溃后正气虚而无力托毒者,故方用黄芪补气生肌,托毒排脓;加人参、五味子补养气阴;配白芷排脓消肿,以清余邪,合为补气排脓之剂。对肺痈后期,气虚邪恋者,可以应用。惟溃后邪毒仍炽者,不宜妄用。

排脓散(《证治准绳·疡医》卷二) 黄芪(盐水拌炒)、当归(酒拌)、金银花、白芷、穿山甲(蛤粉炒)、防风、连翘、瓜蒌(杵)、甘草各一钱。上药作一剂,清水二钟,煎至八分,食前服。功能扶正托毒,排脓消肿。主治肠痈,小腹胀痛,或里急后重,或时时下血,脉象滑数。原方加减:"若脓将尽可去穿山甲、连翘,加当归、川芎为末,每服三钱,食后蜜汤调下亦可。"

内补黄芪汤

本方出自《外科发挥》卷二。系从(圣济总录)黄芪汤衍化而来。方由黄芪(盐水拌炒)、麦门冬(去心)、熟地黄(酒拌)、人参、茯苓各一钱,甘草(炙)三分,白芍药(炒)、川芎、官桂、远志(去心,炒)、当归(酒拌)各五分组成。水二钟,姜三片,枣一枚,煎八分,食远服。功能益气补血,生津安神。主治痈疽发背诸疮,溃后虚弱无力,体倦懒言,精神短少,饮食无味,自汗口干,夜寐不安,脉涩者。

本方所治证属气血虚弱所致,治以调补气血,辅以生津安神。方中人参、茯苓、甘草、熟地黄、白芍、当归、川芎、黄芪、官桂即十全大补汤去白术,能益气补血,助阳固卫。麦冬养心除烦,生津润燥。远志宁心安神,《本草纲目》谓"长肌肉……治一切痈疽"。诸药配合成方,使气旺血充,新肉易生,则疮口早日愈合。本方对疮疡溃后,气血两虚者,比较适宜,临床应以疮口日久不敛,脓水清稀,肉芽不鲜,自汗口干,夜寐不安,脉涩为辨证要点。《医宗金鉴》加减法:"如痛者,加乳香、没药以定痛;硬者,加穿山甲、龟角刺以消硬。"火毒尚盛而见虚象,非本方所宜。

黄芪汤(《圣济总录》卷一百二十八) 黄芪(锉)、人参、甘草(锉,炙)、芍药、当归(切,焙)各一两,熟干地黄(焙)、白茯苓(去黑皮)、桂(去粗皮)各三分,白术、远志(去心)各半两。上十味,粗捣筛,每服五钱匕,水一盏半,入生姜半分拍碎,干枣二枚擘破,同煎至八分,去滓,空心温服,日、晚再服。功能补气益血,扶正托毒。主治痈疽内虚。

托里黄芪汤(《普济方》卷二百八十五) 黄芪(细锉)、白茯苓(去黑皮)、桂(去粗皮)、麦门冬(去心,焙)、当归(切,焙)、人参、远志(去心)各一两,甘草(炙)钱半,五味子一两半。上捣筛,每服四钱匕,水一盏半,煎一盏,去滓温服,不计时候,日二服。功能双补气血,托里生肌。主治痈疽诸疮,溃后脓多内虚;亦治发背。

两仪膏

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由人参半斤或四两,大熟地一斤组成。上二味,用好甜水或长流水十五碗浸一宿,以桑柴文武火煎取浓汁,若味有未尽,再用水数碗煎渣取汁并熬稍浓,乃入磁罐,重汤熬成膏,入真白蜜四两或半斤收贮。每以白汤点服。功能滋阴生津,补气养血。主治积劳虚损,阴虚精不化气,以致气血两虚。症见身体羸瘦,精神倦怠,惊悸健忘,耳鸣目眩,面色萎黄,肢软乏力,以及病后体虚。

本方所治证属虚在阴分,精不化气,而致气血两虚。张介宾说:"其有气因精而虚者,自当补精以化气;精因气而虚者,自当补气以生精。"故方中倍用熟地黄,滋阴以生精血;人参补气以生精。两药配合,共奏滋阴生精,补益气血之功。本方为滋阴生精之剂,临床用于慢性久病精气大亏,精不化气,以致气血两虚者,可收缓补渐调之功。其有未至大病而素觉阴虚者,用以调元尤妙。原方加减法:"若劳损咳嗽多痰,加贝母四两。"服药过程中,如遇感冒、发热、胃纳不佳等,应暂停服用。

六味地黄丸

本方出自《小儿药证直诀》卷下。原名地黄丸,又名

六味丸。系从《金匮要略》肾气丸中减去附、桂而成。后世滋阴之方，如《景岳全书》的左归饮、左归丸；《医宗己任编》的都气丸、滋水清肝饮；《医级》的杞菊地黄丸；《审视瑶函》的明目地黄丸；《医宗金鉴》知柏地黄丸等，均是从本方加减化裁而成。以本方改作汤剂，称为六味地黄汤。为滋补肾阴的代表方剂。方由熟地黄八钱，山萸肉、干山药各四钱，泽泻、牡丹皮、白茯苓（去皮）各三钱组成。上为末，炼蜜为丸，如梧子大，空心温水化下三丸。现用法为作汤剂，水煎服，用量按医方比例酌减。功能滋阴补肾。主治肾阴不足。症见腰膝酸软，形容憔悴，头晕目眩，耳鸣耳聋，牙齿摇动，舌燥喉痛，盗汗遗精，消渴，潮热骨蒸，手足心热，小便淋沥，足跟作痛，舌红苔少，脉沉细极。

本方所治证属肾阴不足，治宜滋养肾阴为主。方中熟地黄滋肾填精，山茱萸肉养阴涩精，山药补脾固精，三药配用，滋肾阴，养肝血，益脾阴而涩精止遗。再以泽泻清泄肾火，并防熟地黄之滋腻；牡丹皮清泻肝火，并制山茱萸肉之温；茯苓淡渗脾湿，以助山药之健运。前三味药为三阴并补以治本，后三味药为三阴并泻以治标，六药合用，补中有泻，寓泻于补，相辅相成，共成通补开合之剂。本方虽为肾、肝、脾三阴并补之方，而以补肾阴为主，主治肾阴亏损之证，采用此法，滋阴补肾，以制虚火，亦即王太仆所谓："壮水之主，以制阳光"之法。方中以地黄为主药，重在补肾，故命名为地黄丸。又因全方由六味药组成，且酸、苦、甘、辛、咸、淡六味俱备，故又称为六味地黄丸。据实验研究，六味地黄汤对实验性肾性高血压有明显的降血压，改善肾功能，并具有抑制实验性肿瘤的作用。本方为补阴的基础方，主治肾阴不足诸证。以腰酸腿软，头晕目眩，手足心热，舌红苔少，脉沉细数为辨证要点。临床用药加减：若小便数多者，去泽泻，加益智仁以固精缩尿；腰酸痛甚者加杜仲、牛膝以壮筋健骨；如消渴可加重山药用量；阴虚火旺或血热者，加重牡丹皮用量，熟地黄改用生地黄；肾虚水肿者，可加重泽泻、茯苓的用量，兼有湿热下注，小便淋痛者，可加黄柏、车前子。现对于慢性肾炎、糖尿病、高血压病、神经衰弱，以及妇科、儿科、眼、耳、鼻、喉科等多种慢性疾病过程中，出现肾阴亏损之证均有应用。本方对于脾虚便溏者慎用。

知柏地黄丸（《医方考》卷三） 原名六味地黄丸加知母黄柏方。又名滋阴八味丸、知柏八味丸。熟地黄八两，山茱萸（去核，炙）、山药各四两，泽泻、牡丹皮（去木）、白茯苓各三两，黄柏（盐炒）、知母（盐炒）各二两。共研细末，炼蜜为丸，温开水送服。功能滋阴降火。主治阴虚火旺，骨蒸潮热，盗汗遗精，口干咽痛，虚烦失眠，小便涩痛，以及腰脊不举等症。

麦味地黄丸（《寿世保元》卷四） 又名八仙长寿丸。生地黄（酒洗净入砂锅内蒸黑为度，如病弱促滞，再加生姜汁拌匀，再蒸半晌，取出，手掐断入后药，同捣成饼）八两，山茱萸（酒蒸剥去核，取肉晒干）、山药各四两，茯苓（去皮）、牡丹皮、泽泻各三两，五味子、麦门冬（去心）各二两（一方有炒益智仁二两，无泽泻）。为细末，炼蜜为丸，梧桐子大，每服三钱，空腹温酒或炒盐汤，夏秋用热开水调下。功能养阴敛肺补肾。主治年高之人，肺肾阴虚，筋骨柔弱无力，面无光泽或暗淡，食少痰多，或喘或咳，或便溺数涩，阳痿，足膝无力，以及形体瘦弱无力，憔悴盗汗，发热作渴等症。若腰痛，加木瓜、续断、鹿茸、当归；消渴，加五味子、麦门冬各二两。

都气丸（《医宗己任编》） 又名七味都气丸。熟地黄、山萸肉、干山药、泽泻、牡丹皮、白茯苓、五味子。共研细末，炼蜜为丸，温开水送服。功能补肾敛肺。主治肾虚气喘，面赤呃逆，咳嗽等症。

杞菊地黄丸（《医级》卷八） 熟地黄、山萸肉、干山药、泽泻、牡丹皮、白茯苓、枸杞、菊花。共研细末，炼蜜为丸，温开水送服。功能滋肾养肝。主治头晕目眩，视物不清，羞明流泪，干涩疼痛者。

大补阴丸

本方出自《丹溪心法》卷三。原名大补丸。为滋阴降火的代表方剂。方由黄柏（炒褐色）、知母（酒浸炒）各四两，熟地黄（酒蒸）、龟版（酥炙）各六两组成。上为末，猪髓蜜丸，服七十丸，空心盐白汤送下。功能滋阴降火。主治肝肾阴虚，由虚生热。症见骨蒸潮热，盗汗，足膝疼热，或咳嗽咯血，或烦热易饥，舌红少苔，尺脉数而有力。

朱丹溪制立本方的原意，是基于他的"阴常不足，阳常有余，宜常养其阴，阴与阳济，则水能制火"的理论组合成方。

本方所治证属肝肾阴虚，阴虚生热所致。故治以滋阴降火。方用熟地黄、龟版滋阴潜阳以制虚火，使阴盛阳自潜，水充火自降，这是培本的一面；配以黄柏、知母清泄相火而保真阴，使火降而不耗阴，这是清源的一面；更以猪脊髓、蜂蜜血肉甘润之品，以填精保阴生津补液。组成本方总的功用，正如朱丹溪所说："是方能骤补真阴，以制相火，较之六味（指六味地黄丸）功效尤捷。"本方以滋阴与泻相火相配，是培本清源兼顾，用以治疗阴虚劳热之证。临床以骨蒸潮热，足膝疼热，舌红少苔，脉细数为辨证要点。现临床上常用于甲状腺功能亢进、肺结核、骨结核、糖尿病、神经衰弱、血小板减少性紫癜、白血病、皮下出血等属阴虚火旺者。脾胃虚弱，食少便溏者慎用。

大补丸（《丹溪心法》卷三） 川黄柏（炒褐色）。功能清热燥湿。主治筋骨软。气虚以补气药送服，血虚以补血药送服。

大补地黄丸（《景岳全书·古方八阵》卷五十七） 黄柏（盐酒炒）、熟地（酒蒸）各四两，当归（酒洗）、山药（炒）、枸杞各三两，知母（盐酒炒）、山茱萸、白芍药各二两，生地二两半，肉苁蓉（酒浸）、玄参各两半。上药为末，炼蜜为丸，桐子大，每服七八十丸，空心淡盐汤送下。功能养血

益精，滋阴清热。主治精血枯涸燥热。

加味坎离丸（《景岳全书·古方八阵》卷五十七）　川黄柏（分四分，用清酒、盐水、人乳、蜜水各浸二两晒干，炒褐色）八两，熟地（用茯苓四两，打碎砂仁二两，三味同入绢袋中，好酒两瓶，煮干去茯苓、砂仁，只用地黄）八两，知母（盐酒浸炒）八两，白芍（酒浸一日，晒干）、当归、川芎各四两。上药日晒夜露三日为度，炼蜜为丸，桐子大，每服八九十丸，空心盐汤，冬月温酒送下。功能生精养血，升水降火。主治阴血两亏。

虎潜丸

本方出自《丹溪心法》卷三。又名健步虎潜丸、健步丸、丹溪虎潜丸。为治肝肾阴亏致痿之剂。方由黄柏（酒炒）半斤，龟版（酒炙）四两，知母（酒炒）二两，熟地黄、陈皮、白芍各二两，锁阳一两半，虎骨（炙）一两组成。上为末，酒糊丸或粥丸。现用法研末，炼蜜为丸，每丸重9克，每次1丸，日服2次，空腹淡盐汤或温开水送下；亦可水煎服，用量按原方比例酌减。功能滋阴降火，强壮筋骨。主治肝肾不足，阴虚内热。症见腰膝酸软，筋骨痿弱，肌肉消瘦，步履乏力，舌红少苔，脉细弱。

本方所治证属肝肾有热，阴血不足，不能濡养筋骨所致。治宜滋阴降火，强壮筋骨。方中重用黄柏，配合知母以泻火清热。然降火而不滋阴，则火虽暂去，犹恐复来，故用熟地黄、龟版、白芍滋阴养血，补肝肾之阴，则泻火而不致伤阴，滋养而不致呆滞。更以虎骨强壮筋骨，锁阳温阳益精，并配干姜、陈皮温中健脾，理气和胃，使滋而不腻，补而不滞。诸药合用，共奏滋阴降火，强壮筋骨之功。本方为治肝肾阴亏所致痿证的常用方。临床以筋骨痿软，舌红少苔，脉细弱为辨证要点。原方加减："懒言语者，加山药。"现临床上用于脊髓灰白质炎后遗症、慢性关节炎、膝关节结核、中风后遗症筋骨痿软而属阴虚有热者。如属痰湿、湿热所致的痿证，均非本方所宜。脾胃虚弱者宜慎用。

补阴丸（《丹溪心法》卷三）　又名虎潜丸。黄柏（盐、酒炒）半斤，知母（酒浸，炒）、熟地黄各三两，龟版（酒浸，炙）四两，白芍（炒）、陈皮、牛膝各二两，锁阳、当归各一两半，虎骨（酒浸，酥炙）一两。上药为末，酒煮羊肉和丸，每服五十丸，盐汤下。冬加干姜半两。功能滋阴降火，强壮筋骨。主治精血不足，筋骨痿弱，足不任地，及骨蒸劳热。本方出于《丹溪心法》卷三补阴丸下，无方名。《景岳全书·古方八阵》引载此方，称其为"补阴丸，一名虎潜丸"，后世方书所载虎潜丸，多属此方。目前生产的虎潜丸中成药亦多根据此方配制。

加味虎潜丸（《古今医统》卷四十八）　熟地黄（酒洗）八两，黄柏（蜜炒褐色）、人参、黄芪（蜜炙）、当归（酒洗）、破故纸（炒）、锁阳（酒洗）、龟版（酥炙）、茯苓、杜仲（酥炙断丝）、牛膝（酒洗）、菟丝子（制）、知母（酒炒）、虎骨（酥炙）各二两，山药（炒）、枸杞子各三两。上为细末，炼蜜和猪脊髓为丸，如梧桐子大，每服五六十丸，空心盐汤或酒送下。功能滋阴降火，强壮筋骨，补气健脾。主治诸虚不足，腰腿疼痛，行步无力。

健步虎潜丸（《古今医鉴》卷二）　黄芪（盐水炒）一两半，人参（去芦）一两，白术（炒）二两，白茯神（去皮木）一两，当归（酒洗）一两，生地黄（酒洗）二两，熟地黄二两，木瓜一两，羌活（酒洗）一两，独活（酒洗）一两，防风（酒洗）一两，白芍药（盐酒炒）二两，枸杞子（酒洗）二两，五味子五钱，虎胫骨（酥炙）二两，龟版（酥炙）一两五钱，牛膝（酒洗）二两，杜仲（酒炒）二两，破故纸（盐、酒炒）一两，黄柏（人乳拌，盐、酒炒）二两，知母（人乳拌，盐、酒炒）一两，麦门冬（去心）二两，远志（甘草水泡，去骨）二两，石菖蒲一两，酸枣仁（炒）一两，薏苡仁（炒）一两，沉香五钱，附子（童便浸，去皮脐，面裹煨）五钱。上为极细末，以神曲六两、生姜汁一盏、竹沥一碗、猪脊髓五条，同炼蜜打为丸，如梧子大，每服百丸，空心，淡盐汤送下。功能壮元阳，滋肾水，补气血，强筋骨。主治中风左瘫右痪，语言謇涩。

大造丸

本方出自《诸证辨疑》，录自《本草纲目》卷五十二。又名河车大造丸、河车丸。为滋补肺肾之剂。方由紫河车（米泔洗净，新瓦焙干，研末，或以淡酒蒸熟，捣晒研末）、败龟版（童便浸三日，酥炙黄）二两，黄柏（去皮，盐、酒浸炒）一两半，杜仲（去皮，酥炙）一两半，牛膝（去苗，酒浸，晒）一两二钱，生地黄二两半（入砂仁六钱，白茯苓二两，绢袋盛，入瓦罐酒煮七次，去茯苓、砂仁不用，杵地黄为膏备用），天门冬（去心）、麦门冬（去心）、人参（去芦）各一两二钱组成。夏月加五味子七钱（《扶寿精方》、《景岳全书》无人参）。各不犯铁器，为末，同地黄膏人酒，米糊为丸，如小豆大，每服八九十丸，空心，盐汤下，冬月酒下。现用法为蜜丸，每丸重9克，每服1丸，日服1次，温开水送服。功能滋阴养血，补益肺肾。主治虚损劳伤，肺肾阴虚，精血不足。症见咳嗽少痰，潮热盗汗，夜梦遗精，形体消瘦；老年气血衰少，精血不足，腰膝酸软，步履不便；小儿发育不良，筋骨软弱；以及久病虚损，舌红少苔，脉细数。

本方所治证属肺肾阴虚，精血不足所致，治宜滋阴养血，补益肺肾。方中紫河车即胎盘，滋阴益精，补气养血，疗诸虚百损；人参益气养血；天冬、麦冬养阴润肺，然其性有降无升，得人参鼓舞元气，则有降有升；地黄、龟版滋补肾阴；杜仲、牛膝补肝肾，强腰膝；黄柏清相火，除骨蒸；生地黄滋阴凉血，得砂仁、茯苓共以酒煮制，使其滋而不腻，补而不滞，易于消化吸收。配合成方，共奏滋阴养血，补益肺肾的功效。吴昱说："二地、二门、人参名固本丸，麦冬、五味子、人参名生脉散，处方配合，要之有道，大抵以金水二脏为生化之源，用补肺肾二药，及人参补气，地黄

补血，合河车以成大造也。”吴球说：此方“久服耳聪目明，须发乌黑，延年益寿，有夺造化之功，故名大造丸。”本方适用于肺肾阴亏，精血不足为主的证候，临床以形体消瘦，咳嗽潮热，腰酸膝软，夜梦遗精，舌红少苔，脉细数为辨证要点。原方加减：“女人去龟版，加当归二钱，以乳煮糊为丸；男子遗精，女子带下，并加牡蛎粉一两。”现亦用于慢性气管炎、肺结核、重症肌无力、脊髓灰白质炎后遗症属虚损劳伤，精血不足，肺肾有热者。慢性肾炎及哮喘等疾病，在病情较稳定时，亦可用此方培本。本方属于滋补清润之剂，对于胃纳不佳或消化不良者，应减少剂量或停用，或与健脾胃之品合并使用；中焦有湿浊者，殊非本方所宜。

大造丸（《绛雪园古方选注》卷三） 紫河车（用米泔水浸，逾时，轻轻摆开，换水洗净，用竹器盛，于长流水内浸一刻提回，再入川椒滚汤内一过，以铅罐封固，隔汤煮一伏取出，先倾汁入药，用石臼木椎捣极匀入后药）一具，熟地（以生地五两、砂仁一两二钱、茯苓切块四两，绢袋盛，入瓦罐，酒煮七次，去砂、苓，晒干）二两，生地一两七钱，淡天门冬（去心，清水浸五日，晒干）七钱，当归七钱，枸杞子一两七钱，牛膝（酒拌蒸）七钱，五味子七钱，淡肉苁蓉（去甲，切片，浸去白膜，以淡为度，晒干）七钱，黄柏（盐水炒）七钱，锁阳（酒净）七钱，生杜仲（另磨去丝）一两。上法制为末，河车捣为丸，量加炼蜜，每服三钱，晨，白滚汤送。功能滋阴壮阳，补益肝肾。主治虚损劳伤，阴阳俱虚，肝肾不足者。

补天大造丸（《医学心悟》卷三） 人参二两，黄芪（蜜炙）、白术（陈土蒸）各三两，当归（酒蒸）、枣仁（去壳，炒）、远志（去心，甘草水泡炒）、白芍（酒炒）、山药（乳蒸）、茯苓（乳蒸）各一两五钱，枸杞子（酒蒸）、大熟地（九蒸晒）各四两，河车（甘草水洗）一具，鹿角（熬膏）一斤，龟版（与鹿角同熬膏）八两。以龟鹿胶和药，加炼蜜为丸，每早开水送下四钱，阴虚内热甚者，加丹皮二两；阳虚内寒者，加肉桂五钱。功能大补阴阳气血。主治五脏虚损。

河车大造丸（《中华人民共和国药典》一部） 紫河车100克，熟地黄200克，天冬100克，麦冬100克，杜仲（盐炒）150克，牛膝（盐炒）100克，黄柏（盐炒）150克，龟版（制）200克。以上八味，粉碎成细粉，过筛，混匀，每服100克粉末加炼蜜30—40克与适量的水泛丸，干燥；或加炼蜜80—100克制成小蜜丸或大蜜丸即得（大蜜丸，每粒9克）。口服，水蜜丸每次6克；小蜜丸每次9克；大蜜丸每次1丸，日2次。功能补肺益肾。主治肺肾阴虚，潮热咳嗽，盗汗，腰膝乏力。

三才封髓丹

本方出自《医学发明》卷七。又名三才封髓丸。是以三才丸、封髓丹两方变化而成。方由天门冬（去心）、熟地黄、人参各半两，黄柏三两，砂仁一两半，甘草（炙）七钱半组成。上六味为末，面糊为丸，如梧子大，每服五十丸，肉苁蓉半两切作片子，酒一盏，浸一宿，次日煎三四沸，去渣，空心食前送下。功能滋阴降火，养血固精。主治阴虚有火所致的身体瘦弱，嗌干咽燥，咳嗽痰内带血，头晕目眩，梦遗失精，腰膝无力，及虚人便秘，舌红苔少，脉细数。

本方所治证属肺肾阴虚，心火旺盛所致。治宜滋阴降火，养血固精。方中天冬养阴润肺；熟地黄滋阴养血；人参补脾益气，以资生化之源；三药配用补脾润肺，清热止咳。肉苁蓉益肾养肝补精，《本草正义》谓“温而能润，无燥烈之害，能温养精血而通阳气，故曰益精气”；黄柏清热降火；砂仁醒脾行滞，《汤液本草》谓“缩砂，与人参、益智为使则入脾，与黄柏、茯苓为使则入肾”。以上三药合用，清心降火，固精止遗。炙甘草益气和中，调和诸药，配用人参则增强其补脾益气之功。因方中天门冬、熟地黄、人参三药中含有天、地、人三字，故称为“三才”。黄柏、砂仁、炙甘草有封髓固精之功，故合命为三才封髓丹。全方立意在于滋补肺肾之阴，以清亢盛之火，使肺、心、肾三脏阴阳协调，诸证尽除。本方主治遗精而未选用固涩止遗药，是因为心肾平调，则精关自固。张景岳说：“精之藏制虽在肾，而精之主宰则在心，故精之蓄泄无非听命于心。”所以本方用药侧重于心肾，其意即在于此。

封髓丹（《御药院方》卷六） 黄柏三两，缩砂仁一两半，甘草二两（据《奇效良方》补入）。上为细末，水煮面糊和丸，如梧桐子大，每服五十丸，用苁蓉半两，切作片子，酒一大盏，浸一宿，次日煎三四沸，去滓送下，空心食前服。功能降火止遗。主治肾阴不足，相火妄动而致的梦遗失精。

三才丸（《儒门事亲》卷十五） 又名三才丹。天门冬（去心）、熟干地黄、人参（去芦）各等份。上为细末，炼蜜为丸，如樱桃大，含化服用。功能滋阴益气。主治肺肾俱虚的咳嗽。

三才汤（《温病条辨》卷三） 人参、天冬、干地黄。水五杯，浓煎两杯，分两次温服。功能补气养阴生津。主治暑温日久，气阴两伤，睡卧不安，不思饮食者。

左归丸

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系由六味地黄丸加减衍化而来。方由大熟地八两，山药（炒）四两，枸杞子四两，山萸肉四两，川牛膝（酒洗，蒸熟）三两（精滑者不用），菟丝子（制）四两，鹿角胶（敲碎，炒珠）四两，龟版胶（敲碎，炒珠）四两（无火者不必用）组成。先将熟地蒸烂杵膏，加炼蜜为丸，桐子大，每食前用滚汤或淡盐汤送下百余丸。现用法也可改作汤剂，水煎二次取汁分服。功能补肝肾，益精血。主治真阴肾水不足，不能滋养营卫，渐至衰弱，身体消瘦，或虚热往来，自汗盗汗，或小便不禁，眩晕眼花，口干舌燥，腰酸腿软，遗精耳聋等症。

本方用于肝肾精血虚损，从“精不足者补之以味”而立法。方中熟地黄、山药、山茱萸补肝肾益阴血；龟版胶、鹿角胶为补肾要药，前者补阴，后者补阳，两药合用峻补精血，调合阴阳；再入菟丝子、枸杞子平补肝肾，川牛膝以壮腰膝。总之本方配伍全从补益肝肾入手，且阴中带阳，可免阴柔太过之弊，但方中只取六味地黄丸之地黄、山茱萸、山药的“三补”，减去了茯苓、泽泻、牡丹皮的“三泻”，故为纯补精血之方，用于纯虚无邪者为宜。王旭高说：“左归是育阴以涵阳，不是壮水以制火。”原方加减法：“如真阴不足，虚火上炎者，宜去枸杞、鹿胶，加女贞子、麦冬各三两；如火灼肺金，干枯多嗽者，加百合三两；如夜热骨蒸，加地骨皮三两；如小便不利者，加茯苓三两；如大便燥结者，去菟丝子，加肉从蓉三两；如气虚者，加人参三四两；如血虚微滞者，加当归四两；如腰膝酸痛，加杜仲三两；如藏平无火而肾气不充，加破故纸三两，莲子肉、胡桃各四两，龟胶可不必用。”运用本方以腰酸咽干，舌光红，脉细数为辨证要点。

左归饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　熟地二三钱至一二两，山药、枸杞各二钱，炙甘草一钱，茯苓一钱半，山茱萸一二钱(畏酸者少用)。功能补肾益阴。主治肾阴不足，阴衰阳胜。症见腰酸遗泄，盗汗，口燥咽干，口渴欲饮，舌光红，脉细数等。此方为纯甘壮水之剂，其滋补作用与左归丸略同而力较弱，真阴虚衰之一般病症可用此方，如肾精真阴虚衰明显者，可配合左归丸同用。王旭高曾指出：“如真阴失守，虚火上炎，宜用纯阴之剂，于本方去枸杞、鹿角胶，加女贞子、麦冬等。”

归肾丸

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系由左归丸、右归丸合方化裁而成。方由熟地八两，山药四两，山茱萸(肉)四两，茯苓四两，当归三两，枸杞四两，杜仲(盐水炒)四两，菟丝子(制)四两组成。炼蜜同熟地膏为丸，桐子大，每服百余丸，饥时或滚水或淡盐汤送下。功能平补肾阴肾阳。主治肾水真阴不足，精衰血少，腰酸脚软，形容憔悴，遗泄阳衰等症。

肾为水火之脏，元气所系。张景岳之左归丸从六味地黄丸衍化而来，育阴以涵阳，侧重于填充精血；右归丸从附桂八味丸衍化而来，扶阳以配阴，侧重在温壮肾阳。真阴虚而火不旺，真阳亏而寒不显者，张氏更创制平补肾阴肾阳之归肾丸，“此左归、右归二丸之次者也”。本方即左归丸去鹿角胶、龟版胶、牛膝，右归丸去鹿角胶、附子、肉桂，加茯苓所组成。方中重用熟地黄甘温滋肾以填真阴；山茱萸、山药、枸杞子滋补肾阴；当归补充精血；茯苓健脾益气，化源旺自可充养肾精；杜仲、菟丝子温养肾阳。诸药合用，培左肾之元阴而精血自充，温右肾之元阳而肾阳自旺，共奏平补肾阴肾阳之功。本方平补肾阴肾阳，临床以肾阴虚而火不旺，肾阳衰而寒不显者用之最宜。临床以腰酸脚软，遗泄阳衰，舌淡红，脉沉细数为辨证要点。不孕属肝肾不足型，可用本方加减治疗。肾阴虚而火旺，肾阳衰而寒象明显者，则非本方所宜。

当归地黄饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　当归二三钱，熟地三五钱，山药二钱，杜仲二钱，牛膝一钱半，山茱萸一钱，炙甘草八分。水二钟，煎八分，食远服。功能滋补肾阴，活血止痛。主治肾虚腰膝疼痛，下肢痿软无力。

阿胶散

本方出自《小儿药证直诀》卷下。又名补肺散、补肺阿胶散。方由阿胶(麸炒)一两五钱，牛蒡子(炒香)、炙甘草各二钱五分，马兜铃(焙)五钱，杏仁(去皮尖，炒)七粒，糯米(炒)一两组成。上药为末，每服一至二钱，水一盏，煎至六分，食后温服，亦可时时频服。功能养阴清肺，止咳平喘。主治小儿肺虚，气粗喘促。

本方所治证属肺虚有火，痰热壅遏，肃降不行所致。治宜养阴清肺，降逆平喘。方中重用阿胶滋阴补血，清肺化痰以为君，且麸炒，一可减阿胶的腥味，二无滋腻碍胃之弊，臣以糯米、炙甘草培土生金，健脾益气；佐以马兜铃、牛蒡子清热降气，利膈滑痰；使以杏仁润肺化痰止咳。诸药合用，养阴化痰，热清气降，咳喘自平。本方原治小儿燥热伤肺所致的咳喘，后世对于久咳，肺阴受损，痰热壅遏属于虚中夹实的成人咳喘患者，亦常选用此方。现临床上亦常用于慢性支气管炎的发作期及慢性迁延期。对支气管哮喘属阴虚有火夹痰者，均可使用。

补肺阿胶散(《太平圣惠方》卷六)　阿胶(捣碎，炒令黄燥)一两，淮山药一两，人参(去芦头)一两，五味子一两，麦门冬(去心，焙)一(半)两，干姜(炮裂，锉)半两，杏仁(汤浸，去皮尖双仁，麸炒微黄)三分，白术一两，桂心三分。上药，捣细罗为散，每服一钱，不计时候，以粥饮调下。功能补肺降逆。主治肺脏气虚，胸中短气，咳嗽声微，四肢少力。

补肺散(《证治准绳·幼科》集之九)　阿胶(锉，炒)一两半，白茯苓、马兜铃(去老梗)、糯米各五钱，杏仁(汤泡，去皮尖)二十一粒，甘草(炙)四钱。上锉，每服二钱，水一盏，煎七分，无时温服。功能养阴补肺，化痰止咳。主治久患咳嗽，肺虚气促，有痰恶心。

补肺汤(《张氏医通》卷十五)　黄芪、牛蒡子各一钱，阿胶八分，马兜铃、甘草各五分，杏仁(去皮尖)七枚，桔梗七分，糯米一撮。水煎温服。功能益气补阴，清肺止咳。主治气虚，痘毒乘肺，咳嗽不已。

滋阴降火汤

本方出自《明医杂著》卷一。原书无方名，《古今医鉴》名为滋阴降火汤。方由生地黄(酒洗)、甘草(炙)、干

姜(炮)各五分,熟地、川芎各一钱,白芍(炒)一钱二分,陈皮七分,当归、白术各一钱三分,黄柏(蜜水浸炙)七分,知母(蜜水浸拌炒)、天门冬(去心)各一钱组成(一方去干姜,加玄参、贝母、麦门冬、五味子)。生姜三片,水煎,空心温服(《古今医鉴》此方用法中有竹沥、童便、姜汁)。现用法为用饮片煎汤,分二次服;或制成丸剂服用。功能滋阴降火。主治虚劳阴亏血虚,相火旺盛。症见潮热盗汗,咳嗽倦怠,口干咽燥,肌肉消瘦,大便干燥,舌质红,脉象沉数。

本方所治阴亏血虚,相火旺盛,故用滋阴降火之法。方中生地黄、熟地黄滋阴壮水,补肾脏之阴;天门冬清金润燥,补肺脏之阴;当归身、川芎、白芍药、熟地黄即四物汤,养血和血;知母、黄柏,滋阴降火;在以上八味中,寒凉滋腻之品居多,有碍脾胃运化之弊,故又配以白术、陈皮、甘草、干姜、生姜健脾温中。一方去干姜,加玄参、贝母、麦门冬、五味子,不仅滋阴降火之功比前方更优,而且具有化痰止咳,敛肺定喘的疗效。用治虚劳阴虚火旺,以午后潮热,咳嗽倦怠,口干咽燥,大便干燥等为辨证要点。原书加减法:"若咳嗽盛,加桑白皮、马兜铃、瓜蒌仁各七钱,五味子十粒;若痰盛,加姜制半夏、贝母、瓜蒌仁各一钱;若潮热盛,加桑白皮、沙参、地骨皮各七钱;若盗汗多,加牡蛎、酸枣仁各七分,浮小麦一撮;若赤白浊,加白茯苓一钱,黄芩、山栀子各五分(炒);若兼嗽血、痰血,出于脾也,加桑白皮、贝母、黄连、瓜蒌仁各七分;若兼呕吐血,出于胃也,加山栀子、黄连、干姜、蒲黄(炒)各一钱,韭汁半盏,姜汁少许;若兼咯唾血,出于肾也,加桔梗、玄参、侧柏叶(炒)各一钱。"

滋阴降火汤(《寿世保元》卷六) 当归一钱,川芎一钱,白芍一钱二分,川黄柏(蜜水炒)一钱,生知母一钱,怀熟地黄一钱五分,天花粉一钱,生甘草一钱。加元参二钱,白桔梗(去芦)三钱。上锉一剂,水煎,入竹沥一盏,温服。功能滋阴降火。主治虚火上升,喉内生疮。

滋阴降火汤(《杂病源流犀烛》卷十七) 白芍一钱三分,当归一钱二分,熟地、麦冬、白术各一钱,酒生地八分,陈皮七分,盐知母、盐黄柏各五分,姜三片,枣二枚。功能滋阴降火。主治唾血。

保和汤

本方出自《十药神书》。原名丁字保和汤。方由知母、贝母、天门冬、款冬花各三钱,天花粉、薏苡仁、杏仁、五味子各二钱,甘草、马兜铃、紫菀、百合、桔梗、阿胶、当归、地黄、紫苏、薄荷、百部各一钱五分组成(《丹溪心法》有麦门冬,无百部。方后云:"一方无地黄,有百部。"《证治准绳·类方》有麦门冬,无地黄;《杂病源流犀烛》有麦门冬,无地黄、天花粉)。以水二盏,生姜三片,煎一盏,入饴糖一匙调服,日三次,食后各进一钟。与保真汤相间服。功能养阴清肺,止咳化痰,顺气宣肺。主治久嗽阴虚,肺燥成痿,内有痰火,兼挟风寒。症见喘咳嗽血,寒热往来,或独热无寒,皮肤枯燥,鼻塞声重,咽干嗌痛,或喉痒而咳,所嗽之痰,腥臭异常者。

本方所治证属肺燥阴虚,痰热内阻,兼挟风寒,故用养阴清肺,止咳化痰,顺气宣肺之法。方中天门冬、百合、阿胶、地黄、当归等养阴润肺,补血和血;知母、天花粉清肺降火,养阴生津;百部、紫菀、款冬花、贝母、马兜铃、杏仁、五味子止咳化痰;紫苏、薄荷、桔梗顺气宣肺;薏苡仁健脾益胃能治肺痿;饴糖培土生金;生姜和胃润肺;甘草调和诸药。配合成方,补散兼施,寒温并用,滋阴而不妨胃,止咳而不敛邪,宣肺而不伤阴。但方中药味偏多,临证时宜化裁用之。原方加减:"血盛加炒蒲黄、茜根、藕节、大蓟、小蓟、茅花;痰盛加南星、半夏、陈皮、茯苓、枳实、枳壳;喘盛加桑白皮、陈皮、萝卜子、葶苈子、苏子;热甚加山栀子、黄连、黄芩、黄柏、连翘、大黄、款冬花;风甚加荆芥、防风、菊花、细辛、香附子、旋覆花;寒甚加人参、桂枝、蜡片、芍药。"

天门冬丸(《寿世保元》卷六) 天门冬(去心)一两,白茯苓(去皮)、阿胶、杏仁(去皮尖)、贝母、甘草各五钱。为细末,炼蜜为丸,如芡实大,每服一丸,含口中噙化下,日夜可服十丸。功能养阴润肺,化痰止咳。主治肺燥阴亏,吐血咯血。

二冬汤

本方出自《医学心悟》卷三。方由天冬(去心)二钱,麦冬(去心)三钱,花粉一钱,黄芩一钱,知母一钱,甘草五分,人参五分,荷叶一钱组成。水煎服。功能养阴清热,益气生津。主治上消。症见烦渴多饮,口干舌燥,尿频量多,短气神倦,舌质红,苔薄黄,脉虚细数。

上消一证,多由肺阴不足,燥热内燔所致。本方所治证属上消肺胃阴亏,气津两伤,故治宜润其肺而清其胃。方中天冬润燥滋阴,清肺降火,麦冬清养肺胃,生津除烦,两者重用为君;天花粉生津而止烦渴,黄芩泄肺而清伏热,知母清胃而能滋燥,三药合用为臣,共助二冬养阴生津之功;人参、甘草为佐,甘温补气,令气旺而津生,阴复而渴止;使以荷叶,升清养胃,引阴津上奉。方中寓苦泄于清养之中,但有益气养阴,清热生津之功,而无苦燥耗阴劫液之虑,待肺胃阴复,燥热内清,则上消自愈。现临床上对子糖尿病属肺胃阴亏,气津两伤见上述症状者,可予本方加减治之。

麦门冬散(《太平圣惠方》卷五十三) 麦门冬(去心)二两,川升麻一两,黄芩一两,黄连(去须)一两,柴胡(去苗)一两,赤茯苓二两,生干地黄一两,人参(去芦头)半两,栝蒌根一两,甘草(炙微赤,锉)半两。上药捣筛为散,每服四钱,以水一中盏,入生姜半分,淡竹片六七片,煎至六分,去滓,不计时温服。功能益气养阴,清热生津。主治消渴,心烦躁热,不得睡卧。

二冬二母汤(《症因脉治》卷三)　天冬、麦冬、知母、贝母。水煎服。功能滋阴清肺,平喘除烦。主治肺热身肿,喘咳烦满。

二冬膏(《张氏医通》卷十六)　天门冬(去心),麦门冬(去心)。等分熬膏,炼白蜜收,不时噙热咽之。功能养阴润燥。主治肺胃燥热,咳嗽痰涩。

人参固本丸

本方见于《增补内经拾遗方论》卷一。又名固本丸。方由人参(去芦,另为细末)四两,天门冬(水润,去心)一斤半,熟地(怀庆肥者)一斤半(同天门冬用生姜自然汁浸二日,醇酒浸一日),生地(怀庆新肥者)一斤半(竹刀切,同麦门冬用淡酒浸一日,盐点同浸二日)组成。上四味,浸足,俱不犯铁器,或磨或擂,以渣为度,旋加水,亦如造浆粉,澄脚日干,取净一斤,共参炼蜜丸,酒下。现用法上药研为细末,先将二地黄捣烂,少加炼蜜为丸,每服9—12克,淡盐汤或开水送下。功能养阴益气,肺肾双补。主治肺肾两亏,阴虚气弱,肺痨虚热,咳嗽痰少,或痰中夹血,自汗盗汗,心悸气短,四肢酸软,腰酸耳鸣等症。

本方所治证属阴虚气弱,金水不足,其治当以补养气阴为主。方中天冬、麦冬滋养肺阴,甘寒清热;生地黄、熟地黄滋养肾水,补益真阴;更加人参大补元气,使金水相生,元气充旺,则阴虚气弱,痨嗽痰血等症可除。原书说:"人参能补五脏,益元气。元气者,人身之根本也,故曰固本。"然本方重在培本,如咳嗽咯血者,亦可酌加对症之品。景岳称此方是:"阴虚有火之圣药。"虽然阴液充足,则火旺可平,但毕竟此方重在益阴,对火旺者,还当选加地骨皮、银柴胡、胡黄连辈为妥。本方亦可用于肾经咳嗽,真阴涸竭者,以及上消证,或肾热痿软,脉大而虚者。对老人津血俱虚,咳逆便秘者亦可应用。脾虚中寒者不宜妄用。

集灵膏(《张氏医通》卷十六)　生地、熟地、天冬、麦冬各十两,人参六两,枸杞六两。熬膏,蜜收。功能补养气阴。主治久嗽气血俱虚,不能送痰而出。

一阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由生地二钱,熟地三五钱,芍药、麦冬、丹参各二钱,牛膝一钱半,甘草一钱组成。水二盅,煎七分,食远温服。功能滋补肝肾,养血清热。主治真阴不足,虚火内动,潮热不退,烦渴不止,或虚火动血,脉虚心弱,或伤寒疟疾屡散之后,汗多伤阴等症;以及阴虚自汗,色欲伤阴,兼肺火致成痞者。

本方所治证属真阴亏损,虚火内动。故以生地黄、熟地黄大补真阴,再以麦冬助养阴而兼清虚热,丹参人肾养阴,芍药人肝肾,敛阴清虚热,丹参、芍药相配,合为养血滋阴,牛膝以补肝肾,甘草调和诸药。药仅七味,养阴之力颇重,故可用于真阴亏损之证。唯本方重在滋阴,以培其本,但清热之力较轻,适宜于肾阴不足而内热不甚者。原方加减:"如火盛躁烦者,可入龟版胶二三钱化服;如气虚者,可酌加人参一二钱;如心虚不眠多汗者,加枣仁、当归各一二钱;如汗多烦躁者,加五味子十粒,或加山药、萸肉亦可;如见微火者加女贞子一二钱;如虚火上浮或吐血、或衄血不止者,加泽泻一二钱,茜根二钱。"阴盛阳衰者忌用。

加减一阴煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　生地、芍药、麦冬各二钱,熟地三五钱,炙甘草七分,知母、地骨皮各一钱。水二钟煎服。功能滋阴清热。主治阴虚火旺,症如主方者。

二阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系从一阴煎加减衍化而来。方由生地、麦冬各二三钱,枣仁二钱,生甘草一钱,玄参一钱半,黄连一二钱,茯苓一钱半,木通一钱半组成。水二钟,加灯草二十根或竹叶亦可,煎七分,食远服。功能清心泻火,养阴宁神。主治惊狂失志,多言多笑,喜怒无常,或疮疡、疹毒、烦热、失血等,皆可用之。本方所治证属心经有热,水不制火。方中黄连苦寒泻火,清心经之热;生地黄、木通、生甘草、竹叶即是导赤散,可以导心经之热从水道而解;《难经》有"重阳盛者则狂"之说,故当清热泻火,以平阳热。然火盛则水亏,故用麦冬、玄参配生地黄养阴清热;心火旺则心神被扰,而致惊狂不安,故酌用酸枣仁配茯苓以宁心安神。热扰心神则惊狂,热迫血行则失血。《素问·至真要大论》指出:"诸痛痒疮,皆属于火。"故疮疡肿痛也可使用本方。如痰盛热甚者,加九制胆星一钱,或天花粉一钱五分。

三阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系从四物汤加减衍化而来。方由当归二三钱,熟地三五钱,炙甘草一钱,芍药(酒炒)二钱,枣仁二钱,人参适量。水二钟,煎七分,食远服。功能补益肝脾,养气血,益阴精。主治肝脾虚损,精血不足,症见神疲乏力,头目昏眩,面色萎黄,夜寐少安,舌色淡红,脉象细弱者。方中熟地黄甘而微温,大补精血;配以当归、白芍则养血补阴;人参、甘草益脾补气,助其生精;酸枣仁酸以人肝,养血安神。合而成方,共为补养气血,调补肝脾之剂。肝为藏血之脏,脾为生化之源,肝脾虚损则精血不足,虚证随见。通过调补肝脾,精血充沛,则诸症自除。原方加减:"如呕恶者,加生姜三五片;多汗烦躁者,加五味子十四粒;汗多气虚者,加黄芪一二钱;小腹隐痛者,加枸杞二三钱;如有胀闷感,加陈皮一钱;如腰膝筋骨无力,加杜仲、牛膝。"凡中风血

不养筋及疟疾汗多邪散而寒热犹不能止者，是皆阴虚血少之病，无火者，可用此方加减。凡脾运失健，胃纳不佳，便溏腹胀者，本方慎用。

四阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系从百合固金汤加减而成。方由生地二三钱，麦冬、白芍、百合、沙参各二钱，生甘草一钱，茯苓一钱半组成。水二钟，煎七分，食远服。功能滋阴生津，保肺清金。主治阴虚劳损，相火炽盛，津枯烦渴，咳嗽痰少，或痰中带血，或吐血、衄血，手足心热，舌红少苔，脉象细数等阴虚内热诸症。方中生地黄、麦冬滋养肺肾之阴，百合、沙参润肺清金，助以白芍养阴敛液，更加茯苓以健脾，亦是培土生金之义，再用生甘草既可助生地黄、麦冬辈润燥清金，亦可助茯苓健脾保肺，诸药相配，共成养阴润肺之剂。对阴虚燥热，咳嗽、吐血诸症，可以应用。原书加减法指出："如夜热盗汗者，可加地骨皮一二钱；如痰多气盛，加贝母二三钱，阿胶一二钱；如金水不能相滋而干燥喘嗽者，加熟地三五钱；如多汗不眠，神志不宁，加枣仁二钱；如多汗兼渴，加北五味十四粒；如热甚者，加黄柏一二钱，盐水炒用，或玄参亦可；如血燥经迟枯涩不至者，加牛膝二钱；如血热吐衄，加茜根二钱；如多火便燥或肺干咳者，加天门冬二钱，或加童便亦可；如火载血上者，去甘草，加炒栀子一二钱。"

五阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系从参苓白术散加减衍化而来。方由熟地五七钱或一两，山药(炒)二钱，扁豆(炒)二三钱，炙甘草一二钱，茯苓一钱半，芍药(炒黄)二钱，五味子二十粒，人参随宜用，白术(炒)一二钱组成。水二钟，加莲肉(去心)二十粒煎服。功能益阴健脾。主治真阴亏损，脾气虚弱，大便溏泄，饮食不香，形体消瘦，四肢无力，或身面浮肿，或脾虚失血，面色㿠白，脉虚而缓等症。本方所治为脾肾两虚，脾之虚，重在气弱，肾之虚重在阴亏，故立益阴健脾之法，尤以健脾为主。方中参、术、苓、草，即是四君子汤，补气健脾，加扁豆、山药、莲肉，可加强其补脾作用，配伍熟地黄，意在补益肾阴，酌加芍药，益阴敛液，五味子滋肾化气，此两者与甘草同用，则有酸甘化阴之妙。合而为方，共成健脾补气，补肾益阴之剂。本方对真阴亏损，脾虚自汗，或虚疟汗多不收者，亦可应用。如脾虚有湿，腹胀纳呆者，应慎用。

保阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由生地、熟地、芍药各二钱，山药、川续断、黄芩、黄柏各一钱半，生甘草一钱组成。水二钟，煎七分，食远温服。功能养血凉血，滋阴清热。主治男妇由阴虚内热而致动血之证。症见带下淋浊，色赤带血，血崩，便血，月经先期，口渴烦热，舌红苔黄，脉象滑数。

本方所治证属阴虚血热所致。治宜养血凉血，滋阴清热。方中生地黄、白芍、熟地黄养血滋阴，其中生地黄与黄芩、黄柏相配，是在清热泄火中具有凉血止血的作用；续断调血止血，涩精止遗；山药、甘草补脾益肾，和调诸药。共组成方，具有养血凉血，滋阴清热的作用。本方滋阴清热，用于经带属阴虚血热所致者。临床以口渴心烦，手心烦热，舌质红，苔黄而干，脉滑数为辨证要点。治胎气热而不安，亦治产后血热，淋沥不止。先兆流产辨证属血热阴亏者，亦可用本方加减治疗。原方加减："如小水多热，或兼怒火动血者，加焦栀子一二钱；如夜热身热，加地骨皮一钱五分；如肺热多汗者，加麦冬、枣仁；如血热甚者，加黄连一钱五分；如血虚血滞，筋骨肿痛者，加当归二三钱；如气滞而痛，去熟地，加陈皮、青皮、丹皮、香附之属；如血脱血滑及便血不止者，加地榆一二钱，或乌梅一二个，或百药煎一二钱，文蛤亦可；如少年或血气正盛者，不必用熟地、山药；如肢节筋骨疼痛，或肿痛者，加秦艽、丹皮各一二钱。"

约营煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 生地、芍药、甘草、续断、地榆、黄芩、槐花、荆芥穗(炒焦)、乌梅二个。水一钟半，煎七分，食前服。功能清热止血。主治血热便血。

保阴煎(《顾松园医镜》) 熟地三钱至一两，生地、麦冬各二三钱，天冬二钱，牛膝(酒蒸)二三钱，茯苓二钱，山药二三钱，玉竹、鳖甲、龟甲各四五钱。加圆肉十枚，水煎服。功能补肾益精，养阴透热。主治真阴不足，相火炽盛而致的发热，其热在午后子前，或但皮寒骨蒸，五心常热，鼻中干燥，唇红，颧赤，口苦舌干，耳鸣目眩，腰膝酸痛，四肢无力，倦怠嗜卧，大便燥结，小便黄赤，六脉弦数，或虚数无力。

固阴煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由人参量随宜，熟地三五钱，山药(炒)二钱，山茱萸钱半，远志(炒)七分，炙甘草一二钱，五味子十四粒，菟丝子(炒香)二三钱组成。水二钟，煎七分，食远温服。功能补肾气，固阴精。主治阴虚滑泄，带浊淋遗，以及经水因虚不固等。本方治证属肾虚阴精不固所致，治宜补肾气，固阴精。方中人参大补元气，肾气得补，则可生精血，固阴精；熟地黄补阴血而益肾精，两者合用，补气益精，共为主药；山药味甘，配人参补脾益肾，合熟地黄补肾益阴；山茱萸、菟丝子、五味子补肝肾，涩阴精，固摄下元；远志交通心肾，使心神不动，则肾气固守；甘草合人参、山药补脾气而

益后天。诸药同伍，共奏补脾肾、益精血、固下元之效。本方以头晕耳鸣，腰膝酸软，脉象沉弱为辨证要点。原方加减："如虚滑遗甚者，加金樱子肉二三钱，或醋炒文蛤一钱，或乌梅二个；若阴虚微热而经血不固者，加川续断二钱；如下焦阳气不足而兼腹痛溏泄者，加补骨脂、吴茱萸之类，随宜用之；如肝肾血虚小腹痛而血不得归经者，加当归二三钱；如脾虚多湿或兼呕恶者，加白术一二钱；如气陷不固者，加炒升麻一钱；如兼心虚不眠或多汗者，加枣仁二钱炒用。"

知柏天地煎

本方出自《症因脉治》卷一。又名家秘知柏天地煎、家秘天地煎。由《丹溪心法》大补丸、《世医得效方》天地煎加减而成。方由黄柏二两，知母二两，天门冬六两至八两，生地黄六两至八两组成。同煎三四次，冲玄武胶收膏；或研为细末，玄武胶为丸。功能滋阴降火，清肺润燥。主治肾阴不足，虚火刑金，致成肾咳，咳则腰痛，痰味带咸，五心烦热；肺肾阴虚火旺，致成痿证，上则喘咳，下则两足拘挛蜷缩，不能行走；肾热而成骨痿，腰骨不举，不能起立；肾水不足，虚火旺盛，腰痛如锥刺，足心如烙；阴精不足，相火上冲，致成呃逆；肾阴不足，虚火妄动，致患齿痛。

本方所治证属肺肾阴亏，虚火旺盛所致。方中生地黄、玄武胶滋阴壮水；黄柏、知母滋阴降火；天门冬清肺润燥。配合成方，共奏滋阴降火，清肺润燥的功效。本方是以大补丸去猪脊髓加天门冬，并以生地黄易熟地黄，以龟版胶易龟版，故其功效与大补丸相近似。但大补丸用熟地黄，滋阴而兼补血，用猪脊髓，有以髓补髓之义，不用天门冬，其功专在于肾；本方用生地黄，滋阴而兼凉血，用天门冬，兼能清肺润燥，这是两方不同处。临床凡遇肺肾阴亏，虚火旺盛而产生的诸证，均可用本方治疗。原书加减："胃寒加生姜；气滞加砂仁、沉香；腰痛甚加独活、杜仲。"方中诸药均属寒凉滋腻之品，如脾肾阳虚，运化不良，食少便溏者，不宜使用。

天地煎（《世医得效方》卷八）　天门冬（去心）二两，熟地黄（九蒸曝）一两。上药为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服百丸，熟水、人参汤任下，不拘时候。功能滋阴补血。主治虚损心血燥少，口干咽燥，心烦喜冷，怔忡恍惚，小便黄赤，或生疮疡。亦治血虚咳嗽，脉左寸细数。

滋阴清化丸（《杂病源流犀烛》卷一）　生地、熟地（并酒浸）、天冬、麦冬各二两，黄柏（盐酒炒）一两半，酒白芍、茯苓、山药、杞子、元参、苡仁各一两，五味子七钱，甘草五钱。蜜丸，弹子大，空心含化一丸。功能滋阴清肺。主治肺肾阴亏，痰火盛而咳嗽不止。如痰嗽太甚，加入陈皮、贝母各一两。

拯阴理劳汤

本方出自《医宗必读》卷六。系从生脉散、四物汤加减而成。又名拯阴汤、新定拯阴理劳汤。方由牡丹皮一钱，当归身（酒洗）一钱，麦门冬（去心）一钱，甘草（炙）四分，苡仁三钱，白芍药（酒炒）七分，北五味三分，人参六分，莲子（不去皮）三钱，橘红一钱，生地黄（忌铜、铁器，酒、姜汁炒透）二钱组成。水二钟，枣一枚，煎一钟，分二次徐徐呷饮。功能养阴益肺，清肝凉心。主治肺阴亏耗，心肝火旺，肺受热灼。症见皮寒骨热，咳嗽短气，食少痰多，倦怠心烦，或咽燥干咳咯血，脉细数，舌光少津。

本方所治证属肺阴亏耗，心肝之火偏旺所致。故用养阴益肺，清肝凉心之法。方中人参、麦冬、五味子养阴益肺，生津敛液；牡丹皮配当归、白芍清肝热，养肝血；莲子配生地黄，凉心热，养心阴；更以薏苡仁、炙甘草扶脾渗湿，橘红利气化痰。共收养阴益肺，清肝凉心之功，以使阴复热退，肺、肝、心、脾相互平调，于是虚热、咳嗽、心烦或咯血等均能消退。原书加减："肺脉重按有力者，去人参；有血加阿胶、童便；热盛加地骨皮；泄泻减归、地，加山药、茯苓；倦甚用参三钱；咳者燥痰也，加贝母、桑皮；嗽者湿痰也，加茯苓、半夏；不寐加枣仁，汗多亦用。"

滋阴汤（《罗氏会约医镜》卷九）　熟地二钱，淮药一钱五分，麦冬（去心，微炒）八分，当归（酒洗，去尾）一钱三分，白芍（酒炒）一钱，甘草（炙）六分，阿胶（蛤粉炒）一钱，茯苓一钱，杜仲（淡盐水炒）一钱，丹参一钱三分。水煎服。功能滋肝补肾。主治肝肾虚弱，不时失血，背痛，咽干，咳嗽，倦怠，遗精等。咽干而五心热者，加元参一钱二分；骨蒸多汗者，加地骨皮一钱三分；血热妄动者，加生地一钱五分，青蒿一钱；阴虚不宁者，加女贞子一钱五分；咳嗽有痰者，加款冬花一钱，川贝母（微炒，研末）一钱，血来盛者，童便一杯、藕节汁或丝茅根汁合服。

薯蓣纳气汤

本方出自《医学衷中参西录》。系从《小儿药证直诀》地黄丸衍化而成。方由生山药30克，大熟地15克，萸肉（去净核）15克，柿霜饼（冲服）12克，生杭芍12克，牛蒡子（炒捣）6克，苏子（炒捣）6克，甘草（蜜炙）6克，生龙骨（捣细）15克组成。水煎服。功能滋补肝肾，养阴定喘。主治肝肾阴虚，不能纳气而作喘逆。

本方治阴虚喘逆。《难经·四难》说："呼出心与肺，吸入肾与肝。"肝肾阴虚则摄纳无权，因而气逆作喘，治宜滋阴纳气定喘。方中重用山药（即薯蓣）配合地黄补益肾阴，其中山药肺肾兼顾，宁嗽定喘，张锡纯有一味薯蓣饮，用治阴虚喘逆；山茱萸补肝肾，大能收敛元气；龙骨具镇降之力；白芍、甘草酸甘化阴，合柿霜之凉润多液均为养阴之妙品；紫苏子、牛蒡子又能化痰降逆，使逆气转而下

行，即能引药力速于下达也。张锡纯说："方名薯蓣纳气汤者，因山药补肾兼能补肺，且有收敛之力，其治喘之功最弘也。"本方为滋阴纳气之剂，用于阴虚喘逆。以咽干口燥，舌红少苔，脉细数为辨证要点。外邪犯肺的实喘，阳虚水饮上泛的虚喘等，均非本方所宜。

醴泉饮（《医学衷中参西录》） 生山药30克，大生地15克，人参12克，玄参12克，生赭石（轧细）12克，牛蒡子（炒捣）9克，天冬12克，甘草6克。水煎服。功能滋补肺阴，清火化痰。主治虚劳发热，或喘或咳，脉数而弱。

参赭镇气汤（《医学衷中参西录》） 野台参12克，生赭石（轧细）12克，生芡实15克，生山药15克，萸肉（去净核）13克，生龙骨（捣细）18克，生牡蛎（捣细）18克，生杭芍12克，苏子（炒捣）6克。水煎服。功能补气摄纳，镇逆定喘。主治阴阳两虚，喘逆迫促，有将脱之势；亦治肾虚不摄，冲气上干，致胃气不降而作满闷。原书云："生赭石……能镇胃气冲气上逆，开胸膈，坠痰涎，止呕吐，通燥结，用之得当，诚有捷效。虚者可与人参同用。"

芍药甘草汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》。方由白芍药、甘草（炙）各四两组成。上二味，以水三升，煮取一升五合，去滓，分温再服。功能酸甘化阴，缓急止痛。主治阴血亏虚，血行不畅，脘腹疼痛及手足挛急等症。

本方所治证属血虚而血行不畅所致。故治宜养血活血，缓急止痛。方中芍药酸寒，既能养血，又可活血，《神农本草经》说："主邪气腹痛，除血痹……止痛。"配合甘草之甘以缓急，酸甘相合，用补阴血，且能缓急止痛。关于芍药的使用，根据"白补而赤泻，白收而赤散"的习惯，临床可以活用。实验研究表明，本方低浓度时，对正常胃有促进兴奋作用；高浓度时，无论在体或离体脏器，对正常胃管运动都有抑制作用；高浓度时，对离体肠管组织胺或乙酰胆碱所致病理的异常兴奋状态，呈明显的抑制作用。临床运用时，若脘腹疼痛挟热者，加黄芩；挟寒者，加干姜；如属肝郁气滞，肝胃及肝脾不和引起者，加柴胡、枳壳等疏肝理气之品。《魏氏家藏方》用治湿热脚气，不能行步。现临床上常用本方治疗胃肠道疼痛（包括溃疡病）、三叉神经痛、腓肠肌挛急而属于血虚及血行不畅者。

芍药甘草附子汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》） 芍药、甘草（炙）各三两，附子（炮，去皮，破八片）一枚。上三味，以水五升，煮取一升五合，去滓，分温三服。功能养血敛阴温阳。主治体虚外感，发汗后病不解，反增恶寒之证。主治病证表明不仅营血亏虚，而且卫气亦衰，故本方以芍药甘草汤养血敛阴，加附子以温阳固卫。

一贯煎

本方见于《续名医类案》卷十八。为养阴疏肝的代表方剂。方由北沙参、麦冬、地黄、当归、杞子、川楝子组成。水煎服。功能滋养肝肾，疏肝理气。主治肝肾阴虚，肝气不舒。症见胸脘胁痛，吞酸吐苦，咽干口燥，舌红少津，脉细弱或虚弦，及疝气瘕聚。

本方所治证属肝肾阴亏，肝气不舒所致。肝为刚脏，体阴而用阳，肝藏血，主疏泄，其性喜条达。肝肾阴亏，肝失所养，疏泄条达功能失常，肝气横逆变生诸证。治宜滋养肝肾，疏理肝气。方中用地黄、枸杞子滋养肝肾阴血，滋水以涵木为君药；臣以北沙参、麦冬益阴以柔肝；当归补血活血为佐药；更配一味川楝子疏肝解郁，条达气机，以平肝气横逆为使药，其性虽苦燥，但配在大量养阴药中，则不嫌其苦燥劫阴。诸药合用，使肝体得以柔养，肝气得以柔畅，诸证自除。本方以胸脘胁痛，吞酸吐苦，舌红而少津，脉弦细数为辨证要点。现临床上亦常用本方治慢性肝炎、溃疡病、神经症、高血压、肋膜炎、肋间神经痛等属肝肾阴虚者。原方加减："若口苦燥者，加酒黄连尤捷。"本方滋腻之药较多，对于兼有停痰积饮的患者，不宜使用。

滋水清肝饮

本方见于《医宗己任编》卷六。方由熟地、山药、萸肉、丹皮、茯苓、泽泻、柴胡、白芍、山栀、枣仁、当归身组成。水煎服。功能滋阴养血，清热疏肝。主治阴虚肝郁。症见胁肋胀痛，胃脘疼痛，咽干口燥，舌红少苔，脉虚弦或细软。

本方所治证属阴虚肝郁所致。治以滋阴养血，清热疏肝。方由六味地黄汤加柴胡、白芍、当归身、山栀子、酸枣仁所组成。气之所滞，本由液之不充，若专用香燥疏泄，则液大耗而气愈滞，六味地黄汤补肾滋阴；山栀子清热降火；柴胡疏肝解郁；当归、白芍、酸枣仁养血柔肝。诸药合用，肾水足，肝血充，津液润，肝气得舒，则肝木自柔。本方滋阴与疏肝并投，用于阴虚肝郁之证。临床以胁肋胃脘疼痛，咽干口燥，舌红少苔，脉细弦为辨证要点。现对于神经衰弱、癔病、慢性肝炎及更年期综合征等出现眩晕、少寐、心烦易怒、舌质红、脉弦而数者，亦可用本方治疗。肝郁阴虚兼见外感者，则非本方所宜。

滋肾生肝饮（《校注妇人良方》卷八） 山药、山茱萸（肉）各一钱，熟地黄（自制）二钱，泽泻、茯苓、牡丹皮各七分，五味子（杵，炒）五分，柴胡、白术、当归、甘草各三分。水煎服。功能滋肾疏肝。主治妇人脬转小便不利，肝火郁于胃中，以致倦怠嗜卧，饮食不思，口渴咽燥；妇人小便自遗，频数无度；伤寒后热已退，而见口渴者。

疏肝益肾汤（《医宗己任编》卷一） 柴胡、白芍、熟地、山药、萸肉、丹皮、茯苓、泽泻。水煎服。功能疏肝滋肾。主治肝血虚，胃脘痛，大便燥结者。

古庵心肾丸

本方出自《丹溪心法附余》卷十九。方由熟地、生地(酒浸,竹刀切)、山药、茯神(去木)各三两,山茱萸肉(酒浸,去核)、枸杞子(甘州者,酒洗)、龟版(去裙,醋炙)、牛膝(去芦)各一两,鹿茸(火去毛,炙)一两,当归(酒洗,去芦)、泽泻(去毛)、黄柏(炒褐色)各一两五钱,辰砂(为衣)、黄连(去毛,酒洗)各一两,生甘草半两,牡丹皮(去心)一两组成。上药为细末,炼蜜为丸,如桐子大,每服五十丸,渐加至一百丸,空心,温酒或淡盐汤任下。功能滋阴降火,补养心肾。主治心肾不足。症见惊悸怔忡,遗精盗汗,失眠健忘,腰酸膝软,目暗耳鸣,舌红少苔,脉象细数。

本方所治证属心肾不足,阴亏血少,虚火妄动所致。故立补养心肾,滋阴清热法。方宗《小儿药证直诀》地黄丸加味,熟地黄、生地黄、山茱萸肉、山药益肾填精,杞子、当归滋阴养血,合而用之,以其壮水制火,滋肾养心;更得龟版育阴潜阳,鹿茸生精补髓,如此则补肾益精之功更著;阴虚则火旺,故方以黄连清心火,黄柏、泽泻、牡丹皮泻肝肾之火,四药共收泻火保精之妙;朱砂和茯神清心安神;牛膝壮腰膝,尚能引药下行;用生甘草者,清润调和,一防连、柏之苦寒,一防朱砂之碍胃。诸药合用,心肾同治,水火并调,补中寓泻,相辅相成,使精血复而火自泄,诸症悉除。本方为精血亏损,君相火旺而设,至若脾胃虚弱,食少便溏者,忌用本方。

三一肾气丸(《丹溪心法附余》卷十九)　熟地黄、生地黄、山药、山茱萸肉各四两,牡丹皮、赤白茯苓、泽泻、锁阳、龟版各三两,牛膝(川者)、枸杞子(甘州)、人参(辽)、麦门冬、天门冬各二两,知母、黄柏、五味子(辽)、肉桂各一两。上为细末,炼蜜为丸,如桐子大,每服五十丸,渐加至六七十丸,空心,盐汤下,或温酒下。功能滋阴降火,补气助阳。主治心肾阴亏。症见火动遗泄,惊悸怔忡,健忘失眠,头目眩晕,腰膝酸软。虚甚加鹿茸一两,虎胫骨一两。

黄芪鳖甲散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。方由人参、肉桂(去粗皮)、苦梗各一两六钱半,生干地黄(洗,焙干)三两三钱,半夏(煮)、紫菀(去芦)、知母、赤芍药、黄芪、甘草(爁)、桑白皮各二两半,天门冬(去心,焙)、鳖甲(去裙,醋炙)各五两,秦艽(去芦)、白茯苓(焙)、地骨皮(去土)、柴胡(去芦)各三两三钱组成。上锉为粗末,每服二大钱,水一盏,煎至七分,去滓,食后温服。现用法为作汤剂,水煎服。功能滋阴清热,益气健脾,肃肺化痰。主治虚劳气阴两虚。症见消瘦烦热,肢体倦怠,午后潮热,盗汗,食欲不振,咳嗽咽干,痰少,时有脓血。

本方所治证属气阴两虚所致,兼见肝旺肺失清肃。方中鳖甲、天冬、赤芍药、知母、生地黄滋阴生津,补益肾水,其中鳖甲、知母退骨蒸,兼能清肺、肝虚火;黄芪、人参、茯苓、甘草益气固卫,补肺健脾;桑白皮清肃肺热;桔梗、半夏、紫菀化痰止咳;秦艽、地骨皮散内热而除蒸;配柴胡,是用其去"虚劳烦热"(《医学启源》)之功;更配肉桂,一是协同参、芪益气助阳,以补脾运,二是合滋阴药用治"男妇阴虚,内热外寒"(《本草经疏》)。诸药合用,共奏滋阴清热,益气健脾,肃肺化痰之功。本方适用于气阴两虚之虚劳,临床以消瘦烦热,午后潮热,食欲不振,咳嗽咽干,舌淡舌红,脉虚数为辨证要点。脾虚便溏者慎用。

黄芪益损汤(《景岳全书·古方八阵》卷五十三)　人参、黄芪、当归、熟地黄、白术、川芎、芍药、麦冬、甘草、茯苓、山药、五味子、木香、石斛、肉桂、丹皮各等份。上药㕮咀,每服一两,水一钟半,姜五片,枣二枚,小麦五十粒,乌梅一个,煎七分,食前服。功能补虚损,益气血,健脾止咳。主治男妇诸虚百损,五劳七伤,骨蒸潮热,百节疼痛,盗汗惊惕,咽燥唇焦,憔瘦少力,咳嗽多痰,咯吐衄血,寒热往来,颊赤,昏倦少食;及大病后荣卫不调,或妇人产后血气不足。

鳖甲养阴煎(《中医治法与方剂》)　鳖甲 15 克,龟版 15 克,干地黄 24 克,白芍 12 克,枸杞 12 克,丹皮 9 克,地骨皮 12 克,首乌藤 15 克,茯神 12 克。水煎服。功能滋阴,清热,潜阳。主治阴虚血亏,月经不行,潮热盗汗,心烦不寐,手心热,口干唇热,舌赤少苔,脉细数者。

两地汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由大生地(酒炒)一两,玄参一两,白芍药(酒炒)五钱,麦冬肉五钱,地骨皮三钱,阿胶三钱组成。水煎服。功能养阴清热。主治肾阴不足,虚热内扰。症见月经先期,色红量少,质稠粘,两颧潮红,手足心热,舌红少苔,脉细数无力。本方所治证属阴虚与火旺同时存在。傅青主谓此证:"治之法不必泄火,只专补水,水既足而火自消矣。"故治宜养阴以配阳,补中微寓清意。方中重用生地黄滋阴清热,地骨皮清骨中虚热,玄参、麦冬滋阴壮水,白芍、阿胶养血益阴。综观全方,滋阴与清热并用,使水盛而火自平,热清则阴自充。阴液充足,虚火自降,则经行自趋正常。

柏子仁丸

本方出自《鸡峰普济方》卷十七。方由熟地三两,柏子仁、牛膝、卷柏各半两,续断、泽兰各一两组成。为细末,炼蜜为丸,梧桐子大,每服三十丸,空腹米饮送下。功能补益肝肾,行血通经。主治忧愁思虑,阴血暗耗而致妇人月经量少,渐渐不通,手足骨肉烦疼,羸瘦潮热,脉微数者。盖积念在心则耗血,思虑不解则伤脾,少食而血无以

化，日久则阴血枯少，肝肾亏虚，冲任失养，遂成本证。治宜补益肝肾，行血通经。方中柏子仁养心，清润生津，《药品化义》说："柏子仁，香气透心，体润滋血……又取气味俱浓，浊中归肾，同熟地……封填骨髓……味甘亦能缓肝，补肝胆之不足。"故用为君药；熟地黄滋阴养血，益经血之源为臣药；续断、牛膝补肝肾，通血脉为佐药；泽兰芳香疏利，《本草通玄》指出本品"芳香悦脾，可以快气；疏利悦肝，可以行血，流行营卫，畅达肤窍，遂为妇科上剂"，卷柏行血通经，两者为使药。诸药同用，补中有行，当阴血充足，经脉通畅，则经候如期。

柏子仁丸(《校注妇人良方》卷一) 柏子仁(炒，另研)、牛膝(酒制)、卷柏各半两，泽兰叶一两。上药为末，作蜜丸，桐子大，每服二十丸，空心米饮送下。功能养阴血，制虚火，通经脉。主治忧愁思虑，劳伤阴血，月经量少，渐渐闭止不行，食少咳嗽，多怒，甚则鬓发焦，筋骨痿者。

四乌鲗一藘茹丸

本方出自《黄帝内经素问》卷十一。又名乌贼鱼骨丸、血枯方、乌贼骨丸、女科乌贼丸、四乌贼骨一藘茹二妙丸、乌鲗骨丸、乌鲗丸。方由乌鲗骨四分，藘茹一分组成。二物并合研末，以雀卵为丸，大如小豆，每服五丸，饭前鲍鱼汁送服。功能益精补血，止血化瘀。主治妇女肝肾精血亏损，致患血枯病。症见唾血，二便出血，胸胁胀满，不思饮食，四肢清冷，头晕目眩，发病可闻腥臊气味，鼻流清涕，月事渐少以至不来。

本方所治证属肝肾精血亏损所致，故用益精补血，止血化瘀法。方中乌鲗骨即海螵蛸，补肾益精，收敛止血，治吐血便血，妇人崩漏，并可通血脉，治女子血闭；藘茹即茜草，能活血通经脉，治女子经水不通，亦能凉血止血，治吐衄崩漏；麻雀卵能益精血，调冲任；鲍鱼汁养肝化瘀。配合成方，具有益精补血，止血化瘀的功效。徐灵胎谓："血枯经闭，气竭肝伤，故肝血内结，月事衰少不来焉，乌贼骨涩血和血专治血枯，藘茹根行血散血能开血结，二物一涩一行，咸为入血之品，全赖雀卵养血益阳，鲍鱼养肝涤垢，俾血结顿开，则血枯自润，而经闭自通，何气竭肝伤之足患哉！此濇血调经之剂，为血枯血结之专方。"《医学衷中参西录》治妇女赤白带下的清带汤，以及治崩漏的安冲汤、固冲汤，方中均用海螵蛸、茜草，取其收敛固涩，兼能化滞功效。《张氏医通》说："雀卵功专暖肾，如无，雀肉煮捣可代，鸡卵及肝亦可代。"

安冲汤(《医学衷中参西录》) 白术(炒)18克，生黄芪18克，生龙骨(捣细)18克，生牡蛎(捣细)18克，大生地18克，生杭芍9克，海螵蛸(捣细)12克，茜草9克，川续断12克。水煎服。功能补气养血，固涩安冲。主治妇女经水行时多而且久，过期不止或不时漏下。

清带汤(《医学衷中参西录》) 生山药30克，生龙骨(捣细)18克，生牡蛎(捣细)18克，海螵蛸(去净甲，捣)12克，茜草9克。单赤带，加白芍、苦参各6克；单白带，加鹿角霜、白术各9克。水煎服。功能健脾固涩止带。主治妇女赤白带下。

寿胎丸

本方出自《医学衷中参西录》。方由菟丝子(炒，炖)120克，桑寄生60克，川续断60克，真阿胶60克。上药将前三味轧细，水化阿胶和为丸，每丸重0.3克，每服20丸，开水送下，日再服。功能补肾安胎。主治滑胎。冲为血海，任主胞胎，冲任之气固则胎有所载，血有所养，胎儿才能正常发育。如肾气不足，冲任失固，胎失所系而影响胚胎发育以致滑胎，治当补肾安胎。方中重用菟丝子柔润不燥，补肾益精，肾旺自能荫胎；桑寄生、川续断补肾养血，强筋骨，使胎气强壮。三药相配，用量较大，意在增强益肾安胎，冲任固则胎自安。原书说："凡受妊之妇，于两月之后徐服一料，必无流产之弊。"又说："气虚者加人参60克，大气陷者加生黄芪90克，食少者加炒白术60克，凉者加炒补骨脂60克，热者加生地60克。"现用于先兆流产、先兆早产、习惯性流产属肾虚型，症见下血色淡，腰酸腰坠，头晕耳鸣，两腿酸软，苔薄质淡，脉沉细滑者。习惯性流产应在孕后即开始服用，服过原流产月份为止。

顺经汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由当归(酒洗)、大熟地(九蒸)、丹皮各五钱，白芍(酒洗)二钱，白茯苓、沙参、黑芥穗各三钱组成。水煎服。功能滋阴养血清肝。主治阴虚血热，经行吐衄，月经或先或后，量少腹痛，时有潮热，头晕耳鸣，舌红少苔，脉象细数。

本方治证属肝肾不足，阴虚内热，血逆于上所致，治宜滋阴养血，清肝降逆。盖肝藏血，肾藏精，乙癸同源，精血互生，故方用当归养血以补肝体，熟地黄滋阴以益肾精，共为君药；白芍酸敛柔肝，为臣药；牡丹皮凉血清肝，使火不上逆，白茯苓宁心，引热下行，两者为佐药；黑芥穗入血条肝，且能止血，为使药。诸药合用，共奏滋阴养血，清肝降逆之功。俾阴血充足，火热平息，血不上逆，则吐衄可止。故傅山说："此方于补肾调经之中，而用引血归经之品，是和血之法，实寓顺气之法也。肝不逆而肾气自顺，肾气既顺，又何经逆之有哉！"原书加减："壮年，方加茜草一钱，怀牛膝八分尤妙。"

顺经两安汤(《傅青主女科》卷上) 当归(酒洗)、白芍(酒洗)、大熟地(九蒸)、白术(土炒)、麦冬(去心)各五钱，山萸肉(蒸)二钱，人参三钱，黑芥穗、巴戟肉(盐水浸)各一钱，升麻四分。水煎服。功能补益心肾，摄血归经。主治心肾不足，气血亏虚，血失统摄，错走后阴，经前便血，色淡而暗，心悸气短，精神疲惫，月经量少色淡者。

七宝美髯丹

本方系邵应节方，录自《医方集解》。又名七宝美髯丸、美髯丹。方由何首乌二斤（去皮切片，黑豆拌九蒸九晒），白茯苓（乳拌）、牛膝（酒浸同首乌自第七次蒸至第九次）、当归（酒洗）、枸杞（酒浸）、菟丝子（酒浸蒸）各半斤，破故纸（黑芝麻拌炒）四两组成。为末，蜜丸，每服三钱，日二次，盐汤或酒送下。功能补肾益精。主治肾水亏损，精血不足，肾虚痿痹，精衰无子，消渴淋沥，遗精带下，腰酸足软，须发早白，牙齿动摇，筋骨无力等症。

本方为补肾乌须常用方，主治肾水亏损，精血不足。方中何首乌补肾养阴，涩精养血；枸杞子、当归助其养阴补血；菟丝子、补骨脂辅之补肾温阳，使阴阳得于平衡；再以牛膝健补肝肾，茯苓补脾渗湿，以为补而不腻。全方有补有泻，补而不偏。若有外感表证时应停服。

七珍至宝丹（《景岳全书·古方八阵》卷五十三）　何首乌赤、白各半斤（酒浸软，竹刀刮去皮，同牛膝蒸），川牛膝半斤（净，用黑豆三升，同何首乌层层拌铺甑内，蒸极熟，取出去豆，与首乌共捣如泥），白茯苓一斤（用牛乳五升煮干为度），当归四两（酒浸，焙干），枸杞四两，破故纸（炒香）、菟丝子（制）各半两。上药炼蜜为丸，鸡头子大，每服一丸，日进三服，空心温酒下，午后姜汤、临卧盐汤送下。功能主治与上方同。

青云独步丹（《寿世保元》卷六）　赤白首乌共一斤（黑豆三升半煮拌浸何首乌一昼夜，去汁后将豆拌首乌，木甑蒸浸五次），当归身（酒洗）三两，赤茯苓半斤（用牛乳浸过煮干），白茯苓半斤（用人乳浸过煮干），补骨脂（盐酒炒）四两，甘杞子（酒浸，焙）三两，菟丝子（酒浸蒸捣饼，焙干）半斤，怀牛膝（甘草水泡）四两，怀生地黄（酒浸，入砂仁三钱，同蒸干为末），真没药（去砂）一两五钱。上药忌铁器，晒干为末，炼蜜为丸，如梧子大，每服三十丸，空心酒下，午间姜汤下，临卧盐汤下。功能乌须黑发，延年益寿。主治须发早白或老年体弱者。

延寿丹

本方出自《世补斋医书正集》卷八。又名首乌延寿丹。方由何首乌七十二两，豨莶草十六两，菟丝子十六两，杜仲八两，牛膝八两，女贞子八两，霜桑叶八两，忍冬藤四两，生地四两，桑椹膏一斤，黑芝麻膏一斤，金樱子膏一斤，墨旱莲膏一斤组成。先将上前九种药研细末，合桑椹膏、黑芝麻膏、金樱子膏、墨旱莲膏和匀，为丸，每次服三钱，每日二次。亦可作汤剂，水煎服，但用量应按原方比例酌减。功能补肝肾，益精血，强筋骨，乌须发。主治肝肾不足，见头晕眼花，耳鸣健忘，腰膝无力，四肢酸麻，夜尿频数，须发早白等。

本方所治证属肝肾不足所致。肝藏血而主筋，开窍于目；肾藏精而主骨，开窍于耳。肝肾不足，精血亏损，耳目失充，筋骨不健，须发早白，治宜滋补肝肾。何首乌养血益精，强筋骨，乌须发是为君药；臣以菟丝子、杜仲、牛膝、女贞子、旱莲草、生地黄补肾养肝而强壮筋骨，桑椹子、黑芝麻、桑叶益肾明目，养血护阴，豨莶草明目黑发，滋阴养血，利关节，忍冬藤活络，长年益寿，金樱子益肾涩精而缩泉，共为佐药；使以蜂蜜和营卫，润脏腑，通三焦，调脾胃。诸药合用，使肝肾得补，筋骨健，精血充足，须发黑。本方为治疗肝肾不足、早衰的常用方。临床以头晕眼花，耳鸣健忘，腰膝酸软无力，须发早白为辨证要点。现亦常用于治疗高血压病、动脉粥样硬化、冠状动脉硬化性心脏病属于肝肾不足者。

首乌丸（《中华人民共和国药典》一部）　首乌（制）306克，地黄20克，牛膝（酒制）40克，桑椹清膏70克、女贞子（酒制）40克，墨旱莲清膏40克，桑叶（制）40克，黑芝麻16克，菟丝子（酒蒸）80克，金樱子清膏70克，补骨脂（盐炒）40克，豨莶草（制）80克、金银花（制）20克。以上十三味，除二种清膏外，其余首乌等十味粉碎成细粉，过筛，混匀。用金樱子清膏、桑椹清膏和部分墨旱莲清膏，加炼蜜10克与适量的水泛丸，稍干后，再用剩余的墨旱莲清膏，加炼蜜10克包衣，打光，干燥。口服一次6克，日2次。功能补肝肾，强筋骨，乌须发。主治肝肾两虚，头晕目花，耳鸣，腰酸肢麻，头发早白；现临床上亦用于高血脂症。

二至丸

本方出自《医便》。方由女贞子、旱莲草各等份组成。二味各为末，炼蜜为丸（亦可将女贞子为末，旱莲草熬膏为丸），临卧酒服。主治肝肾阴虚，头昏目眩，腰酸足软，失眠多梦，遗精滑泄，早年白发，两目干涩，舌红苔薄，脉细弱者。本方常用于肝肾阴虚，方中女贞子甘平，补益肝肾，配以旱莲草，入肾补精，两药相得，补肝肾而益阴血，补腰膝而乌须发，故对上述诸症可以应用。方名二至者取女贞子冬至日收，旱莲草夏至日收之义。《医方集解》原方用冬青子并称即女贞子。其实女贞子为木樨科植物女贞的果实，而冬青子为冬青科植物冬青的果实，两者不得混淆。一方加桑椹干为末共制成丸或桑椹熬膏和入，则补肾养血之力更佳。现临床上常应用于贫血、神经衰弱、高血压、慢性肝炎、肺结核咯血等病症而见上述证候者。

二至丸（《证治准绳·类方》第四册）　附子（炮，去皮脐）、桂心（不见火）、杜仲（去皮，锉，炒去丝）、补骨脂（炒）各一两，鹿角（镑）、麋角（镑）各二两，鹿茸（酒炙）、青盐（另研）各半两。上药共为细末，酒煮糊和丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心，用胡桃肉细嚼，盐汤或盐酒送下。如恶热药者去附子，加肉苁蓉一两。功能温阳补肾。主治老人虚弱，肾气虚损，腰痛不可屈伸。本方亦名二至

者，系本前人所谓：冬至解麋角，夏至解鹿角而来。方中附子、肉桂、鹿角、鹿茸等均为温补肾阳之品，与正方二至丸之补益肝肾之阴有所不同，用者审之。

桑麻丸

本方为胡僧方，见于《寿世保元》卷四。又名扶桑至宝丹、扶桑丸。方由嫩桑叶（去蒂洗净暴干为末）一斤，巨胜子（即黑芝麻，淘净）四两，白蜜一斤组成（用量根据《医方集解》补入）。将芝麻擂碎熬浓汁，和蜜炼至滴水成珠，入桑叶末为丸。早盐汤下，晚酒下。功能明目养血，清热补虚。主治肝经虚热引起的头眩目花，久咳不愈，津枯便秘，皮肤粗糙，须发早白。此方用桑叶祛风平肝，黑芝麻补益肝肾，润脏腑，填精髓，共成补益肝肾，养血明目之剂。风邪祛则筋骨强，肝气平则眼目明，精髓充则容颜泽，却病延年，乌须黑发，是为良方。

文武膏（《素问病机气宜保命集》卷下） 又名桑椹膏。熟文武实（即桑椹）二斗。取汁，银或石器中熬成薄膏，每服一匙，白汤点服，日三次。功能补益肝肾，养血润燥。主治肝肾不足，头昏眼花，须发早白，以及老年血虚津枯，大便秘结等症。

明目地黄丸

本方出自《审视瑶函》卷五。系从六味地黄丸加减而成。方由熟地黄（焙干）四两，生地黄（酒洗）、山药、泽泻、山茱萸（去核，酒洗）、牡丹皮（酒洗）、柴胡、茯神（乳蒸，晒干）、当归身（酒洗）、五味子（烘干）各二两组成。上为细末，炼蜜为丸，如桐子大，每服三钱，空心盐汤送下。忌萝卜。亦可作汤剂，水煎服，但用量按原方比例酌减。功能滋阴补肾，益精明目。主治肾虚阴亏，目暗不明，视物昏糊不清，视力减退。

本方所治证属肾虚阴亏所致。治宜补肾滋阴，益精明目，壮水之主，以制阳光。方中重用熟地黄滋阴补肾，滋阴则火自降，补肾则精自生。配用生地黄以增强熟地黄滋阴之力。山药益脾固精，以培万物之母。当归身养血补虚，使目得血而能视。山茱萸补肝肾，益精血，五味子养五脏，强阴益精，两味均有明目之效。牡丹皮清泄肝火，使山茱萸补而不涩。泽泻泄肾利湿，使熟地黄补而不腻。茯神养神而生明照之精，柴胡升阳引药上行，归于精明之窠。诸药合用，共奏补肾明目之效。本方为眼科常用方，临床以肾虚目暗不明，视物昏糊，视力减退为辨证要点。现常用本方治疗玻璃体混浊、视神经萎缩等眼科疾患属肾虚阴亏者。

明目壮水丸（《古今医鉴》卷九） 人参一两，当归（酒洗）一两，熟地黄（酒蒸）二两，生地黄（酒洗）二两，天门冬（去心）二两，麦门冬（去心）二两，石枣（酒蒸，去核）二两，枸杞子（酒洗）一两六钱，五味子一两，菟丝子（酒制）一两，白茯神（去皮、木）二两，干山药一两，川牛膝（去芦，酒洗）一两三钱，柏子仁（去壳，炒）一两，泽泻一两，牡丹皮（酒洗）一两，家菊花（去梗）三两，黄柏（乳拌匀炒）一两半，知母（乳汁拌匀，晒干，炒）二两半，白豆蔻（去壳净，能去眼中一切尘垢翳膜）三钱。上药为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服百丸，空心清盐汤送下。忌生冷、莱菔。功能滋阴壮水，补肾养肝，生血明目。主治肝肾不足，眼目昏暗，常见黑花，多泪。

明目地黄丸（《全国中药成药处方集》上海方） 熟地240克，茯苓、牡丹皮（酒炒）、泽泻（盐、酒炒）、白芍药（炒）、白菊花、当归、枸杞子、白蒺藜（炒）各90克，怀山药（炒）、山茱萸肉（酒炒）、石决明各120克。共研细粉，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服9克，淡盐汤送服。功能滋肾，养肝，明目。主治肝肾阴虚，目涩怕光，视物模糊，迎风流泪。

石斛夜光丸

本方出自《瑞竹堂经验方》卷三。原名夜光丸。方由天门冬（去心，焙）、麦门冬（去心，焙）、生地黄、熟地黄、新罗参（去芦）、白茯苓（去黑皮）、干山药各一两，枸杞子、牛膝（酒浸，另捣）、金钗石斛（酒浸，焙干，另捣）、草决明（炒）、杏仁（去皮尖，炒）、甘菊、菟丝子（酒浸，焙干，另捣）、羚羊角（镑）各七钱半，肉苁蓉（酒浸，焙干，另捣）、五味子（炒）、防风（去芦）、甘草（炙赤色，锉）、沙苑蒺藜（炒）、黄连（去须）、枳壳（去穰，面炒）、川芎、生乌犀（镑）、青葙子各半两组成。上药除另捣外，用极细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三五十丸，空心温酒送下，盐汤亦可。功能滋肾平肝，清热明目。主治肝肾不足，阴虚火旺，内障目暗，瞳神散大，视物昏花。

目为肝窍，受五脏六腑之精而能视。肝肾阴亏，精不上荣，是故瞳神散大，内障目暗，由此而立滋阴明目一法以治之。石斛甘淡咸寒，补肾强阴，能令眼目精明；天冬、麦冬、生地黄、熟地黄、杞子、五味子合菟丝子、肉苁蓉滋补肝肾，益阴填精，使阴复而能上濡；人参、山药、茯苓、炙甘草益气补脾，俾土旺而能荣肝木；阴弱不能配阳，以致肝阳上亢，风毒上乘，故配川芎、防风、杏仁、枳壳辛散疏风，沙苑子、甘菊花、青葙子、决明子清肝明目；更以黄连、乌犀角、羚羊角清热解毒，平肝熄风。诸药合用，共奏滋肾平肝，清热明目之功。本方与《千金》磁朱丸同为治疗阴弱不能配阳所致之内障目暗初起的名方。惟磁朱丸重在潜阳镇心，而本方则重在滋肾平肝。老年性白内障，属肝肾阴亏火旺者，亦可以本方加减治疗。

明睛地黄丸（《太平惠民和剂局方》卷七） 生干地黄（焙，洗）、熟干地黄（洗，焙）各一斤，牛膝（去芦，酒浸）三两，石斛（去苗）、枳壳（麸炒）、防风（去芦叉）各四两，杏仁（去皮尖，麸炒黄，研细去油）二两。为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心食前温酒吞下，或用饭饮、盐

汤亦得，忌一切动风毒物。功能养肝滋肾，祛风明目。主治肝脏积热，肝虚目暗，膜入水轮。

石斛散(《圣济总录》卷一百一十)　石斛(去根)、仙灵脾(锉)各一两，苍术(米泔水浸，切，焙)半两。捣罗为散，每服三钱匕，空心米饮调服，日二次。主治雀目，昼视精明，暮夜昏暗，视物不见。

固本还睛丸(《医学正传》卷五)　天门冬(去皮心，酒浸一宿，另杵如泥)、麦门冬(去心，焙干)、生地黄(酒浸，焙，勿犯铁器)、熟地黄(酒浸，蒸，勿犯铁器)各三两，人参、白茯苓、干山药、枸杞子各一两五钱，川牛膝(酒洗)、石斛(去芦，酒洗)、草决明(微炒)、杏仁(去尖皮，另研)、甘菊花、菟丝子(酒洗三宿，另研焙干)、枳壳(麸炒色黄)、羚羊角各一两，乌犀角(锉细生用)八钱，五味子(焙干)七钱，甘草(炙)七钱，防风(去芦)八钱，白蒺藜(杵，去刺)七钱，黄连(去毛)七钱，川芎七钱，青葙子(微炒)八钱。上为细末，炼蜜丸如梧桐子大，每服五七十丸，盐汤下。功效同石斛夜光丸。主治内外翳膜遮睛，风弦烂眼，及年老体弱之人目眵多糊，迎风冷泪等症。

驻景丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷七。方由车前子、熟干地黄(净洗，酒蒸，焙)各三两，菟丝子(酒浸，另研为末)五两组成。上药为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心，晚食前，温酒下，日二服。现用法为作汤剂，水煎服。功能补养肝肾，滋阴明目。主治肝肾阴虚，视力减退，眼常昏暗，视物昏花；或生障翳，视物不明，迎风有泪。

肝主藏血，开窍于目，目得血而能视；肾主藏精，肾之精气上注于目，则目视精明。本方所治证属肝肾俱虚，目少血养，精不上承，于是视力减退，眼常昏暗，治宜补养肝肾，以疗其本。方中熟地黄滋阴益肾，补血养肝；菟丝子益精明目，协同熟地黄加强补养肝肾之力；车前子明目利水而泻肝肾邪热，与熟地黄、菟丝子合用，正如《医方集解》所说："得此泻邪，则补药更为得力。"使其补中有泄，则补不留邪。诸药合用，以使肝血充，肾精足，于是精血上荣，视力可复，诸症渐愈。本方主治肝肾阴虚，视物不明之证，以两目干涩，视物昏花，头晕耳鸣，舌质红，脉细数为辨证要点。《证治准绳·类方》将本丸改为每服五十丸，食前白茯苓、石菖蒲汤任下，又方加枸杞子一两半，尤佳。现临床上亦应用于中心性视网膜炎、玻璃体混浊、近视、远视、虹膜后粘连、视神经萎缩等属肝肾阴虚者。

驻景丸(《圣济总录》卷一〇八)　车前子、菟丝子(酒浸，另捣)、决明子(微炒)、羚羊角(镑)、防风(去叉)各等份。上五味，捣罗为末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服三十丸，食后临卧，温熟水下。功能补肾益精，清肝明目。主治目视䀮䀮。

加减驻景丸(《普济方》卷七十二)　车前子(略炒)三两，熟地黄(洗)、当归(去尾)各五两，楮实子(无翳膜则不用)、川椒(炒，出火毒)各一两，五味子、枸杞子各二两，菟丝子(酒浸软漉出，焙九分干称)半斤。上药为末，蜜糊丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心食前温酒下，盐汤下亦可。功能补肝益肾明目。主治肝肾气虚，视物䀮䀮，血少气多，两目渐暗。

驻景丸加减方(《眼科六经法要》)　菟丝子 240 克，楮实 240 克，枸杞子 60 克，车前子 60 克，寒水石 90 克，五味子 60 克，茺蔚子 180 克，生三七 15 克，紫河车 90 克，木瓜 60 克。研为细末，作蜜丸，每日空心服 30 克，白开水送下。此方如欲减轻剂量，用水煎服亦可，但应取出三七粉、河车粉，兑药水服。功能滋补肝肾，活血明目。主治双目外无表证，而视物模糊，或觉眼中有黑子遮隔，或觉蚊蝇舞于睛前者。

左磁丸

本方见于《王旭高医书六种》。又名耳聋左磁丸、耳鸣丸、柴磁地黄丸。是以《小儿药证直诀》地黄丸加味而成。方由大熟地(砂仁酒拌，九蒸九晒)八两，粉丹皮、白茯苓(乳拌)、泽泻各三两，煅磁石、软柴胡各一两，山茱萸肉(酒润)、怀山药各四两(一方去软柴胡加五味子一两)组成。共为细末，炼白蜜为丸，每服三钱，淡盐汤送下。功能滋阴潜阳。主治肝肾阴亏，虚阳上亢，耳鸣耳聋，久延难已，头晕目眩，腰酸遗精，舌质红，脉细弱。

本方所治证属肝肾阴亏，虚火上炎。治宜滋阴潜阳之法。方中选用熟地黄滋肾填精为主药，配以山茱萸肉、淮山药补肾滋肝，茯苓渗利脾湿，泽泻清泄肾火，牡丹皮清泻肝火，以上六味，即地黄丸之组成，取其滋补肝肾之阴。另配磁石平肝潜阳，与六味合用，使肝肾之阴得以上注于耳。且磁石与柴胡同用，则降中寓升，升中有降，使升降均无太过之弊。配合成方，共奏滋阴潜阳之效。本方为治阴虚阳亢的耳鸣耳聋常用方。以耳鸣耳聋，头晕目眩，舌质红，脉细弱为辨证要点。本方兼治肝肾阴虚的失眠，此时方中柴胡多改用五味子；若兼畏寒肢冷，阳萎，舌淡脉虚弱者，为肾阳不足，酌加肉桂、补骨脂、胡芦巴、巴戟天等以温补肾阳；遗精频繁者，加菟丝子、金樱子、煅牡蛎以固肾涩精；兼有心悸者，加石菖蒲、远志以通心气。本方亦多用治神经性耳聋。若先天性耳聋，及因耳内实质病变所引起的耳聋，均不属本方治疗范围。

加味地黄丸(《证治准绳·类方》第八册)　干山药、山茱萸肉、牡丹皮、泽泻、白茯苓、熟地黄、生地黄、柴胡、五味子各另为末等份。将二黄掐碎，酒拌湿，杵膏入前末，和匀，加炼蜜为丸，如桐子大，每服百丸，空心白汤下。功能滋养肝肾。主治肝肾阴虚疮证，或耳内痒痛出水，或眼昏痰气喘嗽，或作渴，发热，小便赤涩等症。

耳聋左磁丸(《重订广温热论》)　熟地黄八两，山萸肉、淮山药各四两，丹皮、建泽泻、浙茯苓各三两，磁石

（煅）二两，石菖蒲一两五钱，北五味五钱。炼蜜为丸，每服三钱，淡盐汤送下。功能滋阴镇逆。主治温热病后肾虚精脱之耳鸣耳聋。

百合地黄汤

本方出自《金匮要略·百合狐𧏾阴阳毒病证治》。方由百合（擘）七枚，生地黄汁一升组成。以上水洗百合渍一宿，当白沫出，去其水，更以泉水二升，煎服一升，去滓，纳地黄汁，煎取一升五合，分温再服，中病勿更服，大便常如漆。功能补虚清热，养血凉血。主治热性病后余热未解，心肺阴虚，致成百合病，症见神志恍惚，意欲食复不能食，常默然，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不欲闻食臭时，如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤。本方所治证属热性病后，余热未解，心肺阴虚所致。故用补虚清热，养血凉血之法。方中百合养肺阴而清气热；生地黄益心营而清血热；泉水甘寒，能泄心肺经脉之热邪。阴复热退，百脉因之调和，病自可愈。

百合知母汤（《金匮要略·百合狐𧏾阴阳毒病证治》） 百合（擘）七枚，知母（切）三两。先以水洗百合，渍一宿，当白沫出，去其水，更以泉水二升，煎取一升，去滓；另以泉水二升煎知母，取一升，去滓后合和，煎取一升五合，分温再服。功能养阴清热除烦。主治百合病误汗后，津液受伤，虚热加重，更增心烦口渴者。

百合鸡子黄汤（《金匮要略·百合狐𧏾阴阳毒病证治》） 百合（擘）七枚，鸡子黄一枚。先以水洗百合，渍一宿，当白沫出，去其水，更以泉水二升，煮取一升，去滓，纳鸡子黄，搅匀，煎五分，温服。功能养阴除烦。主治百合病吐之后，虚其胃阴，更增干呕心烦者。

滑石代赭汤（《金匮要略·百合狐𧏾阴阳毒病证治》） 百合（擘）七枚，滑石（碎，绵裹）三两，代赭石（碎，绵裹）弹丸大一枚。先以水洗百合，渍一宿，当白沫出，去其水，更以泉水二升，煎取一升，去滓；另以泉水二升，煎滑石、代赭石，取一升，去滓后，合和重煎，取一升五合，分温服。功能清热养阴，降逆涩肠。主治百合病误下后，中气受损，哕逆便溏，而小便短少者。

地黄饮子

本方出自《圣济总录》卷五十一。原名地黄饮。方由熟地黄（焙）、巴戟天（去心）、山茱萸（炒）、肉苁蓉（酒浸，切，焙）、附子（炮裂，去皮脐）、石斛（去根）、五味子（炒）、桂（去粗皮）、白茯苓（去黑皮）各一两，麦门冬（去心，焙）、远志（去心）、菖蒲各半两组成。上药锉如麻豆，每服三钱匕，水一盏，生姜三片，枣二枚，擘破，同煎至七分，去滓，食前温服（《宣明论方》多薄荷）。功能滋肾阴，补肾阳，开窍化痰。主治瘖痱证。症见舌强不能言，足废不能用，口干不欲饮，苔浮腻，脉沉迟细弱。

本方所治之瘖痱证，证属下元虚衰，阴不维阳，虚阳浮越，痰浊随之上泛，堵塞窍道所致。治法一方面要温补下元，摄纳浮阳；另一方面开窍化痰，宣通心气。上下并治，标本兼顾，而以本为主。方中熟干地黄、山茱萸滋补肾阴，共为君药；以巴戟天、肉苁蓉、肉桂、附子温壮肾阳，共为臣药；君臣相协，使下元得以温养，浮阳得以摄纳，而且肉桂又能引火归元，使阳纳于阴；石斛、麦冬、五味子滋补阴液，茯苓、石菖蒲、远志交通心肾，开窍化痰，均以为佐；少用薄荷以宣利气机，姜、枣和中，均为使药。诸药合用，共成滋肾阴，补肾阳，开窍化痰之功，使阴阳得补，水火互济，虚火消而痰浊除，则瘖痱可愈。《素问·脉解》篇说："内夺而厥，则为瘖痱。"刘河间亦指出本方所治的"语声不出，足废不用，中风瘫痪，非为肝木之风实甚，亦非外中于风，良由将息失宜，心火暴甚，肾水虚衰，不能制之，则阴虚阳实所致"。于此可见，本方所致的所谓"中风"，虽可隶属于内风病证的范畴，实属虚极之证，而绝非肝阳上亢，肝风内动之"类中风"，亦非是有六经形证的真中风。而是由于下元虚衰，虚火上炎，痰浊上泛，堵塞窍道之虚风证。本方方名地黄饮子者，以地黄为君，微煎为饮服，故名。王晋三在《绛雪园古方选注》中说："饮，清水也。方名饮子者，言其煎有法也。瘖痱之证，机窍不灵，升降失度，乃用一派重浊之药，务在药无过煎，数滚即服，取其轻清之气，易为升降，迅达经络，流走百骸，以交阴阳。"现临床上用本方治疗脑血管意外之后遗症，及脊髓病变之失语偏瘫等，属下元虚衰、痰浊上泛者。如气火上升，肝阳偏亢，突然舌强足废者，切不可用本方。

地黄饮子（《医方集解》引《易简方》） 人参、黄芪（蜜炙）、甘草（炙）、生地黄、熟地黄、天冬、麦冬、枇杷叶（蜜炙）、石斛、泽泻、枳壳（麸炒）各等份。为粗末，每服三钱，水煎服。功能养血益精，润燥止渴。主治消渴烦躁，咽干面赤者。

连梅汤

本方见于《温病条辨》卷三。是由《伤寒论》黄连阿胶汤加减衍变而成。方由黄连二钱，乌梅（去核）三钱，麦冬（连心）三钱，生地三钱，阿胶二钱组成。水五杯，煮取二杯，分二次服。功能清热生津，滋阴益肾。主治暑热阴伤。症见身热，烦躁，消渴不已，舌绛，苔黄燥者。本方所治证属暑热久羁，肾阴耗伤，心阳偏亢所致，故治宜清心热之亢盛，滋肾液之不足，邪正兼顾。方中黄连苦寒清心热，阿胶滋肾液，生地黄、麦冬甘润滋阴生津，更以乌梅之酸与黄连之苦相合，则能酸苦泄热；与地、麦之甘相配，则能酸甘化阴。诸药配伍，使心热去而肾液复，则身热烦躁消渴等症，亦随之而解。原书说："脉虚大而芤者，加人参。"如暑热之邪，内入心包，见有神志昏迷、痉厥者，先用紫雪丹，再用连梅汤。

人参乌梅汤

本方出自《温病条辨》卷三。方由人参、莲子(炒)、炙甘草、乌梅、木瓜、山药组成(原书无用量)。水煎服。功能酸甘化阴,健脾止痢。主治久痢伤阴。方从补涩兼顾立法。方中人参味甘,益气健脾,使气旺津充;乌梅味酸,和胃生津,涩肠止泻,两药合用,酸甘化阴,使阴虚得以恢复,故为君药;木瓜酸温,止泻痢,敛气津,故以为臣;佐以山药健脾益阴,莲子补脾止泻;使以甘草益气和中。诸药合用,共奏滋阴止痢之功。本方适宜于久痢伤阴,以及胃阴不足,食欲不振之症,以口渴舌干,舌红少苔,脉细数为辨证要点。吴鞠通说:"此方丁救阴之中,仍然兼护脾胃。若液亏甚而土无他病者,则去山药、莲子,加生地、麦冬。"

黑地黄丸

本方出自《素问病机气宜保命集》卷中。方由苍术(米泔浸)一斤,熟地黄一斤,川姜,为冬一两、夏五钱、春七钱组成(《医门法律·虚劳门》黑地黄丸有五味子)。上为细末,枣肉为丸,如梧子大,每服一百丸至二百丸,食前米饮或酒送下。功能补脾益肾,养阴止血。主治脾肾不足,房室虚损,形瘦无力,面色青黄,舌质淡胖,脉虚弱;亦治血虚久痔。本方所治证属脾肾不足所致。治当以补脾益肾为法。方中熟地黄益阴养血,苍术燥湿健脾,配合干姜则更能温运中焦,健壮脾气。治脾恶润剂,肾恶燥剂;用术则有碍于肾,用地则有碍于脾。综观全方,熟地黄与苍术、干姜同用,使苍术、干姜健脾温运而不燥;地黄益阴养血而不腻,两擅其长,相反相成,刚柔相济,使阴血得养,脾气强壮,诸症自愈。

肾气丸

本方出自《金匮要略·妇人杂病脉证并治》。又名八味肾气丸、八味丸、崔氏八味丸、八味地黄丸、金匮肾气丸、桂附八味丸、桂附地黄丸。后世医家在本方的基础上进行加减衍变,制成许多补阴与补阳的方剂,如《小儿药证直诀》的地黄丸,《济生方》的加味肾气丸、十补丸,《景岳全书》的右归饮、右归丸等均由本方变化而来,因此,肾气丸可称之谓补肾之祖方。方由干地黄八两,山药、山茱萸各四两,泽泻、茯苓、牡丹皮各三两,桂枝、附子(炮)各一两组成(《备急千金要方》、《外台秘要》引崔氏方均将桂枝改用桂心;《太平惠民和剂局方》将桂枝改用肉桂,干地黄改用熟地黄。近代多沿用《太平惠民和剂局方》方)。上药为末,炼蜜为丸,梧桐子大,酒下十五丸,加至二十五丸,日再服。现用法为或作汤剂,水煎服,用量按原方比例酌减。功能温补肾阳。主治肾阳不足,命门火衰,症见腰痛脚软,下半身常有冷感,少腹拘急,小便不利或小便反多,以及痰饮咳喘,消渴,脚气,水肿,久泻,妇人转胞,舌淡而胖,脉虚弱尺部沉微。

本方所治之症虽多,而病本则一,皆由肾阳不足所致。治宜温补肾阳。方中以附子、桂枝温肾助阳,以六味地黄丸滋补肾阴,这是因为肾阴、肾阳互有联系,即"善补阳者必于阴中求阳"之意。诸药合用,滋而不腻,温而不燥,使得肾阳振奋,气化复常,诸症自除。本方以少量的附子、桂枝纳入补阴药中,是阴中求阳,取"少火生气"之义,使之微微生火,以生肾气,达到温补肾阳的目的。本方为温补肾阳常用方。临床治疗由肾阳虚损所致的多种病证,常以腰痛腿软,下半身常有冷感,少腹拘急,小便清利,舌淡而胖,尺脉弱小为辨证要点。目前临床上对于糖尿病、醛固酮增多症、甲状腺功能低下、慢性肾炎、肾脏性水肿、肾上腺皮质功能减退、慢性支气管哮喘、更年期综合征等属肾阳不足者,均可使用本方。据临床报道,用本方治疗老年性白内障,不仅能消除晶状体中的混浊,还能使晶状体变软,并恢复其功能,同时也能使老花眼改善,恢复眼珠的弹力。另有报道本方用于骨折病人,能促进骨质再生。关于常服肾气丸的加减法,在《备急千金要方》卷十九中记载有:"仲景云:常服去附子,加五味子;姚公云:加五味子三两、苁蓉四两;张文仲云:五味子、苁蓉各四两。"附子为纯阳药,而肾恶燥,久服恐因其辛燥,反而伤肾,故常服者宜减去附子,加入润肾强阴的五味子、肉苁蓉等药。

十补丸(《济生方》卷一)　附子(炮,去皮脐)、五味子各二两,山茱萸(取肉)、山药(炒)、牡丹皮、鹿茸(去毛,酒蒸)、熟地黄(酒蒸)、肉桂(去皮)、白茯苓(去皮)、泽泻各一两。为细末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服七十丸,空心盐酒盐汤下。功能温补肾阳。主治肾脏虚弱,面色黧黑,足冷足肿,耳鸣耳聋,肢体羸瘦,足膝软弱,小便不利,腰脊疼痛。

加味肾气丸(《济生方》卷四)　又名济生肾气丸。附子(炮)二个,白茯苓、泽泻、山茱萸(取肉)、山药(炒)、车前子(酒蒸)、牡丹皮各一两,官桂、川牛膝(去芦,酒浸)、熟地黄各半两。为细末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服七十丸,空心米饮下。功能温阳补肾利水。主治肾虚腰重,脚肿,小便不利。

纳气丸(《张氏医通》卷十六)　熟地四两,萸肉、山药、丹皮、泽泻各一两,茯苓三两,沉香一两,砂仁二两。功能温补脾肾。主治脾肾皆虚,蒸热咳嗽,倦怠泄泻少食者。

右归丸

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。系从《金匮要略》肾气丸加减衍化而来。方由大熟地八两,山药(炒)四两,山茱萸(微炒)三两,枸杞(微炒)四两,鹿角胶(炒珠)四两,菟丝子(制)四两,杜仲(姜汤炒)四两,当归

三两(便溏勿用),肉桂二两(渐可加至四两),制附子二至五六两组成。为细末,先将熟地蒸烂杵膏,加炼蜜为丸,弹子大,每服二至三丸,以滚白汤送下。功能温肾阳,补精血。主治肾阳不足,命门火衰,畏寒肢冷,阳痿,滑精,腰膝酸软,或火不生土,脾胃虚寒,饮食少进,或呕恶腹胀,或翻胃噎膈,或脐腹多痛,或寒水泛滥而成浮肿等。

本方所治证属肾阳不足,命门火衰,或火不生土所致。方以金匮肾气丸为基础,减去茯苓、泽泻、牡丹皮三药,增入温阳补肾的鹿角胶、菟丝子、杜仲,以加强温补之力;更以当归、杞子滋阴养血。合而成方,共为温肾阳,补精血之剂。其所以用滋阴药配伍者,景岳曾说:"善补阳者,必于阴中求阳",殆即此意。本方与金匮肾气丸虽同为温肾壮阳之剂,但略有区别。肾气丸补中有泻,而本方补而不泻,且加强了温养之力,故适用于肾阳虚衰较重者为宜。王旭高说:"右归是扶阳以配阴,不是益火以消水。"他又明确指出了两方的不同之处。又本方与左归丸亦有不同,左归侧重于补益精血,本方虽也有补益精血之功,但其重点,在温肾壮阳。原方加减法:"如阳衰气虚,可酌加人参;如阳虚精滑或带浊便溏,可加补骨脂;如肾泄不止,可加北五味子、肉豆蔻(麸炒去油用);如脾胃虚寒,饮食减少,食不易化,或呕恶者可加干姜;如腹痛不止,可加吴茱萸;如阳痿者可加巴戟天、肉苁蓉、黄狗肾。"若见阴虚者忌用。

右归饮(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 熟地二三钱加至一二两,山药二钱,山茱萸一钱,枸杞二钱,炙甘草一二钱,杜仲(姜制)二钱,肉桂一二钱,制附子一二钱。水二钟,煎七分,食远服。功能温补肾阳。主治肾阳不足所致的虚寒证候,如腰膝酸痛,夜多小便,神疲体倦,肢冷,脉弱,以及阳痿遗精等症。

全鹿丸

本方出自《景岳全书·古方八阵》卷五十三。又名百补全鹿丸、大补全鹿丸。方由中鹿(缚杀之,退去毛,将肚杂洗净,同鹿肉加酒煮熟,将肉横切焙干为末,取皮同肚杂仍入原汤熬膏,其骨须酥炙为末同入之)一只,人参、白术(炒)、茯苓、炙甘草、当归、川芎、生地黄、熟地黄、黄芪(蜜炙)、天门冬、麦门冬、枸杞、杜仲(盐水炒)、牛膝(酒拌蒸)、山药(炒)、芡实(炒)、菟丝(制)、五味子、锁阳(酒拌蒸)、肉苁蓉、破故纸(酒炒)、巴戟肉、葫芦巴(酒拌蒸)、川续断、覆盆子(酒拌蒸)、楮实子(酒拌蒸)、秋石、陈皮各一斤,川椒(去目,炒)、小茴香(炒)、沉香、青盐各半斤组成。上先须精制诸药为末,和匀一处,候鹿膏熬成,加炼蜜和捣为丸,桐子大,焙干,用生黄绢作小袋五十条,每袋约盛一斤,悬置透风处,用尽一袋又取一袋,阴湿天须用火烘一二次为妙。每服八九十丸,空心临卧姜汤、盐汤、白汤任下,冬月温酒亦可。功能壮肾阳,益精血。主治肾阳亏损而致的精神疲惫,头眩耳鸣,面色萎黄,体虚怕冷,腰膝酸软,阳痿精冷,妇人宫寒不孕,崩漏带下;老年阳衰,精髓空虚,步履不便,手足麻木,遗尿失禁等。

本方所治证属肾阳亏损所致,治以壮肾阳,益精血为主。方中全鹿甘温柔润,大补虚损,补阳兼以生精,尤宜于真阳不足,精亏髓减之证。若肾阳宜补而兼温,故用杜仲、牛膝、菟丝子、锁阳、肉苁蓉、补骨脂、巴戟肉、葫芦巴、川续断、小茴香、川椒温补肾阳,强腰健膝。张景岳说:"善补阳者,必于阴中求阳,则阳得阴助而生化无穷",故配枸杞子、覆盆子、山药、芡实、生地黄、楮实子滋补肾阴,益髓填精,以达阴阳相济之妙。肾中真阳贵在降纳,故以沉香暖肾纳气,温而不燥,行而不滞。秋石滋阴润脏,涩精固气。青盐坚骨固齿,明目乌须。天冬、麦冬、五味子养阴润肺,且能滋肾水之源,更防补阳药性燥伤阴之弊。肾阳不化,多兼脾胃虚弱,气血不足,故用人参、白术、茯苓、炙甘草、当归、川芎、熟地、黄芪补脾胃,补气养血。陈皮理气健脾与诸药配合,使其补而不滞。众药配合,共奏壮肾阳,益精血,补虚损之功。本方壮阳益精,兼能补气养血。凡虚损劳伤,阳痿遗精,眩晕耳鸣,腰膝酸软,面色萎黄,体虚怕冷,辨证属于肾阳不足,气血两虚者,可用本方治疗。虚不受补者,注意先调理脾胃;孕妇慎服。

全鹿丸(《增补内经拾遗方论》卷四) 雄鹿(最小)一只,秋石二斤,五味子(二斤,酒洗,日晒干,取净末)一斤,车前子(二斤,水淘,日晒干,取净末)一斤,金樱子(三斤,酒洗,日晒干,取净末)一斤,菟丝子(七斤,酒浸,日晒干,如七次后,取末)五斤,黄柏(七斤,去粗皮,牛乳浸透,日干,取净末)五斤。黄柏并四子各为细末,和合一处,却将雄鹿取血,拌药如弹子,晒干复为末,将鹿去毛秽,其角煮膏,枯骨为霜,其骨煮粉,皮肉五脏俱熬膏,然后以秋石化开,和前药末为膏,少加炼蜜,丸桐子大,每服五十,空心淡盐汤下,温酒亦可。功能益气血,补劳伤,固精髓,壮筋骨。主治肾精亏损。

鹿茸丸

本方出自《三因极一病证方论》卷十。是从《太平圣惠方》卷五十三鹿茸丸衍化而来。方由鹿茸(去毛,切,炙)三分,麦门冬(去心)二两,熟地黄、黄芪、鸡膍胵(麸炒)、苁蓉(酒浸)、山茱萸、破故纸(炒)、牛膝(酒浸)、五味子各三分,茯苓、玄参、地骨皮各半两,人参三分(一方无玄参,鹿茸用七钱)组成。上药为末,蜜丸如梧子大,每服三十丸,米汤下。功能温阳固肾,滋阴益气。主治消渴日久,肾脏阴阳两虚,元气大伤,症见小便频数,混浊如膏,甚者饮一溲一,形体消瘦,面色黧黑,耳轮焦干,腰腿酸软,倦怠乏力,舌淡苔白,脉沉细无力。

本方所治消渴为下消。下消属肾,迁延日久,阴损及阳,元气大伤,故用温阳固肾,滋阴益气之法。方中鹿茸、肉苁蓉温肾益阳;熟地黄、玄参滋阴壮水;人参、黄芪大补元气;山茱萸、补骨脂、五味子固肾摄液,以止水液下泄;

麦冬、地骨皮润肺清肺,以护水之上源;牛膝补肾填精,配地黄能治消渴不止,下元虚损;配黄芪、山茱萸、肉苁蓉等能治肾消足痿弱无力,小便数或不禁;鸡内金健胃除热,配黄芪、五味子能治肾消小便滑数白浊;茯苓能益脾胃,调节机体水液,《名医别录》称其"主消渴",《汤液本草》称其"伐肾邪,小便多能止之,小便少能利之"。配合成方,具有温阳固肾,滋阴益气之功。临床用于下消见有阴阳两虚,元气大伤症状者,以小便频数,如膏如脂,面黑耳焦,腰腿酸软,神疲乏力,脉沉细无力等为辨证要点。

鹿茸丸(《太平圣惠方》卷五十三)　鹿茸(去毛,涂酥炙微黄)二两,人参(去芦头)三分,泽泻五(三)分,赤石脂三分,石斛(去根,锉)三分,熟干地黄二两,麦门冬(去心,焙)一两半,白茯苓三(三)分,草薢(锉)三分,白芍药三分,甘草(炙微赤,锉)一分,黄芪(锉)三分,桑螵蛸(微炒)半两,子芩半两,龙骨三分,桂心半两,牡蛎(烧为粉)一两。上药捣罗为末,炼蜜和捣五七百杵,丸如梧桐子大,每日空心及晚食前,以清粥饮下二十丸。功能温肾固精,益气滋阴。主治肾消气虚赢瘦,四肢无力,小便色白,滑数不禁,不思饮食,心神虚烦。

斑龙丸

本方出自《是斋百一选方》卷四。方由鹿角胶(以酒浸胶数日,煮糊丸众药)、鹿角霜(碾为细末)、菟丝子(净洗,酒浸两宿,蒸,研)、柏子仁(净者,另研)、熟地黄(好者,酒浸两宿,蒸,焙,余酒入在胶内)各十两(《医学正传》方,多白茯苓、补骨脂二味)组成。上五味,先焙鹿角胶、菟丝子、地黄,研为细末,方入柏子仁在众药内研,却将鹿角胶酒约三四升,煮作糊,于石臼内杵二千下,令熟,丸如梧桐子大,早晚空心五十丸至一百丸止,逐日早晚服,盐汤或酒任下。功能补益元阳。主治肾亏,真阳不足。症见腰膝冷痛,阳痿早泄,或小便增多,耳鸣,体倦心烦,或老年阳虚,时常畏寒,气力衰微。常服益寿延年。

本方所治证属肾亏,真阳不足所致。治当补益元阳。方中鹿角胶、鹿角霜通督脉,补命门,大补精髓,最能补精生血而益元阳;菟丝子助肾阳;熟地黄滋补肾阴,益阴以配阳;柏子仁养心安神,《药性论》:"能治腰肾中冷。"常服则元阳充盛,髓充神健。鹿亦称斑龙,用其角为方,故名斑龙丸。本方能峻补元阳,对肾阳不足诸证用之多效。临床以腰膝冷痛、小便清利,舌淡而胖,脉微者为辨证要点。真阴亏损,虚火上乘,口干咽燥者忌用。

斑龙百补丸(《全国中药成药处方集》南昌方)　鹿角(镑)600克,黄柏(炒)、生地(酒洗,蒸)各120克,鹿角霜600克,怀山药(炒)、知母(盐水炒)、黄芪(炙)、山茱萸各120克,五味子30克,党参150克,茯苓、芡实各120克(以上为第一宗);鹿角(镑)900克,黄柏(制)240克,枸杞子、熟地、菟丝子、金樱子(去毛子)各120克,怀牛膝(酒洗)90克,天冬、麦冬、楮实子各60克,龙眼肉30克(以上为第二宗)。第一宗研为细粉;第二宗煎膏,将膏和入药粉内,加炼蜜为丸,如梧桐子大,每服15克,食前淡盐汤送下,并可用煮熟莲子肉,或晒干枣子数枚同服。功能生精补血,强健筋骨。主治精虚血弱,身体羸瘦,腰膝无力,久服聪耳明目,黑髭须。

温肾丸

本方见于《妇科玉尺》卷一。由《金匮要略》肾气丸化裁而成。方由熟地、萸肉各三两,巴戟二两,当归,菟丝子、鹿茸、益智仁、生地、杜仲、茯神、山药、远志、续断、蛇床子各一两组成。蜜丸,酒下。功能温肾养血。主治妇女肾气不足,精血亏虚,婚久不孕。症见月经量少,面色晦暗,精神疲惫,腰酸腿软,性欲减退,小便清长,带下色淡或清稀,舌质淡苔薄,脉沉小或迟。方中鹿茸温肾壮阳,生精养血;巴戟天温肾益精;蛇床子温肾暖宫;益智仁温肾敛精;生地黄、熟地黄、当归滋阴养血;山茱萸肉、菟丝子、杜仲、川续断益肾补肝;茯苓、远志养心安神。诸药配合,共成温肾养血之功。立方取法于《金匮要略》肾气丸,但不用桂、附壮阳助火,而用鹿茸等温养精血之味,温肾壮阳而不伤阴,滋阴养血而不损阳,深合本方所治之证。

羊肾丸

本方出自《济生方》卷一。方由熟地黄(酒蒸,焙)、杜仲(去皮,锉,炒断丝)、石斛(去根)、菟丝子(淘净,酒浸焙干,另研)、黄芪(去芦)、川续断(酒浸)、桂心(不见火)、磁石(煅,醋淬)、牛膝(去芦,酒浸)、沉香(另研)、五加皮(洗)、山药(锉、炒)各一两组成。上为细末,雄羊肾两对,以葱、椒、酒煮烂,再入少许酒和药为丸,如桐子大,每服七十丸,空心,盐汤下。功能温阳补肾。主治肾虚阳衰,面肿黧黑,腰背引痛,屈伸不利,不耐久立,四肢苦寒,少腹拘急,或小便混浊,白如米泔,或梦寐惊悸,上气喘急。

本方所治证属肾阳不足,下元虚冷所致。故从温肾补阳立法。方中首用羊肾血肉有情之品,补肾壮阳,益精生髓。桂心补命门不足,菟丝子温肾中之阳,两者共助羊肾益火消阴之功。熟地黄、石斛益肾填精,用之合上药以收扶阴配阳之妙。杜仲、续断补肾壮腰膝;牛膝、五加皮强筋骨,祛风湿;沉香纳气归元,可益肾壮阳,磁石重镇摄纳,更能补肾益精;以其下元虚冷,易致脾弱气虚,故方中复配黄芪、山药益气助运。诸药协力,共奏培补下元、温肾补阳之功。本方为补肾温阳之剂,主治肾虚阳衰,以面肿黧黑,腰背疼痛,四肢苦寒等为辨证要点。尿频、尿浊由肾阳不足所致者,亦可以本方加减治疗。

羊肾汤(《济生方》卷一)　人参(去芦)一两,熟干地黄一两,白芍药一两,当归一两,麦门冬(去心)一两半,芎䓖一两,杜仲(去皮,炙令黄,锉)一两,远志(去心)一两,

白茯苓一两，石斛(去根，锉)一两，五味子一两，黄芪(锉)半两，续断一两，磁石(捣碎，水淘去赤汁)三两。上捣为散，每服用羊肾一对去脂膜，以水一大盏半，煎至一盏，去肾下药末五钱，入生姜半分，枣三枚，煎至五分，去滓，空心晚食前服。功能温阳补肾，益气养血。主治与上方羊肾丸同。

羊肾丸(《证治准绳·类方》第八册) 山茱萸、干姜、川巴戟、芍药、泽泻、北细辛、菟丝子(酒浸)、远志(去心)、桂心、黄芪、石斛、干地黄、附子、当归、牡丹皮、蛇床子、甘草、苁蓉(酒浸)、人参各二两，菖蒲一两，防风一两半，茯苓半两。上为末，以羊肾一双，研细以酒煮，面糊丸如梧子大，食前盐酒下三十丸至五十丸。功能温阳补肾，扶正祛风。主治肾虚耳聋，或劳累伤气，中风虚损等。

三肾丸

本方见于《全国中药成药处方集》(天津方)。方由鹿肾、驴肾、狗肾各1条，生黄芪、人参(去芦)、当归、熟地、龟版(醋制)、茯苓(去皮)、枸杞子各60克，生于术、生阿胶、山萸肉(酒蒸)、制附子、羊藿(羊油炒)、蒺藜(盐炒)、故纸(盐炒)、菟丝子、鱼鳔(滑石烫)、杜仲炭(盐炒)、鹿茸(去毛)各30克，肉桂(去粗皮)24克组成。先将三肾用水煮烂，连原汤与群药共串一处晒干，共为细粉，炼蜜为丸，每丸重6克，每服1丸。功能补肾壮阳，滋阴益气。主治命门火衰，阳痿不举，阴囊湿冷，腰腿酸痛，体倦神疲，畏寒肢冷，饮食少思，舌淡白，脉细弱。

本方所治证属命门火衰，下元虚冷所致。故立补肾壮阳法以治之。方中鹿肾补肾壮阳，专主肾虚阳痿，宫冷不孕；驴肾益肾强筋，善治阳痿不举；狗肾亦能补虚壮阳，配以鹿茸，壮元阳，补气血，生精髓；附子、肉桂辛热助阳，补命门火衰；菟丝子、淫羊藿、补骨脂、杜仲益肾壮阳，能强筋健骨，共奏补肾壮阳，温养下元之功。元阳疲惫，不能生精化气，则阴衰气弱，营血内亏，故又配熟地黄、龟版、萸肉、蒺藜、鱼鳔滋肾填精，扶阴以配阳；人参、黄芪、白术、茯苓补中益气，扶脾以助运；当归、杞子、阿胶滋阴补血。方以鹿肾、驴肾、狗肾三肾为主命名，合诸药温养下元，壮阳益精，补气益血，使命门火旺而诸症自愈。本方为补肾壮阳之剂，临床运用以神疲食少，畏寒肢冷，舌淡白，脉细弱为辨证要点。对于男子不育、女子不孕由肾阳虚惫所致者，亦可予本方加减治疗。然因本方药多辛热，故阴虚火旺者禁用。

鹿肾粥(《太平圣惠方》卷九十七) 鹿肾(去脂膜，细切)一对，肉苁蓉(酒浸一宿，刮去外皱皮，切)二两，粳米二合。先以水二大盏，煮米作粥，欲熟下鹿肾、苁蓉、葱白、盐、椒食之。功能补肾益气。主治五劳七伤，阳气衰弱。

海马三肾丸(《全国中药成药处方集》吉林、哈尔滨方) 海狗肾1具，黑驴肾1具，花鹿肾1具，大海马1对，大蛤蚧(去头)1对，大熟地180克，胡桃肉120克，血鹿茸、附子片、上人参、怀山药、桑螵蛸各60克，母丁香、贡油桂、紫梢花、韭菜子各30克，山萸肉60克，覆盆子、枸杞子、肉苁蓉、巴戟天、破故纸、淫羊藿、菟丝饼、上仙茅、蛇床子、毕澄茄、大茴香、小茴香各30克。将三肾及海马、蛤蚧均各用滑石烫存性，再和群药共研细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每日3次，早、中、晚服，每服6克，淡盐水送下。功能温肾补阳，摄精止遗。主治阳虚遗精，腰腿酸痛，小便频数。

三建丹

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。又名白丸、阳起石丸。方由阳起石(火煅通红)、附子(炮，去皮脐)、钟乳粉各等份组成。上为细末，和匀，用糯米糊为丸，如梧桐子大(《济生方》用酒煮附子糊为丸)，每服二十丸至三十丸，米饮送下，食前服。忌豉汁、羊血。功能温肾壮阳。主治下元虚冷，肾气不固，精滑不禁，小便自遗，羸瘦神疲，食少便溏，手足厥冷，舌淡白，脉沉细。本方所治证属肾虚阳衰，封藏失固所致。当予温补元阳。方中阳起石，《医学入门》称其"能助人阳气，主男子下虚，阳气衰乏"，用之有温补命门之功；钟乳温壮元阳，《医林纂要》谓有"补命门，破痼冷，温脾胃，生气血"之妙；附子补火助阳，三药合用，温下元，暖命门，相辅相成，相得益彰，使元阳壮，肾气固而诸症自愈。肾阳不足，阳痿不举亦可以本方加减治疗。

阳起石丸(《太平圣惠方》卷七十) 阳起石(酒浸半日，细研)二两，吴茱萸(汤浸七遍，烘干，微炒)三分，熟地黄一两，牛膝(去苗)三分，干姜(炮裂，锉)三分，白术三分。上为细末，炼蜜和捣三、二百杵，丸如梧桐子大，于空心或晚食前温酒下三十丸，日二服。功能暖宫种子。主治妇人血海久积虚冷，无子。

阳起石丸(《济生方》卷一) 阳起石(煅)、韭子(炒)、肉苁蓉(酒蒸)、青盐(另研)、鹿茸(酒蒸)、钟乳粉、菟丝子(水淘净，酒蒸，焙，另研)、沉香(另研，不见火)、原蚕蛾(酒浸)、山茱萸(取肉)各半两，桑螵蛸(酒浸)、山药(锉，炒)各半两。上为细末，酒糊为丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心盐汤任下。功能温阳补肾。主治肾脏虚损，阳气虚乏。

阳起石丸(《济生方》卷七) 阳起石(火煅红，研极细)、菟丝子(水淘净，蒸，焙，另研细末)、鹿茸(酒蒸，焙)、天雄(炮，去皮)、韭子(炒)、肉苁蓉(酒浸)各一两，覆盆子(酒浸)、桑寄生、石斛(去根)、沉香(另研)、原蚕蛾(酒炙)、五味子各五钱。上为细末，酒煮糯米糊丸，如梧桐子大，每服七十丸，空心，盐汤热酒任下。功能温壮命门，补肾益精。主治男子不育，精清精冷。

五精丸

本方见于《普济方》卷三十二。由《三因极一病证方论》鹿角霜丸加味衍化而成。方由秋石、茯苓(去皮)、山药、阳起石、鹿角霜各等份组成。上药为末,酒和丸,如桐子大,每空心服五十丸。功能温肾益精,壮阳起痿。主治肾气虚惫,阳痿不举,遗精滑泄,羸瘦神疲。

本方所治证属肾气虚惫,精血不足所致,故用温肾、壮阳、益精法以治之。方中阳起石温补命门,善治阳痿不起;鹿角霜温肾壮阳,兼能补精益血;秋石助阴精,降邪火,归真阳,补益下元,《本草求真》誉之有"温而不燥,润而不滞,清不损元,降不败胃"之妙,三药合用,既能温肾壮阳,又可补益精血;山药补脾,固肾益精;茯苓健脾,淡渗利湿,两者一守一走,使之补不滞湿,利不伤阴。五药之中,原书注谓:"秋石为刚健者人精、鹿角霜兽精,阳起石石精,茯苓木精,山药草精",故方名五精丸。用之共奏温肾益精,壮阳起痿之功。临床运用本方以形体羸瘦,精神萎靡,面色皖白,腰腿酸软为辨证要点。肾阳不足,尿频遗尿,亦可以本方加减治疗。至若阳痿遗滑由阴虚火旺,或湿热炽盛引起者,本方禁用。

鹿角霜丸(《三因极一病证方论》卷十二) 鹿角霜、茯苓、秋石各等份。为细末,以糊为丸,如桐子大,米饮下五十丸。功能补肾益精,利湿化浊。主治膏淋,小便淋闭,或黄赤白黯如猪脂膏状。

秋石四精丸(《永类钤方》,录自《本草纲目》卷五十二) 秋石、白茯苓各四两,莲肉、芡实各二两。为末,蒸枣肉和丸如梧子大,每空心盐汤下三十丸。功能益肾固精。主治肾气不足,遗精滑泄。

秋石丸(《普济方》卷二百十九) 秋石一两,白茯苓半两,南参半两,山药半两,川当归(酒浸)半两,血茸(蜜炙)二两,龙骨(煅)半两,大附子(炮)一只,沉香一钱五分,辰砂(另研,一半为衣,一半入药)二钱五分。上为细末,鹿角胶煮酒为丸,如桐子大,每服三四十丸,温酒盐汤下。功能益精生血,补养心肾。主治虚损羸弱,精血不足,心悸怔忡,梦遗失精。

葆真丸

本方见于《证治准绳·女科》卷四。方由鹿角胶(锉如豆大,以鹿角霜拌炒成珠,研细)半斤,杜仲(去粗皮,切碎,用姜汁一两,蜜少许,拌炒断丝)三两,干山药、白茯苓(去粗皮,人乳拌,晒干,凡五七次)、熟地黄各二两,菟丝子(酒蒸,捣,焙)、山茱萸各一两半,北五味子、川牛膝(去芦,酒蒸)、益智仁(去壳)、远志(泔煮,去骨)、小茴香(青盐三钱同炒)、川楝子(去皮、核,取净肉酥炙)、川巴戟(酒浸,去心)各一两,破故纸、胡芦巴(同故纸入羊肠内煮,焙干)各一两,柏子仁(去壳另研如泥)半两,穿山甲(酥炙)、沉香各三钱,全蝎(去毒)一钱半组成(一方无菟丝子、川牛膝、小茴香、柏子仁、穿山甲、全蝎)。为极细末,以好嫩肉苁蓉四两,酒洗浸去鳞甲皮垢,开心如有黄白膜亦去之,取净二两,好酒煮成膏,同炼蜜和前药末,捣千余下,丸如桐子大,每服五十丸,淡秋石汤,温酒任下,以干物压之,渐加至百丸。功能温阳益精。主治命门火衰,阳痿遗精,精少精冷,头晕耳鸣,腰膝酸软,畏寒肢冷,倦怠神疲,舌淡白,脉细弱。

本方所治证属命火不足,精气虚损所致,故立温阳益精法以治之。方中鹿角胶壮元阳,补血气,生精髓;得巴戟天、补骨脂、菟丝子、肉苁蓉则温肾壮阳之力更著;熟地黄滋肾水,填骨髓,生精血,合萸肉、山药则补肾益阴之功倍增;茯苓补五劳七伤,养心安神,健脾利湿,与熟地黄、山茱萸肉、山药配伍,有补中寓泻之意,与柏子仁同用,可收通肾安神之妙;杜仲、牛膝、胡芦巴补肾壮腰膝;沉香、小茴香、益智仁温肾暖命门;以其火衰精亏易致精血涩滞,阳道不畅,故配全蝎、穿山甲化瘀通络;用川楝子者,以寒降之性,防诸药温燥太过,引阳药归宿下元。方中温补通散并用,有壮阳益精之功,而无腻滞壅阳之弊,使阳壮精复则诸症自愈。临床凡阳痿遗精见上述症状者,或肾虚阳衰而致少腹冷痛,尿频遗尿者,均可予本方调治。然因组方药多辛热,故阴虚火旺者在所禁忌。

补益地黄丸(《太平圣惠方》卷三十) 熟干地黄一(二)两,五味子一两,鹿角屑、远志(去心)一两,桂心一两,巴戟一两,天门冬(去心,焙)一两半,菟丝子(酒浸三日,暴干,另捣为末)一两,石龙芮一两,肉苁蓉(酒浸一宿,刮去皱皮,炙干)一(二)两。上药捣罗为末,炼蜜和捣三五百杵,丸如梧桐子大,每服食前以温酒下二十丸。功能助阳益精。主治虚劳精少,阳事损弱。

菟丝子丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。又名大菟丝子丸。方由菟丝子(净洗,酒浸)、泽泻、鹿茸(去毛,酥炙)、石龙芮(去土)、肉桂(去粗皮)、附子(炮,去皮)各一两,石斛(去根)、熟干地黄、白茯苓(去皮)、牛膝(酒浸一宿,焙干)、续断、山茱萸、肉苁蓉(酒浸,切,焙)、防风(去苗)、杜仲(去粗皮,炒)、补骨脂(去毛,酒炒)、荜澄茄、沉香、巴戟(去心)、茴香(炒)各三分,五味子、桑螵蛸(酒浸,炒)、芎䓖、覆盆子(去枝、叶、萼)各半两组成(一方无石龙芮、泽泻、肉苁蓉,有龙齿三分,远志半两)。上为细末,以酒煮面糊为丸,如梧桐子大,每服二十丸,温酒或盐汤下,空心服。如脚膝无力,木瓜汤下,晚食前再服。功能温补肾气,填精壮骨,固摄下元。主治肾气虚损,元阳不足。常见腰膝痿软少力,阳痿遗精,小便频数;或溺有余沥,或腰欠温暖。

本方所治证属肾气虚损,元阳不足,精溺二窍失固所致。治以温肾补阳,强壮腰膝,固摄下元。方用菟丝子、

鹿茸、肉桂、附子、肉苁蓉，巴戟天、茴香、补骨脂温补肾阳，其中菟丝子、鹿茸兼以生精；沉香暖腰膝；荜澄茄壮阳道；阴阳本为互根，故补阳常配补阴，熟地黄滋阴养血，生精补髓，为治精血两亏之良药；石斛养肾气；石龙芮补阴气不足，且"古方多用之，其功与枸杞、覆盆子相埒(相等)"(《本草纲目》)。合熟地黄、石斛且可制诸温阳药辛燥之性；杜仲、续断、牛膝壮筋骨，强腰膝，补肝肾，肝充则筋健，肾充则骨强；防风通痹起废；川芎和血行气；五味子、覆盆子、桑螵蛸、山茱萸肉固精缩尿，用治下元不固，遗精尿频；肾亏脾常不足，故用茯苓健脾渗湿；本方用泽泻，取其"起阴气，止泄精"(《别录》)。诸药合用，共奏温补肾气，填精壮骨，固精缩尿之功。本方为温补元阳，强壮固摄之剂，若肾阳不足，虚阳独亢者，忌用。

小菟丝子丸(《太平惠民和剂局方》卷五)　石莲肉二两，菟丝子(酒浸，研)五两，白茯苓(焙)一两，山药(其中七钱半打糊)二两。上药为细末，用山药糊搜和为丸，如梧桐子大，每服五十丸，温酒或盐汤下，空心服，如脚膝无力，木瓜汤下，晚食前再服。功能补肾涩精。主治肾气虚损，目眩耳鸣，四肢倦怠，夜梦遗精。

菟丝子丸(《济生方》卷四)　菟丝子(淘净，酒蒸，焙)二两，五味子一两，牡蛎(煅，取粉)一两，肉苁蓉(酒浸)二两，附子(炮，去皮)一两，鸡胜胵(微炙)半两，鹿茸(酒炙)一两，桑螵蛸(酒炙)五钱(原书缺用法、分量，据《景岳全书》补入)。酒糊为丸，如桐子大，每服七十丸，食前盐酒、盐汤任下。功能温肾缩尿。主治小便多或不禁。

菟丝煎(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　人参二三钱，山药(炒)二钱，当归钱半，菟丝子(制，炒)四五钱，枣仁(炒)、茯苓各钱半，炙甘草一钱或五分，远志(制)四分，鹿角霜(为末)每服加入四五匙。上用水一钟半煎成，加鹿角霜末，或加白术一二钱，食前调服。功能补脾养心，固肾止遗。主治心脾气弱，凡遇思虑劳倦即苦遗精者。

五子衍宗丸

本方出自《摄生众妙方》卷十一。方由甘州枸杞子八两，菟丝子(酒蒸，捣饼)八两，辽五味子(研碎)二两，覆盆子(酒洗，去目)四两，车前子(扬净)二两组成(《全国中药成药处方集》青岛方，有熟地、山药、山萸、茯苓、泽泻、丹皮。呼和浩特方于青岛方中去车前子，加楮实子、破故纸)。上药俱择道地精新者焙晒干，共为细末，炼蜜为丸，梧桐子大，每服空心九十丸，上床时五十丸，白沸汤或盐汤送下，冬月用温酒送下。功能补肾益精。主治肾虚精少。症见阳痿早泄，遗精，精冷，久不生育，或妇人不孕，以及肾虚腰痛，尿后余沥。

本方所治证属肾虚精少所致，治宜补肾益精。方中重用枸杞子、菟丝子补肾以益精，其中菟丝子不仅益精髓，且能扶阳，温而不燥；五味子、覆盆子益肾固精；车前子能使水窍常开，则小便利而湿热外泄，与补肾药相配，可使"精窍常闭而无漏泄……精固则阴强，精盛则生子"(《本草经疏》)。诸药配合，功能补肾益精。张时彻说："男服此药添精补髓，疏利肾气，不问下焦虚实寒热，服之自能平秘。旧称古今第一种子方，有人世世服此药，子孙蕃衍遂成村落之说。"加之五药皆用种子部分，故方名五子衍宗丸。本方性味平和，宜于久服。临床以阳痿早泄，遗精，精冷，久不生育，及肾虚腰痛，舌淡红苔薄，脉沉细为辨证要点。《医学入门》加减法谓："惯遗泄者，去车前，加莲子。"现临床上亦用于性神经衰弱和精子缺乏属于肾虚精少者。

四物五子丸(《证治准绳·类方》第七册)　当归(酒浸)、川芎、熟地黄、白芍药、枸杞子、覆盆子、地肤子、菟丝子(酒浸)、车前子(酒蒸，量虚实加减)各等份。上为细末，炼蜜和丸，如桐子大，每服五十丸，不拘时，盐汤送下。功能益肾填精，补血明目。主治心肾不足，目视昏暗。

保真广嗣丸(《全国中药成药处方集》杭州方)　潞党参60克，车前子45克，怀牛膝(酒浸)、天门冬各60克，石菖蒲、炒远志各30克，当归(酒洗)60克，五味子30克，山萸肉、怀山药各60克，覆盆子45克，杜仲(姜汁炒)、巴戟肉各60克，赤石脂(另研)30克，地骨皮45克，广木香、大生地、枸杞子各60克，川椒(微炒)30克，泽泻45克，菟丝子(酒炒)、淡苁蓉各120克，大熟地、柏子仁、白茯苓各60克。共研细末，炼蜜为丸。每服9至12克，空腹时淡盐汤送下；冬月温酒或开水送下。功能补益气血，滋培肝肾。主治男子诸虚羸瘦，精神衰弱，腰膝酸痛，阳痿乏嗣，妇人下元虚冷，久不孕育。

赞育丹

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由熟地(蒸捣)八两，白术(用冬术)八两，当归、枸杞各六两，杜仲(酒炒)、仙茅(酒蒸一日)、巴戟肉(甘草汤炒)、山茱萸、淫羊藿(羊脂拌炒)、肉苁蓉(酒洗，去甲)、韭子(炒黄)各四两，蛇床子(微炒)、附子(制)、肉桂各二两组成。上炼蜜丸服。功能补肾壮阳。主治命门火衰，精气虚冷，阳痿精衰，不能生育。

阳痿之证，张景岳认为"火衰者十居七八"，治从补肾壮阳立法。方中附子、肉桂峻补下焦元阳；肉苁蓉、巴戟天、淫羊藿、蛇床子、仙茅、杜仲补肾壮阳；韭子、山茱萸温肾固精。上十味均为补肾壮阳之品，今集于一方，其补肾壮阳作用较为强大。阴阳互根，补肾宜于温润，故配以熟地黄、当归、枸杞子补阴益精。阳明(胃)总宗筋之会，虚者宗筋弛纵，治惟通补阳明，重用一味白术以健运脾胃，运化精微，使肾精得到补充，宗筋弛缓自会好转，此实寓脾肾并治之意。诸药合用，对命门火衰，虚寒无子之证确有赞助生育之功，故名赞育丹。本方温壮肾阳，用治阳痿精衰，虚寒无子。临床以面色皖白，腰膝酸软，舌淡苔白，

脉沉细为辨证要点。原方加减："或加人参、鹿茸亦妙。"

赞化血余丹(《景岳全书·新方八阵》卷五十一)　血余八两，熟地(蒸捣)八两，枸杞、当归、鹿角胶(炒珠)、菟丝子(制)、杜仲(盐水炒)、巴戟肉(酒浸剥，炒干)、小茴香(略炒)、白茯苓(乳拌蒸熟)、肉苁蓉(酒洗，去鳞甲)、胡桃肉各四两，何首乌(小黑豆汁拌蒸七次，如无黑豆，或人乳、牛乳拌蒸，俱妙)四两，人参(随便用，无亦可)。上炼蜜丸服，每食前用滚白汤送下二三钱许。功能大补气血，培元赞育。主治气血虚弱，肾衰无子。

安坤赞育丸(《全国中药成药处方集》北京方)　桑寄生、鸡血藤、甘草、琥珀各500克，青毛鹿茸、阳春砂、阿胶各3000克，龙眼肉1200克，乳香、赤石脂(生)、肉豆蔻、黄芪、红鸡冠花各750克，子术、没药各1500克，血余(煅)、人参(去芦)各240克，蕲艾炭、泽泻、茯苓、杜仲、白薇、玄胡索、秦艽、龟版(炙)各1000克，熟地、当归、白芍各2000克，香附、川牛膝各1750克，紫苏叶600克，乌药360克，补骨脂1320克，天冬1380克，藏红花96克，生地、枣仁、砂仁各2000克，柴胡、藁本、青蒿各750克，川芎1500克，白术3000克，紫丹参、木香各250克，远志1000克，橘皮1750克，续断1200克，沉香1560克。以生地、砂仁、柴胡、川芎、枣仁、藁本、橘皮、木香、续断、紫丹参、白术、青蒿、沉香、远志14味轧末铺槽，余药下罐，加黄酒40千克蒸透，再加一起共为细粉，炼蜜为丸，重9克，每服1丸，日服2次，温开水送下。功能益气调经。主治妇女经血不准，崩漏带下，腹痛腰酸，日晡发热，面色萎黄。

安肾丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。方由肉桂(去粗皮，不见火)、川乌(炮，去皮脐)各十六两，桃仁(麸炒)、白蒺藜(炒去刺)、巴戟(去心)、山药、茯苓(去皮)、肉苁蓉(酒浸，炙)、石斛(去根，炙)、萆薢、白术、破故纸各四十八两组成(一方以白蒺藜易沙苑蒺藜，以桃仁易胡桃肉)。上药为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心食前温酒或盐汤下。功能壮阳益肾。主治肾经积冷，下元衰惫，目暗耳鸣，四肢无力，夜梦遗精，小便频数，脐腹撮痛，食少体瘦。

本方所治肾阳不足而内有积冷，故用壮阳益肾之法。方中肉桂、川乌温肾壮阳，以除积冷；肉苁蓉、巴戟天滋肾壮阳，以补精血；山药、补骨脂补肾暖脾，涩精止泻；白术、茯苓健脾益气，利水祛湿；白蒺藜，古方用其补肾，并有明目之功；石斛，《神农本草经》称其"补五脏虚劳羸瘦，强阴"，《名医别录》称其"补水脏"；阳虚而有积冷，则血液凝滞为瘀，故配桃仁以活血化瘀。诸药配合，既壮肾阳，而又补益精血；既益命火，而又兼扶脾土；既祛积冷，而又兼化瘀血。故可用治肾阳不足，内有积冷而产生的诸病。《局方》谓本方"常服补元阳，益肾气"，而《奇效良方》与《景岳全书》均谓"常服壮元阳，益肾水"。就本方之用药而言，壮元阳之力较强，而益肾水之功则较弱，用于肾阳虚而微兼肾阴不足者则适宜。若肾阳虽虚，而肾阴亏损较甚者则不宜用。

西川石刻安肾丸(《永类钤方》，录自《普济方》卷二百十七)　青盐(水飞)四两，鹿茸(去皮，酥炙)一两，柏子仁(擂，水澄粉)一两，附子(炮)、川乌(炮)、巴戟肉(盐水浸)、肉桂、菟丝子(淘净，酒蒸)、苁蓉(酒浸，焙)、韭子(微炒)、葫芦巴、杜仲(姜汁炒去丝)、破故纸(酒炒)、石枣(去核，酒蒸)、苍术(制)、川楝子肉(酒蒸)、川椒(出汗)、茴香(酒炒)各二两，甘草(炙)二两。上药为末，山药四两洗净，同酒煮糊丸梧子大，每服八十丸，空心，盐汤下。功能补肾阳，益精血。主治真气虚惫，腰膝缓弱，夜梦遗精，小便频数。

二仙汤

本方见于《高血压病的中医理论和治疗》。又名复方二仙合剂。为治妇女冲任不调的经验方剂。方由仙茅、仙灵脾、巴戟天、当归、知母、黄柏各9克组成。上药水煎分二次服，或用上药等份，加水煎成1∶0.6左右之浸膏，每日2次，每次15—30毫升。功能温补肾阳，清泄肝火。主治高血压病，由于冲任不调引起者。症见头痛，头昏，心烦，自汗，筋惕肉瞤，阵发性面部潮红等。更年期高血压病的主要原因是由于冲任不调，表现肾阴、肾阳不足和虚阳上亢的特征，治疗既不宜于四物汤的养血，又不宜于逍遥散的舒肝，同时也不宜于单纯的清热泻火，而应温养与苦泄两者并顾之法。方中用仙茅、仙灵脾、巴戟天以温补肾阳，当归养血，知母、黄柏清泄肝火，以保肾阴。由于方中以仙茅、仙灵脾为君药，故名二仙汤。实验研究证明，本方有降压作用。此外，对慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、闭经以及更年期精神分裂症等属于肾虚火旺者，亦可加减应用。

金刚丸

本方出自《素问病机气宜保命集》卷下。方由萆薢、杜仲(炒去丝)、苁蓉(酒浸)、菟丝子(酒浸)等份组成。上药为细末，酒煮猪腰子为丸，每服五七十丸，空心酒下。功能补肾益精。主治肾虚精亏，骨痿不能起立，腰腿沉重，四肢无力。本方主治肾虚精亏之骨痿，故以补肾益精而立法。方中肉苁蓉滋肾壮阳，补精益髓，强筋壮骨；菟丝子补肾养肝，坚筋骨，益气力；杜仲滋肾润肝，养筋补骨；萆薢坚筋骨，利小便，祛风湿；猪肾引导诸药入肾。配合成方，共成补肾益精之功。肾藏精而主骨，肾不虚则精充而骨强，肾虚则精亏而骨弱，骨弱则成骨痿。本方能补肾益精，强筋壮骨，故能用治骨痿。

牛膝丸(《素问病机气宜保命集》卷下)　牛膝(酒

浸)、萆薢、杜仲(炒去丝)、苁蓉(酒浸)、防风、菟丝子(酒浸)、白蒺藜各等份,桂枝减半。功能补肝肾,祛风湿。主治肝肾两虚,风湿内侵,骨痿不能起于床,筋缓不能收持。

金刚丸(改定《张氏医通》卷十四) 川萆薢(盐酒炒)、杜仲(盐酒炒)、肉苁蓉(酒浸,去腐,切,焙)、菟丝子(酒煮,捣作饼,焙)、巴戟肉(酒煮)各四两,鹿胎一具(酥炙)。上药为细末,鲜紫河车隔水熬膏,捣和为丸,梧子大,每服七十丸,空心,参汤、米汤下,临卧温酒下。功能补肝肾,益精血。主治肾虚骨痿,不能起于床。

四斤丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。又名虎骨四斤丸。方由宣州木瓜(去穰)、牛膝(去芦,锉)、天麻(去芦,细锉)、苁蓉(洗净,切,焙干)各一斤组成。上四味,用无灰酒五升浸,春秋各五日、夏三日、冬十日足,取出焙干,再入附子(炮,去皮脐)、虎骨(涂酥,炙)各二两(《普济方》无附子、虎骨)。以上同为细末,用浸前药酒打面糊为丸,如梧桐子大,每服三五十丸,空心煎木瓜酒下,或盐汤吞下亦可。功能补肝肾,祛风湿。主治肝肾皆虚,风寒挟湿外侵。症见腰膝筋骨酸痛,脚弱少力,步行艰难,筋脉拘挛等。

本方所治证属肝肾皆虚,风寒挟湿所致,治从补肝肾,祛风湿而立法。方中虎骨辛温通痹,追风定痛,强筋健骨,木瓜舒筋活络,兼以去湿,共为君药;苁蓉咸温,益肾填髓为臣;附子温肾阳而逐寒湿,天麻通经络止痹痛为佐;牛膝通利关节,并用其"走而能补,性善下行"(《本草经疏》)之功,以治腰膝以下的痹痛之证,用酒浸、酒丸、酒下者,取其行经络开痹着为使。诸药合用,补肝肾,祛风湿。丸剂口服,要累计到"四斤"的用量,方能渐效,故名四斤丸。根据药理研究和用药经验,虎骨可用狗骨、豹骨代替。筋骨痿软,步履少力属湿热者,非本方所宜。

加味四斤丸(《济生方》卷三) 虎胫骨(酥炙)二两,天麻、宣木瓜、川乌(炮,去皮)各一两,肉苁蓉(酒润,焙)、没药(另研)、乳香(另研)各半两,川牛膝(洗去芦,酒润)一两半。上药为细末,人木瓜膏杵和,入少酒糊为丸,如桐子大,每服七十丸,空心食前,温酒、盐汤任下。功能补益肝肾,强壮筋骨。主治肝肾俱虚,精血不足,足膝酸弱,步履无力。如受风寒湿气,以致脚痛脚弱者,最宜服用。

大四斤丸(《仁斋直指方论》) 天麻、川牛膝(去苗)、宣州木瓜、肉苁蓉(洗切,焙)各一斤,熟附子、虎骨(酥炙)各二两,大当归三分,生麝香一钱,乳香、没药、五灵脂各半两。上药为末,浸药酒,煮面糊为丸,如梧桐子大,每服三四十丸,食前温酒或豆淋酒下。未效,木瓜汤下。功能强壮筋骨,调和气血,疏经通络。主治风寒湿气,与血气搏,筋骨缓弱,四肢酸痛。

增损四斤丸(《中药方剂学》) 天麻、牛膝各 90 克,乳香 45 克,全蝎 30 克。共为细末,面糊为丸,梧子大,每次 6 克,日 2—3 次,白开水送服。功能通络宣痹止痛。主治风寒湿引起的关节疼痛,麻木不仁。

青娥丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。为治肾虚腰痛的常用方剂。方由胡桃(去皮、膜)二十个,蒜(熬膏)四两,破故纸(酒浸,炒)八两,杜仲(去皮,姜汁浸炒)十六两(一方无蒜)组成。上药为细末,熬膏为丸,每服三十丸,空心温酒下,妇人淡醋汤下。现用法为先将蒜头煮烂,和余药捣匀焙干,研细粉加炼蜜为丸,如梧桐子大,每服 6 克,食前温开水送下;或作汤剂,水煎服。功能补肾壮腰。主治肾气虚弱,腰痛如折,或腰间似有物重坠,起坐艰难,俯仰不便,转侧困难。

腰为肾之府,肾气虚弱,因此腰痛或有重坠感,治从补肾壮腰,益精助阳之法。方中补骨脂、胡桃肉皆补肾助阳壮腰之品,两味经常合用,以增强补肾功效,前人有"破故无胡桃,犹水母之无虾也"之说;杜仲补肝肾,壮筋骨,活血脉;以大蒜熬膏为丸,取蒜之辛热助阳止痛。故原书谓本方:"常服壮筋骨,活血脉,乌髭须,益颜色。"临床用治腰痛,及腿膝、足胫酸痛,腰肌劳损等,以辨证属于肾气虚寒者为适宜。对于虚寒性喘嗽患者,可去大蒜、杜仲,加白蜜同服。妇女白带属于肾气虚寒者,亦可用本方治疗。

胡桃丸(《御药院方》,录自《普济方》卷二百二十三) 破故纸、杜仲、萆薢、胡桃仁各四两。将前三味捣罗为细末,次人胡桃膏子拌匀,再捣千余下,丸如梧桐子大,每服三十至五十丸,空心温酒、盐汤下。功能益精补髓,强筋骨,延年益寿,悦心明目,滋润肌肤。主治肾虚腰痛。

四倍丸(《瑞竹堂经验方》卷二) 杜仲(瓦器内炒黄色,去丝)四两,破故纸(瓦器内炒黄色)四两,甘草四两,胡桃仁(去皮、油)四两。上药为细末,酒糊为丸,如梧桐子大,每服五七十丸,空心,用甘草末调汤送下。功能补肝肾,壮腰膝。主治肝肾俱虚,腰膝疼痛。本方即青娥丸去蒜加甘草而成,故两方功效和主治基本相同。

双补汤

本方出自《温病条辨》卷三。系由《先醒斋医学广笔记》脾肾双补丸加减衍化而来。方由人参、山药、茯苓、莲子、芡实、补骨脂、苁蓉、萸肉、五味子、巴戟天、菟丝子、覆盆子组成。水煎服。功能健脾温肾,涩肠止泻。主治脾肾阳虚,久泻久痢,神疲倦怠,不思饮食,舌苔淡白,脉沉细弱。本方是为虚寒性泄痢而设。其证由泄痢日久,伤脾及肾,以致脾肾虚寒,肠失固摄所致。故治宜温补固涩。方中人参甘温,补脾益气;补骨脂温阳,治肾虚冷泄,两者合用,共为本方君药;山药、茯苓、莲子协人参补脾渗湿,巴戟天、菟丝子、肉苁蓉助补骨脂温肾暖脾,此六者同

为本方臣药;泻痢不止,下多亡阴,肠失固摄,尤当收涩,故以芡实、五味子、山茱萸肉、覆盆子为佐使,既有补肾益精之妙,更有涩肠止泻之功。本方补脾温肾并用,温补固摄同施,待火旺土强,阳复脾健,则久泻久痢自止。本方为温补固涩之剂,临床以泻痢日久不愈,舌淡,脉沉细弱为辨证要点。现临床上常用治慢性结肠炎、慢性痢疾日久不愈属脾肾虚寒者。运用本方,应以久泻久痢,虚多邪少者为宜。至若泄痢由湿热积滞所致者,本方忌用。

双补丸(《世医得效方》卷七)　鹿角胶二两,沉香(不见火)半两,泽泻(截块再蒸)半两,覆盆子、白茯苓(去皮)、人参(去芦)、宣木瓜、薏苡仁(炒)、黄芪(炙)、熟地黄(洗净,蒸)、苁蓉(酒浸,焙)、菟丝子(酒浸,蒸,焙)、五味子、石斛(炒)、当归(去尾,酒浸,焙)各一两,生麝(另研)一钱。为末,炼蜜为丸,如桐子大,朱砂为衣,每服五十丸,空心枣汤下。功能滋阴助阳,益气补血。主治肾虚水涸,燥渴劳倦。

脾肾双补丸(《先醒斋医学广笔记》卷一)　人参(去芦)一斤,莲肉(去心,每粒分作八小块,炒黄)一斤,菟丝子(如法另末)一斤半,五味子(蜜蒸,烘干)一斤半,山茱萸肉(拣鲜红肉厚者,去核,烘干)一斤,真怀山药(炒黄)一斤,车前子(米泔淘净,炒)十二两,肉豆蔻十两,橘红六两,砂仁(炒,最后入)六两,巴戟天(甘草汁煮,取骨)十二两,补骨脂(圆而黑色者佳,盐水拌炒,研末)一斤。为细末,炼蜜和丸,如绿豆大,每五钱空心饥时各一服。忌羊肉、羊血。功能补肾益脾。主治肾泄。虚而有实火者去人参、肉豆蔻、巴戟天、补骨脂。

还少丹

本方出自《杨氏家藏方》卷九。原名还少丸。方由干山药一两半,牛膝(酒浸一宿,焙干)一两半,白茯苓(去皮)、山茱萸、楮实、杜仲(去粗皮,生姜汁和酒炙令香熟)、五味子、巴戟、肉苁蓉(酒浸一宿,切,焙干)、远志(去心)、茴香各一两,石菖蒲、熟干地黄(洗,焙)、枸杞子各半两组成(一方无石菖蒲、枸杞子,有续断、杜仲)。上药为细末,炼蜜入蒸熟去皮核枣肉和匀,丸如梧桐子大,每服五十丸,空心食前,温酒、盐汤下,日三服;若只一服,倍加丸数。功能补肾益脾。主治脾肾虚寒,饮食少思,肌体瘦倦,耳聋目暗,腰脚沉重,牙齿浮痛,发热盗汗,遗精白浊。

本方主治脾肾虚寒之证,故用补肾益脾法。方中肉苁蓉、巴戟天、茴香均能温肾壮阳,补命门相火之不足,命火旺则脾强,脾强则能健运;熟地黄、枸杞子均能补益肾水,肾水足则有以济火,而火不亢不害;杜仲、牛膝补肝肾,强腰膝;山药、茯苓益脾胃,祛水湿;山茱萸、五味子补肾润肺,涩精敛汗;远志、石菖蒲交通心肾,安神益智;楮实健脾养肾,益气明目;大枣调和脾胃,补气益血。诸药配合成方,具有补肾益脾之功。汪昂说:"肾为先天之根本,脾为后天之根本。"二本有伤,则见血气羸乏,不思饮食,发热盗汗,遗精白浊,肌体瘦弱,牙齿浮痛诸症;二本既固,则老可还少矣,故名还少丹。

通治还少丹(《瑞竹堂经验方》卷一)　山药(炮)、牛膝(去苗,焙)、山茱萸(水洗,去核)、白茯苓、舶上茴香(炒)各一两半,菟丝子(酒浸,焙,研)、续断(去芦)各一两。上药为末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服三十丸,盐汤下。功能补肾养心。主治心肾俱虚,漏精白浊。

打老儿丸(《景岳全书·古方八阵》卷五十三)　熟地、山药(炒)各五两,牛膝(酒洗)、巴戟(枸杞汤洗,炒)、楮实子(去浮者)、枸杞、石菖蒲、远志肉(甘草汤制)、白茯苓(去筋)、杜仲(盐水炒)、北五味(蜜水拌蒸一二时,捣饼焙干)、山茱萸各四两,小茴香、续断各三两,肉苁蓉(切片,酥炒)五两。上药为末,炼蜜为丸,桐子大,每服五六十丸,空心、午前、临睡,或酒或盐汤下百余丸。功能滋阴补阳,强壮筋骨。主治肾脏阴阳俱虚,腰疼腿酸,久无子嗣。

鹿角胶丸

本方出自《医学正传》卷四。方由鹿角胶一斤,鹿角霜、熟地黄各半斤,川牛膝、白茯苓、菟丝子、人参各二两,当归身四两,白术、杜仲各二两,虎胫骨(酥炙)、龟版(酥炙)各一两组成。上为细末,另将鹿角胶用无灰酒二盏烊化为丸,如梧桐子大,每服一百丸,空心,姜、盐汤下。功能滋阴助阳,补气养血。主治痿证日久未愈,阴损及阳,气血并虚。症见两足痿软,不能行动,久卧床褥,神倦怯寒,舌淡红,脉沉细无力;亦治肾督阳虚,脊软腿酸。本方主治阴阳气血俱虚之痿证,故用滋阴助阳,补气养血之法。方中鹿角胶、鹿角霜能补精血、益肾阳;龟版、熟地黄能滋肾水、养真阴;人参、白术、白茯苓益气健脾;当归身配熟地黄养血补肝;杜仲、牛膝、菟丝子、虎胫骨补肝肾,壮筋骨。配合成方,有滋阴助阳,补气养血的功效。张介宾说:"痿证,若绝无火证,而止因水亏于肾,血亏于肝者,则不宜兼用凉药以伐生气,惟鹿角胶丸为最善。"鹿角胶为方中主药,故名鹿角胶丸。

鹿角胶丸(《医略六书》卷二十五)　鹿角胶三两,大熟地五两,血余炭三两。后二味为末,溶鹿胶代蜜丸,淡盐汤下三钱。功能补肾壮阳,养阴止血。主治溺血,阳虚血走,脉细者。原书方解说:"肾藏阳虚,不能吸血归经,故血走于下,溺血久而不止焉。鹿角胶补精血以壮肾阳,熟地黄补肾水以养真阴,血余炭止血溢,生新血也。胶丸,淡盐汤下,使阳旺阴充,则阴阳既济,而血自归经,何患溺血久不止哉!此温肾止血之剂,为阳虚溺血久不止之专方。"

龟鹿二仙胶

本方出自《医便》。又名龟鹿二仙膏、龟鹿参杞膏、龟鹿参杞胶。为调补阴阳的代表方剂。方由鹿角十斤,龟

版五斤,枸杞子三十两,人参十五两组成(《张氏医通》有桂元肉)。上药用铅罐如法熬胶,初服酒化钱半,渐加至三钱,空心下。现用法为先将枸杞子、人参煎汁三次,榨净澄清,过滤,收成浓汁,再以鹿角胶、龟版胶共同化入收胶,或加适量冰糖收膏,每服9克,加黄酒适量炖化,开水冲服,或淡盐汤送服。功能填精补髓,益气壮阳。主治肾中阴阳两虚,督、任精血不足。症见瘦削少气,腰膝酸软,遗精阳痿,目视不明,脉象细弱,以及早期衰老。本方所治证属督、任俱虚,阴阳、精血不足所致。治以填精补髓,益气补血,阴阳并扶。方中鹿角纯阳,善通督脉,补命门,补精气以养阳,龟版纯阴,善通任脉,补心肾,补精血以养阴,两者为异类血肉有情之品,能峻补阴阳以生气血;人参大补元气;枸杞子滋补肾阴。诸药合用,为阴阳气血交补之剂。正如李中梓所说:"人有三奇,精、气、神,生生之本也。精伤无以生气,气伤无以生神。精不足者,补之以味,鹿得天地之阳气最全,善通督脉;龟得天地之阴气最具,善通任脉,二物气血之属,味最纯厚,又得造化之元微,异类有情,竹破竹补之法也。人参益气,枸杞生精,佐龟、鹿补阴补阳,无偏胜之忧;入气入血,有和平之美。由是精生而气旺,气旺而神昌,庶几龟、鹿之年矣,故曰二仙。"(《删补名医方论》)。本方为阴阳平补之缓方,滋补常服之膏剂。久服即可生效。若对虚损重证、急证使用,则缓不济急。

龟鹿胶(《全国中药成药处方集》北京方) 龟版、鹿角各25千克。将鹿角、龟版洗净,煎七昼夜,加入黄酒1.5千克、冰糖2.5千克成胶,每服9克,黄酒炖服。功能补气补血,强壮身体。主治气虚血亏,骨蒸梦遗,精神委靡。

无比山药丸

本方出自《备急千金要方》卷十九。原名无比薯蓣丸。又名山芋丸。方由薯蓣二两,苁蓉四两,五味子六两,菟丝子、杜仲各三两,牛膝、泽泻、干地黄、山茱萸、茯神(一作茯苓)、巴戟天、赤石脂各一两组成。上药为末,蜜丸如梧桐子大,食前以酒服二十丸至三十丸,日二次。忌醋、蒜、陈臭之物。功能温阳益精,补肾固摄。主治肾气虚惫,头晕目眩,耳鸣腰酸,冷痹骨疼,四肢不温,或烦热有时,遗精盗汗,尿频遗尿,或带下清冷,舌质淡,脉虚软。

本方所治证属肾阳不足,真阴内亏,封藏失密所致。故从温肾立法。方宗仲景肾气丸衍化而成。方中薯蓣,《本草纲目》谓能"益肾气,健脾胃",可治虚劳百损,疗五劳七伤;配地黄、山茱萸以培补真阴;肉苁蓉、菟丝子温补肾阳,合之水火并补,协调阴阳;杜仲、巴戟天助肉苁蓉、菟丝子补阳,且有壮腰健骨之功;五味子协地黄、山茱萸肉补阴,得赤石脂犹有涩精止遗之妙;更配泽泻、茯苓泄肾浊,利水湿,合上药使之补中有运,补不滞湿。全方阴阳并补,温肾益精,使肾气盛而诸症自愈。临床以头目眩晕,耳鸣腰酸,冷痹骨疼,舌质淡,脉虚软为辨证要点。原书加减:"失性、健忘加远志一两,体少润泽加柏子仁一两。"

山芋丸(《圣济总录》卷五十一) 山芋、韭子(炒令熟)、菟丝子(酒浸一宿,另捣,焙)、附子(炮裂,去皮脐)、白龙骨、山茱萸、五味子、牡丹皮、白茯苓(去黑皮)、石斛(去根)各一两半,牛膝(酒浸,切,焙)、桂(去粗皮)各一两,熟干地黄(焙)五两,肉苁蓉(去皱皮,酒浸,切,焙)二两。捣罗为末,炼蜜和丸,如梧桐子大,每服四十丸,暖酒下,空心服。功能温肾益精。主治肾脏风冷,胸中痰聚,夜梦泄精,腰酸无力,小便频数等症。

熟干地黄丸(《圣济总录》卷五十二) 熟干地黄(焙)二两,山茱萸、山芋、白茯苓(去黑皮)、石斛(去根)、桂(去粗皮)、附子(炮制,去皮脐)、牛膝(去苗,酒浸,焙)、巴戟(去心)、五味子(炒)、泽泻、黄芪(锉)、天门冬(去心,焙)、柏子仁(另研为膏)、鹿角胶(炒)、菟丝子(酒浸,另捣为末)各一两,肉从蓉(酒浸,切,焙)二两。捣研为末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服三十丸,温酒下。功能温阳益气,补肾益精。主治肾脏虚损,肌体羸瘦,骨痿无力,腰脚酸软,小便混浊等症。

内补丸

本方见于《女科切要》卷二。方由鹿茸、菟丝子、沙苑蒺藜、紫菀、黄芪、肉桂、桑螵蛸、肉苁蓉、附子(制)、茯神、白蒺藜组成。上为末,蜜丸,如绿豆大,每服二十丸,食远温酒送服。功能温阳补肾,固涩止带。主治肾阳虚衰;命门火不足,或脾肾阳虚,带脉失约,任脉不固,妇人白淫、白带,量多稀薄,淋漓不断,头晕眼花,腰酸痛甚或如折,小腹或阴部有冷感,小便频多,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉沉迟。思虑无穷,所愿不遂,或房室过度,肾气损伤,命火不足,带脉失约,任脉不固,则成本证。治宜温补脾肾,固涩止带。方中鹿茸补元阳,益精血;肉苁蓉助鹿茸补肾益精,《本草正义》谓:"苁蓉厚重下降,直入肾家,温而能润,无燥烈之害,能温养精血而通阳气",两者同用,使肾气充足,则精血速生;菟丝子、桑螵蛸补肾气,固冲任,冲任固守,则阴精不失;附子、肉桂温肾补阳,助鹿茸振奋肾中颓坠之气;黄芪、沙苑子、白蒺藜补肺脾而益肾;紫菀,《药品化义》谓"因其体润,善能滋肾";茯神补脾宁心,使心神不摇,则肾气固守。诸药同伍,使精气得补,冲任固守,则白淫、白带可痊。原书并说,可"加川断……再以车前草阴干,煅灰,频频服之其效甚捷。"

内补鹿茸丸(《卫生宝鉴》卷十五) 鹿茸(酥炙)、菟丝子(酒浸)、沙苑蒺藜、紫菀、白蒺藜、肉苁蓉、官桂、炮附子、阳起石、蛇床子(酒浸)、桑螵蛸、黄芪各等份。为末,蜜丸,梧桐子大,每服三十丸,食前温酒送下。功能补肾温阳,涩精止带。主治肾阳虚衰,关窍不固,男子遗精,女子白带。

安神剂

根据《素问·至真要大论》"惊者平之"的治则，使用镇定安神为主，配伍养血清热，益气宁心或和中缓急之品所组成的一类方剂，称为安神剂。用于治疗心神不安或失眠的病症。

《素问·痹论》说："静则神藏，躁则消亡。"心烦失眠之症，多由烦劳躁动，气血消耗太过所致。上述安神剂配伍的主要作用是协调脏腑功能，镇定心神逆乱，滋补气血的不足，以使志守神藏，于是心烦、不寐等可以自愈。安神剂从功效分类，主要有：

(1) 滋养安神：主要用于治阴血皆虚，心失所养的不寐。症见虚烦不眠，心悸盗汗，咽干口燥，脉细弦，舌红苔少。治以养血滋阴为主，配用宁心安神。以使心得血养，于是神藏志守，安然落寐。心气或心阳不足，症见神疲倦怠，抑郁忧思，多言善惊，脉细舌质淡白等，治用益气或益心阳为主，配伍宁心安神为辅，以使气旺郁开，神恬惊定。此外，由心肾不足，肝气抑郁所致的脏躁，治用甘缓和中之法，所谓："肝苦急，急食甘以缓之。"可使肝缓神静，躁扰诸症可平。

(2) 重镇安神：主要用于治心阳浮亢，或心火上炎，阴血被耗。症见心神烦乱，怔忡，失眠，舌红，脉细数；或兼耳聋耳鸣等。治以镇心安神，配清热养血；或以重镇安神，配潜阳明目。以使阳潜热清，阴血充盛，于是心安神宁，其烦乱、失眠自已。

安神剂的配伍，常以滋补与矿石类药物同用，对宿患脾胃运化失常诸症，使用本剂不宜太久，因久服每易阻碍脾胃运化功能。必要时宜配伍和胃理气之品，以减少药物对脾胃的副作用。

酸枣仁汤

本方出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》。又名酸枣汤。为养血安神的常用方剂。方由酸枣仁二升，甘草一两，知母二两，茯苓二两，芎䓖二两组成。上五味，以水八升，煮酸枣仁，得六升，纳入诸药，煮取三升，分温三服。现用法为末，炼蜜为小丸，每服6—9克，亦可水煎作汤剂服用。但用量应按原方比例酌减。功能养血安神，清热除烦。主治虚劳虚烦不得眠，心悸盗汗，头目眩晕，咽干口燥，脉弦或细数等症。

本方所治之虚烦失眠，乃由肝血不足，血不养心，阴虚内热所致。治宜养肝血安心神，佐以清热除烦。方中酸枣仁养肝血，安心神为君药。川芎条畅气血，疏达肝气，与酸枣仁相配伍，一酸收，一辛散，相反相成以达养血调肝安神之效；茯苓健脾宁心，助酸枣仁以安心神，共为臣药。知母养阴清热除烦，又能缓和川芎之辛燥，为佐药。使以甘草和中缓急。诸药合用，以达养血安神，清热除烦之效。本方为治肝血不足，虚火内扰心神之虚烦失眠的常用方。现临床上亦常用于神经衰弱而见烦躁失眠、心悸。

酸枣汤(《深师方》，录自《外台秘要》卷二) 酸枣仁四升，麦门冬(去心)一升，甘草(炙)二两，蝭母(即知母)二两，茯苓二两，芎䓖二两，干姜二两。上七味切，以水一斗六升，煮酸枣一斗，去枣入药，煮取三升，去滓，温分三服。功能养血益阴安神，清热除烦。主治伤寒及吐下后，心烦乏气，昼夜不眠。

酸枣仁丸(《圣济总录》卷四十二) 酸枣仁(炒)、地榆(和苗用)各一两，丹砂(研)、茯神(去木)、人参、菖蒲(锉)各半两。上六味，除丹砂外，捣罗为细末，人丹砂令匀，蜜和丸，如桐子大，每服米饮下二十丸，不拘时。功能养血补虚，镇心安神。主治胆气虚，心烦不得眠。

酸枣仁汤(《景岳全书·古方八阵》卷五十三) 枣仁(微炒)、人参各一钱，麦冬三钱，竹茹二钱。加龙眼肉五枚，煎服无时。功能养血益气，滋阴清热。主治病后气血俱虚，内亡津液，烦热诸虚不眠者。

天王补心丹

本方出自《校注妇人良方》卷六。王旭高谓为《道藏》方。并推为"补心之主方"。方由人参(去芦)、丹参(微炒)、玄参(微炒)、白茯苓(去皮)、远志(去木，炒)桔梗各五钱，五味子(烘)、当归身(酒洗)、天门冬(去心)、麦门冬(去心)、柏子仁(炒)、酸枣仁(炒)各一两，生地黄(酒洗)四两，朱砂(为衣)五钱组成。上药为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，用朱砂为衣，每服二三十丸，临卧竹叶汤送下。现用法亦可水煎服，用量按原方比例酌减。功能滋阴清热，补心安神。主治阴亏血少，虚烦心悸，夜寐不安，精神衰疲，梦遗健忘，不耐思虑，大便干燥，口舌生疮，舌红少苔，脉细而数。

本方所治证属心肾不足，阴亏血少，心失所养而致。治宜滋阴清热，补心安神。方中生地黄滋阴清热，取之下入少阴以滋水，然水盛可以伏火，为君药；玄参助生地黄壮水以制火；天冬、麦冬滋水之上流，增阴液以清虚火，使心神不为虚火所扰；丹参、当归补血养心，使心血足而神自安；人参、茯苓益心气而安心神；柏子仁、远志宁心安神，共为臣药；五味子、酸枣仁酸收以敛心气，使心气平则神自宁为佐药；桔梗载药上行，朱砂为衣取其入心以安神共为使药。诸药合用共成滋阴养血安神之剂。本方功能滋阴清热，补心安神，临床常用于治疗心肾不足，阴亏血少所致的失眠、心悸、梦遗、健忘。现临床上亦用于神经衰弱、甲状腺功能亢进，症见眩晕不寐，心悸怔忡，舌红少苔属阴亏血少者，均可用本方加减治疗。本方有较多养阴滋腻之品组成，对于脾胃虚寒，胃纳欠佳，湿痰留滞者均不宜长期服用。

天王补心丹(《杨氏家藏方》) 熟地黄(洗)、人参(去

芦)、白茯苓(去皮)、远志(去心)、石菖蒲(去毛)、丹参(洗)、酸枣仁(去壳,炒)、甘草(炙)、黑参、柏子仁、桔梗(去芦)、天门冬(去心)、麦门冬(去心)、百部(洗)、杜仲(姜汁炒断丝)、茯神(去木)、当归(去尾)、五味子(去枝梗)各等份。上药为末,炼蜜为丸,每一两作十丸,金箔为衣,每服一丸,灯芯、枣汤化下,食后临卧服,作梧子大丸吞服亦可。功能宁心保神,益血固精,壮力强志。主治气血亏少,神志不安,健忘,惊悸,咽干口燥。

枕中丹

本方出自《备急千金要方》卷十四。原名孔子大圣知枕中方,又名孔圣枕中丹。为治善忘之剂。方由龟版、龙骨、远志、九节菖蒲各等份组成。研末下筛,酒服方寸匕,日三次。现用法为上药等份,研细粉,制成丸剂,每次服5—7克,日1—2次,开水送下。功能滋阴降火,重镇安神。主治思虑过度,阴虚火旺,以致健忘多梦,心悸怔忡,头晕失眠,遗精盗汗等症。原书谓本方主治"好忘",在服法中谓:"常服令人大聪。"分析其病机,系阴虚火旺,心肾不交所致。故治宜滋阴降火与重镇安神相配,达到降火宁神的目的。方中龟版滋(肾)阴降火,龙骨镇心安神,远志、九节菖蒲既能安神益智,又能祛痰利窍,合龟版、龙骨具交通心肾,镇心安神之效。临床常用于神经衰弱属于阴虚火旺而见健忘怔忡,失眠多梦者。

二丹丸(《素问病机气宜保命集》卷中) 丹参、熟地黄、天门冬(去心)各一两半,丹砂(为衣)二钱,远志(去心)、人参、菖蒲各五钱,茯神、麦门冬(去心)、甘草各一两。上为细末,炼蜜为丸,如桐子大,每服五十至一百丸,空心食前常服。功能益气养阴,安神定志。主治健忘,失眠,惊悸。

清镇汤

本方出自《杂病源流犀烛》卷六。方由茯神、枣仁、远志、菖蒲、石莲、当归、生地、贝母、麦冬、柏子仁组成。水煎服。功能养心安神,清热豁痰。主治思虑劳倦太过,心神失养,痰热内扰之证。症见心悸恐惧,失眠多梦,健忘食少,疲倦无力。本方所治证属心神失养,痰热内扰所致,治以养心安神,清热豁痰。方中酸枣仁、远志、茯神、柏子仁养心安神;石莲养心治夜寐多梦;菖蒲开心窍,去痰浊;贝母清热化痰,痰去则神自宁;当归补血养心,使心血足而神自安;生地黄、麦冬滋阴清心。各药合用具养心神,化痰热之功,于是心悸失眠诸症自愈。本方为心神失养,痰热扰心而致心悸失眠的常用方,临床以心悸恐惧,失眠多梦,舌红苔黄,脉细滑数为辨证要点。

摄魂汤(《辨证录》卷十) 生枣仁、当归、山茱萸、茯神、巴戟天各五钱,麦冬、熟地、白芍、人参各一两,柏子仁三钱,远志、白芥子各二钱。水煎服。功能养心安神,补益肝肾。主治心肾两伤,神魂不安,夜寐多梦,时现歧视。

安神补心丸

本方见于《中华人民共和国药典》一部。方由丹参300克,五味子(蒸)150克,石菖蒲100克,安神膏560克组成。先将丹参、五味子、石菖蒲三味粉碎成细粉,另取合欢皮、菟丝子、墨旱莲各3份,女贞子(蒸)4份,首乌藤5份,地黄2份,珍珠母20份,混合加水,二次煎煮,合并煎液,滤过,浓缩,制成安神膏,按处方量与上述粉末混合制丸,口服,每次15粒(2克),日3次。功能滋阴养血,补心安神。主治心肾不足,失眠健忘,心悸惊惕,头晕耳鸣,舌质红,脉细数。

本方所治证属心肾不足,阴亏血少所致,故立调补心肾法以治之。方中生地黄、丹参补血养心;菟丝子、女贞子、旱莲草益肾滋阴,上药相配两调心肾,使水火互济;合欢皮功在和缓心气,首乌藤善治夜少安寐,两者合石菖蒲,以益志安神,养心;更有五味子之酸,收敛心气,珍珠母之质重,安神镇心,如此则方中滋肾养心,安神益气之功倍增。本方心肾并补,养阴血以安神明,使心肾之阴复则诸症自愈。

安神丸(《中药制剂手册》) 合欢花480克,生地黄240克,玄参240克,女贞子480克,合欢皮960克,丹参1 340克,夜交藤960克,桑椹子1 200克。取合欢花至女贞子四味,共轧碎或捣烂干燥,研为细粉过筛,再取合欢皮至桑椹子四味,混合加水二次煎煮,第一次加水8—10倍,煮沸3—4小时,第二次加水6—8倍,煎沸2小时,滤取二次药液,合并静置,取上清液浓缩为稠膏,后入合欢花等细粉,搅拌均匀,分成小块干燥,轧为细粉,以冷开水泛丸,每200粒约重30克,每服15—20粒,日服3次,温开水送下。功能养心安神。主治阴亏血少,虚烦心悸,失眠多梦。

养血安神片(《中药制剂手册》) 仙鹤草1 500克,旱莲草900克,鸡血藤900克,生地黄900克,熟地黄900克,合欢皮900克,何首乌900克。取首乌藤300克,轧为细粉,取余下的首乌藤与仙鹤草等六味,用煮提法提取二次,滤取二次药液合并浓缩为稠膏,另取糊精300克与首乌藤细粉混合,再与仙鹤草等浓缩稠膏搅拌均匀,分成小块,晾干或低温干燥后轧为粗末,制成颗粒压片。功能滋阴养血,宁心安神。主治阴血不足,头眩心悸,神倦乏力,失眠多梦。

甘草小麦大枣汤

本方出自《金匮要略·妇人杂病脉证并治》。方由甘草三两,小麦一升,大枣十枚组成。以水六升,煮取三升,温分三服。功能养心安神,和中缓急。主治脏躁。症见精神恍惚,时常悲伤欲哭,心中烦乱,不能自主,睡眠不

安，呵欠频作，甚则言行失常等。脏躁属情志病，多由思虑过度，脏阴不足，神志不宁所致，治宜甘平之品，缓肝养心为法。方中小麦味甘微寒，养心气而安心神为君药，《本草经疏》认为肝心为子母之脏，子能令母实，故小麦又能主养肝气而养肝安神；臣以甘草甘平性缓，补脾益气而养心气；使以大枣性温味甘，甘平质润而性缓，补中益气，并润脏躁。三药合用，共奏甘润平补，养心安神，和中缓急之功。本方主要用于思虑过度，脏阴不足而致的脏躁。现临床上亦用本方加减，治疗精神病、更年期综合征见有哭笑失常，言行不节，或神经衰弱之心烦失眠属心阴不足者。若阴虚火旺，或痰热内扰的神志失常，不宜服用。

定心汤

本方出自《三因极一病证方论》卷八。方由茯苓四两，桂心、甘草(炙)、白芍药、干姜(炮)、远志(去心，炒)、人参各二两组成。上药锉散，每服四钱，水盏半，枣二枚，煎七分，去滓，食前温服。功能温补心阳，益气安神。主治心劳虚寒，症见惊悸，恍惚多忘，脉沉细弱等。本方所治证属心阳不足所致。治以温补心阳，益气安神。方中桂心、甘草温补心阳；干姜"通心气，助阳"(《医学启源》)；白芍补血养心，合桂心调和营血；人参、茯苓益气补脾，以资生血之源；远志安神定志。诸药合用，共奏温补心阳，益气安神之效。本方适用于心阳不足之轻证。临床以惊悸，恍惚多忘，面色少华，舌质淡白，脉沉细弱为辨证要点。若属痰火内扰，瘀血内阻所致的心神不安，非本方所宜。

定心防风散(《圣济总录》卷十四)　防风、龙骨、远志(去心)、铁精(另研)各一两，紫石英(另研)、丹砂(另研)各二两，熟干地黄(洗切，焙)二两，人参二两半，干姜(炮)、细辛(去苗，叶)、附子(炮裂，去皮脐)各一两，白茯苓(去黑皮)二两。上十二味，除另研者外，捣罗为散，再和匀，每服一钱匕，煮枣汤调下，加至二钱。如风热盛者，去干姜，加玄参一两。功能益肾温阳，潜镇宁心。主治中风惊悸，心虚恍惚，言语失常，或嗔或怒，志意不乐。

定心汤(《医学衷中参西录》)　龙眼肉30克，酸枣仁(炒捣)15克，生牡蛎(捣细)12克，萸肉(去净核)15克，生明乳香3克，柏子仁(炒捣)12克，生明没药3克，生龙骨(捣细)12克。水煎服。功能养心，镇惊，安神。主治心虚怔忡。

定心丸(《全国中药成药处方集》武汉方)　党参30克，茯神、远志各60克，白蜡15克，枣仁、生地、麦冬各60克，黄芩30克，当归60克，柏子仁(去油)90克，琥珀15克，朱砂12克，石菖蒲60克，五味子15克，炙甘草30克。取上药进行干燥，混合碾细，按净粉量加炼蜜90%—100%，和成大丸，每丸重6克，每服1丸，早晚各1次。功能养血宁心，清热安神。主治血虚心跳，惊悸怔忡，五心烦热，神志不宁。

妙香散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。又名辰砂妙香散。方由麝香(另研)一钱，木香(煨)二两半，山药(姜汁炙)、茯神(去皮、木)、茯苓(去皮，不焙)、黄芪、远志(去心，炒)各一两，人参、桔梗、甘草(炙)各半两，辰砂(另研)三钱组成。上为细末，每服二钱，温酒调服，不拘时候。功能补气宁神，开郁通窍。主治心气不足。症见精神恍惚，惊悸郁结，梦遗失精，虚烦不寐。

本方所治证属心气不足，气机郁结所致，治以补气，安神，开郁。方中山药固肾涩精；配茯苓健脾以资化源；人参、黄芪、甘草补心固气；远志、朱砂、茯神宁心安神，神宁则气固；气机郁结，故以麝香解郁结而"安心神"(《得配本草》)；木香舒肝脾，"入心而调诸气"(《药鉴》)；桔梗开肺气，气畅则神怡，汪昂解释桔梗在本方作用是"载诸心药，久留膈上"。各药合用，气旺神宁，郁解心安，诸症自愈。正如《删补名医方论》所说："是方不以泻火固涩立法，但安神固气，使精与神气相依，而梦少精秘矣。"方内麝香为辛香走窜之品，本散制成后须贮于密闭容器内，勿令泄气。相火盛所致梦遗心悸者，则非本方所宜。

王荆公妙香散(《奇效良方》卷三十四)　龙骨(五色者)、益智(去皮)、人参各一两，白茯苓(去皮)、远志(去心)、茯神(去木)各半两，朱砂(研)、甘草(炙)各一分。上为细末，每服二钱，空心用温酒调服。功能安神定心，益气涩精。主治梦遗失精，惊悸郁结。王荆公妙香散较《局方》妙香散多龙骨、益智二味，少黄芪、木香、麝香三味，两方主治略同，均可用于梦遗失精，惊悸郁结。但王荆公妙香散治疗遗精，重在固涩；而《局方》妙香散则重在补气。

妙香丸(《全国中药成药处方集》)　茯苓30克，茯神、人参、桔梗、甘草各15克，薯蓣30克，朱砂(另研)9克，麝香(另研)3克，木香7.5克。共碾极细面，炼蜜为丸，每丸6克重，每服1丸，早晚空心服，白开水送下。功能补心固肾，镇静安神。主治元气不固，心肾皆虚，心悸盗汗，惊恐怯弱，喜怒不常，头目晕眩，梦遗滑精。

定志小丸

本方出自《备急千金要方》卷十四。方由菖蒲、远志各二两，茯苓、人参各三两组成。上药研末，为蜜丸如梧子大，饮服七粒，日三服。功能益气宁心，安神定志。主治心气不足，神疲倦怠，忧思抑郁，多言善惊，喜怒无常，甚或躁狂，舌淡脉细。

本方所治证，当责之于心气不足。以其心虚则志乱不安，气弱乃神躁不宁，由此而拟益气安神法以治之。方中菖蒲能益心志，舒心神；远志可安魂魄，止惊悸；人参益气养心；茯苓健脾安神。其中菖蒲得人参可宣心思气结而通神明；远志合茯苓同入手足少阴而交心肾之气，诸药

共奏补气安神之功,使心气壮而神宁志安诸症自愈。用时可加伏神,名茯神丸,其安神之功更著。临床对于不寐和癫狂久发不已,狂势渐减,精神疲倦属心气不足者,可予本方调治。此外,原书尚以本方各药增减用量(远志、人参各四分,茯苓二两,菖蒲一两)更名为开心散,用治心气不足之健忘。

定志丸(《太平惠民和剂局方》卷五) 远志(去苗及心)、菖蒲各二两,人参、白茯苓(去皮)各三两。上为细末,炼蜜为丸,如梧桐子大,朱砂为衣,每服七丸,加至二十丸,温米饮下,食后临卧,日三服。功能益心强志。主治心神不安,惊悸健忘,情志抑郁,以及眼目弱视,能近怯远。

增减定志丸(《传信适用方》卷二) 鹿茸(酥炙)半两,远志(去心,炒)一两,菖蒲(炒)、茯神(炒)、酸枣仁(炒)、干地黄(炒)、当归(炒)各一两,人参(炒)、白术(炒)各一两,麝香(研)一分。为末,炼蜜为丸,如桐子大,朱砂为衣,每服二十丸,人参汤下。功能养心神,安魂魄,补元气,益聪敏。主治健忘失眠,怔忡恍惚,精神昏耗。

祛风定志丸(《张氏医通》卷十三) 防风、枣仁(炒,研)、人参、当归各一两,远志肉一钱二分,橘红、菖蒲、南星(泡)、伏苓各八分,羌活、甘草(炙)各五分,生姜五片。水煎服,不拘时。功能益气祛风,化痰安神。主治心虚惊悸,不能言。

养心汤

本方出自《校注妇人良方》卷三。方由黄芪(炒)、白茯苓、茯神(去木)、半夏曲、当归(酒拌)、川芎各半两,辣桂(去皮)、柏子仁、酸枣仁(炒)、五味子(杵,炒)、人参各三钱,甘草(炙)四钱组成。每服三五钱,加姜、枣,水煎服。现用法为作汤剂,水煎服;或上药为细末,炼蜜为丸,每服6—9克,温开水送下。功能养心补血,安神定志。主治心血虚少,神志不宁,惊悸怔忡,或神倦,失眠,盗汗。

本方所治证属心虚血少,神志不宁所致。心主血脉而藏神,阴血不足,心失所养,神失所守。治宜养心补血,安神定志。方中黄芪、人参补益心气;当归、川芎补血和血以养心;伏苓、茯神、远志、柏子仁、酸枣仁宁心安神;五味子生津敛汗,收摄耗散之心气;半夏曲祛扰心之痰涎;炙甘草补上养心;辣桂引导诸药入心经。上药合用,"润以滋之,温以補之,酸以敛之,香以舒之,则心得其养矣。"本方为治疗心血虚少,神志不宁的方剂。运用时以惊悸怔忡、神倦、失眠为辨证要点。

柏子养心丸(《体仁汇编》卷六) 又名柏子养心丹。柏子仁四两,枸杞子三两,麦门冬、当归、石菖蒲、茯神各一两,玄参、熟地黄各二两,甘草五钱。为末,炼蜜为丸,梧桐子大,每服四十至五十丸。功能养心安神,补肾滋阴。主治营血不足,心肾失调,精神恍惚,怔忡惊悸,夜睡多梦,健忘盗汗。

当归养心汤(《景岳全书·小儿则古方》卷六十二) 归身、麦冬、生地(酒洗)、人参、炙甘草、升麻(少用)。水一钟半,加灯草,煎七分,食远服。功能补血养心。主治心虚惊悸。

养心汤(《傅青主女科·产后编》卷下) 炙黄芪一钱,伏神八分,川芎八分,当归二钱,麦冬一钱八分,远志八分,柏子仁一钱,人参一钱半,炙草四分,五味子十粒。姜水煎服。功能养心补血,宁心安神。主治产后心血不足,心神不安。

交泰丸

本方出自《韩氏医通》卷下。原书无方名。方由黄连(生用)五钱、官桂五钱组成(据《四科简效方》补入)。煎百沸,入蜜,空心服。现用法为上药共研细末,水泛为丸,每服1.5—2.5克,睡前半小时温开水送服;亦可作汤剂,水煎服。功能交通心肾。主治心火偏亢,心肾不交,怔忡不宁,夜寐不安,失眠。本方所治证属心火偏亢,心肾不交所致。治宜交通心肾,清火安神。方中黄连清心以泻上亢之火,肉桂温肾以引火归源,导心火下交于肾,使心肾相交,自能安睡。

上下两济丹(《辨证录》卷四) 人参、白术各五钱,熟地一两,山茱萸三钱,肉桂、黄连各五分。水煎服。功能交通心肾,上下相济。主治心肾不交,心烦不寐。

朱砂安神丸

本方出自《医学发明》卷五。又名安神丸。为镇心安神的常用方剂。方由朱砂(另研,水飞,阴干秤)半两,黄连(去须拣净,酒洗秤)六钱,炙甘草五钱半,生地黄二钱半,当归(去芦)二钱半组成(《兰室秘藏》载本方,名安神丸,其药物用量稍有出入)。后四味药为细末,另研朱砂,水飞如尘,阴干为衣,汤浸蒸饼为丸,如黍米大,每服十五丸,食后津唾咽之。现用法为每晚临睡前温开水送服6—9克;亦作汤剂,水煎服,用量酌情增减,朱砂研细末水飞,以药汤送服。功能镇心安神,清热养血。主治心神烦乱,怔忡,兀兀欲吐,胸中气乱而热,失眠多梦,舌红,脉细数。

本方所治证属心火上炎,灼伤阴血所致。治宜镇心安神,清热养血。方中朱砂重镇微寒,既能安心神,又能清心火;黄连苦寒,清心除烦泄热以安神,两药相合直入于心,一镇一清,清心安神为君药。臣以当归、生地黄养血滋阴,补其灼伤之阴血。使以甘草调和诸药。合而用之,以奏清心安神,滋阴补血之效,使心火得清,神自安。本方为治疗心火上炎,阴血被灼之失眠、心悸的常用方。现对于神经衰弱的失眠、健忘、心悸或精神抑郁症的神志恍惚而属心火偏盛者,均可使用本方加减运用。本方朱砂为矿物质,含硫化汞,不宜多服或久服,以防造成

汞中毒。

七味安神丸(《景岳全书·小儿则古方》卷六十二) 黄连、当归身、麦门冬、白茯苓、甘草各半两,朱砂(飞)一两,冰片二分半。上药为末,汤浸蒸饼和猿猪心血捣丸,黍米大,每服十丸,灯心汤下。功能清热养血,宁心安神。主治心经蕴热,惊悸等。

安神丸(《全国中药成药处方集》吉林、哈尔滨方) 橘红、远志、云连、枣仁、云苓、川贝、生地、寸冬、当归、甘草、朱砂各15克。上药共研细面,朱砂另研,炼蜜为6克重丸,口服3次,姜水送下。功能清热镇静,安神宁智。主治惊悸,阳痫,精神病等。

磁朱丸

本方出自《备急千金要方》卷六。原名神曲丸。为明目、安神的著名方剂。方中神曲四两,磁石二两,光明砂一两(现神曲多炒用,磁石多煅用)组成。上三味为末,炼蜜为丸,如梧子大,饮服三丸,日三服。现用法为朱砂水飞或粉碎成极细粉;磁石、神曲分别粉碎成细粉;取神曲粉末大部分与上述粉末配研,过筛、混匀。用剩余的神曲粉末调稀糊泛丸,口服,每次3—6克,日2次。功能重镇安神,潜阳明目。主治肾阴不足,心阳偏亢而致视物昏花,耳鸣耳聋,心悸失眠;亦治癫痫。

本方所治心肾不交,是由于肾阴不足,心阳偏亢所致。治宜重镇安神,益阴潜阳,镇摄安神为君。光明砂是朱砂中之最上者,能入心以清心安神,用以为臣。两药相配,能镇摄浮阳,使心肾相交,精气得以上输,心火不致上扰,可使目花耳聋、心悸失眠之症,得到改善。本方神曲用量特重,为磁石之一倍,孙思邈以其为方名,用意在于防止石药碍胃,使之健脾和胃以助运化,是为佐药。本方原书用以明目,故有"常服益眼力"、"百岁可读注书方"之说。后世扩大其运用范围,治疗耳鸣耳聋、心悸失眠,癫痫等。柯韵伯谓:"此丸治癫痫之圣剂。"现临床上常用于治疗视网膜、晶状体、玻璃体之病变以及房水循环障碍等,属于心肾不交,心阳偏亢者,用此较为适宜。兼见肝肾阴虚者,宜配合六味地黄丸同用,以增加疗效。据临床报道,本方治疗白内障,有增进视力的作用,其中以早期白内障的疗效较佳。

加味磁朱丸(《医学衷中参西录》) 磁石(能吸铁者,研极细水飞出,切忌火煅)、代赭石、清半夏各60克,朱砂30克。上药各制为细末,再加酒曲250克,轧细过罗,可得细曲120克,炒熟60克,与生者60克,共和药为丸,桐子大,铁锈水煎汤,送服6克,日服2次。功能重镇安神化痰。主治痫风。

平补镇心丹

本方见于《太平惠民和剂局方》卷五。方由酸枣仁(去皮,隔纸炒)二钱半,车前子(去土,碾破)、白茯苓(去皮)、五味子(去枝梗)、肉桂(去粗皮,不见火)、麦门冬(去心)、茯神(去皮)各一两二钱半,天门冬(去心)、龙齿、熟地黄(洗,酒蒸)、山药(姜汁制)各一两半,人参(去芦)半两,朱砂(细研为衣)半两,远志(去心)、甘草(炙)一两半组成。上药为末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服三十丸,空心饭饮下,温酒亦得,加至五十丸。现用法为水煎服,日2次。功能补养气血,重镇安神。主治心气(血)不足,神志恍惚,惊悸多梦,以及肾气虚弱,四肢倦怠,足胫酸疼,遗精白浊等。

本方所治证属心气(血)不足或肾气虚弱所致。治宜补气益血,镇心安神,兼以补肾。方中人参配合天冬、麦冬、山药、熟地黄补养气血;酸枣仁、五味子与茯神、远志、龙齿、朱砂宁心安神。对于心气(血)不足而致的惊悸多梦,神志恍惚之症比较切合。车前子、茯苓利水泄浊,肉桂温补肾阳,甘草调和诸药。故亦可用于肾虚而湿浊内停。由于其主方用意以补心安神为主,故命名为平补镇心丹。本方主要治疗心气(血)不足而致神志恍惚,惊悸多梦,如无肾虚湿浊内停者,可去肉桂、车前子。现临床上对于心脏病、神经衰弱、甲状腺功能亢进,症见心悸不宁,夜寐多梦,属于心气(血)不足者,可用本方治疗。

平补镇心丹(《太平惠民和剂局方》卷五) 熟干地黄、生干地黄、干山药、天门冬、麦门冬(去心)、柏子仁、茯神各四两(一作七两),辰砂(另研为衣)、苦梗(炒)各三两,石菖蒲(节密者)十六两,远志(去心,以甘草煮三四沸)七两,当归(去芦)六两,龙骨一两。为末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服三十丸,空心饭饮吞下,温酒亦得,渐加至五十丸,宜常服。功能镇心安神。主治同上方。

龙齿镇心丹

本方出自《太平惠民和剂局方》卷五。方由龙齿(水飞)、远志(去心,炒)、天门冬(去心)、熟地黄、山药(炒)各六两,茯神、麦门冬(去心)、车前子(炒)、白茯苓、桂心、地骨皮、五味子各五两组成。上药为末,蜜丸如梧桐子大,每服三十丸至五十丸,空心温酒,米汤任下。功能镇心安神,滋阴益肾。主治心肾气不足,症见惊悸健忘,梦寐不安,遗精,面色少华,足胫酸疼。本方所治证属心肾虚弱,神志不安所致,故治以重镇宁心安神为主,佐以滋阴补肾。方中以龙齿为君,具镇惊安神,除烦热之功。臣以远志、茯苓、茯神、五味子以加强宁心安神之效。配伍天冬、麦冬、山药、熟地黄补养心肾之阴,山药且可固肾涩精;地骨皮清肾之虚热,车前子利肾之湿浊,标本兼顾,均为佐药。又在滋阴清热之剂中,复用桂心以温里,属于反佐之法。

真珠丸(《普济本事方》卷一) 又名珍珠母丸。真珠母(研如粉,同碾)三分,当归(洗去芦,薄切焙干后称)、熟干地黄(酒洒九蒸九曝焙干)各一两半,人参(去芦)、酸枣

仁(微炒,去皮,研)、柏子仁(研)各一两,犀角(镑,为细末)、茯神(去木)、沉香、龙齿各半两。上药为细末,炼蜜为丸,如梧子大,辰砂为衣,每服四五十丸,金银薄荷汤下,日午夜卧服。功能平肝滋阴,镇心安神。主治肝阳偏亢,阴血不足,神志不安,症见夜寐不宁,时而惊悸,头晕,目眩,脉弦细等。

金箔镇心丸

本方出自《杂病源流犀烛》卷七。又名金箔镇心丹。方由胆星一两,天竺黄、琥珀、朱砂各五钱,牛黄、雄黄、珍珠各二钱,麝香五分组成。研为细末,炼蜜为丸,金箔为衣,每服一丸,薄荷汤送下。功能安神镇惊,清热化痰。主治癫狂惊悸,谵语狂妄,及一切痰火闭郁。本方所治证系痰火炽盛所致。治以安神镇惊,清热化痰。方中朱砂、琥珀、珍珠、金箔安神镇惊;胆星、天竺黄、牛黄、雄黄清热化痰,其中胆星、雄黄合珍珠能坠痰,且能解毒镇惊,配用麝香具有开窍之功,合牛黄,可以清化、清开两顾。各药合用,痰热化,惊悸平,窍开神清,诸症可望渐愈。本方宜于痰热壅闭心窍的癫狂惊悸之证,以舌质红,苔黄腻,脉滑数为辨证要点。

金箔镇心丸(《证治准绳·幼科》集之五) 朱砂一两,白茯苓、人参、甘草各半两,山药一两半,片脑、牙硝各一钱半,麝香五分,金箔十二贴,紫河车(黑豆煎煮)二钱半。上药为末,炼蜜为丸,每用五钱作五十丸,以金箔为衣,每服一丸,薄荷汤化下,含化亦得。功能镇心化痰,补虚安神。主治风壅痰热,心神不宁,惊悸烦渴,唇焦颊赤,夜卧不安,谵语狂妄。

痫症镇心丹(《全国中药成药处方集》上海方) 犀角15克,牛黄2克,黄连9克,麦冬21克,茯苓21克,朱砂9克,珍珠6克,枣仁30克,甘草3克,胆星15克,远志(炒)6克,石菖蒲6克。除胆星外,余药共研细粉,以炼蜜和胆星打合为丸,朱砂为衣,每丸潮重1.2克,每次服1丸,温开水化服。功能清肝解郁,化痰镇心。主治火旺肝郁之癫狂。

远志丸

本方出自《永类钤方》,录自《普济方》卷十八。方由远志(去心,姜汁淹)、石菖蒲各二两,茯神(去皮、木)、白茯苓(去皮)、人参、龙齿各一两组成。上药为末,炼蜜为丸,如梧桐子大,辰砂为衣,每服七十丸,用熟水送下(一方,麦门冬汤下),食后临卧服。功能镇惊安神。主治因受惊恐以致夜寐多梦,神魂不安,惊悸恐怯。本方以重镇与益气安神立法。方中远志、茯神、茯苓养心安神,配伍龙齿、朱砂重镇之品以镇惊安神;人参益气养心;石菖蒲通窍宁神。合而用之,共成镇惊安神之效。《张氏医通》加减法:"精髓不守者,加五味子半两;阳事不举者,加山药、萸肉各一两,肉桂半两;自汗不时者,倍枣仁加黄芪一两。"

远志丸(《三因极一病证方论》卷十三) 远志(去心,炒)、山药(炒)、熟地黄、天门冬(去心)、龙齿(水飞)各六两,麦门冬(去心)、五味子、车前子(炒)、白茯苓、茯神(去木)、地骨皮、桂心各五两。上药为末,蜜丸梧子大,每服三十丸至五十丸,空心温服,酒、米汤任下。功能镇惊安神,补养心肾。主治心肾气不足,惊悸,健忘,梦寐不安,遗精,面色少华,足膝酸疼。

生铁落饮

本方见于《医学心悟》卷四。系由《黄帝内经素问》生铁落饮加味而成。方由天冬(去心)、麦冬(去心)、贝母各三钱,胆星、橘红、远志肉、石菖蒲、连翘、茯苓、茯神各一钱,玄参、钩藤、丹参各一钱五分,辰砂三分组成。用生铁落加水煎熬三炷线香,取此水煎药内服。功能镇心安神,清热化痰。主治痰火上扰,急躁发狂,喜怒无常,骂詈叫号,不避亲疏等。

狂证的原因不一,本方所治为痰火上扰而致,治宜重镇安神,清热(火)化痰。方用生铁落镇心平肝,是为君药;臣以朱砂、远志、茯神以加强安神定志之功;佐以胆南星、橘红、贝母、茯苓理气化痰,合石菖蒲化痰浊而开心窍;钩藤、连翘、玄参、丹参合用以清心肝之热,配伍天冬、麦冬养阴除烦。诸药合用,以收心肝同治,痰热兼清之效。如属痰火壅盛,舌苔黄腻,大便闭结者,可先用或合用礞石滚痰丸以泻火逐痰通便。本方常用于某些精神病而见有痰火上扰者。

生铁落饮(《素问·病能论》) 生铁落。水煎服。功能平肝镇惊。主治郁怒伤肝而癫狂者。

生铁落饮(《证治准绳·类方》第五册) 生铁落(生铁四十斤,入火烧赤沸,砧上锻之,有花出如兰如蛾,纷纷坠地者,是名铁落,用水二斗,煮取一斗,入后药),石膏三两,龙齿(研)、白茯苓(去皮)、防风(去芦)各一两半,玄参、秦艽各一两。上为粗散,入铁汁中,煮取五升,去渣,入竹沥一升和匀,温服二合,不拘时,日五服。功能重镇安神。主治狂证。

柴胡加龙骨牡蛎汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。是由小柴胡汤加减而成。方由柴胡四两,龙骨、黄芩、生姜(切)、铅丹、人参、桂枝(去皮)、茯苓各一两半,半夏(洗)二合半,大黄二两,牡蛎(熬)一两半,大枣(擘)六枚组成。上十二味,以水八升,煮取四升,纳大黄,切如棋子,更煮一两沸,去滓,温服一升。现用法为水煎分2次服,大黄后下。功能和解清热,镇惊安神。主治伤寒往来寒热,胸胁苦满,烦躁,惊狂不安,时有谵语,身重难以转侧,小便不

利等症。

本方是用小柴胡汤的一半剂量，去甘草，加龙骨、牡蛎、桂枝、茯苓、大黄、铅丹六味组成。原治太阳伤寒，小便不利，未成里实，而用下法，以致邪气乘虚内陷。治宜和解之法。方用柴胡配桂枝、黄芩和里解外以治寒热往来，身重之症；龙骨、牡蛎、铅丹重镇安神而治烦惊；半夏、生姜和胃降逆；大黄和胃气而止谵语；茯苓利小便；人参、大枣益气养营，扶正去邪。共奏和解清热，镇惊安神之效。本方亦用以治癫痫以及小儿内伤食滞，痰热搏结中脘，引起食厥、热厥等证。现临床上应用本方治疗神经症、精神分裂症、脑外伤后综合征、更年期综合征、美尼尔综合征以及高血压病等见有胸满烦惊为主症者。方中铅丹有毒，不宜久服，临床亦可用赭石代。

镇惊丸

本方出自《活幼心书》卷下。方由人参（去芦）三钱，粉草（半生、半炙）、茯神（去皮、木、根）、僵蚕（去丝）、枳壳（水浸润，去穰，锉片，麸炒微黄）各五钱，白附子、南星（锉作小块，纸裹水透湿，炮过用）、白茯苓（去皮）、硼砂、牙硝、朱砂（水飞）各二钱半，全蝎（去毒）十尾，麝香一字组成。除牙硝、硼砂、麝香、朱砂四味，用乳钵细研，余九味焙为末，入乳钵内和匀前四味；用糯米粉水煮清糊为丸，梧桐子大，就带润以银朱为衣，每服三丸至五丸或七丸，急惊用温茶清磨化投服，慢惊以生姜、熟附子煎汤研化温服，薄荷汤或麦门冬汤化下。功能熄风镇惊，化痰开窍，扶正安神。主治风痰上壅的急、慢惊风，症见手足抽掣，口眼㖞斜，烦躁易怒，精神昏闷等。

本方所治证属风痰上壅所致，治以熄风镇惊，化痰开窍，扶正安神。风动惊生，故用全蝎、僵蚕熄风镇惊；麝香开窍回苏；痰盛生惊，用白附子、天南星、硼砂、牙硝化痰以定惊；痰壅不消，则气机不利，用枳壳理气行痰，使气顺痰消；动风易致心神不宁，用朱砂、茯神镇心安神；小儿慢惊，脾常不足，故配人参、茯苓、粉甘草健脾益气，并有扶正祛邪之意。各药合用，邪正兼顾，共奏熄风镇惊，化痰开窍，益气安神之功。本方适用于小儿急惊而体质素弱者，是驱邪与扶正相结合的方剂。临床以手足抽掣，精神昏闷，口眼㖞斜，面色无华，舌质淡，苔垢腻，脉细弦为辨证要点。痰热致惊者，则非本方所宜。

镇惊丸（《证治准绳·幼科》集之二）　琥珀、辰砂、真珠母、青皮、甘草各二钱半，青黛、芦荟、柴胡、青礞石（硝煅）各半两，天竺黄、胆星各二两，天麻、乳香各一两，雄黄一钱半。上药为末，甘草膏为丸，如鸡头大，慢惊参术汤下，急惊薄荷姜蜜汤下。功能化痰熄风，泻火安神。主治急慢惊风。

镇惊丸（《证治准绳·幼科》集之二）　茯神（去木）、铁粉、远志（去心，姜制，焙）、紫石英（烧、醋淬，研）、人参（去芦）、琥珀、滑石、蛇黄（煅、醋淬）、南星（炮）各二两半，龙齿、熊胆各半分，轻粉三分。上药为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，朱砂为衣，每服三五丸，煎金银汤磨化，不拘时服。功能镇惊熄风，化痰安神。主治小儿一切惊痫。

镇惊丸（《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十一）　茯神、麦冬（去心）各五钱，辰砂、远志（去心）、石菖蒲、枣仁（炒）各三钱，牛黄一钱半，川黄连（生）三钱，珍珠二钱，胆星五钱，钩藤钩五钱，天竺黄五钱，犀角三钱，甘草（生）二钱。共研细末，炼蜜为丸，每丸重五分，量儿与之，用淡姜汤下。功能泄热镇惊，豁痰开窍，清心安神。主治小儿心肝热盛，偶被惊邪所触，因而神气溃乱遂成痫证，发时吐舌急叫，面色乍红乍白，如人将捕之状，先服大青膏（天麻、白附子、青黛、蝎尾、朱砂、天竺黄、麝香、乌梢蛇肉），次服镇惊丸。

益脾镇惊散

本方见于《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十二。是从《太平惠民和剂局方》四君子汤和《证治准绳》朱君散两方衍化而成。方由人参钱半，白术（土炒）、茯苓各三钱，朱砂八分，钩藤二钱，甘草（炙）五分组成。为细末，每服一钱，灯心汤调服。功能健脾补气，镇惊安神。主治脾气虚弱，外受惊恐，以致夜卧不安，惊惕，大便色清如苔，饮食减少，四肢无力。本方所治证属脾虚木侮所致，故以健脾补气为主，结合平肝镇惊安神。方中参、术、苓、草即四君子汤，用以健脾补气；钩藤平肝熄风镇惊；朱砂重镇安神。如惊悸、失眠严重者，可加灵磁石、酸枣仁、夜交藤或龙骨、牡蛎等重镇安神之品以加强镇惊安神之效。

朱君散（《证治准绳·幼科》集之七）　人参、白术、茯苓、甘草、辰砂、麝香、灯心、钩藤。上药为末，每服一钱，用白汤调下。功能补气健脾，安神镇惊。主治吐泻以后引起的慢惊，大便色青。

大惊丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷十。又名西能惊丸。方由蛇黄（火煅醋淬九次，研飞）二钱，青礞石（研）一钱，朱砂（研飞）三钱，虾蟆灰、雄黄各一钱，铁粉（研）二钱半组成。上药研匀，以水浸钲（《普济方》“钲”为“蒸”）饼，丸如桐子大，每服一丸，煎薄荷水磨剪刀股，取其汁化下，日二三服。功能镇惊祛痰，清热安神。主治惊风诸痫，壮热昏愦，痰涎壅塞，目睛直视，或发搐搦。本方所治证属痰热壅盛所致惊风诸痫实证。治以镇惊去痰，清热安神为法。方中蛇含石（蛇黄）镇惊安神；青礞石下气坠痰，两味合用，为治痰积惊痫证的主药。朱砂、铁粉清心平肝，助蛇含石定惊清热安神；雄黄劫痰，助礞石消涤顽痰；更配虾蟆灰（干蟾）散热解毒以定惊。合组成方，以使痰热清化，惊平风熄，则诸症自愈。

安魂汤（《医学衷中参西录》）　龙眼肉 18 克，酸枣仁

(炒,捣)、生赭石(轧细)各12克,生龙骨(捣末)、生牡蛎(捣末)各15克,清半夏、茯苓片各9克。水煎服。功能养血安神,镇惊化痰。主治气血虚损,兼心下停有痰饮,致惊悸不眠者。

桂枝甘草龙骨牡蛎汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》。方由桂枝(去皮)一两,甘草(炙)、牡蛎(熬)、龙骨各二两组成。上四味,以水五升,煮取二升半,去滓,温服八合,日三服。功能镇惊安神。主治火逆证下后,又加烧针,心阳内伤,烦躁不安,以及心悸,怔忡,汗出肢冷,舌质淡润等症。本方所治证属心阳虚衰而致心神不安,治以重镇温阳安神之法。方中桂枝、炙甘草温通心阳;龙骨、牡蛎重以镇怯,涩以敛汗。四药配合,而具镇惊安神,温通心阳之效。现临床多用于因误用温灸,或因发汗过多,或因受到惊恐,致冲气上逆,心腹动悸,烦躁不眠,怵惕不宁,脉浮多汗者。

开窍剂

以芳香开窍药为主所组成的一类方剂,称为开窍剂。具有开窍醒神,通关启闭的作用。适用于温热邪毒内陷心包,痰热蒙蔽心窍,或寒湿痰浊、秽恶之气内闭所致的窍闭神昏证。

应用开窍剂治疗闭证时,须根据发病原因和病变性质等不同,分别采用不同的开窍方法,选择不同的开窍方剂。因窍闭神昏证,有热闭、寒闭之分,故开窍剂主要分为以下两类:

(1) 凉开:本法适用于邪人心包,或痰热闭窍的热闭证。主症见有身热烦躁,神昏谵语,甚至痉厥,或感受秽恶之气,突然昏倒,不省人事而见有热证者。邪热炽盛,内陷心包,故本类方剂常以芳香开窍之品与清热解毒、凉肝镇惊等药物配伍,使能热清邪解,则窍开而风熄。

(2) 温开:本法适用于寒湿痰浊闭窍,或秽浊之邪逆乱气机所致的寒闭证。症见突然昏倒,牙关紧闭,神昏菅闷,如中风、气厥、痰厥、中恶等。辛香温散则气舒窍开,故本类方剂常以芳香开窍药与行气散寒、辟秽化浊药配伍,以使寒湿痰浊得以宣化,秽浊得解,则气机通达,窍闭得开。

临床使用开窍剂,首先应注意鉴别"闭证"与"脱证"。闭证以口噤,握拳,气色有神,呼吸气粗,脉象有力为特点;脱证则相反,以口开,手撒,气色无神,声息微弱,肢冷自汗,二便失禁,脉微欲绝为辨证要点。闭证属实,脱证属虚,临床表现,常有错综复杂,闭、脱两者互见,应视主要证候,辨明虚实。治疗的原则,闭证宜开窍为主,脱证当救脱为先;其次,若表证未解,出现神昏热盛者,则宜宣表透热为主,不可擅用开窍剂,以免外邪深入,贻误病情;再如阳明腑实,热邪内扰,见有神昏谵语者,宜用寒下法,作"釜底抽薪"之治,不宜纯用开窍剂。即使阳明腑实,见有邪陷心包者,亦应按标本缓急的原则,或开窍与寒下兼施,宜灵活运用;此外,开窍之品大都气味芳香,擅长辛散走窜,临床多用于急救,只宜暂用,不可久服,应中病即止,否则易耗伤正气。开窍剂多为丸、散之剂,急救使用较为方便,用时多以开水化服或送服,不能煎服。若是昏迷不能口服者,可采用鼻饲法。孕妇宜慎用。

安宫牛黄丸

本方出自《温病条辨》卷一。由《痘疹心法》牛黄清心丸加味而成。为清热开窍法的代表方。方由牛黄、犀角、郁金、黄芩、黄连、山栀子、朱砂、雄黄各一两,梅片、麝香各二钱半,珍珠五钱,金箔衣(《中华人民共和国药典》以水牛角浓缩粉代替犀角,且不用金箔衣)组成。上药为极细末,炼老蜜为丸,金箔为衣,每丸一钱,每服一丸,脉虚者人参汤下;脉实者银花、薄荷汤下。大人病重体实者,日再服,甚至日三服;小儿服半丸,不知再服半丸。凡昏迷不能口服者,可用鼻饲法。功能清热解毒,豁痰开窍。主治温热病,热邪内陷心包,痰热壅闭心窍,症见高热烦躁,神昏谵语,或舌蹇肢厥,以及中风窍闭,小儿惊厥属痰热内闭者。

本方所治证属温热之邪内陷心包,或痰热闭窍所致。故治以清热豁痰,芳香开窍立法。方中牛黄气香性凉,善清心肝之热,透达包络之邪,用以清热解毒,豁痰开窍,犀角咸寒,其气清香,寒而不遏,主清心肝火邪,擅入营血而解毒,能解心包之热闭,麝香芳香走窜,通达经脉,长于开心窍,二味为方中君药;黄连主清心火,黄芩泻胆肺之火,山栀子泻心火与三焦之火,三者相须,助泻火解毒以为臣;冰片、郁金芳香之品,性主透达散邪,雄黄解毒劫痰,朱砂、珍珠、金箔质重而镇心定神,共为佐使。《灵枢》指出:"诸邪气在于心者,皆在心之包络",心包号称心之宫城,因本丸有清解心包邪热,安定"宫城"之力,且牛黄又为方中君药,故方名安宫牛黄丸。本方临床常以高热烦躁,神昏谵语,舌红绛,脉数为辨证要点。现本方常用于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性痢疾、中毒性肝炎、肝昏迷、尿毒症及脑血管意外等,证属邪犯心包,或痰热蒙蔽心窍者。本品气味芳香,性专通透走窜,临床多用于急救。凡见窍开神清后,即应停用,不宜久服。对孕妇亦宜慎用。

牛黄承气汤(《温病条辨》卷二)即用安宫牛黄丸二丸化开,调生大黄末三钱。先服一半,不知再服。功能通腑开窍。主治热入心包,神昏谵语,兼有腑实者。

万应锭(录自《中国医学大辞典》) 牛黄、麝香各1.5克,冰片1.8克,熊胆6克,川黄连、胡黄连、儿茶各30克,京墨60克。各取净粉,再人人乳合糊为丸,如梧桐子大,金箔为衣。内证每服1.2—1.5克,小儿减半,熟汤化

下；外证用醋研敷。孕妇忌用。功能清热开窍，解毒消肿。主治小儿急热惊风，高热烦躁，神昏不清，或咽喉肿痛，口舌生疮，热疖疔毒等症。

紫雪

本方见于《太平惠民和剂局方》卷六。又名紫雪丹、紫雪散。源于《千金翼方》卷十八的"紫雪"。为治热盛痉厥的代表方剂。本品目前各地配制不同，药味和药量各有出入。方由石膏、寒水石、磁石、滑石各三斤，犀角屑、羚羊角屑、青木香（捣碎）、沉香（捣碎）各五两，玄参（洗，焙，捣碎）、升麻各一斤，甘草（锉，炒）八两，丁香（捣碎）一两，朴硝（精者）十斤，硝石四升（如缺，芒硝亦得，每升重七两五钱），麝香（当门子，研）一两二钱半，朱砂（飞，研）三两，黄金一百两组成。先将寒水石、磁石、滑石、石膏各打碎，加入黄金，水一斛，煮至四斗，去滓，入下项：犀角屑、羚羊角屑、青木香、沉香、丁香、玄参、升麻、甘草以上八味，入前药汁中再煮，取一斗五升，去滓，入下项：朴硝、硝石，以上二味，入前药汁中，微火上煎，柳木篦搅不住手，候有七升，投在木盆中，半日欲凝，入下项：麝香、朱砂，以上二味，入前药中搅调令匀，寒之二日。上药成霜雪紫色，每服一钱或二钱，用冷水调下，食后服。功能清热解毒，开窍镇痉。主治温热病，热邪内陷心包，症见高热烦躁，神昏谵语，抽搐痉厥，口渴唇焦，尿赤便秘，及小儿热盛惊厥等。

本方所治证属温热邪入营分，热陷心包，扰动肝风所致。故治以清热解毒，开窍熄风立法。方中犀角清营解毒，入心开窍，羚羊角凉肝熄风，善平痉搐，犀羚并用，以清心肝两经热邪，均为神昏痉厥之要药；麝香芳香开窍，以甦神志；更以石膏清解气分火热之邪，并合寒水石、滑石以降火泄热，三者相配，有泻火邪，除烦热之功。以上诸药，均为方中主要组成部分，另用玄参、升麻、甘草清热解毒，保养津液；朴硝、硝石开泄热结；朱砂、磁石、黄金重镇心神，定惊除烦；并取沉香、丁香、木香宣畅气机，助麝香通关开窍。诸药合用，共奏清热解毒，熄风镇痉，开窍定惊之功。本品色紫，状如霜雪，其性大寒，犹如霜雪之性，故以紫雪命名。本方多用于温热病，邪入心包，热盛动风等证。临床以高热烦躁，神昏痉厥，唇焦口渴，舌红绛，苔黄燥，脉弦数，为辨证要点。对于小儿惊风，高热抽搐，证属热盛动风者亦多应用。现亦常用于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、猩红热等急性热病，证属邪入营血，高热神昏抽搐者。使用本方中病即止，不宜过用。孕妇忌服。

至宝丹

本方出自《太平惠民和剂局方》卷一。又名局方至宝丹。为治卒中昏厥的重要方剂。方由生乌犀屑、生玳瑁屑、琥珀（研）、朱砂（研细、水飞）、雄黄（水飞）各一两，金箔（一半为衣）五十片，银箔（研）五十片，龙脑（研）一分，麝香（研）一分，牛黄（研）半两，安息香一两半（为末，以无灰酒飞过，滤去砂石，约得净数一两，慢火熬成膏）组成。将生犀屑、玳瑁为细末，入余药研匀，将安息香膏重汤煮，凝成后，入诸药中和搜为剂。如干，即入少许热蜜，盛于不渗水津的器具中，旋丸如桐子大，用人参汤化下三至五丸，二岁儿每服二丸，人参汤化下。功能清热解毒，化浊开窍。主治中暑、中恶、中风，及温热病因于热邪内闭，神昏谵语，身热烦躁，痰盛气粗，舌红苔黄垢腻，脉滑数，或小儿急惊等属痰热内闭者。

本方所治证属热邪、痰浊或秽恶之气蒙闭心窍所致，故以清热解毒，化浊开窍立法。方中玳瑁有清热解毒，镇惊安神之功，与犀角、牛黄同用，则清热解毒之力更雄，对热病惊狂谵语投之特验；麝香、冰片、安息香辟秽化浊，芳香开窍，为治窍闭神昏之要品；雄黄既助解毒，又能劫痰；朱砂、琥珀、金银箔重镇心神，安神定惊。诸药合用，有清热解毒，化浊启闭，力甦神明之功。吴鞠通说："此方会萃各种灵异，能补心体，通心用，除邪秽，解热结，共成拨乱反正之功。大抵安宫牛黄丸最凉，紫雪次之，至宝又次之，主治略同，各有所长，临用对证斟酌可也。"本方以开窍见长，常用于温热病痰热内闭，清窍蒙蔽之证，临床常以身热烦躁，神昏谵语，痰盛气粗，或见抽搐痉厥，舌绛苔黄腻，脉滑数有力为辨证要点。孕妇慎服。现多用于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、脑血管意外、肝昏迷等属痰热内闭，神昏较重者。

急痧至宝丹（《良方集腋》卷上）　犀黄（研）三分，蟾酥二钱，麝香（拣挣）一钱，朱砂（水飞）一钱五分，雄黄（水飞）三钱，沉香（研细）二钱，木香（研细）二钱，丁香（研细）二钱，茅术（土炒）四钱。上药共为细末，以糯米粽尖五个，捣为丸如椒子大，朱砂为衣，每服三至五粒，温开水送下。如昏迷者可灌服。功能行气开窍，辟秽解毒。主治霍乱吐泻，腹痛昏愦，及一切痧气、暑气、瘴气，感浊秽气，昏闷不省人事者。孕妇慎用。

牛黄至宝丸（《常用中成药》）　犀角尖、朱砂（飞）、琥珀、玳瑁、天竺黄、人参、雄黄各30克，制南星、牛黄各15克，麝香、冰片各3克。上药研末蜜丸，共240粒，每次1粒，日1—2次，开水化服。功能清热解毒，开窍镇痉。主治外感温邪，内陷心包，症见高热烦躁，神昏谵语，或小儿急惊，神昏惊搐等。

牛黄清心丸

本方出自《痘疹世医心法·古今经验诸方》卷十一。又名万氏牛黄清心丸、万氏牛黄丸。方由牛黄二分五厘，朱砂一钱五分，黄连五钱，黄芩、山栀子各三钱，郁金二钱组成。上药共研细末，腊雪调面糊为丸，如黍米大，每服七八丸，灯芯汤下。功能清热解毒，开窍安神。主治温邪

内陷,热入心包,身热烦躁,神昏谵语,或小儿惊风,发热抽搐,以及中风痰热内闭,神昏语蹇等。

本方所治证属邪热内陷心包,或痰热内闭所致,治以清心开窍之法。方用牛黄清心解毒,豁痰开窍为君;以黄连、黄芩、山栀子清热泻火为臣,助牛黄清心解毒;郁金芳香开闭,朱砂寒凉重镇,用以开窍安神,共为佐使。本方特点在于清解心包邪热。王晋三曾说:"温邪内陷包络神昏者,惟万氏此方为妙。"本方临床以高热烦躁,神昏惊搐,脉弦数为辨证要点。现本方临床上常用于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎等热性病,属邪入心包,高热不退,神昏谵语者。

牛黄清心丸(《太平惠民和剂局方》卷一) 牛黄一两二钱(另研),白芍、麦门冬(去心)、黄芩、当归(去苗)、防风(去苗)、白术各一两五钱,柴胡(去苗)、桔梗、川芎、白茯苓(去皮)、杏仁(去皮尖、双仁,麸炒黄,另研)各一两二钱五分,神曲(炒)、蒲黄(炒)、吉林人参(去芦)各二两五钱,羚羊角、麝香(另研)、龙脑(另研)各一两,肉桂(去粗皮)、大豆黄卷(碎炒)、阿胶(锉碎,蛤粉炒)各一两七钱五分,白蔹、干姜(炮)各七钱五分,犀角屑二两,雄黄(另研,飞)八钱,干山药七两(一作十两),甘草(锉,炒)五两(一作五钱),金箔一千二百片(内四百片为衣),大枣一百枚(蒸熟,去皮核,研成膏)。除枣、杏仁、金箔三味及牛黄、雄黄、龙脑、麝香外,余研为细末,人余药和匀,用炼蜜与枣膏为丸,每两作十丸,金箔为衣,每服一丸,食后温水化下,小儿惊痫,以竹叶汤温化下。功能清心豁痰,开窍安神。主治诸风,缓纵不随,语言蹇涩,心忪健忘,恍惚去来,头目眩冒,胸中烦郁,痰涎壅塞,精神昏愦,又治心气不足,神志不定,悲忧惨戚,虚烦少睡,喜怒无时,或发狂癫,神情昏乱者。

清心牛黄丸(《张氏医通》卷十三) 牛黄三钱,胆南星一两,黄连(姜汁浸炒)五钱,甘草(炙)、当归各三钱五分,朱砂(水飞)五钱。上药为极细末,蒸饼和匀,分作五十丸,金箔为衣,量虚实选用生姜汤、薄荷汤、人参汤调化服。功能清心开窍,祛痰定惊。主治暴中神昏不语,痰塞心包,口角流涎,烦热气急,及一切痰热内遏证。

抱龙丸

本方出自《小儿药证直诀》卷下。方由天竺黄一两,雄黄(水飞)一钱,辰砂(另研)、麝香(另研)各五钱,天南星(腊月酿牛胆中阴干百日,如无,只将生者去皮脐,锉,炒干用)四两组成。上药为细末,煮甘草水和丸皂子大,温开水化下,百日小儿,每丸分作二四次服。五岁一二丸;大人三五丸。功能清热化痰,开窍安神。主治小儿急惊,痰热内壅,身热昏睡,呼吸气粗,发惊发厥,四肢抽搐等症。

本方所治证属痰热闭窍所致,故治从化痰开窍立法。方中天竺黄、陈胆星清热化痰为君;麝香芳香开窍,雄黄劫痰解毒为臣;辰砂性寒重镇,安神定惊为佐使。诸药合用,共奏清热安神开窍之功。本方主要用于小儿急惊,痰热内壅者。临床常以身热昏睡,痰盛气促,惊厥抽搐,苔黄垢腻,脉弦数,为辨证要点。本方也可用于妇女带下,属痰湿下注者。对于阳气衰微,寒痰上壅的慢惊,不宜使用。孕妇则忌服。

琥珀抱龙丸(《证治准绳·幼科》集六) 琥珀(包在精猪肉内煨过,取出研末)二钱半,牛胆南星(腊月用牛胆作成者妙)一两六钱,僵蚕(炒)二钱,雄黄、辰砂、人参、白茯苓各三钱,天竺黄五钱,钩藤(全用钩子)一两五钱,真正牛黄五分,真麝香一钱。上药碾为极细末,用粉甘草八两锉碎,以水四大碗,熬膏二盏入药末为丸,每一丸五分重,金箔为衣,外用黄蜡包之,一料二百丸。原书服法:"小儿急慢惊风……生姜薄荷汤下;时行痘疹发热呕吐惊跳白汤下;伤风发热咳嗽,鼻塞惊哭葱汤下;因着惊发热,睡卧不宁灯心汤下;夏月呕吐麦门冬汤下;因母发热过乳温热不宁甘草汤下;脾胃不和,头热黄瘦懒食砂仁汤下。周岁小儿服一丸,未及者半丸,连进一二丸,无不效验。忌食鱼腥生冷,食乳者乳母同忌。"功能清热化痰,镇惊开窍。主治小儿急慢惊风,发热,咳嗽痰喘,惊悸作搐。

牛黄抱龙丸(《北京市中药成方选集》) 胆南星(酒蒸)200克,茯苓100克,僵蚕(麸炒)60克,全蝎30克,天竺黄70克,牛黄8克,琥珀50克,明雄黄50克,朱砂30克,麝香4克。上药共为细末,炼蜜为丸,朱砂挂衣,每丸重1.5克,每服1丸,日服1—2次,温开水送服,3岁以下小儿酌减。功能清热化痰,定惊开窍。主治小儿热痰内盛引起的壮热神昏,惊风痉厥,牙关紧闭,两手握固者。

神犀丹

本方见《温热经纬》卷五。又名犀角丸。由《临证指南医案》疫门第一案处方变化而成。方由乌犀角尖(磨汁)、石菖蒲、黄芩各六两,真怀生地(冷水洗净,浸透捣绞汁)、银花(如有鲜者捣汁用尤良)各一斤,粪清、连翘各十两,板蓝根(无则以飞净青黛代)、香豉各八两,玄参七两,花粉、紫草(各生晒研细,忌用火炒)各四两组成。以犀角、地黄汁、粪清(如无粪清,可加人人中黄四两研入)和捣为丸(切勿加蜜,如难丸可将香豉煮烂),每丸重三钱,凉开水化服,日二次,小儿减半。功能清营开窍,凉血解毒。主治温热暑疫,耗液伤营,逆传内陷,症见高热烦躁,痉厥昏狂,谵语发斑,舌色干光,或紫绛,或黑苔者。

本方所治证属感受温邪暑疫,热邪炽盛,逆陷营血,故以清营开窍,凉血解毒立法。方中犀角咸寒,石菖蒲芳香,两味合用,清心开窍,共为君药;叶天士《外感温热篇》指出:温邪"入营犹可透热转气。"方以金银花、连翘、黄芩、板蓝根、金汁专于清热解毒,透热外达,使热邪转出气分而解,用以为臣;热灼阴伤,则以生地黄、玄参、花粉、紫草养液护阴,兼之凉血化斑,更以豆豉透达用以宣邪,共

为佐使。诸药合用,共奏清营开窍之功。本方多用于温病邪入营血,临床以高热神昏谵语,躁狂发斑疹,舌红绛,脉数实为辨证要点。现临床上用于治疗流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、败血症、猩红热等,见邪入心营者。

八宝红灵丹

本方见于《霍乱论》卷下。又名绛雪。方由朱砂、牙硝各一两,明雄黄、蓬砂各六钱,礞石(煅)四钱,梅片、当门子各三钱,飞真金五十页组成。上药各研极细,再合研匀,每服一分,凉开水送下,小儿减半。功能开窍通闭,解毒避秽。主治霍乱痧胀,肢厥脉伏,转筋昏晕,瘴疠时疫,暑毒下痢等;并治喉痹牙舌诸病,汤火金刃诸伤,均搽患处。本方所治证属暑热痧气,蒙闭心窍,或逆乱气机,故方从行气辟秽,开窍通闭立法。方中麝香、冰片芳香开窍,畅达气机;雄黄、硼砂、火硝、礞石辟秽解毒,散结消浊;更以朱砂、金箔重镇心神。诸药合用,共成通关开闭,辟秽解毒之功。本方多用于暑邪疫毒闭窍,临床以胸闷气粗,神昏不语,腹痛吐泻,脉沉实为辨证要点。

猴枣散

本方见于《全国中药成药处方集》(南京方)。方由猴枣12克,羚羊角(磨粉)3克,天竺黄9克,川贝母6克,伽南香3克,煅礞石(乳细水飞)3克,麝香1.2克,硼砂3克组成。先将羚羊角锉研成细粉,过罗,猴枣、麝香分别研为细粉,其余五味,共轧为细粉,然后将麝香、猴枣先后入乳钵内研匀,再入羚羊角粉研匀过罗,每服0.3—0.6克,温开水冲服,小儿酌减。功能豁痰通窍。主治中风痰厥,喘促昏仆,语言蹇涩,癫狂惊痫,以及小儿急惊风,壮热神昏,咳喘痰盛,四肢抽搐等症。本方所治证属痰热闭窍所致,治从豁痰开窍。方中猴枣豁痰定喘,清热镇惊;天竺黄、川贝母、礞石清化痰热;羚羊角、硼砂凉肝定惊,泄热解毒;更以麝香、伽南香芳香开窍。诸药合用,共奏清热豁痰,开窍定惊之功。本方多用于小儿急惊风,或中风痰厥,临床以神昏惊搐,热盛痰鸣,苔黄腻,脉滑数为辨证要点。

至圣保命金丹

本方出自《卫生宝鉴》卷八。方由贯众一两,生地黄七钱,大黄五钱,板蓝根、青黛各三钱,朱砂(研)、蒲黄、薄荷各二钱半,珠子(研)、龙脑(研)各一钱五分,麝香(研)一钱,牛黄(研)二钱五分组成。上十二味为末,入研药和匀,蜜丸鸡头大,用金箔为衣,每用一丸,细嚼,茶清送下,新汲水亦可,如病人嚼不得,用薄荷汤化下,不拘时。功能泻火解毒,豁痰开窍。主治中风,口眼㖞斜,手足亸拽,语言蹇涩,四肢不举,精神昏愦,痰涎并多者。

本方所治证属阳亢热盛,风火上犯,神明散乱,筋脉瘫痪所致。故治从清火泄热,豁痰开窍立法。方中牛黄、麝香、冰片清心豁痰,芳香开窍;珠粉、朱砂镇心安神;板蓝根、贯众、地黄清热滋阴;青黛、薄荷清泻肝火;大黄、蒲黄通腑降火,下泄瘀热。诸药合用,共成上开心窍,下泄热邪之功。本方多用于中风初起,阳亢热盛,痰火上扰,临床以昏愦语蹇,手足不举,口眼㖞斜,痰涎壅盛,脉弦劲滑数,舌红苔黄腻为辨证要点。现也用于病毒性脑炎,高热神昏,属痰热内闭者。

活命金丹(《卫生宝鉴》卷八)　贯众、板蓝根、干葛、甜硝各一两,川大黄一两半,牛黄(研)、珠子粉、生犀角、薄荷各五钱,辰砂(研,一半为衣)四钱,麝香(研)、肉桂、青黛各三钱,龙脑(研)二钱,甘草一两。共为末,与研药合匀,蜜和水浸蒸饼为丸,每两做十丸,朱砂为衣,就湿用真金箔四十片为衣,腊月修合。如疗风毒,茶清化下;解药毒,新汲水化下;汗后余热劳病及小儿惊热,并用薄荷汤化下;以上并量大小加减服之。功能豁痰开窍,清热解毒。主治中风不语,半身不遂,肢节顽麻,痰涎上潮,咽嗌不利,饮食不下,牙关紧急,口噤,及解一切酒毒,药毒,发热腹胀,大小便不利,胸膈痞满,上实下虚,气闭面赤,汗后余热不退等病。

急救丹

本方见于《北京市中药成方选集》。方由牙皂360克,藿香360克,茯苓500克,橘皮250克,苍术(米泔水炙)300克,槟榔(炒)300克,五加皮250克,厚朴(姜炙)250克,细辛120克,百草霜120克,灯心炭500克,闹羊花250克,牛黄72克,麝香120克,朱砂、冰片、明雄黄各120克。共为极细末,每服0.9—1.2克,温开水冲服,小儿酌减。外用嗅鼻少许,或用白水调敷患处。功能解毒辟秽,开闭通窍。主治感受时邪,头昏腹痛,呕吐泄泻,四肢厥冷,牙关紧闭,以及痈疽疮疖等。

本方所治证属邪闭心窍,气机紊乱所致,故治从清心开窍,解毒辟秽立法。方中牛黄、雄黄、百草霜、灯心炭清心解毒;麝香、冰片芳香开窍;牙皂、细辛通关开闭;槟榔、厚朴、苍术、茯苓、藿香、橘皮理气化湿,和中降浊;五加皮、闹羊花祛邪通痹。本方多用于时邪疫毒之证,临床常以腹痛吐泻,四肢逆冷,牙关紧闭,脉象沉伏为辨证要点。孕妇忌服。

速效丹(《霍乱论》卷下)　牙皂、北细辛各三钱五分,朱砂二钱五分,广木香、陈皮、桔梗、贯众、薄荷叶、防风、制半夏、甘草各二钱,枯矾一钱五分,白芷一钱。上药共研细末,每用三分,吹入鼻孔。寒湿内盛而病重者,开水调服一钱。如方内加入苏合香二钱尤妙。主治诸痧手足麻木,牙关紧急,目闭不语,胸背有红点,或咽肿心痛,及风餐露宿、寒暑杂感危急之证。

小儿回春丹

本方原见《苏州市中药成方配本》，录自《江苏省药品标准》。又名回春丸、小儿回春丸、小儿万病回春丹。为小儿急惊神昏之常用方。方由西牛黄0.6克，天竺黄6克，青礞石6克，制半夏、黄连、胆星、川贝、胡连、飞朱砂各6克，九节菖蒲9克，珠粉1.5克，麝香0.6克组成。各取净末和匀，用钩藤6克，薄荷6克煎汤去渣，加蜜13.5克，炼熟烊化泛丸，分做400粒，每粒约重0.18克。周岁以下服2—3粒，周岁以上服5粒，或用2粒研末贴脐，如不能口服者，可用鼻饲。功能清热化痰，开窍安神。主治小儿急惊，痰热蒙蔽，神昏气喘，烦躁发热等症。

本方所治证属小儿痰热壅盛，蒙蔽心窍所致，治以清热化痰，开窍定惊立法。方由牛黄清热解毒，豁痰定惊，《本草经疏》说："牛黄，人足厥阴、少阳、手少阴经，其主小儿惊痫寒热，热盛口不能开，及大人癫狂痫痉者，皆肝心二经邪热胶痰为病，心热则火自生焰，肝热则木自生风，风火相搏，故发如上等症，此药味苦气凉，入二经而能除热消痰，则风火熄，神魂清，诸症自瘳矣。"故用于熄风火，化热痰，清神魂有捷效；黄连、胡连皆属苦寒清热之品，能清心肝之火而定惊；天竺黄、川贝母善清痰热，礞石、半夏、胆南星专化痰结；更配麝香、九节菖蒲芳香开窍，以苏神昏，珠粉、朱砂重镇心神，以定惊乱。诸药合用，共奏清化痰热，开窍定惊之功。本方为小儿急惊的常用方。临床以发热烦躁，神昏抽搐，痰鸣气喘，舌红，脉数，指纹紫为辨证要点。对于脾肾虚寒所致的慢惊风，则非本方所宜。

小儿回春丹(《上海市中药成药制剂规范》) 牛黄3克，天麻9克，天竺黄(飞)30克，冰片5克，防风9克，川贝母(去心)30克，朱砂(飞)9克，麝香5克，全蝎(漂洗)9克，羌活9克，腰黄(飞)9克，白附子(制)9克，僵蚕(炒)9克，胆星60克，蛇含石(醋煅飞)24克。各取净粉，先将牛黄、腰黄、朱砂、蛇含石四味细粉和匀研透，加入其余药粉和匀，再加入麝香、冰片研匀，用甘草30克煎汁去渣后，加入钩藤60克，继续煎煮约15分钟，过滤去渣，取汁泛丸，每料成丸1 425粒，每服2—3粒，日服1—2次，空腹用开水化服。功能清热解表，化痰镇惊。主治小儿感冒发热，痰热上壅，喘咳气急，惊风痉厥，大便秘结，小便短赤者。

回春丹(验方，录自《方剂学》) 川贝母、陈皮、木香、白豆蔻、枳壳、法半夏、沉香、天竺黄、僵蚕、全蝎、檀香各37.5克，牛黄、麝香各12克，胆南星60克，钩藤24克，大黄24克，天麻37.5克，甘草26克，朱砂适量。上药为小丸，每丸重0.09克，周岁以下，每次1丸，1—2岁，每次2丸，每日2—3次。功能清热化痰，开窍定惊。主治急惊，痰热蒙蔽。症见发热气喘，烦躁神昏，或反胃呕吐，夜啼吐乳，腹痛泄泻，或满口痰涎，喉间痰鸣等。

行军散

本方见于《霍乱论》卷下。方由西牛黄、当门子、真珠、梅冰、硼砂各一钱，明雄黄(飞净)八钱，火硝三分，飞金二十页组成。上药各研细如粉，再合研匀(雄黄切勿与火硝同研)，每服三五分，凉开水调下。功能行气开窍，辟秽解毒。主治霍乱痧胀，山岚瘴疠，及暑热秽恶诸邪，直干包络，头目昏晕，不省人事；并治口疮喉痛；嗃鼻辟时疫之气。

本方所治证属感受时疫秽毒，或暑热瘴气，逆乱气机，甚则直蒙心窍所致。故治以芳香开窍，辟秽解毒立法。方中麝香、冰片芳香透窍，行气辟秽；牛黄、雄黄、硼砂、硝石清心解毒；更以珍珠镇心宁神，金箔重镇心神。诸药合用，共奏清心开窍，和调气机，祛痧除疫之功。本方多用于治暑月痧气，临床常以胸闷气粗，头胀昏蒙，或吐或泻，腹痛阵作，苔腻浊，脉沉数或沉伏为辨证要点。孕妇忌用。

卧龙丹(《霍乱论》卷下) 西牛黄、飞金箔各四分，梅花冰片、荆芥、羊踯躅各二钱，麝香(当门子)五分，朱砂六分，猪牙皂角一钱五分，灯心炭二钱五分。上药共研细，以少许嗃鼻取嚏。垂危重证，亦可以凉开水调灌分许。功能行气开窍，辟秽解毒。主治诸痧中恶，霍乱五绝，诸般卒倒急暴之证。并治痈疽发背，蛇蝎蜈蚣咬伤，用酒涂患处。

立效丹(《霍乱论》卷下) 朱砂二两，明雄黄、蓬砂各一两八钱，梅冰、当门子各九钱，火硝六钱，荜拨、牛黄各三钱。上药共研细，每用分许，芦管吹入鼻内，若卒倒气闭重证，则七窍及脐中均可放置，即苏。凡暑月抹少许于鼻孔，可杜秽恶之气。功能行气通窍，辟秽解毒。主治痧气中恶，霍乱吐泻，及诸般卒倒急暴之证。

千金丹(《霍乱论》卷下) 又名人马平安散。雄黄、蓬砂、硝石各一两，朱砂五钱，梅冰、当门子各二钱，飞金一百页。上药各为细末合研匀，每服二三分，凉开水下，或嗅少许于鼻内，或加牛黄更好。功能芳香开窍，辟秽解毒。主治霍乱痧胀，山岚瘴气，及暑热秽恶诸邪，直干包络，头目昏晕，不省人事，危急等证；并治口疮喉痛；点目去风热障翳，嗃鼻辟时疫之气。

痧药(《中华人民共和国药典》一部) 丁香21克，苍术110克，天麻、麻黄、雄黄、朱砂各126克，大黄210克，甘草84克，冰片0.5克，麝香10.5克，蟾酥(制)63克。上11味，除麝香、蟾酥、冰片外，雄黄、朱砂分别水飞成极细粉；其余6味粉碎成细粉；将麝香、蟾酥、冰片研细，与上述粉末(朱砂除外)配研混匀，水泛为丸，朱砂为衣。每服10—15粒，噙少刻，温开水送下；或外用研细吹鼻取嚏。功能祛暑解毒，辟秽开窍。主治夏令中暑受寒，猝然闷乱烦躁，腹痛吐泻，牙关紧闭，四肢逆冷。

紫金锭

本方出自《百一选方》。原名太乙紫金丹，又名太乙紫金锭、太乙玉枢丹、玉枢丹、神仙追毒丸、万病解毒丸。方由山慈姑（去皮，洗，焙）、文蛤（即五倍子，洗，焙）各二两，千金子仁（研去油，取霜）一两，红芽大戟（去芦，洗，焙）一两半，麝香三钱（《外科正宗》方加朱砂、雄黄各三钱，其他方书多遵此二方，但有的组成药物与剂量略有出入）组成。上药研细末，用糯米煮浓饮和药，作一钱一锭，用井花水或薄荷汤磨服，取利一二行，再用温粥补养。功能辟秽解毒，活血消肿。主治暑季发痧，神志不清；或误食毒物，呕吐恶心，腹痛泄泻；并敷治疮疡肿毒等症。

本方所治证属感受秽浊所致，治宜辟秽解毒。方用山慈姑、朱砂、雄黄、五倍子以辟秽解毒；麝香以通窍开闭；千金子、大戟以排除痰浊。诸药配伍，内服能辟秽解毒，缓下降逆；外敷能疗疮解毒，活血消肿。原方用法："凡一切饮食药毒，蛊毒瘴气，死牛马等毒，用凉水磨服一钱；痈疽发背，疔毒杨梅疮等，用凉水或酒磨涂患处；阴阳二毒，伤寒瘟疫，喉痹喉风，用冷水入薄荷汁数匙化下；心气痛并诸气，用淡酒化下；泄泻痢疾，霍乱绞肠，用薄荷汤下；中风癫痫，筋挛骨痛，温酒送下；自缢溺水，心头尚温者，冷水磨灌；传尸痨瘵，凉水化服；疟疾将发时，东流水煎桃枝汤化服；女人经闭，红花酒化服；小儿惊风疳痢，薄荷煎汤送下；头风头痛，酒研贴两太阳穴上；诸腹臌胀，麦芽煎汤送下；风虫牙痛，酒磨涂患处，亦吞服少许；打扑伤损，松节煎酒送下；烫火伤，毒蛇恶犬，一切虫伤，用冰水磨涂患处，并内服。"现临床多用本方治疗食物中毒、流行性脑脊髓膜炎，以及皮肤和软组织急性化脓性感染等病症。

苏合香丸

本方见于《太平惠民和剂局方》卷三。由《外台秘要》引《广济方》乞力伽丸改变药量而成。为温开法的代表方剂。方由白术、青木香、乌犀角、香附子（炒去毛）、朱砂（研，水飞）、诃子（煨，去皮）、白檀香、安息香（另为末，用无灰酒一升熬膏）、沉香、麝香（研）、丁香、荜拨各二两，龙脑（研）、苏合香油（入安息香膏内）、乳香（另研）各一两组成。上药为细末，入研药匀，用安息香膏，并炼白蜜和剂，每服旋丸如梧桐子大，早朝取井华水，温冷任意，化服四丸，老人小儿可服一丸，温酒化服亦可，空心服。昏迷，牙关紧闭不能口服者，则用鼻饲。功能温通开窍，行气止痛。主治中风、中气，猝然昏倒，牙关紧闭，不省人事；或中恶、客忤，胸腹满痛，或突然昏迷，痰壅气闭；以及时疫霍乱，腹痛胸痞，欲吐泻不得，甚则昏闭者。

本方所治证属寒邪或痰浊闭阻气机所致。寒者宜温，闭者宜开，故治以温开立法。方中以集合"十香"为主要组成部分，苏合香、安息香逐秽透窍，能开痰浊气逆之闭；麝香、冰片芳香开窍，行气宽胸，善通十二经脉；沉香、丁香、木香、檀香、乳香、荜拨、香附皆辛散温通之品，能散寒顺气，宣郁通闭，气得畅行则痰浊自消；且乳香行气兼能活血，气行血畅，则胸腹满痛可止；犀角气质清香，寒而不遏，功专解毒而清心；朱砂气寒质重，镇心而安神，白术温运脾气，以使诸香能得脾气而输布；更以诃子温涩敛气，与诸香相配，能制辛香过多，耗正散气之弊。本方取用辛香辟秽之品，捷于温通气机，开窍启闭，寒凝、痰浊得温则化，气机阻滞得辛则通，故胸闷昏闭等症，用之则立起回生。本方常用于寒凝气滞，痰浊阻络的胸痹心痛症。临床以胸闷气短，胸痛彻背，唇舌紫暗，脉微弱为辨证要点。对于时疫、霍乱见腹痛闷乱，上吐下泻，或欲吐不得吐，欲泻不得泻，甚至昏厥者，亦可使用。现本方多用于脑血管意外、冠心病、癔病性昏厥、癫痫，及突然精神刺激之昏厥属寒闭气滞，痰浊阻络者。本方对"脱证"、"热闭证"以及孕妇均忌服。

太乙紫金丹（《随息居重订霍乱论》卷下）　苏合油、安息香、白檀香各一两五钱，当门子、梅冰各三钱，山慈姑、川文蛤各二两，红芽大戟一两五钱，千金霜一两，明雄黄（飞净）、琥珀各五钱。上药各研极细，再合研匀，浓糯米饮，杵丸绿豆大，外以飞金为衣，每钱许，凉开水下。孕妇忌服。功能开窍通闭，解毒辟秽。主治霍乱痧胀，岚瘴中恶，水土不服，或暑湿温疫之邪，弥漫熏蒸，神明昏乱，及喉风中毒，蛇犬虫伤，五绝暴厥，癫狂痈疽等危急诸证。

十香返魂丹（《春脚集》卷三）　沉香、僵蚕（麸炒）、丁香、乳香、檀香、礞石、木香、蒌仁、藿香、香附、降香、莲子心、诃子肉、郁金、天麻、琥珀、朱砂各二两，安息香一两，苏合香二两，甘草四两，牛黄一两，冰片五钱，麝香一两，大赤金三百张。上药共为细末，甘草膏兑白蜜为丸，重一钱。金衣蜡皮封固。孕妇忌用。功能开窍豁痰，定惊安神。主治男妇痰厥中风，口眼歪斜，牙关紧闭，昏厥死去，或诸风狂乱，哭笑无常，或自言自语。

冠心苏合丸（《中华人民共和国药典》一部）　苏合香50克，冰片、乳香（制）各105克，檀香、青木香各210克。后三味研细粉，冰片另研，并与上述粉末配研；取炼蜜适量微温后，加入苏合香，再与上述粉末混匀，制成1 000丸，每次1丸，日1—3次，嚼碎服。孕妇禁用。功能理气宽胸，止痛。主治心绞痛，胸闷憋气。

润燥剂

根据《素问·至真要大论》"燥者润之"原则，用苦辛温润或甘凉滋润的药物为主所组成，具有轻宣燥邪或滋润内燥等作用，用以治疗燥证的一类方剂，称为润燥剂。在"十剂"中属于"湿可去枯"的范围。

燥证有内燥、外燥之分。在治法上，外燥宜轻宣，内燥宜滋润，所以本类方剂又有轻宣燥邪和滋润内燥两类。

轻宣外燥：本剂适用于外感凉燥或温燥的病证。凉燥多由深秋感受风寒燥邪，肺气不宣所致。常见咳嗽鼻塞，头痛恶寒，咽干口燥等。《素问·至真要大论》说："燥淫于内，治以苦温，佐以甘辛。"故治疗本类证候的方剂，多具有苦辛宣泄，甘温濡润之性。温燥则由初秋燥热，或久晴无雨，气候干燥，感受温热燥邪所致，常见身热头痛，干咳少痰，或气逆喘急，心烦口渴，舌干无苔等一派燥热伤津之证。治应轻宣凉润，所以本类方剂多由辛凉甘苦之品组成。

滋润内燥：本剂适用于各种原因所致的内脏阴液亏耗的内燥证。内燥证从发病部位而论，又有上燥、中燥、下燥之别。上燥者多责之于肺，常见干咳咽燥，咯血少痰，或咳嗽气喘，治疗本类证候的方剂，多具清燥润肺之功；中燥者多责之于胃，常见肌热易饥，咽燥口渴，或噎膈反胃，治疗本类证候的方剂，多具生津益胃之功；下燥者多责之于肾，常见消渴咽干，面赤烦躁，或津枯便秘。治疗本类证候的方剂，多具养阴滋肾，或润肠通便之功。总之，滋润内燥剂多由甘寒滋润之品组成，具有滋养润燥之用。

润燥剂有重在轻宣的，有偏于滋润的，有偏凉的，又有偏温的，因此使用本类方剂，应既要辨明内伤外感，又应分清温凉，若病属外感，专于滋润，必敛外邪；若属内伤，反用轻宣，必增其燥。此外，润燥剂性偏阴柔滋腻，因此脾虚气弱，或内有湿邪者禁用。

杏苏散

本方出自《温病条辨》卷一。是治疗凉燥的代表方剂。方由苏叶、半夏、茯苓、前胡、苦桔梗、枳壳、甘草、生姜、大枣(去核)、橘皮、杏仁组成。水煎服。功能轻宣凉燥，化痰止咳。主治外感凉燥，头微痛，恶寒无汗，咳嗽痰稀，鼻塞嗌塞，苔白，脉弦。

本方所治证属凉燥外袭，肺气失宣，故宜轻宣凉燥，化痰止咳。方中杏仁苦辛温润，能宣降肺气，紫苏叶辛温，微发其汗，杏苏相配，使燥邪外达，肺气调畅，则痰去咳止，共为君药；桔梗、枳壳一升一降，调理气机，前胡降气除痰，宣肺散风，同为臣药，以加强杏、苏宣肺散邪，化痰止咳的作用；半夏、茯苓、橘皮理气化痰为佐；姜、枣调和营卫，甘草调和诸药，共为使药。诸药配合，使表解气畅，痰消咳止，正符合《素问·至真要大论》"燥淫于内，治以苦温，佐以甘辛"的用药原则。无论春秋，凡外感凉燥所致感冒咳嗽，痰稀而不易咳出者，本方都可以治疗。现临床上以本方加减治疗慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿之咳嗽，属凉燥伤肺，痰湿内阻者。原方加减法："无汗，脉弦甚或紧者，加羌活，微透汗；汗后咳不止，去苏叶、羌活，加苏梗；兼泄泻腹满者，加苍术、厚朴；头痛兼眉棱骨痛者，加白芷；热甚加黄芩，泄泻腹满者不用。"

润肺降气汤(《医醇賸义》卷二) 沙参四钱，蒌仁四钱，桑皮三钱，苏子二钱，杏仁三钱，旋覆花(绢包)一钱，橘红一钱，郁金二钱，合欢花二钱，鲜姜皮五分。功能轻宣润肺，止咳降气。主治肺受凉燥，咳而微喘，气郁不下。

桑杏汤

本方出自《温病条辨》卷一。为治温燥的代表方剂。方由桑叶一钱，杏仁一钱五分，沙参二钱，象贝母一钱，香豉一钱，栀皮一钱，梨皮一钱组成。水二杯，煮取一杯，顿服。重者再作服，轻药不得重用。功能清宣凉润。主治外感温燥，头痛身热，口渴，干咳无痰，或痰少而粘，舌红，苔薄白而燥，脉浮数。本方所治证属温燥袭肺，津液受灼。治当清宣肺热以祛邪，凉润肺金以生津。方中桑叶苦甘而寒，能轻宣燥热，杏仁苦辛温润，能宣降肺气，两药共为君药；豆豉宣透胸中郁热，栀子皮轻清上焦肺热，同为臣药；象贝母止咳化痰，沙参、梨皮甘寒生津，能凉金润肺，为佐使药。诸药合用，成为清宣燥热，凉润肺金之剂，使燥热除而肺津复，则诸证自除。本方有清宣凉润之功，是治疗温燥初起，肺燥咳嗽的轻剂。以干咳无痰，或痰少而粘，苔薄白而燥，脉浮数为辨证要点。对于燥热伤肺，深入肺络之咯血亦可运用。现临床上也用于上呼吸道感染属于燥热者，若咽喉干痛明显，可加牛蒡子清利咽喉；鼻衄加白茅根以凉血止血；咯痰黄稠加马兜铃、瓜蒌皮。麻疹收没期，皮肤干燥，鼻干咽燥，微热口渴，干咳无痰，苔薄白而干者，可用本方加天花粉、芦根以清热生津。

清燥救肺汤

本方出自《医门法律》卷九。方由桑叶(经霜者)三钱，石膏(煅)二钱五分，甘草一钱，人参七分，胡麻仁(炒，研)一钱，真阿胶八分，麦门冬(去心)一钱二分，杏仁(去皮尖，炒)七分，枇杷叶一片(刷去毛，蜜涂炙黄)组成。水一碗，煎六分，频频二三次滚热服。功能清燥润肺。主治温燥伤肺，头痛身热，干咳无痰，气逆而喘，咽喉干燥，鼻燥，心烦口渴，舌干无苔。本方所治证属温燥伤肺，气阴两伤。此时，既不能用辛香之品以防耗气，亦不可用苦寒泻火之药以防伤津，唯宜清燥润肺。方中桑叶苦甘寒，能轻宣肺燥，石膏辛甘寒，能清肺胃燥热，两药相合，以治致病之源，共为君药；燥热伤肺，耗津灼液，故用阿胶、麦冬、胡麻仁润肺滋液，同为臣药，助君药除燥救肺，使肺之治节之权得以恢复；温燥伤肺，肺气也伤，故用人参益气生津，《素问·脏气法时论》说："肺苦气上逆，急食苦以泻之"，故用杏仁、枇杷叶味苦之品泻肺降气，以治喘逆，四药共为佐药；甘草调和诸药，用以为使药。诸药合用，使温燥之气得除，肺金之气阴得复，肺气平降，肃降有权，则诸证自解。《删补名医方论》中说："古方用香燥之品以治气郁不获奏效者，以火就燥也，惟缪仲淳知之，故用甘凉滋润之品，以清金保肺立法。喻氏宗其旨，集诸润剂而制清燥救肺汤，用意深，取药当，无遗蕴矣。"本方为治燥热

伤肺之剂。以干咳无痰,气逆而喘,口渴咽燥,舌干无苔为辨证要点。原书加减法:“痰多加贝母、瓜蒌;血枯加生地黄;热甚加犀角、羚羊角,或加牛黄。”

百花膏(《重订严氏济生方》)　款冬花、百合(蒸,焙)各等份。为细末,炼蜜为丸,如龙眼大,每服一丸,食后临卧细嚼,姜汤咽下,噙化尤佳。功能润肺止咳。主治喘嗽不已,或痰中有血者。

滋燥饮(《杂病源流犀烛》卷一)　天冬、麦冬、生地、花粉、白芍、秦艽。加蜜、童便服。功能滋润肺燥。主治肺燥咳嗽,干咳少痰,痰中带血。

养阴清肺汤

本方出自《重楼玉钥》卷上。方由贝母(去心)八分,丹皮八分,薄荷五分,炒白芍八分,大生地二钱,麦冬一钱二分,生甘草五分,玄参钱半组成。水煎服。功能养阴润燥,清肺解毒。主治白喉,喉间起白斑点如腐,不易拭去,咽喉肿痛发热,鼻干唇燥,或咳或不咳,呼吸有声,似喘非喘,脉数。本方所治白喉,多由平素体质阴虚,内有蕴热,复感疫毒,灼伤阴液,热毒熏蒸于上而成。诚如《重楼玉钥》所说:“此证发于肺肾,凡体质不足者,或遇燥气流行,或多食辛热之物,感触而发。”所以,治当润燥养阴,清肺解毒。方中生地黄、玄参清肺解毒,养阴润燥,两药相须,共为方中君药;麦冬、白芍助君药养阴清肺而润燥,牡丹皮助君药凉血解毒,共为臣药;贝母润肺止咳,清化热痰、薄荷清散外邪,宣肺利咽,为使药;生甘草甘润泻火解毒,又能调和诸药,是方中使药。诸药合用,具有养阴清肺,解毒利咽的作用。临床对于扁桃体炎、咽喉炎属于阴虚者,也可用本方加减治疗。原方加减法:“肾虚,加大熟地,或生、熟地并用;热甚,加连翘,去白芍;燥甚,加天冬、茯苓。”

铁笛丸(《寿世保元》卷六)　当归(酒洗)一两,怀熟地黄一两,怀生地黄一两,天门冬(去心,盐炒)五钱,黄柏(蜜炒)一两,知母五钱,麦门冬(去心,盐炒)五钱,玄参三钱,白茯苓(去皮)一两,诃子五钱,阿胶(炒)五钱,人乳一碗,乌梅肉十五个,甜梨汁一碗。上为细末,炼蜜为丸,如黄豆大,每服八至十丸,诃子汤下,萝卜汤亦可。功能滋阴润燥。主治声嘶失音。

清咽润燥汤(《疫喉浅论》卷下)　苦杏仁、霜桑叶、丹皮、连翘壳、粉甘草、天花粉、象贝母、软石膏、牛蒡子。水二钟,煎八分,兑青橄榄汁半酒杯,温服。功能润燥清热。主治疫蒸气分,咽喉红肿,上有细碎白点,身热有汗,口渴,唇燥,脉数,心烦;或秋燥熏蒸致咽喉燥痛者。

沙参麦冬汤

本方出自《温病条辨》卷一。方由沙参三钱,玉竹二钱,生甘草一钱,冬桑叶一钱五分,麦冬三钱,生扁豆一钱五分,花粉一钱五分组成。水五杯,煮取二杯,日再服。功能滋阴润燥。主治燥伤肺胃,津液亏损,咳嗽痰少而粘,咽干口燥,或发热,脉细数,舌红少苔者。本方所治证属燥伤肺胃之阴,治当甘寒救其津液。方中沙参、麦冬甘寒养阴,清热润燥为君;玉竹养阴润燥,天花粉清肺养胃,并能化燥痰为臣药;冬桑叶轻宣肺中燥热为佐药;甘草、扁豆健脾生津,培土生金为使药。诸药合用,使肺胃之阴得复,温燥之气得除,诸证自解。若久热久咳,加地骨皮清肺除热止咳更好。本方重在养胃阴,临床常用于治疗温燥初伤肺胃,阴液虽亏,病情较轻者。以咽干,口燥,咳嗽痰少为辨证要点。

百合固金汤

本方为赵蕺庵方,录自《医方集解》。方由生地黄二钱,熟地黄三钱,麦冬钱半,百合、芍药(炒)、当归、贝母、生甘草各一钱,玄参、桔梗各八分组成。水二盅,煎八分,食远服。功能养阴清热,润肺化痰。主治肺肾阴亏,虚火上炎,咽喉燥痛,咳嗽气喘,痰中带血,手足烦热,舌红少苔,脉细数。本方所治证属肺肾阴亏,虚火上炎。治宜养阴清热,润肺化痰。方中百合味甘微苦性凉,能润肺止咳,清心安神;熟地黄甘温,滋补肝肾之阴,生地黄甘寒,清热凉血,滋阴润燥,三药合用,滋养肺肾之阴,清虚火润肺燥,共为君药;麦冬味甘寒微苦,滋养肺胃之阴,助百合润肺止咳,合地黄补肺肾之阴,有金水相生之用,玄参苦咸微寒,启肾水上济于肺,滋阴液而清虚火,两者共为臣药;当归、白芍养血柔肝而保肺,贝母、桔梗清肺化痰而止咳,共为佐药;甘草调和诸药,合桔梗利咽喉,为使药。诸药合用,功能壮水制火而宁金。如是则阴液充足,虚火自靖,痰清血止、咳嗽自已。临床常用于肺肾阴亏,虚火上炎而致的咳嗽痰血证。也用于肺结核、气管炎、支气管扩张、咽炎等属于肺肾阴虚者。

紫菀散(医垒元戎))　又名海藏紫菀散、紫菀汤。紫菀、人参、知母、桔梗、贝母、甘草(一方加五味子;一方加茯苓;一方加阿胶)。为粗末,水煎服。功能养阴清热,化痰止咳。主治咳唾中有脓血,虚劳证肺痿变痈者。

月华丸(《医学心悟》卷三)　天冬(去心,蒸)、麦冬(去心,蒸)、生地(酒洗)、熟地(九蒸晒)、山药(乳蒸)、百部(蒸)、沙参(蒸)、川贝母(去心,蒸)、真阿胶各一两,茯苓(乳蒸)、獭肝、广三七各五钱。上药研细末,再用白菊花(去蒂)二两、桑叶(经霜者)二两熬膏,将阿胶化入膏内,和药稍加炼蜜为丸,如弹子大,每服一丸,噙化,日三服。功能补肺养阴。主治阴虚久咳,或劳瘵久嗽,或痰中带血之证。

琼玉膏

本方为申铁瓮方,录自《洪氏集验方》卷一。方由新

罗人参(春一千下,为末)二十四两,生地黄(九月采,捣)一十六斤,雪白茯苓(木臼千下,为末)四十九两,白沙蜜十斤组成。人参、茯苓为细末,蜜用生绢滤过,地黄取自汁,捣时不得用铁器,取汁尽,去滓,用药一处拌,和匀,人银石器,或好瓷器内,用净纸二三十重封闭,人汤内,以桑柴火煮六日,如连夜火即三日夜,取出,用蜡纸数重包瓶口,人井内,去火毒,一伏时取出,再人旧汤内煮一日,出水气,取出,开封。每晨朝以二匙温酒化服。不饮酒者,以白汤化服。功能养阴润肺。主治虚劳干咳,咽燥咯血。

本方所治证属阴虚阳亢,虚火上炎,致令肺失肃降。治宜养阴润燥,使水盛则火自熄,肺得清宁则咳自已。方中生地黄甘苦寒,滋阴补肾,清热凉血,白蜜甘平,补中益肺,润燥止咳,两药合用有"金水相生"之义;人参、茯苓益气补脾,脾旺则土能生金,肺虚可复,且茯苓味淡气薄,用于甘寒滋润药中,可使滋而不腻。合用成方,具有滋阴润肺,调补脾胃之功。本方为虚劳咳逆的治本之剂。如有外感,本方不宜用。

琼玉膏(《张氏医通》卷十二) 鲜地黄四十两,人参(另为末),白茯苓(另为末)各十两,沉香(另研),琥珀(另研)各半两。先以地黄熬膏,点纸上不渗,入人参、茯苓末,并入冰糖二十两,搅匀熔化,离火,再入琥珀、沉香和匀,清晨午前,温酒服数匙,沸汤亦可。功能养阴润肺。主治虚劳干咳,喉中血腥,肠中隐痛。

润肺饮

本方出自《医宗必读》卷九。又名润肺汤。方由贝母(糯米拌炒)、天花粉各三钱,桔梗一钱,甘草五分,麦冬(去心)、橘红(去白)、茯苓(去皮)各一钱半,知母(酒炒)七分,生地黄二钱半组成。水二钟,姜三片,煎至七分,食后服。功能润肺化痰。主治肺燥有痰,咯吐不利,咽喉燥痛,气逆咳喘等。燥热伤肺,灼津成痰,燥痰不化,清肃无权,以致肺气上逆,诸证随之而起。程钟龄说:"大抵痰以燥、湿为分。湿痰滑而易出,多生于脾,脾实则消之;燥痰涩而难出,多生于肺,肺燥则润之。"本方治疗燥痰,故用贝母清热化痰,润肺止咳;天花粉生津润燥,桔梗宣肺利咽;麦门冬、知母、生地黄清热滋阴而润燥,既有利于祛痰,又能清热润燥,自然痰消咳止,喘逆亦平;更配橘红、茯苓、甘草理气和胃,健脾利湿,与冬、地、知母相配,可以滋而不腻。本方多用于肺燥有痰之证。以咳嗽痰不易出,咽喉燥痛,气逆喘促为辨证要点。

清肺化痰汤(《洞天奥旨》卷八) 桔梗、桑白皮、麦门冬、天门冬、生地黄各三钱,炙甘草、黄芩、贝母各二钱,玄参五钱,陈皮五分,升麻一钱。水煎,食后服。功能清热凉血,润燥疏风。治血分不足,肺受风热,血燥风盛所致赤炎疮,遍身赤点。若左寸脉旺大,心火胜者,去黄芩,加黄连一钱。

麦门冬汤

本方出自《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》。方由麦门冬七升,半夏一升,人参二两,甘草二两,粳米三合,大枣十二枚组成。上六味,以水一斗二升,煮取六升,温服一升,日三夜一服。功能益胃生津,降逆下气。主治肺痿,咳唾涎沫,气逆而喘,咽干口燥,舌干红少苔,脉虚数。肺痿的成因很多,本方所治证属胃虚有热,津液不足,虚火上炎,肺中燥热所致。所以用益胃生津,养阴润肺法以清虚火,降逆气。方中重用麦冬甘寒清热滋阴,益胃滋肺为君药;臣以人参益气生津;更以甘草、粳米、大枣滋养脾胃,使中焦气阴充足,则津液自能上输于肺,半夏能降逆和胃,祛痰止咳,性虽温燥,但与大量麦冬配伍,非特不嫌其燥,且能监制甘润之品滋腻碍胃,使之相反相成,四药共为佐使药。肺胃气阴俱复,则虚火平,逆气降,痰涎清,咽喉利,咳喘自平。本方除用治阴虚肺痿外,还可用于胃阴不足,舌红少苔,气火上逆的呕吐。现也用于溃疡病、胃粘膜脱垂属阴虚,而见胃脘灼热而痛,口干,便秘,舌红少苔者。

加味麦门冬汤(《医学衷中参西录》) 干寸冬(带心)15克,野台参12克,清半夏9克,生山药(或以粳米代)12克,生杭芍9克,丹参9克,甘草6克,生桃仁(带皮尖,捣)6克,大枣(擘开)3枚。水煎服。功能养阴清热,降逆调经。主治妇女虚热气逆,经行吐衄。

麦门冬饮子

本方出自《宣明论方》卷一。方由麦门冬二两(去心),栝蒌实、知母、甘草(炙)、生地黄、人参、葛根、茯神各一两组成。上为末,每服五钱,水二盏,加竹叶数片,同煎至一盏,去滓,食后温服。功能清心润肺,生津益气。主治膈消,心烦胸满,口渴多饮,短气,久为消渴。《素问·气厥论》说:"心移热于肺,传为鬲消。"心肺有热,耗气伤阴,久则为消渴。治宜清心肺之热,益气生津,润燥止渴。方中重用麦冬甘苦微寒,养阴清热,润燥生津为君药;栝蒌甘寒质润,清肺润燥,知母苦甘寒而质润,善泻肺胃之火,滋养肺肾之阴,生地黄甘苦寒,滋阴清热,共为臣药;佐以人参益气生津,茯神养心安神,葛根清热生津,且能升发脾胃阳气,以助津液之转输敷布;使以甘草和中,竹叶除烦。诸药合用,共奏清热润燥,止渴除烦之效。对于渴而多饮之上消证尤佳。亦可用于胃中燥热,消食善饥之中消证。

莲花饮(《幼幼集成》卷三) 白莲须、粉干葛、白云苓、大生地各一钱,正雅连、天花粉、人参、北五味子、净知母、炙甘草、淡竹叶各五分。加灯芯十茎,水煎,热服。功能润肺生津。主治上消口渴,饮水不休。

益胃汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由沙参三钱，麦冬五钱，冰糖一钱，细生地五钱，玉竹（炒香）一钱五分组成。水五杯，煮取二杯，分二次服，渣再煮一杯服。功能益胃生津。主治阳明温病，热结腑实，服泻下剂，热结去后，又见汗出，脉细数，舌红少苔。温热本伤阴之病，今热结腑实，服泻下剂后结去热解，又见汗出，脉细数，舌红少苔，可见伤阴已甚。十二经皆禀气于胃，胃阴复而十二经之阴皆复，所以用甘凉益胃法急复其阴。方中生地黄、麦冬味甘性寒，功能清热凉血，滋阴润燥，为甘凉益胃阴之上品；配以沙参、玉竹甘凉生津以加强生地黄、麦冬复胃阴之力；冰糖润肺。全方药简力专，复阴之效屡验。适用于阳明温病，服泻下剂后，大便通畅，热退，但仍口干，舌上苔少者。若兼气虚，可加太子参。

消渴方（《丹溪心法》卷三） 黄连末，天花粉末，人乳（或牛乳），藕汁，生地汁，生姜汁，蜂蜜。搅拌成膏，开水送服。功能养阴生津清热。主治胃热消渴，善消水谷者。

增液汤

本方出自《温病条辨》卷二。方由玄参一两，麦冬（连心）八钱，细生地八钱组成。水八杯，口干则与饮，令尽，不便，再作服。功能增液润燥。主治阳明温病，津液不足，大便秘结，口渴，舌干红，脉细稍数，或沉而无力。热结阳明，须分实虚论治。本方所治证属热病耗损津液而致肠燥便结，即所谓"无水舟停"，故治用增液润燥法以"增水行舟"。方中重用玄参养阴生津，润燥清热为君药；麦冬滋液润燥，生地黄养阴清热为臣药。三药均属性寒质润之品，相辅相成，共奏滋液清热、润肠通便之功。本方药少力专，妙在寓泻于补，以补药之体，作泻药之用，既可攻实，又可防虚。主要用于热病津液不足所致的大便秘结，也可用于其他阴虚体弱、肠燥便秘。以口渴便秘，舌干红，脉细稍数或沉而无力为辨证要点。若阳明腑实热结俱盛者，又当用寒下剂为治。

活血润燥丸

本方出自《兰室秘藏》卷下。又名活血润肠丸。方由当归梢一钱，防风三钱，大黄（湿纸裹煨）、羌活各一两，皂角仁（烧存性，去皮）一两五钱（其性得湿则滑，湿滑则燥结自除），桃仁（研如泥）二两，麻仁（研如泥）二两五钱组成。上除麻仁、桃仁另研如泥外，为极细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服五十丸，白汤送下。三二剂服后，须以苏、麻子粥，每日早晚食用。功能活血，润燥，通便。主治风秘、血秘，大便经常燥结。风秘即风结，由风邪搏于肺脏，传于大肠，或素有风病者，亦多便秘。血秘由亡血，血虚津亏，肠中干燥而致。治当疏风和血，润肠通便。若妄用峻药通便，则津液走失，气血耗伤，虽暂通一时，但津液耗伤，必变生他证。方中当归、桃仁养血活血而润燥；防风、羌活搜风散邪；大黄破结通便；麻仁润燥滑肠，兼能益气；皂角仁散结通便，因其走窜性烈，故烧存性用。诸药配合，使血和风去，肠润燥除，则大便自然通利。三二剂后加苏子、麻仁煮粥早晚食，是取其滋润下气，通便而津液不伤。

润肠丸（《兰室秘藏》卷下） 桃仁（汤浸，去皮尖）、麻仁各一两，当归梢、大黄（煨）、羌活各一钱。上除桃仁、麻仁另研如泥外，捣为极细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三五十丸，空心白汤送下。功能润燥通秘。主治脾胃中伏火，大便秘涩，或干燥闭塞不通，全不思食，及风结血秘者。

猪膏发煎

本方出自《金匮要略·黄疸病脉证并治》。方由猪膏半斤，乱发如鸡子大三枚组成。上二味，和膏中煎之，发消药成，分再服，病从小便出。功能活血润燥，通利二便。主治燥热内结，黄疸腹满，大便秘结，小便不利。本方治证属燥热内结，瘀血停留所致，治宜活血润燥，通利二便。方中猪膏脂可润燥结，利血脉；乱发消熔即成血余，消瘀血，利水道，通大便，《神农本草经》称"主五癃，关格不通，利小便水道"。两者相合，使大便通畅，小便通利，则燥热可除；血脉流畅，瘀热得解，则黄疸可痊。《太平圣惠方》用此治肠间燥矢，"黄疸耳目悉黄，食饮不消"；《备急千金要方》载有"太医校尉史脱家婢，黄疸，胃中有干粪，下便差，神验"。徐忠可案载"予友骆天游黄疸，腹大如鼓，百药不效，用猪膏四两，发灰四两，一剂而愈"。因本方可活血润燥通便，故亦用于治妇人肠中燥结，阴吹正喧。

固涩剂

以收敛固涩药物为主，并根据脏腑固摄不力，气血津液耗散等病变，分别配用补益药物组成的一类方剂，统称固涩剂。

固涩剂的主要作用是收涩、固脱，《素问·至真要大论》说："散者收之"，《十剂》说："涩可固脱"（《伤寒明理论》），张景岳说："固方之剂，固其泄也"（《景岳全书·固阵》），是皆为固涩剂的立论依据和治疗原则。

固涩剂总的是用治于虚证，但应根据以下几种病理变化予以辨证施治：一是脏腑病变，如肺、脾、肾的气虚不固，大肠、膀胱的固约失司；二是奇经八脉病变，如冲脉不固，带脉失约；三是气血津液的耗伤，如气虚的卫表不固，血虚的出血不止，内热、外汗之津液耗散等，均为使用固涩剂的辨证依据，所以固涩剂的施治可分为下列几类：

（1）敛汗固表：本剂主要用于卫表气虚，肌腠不固，

主症见有自汗夜甚，心悸易惊，短气烦倦，舌淡脉细等。治以收敛潜镇与益气固表并用，使能气充卫固，阴敛阳潜，于是可以汗收、悸平、烦止、神定。

另有卫表不固，易为邪侵，主症见有恶风自汗，脉虚浮，舌淡白等。治用益气固表为主，配散邪为辅，共具益气御风之功，以使邪散表固，其汗自收。

(2) 敛肺止咳：本剂主要用于肺虚气弱，久咳不愈，甚则气喘自汗，苔少脉虚等。治以益气养阴与敛肺止咳并用，以使气阴两固，肺复收敛之功，其咳自止。

(3) 涩精固下：本剂主要用于肾失封藏，精关不固，主症见有遗精或滑泄，尿频或遗尿等。治以益肾宁心与固精止遗并用，以使肾复封藏之功，心肾具交通之用，其遗滑自止。或以温补脾肾与暖膀胱而利气化并用，以使肾气充足，气化可及膀胱，于是遗尿、尿频数等可以自愈。

(4) 涩肠固脱：本剂主要用于泻久痢而致脾肾阳虚，肠道固摄不力，主症见有下痢稀薄，甚则滑脱不禁，腹痛喜按，食少神疲，脉沉细，舌质淡，苔薄白。治用温补脾肾与涩肠固脱两顾，以使脾肾阳回，健运复职，肠府固摄有力，于是下痢滑脱等症可以相应消除。

(5) 固冲止带：本剂主要用于脾虚气弱，冲脉不固的崩中漏下，和脾虚肝郁、带脉不固的带下症。崩中漏下主症见有非经期下血量多，或经期血下淋漓，持续不断。带下主症见有带下色白或淡黄，清稀无臭，面皖倦怠，舌淡脉缓等。对崩中漏下症的配伍治法，是益气健脾与固冲摄血并用，以使脾复统血之功，冲具固摄之用，于是下血可以停止。对脾虚带下，治以补中健脾与化湿止带并用，以使脾健湿化，带脉固摄于下，白带可以自愈。

固涩剂的应用原则，一般是以本虚为主，并见卫外不固，以及内脏固摄不力之证等。对本剂忌用原则，总的如《景岳全书·固阵》所说："虚者可固，实者不可固"，故如因外邪未却及邪热内盛而致的自汗；相火偏旺，湿热下注的泄精、尿频；肠府滞留的下痢赤白；崩中漏下的挟瘀；黄色带下的挟湿等，皆非固涩剂之所宜。《儒门事亲》说："当先论其本，以攻祛其邪，不可执一以涩，便为万全"，意思是说，固涩剂应用于邪去之后，不可认为固执一法，即可安全。

牡蛎散

本方见于《太平惠民和剂局方》卷八。方由黄芪（去苗、土）、麻黄根（洗）、牡蛎（米泔浸，刷去土，火烧通赤）各一两（《世医得效方》有知母）组成。上三味为粗散，每服三钱，水一盏半，小麦百余粒（《三因极一病证方论》有葱白三寸，《世医得效方》有薤白三寸），同煎至八分，去渣热服，日二服，不拘时候。现用法为作汤剂，水煎服，用量按原方比例酌减。功能固表止汗。主治体虚卫外不固，症见自汗，夜卧尤甚，久而不止，身体消瘦，心悸惊惕，短气烦倦，脉虚弱。

本方所治自汗、盗汗是由于体虚卫气不固，又复心阳不潜，阴不内守所致。方中牡蛎收敛止汗，敛阴潜阳，为君药。臣以黄芪益气固表，麻黄根止汗，以增强敛汗固表之功。佐以小麦养心阴。诸药合用，益气固表，收敛止汗，使卫气得固，营阴内守，而病可愈。本方常用于病后、妇人产后身体虚弱，或肺痨之自汗或盗汗。

牡蛎散（《备急千金要方》卷十） 牡蛎、白术、防风各三两。上三味，研末下筛，酒服方寸匕，日二次。功能固涩止汗，兼能疏风。主治自汗、盗汗，以及体虚外感风邪引起的头痛等。

牡蛎散（《太平圣惠方》卷二十九） 牡蛎粉一两，麻黄根一两，杜仲（去粗皮，微炙，锉）一两，黄芪（锉）二两，白茯苓（原书脱用量），败蒲扇灰一两。上件药，捣筛为散，每服四钱，以水一中盏，煎至六分，去滓，不计时候，温服。功能固涩止汗，益气补肾。主治虚劳盗汗。

玉屏风散

本方见于《丹溪心法》卷三。是治疗气虚自汗的代表方剂。方由黄芪一两，白术二两，防风一两（《医宗金鉴》将三药均作等份）组成。上制为散，每服三钱，水一钟半，姜三片，煎服。现用法除作为粗末煎汤外，亦用饮片水煎服，用量按原方比例酌量。功能益气固表止汗。主治气虚自汗，以及虚人易感风邪，症见自汗恶风，面色皖白，舌质淡苔薄白，脉浮缓。

本方所治证乃气虚所致，气虚则卫外不固，故易致自汗，且易感受风邪。治宜益气实卫，固表止汗。方中黄芪益气固表，用为君药。臣以白术补气健脾，配伍黄芪以补脾而助气血之源，使气充血旺，则卫表得固而汗可止。佐以防风走表而祛风邪，合黄芪、白术以益气散邪。且黄芪得防风，固表而不致留邪；防风得黄芪，祛邪而不伤正，实系补中有疏，散中寓补之意。故李东垣说："黄芪得防风而其功益大，取其相畏而相使也。"本方与桂枝汤均能治表虚自汗之证，功用并不相同。桂枝汤在于解肌发表，调和营卫；本方在于益气祛邪，固表止汗，一散一固，各有侧重，当辨证运用。本方补散兼施，以补为主，若气虚自汗不止者，加党参、浮小麦、麻黄根、牡蛎以加强补气固表作用；表虚外感风寒，汗出不解，恶风，脉浮缓者，加桂枝、芍药、生姜、大枣以解肌发表，调和营卫。本方用于防治表虚易感风邪者，可制作散剂常服。亦可用本方加味防治小儿气管炎。

大补黄芪汤（《魏氏家藏方》卷四） 黄芪（蜜炙）、防风（去芦）、川芎、山茱萸肉（去核）、当归（去芦，酒浸）、白术（炒）、肉桂（去粗皮，不见火）、甘草（炙）、人参（去芦）、五味子各一两，白茯苓（去皮）一两半，熟干地黄（洗）二两，肉苁蓉（酒浸）三两。上药㕮咀，每服五钱，水一中盏半，生姜五片，枣子一枚，同煎至八分，去滓空心食前温服。功能调养气血。主治气血虚，自汗盗汗。

黄芪汤(《便产须知》,录自《普济方》卷三百五十三) 黄芪、白术、防风、熟地、牡蛎粉、白茯苓、麦门冬各等分(一方有甘草)。上药㕮咀,每服四钱,水一盏半,红枣二个,煎大半盏服。功能益气养血,固表止汗。主治产后汗出。

麻黄根散

本方见于《太平圣惠方》卷七十八。方由麻黄根、当归(锉,微炒)、黄芪(锉)、人参(去芦头)、甘草(炙微赤,锉)、牡蛎粉各半两组成。上药捣粗罗为散,每服四钱,以水一中盏,煎至六分,去滓,不计时候,温服。现用法除作为粗末煎剂外,亦用饮片,水煎服。功能固涩止汗,补气养血。主治产后虚汗不止。本方所治证属产后气血不足,以致虚汗不止,治宜固表止汗,补养气血。方中麻黄根、牡蛎固涩止汗,黄芪益气固表,配合人参、当归、甘草以补养气血。诸药合用,成为固涩与补益兼顾之方。如见恶风发热,兼有外感者,加桂枝、防风以发散表邪。

麻黄根汤(《傅青主女科·产后编》卷上) 人参二钱,当归二钱,黄芪(炙)一钱半,甘草(炒)五分,牡蛎(研)少许,浮小麦一大撮。功能固涩止汗,补气养血。主治产后虚汗不止。原书加减法:"虚脱汗多,手足冷,加黑姜四分,熟附子一片;渴加麦冬一钱,五味子十粒;肥白人产后多汗,加竹沥一盏,姜汁一小匙,以清痰火;恶风寒,加防风、桂枝各五分;血块不下,加熟地,晚服八味地黄丸。"

止汗散

本方出自《永类钤方》,录自《普济方》卷三百五十三。是从《太平惠民和剂局方》牡蛎散减味而成。方由牡蛎(煅,研粉)、小麦麸(炒令黄色,研为粉)各等份组成,上药和匀,煮生猪肉汁调下二钱,不拘时。现用法除用作散剂外,多作汤剂,水煎服。功能固涩止汗。主治产后盗汗不止及其他原因引起的盗汗。产后气血不足,营阴不能内守,多见自汗、盗汗之证,治宜固涩敛阴止汗。方中牡蛎善于止汗;小麦麸亦能止自汗、盗汗。两者合用,可加强疗效。临床亦可加补气养血之品如黄芪、当归,以增加疗效。本方亦可研成极细末,外用干撒或作扑粉用。

止汗散(《傅青主女科·产后编》卷上) 人参二钱,当归二钱,熟地一钱半,麻黄根五分,黄连(酒炒)五分,浮小麦一大撮,枣一枚。水煎服。功能益气养血,固涩止汗。主治产后盗汗。

当归六黄汤

本方出自《兰室秘藏》卷下。方由当归、生地黄、熟地黄、黄柏、黄芩、黄连各等份,黄芪加一倍组成。上为粗末,每服五钱,水二盏,煎至一盏,食前服。小儿减半服。功能滋阴清热,固表止汗。主治阴虚火旺,症见盗汗,发热,面赤口干,心烦唇燥,大便干结,小便黄赤,舌红,脉数。

本方所治盗汗之证,乃阴虚火扰所致,治宜滋阴清热为主。方用当归、生熟地黄以滋阴养血,配伍黄芩、黄连、黄柏之苦寒泻火,以治盗汗之本。"然此方之妙,则在于苦寒,寒则胜热,而苦复能坚之"。对于"阴愈虚则火愈动,火愈动则汗愈出"者,甚为适宜。尤妙在大苦大寒之中倍加黄芪以固表止汗,使之相得益彰,以收滋阴清热,固表止汗之功。故李东垣称其"治盗汗之圣药也"。若汗出过多者,加麻黄根、浮小麦、糯稻根、瘪桃干或龙骨、牡蛎等固涩之品。李时珍说:"当归六黄汤加麻黄根,治盗汗甚捷。"如纯虚而无火者,宜去黄连、黄芩、黄柏等苦寒药,加入玄参、麦冬等以养阴滋液;若见潮热咽干,尺脉旺盛者,此为肾火旺,可加知母、龟版以滋阴潜阳。本方性味苦寒者居多,若脾胃虚弱,纳减便溏者,则不宜用。

芍药汤(《普济方》卷三百五十三) 芍药(锉,炒)一两,当归(切,炒)三分,生干地黄(焙)二两,黄芪(锉)一两,石斛(去根)一两,白茯苓(去黑皮)一两。上药粗捣筛,每服三钱匕,水一盏,煎至七分,去滓,温服,日三次。功能益气养血止汗。主治产后虚汗不止,虚烦愦闷。

生地黄煎(《景岳全书·古方八阵》卷五十七) 生地、当归、黄芪(炙)、甘草(炙)、麻黄根、浮小麦、黄连、黄芩、黄柏各一钱。水一钟半,煎八分,食远服。功能滋阴清热,固表止汗。主治阴虚火旺引起的盗汗。

九仙散

本方出自《卫生宝鉴》卷十二。方由人参、款冬花、桑白皮、桔梗、五味子、阿胶、乌梅各一两,贝母五钱,御米壳(去顶,蜜炒黄)八两组成。上药为末,每服三钱,白汤点服,嗽痰止后服。功能敛肺止咳,益气养阴。主治久咳不已,肺虚气弱,干咳无痰,咳甚则气喘自汗,脉虚数者。本方主治久咳不已,以致肺气耗散,肺阴亏损。久咳伤肺故用人参、阿胶补气益肺,乌梅、五味子、御米壳敛肺止咳,复用款冬花、桑白皮、贝母、桔梗止咳平喘,宣肺化痰,合而用之,具有敛肺止咳,益气养阴之效。但方中罂粟壳用量甚重,收敛之力特甚,当用于干咳无痰者为宜,否则不可妄投。凡外感咳嗽,表邪未解者,或不论新久咳嗽,而痰涎壅盛者均忌用。

金锁固精丸

本方见于《医方集解》。为治肾虚遗精滑泄的常用方剂。方由沙苑蒺藜(炒)、芡实(蒸)、莲须各二两,龙骨(酥炙)、牡蛎(盐水煮一日一夜,煅粉)各一两组成。莲子粉糊为丸,盐汤下。现用法上药共为细末,水泛为丸,如绿豆大,每服三钱,空腹时淡盐汤送服。功能补肾涩精。主

治肾虚所致的遗精滑泄，盗汗，腰酸，耳鸣，四肢倦怠等症。

本方所治为肾虚精关不固所致，治宜固肾涩精。方中以沙苑蒺藜补肾益精为主药，辅以芡实、莲子补益脾肾，并助收涩，更以莲须、龙骨、牡蛎收敛涩精，合而成为补肾涩精之剂。盖肾者受五脏六腑之精而藏之，肾虚则封藏失职，精液外泄，故本方补肾与收涩并用。临床运用时，本方加入五味子、金樱子、菟丝子等效果更好。如偏于肾阳虚者，可酌加补骨脂、肉苁蓉、淫羊藿、山萸肉或熟附子之类；如偏于肾阴虚者，可酌加生地、龟版、女贞子等；如阴虚有火者，则可加入知母、黄柏，或合大补阴丸同用。如属肝经湿热下注，或心肝火旺所致的遗精，一般不宜使用。

金锁正元丹(《太平惠民和剂局方》卷五) 五倍子、茯苓(去皮)各八两，紫巴戟(去心)十六两，补骨脂(酒浸炒)十两，肉苁蓉(净洗，焙干)、葫芦巴(炒)各一斤，龙骨、朱砂(另研)各三两。上为细末，入研药令匀，酒糊为丸，如梧桐子大，每服十五至二十丸，空心食前浸酒吞下，或盐汤亦可。功能温补肾阳，宁心收涩。主治真气不足，元脏虚弱，体倦腰酸，头昏耳鸣，鬓发脱落，遗精盗汗，小便频数等症。

金锁丹(《普济本事方》卷三) 又名茴香丸。舶上茴香、胡芦巴、破故纸(炒香)、白龙骨各一两，木香一两半，胡桃肉(研)三十个，羊肾三对(破开，盐半两，擦炙熟，研如泥)。前五味为末，后二味同研成膏，和酒浸蒸饼杵熟，丸如梧子大，每服三五十丸，空心温酒下。功能温阳，补肾，涩精。主治精关不固，遗精梦泄。

固精丸(《济生方》卷四) 肉苁蓉、阳起石、鹿角茸、赤石脂、巴戟、韭子、白茯苓、鹿角霜、龙骨、附子各等份。为细末，酒糊为丸，如桐子大，每服七十丸，空心盐酒或盐汤下。功能补肾温阳，涩精。主治嗜欲过度，劳伤肾经，精关不固，梦遗白浊。

固本锁精丸(《证治准绳·类方》第六册) 山药、杞子、北五味、山萸肉、锁阳、黄柏、知母各二两，人参、黄芪、石莲肉、海蛤粉各二两半。为细末，另用白术六两，切碎用水五碗煎至二碗取汁，将术捣烂，再用水五碗煎二碗，去渣，与煎汁同熬至一碗如膏，同药末搜和为丸，如桐子大，每服六七十丸，空心盐汤或温酒下。功能益气补肾，收敛涩精。主治元阳虚惫，精气不固，梦遗泄精及盗汗等症。

经进萃仙丸

本方出自《张氏医通》卷十四。方由沙苑蒺藜八两(取细末四两入药，留粗末四两同金樱子熬膏)，山茱萸(酒蒸，去核取净)四两，芡实(同枸杞捣)四两，白莲蕊(如无，以莲须代)四两，枸杞子四两，川断二两，覆盆子二两，菟丝子二两，金樱子(去净毛子)二两组成。上八味为细末，以所留蒺藜粗末同金樱子熬膏，入前药末拌匀，再加炼白蜜为丸，如梧子大，每服八十丸，渐加至百丸，空心淡盐汤送下。功能平补脾肾，收涩固精。主治脾肾两虚，精关不固，梦遗泄精，腰酸足软，头晕乏力，尺脉虚软者。本方主治精关不固。方中重用蒺藜，以此为主，补益肝肾而性兼收涩；再以山萸肉、莲蕊、覆盆子、金樱子收敛涩精为辅；复以枸杞子、川续断、芡实、菟丝子平补肝脾肾三脏。务使肾关得固，封藏复职，则精液自不外溢。总观此方，脾肾兼顾，标本并治，性味和平，故适用于脾肾两虚之遗精。凡湿热遗精者当忌。

既济固真丹(《证治准绳·类方》第六册) 白茯苓、沉香、肉苁蓉、北五味、附子、龙骨各一两，川巴戟、当归、川椒(去目)各半两，柏子仁(炒)、金铃子(去核，炒)、菟丝子、益智仁、补骨脂(炒)各二两。上为细末，酒糊为丸，如梧桐子大，以辰砂三钱为衣，每服五七十丸，空心盐酒汤送下。功能温补收涩。主治精神恍惚，头目昏眩，阳道痿弱，遗沥失精，阴湿多汗等。

秘元煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由金樱子(去核)二钱，五味子十四粒(畏酸者去之)，枣仁(炒，捣碎)二钱，芡实(炒)二钱，山药(炒)二钱，远志(炒)八分，白术(炒)、茯苓各半钱，人参一二钱，炙甘草一钱组成。水二钟，煎七分，食远服。功能收敛固涩，健脾益气。主治心脾两虚，肾失封藏，梦遗泄精，带下白浊，思虑劳倦、心神不安，腰酸等症，张景岳认为："精之藏制虽在肾，而精之主宰则在心，故精之蓄泄，无非听命于心"，所以用五味子、枣仁、远志宁心安神；脾虚湿胜而带下白浊，故用四君子汤健脾益气；更加山药、芡实补脾而兼收涩；肾失封藏，则精液外泄，故重用金樱子补肾涩精。心脾肾三藏俱安，则诸症可除。原书加减："如觉有火者，可加苦参一二钱；如气大虚者，可加黄芪二三钱。"使用时应注意，湿热遗精，或湿热带下均不宜用。

固真丸(《景岳全书·新方八阵》卷五十一) 菟丝子(洗净，用好酒浸三日，煮极熟，捣膏晒干)一斤，牡蛎(煅)四两，金樱子(去子蒸熟)四两，茯苓(酒拌蒸晒)四两。为蜜丸，每服三钱，空腹好酒或盐汤送下。功能补肾固精。主治肾虚梦遗滑精。

秘真丸

本方见于《丹溪心法》卷三。莲蕊一两，白茯苓各半两，益智仁一两，黄柏(酒炒)二两，甘草(炙)二两，半夏一两，猪苓二钱半。上药为末，水浸，蒸饼丸，梧子大，服五十丸，空心酒下。功能秘固真元，降火涩精。主治阴虚火旺，遗精，早泄。本方所治其病原在于心火过旺，肾水不足，以致心有所欲，速于感动，应之于肾，疾于施泄。故以

黄柏苦寒泻火为主，使火降则阴无所犯，肾之真元得以固秘；更加莲蕊、益智仁以固涩，助其收敛；又用砂仁、茯苓、猪苓、半夏理气和中，使涩中有疏，以免固秘太过，反使邪气留滞；再用甘草调和诸药。共成降火秘真之剂。

秘真丹（《医学衷中参西录》）　五倍子（去净虫粪）一两，粉甘草八钱。上二味共轧细，每服一钱，竹叶煎同送下，日再服。功能收敛涩精。主治诸淋证已愈，因淋久气化不固，遗精白浊者。

秘精丸

本方见于《证治准绳·类方》第六册。方由大附子（炮，去皮脐）、龙骨（煅通赤）、肉苁蓉（酒浸一宿）、牛膝（酒浸，焙干）、巴戟（去心）各一两组成。上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心盐酒或盐汤下。功能温肾涩精。主治元气不固，遗精梦泄，腰酸足软，畏寒肢凉，舌胖，脉沉迟微弱者。本方所治证属肾阳不足，真元不固，遗精梦泄。故用附子温补肾阳，配肉苁蓉、巴戟、牛膝以助温肾补益，强壮下元。前人有"阳虚阴必走"之说，肾主封藏，肾阳不足，真元不固，故亦可致阴精走泄。所以本方重在温补肾阳，再配龙骨收敛固涩，相辅相成。如阴虚而封藏失职者，本方并不合适，当选九龙丹之类。阴虚有火者当忌用。

秘精丸（《医学心悟》卷三）　白术、山药、茯苓、茯神、莲子肉（去心，蒸）各二两，芡实四两，莲花须、牡蛎各一两五钱，黄柏五钱，车前子三两。共为末，以金樱膏为丸，如桐子大，每服七八十丸，开水送下。气虚者，可酌加人参。功能涩精安神，清利湿热。主治湿热遗精。亦可用于湿热带下及白浊。本方与上方虽属同名，但功能主治各别。上方重在温补肾阳，故当用于肾阳不足之滑精证；本方为收涩与清利湿热并用之剂，故适用于遗精滑泄之属湿热者。

九龙丹

本方见于《证治准绳·类方》第六册。方由枸杞子、金樱子（去核）、莲花须、芡实（去壳）、莲肉、山萸肉、当归（酒洗）、熟地黄（酒蒸，另研）、白茯苓各二两组成。上药为末，酒糊为丸，如桐子大，每服百丸，或酒、或盐汤送下。功能收敛涩精，养阴补肾。主治滑精，头晕，眼花，腰膝酸软，困倦无力，脉软细弱者。本方主治滑精，故以金樱子、莲须收涩固精。肾主封藏，封藏失职，故精滑自出，所以再用枸杞子、芡实、当归、莲子、山萸肉、地黄补肾益阴，以复其封藏之职，使精不外溢。且方中金樱子与芡实相配，即是水陆二仙丹意，固真元，秘精气，为治滑精之专方。另外再伍以白茯苓乃仿六味地黄丸意，补中有泻，使补不恋邪。但遗精属于湿热重者应忌用。

水陆二仙丹（《洪氏集验方》）　芡实一斤（捣碎，晒干为末），金樱子膏一斤。为丸，如梧桐子大，每服盐汤下五十丸。功能补脾益肾，收涩固精。主治遗精白浊。

九龙丹（《外科正宗》卷三）　儿茶、血竭、乳香、没药、巴豆（不去油）、木香各等份。为末，生蜜调成一块，磁盒盛之，临时旋丸，豌豆大，每服九丸，空心热酒一杯送下，大便行四五次，方吃稀粥。肿甚者，间日再用一服。功能活血散瘀，消肿排毒。主治鱼口，便毒，骑马痈，横痃初起未成脓者；亦治花柳余毒，小便淋浊。

桂枝加龙骨牡蛎汤

本方出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》。方由桂枝、芍药、生姜各三两，甘草二两，大枣十二枚，龙骨、牡蛎各三两组成。上七味，以水七升，煮取三升，分温三服。功能平补阴阳，潜镇摄纳。主治下元亏损，阴阳两虚，男子梦遗滑精，少腹弦急，阴头寒，目眩发落，及女子梦交，脉极虚芤迟，或芤动微紧；亦可治下焦虚寒，遗尿，少腹拘急，脐下动悸。本方治证属阴阳两虚，阳不固阴所致，治宜平补阴阳，潜镇摄纳。方中桂枝、甘草、生姜、大枣辛甘化阳；芍药、甘草、大枣酸甘化阴；龙骨、牡蛎潜镇浮阳，摄纳阴精。诸药相伍，使阳气能固，阴精能守，两者互相维系，则梦交遗泄可愈。《金匮要略论注》说："桂枝汤外证得之能解肌去邪气，内证得之能补虚调阴阳；加龙骨、牡蛎者，以失精、梦交为神精间病，非此不足以收敛其浮越也。"

桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤（《伤寒论·辨太阳病脉证并治》）　桂枝（去皮）三两，甘草（炙）二两，生姜（切）三两，大枣（擘）十二枚，牡蛎（熬）五两，蜀漆（洗去腥）三两，龙骨四两。上七味，以水一斗二升，先煮蜀漆减二升，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升。功能通阳，镇惊，安神。主治火劫亡阳，心神浮越，惊狂，卧起不安。

二加龙骨汤（《小品方》方，录自《外台秘要》卷十六）即桂枝加龙骨牡蛎汤去桂枝，加白薇、附子各三分。功能温阳摄阴，清透浮热。主治阴阳两虚，阴不敛阳，阳不摄阴，失精梦交，少腹弦急，目眩发落，午后发热汗出，脉虚弱者。

桑螵蛸散

本方出自《本草衍义》卷十七。方由桑螵蛸、远志、菖蒲、龙骨、人参、茯神、当归、龟版（醋炙）各一两组成。上药为末，夜卧时人参汤调下二钱。现用法亦可作汤剂，水煎分服。功能调补心肾，安神定志，涩精止遗。主治小便频数，或溺后遗沥不尽，或小儿遗尿，或尿如米泔，或梦遗失精，或心神恍惚，健忘，舌淡苔白，脉细弱者。

本方所治证属心肾不足，失于敛摄所致。治宜调补心肾，涩精止遗。方中桑螵蛸补肾涩精止遗，龙骨涩精安神，用为君药。再臣以人参（或用党参）、茯神、菖蒲、远志益气安神定志，交通心肾；佐以当归、龟版养血滋阴，合君

药以育阴填精，合臣药以调补气血，同时，菖蒲合远志、龙骨合龟版皆为交通心肾之剂，使心肾交通，则健忘、遗溺等症自失。本方为治疗心肾不足而小便频数或遗尿滑精者，尤宜于遗尿或时欲尿而不能控制属肾亏者，以遗尿，心神恍惚，舌苔淡白，脉象细弱为辨证要点；如用于遗精滑精属肾虚者，可酌加山萸肉、潼蒺藜以固肾涩精；亦可应用于糖尿病属肾虚者，可酌加淮山药、地黄、萸肉之类，以补肾滋阴；对于神经衰弱的滑精、健忘、心悸、失眠等，可酌加五味子、酸枣仁、柏子仁等以养心安神。但下焦湿热蕴甚，小便频数，溺赤涩痛者，忌用本方。

桑螵蛸散（《证治准绳·女科》卷三） 桑螵蛸（炒）三十枚，鹿茸、牡蛎粉、甘草各二两，黄芪五钱。研为细末，每服一钱，食前姜汤调下。功能温肾补涩。主治妇人虚冷，小便数。

桑螵蛸汤（《证治准绳·类方》第八册） 桑螵蛸（炙）十枚，当归、白术（米泔浸，炒）、白茯苓（去皮）、官桂（去粗皮）、附子（炮）、牡荆子、磁石（火煅，醋淬）、菖蒲（米泔浸，焙）、干地黄（焙）各一两，大黄（锉炒）、细辛（去苗）、川芎、牡丹皮各半两。上药㕮咀，每服三钱匕，先以水三盏，煮猪肾一只，取汁一盏，去肾入药，煎至七分，去滓，食前温服。功能温肾开窍。主治肾虚耳聋。

缩泉丸

本方出自《魏氏家藏方》卷六。原名固真丹。方由乌药、益智仁各等份组成。上药为末，酒煮山药末为糊，丸桐子大，每服七十丸，盐酒或米饮下。功能温肾缩尿。主治脬气虚寒，小便频数，或夜睡遗尿，或溺有余沥等。本方主治下元虚冷，溺频遗尿之证。故以益智仁温补下元，固精缩尿；乌药温膀胱气化；更用山药糊丸，健脾补肾，并略兼收涩，以止遗溺。肾与膀胱为表里，肾气不足，下元虚冷，则膀胱亦必虚寒而失于约束，《内经》说："膀胱不约为遗溺"，故此证是下焦虚冷而失于约束所致。用本方温暖下焦，复其约束之功，则其证可愈矣。

三仙丸（《世医得效方》卷七） 益智仁（盐二两炒，去盐）二两，乌药（炒）一两半，山药（为末打糊）一两。上为细末，用山药末煮糊为丸，如梧桐子大，朱砂为衣，每服五十丸，空心临卧盐汤送下。功能温肾收涩安神。主治梦遗泄精。此方重用益智仁温补下元，更用朱砂为衣，以镇心安神，故可用于下元虚冷，精关不固，心肾不交，梦遗泄精之证。

益智仁散（《补要袖珍小儿方论》） 益智子（和皮锉碎）二十个，赤茯苓三钱。用水一碗煎至六分，临睡热服。功能补肾止遗。主治肾虚夜多小便。

沈氏闳泉丸

本方出自《杂病源流犀烛》卷七。方由黑山栀、白蔹、白芍、茯苓、白术、益智仁组成。上药为细末，为丸，每服一二钱，日二次，温开水送下。功能清热收敛，闳泉治遗。主治膀胱与心经有热，小儿睡中遗尿，心神不安者。本方所治证属膀胱与心经有热所致。故方以黑山栀清泄三焦膀胱之热，白蔹苦寒人心、肝、脾经，与山栀相配，可以清心经之热而安神，如是则膀胱火清，开合可复；心经火清，则心神可安，而遗尿可愈。更恐热邪伤阴，故配白芍以养阴收敛，并加白术健脾和中，益智仁温补收涩，使不过寒，补而且涩，全方配伍，堪称得当。凡属虚寒遗尿者当忌用。

固脬丸（《奇效良方》卷二十六） 菟丝子（制）二两，茴香一两，附子（炮，去皮脐）、桑螵蛸（炙）各半两，戎盐一分。上为细末，酒煮面糊为丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心米饮送下。功能补肾温阳，固脬缩尿。主治肾阳亏虚，小便不禁。

沈氏固胞汤（《杂病源流犀烛》卷七） 桑螵蛸（酒炒）、全当归（酒炒）、茯神、茺蔚子、升麻各二钱，黄芪（酒炒）五钱，沙苑子、山萸肉各三钱，生白芍钱半。另用羊小肚子一个，煎汤代水煎药。功能补益脾肾，升阳益气。主治脾肾两虚，产后小便不禁，或由脬损所致者。

巩堤丸

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由熟地二两，菟丝子（酒煮）二两，白术（炒）二两，北五味、益智仁（酒炒）、故纸（酒炒）、附子（制）、茯苓、家韭子（炒）各一两组成。上药为末，山药糊丸，如桐子大，每服百余丸，空心滚汤或温酒下。功能温补脾肾，固肾缩尿。主治命门火衰，小便不禁，或溺后遗沥不尽。本方所治证属肾气不足，气化无权，膀胱固摄失约所致。方中附子、补骨脂、家韭子、熟地黄温补肾阳；白术、山药、茯苓补气健脾，因补脾亦能助肾固摄；小便不禁，更配益智仁温脾暖肾，固摄缩尿；五味子酸温人肺肾，上则滋化源，下则固肾。本方配伍，是侧重温补脾肾，以治本为主，本不虚，则下焦自能关固堤巩，小便不禁自愈。原书加减："如兼气虚，必加人参一二两，更妙。"

纯阳真人养脏汤

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。又名养脏汤、真人养脏汤。方由人参、当归（去芦）、白术（焙）各六钱、肉豆蔻（面裹煨）半两，肉桂（去粗皮）、甘草（炙）各八钱，白芍药一两六钱，木香（不见火）一两四钱，诃子（去核）一两二钱，罂粟壳（去蒂盖，蜜炙）三两六钱组成。上药锉为粗末，每服二大钱，水一盏半，煎至八分，去滓，食前温服。现除作为粗末煎剂外，亦用饮片煎汤服，用量按原方酌情增减。功能涩肠止泻，温中补虚。主治泻痢日久，脾肾虚寒。症见泄泻或痢下赤白，日夜无度，腹痛喜温喜按，倦

息食少，舌质淡苔白，脉沉迟，以及脱肛下坠等。

本方为泻痢日久，脾肾虚寒而设，治以固涩和温补兼顾立法。方中诃子皮、罂粟壳涩肠止泻；人参、白术甘温益气，健脾补中，共为君药；臣以辛热的肉桂、肉豆蔻温肾阳、暖脾土以增强固涩温补的作用；泻利日久，则耗伤阴血，故以当归、芍药以养血和阴；脾虚气滞，故用木香以醒脾理气；佐以甘草和中健脾，合芍药以缓急止痛。诸药合用以收涩肠止泻，温中补虚之功。临床运用本方治疗虚寒性泻痢，以大便滑脱不禁，舌淡苔白，脉沉迟为辨证要点。对脱肛由于气虚下陷者，治宜大补元气，或加少量升麻、柴胡以升提之。若便下完谷不化，四肢不温，脉沉微者，此为脾肾虚寒较甚，可加干姜、附子以加强温里祛寒的作用。原书加减法："如脏腑滑泄夜起久不瘥者，可加炮附子三、四片煎服。"现临床上常用本方加减治疗慢性结肠炎、慢性痢疾，日久不止，属于脾肾虚寒者。对于泻痢初起，邪实而积滞不去者，不宜使用。服本方时忌食酒面、生冷、鱼腥、油腻之品。

固肠散(《证治准绳·类方》第六册) 陈米(炒)二十两，木香(不见火)一两，肉豆蔻(生用)、罂粟壳(去蒂盖，蜜炙)各二两，干姜(炮)、甘草(炙)各二两半。上为细末，每服二钱，酒一盏，生姜二片，枣一枚，煎至七分，不拘时温服。如不饮酒，水煎亦可，忌酒面鱼腥等物。功能涩肠止泻，温中理气。主治脾胃虚弱，内受寒气，泄泻注下，水谷不分，冷热不调，下痢脓血，赤少白多，或如鱼脑肠滑，腹痛频作，伴心腹胀满，食减乏力。

桃花汤

本方出自《伤寒论·辨少阴病脉证并治》。是涩肠止泻的代表方剂。方由赤石脂一斤(一半全用，一半筛末)，干姜一两，粳米一升组成。上三味，以水七升，煮米令熟，去滓，温服七合，纳赤石脂末一方寸匕，日三服。若一服愈，余勿服。现用法为水煎服，赤石脂包煎。功能涩肠止泻。主治久痢不愈，症见下痢脓血，色黯不鲜，腹痛喜温喜按，舌质淡苔白，脉迟弱，或微细。

本方所治证属久痢不愈，脾肾阳气衰微所致，治宜温补固涩。方中赤石脂涩肠固脱，《名医别录》谓其："疗腹痛肠澼，下利赤白"，故取其性重而涩，暖下焦以固脱，为君药；臣以干姜温中散寒，以振奋脾阳；粳米养胃和中为使，助赤石脂、干姜以厚肠胃。诸药合用，共奏涩肠止痢之效。若脾肾俱虚，阴寒内盛，见手足厥逆，脉沉微者，宜加附子以增强温脾暖肾之效；如腹痛甚者，可加肉桂以温中止痛。对于肠风下血，日久不止，以致中焦虚寒，口淡，面色苍白者，干姜可改用炮姜，既能止血，又能温中散寒。本方现常用于治疗痢疾后期、伤寒肠出血、慢性肠炎、溃疡病、带下等而属于脾肾阳虚者。

大桃花汤(《备急千金要方》卷十五) 赤石脂、干姜、当归、龙骨、牡蛎各三两，附子二两，白术一升，甘草、芍药各一两，人参一两半。上十味㕮咀，以水一斗二升，煮术取九升，纳诸药，煮取三升，分三服。便脓者加厚朴三两，呕者加橘皮三两。功能补气养血，涩肠止泻。主治久痢不愈，气血虚弱，腹痛隐隐，面色苍白，舌淡，脉沉细者。

桃花粥(《温病条辨》卷三) 人参三钱，炙甘草三钱，赤石脂(细末)六钱，白粳米二合。水十杯，先煮参、草，得六杯，去渣，再入粳米，煮得三杯，纳石脂末三钱，顿服；利不止，再服第二杯，如上法，利止后停服。功能补气涩肠止泻。主治温病七八日以后，脉虚数，舌绛苔少，下利日数十行，完谷不化，身虽热者。

赤石脂禹余粮汤

本方出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治下》。方由赤石脂(碎)一斤，太一禹余粮(碎)一斤组成。上二味，以水六升，煮取二升，去滓，分温三服。功能涩肠止泻。主治下利久不止，滑脱不禁之证；或由于误治而致下利不止者。本方所治证属久利而滑脱所致，治宜涩肠固脱。方中赤石脂收涩以止泻固脱，禹余粮重以固下。两味同用，对下利久不止，肠道滑脱不禁者，有较好的涩肠止泻作用。柯琴说："凡下焦虚脱者，以二物为本，参汤调服最效。"但本方对正虚而余邪未解者，酌加潞党参、焦白术等健脾益气之品；如见肢冷、脉沉等脾肾阳虚见症者，加干姜、附子以温补脾肾之阳。如运用本方后下利仍不止者，可以适当用利小便之品。

赤石脂散(《阎氏小儿方论》) 真赤石脂(拣去土)、伏龙肝各等份。上药为细末，每用半钱敷肠头上，频用。功能涩肠固脱。主治久痢，脱肛。

万金丸(《杂病源流犀烛》卷四) 赤石脂、炮姜各一两，胡椒五钱。醋糊丸，空心，米饮下五、七丸。功能温中涩肠。主治大肠滑泄而小便精出者。

四神丸

本方见于《校注妇人良方》卷八。是从《普济本事方》二神丸和五味子散两方组合而成。方由破故纸(炒)四两，肉豆蔻(生用)二两，五味子二两，吴茱萸四两组成。上药为末，用大红枣四十九枚，生姜四两，切碎，同枣用水煮熟，去姜，取枣肉和药丸，桐子大，每服五十丸，空心盐汤下。现用法为除作丸剂外，亦作汤剂，水煎服。功能温肾暖脾，固涩止泻。主治脾肾虚寒，症见五更泄泻，不思饮食，或食而不化，或腹痛，神疲乏力，舌淡苔薄白，脉沉迟无力。

本方所治证属脾肾阳虚有寒所致。汪昂说："久泻皆由肾命火衰，不能专责脾胃"，故治宜温肾暖脾，涩肠止泻。方中补骨脂为辛温之品，善补命门之火，又能温散寒邪，以温肾暖脾，为君药；臣以吴茱萸温中散寒，肉豆蔻温脾暖胃，涩肠止泻。两者相配，脾肾兼治，使命门火足则

脾阳得以健运，温阳涩肠之力相得益彰。五味子酸敛固涩，合君药以敛精气，用生姜温胃散寒，大枣补脾养胃，共为佐使。若久泻气陷兼见脱肛者，宜加益气升提之药，如党参、黄芪、升麻、柴胡等；食后腹胀，脾虚气滞者，少加砂仁、陈皮、神曲、山楂等理气消导之品；肾阳虚甚，泄泻无度，腰酸肢冷者，加菟丝子、附子、肉桂以温肾阳。本方可用于慢性腹泻、肠结核等属脾肾虚寒之久泻或五更泄泻者。

二神丸（《普济本事方》卷二） 破故纸（炒香）四两、肉豆蔻（生）二两。上为细末，用大肥枣四十九个，生姜四两，切片同煮，枣烂去姜，取枣剥去皮核用肉，研为膏，入药和杵，丸如梧子大，每服三十丸，盐汤下。功能温肾暖脾。主治脾肾虚弱，全不进食。

五味子散（《普济本事方》卷二） 五味子（拣）二两，吴茱萸（细粒绿色者）半两。上二味同炒香熟为度，细末，每服二钱，陈米饮下。功能温里散寒，涩肠止泻。主治肾泄。

澹寮四神丸（《澹寮集验秘方》，录自《证治准绳·类方》） 肉豆蔻（生）二两，破故纸（炒）四两，茴香（炒）一两，木香半两（一方去木香、茴香，入神曲、麦芽）。上药为细末，生姜煮枣肉为丸，如梧子大，盐汤下。功能温肾理气，涩肠止泻。主治肾泄、脾泄。

遇仙立效散

本方出自《太平惠民和剂局方》卷六。又名遇仙立效饮子。方由御米壳（去蒂盖，炒黄）、川当归（洗）、甘草各二两，赤芍药、酸榴皮、地榆各半两。上为粗散，每服三钱，水一盏半，煎至七分，空心温服。小儿量岁数加减。忌生冷、油腻、腥臊等物。功能涩肠止泻，和血止痛。主治久痢，便下赤白，脓血相杂，里急后重，脐腹绞痛，或下五色，或如鱼脑，日夜无度，或噤口不食者。

痢疾一证，病久不愈则邪气既衰，正气亦虚，故虽然痢下赤白，里急后重，亦宜邪正兼顾。方中石榴皮酸涩涩肠，止泻止血，地榆治"赤白痢并水泻"，与石榴皮配合应用可以增强止痢之功。御米壳（即罂粟壳）涩肠止泻之功较好，方中用量较重（二两），为石榴皮的四倍，说明立意在于固涩，但对久痢而湿热未尽者，用量可适当减少。川当归养血和血，与芍药、甘草同用，可以加强缓急止痛之效。对于痢久而正气虚弱者，加党参、白术以补气；里急后重明显者，可加木香以调气。但痢疾初起湿热蕴阻兼有积滞者。忌用。

必效饮子（《传信适用方》卷二） 罂粟壳二钱半，木香二钱半，甘草（炙）二钱，地榆二钱。上药为末，每服二钱，米饮调下。功能涩肠止泻，理气化湿。主治赤白痢。

固肠丸（《世医得效方》卷五） 吴茱萸（捡净）、黄连（去须）、罂粟壳（去穰蒂）各等份。上药为末，醋糊为丸，如梧子大，每服三十丸，空腹米饮下。功能涩肠止泻，清热化湿。主治脏腑滑泄，昼夜无度。本方证为久泻中虚，湿热未尽，故以吴茱萸配黄连清热化湿，罂粟壳以固涩止泻。

大宁散（《卫生宝鉴》卷十八） 黑豆二十粒，甘草（生用）二寸半，粟壳（去须蒂，半生半炒）二个。上为粗末，作一服，水一盏半，生姜三片，煎至七分，去滓，食前温服。功能健脾补气，涩肠止泻。主治妊娠下痢赤白，及泄泻，腹中疼痛者。

诃子皮散

本方出自《兰室秘藏》卷下。又名诃子散。是从《金匮要略》诃黎勒散加味而成。方由御米壳（去蒂壳，蜜炒）、橘皮各五分，干姜（炮）六分，诃子（煨，去核）七分组成。上药为细末，作一服，水二盏，煎至一盏，和渣，空心热服。功能涩肠固脱，温中祛寒。主治虚寒泄泻，肠鸣腹痛，米谷不化，脱肛不收，或大便中带脓血者。本方所治证属中焦虚寒，不能固涩所致，治宜温里和固涩并施。方中诃子酸涩，止泻固脱为主；配伍御米壳（即罂粟壳）能涩肠止泻；再配炮姜以温中祛寒而补脾阳；橘皮调理气机。诸药合用，使中焦得以温养，而达到涩肠固脱的目的。若脾虚气弱者，加党参、白术以健脾补气；腹痛甚者，加白芍、炙甘草以缓急止痛。如属湿热痢而便下脓血者忌用。

诃黎勒散（《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》） 诃黎勒（煨）十枚。上为散，粥饮和，顿服。功能固涩止泻。主治慢性泄泻，矢气频转。

诃子散（《三因极一病证方论》卷九） 诃子（炮，去核）、甘草（炙）、厚朴（姜制炒）、干姜（炮）、草果（去皮）、陈皮、良姜（炒）、茯苓、神曲（炒）、曲蘖（炒）各等份。上药为末，每服二钱，用水一盏，煎七分，入盐服。功能涩肠止泻，温中祛寒，理气止痛。主治心脾冷痛不可忍，及老幼霍乱吐泻。

诃黎勒丸（《济生方》卷四） 诃黎勒（面裹煨）、附子（炮，去皮脐）、肉豆蔻（面裹煨）、木香（不见火）、吴茱萸（炒）、龙骨（生用）、白茯苓（去皮）、荜拨各半两。上药为末，姜汁煮糊为丸，如桐子大，每服七十丸，空心米饮下。功能固涩止泻。主治脾肾虚寒，肠鸣泄泻，腹胁气痛，饮食不化。

诃子丸（《普济本事方》卷四） 诃子（去核）、川姜（炮）、肉豆蔻、龙骨、木香、赤石脂、附子（炮，去皮脐）各等份。为细末，糊丸如梧子大，每服四十丸，米饮下。功能涩肠止泻，温中理气。主治脾胃不和，泄泻不止，日久不愈。

没石子丸

本方见于《世医得效方》卷六。方由白术、白茯苓各三钱，白姜（切片，略炒）、诃子（纸裹，炮，去皮）、赤石脂（另研）、丁香（不见火）各二钱，肉豆蔻（面裹，炮）、没石子

(面裹,炮)各二两(原书无用量,据《奇效良方》卷十三补入)组成。上药和匀,用汤泡蒸饼为丸,小梧桐子大,每服三四十丸,食前米饮吞下,一日三四服(枣肉为丸亦可)。功能涩肠止泻,温中健脾。主治脏腑气虚,大便滑泄不禁,次数频繁,身体羸瘦,饮食减少,或赤白痢,时久不愈,腹部隐痛,肢冷,脉沉微等。

本方证为久泻久痢、滑脱不禁而设,从涩肠止泻,温中健脾立法。方中没石子(即没食子),性味苦温,功能在于涩肠止泻,《药性论》谓其治"大腹冷,滑利不禁";配伍肉豆蔻、诃子、赤石脂三味,均为涩肠固脱之品;白姜(即干姜),与丁香合用,能温中祛寒;白术、茯苓健脾渗湿。综观全方,是温补与固涩同用,亦属标本兼治之法。

没石子散(《普济方》卷二百十一)　没石子半两,黄连一两,干姜一钱,白茯苓半两,当归一两,厚朴一两。上捣罗为细散,每服二钱,粥饮调下,不计时候。功能涩肠止泻,调和肠胃。主治痢疾白多赤少。

龙骨丸

本方见于《太平圣惠方》卷九十三。方由白龙骨一分,胡粉(炒微黄)三钱,黄连(去须,微炒)一分,黄柏(微炒,锉)一分,诃黎勒(煨,用皮)一分,白矾(烧令汁尽)半两,干姜(锉,微炒)半两,当归(锉,微炒)半两,木香一分组成。上药捣罗为末,炼蜜和丸,如绿豆大,每服以粥饮下五丸,日三四服,量儿大小,临时加减。功能固涩止痢,清热燥湿。主治小儿湿热痢疾,日久不止,便下赤白,腹痛,里急后重,舌苔白腻罩黄。

本方所治证属湿热痢疾经久不愈,以致滑脱不禁,但湿热之邪减而未尽,故治宜固涩与清热燥湿并用。方中白龙骨收敛固涩,用为君药;臣以诃子涩肠止泻,黄连、黄柏苦寒,清热燥湿;佐以炒干姜温中止血,木香调气导滞,当归和血止痛,使气行血活,可提高对里急后重与便脓血的疗效。白矾经火煅后,即为枯矾,内服亦能涩肠止泻,以增强龙骨的收涩作用。胡粉功能杀虫解毒,涩肠止痢。综观全方,是为固涩与清热结合运用的方法。方中胡粉,即是铅粉,有毒,服时应控制剂量,并不能久服。本方主治久痢之证,如痢疾初起而湿热积滞甚者,慎用。

七味散(《备急千金要方》卷十五)　黄连八分,龙骨、赤石脂、厚朴各二分,乌梅肉二分,甘草一分,阿胶三分。上药研细下筛,浆水服二方寸匕,小儿一钱匕,日二次。功能清热燥湿,涩肠止泻。主治痢疾时久不瘥。

龙骨丸(《太平圣惠方》卷九十三)　龙骨半两,黄连(去须,微炒)半两,白石脂半两,白矾(烧令汁尽)半两,干姜(炮裂,锉)半两。上药捣罗为末,醋煮面糊和丸,如麻子大,每服以粥饮调下五丸,日三四服,量儿大小加减。功能固涩止痢。主治小儿冷热不调,时有洞泄,下痢不止。

大断下丸(《世医得效方》卷五)　附子(炮)、肉豆蔻、牡蛎(煅)各一两,细辛、干姜(炮)、良姜、白龙骨、赤石脂、酸石榴皮(醋炙干为度,焙干)各一两半,白矾(枯)、诃子(去核)各一两。上药为末,糊丸如梧子大,每服三十丸,粟米汤下。功能温补脾肾,涩肠止泻。主治下痢日久。症见脾肾阳虚,肌肉消瘦,饮食不入,脉细皮寒,气少不能言,有时发热。

白术安胃散

本方见于《卫生宝鉴》卷十六。方由御米壳(去顶蒂,蜜拌炒)三两,茯苓(去皮)、车前子、白术各一两,乌梅肉、五味子各半两组成。上六味,为粗末,每服五钱,水二盏,煎至一盏,去滓,空心温服。现用法除作为粗末煎剂外,亦作汤剂,水煎服,用量按原方比例酌减。功能涩肠止泻,健脾利湿。主治泻痢日久,症见便下脓血,里急后重,日夜无度,腹痛,舌苔白腻,脉细弱。本方所治证属久泻久痢之后,脾气虚弱而湿邪未尽所致。治宜收涩止泻与健脾利湿二法同用。方中御米壳(即罂粟壳),用量独重,涩肠止泻的功效最为明显;配伍乌梅肉、五味子之酸涩以敛阴止泻;白术补气健脾,扶助中焦之气;茯苓、车前子利水渗湿,使水湿从小便分消。方名白术安胃散者,意在强调对泻痢日久,应顾护脾胃中焦之气,以为培本之图。如此则补涩合用,可收标本兼顾之功。

固经丸

本方出自《丹溪心法》卷五。原书无方名,《医学入门》名为固经丸。方由黄芩(炒)、白芍(炒)、龟版(炙)各一两,黄柏(炒)三钱,樗根皮七钱半,香附子二钱半组成。上药为末,酒糊为丸,空心温酒或白汤下五十丸。现亦作汤剂,水煎服。功能滋阴清热,止血固经。主治经行不止,及崩中漏下,血色深红,兼夹紫黑瘀块,心胸烦热,腹痛尿赤,舌红,脉弦数。本方所治证属阴虚火旺,迫血妄行所致。即《素问·阴阳别论》所谓"阴虚阳搏谓之崩",治宜滋阴清热,止血固经。方中用龟版、芍药壮水制火,潜阳敛阴;黄芩、黄柏、樗根皮清热止血固经;香附调气和血。诸药合用,壮水制火,血热得清,则不妄行,因而崩中漏下可止。现临床上对于生殖系炎症引起的月经不调,月经过多,以及功能性子宫出血属阴虚火旺、血热者,均可使用本方。

先期汤(《证治准绳·女科》卷一)　生地黄、当归、白芍药各二钱,黄柏、知母各一钱,黄芩、黄连、川芎、阿胶珠各八分,艾叶、香附、炙甘草各七分。水煎,食前服。功能凉血固经。治月经先期,色紫量多,心烦口渴。

固冲汤

本方出自《医学衷中参西录》。系从《内经》的四乌鲗骨一藘茹丸衍化而来。方由白术(炒)一两,生黄芪六钱,

龙骨（煅，捣细）八钱，牡蛎（煅，捣细）八钱，萸肉（去净核）八钱，生杭芍四钱，海螵蛸（捣细）四钱，茜草三钱，棕榈炭二钱，五倍子（轧细，药汁送服）五分组成。水煎服。功能益气健脾，固冲摄血。主治冲脉不固，症见血崩或月经过多，色淡质稀，心悸气短，舌质淡，脉细弱或虚大。

本方所治证属脾气虚弱，统摄无权，冲脉不固所致。治宜补气健脾为主，兼用收敛固涩止血为辅。方中以白术、黄芪益气健脾，固冲摄血，共为君药，使脾气健旺则统摄有权，冲脉得固，崩漏可止；冲脉不固每与肝肾不足关系密切，崩中漏下，每易耗伤阴血，故臣以山萸肉、白芍补益肝肾，敛阴养血；煅龙骨、煅牡蛎、海螵蛸、棕榈炭、五倍子收敛固涩以止血，茜草去瘀止血，使血止而不留瘀共为佐药。诸药合用，既能益气固冲，又能收敛止血，为治疗血崩标本兼顾之剂。临床以经血量多，色淡质稀，舌淡，脉细弱为辨证要点。现常用于治疗功能性子宫出血，产后出血量多，溃疡病出血等属气虚者。原方加减法："脉象热者，加大生地一两；凉者加乌附子二钱；大怒之后，因肝气冲激血崩者，加柴胡二钱。"若服两剂不愈，去棕榈炭，加真阿胶五钱，另炖同服。服药觉热者酌加生地。

千金止带丸

本方出自《全国中药成药处方集》（北京方）。系从《济阴纲目》止带丸加减而成。方由香附（制）、椿根皮、红鸡冠花各4800克，补骨脂、木香、白芍、杜仲、白术、砂仁、续断、青黛、延胡索、小茴香、牡蛎（煅）各1200克，人参600克（去芦），川芎、当归各2400克组成。共为细粉，水泛为丸，用方内青黛外加滑石为衣，每服6克，日服2次，温开水送下。功能补脾肾，益气血，化湿热，止带下。主治妇女脾肾不足，气血两虚，下焦湿热，青白带下，腹痛腰酸，四肢倦怠，精神不振。本方所治证属脾肾不足，气血两虚，湿热下注所致。治宜益肝肾，补气血，化湿热，止带下。方中用补骨脂、杜仲、川续断、党参、白术、砂仁、木香、小茴香益肾健脾，补气助运；当归、川芎、制香附、延胡索养血行气止痛；椿根皮、鸡冠花、煅牡蛎收敛燥湿止带；青黛与椿根皮相配清热化湿。诸药合用，使脾肾气血得补，湿热得化，带下可止。

止带丸（《济阴纲目》卷三） 当归（酒洗）、川芎、白术、人参、山药、杜仲（姜汁酒炒去丝）、香附、破故纸（酒炒）、牡蛎（火煅）、椿根皮（酒炒）、续断各等分，青黛减半。上药为细末，炼蜜为丸，如桐子大，每服五十丸，空心米汤下。功能补气调血，强腰益肾。主治气血不足，脾胃两虚，带下病症。腹痛加延胡索、小茴香，肥人加姜半夏，瘦人加酒炒黄柏，冬月加炮姜少许，夏月加黄柏。

易黄汤

本方出自《傅青主女科》卷上。方由山药（炒）、芡实（炒）各一两，黄柏（盐水炒）二钱，车前子（酒炒）一钱，白果（碎）十枚组成。水煎，连服四剂，视病情再行进退。功能补涩止带，清化湿热。主治妇女湿热带下，色黄如浓茶汁，其气腥秽，谓之黄带，苔黄腻，脉弦数者。本方所治证属下焦奇经受湿，蕴湿生热，而成湿热带下。本方以山药、芡实调补奇经，山药可专补任脉之虚，益脾肾而收涩治带；更配车前子则祛湿之功益显，合用黄柏，故可清湿热而治黄带；白果甘苦而涩、性平，可清肺胃而止带下，白果与莲子并用即是李时珍治疗赤白带下之验方。全方共五药，涩利并施，清补兼用，取清利以化湿热，取补涩以止带下。凡见食少腰酸，带下日久者可以应用。若带下色黄，其气腥秽，湿热重而无虚象时可将黄柏、车前用量加重，酌减山药、芡实。现临床上对阴道滴虫阴痒等症表现湿热者，可选用。

鹤顶丸

本方出自《证治准绳·女科》卷一。方由当归（酒浸）七钱半，附子（炮，去皮）半两，龙骨（盐泥煅，醋淬）、干姜（炮）各一两半，牡蛎（盐泥煅）、艾叶（以醋半盏煮干，为末）各一两组成。上为细末，研匀，醋糊为丸，如梧子大，以赤石脂为衣，每服五十丸，空心用艾叶、盐、乌梅煎汤送下。功能温阳散寒，固涩止带。主治阳虚湿盛，白带清稀量多，腰酸腹冷，手足欠温。本方治证系脾肾阳虚，寒湿下流，下元不固所致，治宜温阳散寒，固涩下元。方中炮附子、炮姜、吴茱萸温运脾肾，散寒暖宫，祛湿止带；煅龙骨、煅牡蛎、煅赤石脂固涩下元，收湿止带；当归、艾叶行血散寒。诸药同伍，使阳气振奋，阴湿不生，下元固守，则带下可愈。若病症初作，或属湿热带下，赤白相兼，均非本方所宜。

补宫丸（《验方新编》卷九） 鹿角霜、茯苓、白术、白芍药、白芷、牡蛎（煅，童便炒）、山药、龙骨（煅）、赤石脂各五钱，炒干姜二钱五分（《医钞类编》无鹿角霜）。为细末，醋煮为丸，梧桐子大，每服五十丸，空腹米饮送下。功能补脾益肾，固涩止带。主治脾肾阳虚，带下赤白，量多经久，面目四肢浮肿，大便溏泻，下元虚滑，舌淡苔白，脉沉缓无力。

乌贝散

本方系经验方，录自《北京中医》1954年第9期。又名海贝散。方由乌贼骨85%，象贝母15%组成。上药共研极细末，过筛，拌匀，喷入芳香剂，如橙皮油、梓皮油等（或不加亦可），日3次，每次3克，空腹时服。若溃疡面较大，病情较重者，可适当增加剂量。亦可制成片剂服用。功能制酸止痛，收敛止血。主治胃痛泛酸，以及胃、十二指肠溃疡。症见胃脘疼痛，时作时止，反覆发作，尤其空腹时作痛，并有压痛，以及泛酸、嗳气、恶心、呕吐、黑

便,或有呕血等。方中乌贼骨具有制酸、止血、敛疮作用,但久用则易致大便秘结,配合象贝母的化痰散结,能增加乌贼骨的制酸、止痛作用,又能制约其便秘的副作用,故对溃疡病比较适宜。实验研究:本方对胃液中的游离酸和总酸度均有较强的中和作用,并有明显加速小鼠胃溃疡愈合的作用。临床运用时,对溃疡病疼痛剧烈者,加延胡索粉同服;如见有出血或大便隐血试验阳性者,加白及粉、参三七粉。

驱虫剂

具有杀灭、驱除人体内寄生虫功用的一类方剂,称为驱虫剂。

人体内常见的寄生虫有蛔虫、蛲虫、绦虫、钩虫、姜片虫等。多由饮食不洁,误食沾染虫卵的食物而引起。虫病的一般症状为:面色萎黄,或生白斑,夜寐龂齿,脘嘈善饥,绕脐周痛,时作时止。但各种虫病,又各有特征,例如蛔虫病患者耳鼻作痒,下唇内中部粘膜可见白色小颗粒;钩虫病患者在下唇内中部粘膜则隐现细小黄斑,甚至有嗜食异物的现象;肛门作痒,是蛲虫独有的见症;便下白色节片是绦虫的特征。如能结合大便检查,则诊断更可明确。本类方剂对上述寄生虫病,均适用之。

运用驱虫剂时根据病情的性质,人体正气的虚实,病势的缓急,适当与清热药、温里药、消导药、补益药等配合。驱虫药物如苦楝根皮、胡粉等具有毒性,使用时应注意适量。同时,驱虫剂宜空腹服,提高疗效。服驱虫剂待虫去之后,当调补脾胃,使虫去而不伤正。驱虫剂对孕妇、体弱者必须慎用。如小儿虫积,宜选用使君子、榧子等味香可口的药物。

乌梅丸

本方出自《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》。为治蛔厥的代表方剂。方由乌梅三百枚,细辛六两,干姜十两,黄连十六两,附子六两(炮,去皮),当归四两,蜀椒四两(出汗,即蜀椒微火炒,去其水分及少量油质),桂枝(去皮)六两,人参六两,黄檗六两组成。上十味,异捣筛,合治之,以苦酒渍乌梅一宿,去核,蒸之五斗米下,饭熟捣成泥,和药令相得,纳臼中,与蜜杵二千下,丸如梧桐子大,先食饮服十丸,日三服,稍加至二十丸。禁生冷、滑物、臭食等。现用法为乌梅肉用醋50%浸一宿,打烂,和入余药打匀,加蜜制丸,每服9克,日1—3次,空腹服,温开水送下;或作汤剂,水煎取汁,分2次服。功能安蛔止痛,温脏补虚。主治蛔厥,脘腹阵痛,烦闷呕吐,时发时止,得食则吐,甚至吐蛔,手足厥冷;或久痢不止,反胃呕吐,脉沉细或弦紧。

本方所治蛔厥,证属上热下寒,蛔动不安所致。柯韵伯说:"蛔得酸则静,得辛则伏,得苦则下"(《名医方论》)。故方中以乌梅、黄连、川椒三味极酸、极苦、极辛之品合用为主药。因内脏寒热错杂,蛔动不安,故配以细辛、桂枝、干姜、附子佐川椒以温脏祛寒;黄柏佐黄连以苦降泄热。蛔动中虚,又以人参、当归补气血以顾正气之虚。为寒热并用,攻补兼施之剂。本方以安蛔为主,现用于胆道蛔虫症亦有较好的疗效,往往可配合使君子、苦楝根皮、槟榔、榧子等驱虫药同用。特别对蛔虫引起之腹痛和吐虫,止痛、止吐,其效显著。此方用于治疗蛔虫引起之肠梗阻效果也较佳,待梗阻症状消失之后,应继续给予驱虫治疗。此外,对于久痢,胃肠功能紊乱等所致的反胃呕吐等症,辨证属于寒热错杂所致者,均可用此方治疗。

椒梅丸(《张氏医通》卷十五)　秦椒二钱,乌梅、黄连各一钱。共研为末,饴糖为丸,如黍米大,量儿大小分二三服,服后须臾得人虫口,次与紫草承气汤下之。功能安蛔止痛。主治蛔厥,体质不虚,并呈现肠胃实热症状者。

椒梅汤(《万病回春》卷下)　乌梅、花椒、槟榔、枳实、木香(另研)、香附、砂仁、川楝子(去核)、肉桂、厚朴、干姜、甘草各等分。上锉一剂,生姜三片,水煎服。功能驱虫止痛。主治虫痛或见呕吐者。

安蚘散(《张氏医通》卷十四)　乌梅肉三钱,黄连、蜀椒、藿香、槟榔各一钱,胡粉、白矾各半钱。上药为散,每服三四钱,水煎如糊,空腹服。功能安蛔杀虫。主治吐蛔属热者。此方中有胡粉(即铅粉),不宜多服久服,以防铅中毒。

连梅安蚘汤(《通俗伤寒论》)　胡连一钱,炒川椒十粒,白雷丸三钱,乌梅肉两朵,生川柏八分,尖槟榔二枚(磨汁冲)。水煎服。功能清热安蛔。主治肝胃热甚,虫积腹痛,不欲饮食,食则吐蛔,甚则面赤心烦,口燥舌红,脉数身热等症。

甘草粉蜜汤

本方出自《金匮要略·趺蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治》。方由甘草二两,粉一两,蜜四两组成。用水三升,先煎甘草,取二升,去滓,纳入粉、蜜,搅令和,煎如薄粥,温服一升。功能杀虫和胃。主治蛔虫腹痛,发作有时,吐涎,服毒药不止;或中虚胃痛者。本方中铅粉辛寒有毒,《神农本草经》指出本品"主毒螯,杀三虫",《本草经疏》载"脾胃虚弱者不宜用"。故佐以甘草、白蜜,既合以甘诱蛔之法,又可以甘缓中焦,减少铅粉对中焦的损害。三药相配,既能杀虫,亦能和胃。至于本方之"粉"历代有两种解释:一说是铅粉,铅粉为杀虫峻药;一说是米粉。凡治疗蛔虫症用铅粉较佳,蛔痛屡服杀虫剂不解,可用本方治疗。凡治疗中虚脘痛者用米粉适宜。铅粉毒性甚剧,故不宜多服、久服。

大黄粉蜜汤(《中医方剂手册》)　生大黄粉15克,粳米粉(炒香勿焦)9克。调入60克蜂蜜内,加适量温开水搅匀,每剂分12次服完,每次约服1汤匙,蛔虫可缓缓排出,如服完1剂未见解出,可再服1剂。功能杀虫驱蛔。

上治儿童阵发性腹痛，呕吐或吐蛔，腹胀，大便不通，已服过驱蛔药而虫不下，痛不止者。

万应丸

本方出自《医学正传》卷四。方由槟榔五两，大黄八两，黑丑四两（以上三味为末），皂角十挺（不蛀者），苦楝根皮一升组成。先将皂角、苦楝根皮用水二大碗熬成膏，和药末制为丸，如梧桐子大；再以沉香、木香、雷丸各一两研末为衣，先以沉香衣，次以雷丸衣，又次用木香衣；四更时，用砂糖送下。功能攻积杀虫。主治虫积内阻，腹胀痛拒按，大便秘结，脉沉实者。方中大黄上通利结毒，荡涤积垢；雷丸、苦楝根皮为杀虫峻药；黑丑、槟榔、皂角既能攻积，又能杀虫；沉香、木香行气温中，合为攻积杀虫之剂。临床应用以虫积实证为宜。因其攻逐之功颇强，对体虚脉弱者禁用。

追虫丸（《证治准绳·类方》第八册） 黑牵牛（取头末）、槟榔各八两，雷丸（醋炙）、南木香各二两。共研细末，取茵陈二两，大皂角、苦楝皮各一两煎浓汁泛为丸，如绿豆大，成人每服四钱，小儿一钱半至三钱，五更用砂糖水送下，待追去恶毒虫积二三次，再以粥补养。功能杀虫祛积。主治一切虫积。本方较万应丸少大黄、沉香，其攻积作用稍缓于万应丸。

扫虫煎

本方出自《景岳全书·新方八阵》卷五十一。方由青皮一钱，小茴香（炒）一钱，槟榔、乌药各一钱半，细榧肉（敲碎）三钱，吴茱萸一钱，乌梅二个，甘草八分，朱砂、雄黄各五分组成。俱为极细末，将前八味用水一钟半煎八分去渣，随入后二味再煎三四沸，搅匀徐徐服之。如恶心呕吐加炒干姜一二钱，或先进牛肉脯少许，待一茶顷顿服之更佳。功能杀虫止痛。主治诸虫上攻，胸腹作痛。方中乌梅安蛔；槟榔杀虫破积；榧子肉、朱砂、雄黄均可杀虫；青皮破气消积；小茴香、乌药行气止痛；吴茱萸温中下气，降逆止呕。本方杀虫止痛效果较佳，常用于虫痛而胸腹攻窜作痛难忍者。

榧子煎（《景岳全书·古方八阵》卷五十四） 细榧子四十九枚（去壳）。以砂糖水半盏，用砂锅煮干，熟食之，每月上旬平旦空心服七枚（一方以百枚食尽佳，不能食者服五十枚）。功能杀虫。主治虫痛诸症。榧子可杀肠内诸虫，且无副作用，小儿乐服。现临床应用于治疗绦虫病。亦可用于治疗钩虫病，每日吃炒榧子 90—150 克，直至化验大便中虫卵消失为止。

使君子丸

本方出自《症因脉治》卷三。方由使君子、芜荑、鹤虱、槟榔、百部、苦楝根皮各等份组成。研末，水泛为丸，每服一钱，或水煎服。功能杀虫驱蛔。主治虫积腹胀，肚大青筋，腹皮胀急，反能饮食，或面见白斑，或喜食异物，或腹起块扛，大便偶见长虫，脉乍大乍小，乍数乍迟，或见沉弦。方中使君子功擅杀虫消积，为主药；辅以芜荑杀三虫，消五疳；鹤虱、槟榔、百部、苦楝根皮均为杀虫要药，诸药相伍，食积诸虫，皆可荡化。

使君子散（《证治准绳·幼科》集之八） 使君子十个（瓦上炒，为末），甘草（胆汁浸一夕）、白芜荑各一分，苦楝子五个（炮，去核）。为末，以水泛丸，每服一钱，或水煎服。功能杀虫消疳。主治疳积虫痛。

安虫散

本方出自《小儿药证直诀》卷下。方由胡粉（炒黄）、槟榔、川楝子（去皮核）、鹤虱（炒）各二两，白矾（铁器熬）一分，干漆（炒烟尽）二分，雄黄一分，巴豆霜一分组成。共研细末，每服半钱，温米饮调下，痛时服。功能驱虫止痛。主治小儿虫积成团，腹中疼痛，肚腹胀满，大便秘结等实证。方中胡粉、雄黄、巴豆霜为杀虫之峻药；鹤虱、白矾善驱诸虫；干漆能杀三虫，逐肠胃一切有形之积滞；槟榔、川楝子杀虫，理气，止痛。合而成为杀虫峻剂，适用于小儿虫痛实证。因方中胡粉、雄黄、巴豆霜均有毒性，故脾胃虚弱者慎用，体虚者忌用。虫去后，即当调理脾胃，扶助正气，以资巩固。

安虫丸（《小儿药证直诀》卷下） 干漆三分（杵碎，炒烟尽），巴豆霜一钱，雄黄一分。共研细末，面糊为丸，如黍米大，量儿大小服用（一般每服二三十丸），取石榴根煎汤下，痛甚者用苦楝根煎汤下，或芜荑汤下，发时服。功能驱虫止痛。主治小儿虫痛。

化虫丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷十。方由胡粉（炒）、鹤虱（去土）、槟榔、苦楝根（去浮皮）各五十两，白矾（枯）十二两半组成。为末，以面糊为丸，如麻子大，一岁儿服五丸，温浆水入生麻油一二滴，调匀送下，温米饮下亦可，不拘时候。功能杀肠中诸虫。主治肠中诸虫，发作时腹中疼痛，时或成虫团，肠动增加，痛剧时呕吐清水或吐蛔。方中鹤虱能杀诸虫，为驱虫要药；苦楝根皮能杀蛔虫、蛲虫；槟榔能杀绦虫、姜片虫；其余枯矾、胡粉均具杀虫之效，诸药合用，则杀虫之力更强。但其中胡粉对人体毒性较大，宜慎用，且不宜久用。本方各药单用即能杀虫，合用则效果增强，故各种寄生虫病如蛔虫、蛲虫、绦虫、姜片虫等都可通用。如虫已下尽，即当调理脾胃，扶助正气，以资巩固。

化虫丸（《医方集解》） 鹤虱、胡粉（炒）、苦楝根、槟榔各一两，芜荑、使君子各五钱，枯矾二钱五分。为末，酒

煮面糊作丸,量人大小服用,一岁儿可服五分。功能杀肠中诸虫。主治肠胃诸虫为患。此方较《和剂局方》化虫丸多芜荑、使君子二味,芜荑能杀三虫,治寸白虫;使君子能杀蛔虫,故其杀虫作用较上方强。

下虫丸

本方出自《证治准绳·类方》第八册。方由苦楝皮(去粗皮,用根皮为上,树皮次之)组成。研末,面糊为丸,如弹子大,如欲服药宜戒午饭,晡时预食油煮鸡卵饼一二个,睡前白汤化下一丸。现用法为作汤剂,水煎服。功能杀虫攻积。主治肠寄生虫病。苦楝根皮具有毒杀多种肠寄生虫的作用,驱杀蛔虫之功较使君子强,故以驱杀蛔虫效果较佳。此外,对阴道滴虫亦有杀灭作用。应用时必须注意苦楝皮有毒性,服后有头晕、恶心、呕吐、腹痛等副作用,故不宜久服,且需控制剂量,如过量服用,甚至可引起腹腔内脏出血或中毒。采掘后应刮去表层粗皮及红皮,可减低其毒性。另外服用此品后有些病例肝功能有损害,甚至引起肝肿大,故对于肝病者列为禁忌。

狼牙汤(《金匮要略·妇人杂病脉证并治》)　狼牙三两。以水四升,煮取半升,以棉缠筋如茧,浸汤沥阴中,日四遍。功能杀虫止痒。主治妇人阴中有虫,阴痒,阴蚀,脉滑而数者。

圣功散

本方见于《普济方》卷二百三十九。方由南木香、槟榔各等份组成。共研细末,每服三钱,浓米饮调下,黎明空心先熟嚼炙猪肉之属,只咽汁,吐去滓,便服药。功能杀虫,破积,下气。主治寸白虫病,食滞腹痛。方中槟榔为杀虫要药,《别录》说:"杀三虫,疗白虫";南木香行气止痛。两药相伍,杀虫止痛,效果更佳。现临床除治疗绦虫病外,还可治疗姜片虫、鞭虫、蛲虫、钩虫、蛔虫等病。

槟黄丸(《顾松园医镜》)　槟榔(用鸡心者良)、雄黄、制绿矾各等份。为末,饭糊为丸,如米大,空心服一钱至三钱。功能杀虫止痛。主治胃脘心腹因虫作痛,痛无休止,面生白斑或吐清水等症。

驱绦汤(《方剂学》广州中医学院)　南瓜子肉60—120克,槟榔片30—60克。先将南瓜子肉略炒香,嚼烂吞服,隔1—2小时再服槟榔煎成的浓汁,约4小时后,腹泻排出虫体。如无腹泻,可加玄明粉9克,开水冲服;如头节未驱下,隔半月后再服。功能驱绦虫。主治绦虫病。

返蛰汤

本方出自《医醇賸义》卷四。方由当归二钱,白术一钱,茯苓二钱,苡仁四钱,鹤虱一钱五分,广皮、雷丸、乌药、砂仁、厚朴各一钱,开口花椒二十四粒组成。水煎服。功能杀虫止痛,和中降逆。主治虫痛不安,时痛时止,胃气上逆。方中鹤虱、雷丸、花椒安蛔杀虫;当归养血;茯苓、白术、薏苡仁健脾燥湿;陈皮、乌药理气止痛;砂仁、厚朴理气化湿。本方适用于虫痛兼有湿阻中焦者。临床上因虫痛而胃气上逆,胸脘痞闷,舌苔白腻者皆可应用。

消虫神奇丹(《石室秘录》卷六)　雷丸三钱,当归一两,鳖甲一两(醋炙),地栗粉一两(鲜者取汁一茶瓯),神曲三钱,茯苓三钱,车前子五钱,白矾三钱。水煎服。功能养阴,杀虫,利水。主治虫臌,小腹作痛,四肢微浮,面有虫斑,目下微肿等症。

芜荑散

本方出自《医灯续焰》卷八。方由芜荑、雷丸各半两,干漆(捶碎,炒烟尽)一两组成。共为细末,每服三钱(小儿每服五分)。用温水不拘时,调和服。功能驱虫止痛。主治大人小儿虫痛不可忍,或吐青黄绿水涎沫,或吐虫出。方中芜荑杀虫消积;雷丸、干漆皆能杀虫。合用杀虫功能更佳。本方不宜作汤剂(因雷丸所含蛋白酶在肠内能破坏绦虫节片,高温煎煮则蛋白酶被破坏,而降低药效)。

直指芜荑散(录自《景岳全书·古方八阵》卷五十四)　鸡心槟榔、芜荑各三钱,木香一钱。研药为末作一服,以酸石榴根汤调药温服。功能驱虫。主治肠内虫痛。此方较上方药性平和,杀虫止痛颇有佳效。

槟榔丸

本方出自《医学正传》卷八。方由三棱(煨,去毛,醋炒)、蓬莪术(醋炒)各五钱,青皮(去穰,麸炒黄色)、陈皮(去白)各五钱,雷丸(去壳)五钱,芜荑(水洗净)二钱半,鹤虱(略炒)三钱,干漆(炒无烟)五钱,木香(不见火)三钱,砂仁一钱,良姜(东壁土同炒)二钱,麦芽曲五钱,胡黄连三钱,甘草三钱,神曲(炒黄色)五钱,山楂肉五钱组成。均研细末,醋糊为丸,如绿豆大,每服三五十丸,空心淡姜汤送下。功能消疳理气,驱虫。主治小儿疳病,积气成块,腹大有虫等症。方中槟榔、雷丸、芜荑、鹤虱、干漆均为杀虫之要药;三棱、莪术消积散结,活血行气;青皮、陈皮、木香、砂仁理气止痛;高良姜、胡黄连辛开苦降,降逆和中;麦芽、神曲、楂肉消滞健胃。共奏消疳散结,杀虫安中之功。

五色兑金丸

本方见于《全国中药成药处方集》。方由白丑60克,干蟾皮9克,飞滑石30克,胡黄连、六神曲、陈胆星各15克,川黄连9克,黑丑、飞青黛、大黄(以上三味另研为衣)、雄黄各60克,生石膏30克(上二味另研细为衣)组

成。上药各研细末，沸水泛为小丸，每3克约300粒，以黑丑、青黛、大黄、雄黄、石膏5种药味，分别为衣，分为5色，每服0.15克，最多不超过1克，量病儿之大小，体质之强弱，斟酌用之，不宜多服。功能消疳，杀虫，清热。主治小儿疳积虫痛。本方黑、白丑、干蟾皮、雄黄均可杀虫驱蛔；胡黄连、川黄连、石膏、大黄苦寒泄热；青黛、滑石、陈胆南星清化痰热；神曲消食积。本方用于虫积疳热之小儿甚宜。

肥儿丸

本方出自《太平惠民和剂局方》卷十。为治小儿虫积的常用方剂。方由神曲(炒)、黄连(去须)各十两，肉豆蔻(面裹煨)、使君子(去皮)、麦芽(炒)各五两，槟榔(不见火)二十个，木香二两组成。为细末，猪胆为丸，如粟米大，每服三十丸，量岁数加减，开水下，空心服。功能杀虫消积，健脾清热。主治虫积腹痛，消化不良，面黄体瘦，肚腹胀满，发热口臭等症。方中使君子、槟榔杀虫；神曲、麦芽消积；黄连清热下蛔；木香、肉豆蔻理气健脾。共奏杀虫消积，健脾清热之功。临床常用于虫疳腹痛，食不消化，热郁内郁之实证。

肥儿丸(《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》卷五十二) 人参二钱半，白术(土炒)五钱，茯苓三钱，黄连二钱，胡黄连五钱，使君子肉四钱，神曲(炒)、麦芽(炒)、山楂肉各三钱半，甘草(炙)钱半，芦荟(煨)二钱半。上为末，黄米糊为丸，如黍米大，每服二三十丸，米汤化下。功能消癖理脾。主治小儿脾胃虚弱，乳食停滞，面黄肌瘦，身热喜冷，困倦喜睡，脘腹痞满，乳食懒进，好食泥土，头大颈细，有时吐泻，口干烦渴，大便腥粘。

布袋丸

本方出自《补要袖珍小儿方论》。方由夜明砂、芜荑、使君子各二两，白茯苓、白术、人参、甘草、芦荟各半两组成。共研细末，汤浸蒸饼和丸，如弹子大，每服一丸，以生绢袋盛之，须用精猪肉二两，与药一处煎，候肉熟烂，去袋将所煮肉并汁令小儿食之。功能驱蛔消疳，补养脾气。主治小儿虫疳，体热面黄，肢瘦腹大，发焦目暗等症。本方证属虫积内停日久损伤脾胃，中气亏虚，气血化源不足所致。故治当驱虫消疳与补气扶正兼施。方中使君子、芜荑、芦荟、夜明砂驱蛔消疳；人参、茯苓、白术、甘草、精猪肉补中益脾，寓杀虫消疳于补养脾气之中，庶无伤正之弊。

理中安蚘汤

本方出自《类证治裁》卷三。方由人参三钱，白术一钱半，干姜一钱半，川椒(炒)十四粒，乌梅三个组成。水煎服。如制丸，用乌梅浸烂，蒸熟捣如泥，入前药末，再捣如泥，每服十丸，米汤吞下。功能温中安蛔。主治中阳不足，脾胃虚寒，便溏溲清，腹痛肠鸣，蛔从口吐出，或从大便出，手足不温，舌白脉虚者。本方即理中汤去甘草，加茯苓、川椒、乌梅而成，用以治疗中焦虚寒，蛔动不安之证。方中参、苓、姜、术温养中焦脾胃之阳，复其健运之职；川椒、乌梅安蛔止痛。临床常用于中阳虚弱之蛔厥，但须注意本方药性偏温，阴虚者慎用。

集效丸(《张氏医通》卷十五) 木香、鹤虱、槟榔、诃子肉、芜荑仁(炒)各五钱，大黄一两，熟附子、炮姜各三钱，乌梅肉十四枚。为末，炼白蜜为丸，梧子大，每服三五十丸，食前陈皮汤下，妇人醋汤下，孕妇勿服。功能温阳驱虫。主治虫积，四肢不温，舌淡苔薄者。

驱蛔汤一号

本方出自《中西医结合治疗急腹症》(天津南开医院)。方由槟榔30克，使君子30克，苦楝子15克，乌梅5枚，木香12克，枳壳6克，川椒、细辛、干姜各3克，玄明粉9克(冲服)组成。水煎服。功能驱蛔，攻下，止痛。主治蛔厥，脘腹阵痛，并伴呕吐，甚则吐蛔。本方为治疗胆道蛔虫的经验方。方中槟榔、使君子、苦楝子为驱蛔要药，亦为本方之君药；臣以乌梅酸能安蛔；川椒、细辛、干姜止蛔厥；木香、枳壳行气止痛，则为佐药；使用玄明粉润下驱蛔。诸药相伍，共奏驱蛔止痛之功。本方适用于胆道蛔虫症。服用此方时须注意忌食生冷。孕妇忌服。

驱蛔汤二号(《中西医结合治疗急腹症》天津南开医院) 茵陈、牡蛎各15克，榧子、木香、枳壳、郁金各9克，枯矾3克。水煎服。功能利胆排蛔。主治虫积腹痛，口苦欲呕，甚则烦躁，吐蛔。临床常用于胆道蛔虫症兼有郁热者。

驱蛔汤三号(《中西医结合治疗急腹症》天津南开医院) 槟榔30克，使君子、苦楝皮各24克，雷丸9克，大黄9克(后下)，川朴、枳壳各12克。功能驱蛔止痛。主治蛔厥。本方重在杀虫驱蛔，理气通便。其驱蛔作用较一号方强。

胆道蛔虫汤(《中西医结合治疗急腹症》遵义医学院) 木香15克，槟榔30克，大黄9克，使君子、苦楝皮各15克，厚朴9克，延胡索15克。功能驱蛔止痛。主治胆道蛔虫症。较驱蛔三号方止痛力强。

疳积散

本方出自《证治准绳·幼科》集之八。方由厚朴(去粗皮，切片，生姜汁炒熟)一两，广陈皮(去白)八钱，粉甘草(去皮)、真芦荟各七钱，芜荑(去白衣壳)五钱，青黛三钱，百草霜二钱，旋覆花一钱半组成。为细末，和匀成散剂，每一岁用一分，用灯心汤，早上空腹时调服。功能消积杀

虫，理脾行气。主治饮食失调，伤脾成疳，面黄腹大，形瘦骨立，夜热早凉，毛发焦枯，目涩羞明，便泄气味酸臭等症。本方所治证属疳积病。疳积病多以饮食失节和虫积伤脾所致，故当从理脾杀虫立法。方中厚朴苦温，善行气滞而宽中；陈皮辛温芳香，助厚朴理气燥湿，和胃降逆；旋覆花性温宣通，以加强降气调畅之力；芦荟苦寒，是杀虫疗疳要药，最适于虫积疳热；芜荑性平气臭，助芦荟消积杀虫；青黛苦寒，善凉血而退热；百草霜辛温，收敛止泻；甘草调和诸药。各药合用，共奏理脾行气，消积杀虫之功。使脾健，积消、虫灭，则疳积诸证自除。服后病愈，当再用肥儿丸以善其后。

消疳理脾汤（《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》卷五十二） 芜荑、三棱、莪术、青皮（炒）、陈皮、芦荟、槟榔、使君子肉、甘草（生）、川黄连、胡黄连、麦芽（炒）、神曲（炒）。引用灯心，水煎服。功能消疳健脾，理气止痛。主治疳积，面黄肌瘦，身热倦怠，食欲不振，时有吐泻等症。

疳积散（《全国中药成药处方集》天津方） 茯苓60克，乌贼骨（去壳）30克，鹤虱15克，槟榔（麸炒）15克，雷丸15克，莪术（醋炙）15克，三棱15克，鸡内金（炒）15克，红花9克，使君子15克。为细末，和匀成散剂，5岁以上每服6克，4—5岁每服3克，2—3岁每服2克，温开水冲服。功能消积杀虫。主治疳积，形体消瘦，面黄发枯，腹胀腹痛，消化不良等症。

芦荟肥儿丸

本方出自《医宗金鉴·幼科心法要诀》卷五十二。系由大芦荟丸、小芦荟丸、四味肥儿丸等方加减变化而来。方由五谷虫（炒）二两，芦荟（生）、胡黄连（炒）、川黄连（姜炒）各一两，银柴胡（炒）一两二钱，扁豆（炒）、山药（炒）各二两，南山楂二两半，虾蟆（煅）四个，肉豆蔻（煨）七钱，槟榔五钱，使君子（炒）二两半，神曲（炒）二两，麦芽（炒）一两六钱，鹤虱（炒）八钱，芜荑（炒）一两，朱砂（飞）二钱，麝香二钱组成。为细末，醋糊为丸，如黍米大，每服一钱，米饮下。功能驱虫消疳，理脾退蒸。主治小儿虫疳，面色萎黄，形瘦肚大，手足心热，腹痛时作，常自吐蛔，二便失常等症。

本方所治证属小儿虫疳所引起的诸症。故治宜驱虫消疳为主，佐以调理脾胃立法。方中芦荟、槟榔、使君子、鹤虱、芜荑等合用驱虫消疳之力尤强；配以扁豆、山药、肉豆蔻、神曲、麦芽、山楂健脾补中，消食和胃；复用胡黄连、川黄连、银柴胡、五谷虫、虾蟆清热退蒸，消疳除积；麝香行气消胀。诸药合用，共成驱虫消疳，消食和胃，健脾退蒸之剂。芦荟一药既能驱虫，又能通便，为驱虫消疳常用的药物。虫除疳消，脾胃调和，气血化源得复，儿体自肥健，故有芦荟肥儿丸之称。

大芦荟丸（《古今医鉴》卷十三） 芦荟、苍术（米泔浸炒）、陈皮、厚朴（姜炒）、青皮、枳实（炒）、槟榔、神曲（炒）、山楂（去子）、麦芽（炒）、三棱（煨）、莪术（煨）、砂仁、茯苓、黄连、胡黄连、芜荑仁、使君子、青黛各等份。为细末，使君子壳煎汤浸，蒸饼为丸，如弹子大，每次一丸，清米汤化服。功能驱虫消疳，清热理脾。主治虫积成疳，湿浊阻滞，脘腹痞闷，呕恶厌食，寒热错杂等症。

小芦荟丸（《古今医鉴》卷十三） 胡黄连一两，黄连一两，芦荟一两，木香一两，白雷丸一两，青皮一两，鹤虱草一两，白芜荑（炒）一两，麝香三钱。为细末，蒸饼为丸，每服一钱，空心米汤下。功能杀虫消疳，清热解毒。主治疳积，身热肌瘦，大便失调等症。

四味肥儿丸（《证治准绳·幼科》集之八） 黄连（炒）、芜荑、神曲、麦芽（炒）各等份。为细末，水糊丸，桐子大，每服一二十丸。空心白滚汤送下。功能驱虫消疳，消食和胃。主治小儿虫积成疳，脘腹痞闷，消化不良，呕吐嘈杂，或发热口臭等症。

千金消癖丸

本方见于《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》卷五十五。方由芦荟、阿魏（另为糊）、青黛、木香、厚朴（姜炒）、槟榔、陈皮、甘草（生）各一钱，使君子（去壳）、胡黄连、山楂肉、香附（醋炒）、三棱（醋炒）、莪术（醋炒）各二钱，水红花子、神曲（炒）、麦芽（炒）各四钱，人参、白术（土炒）、茯苓各三钱组成。上为细末，将阿魏一钱，白水和面，打糊为丸，绿豆大，米饮送下，量儿大小服用。功能消癖化积。主治小儿癖积，症见胁下痞块，肚大青筋，肌肤消瘦，面色青黄，午后潮热，渴喜凉饮。

本方治证系小儿脾胃薄弱，复伤乳食，脾胃受损，水谷不化，虫食停滞胃肠，湿热瘀塞不行所致。治宜消癖化积，健脾和胃。方中芦荟、阿魏消癖杀虫；木香、厚朴、槟榔、青皮、香附、三棱、莪术、水红花子行气化瘀，消积除湿；山楂、神曲、麦芽消食导滞；使君子合芦荟、阿魏以加强杀虫消积之力；青黛、胡黄连配芦荟以增消积清热之功。诸药合用，可使虫、食、痰、热清除，气行血畅，癖积可除。人参、白术、茯苓、甘草健运脾胃，俾中焦健运，自无食积之害。本方虽是攻补兼施，但以化积消癖力胜，故不宜久服。若正气大虚，宜先调补脾胃，而后施用本方。

五疳消积丸（《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》卷五十二） 使君子肉（炒）五钱，麦芽（炒）、陈皮、神曲（炒）、山楂各一两，白芜荑、黄连、胆草各三钱。上为末，陈米饭为丸，每服一钱，米饮送下。功能化滞消积。主治小儿疳积日久，积滞内停，气血不荣肌肤，项细腹大，肚脐突出，肌肉干涩，手足枯细，尻削身软，精神倦怠，啼哭不已，骨蒸潮热，燥渴烦急。

外用剂

通过外用的方法，如敷贴、掺擦、熏洗、吹坐等，以发

挥治疗作用的一类方剂,称为外用剂。它是以应用方法而命名的。

本类方剂在临床治疗学中,占有重要的位置。《素问·至真要大论》说:"内者内治,外者外治。"《医学源流》也说:"外科方法,最重外治。"这说明很多发生于体表的疾病,如疮疡痈疽、疥癣瘙痒、关节肿痛等,都可应用外治法,而选用外用剂来治疗。虽然外用剂施用于体表局部,但其并不仅仅对局部发生治疗作用,而且还可通过肌肤、经络而内达脏腑,故外用剂还可用于治疗多种内在的病证,如脘腹疼痛、经闭痛经、癥瘕积聚等。

外用剂有散、膏、丹、锭、汤、熨等多种剂型,分别具有解毒消肿、蚀疮祛腐、生肌收口、杀虫止痒、散寒止痛、通关开窍等多种作用。在使用外用剂时应注意:肿疡初起,肿处局限者,一般宜用消散之剂,而不宜过用苦寒之品,以免导致热毒内伏,反致肿痛不易消散;有些外用膏药敷贴也可引起皮肤焮红、丘疹瘙痒等,如出现这种情况,则应改用油膏;一般于头部、指趾等肉薄近骨处,不宜使用蚀疮祛腐药,因这类药物腐蚀性较强,若必须使用时,尤宜慎重。

如意金黄散

本方见于《外科正宗》卷二。又名金黄如意散,方由天花粉十斤,黄柏、白芷、大黄、姜黄各五斤,苍术、厚朴、陈皮、甘草、天南星各二斤组成(《外科方外奇方》无大黄,加石菖蒲、郁金、生半夏各二两)。共研极细粉,外用干掺或敷贴患处四周;亦可用葱、酒、油、蜜、菊花、银花露、丝瓜叶捣汁调敷;或用凡士林、如意金黄散 1:4 调匀成膏涂敷。功能清热解毒,消肿止痛。主治一切痈疡疮疖初起,红肿热痛,属阳证者。

本方所治证属火毒炽盛,气血壅滞而成。方中黄柏燥湿泻火解毒为主;大黄解毒凉血祛瘀;姜黄破血通经,消肿止痛;白芷、天花粉解毒消肿排脓;陈皮、厚朴行滞消肿;苍术燥湿辟秽,逐皮间风水结肿;天南星燥湿散结,消肿止痛;甘草泻热解毒。诸药同用,共收解毒排浓,消肿止痛之效。对疮疡早期有消散作用。现临床常用于急性蜂窝织炎属于阳证者。外敷时,中间须留一孔,使痈毒易于发泄。疮疡已溃及阴疽忌用。

金黄散(《圣济总录》卷一百三十二) 黄柏一两,麝香半字,蜜二两。先将蜜涂黄柏上,加火炙蜜尽为度。将黄柏研为细末,入麝香,同研匀细,干掺疮上。功能清热解毒。主治恶疮。

金黄散(《外科精义》卷下) 黄连、大黄、黄芪、黄芩、郁金、黄柏各一两,甘草五钱。先将上七味研末,再加龙脑五分研匀,干掺,蜜水或油调涂均可。功能消肿散毒,生肌止痛。主治湿毒丹肿,及热疮日久不愈者。

阳毒内消散

本方见于《药敛启秘》。方由麝香、冰片、青黛各二钱,白及、天南星、姜黄、穿山甲(炒)、铜绿、樟脑各四钱,轻粉、胆矾各三钱组成。各研极细末,和匀。同时,将药粉掺膏药内敷贴患处。功能清热提毒,消肿止痛。主治一切阳证肿疡,疮形高肿,根脚紧束,皮红痛剧,并伴有发热恶寒、头痛、口渴、便秘等症状。方中麝香、冰片、樟脑、青黛活血散结,消肿止痛;天南星、姜黄、穿山甲散血消肿;铜绿、轻粉祛腐收湿;胆矾、白及收敛生肌。诸药合用,具有清热解毒,活血散结,消肿止痛的作用。肿疡用之消肿止痛;痈疽已溃可消肿生肌。故临床可用于痈、颈痈、锁喉痈、囊痈、委中毒、流注等多种病症。

太乙膏

本方见于《外科正宗》卷一。系由《太平惠民和剂局方》神仙太一膏加味而成,故原名为加味太一膏,简称太一膏。又因太一与太乙同义,所以又常称其为太乙膏,后世并以此通称。方由肉桂、白芷、当归、玄参、赤芍药、生地黄、大黄、木鳖子各二两,阿魏(切片)三钱,轻粉四钱,槐枝、柳枝各一百段,血余一两,黄丹四十两,乳香(研)五钱,没药(研)三钱组成。前八味并槐、柳枝以麻油五斤浸,春五日、夏三日、秋七日、冬十日。浸毕置大锅内,慢火熬至药枯浮起为度,住火片时,滤去渣,将油秤准斤两,复置锅内,投入血余,慢火熬至血余浮起,以柳棍挑看似膏溶化之象为熬熟,依净油一斤徐徐下黄丹(飞)六两五钱(夏季每斤油酌加五钱),且将火渐渐加大,不住手搅,候锅内先发青烟,后至白烟叠叠旋起,气味香馥时为膏成,住火,将膏滴入水中,试软硬适中,若老加熟油、稀加黄丹(炒)各少许,渐渐加火,候烟尽撤火,下阿魏于膏面上化尽,次下乳香、没药、轻粉,搅匀,倾入水中,以柳棍搂成一块,再换冷水浸片时收起。用时取适量隔水炖化,摊布上,随疮口大小外贴。功能活血散瘀,消肿止痛,拔毒生肌。主治痈疽发背,恶疮肿毒,已溃或未溃者。

痈疽发背,恶疮肿毒,未溃者为营卫不和,气血凝滞,经络壅遏不通;已溃者则属血肉腐败之候。治宜活血消肿,拔毒生肌。方中白芷、肉桂、木鳖子、阿魏、槐枝、柳枝通经行血,消肿散结;当归、乳香、没药、血余活血祛瘀,消肿止痛;玄参、赤芍药、生地黄、大黄解毒消肿;轻粉、黄丹拔毒祛腐,止痛生肌。诸药相伍,既能活血散瘀,消肿止痛;又能拔毒生肌。因此,痈疽发背,恶疮肿毒,未溃用之能消;已溃用之提脓。本方名为太乙,是言广大,囊括万有之意,借以说明其作用广泛。因本品可活血散瘀,拔毒止痛,很多阳性外科病证不论已溃未溃均可应用,又因寒热协调,其性平和,一些疮疡肿毒,阴阳难辨者也可应用。若证情历久,正气已虚者慎用。

神仙太一膏(《太平惠民和剂局方》卷八)　又名太乙灵应膏。玄参、白芷、当归、肉桂(去粗皮)、大黄、赤芍药、干地黄各一两。为末,用麻油二斤浸,春五日、夏三日、秋七日、冬十日,滤去渣,油熬适中,再下黄丹一斤,以滴油在水中不散为度,外用摊纸上,贴患处;内服作丸,樱桃大,蛤粉为衣,每服一丸。功能同太乙膏,唯散结消肿,祛腐生肌的作用稍弱。内服可清心凉血,解毒坠痰。主治痈疽疮疖,蛇蝎咬伤,汤火、刀斧所伤,红肿疼痛,或已溃破者。若以栀子煎汤送服,并外贴太阳穴处治风火赤眼;绵裹含化治喉痹、缠喉风。

洪宝膏

本方出自《仙传外科集验方》。原名洪宝丹,又名金丹、寸金、四黄散、一黄散、破血丹、黄药。《医宗金鉴·正骨心法要旨》称为截血膏,《外科证治全书》名抑阳散,《正体类要》将赤芍作一两,名为济阴丹。洪宝膏之名始自《外科启玄》,是后世比较通用的名称。为解毒消肿,活血止痛的常用方剂。方由天花粉三两,姜黄、白芷各一两,赤芍药二两组成。为细末,茶水或酒调,热敷患处。功能解毒活血,消肿止痛。主治痈肿,金疮,焮红发热,疼痛。

本方所治证属热毒壅郁,气血瘀滞之候,治宜清热解毒,活血祛瘀,消肿止痛。方中以天花粉解毒消痈,排脓生肌为君;赤芍药凉血行血,生肌止痛为臣;姜黄行气破血,白芷辛香散结为佐;以茶凉肌解毒,以酒宣药势,调血气为使。诸药同用,既可解毒活血消肿,又可凉肌止血生肉。本方若用以撮脓,可用三分姜汁、七分茶清调敷,使其破溃流脓;热毒疮疖,汤火疮,赤肿不退,用鸡子清调敷,使疮面凉润不痛。本品性凉,非阳热之证,不可轻投。

洪宝膏(经验方,见于《中医外科学讲义》)　天花粉186克,黄柏、天南星(生)、赤芍药、川乌(生)、草乌(生)、甘草(生)、陈皮各62克,大黄、姜黄93克,僵蚕、黄芩、藤黄各125克,白芷、樟脑、冰片各31克,薄荷冰、乳香(制)、没药(制)各16克。取麻油500克,猪油1 000克,黄蜡155克共放锅内煮沸,取前14味为末入锅内,不断搅拌至60℃,再将乳香、没药研细加入,搅拌至30℃以下,最后加入冰片、薄荷冰,搅和即成。功能活血散瘀,消肿止痛。主治肠痈初起,湿热挟瘀血凝结,尚未成脓,右下腹部疼痛,甚则下肢不能曲伸,按之疼剧,腹皮急而渐肿,或脓已成而肿明显局限者。茶清调敷外证明显处。本方为《仙传外科集验方》洪宝丹加味而成。

苦参汤

本方见于《太平圣惠方》卷六十一。方由苦参一两,防风二两,露蜂房二两,甘草汤二两(《济生方》去防风、露蜂房,加荆芥、桃皮各等份;《证治准绳》去防风、露蜂房,加枳实、黄芩、黄连、大黄、荆芥;《外科正宗》去防风、露蜂房、甘草,加菖蒲二两)组成。将上药细锉,用水三升,煎至六分,去滓,趁热洗患处。功能祛风燥湿,解毒消肿。主治湿热蕴郁,痈疽溃烂。方中苦参清热燥湿,解毒杀虫;防风、露蜂房祛风胜湿攻毒;甘草解毒止痛。诸药相伍,具有祛风清热,燥湿解毒止痛作用。临床亦用于痤痱疮,痒痛非常者;沿肛痔,肛门周围皮肤有扁平疙瘩隆起,呈乳白色或灰白色,局部渗出奇臭滋水;肛门搔痒、阴痒、阴蚀、松皮癣、麻风病等。

蛇床子汤(《外科正宗》卷四)　苦参、蛇床子、当归尾、威灵仙各五钱。以水五碗,煎数滚入盆内,先熏,待温时浸洗患处。功能祛风燥湿,活血止痒。主治肾囊风,阴痒,阴蚀。

溻痒汤(《外科正宗》卷四)　苦参、威灵仙、蛇床子、归尾、狼毒各五钱,鹤虱草一两。用水十碗,煎数滚,滤清贮盆内。临洗时和入公猪胆汁二三枚,乘热熏洗,待温时淋洗患处。功能祛风活血,燥湿解毒。主治湿热下注外阴瘙痒。

苦参汤(《疡科心得集》)　苦参二两,蛇床子一两,白芷五钱,银花一两,菊花二两,黄柏五钱,地肤子五钱,菖蒲三钱。水煎,入猪胆汁四五枚,洗患处。功能祛风除湿,杀虫止痒。主治各种疥癞疯癣及阴痒、阴蚀等。

铁箍散

本方见于《证治准绳·幼科》集之三。方由芙蓉叶、黄柏、大黄、五倍子、白及组成。(《疡医大全》无黄柏,加姜黄、白蔹、蟹壳各五钱,陈小米一两)。各研极细粉,水调搽敷患处四周;或用醋调敷患处四周,中留一孔透气。功能清热解毒,消肿止痛。主治疮疖、痈疽。本方所治证属热毒壅盛,营卫不和,气血凝滞所致。方中芙蓉叶散热止痛,消肿排脓;黄柏清湿热,泻火毒;大黄清热解毒,凉血祛瘀;五倍子、白及敛疮生肌。诸药同用,既可解毒消肿,使疮疖、痈疽得以清散,又能收敛生肌,使已溃者收口长肉。

奇效金箍散(《冯氏锦囊秘录》卷十九)　芙蓉叶(阴干)二两,五倍子、白及、白蔹各四钱,生大黄六钱。为细末,用鸡子清少许,用醋调敷患处;如干以葱汁、酒润之;已有头者,露出头,敷四周。功能清热解毒,泻火散结,生肌敛疮。主治痈疽肿毒。

金箍散(《外科方外奇方》卷一)　赤小豆一两,番木鳖、芙蓉叶各二两,白蔹、大黄、白及、黄柏各五钱。各研极细末,葱汁、蜜调涂患处。功能清热解毒,敛疮消肿。主治红肿热痛之疮疖。

定痛膏

本方出自《证治准绳·疡医》卷六。方由芙蓉叶二两,紫金皮、独活、天南星(生)、白芷各五钱组成。共为细末,

另取鲜马蓝菜、墨斗菜各一两，捣极烂，与上药末和一处，用姜汁、老酒和炒，暖敷患处。功能散结消肿，止痛。主治跌扑伤损，动筋折骨，跌磕压伤，赤肿疼痛。

本方所治为气血瘀结化热之证，故治以辛散破结，消肿止痛。方中芙蓉叶微辛无毒，散结定痛，解毒消肿为君；血瘀生热，治宜凉散，故以紫金皮辛凉破结散热为臣；又佐以独活、天南星、白芷、生葱散结行血；使以马蓝菜、墨斗菜凉血解毒。诸药同用结散热清，肿消痛止。临床应用时如打扑伤损，跌磕压伤，骨肉酸痛，色紫黑皮肉未破者，用本膏加草乌、肉桂、高良姜各三钱，研末，姜汁调温敷患处，待紫黑色已退则去之；若骨折出血者，将骨整复，用赤葛根皮、宝塔草各二两捣烂与本膏和一处，又用皂角十枚以童便煮去皮弦子膜，捣碎，入生姜汁少许、生白面一两，砍烂和匀，入煎杵匀，以芭蕉叶托夹敷，缚定。

消肿膏(《证治准绳·疡医》卷六) 芙蓉叶、紫金皮各五两，白芷、当归、骨碎补、独活、何首乌、天南星各三两，橙橘叶、赤芍药各二两，石菖蒲、肉桂各五钱。为细末，以热酒、姜汁调，乘热敷贴。功能散结消肿，活血止痛。主治胸胁损伤肿痛，或动筋折骨。若肿甚以葱汁、茶清调匀，温敷；动筋折骨，加山樟子叶、毛银藤皮及叶各五两，为末，同前药酒调暖敷。

散血膏(《证治准绳·类方》第七册) 紫金皮、白芷、大黄、姜黄、天南星、黄柏皮、赤小豆、寒水石各等份。为细末，生地黄汁调成膏，敷眼四周。功能散热消肿。主治眼目赤肿不能开，睛痛热泪如雨。

嗜鼻碧云散

本方出自《原机启微》卷下。又名碧云散。方由鹅不食草二钱，青黛、川芎各一钱组成。为细末，先噙水满口，每用少许，嗜入鼻内。功能祛风清热，消肿止痛。主治目赤红肿，昏暗羞明，涩痛，风痒鼻塞，头痛脑热，外翳攀睛，眵泪粘稠。本方所治证属风热之邪，上犯头目所致。故治当祛风清热。方中鹅不食草清散通窍；青黛清热散邪；川芎活血搜风。三药合用，共奏清散通窍，活血搜风止痛之效。

碧玉散(《审视瑶函》卷六) 羌活、踯躅花、薄荷、川芎、防风、生蔓荆子、细辛、荆芥穗、白芷各一钱，风化硝、煅石膏、青黛、黄连各三钱，鹅不食草三两。为细末，每用少许，吹入鼻中，每日三次。功能清热散风，活血止痛。主治目赤肿痛，昏暗羞明，隐涩疼痛，风痒头重，鼻塞，脑鼻酸痛，翳膜胬肉，眵泪稠粘，卷毛倒睫。

赴宴散

本方见于《万病回春》卷五。系由黄连、黄柏、黄芩、栀子(炒黑)、细辛、干姜各等份组成。共研细末，先用米泔水漱口，再用药粉少许搽患处，每日三至四次。功能清热泻火，消肿止痛。主治口舌生疮，糜烂，疼痛难忍，及实火口破，满口烂斑，甚者腮舌俱肿。本方所治证属三焦实热，胃热火盛，上犯口舌所致，故治宜泻火解毒。方中黄连、黄芩、黄柏、栀子解毒消肿；细辛、干姜散结止痛。合而用之，使本方具有泻火解毒，消肿止痛之功。

赴筵散(《重订严氏济生方》) 北细辛、黄柏各等份。共研细末，擦患处。功能清热泻火，解毒止痛。主治口疮。

口疮药赴宴散(《清太医院配方》) 干姜五钱，川黄连五钱，冰片二分。共研细末。先用米泔水漱口，后搽药于患处。功能清热止痛。主治口舌生疮，糜烂疼痛。

绿袍散

本方见于《卫生宝鉴》卷十一。方由青黛一两，黄柏四两，甘草(炙)二两组成。先将黄柏、甘草研为细末，再加青黛碾匀，每用五分，干掺患处。功能清热消肿止痛。主治牙疳，口舌生疮，口臭糜烂。本方所治证属心脾两经有热或风热客于上焦所致，故治疗当以清热为主。方中青黛收湿解毒；黄柏、甘草解毒消肿。三者合用，共奏解毒消肿之功。现常用于治疗口腔溃疡，急性咽喉炎，扁桃体炎等属热证者。

黄金散(《证治准绳·幼科》集之三) 黄柏(去粗皮，用生蜜润透烈日晒干，再涂再晒，十数次)、甘草各一两。各研极细粉，用药粉干点患处，或用麦门冬熟水调点舌上，令其自化。功能清热解毒。主治口内舌上疮毒，及痘疮后目生翳膜。

柳花散(《外科正宗》卷四) 黄柏一两，青黛三钱，肉桂一钱，冰片二分。为细末，每用少许，搽口内患处，每日五六次。功能泻火解毒，消肿止痛。主治虚火上炎，熏灼于上而致的口疮，色淡红，满口白斑微点，甚至陷露龟纹，口不渴，舌红无津，脉虚或细数者。

碧雪

本方见于《太平惠民和剂局方》卷六。方由芒硝、青黛、石膏(煅过研飞)、寒水石(研飞)、朴硝、硝石、甘草、马牙硝各等份组成。先以甘草汤二升，去滓，将芒硝、石膏、寒水石、朴硝、硝石、马牙硝纳入再煎，用柳木篦不停的搅动，令消溶后，乃入青黛，和匀，倾入砂盆内，候令凝成霜，研为极细粉，瓶贮备用。每服一钱许，含化咽津，或凉开水调下；如喉闭壅塞，不能咽物者，用小竹筒把药吹入喉中；舌病涂患处。功能清凉解毒，软坚散结。主治咽喉肿痛，口舌生疮，心中烦躁，咽物不畅，或喉闭壅塞，水浆不下，天行时疫，发斑昏愦。本方所治证属心脾积热，上攻咽喉所致。故以清凉解毒，消肿止痛。方中芒硝、朴硝、硝石、马牙硝咸寒泻火解毒；青黛解毒消肿；煅石膏、寒水石解热泻火；甘草解毒，调和诸药。合而用之，共奏清凉

解毒，软坚散结，消肿止痛之效。

绛雪散（《重订严氏济生方》）　冰片半字，硼砂一钱，朱砂二钱，马牙硝五分，寒水石二钱。各研极细粉，和匀，每用一字，掺于舌上，用津咽之。功能清热消肿止痛。主治咽喉肿痛，咽物妨碍，及口舌生疮。

碧玉散（《卫生宝鉴》卷十一）　青黛、芒硝、蒲黄、甘草各等份。为细末，每用少许，吹喉；亦可用砂糖和丸，每两作五十丸，每次一丸，噙化。功能清热解毒，消肿止痛。主治咽喉肿痛闭塞，水浆不下，或喉痹、木舌、重舌肿胀。

西瓜霜（《疡医大全》卷十七）　西瓜一个，皮硝适量。将西瓜装入大小适中的黄泥钵中，以皮硝装满瓜内，仍以瓜盖盖严，竹签固定，再以一样大的黄泥钵合上，外用皮纸条和泥，把缝封固，放阴处，数日后钵外析出白霜，以鹅毛扫下，收贮，再析再扫，至钵外无霜为度，每用少许吹患处。功能清热消肿止痛。主治咽喉红肿，乳蛾喉痹，口舌生疮，牙齿疼痛等症。

冰硼散

本方见于《外科正宗》卷二。方由冰片五分，朱砂六分，玄明粉、硼砂各五钱组成。为细末，先用冷茶漱口，每用少许，吹搽患处，每日五六次。功能清热解毒，祛腐消肿。主治鹅口疮，或咽喉、齿龈、口舌肿痛。本方所治证属热毒蕴结所致，治宜清热解毒。方中玄明粉清热泻火；冰片、硼砂、朱砂清热解毒，并能祛腐。四药配用，有祛腐消肿之功。现常用于治疗急性扁桃体炎、口腔溃疡、咽炎、齿龈炎，及急、慢性外耳炎和中耳炎等。

冰硼散（《全国中药成药处方集》济南方）　冰片22克，硼砂22克，生石膏62克，玄明粉62克。共研极细粉。每次用1—1.5克吹患处。功能清热解毒，消肿止痛。主治咽喉肿痛，口舌生疮。

锡类散

本方见于《温热经纬》卷五。《金匮翼》名烂喉痧方、《外科方外奇方》名七宝散。方由象牙屑、珍珠各三分，青黛六分，冰片三厘，壁钱（俗名喜子窠，用泥壁上的，洗晒焙存性）二十个，牛黄、人手指甲各五厘（《全国中药成药处方集》武汉方无人指甲）组成。为极细末，先用薄荷、硼砂冲水漱净口腔，每用少许，或吹或敷患处均可。功能清热解毒，祛腐生新。主治烂喉痧，乳蛾，牙疳，咽喉肿痛，口舌糜烂。本方所治证属热毒炽盛所致。方中牛黄、冰片、青黛清热解毒、消肿止痛，珍珠、象牙屑、人指甲、壁钱祛腐生新。诸药合用，共奏清热解毒，消肿止痛，祛腐生新之效。现常用于急性扁桃体炎、咽炎、喉炎等属热证者。

回生万应丹（《时疫白喉捷要》）　牛黄、珍珠、冰片各一钱，黄连、郁金各四钱，乳香（煅）、孩儿茶各五钱，薄荷七钱，青黛、硼砂、黄柏、甘草、血竭各三钱，白芷二钱。为极细末，和匀，先用冷茶漱口，每用少许，吹患处。功能清热祛腐，消肿止痛。主治白喉，单、双乳蛾，喉痹喉痈，缠喉风，烂喉丹痧及阴虚喉痛。

吹喉散（《外科方外奇方》卷三）　青黛、龙脑、薄荷各八分，雄黄（飞）、硼砂、珍珠各三分，儿茶五分，冰片一分、牛黄一分五厘。各研极细粉，吹患处。功能清热解毒，化腐生肌。主治热毒壅盛，咽喉肿痛。

人中白散

本方见于《外科正宗》卷四。又名中白散。方由人中白（煅红）二两，孩儿茶一两，黄柏、薄荷、青黛各六钱，冰片五分（《全国中药成药处方集》沈阳方无薄荷）组成。为细末，先用温汤漱净，每用少许，吹敷患处，每日六七次。功能清热解毒，燥湿止痛。主治小儿口疳，走马牙疳及牙龈腐烂、黑臭，脓耳。本方所治证属热毒壅盛，循经上炎所致。方中人中白解毒防腐；儿茶祛腐收湿；黄柏、青黛解毒消肿；薄荷、冰片消肿止痛。诸药合用，共奏清热解毒，消肿止痛，燥湿止痒之效。

柳华散（《疡医大全》卷十七）　炒蒲黄、炒黄柏、煅人中白、青黛各一两，冰片五分，硼砂五钱。为细末，每用少许，吹敷患处。功能清热解毒，消肿止痛。主治咽喉肿痛及口舌生疮，走马牙疳。

青吹口散（《包氏喉证家宝》）　煅石膏、煅人中白、煅硼砂各三钱，青黛、冰片各一钱，薄荷三分，黄柏五分。先将煅石膏、煅人中白、青黛各研细末，和匀，研至无声为度，晒干，再研细，另将余药各研细后和匀备用。同时漱净口腔，每用少许，吹敷患处。功能清热解毒，消肿止痛。主治口糜，鹅口疮，唇风等。

牙疳散（《全国中药成药处方集》兰州方）　人中白、黄柏各3克，冰片1.5克，儿茶、青黛、胡黄连、硼砂各6克。各研极细粉，每用少许，搽牙龈溃烂处，使病者低头开口，令毒水外流。功能消肿祛腐。主治肺胃火炽，牙龈溃烂，牙疳蔓延，经久不愈者。

金钥匙

本方见于《外科理例》方。是由《三因极一病证方论》之玉钥匙加味而来。方由焰硝一两五钱，硼砂五钱，冰片一字，僵蚕一钱，雄黄二钱组成。各研极细粉，和匀。每用少许，以竹管把药吹患处，痰涎即出；如痰出喉仍不消，用针刺患处，出恶血。功能化痰解毒，消肿止痛。主治痰涎壅盛之喉闭、缠喉风，咽喉肿痛，汤水不下。本方以化痰解毒，消肿止痛而立法。方中玄明粉、硼砂、冰片清凉解毒，散结消肿；雄黄、僵蚕散结滞，解毒通闭。诸药合用，具有解毒散结，消肿止痛之功。

玉钥匙（《三因极一病证方论》卷十六）　焰硝一两五

钱,硼砂五钱,冰片一字,僵蚕二钱五分。各研细末,和匀,每用五分,吹患处。功能散风清热,消肿止痛。主治风热喉痹,咽喉肿痛,舌强硬不适等症。

神效吹喉散(《外科正宗》卷二) 薄荷、朴硝、白矾、青黛、僵蚕、火硝、硼砂、黄连各五钱。为末,取猪胆七至八个,倒出小半,拌上药,复灌胆内,扎好阴干,去皮,每药一两,加冰片三分,研细末,吹患处。功能清热解毒,消肿止痛。主治缠喉风,乳蛾,喉痹,及重舌、木舌等。

八宝眼药

本方见于《中药成药制剂手册》。由《丹溪心法附余》光明拨云锭子加减而来,为治眼科疾患的常用方剂。方由炉甘石(黄连水飞)60克,琥珀、珊瑚(煅)各4.5克,冰片18克,麝香、珍珠(豆腐制)各1.2克,朱砂3克,硼砂(煅)6克,熊胆7.5克组成。先将炉甘石煅后研为细粉,再将熊胆用清水溶化,过滤与炉甘石拌匀,晒干,再研匀为极细粉,余药分别研极细,取朱砂细粉,依次与麝香、珍珠、冰片、珊瑚、琥珀、硼砂和炉甘石、熊胆细粉,用套色法,陆续配研至极细,用玻璃棒蘸凉开水,再蘸药粉少许,点入眼角内,日3次。功能明目退翳,清热止痛。主治暴发火眼,目赤肿痛,云翳遮盖,胬肉攀睛,眼边赤烂,畏光羞明。

本方所治证属风热壅盛,脾胃积热,相互为患,上攻于目所致。方中炉甘石去翳退赤,燥湿明目;珍珠清热退翳,收敛除湿;珊瑚、琥珀散瘀明目;冰片消肿止痛;麝香通经络,止疼痛,活血散结;朱砂解毒通脉;硼砂清热解毒;熊胆清热明目,杀虫止痒。诸药合用,共奏清热解毒,活血散结,消肿止痛,明目退翳之效。应用本方时,忌食辛辣刺激性食物。

光明拨云锭子(《丹溪心法附余》卷十二) 炉甘石末(一斤煅过,用黄连半斤,水二碗,煎五七沸,淬七次,取净末)二两,硼砂一两,冰片、珍珠、乳香、没药各一钱,乌贼骨二钱,麝香二分,血竭三钱,黄连半斤,龙胆草、当归、芍药、大黄、黄柏、黄芩、川芎、生地黄、白芷、防风、木贼、薄荷、羌活、红花、菊花各等份。前九味研极细备用;后十六味,水浸三日,煎成膏,和剂捏成锭,净水磨化点眼。功能清热泻火,退翳明目。主治远年近日一切眼疾。

黄连炉甘石散(《证治准绳·类方》第七册) 炉甘石一斤,黄连四两,冰片适量。黄连先用清水一碗浸泡,后将炉甘石煅红,放入黄连水中淬七次,然后再将炉甘石晒干,与黄连同研为细粉,临用时每一至二钱药粉中加入冰片适量。每用少许,井华水调成稠糊状,睡前蘸敷破烂患处;无破烂处者,点目内眦、锐眦,注意不要点入眼内。功能明目去翳,退赤除风,止痛燥湿。主治一切外障,眼目破烂,畏光羞明,眵多眊矂,赤脉贯睛。

拨云眼药(《全国中药成药处方集》重庆方) 炉甘石180克,硼砂(煅)30克,海螵蛸30克,朱砂6克,熊胆6克,麝香2.4克。共研细末,至无声为止。将灯心以清水浸湿,沾药末入大小眼角,稍闭片时,使药力遍行,日3—4次。功能明目退翳,消肿止痛。主治眼目昏花,迎风流泪,畏光羞明,云翳遮睛,眼胞红肿,白云贯珠。

瓜子眼药

本方见于《全国中药成药处方集》天津方。系由《良朋汇集》拨云散加减衍化而成。方由炉甘石500克(用黄连30克,熬水过滤,浸煅甘石,飞净,去渣晒干),冰片30克,麝香0.4克,熊胆6克(代水),荸荠18克,冰糖60克组成。上药除荸荠各研细粉,每300克炉甘石兑冰片30克、麝香0.4克、熊胆6克,和匀后,再用荸荠拧汁,和冰糖化水做成瓜子或小锭,每锭干重0.3克,阴干。用药蘸凉开水点眼角内,或用开水泡开,熏洗亦可。功能清热止痛,消肿退翳。主治由风热引起的暴发火眼,气蒙昏花,流泪羞明,外障云翳,眼边赤烂等症。

本方所治证属热邪郁蒸目窍所致。方中熊胆、冰片清热明目,消肿止痛;荸荠清热凉血;麝香祛风毒以透窍;重用炉甘石燥湿防腐,祛翳退赤。诸药合用,具有清热凉血,燥湿解毒,退翳明目的作用。现临床多用于治疗结膜炎,结膜翳,各种砂眼,红肿磨痛,胬肉遮睛,迎风流泪,眼边红烂等症。

拨云散(《良朋汇集》卷三) 煅炉甘石(水飞)八两,黄连、黄芩、连翘、羌活、乳香(去油)、没药(去油)、血竭各五钱,熊胆三钱,硼砂三两,乌贼骨(煮去盐性)二两,煅石决明一两,麝香三分,冰片一钱。先将黄连、连翘、黄芩、羌活水煎二次,合放一处;炉甘石烧红,倒在童便内,如此淬三次,第四次烧红,再淬于煎药内,待其自干,再与诸药,共为极细粉,每用少许,点患处。功能清热止痛,退翳明目。主治老年目昏,胬肉攀睛,卷毛倒睫,迎风流泪等。

马应龙眼药(《北京市中药成方选集》) 又名马氏眼药。炉甘石(煅)270克,麝香4.5克,珍珠(豆腐煮)4.3克,熊胆5.1克,朱砂27克,冰片720克,硼砂54克,琥珀4.5克。共研为极细粉,每次少许,点大眼角内;或做成膏剂,每12克药粉,加凡士林油500克,将膏涂于大眼角内,点后闭目片刻,日三次。功能明目止痛,退蒙化翳。主治眼目红肿刺痒,气蒙,火蒙,云翳,胬肉攀睛,迎风流泪,暴发火眼,眼边赤烂等症。

白敬宇眼药(《北京市中药成方选集》) 又名白氏眼药。珍珠(豆腐煮)15克,麝香7.5克,熊胆60克,硇砂3克,炉甘石(煅)515克,石决明(煅)300克,海螵蛸(去壳)283.5克。共研为极细粉,过罗,混合均匀。膏剂:加凡士林油20 000克,液体石蜡1 920克,混合均匀后,用玻璃针沾冷开水点在大眼角内,然后再沾药粉少许点在大眼角内,每日2—3次,点眼后适当休息。功能明目消肿,散风止痒。主治风热引起的暴发火眼,白睛赤红,眼边刺痒,溃烂肿痛等症。

消翳复明膏

本方出自《原机启微》卷下。方由黄丹(水飞)四两,青盐(另研)一两,蜂蜜一斤,诃子八个(去核,研末),海螵蛸(研末)三钱,黄连十两,蕤仁半两,木贼草一两,龙胆草二两,杏仁(去皮尖)七十五个,冰片一钱组成。先将蜜熬数沸,净纸搭去蜡面,下黄丹搅匀,旋下青盐、诃子、海螵蛸,搅至紫色取出;将黄连、蕤仁、木贼草、龙胆草、杏仁同入磁器内以水一斗浸,春、秋五日,夏三日,冬十日,浸毕入锅内,文武火熬至小半升滤去渣,重汤炖成膏,入前药中继续熬之,搅成紫色,入冰片,搅匀收贮。每次少许,点眼,如药干用净水化开。功能清热解毒,收湿磨翳。主治阳蹻受邪,眦生赤脉缕缕,根生瘀肉,瘀肉生黄赤脂,脂横侵黑睛,渐蚀神水者。

本方所治证属风热火毒壅滞所致。治宜清热解毒,收湿磨翳。方中以黄连为君,清热解毒;蕤仁、龙胆草为臣,除赤痛,润燥解热毒;黄丹、青盐、冰片、蜂蜜为佐,收湿烂,疗赤肿,和诸药;诃子、海螵蛸、木贼草为使,消障磨翳。诸药同用,使热清肿消,湿除翳退。如风热外客,眼目痛痒,或脾胃湿热蕴蒸于上,血滞脉络以致胬肉攀睛,视物艰难,眵多泪涩,羞明怕日者,亦用本膏点眼。

春雪膏(《太平惠民和剂局方》卷七) 《原机启微》名蕤仁春雪膏。蕤仁(去皮壳,压去油)二两,冰片(细研)二钱半,蜂蜜(生)六钱。先将蕤仁研细,入冰片和匀,再入蜜和匀,每次少许,点眦角;连眶赤烂,以油纸涂药贴患处。功能清热解毒,消肿止痛。主治肝经不足,内受风热,上攻头目,昏暗痛痒,隐涩难开,羞明赤肿,迎风流泪,多见黑花,甚则连眶赤烂。

龙脑黄连膏(《原机启微》卷下) 黄连半斤,冰片一钱。先锉黄连令碎,以水三大碗,于磁器中用文武火熬成大半碗,滤去渣,放薄磁碗内;重汤炖成膏半盏许,出火毒,临用加冰片少许,总以一钱为率,不拘时,点小眦内。功能清热解毒。主治目中赤脉如火,眼眶破烂,畏日羞明,眵多眊矂。

琼液膏(《审视瑶函》卷六) 熊胆、牛黄、硼砂、蕤仁(去皮壳心)、黄连各一钱,冰片五分,蜂蜜一两。先将熊胆、牛黄、蕤仁、黄连用水二大碗于砂锅内熬至半碗,滤去渣,入蜂蜜以文武火熬至紫色,醮起牵丝为度,取出入硼砂、冰片细末和匀,放磁罐内封固埋土中七日,出火气,每用少许,点目内,闭目片刻,日二至三次。功能解热毒,明目去障。主治云翳火蒙,迎风流泪,外障等。

摩障灵光膏

本方出自《原机启微》卷下。方由黄连(锉如豆大,童便浸一宿,晒干为末)一两,黄丹(水飞)三两,当归(研细)二钱,麝香(研细)、乳香(研细)各五分,轻粉(研细)、硇砂(研末)、白丁香(研细)各一钱,冰片(研细)少许,海螵蛸(研细)一钱,炉甘石六两(取黄连一两置水中,将炉甘石烧通赤,淬七次),蜂蜜十两组成。将蜜于砂锅内熬五至七沸,以净纸搭去蜡面,下黄连、当归、白丁香、海螵蛸,用柳枝搅匀,继下黄丹再搅,慢火熬至紫色,再将乳香、轻粉、硇砂、麝香和匀入上药内搅匀,以不粘手为度,急丸如皂角子大,用纸裹之,每次一丸,新汲水化开,旋入冰片少许,时时点翳上。功能清热消肿,去障磨翳。主治赤脉缕睛,风热痛痒,胬肉攀睛,眵多泪涩,羞明怕日,隐涩难开。

本方所治证属热毒火盛所致。治宜清热消肿,去障磨翳。方中黄连清热明目为君;以黄丹拔毒除热,炉甘石明目去翳退赤为臣;当归和血,麝香、乳香通气为佐;硇砂消瘀,海螵蛸磨翳,白丁香、轻粉消胬肉,冰片散赤脉去外障为使。全方可使邪热得清,气血调畅而诸证自愈。临床凡因肝胆风热上攻,窍道阻闭,云翳外障;或心肺两经风热壅盛,经络瘀滞,或脾胃湿热蕴蒸,血滞于眦所致之胬肉攀睛,以及天行赤眼、暴风客热所致目赤肿痛,羞明流泪等证均可用本膏治疗。

加味春雪膏(《卫生宝鉴》卷十) 又名宝鉴春雪膏、绛雪膏。炉甘石十二两(取黄连四两,洗净后童便二升浸一宿,去药取汁,将炉甘石烧赤淬至汁尽),黄丹(水飞)六两,海螵蛸(煅存性)、乳香、当归各三钱,白丁香半钱,麝香、轻粉各少许,硇砂一钱(水研)。上药各为极细末,另取蜂蜜二十两,炼去蜡,先下炉甘石,不住手搅,次下黄丹及诸药,搅至紫色不粘手为度,搓作挺子,每次一粒用新汲水少许化开,时时点眼。功能清热消肿,去翳磨障。主治风热上攻眼目,昏暗痒痛,隐涩难开,多泪疼痛,或生翳膜。

紫金膏(《医宗金鉴·眼科心法要诀》) 炉甘石(入银罐内盐泥封固,用炭火煅一炷香,以罐通赤为度,取出为末,用黄连水飞过,再入黄芩、黄连、黄柏汤内,将汤煮干,以炉甘石如松花色为止)四两,黄丹(入锅内炒黑色,用草试之,草灼提起,如此三次,研极细末,水飞)四两,硼砂(研细飞过)三钱,朱砂(研细飞过)三钱,轻粉五分,青盐五分,珍珠三钱,白丁香五分(乳汁化开,去渣),没药五分,乳香五分,海螵蛸二钱(去皮,研细),枯矾五分,硇砂五分,当归(研细)五分,川芎(研细)五分,黄连(研细)五分,甘草(研细)五分,麝香五分,冰片五分。上药如法炮制,各研极细无声,用白蜜十五两入锅内熬去沫取十两,先下炉甘石搅匀,次下黄丹搅匀,再下诸药,不住手搅至如紫金色,以不粘手为度。功能去风热,明目去翳。主治眼目因赤烂年久,或肺经风热壅盛而致胬肉攀睛。

红棉散

本方见于《寿世保元》卷六。系由《普济本事方》之红棉散加味而成。方由枯矾、熟炉甘石各五分,干胭脂二分

五厘，麝香少许，冰片一分(《全国中药成药处方集》天津方去干胭脂)组成。各为极细粉，和匀。先用棉签拭净脓水，再用药粉少许，涂于耳内。功能燥湿消肿止痛。主治耵耳及耳内生疮，流脓水。本方所治证属风火湿热，或少阳胆经受邪，循经上升，壅塞清窍所致。方中枯矾、熟炉甘石、干胭脂燥湿收敛；麝香、冰片消肿止痛。诸药合用，共奏消肿止痛，燥湿收敛之效。

红棉散(《普济本事方》卷五) 枯矾一钱，胭脂一字。先将枯矾研细，加入胭脂再研匀。先用棉花擦净耳中脓水，再取药粉少许，吹入耳内。功能燥湿敛疮止痛。主治耳内生脓，肿痛流水。

耳疳散(《中医外科学讲义》) 五倍子、黄连、黄丹、枯矾、龙骨、乌贼骨各6克，麝香、冰片各0.6克。为细末，先将耳内脓水拭净，再用药粉少许，吹入耳内，每日2—3次。功能解毒收敛，清热消肿止痛。主治慢性中耳炎流脓水，耳内肿胀疼痛，痛连头顶，耳鸣或听觉减退，或作痒不适，脓水黑臭或青白，经年不干，甚则耳后腐烂溃脓，损及骨膜等症。

滴耳油

本方见于《全国中药成药处方集》(北京方)。系由《医宗金鉴·外科心法要诀》滴耳油加味而成。胡桃仁油6克，冰片0.6克，麝香0.3克。将冰片、麝香分别研为极细粉，和匀，入胡桃油搅匀。先将耳内脓水拭净，每用2—3滴，滴入耳内。功能消肿止痛，散结通窍。主治耳内生疮，流脓流水，疼痒溃烂，日久不愈。临床多用治慢性中耳炎。方中胡桃仁油消肿生肌；冰片、麝香通窍消肿，收湿祛脓。诸药合用，可使脓水尽，而肿痛消失。

滴耳油(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五) 核桃油一钱，冰片二分。将冰片兑入油内，每用少许，滴于耳内。功能散热消肿止痛。主治耳疳脓水已净者。

耳底八宝油(《北京市中药成方选集》) 核桃仁36克，香油12克，蝈蝈5个，牛胆3克，麝香0.3克，冰片3克。用香油炸核桃仁，加入蝈蝈、牛胆，炸枯过滤，去净渣，候凉再兑麝香、冰片，研细混合均匀。用时，先拭净脓水后，滴入1—2滴，每日1—2次。功能消肿止痛，散结通窍。主治耳内流脓水不止，或肿痛流血等症。

青蛤散

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五。方由蛤粉(煅)一两，青黛三钱，石膏(煅)一两，轻粉、黄柏(生末)各五钱组成。共研细末，先用香油调成块，次加凉水调稀，薄涂疮处。功能清热解毒，收湿止痒。主治鼻䘌疮，鼻下两旁色紫斑烂，脓水浸淫，痒而不疼者。本方治证属风热客肺，熏蒸于上所致，治宜清热收湿止痒。方中蛤粉清肺热为君药；臣以青黛清热解毒，凉血消肿；煅石膏、黄柏、轻粉清热解毒，收湿止痒，为佐药。诸药合用，共奏解毒消肿，收湿止痒之效。本方以君药蛤粉，臣药青黛而命名。

石珍散(《外科正宗》卷四) 煅石膏、轻粉各一两，青黛、黄柏各三钱。为细末，用甘草汤洗净患处，外掺或用麻油调敷。功能清热燥湿止痒。主治天疱疮作烂，疼痛难忍，脓水淋漓。现亦用于治疗急性、亚急性皮炎。

青黛散(《中医外科学讲义》) 青黛、黄柏各60克，石膏、滑石各120克。各研极细粉，和匀，干掺，或用冷开水、醋调搽，或用麻油调敷患处。功能收湿止痒，清热解毒。主治急、慢性湿疹，缠腰火丹，天疱疮，湿脚气，脓窝疮，旋耳疮黄水淋漓；以及接触性或药物性皮炎等焮肿痒痛者。

黄连膏

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五。方由黄连三钱，当归尾五钱，生地黄一两，黄柏三钱，姜黄三钱，麻油十二两组成。将上药用麻油炸枯，捞去渣，下黄蜡四两，熔尽，用夏布滤净，倾入磁器内，以柳枝不时搅之，候凝为度，每用适量搽抹患处。功能清热润燥，解毒止痛。主治肺经风热，上攻鼻窍，聚结不散而致鼻疮，状如粟粒，干燥结痂，甚则鼻外色红微肿，痛似火炙者。本方为清凉泻火，润燥止痛之剂。方中黄连、黄柏苦寒清热解毒；生地黄、麻油甘寒凉血润燥；当归尾、姜黄行气活血止痛；黄蜡定痛且可赋形。

颠倒散(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五) 大黄、硫黄各等份。研细末，共合一处，再研匀，以凉水调敷患处。功能清热散瘀。主治酒渣鼻，粉刺等。

三黄二香散

本方出自《温病条辨》卷一。方由黄连、黄柏、生大黄各一两，乳香、没药各五钱组成。上为极细末，初用细茶汁调敷，干则易之，继则用香油调敷患处。功能清热止痛。主治温毒外肿，敷水仙膏(即水仙花根捣膏)后，皮间有小黄疱如黍米者。本方治证乃温毒邪气未尽所致，治宜解毒消肿。方中黄连、黄柏、大黄清热解毒；乳香、没药消肿止痛。五味合用，共奏清热解毒，消肿止痛之效。吴鞠通说："三黄取其峻泻诸火，而不烂皮肤；二香透络中余热而定痛。"现临床凡属热毒肿痛之证，皆可使用本方治疗。

五黄散(《证治准绳·疡医》卷六) 黄丹、黄连、黄芩、黄柏、大黄、乳香各等份。上为细末，新水调成膏，摊贴患处。功能清热消肿止痛。主治杖伤疼痛，及热毒肿痛等症。

三黄洗剂(《中医外科临床手册》) 大黄、黄柏、黄芩、苦参各等份。共研细末，每用10—15克药粉，加蒸馏

水100毫升,医用碳酸1毫升,摇匀,以棉花蘸药汁擦患处,每日4—5次。功能清热燥湿,杀虫止痒。主治疖肿,症见皮肤焮赤瘙痒,或起泡黄水浸淫者。

伤湿止痛膏

本方见于《中华人民共和国药典》一部。方由伤湿止痛流浸膏50克,水杨酸甲酯15克,薄荷脑、冰片各10克,樟脑20克,芸香浸膏12.5克,颠茄流浸膏30克组成。制成橡胶膏剂,外用贴患处。功能祛风湿,活血止痛。主治风寒湿痹,关节、肌肉酸痛,及伤筋等症。本方所治证属风湿外侵,或跌打扭伤,气血运行不畅所致,治以祛风湿、活血止痛之法。方中伤湿止痛流浸膏(生川乌、生草乌、乳香、没药、马钱子、丁香各1份,肉桂、荆芥、防风、老鹳草、香加皮、积雪草、骨碎补各2份;白芷、山柰、干姜各3份,用95%乙醇提取制成)具有活血止痛、祛风散寒,强筋健骨之效;薄荷脑、冰片、樟脑散风清热,消肿止痛;芸香散寒祛湿;颠茄镇痛。诸药合用,具有祛风除湿,活血止痛的功效。由于本剂作用时间较短,故8—12小时后应更换1次。

舒筋活血洗方

本方见于《中医伤科学讲义》(上海中医学院)。方由伸筋草、海桐皮、左秦艽、独活、当归、钩藤各12克,红花、乳香、没药各6克组成。水煎,温洗患处。功能舒筋活血。主治跌打损伤,筋络不利,或有酸痛者。熏洗法为治疗跌打损伤的一种重要方法,本方又以活血舒筋而立法。方中既用当归、红花、乳香、没药活血行瘀;又用独活、秦艽、伸筋草、海桐皮、钩藤活络舒筋。诸药合用,具有通利经络、活血止痛之功,为跌打损伤良好的辅助疗法。在临床上,对于风湿痹痛,关节不利者亦可使用本方治疗。

海桐皮汤(《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷八十八) 海桐皮、铁线透骨草、明净乳香、没药各二钱,当归(酒洗)一钱五分,川椒三钱,川芎、红花各一钱,威灵仙、白芷、甘草、防风各八分。共为粗末,装白布袋内,扎口煎汤,熏洗患处。功能活血止痛。主治跌打损伤,筋伤骨错,疼痛不止者。

散瘀和伤汤(《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷八十八) 番木鳖(油炸去毛)、红花、生半夏各五钱,骨碎补、甘草各三钱,葱须一两。水五碗煎滚,入醋二两,再煎十数滚,熏洗患处,一日十数次。功能活血散瘀。主治碰撞损伤,瘀血积聚之证。

八仙逍遥汤(《医宗金鉴·正骨心法要旨》卷八十八) 防风、荆芥、川芎、甘草各一钱,当归(酒洗)、黄柏各二钱,茅山苍术、牡丹皮、川椒各三钱,苦参五钱。共合一处,装白布袋内,扎口,水熬滚,熏洗患处。功能活血通络。主治跌仆损伤,肿硬疼痛,及一切冷热风湿,筋骨酸痛等症。

桃花散

本方出自《外科正宗》卷四。方由风化石灰半升,大黄(切片)一两五钱组成。以上二药同炒,炒至石灰色红,放地上去火毒,筛去大黄,研细,掺伤处。功能止血消瘀。主治金疮出血不止。金疮乃刀刃所伤,治宜止血消瘀。方中石灰收敛止血,用大黄同炒,既能使石灰的燥热之性有所减弱,又有清热解毒消瘀之功,并除伤处邪毒之侵,而具相反相成之效,为外用止血的良方。

如圣金刀散(《外科正宗》卷四) 又名如意金刀散、金刀散。松香(净末)七两,枯矾、生矾各一两五钱。共为细末,掺伤处。功能止血燥湿。主治刀刃所伤,皮破筋断,出血不止者。

红升丹

本方见于《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十二。又名红粉、灵药、大升丹。为疮疡溃后,拔毒去腐的常用方剂。方由朱砂、雄黄各五钱,水银、白矾各一两,火硝四两,皂矾六钱(《种福堂公选良方》无皂矾;《疡科心得集》无雄黄)组成。先将二矾、火硝研细拌匀,入大铜杓内,加火硝一小杯炖化,一干即起,研细,另将水银、朱砂、雄黄研细,至不见星为度,再入硝矾末研匀,先将阳城罐用纸筋泥搪一指厚,阴干(勿令有裂纹),入前药于内,罐口以铁油盏盖定,用棉纸捻条蘸蜜,塞罐口缝间,外用煅石膏细末,醋调封固;然后将阳城罐放火上加热,先用文火升炼一炷香,继改用文武火一炷香后,再用武火,共升炼三炷香,即可去火,放冷,开启取丹,用刀刮下研极细,每用少许,撒于疮口,外用膏药覆盖。功能拔毒去腐。主治一切疮疡溃后,疮口坚硬,肉暗紫黑者。

疮疡治法,初起宜解毒消散,溃后宜拔毒去腐。方中六味药物均有解毒作用,经配合升炼后,则具有解毒排脓、祛腐生肌的功效。本品主要含氧化汞,有毒,腐蚀性较强,专供外用,严禁内服。

白降丹(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十二) 朱砂、雄黄各二钱,水银一两,硼砂五钱,火硝、食盐、白矾、皂矾各一两五钱。先将朱砂、雄黄、硼砂研细,加入食盐、白矾、皂矾、火硝、水银共研匀,以水银不见星为度;用阳城罐一个,放微炭火上,徐徐入药化尽,微火烘令干取起,再用一阳城罐合上,密封罐口;在地下掘一小坑,用盆盛水放坑内,将无药的罐放盆内水中与地平,有药的罐之周围及底部,用炭火围烧,约三炷香,去火放冷,开启收集罐内下降物;用时研末,每用一至六厘,水调外敷或干撒于疮头上,或下药捻插入疮口。功能祛腐平胬。主治痈疽、发背、疔毒、疮疡腐肉难去,以及赘疣、息肉、瘘管等。本品主要含氯化汞及氯化亚汞,有毒,具腐蚀性,切忌内服。

《医宗说约》曾载本方，但其组成略有出入。

三仙丹(《疡医大全》卷七) 又名小升丹。水银一两，火硝、白矾各一两二钱。为细末，入锅内，用平口宫碗一个(先用生姜片擦碗内外)盖定，碗口以潮皮纸捻挤定，盐泥封口，碗底用泥固之。用炭三斤，炉内周围砌紧勿令火气出，如碗上泥裂缝，以盐泥补之，升三炷香为度。冷定揭开，将碗内药刮下，研细，用时将药掺疮口上。功能拔毒去腐生肌。主治疔疮、疖肿，内蓄脓毒；或溃疡脓栓未落，腐肉未脱；或脓水不净，新肌不生等。

九一丹

本方见于《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十二。又名提毒散、九仙散。方由煅石膏九钱，黄灵药(即红升丹)一钱(《全国中药成药处方集》天津方有冰片，呼和浩特方有黄丹)组成。先将石膏放在炭上煅熟，置泥土内，密封一周，然后取出研极细，加入红升丹，共研至无声为度。每用少许掺疮口上，外贴膏药，每日或隔日一次；或用药线蘸药插入疮口内，外盖膏药，每日换药一二次。功能提脓拔毒，去腐生肌。主治一切脓腐未尽的溃疡。

本方所治证属血肉腐败，脓腐未尽，故治宜提脓拔毒，去腐生肌。方中红升丹排脓去腐，生肌长肉；煅石膏生肌敛疮。两药合用，可拔毒排脓，化腐生肌，收敛疮口。两药用量为九比一，故名。对疮疡溃后，脓未净者，用之能拔毒提脓；脓已净者，能促使敛疮。为疡科临床常用之品。

七仙条(《药蔹启秘》) 白降丹、红升丹、熟石膏各等份，冰片少许。共研细粉，米糊做成条状，阴干，用时插入疮口中。功能化腐蚀管，提脓生肌。主治痈疽疮疡溃烂，脓水不断，日久成漏者。

八二丹(《中医外科学》) 又名二宝丹。石膏(煅)、红升丹(剂量比例8:2)。研极细粉，掺于疮面，或制成药线插入疮中，外用膏药和油膏盖贴。功能提脓去腐。主治疮疡溃后，流脓不畅，腐肉未尽，不能敛口者。

七三丹(《中医外科学》) 石膏(煅)、红升丹(剂量比例7:3)。共研极细粉，掺于疮口上，或用药线蘸药插入疮中，外用膏药或油膏盖贴。功能提脓去腐。主治疮疡溃后，腐肉难脱，脓水不净，不能敛口者。

五五丹(《中医外科学》) 石膏(煅)、红升丹(剂量比例5:5)。研为细粉，掺于疮口上，或用药线蘸药插入疮中，外用膏药或油膏盖贴。功能提脓去腐。主治疮疡溃后，腐肉难脱，脓水不净者。

九黄丹(《中医外科学简编》) 石膏(煅)18克，红升丹9克，冰片0.9克，乳香(煅)、没药(煅)、川贝母、雄黄、硼砂各6克，朱砂3克。除红升丹外，余药共研极细末，与红升丹和匀。用时，将药粉掺于患处，外用膏药贴之；或制成药捻插入疮内。功能拔毒祛腐，消肿止痛。主治痈疽已溃，脓流不畅，肿胀疼痛者。

八将丹

本方见于《疡科心得集》卷上。由牛黄三分，冰片三分，蜈蚣(炙)七条，蝉退(烘)七枚，麝香三分，穿山甲(炙)七片，全蝎(炙)七个，五倍子(烘)三钱组成。共研细末。将药少许掺于疮顶上，以膏药盖之。功能消肿解毒，提脓去腐。主治一切痈毒不起，疔毒不透，腐肉不脱等。方中牛黄、冰片清热解毒止痛；蝉退散毒热；全蝎、蜈蚣、麝香提毒蚀疮；五倍子敛疮；穿山甲活血通瘀，消肿排脓。诸药合用，可提毒排脓，消肿止痛。

十将丹(《中医外科学简编》) 腰黄(飞)12克，蝎尾(炙)10条，蜈蚣(炙)10条，蝉退(去翅足)6克，冰片1.2克，麝香0.9克，五倍子(炙)24克，穿山甲(炙)9克，生半夏12克，生南星12克。各研极细粉，和匀。将药粉掺膏药上贴患处。功能提毒去腐，蚀疮开口，消肿止痛。主治毒邪壅盛引起发背、搭手、少腹疽、臂疽、石瘤疽等逆证，平塌无脓者。

枯痔钉

本方见于《中医外科学讲义》。又名枯痔散。方由红砒1份，明矾2份，朱砂、雄黄、没药各适量(《疡医大全》无雄黄、没药，有轻粉三钱；《疡科经验全书》无雄黄、没药，有黄丹五钱；《外科十三方考》无雄黄、没药，有白番硇三钱)组成。先把红砒、明矾捣碎，混合均匀后，置瓦壶内，四面用炭火烘，火力须猛，约烧2—3小时，待黑烟消逝，白烟出现即可，将瓦壶取出，待冷却后，即可得雪白的明矾与砒的化合物。然后取此化合物4份，朱砂1份，雄黄2份，没药1/2份，米饭(干米计算)8份(先煮成糊状)。将前4种成分，先混合，捣碎，研成均匀粉末，并取出一成，再取所制米糊的二成混合调匀，如太干可和开水，搓成铁钉状的药锭，经过阴干或烘干，即可使用。用时，将药钉插入痔核部，使药钉直轴与肠壁成45°方向旋转刺入，待穿破痔核粘膜后，即将药钉向痔核中心部作一方向旋转插入，达到适当深度后，用剪刀将留在痔核粘膜外面之药钉剪去。药钉插入深度，应根据痔核大小而定，一般约1厘米，以不超过1.5厘米为度。一个痔核所插药钉一般由1—10条不等。功能破结散瘀，祛腐枯痔。主治二、三期内痔。

痔疮系由素积湿热，或过食炙煿，久坐少动而血脉不行，以致浊气瘀血，流注肛门而发病。本方以破结散瘀，祛腐枯痔而为法。方中红砒化瘀浊，蚀败肉；白矾祛恶肉，收敛止血；朱砂、雄黄散结滞，通血脉，燥湿解毒；没药活血祛瘀，消肿止痛。诸药合用，具有活血散瘀，腐蚀痔核的作用。据药理研究，砒能杀死生活细胞，而破坏蛋白，对组织有较强的腐蚀作用；白矾能与蛋白结合成蛋白盐，阻碍金属离子透入深层，而起收敛防腐作用。故本方

治疗痔核，可使局部组织引起干燥坏死，但不会引起中毒。对内痔脱出肛外不能自复；嵌顿性内痔，表层溃烂；或三期内痔合并直肠粘膜脱垂；老年性贫血、肺结核、高血压、妊娠期合并内痔者，均可采用本方治疗。而不能由肛门脱出的内痔、外痔、肛门周围有急性炎症、痈肿、出凝血时间异常，以及严重心、肝、肾、脑病和其他严重全身性疾患者，均不宜使用本方。另外，插药后必须嘱病人当天尽可能不要大便，以防药钉脱落发生出血；插药后须将痔核送回肛内，以免引起肛门肿痛，痔核发生嵌顿坏死现象；药钉必须插在齿线上方的内痔核中，不要插在肛管上，以免引起肛门胀肿。

枯痔散(《中医外科简编》) 白矾6克，白砒6克，硼砂6克，雄黄6克，硫黄6克。先将白矾、白砒、硼砂、雄黄共研细末，装入砂罐内，罐口以纸封闭，在纸的中央剪一如拇指尖大的圆孔(直径1.5厘米)。置火炉上烧炼，待黄烟变为青烟，烟量较少，罐中声响均匀后，为罐内药物完全溶化，再从小孔中放入硫黄粉，并将火力略为减弱，待罐中响声消逝，青烟出尽将药取下冷却，倒出置阴凉处，退尽火毒，约两个月后研成细粉，瓶内收贮。临用时，先用温水洗净患处，以棉纸将痔疮的周围与好肉隔开，把药调成泥状，涂在小块棉纸上，分开肛门，敷于痔核上，再以棉纸反折包裹，不使药外溢损伤健康组织，其用量宜从小量开始，逐日递增，最少0.2克，最多不超过0.8克，每日换药1—2次，或隔日1次。一般涂药8—10次，痔核坏死脱落。功能溃坚散瘀，腐蚀痔核。主治痔疮及三期内痔合并直肠粘膜脱垂者。

三品一条枪

本方见于《外科正宗》卷二。系由《外科理例》三品锭子衍化而来。方由明矾二两，白砒一两五钱，雄黄二钱四分，乳香一钱二分。先将明矾、白砒共为极细粉，放入小罐内，置炭火上煅至红青烟已尽，旋起白烟片时，约上下红彻住火，取罐放地上一宿，将罐内砒矾净粉一两取出，再加入雄黄、乳香，共研极细粉。厚糊调稠，搓成线条状阴干。用时插入疮孔，无孔者，先用针刺放孔，早晚插药二次，三日后疮孔增大，每次可插入十余条，插至七日，以后疮孔四边自然裂开大缝，一般十四天左右疮管脱落，随用汤洗擦，外上玉红膏，虚者兼服健脾之药。功能祛腐化管，消肿止痛。主治毒邪壅滞之痔疮、漏疮、翻花瘿瘤、气核、瘰疬、疔疮、发背、脑疽等。

方中以白砒蚀瘀腐败肉，枯痔杀虫为君；以白矾解毒定痛，蚀恶肉生肌为臣；以雄黄散结滞、通气血，燥湿解毒为佐；以乳香行气活血，消肿定痛为使。诸药合用，可解毒祛腐，消肿止痛。临床治疗内痔中期，痔核较大，或内痔后期，大便后脱出不能自己恢复者，用本品插入痔核内。本方药味简而不繁，囊治三品锭子诸症，故名三品一条枪。

三品锭子(《外科理例》) 上品由白矾二两，乳香三钱五分，没药三钱五分，牛黄三钱，白砒一两零五分组成；中品由白矾二两，白砒一两三钱，乳香、没药各三钱组成；下品由白矾二两，白砒一两五钱，乳香、没药各二钱五分，牛黄三分组成。先将白砒末放入紫泥罐内，次用矾末盖之，以炭火煅令烟尽，取出研为极细末，再与其他药粉和匀，用糯米糊和为锭子，状如线香，阴干。疮已溃破者，将药锭插入疮内；如痔疮露在外边者，可用蜜水调擦，或把药锭研为药粉干搽疮上。功能解毒祛腐，消肿止痛。上品锭子主治痔疮和漏疮；中品锭子主治五漏、翻花、瘿瘤、气核；下品锭子主治瘰疬、疔疮、发背、脑疽、恶疮等。

夹纸膏

本方出自《医宗金鉴·外科心法要诀》卷七十一。方由黄丹(炒)、轻粉、儿茶、没药、雄黄、血竭、五倍子(炒)、银朱、枯矾各等份组成。为细末，量疮大小，剪油纸两张，夹药于内，纸周围用面糊封住，纸上用针刺孔，以葱、川椒煎汤洗拭疮口后，敷贴患处，以帛缚之，三日一洗，再换新药。功能活血祛湿，化腐生肌。主治臁疮色紫，腐肉不脱，痛痒臭秽，久不收口。

本方所治证属下肢气血运行不畅，复因湿热下注，以致气血瘀腐而成。如若湿毒不去，气血不行，则病无止期，故治宜活血行滞，解毒去湿，化腐生肌。方中黄丹、轻粉、雄黄拔毒化腐，生肌长肉用为主药；辅以没药、血竭和血散瘀，消肿定痛；五倍子、枯矾、银朱、儿茶去湿解毒，敛疮止痛。诸药同用功能拔毒化腐，活血去湿，生肌敛疮。因本膏需夹于两纸之间(近疮疡一面刺数孔)贴患处，故名夹纸膏。在临床上，本膏多用于臁疮破烂色紫，滋水淋漓，形成溃疡，经久不愈者。若疮口腐烂臭秽，先以盐汤或葱汤洗后拭干，再用本膏敷贴。又因本膏化腐生肌，故凡恶疮肿毒溃后，腐肉不脱，紫滞不活，新肉不生者，均可以本膏治疗。

隔纸膏(《外科启玄》卷十二) 龙骨二钱，血竭五分，轻粉五分，冰片一分，阿魏二分，乳香、没药各一钱，麝香一分，黄丹(水飞)一两，芝麻(生捣末)一合，麻油三两。先将黄丹、芝麻、麻油熬数沸后，再将龙骨、血竭、轻粉、阿魏、乳香、没药为细末投入，烟起加入冰片、麝香，搅匀摊纸上，内隔用甘草煮过油纸，刺数孔贴患处。功能活血止痛，祛腐生肌。主治臁疮日久，顽疮结毒。

千捶膏

本方出自《疡医大全》卷十八。系由《医宗金鉴·外科心法要诀》神效千捶膏加减而来，目前流行之千捶膏，多由此变通而成。方由杏仁、蓖麻仁各四十九粒，琥珀(灯心同研)、冰片各三分，珍珠(豆腐包煮)、血竭、麝香、乳香(去油)、没药(去油)、铜绿、黄丹、龙骨、轻粉各六分，水安

息(龙眼肉大)三块,松香(入锅内小火化开,麻布滤去渣冷定,用豆腐水煮数次,再用绿豆汤煮三次,又用葱、韭、姜汁各一钟煮干研细末)八钱组成。先将蓖麻仁、杏仁捣如泥,次将前药细末逐渐加入,捶千余下,用红缎或牛皮纸摊贴患处。功能消肿止痛,提脓拔毒,祛腐生肌。主治瘰疬、疔疮、痈疽、热疖初起,或脓成将溃,或溃后毒势未衰者。

本方所治证属风热毒壅,或痰火郁结,气血瘀滞不通所致。治宜散热行血,提脓拔毒,祛腐消坚。方中杏仁、蓖麻仁、制松香、水安息、麝香、冰片开通窍道,通行经络,散风热邪毒,毒热外散,肿痛自消;琥珀、血竭、乳香、没药活血消瘀,血行肿消,其痛自止;铜绿、珍珠、黄丹、龙骨、轻粉提脓拔毒,祛腐生肌。诸药同用,证情初起者,可使毒热消散,气血运行而消肿痛;将溃或已溃者,则可提脓拔毒使脓腐速脱。本膏因制作中需捶千余下方成,因而名为千捶膏。本膏为常用消肿止痛,提脓拔毒之剂,一切阳证痈疖疔疮、痰火瘰疬初起,或顶软将溃,或溃后毒势不衰者,均可使用。因本膏辛香走窜碍胎,孕妇宜慎用。

神效千捶膏(《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十二) 木鳖子(去壳)五个,松香四两,铜绿(研细)一钱,乳香、没药各二钱,蓖麻子(去壳)七钱,巴豆仁五粒,杏仁(去皮)一钱(《疡医大全》卷七去木鳖子,名千捶膏)。诸药放石臼内,共捣三千余下即成,取起浸凉水中,用时随疮大小,用手捻成薄片,贴疮上,用绢盖之。功能提脓拔毒,消坚止痛。主治疮疡疔毒、瘰疬初起,及大人臁疮,小儿蟮拱头。

咬头膏(《外科全生集》卷四) 铜绿、松香、乳香、没药、杏仁、木鳖子(生研)、蓖麻仁各等份,巴豆(不去油)加倍。共打成膏,每两膏内加入白砒一分,再搅匀,临用取绿豆大一粒,放患处中央,用膏掩之。功能祛腐咬头。主治疮毒瘰疬,脓已成不能自破者,以此咬穿毒头。胎前产后禁用。

千捶膏(《中医外科诊疗学》) 新鲜蓖麻子肉(去壳取仁)310克,嫩松香500克,制乳香、制没药各37克,银朱110克,麝香2.5克。先将蓖麻子在石臼内捣至极烂,加嫩松香再捣至极烂,再加乳香、没药捣和,最后加银朱、麝香捣千余下,成暗红色硬膏,瓦罐收贮,用时隔水炖烊,摊油纸或薄牛皮纸上,贴患处。功能化脓,出毒,消肿。主治疖、疔脓头将溃者。

立马回疔丹

本方见于《外科正宗》卷二。系由《瑞竹堂经验方》立马回疔丹加减衍化而成。方由蟾酥一钱,硇砂一钱,轻粉一钱,白丁香一钱,蜈蚣一条,雄黄二钱,朱砂二钱,乳香六分,麝香一字,金顶砒五分(《全国中药成药处方集》上海方去朱砂、白丁香,哈尔滨方去轻粉)组成。各研极细粉,和匀,面糊为丸,如麦粒大。用时,先用针将疮挑破,取一粒插入疮孔内,外用膏药贴盖。功能提毒散结,消肿止痛。主治疔毒初起,或因针刺及误灸失治,以致疮毒走散不收之险恶证候。

本方所治证属疔疮扩散,毒邪壅盛所致。方中蟾酥、轻粉、蜈蚣攻毒消肿;硇砂、雄黄、金顶砒、麝香破结血,祛腐肉;朱砂、乳香、白丁香活血化瘀,通脉止痛。诸药相伍,具有提毒消肿,破结祛瘀,活血止痛的作用。

立马回疔丹(《瑞竹堂经验方》卷五) 蟾酥、轻粉、朱砂、金顶砒、血竭各一钱五分,冰片、麝香、没药各五分。各研极细粉,和匀,用生草乌头煎汁,做成锭子,如麦粒大。用时将疮顶刺破,用药锭放疮内。功能提毒祛腐,消肿止痛。主治疔疮肿势扩大不收。

芦荟散

本方见于《医宗金鉴·外科心法要诀》卷六十五。方由芦荟一钱,黄柏末五钱,砒石(用红枣五枚,去核,每枣加砒一分,火烧存性)五分组成。共为细末,先用米泔水漱口,每用少许,敷患处。功能解毒祛腐。主治走马牙疳,牙龈赤烂肿痛,黑腐臭秽,坚硬青紫,渐腐穿腮,蚀唇,齿摇不固。本方所治证属胃中积火,毒热上发所致,故宜解毒祛腐。方中芦荟、黄柏苦寒解毒泻火;砒石去腐;大枣缓和毒性。合而用之,共奏解毒泻火,消肿止痛,祛腐生肌之效。

赤霜散(《外科全生集》卷四) 又名砒枣散。大枣(去核)一枚,红砒(黄豆大)一粒,冰片一分。将红砒纳入红枣内,用丝线扎好,放瓦上炙,烟尽为度,取以闷熄,冷透研细,加入冰片再研,吹患处。功能提毒祛腐,消肿止痛。主治走马牙疳,甚则溃烂穿腮。

生肌玉红膏

本方出自《外科正宗》卷一。又名生肌膏、玉红膏。方由白芷五钱,甘草一两二钱,当归身二两,血竭、轻粉各四钱,白蜡二两,紫草二钱,麻油一斤(《医宗金鉴》将当归身改用当归)组成。先将当归、甘草、紫草、白芷入油内浸三日,大勺内慢火熬至微枯色,用细绢滤去渣,将油复入勺内煎滚,下整血竭使化尽,次下白蜡,微火化开。用茶盅四个,预放水中,将膏分作四处,倾入盅内,候片时,下研极细轻粉,每盅一钱,搅匀,候一昼夜取起。用时先以甘草煎汤,甚者用猪蹄一只,先水煎至软,去蹄及浮油,再将羌活、甘草、白芷、当归、蜂房各等份,研末取一两,投汤内再微火煎十数沸,温洗患处,软绢挹净,挑膏于掌中捺化,遍搽新腐肉上,外贴太乙膏。现临床上多取膏匀涂纱布上,敷贴患处,并依溃疡局部情况,掺提脓、祛腐、生肌药于膏上同用,效果更佳。功能活血祛腐,解毒镇痛,润肤生肌。主治痈、疽、发背、棒疮等毒,溃烂流脓;疔疮、疔根脱出,需长肉收口,以及跌打损伤,或金疮断损筋骨,血

止但疼痛作脓者。

本方所治病证，虽然起因不同，但其病理均属气血壅瘀，血肉腐败而腐肉未脱，新肌未生之候，故治疗均应祛腐生肌。方中当归甘润补血和血，生肌止痛；甘草甘平清热解毒；白芷辛香入血，散结止痛，排脓生肌；血竭甘平，和血散瘀，敛疮定痛共为主药；辅以紫草苦寒，凉血解毒；轻粉辛冷，杀虫防腐；白蜡、麻油甘寒而润，生肌长肉，且可赋形。诸药合用，能使热清毒解，腐脱新生，促进疮口愈合。所以本方不仅能生肌，并寓有拔毒之效，同时药性清凉，又可清解余热。因此，外科疮疡应用最为普遍。又因本方色红为外科生肌要药，故名生肌玉红膏。临床凡属痈疽、疔疖、疮疡已经溃烂，需祛腐生肌，收敛疮口者，均可用本膏敷贴。若脓毒未尽，宜掺提脓药；腐血未脱者，宜掺祛腐药；脓腐去尽者，宜掺生肌药。若脓毒未尽，单用本膏收敛过早，反增溃烂，壮者、轻者复溃迟敛；怯者乃致毒气内攻，或溃烂不敛。现临床上也用于水火烫伤，肉芽生长缓慢，及长期卧床，气血运行不畅，复因擦磨染毒所致褥疮，腐肉脱落，而经久不敛者。

止痛生肌膏(《普济方》卷三百十四) 血竭、没药、乳香、当归各一两，白芷半两，黄丹八两。上药除黄丹外俱为细末，先用麻油一斤半煎桑白皮、柳白皮各三两，令色赤，滤去渣，下黄丹搅匀，候黑色，再下血竭等药末，柳枝搅使软硬得所即成，放故帛上摊贴。功能活血止痛，生肌长肉。主治痈疽发背已溃或未溃者。

玉红膏(《伤科补要》卷三) 紫草二两，全当归三两，生地黄四两，象皮二两，乳香二两，没药一两，甘草五钱，合欢皮二两。用麻油半斤，煎枯去渣，再入黄蜡四两，白蜡四两，血竭五钱，共煎至滴水成珠，收贮，外敷伤口。功能止痛生肌。主治创口破溃，或疮溃腐肉已脱者。

生肌散

本方见于《中医外科学》。方由制炉甘石15克，滴乳石9克，滑石30克，血竭9克，朱砂3克，冰片0.3克组成。共研极细末，掺于疮口，外贴膏药或药膏。功能生肌敛口。主治痈疽疮疡溃后，脓水将尽，疮口欲敛者。疮疡脓水将尽，治宜生肌敛口。方中炉甘石、滑石、乳石生肌敛疮；血竭行瘀排脓；朱砂、冰片清热解毒。诸药配伍，有生肌敛疮、防腐解毒之效。

生肌散(《外科正宗》卷三) 石膏、轻粉、赤石脂各一两，黄丹(飞)、龙骨、血竭、乳香、樟脑各二钱(《张氏医通》无石膏、樟脑，多海螵蛸、熊胆、冰片、麝香、珍珠)。各研极细粉，和匀。用时先以甘草、当归、白芷各一钱，煎汤洗净患处，再将药粉干撒患处，外用软油纸盖扎，二日洗换一次。功能祛腐生肌。主治多骨疽，腐骨脱出，肌肉迟生，不能收敛者。

白玉膏

本方出自《疡医大全》卷二十五。方由乳香(去油)、没药(去油)、象皮、白蜡各五钱，轻粉四钱，密陀僧、铅粉、黄蜡各二两组成。上药除白蜡、黄蜡外，俱各为细末，另取桐油一斤，放锅内火上滚透，去油沫，先入密陀僧搅匀，取起入白蜡、黄蜡，溶尽搅匀，待油稍温，放入余药，搅三百余遍，以大棉纸摊上阴干，随疮大小剪成盖贴，待疮中毒水流出，膏药遍黑，再换新药敷贴。功能活血止痛，祛腐生肌。主治臁疮溃后，日久不敛。

本方所治证属血行不畅，腐脱不尽，新肌未生，治宜活血止痛，祛腐生肌。方中乳香、没药活血止痛；轻粉、铅粉攻毒去腐消肿；象皮、密陀僧、黄蜡、白蜡补皮生肌敛疮。诸药同用可使血行流畅，腐去新生，疮口自敛。因本膏功能去腐生肌，故凡结毒、痔疮、顽臁及诸般痈、疖、疮疡溃后，腐脱未尽，新肌未生者，均可用本膏治疗。若痈、疖、疮疡虽溃，但毒势不衰，本方不可过早应用，以免留邪，难以速愈。

生肌白玉膏(《中医外科学》) 又名白玉膏。熟石膏9份，制炉甘石1份。熟石膏研粉，加入制炉甘石粉和匀，以麻油少许调成膏，再加入凡士林使成含药粉30%的软膏。用时将膏少许涂纱布上外敷，也可掺其他生肌药粉于软膏上，效果更佳。功能润肤，生肌，收敛。主治溃疡腐肉已净，疮口不敛者。

珍珠散

本方见于《外科正宗》卷三。又名月白珍珠散。方由青缸花五分，珍珠一钱(入豆腐内煮数滚，研为极细，以无声为度)，轻粉一两组成。共研极细粉，如飞面，入罐收贮。腐烂疼痛者，先用甘草汤洗净患处，再以猪脊髓调搽；不生皮者，用药粉干掺；汤火伤痛者，用玉红膏调搽。功能清热解毒，祛腐生肌。主治下疳皮损腐烂疼痛，诸疮新肉已满，不能生皮，以及汤火伤，皮损肉烂，疼痛不止。方中青缸花解毒凉血；珍珠收敛生肌，促使创面愈合；轻粉祛腐消肿，又能生肌长肉。

八宝丹(《疡医大全》卷九) 珍珠(布包，豆腐煮一伏时)一钱，牛黄五分，象皮、琥珀、煅龙骨、轻粉各一钱五分，冰片三分，煅炉甘石三钱。为细末，撒疮口。功能生肌长肉。主治疮疡，疮口不敛者。

月白珍珠散(《全国中药成药处方集》武汉方) 珍珠3克，轻粉、龙骨(煅)各30克，冰片1.5克，炉甘石(煅)60克，青黛6克。共研极细粉，用时，视疮口溃烂大小，适量将药粉撒患处。功能燥湿收敛，生肌长肉。主治溃疡新肉已生无皮，以及汤火伤等。

象皮膏

本方见于《伤科补要》卷四。方由大黄二两，川芎、当归、生地黄各一两，红花三钱，黄连三钱，甘草五钱，荆芥三钱，肉桂三钱，白及三钱，白蔹二钱，冰片一钱，黄蜡、白蜡各三两，地鳖虫一两，血竭五钱，象皮五钱，龙骨、海螵蛸各三钱，珍珠二钱，乳香（去油）、没药（去油）各五钱，人参二钱组成。先将前九味切片，用麻油一斤炸枯，以麻布绞去药渣，将白及、白蔹、冰片为末与黄蜡、白蜡同入油内，熬滚，至滴水不散，倾入水中捻长分作五块，分次入大锅内溶化，因膏带入水气，故锅内泛满油花，俟药泛黄色，渐渐化尽，滴水中试老嫩，贴手不粘为度，如老加麻油，如嫩加冰片、百草霜各一两搅匀，再将余药研极细末加入膏内，搅匀，去火毒，用时取适量摊贴患处。功能活血消肿，接骨生肌。主治跌打断骨，破伤疼痛。

本方所治证属跌打损伤所致，故治宜活血行瘀，消肿止痛，接骨生肌。方中象皮生肌续皮，大黄凉血消瘀为君，俾使气血运行、肌肉生长，则伤痛自消；川芎、红花、乳香、没药、地鳖虫、血竭祛瘀生新，生肌续新，生地黄、黄连、白蔹、麻油凉血解毒共为臣；白及、龙骨、象皮、海螵蛸、珍珠、黄蜡、白蜡、人参、当归续筋接骨，生肌敛疮为佐；又以荆芥、肉桂、冰片、甘草解毒消肿，宣导诸药为使。诸药同用可消肿祛瘀，续筋接骨，生肌敛疮。

万金膏（《太平惠民和剂局方》卷八） 黄连、黄柏、黄芩、白蔹、白及、龙骨、当归（洗，焙）、厚朴（去粗皮）、川芎、没药（另研）、槐枝、柳枝、鳖甲、苦参、白芷、木鳖子、草乌、皂角、海螵蛸各一分，乳香（另研）一钱，黄丹一两半，麻油四两（冬月用半斤）。上药除黄丹外，将诸药油内慢火煎至油色紫赤，滤去药材不用，入黄丹一半，不住手搅，煎至色微黑，更入黄丹一半，不住手搅，慢火熬至紫黑色，滴在水中不散，捻不粘手，然后加黄丹少许，再熬数沸，以不粘手为膏成，摊纸上，贴患处。功能消肿止痛，排脓生肌。主治痈疽恶疮，臁疮痔漏，坠折伤损，或筋骨疼痛。

珠黄散

本方见于《全国中药成药处方集》（天津方）。由《绛囊撮要》之珠黄散减味而成。方由珍珠（豆腐制）31克，西牛黄31克组成。共研极细末，以无声为度，每用少许，搽患处。功能解毒生肌。主治咽喉肿痛腐烂及牙疳、口疳。本方所治证属心脾积热，或病后余毒未清，上熏口舌，攻于咽喉所致。方中牛黄味苦甘凉，清热解毒；珍珠收敛生肌。两药合用，共奏清热解毒，止痛生肌之效。

珠黄散（《绛囊撮要》） 牛黄五分，冰片五钱，珍珠六钱，煅石膏五两。各研极细粉，和匀，每用少许，吹患处。功能解毒祛腐，消肿生肌。主治口疳，喉痛。

加味珠黄散（《中医外科诊疗学》） 珍珠粉、琥珀各2.1克，牛黄1.5克，西瓜霜3克。为细末，每用少许，吹敷患处。功能消肿止痛，化毒生肌。主治风热乳蛾，急喉喑，急喉风等证。

固齿白玉膏

本方出自《外科大成》卷三。方由龙骨一两，阳起石五钱，铅粉一两，珍珠（研细）三钱，象牙（研细）五钱，麝香二钱，僵蚕四十九条，防风、当归、川芎、皂角、青盐、升麻、白芷、地骨皮各五钱，细辛、藁本各三钱组成。先将僵蚕等后十一味研粗末，用长流水五碗，以桑柴火熬至三碗去渣，再熬至一碗，将龙骨、阳起石焙于研末；再取黄蜡三两加热熔化，滤净再加热熔化，离火候温，入诸药末和匀，乘热摊纸上，如膏冷，将熨斗烧热仰放，纸铺熨斗底上摊之，用时先温水漱口，将膏剪一小条，贴患齿根上，闭口勿语。功能疏风止痛，固齿生肌。主治牙痛，或牙宣龈腐齿动者。本方所治证属胃肾虚火积久，外受邪风寒凉，两相搏结所致。治宜疏风止痛，固齿生肌。方中麝香、僵蚕、防风、当归、川芎、皂角、升麻、白芷、细辛、藁本疏风和血，消肿止痛；龙骨、阳起石、青盐、地骨皮补肾泻火固齿；象牙、珍珠、铅粉解毒防腐生肌。诸药同用使外邪得散，虚火下潜而齿痛可除；腐去肌生则齿不动。所以本膏主要用于虚火上浮，外受风凉所致牙疼、牙宣，如因胃经客热积久，复受寒凉，牙齿出血，恶热口臭者，则应当禁用。

护牙膏（《增补万病回春》卷五） 防风、独活、槐枝、当归、川芎、白芷、细辛、藁本各等份，麻油半斤，白蜡、黄蜡各一两半，铅粉、乳香、没药、龙骨、白石脂、石膏、白芷各五钱，麝香五分。前八味锉碎，麻油内浸三日，熬焦去渣，入白蜡、黄蜡溶化，将后八味投入搅匀收贮，临用以牛皮纸摊贴患处。功能疏风止痛，固齿生肌。主治牙宣，牙龈宣露。

牙宣膏（《增补万病回春》卷五） 麝香一厘，白龙骨二钱半，铅粉二钱半。先将白龙骨、铅粉为末，后入麝香研匀，取黄蜡一两磁器化开，将上药粉加入搅匀，用无灰纸裁作方块浸于药内，取出裁作长条，临卧贴患处。功能祛风生肌。主治牙宣，牙疳，牙齿动摇，疼痛不止，龈肉出血。

诸疮一扫光

本方见于《外科正宗》卷四。又名一扫光。方由苦参、黄柏各一斤，烟胶一升，木鳖肉、蛇床子、川椒、明矾、枯矾、硫黄、大枫子肉、樟冰、水银、轻粉各二两，白砒五钱（《疡科心得集》无白砒；《全国中药成药处方集》杭州方，去水银、白砒，加雄黄）组成。共研极细粉，熟猪油二斤四两，化开，将药粉放入搅匀，做丸，如龙眼大，用时搓擦疮上，三日一换；或把药用布裹在火上烤热，在胸口前轻擦，擦至第五日时隔一日，第七日再如前法擦之；俟前胸口

处，起小疮如小米粒状则愈。功能燥湿解毒，杀虫止痒。主治湿邪浸淫，疥疮痒痛，湿毒痒多痛少者。

本病系由湿热虫毒客于肌肤所致。方中苦参、黄柏、大枫子肉清热燥湿，祛风止痒；明矾、枯矾、花椒、蛇床子、烟胶燥湿杀虫；水银、轻粉、硫黄解毒杀虫；木鳖子、白砒、樟脑解毒散结，消肿祛腐。诸药合用，具有清热燥湿，解毒祛腐，杀虫止痒的作用。现临床亦用于湿疹、黄水疮、白秃疮、白屑风等。

一擦光（《串雅内编》卷二）　蛇床子一两，苦参一两，芜荑一两，雄黄五钱，枯矾一两五钱，硫黄二钱，轻粉二钱，樟脑二钱，川椒五钱，大枫子肉五钱。研为极细粉。用生猪油调敷患处。功能燥湿解毒，杀虫止痒。主治湿热蕴郁所致的疥疮、阴蚀疮、漆疮、天火丹及诸恶疮等。若肿多或痛多加白芷、方解石；痒多加枯矾；阴囊疮加吴茱萸；湿多加香油调；干痒出血加大黄、黄连；虫多加芜荑、锡灰、槟榔、藜芦、斑蝥。

一扫光（《外科传薪集》）　烟胶二斤，苦参二斤，明矾半斤，川椒（炒）半斤，升药底半斤，硫黄半斤，樟冰四两，枯矾半斤，红砒一两，蛇床子（炒）半斤，大枫子肉八百粒。研为极细末，用生猪油调敷患处。功能燥湿解毒，杀虫止痒。主治小儿头疮及一切疮疥。破溃者不可用。

疥灵丹

本方见于《外科大成》卷四。方由大枫子肉一两五钱，油核桃仁二十个，川椒末五钱，木鳖子肉一两五钱，水银五钱，樟脑七钱，枯矾五钱，猪脂油一块组成。将药研成细粉，和猪脂油杵如泥状，将患处搔破，涂擦本药。功能燥湿解毒，润肤止痒。主治各种疥癣。方中枯矾、大枫子、水银燥湿解毒杀虫；油核桃、川椒、木鳖子、樟脑杀虫止痒痛；猪脂油合药以润肌肤。诸药相伍，具有燥湿止痒，杀虫润肤之作用。

绣毬丸（《外科正宗》卷四）　樟脑、轻粉、川椒、枯矾、水银、雄黄各二钱，枫子肉一百枚。各研极细粉，和匀，用柏油一两化开，将药粉和入搅匀，做成丸子，龙眼肉大，用时擦涂患处。功能燥湿解毒，杀虫止痒。主治干湿疥癣，脓窠烂疮，皮肤瘙痒，及黄水疮湿烂浸淫者。

一号癣药水

本方见于《中医外科临床手册》。方由土槿皮310克，大枫子肉310克，地肤子310克，蛇床子310克，硫黄150克，白鲜皮310克，枯矾1248克，苦参310克，樟脑150克，50%乙醇20000毫升组成。将土槿皮研成粗末，大枫子肉捣碎，硫黄研细，枯矾打粉，用50%乙醇温浸，第一次加8000毫升，浸两天后，倾取清液；第二次加6000毫升，再浸两天，倾取清液；第三次加6000毫升。去渣取液。将三次浸出之药液混合，再以樟脑用95%乙醇溶解后，加入药液中，候药澄清。倾取上层清液备用。每用少许擦患处，每日三至四次。功能清热燥湿，杀虫止痒，润肤止痛。主治水泡为主之鹅掌风，脱屑型、水泡型之脚湿气，圆癣等。本方所治证属湿热客于肌肤所致。方中土槿皮、大枫子、白鲜皮、苦参、地肤子、樟脑、蛇床子清热燥湿，杀虫止痒；枯矾蚀恶肉，燥湿止痒；硫黄解毒杀虫。诸药合用，具有清热燥湿，杀虫止痒的作用。

鹅掌风浸泡方（《中医外科学》）　土槿皮15克，大枫子肉9克，花椒9克，皂荚15克，地骨皮6克，藿香18克，明矾12克，鲜凤仙花9克，米醋750—1000克。将药浸入米醋内，过一昼夜，煎沸待温。将药汁倒入塑料袋内，患手（足）伸入袋中后，用绳扎住，浸泡6—12小时，隔一日，共浸泡3—4次。浸泡后七日内，不宜用碱水、肥皂洗手，如有皲裂必须暂缓使用。功能清热燥湿，杀虫止痒。主治手癣、足癣、甲癣等。

白屑风酊（《中医外科临床手册》）　蛇床子40克，苦参40克，土槿皮20克，薄荷脑10克。将蛇床子、苦参、土槿皮，共研成粗粉。用75%乙醇80毫升，再将药粉渗透，放置6小时，然后加入75%乙醇920毫升，依照渗漉分次加入法，取得酊剂约1000毫升（不足之数可以加入75%乙醇补足），最后加入薄荷脑即成。擦患处，每日3—5次。功能清热燥湿，祛风止痒。主治湿热蕴郁，肌肤失养之白屑风。

复方土槿皮酊（《中医外科临床手册》）　10%土槿皮40毫升（土槿皮为粗末10克，80%乙醇100毫升，按渗漉法制成），苯甲酸12克，水杨酸6克，75%乙醇加至100毫升（将苯甲酸、水杨酸加乙醇适量溶解，再加入10%土槿皮酊，混合，后将乙醇加至足量）。功能燥湿，杀虫，止痒。主治鹅掌风，脱屑型、水泡型脚湿气。

润肌膏

本方出自《外科正宗》卷四。方由麻油四两，当归五钱，紫草一钱（《医宗金鉴》有奶酥油二两）组成。将当归、紫草入麻油内熬药枯，滤清，将油再熬，入黄蜡五钱化尽，用布滤过，柳枝搅冷成膏，每用少许搽患处，日二次。功能凉血祛风，润燥止痒。主治秃疮干枯，白斑作痒；白屑风，头发内、面目、耳项痒起白屑；油风，毛发成片脱落，皮肤光亮，痒如虫行。

本方所治证属血燥风热偏盛所致。治宜凉血祛风，润燥止痒。方中当归甘辛性温，和血祛风，润燥止痒，正所谓"治风先治血，血行风自灭"，血行风去，燥痒自失；又以紫草、麻油清凉滋润，解毒护肤，使血凉风熄，肌肤自然柔嫩。临床凡因血燥生风，风热偏盛而致肌肤枯燥，脱屑瘙痒之症，均可用本膏治疗。

摩风膏（《证治准绳·疡医》卷三）　麻黄五钱，升麻、防风各二钱，当归身、白及各一钱，羌活一两，白檀香五分。用香油五两浸药同熬，去渣澄清后，加黄蜡再熬，待

蜡化尽搅冷，每用少许，涂患处。功能祛风除湿，润肌止痒。主治面上或身肤风热肿痒，肌肤干燥，时起白屑，或面出油垢。《卫生宝鉴》有面油摩风膏，较本方多白敛。

下瘙锭

本方见于《北京市中药成方选集》。系由《春脚集》仙传化瘙锭加减衍化而来。方由蛇床子15克，枯矾30克，川椒9克，樟脑9克，雄黄12克，荆芥穗9克，五倍子9克，硇砂9克组成。共研极细粉，炼老蜜（每30克药粉，用老蜜90克）与上药粉搅拌均匀，成滋润团块，制成长约3厘米的药锭，重12克，用丝绵包裹，长绳捆好。每次有1锭，坐放入阴道内，将绳留在外边。功能清热燥湿，杀虫止痒。主治湿热下注引起的妇人下瘙，阴门刺痒，溃流黄水，及宫颈糜烂等症。方中蛇床子、荆芥穗祛风燥湿止痒；枯矾、五倍子、雄黄、樟脑、川椒燥湿杀虫；硇砂解毒祛瘀。诸药合用，具有清热燥湿，杀虫止痒之功。

仙传化瘙锭（《春脚集》卷四） 枯矾三钱，黄连五分，雄黄一钱，川柏一钱，山栀一钱，蛇床子三钱，川乌五分，草乌五分。各研细粉，和匀，炼蜜合做八丸，每次半丸放入阴道中。功能清热燥湿，杀虫止痒。主治湿热下注引起的妇女时行下瘙之证。

化瘙锭（《全国中药成药处方集》天津方） 雄黄、枯矾各90克，川椒、桃仁（去皮）、蛇床子各60克，五倍子、乌梅各45克。共研细粉，炼老蜜加猪胆汁30毫升为锭，9克重，用绵纸裹，丝绳拴，每次1锭，放入阴道内。功能除湿杀虫，消肿止痒。主治湿毒阴痒、阴肿、阴疼，白带不尽等症。

回阳玉龙膏

本方出自《仙传外科集验方》。又名玉龙膏。为治阴疽的常用方剂。方由草乌（炒）三两，天南星（煨）一两，干姜（煨）二两，白芷、赤芍药（炒）各一两，肉桂五钱（《景岳全书》将干姜改用姜黄）组成。为末，葱汤或热酒调涂患处。现多以本膏2/10，加凡士林8/10，调成油膏外敷，名回阳玉龙油膏。功能温经散寒，活血止痛。主治阴发背、冷流注、鹤膝风、久损痛、冷痹风湿、脚气冷肿，无红赤，或冷痛不肿，足顽麻，以及妇人冷血风等阴冷之证。

阴冷之证，必由脏腑元阳虚弱，然后风寒之邪得以乘虚而入，血气不匀，遂自经络而客于皮肤之间，脉息不能周流，气血涩滞而为病，故治应温经散寒，活血止痛。方中干姜、肉桂能暖血生血；然血热疽生若不能散，又反为害，故用草乌、天南星破恶气，驱风毒，活死肌，除骨痛，消结块，唤阳气；又有赤芍、白芷散滞血，止痛生肌，加酒行药性而散气血。诸药同用，能逐阴回阳，温暖肌肤，止骨中疼痛。因本方回阳甚妙，故名为回阳玉龙膏。

阳和解凝膏

本方见于《外科全生集》卷四。又名阳和膏。方由牛蒡根叶梗（鲜）三斤，白凤仙梗（鲜）四两，附子、桂枝、大黄、当归、肉桂、官桂、草乌、川乌、地龙、僵蚕、赤芍药、白芷、白蔹、白及各二两，川芎、续断、防风、荆芥、五灵脂、木香、香橼、陈皮各一两，乳香、没药各二两，苏合油四两，麝香一两，大麻油十斤（《外科证治全书》无肉桂、官桂，川芎作四两）。先用麻油将牛蒡、凤仙梗煎枯去渣，次日将余药除乳香、没药、苏合油、麝香外，入油内煎枯，滤去渣，称准斤两，隔宿每油一斤，加黄丹（炒透）七两，搅和，次日文火再熬至滴水成珠，以不粘手为度，住火候冷，将乳香、没药、苏合香、麝香研细入膏搅匀，出火毒，半月后摊贴患处，或熬膏时不加麝香，俟用膏时，每张掺麝香数厘贴之。功能温经和阳，驱风散寒，调气活血，化痰通络。主治寒湿凝滞所致阴疽、流注、瘰疬、痰核、冻疮等阴性疮疡，已溃或未溃，以及筋骨酸痛，寒疟诸证。

《内经》谓："气血喜温而恶寒，寒则气不能行，温则消而去之。"本方所治证属寒湿凝滞，气血不通所致，故治宜散寒湿，行气血。方中荆芥、防风、桂枝、官桂、肉桂、附子、草乌、川乌、白芷等大队温热之药，驱风散寒，温经和阳，俾阳气冲和，阴凝得散，则肿痛可消；以木香、陈皮、香橼调气行滞，川芎、当归、赤芍药、地龙、续断、大黄、五灵脂活血祛瘀，待气行血畅不但肿消痛止，且使血活肌生，不致溃烂；以苏合油、僵蚕、麝香祛痰通络，拔毒防腐；乳香、没药、白及、白蔹既可行血散结，又可定痛生肌，肌生而肉不腐，则使疮面愈合；又以牛蒡、凤仙、黄丹拔毒止痛。诸药合用不仅使寒湿得散，痰去络通，气血调畅；又能拔毒防腐，定痛生肌。因本方可使阳和阴散，治疗寒凝之证，故名为阳和解凝膏。如冷流注，外贴本膏，内服小金丹；瘰疬可用本膏外贴，内服犀黄丸，脓成未溃者，另用咬头膏穿之；阴发背，色白肿痛，或平塌不痛而溃破者，外贴本膏，内服阳和汤。目前临床上的淋巴腺结核及胸壁结核硬结期，冻伤Ⅰ—Ⅱ度，骨与关节结核初期均可用本膏治疗。本膏临床应用甚广，一般初起用之多使内消；如属阴疽疮疡穿溃以后，久不收敛，以本膏薄摊外贴，可以遮风护肉，促进肌肉生长，但因本膏性热，阳性证候不可应用。孕妇忌贴腹部。

冲和膏

本方出自《仙传外科集验方》。原名冲和仙膏，又名黄云膏、仙膏、阴阳散、冲和散。方由紫荆皮（炒）五两，独活（去节，炒）三两，赤芍药（炒）二两，白芷一两，石菖蒲一两组成。为细末，葱汤或酒调敷。现临床上多用凡士林8/10，本膏2/10，调匀外敷，名为冲和油膏。功能疏风祛冷，活血定痛，软坚消肿。主治痈疽，发背，折伤损痛，流

注痰块，瘰疽软疖等冷热不明者，本方所治证属气血凝滞而成，故用温药疏风祛冷以散结气；活血软坚以消肿痛。方中紫荆皮破气逐血消肿；独活动荡凝滞之血，散骨中冷痛，祛肌肉中湿痹；石菖蒲散血逐痰，消肿止痛，与独活同用能破石肿坚硬；赤芍药行血活血，散瘀除痛；白芷祛风散结，生肌止痛。五者合用，血去则肌肉不死，血动则经络流通，使肌活则不致烂痛，经通不致壅肿。全方药性温和，故名冲和膏，其立方正合《内经》血得温则行之旨。若疮周围黑晕，疮口无血色，因用寒凉太过者，本方加肉桂、当归以温通行血，待血回黑晕退去，仍用本方外敷。若疼痛较重，或流注筋急不伸者，加乳香、没药适量，以酒溶化，调入本膏内敷贴。若疮口有胬肉突出，加天南星少许，姜汁酒调敷。

阴毒内消散

本方见于《药敛启秘》。方由麝香、肉桂、胡椒各一钱，轻粉、雄黄、川乌头、阿魏（瓦上炒去油）、穿山甲各三钱，丁香、皂角、高良姜、制乳香、制没药各二钱，樟脑四钱组成。共为细末，掺膏药内敷贴患处。功能温经散寒，消坚化痰。主治阴证肿疡，漫肿平塌，根盘散漫不收，皮肤表面不红不热，不痛或微痛者。本方所治证属体质虚弱，感受寒邪，凝滞气血所致。方中肉桂、川乌头、丁香、高良姜、胡椒温经散寒；乳香、没药消肿止痛；轻粉、阿魏、穿山甲、皂角、麝香、雄黄、樟脑散结消肿。诸药合用，共奏温经散寒，散结消肿之效。

桂麝散（《药蔹启秘》）　麻黄、细辛各五钱，肉桂、丁香各一两，皂角三钱，生半夏、生天南星各八钱，麝香六分，冰片四分。为细末，掺膏药内敷贴。功能温经散寒，化痰消肿。主治阴证疮疡，流痰未溃，乳癖等。

黑退消（《外科学》）　生川乌、生草乌、生天南星、生半夏、生磁石、公丁香、肉桂、制乳香、制没药各 15 克，制松香、硇砂各 9 克，冰片、麝香各 6 克。除冰片、麝香外，各药研细末后，再将麝香、冰片分别研细，诸药和匀，用时将药粉撒于膏药或油膏上敷贴患处。功能温散寒凝，活血消肿。主治疮疡阴证未溃及流痰初期。

紫荆皮散

本方出自《证治准绳·疡医》卷六。方由紫荆皮（醋炒）、南星、半夏、川当归、黄柏（盐炒）、草乌（炮）、川乌（炮）、杜当归、川芎、乌药、破故纸、川白芷（盐水炒）、刘寄奴、川牛膝、桑白皮各等份组成。为细末，生姜、薄荷汁兼水调敷肿处或伤处，有疮口者，勿封疮口，四周敷之。功能活血消肿，温散止痛。主治打扑伤损，金刀箭镞，伤处浮肿。本方所主外伤肿痛之症，治宜活血止痛。方中紫荆皮活血消肿，为主药；辅以当归、川芎、刘寄奴、牛膝增强其活血祛瘀的功效；再以天南星、半夏、川乌、草乌、乌药、补骨脂、白芷温散止痛，并助其活血消散；佐以黄柏、桑白皮祛湿消肿。全方合用，而具消肿止痛的作用。

金不换神仙膏

本方见于《古今医鉴》卷十六。方由川芎、白芍、生地黄、熟地黄、当归、白术、苍术、陈皮、香附、枳壳、乌药、半夏、青皮、白芷、细辛、知母、贝母、杏仁、桑白皮、黄连、黄芩、黄柏、栀子、大黄、柴胡、薄荷、赤芍药、木通、桃仁、玄参、猪苓、泽泻、桔梗、前胡、升麻、麻黄、牛膝、杜仲、山药、远志、续断、高良姜、何首乌、甘草、连翘、藁本、茵陈、地榆、防风、荆芥、羌活、独活、金银花、白蒺藜、苦参、僵蚕、天麻、天南星、川乌、草乌、威灵仙、白鲜皮、五加皮、青风藤、益母草、两头尖、五倍子、大枫子、巴豆、穿山甲、芫花各五钱，蜈蚣二十条，苍耳子七个，桃、柳、榆、槐、桑、楝、楮枝各三十寸，麻油十二斤组成。上药切为粗片，浸麻油内，夏三日、冬半月，煎药黑枯色为度，用麻布滤去渣，将油再称，如有十数斤加黄丹（飞）五斤，如有八斤加黄丹（飞）四斤，依数下丹，将油再下锅熬，黄丹徐徐投下，槐、柳枝搅，火先文后武，熬至滴水不散即成，磁器内收贮，临用加细药：乳香、没药、血竭、轻粉、樟脑、冰片、麝香、海螵蛸、赤石脂各为细末，磁器收贮，临摊膏药时各取少许和匀掺膏上，贴局部。功能调气血，去寒湿，生肌止痛。主治五劳七伤，咳嗽痰喘；半身不遂，手足麻木，遍身筋骨疼痛，腰脚软弱；偏正头痛；心胃气痛；赤白痢疾；癥瘕痞块；跌打损伤；寒湿脚气；男子遗精白浊，女子赤白带下，月经不调，血崩漏下；无名肿毒，瘰疬，臁疮，杨梅顽疮，误服轻粉致伤筋骨疼痛，变为肿烂成疮，大如盘，或流黄水，或流脓血，遍身臭烂，不能动履者。

本膏治证广泛而效验，故名为金不换神仙膏。方中薄荷、荆芥、苍耳子、升麻、白蒺藜、柴胡、地榆、生地黄疏风理血；杏仁、前胡、桑白皮、桔梗、远志、贝母宣肺利气；天麻、天南星、僵蚕去风痰通络；樟脑、冰片、蜈蚣、槐枝、柳枝、藁本、麝香、两头尖、大枫子、轻粉散结消肿；芫花、巴豆去痰破结；栀子、大黄、甘草、黄芩、黄连、黄柏、知母、玄参、连翘、金银花、苦参清热燥湿；五倍子、海螵蛸收湿敛疮；川芎、当归、白芍药、没药、血竭、乳香、益母草、穿山甲、桃枝、桃仁、赤芍药生肌止痛；白芷、川乌、草乌、防风、羌活、独活、白鲜皮、青风藤、桑枝、麻黄、细辛、威灵仙、五加皮、楮枝去风寒湿；山药、牛膝、龙骨、何首乌、熟地黄、杜仲、续断补肝肾，强筋骨，利血脉；木通、榆枝、茵陈、泽泻、猪苓利湿止泻；半夏、白术、苍术、青皮、枳壳、楝枝、陈皮理气燥湿；赤石脂、高良姜、香附、乌药温中散寒；黄丹、麻油消肿并可赋形。诸药同用可去风寒湿，补益肝肾，调和气血，生肌止痛。在临床应用中应根据不同病证，而敷贴于不同部位。①五劳七伤，遍身筋骨疼痛，腰脚软弱，贴两膏肓穴、两肾俞穴、两足三里穴。②半身不遂，手足麻木贴两肩井穴、两曲池穴。③痰喘气急，咳嗽，贴肺俞

穴、华盖穴、膻中穴。④腰疼,贴命门穴。⑤男子遗精白浊,女子赤白带下,月经不调,崩中漏下,贴两阴交穴、关元穴。⑥心胃气痛,贴中脘穴。⑦赤白痢疾,贴丹田穴。⑧疟疾,男贴左肾俞;女贴右肾俞。⑨寒湿脚气,贴两足三里穴。⑩风寒湿痹,麻木痠痛,无名肿毒,瘰疬,臁疮,杨梅顽疮,跌打损伤,癥瘕痞块,俱贴患处。但应注意,因本方香窜行血,孕妇不可应用。

普救万全膏(《医学心悟》卷三) 藿香、白芷、当归尾、贝母、大枫子、木香、白蔹、乌药、生地黄、莱菔子、丁香、白及、僵蚕、细辛、蓖麻子、檀香、秦艽、蜂房、防风、五加皮、苦参、肉桂、蝉蜕、丁香皮、羌活、桂枝、全蝎、赤芍药、高良姜、玄参、天南星、鳖甲、荆芥、两头尖、独头、苏木、枳壳、连翘、威灵仙、桃仁、牛膝、红花、续断、苍耳子、杏仁、苍术、艾绒、藁本、补骨脂、川芎、黄芩、麻黄、甘草、栀子(炒)、川乌、附子、皂角、半夏、草乌、紫荆皮、青风藤各一两五钱,大黄三两,蜈蚣三十五条,蛇蜕五条,槐枝、桃枝、柳枝、桑枝、楝枝、榆枝、楮枝各三十五寸,血余三两,麻油十五斤,松香一百斤,百草霜十斤。除松香、百草霜外俱浸油内,冬浸九日、春秋七日、夏五日,分数次入锅,文武火熬,以药枯油黑,滴水成珠为度,滤去渣重称,每药油十二两下松香四斤,同熬至滴水不散,每锅下百草霜六两,若治痈疽每油一斤,用黄丹六两收膏,倾入水缸中,以棒搅和成块,扯拔数次,磁器收贮,临用炖化,摊贴患处;咳嗽、疟疾,贴脊椎第七椎。功能去风散结,活血止痛。主治风气走注疼痛,风寒湿痹,寒湿流注,痈疽发背,疔疮瘰疬,跌打损伤,腹中食积痞块,多年疟母,顽痰瘀血停蓄,腹痛泻痢,小儿疳积,女人癥瘕,咳嗽,疟疾。

金不换膏(《北京市中药成方选集》) 川芎、牛膝、草乌(生)、香附、红花、橘皮、续断、麻黄、桑枝、细辛、防风、羌活、五加皮、山药、白芷、青风藤、远志、桃仁、白蔹、何首乌(生)、大麻、熟地黄、当归、杜仲(生)、桃枝、威灵仙、连翘、穿山甲(生)、乌药、苍术、赤芍药、独活、槐枝、荆芥穗各 16 克,蜈蚣 1.5 克,榆枝、僵蚕、苦参、金银花、柳枝、大枫子、大黄、川乌(生)各 16 克,麻油 7 500 克,黄丹 3 125 克,血竭、乳香、没药、樟脑、轻粉各 19 克。前 43 味酌予碎断,用麻油炸枯,滤去渣,炼至滴水成珠,入黄丹搅匀成膏,取出浸水中,去火毒,再加热溶化,取 7 500 克膏油,兑入余药细末,摊贴患处,每大张油重 19 克,中张油重 9.5 克。功能散风活血止痛。主治手足麻木,腰腿疼痛,跌打损伤,闪腰岔气。

阿魏化痞膏

本方见于《北京市中药成方选集》,系由《万病回春》神仙化痞膏加减而来。方由大蒜、香附、大黄、川乌(生)、三棱、当归、莪术、穿山甲(生)、白芷、使君子、厚朴、蓖麻子、木鳖子、草乌(生)、蜣螂、胡黄连各 62.5 克,乳香、没药、芦荟、血竭各 37.5 克,阿魏 250 克,樟脑、雄黄、官桂 187.5 克组成。先将大蒜等前 16 味酌予碎断,用麻油 7 500 克炸枯去渣过滤,炼至滴水成珠,入黄丹 3 125 克搅匀成膏,取出入水中,出火毒后加热溶化,将余药为细末,每膏油 500 克兑药粉 15.6 克,搅匀摊布上,每大张油重 12 克,小张油重 6 克,临用加温软化,贴脐上或患处。功能化痞消积。主治气血凝滞,积聚痞块,胸胁胀满,肚腹疼痛,以及妇人癥瘕血块。

本方所治证属气血凝滞,虫食停积所致。治宜活血行气,化痞消积。方中阿魏化痞除满,杀虫消积为君;大黄、木鳖子、三棱、莪术破癥瘕积聚,使君子、芦荟消积杀虫,蜣螂、穿山甲破癥结除胀满为臣;当归和血补血,血竭、乳香、没药散瘀止痛,香附、厚朴理气除胀,川乌、草乌、官桂温经行血为佐;大蒜、白芷、蓖麻子、樟脑、雄黄通窍散结为使;以麻油、黄丹和药赋形。诸药同用,俾血气运行,坚结消散,肿痞自除。临床也多用于小儿疳虫积滞,肚大青筋,或有肿块,按之疼痛者,可用本膏贴脐上;用本膏贴于患处,对于湿痰气血交凝,肝脾肿大按之疼痛,亦有疗效。

神仙化痞膏(《增补万病回春》卷三) 当归、川芎、赤芍药、黄连、黄芩各一钱,丁香、生地黄、草乌、巴豆(去壳)、红花、肉桂各五钱,黄柏、栀子、苏木、川乌各一两,大黄二两,穿山甲二十片,蜈蚣六条,白花蛇一条(或一两),桃枝、柳枝、枣枝各二十条,黄丹(飞,炒黑)一两,铅粉(烧)一两,密陀僧(水飞,炒褐色)一两,松香五两,黄蜡半斤,乳香(炙)一两,没药(炙)一两,血竭五钱,天竺黄三钱,轻粉三钱,硇砂一钱半,胡黄连三钱,麝香一钱,阿魏五钱。先将当归至枣枝等二十二味锉细,香油二斤浸五至七天,用桑柴慢火熬至焦黑色去渣,以起白光为度,过滤澄清取油约一斤半,再入锅,桑柴火熬至油滚,陆续下黄丹、铅粉、密陀僧,仍慢火熬至极沸,再下黄蜡及松香四两,熬至滴水成珠,试老嫩得所住手离火,待温将余药为细末,陆续入膏内,不住手搅匀,以冷为度,铲出用温水洗去浮腻,磁器收贮,埋在阴地下二十一日,出火毒,狗皮摊膏,先以白酒煮朴硝洗患处,贴本膏,后以炭火烤热手熨之。禁生冷厚味、房欲怒气。功能化痞消积。主治积聚痞块。

淮安狗皮膏

本方出自《疡科选粹》卷八。系由《古今医鉴》金不换神仙膏减味而成。方由川芎、白芷、生地黄、熟地黄、当归、白术、陈皮、香附、枳壳、乌药、半夏、青皮、细辛、知母、杏仁、桑白皮、黄连、黄芩、黄柏、栀子、苍术、大黄、柴胡、薄荷、木通、桃仁、玄参、猪苓、泽泻、桔梗、前胡、赤芍药、升麻、麻黄、牛膝、杜仲、山药、远志、续断、高良姜、甘草、连翘、藁本、茵陈、地榆、防风、荆芥、何首乌、羌活、独活、苦参、僵蚕、天麻、天南星、川乌、金银花、白蒺藜、威灵仙、白鲜皮、五加皮、青风藤、益母草、两头尖、五倍子、大枫

子、巴豆、穿山甲、芫花、蜈蚣、苍耳头各五钱，桃、柳、榆、桑、楝、楮枝各二十条组成。上药为粗末，用麻油十二斤浸，夏浸三日，冬浸半月，继则煎至黑枯色，麻布滤去粗，将油再称，如油十二斤下黄丹五斤，如八斤下黄丹四斤，将油再下锅熬，依此比例下黄丹，徐徐投下，以槐柳棍不住手搅，火先文后武，熬至滴水成珠为度，去火毒，贴患处；另将乳香、没药、龙骨、轻粉各三两，研极细末，贮磁器内，临用时加入少许。功能散寒除湿，活血消肿，排脓生肌。主治痈疽发背，诸疮肿毒；跌打损伤，筋骨疼痛；风寒湿痹，手足拘急，关节疼痛。

本方所治证属气血凝滞不通所致，故治宜流通气血。盖血得热则行，得辛则散，故以白芷、升麻、柴胡、薄荷、荆芥、两头尖、天南星、蜈蚣、苍耳头、羌活、麻黄、独活、白蒺藜、细辛、天麻、杏仁、远志、五加皮、威灵仙等大队温散之品既可祛风寒湿邪，又可温通行滞；以白术、苍术、高良姜、陈皮、乌药、半夏、香附、青皮、枳壳调气祛湿，破结止痛；以黄芩、黄柏、山药、知母、栀子、银花、木通、连翘、桃、柳、榆、桑、楝、楮枝解壅郁之热，并可燥湿；以川芎、生地黄、熟地黄、大黄、赤芍药、玄参、乳香、没药、穿山甲、益母草、桃仁、杜仲、牛膝、地榆、何首乌、续断凉血行血，舒筋消肿；以巴豆、芫花、僵蚕、大枫子、轻粉拔毒排脓；黄丹、桑白皮、龙骨、五倍子、麻油生肌长肉。诸药同用既可消肿止痛，排脓生肌，治疗痈疽发背、跌打损伤；又能散风寒湿，舒筋活络，治疗风寒湿痹。因本方散风热消肿毒，拔毒排脓长肉，所以痈疽发背、疮疡肿毒，不论已溃未溃，凡红肿热痛者，均可运用。又因本方既可疏风散寒，又可清热除湿，凉血行血，因此所治痹证以风寒湿痹欲化热者为佳。因本膏功能散寒清热，调气破结，所以寒热互结，腹痛腹胀，泄泻，痢疾，小肠疝气也可用本膏贴脐下治疗。

金丝万应膏（《验方新编》卷十一）　木香、川芎、牛膝、生地黄、细辛、白芷、枳壳、秦艽、独活、防风、当归尾、大枫子、黄芩、天南星、羌活、半夏、赤芍药、贝母、杏仁、蓖麻子、白蔹、苍术、艾叶、川乌、肉桂、高良姜、续断、两头尖、连翘、甘草节、藁本、丁香、青皮、藿香、乌药、荆芥、苏木、玄参、僵蚕、桃仁、栀子、红花、皂角、威灵仙、苦参、茅香、文蛤、蝉蜕、草乌、蜂房、鳖甲、全蝎、金银花、麻黄、白及、大黄、青风藤各二两，蜈蚣二条，白鲜皮、五加皮、穿山甲、降真香、补骨脂、苍耳头各一两，蛇蜕三两，桃、柳、榆、槐、桑、楝、楮枝各三十条。各药切为粗片，用麻油十二斤浸，春浸五日、夏三日、秋七日、冬十日，方以火熬，以药枯油黑为度，滤去渣，贮磁器内，另用松香不拘多少，先下净锅内熔化，依松香二斤加药油四两，试软硬得所，仍滤水中，抽扯至成金色即成。用本膏一料可摊中、大膏药一万有余，济人数千，“所费者少，所济者众”故名金丝万应膏。临用取适量外贴。功能散寒除湿，舒筋止痛，解毒消肿。主治风寒湿热，手足拘挛，骨节酸痛，癥瘕痞积，结核，转筋；顽癣顽疮，积年不愈；肿毒初发，杨梅肿块未破者，俱贴患处；寒湿腹痛，泄痢，疟疾，俱贴脐上；寒痰喘嗽，受寒恶心，胸膈胀闷，脾胃虚寒心痛，面色萎黄，俱贴心口；负重伤力，浑身拘痛，贴背心及腰腿；小肠疝气，贴脐下。

狗皮膏（《全国中药成药处方集》北京方）　枳壳、蛇床子、木香、青皮、甘草、细辛、川楝子、乌药、续断、大枫子、牛膝、菟丝子、赤石脂、羌活、白蔹、僵蚕、黄柏、桃仁、赤芍药、补骨脂、附子（生）、官桂、威灵仙、川芎、天麻、川乌（生）、小茴香、当归、杜仲（生）、远志、香附、橘皮、穿山甲（生）、白术、青风藤各 31 克。上药用麻油 3 500 克，半炸枯去渣，炼至滴水成珠，入黄丹 3 125 克，搅成膏，每 7 500 克膏油另兑：轻粉、樟脑、血竭、儿茶、没药、乳香、公丁香（俱用细粉）各 16 克，搅匀，用时取适量，微火化开，摊贴患处。功能去风散寒，舒筋活血止痛。主治风寒麻木，腰腿疼痛，闪腰岔气，跌打损伤。孕妇禁贴肚腹。

追风逐湿膏

本方出自《外科正宗》卷三。方由豨莶草、麻黄、川乌、草乌、青风藤、半夏、天南星、羌活、蓖麻子（打碎）、桂枝各三两，独活、细辛、当归、白芷、苍术、大黄各二两，麻油半斤，松香（研细）十斤四两，乳香、木香、胡椒（俱为细末）各二两，白芥子四两组成。先将前十六味切为粗片，用葱汁、生姜汁各两碗拌药浸一宿，次日入麻油内，慢火煎至药枯，取油滤去渣，称准斤两，复入锅煎，至滴水成珠不散，依每斤药油下黄丹十二两，投下旋搅，其膏成，再下松香，熬化，取下锅，炖水盆内，再下余药，渐下搅匀收贮，临用热汤炖化，绫绢摊贴患处。功能追风逐湿，散寒止痛。主治风寒湿痹，骨节疼痛，筋挛麻木，行走不便。

本方所治证属风寒湿三气杂至而成，治宜追风逐湿，散寒止痛。本方由功效而命名。方中豨莶草、麻黄、川乌、草乌、青风藤、羌活、蓖麻子、桂枝、细辛、独活、白芷、葱汁、生姜汁、松香追风逐湿，散寒止痛；半夏、天南星、轻粉、苍术、白芥子祛风痰而通络止痛；风寒湿邪痹阻，气血不通，故又以大黄、当归、木香、胡椒调气行血，温通行滞，俾风寒湿气宣散，气血流行，则痹痛顽麻自除。因本方祛风寒湿，通经络，止疼痛，故凡风寒湿邪侵袭，痹阻脉络，留着筋骨而见之骨节疼痛，腰痛膝软，步履艰难，或手足挛痛，肌肉顽麻，以及风痰阻络，肢体瘫痪，口眼歪斜等均可以本膏外贴治疗。另外，阴发背、冷流注，漫肿无头，皮色不红，未溃者亦可以本膏外敷治疗。

风湿气膏（《疡科选粹》卷八）　川乌、草乌各一两，红花、官桂、白芷、桃仁、防风、赤芍药、补骨脂、穿山甲、羌活各一两，松香十斤，葱汁、生姜汁各一碗，白酒一斤，乳香、没药、阿魏各一两，麝香一钱。前十一味锉碎，用麻油二斤煎枯，以布绞去渣，取油熬至滴水成珠听用；又取松香煎化，以夏布滤于水内，又沸去水，取出松香，入葱汁、生姜汁、白酒和匀，略煎，兑入上药油，慢火熬成膏，住火后加乳香、没药、阿魏、麝香，搅匀，摊贴患处。功能追风逐湿散寒，活血通络止痛。主治风寒湿痹，跌打损伤，筋骨

疼痛。

集宝疗痹膏(《种福堂公选良方》卷二) 川乌、草乌、天南星、半夏、当归、红花、羌活、独活、大黄、桃仁各四钱,穿山甲一两,白芷五钱,肉桂一两,麻油一斤,葱汁一碗,生姜汁一碗,松香一斤,密陀僧二两,硫黄半斤,乳香、没药、血竭、胡椒、冰片、细辛、皂角各二钱。前十九味共煎至药枯,去渣取油,将余药为末投入油内,搅匀收膏,外贴患处。功能祛风寒湿,活血止痛。主治风寒湿痹,骨节疼痛;历节痛风,痿痹麻木;鹤膝风、漏肩风等。并治跌扑闪挫,阴证无名肿毒未破者。

追风膏(《天津市中成药规范》) 麻油7500克,黄丹2812.5克,怀牛膝、麻黄、桃仁、当归、草乌(生)、草大戟(生)、天麻、羌活、穿山甲(生)、细辛、乌药、白芷、高良姜、独活、赤芍药、海风藤、红花、威灵仙各78克,苏木、生地黄、熟地黄、续断各37.5克,蛇蜕、川乌(生)、五加皮各19克,蜈蚣9克,肉桂78克,没药、乳香、雄黄、檀香、血竭各12克,丁香、冰片、麝香各4克。将牛膝至蜈蚣26味酌予碎断,同麻油共置锅中,炸至药枯,滤去渣,取油慢火煎炼至滴水成珠不散为度,下黄丹,不住手搅,使老嫩得所,倾入水中浸10—15日,去火毒,取膏油7500克加热溶化,待爆音停止,水气去尽,将余药末加入,搅匀摊膏,每大张油重31克,每小张油重16克,贴患处。功能舒筋活血,追风散寒。主治由风寒湿所致之筋骨疼痛,四肢麻木,腰背疼痛,行步艰难。

十香暖脐膏

本方见于《清太医院配方》。方由附子、天麻子、小茴香、菟丝子、川芎各二两,木香、川乌、草乌、干姜、白芷各一两,麻油五斤,黄丹二斤,丁香、乳香、没药、肉桂各二钱,麝香五分组成。将前十味用麻油熬枯去渣,入黄丹搅匀,再入余药搅匀摊布上,用时以温水化开,贴脐上。功能暖腰肾,和血脉,散风邪,通筋骨。主治阴寒腹痛,水泻痢疾,下坠脱肛;肝胃不和,脘痛胁胀;男子淋浊寒疝,女子带下癥瘕;小儿痞块疳积;兼治风寒感冒。

本方所治证属因脾肾阳虚,感受风冷,使阳虚寒盛,气血凝滞而致。故治宜温肾暖脾,祛风散寒,通经止痛。方中小茴香、菟丝子、肉桂温肾扶阳,木香、丁香、干姜暖中扶脾,脾肾阳气旺盛,阴霾自散,诚为治本之要药;川乌、草乌、天麻子、白芷祛风散寒,通痹止痛,以为祛邪之妙品;寒湿凝滞,气血必然受阻,故以乳香、没药、麝香活血通络止痛;麻油、黄丹以和药赋形。诸药同用,脾肾阳气旺盛,阴寒得散,则诸证可痊。

暖脐膏(《北京市中药成方选集》) 当归、白芷、乌药、小茴香、大茴香、香附(生)各125克,木香62.5克,乳香、母丁香、没药、肉桂、沉香各31克,麝香4.5克。将当归等前七味酌予碎断,另取麻油7500克,置于铁锅内,把当归等倒入,加热炸枯,捞去残渣,取油过滤,再入锅内,熬至滴水成珠,入黄丹3125克,搅匀成膏,取出置冷水中出火毒,再加热溶化,把余药为细末加入药油内,搅匀摊布上,大张油重16克,小张油重8克,用时温水化开,贴脐上。功能行气止痛,暖肚止泻。主治寒气凝滞,少腹冷痛,脘腹痞满,两胁膨胀,或大便溏泻。

千金封脐膏

本方出自《寿世保元》卷四。方由天门冬、生地黄、熟地黄、木鳖子、附子、蛇床子、麦门冬、紫梢花、杏仁、远志、牛膝、肉苁蓉、官桂、肉豆蔻、菟丝子、虎骨、鹿茸各二钱,麻油一斤四两,黄丹半斤,松香(水飞)四两,硫黄、雄黄、朱砂、赤石脂、龙骨各三钱,海狗肾一对,阿芙蓉、蟾酥各三钱,麝香一钱,阳起石、沉香、木香各三钱,黄蜡六钱(一方加乳香、没药、母丁香)组成。先将天门冬至鹿茸等十七味为末入麻油内,文武火熬黑色,去渣澄清,入黄丹、松香熬,用槐、柳枝搅,以滴水不散为度,再将硫黄、雄黄、朱砂、赤石脂、龙骨为末,陆续投入膏内,将药微冷,再下海狗肾、阿芙蓉、蟾酥、麝香、阳起石、沉香、木香等药末,待药冷,下黄丹,搅匀,贮磁器内,封口,放水中浸三日,去火毒,取出摊缎子或红绢上,外贴脐上或两肾俞穴,六十日一换。功能益肾填精,温暖下元,通血脉,利关节。主治肾阳虚衰,精气不固,阳痿早泄,腰膝冷痛,手足麻木,半身不遂;或下元虚冷,小肠疝气,腹痛泄泻,及妇人宫寒不孕,久无子嗣,带下淋浊,腰酸尻冷等症。

本方所治证属肾阳不足,命火衰败所致的一派阳虚阴盛之候,治宜益肾填精,温暖下元。方中附子、蛇床子、紫梢花、肉苁蓉、菟丝子、鹿茸、硫黄、阳起石温肾壮阳,意在益火之源以消阴翳;天门冬、麦门冬、生地黄、熟地黄、牛膝补肾填精,使阴消阳长,正所谓"善补阳者,必于阴中求阳",诸药同用,可使精气充足,自能守关,命火有源,阴寒自散;又以赤石脂、龙骨、阿芙蓉、朱砂、远志涩敛精气,不使遗泄;肉豆蔻、沉香、木香温肾暖脾,调中快气;木鳖子、官桂、松香、杏仁、虎骨、蟾酥、雄黄、麝香散寒解凝,通血脉,利关节;以黄丹、麻油赋形防腐。全方既可益肾填精,温阳暖脾;又可消散阴寒,通利血脉,为虚寒不足之补益佳品。临床如见肾阳不足,精气不守,男子遗泄,女子带下,久不孕育;或命火不足,脾土失煦,腹冷痛泄泻;或阳虚寒凝,气血运行不畅,腰膝冷痛,手足麻木者,均可用本膏治之。但因本方内官桂、牛膝、木鳖子、虎骨、硫黄、麝香、雄黄等品碍胎,故孕妇禁用。

益寿比天膏(《增补万病回春》卷四) 鹿茸、附子(去皮脐)、牛膝(去芦)、虎骨(酥炙)、蛇床子、菟丝子、续断、远志(去心)、肉苁蓉、天门冬(去心)、麦门冬(去心)、杏仁(去皮尖)、生地黄、熟地黄、官桂、川楝子(去核)、山茱萸(去核)、巴戟天(去心)、破故纸、杜仲(去皮)、木鳖子(去壳)、肉豆蔻、紫梢花、谷精草、穿山甲、大麻子(去壳)各一两,甘草二两(为末,待众药焦枯方下),桑枝、槐枝、柳枝

各七枝，麻油一斤四两，黄丹（水飞）八两，松香四两，雄黄、硫黄、龙骨、赤石脂各二两，母丁香、沉香、木香、乳香、没药、阳起石（煅）、蟾酥、阿芙蓉各二钱，麝香一钱，黄蜡五钱。先将鹿茸至甘草等二十七味为细末，桑、槐、柳枝锉细，共浸麻油内，一昼夜后，用慢火熬至黑色，下黄丹、松香，柳棍搅，不住手，再下雄黄、硫黄、龙骨、赤石脂，至滴水成珠为度，又下母丁香至麝香等九味药末，搅匀，最后下黄蜡，搅匀，磁器内封贮，水中浸五日，去火毒，红绢摊开，每张重七钱，贴脐上或两腰眼上，六十日换一次。功能填精补髓，保固真精，善助元阳，滋润皮肤，壮筋骨，理腰膝。主治下元虚冷，虚劳不足，脚膝酸麻，阳事不举，及妇人淋浊带下，肾虚喘咳。

毓麟固本膏（《清太医院配方》） 杜仲、熟地黄、附子、肉苁蓉、牛膝、破故纸、续断、官桂、甘草各四两，生地黄、大茴香、小茴香、菟丝子、蛇床子、天麻子、紫梢花、鹿角各一两五钱，羊腰子一对，赤石脂、龙骨各一两，麻油八斤，黄丹四十八两，雄黄、丁香、沉香、木香、乳香、没药各一两，麝香三分，阳起石五分。先用麻油将杜仲至龙骨等二十味熬枯去渣，入黄丹，最后下余药，搅匀成膏。妇人贴脐上，男子贴两肾俞及丹田穴，汗巾缚住，半月一换。功能温肾填精，通血脉，利关节。主治下元虚冷，虚劳不足，阳痿不举，举而不坚，遗精盗汗，久无子嗣，下淋白浊，腰疼腿疼，手足顽麻，半身不遂，小肠疝气，单腹胀满，及妇人干血劳瘵，久不受孕，或屡经小产。

坎离砂

本方见于《中药制剂手册》。方由防风250克，透骨草250克，川芎250克，当归180克，生铁屑50 000克，米醋3 000克组成。上药除生铁屑（打铁落下的铁砂粉末）外，将防风等四味碎断，置于锅内，用米醋加适量清水，熬煮2次，每次约2小时，取出煎液，去滓。将两次煎出液合并过滤，浓缩，待用。将生铁屑筛选均匀，置锅内用武火烧煅，以红透为度。趁热倾入药汁，用铁铲不停搅拌，至药液吸尽为度。待其自然冷却后，装入袋中，即得呈紫黑色粗铁屑。上药一料，约制30克重一袋，每用一袋，置大碗内，用米醋2羹匙（约重15钱），迅速搅拌，装入布袋内，候药物发热后，熨敷患处，避风。功能祛风散寒，和血止痛。主治感受风寒引起的四肢麻木，腰腿作痛，筋骨疼痛及小肠疝气，阴寒腹痛等症。方中防风、透骨草散风寒湿；川芎、当归和血止痛；生铁屑、米醋散瘀消肿。诸药合用，具有祛风散寒胜湿，和血通络止痛之作用。

通关散

本方出自《校注妇人良方》卷三。由《丹溪心法附余》通关散加薄荷而成。方由细辛、牙皂角、薄荷叶各等份组成（《疫喉浅论》方无细辛）。上药共研极细末，每用少许吹鼻内，候得喷嚏，随进汤药。功能通关开窍。主治卒然昏厥，牙关紧急，腰背反张，人事不省，药不得下咽者。本方所治证属邪阻气机，甚则闭窍所致，故以芳香之品通关开闭立法。方中牙皂、细辛皆为辛温走散之品，擅破结气，利窍宽胸；薄荷辛凉开宣，张锡纯指出："气清郁香窜，性平，其力能内透筋骨，外达肌表，宣通脏腑，贯串经络。"故三者合用，具有取嚏开闭，行气通关，苏醒神志之功。本方多外用吹鼻取嚏，常用于中风、气厥等证。临床以突然昏厥，不省人事，牙关紧闭为辨证要点。本方只适宜昏厥之闭证，外用作为临时急救，苏醒后即当停用。对于脱证忌用。此外，如脑溢血、脑实质性病变、颅脑外伤所致的昏迷，以及怀孕妇女，皆宜忌用。

通关散（《丹溪心法附余》卷一） 皂角、细辛各一钱。各研极细末，和匀，每用少许，吹鼻内取嚏。功能通关开窍。主治中风、痰厥，牙关紧闭，昏迷不省。本方早见于《备急千金要方》卷二十五，治自缢，但无方名。

通关散（《伤科补要》） 牙皂五钱，细辛三钱，白芷三钱，冰片、麝香各二分，蟾酥五分。上药共为细末，每用少许，吹鼻取嚏。功能通窍开闭。主治跌打损伤，牙关紧闭。

开关散（《随息居重订霍乱论》） 灯心炭一两，羊踯躅三钱，北细辛、杜蟾酥、牙皂各二钱，牛黄、梅片、当门子各一钱。上药共研细，每少许吹鼻，得嚏则生。功能通关开窍。主治受暑中恶，腹痛如绞，或气闭神昏欲绝者。

蜜煎导

本方出自《伤寒论·辨阳明病脉证并治》。又名蜜煎方。方由食蜜七合组成。上一味，于铜器内，微火煎，稍凝如饴状，搅之勿令焦着，候可丸，手捻作挺，令头锐，大如指，长二寸许，以纳谷道中，以手急抵住，欲大便时乃去之。功能润肠通便。主治燥屎不下。本方所治为燥屎结于直肠，而采用润肠通便的外治法。方中将蜂蜜作为锭剂，纳入肛门内，可直接作用于直肠，而起到润滑大肠，导引燥屎通下的功效。

食疗剂

由食物或食物和药物相配，并经过一定的烹调加工，用以辅助或代替日常饮食，并具有防治疾病及养生保健作用的一类方剂，称为食疗剂。

药食同源，不少食物兼具药物的作用，所以又是常用的中药之一。如山药、莲子、白扁豆、赤小豆、胡桃仁、姜、山楂、杏仁、海带、梨、金橘等；有的虽属中药，但与某些食物配伍，或单独使用，可以制作成食物，如人参、黄芪、当归、枸杞子、茯苓等。一般食物，它同样具有中药性味归经的特点。因此当这类食物或药物配伍组成食疗方剂，也有它相应的解表、清热、温里、祛寒、补益、润下等不同

的功用，所以临证应用，也必须以中医理论指导，进行辨证施治，才能收到预期的效果。

食疗方剂源远流长，如《备急千金要方》、《太平圣惠方》、《普济方》等均专设有食治门；宋代陈直《养老奉亲书》、元代忽思慧《饮膳正要》，清代王士雄《随息居饮食谱》等均为古代有名的食疗方剂专著，现代有关食疗方面的书籍，更是不胜枚举，增加了不少食疗方剂。

食疗剂有汤、酒、粥、饼、膏滋等多种剂型。由于本类方剂多为性味和平、无毒，而且味美适口，所以易为人们所接受。对于病后、产后、手术后、老年、体弱者，以及各种慢性疾病，可以作为日常调治之用。

《备急千金要方·食治》指出："夫为医者，当须洞晓病源，知其所犯，以食治之，食疗不愈，然后命药。"又说："若能用食平疴，释情遣疾者，可谓良工。"所以食疗是一位中医必须掌握的重要治疗方法。

茯苓酥

本方出自《备急千金要方》卷二十七。方由茯苓五斤（灰汁煮十遍，浆水煮十遍，清水煮十遍），松脂五斤（煮如茯苓法，每次煮四十遍），生天门冬五斤（去心皮，暴干作末），牛酥三斤（炼三十遍），白蜜三斤（煎令沫尽），蜡三斤（炼三十遍）组成。上六味各捣筛，以铜器重汤上，先纳酥，次蜡，次蜜，消讫，纳药，急搅之勿住，务令大均，纳磁器中，密封之勿泄气，美酒服一升为佳。功能补益强壮。用于防病祛疾延寿。

本方为益寿颐养之用，故治以补益健身防衰之法。方中茯苓补益心脾，为君药；松脂、天门冬、牛酥滋阴润燥，而补五脏，为臣药；白蜜、蜂蜡补中养胃，为佐使。诸药配伍，不燥不腻，补益五脏，使阴平阳秘，而收颐养延龄之功。

松子丸（《千金翼方》卷十三） 松子、菊花各等份。以松脂作蜜丸，如梧子大，每服十至二十丸，日三次；亦可作散，每服二方寸匕，日三次。功能益精补脑。用于健身延年，润泽面肤。

耆婆汤

本方出自《千金翼方》卷十二。又名酥蜜汤。方由酥（炼）一斤，生姜（切）一合，薤白（炙令黄）三握，酒二升，白蜜（炼）一斤，油一升，椒（炒去汗）一合，胡麻仁一升，橙叶（炙令黄）一握，豉一升，糖一升组成。上十一味，先以酒渍豉一宿，去滓，纳糖、蜜、油、酥于铜器中，煮令匀沸，次纳薤、姜，煮令熟，次下椒、橙叶、胡麻煮沸，下二升豉汁，又煮一沸，出药纳磁器中密封。空腹吞服一合，如人行十里（指时间）更一服。功能补益五脏，温养气血。主治体虚羸弱，面色不泽。

本方所治证属素体虚寒所致，治以温补扶正之法。方中酥为君药，以补五脏，益气血；臣以蜜、糖补脾润燥，胡麻仁、胡麻油补肝肾、润五脏；佐以生姜、胡椒温中开胃；使以薤白通阳，白酒活血，橙叶、豆豉宣郁。诸药配伍，滋补、温养并举，且补中有行，久服则五脏之阴阳气血日旺，体弱色枯自愈。

五精酒（《千金翼方》卷十三） 黄精四斤，天门冬三斤，松叶六斤，白术四斤，枸杞五斤。上五味皆用生者，纳金器中，以水三石，煮一日，去滓，以汁渍麹，如家酝法，酒熟取清，随量饮用。功能滋补强壮，使发白返黑，齿落更生。

蟠桃果

本方见于《成方切用》卷二。方由芡实、莲肉（去心）、胶枣肉、胡核肉（去衣）、熟地各等份组成。以猪肾六个，掺大茴香末，蒸极熟，同前药末捣成饼，每日服一个，空腹食前用滚白汤或好酒一二钟送下。功能补脾益肾。主治遗精虚弱。

本方所治证属脾肾两亏，故治宜补脾益肾。方中芡实、莲肉补脾益肾，并能收涩固精，为君药；枣肉益脾气，胡桃补肾阳，为臣药；熟地滋肾阴，为佐药；大茴香温脾肾，猪肾通肾气，为使药。诸药合用，脾肾双补，遗精腰痛自愈。原书加减法："此方凡人参、附子，俱可随意加用。"

猪腰子粥（《重订严氏济生方》） 猪腰子一只。去白膜，切作柳叶片，少入盐、酒拌，先用粳米一合，入葱、椒煮粥，盐、醋调和，将腰子铺碗底，用热粥盖之，如作羹生粥状，每日空腹服食。功能益肾补虚。主治产后蓐劳发热。

珠玉二宝粥

本方出自《医学衷中参西录》。方由生山药 60 克，生薏米 60 克，柿霜饼 24 克组成。上三味，先将山药、薏米捣成粗渣，煮至烂熟，再将柿霜饼切碎，调入融化，随意服用。功能清补脾肺，甘润益阴。主治脾肺阴分亏损，饮食懒进，虚热劳嗽，并治一切阴虚之证。

本方所治证属脾肺阴虚所致。治以补脾益肺养阴之法。方中山药、薏苡仁清补脾肺，共为君药，张锡纯说："然单用山药，久则失于粘腻；单用薏米，久则失于淡渗，惟等分并用，乃可久服无弊。"又用柿霜甘凉，清肺润燥，益脾化痰，而为佐使。诸药配伍，共奏清补脾肺，甘润益阴之效。故可作为病后脾肺阴伤调养之用。

水晶桃（《医学衷中参西录》） 核桃仁、柿霜饼各 500 克。先将核桃仁蒸熟，再与柿霜饼同装入磁器内蒸透，使之融化为一，晾冷随意服食。功能补益肺肾，止咳平喘。主治肺肾两虚，或咳嗽，或喘逆，或腰膝酸疼，或四肢无力。方中核桃仁补肾温肺，柿霜饼润燥化痰，两药同用，金水相生，而咳喘平息。

莲实粥

本方出自《养老奉亲书》。方由莲实(去皮)半两,粳米三合组成。先以水煮莲实,令熟,漉出,次入粳米煮粥,候熟,人莲实搅令匀,趁热服食。功能聪耳明目,补中固肾。主治年老体衰,中气不足,耳目不聪。本方所治耳聋目暗,乃脾肾两虚,阴液不能上荣所致,治以平补脾肾之法。方中莲实甘平而涩,用以补益中焦元气,使元气得和,津液相成,则九窍通利;且又交心肾、固精气、强筋骨、利耳目,乃固肾之佳品,故为君药。佐以粳米,既能补中益气,又止痔疾尿频,两药配伍,而成平补之剂。此外,莲子长期服食,能令"神乃自生,久视耐老",因此本方不独治耳目之疾,亦有延缓衰老之用。

荷叶粥(《中国食疗学》) 鲜荷叶1张,粳米100克。先将鲜荷叶洗净煎汤,再用荷叶汤同粳米煮粥,供早晚餐或点心服食。用于高血脂、高血压和肥胖症等。

补髓丹

本方出自《十药神书》。原名癸字补髓丹。方由猪脊膂一条,羊脊膂一条,团鱼一枚,乌鸡一只,大山药五条,莲肉半斤,京枣一百枚,霜柿十个,明胶四两,黄蜡三两组成(本方中猪脊膂,《杂病源流犀烛》作"雄猪脊髓",《中医内科学讲义》、《内科学》均作"牛脊髓";方中羊脊膂,《杂病源流犀烛》作"羊脊髓")。将前四味制净,去骨存肉,用酒一大碗,于沙瓮内煮熟擂细,再用大山药、莲肉、京枣、霜柿四味修制净,用井华水一大瓶,于沙瓮内煮熟擂细,与前熟肉一处用慢火熬之,却逐渐下明胶、黄蜡,与前八味和一处研成膏子,和平胃散末、四君子汤末并知母、黄柏末各一两,共十一两,搜和成剂,如十分坚硬,入白蜜同熬,取起放青石上,用水捶打如泥,丸如梧桐子大,每服一百丸,不拘时候,枣汤下。功能补髓生精,和血顺气。主治久痨虚惫,髓干精竭,血枯气少者。

本方所治证属虚劳精血亏损较甚者。故采用食疗之法,补精髓,调脾胃,和气血。方中猪脊膂、羊脊膂、团鱼、乌鸡、明胶均为血肉有情之品,以补人体亏损之精髓;山药、莲肉、京大枣、霜柿皆属食用之果菜,能调脾益胃,养心润肺;四君子汤补脾益气;知母、黄柏滋阴降火;平胃散和中消导;黄蜡润脏腑,续绝伤。配合成方,共奏补髓生精,和血顺气的功效。临床用于虚劳之证,以咳嗽咯血,骨蒸盗汗,肌肉消瘦,饮食少进,倦怠无力为辨证要点。陈修园谓本方"用山药、莲肉、京枣、霜柿,取日食之果菜,以悦脾胃之性情;用猪髓、羊髓、团鱼、乌鸡、牛胶日用之肉食,以充脾胃之虚馁,即扁鹊所谓'损其脾者,调其饮食';《内经》所谓'精不足者,补之以味'是也。方中黄蜡一味,威喜丸用此溶化为丸,王晋三说:'黄蜡性味缓涩,有续绝补髓之功,专调斫丧之阳,分理溃乱之精,故为元阳虚惫,遗浊带下之神品。'况此,丹尽属骨肉有情之品,温养吾身之气血,与无情草木悬殊。叶天士用人乳粉、秋石霜、血余灰之类,引人身之膏脂以为继续之计,亦由此方中悟出"。

白凤膏

本方出自《十药神书》。原名壬字白凤膏。《医宗必读》、《张氏医通》、《杂病源流犀烛》等书引载本方,在制剂与应用上均有所发展。方由黑嘴白鸭一只,大京枣二升,参苓平胃散一升组成。将鸭脚缚定,量患人饮酒多少,随量以酒烫温,将鸭项割开,滴血入酒,搅温饮之。却将鸭干挦去毛,于胁边开一孔,取出肠杂,拭干,次将枣子去核,每个中实纳参苓平胃散末,填满鸭肚中,用麻扎定,以纱瓶一个,置鸭在内,四围用火慢煨,将陈煮酒三次添入,煮干为度,然后食;枣子阴干,随意用参汤化下,后服补髓丹。或将药枣同鸭肉捣作丸服;或将枣研烂,为丸服亦可。功能滋阴补血,益气和中。主治虚劳日久,咳嗽吐痰,咯血发热,肌肉消瘦,气衰言微者;或少年禀气不足,因饮食饥饱所伤,致成虚损,形体羸弱,日晡潮热,腹胀气急,脉来弦数者。

本方原治肺肾阴虚,精血亏损,而又元气极虚,脾胃不和之虚劳证。此证既非单用无情草木所能治,亦非偏补偏攻可奏效。故用黑嘴白鸭为君,先取其血饮之,直入肺经,润补其肺;继取其肉食之,补肺肾,益精血,退骨蒸,化虚痰,止咳嗽。陈修园谓本方用黑嘴白鸭,"取金水相生之火,亦资异类有情之物以补之也"。虚劳而致气衰言微,急须补元气,益脾胃,故用人参、大枣、茯苓为臣,取人参大补元气,大枣、茯苓调补脾胃,助后天生化之源。更用平胃散为佐,取其消导和中,使鸭肉、参、枣补而不腻,有补中寓消之义。本方具有补养精血,而又大补元气,调和脾胃的作用。凡虚劳肺痿,或胃肠病迁延日久,致成虚损者,均可用本方治疗,临床以咳嗽咯血,潮热困倦,形肉瘦削,气衰言微,及腹胀气急,运化不良等为辨证要点。

白凤饮子(《疫喉浅论》) 乌嘴白雄鸭一只(取头颈连喉管以及嗉嗉,均莫刺破,不落水),玄参四钱,生地五钱,蜗牛二个,地龙二条,古文钱四枚,白盐梅三个,枇杷叶三钱(绢包)。春加蚕食过桑叶(孔多者)三钱,夏加荷花蒂(连须)七个,秋加荸荠苗梢九枝各寸许,冬加青果汁一小酒杯(冲服,或青果五枚,去两头尖,捣烂入煎亦可)。用新取急流河水三大碗,扬三百六十五遍,炊以芦薪,煮至八分,去油,临饮时,每一钟加柿霜一钱,和匀缓缓饮之。功能养阴润肺,清热解毒。主治疫喉白腐,会厌腐溃,口出臭气。

八仙糕

本方出自《外科正宗》卷一,《北京市中药成方选集》

所载八珍糕和《全国中药成药处方集》收录沈阳配方肥儿糕，均系本方衍化而成。方由人参、山药、茯苓、芡实、莲肉各六两，糯米三升，粳米七升，白糖霜二斤半，白蜜一斤组成。将人参等五味，各为细末，又将糯粳米亦为粉，与上药末和匀，将白糖和蜜汤中顿化，随将粉药乘热和匀摊铺笼内，切成条糕蒸熟，火上烘干，磁器密贮，每日清早用白汤泡数条，干用亦可。功能补中益气，健脾养胃。主治脾胃虚弱，少气倦怠，食少难消，大便溏泄，舌淡苔白，脉细弱。

本方原为痈疽溃后日久，正气内亏，脾胃虚弱而设。方中君以人参甘温扶脾，益气补中；脾虚失运，湿邪内生，故配山药、茯苓健脾渗湿，芡实、莲肉补脾止泻，四药合用为臣；糯米、粳米具补中养胃之功，白糖、白蜜有宣发脾气之妙，合而用之，共助上药益气扶脾以为佐使。本方平补脾胃，补涩之中稍佐甘润，蒸糕食用，但有补中涩肠之功，而无滑泄伤脾之虑。对于素禀虚弱，脾运不健者，本方不失为调补之良剂。凡病后失调，羸弱之人见脾虚气弱均可运用。

八珍糕（《北京市中药成方选集》） 又名肥儿八珍糕。党参（去芦）、茯苓、生白术、扁豆、莲子肉、生苡米、生山药、芡实各 60 克，白米面、江米面各 3 000 克，白糖 2 400 克。共研为细末，过罗，搅匀蒸糕，每块重 30 克。功能培补脾胃，益气扶中。主治脾胃虚弱，饮食减少，面色无华，羸瘦倦怠。

肥儿糕（《全国中药成药处方集》沈阳方） 白茯苓（去皮）、怀山药、芡实仁、莲肉（去心皮）各 120 克，陈仓米，糯米各 360 克。共为细面，先将药面盛麻布袋放入甑内蒸极熟，取出，再入白糖 720 克同搅极匀，掺作一块，用小木印，印作饼子，晒干收用。功能补中养胃，健脾止泻。主治脾虚腹胀，便溏泄泻，虚劳瘦怯。

吴茱萸粥

本方出自《太平圣惠方》卷九十六。方由吴茱萸（汤浸七遍，焙干微炒捣末）半两，粳米一（二）合组成。以葱、豉煮粥，候熟，下茱萸末二钱，搅令匀，空腹服食。功能温中散寒。主治心腹冷气，撮痛胀满。

本方所治脘腹胀痛，乃中焦脾胃虚寒所致。治以温中散寒，健脾和胃之法。方中吴茱萸温中散寒，下气止痛，为君药；粳米补中益气，健脾和胃，为臣药；葱白助吴茱萸以散寒，豆豉助粳米以调中，共为佐使。诸药合用，而具温中散寒止痛之功。

高良姜粥（《太平圣惠方》卷九十六） 高良姜（锉）一两，粳米二合。以水三大盏，煎良姜，取二盏半，去滓，下米煮粥服食。功能温中散寒，止呕止痛。主治霍乱吐利腹痛。

益脾饼

本方出自《医学衷中参西录》。方由白术 120 克，干姜 60 克，鸡内金 60 克，熟枣肉 250 克组成。白术、鸡内金各自轧细焙熟，再将干姜轧细，共和枣肉，同捣如泥，作小饼，木炭火上炙干，空腹时细嚼随量服食。功能益脾，健胃，消食。主治脾胃寒湿，饮食减少，泄泻久作，完谷不化。

本方所治证属脾胃寒湿，运化无力所致。治以健脾燥湿，散寒消食之法。方中白术健脾燥湿，为主药；辅以干姜温中散寒，鸡内金运脾消食，枣肉补中益气。诸药合用，使寒湿散，脾胃自能健运。此剂老、少皆宜服用。

一味薯蓣饮（《医学衷中参西录》） 生怀山药（切片）120 克。以水煮汁两大碗，代茶徐徐温饮。功能润肺补脾，益肾固肠。主治劳瘵发热，或喘或嗽，或自汗，或心中怔忡，或因小便不利，致大便滑泻，及一切阴分亏损之证。

二鲜饮

本方出自《医学衷中参西录》。方由鲜茅根（切碎）120 克，鲜藕（切片）120 克组成。煮汁常常饮之。功能清热凉血，止血化瘀。主治虚劳证热伏血分，痰中带血。方中鲜茅根凉血止血，善清虚热而不伤脾胃。鲜藕凉血化瘀血而兼滋新血。《日用本草》说："凡呕血、吐血、瘀血、败血，一切血症宜食之。"两味合用，共奏清热凉血，止血化瘀的功效。原书说："至于藕以治血证，若取其化瘀血，则红莲者较优。若用以止吐衄，则白莲者胜于红莲者。"本方临床上多用于虚劳痰中带血，吐血，以舌红，脉象滑数为辨证要点。若大便滑者，茅根宜减半。再用生山药末两许，调入药汁中，煮作茶汤服之。

五汁饮

本方出自《温病条辨》卷一。方由梨汁、荸荠汁、鲜芦根汁、麦冬汁、藕汁（或用蔗汁）组成。临时斟酌多少，和匀凉服；不甚喜凉者，重汤炖温服。功能生津润燥。主治太阴温病，肺胃阴伤，口中燥渴，咳唾白沫，粘滞不快者。本方所治证属温病肺胃阴伤，津液不足，治宜甘寒生津、清热润燥，方中以梨汁清肺生津；芦根汁清胃生津；麦冬汁润肺生津；荸荠汁消化痰热；藕汁清热止渴。合用以养肺胃，生津液，润燥除热，自然渴止而白沫清。蔗汁亦是甘寒之品，生津益胃，故可代藕汁。

雪梨浆（《温病条辨》卷一） 甜水梨一枚。薄切。新汲凉水内浸半日，时时频饮。功能清润肺胃，生津止渴。主治温热之邪伤肺胃津液，口渴甚者。

雪梨膏（《医学从众录》卷一） 雪梨二十只取汁二十匙，生地、葛根、藕各取汁十杯，萝卜、麦冬各取汁五杯。

将六味煎，炼入蜂蜜一斤，饴糖八两、姜汁半杯，再熬如稀糊，成膏，每日用一二匙，含咽。功能凉血养阴，润燥止血。主治咯血，吐血，劳嗽不止。

姜糖饮

本方系民间验方，录自《中国药膳》。方由老姜10克，红糖15克组成。将老姜洗净，切成丝，放入大茶杯内，加开水，盖上杯盖，泡5分钟左右，再加红糖少许，搅匀趁热顿服，服后卧床盖被取汗。功能发汗解表，祛风散寒。主治感冒风寒初起，发热恶寒，头痛身疼，口不渴，无汗，苔白，脉浮紧。

本方所治证属风寒外束所致，治宜发散风寒。方中生姜发散解表；红糖补中和营，以助生姜发汗散寒。两者合用，能使病人汗出邪散，表证解除。

葱豉粥（《太平圣惠方》卷九十七）　豉一合，葱白（去须，切）一握，粳米二合。以水两大盏半，煮葱、豉取汁一盏半，绞去葱、豉，入米煮作粥，不计时候服食。功能发汗解表。主治烦热咳嗽，四肢疼痛，时发寒热。

雪羹

本方见于《绛雪园古方选注》。方由大荸荠四个，海蜇（漂去石灰矾性）一两组成。上二味，水二钟，煎八分服食。功能清热化痰。主治痰热积肺，咳嗽痰黄而稠粘，口燥咽干等症。本方所治证属痰热郁肺所致，治宜清化痰热。方中荸荠、海蜇性寒而滑利，皆有清热、化痰、消积之效，故能主以上诸症。王子接说："羹，食物之味调和也；雪，喻其淡而无奇，有清凉内沁之妙"，故名雪羹。

枇杷膏

本方出自《验方新编》卷三。方由枇杷叶（新鲜者更佳，洗净毛）五六十片，大梨（去皮心，切片用）二斤，白蜜（先熬滴水成珠，大便干燥者多加，大便溏泻者不用，以白糖代之）半钟，大枣（或黑枣、熏枣皆可）半斤，建莲肉（不去皮）四两组成。先将枇杷叶放铜锅内（砂锅亦可），河水煎出浓汤，用绢沥清汁，去叶与渣不用，后将梨、枣、莲、蜜和入煎熬，以莲肉融烂为止，随意温热食用。功能清热润肺，止咳化痰。主治虚人咳嗽，干咳气逆，咽痛音哑，及痰中带血者。本方所治证属气阴两伤，咳嗽痰中带血，当以养阴润肺，化痰止咳立法。方中枇杷叶苦凉，清肺和胃，下气化痰；梨甘寒，养阴泻火，润肺益胃，消痰宁嗽，除烦止渴；白蜜益气润燥，镇咳通便，三药相伍，清润肺胃，化痰止咳，更加大枣、莲肉补脾益胃，培土生金。故用于气阴两虚，形体羸弱之人，咳嗽久不已者。

百花煎

本方出自《奇效良方》卷九十。方由生地黄汁、藕汁各一升，黄牛乳一升半，胡桃仁（研如糊）十枚，生姜汁半升，干柿（细锉，研如糊）五枚，大枣（浸去核，细研如糊）二十一枚，清酒一升组成。将以上七味药与酒同入砂锅中煎沸，再下后药：黄明胶（炙燥，为末）、秦艽（为末）各半两，杏仁（汤浸，去皮尖双仁，炒研如糊）三两，同入煎中。上药相次下煎，减一半，入好蜜四两，每日三服，每服一匙，糯米饮或酒调下。功能养血止血，润肺止咳。主治久咳肺伤，吐血不止。本方所治证属久咳伤肺所致，故治从补肺止血立法。方中生地黄汁、黄牛乳、黄明胶滋阴补肺；杏仁、胡桃仁上降肺气，下滋肾精，两者相须，对肺虚久咳有捷效；藕汁、干柿益肺止血，为肺伤咯血之要药；秦艽退虚劳发热；大枣补脾益胃，生姜汁兼调中焦营卫，肺之性恶寒喜温，姜汁辛温，佐入凉润之剂，能顺肺之性，和益胃气。并取清酒煎煮者，乃仿仲景炙甘草汤之意，滋腻之品，得清酒煎煮，则润而不腻，凉而不凝，肺得润之安，咯血自止。

润肺膏

本方出自《十药神书》。方由羊肺一具，杏仁（净研）、柿霜、真酥、真粉各一两，白蜜二两组成。先将羊肺洗净，次将五味入水中搅粘，灌入肺中，白水煮熟。功能补肺润燥。主治肺痿久嗽，甚则咳逆上气。本方所治为肺阴不足，虚火上炎，肺失肃降所致。治当补肺，滋阴润燥。方中羊肺甘温，补肺止嗽为君；杏仁润肺止咳，柿霜、白蜜味甘性平，润肺止咳；真酥即牛、羊酥，可润肺。方中真粉，一说即天花粉，甘寒生津，滋润肺金，取"金水相生"之义；上说即粳米粉，健脾益气生津，取"培土生金"之义。两说之中当以粳米粉为宜。用于虚劳久嗽，咳嗽上气者，须常服。

牵牛子粥

本方出自《太平圣惠方》卷九十六。方由牵牛子一两（一半生用，一半炒用，并为细末），粳米二合，生姜一分（细切）。将米煮粥，候熟，抄牵牛子末二钱，撒于粥上，并入生姜搅匀，空腹服食。功能逐水消肿，通便下气。主治水气，面目及四肢虚肿，大便不通。

本方所治证属水湿停蓄所致，治宜逐水消肿之法。方中牵牛子泻下逐水，使水湿从二便排除，为君药。但牵牛子为苦寒有毒之品，易伤胃气，故又佐以粳米顾护脾胃，生姜缓牵牛子之寒。三者共用，和脾逐水而消水肿。现又用于腹水胀满，及小儿蛔虫病。使用本剂切勿长期服食，孕妇忌用。

郁李仁粥(《养老奉亲书》) 郁李仁二两(研,以水滤取汁),薏苡仁五合(淘洗)。以上煎汁作粥,空腹服食,日二服。功能化湿通便。主治老人水气,面肿腹胀,喘乏不安,转动不得,手足不仁,身体重困或疼痛。

鲤鱼汤

本方出自《备急千金要方》卷二。方由鲤鱼一头(重二斤),白术五两,生姜、芍药、当归各三两,茯苓四两组成。以水一斗二升,先煮鱼熟,取澄清液八升,纳药煎取三升,分五服。功能利水消肿。主治脾虚湿盛,妊娠水肿,胎间有水气。

本方所治为妇人妊娠,脾虚不能运化水湿,水湿泛溢所致。治宜利水消肿,健脾和血。方中鲤鱼利水消肿,为君药;茯苓、白术、生姜健脾行水,为臣药;当归、芍药养血和血,以护胎气,为佐药。其中芍药,《神农本草经》谓能"利小便",张锡纯说:"为阴虚有热小便不利者之要药。"诸药合用,共成利水消肿之效。临床以肢体浮肿,苔白腻,脉沉滑为辨证要点。

临　　床

发热

凡自觉全身发热，或扪之皮肤灼热，或体温超过正常标准者，称发热，亦称身热。

本条目仅叙述在内科范围内以发热为主证的一类疾病。

发热名出《素问·热论》诸篇。《儒门事亲》指出，伤寒、温疫、时气、冒气、中暑，均为四时不正之气，若初感者，皆有恶寒、发热等症。《丹溪心法》又提出阳虚发热、阴虚发热等病证。《证治准绳·发热》："凡病鲜有不发热者，而内伤外感其大关键也……此又立发热门者，重在内伤示人治热之都例也。"《景岳全书》、《症因脉治》等亦有论述。这就形成外感发热和内伤发热两大部分。本条所指，主要是杂证发热，亦略涉伤寒、温病等外感发热内容，见"伤寒"、"温病"条。

许多疾病在临床表现中都有发热，如惊叫恍惚的属于惊热，邪气未尽的属于余热，肚腹先发的属于食热，持续高热称为壮热，心烦不安的称为烦热，颊赤口疮的属于积热，来去不定的称为客热，涎沫饮水的属于痰热，发如疟状的称为寒热，辰巳发热的属于血热，耳鼻尖冷的属于疮疹热。又有心热、肝热、肺热、脾热、肾热等五脏热之不同。

病因病机 《内经》认为与外邪侵袭有关，也可由机体阴阳失去平衡引起，《素问·热论》："今夫热病者，皆伤寒之类也。"《素问·调经论》："阳盛生外热"，"阴虚生内热。"《景岳全书·论诸热证治》有外来之热与内生之热之说，指出："凡热病之作，亦自有内外之辨，如感风寒而转化为热，或因时气而火盛为热，此皆外来之热。即伤寒、温疫、时毒、痎疟之属也。至若内生之热，则有因饮食而致者，有因劳倦而致者，有因酒色而致者，有因七情而致者，有因药饵而致者……有积累而致者，虽其所因不同，而病候无过表里。故在外者，当察经络之深浅，在内者当察脏腑之阴阳。"《证治汇补》说："阴虚则发热，此一端也，其他除外感客邪之外，有劳力，劳色，气郁，火郁，伤食，伤酒，挟瘀挟痰，疮毒，虚烦，皆能发热。"据此，发热病因有外感和内伤两方面。

外感：四季之中，春温、夏暑、秋燥、冬寒和霉雨季节之湿，均属正常气候，若气候失常，人易感非时之气而发热；若素体虚弱之辈，复因衣衫单薄，或冒雨涉水，或临风脱衣，或当风而睡等，亦可因感受风寒之邪而发热。

内伤：各种内伤因素，均可致气机逆乱，阴阳平衡失调而发热。若七情郁怒，则肝失条达，气滞不疏，郁久而发热；或饮食劳倦，内伤元气；或素体虚弱，元气不足，则真阳下陷，内生虚热；或真阳亏损，虚阳浮越而发热；或肝肾阴亏，阴液不足而发热；或吐衄便血，或产后血虚，崩漏不止，致阴血不足、血虚火旺而发热；若外感发热日久不愈，也可转化为内伤发热。

小儿发热最为常见，盖小儿气禀纯阳，脏腑生热，阴阳气变，熏蒸于外，致令身热；小儿又具有稚阴未长的特点，故在病机变化上每多出现阴伤阳亢的征象。

发热的分类繁多，大致有以下几种分类法：

(1) 根据发热的病因分为外感发热和内伤发热。《寿世保元》提出内伤发热；《症因脉治》提出外感发热。属外感发热的有《丹溪心法》的"湿痰发热"，《寿世保元》的"伤寒发热"、"伤暑发热"，《症因脉治》的"风寒发热"、"温热发热"，《医碥》的"风寒郁热"、"痰郁发热"、"水湿发热"等。属内伤发热的有《丹溪心法》的"阴虚发热"、"阳虚发热"。《寿世保元》的"气血虚发热"，《医碥》的"饮食发热"、"肝气郁热"、"脾气郁热"、"瘀血发热"，《症因脉治》的"气分发热"、"血分发热"，《证治汇补》的"阳郁发热"、"骨蒸发热"。《景岳全书·论五志之火》所述的"五脏热"亦属内伤发热。

(2) 按一天中发热的时间分：如《证治准绳》的"平旦热"，即指早晨四五点钟左右的发热；以及"昼热"、"夜热"等。《伤寒论》称下午三至五时的发热为"日晡发热"。

(3) 按发热的部位来分：如《金匮要略》的"头热"；《伤寒论》的"热在皮肤"、"热在骨髓"；《素问》的"腠理热"；《丹溪心法》的"肌热"；《灵枢》的"手热"、"手心热"、"掌中热"；《太平圣惠方》则称自觉心中烦热，并伴手足心热者为"五心烦热"，无心中烦热者为"手足心热"或"手足烦热"等。

(4) 按发热的程度分：如《诸病源候论》称热势壮盛的发热为"壮热"；《素问》称热势凶猛者为"暴热"；《金匮要略》的"微热"等。

此外，有按发热性质分的，如"虚热"、"实热"；按发热热型分的，如"往来寒热"、"潮热"等。目前一般分为外感发热和内伤发热两类。

辨证 主要有以下几种：

(1) 辨外感和内伤：凡外感发热者，除发热外，兼有外感风、寒、暑、湿等所致的表证，可见恶风、汗出，或恶寒头痛，或暑天身热烦渴，或但热不寒，头重肢倦，或咽干咳嗽脉数，苔白腻或薄白或黄腻等症；内伤发热，症情较复杂，每随脏腑气血虚损程度的不同而出现各种兼证，可见面色潮红，或神疲乏力，面色皖白，自汗恶寒，或面色萎黄暗黑时有潮热，便秘，肌肤甲错，或发热兼胸胁胀痛，暖气太息，郁闷不乐，或发热憎寒，胸膈痞塞，肢倦纳差，恶心吐涎等症。

(2) 虚实辨证：疾病初起或外感发热者多属实证。病久或内伤发热者以虚证为多，但内伤发热也有虚实之辨。《医碥·发热》："血肉充盛，皮毛荣润，阴有余而热及能食而热，口苦干燥，大便难，脉洪盛者为实热。骨萎肉燥，筋缓血枯，皮聚毛落，阴不足而热及不能食而热，气短脉虚者为虚热。"

(3) 脏腑辨证：《素问·刺热篇》："肝热病者，小便先黄，腹痛，多卧，身热……，心热病者，先不乐，数日乃

热……,脾热病者,先头重,颊痛,烦心,颜青,欲呕,身热……,肺热病者,先淅然厥起毫毛,恶风寒,舌上黄,身热……,肾热病者,先腰痛,骺酸,苦渴,数饮,身热。"李东垣亦提出:"五脏有邪,各有身热。若以手轻扪之觉热,重按则不热,是热在皮毛、血脉,热在皮毛者属肺热,中西尤甚,症见咳喘,洒淅恶寒;在血脉者属心热,日中益甚,症见烦心掌中热。若重按至筋骨之分则热蒸手极甚,轻摸之则不热,是热在筋骨间。在筋者属肝热,症见胸胁满闷,便难转筋,多怒善惊,四肢困热,筋萎不能起床;在骨者属肾热,亥子尤甚,骨蒸酥酥然如虫蚀,困热不任,亦不能起于床。若轻扪重按俱不热,不轻不重按之而热,是热在肌肉,属脾热,遇夜尤甚,症见怠惰嗜卧,四肢不收,无气以动,胃中热则消谷,令人悬心,善饥,脐以上皮热,肠中热则出黄如糜,脐以下皮热,由是推之,肝胆热则胁亦热,心肺热则胸背亦热,胃热则当腰亦热。"

(4)发热之程度辨证:如《诸病源候论·伤寒挟实壮热候》:"伤寒,是寒气客于皮肤搏于血气,腠理闭密,气不宣泄,蕴积生热,故头痛体疼而壮热。"此热势壮盛者,属实热。《伤寒论》、《类证活人书》等提到身微热,系指轻微和缓的发热,多属虚热。今之称低热者,多指微热而言,其特点为长期低热不退,伴有乏力,形瘦,脉细数,舌苔薄质红少津等症。此外,还有病后遗热,亦称病后余热,如《素问·热论》云:"热病已愈,时有所遗者何也?岐伯曰:诸遗者,热甚而强食之,故有所遗也;若此者,皆病已衰,而热有所藏,因其谷气相薄,两热相合,故有所遗也。"《伤寒全生集·劳复》:"病新瘥后,血气未平复,余热未尽……。"此指病后正气未复,余邪未尽,或热病后,饮食不节,劳累过度,旧病复发,而致低热绵绵不已的病证。

治疗 历代医家有很多论述方法详备。目前多以外感发热和内伤发热进行辨证论治。

方药治疗 若因外受风、寒、暑、湿等病邪所引起的发热,应以解表清利为主,根据病邪的偏胜辨证用药。若有恶寒发热,头痛无汗,肢体酸楚,鼻塞流涕等风寒兼证者,则宜祛风散寒,可用荆芥、防风、羌活、独活等药;若身热多汗不恶寒反恶热,口渴等温热病证者,治宜清热解表,可用冬桑叶、杭菊花、黄芩、知母、银花、桔梗等药;若见身热烦渴,倦怠少气,头痛汗出等暑热兼证,治宜清热解暑,可用香薷、西瓜翠衣、荷梗、银花、芦根、知母、西洋参等药;若见身热不扬,汗出热不解,肢体困倦,苔白腻或黄腻等湿热病证者,治宜清利湿热,可用山栀、黄芩、蔻仁、苡仁、滑石、泽泻等药。

内伤发热若见身热面赤,心烦少寐,遗精盗汗,舌红苔剥,脉细数等阴虚发热证候者,治宜养阴清火,可用鲜生地、丹皮、银柴胡、黄芩、鳖甲等药;若见身大热,汗出,渴欲热饮,少气懒言,纳少,舌嫩质淡,脉虚大等气虚发热者,治宜补益中气,可用党参、黄芪、白术、柴胡等药;若见面色皖白,身热不退,心悸少寐,盗汗,脉虚等血虚发热者,治宜养阴补血为主,可用当归、黄芪、生地、白芍、丹皮、太子参等药;若见身热不扬,胸胁痞满,肢体倦怠,纳少,口吐痰涎,脉滑,苔白腻或黄腻等湿痰偏胜者,治宜健脾利湿,清热化痰,可用半夏、茯苓、苍术、苡仁、泽泻、川朴、山栀、黄芩等药;若见面色黯黑,寒热交作,形疲乏力,肌肤甲错,舌质青紫,脉涩等瘀血发热者,治宜化瘀散结为主,可用桃仁、丹参、当归、赤芍、丹皮、川芎、延胡索、鳖甲、黄连、黄芩等药。正气已虚者,须加参芪白术之类以扶正。对病后余热或低热的治则,亦以扶正清热为主。《景岳全书·论诸热证治》:"治热之法,凡微热之气,宜凉以和之;大热之气,宜寒以制之;郁热在经络者,宜疏之发之;结热在脏腑者,宜通之利之;阴虚之热者,宜壮水以平之;无根之热者,宜益火以培之。"

小儿发热传变迅速,变化多端,或恍惚而惊叫,或闷乱而喘粗,故必须抓紧治疗,以免热盛生风。治疗时,必须时时照顾阴液,亦不可贸然大汗,以免过汗伤阴,亦不可过早应用补法,以免"误补益疾"之戒。

针灸治疗 临床上据邪在肺卫、邪热盛实、热入营血、痰闭、动风、动血、脱证、内闭外脱等分别进行辨证选穴。如邪在肺卫者,选风池、大椎、曲池、合谷穴;头痛甚者,加太阳、印堂;咽喉疼痛,点针少商;咳嗽,配太渊、列缺;热入营血,用三棱针点刺十宣放血,同时针刺内关、人中;脱证则温针灸关元两壮,同时针刺足三里。此外,还有耳针疗法、穴位注射疗法等。

刮痧疗法 用光滑平整的汤匙蘸食油或清水,沿脊背两侧、颈部、胸部肋间、肩臂、肘窝等处轻刮,至皮肤出现红紫色为止。

推拿疗法 主要适用于小儿发热。以清热解表为主要治疗原则。操作:开天门,推坎宫,揉太阳,清天河水(或用打马过天河),退六腑,推脊(以示、中两指从上往下推。可蘸葱汁),推天柱骨,水底捞明月(以凉水滴人掌心,在掌心旋推,边推边吹凉气)。

外感发热

感受风、寒、暑、湿等外邪所引起的各种发热病证称外感发热。其特点是以发热为主证,起病急,症状明显。

外感发热名见《症因脉治》。早在《内经》就有"阳盛生外热"的记载。《景岳全书·寒热》:"凡热病之作,亦自有内外之辨。如感风寒而传化为热,或因时气而火盛为热,此皆外来之热,即伤寒、瘟疫、时毒、痎疟之属也。"《症因脉治·发热总论》认为发热与疾病轻重和预后关系甚密切。该书作者秦景明谓:"凡病而不发热,虽病未重。若病而发热,虽轻不可忽也。故余于发热症,既详著《伤寒大白》中,又复著于大方杂症门。"

本证可分风寒发热、温热发热、伤暑发热、湿热诸种。

(1)风寒发热:见《症因脉治》。症见发热头痛,恶寒无汗,骨节酸楚,鼻塞流涕,苔薄白,脉浮紧。病因时令当寒,或非时暴寒,或早晚受寒,致寒邪外袭,客于肌表,卫

外之阳被抑,腠理闭固,表阳不宣而发热。治宜祛风散寒,辛温解表。方用荆防败毒散加减。体质虚弱者,可加党参、黄芪或人参。

(2) 风热发热:症见身热微恶风,或有汗泄,头痛口干,或伴咳嗽咽痛,或鼻流黄涕,舌苔薄黄,脉浮数等。由外受风热之邪,肌表肺卫为邪所抑,肺气失于清肃,郁而发热。治宜辛凉解表,宣肺泄热。方用银翘散清宣肺卫之邪。若见胸膈满闷者,加藿香、郁金以芳香辟秽,疏利气机;若口渴明显者,加天花粉以清热生津;若咳嗽频作者,加杏仁宣利肺气;若颈肿咽痛者,加马勃、玄参以解毒消肿。

(3) 温热发热:见于《症因脉治》。症见发热多汗,不恶寒反恶热,面赤心烦,口渴唇干,渴欲冷饮,舌质红,舌苔黄腻,脉洪数或浮数。因感时令大热,热淫所胜,或应寒反温,温热之邪,袭人肌表经络而发。治宜清热生津为主。方用白虎汤加减。本方重点为大清阳明气分之热。若见热甚伤津者,可加鲜石斛、鲜芦根,以加强清热生津的作用;若见背微恶寒,脉洪大而芤者,可加人参,以清热益气生津。若上中二焦邪热积盛,烦渴,面赤唇焦,口舌生疮,便秘溲赤者,可用凉膈散清膈上之热。

(4) 伤暑发热:见《明医杂著·暑病证治》。指出:"伤暑发热是火邪伤心,无气以动,其脉虚迟而无力,是外之热邪伤荣也。"症见高热自汗,口渴欲饮,心烦溲赤,倦怠少气,舌红少津,苔白腻而燥,脉虚无力。病因夏令火邪伤心,元气耗散,暑热之邪内郁,津气俱伤而见发热。治宜清热解暑,益气生津为主。方用王氏清暑益气汤。若见身热面赤,胸闷脘痞,渴不多饮,小便短赤,大便溏薄,舌红,苔黄腻,脉濡滑等湿邪偏胜者,可用三石汤治之。

(5) 湿热:症见初起恶寒,继则发热不寒,热势不扬,汗出热不解,口干少饮,身重肢倦,胸闷脘痞,小便短赤,大便或溏,舌苔白腻,脉濡数。病因居地卑湿,或露宿野外,或饮酒厚味,脾胃湿困,湿邪留恋,熏蒸三焦,郁久化热。治宜芳香化浊,清利湿热。方用栀子豉汤合三仁汤加减。若头重肢节酸痛者,加羌活、苍术;若身热已退,胸腹微闷,知饥纳少,苔薄腻者,可加藿香叶、鲜荷叶、泽兰叶、芦根等。

(6) 疮疹发热:症见发热恶寒,鼻涕,喷嚏,状如感冒,面红腮赤,眼胞浮肿,目赤羞明,咳嗽头痛,或吐或泻,呵欠顿闷,手足梢凉,耳尻俱冷,惊悸多睡等。多由外感时行疫邪,内蕴伏热之毒,交相传染而成。治宜解肌透达,方用宣毒发表汤加减,则疮疹自透而热退。但不可妄自发汗,汗多血虚,恐生变证。

(7) 惊风发热:多见于小儿,症见遍身发热,面青自汗,心悸搐搦,手足掣缩,脉数烦躁,颠叫恍惚等。多因外感时邪,内蕴痰热,痰盛生惊,热盛生风所致。不论其因惊而生热者,或因热而生惊者,治宜清热化痰镇惊,可用凉惊丸加减。

(8) 外感余热:《证治准绳·幼科》云:"余热者,谓寒邪未尽,传经之遗热也。"可见外感余热,就是发热经治疗后,余邪留恋不解,或其热既退而复热者。其病理变化为表里俱虚,阳浮于外,阴伏于内,故遗热不退。《仁斋直指方》云:"伤寒汗下后,而热又来,乃表里俱虚,气不归元,阳浮于外。"治疗宜和胃气,使阳气收敛归内,则身热可以自解。不可再用凉药或再解表攻里。因解表攻里,徒伤正气;施以凉剂,则热去而寒起,或热反甚而不解。当用温平之药,以和其里,可用钱氏白术散去木香加扁豆,或六一散加黄芪,或安神散加减,自可平复。若余热日久,汗多烦渴,喜热饮,纳食减少,脉象微缓者,寒胜阳虚,有内陷三阴之势,治宜温阳益气,可用真武汤加减。莫因小儿体禀纯阳,有所顾忌。诚如《证治准绳·幼科》云:"虽附子性温,取其收敛阳气,内有芍药性寒,一寒一温,停分得宜……。"至于汗后血虚,而热益甚者,用六神散加粳米;汗后气虚而恶寒发热者,用补中益气汤;汗后阴虚,阳无所附而发热者,用四物汤加参芪;汗后阳虚,阴无所附而发热者,用四君子汤加川芎、当归。

若小儿外感发热,可酌情配合推拿疗法,其操作:①开天门。以双手拇指桡侧,从眉心直推到神庭。②推坎宫。以双手拇指桡侧,从眉头向眉梢直推。③揉太阳。④清天河水。⑤推脊。⑥按揉风池。辨证加减:①伤寒者推三关,掐揉二扇门。②伤暑者加揉大推,推涌泉。

内伤发热

因七情、劳伤、饮食失节、起居不慎等所引起的发热,称内伤发热。若外感发热日久不愈,正气虚衰者,也可转化为内伤发热。若小儿内伤发热,大多属于虚证,故常有肢体倦怠,神怯气弱,自汗盗汗,脉细无力等症状。

内伤发热名见《寿世保元》。本证在内科杂病中较为常见,历代医家论述较多。早在《内经》就有"阴虚生内热"的记载。张景岳在李东垣内伤学说的基础上,论述了外感与内伤发热之不同。《景岳全书·劳倦内伤》中说:"盖外感内伤俱有恶寒发热等证,外感寒热者,即伤寒也。内伤寒热者,即劳倦也。伤寒以外邪有余,多宜攻散,劳倦以内伤不足,多宜温补,然此二者病多相类,最易惑乱,故东垣特用内伤二字,以为外感之别。"

内伤发热虽以虚证为主,但亦有虚实挟杂或实证发热者,临床必须仔细审察。如或大便干结,或善饥多食,或神气精明,或声音强壮而脉见有力,此皆虚中有实也,俱可随证清解之;若或内外俱热,而反见溏泄,或饮食少进,或声微气短,诸虚皆见而反不利温补者,此其胃气已败,故临证时必须根据不同的病因、症状,辨证选方用药。现将常见的几种内伤发热叙述如下:

(1) 气虚发热:是指因机体元气虚损而引起的发热,《素问·刺志论》:"气虚身热此谓反也……。气虚身热得之伤暑。"《内外伤辨惑论·伤暑胃气论》指出:"《刺志论》云气虚身热得之伤暑,热伤气故也……当长夏湿热大胜,

蒸蒸而积。人感之多四肢困倦,精神短少,懒于动作,胸满气促、肢节沉痛,或气高而喘,身热而烦,心下膨痞,小便黄而少,大便溏频。"气虚发热的症状为身热不高或潮热,面色苍白,自汗恶寒,纳少便溏,四肢困倦,懒于行动,声怯少言,舌质淡红,苔薄白,脉细弱。多因饮食劳倦,或外感暑热,内伤元气;或素体虚弱,元气不足,营卫失和,以致发热。治宜健脾益气,甘温除热。方用补中益气汤。若恶寒明显者,可加桂枝、附子以助阳温表;若伴胸闷气短,舌苔白腻者,可加苍术、陈皮、茯苓等。

(2) 血虚发热:是指由阴血不足所引起的发热。见于《内外伤辨惑论》。《证治汇补·血虚发热》中说:"一切吐衄便血,产后崩漏,血虚不能配阳,阳亢发热者,治宜养血。"《杂病源流犀烛》称"血虚热"。在《明医杂著》中也有论述。症见两颧潮红,身热不退,头昏耳鸣,或心悸少寐,盗汗,渴欲饮水,舌淡苔薄,脉虚数。因吐衄便血或产后崩漏,致血虚而发热;或劳倦内伤,或发热后,热伏血中;或阴血素亏,血虚火旺而致发热。治宜补气生血。方用当归补血汤。若失血过多,血虚内热明显者,可用八珍汤大补气血,也可用圣愈汤加减。

(3) 阴虚发热:是指各种原因引起的肝肾阴虚所致的发热。《素问》、《丹溪心法》、《寿世保元》、《医碥》等均有论述。《医碥·发热》:"阴虚谓肾水虚也,……若阴亏水虚,则柴于火烈而焚灼为灾矣,此之火炎乃由水虚所致,……证见口干体瘦,食少倦怠,头痛时作时止,遗精盗汗,骨蒸内烁,唇红颧赤,咳嗽痰血,久成劳瘵,治宜甘润之剂,滋水以制火。"

阴虚发热,症见身热颧赤,日晡更甚,头痛时作时止,食少身倦,心烦少寐,遗精盗汗,舌质红,苔花剥,脉细数。病因烦劳过度,房室不节,内伤真阴,阴血既伤,阳气偏盛而发热不止。真阴亏损,则水不制火。治宜滋阴补肾,壮水制火。方用六味地黄丸。若虚热较甚者,可加银柴胡、鳖甲、地骨皮、知母等;若盗汗不止者,加浮小麦、牡蛎等。

(4) 虚劳发热:是指因积劳致虚所引起的发热。见《丹溪心法》,《金匮翼》称"劳倦发热"。其书说:"劳倦发热者,积劳成倦,阳气下陷,则虚热内生也。"症见身热心烦,劳累时加重,头痛恶寒,神疲懒言,腹胀,纳呆,舌红苔薄腻,脉洪大,按之虚软。病由长期劳累过度,致阳气下陷而发内热,或饮食劳倦内伤,脾胃健运失司,气血凝滞,热熏三焦而生内热。治宜调补脾胃。即"劳者温之"之法。方用补中益气汤。由劳瘵所致的发热,见"劳瘵"条。

(5) 阳虚发热:是指因阳气虚衰而引起的发热。见《丹溪心法》。《景岳全书》、《证治汇补》、《张氏医通》、《医碥》等均有论述。《景岳全书·火证》:"阳虚者亦能发热,此以元阳败竭,火不归源也。"《医碥·发热》:"阳虚谓肾火虚也,阳虚应寒,何以反热,则以虚而有寒,寒在内而格阳于外,故外热。寒在下而戴阳于上,故上热也。此为无根之火,乃虚焰耳。证见烦躁,欲坐卧泥水中,面赤如微酣,或两颧浅红,游移不定,渴欲饮水,或咽喉痛而索水置前却不能饮,肌表虽大热,而重按之则不热,或反觉冷,且两足必冷,小便清白,下利清谷,脉沉细,或浮数无力,按之欲散。治宜温热之剂,温其中而阳内返,温其下而火归元,误投寒凉立死。"

阳虚发热,症见身热汗出,口渴颧红,腰酸肢冷,下利清谷,小便清白,舌淡苔薄白,脉沉细或浮动无力。病因肾虚水冷,火不归源,格阳于上,故见发热。治宜温补肾阳。方用八味丸,导龙入海,即益火之源以消阴翳。若见脾胃之气偏虚者,可用补中益气汤加减。切忌乱投寒凉之剂。

(6) 瘀血发热:是指因血瘀所引起的发热。此种发热在《证治汇补》、《金匮翼》、《血证论》等书均有论述,《医碥》称瘀血郁热。症见面色黯黑,时有潮热,形瘦乏力,肌肤甲错,纳少便秘,或胸胁疼痛,小腹满痛,按之手不可近,舌见瘀斑,苔黄少津,脉弦细或涩。病因跌扑损伤,血瘀日久,化而为热。治宜化瘀散结,方用桃仁承气汤,若病情较轻,可常服鳖甲煎丸调治。

(7) 湿痰发热:是指湿痰聚积三焦或经络所致的发热。见于《丹溪心法》。《证治汇补》称痰症发热。《医碥》称痰饮发热。《金匮翼》称积痰发热,症见憎寒发热,日轻暮重,胸膈痞塞,恶心吐涎,肢倦纳差,形瘦体弱,虚烦寐差,舌苔白腻或黄腻,脉弦滑。病由饮食劳伤或思虑过度,致脾胃受伤,湿痰留滞中州,气机阻滞,郁久化热。治宜清热化痰,健脾利湿。方用温胆汤。

(8) 肝气郁热:指肝气郁结所致的发热。见于《医碥》。症见发热,胸胁胀痛,心烦易怒,或飧泄,手足冷,太息不乐,舌红苔薄腻,脉弦。病由情志抑郁,或愤怒未发,则肝气郁结,郁久生热。治宜疏肝解郁清火。方用逍遥散加减。若发热明显者可加山栀、丹皮等品。

(9) 微热:是指由各种病因所引起的轻微发热病证。见《伤寒论》。《素问》称病后遗热,《伤寒全生集·劳复》称病后余热。目前临床所称之低热,极大部分也属微热范围。症见身有微热,朝轻暮重,神疲乏力,纳呆,头晕咽痛,心悸失眠,消瘦,舌红苔薄腻,脉细数。病因多为正气未复,余热之邪未净而身发微热,治宜扶正为主,兼清余热,方用竹叶石膏汤益气清热,或补中益气汤补养气血。若见热病后期,热邪深伏阴分,暮热朝凉,热退无汗,脉数,舌红少苔者,可用青蒿鳖甲汤。《景岳全书·寒热》论述五脏微热的治疗较详细:"治五脏之热,当察微甚,如心经之微热,宜二阴煎、安神丸、天王补心丹、导赤散之类。……肺经微热者,宜加减一阴煎、《正传》麦门冬汤、泻白散之类主之……肝经微热者,宜化肝煎、保阴煎……脾胃微热者,清化饮、黄芩芍药汤。……肾经微热者,一阴煎、滋阴八味丸。"

(10) 伤食发热:症见发热以掌心腹部为甚,脘满嗳饱,胸痞腹胀,面黄恶食,大便臭秽,烦不安寐,苔黄而腻,脉象弦滑,指纹紫滞。多由小儿过食甘、肥、生、冷、油腻等难以消化之物,致脾胃运化失职,升降功能失调,乳食

停蓄，蕴生湿热而成。治宜清热导滞，可用保和丸加减。体气壮实者，可用大黄以攻下。如痰多泛恶者，可用半夏泻心汤加减；如因过食生冷，表现腹痛便溏者，可用理中汤加神曲、麦芽、山楂炭、莱菔子、煨木香、川楝子等。食滞已去，可用助脾和胃之剂调理，不可过用苦寒之药，否则不仅伤脾败胃，且有化燥伤阴之虞。

（11）疳积发热：症见发热形瘦、口干多渴，饮食不长肌肤，或兼面黄，吃炭土，鼻下赤烂等。《幼科全书》云："疳热者形色黄瘦，食不长肉，骨蒸盗汗，泄泻无常，肚大……此多得于大病之后，失于将息，又或伤饥失饱所致。"多由饮食不节，积滞伤脾，郁结日久，久而生热所致。治宜消疳理脾，可用集圣丸或肥儿丸加减。体虚者可加人参、白术，有虫者可加白芜荑、川楝子。

小儿内伤发热，亦可酌情用推拿疗法，以通腑泄热，益气养血为治疗原则。操作：若伤食发热，则清胃经，清大肠，退六腑，推脊，摩中脘，揉天枢。若疳积发热，则补脾土，清天河水，推涌泉，捏脊（从臀部捏到颈部）。

潮热

发热有作有止，若潮水之来，不失其时者，称潮热。名出《伤寒论》。《扁鹊心书》、《证治准绳》、《寿世保元》、《张氏医通》及《中医临证备要》等均有论述。

病因病机　一为外邪侵袭或饮食劳伤，一为机体气血虚弱。《扁鹊心书·午后潮热》："小儿午后潮热不属虚证，乃食伤阳明所致。"《寿世保元·发热》认为气血虚弱可发潮热，并指出治疗方药："男子血虚，有汗潮热者，以人参养营汤。"又："男子气虚，有汗潮热者，以补中益气汤；血虚无汗潮热者，以茯苓补心汤；气虚无汗潮热者，以人参清肌散；女子血虚，有汗潮热者，以茯苓补心汤；气血两虚无汗潮热者，以逍遥散……。"《医林指月·潮热论》："胃为水谷之海，而外合海水，是胃气昼夜升降，如潮往来，但平人有潮而不为热也。如有邪病留于脉肉筋骨间，随潮而至，则发热。"故由外邪或饮食劳伤所致者，多为实证潮热；由气血虚弱所致者，多属虚证潮热。

辨证论治　《证治准绳·潮热》："……有虚有实，惟伤寒日晡发热乃胃实别无虚证。其余有潮热者当审其虚实，若大便坚涩，喜冷畏热，心下愊然，睡卧不着，此皆气盛，所谓实而潮热者也。轻宜参苏散，重则小柴胡汤。若胃气消乏，精神憔悴，饮食减少，日渐尪羸，虽病暂去，而五心常有余热，此属虚证，宜逍遥散、小柴胡汤、茯苓补心汤、十全大补汤、养荣汤之类，病后欠调理者，八珍汤主之。"《中医临证备要·潮热》认为：潮热"有虚有实，都属里证，区别是虚证由气血亏损引起，大多热能退清。实证由外感传里，热不退清，至一定时间上升。"目前临床上多按实证潮热和虚证潮热进行辨证施治。

实证潮热：见《证治准绳》。症见发热有时，一日一潮，不恶寒，汗出蒸蒸，大便秘结，腹内胀痛拒按，睡卧不宁，甚则神昏谵语，舌质红绛，苔黄腻，脉洪数。病由外感热邪，气盛邪实，热结阳明所致。治宜清热通下。方用大承气汤，有峻下热结之功，只能用于证实体壮的患者，也可用凉膈散加减治之。若兼有唇燥口裂，咽干渴饮，大便燥结，舌干少津者，病由津枯肠燥所致，可用增液承气汤，以滋阴增液，通便泄热。

虚证潮热：见《证治准绳》。症见午后或夜晚发热，身热不扬，多能退清，伴心悸汗出，神疲乏力，胃纳减少，形体消瘦，五心微热，舌红苔薄黄腻，脉细数。病由气血亏损，正不胜邪所致。治宜滋阴清热为主。若兼神疲乏力，短气懒言，纳呆者，用补中益气汤加减。若兼面色不华，心悸少寐，汗出多者，用人参养营汤。若由于大失血，或大泻后，或久病等而致水竭火炎，真阴消烁，形体日瘦，热自肌骨之间蒸蒸而出，此即所谓"骨蒸劳热"，日久则真阴愈耗伤。治宜养血滋阴，清热除蒸。方用清骨散治之。见"劳瘵"条。

恶寒

患者的自觉怕冷症状，称恶寒。

恶寒，名出《内经》。古代医籍又因恶寒的程度不同，列有不同的名称。仅有恶寒，而无躯体颤振者，《内经》称为身寒、外寒等，《伤寒论》谓啬啬恶寒。自觉恶寒，且躯体颤振者，《内经》称振寒、寒栗、怢栗等；《诸病源候论》则称为寒战或战寒；《太平圣惠方》称为寒颤；《素问玄机原病式》称为战栗等。根据恶寒的部位有异，《伤寒论》有背恶寒；《丹溪心法》有面寒；《张氏医通》有身前寒等。根据恶寒发作时间的差别，《医编》又有昼寒、夜寒、昼夜俱寒等不同名称。

病因病机　《内经》认为主要是阴胜阳虚。《素问·阴阳应象大论》："阴胜则寒。"《素问·调经论》认为"阳虚则外寒"，阴胜阳虚，可因风寒外袭所致，如《素问·骨空论》："风从外入，令人振寒，汗出头痛，身重恶寒。"《灵枢·口问》："寒气客于皮肤，阴气盛，阳气虚，故为振寒、寒栗。"亦可因疟疾发作所致，如《素问·疟论》："夫疟之始发也，阳气并于阴，当是之时，阳虚而阴盛，外无气，故先寒栗也。"也可由寒湿稽留，血凝气滞，寒从内生，如《素问·逆调论》："是人多痹气也，阳气少，阴气多，故身寒如水中出。"恶寒由脾肾阳虚引起的亦不少。脾为后天之本，脾阳虚弱，不能运化精微，上输于肺，肺气虚弱，则不能温煦皮毛，因而出现恶寒。正如《脾胃论》所说：因胃虚而肺受病则恶寒。肾为先天之本，内寄真火，为人体阳气之根，肾阳虚衰，必导致全身阳气不足而恶寒，甚至出现寒冷彻骨的症状。正如《素问·逆调论》所说："肾者水也，而生于骨，肾不生，则髓不能满，故寒甚至骨也。"《景岳全书·杂证谟》也指出："禀赋素弱，多有阳衰阴胜者，此先天阳气不足也。或斫丧太过，以致命门火衰者，此后天之阳气失守也。其证则未冷先寒，或手足清厥，或身为寒栗。"说明

先后天不足也是恶寒发生的重要因素之一。恶寒也有因火郁的。《素问·至真要大论》说："诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于火。"也有因阳极必阴，热极反兼水化，故自觉恶寒，乃是假寒真热之象。后世医家在《内经》的启发下，对恶寒的病因病机均有所论述，特别对内伤恶寒有新的发挥。到清代，《证治汇补》对内伤恶寒的病因病机作了较全面的概括：有阳虚，劳倦，肺火，痰饮，伤酒，伤食，疮毒，郁火等。《医碥》也提出内伤恶寒有五：阳衰表虚，阴乘阳位，阳气郁陷，热盛气散，肺被火刑。综上所述，恶寒的病因病机可大致归纳如下：

感受外邪：由于卫气不固，腠理疏松，感受风寒或风寒挟湿之邪，卫表阳气不能发越，以致恶寒。若邪传入里化热，热郁于内，表气不通，亦可外见恶寒，此为里热外寒之证。或感受温邪初起，邪袭肺卫，卫气被郁而恶寒；亦可因感受暑热之邪，气阴内耗，正气受伤，卫外不固而恶寒。另有感受疟邪，伏于半表半里，正邪交争，则寒战发热，先后出现。

饮食不节，劳倦内伤：饮食不节，伤于酒食，积于中焦，阳气被郁，不能外达；或因劳倦内伤，损伤脾胃，清阳之气不能布散于卫表；或因脾胃虚弱，运化无权，聚湿生痰，阳气郁遏，不能外达，遂见恶寒。

火郁于内：由于久病成郁，郁火内蕴，阳气不得外越，以致恶寒。

脾肾阳虚：因久病之后，或房室不节，斫伤太过，或年老体虚，脾肾阳虚，不能温煦卫表而见恶寒。

恶寒与恶风都是怕冷，但在程度上有轻重之差别，恶寒较重，恶风较轻。恶风是见风而冷，若不当风则无恶寒感；恶寒则虽居室之中亦觉怕冷。

恶寒主要分外感、内伤两大类。外感恶寒见于感冒、伤寒、温病、疟疾等症；内伤恶寒主要见于阳虚、劳倦、痰饮、郁火、伤食、饮酒等。

辨证论治 主要分以下六种：

(1) 阳虚恶寒：症见恶寒踡卧，肢冷，便溏或自汗，面色皖白，脉沉细。多由肾阳衰微。肾主一身阳气，肾阳虚则一身之阳气皆虚。命火衰微不能生土，可导致脾阳虚。治宜温养脾肾，振奋阳气。可选用姜、附、桂、参、芪一类方药，如附子理中汤、人参四逆汤、附子汤、黄芪建中汤等。若兼见气怯神疲，腰膝酸软，甚或阳痿滑精，宜着重温补肾阳，用右归饮。

(2) 劳倦恶寒：症见洒淅恶寒，短气懒言，倦怠无力，脉濡。因劳役过度或饮食失节，日久脾胃损伤，中气下陷，清阳之气不能升发，水谷精微不能上输心肺，营卫失守，肌表无阳以温煦，故不任风寒。治宜补中益气升阳，方选补中益气汤、升阳益胃汤。

(3) 痰饮恶寒：症见恶寒或背恶寒，胸胁支满，目眩，肢体沉重或周身疼痛，舌苔白腻，脉滑或沉。因痰滞上焦，抑遏络脉，营卫受阻，阳气不能外达所致。治宜通阳化痰。胸胁支满，目眩较重者，用苓桂术甘汤。痰多者，用苍白二陈汤加羌活、防风、桂枝。痰停中焦，伴发两臂疼痛者，用指迷茯苓丸。

(4) 郁火恶寒：症见恶寒，甚则战栗，四肢厥冷，口苦，尿赤，舌红，脉数。因火郁清道，热盛于里，阳气不达于外，肌腠失却温煦，故凛凛而寒。《张氏医通·恶寒》说："凡病但恶寒而不发热者，多属火郁之症。"宜详辨脉证。根据"火郁发之"原则，治宜宣发散火。常用火郁汤。若火郁于脾而令人恶寒者，可伴困倦，气怯懒言，宜升阳散火汤。本方与火郁汤大同小异，但不用葱白之辛通，黄连之苦寒，而加人参益气，重用甘草和中。若火郁于肺，肺受火刑，毛窍常疏，症见皮肤蒸热而又洒淅恶寒，可伴咳嗽、咽干。治宜清金润肺，用泻白散。

(5) 伤食恶寒：症见洒淅恶寒，胸膈痞塞，胃脘饱闷，嗳酸噫气，恶心，脉紧或沉滑。由于饮食自倍，胃肠乃伤，积滞于内，气不能化，中焦斡旋失职，阳不外达。治宜消导，食化则痞塞自消，用保和丸或平胃散合香砂枳术丸。若积滞内阻，生湿蕴热，脘腹痞满，便秘不爽，舌苔黄腻者，宜于消滞祛湿之中，佐以通腑。用枳实导滞汤。

(6) 伤酒恶寒：症见恶寒，手足颤振，口渴，昏眩，胸膈痞闷，呕吐痰涎，小便不利，脉浮大而虚。因饮酒太过，酒热内郁，酒气与谷气相搏不得宣越，上焦痞塞，阳气怫郁不达于外。治宜解酒毒，散气郁。用葛花解酲汤。使酒湿上下分消，阳气得以宣达。

至于背恶寒，多由于阳气虚亏。《丹溪心法》："凡背恶寒甚者，脉浮大而无力者，是阳虚也。"背恶寒也有外感、内伤之别。背恶寒属内伤者，多见于素禀阳虚，《张氏医通》主用八味丸温补；或见于劳倦内伤，营卫不足，阳气不充，治宜益气升阳，用补中益气汤加附子；或见于痰饮，《金匮要略》："心下有留饮，其人背寒如掌大。"饮聚阳气不通，宜温化痰饮，用苓桂术甘汤；或见于瘀血内滞，阳气不达，《张氏医通》主用桃核承气汤。身前寒和面寒，属阳明经病。《灵枢·经脉》认为胃足阳明之脉气不足，则身以前皆寒栗。《丹溪心法》认为阳明经本虚气不足，则身前皆寒，故面寒，主用升麻附子汤。昼寒多属外感，治以疏风解表为主；夜寒属阳虚，治以温阳为主；昼夜皆寒则属阴盛阳微，治疗应以温阳散寒为主。

感冒

以鼻塞流涕，头痛，喷嚏，恶寒，发热，无汗或有汗，咽喉不适，或伴咳嗽，苔薄，脉浮等证为特点的外感病，称感冒。感冒本为感受之意，如《仁斋直指方·诸风》以参苏饮治"感冒风邪"。以感冒为病名，始见《丹溪心法》。《证治要诀·诸伤门》指出："感冒为病……即是伤寒外证初感之轻者，故以感冒名之。"并谓"轻则为感，重则为伤"。感冒亦名伤风。《三因极一病证方论·叙伤风论》专述之。后《景岳全书·伤风》载述："伤风之病，本由外感……邪轻而浅者，止犯皮毛，即为伤风。"《时病论·伤风》认为："伤风

之病，即仲景书中风伤卫之证也。"《杂病源流犀烛》明确伤风即感冒。这一概念，沿用至今。由于感冒的发病情况不同，《通俗伤寒论》又称感冒风寒者为小伤寒、冒寒；《类证治裁》称感冒风热者为火伤风、热伤风；《证治汇补》称表寒里热之感冒为寒暄，俗称寒包热、寒包火。至于感冒而兼体虚证状明显者属体虚感冒；具有传染和流行特性的感冒为时行感冒；妇女妊娠期间所患感冒称妊娠感冒；妇人新产气血俱虚所患感冒称新产感冒，《金匮要略》称产后中风。

病因病机　《内经》强调风邪侵袭肌腠，并指出风易与寒合而致病。《素问·玉机真藏论》："风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热。"此外，风热亦可引起。《诸病源候论·风热候》："风热之气，先从皮毛入肺也。"《景岳全书》进一步指出了感冒常见肺卫同病。《证治汇补》指出外寒内热亦可致病，其《伤风》篇云："肺家素有痰热，复受风邪束缚，内火不得舒泄……此表里两因之实症也。"

感冒的发生，除感受风邪外，尚与气候突变，寒温失常，以及人体体质的强弱有关。风邪常随时气而侵入肺卫，如春季多为感受风热，夏季感冒每多挟暑挟湿，秋季感冒多兼燥气，冬季多系感受风寒。因生活起居失常，或因过度疲劳之后，而又人体正气不足，腠理疏懈，则外邪易侵而成感冒。但因体质不同，感受外邪亦有差异。如素体阳虚患者，则易外感风寒之邪；素体阴虚之人，则易感受风热、燥热之邪；痰湿偏盛，素体丰腴之人，则易外感湿邪或暑湿之邪等。归纳感冒常见的病因病机有：

风寒袭表犯肺：肺主气属卫，皮毛为肺之合。风寒之邪束表，则腠理卫阳被遏，犯肺则宣肃功能失常，上窍不利而成风寒感冒。

风热侵袭肺卫：风热之邪外袭，则热蒸肌表，腠理疏懈，卫气失和，风热上受，则肺之清肃功能失常，发为风热感冒。

外寒内热并见：肺家素有痰热内蕴，复感风寒外束，或因外感风寒，病邪传里化热而表寒未解，以致内外俱实，风寒痰热并见，发为表寒里热感冒。

辨证　主要根据寒热轻重，无汗或有汗，咽喉红肿程度，以及咳嗽咯痰、舌苔、脉象等情况分辨其属于风寒、风热抑或表寒里热感冒，并当辨其挟暑、挟湿、挟燥。小儿感冒更当注意其挟食、挟惊。

风寒感冒：症见鼻塞时流清涕，喷嚏频作，喉痒，咳嗽声重，痰少清稀，恶风，甚则恶寒发热，头身疼，肢体酸痛，无汗，苔多薄白，脉浮或浮紧。若风寒挟湿，症兼头沉重首如裹，身热不扬，肢体骨节酸痛，苔薄微腻等。

风热感冒：症见发热，微恶风，有汗出，头痛，涕浊鼻塞，口微渴，咽喉疼痛或红肿。咳嗽，痰黄粘稠，咯之不畅，苔薄黄，脉象浮数或滑数等。若症兼头重身困，胸脘满闷，泛恶，小便黄，舌苔黄腻者，为风热挟湿，脾湿内困，卫阳被郁。

夏令感冒，往往挟暑邪为患，而暑邪又每多挟湿，因此，见症比较复杂，除出现风热本证外，兼见身热，汗出不解，心烦口渴，小便短，舌苔黄腻，脉象濡数等。秋季感冒，多挟燥邪，或风热郁蒸而耗津化燥，兼见发热，微恶风寒，头痛，干咳，或痰少而粘，咽干口燥，烦热口渴，舌红少津，脉浮或浮数。

表寒里热感冒：症见发热，恶寒明显，无汗，头痛，肢体酸痛，鼻塞声重，咽喉疼痛或兼红肿，咳嗽，咯痰粘稠或黄白相兼，烦热口渴，苔薄黄，舌尖边红，脉象浮数或滑数等。

小儿感冒多见挟食，有食欲不振，或呕吐胀满，口臭酸腐，或腹部发热，或手足热，大便腥臭，伴不消化食物残渣。另小儿感邪后容易化热，热盛致惊，症见面目红赤，烦躁不安，惊厥抽搐等。

感冒应与风温鉴别，风温初起，症状与感冒颇为相似。但风温病起急骤，恶寒高热，热势较壮，汗出后热退不清，咳嗽每伴胸痛，头痛较剧。病邪可陷营血，出现神昏谵语，动风惊厥等症。而感冒病势较轻，病程较短，病邪传变较少。

治疗　感冒治疗可用方药、针灸、推拿、气功、简易方等法。

方药治疗　以宣肺解表为主，并结合病情辨证施治。风寒感冒，治宜辛温发汗法；风热感冒，治宜辛凉解表法；若兼暑、兼湿、兼燥、兼食者，解表时应分别佐以清暑、祛湿、润燥、消食等法。倘若证情复杂，病势较重的感冒，治予辛温，或辛凉重剂，或用表里双解之法，方能取得效果。

风寒感冒：治宜辛温解表，宣肺散寒。轻者方用葱豉汤加杏仁、苏叶、防风、荆芥，以辛温发散，透表宣肺。重者方用荆防败毒散去人参治之。若风寒挟湿，宜疏风散湿。羌活胜湿汤加减。若挟气滞者，兼见常欲太息，胁肋阵痛，胸闷嗳气等，佐加香附、郁金、苏梗之类，以疏肝调气解郁。另《普济方》芎苏散治妊娠风寒感冒。《沈氏尊生书》用香苏散加荆芥、白芷、生姜、大枣。新产风寒感冒，《医宗金鉴》荆防四物汤加苏叶，以养血疏邪。

风热感冒：治宜辛凉解表，疏风清热为主。方用银翘散加减；若头痛较甚者，加桑叶、菊花以清头目；咳嗽痰多者，加杏仁、贝母、瓜蒌皮以止咳化痰；咽喉红肿疼痛者，加板蓝根、玄参、马勃以清热解毒利咽。若风热挟湿，脾湿内困，卫阳被郁，前方加藿香、佩兰以芳香化浊。夏令感冒，暑邪挟湿，治宜解表清暑，芳香化浊。方用新加香薷饮。酌加藿香、佩兰、西瓜皮、六一散、荷叶之类。若秋季感冒挟燥邪，或风热之邪伤津化燥，方用桑杏汤加减，以疏风清燥，肃肺养阴。

表寒里热感冒：治宜疏散表寒，兼以清解里热。根据表寒里热的孰轻孰重，采用急则治其标，或标本同治，表里双解等法。方用麻杏甘石汤加味。外寒甚者，加荆芥、防风以解表散寒。里热较甚者，加黄芩、知母、栀子以清里热。咳嗽气急者，加枇杷叶、桑白皮、陈皮以清肃肺气。如兼见大便秘结，小便黄赤，舌苔黄腻，脉洪数或弦

滑等表里皆实之证者，可用防风通圣散加减，以疏风解表，清热泻下。

小儿挟食感冒，宜在感冒方中酌加炒山楂、炒麦芽、炒神曲、鸡内金、莱菔子等。感冒挟惊，宜酌加钩藤、僵蚕，或牛黄抱龙丸、牛黄镇惊丸及小儿牛黄散等冲服。

治疗感冒的注意点，一般解表不宜发汗太过。因卫表不固及阳虚感冒之人，本有汗出之症，过分发汗，不但卫阳更虚，而且伤津耗液；阴虚和血虚感冒之体，常伴潮热、盗汗等症，妄用辛散之剂，汗出愈多则阴血愈亏，虚热愈甚，往往出现汗出不止，或见衄血、咯血之变。体虚感冒的治疗，亦不宜补益太早。过早应用补药，往往外邪留恋不解，甚则内传入里致变。

至于妇女妊娠感冒，用药宜有避忌，虽有表邪，不可过汗，以免亡津液而伤及胎元。产后亡血，又不当妄事疏散，惟宜调和营卫，慎其起居。

针灸治疗 针灸对感冒有较好效果，能缓解病情。通治法：以疏风解表为主。常用手太阴、手阳明和足太阳等经穴，如大杼、大椎、风池、风门、曲池、合谷、列缺、鱼际、少商和外关等，每次选3—4穴。一般毫针刺，行泻法，也可酌情施以灸法。每日治疗1—2次，治愈为止。辨证论治：一般风寒感冒选列缺、合谷、大杼、风池和肺俞等穴。可用毫针刺，行泻法，也可施用灸法。风热感冒选大椎和风池、曲池、合谷等穴。如头痛较剧者，可酌加印堂、太阳和天柱等穴；鼻塞流涕甚者，可酌加上星和迎香等穴；声音嘶哑者，可酌加天突穴；呕吐腹泻者，可酌加内关、天枢和足三里等穴。无论风寒或风热，凡咳嗽、鼻塞声重较甚者，是邪在肺，宜用手太阴经穴，如孔最、列缺、少商等；凡头项痛，恶寒较甚者，是邪在太阳，宜用太阳经穴，如通天、天柱、后溪、申脉等穴。其他治法，常用者有皮肤针法：一般常选脊柱两侧、肘窝或大小鱼际等部施以皮肤针刺。如头痛较重者，可酌加太阳穴部位；鼻塞流涕较甚者，可酌加鼻翼根部。宜根据具体病情和病人体质情况来决定刺激强度，用中度刺激或重度刺激。每日治疗1—2次，治愈为止。耳针法：选肺、内鼻、外鼻、下屏尖、耳尖等穴，用毫针中强刺激，留针30分钟，间歇运针。

推拿疗法 患者取坐位，医者先以一指禅推法推风池、风府、风门、肺俞诸穴；接着推印堂、阳白、太阳、头维至百会穴，往返3—5次；然后抹印堂至太阳，再由太阳经头维至风池穴；最后按百会，拿风池、风府、肩井、曲池、合谷诸穴。风寒者，加头颞部扫散法，按风池、肺俞穴。风热者，加揉太阳，按肩井穴。咳嗽加揉天突、膻中、肺俞穴。鼻塞加揉迎香穴。自我推拿方法：揉印堂，按揉太阳，分推前额，按揉迎香，上擦鼻旁，按揉风池，拿按曲池，拿内、外关，拿按合谷。

气功疗法 风寒感冒，可选用下列功法：

(1) 侧卧床上，屈膝握拳，以鼻深吸气后，闭之不出，至感胀闷时，用口细细吐出，稍事休息，再如前吸气，闭气，吐气，直至感到身热有汗时，乃翻身向另侧卧下，仍如前屈膝握拳行吸气，闭气，吐气，使大汗出，避风休息（《诸病源候论》卷二）。

(2) 端坐，伸腰，慢慢用鼻吸气后，以右手捏着鼻孔或揉捻，闭上眼睛，徐徐吐气，反覆施行，以汗出为度（《诸病源候论》卷七）。

(3)立定，举左手仰掌用力向上托，同时用脚踩地；以鼻吸气，口吐气，持续行40次，以去风寒（《诸病源候论》卷七）。

(4) 端坐正，以鼻吸气后，闭气不息，随之兜起外肾，并同时将头尽可能地向前弯曲，稍停，乃恢复原位，并同时用口吐气。如此一屈一伸行吐纳42次，汗出止（《红炉点雪·兜礼治伤寒法》）。

(5) 半身坐定，扒开两腿，以双手掌用力相互摩擦极热，抚摩肾囊，次以两肘紧靠两膝，将头用力向前下弯，至不能弯曲时，乃恢复原位。稍停，又如法一屈一伸，行45次，待汗出透身，轻爽乃止，避风休息。

(6) 仰卧，用两手四指紧握拇指，同时尽力蜷曲脚趾；然后闭目，以鼻吸气。闭目片刻，从口慢慢吐出，反覆多次，待汗出止（以上两法，均见《保生秘要》，转引自《杂病源流犀烛》）。

风热感冒，可行下法：

(1) 以意引气从腿背起，运上风门穴，渐次入内，又散出外而上至头顶泥丸穴，下行过膻中而归神阙（《保生秘要》，转引自《杂病源流犀烛》）。

(2) 用搅海吞津法结合“六字诀”进行吐纳，当呼气时，默念“呬”字以宣肺清热。

简易方 (1)紫苏10克，生姜6克，香菜一握。水煎热服。适用于风寒感冒（《常见病验方研究参考资料》）。

(2) 紫苏、荆芥各6克，甘草3克。水两碗，煎至一碗，每服一碗，每日三次。适用于风寒感冒（《常见病验方研究参考资料》）。

(3) 青蒿60克。煎汁一碗，每日分两次服。适用于暑月感冒（《常见病验方研究参考资料》）。

(4) 大青叶15—30克，海金砂根30克。水煎服，每日两剂。治感冒发热（《江西草药》）。

预防与调护 应经常锻炼身体，增强御邪功能；室内空气常宜流通；气候改变时随时增减衣服，切勿汗出当风。感冒病人宜多饮开水，发热期间需要休息，饮食宜吃清淡之品，忌食油腻辛燥热物。

时行感冒

因时行戾气侵袭肺卫而引起流行的重证感冒，称时行感冒。临床多突然发病，伴身热恶寒，甚则壮热微恶寒，头痛重胀，肢体骨节酸痛，呼吸气粗，咳声重浊，咽喉肿痛，神疲乏力，口干欲饮，苔薄，脉数等。发病以具有传染性和流行性为特点，一年四季均可发生，冬春两季较为常见。时行感冒见《汤头歌诀》。《类证治裁·伤风》篇云：

"风邪外闭，肢节烦痛，里有郁热，时行感冒。"

病因病机　可由四时气候反常，外感戾气，侵袭人体，感之而发。《景岳全书·伤寒典》指出："时行之气者，如春时应暖而反寒，夏时应热而反凉，秋时应凉而反热，冬时应寒而反温，此非其时而有其气。是以一岁之中长幼之病多相似者，是即时行之病，感冒虚风不正之气，随感随发。"其病机大致如下：

邪犯肺卫：由于正气虚弱，卫气不足，腠理失固；复因气候反常，寒温失调，起居不慎，淋雨受湿，致病邪戾气侵犯肺卫而发病。

肺热壅盛：肺属娇脏，时行之气，郁表不解，则蕴而化热。若邪热壅肺，灼伤肺阴，煎津为痰，痰热互结，阻塞肺气，则清肃失常，亦可发生本病。

挟暑蕴结：夏令暑湿之季，或素体湿热内蕴，脾土每多不和，复感时行戾气，时邪与湿热相互交结，壅于肌腠，卫气不宣，气机中阻，发为本病。

若温邪时气伤及于肺，热毒未解，内陷营血，则为逆传心包之变证。

辨证　时行感冒应与普通感冒相鉴别。普通感冒症状轻，一般无高烧，汗出易解，并无流行情况的发生，其鉴别不难。时行之邪侵犯肺卫，当辨其风寒、风热，或属于暑湿蕴结。邪毒上受，又当辨其热邪壅肺，或内陷心包。

邪犯肺卫：症见恶寒发热，头痛较重，肢体酸痛，有时稍汗出，鼻塞流涕，咽喉不利，咳嗽，痰少而稠，舌质正常或红赤，舌苔微黄，脉浮数。

肺热壅盛：症见高热不退，不恶寒或有时微恶寒，汗出少，咳嗽，气短而喘，痰黄而稠，不易咳出，口干鼻燥，咽喉肿痛，舌质红赤，舌苔黄而少津，脉浮数或滑数。

暑湿蕴结：症见身热不扬，头昏沉重，鼻塞流涕，胸脘满闷，恶心呕吐，腹胀不适，不思饮食，便溏或泻，舌苔厚腻而黄，脉浮滑而数。

邪毒内陷：症见表证已罢，高热不退，烦躁不安，头痛较重，甚则昏迷，谵语，项强，小儿多有抽搐和惊厥，舌质红绛，无苔或苔黄干燥，脉细弱而数。

治疗　本病初起，应以解表宣肺为主，多用辛凉解表，若偏寒无汗者，仍可辛温解表；肺热壅盛者，除解表宣肺之外，应加清热解毒之剂；邪毒内陷者，证属危候，急当清心开窍为先；身热不退者，仍应清热解毒，滋阴凉血；暑湿蕴结者，除解表之外，还应调理脾胃，芳香化浊。

邪犯肺卫：因时感初起，证情尚浅，治宜解表宣肺，泄热解毒。方选银翘散加减。如属风热，治宜辛凉解表，如属风寒可用辛温解表。

肺热壅盛：治宜清热解毒，宣肺化痰。方选银翘散合麻杏石甘汤加减。酌加贯众、大青叶、板蓝根、紫花地丁、鱼腥草之类，以加强清热解毒之力。

暑湿蕴结：治宜芳香化浊，解表理脾。方选藿香正气散加减。

邪毒内陷：治宜清热解毒、清心开窍，佐以平肝熄风为法。方用羚角钩藤汤以平肝熄风，合犀角地黄汤以清心开窍；加银花、连翘清热解毒；元参清热养阴；鲜菖蒲豁痰开窍；并可选用至宝丹、紫雪丹。亦可选用清营汤加减，酌加羚羊角、天麻、钩藤平肝熄风；酌加石菖蒲、远志、胆星豁痰开窍。

预防　室内空气常宜流通；对病人应做到早发现、早隔离、早治疗，这对预防时行感冒的流行很有意义。流行期间，外出应戴口罩。在药物预防方面，一般常用贯众15克、生甘草10克煎服，连服3—4天。亦可用食醋熏蒸，进行空气消毒。其方法是，先将门窗关闭，每立方米用米醋5毫升加水等量，放置砂锅或铝铁锅内煎煮，使蒸汽在室内熏半小时即可，有一定的预防和治疗作用。亦可服用药物进行预防：①大青叶15克，黄豆30克。水煎服，每日一剂，连服7天(《江西草药》)。②板蓝根18克。水煎，连服3天(《常见病验方研究参考资料》)。③金银花、连翘、大青根、芦根、甘草各10克。水煎代茶饮，每日一剂，连服3—5天(《中药大辞典》)。

体虚感冒

感冒反覆发作，既有肺卫表证，又兼气血阴阳偏虚证者，称体虚感冒。

病因病机　多由大病、久病之后正气未复，或禀赋不足，素体虚亏，或因年老体弱，复感外邪所引起。《证治汇补·伤风》："有平昔元气虚弱，表疏腠松，略有不谨，即显风症者，此表里两因之虚证也。"本因体虚而表现为阴虚，或阳虚，或气血内亏，感受外邪侵袭，则见其外候有表证，而内夹正虚诸症。

气虚感冒：多因老年或体质素虚，或因病后，正气未复，以致体弱气虚，卫气不固，腠理失密，风寒之邪乘虚外束肌表，肺气失于宣畅所致。

血虚感冒：多因病后阴血亏虚，或由各种失血过多，或系脾胃损伤，血乏生化之源，或产后血虚，而致卫表失养，腠理不固，风邪乘虚侵入所致。

阳虚感冒：多因老年体衰阳虚，卫阳不足，腠理失固，风寒之邪乘虚束表所致。

阴虚感冒：多因素体阴虚内热，内热外蒸，腠理不固，风热外袭，表卫不和；或因阴虚津少，肺阴不足，清肃功能失常，易感外邪所致。

辨证　分为气虚感冒、血虚感冒、阳虚感冒、阴虚感冒等。

气虚感冒：症见恶寒发热，头痛，鼻塞或流清涕，咳嗽，痰白而稀薄，伴有倦怠无力，气短懒言，苔薄白润，舌质淡，脉浮无力，或脉濡弱。

血虚感冒：症见头痛，发热不甚，微恶风寒，鼻塞，或流清涕，无汗，面色少华，唇甲色淡，心悸头晕，苔白舌淡，脉细濡或浮而无力等。

阳虚感冒：症见身热较轻，恶寒较重，头身疼痛，无

汗或常自汗,面色㿠白,语声低微,四肢不温,形寒畏冷,苔多白润或白滑,舌质胖嫩,脉沉无力等。

阴虚感冒:症见头痛身热,微恶风寒,鼻塞,无汗或微汗,头晕心烦,口渴咽干,手足心热,或干咳少痰,舌质红,脉细数。

治疗 体虚感冒,治宜扶正祛邪,但应根据气虚、血虚、阳虚、阴虚的不同情况分别采用益气解表、养血透表、滋阴发汗、助阳祛邪等法。

(1)气虚感冒:治宜益气解表为主。轻者方用参苏饮加减。若气虚较甚者,方选补肺汤,或补中益气汤加解表药物,以补气升阳为主,兼解表邪。若常自汗出,易受风邪而感冒者,方用玉屏风散、桂枝汤,以固表疏邪,调和营卫。

(2)血虚感冒:治宜养血解表法。方用葱白七味饮。如恶寒较重而无汗者,上方加苏叶、防风、荆芥之类,以解表寒之邪;若兼见发热较重,咽喉疼痛红肿者,上方加连翘、黄芩、金银花、板蓝根等品,以辛凉清热解毒。

(3)阳虚感冒:治宜扶阳解表。方用参附再造丸,具有助阳益气,解表散寒之功,发汗而不伤其正,扶正而不恋其邪。若兼见唇舌淡,脉细者,方中亦可加入当归、熟地以养血扶正。

(4)阴虚感冒:治宜滋阴解表。方用加减葳蕤汤加减。如表证转重,酌加荆芥、防风祛风解表;咳嗽咽干,咳痰不爽者,加牛蒡子、瓜蒌皮以利咽化痰;心烦口渴者,加竹叶、灯心草、天花粉以清热除烦,生津止咳。

(5)妊娠感冒:治疗除针对邪气之寒热、体质之虚实以外,尤宜顾及胎元。

(6)新产感冒:其治宜针对六淫所属以祛邪,兼以益气养血。

伤寒

外感疾病的总称为伤寒,有广义和狭义之分。广义伤寒是指外邪引起的诸多外感疾病;狭义伤寒隶属于广义伤寒,是指外受风寒,感而即发的病证。

伤寒病名出自《内经》。《素问·热论》:"今夫热病者,皆伤寒之类也。"《难经·五十八难》:"伤寒有五:有中风,有伤寒,有湿温,有热病,有温病。"即说明了广义伤寒和狭义伤寒。《伤寒论》是张仲景论述伤寒病的专著。《伤寒寻源·伤寒正名》说:"欲识伤寒之病,须先定伤寒之名。"仲景《伤寒论》,此"伤寒"两字,即《难经》"伤寒有五"之伤寒。《伤寒论纲目·自叙》认为:"内经揭伤寒之症,未详伤寒之变,自仲景翻论,分阴阳,析六经,立方治,人始知伤寒之病之大,与伤寒之病之治矣。"从而伤寒病名一直沿用至今。

《伤寒论》将伤寒病变过程中的各种证状,根据病邪侵袭部位,综合人体正气强弱,病势进展缓急等情况,加以分析综合,分别以太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病命名。《医经溯洄集·张仲景伤寒立法考》称之为伤寒六经病。《类证活人书》卷一云:"治伤寒先须识经络,不识经络,触途冥行,不知邪气之所在。"六经实包括手足阴阳十二经,如邪袭太阳、阳明、少阳致病,患者多正气未虚,抗病力强,其病多为实证。《证治准绳·伤寒》称三阳证。由于病邪所犯部位不同,三阳各有经证、腑证之分,如太阳经病、太阳腑病;阳明经病、阳明腑病;少阳经病、少阳腑病。若邪犯太阴、少阴、厥阴三经致病,病人正气多虚,抗病力弱,其病多见虚证。《证治准绳·伤寒》称三阴证。如太阴病多见太阴里虚寒证;少阴病多见少阴虚寒或虚热证;厥阴病多见寒热错杂,厥热胜复之证。此外,若病邪侵袭二经或三经以致同病者,称合病。如太阳阳明合病,太阳少阳合病,阳明少阳合病,三阳合病等。若一经证候未罢,复见另一经证者,称为并病。如太阳阳明并病,太阳少阳并病等。若病邪侵袭互为表里的阴阳两经俱病者,《素问·热论》称两感,《伤寒百证歌》又称两感伤寒。如太阳少阴俱病,阳明太阴俱病,少阳厥阴俱病。至于伤寒兼挟他邪为病,《通俗伤寒论》称伤寒兼证。如伤寒兼风,伤寒兼湿,伤寒兼痉等。若伤寒病误治失治,或因脏腑盛衰致变所出现的诸多病证,《伤寒指掌》称伤寒变证。六经病各有变证,其中以太阳为多,如衄血、吐血、蓄血、热入血室、痞、结胸、下利、发黄、发斑等,均属变证之列。如伤寒病因于房事,或肾亏复感寒邪以使病势加剧者,《通俗伤寒论》称夹阴伤寒。若病邪不经三阳经而直中三阴经,《易简方》称阴证伤寒。其证有寒中太阴,寒中少阴,寒中厥阴之分,实即伤寒直中三阴阴寒证。若外感疫毒之邪,犯于咽喉,侵入血分而猝发的急重病证,《伤寒卒病证》称阴阳毒。《仲景伤寒补亡论》按阴分发病、阳分发病之异,分为阴毒伤寒和阳毒伤寒。

小儿伤寒与大人无异,所不同者,在其兼惊夹食,易变惊搐,或兼嗳气腹胀,大便酸臭,治宜兼顾。

病因病机 《症因脉治·伤寒总论》说:"伤寒之因,其人腠理空疏,偶值时令之寒,入于肌表,郁而发热,此冬月伤寒致病之因也。……又因非时之暴寒,外束皮毛,亦令人头痛身痛,恶寒发热,此即三时之寒热病也。"《景岳全书·伤寒典》说:"伤寒者,以其寒从外人,伤于表也。寒邪自外而入,必由浅渐深,故先自皮毛,次入经络,又次入筋骨,而后及于脏腑。"说明伤寒病始因外感寒邪,侵袭肌表,渐犯经络脏腑,自浅而深,发生种种病变。兹从邪袭致病由表入里,经络脏腑功能失常,以及伤寒传变三方面说明之。

(1)邪袭致病,由表入里:风寒之邪袭表,太阳首当其冲,病在体表,腠理营卫功能失常,则可出现太阳经病诸证。表邪化热入里,随其所在经络、脏腑不同,或兼挟他邪,引起不同病候。如邪热循经传里入腑,与水结于膀胱气分,则出现伤寒蓄水证;与血相搏于下焦血分,则出现伤寒太阳蓄血证。邪热侵犯少阳经脉,经气循行失常,则产生少阳经病;邪热内郁胆腑,枢机失调,则产生少阳

腑病。若热邪侵犯阳明胃经，则产生阳明经病；热与肠中燥屎相结，则产生阳明腑病；热与湿相结内蕴，瘀热在里，又可出现阳明发黄变证。如病邪侵袭两经或三经俱病者，则或为合病，或成并病，或致两感。寒属阴邪，寒邪袭里，每乘阳气之虚，内侵脏腑而病。若阴寒之邪乘脾阳不足侵袭太阴，则可形成太阴病；寒湿久蕴不化，每易产生太阴发黄变证。寒邪乘少阴心肾之虚内袭，既可从阴化寒，又可从阳化热，则分别产生少阴寒化证和少阴热化证。若病邪侵袭厥阴，阴阳消长，正邪交争，阴阳胜复，如阴胜则厥，阳复则热，可产生厥热往复，或则阴阳各趋其极，阳并于上则上热，阴并于下则下寒，产生上热下寒，寒热错杂的厥阴病。

(2) 经络脏腑功能失常：病邪侵袭经络脏腑，功能失常，是伤寒证候产生的主要病机。如邪客足太阳经，则产生太阳经病证；邪客足阳明经，则出现阳明经病证；邪客少阳，经脉失常，则出现少阳经病证。此外，三阴病中的太阴病、少阴病、厥阴病证，亦与邪客三阴经络所循行的部位有关。再则邪犯脏腑，功能失常，则产生脏腑和脏病的各种证候。如膀胱为太阳之腑，外邪不解，内传于腑，膀胱气化不行则出现蓄水证；若邪入下焦血分，则产生蓄血证。胃为阳明之腑，如邪热人胃伤津，肠胃府气不利，则产生阳明腑证。胆为少阳之腑，邪入胆府，胆热蕴郁，枢机不利，则出现少阳腑证。此外，脏之功能失调，或脾阳不振，或心肾阳衰，或肝气上逆，所见证候，均为三阴脏腑经络的病变。

(3) 伤寒传变：在伤寒发病过程中，病情按一定规律发展的称传，超越一般规律的变化称变，常通称传变。《伤寒补亡论》称传经。《证治准绳》称伤寒传变。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》云："伤寒一日，太阳受之，脉若静者为不传；颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。"伤寒传变，取决于正气的强弱，感邪的轻重及治疗得当与否。通常阳盛者病邪多传三阳之腑，而阴盛者病邪多传人三阴。临床脉证的变化情况，是判别传变与否的依据，切不可拘泥于日数和六经顺序。如《景岳全书·伤寒典》所说："伤寒传变，不可以日数为拘，亦不可以次序为拘。"伤寒传变的方式，有循经传、越经传、表里传，以及过经、再经、直中等不同。①循经传：见《医学心悟》。又称顺传。指外感病的演变顺着六经次序发展。如太阳病不愈，传至阳明，或传少阳。若正虚邪甚，亦可再依次传入三阴。从而由表人里，从浅人深，相应出现各种临床证候。如果治疗及时得法，邪去正复，传经自可终止，故循经传遍六经的病证，在临床少见。②越经传：见《此事难知》。指病情发展不按六经顺序而传变者。如太阳病邪不传阳明而传少阳，其证候亦随之而出现。③表里传：见《此事难知》。指病邪在互为表里的两经的传变。如太阳传少阴，则初见太阳病证，继见少阴病证。又如阳明传太阴，则初见阳明病证，继变太阴病证。少阳传厥阴，则初见少阳病证，继见厥阴病证。④过经：出《伤寒论》。指某经病邪过入另一经的传变。如太阳病表证解后，又出现少阳经的证候，称太阳病过经。⑤再经：出《伤寒论》。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也。若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈。"《注解伤寒论》把伤寒某经之邪经七日未解者，称为再经。如太阳表证七日未解，仍见其证者，称太阳病再经。⑥直中：见《医述》。《医学心悟》称直中三阴。指患者体虚，外邪不经三阳，直接侵袭三阴而出现阴经证者。阴证伤寒，多为直中所致。伤寒传变，虽较复杂，但多有规律可循。一般，六经传变阳证多从太阳始，然后传少阳或阳明。如正气不足，亦可传人三阴；阴证多从太阴始，然后传少阴、厥阴，亦有邪气直中三阴的。总之，病邪传变大都从表而里，由实转虚。但在正复邪退之时，亦可由里达表，自虚转实。前者属一般规律，是病变的发展，后者为病情向愈的转归。临床所见的合病、并病、兼证、两感及变证等病变的病机，多与病邪传变有关。

辨证　伤寒病证，首应分辨阴阳。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》云："病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。"从有热无热和恶寒的病情，来辨疾病属阴属阳。发热恶寒为主的证候，属于病发于阳经的阳证；而无热恶寒为主的证候，属于病发阴经的阴证。以此为基础，再分析病位的浅深、正邪的盛衰，则病变性质愈明。其次当辨别寒热真假。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："病人身大热，反欲得近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。"这是根据患者喜恶辨别寒热真假的典型例子。同时，应掌握六经病主要脉证。《寿世保元·伤寒总论》指出："盖伤寒发热恶寒，腰痛脊强，则知病在太阳经也；身热目痛鼻干，不得眠，则知病在阳明经也；胸胁痛，耳聋口苦舌干，往来寒热而呕，则知病在少阳经也；腹满咽干，手足自温，或自利不渴，或腹满时痛，则知病在太阴经也；引衣踡卧，恶寒，或舌干口燥，则知病在少阴经也；烦满囊缩，则知病在厥阴经也。"《景岳全书·伤寒典》说："伤寒之邪，实无定体，或入阳经气分则太阳为首，或人阴经精分则少阴为先。其脉以浮紧而有力无力，可知表之虚实；沉紧而有力无力，可知里之虚实；中而有力无力，可知阴阳之凶吉。诊之之法，当问证以知其外，察脉以知其内。先病为本，后病为标，能参合脉证而知缓急先后者乃为上工。"六经病的主要脉证：凡病症见恶寒发热，头痛项强，自汗出或无汗，或伴渴欲饮水，少腹胀满，或伴少腹硬满疼痛，如狂发狂，脉浮缓或浮紧等，为太阳病经、腑证的主要脉证；症见身热汗大出，不恶寒，反恶热，心烦口渴，或伴见腹胀满痛拒按，大便不通，甚则谵语，舌黄，脉洪大或沉实有力等，为阳明病经、腑证的主要脉证；症见往来寒热，口苦咽干目眩，胸胁苦满，不欲饮食，心烦喜呕，或伴胁下急痛拒按，便秘，脉弦等，为少阳病经、腑证的主要脉证；症见腹满而呕，饮食不下，口和不渴，时腹满痛，下利，脉缓等，为太阴病主要脉证；症见无热恶寒，神萎欲寐，四肢逆冷，或见咽

痛，脉微沉细等，为少阴病主要脉证；症见上热下寒，厥逆下利，气上冲心，心中烦热，消渴等寒热错杂证，或厥热胜复，是厥阴病的主要脉证。

治疗 祛除病邪，扶助正气，调整阴阳，是治疗伤寒的总则。临床通过汗、吐、下、和、温、清、消、补等法的具体运用，以达到治疗目的。三阳病多属阳证、热证、实证，治则以祛邪为主，邪去则正安。其中太阳表证治宜解表法；太阳中风宜调和营卫，解肌祛风；太阳伤寒宜解表发汗，开泄腠理。太阳腑病蓄水证，宜温阳化气利水；蓄血证宜活血祛瘀。阳明属里证。阳明经病治宜清泄里热；阳明腑病治宜攻下里实。少阳病属半表半里证，治宜和解为主。三阴病多属阴证、寒证、虚证，治则以扶正为主，正盛则邪去。其中太阴病多为脾胃虚寒证，治宜温中散寒，健脾燥湿；少阴病多属全身虚寒证，寒化证治宜扶阳抑阴；热化证治宜育阴清热；厥阴病属寒热错杂证，治宜温清并用。至于合病、并病、两感及伤寒兼证，多为表里同病，宜酌情使用先表后里、先里后表及表里同治等法。若表病里虚而以里虚为急者，应先治其里，再治其表。如不顾里虚而妄攻其表，表邪未必解而里虚益甚；若表病为主，兼以里实者，一般先解表邪，然后治里。否则先攻其里则里病不愈，反使表邪内陷致变；若表里俱病，表证在而里证已急者，虽有表邪，亦宜先攻其里。如蓄血证虽表证未尽，而见发狂，少腹鞕满，即当攻逐其瘀；若表里同病而俱急者，亦可表里同治。如太阳少阴两感证，当与温经解表同治。又如太阳病表实里热，不汗出而烦躁者，宜解表清里同治。伤寒治疗，无论祛邪或扶正，都必须时时注意调整人体阴阳之偏。伤寒热证多由阴液存亡以决定预后，用清热泻下，都旨在祛除邪热，保存阴液；伤寒寒证，多由阳气存亡以决定其预后，故用助阳抑阴之剂，旨在扶助阳气。凡此诸法，均为调整阴阳之偏而设。

太阳病

以发热恶风寒，头项强痛，身疼，脉浮等为特点的外感表证，称太阳病，是伤寒六经病之一。太阳病名出《伤寒论》。《素问·热论》称巨阳病。《伤寒总病论》称太阳证。《景岳全书·伤寒典》："足太阳膀胱经病，凡发热头痛，腰脊强，肩背痛，脉浮紧者，是皆太阳证也。"因其病在体表，《注解伤寒论》又称太阳表病，《伤寒明理论》称太阳表证。由于患者体质有强弱，感邪有不同，而病邪传变亦有所异，故太阳病有太阳经病和太阳腑病，还有兼证、变证、并病、合病等。此外，尚有太阳温病、太阳风温等证。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温。"《金匮要略》又有"太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细者，此名湿痹"的论述，以及"太阳中暍"、"太阳中热"之称。可见太阳病并不局限于风寒外感疾病。

太阳经病，见《景岳全书》。《伤寒医诀串解》称太阳经证。《症因脉治》称太阳病表症。太阳经病亦有所异。一般将其分为太阳中风和太阳伤寒。①太阳中风：出《伤寒论》。《尚论篇》从病机称为风伤卫证。《伤寒辨证》称表虚证。《伤寒来苏集》以方名证，称桂枝汤证。②太阳伤寒：见《注解伤寒论》。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。"《尚论篇》从病机称为寒伤营证。《伤寒辨证》称表实证。《伤寒来苏集》以方名证，称麻黄汤证。

太阳腑病，见《医宗金鉴》。《医学心悟》第二卷："太阳腑者，足太阳膀胱是也。膀胱有经，有腑。邪在于经则头痛发热；邪在于腑则口渴溺赤。外显太阳经病，而兼见口渴、溺赤者……乃太阳腑病。"《伤寒医诀串解》称太阳腑证。《症因脉治》称太阳病里症。

病因病机 太阳为六经之首，统摄营卫，主一身之表，固护于外，故称诸经之藩篱。外邪侵袭人体，太阳首先受病，以致营卫功能失调，经脉之气运行不畅，正邪交争于表，而出现太阳经病的主要脉证，如发热，恶风寒，头痛身疼，无汗或自汗出，脉浮等证。《伤寒论·辨太阳脉证并治》："太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。"《诸病源候论·伤寒诸候》："太阳者，膀胱之经也，为三阳之首，故先受病。其脉络于腰脊，主于头项，故得病一日，而头项背膊腰脊痛也。"总由感受风寒之邪，经气失调所致。《伤寒明理论》认为"其发热属表者，即风寒客于皮肤，阳气怫郁所致也"，"惟其风寒客于荣卫，则洒淅然恶寒也"，"风则伤卫……腠理失其肥则疏而不密，开阖失其司则泄而不固。是以恶风也"。同时，因寒邪中经，腠理致密，故无汗；风邪于卫，卫气不和，故自汗。外邪袭表，正气抗邪向外，故脉应之而浮。太阳中风是外感风寒，营卫不和所致，本证虽感风寒之邪，而以风邪为主，风邪束于肌表，营卫不和。太阳伤寒是外感风寒，腠理闭塞所引起，本证虽感风寒，而以寒邪为主，腠理闭塞，营卫阻滞，肺气失宣。若太阳经病邪内传入腑，热邪循经传入膀胱，与水相结于气分，则出现蓄水证；若热邪传入下焦血分，与瘀血搏结，则出现蓄血证。《伤寒医诀串解·太阳篇》："何谓太阳府症？曰：表邪不去，必入于里，膀胱为表中之里也，有蓄水、蓄血之辨。"

辨证 太阳病当据脉证辨别其属于经病、腑病。经病又当辨其是中风还是伤寒；腑病当辨其为蓄水抑或蓄血。

太阳经病 以发热恶寒，头痛身痛，有汗或无汗，脉浮为主证。《景岳全书·伤寒典》："脉浮为在表，故凡见脉紧而数者，即表邪也，再加以头项痛，腰脊强等症，此即太阳经病。"《伤寒医诀串解·太阳篇》："何谓太阳经症？曰：头痛项强，发热恶寒是也。有虚邪、实邪之辨。脉缓，自汗恶风为虚邪，宜桂枝汤……脉浮紧，无汗恶寒为实邪，宜麻黄汤……此二法，治表中之表也。"说明感邪不同，体质有殊，故太阳经病亦有所异。

(1) 太阳中风：以头痛，发热，汗出恶风，或伴鼻鸣干呕，脉象浮缓等证为主。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，发热汗出，恶风，脉缓者，名为中风"，"太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者热自发，阴弱者汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕。"由于风邪外袭于表，卫气抗邪故见发热，邪壅于经因而头痛。且风为阳邪，其性疏泄，使卫不外固，荣不内守而汗自出。汗出则腠理愈疏，不胜风寒，故见风而畏恶。液泄则营阴不足，故脉浮而按之缓软。若肺胃因风邪壅滞，则见鼻鸣干呕。若邪侵太阳，经气不舒，津液运行受阻，经脉失却濡养，而兼见项背强急，不能自如。

(2) 太阳伤寒：以发热恶寒，无汗而喘，头痛项强，身疼腰痛，骨节疼痛，或呕逆，脉浮紧等为主证。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》认为"太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘"，"太阳病，脉浮紧，无汗，发热，身疼痛"。皆是对太阳伤寒的具体描述。本证因寒邪外袭，卫阳被遏故恶寒，正邪相争而发热。也有初病时暂不发热者。卫阳既遏，营阴亦受阻滞，以致经络、筋骨失其温煦濡养，因而头项身腰骨节疼痛。腠理被风寒所闭而无汗。正气抗邪于外，风寒外束于表，故脉浮紧。肺主呼吸，外合皮毛，外邪侵犯，肺气不宣，因而为喘。若邪入太阳经腧，经气不利，筋脉失养，则见项背强几几证。如病邪侵袭较轻者，风寒之邪闭郁于表，营卫之气不和，症见形如疟状，发热恶寒，热多寒少，一日二三度发，面赤身痒，汗出不彻等，为太阳病日久不愈，邪微而正气怫郁，或太阳病汗不得法，邪郁于表，正气抗邪所致。

太阳腑病　有膀胱蓄水证和蓄血证之分。

(1)伤寒膀胱蓄水证：见《伤寒医诀串解》，原称膀胱蓄水证。《医宗金鉴》称膀胱水蓄。《伤寒来苏集》以方名证，称五苓散证。其中也包括发热，烦渴，饮水，水入即吐的"水逆"证。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，发汗后，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。"《伤寒医诀串解·太阳篇》："太阳病，其人口渴，烦躁不得眠，脉浮，小便不利，水入即吐，为膀胱蓄水症，宜五苓散。"膀胱蓄水证因太阳经邪传入膀胱，与水相结所致，证见发热恶风，汗出，脉浮等表证，又因水热互结，津不上承，水饮内停，胃失和降，故见小便不利，烦渴，或水入则吐等证。

(2) 伤寒膀胱蓄血证：见《伤寒医诀串解》。原称膀胱蓄血证，《伤寒溯源集》称伤寒蓄血证；《伤寒来苏集》以方名证，称抵当汤证。本证系太阳经邪传入下焦，热邪与瘀血相结所致的病证。《景岳全书·伤寒典》："伤寒蓄血者，以热结在里，搏于血分，留瘀下焦而不行也。"膀胱蓄血，症见少腹急结，或鞕满疼痛，但小便自利，患者如狂或发狂，或发热，身黄，脉沉涩，或沉结。

蓄血证与蓄水证的鉴别：蓄血证小便自利，少腹急结或鞕满疼痛，如狂发狂，或见发黄。蓄水证小便不利，少腹胀满，而神志如常。两者必须严格区别。

治疗　太阳病的治则，经病、腑病有所不同。经病在表，治以解表为主，中风证以调和营卫，解肌祛风为治；伤寒证以发汗解表，祛风散寒为治。腑病在里，而蓄水、蓄血治亦有别，蓄水宜化气利水，蓄血当活血逐瘀。

太阳中风：治宜解肌祛风，调和营卫。方用桂枝汤主之。若兼项背强急，宜在桂枝汤中加葛根，解肌祛风，养液舒经。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。"

太阳伤寒：治宜解表散寒、宣肺发汗。方用麻黄汤主之。兼项背强者，宜葛根汤发汗解表，滋液舒筋。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。"若邪轻郁表，营卫不和，形如疟状，治宜辛温轻剂，小发其汗，方宜桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤，审证择用。

膀胱蓄水证：治宜外疏内利，以助阳化气利水为主，方用五苓散。本方作用重在化气利水，不论有无表证，凡是膀胱气化失常，水停下焦，而致小便不利、口渴者，即可酌情应用。若口渴，小便不利，不因停饮，而为津液耗伤所致，则非五苓散所宜，如误投此方，必致阴液更伤，引起变证。

膀胱蓄血证：治宜活血通瘀为主，但应详审证情之缓急，蓄血之轻重，择方施治。如热结膀胱，少腹急结，其人如狂，宜桃仁承气汤缓剂逐瘀；如热在下焦，少腹鞕满，小便自利，其人发狂，脉沉而结，宜抵当汤峻剂，行瘀逐血；若少腹鞕满，小便自利，其人如狂，身黄，或有热，病势稍缓者，宜抵当丸治之，其破血逐瘀之力较弱于抵当汤。

治禁及预后　太阳中风，禁用麻黄汤，因麻黄汤为发汗峻剂，中风证本有自汗出，若误用之必致汗漏不止，甚则亡阳致变。太阳伤寒，不宜用桂枝汤，因桂枝汤为调和营卫，解肌祛风之剂。蓄血证其外证不解者，尚未可攻，当先解其外，乃可攻之。对于孕妇或素患血证者，应慎用破瘀之剂。太阳经病患者，如阳气虚、营血弱，或阴亏咽燥，或淋家、疮家、衄家、亡血家、汗家，或中焦虚寒，或阴湿热内蕴之酒客等，皆不能妄用桂枝或麻黄汤。若误用之，则变证丛生。

太阳病属外感表证，治疗适当，预后多良。但若误治失治，病邪每易传变，可见多种兼证、变证，甚至出现亡阳之变。

调护　太阳病调护有：①服药方法：桂枝汤水煮温服。服已须臾，啜热稀粥以助药力，并温覆，使遍身漐漐微似有汗出方佳，不可如水淋漓，否则病必不除。若服后汗出病减，暂停后服，不必尽剂。麻黄汤应先煎麻黄，去其浮沫，后下他药，亦当温服，覆取微似汗，不须啜粥。五苓散为散剂，以白汤和服，日三次，并多饮暖水，汗出愈。桃仁承气汤水煮，后纳芒硝。在食前温服，当得微利。服抵当汤、抵当丸后当下血，否则更服。瘀血得下，即应停药，以免伤正，使络伤出血。②饮食宜忌：患者宜进清淡

饮食。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。

阳明病

以身热,不恶寒,反恶热,汗自出,烦躁,口渴,腹痛,大便鞕,或热结旁流,脉洪大数实等为特点的里热实证,称阳明病,是伤寒六经病之一。阳明病有经病、腑病两大主证,并有兼证、变证、合病、并病等。阳明病名出《素问》,并见《伤寒论》。《伤寒总病论》称阳明证。《景岳全书·伤寒典》:"足阳明胃经之病,凡发热、头痛、不得眠、脉长而数者,本皆阳明证也。"阳明经病,见《伤寒捷诀》。《伤寒医诀串解》称阳明经证。《症因脉治》称阳明病表证。《伤寒法祖》称阳明表证。《伤寒来苏集》称白虎汤证。阳明腑病,见《伤寒捷诀》。《伤寒医诀串解》称阳明腑证。《症因脉治》称阳明里证。《伤寒来苏集》称承气汤证。

病因病机 阳明包括手阳明大肠经、足阳明胃经。阳明主津液,伤寒热邪内炽,则津液耗伤,如燥热互结,可为里实之证。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》:"阳明之为病,胃家实是也。"阳明病的形成,主要因病邪在表不解,向里发展,而来自太阳者较多。亦有因三阴病正气来复,阴证转阳所致。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》所谓"阳明居中,主土也,万物所归,无所复传"。根据不同病机,仲景有太阳阳明、少阳阳明、正阳阳明之分。如太阳病失治,或误用汗下,或误利小便,则反伤津液,太阳之热乘胃燥而转属阳明,称为太阳阳明。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》:"本太阳初得病时,发其汗,汗先出不彻,因转属阳明也。""太阳病,若发汗、若下、若利小便,此亡津液,胃中干燥,因转属阳明,不更衣,内实,大便难者,此名阳明也。"若少阳病半表半里之邪,失于和解,或误治伤及津液,病邪不能外达,也能传里化热,转成阳明病证,称为少阳阳明。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》:"少阳阳明者,发汗、利小便已,胃中燥烦实,大便难是也。"若患者素体蕴热,或本有宿食,当感受外邪之后,内外相合,引邪入里,内热转盛而成阳明证,《伤寒论》称胃家实,即正阳阳明。《注解伤寒论》:"邪自阳明经传入腑者,谓之正阳阳明。经曰:'阳明病脉迟,虽汗出,不恶寒,其身必重,短气腹满而喘,有潮热者,外欲解,可攻里也。手足濈然汗出者,此大便已鞕也,大承气汤主之。'即是正阳阳明,胃家实也。"三阴病转成阳明证者较少,其中较常见以太阴病转属者,由于太阴湿土化热化燥而成阳明病。如《伤寒论》卷第五说:"伤寒脉浮而缓,手足自温者,是为系在太阴。太阴者,身当发黄,若小便自利者,不能发黄,至七八日,大便硬者,为阳明病也。"即太阴转为阳明腑证之例。还有少阴及厥阴病阳气回复转为阳明病者,见"伤寒兼证"条。综合以上病因病机,《医学心悟·阳明腑病》说:"阳明腑病,有由本经入本腑者;有由太阳、少阳入本腑者;有由三阴经入本腑者,来路不同,见证则一。""邪既入腑,则潮热,谵语,狂乱,不得眠,烦渴,自汗,便秘,诸症生焉。"根据病变在经、在腑的不同情况,阳明病有经病、腑病之分。若外邪化热入里,肠中无燥屎内结,无形热邪亢盛于胃而消烁津液,则形成阳明经病。经病因邪热内盛,迫液外出,而身见蒸蒸然发热,濈濈然汗出,按之胸腹灼手。由于表邪已解,故不复恶寒,虽或在壮热之时伴见背微恶寒,亦因热极汗多,腠理开疏之故。热邪伤津,则口渴引饮;阳热壅盛,故脉象洪大而滑,鼓指有力。至于邪热入里,津液耗伤,热邪与肠中糟粕搏结成燥屎,则形成阳明腑证。腑证病情较重,可由经证发展而成。如腑病燥结甚而气滞,则腹胀满且痛而拒按;燥实浅而邪偏在上,则心下硬满,腹满不减,减不足言。若燥屎内结,传导失司则不大便,或大便难,或大便鞕,或热结旁流,臭秽异常。津伤热扰,则潮热、谵语。实结在里,脉沉实有力。除阳明经证、腑证之外,又有阳明发黄证,因阳明邪热不解,与太阴脾湿相合,湿热熏蒸,胆液外溢而成。若阳明里热与瘀血相合,则成阳明蓄血证。此外,若素体胃阳不足,或伤寒大吐下后,复发汗饮水,则胃中虚冷,致成为呕哕等证。若阳明因汗吐下后,余热不尽;或邪热初入于里,未及胃肠;或阴病转阳,多使邪热留扰胸膈。若阳明之邪合并于太阳、少阳而病者,则成合病、并病。见"合病、并病、两感"条。

辨证 阳明病须辨阳明经证、腑证。经证有胃热、胃热津伤、胃热气逆之异;腑证则有燥实证、痞满证、痞满燥实证及脾约证的辨别。

阳明经证:《伤寒医诀串解·阳明篇》:"何谓阳明经症?曰:身热,目痛,鼻干,不得眠,反恶热是也。"继而则以身大热,汗大出,口大渴,脉洪大或浮滑等为特点,由于邪热伤津与否及津伤程度不同,有胃热、胃热津伤、胃热气逆等不同证候。胃热证可见身大热,汗自出,胸腹灼热,或有厥象,口渴,小便黄,舌苔黄燥,脉浮滑。因素体阳旺,里热内蕴,外邪入里,以致表里俱热,而为阳明热盛之证。若热极阳郁,症见四肢厥冷,胸腹灼热,脉沉而滑者,为真热假寒之证。如胃热伤津,症见心烦不安,口干舌燥,大烦渴不解,背微恶寒,或时时恶风,或见大汗出,脉浮大而芤,微喘,甚则鼻煽等。因阳明经热不解,汗出过多,或误用吐、下后,热邪伤及气阴所致。胃热气逆,症见虚羸少气,呕逆,烦渴不眠,喉干呛咳,舌红少苔,脉虚数。为阳明燥热,加之过汗,以致气耗津伤,胃虚气逆;或因病后津气虚亏,余热未尽所致,即《伤寒论·阴阳易差后劳复篇》"伤寒解后,虚羸少气,气逆欲呕"之证。

阳明腑证:以潮热,谵语,腹满硬痛,大便鞕不通,手足濈然汗出,舌苔黄燥或焦黑起刺,脉沉实有力等为特点。《寿世保元·伤寒总论》:"潮热自汗,谵语发渴,不恶寒,反恶热,揭去衣被,扬手掷足,或发黄、斑、狂乱,五六日不大便,则知病在阳明腑也。"《景岳全书·伤寒典》:"沉脉……但沉数有力是即热邪传里也。"但因腑实燥结的程度不同,故又有燥实证、痞满证、痞满燥实证及脾约证

等分别。如燥实证，可见腹部胀满，不大便，或热结旁流，蒸蒸发热，心烦，甚则谵语，苔黄，脉滑数疾，为邪热传于阳明，肠中燥热，胃气不和，腑实未甚；或误用汗下，津液耗伤，以致肠中干燥而成。痞满证，可见不大便，或大便硬，谵语，潮热，心烦，脘腹痞满，而坚硬疼痛较轻，小便数而能食，舌苔老黄，脉实或滑疾，为阳明邪热与肠中燥屎初结，气机不通所出现的痞满里实而燥热较轻的证候。痞满燥实证，可见日晡潮热，谵语，烦躁，腹部胀满坚硬疼痛拒按，甚则喘冒不得卧，腹中矢气频转，大便秘结，或热结旁流，舌苔老黄而干，甚则焦燥起刺，脉沉实或迟滑有力，为阳明燥热与肠中糟粕互结至甚所出现的痞满燥实证候。《伤寒论串解衍义》将阳明病阴亏阳亢，胃肠津枯，热盛燥结所出现的三种急重的痞满燥实病证，称阳明三急下证：一为伤寒六七日，目中不了了，睛不和，大便难，无表证，身微热者；二为发汗热不解，腹满痛者；三为阳明病发热汗多者。凡此均为里邪壅实，气阴俱伤的危重证候。此外，尚有脾约证，可见小便数，大便坚硬难下，但多无所苦，或脘腹胀满，胸闷不舒，时时嗳气，苔厚而干，脉浮而芤；或趺阳脉浮而涩，浮为阳气盛，芤、涩为阴血虚。本证因汗出过多，小便频数，津液外越而胃中有热，脾阴不足，胃强脾弱，以致津液不足而为虚秘病证。

治疗　阳明病的治疗须分别经证、腑证。经病为无形邪热，热者寒之，以清解里热为主；腑病为有形实热，留者攻之，以泻下实邪为主。清热、泻实是阳明病治疗的两大主要法则。

阳明经证：治宜辛寒清热为主。方用白虎汤加味。若阳明胃热证，治宜辛寒清热，方用白虎汤。真热假寒，阳郁肢厥，亦可以本方治之。若胃热伤津，治宜辛寒清热，益气生津。方用白虎加人参汤。阳明气逆，治宜清热和降，益气生津。方用竹叶石膏汤。

阳明腑证：若表证深入而内见大满大实，阳明热结等症，治宜攻下热结为主。方用承气汤类。燥实证、痞满证、痞满燥实证及脾约证，其治法亦有缓下、和下、峻下、润下等不同。燥实证治宜缓下泻热，和胃润燥。方用调胃承气汤。痞满证治宜和下，通便除满，方用小承气汤。痞满燥实证治宜峻下实热，荡涤燥结，方用大承气汤。《医宗金鉴》认为，诸积热结于里而成痞满燥实者，均以大承气汤下之。满者腹胁满急䐜胀，故用厚朴以消气壅；痞者心下痞塞硬坚，故用枳实以破气结；燥者肠中燥屎干结，故用芒硝润燥软坚；实者腹痛大便不通，故用大黄攻积泻热。然必审四证之轻重，四药之多少，适其宜，始可与也。《伤寒论串解衍义》认为阳明三急下证，治宜峻下实邪，以保阴液。方用大承气汤急下存阴。脾约证，治宜润下缓通。方用麻子仁丸。若肠燥便秘，可待燥屎下入直肠，觉有便意而不能解出时，然后用蜜煎导法。若津亏有热，可用猪胆汁灌肠。

治禁及预后　阳明病的治禁，主要针对病邪未入腑成实的不可下证而言。《伤寒总病论》称阳明不可下证。通常称禁下证。其证主要有五：①阳明病兼表邪未解，汗多微发热恶寒，其热不潮。②邪热在经，尚未入腑成实，心下硬满，面合赤色。③邪在上脘，呕多，心下鞕满。④胃中虚冷的不能食证。⑤阳明脉反微涩，营卫虚衰及津伤而见大便鞕结者。凡此均不可妄行攻下，否则必致邪热内陷，病势增剧，或津液更伤，变证丛生。此外，阳明病表证不解，见脉浮、发热无汗者，亦不可骤用清热法，如白虎汤之类。若清热过早，则表邪被遏，不易外达，多致贻误病机。阳明病的预后与治疗当否，与病人正气盛衰，邪势轻重均有关系。如正邪俱盛，治疗得当者，预后多佳。反之，若正不胜邪，治失其宜，则预后多差。临床上，常以患者神志症状的轻重来判别吉凶，若谵语热轻者，可用承气汤救治。如神昏谵语加重，独语如见鬼状，剧者不识人，循衣摸床，惕而不安，并见直视、郑声、喘满、脉涩者，病多危重。

少阳病

以口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满、不欲饮食、心烦喜呕，或胁下胀满急痛、脉弦等为特点的半表半里证，称少阳病，是伤寒六经病之一。少阳病名，始出《素问·热论》，亦见《伤寒论》。《伤寒总病论》称少阳证。《伤寒明理论》称半表半里证。《症因脉治》称少阳经半表半里证。《伤寒来苏集》称柴胡汤证。因病邪侵袭少阳部位及证候不同，故少阳病除有经病、腑病外，尚有兼证、变证、合病、并病等。少阳经病，见《医学心悟》。《伤寒医诀串解》称少阳经证。少阳腑病，《伤寒医诀串解》称少阳腑证。

病因病机　少阳病因外感病邪侵袭少阳经脉，枢机失调所引起，少阳位居太阳、阳明之间，因病变既不在太阳之表，又未达阳明之里，故少阳病是外感热病的半表半里阶段。少阳包括手少阳三焦、足少阳胆，并与手厥阴心包、足厥阴肝互为表里。少阳病邪多由太阳病传经而来，如《伤寒论·辨少阳病脉证并治》说："本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热。"部分可因病邪侵袭少阳而发或阴证转阳而成。正如《伤寒论翼·少阳病解第三》所说："少阳为游部，其气游行三焦，循两胁，输腠理，……不容邪气内犯，必与之相搏，搏而不胜，所以邪结胁下也，邪正相争，即往来寒热，更实更虚，所以休作有时，邪实正虚，所以默默不欲饮食。"少阳病根据邪袭浅深，有在经在腑之分。

(1) 邪袭少阳经脉：当热邪侵袭少阳，其经脉之气运行失常，则产生少阳经病的证候。如邪踞半表半里，出与阳争，正胜于邪则热，入与阴争，正不胜邪则寒，正邪抗争故出现寒热往来，有的寒热可一日数发，发无定时，而与疟疾发作有时，有所不同。头部、耳目及胸胁为少阳经脉所循行。热邪入于少阳，经气运行不畅，则出现头角疼痛，耳鸣耳聋，目眩目赤，胸胁苦满等症。

(2) 邪犯少阳胆腑：热邪侵袭少阳胆腑为主，胆气疏泄失常，枢机功能失调所引起的病变，则产生少阳腑病的证候。如邪蒸胆热上腾则口苦，津液为邪热耗伤则咽干，少阳风火熏眼则目为之眩花。以上证候，经病腑病均可出现。若热邪内郁于胆，邪聚少阳之募则胁下痞鞕或急痛拒按。《伤寒辨证·手足心腋下汗》："凡伤寒潮热，手足心濈濈汗出，为阳明胃实也。腋下濈濈汗出，为兼少阳胆实也，若大便秘鞕者，以人柴胡汤下之。"故邪热实邪结于胆腑，邪气深入，而成少阳腑实之证。

辨证 少阳病邪居半表半里，以往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕及口苦，咽干，目眩为主证。但应分辨属于少阳经病或少阳腑病。

少阳经病：症见往来寒热，胸胁苦满，目眩或目赤，耳鸣或耳聋，头角疼痛，头汗出，或心中烦而不呕，或渴，或胁下痞鞕，或心下悸，小便不利，或腹中痛，或不渴身有微热，或咳，苔薄白或薄黄，脉弦等。本证多由太阳病邪传入少阳，或因热邪侵袭少阳，正邪抗争于半表半里，经脉功能失调所致。

少阳腑病：《伤寒医诀串解·少阳篇第三》云："何谓少阳腑症，曰，少阳主寒热，属于半表则为经，属于半里则为腑，其症虽无寒热往来于外，而有寒热相搏于中。"然陈修园以痞、痛、利、呕四证属少阳腑证，历代医家有不同论述。陈尧道以潮热，腋下濈濈汗出，大便秘硬为少阳胆实。临床一般以症见往来寒热或潮热，胁下胀满急痛、拒按，口苦，咽干，心烦喜呕，不欲饮食，苔黄，脉弦等为主。

治疗 凡见往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕及口苦、咽干、目眩等少阳主证，宜以和解法，方用小柴胡汤。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。"

少阳经证治宜和解少阳为主，方用小柴胡汤加减。热多寒少者，黄芩加量，寒多热少者加桂枝；胸中烦而不呕者，去人参、半夏，加栝蒌实；口渴者，去半夏，加栝蒌根，人参加量；胁下痞鞕者，去大枣，加牡蛎；心下悸、小便不利者，去黄芩，加茯苓；腹中痛者，去黄芩，加芍药；不渴、身有微热者，去人参，加桂枝；咳嗽者，去大枣、生姜、人参，加五味子、干姜。然少阳经病腑病证候，往往混合并见，故从实际出发，治宜和解轻下为主。可选用大柴胡汤、柴胡加芒硝汤等方，或小柴胡汤随证加减。

治禁及预后 少阳病禁用汗、吐、下法及温针。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》："少阳不可发汗，发汗则谵语"，"不可吐下，吐下则悸而惊。"又说："若已吐、下、发汗、温针，谵语，柴胡证罢，此为坏病。"《伤寒明理论·药方论》说："伤寒邪气在表者，必渍形以为汗；邪气在里者，必荡涤以为利；其于不外不内，半表半里，既非发汗之所宜，又非吐下之所对，是当和解则可矣。"少阳病经用和解之剂，多可获愈，如脉弦转小，是病退之象。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》云："伤寒三日，少阳脉小者，欲已也。"若服小柴胡汤后，患者尚不舒爽，多因里气不和所致，只须微通其大便，以和胃气，每可得屎而解。如少阳病曾经误下，柴胡汤证仍在，可再与柴胡汤。服柴胡汤后，正气胜邪，气从内达，邪从外出，必蒸蒸而振，却发热汗出而解，有似后世所称的"战汗"，见"伤寒兼证"条。至于少阳病服柴胡汤后，病仍不愈而口渴甚者，多因转属阳明。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》云"服柴胡汤已，渴者属阳明"，当以阳明法治之。

少阳病合病、并病、兼证、变证的成因证治，分别见各条。

太阴病

以腹满痛而吐，食不下，自利，口不渴，手足温，脉缓弱等为特点的伤寒六经病之一，称太阴病。太阴病以脾虚寒证居多，但也可见实证。太阴病名出《素问·热论》，并见《伤寒论》。《伤寒总病论》称太阴证。《景岳全书》称太阴经病。

病因病机 太阴主要指足太阴脾经。脾属湿土，职司运化。太阴为病则脾运失职，升降失常。太阴病可由传经，或误下，或直中而成。《医学心悟》卷二："太阴经病，……有传经之邪，有直中之邪，有误下内陷之邪，不可不辨也。如经所谓腹满嗌干者，此传经之阳邪也，……太阳证医反下之，因尔腹满时痛者，此误下内陷之邪也。"如脾阳素弱之人，为寒湿之邪直中本经，或过进寒凉，以致脾气不运，寒湿内蕴，从而出现伤寒太阴病证，也可因阳证妄用寒凉利下而成，《伤寒指掌·太阴本病述古》说："无论外受寒邪，内伤生冷，总以温中散寒为主。"太阴病多表现为里虚寒证，亦有兼表热实者，如胀满、呕吐、食不下。自利，为太阴虚寒，中阳不振，寒湿不化，气机壅滞所致。如脾气不升，寒湿下注，则为下利；脾失健运，则食不下；胃气上逆，则呕吐。《伤寒明理论·腹满》："大抵腹满属太阴证也。阳热为邪者，则腹满而咽干；阴寒为邪者，则腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。太阴者脾土也，治中央，故专主腹满之候。"

辨证 太阴病的主证是腹满时痛，食不下，自利，不渴，手足自温，脉浮缓。《伤寒论·辨太阴病脉证并治》："太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。""自利不渴者属太阴，以其脏有寒故也。""伤寒，脉浮而缓，手足自温者，系在太阴。"如下利较甚，脾胃气弱者，其脉多转弱。

太阴病腹满而痛，有虚实之辨，一般以腹满不减者为实，腹满时减者为虚。同时，六经俱有下利证，三阳病下利除太阳阳明合病下利外，其余多有口渴，乃热盛伤津所致；少阴病多自利而渴，乃下利亡阴，或阳衰阴盛，气不化津所致。厥阴病下利，其渴与不渴，也有寒热之别。但太阴病自利而不渴，"以其脏有寒故也"。太阴兼表症，如太阳病屡经误下致邪陷太阴，出现太阳表证未解的协热利。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，外证未除而数下

之，遂挟热而利。”

治疗　太阴病中焦虚寒，治宜温中健脾，用理中汤。如阳衰阴盛，宜用四逆汤补火生土。此外，如太阴湿郁，小便不利，可致寒湿发黄。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：“伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也……于寒湿中求之。”多因伤寒误治，中阳受损，寒湿互阻而为黄。寒湿发黄《伤寒论》未出方，《南阳活人书》用茵陈四逆汤，以炙甘草、炮干姜、炮附子、茵陈四味，健脾温阳，化湿退黄。如本太阳病误下，转属太阴，腹满时痛者，宜桂枝加芍药汤，解表和脾止痛；如大实痛，用桂枝加大黄汤，解表攻里。《伤寒明理论》指出：“虽曰腹中满痛者此为实也。当下去之，然腹满不减者，则为实也；若腹满时减者，又为虚也，则不可下。”

治禁及预后　太阴病多为里虚寒证，禁用吐下之法，若误吐则伤其阴，误下则更损其阳。一般用理中、四逆辈健脾温阳，预后多良好。但若失治、误治，也可转为少阴虚寒证。太阴病寒湿内郁，如小便自利者不致有发黄之患；如大便变鞕，是转属阳明；如暴烦下利，为“脾家实，腐秽当去”，其脾气充盛，湿浊自除。

少阴病

以无热恶寒，或里寒外热，身蜷欲寐，呕吐，下利清谷，四肢逆冷，小便清利等为特点的阳衰阴盛病证，称少阴病，是伤寒六经病之一。亦可表现为虚热证候，如心烦不得眠，口燥咽痛，脉沉细数等。少阴病尚有兼证、变证，见“伤寒兼证”、“伤寒变证”条。少阴病名出《素问》，并见《伤寒论》，《伤寒总病论》称少阴证，《伤寒论纲目》称少阴经症，《景岳全书》称少阴经病。少阴病阳衰阴盛证为伤寒少阴寒化证，《伤寒辨注》称少阴真寒证，《医宗金鉴》称少阴虚寒之证。少阴病虚热证为伤寒少阴热化证，原称少阴热化之病，见《伤寒医诀串解》，《伤寒溯源集》称少阴热证，《伤寒辨注》称少阴经热病，或少阴热病。

病因病机　少阴包括手少阴心经、足少阴肾经。若邪盛正衰，病邪不经三阳经脉，则可乘虚直入少阴而致病，称为直中。也有因三阳病误治、失治，病邪内传少阴者，称为传经。由于少阴病致病因素、病邪轻重和患者体质的不同，故有从水化为寒和从火化为热两种情况。《医宗金鉴·订正仲景全书伤寒论注》：“少阴肾经，水火之藏。邪伤其经，随人虚实，或从水化以为寒，或从火化以为热。”伤寒少阴病，一般以寒盛阳微为主要病机。如心肾阳气虚衰，则出现脉微细，但欲寐；肾阳衰微，不能温煦脾胃，腐熟水谷，故呕吐、下利清谷；阳气不达四末，故四肢逆冷；若阴盛于内，阳浮于外，则见不恶寒，反发热，面赤咽痛等里寒外热证，以其下焦阳虚，不能制水，故小便清利。如伤及阴液，证从热化，其肾阴亏于下，心火炎于上，故见心烦不得卧；若虚火循经上扰，则为咽痛；邪热下注，可致下利。亦有邪客少阴经络，则每致咽痛，甚则生疮。《诸病源候论·伤寒病诸候》：“邪客于足少阴之络，毒气上熏，故咽喉不利，或痛而生疮。”此外，如少阴本虚，外感寒邪，则属太、少两感证；如热灼肾阴，津液燥竭，邪归阳明，而为阳明腑实证，见“伤寒两感”、“伤寒兼证”条。

辨证　少阴病可由传经或直中而致，一般以传经为热邪，可以经病、脏病同见；直中为寒邪，则有经病、脏病之分。《伤寒论本义·少阴经前篇总论》：“为少阴病也，则为传经之热邪，当辨也，为直中之寒邪，亦当辨也……然热邪之传，原在经也，而肾脏可以并见病；若直中之邪，则必分为经、为脏矣。”实际上经病、脏病不能截然分割，临床多将少阴病分为少阴寒化证和少阴热化证，而阴盛阳衰常为少阴病的主要表现。

少阴寒化证：《伤寒医诀串解·少阴篇》：“何谓少阴之邪从水化而为寒？曰：脉沉细而微，但欲寐，背恶寒，口中和，腹痛，下利清谷，小便白是也。”少阴病，如症见恶寒不发热，四肢逆冷，神情疲惫，身蜷，但欲寐，呕吐不渴，下利清谷，小便清，脉沉微细等。为阳衰阴盛证。乃少阴阳气虚衰，阴寒内盛所致。

少阴热化证：《伤寒医诀串解·少阴篇》：“何谓少阴之邪从火化而为热？曰：脉沉细而数，但欲寐，而内烦外躁，或不卧，口中热，下利清水，小便赤是也。”少阴病，症见心中烦，不得眠，口燥咽干，脉沉细数等。乃阴虚之体，邪传少阴，从阳热化，或病邪入犯少阴，灼伤真阴所致。属阴虚火旺证。

治疗　少阴寒化，主以扶阳驱阴，少阴热化，主以育阴清热。如邪客少阴经络，而见咽痛，有热则用清热利咽，有寒可用散寒祛痰等。现分述如下：

少阴寒化证：治宜温阳散寒为主，方用四逆汤。若证情发展，脉微下利，寒邪未尽而利反止，为津血内竭，急用四逆加人参汤，以四逆汤温经助阳，加人参生津益血。并可灸百会、太溪、关元、气海等穴，以救欲脱之阴阳。少阴病，症见下利清谷，手足厥逆，脉微欲绝，但又见身反不恶寒，面色赤，咽痛，甚则汗出而厥，为里真寒外假热，属阴盛格阳证。其面赤、咽痛，又称戴阳，因无根失守之火浮越于上所致。《注解伤寒论》：“此阴甚于内，格阳于外，不相通也。”治宜通脉四逆汤，散阴通阳。面赤者加葱茎；咽痛者加桔梗。若少阴病下利脉微者，与白通汤。利不止，厥逆无脉，干呕而烦，为阴气欲下竭，阳无所附而欲上脱，阴阳之气不相交接。宜用白通加猪胆汁汤，回阳救逆，兼以反佐，俾阴阳和则阳气可复。此外，如少阴病脉微细，但欲寐等证未解，而更加腹痛，小便不利，自下利，四肢沉重疼痛，或筋惕肉瞤，身体振战欲倒，心下悸、头晕等症，乃少阴虚寒，水气内停，或太阳病过汗，阳虚水泛所致。宜用真武汤温经导水。如少阴阳虚，寒湿内盛，身体骨节疼痛，肢寒脉沉，或口中和，其背恶寒，治宜温经扶阳，除湿散寒。用附子汤，并灸大椎、关元、气海等穴。若脉微欲寐，更见腹痛、小便不利，自下利而便脓血者，为少阴虚寒，下焦不约。宜桃花汤温阳散寒，涩肠固下。

少阴热化证：治宜清热滋阴，方用黄连阿胶汤。若少阴病下利，心烦不得眠，更见咳而呕渴，为阴虚内热，兼有水气，属阴虚水热互结证。治宜滋阴利水。《伤寒指掌》卷二邵仙根评："此虚热下焦有水，治以导水泄热。"方用猪苓汤主之。如少阴病，下利，胸满心烦，更见咽痛，因下泄液耗，阴虚火浮。治宜滋阴凉润。方用猪肤汤。

此外，伤寒病邪侵犯少阴经脉，而有出现咽喉疼痛者。《伤寒指掌》卷二："少阴之脉上贯肝膈，循喉咙，系舌本，故咽痛独列少阴篇内。"少阴经病初起即有咽痛，如热客少阴经脉所致，治宜清热解毒，消肿利咽。方用甘草汤、桔梗汤。如风寒挟痰，客于少阴之经而咽中痛，宜散寒祛痰，开结利咽。方用半夏散及汤。如少阴病咽中生疮，不能语言，声哑不扬，因阴经伏热，阴火内炽所致。宜涤涎敛疮，消肿清咽。方用苦酒汤。以半夏之辛，散结热止咽痛，鸡子白甘寒入肺，清热气通声音，苦酒苦酸，消疮肿散邪毒。

治禁及预后 少阴病多为里虚寒证，或里虚热证。患者多见阳衰，或见阴虚，既无表邪，又非里实，故禁用汗、下。《伤寒论·辨少阴病脉证并治》："少阴病，脉细沉数，病为在里，不可发汗"；"少阴病脉微，不可发汗，亡阳故也；阳已虚，尺脉弱涩者，复不可下"。本病慎用艾灸。如误被火劫，或强行发汗，均可导致谵语。故仲景有"少阴病，咳而下利谵语者，被火气劫故也。小便必难，以强责少阴汗也"之论。少阴病厥而无汗，如强发其汗，必动其血，致口鼻出血，为阳厥于下，阴竭于上，名"下厥上竭"。少阴虚寒证的预后，其关键在于阳气的盛衰，若阳气来复，阴邪消退，故少阴病有"反发热者，不死"之说，又如下利自止，手足转温，脉紧转微，时时自烦，欲去衣被，均为阳复之兆，属病情好转表现。如厥冷吐利，头眩昏冒，脉绝烦躁，息高气短，为阴阳俱竭，多难救治。总之，少阴病凡阳回阴复则生，阳亡阴竭则危。

厥阴病

以消渴，气上撞心，心中疼热，饥不欲食，食则吐蛔，下之则利不止；或手足厥逆，咽喉不利，唾脓血，下利不止等寒热错杂证为特点，或以厥少热多，或厥胜于热，或厥热交替出现的厥热胜复证为特点的伤寒六经病之一称厥阴病。此外，厥阴病尚有热证、寒证及变证等。厥阴病名出《素问》，并见《伤寒论》。《伤寒总病论》称厥阴证。《景岳全书》称厥阴经病。

病因病机 厥阴病因外感病邪侵犯厥阴，正邪交争而致病。厥阴以足厥阴肝经为主，亦关系于手厥阴心包经。肝为风木之脏，内寄相火，且厥阴为阴尽阳生之脏，与少阳为表里。如病邪直中厥阴，或少阳病误治，阳明病失治，或本病少阴，邪转厥阴，多致正邪相争。因而从阴则化寒，从阳则化热，故其病多阴阳错杂，寒热混淆。如厥阴邪气上逆，则气上撞心；阳热在上，则心中疼热；膈上有热，则为消渴；阴寒在胃，饥不欲食；蛔随阴气上逆，故见吐蛔。证属上热下寒，若误下其热，则上热未除，下寒益甚，故利下不止。如厥阴病因过下所致者，其阳气受伤，不达四肢，故手足厥逆。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》："凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也。"津亏邪滞，热壅于上，故咽喉不利，甚则唾脓血。厥阴病由于正邪交争，阳气与阴邪相搏，故出现厥热胜复之证。如阳气胜阴，则热多于厥；阳不胜邪，则厥多于热。厥阴病又有转出少阳之机，见"伤寒变证"条。

辨证 一般可分为寒热错杂证、厥热胜复证，以及厥阴寒证、厥阴热证等。

寒热错杂证：厥阴病症见消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止，为寒热错杂，上热下寒。如伤寒本自寒利，复误用吐下，致食入即吐，为上热下寒，寒热相格。此外，如手足逆冷，泄利不止，并见咽喉不利，吐脓血等证，为上热下寒，表里不解。

厥热胜复证：如阴邪胜则厥冷，下利等证必甚；阳气复则发热，厥回而利自止。由于正邪之争互有胜复，故可见厥热交替之象。总之，凡正胜邪却，则热多厥少，其病迟；邪胜正衰，则厥多热少，其病进。但如阳复太过，也可转为热证，上则咽痛喉痹，下为便脓血。

厥阴寒证：包括肝经寒邪犯胃和血虚寒凝等证。若患者干呕，吐涎沫，头痛者，为厥阴肝经受寒，邪挟浊阴之气横逆犯胃，并随经上逆于巅所致。如手足厥寒，脉细欲绝，为厥阴血脉虚衰，外为寒凝，血行不畅所致。

厥阴热证：症见热利下重，脉数而渴，便脓血，为厥阴火郁湿蒸，热迫肠胃所致。《伤寒论本义·厥阴经总论》："热在肝血，必便脓血。"

厥阴病除有上述分类外，尚有医者将其分为厥阴经病和厥阴脏病。如《伤寒论本义·厥阴经总论》谓："喉痹，无非邪热之在厥阴，初犯其经，久犯其脏，日久而病弥深矣……若厥逆而呕，胸胁烦满，则厥阴之邪已侵犯本脏……厥阴病为经病者，多系少阴传经之热；为脏病者，多系少阴直中之寒……传经之热在经者，日久阴盛阳微，遂亦归于脏，而渐成厥不还，脉不至之证。"由于《素问·热论》有伤寒"六日厥阴受之，厥阴脉循阴器而络于肝，故烦满而囊缩"之论，《素问·诊要经终论》认为"厥阴终者……甚则舌卷卵上缩而终矣"，故亦有医家将舌卷囊缩视为厥阴经证。但事实上，以厥阴脏病而兼见经证者最为多见，两者难以截然区分。《伤寒论》所论及的厥有多种，如寒厥，阴盛阳虚，脉微欲绝，宜四逆汤；热厥，厥深热深，热邪深伏，内有燥矢，宜用下法，如热而未实，则用白虎汤损阳和阴。胸中痰实致厥者，宜瓜蒂散涌吐；胃中停水致厥者，用茯苓甘草汤温阳化水。如见脉微肤冷，躁无暂安时的，是为脏厥，乃纯阴无阳之候。以上诸厥，俱当辨别。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 寒热错杂，上热下寒证，宜用乌梅丸，寒温并用，安蛔止利。并治手足厥冷，静而时烦，得食则呕，

常自吐蛔的蛔厥证。上热下寒，寒热相格证，宜清上温下，辛开苦降。方用干姜黄芩黄连人参汤。

上热下寒，表里不解，宜清上温下，扶正益阴，发越郁热。麻黄升麻汤主之。

厥热胜复证，可分别见“少阴病”条和“厥阴病”条的有关证治。

厥阴寒证：肝寒犯胃，浊阴上逆，宜吴茱萸汤温肝降逆。血脉虚衰，外为寒凝，手足厥冷，治宜养血通脉，温经散寒。方用当归四逆汤。若素有内寒者，加吴萸、生姜，温散寒邪。

厥阴热证：厥阴湿火内迫肠胃，热利下重，白头翁汤主之。

针灸治疗 若脉微，手足厥冷，烦躁，灸厥阴经之行间、章门穴。若下利，手足厥冷，无脉，灸关元、气海两穴。

治禁及预后 厥阴病上热下寒，禁用下法，如下之则其寒更甚，中气受伤而下利不止。厥阴病寒厥亦禁用下，《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》称“诸四逆厥者，不可下之”，但里实热厥则不在其列。他如吐法、汗法，亦所当禁。在饮食方面，凡生冷、粘滑之品皆不宜进。厥阴病的预后，其关键在于正邪进退的情况，即诊察其热胜于厥，抑厥胜于热，大抵正气胜邪者生，阴竭阳脱者多不治。厥阴病的险候如下：下利厥逆，发热，躁不得卧者；下利至甚，发热，厥不止者；下利厥逆，脉绝不还者；下利颇剧，脉反实者；脉微，厥逆，烦躁，经灸厥阴而厥不还者。此外，误用寒凉，绝其胃气，以致反而能食的“除中证”，亦为危重之候(见“除中”条)。

阴证伤寒

伤寒寒邪不经三阳经，乘虚直中三阴经而出现恶寒战栗，不热，肢冷，腹满胀痛，或少腹绞痛，呕吐下利等虚寒证候者，称阴证伤寒。阴证伤寒病名见于《易简方》。《阴证略例》虽无本病名称，却采集了元代以前有关本证的论述，参附己见，可供参考。《症因脉治》称中寒，该书《中寒论》中说：“中寒之症……即仲景直中阴经之真阴症也”，“余今以直中阴经之寒证名曰中寒。”《医学心悟》称直中三阴诸症。《通俗伤寒论》将本证称为寒中太阴、寒中少阴、寒中厥阴。

病因病机 《症因脉治·中寒论》指出：“中寒之因，其人真阳素虚，阴寒内盛。胃中之阳不能捍卫于外；脾中之阳不能腐熟于中；肾中之阳不能封闭关门。一得外寒，则直中三阴，而为中寒之症矣。”《通俗伤寒论·阴证伤寒》亦称：“其人胃肾阳虚，内寒先生，外寒后中，如《内经》曰：阴盛生内寒。因厥气上逆，寒气积于胸中而不泄，不泻则温气去寒独留，留则血凝，血凝则脉不通，故中寒。中寒者，寒邪猝时直中阴经，阴邪横发而暴也。病较伤寒为尤甚。”皆言人体阳气虚弱，不能卫外，阴寒之邪直中三阴而致病。寒中太阴多因脾阳不足，寒邪侵袭太阴所致；寒中少阴多因肾阳不足，阴寒之邪直袭少阴所致；寒中厥阴亦因厥阴虚寒，寒邪直中所致。

辨证 《通俗伤寒论·阴证伤寒》划为寒中太阴、寒中少阴、寒中厥阴三类。

寒中太阴：症见恶寒战栗，四肢厥冷，上吐下利，腹满胀痛，身不热，头不痛，口不渴，小便不利，苔灰白滑或灰腻滑，脉濡迟或沉濡而微等。

寒中少阴：症见手足厥冷、踡卧，心下胀满，不渴，小腹绞痛，下利清水，甚则面赤烦躁，身有微热，渴欲饮水，水入即吐。或少饮则脘胀，或咽痛气促，或郑声呃逆，舌淡胖嫩苔白，脉象沉微或沉微欲绝等。

寒中厥阴：症见手足厥冷，恶寒战栗，上吐涎沫，下利清水腥气，心下腹满，汤药入口即吐，手指足趾皆青，甚则自汗淋漓，面赤戴阳，筋惕肉瞤，唇青舌卷囊缩，苔白滑，舌色紫，脉细欲绝，甚则脉伏等。

治疗 阴证伤寒的治疗，以温阳散寒为原则，《寿世保元·伤寒总论》所谓：“直中阴经者，温之。”《医学心悟·直中三阴诸证》亦称：“大抵脏受寒侵，不温则殆，急投辛热，不可迟缓。”

寒中太阴：治宜温中散寒为主，轻者用胃苓汤；重者用附子理中汤加减；呕吐者加姜半夏、沉香；腹胀者加厚朴、乳香；泄泻不止者加煨肉果、灶心土。

寒中少阴：治宜温肾散寒为主，轻者用真武汤；重者用附姜白通汤，或白通加猪胆汁汤。

寒中厥阴：治宜温经通脉为主。轻者用当归四逆汤加吴萸、生姜汁；重者用通脉四逆汤加吴萸、肉桂；危者，急用回阳急救汤。

针灸治疗，若为寒中厥阴，脉微，手足厥冷，烦躁，灸厥阴经之行间、章门穴。若下利，手足厥冷，无脉者，灸关元、气海等穴。

夹阴伤寒

伤寒患者因于房事，或由肾亏复感寒邪而出现腹痛胀满，拒按，少腹弦急，发热恶寒，泛恶腰痛，小便不畅等急重证候，称夹阴伤寒。夹阴伤寒病名见《伤寒全生集》。《通俗伤寒论》何秀山按语中称房室之阴证，何廉臣勘注称夹阴病。

病因病机 《伤寒全生集·辨伤寒阴症似阳例》指出：“此先因欲事，而后伤寒，名曰夹阴伤寒。”《通俗伤寒论·夹阴伤寒》认为：“房劳伤精而后，骤感风寒，或夏月行房后，恣意乘凉，触犯风露”，而发为本证。下元虚损大致有先天禀赋素亏，梦遗滑泄，病中不避房事等几种情况。外邪多指触冒风寒，或涉水淋雨，或当风酣睡等。内因肾经虚损，真元耗伤，外因寒邪乘虚直入，致肾元益惫，寒伤更甚，《伤寒全生集》卷四称：“其人素本肾虚，受寒遂变阴症，冷极于内，迫其孤阳之火发见于外”，遂成本证。

辨证 《夹阴伤寒证治》认为，夹阴伤寒应从气色、苔脉、诊腹等加以辨证。并指出其腹痛辨证要点为腹痛初起当脐，腹部板窒不舒，甚则延及满腹，拒按，少腹弦急，伴有腰痛痠楚重着，或有腹部冷痛等，有别于其他腹痛。具体症状如下：

症见身热面赤，或不热而面青，小腹绞痛，足冷踡卧，或吐或利，心下胀满，腰痛，小便艰涩，甚则舌卷囊缩，或昏沉不省，手足指甲皆青，冷过肘膝，舌苔淡白滑嫩，或苔黑滑，舌体胖嫩，脉象沉细，甚则伏绝，或浮大无伦，沉按豁然。皆由色欲内伤，猝受寒邪，邪势迷漫，虚阳外越所致。

治疗 夹阴伤寒的治疗，以挽回元阳为主。用参附再造汤助阳发表，或麻黄附子细辛汤加人参、干姜温经散寒。脉伏绝，阴极发躁，神志昏愦者，速用回阳急救汤回阳生脉。如手足青，肢冷过肘膝，舌卷囊缩者，速用附子理中汤加吴萸、坎炁、肉桂、姜汁温补命火，热壮脾肾。待阳气回复而病有转机，可用附姜归桂参甘汤，补益气血，调和阴阳；次用理阴煎加砂仁、红枣滋补肾阴，温运脾阳；终用左归饮峻补肾阴为善后。

《通俗伤寒论》中何廉臣勘注认为，夹阴伤寒较一般伤寒证为重，且可按患者素质的阴虚和阳虚加以辨证治疗："房劳后得外感病，病适至行房，不过比他人略重，寒证则发寒更甚，热证则灼热尤极，在医者识时审证，辨体立方。宜发表则发表，宜温中则温中，宜清里则清里。察其受病之浅深，决其用药之轻重，量其素体之阴虚阳虚，于发表、温中、清里等法之中，兼顾其虚而补之、托之。如辨其人真阳素虚者，阴寒为本，邪多挟水而动，除表寒症外，必兼为呕为咳，或腹痛下利，甚或面青足冷等症。发表药中，急加附子、桂枝等品，如参附再造汤，助阳破阴以发汗，可免逼汗亡阳之患。如辨其人真阴素虚者，阳亢为本，邪多挟火而动，除新感症外，必兼口燥咽干，或心烦不寐，甚或面赤肢厥等证，发表药内，亦宜加生地、麦冬，如七味葱白汤，养血滋阴以发汗，始能津津汗出而解。表邪解后，阳虚者中气必亏，温中药内，早宜加肉桂、附子等品，如附子理中汤加肉桂以助阳而御阴，以除中阳暴脱之患；阴虚者，元精益亏，清里药中亦宜加生地、麦冬，如导赤清心汤，以救阴而生津，庶免元精暴绝之虞。"可资临床参考。

在用药之先，可用针灸治疗，速灸气海、关元。

简易方可酌情选用：①吴茱萸一升，酒拌，湿布包两个分包，饭甑蒸透，热更换。多熨两足心，兼熨肚脐下，候气透手足为度。或加麦麸、食盐、葱白等分，同煎热，如前熨之亦效(《外治寿世方》卷一)。②芥菜子七钱，干姜三钱，共为末，水调作一饼，贴脐上，手帕缚住，置盐其上，用火熨斗不离熨之，汗出为度(《外治寿世方》卷一)。

结胸

伤寒太阳病邪内陷，与心下痰热或瘀血互结，引起心下鞕满疼痛，拒按等症者，称结胸。结胸病名出《伤寒论》。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》称："病发于阳而反下之，热入因作结胸。"《伤寒论辨证广注》称结胸病。俗称结胸证。根据病情的轻重缓急，又有大、小结胸之分。《伤寒指掌·伤寒变症》说："从心下至小腹鞕满而痛，不可按者，为大结胸。""如止在心下，不及胸腹，按之知痛，不甚鞕者，为小结胸。"寒邪与痰水互结致病者，《伤寒论》称寒实结胸；后人又将大、小结胸合称之为热实结胸。邪热与瘀血结聚致病者，《伤寒括要》称血结胸。水饮之邪结于胸者，《注解伤寒论》称作水结胸。

病因病机 主要由太阳病误下所造成，《伤寒论·辨太阳病脉证并治》说："所以成结胸者，以下之太早故也。"《伤寒贯珠集·太阳篇》说："病邪在经，本当发散，而反下之，里气则虚，邪气因入，与饮相搏而为病也。"《伤寒论辨证广注》认为："结胸病始因误下，而伤其上焦之阳，阳气既伤，则风寒之邪乘虚而入，上结于胸，按之则痛者，胸中实也。"亦有未经误下而致者，《伤寒论·辨太阳病脉证并治》称："伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石鞕……。"伤寒六七日乃表邪传里之期，邪气内传与水结实于胸，脉沉紧者，主水主痛；心下痛按之石鞕者，由水与热结于心下所致。因此，结胸证其因大致有二，有因误下而成者，有不因下而致本病者。

结胸所致的心下痛，有认为其部位即胃，如《伤寒贯珠集·太阳篇》说："仲景所云心下者，正胃之谓……胃为都会，水谷并居，清浊未分，邪气入之，夹痰杂食，相结不解，则成结胸。"

辨证 结胸一证，病邪有寒、热、痰水、瘀血等，其证又有轻重缓急之殊，故有大、小、寒、热、水、血等结胸之别，治疗当辨证。

大结胸：症见胸胁疼痛，心下硬满，按之似石，甚则从心下至少腹硬满而痛、拒按，大便秘结，或有潮热，短气或喘息不能平卧，心中懊憹，口渴，头部汗出，苔黄腻，脉沉紧或沉迟有力等。本证多由表未解而误用下法，致邪热内陷，与水饮互结胸胁而成。如结胸证悉具，更见烦躁不安，为正不胜邪，阳气散乱之危候。

小结胸：症见心下满闷，按之则痛，或呕恶，苔黄，脉象浮滑等。为热邪内陷，与痰饮互结于心下所致。

热实结胸：症见脘腹硬满疼痛，发热口渴，昏闷懊憹，大便秘结，苔黄，脉象沉滑等。多系热邪里实结于心下而成。

寒实结胸：症见胸胁至心下硬满疼痛，手不可近，大便秘结，不发热，无口渴，苔白滑，脉沉迟等。多由寒邪与痰水结于胸膈、心下而成。

血结胸：症见胸腹胀满，刺痛不移，身热，漱水不咽，喜忘如狂，大便黑，小便利，苔薄黄等。多因邪热瘀血阴结而成。

水结胸：症见胸胁闷痛，按之汩汩有声，怔忡微热，头自汗出，苔白滑，脉沉迟等。因水饮之邪结于胸胁而成。

治疗　治宜泻热、逐水、破结。

大结胸：治宜峻下逐水，泻热破结。病情急重者，用大陷胸汤。若病势较缓，病位较高者，症见胸痛硬满，发热汗出，项强如柔痉状等，宜峻药缓攻，用大陷胸丸。如其脉浮大无力，多为正气已虚，不可妄下，以免虚脱。

小结胸：治宜清热，化痰，开结。用小陷胸汤。

热实结胸：治宜清热开结为主。治宜据情选用柴胡陷胸汤、大陷胸汤等。

寒实结胸：治宜温下寒实，涤痰开结。用三物白散。如体虚或病症较轻者，可用枳实理中丸。

血结胸：治宜活血祛瘀为主。可据症选用犀角地黄汤、抵当汤等。《杂病源流犀烛》云：妇人证见胸腹刺痛连及腹胁背膂，疼不可忍，手不可按，甚则抽搐等，因患伤寒，经血适来或适去，瘀血停滞而成，选用海蛤散、玄胡索汤治之。

水结胸：治宜温化水湿，用小半夏加茯苓汤。若饮邪化热，水热互结胸胁，病势急重者，可用大陷胸丸加杏仁、葶苈等。

此外，下列简易方可选用：①葱头连须一斤，生萝卜五个（若无，则用子四两研碎），老生姜五两。三味共捣烂，略揸去水，烧酒炒热，用布分作两包，于心胸或胁下痛处，顺熨而又罨之，干则用揸出之水并酒再炒，轮流熨罨，自能豁然开散，汗出而愈。但不可太热，恐伤皮肤。大便结则兼熨脐腹（《不知医必要》卷一）。②陈香糟六两，生姜、水菖蒲各四两，盐二两。共捣匀，炒热为饼，贴胸前疼处，以熨之，内响即去，名糟蒲饼。治伤寒结胸停食（《外治寿世方》卷一）。

热入血室

妇女外感病，值经水适来或适断，出现发热恶寒，寒热如疟，胸胁下满，入暮谵语等症，为热入血室。伤寒阳明病，下血谵语者，亦属热入血室。出《伤寒论》。

病因病机　妇女感受伤寒温热之邪，逢经水适来适断，邪热内犯，入于血室，与血相结，遂出现热入血室诸证。其症情大致如下：有经水适来，热邪陷入，搏结不行者；有经水适断，邪乘虚人者；亦有邪热传入血分，迫使经水先期妄行者。此外，阳明邪热迫血妄行，瘀热亦互结于血室。

辨证　须根据邪热的轻重，经水的适行适断，以及不同的症状表现而有所区别。若妇女伤寒发热，经水适来，昼日明了，暮则谵语者，为热入血室，其证较轻，亦较多见。若妇人外感寒热，发作有时，如疟状，正值经水适断，此为热入血室，其血必结。若妇人发热恶寒，经水适来，数日后虽热除而脉迟身凉，却见胸胁满、谵语者，亦是热入血室。邪热与血相结，后世称血结胸。至于阳明病热入血室，头汗出，谵语，而见下血，须与阳明腑实谵语相鉴别。

治疗　《伤寒论》为热入血室的治疗确立了大法：妇女发热经行，仅见入暮谵语者，"治之无犯胃气及上二焦，必自愈"。经水适断，寒热如疟者，小柴胡汤主之，以和解少阳之枢，使热邪有所发泄，血行不致结滞。亦可在小柴胡汤中加入祛瘀之品。治疗胸胁满、谵语者，《伤寒论》"刺期门穴，随其实而取之"，治阳明下血谵语，也用此法。后世医家对热入血室的治疗又有新的发展。叶桂《温热论》云："仲景立小柴胡汤，提出所陷热邪，参、枣扶胃气，以冲脉隶属阳明也。此与虚者为合治，若邪热陷入，与血相结者，当从陶氏小柴胡汤，去参、枣，加生地、桃仁、楂肉、丹皮，或犀角等。若本经血结自甚，必少腹满痛，轻者刺期门，重者小柴胡汤去甘药，加延胡、归尾、桃仁，挟寒加肉桂心，气滞者加香附、陈皮、枳壳等……往往延久，上逆心胞胸中痛，即陶氏所谓血结胸也，王海藏出一桂枝红花汤，加海蛤、桃仁，原为表里上下一齐尽解之理，看此方大有巧手。"后王孟英又提出新见，云："温邪热入血室有三证。如经水适来，因热邪陷入而搏结不行者，此宜破其血结；若经水适断，而邪乃乘血舍之空虚以袭之者，宜养营以清热；若其邪热伤营，逼血妄行，致经未当期而至者，宜清热以安营。"据此，热入血室的治法大致如下：

初起症见恶寒发热，或寒热如疟者，当用小柴胡汤和解枢机，透邪达表。若邪热与血互结，其血结轻者，但见少腹满痛，宜用小柴胡汤去参、枣，加生地、丹皮、赤芍、桃仁、楂肉等凉血化瘀；若血结甚者，症见少腹鞕痛，大便秘结，或下血色黑，谵语如狂，入夜热甚，脉数实，舌红苔黄，治宜泻热祛瘀，可用桃仁承气汤，加丹皮、归尾等品。

总之，热入血室的治疗，不应拘于小柴胡汤一法，而当辨证施治，灵活用药。

伤寒亡阳

伤寒病证误汗或过汗，以致出现汗出不止，神情惫败，呼吸微弱、促急，四肢厥冷，脉微细欲绝，或兼见心悸、烦躁，甚则惊狂不安或呕逆下利等阳气衰亡的危重证候者，称伤寒亡阳。为伤寒变证之一。伤寒亡阳，名见《伤寒捷诀》。《伤寒论》原称亡阳，指人身阳气亡越，如因用大青龙汤过度而致"汗多亡阳遂虚"之例。亡阳有的可作无阳解，如《伤寒论·辨少阴病脉证并治》："少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也。"就是指无阳证不可发汗。与本证所称的亡阳，名同义异，两者不可混淆。

病因病机　多因病邪在表，因发汗过度，而致汗液大泄，阳气垂亡。《伤寒六书·截江网》："发汗出不止，曰漏风，亦为亡阳……阳证汗出不止，曰亡阳。"故《伤寒明理论》称为发汗亡阳。伤寒病也有因误用烧针火劫发汗，而致亡阳者。以汗为阴津所化，阴津阳气互为其根，如汗出太过，则阴津大泄，阴液耗竭，阳气失其依附，遂致亡越而成阴阳离决之证。其证，如汗出太过，阴液耗伤，则卫阳欲亡；津液外泄，心液内涸，则心阳浮越；若过汗损及少

阴,或阴寒内盛,则少阴阳气外亡欲脱。

辨证 伤寒亡阳,本属危候。后世医家,更从亡阳病情的轻重而有亡卫阳、亡心阳和亡肾阳的分类。《伤寒捷决·亡阳》:"有卫外之阳,为周身营卫之主,此阳虚,遂有漏汗不止,恶寒身痛之症。""有膻中之阳,为上焦心肺之主,此阳虚,遂有叉手自冒心。""有肾中之阳,为下焦真元之主,此阳虚,遂有发热,眩悸,瞤振擗地之症。"其说可供参考。故伤寒亡阳证,宜审察误治情况和阳气衰亡程度而有所区别。伤寒亡阳应与其他病症相鉴别:伤寒亡阳与伤寒少阳病中的阴结、阳结,有类似之处宜加辨析。阳结与阴结均可见汗出,肢冷,脉细等症,与亡阳相似,但阳结、阴结兼有心下满,大便鞕,汗出只在头部,则与亡阳不同。《伤寒论翼·少阳病解》:"少阴亡阳,亦有反汗出者,然阳亡与阴结,其别在大便,亡阳则咽痛吐利,阴结则不能食而大便反鞕也;亡阳与阳结,其别在汗,亡阳者,卫气不固,汗出必遍身,阳结者,热邪闭结,郁汗止在头也。"另外,亡阳与亡阴,亦宜加鉴别。《医学源流论·亡阴亡阳论》:"其亡阴与亡阳之辨法何如? 亡阴之汗,身畏热,手足温,肌热,汗亦热而味咸,口渴喜凉饮,气粗,脉洪实,此其验也;亡阳之汗,身反恶寒,手足冷,肌凉汗冷,而味淡微粘,口不渴而喜热饮,气微,脉浮数而空,此其验也。"故能掌握上述特点,则可以辨别疑似而不混淆。

卫阳欲亡证:症见汗漏不止,恶风发热,四肢微急,难以屈伸,脉浮弱等;或汗出恶寒,脚挛急,脉微细等。

心阳欲亡证:症见汗出心悸不宁,惊恐狂乱,卧起不安,或叉手自冒心,心下悸欲得按,甚则烦躁,怵惕,脉虚无力等。

肾阳欲亡证:症见汗大出,下利,呕吐,恶寒厥逆,头眩心悸,筋惕肉瞤,脉沉微细迟等。此即一般所称的亡阳证。

治疗 伤寒亡阳的治疗,以回阳固脱为主。

卫阳欲亡:治宜扶阳固卫。若症见汗漏恶风、肢急难伸者,用桂枝加附子汤;若汗出恶寒,脚挛,脉微细者,用芍药甘草附子汤。

心阳欲亡:治宜温潜心阳,重镇宁神为主。可用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤等方。

肾阳欲亡:治宜温肾散寒,回阳救逆为主。可选用真武汤、四逆加人参汤,并加龙骨、牡蛎等药。

亡阳重症,面见大汗淋漓,汗出如珠,四肢逆冷,脉微欲绝者,为阳气垂绝之象。宜急加救治,并可用大艾炷灸关元、太溪等穴。

合病、并病、两感

伤寒病出现两经、三经脉证,或阳经阴经脉证同见,不可以一经名者,分别称合病、并病和两感。合病、并病名出《伤寒论》,如《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰"太阳与阳明合病者,必自下利","二阳并病,太阳初得病时,发其汗,汗先出不彻,因转属阳明,续自微汗出,不恶寒"。《伤寒论》所论合病,有太阳阳明合病、太阳少阳合病、阳明少阳合病、三阳合病;所论并病有太阳阳明二阳并病、太阳少阳并病,后《医述》又载三阳并病。然《伤寒论》仅举阳经,未及阴经。《医宗金鉴·伤寒论注》则认为阴经也有合病,如云:"阳经既有合病、并病,则阴经亦必有之可知矣。"并指出阴经"虽无合病之名,而确有合病之实",如少阴太阳合病、太阴阳明合病、厥阴少阳合病等。其所举之病,实即两感。两感之称原出《素问·热论》,云:"其病两感于寒者……则巨阳与少阴俱病……阳明与太阴俱病……少阳与厥阴俱病。"《伤寒论》无两感之名,而载其证。两感,见《注解伤寒论·伤寒例》。该书谓:"阴阳俱病,表里俱伤者,为两感。"《伤寒捷诀》、《通俗伤寒论》称两感伤寒。

病因病机 伤寒之邪一经未罢,又传一经,以致二经、三经同病,遂为合病;如二经、三经同病,其后归并一经自病者,为并病;若互为表里的阴阳两经同时受邪发病,则为两感。《医学心悟·合病并病》:"两经同病,或三经同病,名曰合病;若一经病未已,复连及一经,名曰并病。"合病多见于三阳病,每因病邪势重,或素体虚弱所致。由于合病所在之经不同,故有太阳阳明合病、太阳少阳合病、阳明少阳合病和三阳合病等。太阳阳明合病,因风寒外束太阳,邪热不得宣泄,同时邪犯阳明所致;太阳少阳合病,为邪热蕴郁太、少二经,而以少阳居多;阳明少阳合病,系少阳、阳明受邪同病,或阳明里热宿食蕴结,非偏于少阳,即偏于阳明;三阳合病为太阳、少阳、阳明三经同时被邪热困扰,其证虽涉三阳,而以阳明为重。并病多因三阳病邪盛正虚,或误治失治,病邪传变所致。由于并病所在之经不同,证有太阳阳明并病、太阳少阳并病、三阳并病等。太阳阳明并病为太阳病发汗不彻,阳气怫郁,病邪化热,并于阳明所致;太阳少阳并病多因太阳之邪并及少阳;三阳并病因伤寒病邪势重,或因失治,邪并三阳经所致。两感多因三阴本虚,或伤寒失治,病邪未除,复感外邪,以致表里两经俱病;亦可因病邪势重,传于阴阳两经所致,故《医学心悟》分传经两感和直中两感。

辨证

合病 太阳阳明合病:症见头痛项强,无汗,身热,烦而不眠,或下利黄色粪水,肛门灼热,脉浮,或呕吐喘满。

太阳少阳合病:症见发热头痛,或寒热往来,口苦,腹痛,胸胁苦满,下利或呕,脉多弦数。

阳明少阳合病:症有偏于少阳或偏于阳明之别,偏少阳者以口苦、胸胁满闷为主,兼见阳明潮热证,但大便不结,小便如常;偏阳明者以身热口渴,下利热臭粪水,脉滑数为主,兼见少阳口苦、咽干等。

三阳合病:症见腹满身重,难以转侧,言语不利,食不知味,面部晦垢,谵语,遗尿自汗,关上脉浮大。

并病 太阳阳明并病:《伤寒论》原称二阳并病。症

见太阳病发汗后，续自微汗出，不恶寒，烦躁，面赤，患者不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，短气但坐，脉涩。

太阳少阳并病：出《伤寒论》。症见目眩，郁冒，头项强痛，或心下痞鞕。

三阳并病：见《医述》。症见头项强痛，眩冒，心下痞鞕，更有潮热、谵语、便秘等。

两感　嗣真、张景岳等医家，均认为三阳若与三阴合病，即是两感。《医宗金鉴·伤寒论注》谓："如太阳病脉反沉，少阴病反发热，是少阴太阳合病也；阳明病脉迟，太阴病大实痛，是太阴阳明合病也；少阳病脉细而厥，厥阴病呕而发热，是厥阴少阳合病也。"伤寒两感证，以太阳少阴同病为重要。《伤寒论·辨少阴病脉证并治》指出"少阴病始得之，反发热，脉沉者"，为太阳、少阴两感寒邪。

《素问·热论》记载两感的脉证，谓："两感于寒者……巨阳与少阴俱病，则头痛口干而烦满……阳明与太阴俱病，则腹满身热，不欲食谵言……少阳与厥阴俱病，则耳聋囊缩而厥。"太阳与少阴俱病，头痛为太阳邪盛于表，口干而渴为少阴邪盛于里；阳明与太阴俱病，身热谵语为阳明邪盛于表，不欲食腹满为太阴邪盛于里；少阳与厥阴俱病，耳聋为少阳邪盛于表，囊缩而厥为厥阴邪盛于里。上述脉证，可供参考。

治疗　合病、并病及两感，证情较为复杂，治疗应从脉证主次分别论治。《医学心悟·合病并病》指出："凡两经合病，则用两经药同治之；三经合病，则用三经药同治之；若一经病未瘥，复并一经，则相其先后缓急轻重而药之，斯无弊耳。"两感治法，或表里兼顾，或治分先后。《证治准绳·两感》："两感病俱作，治有先后。"

合病　太阳阳明合病：《证治准绳·合并病》："太阳与阳明合病，有三证，其邪凑有浅深之殊，故用药有汗、下、和解之异。"若表热无汗，邪迫阳明，下走大肠而利，宜双解二阳，方用葛根汤。若不下利而呕者，宜兼降逆止呕，方用葛根加半夏汤。若热甚于表，邪壅肺气，喘而胸满者，治当发汗定喘，方用麻黄汤。若喘而腹满者，为阳明里实，当用下法，方用大承气汤。

太阳少阳合病：治宜清解半表半里，方用黄芩汤。若呕者，为胃气上逆，兼以降逆和胃，宜黄芩加半夏生姜汤。

阳明少阳合病：其偏于少阳者，宜和解少阳为主，方用小柴胡汤。偏于阳明者，宜攻下结热，方用大承气汤。

三阳合病：治宜辛寒清热为主。《证治准绳·伤寒》："三阳合病有二证，其一证用白虎汤，其一证无治法，后人用小柴胡白虎之类。"如腹满身重，难以转侧，面垢，谵语，遗尿，自汗者，白虎汤主之。如但欲眠，目合则汗，关脉浮大者，小柴胡白虎汤治之。三阳合病忌用汗下，汗之则伤津，使里热更甚，谵语加重；下之则亡液，使阳无所依，额汗肢冷。

并病　太阳阳明并病：宜微发其汗，兼清里热，方用桂枝二越婢一汤。若太阳表邪已解，但见阳明腑实证，如潮热，手足漐漐汗出，大便难而谵语，则用大承气汤下之。

太阳少阳并病：治法宜用和解，或针刺以泄其邪。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之。"《伤寒贯珠集·少阳篇》认为："此条类似太阳与少阳并病……非小柴胡不可耳。"如项强如柔痉状，心下鞕如结胸者，刺大椎、肺俞、肝俞，清泄二经邪热。太阳少阳并病，忌用汗法，若误用之必伤津液而致胃燥谵语。若脉弦者，少阳之邪未尽，当刺期门，以直泻肝胆之邪。本病亦不可因胸胁痞鞕而误用下法，误下则胃气受伤，太阳之邪内陷，必致心下鞕痛而烦，下利不止，水谷不入，而成正虚邪陷之证。

三阳并病：治宜审证施治。其偏于太阳之表者，宜小发其汗，如桂枝二越婢一汤。若阳明里实为主，则宜酌情攻下，用小承气汤之类。

两感　太阳少阴两感寒邪：用麻黄附子细辛汤发表温经。

伤寒两感，证多危重，故《素问·热论》有两感于寒而病，必免于死之说。两感病的治疗，当表里同治，或辨先后缓急。用药之法，当扶正除邪，补不足，损有余。如治之得当，亦有可生者。

伤寒变证

为伤寒病因误治、失治，或因脏腑虚衰，病情变化所引起的一类较重或危重的病证。伤寒六经俱有变证，证候较多，并包括除中。伤寒变证亦称伤寒变病。《伤寒指掌·伤寒变症》："伤寒有本病，有变病……变病者，本不应有此病，只因治不中窾，或迁延日久而变生诸症。"

病因病机　伤寒变证的病因，大致有二：其一为治疗失当，误汗、误吐、误下及误用火法等皆可致之；其二为病延日久，内脏虚衰，邪气鸱张，而使病情出现变化。各种变证具体的病因病机如下：

太阳病变证　有以下各种类型。

（1）阳虚心悸证：太阳病发汗过多，损伤心阳，则致心悸。

（2）欲作奔豚证：误汗后心阳虚，下焦冲气上逆，则作奔豚证，脐下跳动。

（3）腹胀满证：过汗后阳气外泄，或误用清下，或素体中阳不足，脾虚气滞，则腹胀满。

（4）阴阳两虚证：发汗太过，或误用下法，致阴阳两虚，阳虚无以卫外则恶寒，阴虚筋乏濡养则脚挛急。

（5）肺热喘咳证：多因误汗，邪热壅肺，肃降失司所致。

（6）小逆证：太阳病误吐后，伤及胃阳，致胃中虚寒。

（7）内烦证：太阳表证误用吐法，致胃燥内热。

（8）协热下利证：本证或因表证不解，病邪传入大肠，或因误用下法而致下利。一般分热利挟表和虚利挟表两种。热利挟表证多因表证不解，邪传大肠，或因太阳

病误用下法，病邪传里，肠胃热盛下迫为利，而表证依然未解；虚利挟表证多因表证误用下法，脾阳受伤，而为下利，表证仍兼夹未解。

(9) 结胸证：太阳病误下后，病邪内陷，与痰热或瘀血互结，以致心下鞕满疼痛，为结胸证。

(10) 痞证：亦称"心下痞"。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》称："太阳病，医发汗，遂发热恶寒，因复下之，心下痞。"多由太阳病误下所致。有热痞、寒热错杂痞、气逆兼饮痞等之分。热痞多因太阳病误下，邪热壅于心下，气机郁遏所致。寒热错杂痞多因误下伤胃；或表邪入里，中虚热陷，胃气上逆所致；或伤寒病后，中土虚惫，难以腐熟水谷，胃弱食滞，热邪兼挟水寒所致；也有因误下后中焦虚怯，寒热之邪痞结心下，脾胃升降失常所致者。气逆兼饮痞，由胃虚浊气上逆所致。

(11) 阳虚烦躁证：太阳病误用汗下，阳虚致躁。一般病情较重，常为虚脱之前兆。如太阳病过汗伤阳，复误下伤阴，使阴阳俱虚而烦躁。

(12) 阳虚水停证：若脾阳不运，或误用吐、下伤中，致水饮内停，为脾虚水停；若胃阳不足，水停心下，水气上逆则心悸，阳气受遏则四肢不温，为胃虚水停；如肾阳虚衰，或误用汗法，致阳虚而水气内动，为肾虚水停证。

(13) 火逆证：太阳病误用烧针、熏熨、艾灸等火法，致火邪内攻，产生许多变证，《伤寒来苏集》称"火逆诸证"。太阳病邪在表，不宜火法劫汗，若误用之，可使气血流溢失度，甚则伤筋焦骨，产生诸变证。如火逆惊狂证，因误用火法，重伤心阳所致；火逆烦躁证，因火邪内攻，心阳受损，心神浮越所致；火逆奔豚证，因误用火法，伤及心阳，或心阳素虚，下焦虚寒，寒气乘虚上冲所致。

(14) 里虚心悸证：多因中阳不足，气血内亏，心失所养，而又兼外邪所致；或阴阳两亏，阴虚则心失所养，阳虚则鼓动无力所致。

阳明病变证 有以下各种类型：

(1) 热扰胸膈证：多因太阳病经汗、吐、下等法治疗后，表证已解，而余热未除，内扰胸膈所致。

(2) 胃寒气逆证：因胃阳不足，或吐泻伤中，以致寒湿之气上逆所致。

(3) 阳明发黄证：多因湿热交蒸，阳明瘀热内结，不得宣泄所致；或由误用火法，火毒内逼而成；也有因湿热内蕴，兼感外邪所致者。

(4) 阳明蓄血证：病人本有瘀血，复合阳明热邪，血热相结，心主神明受邪，则为阳明蓄血证。

少阳病变证 有以下类型：

(1) 烦躁谵语证：乃太阳病误用下法，损伤正气，邪陷少阳，热扰神明所致。

(2) 上热下寒证：乃素体胃寒，热邪传里，寒热错杂所致。

(3) 热入血室证：系妇女月经期间，感受外邪，邪热内陷，热结血室所致。

太阴病变证 为太阴发黄证，本证因脾阳不振，寒湿内盛，或阳黄久延，中阳受累而致。

少阴病变证 分下厥上竭证和少阴三急下证：

(1) 下厥上竭证：乃少阴病误用下法，重伤其正，阴血欲竭于下，阳气欲亡于上，阴阳有离决之虞。

(2) 少阴三急下证：皆因少阴病热从燥化，复传阳明成实；或阳明腑证失下，伤及少阴阴液所致。

厥阴病变证 如除中证，因厥阴病厥热交替，且下利，若误寒凉，绝其胃气，为除中证。

辨证

太阳病变证 (1) 阳虚心悸证：症见心悸而有空虚感，欲得手按，或耳聋无闻，脉象虚弱无力，或虚数。《伤寒论》称："发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按……"。

(2) 欲作奔豚证：症见心悸，脐下跳动不宁，欲作奔豚，小便不利，苔薄润，脉濡。即《伤寒论》所称"发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚"。

(3) 腹胀满证：症见腹部胀满，揉按则适，纳食不佳，神疲体倦，四肢无力，大便时有不实，苔薄舌淡，脉虚无力，或虚大不耐寻按。即为《伤寒论》所说："发汗后，腹胀满"。

(4) 阴阳两虚证：症见汗后身反恶寒，或寒战，汗出，脚挛急，苔薄，脉细。即《伤寒论》所称："发汗病不解，反恶寒者，虚故也。"

(5) 肺热喘咳证：症见汗出而喘，咳嗽不畅，痰粘，身无大热，口渴，苔干薄，或薄黄，脉象浮数或滑数等。

(6) 小逆证：症见汗自出，不恶寒发热，关脉细数，饥饿而不能食，甚者反欲冷食，朝食暮吐。

(7) 内烦证：症见不恶寒，不欲近衣，心中烦闷，口渴苔黄，脉数等。《伤寒论》所谓："太阳病……吐之内烦也。"

(8) 协热下利证：热利挟表证，症见下利，肛门有灼热感，大便多臭气，兼有发热、口渴、微喘、汗出、尿赤，舌苔黄腻，脉象滑数。《伤寒论》所谓："太阳病桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者表未解也，喘而汗出……。"虚利兼表证，症见下利不止，胃脘痞塞，腹痛绵绵喜热按，兼有发热，恶寒，头痛，苔白，脉浮缓等。《伤寒论》："太阳病外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止……。"

(9) 结胸证：见"结胸证"条。

(10) 痞证：一般可分①热痞：症见心下痞满，按之柔软不痛，兼心烦口渴，苔黄脉数等。即《伤寒论》所称"心下痞，按之濡"。②寒热错杂痞：症见心下痞满，按之柔软不痛，呕而肠鸣，苔滑腻，或黄或白。又《伤寒论》有"伤寒汗出解之后，胃中不和，心下痞鞕，干噫食臭，胁下有水气，腹中肠鸣"。又曰："伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞鞕而满，干呕心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚。此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使鞕也。"③气逆兼饮痞：症

见心下痞鞕，噫气频频，或呕吐呃逆，苔白润，脉弦滑。

（11）阳虚烦躁证：症见昼间烦躁，不得安眠，入夜则宁静，不呕不渴，无表证发热，苔薄润，脉沉微等。即《伤寒论》"下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠"之证。若症见烦躁，恶寒，心悸，四肢不温，下利或小便不利，苔薄润，脉微细等，为阴阳俱虚。即《伤寒论》"发汗，若下之，病仍不解，烦躁"。

（12）阳虚水停证：①脾虚水停证：症见心下逆满，气上冲胸，呕吐清水痰涎，头目昏眩，短气，心悸，苔白滑，脉沉紧等。即《伤寒论》"若吐若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧……身为振振摇"。②胃虚水停证：症见心下悸，不渴，四肢不温，或小便不利，脉濡，苔滑润等。③肾虚水停：症见心下悸，头眩，肌肉跳动，肢体振摇欲倒不能自主，苔白，脉沉迟等。即《伤寒论》所说："太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地"。

（13）火逆证：一般可分①火逆惊狂证：症见惊恐狂乱，卧起不安，心悸胸闷，脉象虚数等。即《伤寒论》"伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳必惊狂，卧起不安"。②火逆烦躁证：症见烦躁惊惕，心悸有空虚感，心神不安，脉虚无力等。即《伤寒论》"火逆下之，因烧针烦躁"。③火逆奔豚证：症见心悸，气从少腹上冲胸咽，或伴发热、恶风，苔白苔淡等。

（14）里虚心悸证：症见心悸而烦，虚怯少气，精神困惫，或腹中急痛喜按，苔薄，脉虚无力等。即为《伤寒论》所称"伤寒二三日，心中悸而烦"。若症见心悸，动惕不安，脉结代等，乃阴阳两亏。即为《伤寒论》"伤寒脉结代，心动悸"。

阳明病变证　（1）热扰胸膈证：症见心胸烦热，起卧不安，甚则胸中窒塞，或疼痛，胃脘部柔软，或少气，或呃逆，苔黄脉数等。

（2）胃寒气逆证：症见不能食，食则呕吐，饮水则哕，或胃脘疼痛，苔白，脉虚滑等。如《伤寒论》所称"若中虚冷，不能食者，饮水则哕"、"食谷欲呕，属阳明也"。

（3）阳明发黄证：症见身目俱黄，黄色鲜明，小便黄赤短少，发热口渴，心烦，脘痞不适，不欲食或恶食欲呕，腹微胀满，大便秘结，汗出不彻，齐颈而还，舌苔黄腻，脉弦数或滑数等。《伤寒论》所谓："阳明病，被火，额上微汗出，而小便不利者，必发黄。"若症见身目俱黄，小便短少而黄，脘闷，发热恶寒，无汗，身痒等，为湿热内蕴，兼感外邪。

（4）阳明蓄血证：见"蓄血"条。

少阳病变证　（1）烦躁谵语证：症见胸胁满闷，烦躁谵语，惊惕不安，小便不利，肢体困重，难以转侧，苔薄黄，脉虚弦等。即《伤寒论》所称"伤寒八九日，下之，胸满烦惊，小便不利，一身尽重，不可转侧"。

（2）上热下寒证：症见胸中烦热，欲呕吐，腹中疼痛，或痞满不适，苔黄白相兼，脉稍数等。即《伤寒论》所说"伤寒胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐"。

（3）热入血室证：见"热入血室"条。

太阴病变证　太阴发黄证，症见身目发黄、其色晦暗，口淡不渴，或喜热饮，而不多饮，畏寒身倦，胸脘胀满，食少便溏，小便不利，舌淡苔滑，脉浮迟等。即《伤寒论》所说："伤寒脉浮而缓，手足自温者，系在太阴，太阴者身当发黄。"《医学心悟》称阴黄之证。

少阴病变证　（1）下厥上竭证：症见四肢厥逆，汗出，口鼻出血，目血，脉象细微等危重表现，即《伤寒论》所说："少阴病，但厥无汗，而强发之，必动其血，未知从何道出，或从口鼻，或从目出者，是名下厥上竭，为难治。"

（2）少阴三急下证：症见口燥咽干，自利清水，色青，心腹疼痛，或腹胀大便苦秘。即《伤寒论》所说"少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥"；"少阴病，六七日，腹胀不大便"；"少阴病得之二三日，口燥咽干者"。

厥阴病变证　除中，见"除中"条。

治疗　伤寒变证类型颇多，治疗各异。《伤寒论》曰："观其脉证，知犯何逆，随证治之。"

太阳病变证　（1）阳虚心悸证：治宜温通心阳，用桂枝甘草汤。方中桂枝入心温阳，甘草补虚益气，心阳复则心悸自愈。

（2）欲作奔豚证：治宜温通心阳，缓中定悸。方用茯苓桂枝甘草大枣汤。以桂、甘振心阳，茯苓定悸，大枣培土。

（3）腹胀满证：治宜温运脾阳，宽中除满。方用厚朴生姜半夏甘草人参汤。《绛雪园古方选注》认为：厚朴宽胀下气，生姜散满生津，半夏利窍通阴阳，三者有升降调中之理，佐甘草和阳，人参培阳，补之泄之，即阴结散，虚满消。

（4）阴阳两虚证：治宜扶阳益阴，用芍药甘草附子汤。

（5）肺热喘咳证：治宜清热宣肺，降气定喘。用麻黄杏仁甘草石膏汤。

（6）小逆证：治宜温中和胃。用半夏干姜汤，或小半夏加茯苓汤。

（7）内烦证：治宜清热生津。方用竹叶石膏汤。

（8）协热下利证：①热利挟表证：治宜清泄里热为主。用葛根芩连汤。芩、连苦寒直清里热，葛根轻清升发，甘草甘缓和中。②虚利兼表证：治宜温中解表。用桂枝人参汤，即理中汤加桂枝。

（9）结胸证：见"结胸"条。

（10）痞证：①热痞：治宜清热消痞。用大黄黄连泻心汤。若表阳虚，伴见恶寒、汗出，无头痛发热者，宜附子泻心汤，以扶阳固表，清热消痞。②寒热错杂痞：治宜和中降逆消痞。用半夏泻心汤。若胃弱食滞，热邪兼挟水寒者，治宜和中消痞，宣散水气。用生姜泻心汤。若中虚寒热之邪痞结，脾胃升降失常者，治宜和胃补中，降逆消痞。用甘草泻心汤。③气逆兼饮痞：治宜和胃降逆，化饮

消痞。用旋复代赭汤。

(11) 阳虚烦躁证:治宜急救回阳。用干姜附子汤。阴阳俱虚烦躁,治宜回阳益阴,用茯苓四逆汤。

(12) 阳虚水停证:①脾虚水停:治宜建脾利水为主。用茯苓桂枝白术甘草汤。②胃虚水停:《伤寒论》大法"宜先治水",用茯苓甘草汤为主。③肾虚心悸:治宜温阳利水。用真武汤。

(13) 火逆证:①火逆惊狂证:治宜温心固阳,镇惊安神。方用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤。②火逆烦躁证:治宜温通心阳,潜镇安神。用桂枝甘草龙骨牡蛎汤。③火逆奔豚证:治宜温通心阳,平冲降逆。用桂枝加桂汤。

(14) 里虚心悸证:治宜温中健脾,调和气血。用小建中汤。阴阳两亏,脉结代,心动悸者,治宜通阳复脉,滋阴养血。用炙甘草汤。

阳明病变证 (1) 热扰胸膈证:治宜清宣郁热。用栀子豉汤。若少气加甘草;呕逆加生姜;胸满加厚朴;便溏加干姜;心下痞塞者加枳实。

(2) 胃寒气逆证:治宜温中散寒,健胃降逆。用吴茱萸汤。

(3) 阳明发黄证:治宜清利湿热。用茵陈蒿汤。若湿热内蕴,兼感外邪者,治宜清泄湿热,宣透外邪。用麻黄连翘赤小豆汤。

(4) 阳明蓄血证:见"蓄血"条。

少阳病变证 (1) 烦躁谵语证:治宜和解少阳,泄热安神。用柴胡加龙骨牡蛎汤。

(2) 上热下寒证:治宜清上温下,和胃降逆。用黄连汤。

(3) 热入血室:见"热入血室"条。

太阴病变证 太阴发黄,治宜温中散寒,健脾除湿。虚寒湿郁者,用茵陈术附汤;湿盛小便不利者,用茵陈五苓散。

少阴病变证 (1) 下厥上竭证:治宜回阳滋阴。用张景岳六味回阳饮。

(2) 少阴三急下证:治宜急下存阴。用大承气汤。

厥阴病变证 除中,见"除中"条。

坏病

伤寒屡误用汗、吐、下等法,使正气受损,病情转剧,而成为较难治疗的病证,称坏病,名出《伤寒论》。即其所谓:"伤寒三日,已发汗,若吐,若下,若温针,仍不解者,此为坏病……观其脉证,知犯何逆,随证治之。"《诸病源候论》称坏伤寒候;《普济方》称:坏伤寒;《伤寒论纲目》称伤寒坏病。坏病的临床证候颇繁多,据体质强弱、发病新久、误治情况而异。《医宗金鉴·辨坏病脉证并治篇》指出:"有汗后亡阳,眩冒振惕,魄汗不收;有下后虚中,结胸痞硬,下利不止;有吐后烦乱腹满;有温针失血惊狂,甚至阳毒斑狂,阴躁欲死,神昏谵语,循衣摸床之类是也。"治疗当据具体证情,分别治之,如《医学心悟·坏病》所称:"见某证用某药以救之也。"

伤寒兼证

伤寒兼挟其他病邪,或兼正气不足所致的多种病证,称伤寒兼证。也包括一经病兼他经病证,如太阳兼阳明证、少阴兼太阳证等。

伤寒兼证,名见《通俗伤寒论》。《医学心悟》称伤寒兼症,云:"伤寒兼症者,非传经六经之正病,亦非直中三阴之正病,而实为伤寒所恒有之症,故皆以兼症名之。"

伤寒诸经病各有兼证,如太阳病兼证,原称太阳兼证,见《伤寒指掌》。指伤寒太阳病兼挟其他证候的各种病证。阳明病兼证,多指病邪侵袭阳明而兼太阳或少阳证候的一些病证。少阳病兼证,指病邪侵袭少阳而兼其他证候的一些病证。太阴病兼证,指太阴病兼挟其他证候的一些病证。少阴病兼证,指少阴病兼有其他证候的病证。至于厥阴病,本多正邪相争,阴阳胜复;寒热错杂,相兼为病,故对于厥阴病兼证一般较少论及。

病因病机 伤寒兼证多因伤寒兼挟其他内外之邪,或治疗不当,调摄失宜所致。《通俗伤寒论·伤寒兼证》:"兼证者,或寒邪兼它邪,或它邪兼寒邪,二邪兼发者也。"《医学心悟·伤寒兼症》:"其间有见于手经者;有因误治而变症者;有病中调摄失宜而变症者;有病气相传染而变症者。"如太阳病兼证,可因喘咳宿疾,或兼里热,或兼水饮,或表里不足,气阴虚亏等所致。阳明病兼证,有病邪入里,传至阳明而表邪未解,为阳明兼表虚证,或病邪入里,偏于少阳而为阳明兼半表半里证。少阳病兼证,如太阳邪传少阳,两经俱受病邪,为少阳兼表证;若少阳病不解,邪热内传阳明,燥实结于肠腑,为阳明兼里实证;若伤寒误于汗下,邪热内陷少阳,水饮停积不化,邪与水结,阳气郁而不宣,则为少阳兼水饮证。太阴病兼证,多因表证误下,损伤脾阳;或因脾气不足,复感外邪而成。少阴病兼证,若兼表证即少阴太阳两感证,乃少阴阳虚,感受风寒,或外邪同时侵袭少阴、太阳两经而成;若少阴病兼里实证,即少阴三急下证(见"伤寒变证"条)。此外,少阴寒化兼水气证,因少阴脏寒,水寒相搏,浸淫内外所致;少阴热化兼水气证,由于心阴不足,兼水热互结所致。水气郁而不化,则下渗大肠,中犯于胃,上逆于肺;阴虚内热,水气不化,则津不上承。

辨证 伤寒兼证证状不一,当辨六经,审兼挟。

太阳病兼证:如太阳中风兼喘证,症见头痛发热,汗出恶风,更兼喘咳。多因素患喘证,复感风寒而引发;或表邪内迫,肺气上逆所致。如太阳病风寒外束,内兼郁热,症见发热恶寒,身疼痛或重,不汗出而烦躁,脉浮紧或浮缓者,即《尚论篇》所谓"风寒两伤营卫证"。如太阳病表邪不甚,兼有里热,症见发热恶寒,热多寒少,并见烦

渴。如太阳表证内兼水饮，症见发热恶寒，头疼身痛，兼见咳喘，或干呕，或噎，或渴，或小便不利，少腹满等。因表邪不解，水气内停，水寒相搏所致。若水寒射肺则咳喘；水留胃中则干呕而噎；水停不化，津不上承则渴；水渍肠间则下利；水蓄下焦则小便不利，少腹满。如太阳病发汗后，身疼痛，脉沉迟，为表证未除，更兼气阴不足，不能充灌滋养。如伤寒二三日，心中悸而烦者，为病邪在表，兼以阴阳营卫俱虚。又如，伤寒脉结代、心动悸，为太阳病兼里虚，心血衰少，心力不继。此外，亦有认为太阳兼经病证也属太阳兼证，如《伤寒指掌·太阳兼经新法》云："一感外邪，即从太阳而入阳明、少阳，或从太阳而入太阴、少阴，总属太阳兼症。"如太阳表证兼阳明里证，邪迫大肠而下利，上逆犯胃而呕，见"合病、并病、两感"条。又如太阳表证兼少阴病脉证，病发热头痛，身体疼痛，脉反沉，或下利清谷。

阳明病兼证：阳明兼表证，症见汗出多，微恶寒，脉迟等，为阳明兼表虚证。若阳明病兼见无汗恶寒，气喘微咳，脉浮，为阳明兼表实证。阳明兼半表半里证，症见发潮热，胸胁满闷，大便溏，小便自可，腹无满痛；或见胸胁痞满，呕逆，不大便，脉弦等。

少阳病兼证：常有兼表、兼里、兼水饮等不同情况。如少阳兼表证，症见发热，微恶风寒，头痛，肢节烦疼，微呕，心下支结，脉浮或弦等。少阳兼里实证，症见往来寒热，胸胁苦满，口苦咽干目眩，呕吐不止，上腹拘急疼痛，或痞鞕，郁郁而烦，大便秘结，或潮热，或下利，苔多黄燥，或白厚而干，脉弦有力等。如少阳病未解，肠中燥屎已结，症见呕不止，心下急，郁郁微烦，或心下痞鞕、下利等。少阳兼水饮证，症见往来寒热，胸胁满微结，心烦，渴而不呕，但头汗出，小便不利等。此外，少阳半表半里证兼太阳表证，可见下利，或呕。

太阴病兼证：既有下利腹胀满的太阴虚寒证，又兼发热恶寒，身体疼痛的太阳表证，为太阴挟表证。太阴兼表证，症见下利，胃脘痞塞，时或腹痛，发热恶风头痛，脉浮缓。如下后表邪未解而里气虚寒，因而利下不止，心下痞塞，为太阴虚寒兼表证。此外，如太阳病误下，表邪未解，伤及太阴，症见恶风寒，发热汗出，腹满时痛。

少阴病兼证：少阴兼证有兼表证、兼里实、兼水气等不同。少阴兼表证即少阴太阳两感证，症见恶寒发热，无汗头痛，四肢厥冷，下利清谷，脉沉等。少阴病兼里实证，即少阴三急下证。此外，如少阴病兼见腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利，或咳，或小便不利，或呕等症，为少阴寒化兼水气证。又如少阴病下利，咳而呕渴，心烦不得眠，为少阴热化兼水气证。

治疗　伤寒兼证的治疗，因兼挟它邪，或正气不足，多见表里同病之候，故应根据正邪盛衰之情，按表证、里证的先后缓急，分别选用先表后里、先里后表或表里同治之法进行治疗。

太阳病兼证：太阳中风兼喘证，治宜解肌祛风，降逆定喘。方用桂枝加厚朴杏子汤。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳。"若风寒外束，内兼郁热者，宜大青龙汤安内攘外；表邪不甚者，宜桂枝二越婢一汤，外解表邪，内清郁热。如太阳表证内兼水饮，虽然水气内渍，兼证不一，总宜解表化饮，方用小青龙汤。如表证未除，更兼气阴不足，治宜调和营卫，补益气阴，方用桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。如病邪在表，阴阳营卫俱虚，心悸而烦者，治宜扶正托邪，方用小建中汤，温养中气，兼调营卫。里虚而脉结代、心动悸者，宜用炙甘草汤生血复脉，通调营卫。此外，太阳兼阳明里证，下利而呕，治宜双解二阳，兼以和胃降逆，方用葛根汤或葛根加半夏汤。太阳表证兼少阴病脉证，脉沉、下利者，当用四逆汤急温其里。

阳明病兼证：阳明兼表虚证，因其偏于表，仍宜解表为主，方用桂枝汤。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》："阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。"阳明兼表实证，亦因病偏于表，故宜解表发汗，祛邪外出，方用麻黄汤。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》："阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤。"阳明兼半表半里证，因其病偏于少阳，故仍宜和解少阳为主，方用小柴胡汤。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》："阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。"

少阳病兼证：少阳兼表证，宜柴胡桂枝汤发散表邪，和解少阳。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："伤寒六七日，发热微恶寒，肢节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。"少阳兼里实证，宜用大柴胡汤，和解少阳，兼通里实；如少阳证，内兼阳明燥结，但正气已伤，症见胸胁满而呕，日晡潮热，微利等，方用柴胡加芒硝汤。和解软坚，兼顾正气；若少阳证为主，里实不显著者，亦可先用小柴胡汤和解少阳，然后审证施治。

少阳兼水饮证：治宜和解少阳，温化水饮。方用柴胡桂枝干姜汤。少阳半表半里证兼见太阳表证，下利或呕者，因热邪偏于少阳，胆胃热炽，故不以汗解，宜黄芩汤清解少阳之里。若呕者，用黄芩加半夏生姜汤和胃降逆，见"合病、并病、两感"条。

太阴病兼证：如太阴挟表证，其治疗一般以先温里，后解表为原则。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》："下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。"但如因太阳病误下，病邪内陷太阴而表证未解者，因症情有所不同，故治法宜据证情之缓急分别治之。若表证偏重而下利不甚者，仍可解表。《伤寒论·辨太阴病脉证并治》称"太阴病，脉浮者，可发汗"，方用桂枝汤以透邪外出。如太阴虚寒而兼表证，宜桂枝人参汤温中补虚，兼解表邪。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞鞕，表里不解者，桂枝人参汤主之。"若误下后，太阳之热邪内陷太阴之里，腹满时痛，治宜调和营卫，缓急止痛。方用桂枝加芍药汤。如大实痛者，宜桂枝加大黄汤。若

患者脉弱，为胃气虚弱，大黄、芍药当减用之。见“太阴病”条。

少阴病兼证：少阴兼表证，如发热，头痛身疼，脉沉，宜四逆汤温里。如少阴病始得之，反发热，脉沉者，宜温经发表，方用麻黄附子细辛汤。若少阴邪尚未深，而有微发热，微恶寒等表证，宜用麻黄附子甘草汤发表兼以温经。少阴病兼里实证，宜急下存阴，见“伤寒变证”条。此外，少阴寒化兼水气证，治宜温经导水，方用真武汤。少阴热化兼水气证，治宜滋阴清热，兼以分利，方用猪苓汤。

伤寒蓄血

伤寒病出现少腹急结鞕满，如狂发狂，或大便色黑，善忘等证，为蓄血。名出《伤寒论》。《证治准绳·伤寒》称蓄血证。《伤寒溯源集》称伤寒蓄血证。伤寒蓄血有太阳病膀胱蓄血和阳明病蓄血两种。膀胱蓄血见《伤寒医诀串解》。《伤寒来苏集》以方名证，称抵当汤证。

病因病机 太阳病膀胱蓄血证，系太阳经热邪不解，传入下焦，邪热与瘀血互结于膀胱所致。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“以太阳随经，瘀热在里故也。”《景岳全书·伤寒典》：“伤寒蓄血者，以热结在里，搏于血分，留瘀下焦而不行也。”阳明病蓄血证，因阳明腑热燥屎与肠中宿瘀互结。两者同属血热互结，心主神明受邪而为病。

辨证

膀胱蓄血：症见少腹急结，或鞕满疼痛，但小便自利，并见如狂或发狂，或发热，身黄，脉象沉涩，或沉结。

阳明蓄血：阳明病出现喜忘，大便色黑，虽鞕而反易解出；或可见大便不通，发热，脉数，消谷善饥等证。《伤寒论条辨》：“病属阳明，故屎鞕；血与粪并，故易而黑。”

膀胱蓄血证必须与蓄水证鉴别，蓄血证虽少腹急结或鞕满，但小便自利，与蓄水证小便不利有别。蓄血证如狂发狂，但蓄水证神识如常。另蓄血证的瘀血发黄与湿热发黄，也须严格区别。

《证治准绳·伤寒》：“邪热燥结，色未尝不黑，但瘀血则溏而黑粘如漆，燥结则鞕而黑晦如煤，此为明辨也。”指出瘀血之黑与燥屎之黑有别，可供参考。

治疗 蓄血证因瘀热互结于下焦，治宜活血通瘀为主。但应详审证情之缓急、蓄血之轻重，择方施治。

膀胱蓄血：若少腹急结，其人如狂，宜桃仁承气汤缓剂以除热逐瘀。若少腹鞕满，如狂发狂，脉沉结，治宜抵当汤峻剂以破瘀逐血。若病势稍缓，少腹满，有热，宜抵当丸治之。

阳明蓄血：宜抵当汤下其瘀热。若老幼气弱者，宜生地黄汤。

膀胱蓄血证之较轻者，虽宜用桃仁承气汤，但如有表证，当先解表，而后攻之。若里证重者，纵兼表证，亦以攻瘀为急。

桃仁承气汤水煮后，纳芒硝。于食前温服，当得微利。服抵当汤、丸后，当下血，否则再服。若瘀血得下，中病止药，不必服尽，以免伤正。

阴阳毒

以咽喉疼痛，面目色青，身痛肢端冷；或面赤发斑，咽痛吐脓血为特点的外感疫毒症，合称阴阳毒。阴阳毒名出《金匮要略》。在其《百合狐蜮阴阳毒病脉证并治》曰：“阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，吐脓血。”“阴毒之为病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。”《伤寒补亡论》分别称之为阴毒伤寒、阳毒伤寒。

病因病机 阴阳毒为外感疫毒。阳毒外袭，侵入血分，营血内燔，热毒沉重，外透于肌肤，上灼于咽喉，而见一派火热炽盛之象；阴毒侵袭，血络瘀滞，经脉阻塞，疫毒上结，故周身可呈热毒蕴蓄。

辨证 阴毒伤寒：症见面目色青，身痛如被杖，咽喉痛，手指足趾皆冷，脉沉细而弦急。为阴毒之邪，蕴结营血，阻滞经络所致。

阳毒伤寒：症见面赤发斑如锦纹，色泽鲜明，咽喉痛，吐脓血，手足温热，脉多洪数。为阳毒之邪，燔灼血分，热壅于上所致。

治疗 按阴毒、阳毒分别治之。

阴毒：治宜解毒活血散瘀，方用升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒治之。药用升麻、甘草宣邪解毒；当归、鳖甲入阴分，活血散瘀。去蜀椒、雄黄则恐其温燥劫阴；亦有一说认为阴毒不必去此二味。若唇青面黑，四肢厥冷者，宜温阳解毒，用阴毒甘草汤。若症见四肢逆冷，下利清谷，身痛如被杖击者，多由暴中寒邪，或内伤冷物，或肾气素虚，复感寒邪所致。治宜回阳通脉。用四逆汤加葱白治之。

阳毒：治宜清热解毒散瘀为主，方用升麻鳖甲汤。方内用蜀椒与雄黄，尤在泾认为“以阳从阳，欲其速散也”。另一说主张去之。若症见腰背痛，烦闷不安，面赤狂言，下利，脉浮大而数者，为正虚邪盛。宜益气解毒。用阳毒升麻汤。若症见发斑狂乱，牙关紧闭等，为热毒至极所致。治宜神犀丹或化斑汤。

若阴毒深结，唇青面黑而脉沉细者，宜速灸关元、气海各二三百壮，救急回阳。

预后 《诸病源候论·伤寒阴阳毒候》指出：“若发赤斑，十生一死；若发黑斑，十死一生。”可资参考。《金匮》对本证有“五日可治，七日不可治”之说，提示了早期积极治疗的重要意义，但又不可拘泥于日数以辨吉凶。

伤寒戴阳

伤寒病人因虚阳浮越于上而见面赤，称伤寒戴阳。出《伤寒论》。《辨厥阴病脉证并治》云：“下利脉沉而迟，其人面少赤，身有微热，下利清谷者，必郁冒，汗出而解。

病人必微厥，所以然者，其面戴阳，下虚故也。”《永类钤方》称面赤戴阳。

病因病机　戴阳由伤寒患者阴寒内盛，下元虚惫，阳浮于上所致。《伤寒论》所谓“下虚故也”。《伤寒绪论》：“戴阳者……为浮火上冲，水极似火也。凡下元虚惫之人，阳浮于上，则为戴阳。”

辨证　伤寒下虚戴阳，面赤如微酣之状，足寒，下利清谷，或咽喉疼痛，脉多沉迟、沉细。戴阳证必须与阳邪郁表的面赤相区别：下虚戴阳，面部虽赤而足胫必冷，脉搏沉细，或浮大无力；阳邪郁表乃是实证，面部通红，手足必温，脉象浮数有力。两者容易混淆，必须明辨，庶不致误。

治疗　戴阳的治疗原则，当以回阳救脱为主。一般可用参附汤加葱白，以敛其浮阳。如下利清谷，里寒外热，身微热，烦躁，面赤咽痛，脉微欲绝者，宜通脉四逆汤加葱白，或白通加猪胆汁汤酌用。下虚戴阳，切忌误认阳郁于表而妄行表散，亦忌误为真热面剂用寒凉，否则必致孤阳浮越，危殆立至。

伤寒谵语、郑声

外感病中出现言语谬妄，或重语不已，失其本音，称伤寒谵语、郑声，或称评语郑声。谵语，《素问·热论》称为谵言；《伤寒论》称作评语，并载“郑声”，云：“郑声者，重语也。”“谵言”，杨上善云：“多言也。”王冰云：“谓妄谬而不次也。”“评语”，《集韵》：“评，疾而寐语也。”后世医著多将谵语与评语通称。

病因病机　凡伤寒邪盛，则多谵语；患者正衰，可发郑声。《伤寒论》：“夫实则评语，虚则郑声。”邪气盛则实，如伤寒胃中热盛，上乘于心，心为热冒，则神识昏迷，语言谵妄；或大热入胃，水涸粪燥，必发评语。此外，若宿瘀在里，瘀热互结，或妇女经期热入血室（见“热入血室”条），以及误治失治，均可出现谵语之证。精气夺则虚，若伤寒病重正衰，精气内夺，则语言重复，是为郑声。

辨证　临床辨证，首当辨其语声：若颠倒错乱，言出无伦者为谵语，谵语声较有力。若语较重复，呢喃不已者为郑声，郑声多声颤无力。次当辨其他脉证：大抵大便秘，小便赤，手足温，脉洪数者见谵语；大小便清利，手足冷，脉微细者见郑声。《医述》引戴复庵语云：“谵语、郑声，虚实不同，二者本不难辨，但阳盛里实与阴盛格阳皆能错语，须以他证别之。如大便秘，小便赤，身热烦渴而妄言者，乃里实也；若小便如常，大便洞下，或发躁，或反发热而妄言者，乃阴盛格阳也。”总之，谵语多见阳证热证，郑声多见虚证寒证。《证治准绳·伤寒》：“谵语之由……有火劫，有汗出，有下利，有下血，有燥屎在胃，有三阳合病，有过经，有亡阳。”故又须辨别下述各种情况。

邪热在胃：谵语，身体壮热汗出，头痛，口渴，脉洪大。

燥粪在肠：谵语潮热，不能食，腹硬满或疼痛，大便不通；或下利谵语，脉沉实，苔黄起刺。

三阳合病：谵语身重难转侧，口中不仁，面垢，遗尿，脉滑实。

蓄血谵语：昼夜评语，如狂喜忘，少腹满疼，小便通利，大便色黑，或身黄，但欲漱水不欲咽。

热入血室谵语：妇女经期前后，外感发热，昼静夜评，如见鬼状。

此外，外感风邪，下之过早，表虚里实，则汗出谵语；或太阳病误下，症见胸满烦惊，小便不利，身重，评语。风寒表证，发汗过多，则亡阳评语。表证误用火劫发汗，则口燥咽烂，腹满微喘，或不大便而评语。谵语属阳，若见阴证者逆。故脉短促沉细，手足逆冷者多属不治。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：“直视评语，喘满者死，下利者亦死。”

治疗　由于谵语、郑声为兼见之证，故当根据其他不同症状分别施治。

邪热在胃谵语：治宜白虎汤直清胃热。

燥粪在肠谵语：治宜调胃承气汤，或大、小承气汤攻其燥矢。

三阳合病谵语：治宜白虎汤清胃热为主，或用《太平圣惠方》柴胡散。

蓄血谵语：轻者用犀角地黄汤清热凉血散瘀，重则桃仁承气汤、抵当丸酌用，攻逐瘀热。

热入血室谵语：治宜小柴胡汤加减。胸胁满者，刺期门穴。（见“热入血室”治法）

此外，太阳病表证误下谵语，治宜柴胡加龙骨牡蛎汤，和解镇固，攻补兼施。汗多亡阳谵语，治宜柴胡桂枝汤，和其营卫，使津液通而自愈。

伤寒郑声，兼见脉微细，大小便清利，手足逆冷，宜四逆汤之类回阳救逆。《卫生宝鉴》治郑声阳证，身微热，脉微弱，药用人参三白汤。

伤寒筋惕肉瞤

外感病中出现的筋脉动惕、肌肤跳动的症状，称伤寒筋惕肉瞤。筋惕肉瞤名出《伤寒论》。《伤寒类书》称筋惕身瞤。

病因病机　伤寒筋惕肉瞤，多因发汗过多，或误用汗、吐、下法所导致。如虚人微取汗，或伤风自汗，妄用大青龙汤发汗，则表虚亡阳，可见筋惕肉瞤。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“太阳中风……若脉微弱，汗出恶风者，不可服之（指大青龙汤），服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也。”由于发汗过多，津液枯少，阳气大虚，筋脉失养，故致筋肉惕惕而跳，瞤瞤而动。若汗、吐、下后，表里俱虚，也多见。

辨证　伤寒筋惕肉瞤，当结合其他病证，并推究其致病原因而进行辨别，以知证之重轻。

若发汗太过，汗出不止，身体瞤动，振振欲擗地，并见

心下悸，头眩，发热等症，为津血不能荣筋，阳虚水气内动。

若发汗、攻下，复经烧针，肤肉瞤动，并见胸烦，面色青黄，手足逆冷，为亡阳重证；如面色微黄，手足温者易愈；至若汗出如油，口噤肉战，呻吟喘促者多不治。

若误用吐、下、发汗，阴阳俱虚，津液枯槁，筋脉失于濡养，可见虚烦，脉微，心下痞满，气冲咽喉，经脉动惕之症，久而不治，可成痿证，两足软弱，不能行动。

治疗 伤寒筋惕肉瞤的治疗，当区别轻重。如发汗后头汗不止，筋惕肉瞤，先服防风白术牡蛎散，次服黄芪建中汤。重症患者多阴阳两虚，故以温经益阳为先，后宜养血荣筋。如太阳病表证，发汗太过，血不荣筋，阳虚水动者，先宜真武汤温经益阳。恶寒者增附子，去芍药；恶热者减附子，倍芍药。后用益气生血之剂，以荣养筋肉。《仁斋直指方·伤寒筋惕肉瞤治法》："筋惕肉瞤，发汗太过所致也。古人以真武汤主之。然真武汤能止其汗，而不能定其瞤瞤者动也……汗多则伤血，血虚无以荣筋，筋愈急，而四体百骸愈为之瞤动……惟人参、当归、芍药、半夏、茯苓、甘草作剂，以五灵脂为佐，人生姜、乌梅同煎，自有神效。右药专于生血，生血乃所以收汗。其或大便秘涩，少加大黄以导之，血脉一和，不反掌而静定矣。"

为避免妄汗，《伤寒论》等医著告诫：应发汗而腹中左右上下有动气者，均不可妄汗；若脐左有动气者，尤不可汗，发汗则头眩，汗出不止，筋惕肉瞤。可供临床借鉴。

奔豚

病人自觉有气从少腹上冲胸咽的一种病证，称为奔豚。此病或伴有腹痛，胸闷气急，心悸，惊恐，烦躁不安，甚则厥逆；或兼乍寒乍热等症。本病可见于伤寒和杂病。奔豚之名始见于《内经》，《灵枢·邪气脏腑病形》："肾脉……微急为沉厥奔豚。"《难经·五十六难》论五脏积病，谓："肾之积，名曰贲豚，发于少腹，上至心下，若豚状，或上或下无时……。"《伤寒论·辨太阳病脉证并治》及《金匮要略》均有奔豚的证治内容。《诸病源候论》载有奔豚气候。奔豚气名至今沿用。

病因病机 寒水之气上逆和七情内伤，是发生奔豚的主要原因。如病人下焦素有水寒之气，复因过汗，不慎于寒，外寒人侵；汗后心阳不足，内寒乘虚上逆，以致气从少腹上冲，直至心下。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚。""烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚。"如突受惊恐，或忧思过度，则可损伤心神及肝肾之气。惊则气乱，恐则气下，忧思则气结而上逆。因肝肾居于下焦，结甚之气可循肝肾之经上冲胸腹，乃至咽喉，发为奔豚。《金匮要略·奔豚气病脉证治》："奔豚病，从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之。"《诸病源候论·贲豚气候》："夫贲豚气者，肾之积气，起于惊恐忧思所生。若惊恐则伤神，心藏神也；忧思则伤志，肾藏志也。神志伤，动气积于肾而气下上游走，如豚之奔，故曰贲豚。"本病的发生与心、肝、肾三脏关系最为密切，且与冲脉联系，因冲脉起于下焦，循腹部至胸中。如下焦寒水之气或惊恐之气，随冲脉上逆，发为本病。肝气循冲，又多挟胃气上逆。日久亦可化热。

辨证 奔豚症逆气上冲，据其病因和证状，有肝胃气逆和寒水上逆之辨。

肝胃气逆：自觉有气从少腹上冲咽喉，发作欲死，惊悸不宁，恶闻人声，或腹痛，喘逆，呕吐，烦渴，乍寒乍热，气还则止，常反覆发作，舌苔白或黄，脉弦数。

寒水上逆：先有脐下悸动，旋即逆气上冲，心慌不安，形寒肢冷，苔白腻，脉弦紧。

治疗 理气降逆，是本病的主要治则，可根据证候，结合使用。

肝胃气逆：治宜平肝降逆，理气和胃。方用奔豚汤及旋覆代赭汤加减。奔豚汤中李根白皮性寒，除烦降逆；葛根、黄芩清热平肝；芍药、甘草缓急止痛；半夏、生姜和胃降逆；川芎、当归调肝养血。旋覆代赭汤中旋覆花下气消痰，代赭石重镇降逆，配参、草、大枣扶脾益胃；半夏、生姜降逆化痰以治结气，合奏扶正降逆之效。如胃气不虚者，可去人参、甘草、大枣。

寒水上逆：治宜温阳行水，理气降逆。若内有水饮，而见脐下悸动者，宜茯苓桂枝甘草大枣汤温化水饮。兼有外感寒邪者，可用桂枝加桂汤，通阳散寒而降冲逆。如下焦有寒，肝气挟寒上逆者，可用奔气汤，祛寒降逆，温肝理气。

由于奔豚气的发生多与情志有关，且多伴失眠、心悸等心神不安的症状，故平时可用甘麦大枣汤，养心安神，进行调理。

除中

伤寒病人胃气衰败，食量逾常的反常症状，称除中。除中名出《伤寒论》，《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》云："伤寒……脉迟为寒，今与黄芩汤复除其热，腹中应冷，当不能食，今反能食，此名除中，必死。"又云："凡厥利者，当不能食，今反能食者，恐为除中。"

病因病机 除中证多见于伤寒厥阴病。厥阴病为正邪相争，阴阳交战的阶段。如热而不厥冷，为阳胜；厥冷而不热，为阴胜。阳气来复，则下利等证自愈。阳气不复，阴邪亢盛，则厥逆、下利之证加甚。凡厥利者，中必寒，当不能食；今反能食，是阴邪除去胃中阳气，而为除中。这是中气至为虚惫，欲引食以自救之象。病人胃气垂绝，多属危证。厥阴病厥热胜复之际，若误用寒凉药物，重伤胃阳，多致发生除中。

辨证 疑似除中的诊断：当厥多于热的时候，反而能食，恐是胃阳垂绝的除中证，可观察其变化，如食后暴发热，热暂来而即去，属除中死候；如不发热，或微有热，这

是胃气尚存，必然好转向愈；若至次日发热尚在，更证明是阳气回复之象。

治疗　《伤寒论》认为除中为“必死”，未出治疗方药。后世医著也缺乏救治法。但除中证既属胃阳垂绝，姑可用附子理中汤之属，以冀一效。

脏结

伤寒病人胸脘满痛，下至腹部鞕痛，时时下利者，为脏结。脏结名出《伤寒论》，云：“何谓脏结？答曰：如结胸状，饮食如故，时时下利，寸脉浮，关脉小细沉紧，名曰脏结。”《医宗金鉴》称脏结证。另有一种宿疾，病人胁下素有痞，连在脐旁，痛引少腹，入阴筋者，亦名脏结。同见于《伤寒论》。

病因病机　脏结证由中阳大虚，阴寒凝结在脏所致。其邪多由胸脘陷入于里。虽然胃无实邪，但阳气衰微，中焦不能运化，难以分清泌浊，偏渗于大肠，故见疼痛鞕满、下利诸症。

辨证　脏结症见胸脘满痛，下至腹部鞕痛，时时下利，但饮食如故。寸脉浮，关脉小细沉紧，舌苔白滑。脏结证须与结胸相鉴别：结胸病属里壅塞，必不能饮食；脏结证属里虚，与胃腑无涉，故饮食如故。结胸属实热，故鞕痛不大便而脉沉实；脏结属虚寒，故鞕痛下利而脉沉紧。

治疗　脏结证系阴寒内结，《伤寒论》云“难治”，但可用理中汤、四逆汤等温运消散之。其胁下素有痞者，亦应配合软坚散结之法。

针灸治宜温中散寒。选神阙、关元、天枢、水分和阴交，或大肠俞、四满、足三里、上巨虚及中封等穴。除神阙穴仅灸不针外，其他各穴针灸并施。

外治法可作辅助治疗：①吴萸、生姜各 12 克，共捣成球状，摊敷脐上。②花椒、食盐，混合炒热，布包熨脐上。③艾叶一团，葱七根，姜六片，烧酒少许同捣，炒热，布包熨脐上。

温病

感受四时温热之邪所引起的各种外感急性热病，总称为温病。具有起病急，热象较盛，传变迅速，易于伤阴劫液，逆传心包，动风痉厥的临床特点。温病名出自《内经》。《素问·六元正纪大论》：“初之气，地气迁，气乃大温，草乃早荣，民乃厉，温病乃作……。”又名温热病，亦称伤寒。《难经》曰：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病。”《肘后方》以感受温邪热毒者称温毒。《千金要方》称黑骨温病等。《伤寒直格》以四时天气定名，春曰温病，夏曰热病。《医学入门》将长夏受暑，秋后发病者，称伏暑。《医门法律》以秋季伤于时温，称秋燥。《温疫论》以四时感温命名，称春温、夏温、秋温、冬温，其中具有传染性的，称为瘟疫。《临症指南医案》以时令主气定名，称风温、湿温。《温病条辨》补充了暑温。又以邪踞部位命名，称上焦温病、下焦温病；结合六经定名，如称太阴风温、温热、温疫、冬温、太阴温病、手太阴暑温、两太阴暑温、手厥阴暑温、太阴伏暑、太阴湿温、阳明燥证、阳明温病、阳明温毒、阳明暑温、阳明湿温、少阴温病等。现代医学中多种发热性疾病，包括大叶性肺炎、肠伤寒、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等很多疾患，均可参照温病辨证施治。

病因病机　温病有新感温病与伏气温病之分。如感受四时不同的温热病邪而发病者称新感温病，如人体冬不藏精便致正气虚怯，在春天易感受外邪而病温者称伏气温病。《素问·金匮真言论》所谓：“夫精者，身之本也。故藏于精者，春不病温。”有关四时季节的温热之邪，《温病条辨·上焦篇》论述颇详：“风温者，初春阳气始升，厥阴行令，风夹温也。温热者，春末夏初，阳气弛张，温盛为热也。温疫者，厉气流行，多兼秽浊，家家如是，若役使然也。温毒者，诸温夹毒，秽浊太甚也。暑温者，正夏之时，暑病之偏于热者也。湿温者，长夏初秋，湿中生热，即暑病之偏于湿者也。秋燥者，秋金燥烈之气也。冬温者，冬应寒而反温，阳不潜藏，民病温也。温疟者，阴气先伤，又因于暑，阳气独发也。”指出了四时不同性质的温邪，侵袭人体而导致各种温病的发生。

温病的发病与传变，《温热经纬·叶香岩外感温热篇》说：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”肺合皮毛，主一身之表，又肺位居高，故温邪伤人，首先犯肺，肺受邪后有顺传和逆传的不同，其顺传，《温热经纬·叶香岩温病条辨·中焦篇》认为：“上焦病不治，则传中焦胃与脾也；中焦病不治，则传下焦肝与肾也。始上焦，终下焦………。”叶香岩以温邪传变，重视卫气营血的循序相传，如《温热经纬·叶香岩外感温热篇》之“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血”的论述，即上焦肺卫病渐次传于气分，然后传营血，由卫气而入营血，按浅深层次传变。其逆传为肺卫之邪，径自内陷心包，使疾病出现了急剧的转变，病邪不传气分，而迅传心包营分，故称“逆传”。

温为阳邪，热变最速，易于传阴劫液，致人阴水枯涸。邪热鸱张，内灼阳明，则成气分大热或胃家实证；热逼营分，则斑疹隐隐；热扰神明，则神昏谵妄；热极生风，则抽搐痉厥；热逼血分，则迫血妄行为吐衄、便血、溲血等。

温病有伏气和新感之异，《素问·热论》说：“凡病伤寒而成温者，先夏至日为病温，后夏至日为病暑。”《素问·阴阳应象大论》说：“冬伤于寒，春必病温。”都指出了感邪而不即发病，邪伏体内，逾时复由内而外发的一种温病，即后世所称的伏气；外感温邪而即病者为新感。清代医家一般把春温、伏暑、温毒等归纳在伏气温病范围内，具有伏热深重，变幻多端，由里达表的病理特点；风温、暑温、秋燥则为新感温病，初感即见表证，由表入里的病理特点。

小儿脏腑薄，藩篱疏，易受温邪而发病。且由于其稚阳未充、稚阴未长，温邪既损阴液，又耗阳气，因而在温病过程中易见阴虚阳竭。温病大多病势急猛，变证较多，尤以3岁以下幼儿为最。

四时温病的病因病机，现归纳如下：

风温：风温乃轻清燥热之阳邪，初起多袭肺卫，肺热熏蒸则清肃失司，阴液受劫。顺传则由肺卫而入阳明气分，逆传则内陷心包。

暑温：暑为火热之邪，传变急速，初起发病多径入阳明胃，所谓"夏暑发自阳明"。暑邪易耗伤元气，劫烁阴液，故人体极易出现气阴两伤之证。暑又常兼湿邪，而成暑温夹湿之证。暑邪人心营，则见神昏谵语。

湿温：湿为重浊阴邪，与热相合则粘腻难以速解，病程较长。其证每以湿热困阻三焦，并以脾胃为主，叶香岩所谓："气病有不传血分而邪留三焦，亦如伤寒中少阳病也。"人体阳气旺则随火化而归阳明，阳气虚则随湿化而归太阴。热重于湿，其病机侧重在阳明胃肠；湿重于热，则病机侧重于太阴脾土。湿温留恋三焦，病情每致缠绵，如湿邪化燥，深入营血，每致便血、谵妄。

秋燥：燥邪初起多袭肺卫，致肺经津气干燥；如传入阳明胃肠，多成津枯肠燥之证；如传入下焦，每伤肝肾之阴，致水不涵木，虚风妄动。

至于春温、伏暑，则伏邪在里，内热炽盛而病情更为严重，其病机主要在邪伏气营，由里出表或热陷心包而致动风痉厥。

辨证 首先当按时令和症状分清四时不同性质的温病。

风温：风温是发生于冬春两季的温热病，初起以发热、微恶寒、咳嗽、微渴等肺卫见症为特征。在病变中易于出现红疹外透，痰热喘急等症。

春温：春温是发生于春季的伏气温病，以热变急骤，症情严重，初起即见热炽、燥渴、心烦、溲赤等里热证候为特点。其证热邪多在气营，而见胃肠、胆、心包等热炽表现。

暑温：暑温是发生于夏季的急性热病，以壮热、烦渴、汗多等阳明内热证为特点，且发病急，传变速。初起往往即见阳明热炽，如恶热、心烦、头痛、燥渴、面赤、气粗、多汗等。易消耗元气和阴液，令人气阴两伤。暑温夹湿，则多见胸痞身重，溺短多汗，不甚渴饮等症。

湿温：湿温是发生于夏秋雨湿较盛季节的温病。初起以身热不扬，头痛恶寒，身重脘痞，不渴，苔腻为主症。其特点是传变较慢，病势淹缠，易发白痦。

伏暑：伏暑是发于秋冬的伏气温病。其特点是初病似感冒，但里有暑热见症，后则但热不寒，入夜为剧，大便多溏而不畅，胸腹痞闷灼热，热势炽重，且又缠绵。

秋燥：秋燥是发生于秋令的外感热病。其特点是初起邪在肺卫，而见咽干，鼻燥，燥咳，皮肤干燥，便结等津气干燥症状。

以上各种温病，又须结合叶桂（又名叶天士、叶香岩）所阐述的卫气营血辨证和吴鞠通所发挥的三焦辨证，以有利于进一步分析病情轻重浅深，明确邪踞部位，而决定治疗用药。

卫气营血辨证要点 现分述如下：

邪在卫分：症见发热恶寒，头痛咳嗽，微渴，无汗或少汗，脉浮数，苔薄白，舌质红等。

邪在气分：症见壮热，不恶寒，渴饮多汗，气粗喘咳，便秘，脉洪大或沉实有力，苔黄燥或焦黑有芒刺等。

邪在营分：症见心烦不寐，时有谵语，身热夜甚，口渴不甚，脉细数，舌质深绛等。

邪在血分：症见神昏谵妄，躁扰发狂，动风痉厥，斑疹，吐衄，便血，溲血，舌质深绛等。

三焦辨证要点 现分述如下：

上焦证候：主要包括肺经及心包经的病变。温邪袭肺，外则卫气被郁，内则肺气失宣，症见发热、恶寒，无汗或少汗，微渴，咳嗽，苔薄，舌尖红，脉浮数等；表邪入里，邪热壅肺，则见身热汗出，口渴气粗，苔黄，脉数等症。温邪内陷心包，则神明无主，见神昏谵语，舌质红绛等。

中焦证候：主要指脾、胃病变。邪入中焦，从燥化则见发热，恶热，烦渴引饮，面赤气粗，便秘，溲赤，苔黄等症；从湿化则见身热不扬，胸闷脘痞，泛恶困倦，肢重，苔腻等症。

下焦证候：主要包括肝、肾两经的病变。热邪耗伤肾阴则见心烦不寐，身热，手足心热，口燥，咽干，脉虚数等症；肾水不足则水不涵木，木失所养则虚风妄动，可见瘈疭、肢厥、手足蠕动等症。

温病须与疫病、痉病等作鉴别：温病大多呈散在发病，温疫则有强烈的传染性，可延门阖户引起流行。在某些症状方面，温疫与一般温病亦有不同，《疫病篇·论疫与伤寒似同而异》指出："疫证初起，有似伤寒太阳阳明证者，然太阳阳明头痛，不至如破，而疫则头痛如劈，沉而不能举。伤寒无汗，而疫则下身无汗，上身有汗，唯头汗更盛。……有似少阳而呕者，有似太阴自利者。少阳之呕，胁必痛，疫证之呕，胁不痛，因内有伏毒，邪火干胃，毒气上冲，频频而作。太阴自利，腹必满，疫证自利，腹不满，大肠为传送之官，热注大肠，有下恶垢者，有旁流清水者，有日久数十度者……。"可供临床参考。

温病的动风痉厥与一般痉病亦不同，前者在病邪深入营血，扰动肝风后始见痉厥。而痉病初起即可出现颈项强直，角弓反张等症，可由病邪侵入经络，津液不足，筋失濡养或风、寒、湿、痰、火邪等壅滞经络所致。

治疗 《温热经纬·叶香岩外感温热篇》指出："在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气……入血就恐耗血动血，直须凉血散血……。"具体治疗方法有：解表、清热、化湿、通下、养阴、开窍、熄风等。

解表有辛凉解表和微辛宣解等，前者适宜于温邪袭肺，肺热明显者，后者宜于卫表阻遏，无汗而微恶风者。

清热法在温病治疗中运用较多，有清气、清营、凉血之分。在清气中，温热上炎，肺气郁阻者，宜轻宣清气；气分大热者，宜辛寒清气；热毒炽盛者宜苦寒清热。在清营中，气分之热未罢，营分之热又起者，可用透热转气、清营泄热法；气营两燔者宜气营双清法。在凉血中，血热毒盛者，宜凉血解毒；血热瘀结者，宜凉血散血。化湿法中，湿浊中阻者，可用芳香化浊；湿热阻困者，可用淡渗利湿；湿热中阻，胃失和降者，宜辛开苦降法。开窍法中，心包热炽者，宜清心开窍；痰浊蒙闭者，宜豁痰开窍。养阴法中，肺胃之阴津亏乏者，宜甘寒养阴；肝肾之阴液消涸者，宜咸寒滋阴。熄风法中，肝木鸱张者，宜清肝熄风；虚风妄动者，宜滋阴熄风。通下法中，邪热炽盛者，宜导滞通腑；液涸肠燥者，宜增液通下；瘀结腑实者，宜导瘀破结。

至于小儿温病的治法，正如清代石寿棠《温病合编》所云："小儿温病，悉与大人同，而时见惊搐，类于惊风，但当较大人小其剂以治之。初起辛燥药如苏、荷、荆芥之类，切勿多用。小儿不能言，遇当下证，既不知其谵妄，复难验其舌苔，惟见唇赤而燥，小便赤，大便秘，或黄臭水，心下至少腹有胀硬处，即是下证。此幼科要诀也。"

温病患者，宜注意保存阴液，食物宜清淡，忌食辛辣燥热之品，以免耗伤津液。

风温

发于冬春季节，初起有发热、微恶风寒、咳嗽、口微渴等肺卫证候的外感热病，称为风温。《温热经纬·叶香岩外感温热篇》："风温为病，春月与冬季居多，或恶风或不恶风，必身热，咳嗽，烦渴，此风温证之提纲也。"风温病名出《伤寒论》，但所述为温病误用辛温发汗后引起邪热更盛，津液损伤的病证。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病，若发汗已，身灼热者，名风温。"叶天士明确提出风温属新感温病。《通俗伤寒论》称风温伤寒，又名风温兼寒、风寒包火，认为有新感和伏邪两种。《张氏温暑医旨》则认为有温邪误汗、两感和感时令风邪三种，《时病论》亦主风温为两感之变，而春季新感温病则称风热。风温之病名，在《重订广温热论》中又称风火，亦指两感为病，而新感风温即陆九芝所称的小风温、小风热。现代的温病学著作，把风温列为新感温病的范畴。

病因病机 本病是春季感受风热邪气。肺居上焦，首先受病。《温热经纬·叶香岩外感温热篇》："温邪上受，首先犯肺……。"邪气入侵，必伤肺卫，如果邪热内传，可顺传于胃；也可逆传心包。《温热经纬·叶香岩外感温热篇》王按："由上焦气分以及中下二焦者，为顺传；惟包络上居膻中，邪不外解，又不下行，易于袭入，是以内陷营分者为逆传也。"若邪犯厥阴易见热甚动风。

辨证 本病初起主要表现为发热，恶风，咳嗽，口微渴或有咽痛等肺卫证候。邪热顺传于胃，多呈阳明热盛证象；温邪逆传心包，则见昏愦、谵妄等神志证候。后期常表现肺胃阴液耗伤之象。在病变过程中常可出现外发红疹及痉厥动风、痰热喘急等症，在辨证时必须注意。风温病应与春温、冬温鉴别（见"春温"条及"冬温"条）。临床上对风温病的辨证大致如下：

邪袭肺卫：症见发热，微恶风寒，头痛，无汗或少汗，咳嗽，或胸闷胸痛，口微渴，舌尖边红，苔薄白，脉浮数。此为风温邪袭肺卫，卫气被郁，肺气失宣，温热伤津。

热郁胸膈：症见身热，心烦懊侬，坐卧不安，舌苔微黄，寸脉盛。此乃热入气分，扰郁胸膈。

热灼胸膈：症见身热不已，烦躁不安，胸膈灼热如焚，唇焦咽燥，口渴或便秘，舌红苔黄，或黄白欠润，脉滑数。此为胸膈热焚，腑气不通。

痰热结胸：症见面赤身热，渴欲凉饮，饮不解渴，得水则呕，胸脘痞满，按之疼痛，大便秘，苔黄滑，脉滑数。此为胸脘痰热，津不上承，胃失和降。

热壅于肺：症见身热汗出，烦渴咳喘，或胸闷胸痛，痰粘不爽，舌红苔黄，脉数。此乃肺热津伤，气机失畅。

肺热腑实：症见痰热壅盛，喘促不宁，便秘潮热，苔黄腻或黄滑，脉右寸实大。此为痰热阻肺，肺气失降，热结肠腑。

肺热发疹：症见身热，咳嗽，胸闷，肌肤红疹点，舌红苔黄，脉数。此为热郁肺经，波及营络。

阳明胃热：症见高热多汗，面赤心烦，渴喜冷饮，苔黄而燥，脉洪大。乃胃热炽盛，津液灼伤。

阳明腑实：症见日晡潮热，时有谵语，大便秘结或纯利稀水，腹部胀满硬痛，舌苔黄燥，甚则灰黑而燥，脉沉有力。此为热结肠腑，腑气不通，神明被扰。

肠热下利：症见身热，咳嗽，口渴，下利，肛门灼热，苔黄，脉数。此为肺胃邪热，下注大肠。

热陷心包：症见身热，神昏谵语，或昏愦不语，肢厥，舌蹇而绛，脉数。此乃热闭心包，神明失灵。

窍闭腑实：症见身热神昏，肢厥便秘，腹部按之硬痛，口渴欲饮，饮不解渴，舌绛而蹇，苔黄燥，脉沉数有力。此为阴液灼伤，窍闭腑实。

热极动风：症见身热，手足瘛疭，口渴，苔黄，脉弦数。此由热邪极盛，劫液伤筋，肝风内动。

肺胃阴伤：症见身热未净或无热，干咳或稍有粘痰，口燥而渴，舌红苔干，脉细数。此为邪热退而未尽，肺胃阴伤。

对于小儿风温，临床多从风温犯卫、喘、咳、痉、厥以辨治，其他均参考成人。

风温犯卫：风温之邪先犯肺卫，其症发热、咳嗽而渴。

风温喘促：热势偏盛而喘发急促者，为风热暴喘。《素问病机气宜保命集·热论》："暴热上喘者，病在心肺，谓之高喘。"多由风温病邪灼伤津液，积液成痰，痰热交蒸，壅遏于肺所致。前人认为"心火乘肺，脾之痰升，故肺

胀而喘，谓之马脾风。马脾风者，肺胀也。"其症寒热喘促，咳嗽，咳吐黄痰，喉中漉漉有声。

风温咳血：风热之邪灼伤肺络，血随咳出。其症喉痒咳嗽，痰中带血，口干鼻燥，舌红苔黄，指纹紫。若风热灼及于肝，激动肝经之火，由于肝之脉络布于两胁，肝火乘之袭络，脉络壅滞，气血不和，则在咳血之际，常兼有胁肋牵引痛。

风温发痉：又名风温痉。其症发热，咳嗽，四肢痉挛，或抽搐，为热极生风，风袭于络所致。

风温闭厥：小儿风温最易闭厥，表现神识昏迷，身热肢冷。主要因风温夹有痰热，蒙蔽心包而成。有风温热闭和风温痰闭之分：风温热闭，其症神昏不知人，烦躁或谵妄明显，高热面赤、气粗、舌绛、脉数，指纹色紫，属邪热炽盛，内传心包；风温痰闭，其症多呈神昏嗜睡，不烦躁，发热不甚，面色滞垢，呼吸有鼾声，舌苔白腻，或灰厚而腻，属痰浊之邪，蒙蔽心窍。

治疗 《素问·至真要大论》有"风淫于内，治以辛凉，佐以苦甘"的记载。初起邪在肺卫，应辛凉宣解；邪传气分，则宜辛寒清热，或苦寒攻下；内陷心营，则必需清营透热，或清心开窍；兼见热甚风动，应配以凉肝熄风；后期肺胃阴虚，宜甘寒清养肺胃之阴。《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》："此证初因发热喘嗽，首用辛凉，清肃上焦……若色苍热胜烦渴，用石膏、竹叶辛寒清散，……若日渐多，邪不得解，芩连凉膈亦可用；至热邪逆传膻中，神昏目瞑，鼻窍无涕洟，诸窍欲闭，其势危急，必用至宝丹或牛黄清心丸；病减后余热，只甘寒清养胃阴足矣。"

邪袭肺卫：治宜辛凉解表，宣肺泄热。方用桑菊饮、银翘散。

热郁胸膈：治宜清宣透热。方用栀子豉汤。

热灼胸膈：治宜清泄膈热。方用凉膈散。

痰热结胸：治宜清热化痰，和胃开结。方用小陷胸加枳实汤。用黄连清热；栝蒌宽胸化痰；半夏化痰和胃止呕；枳实降气开结。

热壅于肺：治宜清热宣肺。方用麻杏甘石汤。

肺热腑实：治宜宣肺化痰，泄热通下。方用宣白承气汤。以杏仁、石膏清热宣肺；瓜蒌清肺化痰；大黄泄热通下。

肺热发疹：治宜宣泄肺热，凉营透疹。方用银翘散去豆豉，加细生地、丹皮、大青叶、玄参凉营解毒。

阳明胃热：治宜清热生津。方用白虎汤。

阳明腑实：治宜攻下泄热。方用调胃承气汤。

肠热下痢：治宜清热止利。方用葛根黄芩黄连汤。

热陷心包：治宜清心开窍。方用清宫汤送服安宫牛黄丸。如动风痉厥用紫雪丹；如兼痰浊用至宝丹。清宫汤中犀角清心热；玄参心、莲子心、麦冬清心滋液；竹叶卷心、连翘心泄热。安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹均能清心开窍，而安宫牛黄丸优于清热解毒；紫雪丹兼能泄毒熄风；至宝丹长于豁痰化浊。

窍闭腑实：治宜清心开窍，急下存阴。方用牛黄承气汤。用安宫牛黄丸清心开窍，生大黄苦寒通腑。

热极动风：治宜凉肝熄风。方用羚角钩藤汤。

肺胃阴伤：治宜滋养肺胃阴津。方用沙参麦冬汤。以沙参、麦冬、花粉、玉竹滋养肺胃阴津；扁豆、甘草和养胃气；桑叶清透邪热。

小儿风温的治疗基本同成人，但也有一定的特殊性。

风温犯卫：《幼科要略》："风温肺病，治在上焦"，"初因发热喘嗽，首宜辛凉清肃上焦，如薄荷、连翘、牛蒡、象贝、桑叶、沙参、栀皮、瓜蒌皮、花粉。若色苍，热胜烦渴，用石膏、竹叶，辛寒清散。"

风温喘促：治宜清热宣肺，降浊豁痰，用五虎汤加苏子、葶苈。便闭者加一捻金或升降散。

风温咳血：治宜清金润肺，宁络止血。用桑杏汤去香豉，加白茅根、茜草炭、鲜荷叶、侧柏叶以止血，有身热者加薄荷、菊花以辛凉解表。咳血，伴胁肋牵痛，治宜清肝润肺，和络止血，用泻白散加青黛、海蛤散。

风温发痉：《温病条辨·解儿难》："风温咳嗽致痉者，用桑菊饮、银翘散辛凉剂，与风寒咳嗽迥别。"风温化热，劫胃伤津，壮热，汗出而痉者，用白虎汤合增液汤，以养胃存津。如兼神昏谵语者，则用清宫汤、安宫牛黄丸、紫雪丹之类，以清心开窍。痉止以后，用生脉散合六味地黄汤，以复丧失之阴液。

风温闭厥：属邪热炽盛，内传心包者，治宜清热开窍，可用清宫汤、安宫牛黄丸；属痰浊蒙蔽心窍，治宜豁痰开窍，可用苏合香丸。伴有痉厥者，用紫雪丹。

《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》云："俗医见身热咳喘，不知肺病在上之旨，妄投荆、防、柴、葛，加入枳、朴、杏、苏、菔子、楂、麦、橘皮之属，辄云解肌消食；有见痰喘，便用大黄礞石滚痰丸，大便数行，上热愈结。幼稚谷少胃薄，表里苦辛化燥，胃汁已伤，复用大黄大苦沉降丸药，致脾胃阳和伤极，陡变惊痫，莫救者多矣。"因此，本病初起，一般邪伤太阴肺分，治宜清轻宣解，药如桑、菊、翘、蒡之类，痰咳加贝母；声浊不扬加兜铃；火盛烦渴加石膏、花粉；咽痛加射干；痞闷加郁金、枳壳；干咳喉燥加蔗浆、梨汁；咽喉锁痛加莱菔汁。如有变证，随宜施治。由于小儿稚阴稚阳，易于阴损及阳。阴损者急养其阴，如二地、二冬，佐以清轻宣透，如桑、菊、竹叶，以防滋腻留邪；阳衰者急救其阳，如参、附、龙、牡，佐以温通活络，兼以利气豁痰。如汗出过多，则又宜于救阳的同时，配五味、黄芪以收耗散之气。

春温

发生于春季的以起病急，病情重，变化多，病程长和发病即见高热，口渴，心烦，溲赤或神昏、发斑等里热阴伤证候为特点的一种伏气温病，称为春温。春温病名见《儒门事亲》。嗣后，为多数温病学家所循用。《通俗伤寒论》

称春温伤寒。又名客寒包火、冷温。《伤寒指掌》邵评："有伏气和新感两种"。《增补评注温病条辨》王按："风温亦曰春温。"《重订广温热论》又名春时晚发。现代的温病学著作，都已确认春温是伏气温病的一种。

病因病机 本病由于冬令人体精气失于固藏，感受寒邪，伏藏于里，郁久化热，至春阳气动泄，伏热外发；或因再感时邪引动伏热而发病。《素问·生气通天论》："冬伤于寒，春必病温。"《素问·金匮真言论》："夫精者，身之本也，故藏于精者，春不病温。"《温热逢源·详注灵枢素问伏气化温诸条》阐述："冬伤于寒，正春月病温之由，而冬不藏精，又冬时受寒之由也。"《温热逢源·伏温从少阴初发证治》又说："其发也，有因阳气内动而发者，亦有时邪外感引动而发者。"而其伏邪部位，有王叔和"藏于肌肤"；巢元方"藏于肌骨"；柳宝诒"伏于少阴"；俞根初"发于少阳募原"，"发于少阴血分"；陆九芝"发于阳明"等说。

由于春温患者感邪有轻重，正虚有微甚，分析归纳其病机，则有发于气分和发于营分、血分之别。发于气分，少阳可见寒热往来，或但热不寒，口苦溲赤；发于气分，阳明则呈壮热口渴，兼腑实则便秘唇燥；发于营分，可见舌绛心烦，身热夜甚，或热闭心包，神昏谵语；发于血分，则显发斑，吐衄。由于春温系伏热为患，故最易伤阴；热伏阴伤，易见热盛动风。后期多致肝肾阴虚。如时邪引发，则必兼卫分表证。小儿春温，由于儿童气血未充，营卫薄弱，而温邪易于化火，耗气伤阴，故其病机传变极为迅速。初起时邪在卫分，迅即化热转气，形成卫气同病。体弱者温邪迅速传里，侵入营血；或伏热鸱张，累及心肝，而见项强，痉厥，皮肤发斑，神昏谵语。如温邪炽盛，正气极虚，即可出现邪热内陷厥阴，闭塞清窍，出现内闭外脱之证。

辨证 春温病应与风温病鉴别。风温病是春、冬两季感受风热病邪之新感温病；春温是冬感于寒，郁而化热，春发于外，或新感引动伏热之伏气温病。风温病至后期可表现肺胃阴伤之象；而春温一发病即可出现伤阴证候。春温的辨证，不仅以卫气营血辨证为原则，而且还须明脏腑，别阴阳，知虚实。在临床上，大致可分以下类别：

春温犯卫：见于春温初起，时邪引动者。症见头疼身痛，发热，或微咳。有温热与挟寒之别。温热犯卫者，多兼口渴、唇干，脉浮数，小儿指纹浮紫；春温挟寒者，则多有恶寒，无汗，脉浮，苔白，小儿指纹浮而色红。

气热兼表：症见发热恶寒，头痛而渴，心烦溲赤，舌尖红，苔黄，脉浮数。此为时邪引动气分伏热。

营热兼表：症见发热恶寒，头痛，无汗或少汗，心烦，咽喉干燥，舌红，苔薄白而干，脉浮细而数。此为时邪引动营分伏热，营阴已损。

热郁少阳：症见寒热往来，热多寒少，口苦而渴，胸胁闷痛，呕恶溲赤，苔黄略腻，脉弦而数。此为伏邪外发，阻滞少阳三焦。

少阳胆热：症见发热不恶寒，口苦而渴，心烦，小溲短赤，舌红苔黄而干，脉弦数。此乃热在少阳胆经，津液受伤。

胃热阴伤：症见壮热汗出，口渴喜饮，心烦唇燥，溲赤，舌红，苔黄干，脉数。此为邪伏阳明胃经，阴液见伤。

腑实阴液虚：症见发热，腹满，便秘，口干唇裂，舌苔焦燥，脉沉实。此乃腑实未去，阴液已伤。

腑实气液虚：症见发热，腹满，便秘，口干咽燥，倦怠少气，苔黄或焦燥，脉沉弱或沉涩。此为腑实未去，正气阴液已伤。

热在心营：症见身热夜甚，心烦躁扰，甚则时有谵语，热闭神昏，咽干，口反不甚渴饮，舌质红绛，无苔，脉细数。

热盛动血：症见高热躁扰，甚或昏狂谵妄，斑疹显露（斑疹色鲜红者热较轻，色紫者为热甚，色黑者为热极），或吐血、衄血、便血、溲血，舌质深绛，脉细而数。此乃邪伏血分，扰其心神，血热妄行。

气营（血）两燔：症见高热口渴，烦躁不宁，或肌肤发斑，甚则吐血衄血等。舌绛苔黄，脉细数或洪数。此为气血分热炽，心营被扰，血热妄行。

血热瘀结：症见发热夜甚，少腹坚满疼痛，小便自利，神志如狂，或清或乱，舌紫绛而暗，脉沉实。此乃血分热盛，瘀结下焦。

热盛动风：症见身热壮盛，头晕胀痛，手足躁扰，甚则瘈疭，狂乱痉厥，舌红苔燥，脉弦而数，小儿指纹青紫。此乃肝筋受灼，热极生风，清空受扰，神明失安。

阴虚火炽：症见身热，心烦不得卧，舌红苔黄，脉细数等。此为热伤肾阴，心火亢盛。

肝肾阴虚：症见身热不甚，久留不退，手足心热甚于手足背，口干，舌质干绛，甚则紫黯而干，或神倦，耳聋，脉象虚大。此为热邪久羁，肝肾阴伤，虚热未尽。

虚风内动：症见手足蠕动，甚则瘈疭，心中憺憺大动，神倦脉虚，甚或时时欲脱，舌绛苔少，脉细数。此为肾阴虚损，肝筋失养，虚风内动。

邪留阴分：症见夜热早凉，热退无汗，能食形瘦等。此乃余邪留伏营阴，灼耗阴液所致。

春温厥逆：症见突然神昏厥逆，斑疹迅速增多，其色紫黑，肢端青紫而凉。为血瘀窍阻，内闭之象。

春温脱证：其症短时期内出现面色苍白，四肢厥冷，肢端青紫，斑疹暗黑，脉象微细，小儿指纹沉滞；或四肢微温，气促、口渴。见于素体虚弱而起病急剧者。

治疗 本病以清热养阴为原则。如《温热逢源》详注《难经》伏气发温诸条说："治伏气温病，当步步顾其阴液。"热在气分，宜清热养阴；热在营分，应清营透热；热盛动血，须凉血清热；热极动风，应凉肝熄风；肝肾阴虚，宜滋肾养肝；如兼表证，则清里解表。《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》说："春温一证……，苦寒直清里热，热伏于阴，苦味坚阴，乃正治也……。若因外邪先受，引动在里伏热，必先辛凉以解新邪，继进苦寒，以清里热。"《医学衷中参西录·春温》说："兼阴虚者，当其发表，清解，降下

之时，皆宜佐以滋阴之品。"其具体治法如下：

春温犯卫：温热犯卫者，治宜辛凉解表，用银翘散、桑菊饮加减；春温挟寒者，治宜辛平解表，微使发汗，用葱豉汤加防风、桔梗、杏仁等。如伴有头痛项强者，可加葛根、僵蚕。

气热兼表：治宜表里双解。方用葱豉桔梗汤加黄芩。

营热兼表：治宜滋阴解表。方用加减葳蕤汤。

热郁少阳：治宜清泄少阳。方用蒿芩清胆汤。

少阳胆热：治宜清热坚阴。方用黄芩汤。

胃热阴伤：治宜清热养阴。方用仙露汤，以石膏、连翘大清胃热；玄参、粳米滋养阴液。

腑实阴液虚：治宜滋阴通下。方用增液承气汤。若实邪已去，仅阴液亏损，而致肠燥便秘者，则用增液汤以滋阴润燥。

腑实气液虚：治宜益气养液通下。方用新加黄龙汤，以人参、甘草扶补正气；大黄、芒硝泻热软坚；麦冬、生地、玄参、当归滋阴润燥；海参滋补阴液，咸寒软坚；少佐姜汁宣通气滞。

热在心营：治宜清营泄热。方用清营汤。如热闭心包，神昏者，则应清心开窍，亦可用清宫汤和安宫牛黄丸、至宝丹等。

热盛动血：治宜凉血解毒。方用犀角地黄汤。

气营(血)两燔：治宜气营(血)两清，可用玉女煎加减。如见发斑，则用化斑汤；如见吐衄等，则用白虎汤合犀角地黄汤。或清瘟败毒饮加大青叶、紫草之类。

血热瘀结：治宜攻下泄热，活血逐瘀。方用桃仁承气汤。

热盛动风：治宜清营凉肝熄风。方用羚羊钩藤汤加紫雪丹。

阴虚火炽：治宜滋阴清热。方用黄连阿胶汤。

肝肾阴虚：治宜滋养阴液。方用加减复脉汤。以地黄、阿胶、白芍、麦冬滋养肝肾之阴；炙甘草扶正；麻仁润燥。

虚风内动：治宜滋液熄风。方用三甲复脉汤。取加减复脉汤滋养肝肾之阴，加牡蛎、鳖甲、龟甲等三甲潜阳熄风。如兼见时时欲脱之候，则用大定风珠，取三甲复脉汤滋阴熄风，加鸡子黄血肉有情之品，以增强其效；五味子补阴敛阳，以防厥脱之变。

邪留阴分：治宜滋阴透邪。方用青蒿鳖甲汤。取青蒿芳香透邪；鳖甲滋阴搜邪；丹皮、生地凉血养阴；知母清热生津。

春温厥逆：治宜通络活血，开窍回厥。方用通窍活血汤、安宫牛黄丸。

春温脱证：治宜回阳固脱，用参附龙牡汤。如四肢微温，气促，口渴，气津两伤者，可用生脉散以益气生津救脱。

湿温

感受湿热邪气所引起的一种新感温病，名为湿温。多发生于气温较高、雨湿较多的夏秋季节。临床以发热不扬，传变较慢，病势缠绵，病程较长，湿热互阻为特点。初起多见身热，有汗不解，身重肢倦，胸脘痞闷，口渴不喜饮，苔腻脉缓等症。湿温病有一定的传染性。《尚论后篇》："湿温包括疫证在内，湿温至盛，长幼相似则疫矣。"小儿湿温，与成人相似。

湿温病名出《难经》。而在《内经》已有"溽暑湿热相搏"等记述。《温热条辨》称湿热。《通俗伤寒论》称湿温伤寒，又名湿温兼寒。

病因病机 是由于外感湿热邪气所引起，但与脾胃内伤有密切关系，如内湿素盛者，暑热入侵，易于留着而成湿温病。《温热经纬·薛生白湿热病篇》："太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。"《温热经纬》："既受湿又感暑也，即是'湿温'。亦有湿邪久伏而化热者。"本病四时均可发生，而以夏秋间为多见，且与地域有关。《温病条辨·湿温》："湿温者，长夏初秋，湿中生热。"《温热经纬·陈平伯外感温病篇》："东南地卑水湿，湿热之伤人独甚。"湿为阴邪，其性重浊腻滞，与热相合，蕴蒸不化，胶着难解，故起病较缓，传变多慢，病势缠绵，病程较长。《温病条辨·湿温》："湿为阴邪，自长夏而来，其来有渐，且其性氤氲粘腻……故难速已。"《温热经纬·薛生白湿热病篇》："夫热为天之气，湿为地之气，热得湿而愈炽，湿得热而愈横。"由于脾恶湿、胃恶燥，故湿热致病，多在脾胃。且因湿热之多少和中气之强弱，而有胃热偏胜或脾湿偏胜的不同表现。《温热经纬·薛生白湿热病篇》："湿热病属阳明、太阴经者居多，中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴。"章虚谷说："外邪伤人，必随人身之气而变……今以暑湿所合之邪，故人身阳气旺，即随火化而归阳明；阳气虚，即随湿化而归太阴也。"湿温病有种种临床表现，其具体病机较复杂。如湿温病湿困肌卫，热处湿中，气机不宣，清阳不升，为湿遏卫气之证。若湿邪秽浊，阻遏膜原，则阳气郁而不伸。如湿阻中焦脾胃，湿中蕴热，气机被郁，升降失司。中焦湿热俱盛，相互交蒸，气机阻滞，每致泌别失职。湿热留恋三焦，亦致气化失司，痰热内阻，升降失调。湿热之邪交结不解，蕴蒸脾胃，郁阻气机，亦可蕴毒于上，或留蓄于下，或熏蒸于肌肤。若湿热郁蒸不解，酿成痰浊，多致蒙蔽心窍。如湿热之邪侵入经络脉隧中，多致湿热发痉；或湿热化火，伤阴入营，肝风内动，也可致痉。湿热浊邪困闭于里，上蒙清窍，中困脾胃，下阻膀胱，是为湿热蒙上阻下之证。如湿热留恋气分不解，郁蒸肌表，则发白痦。若脾胃湿热蕴郁熏蒸，胆汁不循常道而外溢，为湿热发黄。如阳明热盛，兼太阴湿邪，往往湿热并重，或热重于湿。湿温病后，余邪未尽，气机不畅，多见胃气不醒。至于湿温变证，为湿热蕴蒸日

久，可导致化火，也可化寒。湿热化火，热迫于下，阴络损伤可出现便血。如便血过多，阴损及阳，则见阳虚气脱之危候。至若湿热化寒，多见于病的后期，如出现水肿，乃因阳虚湿滞所致。叶天士云："湿热一去，阳亦衰微。"

辨证　湿温应与暑温鉴别。湿温一年四季均可发病，夏秋季较为多见；暑温主要发病于夏季。湿温是感受湿热之邪而以湿邪为主；暑温因夏令雨湿较多，故每挟湿，但仍以暑热为主。所以湿温发病慢，传变缓，病程长；而暑温发病急，传变速，易伤津耗气。湿温和暑温的病变部位均在中焦脾胃，但湿温病以脾湿为显，而暑温病以胃热为重。以上几点可资鉴别。

湿温的辨证要点：本病初起，由于湿遏卫阳，故有卫分证表现，但为时甚短，且多伴有中焦气分见证。《温病条辨·湿温》："湿温病……上焦最少，病势不甚显张，中焦病最多。"由于湿为阴邪，热为阳邪，两种不同性质的邪气同时侵入，故临床在辨热重于湿，或湿重于热，或湿热俱重，并以三焦结合卫气营血辨证。

(1) 湿遏卫气：症见恶寒少汗，身热不扬，午后热象较显，头重如裹，身重肢倦，胸闷脘痞，苔白腻，脉濡缓。

(2) 湿遏膜原：症见寒甚热微，身痛有汗，手足沉重，呕逆胀满，舌苔白厚腻浊，脉缓。

(3) 湿阻中焦：症见身热不扬，脘痞腹胀，恶心欲呕，口不渴，或渴不欲饮或喜热饮，大便不爽或溏泄，苔白腻，脉濡缓。

(4) 中焦湿热：症见发热汗出不解，口渴不欲多饮，脘痞呕恶、心中烦闷，便溏色黄，小便短赤，苔黄腻，脉濡数。

(5) 三焦湿热：症见寒热起伏，胸闷脘痞，腹胀呕恶，口苦溲赤，苔黄腻，脉滑数。

(6) 湿热交结：症见汗出热解，继而复热，口渴不喜饮或不多饮，身重痛，苔薄黄而滑，脉缓。

(7) 湿热蕴毒：症见发热口渴，胸痞腹胀，肢痠倦怠，咽肿，溺赤，或身目发黄，苔黄而腻，脉象濡数。

(8) 湿热蒙窍：症见发热不甚，朝轻暮重，神识昏蒙，似清似昧，或时清时昧，时或谵语，舌苔黄腻而浊，脉滑而数。如痰热涌盛，进而窜营闭窍，则为舌绛苔浊，昏迷不醒。此证虽属邪犯心包，但系湿热蒸酿痰浊而内蒙，与热陷心营内闭心包之灼热肢厥，神志昏迷、谵语或昏愦不语，舌质红绛者，病机有所不同，应予区别。

(9) 湿热发痉：症见四肢牵引拘急，口噤，颈项强直，甚则角弓反张。若湿重于热者，兼有胸闷，发热不扬，渴不多饮，小便不利，苔白腻或微黄，脉弦劲；如热重于湿，则有壮热烦渴，斑疹，自利，或神昏痉厥，舌焦红，脉弦劲而数等证；若湿热化燥，则发痉撮空，神昏谵妄，或大便不通，舌质红绛，苔干黄起刺，或转黑色，脉弦细数。

(10) 湿热蒙上阻下：症见热蒸头胀，呕逆神迷，小便不通，渴不多饮，舌苔白腻。

(11) 湿热发痦：症见发热身痛，汗出不解，胸脘痞闷欲呕，白痦见于胸腹等处，苔黄滑腻。白痦常随汗而出，若晶莹饱绽，发后反觉病轻，为正气较盛，湿热外透之象，白痦破之有淡黄色浆液；若正气不足，津液内耗，则水泡呈枯白色，称枯痦。白痦属于气分，若热重而营分亦病，常与红疹并见，多为病情较严重。

(12) 湿热发黄：症见身目俱黄，脘痞纳呆，肢乏溲赤，苔黄而腻。

(13) 热重于湿：症见壮热面赤，口渴欲饮，身重脘痞，苔黄微腻，脉象滑数。

(14) 余邪蒙绕：症见身热已退，脘中微闷，知饥不食，苔薄腻。

(15) 湿温变证：①便血：症见身灼热烦躁，便下鲜血，舌质红绛。若便血过多，阳虚气脱，症见便血不止，面色苍白，汗出肢冷，舌淡无华，脉微细。②水肿：症见形寒神疲，心悸头晕，面浮肢肿，小便短少，苔白舌淡，脉沉细。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　本病以清热化湿为治则。若单用清热或仅化其湿，皆非所宜。《温病条辨·湿温》："徒清热则湿不退，徒祛湿则热愈炽，若湿偏重，以祛湿为主，兼以清热，热偏重，以清热为主，兼以祛湿。"可依各个阶段的不同表现，应用芳香化浊、淡渗利湿、苦寒清热等治法。湿温病初起，忌用发汗、攻下、滋阴等法。《温病条辨·湿温》："汗之则神昏耳聋，甚则目瞑不欲言；下之则洞泄；润之则病深不解。"

(1) 湿遏卫气：治宜芳香宣化。若表湿较甚，用藿朴夏苓汤。以藿香、豆豉宣透肌表之湿；杏仁宣肺利气，使湿易化；厚朴、半夏、蔻仁苦温燥湿；猪苓、赤苓、泽泻、苡仁淡渗利湿，使表里之湿，内外分解。若里湿蕴热，用三仁汤，宣畅气机，清利湿热。

(2) 湿遏膜原：治宜疏利透达。用雷氏宣透膜原法。以厚朴、槟榔、草果疏利湿浊；黄芩少清湿中蕴热；甘草和中；藿香、半夏宣化湿浊；生姜味辛以助透达，使膜原开达，湿化热清。

(3) 湿阻中焦：治宜燥湿化浊。方用加减正气散。如脘腹胀满，大便不爽，用一加减正气散。以藿香梗芳香化浊；厚朴、陈皮、大腹皮理气化湿；杏仁宣肺利气；神曲、麦芽醒脾胃之气；茵陈、茯苓渗利湿邪。如脘闷便溏，身痛苔白，用二加减正气散。以藿香、厚朴、陈皮芳香化浊；防已，茯苓皮宣泄经络之湿；豆卷、苡仁、通草渗利湿邪，以实大便。如苔黄腻，脘闷，用三加减正气散。以藿梗、厚朴、陈皮芳化湿浊；滑石、茯苓皮渗湿泄热；藿香叶透泄郁热；杏仁宣利肺气，以使湿热俱化。如苔白滑，脉缓，用四加减正气散。以藿梗、厚朴、陈皮、茯苓理气化湿；草果温运脾阳；楂肉、神曲助中运之力。如脘闷，便泄，用五加减正气散。以藿梗、陈皮、厚朴、大腹皮理气化湿；苍术燥湿健脾；谷芽苏醒脾运；茯苓淡渗利湿，使脾运得健，湿热得泄，则便泄自愈。

(4) 中焦湿热：治宜化湿清热。方用王氏连朴饮。

以黄连、栀子清热燥湿;厚朴、半夏化湿降逆;菖蒲、豆豉芳化透热;芦根清热化湿,兼能生津。

(5) 三焦湿热:治宜分消走泄。方用温胆汤加黄连、碧玉散。温胆汤能清化痰热,宣展气机,降逆和胃。加黄连燥湿清热;碧玉散泄热利湿。若呕恶不止,汤水难进,此为湿热阻胃,气逆不降。先用黄连、苏叶等分煎汤,呷下即止。以黄连清胃之湿热,苏叶降上逆之气。

(6) 湿热交结:治宜清化湿热。方用黄芩滑石汤。以黄芩、滑石、茯苓皮清利湿热;蔻仁、腹皮理气化湿;猪苓、通草淡渗利湿。

(7) 湿热蕴毒:治宜化湿清热,解毒利咽。方用甘露消毒丹等方。

(8) 湿热蒙窍:治宜清热利湿,豁痰宣窍。方用菖蒲郁金汤。以鲜菖蒲、郁金芳香宣窍;山栀、连翘、菊花、丹皮、牛蒡子、竹叶清泄邪热;滑石分利湿邪;竹沥、姜汁清化痰热;玉枢丹化浊开窍。若偏热重者,可配服至宝丹;如偏湿浊者,可用苏合香丸。

(9) 湿热发痉:治宜宣化湿热,通络解痉。方用三仁汤加丝瓜络、钩藤、忍冬藤、地龙、桑枝等。初起可加藿香、佩兰等芳香化浊,或甘露消毒丹加减。热重于湿的痉病,因湿热充斥表里三焦,郁久化火,伤阴入营,肝风内动所致。治宜清热化湿解毒,熄风止痉。宜大剂犀角、羚羊角、生地、玄参、银花露、紫草、金汁、鲜菖蒲、竹沥等味,并送服紫雪丹。湿热化燥伤阴,厥阴风火内动致痉,治宜泻热救阴,开窍熄风。宜犀角、羚羊角、连翘、生地、元参、钩藤、银花露、鲜菖蒲、至宝丹等味。若大便不通者,宜用增液承气汤送服安宫牛黄丸。并可加用止痉散等方。见“痉病”条。

(10) 湿热蒙上阻下:治宜先芳香开窍。用苏合香丸。继淡渗分利,用伏苓皮汤。以大腹皮利水行湿,茯苓皮、生苡仁、猪苓、白通草淡渗利湿;淡竹叶清泄郁热。

(11) 湿热发痞:治宜清泄湿热。药用清水豆卷、藿香叶、青蒿、连翘、通草之类。方用薏苡竹叶散。以竹叶、连翘清热透邪;白蔻仁芳香理气化湿;薏苡、滑石、茯苓、通草淡渗分利。气阴两伤者可加人参须、沙参、鲜石斛;红疹并见者加牡丹皮、赤芍药、紫草等。

(12) 湿热发黄:治宜清利湿热。方用连翘赤小豆饮。以连翘、山栀清泄里热;花粉生津;豆豉透邪;通草、赤小豆渗利湿邪。送服保和丸。

(13) 热重于湿:治宜清热化湿。方用白虎汤加苍术。

(14) 余邪蒙绕:治宜宣气醒胃,清涤余邪。方用五叶芦根汤。以藿香叶、薄荷叶、鲜荷叶、枇杷叶、佩兰叶轻宣气机,芳香醒胃;芦根、冬瓜仁清涤湿热余邪。

(15) 湿温变证:①热迫下血,治宜凉血止血。方用犀角地黄汤,加紫草、鲜侧柏。如便血过多,阴损及阳,导致阳虚气脱。急予益气固脱,养血止血。先服独参汤,继服黄土汤。②阳虚水肿,治宜温阳利水,方用真武汤。

针灸治疗 (1)通治法:以清热化湿为主。常选任脉、足太阳和足阳明、手厥阴、足少阳等经穴,如脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞、中脘、内关、足三里和阳陵泉等,每次3—5穴,用毫针行泻法。

(2) 辨证论治:湿遏肌表:治宜轻解化湿。选列缺、合谷、太阳和大椎等,用毫针行泻法。

湿热结于气分:治宜清热化湿。选曲池、阴陵泉、足三里和天枢等穴,用毫针行泻法。

邪入心营,热伤血络:治宜清热滋阴。选百会、膈俞、内关、劳宫和三阴交等穴,用毫针行平针手法。如下血过多,气血欲脱,宜温中扶阳,针气海和关元等穴,用补法,也可酌情用灸。

暑温

发生于夏季,起病即见壮热、头痛、烦渴、多汗等证候,且传变迅速的一种外感热病,名曰暑温。小儿暑温,更多见抽搐、昏迷。

暑温病名见《温病条辨》。在这之前,凡在夏季发生的热性病,《内经》有病暑、热中、伤暑等称;《难经》曰热病;《金匮要略》谓之暍、中热。但其中病暑和热病,均指冬寒夏发之伏气为病。嗣后,历代医学家对暑、热、暍,提出了各种见解。如《诸病源候论》以伏气称暑,暴感曰暍;《千金翼方》称静得中暑,动患中暍,但指出“皆与阳明中热白虎汤证相似”;《类证活人书》分脉盛为热病,脉虚为中暑,热病又名晚发伤寒;《证治准绳·杂病》则认为:“中暍、中暑、中热,名虽不同,实一病也。”均属暴中暑热,又名新中暑病,而伏气热病又称晚发;《温热暑疫全书》指出:“冬月伏气,与暑月中热同治。”《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》则统称为暑热证;《通俗伤寒论》谓热病兼暑;《温病条辨》分春末夏初为温热,正夏之时暑病偏于热者为暑温;《增补评注温病条辨》王按中明确指出:“夫冬伤于寒……夏至后发者曰热病……在《内经》亦曰暑……,仲景……曰暍者,盖暑暍者,皆热之谓也。”对暑的含义,也有不同的认识,有的主湿热为暑。如《医门法律·热湿暑三气门》说:“热蒸其湿是为暑,无湿则但为干热而非暑也。”《温病条辨·原病篇》也说:“热盛则湿动,热与湿搏而为暑也。”又说:“伏暑、暑温、湿温,证本一源。”有的主火热为暑。《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》王按说:“论暑者,须知为天上烈日之炎威,不可误以湿热二气并作一气始为暑也,而治暑者,须知二挟湿为多焉。”“或云暑必兼湿者,亦误也。暑与湿原是其气,虽易兼感,实非暑中必定有湿也。”王氏这种既确定暑属火热之性,又指出暑多挟湿的观点,是符合临床实际的。《温热逢源·附注仲景暴感暑热证治各条》柳按也说:“古人曰暑曰暍热,皆属火气为病,不兼湿也。”现代的许多温病学著作,对发生在夏季的外感热性病,都取吴鞠通“暑温”之名。用叶天士“暑热一证”和王士雄“暑多挟湿”的观点,把暑

温定为是发生在夏季的一种新感温病。

病因病机 暑温病的发生，是由于夏季感受暑热邪气，而人体正气不足，是导致暑热内侵的重要因素。《素问·生气通天论》："在天为热，在地为火，其性为暑。"《内外伤辨惑论》："暑热者，夏之令也，人或劳倦饥饿，元气亏乏，不足以御天令亢热，于是受伤而为病。"暑为阳邪，系火热之气，传变迅速，所以多不见卫分症状而迳入气分，起病即呈阳明气分证。《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》："夏暑发自阳明。"由于暑性酷烈，易伤正气和津液，所以常出现气伤津耗或津气欲脱的危重证候。又因暑性炎热，热极生风，风煽火炽，易人心营，或燔灼血分，肝风内动。暑热易兼湿邪，故有暑温挟湿之证。若因乘凉饮冷太过，暑湿之邪为寒邪所遏，则成暑湿兼寒之证。本病后期常呈邪热渐解，津气未复，而出现津气两虚或余邪留恋等证。

夏热盛暑，最易伤人，尤以小儿稚阴稚阳，不耐暑热耗伤，阴液阳气，易随汗泄，使体内正气转弱，时令暑热疫邪，则乘虚侵袭，由卫气之肺胃，传及营血之肝肾；因暑为阳邪、火邪，其性猛烈，且最伤气，传变迅速，易致火盛生痰，热盛动风闭窍。因而本病发作急骤，卫气营血各阶段的传变界限，很难截然分开。由于毒势鸱张，邪毒侵人之后，易成燎原之势，或即传气分，或逆传心包而直转营血。若邪毒壅盛心营，内闭清窍，火热灼金，痰浊内阻，晦气欲绝；或热毒久伤肝肾，真元欲竭，均可出现内闭外脱之险证。若邪正相争，正胜邪毒，一般病儿在热退后，被暑热耗伤之阴液即可逐渐恢复。若因病重，邪毒久留，伤阴耗液，损及脏腑气血经络较重；或昏迷日久，痰阻清窍脉络，或邪伤肝肾，气血两亏，筋脉失养，则在后期可见神志痴呆，耳聋失语，肢体拘挛，或手足抽搐等症。

辨证 本病虽以暑热为主，但暑必挟湿，又因南北气候地区体质条件不同，临床又有偏热偏湿的差异。暑温一般宜按其证的轻重、卫气营血及痰瘀阻络等病机辨别施治。

(1) 暑热在胃：症见壮热心烦，头痛且晕，面赤，气粗，口渴汗多，苔黄燥，脉洪大。此为暑热燔灼阳明，熏蒸于上，迫泄于外。

(2) 暑伤津气：症见身热息高，心烦溺黄，口渴自汗，肢倦神疲，脉虚无力。此为暑热内郁，气津伤甚。

(3) 气津欲脱：症见身热减退，汗出不止，喘喝脉散大。此乃正气伤甚，不能固摄津液，而致气虚欲脱。如暑温出现抽搐后，突然呼吸微弱，面唇暗淡，肢冷，脉沉伏或细微欲绝者，为毒热内盛，心阳被竭，正气溃败之象。在小儿尤为多见。

(4) 暑热伤阴：症见身热烦躁，消渴不已，舌红绛，苔黄燥。此为暑热久羁，肾阴被灼，心火亢盛。若壮热退后，阴液亏损，余邪留连，症见低热缠绵，心烦口渴，汗多寐少，神疲乏力，舌红苔少，脉细数。若虚风内动，则瘈疭神疲。

(5) 暑伤肺络：亦称暑瘵，见《伤暑全书》。症见骤然咯血，衄血，咳嗽气粗，头目不清，灼热烦渴，舌红苔黄，脉弦数。此为暑热伤肺，络伤血溢，肺失肃降，热熏清窍。

(6) 暑热动风：亦称暑风，见《温病条辨》。症见灼热，四肢抽搐，甚或角弓反张，牙关紧闭，神迷不清，或喉间痰壅，脉弦数。此为暑热炽盛，肝风内动，风火相煽，闭窍生痰。若猝然痉厥，则名暑痫、暑痉等。

(7) 暑入心营：症见灼热烦躁，夜寐不安，时有谵语，甚或昏迷不语，舌红绛，脉细数。甚则热闭心包，如猝中暑热，蒙闭清窍，热郁不达，《医学入门》称暑厥。此为暑热入营，灼伤营阴，扰乱心神。

(8) 暑入血分：症见灼热躁扰，斑疹密布，色呈紫黑，吐血，衄血，神昏谵妄，舌绛苔焦。此为暑热火毒极盛，燔灼血分，蒙闭心包。

(9) 暑温兼湿：症见壮热烦渴，汗多溺短，脘痞身重，脉洪大。此为阳明热盛，兼太阴湿阻。若症见身热面赤耳聋，胸脘痞闷，下利稀水，小便短赤，咳痰带血，不甚渴饮，舌红赤，苔黄滑。为暑热挟湿弥漫三焦，蒸于上则清窍闭阻，肺络受伤；阻于中则脾胃失健；结于下则泌别失职。

(10) 暑湿兼寒：症见发热恶寒，头痛无汗，身体拘急，脘闷心烦，舌苔薄腻。此为暑湿内蕴，寒邪外束。

(11) 暑温痰阻：病久痰热浊邪留滞，瘀阻经脉，或气血亏损，筋脉失养，则神志痴呆，耳聋失语，肢体拘紧，瘫痪不用，二便失禁，或吞咽困难，喉间痰鸣，或流涎，手足瘈疭，或抽风。

治疗

方药治疗 《伤暑全书》说："暑病首用辛凉，继用甘寒，终用甘酸敛津。不必用下。"此为主治法则。初起暑伤气分，阳明热盛者，治以辛寒清气，泄热涤暑；如暑热伤津，则治宜甘寒，以清热生津；若暑热虽去，而津气大伤，当以甘酸之品，益气敛津；若暑热内传心营，则须清心凉营，化痰开窍；若热搏血分，则凉血止血；肝风内动，应凉肝熄风。后期余邪未清，气阴未复的，当以益气养阴，清泄余热。暑热若兼湿邪，治当清暑利湿。若暑湿兼寒，又当清暑，祛湿散寒。

(1) 暑热在胃：治宜清暑泄热。方用白虎汤。如兼见背微恶寒，脉大而芤者，为多汗伤气耗津，则宜清热益气。方用白虎加人参汤。

(2) 暑伤津气：治宜清暑益气生津。宜清暑益气汤。用西洋参、石斛、甘草、粳米益气生津；黄连、知母、竹叶、荷梗、西瓜翠衣清热涤暑。

(3) 气津欲脱：治须补气益津，急用生脉散。正气溃败者，用独参汤加龙骨、牡蛎，以固厥脱。

(4) 暑热伤阴：治宜滋阴清热。方用连梅汤。以黄连清心泻火；阿胶、生地滋肾养阴；麦冬甘寒生津；乌梅味酸，与苦相合能泄热，与甘相合能化阴。若壮热退后，阴液亏损，余邪留连者，亦宜黄连阿胶汤加减。虚风内动者

以大定风珠加减，益阴潜阳。

(5) 暑伤肺络：治宜清暑泄热，凉血止血。方用犀角地黄汤合银翘散加减。用犀角地黄汤凉血解毒，清络止血；银翘散去豆豉、荆芥、薄荷，加黄芩、茅根、侧柏叶以清泄肺热，凉血止血。

(6) 暑热动风：治宜清热熄风。方用羚角钩藤汤。甚则用止痉散。若兼见热闭心窍，则用清营汤，加紫雪丹，以清营泄热，开窍熄风。

(7) 暑入心营：治宜凉营泄热，清心开窍。方用清营汤，以清营泄热。如热闭心包，则清心开窍，急用安宫牛黄丸类。骤然昏厥者，可配合针刺救治，以苏醒神志，清泄邪热。

(8) 暑入血分：治宜凉血解毒，清心开窍。方用神犀丹合安宫牛黄丸。神犀丹中以犀角、粪清、银花、连翘、玄参、黄芩、板蓝根凉血解毒；生地、紫草、豆豉凉血透斑；花粉生津止渴；石菖蒲芳香开窍；合安宫牛黄丸，以助开窍醒神之效。

(9) 暑温挟湿：治宜清热利湿，宣通三焦。方用三石汤。以石膏、竹茹清泄中焦邪热；滑石、寒水石、通草清利下焦湿热；银花、金汁涤暑解毒；杏仁宣开肺气，使气化则湿化。

(10) 暑湿兼寒：治宜疏表散寒，涤暑化湿。方用新加香薷饮。

(11) 暑温痰阻：若症状偏于痰浊闭窍，宜用清热豁痰开窍法，用导痰汤加减，或配合苏合香丸。若因气血亏损，筋脉失养，痰浊阻络者，宜益气活血，化痰通络，可用补阳还五汤，或菖蒲郁金汤加减。

暑温用药，因暑必挟湿，在治法上以辛凉清透、清热解毒、芳香化浊为先。若热毒内陷，出现昏迷抽风，则着重芳香开窍，平肝熄风。由于暑温最易伤阴耗液，故治法一般忌用辛温发汗。于利水燥湿之品，亦宜慎用。

针灸治疗 针刺疗法可施用于暑温的初、中、后期。在暑温重症，或后期中应用，可促进症状的好转与恢复。

(1) 通治法：治以清暑、化湿、生津为主。常用督脉、手足阳明、手太阴、足少阳、足太阳等经穴，如风池、大椎、曲池、尺泽、列缺、合谷、阳陵泉、委中和内庭等，每次选4—6穴，以毫针刺，用泻法，每日2—3次。或用三棱针刺曲泽、十二井穴、金津、玉液出血。

(2) 辨证论治：一般分为：①暑湿郁蒸，初起邪在太阴，发热面赤，汗出，头痛，身重，或伴恶寒，胸痞，心烦，舌苔白，脉濡数。治宜清暑泄热，宣表驱邪。用大椎、列缺、尺泽和合谷等穴，以毫针行泻法。②热灼阳明，耗伤津液，症见壮热头痛，面赤，气粗，烦渴，多汗，舌质红，苔黄，脉洪数。治宜清暑泄热，养阴生津。选合谷、内庭、内关和三阴交等穴，用毫针行泻法，或用三棱针于十宣穴放血。③暑邪内传心包，症见壮热烦躁，谵语嗜睡，昏迷痉厥，抽搐，角弓反张，口噤，喉有痰声，或发斑疹，舌质红绛，苔焦，脉数大或细数无力。治宜清营泄热，熄风开窍。先用三棱针刺十二井穴出血，再用毫针泻法刺风池、大椎、内关、合谷、神门、太冲和涌泉等。

(3) 对症疗法：高热，针刺大椎、曲池，或点刺少商、商阳、十宣放血。抽风，针刺人中、合谷、太冲、涌泉，或耳针交感、神门。呼吸浅弱，取会阴穴，或素髎穴留针，每隔10—20分钟，强刺激一次，或针刺膻中、中府等穴。神志不清，躁动狂闹，针刺大椎、安眠、哑门、人中、合谷、足三里。肢体瘫痪，针上肢肩髃、臂臑、曲池、合谷；下肢大肠俞、环跳、足三里、悬钟、三阴交。语言障碍，针哑门、神门。吞咽困难，针上廉泉、颊车。

伏暑

感受暑湿邪气至秋冬而发的一种伏气温病，称伏暑。临床以发病急骤，病势深重，反复缠绵为特点。初起呈恶寒壮热苔腻，继则寒热往来，热型多不规则，后则但热不寒，入夜尤甚，大便多溏而不爽等证候。早期医学文献，未见伏暑病名。《素问·生气通天论》有"夏伤于暑，秋为痎疟"的记载，后世有人认为痎疟即伏暑，或是伏暑的一种表现。至《太平惠民和剂局方》始见有"伏暑"一词，但无症因脉治的论述。《证治准绳》定病名为伏暑。因伏暑发病时间的不同，又有各种不同的名称，如《通俗伤寒论》称伏暑伤寒、伏暑晚发；《伤寒指掌》称晚发；《温热经纬》称秋月伏暑；《时病论》另有秋时晚发、冬月伏暑等名。

病因病机 伏暑病的发生，是因先受暑湿邪气，留伏体内，后为秋冬时邪所诱发。《通俗伤寒论·伏暑伤寒》："夏伤于暑，被湿所遏而蕴伏，至深秋霜降及立冬前后，为外寒搏动而触发。"而暑湿邪气所以能潜伏体内，与人的正气盛衰有关。《温病条辨·伏暑》："长夏盛暑，气壮者不受也……其不即病……气虚者也。"邪伏部位，有《医学入门》的"三焦肠胃之间"说；有《临证指南》的气分、血分说；有《通俗伤寒论》的募原、营分说；还有《温病条辨》的骨髓、分肉之间说等。综其所说，可以分为邪伏气分和营分两端，而以气分为多。《重订通俗伤寒论·伏暑伤寒》："盖暑湿内留，多潜于三焦膜络之间，外与皮肉相连，内与脏腑相关。伏暑传膜外溃，从皮肉而排泄者，气分病多；入络内陷，从脏腑而中结者，营分血分病多，阴分病亦不少。"邪伏气分为轻，邪伏血分为重；病发于秋为轻，病发于冬为重。《通俗伤寒论·伏暑伤寒》："邪伏募原，而在气分者，轻而浅；邪舍于营，而在血分者，病深而重。"《温病条辨·伏暑》："霜未降而发者少轻，霜既降而发者则重，冬日发者尤重。"

辨证 伏暑由时邪引发，所以初起必兼卫表证候。邪在气分募原，则呈少阳如疟见症；转入中焦脾胃，多表现热重湿轻之候；如有积滞，则显暑湿挟滞之变。邪在营血分之变，也与其他温病相同。

(1) 气分兼表：症见头痛，全身酸痛，恶寒发热，无汗，心烦口渴，小便短赤，脘痞，苔腻，脉濡数。此为暑湿

发于气分兼表之证。

(2) 营分兼表：症见发热微恶寒，头痛少汗，口干而不甚渴饮，心烦，舌赤少苔，脉浮细而数。此为暑湿化燥，发于营分兼表之候。

(3) 邪郁少阳：症见寒热似疟，口渴心烦，脘痞，身热午后较甚，入暮尤剧，天明得汗诸症稍减，但胸腹灼热始终不除，苔黄白而腻，脉弦数。此为暑湿之邪郁于少阳气分，枢机不利，湿热交蒸。

(4) 胃热脾湿：症见壮热烦渴，汗多溺短，脘痞身重，脉洪大。此为暑湿转入中焦，胃热盛兼脾湿之证。

(5) 邪滞肠腑：症见胸腹灼热，呕恶，便溏不爽，色黄如酱，苔黄垢腻，脉濡数。此为暑湿蒸郁，兼挟积滞，阻于肠腑，胃气上逆。

(6) 热在心营，下移小肠：症见发热日轻夜重，心烦不寐，口干渴不欲饮，小便短赤热痛，舌绛等。此为暑湿化火，入营烁阴扰神，并移热于小肠。

(7) 热闭心包，血络瘀滞：症见发热夜甚，神昏谵语，漱水不欲咽，舌绛无苔，望之若干，扪之尚润，或紫晦而润等。此为暑湿化火入营，闭阻心窍，热瘀阻络。

治疗　伏暑病的治疗，以解表、清里、祛湿为原则。《重订通俗伤寒论·伏暑伤寒》何廉臣曰："余治伏暑内发，新凉外束……，皆以辛凉泄卫法解外，外解已，而热不罢，伏暑即随汗而发，必先审其上中下三焦，气营血三分随证用药。"所以气分兼表宜解表清暑化湿；营分兼表须解表清营泄热；表邪已解，暑湿郁于少阳气分，宜清泄少阳，分消湿热；转入中焦脾胃，热重湿轻，治当清胃热化脾湿；暑湿夹滞郁于肠腑，则用苦辛通降。若暑湿化火入营，而见邪闭心包、热盛动血或动风者，其治疗与其他温病邪入营血相同。

(1) 气分兼表：治宜解表清暑化湿。方用银翘散加味。以银翘散辛凉解表，加杏仁宣肺利气化湿；滑石、苡仁、通草清暑渗湿。若里湿化热，心烦，口渴较甚者，可用黄连香薷饮。以香薷、厚朴、扁豆解表涤暑，和中化湿，加黄连清心除烦。

(2) 营分兼表：治宜解表清营泄热。方用银翘散加生地、丹皮、赤芍、麦冬。以银翘散辛凉解表；丹皮、赤芍凉营泄热；生地、麦冬清营滋液。

(3) 邪郁少阳：治宜清泄少阳，分消湿热。方用蒿芩清胆汤。

(4) 胃热脾湿：治宜清热化湿。方用白虎汤加苍术。

(5) 邪滞肠腑：治宜导滞通下，清热化湿。方用枳实导滞汤。以大黄、枳实、厚朴、槟榔推荡积滞，理气化湿泄热；山楂、六曲消导和中；黄连、连翘、紫草清热解毒；木通利湿清热；甘草调和诸药。本证常因湿热积滞胶粘，滞着于肠道，每非一次攻下即能使病邪排净，必要时可再行攻下，但制剂宜轻，不宜重剂猛投。

(6) 热在心营：治宜清心凉营，清泻火腑。方用导赤清心汤。以生地、麦冬、丹皮清营滋液；茯神、莲子心、朱砂染灯芯清心热以宁心神；木通、竹叶、益元散、童便清导小肠之热。

(7) 热闭心包：治宜清营泄热，开窍通瘀。方用犀地清络饮。本方系犀角地黄汤加味组成，以犀角地黄汤凉血散血；加桃仁、茅根活血凉营；连翘、灯芯清心泄热；菖蒲、竹沥、姜汁涤痰开窍。亦可加用安宫牛黄丸，以助清心开窍之力。

伤暑

夏令季节伤于暑邪的病证，称为伤暑。伤暑名出《内经》。或称感暑。《素问·刺志论》云："气虚身热，得之伤暑。"《丹溪心法·中暑》："暑乃夏月炎暑也，盛热之气火也，有冒、有伤、有中，三者有轻重之分，虚实之辨。"冒暑，见《时病论》，乃伤暑之轻者，为夏令暑热冒于肌表之证。《时病论·冒暑》："冒暑者，偶然感受暑邪，较伤暑之证稍为轻浅耳。"《医林绳墨·中暑》称"暑热冒于肌表"为冒暑。伤暑为暑月常见疾病，有阴暑、阳暑之分。中暑为夏月因感受暑热而突然昏仆不省人事之症(见"中暑"条)。

病因病机　冒暑，是因暑热之邪袭于肌表，或又避暑过受风凉，为寒所侵。伤暑有阴暑、阳暑之别，其病因病机有异。阴暑证由夏月贪凉，阴寒乘袭，阳气郁遏不得伸展所致。阳暑证由暑天在烈日下操劳，暑热熏蒸，伤津耗气所致。《时病论·伤暑》："长夏伤暑，有阴阳之别焉。夫阴暑之为病，因于天气炎蒸，纳凉于深堂大厦、大扇风车得之者，是静而得之之阴证也……阳暑之病，缘于行旅长途，务农田野，烈日下逼得之者，是动而得之之阳证也。"

辨证　当辨冒暑和伤暑。

(1) 冒暑：症见头晕，寒热，汗出，咳嗽，苔薄或微黄，脉虚数等，是因暑热之邪侵袭于肌表。如暑热之邪冒于肌表，又因避暑过受风凉为寒所侵，症见头疼，恶寒，发热，肢体拘急，脉弦紧等。如脾气虚弱，汗多恶寒。

(2) 伤暑：根据发病原因及临床表现特点不同，可分为阴暑和阳暑两类。①阴暑：症见头痛恶寒，肢体酸痛，身形拘急，心烦，肌肤灼热而无汗，或伴吐泻，腹痛，舌苔薄白，质略红，脉浮紧或浮弦有力。②阳暑：症见壮热心烦，口渴欲饮，蒸蒸自汗，面赤气粗，舌质红、苔黄燥，脉洪数或浮洪有力。

治疗　对冒暑、伤暑分别治之。

(1) 冒暑：暑热之邪袭于肌表，治宜清凉涤暑。用清凉涤暑法(《时病论》方)加杏仁、瓜蒌。药用青蒿、甘草、扁豆、西瓜翠衣以清暑热；连翘、茯苓清心淡渗；杏仁、瓜蒌止咳。如暑热之邪冒于肌表，又受风凉，则宜辛温解表祛暑为上，用消暑十全散治之。方中香薷、扁豆、藿香、苏叶祛暑解表；厚朴、白术、茯苓理脾渗湿；木瓜、陈皮、甘草和中理气。如脾气虚弱，汗多恶寒者，则用十味香薷饮以祛暑渗湿，益气固表。暑热冒于肌表，自觉头目不清，甚则眩晕，泛泛欲吐，胸闷不舒时，即可选用辟瘟丹、红灵

丹等成药。

(2) 伤暑：阴暑，治宜辛温解表，兼以和中辟浊。用《类证治裁》的消暑十全饮加减。方中香薷、紫苏辛温解表发汗；藿香、扁豆、白术、赤苓清暑利湿；木香、檀香、厚朴理气化湿辟浊；甘草和中。如伴呕逆可加半夏、生姜。伴腹泻者可用六和汤或藿香正气散加减。

阳暑，治宜清暑泄热，益气生津。用白虎加人参汤或王氏清暑益气汤。前方清热益气作用稍胜，后方清暑、生津之力略强。如伴呕逆加竹茹；伴腹泻加葛根、荷叶等；若身热烦渴，小便不利者，可加益元散；若烦热头痛燥渴者，乃湿蒸而热耗津液，可用麦冬汤。方中石膏、知母、山栀清暑泄热；白芍、麦冬、乌梅、莲子敛阴生津；白术、扁豆、人参、甘草健脾益气；陈皮理气。全方有清暑涤热，养阴益气之功。

中暑

夏月感受暑热，出现突然昏仆，不省人事，身热烦躁等特点的病证，称中暑。中暑名见《三因极一病证方论》。《金匮要略》称外感暑热为中暍。《时病论》认为中暑即中暍。《证治汇补·暑症》："中暍者，由劳役辛苦于田野道途，动而得之，伤足太阳膀胱经，重者昏迷卒倒……。"王安道认为中暑即中热，《医经溯洄集》："暑热者夏之令也，大行于天地之间，人或劳动，或饥饿，元气亏乏，不足以御天令亢极，于是受伤而为病，名曰中暑，亦名曰中热。"《医碥》又称暑风，以为："中暑，或名暑风，以与中风相似也。"《医宗金鉴》谓："暑风，手足搐搦，烦渴身热有汗，便黄赤。"明确指出有搐搦的症状。另《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》："暑令受热，昏迷若惊，此为暑厥。"王孟英注曰："受热而迷，名曰暑厥……暑是火邪，心为火脏，邪易人之，故治中暑者必以清心之药为君。"故暑厥亦属中暑范畴。

病因病机 由夏月在烈日或高温场所操劳作业，或长途跋涉，感受暑热，暑为火邪，内灼心包，故卒然昏闷仆倒。《类证治裁·暑症》认为："中暑，由动而得之，阳症也。夏日远行，阳气内伏，热舍于肾，水不胜火，烦渴喘促，猝然昏晕。""中暑，则暑邪伤及脏腑。"《时病论·中暑》分析病机云："缘其人不辞劳苦，赤日中行，酷暑之气鼓动其痰，痰阻心包所致。"中暑也可因盛暑酷热，深居密室，闭户塞牖，暑热郁闭，汗不得泄，心神昏冒，而卒然仆倒，不省人事。妇女产后中暑，则主要因产后气血耗伤，体虚未复，暑邪乘虚直中于里，以致阴气卒绝，阳气暴壅，经络不通所致。中暑重证则易动风痉厥；体虚者耗液伤津，易致虚脱。

辨证 其症初起头晕头痛，胸闷乏力，口渴恶心作呕，全身酸软不适；其则汗闭壮热，烦躁不安；严重者神志不清，谵语，昏倒；或汗多尿少，四肢抽搐，肌肉痉挛，小腿转筋酸痛，或汗出肢冷，面色苍白，心慌气短。如妇女妊娠或产时正值盛夏炎热之际，突然出现晕闷，昏不知人，身热烦躁，气喘不语，牙关微紧，或口开齿躁，大汗出或无汗等症，为妊娠中暑或产后中暑。妊娠中暑常可影响胎儿而致胎动不安。

治疗 有以下几种治疗方法：

方药治疗 如见突然昏闷，不知人事，身热烦躁，气喘不语，牙关微紧，或口开齿燥，大汗或无汗，脉虚数，或昏迷不醒，四肢抽搐等，宜急将患者移至凉爽通风处，松解衣服，先用湿手巾敷头部及全身，后用井水敷头，或用50%酒精擦全身，同时搧凉散温。并急将八宝红灵丹或行军散、玉枢丹等灌服。如中暑昏倒途中，无医药设备者，可用大蒜捣烂取汁，冲开水灌服；或用毛巾、衣布蘸热汤熨脐中或气海穴，宜持续温熨。患者神识清醒后，可饮以冷开水、冷茶、淡盐水、西瓜汁等。如见高热，烦渴者，可用白虎汤加西瓜翠衣、鲜荷叶、鲜竹叶等辛凉清热，或白虎加人参汤，清热益气生津。如伤津较甚者，可用王氏清暑益气汤或麦门冬汤。邪人心包神昏者，另加安宫牛黄丸。动风痉厥，四肢抽搐痉挛者，加紫雪丹。转筋者，加木瓜、钩藤、蚕砂。出现虚脱证象者，宜清暑固脱，用王氏清暑益气汤或生脉散加减。至于一般中暑轻证，宜清暑化湿，用六一散加藿香、佩兰、竹叶、青蒿、银花、连翘、鲜荷叶煎服。治疗中暑，须顾及患者体质，《杂病源流犀烛·暑症》说："或年老及虚汗之人，不宜用寒凉，宜稍加温药行之，宜竹叶石膏汤加熟附子；或平昔阴虚多火，不可用温药，宜白虎加人参竹叶汤。"如见脾胃气虚者，"宜补中益气汤去升麻，加五味子、麦冬、黄连、黄柏、泽泻。"如伴湿浊，见呕甚胸闷，不欲食者，可加益元散等。中暑症见卒倒不省人事，治疗切忌香薷等温散之品，临床时宜加注意。

针灸治疗 收效较快。通治法以清暑泻热为主。常用督脉、手厥阴、手阳明和足阳明等经穴，如人中、大椎、曲池、合谷、内关、足三里、内庭等。每次选用4—5穴，以毫针刺，行泻法，或用三棱针点刺中冲、委中等穴。

(1) 暑邪遏表：症见身热少汗，头昏头痛，胸闷不畅，呕吐，疲倦，委靡不振，舌红苔白腻，脉濡数。治宜清暑解表化湿。常用任脉、督脉、手太阴、手阳明、足阳明和足太阳等经之穴，如大椎、中脘、曲池、列缺、足三里、委中等。头晕甚，加印堂、素髎；头痛甚，加风池；呕吐甚，加内关。用毫针行泻法，也可以三棱针点刺十宣穴，放血。

(2) 暑热蒙窍：症见壮热无汗，面红目赤，口渴多饮，烦躁不安，甚至昏迷不醒，舌红，苔黄少津，脉洪数。治宜清暑开窍。常用督脉、手厥阴、足少阴、手阳明和足阳明等经穴，如百会、天府、人中、合谷、劳宫、足三里、内庭、涌泉等。每次选5—7穴，用毫针行泻法，或以三棱针点刺中冲、少冲穴。若高热不退，加大椎、曲池；热甚动风，牙关紧闭，角弓反张，四肢抽搐，加风池、太冲、行间、颊车；高热抽搐甚者，可用三棱针点刺商阳、曲泽、委中等穴出血，并以毫针刺承筋、承山、阳陵泉。

(3) 气阴两竭：症见面色苍白，肢冷多汗，呼吸浅促，烦躁不安，乃至神昏，舌红或淡红，脉细数无力。治宜救逆固脱，开窍醒脑。用督脉、任脉及足阳明等经穴，如百会、水沟、内关、足三里、内庭，用毫针刺，并重灸气海、关元或神阙等穴。

其他疗法　中暑急救，民间多用刮痧疗法，其法用边缘光滑的瓷匙或钱币，蘸麻油，在脊柱两侧、肋间、胸骨、肘窝、膝窝等处，自上向下，或自背后向胸前刮之，先轻后重，以出现红紫色瘀血点为度。

暑秽

夏秋之季感受暑湿秽浊之邪而发生的以头痛头胀、肌热有汗、心烦恶心等为主症的时令病，称暑秽。暑秽的名称见《时病论》。

暑秽是由暑湿夹秽浊之气人侵而成。暑多兼湿。《临证指南·暑》邵按："天之暑热一动，地之湿浊自腾，人在蒸淫热迫之中，若正气或有隙，则邪从口鼻吸入，气分先阻，上焦清肃不行，输化之机失于常度，水谷之精微亦蕴结而为湿也……故暑病必挟湿。"暑湿与秽浊交侵则成暑秽。《时病论·秽浊》："是证多发于夏秋之间，良由天暑下逼，地湿上腾，暑湿交蒸，更兼秽浊之气，交混于内，人受之，由口鼻而人，直犯膜原。"

暑秽有偏于暑重与湿重之分，故可分为暑秽和湿秽两证。分述如下：

(1) 暑秽：偏于暑者为暑秽。其特点是发病急速，症见头痛而胀，肌热有汗，频欲恶心，口渴心烦，苔黄，右脉滞。严重者可有神昏、耳聋。是由暑气夹秽侵入而致。治宜芳香化浊、佐以清暑。用芳香化浊法(《时病论》方)加滑石、甘草。药用藿香、佩兰芳香化浊；陈皮、半夏燥湿；大腹皮、厚朴宽胸腹，理脾胃；荷叶、滑石、甘草清暑。

(2) 湿秽：偏于湿者为湿秽。症见头痛而胀，胸脘痞闷，肌热有汗，频欲恶心，心烦，口不作渴，苔白而腻，右脉滞等。是由暑湿夹秽，或兼脾湿内困而致。治宜芳香化浊，燥湿清暑。用芳香化湿法(《时病论》方)加神曲、苍术、茅术。方中藿香、佩兰芳香化浊；陈皮、半夏、神曲、苍术、茅术燥湿理脾；大腹皮、厚朴宽胸腹；荷叶升清。如秽浊蒙闭清窍者，可先用通关散搐鼻取嚏，开通气机，并服玉枢丹以芳香化浊开窍。

疰夏

于春末夏初发生的以身热，头痛，脚弱，饮食减退等为主症的季节性疾病，称疰夏。疰夏的名称见《丹溪心法》。又称注夏，或称夏疰、夏痿。《时病论·疰夏》："疰夏者，每逢春夏之交，日长暴暖，忽然眩晕，头疼，身倦，脚软，体热食少，频欲呵欠，心烦自汗是也。"沈金鳌认为是劳病之一，《杂病源流犀烛·暑病源流》："劳之为病，其脉浮，又手足心烦热，寒精自出，脚削弱不能行，小腹虚满，春夏剧，秋冬瘥，谓之疰夏病。"小儿疰夏，甚为常见。《证治准绳·幼科》："凡脾胃之气不足者，遇长夏润溽之令，则不能升举清阳，健运中气。又复少阳相火之时，热伤元气，则肢体怠惰不收，两脚痿弱，嗜卧，发热，精神不足，饮食少思，口中无味，呼吸短乏，气促，目中视物䀮䀮，小便赤数，大便不调，名曰注夏。"

病因病机　疰夏病一般是由于禀赋不足，脾胃虚弱，或素体阴虚，元气亏损，夏季炎热，感受暑热之气而病。小儿脏腑未坚，禀赋薄弱，或病后体虚，气阴亏耗，再受炎暑熏蒸尤易发病。

辨证　注夏与暑热证有所不同。注夏，其症以怠惰、痿弱、嗜卧、大便不调等为主要表现；而暑热证则为暑热之邪，伤津耗液，其症以发热、口渴、尿多为主要表现。两者迥然有别，不可混同。由于患者的体质差异与发病后的病情变化不同。临床常见的主要有暑热炽盛，脾胃虚弱等，病至后期，常呈上盛下虚证。

暑热炽盛：症见身热午后增高，有汗或无汗，口渴喜饮，小便量少；后期身热稽留不退。消瘦，肢体疲乏，精神委靡，苔燥，脉虚等。是由阴虚元气不足，感受暑热邪气而病。如暑热之邪伤于肺胃二经，症见发热，口唇干燥，渴而喜饮，多尿，汗闭，烦躁较明显，舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉滑数等。如因日长暴暖，受时令暑热侵袭，脾肺气阴两虚，又因水衰不能上济于心，则症见忽然眩晕，头疼，身倦，脚软，体热食少，频欲呵欠，心烦自汗，脉虚等。

脾胃虚弱：症见肢体无力，胸脘不适，懒言，纳呆，便溏，苔薄，脉虚等。或因迁延日久，异常羸瘦，下肢逐渐萎软无力。因素体脾胃虚弱，感受夏令暑热之气而致。

上盛下虚：症见发热，口渴多饮，汗闭，精神萎靡不振，面色少华，虚烦不安，食欲明显减退，小溲清长而多，大便多稀薄。虽发热而下肢不温，舌淡苔薄，脉微细而数。因肾阳不足，而又心火有余而致。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　(1)暑热炽盛：治宜健脾清热为主。用清暑益气汤加减。若邪伤肺胃，治宜清暑益气，养阴生津为主。用清暑益气汤合白虎加入参汤加减治之。药用党参、黄连、生石膏、竹叶、西瓜翠衣清暑益气；沙参、麦冬、石斛、知母养阴生津；甘草和中。气阴两伤，水不上济，治宜滋养肺肾。用金水相生法(《时病论》方)治之。方中人参、麦冬、五味清补肺脏兼能敛肺；知母、元参清滋肺肾；甘草调和诸药。眩晕甚者加菊花、桑叶；头痛甚者加佩兰、荷叶；疲倦身热者加党参、川斛；心烦多汗者加浮小麦、莲子。

(2) 脾胃虚弱：治宜运脾化滞，佐以清热。用健脾丸治之。方中人参、白术、茯苓、甘草补益脾胃；山药、木香、砂仁补中和胃健脾；神曲、麦芽、山楂消食导滞；肉蔻温中涩肠；黄连清热。若脾虚而腹痛作泻者，可用理中汤。

(3) 上盛下虚：治宜温肾清心。用温下清上汤加石

斛、孩儿参。药用附子温补肾阳；黄连上清心火；龙齿、磁石潜阳；补骨脂、覆盆子、菟丝子、桑螵蛸、白莲须温肾固涩，收敛小便；西洋参、孩儿参、石斛益气养阴，生津止渴。

推拿疗法 以健脾益气，清暑生津 为治疗原则，可以补脾经，补肺金，运内八卦，按揉脾俞，按揉胃俞，按揉肺俞，摩腹，揉肺。并以揉腹部 和捏脊为备用手法。

温毒

因感受温热毒邪而致高热渴饮，伴见局部红肿热痛，甚则溃破糜烂，或见发斑为特征的一类急性外感热病，称为温毒。多有传染性，或可引起流行，故亦有将其归入瘟疫类的。如《医门棒喝·温暑提纲》："方书又有瘟毒之名，亦即《经》云瘟疠之意，曰疠曰毒，不过状其邪之凶暴，即瘟疫一类。"温毒名见《伤寒例》。《注解伤寒论·伤寒例》："阳脉洪数，阴脉实大者，更遇温热，变为温毒，温毒为病最重也。"《诸病源候论》又称热毒，并视其为疫疠病。如《诸病源候论·疫疠病诸候》："热毒盛，则生疱疮。"《景岳全书》认为即时毒。如《景岳全书·瘟疫》："大头瘟者，以天行时毒客于三阳之经……外科有时毒证，亦即此也。"但直至清代起，始将温毒列为独立病种。如《温病条辨·上焦篇》："温病者，有风温、有温热、有温疫、有温毒、有暑温、有湿温、有秋燥、有冬温、有温疟。"总之，温毒、热毒、时毒，同病异名。这是对其病变性质及发病特点的概括。正如《重订广温热论·温热总论》所说："病名温毒，一名热毒，通称时毒。"

病因病机 《景岳全书·瘟疫》认为是由瘟疫热毒所致，如说："若瘟疫热毒上浮，头面俱肿，目不能开，口干舌燥，咽喉不利。"《伤寒温热条辨·阳毒阴毒》认为是由"杂气"中人之"阳分"和"阴分"，"杂气者，兵凶旱潦，疵疠烟瘴，一切恶秽不正之气也。此气适中人之阳分，则为阳毒；适中人之阴分，则为阴毒。"即大头瘟、虾蟆瘟等疾患之类。《温病条辨》认为是由"诸温夹毒，秽浊太甚"，并与体质因素有关。如《温病条辨·上焦篇》："温毒者，诸温夹毒，秽浊太甚也。"又云："温毒者，秽浊也。凡地气之秽，未有不因少阳之气而自能上升者，春夏地气发泄，故多有是证；秋冬地气间有不藏之时，亦或有是证；人身少阴素虚，不能上济少阳，少阳升腾莫制，亦多成是证；小儿纯阳火多，阴未充长，亦多有是症。"《时病论》则认为是由"伏毒自内而出"和"误用辛温之剂"，并与时令季节有关。如《时病论》卷一："温毒者，由于冬令过暖，人感乖戾之气，至春夏之交，更感温热，伏毒自内而出，表里俱热。又有风温、温病、冬温，误用辛温之剂，以火济火，亦能成是病也。"由此可见，感受冬春温热毒邪是引起温毒的主要外在原因，人身少阴素虚和小儿纯阳火多则是内在体质条件，均可造成热盛结毒，发出局部，殃及全身，为病最重。而所谓毒者，即是温热化火之意。正如《时病论》卷一所说："温热成毒，毒即火邪也。"

辨证 温毒为病，临床必有局部红肿热痛等共同见症。《温病条辨·上焦篇》："温毒，咽喉肿痛，耳前耳后肿，颊肿，面正赤，或喉不痛，但外肿，甚则耳聋。"但依其不同的临床证候，又可分为不同的病变类别。如《时病论》卷一："然有温毒而发斑、发疹、发颐、喉肿等证，不可不知。"一般以头面肿大伴发寒热为主证的，称大头瘟；腮部肿胀连及下颌为主证的，称发颐；咽喉肿痛，颈项肿胀为主证的，称虾蟆瘟；咽喉肿痛、糜烂，伴有肌肤痧疹为主证的，称烂喉痧等，临床不难识别。现大头瘟、发颐、烂喉痧等有专条叙述，本条仅述温毒发疮和温毒发斑两种全身性温毒病变的辨证论治。

温毒发疮：见《疫疹一得》。症见疮发头面，或四肢胸背，如毒之发扬者，则红肿硬痛；如毒之内伏者，则扁平不起。并见身热肢冷，口干咽痛，大渴思冰，头痛如劈，面红目赤，或面色青惨，烦躁如狂，谵语不眠，或昏愦如迷，或有腹痛不已、呕吐泄泻，脉洪大而数，或沉细而数。

温毒发斑：见《通俗伤寒论》。症见斑发形大如豆，色紫黑，胸背腰腹尤稠，并见壮热烦躁，头面红肿，目赤唇焦，大渴引饮，咽喉肿痛，甚则起腐，口秽喷人，或吐血衄血，便秘溲赤，神昏谵语，或不语如尸，舌紫苔黄，或黄腻带灰，甚则焦紫起瓣，或见黑晕，脉浮沉俱盛。

治疗 本病治疗以清热解毒为原则。

温毒发疮：治宜大剂清瘟败毒，清热解毒。方用清瘟败毒饮加石膏、生地、川连、紫花地丁、金银花。上部加升麻；下部加川牛膝；胸部加枳壳、蒲公英；背部加威灵仙。毒疮出头，加皂角刺。本病局部，可用水仙膏及三黄二香散外敷。

温毒发斑：治宜大剂清热解毒，凉血化斑。方用化斑汤。或以开通壅闭，驱毒外出，用紫草承气汤合《拔萃》犀角地黄汤加皂角刺。病势极重者，用十全苦寒救补汤，生石膏量宜大，一昼夜急灌，不拘剂数。神昏谵语，合用安宫牛黄丸、紫雪丹之类。

秋燥

因秋季感受燥邪所引起的新感温病，称秋燥。初起邪在肺卫，多见咽干、鼻燥、咳嗽少痰、皮肤干燥等症，临床以燥象明显，病变部位主要在肺经，一般以病情较轻为特点，然间亦有因燥致痉及燥燔气血，燥伤肝肾之阴等重症。

秋燥病名出《医门法律》。但早在《内经》已有"燥"、"燥气"流行等记载。嗣后，《素问玄机原病式·六气为病》谓："厥阴所至……由风胜湿而为燥。"《医学正传·燥证论》有"风热燥甚，怫郁在表"的记述。《医学入门》又明确提出"燥分内外"、"燥有表里不同"。历代医家对秋燥的性质有不同认识。《通俗伤寒论》称秋燥伤寒，并提出有燥凉和燥热，即为风燥和温燥之分。《医门法律》主属热。《医征》主属寒。《温病条辨》认为秋燥有胜气、复气

之别，胜气为寒而呈一派寒凉见证，亦称"小寒"或"次寒"，"复气为火"，"故现燥热干燥之证"。《温热经纬》亦认为其本气为凉，标气为火。现代温病著作大抵分温燥、凉燥两类。

病因病机　秋燥病的病因是感受秋天燥邪而成。《医门法律·秋燥论》："秋月天气肃而燥胜。"但与人的正气盛衰有关。《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》："秋令感伤，恰值夏月发泄之后。"秋燥之气，易伤手太阴气分或伤肺卫阴分并易于化火，说明夏日炎热，汗出津伤，表卫气虚，至秋易受燥邪。燥邪有偏温、偏凉两种。《通俗伤寒论·秋燥伤寒》："秋深初凉，西风肃杀，感之者多病风燥，此属燥凉，较严冬风寒为轻；若久晴无雨，秋阳以曝，感之者多病温燥，此属燥热，较暮春风温为重。"由于燥邪易伤津液，而肺居上焦，其性喜润，所以燥邪上受，则肺津先伤。《素问·阴阳应象大论》："燥胜则干。"《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》："燥自上伤……肺气受病。"故病起即见肺卫燥证。《温病条辨·秋燥》："其由于本气自病之燥证，初起必在肺卫。"如果燥邪化热传里，则干燥之象更显，可呈肺胃阴伤，或肠燥，或阴虚腑实，甚则肝肾阴津受伤等。《时病论·秋燥》："燥气侵表，病在乎肺，入里病在肠胃。"《温病条辨·解儿难》："燥气化火，消灼津液，亦能致痉。"

辨证　主要根据寒、温不同见证，区别其属凉燥抑温燥。结合脏腑辨证，确定燥邪所伤脏腑。又须注意辨察邪热化火及津液耗伤程度。

温燥邪伤肺卫：症见发热，微恶风寒，头痛少汗，咳嗽痰粘而少，咽干鼻燥，口渴，苔薄白而干，舌边尖红，右脉数大。

凉燥邪伤肺卫：症见发热头痛，恶寒较重，无汗，鼻鸣而塞，咳嗽不爽，咳痰清稀，唇燥咽干，口不作渴，苔薄白而干，舌质淡红，脉浮紧不数。

燥热化火，清窍不利：症见耳鸣，目赤，龈肿，咽痛，口渴，尿黄，苔微黄而干，舌尖边红，脉数。

燥热伤肺，肺阴亏损：症见发热，咽干鼻燥，干咳无痰，气促胸痛，心烦口渴，苔薄白燥干，舌尖红赤，脉数。

肺胃阴伤：症见身热不甚，干咳不已，口燥而渴，舌红苔少，脉细而数等。

肺燥肠热：症见喉痒干咳，继则咳甚痰粘带血，血色鲜红，胸胁牵痛，腹部灼热，大便泄泻，色黄肛灼，苔薄质红，脉细数。

肺燥肠闭：症见咳嗽痰唾不爽，胸腹胀满，便秘，苔白腻而少津，脉细而滑。

腑实阴伤：症见便秘，腹胀，身热，时作谵语，苔黑干燥，脉滑而细数。

燥燔气血：症见发热，口渴，烦躁不安，或吐血、衄血，舌绛苔黄，脉细数。

燥伤肝肾之阴：症见昼凉夜热，干咳或不咳，苔剥舌红，脉弦细而沉。

燥痉：以小儿患者为上，症见身热，唇焦齿干，神烦而啼，继而脊强肢瘛，气令痰壅，甚则昏厥。

治疗　有以下几种治疗方法：

方药治疗　秋燥的方药治疗以滋润为主。《素问·至真要大论》："燥者润之。"《临证指南医案》的"上燥治气，下燥治血"可作为治疗秋燥先后之大法。本病初起，有燥凉、燥温的不同，故《温热经纬》说："治分温润、凉润二法。"治燥慎用苦寒，因苦能化燥，有损阴液。《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》："更有粗工亦知热病，与泻白散加芩、连之属，不知愈苦助燥，必增他变。"《杂证会心录》以清燥汤（桑叶、石膏、胡麻仁、甘草、阿胶、人参、麦冬、杏仁、枇杷叶）治秋燥，具有通治方的特色。

若温燥邪伤肺卫，治宜辛凉甘润，轻透肺卫，方用桑杏汤。若凉燥邪伤肺卫，治宜辛散苦润，方用杏苏散。燥热化火，清窍不利者，治宜轻清宣透上焦燥火。方用翘荷汤。以薄荷辛凉清头目；连翘、栀皮、绿豆衣清其燥火；甘草、桔梗利咽止痛。若燥热伤肺，肺阴亏损，治以清肺润燥养阴。方用清燥救肺汤。肺胃阴伤者，治宜甘寒滋润，清养肺胃。方用沙参麦门冬汤。胃阴伤甚，可用五汁饮或玉竹麦门冬汤，以加强生津养液，润燥止渴。脾胃虚者，加生扁豆；气虚者加人参。肺燥肠热者，治宜清热止血，润肺清肠。方用阿胶黄芩汤。用甜杏仁、桑皮、甘蔗润肺生津；阿胶养血止血；芍药、甘草酸甘化阴、缓急止痛；黄芩清肺和大肠之热；车前草导热下行兼能止泻。肺燥肠闭者，治宜肃肺化痰，润肠通便。方用五仁橘皮汤。方中松子仁、郁李仁、桃仁均能润燥滑肠；甜杏仁既能润肺化痰，又能滑肠通便；蜜炙橘红行气除胀，润而不燥，使肺润气降津布而便通。腑实阴伤者，治宜滋阴通下，方用调胃承气汤加鲜首乌、鲜生地、鲜石斛等。燥燔气血者，治宜气血两清，宜用玉女煎加减。方中石膏、知母清气分之热；玄参、生地、麦冬凉血养阴。若燥伤肝肾之阴，治宜滋肾养肝，潜镇熄风。方用三甲复脉汤，甚则用大定风珠。久虚难愈者用专翕大生膏，此膏用乌骨鸡、鲍鱼、海参、羊腰子、猪脊髓、阿胶、鸡子黄等血肉有情之品和地黄、白芍、枸杞、沙苑蒺藜以滋补肝肾；人参、麦冬、五味子益气养津；三甲介类滋阴潜阳；茯苓、芡实、莲子健脾养胃。若为燥痉，治宜清热熄风，润燥舒筋。方用增液汤加桑枝、钩藤、菊花、木瓜、至宝丹等。

针灸治疗　温燥邪伤肺卫，可配合针灸治疗，选大椎、大杼、尺泽、鱼际、复溜等穴，用毫针行泻法，不灸。

气功治疗　凡干咳少痰，或痰见血丝等症属燥邪伤肺所致者，可：①每日丑寅时，正坐，转头向左右牵引侧视三十五次，再反两手捶背三十五次，继行吐纳法，叩齿咽津。②每日子丑时，平坐，伸两足，拳两手按于膝上，次将上身极力向左右反侧各十五次，继行吐纳法，叩齿咽津。（以上两法，均见《内外功图说辑要·陈希夷二十四坐功图》）

简易方　（1）苏子、白蜜、生姜汁、地黄汁、杏仁各二

升。捣苏子,以地黄汁、姜汁浇之,以绢绞取汁,更捣以汁浇之,又绞令味尽,去滓,熬杏仁令黄黑,治如脂,又以向汁浇之,绢绞往来六七度,令味尽去,去滓,内蜜和合,置铜器中,于汤上煎之,令如饴。一服方寸匕,日三夜一。适宜于燥邪伤肺之下咳、气逆(《备急千金要方·大肠腑》)。

(2)沙参三钱,麦冬五钱,冰糖一钱,细生地五钱,玉竹一钱五分。水五杯,煮取二杯,分二次服,渣再煮一杯服。适宜于温燥伤肺胃之阴者(《温病条辨·中焦篇》)。

食疗方 ①以甜水梨大者一枚薄切,新汲凉水内浸半日,时时频饮。(《温病条辨·上焦篇》)②梨汁、荸荠汁、鲜苇根汁、麦冬汁、藕汁(或蔗浆),临时斟酌多少,和匀凉服,不甚喜凉者,重汤燉温服(《温病条辨·上焦篇》)。

冬温

于冬季感受风热邪气所引起的新感温病称冬温。初起以发热、恶寒,咳嗽、痰黄、口渴等症为特点,病变部位主要在肺,病理变化及疾病传变与风温相似,然易于伤阴又兼见表寒则较为明显。

冬温病名出《伤寒论·伤寒例》。《通俗伤寒论·伤寒兼证》有冬温伤寒、客寒包火、冷温等称,并提出有新感和伏气两种。如说:"冬初晴暖,气候温燥……,吸受其气,首先犯肺,复感冷风而发者,此为新感,病浅而轻;若冬温引动伏暑内发者,此为伏气,病深而重。"薛瘦吟认为属伏气温病。如说:"伏暑伏气,即秋温冬温病。"但究二氏所述之伏气冬温,实为"冬月伏暑",仍归伏暑病篇。现代新编的《温病学》,则将冬温合在风温病下同述。

病因病机 是由于冬季应寒反暖,阳不潜藏,阴精耗伤,或素体不足,复感非时之暖,即冬季感受风热邪气而致病。《温热暑疫全书·附冬温》:"冬时有非节之暖,未至而至,即为不正之气,独冬不藏精之人,肾气外泄,腠理不固,温气袭人,感之为病,此为冬温。"《温病条辨·上焦篇》:"冬温者,冬应寒而反温,阳不潜藏,民病温也。"《温热经纬》:"冬日天暖,所感亦是风温。"小儿罹本病者化热甚速,易于热炽气分,甚或邪热深入营血。

辨证 有单纯感受非时之暖和感受非时之暖后新寒重束两种。前者主要表现为风热表证,与风温病相同;后者主要表现为风热兼表寒。至于邪热传里,则与风温病相似,有顺传的胃热腑实;也有逆传的心营。由于阴精耗伤,所以易见津伤,后期多呈肺胃阴虚。

肺卫寒重热轻:症见头痛身疼,发热恶寒,口微渴,无汗,鼻流清涕,咳嗽气逆,舌尖边红,苔薄白,脉浮紧而数。

肺卫热重寒轻:症见发热,微恶风寒,头痛少汗,口微渴,咳嗽,胸闷而烦,舌尖边红,苔薄白,脉浮数。

肺热偏重:症见身热口渴,咳嗽痰黄,胁痛气粗,舌红苔黄而燥,脉滑数。

邪热壅肺:症见发热,恶寒,无汗,烦渴,咳嗽气喘,舌红,苔黄白兼见,脉浮数。

胃热偏重:症见身热汗出,口渴而烦,呛咳胸闷,舌红苔黄而燥,脉洪数。

胃热腑实:症见日晡潮热,时有谵语,大便闭结,舌红苔黄燥。

邪陷营血:见"风温"条。

肺胃阴伤:见"风温"条。

冬温挟惊:小儿神怯气弱,往往在热势炽盛之时,外有所触,如闻异声,容易受惊,与热相合,则出现惊抽,神呆不语,甚或手足痉挛,角弓反张。

治疗 冬温初起邪侵肺卫者,以辛凉宣肺为主,表寒重者,兼以祛风散寒。邪热传里,按顺传、逆传之不同,分别与清热、通下、凉营、开窍等法,阴津耗伤者须清养肺胃之阴。

肺卫寒重热轻:治宜辛凉宣肺解表。方用葱豉桔梗汤加味。以葱白、豆豉、薄荷、桔梗辛散外邪;连翘、山栀、甘草、淡竹叶清热;加瓜蒌皮、川贝母清痰肃肺。

肺卫热重寒轻:治宜辛凉解表,宣肺泄热。方用银翘散。

肺热偏重:治宜清透泄热。方用桑菊饮加石膏清泄里热;贝母、郁金、枇杷叶宣肺化痰。

邪热壅肺:治宜清热宣肺,方用麻杏石甘汤。

胃热偏重:治宜清热坚阴,轻宣肺气。方用白虎汤加黄芩、山栀、连翘清肺胃之热;杏仁、桑叶轻宣肺气。

胃热腑实:治宜通下泄热养阴。方用调胃承气汤通下泄热,加鲜生地、鲜首乌养阴增液。

邪陷营血:见"风温"条。

肺胃阴伤:见"风温"条。

冬温挟惊:治宜清心平肝,通宣透络,用清宫汤合羚角钩藤汤化裁;兼有痰涎壅盛者,加竹沥、荆沥、石菖蒲,以宁心豁痰,熄风开窍。

斑

发于肌肤表面,色红或紫,与皮肤相平,抚之不碍手的片状或点状斑块,称斑。《丹溪心法·斑疹》:"斑有色点而无尖粒者是也。"《临证指南医案·斑痧疹瘰》邵新甫按更明确指出:"斑者,有触目之色,而无碍手之质。即稠如锦纹,稀如蚊迹之象也。"

斑名早见于《诸病源候论》,有时气发斑、温病发斑、斑毒病等称,皆属外感发斑之范畴。《金匮要略》阴阳毒与斑相类,《金匮要略·百合狐蜮阴阳毒病脉证治》:"阳毒之为病,面赤斑斑如锦纹,咽喉痛,唾脓血。"《备急千金要方·伤寒》载录华佗之说,伤寒热毒"其热微者赤斑出","剧者黑斑出"。

病因病机 《诸病源候论》及《备急千金要方》所载皆以外感立论,认为伤寒、温病、时气均可发斑。《丹溪心法》明确指出内伤亦可发斑。《医学入门》提出外感、内

伤、内伤兼外感均可以发斑。本证多由外感热病，热郁阳明，迫及营血，外发于肌腠；或脏腑虚寒，复感阴邪，浮火外越等因素所致。

外感：以外感热病为最常见。多由热病表不解，热毒气不散，邪热不得发泄，蕴结阳明，以致热迫营血，外泛于肌表而成。《临证指南医案·疮痧疹瘰》邵按："殆伤寒温疫诸证，失于宣解，邪蕴于胃腑，而走入营中，每有是患耳。"因斑多由里实热证所造成，故有斑属阳明之说。

内伤：多由体虚阴寒内盛，真火衰微；或内伤生冷，复感阴邪，迫其无根之火，外散于皮肤所致。历代医家论述，如《丹溪心法·斑疹》云："内伤斑者，胃气极虚，一身之火游行于外所致"。《伤寒约编·续》卷一："少火气衰，生阳不振，阴邪郁遏，伤营气而亦令发斑。"

总之，根据外感内伤之不同，大抵可分为阳斑与阴斑两类。根据症情之轻重，又有紫斑、黑斑之别。

辨证　首先要判别性质，分清阳斑和阴斑。凡阳斑多有四时外感热病的证候，如伤寒发斑的阳毒证候，春温发斑的温毒证候，夏热发斑的热毒证候，时行发斑的疫毒证候等。阴斑则以阴寒内伤证候为主。其次，观察斑的颜色及分布，以判别症情之轻重浅深。一般色红者较轻，色紫者较重，黑者尤重。分布稀少者较轻，密集者较重，成片者尤重。

治疗　斑凡外感热病所致者，皆以清胃解毒，凉血化斑为务。如化斑汤、消斑青黛饮或清瘟败毒饮之类。内伤发斑，若阴寒内盛者，可予胶姜四物汤；内伤生冷，外感寒邪者，用调中汤之类；阴亏火旺者，用知柏六味丸之类。《临证指南医案·疮痧疹瘰》邵按："考方书之治，其法不一。大抵由失表而致者，当求之汗；失下而致者，必取乎攻；火甚清之，毒甚化之，营气不足者，助其虚而和之，托之。"

预后　常视斑之颜色及全身情况作为预后的主要依据，《诸病源候论·伤寒阴阳毒候》："若发赤斑，十生一死；若发黑斑，十死一生。"《备急千金要方·伤寒》引华佗说："其热微者赤斑出，此候五死一生；剧者黑斑出者，此候十死一生。"《增补万病回春》卷之三："发斑红赤为胃热，若紫不赤为热甚，紫黑为胃烂……大抵鲜红起发稀朗者吉，紫黑者难治，杂黑斑烂者死也。"

阳斑

因四时外感热病所致之斑为阳斑。临床特点有壮热、烦躁，舌红绛，斑色鲜红，属实热病证。阳斑见《明医指掌》，《丹溪心法》称阳证发斑。《诸病源候论》、《备急千金要方》所载诸斑皆属阳斑范围。

病因病机　阳斑多由外感热病，邪热内郁，迫及营血，外发于肌肤而成。本证与足阳明、手太阴、手少阴三经的关系较为密切。其病机大致有二：一则阳明热盛；二则心火炽盛，熏及肺金。《此事难知·阳证发斑》："有下之早而发者，有失下而发者，有胃热胃烂而发者。"即指阳明热盛。又如："手少阴心火入于手太阴肺也，故红点如斑，生于皮毛之间。"即指心火炽盛，熏灼肺金。《伤寒约编·续》卷一："斑属阳明，邪郁热炽，热伤营血，热聚皮肤之内，肌肉之间……轻如星布，重若锦纹，是为阳斑。"

辨证　常见的阳斑，按其病因，有伤寒发斑、温证发斑、阳毒发斑、时疫发斑等。

伤寒发斑：见《三因极一病证方论》。症见胸腹部发斑，色红赤，身热口渴，苔薄腻或黄腻，脉象洪数。甚则烦躁谵语，咽喉闭痛。

温证发斑：见《世补斋医书》。《丹溪心法》称热病发斑。症见发斑烦热，汗出不退，二便不利，甚或谵妄、昏沉，苔光剥，舌质绛。

温证发斑，若冬感寒毒之邪，不即发病，至春始发，名春温发斑；若冬时应寒反温，感受不正之气而发病，称冬温发斑，见《医垒元戎》。此多新感引发伏邪，所以起病较重。症见肌中斑烂如锦纹，色红赤，咳而心闷，呕清水，苔薄，舌质偏红。温证发斑，若见于夏暑季节，酷暑中人，热毒内盛，毒气怫郁，热极动血而致，称夏热发斑，见《医学入门》。症见身发赤斑，状若锦纹，表里俱热，眼目俱黄，心中烦热，大便不利，时或狂言，舌绛，脉来洪数有力。

阳毒发斑：见《医学入门》。症见肌肤燥热，面赤锦斑，咽痛，或吐利脓血，鼻如煤烟，妄言狂走，舌焦，六脉洪数。

时疫发斑：见《温疫论补注》。又名温疫发斑。《普济方》称大疫发斑；《圣惠方》称热毒斑；《景岳全书》称疫疠发斑。名称虽殊，其热一也。乃温疫病之重证，由疫毒留结血分，伏邪不得外透所致。《温疫论·发斑》："邪留血分，里气壅闭，则邪伏不得外透而为斑。"

时疫发斑，以发斑迅猛，颜色赤黑，证情严重，易于传染为特点。随其疫毒所中脏腑不同，有如下几种证候：①三焦伏热：症见心烦壮热，遍体赤斑，烦渴，狂躁不寐，两脉数搏。此乃伏气热蕴三焦之象。②邪伏厥阴：症见寒热并作，胃脘之下如有物攻触，口渴而喜饮暖汤，斑已外现，其病不退。③心肺热毒：症见遍身赤斑，重则紫黑，烦热而渴，得水不能饮，狂乱躁热等。④气血两燔：症见发斑吐衄，表里俱热，躁烦不安，渴饮干呕，头痛如劈，昏狂谵语。

治疗　以寒凉为主，或清胃解毒，或凉血化斑。新感引动者，当兼顾表邪，疫毒深重者，须大剂辟疫解毒。

伤寒发斑：治宜清凉化斑，滋阴解毒。用人参化斑汤、犀角元参汤或元参升麻汤加减。

温证发斑：治宜凉血清热，用举斑汤、犀角地黄汤等加减。春温发斑或冬温发斑，治宜苦辛清泄，用葛根橘皮汤。重者当滋阴解毒，芳香逐邪，方用黑膏。若火热炽盛者，用黄连解毒汤。若赤斑出，伴见烦渴，便实腹痛，有可下之证者，当微和胃气，用调胃承气汤。夏热发斑，治宜清营凉血解毒，用犀角汤加减。

阳毒发斑：治宜清热解毒，方用阳毒升麻汤、消斑青黛饮加减。火炽者宜三黄石膏汤加减。

时疫发斑：①时疫发斑之三焦壮热者：治以泄热解毒，凉血清心，药用羚羊角、犀角、连翘心、玄参心、鲜生地、天花粉、金银花、石菖蒲等。②时疫发斑之邪伏厥阴者：治宜泻火散结，兼以燥湿。药用桂枝、川连、黄芩、花粉、牡蛎、枳实等品为主。③时疫发斑之心肺热毒甚者：治宜清肺、宁心、解毒。方用解毒香豉饮子或犀角散加减。④时疫发斑之气血两燔者：治宜清热解毒，凉血救阴。可用大剂清瘟败毒饮。

预后 见"斑"条。

阴斑

即阴证发斑，以发斑并多兼见手足逆冷，下利清谷为特点，属虚寒证，也有因肾阴枯涸，虚火浮游所致者。

阴斑名见《丹溪心法》。《通俗伤寒论》称虚斑，《医学入门》称内伤发斑。

病因病机 阴斑多由素体虚弱，内有伏寒，阴寒内盛，逼其无根之火浮散于外；或内伤生冷，外感阴邪，邪从阴化；或本非阳证，误进寒凉，以致阴寒不解，伤及营气所致。《丹溪心法·斑疹》："此无根失守之火，聚于胸中，上独薰肺，传于皮肤而为斑点。"《医门补要·阴斑阳斑宜辨》："阴寒内伏，逼其浮火外散。"《伤寒约编·续》卷一："少火气衰，生阳不振，阴邪郁遏。伤营气而亦令发斑，是为阴斑。"《医宗金鉴·伤寒心法要诀》注："邪从阴化，或过服冷药所致。"

《伤寒全生集》载内伤寒发斑，由于夏月伤暑，居息凉处，又进寒凉之物，致内外皆寒，逼暑火外浮于肌肤。

辨证 阴斑之发，必有阴寒虚象可据，复参以脉象与见症，即可诊断。

《临证指南医案·斑痧疹瘰》邵新甫按："至于阴斑一说，见象甚微。若必指定些些之斑点为阴，犹恐不能无误。想前人此例，无非觉后人勿执见斑为实热之义也。吾故曰，必参之脉象及兼证方妥。"此说在临床上值得参考。

阴寒内伏，浮火外散：症见发斑稀少，斑色淡红，如蚊咬痕，舌淡苔润，脉来沉迟而虚。

外感寒邪，内伤生冷：症见寒热，胸背部或手足出现斑点，稀少而微红，如蚊蚋蚤咬状，或见中脘胀闷冷痛。

元气素虚，肾命亏损：症见斑出于胸背或手足，斑点稀疏，颜色淡红，气少神疲，四肢不温，寒热脉微。

内伤寒发斑：见《伤寒全生集》。症见寒热间作，皮肤按之无大热，发斑三五点，或鼻中微出血，两脉沉涩。

内伤发斑：见《医学入门》。指发斑由于脏腑气血失调，非外感时邪所致者。亦属阴斑之一。《丹溪心法》称内伤斑。《伤寒约编》卷一："血气不充，虚邪外鼓，则四肢胁肋略见数点，古称蚊迹，是为虚斑，与内伤发斑不殊。"常见的内伤发斑有：①脾阳内伤：症见斑出隐约细小，色淡微红，并见肢冷神倦，声低气短，大便溏薄，小便清利。②胃气极虚，发斑，并见百节烦疼，体重嗜卧，口沃涎沫，胸满气短，心烦耳鸣，目热溺赤等。③肾阴内伤：症见斑出枯黑，伴头晕目眩，腰酸足冷，两颧发赤，涕泪干涸，甚则筋惕肉瞤，手足抽动，舌苔黑而少津。

治疗 以甘温扶养正气为主，切不可见斑投凉，克伐阳气。

阴寒内伏，浮火外散：《医宗金鉴·伤寒心法要诀》注："法当从阴寒主治。"宜温中祛寒，方用理中汤之类，或景岳大温中饮加减。

外感寒邪，内伤生冷：宜散寒调中除湿，内外并治为法。方用调中汤加茴香。

元气素虚，肾命亏损：治当温经助阳，方用附子汤之类加减。

内伤寒发斑：治宜祛暑解表，化湿和中。用调中汤或香薷饮加减。

内伤发斑：①内伤发斑之脾阳内伤者：治宜温补脾胃，益气扶阳，方用补中益气汤。若神志时清时昧，嗜卧者，为阳气欲脱之候，当以参附汤回阳固脱。②内伤发斑之胃气极虚者：治宜补以降之，用调中益气汤、黄芪建中汤之类。③内伤发斑之肾阴内伤者：治宜滋肾益阴，方用龟柏地黄汤，可酌加育阴熄风之品。

疹

指发于肌肤表面形如粟状，若针头大乃至豆粒大的隆起皮疹，色多红，或紫，抚之碍手。疹名见《伤寒九十论》。又称疹子。《丹溪心法·斑疹》："浮小而有颗粒者曰疹。"《内经》称隐轸。《金匮要略》称瘾疹。《丹溪心法·斑疹》篇中所述之疹有二义，一是指瘾疹，一是指疮疹。《幼幼集成》指出疹与瘾疹是两种相似的疾病，疹是指红点发于皮肤之内不出者；瘾疹是指疹发而多痒，或不红者。《临证指南医案》认为瘾与疹是两种相似的疾病。疹是"有头粒而如粟象"；瘾是"肿而易痒"，但亦属疹之范畴。目前均沿上述概念。又《医宗金鉴》所称痦瘾疹，即《诸病源候论》之风痦瘰。

疹的分类，常见的有瘾疹、风疹、白痦、痰疹等。

病因病机 《内经》认为是"心火有余"。《金匮要略》所说的"邪气中经，则身痒而瘾疹"，是经气不足，风邪乘虚而入，血为风动所致。《诸病源候论·风瘙身体隐轸候》："邪气客于皮肤，复逢风寒相折，则起风瘙隐轸。"由于风、湿病因的侧重不同，又有"赤轸"与"白轸"之别："赤轸者，由凉湿折于肌中之极热，热结成赤轸也。……白轸者，由风气折于肌中热，热与风相搏所为。"该论《诸病源候论·风痦瘰候》又曰："夫人阳气外虚则多汗，汗出当风，风气搏于肌肉与热气并，则生痦瘰。"《幼幼集成》认为"瘾疹多属于脾"。归纳之，疹多因风、寒、湿、热之邪蕴滞于

腠理，致使营卫不调而发。或由湿热所致、或由疮毒引发，或由风气，或由寒湿。其中，以湿热发疹为多见。由于风热郁肺，内闭营分，从血络而发于外，其病位多与肺胃有关，故《临证指南医案·斑痧疹瘰》曰："不外乎太阴、阳明之患。"

辨证 须明辨风、热、寒、湿四者，及其相互兼夹。因风气单独发疹者较少，多与热、寒、湿合并而为病。临床上根据各自兼症的不同，是不难判别的。其次，根据起病之缓急、症情之轻重、毒气之大小以辨别其是否具有传染性。若发病急暴，火毒气盛，症状险恶者，则属于疫疹范围。发疹是邪气外出的表现之一。凡疹点稀疏，颜色红润，分布均匀者为顺，为邪毒轻浅，预后良好。若疹点稠密，颜色紫黯，或现或没者为逆，为邪气盛，或正不胜邪的表现，预后欠佳。总之，发疹出要周匀，没宜徐缓，反此则不吉。

瘾疹 见《诸病源候论》。又名风痞瘰。《千金要方》称痞瘰。《医宗金鉴》称痞瘰疹。①风热瘾疹：见《外科正宗》。《千金要方》称为赤疹。初起之时，皮肤作痒，次发扁疙瘩，形如豆瓣，其色鲜红，遇热则甚，遇冷则减，剧者堆累成片，剧痒，灼热，舌红，脉浮数。②风寒瘾疹：《千金要方》称为白疹。症见疹色淡白，阴雨寒冷则剧，天晴煖暖则减，瘙痒，恶风寒，或兼喘咳，苔薄白，脉浮弦等。③风湿瘾疹：症见缠绵反覆，有历时数年或十余年不愈者，发作之时，疹色微红，多兼胸闷咳嗽，四肢酸重，舌苔厚腻，脉弦濡或沉涩。

风疹 见《医门补要》。又称风痧。风疹一证，在发疹前，无明显症状，发疹时伴有发热，咳嗽，鼻塞，作吐等，疹点多在一天内全身出齐，有痒感，二三天便消退，无脱屑或斑痕。

疫疹 见《疫疹一得》。《疫病篇》称热疫之斑疹。本证见于传染性热病，为诸疹之最烈者。初起，症见恶寒发热，头痛如劈，甚则烦躁，谵语，唇焦，舌起红刺，脉数，或兼见上呕下泄等。

治疗 疹的治疗，多从肺胃入手，《临证指南医案·斑痧疹瘰》称："专以肺胃论治为精。"对温热发疹，宜遵《温病条辨》，大抵先用辛凉清解，后以甘凉收功。忌升提，忌壅补，忌峻下。

瘾疹：①风热瘾疹：治宜消散风热。方用消风散或秦艽牛蒡汤之类。②风寒瘾疹：治以祛风散寒。方用荆防败毒散、千金石南汤，实营卫而固表祛邪，或用千金风瘙瘾疹方。③风湿瘾疹：治宜疏风祛湿。方用加味羌活散。若反覆发作，经年不愈者，则多兼气血虚。宜益气补血，祛风利湿。方用当归饮子加减。

风疹：治疗应根据其风热与热毒之病因，宜采用疏风散热、清凉解毒为法。初起时可用银翘散；热毒重者，用五味消毒饮加蝉蜕之类。不可轻易吐下，吐之则津伤热炽，下之则毒邪深入为患。

疫疹：治疫疹，当滋润清解，切忌温散，误用温散，则死不终朝矣。治应清热凉血解毒为主。用清瘟败毒散，加重石膏用量。初起之时，亦可先用败毒散加减，以去邪热。若热盛者，宜用凉膈散去硝、黄，加石膏，以泻上中二焦之火，使热降清升，而疹自透。

若见疹根紧束，颜色青紫、多发于胸背者，为胃经热极之候，即宜大清其热，兼以凉血。以清瘟败毒饮加紫草、红花、桃仁、归尾；若赤紫如鸡冠花，为火更盛，宜加重紫草、桃仁；若毒参阳位而头痛，宜加菊花；腰痛者加黄柏。虽兼证各殊，均须重用石膏。

预后 疫疹之发，以松浮、红活者为邪浅病轻；紧束有根，色紫或黑者为热盛毒重。疹后可见肤表残留细屑，宛如粟米。红者谓之"红沙"，白者谓之"白沙"，系余毒欲尽透之征，愈后蜕皮为佳。若初病不知为疫，后十日或半月而出疹，见烦躁作渴，大热不退，毒发于颔者，预后多凶险。

白㾦

湿热之邪郁蒸肌表，见细小皮疹，呈水晶状小泡，称为白㾦。一般先疏渐密，多现于颈项、胸腹，亦可见于四肢，泡破有淡黄色浆液。名见《温热论》。《温病条辨》称白疹。

白㾦多见于湿温病。《外感温热论篇》云："白㾦为湿郁卫分，汗出不彻之故。"王孟英谓："白㾦为湿热之邪郁于卫分，失于清轻开泄。"杨素园谓："白疹乃肺卫湿热也。"陈渔洲《白疹秘钥》按："香岩所论白㾦，即今之白疹，其症多由湿温内郁，伏久乃发。"故白㾦之发生，必有湿温病史，因湿热内郁，失于透泄，致发此证。本病初起，时有头痛，发热，恶寒，胸痞，无汗，口渴，四肢倦怠，身体烦疼，有似伤寒；或一日一作，或间日一作，又如疟疾。即使投剂中肯，暂时虽脉静身凉，苔退垢化，但隔一二日则发热又起，虽有汗出，其热不退，如是多日，其疹乃出。

《诸病源候论》亦有白疹一证，与《温病条辨》之白疹系名同而证异。前者是指风瘙瘾疹，后者是指白㾦。《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》："白疹者，由风气折于肌中热，热与风相搏所为。"其主要病机是风气为患。又曰："白疹得天阴雨冷则剧。"说明已认识到湿与热的病机。但巢氏这里的湿与热，是针对风瘙瘾疹偏于寒湿证型而言的，跟湿温病所发之疹㾦不同，应当区别。

白㾦有晶㾦、枯㾦之别，治疗与预后迥异。如㾦形尖如粟、如粞，色白饱润者，为晶㾦，属湿郁卫分，伤及气分，治以清热利湿宣透为主，《温病条辨》："此湿停热郁之症，故主以辛凉，解肌表之热，辛淡渗在里之湿。"方用薏苡竹叶散，或以黄连温胆汤加杏仁、瓜蒌皮、通草、豆卷等品，以通泄三焦。三焦气机得宜，则湿热之邪亦藉以分消。若小粒如水晶色，为湿热伤肺，邪虽出而气液枯，治法当以甘药和之。如㾦形枯白壳空，稀散乏泽者为枯㾦，乃气液欲竭之候，故多凶而难救，当视症情，拟用生脉散、扶元

育阴解毒方、清养肺胃方，或阴阳双补方等，以冀救治。

针灸治疗，晶痦常选列缺、合谷、太阳、大椎等，用毫针行泻法。枯痦之气液欲脱者，亟宜温中扶元，针气海、关元等穴，用补法。

痧证

感受时疫秽浊之气，症见发热，胸腹或闷，或胀，或痛，或见上吐下泻，或神昏闷乱，或见皮下青紫痧斑痧筋的一类外感病，称痧证。具有症情复杂，传变迅速，病势危重的特点。

病证名见《世医得效方》，又称沙证。并云："……原其证古方不载，所感如伤寒，头痛呕恶，浑身壮热，手足指末微厥，或腹痛闷乱，须臾能杀人。"又称水伤寒。《普济方》又称水疫。《痧胀玉衡》称绞肠痧、痧气、痧胀、痧疫、痧筋、痧斑以及青筋、白虎等。《医学实在易》称砂证。由于痧毒闭塞胸膈肠胃，壅阻经络，导致气阻血凝，引起全身酸楚胀痛难忍，所以民间常称痧为发痧。其病具有广泛的流行与传染性，称之为痧疫。

临床上常可分急症与慢症两种类型。如染病之后，急速暴发，头目眩晕，心胸紧闷烦躁，全身酸楚胀痛，四肢麻木，吐泻交作，或干呕腹痛如绞，面色青紫，舌质发黑，目闭不语，突然昏厥，如不及时抢救，可在数小时之内死亡。如《痧症全书·紧痧》说："急痛，霎时晕倒，半刻即死。"又《痧症全书·闷痧》条说："痧毒冲心，发晕闷地，似中暑中风，即时而毙"，都是指痧之急症。若时冷时热，似汗非汗，续之但热不寒，胸腹灼热，手足如冰，心神不宁，如有所失，心胸烦闷，隐隐作痛，不思饮食，口苦苔腻不渴，头痛项强，倦怠无力，病情常可拖延数日或数月之久，如未及时治疗，常可招致痧毒深入，病势加重，终至演变成为危险之症。如《痧症全书·慢痧》说："痧之慢者，或十日半月而死，甚至三四月而死"等，都是指痧之慢症。

病因病机 为外感疫疠之气和秽浊异气所致，或由暑气诱发，以及寒气郁为火毒，而发为痧证。如《痧胀玉衡·偏身肿胀痧》："痧者，暑热时疫恶毒之气……阖门被祸，邻里相传。"《痧胀玉衡·痧原论》又说："痧证，先吐泻而心腹绞痛者，从秽气痧发者多；先心腹绞痛而吐泻者，从暑气痧发者多；心胸昏闷，痰涎胶结，从伤暑伏热痧发者多；遍身肿胀疼痛难忍，四肢不举，舌强不言，从寒气冰伏过时，郁为火毒而发者多。"《痧症全书·论痧篇》说："体气不实之人，偶触粪土沙秽之气，多腹痛闷乱，名之曰痧。"《张氏医通》认为痧的发生是感受"恶毒异气"。《湿热病篇》认为痧的发生是"湿挟秽浊，闭塞气机而然"。《医学实在易》认为由"风寒湿邪，或山岚瘴气"所引起。

痧证虽为外因之邪为患，但与正虚有密切关系。如肝旺胃虚，情志抑郁，或暴饮暴食，食积不化，均为痧证的诱因。王孟英云："情志多郁之人，稍犯凉热，即能成痧，且不时举发，亦由气血失其宣畅也。"

辨证 如下所述：

痧胀：见《痧胀玉衡》。胀和痛是痧胀的独特症状。当痧毒之邪侵犯肌表，阻于气血之间，全身肌肉剧烈胀痛，循经入于空窍，则出现头昏脑胀，如邪毒攻于里，则胸胁胀满，攻于肠胃，则脘腹疼痛不休，甚或痛如绳绞，以及上吐下泻等危急现象。

痧筋：见《痧胀玉衡》。患者全身皮下，特于胸部及两臂内侧和两下肢腘窝部(委中穴)出现青紫色的痧筋。痧筋有明显出现，亦有隐伏不显，这与痧毒侵犯肌表的深浅有关。如痧筋明显浮现于皮下的为痧毒壅阻于血分者多；若痧筋似有似无不明显者，为毒阻于气分者多；如痧筋隐伏于皮下难以看到者，为痧热之毒郁结在血分，是闭而不显于外的现象。

痧斑：见《痧胀玉衡》。痧斑是痧毒与正气相搏，瘀毒凝集，发于体表的一种病证。患者全身皮下出现红紫色的痧斑点。由于痧毒郁肺，内闭营分，从血络外出，或热毒郁于阳明，逼迫营血，则从肌肤外发。但也可由于痧毒隐伏于内，以及被阴气阻遏，致使痧斑蒸发不出者。此时可采取铜钱或汤匙以及细线等沾一些清水，由上而下柔和而有顺序地轻刮皮肤，即可见皮下有明显的红色痧斑显现出来，犹如一些细小的砂粒子和细小的瘀血斑点。斑色深紫，存留时间亦久，与一般出现的红色斑点不同。

绞肠痧：见《痧胀玉衡》。由于痧毒阻于肠胃之间，致使胃气不和，脾失输布，受纳无权，气机不调，是以吐泻交作，或不吐泻而干呕，脘腹胀满酸痛如绞。若吐泻频繁，引起津液耗损，终至阴液枯竭，阳失依附，可导致亡阳等危急证候。

紧痧：见《痧症全书》。腹部急痛，突然晕仆。若痧毒侵犯于经络、血脉之间，致使气血的运行受到障碍，是以两足发麻，四肢末端冰冷。由于痧毒壅阻经络，内入脏腑，热深厥深，还可以见到身冷如冰，且阴汗淋漓等一派假寒表现。

闷痧：见《痧症全书》。由于痧毒来势凶猛，有的患者一发病，即可见精神恍惚，委靡不振，心胸闷乱等险情；亦有急骤发病，突然呼叫几声，旋即昏倒，神志不清，为痧毒直攻心包，引起清空被蒙，神失所守而致危症。

痧证常可见到脉象与证候不相一致。如在恶热口渴，烦躁不安，面赤舌红等一派实热证中，反见六脉沉细无力，甚或沉伏不显；或脉象虽数，但又形寒畏冷，口淡不渴等。这些均为痧毒壅阻经络，血脉受闭，或隐伏于里，致使气滞血瘀，阳气被遏，不得外越，阴阳阻格、失其调和之故。

治疗 本证属邪实，治以祛邪为主，视病情不同，常用清热解毒，透表辟秽，理气止痛，活血化瘀，以及凉营开窍等法。另有外治疗法数种如下：

(1) 刮痧疗法：是使用某种器械(如茶匙或铜钱或细线)，稍沾麻油(或麻油水)后，在患者体表一定部位(如头额、颈项、胸腹、背腰、四肢的肘膝弯)，进行多次轻柔地由

上而下地反覆摩刮，刮至皮下出现紫红色的痧点为度。当痧毒侵犯人体，毒阻气分之时，可采用此法治疗。

(2) 抓痧疗法：抓痧也叫挟痧、撮痧、扯痧，是用示指与中指弯曲成夹子形状(或示指与大拇指也可)。沾冷水在患者体表一定的部位肌肉上挟提，直至挟至出现红紫色痧痕为止。

(3) 放痧疗法：痧毒阻于血分肌肉者，可用消毒三棱针，或较粗的缝衣针等，在患者体表一定的部位，如百会穴(两侧耳廓上缘中点直上交于头顶正中线处)、印堂穴(鼻根直上，两眉之间中点)、太阳穴(在眉梢后下方约一寸凹陷处)、喉中两旁(颈前喉结两旁痧筋)、舌下两旁(即舌系带两侧静脉，右名玉液，左名金津)、两乳下(即两乳头下痧筋)、两手指(两手十指尖，即十宣穴，此处不需寻找痧筋，且不可沿指甲缝刺入)、两肘弯(两手臂内侧的静脉或取尺泽穴)、两膝弯(委中穴，即腘窝静脉)，找出痧筋，经75%酒精棉球局部消毒后，以针尖刺入(如遇要害部位，以斜刺为宜)，让紫黑色的血液流出即可。

预防与调护　痧证的发生多与气候变异、饮食不洁等有关，故改善生活、工作环境，注意饮食卫生，对防止发病有重要影响。痧证患者居处须安静，空气宜清新，衣着适宜，饮食清淡而易于消化，忌食粘腻厚味。

寒痧

寒邪外阻、痧毒内伏所见畏寒、肢冷、心烦、尿赤、喜冷饮等外寒内热的痧证，称寒痧。名见《痧胀玉衡》。

寒痧的辨证，常见畏寒喜温，四肢逆冷，面色苍白，心烦腹热，胸腹胀满，浑身酸楚，发呃作呕，脉象沉细等症。由于阳气被郁于内，所以症见恶寒喜温，四肢逆冷，面色苍白，脉沉细等貌似寒性病证。又由于寒邪束于肌腠，血阻脉中，经络不通，则浑身酸楚作胀；另因痧毒困于肺胃之间，则胸闷心烦，腹满胀痛，发呃作呕。因此，表现为外寒里热之证，但虽见四肢逆冷，胸腹反而灼热；虽畏寒喜温而不欲衣被；脉象沉细，然而重按可寻。同时还可见到口燥咽干，渴喜冷饮，小便短赤，大便秘结等一系列热象证候。正如《痧胀玉衡·寒痧辨》所说："痧症之发，未有其寒者矣。虽亦有其痧之为寒，非痧之有真寒也。"

寒痧的治疗，首先应审别病因的不同、病情的轻重。如寒邪重，痧毒深伏于内，则可用理气散寒解表之法。如香苏散。若痧证过用大寒之剂，或暑天得痧，骤饮井泉山谷冷水，痧气冰伏于内，致使阳气不得外达。可选用三香丸，用微温开水送服。方中木香能行滞，驱寒，开郁；檀香除胸胁胀闷，散寒凝气逆；砂仁顺气开郁，散痧消食；五灵脂消宿血凝滞；沉香降气宽胸；莱菔子破积除滞。至于附子、干姜之类药物可根据病情之需要，斟情配伍使用。但煎后宜微温饮服，待阳气舒展即行停药。因痧毒之证，不宜使用温热药物，即使兼证和病情需要，乃为权宜之计。其他可根据具体证情进行辨证施治。同时配合放痧、刮痧等外治法，俾开达腠理，邪毒外泄，恢复血气运用。

热痧

高热持续不退、甚至热盛烦躁发狂，肌表出现痧筋等热毒炽盛的痧证，称为热痧。名见《痧胀玉衡》。

热痧的特征是发热，面红目赤，口渴引饮，汗出气粗，大便秘结，小便短赤，或神情烦躁，甚则神昏谵狂。在胸前、乳下、肘弯、膝弯等处，可现青筋浮起。其脉象每见沉伏而数，或微细似停，与一般温热病的浮数、洪滑有力不同。皆因痧毒壅盛，阻而不通所致，外则搏激肌表，为发热、痧筋，内则扰乱神明，劫烁津液。

热痧的治疗，首先宜采取刮痧(刮背部及两胸前)，放痧(取三棱针将乳下、肘弯、膝弯等处浮现的青筋刺出血，或刺十指尖出血)等外治疗法急救，然后再根据具体病情，进行辨证施治。如高热汗出，口渴引饮，面赤舌燥者，可用白虎汤。如潮热往来，便秘谵语，热结阳明者，可用大承气汤或小承气汤。如痧气壅盛，则先用紫朴汤，稍冷服，待痧气已尽再用大黄、枳实、陈皮、厚朴水煎稍冷服，以下燥屎之结，或木香槟榔丸也可选用。如痧胀不休，胸腹壅阻，气机不顺，可先用宝花散，待痧气已尽，再予辨证施治。

暑痧

夏、秋季感受时邪秽气，见头痛、头晕，胸闷、恶心、全身肌肉胀痛酸楚而乏力，无汗或大汗出，甚则昏厥、虚脱等热遏秽蒸、耗伤气阴的痧证，称为暑痧。病证名出《痧症全书》。

病因病机　夏至、立秋间，气候炎热，湿气氤氲，人于气交中，起居失慎，易感时邪秽浊，发为暑痧。凡疲劳过度，将息失宜，恣饮暴食，嗜酒过量，或烈日、高温环境工作时间过久，均有伤正气，易于感触时邪。

暑为阳邪，故多见阳热证候，如高热渴饮，肌肤灼热，头痛胀，心烦，脉洪大急数；暑邪易耗伤津液，故口渴、舌燥、溲赤、便结颇多见；气随津脱，虚脱亦每现之；痧秽深入，扰乱神明，则致抽搐、痉挛、突然昏厥诸证。暑多挟湿，困阻气机，可见身重倦怠、身热不扬，胸痞脘闷，恶心呕吐等证。

辨证　暑痧初时，可出现怕风，发热，头晕胀痛，无汗或微出汗等表证；如暑痧秽气继而深入，引起邪正剧争，可见大热烦渴，面赤气粗，大汗自流，舌燥口干，脉洪大有力等阳明实热证；若痧气阻于胸腹经络之间，则见全身胀痛，胸满痞闷，脘腹胀痛，恶心呕吐，泄泻等症。大凡暑痧伤人，多表现为实热证候。

民间辨别暑痧的证候，尚有独特方法，如四肢欠温，手足指端冰冷，胸部划痕呈瘾起色紫红者为暑痧(医者将中指弯曲，以第二指关节在患者胸部第二至第四肋间，左

右均可,由锁骨中线直线划一道痕,长约1—1.5寸许,可见皮下有明显的瘾起呈紫红色),以及揿压指甲呈晦黯者为暑痧(医者先将患者的手指提起,以医者的右手拇指甲分别揿按患者的指甲,揿压一下立即松开,如见患者指甲下血色回复比正常人缓慢,且血色晦暗者),以此识别为暑痧。

防治 宜内、外治结合。外治法取刮痧,刮两肩、胸背、四肢等处,刮至皮肤出现嫩红色为止,并拍打两手肘弯和两膝弯处(委中穴),撮痧(胸、背及颈项等处)以及放痧(委中穴静脉处用三棱针刺出血)。同时,按不同证情进行辨证论治,若因暑痧阻于肌表,可用金二方。如热较重,口渴,心烦者,可用四物香薷饮加黄芩、大豆卷等,或用新加香薷饮亦可。如阳明热盛,口渴引饮,面赤恶热,舌燥无津,脉洪大急数者,可用白虎汤。如气津两伤,热甚于里,汗出过多而无力者,可用人参白虎汤。若余热未消,少气欲呕,咽燥口渴,舌红少苔,脉虚而数者,可用竹叶石膏汤。若腹胀不已,兼有积滞者,可用金三方。汗出过多,可去紫苏。若暑痧挟湿,小便短赤不利,身热心烦,口渴,泄泻,可用六一散,或金二方加六一散。

暑痧证候为阳热秽浊之气,使用汤剂时,均宜冷服,或微温饮服;如遇有呕吐频繁,则宜分多次饮服。

搞好环境与个人卫生,锻炼身体,增强体质,以便适应暑天气候的变化;宜于通风良好的环境中工作,避免在烈日下长时间劳动或旅行,并需戴草帽等防暑工具,常服清凉饮料和淡盐开水等,以防暑痧的发生。

番痧

感受恶毒异气,突见全身疼痛、头痛、呕吐、头面发黑,顷刻昏倒,皮肤发出黑色痧点的一类痧证,称为番痧。具有发病急骤,病情凶险之特点。番痧见张璐《张氏医通》,作者认为此病最早由外域传人。《痧症全书》称乌痧,以其病皮肤呈黑故名。

番痧的辨证,须详审正气之盛衰及邪毒所袭之部位。初见微感恶寒,继而热甚不退,头痛、呕吐,无汗或大汗出,浑身胀痛,皮肤出现黑色痧斑,腹痛便秘,小便短赤,肢体发麻,渐至失去知觉,两眼视物模糊,终至神志不清。乃邪正抗争,由表入里,邪正相争,故见微感恶寒,卫阳被郁所以无汗,热毒恶邪与阳气相争,热甚则腠理开泄,因而大汗出;热毒之邪郁于阳明,胃热炽盛,是以恶心呕逆,热甚内迫营血,外溢皮肤,故全身出现黑色痧斑;热结下焦,则大便秘积,小便短赤;热甚久而不退,扰乱神明,所以神志不清,视物不明。如见恶心、呕吐、泄泻、四肢逆冷、神昏、六脉隐伏若无之象,乃恶毒异气直中于里。由于正虚邪实,痧毒直犯心包,所以出现昏厥等危急现象;邪毒郁于肠胃,隐伏于内,阳气不得外越,则四肢逆冷、腹痛、泄泻以及无脉的假寒表现。

番痧的治疗,初起之时,首先应急速采取焠痧疗法,焠头额部,然后取荞麦粉适量,调温开水服1—2次,或用野荞麦根150克,加黄酒适量,隔水蒸,频频饮服。同时,根据辨证论治,分别应用清热解毒,辟秽开窍,凉血清营,辛散透泄等法。如香苏散加薄荷、荆芥以理气透表之法,使毒邪由表而出,或用栀子豉汤加牛蒡子、生甘草以清热解毒,除烦安神;如上中焦热邪炽盛,烦躁口渴,胸膈烦热,面赤唇焦,大便不通,可选用凉膈散,以急泻火热之邪;如腹痛,泄泻,邪热内伏于肠胃之间,可选用黄芩汤。如烦渴引饮,阳明热甚者,可选用白虎汤加淡豆豉、葱白,使邪毒从表而化。若满身胀疼,面色尘黑,全身黑斑,脏腑气滞血凝,以及食积壅阻者,可选用阿魏丸等。若突然昏愦者,可选用紫雪丹、至宝丹等。

瘟痧

感受冬寒或暑热之异气不即发病,伏匿于体内,至春、秋外发之痧证,称为瘟痧。名见《痧胀玉衡》。症见恶寒发热,呈不规则的寒热往来,似疟非疟,头面肿胀,咳嗽气喘,胸腹饱闷,或下痢水血等。以秋季发病者为甚,具有传染性。

瘟痧的病因病机,《痧胀玉衡·瘟痧》认为:"寒气郁伏于肌肤血肉之间,至春而发,变为瘟症,是名瘟痧。又暑热伤感,凝滞于肌肤血肉之中,至秋而发,亦名瘟痧。"

瘟痧之辨证,如先见恶寒发热,咳嗽痰多,口渴,苔白而燥等,乃瘟痧邪毒侵犯肺卫所致;如见气急喘满,属痧毒炽盛,痰热阻于肺络,肺气不得下降;如见头面肿胀,为痧毒上冲之象;周身胀痛则系痧毒阻滞经络;倘见胸腹饱闷,脘腹胀痛,恶心呕吐,六脉沉紧,为痧毒挟积滞,结于胃肠;下痢脓血为痧毒侵于大肠;见不规则之寒热往来,乃痧毒袭于少阳胆经。

瘟痧的治疗,首先应积极采取放痧、刮痧疗法,然后再结合具体证候进行辨证施治。如恶寒发热,咳嗽咯痰,口渴,舌苔微黄,脉象浮数,可应用银翘散、桑菊饮等辛凉透表,疏风宣肺。若痰阻肺络,咳嗽气喘,则可选用麻杏石甘汤加减。若痧毒阻于经络,致使气壅血阻,以及兼有食积凝滞,造成全身肿胀,胸腹满闷,疼痛难忍者,可用阿魏丸,砂仁煎汤稍冷后送服,或用清茶微冷送服。其中阿魏有破积聚,逐恶血;姜黄破恶血兼有消痰下气之功;玄胡索、苏木、乌药活血散气;槟榔、枳实、厚朴、莱菔子均有破积滞,下气,宽胸,消痰作用;降香、沉香宽胸下气。如痧毒阻于肠胃之间,症见胸腹饱闷,脘腹胀痛,恶心呕吐,六脉沉紧者,可用和脾宣化饮。如寒热往来似疟非疟,可用小柴胡汤。如瘟痧毒邪入于大肠,症见下痢脓血等,可选用白头翁汤加减。

由于瘟痧好发于春秋季节,特别是秋季尤甚,且其诱发因素总为冬寒郁伏或暑热伤感凝滞所致。因此,冬天宜做好防寒防冻,在暑天应做好防暑和慎食生冷瓜果等物,以免外邪积滞郁伏机体,导致瘟痧的发生。

疫喉痧

以咽喉红肿、疼痛，糜烂，皮肤出现红色痧疹为特征的时行疫病，称为疫喉痧，又称烂喉丹痧、喉痧、疫痧、丹痧。常见于冬春两季，以10岁以内的小儿为多见。与猩红热相似。

在清代，本病曾经流行，当时医家积聚了丰富的临床经验，并著有不少专著，详细论述本病的病因病机、症状性质，并提出了不少有效治法。如《秘传烂喉痧治法经验》指出："有烂喉痧一症，发于冬春之际，不分老幼，遍相传染，发则狂热，烦渴，痧密肌红，宛如锦纹，咽喉肿痛，腐烂一团，火热内积。"《疫喉正义·程镜宇论痧喉》云："盖疫痧时气，吸从口鼻，并入太阴气分者，则烂喉，并入阳明血分者，则发痧。太阴者，肺脏也，主喉而属气，阳明者，胃腑也，主咽而属肌肉，喉通呼吸，咽司饮食，一脏一腑，同受疫邪，一气一血，各呈其象，故烂喉者色多白，病在肺而属气，发痧者色多赤，病在胃而属血，其疫则一也。一发于咽喉之地，一达于肌肉之间，移步换形，故在肺则曰烂喉，在胃则曰发痧，是以名烂喉痧。"本病的发生与气候变化有关，当冬春气候变化反常时，疫疠之邪从口鼻入，外犯咽喉，内犯肺胃。外犯咽喉，故咽喉红肿腐烂；内犯肺胃，热毒壅盛，外泄肌表，则发为丹痧。如《喉痧症治概要·总论》说："冬不藏精，冬应寒而反温，春犹寒禁，春应温而反冷，经所谓非时而有其气，酿成疫疠之邪也，邪从口鼻入于肺胃，咽喉为肺胃之门户，暴寒束于外，疫毒郁于内，蒸腾肺胃两经，厥少之火，乘热上亢，于是发为烂喉丹痧。"

其症发热、咽喉红肿及腐烂肌膜(多先见于喉核)、口唇周围有苍白圈、全身发痧、呈弥漫红色皮疹等为特征。常伴有恶寒、高热、恶心、呕吐等全身症状。初起即有吞咽疼痛，甚则不能下咽，咽部及喉核红肿，或有白色渗出物，红肿常扩张到舌腭弓、软腭、悬雍垂等处，有时该处出现瘀点。舌部初期感觉干燥，苔白，2—3日后舌苔逐渐向中心剥落，舌面光滑，火红色，表面有红肿小粒突起，透出舌面，似起刺样的杨梅样舌，但在成人，这种症状较为少见。颈核肿大、压痛。身上痧疹一般在起病后12—24小时内出现，先见于颈、胸、背上部及腋下等部位，一日间可蔓延全身，其琐碎小粒者为痧，成片者为痹。用手指按压，红晕色退而显苍白，起指则恢复原状。如治疗恰当，病情转愈，在出疹后，体温逐渐下降，约一星期，痧疹渐渐消退，脱屑而痊愈。小儿脏腑柔弱，形气未充，容易形成正虚邪盛，疫毒内陷，出现高热、声哑气急、昏迷、谵妄、惊厥等凶险症状。本病辨证施治时，根据疫毒的浅深不同，有病在气分及病在营分之分。

病在气分：多见于病初起，咽喉疼痛，吞咽不便，恶寒、发热，体怠倦，头痛，胸闷或呕吐。检查见咽喉红肿，喉核红色充血，有白色分泌物，有时肌肤痧点隐隐，苔薄白或薄黄，脉浮数。治宜辛凉升透、利咽解毒，选用荆防败毒散或银翘散加减，使痧毒从表解，上窜咽喉之疫毒得以宣泄，同时兼以利咽解毒，咽喉之红肿腐烂得以消除。若热高，咳嗽频发，痰多稠黄，宜麻杏甘石汤加减，以宣解肺经热毒。

病在营分：当疫邪由气分入于营分时，则咽喉疼痛加剧，吞咽难，表现壮热，口渴，烦躁不安，咽喉深红色充血肿胀，喉核明显肿大，有黄白色腐烂物，舌红绛起刺，痹痧密布，色深红，脉洪数。治宜清营解毒、去热生津，佐以疏透，可用加减黑膏汤，使邪从营而泄，从气而解。若病情较重，宜服凉营清气汤加金银花，以清营泻火，凉血解毒。若邪遏于内，症见高热，神昏谵语，痧疹紫红密布伴有瘀点，治宜清营凉血，养阴开窍，可用清营汤，并配用紫雪丹、至宝丹、安宫牛黄丸等。若病邪已透，痹痧已消，热轻咽痛渐减，宜滋阴养液，可用清咽养营汤。

本病不宜用辛温解表，以免伤津，助长火热内炽，引动肝风发为痉厥。亦不宜过早用大剂苦寒，以免强遏热邪，不能透达，或克伐正气加重病情。外治，初起喉中红肿疼痛，宜以玉钥匙散吹喉，起到清热解毒，消肿止痛功效。若咽喉红肿而有白腐，用金不换散以清热解毒、祛腐生肌，每日吹3—4次。并可用漱口方漱口，以清洁消肿，清洁口腔。颈外肿者，选用异功散、三黄二香散、冲和膏外敷，以清火解毒，消肿止痛。此外，可用三棱针刺少商、委中，出血以散其蓄热。并可用提刮法，以发泄痧毒。

诊治本病时，应注意与麻疹、风痧、白喉等相鉴别：①麻疹：初起发热，咳嗽，鼻塞，流涕，目赤或见面浮，口颊有麻疹斑，咽喉亦见红肿疼痛，少有溃烂及白腐物。3—4天后面部及胸背见鲜红或暗红色疹点，开始稀疏，逐渐稠密，周围皮肤界线明显，以后遍布周身及四肢。再3天后，疹点开始回退，发热下降，皮肤渐见糠状脱屑，并留棕色疤痕，约2周后消失。②风痧：出疹较轻，疹点细小，淡红而稀疏，状如痧子，出没较快，作痒不严重，疹点大多于第4日隐退，咽痛，少见腐烂，疹退后无落屑及疹痕。③白喉：患病的部位主要是咽喉，咽喉红肿，遍生白膜，白膜不易擦去，若强剥则易出血，且即再生，声嘶、喘鸣，严重者表现面色苍白，四肢厥冷，嘴唇发绀，神疲，呼吸困难等垂危险证。

疟疾

寒热往来，发作或有定时，久病不愈则左胁下出现痞块(疟母)的疾病，称为疟疾。《素问·疟论》："疟之始发也，先起于毫毛，伸欠乃作，寒栗鼓颔，腰脊俱痛；寒去则内外皆热，头痛如破，渴欲冷饮。"对疟疾的主要症状作了阐述。远在殷商时代，甲骨文及青铜器铭文上已有"𤵸"(古疟字)的记载。在西周以前，就有疟疾流行的记载。如《周礼》："秋时有疟寒疾。""孟夏行秋令，则寒不节，民多疟疾。"春秋战国时代疟疾称"痁"。《左传》有"齐侯疥

遂痁"的叙述(《说文》:"痁,热疟也。")。《素问·疟论》称疟、痎疟。《素问·六元正纪大论》也称疟寒之疾。《金匮要略》则称疟病。痎疟又名瘖疟(痎通瘖)。历代医家对此有不同理解,《圣济总录·疟病门》谓:"痎疟者以疟发该时,故《内经》统谓之痎疟。"而《素问病机气宜保命集·诸疟论》则认为:"痎者久疟也。"至《太平圣惠方》始称疟疾。后世各家都在《内经》及《金匮要略》的基础上,把本病称为疟、疟疾、疟证等。而疟疾一门根据临床证候、经络脏腑部位以及病因流行等特点,又有许多不同的名称。

《内经》按发作时间及证候特点分为日作、间日发、间二日发以及风疟、寒疟、温疟、瘅疟等。又按经络及脏腑部位分为足太阳疟、足阳明疟、足少阳疟、足太阴疟、足少阴疟、足厥阴疟及肺疟、心疟、肝疟、脾疟、肾疟、胃疟等。《金匮要略》按脉证分为瘅疟、温疟、牝疟、疟母。《诸病源候论》的五脏疟同《内经》。此外,按证候特点分为风疟、寒疟、发作无时疟、山瘴疟、痰实疟、劳疟、久疟等。《三因极一病证方论》则将疟疾分为三类:外所因,包括寒疟、温疟、瘅疟、湿疟、牝疟;内所因,即《内经》五脏疟;不内外因,包括疫疟、瘴疟、食疟、劳疟、老疟等。《普济方》除六经五脏分类外,均按《三因极一病证方论》分为三因。此外,胎疟指幼儿疟疾的总称。鬼疟(也名夜疟)为疟邪乱神,或邪人心包的一种危重疟疾。其他不常见疟疾尚有子母疟、游疟、血疟、厥疟、痢后疟等,名目繁多。《格致余论·痎疾论》谓:"疟,其初感也,胃气尚强,全不自觉,至于再感,懵然无知,又复恣意饮食,过分劳动,竭力房事,胃气大伤,其病乃作。"所以外感之邪每通过内伤发病,内伤则每兼外感而为疟,两者常互为因果。《症因脉治》总结前人经验,按病因把疟疾概括分为外感疟疾及内伤疟疾两大类,较为简要。今归纳为两大类:即正疟,包括一日疟、间日疟及三日疟;类疟,分为寒疟(包括牝疟)、瘅疟(包括温疟、暑疟)、疫疟、久疟(包括劳疟、虚疟)、瘴疟(见"瘴气"条)。妇女妊娠期感受疟邪发病,称妊娠疟疾,亦名子疟。

病因病机 疟疾的发生,《内经》认为主要感受邪气或疟邪引起。与风寒、水气、暑热及伏邪再感等有关。如《素问·疟论》:"腠理开则邪气人,邪气人则病作。""疟气随经络沉以内薄,故卫气应乃作。"又:"夫痎疟皆生于风。""疟者,风寒之气不常也。""夏伤于暑,其汗大出,腠理开发,因遇夏气,凄沧之水寒,藏于腠理皮肤之中,秋伤于风则病成矣。"在解释寒热方面,则谓:"夫疟气者,并于阳则阳胜,并于阴则阴胜;阴胜则寒,阳胜则热。疟者,风寒之气不常也,病极则复至。"陈无择则认为疟具内、外、不内外等因素。《三因极一病证方论·疟叙论》:"夫疟备内、外、不内外,外则感四气,内则动七情,饮食饥饱、房室、劳役皆能致疟。"严用和、朱丹溪主痰。《济生方》:"饮冷当风,饥饱失时,致令脾胃不和,痰积中脘,遂成此疾,所谓无痰不成疟也。"《丹溪心法·疟》:"内伤挟外邪同发,内必主痰。"张景岳、赵养葵则主内伤。《景岳全书·疟疾》:"然惟禀质薄弱,或劳倦过伤者,尤易感邪。"《医贯》:"盖邪之所凑,其气必虚,故其人之气不固者,暑邪得以乘之。"对因疟疾而引起寒热的机制,喻嘉言的阐述较为扼要。《医门法律·疟论证》:"疟邪如傀儡。""外邪得以入而疟之,每伏藏于半表半里,入而与阴争则寒,出而与阳争则热,半表半里者少阳也。""其寒热之往来,适在少阳所主之界,偏阴则多寒,偏阳则多热……要皆自少阳而造其极偏。"

归纳疟疾的病因病理,主要有:

外感:主要为风寒、水气、暑热等外来因素而引起的某种致病物质如邪气,或疟气、疟邪,是为疟疾的总根源。它与人体的元气或卫气发生冲突,以致正邪分争,即《素问·疟论》所谓"阴阳上下交争,虚实更作,阴阳相移"的病理机制。

伏邪:疟气外侵,如未即病,则潜伏体内(营气、腠理、半表半里、膜原等处),经一定时期,俟元气减弱,又重感新邪,伏气内动而发病。发则邪正交争,有寒热表现,息则邪仍潜于所舍之处,由此形成反覆发作和有规则的休止。

内伤:疟邪外侵,与元气的防御功能有关。因饥饱劳役,七情内伤,房室过度等,使脏腑内虚,脾胃受损,水谷精微不化,聚湿生痰,致痰停食滞,机体抗邪能力低下,而易感染。

孕妇体虚,劳受外邪侵袭。《女科经纶》引《产宝百问》云:"疟者,寒热之疾……,若妊娠寒热,皆因气血虚损,风寒乘之,致阴阳并挟,寒热互见。"至于小儿疟疾的病因,有伤于暑热,感受秽浊不正之气,致阴气独微,阳气独发而成。有感受风邪未及时发泄,或暑月贪凉沐浴,感受寒邪伏于少阳,不能外出,因而成疟。如《婴童百问》云:"小儿未能触冒于暑,而亦病疟者,乃乳母持抱解脱,不避风寒者也。"因夏日气候炎热,人在暑湿交争之中,邪气侵入人体,伏于半表半里,出入营卫之间,入与阴争则寒,出与阳争则热,邪正交争,阴阳相搏,造成疟疾。如邪正相离,邪气伏藏,不与营卫相搏,则寒热休止。一般来说,多由外邪伏于少阳,经气不舒,转输失职所致。故喻嘉言云:"半表半里,少阳也,所以寒热往来,亦少阳所主,谓少阳而兼他证则有之,谓他经而不涉及少阳,则不成其为疟矣。"此外,《幼科要略》认为:"小儿以食疟居多。"由于小儿饮食无节,积滞内停,感受风暑之气,表里邪争,因而作疟。或素有痰饮,兼感外邪,凝结脾胃所致。因为饮食所伤,脾胃受损,健运功能失常,则停湿成痰,化生精微不足,以致气血虚弱,或元气消耗,营卫空虚,则疟邪可以乘虚而人。

辨证 首先应辨明属于外感或内伤。新病,形壮,多外感,属实;久病,体弱,多内伤,属虚。其次辨寒热及轻重。《景岳全书·疟疾》:"治疟当辨寒热,寒胜者即为阴证,热胜者即为阳证。"又说:"凡疟疾自阴而渐阳,自迟而渐早者,由重而轻也;自阳而渐阴,自早而渐迟,由轻而重

也。"疟疾的寒热循环有定时,必应期而至。陈修园认为邪浅则一日一作,邪深则二日一作,三日一作,名三阴疟,留恋难愈。

疟疾特点,一般正疟有往来寒热典型症状,即寒栗壮热的界限清楚,休止有一定规律。类疟则症状不典型,按寒热偏多偏少的倾向,流行特点和病程等不同情况来区别命名。如寒疟但寒不热,或热微寒重。瘅疟则独热无寒,或寒微热重。疫疟病情严重,流行时沿门合境,长幼症状皆相似。久疟长期不愈,寒热不著,形体羸瘦,遇劳即发,或结成痞块藏于左胁下,则为疟母。疟疾出现神昏谵语及痉厥者,为邪人心包危象。疟疾的脉象,《丹溪心法·疟》谓:"疟脉多弦,但热则弦而带数,寒则弦而带迟,亦有病久而脉极虚微而无力,似乎不弦,然而必于虚微之中见弦,但不搏手耳,细察可见也。"

治疗　《明医杂著》:"外感汗吐下解祛邪为主,内伤敛补养正为主,内外相兼,又当参酌而论。"本病治疗宜以六经中少阳证为重点。《此事难知·少阳证》说:"《内经》中外不相及者,则治主病。中外不相及者,半表半里也,治主病者,治少阳也。疟亦同法。"《医门法律·疟证论》也谓:"疟邪如傀儡,少阳则提傀儡之线索,操纵进退,一惟少阳主张。"

方药治疗　各种疟疾,应根据邪正阴阳、寒热虚实、脉象等不同情况,采取相应的治法。《医宗必读·疟疾》:"治疟者,察其邪正、浅深、证之阴阳,令其自脏而腑,散而越之,邪去则安。古法:有汗,欲其无汗,养正为先;无汗,欲其有汗,散邪为急。"又说:"热多者,凉药为君;寒多者,温药为主。……总之,脉实证实者,攻邪以治标;脉虚证虚者,补正以治本。"

一般正疟,以和解祛邪为主;寒疟,宜辛温或温阳散邪;瘅疟,宜清热救阴;疫疟,则应予芳香逐秽,或清热解毒;久疟,则气血皆虚,以扶正祛邪等法调理。治疗疟疾除按不同类型进行辨治外,还可应用特效的单方、验方,即截疟法。常用药物有常山、草果、槟榔、青蒿、乌梅、柴胡、鳖甲、马鞭草、鸦胆子、臭梧桐叶等。其中以常山为主组成的方剂有:胜金圆、截疟常山饮、截疟七宝饮等。以青蒿为主组成的方剂,有截疟青蒿丸、神惠方、独用青蒿等。但应用截疟方剂,必须掌握病情,选择适应证,否则不顾虚实,滥用截法,会导致不良后果。如《医宗必读·疟疾》告诫:"久疟必虚,而得此克伐(指常山、草果、巴豆、砒雄等),则元气转虚,致夫绵延不已者,医之罪也。"

怀胎最怕寒战,因筋骨皆振,易动其胎,故治疗子疟必以安胎为首务。但邪不去则胎亦难安,故安胎莫先于去邪,而去邪如常山、草果、槟榔之类,俱为妊娠禁药,不可孟浪妄投,惟宜发散中兼补其气,清热中兼养其血。

运用截疟法的关键,《丹溪心法·疟》提示:"久疟,一补一发,不可直截。"《万病回春》主张:"人虚弱者,截补兼用;人壮盛者,宜单截也。"古人经验,往往以截疟药常山、青蒿、草果等为主,结合随证施治而取得疗效。《景岳全书·论截疟》:"惟能于邪正之间,得其攻补之宜,则无不自愈,此截之最善者也。至于截疟诸方,虽不可执,亦不可无,第有效于此,而不效于彼者,亦以人之气血阴阳各有不同故耳。"根据药理及临床研究,常山成分为常山乙碱,有显著解热作用,直接针对疟原虫,而且对间日疟的作用与奎宁相仿。近几年来,开展了对截疟药物如青蒿、水蜈蚣、徐长卿等的研究,发现青蒿所含青蒿素,有强力的抗疟作用。

针灸治疗　以截疟为原则。选督脉、手厥阴、手三阳、足三阳诸经腧穴,如大椎、合谷、后溪、解溪、内关、曲池、间使、液门、足三里、侠溪、委中等,每次2—4穴,于发作前2小时用毫针行泻法,留针20分钟左右。耳针可选脑、下屏尖、肝、脾等穴,发作前1小时针刺,留针30分钟,间歇运针。

调护　疟疾在发作期,应绝对卧床休息,室内冷热适度,避免潮湿,保持安静,饮食忌油腻荤腥。在恢复期,宜清淡饮食,避免风寒、忌劳累及房事等。

正疟

寒热往来而发作有时的疟疾,称为正疟。临床特点为寒热往来,界限清楚,并作止有时,多一日、间日或三日发作。病证名见《慎斋遗书》。本病相当于现代医学之一日疟、间日疟、三日疟。

间日疟:《素问·刺疟篇》有疟"间日而作"的记载。《圣济总录》名间日疟。症见间日发作,作止有时,先伸欠,继而寒栗鼓颔,腰脊俱痛,寒去则内外皆热,头痛面赤,渴欲饮冷,舌苔白滑,脉弦数。终则汗出,热退身凉似无病。此疟邪侵于少阳之经,故寒热发作有定时。治宜和解少阳,截疟祛邪。方用小柴胡汤、截疟七宝饮、截疟常山饮等。方用柴胡和解半表半里之邪,配黄芩清热;常山、槟榔、草果均有截疟之效;厚朴、青皮、陈皮理气化痰燥湿;半夏、甘草和胃止呕;姜、枣调和营卫。若寒多身疼加干姜、桂枝;无汗可加麻黄;热多烦渴加知母、石膏、花粉。疟疾初起,一般不用人参。

若膈满不食,症见寒热往来有定时,热多寒少,膈满不食,口苦心烦,呕吐,脉弦滑,舌苔黄腻。此因疟邪客于少阳之经,而兼有脾胃湿热阻滞。治宜和解清热,佐以理气健脾燥湿。方用清脾饮。方中以小柴胡汤去参、枣,和解少阳之邪;以草果截疟;加青皮理气;白术、茯苓、厚朴以健脾化湿。渴加麦冬、知母;湿重酌加藿香、白蔻、薏苡;疟不止加酒炒常山、乌梅。

三日疟:见《名医类案》。《素问·疟论》有"间二日或至数日发"的记载。《症因脉治》又名三阴经疟及三疟。《医宗金鉴》名三阴疟疾。症见寒热三日一发,缠绵不愈,倦怠食减,面色㿠白,脉虚弱,舌淡苔薄白。此疟邪深入,元气大虚。用补正为主。方用四兽饮。方以人参、白术、茯苓、炙草益气健脾;陈皮、半夏理气化痰;乌梅、草果以

截疟;姜枣调和营卫。若元气下陷,日发渐晏,当用补气升阳法以扶正祛邪,方用补中益气汤。

正疟的针灸治疗,选穴见"疟疾"条。一般用毫针行泻法,如疟发作,开始恶寒时,可刺十宣穴放血。

寒疟

寒气内伏,秋凉复感新邪所致的疟疾,称为寒疟。临床特点为但寒无热,或寒多热微。寒疟出《素问》。《金匮要略》、《三因极一病证方论》称牝疟。类似现代医学的厥冷型疟疾。本病除寒多热微,或但寒不热外,尚见胸胁痞满,作止有时,苔白,脉弦迟等。此因疟邪伏于少阳营血之分,复感寒邪,邪气入营既无外出之势,营中伏邪亦不出与阳争,以致阴寒内盛而成此证。治宜辛温散邪,选柴胡桂姜汤。方中柴胡、黄芩以和解少阳之邪;助以辛温之桂枝、干姜,更能疏透蕴伏的寒邪,使从外解;牡蛎软坚,去胁下痞满;甘草调和诸药;应用瓜蒌根之润,以减少桂姜之燥。若症见寒多热少,胸前满闷,欲吐不吐,脉象弦滑,此疟邪挟痰饮填塞胸中,心阳之气不得外通所致。治宜涤饮通阳散结。方用蜀漆散。以蜀漆祛痰、散饮、截疟;龙骨镇心安神;恐邪去正伤,故伍入云母以补虚。若症见寒重无热,惨戚振栗,病以时作,面色淡白,脉象沉迟,舌苔白滑,此因真阳素虚之体,当盛夏之时乘凉饮冷,感受阴寒,或受阴湿,其阳不能制阴邪之胜,疟邪伏于少阴肾经。治宜温阳散寒。宜用《时病论》宣阳透伏法。方中以干姜、附子宣阳气制阴邪;厚朴、苍术、白蔻行滞燥湿;蜀漆、草果仁以消痰截疟。若证见四肢厥逆,出冷汗,脉微细欲绝,此寒疟阴寒弥漫,阳气衰微,亡阳之象,急用回阳救逆法,方用四逆汤。

针灸治疗,选穴见"疟疾"条。以温寒去邪为主,针灸并用。

瘅疟

热邪炽盛,阴液耗伤所致的疟疾,称瘅疟。临床特点为壮热不寒,或热重寒微,易致昏厥。

瘅疟出《素问·疟论》。《普济方》称暑疟。《症因脉治》谓温疟。类似现代医学的过高热型疟疾。

症见壮热,但热不寒,少气烦冤,汗多口渴,手足热而欲呕,苔黄舌红,脉洪大而数。此内有伏邪,复感夏时暑热而发。治宜辛凉清热祛邪。方用白虎加桂枝汤。若温邪兼湿,宜加半夏、蔻仁、滑石等。

若症见壮热,但热不寒,或热重寒微,发作有时,口渴汗多,舌干苔黄,脉洪数。此阴气先伤,阳气独发,少阳阳明合病也。治宜清少阳阳明之热。方用柴胡白虎汤。方中柴胡、黄芩、竹叶泄少阳之热;石膏、知母清阳明之热;麦冬滋阴;甘草和中。若阴津伤,兼服五汁饮。

若症见壮热神昏,发狂谵语,烦渴,手足厥冷,舌红、脉数。瘅疟失治,殊为危重,此由热盛疟邪逆传心包。治宜清热解毒宣窍。方用银翘散加减主之,加服紫雪丹。本方以连翘、银花、竹叶直清营热;犀角解热毒;元参、麦冬养阴;加用紫雪丹,有加强开窍及清热解毒作用。

若症见产后壮热汗多,气急神昏,口渴欲饮,日晡发热,历治无效,更见唇焦齿燥,舌绛无津,脉细数。此由热盛阴津受损,邪热干肺以致气急,逆传心包,心营受累而致神昏。治用甘寒生津法,方用竹叶石膏汤,加紫雪丹。若神清,脉稍平,去紫雪丹,加鳖甲、青蒿等药。

本病总以清热透邪及救阴为主,但当区别情况。《景岳全书·论瘅疟》:一者内热兼表邪,则当以辛凉;表邪已解,而蕴热独炽,则当清以苦寒或甘寒。一者邪火虽盛,而气血已衰,真阴已耗者,急宜壮水固源,切忌苦寒。瘅疟邪人心包,出现神昏痉厥,治疗大法以清心宣窍,结合青蒿素肌注,效果良好。

针灸治疗,以清热解表为主,选穴见"疟疾"条。用毫针行泻法,一般不用灸法。

疫疟

在一个地区,突然互相传染,引起流行的疟疾,称疫疟。以发病急、寒热发作无定型,传染性强为特点。现代医学之恶性疟属此范畴。

疫疟名见《三因极一病证方论》。《温疫论》所称的温疟,近似疫疟。多暴发于夏秋之间。症见壮热多汗而渴,寒轻热重,寒热往来,一日一发或数发,亦有二三日一发者,胸闷欲吐,沿门合境长幼相似,苔黄腻垢黑,脉右盛于左,或六脉弦数。此得之外感时行不正之气,邪侵膜原。《时病论·疫疟》:"天时寒热不正,邪气乘虚而袭膜原,欲出表而不能透达,欲陷里而未得空隙,故作寒热往来……而无定期。"疫疟当随时令而治,方药一般以芳香逐秽,清热解毒及宣透膜原法为主,可用达原饮。其以草果、槟榔、厚朴之辟秽宽胸截疟为主;助以黄芩、知母、白芍之清邪热;甘草和诸药;姜、枣调和营卫。若烦热大渴,有表证,宜桂枝白虎汤。若谵妄狂闷,用凉膈散加草果。若寒热便秘,用大柴胡汤或五瘟丹。若发病急骤,寒热不清,或寒热往来,或一日数次发作,见头痛剧烈,时有谵语,甚则嗜睡乃至昏迷、惊厥,可配合针刺治疗,以截疟开窍。选百会、上星、水沟、素髎、合谷、内关等,用毫针行泻法,或酌情配合灸法;也可用三棱针点刺十宣穴放血。

久疟

久患疟疾,缠绵不愈,或遇劳即发,气血亏耗的一类疟疾,为久疟。病证名出《诸病源候论》。《杂病源流犀烛》称劳疟。与现代医学的慢性疟疾类似。

久疟的治法,宜调理脾肾。陈修园:"久疟只以补脾为主,况疟属少阳之邪,戊己之土久受甲木之克,扶弱抑

强，权实操于医者。"又说："久疟留连不愈，必求之肾。"《医学正传》认为扶正的同时，须佐以祛邪。如"疟疾虚寒，久用参、术、姜、桂，总不能愈者，须加常山，更须加穿山甲，使经络疏通，疟邪外出，未有不愈者。"久疟症见形体怯弱、晡热时作，自汗盗汗，饮食少见，面色晄白，腰酸膝软，或妇女月经不调，甚则闭经，苔薄白，脉濡缓。此因疟疾缠绵不愈而致虚，因虚更致疟久难愈，而成脾肾两虚之证。治宜益气健脾滋肾。方用大补元煎加减。若久疟气血两虚者，可用何人饮、休疟饮常服。若久疟症见寒来如冰，热来如烙，面赤如脂，渴欲饮水，舌淡红，脉虚弦。此久疟肾中真阴亏损，虚火上炎。治当壮水之主以制阳光。方用六味地黄汤加柴胡、白芍、肉桂、五味子。若肾中真阳虚者，症见恶寒，膝以下觉冷，舌淡，脉沉迟。治宜益火之源以消阴翳。方用八味地黄汤主之。

针灸治疗，以补益气血为主，并调和营卫、驱除疟邪，选大椎、胃俞、脾俞、中脘、气海、足三里、间使、陷谷等，用毫针行泻法或平针手法，并适当配合灸法。

久疟强调在间歇期进行补益性治疗，以匡扶正气，增强体质，可防止或减轻发病。

瘴疟

感受山岚瘴毒而发之疟疾，为瘴疟。主证为但热不寒、或寒热交作，多兼见内陷神昏等症。

《圣济总录·疟疾门》："有感于山川毒疠之气而为病者，瘴疟是也。以其寒热时作，与疟同类，故谓之瘴疟。"瘴疟见《备急千金要方》。《诸病源候论》称山瘴疟。

一般可按其症状，分为热瘴、冷瘴。

热瘴：症见发作时热多寒少，或但热不寒，浑身如火，头痛烦渴，胸闷呕吐，大小便秘涩。甚则神昏谵语，舌绛而垢黑，脉洪数或弦数。多由瘴毒所伤，热盛于内，未从汗泄，津液被灼，瘴毒冲心所致。治疗当以辟秽解毒，清热保津为法。

冷瘴：症见发作时寒多热少，或恶寒战栗，但寒不热，甚则神昏不语，苔白厚腻，脉弦滑。病由素体阳虚，寒湿内盛，复感瘴湿毒气，壅遏于内，阳气不得宣达，湿毒痰浊蒙闭心窍。治当以芳香化浊，辟秽开窍为法。

瘴疟属于一种时行疟病，故《备急千金要方》有"时行后变成瘴疟"之说。《指南总论》也称瘴疟为"时行之疾"。但须与疫疟区别，《证治指南》说："山溪蒸毒，湿热蕴蓄于阳明，乍热乍寒，迷闷狂言，是为瘴疟；天时不正，邪乘虚袭，沿门合户，蒸热凛寒，长幼相似，乃为疫疟。"同时，热瘴与瘅疟，冷瘴与牝疟也须鉴别。《证治指南》："肺素有热，阳气独发，不及于阴，但热无寒，此为瘅疟；肺素有寒，阴气独盛，不及于阳，但寒无热，是为牝疟。"不但其病因病机有异，且瘴疟多温热证或寒湿证，并易见毒犯心窍。

瘴疟的预防，须避免山岚瘴气的侵袭，并注意饮食起居的调摄。

疟母

久疟不愈，寒热反覆发作，左胁下出现痞块的病证，为疟母。病证名出《金匮要略》。《三因极一病证方论》称母疟。相当于现代医学疟疾的脾脏肿大，但必须与其他原因引起的脾脏肿大相鉴别。

病因病机　疟母的发生，由久疟不愈，邪气结聚而成。《金匮要略·疟病脉证并治》："病疟……当月尽解，如其不差，当云何？师曰：此结为癥瘕，名曰疟母。"历代医家各有不同的阐述。有的认为与正气受损，邪气潜伏有关，《普济方·诸疟门》："荣卫亏损，邪气伏藏胁间。"《医门法律·疟证论》："少阳经气衰弱，不能送邪外出，外邪盘踞其间。"有的认为与痰、食、气、血阻滞有关，《张氏医通·疟》："顽痰挟血食而结为癥瘕。"《疟疾论》："血气羁留不行，息而成积。"此外，也有认为疟邪与正气长期互相搏结而成的。《医方考》指出："凡疟寒热，皆是邪气与正气分争，久之不愈，则邪正之气结而不散，按之有形名曰疟母。"总之，其病因病机可归纳如下：

久疟脾气亏损，运化失职，聚湿成痰，痰浊胶着不化，日久凝而成癥。

正气与疟邪相争日久，营血亏虚，脉络瘀滞，结于胁下，渐成癥癖。

辨证　以辨别脉证之虚实为主。如形气俱虚者，症见久疟不愈，寒热时止时发，左胁下出现痞块，面色萎黄，形容羸瘦，精神疲困，食减，或便溏，脉细弱；若形气俱实者，虽症状缠绵，左胁结块，或胀或痛，但有形壮，纳佳，便秘，脉实等表现。

治疗　历代医家论治各异，然其要不外攻坚、养正两大法。主张攻坚者，如《金匮要略·疟病脉证并治》："当急治之，宜鳖甲煎丸。"《临证指南医案》："终年老疟，左胁已结疟母，邪已入络……通血脉，攻坚垒。佐以辛香，是络病大旨。"并指出"仲景立法，务在缓攻。"主张养正者，如李中梓认为急于攻块者多致不救。《证治汇补》曾告诫："宜养正气，终当自化，误为攻削，必致中满，慎之。"此外，有的主张应用攻补并施法，如《时病论》之用补虚兼疏肝法。

一般而言，如形气俱实者，可用活血化瘀及化坚削痞法加入截疟之药，如鳖甲、常山、草果、槟榔、山棱、莪术、穿山甲、桃仁、当归等。形气俱虚者，则宜加入黄芪、党参、白术、茯苓、熟地、何首乌、肉桂等扶正药物。疟母多是正虚邪气留连，宜在消积攻痞的同时，兼扶正气，或以补为主，以消为辅。如症见胁下痞满，伴有结块，病人形瘦，时发寒热，舌淡红，苔薄白，脉细缓，此结为疟母，邪伏于阴，故久而成形。治用化癥软坚，兼以扶正。方用鳖甲饮子，以草果、槟榔、乌梅祛邪截疟；鳖甲软坚化癥；橘红、厚朴以理气宽胸，辅以黄芪、白术、川芎、白芍之益气血，姜、枣调营卫，甘草和诸药，是攻补并用法。若初服常山

饮，后用鳖甲煎丸皆无效，而痞块渐大，伴有眩晕遗精，耳鸣盗汗，脉形缓滞，两尺皆弱，此先天亏损，肾阳不足，难用消破之剂。治以温肾敛汗，佐以化癥。方用桂附八味汤加龙牡、龟版、鳖甲煎丸。明代芮经《杏苑生春》主张用疟母丸（青皮、香附、神曲、麦芽、三棱、莪术、海粉、红花、桃仁、鳖甲）施治。

针灸治疗，则可选章门穴针灸兼施。

调护 疟母初愈，应戒暴怒气郁及房欲操劳，忌食生冷粘滑。愈后气血虚，宜服十全大补汤调养。

中恶

由卒然冒犯秽浊之气而骤起心腹疼痛，闷乱欲死，甚则突然昏倒，或妄言错乱的证候，为中恶。《医学纲目》："病者卒心腹胀满，吐利不行，如干霍乱之状，世所谓中恶是也。"《证治准绳·诸中门》："中恶之证，因冒犯不正之气，忽然手足逆冷，肌肤粟起，头面青黑，精神不守，或错言妄乱，牙紧口噤，或头旋晕倒，昏不知人。"

中恶名称见《肘后备急方》。《诸病源候论》有"中恶候"，其中将"卒忤"、"鬼击"、"尸厥"等皆归属于中恶一类。《千金要方》则明示"卒忤即中恶也"。《丹溪心法》亦说"尸厥……此即中恶之候"。《医学正传》称冲恶。《温病条辨·中焦篇》沈目南注："中恶之证，俗称绞肠乌痧。"根据临床表现，大抵可分为脏气逆乱及心神失守两大类。

病因病机 由人体素虚，突然被秽浊之气所侵犯。使阴阳违悖，脏气逆乱所致。如沈目南云："中恶之证……即秽臭恶毒之气，直从口鼻入于心胸肠胃脏腑，壅塞正气不行。"《太平圣惠方·治中恶诸方》说："夫中恶者，是人精神衰弱，为鬼邪之气卒中之也。夫人阴阳顺理，荣卫调和，神守则强，邪不干正，若将摄失宜，精神衰弱，便中鬼毒之气，其状卒然心腹刺痛，闷乱欲死。"此所谓"鬼邪"、"鬼毒"，即指秽浊之气。《杂病源流犀烛·邪祟病源流》："邪祟，内外因俱有病也……乃极虚之候，非为鬼邪所侮也。"可见正虚邪犯，是导致本证的根本原因。

小儿中恶发病原因，也由于气血先亏，痰塞心胸，妨碍升降，不得运行所致。《幼幼集成》指出中恶有二证，一为恶毒之气，小儿触之，从鼻而入，肺先受之，闭其清道，填塞胸中，忽然而倒，表现有四肢厥逆，两手握拳，上气喘急等症。二为中恶毒之物，如菌蕈、河豚、虾蚌之毒，自口而入，则肠胃受之，致使心腹刺痛，腹皮青黑，闷乱欲死，亦为中恶。

辨证 须辨察其属脏气逆乱，或心神失守。

脏气逆乱：症见突然心腹胀满，疼痛，闷乱欲死，干恶，大便不通，甚则卒起昏仆，口不能言，四肢厥冷，脉微细。

心神失守：症见骤起妄言错语，骂詈不避亲疏，如醉如狂，或悲泣呻吟，沉默寡言，指事颠倒，如见鬼状等。《医学纲目》："有人精神不全，心志多恐……沉沉默默，妄言谵语，诽谤骂詈，讦露人事，不避讥嫌，……登高陟险，如履平地，或悲泣呻吟，不欲见人，如醉如狂，其状万端。"

治疗 辟秽浊，安心神，为治疗重点。

脏气逆乱：如昏厥不醒者，急用棉花蘸醋熏鼻，或石菖蒲研末吹鼻，并填于舌底，或捣韭取汁灌服；亦可用针刺人中、十宣等穴，干恶腹痛者灸神阙，刺足三里、内关等穴。药物治疗宜芳香辟秽，化湿去浊。以苏合香丸或玉枢丹灌服，苏后可用《证治准绳》的调气平胃散。方取木香、乌药、白蔻仁、檀香、砂仁、藿香、苍术、厚朴、陈皮、甘草，共奏理气宽中，芳香化浊之功。《太平圣惠方·治中恶诸方》载：中恶见心膈不利、闷乱欲吐者，可用桂心、生姜、栀子仁、豆豉、人参芦煎汤催吐，得吐即止；如心腹刺痛烦乱者，可用麝香、犀角屑、木香理气辟秽，开窍；如中恶客忤垂死者，可用朱砂丸。方中朱砂、雄黄、麝香芳香开窍辟秽；炮附子回阳救逆，巴豆（去油）荡涤秽浊。

心神失守：治宜辟秽化浊，养正安神。方用辟邪丹。以人参、白术、当归补养气血；茯神、辰砂镇惊安神；苍术、菖蒲、远志、木香、鬼箭羽、牛黄、麝香等芳香辟秽，理气化痰。本证的治疗可与"癫证"、"狂证"条同参。小儿中恶猝然昏倒者，宜用霹雳散吹鼻，或用葱叶刺其鼻取嚏，以开其闭，或针刺人中、合谷、关元、足三里等穴。或灸承浆、两足大指爪甲处、脐中。可内服苏合香丸。若因中毒气而昏倒者，用三拗汤加葱白以开肺窍。因中毒物而昏倒者，用雄黄解毒丸以泻其毒。

瘴气

感受山岚雾露湿热郁蒸之毒，致寒热交作，或神志昏迷，或音声哑瘖的一类外感疾病，称为瘴气。

瘴气见《神农本草经》。《后汉书·马援列传》早有瘴气及瘴疫流行的记载。《肘后备急方》有治疗瘴气及瘴症的处方。《诸病源候论》称山瘴疟。《外台秘要》也称瘴、瘴热、瘴疠、疟瘴。《圣济总录·瘴气》有岚瘴、黄毛瘴、哑瘴等名。《张氏医通》则名岭南瘴毒。后世更有包括水源污染而发病的毒水瘴与蚺蛇瘴等记载。

瘴气与疟疾有着密切的关系，所以历代医著，都把瘴疟列入疟疾的范围。《外台秘要·山瘴疟》引《备急千金要方》认为："瘴与疟分作两名，其实一致，岭南率称为瘴，江北总号为疟，然南方温毒此病尤甚。"《景岳全书·瘴疟》也谓"瘴"属地方病，此疟更重："瘴以地言，而疟即风寒外感之病也，但其甚者或至迷困、喑哑与常疟为稍异耳。"但瘴气不单指瘴疟、疫疟，它与大气水源污染而发病等因素有关，带有地方性流行的特点，含义亦较广。临床一般病情较重，又有其独特表现。

《太平惠民和剂局方》附"许洪指南总论"分为发热不寒、发寒不热、寒热相半、哑不能言四类。《景岳全书·指迷方瘴疟论》按临床症状轻重的不同明确分为冷瘴（瘴气

之轻者)、热瘴(瘴气之重者)、哑瘴(瘴气最重者)三类。《瘴疟指南》在这基础上有了进一步发挥。

病因病机　巢元方、王焘等均指外感恶毒之气所致。《诸病源候论·山瘴疟》:"挟溪源岭瘴温毒气。"《外台秘要·山瘴疟》引《小品》:"皆山毒所为。"《圣济总录·瘴气》:"瘴毒山川疠毒之气。"又云:"江山雾气多瘴,山岚烟雾蛇虺郁毒之气尤甚,但呼吸斯气皆成瘴疾。"《景岳全书·李侍制瘴疟论》:"岭南炎方土薄,阳燠之气常泄,濒海地卑故阴湿之气常盛,二气相搏,此寒热所由作也。"郑全望认为与痰亦有关,《瘴疟指南·受病之源》:"要之此病之本,本之天气热,元阳恒泄,在人之阳气自不降,而内又多痰,再不行调摄,感于不正之气……所谓无痰不成疟者。"张景岳提出与劳役饥饱等内伤因素有关,《景岳全书·瘴气》:"居者十病二三,途者十病八九,以居者安静,途者劳伤耳。"又说:"但使内知调摄,而外不受邪,则虽居瘴地何病之有。"病因病理可归纳如下:

恶气外侵:行人触感山岭溪源,密林丛草及岚雾中之恶毒之气,可以直接发作本病。《景岳全书·王棐指迷方瘴疟论》:"南方由于天气温暑,地气郁蒸……草木水泉皆禀恶气,人生其间,元气不固感而为病,是谓之瘴。"

气交逆常:自然界局部地区温暖与湿度的异常,如发瘴之地气象变化剧烈,盛夏久雨,隆冬久晴,一日之间寒暑迭变。这种气交逆常,非其时而有其气的阴阳气候偏胜,使营卫失调而易于诱发本病。

痰湿内盛:痰属湿邪内湿,瘴气虽为外邪侵袭,但与体内之湿痰有联系。由于饮食失度,起居不时,频进生冷炙煎,脾胃不和,水谷精微未能运化,痰浊伏于膜原,滞于膈上,复感外来不正之气,内外合邪而发作寒热。

内伤劳倦:瘴气虽为外邪,但也与机体的内虚有关。凡劳役饥饱之人,皆内伤不足,而不善摄养,纵欲多劳者极易犯之。正虚则藩篱失固,使瘴气乘虚入侵。

辨证　首先应辨明属于冷瘴、热瘴或哑瘴。冷瘴症状特点,有寒有热,寒热往来,其病轻。热瘴指壮热不寒,其病重。哑瘴以神昏不能言,其病最为危重。此外应注意瘴毒之偏热与偏湿。偏热者,身发大热,面赤目红,烦渴便秘,小溲赤涩,或吐血衄血,舌苔黑或绛,脉洪弦数;偏湿者,胸膈痞闷,痰多脚软,或泄泻腹胀,食少体倦腰重,舌苔白厚腻,脉濡,瘴毒邪入心包,每见神昏谵语痉厥。中气虚寒,症见脉微肢厥,利下清澈。病久而气血弱,多见面色皖白或萎黄。瘴证有的外虽极热,而内有真寒,但验之手足冷,鼻尖凉,蜷卧,脚重无力,脉洪大而虚,此为阴盛格阳之证。

治疗　《景岳全书·论瘴疟》:"凡治此者,总不外寒热虚实,及有邪无邪,如前治疟诸法而尽之矣。"一般治疗大法,冷瘴以芳香化浊,辟秽逐恶为主,如不换金正气散之类。热瘴以辟秽清热解毒为主,如清瘴汤之类。哑瘴以清心开窍解毒为主,如至宝丹之类。此外,根据瘴毒的偏热偏湿等,随证加减用药。凡治疗本病除辨证施治外,亦可在先发作前结合截法,应用偏方、验方等治疗,如截瘴丸之类。若病久气虚血弱发热,《张氏医通·岭南瘴毒》认为:"需用四君类调理脾胃,脾胃一健,气血自生。"瘴毒多是热证,但因各人禀质不同,若治疗过程变证,或邪转虚寒,及出现阴盛格阳等,可用附子理中汤之类救治之。

瘴气的服药必须在发作前,以平旦空腹为宜,在流行的瘴区,当慎起居,适寒温。防治瘴气的药物,如不换金正气散、截瘴丸等可以备用。此外,可用救苦散,以吹鼻取嚏预防。

中瘴

因感触岭南山岚雾露、烟瘴湿热之恶气,猝然发热,或则神昏仆倒的一类疾患,称为中瘴。中瘴见《古今医案按》,又称桂花瘴,俗名江米瘴。据《张氏医通·岭南瘴毒》:"粤西交趾一带……其日出时有气如兰香,日中时有气如茉莉香,日没时有气如炊米香,每日三气……其触之者寒热如疟,三四日死,元气稍旺者数日死。"又《古今医案按·瘴气》载:"桂花瘴,全州、桂林、梧州、平乐皆有之,八九月间香气如桂,此瘴最急,触人口鼻即倒仆,此为中瘴。"又云:"见有黑气如雾,其香必至……近云南交趾地,有糯米饭香,即病而绝,俗名江米瘴。"

中瘴的发生,由于山川中湿热之邪,蕴郁而成特有香味的毒雾,由口鼻直接侵入人体,使百脉阻滞,气机窒塞而致。中瘴的治疗,以芳香化浊,辟秽开窍为主。如轻者症见寒热如疟,胸膈饱闷等,应用藿香正气散及苍术芩连汤治疗。若卒然昏倒,口噤不开,面色青紫,速以针刺额上或眉丛及两手膊出血,以开关散擦牙令开,灌服苏合香丸,待醒后继用太乙紫金锭治疗。中瘴的预防,凡山行,如遇以上异香,急宜掩鼻勿语以避之。冒山岚黑雾行时,预服度瘴散,或先以行军散搐鼻预防。

哑瘴

因感受瘴毒后出现神昏不能言,头痛发热呕逆的一类病证,称为哑瘴。病证名出《圣济总录》。《瘴疟指南》认为本证凶险,"为不治之证"。

哑瘴初起见头痛发热,呕逆,随即迅速出现神志不清,但噫噫作声,或完全失音。

哑瘴发生的原因,为感受瘴邪热毒,挟痰瘀上蒙心肺之窍所致。《瘴疟指南》谓:"瘴毒之热,沸其血,涌于上,塞于心肺之窍,故不能言。"《证治准绳·瘴疟》认为主要由于"败血瘀于心,毒涎聚于脾所致。"哑瘴的治疗,以清热解毒,涤痰开窍,活血化瘀为主。如神昏语言障碍,方用至宝丹,以清热开窍。《证治准绳·瘴疟》以本证系脾胃实热,须用凉膈散疏通大肠及应用治瘴木香丸。《寿世保元》更有用驱瘴汤,以清热泻下。凡此皆是因瘴毒涉及阳明腑证,而采用釜底抽薪驱毒之法。《瘴疟指南》主张应

用麦门冬汤调局方黑神散，以清热活血化瘀为治。若食冷物诱发，寒痰上涌音哑，则用苏合香丸或青州白丸子以涤痰开窍。

冷瘴

因感受瘴毒之气而致寒热不规则，乍热乍寒，或先寒后热，或先热后寒的一种外感寒性病，称冷瘴。病证名见《景岳全书》。《瘴疟指南》称寒瘴。

冷瘴除寒热不规则发作外，尚可见头痛、胸膈痞闷、腹胀身重、呕吐泄泻、腰痛脚软等。其病由于南方寒暑失常，乍暖乍寒，山溪原野多杂恶气，若起居失于调摄，致瘴邪得以侵袭，营卫失调，而发作寒热。

发病常见瘴毒郁表、内蒙心窍，间现阳虚阴盛。

瘴毒郁表：症见恶寒发热，寒热相半，胸膈痞闷，身重，骨节酸痛，腰痛脚软，头痛，舌苔厚腻，脉象寒时微迟，热时弦数。此由秽浊之邪外袭，郁于肌表，瘴毒偏湿所致。治宜芳香化浊，辟秽理气。方用不换金正气散加减。本方以藿香、苍术、草果芳香化浊辟秽逐邪；以半夏、厚朴、陈皮祛痰宽胸利气；以姜、枣和中；甘草解毒。若食少多痰，吞酸嗳气，应用嘉禾散以理气调中。嘉禾散又名谷神散，有调和脾胃，消食理气及祛痰等作用。

瘴毒内蒙心窍：症见寒热往来，因误治继而痰涌气滞，心胸躁闷，甚则谵语神志昏迷，苔白脉滑。此乃瘴毒挟痰湿闭塞气机，上蒙心窍。治宜辟秽开窍，利气解毒。方用苏合香丸。

阳虚阴盛：属冷瘴变证。症见寒热往来，继而四肢厥冷，舌黑而润，或上吐下泻，脉沉细而迟。此乃瘴毒从阴之化属寒厥。治宜温中祛寒。方用附子理中汤、四逆汤或干姜附子汤。

冷瘴经以上治疗，若寒热间歇，作止有时，可用截法，截瘴丸主之。截瘴丸又名截疟丸，方中常山祛痰善治寒热之毒。《本草纲目·常山》引侍制李焘，称常山为去瘴之根本；槟榔行滞御瘴疠；乌梅之酸以敛外泄阳气；更用生姜、甘草以和胃，并减少常山的副作用。

热瘴

因感受瘴毒之气而致壮热、头痛、烦躁、渴饮的一种外感热性病，称热瘴。病证名见《景岳全书》。《瘴疟指南》指出："惟单热不寒，谓之热瘴。"热瘴发热不规则，间歇不明显，以壮热为主，兼见小便赤涩，面赤目红，呕逆，或吐血衄血、便秘等。

本病是由饮食不慎，内有积热，感受温热瘴毒恶气而成。《指迷方·瘴疟论》："若夫热瘴，乃盛夏初秋，茅生狭道，人行其间，热气蒸郁，无林木以蔽日，无水泉以解渴，伏暑至重，因而感疾。或饮酒不节，或煎炙而积热者。"

本病多见瘴毒热盛、瘴毒内陷两类。

瘴毒热盛：症见身发大热，不恶寒，昼夜如卧炭火中，面赤目红，大渴引饮，烦躁，胸闷呕逆，头痛，小便赤涩，舌绛脉洪数。此瘴毒偏热，邪从热化。治以辟秽，清热解毒。方用清瘴汤。本方以青蒿、柴胡、黄芩、知母、黄连、石膏等辟秽清热解毒；以竹茹、茯苓、半夏、陈皮、枳实止呕降逆；以常山消痰截瘴；辅以天水散涤暑湿。如热盛津伤，酌加麦冬、花粉等。若热重挟湿，发于暑月，宜苍术白虎汤加人中黄。若瘟黄则见肌肤发黄，乃湿热病变，宜清热利湿，用茵陈五苓散加人中黄、黄连、黄柏。

瘴毒内陷：症见浑身如火，神昏谵语，烦躁不安，甚则抽风痉厥，舌绛脉数。此为瘴邪热毒，内陷心包，风阳上扰，则心主失其清灵之常。治宜清热解毒，镇痉开窍。方用至宝丹、紫雪丹、安宫牛黄丸等。

热瘴经辨证施治，热势稍缓，热型转间断，发作有时，可用草果七枣汤或常山饮等治疗。此外，尚可应用针刺出血排毒法治疗，古代经验名"挑草子"，即用针刺患者两足腕、舌下、两额角等浅表静脉处，刺之出血，并服青蒿水（即鲜青蒿绞汁）等。

疫病

系感受戾气而致发病急骤，病情险恶，传染性强，且易引起大流行的急性传染病的总称。

《素问遗篇·刺法论》："五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。"

疫病名出《三因极一病证方论》。疫，《说文》云："民皆疾也。"疫者，役也；犹徭役之谓。司马光《类篇》引《字林》云："病流行也。"《内经》称疫、疫疠。《素问遗篇·本病论》又有瘟疫之名。《诸病源候论》卷十认为"皆由一岁以内，节气不和，寒暑乖候，或有暴风疾雨，雾露不散，则民多疾疫，病无长少，率皆相似，如有鬼厉之气，故云疫疠病。"唐时称疫病为"天行"，如《外台秘要》引《小品》说："古今相传，称伤寒为难疗之疾；天行温疫是毒气之病。"并提出了治疗疫病与治疗伤寒应有不同的方法。宋元时已观察到疫病具有一定的季节性，某一季节能流行某一种疫病，《世医得效方》故称时疫。明清时进一步地观察到某些疾病有一定的季节性，或有传染性，或无传染性。有传染性者称疫病。《杂证会心录》卷上谓："疫病是天地不正之异气，四时皆有，能传染于人，以气感召，从口鼻而入。"无传染性，则称为时病。《时病论·凡例》说："时病者，乃感四时六气为病之证也，非时疫之作也。"时病从时疫中分离出来，另立一类。

目前认为温病、疫病、疫疠、天行、时行、时疫、温气、时气、时毒、温（瘟）疫的含义是有区别的。温病是外感急性热病的总称，包括非传染性疾病和传染性疾病。疫病是指急性传染病的总称，包括具有传染性的属于热性病的温疫，以及属于伤寒的寒疫。疫疠则指具有强烈传染性，可造成大流行的疾病，是疫病的一种，有严重的危害

性。天行与疫病的概念相类似，是指流行性疾病。时行、时疫，则属在一定季节或节气内的传染性流行性疾病。温气、时气、时毒亦指疫，同时又指疫的致病因素，即与疠气、戾气等概念相同。

历代是根据病因的性质，而分为温疫和寒疫两大类。如《医学心悟·论疫》："夫在天之疫，从经络而入，宜分寒、热。"根据发病和流行的情况，又可分为大疫和常疫。所谓大疫即传染性强，流行面广；所谓常疫，即传染性较弱，呈散发或流行面局限。如《类证治裁·疫症》："疫为时行疠气，有大疫，有常疫。大疫沿门阖境，多发于兵荒之后，不数见。常疫一偶数家，一家数人，症多相似，春、夏、秋三时皆有之，而夏秋为甚。"疫病又可根据传染的性质和途径，可分为在天之疫和在人之疫。所谓在天之疫，病邪由经络而入者；在人之疫，病邪由口鼻而人者。如《医医偶录·疫痢疟肿论治》说："疫有由天时者，有由人染者。由天时则邪从经络入……。由人染则邪从口鼻入。"《医学心悟·论疫》中还指出在天之疫来势凶，发病快，流行广；而在人之疫，由一人之病，染及一室，一室之病，染及一乡等。临床上如鼠疫、疫斑等则属在天之疫；如疫黄、疫痢等则属在人之疫。亦有根据疫病发病之季节不同，又可分春瘟、时疫（指狭义时疫）、秋疫、冬瘟等。《辨疫琐言》卷一曰："世之宗瘟疫论者，……春则曰春瘟，夏则曰时疫，秋则曰秋疫，冬则曰冬瘟。"

此外，还有《内经》之五疫，是古人借五行而分为木疫、火疫、土疫、金疫、水疫五种。所谓木疫，即具有肝症状的疫病；火疫，即具有心症状的疫病。即是以五脏症状相配而成五疫。

病因病机　古代已提出疫疠的概念。如《论衡·命义篇》说："温气疫疠，千户灭门。"关于疫疠的属性，汉代就明确提出疫不是由于鬼神之作。《太平御览》疫疠条引曹植《释疫气》曰："建安二十二年（公元217年）疠气流行，家家有僵尸之痛，室室有号泣之哀，或阖门而殪。或覆族而丧，或以为疫者，鬼神之所作。夫罹此者，……乃阴阳失位，寒暑错时，是故生疫，而愚民悬符压之，亦可笑也。"历代医籍对疫病的产生原因，归纳起来主要有：

气候失常：春时应温暖而反大寒，夏时应热而反大凉，秋时应凉而反大热，冬时应寒冷而反大温，此非其时而有其气，是戾气发生的气温条件。同时还认识到暴风疾雨，雾露弥漫，也是戾气产生的湿度条件。此外，与地理条件亦有密切关系。《辨疫琐言》卷一说："疫为地气，岁不常有，此气一行，病则少长率皆相似，沿门阖户，互相传染。"

社会动乱：疫病的流行与社会的动乱有密切关系。如《温疫论·伤寒例正误》说："夫疫者，感天地之戾气也……多见于兵荒之岁，间岁亦有之，但不甚耳。"

戾气感染：是疫病的病源因素。戾气又名疠气、疫疠之气、毒气、异气、杂气等。戾有乖张、不正常之意。因此，戾气致病具有一般致病因子不同的特性。《温疫论》论述详细，认为戾气是有物质基础的，如《温疫论·论气所伤不同》篇说："夫物者气之化也，气者物之变也。气即是物，物即是气。"戾气有多种，某一特异的戾气，可引起相应的疾病。如《温疫论·杂气论》说："为病种种是知气之不一也，盖当其时，适有某气专入某脏腑经络，专发为某病，故众人之病相同。"戾气具有种属感受的特异性。如《温疫论·论气所伤不同》篇说："然牛病而羊不病，鸡病而鸭不病，人病而禽兽不病，究其所伤不同，因其气各异也。"并观察到由于戾气毒气之不同，可产生大流行和散发流行。《温疫论·论气盛衰》篇说："其年疫气盛行，所患者重，最能传染。"又曰："至于微疫，似觉无有，盖毒气所钟有厚薄也，其年疫气衰少，里闾所患者不过几人。"戾，又有劲疾、猛烈之意。因此，戾气致病则发病急剧，病情发展险恶。戾，还有罪恶的意义。故戾气致病则受害面广，死亡率较高。

辨证　首先应分清温疫还是寒疫。温疫必有热证。若头面肿大如斗者为大头瘟；咽喉肿痛，颈项肿胀者为虾蟆瘟；腮部肿胀，连及下颌者为颅鹚瘟；两足萎软，步履不便者为软脚瘟；腋、胯起核，而鼠先死者为鼠疫；以上皆属于温疫。寒疫必有寒证。《时病论·附论》说："大概众人之病相似者，皆可以疫名之，此又与瘟疫之疫，相悬霄壤，须知瘟疫乃天地之厉气，寒疫乃反常之变气也。"

治疗　因疫病均属外感之病，虽有温、寒之分，但以热为多见。如《外台秘要·天行》："天行多热者也。"有表证者，均应解表祛邪。温疫是表热为主，治宜清热解表，疏风解表为主，常用的有普济消毒饮等；寒疫是表寒为主，治宜辛温解表，疏风解毒，常用的方剂有荆防败毒煎等。温疫可以传里，寒疫亦可郁而化热，宜分疾病之在气、在营、在血。在气者以大清气热为主，可用白虎汤；里实者以通腑攻下为主，可用承气汤；在营者以清营解毒为主，可用清营汤、清瘟败毒饮等；在血者以凉血解毒为主，可用犀角地黄汤等。

预防及调护　当疫病流行时应作好预防工作。如《三因极一病症方论·叙疫论》说："夫疫病者，……谓之天行是也。……还以天地所生之物而防备之。"预防方法应根据疫病的不同性质而采用相应的措施（见"大头瘟"条）。疫病具有传染性，亦可广泛流行。因此，必须做好隔离消毒工作，患疫病宜休息，多饮开水，宜进流质或半流质饮食。

寒疫

因感受暴寒戾气而致头痛、身疼、寒热无汗，状如伤寒的急性寒性流行病，称为寒疫。《外台秘要·天行》："天有暴寒者，皆为时行寒疫也，一名时行伤寒。"

寒疫的流行季节在春分至秋分，《外台秘要·天行》中已有论述。《医宗金鉴》、《时病论》均遵《外台秘要》之说，认为"春有是病，而夏秋无是病也。"但《三因极一病证方

论》认为秋亦有寒疫，因夏应热，而有疫气折之，秋必病寒疫。

寒疫的发病大致可分为阳证寒疫和阴证寒疫两类。

阳证寒疫：症见发热头痛，形寒骨楚，无汗，或有呕逆，或有轻度腹泻，脉浮紧带数，苔薄。外感风寒戾气，先犯太阳经，亦可次传少阳、阳明诸经。《时病论·寒疫》："其初起头痛、身疼，寒热无汗，或作呕逆，人迎之脉浮紧。"又曰："现此见症，与冬令伤寒初客太阳无异，因在春令，所以不名伤寒，又因众人之病相同，所以名为寒疫。"治宜辛温解表。用苏羌饮加减。药用紫苏、防风、羌活疏散风寒；豆豉、生姜、葱白通阳解表；陈皮疏理气机；可加神曲和中。若患伤寒表证，复感戾气，可寒温并用，可加大青叶、板蓝根等。

阳证寒疫而表虚者，宜辛温解表，益气和卫，用人参败毒散加桂枝、芍药。

阳证寒疫的传变，类似伤寒诸证，可选用和解少阳、清阳明胃热和攻下腑实等法。

阴证寒疫：症见发热内栗，足膝逆冷，但欲眠，便溺妄出，清便下重，脐筑湫痛，脉沉细欲绝，苔薄。暴寒戾气直中阴经，《温热暑疫全书·寒疫》说："阴中干邪，必内栗也，表气虚微，里气不守，故使邪中于阴也。"宜温阳解表，散寒救阴。用麻黄附子细辛汤、白通汤、圣散子方加减。亦可仿伤寒三阴经各证之治法。

温疫

因感受热毒戾气而致暴起发热，或稍畏寒，或见寒战，并迅速发展的但热不寒，化燥入里而进入烦躁、昏迷，或见皮肤斑疹的一类急性热性传染病，称为温疫。

温疫一病最早见于《素问遗篇·本病论》。而《内经》中又有温疠之称。如《素问·六元正纪大论》："温疠大行，远近咸若。"《素问遗篇·刺法论》："民病温疠至，喉闭嗌干，烦躁而渴，喘息而有音也。"《诸病源候论》把温病、时气、疫疠并列，其中包括温疫。后有《伤寒例》的温气、《肘后方》的时行、《外台秘要》的天行、《景岳全书》的时毒等，而概念基本相似。葛雍认为系秽气触真气，河间谓为疫气所染，《丹溪心法·温疫五》："瘟疫，众人一般病者是也，又谓之天行时疫。"明清时温病学说兴起，亦把温病分温疫概念合在一起，如《松峰说疫·温疫名义论》："古人言诸瘟病者，多作温热之温，夫言温而不言瘟，似为两症，第所言与瘟病相同，则温瘟为一病也。"

病因病机 温疫的产生是感染戾气的热毒，清代章虚谷《医门棒喝》概括地指出："瘟疫者，由六气错杂，秽恶酿成。"由于病邪性质的不同，可产生不同的发病机理。湿热疫是由于感受温热疫毒所致，暑燥疫系触感暑燥疫毒所致。《温疫论·原病》："邪从口鼻而入，则其所客，内不在脏腑，外不在经络，舍于夹脊之内，去表不远，附近于胃，乃表里之分界，是为半表半里，即《针经》所谓横连膜原是也。"

辨证 温热疫每多夹湿，暑燥疫火毒炽盛。

温热疫：见《温疫论》。初起症见憎寒壮热，嗣后但热不寒，昼夜发热，日晡益甚，头痛身痛，苔白如积粉，舌质红绛，其脉不浮不沉而数。是湿热秽浊，郁遏膜原。其后如舌色转黄，胸膈满痛，大汗、大渴、烦躁，是湿热之邪内传阳明。如鼻如烟煤，通舌变黑生刺，属胃实明显。

暑燥疫：见《疫疹一得》。症见身大热，头痛如劈，两目昏瞀，或狂躁谵妄，口干咽痛，骨节烦疼，腰如被杖，或吐衄发斑，舌绛焦黄或生芒刺，脉浮大而数或沉数，或六脉沉细而数。系热毒深重，充斥内外十二经。若疹色青紫，紧束有根，为胃热极盛，血气郁滞。邪入心包则神昏谵语。斑疹外透不畅，兼腹满胀痛，大便秘结，为气壅里实。筋肉瞤动则属邪热伤筋。

若症见大热大渴，昏迷，口开吹气，或绞肠痛绝，或头脑胀痛欲死，或门噤不言，或浑身发臭难闻，或猝然仆地不省人事，双目直视，脉乱，舌干黑无苔，或红裂，或黑苔起瓣，或舌有灰晕。为脏腑实热已极，热毒传遍三阴之危候。

治疗 治疗疏利透达为原则。暑燥疫宜大剂清热解毒，凉血救阴，不可误用表散。

温热疫：湿热秽浊、郁遏膜原者，治宜清热利湿，透达郁遏之邪。可用达原饮加减。以槟榔、厚朴、草果温运气机，疏利湿滞；白芍滋阴和血；黄芩、知母清热；甘草和中；合而以疏利透达膜原之邪。内传阳明者，合白虎汤治之；胃实明显者，宜达原饮合大承气汤治疗。

暑燥疫：热毒充斥十二经者，治宜大剂清解，以杀炎炎之势。方用清瘟败毒饮，重用石膏直入胃经，使其敷布于十二经，以退其淫热，佐以黄连、犀角、黄芩泄心肺之火于上焦；丹皮、栀子、赤芍泄肝经之火，而救欲绝之水；桔梗、竹叶载药上行；使以甘草和胃，以进大寒解毒之剂。胃热极盛，血气郁滞者，宜加紫草、红花、归尾以活血清热；神昏者加安宫牛黄丸、紫雪丹以开窍泄热；气壅里实合调胃承气汤治之；邪热伤筋，宜去桔梗之开肺，加菊花、龙胆草以清热凉肝。热毒传遍三阴之危候则宜大剂泻热解毒为主，方用十全苦寒救补汤加减。《医方经验汇编》载述，以辟邪丸（明雄、丹参、鬼箭羽、赤小豆各二两，炼蜜为丸）施治，亦较有效。

简易方可用二圣救苦丸：锦纹大黄四两，牙皂二两，上二味俱为末，水打稀糊为丸，绿豆大，每服50—70丸，冷绿豆汤送下，以汗为度（《万病回春·瘟疫》）。

大头瘟

头面部红肿疼痛，伴憎寒发热，咽痛气喘等症的一类瘟疫，称大头瘟。《杂病源流犀烛·瘟疫源流》指出大头瘟的症状是："发于鼻面耳项咽喉间，皆赤肿无头，或结核有根，令人多汗气蒸，初则憎寒壮热，肢体重，头面俱痛，目

不能开，上喘，咽喉不利，甚则堵塞不能食饮，舌干口燥，或恍惚不宁。”

大头瘟名称出《景岳全书》。而《此事难知》称大头痛，认为头面部的“肿”和“痛”为两大症状。《丹溪心法》则称大头天行，认为头大如斗，是属于流行性的疾病。《医学纲目》卷十五称大头风；《医方考》称大头伤寒；《景岳全书》又称大头虾蟆瘟；《伤寒全生集》称大头伤风，都是根据大头瘟的发病特点、临床症状和发病原因而命名。此外，《杂病源流犀烛·瘟疫源流》曰：“大头瘟，俗呼为狸头瘟，又雷头风，亦谓之时毒。”目前认为雷头风不属于大头瘟，详见“头痛”条。

病因病机　大头瘟乃感受某种戾气而致病，戾气非一，致病各异。大头瘟毒具有热和湿的特性。《症因脉治·大头痛》：“此三阳经湿热为患。”“湿胜则肿，热胜则痛，湿热上甚，则头面腑肿，大头之症作矣。”感染大头瘟毒需结合机体内在的因素，最常见的有太阳蕴热，或阳明热盛，或肝胆湿热等。内外合邪，可发于太阳，或发于阳明，或发于少阳。《景岳全书·瘟疫》：“大头瘟者，以天行邪毒客于三阳之经。”《活法机要·大头风证》：“是阳明邪热，太甚资实，少阳相火而为之也，多在少阳，或在阳明，或在太阳，视其肿势在何部分，随经取之。”大头瘟毒是由口鼻而入，侵袭人体后，初起见憎寒发热，头面焮肿红赤，或咽喉疼痛，继则恶寒渐无，面热势增高，咽喉肿痛加剧，口渴，或有气喘等症。根据头面红肿疼痛的部位，辨别病位在太阳、阳明和少阳经。《伤寒括要》卷下：“大头瘟，天行疫毒邪犯交巅，分别三阳经而施治。”

辨证　主要分太阳、阳明、少阳。

太阳大头瘟：见《伤寒全生集》。症见面部红肿疼痛，以项上并脑后、项下及目下赤肿为主，伴有发热畏寒，头痛，项强，苔黄腻，脉浮紧而数。

阳明大头瘟：见《伤寒括要》。症见头面红肿疼痛，发于鼻额，甚至脸肿目闭不睁，伴有口渴，烦热，大便秘结，苔白腻，脉洪大而数。

少阳大头瘟：见《伤寒全生集》。症见头面红肿疼痛，发于耳之前后，及额角旁红肿为主。伴有日晡潮热，或往来寒热，口苦咽干，目疼胁满，苔黄腻，脉弦滑数。

治疗　大头瘟的治疗原则是以透邪利湿，清热解毒为主。

太阳大头瘟：治拟疏风透邪，清热解毒。方用普济消毒饮加减。用柴胡、薄荷、牛蒡子、僵蚕等疏散风邪；黄芩、黄连、连翘、马勃、板蓝根、升麻等清热解毒；玄参滋阴降火；陈皮理气；桔梗载药上行。若便秘而里热较重者，加大黄；若汗出体虚者，去薄荷加人参。《温病条辨·上焦篇证辨》认为：“普济消毒饮去柴胡、升麻主之，初起一二日，再去芩、连，三四日加之佳。”同时加用金银花、芦根、荆芥以加强疏邪清热之功。并指出：“水仙花根不拘多少，剥去老赤皮与根须，入石臼捣如膏，敷肿处，中留一孔，出热气，干则易之，以肌肤上生粟米大小黄疮为度，或后用马齿苋入麦曲并醋少许捣敷肿硬处甚妙。”

阳明大头瘟：治拟清热解毒。方以白虎汤合黄连解毒汤加减。用石膏、知母清阳明实热；黄连、黄柏、栀子泻火解毒。若大便秘结者，加大黄；若昏狂谵语者，加犀角、连翘、竹叶、丹皮、玄参等。外敷三黄二香散，初用细茶汁调敷，干则易之，继则用香油调敷。《医学纲目》用井底汤，调大黄、芒硝涂之。

阳明大头瘟兼有表证者，用普济消毒饮加石膏，内实者加大黄治疗。

少阳大头瘟：治拟疏泄肝胆湿热。方用龙胆泻肝汤加减。用龙胆草泻肝胆实火兼清湿热；黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子清热泻火利湿；柴胡疏泄兼清外邪。可加薄荷、牛蒡子等加强疏邪之功；亦可加黄连、连翘、板蓝根、升麻等清热解毒药。若热毒较轻者，可选用小柴胡汤加荆芥、芩、连。外敷青黛，用水调敷，干则易之，日敷4—5次。

《伤寒全生集·大头伤风》认为：“若三阳俱受邪并于头面耳目鼻肿者，以普济消毒饮；外用清凉救苦散敷之。大抵治法不宜太峻，峻攻则邪气不伏，而反攻内，必伤人也。且头面空虚之分，既著空处，则无所不至也，治法当先缓后急，则邪伏也。先缓者，宜退热消毒。虚人，兼扶元气。胃气弱，食少者，兼助胃气。候其大便热结，以大黄下之，拔其毒根，此先缓之法也。”

预防及预后　大头瘟具有传染性，若有密切接触史，应作预防。《杂病源流犀烛·瘟疫源流》引《精义》曰：“大头瘟俗谓之时毒，常搐通气散于鼻中，取十余嚏。”若搐药不嚏，不治；如嚏出脓血，治之易愈。每日用嚏药三五次以泄毒，此是良法。左右看病之人，亦日用搐药，必不传染。”大头瘟是一种危重疾病，应早期治疗，溃脓后则预后不佳。

鸬鹚瘟（痄腮、发颐）

以耳垂为中心肿胀疼痛，伴发热恶寒的一类瘟疫，称鸬鹚瘟。

《时病论·温瘟不同论》：“两腮肿胀，憎寒恶热者，为鸬鹚瘟。”

鸬鹚瘟原属《丹溪心法》中的大头天行病。即大头瘟的一种，如《医学正传·瘟疫》说：“大头天行病，从颐颔肿热者，又名鸬鹚瘟。”现因其发病特点以及面部肿胀的特殊性，故另立一类。鸬鹚瘟或称痄腮，或称发颐，或称遮腮。《外科全生集·发颐遮腮》曰：“患生于腮，有双有单，一曰遮腮，一曰发颐。”

病因病机　主要是由于感受戾气之鸬鹚瘟毒，发于少阳、阳明两经，多发于冬春两季；或因少阳、阳明之火上壅，蕴热循经上行，复感风热之邪而致，一年四季均可发病。前者具有传染性，好发于小儿，后者无传染性，各种年龄均可患病。

辨证 首先要分清传染性和非传染性。若由于感染天行疫疠而发鸬鹚瘟者，初起有发热恶寒，甚则高热，两侧腮部肿胀，亦有先以一侧腮部肿胀，续则两侧肿胀。腮部肿胀以漫肿为主，表面不红，疼痛不明显，但在咀嚼时或进食时疼痛加重。可伴有舌下和颌下的肿大，外形如鸬鹚之下颌。严重时可伴有睾丸胀痛，或有头痛、颈项强几几等症。若由于少阳、阳明两经郁热，复感风热而发鸬鹚瘟者，以高热恶寒或壮热，一则腮部肿大，疼痛剧烈，皮色发红，按之灼手，拒按，可以溃破出脓。《续名医类案·疫》："腮颊红肿，呕噦恶寒，发热不食，下午烦躁，口苦不寐，此俗名鸬鹚瘟是也，乃少阳、阳明二经之症。"

治疗 若感染天行疫疠之鸬鹚瘟毒者，先有表证，宜清热解毒，疏风解表。可用银翘散加减。药用金银花、连翘清热解毒；若加大青叶、板蓝根则清热解毒之力更强。豆豉、荆芥、薄荷疏风解表；牛蒡子、桔梗、甘草利咽化痰消肿。若加夏枯草、知母等能加强消肿散结，同时又可清少阳、阳明之火。外用芙蓉叶粉，用醋研调，涂腮肿部。局部再加热敷更好。若表证尚有，而热毒较甚，宜清热解毒，软坚消肿。方用普济消毒饮加减。高热加石膏、知母、大青叶、山栀；腮部漫肿较硬者，加昆布、海藻；大便秘结者，加大黄或玄明粉；并发睾丸肿痛者，加龙胆草、荔枝核、延胡索、木通等。外用玉枢丹一枚，醋调敷腮肿部，或以紫背浮萍二两（捣如泥）、赤豆面一两，以鸡子清和匀，调敷患部。

由于少阳、阳明郁热复感风热而发者，先有表证，亦可应用银翘散治疗，外用青黛粉、元明粉，水调敷腮肿部。《赤水玄珠·疫门》指出："鸬鹚瘟多是少阳、阳明二经之火上壅热极而生风也，故肿每在两颊车及耳前后，当用清降二法防风通圣散加减治之，感之轻者，只清之亦自消散，不必加硝黄，恐药过于病也。"若外邪已解，肿势不退，宜清少阳、阳明之火，方用龙胆泻肝汤合白虎汤。药用龙胆草、黄芩、栀子、柴胡清肝胆实火；石膏、知母清阳明胃火；木通、车前子、泽泻清利湿热；当归、生地凉血活血。若大便秘结者，加用当归龙荟丸。外敷金黄散。

调护 患鸬鹚瘟后应卧床休息，多进开水，宜进流质或软质食物，忌辛、辣、酸等刺激性食物。注意口腔清洁，可用硼砂水或板蓝根煎汁漱口。若由于外感戾气者，应隔离至肿胀完全消退为止。

软脚瘟

外感暑湿热毒而致一足麻痹痿废之病证，称软脚瘟。属于痿废的范围。该病流行于夏秋季节，多发生于1—5岁小儿。由于本症初起多有外感发热等症状，继之肢体麻痹，或口眼歪斜。因此，又有称为小儿中风不随，相当于现代医学的小儿麻痹症。

软脚瘟名出《伤寒温疫条辨》。《杂病源流犀烛》认为软脚瘟属于湿温病。软脚瘟的发生，主要是由于暑湿热毒之邪，从口鼻而入。因小儿肺胃脆弱，津气易伤，故病邪初起多犯肺胃二经。初起正邪相争于肺胃之表，而见外感湿热郁蒸的证候；如正不胜邪，暑湿热毒之邪羁留，阻滞经脉，宗筋失其所养，则肢体麻痹；病变后期，热邪虽退，但因阴亏阳损，筋脉损伤，肢体可逐渐痿缩变形，麻痹痿废。

麻痹前期：暑湿热毒郁于肌肤，充斥肺胃。症见身热倦怠，咽痛咳嗽，不思饮食，恶心呕吐或腹泻，舌质微红，苔薄黄腻，脉细数。治宜清利湿热，佐以疏表。用三仁汤加减。湿偏重加苍术、厚朴；热偏重加生石膏、知母。若湿热阻络，身热烦躁，或拒抱，肢体疼痛，舌质红，苔黄腻，脉濡数，为邪在气分。治宜清热化湿，宣气通络。用甘露消毒饮加减。

麻痹期：湿热郁于筋脉，经气运行不畅。其症肢体麻痹或口眼歪斜，舌质红，苔腻，脉濡。治宜清热利湿，兼以通络。用宣痹汤加减。上肢麻痹者，加秦艽、桑枝、海桐皮、姜黄；下肢麻痹者，加三妙汤；口眼歪斜者，加全蝎、僵蚕、蜈蚣疏风活络。

麻痹后期：热退后麻痹不再加重，但因正气未复，余邪未尽，而有各种不同表现。如血气阻滞，治宜活血通络，用四物汤加络石藤、忍冬藤、桑寄生之类；如阳气受损，血瘀阻络，宜通阳宣痹，用补阳还五汤；如津气损伤，累及肝肾，精血受损，治宜益精活血，强筋壮骨，用金刚丸加减。

本病在服用上述汤药时，尚可配合针灸治疗。一般面部取地仓、颊车等穴；上肢取大椎、肩髃、曲池等穴；下肢取肾俞、环跳、血海、足三里等穴。推拿主要适用于恢复期和后遗症期。一进入恢复期，应立即开始推拿。在6个月以内推拿最为有效。急性期不宜推拿。

(1) 恢复期：温经通络，荣筋养肌。操作步骤以下肢瘫痪为例，俯卧位：①一指禅推或滚背部督脉和膀胱经，重点腰骶部。②滚法：从腰骶部经臀部、大腿后侧至跟腱。③按揉肾俞、大肠俞、腰阳关、环跳，拿委中，擦八髎。

仰卧位：①推揉或滚法：从髂前上棘经股四头肌至小腿外侧。②按揉伏兔、足三里、阳陵泉、悬钟、解溪、三阴交。③摩腹。

(2) 后遗症期：补益肝肾，矫正畸形。操作除选用恢复期手法和取穴外，重点加强对畸形关节的治疗，增加关节导引类手法。下肢可选用髋关节摇法，膝关节被动屈伸，踝关节扳法和摇法等。

鼠疫

因感触病鼠秽气疫毒，而突然寒战发热，头痛面赤，肢节剧烈疼痛，腋、胯等部位起核，红肿热痛，或见衄血、吐血、溲血、便血，或咳嗽气促，或迅速出现神志昏糊，周身紫赤，唇焦舌黑等危重症的一种烈性传染病，称为鼠疫。

鼠疫在明代以前无此病名。但根据鼠疫的临床表现，《金匮要略》的阴阳毒似包括鼠疫在内。《诸病源候论》的恶核与鼠疫更为相似。认为"恶核者，肉里忽有核，累累如梅李，小如豆粒，皮肉燥痛，左右走身中，卒然而起，此风邪挟毒所成，其亦似射工毒，初得无常处，多恻痛，不即治，毒入腹，烦闷恶寒，即杀人。"在《千金方》中亦有类似记载。至清乾隆元年(1736年)对鼠疫流行情况及其症状均有详细记载。《鼠疫抉微·病情》篇说："鼠疫初名核瘟，同治间(1862—1874年)安南已有是病；于光绪己丑辛卯间(1889—1891年)由安南传至广西；壬辰癸巳岁(1892—1893年)渐传之广东之高州，患疫而死者数万；甲午岁(1894年)传之广州，死者五六万；乙未岁(1895年)高州又起，钦廉亦相继而作，据云当时病家于地板下得死鼠无数，始知疫从地气而来，鼠先染疫而死，死鼠秽气熏人，感之即病。……丙申岁(1896年)传之雷琼一带；丁酉岁(1897年)广州复作；己亥岁(1899年)传之惠州；庚子岁(1900年)由惠州而传之汕头、潮州；辛丑岁(1901年)传之福州，兼及泉州，是年榕城死者亦数万。"1949年以后，本病业已绝迹。

病因病机　古代已了解到本病与鼠密切相关，认为属鼠毒感染及人。《鼠疫约编·探源》篇："盖地气暴发，惟鼠得之最先，鼠当中毒之际，热渴既甚，以水为可救疗，尝于水缸恣饮满腹，甚至案上茶杯，稍沾余滴，人不之察，误食其余，而受毒遂不浅矣。固不独目睹毙鼠，不及掩鼻，感触其气已也。"《鼠疫抉微·病情》篇已了解到鼠疫的发生，其疫毒可从毛孔而进入血脉，使"血壅不行也，血已不行，渐红渐肿，微痛微热，结核如瘰疬，多见于颈胁、腌膀、大腿间，亦见于手足头面腹背。"病可由浅而深，邪气与正气相搏而发热，热作而见头痛身痹，热甚而见大汗作渴。若热毒愈深，瘀血愈甚，泛见于外则核溃，逆而妄行则衄血咯血；若疫毒传入脏腑，初病暴作热渴，痛痹，昏愦，或猝不省事，手足抽搐，面目周身红赤，口喷鲜血。近代了解到鼠疫是由鼠蚤为媒介而传染于人。

辨证　初起与伤寒、伤风有相似之处，但鼠疫高热寒战，咳嗽无鼻涕，头痛无项强，渴甚喜冷饮，热后不怕风，并见神志昏迷，手足痉痛；疾病进一步发展，则面目红赤，周身起核，然有轻重之别，核小色白不发热为轻症；核小而红，头微痛，身微热，体微酸痛为稍重；核红肿而大，面目红赤，大热大渴，头痛身痛，四肢酸痛为重证；未见结核，舌黑起刺，循衣摸床，胸高喷血，脉厥体厥，或手足抽搐，不省人事，感毒最盛，则属危证。

根据不同情况，分别施治：

核瘟：见《鼠疫抉微》，为鼠疫初名。《杂病源流犀烛·瘟疫源流》称疙瘩瘟，认为"疙瘩瘟，发块如瘤，遍身流走，旦发夕死是也。"症见全身尤以腋、胯起核，核块发展迅速，遍及全身，核块出现红、肿、热、痛，而疼痛剧烈，继则化脓，最后溃破。但亦有较轻者，如《鼠疫约编·病情》篇说："其初起也，有先恶寒者，有不恶寒者，既热之后，即不恶寒，有先核而后热者，有先热而后核者，有热、核同见者，有见核不见热者，有见热而不见核者，有汗有不汗者，有渴有不渴者，皆无不头痛身疼，四肢痠痹，疫毒恶血，凝结成核。"

瓜瓤瘟：见《杂病源流犀烛》，在论述《瘟疫源流》时认为："瓜瓤瘟，胸高胁起，呕血如汁是也。"是属于危重证候。《瘟疫论补注·杂气论》指出："或时众人瘿核，俗名为疙瘩瘟是也，至于瓜瓤瘟、疙瘩瘟，缓者朝发夕死，急者顷刻而亡，此又诸疫之最重者。"症见发病急骤，发热寒战，咳嗽，咯痰，胸痛，痰初为稀薄，很快出现大量血痰，喘促，息高抬肩。《鼠疫抉微·病情》篇："脉厥体厥，面青面蓝，与喷血不止者，更可知矣，至危之证。"是由于疫毒攻心、蕴结于肺。

杨梅瘟：见《杂病源流犀烛》。症见突然遍身红赤兼有紫块，块核累累，红赤似杨梅。《鼠疫约编·病情》篇曰："其兼见者，疔疮斑疹，衄嗽咯血，甚则烦躁懊侬，昏愦谵语，昏乱颠狂，痞满腹痛，便结旁流，舌焦起刺，鼻黑如煤，目瞑耳聋，骨萎足肿，舌裂唇焦，脉濒肢厥，种种恶症，几难患数。"疫毒深入脏腑，热盛厥甚，毒血败血，瘀阻血脉，血热妄行。

治疗　中药治疗以清热解毒、凉血清营为主。

核瘟：治拟祛风清热，活血解毒。方用防风通圣散、活血解毒汤加减。药用连翘、栀子、黄芩清热解毒；防风、荆芥、薄荷疏风解表；大黄、芒硝攻下泻火；生地、当归、芍药、桃仁、红花活血凉血。亦可用避疫良方(《鼠疫约编》)加减。核破溃脓，疫毒之所在，宜内服鼠疫毒核消毒散，外敷经验化核散等。

瓜瓤瘟：治拟清热解毒，凉血清心。方用清瘟败毒饮、凉膈散加减。药用生地、犀角、玄参、丹皮凉血解毒；黄连、竹叶、连翘心清心开窍；石膏、知母、黄芩、栀子清热；大黄、芒硝泻火。

杨梅瘟：治宜清营解毒，清热凉血，活血化瘀。方用清营汤、犀角地黄汤、黄连解毒汤、鼠疫方等加减治疗。

鼠疫属烈性传染病，必须严格做好预防工作，如灭鼠、灭蚤、病人隔离、注射防疫针等。

霍乱

突然上吐下泻，或腹中绞痛，欲吐不得吐，欲泻不得泻，甚则迅速脱水，目陷螺瘪，转筋亡阳的一种急性疾患，称为霍乱。

霍乱的名称，始见于《素问·六元正纪大论》和《灵枢·经脉》等篇。《诸病源候论·霍乱诸候》谓"霍乱有三名：一名胃反，言其胃气虚逆，反吐饮食也；二名霍乱，言其病挥霍之间，便致缭乱也；三名走哺，言其哺食变逆者也。"《医林绳墨》："霍者，挥也；乱者，变也。病起于仓卒，而挥霍变乱也。"后世又有触恶、吊脚痧、绞肠痧、瘪螺痧等俗名。《内经》从病因上分寒、热。《诸病源候论》提出"干霍乱

候"和"中恶霍乱候"。《外台秘要·霍乱》称吐泻并作的为湿霍乱、欲吐不吐,欲泻不泻,腹中绞痛的为干霍乱。《病因脉治·霍乱》又将湿霍乱分为寒、热两证。临床大抵从《外台》之分类法。本病颇类似现代医学的急性肠胃炎、细菌性食物中毒等。但也不排除副霍乱与霍乱。

病因病机 霍乱的发生,《内经》认为与气候关系密切。《素问·六元正纪大论》认为"土郁之发……呕吐霍乱","太阴所至,为中满霍乱吐下"。《肘后备急方》提出"凡所以得霍乱者,多起饮食,或饮食生冷杂物,以及肥腻酒鲙",而"当风履湿,薄衣露坐,或夜卧失覆"为本病的诱因。《张氏医通·霍乱》更明确指出:"此病多发于夏秋之交。"《霍乱论》还提到:"饮用污水,亦能致此。"其他论述颇多,其病因病机大致如下:

饮食不慎:贪凉饮冷,或误食腐馊,或暴饮暴食,皆能伤及脾胃,导致运化失常,升降失司,清浊相干,乱于肠胃。正如《千金要方·霍乱门》所说:"诸食结而不消,阴阳二气拥而反戾,阳气欲升,阴气欲降,阴阳乖隔,变成吐利。"

感受时邪:夏秋暑湿蒸腾,偶或调摄失宜,触受暑湿秽浊疫疠之气,郁遏中焦。或因贪凉露宿,寒湿入侵,脾胃受伤,升降失常,清浊相干,乱于肠胃。《素问·气交变大论》:"岁土不及,民病飧泄霍乱。"《景岳全书·霍乱》:"有外受风寒,寒气入脏而病者……有水土气令,寒湿伤脾而病者;有旱潦暴雨,清浊相混,误中沙气阴毒而病者。"《伤寒溯源集·霍乱证治》还指出有"一家之中,一里之内,或阖境皆然"的流行性。

以上两种病因,往往有相互联系。如《圣济总录·霍乱门》即有"三焦者,水之道路,气之所终始也。因风冷或饮食伤胃,致中焦不和,则正气不守,而邪得以干,挥霍之间,便致缭乱,故名霍乱"的记载。

小儿霍乱的发生,亦多由饮食不节,恣食生冷或不洁之物,或因感受寒湿暑温秽浊之邪,以致脾胃损伤,运化失职,升清降浊相干,浊邪上逆而呕吐,水液下迫而泄泻。正如《证治准绳·幼科》:"凡小儿吐泻,皆因六气未充,六淫易侵,兼以调护失宜,乳食不节,遂致脾胃虚弱,清浊相干,蕴作而然。"即所谓:"内有所积,外有所感,致成霍乱。"本病由于上吐不止,下泻不住,津液顿亡,小儿脏腑娇嫩,形气未充,稚阴未长,更易导致筋失濡养,发生转筋,或皮肤松弛,眼窝凹陷等严重危象。年龄越小,预后越险恶。

辨证 首先应区分湿霍乱和干霍乱。湿霍乱的症状主要为吐泻并作,频繁不止。若吐泻物不甚臭秽,腹痛不甚,手足不温,苔白脉细者,多属寒湿,又称寒霍乱;吐泻热臭,身热烦渴,腹中阵阵绞痛,苔黄脉数者,多属湿热,又称热霍乱。若腹痛如绞,脘闷烦躁而不得吐泻者,则为干霍乱。霍乱若见肢冷如冰,目陷螺瘪,声音嘶哑,舌卷囊缩,为病势危重之候。

治疗 由于本病发作仓卒,且呕吐频繁,一时难服煎剂,可先选用辟瘟丹、霹雳散、蟾酥丸等,俟病势缓和,再辨证用煎剂治疗。大抵属寒湿者宜芳香化浊,温运中阳;属湿热者宜辛开苦泄,清热化湿。干霍乱则先用探吐,继以辟浊解秽。并可结合针灸、刮痧等外治方法以加速疗效。

针灸疗法:以调中化浊、疏理气机为主,选俞募、足阳明经、足太阳经和任脉俞穴,如胃俞、大肠俞、天枢、中脘、气海、足三里、阴陵泉、公孙及内庭等,每次5—7穴,用毫针刺,行泻法;或用三棱针刺十宣和委中穴放血。背俞穴还可以拔火罐。转筋选承山穴。

熨灸:用于霍乱之属寒者,以炒盐一包熨其心腹,令气透;或熨其背,可使手足逆冷者转暖;或以吴萸、食盐各数两炒热,包熨脐下,使腹中热有汗,寒邪可散。或用艾灸神阙、天枢、中脘、气海各穴(《实用中医内科学·外感病证》)。

刮痧:可取边缘光滑之竹板、瓷片、小汤匙等蘸食油或清水,在背部脊柱两侧自上而下反覆刮动,力量须均匀,先轻后稍重,刮时沿同一方向,一般约20分钟左右,以皮肤出现紫痕为度(《中国中医独特疗法大全·外用类》)。

搨洗:可用盐卤顿热淋洗,并以手蘸摩之(《实用中医内科学·外感病证》)。

足心敷法:以葱蒜捣烂,袛脚心涌泉之穴,加火熨之,得热自止。又法,以吴茱萸一两研末,盐卤和,涂两足心,治霍乱转筋(《医林绳墨》)。

干霍乱

欲吐不得,欲泻不能,腹中绞痛剧烈的霍乱,称干霍乱。干霍乱名出《诸病源候论》。俗名绞肠痧或搅肠痧,又称乌痧胀、斑痧。症见心腹胀满,搅刺疼痛,烦躁不安,求吐不出,求利不泻,甚则手足逆冷,汗出淋漓,大小便不通,遍体紫黑。多因感受暑秽疫疠之邪,内伤生冷不洁之食,壅遏中焦,扰乱肠胃,气机窒塞,升降格拒,上下不通,阴阳暴乱而致。治法急宜辟浊解秽,利气宣壅。先用烧盐方探吐,《景岳全书·霍乱》:"邪深者,阴阳格拒,气道不通,故为此证,若不速治,多致暴死,宜先用盐汤,探而吐之。"《丹溪心法》则以樟木煎汤催吐,并针刺十宣、委中、合谷、内庭等穴。或用括痧疗法以瓷匙蘸水或菜油刮背及夺命穴、督脉、后项、天庭等处,宣通血气,引邪外出。随后用温开水调服玉枢丹、行军散、蟾酥丸、八宝红灵丹之类。俟病情较缓,再煎服厚朴汤,方用厚朴、炒枳壳、高良姜、槟榔、朴硝、大黄等以宽中通下,或救中汤以温中理气,通阳降浊。

小儿因呕恶而汤药无法入口者,可针刺气海、关元、天枢、足三里等穴,发热加十宣、曲池、委中,呕恶不止加内关、上脘,腹痛加中脘、公孙,转筋加承山、阳陵泉。并可灵活配合温灸。

湿霍乱

上吐下泻，频繁不止的霍乱，称湿霍乱。

《外台秘要》曰："湿霍乱之状，心腹亦绞痛，诸候与干（指干霍乱）同，但吐痢无限。"《百病问对辨疑》指出："湿霍乱，上吐下泄，所伤之物出尽，毒解病已，其症易治。"简称湿霍。《医学入门》认为暑霍乱即为湿霍乱。《症因脉治》则称湿气霍乱。多因外感湿热寒暑，内伤饮食生冷，阻逆中道，以致升降失司，清浊相干，乱于肠胃而成。湿霍乱因感受邪气之不同，可区别为寒（寒湿）、热（湿热）二证。

寒霍乱：见《霍乱论》。《症因脉治》称寒气霍乱或阴寒霍乱。《霍乱论》称寒湿霍乱。症见暴起呕吐泄泻，初时泻下带有稀粪，继则下利如米泔水样，不甚臭秽，腹痛不甚，无后重感，四肢清冷，胸膈痞满，或兼恶寒发热，头痛身疼，口和不渴，或喜热饮，舌苔白腻，脉多濡弱。证重则吐泻不止，唇面苍白，指甲青紫，四肢厥冷，头面出汗，眼眶凹陷，声音嘶哑，十指螺瘪，小腿转筋，故俗呼为瘪螺痧或吊脚痧。多由患者阳气素虚，寒湿内盛，复又饮食生冷，或偶值时令寒邪直中三阴而成。治法：初起证轻，宜散寒燥湿，芳香化浊。用藿香正气散或藿香散。证重者，泄泻呕吐频繁，脉象濡弱，或沉细或沉迟。治宜温中祛寒。选用理中汤、附子理中汤、四逆汤等方加减。若脉沉细欲绝，阳气衰微，阴液亦伤，则速回阳救逆，益气生津，用四逆加人参汤。若津液枯竭，声音嘶哑，十指螺瘪，则可用反佐从治之法，通脉四逆加猪胆汁汤，使辛苦相济，调和阴阳；若小腿拘急转筋，酌加吴萸、木瓜以温中止痛，活络舒筋。

热霍乱：见《霍乱论》。《症因脉治》称热气霍乱或湿热霍乱。症见吐泻臭秽难闻，腹中绞痛，烦渴而喜冷饮，胸闷息粗，肌肤热，肢节温，小便黄赤短热，舌苔黄腻，脉洪数或浮数。多因内伤饮食厚味，湿热阻滞中焦，或外受暑湿秽浊之气乱于肠胃所致。治法：初起有发热头痛者，宜辛香清解。方如藿香左金丸、连朴饮、黄连香薷饮之类。若暑秽湿热蕴结中焦，吐下，脘痞，烦渴，舌苔黄白相兼而腻，外有恶寒身热者，宜辛开苦泄，用燃照汤。小腿拘急转筋用蚕矢汤。亦有热甚于足厥冷，自汗引饮，唇面指甲青紫，六脉俱伏者，则是热深厥深，真热假寒之候，宜用竹叶石膏汤以清热生津。若吐泻频繁，津液亏耗，气阴两伤，出现神疲乏力，呼吸短促，自汗口渴，舌质干红，脉象细数者，治宜益气养阴。用生脉散加生白芍、鲜石斛、牡蛎、乌梅之属。

小儿湿霍乱，治法相同。

中风

以突然昏仆，不省人事，或口眼㖞斜，语言不利，半身不遂，或不经昏仆而㖞僻不遂等为主的病证，称为中风。因发病急骤，变化迅速，与自然界里风性善行而数变相似，古人类比风邪如矢石之中人，故曰中风。本病包括现代医学的脑血管疾病、面神经麻痹、病毒性脑炎引起上述诸症者。

中风病名，在《灵枢·邪气脏腑病形》篇就有"五脏之中风"的记载，但无突然昏仆，半身不遂，口眼㖞斜等中风症状的叙述，故此"五脏之中风"并非指中风病证。而在《灵枢·九宫八风》篇有对中风症状的描述，说："故圣人避风，如避矢石焉，其有三虚而偏中於邪风，则为击仆偏枯矣。"在《素问·生气通天论》中也说："汗出偏沮，使人偏枯。"根据症状的不同，《内经》还记载着有关中风的名称，如以突然昏仆为主者，有扑击、煎厥、薄厥、大厥诸名称；若以半身不遂为主者，有偏风、身偏不用、痱、痱痱等名称。以上诸症虽包括中风的主要症状，并非均属中风范畴。《金匮要略·中风历节病脉证并治》对中风病证的叙述较为明确。因中风发病急骤，《千金要方》称卒中风。《三因极一病证方论》称卒中或称猝中。《医经溯洄集》将内因所致的中风称为类中风，而由外风所致的中风为真中风，以示区别。目前临床多宗类中风之说，但仍用中风的病证名。《难经》及《伤寒论》所述之中风，系指外感风寒中的表虚证，与本病名同实异，不可混淆（见"伤寒"条）。

病因病机　唐宋前以外风学说为主，多以内虚邪中立论，如《灵枢·刺节真邪》说："营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。"《金匮要略》认为络脉空虚，风邪乘虚入中。唐宋以后，特别是金元时代，则以内风立论居多。其中刘河间主火，认为中风是由于将息失宜，而心火暴甚，肾水虚衰，不能制之所致。李东垣主气，认为中风凡人年逾四旬，气衰之际，或因忧喜忿怒伤其气者，多有此疾。朱丹溪主痰，认为中风多是湿土生痰，痰生热，热生风所致。张介宾指述的非风也即内风之意，如《景岳全书·非风》指出："非风一证，即时人所谓中风证也，……本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致。"《临证指南医案·中风》说："因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起。"近代医家张山雷认为中风之病，既有外因之风邪，又有内因之风火。《中风斠诠·中风总论》指出："大率自外感受者，由浅入深，自经络而脏腑，幻化百端……。古所谓风气通于肝者，则非天空中鼓荡之外风也。其为病也，五脏之性肝为暴，肝木横逆，则风自生。五志之极皆生火，火焰升腾，则风亦动。推之而阴虚於下，阳浮于上，则风以虚而暗煽。津伤液耗，营血不充，则风以燥而猖狂……时有风阳陡动，而一蹶不可复振者。"然一般突然昏仆之中风者，张氏认为："昏瞀猝仆之中风无一非内因之风。"又提出"肝火不藏，气血挟痰，上冲激脑"的论点，进一步阐明内风所致的发病机理。目前皆宗内风之说。中风的病因病机虽甚为复杂，但总以正气不足，肝肾阴亏，肝阳上扰，肝风内动为致病之本，以风、火、

痰、湿、气、血为致病之标，内外合邪，始能致中。现归纳如下：

(1) 络脉空虚，风邪入侵：正气不足，腠理不密，风邪乘虚入中经络；或素体痰盛，外风引动痰湿流窜经络，致气血痹阻，筋脉失养而引起㖞僻不遂等症。

(2) 肝肾阴亏，肝阳偏亢：年老体衰，或病后体虚，以致精血不足，肝肾阴虚，肝阳偏亢，复因烦劳过度，饮酒饱食，致阴亏于下，阳亢于上，气血上冲，发为中风。

(3) 五志过极，心火暴盛：多因喜怒忧思悲恐之五志过极，化火上冲，气血逆乱，并走于上，心神昏冒而发本病。

(4) 脾失健运，聚湿生痰：素体肥胖，痰湿内盛，或饮食不节，嗜食高粱厚味或劳倦内伤，致脾胃虚弱，酿湿生痰，痰郁化热，热极生风。或夹肝火上逆，横窜经络，蒙蔽清窍而成中风。

分类：《金匮要略》以邪中的浅深、病情的轻重分为中络中经，入腑入脏。《千金要方·诸风》引岐伯曰："中风大法有四：一曰偏枯，二曰风痱，三曰风懿，四曰风痹。"偏枯、风痱、风懿属于中风范围，风痹即指痹证。《医学发明》将中风分为中血脉、中腑、中脏。考唐宋以前，不论风之外受内生，浑名中风。元代王履根据病因的不同，始将中风分为真中风与类中风，如《医经溯洄集·中风辨》指出："三子之论，河间主乎火，东垣主乎气，彦修主乎湿，反以风为虚象，而大异于昔人矣……。以余观之，昔人、三子之论，皆不可偏废，但三子以相类中风之病，视为中风而立论，故使后人狐疑而不能决。殊不知因于风者，真中风也。因于火、因于气、因于湿者，类中风而非中风也。三子所论者，自是因火、因气、因湿而为暴病暴死之证，与风何相干哉。"风从外受者为真中风，风自内生者为类中风，如《症因脉治·中风总论》也说："外感者，真中风也；内伤者，类中风也。"《医宗必读》将中风明确分为闭、脱二证。《证治准绳》将中风分为阴中与阳中。综合各家之说，根据病因的不同，分真中风和类中风；按病位的浅深和病情的轻重，分中经络和中脏腑；若以阴阳虚实来分则以实证阳证为主者，称闭证，以虚证阴证为主者，称脱证。

辨证 《景岳全书·诸风》说："凡治风之法，宜察浅深虚实及中经中脏之辨。盖中经者邪在三阳，其病犹浅。中藏者，邪入三阴，其病则甚。若在浅不治则渐入于深，在经不治则渐入于藏。此浅深之谓也。"具体辨证可根据以下几点：

(1) 辨病位浅深和病情轻重：若无神志改变，仅见㖞僻不遂者，病位较浅，病情较轻，为中经络。若神志不清，伴㖞僻不遂者，病位较深，病情较重，为中脏腑。

中经络是指肌肤麻木，口眼㖞斜，半身不遂，语言不利而无神志改变的病证。《金匮要略·中风历节病脉证并治》："邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜。"《医宗金鉴·杂病心法要诀》："盖口眼㖞斜，肌肤不仁，邪在络也。"《医学正传·中风》则认为"外无六经形证，内无便溺之阻隔，但手足不遂，语言蹇涩者，此邪中于经。"然中络、中经之症难以截然分开。《寿世保元》称中经络。《医学发明》将惟见皮肤不仁，或麻或木，口眼㖞斜的病证称为中血脉。《医门法律》将肌肤不仁称为中络。中经络多因血脉空虚，外风乘虚袭入，或恼怒忧思，风阳内动等，致风挟痰湿横窜经络，旁及肢体，气血失调而发㖞僻不遂等证。治以养血和营，通经和络为主，外感风邪者，加祛风散邪之品；肝风内动者，加平肝熄风之属。

中脏腑是指突然昏仆，不省人事，口眼㖞僻，半身不遂等病证。是中风之危重证候。《金匮要略·中风历节病脉证并治》："邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言，口吐涎。"《诸病源候论》之风癔和《千金要方》的风懿，其记载症状也属中脏腑范畴。《素问病机气宜保命集》认为：若猝然昏仆，不能言语，痱缓不收，口角流涎者为中脏；若神志清醒，或似清非清，继则口眼㖞斜，半身不遂，语言不利，二便不通或失禁者为中腑。然在中昏迷阶段，两者较难鉴别，故以统称中脏腑。中脏腑多由年老体虚或体胖湿盛，又因五志过激，饮食饱食，或房事劳累，致阴阳失调，血随气逆，上冲巅顶，蒙蔽清窍而突发昏仆。若邪盛而猝然昏迷者为中脏腑之闭证，治宜开闭。如正不胜邪，由实转虚者，为中脏腑之脱证，治宜固脱。

(2) 辨外感内伤：病中经络，外有六经形证者为外感中风，属真中风。外无六经形证而多有肝肾阳亢之象者为内伤中风，属类中风范畴。

(3) 辨虚实寒热：病中脏腑，其证属实者为闭证，属虚者为脱证。闭证伴内风痰火者为阳闭，伴内风痰湿者为阴闭。

(4) 辨标本主次：中风为本虚标实之证，以肝肾不足，精气阴血亏虚为本，风火相煽，痰湿壅盛，气血郁阻为标。辨证时宜区别标本主次。

病证鉴别：中风与眩仆、厥证、痉病、痿证均有某些相似，如眩仆以头晕目眩而昏仆为主证；厥证以突然昏倒，不省人事为主证；痉病以颈项强直，四肢抽搐为主证；痿证以肢体弛缓，软弱无力为主证。但以上诸证均不伴半身不遂，口眼㖞斜等症，此为中风鉴别之要点。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 必须根据病因、症状、虚实等不同而定治疗法则，然后选方用药。如《景岳全书·诸风》论述中风治疗时指出："若正胜邪者，乃可直攻其邪，正不胜邪者，则必先顾其本。此虚实之谓也。"《中风斠诠》进一步提出"闭症宜开"、"脱症宜固"、"肝阳宜於潜镇"、"痰涎宜於开泄"、"气逆宜於顺降"、"心液肝阴宜于培养"、"肾阴渐宜滋填"等治疗法则，颇为实用。综合各家之说，临床应从以下几方面考虑治疗：

根据标本虚实而立治法。用调养气血，滋养肝肾，以治其本；用疏风散邪，清热降火，化痰除湿，顺气通络以治其标。按病因症状不同确定治疗原则：真中风以养血疏风为主；类中风根据火、寒、暑、湿、气、食、虚、恶等不同而立治法；中经络当以养血和营，通经活络为主；中脏腑者，

其闭证，以熄风开闭为先，其脱证以扶正固脱为主。

(1) 中经络一般可分为肝肾阴虚，风痰痹阻和脉络空虚，风邪外中。

肝肾阴虚，风痰痹阻：症见平素头晕头痛，耳鸣目糊，夜寐不安，突然发生口眼㖞斜，舌强语蹇，或半身不遂，肢体瘫痪，舌红苔腻，脉弦滑。治宜滋阴潜阳，化痰通络。方用镇肝熄风汤加减。方中龟甲、白芍、天麻、天冬、玄参滋养阴血；龙骨、牡蛎平肝熄风潜阳；牛膝活血通络，引血下行；并可加钩藤、石决明、杭菊花、远志、菖蒲、胆星、全蝎、地龙等平肝化痰、通络等药物。

脉络空虚，风邪外中：症见口眼㖞斜，或见语言不利，半身不遂，并可兼见恶寒发热，肢体拘急，肌肉关节疼痛，舌苔薄腻，脉濡细或浮数。治宜养血和营，祛风通络。方用大秦艽汤加减。方中四物汤等养血和营；羌活、独活、防风、细辛、秦艽等祛风化湿；可酌加全蝎、地龙、僵蚕等活血通络之品。

此外，凡见口眼歪斜，或半身不遂之中经络病证者，其病机均为血脉痹阻，经隧不通。故治疗总不离活血化瘀的原则。目前常用补阳还五汤为基础方治之。方中黄芪补气，气行则血行，益气以助血行；而芎、归、地、芍、桃仁、红花为补血通瘀之品。按辨证，可加白附子、僵蚕、秦艽等祛风通络之品。

(2) 中脏腑分中风闭证和中风脱证。

中风闭证：症见突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，两便秘结，肢体强痉等。据阴阳虚实的不同，分为阴闭与阳闭。①阳闭：除闭证的主要症状外，伴见面赤气粗，身热口臭，躁动不安，大便不通或干燥，舌红，苔黄腻，脉弦滑而数等症。是由素体壮实，肝阳偏亢，又因情志郁怒，急躁，饮酒厚味，诱发肝阳暴张，阳升风动，气血上逆，挟痰火上蒙清窍而阳闭。治宜辛凉开窍，清肝熄风。先用至宝丹灌服，或用醒脑静静脉注射，继用羚羊角汤以清肝熄风，育阴潜阳。痰多者，酌加胆星、竹沥、天竺黄、川贝母、石菖蒲助豁痰开窍之力。便秘，口臭，腹胀者加大黄、枳实、芒硝通腑泄热；如有抽搐者加全蝎、僵蚕、蜈蚣等熄风解痉。②阴闭：除闭证的主要症状外，兼见面白唇淡，静而不烦，四肢欠温，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉象沉滑而缓。是由素体肥胖，痰湿内盛，肝风内动，风痰上壅，闭塞清窍所致。治宜辛温开窍，豁痰熄风。急用苏合香丸灌服，以辛温开窍，继以导痰汤加天麻、钩藤、僵蚕、郁金、石菖蒲等以熄风豁痰。

中风脱证：症见突然昏仆，不省人事，目合口开，鼻鼾息微，手撒遗尿，大便失禁，肢冷汗多，肢体软瘫，舌萎苔白，脉沉细弱。此因烦劳过度，久病体虚，元气衰微，阴竭于下，阳浮于上，阴阳离决而发脱证。治宜益气固脱，回阳救逆。急用参附汤。本方力专效速，且人参用量应倍于附子。如汗多不止，加龙骨、牡蛎、五味子、山萸肉之类以敛汗固脱。若药后阳回，虚阳浮越，症见面赤足冷，虚烦不安，脉微欲绝或浮大无根，可用地黄饮子以峻补真阴，摄纳浮阳。

《素问》、《中藏经》提到肺风、心风、肝风、脾风、肾风名称。在《金匮要略》、《诸病源候论》称肺中风、肝中风、脾中风、心中风、肾中风。虽曰五脏中风，而各家论述均不相同。其所载证候，系指各种疾病的危重病证，不属中风范围。

针灸疗法　在卒中期，必须强调掌握时机予以开闭固脱，熄风通络。选督脉、任脉、足厥阴、足少阳等经穴和有关奇穴，可选百会、水沟、风池、丰隆和太冲等，用毫针行泻法。如属闭证，加十宣、十二井穴等，用三棱针点刺出血；如属脱证，则宜加关元和气海等穴，用大艾柱灸之。

本病临床上按其发病浅深程度不同，概分为中经络、中脏腑两类：

(1) 中经络：常见眩晕、肢麻，发病时突然口角流涎，半身不遂，或手足麻木，舌强语涩和口㖞等，脉象弦滑。治宜平肝熄风，化痰通络。选手、足阳明经穴为主，辅以手、足少阳经穴，如颊车、肩髃、合谷、环跳、风市、丰隆、太冲，或地仓、迎香、曲池、肩髎、外关、阳陵泉、悬钟、足三里和行间等。初期用毫针行泻法，后期用补法，并可配合灸法治疗。

(2) 中脏腑：闭证多见突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，面赤气粗，喉中痰鸣，声如曳锯，二便秘结，脉弦滑而数。治宜开窍熄风，清火豁痰。选督脉和足厥阴经穴，如百会、水沟、太冲、丰隆和劳宫等，用毫针行泻法，并宜用三棱针在十宣或十二井穴点刺出血。脱证则见神志昏迷，面色苍白，目合、口张、手撒、遗溺，鼻鼾息微，四肢厥冷，脉象细弱等，若见汗出如油，面赤如妆，脉微欲绝或浮大无根，为真阳外越，属于危候。治宜回阳救脱，扶正固本。选任脉经穴为主，如关元、气海和神阙等，用大艾柱灸，不计壮数，以肢温、汗收、脉起、纠正虚脱为度。神阙穴，还可用隔盐灸法。并可同时针灸内关、足三里。

(3) 后遗症：中经络者病情较轻，如能治疗护理得当，症状便可逐渐改善，或留有轻微的后遗症；如反覆发作，亦可变为中脏腑的重症。后遗症见瘖不能言或言语蹇涩者，可选哑门、廉泉、阴郄、通里、支沟、三阳络和间使等穴，每次3—4穴，用毫针行平针手法。若症见半身不遂、瘫痪、拘挛、强直者，上肢可选肩髃、肩髎、臑俞、天井、少海、肘髎、曲池、手三里、外关、合谷、八邪等穴；下肢可选肾俞、环跳、秩边、风市、血海、三阴交、足三里、阳陵泉、悬钟、解溪、昆仑和八风等穴，每次5—7穴。均选患侧，多用补法。善怒者加针劳宫；兼精神昏愦者，刺十二井穴。若症见口眼歪斜，一般多选手、足阳明经穴和手、足少阳经穴，如颊车、颧髎、地仓、大迎、翳风、承泣、听会、风池、下关、承浆、巨髎、迎香、四白、丝竹空、外关、合谷、行间和内庭等，每次5—8穴。用毫针行泻法，或配合以轻灸。每日或间日1次，10次为一疗程，休息5日，再作第二疗程。

电针法，可按上述辨证论治选穴施术，获得适宜针感

后,在其中的主要腧穴上用电针以中等针感通电 5—15 分钟,治疗间隔及疗程,均同毫针法。

头针治疗,失语与面瘫针颞前线;偏瘫针顶中线、顶旁一线、顶旁二线和顶颞后斜线。每日治疗一次,10 次为一疗程,休息 5 天,再作第二疗程;或隔日针刺一次,10 次后不需休息,便可继续作第二疗程。

耳针法,选肾、脑、皮质下、缘中等穴,用中刺激,每日或间日 1 次,10 次为一疗程。

推拿疗法 推拿治疗偏瘫一般在中风后 2 周,血压稳定后进行。治宜活血通络,滑利关节。治疗方法:①患者取俯卧位,医者先施指揉法于风池、天柱穴;次施按法于脊柱两旁膀胱经,自上而下反覆 2—3 次;再施滚法于患侧背部,并向下至臀部、大腿及小腿后侧,同时配合腰后伸、髋后伸、膝屈伸以及踝关节背伸等被动运动。②患者侧卧位,患侧在上,医者施滚法于患侧上肢外侧及肩关节后外侧,配合患肢的内收及上举等被动运动;再沿患侧下肢外侧自髋部至踝部施以滚法。③患者仰卧位,施滚法于患侧上肢内侧,同时结合患肢的外展、内旋、外旋及肘关节屈伸被动运动;继而在腕部及掌指部施以滚法,同时结合腕、指关节的屈伸活动,摇腕关节,捻手指;再施滚法于下肢,主要以大腿股四头肌和小腿外侧及踝部,并配合各关节的被动活动,反覆 3—5 次;然后,将患侧下肢髋、膝关节尽量屈曲,足底踏平在床面上,医者一手按住踝关节,另一手按住膝部向前揿压以加大踝关节的背伸幅度,此法可矫正足下垂、足内翻畸形;接着拿委中、承山,以酸胀为度。④患者取坐位,医者施滚法于患侧肩胛周围及项部,按揉风府,抹桥弓,拿风池、天柱、肩井、曲池、合谷穴,搓上肢结束。

如肌肉开始恢复主动活动以后,患者可做偏瘫自我推拿法。上肢:①用健侧手捏拿患侧上肢,由肩部开始捏拿至手掌,再由下而上,反覆 5—10 遍。②两手指交叉后,相互捏住,以健侧手帮助患侧手做腕背屈活动 30 次,以缓解屈肌痉挛。③健手捏紧患侧前臂伸肌群,做患手伸腕活动锻炼。④两手置于胸前,掌心向上,手指交叉,以健手带动患侧手做翻掌、上举动作,5—10 遍。下肢:①用健侧手捏拿患侧下肢,由大腿捏拿至踝部,再由下而上,反覆 5—10 遍。②用健侧手掌揉患侧髌骨周围。③以健侧足带动患侧足做滚瓶活动,前后来回滚动 50—100 遍。

预防及调护 历代对中风的预防较为重视,如《证治汇补·中风》:"平人手指麻木,不时眩晕,乃中风先兆,须预防之,宜慎起居,节饮食,远房帏,调情志。"《景岳全书·眩运》篇说:"忽运而忽止者,人皆谓之头运眼花。卒倒而不醒者,人必谓之中风中痰,不知忽止者,以气血未败,故旋见而旋止即小中风也。"

中风昏迷阶段,须禁食,有条件者可鼻饲流质。若伴呕吐者,一昼夜后方可鼻饲。肢体瘫痪者,须定期翻身或按摩揉捏受压的肌肤,以防褥疮。对大小便失禁者,须及时洗换衣裤、垫布等物,并保持下身干燥清洁。在关节或受压部位可加棉垫,及时给主要关节作被动活动。若经治疗和护理,患者神志渐清,部分肢体已能活动时,可由旁人搀扶下床适当活动,以加强功能锻炼。

真中风

因外中风邪猝然昏仆,伴㖞僻不遂的病证,或发病与经络有关而仅见口眼歪斜,手足偏废的中风病证,称真中风。真中风出《医经溯洄集》,简称真中。《症因脉治》称外感中风。《中风斠诠》称外风。《中风专辑》又称外中风。

唐宋以前,无真中风之称,而把突然昏仆不知人事伴㖞僻不遂者称为中风。至金元时代,各医家发现,并非所有中风均为中外来风邪所致。认为人体内在之风火也能得病,称此为类中风,而将外来风邪所引起的中风称为真中风,以示区别。对此,《中风斠诠》卷一说得较清楚,指出:"汉唐之世,皆以㖞僻不遂,昏仆不仁,痰涎壅塞等症,谓之中风。固无不以为真是外来之贼风中人也。直至金元以后,类中之说,日渐昌明,而后知猝然暴仆,昏瞀痰迷之中风,固多不出户庭,未尝蒙犯邪风者,此晚近医家所谓真中类中之界限。亦即外风内风之畛域也。"目前所称的中风,多指类中风而言。

真中风多因人体正气不足,血脉空虚,风邪乘虚而入所致。《金匮要略·中风历节病脉证并治》:"浮者血虚,络脉空虚,贼邪不泻,或左或右,邪气反缓,正气即急,正气引邪,㖞僻不遂。"《类证治裁·中风论治》明确指出:"真中风虽风从外中,亦由内虚召风。"故真中风的病机,以正气不足为本,外感风邪为标,正虚邪袭,始能致中,纯属外感者殊为少见。

外感中风,出《症因脉治》。症见手足麻木,肌肤不仁,突然口眼㖞斜,语言不利,甚则半身不遂,以致神识昏乱,兼恶寒发热,关节疼痛,肢体拘急,舌苔多薄白或白腻,脉象浮弦等外感病证。由于正气不足,阴血亏虚,复因坐卧当风,或衣单被薄,卒遇暴风,以致风邪乘虚入中,兼挟痰湿,阻滞经络,引动肝风而发病。治宜祛风散邪,养血通络。若具六经形证,可与小续命汤加减治之。如属风热外感者,宜去麻黄、桂枝、附子等辛热药,加菊花、桑叶、薄荷等以清热疏风;阳明热甚者,加石膏、知母。若二便不通,形气俱盛,脉来弦实者,可用三化汤之类下之。神识昏乱者,此表邪入里,治宜开窍清神,可用至宝丹、万氏牛黄清心丸之类。

由中风所引起的偏枯、中风偏枯、偏风、半身不遂者,可见"偏瘫"条;口眼㖞斜者,见"面瘫"条;两下肢瘫软或拘挛不能运动者,见"截瘫"条。

类中风

因内生之风所致的突然昏仆,半身不遂,口眼㖞斜,

语言謇涩等的病证,称类中风。此证无六经形症以区别于真中风。类中风出《医经溯洄集》,亦称类中。《病因脉治》称内伤中风。《中风斠诠》称内风。《医学衷中参西录》称内中风。《医宗必读》将火中、虚中、湿中、寒中、暑中、气中、食中、恶中等也归类属类中风。

病因病机 主要有以下几方面。心火炽盛,热极生风;肾阴不足,肝阳偏亢,肝风内动;正气自虚,气逆上冲;血脉痹阻,脏腑被扰;痰湿壅盛,化热生风等。如《医经溯洄集·中风辨》说:"殊不知因于风者,真中风也;因于火、因于气、因于湿者,类中风而非中风也。"但亦有由外邪引动而发者。类中风亦属本虚标实之证,用滋阴潜阳,平肝熄风以治本,用清火、顺气、化痰、活血、通络等以治标。类中风按病情轻重,有中经络和中脏腑之分,见"中经络"、"中脏腑"条。

辨证论治 现将常见几种类中风简述如下:

(1) 火中:见《医宗必读》,源于刘河间"心火暴甚"之说。症见突然昏倒,不省人事,伴口眼㖞斜,面红目赤,烦渴,便秘尿赤等症,舌红龈肿,脉弦而数。多因将息失宜,心火暴甚,或水亏火旺,心神扰乱所致。治宜清心泻火,宣窍宁神。先用万氏牛黄清心丸清心开窍,继用凉膈散泻火通便。水亏火炎者,以六味地黄丸治之。痰多者,用贝母瓜蒌散加减。

(2) 虚中:见《医宗必读》,源于李东垣"正气自虚"之说。症见突然昏仆,面色㿠白,鼻息微弱,伴精神疲惫,懒于语言,舌淡体歪,脉多弦而细。亦有身不仆倒,口眼歪斜,舌强语涩,半身不遂者,则不属类中风范围。多由素体亏虚,劳倦过度,耗气伤脾,痰气壅滞所致。治宜健脾益气。方用六君子汤或补中益气汤。见手撒口开,脉微息弱者,急投大剂参芪以益气固脱。房劳过度,精气耗损而致虚中者,宜用六味地黄丸合生脉散。

(3) 湿中:见《医宗必读》。《证治汇补》称痰中。源于朱丹溪"湿痰生热"之说。症见猝然眩晕,发麻,以至昏倒不省人事,四肢不举,舌本强直,喉有痰声,舌苔白腻,脉象洪滑。多由湿盛生痰,痰生热,热生风所致病。治宜化痰为主,参以熄风。方用苍白二陈汤或涤痰汤加减。

(4) 寒中:见《医宗必读》。《证治要诀》称中寒。症见身体强直,口噤不语,四肢战摇,卒然眩晕,身无汗,舌强质黯,六脉细小或沉伏。上述症状如见㖞僻肢体不遂者为类中风。多由暴中寒邪所致。治宜温里散寒。方用干姜附子汤或附子理中丸加减治之。中焦虚寒,寒邪直中脾胃而见脘腹冷痛,肠鸣泄泻等症,亦称寒中,见《灵枢》及《内外伤辨惑论》等,不属类中范围。

(5) 气中:见《太平惠民和剂局方》,又名中气。《丹溪心法》的风中,《医宗粹言》的中喜、中怒、中忧、中思、中悲、中恐、中惊,《医述》之"中七情"等,均属气中范畴。症见忽然仆倒,昏迷不省人事,牙关紧急,手足拘挛,身温,多痰涎,伴半身不遂,口眼㖞斜,脉浮,舌质淡红,苔薄腻,多由老衰之人气血俱虚,内伤七情怒动肝火,气逆上行而致。治宜开窍理气,散结降逆,先以麻油或姜汁调苏合香丸灌之开其闭,稍醒继以八味顺气散加香附、胆南星。

《医宗必读》的暑中,《金匮要略》的中暍,《医编》的暑风,不属类中,见"中暑"条;《证治准绳》的中食及《医宗必读》的食中,也不属类中,见"食厥"条;《医宗必读》的恶中,也非类中,见"中恶"条。

瘫痪

肢体瘘废不能活动,或拘挛紧急,或虽稍能活动但弛缓无力,常伴口眼㖞斜等一类病证,称为瘫痪。

瘫痪名见《外台秘要》,又称瘫痪风。《素问病机气宜保命集·中风论》:"四肢不举,俗名瘫痪。"《寿世保元·中风》解释本病名说:"瘫者坦也,筋脉弛纵坦然而不举也;痪者涣也,血气散漫涣然而不用也。"也有把左侧肢体不能活动者称瘫,右侧肢体不能活动者曰痪,合称左瘫右痪。《内经》所称的偏枯、痱也属此范畴。《灵枢·热病》:"偏枯,身偏不用而痛,言不变,志不乱,病在分腠之间……。痱之为病也,身无痛者,四肢不收,智乱不甚,其言微知,可治;甚则不能言,不可治也。"《素问玄机原病式》也提到"中风瘫痪"。《医学纲目·中风》:"口眼㖞斜,半身不遂者,经称为偏枯,世又称为左瘫右痪及腲腿风,乃中倒后之证。"说明中风所致的偏枯也概括在瘫痪之内。尚有痿厥、风痿、亸曳、柔风、肉苛等病证,有的属瘫痪范围或近似瘫痪,但有的又相似于厥证、痿证等病症。目前临床上所称之瘫痪,包括偏瘫、面瘫、截瘫等病证。

病因病机 《诸病源候论·风病诸候》提出:"风偏枯者,由血气偏虚,则腠理开,受于风湿。风湿客于半身,在分腠之间,使血气凝涩,不能润养,久不瘥,真气去,邪气独留,则成偏枯。"《素问玄机原病式·火类》则指出"中风瘫痪者,非谓肝木之风实甚而卒中之也,亦非外中于风尔;由于将息失宜,而心火暴甚,肾水虚衰,不能制之,则阴虚阳实,而热气怫郁,心神昏冒,筋骨不用,而卒倒无所知也,多因喜、怒、思、悲、恐之五志有所过极而卒中者,由五志过极皆为热甚故也……或即不死而偏枯者,由经络左右双行,而热甚郁结,气血不得宣通,郁极乃发。若一侧得通,则痞者痹而瘫痪也。"此外,尚有因肝肾虚亏,气血不足,或脾胃亏损,痰湿风火流窜经络所致者。

兹将瘫痪的主要病因病机归纳如下:

外邪侵袭:寒暖不调,或过度疲劳,或体质素虚,腠理疏懈,感受风邪,阻滞窍络而成。

肝肾亏虚:病久体虚,肝肾亏损,或素体阴虚,肾水不足,或房劳不节,耗损肾精。或将息失宜,心火暴甚,肾水虚衰。肾精肝血亏损,百骸失养,筋脉不润所致。

气血两虚:由脾胃虚弱,气血生化之源不足,肌肉筋脉失养所致。

痰湿血瘀:脾胃气虚不能运化水谷生痰生湿,流注经络所致。或气虚血行不畅,以致瘀滞经络。或跌扑损伤,

瘀血阻滞经脉而成。

辨证 首先应辨外感、内伤；虚证、实证。外邪侵袭者，常有外感表证可见。内伤肝肾亏虚、气血不足者，常伴有头晕耳鸣、腰酸膝软，肢体缓弱，言语低怯等症。实证则肢体拘挛疼痛，不痛缓弱者为虚。也有以左右辨证，左侧瘫痪多血虚，右侧瘫痪多气虚。临床实证多见于风痰阻络，督脉损伤；虚证多见内伤不足。若体虚受邪、风痰瘀血阻络则为本虚标实之候。

治疗 治疗宜早。《寿世保元·中风》："瘫痪之症，因虚而痰火流注为病，当时以速治为妙。若失之于初，痰火停久，便成郁，郁久便生火，火能伤气耗血，而痰则难治矣。"

方药治疗 《寿世保元·中风》："如疼痛则为实，用疏通关节之药，而与脑麝少许为引经；如不痛则为虚，服此疏通关节之药，亦要兼服补气血药，如此攻补兼施，而瘫痪可愈矣。"扶正宜补肝肾，益气血；祛邪宜祛风化痰，行瘀通络。若见半身不遂，而神志不变，伴恶寒发热等症状者，宜通经活络，佐以祛风；若见半身不遂，口眼㖞斜，而有一时性神志昏愦者，宜活血为主，佐以祛风化痰之品；若见神志不清，口眼歪斜，牙关紧闭，肢体瘫痪或筋脉拘急者，急则以平肝熄风清热豁痰为治（见"中风"条），缓则图本，宜理气活血，滋养肝肾。对跌扑损伤者，宜活血化瘀，疏通经脉。

针灸治疗 以调治气血，补益先后天为主。选用手、足阳明经穴，辅以手、足少阳、背腧、督脉、足厥阴、足少阴经穴。多选患部。病在上部，可选肩髃、肩髎、臑俞、天井、少海、肘髎、曲池、手三里、外关、合谷、八邪等穴。病在下肢，可选肾俞、环跳、秩边、风市、血海、三阴交、足三里、阳陵泉、悬钟、解溪、昆仑、八风等穴；肝肾亏虚者可选大椎、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、志室、腰阳关、阳陵泉、悬钟、三阴交、太溪、太冲等穴。每次5—7穴，多用补法。早期可用毫针行平针手法。兼精神昏愦者，刺十二井穴。面瘫多选颊车、颧髎、地仓、人迎、翳风、承泣、听会、风池、下关、承浆、巨髎、迎香、四白、丝竹空、外关、合谷、行间、内庭等穴，每次5—8穴，用毫针行泻法或配以轻灸。每日或间日一次，10次为一疗程，休息5天后再作第二疗程。

电针法：在上述选穴施术，获得适宜针感后，选其中2—4主要腧穴，用电针仪以中等针感通电5—15分钟。治疗间隔及疗程，参照毫针法。

头针法：偏瘫针顶中线、顶旁一线、顶二线和顶颞后斜线；面瘫针颞前线。每日一次，10次为一疗程，休息5天，再作第二疗程；或隔日针刺一次，10次后不需休息，便可继续作第二疗程。

耳针法：选肾、脑、皮质下、缘中等穴，用中刺激，每日或间日一次，10次为一疗程。

皮肤针法：面瘫，可取后颈部，患侧额部、眶周、唇周、鼻唇沟、耳前区和下颌区等部位；病在上肢，可选后颈部、背部（胸椎1—4）、肩部、胸大肌及患肢手阳明经、手厥阴经及手少阳经等皮部；病在下肢，常选腰部（腰椎3—4）、骶部、患肢足阳明经、足太阳经、足少阳经及足太阴经等皮部。用轻度或中度刺激，每日或隔日一次，5—10次为一疗程。

推拿疗法 宜疏经通络，活血养经。面瘫治疗：①患者取仰卧位，医者先施一指禅推于印堂、攒竹、鱼腰、丝竹空、瞳子髎、迎香、地仓、颊车、下关等穴，往返约3—5分钟，再以鱼际揉法施于以上部位，以患侧作重点治疗；再指按睛明、四白、阳白、上关；施擦法于患侧，由眉上向下外方至耳前，再由地仓向外上方至耳前约3—5次。②患者取坐位，医者施一指禅推法或揉法于风池、天柱及项部，随后拿风池、合谷。偏瘫治疗：如系中风引起，须在中风后两周，病情稳定后施之。①患者取俯卧位，施揉法于风池、天柱穴；再施按法于背部膀胱经脉，自上而下反覆2—3次；再施㨰法于患侧背部，并向下至臀部、大腿及小腿后侧，同时配合腰后伸、髋后伸、膝屈伸以及踝关节背伸等被动运动。②患者侧卧位，患侧在上施㨰法于患侧上肢外侧及肩关节后外侧，配合患肢的内收及上举等被动运动；再沿患侧下肢外侧自髋部至踝部施以㨰法。③患者仰卧，施㨰法于患侧上肢内侧，同时结合患肢的外展、内旋、外旋及肘关节屈伸被动运动；继而在腕部及掌指部施以㨰法，同时结合腕、指关节的曲伸活动，摇腕关节，捻手指；再施㨰法于下肢，主要在大腿股四头肌和小腿外侧及踝部，并配合各关节的被动活动，反覆3—5次；然后，将患侧下肢髋、膝关节尽量屈曲，足底平踏在床而上，医者一手按住踝关节，另一手按住膝部向前按压以加大踝关节的背伸度，以矫正足下垂、足内翻畸形；接着拿委中、承山，以酸胀为度。④患者取坐位，施㨰法于患侧肩胛周围及项部，按揉风府，抹桥弓，拿风池、天柱、肩井、曲池、合谷穴，搓上肢结束。

如肌肉开始恢复主动活动后，患者可做自我推拿法。上肢：①用健侧手捏拿患侧上肢，由肩部开始捏拿至手掌，再由下而上，反覆5—10遍。②两手指交叉后，相互捏住，以健侧手帮助患侧手做腕背屈活动30次，以缓解屈肌痉挛。③健手捏紧患侧前臂伸肌群，做患手伸腕活动锻炼。④两手置于胸前，掌心向上，手指交叉，以健手带动患手做翻掌、上举动作5—10遍。下肢：①用健手捏拿患侧下肢，由大腿捏拿至踝部，再由下而上，反覆5—10遍。②用健手掌揉患肢髌骨周围。③以健足带动患足做滚瓶活动，来回滚动50—100遍。

截瘫治疗：取俯卧位，用推法或㨰法从腰部起，向下到尾骶部、臀部，循大腿后侧往下至跟腱，往返约10分钟，配合按肾俞、腰阳关；然后换仰卧位，用揉法或㨰法，从腹股沟向下往股四头肌至小腿前侧，往返约10分钟，拿委中，按伏兔、足三里、阳陵泉、绝骨、解溪等穴。如踝关节有畸形者，㨰踝关节周围，并施摇法和扳法，提拿跟腱，揉涌泉。

气功疗法 偏瘫可用：①行"肾脏修养法"、"肝脏修养法"。②行"起脾法"，即先静坐存中气，挺身，以两手相

叉，极力推向左向右各7次。向左推时，右手用力推，左手用力抵挡；向右推时，左手用力推，右手用力抵挡。又向左推时，则头向右，向右推时，则头向左。推挡完毕后，复静坐良久收功。能和脾胃，培补中气。③如患左手，以右手指向右，并将头转向右，日向左视，运气24口至左手；如患右手，以左手指向左，头亦转左，目向右视，运气24口至右手；如患左脚，平坐凳上，搬起左足压在右膝上，以左手托住左脚跟，用右手尽力扳起左足尖向右，若患右脚则反之。④三度吞津咽气后，凝神于下丹田处，待该处气机发动后，行河车周天运转；次行气导引。如病在左侧，以右手行动，着意在左，运气5口；如病在右，则以左手行动，着意于右，运气5口。意到气到，促使患侧经络通畅。⑤病在左侧，于左内关穴掐之81次，再擦81次，复掐病侧之五指尖作痛；再行河车周天转运。病在右侧，则换手为之。

简易方　①豨莶草五钱，切碎，水煎服（《本草正》）。②老鹳草五钱，切碎，水煎服（《本草纲目拾遗》）。③鸡血藤一两，切片，水煎服（《本草纲目拾遗》）。④桑寄生五钱，水煎服（《本草求真》）。

食疗方　①葛粉羹：葛粉捣碎成细粉，制成面条备用。另用荆芥穗二钱、豆豉五钱加水煮6—7沸，去滓取汁，将葛粉面条下入汁中煮熟食之，可治中风，心脾风热，言语蹇涩，精神昏愦，手足不遂（《饮膳正要》第二卷）。②薏苡仁粥：薏米仁一两、粳米二两，加水共煮成粥，作早、晚餐。脾虚兼有风湿阻络者宜服（《广济方》）。③仙人粥：制首乌一至二两、粳米三两、红枣3—5枚，先将首乌煎取浓汁，去渣，入粳米、红枣同煮，粥成时加糖适量调味。宜于气血不足，肝肾亏虚者（《遵生八笺》）。

预后及调护　伴有神识昏愦者危重。早期治疗效果较佳，拖延日久则康复困难。

对肢体瘫痪者，要注意定时翻身，并按摩揉捏受压的肌肤，以防褥疮。对大小便失禁者，须及时更换清洁内衣、垫布等物，保持下身干燥洁净。在关节受压部位可加软垫，及时给主要关节作被动活动。若患者神志清楚，病情稳定，部分肢体能活动时，尽量在他人扶持下或依靠器械，进行适当的功能锻炼。对于昏迷患者，须禁食，有条件者可鼻饲流质，头部宜侧睡，以防窒息。面瘫者要注意面部的保暖，不受寒风刺激。对跌仆损伤而成截瘫者，早期阶段不可随意翻动、搬移患者，以免加重伤病。

面瘫

单纯口眼㖞斜而无肢体偏瘫的病证，称为面瘫。《内经》称口僻、口㖞。《儒门事亲》称口眼㖞斜。欲称吊线风。

病因病机　有外感及内伤之分。外感口眼㖞斜，多由络脉空虚，风邪入中，留于面部经络之间，气血凝滞所致。《金匮要略·中风历节病脉证并治》："贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，㖞僻不遂，邪在于络，肌肤不仁。"内伤口眼㖞斜，多由血虚及风痰阻络所致。《景岳全书·杂证谟》："凡非风口眼㖞斜，……本由肝血之虚，肝血虚则燥气乘之，而木从金化，风必随之。"《类证治裁·中风》："口眼㖞僻，因血液衰涸，不能荣润筋脉。"《医学纲目·口眼㖞斜》说："口㖞斜者，多属胃土有痰。"是肝风内动，挟痰阻滞窍络而成。

辨证　一般分外感、血虚、风痰三方面。

外感口眼㖞斜：症见突然口眼㖞斜，头痛、目痛，身发寒热，目筋缩短，缨戾拘急，舌苔薄白，脉象浮缓或浮紧。甚则目珠偏斜，面肤歪斜处可颤动不能自止或眩晕，视一为二，目赤流泪。《世医得效方》称为风起㖞偏，又称风引㖞斜。

血虚口眼㖞斜：症见口眼㖞斜，偏向健侧，患侧面部麻木，伴有头晕，乏力，无发热恶寒，舌苔薄白，脉象细弱。

风痰口眼㖞斜：症见卒然口眼㖞斜，偏向健侧，目睒露睛，口角流涎或伴有语言欠利，头目眩晕，舌苔白腻，脉象弦滑或细滑。

治疗　外感口眼㖞斜：治宜养血和营，祛风通络。方用大秦艽汤加减。并可加入白附子、全蝎祛风痰，通经络；若无内热者可去黄芩、石膏等清热药物；如有风热表证者，可去羌活、防风等药，加桑叶、薄荷、菊花以疏风清热；如颈项亦感拘紧麻木者，可加葛根、桂枝以疏风解肌；如呕逆痰盛，舌苔白而腻者，可去地黄，加半夏、南星、橘红、茯苓以燥湿化痰。若为"风引㖞斜"重症宜祛风通络，化痰镇痉。可选正容汤、神仙解语丹。用天麻、防风、羌活等祛风散邪；南星、白附子、半夏化痰通络；僵蚕、全蝎化痰熄风等。

血虚口眼㖞斜：治宜养血熄风。方用四物汤加减。并宜加入僵蚕、白附子以祛风通络；头晕则可加天麻、川芎以养血，气虚则加黄芪、党参以健脾益气。

风痰口眼㖞斜：治宜平肝熄风、化痰通络。方用牵正散加天麻、钩藤、石决明等。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"瘫痪"条。

偏瘫

凡半身肢体不能活动，或拘挛紧急，或弛缓无力，常伴口眼㖞斜等一类病证，称为偏瘫。

偏瘫在《内经》中称偏枯、偏风。《灵枢·热病》篇指出："偏枯，身偏不用而痛。"《素问·风论》指出：风邪"各人其门户所中，则为偏风。"《诸病源候论·风病诸候》："偏风者，风邪偏客于身一边也。"《金匮要略·中风历节病脉证并治》称半身不遂，指出："夫风之为病，当半身不遂，……中风使然。"《医说》卷三认为偏风、偏枯、半身不遂三者内容基本相同，但理解略有侧重，如说："经有偏风候，又有半身不遂候、又有风偏枯候，此三者大要同，而古人别为之篇目，盖指风则谓之偏风，指疾则谓之半身不遂，其肌肉偏小者呼之为偏枯。"

病因病机 《丹溪心法·论中风》提出："半身不遂，大率多痰。"《景岳全书·杂证谟》："偏枯拘急痿弱之类，本由阴虚，……夫血非气不行，气非血不化。凡血中无气则病为纵缓废弛，气中无血则病抽掣拘挛，何也？盖气主动，无气则不能动，不能动则不能举矣；血主静，无血则不能静，不能静则不能舒矣。故筋缓者当责其无气，筋急者当责其无血。"《症因脉治》卷一也说："半身不遂之因，起居不慎，卫气不固，风邪人于经络，邪踞不散，气血阻绝，则半身为之废矣。"《医门法律·风门杂法》中谓："半身不遂，口眼㖞斜，头目眩晕，痰火炽盛，筋骨时疼，乃源于血虚血热，挟痰挟火。经络肌表之间，先已有其病根，后因感冒风寒，或过嗜陈酒膏粱而助痰火，或恼怒而逆肝气，遂成此证。"故后世医家多认为由气虚血亏，风、痰、瘀等病邪痹阻脉络所致。

辨证 一般分气虚血瘀瘫痪及内风痰阻瘫痪。

气虚血瘀瘫痪：症见一侧肢体筋脉弛缓或拘挛疼痛，偏废不用，手足麻木，舌强言蹇，口眼㖞斜，面色萎黄，舌淡或有瘀斑，苔白，脉象细涩或细滑。

内风痰阻瘫痪：症见半身不遂，患肢麻木重滞瘫软或僵硬拘挛疼痛，口眼㖞斜，舌强言蹇，兼见头痛，眩晕或面赤，耳鸣，目糊，舌质红苔黄腻，脉象弦滑。

治疗 总以疏通经络为要。

气虚血瘀瘫痪：宜益气，活血，通络。方用补阳还五汤加减。若语言不利者加菖蒲、远志以祛痰利窍；口眼㖞斜者加白附子、全蝎、南星、僵蚕以祛风除痰；肢体麻木者加南星、半夏、陈皮以理气燥湿而祛风痰。上肢偏废者可加桑枝、桂枝以温阳通络；下肢瘫软无力者酌加牛膝、续断、寄生、杜仲以壮筋骨，强腰膝；肢体拘挛疼痛者，重用活血通络之药，可加水蛭、虻虫、全蝎、蜈蚣等药。

内风痰阻瘫痪：宜平肝熄风，化痰通络。方用天麻钩藤饮加减。若患肢麻木重滞加竹沥、地龙以化痰通络；若舌强言蹇，口眼㖞斜者加菖蒲、远志、僵蚕以化痰利窍；肢体疼痛者加桃仁、当归、赤芍以活血通络。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"瘫痪"条。

截瘫

以两下肢软弱麻痹或瘫痪不能自主活动为特征的一类病证，称为截瘫。常伴二便艰涩或失禁，或下肢肌肉萎缩等症。

古无截瘫病名，有关文献资料中有相似证候的记载，如《医贯·主客辨疑》云："身半以上俱无恙，如平人。身半以下，软弱麻痹，小便或涩或自遗。"虽然此证《医贯》列在中风病证中，实亦属本证范围，截瘫多由于肝肾亏损，气血不足而致筋脉失养，肢体废而不用。痹证、痿证久延不愈皆可致病。《景岳全书·非风》："夫肝主筋，肾主骨，肝藏血，肾藏精，精血亏损，不能滋养百骸，故筋有缓急之病，骨有萎弱之病，总由精血败伤而然。"亦有由于跌扑损伤督脉，而致下体瘫痪不用，或因外邪湿热阻滞经络致病者。

肝肾亏损者，病起缓慢，下肢重着无力，痿软不用，肌肉麻木，不知痛痒，腰背酸软，小便或涩或自遗，大便失禁，兼见头晕目眩，耳鸣，口干，少寐健忘，遗精，舌红少苔，脉象细数；或兼见头昏耳鸣，怕冷肢凉，面色㿠白，阳萎，舌淡苔薄白，脉象沉细。治宜补益肝肾，养血通络。方用六味地黄汤加减。肾阳虚者宜补肾温阳，方用《宣明论方》地黄饮子加减。若下肢重着无力，痿软不用，腰背酸软者，加牛膝、寄生、川断、当归、鸡血藤、杜仲以壮筋骨，强腰膝，且养血通络；若小便失禁者，加益智仁、桑螵蛸以温肾固涩；若大便秘结者，加生首乌、火麻仁、杏仁、郁李仁以润肠通便。

气血两虚者，症见下肢无力，逐渐加重，甚则肢软不能收，足沉不能抬，小便自遗，大便失禁，兼见食少便溏，面色无华，神疲乏力，头晕，心悸，气短，舌淡苔薄白，脉象细弱。治宜补益气血，舒筋活络。方用八珍汤加减。若肢软不能收，足沉不能抬者，加牛膝、桑寄生、川断、鸡血藤以舒筋活络；若头晕，心悸，气短，乏力者，加黄芪以补气；若食少便溏者，加苡仁、山药以健脾渗湿；小便自遗者，加益智仁、桑螵蛸以温肾固涩。

督脉损伤者，症见下肢麻痹，不能活动，筋脉弛纵或拘挛，二便或涩或失禁，舌红或有瘀斑，苔薄白，脉象弦。治宜活血化瘀，疏通督脉，续筋接骨。方用截瘫方。方中狗脊利督脉，强腰膝；桃仁、红花、丹参、地龙、没药、三七活血化瘀通络；地鳖虫、自然铜、骨碎补续筋接骨。小便失禁者，加益智仁、桑螵蛸以固涩；大便秘结者，加郁李仁、火麻仁、杏仁以润肠通便。

湿热外邪所致者，症起较急，下肢痿废，步履无力，可伴发热恶寒，纳差胸闷，口干不欲饮，苔腻，脉浮滑等症。治宜祛风通络，清化湿热，可用《千金》独活煮散（独活、芎䓖、芍药、茯苓、防风、防己、葛根、羚羊角、当归、人参、桂心、麦门冬、石膏、磁石、甘草、白术）加减合三妙丸治之。方中独活、葛根、防风等祛风散邪，治风先治血；芍药、当归和血通络；石膏、防己清热利湿。正气虚者，益人参、白术补气健脾。

针灸、推拿、气功等其他疗法见"瘫痪"条。

痉病

以项背强急，四肢抽搐，甚则口噤、角弓反张等筋脉牵引拘急为主症者，称为痉病。

痉的病名，在马王堆出土的帛书《五十二病方》中即有记载，《内经》有痉和痓两种名称。《素问·至真要大论》："诸痉项强，皆属于湿。"《素问·厥论》："手阳明少阳厥逆，发喉痹，嗌肿，痓。"《金匮要略·痉湿暍病脉证治》篇中旁注曰：痓"一作痉。"《杂病源流犀烛·痉痓》谓："痉者，筋脉强直而不柔和；痓者，口噤而角弓反张。"近代一般皆从痉。《金匮要略》有刚痉、柔痉之分。后世根据不同病

因，又有风痉、虚痉、疫痉、热盛发痉、瘀血发痉等。前人亦有重视此病之寒热辨证者，如何梦瑶《医碥》云："痉，强直也，谓筋之收引紧急而不舒纵也。其所以致此者有二：一曰寒，筋得寒则血冻而坚凝，故紧急……所谓'寒则收引'也。湿亦寒之属，故经谓'诸痉皆属于湿'也。一曰热，热甚则灼其血液干枯，干枯则短缩……。"《内经》尚有"瘛疭"一证。《张氏医通·瘛疭》说："瘛者，筋脉拘急也，疭者，筋脉弛纵也，俗谓之搐。"可见瘛疭也属痉病范围。

新产后有发生痉病者，为产后痉证。(见"产后痉证"条)

本病小儿亦较多见，称为惊风、抽风、发痉、发搐、天钓等。破伤风亦有痉病表现(见"破伤风"条)。现代医学的急性传染病出现高热抽搐，多属本病范畴。

病因病机 《内经》从外感立论，认为风、寒、湿、热、火皆可致痉。同时还认为与足太阳、足少阴及督脉有关。《三因极一病证方论》提出由内因气血虚和外因风寒湿热之所中两个方面致病之因。此外，尚有从疫邪、痰火、肝风内动、瘀血立论者。兹将痉病的主要病因病机归纳于下：

邪壅经络：风寒湿邪侵人，多壅塞经络，使气血运行不畅，筋脉受病，拘急而成痉。

热甚发痉：六淫化火，或感受疫疠邪毒，热甚于里，消灼津液，筋脉失于濡养，肝风内动。温病热入营血，逆传心包，扰乱神明，闭塞经脉而发痉。或热结阳明，胃津被劫，筋脉拘急而发痉；内伤七情，忧思恚怒，烦劳过度，五志化火，风随火动，亦致发痉。

痰浊闭阻：脾虚不能运化水湿，或肝火灼津而肝风挟痰或肺气不宣，痰郁化热，壅阻经络，拘急不利，或上扰神明而致痉。

瘀血阻络：久病不愈，气血耗伤，血行不畅，瘀血内阻，即所谓久病入络，或因跌仆，致血行瘀滞，内阻脉络，筋失所养而发痉。

气血亏虚：素体气血亏虚，或因久病，或因亡血、产后，或因攻伐太过，以致气血两伤，津液枯涸，筋失濡养，因而发痉。

辨证 主要脉证如张仲景所说"颈项强急"、"独头动摇，卒口噤，背反张"、"胸满口噤，卧不着席，脚挛急，必龂齿"。脉"沉而细"、"其脉如蛇"、"按之紧如弦，直上下行"、"沉迟"。其辨证首当分清虚实。实证发病急骤，筋脉牵引拘急较重，颈项强直，口噤不开，四肢抽搐，甚则角弓反张，脉弦滑数；虚证病势较缓，项背强直，手足抽搐无力，或肌肉瞤动，神疲乏力，形体消瘦，面色无华，脉虚细无力。一般地说，内伤发痉，很少发热，多属虚证，当辨气、血、阴、阳；但内伤瘀血、痰浊内阻者又为实证；外感发痉，多属实证，必有发热，邪有六淫疫疠之分，侵袭有表里浅深之异。感受风寒湿邪而致痉、舌苔薄白或白腻，脉浮紧或沉细缓；因感受温热之邪，舌质红或绛，苔黄少津，脉弦数或弦细数。邪盛病久，耗伤精血，可转为虚实互见或为虚证。历代医家有按《伤寒论》六经辨证，故有三阳痉、三阴痉之称。如《辨证录·痉痓门》："夫痉病亦有三阳三阴之殊，亦能传经，与伤寒之证无异。"温病学家对痉病则以卫气营血、三焦辨证，实可补伤寒之未备。《温病条辨》卷六："一感即痉者，只要认证真，用药确，一二帖即愈，易治也。病久而痉者，非伤脾阳，肝木来乘，即伤胃肝阴，肝风鸱张，一虚寒，一虚热，为难治也。"其所述易愈者为痉病轻证，难治者则偏虚居多，而邪盛重证，治疗亦颇不易。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 "实则泻之"、"虚则补之"。邪盛者，先祛其邪。风寒湿邪偏胜者，宜祛风散寒，和营逐湿；邪热入里者，宜清泄里热；温热之邪偏胜者，宜辛凉透邪；热盛耗液，肝风内动者，宜清热养阴熄风；热入营血，神昏痉厥者，宜清热透营，镇痉开窍；感受疫疠之邪者，宜清瘟败毒。若为痰浊，宜涤痰熄风；瘀血内阻者，宜化瘀熄风。正虚为主者治以扶正，随其气、血、阴阳之不同，而分别施治。

治疗还应重视标本缓急，《医学衷中参西录·医话门》："用治标之药以救其急，即审其病因，兼用治本之药以清其源，则标本并治，后自不反复也。"治标可用蜈蚣、全蝎等虫类药研末服用。

此外，尚有一种因长期连续书写，或情志波动所致的指、腕、肘等部位出现的轻度痉挛、振颤，称为书痉。其病因是劳累损伤筋脉，气血运行不畅，肌肉失于濡养，及情志过极，气机失调，血行涩滞，筋脉、肌肉失于煦养濡泽。本证发病缓慢，逐渐加重，初起但觉手腕书写不便，欠灵活，然后颤抖加剧，并有强直，动作困难，痉挛或疼痛等，可伴头重，眩晕，心悸，睡眠欠佳等症。治疗宜随证选用归脾汤、安神定志丸、大定风珠、芍药甘草汤、柴胡疏肝散及天麻钩藤饮等加减。本证应避免过度书写及精神刺激。

针灸治疗 主要在于熄风解痉。以督脉为主，配手阳明、足太阳、足少阴、足厥阴等经穴，如百会、水沟、大椎、身柱、四神聪、天柱、合谷、太冲、涌泉等，每次4—5穴，重用泻法，持续或间歇捻针，留针30分钟或更久，或加用十宣穴点刺出血。

预后及调护 痉病大多发病较急，变化迅速，预后多较差。如见口张目瞪，神志昏冒，不省人事，或见戴眼、反折，手足抽搐，汗出如油等，其角弓反张情况严重，多属危重病证。即使得以救治者，往往后遗头痛头晕，健忘，甚则智力与肢体活动障碍。若邪轻正盛，治疗及时得当者，预后较佳，一般可愈而无后遗证。

凡危重者，宜首先使患者平卧，头侧向一边，松开衣领，并以压舌板缠多层纱布塞入患者上下臼齿之间，以防舌被咬伤。牙紧闭者，可用乌梅擦牙开噤。随时吸出口腔内的痰涎，以保持呼吸道通畅。必要时可行氧气吸入。病室要保持安静，通气良好，但避免直接吹风。发作停止后，应使患者安静休息，不可随便骚扰。应吃富有营养、容易消化之食品，并须保持大便通畅。忌煎炸，油腻，辛

辣等物。

风痉

因外感风邪,或风与寒、湿、温邪相兼,突然起病,身背强直,口噤不开,反覆发作的痉病,称为风痉。证名出《灵枢》。

风为百病之长,其性疏泄,善行而数变;寒为阴邪,主收引,易伤人之阳气。湿亦阴邪,其性重浊粘腻,能阻滞气机,壅塞经络,致使气血运行不畅,筋脉不利而致;风温为阳邪,阳从火化,耗伤津液,筋脉失养而成;或由外风挟湿痰,侵袭肌腠经脉,营卫不得宣通,经络闭阻而发。故风痉有风寒、风温、风痰之别。

方药治疗:对风寒、风温、风痰分别辨证施治。

(1) 风寒痉:症见发热恶寒,头痛项强,脊背强直,口噤不开,骨节酸痛,苔薄白,脉浮紧。治宜祛风为主,佐以散寒解痉。方用小续命汤。若有汗去麻黄,大汗去白芍。本证与刚痉相类,宜参见"刚痉"条。

(2) 风温痉:症见发热,微恶风,有汗,或汗出不畅,口渴,四肢拘挛;重者高热,汗多,神昏谵语,惊厥抽搐,颈项强直,角弓反张,苔薄黄或黄糙,脉浮数或洪数。治宜辛凉清热,解毒止痉。如银翘散加生地、麦冬,或玉女煎、白虎汤合麦冬、生地之类;神昏谵语者用清宫汤、安宫牛黄丸、紫雪丹以凉营泄热,清心开窍。《温病条辨》卷六:"风温咳嗽致痉者,用桑菊饮、银翘散辛凉剂,与风寒咳嗽迥别,断不可一概用杏苏辛温也。"

(3) 风热痰痉:症见手足抽搐,或但右手足动摇,壮热,头痛,心烦,咳喘痰黄,口渴,胸闷,苔黄腻,脉浮滑数。治宜疏风清热,豁痰解痉。方用桑菊饮合祛风导痰汤。热盛者加黄芩、栀子。

(4) 风寒痰痉:症见头痛项强,眼牵嘴掣,手足抽搐,恶寒风热,肢体酸重,咳嗽痰多色白,苔薄白腻,脉浮弦滑。治宜疏风散寒,化痰解痉。方用三拗汤合三子养亲汤加蝉衣、僵蚕、钩藤,或选用败毒散加葛根、半夏、白芥子、苏子、僵虫。

针灸治疗:除解痉(见"痉病"条)外,如高热,常选配大椎、风池、曲池、合谷,用泻法,间歇或持续捻针,留针20—30分钟,或加用曲泽、委中和十二井穴,点刺放血,视病情一天可治疗多次。昏迷可选水沟、承浆、百会、印堂、风府、大椎、合谷、太冲、涌泉或十二井穴等,每次3—5穴,用重泻法。

小儿推拿治疗:高热神昏,四肢抽搐者,属热证、实证,根据急则治标,缓则治本的原则,先掐小天心、人中、老龙以开窍,待清醒后再行止搐法:拿肩井、曲池、合谷、委中、承山、昆仑、太豁、仆参诸穴。如昏迷不醒、抽搐不止,可采用烧"五柱灯火"(即百会、内劳宫双、涌泉双)。待抽搐缓解后,再治本。治本有两种方法:①清脾经300次,清肝经400次,清肺经350次,清心经400次,补肾经200次,清大肠100次,清后溪150次,推六腑200次,吹推三关50次,捞明月20次,吹推天河水15次,揉膻中150次,揉中脘100次,推揉肺俞发红,按肩井2—3次。②推五指节100次,清心经200次,清肝经200次,推六腑200次,鸠尾直推中极300次,旋推中极左右各100次,按揉鞋带穴20次,按揉太冲穴20次,按揉膝眼穴20次。

虚痉

因气血虚弱,筋脉失于温煦濡养以致拘急痉挛的一种痉病,称为虚痉。证名见《证治汇补》。

《景岳全书·杂证谟·痉证》:"凡属阴虚血少之辈,不能营养筋脉,以致搐挛僵仆者,皆是此证。如中风之有此者,必以年力衰残,阴之败也;产妇之有此者,必以去血过多,冲任竭也;疮家之有此者,必以血随脓出,营气涸也。……凡此类,总属阴虚之证,盖精血不亏,则虽有邪干,亦断无筋脉拘急之病。"亦有因阳虚、气虚,筋失温养,收引而成痉。

方药治疗:应辨气、血、阴、阳的虚损而辨证施治。

(1) 血虚发痉:症见手足拘挛,抽搦,或但左手足动摇,甚则项背强急反张,面色萎黄或苍白无华,唇舌色淡,头晕,心悸,脉象细弱。治宜养血荣筋,佐以益气解痉。方用当归补血汤、四物汤等,可酌加钩藤、全蝎等药。

(2) 气虚发痉:症见手足拘挛,抽搐,兼见自汗,恶风,气短,神疲,舌淡,苔薄白,脉虚弦。治宜益气舒筋。方以补中益气汤。若脾虚木旺,反伤脾土者,在益气养筋的基础上加天麻、钩藤、炒白芍、菊花等清肝之品。

(3) 阳虚发痉:又称慢惊风。因脾虚久泻之后所致抽风,《温病条辨》称虚寒痉。症见手足欠温或发冷,畏寒,自汗,抽搐时作时止,舌质淡、苔白,脉沉迟无力。素体阳虚,或脾阳不振,只泻不止,或误治大汗亡阳。治宜温阳健脾,益气解痉。方用七味白术散加丁香、炮姜、制附子等。

(4) 阴虚发痉:阴虚内热发痉,《温病条辨》称虚热痉。症见手足蠕动,神疲瘈疭,拘急,或心中憺憺大动,舌绛无苔,脉细促。治宜育阴柔肝,佐以熄风镇痉。方选六味地黄丸、加减复脉汤。甚者用大小定风珠。

针灸治疗:气虚、阳虚者,宜用俞募穴和任脉、足阳明等经穴,如百会、脾俞、肾俞、章门、中脘、天枢、气海、足三里等。用毫针行补法,可配合灸法。阴虚、血虚者,可选肝俞、章门、脾俞、中脘、内关、足三里、三阴交或太冲等穴。用毫针行补法。

小儿推拿治疗:宜温阳健脾,平肝熄风,镇惊止搐。①补脾经500次,清大肠50次,清肝经300次,清心经300次,补肾经500次,推三关300次,揉中脘300次,摩腹800次,揉脐100次,揉足三里100次,捏脊3遍。②补脾经300次,补肾经300次,顺摇抖肘100次,旋摩腹部10分钟。

疫痉

感受疫疠邪毒而引起的，具有发病急、变化快、传染性强的一种痉病，称为疫痉。《温疫论》："凡人受邪，始则昼夜发热，日晡益甚。头疼身痛，舌上白胎，渐加烦渴……至论恶证，口噤不能张，昏迷不识人，足屈不能伸，唇口不住牵动，手足不住振战，直视上视，圆睁目瞑，口张声哑，舌强，遗尿，遗粪，项强发痉。"虽未命名，现代称谓疫痉。此乃外感温热疫毒之邪乘虚侵袭人体，尤以小儿脏腑娇弱，气血未充，更易罹病。肝主风，心藏神，疫邪侵及于肝，则引动肝风，而有抽搐、项强等症；侵犯心君，则神志昏糊；热盛气闭，可使痰浊壅肺，而见气逆喘急等症。本病与现代医学的流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎相类似。

疫毒郁表：症见头痛剧烈，甚者头痛如劈，恶寒发热，无汗，四肢发凉或麻木，项背强硬，呕吐如喷，舌红，苔黄，脉浮数。治宜疏风清热，解毒镇痉。方用银翘散加葛根、大青叶、板蓝根等。

热毒壅盛：症见头痛如劈，项背强直，甚则角弓反张，口噤龂齿，面红目赤，身壮热，昏瞀谵妄，斑疹隐隐，舌绛，苔焦或生芒刺，脉浮大或沉数。治宜大剂清热解毒，凉血镇痉。方用清瘟败毒饮。若见疹色青紫，紧束有根，加紫草、红花、归尾以活血清热；如斑疹红紫，神昏谵语，邪人手厥阴心包络，可合用安宫牛黄丸，或紫雪丹以清营泄热开窍；若四肢强直，角弓反张，项强甚者，可加钩藤、羚羊角、天麻、全蝎；若热甚津伤，舌绛而干，邪入足厥阴肝经，肝风内动者，宜用大定风珠；若兼腹满，大便秘结者，可合调胃承气汤、增液承气汤等化裁。

疫痉的预防，在流行期间，可服下列药物，如板蓝根50克，加水煎取1000毫升，每服50毫升，每日3次，儿童减半。或用大青叶、板蓝根、蚤休各30克，水煎服。也可用蚤体微炒焦黄为末，每服1.5—3克，每日2次，连服3—5天。

针灸治疗见"痉病"条。小儿推拿治疗见"风痉"条。

刚痉

风寒伤及太阳筋脉而呈表实无汗之痉病，称为刚痉。证名出《金匮要略》。《金匮要略·痉湿暍病脉证治》："太阳病，发热无汗，反恶寒者，名曰刚痉。"《素问玄机原病式》谓："阳痉曰刚痉。"《医学入门·痉》则称痉病之属实者为刚痉。

病由外感风寒，伤及太阳，经络壅滞，使筋脉拘急；或邪热内盛，热甚动风，津液耗伤，筋脉失养而成。

外感风寒：见《注解伤寒论》。症见头痛，颈项强急，手足抽搐，甚则口噤龂齿，角弓反张，发热，恶寒，无汗，苔薄白，脉浮紧。治宜表散风寒，舒筋解痉。方用葛根汤。如夹郁热者，佐以清热，方用赤芍连翘散。

阳热亢盛：症见颈强急，四肢抽搐，或口噤龂齿，角弓反张，壮热，头晕，面红耳赤，心烦，口渴，舌红绛，苔黄糙，脉弦数有力。治宜泄热镇痉。方用犀角地黄散。兼有腑实者，可用大承气汤。

阴虚火盛：见《活人录汇编》。症见手足颤动，或四肢抽搐，颈项强急，角弓反张，口干咽燥，手足心热，心烦不眠，心悸不宁，精神疲惫，舌红绛无苔，脉细弦数无力。治宜滋阴降火，养血镇痉。方用羚羊角散或大定风珠。兼有腑实便秘者，用增液承气汤。

针灸治疗见"痉病"条。小儿推拿治疗见"风痉"条。

柔痉

外邪伤及太阳经脉而呈表虚有汗之痉病，称为柔痉。证名出《素问》。因痉同痓，故原称柔痓。《素问·气厥论》："肺移热于肾，传为柔痓。"《金匮要略·痉湿暍病脉证治》："太阳病，发热汗出而不恶寒，名曰柔痉。"《素问玄机原病式》："阴痉曰柔痉。"还有以虚证为柔痉的，如《医学入门·痉》："痓症虚柔实则刚。"

《注解伤寒论》认为："表虚感湿，故曰柔痉。"由外感风湿，阻滞经络，筋脉失气血之濡养而成。或因气虚阳衰，阴液失于营运，故柔痉亦有属虚者。"《证治百问》谓："凡久病气虚者为柔痉。"

外感风湿：症见头痛，项强，身痛而重，或见手足瘛疭，甚则口噤，角弓反张，发热，汗出，不恶寒，舌苔薄白而腻，脉浮缓。治宜解表祛湿，舒筋通络。方用栝蒌桂枝汤，或羌活胜湿汤加减。挟热心烦，口渴者，可用白术薏苡仁汤。

气虚阳衰：症见面色㿠白，四肢厥逆，汗多身凉，四肢不收，时或抽搐，身痛振掉，甚或目吊头摇，噤口不开，角弓反张，舌淡，苔白滑，脉虚弦或沉细。治宜温阳益气，舒筋通络。方用桂心白术汤加党参、黄芪。

针灸治疗见"痉病"条。小儿推拿治疗见"风痉"、"虚痉"条。

热盛发痉

以壮热，口噤，项背强直，甚至角弓反张，腹满便秘，或有斑疹为临床特点，由火盛热极动风抽搐而致的痉病，称为热盛发痉。《温病条辨》卷六的温热痉，《重订广温热论》的燥火致痉，《万病回春》的痰火痉，亦属此病范畴。

本证病因病机，由温邪热甚，耗伤津液，筋脉失养；或受风寒湿邪，郁久化热，热极动风，邪郁化火，灼液成痰，痰火生风。

热燔阳明：症见壮热，大汗，口渴饮凉，烦躁，抽搐，口噤，甚则角弓反张，舌红苔黄燥，脉洪大滑数。治宜清泄胃热，凉肝熄风。方用白虎汤加羚羊角、钩藤、僵蚕等。

重者可合用紫雪丹。

热结阳明：症见发热谵语，腹满便秘，口噤齘齿，项背强直，甚则卧不着席，手足挛急，苔黄燥或焦黄，脉沉实有力。可与大承气汤。火毒甚者，可与黄连解毒汤，亦可选用犀连承气汤；若津液已伤者，可合增液汤。

营血热盛：症见壮热神昏，头晕胀痛，口噤抽搐，角弓反张，斑疹隐隐，口燥不渴，舌质红绛无苔，脉弦细数。治宜清营凉血，熄风镇痉。方用清营汤加减。甚则选用紫雪丹、至宝丹、安宫牛黄丸。

燥火动风：症见干咳胸痛，口鼻干燥，面色枯焦，手足瘈疭，甚则神昏痉厥，舌尖红少津，脉细涩。轻证宜辛凉甘润，方用桑杏汤加减。重证急用清热解毒，润燥熄风，可选用犀羚白虎汤合增液汤。

火盛挟痰：《万病回春》称痰火痉。症见除抽搐，角弓反张外，兼见头晕目赤，烦渴，气促，咳痰黄稠，舌红、苔黄燥，脉象滑数。治宜泻火止痉，佐以豁痰。方用凉膈散加贝母、天竺黄、胆星、钩藤等。若痰盛兼火，除四肢抽搐，角弓反张外，兼见胸闷气促，身热喘咳，喉间痰鸣，苔黄腻，脉滑。证属痰火郁闭，壅阻经络。治宜豁痰顺气，佐以清热镇痉。方用瓜蒌枳实汤，加胆星、僵蚕等。若兼见神昏谵语，痉厥，乃痰火蒙蔽心窍，可合至宝丹、安宫牛黄丸之类，急以清心开窍，化痰宁神。

君相火炽：症见头晕胀痛，心烦躁扰，手足抽搐，甚则狂乱痉厥，舌红苔燥，脉弦数。治宜凉肝熄风。方用羚羊钩藤汤加减。

针灸治疗，见“痉病”条。小儿推拿治疗，见“风痉”条。

瘀血发痉

因瘀血阻滞，使津血不能滋养筋脉而引起的痉病，称为瘀血发痉。临床特点是形体消瘦，项背强直，四肢抽搐，舌质黯或有紫斑，脉细涩等。《医学原理·痉门》指出：“痉者……有因痰血窒塞经隧以致津血不荣者。”《济阴纲目·风痉》指出脉“涩为瘀血”。《医林改错·论抽风不是风》认为慢惊风一症系“气虚血瘀”引起。

本病的病因病机主要有久病气虚，血行不畅，经脉瘀阻，筋失濡养；或素有瘀伤宿血，如跌仆闪挫之后；或恼怒伤肝，气滞血凝；或妇女经闭血瘀，复感温热之邪，热灼营血，瘀阻经隧，筋脉不舒而致等。

本病的治疗以活血化瘀为主，助以通络止痉；或加益气之品，使气行血亦行；或加熄风之味，使风熄痉亦止。

气虚瘀血：症见气短消瘦，面色晦黯，头晕，胸胁刺痛，惊惕不定，四肢抽搐，口噤，甚或角弓反张，舌紫黯，或有瘀斑，脉细涩。治宜益气活血，通络解痉。方可用保立苏汤或通窍活血汤加钩藤、天麻、僵蚕、生龙骨、生牡蛎等。

温热夹瘀：症见发热、头痛、口渴心烦，胸中满痛，或两胁刺痛，或少腹结痛，身起斑疹，或吐衄发斑，甚者神昏谵语，项强，四肢抽搐，角弓反张，舌紫黯而扪之渐润，脉涩。治宜凉血清热，化瘀解痉。方用犀角地黄汤或清瘟败毒饮合桃红四物汤加羚羊角、钩藤、全蝎、天麻、生龙骨、生牡蛎等。

针灸治疗，见“痉病”条。小儿推拿，见“风痉”、“虚痉”条。

厥证

以突然昏倒，不省人事，或伴有四肢逆冷为主要表现的一种病证，称为厥证。轻者发病后在短时间内逐渐苏醒，醒后无失语、偏瘫等后遗症。重者昏厥时间较长，甚至一厥不醒而导致死亡。

厥证之名，始于《内经》。除《素问》有“厥论”专篇外，尚有三十余篇述及，范围相当广泛，临床表现大体有四种情况：一是指卒然昏仆，不省人事；二是指手足逆冷；三是指阳气或阴气衰于下，病气由下逆上之谓，如《素问·厥论》：“阳气衰于下，则为寒厥；阴气衰于下，则为热厥。”《素问·方盛衰论》：“逆皆为厥”；四是指六经形证。《素问·厥论》有太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴等六经之厥。近代厥证概念，以前两种为准。《儒门事亲》根据厥证发病的症状及病因的不同特点，列有尸厥、痰厥、风厥、酒厥、气厥、骨厥、臂厥、肝厥、阳明厥等名称。《景岳全书·伤寒典》提出“厥有二证，曰阳厥，曰阴厥也；阳厥者，热厥也；……阴厥者，寒厥也。”姚济苍《卒中厥证辑要》则谓：“日间忽然发热，一时厥去，手足冰凉，语言惶惑，痰迷心窍，头晕眼昏”为阳厥；“夜间发热，一时厥逆，昏晕如死人状，惟手足温和，喉中痰响，不能出声”为阴厥。此外，《景岳全书·杂证谟》还提出色厥之名。《医学入门》称因暑热闭窍所致者为暑厥。

病因病机 《内经》认为与阴气、阳气偏衰及情志等因素有关。《素问·厥论》说“阳气衰，不能渗营其经络”，可以导致寒厥；“肾气有衰，阳气独胜”，亦能引发热厥。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》认为“凡厥者，阴阳气不相顺接”所致。《儒门事亲》明确指出与“纵情嗜欲”、“醉饱入房”等因素有关。《丹溪心法》主“痰”，以及由于“气虚”、“血虚”所致。《医学入门》则提出“暑耗气发厥”的论点。综合各家之见，厥证常见的病因病机，可以归纳为以下几点：

气机逆乱：由于恼怒或骤受惊恐，气机逆乱，上壅心胸，蒙蔽窍隧，发为气厥。或因元气素虚，每于过度疲劳或悲恐之时，气虚下陷，清阳不展，突然发生昏厥。

血菀营亏：素体肝阳偏亢，或肾阴素虚，水亏火旺，暴怒之后，血随气逆，清窍蔽塞，则昏厥不知人事；或妇人产后失血过多，或呕衄不止，营血亏虚，以致气随血脱，发生昏厥。

痰壅气闭：嗜食膏粱肥甘之品，脾胃受伤，或脾胃素虚，运化失常，以致聚湿生痰，阻于中焦，气机不利，偶因

恼怒气逆，痰随气升，上蒙清窍，以致突然眩仆而厥。

酒食阻滞：酒食不节，醉饱过度，以致胸中填塞，胃气痞阻，或稍感风寒外邪，或骤逢郁闷不乐，食气交并，引起昏厥。或小儿饱食太过，亦易发生厥证。

暑热熏蒸：盛暑炎夏，久曝于烈日之下，或操作于高温之室，或感受秽浊之气，郁于胸中，气机升降失常，清窍闭塞，上下阻隔而发厥证。

小儿厥逆，或由邪热伤阴，气血不得宣通所致；或由误汗误下，吐泻过度，耗伤阳气而成；或因痰浊中阻，饮食内停，气机受阻而发。

除《素问·厥论》以六经分外，一般可根据寒、热、气、血、痰、食、中恶等不同病因和表现，进行分类。

辨证　当分清寒、热、虚、实。寒厥必有手足厥冷，恶寒踡卧，舌苔白，脉沉细，或见神志不省；热厥常见手足冷而不过肘膝，突然昏厥，烦躁，口渴，舌质红，脉滑数；虚厥一般多见气息微弱，张口自汗，脉沉伏或沉数；实厥一般多见气壅息粗，四肢僵直，牙关紧闭，脉沉伏或沉实而数。厥证虽以寒、热、虚、实作为辨证要领，但就临床所见，往往错综复杂，或本虚而标实，如劳倦内伤，脾运不健，痰浊中阻，气机不利，复因骤受精神刺激，痰随气逆而致昏厥。至于阴阳气血偏虚，夹痰夹食，气逆血菀，参杂互见，尤当详辨。《证治汇补·厥证》论本证的辨证："厥有多端，须分阴阳虚实。如未厥前吐泻不渴，身凉踡卧，及已发而脉迟，口出涎沫者，阴厥也；如未厥前便秘溺涩，口渴身热烦躁，及已发而脉数大，口中反干燥者，阳厥也；若厥而口噤牙闭者，实厥也；厥而口张自汗者，虚厥也。"本证应与中风、痫证作鉴别。中风与厥证均可出现突然昏迷，不省人事等症。但前者不易苏醒，常伴口眼㖞斜，半身不遂，醒后多有后遗症；后者昏厥，移时能逐渐苏醒，常伴面色苍白，四肢逆冷，醒后无后遗症。痫证与厥证都可出现突然昏仆，涌吐痰涎，但痫证常有反覆发作病史，且伴惊叫，抽搐等症，醒后一如常人；厥证较少反覆发作，且无惊叫、抽搐等，可资区别。

治疗　如卒然昏厥，不省人事，应及时进行抢救。实厥者，一般先用搐鼻散吹鼻取嚏随后调灌苏合香丸或玉枢丹以开窍。虚厥者，急用参附汤灌救，以回阳固脱。如兼见阴虚者，宜用生脉散以益气救阴。此外，并配合针灸疗法，以促其复苏，然后进行辨证治疗。一般寒厥宜温阳散寒；热厥宜清热泻火，虚厥宜选用益气、养血、补阴、助阳诸方；实厥可分别采用豁痰、消食、顺气、活血等法。针灸治疗在厥证抢救中，简捷有效。治宜升阳益气，开窍苏厥。选水沟、内关、足三里和涌泉，以毫针行平刺法；然后灸百会、气海、关元等穴。邪实盛者，可用圆利针或三棱针点刺十宣出血。耳针可选皮质下、肾上腺、内分泌、交感、心肺、升压点、呼吸点。推拿疗法以开窍醒脑，宽中理气为法，先治标，再治本。①先掐人中或老龙穴，使其苏醒；然后揉抹印堂、太阳，拿风池，揉膻中、中脘、天枢、气海穴；最后按揉膈俞、脾俞、胃俞、足三里、三阴交、涌泉穴，拿肩井、极泉、曲池、合谷。②掐人中、老龙，拿极泉、合谷穴。醒后即用内功推拿常规以扶正祛邪。

此外，下列简易方可选用：①以菖蒲末吹鼻中，并灌以菖蒲汁，有通窍醒神之效。(《本草纲目·菖蒲》)②皂角末吹鼻。(《本草纲目·皂荚》)③以生半夏为末，吹鼻中。(《本草纲目·半夏》)

预防及调护　由于厥证与惊恐、恼怒、抑郁等情志因素以及与劳倦内伤，酒食不节等因素有密切关系，因此，在平时应对病人作必要的劝导，帮助其排除思想苦闷，使能怡情自遣，宽怀调养，并应避免暴饮暴食和注意生活护理。

本证预后系与证情类型及轻重有关。《证治汇补·厥证》："厥证身温汗出，入腑者吉；身冷唇青，入脏者凶；如手冷过肘，足冷过膝者死；指甲青黑者死；或醒或未醒，或初病或久病，忽吐出紫红色者死；如口开手撒，五脏绝症已见一二，惟大剂参附，兼灸气海、丹田，间有活者。"

厥证一旦发生，他人不宜惊惶、呼叫。如发生在烈日之下或高温环境，应及时把患者移至阴凉通风处。如发生在冬季的野外，应及时把患者移至暖室内，注意保暖。若喉间有痰鸣者，要及时吸痰，保持呼吸道通畅，防止窒息。

寒厥

以手足厥冷，突然昏仆，恶寒踡卧为临床特征，由阳衰阴盛所致之厥证，称寒厥。证名出《内经》。《类证活人书》称冷厥。《景岳全书》称阴厥。对程度较轻者，《杂病源流犀烛·诸厥源流》称为清厥。《伤寒论》将伤寒过程中，内脏阳气衰微，脏寒之极，纯阴无阳的厥逆危重证候，称为脏厥。

寒厥的病因，总由素体阳气不足，阴寒内盛所致。《素问·厥论》："阳气衰于下，则为寒厥。""寒厥之为寒也，必从五指而上于膝者……阴气起于五指之里，集于膝下而聚于膝上，故阴气胜则从五指至膝上寒。其寒也，不从外，皆从内也。"又与房室不节有关，如《三因极一病证方论·叙厥论》："寒厥，则因多欲而夺其精，故致阳衰阴盛。《杂病源流犀烛·诸厥源流》："溯寒厥之由，必其人壮，秋冬夺于所用，既于阴盛时多欲不休，以夺肾中精气，则精虚于下，其气取足于上，是以下气上争，下而不上，故不能复阳气，于是气去则阳虚，寒气因而上逆，又以精虚无火，不能固脾元而气衰于中，中气不能渗荣其经络，于是阳气日损，阴气独存，手足为之寒也。"

寒厥：症见四肢厥冷，甚至延及肘膝，不省人事，面色苍白，神倦恶寒，下利清谷，口不渴，或见身冷蜷卧，腹痛，苔白，脉微细欲绝。阳气不运，阴寒内盛，清阳不展，气血不能达于四末。治宜助阳驱阴，温经散寒。方用四逆汤、附子理中丸。气虚者，可加人参、黄芪以益气。肢冷甚者，可加桂枝以温经散寒。泄泻甚者，可加煨木香、砂仁、肉豆蔻等温中止泻。腹痛可加肉桂、吴萸、白芍等以止痛。如因寒凝血脉，兼见关节疼痛，指甲青黯者，治宜通

阳散寒,活血和营。方用当归四逆汤,温通血脉而和营血。如因肾阳虚惫,兼见腰膝酸冷,治宜温补肾阳,可用右归丸调治。

清厥:发病时独指尖冷,面白形寒,便溏,苔白,脉细。《杂病源流犀烛·诸厥源流》:"肾虚则清厥。""又有独指尖冷者,则名清厥。"治宜温中散寒,方用理中丸。

脏厥:《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》云:"伤寒,脉微而厥,至七八日肤冷,其人躁无暂安时者,此为藏厥。"治宜救逆回阳,方用四逆汤、附子理中汤或灸法等。藏厥、清厥均为寒盛,但无昏仆不省人事症状。

针灸、推拿等疗法,见"厥证"条。

热厥

由邪热过盛,阳气内郁,而致手足厥冷,甚则昏蒙不省人事的厥证,称为热厥。证名出《内经》。《素问·厥论》:"阴气衰于下,则为热厥。"其所论热厥为手足热,与《伤寒论》之"厥深者热亦深,厥微者热亦微"、"厥者,手足逆冷者是也"的热厥有所不同。后世所论热厥,也皆以手足厥冷为主证。《杂病源流犀烛·诸厥源流》:"阴气衰于下,则为热厥。四肢厥逆,身热面赤,唇燥口干,口苦,目闭或不闭,烦渴,小便短涩,大便燥结,不省人事,脉滑数。"多由邪热鸱张,津液受伤,阳气被遏不能透达于四肢所致。

热厥初起身热头痛,手足厥冷,甚则神志昏愦,或渴欲饮水,烦躁不得眠,胸腹灼热,便秘,尿赤,脉沉伏,重按弦滑。邪热内蕴,郁而不达,阳气痹阻,热深则厥亦深。如属热邪熏蒸于阳明气分者,治宜泄热清气,用白虎汤。如属宿滞阻于中焦,阳明腑气不行者,治宜泻火通腑,用大承气汤。如属表邪未解,内热未清,治宜表里双解,用双解散,泻火以清里热。《辨证录·厥症门》认为热厥的治法,曰:"治法泻其在内之火,则内热自除,而外寒自散,然而火之有余,仍是水之不足。泻火之中,而佐以补水之味,则阳得阴而有和合之欢,断不至阴离阳而有厥逆之戾也。"主张治以安厥汤,或黄连定厥汤。前方用栀子、玄参、柴胡、白薇清火;佐生地、麦冬、花粉、白芍补阴;复以人参、茯苓、甘草有"助阳气而不助其火,生阴气而不生其寒,祛邪而不损其正"之功。后方用黄连、玄参清火;麦冬、当归滋阴;贝母、菖蒲化痰开窍回厥,为标本同治之法。

热厥因发病原因不同,又可分为以下几种:

煎厥:名出《内经》。《素问·生气通天论》:"阳气者,烦劳则张,精绝,辟积于夏,使人煎厥。目盲不可以视,耳闭不可以听,溃溃乎若坏都,汩汩乎不可止。"指因内热消烁阴液而出现的昏厥病证。症见突然肢冷昏厥,汗出,烦躁,并出现耳鸣、耳聋、目盲、舌质红,苔黄。昏厥时脉沉伏,清醒时脉弦滑数。平素阴精亏损,阳气亢盛,复感暑热之邪煎迫所致。《类证治裁·厥症》认为本证治"宜清心益肾,或咸寒降逆,人参固本丸加淡菜、阿胶"。方中用人参益气生津;天麦冬、生熟地养阴。

厥晕:见《伤寒绪论》。指温热病过程中,阳热亢盛而出现的昏厥病证。症见壮热烦躁,手足厥冷,甚则抽搐,口噤咬牙昏晕,胸脘满闷,气壅息粗,苔黄腻,脉洪数。温邪热毒亢盛,或痰浊壅阻,清窍不利,以致厥晕。治宜清热解毒。先服紫雪丹以泄热镇痉开窍,并可用黄连解毒汤泻火解毒;凉膈散清热通腑,可加竹沥、菖蒲以化痰开窍。

脉厥:《温疫论·脉厥》:"温疫得里症,神色不败,言动自如,别无怪症,忽然六脉如丝,微细而软,甚至于无,或两手俱无,或一手先伏,察其人不应有此脉,今有此脉者,皆缘应下失下,内结壅闭,营气逆于内,不能达于四末,此脉厥也。"证由温疫邪热入里壅闭,营气内逆,不能布达于肢末,或过用寒凉峻药,强遏其邪热,营气内滞,不得周流血脉,故出现脉厥。症见发热,四肢逆冷,面赤,腹满便结,脉如丝,或伏而不见。治疗不可大剂苦寒,更不可误补益疾。当用小承气汤缓下,俾腑行郁解,脉自来复。

体厥:《温疫论·体厥》:"阳证脉闭,身冷如冰,为体厥。"病因为邪热亢盛,郁闭不伸,热深厥亦深,故致全身发冷。故吴又可以为:"阳郁则四肢厥冷,若素禀肥盛,尤易壅闭,今亢阳已极,以至通身冰冷,此体厥也。"临床表现为发热,口燥舌干,咽喉肿痛,心腹胀满,按之痛甚,渴思冰水,日晡益甚,小便赤涩,但全身皮肤冰冷,指甲青黑,舌苔起刺,脉微细如丝,寻之则有。

脉厥和体厥,均属热厥范畴,两者仅是厥逆程度不同而均神志清醒,与一般所称厥证不同,宜加区别。又脉厥为神色不败,言动自如;体厥为全身厥冷如冰。治疗均宜通腑泄热,前者用小承气汤,后者用大承气汤。

此外,暑厥是指因暑热闭窍所致的厥证。《医学入门》卷五:"即暑暍症,但以……手足逆冷为厥。"《杂病广要·中暑》:"夏月炎热,人冒涉途路,热毒人内,与五脏相并,客邪炽盛,或郁瘀不宣,致阴气卒绝,阳气暴壅,经络不通,故奄然闷绝。"本证由暑热闭阻清窍,心神被蒙,故卒然昏厥。其辨证施治,见"中暑"条。

针灸、推拿等疗法,见"厥证"条。

气厥

因中气衰竭或气机怫郁上逆,而致肢冷昏仆的厥证,称为气厥。证名出《素问·气厥论》。气厥之发病,或因劳倦过度,气虚下陷,清阳不展所致;或因恼怒惊恐,气机逆乱,蒙闭窍隧所致。故《景岳全书·杂证谟·厥逆》:"气厥之证有二,以气虚、气实皆能厥也。"

气虚厥:症见眩晕昏仆,面色㿠白,汗出肢冷,气息低弱,舌质淡胖,脉象沉微,元气素亏,复因惊恐、劳累或饥饿以致气机逆乱,清阳不展,引起昏厥。治宜补气回阳,方用四味回阳饮,或用补中益气汤以益气开清。如汗出不止者,可加龙骨、牡蛎、五味子以固涩止汗。

色厥:症状基本与气虚厥相似。因纵欲过度所致。

《景岳全书·杂证谟·厥逆》:"色厥之证有二,一曰暴脱,一曰动血也。凡色厥之暴脱者必以其人本虚,……而纵竭情欲者亦有之。故于事后则气随精去而暴脱不返。"《类证治裁·厥证》:"色厥乃纵欲竭情,精脱于下,气脱于上。"治宜大补元气,用独参汤灌之,或速灸气海。若色厥之动血者,属血厥范畴(见"血厥"条)。

气实厥:症见卒然昏仆,呼吸气粗,胸膈喘满,口噤握拳,四肢厥冷,舌苔薄腻,脉伏或沉弦。肝气不舒,复因激怒悲恐,以致气机逆乱,上壅心胸所致。《景岳全书·杂证谟·厥逆》:"气实而厥者,其形气愤然、勃然,脉沉弦而滑,胸膈喘满,此气逆证也。经曰'大怒则形气绝,而血菀于上',即此类也。治宜行气开郁,疏肝宽中。以排气饮或四磨饮,或八味顺气散、苏合香丸之类,先顺其气,然后随其虚实而调理之。"因气实之厥,往往为本虚标实之证,故处方除以行气为主外,常配合补益中气之品,乃标本兼顾之法。

针灸、推拿疗法,见"厥证"条。

血厥

由血脱或血气上逆而引起肢冷昏厥的病证,称为血厥。证名见《普济本事方·诸虫飞尸鬼疰》。《景岳全书》对血厥的产生,由于失血过多、久病血亏;或由于血菀于上,气血逆乱所致。故《景岳全书·杂证谟·厥逆》谓:"血厥之证有二,以血脱、血逆皆能厥也。血脱者,如大崩大吐,或产血尽脱,则气亦随之而脱,故致卒仆暴死……。血逆者,即经所云'血之与气并走于上'之谓,又曰'大怒则形气绝而血菀于上'之类也。"

血脱厥:《杂病源流犀烛》称为血虚厥。症见平时头目眩晕,心悸失眠,突然昏厥,不知人事,面色苍白,汗出肢冷,舌质淡,脉细弱无力。吐衄、崩漏或产后失血过多,或久病血亏,上竭下厥,血脱气耗,以致卒然昏仆。治宜益气养血固脱。先掐人中以促其复苏,并急用独参汤灌服,继用人参养荣汤或归脾汤。诸方用人参大补元气,即血脱益气之意。如吐衄不止,可酌加仙鹤草、地榆、蒲黄以止血。

血逆厥:症见突然昏厥,不省人事,牙关紧闭,面赤唇紫,舌质青,脉沉弦。暴怒伤肝,气机上逆,血随气升,气逆血菀,以致上蒙神明,清窍闭塞。治宜活血化瘀,顺气降逆。方用通瘀煎活血散瘀、顺气开郁;化肝煎柔肝清肝,并用泽泻以引药下行。

另有郁厥,见《类证治裁·厥症》。即《普济本事方》所称之郁冒、血厥。症见平素无疾苦,忽默默不知人事,身不动摇,目闭不能开,口噤不能言,或微知人事恶闻人声。多因汗出过多,血少气并于血,阳独上而不下,热升风动,气壅塞而不行,以致郁冒而厥。治宜益气养血清热。方用白薇汤。亦可用羚羊角散。

针灸、推拿等疗法,见"厥证"条。

食厥

因暴饮暴食引起胸膈痞塞,手足逆冷的病证,称为食厥。证名见《明医杂著》。

食厥的病因病机多由暴饮暴食之后,食滞阻于中焦,胃气闭塞,偶感外邪或郁怒触动,气逆上壅,以致阴阳痞塞,升降失常。《苍生司命》:"食厥必因饮食而起,痰裹食物,妨碍升降,关格不通。"《杂病源流犀烛·诸厥源流》:"又如食厥者,醉饱后感风寒,或着恼,而饮食填塞,胃气不行,变为异常急猝之症。"

食厥症见突然昏厥,气息窒塞,口不能言,肢冷不能举,脘腹胀满,舌苔厚腻,脉象滑实或尺脉全无。食厥的治疗,《苍生司命》认为:"急用吐法,食出乃苏,随进顺气消导药。"《医宗必读·食中》取姜、盐煎汤探吐,然后再用消食化滞,顺气和胃之法,可选保和丸消食降逆,或神术散化湿宽胸、芳香化浊。如见脾虚不运证者,可用香砂六君子汤加减。

另有酒厥,《景岳全书·杂证谟·厥逆》:"酒厥之证,即经所云热厥之属也,又经云酒风者亦此类也,凡纵饮无节之人多有此病。……轻者犹自知人,重者卒尔运倒,忽然昏愦,或躁烦,或不语,或痰涎如涌,或气喘发热,或咳嗽,或吐血,但察其大便干燥,脉实,喜冷者,此湿热上壅之证。"表现为酒后四肢厥冷,不省人事,战栗,肢冷,脉沉或弦滑,苔腻。治宜理气宽中,和胃解酲。方用葛花解酲汤。湿热偏盛者,用抽薪饮清利酒湿、和胃理气。若见湿热伤阴证者,可用金水六君煎。

针灸、推拿疗法,见"厥证"条。

痰厥

因痰盛气闭而引起的,见有涎沫上潮、咽中有拽锯声的厥证,称为痰厥。证名见《儒门事亲》。

痰厥病因,多由饮食不节,或劳倦过度,脾胃受伤,运化不健,聚湿生痰,复因恼怒气逆,痰随气升,以致清窍闭塞。《杂病源流犀烛·诸厥源流》:"若夫痰厥,则由寒痰迷心,隧道不行。故四肢厥冷,僵仆卒倒,咽作声,口吐沫,不省人事,气喘脉弦也。"《辨证录·厥证门》:"人有大怒之后,又加拂抑,事不如意,忽大叫而厥,吐痰如涌,目不识人,此肝气之逆,得痰而厥也。"

痰厥症见忽然眩仆,喉中痰声如拽锯,或呕吐涎沫,呼吸气粗,舌苔厚腻,脉多沉滑。治疗当分标本缓急。《景岳全书·杂证谟》:"痰厥之证,凡一时痰涎壅塞,气闭昏愦,药食俱不能通,必先宜或吐或开,以治其标,此不得不先救其急也。但觉痰气稍开,便当治其病本。如因火生痰者,宜清之降之;因风寒生痰者,宜散之温之;因湿生痰者,宜燥之利之;因脾虚生痰者,自宜补脾;因肾虚生痰者,自宜补肾。此痰之不必治也,但治其所以痰而痰自清

矣。”可先用独圣散或稀涎散探吐以治其标，使痰从上吐出，气机得以通降，再用导痰汤豁痰降逆，并可加入白芥子、苏子等以加强化痰降气之力。如痰湿郁而化热，痰质稠黄，口干苦，大便秘结，舌苔黄腻，脉象滑数。可用礞石滚痰丸以豁痰泻火，或用平解汤加减。清痰火、理气开郁。若寒痰致厥者用姜附汤。若脾虚不运，精神困惫，面色少华，舌淡，脉细，可用六君子汤以益气运脾化痰。如肾虚不纳，气息喘促，或痰有咸味，舌质胖淡，脉象沉细，可用金水六君煎以益肾固本。

尸厥

因感受秽浊之气而突然昏倒，不省人事的证候，称为尸厥。证名出《素问·缪刺论》：“人身脉皆动，而形无知也，其状若尸，或曰尸厥。”《肘后方》称尸蹷。朱丹溪又称中恶，《丹溪心法·厥》：“尸厥、飞尸、卒厥，此即中恶之候。”《证治汇补》卷七也说：“尸厥即中恶。”

本证的病因，《内经》认为：“邪客于手足少阴太阴足阳明之络。”《诸病源候论·尸厥》认为由“阴阳离居，荣卫不通，真气厥乱，客邪乘之。”总之，先因正气不足，骤然感受秽浊之气，阴阳之气逆乱，故卒然昏倒，不省人事。《丹溪心法·厥》：“尸厥……忽然手足逆冷，肌肤粟起，头面青黑，精神不守，或错言妄语，牙紧口噤，或昏不知人，头旋晕倒，此是卒厥客忤。”治疗急宜针刺人中、十宣，或用醋薰法；再不醒，用苏合香丸调姜汁灌服；亦可用菖蒲末吹鼻中。醒后用调气散、平胃散等煎服。调气散中用白豆蔻、木香、藿香、砂仁等芳香理气之品，共奏开窍辟秽，除湿化浊之功。《太平圣惠方·治尸厥诸方》载：“治尸厥不语，返魂丹方。”方用玳瑁清热平肝解毒；雄黄、麝香芳香辟秽开窍；白芥子温化湿浊；朱砂人心宁神。

推拿疗法，见“厥证”条。

闭证

因风火痰浊壅阻，蒙闭清窍，以致突然昏仆，而有不省人事，牙关紧闭，两手握固，大小便闭等症的危重病证，称为闭证。证名见《医宗必读》。多见于现代医学的脑血管意外、中暑等病。

闭证的病因病机，多因平素多痰，痰盛气阻，蒙闭清窍；或暴怒气逆火盛，肝风鸱张，上蒙包络；或醉饱无度，胃气厥逆，或气逆血瘀，窍络被堵所致。

闭证可见于中风发病过程中，它与中风的鉴别，中风闭证必兼有口眼歪斜，半身不遂等证候，而一般闭证则无。

闭证可见牙关紧闭，两手握固，口噤目张，痰壅气塞，甚至昏仆不省人事等，皆为实证。临床根据热象的有无，分为阳闭、阴闭两类。

（1）阳闭：《医学心悟》称热闭，属里实热证。症见突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，两手握固，身热面赤，便闭气粗，躁扰不宁，舌苔黄腻，脉弦滑而数。由于风火痰热上扰清窍所致。治宜辛凉开窍，清火化痰为主。当先灌服局方至宝丹或安宫牛黄丸急以开窍，继用羚羊角汤煎服。有抽搐者加全蝎、蜈蚣、僵蚕等；痰多加竹沥、天竺黄、胆星、贝母；神志昏糊加菖蒲、远志之类以助开窍化痰功效。若热闭极甚，症兼胸满便秘者，用三化汤攻之。

（2）阴闭：《医学心悟》称冷闭，属里实寒证。症见神昏口噤，牙关紧闭，伴有面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，苔多白腻，脉象沉滑或缓。多由痰浊之邪壅盛，蒙闭清窍而成。治宜辛温开窍，温化痰浊。急用苏合香丸，温水化服，或予鼻饲。并用涤痰汤、导痰汤豁痰开窍。动风者，可加天麻、钩藤、石决明等以平肝熄风。

针灸治疗亦以开窍熄风，清火豁痰为主。选督脉和足厥阴经穴，如百会、水沟、太冲、丰隆、劳宫等，用毫针行泻法；并宜用三棱针在十宣或十二井穴点刺出血。若手足拘挛或抽搐，可加刺曲池、阳陵泉穴。

本证为危重病证，要严密观察，积极抢救，预防窒息、褥疮等发生。

脱证

因阴阳气血津液严重耗损，以致病情突变，阴阳决离的危笃证候，称脱证。以汗出如油，口张目合，手撒尿遗，四肢厥冷，脉象微细欲绝为主症。《临证指南医案·脱》徐灵胎评：“惟阳气骤越，阴阳相离，汗出如油，六脉垂绝，一时急迫之症，方名为脱。”

脱证，《内经》称脱。《类证治裁》称脱症。《医宗必读》称脱证。《侣山堂类辨》称虚脱。《医学实在易》称暴脱。历代根据不同的病机、症状、部位，将本病分成各种不同种类。《内经》以精血津液分类。《灵枢·决气》篇：“精脱者，耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属屈伸不利，色夭，脑髓消，胫痠，耳数鸣；血脱者，色白，夭然不泽，其脉空虚。”《难经》以阴阳分类，把阳气严重耗损而出现幻觉幻视，神志异常，呢喃乱语，或大汗淋漓等症，称“脱阳”；把肝肾阴精过度耗伤而出现失明等症，称“脱阴”。《类证治裁》以部位分类，分上脱、下脱及上下俱脱。《医宗必读》以五脏分类，有心绝、脾绝、肝绝、肾绝、肺绝，即是脱证。

病因病机 《内经》认为是由于精血、津液的外脱所致。《难经》则认为是亡阴、亡阳之变。《类证治裁》认为是由于阳气浮越或阴血下脱所致。《医宗必读》则认为五脏气绝而变生脱证。《侣山堂类辨·阳脱阴脱辨》：“阴阳虚脱，有外因、内因之分，有偏胜、偏绝之别……若夫内因之阴阳，阳生于阴，阴生于阳。阳生于阴者，阳气生于阴精也；阴生于阳者，阴精之生于阳化也。阳化者，阳气化水谷之精微而生此精也。阴阳和合，交相生化，是为平人。如孤阳不生，独阴不长，此阴阳之生机欲绝于内也。”因此，脱证的产生有久病元气虚弱，精气逐渐消耗，阴不

涵阳，阳气浮越发为脱证；若热病伤阴，房劳伤肾，虚损阴液耗伤，产后出血过多以及各种大失血，以致真阴亏损，津液大伤，阳气失其所依而骤然发为脱证；各种急重病证，如中风、失治、误治，正不胜邪；或重证呕吐，泄泻以及施用汗下太过伤正；或由寒厥、气厥发展而来。《医学实在易》卷四："或偶因嗔怒，或偶近房室，或偶然宴饮，偶然劳动，未避风日，遂猝然无知，痰涎壅盛，吐、泻、大喘、大汗等证，与中风无异。"说明脱证可由各种原因所导致。

辨证　本证总属虚证，但有阴阳之别，当先辨阴虚与阳虚。阳虚者为脱阳，阴虚者为脱阴。由于阴阳互生互化，阴病及阳，阳病及阴，故又有阴阳两脱之证。脱证可由闭证转变而来，虚实转化之间，可闭脱互见，皆当辨之。

脱阳：症见汗出淋漓，神志散乱，面色苍白，目合口张，手撒，喘促不续，呼吸微弱，或幻觉幻视，神志异常，呢喃乱语，脉微欲绝，甚则脉伏。

脱阴：症见汗出如油，面色夭然不泽，或两颧色红，虚烦不安，或突然目盲神昏，不省人事，目合口开，手撒肢厥，大小便自遗，舌红或淡，脉细而疾。

阴阳两脱：症见神志似昏似昧，或身热起伏，或虽身热，但颜面苍白，汗出淋漓，四肢欠温，舌红而干，脉细而数。

内闭外脱：症见昏迷，四肢厥逆，面色苍白，脉细数无力，自汗出，伴以惊厥，呼吸急促等。

治疗　《金匮翼·中风统论》："无论有邪无邪，总属脱证。脱则宜固，急在元气也。元气固，然后可以图邪气。"

方药治疗　根据辨证分型治疗。

脱阳：治宜回阳益气固脱为主。急用大剂参附汤峻补。人参用量应倍于附子。如汗多加生黄芪、龙骨、牡蛎、山萸肉、五味子之类，以敛汗固脱。阳脱患者常本于阴虚，脱回之后即须加用阴药。若有阳脱之兆，须先培其阴。《侣山堂类辨·阳脱阴脱辨》："夫阳脱之患，多有本于阴虚。如年老之人，足膝寒冷，此元阳之气渐衰，而欲绝于下，宜用参附、半硫之类，以助生阳；如或因脾胃虚而谷精不生，或人房甚而肾精日损，或忧恐而藏精渐消，或烦劳而精神日耗，以致阴气日衰，而阳将外脱矣。故治未病者，见阴精有亏，乃阳脱之渐，预培养其阴焉。"《临证指南医案·脱》徐灵胎评："阳脱者，非无阳也，乃阳气上越而不肯附于阴也；故欲止其汗，必用阴药以维系之，如真武汤为亡阳之祖方，必重用白芍，此义显然。"

脱阴：治宜滋补阴液，回阳固脱。急用地黄饮子合独参汤救治。或用生脉散加白芍、牡蛎、石斛等，以养阴增液益气固脱。

阴阳两脱：治宜回阳护阴，可用参附汤合生脉散加白芍、炙甘草。病久虚弱，汗多者加黄芪、山萸肉。气虚阳脱甚者，可去人参，改用红参，另煎兑服，则挽救阳脱之力较强。

内闭外脱：治疗要掌握标本缓急和扶正祛邪的原则。宜开闭固脱并用。清心开窍，可选用安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等。豁痰开窍，可用菖蒲郁金汤加丹参、远志。回阳固脱，用四逆汤加减。益气固脱，用参附龙骨牡蛎汤加减。气阴两补，用生脉散加味。

针灸治疗　以回阳救脱，扶正固本为主，选任脉、督脉、手厥阴、足少阴、足阳明等经穴，如水沟、素髎、气海、神阙、关元、内关、中冲、足三里、涌泉等，每次4—6穴。用毫针行补法，并配合灸法。脱阳，大艾柱灸关元、气海、神阙等穴，不计壮数，以肢温汗收，脉起阳回为度。神阙穴还可用隔盐灸法。并可同时针灸内关、足三里。脱阴，选内关、阴郄、膈俞、脾俞、足三里、三阴交等穴，以毫针行补法，并配合灸法。阴阳两脱，选百会、素髎、水沟、气海、关元、内关、足三里、三阴交等穴，以毫针行补法，并配合灸法。内闭外脱，可先取人中强刺，再针足三里、气海以调之。

耳针可选肾、脑、皮质下等穴，用中刺激。

本证是阴阳相离的危重证候，逆变迅速，若非及时抢救，预后差。

咳嗽

因肺气上逆，经喉冲击声门而发出呛声的病证，称为咳嗽。

咳嗽病名见于《内经》。《素问》则有"咳论"专篇。《素问·阴阳应象大论》："秋伤于湿，冬生咳嗽。"《五脏生成》、《咳论》等篇则单称咳。宋以前文献中咳与嗽多同义混称。刘河间将咳嗽分别论述。如《素问病机气宜保命集·咳嗽论》："咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也；嗽是无声而有痰，脾湿动而为痰也；咳嗽谓有痰而有声，盖因伤于肺气，动于脾湿，咳而为嗽也。"《林氏活人录汇编》卷五则谓："嗽为轻，咳为重。"后世一般文献均通称咳嗽。

病因病机　《证治要诀·嗽证》云："咳嗽为病，有自外而入者，有自内而发者。风寒暑湿，外也；七情饥饱，内也。"兹将咳嗽的主要病因病机归纳于下：

外邪侵袭：风寒暑湿燥火六淫之邪犯肺，皆令人咳。尤以风寒燥热致病为多，且多为急性咳嗽。因肺主气，外合皮毛，开窍于鼻，一旦外邪侵袭皮毛或由鼻窍上受，皆令肺失宣降，痰液滋生，壅遏气道，发生咳嗽。《医贯·咳嗽论》："肺为娇脏，畏热、畏寒。"故寒、热犯肺，皆生咳嗽。风邪轻扬犯上，最易挟寒、热、湿等邪，伤肺作咳。暑为阳邪，暑热乘肺则为暑咳。燥司秋令，初秋暑热未消，邪为温燥，深秋霜露已重，邪为凉燥，故燥咳亦多挟寒热二气。其他如误吸烟尘秽浊之气，也可犯肺致咳。

脏腑功能失调：肺为脏腑之华盖，肺虚日久或其他脏腑之病累及于肺，均能成咳，且多为慢性咳嗽（《素问·咳论》名为"久咳"）。如肺气不足，肃降无权；肺阴亏耗失去清润，皆令肺气逆上作咳。故《诸病源候论·久咳逆候》云："久咳嗽者，是肺极虚故也。"

脾虚失运则精微不化，痰湿内生，上壅于肺，况脾气虚衰，肺气亦馁，致成咳嗽。《素问病机气宜保命集·咳嗽

论》:"湿病痰饮入胃,留之而不行,止入于肺,则为咳嗽。"若中阳不足,寒饮入胃,上逆于肺;或嗜酒及辛辣燥热之品,灼津炼痰追肺而咳。

肝脉布胁肋,上注于肺,肝火灼肺,炼液为痰,阻碍肃降,引起咳嗽。《症因脉治·内伤咳嗽》:"木气拂郁,肝火时动,火盛刑金,则为喘咳;或肝经少血,肝气亏损,则木燥火生,亦为喘咳。"

肺为气之主,肾为气之源。若肾真亏损,气失摄纳,则上逆为咳嗽气短。《医学入门·咳嗽》:"肾为气脏,咳嗽动引百骸,自觉气从脐下逆奔而上者,乃肾虚气不归元。"

总之,如《医学三字经·咳嗽》所说:"《内经》云:'五脏六腑皆令人咳,非独肺也'。然肺为气之主,诸气上逆于肺则呛而咳,是咳嗽不止于肺,而亦不离于肺也。"

咳嗽名目繁多,分类法亦颇复杂,通常有以下几种:①依病因分类:属外感咳嗽者,有风咳、寒咳、伤湿咳、伤暑咳、燥咳、热咳(即火咳)、时气咳等。②属内伤咳嗽者:主要有气嗽、瘀血嗽、痰嗽、食嗽、饮气嗽(即水咳)、醋呛而嗽、食咸哮嗽、虚劳咳嗽、疰嗽等。③《素问·咳论》按发病脏腑分类:有肺咳、心咳、肝咳、脾咳、肾咳、大肠咳、小肠咳、胆咳、胃咳、膀胱咳、三焦咳、厥阴咳等。④按咳嗽时间分类:有卒咳嗽、久咳嗽、早晨嗽、上半日嗽、午后嗽、黄昏嗽、夜嗽、夜半嗽、五更嗽等。⑤按咳嗽的形式和主要兼证分类:有干咳、涎嗽、喘咳、哑嗽、呷嗽、支咳、痹嗽、顿咳等。以上咳嗽的分类方法虽不一致,但临证时必须互勘。而其要领则在于辨别内伤、外感。故《景岳全书·杂证谟·咳嗽》说:"咳嗽之要,止唯二证。何为二证,一曰外感,一曰内伤而尽之矣。"

妇女妊娠咳嗽称为子嗽。产后发生者,称产后咳嗽。

小儿经久不愈的阵发性、痉挛性咳嗽称为百日咳,又名顿咳、顿呛、鹭鹚咳、鸡咳等。百日内婴儿咳嗽,称胎嗽、乳嗽。

辨证 首先要辨外感、内伤、新久、虚实。一般说,外感新咳,病从卒起实证较多,常有相应的外感症状或明显的时令联系。内伤久嗽,虚证较多,而兼有脏腑亏损症状。外感邪袭口鼻,皮毛,内合于肺者,咳嗽多兼表证;伤风咳则兼鼻塞声重,恶风,咽痒,脉浮;伤寒咳则兼形寒怯冷,遇寒即发,或头身痛,脉紧;伤暑咳则兼烦热,渴饮,口燥,咽干,痰稠粘难咯或吐沫音哑,脉洪或数;伤湿咳则兼身体沉重,头昏如蒙,小便短涩,脉濡;伤燥咳则咽燥,痰少,干咳鼻燥或痰中带血。凡外感咳嗽,病在肺本脏。内伤咳嗽,则诸脏先伤,后传及肺。痰嗽湿阻脾胃,痰多作咳,痰出咳差,胸脯多满,饮食不佳。饮咳水气射肺,痰稀心悸,甚则气喘,面浮肢肿;食咳则胃气失度,嗳腐吞酸,久咳嗽则连滞岁月经久不差,多属虚证。脾虚咳嗽则痰多食少,大便溏泻,肢体疲乏;肾虚嗽则气不摄纳,自觉气从脐下逆奔而上,动引百骸;肝火咳面红,口苦咽干,咳引胁痛;肺气虚嗽则气促音低,自汗畏风,舌淡脉弱;肺阴虚嗽则干咳潮热,咽干少痰,两颧发赤,掌心灼热,舌红少苔,脉细数。气嗽气机涩滞,胸闷气急,痰粘咽梗;血嗽痰阻肺络,喉中常有腥气,或左右一边眠不得。五脏六腑诸咳,各俱本证。

总之,咳嗽之辨证要点,一为辨外感、内伤;二辨咳嗽声音及证作时间,如咳声高扬属实,咳声低弱属虚;冬令咳嗽每多兼寒,秋令咳嗽每多因燥;朝咳剧而声重浊,多见痰饮,夜咳剧而气难续,常为肾虚。三辨痰质色,痰稠多属燥热,阴虚;痰稀,多为寒湿,阳虚;痰白多湿;痰黄多热;痰中带血,多属阴虚燥热伤络。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 外感咳嗽,宜轻疏表散,感寒邪宜辛温宣解;感热邪宜轻清宣上;感燥热宜清润疏肺;感湿邪宜燥湿宣肺;感风致嗽多挟有寒、热、燥、湿之邪,治参上法;六气化火,必成内热,火灼肺金者宜清肺泄热。六气夹杂,而表证不著,或余邪未清,内兼痰浊,肺失肃降者,宜温凉并用,止嗽化痰。

凡内伤、脏腑失调、累肺成咳者,当区别发病脏腑的不同病机而辨证施治,肺气虚宜补肺益气;肺阴虚宜补肺养阴;脾气虚,肺失所主者宜甘温扶脾;胃阴虚,肺失濡润者,宜甘凉养胃;肝火凌金者宜肃肺平肝;肾虚不能摄气者,宜摄纳肾气;痰湿内阻,肺气不利者,宜化痰理肺。

大体上,外感咳嗽多兼表证,宜疏肺祛邪,邪去则病已,内伤咳嗽,则不可只治其肺,宜详察病机,兼治诸脏。《医宗必读》:"大抵治表者药不宜静,……故忌寒凉收敛;……治内者药不宜动,……故忌辛香燥热。"妊娠咳嗽,凡降气、化痰、滑利之药,须当慎用,以免滑胎。此为咳嗽的一般治法宜忌。

治咳嗽又要注意新、久、虚、实。新咳多实,久嗽多虚。邪实宜轻疏,取轻清上浮,轻可去实之意。治外感咳嗽,又要顺应四时气候。如《类证治裁·咳嗽》所谓:"春季咳,木气升也,治宜兼降;夏季咳,火气炎也,治宜兼凉;秋季咳,燥火乘金也,治宜清润;冬季咳,风寒侵肺也,治宜温散。"

咳嗽有因咳而有痰致咳的区别,其治疗各有侧重,《明医杂著·咳嗽》:"因咳而有痰者,咳为重,……因痰而致咳者,痰为重,……。"这是对咳痰的处理原则。有痰须治痰,痰去则咳瘥,所以化痰也是咳嗽治法中的重点之一。具体治法:湿痰质薄量多,宜燥化;热痰质稠量少,宜清化;燥痰粘而胶滞,宜润化;风痰色青多泡沫,宜疏散;饮痰、寒痰清稀如水,宜温化;郁痰粘块凝滞,宜开郁。因虚生痰,治重补虚以化之。肺虚宜保肺滋液;脾虚宜培土燥湿;肾虚宜补肾纳气。对无痰之咳,《医学入门·咳嗽》认为新咳"无痰者,便是火热,只宜清之",久咳"无痰者,清金降火;盖外感久则郁热,内伤久则火炎,俱宜开郁润燥"。

一般来说,外感咳嗽,病从新得,发病虽急,病根犹浅,治若得宜,奏效较快;内伤咳嗽,病因脏气失调,病势较深,多呈慢性反覆发作,疗效较缓。或因诸证伴发咳

嗽，则不可见嗽治嗽，应互参其病因、症候，衡量其轻重缓急，进行综合治疗。

针灸疗法 （1）通治法：咳嗽属于肺脏病变，治宜宣肃肺气，多选手太阴经和胸背部腧穴，如膻中、中府、肺俞、风门、脾俞、肝俞、身柱、天突、库房、尺泽、列缺、鱼际、太渊、经渠、合谷和复溜等，每次3—5穴。主要用毫针行泻法。

（2）辨证论治：属风寒者，治宜疏风散寒宣肺，选大椎、风门、天突、太渊或肺俞、膏肓、灵台、至阳和合谷等穴。用毫针行泻法，同时可配合灸法。

属风热者，治宜疏风宣肺清热，选肺俞、膻中、尺泽、合谷、少商、太溪或上星、孔最、鱼际、商阳等穴。用毫针行泻法。

属风燥者，治宜疏风清热润燥，选大椎、大杼、尺泽、鱼际和复溜等穴。用毫针行泻法，不灸。

属肺虚者，治宜补肺益气，可针灸并用。如气阴两虚，治宜补肺益气养阴，用毫针行补法。选膏肓、膻中、关元、经渠、三阴交或肺俞、中府、太渊、足三里、太溪等穴。

属肝火者，治宜清肺平肝泻火，选天突、肩井、肝俞、尺泽和行间等穴。用毫针行泻法，不灸。

属痰湿者，治宜健脾燥湿化痰，选肺俞、脾俞、胃俞、膻中、阴陵泉或中脘、太渊、足三里、三阴交等穴。用毫针行泻法，配合灸法。

（3）其他治法：尚有皮肤针法、腧穴贴药法等。

皮肤针法：适用于急性支气管炎。一般常选颈部（颈5—7）、胸部、背腰部两侧进行刺激。发热，咳嗽，痰多者，可于胸椎1—5两侧施以重刺激，每日治疗一次。

腧穴贴药法：常用白芥子21克，元胡21克，细辛12克，甘遂12克，共为细末，以生姜汁调成膏状，在夏季伏天用膏药贴于双侧肺俞、心俞和膈俞1—3小时，如感到贴药处发热，即应去药，否则局部起泡。每10天贴药一次，连续3次，以连续治疗3年效果为佳。

推拿疗法 外感风邪咳嗽，以一指禅推法推风池、风府、风门、肺俞诸穴；接着推印堂、阳白、太阳、头维至百会穴，往返3—5次；然后抹印堂至太阳，再由太阳经头维至风池穴；最后按百会，拿风池、风府、肩井、曲池、合谷诸穴，并揉天突、膻中、肺俞穴。小儿外感咳嗽：①清脾经100次，补脾经200次，清肝经250次，清心经150次，清肺经300次，补肾经100次，推大肠100次，揉外劳50次，推三关50次，推六腑50次，推揉膻中150次，揉中脘100次，推揉擦肺俞发红，按肩井2—3次。②开天门30次，运太阳30次，运耳后高骨30次，运八卦300次，分阴阳200次，揉二扇门100次，推揉膻中50次，揉肺俞100次，按肩井5次。③清肺经300次，推肺俞150次，顺运内八卦100次，摩螺丝穴100次。风寒者，加推三关50次，推二扇门50次，拿肩井穴10次。风热者，加推六腑50次。胸闷气急，加分推膻中100次。小儿内伤咳嗽：①补脾经250次，清肝经200次，清心经100次，清肺经100次，补肺经300次，补肾经150次，推大肠50次，揉外劳100次，推后溪50次，推揉膻中150次，揉中脘200次，推揉擦肺俞发红，按肩井2—3次。每日推一次，5次为一疗程。②分阴阳300次，运八卦300次，推脾经300次，推肺经300次，补肾经200次，掐二人上马200次，按弦搓摩100次，天门入虎口100次，推揉膻中50次，揉肺俞100次。小儿顿咳：①清脾经300次，补脾经150次，清肝经300次，清心经250次，清肺经400次，补肾经200次，推大肠100次，推后溪150次，揉外劳100次，推六腑100次，推三关50次，推揉膻中150次，揉中脘200次，推揉擦肺俞发红，按肩井2—3次。②清肺经300次，清胃200次，揉小天心200次，揉一窝风100次，运八卦300次，推天柱骨300次，推揉膻中50次，挤捏天突，以局部有轻度淤血为度。如阵咳显著减轻，回吼声亦渐消失，咳时已不呕吐，则改用健脾润肺，益气养阴，化痰止咳：补脾经350次，清心经200次，清肺经200次，补肺经400次，补肾经300次，推大肠100次，推后溪120次，揉外劳100次，推揉膻中100次，揉中脘150次，推擦揉肺俞发红，按肩井2—3次。

气功疗法 （1）外感风寒咳嗽：可用：①先以鼻深吸气，觉气到丹田后，乃闭口一咳；还复以鼻深吸气，开口一咳。②转头向后看，倒看。闭气不息7次。

（2）外感风热咳嗽：可用：①先行"保健功"，稍息片刻，调气令和，以鼻微引长气，然后呼之，呼时默念"呬"字；大"呬"36遍，细"呬"24遍，乃止。②伸足坐于席上，双手拇指掐在四指根上，用四指着力撑起臀部，并低头躬身向前；续以两手向前扳脚尖3次；复以两手掐在四指根上，用四指着力席上，撑着身体，仰头向后，叩齿、搅海、咽津（须汩汩有声）。如此一躬一仰咽津，凡24度，静养片时收功。

（3）燥邪伤肺，干咳少痰：可用：①每日丑寅时，正坐、转头向左右牵引侧视35次，再反两手捶背35次，继行吐纳法，叩齿咽津，②每日子丑时，平坐，伸两足，拳两手按于膝上；次将上身极力向左右反侧各15次；继行吐纳法，叩齿咽津。

（4）脾虚痰嗽者：可按"却病延年法"进行锻炼，以及按"老人导引法"结合"六字诀"于呼气时默念"呬"字进行锻炼。

（5）肝火犯肺，肺热津亏咳嗽者：①先左右导引360遍，次大"呵"30遍，细"呵"30遍。②先左右导引360遍；次默念"呵"字呼气。呼气次数，按时刻增减：夜半后81次，鸡鸣时72次，平旦62次，日出54次，辰时45次，巳时36次。③端正立定，两手向后，交叉两手，以手背抵着腰部，向上急势振摇臂肘，上下来去72遍。④伸足坐于席上，将两手掌用力撑起上身，低头躬身，使头额触碰足尖3次，恢复原位。再躬再起凡24回。叩齿咽津，直下幽阙（即脐中），次存想气汇肾俞、命门，送至尾闾，凡12回。又或静坐，意引肾水浇灌肺火，使肺得水润。

（6）肺肾阴虚干咳之证：可行"练精法"，即于早上未

起床时,叩齿27遍,再行鼓漱,令津满口,然后吞之。

简易方 (1)枇杷叶、杏仁、紫苏叶,水煎服,每日三次。用于新感咳嗽(《实用中医内科学》)。

(2)矮地茶、桑叶、水煎服,每日三次。用于风热咳嗽(《实用中医内科学》)。

(3)桑叶、枇杷叶、麦冬、水煎服,每日三次。用于燥热咳嗽(《实用中医内科学》)。

(4)百部根捣自然汁,和蜜等分,沸汤煎膏噙咽,可治暴咳、久咳(《本草纲目·百部》)。

(5)川贝、梨汁,冰糖,加水煎服。适用于阴虚咳嗽(《实用中医内科学》)。

食疗方 (1)竹沥粥:粳米煮粥成后,加入竹沥一支,拌和食之。治痰热咳嗽(《寿世青编》)。

(2)蕺菜(鱼腥草)不拘多少,洗净,切。冷拌或炒食皆可。治痰热壅肺咳嗽(《本草纲目》)。

(3)干百合二份,蜂蜜三份,共在沸水上蒸约1小时,趁热拌和,冷后贮于罐中,早晚服用。有润肺止咳之功(《太平圣惠方》)。

(4)枇杷叶,以蜜水涂炙,布包,与粳米共煮成粥,去叶食粥。有清降肺火、止咳化痰之效(《老老恒言》)。

(5)海蜇二份,鲜荸荠一份(去皮),洗净,切,入锅中,加水适量,小火煮约1小时后,分次服用。治阴虚咳嗽(《方选注》)。

预防 四时起居要注意顺应气候,谨慎风寒,调适饮食,戒酒烟,并参加适当的体力劳动与体育锻炼,以增强体质,提高抗病能力,内伤久咳患者,在缓解期间,应注意补虚固本,防止复发。

咳嗽失治、误治,可变生他病。如肺痿、肺痈、痰饮、劳瘵、哮喘、咳血、失音等证。

风咳

因感受风邪所致咳嗽,伴见恶风发热,鼻流清涕,声重喉痒,脉浮的病证,称为风咳。证名出《诸病源候论》。《三因极一病证方论》称伤风咳。《济生方》称伤风咳嗽。《儒门事亲》称风乘肺咳。

风咳病因为风邪伤肺。风性轻扬,易犯上焦,多袭口鼻,或伤皮毛,邪合于肺,引起咳嗽。风性善行数变,最易兼挟寒、暑、湿、热诸邪,所以四季均有风咳。凡肺气素虚者,易患风咳,风咳有内在因素,《明医杂著·咳嗽》:"肺气虚则腠理不密,风邪易入。"临床上辨证施治可分为以下几方面:

伤风咳嗽:见《济生方》。症见憎寒,发热,自汗,恶风,流涕,鼻塞或兼见头痛,口干,烦躁,痰壅,声哑,脉浮缓。风邪外感,肺失宣肃。治宜疏风,宣肺,止咳。方用消风百解散,或苏子杏仁汤加减。

另有一种虚伤风证,《医学真传·咳嗽》:"伤风咳嗽初起,便服清散药,不能取效者,此为虚伤风也……又有冬时肾气不足,水不生木,致肝气内虚,洞涕不收,鼻窍不利,亦为虚伤风。"治宜扶正托邪,以求渐解,最忌寒凉发散。气虚的可用补中益气汤、玉屏风散加减。肾虚的可用金水六君煎或益阴去邪汤。

风寒咳嗽:见《景岳全书·杂病谟》。症见恶寒,或寒热无汗,鼻塞流涕,声重痰稀,或兼头痛,骨节疫楚,舌苔薄白,脉浮。时际冬、春,或非时暴冷,故风多夹寒,治宜疏风,散寒,宣肺。方用金沸草散、芎苏散加减。风寒咳嗽,咯痰不爽者,宜止嗽散。

若痰多气逆,可用六安煎。声重咽痛,可用五拗汤。风寒束肺,敛肺上逆,咳喘,倚息不得卧,背寒则嗽甚,可用小青龙汤、桂苓五味甘草汤加减。

风热咳嗽:又称风温嗽。见《类证治裁》。症见身热,汗出,恶风,口渴,咽痛,痰稠,涕黄,苔薄,脉浮数。治宜疏风,清热,宣肺。因节交春暖,风挟温邪者,宜桑菊饮。因肺家伏热,外被风邪束表,热不得泄所致者,加减泻白散。

肺风:是肺侵风邪也。出《内经》。《素问·风论》:"以秋庚辛中于邪者为肺风。……肺风之状,多汗恶风,色皏然白,时咳短气,昼日则差,暮则甚,诊在眉上,其色白。"

《儒门事亲·嗽分六气毋拘以寒述》认为:"肺风……亦风咳"也。根据《内经》所述,肺风即发于秋季之风咳。证治互参伤风咳嗽。

劳风:是劳汗当风而伤肾也。出《内经》。《素问·评热病论》:"劳风法在肺下,其为病也,使人强上冥视,唾出若涕,恶风而振寒,此为劳风……咳出青黄涕,其状如脓,大如弹丸,从口中若鼻中出,不出则伤肺,伤肺则死也。"《儒门事亲·嗽分六气毋拘以寒述》认为:"劳风……亦风咳也。"

劳风病因,《张氏医通·咳嗽》谓"夫人劳力则肺气胀满,俞穴大开而汗泄,斯时感冒,风邪乘其俞穴之开,直入肺下,少顷俞穴仍闭,其邪有入无出,郁闭不通,而生痰聚饮,流入膺、胸、肩、背经络窍隧之中"所致。症见痰涎盛多,喉中不利,涕唾稠粘,嗌塞吐逆,不思饮食,或时昏愦。治宜宣邪肃肺,化痰利窍。用人参、赤茯苓、白矾、半夏、白附子、南星、枳壳、桑白皮为末,生姜自然汁打糊为丸,如梧子大,每服20丸,姜汤送下。

针灸治疗,风寒咳嗽可选大椎、风门、天突、太渊或肺俞、膏肓、灵台、至阳、合谷等穴。用毫针行泻法,同时可配合灸法。属风热者,可选肺俞、膻中、尺泽、合谷、少商、太溪或上星、孔最、鱼际、商阳等穴。用毫针行泻法。

推拿、气功等其他疗法,见"咳嗽"条。

寒咳

咳嗽而伴有痰清色白、带泡沫,面白等特征的病证,称为寒咳。证名出《诸病源候论》。《外台秘要》称冷嗽。《仁斋直指方》称伤冷嗽。《三因极一病证方论》称伤寒嗽。《太平惠民和剂局方》称寒嗽。《儒门事亲》称寒乘肺咳。

寒咳冬季多发，其他季节间或有之。每因骤感风寒，邪袭皮毛，内合于肺，清肃之令不行，发为咳嗽。《症因脉治·伤寒咳嗽》："伤寒咳嗽之因时令寒邪，外袭皮毛，内入于肺，不得外伸。"寒为杀厉阴邪，多伤阳气。阳虚气弱之人，易于感受。

伤寒咳嗽：见《圣济总录》。症见恶寒无汗，或身发热，鼻流清涕，痰稀带沫。因外感束表，肺失宣疏。治宜解表，散寒，疏肺。方用麻黄杏仁汤，或杏子汤加减。

形寒饮冷咳嗽：见《张氏医通》。即外感寒邪，内伤冷饮，内外合邪，发生咳嗽。《备急千金要方·肺脏脉论》："形寒寒饮则伤肺，以其两寒相感，中外皆伤，故气逆而上行。"症见恶寒发热，咳嗽，骨节酸痛，痰白而稀，胃脘冷痛，大便溏薄，脉濡细或浮滑。治宜散寒温中。方用麻黄杏仁汤合胡椒理中丸加减。若里虚中寒较甚，腹痛，脉弦，宜小建中汤加桔梗以提肺气；寒热自汗者加黄芪温中固表。

寒包热咳：又称寒喧，见《医学入门》。症见风寒束肺表证外，多兼音哑、哮喘、目赤肿痛、牙龈咽喉肿痛、脉浮数等。因素体肺热，又感新凉而致。治宜解表祛寒，兼清内热。方用三拗汤加黄芩、知母，或桔苏散去白术、五味。热闭作喘可用麻杏石甘汤。咽痛可用桔梗汤加荆芥、苏叶、杏仁等。寒包热咳不及时解表，则表邪郁而化热，可致肺痈，咳血。若专用凉药，抑遏表邪，可使咳嗽不已。

支咳：见《诸病源候论》。症见咳而心下坚满痞痛。因寒邪水饮积于心下，逆上射肺所致。《诸病源候论·咳嗽候》："支咳，心下硬满，咳则引痛，其脉反迟是也。"治法，水停心下者，可用十枣汤逐水。若水饮内阻，阳气不达于四肢，心下坚满，咳则肢痛，可用《千金》治咳嗽胸胁支满，"多唾上气三方"之蜀椒、干姜、吴萸、款冬花、紫菀、杏仁、细辛、矾石、菖蒲、皂荚、姜汁等药。

此外，《诸病源候论·咳嗽候》："寒咳，饮冷食寒人注胃，从肺脉上气，内外合，因之而咳。"《备急千金要方·咳嗽》："饮冷食寒，因之而咳，谓之寒咳。"皆是指饮冷所致的咳嗽。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"咳嗽"条。

暑咳

因感受暑邪而致的咳嗽，称暑咳。常兼见身热，口渴，气急，倦怠，少气，痰少，或有少量痰沫，胸胁闷痛等症，脉多濡滑而数。证名见《儒门事亲》。《三因极一病证方论》称伤暑咳。《素问病机气宜保命集》称热痰嗽。《医学入门》称暑乘肺咳。《心印绀珠经》称暑嗽、暑热蒸嗽。

暑咳的病因是由于外感夏令暑热。《时病论·暑咳》："暑咳之为病，独在暑月也。"暑为热邪，易伤肺气，故暑证常兼咳嗽；暑多挟湿，故暑湿之咳，也不少见；阴暑寒气，滞胃袭肺，亦多作咳。

伤暑咳嗽：见《症因脉治》。症见身热、烦渴、心烦、咳嗽痰少、溲赤、脉浮数或洪大。治先轻清解暑。方用鸡苏散加杏仁、桔梗，兼热痰可合清宣金脏法。暑入阳明，表里俱热，可用麻杏石甘汤。气分热炽，可用石膏知母汤，或泻白益元散，以清热肃肺。暑盛伤气，脉虚或大或芤，可用白虎加人参汤，以清热益气。如暑月热伤元气，气短倦怠，口渴多汗，肺虚而咳者，宜用生脉散，以敛津益气。

若内伏暑热，外感表寒，可用羌活泻白散，先解表邪，后用家秘泻白散，以清肃里热。

暑湿咳嗽：见《症因脉治》。症见身热，倦怠，体重身楚，自汗，心烦，胸满，咳嗽痰多，气促，便溏，溲短。病因长夏暑湿熏蒸，阻胃伤肺。治宜解暑化湿。方用香薷饮加减；内热甚加黄连；湿痰多者，可合加味二陈汤。暑湿郁伤元气，或气虚伤暑，可用清暑益气汤加减。

暑咳邪去气伤者，宜补中益气汤加淮山药、五味子以养元气。气津伤耗者，宜王氏清暑益气汤以育阴生津。

另有一种夏令纳凉饮冷太过，寒湿滞胃注肺，症见咳嗽痰多清涎，畏寒，发热，口淡，肢冷，或呕吐泄泻者，治宜温中散寒利肺。可用大顺散加减。这实际上是暑月受寒成咳。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"咳嗽"条。

燥咳

干咳无痰，或痰少粘稠，咯出不爽，鼻燥咽干，气梗不利，咳甚则胸胁痛，形寒发热，称为燥咳。多因肺燥津亏或外感燥邪所致。证名出《儒门事亲》，又称燥乘肺咳。《症因脉治》称伤燥咳嗽。《心印绀珠经》称燥嗽。《林氏活人录汇编》名肺燥咳嗽。

燥咳的病因是由于肺虚液少，节交秋令，燥气刑金。《医门法律·咳嗽续论》："秋冬多燥病者，秋分以后，天气不降，地气不升，二气分而燥呈其象，草黄木落，山巅水枯，人身应之，燥病见焉。然则咳嗽之为伤燥，岂不明哉。"夫燥有凉燥、温燥。凉燥成咳发于秋深冬初，谓之"次寒"，治疗见"寒咳"条，宜予温润；温燥成咳，发于秋初，邪挟火气，易伤肺，胃阴虚之体，治宜结合清润。

伤燥咳嗽：见《症因脉治》。症见干咳、痰少难咯、或带血缕、或喘急、口干、唇焦、烦热、苔燥、脉弦。初起燥气乘肺，可兼见寒热。因肺液不足，天时燥熯，清肃濡润无权所致。治宜清宣润燥。方用桑杏汤或门冬饮子。燥挟痰火，可用桔梗汤加川贝、玉竹、蜜炙枇叶，以清润化痰。燥甚伤阴，可用清燥救肺汤，或沙参麦门冬汤，以清火救阴。

风温化燥呛咳：见《类证治裁》。症见身热，咳呛，烦渴，咽干而痛，痰少难出。由风温不解，邪从燥化，肺失清肃而致。治宜润燥清肺，方用麦门冬汤去半夏，加玉竹、沙参、杏仁、贝母。

燥痰干咳：见《东医宝鉴》。症见干咳痰粘涩少，口燥、咽干、便结。甚则咯唾血丝，成为劳嗽。病因燥火内

热，肺失濡润。治宜润燥、化痰、养肺。方用润肺丸，或玄霜雪梨膏。用青黛、贝母、瓜蒌、萝卜汁以清热化痰；梨汁、生地汁、藕汁、麦冬、茅根汁等润燥养肺。

至于燥气化火，水不涵木，火熘津燥之证，见“热咳”条。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

热咳

因热灼肺经所致咳嗽，而见痰厚色黄，稠粘难咯，或带血丝、鼻出热气，面赤心烦的病证，称为热咳。证名见《儒门事亲》，又称火咳、火乘肺咳。《外台秘要》称热咳。《类证治裁》称火嗽。

热咳的病因病机，凡外感六淫，久郁化火；素体阳亢，积热在内；或因五志过极，火起诸脏，均能灼肺作咳。《丹溪心法附余·咳嗽》：“世人徒知肺主皮毛，外感风寒为寒，殊不知传里郁久变为热也，况肺为华盖，而五脏六腑，火自内起，薰蒸焚灼作咳嗽者，亦良多矣。”

热咳有虚有实，外感久而郁热，实证较多；内伤火炎则虚实淆杂。治法不论内伤、外感，总宜清肺泄热，开郁润燥，再针对不同病因，结合疏风、利湿、化痰、滋水诸法，才能切合病机。

伤热咳嗽：见《症因脉治》，又称热痰嗽。症见咽喉干痛，面赤，潮热，夜卧不宁，吐痰黄浊，或带血腥臭，烦躁引饮，苔黄带糙，脉洪数。病因夏季炎热，或时应寒而反温，应凉而反热，皆能伤肺作咳。治宜清金泄热。方用葳蕤汤，或加减葳蕤汤。甚者用清咽宁肺汤加减。若秋深伤热而洒淅恶寒发热者，多兼燥气，可用《千金》麦门冬汤。热燥渴甚，可以雪梨浆或五汁饮，以甘寒救液。

六淫夹火热嗽：《张氏医通·咳嗽》认为：“咳嗽外感，六气郁而成火，必六淫相合……。”故六淫夹热之嗽甚多。若先伤风咳未除，更伤于热，咳嗽声嘶者，为热包寒咳，见《张氏医通》。用金沸草散去芍药加石膏，以散寒清热，或去麻黄、半夏，加薄荷、枇杷叶、五味子、杏仁、桑白皮、知母、茯苓、桔梗(见“寒咳”条)。风寒郁热夜咳，见《医学入门》。用三拗汤加知母、黄芩以宣肺清热。伤湿热咳，见《症因脉治》。用桑白皮、石膏、黄柏、苍术、滑石、甘草等兼利湿热，清热润燥。伤燥火咳，见《张氏医通》。症见无寒热但嗽，痰不得出，极力咯之，乃得一丝粘痰，可用《千金》五味子汤以润燥清热，或四汁膏、五汁饮，以生津清热。暑热咳，可用辰砂六一散。

火郁嗽：见《丹溪心法》。症见咳嗽，咯痰不畅，痰黄而粘，面赤，苔剥舌质红，脉数，或有痰血。因痰郁火邪在中，久则肾水焦枯、邪火独炽而致。此证不得志者多有之，不治则成劳。治宜先开郁行痰。方用诃黎勒丸，或诃子青黛丸。继则滋肾补阴，用开郁丸。

积热咳嗽：见《症因脉治》。症见胃脘灼热，嗳气热臭，或有齿痛，咳嗽痰少，或干咳无痰，苔薄白腻而乏津，脉滑数。因膏粱积热，酒客豪饮，热聚中焦，肺被火刑而致。治宜清泄肺胃。方用二母宁嗽汤。

上半日嗽：出《丹溪心法》。又称午前嗽。多属胃中有火，可用竹叶石膏汤降泄之。便闭喘渴痰稠者，可用凉膈散。

热嗽兼证：咳嗽音哑，称为哑嗽，见《类证治裁》。当分新、久为治。新嗽音哑，多因邪闭肺络，火郁于肺，金实不鸣。治宜清热宣肺，用桔梗汤加减。

久嗽音哑，多因真阴受损，金破不鸣，治宜清润补虚。其中血虚受热者，可用青黛、蛤粉为末，蜜丸噙化。肺脏虚损者，宜补肺养阴，用生脉散加减。心包火盛刑金，气促满闷，语音不出者，宜清热通肺窍，用通声膏，或《千金》地黄煎。

热咳兼痰，可用清火止嗽汤，或清咽泻白散，以清热化痰。热咳便秘，可用凉膈散，或凉膈白虎汤，以清热泻下。

热伤肺阴者可用清咽滋肺汤；并伤肺、胃阴分，可用竹叶石膏汤，以清热滋阴；水亏于下，火烁肺阴，可用清火宁肺汤，以存水清热。火盛烦躁加龟甲；肾虚精涸加熟地。

五脏内伤虚热咳嗽，见“虚咳”条。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

食咳

咳嗽而见胸脘满闷，或痞硬腹痛，纳少，嗳腐吞酸，舌苔厚腻的病证，称为食咳。证名见《医学入门》。《症因脉治》称食积咳嗽，又称积痰咳嗽。《医宗必读》称食积痰嗽。

食咳的病因，《明医杂著·咳嗽》：“食积生痰，痰气上升，以致咳嗽。”治法“只治其痰，消其积，而咳自止，不必用肺药以治咳也。”但由于饮食所伤不同，治也互异。

食积咳嗽：见《症因脉治》。症见痰多，胸脘痞闷，饱满，疼痛拒按，吞酸嗳腐，饮食不思，或便秘，舌苔浊腻。因食积滞胃，生痰壅肺而致。治宜消食导滞，化痰止嗽。方用二陈平胃散，或三子养亲汤。若伤煎炒热物，以致肺火上升。可用瓜蒌丸加黄连、山栀、枳壳、桔梗，或二补丸加知母、贝母等。食积甚加神曲、谷麦芽、鸡内金等；气滞者加香附、枳壳等。

饮冷咳嗽：《医宗必读》称饮冷致嗽。《杂病广要》称伤冷咳嗽。症见痰涎稀冷如沫，甚或胃胁逆满，牵引背痛，心腹冷痛，畏寒肢冷，呼吸气冷，饮食即呕。其咳昼静夜剧，得温即止，遇寒即发。病因中气本虚，复伤生冷，寒气注胃，上逆于肺，肺胃皆寒而致。治宜温肺、暖胃、散寒。暖胃散寒用治中汤或丁香半夏丸；温肺散寒可用温肺散。挟寒气不利者，可用华佗五嗽丸。若夏月伤生冷嗽可用四顺散加减。若因伤寒误服凉药，冷遏肺气，可用五膈散。《医学入门·咳嗽》：“伤生冷，以致肺胃不清、暖

酸吐泻、恶风寒者，五积散、理中汤、异功散，或温胃化痰丸加减。《杂病源流犀烛》以为过服寒凉，脾胃受伤，寒水挟木势而上侵肺胃，致嗽发更甚，当急补土母，宜八味丸或六君子汤加炮附，若进寒凉，必致危殆。又有饮冷热酒，或饮冷水，伤肺致嗽，俗谓之凑肺，宜紫菀茸汤。

酒客嗽：见《外台秘要》。《杂病源流犀烛》称酒嗽。因极饮过度，或冷热兼饮，酒性湿热，久饮伤胃，其气结聚不流，而成湿痰咳嗽，嗽久热伤肺气或致吐血。证治参见"湿嗽"、"痰嗽"条。或用瓜蒌青黛丸、瓜萎杏连丸、蜂姜丸。如痰多唾血，喘急胁痛，不得卧者，用改定紫菀茸汤、化痰丸等。

涎嗽：见《儒门事亲》。因饮食厚味酿痰所致，但多发于富贵闲逸太过之人。《儒门事亲·一切涎嗽》："富贵之人，一切涎嗽，是饮食厚味，热痰之致然也。"宜先用独圣散吐之，然后以人参散，每服二钱，以扶正清利，化痰化嗽，或防风通圣散加半夏。若因水饮停肺所致者，如《医门法律·痰饮门》称："水在肺，吐涎沫，欲饮水。缘肺主气，行荣卫，布津液，水邪入之，则塞其气道，气凝则液聚，变成涎沫，失其清肃。"宜用化涎散。如因于饮食厚味而致积湿蕴热阻塞肺气者，诊治见"热咳"条。此外，《医宗必读》的醋呛咳嗽，《证治准绳》称吃酸呛喉咳嗽，治用甘胆丸。用甘草二两，去赤皮，作二寸段，中半劈开，猪胆汁五枚，浸三日，取出，火上炙干，为细末，炼蜜丸，每服 40 丸，清茶吞下，临卧服。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"咳嗽"条。

虚咳

泛指脏腑虚损所造成的久咳，称虚咳。如五劳虚咳等，其中又以"肺之元气自虚而自病"(见《林氏活人录汇编》)更为常见；或指肺痨咳嗽，如劳嗽、疰嗽等。两者定义，广狭有殊，病因、治法不尽一致，但古代多将两者混称为虚劳咳嗽。其咳声怯而槁，先急后缓，或早甚，或暮甚，清痰少气而喘乏。

虚劳咳嗽，出《诸病源候论》。《世医得效方》称劳嗽。《医学入门》称五劳虚咳。

虚咳多因脏腑虚损，精气不足，肺金失养，而致清肃之令不行，久咳不愈，属因虚而咳。亦有久咳致虚者，咳常与虚劳证互为因果，治应互相参考。本条专述因虚而咳。至于肺痨咳嗽，又称疰嗽，则是痨瘵的一个突出症状。

气虚咳嗽：见《症因脉治》。症见面黄肌瘦，气怯神疲，吐痰清稀，饮食减少。病因劳役过度，肺气内伤；或饮食劳倦，中气有损，土不生金。治宜益气补肺。方用补肺汤、四君子汤、补中益气汤。兼补气阴，可用五味黄芪散、生脉散、琼玉膏。

血虚咳嗽：见《症因脉治》。症见盗汗，自汗，潮热，午后咳多，形体黑瘦，五心烦热，脉细弦。病因津血亏损，内热灼肺。治宜补肺养阴。方用人参清肺汤、百合固金汤。劳嗽肺热痰多，可用宁嗽膏或百花膏。肺胃阴虚，咳嗽食少，可用人参润肺丸。肺肾阴虚火燔，可用滋阴清化丸。若血虚挟湿痰，可用金水六君煎。血虚内热，可用归芍地黄汤，或海藏四物汤。气不生血致病，宜益气生血。

五劳虚咳：见《医学入门》。病因损伤五脏精气，累及肺脏所致。在《三因极一病证方论》中已具载分型证候。可分为：①疲极伤肝咳：症见咳而左胁痛引少腹，治宜养血疏肝肃肺。方用加味逍遥散。兼痰热，加龙胆草、黄芩、竹茹。肝虚兼寒者，可用黄芪建中汤。②劳神伤心咳：症见咽干，咯血，烦热，自汗。治宜养心清火肃肺。方用劫劳散，或天王补心丹。③劳倦伤脾咳：症见气短无力，中满腹胀，抢心痛，不欲食。治宜补脾益气以生金。方用调中益气汤，或补中益气汤。④叫呼伤肺咳：症见咳而呕吐白沫，口燥声嘶。治宜润肺益气。方用润肺丸、人参润肺丸。⑤房劳伤肾咳：症见咳引腰背，或寒热喘满。治宜补肾滋肺。方用人参固本丸、家秘肝肾丸。真阳不足，可用八味丸。

火郁嗽：劳嗽有因七情痰火内郁所致者，见《丹溪心法》："劳嗽即火郁嗽。"病因痰郁火甚，阴虚津亏，肺金受刑。症见干咳久嗽，舌红脉数。治宜补阴清火化痰。方用四物汤加竹沥、姜汁、诃子、海石(童便浸)、香附、瓜蒌、青黛、杏仁、半夏曲之类。证治见"热咳"条。

午后嗽、黄昏嗽、夜嗽、夜半嗽：午后嗽、黄昏嗽，出《丹溪心法》。多属阴虚火浮于肺。治宜滋水养阴，不宜用凉药。可用都气丸加麦冬，敛而降之。夜嗽，出《万病回春》。多因肾虚火炎，治宜滋阴清热。可用滋阴清化丸、滋阴降火汤，或六味地黄丸加知母、黄柏、天冬、贝母、橘红。夜半嗽，出《类证治裁》。多因阳火升动，治宜滋阴潜阳。可用六味地黄丸加牡蛎、淡菜之类涵养之。

咳嗽烦冤：出《内经》。病因肾虚气上逆。《医门法律·咳嗽论》："咳嗽烦冤，肾气之逆，亦为上下合邪，但浊阴之气上干，清阳为蔫肓遮蔽，任其烦冤，不能透出。"病凡咳而烦热冤苦，牵引肺腹，俯仰不利，治宜补肾摄气。用六味地黄汤加五味子，或八味丸、安肾丸。

久咳嗽：见《诸病源候论》。《素问·咳论》亦有"五脏之久咳，乃移之六腑，……久咳不已，则三焦受之"等记载。《外台秘要·积年久咳方》廿一首："久咳嗽是连滞岁月，经久不差者也。"咳嗽或由外感或因内伤久郁，但流连既久，多属虚证，或虚中挟实。其虚或气虚、血虚、气血两虚，或肺虚、脾虚、肾虚、劳嗽等。并据其外感挟邪，或内伤气郁、火郁、痰郁、食郁、血瘀等分别施治。此外，久咳也常致失音、气喘、水病等。

至于外感客邪已尽，肺气不敛，久咳不已，当用收敛之法，以镇咳收功。可用九仙散、人参款冬花散加减。

咳虽肺病，但内伤咳嗽，不独治肺，特别是虚劳咳嗽，应注意补肾。如《景岳全书·杂证谟·咳嗽》所说："五脏之精，皆藏于肾……所以肺金之虚，多由肾水之涸……凡治

劳损咳嗽，必当以壮水滋阴为主，庶肺气得充，嗽可渐愈。”“其有元阳下亏，生气不布，以致脾困于中，肺困于上……证见虚寒而咳嗽不已者，此等证候，皆不必治嗽，但补其阳而嗽自止。”

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

干咳嗽

咳嗽无痰，或咳呛多时才有少量粘痰者，称干咳嗽。证名出《丹溪心法》。《医学入门》称干咳。

干咳嗽病因，《罗氏会约医镜·论咳嗽》：“凡干咳嗽，暴得者乃火郁于肺中，久病者系内伤亏损，肺肾不交，津液枯涸而然。”治法当分新、久、内、外。新咳干咳，或因外感燥气，治同燥咳。内伤久咳，当看有火无火；凡痰郁火邪在肺中者，先用桔梗开之，或润肺丸以清化痰热。后用补阴降火之剂，四物汤加炒柏、竹沥之类。或用逍遥散加桔梗开之，后用都气丸，以补肾滋阴。劳心思虑不得志所致者，可用归脾汤加麦冬、五味子以滋养心脾。心火刑金者，可用生脉散加茯神、贝母、熟地、枣仁、龙眼肉以养心清热。内热有火者，须保真阴，可用加减一阴煎，以壮水制火。阴虚肺火者，可用四阴煎加味，或用琼玉膏以滋阴保肺。脾肺气虚、无火者，可用五福饮之类，以补气生精。脏气微寒者，非辛不润，可用理阴煎，或六君子汤之类，以补阳生阴。妇人干咳，由于经水不行者，宜调气血以顺冲任之气，可用变化柴胡汤等方。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

五脏诸咳

因内脏功能失常，病传及肺所致的咳嗽，称五脏诸咳。证名出《圣济总录》。《素问·咳论》：“五脏六腑，皆令人咳，非独肺也。”后世以脏腑相为表里，故简称五脏诸咳。

五脏诸咳的病因病机，高鼓峰《四明心法》认为：“咳嗽之病，尽属肺经。然有本经之咳嗽，有各脏腑迁移之咳嗽。”凡四时六气及情志过极所致脏腑气机失调，病累及肺，见症不一。

肺咳：出《素问·咳论》。症见咳引颈项而唾涎沫，喘息有声，甚则唾血。因悲忧伤肺，或寒冷饮食入胃注肺，内伤复感外邪而致。治宜理肺开郁。方用麻黄汤或《千金》五味子汤加减。余如桔梗、贝母、瓜蒌、桑白皮、苏子之属，可酌用。

心咳：出《素问·咳论》。症见咳则心痛，喉中介介如梗状，甚则咽肿喉痹，咳而唾血，引手少阴。因喜伤心气，或夏令心先受邪，病传肺经而致。治宜清上凉膈。方用桔梗汤等。余如黄连、细辛、郁金、麦冬、远志之属，可酌用。

肝咳：出《素问·咳论》。症见咳引两胁下痛，甚则不可以转，转则两胁下满。因怒伤肝气，或春令肝先受邪，病传肺经而致。治宜疏肝利肺。方用小柴胡汤、或枳壳煮散等加减。余如前胡、川芎、青皮、青黛、香附之属，可酌用。

脾咳：出《素问·咳论》。症见咳而右胁下痛，阴阴转肩背，甚则不可以转，转则咳剧，涎出不止。因思伤脾气，或长夏脾先受邪，病传肺经而致。治宜理脾疏肺。方用升麻汤，或用六君子汤等加减。余如半夏、苍术、白术、陈皮、大腹皮，可酌用。

肾咳：出《素问·咳论》。症见咳引腰背、脐中痛、耳聋无所闻，甚则咳涎。因恐伤肾气，或冬令肾先受邪，病传肺经而致。治宜宣肺温肾补下。方用麻黄附子细辛汤合都气丸。余如独活、天冬、山茱萸、补骨脂之属，可酌用。

大肠咳：出《素问·咳论》。症见咳而遗矢。因肺咳不已，大肠受之。治宜益气收摄。方用赤石脂禹余粮汤，或补中益气汤加桔梗。

小肠咳：《素问·咳论》。症见咳而失气。因心咳不已，小肠受之。治宜缓急和里。方用芍药甘草汤。引上加桔梗，引下加木通、小茴。

胆咳：出《素问·咳论》。症见咳呕胆汁。因肝咳不已，则胆受之。治宜和解清热。方用黄芩加半夏生姜汤，或小柴胡汤、黄芩汤。引上加川芎，引下加青皮。

胃咳：出《素问·咳论》。症见咳而呕，呕甚则长虫出。因脾咳不已，则胃受之。治宜和胃安蛔。方用乌梅丸，或异功散加蜀椒、乌梅、黄连。

膀胱咳：见《素问·咳论》。症见咳而遗溺。因肾咳不已，膀胱受之。治宜利水和中。方用茯苓汤。引上加羌活，引下加橘核，或春泽汤。

三焦咳：见《素问·咳论》。症见咳而腹满，不欲食饮。因久咳不已，则三焦受之。治宜顺气益气。方用七气汤或异功散、木香顺气散。

厥阴咳：见《诸病源候论》。或称心包络咳。症见咳而引舌本，心胸间隐隐作痛。心包代心受邪，病传及肺。治法同心咳。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

湿嗽

咳嗽痰多，缠绵难愈，面浮肢肿，四肢重著，小便不利者，称湿嗽。证名见《心印绀珠经》。《三因极一病证方论》称伤湿咳。《仁斋直指方》称感湿嗽。《医学入门》称湿乘肺咳。

湿嗽的病因，《素问》有二论（指《生气通天论》和《阴阳应象大论》）提到“秋伤于湿”可致咳嗽。后世提出多由气候潮湿，居处卑滥，或淋雨涉水得之。证候常随时令、体质而异。湿性淹滞，病势转化较缓。治宜祛湿利肺，并注意其寒化、热化，分别施治。脾主运化水湿，外湿壅滞也易内合于脾，影响运化，出现痰多，纳呆，胸痞，脘闷，便溏等症。治宜结合理脾化痰。

伤湿咳嗽：见《症因脉治》。症见骨节酸楚，肢体重

著，或发热有汗，面目浮肿，小便不利，气促痰多，苔滑，脉濡或滑，湿浸皮腠，内合于肺所致。治宜燥湿利肺。方用白术汤，燥湿化痰、利肺行气。冬季湿多挟寒，寒湿束表，咳嗽身楚，可用麻黄加术汤。兼见痰多呕吐的，可用不换金正气散或和解散。

风湿咳嗽：见《症因脉治》。症见恶风发热，咳嗽重浊，喉痒痰多，四肢重着，苔滑，脉濡缓。因湿挟风邪，壅遏肺气所致。治宜疏风，胜湿，宣肺。方用防风胜湿汤。湿重者可合胃苓汤加前胡、杏仁。

湿热咳嗽：见《医门法律》。症见咳嗽痰稠色黄，胸痞，口渴，小便短赤，身楚，苔腻色黄，脉濡数。因感冒时令湿热，或素体湿热，兼感客邪所致。治宜利湿，清热，宣肺。方用三加减正气散，身疼加薏苡仁。湿热素蕴于中者，可用黄连解毒汤，以苦寒清热燥湿。湿热素蕴于上，连声进气不出者，可用桑白皮散，以宣上化湿清热。湿从火化，心烦溲赤者，可用通苓散，利湿清肺。如湿热证，咳嗽昼夜不安，甚至喘不得眠者，暑邪人于肺络。宜葶苈、鲜藿佩、枇杷叶、六一散等味以泻肺清暑利湿。

湿邪重浊，其犯肺作咳，多因挟邪所致。《张氏医通·咳嗽》："湿痰内动为咳，又必因风、因火、因热、因寒所挟各不相同。"若因风、挟寒则侵口鼻，伤营卫；因火、挟热则生痰热，壅肺气。治虽互异，而湿性淹滞壅遏则一，故治法均不离宣化、燥湿、渗利诸法。

本条所论，系指"在天之湿"，如雨露汗衣，湿伤营卫肌腠，邪从外入，多有表证可见。至于内伤酒水乳酪，"饮食之湿"，以致蕴痰作嗽者，与此内、外有别，当与"痰嗽"、"食咳"条互参。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"咳嗽"条。

气嗽

咳嗽而见胸闷、气急、痰粘者，称为气嗽。多由寒热不调或七情内伤，上干于肺，阻滞肺气所致。证名出《外台秘要》。

气嗽的病因，《外台秘要·许仁则疗咳嗽方》："肺气嗽者，不限老少。宿多上热，后因饮食将息伤热，则常嗽不断。积年累岁，肺气衰，便成气嗽，此嗽不早疗，遂成肺萎。"故以初起肺胃内热，常嗽不断者称肺气嗽；积久肺虚，便成气嗽。但气嗽也有因七情劳伤所致的。《医学入门·咳嗽》："七情积伤成气嗽，痰涎凝结如败絮，或如梅核滞塞咽喉，咯不出，咽不下，妇人多有之。"

肺气嗽：见《外台秘要》。症见咳嗽不畅，胸闷膈满，不限四时常嗽不断，痰粘口干，气急不利。因饮食伤热、肺气不利而致。治宜清肺利气。先用白前汤，继用麻黄等十味丸。

若因内伤情志失调，气逆犯肺，症见咳嗽气急，痰粘稠如败絮，咽中梗塞，咯不出，咽不下，脉浮洪滑数等。治宜行气解郁。方用四参饮子。痰气互阻，合星香丸。虚寒气急可用苏子降气汤，益气下气。

气嗽：见《外台秘要》。症见久嗽积年累岁，除前症外，兼见气短、乏力、神疲、易汗、脉软无力等。因肺气嗽长久不断，肺气虚衰，邪气壅塞而致。治宜温肺滋肺，益气利气。方用疗气嗽方、五味子散，或人参款冬花散。

暴气嗽：见《诸病源候论》。症见恶寒多热，咳嗽甚而少涎沫。《诸病源候论·暴气嗽候》："人有运动劳役，其气外泄，腠理则开，因乘风取凉，冷气卒伤于肺，即发成嗽，故为暴气嗽。"治宜散寒利肺。方用《古今录验》疗气嗽方。气嗽有虚有实，或虚实错杂，所涉甚广，证治宜与"痰嗽"、"食咳"、"瘀血嗽"等条互勘。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"咳嗽"条。

痰嗽

咳嗽痰多，痰声漉漉，嗽动便有痰声，痰出嗽止的病证，称为痰嗽。证名出《素问病机气宜保命集》。《医学入门》称痰咳。

痰嗽的病因病机，《明医杂著·痰饮》指出："人之一身气血清顺，则津液流通，何痰之有。唯夫气血浊逆，则津液不清，熏蒸成聚，而变为痰焉。"故凡风寒湿热之感，七情饮食所伤，均能导致气逆液浊，阻碍肃降，成为痰嗽。

肺为气之主，又为水之上源，痰为水湿之气所聚，在人体内脏中，脾主运化水湿，脾运失常则痰湿内生上壅气道；肾为水脏，司纳气，肾虚则水泛为痰。无论外邪乘肺，脏气上逆或脾肾痰水上干，均可致嗽。所以痰嗽与肺、脾、肾三脏的关系较大。

大凡火炎上犯肺之痰，大多量少而粘涩；脾湿内聚之痰，量多而浓稠；肾虚水泛之痰，质稀而沫多，吐出时如蟹沫，少顷则化为粘稠之水，且多见喘息。一般治肺宜清，治脾宜燥，治肾宜纳气归源。但就本证而论，嗽因痰作，痰因湿聚，三者之中以理脾为重。《卫生宝鉴·咳嗽论》以嗽由"脾湿动而为痰也……脾无留湿，虽伤肺气而不为痰也。"

湿痰咳嗽：见《素问病机气宜保命集》。症见咳嗽痰多清稀，或黄滑易出，面黄、腹胀、便溏、食少、肢体沉重、苔浊、脉缓。因湿邪不解，或脾失健运，蕴酿生痰，于肺作嗽。治宜燥湿、化痰、止嗽。方用白术丸，或白术汤。脾虚生痰者，可用六君子汤，或人参饮子。

热痰咳嗽：见《素问病机气宜保命集》。症见痰稠难咯，或色赤如胶、面赤、烦热、苔厚黄浊、脉洪。因热郁肺胃，生痰作嗽。治宜清热化痰。方用苇茎汤加减或泄肺散、天黄汤。热痰在胸膈，用小陷胸汤。肺火郁痰，可用青黛海石丸、黛蛤散或化痰丸；痰郁肺膈咳逆上气、痰稠口干者，用节斋化痰丸。痰热咳嗽，终夕不寐，面浮如盘，可用滴油散。胃热痰嗽，可用温胆汤加减。实热顽痰，胸痞便秘，可用滚痰丸。

寒痰咳嗽：见《素问病机气宜保命集》。症见痰白清

稀、形寒肢冷、舌苔白润、脉沉弦。肾阳虚衰者脉沉，面黑，小便急痛，足寒冷，心多恐怖，其痰有黑点，量多而稀。因素有痰疾，又感寒凉；或脾肾虚冷，寒痰内生而致。治宜温脏化痰止嗽。方用半夏温肺汤，或姜桂丸。肾阳虚者，宜温肾化痰。方用安肾丸，或肾气丸。夹水气上逆者，可用真武汤。脾虚寒痰，可用胡椒理中丸。脾肺受寒痰嗽，可用丁香半夏丸。寒痰内生，多因脾肾阳虚，治宜温化，见“寒咳”条。

气痰咳嗽：见《证治准绳》。痰阻气滞引起者，治宜化痰顺气。方用玉粉丸或星香丸。痰气咽塞者，可用治痰嗽咽喉不利方。并区别其寒、热、虚、实，辅以清、温、补、泻不同治法。

风痰咳嗽：见《素问病机气宜保命集》。症见咳嗽痰清而多泡沫，胸胁满闷，眩晕头风，便溺秘涩，时有躁怒，面赤，脉弦。素有蕴痰而感风，或风热；或病在肝脾肝风生痰而致。治宜搜风化痰。方用水煮金花丸、化痰玉壶丸或搜风化痰丸，后用半夏白术天麻汤。风痰壅塞，咳嗽顿吐饮食痰物俱出者，可用白丸子加木香、丁香、橘红、天麻、全蝎、白僵蚕，水煎和姜汁服。

燥痰咳嗽：见《医宗必读》。症见咳嗽痰少色白，涩而难出，或咯出如米粒状痰，或见面白色枯，皮毛干焦，口干咽燥，喘促等，病因肺燥生痰。治宜清润化痰。方用贝母瓜蒌散、润肺饮。见“燥咳”条治法。但外燥咳多发于秋令；内燥失润，以致肺失清肃之嗽，则不拘时令，唯多见于肺胃阴伤之体。

痰饮咳嗽：见《金匮要略》。《备急千金要方》称留饮嗽。《外台秘要》称饮气嗽。《仁斋直指方》称水停嗽。《极要方》称水气嗽。《医学入门》称水咳。痰饮嗽因阳气不振，不能温化水气，或更饮水过多因寒搏饮邪内停，上凌心肺所致。见痰唾清稀，咳而心下怔忡，倚息，喘不得卧，浮肿，胁痛等症，是一种饮邪久咳所致的嗽喘。证治见“痰证”、“饮证”、“喘证”条。

食积痰嗽：见《医宗必读》。因食积生痰干肺。证治见“食咳”条。

虚痰咳嗽：见《医学入门》。病因肺、脾、肾脏气不足，以致痰浊内聚于肺。证治见“虚咳”条。

痰嗽病因证治颇为复杂。唯是痰皆动于脾湿，故治痰嗽，应该特别注意调理脾胃，以杜绝生痰之源，不可一味治肺止嗽。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

时气嗽

咳嗽连声不已，并伴发热、恶寒、头痛、鼻塞，呈流行性的病证，称时气嗽。证名出《诸病源候论》。《外台秘要》称天行咳嗽。《世医得效方》称时行暴嗽。《证治要诀》称时行嗽。《杂病源流犀烛》称天行嗽。《杂证会心录》名时气咳嗽。

时气嗽的原因，是由于天行时令不正，人多感冒咳嗽互相传染。症见鼻塞、声重、痰嗽、寒热、头痛身痛等。四时皆可发病。其治法当辨四时邪气不同，分别论治。一般常用参苏饮、败毒散加减。春季咳多木气风热，治宜兼降，用前胡、杏仁、海浮石、瓜蒌仁之类；夏多火气上炎，治宜兼凉，用沙参、花粉、麦冬、知母、元参之类；秋多燥气刑金，治宜清润，用玉竹、贝母、杏仁、阿胶、百合、天冬、枇杷膏之类；冬多风寒侵肺，治宜温散，用苏叶、川芎、桂枝、麻黄之类。若春风寒甚，可用金沸草散；风热用桑菊饮。夏热甚，可用黄连解毒汤。秋月肺火，可用白虎汤。冬月寒甚，可用《深师》麻黄汤或卒得寒冷上气方。若寒暑之交，气盛，人衣厚作壅，痰盛微热，可用人参饮子。若天行肺热咳嗽，头痛胃闷者，可用前胡汤。标邪伤肺，时行暴嗽，亦可用一服散以疏邪止嗽并用。清代汪蕴谷《杂证会心录》提出此证宜清肺热、润肺燥，主张用甘桔汤加何首乌、玉竹、贝叶、黑豆、枇杷叶、麦冬、桑叶、丹皮、地骨皮、梨汁等，或用六味地黄汤去萸肉，加沙参、麦冬、梨汁等药。

时气嗽治法最要活泼，应与风、寒、暑、湿、燥、热诸咳互勘，虽有时令、气候之别，仍宜根据临床实际情况以辨证施治。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

瘀血嗽

咳嗽而兼喉中腥气，咳血紫黑，胸膺刺痛的病证，称瘀血嗽。证名出《仁斋直指附遗方论》。《丹溪心法附余》称血碍气作嗽。《医学入门》称瘀血咳。《治病活法秘方》称损嗽。

瘀血嗽的病因，有内外之分，如由击扑伤及胸膺，使肺络受损，或强力屏气，肺膜破伤，经隧痹阻，血着不行；亦有因劳累太过，心肺气衰则不能行血，瘀血阻碍气道，而致肺气上逆，肃降无权。且肺虚则卫外无力，风寒易侵，引动宿瘀而致咳嗽。

瘀血嗽症见咳嗽痰多血腥，胸部胁肋刺痛满闷，或咯血紫黑，只能侧卧一边，侧向另一边则咳嗽气急，面色槁黯，脉涩。因劳伤、损伤等瘀血内阻肺络，阻碍肺气通畅而致。治宜化瘀利肺。方用血府逐瘀汤。若因打扑，劳力伤肺，遇风寒则咳，或见血紫黑者，可用当归饮祛瘀，然后用人参养营汤调理。若因气竭肝伤而咳嗽血腥者，可用四乌鲗骨一藘茹丸。

瘀血嗽当分析新、久。新病多实，治宜破瘀理气，以顺气和血。久病多虚，宜益气行血祛瘀，标本兼顾，不可一味破瘀。《治病活法秘方·咳嗽》：“又有损嗽，男子因打扑负重而伤肺经，女子因劳苦用力而伤肺经，此不可拘一定之说，盖因肺经已损，遇风亦发，遇寒亦发，当随证而调理之；其甚者咯血或至紫黑，当荡去心肝间瘀血，如苏木、生地黄、赤芍、当归之类，仍灸肺俞则嗽可愈矣。”

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“咳嗽”条。

喘证

以呼吸急促、气短不续为主要特征的一种病证，称喘证。妇人产后有时亦会出现此证，称为产后气喘。小儿突然作喘为暴喘，又称马脾风。《说文》："喘，疾息也。"疾，快速之意；息，指一呼一吸。喘证皆因气机升降出纳失常所致。喘证在说话或活动时即可出现短气，稍加活动（如登高、疾走）呼吸急促即可加重而成喘证，甚至出现鼻翼煽动，或张口抬肩、鼻掀胸挺，不能平卧，唇舌青紫等症。若喘促严重，持续不解，可以发生虚脱。喘证涉及范围比较广泛，多并发于某些急慢性疾病中，常为某些疾病的重要主证，也是疾病发展到严重阶段的一种表现。现代医学的慢性喘息性支气管炎、肺气肿、肺炎、胸膜炎、肺结核、矽肺，以及心力衰竭等疾患引起的呼吸困难，皆属本证。

喘证见《诸证提纲》。喘，古代与"喘"、"啴"同义，皆指呼吸急促。《内经》喘、喘鸣、喘呼、喘息、喘咳、喘喝、喘粗、喘满以及喘逆、上气、逆气等病证多包括了喘证。《素问·逆调论》："人有逆气，不得卧而息有音者；有不得卧而息无音者；有起居如故而息有音者；有得卧，行而喘者；有不得卧、不能行而喘者；有不得卧，卧而喘者。"其所谓逆气，即包括哮和喘两个病证。《内经》中还描述了喘证的主要症状，如《素问·通评虚实论》形容抬肩呼吸为"肩息"，云："喘鸣肩息者，脉实大也。"《素问·藏气法时论》称呼吸气短，不能接续为"报息"。《类经》十四卷解释报息一词云："报，复也。不能报息，谓呼吸气短，难于接续也。"称呼吸急促、胸部满闷为"膹郁"，如《内经知要》解释《素问·至真要大论》膹郁云："膹者，喘急上逆；郁者否塞不通。"《伤寒论》称喘证的呼多吸少，呼吸浅表为"息高"。《伤寒论后条辨》云："息高者，生气已绝于下，而不复纳，故游息仅呼于上而无所吸也。"《伤寒论》还把喘证反复发作的病人称"喘家"。喘证在《金匮要略》中可见于虚劳、积聚、痰饮、水气、黄疸、惊悸、吐血、呕吐等十余种病证中。《肘后备急方》称上气鸣息。《脉经》、《诸病源候论》、《外台秘要》、《圣济总录》均称喘、上气、逆气。《丹溪心法》称为喘病。《景岳全书》称喘促、气喘。《症因脉治》称喘症。

病因病机　在《内经》已明确地指出以肺为主。《素问·至真要大论》："诸气膹郁，皆属于肺……诸痿喘呕，皆属于上。"喘证除关系肺脏外，常可兼及他脏。《素问·经脉别论》有各脏之喘，认为是气逆而产生。《诸病源候论》宗《内经》之说，论产生喘证的病因有"肺气有余"、"邪气客肺"、"水停心下"等。《圣济总录》认为肺虚、肺实、肾虚等均可产生喘证。《三因极一病证方论·喘脉证治》："夫五脏皆有上气喘咳，但肺为五脏华盖，百脉取气于肺，喘既动气，故以肺为上。"朱丹溪补充了脾虚亦可产生喘证，《丹溪心法·喘病》有"脾肾俱虚，体弱之人，皆能发喘"的论述。《症因脉治》归纳认为外感、内伤均可发病。根据各家论述，喘证的病因病机有以下几点：

外邪侵袭：外感风寒，肺卫受邪，郁于肌表，阻遏肺气，则身热而喘。或风寒表邪未解，内已化热，以致肺气壅实，不得宣降，因而成喘。或因肺有蕴热，郁而化火，又为风寒外束，火不得泄，导致肺气上逆而喘。或因感受风热之邪，侵犯肺系，表解而肺热不清，热壅化火，耗伤肺气，使清肃失司，导致喘证。或邪热逆于阳明，则呕吐而喘。因于暑，或因于湿，或因暑湿袭于皮毛，干于肺胃，则喘喝多痰。或燥火烁人，亦致气逆冲上为喘。

痰浊壅盛：饮食自倍，肠胃乃伤。膏粱厚味，日积于中，不能运化，生湿生痰。太阴填塞，浊恶之气上干清道则可为喘；或饮水过多，脾弱不能四布，水积肠间，成痰成饮，上干肺家，则喘息倚肩。或内火妄动，或五志厥阴之火，时动于中，木火刑金，煎熬津液为痰，肺气壅塞，而喘逆作矣。《仁斋直指方·喘咳方论》："惟夫邪气伏藏，痰涎浮涌，呼不得呼，吸不得吸，于是上气促急。"

正气虚弱：本元素虚，或大病、大劳后失于调养，或过服克削，元气大伤，则气虚喘逆。或阴血不足，阴精亏损，或素有哮病、肺萎、肺痈等，久咳伤肺，肺气不足，均可致喘。若久喘由肺及脾，中气损伤，肺气更失充养，呼吸无力而为喘，若久喘由肺及肾，则肺肾俱虚；或劳欲伤肾，精气内夺，导致气阴不能下荫于肾，真元不能上主于肺，则肺气不降，肾气失纳，逆气上奔而为喘。

此外，情志不遂或忧思郁结，胸阳被遏，气机不利，上逆而为喘。

根据喘证发作情况分类的有：喘证突然发作，《肘后备急方》称卒上气。《杂病源流犀烛》称息作喘。《中国医学大辞典》称卒喘。若喘证久延不愈，反复发作，《丹溪心法》称久喘，《苏沈良方》称积年肺气。根据喘证病因分类的有：喘证因外感六淫引起者，《症因脉治》称外感喘逆；因内伤脏腑气血引起者，《症因脉治》称内伤喘逆；因举重、用力、号叫以及剧烈咳嗽，损伤肺脏者，《症因脉治》称伤损喘逆。外感喘逆可包括热喘、燥火喘、暑喘、湿喘、寒喘、风寒喘、寒包热喘等；内伤喘逆有火喘、痰喘、痰饮喘、食喘、七情喘以及气虚喘、肾喘等。根据虚实分类的有实喘和虚喘等。

辨证　喘证以辨别虚实为最重要。《景岳全书·喘促》："气喘之病，最为危候，治失其要，鲜不误人，欲辨之者，亦惟二证而已。所谓二证者，一曰实喘，一曰虚喘也。"实喘是呼吸深长有余，气粗声高，脉数有力，病势骤急，往往有外感之邪或内伏之邪。虚喘是呼吸短促难续，气怯声低，脉微弱或浮大中空，一般病势徐缓，时轻时重，过劳即甚。《景岳全书·喘促》："实喘者有邪，邪气实也；虚喘者无邪，元气虚也。实喘者气长而有余；虚喘者气短而不续。实喘者胸胀气粗，声高息涌，膨膨然若不能容，惟呼出为快也；虚喘者，慌张气怯，声低息短，皇皇然若气欲断，提之若不能升，吞之若不相及，劳动则甚，而惟急促

似喘,但得引长一息为快也。"所以张景岳把实喘称为"真喘",虚喘称"似喘"。"真"和"似"是相对而言,往往实中有虚,虚中有实。

喘应与哮鉴别:喘是以呼吸短促不能相续为特点。《医宗必读·喘》:"喘者,促促气急,喝喝痰声,张口抬肩,摇身撷肚。"哮以呼吸困难,喉中哮鸣为特点。《医宗必读·喘》:"哮者与喘相似,但不似喘开口出气之多,而有呀呷之声。呷者,口开;呀者,口闭。开口闭口,尽为音声。呷呀二音,合为'哮'字,以痰结喉间,与气相击,故呷呀作声。"(见"哮病"条)。

喘证应与短气鉴别:喘与短气有相似的地方,呼吸都有不相接续的症状。轻则为短气,重则为喘证;短气可发展为喘证,喘证在寒、热、痰、火之邪去除后,也可转变为短气。两者的不同之处,喘证气急喘促,息数有声,甚则张口抬肩,倚息不得平卧。短气呼吸虽数,只有不能接续之感,似喘而不摇肩,呼吸虽急而无痰声。

水肿兼有气喘时,应与喘胀相鉴别:喘胀是指气喘而见肿胀的病证。《丹溪心法附余·痰门》:"喘则必生胀,胀则必生喘,但要识得标本先后,先喘而后胀者主于肺,先胀而后喘者主于脾。"与喘证是不同的病,应加区别。

此外,奔气属喘证,是逆气之急骤者。《诸病源候论·奔气候》:"夫气血循行于经络,周而复始,皆有常度,肺为五脏上盖,主通行於府藏之气。若肺受邪,则气道不利,气道不利,则诸脏气壅,则失度,故气奔急也。"奔气应与奔豚气鉴别。奔豚气的临床特点是气从少腹上冲胸脘、咽喉,或有腹痛,病延日久,可见咳逆、骨痿、少气等症。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 当区分外感和内伤,并辨别其虚实。外感发喘多为实,当以散寒宣肺平喘,如麻黄汤、小青龙汤。里热而表邪未解,宜清热解表,宣肺平喘,如麻杏石甘汤之类。内伤发喘多为虚,当辨其病因:肺气虚,宜益肺定喘,如生脉散;肾虚,宜补肾纳气,如《金匮》肾气丸;气郁伤肺,宜开郁降气平喘,如五磨饮子等。此外,尚有虚实挟杂者,如痰气上壅于肺,肾气亏损于下,上实下虚,症见痰涎壅盛,胸膈满闷,咳喘短气,苔白滑腻,治宜降逆平喘,温肾纳气,用苏子降气汤。又有肾阳衰微,水气内停,上凌心肺,证见喘咳心悸,四肢疼痛沉重,小便不利,肢体浮肿,苔白滑,脉沉细。治宜温阳利水,用真武汤加减。《景岳全书·喘促》:"气虚之喘,十居七八,但察其外无风邪,内无实热而喘者,宜贞元饮、大补元煎之类。实喘之证,以邪实在肺也,肺之实邪,非风寒则火郁耳。凡风寒外感,邪实于肺而咳喘并行者,宜六安煎加细辛或苏叶主之。外有风寒内兼微火而喘者,宜黄芩半夏汤主之。外无风寒而唯火盛作喘或虽有微寒而所重在火者,宜桑白皮汤之类。"

喘证日久不愈,症见喘逆加剧,张口抬肩,汗出如珠、肢冷面青,此为心阳欲脱。宜急予参附汤加龙骨、牡蛎、并吞服《局方》黑锡丹等以回阳,敛汗固脱,并配合抢救方法,积极处理。

针灸治疗 (1)通治法:因病变在肺,治宜宣肺益气。选手太阴经和胸背部腧穴,并配合手阳明和足阳明经穴,如肺俞、膏肓、天突、中府、膻中、经渠、列缺、太渊、鱼际、丰隆、合谷、足三里等每次3—5穴。施以毫针刺法,视具体病情决定补泻;或酌情在胸背部穴位上配合烧灼灸,每次2—3处,每1—2周进行1次,3次为一疗程。

(2)辨证论治:一般分为寒证、热证、虚证。

寒证:表现呼吸急促,喉中哮喘,胸膈满闷,咳嗽不甚,痰薄白多泡沫,面色晦滞,形寒畏冷,头疼身痛,受寒易发,苔白滑,脉弦紧。治宜温肺散寒和化痰平喘。选俞府、彧中、华盖、中府、肺俞、太渊或尺泽等穴。用毫针行泻法,并酌情配合灸法。

热证:常见呼吸粗促,胸高胁胀,喉中痰鸣如吼,胸膈烦闷,呛咳,咯痰稠粘,面赤自汗,口渴,身热头痛,舌质红苔黄腻,脉滑数或弦滑。治宜清肺泄热和化痰平喘。选肺俞、经渠、三间、尺泽或大椎、天突、上脘、少商、合谷等穴,用毫针行泻法。

虚证:由正虚邪实,肺肾两亏和痰浊壅盛所致,可反复发作,发作时持续哮喘,喉中痰鸣,但声息低微,气短不足以息,动则气急尤甚,咳而无力,咯痰不爽,精神疲惫,汗出,心慌,口唇爪甲青紫,脉虚无力,舌质淡苔薄白多津。治宜补肺益肾,降气化痰。选肺俞、云门、膏肓、膻中、章门、太渊、足三里等穴。用毫针行补法或平针法,或配合灸法。如肾虚较明显,宜重灸关元和气海两穴。

(3)其他:常用治法有以下几种:

皮肤针法:发作期选前胸部和背腰部,行重刺法,一日治疗1—3次。缓解期在同样部位上进行中等度刺激,每日或隔日1次,10次为一疗程。

腧穴埋线法:在第7颈椎棘突至第7胸椎棘突间旁开约1寸处,确定8个等距离的对称点为埋线部位,用0号羊肠线按常规由上至下,依次埋线。方法是由第一点进针第二点出针,第三点进针第四点出针,以此类推。

腧穴割治法:一般常用喘息或膻中、鱼际等穴,每次割治一穴。具体操作为:常规消毒后局麻,以小尖头手术刀在腧穴处切口0.5—1厘米,深度约0.3—0.5毫米左右,暴露皮下,挑去少量脂肪组织并取止血钳进行适当的按摩刺激,然后压迫止血;一般不需缝合,用龙胆紫溶液或红汞水消毒后将切口对齐并挤合,胶布固定。约每周后即可愈合。第2次原穴割治时,应离开原切口0.5厘米左右。一般可隔2周重复割治1次。

腧穴贴药法:用大椎、肺俞、膏肓、璇玑和膻中等穴,轮番使用,每次酌选2—3穴,进行药物贴敷。贴敷用的药物,必须事前备好,以白芥子30克,甘遂15克,细辛15克,共研细末,放瓶中密封备用。使用时以生姜汁调成糊状,将蚕豆大药糊敷于穴上,用膏药外贴,30—60分钟即去掉药物。贴敷时,穴位局部可能出现热、麻或痛感,皮肤潮红或起泡,为防止感染,可局部涂龙胆紫溶液。贴敷

的时间要求在初伏、中伏和末伏，各进行1次。儿童药量宜酌减。

拔罐法：适用于各种原因、各种类型的哮喘。一般选大椎、风门、肺俞、心俞、膏肓和肾俞等穴，酌情轮流使用，可同时在2—4个穴位上拔罐，每罐20分钟，或单用火罐，或针上加罐，或先用三棱针刺后拔罐。发作时，可每日治疗1—3次，或隔日1次。间歇期，可每周治疗1—2次，以发作前2周开始治疗的效果为最好；如能连续3次控制发作，有可能彻底治愈。

耳针法：在发作期选对屏尖、下屏尖、肺、下脚端、耳神门等穴，用中强刺激，留针30分钟，间歇运针。

推拿疗法 基本治疗方法：内功推拿常规手法。辨证加减：风寒袭肺者，加直擦背部膀胱经，以透热为度，并以一指禅推法或按、揉法在两侧肺俞、心俞、膈俞治疗，每穴约2分钟。风热犯肺者，加直擦背部膀胱经，以温热为度，并用三指拿及按揉颈椎两侧，往返5—6遍。痰浊阻肺者，加横擦左侧背部，以透热为度，并按、拿双侧尺泽、孔最、内关、经渠、足三里、丰隆，以酸胀为度，每穴约1分钟。肺虚者，重点在横擦前胸上部及背部心俞、肺俞区域，均以透热为度，并用轻柔的一指禅推法或按揉法在双侧肺俞、脾俞、胃俞治疗，每穴约1—2分钟。肾虚者，宜温补肾阳，加直擦背部督脉及横擦腰部肾俞、命门，均以透热为度，并按揉双侧肾俞、肺俞，手法宜轻柔，切忌刺激太重，再以小鱼际擦双侧太溪、复溜、交信。哮喘发作较甚者，先在两侧定喘、风门、肺俞、府中俞用一指禅推法或按揉法，每穴各1—2分钟，治疗时开始用轻柔的手法，以后逐渐加重，以病员能忍受为度；在哮喘缓解后再进行辨证施治。另有肺风痰喘，多见于2岁以下的婴幼儿，治宜清肺泻热，降气化痰。第一种治疗方法：清脾经300次，清肝经300次，清心经400次，清肺经450次，补肾经200次，清大肠150次，清后溪120次，揉外劳100次，推六腑150次，推三关50次，捞明月20次吹，推天河水20次吹，推揉膻中150次，揉中脘150次，推揉肺俞发红，按肩井2—3次。每日可以治疗2次，即上、下午各1次。热退后改为每天治疗1次，约需巩固治疗3—5次。第二种治疗方法：清肺经300次，清肝经200次，清天河水300次，运八卦300次，揉小横纹200次，揉掌小横纹200次，推揉膻中50次，揉肺俞100次。高热者，加推六腑300次，揉小天心200次，打马过天河10次。第三种治疗方法：清肺经300次，推肺俞200次，摩螺丝穴100次，揉二扇门30次，推三关50次，推六腑50次，顺运内八卦100次。

气功疗法 以放松功结合意守与保健功为主。发作期用放松功结合保健功，缓解期则着重意守。根据中医学辨证施治，阳虚患者宜守丹田或命门，且宜少放多守；阴虚患者宜守涌泉，且宜多放少守。

(1) 病人姿势以坐或靠坐式为最相宜。

(2) 病人在练功初期不宜过多注意呼吸，以便迅速达到放松而息自调。如急于求成，或追求姿势，或追求呼吸频率立即减少，或使腹式呼吸幅度急速增加，必然会产生气急、胸闷、憋气等不舒服感觉。自然两字对哮喘病人尤为重要，往往用力于呼吸，非但不能平喘，相反紧张起来，呼吸更紊乱而发作加重。

(3) 病人学会全身放松后，再学胸部放松，局部放松与全身放松结合，将更有利于平喘。哮喘大发作时应先放松局部，再放松全身，或在全身放松的基础上放松局部，如局部出现紧张现象，可将局部分小段放松，由总支气管至大支气管，从上到下，从左到右，逐渐放松。或将思想不集中于欲松的局部，而集中于一个松字上，并结合胸部按摩。在初练时，有时支气管局部有轻度紧张的感觉，但继续练功3—4天后，即可自然消失。哮喘缓解时可不作局部放松，放松功熟练的病人可自然做到随息。

(4) 哮喘发作时，工作人员必须立即引导病人做放松功。轻声按三条线部位，根据病人不同呼吸速度，在病人吸气时报部位，呼气时念松（但勿使病人觉察，以免病人思想集中注意在呼吸上），注意勿扰乱病人的呼吸，渐渐引导病人减慢其呼吸频率。领功尽量做到顺乎自然，勿急勿慢，诱导放松入静，耐心领功到哮喘发作平息，一般2—3个循环或稍长时间即可。

注意点：①针对不同病人做好练功准备，如有咳嗽者，事先喝点开水，或含甘草片润喉，有鼻塞者事先用麻黄碱点鼻。②练功取得一定效果后，尚须继续坚持，以巩固疗效。

简易方 (1)压掌散：治男妇哮喘。麻黄去节二钱五分，炙甘草二钱，白果五枚打碎，水煎，临卧服。

(2) 治上气喘急：杏仁、桃仁各半两，去皮尖炒研，用水调生面和丸，梧子大，每服十丸，姜蜜汤下微利为度（《本草纲目·吾》）。

(3) 神秘散：定喘下气，补心肾。白仙茅半两，米泔浸三宿，晒炒，团参二钱半，阿胶一两半，炒鸡膍胵一两，烧为末，每服二钱，糯米饮空心下，日二服（《本草纲目·仙茅》）。

食疗方 (1)治咳嗽上气，胸满气喘。桃仁三两，去皮尖，以水一大升，研汁，和糯米二合煮粥食之（《本草纲目·桃》）。

(2) 藕汁、梨汁、白果汁各二两，铜锅内熬成膏，随意服之。

(3) 雪梨四两，生姜一两，共捣汁，去渣，加蜜四两，共煎数沸，入瓷器内封固，不拘时服。能滋阴降火。忌食萝卜。

预防 见“哮病”条。

寒喘

因外感风寒之邪所致的喘逆，称寒喘。临床特点是外有表寒症状，而有喘粗气数，骨节酸痛，苔薄，脉浮紧等症。寒喘的发生，《景岳全书·喘促》：“盖风寒之邪，必受

自皮毛，所以入肺而为喘。”并指出，外有风寒，内兼微火而喘，或兼阳明火盛，则为寒包热喘，均属寒喘。

寒喘：《古今医鉴》称冷喘。症见呼吸喘促，胁肋胀满，遇寒更喘，涎唾清稀；兼见恶寒、无汗、头痛等表证。苔白，脉紧兼风则浮。乃因寒邪所伤，留聚肺经，腠理闭塞，肺气不宣，则生喘逆。《医林绳墨·喘》说：“有寒喘者，或因风寒闭肺，无汗气逆而生喘也”。治宜温散宣肺平喘。方用小青龙汤、加味三拗汤、五味子汤等。

《圣济总录》的伤寒喘，是指感受寒邪所致的喘证，即寒喘。《圣济总录·伤寒门》：“伤寒喘，其证不一。有邪气在表，表未解，无汗而喘者；有邪气在里，汗出不恶寒，腹满而喘者；有潮热者，在心下有水气而喘者。古人治之亦各求其本，故在表者当汗；在里者宜下；至于心下有水而喘，则又当利其小便也。”可以选用小青龙汤、麻黄汤、猪苓汤、桂枝加厚朴杏子汤等。

邪喘是寒邪伏肺的气喘，多由邪伏肺中，关窍不通，肺气壅塞所致，即寒喘，见《证治准绳》。

阳虚阴盛喘亦属寒喘，临床以四肢厥逆，脉沉细为特点。《万病回春》卷四说：“有寒喘者，手足冷，脉沉细也。”治宜温肺散寒，助阳纳气，可用脾肾丸。若复感寒邪，可根据前法治疗。

风寒喘：见《医宗金鉴》。《症因脉治》称风寒喘逆。《杂病源流犀烛》称风寒外束喘。症见气逆不降，呼吸气急，发热无汗，此为风寒束肺，肺气壅阻不宣而成，宜祛风散寒，当以华盖散为主。若肺虚外感风寒已解，内无痰涎壅塞，惟气逆喘急者，以加减苏子降气汤降其逆气，其喘自愈。

若感受风邪为主者，称风喘。见《医学入门》。加重祛风宣肺之品，如金沸草、防风、荆芥穗、羌活、独活等。

寒包热喘：见《杂病源流犀烛》。症见肺气胀满，喘逆上气，兼见外感头痛，身热，无汗或有汗，脉数紧。因外感风寒，郁而化热，或素体肺胃蕴热，兼受外感，内热为外寒闭束，因而外寒内热，郁逆生喘。《赤水玄珠·喘门》：“喘凡遇冬而发，此寒包热也。”《张氏医通·喘》说：“寒郁热邪而喘，中有积痰，遇冷即发。”治宜泄热宣肺平喘。方用厚朴麻黄汤、越婢加半夏汤。

热喘

因热、火、燥、暑诸邪所致的喘逆，称热喘。临床特点是息数气粗而喘，脉数。《杂病源流犀烛·咳嗽气喘源流》：“喘，肺病也。《内经》论喘之因甚多，独‘诸病喘满，皆属于热’一语，足为纲领。王海藏云：‘气盛有余便是火’，气盛当作气衰，有余当作不足，肺气果盛有余，则清肃下行，岂复为喘。皆以火入肺，炎烁真阴，气衰不足，故喘。所谓盛有余者，非肺之气，肺中之火也。”因热、火、燥、暑均属同一属性的致病因素，而相互间又常兼挟。《素问·五运行大论》：“其在天为热，在地为火……其性为暑。”故均归于热病之内。

热喘：见《素问病机原病式》。症见身热，口渴，烦躁，喘逆气粗，张口抬肩，多见蒸蒸自汗，苔黄，脉数实。乃因外感邪热，熏蒸肺金，与肺中郁热互结，使肺气上逆，呼吸不利，因而为喘。治宜清肺泄热平喘。方用加味泻白散。

痰火喘：又可称火喘，见《杂病源流犀烛》。《丹溪心法》称火炎上喘。《医学入门》称火炎肺胃喘。症见气喘乍进乍退，得食则减，食已则喘，兼有口干而渴，心烦汗多，苔黄而干，脉滑数或洪大。多因胃有实火，膈有稠痰，痰火上冲于肺所致。治宜清胃火，涤痰热。方以白虎汤、导痰汤等加黄芩、黄连、栀子、杏仁、瓜蒌仁等；清胃汤、双玉散亦可选用。

火郁喘亦属于火喘，见《杂病源流犀烛》。《医贯》所论述的火郁喘是指肝火上炎喘。症见气逆喘促，目赤而糊，易怒急躁，甚则四肢厥冷，脉象沉伏。多由邪火内蓄，肝火上炎，肺气受遏，失于宣散，阳气拂郁，不能营运于表。治宜清肝泻火平喘。方用逍遥散合左金丸、火郁汤。《医贯·喘论》：“惟逍遥散加茱连之类，宣散蓄热，得汗而愈；愈后以六味地黄养阴和阳方佳。”

冲脉火炎喘亦属于火喘。《东医宝鉴·喘证》引东垣说：“平居则气平和，行动则气促而喘者，是冲脉之火上攻也。有老人素有喘，或吐唾血痰，平居则不喘，稍行动则气促喘急，以滋肾丸空心服七八十丸，其证大减，此泄冲脉之邪。”

燥火喘：《症因脉治》称燥火喘逆。症见喘咳气逆，吐痰难出，口渴身热，溲赤便涩，面赤唇焦，苔少乏津，舌质偏红，脉见数大或滑数。燥火烁肺，津燥叶枯，肺家不宁，而致喘作。治宜润燥清肺，生津平喘。方用栝蒌根汤、知母甘桔汤、清燥救肺汤等加减。

暑喘：见《杂病源流犀烛》。症见暑天喘喝，身热，头痛，汗出而烦，兼湿则首如裹，胸闷喘呕，体重困倦，热盛则易化火，苔黄腻，脉洪数或濡细。《症因脉治》称“暑湿喘逆”。暑喘，素有喘病，遇暑热即病。因暑性火热，最易伤克肺金。暑挟湿气，邪入肺络，肺失清肃，气逆而喘。《素问·生气通天论》：“因于暑，汗烦则喘喝。”治宜清暑去湿平喘。因于热胜者用白虎汤或竹叶石膏汤；偏于湿者用香薷饮；病兼肺胃者，用桂苓甘露饮；伤气偏虚者宜清暑益气汤或生脉散。

《古今医鉴》的热喘，实则属于暑喘。《古今医鉴·喘急》：“热喘发于夏，不发于冬。”

此外，《证治准绳》的胃喘，是指外感热邪，邪热在胃而见喘急者。症见高热、烦躁，不得安卧，喘呼不宁，苔薄，脉洪大等症。阳明受邪，阳热偏盛。治宜清胃热。方以白虎汤加味。

虚喘

喘证久延，耗伤正气，损及肺脾肾诸脏的气喘，称虚

喘。临床特点为气喘反覆发作，气短乏力，腰酸足软，或有浮肿，动则喘甚。《痘疹传心录·喘》认为：喘（呼吸不相续也），有虚（虚喘必微气息短而无力），有实（实喘声粗大而气息且长）不同。

病因病机　虚喘多因体质素弱，喘证久延或大病后真元耗损，致脏气虚衰，肺气失主，肾不纳气而成。《景岳全书·喘促》："凡虚喘之证，无非由气虚耳。气虚之喘，十居七八。但察其外无风邪，内无实热而喘者，即皆虚喘之证。若脾肺气虚者，不过在中上两焦，化源未亏，其病犹浅；若肝肾气虚，则病出下焦，而本末俱病，其病则深。"

辨证论治　有肺、脾、肾等虚损之异，有阴虚气虚之别，且多兼夹，而见虚中有实之象，临床须分别轻重缓急，辨证论治。《医林绳墨·喘》："有脾之虚，先补其脾；肺之虚，先理其肺。使土实可以生金，不为胀助其喘。金生可以生水，不为气助其急。不然土愈滞，气愈胀，则喘亦胜矣，金愈虚而气愈急，则促又加矣。气虚气促，何治之有。"

气虚喘　见《证治汇补》。《症因脉治》称气虚喘逆。是指肺或中气不足所致的气喘，可分为肺气虚喘、脾气虚喘和胃虚喘。

（1）肺气虚喘：又称肺虚喘。《素问·藏气法时论》："肺病者，喘咳逆气……虚则少气不能报息。"症见气喘乏力，自汗畏冷，面白皮皱，语音低微，或久咳短气，喘嗽，呼吸不利，少气不足以息，潮热盗汗，颧红咽干，舌淡红或红绛，脉虚细数。因外邪久留，损伤肺气，或过于劳倦，耗伤肺气，或久病肺弱，气液亏耗，以致肺虚不足，短气而喘，治宜益气滋阴定喘。方用生脉散、麦门冬汤、人参平肺散、定喘汤、人参半夏丸。

若老弱病人久喘而气虚者，当以养肺为主。肺气虚而兼阴寒盛，如症见喘而面皖，肢冷，宜温养之，可用人参、当归、桂、姜、甘草加以黄芪、白术之类。肺气虚而兼阴虚者，如症见喘而口干，潮热，宜滋养之，加人参、熟地、麦冬、阿胶、五味子、梨浆、牛乳之属。

（2）脾气虚喘：又称脾虚喘。症见喘而不休，中如空状，少气，或胸脘闷胀，面色苍白，四肢不温，乏力短气，甚则食少便溏，舌苔淡白，脉细弱。由于中气不足，脾胃虚弱，不能健运，以致水湿停滞，阻遏清道，胃失和降，肺气壅塞，升降失常，因而成喘。或劳累忍饥，或过饮食伤，或久病克制，损伤脾胃。治宜健脾胃益气定喘。方用五味子汤、补中益气汤、木香丸、加味六君子汤。

（3）胃虚喘：是指脾胃俱虚的喘逆，《医学入门·喘》："胃虚极则气上逆。"《杂病源流犀烛》称胃气虚喘。症见抬肩撷肚，喘而不休，偏胃阴虚者，宜养胃益阴，如五味子汤、生脉散加杏仁、陈皮、白术等药。如胃虚有寒者，用理中丸加椒目等药。胃虚喘与胃喘之由于胃热气盛和胃络不和喘之痰湿中阻，阳明气逆者有别，见"热喘"、"痰喘"条。

肾喘　见《证治准绳》。是指肾虚根本不固，吸气不能归纳于肾的气喘。临床特点是呼多吸少，气息不调，动则喘甚，腰酸，膝软。肺喘多实，肾喘多虚。肺虚在上焦吸促，脾虚在中焦，吸而微数，肾虚在下焦吸远。《医宗必读·喘》："因虚而死者十九，因实而死者十一，治实者攻之即效，无难也；治虚者补之未必即效，须悠久成功，其间转摺进退，良非易也，故辨证不可不急，而辨喘证尤为急也。"

（1）肾阴虚喘：《症因脉治》称阴虚喘。症见腰膝酸软，咽干烦热，口干盗汗，上气面红，喘而呼多吸少，动则更喘，时喘时止，舌红，脉细数或尺脉浮大按之不足，常因久病及肾，或因劳欲过度，或素体虚弱，耗伤肾精，真元亏损，以致肾阴不足，虚火上升，气失摄纳，逆而成喘。虚劳尤为多见。治宜滋阴降火，补肾摄气。方用七味都气丸作汤或生脉散、肝肾丸、应梦散、左归饮等均可选用。《医述》卷十："阴虚作喘，补阴是矣，第阴中有阳，若服六味汤不应，又宜加人参、枸杞、菟丝子、杜仲、河车，取阴阳互根之义也。"

《医学入门》的阴虚喘还包括阴血不足的气喘。《医学入门·喘》："阴虚喘者，血虚则阳无所依附而上奔。宜四物汤倍芍药加人参、五味子以收之。"

（2）肾阴虚挟痰喘：见《丹溪心法》。症见喘促短气，咽干口燥，喘则面红，舌红脉细。忌用攻破削伐之剂。《景岳全书·喘促》："肾主精髓而在下焦，若真阴亏损，精不化气，则下不上交而为促，促者断之基。气既短促而再加消散如压卵矣。"《医贯·喘》：阴虚发喘"其间有痰者，有无痰者。有痰者水挟木火而上也，岂竹沥、枳、半之能化乎？须有六味地黄丸加门冬、五味大剂煎饮，以壮水之主，则水升火降，而喘自定。"又谓："缘阴水虚故有火，有火则有痰，有痰则咳嗽，咳嗽之甚则喘。"此阴虚水泛为痰，当治其阴虚，痰喘自定，是治本之法。

（3）肾阳虚喘：症见身寒肢冷，浮肿溏泄，小腹胀满，气逆喘息，动则更喘，气不接续。如至气虚不纳，逆而上脱，两足厥冷，甚至额汗如珠，则是垂危之喘，脉沉迟而虚，舌润或胖，乃因喘促日久，脾失健运，水谷不化精微，不能充养肾气；或因劳精耗神，色欲过度，耗伤肾气，气虚不能摄纳，以致短气生喘。治宜补肾纳气。方用肾气丸、黑锡丹、脾肾丸、右归饮。《类证治裁·喘症》："肾阳虚而气脱，孤阳浮越，面赤烦躁，火不归元，七味地黄丸加人参、麦冬；肾不纳气，身动即喘，阴阳枢纽失交，急须镇摄，肾气汤加沉香，从阴引阳，都气丸入青铅，从阳引阴……阳虚宜温养，参、芪、归、术、茯神、莲子、山药、炙草。"

（4）真元耗损喘：即肾阳虚喘，又称肾虚上逆喘。《证治准绳·喘》："真元耗损喘，生于肾气之上奔，真阳虚急，肾气不得归元。"

药后喘　《杂病源流犀烛》说："药后喘，或其人素来劳倦气虚，或当病后用攻伐药太过，以致喘不能收。"多因肺气先虚，又经误药，突然气急喘促。治宜补气扶正，方用补中益气汤。

实喘

邪气盛实所致的一类气喘，称实喘。临床特点是起病较急，病程较短，呼吸急促，气粗有力。多由六淫外袭，痰火郁热，水饮凌肺，致肺气壅阻，肃降无权，气道不利而成。《证治准绳》："实喘者，气实肺盛，呼吸不利，肺窍壅滞，右寸沉实，宜泻肺。"

实喘因病因和见症不同，可分为寒喘、热喘、痰喘、食喘、七情喘、伤损喘、运气喘等。

寒喘：见"寒喘"条。

热喘：见"热喘"条。

痰喘：见"痰喘"条。

食喘：见《杂病源流犀烛》。《症因脉治》称食积喘逆。症见胸满喘逆，胃痛腹胀，恶食饱闷，嗳气，多矢气，脉滑实或弦滑，苔白腻而厚。因饮食过度，积滞填塞，或食鱼腥海味等发物，致恶浊之气上干清道而喘。治宜消导为主。方如保和丸、资生丸、枳术丸等均可选用。如大便干结者可用下法，寒积用煮黄丸，热积用调胃承气汤。食喘多兼感，如感风则疏风，感气则升气，受惊则镇惊，可分别加入消食药中。

七情喘：指七情所伤而致的气喘。《证治要诀》称干喘。因郁怒伤肝所致者，《类证治裁》称怒喘。《医学入门·喘》："七情气急无声响，惊忧气郁，惕惕闷闷，引息鼻张，气喘，呼吸急促而无痰声者。"多因精神刺激，气机郁勃上逆所致。治宜解郁顺气为主。如四七汤、四磨汤、沉香降气汤等可选用。

伤损喘：《症因脉治》称伤损喘逆。症见喝喝喘急，张口抬胸，不能接续，或胸胁作痛，或吐紫血，脉或促或结，大小不匀，如至数不清，按之散乱者，多属危候。多因举重，用力，或号呼叫喊，大声说话，或剧烈咳嗽，伤损肺络而致。治宜理气调逆，和血祛瘀。如四磨汤合四物汤。

运气喘：见《医学纲目》。指岁运失常，气候变化所致的气喘。由岁金太过而致者，症见咳嗽气逆，肩背痛，喘喝有声等。当治以温剂。由岁火太过，火攻肺金而致者，症见喘咳肺胀，呼吸响鸣，寒热，少气，大腹膨胀等。治宜咸寒之剂。由木火太过，风火为逆者，症见气逆不平，当以清泄风火为主，配合针灸治疗。

此外，因肺痈、肺痿而致喘者，称肺痈喘、肺痿喘（见"肺痈"、"肺痿"条）。

痰喘

多因肺胃失职，水气不化，以致留饮成痰，阻滞气机，升降失常而为喘，称痰喘。临床特点是呼吸急促，喘息有声，痰声漉漉，而无哮鸣，咳嗽痰多，胸满，动则更甚。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇："咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。""膈上病痰，满喘咳吐……必有伏饮。""肺饮不弦，但苦喘短气。"总因水气留积，湿滞成饮，水结为痰，闭塞气道，胸膈壅满，痰气相搏，乃为痰喘。

痰喘：见《丹溪心法》。若痰甚而喘，《杂病源流犀烛》称痰甚喘。症见喘咳痰多，壅盛胸满，痰气相逆，喘有痰声，坐卧不安，苔腻，脉滑。乃因湿痰或热痰阻肺，气道壅塞而生痰喘。《证治准绳·喘》："凡下痰平喘诸方，施之形实有痰者神效。"治宜祛痰宣肺平喘。方用二陈汤合三子养亲汤、千缗汤、苏子降气汤等，满山红、焯菜、泽漆等药可配合应用。

痰饮喘：《千金要方》称停饮喘。《症因脉治》称痰饮喘逆。症见时咳时呕，卧下喘逆，面色虚白，胸中漉漉有声，甚则喘息倚肩。脉多见弦滑，或弦紧或弦数。苔白腻，或黄腻而滑。因脾虚多饮，水浆停积，胃纳过多，脾失健运，致水谷不化精微，津液停积，肺不通调，水液聚而成饮。总因阳虚阴胜，输化失常，如上焦肺通调涩滞，中焦脾转输失权，下焦蒸化失职，三者互相影响，则水液停积为饮。尤以脾失健运为主要病机，上不能输精养肺，下不能助肾制水。治宜温化痰饮，肃肺平喘。方用小青龙汤、苓桂术甘汤、五苓散、葶苈大枣泻肺汤、肾气丸等。

水喘：见《医学入门》。《杂病源流犀烛》称水气喘促。症见气逆喘急，胸膈满闷，腹胀，怔忡，面目或肢体浮肿，小便不利。脉滑或濡，苔薄白或白腻。由肾脏聚水，脾湿不化，水气上凌，肺失通调所致。治宜泻肺行水，运脾温肾。方用小青龙汤、真武汤、《济生》肾气丸等。

痰饮喘和水喘，名异实同。"稀而清者为水，稠而粘者为痰"。为了辨证论治更为精确，临床上分为痰饮喘、水喘施治。以痰为主，痰声漉漉而喘者，为痰饮喘；以浮肿较为显然，水湿较多因而喘满者，为水喘。痰喘和痰饮喘的治疗，《景岳全书·喘促》："有痰喘之说，前人皆曰治痰。不知痰岂能喘，而必有所以生痰者，此当求其本而治之。"又云："痰甚作喘者，虽宜治痰，如二陈汤、六安煎、导痰汤、千缗汤、滚痰丸、抱龙丸之类，皆可治实痰之喘也。……然痰之为病，亦惟为病之标耳，犹必治生痰之本。故凡痰因火动者，必须先治其火；痰因寒生者，必须先去其寒。至于或因气逆，或因风邪，或因湿滞，或因脾胃虚弱，有一于此，皆能生痰。使欲治痰而不知治其所以痰，则痰终不能治，而喘何以愈哉。"水喘的治疗，《景岳全书·喘促》："水喘不宜妄用攻击之药，当求肿胀门诸法治之，肿退而喘自定。"并指明用《直指》神秘汤或肾气丸加减等。

此外，《杂病源流犀烛》有"湿喘"一证。湿喘是由于外湿所致，若肺有邪热，而外湿不解，湿热交结为痰而成痰喘。症见胸腹痞胀，气逆喘促，甚至张口抬肩，痰声漉漉，脉濡或滑，苔薄。由于外受水湿或湿气内蒸，肺失宣降，脾不运化而致水道不调，气机壅逆。治疗以利水化湿为主，《杂病源流犀烛·咳嗽气喘源流》："湿喘，不论内蒸外感……以利水为要。"方以渗湿汤加减。

《证治准绳》有"胃络不和喘"一证，是指痰湿中阻，胃

失降和，胃气上逆所致的气喘。《医贯·喘》："胃络不和喘，出于阳明之气逆，阳明之气下行，今逆而上行，故喘。"治宜和胃理气，化痰降逆。方用旋覆代赭石汤、平胃散加杏仁等。

短气

呼吸短促不相接续的证候，称短气。《医宗必读》卷九云："呼吸虽急而不能相续，似喘而无痰声，亦不抬肩。"临床特点是形瘁神疲，声低息微，头眩乏力，或兼咳嗽咯痰，胸膈窒闷等症。短气在说话或一般活动时即可出现。轻则为短气，重则为喘证。短气是由于脏气不足或有痰饮所致。

短气出《内经》。《灵枢·癫狂》篇说："短气，息短不属，动作气索。"《金匮要略》立"短气病"，与心痛、胸痹合为一篇进行讨论，并认为在痰饮、咳嗽病证中亦可兼有短气症状。短气又称气促。《罗氏会约医镜》卷九云："促者，即经之所谓短气者也。"

病因病机　短气多见于内伤，称内伤短气。亦可见于外感病证，称外感短气。其病因病机有：

肺气不足：肺气虚损，不足以呼吸。虽以肺虚为主，但肺主气，肺朝百脉，若五脏虚损亦可出现短气。《类证治裁·短气》说："短气者，五脏之气皆不足，而阳道不行也。"

阴虚火旺：肾气虚耗，肾阴亏损，水火不济，相火偏亢，气冲于上焦，壅塞于肺经。《罗溪医述·病症辨异》云："盖肾为气之根，主精髓而在下焦，若真阴亏损，则精不化气，下不上交而促。"

肺有饮邪：痰饮阻滞肺络，呼吸不利所致。《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》说："平人无寒热，短气不足以息者，实也。"《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说："短气有微饮。""胸中有留饮，其人短气而渴。"

感受外邪：感冒六淫之邪，初入肌表，传入于里，郁结于肺络而不散，阻绝气之出入所致。

辨证论治　短气虚证多而实证少。若短气由宿疾而来者属虚，由新邪暴遏而得者属实。

气虚短气：见《症因脉治》。症见气虚神疲，言语轻微，息不接续，头晕目花，或纳食不馨，甚则大便溏薄，或腰痠耳鸣，苔薄，舌质偏淡，脉细而濡或微弱。本元素虚，劳伤中气或大病后元气耗伤。治宜益气补元。可用升陷汤（《医学衷中参西录》）。偏于肺气虚者，宜补肺汤，或加味生脉散。偏于脾气虚者，宜补中益气汤。偏于肾气虚者，宜大补元煎。若大病气短阳微或真阳外越，脉细数欲绝，此属气脱短气，急用独参汤或参附汤治疗。

虚火短气：见《石室秘录》。症见少气，呼吸不能接续，腰痛膝软，耳鸣目花，寐少心烦，午后面部升火，或有咽痛，足心发热或有足跟痛。脉细数，苔薄舌质偏红。真阴亏损，水火不能相交，君相之火上炎，上冲于肺而致。治拟益肾滋阴，泻火清心。方用归气定喘汤、五味子汤、黄连泻心汤等加减。

痰饮短气：症见咳嗽、咯痰，短气不足以息，甚则不能平卧，若平卧，则胸闷如窒。《诸病源候论·短气候》说："平人无寒热，短气不足以息者，体实，实则气盛，盛则气逆不通，故短气。"脉滑，苔薄白而腻。因有微饮、留饮，饮留肺而气阻，出入不利。治拟温化痰饮。方用苓桂术甘汤、肾气丸等。《类证治裁·短气》："盖呼气短，用苓桂术甘汤以通其阳，阳气通，则小便能出矣。吸气短，用肾气汤，以化其阴，肾气化，则小便之关门利矣"。

外感短气：见《症因脉治》。症见身发寒热，呼吸不利，短息出人，苔薄。外感六淫，脉紧为寒邪，脉洪数为风热，脉躁疾为燥邪，脉弦长为阳明有邪，脉弦急为肝胆邪热。治疗宜审因辨证。冒寒用三拗汤；冒风用防风泻白散；伤燥热用石膏泻白散、清肺饮等。

痰饮短气、外感短气属实邪短气。实邪短气往往是虚中挟实，必先去邪而后扶正。扶正以培土生金为主，常服参苓白术散。

少气与短气相类似。少气是指言语无力，说话时感觉气不接续，呼吸微弱等症。《诸病源候论·少气候》说："此由藏气不足故也。肺主气，而通呼吸，藏气不足，则呼吸微弱而少气。"少气，是指气少不足以言；短气，是指气促不足以息。

哮病

反覆发作喉中痰鸣气急，以呼吸急促，喉间哮鸣为临床特征的病证，称哮病。哮发作前常有鼻痒或流清涕，咳嗽咯痰不爽，或咽喉疼痛，喷嚏等症。哮发作时可以见到咽塞胸闷，呀呷有声，响若拽锯。严重时可见张口抬肩，不能仰卧，伛偻伏坐，目胀睛突，面色苍白，唇甲青紫，若咯出大量痰涎，则病证逐渐缓解。《症因脉治·哮病》："哮病之症，短息倚肩，不能仰卧，伛偻伏坐。每发六七日，轻则三四日，或一月，或半月，起居失慎，则旧病复发。"本病包括现代医学的支气管哮喘、哮喘性支气管炎等疾病在内。

哮病见《证因脉治》。属《内经》的喘鸣。喘鸣是指呼吸急促，喉间有痰鸣声。《金匮要略》中的上气，亦包括哮病在内。哮，《诸病源候论》称上气鸣息，上气喉中如水鸡鸣，并论述了呷嗽一病。《千金要方》、《外台秘要》、《圣济总录》、《太平圣惠方》等沿用"喉中如水鸡声"、"呷嗽"。《简易方》称哮吼。《丹溪心法》把哮及喘分为两病，哮称哮喘，喘称喘病。《医学正传》称哮。《赤水玄珠》虽以"哮"立名，但内容仍以哮与喘合为一病。《东医宝鉴》称哮证。婴儿未断奶时发病者，称奶哮或乳哮。

病因病机　《内经》认为肺热、寒邪和痰饮是哮病发作的主要因素。如《素问·通评虚实论》指出中风热则"喘鸣肩息。"《灵枢·邪气脏腑病形》："两寒相感，中外皆伤，

故气逆而上。"《素问·至真要大论》:"饮发于中,咳喘有声。"《内经》并认为哮的病变部位在肺,《灵枢·本神》:"肺气……实则喘喝,胸盈仰息。"《金匮要略》认为风寒外袭,痰饮内发,内外合邪,闭塞肺气,又因痰碍其气,气触其痰,痰气相搏而致"喉中水鸡声"。《圣济总录》言哮得之偏嗜厚味,盐、酸太过。《丹溪心法》专主于痰。《类证治裁》指出哮有"宿根"故称宿哮。《临证指南医案》更有"天哮"的病名,表明了哮的发作与人体的素质有关。《杂病源流犀烛》指出哮大多感于幼稚之时,多发于冬初。《时方妙用·哮证》说:"哮喘之病,寒邪伏于肺腧,痰窠结于肺膜,内外相应,一遇风、寒、暑、湿、燥、火六气之伤即发,伤酒、伤食亦发,动怒、动气亦发,劳役、房劳亦发。"加以归纳,有如下几方面:

感受外邪:外感六淫,束于肺卫,失于表散,邪气内袭,或化热,或化寒,或化火,或化燥,损伤肺气,肺气失宣,上逆而为哮。

宿痰内伏:停痰伏饮,阻塞气道,妨碍升降;或因痰火内郁,积热熏蒸,热壅气道;或因蕴伏之邪,蒸痰化火,痰火胶结,留伏胸膈,不得消散,积久成患;或因痰火内郁,复感风寒,两邪相合,痰气内击而发为哮。

饮食偏嗜:饮食不节,酸、咸、甘、肥太过;或伤脾或碍肺,水谷不为精微而为痰液,壅塞气道,久积生热,或盐寒结合,厚味引发。《证治准绳·哮》说:"是痰得之食味咸酸太过,因积成热,由来远矣,如胶如漆,粘于肺系。待哮出喉间之痰去,则声稍息。若味不节,其胸中未尽之痰,复与新味相结,哮必更作。"

病有夙根:童幼先天不足,素有哮根,更兼后天失调,遇风寒辄发,惊忧劳气亦发。淹涎岁月,终生成疾。

金元以前哮与喘无严格区分,常相提合称。自《丹溪心法》立哮喘门后,哮的分类逐渐详尽。根据病因分类的有痰哮和食哮。痰哮又可分为风痰哮、痰饮哮、水哮和风寒痰哮;食哮可分为盐哮、酒哮、糖哮、醋哮和鱼哮。根据八纲分类的有冷哮、热哮、实哮、虚哮。冷哮包括内外皆寒之冷哮和寒包热哮;热哮包括暑哮、燥热哮;实哮包括冷哮、热哮;虚哮包括肺虚哮、脾虚哮、肾虚哮。

辨证 首先应辨别病之虚实:新病多实,胸满痰少难出多实;身不动摇或动摇不甚多实;哮如水鸡声,风寒冷哮,痰哮多实;在肺多实。久哮、虚人、老人多虚;胸不满,痰多易出多虚;身动摇多虚,在肾多虚。再辨病邪属寒、属热、属痰、属食:因寒而发哮者,其特点表有风寒,内有蓄痰,秋冬寒冷发病较多,病亦增重。因热而发哮者,其特点表有风热,内有痰火,春夏气温尤易触发。且寒热常常错杂,有外寒而内热之寒包热哮。因痰而发哮者,平素多痰,有痰饮病史。因食而发哮者,常因过食厚味,或嗜盐、糖、醋、酒、鱼腥等物。《类证治裁·哮》说:"大率新病多实,久病多虚。喉如鼾声者为虚,如水鸡声者为实。遇风寒而发者为冷哮为实,伤暑热而哮者为热哮(注:指伤暑哮)为虚。其盐哮、酒哮、糖哮,皆虚哮也。"

哮与喘的鉴别要点是:哮是呼吸出入急促,痰鸣气喘,咽有声响为特征。胸中有痰与气相阻,搏击有声,喉若拽锯或如水鸡声。肺中蕴痰为诱因所引发,气动于痰,呀呷有声,坐卧难堪,常为俯屈,喘逆倚息而为哮。喘是呼吸迫促,出气入气不能定息均匀,甚至鼻翼煽动为特征。常见或张口抬肩,上气咳逆,或升降失常,上气不接,下气难续,短气不足,惶惶欲绝,因而为喘。

哮与喘互相关连,但哮必兼喘,而喘未必兼哮。《医学正传·哮喘》认为:"大抵哮以声响名,喘以气息言。夫喘促喉中如水鸡声者,谓之哮;气促而连属不能以息者,谓之喘。"

治疗 发作时属实,治疗宜用祛邪为主,可用宣肺豁痰等法。由于外邪诱发夙根,外邪有寒热之分,热则气盛而息粗,寒则气衰而息微,宜分冷热施治。冷哮治以温宣化痰;热哮治以宣肺兼清热化痰,不过用凉药,常带宣散,以防寒邪久留内入。病后以养正为急,扶本固元,总使邪气渐消,正气日复。《证治汇补·哮病》说:"实邪为哮,固宜祛散,然亦有体弱质薄之人,及曾经发散,屡用攻劫,转致脉虚形减者,治当调补之中,兼以清肺利气。"

痰火内郁,风寒外束,哮证以此为多,用热剂恐痰火易升,用凉剂虑外寒内侵。治宜着重解散风寒兼及豁痰利气;于散寒之中兼解郁热。《诸证提纲·哮证》说:"大凡治哮病,宜忌燥药,亦不宜纯用凉药。"

饮食所伤,盐、酸过度,所引起之哮证,往往见于脾肺两伤之证,宜于豁痰利气之外兼及消食去积;甚则以消食化痰为主,方能相得益彰。嗜甘郁热,味咸沉寒,尤在临证辨别,宜治咸用甘,治甘用酸之法。先天不足,或感自稚幼,多属本虚标实,随其所伤,去邪扶正培本,注意以元气为重。大要而言,凡哮未发时,以扶正气为主,既发时以祛邪为主。

本证严重发作,可累及心阳,极易汗脱生变,应按喘脱之症,积极加以处理,见"喘证"条。《张氏医通·哮》:"凡哮证见胸凸背驼者,此肺络败,为痼疾。"

针灸、推拿、气功等治疗见"喘证"条。

预防及调护 哮有夙根遇寒即发者,平时应注意保暖,锻炼身体;遇劳即发者,应注意作息,勿过劳身心;因厚味醋盐而发者,应禁忌诱发饮食,勿与诱发物品接触;《诸证提纲·哮证》云:"欲拔病根,必断厚味。"平时薄滋味,避风寒,留意天时寒暖变化,加意保养,慎起居,减少伤风感冒,防止复发。

冷哮

内有夙根,遇寒冷而发的哮病,称冷哮。临床特点是哮吼而面青,形寒肢冷,头痛身楚。又称寒哮,《类证治裁·哮》:"遇风寒而发者为冷哮。"《证治准绳·哮》:"哮喘遇冷则发者,有二证,其一属中外皆寒,其二属寒包热。"

冷哮:见《类证治裁》。症见胸满哮喘,恶寒头痛,面

青色晦，或形寒肢冷，口不作渴，痰白或灰或清稀起沫，舌苔白滑，脉紧或弦滑。因寒冷外侵，气壅痰生，肺气不宣而致。治宜温肺散寒，豁痰利气。方用参苏温肺汤。药用紫苏温肺散寒；四君合木香温脾益气，培土生金；肉桂、五味子温肾纳气，补肾火亦即养肺金；更加二陈、桑白皮理气祛痰，俾肺脾肾协臻，温中散寒，温化痰饮以平喘。此外，小青龙汤、冷哮丸、大枣汤均可选用。

冷哮表解，痰壅气急而哮，或阳虚体弱，汗出神疲，面色灰晄，四肢不温，舌质淡胖，脉细弱。治宜温阳补虚，化痰顺气。方用苏子降气汤、四磨饮加减。

寒包热哮：见《杂病源流犀烛》。症见恶寒喷嚏，头疼身酸，口唇干，鼻息热，浊痰稠粘，哮鸣气粗，苔白腻而黄，或黄白相兼，脉浮紧或滑实。因胃中有痰火，膈上有稠痰，外受非时寒邪，外寒内热，痰气交阻，即为寒包热哮。治宜去寒解表，清热化痰。方用厚朴麻黄汤、小青龙加石膏汤、定喘汤、黄芩半夏汤加减。

冷哮或寒包热哮，于三伏天可用《张氏医通》之白芥子涂法。用白芥子净末 30 克、延胡索 30 克、甘遂 15 克、细辛 15 克共为末，入麝香 1.5 克杵匀，姜汁调。夏三伏中涂肺俞、膏肓、百劳等穴。涂后麻酸疼痛，切勿便去，约 1 小时左右，方可去之，10 日后涂 1 次，如此 3 次，有良效。

齁喘：《万病回春·哮吼》云："凡遇天气欲作雨，便发齁喘，甚至坐卧不得，饮食不进。此即肺窍中积有冷痰，乘天阴寒气从背、口、鼻而入，则肺胀作声。此病有苦至终身者。亦有母子相传者。"齁喘包括冷哮和鱼腥哮(见"食哮"条)。《医方考》的齁船又称船齁，即齁喘，但主要是指冷哮。《幼幼集成·五虎汤》："治寒痰入肺而作船齁。盖船齁为寒痰固结，非此方不能解散。"可选用五虎二陈汤治疗。《时方妙用》则称鼾齁。

《普济本事方》有呴嗽一病，是指咳嗽气喘，喉中有哮鸣声，应用紫金丹治疗，似与冷哮相近。呴嗽《赤水玄珠》称齁嗽。

热哮

内有夙根，遇热邪或暑邪而发的哮喘，称热哮。临床特点为哮吼面赤，口干而渴，痰稠而黄。《类证治裁·哮》说："热哮当暑月火盛痰喘者。"因痰火内郁，积热熏蒸，热壅气道；或蕴伏之邪，蒸痰化火，痰火胶结，留伏胸膈，不得消散。积久而成热哮。热哮还包括暑哮和燥热哮。

热哮：见《类证治裁》。症见胸满喘息，气粗息促，哮鸣声响，咳呛阵发，痰唾脓浊，稠粘难出，烦闷不安，面赤唇干，自汗口渴，或有发热，脉滑数实，苔黄腻，舌质红。因热邪外袭，与内热熏蒸，使痰浊稠粘，阻塞气道，肃化无权，升降失职，发为热哮。治宜宣肺降逆，清热化痰。方用越婢加半夏汤。麻黄宣肺气，协石膏以清邪热；生姜、半夏之辛而增强清宣化痰降逆作用；甘草、大枣和中。本方运用开肺、清热、化痰、降逆四法治热哮。亦可酌加射干、杏仁、款冬、桑白皮之类。此外，清金化痰汤、定喘汤均可选用。内热较重用桑白皮汤。肺主升降出入，一受火炎，吸则火升，呼无津液，化源枯绝，急以黄芩、黄连、栀子、贝母降心火，清肺金，恐芩、连过伤母气，佐半夏、苏子合桑白皮、杏仁降逆利气去痰。

暑哮：见《顾氏医镜》。症见咳嗽气急，但坐不能平卧，喉中哮鸣声，面赤口渴，烦躁闷乱，或有身热头痛，大汗渴甚，脉洪大或滑数，苔薄黄，舌质偏红。因外感暑湿，诱发宿根，热壅气逆，不得泄越，则发为暑哮。治宜清暑利湿，宣肺平哮。方用竹叶汤、竹叶石膏汤等加减。药用竹叶、石膏清暑；麻黄平哮；因暑热每伤气津，故用人参、麦冬益气养阴；姜、枣、甘草、粳米和中。

燥热哮：症见胸膈烦满，咽干津少，哮鸣喘息，呛咳艰难，痰稠粘结、干咳少痰，苔少干燥，脉弦数或细数。因外感秋燥，袭肺伤津，熬津为痰，痰阻肺络，气机失常，上逆而为哮。治宜清燥化痰，顺气平哮。方用喻嘉言清燥救肺汤加减。麦门冬汤亦可服。

热哮、暑哮和燥热哮在三伏天可应用复方马兜铃涂法。药用马兜铃 9 克、生甘草 18 克、银杏 18 克、糯米 45 克、麻黄 4.5 克、枸骨叶 90 克，共研细末，和匀，每次用药末三分之一，以生理盐水 100 毫升调成厚糊状，分做 6 个药饼，敷涂于百劳、肺俞、膏肓三对穴位。每伏敷涂 1 次，每次 2 小时，共 3 次。

食哮

饮食厚味、偏嗜咸、酸等，以致气急哮鸣，为食哮。临床特点是痰食结聚，胸闷腹胀，昼夜发哮，声如拽锯，或咳或呕等症。《医旨绪余·哮》："有饮食厚味伤脾，不能运化而发者，脾伤则津液不得布散，而生痰涎，壅塞经隧，肺气为之不利。"

食哮因饮食不节，过嗜肥甘生冷，或伤脾或呛肺，酿成痰积，胶粘气道，阻碍升降，遇食迭发，是谓食哮，已成病根，有因糖酒而发，有因盐冷而发，有因鱼腥而发。治宜消食、去痰、下气。

食哮：见《杂病源流犀烛》。症见恶食胀闷，胸满气高，嗳气哮鸣，抬肩瞪目，或咳或呕，苔厚腻，脉滑大。因饱食伤肺，厚味伤脾，积湿生痰，浊气壅塞，上干清道，大多感于幼稚之时，发为食哮。治宜消食健脾，豁痰利气。方用清金丹、调气化痰丸、人参半夏丸加减。药用莱菔子、麦芽、山楂、神曲等消食；皂角、半夏、南星、苏子、杏仁等化痰。食哮缓解后可选用资生丸治疗。

咸哮：见《原病集》。《张氏医通》称咸冷哮。症见喉中痰声不绝，食盐即发，痰咸而粘，苔灰白而腻，脉沉而紧。因生冷饮食，过于咸寒，肺胃受伤，痰积内阻，因而发哮。宜分辨其证情属冷属热，在处方中加饴糖或用见晛丸。咸哮而兼有咳嗽者，称食咸哮嗽。可应用人参芦煎

汤饮之。

糖哮：见《类证治裁》。症见气急，喉有哮鸣，口淡而粘，苔白腻，脉濡滑，因食糖及甜甘过多而生热，热甚生痰，痰热互结，气逆而哮。治宜健脾化痰，利湿平哮。方用人参半夏丸加佩兰。

酒哮：见《类证治裁》。《东医宝鉴》称酒食哮。症见气急，哮吼重浊，或闻及鼾音，鼻红面赤，苔黄腻，脉滑数。因饮酒或闻及酒味即发哮。酒性辛热升发，冷热兼饮，久伤肺胃，痰湿结聚，为气触动，以致发哮。治宜清利湿热，解酒平哮。方用葛花解酲汤加柞木、枳椇子。

醋哮：见《鸡鸣录》。《张氏医通》称醋呛而嗽。《名医类案》称醋呛哮。症见哮吼喉痒，醋呛喉管而哮发作，脉涩细，苔薄腻。《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》："大都感于幼稚之时，客犯盐醋，渗透气脘，故多发于冬初，必须淡饮食，行气消痰为主。"方用定喘汤、甘草猪胆丸等。

鱼腥哮：见《医说》。症见喘急而喉中有痰鸣声，喘鸣迫急，但坐不得卧。因食鱼虾等，腥味与内饮搏击，肺气壅塞而发哮。治宜温化痰饮。方宜小青龙汤加紫苏等。《医说》卷四说："因食盐虾过多，遂得齁喘之疾。"齁喘包括鱼腥哮和冷哮(见"冷哮"条)。

痰哮

内有伏痰，痰浊壅盛所致的哮病，为痰哮。临床特点是痰哮必有痰声，喉中痰鸣呀呷有声，咳逆吐痰，气急鼻张，胸窒腹胀。《丹溪心法》哮喘专主于痰。痰哮必兼喘，故又称痰喘。《医学入门·哮》说："哮即痰喘甚而常发者。"又曰："痰喘必有痰声。"但痰喘属于喘证，见"喘证"条。

病因病机 痰哮因脏腑输化失常，留饮成痰，或外受风寒，内因郁热，聚液生痰，郁塞气道，痰气交阻，成为痰哮。《症因脉治·哮病》："痰饮留伏，结成窠臼，潜伏于内。偶有七情之犯，饮食之伤；或外有时令之风寒，束其肌表，则哮喘之症作矣。"

辨证论治 痰哮多属实证，与肺脾两脏有关。治疗当以化痰利气为先，未发时则健脾调理为主。《证治汇补·哮病》说："哮虽肺病，而肺金以脾土为母，故治肺中之浊痰，亦以脾中之湿热为母，俾脾气溷浊，则上输浊液尽变稠痰，肺家安能清净，所以清脾之法，尤要于清肺也。"

(1) 风痰哮：出《杂病源流犀烛》。症见呼吸急促，痰声漉漉，畏风，形寒身疼，苔薄白腻，脉滑而紧。风邪与痰气相搏而致。治宜祛风宣肺，豁痰利气为主。方用千缗导痰汤、黄芩利膈丸等加减。药用半夏、皂角、南星、陈皮、枳壳等豁痰利气；黄芩、黄连清肺；麻黄、防风、前胡祛风宣肺。亦可选用大萝皂丸。

(2) 痰饮哮：症见呼吸急促，呀呷哮鸣，胸满窒闷，咳吐痰涎，甚至张口抬肩，伛偻伏坐，或见唇青额汗，脉滑苔腻。因伏痰停饮，结成窠臼，阻塞气道，呼吸出入之气，触动留积痰浊，搏击有声，发为痰饮哮。《时方妙用·哮证》："胸中多痰，结于喉间，偏与气相击，随其呼吸呀呷有声。""一发则肺俞之寒气与肺膜之浊痰，狼狈相依，窒塞关隘，不容呼吸。而呼吸正气，转触其痰，鼾齁有声。"治宜豁痰利气，去邪平喘。方用射干丸加减。药用射干、款冬利肺气；二陈、贝母、郁李仁、皂角宣导水湿痰饮；细辛、干姜、五味子、百部去寒化饮止嗽。

《金匮要略》中的咳而上气，喉中水鸡声者，亦属于痰饮哮的一种。宜温肺化痰，止咳平哮，方用射干麻黄汤。

呷嗽属于哮病中的痰饮哮。《诸病源候论·呷嗽候》说："呷嗽者，犹是咳嗽也。其胸鬲痰饮多者，嗽则气动于痰，上搏咽喉之间，痰气相击，随嗽动息，呼呷有声，谓之呷嗽，其与咳嗽大体相同，至于投药，则应加消痰破饮之物，以此为异耳。"

(3) 水哮：出《医学入门》。症见咳嗽哮吼，唾涎，痰沫清稀，胸胁疼痛或见形肿呕吐。苔薄白而腻，脉濡细或滑。因幼时被水停蓄于肺为痰。治宜祛水饮，肃肺气。方用神秘汤、苦葶苈丸、导水丸等加减。药用葶苈子、牵牛子、大黄祛逐水饮；橘皮、桔梗、紫苏、杏仁化痰利气，并加用人参以扶正；五味子、乌梅以敛肺气，用治病久肺气耗伤者。《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》说："有水哮，宜水哮丸。"水哮丸由芫花、浮萍、米粉三味，搜为粿，清水煮熟，恣意食之，有逐饮利水作用。

(4) 寒湿痰哮：症见胸闷哮鸣，咳痰稀白，口淡食少，体重腹胀。苔滑腻，脉濡软或沉。因坐卧寒湿，贪凉露卧，寒冷外束，湿气内侵，以致气壅痰伏，邪留根深，成为宿痰，屡发不止。治宜散寒燥湿化痰，理气平哮。方用加味三拗汤、九宝汤。

痰哮常兼有气滞，或因七情而发，可选用六磨汤、沉香降气汤等方治疗。

虚哮

久哮不已，肺脾两虚，损及于肾的哮喘，称虚哮。临床特点为哮喘乏力，短气迫促，瘦弱虚汗，气不摄纳，甚则平时亦持续哮喘。虚哮见《类证治裁》。

哮病长期发作，肺气耗伤，离源化绝；脾胃虚弱，不化精微；肾虚精亏，肾不纳气。有偏于肺虚，有偏于脾虚，有偏于肾虚，有肺脾肾俱虚。

肺虚哮：症见呼吸不利，气乏无力，畏冷自汗，或少气不足以息，喘嗽，盗汗，咽干。发作前常多喷嚏，鼻塞流涕，苔薄白，脉虚弱。因哮喘时发，肺气耗伤，津血亏损；肺主气，虚则内外之邪易侵，哮病常发。其中气候变化，常为诱因。治宜补肺固气。方可选用人参平肺汤、润肺汤、玉屏风散。药用人参、黄芪、五味子等益气敛肺固表；杏仁、天门冬等润肺；桑白皮、紫菀、马兜铃、半夏等平喘化痰。

久咳而致哮者，亦属于肺虚哮。《诸病源候论·久咳

逆上气候》说："久咳逆气，虚则邪乘于气逆奔上也。肺气虚极，邪则停心，时动时下，故发则气奔逆乘心，烦闷欲绝，少时乃定，定后复发，连滞经久也。"治疗以止咳养心为主，平哮为次。方用五味子汤加减。

脾虚哮：症见胸脘胀闷，倦怠乏力，食少，面色苍白，四肢不温，甚则便溏。平时多痰唾，往往因饮食不慎而诱发哮喘，苔淡白，脉细弱。因饮食伤及脾气，中气衰馁，虚而不运，脾之清阳不升，胃之浊阴不降，食物不化精微，反为痰浊，壅塞气道，致为哮病宿根，时常发作，重伤太阴。治宜理脾健运，益气化痰。方用六君子汤、六安煎、补中益气汤。《类证治裁·哮证》说："脾胃阳微者，急养正，四君子汤；久发中虚者，急补中，益气汤。"

肾虚哮：又称肾哮，出《类证治裁》。症见痰嗽起沫，气逆哮喘，神疲息促，短气心慌，腰酸，头眩，耳鸣，或低热口干，或肢寒畏冷，平素即有气短，动则气急，舌红苔少，脉寸浮尺微弱。因哮病日久，必累及于肾，使阳虚水泛，阴虚火浮，肾不纳气，气不潜藏，上逆成哮。治宜补肾纳气，培本化痰。方用肾气丸化裁。方可选用安肾丸、六味丸、黑锡丹等。滋肾阴加枸杞、女贞子、生熟地等；温肾阳加鹿茸、补骨脂、仙灵脾等。

《类证治裁·哮证》说："盐哮、酒哮、糖哮，皆虚哮也。"（见"食哮"条）。

痰证

痰积体内所引起的多种病证，为痰证。

痰的名称，出《伤寒杂病论》。《诸病源候论》有热痰、冷痰、痰结实和鬲痰诸候。《儒门事亲》将痰证分为风痰、热痰、湿痰、沫痰等；其后，《医学入门》论痰证有十一种。《杂病源流犀烛》又补充至十六种。

病因病机　痰证的发生，历代医家多认为与肺、脾、肾三脏有密切关系。如《景岳全书·痰饮》以为"五脏之病，虽俱能生痰，然无不由乎脾肾。盖脾主湿，湿动则为痰，肾主水，水泛亦为痰。故痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾。"《医学入门》认为"痰原于肾，动于脾，客于肺"。正因为肺主一身之气，使津液遍布全身，如治节无权，津液便可聚而成痰，故后人有"肺为贮痰之器"的说法；脾胃虚衰，清者难升，浊者难降，水谷精微不能正常运化，留中滞膈，亦可凝聚为痰，所以《景岳全书·痰饮》指出："盖痰涎之化本由水谷，使果脾强胃健，如少壮者流，则谷随食随化，皆成气血，焉得留而为痰？"林珮琴也说，痰生于脾。后人又认为"脾为生痰之源"。肾主调节水液而司开阖，脾土赖肾阳以温煦，如肾的开阖不利，水湿停聚而为痰；命门火衰，不能温运脾阳，即所谓"火不生土"，致使水谷精微化失其正，聚而成痰。正如张景岳所说的痰即水也，其本在肾，其标在脾。此外，亦有强调以湿为因者，《素问病机气宜保命集》："假令湿在于心，谓之热痰，湿在肝经，谓之风痰，湿在肺经，谓之气痰，湿在肾经，谓之寒痰。"有强调五脏为因者，《医宗必读·痰饮》："在脾经者名曰湿痰，在肺经者名曰燥痰，在肝者名曰风痰，在心者名曰热痰，在肾者名曰寒痰。"华岫云在《临证指南医案·痰》按中谓："有因外感六气之邪，则脾肺胃升降之机失度，致饮食输化不清而生者；有因多食甘腻肥腥茶酒而生者；有因本质脾胃阳虚，湿浊凝滞而生者；有因郁则气火不舒而蒸变者；又有肾虚水泛为痰者，此亦因土衰不能制水，则肾中阴浊上逆耳，非肾中真有痰水上泛也。更有阴虚劳症，龙相之火，上炎烁肺，以致痰嗽者，此痰乃津液所化，……其余一切诸痰，初起皆由湿而生，虽有风火燥痰之名，亦皆因气而化，非风火燥自能生痰也。"总之，痰证的病因病机，范围非常广泛。正如《杂病源流犀烛·痰饮源流》所说："人身非痰不能滋润也，而其为物，流动不测，故其为害，上至巅顶，下至涌泉，随气升降，周身内外皆到，五脏六腑俱有。"后人也有"怪病多痰"之说。约而言之，可归纳为内、外二因。

外感：外感风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪，中宫失其清化之令，熏蒸结聚为痰。

内伤：内伤七情以及劳倦、饮食、房劳等因，致使脾、肺、肾、三焦、膀胱等脏腑气化失常，水液输布障碍，或津液被热煎熬成痰。

按病因分类，有风痰、寒痰、湿痰、暑痰、热痰、食痰、酒痰、郁痰等；以痰质分类，有稠痰、老痰、滑痰、沫痰等。按虚实分，可归纳为虚、实两大类型。

辨证　一般根据风、寒、湿、热、燥等外邪结合五脏进行辨证。若见咯痰色白多泡沫，伴头痛眩晕，身疼，发热恶寒者为风痰；若见痰黄粘稠，量少，或痰色虽白而胶粘难出者为热痰；若痰多而清稀色白，易于咯出，咳嗽，形寒肢冷，或发热头痛者为寒痰；若痰稠涩少，不易咯出，或带有血丝者为燥痰；若痰多色白或淡黄易于咯出，兼体肥多湿，困倦嗜卧者为湿痰；此外，有因饮食不化所致的食积痰等。亦可按痰证之虚实来辨。如《医学入门》认为痰证应分新久，若新病痰多，或伴头痛发热等外感表证者多为实证；若病久痰少，伴潮热津亏等证者多为虚证。《景岳全书·痰饮》对痰证的虚实辨证甚详，指出："痰有虚实，不可不辨。夫痰则痰矣，皆若有余，又何有虚实之异，盖虚实二字，全以元气为言，凡可攻者便是实痰，不可攻者便是虚痰。何为可攻？以其年力犹盛，血气未伤，或以肥甘过度，或以湿热盛行，或风寒外闭皮毛，或逆气内连肝膈，皆能骤至痰饮，但察其形气病气俱属有余者，即实痰也。实痰者何？谓其元气犹实也，此则宜行消伐，但去其痰无不可也。何为不可攻？则或以形羸气弱年及中衰者，即虚痰也，或以多病，或以劳倦，或以忧思酒色致成劳损，非风卒厥者亦虚痰也，或脉见细数，脏无阳邪，时为呕恶泄泻气短声喑等证。但察其形气病气本无有余者，皆虚痰也。虚痰者何？谓其元气已虚也，此则但宜调补，若或攻之无不危矣。"

治疗　不外治标与治本两法，大抵新病之痰，可以治

标,久病之痰,必须治本为原则。治标则热痰宜清,湿痰宜燥,食痰宜消,风痰宜散,郁痰宜开,顽痰宜攻,在胸膈之痰可吐,在胃肠之痰可下。内伤之痰,则肺虚者宜补肺以滋其津液,脾虚宜培脾以化其痰涎,肾虚宜补肾以引其归藏。《景岳全书·痰饮》对痰证的治疗论述较详,如说:"治痰当知求本,则痰无不清,若但知治痰,其谬甚矣,故凡痰因火动者,宜治火为先。痰因寒生者,宜温中为主。风痰宜散之,非辛温不可也。湿痰宜燥之,非渗利不除也。郁痰有虚实,郁兼怒者,宜抑肝邪,郁兼忧者,宜培肝肺。饮食之痰,亦自不同,有因寒者,有因热者,有因肥甘过度者,有因酒色伤脾者,此皆能生痰,而其中各有虚实,辨之不可不真也。又如脾虚不能制湿,肾虚不能约水,皆能为痰,此即寒痰之属也。或以脾阴干燥而液化为胶,或以金水偏枯,而痰本乎血,此即热痰之属也,凡此二者於痰证中十居八九,是皆虚痰之不可攻者也。"又说:"诸家治痰之法,多有治其标者,虽不可执,亦不可废也……痰因表者汗之,因里者下之,挟湿者分利之。"

痰证有寒痰、热痰、燥痰、风痰、湿痰、郁痰、食积痰、痰结、痰饮、虚痰等,分述如下:

(1) 寒痰:见《儒门事亲》。寒痰是指以痰多清稀,较易咯出为特点的一种痰证。《诸病源候论》称为冷痰。症见痰多清稀易咯,咳嗽,形寒肢冷,或发热头痛,舌苔白润,脉象浮滑。因肺受风寒,失于温宣,津液聚而成痰。治宜温宣肺气,化痰止咳,方用小青龙汤、华盖散、三拗汤等。若症见饮食减少,神疲乏力,四肢不温,或恶寒、呕吐痰涎,舌质淡,苔白,脉沉滑。因形寒饮冷,脾胃虚寒,失于健运,水谷不能输布,停滞为痰。治宜健运脾胃,温中化痰,用二陈汤、《千金》半夏汤、二生汤等方。若症见肢节冷痹,腰背强痛者,由脾虚生湿,寒湿相搏,痰走经络所致。治宜温通经络以散寒痰湿痹,用乌头汤加半夏、南星。若症见痰质稀薄,时有灰黑或黑点,足寒肢冷,腰膝痠软,骨节冷痹,或小便急痛,舌淡苔薄白,脉沉细滑。由肾阳虚衰,失于煦暖,气化功能失常,水气上泛所致。治宜温肾化痰,用姜桂汤、附桂八味丸合二陈汤等。

(2) 热痰:见《诸病源候论》。热痰是指以痰黄稠粘,量少,或痰色虽白而胶粘难出为特点的痰证。《杂病源流犀烛》又称火痰。症见痰黄粘稠,量少,粘凝难出,咳声不爽,口干咽红,鼻流黄涕,或身热喉痛,汗出恶风,头痛骨楚,胸满胸痛,舌苔薄黄,脉浮滑数等。由外邪化热,肺金受灼,津液干少所致。治宜清热化痰,宣通肺气。用桑杏汤、千金苇茎汤、清气化痰丸、清金化痰丸加减。若症见口干口臭,渴喜冷饮,烦热面赤,嘈杂便秘,小便短赤或牙龈红肿,舌苔黄糙,脉滑数。由好食辛辣香燥,或饮酒过多,脾胃积热,煎熬津液所致。《金匮翼·治痰七法》:"或因热而生痰,或因痰而生热,交结不解,相助为虐,是以欲去其痰,必先清其热"。治宜清热化痰,方用小黄丸、清胃黄连丸、竹叶石膏汤配加冬瓜子、马兜铃等。若症见面时烘热,咽燥唇红,眩晕耳鸣,腰膝无力,心悸怔忡,或动则气喘,舌质光红,脉细数而滑。由肾虚火旺,火上熏肺,津液转化粘稠所致。治宜滋阴降火。用百合固金汤,或知柏八味丸加瓜蒌皮、川贝以化热痰。

(3) 燥痰:见《医学入门》。燥痰是指以痰质粘稠涩少,不易咯出,或如米粒,或带血丝为特点的痰证。《症因脉治》称为火痰。《医宗必读》又名气痰。症见痰稠涩少,不易咯出,或带血丝,咳嗽喉痛,咽干鼻燥,或发寒热,烦渴欲饮,脉多滑数或洪数。由外感燥热,灼伤肺津,肺燥津少所致。治宜清热润燥,降火化痰。用竹叶石膏汤、二母二陈汤等方加减。若症见下咳喘逆,时发时止,痰涩难出则咳嗽不已,咽干口燥,面时升火,或声音嘶哑,痰中带血,胸胁隐痛,舌红,脉细数或沉数。病属内伤,多由肺肾阴亏,虚火上炎,或胃肠积热,火灼津液所致。治宜滋肾养阴,润肺生津。方用润肺饮或六味地黄丸、七味都气丸加化痰药;胃肠积热者,用节斋化痰丸。

(4) 风痰:见《外台秘要》。是指素有痰疾,因感受风邪而诱发的痰证。症见痰白多泡沫,头痛身痛,发热恶寒,咳嗽气逆,苔薄白,脉浮滑。病由外感风邪,引动宿痰所致。治宜宣肺化痰,止咳。用清气化痰丸、二陈汤等方。若症见发作时呕吐大量痰涎白沫等症,即《不居集·附杂病各种痰》所称之沫痰。病由风冷积聚脾胃,从而滋生大量寒痰,治宜温健脾胃,驱风逐痰,用延年白术丸或六君子汤加益智仁。若症见痰清而多泡沫,头目眩晕,胸胁胀闷,四肢麻木,便溺秘涩,或眼目瞤动,耳轮瘙痒,即《不居集·附杂病各种痰》所称之肝经风痰。由风痰之邪留滞肝经所致。治宜搜风祛痰,选用半夏天麻白术汤、青州白丸子、加味寿星丸等方。此证亦有表现为突然昏倒,口吐白沫,抽搐反覆发作者,常见于痫证。治宜祛风定痫,用定痫丸或涤痰汤合钩藤饮加减,见"痫证"条。

(5) 湿痰:见《医学入门》。是指因湿邪所致,以痰多色白、或淡黄,容易咯出为特点的痰证。《不居集·附杂病各种痰》又称为脾经湿痰。症见痰多色白,或淡黄易咯出,并兼四肢无力,困倦嗜卧,胸痞腹满,食入不消,舌苔厚腻,脉滑。多因素体肥胖多湿,或脾虚失于健运,湿蕴成痰。治宜除湿化痰。用二陈汤合平胃散加减。如虚甚腹胀腹泻,而足浮肿,脉缓滑者,宜健脾化湿以治本,常服六君子汤。

(6) 郁痰:见《丹溪心法附余》。是指因肝气郁结,以痰白量少,粘稠难咯,或结阻于喉间,或凝滞于胸膈为特点的痰证。《医学入门》认为燥痰久为老痰、郁痰。《症因脉治》又称为结痰、顽痰。症见痰白量少,稠粘难咯,喉中有物梗阻,咯之不出,咽之不下,胸口满闷,苔白腻,脉弦滑。治宜理气降逆,化痰散结,用半夏厚朴汤或六合汤。若症见胸满饱胀,睡卧不宁,噎膈嗳气,嘈杂吞酸,或咽干口燥,气逆不利,咳嗽喘息,或健忘颠狂,苔白腻,脉弦滑数。由痰滞心肺所致。治宜开郁降火,清金润肺而消化凝结之痰,用节斋化痰丸或青礞石丸。

(7) 食积痰:见《丹溪心法》。是指因食积所致,以时

时呕吐较多痰浊，或外为有形之痞块为特点的痰证。《医学入门》又称食痰。症见饱满不食，恶心呕吐痰液，口中觉甘，或肩背作痛，或时泻时止，若上壅于肺，则兼喘急，夹瘀成窠，则脘部有块，苔多厚腻，脉濡滑。由胃强能纳，脾弱不运，积滞日久，化为痰浊。或夹瘀血而成窠囊所致。治宜消食化痰，佐以利气。方如导痰汤、枳朴二陈汤、黄瓜蒌丸等。若结成痞块，则用青礞石丸攻之。气虚者，用补气药送服；夹瘀则宜活血祛瘀，用膈下逐瘀汤加半夏、橘红。

(8) 痰结：见《丹溪心法附余》，是指痰气郁结不散引起的一种痰证。《症因脉治》又称结痰。结于胸膈者，在《圣济总录》则称膈痰。《明医杂著》指结于喉间者称为痰结，见"郁痰"。结於胸膈者，症见咯痰难出，咳嗽身热，短气不得平卧，胸痛难于转侧，头晕目眩，常呕吐，结于胁下则胁下作痛，寒热咳嗽，舌红，苔黄腻或厚腻，脉滑数。病由痰结于胸膈胁下，又因火邪灼津，燥痰日久，气虚津枯，痰液粘结所致。治法均宜清热化痰，理气开结。用瓜蒌枳实汤、加味甘桔汤、三子养亲汤等方。

(9) 虚痰：见《医学入门》。是指机体虚损而致体内痰液积聚所产生的痰证。《景岳全书·痰饮》认为"不可攻者，便是虚痰"。虚痰来源于脾气衰弱者，症见痰多色白，饮食减少，胸膈痞闷，神疲乏力，舌质淡，苔薄白腻，脉濡滑。虚痰的产生，多由年老体弱，或久病劳损，脾气衰弱，饮食不化，土不制水，痰液滋生，或肾虚水不归源，泛而为痰。亦有肝肾阴虚，火灼津液成痰所致。治宜健脾为主，兼与化痰，用五味异功散、金水六君煎。夹有胃寒呕嗯痰涎白沫者，用六味异功散、理中汤之类。若症见咯痰时带灰黑，胫膝酸软，腰背强痛，骨节冷痹，脉沉滑。病由肾阳亏虚所致。治宜补肾温阳，兼化痰水。用真武汤合二陈汤加减。若症见咯痰粘稠，腰膝无力难以久立，时有面部烘热感，性情急躁，甚则骨蒸潮热，舌红，苔薄或剥，脉多细数而滑。病由肝肾阴虚而火动所致。治宜滋肾降火，清化痰热，方如六味地黄丸加麦冬、五味子、川贝母、瓜蒌皮之属。

饮证

因外感寒湿，内伤水饮，或脏腑功能不调，致水液输布失常，停积于体内某一部位所引起的病证，称饮证。

饮证，古称饮，出《内经》。《素问·气交变大论》："饮发中满，食减，四肢不举。"《素问·五常政大论》并有"水饮"之说，如"水饮内蓄，中满不食。"《素问·六元正纪大论》又提出积饮的病证名，"太阴所至，为积饮否隔。"但《素问·至真要大论》则称饮积："岁太阴在泉，草乃早荣，……湿淫所胜……民病饮积。"此外，在《素问·脉要精微论》还有溢饮的记载："溢饮者，渴暴多饮，而易入肌皮肠胃之外也。"《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》对饮证的论述较详，如"问曰：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮、有悬饮、有饮溢、有支饮。"且有伏饮、留饮、肺饮、寒饮等记载。以上饮证也总称为痰饮，故痰饮病证有广义与狭义之分。《脉经》将广义的痰饮称为淡饮，《诸病源候论·痰饮病诸候》以水气停聚两胁之间，遇寒气相搏，则结聚成块，谓之癖饮。《千金要方》以水在肠间，动摇有声为流饮。虽各种水饮症状不同，但仍不出《金匮要略》四饮的范围。后世又有热饮之称，见《温病条辨》。

病因病机　多出外受寒湿，内伤水饮，或情志郁结，阳气不运，肺、脾、肾三脏失职，三焦气化失司，津液敷布失调，导致水湿饮邪不能正常排出体外，停滞于某一局部而成，其中又以脾胃阳虚为导致水饮内留的主要根源。《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》也说："饮之所得其来有五：有愤郁而得之者，有困乏而得之者，有思虑而得之者，有痛饮而得之，有热时伤冷而得之者。饮证虽多，无出于此。"《圣济总录·痰饮门》："脾上不能宣达，三焦调适失宜，致水谷之气不能变化精微，水道不得宣行，水饮停滞，聚成痰饮，或流溢于中，或散布于外，甚则五脏受病。"综合各家之说，其主要病因病机可以归纳如下几方面：

(1) 感受寒湿：《素问·至真要大论》："太阴之胜……独胜则湿气内郁……头重足胫胕肿，饮发于中。"又说："湿淫所胜……民病饮积。"《素问·至真要大论》："土乃润，水丰衍，客寒至，沉阴化，湿气变物，水饮内稸，中满不食。"说明气候寒冷潮湿，或冒雨涉水，或久处湿地，水湿外侵，中阳受困，不得舒展，于是水湿停积而成饮证。

(2) 内伤水饮：暴饮过量之水，或夏暑、劳倦及酒后、病中，恣饮冷水，过食冷物，因热伤冷，中阳受损，脾失运化，停而成饮。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》："夫病人饮水过多，必暴喘满。凡食少饮多，水停心下。"《千金要方》："夫五饮者，由饮酒后，及伤寒饮冷水过多所致。"《千金翼方·杂病》又明确说明："凡淡饮盛……其源为冷饮过多，遂令痼冷伤脾胃，气羸不能消于食饮。"《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》论述更详："人因劳役远来，乘困饮水，脾胃力衰，因而嗜卧，不能布散于脉，亦为留饮；人饮酒过多，肠胃已满，又复增之，脉经不及渗泄，久久如斯，亦为留饮；因隆暑津液焦涸，喜饮寒水，本欲止渴，乘快过多，逸而不动，亦为留饮。"内伤冷饮和外感寒邪，又往往同时致病，如《证治指南》所说："形寒饮冷，乃伤肺胃，而饮凝矣。"

(3) 情志郁结：饮证的发生与情志过极也有一定关系。《济生方》认为"人之气道贵乎顺，顺则津液流通，决无痰饮之患"，若因郁怒伤肝，肝气横逆犯脾，或思虑过度，脾气受困，以致运化失常，饮邪中生。《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》："夫愤郁而不得伸，则肝气乘脾，脾气不化，故为留饮。肝主虑，久虑而不决，则饮气不行；脾主思，久思而不已，则脾结，故亦为留饮。"

(4) 阳气虚弱：饮邪内聚，又多因于阳气不足，《临证指南医案·痰饮》："由阳衰不主运行，痰饮聚气欲阻。"水液的运行，有赖肺、脾、肾三脏，肺有输布通调水道作用，

脾有运化水谷精微功能,胃有蒸化水液、分清泌浊的职责,倘三脏阳气虚弱,气化不足,均能导致水液停积而成饮证。此三脏关系密切,而尤以脾、肾为主。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:"夫短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之,肾气丸亦主之。"即从脾肾阳虚论治。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》将诸种饮证总称痰饮,并根据水液停积的部位不同而分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮四种。曰:"四饮何以为异……其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮;饮后水流在胁下,咳唾引痛,谓之悬饮;饮水流行,归于四肢,当汗出而不汗出,身体疼重,谓之溢饮;咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿,谓之支饮。"该篇还指出,若水饮停在肺者称肺饮;水饮留而不行者称留饮;水饮伏而不出者称伏饮等。《千金要方·痰饮》则分留饮、澼饮、流饮、淡饮、溢饮五类,"五种饮:一曰留饮,停水在心下;二曰澼饮,水澼在两胁下;三曰淡饮,水在胃中;四曰溢饮,水溢在膈上五脏间;五曰流饮,水在肠间,动摇有声。"其所论的澼饮、流饮,症状实与《金匮要略》之悬饮、痰饮相似。后世多采用《金匮要略》的四饮分类作为准绳。

辨证 首先依据临床表现的不同,辨其饮邪停聚的部位。若留于肠胃者为痰饮,流于胁肋者为悬饮,溢于肢体者为溢饮,宿于胸肺者为支饮。水饮内停,侵犯五脏,可出现各种症状。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:"水在心,心下坚筑,短气,恶水不欲饮;水在肺,吐涎沫,欲饮水;水在脾,少气,身重;水在肝,胁下支满,嚏而痛;水在肾,心下悸。"其次辨其虚实。大抵既成饮证,类多虚实相兼,但应从其起病的新久,饮邪的盛衰,体质的强弱而权衡其偏胜,并细分表、里、寒、热;若言其轻重,则轻者称为微饮,四饮次之,而留饮、伏饮最属缠绵。

治疗 大法初宜分消,次宜调养,虚宜温中,久宜暖肾。由于饮属阴邪,得寒则聚,得温则行,故治饮多以《金匮要略》的"病痰饮者,当以温药和之"为原则。而温药和之的治疗原则,应包括宣肺、健脾、益肾等法,《金匮要略论注》所谓"虽表散而实欲其寒饮之下出也",《临证指南医案》谓:"仲景五饮互异,其要言不繁,当以温药和之,通阳方法,因无容疑惑。大意外饮宜治脾,内饮治肾,是规矩准绳矣。"临床可灵活运用。若初得之病,或形体壮实,病属表证实证者,可以治标为先,常用发汗、利尿、逐水等法。历代医家还重视调理气机的治法。如严用和《济生方》强调"顺气为先,分导次之,气顺则精液流通,痰饮运下,自小便中出"。后朱丹溪、李梴等医家均十分重视此法。临床可参考应用。

(1) 痰饮:出《金匮要略》。指水液停积,留于胃肠所致的饮证。症见脘腹有振水音,或呕吐清水痰涎,口渴不欲饮水,水入即吐,或背部寒冷一片如掌大,头昏目眩,心悸短气,苔白滑,脉弦滑。多由脾阳不足,上不能输精以养肺,下不能助肾以制水,以致水停中焦,土为湿困,阴寒内阻,阳气不达,清阳不升,或水饮上凌心肺而成。治宜温阳化饮,健脾利水。以苓桂术甘汤为主方。如肾阳亦虚,气化不行,兼见畏寒足冷,小腹拘急,小便不利,则宜温运肾阳以化水饮,用肾气丸。若饮停胃中,痞满,目眩,心悸,或口渴欲饮,饮后又吐者,为水饮中阻,清阳不升,或上凌于心,或阳气被阻,津液不能上布。治宜降逆止呕,引水下行,用小半夏加茯苓汤。呕吐多则饮邪去,每见口渴,若呕吐后反而不渴,为饮邪尚留胃中,仍宜降逆止呕,温胃散饮,用小半夏汤。若浊阴上逆,头目昏眩较甚者,宜健脾、燥湿、利水,用泽泻汤。假令瘦人脐下悸动,吐涎沫而巅眩者,为水饮停积于下,冲逆而动,并上泛蒙蔽清阳之位。则宜化气利水,用五苓散。若腹满,口舌干燥,为水饮停于肠间,气不化津,津液不能上承,治宜苦辛宣滞,分消水饮,用己椒苈黄丸。若证实,病人自欲下利,利后心下坚满轻减而仍有痞满者,属饮邪壅盛,下而未尽,治宜因势利导,攻守兼施,用甘遂半夏汤。

(2) 悬饮:出《金匮要略》。指水液停留,积于胁下所致的饮证,初起症见恶寒发热,往来如疟,汗出不解,咳嗽牵引胸胁刺痛,或呕恶痰涎泡沫,苔白,脉弦滑。多因肺气虚弱,卫外不固,外邪乘袭,饮邪内阻而致,《温病条辨》论悬饮:"此因时令之邪,与里水新搏。"治宜和解疏利,用柴枳半夏汤;气急,胁痛较甚者,加白芥子、桑白皮等;心下痞硬,口苦,干呕者,加炒黄连。如发热已解,胁下仍有疼痛,则用香附旋覆花汤,或椒目瓜蒌汤以通络涤饮。若饮邪较盛,疼痛加剧,咳唾气急,胸胁胀满,有时只能偏卧,或午后发热,干呕汗出,舌苔薄白或白腻,脉象沉弦,此由络脉受阻,气机不利,水气上迫于肺,肺气不得顺降。则治宜攻逐水饮,用十枣汤、控涎丹之类,使留伏胁下水饮,一扫尽除,俟症状缓解,再服用二陈汤加白芥子、青皮以行气开郁,降逆化痰。若迁延失治,饮阻气郁,化热伤阴,症见咳呛胁痛,痰少稠粘,口干咽燥,或午后潮热,颧红,心烦,手足心热,夜时盗汗,形体消瘦,舌质偏红,少苔,脉细数者。治宜滋阴清热,用沙参麦冬汤、泻白散等方;潮热加银柴胡、炙鳖甲;咳嗽配川贝、百部;兼有气虚,神疲气短,面色㿠白,酌加黄芪、党参、五味子之类。

(3) 支饮:出《金匮要略》。指水饮停积于胸肺所致的饮证。症见咳逆喘息,胸胁痞满不能平卧,面目微肿,痰如白沫,量多,或身体振振瞤动,往往历年不愈,遇寒即发,发则咳喘加甚,或寒热身痛,或痰涌气急,舌苔白腻,脉象浮滑或弦紧。多由肺脾功能失调,水饮停积,偶触寒邪,引动伏饮,肺气不得顺降所致。有感寒邪而发者,治宜温肺散饮。用小青龙汤加减。若饮邪壅盛,气急不能平卧,胸中窒闭,则应急治其标,挫其饮势,用葶苈大枣泻肺汤合三子养亲汤以泻肺逐饮。若表邪已解,但咳嗽痰多,面目微肿,则用苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤以温化水饮,宣肺利气。若日久正虚,脾不健运,目眩心悸,饮食减少,脉沉,可用五味异功散加泽泻以健脾利水。若饮郁化热,喘满胸闷,脘腹痞坚,面色晦暗,烦渴欲饮,苔黄腻者,则宜利水清热,益气散结。用木防己汤。服药后,心下仍

有坚满,可去石膏、加茯苓、芒硝以导水破结。又有饮邪挟温热而发病,则为热饮,《温病条辨》:"喘咳息促,吐稀涎,脉洪数,右大于左,喉哑,是为热饮。"宜用麻杏石甘汤清热化饮。此证在临床颇为多见。

(4) 溢饮:出《素问》。是指水饮停留于四肢肌腠之间所致的饮证。《金匮要略》等医籍也有论述。症见当汗出而不汗出,身体沉重疼痛,肢体浮肿,胸痞咳嗽,或恶寒发热,痰多白沫,口不欲饮,舌苔白腻,脉象弦紧。多因脾虚不运,水饮停积,溢于肌肤,或复感风寒,肺气闭塞,内外合邪所致。治法初宜温散除饮,用小青龙汤。如发热烦躁,无汗身疼,口干渴,苔黄白相兼,脉浮滑而数者,则为饮邪化热,宜解表清里,用大青龙汤治之。

(5) 留饮、伏饮:出《金匮要略》。留饮指饮邪日久不化,留而不去所致的饮证。其症随饮邪留积的部位不同而异,如心下有留饮,阳气不能温达背部,则常见背寒;饮留胁下,肝胆气机阻滞,则胁下痛引缺盆,咳嗽疼痛加剧;饮留胸中,胸阳受抑,肺气不利,则短气而喘,口渴;饮留于肾,水寒下注,则阴囊、足胫肿大;饮留于经络,阳气不通,则四肢关节游走疼痛;饮留于脾,脾气不运,则腹肿身重。凡留饮之脉多沉,治法先当逐饮,再健脾温肾,扶正化饮。伏饮是指饮邪久伏,或留饮去而未尽所致的饮证。若膈上伏饮之病,时见喘满咳唾。若外感寒邪,则兼见寒热背痛,腰疼目泪自出,振振身瞤。治法宜逐邪化饮,扶正固本。

据饮证特点,针灸治疗也以温化为原则。临床据痰饮、悬饮、支饮、溢饮分别予以辨证施治。痰饮又分脾肾阳虚和饮留胃肠,分别取穴为脾俞、三阴交、三焦俞、气海、肾俞和脾俞、章门、足三里、上巨虚、阴陵泉。悬饮分邪郁少阳,饮停胸胁,脉络不和,阴虚内热,其取穴也因证而异,支饮取膻中,肺俞、列缺、风门、脾俞、阴陵泉;溢饮取脾俞、阴陵泉、三阴交、合谷。

肺胀

因多种慢性肺系疾患反覆发作迁延不愈导致肺气胀满不能敛降的一种病证,称为肺胀。其主要临床表现为胸部膨闷、满胀如塞、缺盆中痛、喘咳上气、痰多、心慌、烦躁等。其病势缠绵,时轻时重,迁延日久则可见面色晦暗,唇绀甲青,脘腹胀满,肢体浮肿,甚或喘脱等危重之候。

肺胀一证,首见于《内经》。如《灵枢·胀论》说:"肺胀者,虚满而喘咳。"《灵枢·经脉》亦有"肺手太阴之脉,起于中焦,……是动则病肺胀满,膨膨而喘咳,缺盆中痛。"《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治》中对本病主证有如下描述:"咳而上气,此为肺胀,其人喘,目如脱状。"自是,后世医家多将本病附于肺痿肺痈之后,时或亦散见于痰饮、喘促、咳嗽等门之中。如《丹溪心法·咳嗽》篇说:"肺胀而咳,或左或右,不得眠。此痰夹瘀血碍气而病。"《张氏医通·肺痿》说:"盖肺胀实证居多。"《证治汇补·咳嗽》对肺胀的治法谓:"又有气散而胀者,宜补肺;气逆而胀者,宜降气,当参虚实而施治。"肺胀之病,实属喘证范畴,故宜互参。

病因病机 《诸病源候论》既主肺虚,又主感寒。其《咳逆短气候》说:"肺虚为微寒所伤则咳嗽,嗽则气还于肺间则肺胀,肺胀则气逆。而肺本虚,气为不足,复为邪所乘,壅否不能宣畅,故咳逆短乏气也。"《丹溪心法》指出:"肺胀……此痰夹瘀血碍气而病。"是又主痰湿瘀血等内邪所致。归纳起来,可分为下列几种:

久病肺虚:因内伤久咳、支饮、哮喘、肺劳等慢性疾病迁延失治,痰浊潴留,气还肺间,久而伤气,因成肺虚,这是发病的基础。

感受外邪:六淫邪气反覆乘袭,从而诱发本病,并且一次甚似一次。

外邪从口鼻或皮毛侵入,每每首先犯肺,使肺失宣降,上逆而为咳为喘。久则肺虚而不能主气,因致肺胀。既而子耗母气,肺病及脾。则肺脾两虚,脾失健运。若肺虚及肾,可导致肾不纳气,气喘日甚,呼吸短促,入气困难,动则尤甚。肺失治节,久病及心,心肾阳虚至衰,则可出现喘脱之危候。

痰浊水饮与瘀血等每能阻碍气机,造成肺胀。因肺虚不能化津,脾虚不能转输,肾虚不能蒸化,则痰浊水饮愈益潴留。当此之时,若感风寒,则从寒化而成外寒内饮之证;若感风热,则痰郁化热而成痰热之证。其痰浊壅盛,蒙蔽清窍,则可能发生烦躁、嗜睡、昏迷等变证;其痰热内郁,热动肝风,则可能发生肉瞤、抽搐或动血等变证。他如心阳衰而瘀血,则心悸、脉结代、唇甲紫绀;脾虚不能摄血而咳血便血;气不调畅血瘀而变生癥瘕等,不一而足,皆由以上病机变化相互影响和转化而造成。但无论怎样变化,总皆为本虚标实之主证。

辨证论治 根据肺胀的不同病理机制,一般在临床上可分为痰浊壅肺、痰热郁肺、痰蒙心窍、肺肾气虚和阳虚水泛等五种证候。

(1) 痰浊壅肺:以咳嗽痰多,色白粘腻或呈泡沫,短气喘息,稍劳即甚为主要症状,兼见易汗恶风,纳少倦怠,舌淡苔腻,脉滑等症。皆由肺虚脾弱,痰浊内生使然。痰浊水饮上逆于肺则咳嗽痰多;寒化成饮则呈白色泡沫;肺气虚而痰浊盛,故短气喘息。治宜化痰降气、健脾益肺。方用苏子降气汤、三子养亲汤、六君子汤加减。痰多胸满不能平卧,加葶苈子泻肺祛痰;脾肺气虚、易汗、短气乏力、痰量不多,酌加党参、黄芪、白术、甘草、茯苓等健脾益气、补肺固表。若痰从寒化为饮,宜小青龙汤加减;饮郁化热者,宜小青龙加石膏汤。

(2) 痰热郁肺:以咳逆喘息,烦躁胸满,痰黄粘稠为主症。兼见身热,溺黄、便干,口渴,舌红苔黄,脉数等。此系痰浊热化、肺失清肃之故。治宜清肺化痰,降逆平喘。方用越婢加术汤、桑白皮汤加减。其痰热内盛,酌加

鱼腥草、全瓜蒌、黄芩、黄柏、黄连、山栀、海蛤粉、风化硝；痰鸣喘息不得平卧加射干、葶苈；痰热伤津加花粉、知母、芦根；阴伤痰少加沙参、麦冬。

(3) 痰迷心窍：以咳逆喘促而又神志恍惚，谵妄，躁烦为主症，间或表情淡漠，嗜睡，昏迷，甚则肝风内动，苔腻或黄或白，舌黯，或红或紫，脉细滑数。此系痰浊蒙蔽心窍，神机不发所致。治宜涤痰、开窍、熄风。方用涤痰汤加减，另服安宫牛黄丸或至宝丹。痰热内盛加葶苈、黄芩、黄连、山栀、天竺黄、竹沥；肝风内动加钩藤、全蝎、羚羊角；唇甲青紫加桃红、丹参；咯血、便血加水牛角、生地、丹皮等。

(4) 肺肾阴虚：以呼吸喘促难续，声低气怯，甚则张口抬肩，不能平卧，咳嗽痰白，胸闷心慌为主症，时或形寒汗出，舌淡，或暗紫，苔白，脉细数或结代。此肺虚不能主气、肾虚不能纳气之故。治宜补肺纳肾，降气平喘。方用平喘固本汤、补肺汤加减。肺虚有寒加姜桂；阴伤低热加麦冬、玉竹、生地；气虚瘀阻加当归、丹参、苏木；喘脱加参附汤送蛤蚧粉或黑锡丹。

(5) 阳虚水泛：以面浮肢肿，甚则一身悉肿，腹胀有水，心悸喘咳为主症，兼见脘痞纳呆，尿少，恶冷，唇青，苔白滑，舌胖而黯，脉沉细。系肺脾肾三脏阳气虚惫、气不化水、水邪泛滥之故。治宜温肾健脾，化饮利水。方用真武汤合五苓散加减。水势剧加沉香、万年青根；血瘀甚加泽兰、红花、北五加皮。

此外，下列简易方可酌情选用：①清化丸：治肺胀痰嗽，睡不安。贝母一两，杏仁五钱，青黛三钱。上为末，砂糖入姜汁糊为丸，弹子大，噙化。(《东医宝鉴·杂病篇·肺胀》)。②治久嗽肺胀：五味子二两，粟壳、白饧(即饴糖)炒过半两。为末，白饧丸弹子大，每服一丸，水煎服(《本草纲目·五味子》)。③治肺气壅，上气喘促或面浮：葶苈子炒黄色为末二钱，枣汤调下(《东医宝鉴·杂病篇·咳嗽单方》)。④治上气喘急，时有咳嗽：茶子、百合等分为末，蜜丸梧子大，每服七丸，新汲水下(《圣惠方》)。

食疗方见“喘证”条。

肺痿

肺阴或肺气损伤，肺叶萎弱不振，而以咳吐稠痰涎沫为主证的慢性虚弱性疾患，称肺痿。

肺痿，名出《金匮要略》。《外台秘要》把传尸(肺痨)出现咳而气急者也称肺痿。传尸肺痿属肺痨门，不属本文范围，见“劳瘵”条。

病因病机 肺痿的发生，《金匮要略》认为是热在上焦，因汗、吐、下、利小便，重亡津液而致病，并指出，肺痿的另一原因是肺中虚冷。《诸病源候论》认为，肺痿并由外感误治，虚邪中于肺而成；另在《肺痿候》指出，风邪伤于脏腑，气血虚弱，又因劳役大汗或大下后亡津液，肺气壅塞，不能宣通诸脏之气，因成肺痿。《外台秘要》则认为，肺痿是因平时咳嗽，肺有郁热，积年累月，肺气衰而成气嗽；气嗽不及时治疗可转变为肺痿。后世有些医著也把肺痿附于虚劳、咳嗽门中，如《古今医鉴·虚劳》认为肺痿由虚劳真阴衰虚，相火炽盛，火冲上焦所致。《景岳全书·咳嗽》称：“肺有火邪，重亡津液，邪蕴而为肺痿。”《证治汇补·咳嗽》：“肺痿是由久嗽肺虚而来”。

肺痿有肺虚热、肺虚寒两大类。肺虚热肺痿可因外感治疗失当，津液伤损，肺热叶焦；或因肺虚阴亏，或热病久稽，津液受灼；或因久嗽不愈，化热肺伤所致。肺虚寒肺痿则由于内伤久嗽，肺气耗损，或虚热肺痿日久，阴损及阳，阳虚生寒所致。两者性质不同，但都因津气亏损，失于濡养，肺叶枯萎而成。正如《金匮要略心典》所说：“盖肺为娇脏，热则气烁，故不用而痿；冷则气沮，故亦不用而痿也。”

辨证论治 肺痿的治法，《金匮要略》治肺中冷的肺痿用甘草干姜汤以温之。其治疗“大逆上气，咽喉不利”的麦门冬汤，《肘后方》用以“治肺痿咳唾涎沫不止，咽喉燥而渴”。《千金要方》化裁《金匮》甘草干姜汤为甘草汤、生姜甘草汤，俱用辛甘温药。《外台秘要》则用炙甘草汤补气益阴以治肺痿。《医垒元戎》创紫菀散治虚劳肺痿。《丹溪心法》提出肺痿治疗原则在于养血、养阴、益气、清金，并把紫菀散列为主方。到了明清，对本病的治疗方法又有进一步的验证和发挥。如《寿世保元》创薏苡仁散，治虚热肺痿气阴两伤者。《医门法律·肺痿》提出了治肺痿大法：“大要缓而图之，生胃津，润肺燥，下逆气，开积痰，止浊唾，补真气，以通肺之小管；散火热，以复肺之清肃。”《张氏医通》继承《千金》、《外台》治法，对于虚劳肺痿，多用紫菀散加减。《临证指南医案》认为肺痿概属津枯液燥，多由汗下伤正所致，治以甘缓理虚或甘药理胃，用麦门冬汤加减。

肺痿一般分为虚热、虚寒两大类辨证施治。

(1) 虚热肺痿：症见咳吐浊唾涎沫，其质较粘稠，咳声不扬，喘促气急，口干咽燥，形体消瘦，舌红而干，脉虚数。因肺有虚热或病后津液大伤，肺失濡养，日渐枯萎而致。治宜滋阴，清热，润肺。方用麦门冬汤。如阴虚燥热较盛，可用清燥救肺汤，以清热润燥。津伤甚者，可加沙参、玉竹、生地、百合等养其肺津；潮热者，可加银柴胡、知母、地骨皮等以清虚热。由虚劳导致肺痿，气阴两虚者，可用紫菀散补中生金敛肺。

(2) 虚寒肺痿：症见吐涎沫，其质清稀量多，口不渴，头眩，短气，形寒，神疲乏力，小便数或遗尿，舌质淡，脉虚弱。因肺气虚冷，病后伤气，或虚热肺痿，阴伤及阳，肺失濡养所致。治宜温肺益气，方用甘草干姜汤。气虚较甚者，可用《千金》生姜甘草汤。由虚劳转为肺痿，阴虚血少气弱者，可选用炙甘草汤以益气养血滋阴。

肺痿属内伤慢性疾病，因肺虚津气亏损者，治疗以润肺、养阴、生津为原则；虚寒者以温肺益气为主。切忌峻剂祛痰，冀图速效。若咳久喉哑声嘶，咳血，或脉急数无

神而气高息粗者,多属危候。

肺痈

肺部发生痈疡而咳吐脓血的病证,称肺痈。临床特点为发热寒战,咳嗽气急,胸痛,吐出腥臭脓性粘痰,甚则咳吐脓血。多系风热邪毒蕴结于肺而致。

肺痈,名出《金匮要略》。《诸病源候论》、《千金要方》及《外科精义》等历代医籍均有记载。本病近似现代医学之肺脓疡、化脓性肺炎、肺坏疽、支气管扩张感染等疾病。

病因病机 《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》认为:"风伤皮毛,热伤血脉,风舍于肺……热之所过,血为之凝滞,蓄结痈脓,吐如米粥。"《诸病源候论》进一步指出,由于劳伤气血,腠理不固,风寒外袭,肺气受伤,寒搏于血,蕴结成痈;痈结化热,积热不散,血败为脓。《薛氏医案》还指出,入房过度,肾水亏损,虚火上炎;或醇酒炙煿,辛辣厚味,熏蒸于肺;或咳吐痰涎,汗下过度,重亡津液,皆能致成本病。《外科正宗》认为,肺痈是金受火刑之症,多因感受风寒,未经发散,邪留肺中;或七情、饥饱、劳役损伤脾肺;或房欲伤肾;或劳力内伤,外寒侵入,未经解散,致生本病。《张氏医通》还提到平时劳心思虑有郁火的人易发本病。总之,肺痈的病因病机主要是感受外邪,风热邪毒或风寒化热蕴结于肺,同时与体质、饮食也有一定关系。如痰热素盛,或劳心思虑过度,郁火内生;或嗜酒不节,过食辛热厚味,以致湿热内蕴,内外合邪而易发本病。发病初期,风热侵袭肺卫,继则邪热内壅于肺,热毒壅盛伤及血分,蓄结成痈,终则痈肿破溃而吐脓血。若迁延日久,热毒流连,则必耗气伤阴。

肺痈应与肺痿、肺痨、肺胀等病相鉴别:

(1) 肺痿与肺痈虽同有咳嗽、咯痰、气急等症,但肺痿以吐稠粘涎沫、咳声不扬、动则气喘为主;肺痈以寒战、高热、胸痛和吐脓性浊痰为主。肺痿多属阴虚伤肺,发病缓慢;肺痈多属痰热壅滞实证,起病较急。

(2) 肺痨与肺痈虽同有咳嗽、咯痰,但肺痨的临床以咳嗽少痰、咯血、潮热、盗汗为特征,一般无高热、寒战、吐脓性浊痰等症。

(3) 肺胀是泛指喘咳胸满的病证,以喘咳、息高抬肩为特征。

辨证论治 有以下几方面:

方药治疗 肺痈的方药治疗,在唐、宋代以前,主要针对"肺气壅滞"和"蓄热血瘀",采取泻肺化痰、解毒排脓方法。如《金匮要略》用葶苈大枣泻肺汤,治肺痈喘不得卧;用桔梗汤,治喘而胸满,时出唾腥臭或吐脓如米粥。《千金要方》在《金匮要略》治法基础上,指出在肺痈初期,肺气壅滞,而有一身面目浮肿、鼻塞流涕等外感症状时,宜先进小青龙汤,后再服泻肺汤。治肺痈化脓,又创制了苇茎汤、黄昏汤等。苇茎汤有宣肺清热、祛瘀排脓的作用。《外台秘要·肺痈方》多以桔梗为主药,如桔梗白散、桔梗汤等,其"疗肺痈经时不差桔梗汤",在桔梗汤方中加白术、当归、地黄、败酱草、薏苡仁,对久病不瘥、体质虚弱的患者较宜。宋代肺痈方剂发展更多,其用药重视生黄芪的益气托疮作用,如《太平圣惠方》治肺痈的补肺排脓散用黄芪一味,它若黄芪散、汉防己散、竹茹散都用此药。到了明、清时代,对本病的治疗积累经验更多,除继承古方有所化裁外,开始根据肺痈病的发生、发展全过程,进行分期辨证施治。如《外科正宗·肺痈论》从发病初起至热退身凉,立解散风邪、实表清肺、滋阴养肺、降火抑阴、泻肺排脓、补肺健脾诸法。《张氏医通·肺痈》根据初起、未溃和已溃后所出现的不同情况分别施治,这对近代临床分期辨证施治有很大启发。

肺痈一般分为初期、成痈期、脓溃期、恢复期。初期多有表证,宜清肺散邪;成痈期宜清热解毒;脓溃期宜解毒排脓;恢复期宜益气养阴。兹分述于下:

(1) 初期:恶寒发热,咳嗽痰少而粘,气逆,胸痛咳时尤甚,口干鼻燥,舌苔薄黄,脉浮滑而数。由于风热外袭,肺为热毒熏灼,气失清肃,热灼津液成痰,痰热恋肺而致。治以疏散风热,清肺化痰为主。方用银翘散加减。

(2) 成痈期:高热汗出,寒战,咳嗽气急,胸闷作痛,咳吐脓性粘痰,其味腥臭,咽干口燥,舌苔黄腻,脉象滑数。因热毒内盛,津液耗伤,痰浊阻肺,气血壅滞而致。治以清热解毒,化瘀散结,并以泻肺为大法。《张氏医通》卷四:"肺中生痈,不泻其肺,更欲何待?然日久痈脓已成,泻之无益;日久肺气已虚,泻之转伤。惟血结而脓未成,当亟以泻肺之法夺之。"方用《千金》苇茎汤加银花、连翘、鱼腥草之类,清热解毒,或加凉血散瘀药如丹参、赤芍、丹皮之类,可提高疗效。

(3) 溃脓期:咳吐脓血如米粥样,腥臭异常,胸中烦满而痛,甚则气喘不能平卧,身热面赤,烦渴喜饮,舌质红或绛,舌苔黄腻,脉多滑数。由于热毒内蒸肺气不利,脉络壅滞,耗伤气血,痈肿腐烂而内溃。治以排脓解毒,清热生津为主。方用桔梗汤合《千金》苇茎汤加银花、连翘、败酱草、鱼腥草、开金锁之类。若咳吐脓血量少,久延不净,午后潮热,心烦,口燥咽干,盗汗自汗,气短形瘦,舌质红绛,苔少,脉虚而数。为气阴大伤,热毒未清。治宜扶正托邪。在养肺滋阴之中,配合排脓解毒之品,可选用桔梗杏仁煎。《张氏医通》治肺痈成痈及溃脓后的十六味桔梗汤,亦可选用。

(4) 恢复期:身热渐退,咳嗽减轻,痰量亦少,神疲,食欲不振。舌质红苔薄,脉细无力。邪热渐退,正气日渐恢复。治宜益气养阴,润肺化痰,清除余热。方用清燥救肺汤加减。

肺痈是痰热壅滞实证,不可滥用温补保肺药,尤忌发汗伤其肺气。早期以清热解毒涤痰为主。若已成脓,必须清热解毒,排脓散结。

针灸治疗 一般取大杼、肺俞、合谷、少商、太渊、经渠、足三里、丰隆等穴。大杼、合谷解表祛风寒;少商、经

渠泄肺热；太渊润肺养津；脾俞以治本而丰隆化痰降浊；足三里降气平喘。

预后及调护 肺痈有易治、有难治。根据历代医家实践经验认为：肺痈初起时，脉浮虚细，发热不高，咳嗽有痰，呼吸调匀；脓成后间吐鲜血，时发时止，饮食知味，二便自调，面色微微带黄者，均较易治。若初起即见高热恶寒，脉洪弦数，胸痛气喘，面红多汗；脓成后咯出腥臭黄痰，如胶粘固，并见烦闷，下肢肿满，多属重证。若见气急脉数，颧红鼻塞，音哑，脓血量多而恶臭，不能饮食，爪甲青紫等，则属危候。

患者应保持大便通畅，有助于肺气肃降，使邪热易解。食宜清淡，忌辛辣、油腻等动火生湿之品。

虚劳

因脏腑亏损、元气虚弱所致的多种慢性病证的总称，为虚劳。又名虚损。凡先天不足，后天失调，病久失养，积劳内伤，酒色纵肆，七情乖戾，血瘀内结，渐至元气亏耗，久虚不复，所见的各种虚弱亏损证候，都属於本病范围。《医宗金鉴·虚劳总括》："虚者，阴阳、气血、荣卫、精神、骨髓、津液不足是也。损者，外而皮、脉、肉、筋、骨，内而肺、心、脾、肝、肾消损是也。成劳者，谓虚损日久，留连不愈，而成五劳、七伤、六极也。"

虚劳的名称，早在《内经》就有"五劳所伤"、"精气夺则虚"、"阳虚则生外寒"、"阴虚则内生内热"的记载。近据马王堆出土的竹简医书，早在秦汉，已有"七损八益"之说。《难经》在《内经》的基础上，又提出"五损"之说。《金匮要略》始以虚劳作为篇名，其后《中藏经》则称为劳伤，《肘后备急方》称虚损，《三因极一病证方论》专列"痨瘵"一门，与虚损明确分述。《素问病机气宜保命集》称劳损。《松崖医径》称劳怯，后世多以"虚劳"或"劳损"命名，而把"痨瘵"另立一病。

病因病机 在《内经》强调劳伤过度，如《素问·宣明五气论》："五劳所伤，久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。"秦汉竹简《养生方》指七损为：闭、泄、渴、烦、绝、费等，大多与房劳过度，耗竭精气有关。《中藏经·劳伤论》："饥饱无度则伤脾，思虑过度则伤心，色欲过度则伤肾，起居过常则伤肝，喜怒悲愁过度则伤肺。"后世亦多以五脏为本，如李东垣着重于脾胃，张景岳偏重於肝肾，《医宗必读·虚痨》则谓"夫人之虚，不属於气，即属於血，五脏六腑，莫能补焉。而独立脾肾者，水为万物之元，土为万物之母，二脏安和，一身皆治。"此外，又有重视以肺损为主者，如绮石的《理虚元鉴》称："若夫阴虚阳亢，心火肆炎上之令，相火腾燎原之焰，肺失降下之权，肾鲜长流之用，以致肺有伏逆之火，膈有胶固之痰，背畏非时之感，胸多壅塞之邪，气高而喘，咳嗽频仍，天突火燃，喉中作痒，咯咽不能，嗽久失气，气不纳於丹田，真水无以制火，于是湿挟热而痰滞中焦，火载血而气益情窍，伏气射其肺系，则能坐不能卧，膈痰壅於胃络，则能左而不能右，其时惟宜清金保肺，以宣清肃之令，滋阴补肾，以制阳光之焰。"《松崖医径》又倡"亦有外感六淫之气，失於祛散"。《景岳全书·虚损》又谓"无非酒色劳倦，七情饮食所致"。所论虚劳的病因虽多，归纳言之，则不外先天不足和后天失调两个方面。它的发展过程，一种是因虚致病，因病成劳；另一种是因病致虚，久虚不复而成劳。如《重订严氏济生方·诸虚门》："医经所说诸虚百损，《难经》所五损，不过因虚而致损也。《素问》云'恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？'人能法道清静，精神内持，疴疾不起，乃知固养之道也。不自卫生，或大病未复，便合阴阳；或疲极筋力，饥饱失节，尽神度量；或叫呼走气，荣卫虚损，百病交作；或吐血、衄血、便血、泻血、遗泄、白浊、冷滑、洞泄、盗汗、自汗、潮热、发热、呕吐、喘咯痰饮涎沫等证，因斯积微成损，积损成衰者多矣。且妇人产褥过于大病之后，虚损尤甚。"兹分述如下：

（1）先天不足：多由父母体质虚弱、精血不旺，或妊娠失於调摄，胎儿发育不良，以致生后体虚多病，如不及时调治，往往发展成为虚劳。《虚劳心传·虚证论》："有童子患此者，则由于先天禀受之不足，而禀于母气者尤多。"

（2）后天失调：有由烦劳过度，形神过耗，伤及五脏，损及阴阳气血。有由饮食不调，脾胃受损，不能化生精微气血。亦有外感六淫，迁延失治，邪气久羁，正气伤耗，或大病之后，失於调理，或瘀血内结，新血不生，与妇人产后调护不当。凡此种种，都可以发展成为虚劳。因思虑劳心过度，或环境突变，情绪抑郁及药物而致虚劳者，如《不居集·虚劳虚损虚怯痨瘵辨证》："张飞畴曰：'虚劳之症，必先明受病之三纲，见证之五常，然后参详脉证以辨之。三纲者，房劳伤、思郁伤、药伤'。"

辨证 总不离乎五脏，而五脏之劳损，又不外乎气、血、阴、阳。因此，若以气、血、阴、阳为纲，五脏虚证为目，提纲挈领，识别自易。同时基於五脏相关，气血同源，阴阳互根的关系，又须注意其相互影响和转化。例如气虚不能生血，血虚无以生气。气虚者阳亦渐衰，血虚者阴亦不足。阴损可以及阳，阳损可以及阴。以及肺病可以及脾，脾病可以及肾等，从中区别主次，分清先后，方能掌握正确的治疗。

虚劳宜与痨瘵鉴别，如《景岳全书·虚损》："凡损伤元气者，本皆虚证，而古方以虚损劳瘵各分门类，则病若有异亦所宜辨。盖虚损之谓，或有发见於一证，或有困意於暂时。凡在经在脏，但伤元气，则无非虚损病也。至若劳瘵之有不同者，则或以骨蒸，或以干嗽，甚至吐血、吐痰，营卫俱败，尪羸日甚，此其积渐有日，本末俱竭而然。但虚损之虚，有在阴分，有在阳分，然病在未深，各宜温补；若劳瘵之虚，深在阴中之阴分，多有不宜温补者。"（见"劳瘵"条）。但文献中又有将虚损视为痨瘵之始者，如《医镜·痨瘵》："虚损者，痨瘵之始；痨瘵者，虚损之络。"

其他如产科之蓐劳，妇科之干血痨，儿科之疳劳，均

属虚劳范畴。

治疗　虚劳的治法，大抵以“虚则补之”，“损者益之”，以及“形不足者，温之以气，精不足者，补之以味”为原则。

方药治疗　以补气、养血、温阳、滋阴为常法，并结合五脏病位，分别治疗。但人体脏腑来源於先天，滋生给养於后天，故调补脾胃，又每为治疗诸虚的关键。而在整个治疗之中，又须随时注意情绪的影响。综合文献所述，可见治虚劳之要，有以补虚、祛风、逐瘀为纲而治者，如《十药神书》花蕊石散下陈修园按：“虚痨症，《金匮》以桂枝加龙骨牡蛎汤从肾虚立法，建中汤从脾虚以立法，黄芪建中汤从气血两虚以立法，八味地黄丸、天雄散温其下元，从脾肾气血之总根处以立方，是以补虚为一大纲也；以薯蓣丸治风气百疾，虚羸诸不足，是以祛风为一大纲也；以大黄䗪虫丸治干血成痨，是以逐瘀为一大纲也。”有从虚从劳着手，而论其治疗大法者，如《类经·疾病类》：“故治虚之要，凡阴虚多热者，最嫌辛燥，恐助阳邪也；尤忌苦寒，恐伐生阳也；惟喜纯甘壮水之剂，补阴以配阳，则刚为柔制，虚火自降，而阳归乎阴矣。阳虚多寒者，最嫌凉润，恐助阴邪也；尤忌辛散，恐伤阴气也；只宜甘温益火之品，补阳以配阴，则柔得其主，沉寒自敛，而阴从乎阳也。是以气虚者宜补其上，精虚者宜补其下，阳虚者宜补而兼暖，阴虚者宜补而兼清，此固阴阳之治辨也。其有气因精而虚者，自当补精以化气，精因气而虚者，自当补气以生精。又如阳失阴而离者，非补阴何以收散亡之气？水失火而败者，非补火何以苏随寂之阴？此又阴阳相济之妙用也。”又在治疗中当随时注意四时转换，运用补阴或补阳之剂。如《备急千金要方》：“是以圣人春夏养阳气，秋冬养阴气，以顺其根本矣。”《读医随笔·虚劳损极有内因外因两大纲》中又强调用金石药及血肉有情之品的重要性，曰：“若夫真正虚损，不挟外邪者，无论先天不足，后天戕贼，皆以金石之精，血肉之华，为填补妙品。”其他食补、锻炼法，均不可废。

（1）气虚：一般以肺、脾两脏的气虚较为常见。临床表现为肢体乏力，头晕神疲，语声低微，面白或淡黄，舌色淡嫩，边有齿痕，脉象软弱或大而无力等。故《灵枢·口问》：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩；中气不足，溲便为之变，肠为之苦鸣；下气不足，则乃为痿厥心悗。”如气虚已极，脉沉细或沉迟者，称为“气脱”，当按脱症救治。气虚的治法一般以甘温益气为主，辨证可分“肺气虚”与“脾气虚”施治。

肺气虚：《素问·通评虚实论》曰：“气虚者，肺虚也。”肺气虚除气虚主症外，可兼见全身衰弱，短气喘促，畏风自汗，时寒时热，易於感冒咳嗽等，多因肺气不足，卫外不固而致。治宜补益肺气，用补肺汤或四君子汤加味。自汗不止者，合牡蛎散以益气固表。如动则喘甚，用参蛤散。潮热汗出者，用黄芪鳖甲散以益气和营而除虚热。

脾气虚：见《中藏经》。本症除气虚见症外，兼有饮食减少，或食后脘胀，嗳气矢气，面少华色，大便溏薄或泄泻，倦怠明显，舌淡苔白，脉象软弱或濡细。多因脾气不足，脾失健运而致。治宜健脾益气。用补劳茯神散、参苓白术散等。如胃脘胀满，嗳气、呕吐，加制半夏、陈皮以和胃降逆，或用香砂六君子汤、异功散之类。如久虚清气下陷，泄泻脱肛，可用补中益气汤以升阳益气。

气虚虽以肺脾两脏为主，但与其他各脏亦有关联。例如心肺同居上焦，宗气贯心肺而行呼吸，肺气不足者，多心气亦虚，以致心中虚悬，悸动气急，肺为气之主，肾为气之根。脾的运化，也须赖肾气以温煦，故肺脾气虚者，甚则肾气亦虚而见腰酸无力，尿频失禁，便溏久泄，遗精滑精，气喘动则加甚。因此气虚一证，早则重在肺脾，后来必累及心肾，逐渐演变为全身阳气虚衰。

（2）血虚：症见面白无华，唇舌指甲色淡，头晕眼花，肌肤枯糙，手足麻木，或妇女月经失调，色淡量少，脉细等。《灵枢·决气》：“中焦受气，取汁，变化而赤，是谓血。”故血虚多因脾胃薄弱，水谷不能生化精微而致。亦有失血之后，新血一时不能补充，或血瘀阻滞，新血不生所致。治宜养血益阴为主，并分心血虚与肝血虚进行辨证施治。

心血虚：一般血虚症状外，尚可兼见心悸心慌，失眠多梦，健忘，喘息，脉细数或结代等。多因血虚，心失所养，神不内守所致。治宜养血安神。用养心汤，或四物汤加味。如心悸动，脉结代者，用炙甘草汤以补养阴血，复脉定悸，心血虚伴阴虚生内热者，宜养阴清热，用四物汤加玄参、麦冬、珍珠母之属。

肝血虚：一般血虚症状外，常可兼见肌肤麻木，胁痛，惊惕，或筋脉拘急，妇女月经不调，量少，色淡，脉细弦或细涩等。《灵枢·本神》之“肝藏血”、“主筋”，又与妇女月经有关，因肝血虚，肝失所养所致。治宜补养肝血，用补肝汤或四物汤加味。如挟瘀而肌肤枯糙，或妇女经闭不行，可用四物汤配合大黄䗪虫丸以补血祛瘀。血虚肝旺，则用四物汤加山栀、丹皮、石决明、生牡蛎等以补血调血，清肝镇肝。

血虚虽以心、肝两脏为主，但脾又为气血生化之源，与肝互相协调以统藏血液，若脾虚气血不足，或因出血过多，肝脾统藏失职而致血虚者，均应结合补脾益气生血之法，方如归脾汤等。血即精之属，但精藏于肾，故肾精不足者，宜用右归丸之属以补肾精而生血液。

（3）阴虚：见《灵枢》。指全身精、血、津液的亏虚，与五脏俱有关系，但以肝肾最为密切。症见口干咽燥，头晕耳鸣，腰膝酸软，手足心热，消瘦，舌红少苔等。如阴虚火旺，则兼见唇赤颧红，心烦不安，潮热盗汗，或遗精咯血，脉弦细数等。正如《灵枢·决气》所述：“精脱者，耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属屈伸不利，色夭，脑髓消，胫痠，耳数鸣；血脱者，色白，夭然不泽，其脉空虚，此其候也。”治以滋养肝肾为大法，但要密切注意脾胃功能。所谓“补肾滋阴要识养脾之助”，如《古今医统大全·痨瘵门》：“血生化之本源，肾水溉灌之也，不

有赖于脾气乎？故服四物汤而血不盈者，脾气之不化生也；服补阴丸而阴不济者，亦脾气之不输升也，此之谓不知其本，何以能养血滋阴矣乎！"辨证可分肺阴虚、心阴虚、脾胃阴虚、肝阴虚、肾阴虚施治。

肺阴虚：症见阴虚症状，常兼有干咳痰少，痰中带血，声哑失音，午后升火，盗汗潮热，脉象细数等。多因肺热熏灼，阴液受损，或虚火伤络所致。治宜养阴润肺，选用紫菀散、百合固金汤、二至丸、琼玉膏等加减。金水相生，如肺金虚而肾水不足者，可兼用六味地黄丸滋养肾阴；若心火旺盛，上灼肺金，可酌加莲子心、淡竹叶等以清心火。

心阴虚：症见阴虚症状，常兼有心烦心悸，怔忡少寐，梦多惊惕，面色潮红，口舌生疮，舌碎起刺，小便黄赤等。多因心阴不足，心火偏亢所致。治宜滋养心阴，用天王补心丹、酸枣仁汤等加减。心阴虚又往往与肺阴、肾阴的消长盈亏有关，故有时还需兼用滋养肺肾阴液，如沙参、花粉、芦根、枸杞、女贞子、旱莲草等。

脾胃阴虚：症见阴虚症状，兼有口干唇红，不饥不食，大便干燥，面色潮红，或干呕呃逆，口舌糜烂，舌红，苔少或无苔，脉象细数等。多由胃火炽盛，或脾胃湿热，或热病伤津，阴液损耗所致。治宜养阴和胃，用益胃汤加减，或滋阴健脾丸。

肝阴虚：症见阴虚症状，常兼有头晕，头痛，目涩畏光，视物模糊，或四肢麻木震颤，筋惕肉瞤。多因肝失疏泄，郁而化火，肝阴暗耗，筋失所养所致。肝阴不足，水不涵木，肝阳上亢，肝火上升，则耳鸣耳聋，急躁易怒，面时潮红，失眠头胀，舌干红，脉弦细数等。治宜滋养肝阴，用补肝汤为主方。如肝阳上亢，酌加生石决、生牡蛎之类以平肝潜阳。

肾阴虚：症见阴虚症状，常兼有两足痿弱，腰膝酸软，头晕耳鸣，发脱齿摇，遗精早泄。或口干咽痛，五心烦热，舌红绛少津，脉沉或沉细而数。多因真阴亏损，虚火易动，精关不固；肾阴不足，相火偏亢所致。治宜滋补肾阴。用左归丸、六味地黄丸、大补阴丸等方。相火偏旺者，用知柏八味丸滋阴泻火。脾肾不足而有湿痰者，宜左归丸合二陈汤。因精虚劳伤剧而致"大骨枯槁，大肉陷下，尻以代踵，脊以代头，或骨蒸潮热，大小便牵引作痛"者，应峻补奇经，添精补髓，方用左归丸、河车大造丸等方。

《素问·上古天真论》指出："肾者主水，受五脏六腑之精而藏之。"《医贯》认为肾阴是"上行夹脊至脑中为髓海，泌其津液，注之于脉，以荣四肢，内注五脏六腑……。"因此，肾阴一虚，各脏之阴液无不受其影响，治当兼顾。

(4) 阳虚：多由气虚发展而来。阳虚则生内寒，故症见面色淡白，怕冷，自汗，手足不温，小便清长，大便稀溏，口淡无味，舌质白嫩，脉虚弱或沉迟虚大等。治宜温补助阳。辨证分脾阳虚与肾阳虚施治。

脾阳虚：是脾气虚弱的进一步发展，且常累及肾阳。症见阳虚症状，兼有神疲乏力，少气懒言，腹中冷痛，肠鸣久泻，或泻下清谷长期不愈，舌淡苔白，脉象沉细等。多因中焦虚寒，腐熟水谷，功能减弱所致。治宜温阳建中，以黄芪建中汤、附子理中汤为首选方。若腹中冷痛，大便溏泄日久者，加良姜、川椒、肉豆蔻、补骨脂等以散寒固涩。若食后腹胀满闷，恶心欲吐，加半夏、木香、陈皮等以和中降逆。如已累及肾阳亦虚而见水肿而浮，可用实脾饮、真武汤等以温振脾肾阳气，散寒湿，利小便。

肾阳虚：症见阳虚症状，兼有面色淡白，精神萎顿，滑精阳萎，多尿或小便不禁，面肢浮肿，妇人不孕，月经失调等。多因命门火衰，肾的温煦功能减退所致。而肾阳为诸阳之本，与脾、肺、心的阳气相互联系，相互影响。如脾肾阳虚，则水肿明显，或久泻、下利清谷、五更泄泻等。如肺气亦虚，肾又不能纳气，则兼见动则气短喘急。如心肾阳虚，轻者心悸气喘，重者四肢厥冷，汗出淋漓，唇色发紫，心悸加重。肾阳虚的治法，以益火之源而消阴翳为主。常用方如《金匮》肾气丸、桑螵蛸散、右归丸等。若脾肾阳虚，泄泻日久，参用四神丸以温补脾肾。水肿明显，则用真武汤、《济生》肾气丸以温阳利水。肾不纳气，用参蛤散、《局方》黑锡丹以温肾纳气。心肾阳虚，用参附汤加龙骨、牡蛎以回阳固脱。肾阳虚兼有精血不足者，用人营煎、右归丸以填精补肾。

阳虚日久，往往阴随阳衰，最后可致阴阳两虚，病情更趋复杂。

无论气虚、血虚、阴虚、阳虚之虚劳病证者，临床所见常混杂交错，当随证而加减用方。又因"久病必有瘀"，"气滞血更瘀"，治疗中又当随时注意参用化瘀、活血之品。如《医方考·虚损痨瘵门》之忧思成劳，有"留精"、"留血"、"留瘀"者，"谓之留者，精血已离其位，但留於经脉关要之处，阻塞气血流行之道也。"又如《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》所述："五劳虚极，羸瘦腹满，不能饱食，……内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。"或如《医林改错·通窍活血汤所治症门》："男子劳病，初病四肢痠软无力，渐渐肌肉消瘦，饮食减少，面色黄白，咳嗽吐沫，心烦急躁，午后潮热，大汗汗多。延医调治，始而滋阴，继而补阳，补之不效，则云虚不受补，无可如何……查外无表症，内无里症，所见之症，皆是血瘀之症。"凡见以上诸证，均可随症加用大黄䗪虫丸或通窍活血汤等，气滞则开郁以宣通，血衰则养营以通络，血瘀则入络以攻痹，惟使气疏络通，痹开营养，而虚劳得治。

在药物治虚之外，古人历来重视食养、食治以补益精气，《素问·藏气法时论》："五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气。"孙思邈认为"食能排邪而安脏腑，悦神爽志以资血气"，强调食物对补虚却病的重要作用。其《千金方》中收集了大量的食养资料，可供参考。历代许多医家又认为补虚之品，大抵为滋润粘腻之味，如《鸡峰普济方》："肌肉之虚……非滋润粘腻之物以养之……。故前古方中，鹿角胶，阿胶、牛乳、鹿髓、羊肉、饴糖、酥酪、杏仁煎、酒、蜜、人参、当归、地黄、门冬之类者，盖出此意。"

针灸治疗　依据气虚、血虚、阳虚、阴虚以辨证选穴。气虚首选脾俞、胃俞、中脘、足三里；血虚选心俞、巨阙、神门、三阴交；阳虚取百会、大椎、肾俞、关元；阴虚取肺俞、肾俞、太溪、三阴交。其手法因证而异。阳虚用温和悬灸法，阴虚用捻转补法。

气功疗法　表现为伤及心、脾、肾之阳所致的阳虚病证，可分别以气功进行治疗。心阳虚者，可选用：①以"心脏修养法"结合"心脏导引法"结合进行(见"五脏导引法"条)。②两手抱两乳，固定手掌不动，用肘臂力向前向后振摇14次，复上下来去21次。③两脚掌相合，弯向阴茎处靠紧，用两手捧住两膝头，用力使其一上一下14次，再侧身向左向右各如法行14次，复躬身挺腰7次(上两法见《诸病源候论》卷三)。

脾阳虚者，可选用：①坐定：使两脚相对，两脚尖向外扳，再用两膝头跪于地上，用力将脚尖向外扳，然后以两手尽力向两侧伸展21次。②一足踏地、一脚屈起，两手抱犊鼻穴处，用力拉向前胸28次。③正坐，动摇两臂，闭气不息12次。④坐定，两腿靠紧，以两手抱着足三里下2寸处，快速地尽量用力抱起两膝贴身，悬起两脚，片刻后，恢复原位再作。如此反覆行14次。⑤两手向后按于地上，跪一腿坐上，屈另一腿，并将头向后仰，内视气在身内各处流通，感到全身舒泰，复尽力振动28次。左右换脚，如法也作28次(以上五法，均见《诸病源候论》卷三)。⑥正身仰卧，用口慢慢吸气，用鼻出气，反覆行数10次后，再用两手相摩擦极热后，按摩腹部，使气向下(《诸病源候论》卷四)。⑦按"脾脏修养法"结合"脾脏导引法"(见"五脏导引法"条)行动。

肾阳虚者，可选用：①跪一脚，坐于其上，两手扳另一脚大腿上翻，用力使脚跟向下，身子则向外扳，用力做一段时间后，将身子扳向中、向外来回做14次；再换脚如法动作。②坐地，交叉两足，以两手从膝弯下串入，低头，使两手叉于项上。③坐定，伸展两脚向前，脚跟用力蹬，使脚尖尽量垂直朝上，两手伸展，手心相对，手指用力伸直，仰头挺脊，尽力维持一段时间，恢复原位再作。如此3次后，移动两脚，相距一尺，手不移动位置，仅手掌向外翻动7次。片刻后，再移动两脚，使相距两尺，以两手用力向下垂按3次。④两膝跪于地上，调和心气，行气向下至脚，复存想气有流水样声音，连绵不断，流布全身各处，然后慢慢平身，把手舒展地放到两肋旁，感觉气从手掌中一出一入不停。如感觉脸上绷紧不舒时，可将身向前下方弯曲近地，再恢复原位，如此上下起伏行21次。⑤坐定，伸展两脚，用意引气下达涌泉3次后，收屈右脚，用两手紧捏右脚底向上拉，用力拉时，左脚则用力踏。如此一拉一踏一段时间后，用意行气至涌泉，凡21次，再换脚行21次。⑥两膝跪地，两手向后，手掌贴地，使出气向下，开始时要慢。如感到腰脊很不舒适时，可回而向上，复向下，来回行14次。然后放正身体，转腰21次，使气向左右散发，全身发热(以上六法，均见《诸病源候论》卷三)。⑦低头拱背，尽量用力持续一段时间后，手向下按，然后直腰，抬起头项，恢复正位，如此行21次。再正身放两手向下，向左右扭腰14次(《诸病源候论》卷四)。

预防及调护　虚劳诊治及调养中，须重视调整情志之偏，而善自摄养之。如《理虚元鉴·治虚有三本》："虚劳之人，其性情多有偏重之处，每不能撙节其精神，故须各就性情所失以为治。其在荡而不收者，宜节嗜欲以养精；在滞而不化者，宜节烦恼以养神；在激而不平者，宜节忿怒以养肝；在躁而不静者，宜节辛勤以养力；在琐屑而不坦夷者，宜节思虑以养心；在慈悲而不解脱者，宜节悲哀以养肺。此六种，皆五志七情之病，非药石所能疗，亦非眷属所可解，必病者生死切心，自讼自克，自悟自解，然后医者得以尽其长，眷属得以尽其力也。"虚劳调养，当注意调神气，戒酒色，节起居，省思虑，薄滋味，适当调养，锻炼尤为必要。

虚劳的预后可从形肉变化，脉象变异，兼挟病证中分析，如《素问·玉机真藏论》："大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不便，其气动形，期六月死，真藏脉见，乃予之期日；大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不便，内痛引肩项，期一月死，真藏见，乃预之期日；大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不便，内痛引肩项，身热，脱肉破䐃，真藏见，十日之内死；大骨枯槁，大肉陷下，肩髓内消，动作益衰，真藏未见，期一岁死，见其真藏，乃予之期日；大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，腹内痛，心中不便，肩项身热，破䐃脱肉，目眶陷，真藏见，目不见人，立死；其见人者，至其所不胜之时则死。"

劳瘵

由劳伤正气，感染瘵虫所引起的以发热、咳血、消瘦等为主症的一种病证，称劳瘵。具有发病慢，病程长，预后较差，易于传染等特点。主要症状有恶寒，潮热，咳血，纳差，羸瘦，乏力，盗汗等。因主要病变在肺，故又称肺痨，或称肺劳。又有传尸、传尸劳、尸注、殗殜、鬼注等古称。

劳瘵之名，见《三因极一病证方论》。《素问·玉机真藏论》说："大骨枯槁，大肉陷下，胸中气满，喘息不便，内痛引肩项，身热，脱肉破䐃。"其叙述症状，与劳瘵相似。《华氏中藏经》中已有"传尸"、"转注"的记载。而《肘后备急方》卷一中，对尸注、鬼注的叙述，更近似后世所称的劳瘵，指出："尸注、鬼注病者，……大略使人寒热，淋沥，恍恍默默，不得知其所苦，而无处不恶，累年积月，渐就顿滞，以至于死，死后复传至旁人，乃至灭门，觉知此候者，便宜急治之。"古代医籍对劳瘵病的叙述，名目繁多，但其症状的描述，仍不出劳瘵范畴，故后世医家多以劳瘵立论。

病因病机　主要因机体劳伤，气血虚衰，或肝肾阴亏，又因感瘵虫，积年累月，逐渐发病。如《三因极一病证

方论·劳瘵诸证》说："诸证虽曰不同，其根多有虫，吃其心肺，治之不可不绝其根也。"《仁斋直指方·劳瘵》也有"瘵虫食人骨髓"的记载。这里说明劳瘵之因，主要由感染瘵虫后所引发。但与机体虚损关系极大。如《明医杂著·痨瘵》说："男子二十前后，色欲过度，损伤精血，必生阴虚火动之病。"《古今医统·痨瘵门》也指出："凡此诸虫着于怯弱之人，人不能知，日久遂成痨瘵之证。"《证治准绳·传尸劳》说得更清楚："瘵虫食人骨髓，血枯精竭，不救者多，人能平时爱护元气，保养精血，瘵不可得而传，夫纵欲多淫，精血内耗，邪气外乘，是不特男子有伤，妇人亦不免矣。然而气虚腹馁最不可人劳瘵之门，吊丧，问丧，衣服器皿中皆能乘虚而染触，间有妇人入其房，睹其人，病者思之，劳气随入染患，日久莫不化而为虫。"《外台秘要》指出："骨蒸传尸，无问少长，多染此病，婴孺之流传注更苦。"这里说明劳瘵之病传染性很强，患者不分性别、年龄，并提出直接或间接接触是主要传染途径，平时应注意调摄，保护元气，积极预防劳瘵的发生。劳瘵病变部位主要在肺，但最终可累及五脏六腑，其病机为瘵虫蚀肺，肺阴不足，不能输布津液，肾失资生之源，而致肾阴亏损，虚火扰动，诸症乃作。如《寿世保元·劳瘵》说："劳瘵之疾由相火上乘肺金而成之也，伤其精则阴虚而火动，耗其血则火亢而金亏……然斯病之起，非止过欲而已，或五味之偏，或七情之极，或劳役之过，耗散元气，损伤脾胃，气血亏损，脏腑虚弱，六脉沉细，微涩而数，百病由是次第而生。盖肾水一虚，则相火旺动，相火上炎，则克肺金，肺受火邪所克，所以为咳为嗽，为热为痰，为喘息，为盗汗，为吐血，为衄血，为便血尿血，为四肢倦怠，为五心烦热，为咽干声哑，为耳鸣眼花，为遗精便浊，为虫胀肿满，为一应难状之症。"

辨证　由于本病发病较慢，病程较长，早期往往无明显自觉症状，一旦出现劳瘵病证，则多已有形体羸瘦，午后潮热，咳嗽胸痛等虚弱症象，故临床多按虚证辨证，并根据虚损程度予以灵活细辨。疾病初起，可见偶有咳嗽，午后发热，胃纳不佳，周身乏力，进一步则见干咳无痰，痛引胸胁，潮热，食减，肌体消瘦。甚则痰夹血丝，或咯血，日晡潮热，掌心尤甚，唇红颧赤，口干多饮，盗汗，失眠，厌食，肌肉削瘦，梦遗失精，月经停闭，至晚期则皮肤甲错，大肉尽脱，喘急咳嗽，声音嘶哑，便溏，脉数而疾，渐趋危候。亦有的认为劳瘵之病，可传至五脏等部位，而出现各种症状，故可从五脏等辨证，如《三因极一病证方论》，在论述劳瘵诸证时指出："病者憎寒、发热、自汗面白，舌干，口苦，精神不守，恐畏不能独卧，其传在肝。病者憎寒发热，面黑，鼻燥，忽忽喜忘，大便苦难，或复泄泻，口疮，其传在心。病者憎寒发热，面青唇黄，舌本强，不能咽，饮食无味，四肢羸瘦，吐涎沫，其传在脾。病者憎寒发热，面赤，鼻自干燥，毛折，咯嗽，喘急，时吐白涎，或有血丝，其传在肺。病者憎寒发热，面黄，耳轮焦枯，胻骨酸痛，小便白浊，遗沥，胸痛，其传在肾。"

治疗　有以下几方面：

方药治疗　主要根据虚损程度及部位而辨证选方用药，并以扶正为主，治标为辅，兼杀瘵虫为治疗原则。如《寿世保元·劳瘵》篇在论述治疗时指出："宜滋肾水，养心血，扶元气，健脾胃，以培其本，降相火，清湿热，化痰涎，润肺金，以治其标。宜以清离滋坎汤、补中益气汤、太平丸、瑞莲丸、宁嗽膏、白雪糕之类。宜对症选用，慎毋执泥。盖此病非一朝一夕之故，其所由来者渐矣。然治之大非一方药所能疗焉，宜以上诸方，对症投之，功不可以间断，效有难于速期，久则肾水上升，相火下降，火降则痰消嗽止，水升则气足神完，水火既济。"在《医学正传·劳极》中也指出："一则杀其虫以绝其根本，一则补其虚以复其真元。"临床上常根据病因及症状的不同，可从以下几方面进行辨证施治：

(1) 肺阴亏损：症见干咳少痰，声怯而槁，咳血时作，或痰中夹血，潮热颧红，手足灼热，口干咽燥，胸痛，饮食减少，舌红少津，苔薄或剥，脉细数。病由瘵虫侵蚀于肺，先伤肺气，继则肺阴亦伤，以致产生肺阴亏虚诸症乃发。治宜滋阴润肺，止咳杀虫。方用百合固金汤加减。若咳嗽多痰者，加杏仁、陈皮；若潮热骨蒸者，加百部、功劳叶以退热杀虫；若见咯血者，加白芨、阿胶珠，花蕊石、仙鹤草，或用百花膏、二冬膏；烦热颧红者，加龟板、白薇、青蒿、天花粉；胸痛者加郁金、延胡索等。亦可用月华丸治之。

(2)阴虚火旺：症见骨蒸潮热，夜寐盗汗，五心烦热，咳呛痰少，或吐稠黄多量之痰，咳血反覆发作，急躁易怒，胸胁疼痛，男子梦遗，舌质红绛，少苔，脉细数。病由肺虚阴亏，不能下荫于肾，致肾水亦亏，相火偏亢，从而出现阴虚火旺之象。治宜滋阴清火，潜阳安神。方用秦艽鳖甲散加减。盗汗者，加浮小麦、五味子、煅龙骨、煅牡蛎等滋阴敛汗；梦遗者加山茱萸、芡实、金樱子、冬虫夏草以滋养肾精；烦躁失眠者加栀子、夜交藤、枣仁、珍珠母以清热安神；痰黄粘稠者加蛤粉、桑白皮、马兜铃、黄芩以清热化痰；咯血不止者加服十灰散、藕节炭以凉血止血。

(3) 气阴两虚：症见咳嗽咯血，潮热颧红，自汗或盗汗，神疲乏力，气短声怯，食欲不振，便溏，舌质光红，脉细数无力。病由色欲劳伤，或七情郁结，损伤脾胃，而致气阴两虚。治宜益气养阴为主，方用月华丸加减。短气乏力者加党参、莲子肉以健脾益气；自汗甚者加黄芪固表止汗；食少便溏者加扁豆、苡仁、砂仁、陈皮以健脾实肠。

(4) 阴阳两虚：症见咳呛咯血，劳热骨蒸，盗汗遗精，声嘶失音，形体羸瘦，形寒畏风，面浮肢肿，纳少便溏，舌红少苔，脉象虚细。病由劳瘵日久不愈，阴损及阳，而见阴阳两虚诸证。治宜温补脾肾，填补精血。可用保真汤加减。精血亏甚者加紫河车、龟甲、鹿角胶、冬虫夏草或与白凤膏、补髓丹同用；肢冷，脉沉迟者去黄柏、知母，加肉桂等；五更泄泻加肉豆蔻、吴茱萸、补骨脂等。暴咳喘促者，可选用款冬花汤加减；久咳失音者，可加蛤蚧散。

由于劳瘵病程长，病情复杂，症状多变，历代医家记载许多治疗方药，如早在《肘后备急方》就有用獭肝治疗劳瘵的记载；有用羊胆烘干磨粉，装入胶囊内每次1粒，每日3次，或服复方羊胆丸，每次9克，每日2次；有用黄芩9克，百部18克，丹参9克加工成片剂，以上三味为一日量；有用百部、白芨、鱼腥草、一见喜、野荞麦、蟾皮等制成浸膏，每日3次，每次10—20毫升。以上单验方，临证时可灵活选用。

针灸治疗 一般选尺泽、肺俞、膏肓俞、大椎、三阴交、太溪等穴位。尺泽配肺俞，养阴清火润肺；膏肓俞配大椎以调补肺气，固本培元；三阴交健脾益肺；太溪具有滋补肾阴、壮水制火之功。

预防及调护 劳瘵之病有传染性，系由感受瘵虫所致，故历代医家对本病的预防都很重视，因此，平昔应避免与痨瘵病人接触，并要注意调摄身体，防止劳伤过度，饮食有节，起居有慎，以防疾病的发生。

要重视休息或疗养，增加营养，忌戒烟酒，静心节欲，争取早日恢复健康。

蒸病

由劳瘵或热病后所引起的，以潮热为主，自觉热从肌骨之间蒸发而出的一种病证，称蒸病。临床上常伴有咳嗽吐痰，咯血，白浊白淫，遗精盗汗，或心神恍惚，形瘦等症。

蒸病之名，见《诸病源候论》。指出蒸病有骨蒸、脉蒸、皮蒸、肉蒸、内蒸，又有二十三蒸。《重订严氏济生方·劳瘵证治》称劳蒸，指出："又有二十四种劳蒸者，亦可因证验之。"历代医籍，对蒸病的论述，名目繁多，分析其病因病机多相类同，临床症状亦颇相似，后世医家对多数名称已不沿用，但对骨蒸病证的论述较为详细。

病因病机 蒸病之因，多由机体内伤，或瘵虫内蚀，致气血亏虚，血干热蒸骨髓所致。《诸病源候论·虚劳骨蒸候》："凡诸蒸患，多因热病患愈后，食牛羊肉及肥腻，或酒，或房，触犯而成此疾，久蒸不除，多变成疳。"《医学正传·劳极》也说："是故欲养阴而延生者，心神宜恬静而毋躁扰，饮食宜适中而无过伤，风寒暑湿之谨避，行立坐卧之有常，何劳怯之有哉。今世嗜欲无节，起居不时，七情六欲之火，时动乎中，饮食劳倦之过，屡伤乎体，渐而至于真水枯竭，阴火上炎，而发蒸蒸之燥热，或寒热进退，似疟非疟，古方曰蒸病。"《风劳臌膈四大证治·虚劳》也说："骨蒸由气血虚不能化血，血干则火自沸腾，肉如针刺，骨热烦疼，或五心俱热，或两胁如火，或子午相应，或昼微恶寒，夜发大热。"

蒸病主要根据症状，结合部位和脏腑等分类。在《诸病源候论·虚劳骨蒸候》中就详细叙述，指出："夫蒸病有五：一曰骨蒸，其根在肾，旦起体凉，日晚即热，烦躁寝不能安，食无味，小便赤黄，忽忽烦乱，细喘无力，腰疼，两足逆冷，手心常热，蒸盛过伤，内则变为疳，食人五脏。二曰脉蒸，其根在心，日增烦闷，掷手出足，翕翕思水，口唾白沫，睡即浪言，或惊恐不定，脉数，若蒸盛之时，或变为疳，脐下闷，或暴利不止。三曰皮蒸，其根在肺，必大喘鼻干，口中无水，舌上白，小便赤，如血蒸盛之时，胸满，或自称得注热，两胁下胀，大嗽彻背连胛疼，眠寐不安或蒸毒伤脏，口内唾血。四曰肉蒸，其根在脾，体热如火，烦躁无汗，心腹臌胀，食即欲吐，小便如血，大便秘涩，蒸盛之时，身肿目赤，寝卧不安。五曰内蒸，亦名血蒸，所以名内蒸者，必外寒而内热，把手附骨，而内热甚，其根在五脏六腑，其人必因患后得之，骨肉自消，饮食无味，或皮燥而无光，蒸盛之时，四肢渐细，足趺肿起。又有二十三蒸：一胞蒸，小便黄赤。二玉房蒸，男则遗沥漏精，女则月候不调。三脑蒸，头眩闷热。四髓蒸，髓沸热。五骨蒸，齿黑。六筋蒸，甲焦。七血蒸，发焦。八脉蒸，脉不调。九肝蒸，眼黑。十心蒸，唇焦。十一脾蒸，舌干。十二肺蒸，鼻干。十三肾蒸，两耳焦。十四膀胱蒸，右耳偏焦。十五胆蒸，眼白失色。十六胃蒸，舌下痛。十七小肠蒸，下唇焦。十八大肠蒸，鼻右孔干痛。十九三焦蒸，亦杂病，乍寒乍热。二十肉蒸。二十一肤蒸。二十二皮蒸。二十三气蒸。遍身热。"后世医家虽还有不少论述，但均未出以上分类及辨证范畴。目前临床上对蒸病的论述常以骨蒸为例，进行辨证施治。

辨证论治 骨蒸，症见潮热，或五心烦热，颧红，自觉热从骨髓而出，盗汗，遗精白浊，喘息无力，咳嗽，咯吐痰血，心烦少寐，饮食无味，形体羸瘦，舌红少津，苔剥，脉细数。由精血亏耗，阴虚内热所致。治宜养阴生津，清热除蒸。方用保真汤加减。若见惊悸怔忡者加远志、柏子仁、炒枣仁、茯苓改茯神；小便淋浊者加萆薢、台乌药、猪苓、泽泻；尿涩不畅者加木通、石韦、萹蓄；遗精加龙骨、牡蛎、莲须、莲肉；燥热者加滑石、青蒿、鳖甲；盗汗者加浮小麦、牡蛎、黄芪、麻黄根。还可选用清骨散、秦艽鳖甲散、黄芪鳖甲散、白凤膏、补髓丹等治疗，以养阴清热、补肾填精。对五蒸及二十四蒸的治疗，《医学正传·劳极》篇引《古今录验》的五蒸汤加减予以治疗，说："实热加黄芩、黄连、黄柏、大黄；虚热加乌梅、秦艽、柴胡、蛤蚧、青蒿、牡丹皮、鳖甲；肺蒸加乌梅、天门冬、麦门冬、紫菀茸；大肠蒸加大黄、芒硝；皮蒸加石膏、桑白皮；肤蒸加牡丹皮；气蒸加人参、黄芩、山栀；心蒸加黄连、生地黄；小肠蒸加赤茯苓、生地黄、木通；血蒸加生地黄、当归、桂心、童便；肺蒸加当归、生地黄；脾蒸加白芍药、木瓜、苦参；胃蒸加石膏、粳米、大黄、芒硝、干葛；肉蒸加白芍药；肝蒸加川芎、当归、前胡；胆蒸加柴胡、瓜蒌；筋蒸加当归、川芎；三焦蒸加石膏、竹叶；肾蒸加生地黄、石膏、知母、寒水石；膀胱蒸加泽泻、茯苓、滑石；脑蒸加生地黄、防风、羌活；髓蒸加生地黄、当归、天门冬；骨蒸加鳖甲、地骨皮、牡丹皮、当归、生地黄；臀蒸加石膏、黄柏；胞蒸加泽泻、茯苓、生地黄、滑石、沉香。"

五劳

五脏受损的病证，称五劳。五劳的名称出《内经》。《素问·宣明五气》："久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤。"《金匮要略》也有"五劳"之称。《诸病源候论》以志劳、思劳、心劳、忧劳、瘦劳为五劳；《千金翼方》则以志劳、思劳、心劳、忧劳、疲劳为五劳；后世医家多将"五劳"指为五脏劳损，如《古今医统大全·痨瘵门》："五劳者，心肝脾肺肾也。"

病因病机 多由劳伤过度，久虚不复而成。如《秘传证治要诀·虚损门》："五劳者，五脏之劳也。皆因不量才力，勉强运为，忧思过度，嗜饮无节，或病失调理，将积久成劳。"《医宗金鉴·虚劳总括》认为："成劳者，谓虚损日久，留连不愈，而成五劳。"《苍生司命·虚损》："劳病根因，各自不同。酒伤肺，色伤肾，思虑伤心，劳倦饮食伤脾，忿怒伤肝，此五者皆能致劳也。大约酒色成劳者多耳！"

辨证论治 主要分以下五方面：

(1) 心劳：见《苍生司命》。症见神情疲惫，心悸怔忡，时时惊惕，不寐多梦，妇人又可见经水乖常。多因劳心思虑过度，心血暗耗，血脉虚少，脏腑失养所致。治宜调其营卫，补益心气。方用八珍汤、人参养营汤之类。烦热惊悸，健忘梦遗者，用柏子养心丸以宁心补神。心血亏虚，怔忡梦多，用平补镇心丹以安心神，益营血。虚寒偏盛，恐怖内栗者，用远志饮子以温养气血，宁心安神。

(2) 肝劳：见《苍生司命》。症见烦躁多怒，目昏泪泄，或两胁刺痛，或筋急弛缓，不能久立，或筋挛掣痛不已，或又见衄血咳呛等。多因郁怒伤肝，肝火屡动，犯肺伤血所致。治宜柔肝养肝，甘以缓中。方用牛膝丸，或补血养阴丸等。

(3) 脾劳：见《苍生司命》。症见呕吐不食，时或作泄，四肢无力，好卧倦怠，懒言，肌肉消瘦，面色萎黄等，多因劳倦过甚，饮食不节，脾元受伤不复所致。治宜补脾健胃，调气和营。方用行健汤、白术饮、补中益气汤等。

(4) 肺劳：见《苍生司命》。症见干咳声哑，咽干乏津，皮毛焦枯易落，或咳喘痰逆等。多因过忧耗气，燥胜伤津，多嗽灼肺，肺伤不复所致。治宜补肺益气。用四君子汤、紫菀散、保和汤等加减。如咯血，则加蒲黄、藕节、苇根、茅花之属。

(5) 肾劳：见《苍生司命》。症见寒热盗汗，淋浊遗滑，咯红吐血，骨痿不起等。多因劳伤过度，色欲不节，五志过极，肾伤不复所致。若兼泄泻，食少，病及脾胃，证情益重，治宜益精补肾为主。方用来苏汤、附桂八味丸，随证加龟甲、鳖甲、蛤蚧、鹿茸等血肉有情之品。

六极

六种精气耗极，邪气侵袭的慢性病证，称六极。六极名出《金匮要略》。多由脏腑劳损发展而成。《诸病源候论》："六极者，一曰气极，令人内虚，五脏不足，邪气多，正气少，不欲言；二曰血极，令人无颜色，眉发堕落，忽忽喜忘；三曰筋极，令人数转筋，十指爪甲皆痛，苦倦不能久立；四曰骨极，令人痠削，齿苦痛，手足烦疼，不可以立，不欲行动；五曰肌极，令人羸瘦无润泽，饮食不生肌肤；六曰精极，令人少气噏噏然，内虚五脏气不足，发毛落，悲伤喜忘。"《三因极一病证方论·六极证治》："脏实则腑无不实，腑虚则脏亦因而致虚。故六极者，由腑虚致脏虚，阴阳失度，荣卫走散，无以养筋脉皮肉骨髓，故六物皆极。极者，穷绝之谓也。"五劳与六极关系密切，几不可分，证治均当参考。如《济生方·五劳六极论治》："尽力谋虑成肝劳，应乎筋极；曲运神机成心劳，应乎脉极；意外过思成脾劳，应乎肉极；预事而忧成肺劳，应乎气极；矜持志节成肾劳，应乎骨极，此五劳应于五极者也。然精极者，五脏六腑之气衰，形体皆极，……邪气逆于六腑，厥于五脏，故成精极。"

筋极：症见咳则两胁下缩痛，痛甚则不可转动，脚下满不得远行，脚心痛不可忍，手足爪甲青黑，四肢筋急烦满。多因肝血极虚，筋失所养而致。治宜养肝祛风，柔筋缓急。挟实者，治佐平肝祛风。宜木瓜散、五加皮汤加减。药用木瓜、当归、人参、枣仁、柏子仁、五加皮、赤芍、甘草、秦艽、羚羊角、羌活、防风等。

脉极：《诸病源候论》称"血极"。症见心烦易怒，毛枯发落，唇口赤甚，或色白干燥不泽，饮食不为肌肤。多因心阴、心血极虚，脉失所营而致。治宜补益心血，清热滋阴。用麦门冬汤或地黄汤。药用麦冬、远志、人参、黄芩、生地黄、石膏、茯神、甘草等。若咳则心痛，喉中介介如梗状，甚则咽肿，惊悸不安者，宜益血安神为主，用茯神汤或防风丸。药用茯神、人参、远志、通草、麦冬、黄芪、桔梗、甘草等。

肉极：《诸病源候论》称"肌极"。症见肌痹淫淫如鼠走身上，津液脱，汗大泄，或四肢麻木急痛，或体重怠堕，四肢不欲举，关节疼痛，不嗜饮食。治宜清热祛风。宜薏苡仁散。药用薏苡仁、石膏、川芎、桂心、防风、汉防己、羚羊角、赤芍药、杏仁、甘草。若体重怠惰，四肢不欲举，关节疼痛，牵引肩背不可转动，动则咳嗽，胀满，留饮痰癖，大便不利者，多因脾气脾阳极虚，肌失所濡而致。治宜健脾益气，温中濡肌。宜半夏汤。药用半夏、白术、茯苓、人参、橘皮、附子、木香、桂心、大腹皮、甘草。

气极：症见咳逆气喘，面目苦肿，胸膈不利，不欲食，不欲言，常欲作怒，口燥咽干，甚则唾血。多因肺气肺阴极虚，邪气留恋，气失肃降而致。治宜清养肺气，化痰定喘。用前胡汤。药用前胡、半夏、杏仁、紫苏子、枳实、橘皮、桑白皮、甘草。若皮毛焦枯，津液不通，乏力，腹胀，喘息气急，昼差夜甚者，宜益肺除痰，用紫菀汤或钟乳散。药用紫菀茸、干姜、黄芪、人参、五味子、钟乳粉、杏仁、甘草。

骨极：症见形体瘦削，面色焦枯，耳鸣齿摇，梦寐惊

悸，膀胱不通，大便秘结。多由肾阴肾阳极虚，骨失所主而致。治宜滋肾温阳，健骨补髓。若肾阴极虚者，治宜滋肾养阴。用玄参汤。药用元参、生地黄、枳壳、车前子、黄芪、当归、麦门冬、白芍药、甘草。肾阳极虚者，如面肿垢黑，腰脊酸痛不能久立，气衰发落，少腹里急，或齿槁喜唾者，宜补肾温阳，强骨填髓，用鹿角丸或肾沥汤加减。药用鹿角、牛膝、猪肾、附子、川芎、牡丹皮、桂心、人参、干地黄、黄芪、当归、桑螵蛸等。

精极：症见目视不明，齿焦发落，通身虚热，甚则耳聋，胸痛，烦躁泄精。治宜益气养血，滋阴泄热。用石斛汤。药用小草、石斛、黄芪、麦门冬、生地黄、白茯苓、玄参、甘草。如气少无力，身无膏泽，羸瘦，惊悸，目无精光，梦中遗泄，尿后遗溺，小便清白，甚则阳痿者，宜温肾填精，用磁石丸或巴戟丸加减。药用磁石、肉苁蓉、鹿茸、川续断、杜仲、柏子仁、赤石脂、熟地黄、山茱萸、菟丝子、川巴戟、韭子等。

文献於五劳七伤的证治，每多合述，《医学正传》则以"劳极"予以概括。因虚损劳极，正气虚馁，故临证常虚实夹杂，表现常寒热交错，《三因极一病证方论》、《圣济总录》等又强调"治疗之法，随其虚实冷热而调之"，於虚损、五劳、六极的证治颇多指导，益臻完备，可备参考。

七伤

七种劳伤的病证，称七伤。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中所谓食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络营卫伤。后世对七伤又有不同的提法。如《诸病源候论·虚劳候》："一曰大饱伤脾，脾伤善噫，欲卧，面黄。二曰大怒气逆伤肝，肝伤则少血目暗。三曰强力举重，久坐湿地伤肾，肾伤少精，腰背痛，厥逆下冷。四曰形寒饮冷伤肺，肺伤少气，咳嗽，鼻鸣。五曰忧愁思虑伤心，心伤苦惊，善忘，善怒。六曰风雨寒暑伤形，形伤发肤枯夭。七曰大恐惧，不节伤志，志伤恍惚不乐。"又谓："七伤者，一曰阴寒，二曰阴萎，三曰里急，四曰精连连，五曰精少，阴下湿，六曰精清，七曰小便苦数，临事不卒。"《古今医统》认为七伤是喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。总之，各家论述虽异，但实质上仍属虚劳、五劳、六极的范畴。《诸证提纲·虚损》："要之，七伤为五劳之始，六极为五劳之甚，惟以五劳证治推扩其法，自符合病机也。"故证治均宜见"虚劳"、"五劳"、"六极"各条。

失血

不同部位和趋势的出血证候，总称失血。包括衄血、咯血、吐血、呕血、便血、尿血、肌衄等。《灵枢·百病始生》："阳络伤则血外溢，血外溢则衄血。阴络伤则血内溢，血内溢则后血。"如血越上窍或泛溢肌肤，为衄血、咯血、咳血、吐血、呕血、肌衄，《内经》统称血溢；如血出下窍，走注二阴，为便血、尿血，《内经》统称血泄。

失血的名称出于《三因极一病证方论》。早在《内经》就有吐、衄、下血、溲血诸证的记载，并称之为出血。失血甚多者，《金匮要略》称亡血。若素有失血者，《伤寒论》又称亡血家。《丹溪心法》称见血。《丹溪心法·吐血附录》已有"血证上行"的记载。《景岳全书》称血证。《医贯》称血病。

小儿诸失血证，又称血溢，其病证与成人失血所患基本相同，如《小儿卫生总微论方·血溢论》："小儿诸血溢者，由热乘于血气也。血得热则流溢，随气而上，自鼻出者为鼽衄。从口中出者多则为吐血，少则为唾血。若流渗入大肠而下者，则为便血；渗入小肠而下者，为溺血。又有血自耳、目、牙缝、龈、舌诸窍等出者，是血随经络虚处著溢，自皮孔中出也。"

病因病机　《内经》认为暴伤饮食，或惊恐气逆，或感风暑燥火之邪，皆可产生失血之证。其中感邪主要责之于火，《素问·六元正纪大论》曰："火郁之发，民病血溢流注。"《金匮要略》论虚劳所致亡血，历代诸家有不同的见解。《素问玄机原病式·五运主病》主实火，谓"心火热极则血有余，热气上甚则为血溢……"；《局方发挥》主虚火，曰："凡口鼻出血，皆系阳盛阴虚，有升无降，血随气上，越出诸窍。"又曰："血妄行于上则吐衄，衰涸于外则虚劳，妄返于下则便红。"《景岳全书·杂证谟·血证》认为失血主气火，曰："血动之由，唯火唯气耳。"即概括为火盛则逼血妄行及气伤则血无以存两个方面。《医贯》更明确提出虚寒亦致失血；《血证论·阴阳水火气血》不仅重视气火动血论说，而且阐述气、血、水、火的辨证关系，并指出失血与心、脾、肾三脏功能调节障碍有关，尤以脾胃中土更为重要。曰："血生于心火而下藏于肝，气生于肾水而上主于肺，其间运上下者，脾也，……故水火两脏，全赖于脾。"此外，尚有血瘀失血的论说，《血证论·吐血》："且经隧之中既有瘀血踞住，则新血不能安行无恙，终必妄行而吐溢矣……。"归纳失血的病因病机如下：

外邪侵袭：外邪不解，热郁经络，内侵肺胃；火动伤络，血逆上窍则见衄血、咯血、吐血、呕血；血渗大肠或下注膀胱则见便血、尿血；渗溢肌肤发为肌衄。《临证指南医案·吐血》邵新甫按："若夫外因起见，阳邪为多，盖犯是症者，阴分先虚，易受天之风热燥火也。"

热积胃肠：因嗜酒饱食，恣食辛热，火伤胃络，脾运失司，致使水谷精微失布，湿热郁积或热毒搏结，血得热上溢则衄血、咯血、吐血、呕血；血得热下泄则便血、尿血。《临证指南医案·吐血》邵新甫按："酒热戕胃之类，皆能助火动血。"

气火上逆：因遇事暴怒或情志怫郁以致七情火动或伤动肝气，气郁化火，从而克犯肺金或灼伤胃络，故为衄血、咯血、吐血、呕血；出血甚则上溢下泄。《景岳全书·杂证谟·血证》："火盛逼血妄行者或上或下……。"

伤气损血：因劳倦过度或七情伤气或病久不愈或中

土虚寒以致脾失健运，摄血无权。若注陷于下，则为便血、尿血；若血逆于上则衄血、咯血、吐血、呕血；渗溢肌肤发为肌衄。《景岳全书·杂证谟·血证》："盖脾统血，脾气虚则不能收摄，脾化血，脾气虚则不能运化，是皆血无所主，因而脱陷妄行。"

阳盛阴虚：因五志过极，肝火内动，阴血暗耗，阴衰则阳旺；或因房事过度，肾阴亏损，以致衰涸于下，火炎于上；或因阴虚阳衰，虚阳无依，以致火不归元，阳浮于上。《新刊仁斋直指方》认为："亦有气虚挟寒，阴阳不相为守，荣气虚散，血亦错行，所谓阳虚阴必走耳。"

有按失血所涉经络的不同而分类。《医学入门·血类》："分经言之，呕吐，胃也。咳唾衄，肺也……溺血，小肠膀胱也。下血，大肠也。牙宣，胃或肾虚火炎上也。又血从汗孔出者谓之肌衄……。"《证治准绳·幼科·失血》将各种失血证列入两种不同类别，指出："阳络伤则血从上焦出，或衄血或呕血；阴络伤则血从下焦出，或溺血或便血；阴阳俱伤则血上下出也。"故各种出血之证均可属血溢和血泄两种。《张氏医通·诸血门》："从上溢者，势必假道肺胃，从下脱者，势必由于二肠及从膀胱下达耳。"有根据失血的病因不同而分类。大要不离于外感与内伤。若因六淫之邪，损伤血络，血渗脉外者，如伤寒衄血、上热衄血、风热吐血、伤寒吐血等均属外感失血；若因劳倦、房损、饮食失节、情志变化而致伤络渗血者，如郁热衄血、暴怒吐血、伤酒吐血、劳伤呕血、元虚下血、房损伤中尿血等均属内伤失血。而内伤失血之中又有虚损劳瘵、阴阳偏胜及五脏失调所致衄血、咯血、吐血之不同。如《不居集》认为失血因阴精虚涸，非火非气者，称真阴内损失血；真阴亏损，虚火上炎者，称阳盛阴虚失血；真阳失守，虚火上浮者，称格阳失血或称格阳虚火失血。但某种失血之证亦有内伤挟感，如郁热吐血可由膏粱积热复感风寒所致。风淫肠中，或肝气横逆或暴食为伤复感外邪而致肠风便血。《不居集》则又依据病因结合失血所属脏腑经络而分类。因郁怒而动血者，称肝经失血；因思虑而动血者，称脾经失血；因悲忧而动血者，称肺经失血；因房劳而动血者，称肾经失血。

辨证 首先应辨其失血所属脏腑经络，再分辨外感失血或内伤失血。外感者，因邪犯肺胃，其人发热烦渴，为气热火盛动血，多见血溢上窍或血渗肌肤，血色鲜红；因邪热内陷心营，其人发热神糊，瘀热动血，则见上溢下泄，出血成块，血色紫红等。内伤失血者，有因郁怒气逆则胁痛、口苦，脉弦；阳虚而失血则厥冷恶寒；阴虚而失血则喘咳潮热；劳心而失血则烦闷自汗；郁结伤脾而失血则忧虑少食；劳伤肺气而失血则久咳无痰，气短少言；气不摄血则血溢散漫，其色黯淡。一般而论，外感失血，多见实热之证；内伤失血，则有虚有实，但总以虚证为本；脾肾亏损，火证为标；邪涉心肝，且有本虚标实、虚实互存而见阴阳偏胜之证。《张氏医通·诸血门》："阳胜则阴衰，阴衰则火旺，火旺则血随之而上溢；阴胜则阳微，阳微则火衰，火衰则血失其统而下脱，其上溢之血，非一于火盛也；下脱之血非一于阳衰也。但以色之鲜紫浓厚则为火盛；色之黯淡无光即为阳衰。"

治疗 外感失血，由外邪侵袭、伤于肺胃者，虽有风热燥火暑湿之不同，但总以清泄凉血、宁络止血为主；内伤失血，应分辨上溢或下泄。

方药治疗 血从上溢，以气逆为主者，宜疏肝降气活血止血；以实火为主者，宜泻心降火、宁血止血；以血热动血为主者，宜清热解毒、凉血止血；以虚火为主者，宜滋肾养阴、降火止血。血从下泄或上溢下泄并作，若劳伤元气，以下元虚寒为主者，宜温肾摄血；以血虚为主者，宜养肝补血；以气虚为主者，宜益气摄血。若失血不止，治宜固涩塞流；失血极甚属实证者，急宜泄热通腑、泻火凉血。《不居集》概括了失血的八种治法：中气虚则不能摄血，宜补气温气；中气陷则血自解脱，宜补气升气；气逆则血随气升，宜降气活血；气滞则血随气积，宜利气行血；内寒则阳虚而阴必走，宜引火归源；外寒则邪郁而血不归经，宜温表散寒；实火则热甚逼血而妄行，宜苦寒泻火；虚火则阳亢阴微而上泛，宜滋阴降火。《血证论·吐血》对上逆血溢者，还提出止血、消瘀、宁血、补虚四法为治血纲要。失血以止血为先，降逆泻火为主；血止之后，瘀血盘踞，以行血消瘀为主；若血止瘀消，防其复发，应按审证论治的原则，宁血调气为主；补虚先宜调治肺胃，应以补阴为要；若气血两虚则宜补气为主，气阴并补，或温阳摄阴以善其后。凡失血经久不愈者，当宜调理脾胃，故《新刊仁斋直指方·血气》曰"出血诸证每每以胃药收功"。

失血太多以致面色惨白，汗出气喘，四肢厥冷，六脉细微，舌质淡白，《内经》称血脱，或称脱血，《灵枢·决气》篇说："血脱者，色白，夭然不泽，其脉空虚。"《东医宝鉴》特称亡血脱血。因血脱而气亦脱，急宜益气固脱，方用独参汤。若有阳不摄阴者，急宜温阳敛阴，方用镇阴煎加龙骨牡蛎之类；若有本虚标实、寒热夹杂者，宜温补泻火，人参、干姜、附子、黄芩、黄连同用。

针灸治疗 失血的病变主要在心肝脾，也与肾有密切关系，针灸治疗以理气止血为先。足厥阴、足太阴经穴和背俞穴，如心俞、膈俞、肝俞、脾俞、血海、太冲和隐白等，每次选2—4穴。用毫针刺行平针手法，留针15—20分钟，亦可酌情配合灸法。尚需根据出血部位不同，辅助配穴。如咯血，加肺俞和百劳；吐血，加中脘和足三里；衄血，加迎香和合谷；便血，加关元和承山；尿血，加中极和太溪等。由于失血过多气随血脱者，可针刺人中穴。失血诸证的辨证施治见"咯血"、"衄血"、"吐血"、"便血"、"尿血"条。

简易方 （1）鲜旱莲草四两捣烂冲童便服，或加生柏叶同用尤效，治吐血（《岭南采药录》）。

（2）白茅根汁一合，饮之，治血热鼻衄（《妇人良方》）。

（3）槐花（炒）、郁金（煨）各一两，为末，每服二钱，淡

豉汤下,治尿血(《箧中秘宝方》)。

(4) 萝卜捣汁半盏,入酒少许,热服,并以汁注鼻中,皆良,或以酒煮沸,入萝卜再煎,饮之,治鼻衄不止(《卫生易简方》)。

(5) 头发、棕榈、陈莲蓬,并烧灰等分,每服三钱,木香汤送下,治诸窍出血(《太平圣惠方》)。

食疗方　(1)加味百合粥:百合15—20克,麦冬10克,冰糖适量,白茅根30克,粳米100克。百合、麦冬、白茅根洗净。先煎麦冬、白茅根,取汁与百合、粳米同煮为粥,调入冰糖。日服一至二次,疗阴虚火旺咳血(《百病饮食自疗》)。

(2) 藕:治阴虚肝旺,内热血少,及诸失血证,但日熬浓藕汤饮之,久久自愈(《随息居饮食谱·藕》)。

(3) 乌贼鱼:凡阴虚血少,及妇人胎前产后,吐血便血诸症宜之。惟煮之不烂,血虚而中气不足者,但饮汁,勿食其肉,免致困脾(《调疾饮食辨》)。

(4) 莲子粥:莲子30克(去皮心),粳米100克,砂糖适量,共煮为粥。每日一次。疗脾胃虚寒便血(《百病饮食自疗》)。

(5) 莲子七枚,糯米二十粒为末,酒下,治劳心吐血(《随息居饮食谱》)。

调护　一般来说,应注意失血多少、缓急、神色及脉象的变化。失血与劳倦及情志有密切关系,当宜静息调养、宁神定志,因此要做好心理护理,避免精神刺激。咯血、呕血及便血等应忌食酒醋糟物,海味辛热,宜清淡饮食或进服流质。呕吐血量甚多,应暂时禁食,作好饮食调护对控制失血诸证或避免复发极为重要。若为外感风热或湿热积滞所致失血者,如口齿舌衄、口内血疱及咯血、吐衄,常伴口内热疮、齿龈红肿及口臭异味,应进行口腔护理,不可过食肥腻,以免助火动血。起居卧室应慎防汗出当风,预防外邪侵袭,对控制失血及避免病情加重有重要意义。如尿血者更应忌房事。

衄血

眼、耳、鼻、舌、齿龈及肌肤出血的病证,称衄血。本条的衄血则单指因血从鼻窍溢出的失血,属血溢的一种,《症因脉治》把衄血分为外感衄血与内伤衄血两类。其临床特点是外感衄血有恶寒、发热、头痛、身痛或咳喘烦渴等症。内伤衄血有身无表邪、烦热口苦、潮热头痛等症。衄血一名出《内经》,简称衄。衄血兼有肌肤渗血者,称衄蠛。若素患衄血者,《伤寒论》以平素经常出血的称衄家。《诸病源候论》始称鼻衄。若鼻衄甚多,口耳俱出者,称大衄,或鼻大衄。《扁鹊心书》称脑衄。若鼻衄久不止者,《圣济总录》称久衄。

妇女每当经行前后,或正值经潮时,发生吐血、衄血者,称经行吐衄,亦称倒经或逆经。常因吐衄之后,月经随之减少,甚或渐至不潮。《本草纲目》:"有行期只吐血、衄血或眼耳出血者,是谓逆行。"

病因病机　本病的病因以外感风热、饮食失节、劳倦损伤居多,其病机主要由脏腑失调、热迫血行所致,与肺、胃、肝及冲、任两脉的关系甚密,因肺开窍于鼻;阳明经脉交鼻頞;足厥阴肝经循经脉入鼻咽。惟冲、任两脉为血海,附于阳明,故由其火热蕴积,循经炎上,迫血妄行,血行上窍溢出而为衄血。分析衄血的成因,外邪侵袭者,有风热犯肺或热郁阳明,追血上溢;有内伤七情,肝郁气滞,化火动血;或有因嗜酒啖肥,胃中积热,或湿热内蕴,火伤胃络;劳损衄血者有因素体阴亏,或房劳过度,耗伤肾阴,或任脉失固,冲气上逆,虚火伤络而血溢上窍;也有因劳倦伤脾或病延日久,血失统摄,泛溢于上,发为衄血。

辨证论治　辨证根据衄血缓急久暂、血量多少、血色性状及相关证候,先分清火热盛衰及脏腑虚实的不同,再辨其外感与内伤。邪犯肺胃者,实证多而虚证少,证见衄血暴出,血鲜质稠;若风热燥火为上,苔薄黄脉数,多为上焦肺热;湿热蕴积为主,苔黄腻,脉沉数,多为胃火上冲。气火上逆者,恼怒而衄,失血急暴,血清而鲜,脉弦数,多以肝经郁火为主;劳伤脾肾者,衄血反覆,久病不愈,若血淡清稀,舌淡、脉细缓,为脾虚失统;血鲜多粘,舌红、脉细数者为肾阴亏虚。

(1) 伤寒衄血:出《诸病源候论》。症见鼻衄鼻塞,发热畏寒,头痛无汗,苔薄白,脉浮紧。此由风寒不解,邪壅经络,阳气怫郁,发为鼻衄。治宜散寒解表,方用麻黄汤。若有汗恶风,脉浮缓者,用桂枝汤。若体虚脉微者,用东垣麻黄桂枝汤加减。药用麻黄、桂枝发散风寒;人参、黄芪、甘草、当归身、麦门冬、白芍药、五味子益气扶正,固表和营。

(2) 上热衄血:出《新刊仁斋直指方》。症见鼻衄卒然而发,血色鲜红,鼻窍干燥,发热无汗,咳喘痰少,小溲短赤,苔薄黄,脉浮数。是由于外感风热,上犯于肺,血行清道,上溢鼻窍所致。治宜疏泄凉血。方用桑菊饮加荆芥、葛根、蒲黄、茅根、山栀。若烦渴口燥,大便干结,舌红、苔黄燥,脉洪数者则为阳明胃热,上蒸于肺者,选用白虎汤、玉女煎等。若阳明腑实,火壅于上者,《新刊仁斋直指方》又称实热衄血,选用小承气汤、《拔萃》犀角地黄汤加减。

上热衄血在《证治汇补》指心火上炎,火盛动血所致者,症见鼻衄善惊,心悸面赤,脉大而虚。若以肝火偏旺,惊而鼻衄者,《内经》又称惊衄,用三黄补血汤加减。

(3) 郁热衄血:出《丹溪心法》,症见鼻衄不止,血色深红,头痛头晕,烦闷胁痛,口苦易怒,面红目赤,苔薄舌红,脉弦数,此由情志抑郁,肝失疏泄,阳热怫郁,气火上逆所致,治宜疏肝凉血,方用四逆散、犀角地黄汤加减。若肝火太盛者,加黄芩、黄连、山栀、郁金;若肝肾阴虚者加熟地、枸杞、天门冬、阿胶;若脾虚气弱者,加黄芪、党参;若衄久不止者,山茶花为末,童便、姜汁、酒调下。

妇女经前或经期鼻衄、量多色鲜,称经行鼻衄者,《医

宗金鉴·妇科心法要诀》说:"妇女经血逆行,上为吐血、衄血及错行,下为崩血者,皆为热盛也,伤阴络则下行为崩,伤阳络则上行为吐衄也。"此乃冲气较盛,血海充盈,血为热迫,上逆鼻窍为衄。治宜清肝泻热、降逆止血。方用清肝引经汤(妇科会议审定方)。也有经行鼻衄色暗量少、两颧潮红、手足心热、头晕耳鸣、腰膝酸软,或干咳少痰等症,此属肝肾阴虚、水火失济,治宜滋阴降火,选用知柏地黄丸、顺经汤(《傅青主女科》)加麦冬、莲心。若损及肺阴,热伤血络,则见潮热咳嗽,咽干口燥,经行提前,甚或不行,舌红或绛,少苔,脉虚数,治宜养阴润肺,方用百合固金汤或犀角地黄汤(《叶氏女科证治》)。

(4) 伤酒鼻衄:出《一因极一病证方论》。症见鼻衄面赤,口苦多汗,苔黄腻,脉滑数。是由于酒食过度,湿毒蕴积,胃火上逆,发为鼻衄。治宜降火和胃,凉血止血。方用茅花汤加干葛、枳椇子。药用栀子、黄芩、郁金降火开郁;茅花、生地黄、百草霜凉血止血;加入干葛、枳椇子和胃醒酒。

(5) 虚劳鼻衄:出《诸病源候论》。症见鼻衄潮热,面赤头痛,苔薄舌红,脉细弱而数。由于劳伤元气,阴虚火动,火逆于肺,血行清道所致。治宜滋阴清火。方用一阴煎加旱莲草、阿胶、黄芩。若以气阴两虚为主者,用止衄散加减。阴亏于下,火不归元,阳浮于上所致者,症见鼻衄甚多,发热面赤,手足厥冷,脉微细或浮大而虚。《景岳全书》称格阳鼻衄。用镇阴煎加减。若气虚失统为主者,症见鼻衄时作,血色淡红,经久不愈,乏力,便溏,舌淡,脉弱,治宜益气摄血,方用归脾汤加减,可选加侧柏叶、仙鹤草、地榆、阿胶。

《张氏医通·诸血门》曰:"其衄血种种,各有所从,不独出于鼻为衄也。"因此,眼衄、耳衄、鼻衄、舌衄、齿衄、肌衄统称衄血。若见上下诸窍出血者,《诸病源候总论》总称九窍出血。

眼衄:见《张氏医通》。《血证论》称目衄。症见眼衄目干,发热口渴,鼻干便结,苔黄燥,脉沉实。因积热伤肝或阳明胃热而致血从目出。治宜清胃泻火。方用通脾泄胃汤加减。若因郁怒伤动者,宜从肝治。丹栀逍遥散加减。

耳衄:见《证治准绳》。症见耳内作痛,流血,急躁易怒,目赤升火,或有畏寒发热,苔薄黄腻,脉弦滑带数。因肝胆三焦热壅生风而致耳中出血。治宜清泄肝胆。方用柴胡清肝散加减。若肝肾不足,不疼不肿者,六味地黄汤加减。

舌衄:见《诸病源候总论》。症见舌体渗血或血涌舌肿,口疳舌糜,舌红脉数等。因心经火盛,热迫血行而致舌上见血。治宜清泄心火。导赤散加黄连、大力子、连翘、蒲黄、槐花、牛膝、玄参。若属阴虚火炎者,六味地黄汤加阿胶、旱莲草、蒲黄、山栀。

齿衄:见《证治准绳》。《医学入门》称牙宣。《症因脉治》称牙衄。由太阳表邪,侵入阳明,或阳明胃火复感风热者。《症因脉治》称外感牙衄。症见龈衄暴出,身热畏寒,烦闷额痛,苔薄微黄,脉浮数。治宜散风清热。方用葛根防风汤加减。由酒食炙煿,胃肠积热,火热上冲者,《症因脉治》称内伤牙衄。症见龈衄如涌,口臭齿坚,龈肿腐烂,大便秘结,苔黄腻或黄燥,脉弦数或沉实。治宜清胃泻火。方用升麻清胃散、小承气汤加减。

亦有内伤齿衄,特指肾阴亏损、虚火上炎所致的齿衄。《症因脉治·牙衄总论》曰:"若身无表邪,牙龈时或出血,来血不多,久而不愈,肌肉消瘦,此少阴肾经牙衄之症也。"方用六味地黄丸加黄柏、骨碎补。若大便不溏,亦可加入酒大黄、犀角。

肌衄:见"衄血"条。

针灸治疗,如上焦肺热者,治宜清肺泄热止血,选迎香、神庭、风府、天府、合谷等穴,用毫针行泻法。胃热上蒸者,治宜清胃泄热止血,选上星、迎香、中脘、水分、二间、厉兑或隐白等穴,用毫针行泻法。肝火上炎者,治宜平肝清热止血,选上星、兑端、谚譆、期门、曲泉、委中、行间或涌泉穴等,每次3—5穴,用毫针行泻法。气血亏虚者,治宜补气摄血,选迎香、脾俞、肝俞、膻中、中脘、气海或足三里等,用毫针行补法,并配合灸治。

简易方、食疗方,见"失血"条。

咯血

因肺络受伤而致咯吐鲜血或紫黯血块或痰中挟血,兼见咳喘发热者,称咯血,属血溢的一种。咯血名出《儒门事亲》。《丹溪心法》称咳血,《症因脉治》称嗽血。若因风热燥火所致者称外感嗽血;若因酒食、劳损所致者,称内伤嗽血;若咯痰带血者,《不居集》称痰血,《医碥》称咳嗽血。《杂病源流犀烛》称痰涎血。

咯血的病因,总括为外感内伤两种。由外感所致者,阳邪居多,因正虚而易感风热燥火之邪;由内伤所致者,以脏腑虚损为主,多因火动或伤气以致阴血亏耗。无论郁怒伤肝、肺胃伏火或嗜酒劳伤、脾肾亏虚皆可导致肺络受损、上溢咯血。其治疗,亦当辨内外虚实。外感咯血者,宜疏泄肺热,宁络止血为主,佐以甘凉或甘寒清养之品。内伤咯血者,需审虚实。若气火偏盛者,治以清降凉血为主。若见咯血不止者,宜收涩止血。咯血甚者,急宜釜底抽薪法。偏于虚火者,若以肺阴不足为主,治宜清金保肺为主。若为肝血失职,治宜补肝降逆为主,佐以行血凉血之品。《先醒斋医学广笔记·吐血》有"宜行血不宜止血"、"宜补肝不宜伐肝"、"宜降气不宜降火"的治疗原则。若属虚损无火者,宜慎用寒凉或辛燥之品。《景岳全书·杂证谟·血证》曰:"故凡治损伤元火元气而血不止者,最不宜妄用寒凉,以伐生气;又不宜妄用辛燥,以动阳气。"宜用调补脾肾,益气统血,温肾摄血等法。

风热咯血:《金匮翼》称风热吐血。症见咯吐鲜血,或咳痰夹血,发热咽痛,口干微烦,苔薄舌红少津,脉浮数

或弦数。是由于风热外袭肺脏，损伤血络，血溢络外所致。治宜疏泄肺热，宁络止血。方用荆芥饮加桑叶、茅根、茜草、藕节。药用荆芥、桑叶发散风邪；山栀、黄芩清泄肺热；蒲黄、茅根、茜草、藕节凉血止血。若兼肺阴不足者，佐以芦根、天花粉、沙参、麦冬、玉竹等甘凉或甘寒清养之品。

肺热咯血：见《杂病源流犀烛》。《卫生宝鉴》称郁热吐血。《金匮翼》称郁热失血。症见咯血暴出，或先痰后血，或痰嗽带血，发热口苦，苔黄腻，脉滑数。此由肺有伏火或复感风燥，肺热内郁以致肺络灼伤。治宜清肺降火。方用黄连解毒汤、泻心汤加减。若上焦热极躁烦神糊者加生地黄、犀角、侧柏叶、茜草；若大肠腑实便结腹胀者加芒硝、桃仁、枳实。

若热蓄血中，瘀结胸膈，症见咯血如涌，紫黑成块，胸中疼痛，脉弦或洪大，《金匮翼》称蓄热吐血，用四生丸、犀角地黄汤加减。

暴怒咯血：《景岳全书》称暴怒吐血。症见咯吐鲜血，胁痛口苦，烦热面青，苔薄黄舌红，脉弦数。是由于怒则气逆，肝火犯肺，火灼血络以致血从上溢。治宜清肝宁络。方用丹栀逍遥散加沉香、苏子、栝蒌、黄芩、青黛、生地。若怒气太盛咯血不止者，合用当归芦荟丸或龙胆泻肝汤加减。

若肝郁气逆，伤动肺络者，《杂病源流犀烛》称气郁吐血。如因肝郁化火，火灼肺络者亦称郁热吐血，《景岳全书·杂证谟·血证》："若肝气逆者，必有胸胁痛满等证，宜芍药、生地黄、青陈皮、枳壳、贝母、泽泻之属，行其气而血自清，若火因气逆者，惟化肝煎为宜。"

伤酒咯血：《原病集》称伤酒吐血。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》："夫酒客咳者，必致吐血，此因极饮过度所致也。"症见咯吐鲜血，咳喘烦闷，苔黄腻舌红，脉弦滑数。乃是嗜酒过度，湿热熏蒸肺胃，遂致络损血溢。治宜清解酒毒、凉血止血。方用抽薪饮、葛花解酲汤加减。药用黄芩、山栀、黄柏清泄肺胃之火；木通、泽泻、枳壳以导湿热从膀胱下泄；配合葛花解酒利湿；酌加蔻仁、砂仁、木香等品调达气机，以助化湿解酒之力。若阴津不足者，加麦冬、芍药、生地。

肺损咯血：见《医学纲目》。《理虚元鉴》称劳嗽吐血。症见嗽出痰血或先血后痰，甚则纯咯鲜血，潮热盗汗，舌红少津，脉细数或弦数。是由于禀赋素怯或病后失调，火乘肺金，肺阴受灼所致。治宜清金保肺。方用清肺汤加减。药用天冬、麦冬、阿胶、乌梅补肺敛阴；黄芩、山栀、桑白皮泻肺清热；当归、生地黄、芍药和血补血。若痰多挟血者，加贝母、瓜蒌、海蛤壳、丹皮。

关于虚劳吐血，亦即虚劳咯血，有两种不同涵义：一是特指传尸劳瘵，肺络受损而致咯血，《普济本事方》称劳瘵吐血。一是泛指久虚不复，五脏亏损而致咯血，《医林集要》泛称虚劳吐血。若肾阴亏损，火灼肺金，症见咯血色鲜或先血后痰，遗精咽痛，《石室秘录》称阴虚吐血。《红炉点雪》所称伤力吐血亦属于阴虚吐血，用大补阴丸加麦冬、天冬、阿胶、侧柏叶。若因阳不摄阴，上热下寒，症见咯血黯淡，面色潮红，肢冷畏寒，舌淡，脉迟，《石室秘录》称阳虚吐血。用《济生》肾气丸加侧柏叶、干姜、童便。若思伤心脾，气血两亏，症见咯血黯淡，食少气短，心神怔忡，形色憔悴，《医林集要》称劳心吐血。用归脾汤加仙鹤草、阿胶。心阴不足者，选用天冬汤加减。

针灸治疗，风热伤肺、风燥咯血者，治宜清热润肺，宁络止血，选肺俞、大椎、曲池和三阴交等穴，用毫针行泻法。肝火咯血者，治宜平肝清肺，和络止血，选肺俞、肝俞、鱼际、劳宫和行间等穴，用毫针行泻法。阴虚火旺咯血者，治宜益阴养肺，清热止血，选百劳、尺泽、鱼际、孔最和然谷等穴，用毫针行补法。

此外，用梅花针有节奏的雀啄样叩击肾俞、关元等穴10—20分钟，治疗咯血效果显著，针后凝血时间缩短，血小板增加。

简易方、食疗方等，见"失血"条。

吐血

肺胃血络伤损而致呕或咯大量鲜血或紫黯血液者，称吐血。见《金匮要略》。《诸病源候论·吐血候》曰："吐血有三种：一曰内衄，二曰肺疽，三曰伤胃。"内衄包括大咯血、呕血以及鼻大衄等证。肺疽指饮啖辛热、燥热伤肺而致吐血。《三因极一病证方论》称肺疽吐血。伤胃是指饮食过度，损伤胃络而致吐血。《三因极一病证方论》称伤胃吐血。上述内衄、肺疽吐血、伤胃吐血，《赤水玄珠》统称呕吐血。吐血的概念，古代医著有认为吐血包括咯血和呕血，亦有认为吐血即呕血。《医学入门·吐血》："呕血与吐血无大异，成盆无声者为吐，成碗有声者为呕。"《医碥·吐血》："吐血即呕血，旧分无声曰吐，有声曰呕，不必。"见"咯血"、"呕血"条。

呕血

凡血随呕或吐而出，挟有食物，血色紫黯，胃脘满闷嘈杂，甚则兼见便血者，称呕血。属溢血的一种。病证名出《内经》。

呕血之因，一为外邪侵袭，病邪搏结于胃，以致络脉受损引起；二因七情所伤，肝郁化火，横逆犯胃，胃络受伤而成；三由饮食失节，饥饱无常，或嗜辛热，饮酒暴食，胃络损伤而致；四属劳倦内亏，虚火上炎，损及胃络，血随火动致病。临床以内伤呕血为多见，治疗以和胃降逆，清火止血为主。若气火上逆、胃络伤动为主者，应以降逆和胃，凉血止血为治。其中有肝火犯胃者，治宜疏肝降火；胃火上冲者，治宜泻心降火或通腑泄热。若肝血亏虚，脾土受损者，治宜养肝和脾；若呕血延久可以伤肾，或真阴亏损，冲气上逆，或真阳失守，血从上越，治以滋阴清火或

温阳摄血。

伤寒呕血：出《诸病源候论》。症见呕血紫黯或色黯黑，发热腹痛，大便黑，或身黄神糊，苔黄燥，舌红或绛，脉沉实或弦。此由于初感风寒，内传于里，热毒血瘀，搏结胃肠所致。治宜通腑泄热，凉血散瘀。方用桃核承气汤、犀角地黄汤加减。药用桃仁、大黄、赤芍行血破滞；犀角、丹皮、生地凉血清热。若热毒壅盛者加黄芩、黄连、山栀，亦可酌加地榆、蒲黄、槐花等凉血止血之品。

暴怒呕血：见《张氏医通》。《金匮翼》称气逆失血。症见呕血紫黯，口苦胁痛，烦躁不宁，舌红，脉弦数。是由于郁怒伤肝，肝火犯胃，胃络受伤，气逆血奔所致。《景岳全书·杂证谟·血证》曰："怒则气逆，甚则呕血者，亦必出于胃脘，此气逆在肝，木邪乘胃而然也。"治宜疏肝降火。方用丹栀逍遥散加青皮、牡蛎、蒲黄、龙胆草。若气火太甚者用当归芦荟丸；胃中积热者加黄连、石膏；大便秘结者加酒蒸大黄。肝火血热为主者，选用犀角地黄汤加柴胡、枳壳。怒气伤肝，肝血不足为主者，四物汤去川芎加丹皮、韭汁、童便、青皮、香附、郁金、山茶花。若肝火已平，怒气伤肝者，宜用五阴煎、五福饮。

伤胃呕血：出《济生方》。《不居集》称胃经失血。症见呕血黯黑，夹有食物，中脘满闷，苔黄腻，脉滑数。因饮酒饱食，湿热蕴结，或嗜食辛热，火伤胃络所致。治宜泻火止血。方用泻心汤、葛黄丸加减。若症见呕吐鲜血，多汗气喘，烦渴，脉大等，因嗜酒多饮，复感暑毒瘟疫之邪而发病者，《金匮翼》称暑毒失血，方用犀角汤加减，以凉血解毒。

劳伤呕血：见《张氏医通》。症见呕血紫黯，烦渴面赤，神疲腰酸，苔薄舌红，脉细数或弦数。是由于劳力过度，胃络受伤或肾阴亏损，虚火上炎所致。治宜滋阴清火，宁络止血。方用玉女煎加生地、黄芩、地榆、蒲黄、阿胶；若兼脾虚气虚者加黄芪、党参。若气虚挟寒，阳不内守，阴无所依者，症见呕血黯黑，面白身凉，畏寒便溏，或兼便血，脉微迟。《医学入门》称损胃失血，《金匮翼》称阳虚失血，用附子理中丸加减，可选加灶心土、阿胶、地榆等。

针灸治疗，若胃中积热者，治宜清胃泄火，降逆止血，选膻中、上脘、郄门、足三里和内庭等穴，用毫针行泻法。肝火犯胃者，治宜清肝和胃，泄热止血，选期门、劳宫、太冲或地五会等穴，用毫针行泻法；中脘、梁丘和足三里等穴行平针手法。脾胃虚弱者，治宜补益气血，健脾止血，选脾俞、中脘、足三里、公孙和隐白等穴，用毫针行补法，并配合灸法。

简易方、食疗方，见"失血"条。

便血

大便见血，色清或浊，或鲜或黑，或泄物并下者，称便血。证名出《内经》。或称下血，或称后血。若大小便皆出血者，则称前后血。《伤寒论》称圊血或清血。先大便而后见血，《金匮要略》谓远血；先见血而后大便谓近血。《理虚元鉴》又称肠红便血。本病成因多由风火湿热阻留胃肠，伤其阴络之血，以致血液下注大肠而成。但亦有虚滑而致便血，《景岳全书·杂证谟·便血论治》："虽血之妄行，由火者多，然未必尽由于火也。故于火证之外，则有脾胃阳虚而不能统血者，有气陷而血亦陷者，有病久滑泄而血因以动者，有风邪结于阴分而为便血者。大多有火者多因血热；无火者多因虚滑。"辨证当分虚实。由实火动血者，当以清热凉血为主，佐以祛风或除湿之品；由虚滑无火者，调节脾肾功能为要，治宜益气统血或温阳摄血。

积热便血：见《丹溪心法附余》，又称热毒便血。《普济本事方》称热毒下血。症见便血色鲜，腹痛烦渴，苔黄燥舌红，脉洪数。多由过啖辛热，嗜食肥美，肠胃积热，伤劫阴络所致。治宜清热凉血。方用地榆散加减。药用黄芩、黄连、栀子苦寒泄热；地榆、茜草凉血止血。若由血热妄动为主者，则以犀角地黄汤、泻心汤加减。若因大肠湿热以致阴络受伤者，症见下血色鲜，先血后便，腹痛口苦，《金匮翼》称湿热便血，用赤小豆当归散、连蒲散加减。若系饮酒过度，酒毒湿热，结蓄大肠所致者，《杂病源流犀烛》称酒毒下血，亦属于湿热便血的一种。若因湿热成癖，注于大肠，症见下血如注，粪血杂下，延绵不止者，《病原式》称肠澼下血。方用凉血地黄汤加减。亦有肠澼下血特指痢疾的一种，《景岳全书·杂证谟·血证》曰："便血之与肠澼本非同类：盖便血者，大便多实，而血自下也；肠澼者，因泻痢而见脓血，即痢疾也。"

阴结便血：出《宣明论方》。《内经》称结阴。症见便血紫红，血渐而多，腹痛肢冷，苔白而腻，脉沉迟。多因阴寒内结，湿蕴脾胃，血气无宗，渗入大肠所致。治宜温中散寒，除湿止血。方用平胃地榆汤加减。药用附子、干姜、益智仁、白术、人参温运脾胃，驱除阴寒；合用苍术、厚朴、陈皮、赤茯苓燥湿和中；升麻、葛根升提清阳；佐以当归、白芍、地榆和血止血。

元虚下血：出《万病回春》。症见下血渐久，血出甚多，面萎神倦，苔白微腻，脉细弱。乃属思虑伤脾，或劳倦过度，脾失健运，气不摄血所致。治宜益气摄血。方用归脾汤加仙鹤草、地榆、熟地、阿胶。若脾虚中寒，阳不摄阴，症见便血晦黯，或黑或紫，肢冷畏寒，舌质淡，脉沉细，《张氏医通》称中寒便血，《金匮翼》称中虚脱血。方用黄土汤加炮姜、地榆、肉桂调治。

肠风便血：见《理虚元鉴》。《内经》称肠风。《儒门事亲》称肠风下血。症见便血暴作，清血色鲜，先血后便，下血如溅，或兼腹痛，苔薄微腻，脉弦数。乃系风客肠中或暴食劳力，伤其阴络，血渗大肠所致。治宜祛风凉血。方用槐花散、槐角丸加减。药用荆芥、当归搜风和血；槐花、侧柏叶、地榆凉血止血；枳壳宽肠利气；若因积热化火者加黄柏、黄连；若因肠风挟湿者，加防风、苍术、升麻；若

因病久血虚者，加熟地、生地、川芎、白芍、阿胶。《景岳全书》将肝气横逆，火动伤络而致便血者，亦称肠风便血。方用化肝煎加减调治。

脏毒便血：见《丹溪心法》。《普济本事方》简称脏毒。症见血下污浊，或黯或黑，苔黄腻，舌质红，脉濡数。由于湿热蕴毒，渗入大肠，伤于血分所致。治宜清理湿热，凉血止血。方用清脏汤加减。药用黄连、黄芩、栀子、黄柏清理湿热；地榆、槐花、柏叶凉血止血；白术助运化湿；当归、川芎、生地、阿胶补养阴血。若兼有气虚下陷者，加党参、黄芪、升麻、柴胡；若兼湿邪偏盛者，加防风、苍术、泽泻；若湿毒积肠，损伤阴络而致便血，《丹溪心法附余》称湿毒下血。症见下血紫黯，腹中不痛，腹满便溏，方用升麻补胃汤加减。若因蛊虫寄生侵蚀五脏所致的便血，症见下血瘀黑，状如猪肝，或如烂肉，心烦腹痛，《诸病源候论》称蛊下血，《太平圣惠方》称蛊毒下血。用茜根丸加减。

妇女每届临经，或正值经行，大便下血，经量减少，甚或月事不潮，称经行便血，也称错经或差经。本病多属肠中积热，热伤血络所致。亦与肾肝相关。治疗分别以清热、舒肝、养阴等法，重在引血归经。切忌辛散、耗阴损血之剂。

实热经行便血：平素恣饮酒浆辛热燥血之物，致热积于内，如《叶氏女科证治》云："经来大小便俱出，名曰差经，此因食热物过多，积久而成。"当经行时，冲脉气盛，冲脉丽于阳明，二火交炽，伤及血络，因而便血。症见经前或经行大便下血，色深红，烦热口干，舌红苔黄，脉数。治宜清热凉血。方用约营煎（《景岳全书》）。若热挟湿者，症见经行大便下血，肛门坠胀，小便短少，色黄，苔黄厚，脉濡数。治宜清热利湿，养血调经。方用分利五苓汤（《叶氏女科证治》），加赤小豆以清热利湿。

肝热经行便血：平素性躁多怒，肝郁化热，经行时阴血下注，冲气偏盛，其热愈炽，热伤血络，血渗大肠，致令便血。症见经期大便下血，经行量少，色深红质稠粘，口苦咽干，心烦易怒，苔薄黄，脉弦数。治宜舒肝清热。方用丹栀逍遥散（《女科撮要》）去煨姜，加乌梅、炒荆芥以敛肝养阴，引血归经。

虚热经行便血：素体羸弱，或房劳多产，肾精暗耗，阴血偏虚，经行阴血下注，更感不足，血虚火动，迫使错经妄行。症见经行便血，头晕目眩，心烦少寐，舌红苔薄，脉细数。治宜养阴清热。方用脏连丸（《血证论》）。若下血较多，而现头昏心悸，神疲气短，腰膝酸软，苔薄白，脉细弱。治宜益气养阴，摄血归经。方用顺经两安汤（《傅青主女科》）。

针灸治疗，若脾胃虚寒者，治宜健脾温中止血，选中脘、关元、足三里、太白和公孙等穴，用毫针行补法，并配合灸法。湿热蕴蒸大肠者，治宜祛湿和营，清热止血，选长强、次髎、水道、大横、曲骨、上巨虚或承山等穴，用毫针行泻法，不灸。

简易方、食疗方，见"失血"条。

尿血

血从溺孔排出，血溺并下或见纯血，且无疼痛等症，称为尿血。属血泄的一种。证名出《金匮要略》。《内经》称溺血或溲血。

妇女产后小便中混有血液，而无疼痛之感者，称产后尿血，亦称产后小便出血。见于《诸病源候论》。

尿血的产生，《素问·气厥论》曰："胞移热于膀胱，则癃溺血。"《景岳全书·杂证谟·血证》曰："故无论焦心劳力或厚味酒浆，而上中二焦五志口腹之火，凡从清道以降者，必皆由小肠以达膀胱也。"尿血多由心火偏旺，或肾水内亏，热乘于血，血渗小肠所致。故与心、肾、小肠甚为密切。辨证施治，须随证察因。若由三焦火盛者，总以清火凉血为主，肾虚不禁或相火妄动者，应以滋肾为主；如属脾肾两亏，湿热乘袭者，当以壮水之剂中参入清火利湿之品。尿血与血淋有别，《证治准绳·诸见血证》曰："痛者为血淋，不痛者为溺血。"

热结尿血：《寿世保元》又称暴热尿血。症见溲赤血鲜，心烦口渴，苔薄黄腻，舌质红，脉数。是由于心火偏旺，热移于小肠，搏血损络，血渗膀胱所致。治宜泻火清利，凉血止血。亦用导赤散、小蓟饮子加减。若因风热壅盛为主者，发热畏寒，咽痛咳嗽，用银翘散加茅根、蒲黄、车前草、防己。若因阳明热结为主者，伴见发热腹满，小便不利等，先用桃核承气汤下之，后以四物汤加山栀调治。亦有肝火动血，血渗膀胱而致尿血者，方用龙胆泻肝汤加桃仁、丹皮、牛膝、郁金、蒲黄、小蓟等。

房损伤中尿血：出《外台秘要》。《诸病源候论》泛称虚劳尿血。《太平圣惠方》称劳损伤中尿血。症见尿色淡红或溺下血块，腰酸耳鸣，苔薄微腻舌红，脉细弦数。是由于房事过度，肾阴亏损，伤动脉络，血渗膀胱所致。治宜滋肾止血。方用六味阿胶饮加减。偏于阴虚火旺者，用阿胶汤加减。偏于阳虚不固者，用鹿茸散加减。若见脾肾俱损者，用补中益气汤、无比山药丸加减。

因肺虚失节，不能治下而致尿血，如症见喘咳烦热，渴喜冷饮，系属肺阴不足，方用人参清肺汤加减。若症见咳喘痰白，畏寒肢肿，系属阳气不足，方用甘草干姜汤加减。

虚热产后尿血：产后亡血伤津，阴虚内热，热伤血络所致。症见小便短赤带血，目眩耳鸣，腰腿酸软，舌红少苔，脉细数。治宜养阴清热，凉血止血。方用小蓟汤（《万氏女科》）去木通、滑石，加黄芩、麦冬、白茅根清热生津止血。若热而夹瘀者，则症见小便尿血涩痛，可于方中加归尾、红花、琥珀末以化瘀止血。

气虚产后尿血：产后体虚未复，更加劳倦，伤及脾肾，脾肾失其统藏，气虚失固而致。如《沈氏女科辑要笺正》云："产后尿血，亦有虚实之异，虚者，中州之气陷。"症

心窍，以致神糊、呕吐，应及时处理。头痛久病者，若因肝气上逆之头痛，常有遇事易怒或忧思烦闷，故需条达气机，以免因精神紧张、情志抑郁而诱发或加重，适当禁烟酒，对防止其头痛发作也是十分重要的。痰湿、血瘀头痛的发作，尤以年高之体与饮食失节关系密切，当宜清淡饮食，勿过于进食肥腻及生冷之物，则对控制其发病也有重要意义。消除各种易于损伤气血及耗伐肾精的有关因素，如劳倦过度、恣情纵欲、嗜酒饮食等，有助于控制诸虚头痛的发作或避免病情的发展。

风头痛

凡以头痛暴发，常伴有发热恶风、骨节酸痛者，称为风头痛。为外感头痛之一。风头痛病名出《脉经》。《金匮翼》亦泛称脑风。

风头痛的病因是外感风邪。风为阳邪，上先受之，故伤于风者则为头风痛。《素问·风论》："风者，百病之长也，至其变化，乃为他病也，无常方，然致有风气也。"故风常与寒、热等邪合而致病，因此也就有了伤风头痛、风寒头痛、风热头痛之分。

伤风头痛：见《脉因证治》。《丹溪心法》称感冒头痛。症见头痛且胀，恶风发热，鼻塞声重，苔薄白，脉浮缓等。由于外伤风邪所致。治宜宣散风邪为主。方用川芎茶调散加减。荆芥、防风、羌活、白芷、细辛等辛温解表，散风止痛；川芎、薄荷活血散风，且上行头目以其引药，故为治伤风头痛要药。

风寒头痛：见《医学从众录》。《兰室秘藏》称伤寒头痛。症见头痛或连及项背，骨节酸痛，鼻塞流涕，恶风寒，苔薄白，脉浮紧等。由风寒之邪外袭所致。《罗氏会约医镜·论头痛》："外感风寒，头痛暴甚。"治宜疏风散寒。方用桂枝羌活汤、祛风立效散等加减，桂枝辛温上行，解表散寒，配合白芷、细辛、羌活、防风等疏散风寒；蔓荆子为引药，以治头痛；如风寒甚者，可加麻黄。

风热头痛：出《外台秘要》。症见头部胀痛，恶风发热，咽痛口干，或鼻流浊涕，咳嗽痰黄，舌苔薄黄，脉浮数。由于外感风热上扰清窍所致。治宜祛风清热。方用芎菊上清丸为主。用黄芩、栀子、连翘、黄连清热；荆芥、防风祛风；菊花、薄荷、川芎清泄风热以止头痛。外感风热较重的头痛，《丹溪心法·头痛》称风壅头痛。治疗宜加重散风清热的药物。

《素问》之脑风，症见项背恶寒，脑户穴处极冷，痛不可忍等。多因风邪上入于脑所致。《圣济总录·脑风》曰："《内经》谓风气循风府而上，则为脑风。夫风生高远，始自阳经，然督脉阳维之会，自风府而上至脑风，督脉足太阳之会也；又太阳之脉，起于目内眦，上额交巅，上入络脑，今风邪客搏其经，稽而不行，则脑髓内弱，故项背怯寒，而脑户多风冷也。"治宜温散为主。方用神圣散、羌活附子汤、当归四逆汤等。

针灸治疗风头痛，若为风寒头痛，可选手太阴、手阳明、足太阳、足少阳等经穴，如风池、太阳、迎香、大杼、列缺、合谷等。用毫针行泻法，配合灸法。若为风热头痛，可选手阳明、足阳明、足少阳和督脉等经穴，如风池、大椎、头维、曲池、合谷、解溪等穴。用毫针行泻法。

推拿治疗风头痛除见"头痛"条以外，还可用下列方法：①头面部的头痛基本操作1—4法（见"头痛"条）。②按压风池、风府、翳风、迎香、风门、肺俞、头维、角孙、曲池、合谷。③颞部扫散法。④拿五经。五指拿头顶，从前往后，至项部改为三指拿法。⑤颈项部的头痛基本操作法（见"头痛"条）。⑥风寒者，掌擦背部两侧膀胱经，透热为度；风热者，虚掌拍背部两侧膀胱经，以皮肤微红为度。

膏摩法治风头痛宜辨证用药：①伤风：头痛摩膏主方加荆芥、细辛、羌活。②风寒：主方加桂枝、麻黄、荜茇、羌活、生姜。③风热：加蔓荆子、连翘、薄荷、菊花。操作见"头痛"条。风寒者还可掌擦背部膀胱经透热。

湿头痛

以头痛如裹，常伴有肢体困重，胸闷泛恶者，称湿头痛。为外感头痛之一。病证名见《医林绳墨》。

湿头痛的病因以外湿为主，如外感风湿、寒湿和湿热等。但与内湿亦有密切关系，常因外湿引动内湿而致头痛。如内湿素盛之体，坐卧湿地，冒雨涉水或气候潮湿，内外合邪，常患湿头痛病。因湿属阴邪，不易速去，久郁可以化热，故风湿头痛、寒湿头痛亦可转变湿热头痛。湿头痛的治疗以祛湿为主，或合祛风，或合散寒，或合清热之品，都须注意脾胃功能，常可加入茯苓、白术等健脾化湿之品。

风湿头痛：见《赤水玄珠》。症见头痛如裹，肢体困重，骨节酸痛，胸闷腹胀，恶心纳呆，口干少饮，苔腻，脉濡或浮缓。因风湿外感，上犯巅顶，清窍被遏所致。治宜祛风化湿。方用羌活胜湿汤加减。方用羌活、防风以散风止痛，苍术、白芷以燥湿；细辛、藁本以散寒，川芎引诸药入巅，以奏功效。

寒湿头痛：见《兰室秘藏》。症见恶寒发热，头痛而重，无汗拘紧，胸闷，肢体困重，天阴或遇冷易发，舌苔白腻，脉浮。因痰湿素盛，复感外寒，内外合邪，上蒙清阳，血行凝涩，脉络挛急所致。治宜散寒祛湿。方用芎辛汤加减。用川芎、细辛配合附子、干姜、乌头、南星散寒化湿。《医林绳墨·头痛方论》："寒湿头痛，首如裹，面如蒙，恶风恶寒，拘急不仁，斯因雾露之所中，山岚之所冒，治宜苍术二陈，加紫苏。"以祛湿邪为主。

寒湿头痛在《杂病源流犀烛·头痛源流》中，又指下焦虚寒，肾与膀胱经挟湿而头痛者。《东医宝鉴》则称之为湿厥头痛。

湿热头痛：见《兰室秘藏》。症见头痛且重，发热，心烦身困，肢节疼痛，小便黄赤，或面目、四肢浮肿，舌苔黄

的特点是起病较急，头痛伴有外感症候，如恶寒，发热，鼻塞流涕，骨节疼痛，咳嗽等。包括《脉经》的风头痛，《医林绳墨》的湿头痛等。此外，因感受疫毒而致的头痛称天行头痛，见《外台秘要》；或称时疫头痛，见《罗氏会约医镜·论头痛》(眉批)，是瘟疫疾病中的一个主要症状。《证治准绳》中的大头痛亦属天行头痛之一，实即大头瘟，见"瘟疫"条。因伤于暑而致头痛者，称伤暑头痛，出《世医得效方》，见"中暑"条。因嗅吸污毒之气而致头痛者，称臭毒头痛，见《证治准绳》。

内伤头痛的特点是起病较缓，头痛时发时止，常伴有脏腑气血不足的症候，但往往虚中夹实。包括《医林绳墨》的痰头痛；《医学准绳六要》的火头痛；《证治要诀》的虚头痛；《灵枢》的厥头痛等。此外，因饮食无度，停滞脾胃而致头痛者，称伤食头痛，见《证治要诀》；或称食郁头痛，见《治法汇补》。因饮酒过量而致头痛者，称伤酒头痛，见《证治准绳》；或称中酒头痛，见《证治要诀》。因此，头痛的辨证要点，如《证治汇补·头痛》所说："因风痛者，抽掣恶风；因热痛者，烦心恶热；因湿痛者，头重而天阴转甚；因寒痛者，汗出而恶寒战；因痰痛者，昏重而眩晕欲吐；因食痛者，噫酸发热而恶食；气虚痛者，九窍不利，恶劳动，其脉大；血虚痛者，鱼尾上攻，恶惊惕，其脉芤；肾厥痛者，下虚上实，其脉举之则弦；气逆痛者……其症胸膜胀满，呕吐酸水。"

治疗

方药治疗　大抵外感头痛，初病多实，治宜祛邪，以疏风散邪为主；内伤头痛则以平肝、滋阴、补气、养血、祛瘀、化痰等法为上，若为本虚标实，虚中夹实，治宜标本同治，当顾元气。妇女经行头痛者，以虚证多见，治则总以调气血、疏壅滞为上，药宜轻清上行，勿过用重镇潜藏之品，以免重伤阳气。头痛的主要用药，《医林绳墨·头痛》："头痛之药甚多，分治之例不一。且如诸风头痛，非防风、白芷不能除；诸寒头痛，非麻黄、细辛不能疗；诸火头痛，非黄芩、山栀不能驱；诸湿头痛，非羌活、苍术不能去；诸痰头痛，非半夏、南星不能散；诸气头痛，非葱白、紫苏不能清。此治痛要药也。"又曰："头为诸阳之首，位高气清；必用轻清之剂，随其性而达之。殆见川芎治头痛，因其性温而升上；连翘治头痛，因其辛散而微浮；玄参治头痛，因其肃清而不浊；藁本治头痛，因其气胜而上升；蔓荆子治头痛，非风热不能疗；石膏治头痛，非胃火不可加；薄荷治头痛，非惊痫不可攻；荆芥治头痛，非血风不可用；升麻治头痛，非阳邪下陷不可行；天麻治头痛，非风热上行不可治；当归治头痛，非阴虚之症不可除。"又曰："初宜发散，久从火治，不可专攻风药，而变为头风。"《丹溪心法附余·头痛》提出："如肥人头痛是湿痰，宜半夏、苍术；如瘦人头痛是热，宜酒制黄芩、防风；……如白人头痛是气虚，宜黄芪、酒洗生地黄、南星。"

针灸治疗　通治法多本着辨证归经，循经选穴的原则。例如阳明头痛(正头痛)，可选手阳明经的合谷和足阳明经的解溪；少阳头痛(偏头痛)，可选手少阳经的外关和足少阳经的昆仑；厥阴头痛(头顶痛)，可选足厥阴经的太冲。对虚证头痛，用毫针行补法，并可配合灸法；对实证头痛则用毫针行泻法。皮肤针法，常在夹脊(颈3—7，腰1—骶4)及局部，或酌配风池、外关、合谷、足三里、太冲、太溪、昆仑等穴区进行叩刺，维持中等针感，每日或隔日一次，10次为一疗程。耳针可选枕、额、脑、耳、神门等穴，用中强刺激，留针30分钟，间歇运针，每日一次，10次为一疗程。或用揿针埋藏。

推拿疗法　治则以行气活血、升清降浊为主。其基本操作法如下：

(1) 头面部：急性头痛多取坐位，慢性者以卧位为主。①从山根至神庭，用拇指抹法，双手交替操作。约20次。②双手拇指分别用抹法从印堂起沿两侧眉棱抹至眉梢。约10次。③分推前额。双手拇指用抹法从前额正中线分别抹至太阳穴，并从神庭向印堂慢慢上下往返移动4—5遍。④揉太阳。以双手拇指或中指指腹揉太阳穴。⑤一指禅推眼眶。以一指禅偏峰推法沿两眼眶作横8字运行1—2分钟。⑥扫散颞部。以双手拇指的偏峰(或五指指端)沿耳上头侧从前向后呈弧线快速来回移动。约20次。⑦按揉太阳、头维、上星、百会、风池等穴。

(2) 颈项部：①一指禅推双侧颈夹脊。②拿项部。③拿风池。

膏摩法：头痛摩膏主方为川芎、生附子、防风、当归、延胡索、川椒。本方以敦煌《脉经》残卷"摩风膏方"和《千金方》"青膏方"为主加减而成，功能活血祛风、通络止痛。一般制成油膏或霜剂。使用时可将辨证分型用药研成细末掺入，以摩法施于头顶、太阳穴和后项等部位。

简易方　(1)香白芷切，以萝卜汁浸透，日干为末，每服二钱，白汤下，或以搐鼻，治头面诸风(《仁斋直指方》)。

(2) 川乌头、天南星等分，为末，葱汁调涂太阳穴，治年久头痛(《本草纲目》)。

(3) 香附子末，茶服三钱，日三五服，治妇女头痛(《经验良方》)。

(4) 头痛发热者，以连根葱白二十根，和米煮粥，入醋少许，热食取汁即解(《济生秘览》)。

(5) 川芎一钱，茶叶二钱，水一锺，煎五分，食前热服，治风热头痛(《简便方》)。

食疗方　(1)杞菊地黄粥：熟地15克，枸杞15—30克，菊花10克。粳米100克。先煎熟地、枸杞，后下菊花，取汁与粳米煮成粥服。治肝阳头痛(《百病饮食自疗》)。

(2) 天麻10克，猪脑1个(洗净)，入砂锅内，粳米250克，清水适量，煮成稀粥，以猪脑熟为度，每日晨起，温服一次。治风虚头痛(《中国药粥谱》)。

调护　头痛骤发者，应注意血压、脉象及体温情况。若为头痛初病，并见发热、畏寒等症，应避免汗出当风，防止复感风寒湿邪，故宜保暖静息；如系由热入营血，邪犯

见小便频数带血，色淡红，神疲纳差，面色萎黄，舌淡苔薄，脉虚弱。治宜健脾益气，补肾固摄。方用补中益气汤(《脾胃论》)，加山茱萸、血余炭、山药、藕节以固肾摄血。

针灸治疗，若阴虚火旺者，治宜滋阴清火止血，选关元、阴谷、太溪、大敦和三阴交等穴，用毫针先行补法后行泻法。心火亢盛者，治宜清营血、泻心火，选关元、劳宫、三阴交和然谷等穴，用毫针行泻法，不灸。脾肾两亏者，治宜健脾益气，补肾固摄，选脾俞、肾俞、命门、关元、章门或三阴交等穴，用毫针行补法，并配合灸法。

简易方、食疗方，见“失血”条。

肌衄

血出毛孔或血渗肌肤者，称为肌衄。属血溢的一种。其临床特点是肌肤瘀斑，或为瘀点，血色鲜红，或紫或暗，甚则发热，可与衄血、咯血、呕血、便血、尿血同时存在。病证名出《证治要诀》。《诸病源候论》称汗血。《医学入门》谓之毛窍血出或脉溢，皆可归属肌衄范畴。

肌衄的产生，《诸病源候论·汗血候》曰：“肝藏血，心之液为汗，言肝心俱伤于邪，故血从肌腠而出也。”肌衄的成因可由脾肾虚损，阴阳失调或正虚感邪，热入营血，或心肝郁火，迫血妄行，致使离经之血渗溢于肌腠而成。肌衄的辨证施治，须辨有邪无邪，证之虚实。有邪属实，治以祛邪为主；无邪为虚证，治以扶正为主。治疗上可与“衄血”、“咯血”、“呕血”、“便血”等条目相参。

实证肌衄：症见肌肤瘀斑，血色紫赤，烦渴发热，或兼衄血，甚则呕血、便血，苔黄燥，舌红或绛，脉数或弦滑数。是由于外感风暑燥火之邪，热入营血，损络动血，血渗肌肤所致。治宜清热凉血。方用犀角地黄汤加减。若兼心火偏旺者，加黄连、当归、人中白、蒲黄、紫草、连翘心；若夹胃火亢盛者，加石膏、知母、山栀；若并见阳明腑实者，加大黄、芒硝、桃仁、枳实；若并见阴分耗伤者，加玄参、麦冬、沙参；兼热挟湿邪者，加木通、泽泻、车前子。

虚证肌衄：症见肌肤瘀斑，斑色紫暗或淡红，神疲头晕，苔薄微腻舌淡红，脉细弱或细数。是由于劳损脾肾，气血亏虚或阴阳失调，阳不摄阴所致。治宜补正止衄。以气血两亏为主者，选用当归补血汤、保元汤、归脾汤加减。肾虚火动为主者，选用大补阴丸、知柏地黄丸加减。肾阳不足为主者，选用右归饮、济生肾气丸加减。虚证肌衄亦可随证选加阿胶、鹿角胶、紫河车、蒲黄、仙鹤草、茜草之类。倘有见失血兼患痹痛者，症见肌肤瘀斑，骨节肿痛，发热口渴，小溲短赤，苔黄舌红，脉数，是由于血虚火旺，复感外邪，阻于经络，血渗脉外所致。《血证论·痹痛》曰：“失血家血脉既虚，往往感受外风，发为痹痛……宜四物汤加防风、柴胡、黄芩、丹皮、木通、秦艽、续断、羚羊角、桑寄生、玉竹、麦冬治之。”

针灸等其他疗法，见“失血”条。

头痛

以头部前额、颞部向上、向后至枕部的疼痛，称为头痛。头痛的名称始出《内经》，又名脑风、首风。若头痛剧烈，引脑及巅而急重危笃者，《灵枢·厥病》称真头痛。若头痛由脑后连至巅顶及眉间者，《灵枢》称冲头痛。若头痛急起伴发肿块并有鸣响者，《素问病机气宜保命集》称雷头风。若头痛偏于一侧者，《兰室秘藏》称偏头风。头痛于头顶者，称巅顶痛。若头痛隐隐，反覆发作不愈者，《丹溪心法附余》称久头痛。《石室秘录》称头痛为头疼。《素问·奇病论》对脑逆头痛齿亦痛者称厥逆。

妇女每于经行前后或正值经期，症见头痛为主者，称经行头痛。如《张氏医通》有“每遇经行头痛”的记载。

病因病机 《内经》认为其病因有风、寒、湿等；而主要责之于风邪。病机方面有下虚上实、厥气上行等，《外台秘要·头风及头痛方》认为体虚复感外邪。《内外伤辨惑论》指出外感内伤均可引起头痛。《古今医统·头痛大法内外之因》提出：“头痛自内而致者，气血、痰饮、五脏气郁之病，东垣论气虚、血虚、痰厥头痛之类是也；自外而致者，风寒暑湿之病，仲景伤寒、东垣六经之类是也。”因头为诸阳之会，清阳之府，又为髓海所在，而五脏六腑精华之血，清阳之气，皆上注于头。故六淫之邪外袭，外邪上踞，气机阻塞，或脏腑内伤，或精髓气血亏损，以致脏腑之气厥逆，经络运行失常，均可引发头痛，其常见的病因有：

外感六淫：由于起居不慎，坐卧当风，或感受寒湿，六淫之邪自表侵袭于机体，上犯于巅顶，清阳之气受阻而致头痛。亦可因体虚，卫阳不固，复感外邪而致。《诸病源候论·风病诸候》：“头面风者，是体虚，……腠理开而受风，谓之首风，病状头面多汗恶风，病甚则头痛。”

痰浊上蒙：肺、脾、肾功能失调，肺失通调，痰阻胸膈，脾失健运，痰湿内生；肾失温化，水潴为痰，均可厥逆于上，痰蒙清窍，发为头痛。

七情过极：情志变化使脏腑经络气机升降失调，气血功能逆乱，以致经气上逆，或郁而化火，火气上炎，均可引起头痛。

气血亏损：头为清阳之府，需气血之荣养。若脏腑气血内伤，脾胃不健、气血来源不足；或因病后产后气血耗伤；或因虚劳诸疾、五脏虚损，均可使气血不能上荣于脑而致头痛。

头痛按经络分类首见于《内经》六经中，《伤寒论》则无太阴、少阴两经的头痛。《医垒元戎》则在《伤寒论》基础上发展为三阳头痛及阴证头痛；《兰室秘藏》进一步提出太阴、少阴、厥阴头痛。头痛按外感内伤分类首见于《内外伤辨惑论》，称外证头痛和内证头痛；《医林绳墨》则根据病因分为风头痛、寒头痛、火头痛、湿头痛、痰头痛、气头痛等；《景岳全书》明确分为外感头痛和内伤头痛。

辨证 首先应分辨头痛属于外感或内伤。外感头痛

腻，脉濡数等。由于湿热熏蒸，上蒙清窍所致。治拟清热化湿。方以甘露消毒丹加减。藿香、蔻仁、菖蒲芳香化湿；黄芩、连翘、滑石、木通清热利湿；薄荷散热以治头痛。若湿热头痛挟风者，称风湿热头痛，可加细辛、防风等品。风湿热头痛病名见《证治准绳》。

针灸治疗，见"头痛"条。

推拿可行以下操作：①头面部的头痛基本操作1—7法（见"头痛"条）。②颈项部的头痛基本操作1—3法（见"头痛"条）。③按揉脾俞、胃俞、足三里。④擦背部两侧膀胱经。⑤掌擦上胸部。⑥摩腹。⑦四肢困重者配合四肢被动运动。

膏摩法宜辨证用药：①风湿：主方加羌活、苍术。②寒湿：加细辛、南星、紫苏。③湿热：加菖蒲、薄荷、藿香。操作见"头痛"条。部位还可选用背部膀胱经，用掌擦法。

痰头痛

因痰浊上蒙清窍所致头痛而重，咳吐痰涎，舌苔白腻等症为主的头痛，称为痰头痛。为内伤头痛之一。证名出《医林绳墨》。

本病的发病原因与肺、脾、肾的气化失调有密切关系。因脾胃寒湿，或兼饮啖过度，好食膏粱厚味，以致脾气不健，壅滞为痰；或因外邪犯肺，日久不愈，以致肺失通调，气机郁阻，水津阻于胸膈而为痰；或因肾阳不足，阳不化水，水潴为痰。治以化痰为主，必须注意痰的部位。若痰阻胸膈，宜化痰利膈；若痰阻中焦，宜化痰和中。还须注意痰之兼夹症，若风痰上扰，宜祛风化痰；若痰火上升，宜化痰泻火。痰头痛之治痰，是治标之法，化痰之后尚需调理肺、脾、肾的气化功能。

痰厥头痛：出《外台秘要》。症见头痛如裂，或有眩晕，心烦不安，语言不清，胸闷恶心，泛吐痰涎，脉弦滑，苔薄腻。因痰浊阻于胸膈，厥逆于上所致。治拟化痰利膈。方以芎辛导痰汤为主，或用半夏白术天麻汤。芎辛导痰汤用南星、陈皮、茯苓、半夏、枳实化痰浊以利胸膈；川芎、细辛辛散上行而止头痛。痰厥头痛若兼肺热未清者，宜加用地骨皮、桑白皮、黄芩以泻肺清热；若兼肝阳偏亢者，宜加用石决明、灵磁石、生牡蛎，以平肝镇肝。《外台秘要·痰厥头痛方》："若手足寒冷至节则死。"是指痰气厥逆而致的真头痛。痰厥头痛在《张氏医通·诸痛门》认为属痫症。

痰湿头痛：见《张氏医通》。亦称为痰浊头痛。症见头部疼痛沉重如裹，或有眩晕，胸脘满闷，泛恶呕吐痰涎，舌苔白腻，脉滑。由于痰湿上蒙清阳所致。治宜化痰和中。方以半夏白术天麻汤为主。痰湿头痛兼脾气亏损者，宜加人参、薏苡仁、白扁豆等药；兼脾阳不足者，宜加用干姜、附子等品。

风痰头痛：出《圣济总录》。症见头痛眩晕，面青，胸胁满闷，便溺秘涩，时有躁怒，或呕吐痰涎，脉弦，苔白腻。多因痰停肝经，复感风邪，上扰清窍所致。治宜祛风化痰。方以甘菊荆芥汤、玉壶丸为主。药用南星、半夏、皂荚、枳壳化痰；天麻、防风、荆芥祛风；川芎、菊花治头痛。《丹溪心法·痰》："凡风痰病，必用风痰药，如白附子、天麻、雄黄、牛黄、生芩、僵蚕、猪牙皂角之类。"风痰头痛失治，易成头风。

痰火头痛：见《证治汇补》。症见头痛耳鸣，心烦善怒，面红目赤，口渴便秘，胸脘满闷，呕恶，泛吐痰涎，舌苔黄腻，脉洪滑数。由于痰火上升，壅于头部所致。《丹溪心法·头痛》："头痛多主于痰，痛甚者火多。"治宜化痰泻火。方以石膏散、滚痰丸为主。药用礞石逐痰；石膏、黄芩、大黄清热泻火；沉香引火下行；川芎治头痛。若痰火头痛兼有肝火偏胜者，宜加龙胆草、山栀、车前子等药。

针灸治疗痰头痛，一般选任脉、手阳明、足阳明等经穴和背俞穴，如风池、脾俞、中脘、合谷、足三里、解溪、丰隆等。用毫针行泻法。

推拿疗法则以化痰降浊为原则。具体操作如下：①头面部和颈项部的头痛基本操作法，见"头痛"条。②按揉脾俞、胃俞、足三里、丰隆、内关。③顺时针摩腹，重点中脘。④擦膻中。⑤拿肩井。

膏摩法宜辨证用药，主方加半夏、南星。痰厥再加牛蒡子、细辛、天麻；痰湿加苍术、生姜；风痰加白附子、菊花、天麻；痰火加龙胆草、黄芩。操作见"头痛"条。

火头痛

由火热之邪上扰清窍而致之头痛，称火头痛。为内伤头痛之一。证名见《医学准绳六要》。《景岳全书》称火邪头痛。《医林绳墨》称火热头痛。

火头痛的病因病机，《丹溪心法·火》："凡气有余，便是火。"《景岳全书·杂证谟·头痛》："火邪头痛者，虽各经皆有火证，而独惟阳明为最。正以阳明胃火盛于头面而直达头维。"故五志、七情过极，脏腑、经络气机失调，往往郁而生热化火，上冲而致火头痛。

胃火头痛：症见头部跳痛或胀痛，或痛连颊齿，或自耳前后痛连耳内，烦热，口渴，便秘，苔黄，脉洪大等。多由阳明胃火上冲所致。治宜清热泻火为主。《景岳全书·杂证谟·头痛》："欲治阳明之火，无如白虎汤加泽泻、木通、生地、麦冬之类以抑其至高之势，其效最速。至若他经之火，则芍药、天花、芩、连、知、檗、龙胆、栀子之类，无不可择而用之。但治火之法，不宜佐以升散，盖外邪之火，可散而去，内郁之火，得升而愈炽矣，此为忌也。"若伴肾阴亏虚者，则在清火方中，适当加入滋肾养阴之品，以标本兼顾。

郁热头痛：出《医宗必读》。症见头部跳痛，遇寒发作，心胸烦闷、便结、尿赤、舌红、脉数。此由热郁于里，毛窍疏松，复感风寒所致。《明医杂著·头痛》云："久头痛病，略感风寒便发，寒月重绵厚帕包裹者，此属郁热，本热而标寒。"治宜清郁热，散表寒。方以《兰室秘藏》安神汤

加减。药用知母、黄柏清郁热，甚者加黄连、黄芩、栀子、大黄等品；羌活、防风散外寒；蔓荆子、川芎治头痛。热邪郁于三阳经者，《杂病源流犀烛·头痛源流》称热郁头痛，见“三阳头痛”条。

热厥头痛：出《兰室秘藏》。由邪热上攻，经气厥逆所致。《医编·头痛》认为：“热厥头痛，虽严寒，犹喜风寒，在暖处或见烟火尤甚。”症见头痛积年不愈，头部自觉发热，喜风寒，或腰及两下肢发冷。治宜清火泄热。方以清上泻火汤、黄连上清丸为主。后方用黄连、黄芩、黄柏配合薄荷、菊花，重在清火泄热，疏散厥热。

针灸治疗见“头痛”条。

推拿疗法则以清热泻火为原则。具体操作如下：①头面部和颈部的头痛基本操作法，见“头痛”条。②按揉内庭、太冲、足三里、胃俞、人迎。③擦涌泉。④拿肩井。

膏摩法：头痛膏摩主方加黄芩、黄连、黄柏、柴胡、薄荷。操作加擦涌泉。

虚头痛

因阴阳气血虚亏、清窍失养所致之头痛，称虚头痛。属内伤头痛之一。证名见《证治要诀》。

虚头痛的病因较多。常见的如饮食不节损伤脾胃，气血之源不足；或因大病之后，失于调理，正气耗伤；或因产后失调，精血亏损；或因先天不足，禀赋薄弱；或烦劳过度，房室不节，阴精过耗，损及五脏等。虚头痛的治疗当以补虚为主，但须分别阴阳气血，其中尤以调补脾胃最为重要。常见的有气虚头痛、血虚头痛、阳虚头痛、阴虚头痛等。

气虚头痛：出《脉诀》。症见头痛绵绵，劳倦则甚，神疲乏力，纳呆乏味，短气少言，脉弱或大而无力。由脾胃气虚失升，清窍不利所致。治宜健脾益气升提。方用顺气和中汤为主。本方即补中益气汤加细辛、蔓荆子、川芎补脾胃，升清阳，止头痛。

血虚头痛：出《兰室秘藏》。症见头部隐隐作痛，头晕目花，面色无华，心悸易惊，或者眉尖至头角抽痛，舌质色淡，脉细涩或芤。由于血虚不能上荣于脑所致。治宜养血补血为主。方以加味四物汤加减。本方即四物汤加甘草、菊花、蔓荆子养血补血，引血上荣以止头痛。

若气虚和血虚并见的头痛，称气血俱虚头痛。《兰室秘藏·头痛论》：“气血俱虚头痛，调中益气汤少加川芎、蔓荆子、细辛，其效如神。”

阳虚头痛：见《景岳全书》。症见头痛隐隐，面色㿠白，四肢不温，畏寒神倦，舌质淡，脉微细或沉迟，或虚大无力。由阳气不足，清阳不能上升所致。治宜助阳益气。可用附子理中汤、芎术汤加减。药用附子、肉桂助阳温肾；干姜、白术、甘草温中健脾；川芎止头痛。

阴虚头痛：见《景岳全书》。症见头痛，咽痛，颧红，两腰酸痛，心烦虚热，或有遗精滑泄，苔薄，舌质偏红，脉沉细数。是由阴虚水亏，虚火上扰所致。治宜滋阴降火。可用知柏地黄丸，或杞菊地黄丸等。《景岳全书·杂证谟·头痛》：“阴虚头痛，即血虚之属也，凡久病者多有之。其证多因水亏，所以虚火易动，火动则痛，必兼烦热、内热等证，治宜壮水为主。当用滋阴八味煎、加减一阴煎、玉女煎之类主之。火微者，宜六味地黄丸、四物汤、三阴煎、左归饮之类主之。”

针灸治疗可选任脉、督脉等经穴和背俞穴等，如百会、肝俞、脾俞、肾俞、气海、合谷和足三里。用毫针行补法，并配合灸法。

推拿疗法以益气养血、健脾补肾为原则。具体操作如下：①头面部和颈项部的头痛基本操作法，见“头痛”条，手法操作时，动作需缓慢。②一指禅推背部膀胱经，重点脾俞、肾俞、心俞。③擦腰背部，重点肾俞、命门。④按揉足三里、三阴交、气海、关元。⑤摩涌泉。⑥摩丹田，或掌振丹田透热。

膏摩法：头痛膏摩主方加黄芪、白术、白芍、肉桂、升麻等。操作还可选用擦背、摩腹、摩手足心法。

厥头痛

由脏腑经络之气厥逆，上扰清窍所致之头痛，称厥头痛。属内伤头痛的一种。证名出《灵枢》。《灵枢·厥病》篇分别论述了厥阴、少阴、太阴、太阳、少阳、阳明之经气厥逆于上所致的头痛。《难经·六十难》只是指“手三阳之脉，受风寒，伏留而不去者，则名厥头痛”。

厥头痛在后世的含义较多。《诸病源候论》、《备急千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》等所称厥头痛，实指痰厥头痛。《张氏医通》的寒痰厥逆头痛，亦属这一类；《济生方》的厥头痛，实指气血俱虚，风寒暑湿之邪，伤于阳经的头痛；《证治汇补》的厥头痛，《兰室秘藏》、《类经》的厥逆头痛，《世医得效方》的脑逆头痛，均指伤于寒邪的头痛。本条厥头痛是指内脏之气厥逆而致的头痛，其中以肝逆头痛和肾厥头痛较为常见。

肝逆头痛：见《医钞类编》。症见胁肋胀痛，头痛目眩，耳聋，颊赤，脉弦等。由于怒气伤肝，肝气上冲于脑，而致头痛。《素问·藏气法时论》：“肝病者，……气逆则头痛，耳聋不聪，颊肿。”治宜疏肝降逆为主。方用沉香降气散加味。

若因情志触发，气逆不下行所致者，称气厥头痛。出《丹溪心法》。症见头痛，头目昏眩，胸腹胀满，呕吐酸水等。治宜理气解郁。可用芎乌散加味。气厥头痛属肝逆头痛之轻者。

若忿怒气逆，引动肝阳上亢所致者，称肝阳头痛。症见头痛眩晕，心烦易怒，睡眠不宁，苔薄黄，脉弦。治宜平肝潜阳为主。方用天麻钩藤饮加减。若兼见面赤烘热，咽干口燥；或兼见头痛如劈，面红目赤，口苦胁痛，溲赤，苔黄，脉弦数，则因肝火上扰，称肝火头痛。治宜泻肝清

火。方以龙胆泻肝汤加减。

若肝风内动，上扰清窍所致者，称肝风内动头痛。症见头痛剧烈，筋惕甚则抽搐，或出现一时性手足偏瘫，苔黄，脉弦数或洪数，治宜镇肝熄风。方用镇肝熄风汤、羚羊角汤等加减。

肾厥头痛：见《普济本事方》。《张氏医通》称肾气厥逆头痛。症见头顶痛而不可忍，四肢逆冷，胸脘痞闷，多痰，或有动则气急，喘急不得卧，脉弦滑或弦细。由于下虚上实，肾气厥逆所致。治宜温肾纳气。可选用玉真丸、黑锡丹等方。

若由肾虚及髓海不足所致者，则称肾虚头痛。见《证治准绳》。肾阴虚为主者，症见头脑空痛，头晕耳鸣，腰膝无力，遗精或女子带下，舌红脉细。治宜滋补肾阴为主。可用六味丸、大补元煎等。若由肾阴不足，相火上炎而致者，《张氏医通》称肾虚火炎头痛。症见腰膝酸软，头晕耳鸣，时有面部升火，咽间隐痛，舌质偏红，脉细带数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸、大补阴丸等。肾阳虚为主者，头痛畏寒，四肢不温，面色白，舌淡，脉沉细。治宜温补肾阳，可用右归丸加减。若肾阳亏虚，阳不化水，水湿上泛而致头痛者，称肾虚水泛头痛。《类证治裁·头痛》："肾虚水泛者，头痛如破，昏睡不安，六味汤去丹皮，加沉香，更以七味丸人参汤下。"

针灸治疗可选足厥阴、足少阳和督脉等经穴，如百会、风池、悬颅、率谷、太冲和侠溪等。用毫针行泻法。

推拿疗法则以平肝降逆、温肾纳气为原则。具体操作如下：①头面部和颈项部的头痛基本操作法，见"头痛"条。②肝逆头痛加强扫散头侧胆经，并加推桥弓和按揉太冲、行间法。③肾厥头痛加擦涌泉透热，一指禅推百会（患者坐位，用干毛巾裹头，在毛巾上施手法）。

膏摩法：肝逆头痛者，头痛膏摩主方加天麻、钩藤、龙胆草、柴胡、沉香。以摩太阳为主。肾厥头痛者，加肉桂、吴茱萸、生姜。操作加擦涌泉、横擦腰骶命门部或摩丹田。

真头痛

急性剧烈头痛而危重者，称真头痛。证名出《内经》。《灵枢·厥病》篇："真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治。"

真头痛症见起病急暴，剧烈头痛，连脑户尽痛，手足逆冷至肘膝关节，或有火热烦躁，面目红赤，头痛如破如裂，项强，常伴有剧烈呕吐，甚则抽搐，谵语发狂，病情危重。由气血极虚，风寒暑湿之邪入脑所致。治宜扶正达邪为主。若气血虚极，真气不聚者，急用大剂参附汤，服黑锡丹，急灸百会穴。如风寒外袭者，宜用救脑汤。因暑湿外袭者，宜清暑利湿或清暑解毒。清暑利湿用桂苓甘露散；清暑解毒用清瘟败毒饮等。

真头痛又称脑痛。《中藏经》："病脑痛者，其脉缓和而大者，死。"但脑痛又可泛指头脑作痛，见《脉因证治》。或指头痛连齿者，见《医钞类编》。

针灸、推拿疗法，见"头痛"条。

偏头痛

反覆发作的、且为偏侧性的慢性头痛，称偏头痛。因头痛偏于一侧，或左或右，故又称半边头痛。病证名出《兰室秘藏》。《太平圣惠方》称头偏痛。

偏头痛的病因，由气血不足，风邪乘虚侵袭或肝阳上扰清窍或风火痰瘀入络所致。

虚证偏头痛：症见一侧头痛，痛时面色皖白，神疲懒言，脉细而弱，苔薄质淡。是由于气血俱虚，风邪外袭所致。治宜扶正祛邪。若偏于气虚者，用补中益气汤加白芷、独活、蔓荆子、酒芩等。若偏于血虚者，用四物汤加防风、荆芥；若兼有火者，加黄柏、黄芩、蔓荆子、知母。《簳溪医述·偏头痛分气血辨》："凡偏头风，左属血虚，右属气虚，此大概言，不可拘此，仍当补血中佐以补气，补气中佐以补血，但分轻重可耳。"

实证偏头痛：症见头痛暴发，痛势甚剧，或左或右，或连及眼、齿，痛止则如常人。是由于肝经风火上扰清窍所致。治宜平肝祛风为主。常用天麻、钩藤、菊花、川芎、白芷、石决明等平肝熄风之品。火盛者加山栀、黄芩、龙胆草、丹皮等；大便秘结者可加生大黄以导火下行；兼痰者加陈皮、半夏、胆星等；病久入络者可加化瘀通络之品，如全蝎、僵蚕、蜈蚣、桃仁、红花、绛香、青葱等。病后调理宜养肝补肾，用生地、熟地、杞子、当归、白芍、杜仲、桑寄生等。

若因气机不畅，阻郁头部一侧，《证治汇补》称气郁偏头痛。治法同气厥头痛，亦可应用蓖麻、乳香、食盐同捣，贴太阳穴。

侧额角上痛，亦属偏头痛。《儒门事亲·偏头痛》："额角上痛，俗呼为偏头痛者，是足少阳经也。"

针灸治疗，见"头痛"条。

推拿疗法，如为发作期，以平肝祛风为主。操作：坐位。重点治疗患侧：①头面部和颈项部头痛基本操作法，见"头痛"条。②重按合谷、列缺、风池、风府、太阳、侠溪。③擦涌泉。有恶心呕吐者加按揉内关、足三里；眼区疼痛者加按揉攒竹、阳白、风池、合谷；巅顶疼痛者按揉百会、上星、太冲。本证在出现视觉障碍等先兆症状的前驱期就应及早推拿治疗，可重点推拿颈项部以活血通络。缓解期亦以颈项部推拿为主，佐以扶正。

膏摩法：头痛膏摩主方酌加天麻、钩藤、菊花、生石决、生萝卜汁等。部位选用太阳、前额、百会、项部。

久头痛

反覆发作日久不愈的慢性头痛，称久头痛。久头痛

名见《丹溪心法附余》。《杂病源流犀烛》称年久头痛。久头痛在《诸病源候论》中称头风。《医林绳墨·头痛》曰："头风之症，亦与头痛无异，但有新久去留之分耳。浅而近者名曰头痛，深而远者名曰头风。头痛卒然而至，易于解散也；头风作止不常，愈后触感复发也。"

久头痛的病因，是由于气血阴阳内伤，或因风、寒、暑、湿外袭，失治或治而不当；或因痰瘀郁遏，经络脏腑之气厥逆所致。

久头痛的临床症状为头痛隐隐，时发时止，发时头痛一般较剧。其兼证不一，如兼目痛，甚至失明；或兼鼻流浊涕等；或兼头部麻木；或兼头项强痛等。治疗应根据不同病因而选用方药。《景岳全书·杂证谟·头痛》："久头痛……有血虚者，有诸经气滞者，有气虚者，有四气外伤者，有劳役所伤者，有可吐者，有可下者，当分虚实寒热兼变而治之。"其具体证治，见"头痛"条。慢性头痛若两太阳穴位连脑剧痛者，称夹脑风。见《太平圣惠方》。

针灸、推拿疗法，见"头痛"条。

瘀血头痛

由瘀血内停阻滞经脉所致的头痛，称瘀血头痛。为内伤头痛之一。证名见《医碥》。又称血瘀头痛。瘀血头痛症见头痛经久，痛如锥刺，时发时止，或面色晦滞，舌有瘀点，脉涩有力。多因头部外伤，或久病入络，瘀血阻滞而成。治宜活血化瘀。用通窍活血汤加减。方用桃仁、红花、赤芍化瘀；麝香、老葱走上窍，引药上行；川芎止头痛。若瘀血严重而痛甚者，加全蝎、蜈蚣、地龙等。瘀血头痛应无表症、无里症、无气虚、无痰饮等症；若有兼挟者，当先解表后活血，或先治里后祛瘀，或先益气、祛痰、化饮而后通窍；若兼挟证不明显者，亦可标本兼顾；若产后血瘀头痛，多属膈热上下所致，见《医碥》，宜用膈下逐瘀汤加清热药。

针灸治疗可选督脉、手阳明和足太阴等经穴，如百会、前顶、上星、膈俞、合谷和三阴交等。用毫针行泻法，或用三棱针于头部穴放血治疗。另外，奇穴太阳和印堂等也常用。

推拿疗法以疏通经络、活血化瘀为原则。操作：①头面部和颈项部的头痛基本操作法（见"头痛"条），重点颈项部。②推揉桥弓。③颈部施以缓慢、轻柔的摇法。④一指禅推背部两侧膀胱经。⑤擦背部膀胱经，透热为度。⑥擦涌泉。

膏摩法：头痛膏摩主方加赤芍、红花、葛根、羌活、白果。操作见"头痛"条。

三阳头痛

感受外邪或因内伤而致三阳经气血壅遏引起的头痛，称三阳头痛。包括太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛。病证名见《医垒元戎》。

太阳头痛："《类证活人书》称太阳证头痛。指伤寒太阳病头痛。见"太阳病"条。

头痛而在太阳经脉循行部位者，亦属太阳头痛，《冷庐医话》称太阳经头痛。症见头痛自脑后上交巅顶，项强，腰脊痛，苔薄，脉浮或带数。因外感风邪，袭于太阳经脉而成。治宜疏散风邪，升清止痛。方用川芎茶调散加减。

太阳头痛古称冲头痛，后世称正头痛。《灵枢·经脉》："膀胱足太阳之脉……是动则病冲头痛。"《东医宝鉴·头》："足太阳之脉，上额交巅，直入络脑，别下项，其病冲头痛，目似脱，项以拔，即正头痛也。"冲头痛的特点，从脑后至巅及眉间均疼痛。但正头痛亦有指满头皆痛者，如《鲟溪医述》以之与偏头痛相对而言。

少阳头痛：指《伤寒论》少阳病头痛。《兰室秘藏》称少阳证头痛。见"少阳病"条。

头痛而在少阳经循行部位者，亦属少阳头痛，《冷庐医话》称少阳经头痛。症见耳前后痛而上连头角或颞部，苔薄，脉弦数。乃热郁少阳胆经所致。治宜清胆泄热。方用蒿芩清胆汤加减。

阳明头痛：指《伤寒论》阳明病头痛。《类证活人书》称阳明证头痛。见"阳明病"条。

头痛而在阳明经循行部位者，亦属阳明头痛。《证治准绳》称阳明经头痛。症见头痛引连目珠，多在前额部及眉棱等处，苔薄腻，脉洪数。为热盛阳明，循经上扰引起。治宜清热生津。方用白虎汤加减。便结者可用承气汤类以导火下行。

三阳头痛可用引经药。如足太阳膀胱经用羌活、藁本；足少阳胆经用柴胡；足阳明胃经用升麻、葛根、白芷；手太阳小肠经用羌活、藁本；手少阳三焦经用柴胡；手阳明大肠经用白芷。

针灸治疗见"头痛"条。

推拿疗法操作如下：

(1) 太阳头痛：祛风升清为法。①头面部的头痛基本操作法1—4法，见"头痛"条，揉太阳改为直推太阳。②颈项部的头痛基本操作1—3法，见"头痛"条，重点拿风池，以拇食两指拿住风池向百会方向顶按，以有酸痛向头顶放射为佳。③按揉足太阳经的通天、络却、玉枕和手太阳经的肩中俞、支正。④掐按后溪、印堂。

膏摩法：头痛膏摩主方加羌活、藁本、桂枝、麻黄。操作见"头痛"条。

(2) 少阳头痛：和解少阳为法。①头面部和颈项部的头痛基本操作法（见"头痛"条），重点按揉太阳和颞部胆经扫散法。②按揉足少阳之听会、上关、率谷、天冲、完骨、日窗。③按揉手少阳之翳风、角孙、耳门、和髎、丝竹空。④点按头维。⑤按揉阳陵泉、足临泣、外关。⑥拿肩井。

膏摩法：头痛膏摩主方加柴胡、黄芩。摩法以太阳

为主。

(3) 阳明头痛：清胃泻热为法。①头面部和颈项部的头痛基本操作法见"头痛"条，重点分推前额。②按揉足阳明经的承泣、四白、下关、颊车，以及下肢的足三里，重掐内庭。③按揉手阳明之迎香、合谷、曲池。④按揉神庭、印堂。

膏摩法：头痛膏摩主方加升麻、葛根、白芷。以摩前额为主。

三阴头痛

感受外邪或因内伤而致三阴经气血运行失畅引起的头痛，称三阴头痛。包括太阴头痛、少阴头痛、厥阴头痛。《医垒元戎》则称阴证头痛。

太阴头痛：见《兰室秘藏》。《证治准绳》称太阴经头痛。症见头痛如蒙而重，痰多，身重而困，腹部满痛，苔白，脉沉缓等。由于痰湿困于太阴元经，清阳不升所致。治宜燥湿化痰。方用苍术除湿汤。《兰室秘藏·头痛门》："太阴头痛，必有痰，体重，或腹痛，为痰辟，其脉沉缓，苍术、半夏、南星为主。"

少阴头痛：见《古今医统》。《兰室秘藏》称少阴经头痛。症见头痛下连骸骨，足寒气逆，心痛烦闷，脉沉细。因寒邪侵犯少阴经所致。治宜温经散寒。可用麻黄附子细辛汤，或独活细辛汤加减，亦可加用川芎、羌活、防风等药。

厥阴头痛：见《兰室秘藏》。《伤寒论》称厥阴病头痛，或称厥阴证头痛。见"厥阴病"条。头痛而在厥阴经循行部位者，亦属厥阴头痛，称厥阴经头痛。症见头痛位于巅顶，干呕吐涎沫，苔薄，脉弦细滑。为寒滞厥阴，经气上逆所致。治宜温暖厥阴，降逆止痛。方用吴茱萸汤。因厥阴经头痛部位在巅顶，故《医林绳墨》称巅顶痛，《丹溪心法》称顶巅痛。亦有认为"巅顶痛属肾"者，见《证治汇补》。

厥阴太阳合症，名曰风痰头痛，见"痰头痛"条。厥阴头痛可用引经药，如吴茱萸、地龙。

针灸治疗见"头痛"条。

推拿疗法操作如下：

(1) 太阴头痛：燥湿化痰为法。①头面部和颈项部的头痛基本操作法见"头痛"条。②按揉脾俞、胃俞、足三里、三阴交、丰隆。③摩腹，顺时针方向。④颈椎摇法。

膏摩法：头痛膏摩主方加苍术、半夏、南星。

(2) 少阴头痛：温经散寒为法。①头面部和颈项部的头痛基本操作法见"头痛"条。②擦背部。③擦背部。④擦涌泉。

膏摩法：头痛膏摩主方加细辛、独活、羌活、麻黄。擦涌泉、擦背部。

(3) 厥阴头痛：温经降逆为法。①头面部和颈项部的头痛基本操作法见"头痛"条。②患者坐位，以干毛巾包裹头顶，一指禅推百会。③按揉内关、太冲。④擦涌泉。

膏摩法：头痛膏摩主方加吴茱萸、地龙。操作见"头痛"条。

头风

头痛经久不愈，时作时止者，称为头风。证名见于《诸病源候论》。《千金要方》所指的头风，属于头部感受风邪之症。《张氏医通》主要是指慢性风痰湿热头痛，亦有体虚兼湿兼热者。

头风的病因，乃由素有痰火，或痰湿之体，复因久卧当风，邪入于脑髓，或为寒凝，或郁而为热所致。《医鉴》曰："头风之症，素有痰饮，或栉沐取凉，或久卧当风，以致贼风入脑入项，自颈以上，耳目口鼻眉棱之间……。"

风痰火郁：症见头痛日久，作止无常，痛剧如裹，头晕头重，头皮顽麻，不自觉知，甚则眉棱上下刺痛，或口舌不仁，不知食味，苔黄腻，脉弦数，此宿患痰疾，风邪侵入颈项，上扰脑巅。风痰顽邪，日久不解，痰郁火热，治宜疏风化痰，散邪清火，方用清上泻火汤加减。痰逆甚者，头风旋运，呕吐痰涎，脉滑数，加半夏、橘红、南星、吴萸化痰和胃降逆；如肝经血亏者，劳则头风为甚，目糊干涩，脉细弦数或细涩，宜兼以补肝，可选加黄甘菊、决明子、石决明、白芍、茯神；热甚者，面色潮红，口苦，尿赤，苔黄舌红，可用龙胆泻肝汤加羚羊角、丹皮、木瓜、胆南星、天麻、钩藤清泄胆火，熄风化痰。

风痰寒郁：症见头痛如裹，遇冷而作，甚或加剧，头皮重麻，视物模糊，泛吐清涎，苔白腻，舌体胖，脉弦滑，此由素患痰饮，脾虚失运，则生内湿，或复因汗出当风，或久卧风冷侵袭，以致风冷挟痰，上郁清窍脉络，治宜散寒燥湿，祛风化痰，方用排风汤。如痰瘀痹阻者，口唇不仁，肢体麻木，舌淡暗，脉涩，加白附子、全蝎、蜈蚣、地鳖虫等祛风痰，通血络。寒甚者，头痛甚剧，欲裹布巾，畏寒，脉沉细，加附子、桂枝、干姜温阳驱寒。湿痰气逆者，巅顶头痛，呕恶为甚，气冲心胸，脉弦，可加吴茱萸、半夏、苍术。如气血亏虚者，头痛欲卧，心悸气短，或因妇女产后久卧当风，舌淡，脉细，可用八珍汤选加羌活、防风、南星、半夏。如下元虚寒者，症见久痛不愈，腰膝酸软，形寒肢冷，舌胖有齿痕，脉细弱或沉迟，可用《金匮》肾气丸、附子理中汤之类温肾助阳，以助祛风散寒化痰之力。

头风虽为独立病证，但亦为长久头痛难愈者，多属风痰顽疾，其辨证又与诸头痛相关，因此用药、针灸、推拿、气功等治疗均可参照"头痛"条目。下列简易方与食疗方亦可斟情选用：

(1) 白僵蚕(去丝、嘴)、良姜等分。为细末。每服一钱五分，白梅茶清调下，临发时服(《百一选方》)。

(2) 蔓荆子二升(末)，酒一斗。绢袋盛，浸七宿，温服三合，日三(《千金方》)。

(3) 甘菊花去蒂装枕用(《随息居饮食谱》)。

(4) 羊肉半斤细切,萝卜一个作片,草果一钱,陈皮一钱去白,良姜一钱,荜茇一钱,胡椒一钱,葱白三茎,水熬成汁,入盐酱熬汤,下面棋子,作羹食之,或将汤澄清,作粥食之。疗虚冷头风(《饮膳正要·兽品》)。

头风持久不愈,其或加剧,应静息平卧,保持室内安静,光线柔和,要避免再受风冷侵袭,并注意观察血压,瞳孔及肢体皮肤感觉是否异常。如为风痰郁火顽疾,也应保持情志舒畅,减少烦恼,使肝脾之气得以疏泄条达。饮食宜清淡,如鲜鱼、新鲜蔬菜及果品。忌食肥腻、辛辣之品,禁烟酒。因风冷痰湿者还应避免进食寒凉滋养之品,如白木耳、甲鱼之类,并注意头部及身体保暖,以免遇寒诱发或加剧。

眉棱骨痛

眉棱骨和眼眶骨部疼痛者,称为眉棱骨痛。证名见《审视瑶函》。《儒门事亲》称攒竹痛,《丹溪心法》又称眉眶痛。《证治要诀》或称眼眶骨痛。《张氏医通·七窍门》将眉骨痛伴有前额板骨痛者,称阳邪风证。

眉棱骨痛的病因,多为风热之邪,上扰清窍,《杂病源流犀烛·目痛源流·眉棱骨》:"眉棱骨痛,风痰湿火俱有痛也。目系所过,上抵于脑,诸阳经挟外邪,郁成风热,毒上攻于脑,下注目精,遂从目系过眉骨,相并作痛,若心肝郁热,上攻目精而痛,亦目系与眉骨牵连而痛。"或因风痰上逆,浊阴所乘,《证治要诀》:"……又有肝经停饮一证,发则眉棱骨痛,眼不可开,昼静夜剧。"也有因肝血不足,头目失养,或因暴怒伤肝,肝火上扰,《古今医统》卷六十一云:"多为肝火上炎,怒气盛者,多有此病。其谓风证,亦火所致,热甚生风是也,大抵抑肝火,有风痰则兼而治之。"

风热痰火:症见眉骨疼痛,连于目珠,目不能开,昼静夜剧,头眩目胀,胸闷泛恶,苔白腻,舌淡红,脉弦滑数。此由于痰湿内蕴,风热外侵,上于头目,治宜祛风化痰。方用防风羌活汤,或子和搜风丸。若偏于风热上乘,兼见鼻塞流涕,疼痛走串,方用加味柴胡汤或驱风上清散。若痰火为甚者,目珠胀痛,大便秘结,苔黄腻,可合用礞石滚痰丸。

肝火上炎:症见眉棱骨、眼眶骨和前额骨皆疼痛,眼珠胀痛,目赤眩晕,口苦咽干,胁肋疼痛,小溲短赤,大便干结,舌质红,苔薄白,脉弦数。是由于肝郁气滞,郁久化火,风火上扰头目所致,方用洗肝散加减。

肝血不足:症见怕光喜暗,目珠酸痛,不能久视,羞明隐涩,胞睑无力,常欲垂闭,舌淡苔薄白,脉细数,是由于久病血亏,肝失濡养,血不得上奉于头目所致。治宜滋养肝血,方用当归补血汤。若为肾水不足,阴虚火炎者,面色潮红,耳鸣腰酸,急躁易怒,方用滋水清肝散、知柏地黄丸。若阴损及阳者,可用左归丸。如病久缠绵不愈,可致气阴两亏,症见眉棱骨隐痛,时作时止,眼睫无力,神疲短气,舌淡红,脉虚细数,治宜益气滋阴泻火,方用三才封髓丹加枸杞、白芍、牛膝。

对头痛,眉骨眼眶俱痛,痛不可忍,痛剧拒按者,可用上清散嗜鼻。

针灸治疗,可取穴攒竹、丝竹空、阳白、鱼腰、合谷、风池等,以泻法为主,亦可由阳白透鱼腰,攒竹透丝竹空,捻转至局部有酸胀麻之气感即止。留针10—15分钟。

头摇

头颤头摇不能自控、常伴四肢颤动者,称为头摇。病证名见于《证治准绳》。《伤寒论》称摇头。《证治准绳·头摇》:"头摇,风也火也,二者皆主动,会于巅,乃为摇也。"《杂病源流犀烛·头痛源流》:"肝风盛则头自摇动,别无疾痛,不自觉知,治法与头风略同,总应以平肝为主也。"有虚实之分,治亦有别。

实证头摇:症见突然头摇,目眩耳聋,项背强痛等。属风火相煽。治宜清肝泻火熄风为主。方用龙胆泻肝汤加羚羊角、钩藤、灵磁石、石决明等。若见头摇高热,烦躁胸闷,腹痛便秘等,为阳明腑实,引动肝风所致。治宜泻火清热为主。可用凉膈散、大柴胡汤加减。

虚证头摇:症见长期头部颤摇不止。由于年老肝肾不足,或病后气血虚损,虚风内动所致。治宜补肝肾,益气血,平肝熄风为主。气血虚为主者,方用十全大补汤、大建中汤之类加钩藤、天麻等品。若肝肾不足为主者,宜大、小定风珠之类,或用单味紫河车粉适量常服。亦可配合针灸治疗。

简易方及饮食疗法,见"头风"条。

脑鸣

以头内鸣响为主,伴耳鸣、目眩等症者,称为脑鸣。证名见《医学纲目》。《张氏医通》称头响。

脑鸣之因,或由素嗜食肥腻炙煿之物或七情失调,五志过极,也有因复感风热外邪,以致痰、火内郁或湿热湿毒上扰,故头脑为之鸣响。然久病不愈者,多因肝肾亏虚,髓海虚衰,脑失所养,发为脑鸣。

实证脑鸣:症见脑鸣胸闷,烦躁口渴,腹痛便秘,苔黄,脉实等。此由痰火内郁,上扰清空,故头脑为之鸣响。若膈热腑实者,治宜清热泻实。方用凉膈散。若苔黄腻滑,脉弦滑者,多挟湿痰内郁,宜清化痰湿,用礞石滚痰丸,或选用半夏、伏苓、枳实、胆星、苍术、黄连等品。火郁者,宜宣散清热泻火,选用薄荷、栀子、黄芩、石膏、细辛、川芎、伏苓、甘草、芽茶之类。

虚证脑鸣:症见脑鸣反覆发作,经久不愈,头昏神疲,苔薄,脉虚。多因肝肾虚亏,髓海失养所致。治宜补正为主。属阴血不足,轻者,宜用女贞子、旱莲草等分为

末，橄榄汁为丸，桑叶煎汤常服，或用菊花浓煎频服；重者，方用六味地黄丸。若偏气虚甚者，方用独参汤补气。若气阳不足者，宜补气温阳，方用保元汤。若肾阳虚者，方用鹿茸丸（鹿茸、牛膝、五味子、石斛、巴戟、附子、川楝、山药、肉桂、杜仲、泽泻、沉香）调治。

眩晕

头晕眼花，如坐舟车、旋转不定，称为眩晕，或称眩运。但觉眼目昏花，称眩；头晕而感觉自身或周围景物旋转，站立不稳，并伴恶心呕吐，称晕；但两者常常同时并见，所以统称眩晕。若由耳病所致的眩晕称为耳眩晕，或由脓耳引发的眩晕称脓耳眩晕，亦隶属于眩晕之范畴。

眩晕《内经》称眩，或称眩冒。《金匮要略》称头眩或冒眩。《素问玄机原病式》称旋转。《兰室秘藏》称晕眩。《三因极一病证方论》始称眩晕。《医林绳墨·眩晕》把典型的眩晕称真眩运，指出"其症发于仓卒之间，首如物蒙，心如物扰，招摇不定，眼目昏花，如立舟船之上，起则欲倒，恶心冲心，呕逆奔上，得吐少苏（苏），此真眩晕也。"眩晕俗称头旋。《医碥·眩晕》："晕与运同，旋转也，所见之物，皆旋转如飞，世谓之头旋是也。"

妇女平素所患的眩晕，与成人男子类同，然胎产时患病与一般眩晕有所不同，若见于妊娠中、后期，则称为妊娠眩晕，《女科证治约旨》称子眩，其后又称子晕，可为子痫的先驱证候。也有孕妇临产时或刚分娩后出现的眩晕者，称为临产血晕或产后血晕，此属妇科急重危候，《诸病源候论》列有"产后血运闷候"，以阐述其症。

小儿眩晕，常见于能诉说病情的较大儿童，基本与成人所患相同，然证情有程度不同，轻者闭目即止，重者眩晕，甚则发生昏仆跌倒、二便失禁等。

病因病机　刘完素主风火，《素问玄机原病式·五运主病》："风火皆属阳，多为兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转。"朱震亨主痰，《丹溪心法·头眩六十七》"无痰则不作眩。"张介宾主虚，《景岳全书·杂病谟》卷十七："眩晕一证，虚者居其八九，而兼火、兼痰者不过十中一二耳。……《内经》之言，亦无非言虚。"故有"无虚不作眩"之说。《医林绳墨·眩晕》："外为四气所感，内因七情所伤。"均可产生眩晕。综合历代诸家论述眩晕多以内伤为主，诸如风眩、痰眩、火眩、虚眩之说，此外，尚有妇女胎产血晕、小儿瘀血眩晕。眩晕的主要病因病机列述如下：

外邪侵袭：若生活起居失常，或寒暖不调，或过度疲劳，或体质素虚，腠理疏懈，卫气不固，上气不足，极易感受风寒暑湿之邪，上犯清窍，发为眩晕。

痰浊中阻：恣食肥甘，劳倦太过，伤于脾胃，健运失司，以致水谷不化精微，聚湿生痰，痰湿中阻，则清阳不升，浊阴不降，清窍被蒙，发为眩晕。

肝阳上亢：肝为风木之脏，体阴用阳，其性刚劲，主动主升，如谋虑太过，或忧郁恼怒，每使肝阴暗耗，肝火偏亢，风阳升动，风火相煽，上扰清空，发为眩晕；又如肾水素亏，水不涵木，木少滋荣，肝体不足，肝用偏亢，风阳上扰，亦可发为眩晕。妊娠血聚养胎，阴血相对不足，肝阳易亢，而致眩晕。《临证指南医案·眩晕门》华岫云按："头为诸阳之首，耳目口鼻皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风上冒耳，甚则有昏厥跌仆之虞。"

肾精不足：肾为先天之本，藏精生髓，若先天不足，肾阴不充，或老年肾亏或生育过度，均使肾精亏耗，而脑为髓之海，髓海不足，于是上下俱虚，发为眩晕。《灵枢·海论》："髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"

气血亏虚：久病不愈，耗伤气血，或失血之后，虚而不复，或思虑过度，劳伤心脾，耗气损血，或脾胃虚弱，不能健运水谷以生化气血，以致气血两虚，气虚则清阳不升，血虚则脑失所养，皆能发生眩晕。

古今均根据病因的不同，分为外感眩晕和内伤眩晕两大类。外感眩晕是指因感受六淫而发生的眩晕，包括《诸病源候论》的风眩，《东医宝鉴》的湿晕，《新刊仁斋直指方》的暑证眩晕等；内伤眩晕是指阴阳、气血、脏腑失调所致的眩晕，包括《全生指迷方》的痰眩，《杂病会心录》的火运，《洪氏集验方》的虚眩等。眩晕的外感内伤分类出《症因脉治》，但在《丹溪心法》一书中已有外感内伤分类之说，如《丹溪心法·头眩》："风则有汗，寒则掣痛，暑则热闭，湿则重滞，此四气乘而眩晕也。"

辨证　首先应分清外感眩晕和内伤眩晕。外感眩晕必有表证。风眩则遇风更甚；寒晕则两颞冷痛；湿晕则头重目困；暑眩则闷热头痛。内伤眩晕每病情反覆，迁延日久，痰眩则胸闷头重而泛恶；火运则面赤便秘而易怒；虚眩则头晕目花而面皖。一般而论，外感眩晕多虚中夹实；内伤眩晕虚证为主，《景岳全书·杂证谟·眩运》："头痛之病，上实证也。头眩之病，上虚证也。"但亦有本虚而标实者，如痰眩之痰浊上蒙清窍，火运之火热上扰清阳。本虚以肝肾不足，气血亏损为主；标实以风（肝阳）、火、痰为主。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　若因外感而发眩晕者，虽有风寒暑湿之异，皆以疏风祛邪为主。内伤眩晕需分虚实施治，实证多从肝治，若以痰为主者，宜化痰和胃，以火为主者，宜降火泻火，若有肝风者，宜平肝熄风；虚证当调脾胃，若以气血亏损为主者，宜益气补血，若以肝肾不足为主者，宜补肾滋肝；尚有虚实互见、虚中夹实或因邪致虚，治宜扶正以驱邪，或驱邪以安正，当权衡标本缓急，调达阴阳。《临证指南医案·眩晕门》华岫云按："其证有夹痰、夹火、中虚、下虚、治胆、治胃、治肝之分。火盛者，先生用羚羊、山栀、连翘、花粉、元参、鲜生地、丹皮、桑叶，以清泄上焦窍络之热，此先从胆治也。痰多者必理阳明，消痰如竹沥、姜汁、菖蒲、橘红、二陈汤之类。中虚则兼用人参，《外台》茯苓饮是也。下虚者，必从肝治，补肾滋肝，育阴潜阳，镇摄之

治是也。至于天麻、钩藤、菊花之属，皆系熄风之品，可随证加入。"

针灸治疗　针灸对眩晕的通治法，宜采用平肝化痰，养血宁神。选背俞、任脉、督脉、手阳明、足阳明和足三阴等经穴，如百会、风池、膈俞、脾俞、肾俞、中脘、气海、关元、内关、足三里、丰隆、三阴交、太溪和太冲等，每次3—5穴。用毫针刺，实证用泻法，虚证用补法，并配合灸法。

推拿疗法　推拿治疗眩晕，宜镇惊安神，健脾和胃，豁痰开窍，平肝止晕。第一种治疗方法：①患者坐位，先用一指禅推法施于风池、风府、天柱穴。②患者仰卧位，一指禅推法施于印堂、攒竹、神庭、太阳等穴，并配合抹法。气血两虚者，加推摩中脘、天枢、气海穴，按脾俞、胃俞、足三里。肾精不足者，加按揉三阴交、涌泉穴。肝阳上亢者，加推桥弓，扫散法，拍击大椎、命门穴。痰浊中阻者，加按揉天突穴，分推膻中穴。第二种方法：内功推拿常规手法。

气功疗法　眩晕的气功治法，若证为肝阳上亢者，宜平肝潜阳，清火熄风。①一手仰掌向上用力直伸，一手握住下巴用力向外拉，两手同时配合动作14次；换手如法再作14次。然后恢复两手常位，休息片刻，将上身向左右两侧尽力作快速转动各14次。凡当用力时，吸气；松劲时，呼气；呼气宜长，并在呼气时，默念"嘘"字，以泻肝火。②用头颈尽力紧缩在两肩之中，仰面用力，使膊并向上，用头向左向右，转动各21次，稍停，待平静后再做。应先慢后快，不可先快后慢。用力时，吸气；放松时，呼气；呼气宜长，并在呼时，默念"嘘"字，以泻肝火，日行三度。③跪地，俯身向前侧，耳紧紧贴地，深吸气，闭气，慢呼气；呼时默念"嘘"字，以泻肝火。④先行导引，次握固坐下，将一腿搭于另一腿膝盖上，合口瞑目，以两手掌心紧闭耳门，躬身尽量向前，用意使七窍(耳、眼、鼻、口)之气上攻，逐散邪气。⑤端坐定，咬牙闭气，用两手掌掩耳门，以第二指压于中指上置脑后，然后作"鸣天鼓"动作，叩齿36遍。

若证为痰湿内阻者，宜健脾和胃，燥湿化痰，可用"延年九转法"结合"顺气化痰法"进行锻炼。顺气化痰法是先用意念将胸膈痰饮阻滞处推开，顺下大肠，并从肛门排出，以顺其气。次定神养气，以两手按于两乳下揉按数次；同时用意将痰湿随揉按剥开，向下行而消失。若证为气血亏损、脑髓不足者，可用：①端坐，将两手互搓极热，按抱顶门，闭目凝神，鼓鼓气息，升腾顶上，复行功运气17口。②坐定，放松领口、腰带，全身自然放松，两眼平视后轻轻闭上，舌抵上腭，左手心轻放在丹田穴，右手按在左手上面，意守丹田，作腹式呼吸，吸鼓呼瘪，渐渐诱导入静，似入无人之境。

简易方　(1)一味大黄散。大黄一味，酒炒三遍，研末，茶调，每服一至三钱，日服二次，治痰火眩晕，为治标之法(《丹溪心法》)。

(2) 天麻五钱、川芎二两，为末，炼蜜丸如芡子大。每食后嚼，茶酒任下，治风眩晕(《普济方》)。

(3) 益母草捣、绞取汁，服一盏，治产后血运，气欲绝(《子母秘录》)。

食疗方　(1)加味生地黄粥：生地黄汁一两，酸枣仁三钱，粳米二两。将鲜生地黄取汁，酸枣仁水绞取汁，同入砂锅水煎，数沸后，下粳米煮成粥。空腹服，疗阴虚眩晕(《饮膳正要》)。

(2) 用肥羊肉一腿密盖煮烂，绞取汁服，并食肉。适用于虚眩(《本草纲目》)。

调护　外感眩晕者，需注意体温及鼻咽、耳道的病变，应避免过度疲倦，调摄寒温、起居，一旦因外邪侵袭发生眩晕，若初见耳流脓水、发热等症，系外感风热，邪入少阳，应及时检查及防治耳源性疾患。肝阳上亢或肝肾阴虚之眩晕，应定期测血压，戒烟酒，慎房事，作好心理护理，要保持情志条达，避免精神刺激。如突然发生的眩晕，应考虑中风的先兆，《医学正传·眩运》："眩运者，中风之渐也。"对痰眩的护理调摄，应重视油腻饮食的合理控制。妇女注意妊娠产前检查及处理，对防止子晕乃至子痫及临盆、产后血晕的发生极为重要。消除和控制诱发虚眩的有关因素，如失血过多、饮食失调及劳欲过度等，对预防本病发作及病情发展有重要意义。眩晕发作时，宜平卧闭目，需保持环境安静，饮食宜清淡，少量多餐。若为眩晕反覆发作者，不宜操持高空或水上作业。

风眩

眩晕而伴有发热，自汗，恶风，或兼咳嗽，肢体酸痛的病证，称为风眩。为外感眩晕的一种。病证名出《诸病源候论》，或称风头眩。《外台秘要》称头风旋或风头旋，《东医宝鉴》称风晕，《症因脉治》称风邪眩晕。

风眩的病因是由于体质素虚，卫阳不固，感受风邪而致。《诸病源候论·妇人杂病诸候》："风眩是体虚受风，风入于脑也。诸脏腑之精皆上注于目，其血气与脉并上属于脑，循脉引于目系，目系急，故令眩也。"风眩亦因素有头风，复感风邪而发为眩晕。因此，风眩多属虚证外感。

伤风眩晕：症见眩晕自汗，发热恶风，鼻塞流涕，头额疼痛，骨节烦痛，上气喘逆，脉浮，苔薄白。正气不足，卫气不固，外感风邪，上犯清窍。治宜疏散风邪，益气扶正。方用川芎散合羌活防风汤加减，用川芎、羌活、防风疏散风邪；人参、山药、茯苓扶正益气。若兼有肝肾亏损者，可加菊花、枸杞子、山萸肉等药。

风寒眩晕：出《症因脉治》。症见时时冒眩，身热无汗，恶寒拘紧，头痛身疼，脉浮紧或弦紧，苔薄白。风寒外袭，清阳被遏，上窍不利，发为眩晕。治宜散寒祛风。方用羌活败毒汤加味。用羌活、独活、细辛、川芎祛风散寒；防风、荆芥、柴胡、前胡发汗解表；甘草调和诸药；天麻是治眩晕要药，一切眩晕均可加入。若感受寒邪为主者，称寒邪眩晕。

风热眩晕：出《医学正传》。症见壮热憎寒，头目昏眩，目赤睛痛，口苦口干，咽喉不利，胸膈痞闷，咳呕喘满，涕唾稠粘，大便秘结，小便赤涩，脉数而弦实，苔黄或黄厚。外感风邪，内有蕴热，表里俱实。治宜解表通里，疏风清热。方用防风通圣散加减。

风热眩晕亦有因感受风热之邪者，宜辛凉解表，桑菊饮加减。

风眩在古代亦为癫痫的别称，如《备急千金要方》卷第十四云："痰热相感而动风，风心相乱则闷，故谓之风眩。大人曰癫，小儿则为痫。"

针灸、推拿、气功等疗法，见"眩晕"条。

湿晕

因感受湿邪所致的眩晕而伴有头重目困，鼻塞声重的病证，称为湿晕。属外感眩晕的一种。《丹溪心法·头眩》中已有"芎术除眩散治感湿感寒，头重眩晕"的记载。湿晕的发病原因与气候潮湿，涉水冒雨，或久居卑湿之地有密切关系。但更为重要的是由于脾胃素虚，水湿内生，外湿引动内湿，上扰清窍而发为眩晕。在治疗时必须注意脾胃的功能，投以祛湿之剂，须助以燥湿和中之品；若湿邪化热，在清热利湿法中助以宣化畅中之药。

伤湿头运：出《丹溪心法》。症见头重眩晕，鼻塞声重，呕吐痰涎，身体沉重，腰膝酸重，大便溏泄，脉细而沉，苔白而腻。是由于外感湿邪，湿困诸阳之会。治宜解表发汗，燥湿和中。方用羌活胜湿汤、除湿汤等加减。用羌活、独活祛风湿；防风、藁本解肌表而发汗；川芎、蔓荆子清头目而止眩；合用半夏、厚朴、苍术、茯苓、白术、陈皮燥湿健脾和中。

寒湿眩晕：出《新刊仁斋直指方》。症见恶寒发热，身重身痛，不能转侧，无汗拘紧，头旋眼眩，四肢厥冷，脉沉紧或迟缓，苔白或白滑，乃因素体阳虚，在雨湿之时，复感寒湿之邪。治宜温化寒湿。方用芎术除眩汤加羌活、防风、细辛等。药用附子、肉桂温阳祛寒；川芎、防风、细辛、羌活疏风散寒；白术健脾燥湿。严重者，可吞服来复丹。

湿热眩晕：出《症因脉治》。症见头晕目眩，胸闷身重，自汗粘腻，面垢背寒，口渴而不欲饮，小便黄赤，或见身热，舌苔黄腻，脉濡数等。是由于感受湿热时邪，或由伤湿眩晕、寒湿化热所致。治宜清热利湿，宣化畅中。方用三仁汤加减。

针灸、推拿、气功等疗法，见"眩晕"条。

火眩

因风火热相搏所致之眩晕而伴有头痛，面红目赤，急躁易怒，甚则手足抽搐，猝然昏倒等症，称为火眩。属内伤眩晕的一种。《杂源会心录》称火运。《医编》称火晕。《杂病源流犀烛》称火热眩晕。《东医宝鉴》称热晕。《医林绳墨·眩晕》亦有"火运"一证，是指气血不足，气不敛阳，虚阳外越的表现，谓："又有火运者，目暗生花，起则欲倒，冷汗自出，亦宜四物加参、芪、童便、五味。"

火眩的病因病机认识较早。刘完素提出眩晕多由于风火相搏而产生，《素问玄机原病式·五运主病》："所谓风气甚而头目眩晕者，由风火旺，必是金衰不能制木，而木复生火。"火眩也包括五志之火上冲头目而眩晕者。

肝阳眩晕：症见时时头晕头痛，每因烦劳或恼怒而眩晕加剧，睡眠不宁，容易激动，脉弦，苔薄。是由于情态不舒，烦劳过度，气郁化火，使阴阳暗耗，肝阳升动，上扰清空所致。治宜平肝潜阳为主。方用天麻钩藤饮加减。

肝阴偏虚者，目干少寐，舌红少苔，宜滋养肝肾，可用二至丸、杞菊地黄丸等。

肝火眩晕：出《证治汇补》。症见头晕头痛，面红升火，口苦目赤，急躁易怒，苔黄，舌质红，脉弦数。是由于肾水亏少，水不制火，肝胆之火上炎所致。宜清肝泻火为主。方用龙胆泻肝汤加减。若火旺劫阴，而阴虚明显者，可合用知柏地黄丸。

肝风眩晕：见《三因极一病证方论》吴锡璜评注。是指一种由于脏腑失调所致的风阳上亢的病证，原称暗风。《素问玄机原病式·火类》："暴病暴死，火性疾速故也。……至极则死，微则发过如故，至微者，但眩瞑而已，俗云暗风。由火甚制金不能平木，故风木自甚也。"暗风亦有指中风证的古称，参见"中风"条。

肝风眩晕，症见头旋眼黑，脑中热痛，面色如醉，手足抽搐，甚则猝然昏倒，舌质红，脉弦而数。是由于肝郁化火，肝阴亏耗，而致肝风内动。宜平肝熄风为主，方用羚羊钩藤汤。

肺热眩晕：出《症因脉治》。症见咳嗽咯痰不出或干咳，两胁疼痛，头目昏眩，脉弦，苔薄。是由于肝火过旺，木火刑金，或因外感燥火，侵犯肺金，肺热上冲所致。治宜泻肝清肺。方用泻青各半汤加减。药用山栀、丹皮泻肝火；黄芩、桑白皮、地骨皮清肺热；可加贝母、杏仁、橘皮、竹沥等化痰热。若火热伤气用竹叶石膏汤加减。若热甚伤血用归芍大黄汤加减。以大黄、丹皮清热凉血止血；当归身、白芍养血和血。

火冲眩晕：出《症因脉治》。症见暴发倒仆，昏不知人，其则解尿不觉，少顷汗出而醒，仍如平人，脉多洪数，苔多黄燥，或称实火眩晕，是由于五志之火上冲而致。若心火妄动者，宜清心泻火。方用导赤各半汤。药用黄连、黄芩、山栀泻心火；滑石、知母清湿热；人参、麦冬、茯神、灯心养心安神。若膀胱小肠三焦实热者，宜清热利尿。偏热结上焦用火府丹，偏热结中焦用知柏导赤散，偏热结下焦用栀连导赤散。若脾胃之火上冲者，宜清胃泻火，方用干葛清胃散加减。

针灸治疗，肝阳上扰者，治宜平肝潜阳。选背俞、足三阴、足少阳、督脉等经穴为主，如百会、风池、肝俞、肾

俞、三阴交、太溪、行间等。用毫针行泻法。耳针取交感、额、心、神门、内分泌、胃等穴,每次3—4穴,强刺激,留针20分钟或埋针。头皮针取晕听区、平衡区针刺,每日一次。

针灸通治及推拿、气功等疗法,见“眩晕”条。

虚眩

由于阴阳气血虚损所致之头晕目花,面色无华,神疲乏力,四肢发冷或五心烦热等症,称为虚眩。为内伤眩晕之一。病证名出《洪氏集验方》。

虚眩的病因甚多。张景岳有“无虚不作眩”之说。《景岳全书·杂证谟·眩运》:“原其所由,则有劳倦过度而运者;有饥饱失时而运者;有呕吐伤上而运者;有泄泻伤下而运者;有大汗亡阳而运者;有眴目惊心而运者;有焦思不释而运者;有被殴被辱气夺而运者;有悲声痛楚大叫大呼而运者;此皆伤其阳中之阳也。又有吐血、衄血、便血而运者,有痈脓大溃而运者;有金石破伤、失血痛极而运者;有男子纵欲,气随精去而运者;有妇女崩淋、产后去血而运者,此皆伤其阴中之阳也。再若大醉之后、湿热相乘而运者,伤其阴也;有大怒之后、木肆其强而运者,伤其气也。有痰饮留中、治节不行而运者,脾之弱也,此亦有余中之不足也。至若年老精衰,劳倦日积,而忽患不眠,忽苦眩运者,此营卫两虚之致然也。由此察之,虚实可辨矣。”

气虚眩晕:出《新刊仁斋直指方》。症见头晕眼花,神疲乏力,言语轻微,食少便溏,或兼有脱肛、阴挺等症,脉虚细无力,苔薄舌质嫩。是由于劳役过度,损伤脾胃,中气不足,元气下陷,清气不升所致。治宜健脾益气升提。方用四君子汤、补中益气汤加减。若中州虚寒,不能运化水谷,宜温中散寒,方用理中汤。

气虚眩晕亦泛指脏腑不足,清气不能上承所致的眩晕。如肺气不足者,宜用补肺汤。心气不足者,宜用酸枣仁汤。肾气不足者,宜用七味都气丸。《丹溪心法》所指的气虚眩晕,是指肾气虚眩晕。

素有气虚,又由于七情过伤,气郁生涎,痰涎迷塞清窍,或因惊骇、悲伤之时,气机逆乱,上壅清窍而致眩晕者,亦属气虚眩晕。但虚中夹实,故《全生指迷方》称气晕,《证治汇补》称气郁眩晕。症见头目昏眩,精神抑郁,心悸怔忡,时时面部发热,眉棱骨痛,嘈杂恶心,或在惊骇悲恐时,先出现头旋眼黑,甚则昏厥,脉弦,苔薄腻。治宜解郁化痰,安神定志。方用七气汤、十四友丸、流气饮子等加减。若气晕而致昏厥,先用沉香泡汤灌服,醒后再用以上诸方。

阳虚眩晕:出《世医得效方》。症见头晕头痛,耳鸣耳聋,四肢厥冷,怕冷喜热,或眩晕欲倒,气短自汗,脉沉细,苔薄质淡胖。是由于年老阳衰,或因禀赋阳虚,或因伤寒吐下后,损伤阳气,清阳不能上达头部所致。治宜温阳补气。方用三五七散加减。用人参、甘草益气;附子、干姜温阳;山萸肉、山药补肾。

眩晕常发生于清晨时,《丹溪心法》称早起眩晕,《证治汇补》称晨晕,《医林绳墨》称晨运。是由于老人肾阳亏损,或因阳虚不能温化水湿,痰浊固结所致。可用正元饮下黑锡丹等。

血虚眩运:名出《新刊仁斋直指方》。症见面色无华,唇色淡白,头晕目花,心悸失眠,手足无力,脉细无力,苔薄质淡。是由于脏腑虚损,不能生化精微变化为血,或因思虑过度,损伤心脾,或因虫积,吮血伤气所致。治宜健脾益气,温中补血。方用十全大补汤加减。若有虫积者,宜先驱虫,见“虫证”条。

因出血过多所致的眩晕,《杂病源流犀烛》称失血眩晕。是由于脾不统血,肝不藏血,血液不循常道,或因热甚迫血妄行,均可出现衄血、咯血、呕血、便血、尿血等失血过多而致眩晕。治疗见“衄血”、“咯血”、“呕血”、“便血”、“尿血”条。

另有一种眩晕,偶见自身或他人鲜血,突然头晕如旋,眼前黑花飞舞,面色苍白,全身出汗,四肢发冷,泛泛欲吐,甚则昏厥不知人事,少顷即能清醒,无半身不遂,口眼㖞斜等后遗症,脉沉细无力,苔薄。由于体质素虚,气血不充,脑室空虚而致。治宜补中益气,温阳保元。方用补中益气汤、保元汤等加减。亦属于血虚眩晕,称见血眩晕,俗称血运。若既往有类似发作史者,见到自身或他人鲜血而出现眩晕时,即须平卧,可避免昏厥。

阴虚眩晕:症见面赤耳热,头目眩晕,口干不渴,烦躁不寐,五心烦热,大便秘而小便赤,脉弦细而数,苔剥或光,舌质红绛。是由于纵欲无节,使真阴亏损,或因湿热相乘、津液耗伤所致。治宜养阴生津。方用大补阴丸、益阴汤加减。

眩晕常发生于黄昏时,《医林绳墨》称昏运,《证治汇补》称日晡眩晕。是由于年老精血亏损,不能上承头目所致。可服六味地黄丸。

虚眩中还有肾虚眩晕。《证治汇补·眩晕》:“肾虚眩晕,人身阴阳,相抱而不离,故阳欲上脱,阴下吸之,若淫梦过度,肾家不能纳气归元,使诸气逆奔而上,此眩晕出于肾虚也。”治宜镇纳肾气,滋养肾阴。可用黑锡丹、《金匮》肾气丸、益阴汤加减。

针灸、推拿、气功等疗法,见“眩晕”条。

暑眩

因感受暑邪所致之眩晕并伴有头痛,闷热烦躁,甚则昏不知人等症,称暑眩或称暑证眩晕。属外感眩晕之一。病证名出《新刊仁斋直指方》。

暑眩的病因是由于体虚,同时暴感暑热、暑秽或暑湿之邪。

中暑眩晕:出《三因极一病证方论》,亦称感暑眩晕。

《世医得效方》称冒暑眩晕。症见眩晕欲仆、口渴，烦躁闷乱，甚则昏不知人。是由于在烈日下暴晒或在高温下工作、暑热或秽浊之邪外感，蒙蔽清阳所致。若暑热为主者，壮热大汗，面赤气粗，脉洪大；若秽浊为主者，身热恶寒，头疼，状如伤寒，或往来寒热，烦躁渴甚，呕吐腹泻。宜解暑热，辟暑秽。暑热者方用白虎汤、竹叶石膏汤等。暑秽者方用大黄龙丸、消暑丸、行军散等加减。药用雄黄、牛黄辟秽解毒；硝石泻热破结；冰片、硼砂清热解毒；滑石、茯苓、甘草清暑利湿。

暑湿眩晕：出《症因脉治》。症见身热不扬，胸闷烦渴，头目不清，昏眩腹胀，泛泛欲吐，或有呕吐泄泻，苔白腻或黄腻，脉滑数。是由于炎夏湿土当令，天之热气下降，地之湿热上升，暑湿交蒸所致。治宜清暑利湿。方用黄连香薷饮、黄连涤暑汤等，选加藿香、佩兰、荷叶之品。药用黄连、黄芩、山栀等清热解暑；厚朴、茯苓、半夏、甘草等化湿和中。

暑天冒热后，出现头目不清，甚则眩晕，泛泛欲吐，胸闷不舒时，即可用成药，如外用清凉油，内服十滴水、辟瘟丹、红灵丹、人丹等。

针灸、推拿、气功等疗法，见“眩晕”条。

痰眩

眩晕而兼头重，胸闷泛恶，甚则呕吐等症者，称为痰眩。为内伤眩晕之一。病证名出《全生指迷方》。《世医得效》称眩晕痰证或痰晕。《杂证会心录》称痰运。

痰眩的病因，由于脏腑气化功能失常，水液吸收、排泄障碍，津液凝结为痰，上扰清窍而致。其中与肺脾肾三脏关系最为密切。痰眩的治疗虽以化痰祛痰为主，还须助以健脾利湿之品。痰眩日久，可以寒化，也可热化，甚则化火、化风。可以选用温化痰饮、清化痰热、熄风化痰等法。

痰饮眩晕：名出《症因脉治》。包括《证治汇补》的停饮眩晕。症见胸前饱闷，恶心呕吐，膈下漉漉有声，眩悸不止，头额作痛，脉滑，苔白滑。是由于饮食不节，胃强能纳，脾弱不能运化，湿滞中脘，痰饮积聚，清阳之气，不能舒展。治宜健脾利湿，温化痰饮。方用小半夏加茯苓汤、苓桂术甘汤、二陈汤等加减。若饮停心下，或膈下有水，漉漉有声音，宜化饮利水，方用五苓散、泽泻汤加减。

风痰眩晕：名出《医学正传》。症见头晕头痛，两目昏花，肩背拘急，身重多唾，胸闷心悸，呕吐痰涎，因风痰上壅，闭塞清阳所致。治宜祛风化痰。方用半夏白术天麻汤加减。有头痛者加蔓荆子。若风痰头晕目眩，兼有气虚者，用人参前胡汤。以人参、赤茯苓、甘草健脾利水；半夏、南星、前胡、橘红、紫苏祛风化痰；木香、枳壳、生姜理气和中。

若风痰上逆，痰涎壅盛，手足发麻，头眩欲倒，眼睑抽动者，用白附子丸加减。以白附子、南星、半夏、旋复花、橘红祛风化痰；僵蚕、全蝎、天麻、甘菊平肝熄风。

湿痰眩晕：名出《证治汇补》。症见眩晕头重，胸脘痞闷，泛泛欲吐，少食多寐，体多肥胖，苔白腻，脉濡滑。是由于恣食肥甘，伤于脾胃，健运失司，以致水谷不化精微，聚湿生痰，痰湿交阻，则清阳不升，浊阴不降所致。治宜燥湿祛痰，健脾和胃。方用导痰汤加天麻、川芎等药。

痰火眩晕：名出《赤水玄珠》。症见眩晕，头目胀重，心烦而悸，恶心，泛吐痰涎，口苦，尿赤，舌苔黄腻，脉弦滑带数。是由于痰浊挟火，上蒙清阳，或素体痰湿，郁而化火，痰火上冲而致。治宜化痰降火，方用清上丸、清眩化痰汤加减。用竹沥、橘红、茯苓、陈皮等清化痰热；黄连、黄芩等降火清火。

若因痰因火动而挟风，症见口苦溲赤，项急，肩背拘倦，《东医宝鉴》称风火痰眩晕。用清晕化痰汤加减。以半夏、南星、白芷、细辛、陈皮、茯苓、羌活、防风祛风化痰；黄芩、黄连清热泻火。

实痰眩晕：名出《杂病会心录》。症见痰盛呕吐，脘腹胀痛，头重而晕，大便秘结，或咳喘痰稠，甚则痰声漉漉，神志朦胧，脉滑数有力，舌苔黄厚而腻。是由胃肠积热生痰，痰浊上逆而致。宜用清热降火，逐痰开结。方用滚痰丸、小陷胸汤加减。药用礞石与硝石同煅，配以大黄、半夏、瓜蒌攻逐实热老痰；黄连、黄芩清热泻火。

虚痰眩晕：名出《罗氏会约医镜》。《杂证会心录》称虚痰之晕。症见脑转眩晕，神疲乏力，倦怠嗜卧，纳食不馨，腰膝酸痛，面色㿠白，脸面虚浮，下肢浮肿，脉缓而沉，苔薄。是由于脾肾不足，脾虚生痰，肾虚水泛，水液停聚成痰所致。治宜补益脾肾，化痰利湿。偏于脾虚痰眩者用香砂六君子汤。偏于肾虚痰晕者用《金匮》肾气丸等。

癫眩亦属于痰晕的一种。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：“假令瘦人，脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也，五苓散主之。”关于癫眩的“癫”，历代医家有两种解释。一是《医宗金鉴》为代表，癫即巅顶，癫眩即头眩。一是《备急千金要方》为代表，癫作颠倒狂乱解，属风癫。

五官疾患中有脓耳眩晕。为脓耳的合并症，因有实证，脓耳则为肝火风动，风火相煽，上扰清窍，或脾运失司，湿浊停聚，蒙蔽清窍所致；虚证脓耳尚见肾肝亏虚，精髓不足，不能上荣耳窍；或脾胃虚弱，生化乏源，经脉空虚，不能上奉耳窍。本病证可按上述痰眩辨证论治，并考虑耳部流脓情况，适当配合活血祛瘀，解毒排脓法。局部处理同脓耳。眩晕症状控制后，要积极治疗脓耳，以防眩晕再发。

针灸、推拿、气功等疗法，见“眩晕”及“火眩”条。

子晕

妊娠中、后期出现头目晕眩，视物不清，甚或不省人事，顷刻便醒，醒后复如常人，称为子晕，亦名儿晕、妊娠眩晕。

子晕的病因，由气血两虚或肝阳上亢或痰浊上壅所致。治当审因论治，但总以养血平肝为要。

气血两虚：症见妊娠头目眩晕，面色㿠白或萎黄，心悸少寐，体倦懒言，神疲纳减，舌淡嫩，苔白，脉细弱略滑。平素气血虚衰，是由于孕后以气载胎，以血养胎，以致气血更感不足。气虚则清阳不升，血虚则脑失所养，治宜气血双补。方用十全大补丸去肉桂，加白芷、制首乌。

肝阳上亢：症见妊娠中、后期头目昏眩，甚或突然不醒，醒后神志如常，面红目赤，胸胁胀满，口干苦，耳鸣肢麻，舌红少苔，脉弦细滑数。平素肝阴不足，肝阳偏亢，肝为藏血之脏，孕后血聚养胎，阴血益感不足，阴不潜阳，肝阳易亢，上扰清窍而晕眩。治宜育阴平肝。方用一贯煎去川楝，加白芍、石决明，或用杞菊地黄汤。

痰浊壅盛：症见妊娠眩晕，头重胸闷泛恶，时吐痰涎，口淡纳差，时发眼花目黯，不能站立，片刻又复如常，舌淡，苔白腻，脉缓滑。由于素体脾虚，孕后胎体渐大，影响气机升降，易成气滞痰郁，痰涎上扰，蒙蔽清窍，因而眩晕，治宜化湿祛痰。方用半夏白术天麻汤（《医学心悟》），或二陈汤加藿香、砂仁。

子晕证中，肝阳上扰与痰浊壅盛者，往往为子痫的先驱证候，需及时积极治疗，若治不及时或治不得法，可发展为子痫。

针灸、推拿、气功等疗法，见“眩晕”条。

血晕

孕妇临产时，突然头晕眼花，神志不清者，称临产血晕。若产妇刚分娩后发生眩晕或心下满闷，恶心欲吐，甚至神昏口噤，不省人事者，称产后血晕。《诸病源候论》有“产后血运闷候”。

血晕的病因，大多由于临产或产后阴血暴亡，或产时痛极，心神失守所致。也有因下血极少，血随气逆，上掩了心而致者，如《诸病源候论·产后血运闷候》：“运闷之状，心烦气欲绝是也，亦有去血过多，亦有下血极少，皆令运。”

血虚气脱：症见临产或产后阴道出血量多，昏晕心悸，神疲肢软，或昏闷不适，渐至昏不知人，面色苍白，舌淡苔薄，脉微细欲绝，乃由素体气虚，复因临产，气不摄血，或产后失血过多，血随气脱所致，急宜益气固脱，方用独参汤。若见产后神昏，肢冷汗出者，急宜回阳救逆。方用参附汤。待神定志清后，症见头目昏运，愦闷不适，心悸气短，舌淡苔薄，脉虚者，乃气血两虚之象，治宜气血双补。方用当归补血汤加味。

血瘀气滞：症见临产痛极血晕，腹痛而硬，拒按，或有阴道少量出血，舌质稍黯，苔薄腻，脉弦紧。治宜活血化瘀。方用清魂散。若为血瘀气逆产后血晕者，是由于产时恶露去少，内有停瘀上攻而致晕闷。如《女科经纶》引《家居医录》云：“产后元气亏损，恶露乘虚上攻。”症见产后恶露不下或下亦量少，少腹阵痛拒按，甚至心下急闷，气粗喘促，神昏口噤，不省人事，面色紫黯，舌黯苔少，脉细涩。方用夺命散，加当归、川芎以活血行瘀。若兼胸闷呕恶者，加姜半夏、竹茹以降逆化痰。

《胎产集要》载有外治法：“临产儿未生下，忽然晕绝者，此因痛极气闷，急用生半夏为末，饭丸如豆大，纳鼻中即醒。”若为产后血晕，可用：①铁器烧红，淬醋熏鼻。②烧干漆，使闻烟味，虚者忌用。③醋韭煎（《傅青主女科》）熏鼻，用米醋煮韭菜滚三五次，乘热倒入壶中，使壶中热气熏产妇鼻孔。

针灸、推拿等疗法，见“眩晕”条。

临产或产后血晕属急重症之一，若不及时抢救，常可危及妇婴生命，必要时需中西医同时救治。

耳眩晕

由耳病引起的眩晕，称为耳眩晕，属于眩晕之范畴。耳主听觉，又司平衡，若耳窍不健，功能失调，或脓耳变症，均可导致眩晕。

耳眩晕的特点是突然发作，睁眼自觉天旋地转，周围景物移动，站立不稳，闭目而觉脑转身荡，并有耳鸣、耳聋，恶心呕吐，眼球震颤，甚则汗出晕倒等。对此，很多文献作了形象的描述，如《医宗己任篇》卷三云：“晕时眼不可开，开则所见之物非倒即斜。”《类聚方广义》说：“眩冒症，其居者，昏昏摇摇，如居暗室，如坐舟中，如步雾里，如升空中，居屋床褥，回转如走，虽瞑目敛神复然。”《证治汇补》卷四亦云：“其状目暗耳鸣，如立舟车之上，起则欲倒。”以上大多指内耳眩晕症。

眩晕的病因，历代医家的认识颇不一致，但多以内伤为主，诸如风、火、痰、虚而引起，分别有风眩、火眩、痰眩、虚眩之说。《素问·至真要大论》说：“诸风掉眩，皆属于肝。”《备急千金要方》有肝风眩晕之说。《素问玄机原病式》曰：“风火皆阳，多为兼化，阳主乎动，两阳相搏，则为之旋转。”主张眩为风火而致。《证治准绳·杂病》说：“内火致眩。”《证治汇补》卷四提出肝火眩晕、肝阳眩晕。《证因脉治》卷二又有燥火眩晕之说。《金匮要略》对眩晕多从痰饮论治。《丹溪心法》卷四更认为“无痰不作眩。”《证因脉治》卷二又列有痰饮眩晕。《灵枢·海论》有“髓海不足”引起眩晕之说，《灵枢·口问》又说：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”《景岳全书》卷十七依其说而提出“无虚不作眩”，认为“眩晕一症，虚者居其八九，兼火兼痰者，不过之一二耳。”另外，《证治汇补》卷四中有肾虚眩晕、《世医得效方》卷三有阳虚眩晕、《症因脉治》卷二有血虚眩晕等。各家学说不一，有强调虚、火、痰、湿等不同。《医学从众录·眩晕》则综合各家，阐明眩晕病因的相互关系时指出：“其言虚者，言其病根，实者，言其病象，理本一贯。”以上各家，于不同时代，从不同角度进行探讨，都有独特之处，不断丰富了对眩晕的认识，

临床中，耳眩晕症多与心、肾、肝、脾四脏有关。肾阳不足，寒水上泛，停聚耳窍；肝肾阴虚，肝阳上亢，肝风内动，上扰清窍；心神过劳，脾气亏损，血虚不能上荣于脑；脾虚生湿，痰浊阻滞，清阳不升，浊阴不降等，皆可导致眩晕。另外，尚有患脓耳症治疗不当或失治，毒邪侵蚀，穿膜腐骨，伤及窍内，亦可引致耳眩晕之发生。一般耳眩晕，脾肾之虚居多，然有兼风、兼痰、兼火等不同，故其症有虚中夹实、实中有虚。临症时，要审证求因，分别标本缓急，本着"急则治其标，缓则治其本"的原则，进行辨证施治。

实证耳眩晕

由风、火、痰浊等实邪所引起的耳眩晕，为实证耳眩晕。其病因病机可归纳为：①肝阳上扰：足厥阴肝，为风木之脏，体阴用阳，其性刚劲，主升主动而喜条达，若情志所伤，肝气郁结，肝阴暗耗，肝火偏亢，风阳升动，化火生风，风火相煽，上扰清窍。或因暴怒伤肝，怒则气上，升发太过，干扰清窍则令眩晕。正如《素问·六元正纪大论》所云："木郁之发……甚则耳鸣眩转，目不识人。"《素问·至真要大论》亦云："厥阴之胜，耳鸣头眩，愦愦欲吐。"另外，《素问玄机原病式》曰："由风木旺，而木复生风，风火皆阳，多为兼化，阳主乎动，两阳相搏，则为之旋转。"《医学从众录·眩晕》也认为"风者非外来，指厥阴风木而言，与少阳相火同居，厥阴气逆，于是风生火动。"②痰浊中阻：饮食失节伤及脾胃，脾失健运，水谷不化精微，水湿停留，聚湿生痰，清阳不升，浊阴不降，清窍被蒙而发眩晕，故《丹溪心法·头眩》谓："无痰不作眩。"《景岳全书》卷十七云："湿饮不行，痰起于脾，其症头重眼花脑转眩冒，倦怠嗜卧。"《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》提到"心下有支饮，其人苦眩冒。"

实证耳眩晕其症往往呈突然发作，视物旋转，自身旋转，静卧闭目可稍减轻，伴有耳鸣，耳聋，恶心呕吐，汗出倾倒和眼球震颤。发作时间长短不一，有的数分钟，有的至数小时或更长时间。结合全身其他症状，可分肝阳上扰及痰浊中阻两型辨证论治。

肝阳上扰：症见眩晕，恶心，头闷脑胀，心烦易怒，喜静恶躁，每遇烦劳恼怒、心情不舒及运动时加重。兼见头痛目赤面红，口苦咽干，少寐多梦，舌红苔黄，脉弦数等症。治宜平肝熄风，滋阴潜阳。方用天麻钩藤饮加减。偏于风盛者，症见眩晕脑热，目涩眼胀，四肢麻木，耳鸣耳聋，宜酌加龙骨、牡蛎等镇肝熄风之品。偏于火盛者，症见面红目赤，急躁易怒，胁肋灼痛，口干，宜清肝泻火，上方加龙胆草、丹皮、菊花、夏枯草，或用龙胆泻肝汤、清眩汤等。便秘加大黄；阴虚火旺加泽泻、车前子；脾胃虚弱加淮山药、白术；痰多加制半夏、陈皮等。

痰浊中阻：症见眩晕，甚者摇摇欲倒，不能视物及坐起，动则恶心呕吐，耳鸣耳聋，头胀身重，胸闷不适，纳呆多寐，痰多心悸，舌苔白腻，脉濡滑或弦缓。治宜健脾燥湿，祛痰熄风，方用半夏天麻白术汤加减。湿重者倍用制半夏、泽泻以去湿；气虚加党参、黄芪以补气。若痰郁化火者，则心烦失眠，口苦口干，舌质红苔黄腻，脉滑数，用温胆汤加黄芩、玄参以清热化痰。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说："卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之。""心下有支饮，其人苦眩冒，泽泻汤主之。"故可运用半夏茯苓汤或泽泻汤加减施治。本证虽因痰而为患，但痰之成多责之于脾，故后期宜用陈夏六君汤等以健脾益气除痰之剂，进行调理。

以上两型，均可采用针灸治疗。①体针：常用的穴位有百会、内关、合谷、神门、神庭、风池、曲池、足三里等。每次选3—4穴，用中等刺激或强刺激手法，每日1次。肝阳亢者加侠溪、太溪；痰火者加丰隆、支沟等穴。②耳针：取交感、额、心、神门、内分泌、胃等穴，每次3—4穴，强刺激，留针20分钟或埋针。③头皮针：取晕听区、平衡区针刺，每日1次。

此外，在治疗中，要使病人安静休息，减少噪音等刺激，使病人心情舒畅，避免过度的情绪波动；进食容易消化的食物，减少过咸或辛辣刺激的饮食。

虚证耳眩晕

因脏腑虚损、阴阳气血不足而致的耳眩晕，为虚证耳眩晕。该病发病缓慢，病程较长，多属体质虚弱者，此系不足之证。《灵枢》有"髓海不足"、"上气不足"而致眩晕之说，《景岳全书》卷十七强调"无虚不作眩"，究其病根可归纳为肾精亏耗，髓海不足或心脾气血亏虚两类。①髓海不足：肾为先天之本，主藏精而生髓，涵充于骨而汇于脑，脑为髓海，髓海泌渗精气而荣耳窍。若先天不足，或耗伤于肾，肾精亏损则髓海空虚，不能濡养耳窍，故脑转耳鸣，令生眩晕。肾阴素亏者，阴不维阳，水不涵木，肝木失养，肝阳升动无制，亦令风阳上扰清窍，而现阴虚火旺、下虚上盛、虚火上炎之眩晕症。《灵枢·海论》谓："髓海有余，则轻劲多力，自过其度，髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"肾为水脏，主化气而利小便，若肾阳不足，命门火衰，不能温化水液，则水气内盛，寒水上泛，乘于清阳之位而生眩晕。《景岳全书》卷三十一云："肾主水，水泛亦为痰。"②气血亏虚：思虑过度，劳伤心脾，心伤则血少，运行不周，脾伤则生化之源不旺，造成气血虚少，不能上奉于脑，上气不足，遂令发生眩晕耳鸣之症。《灵枢·口问》云："上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。"年老体衰，或久病不愈，耗伤气血以致气血虚亏，气虚清阳不升，血虚则脑失所养，而发眩晕。《医宗己任篇》卷二云："中上虚衰，下逆之光，上薄于巅顶，土虚之发，其眩仆也，起必恶心呕吐而五心烦热。"

虚证耳眩晕其症往往呈反覆性、突发性眩晕，而无先

兆，呈旋转性、自觉头眩眼花或幻觉自身旋转或天旋地转，不能张目站立，头不愿转动，双目紧闭，并兼有耳鸣耳聋。自发性眼球震颤，甚则恶心呕吐，面色苍白，出冷汗，肢冷等症。每次发作可持续数分钟或数小时，甚至数日之久。发作过后症状消失，听力恢复或稍下降，反覆发作后听力下降明显。结合其病因及发作时的其他见症，可分为髓海不足、气血亏虚两型辨证论治。

髓海不足：肾阴虚损为主者，则阴不维阳，阴虚阳亢，其症眩晕耳鸣常发，每于发作时耳鸣加重，听力减退。兼见精神萎靡，腰膝酸软，心烦失眠多梦，记忆力差，手足心热，舌质红苔少，脉弦细数等症。肾阳虚损为主者，则阳虚火微，寒水上泛，其症见眩晕而兼见心下悸动，腰痛背冷，手足不温，阳萎滑泄，咳嗽痰清白，夜尿频而清长，舌质淡苔薄白，脉沉细弱，尺脉尤弱。治疗上，宜补肾益髓，并视其阴虚、阳虚而采用不同方药，如肾阴亏损者，治宜填精益髓，滋阴补肾，方用杞菊地黄丸，酌加白芍、首乌养肝益肾及牡蛎、石决明育阴潜阳之品。肾精空虚较甚者，宜加鹿角胶、龟甲胶等填补精髓之品，或用左归丸主之。肾阳不足者，治宜温肾壮阳，培补命门，方用真武汤酌加细辛、桂枝、巴戟天等温通散寒之品，或用右归丸主之。

气血亏虚：其症除具有上述耳眩晕的特点外，兼见气短乏力，动则加剧，疲怠懒言，心悸少寐，面色苍白，唇甲不华，毛发不泽，纳呆便溏，舌质淡白，脉细弱等。治宜补益气血，健脾安神，方用归脾汤，加白蒺藜以平肝熄风而止眩，素体脾胃虚弱者，亦可选用补中益气汤。年老体衰者，宜用益气聪明汤。若脾虚泄泻者，用参苓白术散。

以上两型，均可配合针灸治疗。多以百会、神门为主穴，配合内关、风池、足三里、印堂、强间、丰隆等，本着辨证取穴的原则，上穴可以交替使用，每次3—5穴，每日1次，多采用补法，亦可用艾灸。肾虚者加太溪、肾俞穴；气血虚者加三阴交、率谷；耳鸣、耳聋甚者加翳风、听宫穴；心悸者加大陵、间使穴；失眠者加安眠穴；脘闷者加中脘、肝俞穴。耳针以额、心、神门等为主穴，配合肾上腺、内分泌、交感等穴，每日1次，每次2—3穴，弱刺激或中等刺激，留针20—30分钟，或埋针。

脓耳眩晕

由脓耳而引发的眩晕，称脓耳眩晕，是脓耳的合并症，又属耳眩晕，因此具有脓耳和耳眩晕的特点。类似于耳源性迷路炎。脓耳眩晕可见于实证脓耳或虚证脓耳。有因肝火亢盛，火热生风，风火相煽，上扰清窍。或脾运失调，湿浊停聚，蒙蔽清窍而致。如《素问玄机原病式》说："由风木旺，而木复生风，风火皆阳，多为兼化，阳主乎动，两阳相搏，则为之旋转。"《景岳全书》卷十七说："湿盛不行，痰起于脾，其症头重眼花，脑转眩冒，倦怠嗜卧。"由虚证脓耳引起眩晕的，有肾脏亏虚，精髓不足，不能上荣耳窍，或脾胃虚弱，生化之源不足，经脉空虚，不能上奉于耳窍等。

其症耳内流脓，并有眩晕，可呈突发性旋转性眩晕，或因用手指压迫耳屏或用鼓气耳镜检查时，诱发眩晕或使眩晕症状加重。伴有恶心、呕吐，严重者可有眼球震颤等。治疗可按耳眩晕辨证论治，并考虑耳部流脓情况，适当配合活血祛瘀，解毒排脓方法。局部的处理同脓耳，唯操作时手法要轻，以免加重患者的痛苦。眩晕症状控制后，要积极治疗脓耳，预防眩晕之再度发作。

胸痛

因外邪、痰饮、瘀血等闭塞气机，而致前胸部疼痛为主的证候，称胸痛。其部位在歧骨以上。《症因脉治·胸痹论》说："歧骨之上作痛，乃为胸痛。"《活法机要·心痛》认为胸痛是"痛横满胸间，而比心痛轻。"如胸部闭塞而痛的称胸痹。胸部痞满不适的称胸满。但三者仅在程度上有所差异。《医宗金鉴·杂病心法要诀》说："胸痹之病，轻者即今日之胸满，重者即今日之胸痛。"胸痛一证，出自《内经》。如《素问·藏气法时论》："心痹者，胸中痛。"《金匮要略》则将胸痛列于胸痹。并有《胸痹心痛短气病脉证并治》专篇加以论述。《圣济总录·胸痹门》也提出"胸痛者，胸痹之类也。"后世医家颇不一致，有将胸痛、胸痹并论者，有将胸痛与胸痹分篇论述者，亦有与膈痛相混者，如《医宗必读·心腹诸痛》说："胸痛即膈痛。"

病因病机 《金匮要略》认为是胸阳不足，阴寒阻滞所致，《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》说："阳微阴弦，即胸痹而痛。所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也。"《诸病源候论》认为因邪迫于阳气，不得宣畅，壅瘀生热而致胸痛。《圣济总录·胸痹门》主体虚挟风寒："胸痛者，胸痹痛之类也。此由体虚挟风，又遇寒气加之，则胸膺两乳间刺痛，甚则引背胛或彻背膂，咳唾引痛是也。"王肯堂主肝虚、肝实。《证治准绳·胸痛》："肝虚则胸痛引背胁，肝实则胸痛不得转侧，善太息。"《症因脉治》提出外感胸痛和内伤胸痛之说。《医学心悟》主风寒在肺。概括起来可分为下列几点：

寒邪壅盛：素体阳气不足，或终日伏案少动，胸阳不展，寒邪乘虚侵袭阳位，以致阴寒凝滞，气血运行不畅而为胸痛。《诸病源候论·咽喉心胸痛诸候》："寒气客于五脏六腑，因虚而发，上冲胸间，则为胸痹。"《医宗金鉴·胸痹心痛短气》也说："胸背者，心肺之宫城也，阳气一虚，诸寒阴邪，得以乘之，则胸背之气，痹而不通，轻者病满，重者病痛，理之必然也。"

风寒袭肺：胸为肺之廓，风寒袭肺，肺气失于宣降，气机壅塞，以致胸痛。《医编》卷三说："胸者，肺之部分，则其痛尤多属肺可知。"

温热犯肺：温病初起始于上焦，风温之邪，首先犯

肺，邪热郁闭，阻塞肺络，肺气失于宣通，发为胸痛；或热灼津液为痰，痰热结于胸中，气机痹阻而引起胸痛。

肝郁气滞：肝之脉贯膈，上注于肺，情志不遂，忧郁恼怒，肝气郁结，气逆于胸而为胸痛。《医碥》卷三："胸痛，……其病也气滞为多。"《杂病源流犀烛·胸膈脊背乳病源流》也说："胸痛，肝病也，肝血虚，肝气实，因而上逆于胸，所以痛。胸者肝之分……惟肝独令胸痛，故属肝病。"肝郁日久，亦可化火，木火刑金而致胸痛。

瘀血停着：七情郁结，肝失条达，气滞血瘀，或久病入络，脉络为之痹阻；或血虚，气血运行不畅，瘀血留滞而为胸痛。《类证活人书》："亦有失血之后，瘀血留滞，胸中隐隐痞痛。"

痰浊阻滞：长期饮食不节，嗜食膏粱厚味，损伤脾胃，脾失健运，水谷之气不能化生精微，致使痰湿内生，久则上犯于胸，胸阳痹阻而为胸痛，或水饮停聚于胸胁，气机不畅而为胸痛。

气血不足：由于久病耗伤气血，或脾虚失运，气血生化之源匮乏，经脉失养，气虚不运而致胸痛。《舒溪医述·外候问答》："胸膈隐痛者，气虚不能生血之故，气与血犹水也，盛则流畅，虚则鲜有不滞者。"

肾气不足：年老肾衰，或久病之后，肾阴亏虚，水不涵木，木少滋荣，肝火偏旺，上犯心胸，发为胸痛。《医碥》卷三："胸痛……至肝火之上炎，由肾水之竭。"若肾阳虚衰，他脏失于温煦，不能蒸腾上达，以致胸阳不展亦可致胸痛。《医碥》卷三："胸痛……肝气之虚寒，由肾火之衰亦可推。"

胸痛一般可分为外感胸痛及内伤胸痛两大类。外感胸痛包括寒邪壅盛，风寒袭肺及温热犯肺等。内伤胸痛包括肝气郁滞、肝火上炎、瘀血停着、痰浊阻滞、气血不足、阳气虚弱等。有认为外感胸痛多为温热犯肺；内伤胸痛则属阳虚阴盛居多，可因寒痰壅塞，或水饮留积胸胁，或心阳不足，心血瘀阻所致。

辨证　《医学心悟·心痛》提出气痛、血痛、热痛、寒痛之异。认为气痛者，气壅攻刺而痛，游走不定；血痛者，痛有定处而不移，转侧若刀锥之刺；热痛者，舌燥唇焦，溺赤便秘，喜冷畏热，其痛或作或止，脉洪大有力；寒痛者，其痛暴发，手足厥冷，喜热畏寒，其痛绵绵不休，脉沉细无力。《医宗必读·心腹诸痛》对虚实辨证论述尤详。认为痛而胀闭者多实，不胀不闭者多虚；拒按者为实，可按者为虚；喜寒者多实，爱热者多虚；脉实气粗者多实，脉虚气少者多虚；新病年壮者多实，久病年衰者多虚；补而不效者多实，攻而愈剧者多虚。综合上说，本病首当分外感与内伤，外感胸痛多属实证。又有寒热之分，但无论风寒袭肺或温热犯肺，初起均可见表证。风寒则以恶寒发热，咳喘胸痛为特征；温热则以发热，咳嗽胸痛，舌红，或烦渴咳喘，或咳吐腥臭稠痰为特征。而寒邪壅盛则属邪实正虚之证，以胸痛遇寒更甚，胸中有凉感为特征。内伤胸痛之肝郁气滞，瘀血停着，痰浊痹阻多属实证。气滞胸痛以胸部胀痛，攻窜不定为特征。瘀血胸痛以胸部刺痛，固定不移，舌紫为特征。痰浊胸痛以咳嗽多痰，胸部痞塞疼痛为特征。而水饮停聚者，又以胸胁作痛，咳唾，呼吸则疼痛加剧为特征。内伤胸痛之气血不足或阳气虚弱者属虚证。气血不足以胸痛伴面色少华，心悸短气，神疲乏力等为特征。阳气虚弱者，以胸痛短气，心悸怕冷，或伴腰膝酸软，四肢欠温等为特征。

治疗　宜宣通胸阳。外感胸痛以祛邪为主，因风寒、温热之异，而有辛温与辛凉透邪之分。若寒凝心胸，当宜散寒通阳，若邪犯肺脏，治宜宣达肺气。内伤胸痛应根据虚实的不同情况，辨清气滞、血瘀、痰浊、内寒、火郁及正虚的证候特点，分别处理。虚则以补虚为主，气血不足者，治宜益气养血，肾气不足者当宜调治阴阳。实则以祛邪为主，气滞则疏泄肝木为主，因病在胸膈当兼行心脉，又宜疏利肺气，气机得以调达；血瘀则宜通心脉，当兼温通心阳。若以痰浊痞阻胸膈者，当宜宽胸化痰。尚需分清寒热施治，心肝伏火者，宜苦寒泄热，直折心火，清泄郁热；若浊阴内聚，宜温阳化浊。

针灸、推拿疗法，见"胸痹"条。

简易方和食疗方可酌情选用：

(1) 将枳实捣末，温开水吞服，每次一钱，日三服、夜一服。治卒胸痹痛（《肘后方》）。

(2) 生姜一斤，捣渣留汁，慢炒待润，以绢包于患处，款款熨之。冷，再以汁炒，再熨（《本草纲目》）。

(3) 黑木耳6克，白糖少许。黑木耳洗净泡开，入锅煮沸后，文火煨烂，调入白糖食。疗心血瘀阻胸痛（《百病饮食自疗》）。

(4) 取桂心1—2克、茯苓10克、粳米50—100克，先煎桂心、茯苓，取汁与粳米煮成粥，疗寒邪壅盛胸痛（《食医心鉴》）。

外感胸痛

因感受外邪所引起的前胸部疼痛，伴有恶寒发热，咳嗽气喘，甚则咳唾腥臭脓痰者，称为外感胸痛。见于《症因脉治》。

外感胸痛的病因是由于体质虚弱，胸阳不振，寒邪客于胸中，或卫外不固，风寒、风温之邪乘虚侵袭肺卫所致。《医学心悟》卷三："胸者，肺之分野，……又风寒在肺，胸满痛，气喘，宜用甘桔汤加理气散风之剂。"可见外感胸痛多因风寒、风热之邪客于胸中，而与肺有密切关系。

寒邪壅肺胸痛：症见胸痛，遇冷更甚，胸中有凉感，胸闷短气，脉迟，舌淡等。属胸阳不振，复受寒邪，阴寒之气凝滞，郁闭胸中。治宜辛温通阳，散寒止痛。方用瓜蒌薤白白酒汤合枳实散加减。

风寒袭肺胸痛：症见咳嗽，气短，胸满痛，或伴恶寒，发热，周身酸楚，苔薄白，脉浮紧。属风寒袭肺，肺气失宣，或风寒束表，卫阳被遏。治宜宣肺解表散寒为主。方

用甘桔汤加防风、荆芥、前胡、枳壳、郁金等理气散风之品。若寒热往来，胸胁苦满作痛，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干，脉弦，为邪传少阳，可用小柴胡汤加减。

温热犯肺胸痛：初起症见恶风发热，咳嗽痰白或微黄，胸部隐痛，口渴，舌红，苔薄白或薄黄，脉浮数等。由于风温外袭，肺卫郁闭，肺气失宣所致。宜辛凉透邪，清热解毒。方用银翘散加减。如病情进一步发展，可见咳喘胸痛，发热烦渴，汗出，苔黄，脉数。属风温入里，热邪壅肺，肺络受损。宜宣肺平喘，清热解毒，方用麻杏石甘汤加银花、连翘、蒲公英。如继而又见咳喘胸痛，咯痰黄稠，或咳痰腥臭，烦闷发热，舌苔黄腻，脉滑数。属痰热壅肺，瘀热成痈，治宜清热化痰，宽胸开结。方用《千金》苇茎汤合小陷胸汤加减，以黄连、苇茎清泄肺热；瓜蒌、半夏、冬瓜仁宽胸化痰；桃仁消瘀通络，行滞止痛；苡仁清热利湿；可加鱼腥草、大青叶、金银花等以清热解毒。如咳痰腥臭而稠，可加桔梗、野荞麦根、败酱草等以增强化痰排脓之力。如痰中带血，可加生地、丹皮、藕节、茅根、侧柏叶等以凉血止血。

针灸、推拿等疗法，见“胸痹”、“胸痛”条。

内伤胸痛

因七情郁结，饮食劳倦等所致的胸痛，称内伤胸痛。临床特点是胸痛隐隐，时发时止，或痛引两胁，或痛有定处。见于《症因脉治》。

内伤胸痛的病因有肝郁气滞，或肝火上炎，或瘀血停着，或痰浊阻滞，或水饮停聚于胸胁，或气血不足，或阳气虚弱等。临床必须分别掌握上述辨证特点。或痛无定处，牵及两胁；或头晕目赤，心烦易怒；或痛如针刺，固定不移；或痰多心悸，胸部痞塞；或痛连胁部，短气喘息，呼吸、咳唾则痛剧；或面色少华，少气懒言；或形寒肢冷，腰膝酸软等。

肝气郁滞胸痛：《医宗必读》称为肝实胸痛。症见胸部胀痛，攻窜不定，甚则痛连两胁，不能转侧，善太息。情志抑郁时，胸痛加剧，脉弦，苔薄。是由于情志怫郁，木失条达，肝气上逆，气机窒塞所致。治宜疏肝解郁，理气止痛。方用柴胡疏肝散加减。以柴胡、香附、陈皮、枳壳疏肝理气止痛；川芎活血通络；白芍养肝柔肝；甘草调和诸药。

肝火上炎胸痛：症见胸胁胀痛，口苦目赤，头晕耳鸣，心烦易怒，咳嗽阵作，痰中带血，大便干燥，小便黄，苔黄，脉弦细而数。因肝气郁结，日久化火，肝火上炎所致。治宜清肝泻火为主。方用龙胆泻肝汤加减。若胸痛引及腰胁，腰膝酸软，遗精早泄，头晕耳鸣，舌红，脉弦细。《杂病源流犀烛》称为肝虚胸痛，乃肝肾阴虚，水不涵木所致。治宜补益肝肾为主，兼以平肝清火。方用杞菊地黄丸加平肝清火之品。《杂病源流犀烛·胸膈脊背乳病源流》：“肝虚胸痛引腰，宜补肾，补肾所以补肝也。宜六味丸加首乌、牛膝。”

瘀血停着胸痛：症见胸部刺痛，固定不移，入夜更甚，心悸不宁，舌质紫黯，脉沉涩。因气郁日久，由气及血，瘀血停着，络道不通，不通则痛。或久病入络所致。治宜辛润通络，活血化瘀。方用颠倒木金散加入丹参、桃仁、赤芍、川芎、益母草、延胡索、降香等理气止痛，活血化瘀药，也可用血府逐瘀汤治疗。

痰浊阻滞胸痛：症见胸痛，咳嗽多痰，心悸气短，胸部痞塞，苔白滑，脉濡滑。因素体虚弱，痰浊阻滞，胸阳被遏所致。治宜化痰宣痹，理气宽胸。方用二陈汤加南星、枳壳、佛手、郁金、桂枝等化痰理气通阳之品，或用瓜蒌薤白半夏汤加减。

水饮停聚胸痛：症见胸胁痛，咳唾，转侧、呼吸则疼痛加剧，气短息促，或见肋间饱满，苔白，脉沉弦。因饮邪停聚于胸胁，脉络受阻，气机升降不利所致。治宜攻逐水饮，方用十枣汤加减。本方用于饮邪壅盛，正气未衰之时，以甘遂、芫花、大戟研末吞服，峻下逐饮；大枣煎服，以缓和诸药之毒。如体质较弱，不任峻下，可以葶苈大枣泻肺汤泻肺利水。

气血不足胸痛：症见胸膈隐痛，神疲乏力，动则短气，自汗心悸，头晕，少气懒言，面色少华，舌淡，脉细弱。因气虚血少，胸中阳气不运所致。治宜益气补血，方用八珍汤加五味子、当归、郁金等。

阳气虚弱胸痛：可分心阳不足，肾阳不足及阳气欲脱三种情况。心阳不足者，症见胸痛，心悸气短，动则尤甚，形寒肢冷，自汗出，舌淡苔白，脉细弱或虚大无力。因心阳不足，血运不畅所致。治宜益心气，温心阳。方用桂枝人参汤合附子汤加减。以人参、白术、茯苓、甘草补益心脾；附子、干姜温振心阳；桂枝温通阳气；芍药敛阴和血。肾阳不足者，《医碥》称为肝气虚寒胸痛。症见胸痛，形寒，面白，腰膝酸软，阳萎，头晕耳鸣，舌淡白，脉沉弱，或伴心悸气短等。是由于肾阳不足，他脏之阳气失于鼓舞，无力蒸腾于心胸，以致胸阳失旷，而发生胸痛。治宜温补肾阳。方用《金匮》肾气丸或右归饮加减。如果症见胸痛，汗出淋漓，四肢厥冷，面色苍白，短气心悸，脉微细，舌淡，是阳气欲脱之象，急宜回阳固脱。方用参附龙牡汤合四逆汤加减。

针灸、推拿等疗法，见“胸痹”、“胸痛”条。

肝著

胸胁痞闷或疼痛，用手按揉或捶击后，稍感舒适的一种证候，称为肝著。病证名出自《金匮要略》。《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》：“肝著，其人常欲蹈其胸上，先未苦时，但欲饮热，旋复花汤主之。”《金匮要略心典》：“肝脏气血郁滞，著而不行，故名肝著。”

肝著的病因，是由于忧郁恼怒，肝失条达，气滞而血瘀，或肝气不足，气血郁滞，着而不行所致。治疗以理气

活血或兼补益肝气为主。症见胸胁痞闷不适,甚则疼痛,其人常欲蹈(按揉之意)其胸,蹈之则舒,但欲饮热,脉涩,舌紫黯,是由于情志不遂,木失条达,肝气郁结,由气及血,肝脏气血郁滞,胸中阳气亦不得舒展所致。治宜行气活血,通阳散结。方用旋复花汤加味。以旋复花下气散结;新绛和血;葱茎通阳。可加赤芍、郁金、丹参等。如症见胸胁痞满不适,或隐隐作痛,筋急,不得太息,目不明了,爪甲枯,口面青,脉细涩,舌紫黯,是由于肝气不足,气血留滞所致,属虚实夹杂之证。治宜补益肝气,通阳散结。方用补肝汤加减。以山茱萸补益肝肾;桂心、细辛、防风、桃仁温通散结;茯苓、甘草、大枣健脾益气;柏子仁滋养阴血。

针灸、气功等疗法,见“胁痛”条。

胸痹

前胸窒塞疼痛的病证,称为胸痹。临床特点为胸痛、胸部闷塞。

胸痹出自《内经》。《灵枢·本藏》:“肺大则多饮,善病胸痹、喉痹、逆气。”《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证并治》专篇系统论述之。后世医家多沿用此名。亦有称胸痹为胃痹者,如《症因脉治·痹证论》:“胸痹之证,即胃痹也。”说明胸痹亦可伴有胃脘部疼痛的症状。

病因病机　胸痹是由于胸阳不振,阴寒之气乘虚侵袭,寒凝气滞所致。或由痰浊、瘀血等阴邪凝聚,胸阳失展,气机阻闭,脉络不通所致。《太平圣惠方》卷四十二:“夫寒气客于五脏六腑,因虚而发,上冲于胸间,则为胸痹。”《类证治裁·胸痹》:“胸痹,胸中阳微不运,久则阴乘阳位而为痹结也。”

胸痹多见于现代医学的冠心病心绞痛。

辨证　主要应辨别寒凝、痰壅、气滞、血瘀之不同。寒凝以遇寒胸闷胸痛尤甚为特征;痰壅以胸部闷塞,痰多苔腻为特征;气滞以胸部胀痛,攻窜连胁为特征;血瘀以胸部窒塞刺痛为特征。

寒邪内盛胸痹:症见胸闷胸痛,遇寒更甚,喘息,咳唾,短气,舌苔白,脉沉迟。因胸阳不足,复受寒邪,阴寒凝滞,痹阻气机所致。

痰浊壅塞胸痹:症见胸中闷塞而痛,咳嗽痰白,短气喘促,甚则喘不得卧,苔滑腻,脉濡缓。是由于痰浊壅塞于胸中,胸阳受遏,气机运行不畅所致。

肝郁气滞胸痹:症见胸部闷胀而痛,攻窜不定,善太息,或痛连两胁,嗳气不适,甚则疼痛不能转侧,脉弦,苔薄。因情志怫郁,肝气上逆于胸中所致。

瘀血停着胸痹:症见胸部窒塞而痛,痛如锥刺,痛常有定处,舌紫黯或有瘀斑,脉涩。因瘀血留滞或久痛人络所致。

治疗　胸痹的治疗,总的原则在于驱除阴邪,宣通胸中之阳气。

方药治疗　可采用通阳散寒、化痰散结、疏理气机、活血化瘀诸法。但临床上尚可兼有心气虚、心阴虚。心气虚者,治当增入补益心气之品;心阴虚者,治当增入滋养心阴之药。

(1) 寒邪内盛胸痹:治宜通阳散寒,方用瓜蒌薤白白酒汤加减。可加桂枝、郁金、香附之类,以加强通阳散寒,行气宽胸之力。如症见胸痛彻背,背痛彻心,痛剧而无休止,身寒肢冷,喘息不得卧,脉沉紧或沉细者,是阴寒极盛,为胸痹重证。治宜温阳散寒止痛,方用乌头赤石脂丸加减。《医述》卷十二引喻嘉言:“故知胸痹者,阴气上逆之候也。仲景微则薤白、白酒以通其阳,甚则用附子、干姜以消其阴。”如症见胸中痞闷疼痛,时缓时急,苔白腻,脉濡缓者,是寒湿滞留。治宜温化寒湿,方用薏苡附子散。

(2) 痰浊壅塞胸痹:治宜通阳化痰,降逆泄浊,方用瓜蒌薤白半夏汤加减。如胸中气塞痞满疼痛,胁下逆抢心,是痰浊痹阻胸阳,气逆不下之象。治宜通阳散结,化痰下气,方用瓜蒌薤白桂枝汤。

(3) 肝郁气滞胸痹:治宜疏肝理气,宽胸止痛。方用宽胸丸加减。兼有阴虚者,可加生地、麦冬等。

(4) 瘀血停着胸痹:治宜活血化瘀为主,方用丹参饮合失笑散加减,也可用血府逐瘀汤治疗。兼有气虚者加入黄芪、党参等。

针灸治疗　通常采用通治法治疗,多以俞募穴、手厥阴和手少阴经穴为主,以手太阴和足太阴经穴为次,如心俞、厥阴俞、膻中、巨阙、曲泽、郄门、内关、神门、阴郄、尺泽、公孙和太白等,每次选用3—5穴。发作时针灸并施,间歇期用毫针行补法,或配合灸法。如血瘀停着者,可选心俞、巨阙、郄门、神门或厥阴俞、膻中、内关、公孙等。用毫针,行补法。痰浊壅塞者,选肺俞、膻中、上脘、尺泽、太渊,或心俞、云门、中脘、郄门、丰隆等,用毫针,行泻法,或以灸法为主。

推拿疗法　治宜温通心阳,活血化瘀,益肾养心。第一种治疗方法:当胸痹心痛卒然发作时,嘱患者静卧休息,并立即在左心俞或上述诸穴中感应最强的穴位,缓缓按揉拨动,以略有酸胀感为度;待心痛缓解后,再轻揉两侧肺俞、厥阴俞、心俞、膈俞、内关及左侧屋翳、辄筋、渊腋诸穴,并指摩双肾俞。每穴揉、拨约1分钟。如有结代脉者,加揉足三里。平时隔日治疗1次。10次为一疗程,一般治疗3—4个疗程。第二种治疗方法:①在手三阴经依次用按揉法。先按揉手厥阴心包经,以拇指指腹置于左天泉穴,其余四指扶住上肢,自上向下按揉至曲泽穴,重复3—5遍;再按揉手太阴肺经,自左天府穴向下经侠白按揉法,由极泉向下经青灵按揉至少海,重复3—5遍。②按揉大陵与阳池穴,用拇指指腹置于大陵处,食指或中指置于阳池穴,自上而下揉动,经内外劳宫,至中指端,反覆1—2分钟;再以拇、食两指按揉内关、外关1—2分钟。此外,可用自我推拿法:揉内关,先左后右;揉左侧屋翳、

渊腋、辄筋各穴,每穴揉30次;摩肾堂、运膏肓各50次。每日3次。持之以恒,对胸痹有防治作用。真心痛不属推拿治疗范畴。

预后 多数经治疗后可得到缓解。长期治疗后,亦可减少发作,甚或停止发作。病情严重者,特别是经常反覆发作、痛势较重、持续时间逐渐延长者,亦可转为真心痛,则预后不良。

调护及预防 见“心痛”条。

心痛

以心窝部、膻中或左胸膺部疼痛为主的病证,称为心痛。《医学心悟·心痛》:“当胸之下,歧骨陷处,属心之部位,其发痛者,则曰心痛。”歧骨陷处即指心窝部而言;膻中位于两乳之中,鸠尾之间,即胸骨后;左胸膺部即心前区。本病多呈间歇发作,以闷痛、缩窄样痛或压迫样痛为主。疼痛常向左侧臂部、肩胛部放射,偶尔也可向胃脘部、颈部、咽喉部放射。《素问·藏气法时论》:“心病者,胸中痛,胁支满,胁下痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛。”《诸病源候论·心病诸候》也说:“心痛者……则乍间乍甚,……其痛引喉是也。”心痛发作时可伴有心悸、短气等症,重者疼痛亦可持续不已,并可见四肢厥冷、汗出、脉微欲绝或结代等阳气暴脱的证候。多见于现代医学的冠心病心绞痛及心肌梗塞。心痛名出《内经》。该书还将心痛猝然发生者称为卒心痛;将痛如锥刺,如有物从后触其心者称为厥心痛;将危重之心痛称为真心痛。《灵枢·厥病》:“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”又根据脏腑兼证的不同,而有肾心痛、胃心痛、脾心痛、肝心痛及肺心痛等名称。《金匮要略》将胸痹、心痛列为一篇加以论述,提示两者之间有着密切关系。《诸病源候论·久心痛候》说:“心为诸脏主,其正经不可伤,伤之而痛者,则朝发夕死,夕发朝死,不暇展治。其久心痛者,是心之支别络,为风邪冷热所乘痛也,故成疹,不死,发作有时,经久不瘥也。”《医学入门》则认为真心痛和厥心痛有邪犯心君、邪犯心包络之异。《医学入门·心痛》:“真心痛,因内外邪犯心君,一日即死;厥心痛,因内外邪犯心之胞络。”

古代医家还有将心痛、胃脘痛混为一谈者,如《丹溪心法·心脾痛》说:“心痛即胃脘痛。”《张氏医通》卷五也说:“凡言心痛,都属胃脘。”但不少医家均指出两者必须加以区分。《证治准绳·杂病》说:“心与胃各一脏,其病形不同,因胃脘痛处在心下,故有当心而痛之名,岂胃脘痛即心痛者哉?历代方论,将二者混叙于一门,误自此始。”《临证指南医案·心痛》徐灵胎评注也说:“心痛、胃脘痛确是二病,然心痛绝少,而胃痛极多,亦有因胃痛而及心痛者,故此二症,古人不分两项,医者细心求之,自能辨其轻重也。”

本篇专门论述心脏病患所致的疼痛。心痛指胃脘痛者,见“胃脘痛”条。

病因病机 《内经》认为心痛是邪在心,寒气客于胸中。《灵枢·五邪》说:“邪在心,则病心痛。”《素问·调经论》又说:“寒气积于胸中而不泻,不泻则温气去,寒独留,则血凝泣,凝则脉不通。”有认为是因君火衰微,大寒触犯心君,阴气上冲所致。如《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》提出胸阳不展,阴气乘之之说:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。”《金匮要略心典》在此基础上,进一步阐明:“以虚阳而受阴邪之击,故为心痛。”“心痛彻背,是心气塞而不和。”并认为“有痰饮以为之援”。《圣济总录·心痛门》说:“心痛诸疾,……有寒气卒客于脏腑发卒痛者,有阳虚阴厥痛引喉者;……或因于饮食,或从于外风,中脏既虚,邪气客之,痞而不散,宜通而塞,故为痛也。”《杂病源流犀烛·心病源流》认为与七情因素有关,“心痛之不同如此,总之七情之由作心痛。”综上所述,心痛的病因可概括为下列几方面:

(1)寒邪犯心:素体心气不足或心阳不振,复因寒邪侵袭,痹阻脉络,触犯心君,导致心脉气血凝滞,运行不畅而致心痛。《素问·举痛论》:“经脉流行不止,环周不休,寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”又说:“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则缩蜷,缩蜷则脉绌急,绌急则外引小络,故卒然而痛。”

(2)七情内伤:由于忧思恼怒,心肝之气郁滞,血脉运行不畅,而致心痛。《难经·四十九难》说:“忧愁思虑则伤心。”《三因极一病证方论·内所因心痛证治》:“脏气不平,喜怒忧郁所致,属内所因。”《杂病源流犀烛·心病源流》则认为七情除“喜”之气能散外,余皆足令人心气郁结而为心痛。《薛氏医案》也认为肝气通于心气,肝气滞则心气乏。

(3)饮食不节:长期嗜食膏粱厚味,损伤脾胃,脾运失司,不能化生精微,以致痰浊内生,上犯心胸清旷之区,气机不畅,闭阻心脉,发生心痛。

(4)脾肾亏虚:年老体衰或久病脾肾虚寒,则厥气冲心,发为心痛。又肾阳不足则不能鼓舞心阳,心阳不振,无力推动气血运行,以致血脉痹阻,发生心痛;肾阴不足,则水不涵木,又不能上济于心,因而心肝火旺,更致阴血耗伤,心脉失于濡养,亦致心痛。

(5)气血不足:劳倦内伤或久病之后脾胃虚弱,气血生化之源匮乏;或失血之后,经脉气血不充,心失所养。心气不足,又无力推动气血循经脉运行,以致气滞血瘀,发生心痛。《玉机微义·心痛门》:“有病久气血虚损,及素作劳羸弱之人患心痛者,皆虚痛也。”

心痛根据病情轻重,发病特点不同,而有真心痛、厥心痛、暴心痛、久心痛之分。根据病因不同,又可分为虚证和实证两大类。虚证心痛包括气虚、血虚、阴虚、阳虚等。实证心痛包括寒邪犯心、火邪犯心、痰浊痹阻、气滞血瘀等。

辨证　虚证心痛：气虚者，以心痛伴神疲乏力，语言低微，心悸短气，食少便溏，舌质淡，脉细弱为特征；阳虚者，以心痛伴身寒肢冷，腰膝酸软，夜尿频数，短气心悸，舌质胖，脉微细为特征；血虚者，以心痛频作，面色皖白，头晕目花，心悸乏力，舌质淡，苔薄，脉细无力为特征；阴虚者，以心痛伴虚烦少寐，心悸盗汗，或腰膝酸软，头晕目眩，舌质红，脉细数为特征。

实证心痛：寒邪犯心者，以怕冷、遇冷风则心痛尤甚，舌淡苔白，脉弦而迟为特征；痰浊痹阻者，以心胸闷痛，身重，苔腻脉滑等为特征；气滞血瘀者，以刺痛或胀痛，舌质黯有瘀点，脉细涩为特征。但临床每多虚实夹杂，本虚标实之证。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　早在《内经》就有记载。《灵枢·五味》说："心病者宜食……杏、薤。"《金匮要略》以瓜蒌薤白白酒汤、乌头赤石脂丸等宣痹化痰，通阳逐寒之剂治疗胸痹心痛；《世医得效方》以苏合香丸芳香温通之剂治卒暴心痛等。此外，应用活血化瘀方药治疗心痛的文献也甚多，如《卫生宝鉴》用失笑散治心气痛不可忍；刘完素用金铃子散治气滞心痛；《证治准绳》以大剂桃仁、红花、失笑散等治疗心痛；《时方歌括》用丹参饮治疗心腹诸痛，《医林改错》用血府逐瘀汤治胸不任物等。这些方法为近来运用活血化瘀、芳香温通、宣痹化痰等方药治疗心痛之先河。

本病虽有虚实之分，然而临床则以本虚标实为多见。脏腑亏损，阴阳失调是本，尤以心气不足、心阳不振更为上要，气阴两虚亦非少见；心脉痹阻，气血运行不畅为标，又以气滞血瘀或痰浊痹阻为多，因而对本病的治疗则应虚实并治，标本兼顾。培本主要有益气温阳，养阴补血等法，以调理脏腑气血之功能；治标主要有理气活血、通阳宣痹、散寒化饮等法，以逐邪通脉。有时还须采取急则治其标，缓则治其本的治疗原则。

针灸治疗　对胸痹心痛有较好效果。

(1) 通治法：通常以俞募穴、手厥阴和手少阴经穴为主，以手太阴和足太阴经穴为次，如心俞、厥阴俞、膻中、巨阙、曲泽、郄门、内关、神门、阴郄、尺泽、公孙和太白等，每次选用3—5穴。发作时针灸并施，间歇期用毫针行补法，或配合灸法。

(2) 辨证论治：属阴寒者，治宜祛寒开痹，所用腧穴同通治法。一般针灸并用，或以灸法为主。属血瘀者，治宜活血化瘀通络，选用心俞、巨阙、郄门、神门，或厥阴俞、膻中、内关、公孙等穴，用毫针刺，行泻法。属痰浊者，治宜祛痰降逆，选用肺俞、膻中、上脘、尺泽、太渊，或心俞、云门、中脘、郄门、丰隆等穴，用毫针刺，行泻法，或以灸法为主。

推拿疗法　下列两种治疗方法可任选一种。

(1) 胸痹心痛卒然发作时，嘱患者静卧休息，并立即在左心俞或肺俞、厥阴俞、膈俞、内关、郄门、屋翳、渊液、辄筋诸穴中感应最强的穴位，缓缓按揉拨动，以略有酸胀感为度。待心痛缓解后，再轻揉两侧肺俞、厥阴俞、心俞、膈俞、内关及左侧屋翳、辄筋、渊液诸穴，并指摩双肾俞。每穴揉拨约1分钟。如有结代脉者，加揉足三里。平时隔日治疗1次。10次为一疗程，一般治疗3—4个疗程。

(2) 此种治疗方法分两步进行：①在手三阴经依次用按揉法。先按揉手厥阴心包经，以拇指指腹置于左天泉穴，其余四指扶住上肢，自上向下按揉至曲泽穴，重复3—5遍；再按揉手太阴肺经，自左天府穴向下经侠白按揉至尺泽穴，重复3—5遍；最后在手少阴心经用按揉法，由极泉向下经青灵按揉至少海，重复3—5遍。②按揉大陵与阳池穴，用拇指指腹置于大陵处，示指或中指置于阳池穴，自上而下揉动，经内、外劳宫，至中指端，反覆1—2分钟；再以拇、示两指按揉内关、外关1—2分钟。此外，可用自我推拿法：揉内关，先左后右；揉左侧屋翳、渊液、辄筋各穴，每穴揉30次；摩肾堂、运膏肓各50次。每日3次。持之以恒，对胸痹有防治作用。

气功疗法　常用吐纳导引功、放松功、内养功等配合太极拳锻炼。

吐纳导引功的功法如下：

(1) 山根纳气：先摆好姿势，坐式或站式，调鼻息，缓缓纳气，气贯丹田，做到胸部不胀，而丹田少腹有"气"。呼气出，由鼻努气喷出而少腹下陷。一般要求呼短吸长，口纳气人"山根"(鼻咽喉腔)内，气流回旋而产生如"鼾声"状，耳聆此声，亦有安神定心之效，计21口。

(2) 拍击脏腑：自我拍打胸、腹部以及两腋下侧，有促进局部经络疏通，气脉调和作用。自我重拍打，有活血通络散瘀作用；自我轻拍打，有疏导作用。拍打部位有两上胸、两乳下、两胸胁、中脘、少腹等。

自我胸部按摩功：两手相搓热极，以手掌心在胸前区旋运按摩，顺逆各49次(或按摩膻中穴顺逆49次)。一手握空心拳，拳掌面拍打局部或阿是穴49次。动作轻重缓急，可依自身感觉反应而定，或用拇指指面，点揉阿是穴，按揉49次。如病势转剧，即以空拳掌面拍击阿是穴疼痛点，拍击轻重依各人情况而定。并考虑迅速配合其他治疗。

简易方　(1) 毛冬青煎剂：每剂生药100克，用水浸泡24小时，煎4小时后，浓缩成200毫升，每日一剂，分2次口服。亦可制成片剂，每日15片(相当于生药100克)，分3次口服。

(2) 参三七：每次1克，日3次。

(3) 绛香甘草茶：紫绛香5—7克，炙甘草9克，二味放入保暖杯中，冲入沸水，盖严15分钟，当茶饮，1日内饮完。

(4) 菊花300克，加温水浸泡过夜，次日煎2次，每次半小时，浓缩至500毫升，口服。

食疗方　(1) 粉葛煲鲮鱼：以粉葛根250—500克，鲮鱼1—2条，先将鲮鱼洗净，去鳞和内脏，粉葛根去皮切片，放锅中加水明火煲2—4小时后服。

(2) 玉竹炖鹧鸪:玉竹约15克,鹧鸪1只,去净毛和肠脏后隔水炖服。

(3) 玉米粥:玉米粉150克,山药100克,水700克。先在锅里放水煮沸以后,将开水泡过的玉米粉搅成糊状,慢慢放入,再用小火煮成粥状,然后将蒸过并已去皮的山药切成小块,加入同煮片刻,即可食用。

预后 心痛的预后,主要取决于疼痛发作的频率、时间长短及程度、病人正气的强弱、治疗是否及时与正确等。一般来说,如疼痛发作次数较少,程度较轻,时间较短,则预后较好。如疼痛发作次数逐渐增多,程度较重,时间较长,则预后较差。但此时如能及时治疗,亦可得到缓解。真心痛多属病情危重,当出现汗出肢冷,气急心悸怔忡,脉微细欲绝或脉律不匀者,如不及时抢救,多预后不佳。

真心痛

病情危重的心痛,称为真心痛。其临床特点是卒然心大痛,甚则有咬牙口噤,冷汗出,手足厥冷,面唇肢端青紫等症。

真心痛名出《内经》。《灵枢·厥病》篇说:"真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。"后世多沿用其名。真心痛的发病是由于素体心脏虚弱,复受外邪,或痰浊阻滞,或气滞血瘀,以致不通则痛。《寿世保元》、《医学正传》皆认为真心痛系大寒犯心所致。《辨证录·心痛门》说:"夫真心痛,原有两症:一寒邪犯心,一火邪犯心也。"《仁斋直指附遗方论》卷六也说:"心之正经,果为风冷邪气所干。果为气血痰火所犯,则其痛掣背胀胁,胸烦咽干,两目赤黄,手足俱青至节,朝发而暮殂矣。"多见于现代医学的冠心病急性心肌梗死伴循环衰竭。

由于真心痛病因有异,临床表现亦各有特点,兹分述如下。

(1) 寒邪犯心:症见卒然心痛,形寒,遇冷风则痛尤甚,甚则手足厥冷,冷汗出,短气心悸,心痛彻背,背痛彻心,脉紧,苔薄白。是由于心阳不振,寒邪冒犯心君,郁闭心脉,寒凝气滞,营血运行不畅所致。治宜温阳散寒为主,方用乌头赤石脂丸加减,以乌头、蜀椒、干姜、附子温散阴寒之气;赤石脂敛心气。亦可用麻黄附子细辛汤治之。《类证治裁·心痛》:"若真心痛,……由寒邪攻触,猝大痛,无声,面青气冷,手足青至节,急用麻黄、桂、附、干姜之属,温散其寒,亦死中求活也。"

(2) 火邪犯心:见《辨证录》。症见心急灼痛,口干,烦躁,气粗,痰稠,或有发热,舌红,苔黄糙,脉滑数,甚则汗出舌青。是由于火邪夹痰上犯心胸,血脉痹阻所致。治宜清火缓急止痛,方用救真汤加减。以栀子清火,白芍、甘草缓急止痛;木香理气;菖蒲化痰宣窍。或合以金铃子散,理气止痛。

(3) 痰浊内阻:症见心痛胸闷,形体肥胖,身重乏力,或伴恶心,呕吐痰涎,苔厚腻或垢浊,脉弦滑。是由于痰浊阻滞心胸,胸阳失旷,气结血凝所致。治宜宣痹化痰,芳香化浊。方用瓜蒌薤白半夏汤加温通之品,或用宽胸丸合温胆汤加减。以荜茇、高良姜、檀香、细辛芳香温通;姜竹茹、半夏、陈皮、枳实下气化痰;延胡理气止痛;冰片宣窍。

(4) 气滞血瘀:症见心胸刺痛或胀痛,心烦不安,短气,舌紫黯或有瘀点、瘀斑,脉弦或涩。由于心脉气血瘀阻所致。治宜疏肝理气、活血化瘀。方用沉香降气散合血府逐瘀汤加减。以柴胡、沉香、香附、砂仁、枳壳等理气止痛;当归、桃仁、红花、赤芍、川芎等活血消瘀。或用丹参饮合桃红四物汤加减。如气滞为主者,则应加重理气药,如降香、檀香、川楝子、延胡索等;如血瘀为主者,则应加重活血药,如血竭、乳香、没药、参三七、失笑散等。

(5) 心气不足:症见心痛,心悸短气,神疲乏力,懒言,自汗,脉细弱或结代,舌淡苔薄。由于心气不足,无力推动血液运行,以致心脉气血瘀滞。《灵枢·经脉》篇说:"手少阴气绝则脉不通,脉不通则血不流。"治宜益气为主。方用四君子汤或独参汤,稍佐理气活血之品。

(6) 心阴亏虚:症见心痛,心悸,怔忡,烦躁,五心发热,失眠盗汗,头晕耳鸣,口干少津,舌质红少苔,脉弦细或结代等。由于心阴不足,心脉失于濡养,脉道不充,血行不畅所致。治宜养阴宁心为主。可用天王补心丹加减。气阴两虚者,可用炙甘草汤加减,以炙甘草益气复脉;人参、大枣补气;桂枝、生姜通阳;生地、阿胶、麦冬、火麻仁养阴润燥。如肝肾阴虚而肝阳偏亢者,症见心痛,头晕耳鸣,心烦易怒,脉弦舌红等,可用天麻钩藤饮加减。

(7) 阳气虚弱:又有心阳不足、肾阳不足及阳气欲脱之分。心阳不足者,症见心痛,怕冷,心悸,短气,四肢欠温,脉沉细或结代,舌淡,甚则汗出,肢冷。由于心阳不足,无力鼓舞气血运行而导致心痛。治宜温振心阳为主,方用桂枝加附子汤加减。肾阳不足者,症见心痛,形寒肢冷,腰膝酸软,或阳痿早泄,脉沉细或结代,舌淡。由于肾阳虚衰,无力鼓动他脏之阳气蒸腾,以致心胸阳气失于宣畅而心痛。治宜温补肾阳为主。方用《金匮》肾气丸加减。如病情进一步发展,可导致阳气欲脱之危候,症见心痛暴甚,汗出淋漓,面色苍白,四肢厥冷,口唇肢端青紫,脉微细欲绝或结代,舌青紫有瘀斑。由于阳气衰微,血液凝泣不行所致。治宜回阳救逆固脱。方用参附龙牡汤合四逆汤加减。因肾阳虚衰,阴火上冲,症见汗出肢冷,面色青紫,咳喘倚息,咯粉红色血痰者,可在大剂参附龙牡汤的基础上加入参三七等活血止血之品,并可调服黑锡丹,以温肾纳气,回阳固脱。

真心痛在临床上常常虚实互见,表现为本虚标实的证候。治疗多综合利用上法,采取标本兼顾的方法。但以本虚为主时,则治本为主,治标为辅;标实为主时,治标为主,辅以治本。有时又须急则治其标,缓则治其本。急时可含化或吸入芳香温通之剂,如苏合香丸、冠心苏合

丸、麝香保心丸、苏冰滴丸、宽胸气雾剂之类，以缓急止痛。亦可用丹参注射液静脉推注或滴注。待疼痛缓解后，再行辨证施治。总之要权衡轻重缓急，做到随机应变。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“心痛”条。

厥心痛

因邪犯心包络，痛时有手足厥冷的一种心痛，称厥心痛。《医学入门》卷五说：“厥心痛，因内外邪犯心之包络，或他脏邪犯心之支脉。谓之厥者，诸厥皆少阴、厥阴气厥上冲，又痛极则发厥也。”临床特点是心痛发作时伴有手足厥冷，冷汗出，气微力弱等。证情较真心痛稍轻。《济生方·心腹痛门》：“真心痛者，旦发夕死，夕发旦死。若乍间乍甚，成痞而不死者，名曰厥心痛，不过邪气乘于心支别络也。”故《医门法律》卷二说：“厥心痛……去真心痛一间耳。”

厥心痛之名首见于《内经》。《灵枢·厥病》篇：“厥心痛，与背相控，善瘛，如从后触心。”

厥心痛的病因，一为寒邪侵犯心胞，《医门法律》卷二说：“厥心痛，乃中寒发厥而心痛，寒逆心胞……。”《医灯续焰·心腹脉证》也说：“寒者，寒邪也，乘虚内袭，荣脉凝泣，故痛。”或因阳气虚弱，阴气上逆所致。《圣济总录》卷五十五说：“手少阴，心之经也。心为阳中之阳，诸阳之所会合，若诸阳气虚，少阴之经气逆，则阳虚而阴厥，致令心痛，是为厥心痛。”一为七情内伤，五志化火，逆犯心胞。《医学入门·心痛》说：“厥心痛……或因七情者，始终是火。”也有医家认为，厥心痛由五脏相干所致，《难经集注·第六十难》说：“其五脏相干，名厥心痛。”杨玄操注：“诸经络皆属于心，若一经有病，其脉厥行，逆则乘心，乘心则心痛，故曰厥心痛。是五脏气冲逆致痛，非心家自痛也。”故《备急千金要方》又将厥心痛分为肾心痛、胃心痛、脾心痛、肝心痛、肺心痛等。

根据临床表现不同，一般可分为热厥心痛、寒厥心痛两类：

寒厥心痛：见《活法机要》。《备急千金要方》称为冷心痛，《外台秘要》称为冷气心痛。《医学心悟》称为寒心痛。症见心痛，手足厥冷，周身冷汗出，便溺清利，气微力弱，脉迟细，苔薄白舌淡。由于心阳不足，寒邪乘虚人客心胞所致。正如《脉经》所说：“厥心痛者，风冷邪气乘于心也。”治宜温阳散寒止痛。方用术附汤或崔氏乌头丸加减。以附子、乌头、蜀椒、桂心、干姜温阳散寒止痛；赤石脂敛汗；白术健脾益气。

热厥心痛：见《活法机要》。《备急千金要方》称为热心痛。《类证治裁》称为火心痛。症见心痛时作时止，身热，手足反冷，汗出，或伴面目黄赤，烦躁呕吐，脉数或洪大。由于积热攻心或暑毒人心所致。治宜清热化湿，理气止痛。方用金铃子散合清中汤加减。以山栀、黄连、生甘草清热化湿；金铃子、延胡索、香附、陈皮理气止痛。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见“心痛”条。

心悸

自觉心跳、心慌、悸动不安的证候，称为心悸。俗称心跳。一般多呈阵发性，每因情志波动或劳累而发作。心悸一名，首见于《伤寒论》。早在《内经》就有类似心悸证候的记载。《素问·至真要大论》提到“心中澹澹大动”。《素问·痹论篇》说：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓。”（《医宗必读·悸》：“鼓者，跳动如击鼓也。”）《伤寒论》又根据心悸程度、部位之不同，列有心中悸、心动悸、心下悸等名称。《医法圆通》及《医林改错》称为心跳心忙。

历代医家有将心悸、怔忡等同者，如《伤寒明理论·悸》：“悸者心忪是也，筑筑惕惕然动，怔怔忡忡，不能自安者是矣。”又有将重证之心悸称为怔忡、心忪、忪悸、怔忡，将惊恐所致之心悸称之惊悸（见“怔忡”、“惊悸”条），正如《证治要诀·怔忡》所说“惊悸者，因事有所惊而悸；忪悸者，本无所惊，常心忪而自悸。”以上三者虽有区别，但似又不能截然分开，因心悸、惊悸日久，每可形成忐忑不安，不能自主之怔忡，怔忡经治疗，亦可转为时作时止之心悸；而心悸、怔忡之人又多易生惊，而使病情变化。

病因病机　历代医家每多相提并论。《金匮要略》有“里虚”、“痰饮内停”之说；《济生方》有“心血不足”、“冒风寒暑湿”之说；《伤寒明理论》主“气虚”及“停饮”；《丹溪心法》主“血虚”、“痰迷心膈”或“痰火”；《不居集》主“气郁”；《证治准绳》主“阴火”等。

综上所述，本证常见的病因病机有下列几方面：

痰郁气滞：由于久食膏粱厚味，痰浊内生，阻于心胸；或情志抑郁，大怒伤肝，肝气郁滞于心胸；或气郁化火，痰火互结，上扰心神，而致心悸。此即《医林绳墨》所谓“气郁生痰”、“痰因火动”。

心血不足：久病体虚，或失血过多，或思虑过度，劳伤心脾等，既可耗伤心血，又能影响脾胃生化，以致气血两亏，心失所养，故神不安而志不宁，发为心悸。正如《丹溪心法·惊悸怔忡》所说：“怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多。”《血证论》也说：“血虚则神不安而怔忡。”

虚火上炎：久病虚劳，或房劳过度，或遗泄频繁，伤及肾阴，或肾水素亏，水不济火，虚火妄动，上扰心神，以致心悸。正如《素问玄机原病式·火类》所说：“由水衰火旺，而犹火之动也。故心胸躁动，谓之怔忡。”亦有因真阳不足，虚阳上越，扰动心神而致心悸者。

饮邪上逆：脾肾阳虚，不能蒸化水液，停聚而为饮。饮邪上犯，心阳被遏，因而引起心悸。正如《伤寒明理论·悸》所说：“其停饮者，由水停心下，心为火而恶水，水既内停，心不自安，则为悸也。”

瘀血阻络：由于心阳不振，血液运行不畅，脉络瘀阻，心失所养，以致心悸；亦可由于风寒湿邪搏结于血脉，内犯于心，以致心脉痹阻，血液运行不畅，而致心悸。正如

《医学衷中参西录·论心病治法》说："有因心体肿胀，或有瘀滞，其心房之门户变为窄小，血之出入致有激荡之力，而心遂因觉动者。"

小儿心悸，每由先天胎元不足，气血亏损所致。

辨证 当分清虚实。属虚者有虚损心悸、阴火心悸；属实者有痰饮心悸、气郁心悸、血瘀心悸。但阴火心悸、痰饮心悸又有虚实夹杂的证象。虚损心悸又有气虚、阳虚、阴虚、血虚之不同，而分别伴有各种虚证。阴火心悸又有阴虚火旺及虚阳上越之别，前者可伴有心烦、头晕、耳鸣等证，后者可伴有畏寒、肢冷、阳痿等证；痰饮心悸又可分为痰郁、痰火、水饮三型。痰郁者可伴有痰多易惊，苔白腻等证；痰火者，可伴有胸闷烦躁，咯痰不畅，苔黄腻等证；水饮者，可伴有头目眩晕、浮肿、喘满等证；气郁心悸可伴有胸胁胀满、嗳气等证；血瘀心悸可伴有心胸疼痛，舌紫等证。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 心悸的方药治疗，当区分标本主次。虚者宜补虚，实者宜祛邪，虚实夹杂者，又当标本兼顾。如虚损心悸，以补虚为主，或补气、或温阳、或补肾、或养血；阴火心悸，宜滋阴抑火或温补肾阳或纳气归肾，引火归源；痰饮心悸，宜祛痰化饮为主，或涤痰定悸，或清热豁痰，或通阳化饮；气郁心悸，宜疏肝解郁为主；血瘀心悸，宜活血化瘀。《证治汇补·胸膈门》概其治要指出："痰则豁痰定惊，饮则逐水蠲饮，血虚者调养心血，气虚者和平心气，痰结者降下之，气郁者舒畅之，阴火上炎者，治其肾而心悸自已。"

《罗氏会约医镜·论怔忡惊悸恐惧健忘》又强调服法与制法应随机应变；认为"以上诸证，虽有心、脾、肝、肾之分，然阳统乎阴，心本乎肾。上不宁者，未有不由乎下？心气虚者，未有不由乎精，以精、气原有互根之用也。治者，或先养心，或先补肾，或早夜补肾，中时补心，或有兼热者清之，兼寒者温之，或又有兼痰者化之。"必须根据病情的不同而随宜用药。

针灸治疗 以宁心安神为主。取俞募穴和手厥阴、手少阴等经穴，如心俞、肾俞、巨阙、内关、神门、通里、间使、大陵、足三里、三阴交、太溪等，每次3—5穴。用毫针刺酌情补泻，或配用灸法。

电针法：一般可按上述选穴施术，每次2—4穴，获得针感后，通电10—20分钟。

皮肤针法：以脊柱（颈3—胸5，腰2—骶椎）中线及夹脊两侧为重点，结合主要症状参照毫针疗法酌选重点腧穴，施以中度或较重的刺激，每日或隔日治疗1次，10次为疗程。

耳针法：选心、脑、下脚端、耳神门等穴，用轻刺激，留针20—30分钟，每日一次，10次为一疗程。

推拿疗法 手法用一指禅推、揉、平推、抹、扫散、拿、摩等。取印堂、神庭、睛明、攒竹、太阳、角孙、风池、肩井、中脘、气海、关元、背部俞穴等。如肝肾阴虚加揉肝俞、肾俞、三阴交；脾肾阳虚加揉心俞、肾俞、命门；心肾不交加揉心俞、肾俞，擦涌泉；心脾两虚加揉心俞、脾俞、胃俞、中脘、足三里。

简易方 （1）党参30克，黄精30克，缬草15克，琥珀粉1克，三七末1克，研末，每次18克，每日3次，温开水送服。

（2）龙眼核一斤，去黑皮，长流水煮极烂，加大乌枣一斤，去核，捣烂如泥，和丸。每晨淡盐汤下三钱（《杨氏家藏方》）。

（3）人参、当归各五钱，同煎至八分。用猪腰子一对，以水二碗煮至一碗半。取腰子切细，与人参、当归煮至八分，空心食腰子，以汁送下。其滓焙干为末，以山药末和丸，如绿豆大，每服50丸，枣汤下（《百一选方》）。

食疗方 （1）瘦猪肉250克，莲子30克，百合30克。共放砂锅内加水煮汤，调味服食。每天1次。适用于心脾血虚之心悸（《常见病饮食疗法》）。

（2）鲜桑椹1000克（干品500克），蜂蜜300克。将桑椹洗净加水适量煎煮，每30分钟取煎液1次，加水再煮，共取煎液2次，合并煎液再以小火熬浓缩，至较粘稠时加蜂蜜，至沸停火，待冷装瓶备用。每次1汤匙，以沸水冲服，每天2次。适用于阴虚火旺心悸（《常见病饮食疗法》）。

（3）桂心、人参各5克，共为细末，人羊心（或猪心），蒸熟食用。适用于心阳不振之心悸。

（4）红花二钱、羊心一个（或猪心），加清水适量，放炖盅内隔水炖熟，食盐调味食用。适用于心血瘀阻心悸（《本草求原》）。

（5）桂心粥：桂心一钱，茯苓五钱，桑白皮三钱，煎汤取汁煮粳米一两为粥食用。适用于水饮凌心心悸（《食医心鉴》）。

预后 心悸一般预后良好，但如重证心悸，亦可导致预后不良。

虚损心悸

虚损患者阴阳气血亏弱所致的心悸，称为虚损心悸。《不居集》卷二十二说："惟虚损之人，阴亏于下，元海无根，气浮于上，撼振胸臆，是心不能下交于肾，肾不能上交于心，则筑筑心动，惕惕恐畏，为怔忡惊悸者有之。"因虚证有气虚、阳虚、阴虚、血虚等不同，故其临床表现除心悸外，尚可伴气虚，或阳虚，或阴虚，或血虚的见证。

气虚心悸：症见自觉心下空虚，悸动不安，或虚羸少气，苔白，脉细弱或大而无力。由于心气不足，心脉失养所致。治宜益气养心，方用《千金》茯神汤或《千金》大、小定心汤加减。《医法圆通·心病不安》认为心气心阳不足之悸，其见证每有饮食的偏嗜，如云："心气不足为病者，其人少神，喜卧懒言，小便清长，或多言，或多劳力，多用心一刻，心中便潮热而自汗出，甚至发呕欲吐，脉必细微，

抑或浮空，喜食辛辣煎炒极热之品者是也。”

阳虚心悸：症见心悸不宁，神疲气短，畏寒肢冷，面白少华，脉沉细或结代，苔薄舌淡。由于内虚，心阳不足，不能温养心脉所致。治宜温阳定悸，方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤。以桂枝温通心阳；炙甘草益心气；龙骨、牡蛎宁心定悸。如心阳欲脱，而见汗出肢冷，脉虚大或浮大无根者，可加人参、附子以扶阳固脱。

又有肾阳虚衰而心悸者，可见“阴火心悸”条。

阴虚心悸：症见心悸不宁，遗精频繁，腰膝酸软，舌红，脉细。由于肾水不足，真阴亏虚，气不归元所致。《不居集》卷二十二说：“此症惟阴虚劳损之症恒有之。”治宜补肾益精，方用贞元饮、左归饮、三仁五子丸等加减。若心阴虚者，症见心悸，心烦，健忘，少寐，舌红少苔或舌尖红，脉细数。治宜养阴清热，安神定悸，方用天王补心丹、宁志膏加减。若气阴两虚者，症见心动悸，虚羸少气，舌红少苔，或质干而萎，脉结代。治宜益气养阴，通阳复脉，方用炙甘草汤。若阴阳两虚者，症见心悸，形寒肢冷，腰膝酸软，遗精尿频，舌红，脉细。治宜阴阳两补，方用大营煎、理阴煎或韭子丸加减。

血虚心悸：症见心悸头晕，面色少华，四肢无力，舌淡，脉细。《医法圆通·心病不安》对心血不足致悸的见证，指出有饮食的偏嗜，如“心血不足为病者，其人多烦，小便短赤而咽中干，肌肤枯槁，憔悴而神不大旺，甚则狂妄喜笑，脉必细数，或洪大，喜食甘凉清淡油润之品者是也。”由心血不足，血不养心所致。治宜养血安神，方用归脾汤、十四友丸加减。

针灸治疗，如气血虚弱，治宜补养气血，选心俞、肝俞、脾俞、膻中、气海和足三里等穴，以毫针行补法，并配合灸法。如心阳虚弱，治宜温阳益气，选膏肓、心俞、气海、内关、神门和解溪等穴，以毫针行补法，并配合灸法。

其他治疗，见“心悸”条。

阴火心悸

阴虚火旺或虚阳上越所致之心悸，称为阴火心悸。病证名见《证治准绳》。阴火心悸的病因病机，多由肾阴亏耗，虚阳妄动，或由肾阳不足，无根之火失守浮越所致。《证治汇补·胸膈门》说：“有阴火上冲，头晕眼花，耳鸣齿落，或腹中作声，怔忡不已者，宜滋阴抑火，加养心之剂。久服不愈，为无根失守之火，脉必空豁，宜温补方愈。”

阴虚火旺心悸：症见心悸不宁，心烦少寐，手足心热，头晕目眩，腰酸耳鸣，面赤唇燥，舌红，脉细数。由于肾水不足，水不济火，虚火妄动，扰乱心神所致。治宜滋阴抑火，方用二阴煎、加减一阴煎或朱砂安神丸加减。

虚阳上越心悸：症见心悸，腰膝冷痛，遗精阳痿，畏寒肢冷，脉沉迟或浮大空虚。由于肾阳虚衰，无根失守之火上浮所致。治宜温补肾阳，方用右归饮、大补阴煎加减。

如肾阳虚衰，水饮上逆之心悸，见“痰饮心悸”条。

针灸治疗，宜补阴泻火，选心俞、内关、神门、三阴交和照海等穴，用毫针泻刺手少阴、手厥阴经穴，补刺其他经穴。

其他治疗，见“心悸”条。

血瘀心悸

因气血瘀滞所致的心悸，称为血瘀心悸。《血证论》卷六说：“有瘀血亦怔忡。”《医林改错》在血府逐瘀汤所治症目中有“心跳心忙，用归脾安神等方不效，宜用此方”的记载，明确提出了用活血化瘀法治疗心悸的方法。

血瘀心悸，症见心悸气短，心胸疼痛，舌质紫黯，或有瘀点，脉细涩或结代。由于气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀。因肝气郁结可导致瘀血痹阻心脉而发生心悸，治宜活血化瘀，方用血府逐瘀汤加减。如风寒湿邪搏于血脉，内舍于心，心气被抑，心血瘀阻，亦可产生心悸。除上述见症外，尚可有咳嗽，甚则咯血，咳喘不得倚息，两颧紫红，下肢浮肿，唇舌紫黯，脉细或结代等症。治宜活血化瘀为主，方用桃红饮加减。桃仁、红花、川芎、当归尾活血化瘀；威灵仙祛风化湿通络。亦可中西医结合治疗。如风寒湿邪较重，伴有关节酸痛者，可加重祛风散寒化湿之品。当热邪偏胜时，可加清热解毒之品（见“痹证”条）。如心肾阳虚，水饮射肺凌心或溢于肌肤，而见咳喘、浮肿者，可加温阳利水之品（见“水肿”、“喘证”条）。

针灸治疗，宜活血通瘀，选心俞、膈俞、膻中、大陵和少冲等穴，以毫针行泻法。

其他治疗，见“心悸”条。

痰饮心悸

因痰或水饮所致的心悸，称为痰饮心悸。《证治汇补·胸膈门》说：“有膏粱厚味，积成痰饮，口不作干，肌肤润泽如故，忽然惊惕而作悸，其脉弦滑有力者是也。”历代医家对因痰、因饮而致心悸甚为重视，其治疗大法为豁痰定惊，逐水消饮，兼养气血。如《仁斋直指附遗方论·惊悸》：“心虚而停水，则胸中渗漉，虚气流动，水既上乘，心火恶之，心不自安，使人有怏怏之状，是则为悸。惊者，与之豁痰定惊之剂；悸者，与之逐水消饮之剂。所谓扶虚，不过调养心血，和平心气而已。”

痰饮心悸包括痰郁心悸、痰火心悸及水饮心悸。

痰郁心悸：见《不居集》。症见痰多易惊，心悸时作时止，有惕惕不宁之状，苔白腻，脉滑大。由于浊痰阻滞其正气，郁结于心胸所致。治宜涤痰定悸，用温胆汤、茯苓饮子加琥珀、郁金、菖蒲等。

又有因情志抑郁，气机不畅，与痰涎互结所致之心悸，称气郁心悸，见《医学入门》。《不居集》卷二十二说：“失意之人，怀抱抑郁，气生痰涎，涎与气搏，心神不宁，脉必沉结或弦者是也。”症见心悸痰多，胸胁胀满，嗳气纳

少,苔薄白,脉弦。治宜疏肝理气,解郁化痰,方用逍遥散、四七汤、沉香散等加减。

痰火心悸:见《丹溪心法》。症见心悸,时作时止,胸闷烦躁,口干苦,咯痰不畅,苔黄腻,脉滑数。由于郁怒伤肝,肝郁化火,或胶痰封固其清气,痰火互结,扰动心神所致。治宜清热豁痰,宁心定悸,方用黄连温胆汤、金箔镇心丸、八物定志丸、壮元丸加减。

水饮心悸:见《伤寒明理论》。其论悸,谓:"饮之为悸,甚于他邪。虽有余邪,必先治悸。何者?以水停心下,若水气散,则无所不之。浸于肺则为喘为咳;传于胃则为哕为噎;溢于皮肤则为肿;渍于肠胃则为利下,不可缓之也。"症见心悸,咳嗽,气短,胸脘痞满,头目眩晕,苔白舌淡,脉沉缓。由于心阳不振,水饮内停,水气凌心所致。治宜通阳化饮,方用苓桂术甘汤、半夏茯苓汤、茯苓甘草汤加减。

如肾阳虚衰,水饮上逆,小便不利,渴不欲饮者,用真武汤温阳化饮。心阳欲脱,浮肿喘满,形寒肢冷,汗出者,合参附龙牡汤,益气扶阳固脱。

针灸治疗,宜化气行水,选百会、中脘、神门、大陵、足三里和三阴交等穴,用毫针行泻法,并配合灸法。

其他治疗,见"心悸"条。

惊悸

自觉易惊善恐的心悸,称为惊悸。多因心气、心血虚耗,痰浊内阻或外受惊吓引起。治疗当标本兼顾,治本以补虚为主,治标可用重镇安神,豁痰宁心等法。

惊悸之名,首见于《金匮要略》。并有"惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治"专篇论述。后世医家多将惊悸及心悸、怔忡分述之。《医学从众录》:"有所触而动曰惊,无所触而动曰悸。"亦有指突然心跳欲厥为惊悸者。《医学正传·怔忡惊悸健忘证》:"惊悸者,蓦然而跳跃惊动而有欲厥之状,有时而作者是也。"

惊悸的病因,《济生方》主"心虚胆怯";《不居集》主"心血虚而火袭";《辨证录》主"心肝血虚";《罗氏会约医镜》主"心阴耗损"、"心血不足"等。总之,惊悸的病因虽有外受惊恐者,但均与"心气内虚"有关,内外相合,始能引发本证。其病因病机有下列诸方面:

心虚胆怯:平素心虚胆怯之人,每易受惊恐,而心悸神摇,不能自已。正如《济生方》所说:"惊悸者,心虚胆怯之所致也。"

心肝血虚:久病之后,或失血过多,或思虑太过,劳伤心脾,心血受耗,气血生化之源不足,肝不藏血,以致心失所养,复受外惊,则心神不安而发生心悸。《辨证录·惊悸门》说:"夫神魂不定而惊生,神魂不安而悸起,皆心肝二部之血虚也。"

心虚痰郁:心气虚怯,痰浊乘虚干于心胸,复受惊恐而心悸。《丹溪心法·惊悸怔忡》说:"心虚而郁痰,则耳闻大声,目击异物,遇险临危,触事丧志,心为之忤,使人有惕惕之状,是则为惊。"

阴虚火旺:由于肾阴亏虚,水不济火,或心阴受耗,心火亢盛,复受惊恐,则心悸不宁。《不居集》卷二十二:"梦中惊悸者,心血虚而火袭之也。"

另有风惊悸,乃因素有心气不足,或因受惊恐而致心气虚,复为风邪所乘,以致心悸。《诸病源候论·风病诸候》:"风惊悸者,由体虚心气不足,心之府为风邪所乘,或恐惧扰迫,令心气虚,亦受于风邪,风邪搏于心,则惊不自安,惊不已,则悸动不定。"症见心悸不能自安,目睛不转,口不能呼,精神恍惚,脉动而弱。治宜祛风定悸,方用定心防风散、镇心丸加减。

惊悸与怔忡、心悸有别,如《辨证录·惊悸门》"人有闻声而动惊,心中怦怦半日而后止者,人以为心中有痰也。乃用消痰之药治之不效,久则不必闻声而亦惊,且添悸病,心中常若有来捕者,是惊悸相连而至也。虽俱是心虚之证,而惊与悸实有不同。盖惊之病轻于悸,悸之病重于惊。惊从外来而动心,悸从内生而动心也。若怔忡,正悸之渐也。故惊悸宜知轻重,一遇怔忡即宜防惊,一惊即宜防悸。然而惊悸虽分轻重,而治虚则一也。"其说可供参考。而一般则惊悸、怔忡多为心悸不愈,积渐而成。

根据病因的不同,惊悸的辨证,一般分为下列几类:

心虚胆怯惊悸:症见心悸气短,善惊易恐,心虚烦闷,坐卧不安,体倦自汗,饮食无味,多梦易醒,脉弦细或虚弦,舌淡。治宜益气镇惊,安神定悸,方用安神定志丸、平肝镇心丹加减。

心肝血虚惊悸:症见心悸不安,面色少华,头晕目眩,遇事易惊,舌质淡,脉细。治宜益气补血,养心安神,方用归脾汤或安定汤酌加重镇之品。

心虚痰郁惊悸:症见心悸易惊,胸闷痰多,眩晕不寐,苔腻,脉滑。治宜化痰和胃安神,方用十味温胆汤加减。如痰热内蕴,复受惊恐而致心悸不安者,症见口苦口干,烦躁不寐。苔黄腻,脉滑数。治宜清化痰热,方用黄连温胆汤加减。

阴虚火旺惊悸:症见心悸烦躁,夜寐多梦,易惊醒,舌质红,脉细数。或伴头晕耳鸣,腰膝酸软。治宜养阴清火,镇心安神,方用朱砂安神丸加减。

针灸及其他治疗,见"心悸"条。

惊悸的预后一般良好。惊悸的预防,平素要锻炼胆量,使之逐渐适应各种异常环境。犹如《证治汇补·胸膈门》所说:"若外物卒惊,……惊者平之,所谓平者,平昔所见所闻,使之习熟自然也。"

怔忡

心跳剧烈,不能自安,而又持续不断的证候,称为怔忡。常为心悸或惊悸进一步发展所致,较心悸为重。其证本外无所惊,而自心悸不安,如人将捕之状,甚则心跳

振衣。《景岳全书》卷十八:"怔忡之病,心胸筑筑振动,惶惶惕惕无时得宁者是也。"《张氏医通·神志门》说:"心下惕惕然跳,筑筑然动,怔怔忡忡,本无所惊,自心动而不宁。"《古今医鉴·怔忡》说:"夫怔忡者,心中躁动不安,惕惕然如人将捕是也。"现代医学中各种器质性心脏病引起的心律失常或心功能不全,通常可见怔忡证候。

怔忡名称,见于《济生方》。后世医家立名颇不一致。有称为心忪者,如《素问玄机原病式·火类》说:"心胸躁动,谓之怔忡,俗云心忪。"有称为惺忡者,如《证治要诀·虚损门》说:"惺忡者,……俗谓心忡脉乱是也。"有称为忪悸者,如《证治要诀·虚损门》说:"怔忡,即忪悸也。"妊娠时由于血养胎儿而出现心悸怔忡者,称妊娠怔忡。

怔忡的原因,大致与心悸类同。但其中尤以真阴失守,气不归元,饮邪上犯及瘀血阻络所致者居多。

历代医家对怔忡与心悸又有列为二证者,如《三因极一病证方论·惊悸证治》:"夫惊悸与忪悸二证不同。惊悸,则因事有所大惊,或闻虚响,或见异相,登高涉险,梦寐不祥,惊忤心神,气与涎郁,遂使惊悸,名曰心惊胆寒,在心胆经,属不内外因,其脉必动。忪悸,则因汲汲富贵,戚戚贫贱,久思所爱,遽失所重,触事不意,气郁涎聚,遂致忪悸,在心脾经,意思所主,属内所因。"《证治要诀·怔忡》:"怔忡,即忪悸也。忪悸与惊悸,若相类而实不同,惊悸者,因事有所惊而悸;忪悸者,本无所惊,常心忪而自悸,焉得无辨。"

怔忡的辨证,基本也与心悸相似。但临床所见怔忡以虚者居多,或见虚实夹杂之证。其中尤以虚损怔忡、虚阳上越怔忡、水饮怔忡、血瘀怔忡更属常见。故方药治疗应以补虚为主或标本兼治。《医方辨难大成》卷十五:"病名怔忡者,名其失中失正之心而有所动摇也……而于是有真阴失守,阴不滋化,心胸之间则筑筑振动也;有宗气无根,气不归元,乳胁之下,则摇摇悬旌也。虚之轻者,动犹轻,则或如撞触,或如扇鼓也。虚之重者,动亦重,则或力可应衣,势可倾体也。一遇此证,即直救真阴,尚恐阴去莫复也。虽系伤寒传变,皆不可用汗、下也,即纯补元阳,尚恐元散难收也。纵有痰涎壅吐,皆不宜清利也。……治怔忡者,必经则知在心、脾、肝、肾,补则兼夫精、神、气、血,使动无长动也。"证治均可见"心悸"条。

怔忡的预防,应怡养性情,避免情志波动,注意劳逸结合。如《医方辨难大成·怔忡证治全篇》所述:"病怔忡者,必内而清其心思念虑,外而绝其惊疑触拂,使动无再动也。"并"绝去酒色,进黜情欲,一志凝神。""更宜养其气以和平,清心寡欲,内观自养,则自可渐愈。"多数患者经积极治疗,预后良好。少数严重者,或反覆发作之严重患者,预后不良。

胃脘痛

以胃脘部近心口窝处疼痛为主的病证,称为胃脘痛。又称胃痛。常兼有脘胀不适,恶心呕吐,食纳不佳,吞酸,嗳气,大便不调等症。如《类证治裁·胃脘痛》:"胃脘痛必见胃经本病,如胀满,呕逆,不食,便难,面浮,肢倦,与心痛专在包络者自别。"

胃脘痛名称出《素问》。《灵枢·厥病》称胃心痛。后世又称心痛、心下痛、脘痛。如《东垣试效方》说:"如胃脘当心而痛,……俗呼为心痛。"《此事难知》称中脘痛。《医学刍言》说:"膺胸之下,即为中脘,中脘痛手不可近……。"《丹溪心法》归属于"心脾痛",明确指出:"心痛,即胃脘痛。"古代将心痛分为九种,但大多属胃脘痛。如《医学正传》说:"古方九种心痛……详其所由,皆在胃脘,而实不在于心也。"又说:"胃之上口,名曰贲门。贲门与心相连,故所谓胃脘当心而痛,今俗呼为心痛者,未达此义耳。"《症因脉治·胸痛论》说得比较明确:"痛在胸之下,即名胃痛。"至于心脏病所引起的心痛,见"心痛"条。现代医学的消化性溃疡、急慢性胃炎、胃粘膜脱垂及胃癌等,可参考胃脘痛进行治疗。

病因病机　胃脘痛的病因比较复杂。《素问·举痛论》认为:"寒气客于肠胃,厥逆上出,故痛而呕。"《济生方》认为:"皆因外感六淫,内沮七情,或饮啖生冷果实之类,使邪气搏于正气,邪正交击,气闭塞,郁于中焦,遂成心痛。"《医学入门》认为饮食所伤是胃脘痛的主要原因。《景岳全书》论述本病病因较为全面:"惟食滞、寒滞、气滞者最多,其有因虫、因火、因痰、因血者,皆能作痛,大多暴痛者多有前三证,渐痛者多由后四证。"《症因脉治》将其病因分为外感和内伤两大类,云:"外感胃脘痛之因,其人中气向寒,偶触时令之寒,则寒凝胃口而痛;若内有积热,外遇湿热,两热蒸酿,则热壅胃口,亦成胃痛之症。""内伤胃脘痛之因,饮食不节,伤其胃口,太阴升降之令,凝结壅闭,则食积之痛作矣;脾胃素弱,日饮水谷,不能消受,停积中脘,则成痰饮而痛;七情六淫之火,时动于中,膏粱炙煿之热,日积于内,热久成燥,积热之痛作矣;胃阳不足,冷饮内伤,阴寒凝结,则积冷之痛作矣;怒则气上,思则气结,忧思日积,气不宣行,则气滞而成痛;血分素热,又喜辛辣之物,以伤其阴血,则停积于中,而成死血之痛;湿土主令,饮食不谨,湿热内生,则虫积而成痛矣。"上述因素之外,情志所伤、肝气犯胃亦很常见。如《杂病源流犀烛·胃病源流》中说:"胃痛,邪干胃脘病也……惟肝气相乘为尤甚,以木性暴,且正克也。"现将胃脘痛的病因病机归纳如下:

(1) 饮食不节:过食肥甘,或辛辣酗酒,损伤脾胃,脾不健运,胃不能腐熟,食滞不化,湿热内生,胃失和降而作痛。《医学正传·胃脘痛》:"致病之由,多因纵恣口腹,喜好辛酸,恣饮热酒煎煿,复餐寒凉生冷,朝伤暮损,日积月深……故胃脘痛。"《症因脉治·内伤胃脘痛》:"内伤胃脘痛之因,饮食不节,伤其胃口,太阴升降之令,凝结壅闭,则食积之痛作矣。"在临床实属多见。

(2) 外受寒邪:由寒邪犯胃,或过食生冷,寒积于中,

脾阳受抑，胃气不降所致。《景岳全书·杂证谟·心腹痛》："胃脘痛证，多有因食、因寒、因气不顺者，然因食因寒，亦无不皆关乎气。盖食停则气滞，寒留则气凝。"

(3) 情志不畅：忧思恼怒，久郁不解，伤及于肝，肝气不舒，横逆犯胃，气机阻滞，胃失和降而作痛。《临证指南医案·胃脘痛》："宿病冲气胃痛，今饱食动怒痛发，呕吐，是肝木侵犯胃土，浊气上踞，胀痛不休，逆乱不已……夫痛则不通。"若肝郁不解，则久郁化火，火热移胃，耗伤胃阴，则胃失润降；又火热灼伤脉络，或久痛入络，则脉络失和，或气滞日久，导致血脉滞涩，瘀血内结，则疼痛加剧，固定不移，按之痛甚。

(4) 脾胃亏损：素体脾胃虚弱，或劳倦过度，或胃痛经久不愈，伤及脾胃，均能导致脾阳不足，中焦虚寒，运化呆滞，无力和降，而致虚寒胃痛。

胃脘痛的病因，虽有上述种种，但其发病原理有共同之处，即所谓"不通则痛"。病邪阻滞，食滞不化，肝气郁结，或脾阳虚弱，久病入络等，均能造成气机不利，气血瘀滞，不通则痛。

根据病程长短、身体强弱和临床表现的不同，胃脘痛可按虚、实、寒、热进行分类。虚包括胃阴虚和脾胃虚弱；实包括气郁、食滞、痰积和瘀血胃脘痛；寒包括积冷和脾胃虚冷胃脘痛；热包括火郁和积热胃脘痛。《症因脉治》将胃脘痛分外感胃脘痛和内伤胃脘痛。外感胃脘痛包括寒邪入胃、时令暴热和外感湿热等所致；内伤胃脘痛包括食积、痰饮、积热、积冷、气滞、死血和虫积等。小儿胃脘痛以热痛、痰痛、伤食胃痛、虫积胃痛为多见。

辨证 首先要分清虚、实、寒、热，以及各个类型的临床特点，以便施治用方。一般来说，体质强，病程短，痛势急迫，拒按者，多为实证；体质弱，病程长，痛势隐隐，喜按者，多属虚证；灼痛，来势急迫，喜食冷饮者，多属热证；胃脘作痛，得热得暖则缓，或喜食热饮者，多属寒证。另外，胀痛或攻痛，或痛及两胁，部位不定者，是属气滞；刺痛或钝痛，固定不移，痛处拒按者，是属瘀痛；痛势隐隐，口干舌燥，心中烦热者，是属阴虚；胀满而痛，嗳腐，吐后较舒者，是属食滞；胃痛食少，呕吐痰涎，或腹中漉漉有声者，是属痰饮胃脘痛。《类证治裁·胃脘痛》："积寒致痛，绵绵不绝，无增无减"；"火郁致痛，发则连日，脉必弦数"；"痰积脘痛必呕恶；停饮脘痛必吞酸；食滞脘痛必嗳腐；气郁脘痛，必攻刺胀满；伤力脘痛，必瘀血停留；怒气脘痛，必呃逆胸痞；蛔动脘痛，必有休止"；"凡痛有虚实，按之痛止为虚，按之痛反甚者为实。"

胃脘痛应与胸痹鉴别。两证均有心窝部疼痛，且呈发作性，易于混淆。但胃脘痛发作时疼痛时间较长，常与饮食有关，伴有吞酸嗳气，脘腹胀满，恶心呕吐等症状；胸痹发作时疼痛时间较短，疼痛牵引肩背，连及于臂，伴有心悸、气憋，甚至手足青紫逆冷，大汗淋漓等症。《素问·藏气法时论》："心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛。"《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》："胸痹不得卧，心痛彻背者。"《医宗必读》从胃脘痛与胸痹胸痛的部位不同进行区别，说："其与胃脘痛别者，胃脘在心之下，胸痛在心之上也。"因此，根据疼痛的部位及临床表现，两者不难鉴别。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 张景岳以理气止痛为常法。《景岳全书·杂证谟·心腹痛》："胃脘痛证，多有因食因寒，因气不顺者，然因食因寒亦无不皆关乎气。盖食停则气滞，寒留则气凝。所以治痛之要，但察其果属实邪，皆当以理气为主，宜排气饮加减主之。食滞者，兼乎消导；寒滞者，兼乎温中。若止因气逆，则但理其气，病自愈矣。"朱丹溪认为必须根据起病的新久进行辨治。《丹溪心法·心脾痛》说："大凡心膈之痛，须分新久。若明知身受寒气，口吃寒物而得病者，于初得之时，当与温散或温利之药；若曰病得之稍久则成郁，久郁则蒸热，热久必生火，《原病式》中备言之矣。若欲行温散温利，宁无助火添病耶。"《类证治裁》认为必须分清病变之在气在血，或理气，或和营，审证施治。该书说："治法须分新久，初病在经，久病入络，经主气，络主血也。初病宜温散以行气，久病则血络亦痹，必辛通以和营，未可概以香燥例治也。"总之，胃脘痛的治疗在理气止痛一法之外，寒邪犯胃者，宜温中散寒为主；饮食停滞者，宜消食导滞；肝气犯胃者，宜疏肝理气；肝胃郁热者，宜泄热和胃；痰饮胃痛者，宜化饮和胃；阴虚胃痛者，宜养阴益胃；瘀血停滞者，宜活血化瘀；脾胃虚寒者，宜健脾温中。《本草经疏》还对胃脘痛治疗的宜忌，作了较详尽的描述："胃脘痛因火者，忌补敛、燥热，宜降、苦寒、甘寒、咸寒、辛寒；因寒者，忌破气、滞腻、苦寒，宜辛温、发散；因宿食者，忌升、补敛、苦寒，宜消导兼降气；因瘀血者，忌补气、酸敛，宜辛温、苦温以行血；因血虚者，按之则痛止，忌破气，复忌补气、燥热、辛温；因恼怒者，虚弱人忌破气，壮实人忌补气，总忌酸敛，宜降气，辛温……。"

针灸治疗 以和胃顺气为主，首选任脉和足阳明经穴、俞募穴，其次为足太阴、手厥阴和足厥阴等经穴，如脾俞、胃俞、中脘、下脘、内关、梁丘、足三里、内庭和公孙等，每次3—5穴。用毫针刺，根据病情酌用补泻，一般留针20—30分钟。为巩固疗效，要求按疗程进行计划治疗。通常每日治疗1次，10—12次为一疗程。

推拿疗法 治宜理气止痛为主，并根据临床表现而辨证施治。基本治疗方法：

(1) 患者仰卧位，用一指禅推法与摩法施于中脘、天枢、气海穴，往返操作10—15分钟，然后按揉足三里。

(2) 患者俯卧位，用一指禅推法于肝俞、脾俞、胃俞、肾俞等穴，并配合拇指按法。

根据急则治标、缓则治本的原则，凡疼痛剧烈的患者，先以止痛为主，按揉脾俞、胃俞，逐渐加重力量，持续2—3分种，以左侧为主，待疼痛缓解后再按上述方法操作。寒邪犯胃痛甚者，加按揉大肠俞，擦腹部及两侧膀胱经。食积胃痛者，重点在中脘、天枢、气海穴用摩法，顺时

针方向摩15分钟。肝气郁结而致痛者，加摩膻中、期门、章门，按揉肝俞、膈俞、内关，以疏肝理气。脾胃虚寒者，着重在腰骶部用擦法。

气功疗法　气功临床上多以虚实辨证进行治疗。可采用内养功为主，配合放松功、强壮功等。通过内养功的意守下丹田达到入静，使心安神定；结合内养功特定的呼吸法，以调节气机升降，调整脾胃功能。

(1) 实症：一般宜采用内养功的第一种呼吸法，该法有和胃降浊作用，姿势以坐式为主。

(2) 虚症：一般应采用内养功第二种呼吸法，该法有健脾益胃的作用，姿势应以卧式为主。

选用姿势的原则，病弱者及练功初期以卧式为主；中期可坐卧交替；后期坐式为主，卧式为辅。病症较轻，体质尚好者，初期即可坐卧交替；中期坐式为主，卧式为辅；后期坐式为主，辅以动功。配合功法如下：

放松功：在初练内养功前，先练几分钟放松功，以促进精神和肌肉的放松，为练内养功作好准备。

强壮功：可与内养功交替应用（如每日练内养功3次，强壮功3次；或每节功中前半时练内养功，后半时练强壮功）。少数因病情复杂，如合并高血压、阵发性心动过速、喘息等，不宜练内养功者，可采用本功治疗，但疗程要适当延长一些。

保健功：在每次作内养功前后，选择数节，如叩齿、搅海、咽津、和带脉、揉丹田等，有助于调理脾胃。

太极拳：初期每日可练1次，每次20—30分钟，后期每日练2次，每日1—2小时。动静结合，有利于缩短疗程。

女性患者，在练功时出现经期提前或经量增多者，应改守中丹田膻中。如上腹疼痛不止或剧痛者，改守足趾或足心。若患者经内养功治疗，症状好转而纳谷不佳者，可采用内养功的壮式姿势，用逆呼吸法，有利于增加食欲。若泛酸明显，疼痛不止，可临时用止痛制酸类药物或针灸等方法，以利继续练功。

住院患者，每日练功4—6次，每次30—60分钟。如练功达到恬静舒适，可适当自行延长练功时间。门诊患者，可利用早中晚休息时间，每日练2—3次，每次30分钟。如练功达到恬静状态，条件允许也可适当延长练功时间。但门诊练功时间，每次不宜超过2小时，住院练功最长每次不宜超过3小时。

简易方　(1) 姜黄香附散：姜黄50克、制香附30克，研成细粉，每服3—4克，蜂蜜调下，每日2次。适用于气滞血瘀胃痛。

(2) 香橼蜜饯：将成熟香橼压扁，浸在蜂蜜中，酌量服用，每日数次。适用于气滞胃痛。

(3) 乌香散：炙乌贼骨30克、大贝母20克、青木香12克，焙干研成细粉，每服4克，蜂蜜调下，每日3次。适用于胃脘胀痛，时有泛酸者。

(4) 毕澄茄、白豆蔻各等分，研末，每服1.5—3克。适用于胃寒痛。

(5) 鸡内金10克、香橼皮10克，共研细末，每服1—2克。适用于食滞胃痛。

(6) 暖脐膏（由沉香、小茴香、乳香、肉桂、麝香等组成），每次一张，微火化开，贴脐腹。适用于虚寒胃痛。

(7) 复姜汤：玉竹15克、麦冬9克、炒山楂、石斛各10克、蒲公英18克，加清水600毫升，小火煎20分钟，头二煎混和，分2次服。适用于阴虚胃痛。

(8) 五香槟榔：槟榔六两、陈皮六钱、丁香、草豆蔻各三钱，加水和食盐适量，煎煮至药液近于干涸，停火待冷，将槟榔剁成黄豆大小碎块，饭后嚼食5—10块。适用于饮食伤胃之胃脘痛（《证治准绳》）。

(9) 佛手玫瑰茶：佛手5克切碎，玫瑰花6—10克，以沸水冲泡，代茶饮用。适用于肝气犯胃胃脘痛。

(10) 桃仁（去皮尖）三钱，生地三钱同煎，取汁去渣，入粳米二两煮粥，粥熟入桂心粉六分、红糖一两，上、下午分食。适用于瘀血停滞之胃脘痛（《太平圣惠方》）。

食疗方　(1) 白胡椒15克，猪肚一个。将胡椒捣碎，装入洗净的猪肚中，略加水，然后把猪肚两端扎紧，慢火炖熟，调味吃。每3日吃一个。适用于脾胃虚寒型胃脘痛（《常见病饮食疗法》）。

(2) 良姜炖鸡块：公鸡一只，去毛和内脏，洗净，切块，放置锅内，加入良姜、苹果各6克，陈皮、胡椒各3克，葱、酱、食盐适量，醋少许，加水以小火煨炖，熟透即可食用。适用于寒邪客胃型胃脘痛（《食物疗法》）。

(3) 饴糖豆浆：饴糖15克，豆浆1碗，混和煮沸后，空腹饮用。适用于脾胃虚寒型胃脘痛（《食物疗法》）。

(4) 卷心菜汁：新鲜卷心菜叶，如有菜心更佳，洗净捣烂，用清洁纱布包扎绞汁，餐前温服200—300毫升，每日2次，10日一疗程。适用于肝胃郁热型胃脘痛（《食物疗法》）。

(5) 三七藕蛋羹：鲜藕汁一小杯，加水适量，煮沸，外加三七粉适量与生鸡蛋一个，调制成羹，可再加少量盐和油，佐餐，每日2次。适用于瘀血胃脘痛。

(6) 苦瓜150克，切断盐腌片刻，青果50克，猪肚一个，加水炖至猪肚烂熟即成。吃肚饮汤。适用于肝胃郁热胃脘痛。

预后　胃痛的预后，一般良好。但如治疗及饮食调理不当，易反覆发作。如疼痛持续不易缓解，身体日渐消瘦，伴出血日久不止者，预后较差。突然并发大量出血，面色苍白，四肢厥冷，脉微细欲绝者，为厥脱之危证，应及时抢救。

寒凝胃脘痛

因受寒邪，过食生冷等所致的寒性胃脘痛，称为寒凝胃脘痛。临床上以脘痛剧烈，遇寒则痛益甚，得热则稍缓为特点。常伴有肢冷畏寒、苔白脉迟等症状。寒凝胃脘

痛，见《症因脉治》。

寒凝胃脘痛的病因，早在《素问·至真要大论》就有"寒厥入胃，则内生心痛"等记载。《杂病源流犀烛》中的"胃病有因外吸凉风，内食冷物，有因寒者"，均指寒邪犯胃，阳气被遏而致胃脘痛。脾胃虚寒者，凡感寒邪，尤易诱发本病，《症因脉治》所谓："其人中气向寒，偶触时令之寒，则寒凝胃口而痛。"

寒凝胃脘痛症见胃脘痛暴作，其痛呈拘急状，畏寒喜暖，温熨脘部可使痛减，口不渴，喜热饮，手足不温，或便溏，呕吐，舌苔白，脉弦紧。《症因脉治·外感胃脘痛》分析本证称："外感胃脘痛之症，向无此症，偶值时令暴寒，心下闷痛，恶寒厥冷，二便清利，口吐冷沫，此寒邪入胃，凝结痰饮食积，卒然暴痛之症也。"本证的治疗，《类证治裁·胃脘痛》认为："因客寒犯膈而猝痛者，呕逆不食，当温中散寒，大建中汤加白蔻仁。"一般均用温中散寒，行气止痛法。方用良附丸加木香、砂壳、吴茱萸、荜茇、陈皮之属，以温中散寒，理气止痛，或选天台乌药散加减。如兼见胸脘痞满，不思饮食，嗳气不舒，形寒身热，证属内有气滞，外感风寒所致，可用香苏散加味，以疏风散寒，理气止痛。若兼见胃脘胀满，嗳腐吞酸，证属兼食滞，可加枳实、神曲、鸡内金之类，以消导食滞。如外寒兼有内寒，《症因脉治》主张："先用五积散，兼散外寒；后用温胃汤，以温内寒。"五积散方用麻黄、白芷、川芎、桔梗发表散寒；干姜、肉桂温中；陈皮、茯苓、厚朴、甘草、半夏、苍术理气和胃止痛。温胃汤取人参、黄芪、甘草健脾补虚；干姜、姜黄，益智仁温中散寒；厚朴、陈皮、砂仁、白豆蔻理气和胃止痛。

针灸治疗，宜散寒止痛。选穴参见"胃脘痛"条，用毫针行泻法，或先泻后补，或针灸并施，或重用温灸法而适当配合针法。

推拿、气功及其他疗法，见"胃脘痛"条。

食滞胃脘痛

由饮食不节，食滞中阻，胃失和降所致的胃脘痛，称为食滞胃脘痛。《医宗己任篇》说："食痛者，胸膈按之痛甚，勺水不入，兼大便闭，闻谷气则欲吐。"脾胃虚弱者尤易发作。

食滞胃脘痛，见《类证治裁》。《千金要方》称食心痛。《丹溪心法》称食郁、伤食。《三因极一病证方论》称积心痛。《医宗己任篇》称食痛。《症因脉治》将其归属于内伤胃脘痛。

食滞胃脘痛的病因主要为伤食。《症因脉治·内伤胃脘痛》说："内伤胃脘痛之因，饮食不节，伤其胃口，太阴升降之令，凝结壅闭，则食积之痛作矣。"饮食所伤，包括暴饮暴食、嗜食辛辣、长期饮酒、膏粱厚味、粗糙生硬和饮食过冷过热等。如《证治汇补·伤食》引安常曰："有过食生冷瓜果鱼腥寒物者；有过食辛辣炙煿酒面热物者；有壮实人恣食大嚼者；有虚弱人贪食不化者；有饮食不调之后，加之劳力，劳力过度之后，继以不调者。"说明饮食所伤，原因多端，伤食之外又与脾胃虚弱和劳力过度等有关。若养尊处优之人，平素活动过少，亦易为酒食所伤。如《儒门事亲》："夫膏粱之人，起居闲逸，奉养过度，酒食所伤，以致中脘留饮胀闷，痞膈醋心。"其病机是，食滞中焦，胃失和降，脾不健运，升降失常，气滞中阻，不通则痛。

食滞胃脘痛，症见胃脘胀满而痛，进食则甚，脘部拒按，嗳腐吞酸，恶心厌食，或呕吐不消化食物，吐后痛减，矢气频作，或大便不爽，舌苔厚腻，脉滑实。治宜消食导滞为主。但应辨证施治，不能一律单用消导之法。如《证治汇补·伤食》篇引安常曰："凡伤食，必问所食何物，寒者热者，是喜食而太过耶，当助脾消导；或乘机困而食之耶，当补中益气；是气恼后得食，或食后着气耶，当舒气解郁，兼以消化；若病后、疮溃后、产妇、高年，凡有食滞，只宜补益消化；若概用攻下，立见倾危。"暴伤饮食所致胃脘痛者，可用吐法。如《赤水玄珠》说："饮食在膈上，未入胃者，宜吐之，经曰'在上者因而越之'，如瓜蒂散之类。"张景岳主张用平胃散加味。朱丹溪认为"伤食恶食者……用二陈汤加白术、山楂、川芎、苍术服之。"保和丸是常用的消食导滞之方，方中山楂、神曲、莱菔子消导食积，其中山楂消导肉食最佳，神曲能除陈腐之积，又能醒酒悦胃，莱菔子善消面食；半夏、陈皮、茯苓和胃化湿；连翘散结清热。本方可酌加枳实、槟榔、砂仁之类，以理气通腑而止痛。如不效，可用小承气汤加木香、香附之类，以泻下通腑。若属膏粱厚味，或辛辣酗酒，损伤脾胃，脾不运化，湿热内生，胃气不降者，症见胃脘灼痛，胸膈满闷，肢体困重，纳呆，嘈杂，吞酸，大便不爽，舌苔黄腻，脉滑。治宜理脾和胃，清化湿热，方用清脾饮加减。方中厚朴、草果、半夏、黄芩、青皮清化湿热，理气和胃；白术、茯苓、甘草健脾和胃；柴胡疏肝以和胃气。对食多又痛，食过又痛者，为食伤中气，《医宗己任篇》主张用理中汤主之。

针灸治疗，宜消食导滞，选穴见"胃脘痛"条，用毫针行泻法，或在胃脘部俞穴上施行泻法，在足三里穴上施行平针法。

推拿、气功及其他疗法，见"胃脘痛"条。

气郁胃脘痛

因情志抑郁，肝胃不和所致的胃脘痛，称为气郁胃脘痛。临床特点是胃脘痛每因情绪激动而发或症状加重，并兼有痛及两胁等症状。《类证治裁·胃脘痛》："因肝乘胃而脘痛者，气冲胁胀。"气郁脘痛，见《类证治裁》，又称怒气脘痛。《石室秘录》称胃气痛，《柳选四家医案》中称肝胃气痛，《症因脉治》将其归属于内伤胃脘痛。

本病病因，由于情志所伤，肝郁气滞不得疏泄，横逆犯胃，气滞于中，胃气不降所致。《症因脉治·内伤胃脘痛》："怒则气上，思则气结，忧思日积，气不宣行，则气滞而成痛。"《沈氏尊生书·胃痛》："胃痛……惟肝气相乘为

尤甚，以木性暴，且正克也。"如气郁迁延不愈，可出现气郁化火，火郁致痛；又肝气郁滞，气血不和，或久痛入络，胃络瘀结；肝气犯脾，脾不运化，湿热内生或痰饮内生；久痛不愈，损伤脾胃之阳，转为虚寒等证。

气郁脘痛，症见胃脘胀满，攻撑作痛，痛及两胁，嗳气频频，情绪忧悒，每因情志不舒而症加重，伴大便不畅，苔薄，脉沉弦。本病的治疗，在气郁阶段以疏肝理气为主，兼以和胃止痛，所谓"治肝可以安胃"。肝气条达，胃不受侮，则胃自安，其痛亦止。方用逍遥散或柴胡疏肝汤加减。方中以柴胡、芍药、川芎、香附疏肝解郁；陈皮、甘草理气和中。痛甚者，可合用沉香降气散，既能理气止痛，又无香燥伤津之弊。惟延胡索能活血祛瘀，故孕妇慎用。理气药多香燥，如平素肝旺，或舌质转红，则当慎用，免伤胃津，反致脘痛缠绵不愈。嗳气频频者，柴胡疏肝汤加沉香、旋覆花以顺气降逆。因外寒诱发者，加苏叶、桂枝之类，以散寒通阳。挟食中阻，脘胀，纳呆，苔腻者，加神曲、麦芽、鸡内金之类，以消导和胃。泛吐酸水，时时嘈杂者，加煅瓦楞子、乌贼骨、左金丸之类，以平肝和胃敛酸。

针灸治疗，宜疏肝和胃，选肝俞、胃俞、足三里、太冲或中脘、幽门、内关、大敦等穴，用毫针行泻法，或在足厥阴经穴上行泻法，而在其他经穴上施行先泻后补或平针法。

推拿、气功及其他疗法，见"胃脘痛"条。

火郁胃脘痛

由肝胃郁热化火所致的胃脘痛，称为火郁胃脘痛。临床以胃脘灼痛，胸闷胁胀，口干口苦，情绪急躁，嘈杂吞酸，大便秘结等为特征。小儿患此，其症常哭叫、心烦、口渴、尿赤。

火郁胃脘痛，见《类证治裁》，又称火心痛。《千金要方》中的热心痛大抵亦属此类，《症因脉治》将其归入内伤胃脘痛类。

火郁胃脘痛多由情志所伤，肝郁气结，气郁化火犯胃所致。《医醇賸义·肝气作痛》："肝为将军之官，其体阴，其用阳，故为刚脏。一有郁结，气火俱升，上犯胃经。"亦有因膏粱厚味，辛辣炙煿，损伤脾胃，湿热内生，郁积日久化火，此即积热脘痛。如《症因脉治·内伤胃脘痛》说："七情六欲之火，时动於中，膏粱炙煿之热，日积于内，热久成燥，积热之痛作矣。"《丹溪心法·心脾痛》说："若曰病得之稍久则成郁，久郁则蒸热，热久必生火。"火性炎上，故有脘痛烧灼样感。

火郁胃脘痛，症见胃脘灼痛，痛势急迫，胸闷胁痛，烦躁易怒，嘈杂吞酸，口干而苦，喜食凉饮，目赤头痛，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄或黄腻。治宜解郁清火，泄热和胃，方用化肝煎合左金丸加减。化肝煎中用青皮、陈皮、芍药疏肝和胃；丹皮、栀子清肝泄热；泽泻淡渗湿热；贝母化痰散结。肝郁症状显著者，可用丹栀逍遥散，疏肝柔肝，兼以开郁。《丹溪心法》说："大概胃口有热而作痛者，非山栀不可，须佐以姜汁。"《类证治裁》认为："火郁致痛，发则连日，脉必弦数，当苦辛泄热，姜汁炒黄连、山栀泻火为君，香附、川芎、陈皮、枳壳开郁为臣，反佐炮姜，从治为使。"伴见吐酸水者，以左金丸为主方，加白螺蛳壳、瓦楞子等，抑酸和胃。嘈杂者，见似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，胸膈懊侬，莫可名状等症状，用温胆汤加黄连、山栀之类。肝火郁久，出现口干舌燥，舌红少苔，苔黄少津者，治宜清肝泄火，滋阴养肝，方用滋水清肝饮。方以六味地黄汤滋肝肾之阴；用柴胡、白芍、当归、山栀、大枣柔肝清肝。病久伤阴，舌红少液，用一贯煎，养阴泄肝。

针灸治疗，小儿热病用清胃散合金铃子散加减。

宜泄热和胃，选中脘、合谷、足三里和内庭等穴，用毫针行泻法，不用灸法。

推拿、气功及其他疗法，见"胃脘痛"条。

瘀血胃脘痛

由胃经脉络瘀阻所致的胃痛，称为瘀血胃脘痛。其特点是痛有定处，拒按，或见吐血、黑便等症状。《医学三字经》说："瘀血作痛，痛如刀割，或有积块，脉涩。"

瘀血胃脘痛，见《东医宝鉴》。《赤水玄珠》称死血胃脘痛。所谓"死血"，即指停积之瘀血。《医宗己任篇》称血痛。

瘀血胃脘痛多先由肝郁气滞，气滞日久，血络为之阻滞，遂致瘀阻胃络。《清代名医医案精华·王旭高医案》："肝胃气痛，痛久则气血瘀凝。"或劳伤过度，损伤胃络，瘀血内停。如《类证治裁·胃脘痛》说："伤力脘痛，为瘀血停留。"或火郁胃经，阴血受其煎灼，血络受损，造成瘀滞。如《症因脉治·内伤胃脘痛》说："伤其阴血，则停积于中，而成死血之痛。"亦有因劳倦内伤，元气亏损，无力推动血运，此气虚成瘀。另外，各种类型的胃脘痛，日久不愈，病变由气入血，皆可成本证。《类证治裁·胃脘痛》："痛久不愈，必入血络。"一般来说，胃经脉络瘀阻，易出现吐血、黑便，而离经之血俱可成瘀，从而进一步加剧血瘀阻络，使病变缠绵，不易速愈。

瘀血胃脘痛，症见胃脘刺痛，或痛如刀割，痛有定处而拒按，疼痛剧烈时可见肢凉，汗出，痛彻胸背，或反覆吐血、便黑，舌质紫黯或有瘀斑点，脉细涩。治疗原则是活血化瘀，选用失笑散、丹参饮、金铃子散等，以活血化瘀，理气止痛。具体治疗时尚需审因立法。兼见胁胀腹满，得矢气、嗳气好转者，此气滞而血瘀，当用理气活血之法，可用上方加香附、乌药、木香等，以加重理气散郁。三棱汤亦相宜，方中三棱、莪术、当归活血行瘀；白术、木香、槟榔理气健脾。

若兼见舌红苔黄，口干舌苦，便秘溲赤，为火郁灼营致瘀，治宜泄热清火，活血和营，《症因脉治》用神芎汤治之。方中大黄、黄芩、黑丑清胃火使之下趋；滑石甘寒清

热；薄荷散郁凉润；川芎活血止痛。若见吐血黑便，加用炒蒲黄、参三七、白芨等止血之品。若失血日久，出现倦怠少气，唇白舌淡，脉细弱，用归脾汤加减。若因脾胃虚弱，气不摄血，血行脉外，而致血瘀，用当归补血汤合黄土汤，补气摄血止血。

针灸治疗，宜理气活血。取穴见"胃脘痛"条，并加膈俞、脾俞和血海等穴。

推拿、气功及其他疗法，见"胃脘痛"条。

痰积胃脘痛

因痰饮停积脾胃所致的胃痛，称为痰积胃脘痛。临床以胃脘闷痛，呕恶痰涎，纳呆，苔腻为特征。《症因脉治·内伤胃脘痛》："内伤胃脘痛……背心一片如冰，恶心呕吐，吐出涎痰稍缓，此痰饮症也。"

痰积胃脘痛，名见《类证治裁》。《症因脉治》称痰饮痛，《医宗己任篇》称痰痛。

本证的病因，《诸病源候论·脾胃诸病》说："停水积饮，在胃脘则脏冷，脏冷则脾不磨，脾不磨则宿食不化。"该书"痰饮候"进一步剖析其病机说："痰水结聚在胸府膀胱之间，久而不散，流行于脾胃，脾恶湿，得水则胀，胀则不能消食也。"说明停痰留饮，影响脾胃升降输化，导致胃脘痛；又痰饮为阴邪，痰饮内停，阳气被遏，而成胃脘痛。反之，如脾胃虚弱，健运失职，水湿内生，清者不升，浊者不降，停蓄为饮，凝聚为痰，积留中焦，进而引起胃脘痛。

痰积胃脘痛，症见胃脘阻闷而痛，食后尤甚，食纳量少，恶心，或呕吐痰涎，腹中漉漉有声，或伴有头昏目眩，心悸，气短，不欲饮水，舌苔白腻，脉多弦滑。治宜健脾和胃，蠲饮除痰，方用胃苓汤加减。方中白术、苍术健脾除湿；陈皮、甘草调中和胃；厚朴通利三焦；茯苓、泽泻、猪苓利湿除饮；桂枝温中以助阳化湿。若胃胀闷，食后尤甚，呕吐饮食或痰涎，食则即吐或朝食暮吐，系因中焦阻塞，胃气不降，饮食不下，停积于胃所致。治宜温中化饮，和胃降逆，方用苓桂术甘汤合二陈汤加味，酌加吴茱萸、川椒、神曲、麦芽之类，温中消食。《张氏医通》认为："痰积作痛，脉滑而实，恶心烦满，时吐酸水。此因气滞碍其道路，不得运行而作痛。清中汤加香附、苍术、南星、滑石、木香、海石之类；如痰甚者，导痰汤加白螺蛳壳。"

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"胃脘痛"条。

中虚胃脘痛

脾阳不振或胃阴不足所致的胃脘痛，称为中虚胃脘痛。临床以胃脘绵绵隐痛，喜按，脉细为特点。《素问·调经论》："虚者，聂辟气不足，按之则气足以温之，故快然而不痛。"《杂病源流犀烛·胃病源流》："胃痛必有虚实，总以按之痛止者为虚，按之痛反甚者为实。"

病因多因禀赋不足，阳气虚衰，或中阳不振，偶遇劳累，稍触寒邪，即能诱发胃脘疼痛。或因胃痛日久，郁热伤阴，或因肝胃阴虚，或因过食辛辣，损伤胃阴，或因温病从热之后，胃阴亏虚，均可使胃失润降，而致胃脘疼痛。

中虚胃脘痛的治疗，应以补中为主；脾阳不足者以健脾温中为主；胃阴不足者以滋阴养胃为主。

脾胃虚冷胃脘痛：见《太平圣惠方》。《类证治裁》所说"因胃阳衰而脘痛"，《医醇賸义》称"胃寒作痛"，皆是脾胃虚寒所致。《症因脉治》将其归属于内伤胃脘痛。症见胃脘部隐隐作痛，痛时喜按，得暖则缓，遇凉则重，受寒、饮食不节、劳累等每易复发。兼见面色萎黄不华，消瘦，倦怠乏力，四肢不温，呕吐清涎，大便溏薄，舌质淡，脉沉细。因劳倦伤脾，中阳受损；或素体阳虚，中阳不运；或因久泻，脾阳受戕；或因他脏有病，累及脾胃，日久脏气虚寒，寒凝气机所致。治宜健脾益胃，温中散寒，方用黄芪建中汤加减。方中黄芪、炙甘草、大枣健脾益胃，补益中气；桂枝、生姜温中散寒；白芍缓急止痛。痛发之时，可合用良附丸，以温中止痛。脘腹胀闷，纳少者，加枳壳、砂仁理气宽中。吐酸量多者，加海螵蛸、煅瓦楞子以制酸。呕吐清涎者，加半夏、吴茱萸温中降逆。痛止之后，宜常服香砂六君子汤调理之。如脾胃虚寒，而肝有郁热，其症除胃脘痛外，并见吞酸呕吐，时觉饥嘈，食则不舒，四肢不温，口苦而粘，舌边红绛，苔白中黄，脉弦细者，宜用升阳益胃汤加减。

阴虚胃脘痛：《医醇賸义》称"胃虚作痛"。症见胃脘隐痛或灼痛，午后较甚，嘈杂，心中烦热，口干，口舌糜烂，手足心热，消瘦，大便干燥，舌质红，苔黄少津，脉弦细。由胃痛日久不愈，郁热伤阴，胃阴不足，胃失润降所致。治宜养胃阴，清胃热，方用养胃汤加减。方中沙参、麦冬、玉竹养胃阴；桑叶能清肝胃之热；生扁豆补脾益胃；甘草和中止痛。可加石斛、知母之类，以养胃阴而清热。吐酸嘈杂者，加用左金丸，以黄连清胃热，吴茱萸辛以散郁，郁散则火随之而泄。若胃阴虚，而热不明显者，可用益胃汤加减，以养胃阴为主。

此外，如胃痛隐隐，脘胀为甚，劳累则发，平卧则缓，脉象虚软者，属中气不足，运化无权。治宜补中益气，方选补中益气汤、香砂六君子丸等。

针灸治疗，宜培土健中。选胃俞、内关、阴陵泉和公孙等穴，用毫针行补法，宜多灸、重灸。

推拿、气功及其他疗法，见"胃脘痛"条。

胁痛

一侧或两侧胁肋疼痛，称为胁痛。临床上比较多见。两胁乃肝胆之分野，为足厥阴、足少阳两经循行所过，故发病常与肝、胆疾患有关。又因心、肺、脾、肾等脉，亦行达胸胁、胁腹等部，故诸脏病变亦可发生胁痛。《景岳全书·杂证谟·胁痛》："胁痛之病本属肝胆两经，以二经脉皆循胁肋故也。然而心肺脾胃肾与膀胱亦皆有胁痛之病，

此非诸经皆有此证，但以邪在诸经，气逆不解，必以次相传，延及少阳厥阴，乃致胁肋疼痛。故凡以焦劳忧虑而致胁痛者，此心肺之所传也；以饮食劳倦而致胁痛者，此脾胃之所传也；以色欲内伤，水道壅闭而致胁痛者，此肾与膀胱之所传也。传至本经，则无非肝胆之病矣。”

本证可见于现代医学多种肝胆疾患，如病毒性肝炎、肝硬化、肝癌、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症及肋间神经痛等。

胁痛名出《内经》。《灵枢·五邪》曰：“邪在肝，则两胁中痛。”《素问·缪刺论》曰：“邪客于足少阳之络，令人胁痛不得息。”《内经》及其后历代文献，根据胁痛的不同部位，有季胁痛、左胁痛、右胁痛。《杂病源流犀烛》还谈到肢胁肋痛等。

病因病机 历代医家有不少论述。《内经》认为胁痛主要由肝胆两经病变所引起，但与风、热、瘀等也有一定关系。《素问·举痛论》：“寒气客于厥阴之脉，……则血泣脉急，故胁肋与少腹相引痛矣。”《素问·刺热》：“肝热病者……胁满痛，手足躁，不得安卧。”《灵枢·五邪》：“邪在肝，则两胁中痛……恶血在内。”后世医家对胁痛的病因病机作了进一步的阐发。如《诸病源候论·胸胁痛候》指出：“邪气乘于胸胁，故伤其经脉，邪气之与正气交击，故令胸胁相引而急痛也。”《丹溪心法·胁痛》说：“胁痛，肝火盛，木气实，有死血，有痰流注，肝急。”《医学正传·胁痛》：“盖心生血，肝纳血，因大怒而血不归经，或随气而上出于口鼻，或留于本经而为胁痛。又或岁木太过，而木气自甚，或岁金有余，而木气被郁，皆能令人胁痛……或有清痰食积，流注胁下而为痛者；或有登高坠仆，死血阻滞而为痛者；又有饮食失节，劳役过度，以致脾土虚乏，肝木得以乘其土位，而为胃脘当心而痛，上支两胁痛。”《医学入门·胁痛》认为左右胁痛，其病因不一。说：“胁痛本是肝家病，宜分左右审实虚，左为怒火与死血，右食痰饮七情居，两胁常兼左右症。”张景岳将胁痛病因分为外感和内伤两大类。《景岳全书·杂证谟·胁痛》说：“胁痛有内伤外感之辨。凡寒邪在少阳经，乃病为胁痛，耳聋而呕，然必有寒热表证者方是外感。如无表证悉属内伤。但内伤胁痛者，十居八九；外感胁痛者，则间有之耳。”《症因脉治·胁痛论》：“内伤胁痛之因，或痰饮悬饮，凝结两胁；或死血停滞胁肋；或恼怒郁结，肝火攻冲；或肾水不足，龙雷之火上冲；或肾阳不足，虚阳上浮，皆成胁肋之痛矣。”《证治汇补·胁痛》说：“因暴怒伤触，悲哀气结，饮食过度，风冷外袭，跌仆伤形，叫呼伤气，或痰积流注，或瘀血相搏，皆能为痛。至于湿热郁火，劳役房室而病者，间亦有之。”《杂病源流犀烛·肝病源流》：“今肢胁肋痛，固由于肝邪之实，而所谓肝邪者，不越气、血、食、痰、风寒五端。试先言丘者之由，再详症之所属。一曰气郁，由大怒气逆，或谋虑不决，皆令肝火动甚，以致肢胁肋痛；一曰死血，由恶血停留于肝，居于胁下，以致肢胁肋痛，按之则痛益甚；一曰痰饮，由痰饮流注於厥阴之经，以致肢胁肋痛，痛则咳嗽气急；一曰食积，由食停胁下，有一条扛起，以致肢胁肋痛；一曰风寒，由外感风寒之邪，留着胁下，以致肢胁肋痛。此五者，皆足致痛。而惟怒气瘀血居多也。”因肝主疏泄，性喜条达。若外感风、寒、湿、热、疫疠诸邪，或内因情志失调，均可导致络脉失养，肝络不和，肝胆疏泄不利，气血凝滞而发胁痛。胁痛的常见病因，可归纳为以下几个方面：

肝气郁结：由于情志抑郁，恼怒伤肝，使肝失条达，疏泄无权，气滞胁痛。

瘀血停着：由于气郁日久，或跌仆伤络，以致气滞血瘀，络脉阻痹，不通则痛。

肝阴不足：由于久病体虚，或劳欲过度，耗血伤精，致使络脉失养而致胁痛。

肝胆湿热：由于外邪内侵，或饮食不节，使湿热蕴结于肝胆，肝络失和，疏泄无权而致胁痛。

外感风寒：由于起居不慎，感冒风寒之邪，留滞胁下，或外邪初感直中少阳，均可致胁肋疼痛。

一般根据胁痛的病因病机来分类，其中《景岳全书》和《症因脉治》均以外感胁痛和内伤胁痛分类。属外感胁痛的，主要指外受风、寒、暑、湿等邪所引起的胁痛，常伴恶寒发热，头痛，咳嗽等兼证。常见的有《丹溪心法》的湿热胁痛，《医学纲目》及《症因脉治》的运气胁痛、肺邪胁痛，《杂病源流犀烛》和《类证治裁》的风寒胁痛，即后世所称的感冒胁痛，以及目前临床上所称的暑热胁痛、暑湿胁痛等。属内伤胁痛者，主要指由七情郁结，或恼怒伤肝，肝火上冲，或瘀血内结，气机不疏，或痰饮食积等所引起的胁痛。常见的有《医方考》的肝气胁痛，《证治准绳》的停饮胁痛，《金匮翼》的肝郁胁痛、肝虚胁痛、肾虚胸胁痛、肝火胁痛、污血胁痛，以及《杂病源流犀烛》的气郁胁痛、食积胁痛等。目前临床上多按外感胁痛和内伤胁痛进行分类。

辨证 除辨明外感胁痛和内伤胁痛外，并须结合气、血、虚、实及经络学说进行辨证。外感胁痛者，常伴恶寒，发热，咳嗽，或寒热往来，胸胁苦满，或发热较甚，口渴有汗，或身热不扬，头重肢倦等症。内伤胁痛较为多见。气滞胁痛者，以胀痛为主，痛无定处，常伴有情志抑郁，胸闷不舒，嗳气，妇女乳房作胀，二便不利等症；血瘀胁痛者，以刺痛为主，痛有定处，入夜更甚，常伴有面色晦滞，舌唇青紫，或有瘀斑点，或胁下有痞块等症；血虚胁痛者，以隐痛为主，绵绵不已，或时作时止，常伴有遇劳后或忍饥后辄复发的特征，或兼见口干，舌红，眩晕，潮热，心烦，脉细等阴虚内热证候；至于肝胆湿热实证的胁痛，往往以疼痛剧烈，阵发加剧，拒按等症为主，常伴有口苦、苔黄、尿赤、便秘、胸闷、纳呆或黄疸等症。《证治汇补·胁痛》：“胁痛宜分左右，辨虚实。左胁痛者，肝受邪也。右胁痛者，肝邪入肺也。左右胁胀痛者，气滞也。左右胁注痛有声者，痰饮也。左胁下有块作痛，夜甚者，死血也。右胁下有块作痛，饱闷者，食积也。咳嗽引痛，喘急发热者，痰结也。

时作时止,暴发痛甚者,火郁也。满闷惧按,烦躁多怒者,肝实也。耳目眡䀮,爪枯善恐者,肝虚也。隐隐微痛,连及腰胯,空软喜按者,肾虚也。胁痛咳嗽腥臭,面赤唾痰者,肺气伤也。胁内支满,目眩,前后下血者,肝血伤也。两胁揺急,腰腿疼痛,不能转侧者,湿热郁也。胸右近胁一点刺痛,内热咳嗽者,肺痈也。"可供临床辨证参考。古代医家对胁痛的辨证,还有左血右气,左肝右肺,左阳右阴之说。如《医学入门·胁痛》:"左右者,阴阳之道路。左肝阳血阴,右肺阴气阳,在气在血何以辨之?但察其有形无形可知之矣。盖血积有形而不移,或坚硬而拒按,气通流行而无迹,或倏聚而倏散,若食积痰饮,皆属有形之证,自可辨识。"此外,《医学入门·胁痛》中把胁痛的危重病证称为干胁痛:"虚甚成损,胁下常一点痛不止者,名干胁痛。甚危。"而将胁痛久久不止而成积者,称为肥气和息贲:"胁痛二三年不已者,乃瘀痰结成积块,肝积肥气,肺积息贲,发作有时。"《杂病源流犀烛·肝病源流》也说:"肝之积,曰肥气。在左胁下,状如覆杯,有足,似龟形,久则发咳呕逆,脉必弦而细。皆肝家气血两虚,肝气不和,逆气与瘀血相并而成。治法宜和肝散结。"

胁肋与上腹、胸、腰等部位相邻。临床必须与胃脘痛、胸痛、心痛及腰痛相鉴别。若在上腹部即心窝部疼痛,属胃脘痛,常伴嗳气,吞酸,呕吐等症状(见"胃脘痛"条)。若两胸部疼痛而牵引胁肋痛者,须与肺痈咳嗽相鉴别。若左侧胸部突发疼痛难忍者,须与心痛相鉴别(见"心痛"条)。若肋缘下,腰背部疼痛,则属腰痛(见"腰痛"条)。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 主要按外感、内伤、虚证、实证等辨证施治。《杂病源流犀烛·肝病源流》对胁痛的治疗,论述较全面,指出:"胁痛多半是实,不得轻予补肝,能令肝胀也。治实大忌柴胡,若川芎则必用。暴怒伤血,必和血,死血阻滞,必日轻夜重,午后发热,脉短涩,当祛瘀,有块必消块,以上左病。气痛须调气,有痰须导痰,食积当消导,以上右病。此气血食痰分见于左右者也。若风寒,则不论左右皆有,稔知外感之邪,必表散。有两边俱痛者,则于前药加减参用。痛甚,加醋少许。此皆治实之法也。亦有痛时目䀮䀮无见,耳无闻,善恐,如人将捕之者,其脉必虚,切不可作实治。须看大便,大便通和,咳嗽,肝火侮肺金也。若连胸腹胀痛,大便不通,为瘀血停滞,须先通之,随即用补益。又或酒色过度,当胁一点痛不止,名干胁痛,甚危,惟大补气血而已。此皆治虚之法也。"综合各家之说,治胁痛须掌握以下几点:因外感风寒、暑湿、湿热、疫疠等邪而发胁痛者,治宜祛散外邪为主;内伤胁痛的治疗较复杂,必须灵活辨证用药。以肝气郁滞为主者,治宜疏肝理气;气郁犯火者,可加用牡丹皮、山栀等药;肝实胁痛,治宜泻肝泄热去其实;肝虚胁痛,治宜补益肝肾,滋阴养血;蓄血胁痛,治宜祛瘀通络;食积胁痛,治宜消食化积;痰饮胁痛,治宜导痰蠲饮。檗气胁痛的治疗,虚证治宜健脾温消,实证治宜去着消积。

针灸治疗 因病位在胁部,属于肝、胆经脉分布的区域,因此,针灸治疗以选用俞募和足厥阴、手足少阳经穴为主,如肝俞、胆俞、期门、日月、章门、支沟、阳陵泉、阳辅、丘墟和行间等,每次用其中3—5穴。实证,用毫针刺行泻法;虚证,用毫针刺行补法,并可酌加灸法。

电针法:常选期门(右)、日月(右)、内关和阳陵泉等。疼痛剧烈,胆囊肿大者,酌情加胆俞、巨阙透腹哀(右)。每次2—4穴。单用期门、日月亦有效。一般要求较强针感,用电针仪通电(疏密波)60分钟。使用电流量以患者最大耐受量为度。每日治疗1—2次。起针后口服50%硫酸镁40毫升,每日1次,10日为一疗程。

耳针法:选胸、肝、胰、胆、耳神门等穴,用中强刺激,留针30分钟。

推拿疗法 肝气郁结者,双手拇指点按肝俞、胆俞、肩井,以通经活血,疏肝理气,用疏胁开胸顺气法。点按章门法,以疏肝解郁,活血止痛;用提拿足三阴法,点按阳陵泉、太冲、绝骨,以疏肝泄热。瘀血停着者,双手拇指点按肝俞、胆俞,以疏肝利胆,通经活络;用疏胁开胸顺气法,以疏肝解郁,通经活络;用提拿足三阴法,掐点侠溪至阴法,以活血化瘀止痛。肝阴不足者,以双手拇指点按肝俞、三焦俞,以疏肝柔肝,活血化瘀;用提拿足三阴法点按阳陵泉、太冲、绝骨,以疏利肝胆,养血柔肝。

简易方 (1) 小茴香一两(炒),枳壳五钱(麸炒),为末,每服二钱,盐酒调下(《袖珍方》)。

(2) 旋覆花水煎服。

(3) 荔枝核10克,木香10克。荔枝核用盐水炒,木香研末,共研末后和匀。每服3克,日服一至二次,温开水或酒送服。

以上均适用于肝气郁结胁痛。

食疗方 (1) 橘皮粥:橘皮10克(鲜品30克),粳米50—100克,生姜汁少许。先将橘皮煎取药汁,去渣,加入粳米煮粥。或将橘皮晒干,研为细末,每次用3—5克,调入已煮沸的稀粥中,并加姜汁,再同煮为粥。适用于肝气郁结胁痛(《饮食辨录》)。

(2) 加味车前叶粥:鲜车前叶30—60克,香附6克,葱白1茎,粳米50—100克。先煎鲜车前叶,取汁煮粥,沸后入香附末及葱茎,亦可调入适量白糖食用。适用于肝胆湿热胁痛(《圣济总录》)。

(3) 沙参枸杞粥:沙参15—20克,枸杞15—20克,玫瑰花3—5克,粳米100克,冰糖适量。先煎沙参取汁去渣,再与粳米、枸杞同煮粥,粥熟,入玫瑰花稍煮片刻,调入白糖食用。日服1—2次。适用于肝阴不足胁痛。

(4) 鸡骨草煲田螺:用鸡骨草30—60克,田螺250—400克。先用清水养田螺24—84小时,勤换水去除污泥,用柴刀斩去田螺笃少许,与鸡骨草一起煲汤饮用。

预后 胁痛的预后,无论外感或内伤胁痛,如能及时有效地治疗,一般预后较好。但亦有部分患者,湿热内

蕴，痛势急重，变证较多，或胁痛迁延不愈，迅疾演变为癥瘕积块等，则预后不佳。

外感胁痛

外感风寒、暑热、湿热、疫疠等邪引起的胁痛，称为外感胁痛。其临床特点是胁痛而见外感症状。外感胁痛名见《景岳全书·胁痛》。

外感胁痛的病因病机，多由于风寒湿热，或燥火之邪侵袭少阳，使经络阻滞，气血失于宣畅而致胁痛。

外感胁痛的治疗，以解表为先，若见正虚者，须扶正祛邪。如《景岳全书·杂证谟·胁痛》篇说："外感证，邪在少阳，身发寒热而胁痛不止者，宜小柴胡汤、三柴胡饮，或河间葛根汤之类，酌宜用之；若外邪未解而兼气逆胁痛者，宜柴胡疏肝散主之；若元气本虚，阴寒外闭，邪不能解而胁痛畏寒者，非大温中饮不可。"由于病因不同，临床症状不一，常见的外感胁痛有以下几种：

风寒胁痛：见《杂病源流犀烛》。症见恶寒发热，胁肋疼痛，咳嗽，头痛，耳聋，口苦干呕，舌苔薄白腻或薄黄，脉弦。病由起居不慎，感受外邪，邪由表而袭于少阳之络，致络脉阻滞，不能宣通。治宜疏散和解为主，方用小柴胡汤。若肌表风寒之邪未解，可用柴胡羌活汤；若邪热与痰火郁结于少阳，必兼见咳唾，右胁痛，舌红苔黄，口干苦等症，宜小柴胡汤加胆星、海蛤壳、海浮石、青黛等清热化痰之品；若寒邪袭肺，或水饮内停，或邪热灼肺，使肺络受伤，症见恶寒发热，咳嗽气喘多痰，胁肋刺痛，或咳引胁痛，脉浮苔白，治宜发汗蠲饮，用小青龙汤加减；若咯痰腥臭，面赤热甚，脉数苔黄，宜清肺涤痰，方用《千金》苇茎汤。

运气胁痛：见《医学纲目》。症见卒然起病，暴发寒热，胁肋刺痛，沿门相似，或在一边，或在两胁，痛不已，胀及遍身，甚则指甲紫黑而死，苔薄白或腻，脉弦数。病由天行岁运，胜复之气太过，使相火太旺，肝胆自病；君火太过，则子病累母，肝胆亦病；燥火用事，金病克木，肝胆亦病。三者可致肝胆之气怫郁，而发两胁暴痛等症。风邪所胜者，治宜疏散为主，方用大柴胡汤加减，或独活败毒散治之；若系燥金攻肝虚而痛者，则宜酌加黄柏、知母、熟地、龟甲、川楝子等药。

湿热胁痛：见《丹溪心法》。症见发热恶寒，胁肋胀痛，口苦而腻，胸闷纳呆，恶心呕吐，皮肤面目俱黄，神疲乏力，大便不爽，小便黄赤，舌红，苔黄腻，脉浮数。病由外邪入侵，湿热之邪蕴结肝胆，疏泄不利，故发胁痛。治宜清利湿热为主，方用龙胆泻肝汤。凡肝经实火，津液未伤者，可适当选用，并可加川楝子、玄胡索、广木香等疏肝理气药；胁痛剧烈，呈绞痛样发作者，可加金钱草、海金砂、玄明粉、大黄等药；吐蛔而剧痛者，可用乌梅丸以安蛔；胁痛而见头晕目眩，胸腹胀满，大便秘结，小便赤涩等肝胆实火甚者，可用当归龙荟丸；夏令暑热病而见胁痛者，宜解暑热而兼清肝胆，用六一散加西瓜翠衣、丝瓜络、山栀、茵陈、川楝子之类。

针灸治疗，宜清泄湿热，疏利肝胆。以足厥阴、手少阳和足少阳等经穴为主，选肝俞、日月、支沟、丘墟、阴陵泉和太冲等穴，用毫针刺行泻法，一般不用灸法。

其他治疗，见"胁痛"条。

内伤胁痛

因各种内因所引起的胁痛，称为内伤胁痛。见《景岳全书》。

内伤胁痛多由肝郁气滞、气郁化火、瘀血内阻、痰饮内停、肝肾亏虚或食滞内停所致。《症因脉治·胁痛论》指出："内伤胁痛之因，或痰饮悬饮，凝结两胁，或死血停滞胁肋，或恼怒郁结，肝火攻冲，或肾气不足，龙雷之火上冲，或肾阳不足，虚阳上浮，皆成胁肋之痛矣。"

内伤胁痛的治疗须辨虚实。若见胁肋疼痛如刺，痛处不移，伴烦躁易怒，或身热口渴，大便不畅等症者，属实证。治宜祛实为主，可用疏肝解郁，活血祛瘀，涤痰化饮等法。若见胁痛日久，疼痛不剧，遇劳则甚等症者，属虚证。治宜扶正为主。

常见的内伤胁痛大致有如下几种：

肝郁胁痛：《杂病源流犀烛》称气郁胁痛。症见两胁疼痛，胸膈痞塞，筋脉拘急，腰脚重滞，甚则疼痛难忍，烦躁易怒，纳呆腹胀，大便不畅，舌红，苔黄腻，脉弦。病由郁怒伤肝，肝气郁结，肝木疏泄不利所致。《金匮翼·胁痛统论》："肝郁胁痛者，悲哀恼怒，郁伤肝气，两胁骨疼痛，筋脉拘急，腰脚重滞者是也。"治宜疏肝解郁，理气止痛，方用枳壳煎散。可加川楝子、延胡索、郁金、广木香等药。又有较肝郁胁痛略轻者，称为肝气胁痛。其名见《医方考》。症见胁肋胀痛，胸闷纳少，疼痛部位游窜不定，时发时止，嗳气后胁痛略减，情志不舒则疼痛加剧，苔薄白，脉弦细。病因为气机郁结，肝失疏泄所致。治宜疏肝理气，方用柴胡疏肝汤、逍遥散等。

肝火胁痛：症见两胁疼痛，痛引少腹，有时剧烈疼痛，善怒，口苦且酸；或伴烦热，或渴，或两便热涩不通，舌质红，苔黄腻。病由气郁化火，肝胆疏泄不利，络脉阻滞而发。《金匮翼·胁痛统论》说："肝火盛而胁痛者，肝气实也。"《诸病源候论·肝病候》："肝气盛……则病目赤，两胁下痛引少腹，善怒，气逆则头眩，耳聋不聪，颊肿，是肝气之实也。"治宜清泄肝胆实火，方用当归龙荟丸，也可用龙胆泻肝汤。

瘀血胁痛：症见胁肋疼痛如刺，痛处不移，入夜痛甚，或见痞块，大便坚黑或秘结，舌质紫黯，或见瘀斑，脉沉涩。病由肝脾气滞，久病入络，血行瘀阻；或跌扑闪伤，瘀血内停胁下所致。《金匮翼》称污血胁痛。《杂病源流犀烛·肝病源流》称死血胁痛："一曰死血。由恶血停留于肝，居于胁下，以致胠胁肋痛。按之则痛益甚。"治宜活血

化瘀为主，方用血府逐瘀汤。方中当归、赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀；柴胡、枳壳疏肝理气。可加川楝子、延胡索、参三七等药。若瘀血结久，胁下有痞块者，可加三棱、莪术、穿山甲、地鳖虫等，以增强破瘀消积之力。

痰饮胁痛：见《症因脉治》。症见两胁疼痛，常伴咳嗽气急，咯痰，甚则漉漉有声，转侧时胁痛加剧，舌苔白滑，脉弦。病因水饮痰浊流注肝经，气机痹阻而发。《证治准绳》称停饮胁痛。《金匮要略》称悬饮胁痛。《杂病源流犀烛·肝病源流》论述胁痛病因时指出："一曰痰饮。由痰饮流注于厥阴之经，以致胠胁疼痛，痛则咳嗽气急。"治宜涤痰逐饮，方用导痰汤加竹沥、白芥子、苏子等。咳引胸痛者，加青皮、香附等；痰注胁痛者，宜控涎丹加南星、川芎、苍术、米仁等，也可用调中顺气丸。

肝虚胁痛：症见胁痛日久，隐痛绵绵，两胁拘急，口干咽燥，心中烦热，头晕目眩，爪甲枯，面青，善悲易恐，遇劳则甚，忍饥即发，舌红少苔，脉弦细数。多因久病体弱，劳欲过度，或失血太多，以致肝肾不足，肝脉失养而成。《金匮翼》卷六："肝虚者，肝阴虚也。阴虚则脉绌急，肝之脉贯膈布胁肋，阴虚血燥，则经脉失养而痛。"《景岳全书·杂证谟·胁痛》亦称此证为"肝肾精虚"。治宜补肝养血，方用补肝散、一贯煎治之。胁痛牵引腰背者，可用六味地黄丸。

食积胁痛：见《医学入门》。症见胁肋疼痛，脘腹胀痞，胸闷不舒，恶心不思食，或见胁下有一条状扛起，纳呆，大便不畅，舌苔厚腻，脉滑实。病由饮食不节，食滞内停，气机壅滞不畅所致。治宜消积导滞，方用保和丸或消食丸。此外，《医学刍言》有关于季胁疼痛的论述。季胁部即肋软骨处，如疼痛绵绵不止，胆怯善惊，头昏目眩，耳鸣，舌红少苔，脉弦数，系由肝气虚弱所致，治宜益气养肝，常用四君子汤合乌梅丸加减。若见烦热口干，季胁部持续隐痛，舌红少津，苔剥，脉弦数等肝血虚证，宜用一贯煎治之；由肾虚所致者，宜加减八味丸。《医学入门·胁痛》中还有干胁痛的记载，系胁痛之危重病证，曰："虚甚成损，胁下常一点痛不止者名干胁痛，甚危。八物汤加木香、青皮、桂心。有火去桂加山栀，或吴萸水炒黄连。"

针灸治疗，若肝郁胁痛，宜疏肝理气，以选足厥阴、足少阳等经穴和背俞为主，如肝俞、胆俞、期门、太冲、阳陵泉、丘墟等穴，用毫针刺行泻法，或平针法。瘀血胁痛，宜活血散瘀，理气止痛，选手少阳、足少阳和足厥阴等经穴及背俞为主，如膈俞、肝俞、期门、支沟、阳陵泉、行间和三阴交等穴，用毫针刺行泻法，并可配合灸法。

其他治疗，见"胁痛"条。

腹痛

凡在胃脘之下，脐之周围及脐下部位所发生的疼痛，统称为腹痛。但在脐以下的疼痛，称为少腹痛，或小腹痛。

腹痛出《素问·举痛论》，有"腹痛引阴股者"，"腹痛而后泄者"等记载。若疼痛位置在胃脘部或心窝部者，见"胃脘痛"条。

小儿腹痛，除较大儿童外，大部分不能自述症状，或虽能自述，但往往说不准确腹痛的部位和性质。如婴幼儿出现突然或阵发性的反常哭闹，或曲腰啼叫，双手捧腹，起卧颠倒，烦躁不安，或屏气出汗，面色苍白，或精神委靡，屈膝卧时，必须注意是否腹痛。

病因病机 腹痛为临床常见病症。腹内有脾、胃、大小肠、肝、胆、肾、膀胱等脏腑。若外感六淫邪气，或内伤七情，或脏腑虚弱等均可引起功能失调，气机逆乱，而发腹痛。历代医家有不少论述。如《素问·气交变大论》就有"岁土太过，雨湿流行，肾气受邪，民病腹痛，……病腹满，溏泄肠鸣"的记载。又如《素问·举痛论》说："寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛矣。"《诸病源候论·腹痛病诸候》说："腹痛者，由府脏虚，寒冷之气，客于肠胃募原之间，结聚不散，正气与邪气交争相击故痛。"以上说明风寒之邪或雨湿之气，客于脏腑经脉，正气与邪气相搏，是发生腹痛的主要原因。《仁斋直指方》将腹痛分有寒、有热、有死血、有食积、有痰饮、有虫等不同病因。《丹溪心法》还提到外感暑邪而致的伤暑腹痛。《证治准绳·杂病》认为脏腑气血虚衰亦是引起腹痛的因素之一，故说："邪正相搏，是以作痛。《内经》曰：'血气者，人之神，不可不谨养。'养之则邪弗能伤矣。失之则荣气散解，而诸邪皆得从其脏腑所虚之舍而入客焉，入客则气停液聚，为积为痰，血凝不行，或瘀或蓄，脉络皆满，邪正相搏，真气迫促，故作痛也。"《寿世保元·腹痛》说："夫腹痛，有寒气客于中焦，干于脾胃而痛者，有宿积停于肠胃而痛者，有结滞不散而痛者，有痛而呕者，有痛而泻者，有痛而大便不通者，有热痛者，有虚痛者，有实痛者，有湿痰痛者，有死血痛者，有虫痛者。"腹痛的病机，一般认为系外邪侵袭经脉，留滞不去，气血不行，发为腹痛。这就是后世医家所说的不通则痛、通则不痛的机理。综合各家之说，腹痛的病因病机主要可归纳为以下几方面：

感受外邪：凡寒热暑湿之邪人侵腹中，使肠胃肝胆膀胱等脏腑的运化传导等功能失常，留滞于中，致气机阻滞发生腹痛。

饮食不节：暴饮暴食或食不洁之物，或过食膏粱厚味辛辣之品，致食物停滞不化，或热结肠胃而腑气不通，均可导致腹痛。

虫积：饮食不洁，嗜食生冷瓜果之物，以致腹内生虫，扰于肠中，或窜胆道，使气血逆乱而痛。

此外，还有因平素脾阳不振，以致运化失司，寒湿停滞，气血不足以温养，导致腹痛；有因恼怒忧思过度，情志不畅，肝失条达，以致气血郁结，肝胃不和而作腹痛；有因局部气滞血瘀或妇女产后血瘀而作腹痛；或因沙石阻塞，使营卫不和，气机不畅而腹痛等等。

历代医家对腹痛有多种分类：①有按腹痛部位而分

者,如腹痛,脐腹痛,少腹痛,或小腹痛之分。②有按腹痛性质分者,如《伤寒论》将腹痛发生急骤者称腹中急痛。《医学纲目》则称腹中暴痛。《诸病源候论》则有久心腹痛。③有按腹痛病因来分者,如《景岳全书·腹痛》分为寒滞腹痛、血积腹痛、气血虚寒腹痛、下虚腹痛、火邪腹痛、痰饮腹痛、阴寒腹痛、虫积腹痛等。《病因脉治·腹痛论》则分为外感腹痛和内伤腹痛两大类。属外感腹痛的有风气腹痛、风寒腹痛、燥火腹痛、伤湿腹痛、痧胀腹痛等;属内伤腹痛者有热积腹痛、寒积腹痛、食积腹痛、痰积腹痛、酒积腹痛、血滞腹痛、血虚腹痛、气结腹痛、气虚腹痛等。④有按经络脏腑而分者,如《医宗必读》认为大腹痛者属足太阴脾,当脐痛者属少阴肾,小腹痛者属厥阴肝和冲任大小肠。此外,还有其他一些名称,如《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》,将妇人妊娠或产后腹痛称腹中疞痛等。目前临床上多按外感腹痛和内伤腹痛分类。

辨证 腹痛的辨证较为复杂,一般按腹痛的虚实、寒热、外感、内伤等进行辨证。

(1) 从虚实辨证:凡见腹痛日久,疼痛不甚,痛喜热按,形气不足,纳少脉虚等症者为虚证腹痛,若见腹痛初发,疼痛较剧,按之更甚,腹胀畏食等症者为实证腹痛。如《丹溪心法·腹痛》说:"凡腹痛以手重按者,属虚,宜参术桂姜之属。""凡腹痛以不可手按者属实,宜大黄、芒硝下之。"在《景岳全书·杂证谟·心腹痛》中论述较为详细,指出"痛有虚实,凡三焦痛证,惟食滞、寒滞、气滞者最多。其有因虫、因火、因痰、因血者皆能作痛。大都暴痛者,多有前三证,渐痛者,多由后四症。但虫痛、痰痛多在中焦,火痛则三焦俱有之,血痛则多在下焦……但当察其可按者为虚,拒按者为实。久痛者多虚,暴痛者多实。得食稍可者为虚,胀满畏食者为实。痛徐而缓莫得其处者多虚,痛剧而坚,一定不移者为实。痛在肠脏中,有物有滞者多实。"

(2) 从寒热辨证:凡因食寒饮冷,或外受寒邪而引发的腹痛绵绵无增减,得热稍止,得寒更甚,身不热,小便清利者为寒证腹痛。若因外伤暑邪或湿热内盛所引起的腹痛拒按,伴发热,腹胀纳呆,渴饮冷饮或不欲饮,苔黄腻等症者为热证腹痛。如《素问·举痛论》说:"寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不得散,小络急引故痛。"《景岳全书·杂证谟·心腹痛》:"痛证有寒热,误认之则为害不小,盖三焦痛证,因寒者,常居八九,因热者十惟一二,观《内经》'举痛'等论义可知矣。盖寒则凝滞,凝滞则气逆,气逆则痛胀由生,而热则流通多不然也。虽热证亦常有痛,然热者必有明辨,如《内经》所言,肠中痛而瘅热焦渴,则坚乾不得出,闭而不通者,此因燥结热闭,故能作痛,然必有烦热等证……。"

(3) 从外感和内伤辨证:凡因外感六淫之邪而引发的腹痛,称外感腹痛,常伴畏寒发热,头痛,腹痛腹泻,或伴里急后重等症。若因内伤饮食或七情郁怒而引起的腹痛,称内伤腹痛,症状较复杂,或腹痛胀满,痛不欲食,或腹痛时发时止,痛而欲食,腹中有块时隐时现,或腹痛经久难愈,痛有定处,触痛拒按,舌见瘀斑等。如《寿世保元·腹痛》中说:"风寒外感,饮食内伤,七情恼怒过度,肚腹疼痛初起者,……外中寒邪,内伤冷物,肚腹绵绵痛不已,而手足厥冷者……。"《症因脉治》明确提出外感腹痛和内伤腹痛,并根据邪之偏胜和内伤性质等进行详细辨证论治。

(4) 从腹痛的部位并结合脏腑经络辨证:如少腹两胁属厥阴经,故以肝胆病为主;小腹、脐周属少阴经,故以小肠、肾、膀胱病为主;中脘属足太阴经,故以脾胃病为上。

综合各家之说,腹痛的辨证要点为:热证实则腹痛拒按,寒证虚则腹痛喜按。虫积腹痛则脘腹攻痛,时发时止。食积腹痛则脘痛,腹满拒按。气滞腹痛则腹部胀痛,痛无定处。血瘀腹痛则腹部刺痛,痛处固定不移等。

凡属上腹胃脘疼痛者,见"胃脘痛"条。若两胁肋部疼痛者,见"胁痛"条。历代医家无急腹症之名称,急腹症的主要临床表现为急剧的腹痛,常伴恶心呕吐,或畏寒发热,或腹胀,便秘不通等。且发病急,常常危在旦夕。从以上主症分析,属痧疫肠痈及胆石疝痛等范畴,有的属外科病症,本条目不予叙述。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 应根据病因和临床症状的不同而选方用药。按"不通则痛"、"通则不痛"的原则,治腹痛当以"通"为主。包括温经散寒、疏肝理气、芳香化浊、消导食滞、驱虫散结、活血祛瘀等治则,并非单指攻下而言。如《丹溪心法·腹痛》指出:"初得时元气未虚,必推荡之,此通因通用之法。久必难。壮实与初病宜下,虚弱衰与久病,宜升之消之。"朱丹溪还认为因郁结不行,气阻不运者宜温散。并主张治诸痛不可用参芪白术,补其气则气旺不通痛愈甚。《临证指南医案·腹痛》说:"此'通'字勿执攻下之谓……若通阳而泄浊者,如吴茱萸汤及四逆汤法。清火而泄郁者,如左金丸及金铃子散法。开通气分者,如四七汤及五磨饮法。宜攻营络者,如穿山甲、桃仁、归须、韭根之剂及下瘀血汤法。缓而和者,如芍甘汤加减及甘麦大枣汤法。柔而通者,如苁蓉、柏子、肉桂、当归之剂及复脉加减法。至于食滞消之,蛔虫安之,癥瘕理之,内疝平之,痧秽之候,以芳香解之,偏积之类,究其原而治之。"其次,按虚证腹痛和实证腹痛进行治疗。凡见面色不华,腹痛绵绵,痛喜热按,言语低微、神疲纳差,小便清长,大便不实,脉虚,苔薄等虚证腹痛者,治以益气补血,温中健脾为主。可用党参、黄芪、白术、附子、干姜、当归、白芍等药;若见腹痛胀满,按之更甚,渴欲饮水,食滞纳呆,大便燥结,脉实,苔腻等实证腹痛者。治宜消积导滞,或理气止痛;或活血化瘀,或驱虫等法。可用枳实、木香、川朴、玄胡索、赤芍、丹参、桃仁、郁金,或使君子、槟榔、苦楝根皮等药。如《景岳全书·杂证谟·心腹痛》中指出:"气血虚寒不能营养心脾者,最多心腹痛证,然必以积劳积损及忧

思不遂者乃有此病。或心脾肝肾气血本虚而偶犯劳伤，或偶犯寒气及饮食不调者，亦有此证。……是皆虚之证。此非甘温养血补胃和中不可也，宜大小营煎、理阴煎之类加减主之，若气虚者必大加人参，阳衰者必佐以桂、附、干姜。丹溪曰诸痛不可补气，此惟邪实气滞者当避之，而曰诸痛皆然则谬矣，不可执以为辞也”。《寿世保元·腹痛》："治之皆当辨其寒热虚实，随其所得之症施治。若外邪者散之，内积者逐之，寒者温之，热则清之，虚者补之，实者泻之，泄者调之，闭者通之，血则消之，气则顺之，虫则追之，积则消之，加以健理脾胃，调养气血，斯治之要也。"也可按外感腹痛和内伤腹痛进行治疗。由外感所致者，以实证为多，按实证腹痛予以治疗，并根据邪正之偏胜，疾病之轻重而加减用药。由于内伤所致者，以虚证为多见，但亦有虚中挟实，或实证者，必须细察病情而选方用药。

针灸治疗 一般按通则不痛之说，予以“通”为主的治疗。常选腹部腧穴和足阳明、足太阴、手厥阴等经穴，如中脘、神阙、气海、天枢、商曲、大横、足三里、三阴交、太白和公孙等，每次3—5穴。神阙穴施以灸法，其他穴位可视病情酌用毫针施以泻法或补法，或针灸并施。留针30分钟以上，必要时持续捻针。急性腹痛可每日治疗数次，慢性腹痛可每日治疗1次，7—10次为一疗程。

电针：选穴同上。常用低频脉冲波，要保持适当的针感和充分的刺激强度，每次选穴不宜太多，以2—4穴即可。电针法更适用于急性腹痛，每天可治疗2—4次。

耳针：可选腹、肝、大肠、小肠、脾等穴，酌情强刺激，留针20—30分钟。

推拿疗法 基本方法：可揉一窝风，摩腹，揉脐，拿肚角，按膀胱经相应俞穴，如肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞等，按揉足三里。并可随证加减，如寒痛加补脾经、揉外劳宫、推三关；热痛加清补脾经、清胃经、清天河水；伤食痛加补脾经、清大肠、揉板门、运内八卦、分腹阴阳；虫痛加揉外劳宫、推三关、揉天枢；虚寒痛加补脾经、补肾经、揉外劳宫。

简易方 (1) 附子、草果、良姜各9克。水煎服。适用于寒积腹痛。

(2) 芍药甘草汤：芍药五钱、炙甘草三钱。水煎服。治腹痛拘急(《伤寒论》)。

(3) 苦楝根皮30克，水煎服。治虫积腹痛。

(4) 使君子肉炒黄，嚼服。每次15—20粒，连服3—5天。治虫积腹痛(《中医内科急症证治》)。

(5) 陈皮、藿香、枳壳各9克，木香6克。水煎服。治气滞腹痛。

食疗方 (1) 茴香粥：粳米一两煮粥，临熟时加入适量茴香苗，煮沸，加食盐、猪肉(或羊肉)作馅，做成包子食用。适用于寒积腹痛(《本草纲目》)。

(2) 萝卜粥：粳米二两煮粥，七成熟时，加入切碎的萝卜三两，继续煮至粥熟，加食盐、猪脂调味食用。适用于食积腹痛(《本草纲目》)。

(3) 羊肉500克，当归、党参、山药各25克，佛手15克。将羊肉洗净切块，当归、党参、佛手用纱布包好，一同放于砂锅内加水适量，武火煮沸后改微火煮2小时，去药渣调味服食，每天1次，连服7—8天。适用于血虚腹痛。

(4) 羊肉500克，当归100克，干姜50克。将羊肉洗净切块，当归用纱布包好，加水适量共煮汤，待羊肉烘熟后去药渣，调味食肉喝汤。每日1次，连服4—5天。适用于寒凝血瘀腹痛。

(5) 胡椒15粒，川椒3克。将上药共打碎，水煎服，每日1剂，以愈为度。适用于虫积腹痛。

(6) 苏木煲鸭蛋：以苏木6—12克，青壳鸭蛋1—2个。先将鸭蛋连壳煮熟，去壳，再加入苏木同煮约30分钟后，饮汤吃蛋。苏木用量不宜过大。适用于产后血瘀腹痛或闭经腹痛。

预后 腹痛的预后与起病的缓急，病情的轻重及疾病的种类有关。一般慢性腹痛，痛势较轻，非绝症之腹痛预后良好；急性腹痛，痛势较重，则病情较重，如不及时诊断，积极治疗，可产生很多变证，则预后较差。但如能及时加以诊治，预后亦多良好。

外感腹痛

由外感六淫等邪所引起的腹痛，称为外感腹痛。见于《症因脉治》。但在《三因极一病证方论》就有“十二经络外感六淫，则其气闭塞，郁于中焦，气与邪争发为疼痛”的记载。《寿世保元·腹痛》中也有“风寒外感，饮食内伤，七情恼怒过度肚腹疼痛”及“外中寒邪，内伤冷物，肚腹绵绵痛不已”等论述。常见的外感腹痛有下列几种：

寒冷腹痛：由于素体虚弱，复感寒邪所致的寒证腹痛，称寒冷腹痛。见《圣济总录》。《丹溪心法·腹痛》称腹冷痛，指出："有全不思食，其人本体素弱而腹冷痛者。"《证治要诀·诸痛门》称积冷腹痛，云："若腹痛欲得热手按及喜热食者，此是积冷作痛。"《景岳全书·杂证谟·心腹痛》称寒滞腹痛，说："寒滞之痛，有因内寒者，如食寒饮冷之类是也。必兼寒兼食，随其宜而治之……有因外寒者，或触冒不时之寒邪，或犯客令之寒气，或受暴雨沙气之阴毒，以致心腹搅痛，或吐或泻，或上不能吐，下不能泻而为干霍乱危剧等证。总由寒气犯脏，或在上焦，或在中下二焦。"《症因脉治》称寒气腹痛及风气腹痛。寒冷腹痛，症见腹痛绵绵，痛欲热按，遇寒更甚，小便清长，或吐或泻，或恶风怕冷，苔薄白或白腻，脉沉细或涩。病由素体本虚，复感寒邪外袭，或食寒饮冷，或犯客令之寒气，致寒邪滞留肠胃，气血凝滞而发腹痛。治宜温经通络，散寒行滞，方用理中汤加减。方用干姜温中散寒；白术健脾燥湿；人参补气益脾；甘草和中补土。本方为治疗中焦虚寒的要方。若见恶寒头痛，骨节酸楚，苔薄白，脉浮者，可选加桂枝，或荆芥、防风、芍药、白芷等，以助温经散寒之力。

若见四肢逆冷，脉象沉伏者，宜四逆汤加味治之。

湿腹痛：指感受各种湿邪所引起的腹痛。见《张氏医通·诸痛门》。张氏在论述腹痛治疗时指出："感湿而痛，小便不利，大便溏泄，胃苓汤。"由于湿邪偏胜之不同，临床可分暑湿腹痛、湿热腹痛、寒湿腹痛等病证。

(1) 暑湿腹痛：指外受暑湿之邪所致的腹痛。见《症因脉治·腹痛论》："暑湿腹痛症，热令当权，忽尔腹中作痛，腹中作响，痛泻交作……。"《丹溪心法》早有伤暑腹痛的记载，书中论述腹痛治疗时说："如伤暑而腹痛，宜玉龙丸。"其症为暑令季节，骤作腹痛，肠鸣作响，痛泻交作，小便短赤，或伴恶心呕吐，或见发热汗出，苔白腻或黄腻，脉虚弦数。病由贪凉饮冷，触冒暑气，暑湿之邪与肠胃水谷之气相互混乱，暑热之邪不得发越，脾胃健运失司而发腹痛等症。治宜清暑利湿为主，方用黄连香薷饮。伴恶心呕吐者加藿香或清热利湿汤；若腹痛与泄泻交替发作，则宜用平胃散煎汤调六一散；若伴恶寒发热，脉浮苔薄白，宜用荆防败毒散以解其表；若腹痛呕吐不止者，宜用藿香正气散。

(2) 湿热腹痛：是指外受湿邪不解，湿热郁结而致腹痛。见《杂病源流犀烛》。症见发热不扬，腹痛腹胀拒按，胸闷纳呆，口渴而不欲饮，或腹泻，里急后重，或眼目皮肤发黄，小溲黄赤，舌苔黄腻，脉滑数或濡数。病由寒邪不解，郁久化热，湿热郁结肝胆肠胃而发腹痛诸症。治宜清热利湿，疏肝利胆，方用白头翁汤加减。若湿热熏蒸肝胆，腹痛而肌肤发黄者，以茵陈蒿汤为主；腹痛腹胀明显者，加玄胡索、广木香、香附等；热毒严重，壮热口渴，腹部剧痛者，加银花、蒲公英、大黄等，以加强清热解毒之力；呕吐频作，汤剂难以入口时，可先用玉枢丹少量吞服，然后再予汤药。

(3) 寒湿腹痛：是指寒湿之邪入内，阳气不通，气血被阻所引起的腹痛。症见恶寒发热，腹痛暴急，口不渴，或恶心呕吐，小便清利，身重倦怠，大便溏薄，舌苔白腻，脉象沉紧。病因感受寒邪，未能外解，寒邪入内致阳气不通，气血被阻而作腹痛。治宜散寒燥湿，芳香化浊，方用藿香正气散加减。暑天饮食不调，损伤脾胃，症见恶心呕吐，发热不退者，加米仁、白蔻仁、砂仁、扁豆衣等；夏季寒邪袭表，恶寒无汗者，加香薷、大豆卷等。

(4) 燥火腹痛：是指外受燥火之邪所致的腹痛。见《症因脉治》。症见腹满刺痛，牵引胁肋，口渴身热，烦躁不寐，小便短赤，不吐不泻，舌红苔黄燥，脉弦数。病由正值燥热之令，或燥气伤人，致肠胃干涸，不得流利，不通则痛，故发腹痛。治宜清热润燥为主，方用柴胡清肝饮或龙胆泻肝汤加减。大便秘结不通者，加大黄，枳壳改枳实。

(5) 痧胀腹痛：是指由痧毒所引起的腹痛。见《症因脉治》。症见骤发胸腹胀痛，甚则剧痛如绞，疼痛难忍，手足厥冷，指甲发青，或吐或泻，按之痛甚，常伴畏寒发热，苔多白腻或黄腻，脉多数大或促结，俗称绞肠痧。病由受沿海之地，或山岚之间，或一切不正之气，侵袭人之肠胃而发痧胀腹痛。治宜祛风散寒，辟秽解毒。初起可用羌独败毒散。热毒甚者，可选用大黄牡丹汤加减；十指清冷，可刺手指出血；腹痛，两足转筋抽搐，刺足三里；小腹闷痛，刺委中出血，此即所谓放痧疗法，见"痧证"、"霍乱"条。

针灸治疗，如属寒证腹痛，宜温中散寒，选神阙、关元、天枢、水分和三阴交或大肠俞、四满、足三里、上巨虚和中封等穴。除神阙穴仅灸不针外，其余各穴均针灸并施。如属热证腹痛，宜清热通腑，选中脘、梁门、天枢、气海、曲池、合谷、足三里、上巨虚、下巨虚等穴，每次3—5穴，用毫针行泻法，不灸。

其他疗法，见"腹痛"条。

内伤腹痛

因饮食劳伤，或过食膏粱厚味，湿热内炽，或脾运不健，痰湿内盛，或瘀血阻滞，或虫积不散等所致的腹痛，称为内伤腹痛，见《症因脉治》。由于脏腑虚损程度不一，病因各异，兼之种种夹杂之症，故病情往往比较复杂。常见的内伤腹痛有下列几种：

(1) 气虚腹痛：是指因机体元气虚弱所引起的腹痛。见《症因脉治》。症见腹痛绵绵，痛喜热按，痛无定处，得食稍减，劳则腹痛加剧，面色萎黄，言语低微，纳少，大便或溏，苔薄白，脉微细，或虚大无力。病由久病气虚，或误用汗下，或饮食不节，劳倦过度，损伤元气，或急速奔走，或勉强行房，均可使元气衰惫，气道虚损，而成气虚腹痛。治宜建中益气，方用当归建中汤为主。若气怯神疲，脉微细者，宜黄芪建中汤。

(2) 血虚腹痛：是指因血虚而诸经凝泣所致的腹痛。见《症因脉治》。症见腹部微痛，痛无定处，腹痛而不饱闷，饥劳时疼痛加重，肢体瘦弱，面色萎黄，神疲乏力，舌质淡红，苔薄白，脉细涩或微数。病由失血过多，阴液日亏，或瘦人多火，阴血日涸，或思虑过度，耗伤阴血，血少而致诸经涩滞，发为腹痛。治宜补血理气为主，宜四物汤加减。因思虑过度，痛引小腹，牵引肋梢者，可选用逍遥散加减；若见阴虚阳亢，脉象细数者，宜知柏四物汤。

(3) 气滞腹痛：是指因气机郁结所致的腹痛。见《赤水玄珠》。《症因脉治》称气结腹痛。症见腹部胀痛，或攻痛不定，痛连心背，嗳气或矢气后痛稍减，情志不舒则疼痛加重。舌苔薄白或白腻，脉沉涩。由于怒则气逆，思则气结，若忧愁思虑，恼怒悲哀，或气食相凝，劳累过度，起居不慎，均可致气机郁结而发腹痛。治宜破气散结。心腹痛者，宜枳朴香砂汤；恼怒伤肝，肝气失于条达者，宜柴胡清肝饮；痛连心背，气结痰凝者，宜二陈四七汤；气食相凝，脾不健运，中气郁结者，宜调气散；气结便秘，脉数者，可下之，宜调胃承气汤。

(4) 痰积腹痛：是指因脾胃痰湿积聚所致的腹痛。见《症因脉治》。《杂病源流犀烛》卷二十八："痰积腹痛，

下白物,时眩,喜热汤,脉滑,宜消痰暖内。"症见腹痛时作时止,利下白积,光亮不臭,或恶心欲吐,头目眩晕,或腹响雷鸣,小便不利,或饱则痛止,饿则又作,舌苔白腻,脉滑。由于饮食入胃,依赖脾土运化,若脾胃受伤,不能腐熟水谷,脾运失司,水饮停积成痰而作腹痛;或因气滞痰聚,气道不通,也可发为腹痛。治宜导痰解郁。若见眩晕恶心,用二陈汤;若胸膈不舒,痰热积聚上焦,宜《济生》瓜蒌丸;若下利白积,方用导痰汤;腹痛较甚者,用滚痰丸下之。

(5) 食积腹痛:是指因饮食不节,内伤脾胃,食物停滞肠胃所致的腹痛。见《寿世保元》。症见腹痛胀满,不欲按,痛不欲食,嗳腐吞酸,便结屎臭,或腹痛欲利,利后腹痛稍减,或噁心呕吐,苔多厚腻,脉沉实或弦滑。病由禀体虚弱,饮食失节,或饥饱损伤,或饱时强食,或临卧多食等致脾胃内伤,饮食停滞不化而成食积腹痛。亦即《素问·痹论》所谓"饮食自倍,肠胃乃伤"之意。治宜理气和中,消食导滞,方用保和丸加减。若见恶食,嗳酸吞酸,加麦芽、谷芽、鸡内金等;若见呕吐腹泻,加藿香、佩兰等;若胸腹胀痛,不能饮食,宜枳壳化滞汤;若大便秘结,腹部触痛,可用小承气汤。《症因脉治·腹痛论》中还提出酒积腹痛的病证,属食积腹痛范畴。症见腹痛欲利,利下黄沫,或大便秘结,饮酒疼痛加重,小便赤涩,舌苔黄腻,脉洪数。病由平日饮酒无度,谷肉留滞于中,气热聚结于内,致湿热损伤脾胃而发腹痛。治宜消积导滞,清利湿热,方用枳实导滞丸、葛花解酲汤加减。《医述》还论述感寒饮食腹痛与伤食腹痛的不同,认为伤食腹痛系饮食损伤脾胃,属内伤;感寒停食腹痛为脾胃受风寒外邪而致饮食停滞,不能运化,属外感。治伤食当以消导为主,兼调脾胃;治感寒停食腹痛当以发散寒邪为主,佐以消导。小儿食积腹痛多由乳食积,症见腹部绞痛,曲腰啼哭,面色苍黄暗滞,不思乳食,频繁呕吐,嗳气有腐食臭,矢气臭,大便酸臭味或不消化,泻后痛减,夜卧不安,舌苔白腻,脉沉滑而实,指纹淡滞。治宜消食导滞,行气和中,用木香槟榔丸。

(6) 瘀血腹痛:是指因腹内瘀血所引起的腹痛。见《古今医鉴》。《症因脉治》称血滞腹痛。《景岳全书·杂证谟·心腹痛》:"血积之有腹痛者,是即蓄血证也。而血证之属有四:伤寒有蓄血证,成无己曰,邪气聚于下焦,则津液不得通,血气不得行,或溺或血留滞于下,是生胀满而鞕痛也……妇女有血痛证,详见妇人门;跌打损伤有瘀血腹痛证,但去其瘀而痛自愈。凡气血和平者,宜通瘀煎加减治之;其有血滞便结,邪实不通者,宜桃仁承气汤、百顺丸主之;或血虚燥结,便闭不通者,宜天烛散主之。"症见腹痛经久难愈,痛有定处,触痛拒按,舌质紫黯,或见瘀斑,脉涩或沉细。治宜活血化瘀,方用少腹逐瘀汤加减。方中当归、川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂、没药活血祛瘀,配玄胡索、小茴香理气止痛。有癥瘕结块者,加桃仁、红花、香附、枳壳等;大便硬结作痛者,宜用桃仁承气汤加减。

(7) 虫积腹痛:是指腹内各种虫积扰动所引起的腹痛。小儿颇为多见。见《症因脉治》。《灵枢·厥病》有虫证腹痛的记载,指出:"肠中有虫瘕及蛟蛕……心肠痛,侬作痛,肿聚,往来上下行,痛有休止,腹热喜渴涎出者,是蛟蛕也。"其后《仁斋直指方论》、《丹溪心法》、《景岳全书》等医籍中均有论述。症见腹痛乍作乍止,痛而能食,时吐清水,腹中有块时隐时现,夜寐磨牙流涎,或下长虫,或嗜食异物,腹大露青筋,形瘦面黄,脸有虫斑,或恶心吐涎,腹热善渴,进食后痛止,苔多厚腻,其脉大小迟数不一。由于脾主太阴,专主于腹,喜燥恶湿,若脾胃有湿热,则水谷停留,湿热化生,易成虫积。或饮食不洁之物,内因脾胃虚弱,亦可孳生诸虫。正如《奇效良方》所说:"杂食生冷甘肥油腻等物,或食瓜果与畜兽内脏遗留诸虫子之类而生。"虫扰肠胃而发腹痛,治宜驱虫消积为主,方用使君子散或乌梅丸。若时下长虫者,宜化虫丸治之。也可使用单味苦楝根皮,剂量按每日每公斤体重3克计算,每日总量不超过120克,水煎服,晨间空腹一次服下,2—3天为一疗程。

除以上几种常见腹痛病证外,历代医家还论述有下虚腹痛、阴寒腹痛和热积腹痛等。如《景岳全书·杂证谟·心腹痛》说:"下虚腹痛,必因虚挟寒,或阳虚中寒者乃有之,察无形迹而喜按喜暖者是也。治宜补阳逐寒,必宜理阴煎主之。然男子则间或有之,惟女人则因虚而痛者更多。盖女人有月经带浊之病,所以为异,亦宜理阴煎大剂主之。"若虚中挟滞而血有不行者,可用决津煎。阴寒腹痛者,凡男妇有因房室之后,中寒而痛极者,宜先用葱姜捣烂,炒热,或热砖之属,熨其脐腹,以解其寒极凝滞之气,然后用理阴煎或理中汤、四逆汤之类加减治之。其有痛极至危者,须速灸神阙、气海等穴。《症因脉治·腹痛论》说:"热积腹痛之症,身热腹痛,烦躁不寐,时作时止,痛则汗出,或痛而作声,或痛而一泛即欲下痢,一利即止,此热积腹痛之症也;热积腹痛之因,或膏粱酒热,日积于中,或心肝火动,煎熬于内,或多食过饱,停积发热……热积腹痛之治,膏粱厚味者,枳壳川连汤。痛而欲痢,痢后稍减,片时腹痛,承气汤选用。酒热成积者,栀连平胃散加枳、葛。食积发热者,保和丸加枳、连。右关洪数者,清胃汤。左关洪数者,龙胆泻肝汤。"

针灸治疗,一般分为虚证腹痛、气滞腹痛、食滞腹痛、虫积腹痛和瘀血腹痛等几种证型施治。

(1) 虚证腹痛:治宜补中益气,选脾俞、胃俞、肾俞、中脘、天枢、内关、公孙或章门、气海、关元、三阴交等穴,用毫针行补法,同时配合灸法。

(2) 气滞腹痛:治宜疏肝理气,泻肝补脾,选足厥阴、足少阳经穴如肝俞、期门、阳陵泉、太冲,用毫针行泻法;选足太阴、足阳明经穴如脾俞、天枢、足三里、三阴交,用毫针行补法。

(3) 食滞腹痛:治宜导滞化食,选下脘、梁门、天枢、曲池等穴,用毫针行泻法。如有口渴,加内庭穴;如有吞

酸，酌加阳陵泉穴；如便泻不爽，加上巨虚穴。

(4) 虫积腹痛：治宜驱虫消积，选四白、鸠尾、中脘、天枢、足三里、阳陵泉、太冲等穴，每次3—5穴，留针30分钟以上，每次治疗2—3次。小儿宜用三棱针刺四缝。

(5) 瘀血腹痛：治宜通络活血祛瘀，选膈俞、脾俞、气海、章门、中脘、石门、血海、三阴交、行间或大敦等穴，每次4—6穴，用毫针行泻法。

其他疗法，见“腹痛”条。

腹胀

因湿热壅结或脾虚气滞等引起腹部自觉发胀或痞满，而外无胀急之形的病证，称为腹胀。腹胀之名，出《内经》。《素问·玉机真藏论》说：“愿闻五实五虚。岐伯曰：脉盛，皮热，腹胀、前后不通，闷瞀，此谓五实。”《灵枢·师传》也说：“脐以下皮寒，胃中寒则腹胀。”《伤寒明理论》称肚胀。

病因病机　《内经》认为由“阴气盛于上”所致。《素问·厥论》说：“阴气盛于上则下虚，下虚则腹胀满。”《诸病源候论·腹胀候》认为受风冷邪气所致，“腹胀者，由阳气外虚，阴气内积故也。阳气外虚，受风冷邪气，风冷阴气也，冷积于府藏之间不散，与脾气相壅，虚则胀，故腹满而气微喘。”《三因极一病证方论》认为腹胀由内因、外因、不内外因所致。若怒则伤肝，肝克脾，脾气不正，必胀于胃；或怒乘肺，肺气不传，必胀于大肠；或忧思聚结，本脏气郁，此皆为内所因。若冒寒暑风湿，随其经络传至阳明而腹胀者，属外所因；饮食饥饱，生冷甜腻，聚结不散而腹胀者，属不内外因。《丹溪心法·鼓胀》认为蓄血、食积、大怒、外寒郁内热等都能引起腹胀。同时指出：“七情内伤，六淫外侵，饮食不节，房劳致虚，脾土之阴受伤，转运之官失职，胃虽受谷，不能运化，故阳自升，阴自降，而成天地不交之否，清浊相混，隧道壅塞，郁而为热，热留为湿，湿热相生，遂成胀满。”综合各家之说，腹胀的主要病因有：

寒邪外袭：人身之卫气营血，周流不息，使脏腑气血和调，故无病。若寒邪外袭，则邪正相搏，阴气当升而不升，阳气当降而不降，致中焦痞结不畅而作腹胀。

湿邪内滞：因长久坐卧湿地，或脾胃素虚，致湿邪留滞不去，袭于腠理经脉，脉络壅阻，气机不利而腹胀。

肝郁气滞：恼怒伤肝，肝气怫郁，或思虑伤脾，脾虚气滞，络脉受阻，则气血凝结而腹胀。

饮食失节：嗜食不慎，强食过饱，脾失健运，纳谷不消，宿食内滞而腹胀。

腹内虫扰：因食不洁之物，或脾胃虚弱，饮食内停，不能及时消磨，久则化湿生虫，虫扰脘腹而腹胀。

瘀血内停：惊恐跌扑，或恼怒悲哀，或过食辛辣，致血热妄行而不归经，瘀结腹中而腹胀。

小儿腹胀的病因，《幼科类萃·论小儿腹胀之由》云：“大抵小儿多由饮食饥饱，生冷甜腻，聚结不散，或因久患疳疾及疟后癖块，皆能成胀。”

腹胀主要根据病因和症状来分类。常见的有外感腹胀和内伤腹胀两大类。外感腹胀者，常兼有风寒湿邪等所致的外感症状。属外感腹胀者有《世医得效方》的寒胀，《奇效良方》的暑胀，《症因脉治》的伤寒腹胀、风湿腹胀、湿热腹胀、寒湿腹胀等。内伤腹胀，病情较复杂，常伴有各种内因所致的症状。属内伤腹胀者有《仁斋直指方》的血胀，《症因脉治》的肝火腹胀、食积腹胀、气结腹胀等。《内经》还按脏腑来分类，如《灵枢·胀论》就有肝胀、脾胀、肾胀、六腑胀、胃胀、大肠胀、小肠胀、膀胱胀、三焦胀的记载。

辨证　亦应分外感腹胀与内伤腹胀。外感腹胀，必兼有外感证。热胀则见腹部胀满，口干尿赤脉数等；寒胀则见腹部胀满而濡，吐利厥冷，脉沉细等；湿热腹胀则见面目黄肿，大便干结，口渴等。若系内伤腹胀，则症情较为复杂，如谷胀则见腹部胀满，泛酸，饮食不振等；气胀则腹胀而伴情志抑郁等；脾虚腹胀则见食少身倦，二便清利等；食积腹胀则见肚腹胀急，按之实痛等；虫积腹胀则见肚大青筋，反能饮食，面有虫斑等。腹胀还须辨虚实，如《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》说：“病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实。”“趺阳脉微弦，法当腹满，不满者必便难，两胠疼痛，此虚寒从下上也。”《医学入门》认为，腹满大便利者为虚，大便难而闭者为实。张景岳对腹满的辨证也强调从虚实辨证，认为有邪有滞者为实，无物无滞者为虚，有胀有痛者为实，无胀无痛者为虚。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　一般依据临床症状的不同而辨证施治。兼有外感症者，须辨寒热暑湿之异，兼用祛邪之品。伴寒邪者，当以温药和之；暑邪偏胜者，以清暑消胀为主；湿热偏胜者，当清利湿热。内伤腹胀，根据症状酌情选方用药。脾虚者，宜益气健脾为主；食积所致者，当消积导滞；虫积腹胀者，以驱虫为主。《奇效良方》认为，诸胀当推其源而疗之，实者消之，虚者补之，寒者热之，结者散之，留者行之，在血分则通其血，在气分则行其气，始可万全，不致殆矣。《证治汇补·胀满》在论述腹胀的治法时说：“实者，下之消之，直清阳明；虚者，温之升之，调补脾肾。其有不大满不大虚者，先以清利疏导，继以补中调摄。”还提出寒胀宜温，热胀宜清，肝胀宜调，肾虚宜温等治疗法则，可供临床参考应用。

针灸治疗　以理脾消胀为主，常选任脉、足太阴、足阳明经穴和俞募穴，如脾俞、胃俞、巨阙、中脘、梁门、通谷、章门、肓俞、足三里、下巨虚、解溪、商丘、公孙和内庭等。每次3—5穴，行毫针刺或针灸并用，一般留针15—20分钟，每天治疗1次。

推拿疗法　以清利疏导，行气和中为治疗原则。操作：①按揉膻中、足三里、三阴交、脾俞、胃俞、三焦俞、气海俞、大肠俞、八髎。②摩腹。顺时针方向，至左下腹时加重手法。③推腹。以掌根从剑突下开始推向下腹部，

反覆数次。④掌摩腰部。一般逆时针方向。⑤腰骶部和腰背部掌拍法。辨证加减:伤寒和寒湿腹胀者八髎改为擦法。脾虚者加掌振中脘部。肝火者加按揉期门、章门、太冲。

简易方 (1)萝卜子研,以水滤汁浸,缩砂仁30克,过夜炒干,又浸又炒,凡七次,为末,米饮服3克。

(2)香附子500克,童便浸3日,焙为末,丸梧子大,旋复花汤下40—50丸。

食疗方 (1)鸡屎藤根煲猪小肚:以鸡屎藤根15克,猪小肚150克切成小块,加水适量煲汤,以食盐调味,饮汤食猪小肚。

(2)生姜炒米粥:用生姜30—50克切成薄片,炒米约50克,将两者一起煮粥,用食盐花生油少许调味服食,姜片可食可不食。

(3)猪肝粥:以白术60克,槟榔一枚,生姜45克,粳米50克,先将猪肚洗净去涎脂,再将白术、槟榔、生姜为粗末,纳人肚中缝口,加水煮肚令熟,取汁人粳米及调味佐料(如茴香、椒粉、盐、葱等)煮粥,作辅食。

外感腹胀

感受外邪所致的腹胀,称为外感腹胀。见于《症因脉治》。常见的有《重订严氏济生方》的寒胀、热胀,《奇效良方》的暑胀,《症因脉治》的伤寒腹胀、湿热腹胀、寒湿腹胀等。其临床特点是除腹胀外,常伴有恶寒或发热,口干,或溲黄,便泄,舌苔黄腻,脉数等症。

伤寒腹胀:见《症因脉治》。《重订严氏济生方》称寒胀。症见腹胀不舒,恶寒发热,或自汗口渴,小便不利,或伴里热,自汗不大便,烦满燥实,脉沉数,苔薄白或厚腻。病由表邪不解,内传太阳,热积膀胱,小便不利而腹胀;或表邪虽解,而肠胃伴有实热,致大便秘结而腹胀。治宜散寒通下,方用厚朴三物汤或桂枝加大黄汤加减。

湿热腹胀:见《症因脉治》。《证治汇补·胀满》引喻嘉言:"因湿热之气不得施化,壅滞于中而成胀满者,宜以苦寒药治之。若脾气不宣,郁而成火,吞酸吐酸,渐成胀满者,用药宜刚中带柔,连理汤主之。"症见腹胀胁痛,面目黄肿,小便黄赤,大便秘结或泄黄糜,或日晡潮热,或口苦烦渴,舌苔厚腻或黄腻,脉濡数。病由湿热之邪结於肠胃,不得外泄,湿淫太盛,痞塞不通而腹胀。治宜清肝胆之火,导肠胃结热,方用龙胆泻肝汤及《家秘》泻黄散加减。《奇效良方》将暑邪所引起的腹胀称暑胀,症见腹胀身热,烦渴引饮等,可酌加香薷、藿香、石膏等药。《重订严氏济生方·胀满门》有热胀:"腹胀发热,大便秘实,脉多洪数,此名热胀。"《世医得效方》认为热胀由阳实阴虚,阳盛生外热,阴虚生内热所致,治宜枳实汤主之。

寒湿腹胀:见《症因脉治》。症见腹胀无汗,身重不温,手足厥冷,神疲乏力,纳呆,口淡乏味,大便不实,舌苔白腻,脉象沉迟或弦紧。病因春时反寒,夏天反凉,或坐卧湿地,寒湿袭于腠理,壅闭腹络而致腹胀;或思虑劳倦,或饥饱失时,或病后脾气未醒,或脾胃虚弱之人而妄用寒凉克伐之剂,以致重伤脾气,皆可致寒湿停滞而腹胀。治宜温中散寒,身重肢冷而无汗者,用麻桂术甘汤;下身重多汗者,用防己茯苓汤;中气虚弱者,用理中汤。

风寒腹胀:见《症因脉治》。症见腹部胀满,发热身重,不能转侧,一身尽痛,苔多薄腻,脉浮濡。病因居处卑湿,风湿之邪着络,或冒风受湿,致脾胃受伤,中州痞塞而成腹胀。治宜祛风化湿,消胀除满,选用防风平胃散。身热恶风者,选用羌活败毒散加减。

针灸治疗,如属湿热腹胀,宜清利湿热,疏肝理脾,选章门、行间、公孙、足三里和三阴交等穴,用毫针行泻法。如属寒湿腹胀,宜温中化湿,选脾俞、中脘、足三里等穴,用毫针行泻法,并配合灸法。

内伤腹胀

由七情郁结,或失饥伤饱,或虫积房劳等所致的腹胀,称为内伤腹胀。见于《症因脉治》。常见的有《仁斋直指方》的血胀,《症因脉治》的脾虚腹胀、肝火腹胀、食积腹胀、虫积腹胀、痰饮腹胀等。

(1)蓄血腹胀:见《丹溪心法》。《仁斋直指方》称血胀,《症因脉治》称血臌腹胀。症见腹胀持续不减,或见腹部青筋显露,腿足或见青筋,小便反利,大便或黑,以妇人多见,舌质紫暗,苔腻,脉沉涩。病由惊恐跌扑,或因恼怒悲哀,或过食辛辣,致血热妄行,不循血络,停积腹中所致。治宜活血化瘀消胀,可选用桃仁承气汤加减。

(2)脾虚腹胀:见《症因脉治》。早在《灵枢·胀论》中就指出:"脾胀者,善哕,四肢烦悗,体重不能胜衣,卧不安。"此指脾虚腹胀。症见腹胀时轻时重,常常早轻暮重,面色苍黄,食少倦怠,言语低微,脾虚不运,大便常溏,小便清长,苔薄白或白腻,脉濡软。病为脾气虚弱,强食过饱,饮食不化,凝集肠胃,荣卫稽留则致脾虚腹胀。治宜益气健脾为主,可选用参苓白术散加减。

(3)脾实腹胀:见《症因脉治》。症见腹胀较重,眼目黄肿,夜不安卧,腹部时热,小便黄少,大便干结,或泻下黄沫,肛门热痛,舌苔黄糙,脉数。病由平素膏粱厚味,内伤脾胃,积热于内,湿热之气聚于脾中不散,湿热伤脾,不得转输,传导之令不行,中州之官失职,致诸经凝窒而发腹胀。治宜清热化湿消胀为主,方用龙胆泻肝汤或栀连平胃散加枳实。

(4)肝火腹胀:见《症因脉治》。症见腹胀,常伴小腹胀急,目黄,胁痛,或攻刺作胀,小便黄赤,夜寐不安,多思善怒,胃纳不佳,神疲乏力,舌质红,苔薄黄腻,脉弦数。病由恼怒伤肝,肝气郁结,或沽饮伤酒,热聚肝胆,木火乘脾,则膈塞不利而致腹胀。治宜清肝泻火除胀,方用清肝饮加减。

(5)食积腹胀:见《丹溪心法》。《仁斋直指方》称谷

胀。《症因脉治》等均有论述。症见肚腹胀急,按之实痛,或痛而欲利,利后胀减,或嗳腐吞酸,大便不畅,多矢气,脉沉而实,舌苔厚腻。病由饮食不节,胃强脾弱,食伤脾胃,纳谷不消,积滞脾胃所致。治宜消积导滞,方用枳实散。可加鸡内金、炒谷芽、神曲等。

(6) 虫积腹胀:见《症因脉治》。症见肚腹胀大,面色萎黄,形体消瘦,或见腹部青筋暴露,而纳食不减,或反多于常人,或面见白斑,黑点,或嗜食异物,大便偶见长虫,舌苔黄腻或白腻,脉象迟数滑实不一。病由食人不洁之物,或脾气不足,强食伤脾,饮食不能磨化,停积腹中,湿热郁久生虫,虫扰脐腹所致。治宜驱虫消积,方用追虫丸,或使君子丸。可加山楂、谷芽、麦芽、枳壳等。

(7) 气结腹胀:见《症因脉治》。症见胸腹凝结作胀不休,或引小腹胀急,善思多虑,嗳气太息,苔黄腻,脉多沉涩。病由恼怒伤肝,肝气怫郁,或因思虑伤脾,脾气郁结,致气血凝滞所致。治宜理气散结为主,可选用逍遥散加厚朴、枳壳等。

(8) 气散腹胀:见《症因脉治》。症见腹胀时轻时重,气怯言微,静则稍减,动则腹胀加剧,舌淡苔薄,脉虚无力。病由劳伤太过,中气受伤,或久病不愈,元气受伤,肺不能通调,脾不能转输,肾不能闭藏,致真气散乱而腹胀。治宜补益中气,收敛耗散之气。方用香砂六君子汤加减。

(9) 肺虚腹胀:见《症因脉治》。症见腹胀面色惨白,气弱不振,二便清利,系肺阳虚。若腹胀肌肉消瘦,咳嗽面红,多汗骨蒸,为肺阴虚。舌淡苔薄白,或舌红苔薄腻,脉多为濡软或沉涩。病因肺阳不足,治节无权,肺脏亏损,清肃不行,肺为相府,主宰一身,肺气若虚,诸经皆结而作腹胀。治宜补肺益气,健脾消胀,方用四君子汤及补中益气汤。可加麦冬、五味子、大腹皮、制香附、广郁金等。

(10) 肺热腹胀:见《症因脉治》。症见腹胀,伴喘息倚肩不得仰卧,烦闷咳逆,胸痛腹满,常胀不解,舌红苔黄,脉多洪数。多因平素肺有郁热,又因膏粱厚味,酒湿辛辣之积热,上蒸清道,肺热焦满所致。治宜泻肺之热,方用泻白散加黄芩、枳实、大腹皮、桔梗、龙胆草等。

(11) 肝肾虚胀:见《症因脉治》。症见小腹胀冷,腰膝作痛,痛连季胁,气怯消瘦,小便常涩,舌淡,苔薄白,脉虚细。病由真元不足,斫削太过所致。若肾阳虚则开阖不利,肾之真阴虚,则封闭之司失职。若肝经虚损,则施泄之令不行,致二便不得分晓而作腹胀。治宜调补肝肾,常选用《金匮》肾气丸加减。腰痛明显者,可加杜仲、菟丝子、甘枸杞、紫河车等;若见阴虚内热脉数者,可加知母、黄柏等。

(12) 脏寒腹胀:见《症因脉治》。症见小腹胀急,冷硬如冰,四肢厥冷,不思饮食,唇口色白,言语低微,小便清利,大便时溏,舌质淡,苔薄白,脉微细无力。病因真阳素虚,脏气不足,又因口食生冷之物,致寒气滞留,脐腹痞塞而发腹胀。治宜益肾温阳,可选用八味丸或理中汤主之。可重用附子、干姜等。

此外,在《灵枢·师传》及《症因脉治》中,还提到五脏胀及六腑胀。认为饮食不节,失饥伤饱,致胸口胀闷,妨于饮食者,为胃胀,常用平胃散加减治之;若中州停滞,成痰成积,肺气不清,下遗大肠,致肠鸣而痛,濯濯有声者,为大肠胀,治拟枳壳化滞汤或导痰汤加减;若心胃有热,下遗小肠,而致小便时赤,小腹胀满者,称小肠胀,治宜木通饮加减;若肺气怫郁,不能下输膀胱,而致气癃溺涩,少腹胀急者,称膀胱胀,治以五苓散为主;若三焦之气不能周流全身,壅滞三焦而致气满肤肿,空空然响者,称三焦胀,治拟枳壳青皮饮加减;若肝胆失于条达,不能输通而致胁肋作痛,口苦太息而胀者,为胆胀,治拟柴胡清肝饮。

郁证

因情志怫郁,气机郁结不舒,而逐渐引起五脏气机阻滞所致的一类病证,称为郁证。

郁证之名出自《内经》。郁证之义有广狭之分。广义之郁是各种疾病发生的基本病机。如《丹溪心法·六郁》说:"气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。"《医经溯洄集·五郁论》:"凡病之起也,多由乎郁,郁者,滞而不通之义。"狭义之郁多指因七情所伤而致的气机郁滞之证。此外,《素问·六元正纪大论》所说的木郁、土郁、水郁、火郁、金郁,是指因五运乖和,或太过,或不及,所致的胜复之变。

郁证分类繁多,其中以朱丹溪的分类法最切临床。《丹溪心法·六郁》将郁证分为气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁六种。《赤水玄珠·郁证门》又有五脏本气自郁证,即五脏郁证。包括心郁、肺郁、肝郁、脾郁、肾郁。

病因病机 总由情志不舒,气机郁结之故。早在《素问·举痛论》中就有情志所伤、气机失调致病的记述,并提出了"百病生于气"的观点。朱丹溪则明确指出,精神怫郁能导致多种郁证,并论述了气、湿、热、痰、血、食六郁致病的临床特点。《医学正传》则进一步强调六郁之中,先由气滞,而后湿、痰、热、食、血等随之而郁。《景岳全书》认为情志怫郁固然可以为病,但尤以思郁、忧郁、怒郁为重点,并说:"情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。"即把情志致郁的病机归咎于心。《张氏医通》认为"郁证多缘于志虑不伸,而气先受病。"何梦瑶则认为是肝木之病,《医碥·郁》:"郁而不舒,则皆肝木之病矣。"兹将病因病机归纳如下:

肝郁气滞:郁怒不伸,肝失条达,肝气横逆,脾胃受克,或上犯心神,盛怒不止,气郁化火。《景岳全书·杂证谟·郁证》:"暴怒伤肝,逆气未解,而为胀满,或疼痛。""若怒气伤肝,因而动火,以致烦热胁痛胀满,或动血。""怒后逆气既散,肝脾受伤,而致倦怠食少。"若所愿不遂,思虑过度,曲意难伸,思则气结,气滞日久则血瘀;气郁日久,又能化热化火;忧思可以伤脾,脾虚不运,则痰湿食积易

于滞留。因此，气郁又可发展为痰郁、血郁、热郁、食郁、湿郁诸证。

脏腑虚损：郁证日久，可影响五脏六腑。《灵枢·口问》："悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇。"气郁日久不解，累及血分；肝郁可以及脾，以致脾虚失于健运；思虑过极，则心脾俱亏等。《景岳全书·杂证谟·郁证》："若忧思伤心脾，以致气血日消，饮食日减。""若忧郁伤脾肺，而困倦怔忡，倦怠食少。""若思郁动火，阴虚肺热，烦渴咳嗽见血，或骨蒸夜热。"说明因郁久进而出现脏腑虚损的证候。

辨证 首先辨明虚实。郁证初起大多表现为实证，以抑郁不舒，胁胀胸闷等气机郁滞的症状为主，并根据六郁各自的症状特点来辨析。如《医林绳墨·六郁》中说："气郁则胸胁作痛，中膈满闷，郁滞不清，脉来沉涩者也；湿郁则周身重痛，或关节不利，遇阴寒夜气，其痛尤甚，其脉沉濡而数者是也；痰郁者，痰涎不利，气急喘促，食饮不思，右手脉来沉滑者是也；热郁者，昏闷不清，烦躁引饮，小便赤涩，脉而沉数；血郁者，胸胁作痛，四肢无力，能食便红，脉亦芤数；食郁者，见食必恶，嗳气吞酸，饥不欲食，虽食而胀闷不安，气口脉必紧盛者也。"久郁则病变由气入血，由实转虚。脾虚者有纳呆脘胀，神倦肢软等症；心脾俱虚者有面色无华，心悸怔忡，食欲不振，舌淡苔薄等症；郁火伤阴者有心烦易怒，口苦舌干，失眠头痛，舌红少苔，脉细数等症。其次宜辨清属何脏何腑。如《赤水玄珠·郁证门》中说："心郁者，神气昏昧，心胸微闷，主事健忘。""肝郁者，两胁微膨，嗳气连连有声。""脾郁者，中脘微满，生涎少食，四肢无力。""肺郁者，皮毛燥而不润，欲嗽而无痰。""肾郁者，小腹微硬，精髓乏少，或浊或淋，不能久立。"

治疗 有以下几方面：

方药治疗 郁证当中以气郁为先，而后湿、痰、热、血、食等郁才能形成。《证治汇补·郁证》："郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先。"故疏通气机为郁证总的治则。依其病情分别配以行血、化痰、利湿、清热、消食之剂；虚者则益气养血扶正为法。具体来说，气郁者，以疏肝理气解郁为主；热郁者，以清肝泻火解郁为主；痰郁者，以化痰理气为主；湿郁者，化湿解郁为主；血郁者，以和血解郁为主。朱丹溪分设六郁汤专治各类郁证，又立越鞠丸统解诸郁，独具匠心。《丹溪心法·六郁》又说："苍术、抚芎开提其气以升之；假如食在气上，提其气则食自降矣。余皆仿此。"《医林绳墨·六郁》也说："凡治郁法，当以顺气为先，消导次之，宜用二陈汤加香附、抚芎为主。如气郁加木香、枳橘；如湿郁加苍、朴、木通；痰郁加厚朴、枳实、瓜蒌子；热郁加山栀、黄连；血郁加桃仁、红花；食郁加查、朴、曲蘖等剂。古方多用越鞠丸以治郁，意在兹乎。"

至于五脏郁证的治疗，大凡心郁者宜养心安神解郁。肝郁者宜疏肝解郁；脾郁者宜健脾解郁；肺郁者，宜宣肺解郁；肾郁者，宜益肾解郁。此外，《医述》还对本证的治疗宜忌作了精辟的论述："盖郁证全在病者能移情易性，医者构思灵巧，不重在攻补。而在乎用苦泄热而不损胃，用辛理气而不破气，用滑润濡燥涩而不滋腻气机，用宣通而不揠苗助长，庶几幸哉。"

针灸治疗 郁证以气机郁滞为主要病机，虽可波及五脏，但常与肝有关。故针刺治疗都以舒肝理气导滞为选穴原则。常用如肝俞、期门、阳陵泉、太冲，用毫针行泻法。伴血瘀者，可选气海、章门、血海、三阴交、行间、大敦、脾俞、膈俞等，每次4—6穴，用毫针行泻法。伴食滞者，可选下脘、梁门、天枢、曲池等，用毫针行泻法。伴痰阻者，可选膈俞、幽门、膻中、巨阙、丰隆、公孙等，用毫针行泻法。郁证伴心神惑乱者，可针内关、神门、后溪、三阴交等穴，用泻法。

推拿疗法 以疏通气机、宽胸解郁为治疗原则。

操作：(1)俯卧位：①按揉肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞。②一指禅推背部两侧膀胱经，或用按揉法。③胸椎掌按法，由下而上。④背部虚掌拍法。(2) 仰卧位：①开天门、推坎宫。见"感冒"条。②按揉太阳。医者坐于患者头后，以中指指腹操作。顺逆各10—15次。③指振印堂。④按揉膻中。⑤在胸骨部用啄法。

辨证加减：气郁加按揉章门、期门、内关、公孙，搓胁肋。热郁加按揉太冲、行间。痰郁加按揉天突、丰隆。湿郁加按揉三阴交、足三里，五指拿头顶，扫散颞部，摩腹。血郁加擦上胸部，搓胁肋，按揉膈俞。食郁加摩腹，按揉胃俞、八髎。心郁加按揉神门、劳宫、内关。肝郁加按揉章门、期门，搓胁肋；脾郁加按揉足三里、三阴交、胃俞，摩腹。肺郁加掌振肩胛间区，擦上胸部，拍背部。肾郁加按揉命门、太溪，摩丹田，擦涌泉。

膏摩法：郁而周身牵引作痛，用木鳖子、白芥子、肉桂、酒，制膏，擦(《理瀹骈文》)。

气功疗法 通过自我保健，达到调畅气机的目的。可采用"太清调气法"，即通过吐纳以引动"内气"的运行，从而协调脏腑气血。其具体锻炼法是：在静室无人处，散发、宽衣、覆被，正身仰卧，舒展两手，即行调气，以鼻吸气，以口吐气，凡吸后觉闷即吐气，勿使喘急。初行调气时，10次可止，不可过多，以后可逐渐增至40—50次或更多，以遍身微润为度，乃起床徐徐散步，神静安泰随和。本法不拘时间，有便即可锻炼，有一定疗效。

预后 郁证的预后一般均较好。解除情志致病的病因，对本病的预后有重要作用。通过精神疗法，配合药物及气功治疗等，大多可以治愈；而情志抑郁不解，终不能自拔，则病情易反覆波动或病程延长，严重的还可诱发其他慢性疾病。因此，积极、耐心和持之以恒的治疗是必不可少的。

调护 郁证除药物治疗外，患者务必保持精神乐观，解除思想顾虑极为重要。否则，徒恃药石，较难收效。诚如《类证治裁·郁证》所说："凡怀抱不舒，遭遇不遂，以及怨旷积想在心，莫能排解，种种郁悒，各推其原以治之。

然以情病者，当以理遣以命安，若不能怡情放怀，至积郁成劳，草木无能为挽矣，岂可藉合欢蠲忿，萱草忘忧也哉。"

六郁

由情志不舒，气机郁滞，进而致血滞、痰结、食积、湿聚、热郁的病证，称为六郁。即气、热、痰、湿、血、食等六种郁证的总称，常以精神抑郁、胸闷纳呆以及痰、血、痰、湿食、热等实邪阻滞的临床表现为特征。六郁名 称出《丹溪心法》。

六郁的病因先因七情所伤，导致气机失于条达，继则使实邪滞留。《丹溪心法·六郁》："当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化也，此为传化失常，六郁之病见矣。"《证治汇补·郁症》也说："郁乃滞而不通之义，或七情之抑遏，或寒暑之交侵，而为九气怫郁之候，或雨雪之浸淫，或酒食之积聚，而为留饮湿郁之候。其因有六，气、血、湿、热、痰、食是也。然气郁则生湿，湿郁则成热，热郁则成痰，痰郁而血不行，血郁而食不化，六者又相因也。"说明六郁之间又可互为因果，产生种种证候。

气郁：症见精神抑郁，或情绪不宁，善太息，胸胁胀痛，痛无定处，脘闷嗳气，腹胀纳呆，或呕吐，大便不调，女子月事不行，舌苔薄腻，脉弦。由于情志所伤，肝失条达，气机不畅，肝络失和，胃气不降所致。治宜疏肝理气解郁。方用朱丹溪的气郁汤或木香调气散。前方用香附理气解郁，川芎活血通络，以防气滞而瘀阻；肝郁必碍脾运，故苍术以米泔水浸用，取其健脾而不燥。后方用木香、乌药、香附、枳壳、青皮、陈皮理气行滞；苍术、砂仁健脾燥湿和胃；桂枝辛散通阳。是方香燥有余，若气郁化火者则不宜。丹溪越鞠丸虽通治六郁，但尤可用治于本证。如《杂病源流犀烛·诸郁源流》说："越鞠丸通治诸郁，以香附理气，川芎调血，苍术开湿，山栀治火，神曲疗食，痰郁加贝母，此以理气为主，不易之品也。"若气郁而嗳气频作，为肝胃失和之证，可用旋复代赭汤平肝和胃降逆。《类证治裁·郁症》认为"气郁脉沉而涩"用七气汤；"怒郁肝伤气逆"用解肝煎。前方用半夏散结；厚朴畅中；紫苏和胃；茯苓健脾；姜枣为佐使，有行气开郁，降逆化痰之功，对气郁痰结者宜。后方除用陈皮、半夏、茯苓、厚朴、苏叶外，又伍白芍柔肝敛阴，砂仁和胃，对气郁兼肝逆犯胃者宜。

热郁：症见性情急躁易怒，胸闷胁胀，嘈杂吞酸，口干而苦，大便干燥，或头痛，目赤，耳鸣，舌质红，舌苔黄，脉弦数。由于肝失条达，气郁化火，火性炎上，循肝脉上行，则头痛目赤；肝火犯胃，胃肠郁热，则口干而苦，大便干燥。治宜清肝泻火，和胃解郁。方用丹栀逍遥散合左金丸治之。以前方疏肝解郁清热，用后方泻肝和胃。《证治汇补》的火郁汤，对火郁于中，四肢发热，五心烦闷者宜之。方中连翘、薄荷、山栀、黄芩清肝泻火；葛根清热生津；柴胡、升麻疏肝清热；白芍柔肝养阴。朱丹溪的热郁汤专为治热郁而设，方中山栀、青黛清肝泻火；香附理气解郁；至于苍术、川芎，丹溪认为可"总解诸郁"。若口苦，舌苔黄，大便干燥者，可加龙胆草、大黄泻火通便。如热郁伤阴，见五心烦热，眩晕，舌质红，脉弦细而数者，用滋水清肝饮，滋阴清热，养血柔肝。方中六味地黄汤益肝滋肾；当归、白芍、大枣柔肝；柴胡、山栀清肝。

痰郁：症见咽中不适，如有异物梗阻，咯之不出，咽之不下，时有咳嗽吐痰，胸中窒闷，或有胸胁痛，舌苔白腻，脉弦滑。因肝郁乘脾，脾不健运，湿浊内生，凝聚为痰，痰气郁结所致。治宜化痰利气解郁。方用半夏厚朴汤加减。方中半夏、厚朴、茯苓降逆化痰；紫苏、生姜利气散结。酌加制香附、枳壳、佛手、旋复花、代赭石之类，以理气开郁，化痰降逆。丹溪痰郁汤中用海浮石、南星、瓜蒌化痰散结；香附解郁行气，对痰盛者尤宜。《类证治裁》主张用二陈汤加海浮石、瓜蒌、贝母、竹沥，则化痰理气之功较前方为优。如兼呕恶，口苦而粘，舌质红赤，苔黄而腻，证属痰热，可用温胆汤加黄芩、贝母、瓜蒌皮之类，以化痰清热，而利气机。

湿郁：症见胁胀脘闷，肢节酸痛，身重，头昏重，倦怠嗜卧，不思饮食，便溏，遇阴天、寒凉，或情志所伤则发，舌苔薄腻，脉沉涩而缓。由于肝郁抑脾，脾不能运化水湿，湿郁于中，清阳不升，浊阴不降所致。治宜理脾解郁，除湿化浊。方用湿郁汤加减。方中苍术、白术、厚朴、半夏、橘红理脾除湿；香附理气解郁；羌活、独活除表湿；川芎疏通脉络。亦可选用除湿汤。方中苍术、厚朴、陈皮、半夏理气化湿；藿香和中辟浊；佐以姜、枣，甘草为使，对湿郁于中，症见腹胀倦怠，一身沉重着者颇宜。若湿郁化热，则小便短而黄赤，舌苔黄腻，脉濡数。酌加木通、泽泻、车前子、灯心草之类，以利湿热。

血郁：症见胸胁刺痛，痛有定处而不移，遇情志变化则重，甚或胁下有瘕块，女子月事不行，大便色黑，舌质紫暗或有瘀斑点，脉弦或沉涩。由于气郁日久，血脉不畅，气血瘀滞，痹阻不通所致。治宜通经和血，理气解郁。方用血郁汤加减。方中丹皮、苏木、桃仁、穿山甲、红花通经和血；香附、降香理气解郁。或用四物化郁汤加减。方中用四物汤合桃仁、红花和血活血；香附解郁行气；青黛抑肝泻火。

食郁：症见脘腹胀闷，甚则疼痛，遇情志所伤则加重，嗳腐吞酸，不思饮食，或呕吐不消化食物，吐后痛减，大便不爽，舌苔厚腻，脉滑。由于情志怫郁，肝失条达，横逆脾胃，又饮食不节，再伤脾胃，食滞不消，宿食积滞所致；亦有因饱食动怒而发。如《临证指南医案·胃脘痛》中说："宿病冲气胃痛，今饱食动怒，痛发呕吐，是肝木侵犯胃土，浊气上踞，胀痛不休，逆乱不已……夫痛则不通。"治宜消食导滞，和中解郁。方用食郁汤加减。方中神曲、陈皮、砂仁、枳壳消食导滞；厚朴、香附理气解郁；苍术、炙草益脾和胃。或可选用保和丸加减。

六郁虽可单独出现，但更多的是兼夹而见，如气结食

滞,气郁血瘀,痰气郁滞,气火互结,湿气交阻等。治疗在祛邪的同时,必先理气解郁为先导。

针灸、推拿、气功等疗法,见"郁证"条。

五脏郁证

由情志所伤而致五脏气机郁滞的病证,称为五脏郁证。五脏郁证名称见《证治汇补》。《赤水玄珠》称五脏本气自郁证。

其病因先由情怀不舒,继则气机抑郁,遂致脏气失和。如《类证治裁·郁症》说:"若思忧悲惊怒恐之郁伤气血,多损脏阴。"《景岳全书·杂证谟·郁证》说:"思则气结,结于心而伤於脾也;及其既甚,则上连肺胃而为咳喘,为失血,为嗝噎,为呕吐;下连肝肾则为带浊,为崩淋,为不月,为劳损。""悲忧惊恐而致郁者……盖悲则气消,忧则气沉,必伤脾肺;惊则气乱,恐则气下,必伤肝肾。"

五脏郁证包括心郁、肝郁、脾郁、肺郁、肾郁。兹将其辨证施治分述如下:

心郁:症见精神抑郁萎顿,心胸微闷,主事健忘,或沉默寡言,心有妄想,脉来微细或细数。因怀抱不舒,遭遇不遂,思虑伤心,心气不舒所致。治宜养心安神解郁。方宜甘麦大枣汤合百合地黄汤加远志、石菖蒲,郁金等。《赤水玄珠》主张用黄连、肉桂、石菖蒲,旨在交泰心肾,开郁安神。如久郁心气、心阴俱虚者,可用天王补心丹气阴双补,养心宁神。

肝郁:症见胸闷太息,两胁微膨或胀痛,嗳气连连,不思饮食,舌苔薄腻,脉弦。由情志所伤,肝失条达,气机郁滞所致。治宜疏肝解郁。方用四逆散加香附、郁金、白蒺藜、青皮等。如伴胁肋胀痛者,可加金铃子散;气郁有化火之势者,可用丹栀逍遥散。

肝与胆互为表里,肝郁则影响胆气疏泄而成胆郁。《赤水玄珠·郁证门》:"胆郁者,口苦,身微潮热往来,惕惕然如人将捕之,治宜柴胡、竹茹、干姜。"亦可用小柴胡汤加减和解肝胆。如肝胆之气俱郁而不伸者,《类证治裁·郁症》称肝胆郁,主张用加味逍遥散治疗。若伴吞酸嘈杂者,佐以左金丸。

脾郁:症见中脘微满,吐涎少食,食后腹胀,四肢无力,或伴嗳气,呕恶,舌苔白腻或垢腻,脉濡滑或濡细。因肝郁气滞,累及脾胃,脾运不化,发为此证。治宜健脾解郁。方选平胃散加白术、生谷芽等。如因郁而食滞者,加焦六曲、莱菔子、山楂、炙鸡金等消食;加木香、郁金、枳壳等行气导滞。《杂病源流犀烛》的夺郁汤有启脾开郁,和中化浊之功。方中苍术、藿香、省头草、砂仁、草蔻仁芳香辟浊苏脾;香附、陈皮、苏梗理气开郁;伍生姜辛开降逆。

《类证治裁·郁症》中有脾胃郁和心脾郁之谓,前者为脾郁证兼气噎哕呃等胃气不和之症,可用《金匮要略》麦门冬汤加竹茹、丁香,以和胃降逆;后者系脾郁日久,不能化生精微,心血因而亏虚(见"怔忡"、"崩漏"条),可用归脾汤健脾补气养血。

肺郁:症见胸满,咳嗽不扬,喉痒,欲嗽无痰,皮肤干燥不泽,口干,舌白少津,脉小弦。由志意不伸,复感外邪,肺气郁而不宣所致。治宜宣肺解郁止咳。方用《杂病源流犀浊》泄郁汤。方中桔梗、紫菀宣肺止咳;沙参、贝母润肺止咳;香附、白蒺藜解郁理气;砂仁和胃。或用三拗汤加桔梗、前胡等宣肺止咳;胸满者加枳壳、厚朴;若兼表证者,加荆芥、防风宣散;兼肺燥者,加桑杏汤润肺止咳。

《类证治裁》有肺脾郁之称,系"肺郁日久,累及脾气,脾虚生化无源,致营损肌瘦",用人参养营汤去桂心、熟地黄治之。

肾郁:症见小腹微硬,或浊或淋,腰膝无力,不能久立,脉沉而细。由惊恐伤肾,或思忆不遂,肝郁及肾,肾气失和。治宜温肾化气,分清泌浊。用《杂病源流犀烛》折郁汤。方中肉桂、丁香温肾以利气化;白术、薏仁健脾而化湿浊;茯苓、猪苓、泽泻、木通淡渗利水,以分清泌浊。《赤水玄珠》主张用肉桂、茯苓、小茴香三味煎汤,其立意同上。

五脏郁证,有因郁致病和因病致郁之分。《景岳全书·杂证谟·郁证》说:"凡五气之郁则诸病皆有,此因病而郁也。至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。"临床治疗时,若因病致郁者,当先治原发病,病去则郁除;若因郁致病者,应先解其郁,疏畅其气机,气畅则病去,此又不可不知。

针灸、推拿、气功等疗法,见"郁证"条。

水肿

体内水液潴留,泛溢肌肤,引起头面、目窠、四肢、胸腹甚至全身浮肿的疾患,称为水肿。

水肿的名称出自《内经》,又名水病、水胀,简称"水"。《金匮要略》则称为水气。水气可以包括水肿,但不就是水肿,如《伤寒论》所称的水气是指水饮、痰饮。历代医籍又根据水肿所出现的部位不同,而有各种名称:两眼胞浮肿称目窠上微肿,两眼胞下浮肿称目下肿,小腿浮肿称胫肿,足背浮肿称跗肿或脚肿,腿足浮肿称足胫肿,足胫胕肿称足胻肿,四肢肿称肢肿或结阳,面部足部俱肿称面胕庞然壅,身体肿称身肿,全身都肿称通身肿或一身悉肿。《金匮要略》还有腰以上肿和腰以下肿的不同。妇人经行前后或行经期出现浮肿,称经行浮肿。妊娠期间,肢体面目发生肿胀者称为子肿。由于肿势不一,古人又有子气、皱脚、脆脚之称。若自腹至足肿,小便长者,属湿气为病,名子气。但两脚浮肿而肤厚者,属湿,名皱脚;皮薄者,属水,名脆脚。

病因病机 水肿的发生,《内经》认为与外邪侵袭有关。《素问·水热穴论》:"勇而劳甚则肾汗出,肾汗出逢于风,内不得人于脏腑,外不得越于皮肤,客于玄府,行于皮里,传为胕肿,本之于肾,名曰风水。"《素问·至真要大

论》："太阴司天，湿淫所胜，胕肿……。"《内经》不仅重视水肿发生的外因，也很重视水肿发生的内因，认为与肺、脾、肾三脏功能的障碍有关。《素问·阴阳别论》："三阴结谓之水。"三阴是指手足太阴肺、脾两经。《素问·水热穴论》："肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。"历代医籍对水肿的病因病理都有所发挥，到明代，《医学入门》对水肿病因的归纳较为全面，认为水肿由冒雨涉水，或兼风寒暑气，或饥饱劳役，或因久病，或因产后，或饮毒水，或疮毒等因素所致。其中，对疮毒致肿的论述，尤为突出。《景岳全书·杂证谟·肿胀》对水肿病理的阐述较为透彻，认为："凡水肿等证，乃脾、肺、肾三脏相干之病，盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾；今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。"兹将水肿的病因病机归纳如下：

风邪外袭：肺为水之上源，又主一身之表，外合皮毛，如肺为风邪所袭，气失宣畅，不能通调水道，下输膀胱，以致风遏水阻，风水相搏，流溢于肌肤，发为水肿。《诸病源候论·水病诸候》："肿之生也，皆由风邪寒热毒气，客于经络，使血塞不通，壅结皆成肿也。"

水湿内侵：脾主运化，喜燥恶湿，如涉水冒雨，或久居潮湿之处，水湿之气内侵，脾为湿困，健运失司，不能升清降浊，以致水湿不得下行，溢于肌肤，而成水肿。《伤寒杂症保命歌括·胀满》："水胀者，因脾土受湿，不能制水，水渍于肠胃而溢于体肤。"

疮毒内攻：肌肤患有疮疖，疮毒湿热内攻，致肺失通调，脾失转输，发为水肿。《济生方·水肿》："又有年少，血热生疮，变为肿满。"

饥饱失调：长期饥饱失调，脾气日渐亏损，脾虚失运，水湿内停，遂成水肿。

劳欲过度：劳倦伤脾，纵欲伤肾，日久脾肾俱虚，脾虚则转输无权，肾虚则开阖不利，不能化气行水，以致水液停聚，泛滥成肿。

此外，妇人经行浮肿多因经期冒雨涉水，或因房室不节，多胎小产等，而致冲任失调，脾肾虚弱，不能化气行水。子肿是因胎气壅阻，气机升降失调，水液逗留所致。产后浮肿的发生，多因生产劳伤脏腑，致使脾肾脏气虚弱，而不能制水。《沈氏女科辑要笺正》云："盖产后肾气必虚，胃底阳虚，不能蒸布津液，通调水道，此聚水之由也。"

小儿脏腑娇嫩，形气未充，卫外不固，易为外邪所侵，又易为饮食所伤，故临床以阳水证较为多见。

辨证　首先应分清阳水和阴水。阳水起病急骤，从面目先肿，肿势以腰以上较甚，肤色光亮而薄，按之凹陷易于恢复，多因外感风邪水湿所致；阴水起病缓慢，从下肢先肿，肿势以腰以下较甚，肤色萎黄或灰黯，按之凹陷恢复较慢。多因劳欲过度，脾肾亏虚所致。《丹溪心法·水肿》："若遍身肿，烦渴，小便赤涩，大便闭，此属阳水。……若遍身肿，不烦渴，大便溏，小便少，不涩赤，此属阴水。"其次要辨明虚实。水肿患者，青少年病人新感外邪，多属实证；年老或久病患者，正气必虚，但水邪内停为实，因此多本虚标实。《医宗必读·水肿胀满》说："小便黄赤，大便秘结为实；小便清白，大便溏泄为虚；滑数有力为实，弦浮微细为虚；色红气粗为实，气悴声短为虚。"但阴水与虚肿，阳水与实肿，又有其内在的联系。故《医宗必读·水肿胀满》说："阳证必热，热证多实；阴证必寒，寒证多虚。"

治疗　有以下几方面：

方药治疗　在汉唐以前，主要以攻逐、发汗、利小便等为大法，如《素问·汤液醪醴论》说："平治于权衡，去菀陈莝……开鬼门，洁净府。"《金匮要略·水气病脉证并治》指出："诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。"后世乃增入健脾、补肾、温阳等法，在治疗上有了较大的发展。《丹溪心法·水肿》："水肿因脾虚不能制水，水渍妄行，当以参术补脾，使脾气得实，则自健运，自能升降，运动其枢机，则水自行。"《景岳全书·杂证谟·肿胀》："温补即所以化气，气化而全愈者，愈出自然。消伐所以逐邪，逐邪而暂愈者，愈由勉强，此其一为真愈，一为假愈，亦岂有假愈而果愈者哉！"景岳所指假愈，系指虚证用消伐而暂愈复发者。《医门法律·水肿》说："肾司开阖，肾气从阳则开……肾气从阴则阖，阴太盛则关门常阖，水不通而为肿。"故久病虚肿，一般多用温肾药，有较好疗效。

由于小儿为稚阴稚阳之体，脏腑娇嫩，形体未充，在物质基础及生理功能上均未臻完善，因而用药时要注意分寸。特别是峻攻峻下之剂虽用后可获水肿消退一时之快，但对于"脾常不足"的小儿更易导致脾阳大伤，正气愈虚，而出现肿势复起的现象，临床使用尤应慎重。如非用攻逐之剂不可者，应与扶正健脾药同用，以防攻水伤正之弊。另外，应用大补之剂，亦切勿太过，否则也会伐生生之气。

妇女妊娠晚期，下肢轻度浮肿，无其他不适者，不必治疗，产后自消。

针灸治疗　总以通调三焦气机为主，如阳虚兼调肺与膀胱，阴水兼补脾肾。选任脉、足太阴、足少阴、手阳明和足阳明等经穴，如大杼、肺俞、脾俞、三焦俞、肾俞、水分、气海、关元、合谷、足三里、三阴交、复溜或委阳等，每次4—6穴。阳水用毫针行泻法，阴水用毫针行补法，也可用灸法治疗。

推拿疗法　以健脾温肾，行气利水为原则。

操作：(1)俯卧位：①按揉肺俞、心俞、脾俞、三焦俞、肾俞、气海俞。②捏拿四肢，从四肢的远端向心性捏拿至近端，3—5分钟。仅有下肢浮肿者，可单拿下肢。③掌振左右肾俞部透热。

(2) 仰卧位：①按揉水分、中极、水道、归来、阴陵泉、三阴交。②摩腹。重点小腹部。③掌振丹田。④足胫浮肿者，以掌根从足背沿小腿内侧推至膝关节，反覆多次。

辨证加减:外感湿邪者加背部膀胱经和擦法。脾虚者加按揉足三里,加强摩腹。心阳不振者加按揉膻中,掌振肩胛间区。肾虚者加擦肾俞、擦八髎。备用手法:①四肢关节浮肿困重者,可辅以四肢被动导引手法。②腹部掌推法。先掌揉一侧腹股沟部,然后以掌根推法经神阙推至剑突下。两侧交替进行。本法有助于淋巴回流。③遍身肿胀,掐水分、气海、足三里 50—70 次。

简易方 (1)木香散:木香、大戟、白牵牛各等分,研细末,每次用糖开水冲服 3—6 克。此方适应于实证体壮者,中病即止(《实用中医内科学》)。

(2) 卢氏消肿方:黑白丑各 65 克、红糖 125 克、老姜 500 克、大枣 62 克。共研细末,泛丸,分 3 次服完,每日 3 次,食前服(《实用中医内科学》)。

(3) 车前草(带籽)15 克,玉米须 15 克,墨旱莲 15 克,小青草 15 克,水煎服,每日 1 剂(《当代妙方》)。

(4) 地胆草 15—30 克,海金沙 30 克,爵床 30 克,车前子 18 克,茯苓皮 15 克。上药加水炖服,分 2 次服,每日 1 剂(《当代妙方》)。

(5) 黄芪 30—60 克,煎服,每日 1 剂(《实用中医内科学》)。

食疗方 (1) 加味鲤鱼汤:鲤鱼 1 条 500 克左右,生姜 31 克,葱 62 克,炖汤不放盐,喝汤吃鱼。本方适用于气血虚弱患者(《实用中医内科学》)。

(2) 鳝鱼 500 克,鲜薤白 120 克,炖汤不放盐,喝汤吃鳝鱼。本方适用于气血虚弱患者(《实用中医内科学》)。

(3) 葱白 6 根,冬瓜 500 克(切块),鲤鱼 1 条(500 克左右),三物同炆熟,加油、盐调味(肾病水肿则用低盐或淡食),每日分 2 次佐膳(《古方饮食疗法》)。

预后 一般水肿经水肿治疗后可以痊愈。如经多方治疗,水肿日益加重,出现爪甲青紫,呼吸喘促,不能平卧,肚脐肿满反突,有失神表现,表示病情严重。《千金翼方·水肿》指出:"一面肿苍黑是肝败不治;二掌肿无纹理是心败不治;三腹肿无纹理是肺败不治;四阴肿不起是肾败不治;五脐满肿反者是脾败不治。"可资临床参考。

调护 水肿病人的饮食,古代早有记载,《千金要方·水肿》指出:"鱼勿用盐"、"莫恣意咸物。"《世医得效方·肿满》:"惟忌盐,虽毫末许不得入口",说明前人对水肿忌盐已有深刻的认识。

阳水

因外感风邪水湿所引起的水肿,称为阳水。临床上多兼起病急,肿势骤,皮色光亮而薄等阳证,所以称为阳水。《丹溪心法·水肿》说:"阳病水兼阳证者,脉必沉数。"《证治汇补·水肿》说:"若遍身肿,皮色黄赤,烦渴溺涩,大便闭,脉沉数,此为阳水。"

阳水是由于外感风邪或水湿外浸,肺脾通调转输失司,以致水湿泛溢于肌肤。《医学入门·水肿》:"阳水多外因涉水冒雨,或兼风寒暑气而见阳证。"由于感受的外邪不同,可表现为不同的水肿,临床上常见的有风水和皮水。

风水:出自《素问》。而《灵枢·四时气》又称风痳。风水发病急骤,症见发热恶风(或恶寒),骨节疼痛,面目浮肿,继则延及四肢全身皆肿,或咳嗽而喘,舌苔薄白,脉浮紧;或咽喉红肿疼痛,舌质红,脉浮数。是由于风邪侵袭,肺气失宣,不能通调水道下输膀胱,以致风遏水阻,风水相搏,流溢于肌肤,发为水肿。治宜疏风清热,宣肺行水。方用越婢加术汤为主。方中麻黄散风宣肺,兼能利水退肿;石膏清肺泄热;白术健脾利水,使肺气宣通,水湿下行,则风水自退;甘草、生姜、大枣调和营卫。如热重尿少可加鲜茅根、鲜芦根以清热利小便。如咽喉红肿疼痛,可加板蓝根、蒲公英以清热解毒。表邪盛而偏寒者去石膏加羌活、防风以疏风散寒。哮喘可加前胡、杏仁,甚者加桑白皮、葶苈子以泻肺平喘行水。若汗出恶风,卫阳已虚,则宜助卫气而行水湿之邪,用防己黄芪汤。

水肿之剧者称为洪肿,洪肿出自《金匮要略》。《诸病源候论》列有身面卒洪肿候。洪肿主要见于风水,也可见于皮水、石水等病。若身面突然洪肿,大多属于风水,可用发汗的方法,以宣散水湿,治同风水。

皮水:见于《金匮要略》。皮水起病较缓,周身浮肿,按之没指,肢体疼痛,胸闷纳呆,泛恶,不恶风,其腹如鼓,口渴,苔白腻,脉浮。是由于水气在表,湿浊困脾,气机失于宣通,以致泛于肌肤而成水肿。治宜通阳利水。方用五苓散合防己茯苓汤加减。方中桂枝、泽泻、猪苓、防己通阳利水;黄芪、白术、茯苓、甘草运脾化湿。湿郁化热挟瘀者加蒲灰散。以蒲灰、滑石清湿热,利小便,化瘀结。

《奇效良方》尚有湿肿一证,主要表现为肢体浮肿,自腰以下至脚沉重,两腿胀满,按之没指,小便短少,或有气急,便溏等,多因久居湿地,水湿浸渍,不能运行所致,治法与皮水相同。

此外,若因肌肤患疮疖,疮毒湿热内攻而致浮肿者,亦属阳水范畴。治宜清热解毒,利湿消肿,用五味消毒饮或黄连解毒汤加减。

针灸治疗,以选任脉、手太阴等经穴及背俞穴为主,如水沟、大杼、肺俞、三焦俞、水分、石门、列缺、委阳等。偏于风寒者,用毫针行泻法,并配合灸法;偏于风热者,用毫针行泻法,一般不灸。

阴水

由内伤饮食劳倦所引起的水肿,称为阴水。临床上多见起病缓,下肢肿,肤色㿠白或灰黯等阴证,所以称为阴水。《丹溪心法·水肿》说:"阴水病兼阴证者,脉必沉迟。"《证治汇补·水肿》说:"若遍身肿,皮色青白,不渴,大便溏,小便少不涩,此属阴水。"

阴水是由于久病之后,或饮食劳倦,脾肾阳虚或肝肾

阴寒，水湿凝聚不化所致。《医学入门·水肿》："阴多久病或产后。""或饥饱，劳役，房欲而见阴证。"由于临床的证候不同，《金匮要略·水气病脉证并治》有正水和石水的区别。

正水：见于《金匮要略》。症见全身水肿，腹满，喘急，脉沉迟。是由于脾肾阳虚，水停在里，上迫于肺所致。其标在肺，而其本仍在脾肾。治宜健脾温肾为主。方用实脾饮合真武汤加减。方中附子、干姜温阳化气；白术、茯苓健脾利湿；厚朴、木香、槟榔、草果行气除满，导水下行。如喘息自汗，不得卧，可加人参、五味子、煅牡蛎、煅龙骨等。

《三因极一病证方论》以心水、肝水、肺水、脾水、肾水、胆水、大肠水、膀胱水、胃水、小肠水为正水，和《金匮》正水完全不同。

石水：见于《素问》。症见少腹肿，坚如石，胁下胀痛，腹满不喘，脉沉。是由于肝肾阴寒，水气凝聚下焦所致。《症因脉治》以"肝肾虚肿之症"为石水，并提出具体的治法。肾阳不足宜《金匮》肾气丸合河车丸加减，方中附桂温补肾阳；熟地、山茱萸滋补肾阴；取"阳得阴助而生化无穷"之意，茯苓、泽泻利湿行水；紫河车大补元气，填精血。若阳损及阴，肾阴不足，宜人参固本丸合《家秘》肝肾丸加减。如证偏实者可用《赤水玄珠》泽漆汤加减。

针灸治疗，以选足太阴、足少阴、足阳明、任脉等经经穴及背俞穴为主，如脾俞、三焦俞、肾俞、水分、气海、石门、关元、足三里等，用毫针行补法，并配合灸法。

虚肿

临证表现为虚证的肿病，称为虚肿。虚肿见于《诸病源候论》。虚肿大多病势缓慢，面目四肢浮肿，按之凹陷难复，或水肿先见于下肢，并有腰脊酸楚，畏寒肢冷，脘胀，便溏等症。

虚肿多因脾肾阳虚，不能运化水湿所致。《诸病源候论·水通身肿候》："水病者，由肾脾俱虚故也，肾虚不能宣通水气，脾虚又不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也。"因此，治疗时多以健脾温肾利水为法。临床上常见的有脾虚水肿和肾虚水肿两类。

脾虚水肿：症见下肢浮肿较甚，按之凹陷不易恢复，胸闷腹胀，纳减便溏，面色萎黄，四肢倦怠，舌淡，苔薄白，脉沉缓。是由于劳倦伤脾，或大病之后，或久泻之后，或饥饱失调，致脾气日渐亏损，脾的运化转输功能失司，脾虚则水液停聚不行，泛滥横溢而成水肿。治宜健脾利水，方用实脾饮为主方。方中用白术、甘草、大枣实脾补虚，使土能制水；干姜、附子、草果温中祛寒，可扶阳抑阴；大腹皮、厚朴、木香、木瓜行气导水，使气行湿化；茯苓淡渗利水，合用能温阳健脾，行气利水。如水湿过重，可加人桂枝、猪苓、泽泻，以助膀胱之气化而利小便。便溏者去大腹皮。气虚息短者，可加人参以补元气。

尚有一种脾虚浮肿，由于较长时期的饮食失调，或营养不足，损及脾胃而起。症见遍身浮肿，晨起则头面较甚，劳动则下肢肿胀，能食而疲软乏力，大便如常，小便反多，舌苔薄腻，脉象软弱。本病因脾虚气失舒展，湿滞为肿，与上述水肿不同。治宜健脾化湿，不宜分利。可用参苓白术散加黄芪、当归、红枣、赤小豆为方。

《金匮要略》又有水分之名，该书《水气病脉证并治》说："先病水，后经水断，名曰水分。"症见心下坚大，胃纳呆滞，经闭等。治以健脾利水为主，兼以调经。如《证治汇补·水肿》所说："水分者，中州停湿，心下坚大，病发于上，先水肿而后经断，治在中焦。"

此外，还有水土不服所引起的水肿，见于《诸病源候论》。多因突然离开乡土，气候、环境、饮食习惯一时不能适应，脾虚不能运化水湿所致，症见身体浮肿，或下利食减，胸中烦闷，气短气急等。《诸病源候论·水肿病诸候·不伏水土候》："病之状，身体虚肿，或下利而不能食，烦满气上是也。"治宜健脾渗湿。方用胃苓汤加减。方中苍术、厚朴、大枣、甘草燥湿健脾；桂枝、猪苓、泽泻通阳利水；陈皮理气化湿；桑白皮、大腹皮下气行水；生姜皮辛散水气。

肾虚水肿：症见全身水肿，腰腹以下尤甚，按之凹陷不起，腰痛酸重，四肢厥冷，怯寒神疲，面色灰黯或㿠白，舌胖质淡苔白，脉沉细尺弱。由于房室不节，精神过耗或久病体虚，肾气内伤，或素体肾虚所致。肾虚则开阖不利，膀胱气化失常，水液停积，泛滥横溢，形成水肿。治宜真武汤为主方。方中附子温肾阳，祛寒邪；茯苓、白术健脾利水，导水下行；生姜温散水气；芍药和里，与附子同用能入阴破结，敛阴和阳。如虚寒过甚，可加胡芦巴、巴戟天、肉桂心等以温补肾阳。如喘息自汗，心悸不得卧，可加人参、炙甘草、五味子、煅牡蛎等以防喘脱。病久阳损及阴，见头晕，耳鸣，遗精，齿龈出血，舌红等症，可用大补元煎合《济生》肾气丸加减。

肾虚水肿和脾虚水肿在临床上往往同时出现，而称脾肾两虚水肿，因此临证时常以健脾和温肾两法同时并用，但必须区别脾虚和肾虚的主次，而有所侧重。

《素问·奇病论》有肾风一病，其症庞然如有水状，身无痛，形不瘦，不能食或食少，脉大紧，此病在肾，亦属肾虚水肿的范畴。

《灵枢·水胀》又有肤胀一病。指因阳气不足，寒气留滞于皮肤之间而出现的肿胀。症见腹部膨大，叩之中空不实，身肿，皮厚，按其腹凹陷不起，腹色无异常变化等。《校注医醇賸义·肤胀》认为："此症由于内则宗气失守，虚气无归，外则寒气客于皮肤，遍身流窜，故腹大身肿而皮厚，但气为无形之邪，虽肿而不坚，按之则气散而不能骤起。"并提出"扶正去寒，理气化浊"的治法，方用祛寒建中汤。以白术、茯苓、附子、生姜、大枣温阳散寒，健脾利水；广陈皮、厚朴、枳壳、白蔻仁、木香理气化浊；当归、白芍养血活血。

针灸疗法、简易方、食疗方,见"水肿"条。

实肿

临证表现为实证的肿病,称为实肿。实肿名见《医学三字经》。有气肿、血肿、风肿、湿热肿等区别。

实肿多因外感六淫,内伤饮食而致气血、水湿滞留发为肿胀,一般病势较急。

气肿:见于《丹溪心法》。指肿病因气郁所致者,症见皮厚色苍,四肢瘦削,脘腹胀满,自上而下,或痛连胸胁,或忽然浮肿,其肿随按随起,多由气滞湿郁所致。《证治指南》论气肿与水肿的辨证,曰:"皮厚色苍,肢瘦腹满,由上及下为气肿;皮薄色嫩,肿有界限,从下至上为水肿;手按不凹,即起为气肿;按之凹,不即起为水肿。"气肿病多兼水湿,《医编》谓:"水与气本一物,病常相兼,则治水当兼理气,治气兼行水。"治宜理气化湿,消肿除满。方用加味枳术汤为主。方中枳实、木香、紫苏、槟榔、陈皮、半夏理气化湿;肉桂、白术、白茯苓通阳化湿;桔梗开胸利气;五灵脂通利血脉;生姜辛散水气;甘草调和诸药。

血肿:见于《丹溪心法》。指水肿因血瘀所致者。症见四肢浮肿,皮肉间有红丝血痕,或妇女经水先断,后见水肿,少腹胀痛拒按,小便清长等,多由于瘀血留滞,血化为水所致。治宜化瘀行水。方用桃红四物汤合五皮饮。方中当归、赤芍、生地、川芎活血养血;桃仁、红花活血化瘀;茯苓皮淡渗利水;陈皮理气化湿;桑白皮、大腹皮下气行水;生姜皮辛散水气。若症情急重者,可加大黄、虻虫、水蛭等以助破血逐瘀之力。

《金匮要略·水气病脉证并治》:"女子经水不通,经为血,血不利则为水,名为血分。"又说:"经水前断,后病水,名曰血分。"血分亦属血肿。治宜续断饮加减。以当归、川芎、赤芍、五灵脂、牛膝、续断活血调经;肉桂、白芷、羌活温阳散寒;赤苓、牵牛分利水湿;半夏、生姜、大枣和中。

风肿:见于《灵枢》。亦称痛风肿。《医学入门·水肿》说:"风肿者,即痛风肿,肿面多风热,肿脚多风湿。"风肿其证与风水不同,症见皮粗,麻木不仁,走注疼痛。多由感受风热、风湿所致。治宜祛风消肿。方用小续命汤加减。方中麻黄、防风、川芎、防己祛风利湿;附子、肉桂温阳化气。体实者可去人参加槟榔、牵牛。

湿热身肿:见于《症因脉治》。症见遍身浮肿,肿势多剧,皮色润泽光亮,胸闷气粗,口干烦热,腹大胀满,小便短赤,或大便干结,舌苔黄腻,脉沉数。是由于湿热侵袭肌表,或水湿之邪化热,壅于肌肤经隧之间所致。治宜分利湿热。方用疏凿饮子为主。本方能攻逐水湿,具有上下表里分消之力,商陆通利二便;佐槟榔、大腹皮以行气导水;茯苓皮、泽泻、木通、椒目、赤小豆以利水,使在里之水从二便下行;羌活、秦艽疏风透表,使在表之水从汗外泄。若腹满不减,大便秘结者,可合用己椒苈黄丸,以助攻下之力,使水从大便而下泄。若证势严重,兼见气粗喘满,倚息不得卧,脉弦数有力者,为水在胸中,上迫于肺,肺气不降,宜泻肺行水为主。可用五皮饮、五苓散合葶苈大枣泻肺汤以泻胸中的水气。

《内经》还有涌水一病。涌水指水自下而上如泉涌。《素问·气厥论》:"肺移寒于肾,为涌水,涌水者,按腹不坚,水气客于大肠,疾行则鸣濯濯如囊裹浆,水之病也。"水为阴气,其本在肾,其末在肺,肺移寒于肾,则阳气不化于下,阳气不化,则水泛为邪而客于大肠。因为肺和大肠相表里,故涌水症除见肿满,按腹不坚,肠中濯濯有水声外,尚多有喘咳之证。治宜泻肺逐水。方用葶苈丸加减。方中葶苈子、椒目、泽泻、杏仁、桑白皮、猪苓泻肺行水;甘遂、芫花、大戟、黑丑、大黄、轻粉泻下逐水。青皮、陈皮、木香、槟榔理气化湿。

针灸疗法、简易方、食疗方,见"水肿"条。

鼓胀

腹部胀大如鼓,腹皮青筋显露,皮色苍黄,四肢不肿(或微肿)的证候,称为鼓胀。《灵枢·水胀》:"鼓胀何如?……腹胀身皆大,大与肤胀等也,色苍黄,腹筋起,此其候也。"鼓胀的另一含义仅指气胀而言,《医宗必读·水肿胀满》:"鼓胀者,中空无物,腹皮绷急,多属于气也。"目前所称鼓胀,皆指前者,而气胀则属鼓胀之一种。

鼓胀名称出《内经》,又称为胀。《诸病源候论》有水蛊的记载,其证候与水鼓类同。《千金方》称鼓胀为蛊胀。《丹溪心法》又称膨胀或单鼓。《证治要诀·蛊胀》认为:"蛊与鼓同,以言其急实如鼓,非蛊毒之蛊也,俗谓之膨脝,又谓之蜘蛛病。"《医学入门》将单腹肿大而四肢瘦削的鼓胀,称为蜘蛛蛊。《景岳全书·杂证谟·肿胀》也说:"单腹胀者,名为鼓胀。"《伤寒杂症保命歌括》称胀病。《时方妙用》又称臌症。现代医学中的晚期血吸虫病、各种原因的肝硬化腹水、腹腔内肿瘤所引起的腹水等,均属此范畴。

病因病机 《素问·腹中论》认为:"此饮食不节,……气聚于腹也。"《素问·至真要大论》说:"诸胀腹大,皆属于热。"《诸病源候论》认为:"由水毒气结聚于内。"《丹溪心法》分析本证的病因由六淫外侵,劳倦内伤,使脾土先伤,湿热留滞,清浊相混,隧道壅塞,遂成鼓胀。《伤寒杂症保命歌括》认为:"胀之病……未有不生于气血水谷者也。"并提出积聚癥块,久可发展成胀病。《医林绳墨》则指出本证"皆由山岚蛊毒之气,因感人腹,聚而不散,结为腹满之症。"

除了上述原因之外,《杂病源流犀烛》还提出了"其或因跌仆闪挫,负重努力,致血瘀于内而成胀痛"的说法。综合归纳如下:

情志郁结:七情过极,肝气郁结,气机阻滞,血运不畅,脉络瘀阻;或肝气横逆乘脾,脾气受克,运化失健,水湿停留,水湿与停瘀互结,郁积日久,遂成鼓胀。

饮食失节：过食厚味，嗜酒无度，损伤脾胃，滋生湿热，酒湿浊气蕴滞，清阳不升，浊阴不降，清浊相混，壅塞隧道，发为鼓胀。

感受蛊毒：水中作业，感受蛊毒之气，水毒结聚于内，伤及肝脾，脉络瘀塞，升降失常，清浊相混，发展成鼓胀。

癥瘕日久：积聚癥瘕、黄疸等病，日久不愈，气血凝聚，水气不行，渐致本证。《医门法律·胀病论》："凡有癥瘕、积块、痞块，即是胀病之根。日积月累，腹大如箕，腹大如瓮。"

总之，本病病机着重肝、脾、肾三脏受病，气、血、水等郁结于腹内，以致腹部日渐胀大，成为鼓胀。喻嘉言说："胀病亦不外水裹、气结、血瘀。"但气血水三者常互为因果，致人于患。如《医碥·肿胀》说："气胀，又名鼓胀……气水血三者，病常相同。有先病气滞而后血结者，有先病血结而后气滞者，有先病水肿而血随败者，有先病血结而水随蓄者。"

辨证　首先需分清寒热、虚实。实胀见腹大坚满，胁腹胀痛不舒，舌苔腻，脉实有力；虚胀见腹大，但胀满不甚，早宽暮紧，面色㿠白或苍白，舌质淡，脉细；热胀腹胀满撑急，烦热口苦，便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦数；寒胀腹大胀满，得热稍舒，畏寒倦怠，苔白脉迟。《医宗必读·水肿胀满》："阴阳虚实，不可不辨。大抵阳证必热，热者多实；阴证必寒，寒证多虚……小便黄赤，大便秘结为实；小便清白，大便溏泄为虚。滑数有力为实，弦浮微细为虚。色红气粗为实，色悴声短为虚。"其次宜辨明属何邪为患。《杂病源流犀烛·肿胀源流》："曷言乎辨其所因也。盖同属鼓胀，有因六气而成者，有因七情而成者，有因饮食伤而成者，必呕吐嗳嘈而胀；有因蓄血而成者，必青紫筋见，小便仍利；有因忧思太过而成者，必二便不利，脉虚涩，肠鸣而胀；有因血热而胀者，必喘躁、虚汗、肢厥、溲赤屎黑而胀；有因气为痰所隔而成者，必心下坚满而胀；有因积聚痞塞而成者，必膈满呕吐，口苦吞酸而胀；有因泻久而成者，必多虚羸状而胀；有因老人虚寒而成者，必气弱，恶寒、不善食而胀。"一般水鼓按之如寒水之状，伴下肢浮肿，尿少；气鼓按之应手而起，胀满较急，攻窜不舒；虫鼓多腹露青筋红丝，或时有腹痛，且有腹泻便血赤白现象；血鼓见腹大筋脉怒张，面色黧黯，舌有瘀点；食鼓见脘腹痞闷，嗳气吞酸，腹胀早轻暮重，食则胀甚。临床上，气鼓日久，必兼水停；水鼓迁延，常挟气滞；血与水之间，也可互化。辨证时当引起注意。

治疗　《内经》有"中满者泻之于内"，"下之则胀已"之说，都是指实证而言。但必须遵循"衰其大半而止"的原则。朱丹溪认为不可徒持攻下法急于求成，需根据虚实论治。如《丹溪心法·臌胀》指出："医又不察虚实，急于作效，病者苦于胀急，喜行利药，以求通快，不知宽得一日半日，其肿愈甚，病邪甚矣，真气伤矣。"对虚证鼓胀补中行气之法，以促自然健运，则邪无所留而胀消。《景岳全书·杂证谟·肿胀》对实证鼓胀的治疗主张："若察其果由饮食所停者，当专去食积；因气而致者，当专理其气；因血逆不通而致者，当专清其血；其于热者寒之，结者散之，清浊混者分利之；或升降其气，或消导其邪，是皆治实之法也。"喻嘉言认为："若只单单腹胀，则难治。单单腹胀久窒，而清者不升，浊者不降，互相结聚，牢不可破，实因脾胃之衰微所致，而泻脾之药安敢漫用乎？……明乎此，则有培养一法，补益元气是也；则有招纳一法，宣布五阳也；则有解散一法，开鬼门，洁净府是也。三法是不言泻而泻在其中矣。"《医宗必读》对虚证、实证、虚中夹实证的治疗原则，提出："察其实者，直清阳明，反掌收功；苟涉虚者，温补脾肾，渐次康复；其有不大实亦不大虚者，先以清利见功，继以补中调摄；又有标实而本虚者，泻之不可，补之不功，极为危险。"

此外，治水鼓宜逐水；血鼓宜活血行气；气鼓宜健脾理气；虫鼓宜杀虫消积；食鼓宜温中消导，待邪去则以扶正为治。鼓胀后期病势突变，骤然吐血、下血或神识昏迷者，可用凉营止血或清热开窍等法。

针灸治疗，以疏肝健脾和化瘀利湿为主。选足厥阴、足太阴、足阳明、任脉等经穴和有关募穴，如脾俞、肝俞、期门、章门、中脘、水分、气海、阴陵泉、三阴交、太冲和足三里等，每次3—5穴。用毫针行泻法，或配合灸法。

下列简易方和食疗方可酌情选用：(1) 大浮萍，糖各60克，清水三碗，煎成一碗，分两次服，忌盐(《实用中医内科学》)。

(2) 水苋菜30克，石菖蒲15克，水煎服(《实用中医内科学》)。

(3) 鲜白接骨根15—30克，水煎服(《实用中医内科学》)。

(4) 香白芷30克，研成干粉，每次服6克，加入白糖冲服，每日2次(《当代妙方》)。

(5) 半边莲、金钱草各9克，大黄12克，枳实15克，水煎服(《岭南草药志》)。

(6) 陈葫芦瓢一个，以糯米一斗作酒，待熟，以瓢于炭火上炙热，入酒浸之，如此三五次，将瓢烧存性，研末。每服三钱，酒下。治中满鼓胀(《本草纲目》)。

(7) 狗肉一斤(切)，和米煮粥，空腹食之(《本草纲目》)。

(8) 肥鼠一只，取肉煮粥，空心食之。治水鼓石水(《本草纲目》)。

预后　鼓胀一般较为严重，得病后常不易痊愈。但若治疗得法，调摄有方，病情可以得到较长时间的缓解，带病延年。由于感染血吸虫引起的鼓胀，只要治疗血吸虫，以后注意预防，不再重复感染，预后大多良好。

调护　鼓胀是一个较为顽固的病证，除了药物治疗以外，尚需注意调摄，沈金鳌说："先令却盐味，厚衣衾，断妄想，禁愤怒。"如鼓胀不甚剧可采用低盐饮食，及至尿量特别减少时，给予无盐饮食。待腹胀消除后，可酌情逐步递增。同时宜戒恚怒，适寒温，静心调养。

气鼓

因气机郁滞所致的鼓胀，称为气鼓。临床以胸腹胀大，腹皮绷急，叩之有声为特征。《医宗必读·水肿胀满》："鼓胀者，中空无物，腹皮绷急，多属于气也。"气鼓名见《石室秘录》。《仁斋直指方》称"气胀"。

气鼓的病因，由于七情所伤，气机郁滞，上不得降，下不得升；或因气虚，枢机不运，升降失常，日久渐成鼓胀。《景岳全书·肿胀》："年青少壮气道壅滞者多实；中衰积劳，神疲气怯者多虚。"故气鼓又有虚实之分。

实证气鼓：腹胀膨大，腹皮绷急，按之应手而起，胁下胀满或疼痛，食后作胀，嗳气不爽，脉弦。由肝失条达，气机壅滞所致。治宜疏肝理气宽胀。方用柴胡疏肝散加木香、大腹皮等。《医学入门·鼓胀》："七情郁塞气道，升降失常，腹胀大而四肢多瘦，四七汤。"《东医宝鉴》有三和汤"治气胀，大小便不利"，方中用陈皮、厚朴、槟榔、苏叶、大腹皮、枳壳行气导滞；白术、茯苓、木通、甘草健脾利水。如心腹胀满，伴见喘促气急者，可用苏子降气汤加减。《景岳全书》的廓清饮治三焦壅滞，气道不清，肚腹气实胀满之证。方中枳壳、厚朴、大腹皮、陈皮、莱菔子、白芥子理气消胀；茯苓皮、泽泻利水通小便。

虚证气鼓：腹大，但胀满不甚，早宽暮急，面色苍黄，四肢瘦削或下肢轻度肿胀，神疲气怯，舌淡脉细。由劳倦伤脾，脾虚气滞所致。《医宗必读》："虚人气胀者，脾虚不能运气也。"治宜健脾补气兼以消导，方用《石室秘录》的消气散。方中白术、茯苓、薏仁、人参、山药健脾补气；肉桂温中助运；枳壳、莱菔子、神曲消食宽胀。《医学入门·鼓胀》："治胀必补中行湿，兼以消积，更断盐、酱、音乐、妄想，不责速效，乃可万全。……补中者六君子汤去甘草加大腹皮、厚朴为君，佐以泽泻利湿，黄芩、麦冬制肝。"本证可与"虚胀"条合参。

针灸治疗，可选任脉、足厥阴、足太阴等经穴和背俞穴为主，如肝俞、脾俞、中脘、气海、期门、章门、足三里和太冲等，每次3—5穴。用毫针泻肝的俞、募穴和经穴，补其他腧穴，并配合灸法。

血鼓

由血气瘀滞所致的鼓胀，称为血鼓。临床以腹部膨大，青紫筋脉显露，面色黧黑，或有黑便等为特征。《血证论·血臌》："血臌之证，胁满小腹胀满，身上有血丝缕，烦躁漱水，小便赤，大便黑，腹上青筋是也。"血鼓名见《石室秘录》。《仁斋直指方》称血胀。

血鼓的病因，总由瘀血停滞。多因情志郁结，气滞日久而成血瘀；或因伤寒蓄血不解，瘀结于里；或因跌仆闪挫，瘀血不散；或因积聚癥瘕，痞块逐渐发展而成。《石室秘录·鼓胀治法》："血鼓之证，其由来渐矣。或跌闪而血瘀不散，或忧郁而血结不行，或风邪而血蓄不发，遂至因循时日，留在腹中，致成血鼓。"唐容川认为本证的发病与地土、饮食习惯有关。如《血证论·血臌》："血臌之证，……东南最多，所以然者，东海饶鱼盐。鱼者甘美之味，多食令人热中；盐者咸苦之味，其性偏于走血，血为阴象，初与热合，不觉其病，日久月增，中焦冲和之气，亦渐为热矣。气热则结，而血不流矣。于是气居血中，血裹气外，一似妇人受孕者然，至弥月时，腹如抱瓮。"

血鼓的临床表现有腹大坚满，青紫筋脉显露，胁腹攻痛，面色黯黑，头颈胸臂见血痣，呈丝纹状，渴不欲饮，大便色黑，或伴吐衄，唇色紫褐，舌质紫红或有紫斑，脉细涩或芤。证属瘀阻脉络，隧道不通，治宜活血行瘀。方选消瘀荡秽汤。方中水蛭、当归、红花、桃仁活血行瘀；黑丑、枳实导滞，荡涤浊邪；牛膝引药下行。亦可用抵当丸增减。若血鼓兼有水肿，小便不利者，可用调营饮。方中莪术、川芎、当归、赤芍、延胡索活血行瘀；大黄、槟榔、陈皮、大腹皮理气导滞；葶苈子、桑白皮肃肺行水；赤苓、瞿麦利水消肿；细辛、肉桂温阳以助气化。若瘀滞缓解后，可用攻补兼施缓图。切忌攻伐太过，导致病情恶化。如《石室秘录·鼓胀治法》："盖血鼓之证，惟腹胀如鼓，而四肢手足并无胀意，故血去而病即毒也……当改用四物汤调理，于补血内加白术、茯苓、人参补气而利水，自然全愈，否则血鼓虽痊，恐成干枯之证。"

针灸治疗，可选足三阴、足阳明等经穴、背俞穴和有关奇穴，如脾俞、膈俞、肝俞、肾俞、章门、足三里、三阴交、复溜、行间和痞根等。每次3—5穴。用毫针行泻法，或配合灸法治疗。

水鼓

由水湿积聚所引起的鼓胀，称为水鼓。临床以腹胀大，动摇有声，下肢微肿为特征。《诸病源候论·水肿病诸候》："此由水毒气结聚于内，令腹渐大，动摇有声，常欲饮水，皮肤粗黑，如似肿状。"水鼓名出《景岳全书》。《诸病源候论》称水蛊。《仁斋直指方》称水胀。

水鼓病因，由饮食无节或劳伤过度，使脾肾虚弱，脾虚则运化失职，水湿停滞，壅于中焦；肾虚则开阖不利，水不得泄，聚水成鼓。或在水中劳作，游泳，感受水毒，内伤肝脾，升降失常，清浊相混，积渐而成水鼓。本证亦可继发于黄疸、癥瘕之后。

水鼓的临床表现，见腹大胀满，按之如囊裹水，动摇有声，食欲不振，欲饮不多，下肢微肿，皮肤黧黑，小便少，舌苔白腻，脉缓。本证的治疗，根据"急则治其标，缓则治其本"的原则，初起正气未大衰，可用攻逐水饮法，选舟车丸、十枣汤之类。或用《石室秘录》的决流汤。方中牵牛、甘遂、车前子攻逐水饮；肉桂温阳化气以助利水。水鼓大小便不通，急胀壅塞者，用大黄汤。方中大黄荡积通便；甘遂攻逐水饮；麦冬甘寒润肠；黄连清热燥湿。水鼓偏寒

者可用实脾饮加减。偏热者投以己椒苈黄丸增损。如伴见黄疸者，可加用茵陈蒿汤或栀子柏皮汤，由癥瘕所致者，治疗可见"癥瘕"条。若水邪渐退，证见脾肾两虚之征者，可选附子理中汤、《济生方》肾气丸之类参合应用。

水鼓需忌盐，《格致余论》说："却盐味以防助邪。"待水退一段时期后，再逐渐增加其食盐量。

针灸治疗，可选足太阴、足阳明、任脉等经穴和背俞穴为主，常用脾俞、水分、气海、天枢、关元、足三里、阴陵泉、公孙和太白等，每次3—5穴。偏热者多针，偏寒者针灸并用。

虫鼓

由虫毒结于肠胃所引起的鼓胀，称为虫鼓。临床以腹部胀大，时或作痛，面有红点或红纹，如虫蚀之象为特征。陈士铎说："虫鼓惟小腹作痛，而四肢浮胀不十分之甚，面色红而带点，如虫蚀之象，眼下无卧蚕微肿之形，此是虫鼓也。"虫鼓名见《石室秘录》，又称虫胀。

虫鼓的病因，是感染寄生虫，虫毒结于肠胃，日积月累，发为本病。《辨证奇闻·臌胀》："夫血虫之臌，何因而得之，饮食之内，或食生菜而有恶虫之子，则入腹而生虫。或食难化之物，久变为虫形而不可解，血即裹之而不化，日积月累，血块渐大。"

虫鼓的临床表现极为复杂，《诸病源候论·蛊毒候》认为"发病之初，体乍冷乍热"，"不治乱下脓血"，最后出现"腹胀满如蛤蟆"等。《备急千金要方·蛊毒》："蛊毒千品，种种不同。"有"吐血、赤痢、下血，肌肤消索，腹大如水状，腹内坚如石，面目青黄，小便淋漓，病变无常。"症见腹部膨大，腹有癥块，时有作痛，面有红点或红纹，如虫蚀之象，或伴下肢轻度浮肿，或有下利赤白，或能食，喜食茶叶、盐、泥土之类。治宜杀虫消积。方用《石室秘录》的消虫神奇丹，虫去则胀消。方中雷丸杀虫；当归、鳖甲活血消结；茯苓、车前子利水退肿。可与木香槟榔丸合用，以理气导滞宽胀。虫去胀缓后宜以健脾益气的六君子汤之类调理。

针灸治疗，取任脉、足太阴、足少阴经穴与俞、募穴等，如肝俞、脾俞、三焦俞、肾俞、期门、章门、石门、水分等。每次选3—5穴，用毫针施以平针法，留针30分钟，刺水分应将针向下平刺至气海穴，躯干部腧穴可以配合艾灸。

寒胀

由寒湿郁遏或脾肾阳虚所致的鼓胀，称为寒胀。临床以腹胀满，不欲饮食，四肢厥冷，脉迟弱为特征。寒胀病名见《兰室秘藏》。

寒胀本证的病因，《兰室秘藏·中满腹胀论》："腹满䐜胀，支膈胠胁，下厥上冒，过在太阴阳明，乃寒湿郁遏也。"又曰："或多食寒凉，及脾胃久虚之人，胃中寒则胀满，或藏寒生满病。根据临床表现，可分寒湿郁遏及脾肾阳虚两类。

寒湿郁遏：症见腹大胀满，按之如泥，胸脘胀闷，得热稍舒，不欲饮食，畏寒倦怠肢冷，小便短少，大便溏薄，苔白腻，脉迟缓。证由寒湿停聚，中阳不运，水蓄不行，渐致鼓胀。治宜温中散寒，通阳化湿。方选中满分消汤去黄连、黄柏或大正气汤。前者用川乌、生姜、干姜、荜澄茄、吴茱萸温中散寒；泽泻、厚朴、半夏、青皮、木香、茯苓、草豆蔻等理气化湿浊；参、芪健脾补气以顾本。后者用桂枝、干姜助阳；藿香、厚朴、陈皮、半夏、白术、槟榔、枳壳理气化湿去浊。

脾肾阳虚：脾肾阳气不运，水寒之气凝而不行，聚而为胀。其辨证施治可见"虚胀"条。

针灸治疗、简易方、食疗方，见"鼓胀"条。

热胀

由湿热蕴结或气郁化火伤阴所致的鼓胀，称为热胀。临床以腹胀大而满，大便干结，小便黄赤，脉数为特征。热胀病名见《兰室秘藏》。

热胀的病因，《丹溪心法·鼓胀》："七情内伤，六淫外侵，饮食不节，房劳致虚，脾土之阴受伤，转运之官失职，胃虽受谷，不能运化，故阳自升，阴自降，而成天地不交之否，清浊相混，隧道壅塞，郁而为热，热留为湿，湿热相生，遂成胀满。"《世医得效方·胀满》："以阳并阴，则阳实阴虚，阳盛生外热，阴虚生内热，脉必浮数，浮则为虚，数则为热，阴虚不能宣导，饮食如故，致胀满者，为热胀。"

本病的辨证可分为以下两类：

湿热蕴结：由湿热壅塞隧道，日久成鼓。其辨证施治可参见"实胀"条中湿热蕴结证。

气郁化火：症见腹胀大，口苦舌干，烦躁易怒，头痛头胀，胸闷胁胀，大便秘结，或目赤耳鸣，舌质红，苔薄黄，脉弦数。证由情志郁结，气失调畅，气郁日久，化火伤阴。治宜解郁消火，养肝滋阴。方用龙胆泻肝汤合滋水清肝饮。如阴伤明显者，可伍一贯煎增减。

针灸治疗、简易方、食疗方，见"鼓胀"条。

实胀

由气滞血瘀，湿热蕴结，热郁食积等原因所致的鼓胀，称为实胀。临床以腹胀大，坚硬拒按，脉滑数有力为特征。实胀病名见《医学入门》。

实胀由实邪阻滞，壅塞隧道，日久而成鼓胀。其辨证论治可分以下三类：

气滞血瘀：症见腹大胀满，脉络怒胀，胁腹攻窜作痛，舌质紫黯或见瘀斑。证由七情郁结，气机郁滞，脉络瘀结，日久渐致鼓胀。治宜理气宽胀，活血行瘀。方选柴胡

疏肝散合调营饮加减。可与“气鼓”、“血鼓”条同参。

湿热蕴结：症见腹大坚满，脘腹撑急，烦热口苦，小便短涩，大便秘结，或溏垢深黄，或伴黄疸，舌尖边红，苔黄腻或兼灰黑，脉弦数。证由外感湿热之邪或脾虚湿阻，郁而化热，湿热互结，浊邪停聚，发为鼓胀。《医学入门·鼓胀》：“实胀，阳热为邪，身热咽干，常胀内痛，按之不陷而硬。”治宜清热利湿除胀。方选中满分消丸去人参、姜黄。方中黄连、黄芩、知母清热燥湿；厚朴、枳实、半夏、陈皮、茯苓、泽泻、砂仁、白术理气化湿。若伴黄疸者，加山栀、茵陈、滑石等，或用当归龙荟丸加减。

食积成鼓：《仁斋直指附遗方论》称谷胀。《世医得效方》又称食胀。《石室秘录》称食鼓。症见腹胀大如鼓，纳食减少，食后作胀，嗳气不爽，苔浊腻。本证的病因，《石室秘录·鼓胀治法》：“饮食入胃，不变精而反去助邪，久则胀，胀则成鼓矣。”《仁斋直指方·胀症》：“失饥伤饱，痞闷停酸，朝则阴消阳长，谷气易行，故能食；暮则阴长阳消，谷气难化，故不能食，是为谷胀。”治宜健脾消导除胀。方选参术健脾丸或调中健脾丸加减。前方用参、术、苓、草健脾补气；归、芍养血和血。后方参、芪、术、苓、苡健脾治本；沉香、陈皮、半夏、香附、楂肉、莱菔子理气消食宽胀治标。

针灸治疗、简易方、食疗方，见“鼓胀”条。

虚胀

由脏气虚损所致的鼓胀，称为虚胀。临床以腹胀大不坚，按之则陷而软，脉细无力为特征。虚胀病名见《医学入门》。

虚胀的病因，《医宗必读》：“若是虚证，或情志多劳，或酒色过度，日积月累，其来有渐。”其辨证论治可分为如下两类：

脾肾阳虚：症见腹膨大，但胀满不甚，早宽暮急，按之陷而软，倦怠纳减，面色苍黄，或呈皖白，肢冷畏寒，或伴下肢浮肿，尿少，舌质淡，脉细迟。证由劳倦所伤，或他病迁延日久，脾肾两虚，阴气不运，水寒之气停留，渐成鼓胀。《医学入门·鼓胀》：“虚胀，阴寒为邪，吐利不食，时胀时减，按之则陷而软。”治宜温肾健脾，行气利水。方选实脾饮、附子理中汤或济生肾气丸等。

肝肾阴虚：症见腹大，胀满不甚，面色黧黑，消瘦，心烦口干，时或衄血，小便短少，舌质红或绛，少津，脉细数。证由劳伤肝肾，肾虚则气化失司，水液停留；肝虚则疏泄失职，由气滞而血瘀；肝肾阴虚则生内热；水、瘀、热互结，致成鼓胀。治宜滋肝益肾，化瘀凉血。方选鳖甲煎丸合六味地黄汤加减。

针灸治疗、简易方、食疗方，见“鼓胀”条。

积聚

气血凝聚以及实邪蓄积成块的一类病证，总称为积聚。积聚包括五积、癥瘕、痃癖、痞块等病症。《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痃癖痞源流》：“大分言之，有积聚、癥瘕、痃癖之不一，总言之，则止曰积。盖以积者，停蓄之总名。”而积之与聚又有不同，积者，有形可征，固定不移，痛有定处，病在血分，为脏病；聚者，聚散无常，无形可验，病在气分，为腑病。《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》说：“积者，藏病也，终不移；聚者，府病也，发作有时，展转痛移，为可治。”历代医家又把积病与聚病合称为积聚。

积聚名称，见《灵枢》。又称积、大聚、瘕聚。《难经·五十五难》中指出：“积者，阴气也；聚者，阳气也，……积者五脏所生，聚者六腑所成也。”《难经·五十六难》将肥气、伏梁、痞气、息贲、奔豚作为五脏之积的名称。《卫生宝鉴》：“小儿五积，为脏气不行，蓄积一处不动，故曰积。”《济生方》有六聚之名。后世亦有将癥瘕作积聚称。如《景岳全书·杂证谟·癥瘕类》：“癥瘕之病，即积聚之别名。”妇科中的石瘕（见《灵枢·水胀》）亦属积病范畴。本病与现代医学的胃肠功能紊乱、肠粘连、肠梗阻、幽门梗阻、肝脾肿大、腹腔肿瘤等病相似。

病因病机 《内经》认为是因邪气（尤其是寒邪）留止于肠胃或募原之间，著于络脉，血脉凝涩，或者由起居不节，用力过度，损伤肠胃络脉及忧怒气逆，凝血蕴裹而不散，著而不去等原因所致。历代医家宗《内经》之说而有所发展。《中藏经·积聚癥瘕杂虫论第十八》中曰：“积聚癥瘕杂虫者，皆五脏六腑真气失而邪气并，遂乃生焉。”《诸病源候论·积聚候》曰：“积聚者，由阴阳不和，府脏虚弱，受于风邪，搏于府脏之气所为也。”《医学入门·积聚》曰：“五积六聚皆属于脾。”强调正气虚而邪入于脏腑，遂成积聚。《景岳全书·杂证谟·积聚》谓：“积聚之病，凡饮食血气风寒之属皆能致之。”其重视邪致积聚，同时又指出：“凡脾胃不足及虚弱失调之人多有积聚之病。盖脾虚则中焦不运，肾虚则下焦不化，正气不行则邪滞得以居之。”《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痃癖痞源流》也曰：“因寒而痰与血食凝结病也。”并指出：“他如脾胃虚弱，或饮食过常，或生冷过度，不能克化；又或起居无节，寒暖不调，致随其所食之物及所伤寒热之气结成积聚。”上述均认为邪实、正虚两方面皆可导致积聚。《医宗金鉴·杂病心法要诀·积聚总括》中，比较突出地指出了情志因素导致积聚：“积聚……皆得之于喜怒不节则伤脏，饮食过饱则伤腑，肠胃填满，汁液外溢，为外寒所袭，与内气血食物凝结相成也。”归纳起来，有以下几点：

(1) 情志失和：忧怒抑郁，脏腑失和，气机逆滞，血行不畅，络脉受阻，日久血凝蕴裹不散，积聚成块，遂成斯疾。

(2) 饮食失节：饮酒无制，嗜食膏粱厚味，损伤脾胃，运化失健，水谷精微蕴而成湿，凝集成痰，痰食交阻，气血失于流畅，脉络壅塞，搏结成块，日渐增大，乃致本病；或饮食不调，食滞肠胃，气机失畅，食气交阻，聚以成疾。

(3) 起居失宜：起居失于摄养，脏腑乖和，正气耗散，

加之寒温不调，寒邪侵袭，气血行涩，遂使脏腑血脉凝滞，日久积聚乃成。

（4）邪毒留着：寒邪、湿热等多种外邪及邪毒入侵人体之后，留着不去，气血凝滞，痰浊内生，日久成积。

七情、饮食、邪毒等因素，常交错夹杂，混合致病。正如《金匮翼·积聚统论》说："积聚之病，非独痰、食、气、血，即风寒外感，亦能成之。然痰、食、气、血非得风寒，未必成积；风寒之邪，不遇痰、食、气、血，亦未必成积。"

辨证　应先分辨积和聚。《难经·五十五难》说："积者，阴气也，其始发有常处，其痛不离其部，上下有所终始，左右有所穷处；聚者，阳气也，其始发无根本，上下无所留止，其痛无常处，谓之聚。故以是别知积聚也。"积属阴，病在血在脏，有块可征，发有常处，痛不离其部，边缘清晰可及，或推之不移；聚属阳，病在气在腑，其无形可征，聚散无常，痛无定处。肝之积，肥气，其块在左胁下；心之积，伏梁，块在脐上到心下；脾之积，痞气，块在胃脘；肺之积，息贲，块在右胁下；肾之积，贲豚，其块发于上腹，上至心下，若豚状，上下无时。癥者隐现腹内，按之形症可验；瘕者，发无定处，易聚易散；痃生脐腹部，呈弦索状痞块；癖生两胁，肿块寻摸不见，痛时可触及痞块，积聚还须辨明虚实，积聚总属虚实夹杂之证。一般而论，聚病较轻，为病尚暂；积病较重，为时较久，而积聚初起一般软而未坚，正气尚强，邪气尚浅；病至中期则邪盛正虚，积块增大，触之觉硬；到了末期，则积块坚硬，正气大伤，以虚为主。

妇女石瘕，积块生于胞中，按之坚，推之不移，伴有闭经或月经紊乱。《灵枢·水胀》："石瘕生于胞中……恶血当泻不泻，血不以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生于女子。"

治疗　有以下几方面：

方药治疗　《内经》中有"坚者削之，留者攻之，结者散之，客者除之"之谓。但在临床中尚须辨其新久虚实，而后立法投约。《景岳全书·杂证谟·积聚》提出治积聚的"攻"、"消"、"散"、"补"四法，并说："治积之要在知攻补之宜，而攻补之宜，当于孰缓孰急中辨之。凡积聚未久，而元气未损者，治不宜缓，盖缓之则养成其势，反以难制。此其所急在积，速攻可也；若积聚渐久，元气日虚，此而攻之……愈攻愈虚，则不死于积而死于攻矣……故凡治虚邪者，当从缓治，只宜专培脾胃以固其本。"积聚之初，宜散聚消积，活血通络为主，如化积丸、秘方化滞丸等；积聚中期，宜通瘀行气，扶正和中，攻补兼施，如四磨饮、鳖甲煎丸等；积聚末期，宜大补气血，健脾和中为主，佐以活血化瘀，如八珍汤、健脾丸合消积散聚活血化瘀之品。

针灸治疗　以行气化痰，导滞通络为主。常选任脉、足阳明、足太阴、足厥阴等经穴和俞募穴，如膈俞、肝俞、脾俞、三焦俞、章门、中脘、气海、足三里、三阴交和行间等，每次4—5穴，针灸并用。其中聚证着重疏肝理气，选肝俞、期门、中脘、天枢、气海、太冲，或三焦俞、膻中、内关、足三里、行间等，用毫针行泻法；积证着重活血通络，选肝俞、脾俞、中脘、章门、天枢、气海、足三里、三阴交等，用毫针行泻法并配合灸法；气血虚弱者，宜补养气血，选脾俞、胃俞、肾俞、痞根、梁门、天枢、气海、关元、足三里、三阴交等，以毫针行先补后泻手法，并配合灸法。

简易方　（1）三棱丸：三棱、莪术、青皮、麦芽、半夏，治血癥血瘕，食积痰滞（《景岳全书》）。

（2）巴豆肉五粒（纸裹打去油）、红曲三两（炒）、小麦麸皮一两（炒），俱研细末，总和为丸，如黍米大，每空心服十丸，白汤下。治痞结癥结（《海上方》）。

（3）三棱草煎：三棱草一两，水半斤，于铜器中重釜煎如稠糖，纳密器中，日二服，每次一匙，酒送服。治癥瘕（《千金翼方》）。

（4）血竭、没药、滑石、丹皮各一两，为末，醋糊丸，梧桐子大，服之。治腹中血块（《摘元方》）。

食疗方　（1）朱砂研细，馊饭。以雄鸡一只，饿二日，以饭饲之，收粪暴燥为末，温酒服方寸匕，日三次。治心腹宿癥（《外台秘要》）。

（2）生芋子一斤，压破，酒五斤，渍十四日，空腹每饮一升（《本草纲目》）。

（3）猪脾七个，用新针刺烂，以皮硝擦之，铁器焙干，用水红花子七钱，同捣为末，以无灰酒空心调下（《本草纲目》）。

（4）大鳖一个，以蚕砂一斗，桑柴灰一斗，淋汁五度，同煮如泥，去骨再煮成膏，捣丸梧子大，每服三钱，日三次（《太平圣惠方》）。

预后　聚证的预后一般较好，而积证则较差。《景岳全书·杂证谟·积聚》说："无形之聚其散易，有形之积其破难。"但经过辨证，积极治疗，多数患者可以减轻症状，延长生命，部分患者可望获得治愈。积证后期，常伴发黄疸、鼓胀、吐血、便血、衄血等，均为病情危笃，预后不良之象。

调护　积聚为顽固之症，平时须注意摄养，宜调饮食，少食膏粱厚味，进易消化的食品；注意起居寒温适宜，节制房事；应控制情绪，不宜过于激动或暴怒以及避免思虑过度。

凡患积聚，须警惕其为癌症。《医宗金鉴·杂病心法要诀·积聚难证》："积聚牢固不动，坚硬不软，则病深矣。"即与癌症相类似。

五积

凡五脏积聚病证，称为五积。五积包括肥气、伏梁、痞气、息贲、贲豚。五积名称出《难经》。其《五十六难》曰："肝之积，名曰肥气"；"心之积，名曰伏梁"；"脾之积，名曰痞气"；"肺之积，名曰息贲"；"肾之积，名曰贲豚"。此五积中，既有积，也有聚，实概属积聚范畴。现分述如下：

(1) 肥气:出《内经》。《灵枢·邪气藏府病形》说:"肝脉急甚者为恶言,微急为肥气,在胁下若覆杯。"《难经》中肝积为病属五积之一。症见积气结于左胁下,如覆杯,或可有头足,如龟鳖状,久不愈,咳嗽,呕逆,疟疟,连岁不已,脉象弦细。由正气不足,脏腑亏损,忧结伤肝,肝气郁积所致。《杂病源流犀烛·肝病源流》认为:"皆肝家气血两虚,肝气不和,逆气与瘀血相并而成。"方用肥气丸。方中当归、三棱、莪术活血行瘀散结;青皮疏肝理气。或用增损五积丸。方中柴胡疏肝解郁;莪术、皂角、昆布活血软坚散结;人参、茯苓健脾补气扶正;黄连、干姜、川乌寒热并用,对正虚邪实,寒热错杂者宜之。

(2) 伏梁:出《内经》。伏梁的含义有二。一是指内痈,如《素问·腹中论》所描述:"少腹盛,上下左右皆有根。""必下脓血,上则迫胃脘,生鬲,侠胃脘内痈。"《儒门事亲》也说:"此伏梁义同肚痈。"二是指心之积病,如《难经·五十六难》说:"心之积,名曰伏梁,起齐上,大如臂,上至心下,久不愈,令人病烦心。"

内痈:出《素问》。《儒门事亲》称肚痈。症见腹内肿块,隐之较深,固定有根,重按则痛剧,下脓血,或见环脐疼痛,或时吐血。由劳倦内伤,饮食失节,导致脏腑气血郁滞,郁而成痈,深伏于脏腑。治宜活血软坚,消痈散积。可用川山甲散。方以甲片、麝香、鳖甲、干漆等消痈散结;桂枝、归尾、川芎、赤芍以活血祛瘀;可加乳香、没药、皂刺、败酱草等消痈散肿解毒。

心积:出《灵枢》。《难经》论述尤详。症见积块于脐上,大如臂,至心下,久不愈,令人烦心,腹热面赤,咽干食少,甚则吐血,脉沉而芤。由正气素虚,情怀不舒,致心气郁结,络脉瘀滞,积于心下。治宜活血散积。方用伏梁丸。《太平圣惠方·治心积气诸方》载:"治伏梁气,心下硬急满闷,不能食,胸背疼痛,宜服半夏散方。"方中半夏、木香、槟榔、橘皮理气散结;三棱、当归、鳖甲活血软坚;大黄疏积导滞,对本证较为适宜。

(3) 痞气:出《难经》。其曰:"脾之积,名曰痞气,在胃脘,复大如盘,久不愈,令人四肢不收,发黄疸,饮食不为肌肤……"本证辨治见"痞气"条。

(4) 息贲:出《内经》。《灵枢·邪气藏府病形》:"肺脉,……滑甚为息贲上气。"《素问·奇病论》所说的"息积",其证候表现与息贲相类似。息贲在《难经》中属五积之一。症见右胁下有肿块,大如复杯,喘息而嗽,气逆背痛,洒淅寒热,少气喜忘,皮中时痛,如针刺,甚则并发肺痈。由于正气素虚,外感寒邪,致肺气壅塞不宜。《杂病源流犀烛·肺病源流》:"皆由肺气虚,痰热壅结也,当以降气清热,开痰散结为主。"方用息贲丸或调息丸。前方用紫菀、桔梗宣肺止咳;川连、天冬、巴豆霜泻肺热;青皮、厚朴理气化痰;三棱活血散积;人参、茯苓健脾补气以扶正。后方用桑白皮、海浮石、旋覆花泻肺热;紫菀、射干、桔梗宣肺化痰;陈皮、薏仁理气化浊。《圣济总录纂要》载:"枳实汤治肺积息贲、上气冲胸满咳逆。"方中枳实、木香、槟榔理气散积;葶苈、杏仁泻肺气;吴茱萸降逆气。如并发肺痈者,其辨证施治见"肺痈"条。

(5) 贲豚:出《难经》。症以积气发于少腹,气上冲胸为特征。其曰:"肾之积,名曰贲豚,发于少腹,上至心下,若豚状,或上或下无时,久不已,令人喘逆,骨痿少气。"《灵枢》称"奔豚"。《金匮要略》称"奔豚病"、"奔豚气"。《诸病源候论》称"贲豚"。贲豚的病因是由于惊恐伤肾,肾气内动,或肝郁化火,气火上逆;或肾气素虚,乘外寒而动;或发汗后心气不足,肾气挟水乘之,而致肾气上冲心胸。本病常在夏日得之。症见少腹急痛,气上冲心胸、咽喉,惊悸多梦,喜怒无常,或有腹痛,寒热往来,病延日久,可见咳逆,少气,骨痿。本证的治疗,若由肾虚阴寒之气上逆所致者,宜温散寒邪,降逆平冲。方用桂枝加桂汤。方中桂枝散外寒,以降冲逆;芍药止腹痛;甘草、大枣和中,以缓急迫;生姜散寒降逆。若肾虚挟水饮上乘所致者,治宜通阳利水降逆。方选茯苓桂枝甘草大枣汤。方中桂枝通阳气以平冲;茯苓利水;甘草、大枣和中缓急。若由肝经郁火,气逆上冲所致者,治宜清肝降逆止痛。方用奔豚汤。方中黄芩、生葛、甘李根白皮清热;生姜、半夏降逆;当归、芍药、川芎和血止痛;甘草和中缓急。

小儿五积,辨治之法与成人基本相同。

针灸治疗、简易方、食疗方见"积聚"条。

癥瘕

腹腔内的肿块,有形证隐现可验之病证,称之为癥瘕。其中有形而坚硬不移,痛有定处的为癥;聚散无常,痛无定处的为瘕。两者合称为癥瘕,统属积聚范畴。

癥瘕名见《金匮要略》。《内经》只称瘕。《素问·大奇论》曰:"三阳急为瘕。"《诸病源候论·癥瘕》指出:"其病不动者,直名为癥;若病虽有结瘕而可推移者,名为瘕。瘕者,假也,谓虚假可动也。"《素问玄机原病式·寒类》明确指出:"腹中坚硬,按之应手,谓之癥也。"又曰:"瘕,腹中虽硬,而忽聚忽散,无有常准。"对于由各种原因所致的癥瘕,《三因极一病证方论》归纳为七癥八瘕。《圣济总录》等书多认为癥瘕与积聚相类。《景岳全书》认为癥瘕是积聚的别名。但积聚是气血凝聚,实邪蓄积的总称,其含义广于癥瘕。癥瘕包括现代医学中的肝脾肿大、腹腔肿瘤等疾病。

病因病机 《内经》认为任脉为病,女子瘕聚。《金匮要略·疟病脉证并治》指出:癥瘕乃久疟不愈所致。《诸病源候论·癥瘕候》:"癥瘕者,皆由寒温不调,饮食不化,与脏气相搏结所生也。"并认为酒瘕、鱼瘕、食瘕,由嗜酒、食生鱼、生葱引起;谷瘕,由便秘日久,腹内结块所致。《素问玄机原病式·寒类》:"瘕病亦有热者也,或阳气郁结,怫热壅滞而坚硬不消者,非寒癥瘕也。"指出瘕由热郁结滞所致。《证治准绳·女科》:"大抵因饮食起居,七情失宜,脏腑亏损,气血乖违,阴络受伤,循行失度所致。"《景岳全

书·妇人规·癥瘕类》："瘀血留滞作癥，……或恚怒伤肝，……或忧思伤脾，……或积劳，……留滞日积，而渐以成癥矣。"因此，七情内损，饮食所伤，虫积，粪块等因素均可引起癥瘕。归纳其要，以下列几方面最为常见：

七情内损：恚怒伤肝，气逆而血留或忧思伤脾，气虚而滞，日积月累而成癥瘕。

饮食所伤：饮食失节，脾胃受伤，不能消化，积而成癥。若饮食不洁，虫积内生，或饮酒过度，肝脾损伤，气阻血滞，络脉壅塞，可成癥瘕。

寒温不调：内伤生冷，寒气侵袭，寒凝气结，气滞血涩，即《张氏医通·积聚》所谓"因寒食成癥"。或因内热郁结，气血壅滞，发为癥瘕。

积劳积弱：劳倦积损，气虚血滞，日渐瘀痹，经络壅阻，气血不散成块；或妇人经期产后，体虚积弱，瘀血留滞，渐成癥瘕。

血瘀留滞：跌仆闪挫，气滞血结，经络壅瘀，气血不通聚块；或妇人经期产后，瘀血滞留，渐成癥瘕。

痰气凝结：肝郁脾虚，湿痰中阻，痰气互结，络脉凝滞，结聚成块。

妇女癥瘕，《三因极一病证方论·妇人女子众病论证治法》认为："多因经脉失于将理，产蓐不善调护，内作七情，外感六淫，阴阳劳逸，饮食生冷，遂致营卫不输，新陈干忤，随经败浊，淋露凝滞，为癥为瘕。"

辨证论治　古人有七癥、八瘕之分。从临床实际看，癥可分为血癥、食癥，瘕可分为气瘕、虫瘕。血癥是指各种原因所导致的瘀血留凝之癥；食癥指饮食积聚而引起的癥病；气瘕指气聚而成的瘕块，包括疝瘕；虫瘕指寄生虫结聚肠中所成的瘕病。现分述如下。

癥　见《诸病源候论》。《史记·扁鹊仓公传》已有五脏癥结的记载。《金匮要略》称癥病和癥痼。《诸病源候论·癥瘕候》："癥者，……聚结在内，染渐生长，块段盘牢不移动者，是癥也。言其形状，可征验也。"

（1）血癥：见《妇人良方》。症见胸腹胁肋或脐下有瘀块疼痛，按之觉硬，推之不移，身体逐渐消瘦，疲倦无力，饮食减少，或妇人月经不调或闭经，舌质紫黯，或有瘀点。由瘀血积滞，经络壅阴而成。张景岳认为："凡内伤生冷，或外受风寒，或恚怒伤肝，气逆而血留，或忧思伤脾，气虚而血滞，或积劳积弱，气弱而不行，总由血动之时，余血未净，而一有所逆，则留滞日积，而渐以成癥矣。"本证的治疗，《素问·至真要大论》曰："坚者削之"、"留者攻之"、"结者散之"、"客者除之"。治宜活血散瘀消癥为上。方用鳖甲煎丸、化癥回生丹之类。若为少腹结块疼痛者，可用少腹逐瘀汤；若血癥结于膈下者，可用膈下逐瘀汤；若正虚瘀结成块者，可用八珍汤加红花、赤芍、丹参之类，或用五物煎，即四物汤加桂心，养血和血以顾正；如肝脾虚损者，症见面色萎黄，精神怠倦，四肢软弱，饮食不佳，或妇女月经失调，两胁肿块，隐痛作胀，苔薄舌淡，脉细涩。治宜健脾柔肝，养血通络。方用芎归六君子汤加减。至于肝肾虚寒者，宜温肾暖肝。方用大营煎、暖肝煎、理阴煎等。

此外，《临证指南医案》指出："癥为血结，由无形酿为有形，攻坚过急，药先入胃，徒使后天气乏，恐胀病必至矣。"用药上张辛润通络，结合虫蚁搜剔，可供参考。

（2）食癥：见《诸病源候论》。症见脘腹闷痛结块，结聚不移，病寒如疟，饮食不能，苔腻，脉弦紧。由过食生冷，或因风寒、忿怒、气逆、劳倦、饥饿而饮食不能消化，则积而成为食癥。《类证治裁·痃癖癥瘕诸积》："脾胃先弱，饮食失调，生冷不化，日渐成块。治先主疏导，而佐以和中。"方用消食丸。其中山楂、神曲、麦芽、莱菔子消食积；青陈皮、香附理气导滞；阿魏消癥块。若食癥坚顽，肠胃痛剧，可用敦阜丸。方中木香、丁香、乌药、青陈皮理气行滞；山楂、麦芽消食积；皂角软坚消癥；巴豆攻积滞。《圣济总录纂要·积聚门》："癥癖食气食劳，五膈痰逆。"方用夹食丸。方中木香、丁香、青皮、巴豆理气攻积导滞；乳香、三棱、当归、鳖甲活血软坚消癥；附子、干姜温中助阳，以促健运。如伴脾胃气虚者，伍以香砂六君子汤。

瘕　出《内经》。又称瘕聚。《诸病源候论》称瘕病。《素问·大奇论》："三阴结为瘕。"《诸病源候论·瘕病候》认为："瘕病者，……积在腹内，结块瘕痛，随气移动是也。言其虚假不牢，故谓之瘕也。"

（1）气瘕：见《景岳全书》。症见胸胁或脐腹气聚成块，胀急疼痛，或大或小，或左或右，或妨于饮食，或得嗳气矢气则舒，苔薄脉沉弦。此由气机失宣，气聚不散而为气瘕。其治疗原则是行气散瘕，但《景岳全书·杂证谟·癥瘕类》认为："行气之法，大有权宜。如气实则壅滞，宜破而行之；气闭则留蓄，宜利而行之；气热则干涸，宜寒而行之；气寒则凝结，宜温而行之，此散气治瘕之大法也。"一般对气实壅滞者，可用排气饮、木香调气散之类治疗。两方中香附、乌药、陈皮、枳壳、木香、厚朴等理气行滞，以消气瘕。对气虚郁闭而滞者，可用圣愈汤加沉香之类，补气以行滞除瘕。

（2）虫瘕：见《灵枢》。症见脐腹疼痛结块，往来上下移动，痛有休止，腹热喜渴，口中涎出或呕吐，面色萎黄，饮食有特殊僻好，苔薄，脉沉弦。由饮食不洁，脾胃虚弱，虫结成团而为虫瘕。治宜驱虫消积，安中止痛。方用乌梅丸、追虫丸。若病势较缓，体质较弱，兼调治脾胃。见"虫证"条。

针灸治疗、简易方、食疗方，见"积聚"条。

痃癖

隐伏于脐腹或胁肋的肿块，称为痃癖。痃癖统属积聚范畴。古代又根据肿块所患的部位不同而别称痃和癖。如《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痃癖源流》说："痃者，悬也，悬于腹内，近脐左右。""癖者，匿也，潜匿两肋之间，寻摸不见。"现分述如下：

(1) 痃:见梁代顾野王《玉篇》。《太平圣惠方》又称痃气。泛指生于腹腔内如弦索状的痞块。另有一说,指生于募原、肌肉之间的积块。《医宗金鉴》:"痃者,外结募原肌肉之间。"《罗氏会约医镜·论癥瘕痃痞癖等症》:"痃者,因气滞为积,其皮厚,在肌肉之间,有可见者也。"症见腹内近脐处,有一条筋脉扛起,大者如臂,小者如指,如弦之状,胀急而痛。因忿怒忧郁,情志不遂,以及食积痰滞,寒温不适,瘀血凝阻等;日久血气痰瘀,胶结于脐腹部,发为本证。《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痃癖痞源流》:"其原皆由阴阳之气不和,常多郁塞,又时忿怒,动气偏胜;或适当饮食,与气缠裹,适受寒冷,与气停蓄,且忿怒则肝火盛,而血随气结,痰亦缘火相附而升,遂合并而成形质,悬于脐之左右,故名曰痃。"本证的治疗,初见肝脾不和者,宜疏利肝脾。方用木香顺气丸加郁金、延胡索等。若结块坚顽者,宜活血散积,可用三棱散。方中重用三棱破血攻积;木香、枳壳、当归理气和血;可加穿山甲、皂角刺、莪术以助破血软坚。痃久延失治,气血亏损,形体日削,不任攻削者,《太平圣惠方·治痃气诸方》:"治痃气,急痛,不思饮食,肌体瘦弱,桂心丸方。"

(2) 癖:见《诸病源候论》。又称癖病。是指生于两胁,平时寻摸不见,痛时可以触及的痞块。本证的病因,《诸病源候论·癖病诸候》:"摄养乖方,三焦否隔,……则肠胃不能宣行。因饮水浆过多,便会停滞不散,更遇寒冷积聚而成癖。"《杂病源流犀烛·积聚癥瘕痃癖痞源流》:"其原皆由荣卫失调,经络闭隔,而又起居饮食无度,伤脾伤胃,有所劳力,强忍作劳,以致精伤血铁,邪冷之气搏结不散,藏于隐僻之所,故名曰癖。"《医学传灯·积聚癥瘕痃癖痞块》:"痰与气结也。"兹按病因、症状之不同,可分为饮癖、痰癖、酒癖、寒癖、茶癖等。

饮癖:《诸病源候论·癖病诸候》:"饮癖者,由饮水过多,在于胁下不散,又遇冷气相触而痛,即呼为饮癖也。其状胁下弦急,时有水声。"症见胁下弦急,时有水声;或时吐涎沫清水;或心下坚硬如盘;或痰多,吐酸嘈杂。因中阳不振,水饮停聚所致。治宜驱饮消癖。方用控涎丹合三圣丸等。前方用甘遂、大戟、白芥子攻逐痰饮;后方取半夏、陈皮、黄连理气化痰湿。

痰癖:《诸病源候论·痰癖候》:"痰癖者,由饮水未散,在于胸府之间,因遇寒热之气相搏,沉滞而成痰也。痰又停聚,流移于胁肋之间,有时而痛,即谓之痰癖。"指水饮酿痰,流聚胸胁之间而成的癖病。本病与饮癖相类似,治疗可见饮癖。

酒癖:见《诸病源候论》。症见胁下气急而痛,或兼见心腹胀痛,吞酸,呕逆不食,目视睆睆,耳聋,腹中水声,全身肿满,肌肤色黄。因暴饮酒后,渴而引饮无度,酒与饮俱不散,停滞在于胁肋下,结聚成癖。治宜消癖化饮。用《沈氏尊生方》的姜桂丸或《济生方》的曲蘗丸。前方用肉桂、干姜温阳化饮;南星、半夏化痰散结;白术健脾;后方用神曲、麦蘗、黄连燥湿化饮。如癖块坚顽者,可用鳖甲煎丸。

寒癖:见《诸病源候论》。症见胁下有块硬起,如弦索状,遇寒即痛,脉弦而大。治宜温散寒饮,理气消癖。方用硇砂煎丸。方中附子、补骨脂、荜茇温散寒湿;木香理气行滞,硇砂消癖积。

茶癖:见《丹溪心法》。症见饮食减少,面黄乏力,腹痛等。因嗜茶太过,积久所致。治宜化饮消癖。方用磨积丸、星术丸等。前方用胡椒辛散香燥,以散结积;木香、橘皮理气行滞;全蝎取虫类搜剔。后方用南星化痰消癖结;白术健脾;青陈皮理气散结。

小儿癖疾与成人基本相似,所不同者有"食癖"一证。由乳食停滞,结于肠胃,久而成癖。哺乳小儿伤于乳而成癖者,名为乳癖。症见午后潮热,嗳腐吐酸,腹大筋青,渐至坚硬成块,不时作痛。治宜消癖导滞,用《千金》消癖丸加减。患儿黄瘦,或伴有寒热者为疳癖,治宜益气消癖,用异功散加鳖甲、牡蛎、茵陈蒿、赤芍、当归、桃仁、柴胡之类。乳癖潮热、手足心热,面色萎黄者,用小柴胡合平胃散加当归、赤芍、丹皮。乳癖结块,消化不佳者,用消乳丸加鸡内金等。脾气虚者,当先调护脾胃之气为主,以期养正则积除。

针灸治疗、简易方、食疗方,见"积聚"条。

痞

自觉胸腹部痞满不舒,但无硬、痛形症可见的证候,称为痞。《丹溪心法·痞》:"痞者,与否同,不通泰也……处心下,位中央,膜满痞塞者。"在古代医学文献中,痞的另一含义指痞块,如《杂病源流犀烛·肿胀源流》说:"痞者,闭也。痞必有块,块则有形,总在皮里膜外。"这里的痞指有形之痞块,属积聚一类(见"积聚"条)。但目前一般所说的痞,是指心下满,按之濡而不痛的证候。

痞名见《伤寒论》。《内经》称"否"。《素问·五常政大论》:"卑监之纪……其病留满否塞。"《素问·六元正纪大论》:"太阳所至为积饮否隔。"《伤寒论》有心下痞、气痞之称。《三因极一病证方论》称胸痞。《景岳全书》又称痞满。现代医学中的急慢性胃炎、胃神经症、消化不良等疾病可出现心下痞满的症状,均可参考本证辨证施治。

病因病机 《伤寒论》认为"病发于阴而反下之,因作痞"。是外感病因误下后邪热内陷所致。《诸病源候论》认为,本病的病机不外乎"营卫不和,阴阳隔绝"、"血气壅塞,不得宣通"。《赤水玄珠·痞气门》引刘宗厚说:"痞之为病,由阴伏阳蓄,气血不运而成……前人所论皆指误下而致之,亦有不因误下而然者,如中气虚弱,不能运化精微则为痞;饮食痰积,不能施化则为痞;湿热太盛,土乘心下则为痞。"说明除伤寒误下外,中虚、饮食、痰热诸因均可造成"阴伏阳蓄,气血不运"而产生痞证。《景岳全书·痞满》则强调脾胃虚寒,或脾肾阳虚,中焦不化致痞。《类证治裁·痞满》认为伤寒和杂病致痞的病机迥然有别,"伤

寒之痞，从外之内"，"杂病之痞，从内之外"。具体地说，伤寒有"阴阳不和而痞"、"阴盛阳虚而痞"等原因；杂病有"饮食寒凉伤胃"、"心脾郁结"、"暴怒伤肝"、"痰热阻痹"、"暑邪阻气"、"痰挟瘀血"等原因，均可形成痞证。现将其概括如下：

伤寒误下：伤寒误下后，损伤脾胃，邪热内陷，脾胃升降失职，病邪结于中焦，发为痞。

中气虚亏：脾胃虚弱，中气困惫，精微不化，升降失职，气机阻滞，蕴困于胸腹之间，遂为痞证。

饮食痰积：暴饮恣食，损伤脾胃，或痰饮聚积，阻于络隧，均使通降失司，气机壅塞。

湿热壅盛：素禀湿热之体，或感受湿热之邪，脾气阻遏，胃气不降，脏腑不得宣通，乃发为痞。

气滞血瘀：七情所伤，肝气郁勃，失于条达，气机窒塞成痞，气滞日久，血行失畅，瘀血阻络，亦可致痞。

辨证　首当分别其属外感还是杂病。凡外感痞，往往伴有表证。其中伤寒太阳病误下后，损伤胃气，邪热内陷所造成的热痞，可见心下痞，胸中烦热，口渴，苔黄诸症；如热痞兼表阳虚，则心下痞，又有恶寒汗出；如伤寒五六日，呕而发热，是病邪由太阳传入少阳，误下后，损伤胃气，邪热内陷，可见寒热错杂之症，如心下痞，呕逆，下利，烦热等。杂病痞中，中气不足的，必有脾胃虚惫之证，如短气乏力，纳差形萎；饮食所伤，除暴食史外，见有痞满嗳气，吞腐腹胀，苔垢腻诸症；痰积引起的痞，常有痰饮宿疾，见胸闷痞满，咳逆倚息，短气不得卧等症；湿热壅盛所致者，可见胸中烦热痞满，口渴尿赤，舌苔黄腻等症；气滞血瘀为痞，可有七情郁结病史；气滞者，胸痞脘胀，得嗳乃快；血瘀者，往往久病所致，常兼有局部刺痛，舌瘀脉涩等症。张景岳概括地说："凡有邪有滞而痞者，实痞也；无物无滞而痞者，虚痞也。"

治疗　凡外感痞属太阳病误下者，宜大黄黄连泻心汤；若热痞兼表阳虚，单以扶阳，则使邪热鸱张，纯以清热，则克伐阳气，宜取寒热并用，攻补兼施法，用附子泻心汤治疗；邪热内陷，寒热错杂之痞，宜和中降逆消痞，用半夏泻心汤。杂病中之痞证，脾气虚亏者，宜健脾益气，用四君子汤、异功散等；属饮食痰积造成的，前者宜保和丸，后者宜二陈汤、温胆汤等；湿热壅盛者，可用黄连消痞丸等；气滞血瘀导致者，前者宜四逆散、七气汤，后者宜内消丸、血府逐瘀汤等。《类证治裁·痞满》对本证的治疗论述甚详："伤寒之痞，从外之内，故宜苦泄；杂病之痞，从内之外，故宜辛散；治伤寒热痞，用苦寒药，治伤寒阴阳不和而痞，兼用寒热药；治伤寒阴盛阳虚而痞，则辛甘药多，而苦寒药少……杂病痞满，亦有寒热虚实之不同。如胃口寒滞停痰痞闷者，辛温泄浊；饮食寒凉，伤胃致痞者，温中化滞；脾胃阳微，胸不清旷者，辛甘理阳；中气久虚，精微不化者，升清降浊；脾虚失运，食少虚痞者，温补脾元；胃虚气滞而痞者，行气散满；食滞未除作痞者，专消导；食滞既消，脾气受伤者，宜调补；心脾郁结而成痞者，调其气；暴怒伤肝，气逆而痞者，舒其郁；肺失肃降，痰热阻痹者，消理上焦；气闭化热，不食便秘者，辛润开降；热邪里结，恶心中痞者，苦酸泄降；暑邪阻气，热渴满闷者，辛凉清上；湿邪阻气，呕恶胸痞者，甘淡渗湿；寒热往来，胸胁痞满者，和解半表半里。"

简易方和食疗方可酌情选用：(1) 石三棱、京三棱、鸡爪三棱(炮)，蓬莪术三枚，槟榔一枚，青橘皮五十斤，陈仓米(醋浸淘过)，巴豆五十个(去皮)，同青皮、仓米炒干，去豆为末，糊丸绿豆大。每次三丸，米饮送服，日一服。治痞气胸满(《圣济总录》)。

(2) 马牙消一两，吴茱萸五两，煎汁投消，乘热服之，良久未转，更进一服。治食物过饱，遂成痞膈(《本草纲目》)。

(3) 牛肉四两(切片)，以风化石灰一钱擦上，蒸熟食之。治食痞积(《本草纲目》)。

(4) 大豆半斤、生姜八分，水三升，煎一升，服，治气痞(《本草纲目》)。

预后　痞证只要治疗得当，一般都能治愈。倘若迁延不愈，导致脾胃虚弱，或气血凝聚成积，或转成气虚中满之鼓胀，则预后欠佳。

调护　痞证，不论外感或杂病所引起的，"皆上病"，所以必须谨慎饮食，淡薄滋味，以进易消化之食物为宜，烟酒及生冷刺激之食，尤为禁忌。七情致病者，须怡情摄养，至以为要。

寒痞

素体阳虚或寒饮内聚，或冷食所伤而引起的痞症，称为寒痞。临床以胸痞、形寒、舌淡、脉迟为特征。寒痞名见《医学纲目》。

寒痞的病因是由于脾虚阳虚，饮邪内聚，或饮食生冷，导致阳气不运，气窒为痞。亦有因感受寒湿，阻遏中焦，升降失司，发为痞证。《素问·六元正纪大论》："凡此太阴司天之政……病寒湿，腹满身䐜愤胕肿，痞逆寒厥拘急。"

根据发病原因不同，临床辨证可分为以下几类：

阳虚饮聚：症见胸闷痞满，形寒怯冷，气短乏力，肢体浮肿，或咳嗽有痰，痰液清稀，胸痞胁满，舌质淡，苔白，脉象沉细或濡缓。由于素体阳虚，阴寒之邪内聚，清阳失旷，气机痞塞所致。治宜温阳化饮，消痞散满。方用苓桂术甘汤。如"卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之"。方中半夏、生姜辛通降逆消痞；茯苓利水宁心。如肾阳虚馁，水泛致痞，可用真武汤。

冷食伤胃：症见胸痞腹胀，拒食呕逆，胃脘冷痛，苔白腻，脉沉紧或沉弦。由于饮食寒冷，损伤脾胃，中阳不运，气阻致痞。治宜温中化滞，方用和胃煎合保和丸。方中厚朴、陈皮理气导滞；生姜、甘草温中和胃；加保和丸消食积。枳实消痞丸亦可加减选用。如果出现脾虚证者，可

选资生丸消补兼施。

寒湿痞逆:症见心下痞满,得温则舒,饮食不下,形寒下利,脘腹胀满,舌苔白腻,脉迟。证由寒湿人侵中焦,中阳寒凝,气机升降失司。治宜温化寒湿,方用厚朴温中汤。方中厚朴、木香、陈皮燥湿、行气消痞;干姜、草豆蔻、茯苓温化寒湿;甘草和中。如寒湿较甚,伴见肢冷唇青者,上方加附子温中散寒。

简易方、食疗方,见"痞"条。

热痞

伤寒太阳病误下后,邪热内结以及杂病中湿热壅结等所引起的痞症,称为热痞。临床是以胸痞,烦热,苔黄,脉数等症为特征。热痞名见《医学纲目》。

热痞的病因,是出于伤寒太阳病误下,表邪人里,邪热壅结于心下;或因胃气素虚,邪热乘虚内陷所致。有因感受湿热,阻于中焦,气机失于宣通,遂致痞满。《医学纲目·痞》:"太阴者湿也,主壅塞乃土,心下为痞满也。伤寒下太早亦为痞,乃因寒伤其荣,荣者血也,心主血,邪人于本,故为心下痞闷。"

临床上常分邪热内结、湿热交蒸、痰热壅盛等类型。

邪热内结:症见发热头痛,胸闷烦热,心下痞塞不通,按之柔软不痛,口渴苔黄,脉浮数。由于伤寒误下,邪热内陷,结于胸中所致。治宜泄热消痞。方用大黄黄连泻心汤。如误下后出现心下痞,但表证未解者,宜先解表,后治痞。如本证兼有恶寒汗出,属热痞兼表阳虚,治宜寒热同用,攻补兼施。方用附子泻心汤。温经回阳,泄热消痞。

湿热交蒸:症见胸闷痞满,午后身热,腹胀纳呆,四肢沉重,小便短赤,口渴不欲多饮,苔黄腻,脉濡数。由于感受湿热之邪,以致气失宣通,痞阻中焦。治拟清化湿热,消痞降逆。《寿世保元·痞满》:"有湿热太甚,上来心下而为痞者。治之用黄连、黄芩、枳实之苦以泄之。生姜、半夏、厚朴之辛以散之,人参、白术之甘温以补之,茯苓、泽泻之味淡以渗之,大概与湿同治,使上下分消可也。"《医学纲目》以黄连消痞丸治之。方中黄芩、黄连苦寒泄热;茯苓、泽泻、白术、猪苓健脾利水渗湿;枳实、半夏、姜黄散结消痞;佐以姜、草和胃。

痰热壅盛:见"实痞"条。

简易方、食疗方,见"痞"条。

实痞

由湿热、痰食、肝气、瘀血等邪滞引起的痞证,称为实痞。临床以胸脘痞塞满闷,甚则可兼隐痛,伴有呕逆、便秘等表现为特征。《景岳全书·痞满》:"有邪有滞而痞者,实痞也。"实痞名称见《医学纲目》。

病因病机 为实邪阻滞于心下或胸膈,其中有湿热内阻,肝气郁滞,瘀血阻络,饮食停积,痰饮稽留等,邪停膈下,气机不运,升降失常,造成心下痞满。除上述因素之外,《丹溪心法》认为尚与体质因素有关,曰"如肥人心下痞者,乃是湿痰"、"瘦人心下痞者,乃是郁热在中焦"。

辨证论治 根据发病原因,临床上常分湿热内阻、痰浊壅盛,肝郁气滞,瘀血阻络,食积停滞几种类型。

湿热内结:见"热痞"条。

痰热壅盛:症见胸膈痞塞,胁肋胀满,喘急咳嗽,涕唾稠粘,坐卧不安,饮食不思,头目眩晕,身重倦怠,舌苔白润,脉象濡滑。如因素体痰盛,或因饮食失节,劳倦伤脾,脾失健运,痰浊内聚,影响气机升降引起的痞证,治宜燥湿化痰,顺气宽中。方选二陈汤、温胆汤、导痰汤等。如痰盛兼见脾虚证者,可用李东垣枳实消痞丸。方用枳实、半夏、厚朴消痞散结,化湿浊;人参、茯苓、白术、麦芽、甘草健脾以杜生痰之源;黄连与干姜寒热并用,以调阴阳。若痰浊内壅,郁久化火,痰热互结,可出现胸中烦热,胁肋胀满,口渴欲饮,气急喘满,吐痰黄稠,大便秘结,舌苔黄腻,脉象浮滑或滑数。治宜泄热消痞,化痰降逆。方用大黄黄连泻心汤合温胆汤。

肝郁气滞:症见脘腹痞闷,胸胁胀痛,精神抑郁,不思饮食,大便不调,舌苔薄腻,脉象弦。由于肝失条达,气机郁滞所致。治宜疏肝理气。方用七气汤合四逆散加减。前方用半夏、紫苏散结消痞;厚朴宽中理气;茯苓健脾和中;合四逆散疏肝解郁。东垣的消痞丸对肝气郁结胸脘,心下痞满,不思饮食者颇宜。方中柴胡、木香、半夏、枳实、陈皮有疏肝解郁宽胸之功;气滞易致血瘀,故佐以当归、红花和其血气。

若肝郁日久,气滞化火,出现胸腹胁肋疼痛,时发时止,食热物则痛增,舌红苔黄,脉弦或数。宜疏肝泄热,行气止痛。方用金铃子散、丹栀逍遥散。

瘀血阻络:症见胸脘痞满,腹胀刺痛,日久不愈,痛处固定,纳食不馨,大便秘结,舌有瘀斑,脉象涩。由于气郁日久,气滞血瘀所致。治宜疏肝理气,化瘀通络。方用内消丸。药用青皮、香附疏肝理气;三棱、莪术活血化瘀;陈皮、神曲、麦芽健脾消食。也可用血府逐瘀汤,活血祛瘀,行气止痛。

食积停滞:症见胸脘痞满,腹胀时痛,嗳腐吞酸,厌食呕恶,苔腻脉滑。由于饮食过度,食积内停,胃失和降,气机不畅所致。治宜消食和胃。方用保和丸、枳术丸。若积滞内阻,蕴湿生热兼便秘者,治宜消导积滞,清利湿热。方用枳实导滞丸、木香槟榔丸。

凡气血痰水湿食等郁结所致的胸膈痞闷,脘腹胀痛等症,临床上也可参考用行气解郁的越鞠丸治疗。

简易方、食疗方,见"痞"条。

虚痞

由脾胃虚弱,中焦不运所引起的痞证,称为虚痞。临床以脘腹痞闷,按之濡软,食少便溏等表现为特征。《景

岳全书·杂证谟·痞满》:"无物无滞而痞者,虚痞也。"虚痞名见《医学纲目》。

病因病机　《景岳全书·杂证谟·痞满》:"虚寒之痞,凡过于忧思,或过于劳倦,或饥饱失时,或病后脾气未醒,或脾胃素弱之人,而妄用寒凉克伐之剂,以致重伤脾气者,皆能有之。"盖脾胃属土,土虚则中寒内生,土不生火,脾运失健,气化无权,故心下痞满不舒。亦有因燥热耗伤胃津,胃阴不足,通降失常,发为虚痞。如《临证指南医案·脾胃》说:"凡遇禀质木火之体、患燥热之症,或病后热伤肺胃津液,以致虚痞不食、舌绛咽干,烦渴不寐,肌燥熇热,便不通爽,此九窍不和,都属胃病也。"

辨证论治　可分为两类:

脾胃虚弱:症见脘腹痞闷,食欲减退,神疲乏力,面色无华,短气形萎,大便溏泄,胸腹喜暖畏寒,或食入不化,可见嗳腐吞酸,甚则腹膨,苔薄舌质淡,脉象迟弱。是由于脾胃虚弱,运化失常所致。《类证治裁·痞满》说:"脾虚失运,食少虚痞者,温补脾元。"方选四君子汤、异功散等。对中寒痞满,呕吐泄泻者,可用《景岳全书》的温胃饮。方中人参、白术、炒扁豆补气健脾;炮姜温运阳气;陈皮理气;甘草和中;滑泄者去其中当归。或选《类证活人书》的治中汤。方中参、姜、术、草健脾温中;青陈皮理气畅中。如中气不足者,可用补中益气汤;如胃气虚,痰浊内阻,胃气上逆而致心下痞者,可用旋覆代赭汤;如禀赋气弱,饮食不化者,可采用保和丸、枳术丸之类,健脾消食;如脾虚及肾,命火不足,中焦不化,见胸腹痞闷,畏寒喜暖,便溏者,治宜温补脾肾,可用六味回阳饮。方中人参补脾益气;制附子、炮姜温补脾肾之阳;熟地、当归为阴药,与补气助阳药相伍,乃阴中求阳之意;甘草和中为使。

胃阴不足:症见虚痞不食,烦渴失眠,肌燥熇热,大便不通,咽干舌绛,脉象细数。是由于素体阴亏或热病之后,胃阴被劫,失于通降所致。治宜甘寒养胃,消痞降逆,方用益胃散加减。

简易方、食疗方见"痞"条。

黄疸

因各种原因引起的以目黄、身黄、尿黄为特征的一类病证,称为黄疸,亦称黄瘅,是临床上一种常见病证。

黄疸病名出《内经》。《素问·平人气象论》:"溺黄赤安卧者,黄疸。"又云:"目黄者,曰黄疸。"在《灵枢·论疾诊尺》篇也有:"寒热身痛而色微黄,齿垢黄,爪甲上黄,黄疸也"的记载。后世医家根据黄疸的病因和症状的不同,提出各种名称,如《金匮要略》提出黄疸、谷疸、酒疸、女劳疸及黑疸五种名称。而《诸病源候论》列举黄疸二十八候。《外台秘要》又有九疸、三十六黄的记载。临床上常见的黄疸有阳黄、阴黄、虚黄、急黄等病证。

病因病机　黄疸的病因较为复杂,《内经》认为与暑湿、湿热有关。《素问·六元正纪大论》说:"溽暑湿热相薄,……民病黄瘅而为胕肿。"《伤寒论》及《金匮要略》也认为湿热、寒湿为黄疸之主要原因,同时进一步指出瘀热、风寒之邪也可致黄疸,如《伤寒论·辨阳明病脉证并治》说:"伤寒发汗已,身目为黄,所以然者,以寒湿在里不解故也,以为不可下也,于寒湿中求之。"又云:"伤寒瘀热在里,身必发黄。"《金匮要略·黄疸病脉证并治》在论述谷疸时指出:"趺阳脉紧而数,数则为热,热则消谷;紧则为寒,食即为满。尺脉浮为伤肾,趺阳脉紧为伤脾,风寒相搏,食谷即眩;谷气不消,胃中苦浊,浊气下流,小便不通,阴被其寒,热流膀胱,身体尽黄,名曰谷疸。"又说:"黄家所得,从湿得之。"朱丹溪强调黄疸均由湿热所致。张景岳认为若气血虚亏,或伤寒表邪不解,风湿在表,或惊恐丧胆等也可致黄疸。《景岳全书·杂证谟·黄疸》:"黄疸一证,古人多言为湿热及有五疸之分者,皆未足以尽之,而不知黄大要有四,曰阳黄、曰阴黄、曰表邪发黄、曰胆黄也,知此四者则黄疸之证无余义矣。""阴黄证,则全非湿热,而总由血气之败。""表邪发黄,即伤寒证也。凡伤寒汗不能透而风湿在表者,有黄证,或表邪不解,自表传里而湿热郁于阳明者亦有黄证。""胆黄证,凡大惊大恐及斗殴伤者皆有之,尝见有虎狼之惊,突然丧胆而病黄者。"《症因脉治》把黄疸病因分为外感与内伤两类。凡外受风湿、湿热等邪所引起的黄疸称外感黄疸;而由气血虚弱,内伤七情,房劳过度,酒湿伤脾等所引起的黄疸称内伤黄疸。《杂病源流犀烛·诸疸源流》论述五疸之病证后说:"又有阴黄,乃伤寒兼证……此由寒凉过度,变阳为阴,或太阳太阴司天之岁寒湿太过,亦变此证;又有虚黄……凡郁不得志人,多生此证;又有风黄,……风不外泄故也;又有瘀血发黄……又有天行疫疠以致发黄者……。"综合各家之说,黄疸的病因可归纳为如下几点:

(1) 时邪外袭:外感风湿之邪,由表入里,风去而湿留。若湿从热化,则湿热交蒸,肝失疏泄,胆汁外溢,浸子肌肤,流于膀胱而发阳黄;若湿热炽盛者,热毒伤营,可致急黄或瘟黄;若湿从寒化,寒湿内阻,也可致胆汁外泛而发阴黄。《症因脉治·黄疸论》说:"外因风湿相搏,闭郁腠理,湿热熏蒸,祇而成黄,则诸黄疸之症乃作。"

(2) 饮食失节:失饥伤饱,嗜酒无度,湿浊内阻,脾胃受伤,运化失司,郁久化热,熏蒸肝胆,胆汁不循常道,外透肌肤而发黄。如《诸病源候论·黄疸候》:"黄疸之病,此由酒食过度,府藏不和,水谷相并,积于脾胃,复为风湿所搏,瘀结不散,热气郁蒸,故食已如饥,令身体面目及爪甲小便尽黄。"

(3) 色欲劳伤:色欲过度,或大劳大热犯房入水,致阴分暗伤,阴血内亏而发于虚黄;或劳倦伤脾,脾气虚弱,运化失常,湿热阻滞而发黄疸。如《景岳全书·杂证谟·黄疸》说:"因色欲伤阴而得者,曰女劳疸。"《证治汇补·黄病》中引《伤寒指掌》说:"发黄譬如盦麹相似,多因饮食劳倦,致伤脾土,不能运化,湿热内蓄,无由发泄,流于腠肉,遍于四肢,凡郁郁不得志之人,多生此病。"

(4) 瘀血阻滞：积聚日久，瘀血滞流胆道，胆汁外溢而发黄疸。如《杂病源流犀烛·诸疸源流》说："又有瘀血发黄，身热小便自利，大便反黑，脉芤而涩。"《张氏医通·杂门》也说："有瘀血发黄，大便必黑……。"

(5) 惊恐伤胆：凡突受惊恐，或斗殴挫伤，致胆气伤败，胆液外泄而发黄。如《景岳全书·杂证谟·黄疸》说："胆黄证、凡大惊大恐及斗殴伤者皆有之……尝见有斗殴之后，日渐病黄者，因伤胆而然。"

辨证 主要根据病因症状及阴阳虚实等鉴别。①从阴阳辨：凡皮肤、面目黄色鲜明，黄如橘色，伴发热口渴，心中懊忱，恶心呕吐，纳呆，便秘，腹胀，小便黄赤短少等症者属阳黄病证，多属实证。阳黄还须辨湿、热之偏胜。若色黄鲜明，伴发热口渴，小便短赤，大便秘结，舌苔黄腻，脉弦数等症者，为热重于湿黄疸。若黄疸不甚鲜明，伴头重身困，胸脘痞满，舌苔厚腻微黄，脉濡缓等症者，为湿重于热黄疸。常见的有《金匮要略》的黄疸、谷疸、酒疸。《伤寒论》的蓄血发黄。《丹溪心法》的湿热黄疸。《景岳全书》的阳黄证、表邪发黄等病证。如《景岳全书·杂证谟·黄疸》对阳黄论述较全面，说："阳黄证，因湿多成热，热则生黄，此即所谓湿热证也。然其证必有身热，有烦渴或躁扰不宁，或消谷善饥，或小水热痛赤涩，或大便秘结，其脉必洪滑有力。此证不拘表里，或风湿外感，或酒食内伤皆能致之。"若见身目萎黄晦暗，胃呆腹胀，神疲乏力，喜静而恶动，大便不实，小便色黄而少等症者，属阴黄病证，多属虚证。常见的有《伤寒论》的寒湿黄疸，《金匮要略》的女劳疸、黑疸，《景岳全书》的阴黄证等。张景岳对阴黄论述较详细。在《景岳全书·杂证谟·黄疸》中说："阴黄证，则全非湿热，而总由气血之败，盖气不生血，所以血败，血不华色，所以色败。凡病黄疸而绝无阳证阳脉者便是阴黄，……必喜静而恶动，喜暗而畏明，凡神思困倦，言语轻微，或怔忡眩晕，畏寒少食，四肢无力，或大便不实，小水如膏，及脉息无力等证，悉皆阳虚之候。"②从虚实辨：若见目黄，肌肤萎黄，肢体乏力，心悸少寐，大便溏薄，小便浊涩等症者，属虚黄病证。③从发病的急缓辨：若症见卒然发黄，心满气喘，危及生命，或发病急骤，黄疸迅速加深，甚则神志昏迷者，为急黄病证。如《诸病源候论·急黄候》说："脾胃有热，谷气郁蒸，因为热毒所加，故卒然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急黄也。"④按黄疸的病因或症状辨：如突然受惊恐或斗殴内伤而发黄者属胆黄等。

由于小儿阳常有余，阴常不足，其发黄除以阳黄为常见外，急黄亦较成人为多。同时阳黄与阴黄在一定条件下常可互相转化，阴黄可因重感外邪，湿热内蕴，转变成为阳黄；阳黄亦可因久治不愈或病久迁延，损及脾阳，湿从寒化而转为阴黄。因此临证时必须有效而及时地治疗，并加强护理，以免滋生他变。

治疗 一般根据各种病因，并结合阴阳、寒热、虚实等不同而辨证用药。

方药治疗 若为阳黄，主要由外感或内伤湿热之邪所致，故治疗应清热利湿，通利小便为主，但须审察湿、热之偏胜而用药。若热重于湿，症见黄疸鲜明，身热口渴，大便秘结，小便黄赤短少者，则以清热为主，兼用利湿之品。若湿重于热，见黄疸不甚鲜明，头重身困，胸脘痞满等症者，则以利湿为主，清热为次。《证治汇补·黄疸》也说："疸病总以清热导湿为主。"若热毒侵袭而犯急黄，症见卒然发黄，黄如金色，发热烦渴，甚则神昏谵语者，则以清热解毒，凉血开窍为主。若为阴黄，其病因复杂，症状多样，治应扶正祛邪兼顾，一般宜健脾和胃，温化寒湿。张景岳认为对阴黄的治疗宜调补气血，气血复则黄自退。若见虚黄之病，则以补虚为主，佐以渗湿。如《证治汇补·黄疸》论述虚黄时说："此劳倦太过，气血俱虚，不可妄用凉药，宜调中培土。"总之，黄疸的治疗，以清热利湿，通利小便为大法。阳黄热重者，以清热为主，湿胜者，以利湿为先；阴黄则扶正达邪兼顾；虚黄以益气健脾为主，佐以淡渗利湿。对各种兼夹之症的治疗，应细察病情，灵活用药。

另外，小儿亦常见食滞内伤，且每易化湿生热，故应重视化滞及脾胃的调理，治宜轻消轻补。再者，小儿脏腑娇嫩，在临证用药中大补峻攻及苦寒温燥之品不可太过，否则徒伤脾胃，克伐生机，并可发生阳黄转为阴黄，或阴黄转为阳黄的变化。小儿在黄疸期间应卧床休息，少活动，待黄疸消退后方可适当活动。由于油腻食品易于助湿恋湿，甚则酿热，因此黄疸时期患儿饮食以新鲜和清淡为主，不宜过食肥腻甘甜壅脾之品，且禁忌辛辣刺激食物。

针灸治疗 宜清热化湿，疏调肝胆。首选足少阳和足厥阴经穴、俞穴、募穴，其次为任脉、足阳明、足太阴等经穴，如肝俞、胆俞、日月、期门、中脘、阳陵泉、足三里；阴陵泉、太冲、行间等，每次3—5穴，用毫针行泻法或平针手法。每次留针15—30分钟，小儿可不留针，每日或隔日治疗一次，7—10次为一疗程。

简易方 (1) 柴胡一两，甘草二钱五分，水一碗，白茅根一握，煎至七分，治黄疸(《本草纲目》)。

(2) 黄芪二两，木兰一两，为末，酒送服，日三次，治酒疸(《肘后备急方》)。

(3) 扁竹捣汁，顿服一升，多年者，日再服之。治热黄疸(《本草纲目》)。

(4) 茵陈蒿一把，用生姜一块，捣烂，于胸前、四肢日日擦之(《本草纲目》)。

(5) 竹叶五升，小麦七升，石膏三两，煎服，治时行发黄(《肘后备急方》)。

食疗方 (1) 丝瓜连子烧存性，为末，每服二钱，连服数日(《本草纲目》)。

(2) 小螺蛳养去泥土，日日煮食饮汁(《本草纲目》)。

(3) 用猪脂一斤，温热服，日三次，当利乃愈。治五种疸疾(《肘后备急方》)。

(4) 茵陈羹：以茵陈切细，煮羹饮之，生食亦宜，治火热黄疸(《食医心镜》)。

(5) 蟹，烧存性研末，酒糊丸如梧桐子大，每服50丸，白汤下，日服二次(《本草纲目》)。

预后　黄疸病治疗得当，大多可以获愈。《金匮要略》云："黄疸之病，当以十八日为期，治之十日以上瘥；反剧，为难治。"说明黄疸经过10天左右的治疗一般应逐渐消退，如不退反剧者，则为难治。尤其黄疸持续不退，且呈深绿或棕红色者，提示预后不良。此外，凡急黄应积极抢救，部分尚有生机，否则生命危笃，预后不良。

调护　黄疸之病，多得之外感或内伤湿热之邪，故平昔应起居有常，饮食有节，不狂饮，远房色，不用劳过度。若黄疸已得，除积极治疗外，更须注意休息，宜进清淡易消化而少油腻的食物，多饮茶水。对急黄、瘟黄、阳黄等病证，须与旁人隔离，以免传染。

阳黄

凡时邪湿热侵于外，脾胃湿热蕴于内，或瘀热内蓄所引起的一种黄疸病证，称阳黄。是黄疸病之一。其临床特点以黄疸鲜明，常呈橘黄色，起病较快，身体尚壮实，苔黄腻，脉弦数等阳热实证为多见。

阳黄名见《外台秘要》，但《景岳全书》始把黄疸分为阴阳两类。《景岳全书·杂证谟·黄疸》："阳黄证，因湿多成热，热则生黄，此即所谓湿热之证也。然其证必有身热而烦渴，或躁扰不宁，或消谷善饥，或小水热痛赤涩，或大便秘结，其脉必洪滑有力。此证不拘表里，或风湿外感，或酒食内伤，皆能致之。但察其元气尚强，脾胃无损，而湿热果盛者，直宜清火邪利小便，湿热去而黄自退。"故阳黄的辨证重点为湿热与脾胃。

属阳黄范畴的有湿热黄疸、谷疸、酒疸、瘀血发黄等病证。

(1) 湿热黄疸：是指因外感或内伤湿热之邪所引起的黄疸。《丹溪心法·疸》说："疸不分，同是湿热，如䤄曲相似。"而《诸病源候论·湿疸候》说："湿疸病者，脾胃有热，与湿气相搏，故病苦身体疼，面目黄，小便不利，此为湿疸。"临床根据湿、热之邪偏胜不同，有热重于湿黄疸及湿重于热黄疸之分。

热重于湿之黄疸：症见身目黄色鲜明，黄如橘子色，伴发热口渴，心中懊憹，恶心呕吐，小便黄赤短少，大便秘结，或腹胀，舌苔黄腻，脉象弦数。症由外感湿热之邪，或内伤脾胃，湿热郁滞，久则化热，熏蒸肝胆，致胆汁外溢肌肤，或下扰膀胱，或湿热内结阳明，腑气不通，乃发黄疸之病。治宜清热利湿，泻下解毒。方用茵陈蒿汤加减。方中茵陈为清热利湿除黄之要药；山栀、大黄则清热泻下以解热毒；可酌加茯苓、猪苓、车前草、米仁等渗湿之品，使湿热之邪从二便而出。若有恶心呕吐者，则加竹茹、半夏、陈皮等降逆止呕；若脘闷腹胀明显者，则加枳实、厚朴等以行气导滞。

湿重于热之黄疸：症见黄疸不甚鲜明，兼有头重身困，胸腹痞闷，纳呆，大便溏薄不爽，舌胖苔厚腻微黄，脉象濡缓。病由湿遏热伏，胆液不循常道，湿浊内阻，清阳不得发越所致。治宜利湿化浊为主，佐以清热。常用茵陈五苓散加减。方中茵陈以清热利湿为主；配以五苓散则更具通阳利湿之功，使湿从小便而出。若湿邪甚者，可加藿香、薏仁等芳香化浊之品。

(2) 急黄：是指因热毒炽盛，骤然发黄或外感天行疫疠之邪而引发的黄疸。名出《诸病源候论·黄病诸候》。《杂病源流犀烛》称瘟黄。《诸病源候论·急黄候》说："脾胃有热，谷气郁蒸，因为热毒所加，故卒然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急黄也。有得病即身体面目发黄者，有初不知是黄，死后乃身面黄者。其候，得病但发热心战者，是急黄也。"《杂病源流犀烛·诸疸源流》说："又有天行疫疠以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急。"症见卒然起病，身目呈金黄色，高热烦渴，胸腹胀满，恶心呕吐，尿少色如柏汁，甚则神昏谵语，吐衄便血，或肌肤见斑疹，舌红绛苔黄燥，脉弦数或细数。症由热毒炽盛，燔灼营血或外感时毒疫疠所致。治宜清热解毒凉血开窍。方用黄连解毒汤加味。本方重在泻火解毒，并须加茵陈、蒲公英、垂盆草、大青叶等清热利湿之品，或用犀角散。若热入营血，见神昏谵语等症时，则须加生地、玄参、赤芍等以凉血滋阴，并加服安宫牛黄丸或至宝丹以清心开窍。

急黄病症与天行疫疠有关，并发病急，来势凶，预后差。故平时须节制饮食，避免过度劳累，切忌情志郁结。若已得病，必须及时治疗，卧床休息。宜进清淡饮食。应予隔离，以免传染。

(3) 谷疸：出《金匮要略》。《诸病源候论》称胃疸。是指因脾胃受伤，谷气不消，湿热内甚所引起的黄疸。《金匮要略·黄疸病脉证并治》说："风寒相搏，食谷即眩；谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黄，名曰谷疸。"《诸病源候论·黄病诸候》也指出："谷疸之状，食毕头眩，心忪怫郁不安而发黄，由失饥大食，胃气冲熏所致。"症见遍身发黄，恶寒发热，不能食，食即头眩，腹胀不安，心烦怫郁，胃中苦浊，小便不利，舌苔薄腻微黄，脉小弦。症由脾胃受伤，不能运化水谷，谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不利，湿热内盛而发黄疸。治宜清化湿热，消导谷气。方用茵陈蒿汤合平胃散加减。

(4) 酒疸：出《金匮要略》。《圣济总录》称酒黄。是指因酒湿内积所引起的黄疸。《金匮要略·黄疸病脉证并治》说："心中懊憹而热，不能食，时欲吐。名曰酒疸。"《诸病源候论·酒疸候》指出："夫虚劳之人，若饮酒多，进谷少者，则胃内生热，因大醉当风入水，则身目发黄，心中懊憹，足胫满，小便黄，面发赤斑。"症见身目俱黄，腹如水状，心中懊憹不食。时欲吐，足胫满，小便黄赤，腹满，鼻燥，胸中热痛，面黄而有赤斑，苔黄腻，脉濡。症由酒后胃

热,醉卧当风,或醉后入水,致水湿内郁而发黄疸。治宜清利湿热,解酒毒。方用栀子大黄汤合葛花解酲汤加减。

(5) 瘀血发黄:见《杂病源流犀烛》。指因瘀血内积不散所引起的黄疸。见“瘀血发黄”条。

(6) 表邪发黄:见《景岳全书》。亦称伤寒发黄。是指外感表邪,内有湿热所引起的发黄。《景岳全书·杂证谟·黄疸》:“表邪发黄,即伤寒证也。凡伤寒汗不能透,而风湿在表者有黄证。”又说:“伤寒发黄,凡表邪未清而湿热又盛者,其证必表里兼见,治宜双解,以柴苓汤或茵陈五苓散主之。若内热甚而表邪仍在者,宜柴苓煎主之。若但有湿热,内实胀闭等证而外无表邪者,宜茵陈蒿汤主之。”症见发热恶寒无汗,全身肢节疼痛,或烦热,口渴,小便不利,舌苔薄白或薄黄,脉浮或数。症由外感风寒之邪不解,内因湿热郁结阳明而发黄疸。治宜解表、清热、利湿,以表里双解。常用麻黄连翘赤小豆汤加减。

针灸治疗:多用通治法,宜清热利湿,疏肝利胆。选穴同“黄疸”条。用毫针行泻法,一般不用灸法。急黄治宜清热、泄毒、开窍,选督脉、手厥阴经和足太阳经腧穴,如水沟、百会、灵台、大椎、曲泽、委中等,每次3—5次,用毫针刺行泻法。

简易方:①苦瓠一枚,开孔,以水煮之,搅取汁,滴入鼻中,治急黄病。(《本草拾遗》)②瓜蒂二小合,赤小豆一合,研末。暖浆水五合,服方寸匕。一炊当吐,不吐再服。治急黄喘息,心下坚硬,欲得水吃者(《伤寒类要》)。

食疗方见“黄疸”条。

阴黄

凡正气虚弱,寒湿内蕴,或瘀浊内阻所引起的一种黄疸,称阴黄。是黄疸病之一。临床多见病程较长,黄色晦暗,以虚、寒、阴证为其特点。阴黄名见《外台秘要》,但《景岳全书》始将黄疸分为阴阳两类。《景岳全书·杂证谟·黄疸》中关于阴黄证病机的论述与目前的理解颇有不同。如说:“阴黄证则全非湿热,而总由血气之败,盖气不生血所以血败,血不华色所以色败,凡病黄疸,而绝无阳证阳脉者便是阴黄。阴黄之病何以致然,盖必以七情伤脏,或劳倦伤形,因致中气大伤,脾不化血,故脾土之色自见于外。其为病也,必喜静而恶动,喜暗而畏明。凡神思困倦,言语轻微,或怔忡眩晕,畏寒少食,四肢无力,或大便不实,小水如膏及脉息无力等症,悉皆阳虚之候,此与湿热发黄者反如冰炭,使非速救元气,大补脾肾则终无复元之理。”临床上阴黄有寒湿黄疸、黑疸、女劳疸等病证。

寒湿黄疸:是指因寒湿郁滞脾胃,阳气不宣,胆汁外溢所引起的黄疸。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》说:“伤寒,发汗已,身目为黄,所以然者,以寒湿在里故也。以为不可下也,于寒湿中求之。”《类证治裁·黄疸》:“阴黄系脾脏寒湿不运,与胆液浸淫,外渍肌肉,则发而为黄。”症见黄疸晦暗,纳少脘闷,腹胀便溏,畏寒神疲,舌淡,苔白腻,脉沉缓。病由寒湿郁滞肠胃,阳气不振,胆液不循常道而外溢,黄疸乃作。治宜健脾和胃,温化寒湿。方用茵陈术附汤加味。方中茵陈与附子同用,以温化寒湿;白术、干姜、甘草健脾温中。并可加茯苓、泽泻、米仁等利湿之品。若见脘腹作胀,胁肋隐痛,不思饮食,肢体困倦,大便不调,舌红苔薄腻,脉弦细。乃由肝郁脾虚,肝脾同病所致。治宜逍遥散扶脾疏肝。

黑疸:出《金匮要略》。指黄疸经久不愈,致肝肾虚衰,瘀浊内阻所引起的黄疸。《金匮要略·黄疸病脉证并治》说:“膀胱急,少腹满,身尽黄,额上黑,足下热,因作黑疸。”又说:“酒疸,下之,久久为黑疸。”《诸病源候论·黑疸候》也指出:“黑疸之状,苦小腹满,身体尽黄,额上反黑,足下热,大便黑是。夫黄疸、酒疸、女劳疸,久久多变为黑疸。”《杂病源流犀烛·诸疸源流》:“若夫黑疸,为症尤重……大约黑疸专由女劳,亦兼由于酒,惟此二者有以致之。”症见身黄不泽,目青,面额色黑,心中懊侬,肤燥,搔之不觉,大便黑,膀胱急,足下热,舌质黯苔薄腻,脉浮弱,甚则腹胀,如有水状,面浮,脊痛不能正立。病由女劳疸、酒疸等经久不愈,肝肾虚衰,瘀浊内阻所致。治宜扶正、补肝肾为主,攻邪、化瘀浊为辅。方用硝石矾石散合沈氏黑疸方加味。方中硝石消瘀泄满;矾石除湿;茵陈清利湿浊;瓜蒌根汁具泄热毒之作用。本方可加山萸肉、菟丝子、补骨脂、枸杞子等调补肝肾之品。

女劳疸:指因房室不节或劳累过度引起的黄疸,名出《金匮要略》(见“女劳疸”条)。

除上述药物治疗外,阴黄可配合针灸治疗,以温中化湿,健脾利胆为主。选任脉、督脉、足阳明、足太阴、足少阳等经穴和背俞穴,如至阳、胆俞、阳纲、中脘、天枢、足三里、三阴交、阳陵泉等,每次3—5穴。用毫针刺行补法,或补泻兼施,或针灸并用。另外,可随证配穴,如神疲畏冷可加命门、关元等。

阴黄久不退,伴胁下癥积胀痛,腹胀形满,饮食锐减,舌质微紫,或有瘀斑,舌苔剥蚀,脉细涩,提示有恶性病变可能,预后不佳。

瘀血发黄

因瘀血内积不散所引起的黄疸,称瘀血发黄。见《杂病源流犀烛》。《伤寒全生集》称蓄血发黄。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》就有“太阳病身黄,脉沉结,少腹硬,小便不利者,为无血也。小便自利,其人如狂,血证谛也”的记载。《杂病源流犀烛·诸疸源流》:“又有瘀血发黄,身热小便自利,大便反黑,脉芤而涩,当用药下尽黑物为度。”症见黄色晦暗,甚至面色黧黑,腹部胀满,或有癥块,胸胁刺痛,肌肤甲错,形体羸瘦,或腹内有水,青筋怒张,小便不利,大便黑色,舌质紫黯,苔薄腻,脉弦涩。症由湿浊留恋,气滞血瘀,络脉瘀阻,胆汁外溢而发黄疸。治宜活血化瘀为主,兼清湿热。方用桃仁承气汤加减。方中桃仁

破蓄血;桂枝通血脉;配合大黄、芒硝、甘草则破血下瘀之力更强,瘀血去则黄疸自退。若有瘀积癥块者,可用鳖甲煎丸缓治。

针灸治疗、简易方、食疗方,见“黄疸”条。

女劳疸

因房室不节或劳累过度所引起的一种黄疸病证,称女劳疸。是黄疸病之一。病名出《金匮要略》。《诸病源候论·女劳疸候》指出:“女劳之状,身目皆黄,发热恶寒,小腹满急,小便难,由大劳大热而交接,交接竟入水所致也。”《金匮翼·女痨疸》:“色欲伤肾得之,……盖黄疸热生于脾,女劳疸热生于肾。故黄疸一身尽黄,女劳疸身黄额上黑也。”症见身目发黄,傍晚手足心热而恶寒,额上黑,少腹满急,大便色黑或溏,小便自利,舌红,苔薄腻,脉细弱。病由过于劳伤,或色欲过度,或大热之中,犯房入水,为水湿所搏,皆可发为黄疸。治宜补肾化瘀。用硝石矾石散加补肾药治之。若腰膝酸软,头晕目眩,耳鸣耳聋等肾阴亏虚者,可加六味地黄丸或右归丸;若见四肢不温,少腹拘急,腰痛脚弱等肾阳虚者,可加《金匮》肾气丸。

针灸治疗、简易方、食疗方,见“黄疸”条。

虚黄

因疸病日久不愈,或脾胃虚弱或胆气伤败所引起的一种黄疸病证,称虚黄。是黄疸病之一。临床症状以发黄而见气血虚弱为特征。

虚黄名见《证治汇补》。历代不少医著有关于虚黄的论述,如《金匮要略·黄疸病脉证并治》:“男子黄,小便自利,当与虚劳小建中汤。”《丹溪心法·疸》:“诸疸,口淡怔忡耳鸣,脚软,微寒发热,小便白浊,此为虚证。治宜四君子汤,吞八味丸,不可过用凉剂强通小便。”《金匮翼·黄疸》对虚黄论述较详,如说:“病在中气之虚也,其症小便自利,脉息无力,神思困倦,言语轻微,或怔忡眩晕,畏寒少食,四肢不举,或大便不实,小便如膏,得之内伤劳役,饥饱失时,中气大伤,脾不化血,而脾土之色,自见于外……内伤劳役,饮食失节,中州变寒之病,而生黄者,非伤寒坏症,而只用建中、理中、大建中足矣,不必用茵陈也。”

虚黄症见目黄,肌肤发黄而不泽,但齿甲不黄,并见口淡,怔忡,耳鸣脚软,怠惰无力,微寒发热,小便浊涩,食少便溏,舌淡苔薄脉细弱。病由内伤劳役,饥饱失时,脾胃虚弱,气血不足或黄疸日久不愈所致。不可妄用寒凉通利之剂,治宜扶虚固本,健脾益气补血为主。方用小建中汤、人参养荣汤化裁,正气恢复则黄自退。

胆黄指由大惊大恐,或斗殴击伤,胆气伤败所引起的黄疸,也属虚证黄疸。见《圣济总录》,为三十六黄之一。《景岳全书·杂证谟·黄疸》中论述较为详细,说:“胆黄证,凡大惊大恐及斗殴伤者皆有之,尝见有虎狼之惊,突然丧胆而病黄者,……凡此数证,皆因伤胆,盖胆伤则胆气败而胆液泄故为此证。”又说:“胆黄证,皆因伤胆而然,胆既受伤,则脏气之损败可知,使非修缉培补则必至决裂,故凡遇此等证候,务宜大用甘温速救元气,然必察其所因之本,或兼酸以收其散亡,或兼涩以固其虚脱,或兼重以镇其失守之神魂,或以开道利害以释其不解之疑畏。”症见身目呈黄绿色,胸中气闷或硬,不思饮食,昏沉困倦,舌黯,苔薄腻而黄,脉弦涩。病由惊恐或殴伤肝胆所致。治宜甘温补气为主。若脾胃偏虚者,宜四君子汤加减治之;若偏于肝肾阴虚者,宜六味地黄丸加减;若气血两虚,胆怯心慌者,宜八珍汤合温胆汤,并针对不同情况,兼用酸收、固涩及重镇之品。本病除药物治疗外,必须开导思想,消除各种疑虑,使胆壮而不怕惊恐,免发胆黄。

针灸治疗、简易方、食疗方,见“黄疸”条。

萎黄

因脾胃虚弱,或食滞虫积等所引起的身黄病证,称萎黄、又称痿黄。是黄疸病之一。《金匮要略·黄疸病脉证并治》说:“腹满,身痿黄,躁不得睡,属黄家。”症见面色萎黄不泽,但眼目及粘膜不黄,纳食不香,食后腹胀,或嗜食生米、茶叶、木炭、泥土等异物,大便干结或臭,神疲肢软,舌淡苔薄,脉虚细或弦细。病由脾胃虚弱,健运失司,或食滞虫积不散,或劳累思虑过度,而致脾虚结滞,身发萎黄。治宜健脾益气,消导积滞。方用四君子汤加味。若见有食积者,宜加山楂、神曲、莱菔子、鸡内金等;若有湿困脾胃者宜加苍术、厚朴、陈皮、米仁等药。

若见面色肌肤萎黄,倦怠乏力,眩晕耳鸣,心悸少寐,纳呆,腹胀,大便不实,舌淡苔薄,脉虚无力。病由气血不足所致。治宜补益气血为主。方用归脾汤。方中党参、黄芪、白术、甘草甘温补脾益气;茯苓、远志、枣仁、龙眼肉、当归养血补心安神;木香理气醒脾,使本方补而不滞。也可用人参养荣汤补益气血。

另有一种由脾虚食积,劳伤过度,湿热虫积所引起的,以肌肤萎黄,面浮足肿为特征的萎黄病证,称黄胖,一名“食劳疳黄”。《医学纲目·黄疸》说:“食劳疳黄,一名黄胖,夫黄疸者暴病也,故仲景以十八日为期,食劳黄者宿病也,至有久不愈者,故宜另立篇门。”《杂病源流犀烛》称脱力黄。《丹溪心法》称黄肿。症见起病较缓,全身肌肤萎黄,但目不黄,面浮足肿,神疲乏力,或兼见恶心,呕吐黄水,毛发皆直,好食生米、茶叶、土炭,舌苔白腻或黄腻,脉虚弦。病由脾胃虚弱,内有食积,或劳伤过度,或湿热虫积所致。治宜培土健脾,清热化湿。方用大温中丸加减。方中陈皮、苍术、厚朴、香附、青皮等健脾理气燥湿;三棱、莪术破积散瘀。可加山楂、枳实、槟榔等消积驱虫。若见脾胃虚弱者,可加党参、白术、云苓等药。

本病古人认为与虫证有一定关系,如《医碥·黄疸》说:“黄肿多有虫与食积,有虫必吐黄水,毛发皆直,或好

食生米、茶叶之类，用使君子、槟榔、川楝、雷丸之属。”本病常见于农村、矿区，俗称桑叶黄。一般认为与钩虫病有密切关系，故对本病的治疗除健脾化湿散积外，必须及时驱虫。常用的有榧子、槟榔、雷丸、百部、鹤虱、苦楝根皮等药物。临床可辨证选用。平时参加农田劳动，不宜赤脚，应穿鞋袜予以防护，并积极管理粪便，切断传染途径，以预防之。

简易方可酌情选用：① 平胃散四两，青矾二两，为末，醋糊丸，米饮下。或加乌沉汤四两，酒糊丸亦可（《本草纲目》）。

② 小麦一斤，皂矾半斤，同炒黄为末，黑枣肉半斤，捣匀，米醋打糊丸梧子大。每姜汤下八九十丸，一日三服（《本草纲目》）。

黄汗

因湿热阻于肌表，而致汗出染衣黄如柏汁的一种病证，称为黄汗。临床上以汗出色黄，身肿发热，小便不利等为特点。

黄汗名出《金匮要略》。《金匮要略·水气病脉证并治》："问曰：黄汗之为病，身体肿，发热汗出而渴，状如风水，汗沾衣，色正黄如柏汁，脉自沉，何从得之？师曰：以汗出入水中浴，水从汗孔入得之；宜芪芍桂酒汤主之。"又说："黄汗之病，两胫自冷，……剧者不能食，身疼重烦躁，小便不利，此为黄汗，桂枝加黄芪汤主之。"还指出："病有风水，有皮水，有正水，有石水，有黄汗"，"黄汗，其脉沉迟，身发热，胸满，四肢头面肿。"以上记载说明，黄汗为水气病之一，实非黄疸病证。后世不少医家与黄疸病并论，实为不妥。

黄汗病症见头面四肢肿，身热不恶风，暮则烦躁不眠，汗出沾衣色黄如柏汁，腰髋弛痛，两胫冷，身疼重，小便不利，苔薄腻，脉沉迟。病由脾胃有热，汗出入水澡浴，水入汗孔，以致风水湿热交蒸溢渗而发黄汗。治宜调和营卫。方用芪芍桂酒汤，或桂枝加黄芪汤治之。方中黄芪益卫；桂枝通阳；芍药和营；苦酒消肿。若头面四肢肿者用前方，若身体疼重，腰以上汗出者用后方。《丹溪心法》有"以苦丁香如豆大，深吸鼻中，出黄水，瘥"的记载。

《外台秘要》载有简易方：用蔓菁子捣末，平旦以井华水服一匙，日再服，以知为效。每夜以帛浸小便，逐日看之，渐白为瘥。

黄汗须与风水、黄疸相鉴别。黄汗发热身肿，状如风水，但风水之汗不发黄色。黄汗与黄疸的鉴别要点为：黄汗虽汗出沾衣色黄如柏汁或栀子汁，但身目必不黄。临证时必须细辨。

嗳气

胃中浊气上逆，经食管由口排出，称为嗳气。其气味酸腐臭秽者，称为嗳腐。

嗳气在《内经》、《金匮要略》中均称为噫。《灵枢·口问》："寒气客于胃，厥逆从下上散，复出于胃，故为噫。"《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》："上焦受中焦气未和，不能消谷，故能噫耳。"嗳气之称，始见于《丹溪心法》。

病因病机 本病的病因有感受外邪、饮食不节、七情郁结、痰火内扰、脾胃虚弱、肾阳亏虚及阴血不足等诸多因素。其病机主要是脾胃不和，清浊升降失常以致胃气上逆。

感受外邪：外感风寒，寒邪客于胃府，使中焦气滞，胃失和降，上逆而为嗳气。

饮食不节：过食生冷以及粘滑难化食物，或暴饮暴食，损伤脾胃，宿食滞留中焦，以致食谷不化，胀满气逆而为嗳气。

七情郁结：忧思恼怒，七情所伤，使肝失条达，肝气横逆犯胃，以致胃失和降，发为嗳气。

痰炎内扰：凡宿食、痰饮蕴结日久，郁而化热，或七情郁结化火，火热上扰，胃气上逆，发为噫气。如《丹溪心法》卷三所云："嗳气胃中有火有痰……嗳气吞酸，此系食郁有热，火气冲上。"

脾胃虚弱：饥饱劳倦，或病后邪气留连，或素体脾胃亏虚，或过服削伐药物，以致脾胃内伤，运化无力，清气不升，浊阴不降，虚气上逆而为嗳气。

肾阳亏虚：先天禀赋不足，或久病及肾，肾阳亏虚，命火式微，不能上蒸，而为嗳气。

阴血不足：素体阴亏或肝郁痰火灼津，损及胃阴，使胃失和降而为嗳气。

辨证论治 嗳气一证，有虚实之分。实者以外感、食滞、肝郁、痰火为常见，虚者多因脏腑阳气亏损或阴血不足所致。实者嗳声高亢，虚者嗳声低弱。治法当分标本虚实。实嗳的治疗，本实则泻之，分别以散寒、消食、解郁、祛痰为法；虚嗳的治疗，本虚则补之，分别以补益脾胃，温补肾阳，滋养胃阴等为主。

胃寒嗳气：症见嗳气嘈杂，胃脘隐痛，畏寒喜温，苔薄白，脉浮紧及弦滑。为寒凝气滞，胃失和降所致。治宜温中散寒，降气化痰。方用厚朴温中汤、苏子降气汤加减。

食积嗳气：症见食后嗳气频作，其声重浊，气味酸腐而臭，胸脘痞满，恶心欲吐，苔厚腻，脉滑实，为食积滞胃，浊气上逆所致。治宜消食导滞，和胃降逆。方用保和丸为主方；若平素脾虚而停食嗳气者，宜健脾消食，方用大安丸；若食滞兼阳明腑实，大便不通，可合小承气汤以调和胃气，清热通腑。

痰火嗳气：症见嗳气胸闷，口渴而干，或呕吐痰涎，或兼咯黄稠粘痰，心烦口苦，舌质红，苔黄腻，脉滑数。此乃积热郁痰，内扰胃腑，胃气上逆所致。治宜清火化痰，和胃降逆，方用黄连温胆汤和星夏栀子汤加减。若兼热盛便秘者，方用小陷胸汤合调胃承气汤泻热通便；若湿痰为

主，脘腹闷胀，可用和胃二陈煎。

脾胃虚弱嗳气：症见嗳气声低，时作时止，食欲不振，神疲乏力，四肢不温，面色少华，或泛吐清水，舌质淡，苔薄白，脉迟缓。乃脾胃虚弱，升降失常所致。治宜健脾和胃，降逆止噫。方用六君子汤加减。若伤寒汗、吐、下后，噫气不除，心下痞闷，宜补中和胃，降逆止噫，方用旋覆代赭汤。

肾阳亏虚嗳气：症见午后嗳气，嗳声低微，腹胀气短，手足厥冷，舌胖黯，苔白，脉微弱。患者若年过五旬，又称为老人噫气。乃脾肾阳虚，寒气上逆所致。治宜温补脾肾，降气止噫。方用来复丹。方中硫黄、附子温补脾肾之阳；青皮、陈皮降气止噫。若气从少腹上冲作噫，或兼腰膝冷痛酸软，治宜温补下元，方用肾气丸加减。

阴虚嗳气：症见嗳气时发，口干喜饮，夜寐欠安，头晕耳鸣，或兼心悸，舌质红，苔薄黄，脉细弦，系胃阴不足，虚火上炎，胃气上逆所致。治宜滋阴养胃降逆，一贯煎加竹茹、枇杷叶、法半夏。

肝郁嗳气：症见嗳气频作，胸胁胀痛或兼吞酸嘈杂，情志抑郁则加重，舒畅则缓解，舌苔薄白，脉弦，此为肝气郁结，横逆犯胃，胃气失降所致。治宜舒肝和胃，理气降逆，方用柴胡疏肝散。若兼脘腹胀闷者，用枳壳散。方中枳壳、槟榔、青皮疏肝理气消胀。若兼脘腹胀痛者，用沉香降气散。方中沉香、砂仁、香附降逆行气；川楝子、玄胡索理气止痛，炙甘草和中。若兼大便不畅，可加大黄、芒硝通便导滞。此病妇女较多见，《增补万病回春》称为妇人嗳气。治疗可选用四磨饮，重者用破郁丹。方中青皮、香附、苏子、枳实、莪术行气破郁；栀子、黄连、瓜蒌仁清热化痰。

嗳气常与吞酸、嘈杂并见。若情志不舒而嗳气者，当怡悦性情；脾胃虚弱而嗳气者，要调饮食，适寒温，忌生冷油腻、醇酒、煎煿之品及生葱、韭菜等食物。

呃逆

气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，不能自止的病证，称为呃逆。俗称打嗝、打呃忒。呃逆在《内经》则称哕或哕噫。如《素问·宣明五气》篇："胃为气逆为哕。"《丹溪心法·呃逆》："古谓之哕，近谓之呃。"明末以后统称呃逆。《医林改错》："呃逆，俗称打咯忒。"

病因病机　发生呃逆的常见病因有外受风寒，饮食不节，情志不和，正气亏虚。《灵枢·口问》篇："谷入于胃，胃气上注于肺，今有故寒气与新谷气俱返入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕。"故《内经》首先提出本病是中、上二焦的病证，认为是由于胃气不和，肺气不降所致。肺胃之气均以降为顺，且膈居肺胃之间，当各种因素乘袭肺胃之时亦每使膈间元气不畅，故胃气上逆时往往断续冲出喉间，而引起呃逆之证。陈士铎《辨证录》则谓："人有忽然呃逆不止，为是寒气相感，谁知是气逆而寒入之也。然气之所以不顺，乃气之不足也。"

外感风寒：风寒侵袭，肺气失于宣降，邪在半表半里，气逆动膈或抑遏少阳生升之气而上冲作呃，亦可寻常之病，偶一张口，为寒气相袭，阳气一时不得伸越而发。

饮食不节：如过食生冷或寒凉药物，使寒气蕴蓄于胃，并循手太阴之脉上膈袭肺，以致肺气失于宣通，胃气失于和降，气逆于上，因此呃声短频，不能自制。若过食辛热煎炒之品，或过用温补之剂，以致燥热内盛阳明腑实，气不顺降，亦可以动膈而发生呃逆。

情志不和：恼怒抑郁，气机不利，津液失于输布则气郁生痰；肝气横逆，逆乘肺胃，挟痰上逆，动膈而发生呃逆。《古今医统大全·咳逆门》谓："凡有忍气郁结、积怒之人，并不得行其志者，多有咳逆之证。"

正气亏虚：重病久病之后，气弱难运，或因病误治，耗伤中气，或损及胃阴，均可使胃失和降而发生呃逆。亦有因胃气失于摄纳，引起冲气上逆，也可引起呃逆，此乃病情严重的征兆。故《素问·宝命全形论》说："病深者，其声哕。"

辨证　呃逆的辨证，先要详细询问病史，了解病因，以辨别是否一时气逆而发，或因感受外邪，饮食失调，恼怒抑郁所致。在辨证上，必须掌握虚实，分辨寒热，主要依据全身情况与呃声的高低，呃逆发作的间隔长短，发病的久暂而予区分。大抵呃逆初起，呃声响亮有力，连续发作，脉象滑实，多为实证；而呃逆时断时续，呃声低，气不接续，久久一呃，脉虚弱无力，多属虚证。因感受实邪者，则兼有畏寒头痛，发热，脉浮紧等表证。因内寒所致者，兼见口中和，手足冷，苔白舌淡，脉象沉细。因热致呃者，兼见烦躁口渴，大便艰难，胸满，苔黄，脉数有力等。若本证继发于急重病证后期或年老久病虚损患者，则呃声断而不继，呃声低微，饮食难进，额上汗出，目瞪，脉沉细伏或散大结代，均为病危之象。

治疗　呃逆一证，轻者可以不治而愈，如因进食或饮水过急或吸受凉气偶然发作者，一般无须服药治疗，气顺则已。如《灵枢·杂病》说："哕，以草刺鼻嚏，嚏而已；无息，而疾迎引之，立已；大惊之，亦可已。"这是有效的经验之法。

方药治疗　若呃逆连续发作不止，可针对病情施治，治疗大法则以和胃降气平呃为主。寒呃宜温降；热呃宜清降；寒热夹杂宜苦温降气；虚呃属脾胃阳虚者，宜补中益气，降逆和胃；属胃阴不足者，治以生津养胃；实呃，因食滞者宜消导；肝火郁结宜泄肝清火；痰饮内停宜温化和中；瘀滞作呃宜活血祛瘀。若呃逆实证而有稠痰，实滞壅阻所致者，宜用吐法。《景岳全书·杂证谟》："凡杂证之呃，虽由气逆，然有兼寒者，有兼热者，有因食滞而逆者，有因气滞而逆者，有因中气虚而逆者，有因阴气竭而逆者，但察其因而治其气，自无不愈……然实呃不难治，而惟元气败竭者，乃最危之候也。"

针灸治疗　以理气降逆为主。选任脉、手厥阴、足厥

阴和足阳明等经穴和背俞穴。如膈俞、肝俞、膻中、中脘、内关、足三里、太冲等，每次3—4穴。一般以内关、膈俞为主穴。足三里、中脘、太冲为配穴。治疗时先针主穴，用毫针行泻法，心下痞闷不舒加足三里、中脘、膻中，如因肝郁气逆，加太冲、肝俞；体虚呃逆不止者，可用艾炷直接灸膈俞、足三里。

耳针：可选耳中、耳神门等穴，用中等刺激，留针15—30分钟，可间歇运针。

皮肤针法：针刺重点部位为胸椎9—12及任脉，也可配膈俞、肝俞、胃俞、天枢和大横等穴位，以七星针或锟针中等或重强度刺激。对顽固性呃逆者，可在上述腧穴的皮内埋针，一般留针1—2天，或更长时间，必要时也可留针6—7天。

推拿疗法 推拿治疗呃逆的基本方法：①令患者取坐位，医者先按揉天突、膈俞、脾俞、胃俞等穴；再摩膻中、上脘、期门及气海等穴；最后按揉内关，即可止呃。实证者加掐老龙穴，拿合谷穴。虚证者可加摩天枢穴、关元穴，并按揉肾俞、三阴交、涌泉等穴。②令患者取坐位，医者先用两拇指同时按双侧内关穴，随后按足三里、中脘、中府、膈俞等穴以止呃。顽固呃逆可加内功推拿常规手法。③令患者取仰卧位，医者先用小鱼际和四肢着力挤推脐周围；接着摩上腹部，以肋骨下缘为上；然后按中脘穴；最后分推膻中穴。

简易方 ①橘皮三两去瓤，水一升，煎五合，顿服，或加枳壳尤良(《医部全录·呃门》)。②柿蒂三钱，水煎服(《本草拾遗》)。③枇杷叶一至三两，刷去毛，以水二碗，浓煎一碗服，渣再煎服，可治胃热呃逆(《名医别录》)。④公丁香五分至一钱五分，煎服，治胃脘冷痛，呃逆(《药性论》)。⑤刀豆子三钱至五钱，煎服，治虚寒呃逆(《救荒本草》)。

食疗方 ①姜茶饮：绿茶、干姜，治寒呃(《圣济总录》)。②白糖蛋清羹：鸡蛋清、白糖、姜、葱，治热呃(《药膳食谱集锦》)。③炒绿豆芽，治热呃(《本草纲目》)。④南瓜清炖牛肉，可治痰呃(《岭南草药志》)。

预后 一般说来，呃逆的预后多数是良好的。呃逆初起，若仅系偶然发作，症状大多轻微，可以不治而愈。若呃逆持续不断，久呃伤胃，耗伤胃气，往往可使病证由实变虚。若呃逆并发于一些严重疾病的晚期，常为难治和预后不良之征象。如《灵枢·热病》指出：热病"汗不出，大颧发赤，哕者死"；成无己《伤寒明理论》："不尿腹满加哕者，不治。"可供临床参考。

寒呃

寒邪阻滞，或脏气虚寒所致胃失和降的一种呃逆，称为寒呃。《景岳全书·呃逆》说："寒滞为呃者，或以风寒，或以生冷，或其脏气本寒，偶有所逆，皆能致之。"胃寒呃逆以呃声沉缓有力，连续不止，朝急暮宽，遇寒则甚，得热则减，口中和而不渴，舌苔白润，脉迟缓为特征。本症常有挟食、挟痰之兼证，证因有外寒、内寒之区别。方药治疗以散寒、温中、降逆为原则。随症兼用消食、化痰等药。

风寒呃逆：症见除寒呃特征外，并兼有风寒外袭之表证，如头痛恶寒、发热、脉浮紧，系因外受风寒，气机阻滞所致。治宜温散寒邪，用羌活附子汤、橘皮干姜汤、生姜半夏汤等方。如邪传少阳，往来寒热，胁痛口苦，胸满恶心者，则宜和解少阳、降逆止呃，用小柴胡汤加橘皮、竹茹。亦有热病外感，使用寒凉过早，表邪未罢，热被寒郁，两气相搏，呃逆频繁者，宜散寒与清热并用，方如连理汤加生姜、半夏等。如兼气滞痰浊不化，症见脘闷嗳腐，腹胀不舒，可加枳壳、厚朴、麦芽、陈皮、杏仁等以和降胃气，化痰导滞。

胃寒呃逆：以呃声连续，膈间及胃脘不舒，食少腹胀，手足不温，呕吐清水，舌淡苔白，脉迟缓无力为特征。因多食生冷，或过服寒凉，或脏气本寒，以致胃中阳气阻遏，膈气不利而为呃逆。《杂病源流犀烛·呃逆源流》："胃虚寒，致胸满而发呃，宜丁香柿蒂汤；胃家寒冷，久呃不能止，宜沉香散；肾气自腹中赶上，筑于咽喉，逆气连属而不能出……此由寒伤胃脘肾虚气逆……宜吴茱萸汤。"胃寒呃逆，治宜温中祛寒止呃；以丁香散为主方，方中丁香、柿蒂降逆止呃；良姜温中散寒，另可加刀豆子温中止呃。如寒重者，加吴萸、肉桂、沉香或用羌活附子汤(见《医学从众录》)以温阳散寒降逆。如夹痰不化，酌加姜半夏、川朴。夹食不消，可加云曲、枳实等以消痰导滞。

针灸治疗：宜温中散寒。选膈俞、胃俞、中脘、梁门、足三里等穴。用毫针行补法，并同时配合灸法，或以温和灸为主。

热呃

胃有伏热，或肝火犯胃，或痰火扰膈，气逆上冲引起的呃逆称为热呃。《杂病源流犀烛·呃逆源流》曰："呃逆，火病也。经曰：'诸逆冲上，皆属于火'，是也。"其病因多系嗜食辛热炙煿及醇酒，胃火上逆，或肝郁化火，火气上冲。或热病阳明内实，或痰火阻滞，清浊不得升降而致。热呃以音高连声，冲逆而出，口臭烦渴，喜冷饮，溲赤便艰，苔黄，脉象滑数为特征，方药治疗以清降泄热，通腑止呃为主。

胃热呃逆：症见呃声洪亮，连续有力，口臭舌燥，面赤烦渴，喜冷饮，大便秘结，舌燥苔黄，脉滑数有力或洪大而数。多因热积胃腑，阳明腑实，失于清理，腑气不通，胃火上冲所致，治宜清火降逆或通腑泄热。方用竹叶石膏汤加柿蒂、竹茹；若大便秘结，脘腹痞满，可合用小承气汤以通腑泄热，腑气通则胃气降，而呃逆自止。

肝火呃逆：其症呃声响亮，胁痛心烦，舌苔薄黄，脉弦数或弦滑。起因多与恼怒怫郁，疏泄失常有关。治宜辛升苦降，辛升则木郁可疏，火降则呃逆自平。方用泻心

汤。热重加山栀、黄芩、竹茹、川楝子、白芍等,泄肝和胃。

痰火呃逆:症见呃声急迫,胸闷胸痛,烦热口干,大便干结,苔黄腻,脉滑数。《杂病源流犀烛·呃逆源流》:"胃中停痰阻塞,致痰火郁遏不得疏泄亦呃。"本症多因痰火阻滞,冲逆动膈所致。治宜化痰降火,清热导下,方用半黄丸、栀连平胃散、栀连二陈汤加葛根、竹茹等。若因痰结碍逆而致,宜先用盐汤探吐法,后用导痰汤治之。如人便秘结,先用凉膈散或小承气汤加半夏、竹茹以通腑除痰。如因少阳症、阳明症而致邪热内郁致呃者,若邪抑半表半里,宜用小柴胡汤,或柴陈煎;阳明症失下内热,气冲作呃者,宜去其火,治用白虎汤、竹叶石膏汤加减。闭甚者,当去其闭,用承气汤。若为胃虚膈热致呃者,可用橘皮竹茹汤加减。

针灸治疗:胃热呃逆,宜清泄胃热。选中脘、内关、足三里、内庭等穴。用毫针行泻法,一般不用灸法。

实呃

肺胃邪实所引起的呃逆称为实呃。以呃声响而频,脉证俱实为特征。《医学纲目·呃逆》:"呃声频密相连者为实。"本症有湿痰、停食、蛔虫、血瘀及气滞的不同,分述如下:

湿痰呃逆:又称痰呃,症见呃逆频频而有痰声,呼吸不利,体肥,胸闷腹胀,肢体沉重,舌苔白腻,脉滑,因痰湿阻滞,脾失健运,胃失和降,肺失清肃,气逆上冲所致。《张氏医通·呃逆》:"若饮热则安,饮冷则呃,……此属湿痰,肥人多此。"治宜燥湿化痰,用二陈汤、导痰汤、橘皮半夏汤等加减。若痰结气逆较甚者,先当探吐,再予涤痰降逆。

停食呃逆:又称食呃。症见呃逆连声,胸脘胀闷,嗳腐吐酸,或矢气臭秽,舌苔厚腻,脉滑有力。《医林绳墨·呃逆》:"有因食而致者,脾胃不能健运,食阻气而不行。"本症多起于过食之后,治宜消导积滞,用枳术汤、枳橘平胃散,或二陈汤加厚朴、焦山楂、木香、砂仁之类。食积停滞较甚而便结者,可用枳实导滞丸、木香槟榔丸等。

蛔虫呃逆:又称虫呃,见《医灯续焰》。症见呃声时作时止,或缓或急,面有虫斑,脘腹时痛,或吐清水冷涎,心中嘈杂等,由蛔虫内伏,胃肠不和所引起。治法以驱蛔为主,用乌梅丸、榧子煎等方加减。

气滞呃逆:又称气呃,见《杂病源流犀烛》。症见呃频气逆,咽喉不利,胸脘满闷,两胁胀痛,脉弦等症。多因肺胃气滞上逆及肝气犯胃所致。其证属气滞中焦,胃失和降。治宜理气舒郁,用调气平胃散或木香调气汤。酌加枇杷叶、川贝、郁金、射干、通草、淡豆豉之类以开上焦痹塞;若肝气犯胃,《古今医统·呃逆》:"凡有忿气郁结、积怒之人,并不得行其志者,多有咳逆之症。"治宜疏肝和胃,顺气降逆,方用五磨饮加山栀、川楝子、黄连、佛手、代赭石、丁香之类。

血瘀呃逆:又称瘀呃,见《证治汇补》。症见饮水即呃,心胸刺痛,大便溏或软,色黑,脉芤或沉涩。由胃脘瘀血阻滞,气不顺降所致。治宜活血祛瘀,用桃红承气汤、血府逐瘀汤,或用韭汁、童便下越鞠丸。若日久体虚,呃声低沉,四肢不温,口淡,苔白,则用理中汤加莪术、桃仁以温中祛寒,益气化瘀。

虚呃

正气亏虚,阴阳失调所引起的呃逆称为虚呃。历代医家大都认为此属病情趋向严重的征候。如《景岳全书·呃逆》谓:"凡以大病之后,或以虚羸之极,或以虚损误攻致呃者,……或脾肾元气大有亏竭而然。"《证治汇补·呃逆》谓:"伤寒及滞下后,老人、虚人、妇人产后多有呃症者,皆病深之候也。"虚呃大多发生于重病久病之后,或因病而误用吐下之剂,耗伤中气,或损及胃阴,均可使胃失和降而发生呃逆。如病深及肾,则呃逆多为肾气失于摄纳,引动冲气上乘,挟胃气动膈所致。虚呃之症,多见呃声低怯而不能上达咽喉,或半日始呃一声,甚至兼有神志不清等。临床上虚呃可分阴虚呃逆与阳虚呃逆两大类。

阴虚呃逆:症见呃声急促而不连续,口干舌燥,烦躁不安,舌质红绛而干或有裂纹,脉象细数。多见于热病耗伤胃阴,胃失濡润,或夹木火上乘,使胃失和降,而发生呃逆。治宜生津养胃止呃,方用益胃汤加枇杷叶、石斛、柿蒂等以降逆止呃。方中沙参、麦冬、生地、玉竹滋养胃阴,是为甘寒生津之法。加石斛可增强养阴之功,枇杷叶、柿蒂以和降肺胃而平呃逆。如胃气虚弱,不思饮食,则合济生橘皮竹茹汤以益气和中。若肝肾阴虚,相火炎上,夹其冲气上逆而呃者,症见气从脐下冲逆而呃,头晕耳鸣,五心烦热,舌红少津。治宜峻补真阴,清潜相火,用大补阴丸、滋肾丸等。

阳虚呃逆:症见呃声低弱而不接续,气不能上达于咽喉,面色苍白,手足不温,食少困倦,或食下脘腹作胀,大便时溏,舌淡苔白,脉沉细。此症多见于大病、久病胃气欲绝,真阴亏虚之时,为阳虚浊阴上逆而致。治宜温补脾胃,降浊平呃,方以理中汤加吴茱萸、丁香为主方。另可加刀豆子温中止呃。若呃逆不止,心下痞硬,可合旋复代赭汤重镇和中降逆。如中气大亏,呃声低弱难续,食少便溏,体倦乏力,脉虚者,宜用补中益气汤和定呃汤(《辨证录》方)。如损及肾阳,见形寒肢冷,腰膝酸软,舌质胖嫩,脉象沉迟者,可加附子、肉桂以温肾助阳。或用归气饮、右归饮、附桂八味丸等酌加辛温止呃之品。若真阳欲脱之呃,症见头汗、目瞪、神识不清、脉散者,治当纳气降逆。用黑锡丹温肾阳,散阴寒,镇逆气,定虚呃,并可灸关元、气海等穴。《医编》:"惟病重得此,多为气脱。凡见其呃自丹田而上,久久乃一声,通身振动者,即是危候,恐难治矣,与黑锡丹,灸关元。"

吞酸吐酸

酸水由胃中上泛后,不及吐出,随即咽下者,称为吞酸。泛吐酸水,称为吐酸。因吞酸、吐酸引起胃脘难受者,称为醋心。临床上吞酸、吐酸及醋心往往同时并见。

吐酸出《内经》,吞酸出《伤寒论》。又称噫醋,见《诸病源候论》。俗称醋心、咽酸。《素问·至真要大论》:"诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。"《伤寒论·平脉法》:"胃气有余,噫而吞酸。"《诸病源候论·噫醋候》:"噫醋者,由上焦有停痰,脾胃有宿冷,故不能消谷,谷不消则胀满而气逆,所以好噫而吞酸,气息醋臭。"

病因病机 吞酸和吐酸的常见原因有寒邪客胃、饮食伤胃、肝郁犯胃、痰饮阻胃、热扰胃腑、脾胃亏损等。

寒邪客胃:暴受风寒,寒邪犯胃,胃阳被抑,浊阴不降,郁而成酸,发为吞酸吐酸。《症因脉治·外感吐酸水》:"……外被风寒所束,上升之气郁而成积,积之既久,湿能生热,湿甚木荣,肝气太盛,遂成木火之化,而吞酸、吐酸之症作矣。"

饮食伤胃:饮食不节,过食肥甘厚味或醇酒煎炸食物,或进食腐败变质之品及生冷硬物,损伤脾胃,食物停滞不化,蒸腐为酸,胃气上逆,而致吐酸、吞酸、噫气不舒。《三因极一病证方论》卷十一:"有宿食则酸,食后噫醋吞酸,皆宿食证。"

肝郁犯胃:恼怒伤肝,情志郁结,肝木疏泄失常,气机阻滞,横逆犯胃,肝胃气逆而吞酸吐酸。《症因脉治·内伤吐酸水》:"恼怒忧郁,伤肝胆之气,木能生火,乘胃克脾,则饮食不能消化,停积于胃,遂成酸水浸淫之患矣。"

痰湿阻胃:外受水湿之侵,内兼脾虚不运,水湿内停,酿而为痰,痰湿阻滞,瘀腐化酸。《诸病源候论·噫醋候》:"上焦有停痰,脾胃有宿冷,故不能消谷,谷不消则胀满而气逆,所以好噫而吞酸。"

热扰胃腑:阳盛之体,热客于胃;或寒邪化热;或宿食痰饮蕴而化热;或情志不舒,气郁化火,火热扰胃,津液被灼,遂致吞酸吐酸。《素问·至真要大论》:"少阳之胜,热客于胃,烦心心痛,目赤欲呕,呕酸善饥。"《素问·玄机原病式·六气为病·吐酸》中说:"酸者,肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也,如饮食热则易于酸矣。又如酒之味苦而性热……烦渴呕吐,皆热证也,其必吐酸,为热明矣。"

脾胃亏损:素体禀赋不足,或劳倦内伤,或过服寒凉克伐药品,损伤脾胃阳气,运化呆滞,形成泛吐清涎酸水之证。《内科摘要》:"脾胃亏损,吞酸嗳腐。"

辨证论治 本证按病因病机可分为外感吐酸、伤食吞酸、肝郁吞酸、痰饮吞酸、胃热吞酸、脾虚吞酸等类型。

外感吐酸:症见恶寒发热,头痛身痛,吞酸吐酸,胃脘嘈杂,苔薄白,脉浮紧。治宜宣肺散寒,和胃降逆,方用藿香正气散、香苏散加减。若外感兼脾湿者,可予防葛平胃散。

伤食吞酸:症见嗳腐恶食,吞酸吐酸,胸闷脘胀,吐后胀减,或间有寒热,苔白厚腻,脉弦滑。治宜消食导滞,和胃降逆,方用保和丸。若宿食积滞较重,用枳实导滞丸。若酒食所伤,宜加葛花、枳椇子等醒酒和胃之品。若食郁化热,嗳腐食臭,苔黄脉数者,宜消食清热,方用清胃汤。

肝郁吞酸:症见吞酸吐酸,胸胁胀痛,嗳气脘闷,心烦易怒,情志郁怒则加重,苔薄白,脉弦。治宜疏肝解郁,和胃降逆,方用越鞠丸合四逆散加减。若气滞较重,脘腹胀痛者,方用白豆蔻散。若肝郁脾虚,腹胀乏力者,宜疏肝健脾,方用逍遥散。若肝郁化火,横逆犯胃,症见烦急易怒,目赤耳鸣,口苦咽干,苔黄,脉弦数者,治宜清泄郁火,和胃降逆,方用左金丸或咽醋丸。

痰饮吞酸:症见吞酸吐酸,胸闷多痰,呕恶纳呆,苔白腻,脉弦滑。治宜祛痰化饮,和胃降逆,方用二陈汤加减。若兼脘腹胀痛,属痰阻气滞,治宜化痰行气,方用木香平气丸。若兼嗳气、呃逆,属痰浊中阻,胃气上逆,治宜芳香化浊,祛痰和胃,方用藿香半夏丸。若痰湿郁久化热,湿热交结,治宜辛开苦降,方用生姜泻心汤。若痰热互结,气机不畅,脘腹胀满,大便不爽,可用小陷胸汤或遇仙丹。

胃热吞酸:症见吞酸吐酸,胃脘灼热,口苦口臭,渴喜冷饮,或兼齿龈肿痛,大便干结,舌红苔黄,脉弦滑或数。治宜清热养胃,方用《审查征集验方》之吞酸第一方。方中栀子、知母、川楝子清热降火;沙参、麦冬养胃生津;甘草、橘红和胃降逆。若为肝胆郁火,横逆犯胃者,治宜清泄郁火,和胃降逆,方用左金丸加瓦楞子、白螺蛳壳等抑酸和胃。

脾虚吞酸:症见吐酸吞酸,时作时止,胸脘胀闷,纳少神疲,倦怠乏力,四肢欠温,大便溏薄,舌体胖舌质淡,苔薄白,脉沉迟或虚弱。治宜补脾益胃,和中降逆。方用香砂六君子汤为主方。若兼脘腹隐痛,喜暖喜按,为中焦虚寒所致,治宜温中祛寒,方用理中丸加吴萸散寒降逆。如脾虚不运,湿浊留恋中焦,舌苔白腻不化者,可加藿香、佩兰、苍术、厚朴之属以化湿醒脾。

下列简易方及食疗方可选用:①鸡蛋壳若干,去内膜洗净,候干后(或炒黄后)研极细末,成人每服 3 克,每日二次,开水送服,治胃酸过多、嘈杂(《常见病验方研究参考资料》)。②煅牡蛎、淮山药各 30 克,共研末,每服 9 克,每日三次,开水送服,治胃痛吐酸(《常见病验方研究参考资料》)。③海螵蛸 120 克,砂仁 30 克,共研末,每服 3 克,开水送服,治胃寒呕酸(《常见病验方研究参考资料》)。④吴萸 9 克,水煎服。或可加生姜 3 克,共煎服。治恶心吐酸(《常见病验方研究参考资料》)。⑤乌贼骨 9 克,木贼草 18 克(微炒),川军 9 克,共为细末,每服 6 克,开水送服,早晚各服一次,忌生冷辛辣食物,治胃痛吐酸水(《常见病验方研究参考资料》)。⑥狗胃一只,白胡椒 5 克,糯米 150 克,姜三片,先将胡椒研末,糯米浸湿,加生姜纳狗胃内,外用针线缝合,蒸煮两小时后,分 3—4 次食

下,治疗胃酸过多症(浙江中医杂志,(5):217,1980)。

预防及调理 吐酸吞酸若是单独发病,经过正确治疗,多能痊愈。倘若吐酸伴随其他疾病而发,其转归与预后,则与他病之进退密切相关。《证治汇补》卷五:"吞酸,小疾也,然可暂不可久,久而不愈,为膈噎反胃之渐也。"对于前人"酸久成噎"的告诫,不可不慎。

本病预防,首先应饮食有节,不过食寒凉生冷、酸辣煎炸,饮食宜清洁,避免粗硬粘腻食物,肥甘醇酒更不适宜,忌生葱、韭菜、桃、李、雀肉、海藻,并宜适寒温,戒郁怒。对于频频吐酸而饮食减少者,应少量多次进食饭汤米粥,以养胃气。脾胃虚寒者,可加入生姜适量同煮,以宣通脾阳,调和胃气。

嘈杂

胃中空虚,似饥非饥,似痛非痛,似辣非辣,懊侬不宁,莫可名状的病证,称为嘈杂,又名心嘈。常和胃痛、吐酸等病同时并见,亦可单独出现。嘈杂之名,始见于《丹溪心法》。朱氏认为痰湿、气郁、食积、热邪皆是致病所因。《丹溪心法·嘈杂》篇说:"嘈杂,是痰因火动",又云:"嘈杂,此乃食郁有热……湿痰气郁……。"《三因极一病证方论》称嘈。《赤水玄珠》谓因虚、因虫致嘈。

病因病机 本证病因颇多,如《医灯续焰》卷十八所云:"嘈杂一证,有火,有痰,有饮,有虫,虽云多种,而源则不离乎脾胃。"归纳大致有下述七个方面:

食伤脾胃:由于饮食不节,过食辛辣香燥,醇酒肥甘,粘滑鱼腥,水果生冷,煎炒烹炸等食物,脾胃受损,中焦积滞,胃气失和,发为嘈杂。

脾胃不和:由于肝失条达,横逆犯胃,致肝胃不和,气失顺降而致嘈杂。

痰湿中阻:外受水湿,或过食肥甘生冷,内兼脾虚失运,聚湿生痰,痰湿阻滞中焦,气机逆乱,发为嘈杂。

火热扰胃:宿食、留饮、痰湿停积日久,绵而化热;或气郁化火,火热扰胃,胃气上逆,发为嘈杂。

蛔虫上扰:饮食不洁,湿热生虫。若肠寒胃热,则蛔虫上扰胃府,脾胃功能失常,发为嘈杂。

脾胃虚弱:脾胃素虚,或病后胃气未复,过服寒凉消伐药物,或饮食劳倦所伤,导致中焦虚寒,纳运失常,胃虚气逆,而致嘈杂。

血虚津亏:素体阴血内亏,或失血营亏,或热病后期,阴津未复,或过服辛燥损伤脾胃阴津,使胃失濡养而致嘈杂。

辨证论治 嘈杂一证,多因脾胃功能失常所致,有虚实之别。属实者,多为邪实而致脾胃不和,包括食郁、气郁、痰火、虫等因。虚嘈指因虚而致者,有气虚、血虚、阳虚、阴虚之别。分述如下:

食郁而嘈:症见嘈杂恶食,嗳腐恶心,胸闷,脘腹胀满,舌苔白腻,脉弦。为饮食不节,脾胃不运所致。治宜消食和胃,方用保和丸。兼有脾胃湿阻,腹胀乏力者,宜调脾和胃,化湿消导,方用香砂平胃丸。若宿食积滞日久,郁而化热,热扰胃腑,治宜消食导滞,清热通降,用消食清郁汤。大便秘结者,可加大黄、枳实以清热通便。

气郁而嘈:症见嘈杂吞酸,胸闷胁痛,嗳气脘胀,烦躁易怒,舌苔薄白,脉弦,常因情志抑郁而加重。为肝气郁结,横逆犯胃所致。治宜疏肝和胃,方用柴胡疏肝散。妇女抑郁胸嘈,经前发作者,治宜疏肝调经,方用逍遥散合左金丸。

痰嘈:症见嘈杂不饥,胸闷痰多,纳少乏力,舌苔厚腻,脉弦滑,为脾运失健,痰饮内盛所致。治宜温化痰饮,方用苓桂术甘汤合二陈汤。若兼肢体沉重,关节不利,宜用导饮丸。若痰湿素盛,形体肥胖者,治宜调脾和胃,燥湿祛痰,方用二陈汤加川芎、苍术、香附。若痰湿停积,郁而化火,痰火扰胃,症见胸闷痰多,胸膈懊侬,心烦口苦,口中粘腻,舌红苔黄,脉滑数,治宜化痰清火,和胃除嘈,方用化痰清火汤或黄连温胆汤。

火嘈:症见嘈杂善食,食已即饥,心烦不安,口臭口苦,渴喜冷饮,或兼牙龈肿痛,大便秘结,舌红,苔黄燥,脉弦数。为中焦火盛,火热扰胃所致。治宜清胃降火,佐以滋阴润燥,方用清胃散加大黄。若三焦火盛,嘈杂烦渴,口苦溺赤,治宜清三焦火,方用三补丸。若气郁化火,横逆犯胃,症见嘈杂吞酸,胸胁串痛,心烦易怒,口苦咽干目赤,舌红,苔黄,脉弦数。治宜理气清火和胃除嘈,方用左金丸合黛蛤散,或用平肝顺气保中丸。

虫证嘈杂:症见嘈杂难忍,常伴腹痛,时作时止,多食易饥,或面色萎黄,嗜食异物,舌淡苔薄白,脉弦紧。为虫扰胃腑所致。治宜安蛔驱虫,方用乌梅丸或化虫丸加减。

气虚嘈杂:症见嘈杂不甚,时作时止,空腹易作,食后即舒,伴神疲乏力,口淡乏味,大便溏软,舌胖质淡,苔薄白,脉缓软无力。为中气不足,脾失健运所致。治宜补气健脾,方用六君子汤。

阳虚嘈杂:症见嘈杂脘痛,喜暖喜按,畏寒肢冷,口泛清水,舌淡苔白,脉沉迟。为脾胃阳虚,寒饮内停所致。治宜温中祛寒,健脾益气,方用理中丸。若兼干呕,吐涎沫者,用吴茱萸汤。

血虚嘈杂:症见嘈杂,或兼头晕心悸,面色少华,舌淡苔少,脉细。为心脾两虚,阴血亏损,胃失濡养所致。治宜益气健脾,补血养心,方用归脾汤。妇人肝血不足,治宜滋阴柔肝,方用一贯煎加阿胶、白芍、丹皮等。

阴虚嘈杂:症见嘈杂似饥,得食暂止,头昏头晕,胃脘灼热,或兼吞酸,口燥咽干,大便干结,舌红少津,苔少或苔黄,脉细数。为津亏阴伤,虚火扰胃所致。治宜养胃滋阴,方用益胃汤或沙参麦冬汤。

下列简易方亦可酌情选用:①煅牡蛎、煅鸡蛋壳等分,共研末,每服4.5克,每日二次(《常见病验方研究参考资料》)。②海螵蛸30克、姜半夏3克。海螵蛸用文火炒至黄色,有香气为止,与姜半夏共研细末,混匀。全剂

共分成11包，成人每日三次，每次1包，连服一周（《常见病验方研究参考资料》）。③海螵蛸18克，赤石脂3克，共研末，开水冲服（《常见病验方研究参考资料》）。

预防及调护 预防嘈杂宜节制饮食，忌辛辣肥甘，勿忧思恼怒。本证常与嗳气、胃痛、吞酸并见，个别患者可为反胃、噎膈。《景岳全书·杂证谟·嘈杂》云："嘈杂一证，多由脾气不和，或受伤脾虚而然……渐至恶心、嗳气、反胃、噎膈之类，将由此而起矣。"因此，不可忽视对本证的积极防治。

恶心

胃气上泛，欲吐不吐，胸中泛恶不宁，称为恶心。病证名出《诸病源候论》。《诸病源候论·恶心》云："心里淡淡然欲吐，名为恶心。"《景岳全书·杂证谟·恶心嗳气》云："虽曰恶心，而实胃口之病，非心病也。"

恶心与嗳气（噫）、干呕、呃逆（哕）、呕吐等均为脾胃病证的常见症状，因胃气上逆而致。

病因病机 恶心病因可概括为脾胃虚寒和胃有实邪两类。脾胃虚寒，多因素体中阳不足，或因饮食失节，劳倦过度，损伤脾胃，以致脾运失职，胃气上逆；胃有实邪，多因寒、热、痰、湿等实邪阻滞于胃，致胃失通降，气逆于上。《丹溪心法·恶心》云："恶心有痰，有热……欲吐不吐，心中兀兀。"《景岳全书·杂证谟·恶心嗳气》说："此证之因，则有寒，有食，有痰饮，有哕气，有火邪，有阴湿伤胃或伤寒疟痢诸邪之在胃口者，皆得有之。"

辨证论治 恶心一证，可分为虚实两类。实者有痰湿、胃热、食滞、肝郁之别；虚者有脾胃虚寒与胃阴不足之别。恶心的治法，以和胃理气降浊为通治之法，并根据病因之不同，酌予泻实补虚。胃有痰湿者，兼燥湿化痰；胃有食滞者，兼消导和胃；肝胃不和者，兼疏肝和胃；胃热者，兼泻火；脾胃虚寒者，温中补虚；胃阴不足者，养胃降逆。

痰湿恶心：症见胸满泛恶，有痰，口粘，食欲不佳，舌苔白腻，脉濡滑。治宜化痰湿，和胃降逆，宜用平胃散合二陈汤。

胃热恶心：恶心或时兼嘈杂，吞酸，口臭，且有溲赤，便秘，舌苔黄腻，脉弦或滑。治宜清热和胃降逆，可用二陈汤加黄连、山栀；暑热入胃，胃热恶心，可用竹叶石膏汤加枇杷叶、竹茹；便秘口臭里热者，可用承气汤类加减。

食滞恶心：恶心欲吐，嗳腐吞酸，恶闻食臭，胃脘胀满，不欲饮食，苔厚腻，脉滑，治宜消食导滞，方用楂曲平胃散，或枳实导滞丸加减。

肝胃不和恶心：恶心，或兼呕吐，胸闷，胁痛，口苦咽干，食欲不振，舌苔薄黄，脉弦细。治宜疏肝和胃，方用柴平汤或四逆散合二陈汤。

脾胃虚寒恶心：恶心欲吐，胃脘隐痛，或不时泛吐清水、涎沫，得热则缓，遇寒则诸症加重，食少便溏，少气困倦，舌淡苔白，脉沉迟或沉细。治宜健脾温中，降逆和胃，方用六君子汤合理中汤，或吴茱萸汤加减。脾胃虚寒兼有寒痰凝滞者，可用金水六君煎或茯苓半夏汤健脾化痰和胃；阳虚水饮内停、愠愠欲吐者，可用真武汤加减；寒邪深入三阴而恶心者，用理阴煎或温胃饮。

胃阴虚恶心：恶心，或兼呕吐，口渴欲饮，或饮水即吐，不能食，困倦，舌红少苔，脉细数。治宜养胃阴，清降胃气，方用益胃汤合橘皮竹茹汤加枇杷叶、石斛等。

不论何种原因引起的恶心，均可于方中加入姜汁饮服，有明显的和胃止恶作用。

下列简易方可据病情选用：①白萝卜一个，捣碎取汁，加红糖开水冲服（《常见病验方研究参考资料》）。②生姜、半夏各6克，水煎服，治胃寒恶心呕吐（《常见病验方研究参考资料》）。③生姜、半夏各6克，黄连3克，水煎服，治恶心，胃有热，呕吐不止（《常见病验方研究参考资料》）。

伤食

饮食损伤脾胃，以厌食、呕恶、胃痛、胀满、嗳气腐臭为特征的病证，称为伤食。伤食名见《丹溪心法》。《金匮要略》称为食伤。若饮食停积，日久不化，称为宿食。

病因病机 伤食产生的原因，主要由于暴饮暴食，损伤脾胃；或因中气素虚，或过饥之人，饮食不慎，脾失运化所致。《素问·痹论》："饮食自倍，肠胃乃伤。"《医林绳墨》卷五："伤食者，多食之过，在小儿更有之。大人者，谓饮食伤脾，或有好食美物，恣意过用，不思脾胃健运难化，蕴蓄痞积……。又有伤饥之人，遇饮食而不择，但知饥渴之用，不思过饱伤脾，恁性所食，脾胃所伤，运化皆难……，二者俱是饮食所伤之症。"

辨证论治 伤食内容较广，按饮食性质的不同，有伤谷食、伤糯米、伤面食、伤肉、伤蛋、伤菜、伤瓜、伤鱼鳖、伤蟹之分，及因饮茶、水的伤饮及伤酒等。其中以伤食与伤酒为最。

伤食：症见厌食，恶心呕吐，嗳气腐臭，胸脘痞闷，脘腹饱胀而痛，大便泄泻或便秘，排泄物及排出之气有恶臭；排便排气后，脘腹胀满稍减，舌苔厚腻，脉滑有力。多因饮食过度，损伤脾胃，积滞不化所致，治宜消导为主，方用保和丸、枳实导滞丸等。若饮食停滞上焦，又当以吐法为先。《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》："宿食在上脘，当吐之，宜瓜蒂散。"治疗伤食，在选用主治之药，可因所伤食物之不同而异。如伤谷食，轻者用麦芽、谷芽、神曲、砂仁，甚者用鸡内金；伤糯米，用大麦曲研末酒服；伤面食用麦芽、莱菔子、姜；伤肉食，轻者用山楂、阿魏，甚者用硝石、硼砂；伤狗肉，用杏仁、山楂、芦根汁；伤鸡鸭肉用苏子、糯米泔水；伤鱼鳖用紫苏、陈皮、木香、姜汁；伤蟹用丁香、紫苏、生姜；伤生冷瓜果蔬菜，用木香、砂仁、炮姜、丁香、肉桂；伤蛋，用蔻仁、橘红、豆豉、姜汁、蒜泥等。

老人、虚人尤易伤食，治疗时切忌专以消导攻剂，宜权衡虚实，消补兼施，如《类证治裁·饮食》所云："若生冷戕胃，饥饱戕脾，中气先馁，不宜专事消导，宜补中益气汤加茯苓、砂仁……。"伤食还可用外敷之法，如用朴硝外敷，或用炒盐、葱白熨腹，都有一定的消食止痛功效。

伤酒：症见头晕、头痛、恶心呕吐、躁动不安或昏睡，脉滑数或弦数。多因饮酒过量，或久饮不止，以致酒毒蕴积所致。治法，明代方广谓："按酒作湿热治之之法，或发汗，或利小便，使上下分消其湿是也。"故伤酒一般治宜发汗、利湿、解酒毒为法，宜葛花解酲汤、胃苓汤、五苓散之类主之。一般症轻者可用葛根、葛花、枳椇子、神曲、黄连、白蔻仁等发汗解酒毒；甚者更用甘遂、黑牵牛子等攻逐酒积。若酒毒伤脏，以致泄泻不已，而气强力壮者，可予五苓散、胃苓汤以除湿止泻；若因湿生寒以泻，致损命门阳气，予胃关煎及五德丸、九炁丹；若酒热伤阴，以致发热动血者，宜黄芩芍药汤、清化饮、徙薪饮。酒毒伤人还可致胆热液泄，渗于经络，泛溢肌肤而为酒疸；症情经久，或病情严重者，可致酒癥、水鼓，甚至昏迷死亡，治疗可见"癥瘕"、"鼓胀"等有关条目。

伤饮：症见饮伤脾胃已久之证候，如面黄肌瘦，肿胀，纳少便溏等。多因饮茶、汤、水之类过多，导致饮伤脾胃，运化失司所致。如《证治百问》卷三所云："饮即茶、汤、酒水之类，或脾虚不运而结滞，或暴渴多饮而停留……往往全后面黄肌瘦，脾泄中满，烦渴肿胀。"治宜健脾益气，温中化饮，宜参苓白术散、苓桂术甘汤。亦可见伤食、伤酒证治。治愈后应嘱病员忌食生冷，少饮茶水。

在伤食的诊治过程中，对平素体健而偶或多食，或见饱胀等症，不宜过用消导而损伤正气。老人、虚人等每易伤食者，又当以节食，少量多餐为要。

厌食

食欲不振，甚至不思饮食，称为厌食。又名恶食。《内经》称不欲食。《伤寒论》谓不欲饮食。《证治汇补》则称恶食。厌食在小儿中也甚常见，称为小儿厌食，《诸病源候论·哺露候》谓哺露。

厌食的原因，一般有饮食不节、痰湿滋生，感染诸虫及脾胃虚弱等。《证治汇补·伤食》谓："恶食非止一端，有胸中痰滞者"，"有伤食恶食者"，"有病久胃虚者。"小儿脾胃较弱，易因寒热所伤与饮食不节而产生厌食。婴儿不嗜食者有因胃热，有因胃寒，或三焦客热，或六腑气寒所致。

病因病机　常见者如下。

饮食不节：饮贵有时，食贵有节。若饮食不节，脾胃受伤，受纳运化功能减弱，则产生食欲不振或厌食诸证。尤其是小儿，脾胃薄弱，恣意食饮，易致积滞不化，产生厌食。《医宗金鉴·幼科心法要诀·食滞》说："小儿恣意肥甘生冷，不能运化，则肠胃积滞矣。其证头温腹热，大便酸臭，嗳气恶食。"《诸病源候论·哺露候》谓："小儿乳哺不调，伤于脾胃，脾胃衰弱，不能饮食，血气减损，不荣肌肉而柴辟羸露。"

痰湿滋生：过食寒凉，或嗜啖瓜果生冷，脾阳受伤，痰湿内生，壅阻中州，气机不运，影响受纳运化功能，以致不思饮食，呕吐痰涎。《杂病源流犀烛·伤食不能食源流》："不能食，……脾胃中或有积滞，或有实火，或有寒痰，或有湿饮……。"

感染诸虫：平时不注意饮食卫生，容易感染寄生虫，可伤害脾胃，扰乱受纳运化功能，令人厌食。《临证指南医案·虫》指出："湿热生虫，腹痛、便溏、恶食。"

脾胃虚弱：素禀不足，脾胃虚弱，或疾病迁延，损伤脾胃，使受纳运化功能低下，以致饮食衰少，或厌食，精神疲倦、表情淡漠。《赤水玄珠全集·伤饮伤食门》说："不能食者，由脾胃馁弱或病后而脾胃之气未复……以故不思食。"《丹溪心法附余·调补脾胃》谓："胃司纳受，脾司运化……胃损则不能纳，脾损则不能化，脾胃俱损，纳化皆难。"清代《医略·饮食》："不能纳责在胃，能食而不能化者，责在脾。"故厌食者，主要在胃。

情志不和：所求不得，或受气委曲，皆能令人肝气郁结，疏泄失常，横逆犯胃，胃失和降，则饮食少进。

辨证论治　厌食主症是饮食少进，或不思饮食，甚者恶闻食臭，见食物则恶心，乃至呕恶欲吐。临床宜分辨虚实，审证求因，按因论治。《张氏医通·恶食》："恶食有虚实之分，实则心下闷痛，恶心口苦……；虚则倦怠，色萎黄，心下软……。"临床上常见的厌食有伤食厌食、脾胃湿热厌食、脾虚痰湿厌食、虫积伤脾厌食、脾胃虚弱厌食、胃阴不足厌食、肝气犯胃厌食等，分述如下：

伤食厌食：厌食，嗳腐吞酸，脘腹饱胀，或胀痛拒按，大便臭秽或秘结不通，舌苔厚腻，脉滑。治宜消食导滞为主，选用保和丸。若小儿伤于乳食，加人麦芽；腹胀痛，加木香、厚朴、枳实；呕吐加竹茹、生姜；体虚者用消补法，用大安丸（保和丸加白术）。

脾胃湿热厌食：呕恶厌食，脘腹痞闷，周身疲乏倦怠，大便溏而不爽，小溲短赤，舌红，苔黄白而腻，脉濡数或濡滑。治宜清热化湿，藿朴夏苓汤加黄连、黄芩，或三仁汤加减。

脾虚痰湿厌食：厌食，经常呕吐痰涎，形体虚胖或瘦弱，面色少华，食欲减退，便溏，舌苔白腻，脉濡滑。治宜健脾燥湿化痰，用二陈汤加味。脾虚六君子汤加砂仁、白豆蔻。心烦虚热，恶心呕吐，加竹茹、黄连、枳实。

虫积伤脾厌食：面色苍黄，肌肉消瘦，精神不安，不思饮食，或嗜食异物，睡时磨牙，肚腹胀大，时时腹痛，大便不调，巩膜蓝斑，面有白斑，唇口起白点，脉弦细。治宜驱虫消积为主，并健运脾胃，用使君子散加槟榔、神曲、麦芽、山楂、鸡内金等。待虫尽积消，再用异功散加麦芽。小儿体弱，可用肥儿丸攻补兼施。

脾胃虚弱厌食：面色皖白，形体瘦弱，神疲乏力，不思

饮食,大便溏薄,舌淡苔白,脉象细弱,指纹淡红。治宜益气健脾和中,用香砂六君子汤。脾胃虚寒,便溏腹胀者,用理中汤温中散寒。

胃阴不足厌食:饥不欲食,口渴喜饮,唇红干燥,大便干结,舌质红,少苔,脉细略数。治宜滋养胃阴,用益胃汤加花粉、石斛、白扁豆、稻芽等。

肝气犯胃厌食:不思饮食,呃逆嗳气,精神抑郁,胸胁胀闷或胀痛,脉弦。治宜疏肝和胃,方用逍遥散合香苏散加减。

近年来常见肿瘤患者,用化学疗法后引起厌食者,当随证施治,一般可用养胃生津、清热和中之法。

噎膈

饮食吞咽受阻,或食入即吐,称为噎膈。噎,指吞咽时梗噎不顺;膈,指饮食格拒不入,或食入即吐。噎证亦可为膈证之渐,故往往噎膈并称。噎膈病名见《济生方》卷二。《内经》作"膈"、"鬲"、"膈中"、"鬲咽"。又名噎塞、膈噎。

病因病机 噎膈常见病因有忧思郁怒,饮食所伤,寒温失宜,劳役所伤,脏气不和,以致气血瘀结填塞胸膈,结于心下,使饮食难下而成病。《古今医案按选》引叶天士"食管窄隘使然"之说,即指出噎膈的基本病理改变为食管狭窄。综合历代医家论述,结合现代认识,噎膈的病因病机主要有以下几点:

忧思郁怒:忧思伤脾,脾伤则气结,气结则津液不得输布,凝聚成痰,郁怒伤肝,木旺克土,脾失健运,聚液成痰,气结痰阻于食管贲门,渐成噎膈。《医宗必读·反胃噎膈》说:"大抵气血亏损,复因悲思忧恚,则脾胃受伤,血液渐耗,郁气生痰,痰则塞而不通,气则上而不下,妨碍道路,饮食难进,噎塞所由成也。"

饮食所伤:恣食辛辣燥热之品,津伤血燥,以致食管干涩,食物难入;若嗜酒过度,又多进肥甘之品,则湿热蕴结,津伤痰阻,终致饮食难入而成噎膈。《医碥·反胃噎膈》说:"酒客多噎膈,饮热酒者尤多,以热伤津液,咽管干涩,食不得入也。"

寒温失宜:感受寒、热之邪,损伤脾胃,亦多产生噎膈。如寒气上入胸膈,噎塞不通;或藏气冷而不调,不能传化饮食,而致饮食格拒不入;热结脾胃,津亏血燥,纳化失常,久之则膈塞不通,食入反出。《济生方·五噎五膈论治》说:"倘或寒温失宜,食饮乖度,七情伤感,气神俱耗,使阳气先结,阴气后乱,阴阳不和,脏腑生病,结于胸膈,则成膈;气留于咽嗌,则成五噎。"

劳役伤胃:劳倦内伤,年老命门火衰,脾胃失其温煦,则中气虚馁,运化无权,痰瘀互结,阻于食管;房劳过度,精血亏耗,阴亏液涸,则食管干涸,饮食难下,而成噎膈。《景岳全书·杂证谟·噎膈》说:"酒色过度则伤阴,阴伤则精血枯涸,气不行则噎膈病于上,精血枯涸则燥结病于下。"

辨证 本病辨证,首先应察其虚实。实者多指气、血、痰三者互结于食管,虚者系属津血气阴日渐枯槁。初期以标实为主,或实多虚少;后期以本虚为主,或虚中挟实。《金匮翼·膈噎反胃统论》说:"噎膈之病,有虚有实,实者或痰或血,附着胃脘,与气相搏,翳膜外裹,或复吐出,膈气暂宽,旋复如初;虚者津枯不泽,气少不充,胃脘干瘪,食涩不下。"一般说来,噎膈因忧思郁怒,饮食所伤,寒温邪恋而致气结血瘀,痰浊内阻者,谓之实噎膈。临床尤多虚实挟杂之证。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 初起急则治标,应行气散结,化痰祛瘀,辅以滋阴养血;津血大亏者,宜大剂滋养阴血为主;虚实错杂者,消补兼施。

痰气交阻:症见吞咽梗阻,胸膈痞闷,或疼痛,嗳气呃逆,呕吐痰涎及食物,情志舒畅时可稍减轻,口干咽燥,舌质偏红,大便干涩,苔薄腻,脉弦细或细滑。多由七情郁结,津液凝聚成痰,痰气交阻食管所致。治宜开郁化痰,理气散结,方用启膈散为主方,同时可加全瓜蒌、陈皮以行气化痰;如津少便秘,可加玄参、麦冬、白蜜,以生津润燥。

热结津伤:症见吞咽梗涩而痛,汤水可下,固体食物难进,食后呕吐,形体逐渐消瘦,口干咽燥,大便干结,胸脘灼热,或五心烦热,舌红而干,或带裂纹,脉弦细而数。多由邪气闭阻,久则入络,热瘀互结,食管狭窄所致。治宜泻热散结,养阴生津。方用五汁安中饮加味,以活血行瘀,养胃生津,和胃降逆止呕。并可用沙参、石斛、生地等,双补胃肾之阴。若邪热炽盛之热膈,可用大黄黄连泻心汤加减;火灼津伤,可选用滋阴清膈饮、人参利膈散;热盛津伤便秘,可用增液承气汤、玉烛散加减。

瘀血内结:症见胸膈疼痛,吞咽梗阻,食入膈拒,甚则水饮难下,进食即吐,泛吐粘痰,或吐如赤豆汁,大便坚如羊屎,或便血,面色晦滞,肌肤枯燥,形体羸瘦,舌红少津,或带青紫,或有瘀斑,脉细涩。为气郁日久,脉络损伤,血亏瘀结所致。治宜祛瘀散结,滋养阴血。方用通幽汤,以化瘀散结,滋阴养血。甚至可加丹参、赤芍、三七、乳香、没药、五灵脂、蜣螂虫之类以祛瘀通络;加海藻、昆布、贝母、瓜蒌、黄药子以软坚化痰散结。若兼大便燥结,可用滋血润肠汤加减。如服药即吐,难于下咽,可先服玉枢丹;或用烟斗盛药,点燃吸入,以开膈降逆,随后再服煎药。

血虚阴伤:症见形体消瘦,面容枯槁,肌肤干涩,五心烦热,失眠盗汗,口燥咽干,饮食难入,粪如羊矢,小溲短少,舌光红少津,脉细数。多因噎膈日久,化源告竭,血虚阴伤,精血亏乏所致。治宜滋阴养血,润燥濡枯。轻者可用益胃汤;甚者可用一阴煎、三阴煎。阴虚有热者,可用滋阴清膈饮。若血燥阴虚而便秘者,宜用五福饮加肉苁蓉、首乌,并多饮牛、羊乳汁,以滋其枯槁。

气虚阳微:症见吞咽受阻,饮食不下,面色皖白,形寒肢冷,心悸气短,泛吐清涎,精神疲惫,语言低微,面浮足肿,腹胀便溏,舌味淡,苔白,脉细弱。多由脾肾俱败,阳气衰微所致。治宜益气温阳,健脾补肾。脾虚失运者,宜用补气运脾汤,以补气益脾,和胃降逆。并可加入旋覆花、代赭石等,以增强降逆止吐之力。脾虚而呕吐者,可用大半夏汤。肾阳虚衰者,可用右归丸加减,以养阴中之阳。噎膈上脾胃俱败,一般宜先进温脾益气之剂,以救后天生化之源,待能稍进饮食与药物,再以暖脾温肾之方,汤丸并进,或两方交替服用。

针灸治疗　①通治法:以开郁理气化痰为主,可选胸背部腧穴和足阳明、足太阴等经穴,如天突、膻中、内关、足三里或膈俞、劳宫、太白、公孙等。用毫针行泻法,或酌情配合灸法。可在餐前进行治疗,效果明显。②辨证论治:痰气交阻,宜开郁润燥化痰。选期门、膻中、合谷、足三里、丰隆或膈俞、肝俞、廉泉等穴,用毫针行泻法或平针手法。瘀血内结,宜滋阴养血、破结行瘀。选华盖、膻中和巨阙等穴,用毫针行泻法,留针40分钟;并选足三里、三阴交和涌泉等穴,在针刺的同时,用艾卷行雀啄灸法。气虚阳微,宜温阳益气健脾,生津降逆,选肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、气海、关元、足三里、太溪或地机等穴,以艾卷温和灸为主,并同时配合以毫针行补法,留针10—20分钟,每日或隔日治疗一次,10—12次为一疗程,可连续进行数个疗程。③皮肤针法:针刺重点部位为任脉的胸段和督脉的背段,以辊针进行滚刺。初期宜用较强刺激,末期宜用轻刺激,以局部出现密集的点状出血带为度。同时用毫针在足三里穴上行补法刺激,每天治疗1—2次,7—10天为一疗程。④芒针法:选华盖、璇玑、膻中、鸠尾、中脘等穴,其中胸部腧穴宜向下沿皮刺,间歇反覆捻针,留针40—60分钟。上述各穴可轮流使用。每天治疗一次,10—12次为一疗程。本法和皮肤针法配合起来进行治疗,效果更好。

简易方　①白萝卜汁,治噎膈痰盛(《卫生简方》)。②西瓜汁,治噎膈热结津伤(《本草汇言》)。③壁虎(即守宫)一至二只(去腹内物,捣烂),鸡蛋一个,一头打开,装入壁虎,封固蒸熟,每日一个,连服数日,如见症状减轻可再服(《常见病验方研究参考资料》)。④蜀羊泉、地榆各等分,共研末,和匀。每日15—24克,布包水煎,空腹分二次温服(《常见病验方研究参考资料》)。⑤平鲫丸:用大鲫鱼一条,去内脏留鳞,以大蒜切片,填鱼腹内,湿纸包,黄泥固,慢火煨熟,去鳞骨,入平胃散末,捣丸如梧子大,每服30—50丸,空心米饮吞下,治膈气不食(《医学入门》)。

食疗方　①八仙膏:藕汁、姜汁、梨汁、萝卜汁、甘蔗汁、白果汁、竹沥、蜂蜜等份,和匀蒸熟,任意食之,治噎食(《万病回春》)。②韭菜汁、牛奶,将牛奶冲开,加韭菜汁喂下,用量酌情增减,治噎膈反胃(《常见病验方研究参考资料》)。③鹅血:用注射器刺鹅血管,每日抽取5—10毫升鹅血,乘热服下,宜连续服用,治食管癌吞咽困难(《常见病验方参考资料》)。

预防及调护　噎膈之预防,应注意劳逸结合,增强体质,心情舒畅,避免精神刺激;勿过量饮酒和恣食辛辣食物,尤忌腐烂变质食物,免伤胃气;避免六淫外邪侵袭,免除外因干扰。本病的护理,要使患者怡情放怀,消除忧虑。治疗中宜乐观静养,食物宜新鲜清淡而富有营养,少食多餐,忌用辛香燥热刺激之物,戒郁怒,禁房事。

反胃

谷食入胃,停而不化,以脘腹胀闷,朝食暮吐或暮食朝吐为主的病证,称为反胃。《内经》虽无反胃之名,但在有关呕、吐、哕、膈等病证的论述中,即包括反胃一症,如《灵枢·上膈》所述"食饮入而还出","食晬时乃出。"《金匮要略》首载"胃反"症名。其后历代医籍称反胃或翻胃,名异实同。《医贯·噎膈论》说:"翻胃者,饮食倍常,尽入于胃矣,但朝食暮吐,暮食朝吐,或一两时而吐,或积至一日一夜,腹中胀闷不可忍而复吐,原物酸臭不化,此已入胃而反出,故曰反胃。"

病因病机　本病多因饮食不当,饥饱不常,或嗜食生冷,饮酒过度,宿滞痼癖,或忧愁思虑,蓄怒抑郁,或固积聚冷痰,房室劳倦,脾虚胃弱,命门火衰,致中焦虚寒,运化无力,饮食停留,终至呕吐而出。病因病机可归纳为以下三个方面:

饮食所伤:饥饱失常,嗜食生冷或暴饮暴食,伤于酒湿,脾胃损伤,脾伤则不磨,胃虚则不降,积湿生痰,气机阻滞。宿食不化,良久复出,而成反胃。《景岳全书·杂证谟·反胃》说:"或以酷饮无度,伤于酒湿;或以纵食生冷,败其真阳;……总之,无非内伤之甚,致损胃气而然。"

情志不舒:忧思恼怒,气机郁结不畅,郁久则积痰停瘀,痰浊瘀血阻滞幽门,而发生本病;或因五志过极化火,火盛伤肝,日久胃府幽门干涩所致。《证治汇补·反胃》:"病由悲愤气结,思虑伤脾……皆能酿成痰火,妨碍饷道而食反出。"

内伤劳倦:劳倦伤脾,或因久病,致使中焦虚寒,水谷不化,或因积劳虚损,命门火衰,脾胃失于温煦,运化无力,均可导致反胃。《临证指南医案·噎膈反胃》:"夫反胃乃胃中无阳,不能容受食物,命门火衰,不能熏蒸脾土,以致饮食入胃,不能运化,而为朝食暮吐,暮食朝吐。"

辨证论治　反胃的主要特征是朝食暮吐,暮食朝吐,在辨证中必须掌握这一特点。其辨证可概括为寒、热、气、痰、瘀五个方面。治法以降逆和胃为基本原则,阳虚寒甚者,治以温中健脾;胃热阴伤者,治以清热养胃;气滞者兼以理气,挟瘀者宜活血,痰浊者宜化痰。

脾胃虚寒:症见胃脘隐痛,食后脘腹胀满,朝食暮吐,暮食朝吐,泛吐清水,或宿食完谷不化,面色皖白,手足不温,神疲乏力,腰酸膝软,舌淡苔白,脉沉细无力。多因脾

胃虚寒，不能消化谷食，饮食停留所致。治宜温中健脾，和胃降逆，用丁香透膈散、理中汤等。

若病久脾肾阳虚者，可在上方基础上加入温补命门之品，如附子、肉桂、破故纸、吴茱萸之类；如寒热错杂者，可用乌梅丸。

胃中积热：症见胃脘灼热，脘腹嘈杂，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出宿食不化及混浊酸臭之稠液。便秘，溺黄短，心烦口渴，面红，舌干红，舌苔黄厚腻，脉滑数。多因气郁日久，肝胃郁热，逆而上冲，胃失通降所致。治宜清胃，泄热，和胃降浊。方用竹茹汤。热重可加芩、连；热积腑实，大便秘结，可加大黄、枳实、厚朴以降泄。热灼津液，气阴两亏，表现为反胃而口燥舌红少苔，大便干结，宜滋阴清热，益胃和中，可用益胃汤，大半夏汤加味。

痰浊阻胃：症见胸膈满闷，呕吐痰涎，宿食不化，腹胀便溏，上腹或有积块，舌质淡红或黄浊，苔滑腻，脉滑或细濡。多因痰浊积于中焦，脾失健运，胃气不降所致。治宜健脾利湿，化痰散结，用加味二陈汤。若痰郁化热，宜加黄芩、黄连、竹茹；若体尚壮实者，可用礞石滚痰丸攻逐顽痰；痰湿兼寒者，可加干姜、细辛；吐白沫者，其寒尤甚，可加吴茱萸汤；吐出痰涎如鸡蛋清者，可加参、术、益智仁，以健脾摄涎。《杂病源流犀烛·噎膈反胃关格源流》云："凡饮食入胃，便吐涎沫如鸡子白，脾主涎，脾虚不能约束津液，故痰涎自出，非参、术、益智不能摄也。"

肝胃不和：症见胃脘胀闷，时时隐痛，窜及两胁，嗳气陈腐，呕吐宿食，酸苦，舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉沉弦或弦细。多因肝气郁滞，横逆犯胃，胃失和降所致。治宜泄肝和胃，降逆止痛，方用二陈汤合左金丸、乌梅丸、旋覆代赭汤。脘痛者加金铃子散。

瘀血内阻：症见胃脘刺痛，痛时拒按，或上腹积块，推之不移，呕吐宿食不化，或吐褐色浊液，舌质紫暗或有瘀斑，脉沉细或弦涩。多因瘀血内结，阻塞不通所致。治宜活血化瘀，理气止痛，用桃红四物汤、失笑散、膈下逐瘀汤等。

简易方则可据病情选用：①雪梨一个，丁香五十粒，梨去核，放入丁香，外用纸包好，煨熟吃（《常见病验方研究参考资料》）。②生土狗（即蝼蛄）七只，焙研，牛乳一匙，沸水冲服，一日三次，连服半月（《常见病验方研究参考资料》）。③柿饼三斤（焙干），胡椒五钱，共研细末，为丸如梧桐子大，每服 10—15 粒（《常见病验方研究参考资料》）。

预防及调护 要注意调节饮食，避免粗硬食物；应戒烟酒和刺激之品，保持心情舒畅，避免劳倦。若病人呕吐之时，应扶助病人，以利吐出。服药药汁宜浓缩，空腹服。

走哺

上见呕吐，下见大便不通，称为走哺。本证多见老人、虚人患者。临床特征为饮食不进，呕吐不止，大便秘结，小便秘涩。走哺名称，出《中藏经》。《中藏经·论三焦腑虚实寒热生死逆顺脉证之法》云："三焦者，人之三元之气也，虽曰中清之腑，总领五脏六腑，荣卫经络，内外左右上下之气也。……又名玉海，水道。上则曰三管，中则名霍乱，下则曰走哺。名虽三而归一，有其名而无形者也，亦号曰孤独之腑。"《备急千金要方·三焦虚实》曰："若实，则大小便不通利，气道不续，呕吐不禁，故曰走哺。"

病因病机 本证病因，主要系由实邪阻于肠道，浊气上冲，饮食不节，脾胃受损，肠胃壅滞，脾胃亏损，运化失司，脾约而结所致。分述如下：

肠道实邪：实邪壅阻肠道，浊气上冲，胃气不降，而致呕吐；糟粕结于肠道，壅塞不通，而致大便秘结，则病走哺。《诸病源候论·大便不通候》："大便不通者，由三焦五脏不和，冷热之气不调，热气偏入肠胃，津液竭燥，故令糟粕否结，壅塞不通也。"

饮食所伤：暴饮暴食，脾胃受损，肠胃壅滞，胃气不降而上逆，大肠闭塞而不通，而成走哺。或过食高粱厚味，结痰生湿，阻塞肠道，升降出入失常，而成走哺。《三因极一病证方论·呕吐》："宿食不消，中满溢出，五饮聚结，随气翻吐，痼冷积热，及瘀血凝闭，更有三焦漏气走哺，吐利泄血，皆有此证。"

脾胃虚弱：久病体虚，脾胃亏损，脾失健运，脾约而结，胃失和降，气逆而上，渐成走哺。《寿世保元·呕吐》指出："大肠结燥，呕吐不止，汤药不入，老人虚人多有此症。幽门不通，上冲窍门，呕吐泛满。"

辨证论治 本症有虚实之分，实证多由外邪、饮食所伤；虚证多为脾胃运化无权，老人虚人患此，更多虚中夹实之候。胃肠实热内结，浊气上攻者，治宜清热消结；食滞胃肠者，治宜消食导滞；脾胃阴亏，脾约而结者，治宜滋阴润肠。

胃肠实热：症见呕吐频作，水浆不入，食入即吐，大便秘结，小便秘涩，时觉腹痛满闷，食不下，或大小肠、膀胱俱结而不通，上为呕吐，气逆不续，舌苔黄腻少津，脉沉实。因实热结滞，胃失和降，浊气反上所致。为夹虚夹实，上虚下实之证。治宜清热止呕，消积通便，方用走哺人参汤、枳壳散及承气汤等化裁。前方中人参、白术、茯苓、陈皮益气和胃；葳蕤、知母、芦根滋阴生津；黄芩、山栀、石膏清热；枳实、芒硝、大黄泻实热结滞。

积滞内阻：症见脘腹痞满，或有痞块，腹痛阵作，呕吐频频，吐出粪块，大便秘结，小便黄赤，苔黄腻而浊，脉沉实。因食积胃肠，阻格不通所致。治宜消导通滞，理气消痞，方用枳实导滞丸、枳实消痞丸等加减。若腹痛明显者，可用木香槟榔丸。

脾胃阴虚：症见形体消瘦，口干咽燥，大便干结，呕吐时作，苔剥舌质红，脉细数。因脾阴不足，脾约而结，胃阴涸绝，胃失和降所致。治宜健脾和胃，养阴润肠，方用麦冬汤、大半夏汤、橘皮竹茹汤、麻子仁丸等加减。

预防及调护 走哺以虚中夹实之证多见，宜卧床休

息,饮食宜清淡,忌服香燥生冷及不易消化之食物,避免粗硬粘腻及肥甘醇酒,控制食量,以进流质、半流质易消化新鲜之食物为宜,防止误服导吐药物。

呕吐

饮食物和痰涎从胃上涌,自口而出的病证,称为呕吐。有声有物谓之呕,有物无声谓之吐,有声无物称干呕。因呕和吐常同见,故称为呕吐。

呕吐,出《内经》。又称呕、呕逆、呕涌。历代医家对呕吐的含义解释不尽一致,《伤寒明理论·呕吐》说:"呕者,有声者也,俗谓之啘。吐者,吐出其物也。故有干呕而无干吐。"《症因脉治·呕吐论》认为:"有声有物曰呕吐。"《医学三字经·呕吐哕》曰:"呕字从沤,沤者水也,口中出水而无食也。吐字从土,土者食也,口中吐食而无水也。呕吐者,水与食并出也。"现多以呕吐并称。

乳儿伤乳而吐为哯乳,或称伤乳吐、哺露。若因喂乳不当,乳汁随口角溢出,称溢乳,一般不属病态。

妇人每当经行出现恶心呕吐者,称经行呕吐。妊娠早期见呕恶,食入即吐者,称为恶阻,又称妊娠阻病、子病等,一般不属病态。分娩后呕吐,称为产后呕吐。

病因病机　《内经》认为六淫均可致呕,而以火、热、寒为主,并与脾、胃、肝等脏腑有关。《素问·脉解》篇:"所谓食则呕者,物盛满而上溢,故呕也。"《灵枢·经脉》篇:"是肝所生病者,胸满呕逆飧泄……。"《伤寒论》六经病皆有呕吐。《金匮要略》则认为寒、热、痰饮等可以致呕。历代医家对此各有不同论述,巢元方主中虚受邪,《诸病源候论·呕吐候》:"呕吐者,皆由脾胃虚弱,受于风邪所为也。"刘完素主火,《伤寒标本心法类萃·呕吐》:"凡呕吐者,火胜上炎也。"朱丹溪主痰热,《丹溪心法·呕吐》:"胃中有热,膈上有痰。"张景岳主寒,《景岳全书·杂证谟·呕吐》:"凡呕吐者,多以寒犯胃,故寒者十居八九,内热者十止一二。"陈士铎主肾虚,《石室秘录·腑治法论》:"呕吐之证,人以为胃虚,谁知是肾虚,无论食入即出,是肾之衰,凡有吐证,无非肾虚之故,故治吐不治肾,未窥见病之根也。"叶佳主肝气,《临证指南医案·呕吐》华岫云按:"胃司纳食,主乎通降,其所以不降而上逆呕吐者,皆由于肝气冲逆,阻胃之降而然也。"总之,凡导致胃气上逆,皆可发为呕吐,正如《仁斋直指方论》所指出:"呕吐出于胃气之不和,人所共知也,然有胃寒,有胃热,有痰水,有宿食,有脓血,有气攻,又有所谓风邪入胃。凡是数者,可不究其所自来哉。"归纳呕吐病因有以下几方面:

外邪犯胃:脾胃素虚,感受六淫之邪,或秽浊之气,侵犯胃腑,使胃失和降,胃气上逆发为呕吐。

饮食不节:暴饮暴食,或过食生冷油腻,或嗜酒成癖,或进食不洁,损伤中气,食滞不化,停于中焦,胃气不降,上逆而为呕吐。

痰饮中阻:脾胃虚弱,运化失司,水谷不能化为精微,聚湿成为痰饮,痰浊上逆,发为呕吐。

七情郁结:恚怒伤肝,木失条达,横逆犯胃,或忧思伤脾,运化失司,或气郁化火,火热上炎,致胃气上逆而发为呕吐。

脾胃虚弱:脾胃阳虚,阴寒内盛,浊阴不降,或胃阴受损,虚热内扰,干忤胃气发为呕吐。

另外,小儿尚有虫积吐,都由饮食不洁,吃入未煮熟而带有虫卵的食物,积于肠中,生化繁殖,若热邪熏蒸或寒迫于里,致虫不安,上逆扰乱胃气致吐。《幼科金铖》:"若时常恶心,呕清水及蛔虫,胃中作痛,得食即吐,虫也。"小儿夹惊吐,又称惊膈吐,由受惊吓,气机逆乱,上逆致吐。

妇人妊娠呕吐,由胎之初结,胃气上逆之故。产后呕吐,由产后劳伤脏腑,外邪易乘于肠胃,则气逆呕吐。

辨证　首当分清外感内伤。外感呕吐须辨清风寒暑湿燥之邪,邪在表必兼表证。内伤呕吐应分寒、热、虚、实。寒呕多有胃脘疼痛,吐物清冷;热呕吐出物多酸臭;实证呕吐来势急,病程短,呕吐量多;虚证呕吐时作时止,病程长,吐物不多;虚实挟杂者,多以脾胃虚弱为本,痰饮食滞为标。

小儿辨证与成人基本相同,小儿虫积呕吐的特点是,呕吐中伴有蛔虫吐出,常伴腹痛等。惊膈吐常有跌仆惊吓等病史,临床除呕吐外,尚有哭闹不安,睡卧不宁,或惊惕恐惧,手足蠕动,面色发青等。

妇人经行呕吐,常在月经来潮之前;妊娠恶阻,常发生于妊娠早期等。

治疗　有以下几方面:

方药治疗　当以和胃降逆为主,胃气和降,呕吐自止。外感呕吐,邪祛则胃气自和;内伤呕吐,寒呕当温,热呕宜清,虚呕当补,实呕宜消。虚实夹杂者,当审其标本缓急而治之,久呕不止者,宜用镇降之品。胃阴亏损者,宜用濡润。

食积、脓痈等所致的呕吐,不可止呕。欲呕而不出者,可以探吐法,因势利导。

呕吐者,胃气已伤,投药量宜小,宜多次分服。热呕宜温服,寒呕宜冷服,以免格拒。

小儿虫积呕吐,宜驱虫和胃止呕。妊娠呕吐一般不必治疗,但若呕吐不止,治疗应安胎和胃止呕并举,但重坠下降之剂不宜滥用,以免犯胎,升提补气之品,亦当少用。

针灸治疗　以和胃降逆止吐为主。选手阳明、足阳明、足太阴等经穴和俞募穴,如膈俞、胃俞、中脘、梁门、合谷、足三里、三阴交等,每次3—4穴。属寒证者可加灸法。

推拿疗法　一般小儿呕吐采用推拿治疗有较好疗效。对寒吐治宜健脾和胃,温中散寒。方法一:补脾经300次,清肝经250次,清心经100次,补肺经200次,补肾经150次,推大肠100次,揉外劳200次,揉推膻中100

次,揉中脘300次,揉按足三里100次,推揉脾俞至发红,按肩井2—3次。方法二:补脾经300次,推天柱骨500次,推三关300次,运八卦300次,分阴阳200次,天门入虎口100次,按弦搓摩500次,掐揉足三里50次,按肩井2—3次。方法三:揉乳旁穴100次,旋推全腹5分钟,按中脘3—5次,顺运内八卦200次,推三关150次,手掌擦热,按揉足三里50次。

热吐治宜清热和胃,降逆理中。方法一:清脾经300次,补脾经100次,清肝经250次,清心经200次,清肺经100次,补肺经200次,补肾经150次,推大肠100次,推后溪120次,揉外劳100次,推六腑100次,推三关50次,推揉膻中120次,揉中脘150次,按揉足三里100次,推揉脾俞发红,按肩井2—3次。方法二:推天柱骨500次,清补脾经各300次,推六腑300次,运八卦300次,分阴阳200次,清肺经100次,水底捞明月50次,赤凤点头20次,按弦搓摩50次。方法三:揉乳旁穴100次,捏揉合谷30次,旋推全腹5分钟,顺运内八卦200次,按揉足三里50次,推六腑150次,虎口推出大肠100次。

伤乳食吐治宜消食导滞,理气降逆。方法一:清脾经100次,补脾经300次,清肝经250次,清心经150次,补肺经100次,补肾经200次,推大肠100次,揉外劳100次,推三关50次,推六腑50次,推揉膻中100次,推揉中脘(先揉300次,再直推150次),按揉足三里100次,推揉脾俞至发红,按肩井2—3次。方法二:分阴阳300次,推天柱骨500次,推脾经200次,运八卦300次,侧推大肠200次,揉中脘50次,揉肚脐200次,拿肚角2—3次,分推腹阴阳300次,苍龙摆尾10次,掐揉足三里50次。方法三:揉乳旁穴100次,捏揉合谷50次,旋推全腹5分钟,顺运内八卦300次,按揉足三里50次,直推鸠尾至中极200次,虎口推出大肠100次。

简易方 ①藿香半夏汤:半夏(汤泡黄)二两、藿香叶一两、丁香皮五钱,共为末,每服四钱,水一盏,姜一片,煎服(《和剂局方》)。②母丁香三个、橘皮一块(去白,焙),水煎,热服(《本草纲目》)。③清膈散:蝉蜕五十个、滑石一两,为末,每服二钱,水一盏,入蜜调服(《卫生家宝方》)。④芥子末,蜜丸梧子大,每服7丸,日二次(《备急千金要方》)。⑤槟榔一颗煨热,橘皮二钱五分(炙),为末,水一盏,煎至半盏,温服(《本草纲目》)。

食疗方 ①丁香十五个研末,甘蔗汁、姜汁和,噙咽之(《本草纲目》)。②羊肉半斤,以蒜、薤、酱、豉五味和拌,空腹食之(《本草纲目》)。③用大鲫鱼去肠留鳞,切大蒜片填满,纸包十重,泥封,晒半干,文火煨热,取肉和平胃散末一两许,丸梧子大,蜜收。每服30丸,米饮下。治膈气吐食(《本草纲目》)。

预后 初病呕吐,正气未虚,若能正确治疗,大多预后良好。倘呕吐日久,反覆不愈,耗伤气阴,致脾胃虚弱,病情必缠绵难复。若呕吐而饮食难进,形体消瘦,脾胃衰败者难治。

预防及调护 注意饮食,不食生冷、肥甘之食品,进食易于消化,采用多餐少食的方法。若服药后仍作吐,可在药液中滴入姜汁少许。《景岳全书·杂证谟·呕吐》中对胃气衰败者,以人参煮粥食之法,可以试用。呕吐止后,不宜骤进大量饮食,忌生冷油腻及刺激性食物,应少食多餐,糜粥自养。

外感呕吐

感受外邪所致的呕吐,称外感呕吐。临床特点必有外感脉证。外感呕吐见《症因脉治》。

外感呕吐多因起居无常,露卧湿地,当风取凉,感受六淫之邪或秽浊之气,扰动胃腑,浊气上逆所致。《古今医统》谓:"卒然而呕吐,定是邪客胃腑,在长夏暑邪所干,在秋冬风寒所犯。"本证多与季节有关,治当疏邪解表,和胃止呕。

风气呕吐:见《症因脉治》。症见感受风邪即发呕吐,发热恶风,自汗,头额疼痛,鼻塞流涕,舌苔薄白,脉浮缓。由风邪侵犯胃腑,胃失和降,气逆于上而致呕吐。治宜疏散风邪,和胃止呕。方选防葛平胃散加减。药用防风、葛根疏风解表;苍术、陈皮、甘草和胃止呕。风寒者加生姜;风热者加竹茹、山栀、黄连,亦可选用荆防败毒散加减。

寒气呕吐:见《症因脉治》。症见偶遇风寒,顿发呕吐,头疼身痛,发热,恶寒,无汗,苔薄白,脉浮紧。因寒邪束于肌表,胃阳被遏,和降失常,而致呕吐。治宜辛温解表,表解呕自止。方用香苏饮合小半夏汤或藿香正气散加减。邪在少阳,胸胁苦满,呕而发热,方用小柴胡汤。呕吐大便不通者,用大柴胡汤或柴胡加芒硝汤。呕而肠鸣,心下痞满者,用半夏泻心汤。呕而虚烦不得眠者,用栀子生姜豉汤。呕而下利,太阳与少阳合病,用黄芩加半夏生姜汤。太阳与阳明合病呕吐者,用葛根加半夏汤。

暑气呕吐:见《症因脉治》。《医学入门》称暑吐。症见暑令呕吐暴作,身热恶寒,心烦口渴,头眩,腹痛,尿赤,舌红,苔黄,脉洪。因暑热之邪,扰动胃气,浊阴不降所致。治宜清暑解表,和胃止呕。方用黄连香薷饮加减。暑热伤津者,用石膏汤。小便赤涩混浊者,加六一散。感受暑秽之气可调服玉枢丹辟秽止呕。

湿气呕吐:见《症因脉治》。症见泛恶呕吐,头身困重,胸脘满闷,纳呆,口渴不欲饮,舌苔白腻,脉濡。因冒雨卧湿,湿邪侵袭,阻滞中焦,气机不利,胃失降和而致呕吐。治宜疏邪化湿,和胃止呕。方用藿香正气散加减。若湿热中阻,升降失调,宜半夏泻心汤辛开苦降,寒热并用。湿热郁蒸发黄者,见"黄疸"条。

燥邪呕吐:见《症因脉治》。症见呕吐量少难出,喘促气急,口燥咽干,烦渴引饮,舌质红,苔干燥少津,脉细数。因秋燥行令,肺胃津伤,而致气逆喘呕。治宜清燥润肺,和胃止呕。方用清燥汤,药用竹茹、知母、生石膏以清燥热,干葛、麦冬、芦根汁润燥生津,枇杷叶、甘草清热和胃

止呕。

针灸治疗、推拿疗法等,见"呕吐"条。

内伤呕吐

脾失健运,胃失和降,或肝郁气滞,横逆犯胃,或脾胃为食、痰、热郁、瘀血等所阻,而致升降失调,引起的呕吐,称为内伤呕吐。

内伤呕吐见《症因脉治》。其范围较广,兹分述如下:

寒呕:见《三因极一病证方论》。《世医得效方》称冷证呕吐。《万密斋医学全书》称为寒吐。症见呕吐清冷,脘腹隐痛,纳少便溏,四肢厥冷,畏寒喜热,遇寒易作,舌淡苔白,脉沉迟。《素问·举痛论》:"寒气客于肠胃,厥逆上出,故痛而呕也。"中虚寒盛,胃失和降,治宜温中和胃降逆。方用理中汤加蜀椒、丁香等。

热呕:见《三因极一病证方论》。《普济本事方》称热吐、胃热呕吐。《脉因证治》称胃火呕吐。症见食少呕吐,喜冷恶热,心烦,口渴,溺赤,舌质红,苔黄,脉数。《素问·至真要大论》云:"诸逆冲上,皆属于火。"由胃中积热,气逆不降所致。治宜清热降逆,和胃止呕。方用竹茹汤。热甚者加姜汁炒黄连。若食入即吐,面赤唇红,烦热不宁,口苦泛酸,宜新加白虎汤合芩连二陈汤。大便秘结者,可选用大黄甘草汤。若寒热错杂,虚实互见,肝胃不和者,可仿乌梅丸加减。

食呕:见《三因极一病证方论》。《症因脉治》称食积呕吐。《仁斋直指方论》称食证呕吐。症见脘腹胀满,嗳气吞酸,吐物酸臭,厌食或下利臭秽,或作寒热,舌苔厚腻垢腐,脉滑实有力。为饮食不节,积滞不化,胃失和降,上逆而吐。治宜消食导滞。轻则用保和丸加味,重则用枳实导滞丸。饮酒过多,损伤脾胃而致呕吐者,可用葛花解酲汤加减。

痰呕:见《三因极一病证方论》。《症因脉治》称痰饮呕吐。《世医得效方》称痰逆呕吐。症见呕吐痰涎,头晕目眩,心悸,肠中漉漉有声,不思饮食,舌苔白腻水滑,脉弦滑。由脾失健运,痰饮内聚,犯胃逆上而致呕吐。治宜温胃化饮,降逆止呕。方用苓桂术甘汤合小半夏汤加减。若为痰热作呕,则见心烦,口苦,胸脘痞闷,按之作痛,舌苔黄腻,脉滑数。是痰热中阻,胃气上逆所致。治宜清热化痰,方用小陷胸汤加味。

血瘀呕吐:见《赤水玄珠》。症见呕吐,血随食出,嗳气血腥,脘胁刺痛,痛有定处,舌黯或有瘀斑,脉涩。瘀血中阻,胃失和降。治宜活血化瘀,降逆止呕。方用旋覆花汤合丹参饮。血热致瘀者,宜凉血散血,可用犀角地黄汤。

气滞呕吐:见《肘后备急方》。症见呕吐,胸胁胀痛,嗳气频作,心下痞满,舌苔白,脉弦。因肝气郁滞,横逆犯胃所致。治宜疏肝理气,和胃降逆。方用四七汤,或旋覆代赭汤加减。若肝郁化火,头晕目赤,心烦易怒,呕吐酸苦,宜用左金丸合丹栀逍遥散加减。

虚呕:见《景岳全书》。可分气虚呕吐、阳虚呕吐、阴虚呕吐。

气虚呕吐,症见饮食稍多或劳倦之后呕吐即作,食入难化,胃脘痞闷,困倦乏力,舌质淡,脉濡弱无力。脾胃气虚,饮食不化,胃气虚逆。治宜健脾益胃,降逆止呕。方用大半夏汤或香砂六君子汤。呕吐甚者,加旋覆花、代赭石、灶心土以温胃降逆。

阳虚呕吐,见《伤寒指掌》。症见脘腹冷胀,呕吐清冷,喜热畏寒,面色㿠白,神疲乏力,四肢不温,大便溏薄,舌质淡,脉沉弱。脾胃阳虚,运化无权,胃气逆上而致呕吐。治宜温补脾胃,降逆止呕。方用附子理中丸。若呕吐清水者,加吴茱萸。若四肢厥冷者,用四逆汤。若肾阳不足,火不生土者,用金匮肾气丸。

阴虚呕吐,症见呕吐,虚烦,口燥咽干,渴喜冷饮,舌红少津,脉虚数。证属胃阴不足,虚热上逆,胃气失和而成。治宜益胃生津,清理虚热。方用沙参麦冬饮合益胃汤加减。若兼肝肾阴虚者,宜一贯煎进退。

针灸治疗、推拿疗法等,见"呕吐"条。

经行呕吐

每值经行,出现恶心呕吐,或食入即吐者,称经行呕吐。《陈素庵妇科补解》有"经行呕吐方论"。主要病机为胃失和降,其气上逆使然。如:脾胃虚弱,升降失司;或肝气横逆犯胃,失其和降;或痰饮内停,浊气上犯,皆可导致。《陈素庵妇科补解·调经门》陈素庵云:"妇人经正行,忽然呕吐,属胃虚,或客寒犯胃,或食后怒动肝气,展转不已……。"治以降逆和胃为主,分别用健脾、抑肝、豁痰等法,使胃气得降,则呕自止。

因于脾胃虚弱者,治宜健脾益胃,降逆和中。方用香砂六君子汤。因于痰饮内阻者,治宜豁痰降逆。方用旋复代赭汤,或先用乌梅丸(《女科秘方》)以化痰涎,后用九仙奇命丹(《女科秘方》)开胸理气。因于肝胃不和者,治宜抑肝和胃,降逆止呕。方用左金丸合小半夏加茯苓汤,酌加橘皮、竹茹、黄芩以清热止呕。

下列简易方可酌情选用:①丁香散:丁香、干姜各五分,白术(土炒)一钱,共为末,清早米汤调送五分(《妇科一百十七症发明》)。②生姜、陈皮各适量,煎水当茶饮(《民间验方》)。

产后呕吐

产妇分娩以后,出现以呕吐为主证者,称产后呕吐。在《诸病源候论》载有"产后呕候"。至宋代《妇人大全良方》则有:"产后腹胀满闷呕吐不定方论"及"产后呕逆不食方论",对其发病原因提出了因"败血散于脾胃"与"因产则脏腑伤动"的观点,对后世颇有影响。本病病机,主

要是胃气上逆,失于和降,因产伤动脏腑,虚气客于肠胃,肠胃燥涩,其气上逆,呕吐不食。亦有因胃气虚寒,或因食滞、痰饮内阻而致者。如《傅青主女科·产后编》云:"产后劳伤脏腑,寒邪易乘于肠胃,则气逆呕吐而不下食也。又有瘀血未净而呕者,亦有痰气入胃,胃口不清而呕者,当随症调之。"本病治法,因于寒者,则暖胃止呕。因食滞者,则宜健脾和中。因于痰者,则宜祛痰降逆。因于胃寒产后呕吐者,治宜温中养胃,降逆止呕。方用香砂六君子汤或理中丸,加藿香、姜半夏,或温胃丁香散(《傅青主女科》)。若证见恶心,时而作吐,畏寒肢冷,大便溏薄者,为脾肾阳虚而致,治宜健脾温肾。方用附子理中汤,加丁香温阳健脾而平逆气,亦可用温肾止呕汤(《傅青主女科》)。因于食滞产后呕吐者,治宜健脾消食。方用六君子汤,加山楂、神曲以助消导。因于痰饮犯胃产后呕吐者,治宜健脾祛痰,和胃降逆。方用二陈汤,加生姜、厚朴、苍术。若症见产后呕吐痰涎,恶露量少,甚或不行者,此系瘀血未净,饮邪犯胃所致,治宜行瘀化饮。方用抵圣汤(《妇人大全良方》),加茯苓、桃仁,或用加减生化汤。

下列简易方可酌情选用:①橘红一两,半夏曲、甘草各半两,藿香三两,共为细末,每服二钱。(《妇人大全良方》)。②白术五分、生姜六分,各细切,酒水各二升,煎取一升,分三服(《济阴纲目》)。③石莲散:石莲子(去壳、去心)一两半、白茯苓一两、丁香五分,共为细末,米饮送下(《济阴纲目》)。

泄泻

排便次数增多,粪便稀溏,或完谷不化,甚至泻出如水样的病证,称为泄泻。《医旨绪余·泄泻辨》谓:"粪出少而势缓者为泄,若漏泄之谓也;粪大出而势直下不阻者为泻,倾泻之谓也。"现在临床上一般统称为泄泻。一年四季均可发生,夏秋两季较为多见。

泄泻,见于《三因极一病证方论》。《内经》称为泄,或称后泄、窍泄。根据大便性状以及有关症状,又有飧泄、濡泄、洞泄、注泄、骛溏、溏泄等名称。《难经》有五泄之分:"泄凡有五,其名不同,有胃泄,有脾泄,有大肠泄,有小肠泄,有大瘕泄。"《金匮要略》则将泄泻与痢疾统称为下利。宋代以后始用泄泻之名。妊娠期间之泄泻,称为妊娠泄泻或子泻。若产后出现大便稀溏者,称产后泄泻。

病因病机 泄泻之病主要在于脾胃与大小肠。其致病原因,有感受外邪,饮食所伤,七情内伤及脏腑虚弱等,但关键在脾胃功能障碍。概述如下:

感受外邪:六淫之邪,均能使人泄泻,其中以风、寒、湿、暑热引起的较为多见,尤以湿邪最为常见。因脾喜燥而恶湿,湿邪犯脾,最易困阻脾土,使脾运失司,水谷不分,混杂而下,而致泄泻。风、寒、暑热之邪既可侵袭肺卫,由表入里,也可直接影响脾胃,使脾胃升降失司,以致运化失常,清浊相混,而成泄泻。《杂病源流犀烛·泄泻源流》说:"湿盛则飧泄,乃独由于湿耳。不知风寒热虚,虽皆能为病,苟脾强无湿,四者均不得而干之,何自成泄?是泄虽有风寒热虚之不同,要未有不原于湿者也。"

饮食所伤:主要是由于暴饮暴食,宿食停滞;或恣食肥甘,湿热内蕴;或进食生冷不洁之品。《景岳全书·杂证谟·泄泻》称:"泄泻之暴病者,或为饮食所伤……无不由于口腹。"以致损伤脾胃,脾运失司,升降失调,清浊不分而成泄泻。

脾胃虚弱:素体脾胃虚弱,或因调摄失宜,或久病之后,均可导致脾胃虚弱,以致脾失升运,湿滞内停,下走大肠,遂成泄泻。亦可因脾气下陷而成泄泻。《景岳全书·杂证谟·泄泻》称:"泄泻之本,无不由于脾胃。盖胃为水谷之海,而脾主运化,使脾健胃和则水谷腐熟而化气化血……脾胃受伤则水反为湿,谷反为滞,精华之气不能输化,乃致合污下降,而泻利作矣。"

命门火衰:命门之火,能助脾胃腐熟水谷。如年老体衰,或久病之后,肾阳不足,命门火衰,则不能温煦脾土,以致水谷不能腐熟,遂成泄泻。且肾为胃关,若肾阳不足,则关闭不密,大便下泄。《景岳全书·杂证谟·泄泻》:"肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏所主。"故肾阳衰微,阴气极盛者,可致洞泄。若更兼真阴不足者,肾中水火俱衰,亦致关门不固而成泄泻。

肝气乘脾:由于脾气素虚,复因情志失调,忧郁恼怒,肝失条达,横逆乘脾犯胃,脾胃受制,运化失常而致泄泻。《景岳全书·杂证谟·泄泻》:"凡遇怒气便作泄泻者,必先以怒时挟食,致伤脾胃……盖以肝木克土,脾气受伤而然。"

辨证 应分清起病之暴久,辨别证之寒热虚实。如发病急骤,脘胀腹满,腹痛拒按,泻后痛减,小便不利者,多属实证;病久不愈,腹痛不甚,痛则喜按,小便清利者,多属虚证;大便清稀如水,腹痛喜温,畏寒肢冷、完谷不化者多属寒证;粪色黄褐,臭秽,肛门灼热,泻下急迫、小便短赤,口渴喜冷饮者,多属热证。暴泻多为外邪侵袭或饮食所伤。感受外邪者,又因风、寒、湿、暑之不同,而有不同的临床特点。风泻则恶风自汗;寒泻则畏寒身疼;湿泻则身重困倦;暑泻则自汗面垢,烦渴尿赤。伤于饮食者,则大便多臭如败卵。久泻多为脾肾亏虚,或与情志有关,亦有痼冷积滞久结所致者。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 根据病情虚、实、寒、热之不同,采取不同的治疗方法。外邪引起者以祛邪为主。风邪者,以疏风解表为主;湿邪者,以化湿为主,佐以分利。《平治荟萃》:"治湿不利小便,非其治也。故凡泄泻之药,多用淡渗之剂利之。"还应根据寒湿和湿热的不同,分别采用温化寒湿与清化湿热之法。暑邪者,以清暑为主;伤食者,又宜消导。泄泻日久则以扶正为主,脾虚者宜健脾,中气下陷者宜益气升提,脾肾两虚者宜温补脾肾,兼肾阴虚者宜培补阴阳,肝气乘脾者宜调和肝脾,久泻滑泄不止者佐以固

涩,因积滞而久泄不止者宜通因通用。另外,宜注意暴泻不可骤用补涩,古人所谓"泻无补法",多指此而言。久泻者,又不可过用分利,以免耗伤津液。

《医宗必读·泄泻》指出治泻有九法。即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。对临床有广泛指导意义。

针灸治疗　针灸治疗泄泻的原则为健脾化湿,常选腹部、背部腧穴和足太阴、足阳明经穴,如脾俞、大肠俞、中脘、水分、神阙、天枢、关元、足三里、阴陵泉、三阴交和内庭等,每次3—5穴。用毫针行平针手法,留针20—30分钟。急性者,每日治1—4次;慢性者,每日或隔日治疗一次。神阙穴只用灸法,其他穴可针灸并用。

急性泄泻中,寒湿偏重者,选脾俞、胃俞、大肠俞、中脘、天枢、梁门或足三里等穴;湿热偏重者,选金津、玉液、中脘、天枢、合谷、内庭、委中和足三里等穴;宿食内停者,选脾俞、胃俞、上脘、中脘、建里、内关、足三里、公孙或隐白等穴。急性泄泻均用毫针行泻法。

慢性泄泻脾胃虚弱者,选脾俞、胃俞、中脘、章门、天枢、足三里和三阴交等穴;肾阳衰微者,选命门、肾俞、中脘、气海、关元、天枢、足三里、太溪等穴;肝气郁结者,选中脘、天枢、期门、内关、足三里、阴陵泉、行间和太冲等穴。慢性泄泻脾胃虚弱者,以毫针行补法,并配合灸法,或重灸神阙穴;肝郁者,以毫针泻刺肝经穴,补刺其他经穴,亦可配合灸法。

耳穴治疗,效果也比较满意。可选大肠、小肠、下脚端和腹等穴,用中、强刺激,留针20—30分钟。

此外还有穴位注射法,取天枢、上巨虚穴,注射0.25%—1.0%盐酸普鲁卡因溶液,对于急性泄泻治疗效果显著。激光腧穴照射,一般应用于慢性泄泻,选穴以腹部腧穴为主,如神阙、天枢、关元、水分等,用氦-氖激光机(功率一般为1—30mA)照射,距离一般为20—30cm,每穴2—5分钟,每日照射一次,10次为一疗程。每疗程间隔7天。病情较顽固者,可连续治疗3个疗程。

推拿疗法　推拿治疗泄泻的基本方法:①患者取仰卧位,用沉着缓和的一指禅推法由中脘开始,缓慢向下移至气海、关元,往返5—6遍;然后摩腹,时间约8分钟。②患者取俯卧位,用一指禅推法沿脊柱两侧从脾俞到大肠俞治疗,每穴约1分钟;然后按揉脾俞、胃俞、大肠俞、长强,以酸胀为度;再在腰骶部用擦法,以透热为度;最后按揉上巨虚、足三里。脾胃虚弱者,加按揉气海、关元、足三里。肾阳虚衰者,加直擦背部督脉,横擦腰部肾俞、命门及骶部八髎穴。肝气乘脾者,加摩或揉两侧章门、期门,再斜擦两胁,并用较重手法按揉肝俞、胆俞、膈俞、太冲、行间各穴。湿热侵袭脾胃而致的急性泄泻,加揉神阙、气海,按揉足三里、上巨虚、内关。伤食泄泻,以顺时针方向摩腹为主。

简易方　①神曲(炒焦成炭)。用法:研细末,成人每日9克,开水送服,治泄泻不止。②山楂(炒焦)。用法:研细末,白糖水冲服,成人6—9克,患儿酌减,每日2—3次,治腹泻不止。③茶叶30克,或加红糖30—60克。用法:将水锅洗净,先放茶叶浓煎,再放红糖,熬到发黑,饮服,治腹泻不止。④车前子(炒)。用法:研末,每服6克,每日3次,米汤调服,治暴泻不止,小便不通。⑤酒浸杨梅或花红(沙果)。用法:取高粱酒浸杨梅或花红,紧盖勿泄气。用时食一二枚。治腹泻不止(以上处方引自《常见病验方研究参考资料》)。

食疗方　①藿香粥:藿香15克(鲜藿香30克),粳米50克。先淘粳米熬粥,待粥将成时加入煎好的藿香汁,再煮1—2沸,供用,可用于泄泻呕吐,胸脘痞闷(《医余录》)。②曲末粥:神曲三至五钱,粳米适量,将神曲捣碎,煎取药汁,如常法煮粥,供用,可用治消化不良,大便泄泻(《多能鄙事》)。③白扁豆粥:炒白扁豆二两、粳米二两。取白扁豆同淘洗干净之粳米,用常法煮粥,供用。可治脾虚泄泻(《延年秘旨》)。④吴茱萸粥:吴茱萸六分、粳米一两、生姜二片、葱白二茎。先将粳米用常法熬粥,待粥将熟时加入吴茱萸(研为细末)、生姜、葱白,再煮至粥成,供用。能补脾暖胃,可治中寒吐泻,脘腹冷痛(《食鉴本草》)。

预后　泄泻有久暴之分。暴泻之转归与预后同病情之轻重、类型及是否及时治疗有关。一般来说,绝大多数病人能很快治愈;少数病人,可因失治,或治不对症,迁延日久,由实转虚,变为久泻;极少数病人可因年老体虚,或夹杂其他病证,或起病严重,或失治而致暴泻无度,伤阴耗气,造成亡阴亡阳之变,预后不良。

久泻病人经治疗多能获愈,但也有少数病人由于反覆泄泻致脾胃益虚,或脾病日久及肾,固摄无权,至使泄泻无度,则病情趋向重笃。

风泻

由风邪引起的兼有外感表证的泄泻,称为风泻。以大便溏泄或泻下清水,头胀,自汗,恶风为特征。风泻名见《医学入门》。《景岳全书》称风泄。《症因脉治》称外感风泻或伤风飧泄。

风泻的病因病机,因风邪侵及肠胃,导致脾胃运化功能障碍,兼挟食滞,升降失司,清浊不分,以致大肠传导失常而成泄泻。《症因脉治·泄泻论》:"风泻之因,风邪入于肠胃之间,则有泄泻之患……此即风邪内陷之症也。"

风泻症见恶风自汗,头胀,前额疼痛,腹胀肠鸣,泻下水谷不化或如清水,苔薄,脉浮等。证属外感风邪,肠胃受病所致,治宜疏风解表为主,方用柴胡防风汤、干葛防风汤等。

风泻又常与寒邪、热邪相兼致病。《景岳全书·杂证谟·泄泻》:"风泄证,亦当辨其风寒、风热而治之。"因外感风寒所致泄泻,兼有恶寒发热,头痛,身疼,苔薄,脉浮紧等表寒证,治宜疏风散寒,方用荆防败毒散。因外感风热

所致泄泻，兼有发热头痛，口干而渴，咽喉红肿疼痛，苔薄黄，脉浮数等表热证，治宜辛凉解表，方用防风汤加黄芩、滑石、薄荷等药。如感风兼湿而致泻者，有称为飧泄。沈金鳌以春伤风邪，夏感于湿者称为风泄。《杂病源流犀烛·泄泻源流》："又有风泄，恶风自汗，或带清血，由春伤风，夏感湿，故其泻暴，宜胃风汤。或泻而风邪内缩，必汗之。"见"五泄"条。

寒泻

感受寒邪或内服生冷所致的泄泻，称为寒泻。临床以泄泻清稀，腹痛肠鸣或兼恶寒身痛为特征。寒泻名见《证治要诀》，又名冷泄。《医学传灯》称冷泻。《杂病源流犀烛》称寒泄。

寒泻的病因病机，多因外感寒邪或恣食生冷使寒气客于肠胃，中阳不运，健运失职，致使饮食清浊不分，混杂而下。《症因脉治·外感寒邪泻》："寒泻之因，真阳素虚，偶值时令之寒，直中三阴之经，则身不发热，口不发渴，小便清利，腹中疼痛，而中寒下利之症作矣。"《时病论》卷三："盖寒泻致病之原，良由感受乎寒，寒气内袭于脾，脾胃受寒则阳虚，虚则不司运用，清阳之气，不主上升，反下陷而为便泄。"沈金鳌认为："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒，泄不有由于寒者乎。"寒泻一般有外感寒邪泄泻与积寒泄泻之分。两者有时可同时并见。治疗当以温中散寒消积为主。另有脾胃虚寒之泄泻，见"脾泄"条。

外感寒邪泻：见《症因脉治》。症见肠鸣，腹中切痛，大便溏薄，泄泻清稀，兼恶寒身痛，无发热口渴，小便清白，苔白，脉多迟缓。因寒邪直中三阴，脾胃受寒，而又多内伤生冷，积滞肠胃，气机不运，传化失常所致。治宜温中祛寒，方用理中汤、附子理中汤等。此外，如卒暴感寒，病势迅猛者，如《杂病源流犀烛·泄泻源流》："又有暴泄，太阳传太阴，大肠不能固禁，卒然而下，大便如水，其中有小结屎硬物欲起又下，欲了不了，小便多清，或身冷自汗，气难布息，脉微呕吐。此寒也，急以重药温之，宜浆水散。"

积寒泄泻：见《症因脉治》。症见腹部胀满，冷痛绵绵，泻下鸭溏或完谷不化，苔白或垢浊，脉沉而迟。因饮食不慎，过食生冷，寒滞中焦，脾胃困阻，传化失常所致。治宜散寒化滞，方用《症因脉治》的草蔻丸，甚者合补中汤，并宜参入消积化滞等药。

暑泻

夏令季节感受暑气所致的泄泻，称为暑泻。以暑多兼湿，故临床表现以腹痛，泻下如水，身热烦渴，尿赤，舌质红，苔薄黄为特征。暑泻名见《丹溪心法》。《不居集》称暑泄。

暑泻的病因病机，多因外感暑气，兼感湿邪，侵淫肠胃，致传化失职，暴泻如水。《症因脉治·外感中暑泻》："中暑泻之因，火令当权，天之热气下降，地之湿气上升，暑湿之气，充塞宇内，人感热淫之邪，伤于肠胃，暑泻作矣。"《杂病源流犀烛·暑病源流》："暑泻专受暑而成泻利病也。其原有新有久。新者，暑毒入于口齿，伤于肠胃，数日间其邪即发，或挟食，或挟湿……久者，暑邪留于三焦肠胃之间，以致久而成泄。"亦有暑月贪凉受寒而致者，一般也称暑泻，故本病可分为外感中暑泻和冷湿泄泻两种。

外感中暑泻：见《症因脉治》。症见突然腹痛，泻下如水，粪色黄褐，兼身热烦渴，小便黄赤，汗出面垢，苔黄腻，脉濡数。此因感暑炎热挟湿，暴伤肠胃，运化失常所致。方用《儒门事亲》桂苓甘露饮加减，以清暑利湿，理气升清化浊，可加黄连、黄芩以清化湿热。兼有食滞者，可加神曲、山楂之类，以消食导滞。兼有表证者，宜用黄连香薷饮合六一散，祛暑解表，清热除湿。如暑热较轻，湿邪偏重者，可用平胃六一散。

冷湿泄泻：症见腹痛隐作，泻下清稀，口渴不欲饮，肢体困乏，兼恶寒头痛，周身酸楚，苔白或薄白腻，脉沉迟或濡缓。皆因夏令当风贪凉，恣食生冷，饮食不洁，致使寒湿内侵，伤及肠胃，健运失职而水湿合污而下。治宜温化寒湿，解表和中，方用大顺散合藿香正气散。如因过食生冷瓜果等引起者，可用平胃散加丁香、肉桂。见"湿泻"条。

湿泻

湿邪引起的泄泻，称为湿泻。临床表现以身重困倦，肠鸣，便溏或清稀，腹不痛为特点。湿泻名见《丹溪心法》。《内经》称濡泄。

湿泻的病因病机，多因久居低洼潮湿之处或气候阴湿，湿邪外侵，脾胃受湿不能渗泄，中气失于运化，或脾土本虚，湿土司政，不能分别水谷，并入大肠而成泄泻。《丹溪心法·泄泻》："湿泻，由坐卧湿处，以致湿气伤脾，土不克水，梅月之阴，多有此病。"《平治荟萃》："泄泻者，水湿所为也，由湿本土，土乃脾胃之气也。得此证者，或因于内伤，或感于外邪，皆能动乎脾湿。脾病则升举之气下陷，湿复下注，并走大肠之道，以胃与大肠同乎阳明一经也。"沈金鳌认为："是泄虽有风寒热虚之不同，要未有不原于湿者也。"湿泻一般分为外感湿泻和脾虚湿泻两种。

外感湿泻：见《症因脉治》，又称湿气泄泻。症见体重身痛，肠鸣，腹不痛，泻下水样，或呕而不渴，苔白腻，脉多濡软或浮缓。是因湿气外侵，脾受湿淫，中焦受困，健运失职所致。治宜燥湿分利，芳香化浊为主，方用平胃散加紫苏、藿香、茯苓、半夏等药。湿邪偏重可用胃苓汤。如遍身发肿，身热脉数者，初起宜用分消饮，久则可用柴苓汤。

如湿而兼寒，则为寒湿泄泻。《杂病源流犀烛》称鸭

溏。症见腹痛肠鸣，脘闷食少，泻下清稀或如水样，苔白腻，脉浮缓。是因寒湿之邪客于肠胃、大肠传导失司所致。治宜温中化湿，用附子理中汤加肉果、苍术、陈皮、砂仁等。

如湿邪蕴久而化热者，亦可导致湿热泄泻，见"热泻"条。

脾虚泄泻：症见困倦少力，面色萎黄，饮食即泻，便泄稀溏，苔白腻，舌淡，脉濡弱。此因中阳素弱，水不化精，湿从内生或复感湿邪，下注大肠所致。治宜健脾益气，升阳除湿，兼以利湿。治用升阳除湿汤、参苓白术散，重者可以术附汤、鞠劳丸等方。

热泻

火热之邪下迫胃肠引起的泄泻，称为热泻。临床表现以肛门灼热，泻下急迫，或解之不畅，大便色黄，粘稠秽臭，兼发热腹痛为特征。

热泻名见《丹溪心法》。《古今医鉴》称热泄。《万病回春》称火泻。《医宗必读》称火泄。

热泻的病因病机，多因外感火热邪毒，或湿热内盛，或寒湿之邪郁而成热，致脾胃积热，下注大肠，传化失常所致。《症因脉治·外感中热泻》："中热泻之因，热淫以胜，湿火炎蒸，积热之人，又中邪热，则中热泄泻作矣。"热泻一般分为外感中热泻、湿热泄泻、积热泄泻三种。

外感中热泻：见《症因脉治》。症见肠鸣腹痛，泻后痛止，少顷复痛复泻，肛门灼热，粪色多黄，兼有发热口渴，小便短赤，苔黄，脉滑数等。因热邪侵及肠胃，腑气传导失常所致。治宜清热为主，方用黄芩汤加柴胡、葛根。秦景明治外感中热泻，热在表者用柴葛芩连汤；热在里者用家秘枳壳黄连汤。此外，伤寒阳明腑实证，燥屎内结，亦可见下利清水，此为热结旁流之象。治宜攻下燥结，方用大、小承气汤或调胃承气汤。

湿热泄泻：症见腹痛，肠鸣，泻下急迫或泻而不爽，粪如黄沫，气味臭秽，肛门灼热，小便短赤，苔黄腻，脉濡数。皆因湿热之邪，困于中土，肠腑功能异常所致。治宜清热利湿，方用葛根芩连汤加减。湿邪偏重者，加苡仁、厚朴。挟有食滞者，加神曲、山楂。伴有发热，头痛，脉浮等风热表证者，加银花、连翘等。

积热泄泻：见《症因脉治》。症见脘腹痞满作痛，泻下黄褐，混杂不化，肛门重滞，时积时泻，小便赤涩，或兼发热，口渴，苔黄，脉沉数。是由膏粱厚味、酒湿辛辣香燥之物，热积于中，传于肠道而成泻。治宜清热导滞为主，方用黄连枳壳汤。如大便泻而不畅者，可用大黄枳壳汤等。

食泻

伤于酒食所引起的泄泻，称为食泻。临床特点是酒食不化，嗳气酸臭，腹痛则泻。食泻见《医宗金鉴》。《难经》称胃泄。《医林绳墨》称胃泻。

食泻的发生，是由于饮食所伤，宿食内停，或恣进膏粱厚味，损伤脾气，致使脾运失司而成。《医碥》："盖伤食则脾滞，不能运化水谷，故泄。"一般分为伤食泻和酒积泻。伤食者宜消导为主，酒积者以解酲为主。

伤食泻：见《丹溪心法》。《症因脉治》称食积泄泻。症见脘腹痞满，嗳腐恶食，腹痛肠鸣，泻下粪便色黄，臭如败卵，泻后痛减，苔垢腻，脉滑或弦紧。是由于饮食过度，宿食内停，或恣食肥甘，窒碍肠胃，影响脾胃运化，以致水谷混杂而下。《症因脉治·泄泻论》："食积泻之因，饮食自倍，膏粱纵口，损伤脾胃，不能消化，则成食积泄泻之症。"治宜消食导滞，方用保和丸、枳术丸。如食滞较重，泻之不畅者，可因势利导，采取通因通用的方法，方用枳实导滞丸，以推荡积滞为主，使食滞有去路，则泻亦自止。

酒积泻：见《症因脉治》。症见腹中作痛，痛而后利，利下黄沫，嗳气有酸臭酒味，胸脘痞闷，或呕恶频频，口渴饮冷，面赤烦热，小便黄赤，苔黄腻，脉滑数。是由于酒食无度，损伤肠胃，湿热内蕴，下注大肠所致。《症因脉治·泄泻论》："酒积泻之因，其人浩饮失度，或饮冷酒，伤其肠胃，湿热之气，蒸酿于中，积湿成热。"治宜清化湿热，佐以解酒毒，方用家秘川连枳壳汤加味。可加枳椇子、葛花以解酒毒；加山楂、麦芽以消食导滞。如素体脾胃虚寒，中阳不振，酒湿亦可从寒化，症见泻下白沫，眩晕呕恶，胸脘痞闷，食少体倦，小便不利，苔浊腻，脉滑。治宜分消酒湿，温中健脾，方用葛花解酲汤。此外，尚有酒积五更泄泻，每至五更，腹中作痛，痛而后利，利下黄沫，小便赤色或如米泔，脉洪数或弦数。皆因酒湿酿中，积湿成热，火生寅卯，则五更发泄。治宜解酲消积，清化湿热，用平胃四苓散加黄连、黄芩。

肝泄

因情志不舒，郁怒伤肝引起的泄泻，称为肝泄。临床特点为胸胁胀痛，腹痛泄泻，脉弦。

肝泄病名见《证治汇补》。《医碥·泄泻》载有："有肝气滞，两胁痛而泻者，名肝泄。"病因肝气不调所致，故《证治要诀》称气泻。《医学入门》称七情泻。《景岳全书》称气泄。《医略六书》称恼怒泄。

肝泄发生的原因，是由于素体脾虚，复因抑郁恼怒伤肝，肝气横逆，乘脾犯胃，运化失常所致。《景岳全书·杂证谟·泄泻》："气泄证，凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时挟食致伤脾胃，故但有所犯，即随触而发，此肝脾二脏之病也，盖以肝木克土，脾气受伤而然。"

肝泄，症见胸胁胀满或痛，嗳气食少，每因抑郁恼怒或情绪紧张发病，腹痛即泻，泻后痛减。《张聿青医案·泄泻》："肝病亦有至晨而泄者，以寅卯属木，木气旺时辄乘土位……肾泄是命火衰微，而无抑郁之气，故暴注而不痛；肝病而木旺克土，则木气抑郁多痛而不暴注。以此为

辨。"故肝泄乃肝失条达，横逆犯脾，脾运失司所致。治宜抑肝扶脾，方用痛泻要方，亦可用七气散。

另外，亦有因肝经虚寒，遇怒作泄者，症兼见面色发青，肢体不温，可用当归厚朴汤、熟料五积散加减。

脾泄

因脾虚气弱、脾胃虚寒或脾阴不足引起的泄泻，称为脾泄。临床特点是经常大便稀溏，而腹胀纳差，困怠无力。或腹部隐痛，形寒怯冷；或内热口干，食少，泄泻。脾泄见《难经》。《丹溪心法》称脾泻。《症因脉治》称脾虚泄泻。

脾泄的发生，是由于素体脾虚或病后长期饮食失调，损伤脾胃，或脾胃虚寒所致。或脾胃虚亏，阴血生化无源，脾阴不足所致。《医学准绳六要·论泄泻》："脾虚不能分别清浊则泻，或食物过度，饮酒无节，运化不及而然。"一般分为脾虚泄泻、气陷泄泻、虚寒泄泻及脾阴虚泄泻。治以健脾益气，温中散寒，或培补脾阴为主。

脾虚泄泻：见《症因脉治》。症见面色萎黄，神疲乏力，食欲不振，大便时溏时泻，水谷不化，稍进油腻之物，则大便次数增多，脘腹胀闷不舒，腹胀纳差，舌淡苔白，脉细弱。是由于脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，下注大肠所致。《症因脉治·泄泻论》："脾虚泻之因，脾气素虚，或大病后，过服寒冷，或饮食不节，劳伤脾胃，皆成脾虚泄泻之症。"治宜健脾益气，方用参苓白术汤，或香砂六君子汤。

气陷泄泻：见《医略六书》。症见久泄不止，大便稀薄，完谷不化，饮食少思，腹中重坠，肛门下脱，苔薄舌淡，脉细弱。是由于泻下日久，中气下陷所致。《罗氏会约医镜·泄泻》："泄泻急而趋下，不能少停，此脾气虚而下坠也。"治宜益气升清，健脾止泻，方用补中益气汤。《景岳全书·杂证谟·泄泻》："若久泻元气下陷，大肠虚滑不收者，须于补剂中加乌梅、五味子、粟壳之属以固之"。

虚寒泄泻：症见形寒怯冷，腹部隐痛，泻下清冷，状如鸭粪，或完谷不化，小便清白，苔白舌淡，脉沉迟。是由于脾胃虚寒，温运无权所致。《景岳全书·杂证谟·泄泻》："脾弱者。因虚所以易泻，因泻所以愈虚。盖关门不固，则气遂泻去，气去则阳衰，阳衰则寒从内生，固不必外受风寒而始谓之寒也。"治宜健脾温中，祛寒助运，方用理中汤。若脾气虚寒兼滞纳者，宜六味异功煎，方用异功散加干姜。若脾气虚寒之甚，而饮食减少，神疲气倦，宜参附汤、术附汤、十全大补汤。如进一步导致脾肾虚寒泄泻者，《医学原理》称漏食泄，可用理中汤加附子、肉桂，或用扶脾丸、五味丸，治宜温补脾肾。

脾阴不足泄泻：本症多见于虚劳之人，阴火内烁，脾阴亏涸，不能输津于胃，胃燥而不能食，食少而不能化，《血证论》所谓："譬如釜中无水，不能熟物也。"症见久泻不止，纳呆腹胀，气短乏力，津亏口燥。治宜芳香甘平之品，益以甘酸，培补中宫而不燥其津液，用中和理阴汤（人参、山药、扁豆、莲肉、燕窝、老米）加芍药、五味子、甘草，亦可用理脾阴正方（人参、河车、白芍、山药、扁豆、茯苓、橘红、甘草、莲肉、荷叶、老米）加冬瓜仁。

五泄

五泄是飧泄、溏泄、鹜泄、濡泄、滑泄五种泄泻的总称。飧泄者完谷不化；溏泄者肠垢污积；鹜泄者澄清溺白；濡泄者身重软弱；滑泄者久下不能禁固。五泄之名，见《黄帝素问宣明论方》。

五泄的病因，多与湿邪有关。《临证指南医案·泄泻》："泄泻，注下症也。经云，湿多成五泄。"又因不同的泄泻，而兼有风、热、寒等邪，或伴有滑脱之象。治疗虽以化湿为主，亦当辨识兼夹，区别对待，或祛风化湿，或清化湿热，或温化寒湿，或燥湿分利，或止涩固脱。

飧泄：出《内经》。又名飧泻。《圣济总录》称水谷痢。症见肠鸣腹痛，泻下完谷不化，或伴有下血，苔白，脉细或浮缓而虚。《圣济总录》卷七十四："夕食谓之飧，以食之难化者，尤在于夕，故食不化而泄出，则谓之飧泄。此俗所谓水谷痢也。"是由于脾胃虚弱，风湿之邪客犯肠胃所致。治宜祛风化湿，方用胃风汤。《临证指南医案·泄泻》："飧泄之完谷不化，湿兼风也……是以胃风汤治有血之飧泄。"

溏泄：出《内经》。症见泻下污积粘垢，肛门灼热，腹痛肠鸣，苔黄腻，脉濡数。是由于湿热蕴结肠胃所致。治宜清化湿热，方用葛根芩连汤。（见"热泻"条）。亦可用清六丸，《临证指南医案·泄泻》："溏泄之肠垢污积，湿兼热也，……清六丸疗肠垢之热溏。"或用黄芩芍药汤加木香、黄连。

另外，亦有泛指大便稀薄为溏泄者。《奇效良方·泄泻门》："泄者，泄漏之义，时时溏泄，或作或愈；泻者，一时水去如注。"《证治要诀》则将冷泄、寒泻、热泻、气泻、湿泻、伤食泻等统称为溏泄。

鹜泄：见《黄帝素问宣明论方》。《内经》称鹜溏。后世又称鸭溏、鹜泻。症见泻下澄澈清冷，色清如鸭粪，小便清白，苔薄，舌淡，脉细弱。多因脾胃虚寒所致。《金匮翼·泄泻诸症统论》："脾气衰弱，不能分布，则津液糟粕并趋一窍而下，《金匮》所谓脾气衰则鹜溏也。又寒气在下，亦令人水粪杂下，而色多青黑，所谓大肠有寒则鹜溏也。"治宜益气温中散寒，方用附子理中汤（见"寒泻"条）。

濡泄：出《内经》。又称濡泻、湿泻、洞泄。症见泻下清稀，或如白沫，身重困倦，神疲乏力，苔白腻，脉濡或迟而缓。是由于湿困脾胃，或脾虚湿胜所致。治宜燥湿分利或健脾化湿，方用胃苓汤或参苓白术汤。《杂病源流犀烛·泄泻源流》："濡泄一症，又名洞泄，乃为湿自甚，即脾虚泄也。由土虚不能制湿，肠胃不固，湿反胜而成病，故脉迟而缓，小便不利，身重，腹不痛，肠鸣漉漉，所下多水，

宜四苓汤加二术，胃苓汤加草蔻。”(见“湿泻”条)。

滑泄：见《华氏中藏经》。《万病回春》称滑泻。症见久下似滑，不能禁固，肛门失约，形寒怯冷，腰膝酸软，舌淡，脉沉细。《杂病源流犀烛·泄泻源流》：“滑泄，其泄不禁，泻久不止，大孔如竹筒，日夜无度。”多因脾肾虚寒，中气下陷所致。治宜温补脾肾，益气升提。轻者可用补中益气汤或六君子汤加肉豆蔻、补骨脂、炮姜、肉桂之类；重者宜八柱散、扶脾丸、诃子丸等方。中气下脱而热邪稽留者，宜用固肠丸、诃子散，酌加黄连、黄芩等以清化湿热。

此外，《难经》也有五泄之称。是指胃泄、脾泄、大肠泄、小肠泄、大瘕泄而言。《难经·五十七难》：“胃泄者，饮食不化，色黄；脾泄者，腹胀满，泄注，食即呕吐逆；大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛；小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛；大瘕泄者，里急后重，数至圊而不能便，茎中痛。”胃泄、脾泄、大肠泄分别见“食泻”、“脾泄”、“寒泻”条。小肠泄、大瘕泄应属于痢疾范畴。也有认为大瘕泄即指肾泄而言。

五更泄

经久难愈的五更黎明时的泄泻病证，称为五更泄。临床特点是每于黎明之时，脐腹作痛，肠鸣即泻，泻后痛止。五更泄之称，见《寿世保元》。《症因脉治》称五更泄泻。《张氏医通》称五更泻。《不居集》称五更溏泄。

五更泄的发生，多由于肾虚闭藏失职所致，亦可因肝火、肝气乘脾，或酒积、寒积、食积等所致。一般分为肾虚五更泄、肝火五更泄。治疗当分清虚实，肾虚者，宜温肾固涩；肝火偏旺者，宜清泄肝火。另外还有酒积五更泄、食积五更泄、寒积五更泄，分别见“食泻”及“寒泻”条。

肾虚五更泄：见《普济本事方》。《世医得效方》称肾虚泄。《丹溪心法》称脾肾泻。《医学入门》称瀼泻。《症因脉治》称肾虚五更泄泻。《杂病源流犀烛》称肾泄、瀼泄。《罗氏会约医镜》称大瘕泄。《医学从众录》称脾肾泄。《药症宜忌》称大泻泄。症见天明前后脐腹作痛，肠鸣即泻，泻后痛止，大便稀溏，或完谷不化，形寒肢冷，腰膝酸软，苔白，舌淡，脉沉细无力。是由于肾阳不足，命门火衰，不能温煦脾土，以致脾运失司。黎明之前，阳气未振，阴寒较盛，故见黎明即泄。《症因脉治·泄泻论》：“肾虚泻之因，真阳不足，肾经虚寒，火不能生土，肾主闭藏，肾虚则封闭之令不行，肾主五更，至此时则发泻也。”治宜温补脾肾，固涩止泻，方用四神丸合附子理中汤，或缪仲淳脾肾双补丸。如滑泄不止者，可加桃花汤以温涩止泻。如年老体弱，久泻不止，中气下陷者，可加党参、黄芪、升麻、柴胡等以益气升阳。《罗氏会约医镜·泄泻》：“大瘕泄者，即肾泄也，每在五更天明之时……治宜补火，尤要于补气。若大便欲出而痛者，是精已竭而复耗之，则大小便牵痛，是宜补肾。”

另外，由于肾阴不足导致的泄泻，称为肾泻。《医宗粹言》：“元阴不足而泄泻者，名曰肾泻。其状则水谷不分，至圊即去，足胫冷，少腹下重，但去有常度，昼夜或一次或二次，更与他证之泻不同。盖元阴之气衰弱，不能健运其水谷故也。”治宜滋补肾阴，健脾固涩，可用六味地黄丸加黄芪、芡实、莲肉等。

肝火五更泄：见《症因脉治》。症见胸胁痞闷，或胁肋作痛，烦躁不安，夜不成寐，每至五更腹痛便泄，一泄即止。脉多弦数或洪大。是由于郁怒伤肝，肝气怫逆化火，或积热在内，肝胆不宁，肝主施泄，木旺寅卯，至五更生旺之时则肝火发作而泻作。治宜清肝泻火，用龙胆泻肝汤、柴胡栀连汤、左金丸等。

此外，肝气乘脾也可产生五更泄。《张聿青医案》：“肾泄又名晨泄，每至黎明辄暴迫而注者是也。然肝病亦有至晨而泄者，以寅卯属木，木气旺时，辄乘土位也。”治宜抑木扶土，用痛泻要方，及柴胡、白芍、青皮、人参等，或与温肾固涩之品同用(见“肝泄”条)。

小儿泄泻

小儿因各种原因导致腹泻便稀，称小儿泄泻。多因脾胃被水湿所侵，或过伤乳食，或外感风寒暑湿邪气，导致脾运化失常而致。也有因体质虚弱，突受惊恐，影响气机升降失调；或因多食瓜果生冷，过服寒凉之药，以致耗损元气，脏腑虚寒；有因久病脾虚，脾阳不运等，均可引起腹泻。小儿泄泻每多见于夏秋之交。

病因病机　小儿泄泻的发病原因主要为湿，而湿可挟风、寒、暑、热之邪。《幼科全书》曰：“凡泄泻皆属湿，其证有五。”如泄泻青白，或乳食不化，腹痛四肢冷，而皖白不作渴者，为寒湿；如泄泻黄稠，腹痛作热，面红口渴，为湿热；如泄泻不住成黄水者，或渴或不渴，为风湿；如久泻滑肠不止者，此为湿伤元气下陷；如泄泻酸臭，腹痛，面黄发热，不欲饮食者，为食积。《婴童百问》分冷泻、热泻、伤食泄，惊泄等。《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》分伤乳食泻、中寒泄、火泻、惊泻、脐寒泻、脾虚泻、飧泻、木泄等。辨证应抓住病因，分清寒热虚实论治。

辨证论治　寒湿泄泻：症见大便清稀不臭，呕恶，胸闷纳呆，肠鸣腹痛，头痛，微发热恶寒，手足发凉，肢酸，口不渴，苔白腻，脉濡，指纹浮。治宜解表散寒，芳香化浊。用藿香正气散加减。若不发热，大便水泻，则先健脾利湿，用胃苓汤加减。发热者去桂枝加黄连；寒甚者加炮姜；肠鸣腹痛加广木香。

脐寒泻：又称脏寒泻者。因风冷之邪侵入脐部，传于大肠所致。症见腹痛泄泻，粪色青白，肠中雷鸣，而、唇色淡白或青，形寒肢冷，不欲乳食，舌苔薄白而腻，指纹淡红。治宜温中散寒，暖胃健脾。用和气饮或调中汤加减。

湿热泄泻：若热重于湿，症见泻下稀便如水，色黄异臭，一日数次或十余次，烦躁口渴，发热较高，小便短赤，舌质红，苔黄而干，脉滑数。治宜苦泄清热，佐以芳香化

浊利湿。用葛根芩连汤加银花、连翘、生石膏、蒲公英、马齿苋；湿重于热，症见不发热或微热，便泻黄水，小便不利，头晕闷，身倦乏力，口渴不欲饮，苔白腻或黄腻，脉濡数。治宜健脾利湿，佐以清热。用胃苓汤去桂枝加黄连、葛根、苡仁、车前子；湿热并重，症见泻下垢腻，稠粘臭秽，肛门灼痛，小便短赤，胸痞腹胀，发热口渴或渴不多饮，苔黄腻，脉濡数。治宜湿热分消，清热利湿。用蚕矢汤加减。

暑湿泄泻：症见暴注下迫，日夜无度，日数十次，其气臭秽，常伴有发热，口渴，心烦呕吐，腹痛肠鸣，肛门灼热，尿赤量少，舌红少津，苔黄脉数，指纹青紫。治宜清暑利湿，解毒生津。用四物香薷饮合六一散加大青叶、银花、连翘、蒲公英、木通。或葛根芩连汤加六一散、蒲公英、菊花、银花、连翘、石斛、花粉、沙参。若见眼眶、前囟凹陷，皮肤干燥，弹性下降，精神委靡或烦躁，口唇红，舌绛无苔起芒刺，尿少，脉微而数，指纹沉滞而紫。治宜清热养阴。用连梅汤加减。若吐泻不止，汗多，气阴两脱者，用生脉散或参附龙牡救逆汤。若暑热极甚，出现惊厥、昏迷者，宜增强清心解毒、平肝熄风之功。可用紫雪丹，或牛黄散。

伤食泄泻：多因饮食不节或喂养不当，致使脾胃受损，运化失职，不能腐熟水谷乳食，清浊不分并走大肠，则成泄泻。《丹溪心法》卷二："伤食泻因饮食过多，有伤脾气，遂成泄泻"。症见腹痛胀满，痛则欲泻，泻后痛减，粪便酸臭，不思乳食，夜卧不安，手心发热，面黄口渴，脉数，舌苔白腻或黄腻，指纹沉滞。治宜消食导滞，健脾利湿。用保和丸。发热较甚加黄芩、知母；腹胀作痛加厚朴、木香；胸闷不思食加白术、枳实；呕吐加葛根、藿香；小便短黄加滑石粉、车前子；久泻面白唇淡偏寒者加炮姜；若食积较重，伴有湿热蕴结者，当去其积，用枳实导滞丸。若泄泻日久，食滞未去，脾胃已伤者，当消导化滞与健脾扶正同举，方中可适量加入白术、茯苓等品，或用资生健脾丸。

虚寒泄泻：此症包括脾虚泄泻和脾肾阳虚泄泻。脾之运化，全赖阳气内充，若禀赋素弱，或久病、病后失调，或寒凉药攻伐太过致脾胃虚弱，肾虚阳衰，不能温运脾阳，脾虚无阳运化，土不制水，水反为湿，谷反为滞，精华不能输布，下降而为泄泻。脾虚泄泻者，症见泄泻日久，或经常泄泻，大便溏薄，水谷不化，食后即泻，食油腻更甚，一日数次，色白不臭，纳呆，食后腹胀不舒，面色萎黄，神疲倦怠，舌淡苔白，脉缓而弱，指纹淡红。治宜健脾益气，和胃止泻。用参苓白术散或七味白术散。若水泻次数多，加煨肉豆蔻；手足不温，腹痛加桂枝、生姜。若久泻不止，气虚下陷，直肠下垂者，治宜升阳举陷，益气固涩。用补中益气汤加粟壳、枳壳、白芍、草蔻或砂仁。阳虚泄泻者，症见久泻不止，下利清谷，四肢厥冷，面色苍白，精神委靡，舌淡，脉微细。治宜回阳救逆。用附桂理中汤合四神丸加减。若久泻滑脱失禁加粟壳、诃子肉、石榴皮、乌梅等；若汗出不敛，卫阳不固者，加龙骨、牡蛎、黄芪、人参以益气固表。

疳积泻：疳证患儿脾胃虚损，运化无权，每易致泻。《证治准绳·幼科》卷八："其泻有时，或一月、半月、旬日一番，自泻自止。"此外，还兼有面色黄，腹膨大而胀，头颅大，颈项细，发稀色黄，形肉消瘦，两足软弱胫细，不思饮食，午后或入夜有潮热，大便色黄或白，异臭，脉弦细而数，舌质红，苔黄。治宜消疳制泻。用保和丸或没石子丸加减。

惊泻：又名肝泻。小儿神志怯弱，不耐刺激，卒受惊恐，伤及心神，若动肝风，肝气横逆，木乘土位，则气机不调，疏泄失常，胃肠功能障碍，则成惊泻。症见一日泄泻数次，粪青如苔，腹痛多啼，睡中惊惕，面青唇淡，指纹色青。治宜平肝补脾，镇惊安神。用益脾镇惊散合痛泻要方加蝉蜕。若惊恐啼哭加僵蚕、全蝎。

小儿泄泻，推拿疗法常可应用。其治疗原则：外感泄泻以化湿止泻为主；内伤泄泻以健脾和胃，消食导滞为主。操作：补脾经，推大肠，清小肠，摩腹，揉脐，揉龟尾，推上七节。辨证加减：①寒湿泻加推三关，揉外劳。②湿热泻不用推上七节，补脾经改为清肺经，大肠用清法，加退六腑。③伤食泻加强摩腹；加揉板门，运内八卦，揉中脘，揉天枢，拿肚角。④脾虚泻大肠用补法，加推三关，揉脾俞，揉足三里。备用手法：①按八髎。寒湿可用擦法，脾虚可用振法。②捏脊法。

妊娠泄泻

妊娠期间出现腹痛，肠鸣，大便次数增多，粪便稀薄，甚则泻出如水样便者，称为"妊娠泄泻"，亦称"子泄"。据《丹台玉案》说："泄者，如水之泄也，势犹舒缓；泻者，势似直下，微有不同，而其病则一，故总名之曰泄泻。"本病成因，多为外感风寒暑湿之邪，内伤饮食生冷之物，其发病脏腑与脾胃及肾密切相关。《景岳全书》云："泄泻之本，无不由于脾胃。"又如《女科经纶》肖慎斋云："妊娠泄泻，必原其由，大抵不外脾肾二脏虚者居多。夫血统于脾，血拥胎元，则脾阴虚而食不运化，水谷难消而作泻。胎系于肾，肾气弱，命门火衰，胎窃其气以拥护，而肾间之阳不能上蒸脾土，则为泻，此妊娠泄泻之由也。"治宜止泻安胎为主，尤应辨其寒热虚实，分别以清热利湿，健脾补肾等法，随证施治。

湿热妊娠泄泻：脾胃素蕴湿热，或孕后正值夏令，感受湿热之邪，湿热下注积滞肠中，致大肠传导失常而泄泻。症见妊娠期腹痛即泻，粪色黄褐臭秽，肛门灼热，或身热，心烦，口干渴，溺短赤，舌苔黄厚腻，脉濡滑而数。治宜清热利湿为主。方用葛根芩连汤(《伤寒论》)，加鲜荷叶、扁豆以利湿清热。若兼内热烦渴，小便赤涩者，宜加味黄芩汤(《叶氏女科证治》)，加鲜芦根、鲜竹叶。若腹痛肠鸣洞泄，兼见小便不利，口渴欲饮者，则宜先利小便，方用五苓散(《伤寒论》)，次以黄连阿胶丸(《妇人大全良方》)安之。

虚寒妊娠泄泻：素体脾虚，孕后贪食生冷，脾阳益虚，寒湿内聚，因而泄泻。或因肾虚，命火不足，胎赖肾气以养，肾阳益虚，不能上温脾阳，遂发泄泻。因脾虚者，症见肠鸣腹痛，泄下完谷不化，脘闷纳呆，舌淡苔白腻或白滑，脉缓滑。治宜健脾燥湿安胎。方用参苓白术散（《和剂局方》）。因命火不足者，症见五更时腹痛，肠鸣泄泻，腰膝酸软，手足不温，面色晦黯，舌淡苔润，脉沉细缓。治宜温肾健脾。方用四神丸（《证治准绳》），加白术、茯苓以健脾止泻。

食滞妊娠泄泻：平素脾胃较虚，或孕后饮食不节，过食生冷肥腻，食滞肠胃而泄泻。症见妊娠腹痛肠鸣，泄泻，泻下痛减，脘腹痞满，嗳腐不欲食，矢气臭秽，舌苔垢浊，脉弦滑。治宜健脾消食安胎。方用保和丸（《丹溪心法》）以消食导滞，泻减再用香砂六君子汤（《医学正传》），调理脾胃以善其后。

遗矢

大便不能自行控制而排出的病证，称为遗矢。临床上以大肠虚寒，滑泄不禁为特点。多以老人虚人患之。

遗矢名称，出《素问·咳论》："大肠咳状，咳而遗失（矢）。"《诸病源候论》称大便失禁。《圣济总录》称滑泻。

病因病机　本病病因有寒邪伤肺，内传大肠或脾胃气弱误用下法，或老年久病，肾阳虚衰等多种因素。

寒邪伤肺，内传大肠：外感风寒湿或寒湿之邪侵及肺与大肠，因肺与大肠相表里，寒邪犯肺，肺失宣降，肺病不已，内传大肠，寒湿内盛，大肠气机受阻，肠寒则泄。如《华佗中藏经·论大肠腑》曰："大肠者，肺之腑也，为传送之司，号监仓之官，肺病久不已，则传入大肠……。寒则泄，……虚寒则滑泄不定。"

脾胃虚弱，误用下法：素体脾胃虚弱之人，因误用下法或食啖生冷不洁之物，致脾阳不振，寒滞肠中，关门不固，肠虚滑脱。《诸病源候论·大便失禁候》："大便失禁者，由大肠与肛门虚冷滑故也。肛门大肠之候也，俱主糟粕，既虚弱冷滑，气不能温制，故失禁也。"

年老久病，肾阳虚衰：年老体衰，阳气不足，久病之后，损伤肾阳，阳气不足，脾失温煦，脏寒虚冷，不能收敛，故遗矢不时。《景岳全书·杂证谟·泄泻》曰："肾为胃关，开窍于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏之所主……当阳气未复，阴气极盛之时，即令人洞泄不止也。"综诸家论述，遗矢病证由感受寒邪，误用下法或久病不愈，以致肺、脾、肾三脏俱虚，津液不固，大肠虚寒，滑泄不禁所致。

辨证论治　遗矢证候多为脏腑虚寒，久病正衰，真阳耗竭气虚欲脱之险候，临床上大致可分为大肠虚冷，中气下陷，阳虚气脱及下焦虚寒等类型。治法多以扶正益气，温补脾肾，固涩止泻之剂。

大肠虚冷：症见神疲肢倦，面色㿠白，少气懒言，手足逆冷，脐腹冷痛，泄泻不止，日夜无度。舌淡少津，脉细无力。因脾胃虚寒，大肠虚冷不固所致。治宜温补脾阳为主，佐以涩肠健胃之品，方用实肠饮、补脾丸等。

中气下陷：症见倦怠乏力，懒言少气，或腹胀，肛门下脱，舌淡胖边有齿印。此为久泻不止，中气下陷之证。治宜补中益气，升阳举陷，方用补中益气汤、参芪汤。

阳虚气脱：症见面㿠乏华，腹中冷痛，手足不温，大便溏泄不禁，舌淡胖，脉细弱。因中阳不足，阴寒内盛所致。治宜益气温阳止遗，方用参附汤或四柱散。

下焦虚寒：症见泄泻日久不愈，腹部冷痛，肠鸣即泻，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细。因脾肾阳虚，火不生土，关门不固，滑脱不禁所致。治宜温肾健脾，收涩固脱。方用附子汤，厚肠丸，禹余粮丸等。此外诃黎勒丸、豆附丸、温中丸、红豆散、肉豆蔻丸等均可随证选用。

调护　遗矢患者宜多休息，注意保暖，避免感受风寒，饮食宜少吃多餐，进易消化食物，忌食生冷不洁及荤腥油腻之品，节制房事，不可过劳。

痢疾

以腹痛，里急后重，便下粘液夹杂赤白脓血为特征的疾病称为痢疾。《症因脉治·痢疾论》描述为："痢疾之症，便下脓血，或赤或白或黄，或三色杂下，里急后重，欲便而不得便，既便而复登厕，逼迫恼人。"本病多发于夏秋季节，主要见于现代医学的细菌性痢疾、阿米巴痢疾、结肠炎等疾病。

痢疾一名，见于《济生方》。《内经》称肠澼。《伤寒论》将痢疾、泄泻混称下利。《肘后备急方》称下痢，以区别于一般泄泻。《诸病源候论》称痢病，并列有"痢病诸候"的专论。《备急千金要方》称滞下。金元时代，已认识到痢疾具有传染性，故有时疫痢的名称。《丹溪心法·痢》："又有时疫作痢，一方一家之内，上下传染相似。"根据痢疾之病情、病程有暴痢、久痢之分。根据病因、临床表现之不同，暴痢（见"暴痢"条）又可分为湿热痢、疫毒痢、寒湿痢、风痢、暑痢、噤口痢、奇恒痢；久痢（见"久痢"条）可分为休息痢、阴虚痢、脾泄痢、虚滑痢、瘀血痢等名称。此外，妇人妊娠期、产后患痢有妊娠下痢（又名子痢）、产后痢之分。

病因病机　本病之发生多与感受夏秋时邪及饮食不节关系密切。病位在大肠，发病机制为湿热、疫毒、寒湿之邪壅塞肠中，气血与之搏结，使大肠传导失司，气血凝滞，腐败化为脓血而痢下赤白。《济生方·痢疾》认为："大人饮食起居失其宜，运动劳役过其疲，则脾胃不充，大肠虚弱，而风冷暑湿之邪，得以乘间而入，故为痢疾。"

外感时邪：暑湿、疫毒之邪，侵及肠胃，湿热郁蒸，或疫毒弥漫，气血阻滞，气血与暑湿、疫毒相搏结，化为脓血而成痢疾。痢疾之病，多病于夏秋之交，古人多谓炎暑大行，酷热之毒蓄积为痢。

饮食不节：平时嗜食肥甘厚味，炙煿煎炒之物，肠胃

湿热厚盛，或沾不洁之物，因而湿热秽毒蕴蒸肠道，腑气阻滞，气血凝聚化为脓血而致痢；亦有好食生冷，寒湿内蕴，或啖污染之物，伤害肠胃，大肠气机阻滞，营血伤损，致脓血俱下而痢。

七情内伤：七情内伤与痢疾的发生，也有一定关系，因郁怒伤肝，肝气犯脾，导致脾运失司，饮食停积，与气血胶结而成痢。

劳欲过度：劳倦伤脾，纵欲伤肾。脾虚不能生化精微，肾虚精血亏耗，肠腑精气两虚，易受寒湿侵袭而为痢。《景岳全书·杂证谟·痢疾》："脾肾虚弱之辈，但犯生冷，极易作痢。"肠与胃密切相连，疫毒、湿热之气上攻于胃，或脾胃虚弱，胃阴亏损，则不能纳食，而为噤口痢；若病情迁延，邪恋正衰，脾气虚亏，则成久痢，或为时愈时发的休息痢。痢久不愈，或反覆发作，则不但损伤脾胃，更进而影响及肾，导致肾气虚惫。湿热之邪，留恋日久亦可耗阴液，而为阴虚痢。

辨证 首先应分清暴痢、久痢。其次须辨寒热虚实。一般暴痢多实，久痢多虚。暴痢多为感受外邪或时行疫毒所致，故可见邪实的证候。如失治、误治，或邪气太盛，可出现厥逆神昏等危重证候。久痢多因暴痢迁延日久，或情志内伤肝脾而成，故临床多见虚象或虚实夹杂之证。《景岳全书·杂证谟·痢疾》："凡治痢疾，最当察虚实，辨寒热，此泻痢中最大关系。"

古代医家还极重视辨痢色，以判断痢疾之轻重、寒热。《景岳全书·杂证谟·痢疾》："下痢脓垢之属，无非血气所化，但白者其来浅，浮近之脂膏也；赤者其来深，由脂膏而切肤络也；下纯血者，多以血为热迫，故随溢而下，此其最深者也。"谓紫红、紫白者，则离位稍久，其下不速而色因以变，为阴凝血败。并注意痢下之物腥臭与否，指出色深而秽臭者为热证，色淡不甚臭而或兼腥酸者系寒证。但《丹溪心法·痢》：有"戴云：痢虽有赤白二色，终无寒热之分，通作湿热治。"

治疗 当根据发病的暴久，证情之属虚、属实、属寒、属热，而后决定治疗方法。

方药治疗 因暴痢多实，久痢多虚，实证以清热化湿，凉血解毒，温化寒湿，清暑利湿，甚则泻阳救阴等法为主；虚证以补中益气，温阳固涩等法为主；邪盛正虚者，又宜扶正与祛邪同用。但无论虚证、实证，调气、行血、消积、导滞则为基本治疗原则。《河间六书·滞下》："行血则便脓自愈，调气则后重自除"。《医宗必读·痢疾》提出治痢："须求何邪所伤，何脏受病。如因于湿热者，去其湿热，因于积滞者，去其积滞；因于气者调之；因于血者和之。新感而实者可以通因通用；久病而虚者可以塞因塞用。"《医门法律》还提出用人参败毒散"逆流挽舟"一法。《临证指南医案·痢》认为"治痢大法，无过通塞二义。"《类证治裁·痢症》提出治痢："郁热者清之，芩连芍药汤；寒滞者温之，香砂积术丸、香砂异功散；湿胜者泄之，四苓散白术改苍术；宿食者消之，保和丸；积滞者导之，小承气汤、熟大黄丸；腹痛者和之，芍药汤加木香；气陷者举之，补中益气汤；虚滑者摄之，赤石脂禹余粮丸；脂液涸者润之，猪脏汤、阿胶丸；久不愈者，补而固之，八珍汤，加炮姜、肉桂、木香、肉果、乌梅、牡蛎；痢止后调之，参苓白术散。"《顾氏医镜》则提出治痢四忌："一忌温补"、"一忌大下"、"一忌发汗"、"一忌利小便"，而唯清热一法无忌。这些论述对临床实践均有一定的指导意义。

妊娠下痢易损人气血，甚则影响胎元，故历代医家对此极为重视。《妇科玉尺》卷二云："胎前杂症虽多，惟伤寒痢疾，最为恶候，不可不虑。"前人对本症也总结了一些规律，如《张氏医通》卷十提出："妊娠痢下，有三禁五审。一禁荡涤肠胃，二禁渗利膀胱，三禁兜涩滞气。盖荡涤则阳气下陷，胎气愈坠；渗利则阴津脱亡，胎失荣养；兜涩则浊气愈滞，后重转加。故善治妊娠之痢者，惟以调气为先。……夫调气之药有三善：一使胃气有常，水谷输运；二使腹满腹痛后重渐除；三使浊气开发，不致侵犯胎元。此治妊娠下痢之大端也。所谓五审者：一审饮食之进与不进……，二审溲之通与不通……，三审腹之痛与不痛……，四审后之重与不重……，五审身之热与不热……，五审既明，三禁勿犯。又当审察其积之稠与不稠，色之鲜与不鲜，则元气之厚薄，病患之寒热，可晓然无惑矣。"在遣方用药时，必须以调气安胎为主。药性过寒过热，均非所宜。但亦不能固执必加入安胎之药，因安胎之品，每多温补滋腻，而痢疾又多见胃肠湿热壅滞，病去则胎自安。如在邪盛正衰或正虚邪恋之时，则须适当用扶正安胎之品。薛立斋在《校注妇人良方》卷十五中云："凡安胎之药，当临病制宜，不必拘用阿胶、艾叶之类。"总之，妊娠下痢，非同内科，亟宜审慎。

针灸治疗 针灸通治法，以行气导滞和疏通肠腑为主。首选足阳明经和任脉腧穴、募穴，其次是背腧穴和足三阴经腧穴，如天枢、气海、关元、足三里、上巨虚、阴陵泉、中脘、大肠俞或长强等，也可酌用脾俞、肾俞、命门、复溜、太溪或三阴交等，每次3—6穴，以毫针行泻法。亦可在神阙穴上施灸。电针法，急性痢疾一般选三焦俞、天枢、足三里和上巨虚等穴。慢性痢疾选穴可参照前述。初起治疗可每日一次，病情缓解后可隔日一次。

推拿疗法 基本原则，调气行血，消积导滞。基本操作：①仰卧位。摩腹，顺时针方向摩；按揉膻中、天枢、气海等穴位。②俯卧位。按揉膈俞、脾俞、胃俞、大肠俞、八髎。辨证加减：①暴痢而属湿热者，加开天门、推坎宫、推太阳、拿风池，均见"感冒"；一指禅推背部膀胱经，按揉大椎、外关、足三里、内庭，重按八髎。属寒湿者：加擦背部膀胱经，擦八髎透热；按内关、足三里、三阴交。②久痢虚寒者，加掌振丹田透热，擦肾俞，擦八髎，按揉关元、内关、足三里。

简易方 ①白头翁：有清热解毒治痢之功效，常用量15—30克，水煎分三次服。可用治阿米巴痢，也可用治菌痢。②马齿苋：50—100克，加水煎服，每日二次。本品有

清热解毒、治痢、消痈之功效。③穿心莲：又名一见喜，每次6—15克，煎服；或研粉装入胶囊吞服，每次吞服1—2克，每日2—3次。④鸦胆子：为治久痢、休息痢要药，主要用治阿米巴痢，有杀灭阿米巴原虫作用。用量为每次10—15粒，每天服3次，连服7天，以胶囊或桂圆肉包裹吞服。

食疗方　①马齿苋粥：马齿苋15—30克，煮粥（《食疗本草》）。②鲜茅根饮：鲜茅根100克，加水2500毫升，煎汤代茶（《中医内妇儿科护理》）。③冰糖橘饼桂圆：橘饼二两、桂圆肉一两、冰糖二两，每次服用一钱五分至三钱。可用于久泻诸痢（《本草纲目拾遗》）。④姜茶乌梅饮：生姜丝、乌梅肉、绿茶、红糖，可治慢性痢疾（《世医得效方·下痢·姜茶方》）。

预后　痢疾预后与其发病类型和病情轻重有关。急性痢疾，如湿热痢、寒湿痢、疫毒痢，只要及时正确治疗，预后一般良好。如果失治或误治，则可迁延而成慢性痢疾，或致邪毒鸱张，内扰神明，而为厥脱神昏之变，甚或死亡。慢性痢疾，如休息痢、阴虚痢、虚寒痢，可以由急性痢疾变化而来，也可起病即呈现慢性过程。久痢一般病情缠绵，治疗难于短期收效。

暴痢

暴痢是指起病急骤的痢疾。临床特点是腹痛，里急后重，痢下赤白脓血较明显。大便次数一般较多，可兼有恶寒发热等表证。暴痢虽一年四季均可发病，但好发于夏秋季节。

病因病机　暴痢的病因往往与感受外邪有关。其中又以湿热、疫毒之邪为多见。由于湿热，疫毒内犯，侵及肠胃，气血阻滞，与热毒相搏结所致。亦可感受风、寒、暑邪，伤及肠胃而为痢。饮食不节亦为暴痢发病的重要原因，由于恣食肥甘酒炙之品，或啖食不洁之物，湿热蕴蒸于肠胃而为痢。治疗则以祛邪为主，可根据外邪的性质不同，分别选用祛风解表、温化寒湿、清暑化湿、清化湿热，或清热凉血解毒等法。如邪毒炽盛，或暴痢失治、误治，以致呕吐不食者，又当兼顾辟秽降逆、补益脾肾等法。

辨证论治　临床上暴痢包括湿热痢、疫毒痢、寒湿痢、风痢、暑痢、噤口痢、奇恒痢。分述如下：

湿热痢：见《症因脉治》。湿热痢在临床上最为常见。症见发热腹痛，下痢赤白脓血，粘稠臭秽，伴有里急后重，肛门灼热，口渴喜冷，小便短赤，或初起先见水泻，而后出现下痢赤白，苔黄腻，脉滑数。是由于湿热积滞，阻于肠胃，气血阻滞，传导失司所致。治宜清热化湿，调气行血导滞，方用芍药汤。如证情较轻，亦可用香连丸加味。初起恶寒发热，头痛身疼等表证较重者，可合用荆防败毒散，以疏风解表。若表证未解而里热已盛，可用葛根芩连汤，以解肌清热。如热毒偏盛者，症见下痢赤多白少，或纯下赤冻，宜用白头翁汤，以清热解毒，可酌加金银花、生地榆、赤芍、丹皮等凉血之品。热盛消灼津液，或过用燥剂，可出现燥热痢，症见内热烦躁，口干舌燥，脓血粘稠，枯涸难下，小便赤涩，用河间芍药黄连汤，以清热润燥，可酌加石斛、鲜生地等。湿重于热者，症见发热轻，胸腹满闷，里急后重，口干思饮，饮亦不多，食欲乏味，小便赤涩，痢下赤色，或红白相间，脉濡数。治宜化湿为主，清热为辅，用芍药汤合胃苓汤加减，可选用车前子、通草、滑石、桔梗、木香、黄连等药。如气滞食积偏重，痢下不爽，腹部满痛，苔腻脉滑者，用枳实导滞丸，或木香槟榔丸，以行气导滞，破积泻热。

在辨证施治的同时，亦可选用一些单味中草药，如马齿苋、凤尾草、地锦草、白槿花、辣蓼、一见喜、大蒜等。

针灸治疗可选中脘、气海、天枢、中膂俞、足三里、上巨虚，或内庭等，每次3—5穴。热重于湿者，可配用合谷、曲池、大椎；湿重于热者，可酌用阴陵泉、三阴交，施泻法，不用灸。

疫毒痢：指痢疾之传染性强，病情危重者。本病与现代医学的中毒性菌痢相类似。《丹溪心法》称时疫痢，《医贯》称疫毒痢。《症因脉治·疫痢》："疫痢之症，长幼相似，沿门合境，一齐发作。"

疫痢病因，是由于感受时疫毒邪，热毒壅盛肠道，燔灼气血所致。症见发病急骤，舌红绛，痢下鲜紫脓血，高热口渴，头痛烦躁，腹痛剧烈，里急后重，苔黄腻，脉滑数，甚则昏迷痉厥。儿童每于未痢之前，即呈高热、昏迷、抽搐。治宜清热凉血，解毒导滞。方用白头翁汤，酌加凉血调气之品，如生地、赤芍、丹皮、生地榆、槟榔、木香等，或合槟芍顺气汤、当归银花汤。热毒侵入营血，高热神昏谵语者，宜合犀角地黄汤。可同时吞服神犀丹、紫雪丹等，以加强清营解毒、凉血开窍之力。热极动风，痉厥抽搐者，加入羚羊角、生石决、钩藤等熄风镇痉之品。邪盛正衰，可出现四肢厥冷，面色苍白，脉微欲绝之脱证，治宜回阳救逆，方用参附汤或参附龙牡汤。待阳回后，再予其他治疗。

针灸治疗，若壮热不退，可用三棱针连续针刺大椎穴，使之出血，尚可选用大杼、间使、曲池、合谷、神门和内庭，用毫针行泻法，留针10—30分钟。刮法，用硬币蘸麻油或温盐水，从大椎到腰俞穴刮一道，从大杼到白环俞刮一道，从风池到肩井穴刮一道，每道可刮数次，以皮表呈青紫色为度。四肢厥冷可加刮尺泽和委中穴；惊厥可选印堂、百会、水沟、素髎、合谷、内关、太冲和涌泉等，每次3—5穴，毫针行泻法，留针20—30分钟，尚可酌加风府、天柱、大椎和身柱等穴。

由于疫毒痢病情较危重，应及时抢救，如稍一疏忽，每可酿成严重的后果。

寒湿痢：见《症因脉治》。《千金要方》称冷痢。症见腹痛绵绵，痢下赤白粘冻，白多赤少，或为纯白冻，里急后重，口淡乏味，中脘痞闷，头重身困，小便清白，苔白腻，脉濡缓。是由于感受寒湿，客于肠胃，气血凝滞，传导失司

所致。治宜温化寒湿，调气和血。《时病论》卷三："盖夫寒湿之为痢也，腹绵痛而后坠，胸痞闷而不渴，不思谷食，小便清白，或微黄，痢下色白，或如豆汁，脉缓近迟之象。宜用温化湿邪法加木香治之。"方用胃苓汤加木香、枳实、山楂、当归、炮姜等药。兼有恶寒发热，头痛身疼，脉浮紧等表证者，可合用败毒散，以加强疏风解表之力。兼有呕吐胸满，脉长者，亦可用于葛平胃散，以燥湿和胃，宽胸除满。

针灸治疗，宜行气导滞，温中化湿。选用足阳明经和任脉腧穴、俞募穴，或足太阴经腧穴，如脾俞、大肠俞、中脘、气海、关元、神阙、天枢、足三里和阴陵泉等，每次3—6穴。毫针泻法，腰腹部穴重灸。

风痢：见《三因极一病证方论》。症状见水谷不化，泄利注下，肠鸣腹痛，里急后重，下如豆汁或下瘀血，可兼见恶风鼻塞，头痛，身重等。多由于感受风邪或风邪内伏，伤及肠胃所致。治法以祛风和血，培中，解毒为主。

暑痢：见《丹溪心法》。因发于炎夏酷暑季节而命名。症见腹痛下痢，恶寒，发热，自汗，口渴引饮，齿干面垢，脉濡数，苔黄，舌红。是由于夏令感受暑邪，或贱不洁之物，邪滞中阻，肠道受损所致。治宜解表清暑利湿。方用黄连香薷饮。《石室秘录》治暑热引起的痢疾，一日夜下百次者，用大剂量白芍、当归，加入枳壳、槟榔、甘草、滑石、木香、萝卜子等药。如暑天感受寒湿之邪而病痢者，可用藿香正气散或纯阳正气丸，以散寒化湿，祛暑止痢。

噤口痢：痢疾而见饮食不思，汤水不进，或食入即吐者，称为噤口痢。属证情比较严重的痢疾。《证治要诀》："痢疾不纳食，或汤药入口随即吐出者，俗名噤口。"临床特点为痢下赤白，不思饮食，时或呕恶，或呕不能食，胸脘痞闷，甚则肌肉瘦削，精神疲惫。噤口痢之称，见《丹溪心法》。又称禁口痢。

本病病因多由于湿热疫毒之邪，夹食积蕴结肠中，或疫毒痢邪毒上攻于胃，胃失和降所致。《时病论》卷三对其病因论述较详，对下痢噤口不食，曰："缘于脾家湿热，壅塞胃口而然。又有误服利药，犯其胃气者；止涩太早，留邪于中者；脾胃虚寒，湿邪干犯者；气机闭塞，热邪阻隔者；秽积在下，恶气熏蒸者；肝木所胜，乘其脾胃者；又有宿食不消者、水饮停蓄者，皆能使人噤口也。"

噤口痢有虚实之分。实证以祛邪为主，邪祛则胃气始能和降。虚证以扶正为主。《时病论》卷三："大抵初痢噤口，为热瘀在胃口，故宜苦燥。若久痢口噤不食，此胃气告匮，……唯大剂参术，佐以茯苓、甘草、藿香、木香、煨葛之属，大补胃气，兼行津液，乃可耳。"《苍生司命》："禁口痢有二症，虚与热是也。热塞胃口，正气衰惫，莫能与争，故滴水不进。古人有用人参三钱，酒炒黄连三钱，酒炒石莲肉一钱，频频少饮，饮而或吐，又少饮之，若得些须入胃，胃气即回而食少进矣。愚谓热胜则川连当用四钱，人参当用二钱；虚胜则人参当用四钱，川连当用二钱，盖变通之道也。此症亦有人参不能用一分者，以阴太虚而阳邪太盛也。"

热证噤口痢：症见下痢兼有口秽纳呆，呕恶不食，胸脘闷胀，苔黄腻脉滑数，是由于邪毒上攻于胃，胃失和降所致。治宜苦辛通降，泄热和胃，方用开噤散加减。为防汤药入口即吐，可频频呷服，如呕吐较剧，汤剂不受，可先予玉枢丹少量吞服，再予上方徐徐咽下。如呕吐频繁，胃阴耗伤，舌红绛而干，脉细数者，可酌加西洋参、麦冬、石斛、沙参等，以养胃生津。如食滞不化者，可加神曲、山楂等，以消食导滞。

虚证噤口痢：症见下痢兼有呕恶不食，或食入即吐，口淡不渴，肌肉消瘦，舌淡，脉细弱，是由于久痢脾胃虚弱所致。治宜健脾醒胃，降逆止呕，方用香砂六君子汤或参苓白术散加石菖蒲、生姜汁、莲肉、粳米等。脾肾虚寒，呕逆不止者，可加肉桂、吴萸、附子、干姜、补骨脂等，以温脾暖肾。下痢无度，饮食不进，四肢不温者，为病势危重，宜急用参附汤或四逆加人参汤，浓煎频服，以回阳救逆。

针灸治疗，治宜清热和胃降逆，选足阳明经和足太阳经腧穴、俞募穴等。可按湿热痢治法并配合内关，脾俞、太白之穴。用毫针行泻法，不灸。若胃气虚败，呕吐频繁，肢冷汗出气促的重症，可刺人中、内关，灸神阙、气海、百会。

奇恒痢：是指发展迅速，异于寻常的痢疾。属痢疾危证之一。见《医学实在易》。症见下痢不重，而骤见神昏谵语，咽干塞痛，气呛喘逆，苔黄舌干，脉缓小沉涩。《杂证要法·痢疾》："因于奇恒之下利者……病起甚速，九窍皆塞，阳气旁涩，干嗌喉塞，阳并于阴，其痛上下无常，其脉反缓小沉涩。"是由于阳邪壅盛，热毒内闭，上攻心肺，下窜肠腑所致。治宜泻阳救阴，急下热毒，荡涤内闭，方用大承气汤合白头翁汤加减。

久痢

久痢是指日久不愈或反覆发作的痢疾。临床特点是下痢日久不止或反覆发作，食欲不振，形体消瘦，甚则滑脱不禁。久痢见《明医指掌》。《丹溪心法·痢》已有"血痢久不愈"、"下痢久不止"、"其或久痢后，体虚气弱，滑下不止"的记载。临床所见久痢，亦即前人所称之休息痢。

病因病机 久痢的病因，多由于暴痢治疗不当，或早用止涩之品。积热未净，或饮食不节，不戒嗜好，或过用寒凉，脾胃受损，气血不足，久则肾气不固所致。亦可因日久阴液亏耗所致。久痢的治疗应以扶正为主，祛邪为辅。发作时宜以扶邪为主，兼以扶正。一般说久痢忌攻。《证治汇补·痢疾》："久痢忌攻。气本下陷，而再行其气，后重不益甚乎；中本虚衰，而复攻其积，元气不愈竭乎；湿热伤血者，自宜调血，若过行推荡，血不转伤乎；津亡作渴者，自宜止泄，若但与渗利，津不转耗乎。"久痢一般包括休息痢、阴虚痢、脾泄痢、虚滑痢、瘀血痢。

辨证论治 休息痢：名出《诸病源候论》。是指时发

时止,休作无定,经久不愈的痢疾。《赤水玄珠·痢门》:"休息痢者,愈后数日又复痢下,时作时止,积年累月,不肯断根者是也。"症见倦怠怯冷,腹胀纳差,发作时则痢下赤白,腹痛,里急后重,苔腻,舌淡红,脉濡软或虚大。是由于下痢日久,缠绵不愈,正气受耗,湿热留滞。每因饮食不当,或起居不慎,感受外邪,或过度劳累,或思虑郁怒而诱发。《赤水玄珠·痢门》:"此因始得之时,不曾推下,就以调理之剂因循而致也;又或用兜涩药过早,以致邪不尽去,绵延于肠胃之间而作者;或痢愈之后而肠胃虚弱,复为饮食所伤而作者。"根据酿成本病的原因,可分为外感、内伤两类。《症因脉治·痢疾论》:"外感休息痢之症,暴发热痢而起,后乃久久不愈,或暂好一月半月,旋复发作,缠绵不愈,积滞不除。""内伤休息痢之症,无外感之邪,非暴发暴痢之症,但因脾胃亏损,渐成积痢,或发或止,终年不愈。"发作时治宜清热化湿,健脾温中,佐以调气和营,方用连理汤加味,可加当归、赤芍、木香、生地榆、秦皮等药。湿热内蕴,瘀阻肠络者,症见痢下不爽,大便如栗样,痛有定处,舌紫黯,脉细涩,可酌加活血化瘀之品,如失笑散、桃仁、莪术等。痢疾休止时,可用香砂六君子汤合香连丸,健脾益气,兼清余热,以巩固疗效。因忧郁恼怒而诱发者,可合痛泻要方,以抑肝扶脾。因久痢不愈,脾胃虚弱,或劳倦过度而诱发者,《证治要诀》称为劳痢。治宜健运中州,佐以敛精渗湿,方用四君子汤加山药、莲肉、生苡仁等。脾阳不足,积滞不化,予温脾汤,以温脾逐积。日久肾亏者,用四神丸、赤石脂丸等,以温肾固涩。如见痢下为酱色,时作时止者,可用鸦胆子仁治疗。《杂病源流犀烛·痢疾源流》:"又有休息痢,所谓屡止屡发久而不愈者,或因补涩太早,积滞未清,宜香连丸加白术、枳壳、神曲、山楂;或因饮食不节,宜香连丸加白术、枳壳、神曲、山楂;或因劳欲不戒,宜补中益气汤加木香、肉果;或因虚滑太甚,却无积滞,宜粟壳、椿白皮、人参、白术、木香、粳米。"

阴虚痢:见《证治汇补》。《张氏医通》称"阴虚痢疾"。症见发热烦渴,入夜转剧,痢下五色,脓血粘稠,滑泄无度,或下鲜血,脐下急痛,舌红绛少津,脉细数。是由于久痢阴虚,邪热留恋肠胃所致。治宜救阴泄热为主,可选用驻车丸、阿胶梅连丸、千金黄连汤、黄连阿胶汤等。本证不宜轻率攻伐,以免耗伤真阴。《张氏医通》卷七:"一种阴虚痢疾,切戒攻积之药。"叶天士常用酸甘化阴法治疗本证,药用人参、山药、甘草、麦冬、莲肉、木瓜、乌梅等。如痢疾初起,痢下较剧,或素体阴虚而骤病下痢者,亦可出现阴虚痢疾,可用白头翁加甘草阿胶汤,以苦寒清热,滋养阴血。另外临床上还有血虚痢疾。多为血虚者患痢,或久痢后血虚所致。治法均以滋养阴血为主,用四物汤加侧柏叶、木香等。《万病回春》载有:"痢后发热不止,或积少,但虚坐努力者,俱是血虚故也,倍加当归、芍药、地黄,滋养阴血,其热自安。"

脾泄痢:又称七情痢,见《症因脉治》。初见饮食难化,其后大便不实,时常清泄,久久不愈,渐下脓血,脉虚大或虚细。多由忧愁思虑伤脾,虚则转输失职,日进水谷,不能运化,停积于肠胃,气血与水谷相互胶固而久痢不止。宜先用楂术膏兼补兼消,助脾化积;次用参苓白术散,以补脾固本。久泻不止,中气下陷者,用补中益气汤,以益气升清。久泻虚寒者,用理中汤以温中止泻。

虚滑痢:见《证治汇补》。症见下痢稀薄,滑脱不禁,四肢困倦,谷食不化,腹中微痛,腰痠怯冷,舌淡,六脉沉伏,或应指模糊。多由下痢日久,脾肾虚寒所致。治宜温补脾肾,收涩固脱,方用胃关煎合桃花汤,亦可用真人养脏汤。《感症宝筏》卷三:"如下利杂色,六脉沉迟,舌润无苔,或紫色而光,口不渴饮,肠胃并连,直出无关闭者,此脾肾虚寒,关闸不阖,元气下泄之症,急投胃关煎合桃花汤……或桃花汤重加人参。"

瘀血痢:见《证治汇补》。症见痢下日久,泻下紫黑恶血,或与粪便兼夹,或纯下紫黑,腹痛阵作,脉细急促,苔薄质有紫斑。《证治汇补·痢疾》:"凡饱食疾走,极力叫号,跌仆受伤,郁怒不泄,以及妇人经行产后,误吞生冷,恶血不行,凝滞于内,侵入肠间,而成痢疾。"治宜活血化瘀,方用桃红四物汤加枳壳、甘草、黄芩、香附、陈皮、肉桂等。《平治荟萃·附论》:"湿热瘀积,干于血分则赤,干于气分则白……若脾气下陷,虚坐努责,便出色如白脓矣。其热伤血深,湿毒相瘀,粘结紫色,则紫黑矣。"瘀血痢若兼见热盛,当加黄连、黄柏等清利湿热之品;若兼见脾气下陷,宜加用党参、黄芪等补中益气之味。

便秘

大便秘结不通,排便间隔时间延长,或欲大便而艰涩不畅的病证,称为便秘。便秘名称,见《杂病源流犀烛》。《内经》称大便难、后不利、虚瘕。《伤寒论》称阳结、阴结、脾约。《诸病源候论》称大便不通。《圣济总录》称大便秘涩。《丹溪心法》称大便秘结。今统称便秘。

病因病机　《素问·灵兰秘典论》云:"大肠者,传道之官,变化出焉。"便秘的形成,主要在于大肠传导功能失常,粪便在肠内停留过久,水分被吸收,从而粪质发生改变,以致干涩难下。便秘常伴发于多种疾病过程中,也可单独发生。造成便秘的原因颇多,有肠胃受邪,燥热内结;气滞不行;气虚传送无力;血虚肠道干涩;亦可因阴阳虚休衰,阴寒内生,使肠道艰于传送,从而引起便秘。分述如下:

肠胃热结:由于恣饮酒浆,过食辛热厚味,致肠胃积热;或感受时邪,邪热结滞肠道,津液受灼,粪便干结不通。《杂病源流犀烛·大便秘结源流》:"若为饥饱劳役所损,或素嗜辛辣厚味,致火邪留滞血中,耗伤真阴,津液亏少,故成便秘之症。"

肝郁气滞:因忧怒思虑等情绪刺激,使诸气怫郁,大肠气机壅滞,失于宣降,致糟粕内停,大便秘结。

气血两亏：病后未复，脾胃虚弱，不能运化水谷以生化精微，致气虚血亏；或失血之后；或老弱之人，气血亏衰。气虚则肠道无力传送，血虚则津枯不能润肠，致大便秘结。亦可因失血之后，瘀血留滞大肠而致便秘。

阴寒固结：形寒食冷，阴寒之气结于肠道；或体弱年高之人，肾阳不足，阴寒内盛，致阴凝不化，津液不行，大便秘结不通。《景岳全书·杂证谟·秘结》："凡下焦阳虚，则阳气不行，阳气不行，则不能传送而阴凝于下，此阳虚而阴结也。"

辨证 应分清虚实。实证便秘起病往往较急，多见于年壮气实之人。热秘以发热汗出，口渴，小便赤涩，苔黄腻为特征；气秘便结以噫气腹满，或胸胁刺痛为特征；瘀血便秘以大便带黑，腹中刺痛，舌紫为特征；积滞便秘以呕恶吞酸，苔垢腻为特征；痰秘以胸闷喘满，眩晕肠鸣为特征；风秘以恶风咳嗽，肠中攻痛为特征。虚证便秘病程较长，多见于体虚之人。根据不同的类型，又有气虚、血虚、脾胃虚弱、脾肾阳虚等不同临床见证。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 应根据不同的临床表现分别选择不同的方药。热邪炽盛者宜清热通腑；燥热者宜清热润下；气滞者宜顺气导滞；血瘀者宜行瘀导滞；食滞者宜消食化积；痰积者宜化痰泄浊；风秘者宜祛风润下；血虚者宜养血润燥；气虚者宜益气润肠；脾胃虚弱者宜益气和胃升阳；阳虚者宜温阳通便。《证治汇补·秘结》："如少阴不得大便，以辛润之；太阴不得大便，以苦泄之；阳结者清之；阴结者温之；气滞者疏导之；津少者滋润之。大抵以养血清热为先，急攻通下为次。"

针灸治疗 便秘主要是大肠传导功能失常。针灸治疗主要在于行滞通便。取穴以大肠的俞募穴和下合穴为主，以督脉、任脉、足太阴和足阳明等经穴为辅，如大肠俞、长强、天枢、气海、水道、足三里、上巨虚、丰隆和阴陵泉等。每次3—5穴。根据病情用毫针刺，酌情补泻，或用灸法，或针灸兼施。胃肠燥热便秘者，选手阳明和足阳明经穴，如合谷、曲池、足三里和上巨虚等。用毫针行泻法，不灸。阴虚凝结冷秘者，选任脉、足少阴经穴和背俞穴等，如肾俞、关元俞、气海、石关和照海等。用毫针行平针法，并配合艾条灸法，或在神阙穴上施行隔盐灸法。气机郁滞便秘者，选任脉和足厥阴经穴为主，以足少阳经穴为辅，如中脘、气海、太冲、行间、大敦和阳陵泉等。用毫针行泻法。气血亏损便秘者，选任脉、足太阴、足阳明经穴和背俞穴等，如脾俞、胃俞、大肠俞、中脘、神阙、关元、血海、足三里和三阴交等。神阙穴用灸法，其他穴均可针灸兼施，施行补法。耳针法治疗，可选直肠、耳尖前、大肠等穴，用中、强刺激，留针30分钟。

推拿疗法 推拿治疗便秘的基本方法：①患者仰卧位，用一指禅推法施于中脘、天枢、气海、关元、大横诸穴5分钟；然后顺时针方向摩腹约10分钟。②患者俯卧位，用一指禅推法施于脾、胃俞往下至上、次髎穴，往返治疗5分钟；最后在上述穴位用按揉法，以酸胀为度。气血亏损者，加内功推拿常规操作，按揉足三里、支沟穴。胃肠燥热者，加按揉足三里，直擦八髎，以透热为度。气机郁滞者，加按揉章门、期门及肺俞、膈俞、内关，以酸胀为度，并横擦胸部中府、膻中、鸠尾诸穴。便秘患者还可作自我推拿法：先按照海及支沟两穴各1分钟；然后两膝屈曲，使腹壁放松，顺时针方向摩脐周及下腹部3分钟；按大横穴1分钟；最后在腹部两侧自上而下抚摩50次。

气功疗法 因胃肠积热便秘者，可选用下列功法：①按"六字诀"行呼吸，呼多吸少；呼时默念"呬"字或"嘻"字，以泄积热蕴毒，并配合一些动功以鼓动肠胃，加强运化功能。②行"搅海吞津法"兼以"存思冰雪法"，即在练功时，存想自己如在冰雪之中；同时搅动舌尖，使生津液，待满口时，分数口吞下，直至丹田（《上海中医药杂志》11，1981）。因气机阻滞者，以舌抵上腭，意守悬雍垂，久则口津自生满口，以舌上下左右搅动，频漱频咽，直下丹田；再守静，再咽数次后，肠自润，气自调，复以手覆脐，推压脏腑向后背，反覆多次，并同时存想脏腑积滞凝结，随推压而落人大肠从肛门排出（《杂病源流犀烛》）。因年老体衰，津血亏损者，可选用下列功法：①按"老人导引法"意守丹田。②仰卧，伸两手搓捻左右胁；口吸气，鼻呼气，继吞津顺气下至丹田，鼓动肠胃，凡数十遍（《诸病源候论》卷十五）。③按"却病延年法"全套，依次进行锻炼。

简易方 ①生大黄6克，开水泡服。②番泻叶3—6克，开水泡服。③蜂蜜30克，凉开水冲服。

食疗方 ①苏麻粥：麻子仁、苏子，二味研烂，水滤取汁，煮粥食之（《古今图书集成·医部全录·大小便门》录《世医得效方》）。②菠菜取自然汁饮之，或洗净后作菜泥，分次内服（《证治汇补》）。③瓜蒌饼：用瓜蒌瓤半斤、白糖二斤、面粉一斤半，将瓜蒌瓤去子，加水，调人白糖，文火煨熬，制成馅料，备用。另将面粉调合发酵。发好面，填夹馅料制饼，具有滑肠通便之功效（《宣明论方》）。④绿豆粥：绿豆50克，粳米50克，矾、碱各少许，白糖适量，先煮绿豆，放人少许矾、碱，至熟，再人米成粥，加糖，不拘时食用，可治燥热内结便秘（《中国传统康复医学》）。

预后 一般来说，便秘的预后良好。经过治疗，多能取效。对于习惯性便秘，应保持精神舒畅，进行轻便运动并调整饮食。养成定时登厕的习惯，有利于便秘的治疗。如经常大便干燥，可引起痔疮、肛裂，以致便血。排便过度用力努挣，可诱发疝气。另外，如病员平素排便正常，饮食习惯无改变，而发生顽固性便秘时，则应排除结肠或直肠癌肿。如便秘伴有腹胀、呕吐及腹痛时，则应排除肠梗阻。若慢性便秘与腹泻交替，伴有腹痛、发热时，应排除肠结核。

实秘

胃肠邪实壅结所致的大便秘结，称为实秘。临床特

点为邪实脉实,脘腹胀闷,或喜冷恶热,小便黄赤。实秘名称见《洁古家珍》。《医述》称胃实秘。

实秘产生的原因有热、痰、食积、气滞、血瘀等。多见于年壮气实者,起病较急。主要有热秘、气秘便结、瘀血便结、积滞秘结、痰秘、风秘等。治疗应以攻邪为主。《景岳全书·杂证谟·秘结》:"盖阳结者邪有余,宜攻宜泻也"。

热秘:见《圣济总录》。包括《症因脉治》的伤寒便结、温热便结。症见发热汗出,身热不解,或壮热唇焦,口渴引饮,腹部痞满,或口舌生疮,小便短赤,大便燥结不下,甚则神昏谵语,苔黄燥,脉滑实有力。证属阳明腑实,由热邪炽盛,耗伤津液所致。治宜清热通腑。可根据大便燥结及腹部痞满的不同程度,分别选用小承气汤、调胃承气汤或大承气汤。如热势已缓,津液受耗者,治宜清热润肠,方用麻子仁丸。如燥热不甚,除便秘外,并无其他明显症状者,治宜清腑缓下,方用青麟丸。如外感风邪,内有蕴热,表里俱实者,症见恶寒壮热,咽喉不利,小便赤涩,大便秘结,苔黄燥,脉浮数,治宜表里双解,方用防风通圣散。如少阳阳明合病,症见寒热往来,胸胁苦满,腹部痞满疼痛,大便不解,舌苔黄,脉弦有力,治宜和解少阳,内泻热结,方用大柴胡汤。

由肠胃积热导致的便秘,《症因脉治》称积热便结。症见内热烦躁,口苦舌干,小便赤涩,夜卧不宁,胸腹胀闷,便秘,舌红少津,脉数。多由恣食甘肥,或过进温热,热积肠胃所致。治宜清热导滞,可选用三黄枳术丸、槟榔丸、大黄饮子、黄连戊己汤等方。

气秘便结:见《济生方》。症见嗳气,心腹胀满,或胁肋刺痛,溲赤便秘,苔薄,脉弦。多因气实壅滞所致。《症因脉治·大便秘结》:"气秘便结之因,怒则气上,思则气结,忧愁思虑,诸气怫郁,则气壅大肠,而大便乃结"。治宜顺气解郁以通秘结,方用苏子降气汤、六磨汤等。肝气壅盛者,用枳桔泻白散。脾胃郁结者,用平胃二陈汤。肝脾气结者,用清脾饮。大肠气结者,用枳桔汤。

瘀血闭结:见《血证论》。症见大便干结如栗状,或时通利,但所下不多,而粪呈黑色,腹中时时刺痛,口渴,舌边尖紫暗,脉涩。多由久病入络,或失血之后,瘀血停积所致,治宜行瘀导滞,方用桃仁承气汤,或失笑散加杏仁、当归、赤芍之类。

积滞便结:见《世医得效方》。症见腹部胀痛,胸部痞满,呕恶吞酸,大便不通,苔垢腻,脉滑。多由饮食停积,滞于肠道所致。治宜消食化积,利气行滞,方用脾积丸、木香逐气丸。

由于宿食停积,时而寒热者,《圣济总录》称胃实燥结,"胃实燥结,时作寒热者,中有宿食也"。方用涤中丸。

痰秘:见《张氏医通》。症见便秘,头汗喘满,胸胁痞闷,眩晕肠鸣,苔腻脉滑。多因痰饮湿热阻滞肠胃,气不升降所致。治宜化痰泄浊,宣利气机,用半夏、茯苓、槟榔、枳实、橘红、香附、白芥子、姜汁、竹沥。不应加大黄、黄连,甚则用控涎丹。或取五苓散化气利湿,重用桂枝,加入陈皮、半夏、甘遂,化痰逐饮。

风秘:见《圣济总录》。《卫生宝鉴》称风结秘。《丹溪心法》称风秘结。《赤水玄珠》称风结。症见肠中攻痛,恶风咳嗽,大便干涩,排便艰难,苔薄,脉浮紧或滑。多由风邪袭肺,肠胃燥涩或风邪外壅,里气不宣所致。治宜祛风润下,可分别选用皂角丸、润肠丸,或小续命汤去附子倍芍药,入竹沥。

虚秘

虚秘是泛指脏腑亏损,气血津液不足,大肠蠕动无能所致的大便秘结。临床特点为神疲倦怠,面色无华,饮食少思,脉象虚细。虚秘名称见《圣济总录》。《济生方》称湿秘。《景岳全书·杂证谟·秘结》:"若湿秘之说,则湿岂能秘,但湿之不化,由气之不行耳,气之不行,即虚秘也。"

虚秘产生的原因有多种:有因伤津亡液,气血虚亏者,有因脾胃虚寒者,有因肾虚所致者。虚秘一证可归纳为血虚秘、胃虚秘结、脾虚秘结、气虚便秘、冷秘、老人便秘。治法宜补益、滋润、通运。

血虚秘:《丹溪心法》称血秘。《医编·大便不通》:"有血秘,老人、产妇血液干枯,或病后血虚,或发汗利小便以致津涸,津亦属血,均宜润剂。"症见形弱神疲,面色无华,头眩心悸,大便虽软,努挣不出,唇舌色淡,脉多细涩。多由血虚津液枯竭,不能滑润肠道所致。《万病回春》:"虚弱并产妇及失血,大便不通者,血虚而闭也。"治宜养血润肠。可用大剂四物汤加陈皮、甘草、酒红花,或选用导滞通幽汤、益血润肠丸等。

若久病伤阴,精血亏损,或高年液枯,血燥津竭者,其症多见消瘦神衰,皮肤干燥,口干舌淡,脉细,内无实热之象。治宜养血增液,方如四物汤加火麻仁、何首乌,或用生脉散、天地煎等。如因血中伏火,真阴被灼而秘结者,《症因脉治》称"血枯便结"。症见烦躁,夜间发热,盗汗,舌红少苔,脉细数等。治用滋血润肠汤、脾约丸等。

胃虚秘结:见《医宗必读》。症见胃纳呆滞,不能饮食,食少便结,小便清利,舌淡,脉细弱。《洁古家珍》:"胃虚而秘者,不能饮食,小便清利。"由于胃气虚弱,不能受纳,以致食少便结。治宜健胃助运,用厚朴汤。

脾虚秘结:症见不思饮食,食后腹胀,肢体倦怠,肛门坠迫,屡欲登厕而大便不能,苔薄舌淡,脉细弱。是由于脾虚气弱,中气下陷所致。治宜益气举陷,方用补中益气汤加减。《张氏医通》:"脾虚不能运化,倦怠懒于言动,补中益气倍升、柴、当归,煎成,调生蜜、麻油,清气一升,浊气自降"。

气虚便秘:症见面色㿠白,神疲气怯,虽有便意,临厕努挣乏力,挣则汗出短气,便后疲乏,大便不甚干硬,苔薄舌淡嫩,脉虚。是由于元气虚亏,肺气不能下达,大便传送无力所致。治宜益气润肠,方用黄芪汤或四君子汤加润下之品。

冷秘:见《圣济总录》。《奇效良方》称寒秘。《医碥》称寒结。症见面色皖白,肠内胀气,甚则窘迫后重,腹痛,喜热恶冷,苔白舌淡,脉沉迟。多由于阳气虚弱,寒冷之气阻于肠胃,阴寒固结所致。《医述·杂证汇参·大便》引张洁古:"世人但知热秘,不知冷秘。冷秘者,冷气凝结,津液不通,如天寒地冻,水结成冰之义。"治宜温通开秘,方用理中汤加当归、芍药等。如症见便秘,小便清长,四肢不温,腰膝酸软者,为肾阳不足,使肠道传送无力所致。可予八味丸或半硫丸加入温润之品,如肉苁蓉、当归等。

老人便结:见《景岳全书》。《世医得效方》称老人脏腑秘。《东医宝鉴》称老人秘结。症见形体消瘦,排便艰难,硬结不下,虽有便意而努挣无力,舌干少津,脉细。多由年老气衰,精血虚燥所致。治宜益气养血,润肠通便。可选用威灵仙丸、黄芪汤、葱白散、润肠丸等。或用火麻仁、苏子仁煮粥服。《张氏医通》用生地黄、当归、首乌、陈皮熬膏服用。

另有一种肾水干枯所致的便秘,老年人多见。《辨证录》卷九:"人有大便秘结者,其症口干舌燥,咽喉肿痛,头目昏晕,面红烦躁,人以为火盛闭结也,谁知是肾水之涸乎? ……此等之症,老人最多。正以老人阴衰干燥,火余而水不足耳。治法但补其肾中之水,则水足以济火,大肠自润矣。方用濡肠饮。"

虫证

诸虫寄生人体引起的病证,称为虫证。尤指肠道虫证而言。历代文献有三虫、五虫、九虫、诸虫、虫症等名称。

虫证一名,见于《秦氏幼科折衷》。但早在《五十二病方》中就有蛲虫记载。《灵枢》最早论述蛔虫病病证,有虫瘕病名。《神农本草经》有长虫、蛲虫、白虫、肠中蛭虫及三虫等记载。《伤寒论》确立蛔厥证治。《金匮要略》对寸白虫的传染方式和预防知识已有较正确记载。《肘后备急方》指出三虫者,长虫、赤虫、蛲虫也。并说虫有九种,而蛲虫、寸白人多病之。《诸病源候论》详论九虫病诸候,集古代虫证之大成。九虫系指伏虫、蛔虫、寸白虫、肉虫、肺虫、胃虫、弱虫、赤虫及蛲虫。《备急千金要方》又有五脏虫说,直至《秦氏幼科折衷》才通称诸虫为虫症。

病因病机 虫证系由脏腑不实,脾胃虚弱,或素有湿热留滞肠胃,加之杂食生冷肥甘油腻等物,或误纳不洁之瓜果、禽兽等食物。致湿热内壅,日渐孳生虫证。《金匮要略·禽兽鱼虫禁忌并治》篇:"食生肉……变成白虫。"《史记·仓公列传》:"病蛲得之于寒湿,寒湿气宛笃不发,化为虫。"《三因极一病证方论·九虫论》:"食果瓜与大畜兽内脏遗留诸虫子类而生。"《景岳全书·杂证谟·诸虫》指出:"虫之为病,人多有之。由于化生,诚为莫测,在古方书,虽曰由湿、由热、由口腹不节、由食饮停积而生,是固皆有之矣。然以常见验之,则凡脏强气盛者,未闻其有虫,正以随食随化,虫自难存。而虫能为患者,终是脏气之弱,行化之迟,所以停聚而渐致生虫耳。然则或由湿热,或由生冷,或由肥甘,或由滞腻,皆可生虫,非独湿热已也。然以数者之中,又惟生冷生虫为最。"

辨证 一般按腹痛时发时止,吐虫或便虫,或腹中有块梗起,呕吐涎沫清水或清黄水等要点进行辨证。对虫证的辨证,有望诊而知虫积,问诊而知虫候,腹诊而断虫瘕。如《厘正按摩要术》卷四辨蛔瘕指出:"蛔病诊腹有三候,腹有凝结如筋而硬者,以指久按,其硬移他处,又就所移者按之,其硬又移他处,或大腹,或脐旁,或小腹,无定处,是一候也。右手轻轻按腹,为时稍久,潜心候之,有物如蚯蚓蠢动,隐然应手,甚至腹底微鸣,是二候也。高低凸凹,如亩亩状,熟按之,起伏聚散,上下来往,浮沉出没,是三候也。"虫类对人体的危害,主要是损伤脾胃运化,扰乱脏腑功能,吸吮水谷精微,耗伤人体气血。临床常见的共同症状为面黄肌瘦,精神萎弱,时见腹痛,或有异嗜。

治疗 古人治虫多以单方、验方为主。《神农本草经》已收载杀三虫药物,如楝实、雷丸、芜荑、贯众等。《名医别录》、《六科准绳》等,用一味槟榔汤并治四虫。《外台秘要》集唐代以前 54 方,均属单方、验方。《医方考·虫门》:"杀虫之品,古方率单剂行之,近代类聚而为丸尔。"《金匮要略》乌梅丸、甘草粉蜜汤开复方治虫证的先声。《景岳全书·杂证谟·诸虫》篇指出:"凡治虫之法,或攻或补,自有缓急先后之宜,所当详辨,不可任意忽略也。"颇合临床实际。在谈到如何提高药效时,又说:"凡欲下虫,必先一日不食,而使虫饥,次早五更,用油煎肉嚼之良久,腹内虫闻肉香,头皆向上而欲食,乃以鸡蛋煎饼和药嚼而食之,须臾,服葱汤或白水少少以助药力下行,不逾时而虫俱下,甚至数升。然后以白粥补之,随服补剂调理脾胃,而疾可悉愈。"

虫证治法,可归纳为杀虫、止痛、健脾消积、扶正固本诸法。大抵虫势急骤用攻积杀虫,或暂安虫止痛。虫势较缓而体质较实,则径予杀虫。若病久体虚常杀虫与健脾扶正并施,脾弱者兼运其脾,胃滞者兼消其滞,或先予调理补益,然后逐虫。

预防 当节饮食,护脾胃,以杜诸虫孳生之源。同时注意饮食卫生,以防虫卵经口而入。避免生食病肉以防孳生寸白虫。蛲虫病的预防,平时须勤剪指甲,饭前便后洗手,勤换内衣裤,教育婴幼不吮吸手指等。

有关虫证论述,主要包括现代医学的蛔虫病、绦虫病、蛲虫病及姜片虫病。据《中国姜片虫的文献溯源》一书考证,古代九虫中之赤虫、肉虫、胃虫都可能是指姜片虫。钩虫病历代医著多附于黄疸等门。

蛲虫证

是指一种线头状白色短虫寄生肠道引起的病证。出《五十二病方》。《素问》之短虫包括蛲虫。《诸病源候论》

卷十七称谷道虫，曰："蛲虫下侵谷道……轻者但痒也"，"或虫从谷道中溢出"。《史记·仓公列传》载"蛲瘕"病案，"出蛲可数升"。《诸病源候论》载"蛲疳"证候。《张氏医通》载"蛲虫痢"。症有夜间肛门或会阴瘙痒，影响安眠。若虫多体虚可致腹痛、腹泻、纳差、消瘦。患儿可见夜啼、夜惊、龂齿以及咬指甲、挖鼻孔，舌质淡红，苔薄白或薄腻，脉平。病由卫生习惯不良，虫卵经口带人及脾胃湿热或寒湿内蕴所致。治宜驱虫止痒，方用追虫丸。使君子、鹤虱、榧子、槟榔等药对蛲虫有较好驱除作用，亦可选用二至三种治疗。炒熟使君子仁也有较好治疗作用，小儿每日3—15粒，成人15—30粒，分三次空腹嚼食，连服15天为一疗程。除内服药外，尚可外用百部煎剂灌肠。用法：百部30克，浓煎30毫升，每晚十一时左右保留灌肠，10—12天为一疗程，成人用量加倍。以上两法并用，效果较单用为好。

防止重复感染，对彻底治疗蛲虫病具有十分重要的意义。应注意个人卫生，勤洗肛门，勤换衣裤、被褥，勤剪指甲，保持双手清洁。

蛔虫证

蛔虫寄生肠道及其窜动所致的病证，称为蛔虫证。《灵枢》称蛕。《伤寒论》称蚘。皆与蛔同音。蛔虫名称见于《关尹子》。《素问》别称长虫。《千金要方》称心虫。《仁斋直指附遗方论》称食虫。《法古录》、《眼科秘书》称人龙等，均已罕用。《证治准绳》谓蛔虫"人腹中皆有之"，说明带虫而无明显证候者比较普遍。古人认为蛔虫之危害在于虫之钻窜扰动，尤当人体违和，虫居不安，易致上逆吐蛔，下出便蛔，或钻孔入胆道发为蛔厥，或阻塞肠管导致虫瘕证候。临床常见蛔虫病症有下列几种：

蛔积：见《证治准绳》。古之虫积多指蛔积。其症脘腹嘈杂，吐涎，腹痛时发时止，吐蛔或便蛔，能食消瘦而肌肤不泽，或嗜食异物。面部可见白斑，夜寐易惊，鼻痒，龂齿，舌质淡红，苔薄腻或厚腻，脉象滑实迟数不一。多因蛔居肠中，湿蟨内蕴，干扰胃肠气机，消耗水谷精微，导致脾虚食滞，日久成积。治法，正虚不甚，当先驱虫，方用化虫丸，或使君子散加减。脏气虚寒，兼呕吐清涎，手足欠温，便溏溲清，苔薄舌淡，脉虚弱者，宜健脾温肾，方用温脏丸为主。若见口燥唇干，便秘溲赤，苔微黄，脉弦滑或弦数等热象者，法当兼清虚中之热，方用连梅安蛔汤加减，可酌加地骨皮、丹皮、玄参等以加强清虚热作用。蛔积未成之前可无症状，或仅偶有腹痛，可从排虫史，或粪检发现蛔虫卵诊断。体实无积者可用川楝片，每片含川楝素25毫克，成人空腹顿服10片。亦可用苦楝根皮15—30克煎汤，连服二日。驱蛔后宜用枳术丸或香砂六君子丸健脾扶正。

蛔瘕：《灵枢》称虫瘕。症见腹痛发作则懊侬难忍，腹内有肿块聚散不定，有物如蚯蚓蠢动，便秘，脉乍大乍小，舌苔薄腻或厚腻。多因胃热脏寒，蛔虫窜动或聚结成团，以致气机不利，腑气不通，发为疼痛。肠道梗阻不通者，虫势较急，当攻下杀虫，方用万应丸，或追虫丸为上。若现面色苍白，手足不温等寒象者，可加附子、炮姜等。窜痛难忍，腑实不甚，亦宜乌梅丸。

蛔厥：《伤寒论》曰蚘厥。症见心窝部或脘腹部突发阵痛，甚则剧痛难以忍受，四肢逆冷，时烦时静，得食则呕，吐蛔，苔腻，脉弦紧。多因寒热错杂，蛔虫窜入胆道。治宜苦辛酸安蛔缓痛法，方用乌梅丸加减。以此先救其急，然后用万应丸、追虫丸之类驱除蛔虫。

蛔疳：见《婴童百问》。症见面黄肌瘦，腹大神羸，毛发焦枯，便蛔吐蛔，平时多啼，苔腻，脉细涩。多因蛔积日久，脾胃伤败，真元不充，气血虚衰。腹胀痞不甚，尚能进食者，宜以消为补，方用集圣丸加减。消瘦显著，不思饮食，完谷不化，骨蒸潮热者，当以补为消，宜集成肥儿丸加减。

吐蛔：《伤寒论》称吐蚘。《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰："厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蚘。"《张氏医通》认为：肠胃有蛔虫者，若遇脾胃有寒、有热或寒热夹杂，均可使蛔虫不安，上逆呕吐而出。吐蛔兼有寒证，伴呕吐清水，脘腹冷痛，唇淡苔白，脉迟紧，手足厥冷者，方用加减理中汤，或理中汤加乌梅、黄连、蜀椒。吐蛔兼有热象者，伴见呕出黄苦水，身热烦躁，苔黄，脉数等症，宜清热安蛔，方用清中汤。便秘腑实可合大承气汤。吐蛔而寒热交错者，伴见心中疼热，时静时烦，得食而呕等症，治宜寒温并用，安胃杀虫，方用乌梅丸。吐蛔伴腹痛腹泻，舌淡，脉弱等脾虚之象者，方用六君子汤加减。肝木乘脾者，用痛泻要方加减。

寸白虫证

寄生人体肠中之绦虫引起的病证，称为寸白虫证。《诸病源候论·寸白虫候》说："寸白者，九虫内之一虫也。长一寸，而色白，形小褊"。《千金要方》称白虫及脾虫。《景岳全书·杂证谟·诸虫》曾记载虫体脱落节片及全虫形态，曰："此虫长寸许，色白，其状如蛆，母子相生，有独行者，有个个相接不断者，故能长至一二丈。"

寸白虫的病因，是人吃了未煮熟的含有囊虫的猪肉或牛肉，囊虫吸附在肠壁上，颈节逐渐分裂，形成体节，约经2—3个月发育而成。早在《金匮要略·禽兽鱼虫禁忌并治》篇中即指出："食生肉，饱饮乳，变成白虫。"《诸病源候论·寸白虫候》说："以桑枝贯牛肉炙食，并生栗而成"，又说："食生鱼后，即饮乳酪，亦令生之。"寸白虫所致症状一般较轻，可有胃脘嘈杂，腹部不适或隐痛，或腹泻，或便秘，或虫从肛门蠕出而有瘙痒，舌苔薄白，脉弦细。较为严重者，有消瘦，乏力等症。治疗以杀虫为主，佐以调理脾胃。常用药物有芜荑、雷丸、槟榔、石榴根皮、贯仲等。现代《人体寄生虫学教范》认为槟榔属最理想之驱虫良

药。用法：槟榔60—120克，切碎，文火煎2小时，煎服150—200毫升，于清晨空腹顿服。服后4小时无大便排出者，可服芒硝10克，或硫酸镁20—30克导泻。也可用槟榔、南瓜子合并疗法：成人服南瓜子仁60—120克，去壳研粉，或直接嚼服，2小时后服槟榔煎剂（剂量、用法同上）。槟榔主要作用于虫体头节及前段，南瓜子主要作用于中后段，两者合用可提高疗效。另法用仙鹤草根芽（深秋采集，其形似狼牙，又称狼牙草）研粉，成人早晨用温开水冲服30—60克。本药兼有导泻作用，可不必另服泻药。一般在服药后5—6小时排出虫体。雷丸研粉，每次20克，一日一次，连服3日。石榴根皮25克，水煎服。胃病患者不宜选用此药。驱除寸白虫，务必驱尽，需整条虫体包括头节同时排出，方能彻底治愈。若头节及颈节未被驱出，仍能继续生长。若发现寸白虫未驱尽时，可仍用上述驱虫药物治疗。

驱虫之后，可予香砂六君子汤，健运脾胃善后。

沙虱病

由沙虱（沙螨）叮咬所致的病证，称为沙虱病。出《肘后方》。《肘后备急方·治卒中沙虱毒方》云："初得之皮上正赤，如小豆、黍米、粟粒，以手摩赤上，痛如刺，三日之后，令百节强，疼痛，寒热，赤上发疮。"上世纪末日本称恙虫病，或称丛林斑疹伤寒。为一种自然疫源性疾病，鼠类是主要传染源，以恙螨为媒介将疾病传给人。

本病多发生于亚太地区，如日本、马来西亚、菲律宾、印度、斯里兰卡、缅甸、泰国、印度尼西亚等。此外，新西兰、澳洲和前苏联东南部也有本病发生。中国早在公元313年即有"沙虱热"的记载，为本病的最早记录。中国以岭南地区为主，是一种地方性自然疫源性疾病。

本病的主要临床特征为发热、焦痂、淋巴结肿大及皮疹等。发热时常伴有头痛，四肢酸痛，面红目赤。在沙虱叮咬处常可发现疮疡结痂，称为焦痂，对本病的诊断具有特别重要的意义。在焦痂附近部位的局部淋巴结多呈核桃或拇指样肿大，并有压痛。在面部、躯干部常可见到暗红色皮疹。严重病例可出现高热、昏睡、谵妄，甚至昏迷、抽搐。病程可达数周。

沙虱病的治疗，据《肘后方》载，初起可用苦苣捣汁涂擦叮咬局部。《抱朴子·内篇·登涉卷》称："人行有此虫之地，每还所住，辄当以火炙燎令遍身，则此虫堕地也。"寒热发斑重症的辨证施治，可参见"温病"条。

预防着重在消灭本病的主要传染源鼠类。在自然疫区消灭恙螨孳生地，改变环境条件，改善地面潮湿情况，疏通沟渠，搞好排水系统和防涝工程，填平洼地。在发病季节，应避免在草地坐卧、晒衣服。在流行区野外作业时，必须扎紧裤脚袖口，穿着长统靴等防护。作业完毕后，要立即用肥皂洗澡，并更换衣服。

脏躁

妇人无故悲伤，不能自制，甚或哭笑无常，频作呵欠者，称脏躁。始见于《金匮要略·妇人杂病脉证并治》："妇人脏躁，喜悲伤欲哭，像如神灵所作，数欠伸……"本病类似于现代医学的绝经期综合征、神经症。若发生在妊娠期，则称孕悲；发生在产后，则称产后脏躁。病名虽异，但证治相同。

病由愁忧思虑伤心，劳倦过度伤脾，心脾受伤则精血化源不畅；或因病后阴伤，或因产后亡血，以致精血内亏，复因五志生火，上扰心神，故出现烦乱、悲伤等症状。心肝火旺是其主要病机，心藏神，肝藏魂，心肝之阴不足，则神不守舍，魂失所藏。心肝脏腑功能失调，则悲伤哀恸，哭笑无常，喜怒不定。治宜滋阴养液，安神宁志为主。药须柔润，慎用刚燥之品，免重伤其阴。

心肝火旺脏躁：症见心烦易怒，懊侬不安，坐卧不宁，哭笑无常，夜卧多梦善惊，口干喜饮，尿黄便燥，舌质红，苔薄黄，脉弦细而数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄汤（《医宗金鉴》），加百合以养阴宁神。

心血不足脏躁：症见精神不振，神志恍惚，或心烦意乱，悲伤欲哭，失眠健忘，频作呵欠，舌淡苔薄，脉虚细。治宜甘缓和中，养心安神。方用甘麦大枣汤（《金匮要略》），酌加枣仁、柏子仁以宁神定志。若兼心烦意乱，则加麦冬、竹叶、知母以除其烦。

痰火交炽脏躁：症见心胸烦闷，思想纷纭，甚至意识不清，语无伦次，殴打怒骂，不避亲疏，舌苔黄厚或腻，脉弦数或滑数。治宜清火涤痰，方用温胆汤（《千金要方》），加黄连、贝母、远志、郁金祛痰宁神。

针灸治疗，若悲伤哭笑无常者，酌选印堂、水沟、大陵、合谷、太冲、行间等穴，行泻法。突然昏厥者，酌选水沟、承浆、百会、风府、合谷和太冲等穴；行平针手法。

气功疗法，可选用强壮功，站桩功。自然呼吸法，意守下丹田（关元）。月经过多者，改守中丹田（膻中穴），也可选做放松功。血压增高者，可选松静功，意守解溪或涌泉。潮热多汗者，可加强吸气的练法。一般患者从初期即开始静功与动功同时应用，而精神症状明显者，则以动功为主；静功又以站桩为主，宜守外景。并注意保持情绪稳定，避免精神刺激。

癫狂

以精神错乱，神志失常为主要表现的病证，称为癫狂。癫多表现为静而抑郁，情感淡漠，偏于虚证；狂多表现为动而躁扰，喧闹不宁，偏于实证。

癫狂名称，出自《内经》，并立专篇论述。《灵枢·癫狂》根据病之深入于不同部位，称之"筋癫疾"、"脉癫疾"、"骨癫疾"。《素问·脉解》篇有"狂癫疾"。《内经》所论之

癫证也包括痫证在内，如《灵枢·癫狂》云："筋癫疾者，身倦挛急大……呕多沃沫，气下泄……。"《难经》有阳狂、阴癫之论，为后世区分癫狂之准绳。《诸病源候论·五癫病候》有阳癫、阴癫、风癫、湿癫、马癫之名。但上述五癫，除阴癫类属破伤风，其余大多属于痫证范畴。唐代以后的医学著作，把癫、狂、痫三者作为三个不同的病证。

病因病机　《内经》认为由于忧思过度，情怀不舒，悲喜怒恐等精神因素所致，并认为与火旺有关。《难经·二十难》指出："重阴者癫，重阳者狂。"说明阴阳偏于盛衰，失于平衡，为癫狂证的主要发病机制。而癫属阴，多因正气不足，偏于虚；狂属阳，多因痰郁化火，偏于实。戴元礼认为与七情、痰涎有关。《证治要诀·癫狂》："癫狂由七情所郁，遂生痰涎，迷塞心窍。"徐春甫责之于心火，《古今医统大全·癫狂门》："癫狂之病，总为心火所乘，神不守舍。"《石室秘录·癫症》："脾胃虚寒，所养水谷不变精而变痰，痰凝胸膈之间不得化，流于心而癫症生矣。"此外，由于气滞而血瘀，络脉凝滞，亦可形成本证。综上所述，导致癫狂的病因，归纳起来，主要有气、火、痰、瘀、虚五个方面。

气：由于七情内伤，逐渐引起五脏气机不和。《灵枢·口问》："悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇。"若平素胸襟狭隘，情怀不舒；或因忧思过度，损及心脾，气滞津聚；或因郁怒伤肝，肝失条达，气机郁滞，均可导致本证。虽然情志刺激，气机郁滞为导致本证的重要因素。但单纯的肝郁气滞，并不能引起癫狂。必须在气滞的基础上，引起火盛、痰结、血瘀而致扰乱心神，蒙闭心窍，才能发生本证。

火：《素问·至真要大论》："诸躁狂越，皆属于火。"多因郁怒难伸，肝胆之火，扰动心神，或胃热熏蒸，邪乘于心，以致精神昏乱失常，躁扰不宁，而成狂证。久则火势虽敛，痰浊未清，缠绵而成癫证。

痰：癫狂的发病，常与痰浊有关，由于情志怫逆，气机不畅，痰浊内生，气滞痰阻；或肝胆火旺，津液受灼，熬成痰浊，可使痰浊蒙心；或痰火上扰，心神逆乱，而成本证。正如《丹溪心法·癫狂》所说："癫属阴，狂属阳，癫多喜而狂多怒，……大率多因痰结于心胸间。"

瘀：《素问·五脏生成》篇："诸髓者，皆属于脑。"《素问·脉要精微论》："头者，精明之府。"《医林改错·脑髓说》："灵机记性在脑"。说明脑是精髓和神明汇集之处，人的感觉、思维记忆力等，都是由于脑的作用。癫狂是由于气滞血瘀，使脑气与脏腑之气不相连接而发。如《医林改错·癫狂梦醒汤》："癫狂一症……乃气血凝滞脑气，与脏腑气不接，如同作梦一样。"

虚：由于脾胃虚弱，中焦不运，饮食不化精微，而成痰浊，痰食阻于胸膈之间，凝聚不化，心神被蒙则神志恍惚，悲喜无常；或脾胃不能生化气血，心神失养，神无所主；或肾阴亏虚，水不涵木，心肝火旺，炼液成痰，火痰上乘于心，则神志逆乱；气为血帅，气虚则运血之力不足，血瘀不行，凝滞脑气，亦可导致癫狂。

上述气、火、痰、瘀、虚五种因素，并不是孤立致病，乃是相互联系，互为因果。例如气滞可致痰凝血瘀；气郁可以化火，火旺可以炼津液而为痰；气虚不运，水谷不能化生气血而成痰；气为血帅，气虚则血流不畅，也可以导致血瘀等。因此临证时常见合诸因于一症，必须权衡轻重，进行辨证施治。

分类　一般分癫证与狂证两大类。癫证包括《证治要诀》的七情所郁，《石室秘录》的脾胃虚寒，以及痰凝或瘀阻等；狂证包括《临证指南医案》的火炽痰涌，《杂病广要》的火旺水衰，《医林改错》的气血凝滞。

辨证　首先应该辨明癫证与狂证的不同特点。二者在证候上有阴阳之分。癫证多表现为静而抑郁，沉默痴呆，颠倒错乱，语无伦次等阴气有余之症，虚多于实；狂证多表现为动而躁扰，妄言骂詈，不避亲疏，打人毁物，甚至自杀杀人等阳气有余之症，实多于虚。

病证鉴别　癫狂应与痫证、谵语、郑声、脏躁病证鉴别。《临证指南医案·癫痫》："狂则少卧不饥，妄言妄笑，甚则上屋逾垣，其候多躁而常醒。癫则或歌或哭，如醉如痴，甚至不知秽洁，其候多静而常昏。痫则发作无时，卒然昏仆，筋脉瘛疭，口中作声，后人因其声似，分马痫、牛痫、猪痫、羊痫、鸡痫五名，其候经时而必止。推其病因，狂由大惊大怒，病在肝胆胃经，三阳并而上升，故火炽则痰涌，心窍为之闭塞；癫由积忧积郁，病在心脾胞络，三阴蔽而不宣，故气郁则痰迷，神志为之混淆；痫病或由惊恐，或由饮食不节，或由母腹中受惊，以致内脏不平，经久失调，一触积痰，厥气内风，猝焉暴逆，莫能禁止，待其气反然后已。"谵语由阳明实热熏蒸或温邪入于营血，热扰神明所致，表现为壮热，神昏，胡言乱语等危重症状；郑声则是急性或慢性疾病至晚期心气内损，精神散乱的垂危之证，表现为神识不清，或时清时昧，言语重复，语声怯弱等；癫狂虽然也可出现精神错乱，胡言妄语的症状，一般不至危及生命，且发病机制与上二证迥异。《此事难知·狂言谵语郑声辨》："狂言者，大开目与人语，语所未尝见之事，即为狂言也；谵语者，合目自言，言所日用常见常行之事，即为谵语也；郑声者，声战无力，不相接续，造字出于喉中，即郑声也。"脏躁好发于妇人，《金匮要略·妇人杂病脉证并治》："妇人脏躁，喜悲伤欲哭，像如神灵所作，数欠伸……。"常随情绪刺激而诱发，轻者能自制，此与癫狂完全丧失自制能力有别。

治疗　分以下几方面：

方药治疗　癫证以痰郁气结为主证者，治宜疏肝解郁化痰，可选逍遥散、导痰汤之类加减；以心脾亏虚为主证者，治宜补养心脾，方用甘麦大枣汤合归脾汤之类加减。狂证以痰火上蒙为主证者，治宜泻心豁痰，方用生铁落饮、礞石滚痰丸、泻心汤加减。以阴虚火旺为主证者，治宜滋阴泻火，方选二阴煎合定志丸等。以血瘀为主证者，治宜活血行瘀，方用癫狂梦醒汤等。

癫、狂二证虽有阴阳和虚实之分，但两证既可单独存

在,又能相互转化,较难截然分开。例如,癫证缠绵不愈,痰郁化火,可演为狂证;狂证迁延日久,正气亏虚,亦会变成癫证,故临床上有时将癫狂并称。在治疗上以辨证施治为原则,不必有所拘泥。

由于癫狂多为情志因素所引起,因此在积极治疗的同时,尚需针对起病之因,排脱疑虑,淳诱开导,避免各种情绪刺激,做好精神抚慰工作,是治疗本病的重要环节。对登高弃衣,或企图自杀、杀人患者,采取必要的保护措施;拒食患者,做好喂养给药,以保证治疗工作的正常进行。

针灸治疗 癫证治以理气解郁,宁心化痰,选用手少阴、手厥阴、足厥阴、足太阴经穴为主,针灸并用,补泻兼施。处方:神门、大陵、太冲、丰隆、三阴交、百会,悲泣者加少商。狂证治以清泻肝火,清心豁痰,取手足厥阴及手少阴、足阳明经穴为主,针刺泻法。处方:水沟、劳宫、少府、行间、丰隆,胸闷躁动者加少商,脘痞不适者加隐白。

耳针可取:心、皮质下、肾、枕、额、神门,每次选用3—4穴,留针30分钟,癫证用轻刺激,狂证用重刺激。

电针取水沟、丰隆、内关、哑门、间使、大椎,每次选取一组,针后通以脉冲电15—30分钟,癫证用断续波,作短时间的强刺激;狂证用连续波,作时间较长的强刺激。

头针取运动区、感觉区、足运区。沿皮刺入,连续捻针1分钟,或通电20—30分钟,每日一次。

简易方 ①甜瓜蒂细末0.6克,早晨第一汲井水下,一食顷,含沙糖一块,食久,涎如水出,涎尽食粥。②犀黄0.9克,水飞神砂0.3克,巴豆霜0.9克,白矾0.9克,研细末,加米粥作20丸,朱砂为衣,每服1丸,温水下,必吐泻。不愈,再服效。③巴豆霜1—3克,分两次间隔半小时服完,10次为一疗程,第一疗程隔日一次,第二疗程隔二日一次。主治狂证,痰火扰心为主者(《实用中医内科学》)。

预后 癫证如病程较短,病情较轻,经治疗后每可获愈。但应注意精神调摄,避免情志刺激,以免复发。如反覆发作,病情每日渐加重,最后不易治愈而终成不能自理生活之废人;狂证来势较急,但如能及时有效地治疗,病情亦多可得到缓解。如病久迁延不愈或反覆发作,预后多不良。

癫证

以精神抑郁,表情淡漠,沉默痴呆,语无伦次为临床特征的病证,称为癫证。癫在《马王堆汉墓帛书·五十二病方》中称颠疾,或称瘨疾。癫名出自《内经》,亦称巅。《证治要诀》称心风。《景岳全书》作痴呆。《辨证录》称呆病。

癫证多由情志所伤,痰气郁结,或思虑太过,心脾亏虚,以致气滞津聚,结而为痰,痰气上逆,心神被蒙所致。《景岳全书·杂证谟·癫狂痴呆》指出:"癫病多由痰气,凡气有所逆,痰有所滞,皆能壅闭经络,格塞心窍"。《临症指南医案·癫痫》:"癫由积忧积郁,病在心脾包络,三阴蔽而不宣,故气郁则痰迷,神志为之混淆"。可见癫证病因以痰气为患,病变涉及心、肝、脾三脏。

七情所伤癫证:症见精神抑郁,表情淡漠,喃喃独语,哭笑无常,幻想幻觉,不知秽洁,苔腻或薄腻,脉弦滑。由于思虑太过,谋求不遂,气郁痰结,阻蔽神明所致。治宜理气解郁,化痰开窍,方用导痰汤、白金丸,加菖蒲、远志等。若痰浊壅盛,可用温胆汤加南星。胸闷气郁者,加柴胡、香附、白蒺藜等。

癫证亦称心风,见《证治要诀》。《证治准绳》亦称失心风,属七情所伤的一种癫证。症见忽悲忽喜,如醉如痴,言语错乱,神情淡漠,舌苔腻,脉弦滑,往往经年累月不愈。多因所欲不遂,情志郁结所致。治宜行气、化痰、解郁,可选用星香汤、寿星丸等方。二方均以南星为主药,有化痰散结之功。用木香理气开郁,琥珀、朱砂宁神定志。

又如痴呆,见《景岳全书》。属七情所伤的一种癫证。症见言辞颠倒,举动不循,舌质红,苔薄腻,脉多弦滑或弦细数。由于肝气郁结,思虑过度,暴受惊恐所致。治宜清心清肝,行气开郁,方用服蛮煎。方中生地、麦冬、茯神、丹皮等清心清肝,陈皮、菖蒲等行气开郁。如气血素虚,复受大惊猝恐,一时偶伤心胆,而致失神昏乱,当速扶元气为主,方用七福饮或大补元煎加减。

癫证有多种临床表现,如呆病,见《辨证录》,亦为七情所伤的一种癫证。症见终日不言不语,不饮不食,忽笑忽哭,坐数日而不睡,睡数日而不醒,闭户独居,自言自语,苔腻,脉弦滑。由于肝郁气滞,克伐脾胃,或起居失常,脾胃受伤,以致痰湿内生,蒙蔽心窍所致。治宜开郁化痰,可选用洗心汤、转呆丹、启心救胃汤等方。三方均用人参、茯苓(神)、半夏、菖蒲、神曲等补脾胃,化痰湿。有瘀者宜祛瘀法。

脾胃虚寒癫证:症见神志恍惚,梦魂颠倒,心悸恐惧,胆怯易惊,悲伤欲哭,神倦食少,舌质淡,苔白腻,脉细弱无力。由于素体虚寒,忧思伤脾,运化不健,痰气凝聚。治宜益气温中,化痰定神,方用祛癫汤、甘麦大枣汤,前方用人参、白术、肉桂、干姜等运脾温中,白芥子、半夏、菖蒲等化痰宣窍。后方用甘缓之品以养心安神,为治疗癫证常用的有效方剂。如偏于心脾气血亏虚,亦可选用养心汤。

针灸及其他疗法,见"癫狂"条。

狂证

以精神躁狂,喧扰不宁,动而多怒,毁物打骂为临床特征的病证,称为狂证。狂名出自《内经》。后世亦有根据狂证发病缓急程度的不同,而称阳狂、阴狂。如《中国内科医鉴·狂痫》说:"急发者名阳狂","缓发者即阴狂。"

《增广验方新编》称作痰疾癫狂。

狂证多由恼怒愤恚，喜乐无节，五志过极，郁而化火，或水亏火旺，痰火上扰，以致心窍被蒙，神志逆乱。《景岳全书·杂证谟·癫狂痴呆》说："凡狂病多因于火，此或以谋为失志，或以思虑郁结，屈无所伸，怒无所泄，以致肝胆气逆，木火合邪，是诚东方实证也。此其邪乘于心，则为神魂不守；邪乘于胃，则为暴横刚强。"或因气滞血瘀，使脏腑之气不相连接引起狂证。

狂证根据症状分为阳狂、阴狂。

阳狂，见《中国内科医鉴》。指狂证发病之急骤者。症见终日不眠，不知困倦，力倍常人，或疑饭肴有毒，噤口不食，或惧有人追捕，惊恐不已，舌质红，苔腻，脉弦滑数。多因思虑郁怒过度，气机不得宣泄，郁而化火，痰火上扰，心窍被蒙。治宜泻火化痰，镇惊安神，方用柴胡加龙骨牡蛎汤。阴狂，见《中国内科医鉴》。指狂证发病之缓慢者，症见闭居独处，终日沉默寡言，若有所思，疑有人诽谤自己，作羞愧无地自容之状，苔腻，脉弦滑。多因情志抑郁，痰气阻塞，神志迷蒙，不能自主。治宜化痰解郁安神，方用温胆汤加菖蒲、郁金等。阴狂证与癫证相类，参见"癫证"条。

狂证又可根据病因分为以下几类：

火炽痰涌狂证：症见性情刚暴，两目直视，骂詈不避亲疏，甚则持刀执杖，登高而歌，裸衣而走，舌质红，脉弦滑数。由于大惊大怒，惊则气乱，怒则伤肝，肝火亢盛，挟痰蒙蔽心窍所致。治宜清心涤痰，清肝泻火，方用生铁落饮。方中丹参、茯神、胆星、贝母、辰砂等镇心涤痰；生铁落、钩藤、元参、连翘等清肝泻火。甚则可用龙虎丸以劫夺痰火。如痰火壅盛，舌苔黄腻者，可同时用礞石滚痰丸，以泻火逐痰。神志昏蒙者，可用安宫牛黄丸，以清火开窍。肝胆火盛，脉弦实数者，可用当归龙荟丸，以清肝泻火。谵语，面赤，大便燥结，舌红苔黄，脉滑实有力者，可用大承气汤，以泻火通便。

火旺水衰狂证：症见狂势较盛，呼之亦能自止，且有疲惫之象，多言善惊，时而烦躁激怒，形瘦面红，舌质红，脉细数，由狂久不已，心火亢盛，肾阴被劫，肾水亏虚，不能制火。治宜滋阴降火，安神定志，方用二阴煎、百合地黄汤、百合知母汤等。方中生地、元参、麦冬等滋阴益肾；黄连、木通、竹叶、枣仁等清心安神。如精神委顿，面色少华，可合定志丸，以益气安神。

气血凝滞狂证：症见燥狂不宁，恼怒多言，骂詈唱歌，不避亲疏，幻听幻视，妄想纷乱，面色晦滞，头痛胸闷，妇女痛经，经水紫黑，舌质青紫，或有瘀斑，脉弦数或细涩。由于气血凝滞，使脑气与脏腑之气不相连接，气血不能上荣于脑所致。治宜活血化瘀行气，方用癫狂梦醒汤。方中桃仁、赤芍等活血化瘀，还可加丹参、红花，以加强活血作用，柴胡、香附、苏子、大腹皮等解郁降气；木通、桑皮等以清火泻火。并可吞服大黄䗪虫丸，以逐瘀破血。由于气血凝滞，虽以狂证为主，但也可以出现癫的症状，上方可去木通、桑皮，加入南星、远志、菖蒲等以祛痰宣窍。如狂久成癫，正气亏虚，可加补益气血之品。

针灸及其他疗法，见"癫狂"条。

花癫

是指由于思慕异性不遂，引起痴心妄想，神思恍惚，如醉如痴为临床特征的病证。本证多发于青年人。

花癫，见《石室秘录》。《秘珍济阴》名花癫病。《中国内科医鉴》则称华疯，俗称花痴。

花癫的病因病机，《辨证录·癫痫门》认为："此乃肝火炽盛，思男子而不可得，郁结而成癫也。"临床所见，男女青年均可得此病，并不局限于女子。花癫多由所愿不遂，情怀抑郁，相火过旺，欲念妄动，神志失常所致。

花癫的临床表现，症见独自悲伤忧郁，神志迷惘，或顾影自怜，表情呆钝，或对镜嘻笑，涂脂抹粉，甚则赤身露体，不识羞耻，舌质红，苔薄腻或黄，脉弦数或细数。治宜疏肝散郁泻火，方用散花丹、栀连泻火汤。前方用柴胡、白芍、山栀等入肝经以解郁泻火；生地、熟地、元参等滋肾水以清热涵木。后方用丹皮、山栀、黄连等以泻肝清心，生地、当归等以养肝滋阴。花癫而表现为狂躁不宁者，属狂证，可见"狂证"条。

痫证

突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，四肢抽搐，或口中如作猪羊叫声的发作性疾病，称为痫证。苏醒以后，除感觉头痛、神倦外，一如常人。往往不定时地反覆发作。故《杂病广要·痫》说："痫字从病，从间，以病间断而发，不若别证相连而病也。"

古代癫、痫二字通用，故常称痫证为癫痫。在《马王堆汉墓帛书·五十二病方》中已有"婴儿病痫"的记载。俗称羊痫风、羊癫风或羊羔风。《内经》泛称癫疾，亦称巅疾、痫厥。《灵枢·癫狂》指出："癫疾始作，先反僵，因而脊痛"，"癫疾始作而引口啼呼喘悸者。"说明痫证发作时肌肉强直，发出畜类啼叫声，发作后常有肩背疼痛等典型症状。癫痫之名，首先见于《备急千金要方》，并以痫证发作时的不同叫声及症状命名，有六畜痫、五脏痫。《名医别录》则以马、羊、鸡、猪、牛为"五畜痫"。

病因病机　《内经》认为本证是"巅疾"，说明病变部位在巅顶，即在脑部。并指出病因与妊娠期母受大惊有关。严用和主六淫与饮食因素，《济生方·痫病论证》："幼小受风寒暑湿，或饥饱失宜，逆于脏气而得之者"。朱丹溪主痰与热，《丹溪心法·痫》认为与"舍空而痰聚"有关。《医学入门·痫》则谓"痫本痰热挟惊。"《证治准绳·痫》说："脏气不平，郁而生涎，闭塞诸经。"以致气滞痰阻所致。现将比较常见的病因，归纳于下：

痰浊阻络：气机郁滞，化火伤津，炼液成痰，痰热上蒙

心窍;或饮食饥饱失调,脾虚不运,水谷不能生化精微,聚湿生痰,扰乱神明,均能引起突然跌仆,口吐涎沫,不省人事。故《医学纲目·癫痫》说:"癫痫者,痰邪逆上也。"

风阳上扰:肝为风木之脏,主动主升。如谋虑不遂,郁怒不伸,肝火亢盛;或肾阴素亏,水不涵木,肝阳上扰,肝风内动,可以引起肢体强直,手足抽搐。正如《张氏医通·神志门》所说:"痫证之发,由肾中龙火上升,而肝家雷火,相从挟助也。惟有肝风,故作搐搦。"

惊恐伤肾:恐为肾之志,大惊卒恐,则精气内损,伤及肝肾,渐致脏气不平。气血功能失调,肾气受伤则肝木不和,则阴虚风动,可以导致卒然昏仆抽搐。故《寿世保元·痫症》说:"必因惊恐而致疾,盖恐则气下,惊则气乱,恐气归肾,惊气归心。"

气滞血瘀:情志失调,肝气不舒,气滞而导致血瘀;或饮食失调,劳倦过度,气虚不运则血流不畅,亦可导致血瘀;或居高倾跌,脑部受伤,或分娩时难产伤及婴儿头部,导致血瘀阻于经络。上述气滞血瘀,每与风阳相搏,稍有感触,均可引起癫痫发作。

胎儿受惊:怀孕期间,母受惊恐,或情志失调,胎气受伤。《活幼心书·痫证》:"胎痫者,因未产前腹中被惊,或母食酸咸过多,或为七情所汩,致伤胎气,儿生百日内有者是也。"

上述五种致病因素,常参杂互见。由于情志失调,惊恐伤肾,饮食不节,脾胃受伤,水谷不化精微,聚而成痰,一旦肝失条达,气机逆乱,阳升风动,触及宿痰,乘势上逆,经络壅闭,清窍阻塞,引起癫痫突然发作。其病变虽与诸脏均有关系,但以肝、脾、肾三脏为主。其病机转化,亦不离惊、风、痰、气、瘀而已。由先天因素而得此病者,多发于幼儿时期。

分类 古代医家,各有不同见解。《诸病源候论·痫候》按发病的原因分为惊痫、风痫、食痫。《备急千金要方·惊痫》按发作时不同兽类啼叫声分为马痫、牛痫、羊痫、猪痫、犬痫、鸡痫;又根据脏腑辨证分为肝痫、心痫、脾痫、肺痫、肾痫以及鬲痫、肠痫;从阴阳分类有阳痫和阴痫。《医学入门·治风门》把以蛇退治疗的痫证称做蛇痫。《张氏医通·神志门》以脉象作为分类依据,如"脉浮滑洪数为风痫,细弦微缓为虚痫。"从临床实际情况看,以阴、阳分类的方法较为切合实用。

辨证 首先应辨明属于阳证或阴证。偏于阳证者,体质比较壮实,发病急骤,病史较短、发作时卒倒啼叫,抽搐吐涎,牙关紧闭,两目上视,平素大便秘结,内热口臭,舌质偏红,苔多黄腻,脉弦数;偏于阴证者,体质较弱,痫证反覆发作,迁延有年,发作时面色苍白,呆滞无知,痰涎清稀,身寒肢冷,舌淡苔白或滑腻,脉沉迟带弦。其次,宜辨明证因之偏气、偏痰、偏风、偏惊、偏瘀。因于惊者,多见幼年即发痫病,遇惊辄发,平素心悸胆虚气怯,惶惶不可终日,夜寐恶梦惊惕。因于风者,发作时多见一侧或全身肢体强直抽搐,不能自制。因于痰者,发作时多突然跌仆,不知人事,口吐涎沫较多,痰声漉漉,平素咳痰亦多,舌苔滑腻。此类患者体型多较肥胖。因于气者,情志抑郁,心烦易怒,发作前常有胸闷憋气,随情绪刺激而诱发。因于瘀者,多有脑部外伤或手术史,平时有头痛,舌质紫黯或有瘀点等。上述辨证常互相兼挟,不可胶执一端。

病证鉴别 痫证应与癫狂、痉病、中风、厥证鉴别。痫证与癫狂同样可出现神志异常,两者的区别,《医学入门·痫》阐述甚明:"痫与癫狂相似,但痫病时发时止……癫狂经久不愈。"《医宗金鉴·杂病心法要诀》也说:"盖癫疾始发,志意不乐,甚则精神呆痴,言语不伦……;狂疾始发,多怒不卧,甚则凶狂欲杀,目直,骂詈不识亲疏……;然俱不似痫疾发则吐涎,神昏卒倒,无知,口噤牙紧,抽搐时之多少不等,而省后起居饮食皆若平人为别也。"痉病与痫证均有口噤、四肢抽搐的症状,但前者有角弓反张、神志不清短时间不会苏醒,后者神昏片时即醒,伴口吐涎沫,惊叫等,无角弓反张,以此为别。《玉机微义·风痫门》云:"痫与痉略相类,而实不同,其病发身软时醒者,谓之痫也;身强直反张如弓,不时醒者,谓之痉也。"中风与痫证都可出现神志昏迷,喉中痰鸣之症,但前者证情危重,神昏非即时可醒,缓解后常遗留口眼㖞斜,半身不遂等症;后者呈发作性,醒后一如常人。《证治准绳·杂病》云:"痫病与卒中痉相同,但痫病仆时,口中作声,将醒时吐涎沫,醒后又复发……;中风则仆时无声,醒时无涎,醒后不再发……。"厥证也可见突然昏倒不省人事,但一般无抽搐、吐涎沫及发出异常的惊叫声,且厥证有四肢厥冷的临床特征。《杂病源流犀烛》说:"癫痫仆时,口中作声,将省时吐涎沫,省后又发,时作时止,而不休息,中风、中寒、中暑、尸厥之类则仆时无声,省时无沫,后不时发。"概括地说明了痫证与上述诸证的鉴别要点。

治疗 有以下几方面:

方药治疗 《张氏医通·痫》说:"丹溪主痰与热,以星、半、芩、连为主;热多者,凉膈散加川连、麦冬以泄之;痰多者,藏人三圣散以吐之;如惊者,东垣安神丸以平之,可下,以承气汤下之;然后用安神平肝之剂,归、地、牛黄、朱砂、青黛、柴胡、川芎之类;心热痰迷心窍者,清神汤;病久而成窠囊,窠囊日久,必至生虫,妙功丸神效;既与行痰涤热,痫证已愈,然须防其再发,宜十全大补汤加枣仁、远志、麦冬;禀气素虚者,鹿角胶经年常服,六味丸加远志,沉香亦不可缺"。从临床实际来看,痫证的治疗,总不离镇惊、熄风、豁痰、顺气、化瘀诸法。反覆发作,日久不愈者,正气必然虚惫,根据不同情况,采用培补肝肾,补益气血等法,加以调治。

治疗痫证,除上述基本大法外,在选用药物方面,历来常以虫类药如蜈蚣、全蝎、僵蚕、地龙、壁虎、乌梢蛇等治疗癫痫。由于上述虫类药一般有平肝熄风,解痉定痫作用,故用以治疗本证,有较好的效果。其中尤以蜈蚣、全蝎作用为佳。《本草纲目》指出,蜈蚣"治小儿惊痫风搐"。《本草图经》认为,全蝎"治小儿惊搐"。但此二药一

般煎服效差，而以研细粉或制成丸药、片剂吞服为宜。故古人使用此二药亦以丸药为主，如定痫丸、天麻丸等。蜈蚣、全蝎一般每日用量3克左右，分两次吞服。如两药同时使用，则每日用量各1.5克即可。小儿剂量可酌情减少。

此外，活血化瘀法亦常用于痫证。由于痫证多见颈项强直，四肢抽搐等动风之象，根据"治风先治血，血行风自灭"的理论，可以将活血化瘀药物与熄风定痫之品配合使用。同时，凡痫证发作频繁，日久不愈，说明久病必夹瘀血，亦可使用活血化瘀法进行治疗。有外伤病史的患者，用活血化瘀法进行治疗，更属必要。常用的活血化瘀药物有桃仁、红花、丹参、当归、赤芍等。由于痫证与肝失条达，风阳扰动有关，故在临床上亦常用柔肝法，使肝体柔和，风阳平息，可重用白芍、甘草。此法对痫证因肝气流窜而见腹部疼痛拘急者，尤为相宜。

针灸治疗　①通治法，以开窍熄风，化痰宁心为主。选督脉、任脉、足三阴、足阳明等经穴和背俞穴，如水沟、百会、承浆、心俞、脾俞、肾俞、神门、丰隆、申脉、照海、三阴交、太冲和涌泉等，每次3—5穴，用毫针刺行泻法。②辨证论治，若风痰闭阻者，治宜豁痰开窍，熄风定痫，可选督脉、足厥阴、足少阳和足阳明等经穴，如水沟、百会、印堂、风池、风府、丰隆和太冲等，用毫针行泻法。心肾亏虚者，治宜补益心肾，健脾化痰，可选任脉、督脉、手少阴、足少阴、足太阴、足阳明等经穴和背俞穴，如百会、心俞、脾俞、肾俞、巨阙、大陵、中脘、神门、足三里、丰隆和太溪等，每次4—5穴，用毫针行补法。此外，也可酌情配合腰奇穴针刺治疗。

推拿疗法　以活血化瘀，顺气豁痰为原则。操作：患者取坐位。①一指禅推项部两侧夹脊穴，3—5分钟。②三指拿项部，结合揉法。③一指禅推百会，见"三阴头痛"条。④按揉心俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞。⑤按揉天突、膻中、内关、足三里、丰隆。⑥背部掌拍法。辨证加减：阳痫加按揉太冲、行间。阴痫加背部揉法，掌振后枕部。

简易方　①雨前茶、白矾各一斤为末，茶叶米饮汤为丸，每服49丸，发作前二服，茶送下(《陈氏笔记》)。②天南星，九蒸九晒，为末，生姜汁打糊，丸如梧子大，每服20丸，煎人参、麦冬，菖蒲汤下亦可(《医学正传》)。③郁金一枚，甘草二钱五分，水半杯，煮干，去甘草，切片，焙研为末，人真脑砂子炒五分，每用一钱，以生猪血五七滴，新汲水调下(《本草纲目》)。④新橄榄切细屑，去实，蘸明矾末服之。愈多服愈妙，至痰自涌出为度(《医林集要》)。

食疗方　①杞子炖羊脑：用杞子30克，羊脑一副，清水适量，隔水炖熟，调味服食。②红蓖麻根黑醋煲鸡蛋：以红蓖麻根30—60克，鸡蛋两个，黑醋适量。先将鸡蛋煮熟去壳，再加入黑醋、红蓖麻根和适量清水煎服，每日一次，连服数日。③蚯蚓胡椒豆：以蚯蚓60克，白胡椒30克、黄豆500克，加清水2 000毫升，煲至水干，取出黄豆晒干，瓶贮。每次服黄豆20—30粒，每日二次。

预后　痫证的预后，一般来说，阳痫如年龄较轻，病程较短，经及时治疗，多能控制发作；如发作较频，或发作持续时间较长，则疗效较差。阴痫多病程较长，久病正虚，较难控制。但如能坚持长期用药，改善体质，亦可得到缓解。个别痫证患者，由于发作时突然昏仆，痰涌喉间而窒息，或发生溺水等，亦可导致死亡。

阳痫

痫证偏于实、热者，称为阳痫。临床表现以病人形体壮实，抽搐，啼叫，身热，脉弦数为特征。阳痫出自《诸病源候论·风痫候》。《备急千金要方·惊痫第三》认为："阳痫，病在六腑，外在肌肤，犹易治也。"

阳痫的发病原因，多与痰热上扰有关。《杂病源流犀烛·诸痫源流》说："阳痫必由痰热客心胃，闻惊而作，甚则不闻惊亦作。"由于痰蒙心窍，热盛动风所致。

阳痫发作前常有头痛、胸闷先兆，发作时来势急骤，突然昏倒仆地，不省人事，面色苍白，牙关紧闭，两目上视，颈项强直，四肢抽搐，气粗痰鸣，口吐涎沫，舌红苔黄腻，脉浮数或弦滑数。由于痰热壅盛，肝风内动，风痰横窜经络，心窍闭塞，神明被蒙，络脉不和所致。治宜熄风涤痰，镇惊开窍，方用竹沥达痰丸、定痫丸。前方用大黄、黄芩、礞石、竹沥、橘红等泻火涤痰。后方用菖蒲、远志、南星等豁痰开窍；全蝎、僵蚕等熄风定痫；琥珀、茯神、辰砂镇惊安神。

阳痫间歇期如见情绪急躁，心烦失眠，舌质红，苔黄腻，脉弦数，每因恼怒诱发痫证。此乃肝火亢盛所致，治宜清肝泻火，用龙胆泻肝汤。若阳痫偏于阴虚火旺，可用百合地黄汤、百合知母汤合甘草小麦大枣汤加减。

痰痫，属于阳痫的一种。《奇效良方·五痫》："痰痫为病，此患似张狂，作之不常，或半年一作，或一年，或一月，或一日一次，或一日三次，一身惊搐，不废手足，不废头目，其人张狂，如梦中，如半醉，灯下不知人，皆从梦寐中作，所以无常也。"临床上确有痫证常发于睡梦中者。多由痰浊上蒙心窍，神不守舍所致。治宜涌吐排痰，方用三圣散。亦可参照上述各法中加强化痰之品。

针灸等其他疗法，见"痫证"条。

阴痫

痫证偏于虚、寒者，称为阴痫。临床表现以病人体质较弱，面色苍白，呆滞无知，不动不语，痰涎清稀，身冷，脉沉弦为特征。阴痫出自《诸病源候论·风痫候》。《备急千金要方·惊痫第三》认为："阴痫，病在五脏，内在骨髓，极难治也。"阴痫包括气虚痫、阴虚痫两类。

阴痫的发病原因，多由痫证反覆发作，正气渐衰，脏气虚寒，痰结不化，或过于使用寒凉药所致。《杂病源流

犀烛·诸痫源流》说:"阴痫,亦本痰热,缘医用寒药太过,损伤脾胃,复而成阴,宜用温补燥湿药。"

阴痫发作前常有神疲、胸闷、眩晕等症。发作时面色晦滞或皖白,四肢厥冷,蜷卧拘挛,或抽搐频发,呕吐涎沫,啼叫声低怯,或呆木无知,呼之不应,舌质淡胖,苔白腻,脉沉弦或沉细。由于脾胃阳虚,湿痰内蕴,上蒙清窍,扰乱神明所致。治宜温阳化痰,镇惊定痫,方用五生丸、引神归舍丹。前方用南星、半夏以祛痰宣窍;川乌、白附子以温阳化湿。后方用胆星、朱砂以豁痰镇惊定痫;附子以温阳化湿;萱草根以解郁散结;猪心血以引药人手少阴心经。方名引神归舍,乃指痰浊蒙心,神不守舍,用此方以引神归舍。

阴痫间歇期如见精神困怠,面色少华,纳减便溏,眩晕或泛恶胸闷,舌质淡,苔白腻,脉濡滑,乃脾虚不运,痰湿中阻所致。治宜健脾化痰,用六君子汤加南星、菖蒲。如口苦,痰黄稠,舌苔黄腻,治宜清化痰热,用温胆汤加瓜蒌、贝母。如痫证频繁发作,神思恍惚,面容憔悴晦暗,两眼下涩,耳轮焦枯不泽,失眠,腰酸,苔薄腻,脉细弱,乃精血不足,肝肾亏虚所致。治宜滋养精血,补益肝肾,用河车大造丸。

无论阳痫、阴痫,如反覆发作,缠绵不愈,久病多夹瘀血,或因脑部受伤引起瘀血内阻,均宜活血化瘀,用血府逐瘀汤加减。

针灸等其他疗法,见"痫证"条。

不寐

不易入睡,或睡而易醒,甚则彻夜不眠的病证,称为不寐。不寐以不能获得正常睡眠为特点,通常称失眠。

不寐名称,见《难经》。《内经》称目不瞑、不得眠、卧不安或不得卧。《中藏经》称无眠。《外台秘要》称不眠、不得睡。《圣济总录》称少睡。《太平惠民和剂局方》称少寐。

病因病机 《内经》认为卫气不得入于阴,或胃不和而产生。《素问·逆调论》:"不得卧而息有音者,是阳明之逆也。……阳明者,胃脉也。胃者六腑之海,其气亦下行,阳明逆不得从其道,故不得卧也。《下经》曰:胃不和则卧不安。此之谓也。"《灵枢·口问》:"卫气昼日行于阳,……阳气尽,阴气盛,则目瞑,阴气尽而阳气盛,则寤矣。"张仲景认为阴虚火旺,脏腑失调所致。《伤寒论·辨少阴病脉证并治》:"少阴病,得之二三日以上,心中烦,不得卧,黄连阿胶汤主之。"《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》:"虚劳虚烦,不得眠,酸枣仁汤主之。"《中藏经》卷上认为胆冷所致:"胆冷则无眠。"《太平圣惠方·治胆虚不得睡诸方》更阐明胆虚不得寐之因,曰:"夫胆虚不得睡者,是五脏虚邪之气,内淫于心。心有忧恚,伏气在胆,所以睡卧不安。"《甲乙经》强调精神情志因素,指出:"脏有所伤,及情有所倚,则卧不安。"巢元方主心热,《诸病源候论·虚劳候》:"若心烦不得眠者,心热也。"王焘主心虚,《外台秘要·虚劳下》:"心虚不得睡,多不食。"王怀隐主胃气虚,《太平圣惠方》十二卷:"胃气虚乏,不思饮食,四肢少力,心神烦闷,不得睡卧。"严用和主胆气实热,《严氏济生方·五脏门》:"胆气实热不得睡,神思不安。"龚信主痰,《古今医鉴》:"有痰在胆经,神不归舍,亦令不寐。"戴元礼上痰涎沃心,心气不足,《证治要诀》:"大抵惊悸、健忘、怔忡、失志、不寐、心风,皆是痰涎沃心,以致心气不足。"沈金鳌主心血虚而有热,并认为与五脏相关,《杂病源流犀烛·不寐多寐源流》:"不寐,心血虚而有热病也。然主病之经虽专属心,其实五脏皆兼及也。"余震主心肾不交,《古今医案按选·不寐》:"寐虽由心,必赖肾之上交。"秦景明主火热,《症因脉治·不得卧论》:"不得卧之症,诸经皆有,主热者多。"《温病条辨·下焦》汪瑟庵按:"不寐之因甚多,有阴虚不受阳纳者,有阳亢不入阴者,有胆热者,有肝用不足者,有心气虚者,有心液虚者,有蹻脉不和者,有痰饮扰心者。"归纳起来,以下列数种较为常见:

情志所伤:忧愁思虑则伤心,心血暗耗,心神失养;或恼怒抑郁,久而化火,扰动心神;或卒惊大恐,气陷伤胆,决断无权;或心有所慕,欲念无穷,神驰不收,皆可导致心神不宁而不寐。

外邪所伤:邪气客于五脏六腑,格拒卫气于阳而不眠。邪热在表,气分大热,邪热在里,热人营血,余热不尽皆可致不得卧。

气血亏虚:禀赋不足,或久病失养,或误治伤正,或劳倦过度,以致气血亏虚,神失所养,怯而不安,发为不寐。

阴虚火旺:邪热伤阴,心火独盛;或肝肾阴虚,相火上扰;或肾水下亏,心火上炎,心肾不交。阴虚则神失所倚,火扰则神不守舍,以致水火不济,神躁不宁,难以成寐。

胆气失和:胆虚气怯,或痰火扰动,以致胆失清静之性,决断之职,神魂不定,而成不寐。

胃气不和:饮食不节,肠胃受伤,宿食停滞,壅遏中焦,胃失和降,睡卧不安。

水饮内停:脾失健运,聚湿生痰停饮,水饮凌犯心阳,或痰饮聚肺,肺气上逆,致喘息而不得卧,或痰涎内扰肝胆,致不能安卧。

《景岳全书·不寐》说:"不寐证,虽病有不一,然唯知邪正二字则尽之矣"。不寐的病因病机,不外正虚和邪扰两端。正虚多涉及心脾肝肾胆等脏腑,邪扰则以火热、痰饮、食滞为多。

分类 《古今医鉴》以虚、痰分为两种。《景岳全书》以虚、实分为两类。《症因脉治》分外感、内伤两类。今临床分为虚证不寐和实证不寐两类。虚证不寐包括血虚不寐、气虚不寐、阴虚不寐、阳虚不寐等。实证不寐包括外感不寐、肝火不得卧、胆火不得卧、心火不寐、痰热不眠、余热不寐、胃不和卧不安、水停心下不得眠、瘀血不寐等。

辨证 无邪者,皆虚证。虚证不寐总因正气亏虚,有

血、气、阴、阳之别。血虚者，面色苍白，头晕眼花；气虚者，神疲倦怠，少气懒言；阴虚者，烦热盗汗；阳虚者，形寒肢冷。有邪者，多实证。实证不寐是因邪扰心神，有火、痰、食滞、饮、瘀之异。肝火者，烦躁易怒，两胁胀痛；胆火者，心烦口苦，躁扰易惊；心火者，面赤心烦，口苦溺赤；痰热者，头重心烦，胸闷泛恶；余热者，胸膈窒闷，嘈杂心烦；胃不和者，胃脘满闷，不思饮食；有咳逆气喘不能正偃者；有水停心下者，心下动悸，头晕目眩；瘀血者，胸中闷窒，舌黯脉涩。

病证鉴别　不寐应与癫狂相鉴别。不寐以不能获得正常睡眠为主证，癫狂病虽时有不寐症出现，是因癫狂病变所致，而以神志疾患为主要病症。此外因肺痈、疼痛、瘙痒等原因而致的不能入睡，亦不属不寐病，当以肺痈、疼痛、瘙痒论治；《内经》所说的"不得卧"：虽包括有不寐病，但亦有其他病变，不宜概以"不得卧"为不寐，应加分析。因被褥冷暖太过，或天时寒热不均，或偶因精神刺激，或睡前饮浓茶、咖啡、吸烟、饮酒等原因，致不能入睡，与本证所论不寐有别。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　应首先分别虚实。一般而论，实证不寐易治，虚证不寐治疗比较困难，取效较慢。虚证不寐治宜扶正，正复则神宁；实证不寐治当祛邪，邪祛而神自安。无论虚证、实证，安神宁心之品皆可随证选用。虚证不寐有气虚、血虚、阴虚、阳虚的分别，而以血虚、阴虚为常见，治当益气血、调阴阳、补脏腑、安心神，以养血益气为先务。《景岳全书·杂证谟·不寐》："无邪而不寐者，必营气之不足也。营主血，血虚则无以养心，心虚则神不守舍，故或为惊惕，或为恐畏，或若有所系恋，或无因而偏多妄思，以致终夜不寐，及忽寐忽醒，而为神魂不安等证，皆宜以养营养气为主治"。实证不寐有火、痰、食滞、水饮、瘀血的不同，而以痰、火为多见，治当清热泻火、化痰、和胃、蠲饮、祛瘀，配合宁心安神之法，而以清热化痰为要则。若虚实夹杂，因虚致邪者，虽有微痰微火，但当治其虚，气血恢复而诸证自退。凡病后及妇人产后不寐，此皆血气虚而心脾两脏不足，虽有痰火，亦不宜过于攻伐，仍当以补养为主，而略佐清火化痰之药。

针灸治疗　以宁心安神为主。用手厥阴经穴，如内关、郄门、神门、通里和三阴交等，每次2—4穴，或针或灸。耳针可选用耳神门、心、脾、肾、脑等穴。用中刺激，留针30分钟。

推拿疗法　治宜健脾安神，虚证辅以养血疏肝，实证则佐以清热化痰。基本治疗方法：①患者坐位，先施一指禅推法或揉法，从印堂开始向上至神庭，往返5—6次，再从印堂沿两侧眉弓至太阳穴，往返5—6次；然后施一指禅推法，由睛明沿眼眶周围往返3—4次后，从印堂沿鼻两侧向下，经迎香，沿颧骨，至两耳前，往返2—3次，以印堂、神庭、睛明、攒竹、太阳等穴为重点；接着，沿上述治疗部位，用双手抹法治疗，往返5—6次，抹时配合按睛明、鱼腰；再用扫散法在头两侧胆经循行部位操作，配合按角孙，最后从头顶部开始用五指拿法，到枕骨下改用三指拿法，配合按、拿风池穴，再拿两侧肩井。以上操作时间约10分钟。②患者仰卧位，作顺时针方向摩腹，同时配合按揉中脘、气海、关元等穴，时间约6分钟。辨证加减：心脾血虚者，加按揉心俞、肝俞、胃俞、小肠俞、足三里；并横擦左侧背部及直擦背部督脉，以透热为度。阴虚火旺者，加推两侧桥弓穴各30次；并横擦肾俞、命门部，以透热为度；再擦两侧涌泉以引火归原。痰热内扰、胃中不和者，沿背部脊柱两侧用㨰法治疗，重点在脾俞、胃俞、心俞等穴，时间约5分钟，并配合按揉上述穴位；在摩腹时，配合按揉中脘、气海、天枢、关元、足三里、丰隆等穴；横擦左侧背部及骶部八髎穴，以透热为度。

气功疗法　心脾两虚，可选用下列功法以健脾益血，养心安神。①取坐位，闭目凝神。伸一脚，屈一脚，将两手交叉，置于颈后向前牵引。同时头向后仰，使两力相拒。着力时吸气，放松时呼气，呼时默念"呼"字，行36次，收功。②蹲下，闭目凝神，以两手拒地，头向左右转动反顾。反顾时吸气，头恢复原位时呼气，呼时，默念"呼"字，凡36次，收功(以上二法，均见《养性书》，转引自《古今图书集成·医部全录》卷一百)。③常以季夏之月朔旦(初一早上)，并四季之末十八日，当太阳初升的时候，正坐，闭目凝神，闭气五息，鸣天鼓十二通，吸坤宫之黄气入口，合口中液津咽之，共12次，以补呼气之损，却脾之虚(《遵生八笺·四季调摄笺·修养脾脏法》)。

阴虚火旺，可选用下列功法以滋阴平阳，清热降火。①寅时(可不必拘于寅时，临卧前为之尤好)面向南，净神不乱思，闭气不息7遍，以引颈咽气顺之，如咽甚硬物，如此7遍后，饵舌下津令无数(《素问·遗篇刺法论》)。②不论行住坐卧，亦不必拘于时刻，但先闭目冥思，待神调气定后，行叩齿36—72次；再以舌拄上腭，或压下腭；或以舌上下前后左右搅动，久之津液自生。待满口后，作漱口状进行鼓漱，并如咽硬物状分三口吞下，吞时还当汩汩有声，将胸中元气顺至脐下丹田(《备急千金要方》卷二十七)。此法不但是治阴虚妙方，且能降逆气，健脾胃，清心火。③以舌拄上腭，凝神悬壅垂(在小舌头处)。存想该处有一股凉水，流向口中，待满时，吞下。④摆好姿势，凝神入静后，意引喉下凉水上升，或舌顶上腭，或舌压下腭，则津液自生，咽下。⑤摆好姿势后(不分坐卧)，凝神入静。用意引肾水来至咽喉；或用意引涌泉肾水升上，遍流周身(以上三法，均见《保生秘要》转引自《古今图书集成·医部全录》卷二百八十二)。

宿食内停，胃气不和，可选用下列功法以消痞满，和胃气。①两手努力向左，头身则同时尽力向右，使相拒；次将两手努力向右，头身则同时尽力向左，使相拒。如此一左一右，各行21次(《诸病源候论》卷二十一)。②不拘行住坐卧，随时行"延年九转法"(功法见该条)。或选用"延年九转法"中的以下两节功法：先以两手中三指，由心

窝向下，直推至高骨，计21次；以右手由左向右绕摩脐腹21次。

简易方 ①龙眼肉、莲子、大枣各15克，煎汤，饮汤食龙眼肉、莲子、大枣。适用于心脾两亏不寐。②桑椹膏：鲜桑椹二斤（或干品一斤），洗净，加水适量煎煮，取汁，再以文火煎熬浓缩，至较稠粘时，加入蜂蜜六两，收膏。每次服1汤匙，以沸水冲化饮用，每日2次。适用于阴虚火旺不寐（《本草衍义》）。③桑椹桂莲膏：桑椹子（干）20克、莲子（不去芯）30克、桂圆肉6克，加适量水，煨至莲子烂透，早晚分服。④参味煎：太子参30克、生熟枣仁各10克、五味子9克。加清水500毫升，小火煎30分钟，头二煎混和，分二次服。⑤酸枣树根（连皮）30克，丹参12克，水煎1—2小时，分2次，在午休及晚上临睡前各服一次，每天一剂。

食疗方 ①灯心花鲫鱼粥：用灯心花5—8扎，鲫鱼1—2条，白米30克，煮成稀粥服用。②合欢花蒸猪肝：以合欢花（干品）10—12克放碟中，加清水少许浸泡4—6小时，再将猪肝100—150克切片，同放碟中，加食盐少许调味，隔水蒸熟，食猪肝。③糯米百合糖粥：百合60—90克，糯米、红糖适量，加水煮粥，每日一次。④参枣米饭：党参10克，大枣30克，共煎半小时左右，捞出党参、大枣，药液加白糖50克，煎成浓汁备用。将大枣同糯米250克一齐蒸至饭熟后，扣在盘中，把药汁倒在枣饭上即成。适用于心胆气虚不寐（《醒园录》）。

预后 不寐的预后，取决于病情的轻重。病程较短，病因容易去除者，一般疗效较好，病程较长，病情较重，病因不易消除者，往往疗效较差，且常易反覆，对身心产生不良影响。

实证不寐

由邪扰心神而致的不寐，称为实证不寐。临床特点是不寐突作，不易入睡，起卧不安，多有烦躁，脉实有力等症。由感受外邪而致的不寐，属伤寒或温病范畴，不在本篇讨论之列。

病因病机 《景岳全书·杂证谟·不寐》认为："皆内邪滞逆之扰"。有火、痰、食滞、水饮、瘀血等多种原因，而以火、痰所致者为多见。

辨证论治 由于病邪不同，其病证表现亦有区别。有肝火不得卧、胆火不得卧、心火不寐、痰热不眠、余热不寐、胃不和卧不安、水停心下不得眠、瘀血不寐等。《景岳全书·杂证谟·不寐》："有邪而不寐者，去其邪而神自安也"。根据证候特点，分别治以清热泻火、化痰和胃、蠲饮、祛瘀，佐以安神宁心。

肝火不得卧：见《症因脉治》。症见睡卧不宁，烦躁易怒，两胁胀痛，喜太息，目赤，口苦，小便黄，舌红苔黄，脉弦数有力。由郁怒伤肝，气郁化火，肝火扰动，神魂不宁所致。治宜清肝泻火，镇惊安神。方用泻青丸，或龙胆泻肝汤，酌加龙齿、珍珠母、磁石等重镇安神之品。妇人气郁化火，月经不调而不寐者，治宜清热舒肝，用丹栀逍遥散加减。

胆火不得卧：见《症因脉治》。《严氏济生方》称胆气实热不得卧。症见夜不能寐，多梦易惊醒，心烦躁扰，胁肋胀满，口苦，恍惚不宁，舌红苔黄腻，脉弦数。由肝胆怫郁，木失条达，或酒食不节，湿热聚胆，郁而化火，火热扰心，心神不宁所致。治宜清胆泻火，宁心安神，方用清胆竹茹汤合左金丸加减。

心火不寐：见《千金要方》。症见胸中烦热，不易入睡，眠则多梦，口舌生疮，小便短赤，心悸怔忡，面赤口苦，舌红尖绛，苔黄而干，脉数。由烦劳心火独亢，心神不守所致。治宜清热养血，镇心安神。治不眠有"清心火为第一要义"之论。方用泻心汤或导赤散，送服朱砂安神丸。有痰者，酌加竹沥汁、胆南星、莲子心等药。

痰热不眠：见《温病条辨》。症见失眠多梦，胸闷多痰，欲呕泛恶，头重目眩，心烦不宁，口苦而粘，舌红苔黄腻，脉滑数。由脾运不健，或嗜食肥甘，聚湿生痰化热，痰热内扰，心神不安所致。治宜清热化痰安神，用黄连温胆汤加山栀、丹皮。妇人胖盛多郁不寐者，宜从郁结痰火论治，方用温胆汤加柴胡、炒酸枣仁、半夏曲（猪胆汁炒）。痰湿阻遏，心神不安而不寐者，常兼见呕恶气闷，胸膈不利，用二陈汤加减；精血虚耗，而兼痰热内蓄不寐者，用十味温胆汤加减。

余热不寐：《症因脉治》称余热不得卧。症见坐卧不安，难以入睡，胸膈窒闷，心烦不安，嘈杂似饥，口干，舌红，苔薄黄微腻，脉虚数。由病后余热未清，扰于胸膈，影响心神所致。治宜清热除烦，方用栀子豉汤、栀子乌梅汤、竹叶石膏汤。

胃不和卧不安：症见睡卧不安，睡则气逆，胸脘满闷，不思饮食，嗳气吞酸，恶心欲呕，舌苔厚腻，脉滑。由饮食不节，宿食停滞，胃气失降，浊气上逆所致。治宜消导和胃，顺气化痰，方用保和丸。积滞偏于下焦，大便不爽而不寐者，用枳实导滞丸。胃气不和而不寐者，可用半夏秫米汤，或二陈平胃散加石菖蒲、海浮石。亦有因痰阻在肺，气道壅塞，肺胃之气不得下降所致者，可见咳嗽，气逆，喘息有声，不得正偃，治宜下气化痰，用苏子降气汤、半夏秫米汤等。

水停心下不得眠：见《兰台轨范》。症见失眠，心下动悸，头晕目眩，胸胁支满，呕吐清水痰涎，小便不利，舌淡苔滑，脉弦。因脾失健运，水饮停聚心下，水气凌心，心神不安所致。治宜温化水饮，方用苓桂术甘汤、五苓散加减。肥人虚烦不眠，多是痰湿水饮为患，用温胆汤加减。

瘀血不寐：见《医林改错》。症见夜不能睡，将卧则起，彻夜不宁，胸中闷窒不舒，舌质黯红，有瘀斑，脉沉细而涩，或见结代。由瘀血阻滞，络脉不通，血不养心，心神不宁所致。治宜理气活血，化瘀通络，方用血府逐瘀汤化裁。

针灸治疗，若肝火上亢者，选用肝俞、内关、神门和太冲等穴，用毫针行泻法。胃气不和者，选用内关、足三里、三阴交和厉兑等穴，用毫针行泻法，并配合灸法。

推拿、气功及其他疗法，见“不寐”条。

虚证不寐

因正气亏虚而致的不寐，称为虚证不寐。临床特点是不寐渐起，兼见面色不华，心悸怔忡，神疲乏力，四肢不温，或五心烦热等。

虚证不寐的病因，皆因身体虚弱，正气受损，阴阳不交，神不安舍所致，如禀赋不足，或年高精衰，或病后虚弱，或产后亡血，或思虑太过，或劳倦过度，或化源不足，或情志所伤等。虚证不寐的治疗以扶正养心安神为主，根据其血虚、气虚、阴虚、阳虚等不同情况，选用益气血、调阴阳，补脏腑、安心神等法。

血虚不寐：《赤水玄珠》称血不足不寐。《症因脉治》称心血虚不得卧。《类证治裁》的“高年血衰不寐”亦属血虚不寐。症见夜卧不宁，难以入睡，多梦易醒，面色苍白，头晕眼花，心悸怔忡，健忘，舌淡苔薄，脉细。由素体心血不足，或思虑过度，损伤心血，血不养心，心神不宁所致。治宜补血养心安神，方用圣愈汤加炒枣仁、远志，或用益荣汤。若兼见食少纳呆，倦怠短气等症，是属心脾两虚，气血不足，心神失养而致的不寐，治宜健脾养心，益气补血，方用归脾汤加减。若见读书善忘而不寐，系由心不足而痰火乱其神明所致，宜用孔圣枕中丹。若见乱梦纷纭，疑虑恐惧，目视昏花，虚烦而不寐者，是肝血不足，神魂不藏所致，治宜补血养肝，宁心安神，方用补肝汤，或安睡丹合酸枣仁汤加减。若病后、汗下后不得眠者，亦有属血虚心神失养所致，治宜补血益气，养心安神，用人参、茯苓、炒枣仁、陈皮、麦冬、龙眼肉等。

气虚不寐：症见睡而易醒，心悸自汗，神疲倦怠，少气懒言，食欲减退，喜热恶冷，舌质胖淡，有齿痕，脉虚弱无力。是气虚不养，阳不入阴，阴阳不交，不能成寐。治宜益气健脾，养心安神，方用六君子汤合甘麦大枣汤加炒枣仁、黄芪，或补中益气汤加减。

心气虚不得卧，见《症因脉治》。《中藏经》卷上：“心病……虚则多惊悸，惕惕然无眠。”症见时时欲睡，睡中易醒，目漫神清，气怯倦息，心战胆寒，喜热恶冷，舌淡，脉弱无力。心气不足，心神失守，故夜卧不安。治宜补气养心安神，方用香妙散，或用养心汤加减。若脉散无神，可用人参养荣汤。

胆虚不眠，见《圣济总录》。《古今医鉴》称胆虚寒不眠，《寿世保元》称胆虚卧不安。《杂病源流犀烛》称心胆气怯不寐。《圣济总录·胆门》：“足少阳经不足者，胆虚也，虚则生寒，寒则其病恐畏，不能独卧。”症见恐惧不能独自睡眠，睡而易惊醒，心下憺憺，如人将捕之，头晕目眩，视物䀮䀮，喜太息，口苦，呕宿汁，舌胖淡，脉细弱而缓。是胆气虚而神魂不安，决断无权所致。治宜温胆益气安神，方用黄芪汤，或千里流水汤。若肝气虚所致惊悸不寐，症见头晕目眩，寐中易惊醒，肢倦神疲，宜用四君子汤加白芍药、炒枣仁。

阴虚不寐：症见不易入睡，甚则彻夜不眠，头晕耳鸣，心烦盗汗，五心烦热，健忘，腰酸膝软，或潮热遗精，舌红少津，脉细数。是由真阴亏虚，阴虚火旺，阴不敛阳，不能成寐。治宜壮水之主，以制阳光，滋补真阴，以敛浮阳，方用左归饮，或大补元煎化裁。若劳心思虑过度，阴虚火旺显著者，可用天王补心丹化裁。心肺阴虚所致百合病，欲卧不能卧，口苦，小便赤，脉细数，可选百合地黄汤之类。若见不易入睡，多梦，头晕目眩，巅顶头痛，心烦易怒，怔忡心悸，卧则魂散不守，腰酸膝软，舌红少津，脉细弦，是肝肾阴虚，肝阳上扰，魂不守舍所致。治宜滋阴潜阳，重镇安神，方用珍珠母丸加减。若见不易入睡，心烦多梦，心悸健忘，遗精盗汗，咽干口燥，口舌生疮，舌红少苔，脉细数，是心阴不足，心火独亢，心神不宁所致。治宜滋心阴，安心神，方用二阴煎。若心烦不易入睡，甚则彻夜不眠，头晕耳鸣，口干咽燥，燥热盗汗，遗精健忘，腰膝酸软，小便短赤，舌红少苔，脉细数，是肾阴虚亏，心火独盛，心肾不交所致。治宜滋肾水，降心火，交通心肾，可用黄连阿胶汤、归芍天地煎。《冷庐医话》卷三谓：“半夏得阴而生，夏枯草得至阳而长，是阴阳配合之妙也。”用半夏、夏枯草交通心肾。

阳虚不寐：症见寐而不实，眠后易醒，不能再度入睡，神疲易倦，形寒肢冷，夜间尿频，舌胖淡，有齿痕，脉沉弱无力。因阳气虚衰，阳入阴而不深所致，治宜温补元阳，用六味回阳饮，或右归丸加减。若伤寒下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，脉沉数，为汗下亡阳不寐，干姜附子汤主之。

若阳虚痰逆，不寐而喘咳多痰者，可早晨服金匮肾气丸，晚服半夏秫米汤，甚者用真武汤以温阳化饮利水。若失眠而见脘腹胀满冷痛，腹中肠鸣，泛恶嗳气，四肢不温，甚则呕吐腹泻，舌淡苔滑，脉弱而迟。系脾阳衰微不运，中州壅滞，升降失常，阴阳不交所致，见《景岳全书》。治宜温运脾阳，方用五君子煎，或附子理中丸加减。

针灸治疗，若心肾不交者，选用心俞、肾俞、神门、太溪，用毫针行补法或平针法。心脾气血不足者，选用心俞、脾俞、神门和三阴交等穴，用毫针行补法，并配合灸法。

推拿、气功及其他疗法，见“不寐”条。

嗜睡

精神困惫，时时昏沉欲睡的病证，称为嗜睡。嗜睡亦可见于急性热性疾病中。本条主要论述杂病所致的嗜睡。

嗜睡，《内经》称嗜卧、多卧，或称善眠。《中藏经》称

多眠。《诸病源候论》称嗜眠。《太平圣惠方》称多睡。《脾胃论》称欲睡。《叶选医衡》始称嗜睡。《杂病源流犀烛》称多寐。

病因病机 《内经》认为阴蹻、阳蹻功能失常，阳虚阴盛，气血虚弱，肝热，髓海不足皆可导致嗜睡。张仲景认为心气虚。王怀隐主肝胆实热。《太平圣惠方》卷三："积热不除，肝胆气实，故令多睡。"李杲主脾气虚，《脾胃论》卷下："食入则困倦，精神昏冒而欲睡者，脾亏弱也。"朱丹溪主湿盛，《丹溪心法》："脾胃受湿，沉困乏力，怠惰好卧。"沈金鳌认为病在心脾，《杂病源流犀烛》："多寐，心脾病也。一由心神昏浊，不能自主；一由心火虚衰，不能生土而健运"。综上所述，以下几个方面最常见：

痰湿困脾：脾为阴土，喜燥恶湿。过食肥甘厚味，脾伤失运，蕴湿生痰；或雨露外袭，久居卑湿，汗水浸渍，致外湿侵袭。脾阳受困，清气不升，心神受累，发为嗜睡。

脾气困顿：素体虚弱，脾气不足；或劳役过度，损伤脾气；或病后脾气受损未复。脾虚不运，心神失养，发为嗜睡。《明医杂著》卷五："小儿时时好睡，乃脾虚困倦也。"

肝胆实热：肝主疏泄，胆主决断。肝胆气实，相火上越，营卫壅滞，胸膈不利，浊邪扰心，发为嗜睡。

气血虚弱：素体不足，化源匮乏；或久病失养，气血两虚，致心神失养，发为嗜睡。《灵枢·天年》："六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈惰，故好卧。"

肾虚：肾阴亏损，髓海空虚，元神失养；或肾阳不足，火不生土，脾肾两衰，阴寒内盛；或阴阳两虚，皆可致嗜睡。

辨证 嗜睡临床分为虚实两类。实证嗜睡包括湿胜嗜睡、痰盛嗜睡、胆热多睡；虚证嗜睡包括脾虚多睡，阳虚嗜睡、气血虚弱嗜睡、肾虚嗜睡、病后多寐。

湿胜嗜睡：症见眼睑沉重，时时欲睡，呼之即醒，醒后复睡，身体沉重，脘痞纳呆，舌苔白腻，脉濡缓。若见口苦，舌苔转薄黄腻，为湿邪郁久化热之象。

痰盛嗜睡：症见嗜睡，胸闷多痰，舌苔浊腻，脉滑。若见痰黄，口苦，舌苔黄腻，为痰热壅盛之象。

胆热多睡：见《太平圣惠方》。症见精神昏愦，昼夜耽眠，心胸烦闷，头晕口苦，舌红苔黄，脉弦数。

脾虚多睡：见《瘟疫明辨》。症见时时思睡，饭后尤甚，脘腹胀满，少气懒言，肢体困倦，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉弱。若妇人嗜睡带下，舌淡，脉缓者，为脾虚气陷，带脉不束之象。若长夏倦怠，四肢无力，坐定即寐，舌略红，脉大无力，是暑邪伤气，脾肺两虚。

阳虚嗜睡：症见嗜眠蜷卧，精神衰疲，纳少便溏，畏寒肢冷，小便清长，舌淡苔白，脉沉弱迟。若身冷肢厥，精神萎靡，昏沉嗜睡，脉微细，是阳气欲脱之象。

气血虚弱嗜睡：病后或高年之人，体质素亏，气血不足，而见心神恍惚，沉困欲寐，短气懒言，心悸怔忡，怯寒肢倦，舌淡苔薄，脉多细弱。

肾虚嗜睡：症见头昏欲寐，思维迟钝，记忆衰退，脑转耳鸣，腰酸膝软。肾阴虚者，舌红少苔，脉沉细小数；肾阳虚者，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉微弱。

病后多寐：见《杂病源流犀烛》。热病后期，余邪未清，仍有低热，舌红少津，脉细数，为阴津未充，正气未复所致。

治疗 嗜睡的治法，当分清虚实，实证嗜睡多由湿、痰、胆热等所致，治以祛邪为主；虚证嗜睡多由气血阴阳诸不足所致，治以扶正为主。

方药治疗 分以下几方面：

湿盛嗜睡：治宜芳香化浊，燥湿健脾，方用藿朴夏苓汤或胃苓汤加减。若湿邪郁久化热，宜加连翘、黄芩、栀子、滑石、芦根等清热利湿。

痰盛嗜睡：治宜健脾化痰，方用二陈汤加减。若胖人痰湿素盛，宜加燥湿豁痰之品，如南星、橘红。若痰热壅盛，宜酌入清热化痰等味，如黛蛤散、天竹黄、川贝母、胆星。

胆热嗜睡：治宜清胆泻热醒神，方用蒿芩清胆汤、酸枣仁汤。肝胆热甚者，用龙胆泻肝汤加减。

脾虚嗜睡：治宜健脾益气，方用六君子汤加减。饭后即睡者，酌加砂仁、焦山楂、焦六曲、焦谷麦芽等消食醒脾。若妇人脾虚气陷，带脉不束，嗜睡带下，治宜升举阳气，健脾除湿，方用完带汤加减。若暑邪伤气，脾肺两虚者，治宜清暑益气，方用清暑益气汤。

阳虚嗜睡：治宜温运脾阳，方用附子理中丸等加减。若阳气欲脱者，急宜回阳救逆，方用四逆汤。

气血虚弱嗜睡：治宜益气养营，调理心脾，方用人参养荣汤、归脾汤等化裁。

肾虚嗜睡：治宜补肾填精。肾阴虚者，方用六味地黄丸、左归饮；肾阳虚者，方用金匮肾气丸、右归饮，并酌加龟鹿二仙胶、紫河车、鹿茸等血肉有情之品，以补精生髓。

病后多寐：治宜养阴清热，益气生津，方用沈氏葳蕤汤或竹叶石膏汤。病后他症已除，人喜恬睡，是津气欲复，睡后身爽神清，静养自愈。

针灸治疗 一般用俞募穴与足太阴经穴，如百会、脾俞、中脘、足三里和三阴交等穴，用针或灸。痰湿困脾者，选用肺俞、脾俞、中脘、丰隆和三阴交等穴，用毫针行泻法，并配合灸法。脾气不足者，在通治法的基础上加章门，用毫针行补法，并配合灸法，或以灸法为主。

简易方 ①川朴花茶：川朴花9克，绿茶15—20克，沸水泡茶，频频饮用。②卷心菜籽散：卷心菜籽(又名甘蓝籽)40—60克，放瓦上焙黄，闻香气后，研细末。每日早、中饭时各服3—4克，午后勿服。

嗜睡病人，可以饮茶、吸烟提神。但茶性苦寒，过饮伤脾留湿；吸烟过多，伤阴助火俱属不宜，应嘱适当节制。

健忘

记忆力衰退的病证，称为健忘。多由心脾亏损所致。

健忘病名见《太平圣惠方》。《内经》称善忘、喜忘。《诸病源候论》称多忘。《千金要方》称好忘，而书中已列有“治健忘方”。

病因病机 《内经》认为与气血逆乱有关。《素问·调经论》：“血并于下，气并于上，乱而喜忘。”《灵枢·大惑论》：“上气不足，下气有余，肠胃实而心肺虚，虚则营卫留于下，久之不以时上，故善忘也。”《千金要方·好忘》重点提到心气不定，甚则五脏不足，情志抑郁所致。《太平圣惠方·健忘诸方》也认为心神乱，血脉不荣，气血俱虚，精神离散，恒多忧虑，耳目不聪，故令心智不利而健忘。《三因极一病证方论》卷九在《千金方》的基础上，着重指出本病是由心脾病引起，由于脾受病，意舍不清，心神不宁，故使人健忘。后《严氏济生方》又进一步指出心脾病而致健忘，是由于思虑过度引起。《丹溪心法·健忘》在论述健忘因思虑过度，病在心脾之外，还补充了“亦有痰者”。《医宗必读·健忘》又阐明了心肾不交导致健忘的机制，曰：“心不下交于肾，浊火乱其神明；肾不上交于心，精气伏而不用。火居上则因而为痰，水居下则因而生躁。……神气清明，志意常治，而何健忘之有？”《张氏医通·健忘》师承其说，并述及心气不定或心气不足、思虑过度，挟痰瘀积因素。并强调因病而健忘的，如精血亏少，痰饮、瘀血等所致，可以用药治疗，如果是平素健忘，治疗就较困难。

综上所述，健忘病证常以怒恐忧思为致病之因，心脾肾不足常为成病之根。临证又有挟痰、挟瘀之不同。

辨证 心气不定：因怵惕思虑或愁忧惊惧，损伤心气而使真脏失养，志乱动而善忘。症见忧郁不乐，忽忽善忘，朝瘥暮剧，或暮瘥朝剧，甚至神魂不定，惊悸恐惧。

心肾不交：心火不降，则肾精不能上腾；肾水不升，则心火妄动，心神不定，志伤则忘前言。症见善忘，恍惚，心悸易惊，咽干，盗汗，耳鸣，腰酸，腿软或遗精梦泄，舌质红少苔，脉虚数。若由于肾气虚寒，心气不足，亦可发生健忘。症见心悸易惊，恍惚，动则气短，耳鸣，四肢不温，舌淡苔白，脉细。

心脾两虚：心主血主神，脾主意主思。若愁忧思虑过多，伤于心脾，则血耗气损，神失所养，遇事多忘。症见健忘，怔忡，失眠，纳减，体倦，面色不荣，舌淡，脉细缓。

此外，健忘亦有因痰迷心窍者，每因气郁而滞，脾不得舒所致。可见眩晕，胸膈痞塞，胁肋胀痛，或头痛，呕吐等症。因瘀积善忘者，或因血并于上，气亦随之，神乱而善忘。或因血并于下，则无以养其心，神失所养而善忘，可见下腹硬满，大便黑。

治疗 分以下几方面：

方药治疗 心气不定者，治宜宁心，安神，定志，方用定志小丸。惊恐甚者，本方加辰砂，名小定志丸，亦可用茯神散。若平素读书善忘者，此因劳神，阴火内动，心气浮越，治宜宁心镇摄，用枕中方。若因心血不足，心神失养而致心气不定健忘者，治宜养血安神定志，用二丹丸、天王补心丹。

心肾不交者，治宜滋肾养心，用六味地黄丸加五味子、麦冬、柏子仁、远志等；肾气虚寒，心气不足者，治宜温肾阳，益心气，用菖蒲益智丸。

心脾两虚者，治宜健脾养心，益气补血，用归脾汤。精神短少，虚寒较甚者，用人参养荣丸。

如为痰迷心窍者，治宜蠲痰通窍，用导痰汤。兼心气不足者，用温胆汤加人参、枣仁、远志。如因瘀积善忘者，宜下其瘀血，用代抵当丸等。

针灸治疗 一般以养心为主，选背俞和手厥阴、手少阴等经穴，如百会、心俞、内关和神门等，用毫针行补法。心脾不足者，可选用心俞、脾俞、中脘、神门和足三里等穴，用毫针行补法，并配合灸法。心肾亏虚者，可选用心俞、肾俞、关元、内关、通里和太溪等穴，用毫针行补法。

推拿疗法 亦可应用。如心气虚者，以双手拇指点按心俞、膈俞，以补益心气，养血补血；以揉拿手三阴法，点按神门、通里，以镇静安神，宁心通络；用运运颤颤法，点按巨阙、关元，以益气通阳。心肾不交者，以双手拇指点按肾俞、心俞，以补益心肾，交通水火；用揉拿手三阴法，点按内关、劳宫、神门以安神定志；用提合手足三阴法，点按太溪，以滋补肾水。心脾两虚者，以双手拇指点按心俞、脾俞、膈俞，以补益心脾；用运运颤颤法，点按气海，以补益下元，养心健脾。

简易方及食疗方 可用徐长卿全草研粉，每次10—15克，每日2次。或用粳米100克，生地50克，酸枣仁20克，将生地捣烂取原汁，酸枣仁捣碎与粳米混和，入清水共煮成粥，早晚2次分服，每日1剂，连服数日。或以牛心1 000克，切碎焙干，研为细末，每次取15克，开水冲服，每日3次，连服7—10日。如无牛心，可用马、猪、鸡心代替。

烦躁

胸中热郁不安，肢体扰动不宁的证候，称为烦躁。古代医家认为烦与躁有一定区别。如《证治准绳·杂病》：“烦，阳也；躁，阴也。烦为热之轻者，躁为热之甚者。”躁是烦的进一步发展。《类证治裁·烦躁》说：“内热为烦，外热为躁。烦出于肺，躁出于肾。热传肺肾，则烦躁俱作。然烦为阳，属有根之火，故但烦不躁及先烦后躁者，皆易治；躁为阴，系无根之火，故但躁不烦及先躁后烦者，皆难治。”结合临床，因躁必有烦，由烦发展为躁，一般都将烦躁并称。

烦躁名称出《内经》。《素问·至真要大论》：“少阴之复，燠热内作烦躁。”又称躁烦、烦心躁悸等。《伤寒论》将热病失治后余热扰膈而出现的心中懊侬，反覆颠倒，不眠或阴虚有热，心烦不眠的证候称为“虚烦”。《注解伤寒论》认为：“烦为扰乱而烦，躁为愤激而躁，合言之烦躁。”《类证治裁》将“先烦渐躁者为烦躁，先躁复烦者为躁烦”。

病因病机 《素问·至真要大论》曰：“诸躁狂越，皆属

于火”，且多与心火有关。《伤寒论》分析烦躁可由寒、热、虚、实等多种原因引起，并把烦躁作为病机转归，伤寒欲作传变的征兆。在温病学中，认为温邪、温毒、暑热、疫毒燔灼，火热扰动，均可导致烦躁。除感受外邪外，本源亏虚亦是引致本证的重要原因。如《温疫论·虚烦似狂》：“此平时斫丧，根源亏损，因不胜其邪，元气不能主持，故烦躁不宁。”现将本证的病因病机归纳如下：

邪热内燔：热病邪热内传，阳明气分热炽，或邪热与燥屎内结，上扰胸膈，而致烦闷躁动；或热入营血，邪入心包，扰动胸阳而致烦躁；或邪热鸱张，热盛动风，手足躁扰不宁；或感受温热邪毒，温毒化火，肺胃热炽，火毒内攻，导致烦躁不宁。亦有因热病误经汗吐下后，邪热结于胸膈，致短气烦躁；或误治后余热扰胸，致心中懊侬、烦躁不眠等。

阴虚火旺：素体阴虚，或热病伤津，或误治致阴液亏损，阴虚则阳亢。《温病条辨·下焦篇》：“阳亢不入于阴，阴虚不受阳纳”，故为烦躁；如肾阴不足，或心火扰动，心肾不交，致心烦躁扰。

虚阳上扰：伤寒太阳病汗不如法，致阴盛阳虚，邪气上扰，则烦躁吐逆；或少阴病下利，阴寒内盛，虚阳格拒于外，则手足躁动不安。

辨证 烦躁主要有伤寒烦躁（包括温病）、心经烦躁两大类。《杂病源流犀烛·烦躁健忘源流》：“伤寒亦有烦躁症，其所主属肺肾两经，与此心经主病者不同。故伤寒之烦，气也，火入于肺也；伤寒之躁，血也，火入于肾也。若诸虚烦热，又与伤寒相似，但不恶寒，身头皆不痛，脉不紧数耳。”又说：“烦躁，心经热火病也。内热心烦曰烦，故烦者，但心中郁烦也；外热身躁曰躁，故躁者，并身外热躁也。”根据发病原因及临床表现特点可分为以下几方面：

表寒里热烦躁：症见恶寒，发热，头痛，骨节疼痛，无汗，烦躁，脉浮紧。此伤寒太阳病外有寒邪，里有郁热，风寒外束，热不得泄，故烦躁。

热炽阳明烦躁：症见壮热，烦躁，汗出气粗，口干而渴，舌苔黄而稍干，脉洪大。证由热病邪热入里，阳明气分热炽所致。若阳明热盛，燥屎内结，扰及神明，亦导致烦躁。如《伤寒论·阳明病脉证并治》：“病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁，发作有时者，此有燥屎，故使不大便也。”

邪热结胸烦躁：症见短气烦躁，心下痛，按之硬满，心中懊侬，大便秘结，口舌干燥而渴，午后稍有潮热，脉沉结等。证由太阳病攻下太早，以致表热内陷，与胸中水饮结聚而成，烦躁是邪扰胸膈之故。

热入营血烦躁：症见身灼热，心烦躁扰，不寐，时有昏狂谵语，口干，伴吐衄，斑疹，舌红绛，脉细数。证由温病热入营血，邪热扰乱心神，故身热心烦，躁扰不宁。若邪热适由气分转入营分，见高热烦躁，口渴，汗出气粗。若邪热鸱张，热盛动风者，可见壮热，烦躁不安，手足扰动，甚则瘛疭、狂乱痉厥。

温毒化火烦躁：症见热势壮盛，烦躁不安，口渴引饮，头面焮肿，咽喉肿痛，舌红苔黄，脉数实有力。证由外感温热毒邪，温毒化火，肺胃热炽所致。

阴虚火旺烦躁：症见身热烦躁，不得安卧，五心烦热，口干，舌质红少津，脉细数。证由邪热灼伤肾阴，心火亢盛，心肾不交，水不济火，故令烦躁不寐。《温病条辨·下焦篇》：“心中烦，阳邪挟心阳独亢于上，心体之阴，无容留之地，故烦杂无奈，不得卧，阳亢不入于阴，阴虚不受阳纳，虽欲卧，得乎？此证阴阳各自为道，不相交互。”暑温后期，因暑热久羁，波及心肾，水火不济，见心热烦躁，消渴不已，舌红绛，苔黄燥。

阴盛阳虚烦躁：症见烦躁，不呕不渴，身无大热，语声低微，脉沉微。如因伤寒误汗，出现咽干，烦躁吐逆，四肢厥冷。

虚烦：见《伤寒论》。系热性病后期或外感病经汗、吐、下后，余热未清，见胸中烦热，睡眠不宁。《医学纲目·论虚烦》：“虚烦身不觉热，头目昏疼，口干咽燥不渴，清清不寐，皆虚烦也。”

药烦：《温疫论·药烦》：“应下失下，真气亏微，及投承气，下咽少顷，额上汗出，发根燥痒，邪火上炎，手足厥冷，甚则振战心烦，坐卧不安，如狂之状，此中气素亏，不能胜药，名为药烦。”证由热结胃肠，胃气虚弱，不任承气峻下，出现额上汗出，头皮干燥瘙痒，四肢厥冷，甚则战栗、心烦不安，如狂等症状。

心经烦躁：症见心中虚烦，郁闷不舒，身不热，头昏，口干，不欲寐，苔薄，脉细无力。证由心气不足，心火亢盛所致。

治疗 表寒里热烦躁：治宜散表寒，清里热。方用大青龙汤加减。《伤寒论·太阳病脉证病治中》：“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。”

热炽阳明烦躁：治宜清热除烦，方用白虎汤。津伤者用白虎加人参汤。如阳明热盛燥屎内结者，治用大承气汤峻下热结。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下鞕，至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与微和之。”如胃有郁热，郁郁微烦者，用调胃承气汤主之。

邪热结胸烦躁：治宜泄热、开结、逐水，结胸除则烦躁自除。《伤寒论·太阳病脉证并治下》：“太阳病……医反下之，动数变迟，膈内拒痛，胃中空虚，客气动膈，短气躁烦，心中懊侬，阳气内陷，心下因鞕，则为结胸，大陷胸汤主之。”

热入营血烦躁：治宜清营凉血。方用清营汤或犀角地黄汤。如邪热由气转营，治宜清气凉营。如《温热经纬·外感温病篇》：“风温证，身大热，口大渴，目赤唇肿，气粗烦躁，舌绛，齿板，痰咳，甚至神昏谵语，下利黄水者，风温热毒，深入阳明营分，最为危候，用犀角、连翘、葛根、玄参、赤芍、丹皮、麦冬、紫草、川贝、人中黄解毒提斑，间有

生者。”如热盛动风者，可用羚角钩藤汤凉肝熄风。兼热闭心包而神昏谵语者，可加紫雪丹清心开窍熄风。如兼腑实者，可加大黄、芒硝，通腑泄热。

温毒化火烦躁：治宜清热解毒消肿，内服普济消毒饮，外用《温病条辨》三黄二香散或如意金黄散敷肿处。

阴虚火旺烦躁：治宜育阴清热。方用黄连阿胶汤。方中黄连与黄芩相配，苦寒直折，清邪热，泄心火；阿胶与白芍相配，滋补肝肾之阴；鸡子黄滋补心肾。如《伤寒论·辨少阴病脉证并治》：“少阴病，下利，咽痛，胸满，心烦，猪肤汤主之。”方中猪肤甘寒能益阴除热，白蜜甘寒润燥，白粉（徐灵胎作米粉）和脾止利，合之有滋阴降火，兼以和脾之功。若肾阴亏耗者，可用加减复脉汤，方取地黄、阿胶、白芍、麦冬滋肝肾之阴，麻仁润燥。如暑热后期心热烦躁者，治宜清心滋肾，可用连梅汤。方中黄连清心泻火；阿胶、生地滋肾养阴；麦冬甘寒生津；乌梅味酸，与苦相合，酸苦以泄热；与甘相合，能酸甘化阴。

阴盛阳虚烦躁：治宜回阳急救。如《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”证由太阳病下后复汗，阳虚阴盛，阳微不能胜阴，阳与阴争故烦躁。用干姜附子汤回阳救急。柯韵伯说：“姜附者阳中之阳也，用生附而去甘草，则势力更猛，比四逆为峻，回阳当急也。”如因心阳不足，心神浮越所致的烦躁，可用桂枝甘草龙骨牡蛎汤。方中桂枝、甘草益心阳缓中；龙骨、牡蛎收敛浮越之神气；如因伤寒误汗而烦躁吐逆者，可用甘草干姜汤辛甘化阳，阳复则烦躁厥逆便愈。如汗下后阴阳俱虚而见烦躁者，可用茯苓四逆汤救阴扶阳，方中取草、附、姜温经回阳；人参益气生津；茯苓补气养神治烦躁。如少阴病下利不止，厥逆、干呕而烦躁者，此为肾中真阳已衰，虚阳无依而上逆，可用白通加猪胆汁汤或通脉四逆汤。

虚烦：治宜清热除烦。《伤寒论·辨太阳病脉证并治中》：“发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反覆颠倒，心中懊憹，栀子豉汤主之。”太阳病误治后，实邪虽去，但余热尚扰于胸膈，致虚烦不宁，用栀子豉汤清热泄邪除烦。若虚劳虚烦不得眠者，系阴虚火亢所致，可用酸枣仁汤。方取酸枣仁合茯苓安神定志；知母降火除烦；川芎养肝调血。

药烦：吴又可认为服生姜汤可愈，或将药分成二三次服用，可防止药烦的产生。但既为“中气素亏，不能胜药”，故仅加生姜犹恐力所不及，治宜补泻兼施，可用黄龙汤增减。方中大黄、厚朴、枳实、芒硝荡涤热结以祛邪；人参、地黄、当归补气养血以扶正。

心经烦躁：治宜养心益气，清热。可用人参竹叶汤。《杂病源流犀烛，烦躁健忘源流》：“兹即心经所主烦躁而历言之。有身不热，头昏，口干，不寐者，是心虚烦，宜人参竹叶汤。有烦热误汗，热益甚致呕者，宜陈皮汤。有内热头痛，气短心闷乱者，宜竹茹汤。有烦热，睡卧不宁者，宜远志汤。有忧思成虚烦劳病者，宜小草汤。”

此外，食疗方可酌情使用：①百合 20 克，蜂蜜 60 克，共置碗中捣烂如酱，入锅内蒸熟后随意服食。②雪梨汁 100 毫升，鲜牛奶 200 毫升，共置锅中隔水蒸热，一次服完。每日一次，疗程不限。

预后　烦躁的预后取决于原发病病情的轻重。一般烦躁多预后良好。如温病热入营血或热盛动风之烦躁，则病情较重，甚至可出现神昏谵语及抽搐等症，如不及时有效地治疗，预后亦可不良。

昏迷

由热、痰、湿、瘀血、疫毒阻闭清窍，扰乱神明而出现神志不清的证候，称为昏迷。不论成人、小儿，凡时行热病、中风、痫证、痰证、疫毒痢、瘴疟等疾病在发病过程中，均可出现昏迷。

昏迷名称见《症因脉治》。《素问·厥论》称暴不知人。《素问·至真要大论》有“暴瘖心痛，郁冒不知人”的记载。《伤寒论》有“不识人”之称。《伤寒论》张仲景序中虽有“昏迷”一词，但含义不同。《诸病源候论》称惛塞。《伤寒明理论》称神昏。《仁术便览》称昏迷不省、不省人事。《温热经纬·外感温热篇》称神迷、昏愦不知人。上述名称不一，实则均指昏迷。

病因病机　昏迷的病因较为复杂，《素问·热论》认为由阳明热盛，故不知人。《素问·至真要大论》则归咎于火热扰乱神明所致。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》：“伤寒，若吐若下后，不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状。若剧者，发则不识人，循衣摸床……。”提示伤寒治不如法，热结阳明，邪热上扰而致昏不识人。《诸病源候论·惛塞候》认为由“阴阳不和”或“阴阳之气不足，致神识不分明”。《陶氏伤寒全书》认为瘀血内蓄亦可造成“神昏语短，眩冒迷狂。”《症因脉治·外感口噤不语》则提出由热、风、痰互结上蒙清窍为患，如云：“内有积热，外中风邪，经络不通，发热自盛，热极生痰，上熏心肺，神识昏迷，则不语之症作矣。”叶天士对本症的病因论述较多，认为或由温热入营，心神被扰；或因“湿痰熏蒸，将成浊痰蒙蔽心包”；或“夏令受热”等原因所致。《温热经纬·疫病篇》对疫气所引起的昏愦如迷作了阐述。《温病条辨》认为若太阴病误汗，“必神昏谵语”。兹归纳如下：

热扰心神：多因感受温热、疫毒之邪，热毒炽盛，内传营血，神不守舍；或温病骤起，感邪太重，正不胜邪，迳由肺卫逆传心包；或盛暑劳作，暑热内扰，郁闭清窍；或邪热结于胃肠，腑气不通，上扰心神，导致昏迷。

痰湿蒙蔽：感受湿热之邪，或因饮食不节，脾胃受损，失其健运，水湿停留，湿聚成痰，痰湿内阻；或痰郁化热，痰热互结，上蒙清窍；或因卒然感受秽浊之气，机窍阻闭，造成昏迷。

瘀阻心窍：温热病邪内陷，热灼营阴，热遏瘀阻，闭塞心窍。《通俗伤寒论》："热陷包络神昏，非痰迷心窍。即瘀阻心孔。"或因瘀热互结下焦，或热入血室，或脑络瘀阻等，均可致昏迷。

浊阴上逆：多因劳伤过度或久病亏损致脾肾阳虚，水液、浊邪失于输送、排泄，浊邪内阻，清阳不升，浊阴上犯，蒙蔽清窍则昏迷。

阴枯阳竭：各种急慢性疾病至极期，元气耗竭，心神耗散；或亡阴失水，津竭气脱，神无所倚，乃至昏迷。

辨证 昏迷的辨证，根据发病原因及临床特点可分为以下几类：

热闭心包昏迷：症见高热昏迷，烦躁不宁，谵妄，或昏愦不语，循衣摸床，撮空理线，便秘溲赤，或伴衄血、斑疹，舌质红绛，齿垢唇焦，脉洪数。证由温病邪热鸱张，内闭心包，扰乱神明所致。《温热经纬·外感温病篇》："风温证，热渴烦闷，昏愦不知人，不语如尸厥，脉数者，此热邪内蕴，走窜心包络。"或因骤感温邪，正气不支，温邪由肺卫逆传心包而致。如《温热经纬·外感温热篇》说："温邪上受，首先犯肺，逆传心包。"若热毒壅盛，充斥三焦，症见神昏谵语，壮热烦渴，衄血斑疹。

痰迷心窍昏迷：症见神识模糊，语言错乱，喉中痰声，胸闷呕恶，面色垢滞，舌苔白腻而滑，脉滑。证由饮食失节，脾虚失运，水湿留滞成痰；或肥胖之体，痰湿内蕴，痰浊上蒙清窍，导致神识昏蒙不清。

热结胃肠昏迷：症见昏迷，烦躁谵语，日晡潮热，大便秘结，腹满而痛，或扬手掷足，热结旁流，舌苔黄燥起刺，脉沉实有力。证由外邪入里化热，热邪与胃肠实邪相结，腑热壅滞不行，上熏神明而致昏迷。

暑邪内闭昏迷：症见突发昏仆，不省人事，无汗或汗出不止，面赤烦闷气粗，舌红苔黄，脉洪大或数。证由酷暑烈日下劳作，暑热内闭，神明失守所致。若暑热炽盛引动肝风，亦可出现身热，昏迷不清，牙关紧闭，甚或角弓反张等症。

湿热蒙蔽昏迷：症见昏迷，时清时昧，或似清似昧，身热不退，朝轻暮重，时或谵语，舌苔黄腻，脉濡滑而数。证由外感湿热之邪，壅遏清阳，蒙蔽孔窍所致。《温热经纬·外感温热篇》："湿与温合，蒸郁而蒙蔽于上，清窍为之壅塞，浊邪害清也。"或由饮食损伤脾胃，内湿停留，或因内外合邪，湿热郁蒸不解，蒸酿痰浊，蒙蔽心窍，心神失守而致昏迷。

瘀热阻窍昏迷：症见昏迷谵语，其人如狂，身灼热，但欲漱水不欲咽，少腹硬满而痛，便结，口干，或见斑疹、吐衄，舌质深绛，脉沉涩。证由温热病中，邪热煎灼营阴，脉络瘀滞，心窍受阻；或其人素有损伤，瘀血郁积于胸膈中，复感温热之邪，瘀热交阻，扰乱心神。

疫毒攻心昏迷：症见高热，昏愦如迷，或谵语妄言，循衣摸床，或郁冒直视，或下利臭秽，或吐衄发斑，甚则遍身青紫、四肢厥冷，舌质红绛或深绛，脉细微数。证由骤感疫毒之邪，热毒燔灼，深入营血，扰乱心神所致。

浊阴上逆昏迷：症见昏迷，时醒时昧，不发热，面色㿠白或晦暗，视物模糊，恶心呕吐，不纳，腹胀，四肢不温，浮肿尿少，大便自利，舌淡白，舌体胖，边有齿痕，苔灰腻或白腻水滑，脉沉迟。证由久病脾肾两亏，阳虚阴盛，体内水液，浊物滞留，浊气上逆，清阳被蒙而致昏迷。

阴脱阳亡昏迷：症见昏迷，汗出而粘，或油汗如珠，二便失禁，手撒遗尿，面色苍白，四肢厥冷，脉微细欲绝。证由病邪久羁，元气耗竭，或失水失血，阴液枯涸，心神耗散，神无所倚而昏迷。即属亡阴、亡阳之脱证。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 热闭心包昏迷：治宜清心开窍。方用清宫汤送服安宫牛黄丸、至宝丹；若热毒壅盛者，用犀角地黄汤清热凉血；伴见热盛动风痉厥者，用羚角钩藤汤送紫雪丹。《温热经纬·湿热病篇》载："湿热证，壮热口渴，舌黄或焦红，发痉，神昏谵语或笑，邪灼心包，营血已耗，宜犀角、羚羊角、连翘、生地、玄参、钩藤、银花露、鲜菖蒲、至宝丹。"

痰迷心窍昏迷：治宜涤痰开窍。方用苏合香丸及涤痰汤。前方温通开窍，解郁化浊。后方用半夏、南星、陈皮、竹茹、茯苓化痰湿；石菖蒲开窍醒神；人参、甘草补气扶正，合之有益气祛痰，化浊开窍之功。痰火上扰心神所致昏迷者，治宜清热化痰开窍，方用黄连温胆汤送服牛黄抱龙丸。痰热扰乱神明，伴见狂乱烦躁者，可用礞石滚痰丸。

热结胃肠昏迷：治宜峻下热结，方用大承气汤。如阳明腑实，又兼热闭心包，治宜清心开窍，攻下腑实，方用牛黄承气汤，即以安宫牛黄丸调生大黄末灌服。燥热甚而伤津者，可加软坚生津的芒硝、玄参、生地，麦冬等。若风温症见身热自汗，面赤神迷，鼻鼾，语难出者，如《温热经纬·外感温热篇》："温邪内逼阳明，精液劫夺，神机不运，用石膏、知母、麦冬、半夏、竹叶、甘草之属泄热救津。"若风温症见身大热，口大渴，目赤唇肿，气粗烦躁，神昏谵语，下利黄水者，风温热毒深入阳明营分，用犀角、连翘、玄参、赤芍、丹皮、麦冬、紫草、川贝等药。

暑邪内闭昏迷：治宜清暑开窍辟秽。方用玉枢丹送服王氏清暑益气汤。《温病条辨·下焦篇》："暑邪久热，寝不安，食不甘，神识不清，阴液元气两伤者，三才汤主之。"方中人参补气；天冬、地黄养阴生津。若暑热炽盛，引动肝风者，可用羚角钩藤汤合紫雪丹清热熄风开窍。本证可与"暑病"条合参。

湿热蒙蔽昏迷：治宜清热利湿，开窍醒神。方用菖蒲郁金汤。如三焦湿热弥漫，神昏窍闭者，可用宣清导浊汤加减。方中茯苓、猪苓、蚕沙利湿去浊；寒水石清热；加石菖蒲开窍辟浊醒神。《温热经纬·湿热病篇》："湿热证，七八日，口不渴，声不出，与饮食亦不却，默默不语，神识昏迷，进辛开凉泄，芳香逐秽，俱不效。此邪入厥阴，主客浑受，宜仿吴又可三甲散，醉地鳖虫、醋炒鳖甲、土炒穿山

甲、生僵蚕、柴胡、桃仁泥等味。"可资临床参考。

瘀热阻窍昏迷：治宜清热凉血，通瘀开窍。方选犀地清络饮或犀角地黄汤。如瘀热蓄于下焦致昏迷者，如《伤寒论述义》："盖邪热壅阻血中，则相搏为瘀，血即水类，故必就下以结少腹。结日浅而病势剧者，桃核承气汤证也。结日深而病势慢者，抵当汤丸证是也。"若热入血室致昏迷谵狂者，如《温病条辨·下焦篇》："热病经水适至，十余日不解，舌萎饮冷，心烦热，神气忽清忽乱，脉右长左沉，瘀热在里也，加减桃仁承气汤主之。"方中生地、丹皮凉血清热；大黄、桃仁、泽兰活血通经。伴寒热往来者，可用小柴胡汤去参、枣，加犀角、丹皮、生地、桃仁等。

疫毒攻心昏迷：治宜清热解毒，凉血清营。方用清瘟败毒饮重加石膏；如斑疹色青紫，宛如浮萍之背者，宜大清胃热，兼以凉血，以本方加紫草、红花、桃仁、归尾等。《温热经纬·疫病篇》："昏闷无声者，心之气出于肺而为声，窍因气闭，气因毒滞，心迷而神不清，窍闭而声不出，宜本方增石膏、犀角、芩、连，加羚羊角、桑皮。"

浊阴上逆昏迷：治宜通阳泄浊开窍，方用苏合香丸合温脾汤加减。呕吐者，用吴茱萸汤合半夏泻心汤加减；尿少浮肿者，用真武汤等。

阴脱阳亡昏迷：治疗见"脱证"条。

针灸治疗　昏迷，可针刺人中、合谷、太冲，点刺放血十宣。备用穴为针刺大椎、内关、丰隆、涌泉。高热者加针刺大椎，点刺放血十二井。四肢躁动者，加针刺曲池、阳陵泉。

推拿急救法　可选用掐人中、端正、老龙、威灵、十王、小天心；拿肩井、曲池、合谷、委中、承山、昆仑、太溪、仆参。

预后　昏迷的发生一般均提示病情急重，必须及时抢救。如昏迷程度较轻，时间较短，抢救及时，尚有可能苏醒。如昏迷程度较深，时间较长，则预后多不良，往往危及生命。

消渴

以口渴引饮，饮不解渴，消谷善饥，多尿，或尿有甜味，而消瘦为主证者称为消渴。现代医学的糖尿病、尿崩症属此范畴。

消渴的名称，首见于《内经》，《素问》称消，《灵枢》称消瘅。《诸病源候论·消渴候》："夫消渴者，渴不止，小便多是也。"《诸病源候论》又称内消。《金匮要略·消渴小便不利淋病脉证并治》："消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗。"至于《伤寒论·辨太阳病脉证并治》所说的"消渴"，如"太阳病，发汗后，……若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。"是指太阳病蓄水证因气化失职，津液失于输布所致的口渴症状，两者概念迥异。《外台秘要》引《古今录验方》："渴而饮水多，小便数，有脂似麸片甜者，皆是消渴病也。"《太平圣惠方》称"痟"、"三痟"。《丹溪心法》称"三消"。《景岳全书》称"三消干渴"。《症因脉治》根据病因分别称谓"外感三消"、"燥火三消"、"湿火三消"、"内伤三消"、"积热三消"、"精虚三消"等。

小儿消渴，基本与成人所患相同，如《幼幼集成·消渴》："消渴者，枯燥之病也。凡渴而多饮为上消，肺热也；多食善饥为中消，胃热也；渴而小便数，膏浊不禁为下消，肾热也。"《幼幼集成》又有消渴、消肌、消浊之分。

病因病机　《内经》认为与过食肥甘和情志不调有关，如《素问·奇病论》说："此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。"《诸病源候论·消渴病诸候》认为与房劳过度有关。《丹溪心法·消渴附录》宗其说。而《景岳全书·三消干渴》篇强调本证。病本于肾，水亏能为消，而火亏亦能为消。如说："三消证，古人以上焦属肺，中焦属胃，下焦属肾，而多从火治，是固然矣。然以余论之，则三焦之火多有病本于肾，……凡水亏证固能为消为渴，而火亏证亦能为消为渴者何也？盖水不济火，则火不归原，故有火游于肺为上消者；有火游于胃而为中消者；有火烁阴精而为下消者，精皆真阴不足，水亏于下之消证也。又有阳不化气，则水津不布，水不得火，则有降无升，所以直入膀胱而饮一溲二，以致泉源不滋，天壤枯涸者，是皆真阳不足，火亏于下之消证也。"兹将消渴的病因病机归纳如下：

饮食不节：长期过食肥甘，醇酒厚味，中焦积热，消耗水谷精微，故善饥；胃热消谷，不能生化精微，肌肉无以充养，故消瘦。

情志失调：长期的精神刺激，致肝气郁结，气郁日久化火，消耗肺胃之阴，致肺燥、胃热。肺燥则治节失职，不能敷布精津；肺燥肾乏滋助，则肾阴亏虚，发为消渴。

劳逸失度：由于劳逸过度，房事不节，肾精亏损，阴虚火旺，上蒸肺胃，则多饮多食；久则阴损及阳，肾失固摄，发为多尿。

辨证　首先应辨明上、中、下三消所属。上消属肺，以口渴多饮为主症；中消属胃，以多食善饥为主症；下消属肾，以多尿为主症。其次须辨明阴阳虚实，阳证起病较暴，阳热亢盛，以口渴引饮，消谷善饥，多尿为主症；阴证发病日久，元气亏虚，以饮一溲二，神疲肢软，气短乏力，脉虚软等为主症。

消渴应与《内经》所称"食亦"相鉴别。食亦也可出现善食而消瘦，如《素问·气厥论》："大肠移热于胃，善食而瘦，又谓之食亦，胃移热于胆，亦曰食亦。"此因肠胃及胆有燥热所致；消渴则以多饮、多食、多尿及尿甜为特征，以肺、胃、肾有热为患，以此为别。

《外台秘要》分为消渴、消中、肾消三类。《太平圣惠方》分为痟渴、痟中、痟肾。《丹溪心法》则分为上消、中消、下消。《景岳全书》分为消渴、消谷、肾消。又从阴阳分为阳消、阴消。上述分类名称虽异，但实质基本相同，目前临床分类皆宗丹溪之说命名。

治疗　有以下几方面：

方药治疗 无论上、中、下三消，一般均从养阴清热着眼。实火者，要去其火；阴虚者，宜滋其阴。去其火则津液自生，而消渴自止。滋其阴，则阴血渐充，精血渐复，则病必自愈。若但知清火，则阴无以生，而日见消败，益以困矣。在一般情况下，上消者，宜润肺兼清胃热；中消者，宜清胃兼滋肾阴；下消者，宜滋肾兼养肺津；若损及阳者，宜阴阳并补。

针灸治疗 以清泄三焦蕴热为主。选背俞、手太阴、足太阴、足少阴、任脉和督脉等经穴，如肺俞、脾俞、三焦俞、肾俞、廉泉、中脘、气海、关元、尺泽、列缺、鱼际、足三里、三阴交和然谷等，每次3—5穴。用毫针行平针法，一般不用灸法。

推拿疗法 以滋肾润肺，清胃泻火为治疗原则。操作：仰卧位：①开天门、分推坎宫、分推前额、揉太阳。见"头痛"条。②按揉攒竹、迎香、百会。③摩腹。顺时针方向。以中上腹为主。俯卧位：①一指禅推脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞，或用按揉法。②捏脊，重点为胸6—腰2。③按揉八髎。④背部膀胱经掌擦法。辨证加减：①上消为主者加按揉少商、鱼际、肺俞，以及胃管下俞（即胰俞，第八胸椎旁开1.5寸）；掌振肩胛间区。②中消为主者加按揉胃管下俞、足三里、阴陵泉、三阴交。③下消为主者加按揉大肠俞、八髎，掌振丹田，擦涌泉。备用手法：①按揉手部胰反射区。穴在掌心第四掌骨与掌中纹相交处。②按揉足部胰反射区。位于第一跖骨下方区域。

简易方 ①黄连膏：黄连末一斤、生地黄汁、白莲汁、牛乳汁各一斤，将汁熬成膏剂，黄连末为丸，桐子大，每服20丸，少呷温水送下，治消渴（《拔粹方》）。②神效散：白浮石、蛤粉、蝉蜕各一两，研为末，用鲫鱼胆调服，每日二次，每次一钱五分，治消渴饮水不止者（《世医得效方》）。③梅花汤：糯谷、桑根白皮煎汤，渴则饮，不拘时候（《三因极一病证方论》）。④鹿菟煎：菟丝子、北五味子、白茯苓、鹿茸各常用量，水煎服用。治下消（《瀹宗方》）。

食疗方 ①羊肺羹：用羊肺一具、精羊肉三两、粳米四两、葱白五根、生姜少许、盐醋等，依常法作羹（《太平圣惠方》）。②黄雌鸡羹：黄雌鸡一只、粳米半斤、葱白一握，煮作羹，常服（《必用全书》）。③五豆汤：用黑豆、黄豆、绿豆、青豆、赤小豆各一两，干葛三钱，甘草一钱五分、贯众一钱五分，主治消渴（《袖珍方》）。④杏酪粥：用杏酪、黄牛乳、大麦仁各二两，煮粥食之，疗消渴（《太平圣惠方》）。

并发证治疗 ①白内障或雀目、耳聋：《宣明论方·消渴总论》说："可变为雀目或内障。"《儒门事亲·三消论》说："夫消渴者，多变聋盲"。宜滋补肝肾。方用明目地黄丸。方中六味地黄丸滋补肝肾之阴，二地同用，以增强滋补精血之力；当归、五味补血敛精，佐以柴胡升提清气，引诸药上达耳目之病所。②劳嗽：《儒门事亲·三消论》指出："或蒸热虚汗，肺痿劳嗽。"宜滋阴益肾，润肺止咳。方用百合固金汤。方中百合、二地滋养肺肾，麦冬助百合以润肺止咳，玄参助二地以滋阴清热；配以当归、芍药、桔梗、甘草养血和阴，化痰止咳。③痈疽：《诸病源候论·消渴候》说："其病变多发痈疽。"宜清热解毒，滋阴降火。方用五味消毒饮合六味地黄丸。方中金银花、紫花地丁、紫背天葵、蒲公英、野菊花均是清热解毒，治痈疽之要药，合用六味地黄丸补中寓泻，清中有润。④消渴并发水肿、中风、厥证者，参见有关各条。

调护 要避免情志刺激，节制欲念。在饮食方面，不可过饱和过食膏粱厚味，一般以适量米类，配以蔬菜、豆类、瘦肉、鸡蛋等品为宜。禁忌辛辣刺激之品。如《千金要方·消渴》说："治之愈否，属在病者，若能如方节慎，旬月而瘳；不自爱惜，死不旋踵……其所慎有三，一饮酒，二房室，三咸食及面……不知此者，纵有金丹，亦不可救。"《儒门事亲·三消之说当从火断》也说："不减滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作。能从此三者，消渴亦不足忧矣。"在膳食方面，《外台秘要》："每间五六日空腹一食饼，以精羊肉及黄雌鸡为臛……宜食鸡子马肉……生牛乳暖如人体，渴即细细呷之，亦佳。"这对消渴的治疗是有积极意义的。

上消

为消渴之一。是以口渴多饮为特点的病证。证名见《丹溪心法》。《素问》又称膈消、肺消。《证治要诀》则称为消心。《济阴纲目》称高消。

上消的发病，与肺热及心火灼烁有关。《素问·气厥论》："心移热于肺，传为膈消。"《杂病源流犀烛·三消源流》："三消之由，上消肺也，由肺家实火，或上焦热，或心火锻炼肺金。"上消虽以肺燥为主，但肺燥又往往因胃热的熏蒸而发病。《景岳全书·杂证谟·三消干渴》："上消者，其病在肺，而不知心脾阳明之火，皆能熏炙而然，故又谓之膈消也。"

上消症见烦渴引饮，口干舌燥，小便清利，大便正常，饮食稍增，舌边尖红，苔薄黄，脉洪数。治宜润肺清热，生津止渴。方用消渴方合白虎加人参汤化裁。石膏、知母清肺胃之热；人参益气生津；天花粉、生地、藕汁养阴清热，生津止渴；黄连清肺胃而降火。并可加天冬、麦冬之类，生津润肺。若烦渴不止，口干舌燥，消瘦，气短乏力，五心烦热，腰酸腿软，尿乃频数，舌质红，苔少而黄燥，脉洪无力。此乃上焦热盛，肺燥阴虚，津液失于敷布，肾乏化源，肾阴亦虚，阴虚则火旺；此虚火又能上炎于肺，再耗肺之气阴，致成肺肾气阴两虚之证。治宜益气养阴，清热解渴。可用二冬汤加减。方中人参益气生津；天冬、麦冬、天花粉生津止渴；黄芩、知母清热保津。亦可加生地、山萸肉养阴补肾。或用莲花饮、地黄饮子或地黄汤加芡实、莲肉。如烦渴引饮、口干唇裂，或口舌生疮，善饥消瘦，乏力，舌苔黄燥，脉洪大，是由于上焦热盛，肺燥阴亏，津液失于敷布，胃不得濡润而热炽，胃热盛又再灼肺津，形成肺胃燥热，耗损气阴之证。可用白虎加人参汤加玉

竹、瓜蒌、石斛之类，以清肺胃，生津止渴。

针灸治疗宜清热润肺，生津止咳。可选手太阴、手少阴、任脉等经穴、背俞穴和奇穴，如肺俞、膈俞、胃管下俞、金津玉液、廉泉、鱼际、少商和照海等，每次3—5穴。用毫针行泻法，不灸。

气功疗法宜养肺阴，引肾水或涌泉水以润喉舌。常用方法有二：①宽衣解带，安静卧下，行腹式呼吸。于吸气时，小腹自然上鼓，切忌用力过度；于呼气时，小腹自然回缩，亦不着力。行5次。同时用意引肾水上升至咽喉及舌根，使喉舌得润（《诸病源候论》卷五）。②以手搓左右脚心各36次，同时用意引肾水上升。再以舌抵上腭，凝神于悬雍垂，存想该处有一股凉水流向口中，候津液满口时，鼓漱咽下（《保生秘要》转引自《古今图书集成·医部全录》卷三百八十二）。

简易方、食疗方，见"消渴"条。

中消

为消渴之一。是以多食善饥，形体消瘦为特点的病证。证名见《丹溪心法》。《素问·腹中论》称热中、消中。《太平圣惠方》称痩中。《景岳全书》称消谷。《证治要诀》称消脾。《辨证录》称胃消。《世医得效方》称脾消。

中消的发病主要是素体内热，或长期过食肥甘、醇酒厚味，损伤脾胃，运化失职，酿成内热，胃火炽盛，则消谷善饥；又胃热消谷不能化生精微，或火热耗损气血，肌肉无以充养，则形体消瘦。《丹溪心法·消渴》："热蓄于中，脾虚受之，伏阳蒸胃，消谷善饥，饮食倍常，不生肌肉，此渴亦不甚烦，但欲饮冷，小便数而甜。"但中焦胃热，既能上蒸于肺，灼烁肺津，又能下耗肾阴。因此，中消的病理变化，常可影响上、下二焦。

中消症见多食善饥，形体消瘦，口干而渴，或唇裂，口舌生疮，大便秘结，小便黄赤，舌苔黄燥，脉滑实有力。治宜清胃泻火，养阴保津。方用玉女煎加黄连、栀子之类。方中石膏、知母清胃热，养胃阴；生地、麦冬养阴保津；外加黄连、栀子苦寒泻火；牛膝引火下行。或用猪肚丸治之。方中黄连、知母泻中焦之火；花粉、麦冬滋胃生津；茯神、粱米、猪肚健脾治本。若大便秘结不通者，可用调胃承气汤加黄连、黄芩之类，以通腑泻火。若中焦热积，需用大黄时，应久蒸，可与甘草合用，以缓急互调，或与人参为伍，以攻补兼施。《证治要诀》对中消便秘者，用四物汤养血润肠，或加人参、木瓜、花粉补气益阴生津，颇切临床实践。如小儿久病消渴，口干不止，伴有脾虚少食者，用七味白术散，水煎当茶饮。

针刺治疗宜清胃泻火，养阴保津。可选背俞、任脉和足阳明等经穴，如膈俞、脾俞、胃俞、三焦俞、中脘、天枢、气海、足三里和内庭等，每次3—5穴。用毫针行泻法，一般不灸。

气功疗法宜引肾水或涌泉水以去心火，退胃热。其法是舌抵上腭，意想肾水从背上升，洗背，次转至心头，洗去心火；复存想脚底涌泉之水上升，冲洗全身（《保生秘要》转引自《古今图书集成·医部全录》卷三百八十二）。

简易方、食疗方，见"消渴"条。

下消

为消渴之一。是以尿频量多，尿甜或如脂膏为特点的病证。证名见《丹溪心法》。《诸病源候论》称内消。《外台秘要》称肾消。《太平圣惠方》称痟肾。《圣济总录》称消肾。

下消的发病主要是素体阴虚，五脏柔弱，且多有情志失调、饮食不节、过度疲劳等有关。下消也可以由上、中二消进一步发展演变而成。如《类证治裁·三消》："三消之症，上轻中重下危，然上中不甚，则不传下矣。故肾消者乃上中消之传变，肺胃之热入肾，消烁肾脂，饮一溲二，溲如膏油。"下消固然因肾阴虚之故，但阴损日久及阳，导致肾阴阳两虚，遂成危候。

肾阴亏虚：症见尿频量多，尿如膏脂而混浊，或尿甜，五心烦热，口干，渴而多饮，头昏乏力，阳易兴而精易泄，舌质红赤，脉沉细数。多因下焦虚热，肾阴被耗，精气亏虚，肾气不固，约束无权，则尿频量多；肾失固摄，水谷精微下注，随即从尿而出，则尿如脂膏而甜。治宜滋阴补肾为主。方选六味地黄丸或一阴煎加减。前方旨在滋阴补肾泻火；后方用生熟地、麦冬、白芍、牛膝、丹参、甘草，有养阴益血补肾之功。尿浊可酌加萆薢、地肤子等。若症兼烦躁，颧赤，手足心热，失眠，遗精，舌红，脉细数者，是属肾阴不足，阴虚火旺，虚火妄动之证。治宜养阴清热，镇摄潜阳。酌加龙骨、牡蛎、桑螵蛸、黄柏、知母之类，或用知柏地黄丸加减治之。若症兼困倦乏力，气短，舌质淡红，脉细弱者，是属气阴两伤，气血不足之证。治宜滋阴益气。用六味地黄丸加人参、黄芪之类。

阴阳两虚：症见小便频数量多，饮一溲二，混浊如脂膏，面色黧黑，耳轮焦干，腰膝酸软，阳痿，舌苔白，舌质淡，脉沉细无力。因气阴被耗，肾阳不足，下焦虚惫，肾失固摄，约束无权，尿液及精微下注所致。治宜温阳补肾为主。方用《金匮》肾气丸或右归丸加减。若症兼面色㿠白，气短乏力，唇淡，舌质淡，脉虚无力者，是为阴阳气血俱虚之证。治宜滋阴助阳，双补气血。方用鹿茸丸加减。以上两方均可加覆盆子、桑螵蛸、金樱子之类，以补肾固涩。

针刺治疗宜补肾滋阴。可选背俞、任脉、督脉和足少阴、足太阴经穴等，如肾俞、中膂俞、腰俞、气海、关元、三阴交、太溪、复溜、水泉和然谷等，每次3—5穴。用毫针行平针手法。

气功疗法宜滋肾阴，养肺金。可于每日寅、卯时，正立，将身略向后仰，举起两手，左右轮换用力向上托35次。待呼吸平静后，行吐浊纳清法，复叩齿咽津。咽时当汩汩有声，并用意将津合气直送至下丹田中（《遵生八笺》

卷四)。

简易方、食疗方,见“消渴”条。

口渴

以口中干燥,喜饮水浆,饮不止渴,或渴不多饮或口干不欲饮为主证者,称为口渴。

口渴见《慎斋遗书》。《内经》称渴。《伤寒论》所称之“消渴”是指口渴。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》:“太阳病,发汗后,……若脉浮,小便不利,微热,消渴者,五苓散主之。”《诸病源候论》称渴病。

口渴在辨证上具有重要意义。临床常以口渴与否,饮水多少,喜热饮或冷饮作为病位在表在里、病性属寒属热、疾病是虚是实的重要鉴别之一。《伤寒论》以“发热而渴,不恶寒”作为温病的诊断依据。饮病以“欲饮水”为疾病向愈的预后转归标志。张景岳把“渴”列为十问之一。

病因病机 《内经》认为感受外邪,入里化热,或脏腑内热,或多食咸味等都可以引起口渴。历代医家各有发挥,巢元方主热伤津液,并指出饮酒太过,或金疮、产后失血等也能致渴。《圣济总录》主阴虚。刘完素主燥热和津亏。朱丹溪主里热。《普济方》主胃热。李梃主暑。唐容川主瘀血。归纳起来以下几种较为常见:

热邪炽盛:外感六淫之邪,入里化热;或肺胃素有蕴热,热灼津伤,发生口渴。

阴亏津少:大病久病之后,或汗下太过,损伤津液;或失血过多,汲取胃津自救;或阴虚火旺,虚火煎灼,均致津少而口渴。

脾虚痰湿中阻:脾虚不能转输津液;或脾虚不运,积湿生痰,痰湿阻滞,津液不能上承,发生口渴。

瘀血阻络:跌打损伤,或气滞血瘀,瘀血阻滞经络,津液不能循经上布于口,发生口渴。

阳虚水不化气:肾阳不足,气化不利,肾水不能上济,故见口渴。

口渴的分类,一般按起病情况,分为暴渴和久渴两大类。

辨证 暴渴起病急暴,多为外邪化热伤津,初起多属实证热证;久渴起病缓慢,多由内伤阴虚,阳不化气,或痰湿血瘀中阻,津液不能上承而致。但暴渴有因津液大伤而致者属虚;久渴因瘀血痰湿阻滞而致者多属实。口渴而有外感症状,邪热内传而出现者为外感口渴,多属暴渴;内伤饮食,劳倦久病而出现口渴者为内伤口渴,多属久渴。《内外伤辨·辨渴与不渴》:“外感风寒之邪,三日已外,谷消水去,邪气传里,始有渴也。内伤饮食失节,劳役久病者,必不渴,是邪气在血脉中有余故也。初劳役形质,饮食失节,伤之重者必有渴,以其心火炽,上克于肺金,故渴也。”内伤口渴若喜冷饮,则属实热,喜热饮则属中寒。《景岳全书·传忠录》:“凡内热之甚,则大渴喜冷冰水不绝而腹满便结,脉实气壮,此阳症也。凡口渴喜热不喜冷者,此非火症,中寒可知。”

治疗 暴渴以实热为主者,治宜清热泻火;津伤脉虚者,治宜清热生津养液;大失血为主者,治宜补气养血;久渴以阴虚为主者,治宜滋补阴液,阳虚为主者,治宜温阳补肾;瘀血为主者,治宜活血化瘀;痰湿为主者,治宜健脾化痰利湿。此外,下列简易方可酌情选用:①鲜石斛:用新鲜含汁多者一两,煎水代茶(《本草通玄》)。②甘蔗:去皮取汁频饮之,治发热、口渴、小便涩(《外台秘要》)。③天花粉:深掘大栝楼根,厚削皮至白处止,切之一寸长短,水浸一日一夜,取出舂碎研之,以绢袋滤之,如出粉法干燥,每日三钱,水煎服,亦可作粉粥,或加入乳酪中食之,治大渴(《千金方》)。④五汁饮:梨汁、荸荠汁、鲜苇根汁、麦冬汁、藕汁各酌量,和匀凉服,治温病热甚,口中燥渴(《温病条辨》)。

口渴,渴欲饮水,宜少少与饮之,不宜暴饮过量,当防水停饮聚为害。饮食宜清淡。

暴渴

为口渴之一。是以口渴突然而起,喜冷饮,身热烦躁为特点的病证。暴渴出《圣济总录》。

暴渴的产生,多由热盛津伤所致。《圣济总录》卷五十九:“暴渴缘热甚腠理开,汗大泄而津液暴燥,故渴而引饮。”暴渴多属实证热证,但热病后期热退津伤,或失血等原因,可致暴渴,当属虚证。也有虚实夹杂者,不可不辨。暴渴日久失治,亦可成久渴之证。

胃热口渴:症见暴渴饮冷,身热烦躁,嘈杂易饥,口臭,尿赤便结,舌红苔黄,脉数,甚则牙龈肿痛。为脾胃蕴热,火炽津伤所致。治宜清热泻火。可选用调胃承气汤、增液承气汤。热甚汗多者,宜白虎汤;寒热错杂者,宜黄连汤。

伤寒口渴:症见暴渴饮冷,壮热烦躁,大汗出,舌苔黄燥,脉洪数。为感受寒邪,入里化热,热盛伤津而成。治宜清热生津止渴。方用白虎汤加减。

伤暑口渴:症见夏月受暑,暴渴饮冷,身热汗出,烦躁,头痛,背微恶寒,舌红苔黄,脉虚洪而数。为感受暑邪,汗出伤津耗气而致。治宜清暑益气,生津止渴。方用白虎加人参汤,或竹叶石膏汤、清暑益气汤加减。若暑邪挟湿,渴不多饮,胸脘痞满,舌红苔腻,脉濡数。治宜祛暑利湿,宣气达邪。方用香薷饮合藿香正气散加减,或白虎加苍术汤。

湿温口渴:症见口燥而渴,渴不多饮,胸闷,溺赤自利,舌红苔黄腻,口粘,脉濡数。为湿热阻滞,津液不能上承而致。治宜宣气利湿清热。方用甘露消毒丹加减。湿热留恋三焦,宜选用三仁汤加减。

燥热口渴:症见口燥咽干,渴而引饮,皮肤燥热,舌干津少,脉细数。为燥热伤津所致。治宜润燥生津止渴。方用沙参麦冬汤或益胃汤加减。

血虚口渴：症见暴渴起于大失血之后，面色㿠白，头晕眼花，烦躁不宁，舌淡苔白，脉芤或细数。吐衄、产后大失血，气血两虚引胃津以自救，属津涸致渴。治宜补气养血。方用当归补血汤或圣愈汤等加减。

伤津口渴：大汗出，呕吐，泄泻之后，或热病身热已退，津液耗伤，骤见口渴欲饮，心烦，舌红少津，脉细少力。治宜养液生津止渴。方用五汁饮或增液汤加味。余热未尽者，用竹叶石膏汤或玉女煎；若泄泻之后而口渴者，因脾湿使津液不能上输，则应燥脾利湿为主，方用三仁汤、平胃散等。《侣山堂类辨·消渴论》："试观泄泻者必渴，此因水津不能上输，而惟下泄故尔。以燥脾之药治之，水液上升，即不渴矣。故以凉润治渴，人皆知之，以燥热治渴，人所不知也。"

久渴

为口渴之一。是以口渴起病缓慢，渐来而不甚，或渴不多饮，或欲漱水不欲咽的病证。

久渴的产生，多由内伤正虚。有津液亏损，阳虚不化津液之分，多属虚证；但内伤瘀血、痰饮、津液不能上承所致口渴，当属实证，或虚实夹杂。不应但以久渴为虚而论。

阴虚口渴：症见口渴夜甚，口燥咽干，渴欲饮水，饮不能多，虚烦不眠，舌红少苔，脉细。为阴虚精亏，水不上承所致。治宜滋阴补肾。方用六味地黄丸。若见阴虚火旺，治宜滋阴泻火，方用大补阴丸、知柏地黄丸加减。

阳虚口渴：症见口渴喜热饮，饮水不多，面色㿠白，胃脘觉冷，大便溏薄，苔薄腻，舌质偏淡。为脾阳亏损，中寒内盛所致。治宜健脾温中散寒。方用理中丸、小建中汤、大建中汤等加减。若腰酸腿软，形寒肢冷，小便清长，或淋沥不尽，舌淡苔白而润，脉沉弱而迟。为肾阳虚衰，水不化气，津液不能上承所致。治宜温阳补肾。方用金匮肾气丸。阳虚水肿口渴者，可用真武汤。

脾虚口渴：症见口渴喜热饮，稍饮即止，饮而不多，少气懒言，腹胀便溏，肢体困倦，舌淡，有齿痕，苔白，脉濡弱。为脾虚不能转输津液所致。治宜健脾助运。方用七味白术散或黄芪建中汤加减。若症见渴不欲饮，胸闷纳呆，腹胀肢肿，小便不利，舌淡苔腻，口粘，脉濡细。为脾虚湿困，湿阻中焦，升降失常，津不上承所致。治宜健脾燥湿利水。方用三仁汤、胃苓汤，或五皮饮加减。湿化后自宜健脾益气之法。

饮酒口渴：症见口渴欲饮，饮水不多，心烦脘闷，恶心欲呕，舌苔黄腻，脉濡数。嗜酒蕴湿积热，湿热阻胃，水津不布而致口渴。治宜清热利湿。方用五豆汤加减。

瘀血口渴：症见渴欲饮水，但欲漱水不欲咽，唇萎，舌紫暗，脉涩。为瘀血阻滞经络，水津不能上承所致。治宜活血祛瘀。方用小柴胡汤加丹皮、桃仁，或血府逐瘀汤。若夹热蓄血者，用桃核承气汤；夹寒瘀滞者，用温经汤。

痰饮口渴：症见口渴不欲饮，或水入则吐，胸闷心悸，气短，泛恶吐涎，舌苔白腻水滑，脉弦滑。为痰饮阻滞，津液不能上承所致。治宜健脾温阳化饮。方用苓桂术甘汤或二陈汤，小便不利者用五苓散、猪苓汤。

癃闭

以小便量少，点滴而出，甚则闭塞不通等排尿困难为主证者称为癃闭。其中又以小便不利，点滴短少，病势较缓者为癃；以小便闭塞，点滴不通，病势较急者称闭。癃和闭都是指排尿困难，两者的区别，只是程度上的不同，因此一般多合称癃闭，或称为闭癃。

癃闭之名，出于《内经》。汉代因避讳，有些医籍遇癃均改为淋。所以《伤寒论》和《金匮要略》均无癃闭的名称，只有淋病和小便不利的记载。《诸病源候论·气淋候》："肾虚不能制其小便，故成淋……亦曰气癃。"《三因极一病证方论·淋闭叙论》："淋，古谓之癃，名称不同也。"可见是淋、癃不分。《丹溪心法》也只有小便不利和淋的记载，而没有癃闭的名称。明代以后，才将淋、癃分开，分别进行辨证施治。《证治要诀·大小腑门·淋闭》："古名癃者，罢也。不通为癃。不约为遗。小便滴沥涩痛者，谓之淋。小便急满不通者，谓之闭。"

妇人新产后出现排尿困难，小腹胀急疼痛，《诸病源候论》称为产后小便不通。《千金翼方》有"产后小便不利"的记述。

按照临床表现及病因病机的不同，可分为实证癃闭和虚证癃闭两大类。实证癃闭包括膀胱湿热癃闭、肺热气壅癃闭、肝郁气滞癃闭、水道阻塞癃闭等。虚证癃闭包括脾气不升癃闭、肾阳衰惫癃闭、肾阴亏耗癃闭等。癃闭的虚实分类见《景岳全书·癃闭》。该篇提出癃闭有气虚不化而闭和气实而闭的不同。详细的病因分类，以《证治汇补·癃闭》较为全面。

病因病机　《素问·宣明五气》云："膀胱不利为癃。"《诸病源候论·小便诸候》提出是由于肾与膀胱有热，若热气大盛则令小便不通。若热势极微只是小便难。朱丹溪认为小便不通有"气虚"、"血虚"、"有痰"、"风闭"、"实热"等多种原因。《景岳全书·癃闭》则归纳为四方面：有因火邪结聚小肠膀胱，水泉干涸而气门热闭不通者；有因热居肝肾，则或以败精，或以槁血，阻塞水道不通者；有因真阳下竭，元海无根，气虚不化而闭者；有因肝强气逆，移碍膀胱，气实而闭者。《证治汇补·癃闭》则总结为"有热结下焦，壅塞胞内，而气道涩滞者；有肺中伏热，不能生水，而气化不施者；有久病多汗，津液枯耗者；有肝经忿怒，气闭不通者；有脾虚气弱，通调失宜者"。归纳之，以下几方面为最常见。

膀胱湿热：中焦湿热不解，下注膀胱，或肾热移于膀胱，膀胱湿热阻滞，导致气化不利，小便不通，而成癃闭。

肺热气壅：肺为水之上源，热壅于肺，肺气不能肃降，津液输布失常，水道通调不利，不能下输膀胱；又因热

气过盛，下移膀胱，以致上、下焦均为热气闭阻，而成癃闭。

脾气不升：劳倦伤脾，饮食不节，或久病体弱，致脾虚而清气不能上升，浊阴难以下降，小便因而不利，故《灵枢·口问》云："中气不足，溲便为之变。"

肾元亏虚：年老体弱或久病体虚，肾阳不足，命门火衰，所谓"无阳则阴无以生"，致膀胱气化无权，而溺不得出；或因下焦积热，日久不愈，津液耗损，导致肾阴不足，所谓"无阴则阳无以化"，也可产生癃闭。

肝郁气滞：七情内伤，致肝气郁结，疏泄不及，影响三焦水液的运行及气化，水道通调受阻，形成癃闭，且肝经绕阴器，抵少腹，故《灵枢·经脉》云："肝足厥阴之脉……是主肝所生病者……遗溺闭癃。"

水道阻塞：瘀血败精，或肿块结石，阻塞尿路，小便难以排出，而成癃闭。

妇人产后小便不通，主要为产后脾肺气虚，通调不利，肾虚气化失职，或气滞水道不利，致成小便不通的虚、实证候。

小儿癃闭的发生，主要是湿热之邪，壅郁肺、脾、肾三脏之气，致气化不利所形成。

辨证 应分清虚实。实证癃闭多发病急骤，小腹或胀或痛，小便短赤灼热，苔黄腻或薄黄，脉弦涩或数；如兼见小便赤热不爽，口渴不欲饮者，则以膀胱湿热为因；如兼见呼吸急促，咽干，口渴欲饮者，则以肺热壅盛为因；如兼见多烦善怒，胁腹胀满者，则以肝郁气滞为因；如兼见尿流变细，时而通畅，时而不通者，则以尿路阻塞为因。虚证癃闭多发病缓慢，面色不华或㿠白，小便排出无力，精神疲乏，气短，语声低细，舌质淡，脉沉细弱；如兼见老年排尿无力，腰膝冷而酸软者，则以肾虚命门火衰为因；如兼见咽干，心烦，手足心热，舌质红，脉细数者，则以肾阴亏耗为因；如兼见少腹重胀，肛门下坠者，则以中气不足，脾气不升为因。因此，即使同一中焦病变，也有虚实的不同。中焦湿热下注膀胱，致湿热互结，气化不利者属实证；而中气不足，清气不升，浊阴不降，导致小便不利者则属虚证。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 应根据"腑以通为用"的原则，着重于通。但通利之法，又有虚实的不同；实证治宜清湿热，散瘀结，利气机而通水道；虚证治宜补脾肾，助气化，气化得行，则小便自通。清湿热，如八正散之类；散瘀结，如代抵当丸之类；利气机，如沉香散之类；补脾升提，如补中益气汤之类；补肾助阳，如《济生》肾气丸之类。《丹溪心法·小便不通》强调在内服药的同时，要进行探吐，认为"探吐之以提其气，气升则水自降下，盖气承载其水也"。若小腹胀急，小便点滴不下，内服药物缓不济急，还应配合导尿或针灸等以急通小便。

小儿癃闭和产后癃闭的治则虽与内科同，但小儿肺脾肾常不足而阴常亏，在病因上又以湿热为主，故治疗时通利不能太过，过则伤阴；在通利水道时常须顾及肺脾肾之气化功能，气化得行，小便自通。产后癃闭由于分娩时的产创和出血，常致阴血偏虚，阳气易浮，故治疗时应以补肾养血滋阴为主，补肾可以化气，补阴可以抑阳，利水可以通闭。

针灸治疗 以通调膀胱气化为主。选足太阳、足少阴、足太阴和任脉等经穴为主，如肾俞、膀胱俞、三焦俞、中极、气海、阴陵泉、三阴交、阴谷或委阳等，每次3—5穴。用毫针刺，酌情补泻，或配合灸法治疗。膀胱积热者，选中极、膀胱俞、委阳、阴陵泉、三阴交等，一般不灸。肾气亏虚者，选命门、三焦俞、肾俞、气海、关元、委阳和阴谷等，用毫针刺，行补法，可配合灸法。气滞血瘀者，选膀胱俞、肾俞、气海、关元、中极、三阴交和阴陵泉等。

电针法，可参照通治法选穴，每次2—3穴。用电针仪通电5—15分钟，维持中等针感。有的可在一次治疗后收效；未效者，可隔1—2小时后，再行针治。

推拿疗法 ①指按中极穴法：患者仰卧，术者以指腹按中极穴上，约成60°角向下稍用压力。②按摩法：术者用揉法或摩法顺时针在患者下腹部操动，用力均匀，由轻而重。排尿后再根据辨证，施以手法；膀胱湿热者，加按揉三阴交、阴陵泉、膀胱俞、中极；骶部八髎穴横擦，以微有热感为度。肺热壅盛者，加横擦前胸上部及大椎、两肩部或按揉中府、云门、合谷、太渊。气机郁滞者，加按揉章门、期门，斜擦两胁。肾阳不足，命门火衰者，加一指禅推或按揉肾俞、命门部。瘀血凝聚或尿路结石者，加按揉肾俞、志室、三焦俞、水道、三阴交，每穴1分钟，以酸胀透热为度。

简易方 ①杏仁三至五钱，熬米服之，治肺气闭阻之癃闭(《备急千金要方》)。②秦艽一两，去苗，以水一大盏，煎取七分，食前分作二服。治因湿热而致小便不通(《太平圣惠方》)。③倒换散：大黄、荆芥穗等分为末，每服一至二钱，温水调下。治癃闭不通，无问新久(《宣明论方》)。④蝼蛄麝香散方：活蝼蛄1只，生研，入麝香少许，新汲水调下(《圣济总录》)。⑤琥珀二钱，灯芯三札，木通一钱五分，煎汤调下，适用于一切癃闭(《琐碎录》)。

外治法 ①炒盐加麝香五厘，填于脐中，外用葱白十余根作一束，切如半指厚，置盐脐上，再用艾灸脐上。属热者不可用(《济阴纲目》)。②滑石粉二两，以新鲜车前汁和，涂脐四畔，热即易之。适用于膀胱湿热之癃闭及产后小便不通(《大全本草》)。③连根葱(不得洗)，生姜1块，淡豆豉21粒，盐2匙，同研烂，捏饼烘热，掩脐中，以帛扎定(《仁斋直指方论》)。

食疗方 ①火麻子粥：火麻子一两研细，以粳米五两作粥服用(《备预百要方》)。②芡实茯苓粥：芡实、茯苓各等分，以粳米作粥服用。主治中气不足之癃闭(《摘元方》)。③酒炒螺蛳：螺蛳鲜活者，洗净，先用酒渍，约10分钟后用烈火炒，加盐、姜、葱、酱油等调味品，即可食用(《扶寿精方》)。

预后 由"闭"转"癃"，是病由重转轻，由"癃"转

"闭",是病由轻转重。如失治或治疗不当,病情转为严重时,还可出现头晕目糊,胸闷,喘促,恶心,呕吐,水肿,甚至昏迷,抽搐等症,可引起死亡。《景岳全书·杂证谟·癃闭》:"小水不通是为癃闭,此最危最急症也,水道不通,则上侵脾胃而为胀,外侵肌肉而为肿,泛及中焦则为呕,再及上焦则为喘,数日不通,则奔迫难堪,必致危殆。"指出不可忽视本病,要及时治疗。

实证癃闭

为癃闭之一,是以发病急骤,小腹胀痛或状如覆碗,小便短赤灼热,欲出未尽,苔黄腻或薄黄,脉弦涩或数为特点的一种病证。《景岳全书》称为气实而闭。

实证癃闭的病因,《丹溪心法》已提出"实热"。《景岳全书》明确指出火邪聚结膀胱,气门热闭不通或败精槁血,阻塞水道不通,引起癃闭。《证治汇补》还阐明肺中伏热,气失通调,或肝经忿怒,气闭不通,引起癃闭。因此,实证癃闭应根据不同的病因,分别进行治疗,宜清湿热,散瘀结,利气机而通水道。

膀胱湿热癃闭:症见小便点滴不通,或量极少而短赤灼热,小腹胀满,口苦口粘,或口渴不欲饮,或大便不畅,苔根黄腻,舌质红,脉数。湿热蕴积膀胱,膀胱气化不利。治宜清热利湿。方用八正散加减。若舌苔厚黄腻者,可加苍术、黄柏,或用茵陈五苓散。若兼心烦,口舌生疮糜烂者,可合导赤散。若湿热久恋下焦,又可导致肾阴耗伤而出现口干咽燥,潮热盗汗,手足心热,舌光红,可改用滋肾通关丸加生地、车前子、牛膝等,以滋肾阴、清湿热而助气化。若因湿热蕴结三焦,气化不利,小便量极少或无尿,面色晦滞,胸闷烦躁,恶心呕吐,口中尿臭,甚则神昏谵语,宜用黄连温胆汤加车前子、白茅根、木通等以降浊和胃,清热化湿。

肺热壅盛癃闭:症见小便涓滴不通,或点滴不爽,咽干,烦渴欲饮,呼吸短促,咳嗽,舌苔薄黄,脉数。肺热壅盛,失于肃降,不能通调水道,下输膀胱。治宜清肺热,利水道。方用清肺饮加减。如心火旺而见心烦,舌尖红者,可加黄连、竹叶等以清心火。舌红少津,肺阴不足者,再加沙参、茅根之类,以滋养肺阴。大便不通者,加大黄、杏仁以宣肺通便。有鼻塞,头痛,脉浮等表证者,可加薄荷、桔梗以解表宣肺。

肝郁气滞癃闭:症见情志抑郁,或多烦善怒,小便不通或通而不畅,胁腹胀满,苔薄或薄黄,舌红,脉弦。七情内伤,气机郁滞,肝气失于疏泄,水液排出受阻。治宜疏利气机而通小便。方用沉香散加减。若产后气滞而致癃闭者,可用《济阴纲目》的通气散。若理气之力尚嫌不足,可合六磨汤加减。若气郁化火,可加龙胆草、山栀等以清其火。

水道阻塞癃闭:症见小便点滴而下,或尿细如线,甚则阻塞不通,小腹胀满疼痛,舌质紫黯,或有瘀点,脉涩。此乃瘀血败精阻塞于内,或瘀结成块,阻塞于膀胱尿道之间。治宜行瘀散结,通利水道。方用代抵当丸。如病久气血两虚,面色不华者,宜加黄芪、丹参、归身以补养气血。若小便一时性不通,胀闭难忍者,可加麝香少许吞服。若尿路有结石,可加金钱草、海金砂、冬葵子、瞿麦、萹蓄通淋利水。若兼见尿血,可吞服参三七、琥珀粉。

针灸、推拿等其他疗法见"癃闭"条。

虚证癃闭

为癃闭之一,是以发病缓慢,面色不华或㿠白,小便排出无力,或少尿,甚至无尿,精神疲乏,气短声低,舌质淡,脉沉细为特点的一种病证。

虚证癃闭的病因,主要是由于脾虚清气不升,浊阴不降或肾元亏虚,气化不及州都所致。《景岳全书·杂证谟·癃闭》提出了"气虚不化而闭"的理论,在治疗上必须"得其化。"

脾气不升癃闭:症见小腹坠胀,时欲小便而不得出,或量少而不畅,精神疲乏,食欲不振,气短而语声低细,舌质淡,苔薄,脉象细弱。良由脾气虚弱,清气不升则浊阴不降。治宜健脾益气,升清降浊,化气行水。方用补中益气汤合春泽汤加减。补中益气汤补中气、升清气,脾气升运则浊阴易降;春泽汤化气利水。亦可用补中益气汤加通草,一升一降,气化得行,小便自通。若产后因气虚而致癃闭者,治宜补气润肺,方用《女科辑要》的补气通脉饮。

肾阳衰惫癃闭:症见小便不通或点滴不爽,排出无力,面色㿠白,神气怯弱,畏寒,腰膝冷而酸软无力。舌质淡,苔白,脉沉细而尺弱。命门火衰,气化不及州都。治宜温阳益气,补肾利尿。方用《济生》肾气丸。如形神萎顿,腰脊酸痛,为精血俱亏,病及督脉,多见于老人,用香茸丸以补养精血,助阳通窍。若因肾阳衰惫,命火微弱,致三焦气化无权,浊阴弥漫,通降失常,小便量少,甚至无尿,呕吐,烦躁,神昏者,用《千金》温脾汤合附桂八味丸、吴茱萸汤以温补脾肾,和胃降逆泄浊。

肾阴亏虚癃闭:症见时欲小便而不得尿,咽干心烦,手足心热,舌质光红、脉细数。良由肾阴亏虚,无阴则阳无以化,治宜滋补肾阴,壮水分清。方用六味地黄丸合化阴煎加减。如阴虚而阳不化气,可用滋肾通关丸以滋阴助阳,化气利尿。

针灸、推拿等其他疗法,见"癃闭"条。

关格

以小便不通与呕吐并见为主证者称为关格。小便不通名曰关;呕吐不止名曰格;小便不通与呕吐并见,名曰关格。《伤寒全书·平脉法第二》:"关则不得小便,格则吐逆。"关格多出现于水肿、癃闭、淋证等疾病的后期,或由关而致格,或关、格同见,总属危重病候。

关格一词，最早见于《内经》。张仲景明确提出了关格是小便不通和呕吐为主证的疾患。而《诸病源候论》认为关格是指大小便不通。大便不通谓之内关，小便不通谓之外格；二便俱不通为关格。《鸡峰普济方》认为关格病上有吐逆，下有大小便不通。本条的概念，宗仲景之说。小便不通与呕吐并见的病证谓关格。《景岳全书·杂证谟·关格》："关格一证，在《内经》本言脉体，以明阴阳离绝之危证也……自秦越人在《难经·三难》曰：上鱼为溢，为外关内格；入尺为覆，为内关外格。此以尺寸言关格，已失本经之意矣。又仲景曰：在尺为关，在寸为格；关则不得小便，格则吐逆。故后世自叔和、东垣以来，无不以此相传。"

病因病机 《内经》认为是阴阳不相应所致。《伤寒论》认为系邪气膈拒三焦所为。后世医家代有发挥：《诸病源候论》主阴阳气不和，荣卫不通。《外台秘要》主风寒。《兰室秘藏》认为"邪热"为疾。《丹溪心法》认为"有痰"、"中气不运"、"寒在上，热在下"。《景岳全书》认为是肾虚所致。《类证治裁》认为"气逆于上，津涸于下"。《医林绳墨》认为气郁生痰，痰阻而成。综上所述，以下几个方面最为常见。

外邪侵袭：素体中阳不足，风寒冷气乘虚侵入肠胃，寒实搏结中焦，使胃失和降，胃气上逆而为呕；阻抑小肠，分清泌浊功能失调，而致小便不通；或素体痰浊内盛，邪热入里，痰与热搏结，壅塞三焦，气化功能不得升降而致水道闭阻不通，下闭上格，发为关格。《兰室秘藏·小便淋闭论》："关，无出之谓，皆邪热为病也。"

气郁痰瘀：忧思恚怒郁久，三焦气机不畅而致。《医醇賸义·关格》："多起于忧愁怒郁。"或积饮生痰。《医林绳墨·关格》："其痰结而不行，其门闭而不开。"而致关格；或气郁不行，气滞则血瘀。痰浊、瘀血搏结，致上下升降否绝，形成关格。

浊邪壅盛：癃闭失治，浊邪壅盛，阴阳升降乖戾，下焦关闭不出，上焦格拒不纳，上下不通，发为关格。《证治汇补·癃闭附关格》："既关且格，必小便不通，旦夕之间，陡增呕恶，此因浊邪壅塞三焦，正气不得升降，所以关应下而小便闭，格应上而生吐呕，阴阳闭绝，一日即死，最为危候。"

脾肾阳衰：水肿、淋病日久，脾肾阳衰，三焦气化无权，阴邪上泛，闭阻不通，发为关格。

阴液枯竭：下焦湿热久留，湿郁化热，热伤阴津，而致津液干涸，猝然阻格，致上下不通，发为关格。《类证治裁·关格》："因是症气逆于上，津涸于下，与噎膈、反胃同，而势较骤。"

辨证 关格病除了主证表现为小便不通，或大小便俱不通，及饮食不入，呕吐不止外，其兼症极为复杂，临床辨证重在分清标本虚实。关格病的早期表现多属虚证，主要是脾肾阳损，虽兼有浊邪，但并不严重。至后期阶段虽然虚实兼挟，而脾肾更亏，浊邪壅盛，邪正相比，邪实较为突出。临证时，首先应辨明脾阳、肾阳的虚损情况，以及浊邪在气分、血分，还是在上焦、中焦和下焦，还需进一步辨明阳损及阴，阴阳离决的严重证候。关格病后期阴阳闭绝，三焦壅塞，最为危候。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 关格病的基本病理变化是脾肾阳虚，浊邪壅滞三焦，故其主要治疗原则《证治准绳·关格》提出，应该"治主当缓，治客当急。"即在脾肾阶段应以补为先，兼用化浊利水；在浊邪壅盛三焦阶段，应补中有泻，补泻并重，泻后再补，或长期补泻同用。治疗关格病用药贵在灵活，在温补脾肾中，止呕利溲，降浊化痰，宜开通，宜疏利。

浊邪壅闭：症见小便不通，渐至恶心呕吐，纳呆厌食，头痛烦躁，甚则谵语发狂，抽搐昏迷，四肢厥冷，口气秽浊，舌质肥胖紫黯、苔垢腻水滑，脉沉弦有力。多由浊邪内阻，气机壅滞，由下上泛，三焦闭绝，发为关格。应视其浊邪弥漫于三焦之偏重而施治。若症兼见神疲乏力，四肢困重，恶心呕吐，厌食腹胀，口腻而甜，苔腻舌质淡。是由于浊邪困脾而致。宜温阳健脾，行气化浊。方用实脾饮加减。若兼见呕吐并作，大便秘结，苔黄腻，脉弦数。是由于浊邪犯胃，郁而化热所致。方用黄连温胆汤加减。若兼见神昏谵语，为邪陷心包，宜配合至宝丹、紫雪丹、苏合香丸开窍醒神；若兼抽搐动风者，宜合用镇肝熄风汤、大定风珠等平肝熄风。

水道闭塞：症见起病急暴，小便不通，呕吐频作，腰腹绞痛拒按，少腹胀满膨隆，亦可兼见大便不通，心中烦乱，面红目赤，口干唇燥，四肢渐冷，舌质黯红，苔黄燥起刺，脉沉伏。此为瘀阻膀胱，痰积中焦，水道闭塞，上下不通所致。急宜行气通瘀，攻下开窍。方选少腹逐瘀汤、加味麻仁丸、大承气汤加减化裁。若寒实内结，脘腹冷痛，关格不通，脉沉迟有力者，宜用温通，方选三物备急丸、温脾汤。

阴虚津枯：症见饮食不下，格拒吐逆，小便短少，或有大便干结，状如羊矢，渐至大小便不通，形体消瘦，口燥咽干，头晕眼花，五心烦热，舌红而干，或有裂纹，少苔或光净无苔，脉弦细数。此为阴虚津涸，三焦不利，遂致关格不通。治宜滋养津液，开窍通关，兼以化痰行瘀。方用人参散合五汁饮加味，亦可加用增液汤、黄龙汤等。

肾阳衰微：症见小便不通，渐至呕吐不止，面色㿠白，头晕目眩，神情呆滞，烦躁不安，手足厥冷，呼吸低微，汗出不止，甚则抽搐昏迷，舌淡胖有齿痕，苔白滑，脉沉迟，或沉细欲绝。此命火不足，肾阳衰微，三焦气化无权，出入乖戾所致。治宜温肾回阳，开窍通闭。方选真武汤合五苓散、既济丸化裁。

简易方和外治方 可酌情选用：①取土瓜根捣取汁。可应用于肝胆湿热而气滞关格不通者。(《肘后方》引《小品方》)。②双白丸：白茯苓、鹿角霜等分研细末，酒糊丸梧桐子大，每服30丸，空心服。适用于关格病肾阳不足

者(《朱氏集验方》)。③大黄散方:以大黄、苦参、紫贝齿、滑石各等分,捣细罗为散,煮葵根汤调下,每次二钱。适用于肝风内动,浊邪内统而有水肿者(《太平圣惠方》)。④苦酒和硝,涂腹上,干复易(《肘后方》)。⑤大蒜二两半,捣烂,敷于两腰部,每日一次(《本草纲目》)。

预后　关格的前期阶段若没有很好调理和治疗,势必阳损及阴,浊邪弥漫,使脾的运化功能衰退,肾的分清泌浊功能丧失,机体的气化功能逐渐衰退,表现为下衰邪实,由关格病的前期阶段向后期阶段发展,直至本病的终末阶段。

一般来说,脾肾阳虚轻者,预后较好;脾肾阳虚重者,预后较差。另一方面,若浊邪只犯中焦,病限脾胃,只要辨证确切,用药得当,尚可带病延年,预后尚可;若浊邪上犯心肺,出现昏迷、喘促息微;或浊邪下犯肝肾,出现痉厥者,预后较差。

小便不利

以小便滞涩难解,重则点滴淋沥,排尿不畅为主证者称为小便不利。若排尿疼痛者,则属淋证,若闭涩不通则为癃闭。

小便不利见《伤寒论》。《儒门事亲》称小便不通利。《证因脉治》按病因分别称外感小便不利和内伤小便不利。《景岳全书》称小水不利。

病因病机　《卫生宝鉴》卷十七:"小便不利有三,不可一概而论也。若津液偏渗于肠胃,大便泄泻而小便涩少,一也;""若热搏下焦津液,则热湿不行,二也;""若脾胃气涩,不能通行水道,下输膀胱而化者,三也。"小便乃脏腑三焦气化所生,膀胱为津液气化之道。凡人身水液渗泄因外邪侵袭,脏气内伤而有所阻滞,则可产生小便不利。常见的病因如下。

感受外邪:寒湿搏于经络;或风湿内阻,脾胃气涩,不能通利水道;或热伤上焦气分,津液耗伤;或热结膀胱;或湿热内蕴而致小便不利。

脏腑内伤:肺热、心热、肾热;或因久病劳倦、汗下过度、耗伤津气;或因脏腑阴液耗损;或因肾阳虚衰,施泄无权等,均可引起小便不利。

妇人、小儿小便不利之病因病机大致与上述相同。

辨证论治　首先应辨别证属外感、内伤。外感小便不利,以实证兼表证较多,治宜祛邪为主;内伤小便不利,以虚证为主,或兼他邪,治宜培补正气为要,或佐祛邪之品。

外感小便不利:大多起病较急。若寒湿搏于经络,兼见骨节烦疼,汗出恶风,或身微肿,脉濡缓。治宜温散寒湿。方用甘草附子汤、术附汤加味;若寒湿内结少阴,症见小便不利而腹痛,肢重,下利,脉濡而迟。宜温肾化气利水。方用真武汤、四逆汤加减。因热伤上焦气分,症见小便不利而渴。宜清润肺气。方用黄芩清肺饮、生脉散加桔梗;因热盛伤津,小便量逐渐减少,色黄赤短涩,乃为津液耗伤,水源不足,膀胱无水所致。宜调补滋阴,根据肺、脾、肾三脏见症,分别施治。兼见枯燥无汗,干咳无痰,为肺燥伤津,加用知母、沙参、麦冬、玉竹之属;兼见口渴咽干、便秘,属脾阴不足,宜加用山药、扁豆、石斛、芦根、蔗浆之品;兼见烦热腰痛,乃肾阴虚,宜加用地黄、阿胶、玄参、女贞子之类。必待津气渐充,小便始可通利,不宜重用分利之剂,或误施汗下,重伤津液。外邪由表入里,内传中焦阳明,而致阳明燥热,症见壮热烦渴,小便不利,脉数大。治宜清热润燥。方用知母石膏汤、清燥汤;热伤下焦血分,症见不渴而小便不利。宜滋肾涤热以导其流。方用滋肾丸、八正散加减;下焦湿热内蕴,膀胱气化失司,症见小便不利者。当清热渗湿。方用抽薪饮、五苓散加减,或用木通、车前子、茯苓之类。

内伤小便不利:大多发病较缓,病程较长。可分:①热结小便不利:因肺热,症见小便不利,咽干烦躁,呼吸短促气粗等。方用黄芩泻白散加减;因心热,症见小便短赤,烦热舌赤,便秘,脉数等。宜清心降火。方用泻心汤、导赤散之类;肾热者,症见小便不利,腰痛,足心热,脉细数等。宜滋阴降火。方用知柏地黄丸、车前木通汤加减。②偏湿小便不利:因脾胃不和,水谷偏渗大肠,症见小便短少,泄泻不止,腹中漉漉有声,或痛,脉弦。挟热者用清肾汤、黄连戊己汤加减;挟寒者用胃苓汤;挟痰火者用黄连温胆汤;挟气滞者用木通枳壳汤加减。③气虚小便不利:症见气怯神疲,面色萎黄,语言低微,口不渴,欲小便而不解,脉细弱。多由久病,劳倦伤脾,或误用汗下太过,耗伤津气所致。治宜补气为主。偏肺气不足用生脉散;偏中气不足用补中益气汤;偏膀胱气弱用人参车前汤。④阴虚小便不利:症见小便不利,内热神衰,形瘦干咳,脉细数。治宜养阴为主。肺阴虚用生脉散加味,或人参固本丸;肝阴不足,施泄无权,用海藏四物汤;肾阴虚水竭于下,用知柏地黄丸加味。⑤阳虚小便不利:症见小便滴沥不畅,憎寒喜暖,手足逆冷,脉沉迟。由于肝肾阳虚,关门不利所致。治宜温阳为主。方用《金匮》肾气丸、八味丸、右归丸之类。

针灸、推拿及其他疗法,见"淋证"、"癃闭"条。

小便不禁

以小便难以自控,甚则完全不能控制,出而不觉为主证者称为小便不禁。本证多见老人、妇人及病后。

小便不禁见《诸病源候论》。《千金要方》则称小便失禁。早在《内经》记载中将小便不禁、遗尿等病证统称为遗溺、遗溲、失溺。《伤寒论》将神昏而尿出者称失溲。直至《诸病源候论》将小便不禁、遗尿等病证分开,专列《小便不禁候》加以论述。

《医学心悟》将小便不禁分为肝热、气虚、肾败三类临床分虚证、实证两类。虚证有脾肺气虚、下焦虚冷、肝

督不足、肾败虚竭。实证有湿热下注、内伤蓄血等。

病因病机 小便不禁,《内经》认为由虚而致,《金匮翼》主:"脾肺气虚",《诸病源候论》主"肾气虚,下焦受冷",《张氏医通》主"阴虚属热"。认为由肝与督脉三焦为病。《类证治裁》妇人产后,损伤膀胱,如《类证治裁·闭癃遗尿》曰:"产者不顺,致伤膀胱,或收生不慎,损破尿脬,皆能致小便不禁。"产后小便不禁亦多见于肾气亏损,下之不固,膀胱失约所致。本证病因病机归纳如下:

五脏虚衰:七情扰思,各种劳伤,病后虚弱,老年体衰,以致五脏功能虚衰,三焦气化失司,水湿输布不能制约。

湿热下注:膀胱本为水府,职司约束。湿热之邪,蕴结下焦,或下注膀胱,气化约束功能失常,水随火动妄行,小便不能自制。

瘀血郁阻:各种损伤产生瘀血,蓄于体内影响脏腑三焦气化功能,以致水道不固,膀胱不约而致。

辨证论治 小便不禁有寒热虚实等不同情况。虚寒者可见小便不禁,且较频而清长;虚热者可见小便不禁,量短而色深黄;实热者小便不禁,尿频量少而急迫,尿道刺痛。

本病病势较缓,恒多虚寒,故以温补为治本之大法,佐以固涩治其标,但如病夹实邪,则大忌补涩之品,必须邪去,方可用之。

脾肺气虚:症见尿意频作,时有尿出或尿不禁,面色皖白,气少声弱,少腹时有坠胀,舌淡苔薄,脉虚无力。多因劳伤思虑过度,损伤脾肺,气虚不能约束水液而致。治宜补脾益肺,佐以固涩。方用补中益气汤、理中丸、温胃饮或四味回阳饮之类,加益智仁、五味子、牡蛎等。若兼见肾气亦虚,症见腰酸,两下肢软而无力等,方用黄芪束气汤加山药、白术等。

下焦虚寒:症见尿出不禁,小便清长,畏寒背冷,神疲乏力,腰膝酸软,四肢厥冷,舌质淡苔白润滑,脉沉细无力或沉缓。因肾阳不足,下焦虚冷所致。治宜温肾固涩为主。方用菟丝子丸,或巩堤丸合缩泉丸加减。方中菟丝子、肉苁蓉、附子、鹿茸暖肾壮阳;桑螵蛸、益智仁、五味子补益脾肾;牡蛎固涩;山药、鸡内金健脾;乌药温化水液。若老人脬气不固,可用固脬丸。

肝督不足:症见尿出不禁,头晕目眩,腰膝酸软,背脊酸楚;男子遗精阳萎,女子白带频频,舌淡苔白润,脉细弦无力。因肝肾内亏,不能约束膀胱所致。治宜补益肝肾,佐以固涩之品。方用菟丝子丸加女贞子、旱莲草、金狗脊、牡蛎、桑螵蛸等。若肝肾偏阴虚者,方用六味地黄丸加枸杞、菊花;若偏气郁者,方用逍遥散。

肾败虚竭:症见身体缓纵不收,耳聋目瞀,口开眼合,撒手遗尿,失音鼾睡,舌卷脉沉细欲绝。此由邪得以乘虚而入,五脏气绝。治宜回阳救逆。方用大剂参附汤。

湿热下注:症见小便频数,尿时不禁,溺热赤臭,伴有低热,腰酸,舌偏红苔薄微腻,脉细滑而数。因膀胱湿热之邪,留恋不解,久则伤阴而成。治宜清热利湿。方用八正散,或四苓散等。若偏阴虚湿热者,方用滋水清肝饮。

内伤蓄血:症见小便滴沥不禁,小腹胀痛,有时触及癥块,舌质黯或见瘀斑,苔薄,脉涩细数。因瘀血阻于水道,膀胱气化失司所致。治宜活血化瘀。方用抵当丸或少腹逐瘀汤。若挟热者,方用补中益气汤加桃仁、红花等;若妇人产后损伤膀胱,终日漏湿不干,可用补脬饮。

气分大热:症见壮热昏迷,腹满身重,难以转侧,口不仁面垢,自汗出,口渴而苦,谵语,尿失禁,脉洪大而数,苔白而干。因热邪内入阳明,气分热盛。治宜清热生津。方用白虎汤。若热毒偏盛者可合用黄连解毒汤。若有腑实者可加用调胃承气汤。

产后小便失禁,治疗应注重脾肾两脏。若气虚者,宜升举固涩,方用《万氏女科》的升阳调元汤合桑螵蛸散;若肾虚者,宜补肾化气而固膀胱,方用肾气丸。因产伤者可用黄芪当归散与猪尿胞同煎,或用手术修补。

针灸、推拿、气功等疗法,可见"遗尿"条。

预后 小便不禁,是虚劳等疾病过程中的一个症状,其失禁的程度通常意味着病情的轻重,其转归及预后当以原发病而定。

遗尿

以睡眠中尿出不知,醒后即止为主证者称为遗尿。《医学纲目·肝胆部》以"眠中遗溺不觉"为遗尿。俗称尿床。

遗尿一词,最早见于《伤寒论》,含义较广,包括了小便不禁。《诸病源候论》分别列"遗尿"、"小便不禁"、"尿床"三候。遗尿是指不知(包括昏迷和睡眠中)时尿自出;小便不禁是指知而不能忍以致尿出;尿床是指睡眠中尿自出,但历代对遗尿的概念较为混乱,有指遗尿包括小便不禁的,也有不包括小便不禁的,本条目主要论述尿床。

遗尿,小儿尤为多见。《幼幼集成》:"小便自出而不禁者,谓之遗尿。睡中自出者,谓之尿床。"三岁以内小儿,由于智力未全,排尿习惯尚未养成,或因精神激动,引起小便暂时自遗,不属病态。若四岁以后,尚不能自己排尿,且每夜如是,形成惯例,则应视为遗尿。

病因病机 《内经》认为本病因气虚,膀胱不固所致;《诸病源候论》认为与禀质及膀胱虚冷有关;《三因极一病证方论》认为本病因心肾气虚,传送失度而致;《本草纲目》、《景岳全书》也认为遗尿以虚证为多。《证治汇补》则从寒热立论,认为遗尿一证,有寒有热之不同。

根据历代医家所述,遗尿的病因病机可归纳为以下几个方面:

五脏虚损:肺主气,通调水道,下输膀胱,肺虚治节失司,则膀胱不约而遗;脾主运化,职司转输水液,如脾气不足,中气下陷,水液无制则遗;肾主水,其气下通于阴,

肾虚下寒，不能温化，膀胱虚冷，真气不固，则尿自遗。

足厥阴肝经及督脉循阴器，系廷孔（即尿道上），若督脉虚衰，失于固摄，不能约束膀胱；肝气不调，疏泄失司，无以调节尿道之开启，则为遗尿。

心肾气虚，或心肾不交，每致传送无度，水液无制，而为遗尿。如《奇效良方》说："盖心属火，与小肠为表里，二气所以受盛，是为传送；又肾属水，合膀胱为表里，膀胱为水之府，水注于膀胱，而泄于小肠，实相交通矣。若心肾气弱，阴道衰冷，传送失度，必遗尿失禁。"

湿热下注：湿热蕴结，下注膀胱，或因肝经湿热，郁而不化，循经脉下注于膀胱，使膀胱失约，亦可致尿自遗。

小儿遗尿，其发生原因，多由小儿肾气不足，下元虚冷或病后体弱，肺脾气虚不摄或肝经湿热，疏泄失常所致。

辨证论治　遗尿证，在临床上多见于儿童。随着年龄的增长，发育日渐健全而常见自愈。如至成年尚未愈者，这与体质虚弱或与大病以后气血亏损有关。遗尿以五脏虚亏见多，并以肾虚为主，故常表现出阳衰虚寒征象，但也有因心肾不交或湿热下注而表现为虚热或实热之候，或寒热错杂，临证时需加以辨别。

方药治疗　当以虚则补之，热则清之为原则，佐以固涩之品。但补益固涩，又以无实邪，湿热清为前提，有时清中固涩，常常互用。

肺脾气虚：症见神疲倦怠，面色无华，气短力弱，睡中常有尿出，醒后即知，苔薄舌淡，脉细缓无力。治宜补气益肺，固涩水液。方用四君子汤、补中益气汤加益智仁、淮山药、五味子、破故纸、肉豆蔻等。

膀胱虚冷：症见少腹胀痛，身重肢楚，手足逆冷，时有尿意，尿出而不知，小便清长，色白，舌淡苔薄，脉沉细。治宜温补下元，佐以固涩之品。方用菟丝子散、家韭子丸等。若老人偏肾阳不足，可用十全大补汤、《金匮》肾气丸等。

心肾气虚：症见睡中遗尿而无梦，形体消瘦，精神不振，腰酸心烦，舌尖红苔薄，脉细数。治宜调补心肾为主。方用桑螵蛸散。若挟热者，可用白薇散、牡蛎丸；若见夜寐不安者，可用交泰丸。

湿热下注：症见夜寐遗尿，小便频数，淋沥短涩，且有灼热感，舌偏红，苔薄黄腻，脉细滑而数。治宜清热利湿。方用八正散加减，另加补肾固涩之品，如山药、萸肉、菟丝子等。

肝经湿热：症见遗尿，小便黄赤，性情急躁或兼见手足心灼热，夜间齘齿，唇红，苔薄黄，脉滑数。治宜清肝泄热。方用龙胆泻肝汤加减。若肝热伤阴，舌红升火者，可加用知柏地黄丸。

遗尿患者宜避免感受寒凉，节制房事，防止情绪激动和过度劳累。饮食宜富营养易消化之食品，睡前不宜过饱，睡时宜宽衣解带。

针灸治疗　①通治法：选任脉及足太阳、足太阴等经穴为主，如肾俞、膀胱俞、中极、关元、曲骨、气海、内关、神门、三阴交、阴陵泉、委中、复溜、大敦等，每次3—4穴。用毫针刺，行补法，腰腹俞穴可加灸。小儿遗尿，一般取夜尿点（在掌面小指第二指关节横纹中点处）、百会、关元、中极、三阴交，针后加灸，或配关元、中极，针后以针点为中心加拔火罐。②辨证论治：肾气不固，选肾俞、命门、关元、中极、复溜等穴。用毫针刺，行补法，并配合灸法。心阳不足，选气海、神门、内关、足三里、三阴交或委阳等。用毫针刺，行补法，再配合灸法。

推拿疗法　治宜补益肝肾，健腰固涩。可选用：①补脾经350次，清肝经250次，清心经200次，补肺经300次，补肾经400次，推大肠100次，推后溪80次，揉外劳120次，揉中脘200次，揉丹田400次，推丹田（自穴下起，通过丹田往上推至脐下）300次，推揉肺俞30次，按肩井2—3次。②补脾经300次，补肺经200次，补肾经200次，推三关500次，天门入虎口300次，掐揉足三里50次，推运三阴交100次，掐揉百会300次。小儿也可每日下午揉丹田、摩腹、揉龟尾，或横捏肾俞、八髎，以热为度。

气功疗法　可行下述导引法：蹲下，臀部离地约尺许，用两手从两侧膝弯下伸入，经小腿内侧到脚背上，急用两手各握一脚的五趾，尽力朝内搬一次，使五趾向内弯，以利腰髋（《诸病源候论》卷十四）；或加用：苏子、茴香、椒目等药合盐炒热熨小腹，综合进行治疗。

简易方　①茯菟丸：白茯苓（去皮）三两、菟丝子（酒浸）五两、石莲子（去壳）二两，研末，酒煮米糊为丸，如梧桐子大。每服30—50丸，空腹时盐汤送下（《证治准绳》）。②白薇散：白薇一两、白蔹一两、白芍药一两，以上各药捣细为末，每于食前以粥饮调下二钱。适用于湿热内盛之遗尿（《太平圣惠方》）。③茯苓丸：赤茯苓、白茯苓各等分，为末，以新汲水挪洗，澄去新沫，捏干。别取地黄汁，同与好酒银石器内熬成膏，搜和为丸，如弹子大，空心盐酒嚼下。适用于心肾气虚之遗尿（《三因极一病证方论》）。④秘元丹：白龙骨三两，诃子十个去核，缩砂仁一两去皮，上药为末，糯米粥丸梧桐子大，每服50丸，空心盐酒下。适用于内虚里寒之遗尿（《世医得效方》）。

食疗方　①鸡肠散：黄雄鸡肠四具，切碎，净洗，炙令黄熟；肉苁蓉、苦参、赤石脂、白石脂、黄连各三两，捣罗同研匀细为散，每次服二钱，酒调，食前服，白天服二次，睡前服一次。适用于肾气不固，心火偏盛之遗尿（《圣济总录》）。②猪胞洗净，铁铲上炙香熟，嚼细，温酒下（《三因极一病证方论》）。③猪肚一具，莲子三两，同煮至稀烂，食用。适用于脾气不足之遗尿（《永类钤方》）。

遗精

以睡中精液外泄，一周数次，甚则一夜数次为主证者称为遗精。

遗精见《普济本事方》。《金匮要略》称失精。《三因

极一病证方论》称遗泄。

古今医家还根据有梦与无梦而有不同的名称。有梦而遗称梦遗。见《普济本事方》。《金匮要略》称梦失精。《诸病源候论》称梦泄精。《外台秘要》称梦泄。无梦而遗，甚至清醒时精液流出，称为滑精。见《景岳全书》。《灵枢》称精时自下。《诸病源候论》称尿精。《济生方》称精滑。梦遗与滑精，虽然在证候上有轻重的区别，但发病的原因基本上是一致的，正如《景岳全书·杂证谟·遗精》所说："梦遗滑精，总皆失精之病，虽其证有不同，而所致之本则一。"故一并加以讨论。此外，《医宗必读》将男女房事时泄精不止者，称之为"走阳"，亦属滑精范畴。但民间所称之"走阳"，是指遗精。

病因病机 《内经》认为有肾失封藏，或淫邪厥气客于阴器，或心怵惕思虑伤神而产生。历代诸家论述以相火妄动，肾虚不固所致为主。如《丹溪心法·梦遗》所述。有论及肉郁滞与痰火湿热所致者。如《古今医案按》。《景岳全书》认为遗精有关五脏，或素禀不足，及误服药物等可引起此症。此外又有正气本虚，欲心妄动，精神幻觉而致遗精者。综上所述，以下列几方面为常见。

阴虚火旺：若多思妄想，欲念屡起，或房事过多，恣情纵欲，致肾阴损伤；或烦劳过度，阴血暗耗，均可导致阴虚火旺，热扰精室而遗精。《杂病源流犀烛·遗泄源流》："遗泄，肾虚有火病也。"

肾虚不固：若房劳过度，下元虚惫；或手淫频繁，斫伤太过；或素禀不足，元气单薄，均可导致精关失固而遗精。

劳伤心脾：若思虑太过，或诵读劳心，或惊恐伤及心神，中气不足，心脾虚陷而遗精。

湿热下注：若饮食不节，醇酒厚味，致痰火湿热下注，扰动精室而致遗精；或因思想无穷，所欲不遂，肝气郁结，相火偏亢，炼液成痰，迷于心窍，致成遗精。

辨证 首先应分清梦遗与滑精，随后按五脏见证不同，区分虚实而治之。一般因心病而遗者，多血脉空虚，茎纵不收，心悸惊恐；因肺病而遗者，色白咳嗽，午后潮热；因脾病而遗者，多色黄肉消，四肢懈惰；因肝病而遗者，多色青而筋痿；因肾病而遗者，多色黑而髓空。

治疗 历代文献虽有"有梦治心，无梦治肾"之说，但不可机械划分。以临证所见，有梦而遗者，以阴虚火旺，湿热痰火郁滞为多见；无梦而遗，以肾虚不固，劳伤心脾，或禀赋不足，先天单薄为多见。因此，治疗遗精，不可徒持固肾涩精一法。一般纯见虚证而无热象者，多为肾虚不固，治以补肾固精为主；有虚象又有热证者，多为阴虚火旺，治以养阴清火为主；若为湿热痰火郁滞，又当以清热除湿化痰为主。总之，治遗精之法，应如《景岳全书·杂证谟·遗精》所说："凡心火盛者，当清心降火；相火盛者，当壮水滋阴；气陷者，当升举；滑泄者，当固涩；湿热相乘者，当分利；虚寒冷利者，当温补；元阳不足，精气两虚者，当专培根本。"

方药治疗 根据所见证候的不同，可分以下几种类型施治：①肾虚遗精：症见梦遗腰酸，精神委顿，严重者梦遗频作，一日数遗，甚至见闻女色即精出，闭目则遗，阳痿早泄。若兼见睡眠不安，多梦心悸，阳事易举，举而易泄，头晕心悸，面红颧赤，咽干舌燥，夜热自汗，舌质红，脉细数等证者。多由心肾阴亏，虚火偏旺扰动精室所致。治宜滋阴清火，安神固精。方用知柏地黄汤、清心莲子饮、静心汤之类。如遗精频作，日久不愈者，可用金锁固精丸益肾涩精。若兼见阳痿不振，梦遗滑精频作，精少或精薄如水。腰足酸软，面皖少华，神疲肢冷，舌淡，脉沉细微，多由肾阳虚亏精关不固所致。治宜温补肾阳固涩精关。方用右归丸、秘精丸之类。②心脾虚亏遗精：症见心动不宁，善恐多悸，时时梦遗，甚则闭目则遗，阳物着被则精泄，饮食减少，倦怠困顿，苔薄，脉小弦。多由于用心过度，专心诵读，心脾受损所致。治宜调养心脾。方用归脾汤、妙香散、绝梦丹、聚精丸之类。③湿热痰滞遗精：症见嗜好饮酒厚味，肥甘过度，遗泄频频，欲起则精泄，无梦而自遗，夜间脊心烙热，口苦溺赤，恍惚膈热，舌苔黄腻，脉濡滑数。若用热剂则遗越剧，由于痰火湿热下注，精室被扰所致。治以精热化湿，清肝疏滞。方用大分清饮、猪肚丸之类。④"鬼魅"相感遗精：症见不欲见人，如有人晤对，时独言笑悲泣，脉来乍大乍小，乍有乍无，及脉绵绵不知度数，而颜色不常。或两手脉象不同，而颜色不变。诸证均因元气本虚，欲心妄动，精神幻觉所致。治宜用苏合香丸。或如《杂病源流犀烛·遗泄源流》所嘱："宜人参、茯神、远志以养其正，当归、枣仁以安其神，朱砂、雄黄、沉香、麝香、安息香、鬼箭羽、虎头骨以辟其邪，移房于向阳处，令多人伴之，此为正治。"

此外，因素禀不足，元气单薄而致遗者，必有久虚之象，当以调补元气为主；因久服寒凉等剂致遗者，必有药误病史，当停服寒凉之剂而随证施治。

至于因手淫自斫，致成经常遗泄，因而头眩，腰酸，精神疲乏者，必须戒绝手淫，锻炼自爱，不能专恃药物治疗。

针灸治疗 ①通治法：以调整脏腑功能，涩精止遗为主。常用背俞、任脉与手少阴、足少阴等经穴，如命门、肾俞、志室、中极、关元、通里、神门、内关、三阴交、复溜、然谷等。每次选用其中3—4穴。用毫针刺，或加灸，每日或隔日一次，10次为一疗程。②辨证论治：心肾阴亏，选心俞、肾俞、命门、气海、关元、归来、间使、劳宫、神门和太溪，每次2—3穴。用毫针刺，行补法。湿热内蕴，选中极、水道、关冲、大陵、阴陵泉等穴，每次3—4穴。用毫针刺，行泻法。下元亏虚，选肾俞、关元、气海和足三里等穴。毫针刺，行补法，并重用灸法。

推拿疗法 治则：虚证宜补益心肾虚损，实证须清化下焦湿热。操作：①俯卧位：一指禅推背部两侧膀胱经，重点心俞、肾俞；按揉八髎。②仰卧位：摩丹田；按揉气海、关元、三阴交、太溪。辨证加减：肾虚者加擦肾俞，擦八髎，擦涌泉，掌振丹田。心脾虚亏者加按揉心俞、脾俞，

按揉内关、神门、足三里；加开天门，推坎宫，分推前额，揉太阳（见“头痛”条）。湿热痰滞者加按揉三焦俞、气海俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞，按揉阴陵泉、足三里、丰隆。备用手法：掐、擦关元、命门、心俞、肾俞、白环俞，各50—70次。

气功疗法　擦兜功：一手兜阴囊，一手擦脐腹部，左右换手各擦兜计81次，每日早晚各行一次，半月后精固，久之有保健强阳之功。固精法：正坐床上，两腿伸直，足尖朝上。两手自放在腿上，吸气，两手握固，贴于两胁，肘向后回缩，两手放开，手臂上升，沿前胸左右两侧，经头侧耳后向上托天，手掌心反向上，两手指尖相对如“托天”状，如托重物，目仰视手背。慢慢呼气低头弯腰，两手自然下落，手指攀足趾尖，再收回恢复正坐。此为一次，如此重复进行10—64次，早晚各行一功。梦失封金匮：缩寐时调息思神，以左手搓脐14次，右手亦然，复以两手搓胁腹，摇摆7次，咽气纳于丹田，握固良久乃止，屈足侧卧。

简易方　①刺猬皮一具，焙干研末，每次服一钱至一钱五分，日服二次（《随息居饮食谱》）。②水陆二仙丹：金樱子一两，壮芡实一两，每日一剂，煎服（《证治准绳》）。③韭菜子，每晚吞服20—30粒，淡盐汤下。适应于肾虚滑泄（《随息居饮食谱》）。

食疗方　①韭菜炒鲜虾：韭菜250克，洗净，刀切寸长；鲜虾400克，去壳洗净。热锅放油烧沸，放葱姜煸香，再放虾和韭菜，烹黄酒，翻炒至虾熟（《家庭食疗手册》）。②生地鸡：乌骨鸡一只，去毛及内脏，洗净。生地黄半斤，切成细丝，与饴糖三两拌匀，纳入鸡腹，蒸熟即成（《饮膳正要》）。

预防　遗精的预防，首先是加强精神调养。避免过度的脑力紧张，丰富文体生活；注意饮食起居，节制房事；寐前用温水洗脚，养成侧睡的习惯，衬裤不要太紧，脚部不宜盖得过暖等，对预防遗精的发生，均有一定作用。

早泄

以男子房事时间极短即行排精，甚至交媾前即泄精为主证者称为早泄。早泄病名见《辨证录·种嗣门》。

早泄多由于房劳过度或自斫手淫，肾脏亏虚所致。思虑烦劳心肾两伤者，亦易患此。常可与遗精、滑精、阳痿等证并见。治疗方法亦每多类同。

阴虚火旺：症见欲念时起，阳事易举，或举而不坚，临事早泄，平时每有遗精、滑精史，头晕目眩，耳鸣心悸，口干咽痛，舌质薄红，脉多细数。由于斫伤太过，肾阴不足，相火妄动所致。治宜滋阴降火为主。方用知柏地黄汤、大补阴丸、三才封髓丹等。遗精甚者，又当参见“遗精”条的治疗。

阴阳俱虚：症见畏寒肢冷，面皖气短，腰膝酸软，早泄，阳痿，精液稀薄，舌淡脉微等证。由于肾阴亏虚，日久阴损及阳所致。治宜益肾补阳。方用金匮肾气丸加狗脊、菟丝子、巴戟天等品，或用右归丸、五子衍宗丸等。

心肾两亏：因思虑烦劳过度，心肾两虚致早泄者，如《辨证录·种嗣门》：“男子精滑之极，一到妇女之门，即便泄精，……且泄精甚薄。人以为天分之弱也，谁知心肾之两虚乎。”治宜心肾两补。方用济火延嗣丹合补天育麟丹加减。以鹿茸、山茱萸、熟地、肉苁蓉、巴戟天、淫羊藿、芡实、菟丝子、锁阳、人胞、海狗肾、金樱子、五味子等益肾涩精；柏子仁、远志、麦冬等养心安神；黄连、肉桂交通心肾。

肝经湿热：症见情欲亢盛，泄精过早，头晕目眩，心情急躁，口苦咽干，舌红苔黄，脉象弦滑。由于肝火有余，湿热循经下行所致。方用龙胆泻肝汤加减。

早泄严重可导致阳痿，阳痿又常可伴见早泄。治疗参见“阳痿”条。劳逸结合，适当的体育锻炼，夫妇的暂时分居和相互关怀体贴，有节制的性生活，以及手淫恶习的坚决戒除，对早泄的治疗有重要的积极作用。

阳强

以阴茎举而不衰为主证者称为阳强。常可与遗精、早泄、消渴等并见。一名强中，又称之为强阳不倒。

阳强、强中诸名称，历代文献均归入“消渴门”中。强中出《诸病源候论·消渴病诸候》；阳强系《张氏医通·消瘅》中“脾消”的症状之一。《证治准绳·杂病》称作“内消”、“消肾”。《石室秘录》、《辨证录》等文献把阳强与房事密切联系，又专列“强阳不倒门”。《中国医学大辞典》又将男女劳复，舌吐出口外而不收之症，亦称为阳强。与本条所述阳强，名同而实异。

病因病机　阳强的产生，是由于长期饵食金石丹药，或过服温热壮阳之品，火毒内盛，肝肾相火偏旺；或房事过度，肾阴亏耗，虚阳妄动所致。《证治要诀·三消》：“消肾为病，比诸为重，古方谓之强中，又谓之内消。多因恣意色欲，或饵金石，肾气既衰，石气独在，精水无取养，故常发虚阳，不交精出，小便无度，唇口干焦。”《张氏医通·消瘅》：“强中有肝火盛强，有金石性发。其证茎盛不衰，精出不止，多发消渴痈疽。”当今服饵金石丹药以求长生之人已极少，临证所见以肾虚火旺者较多见。

辨证论治　阳强以火热者为多，但宜辨虚实。阴虚火旺者以夜寐盗汗，五心烦热，腰膝酸软，头晕耳鸣为重；火毒内盛者以排尿涩痛，小便黄赤，口苦苔腻，脉弦滑数为显。在治疗上，一宜泻有余之实热，二宜滋不足之阴液，补阴以配阳。由于阳强终属邪气实之标急症，故用药上切忌温补。

火毒偏盛：症见阴茎无故坚硬勃起，久久不痿，精液自泄。常可伴有小便多，唇、口干燥等症。久则精尽血出形羸，或发消渴大痈而死。由于长期服饵金石丹药或温热壮阳之品，火毒偏盛所致。宜泻火解毒为上。用知母、生地、麦冬、黄芩、黑参、甜桔梗、黄连、瓜蒌根、地骨皮、生

甘草、大豆、猪肾之类；若因肾虚肝热，以补养为上，宜用熟地、龟甲、丹皮、茯苓、黑参、沙参、天冬、麦冬、泽泻、五味之类；若症情迁延，又当随证选用黄连猪肚丸、石子荠苨汤、肾气丸、苁蓉丸等。前二方偏于泻火，后二方偏于益肾。

阴虚火旺：症见阴茎易举，举而难倒，然一交媾，立时精泄而痿。或可伴见胸中烦躁，口中作渴，两目红肿，饮水而渴不解等证。由于长期攻读，劳心过度，心阴暗耗，心火偏亢，不能下交于肾，以致心肾不交；或房事过频，肾阴亏耗，相火偏旺所致。治疗宜滋肾养心，泻火敛阳。方用倒阳汤、平阳汤、剂阳汤、引火两安汤、加减济心丹等。以炒枣仁、麦冬、沙参、玄参等养心安神；山茱萸、熟地、滋补肾阴；黄连、莲子心清心火；肉桂引火归源。

因同房不排精所致阳强。临床特点为欲念时起，阳强不倒，茎硬刺痒，少腹拘急，每房后梦遗而阳始痿软。治疗首当通窍以祛败精，再予补养。方用虎杖散加减。

阳痿

男子以阴茎不举，或举而不坚为主证者称为阳痿。

阳痿名见于《景岳全书》。《灵枢·经脉》、《素问·阴阳应象大论》称阴痿。《石室秘录》称痿阳不振。阳痿常可与遗精、早泄同时并见。先天所致阳痿的"天阉"，不属本条目范畴。

病因病机 阳痿的产生，《内经》主热盛宗筋弛纵及高年肾气大衰，入房太甚，足厥阴之筋病变所致。历代医家认为，主要因房劳过度，耗伤太过，肾阴虚亏或命门火衰；也有因抑郁伤肝，思虑烦劳、惊恐损伤心脾；肝经湿热太盛，阴湿伤阳等所致。其他如跌扑堕坠，瘀滞精窍；作劳过甚，有伤宗筋；欲火大动而受阻逆等，皆可导致阳痿。张景岳认为阳痿以命门火衰所致为主，与情绪惊恐亦有很大关系。

辨证 首当分清脏腑的虚实，有火无火，始能准确论治。

凡因命门火衰，精气虚寒而阳痿者，宜补阳温肾益精为主；凡因肾精亏虚而阳痿者，宜壮水制阳，或填精充髓，或兼交合心肾；若火不甚，只因气血薄弱致阳痿者，又当补精生气；凡思虑惊恐，以致脾肾亏损而阳痿者，必须补养心脾，使胃气渐充，则冲任始振，而无阳可复；因思虑惊恐太过所致者，往往易于损抑阳气，治宜疏肝解郁为主，或可稍佐益火；凡因肝肾湿热，以致宗筋弛纵者，宜清利湿热，或兼清养；凡因阴湿伤阳所致者，又当祛湿助阳。其他，因胃阴虚而宗筋失润，精气不足致阳痿者，宜清补甘润；因体丰气旺，阳升不降致阳痿者，宜清火涤痰；因暑月阳事痿顿者，宜清暑；因跌扑，瘀血阻逆所致阳痿者，又当利窍通瘀。

治疗 分以下几方面：

方药治疗 阳气虚衰：症见阳痿兼遗精、滑精或早泄，精液清冷，面色㿠白，唇淡口和，四肢倦怠，肌冷便溏，饮食不化，尿清且长。平时无风而寒，未秋而冷，遇严冬冰雪，虽披重裘，其身不温，腰酸肢软，舌淡脉微等。因阳气不足，命门火衰所致。治宜温阳益肾。方用右归丸、赞育丹、扶命生火丹、壮火丹等。若火不甚衰者，可选用左归丸、全鹿丸、火土既济丹等。

阴虚火旺：症见阳事易举，举而不坚，早泄遗滑，唇红颧赤，口苦咽干，或口舌糜烂，头晕耳鸣，手足心热，心悸易惊，虚烦不寐，骨蒸盗汗，腰脊酸软，攸隐而痛，或偏身骨痛；或疼痛如折；或干呕气逆，胁胀或疼，吐血咯血，舌红少津，脉弦细数等。多因肝肾阴虚，相火妄动所致。治宜益肝滋肾清火。方用聚精丸、三才封髓丹、大补阴丸等，可合用远志丸以交通心肾；虚甚者宜用血肉有情之品填充髓海。

心脾亏损：症兼神疲懒言，心悸气怯，健忘多梦，纳谷乏味，舌质淡红，脉形濡缓等。多由于劳心诵读，思虑繁多，心脾亏损所致。治宜养心安神，健脾益血。方用归脾汤、七福饮等。

惊恐不释：阳痿骤起于惊恐之后；或因欲心动而事体未遂，抑郁忧闷，渐至阳痿不振，举而不刚，神情慌张或郁郁寡欢，闻声易惊，心悸怔忡，有惶惶不可终日之感；面色青黄不泽，胸胁闷满，善叹息，时呵欠，骨酸痿厥，精时自下，舌苔常薄或粘腻，脉常弦细不畅。多因惊恐不释，心肾气结所致。治宜解除忧虑，大释怀抱，安定神志，稍佐益火。方用达郁汤、逍遥散、宣志汤、启阳娱心汤；或用七福饮加桂、附、枸杞之类。若夹有痰浊，当佐清火涤痰之品。

肝肾湿热：症见阳痿不举，或举而易泄，服热药则症益甚。小便热赤或不清，下肢酸困，渴不引饮，舌苔黄厚，脉弦滑数。甚者可见阴囊蒸热，出黄水，或阴汗如水，小便后有余沥臊气，尻臀及前阴冷，恶热喜冷等。多因肝肾湿热内盛所致。治宜泻肝清热利湿。方用龙胆泻肝汤等。兼肝肾阴伤者，合用二至丸、滋肾丸等。

阴湿伤阳：症见阳痿而腰膝沉重，或腰冷而重，尿清便溏，苔薄白腻，脉濡等。常因肾虚坐卧湿地，阴湿伤阳所致。治宜温阳利湿。方用旺土丹，外用九仙灵应散熏洗。

此外，因堕坠跌扑，瘀血内阻致阳痿者，宜祛瘀通窍，用虎杖散以通瘀利窍；因伤暑而阳事萎顿者，用黄连解毒汤合生脉散。除药物治疗外，针灸也有一定的疗效，可配合应用。

针灸治疗 ①通治法：以补肾壮阳为主。常用任脉、督脉、足太阳和足三阴经穴，如肾俞、命门、次髎、气海、关元、然谷、三阴交、阴谷、足三里、曲泉和太冲等，每次选其中3—4穴。针灸并施，每日或隔日一次，10次为一疗程。②辨证论治：命门火衰，选命门、肾俞、气海、关元和三阴交等穴。用毫针刺行补法，加灸3—5壮，或艾卷灸每穴5—10分钟。③湿热下注，选中极、阴谷、三阴交和太冲

等穴。用毫针刺行泻法。

推拿疗法　以温补下元、交通心肾为主。①基本操作：俯卧位：一指禅推背部两侧膀胱经，以厥阴俞、心俞、脾俞、肾俞为主；按揉八髎。仰卧位：按揉中极、气海、关元、三阴交、太溪，掌揉大腿内侧至腹股沟部；掌振丹田。②辨证加减：命门火衰者加擦肾俞、擦八髎；阴虚火旺者加摩涌泉、劳宫，按揉肝俞、章门、期门；心脾亏损者加按揉内关、神门、足三里，摩腹，惊恐不释者配合全身性放松宁神手法（俯卧位掌根揉背部法，仰卧位头面部操作法，参见"头痛"条。双手向心性轻拿大腿。拿腋窝，结合揉胸大肌。摩腹，绕脐作顺时针和逆时针方向的交替旋摩。推腹，以掌根从剑突下和腹部两侧分别推向下腹部），肝肾湿热者加按揉肝俞、三焦俞、气海俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、阴陵泉，按揉两侧腹股沟部；阴湿伤阳者加腰骶部擦法。③备用手法：旋转复位法，一般取坐位直腰旋转复位法或定位扳法，作用于 T12—L1。适用于脊柱源性阳痿；腰骶部捏脊法。

气功疗法　凡因体弱多病，元阳衰微者，可选用下列功法：①抚摩肾俞命门壮元阳法：或坐于床，或立于地，先行闭气法；继舌抵上腭，目视顶（内视），以双手搓热摩擦肾俞、命门，各120次或更多，使热极（《养性书》）。②采阳回阳法：于夜间偶感阳生时（脐下发热、跳动，或微呈阳举状），急披衣坐起，先急呼气数口，继徐呼气数口，再徐徐且长细细呼气数口；在呼气外出时，肾气随呼气上升，同时用意将心火下降，使肾气与心火相交（《医学衷中参西录》）。③想火烧身法：闭气，想丹田之火，自下而上，自内而外，遍烧身体内外蒸热，乃止（《古今医统大全》）。

凡因功能衰退，精气不能转化者，可用炼精化气法：取坐位分开两脚，两手自然放在大腿上，使全身舒适；排除杂念，意守神阙，两眼轻轻闭上，内视丹田，两耳的听力也移到丹田，以"积神生气，积气生精。"久之，则气化为精，乃行"炼精化气"法。凡因房劳过度，损伤肾阳者，除当禁绝房事外，可用提肛法结合三部意守法：于端坐或卧位后，排除杂念，放松全身，意守丹田。缓缓用鼻吸气并以意引至丹田；同时慢慢收提肛门，使气由肛门上行，与下行之气交会于丹田。然后徐徐地将气由丹田经膻中从鼻孔呼出；在呼气的同时，让肛门括约肌逐渐放松，并以意引气从丹田下行达于肛门。如此反覆配合呼吸进行提肛，丹田处自会有发热或跳动等内气聚积的现象发生，乃改守命门；待命门亦有发热或跳动感后，再改守会阴；最后将气引回丹田，自然呼吸3—5分钟后收功（《气功》三卷3期1982）。

简易方　①九香虫四两，用文火炒黄，研末，每日服二次，每次服一钱五分。适用于脾肾亏损或肾虚气滞之阳痿（《本草纲目》）。②草还丹：吴茱萸酒浸，取肉一斤，破故纸酒浸一日，焙干，取半斤，当归四两，麝香二钱。上为细末，炼蜜丸，梧桐子大，每服三钱，临卧酒盐汤下，适用于肾亏之阳痿（《扶寿精方》）。③天地膏：天冬、鲜生地二味，新掘者不拘多少，净洗，去心、皮，细捣，绞取汁澄清，以布滤去粗滓，用银锅或砂锅文火熬成膏，每用1至2匙，空心温酒调服。适用于心肾阴虚之阳痿（《备急千金要方》）。④巴戟天、牛膝各二斤，以酒三升浸之，去滓温服，常令酒气相及，勿至醉吐。治虚羸阳道不举（《备急千金要方》）。

食疗方　①山羊肉用酒煮烂，和椒、盐作辅食（《本草汇言》）。②牛肾粥：牛肾一枚，去筋膜，细切；阳起石四两，布裹，粳米1斤。以水三升半，煮阳起石，取汁去石，下米及肾，着五味葱白等，煮作粥，空腹食之（《太平圣惠方》）。③黑鱼一尾，去内脏洗净，内纳肉从蓉六钱，清蒸或红烧（《日华子本草》）。

预后　阳痿一病，少壮时不宜有，而衰老者得之无害。其病因不一，皆宜分辨寒热虚实施治，并须进行耐心分析劝导。如系内伤因虚而得者，治疗时间宜长，如调理得法，亦有二三年而愈者。惟阳痿实证，无论内伤外感，施治不误，皆易见愈，不但壮年，即在少年者亦然。治疗过程中，患者若能坚定治疗信心，适当的体育锻炼，夫妇暂时分居和相互关怀体贴，都有很重要的辅助治疗作用。

阴冷

以自觉阴部寒冷为主证者称为阴冷，或称为阴寒。阴冷见《诸病源候论》。阴寒首见于《金匮要略》。

阴冷的产生主要因下元虚冷，寒气凝结；亦有因肝经湿热过盛，阳气被郁所致；妇女阴冷亦有因湿痰下注而引起的。治疗中当区别不同病况，内外兼治。

虚劳阴冷：见《诸病源候论》。症见前阴自觉冰冷，并冷汗如水，腰酸绵绵，两脚痿弱无力，面皖形寒，舌淡脉微。男子常致阳痿不起；妇女常致腹内亦冷，小腹如有扇煽之感，经汛或可延期，经色淡红，或久久不孕，或孕而易堕。多由下元虚惫，命火不足，阴寒内结所致。治宜温肾散寒。方用《金匮》肾气丸加鹿茸或加减内固丸、十补丸、附子汤等。

湿热阴冷：症见阴头及两外肾（睾丸）自觉冷如冰，两髀枢阴汗，溺黄臊臭，或更见阳痿不起，或阴冷湿痒，舌边尖红，苔浊，脉弦沉有力。多因湿热蕴结，阳气被遏所致。若服温热药则诸证尤甚。治宜清化。方用清震汤、柴胡胜湿汤等。

寒气阴冷：症见于骤然受寒或房后受寒，自觉前阴冷，冷气渐入腹中，男子可致囊缩；妇女可致阴户内收，带下清稀如水，惊恐痛闷欲死。多因阴寒过盛，寒气外袭所致。治宜温通散寒。治用当归四逆加吴萸生姜汤内服，外用川椒、吴萸、葱白炒热熨腹。

湿痰阴冷：症见妇人阴冷，形体肥盛，面皖纳少，腰酸坠重，性欲减退，或兼见阴内瘙痒，带下清稀或稠粘而腥，苔腻，脉滑。多因脾虚湿痰阻遏所致。治宜燥湿导痰。方用启宫丸。以半夏、苍术、香附、神曲、茯苓、陈皮、

川芎等除痰化湿。外用蛇床子散塞阴内。

男性不育

育龄阶段婚后同居3年以上，因男方生殖功能障碍而致女方不孕，称为男性不育。

《金匮要略》称"无子"。《备急千金要方》称"绝嗣"。现代化验检查，往往见精子量少，活动力弱。

病因病机 《金匮要略》认为本病属虚；《备急千金要方》认为"五劳七伤，虚羸百病所致。"《石室秘录》指出："男不能生子者有六病"，"六病维何？一精寒，一气衰，一精少，一痰多，一相火盛，一气郁。"兹将男性不育主要病因病机归纳如下：

先天不足：因外肾、睾丸发育不全，或因阴阳二仪，非男非女，致使交合困难，或禀赋薄弱，肾气衰微，精气清冷，不能受胎。

肾元虚弱：劳倦过度，好色无度，斫伤太过，有精滑、精清、精冷者，及临时不坚或流而不射者，或梦遗频数及有便浊淋溢者，致使肾精过耗，阴枯血竭，或命火衰微，精液不足。阳衰不能下应于阴，阴亏不能上从于阳，阴阳抵牾，精血乖离，是以无事。

脾土不运：久病之后，或饮食不节，脾土失健，使生化乏源，气血不充，造成肾精亏乏，宗筋失养而生育无能。

肝郁不畅：情怀抑郁，肝气郁而不畅，或因怀抱忧愁，肝用抑塞，或因肝火过旺，下烁肾阴致精衰液薄，不能生育。

痰湿内盛：平素过食膏粱厚味，遂致痰湿内盛，气机阻遏，或因下焦湿热留恋，久而积痰，均可造成精窍不利，精泄不畅，或致精液稀少，不能受孕。

辨证 不育其本在肾，首先应辨别肾亏是由于先天不足，还是后天失调。先天不足又应分清发育畸形及发育正常而禀赋薄弱。发育畸形如无宫外肾、阴阳二仪者不能药治；若肾元亏损者，又需辨别是肾阳虚，还是肾阴虚，是精血亏，还是脾肾亏。进一步又需辨别是否兼挟痰湿、肝郁、血瘀等症。

治疗 不育的治疗以补肾益元为基本治则。《石室秘录》指出"精寒者温其火，气衰者补其气，痰多者消其痰，火盛者补其水，精少者益其精，气郁者舒其气，则男子无子者可以有子，不可徒补其相火也。"

方药治疗 肾元亏耗：症见婚后不育，精液稀薄，性欲低下，腰膝酸软。若肾阳偏虚者，面色㿠白，手足逆冷，阳痿早泄；若肾阴偏虚者，面红烦热，阳强不倒，或不射精。治宜益肾补元，偏肾阳虚者方用赞育丹加减；偏肾阴虚者方用五子衍宗丸合知柏地黄丸。

脾肾两亏：症见面色㿠白或萎黄，懒言少气，纳食不馨，形体瘦弱，精少精冷，腰酸乏力，舌淡苔薄，脉沉细无力。治宜健脾益肾，补气益元，方用大补元煎合无比山药丸加减。若兼见心悸失眠，无梦滑泄者，由于心脾不足，肾不固精。治宜健脾养心，益肾固精，方用补天育麟丹加减。

肝郁火旺：症见情志抑郁，心烦口苦，易怒急躁，胸胁满闷，目眩或赤，或性欲亢盛，阳强不倒，精少不出，苔黄腻或舌质红。治宜疏肝解郁，清肝泻火，方用丹栀逍遥丸、龙胆泻肝汤等加减。若大便干结，不射精，阳强者，可用当归龙荟丸加减；若舌质黯红有瘀点者，可加用留行子、路路通、三棱、莪术等。

痰壅湿盛：症见形体虚胖，神疲眩晕，阴部潮湿，或有睾丸肿胀，胀痛或不痛，或阴缩射精无力，或有白浊，或有白淫，脉沉细无力，苔薄舌胖。治宜化痰利湿，清热解毒，方用海藻玉壶汤、甘露消毒丹等加减。可加党参、白术、茯苓、甘草等健脾益气；若阴缩、囊缩，阳痿不举者，合用二仙汤；若有白浊、精浊者，加用五味消毒饮；若有白淫者，加用土茯苓、夏枯草等。

针灸治疗 以益肾补元为主，取足太阳、足少阴和任脉等经穴。可温针气海、关元、归来，针三阴交，悬灸百会、太溪；或针精宫、命门，悬灸肾俞、涌泉。亦可以针刺和隔姜灸并用，先针后灸，取穴分二组：①针大赫、曲骨、三阴交，灸关元、中极；②针八髎、肾俞，灸肾俞、命门，隔日交替针灸。

简易方 ①红土瓜30克，红糖为引，水煎服。②沉香磨汁，每日睡前服1克。③秦皮30克，水煎，加糖，每晚饮用之。

食疗方 ①粥油：煮米粥滚锅中面上米沫浮面者，取出加炼浓缩，加盐少许，空心服下，治精薄，服后其精自浓（《紫林单方》）。②用泥鳅数条，时时煮食之，具有温中兴阳益肾功效。可治阳兴不坚，精少而冷之不育（《濒湖集简方》）。

疝

以阴囊、小腹疼痛肿起，涉及腰、胁、背、膂以及心窝部、脐周，伴有四肢厥冷，冷气抢心，止作无时为主证者称为疝。本条叙述以睾丸或阴囊，或女阴肿胀疼痛为主的病证。

疝出自《内经》。《素问·长刺节论》："病在少腹，腹痛不得大小便，病名曰疝。"《内经》并有㿗疝、癃疝、瘕疝、厥疝、冲疝、㿉疝、狐疝等七种疝的名称。《金匮要略》有寒疝、阴狐疝之称，其中所称寒疝，系指寒性腹痛，与上述疝气有别。《诸病源候论·七疝候》："厥疝、癥疝、寒疝、气疝、盘疝、胕疝、狼疝，此名七疝也。"其所列各疝，除狼疝与狐疝相似外，其余六疝，均与腹痛有关。另外还有五疝、饥疝、心疝等。《外台秘要》又有尸疝、石疝、脉疝等名。《儒门事亲》谓："寒疝、水疝、筋疝、血疝、气疝、狐疝、㿗疝，是谓七疝。"《素问注证发微》也有七疝之称。均系根据疝的形态、症状以及发病原因而命名。

"疝"的分类，有以五脏分的，如《素问注证发微》之心

疝、肝疝、肺疝、脾疝、肾疝。有以症状分的，如《内经》及《诸病源候论》之七疝、五疝等。上述分类比较繁杂或有重复之处，目前一般分为㿗疝、寒疝、气疝、水疝及狐疝五类。包括现代医学的睾丸炎、附睾炎、鞘膜积液、阴囊水肿、腹股沟斜疝等。另有小儿初生时，即阴囊肿大或一侧睾丸肿硬，如偏坠者称为胎疝。

病因病机　疝的发生，《内经》认为与足厥阴肝经及任脉有关。《诸病源候论》认为是气血虚弱，寒气入客所致。《仁斋直指附遗方论》认为与情志有关。《儒门事亲》认为："小儿亦有此疾，俗曰偏气，……胎中病也。"《格致余论》谓由肝经湿热所致。《医学入门》认为气郁或劳役易致本病。《张氏医通》还认为与血瘀有关。小儿疝气的发生，《保婴撮要》谓："小儿阴肿疝气者，多属肝肾气虚，及坐卧寒湿之地或风邪所伤，以致血气相搏而成。"

综上所述，疝的病因病机大致有以下几个方面：

寒湿凝滞：由于久坐寒湿之地或冒雨涉水，感受寒湿之邪，因致寒湿交凝，聚于阴分，因而成疝。

湿热搏结：由于寒湿之邪，郁久化热，或素有湿热，复加外寒，湿热之邪不得外泄，下注于肝经、任脉，搏结而成疝。《赤水玄珠·疝门》引朱丹溪之说："此病始于湿热在经，郁遏至久，又感外寒，湿热收郁而作痛。"

肝郁气滞：由于情志抑郁，或暴怒号哭，以致肝失条达，不得疏泄，气机不畅，流窜于肝经所循行之少腹及阴器而成疝。

气虚下陷：因先天禀赋不足，发育不全，或素体虚弱，复因操劳过度，或强力举重，以致中气下陷，少腹下坠，睾丸肿痛而成疝。

痰瘀互结：由于痰湿久留不化，流注下焦，夹瘀血凝聚而成疝。《医学入门·疝气》："凡疝痛走注，无形属气；痛有常处，有形，乃湿痰食积，瘀血下聚而成。"

辨证　"疝"的辨证，应分清虚实寒热、在气在血及"寒则多痛，热则多纵，湿则肿坠，虚则亦肿坠，在血分者不移，在气分者多动"的辨证要点。㿗疝多为痰瘀互结之实证，亦可为瘀热互结；寒疝属寒，又有寒实疝和虚寒疝之别；水疝多为实证，可有寒湿和湿热之不同；气疝、狐疝为气，但有气滞、气虚之分。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　疝虽有寒、热、湿、瘀之不同，但均与气分有关，故治疗当以治气为先。《景岳全书·杂证谟·疝气》："治疝者，必于诸证之中，俱当并用气药。"然而又有虚实之分，虚则气陷，下坠而痛，实则气结，不通而痛。气虚者多为脾气不足，中气下陷。治宜益气举陷，气结者多为肝郁所致，又可兼有湿热、寒湿或瘀热。治当理气祛邪。《临证指南医案·疝》："七疝治法，最详子和，其旨辛香以泄肝得气疏泄而病缓矣。"又谓："疏泄诸方，能治气实，参术升补，仅治中虚下陷。"

针灸治疗　寒疝及水疝以灸为主。狐疝、气疝、㿗疝既可针又可灸。主要选用任脉及足厥阴肝经穴位，常用的有大敦、急脉、章门、期门、气海、关元、中极、神阙等穴位。

气功疗法　(1)凡疝见于腹部的，可用"六字诀"中"嘘"字气法兼选用下列导引方法以治：①屈膝蹲下，脚跟着地，用两手板足尖尽量横向外侧，次复扳起脚尖向上。②蹲下，用两手挽两脚趾旋转约五次，呼吸止，以引腹中气排散。③坐定，长伸两足，以两手向前，捉住两脚趾朝向头极挽，五息止(上三法均见《诸病源候论》卷二十)。④用手紧紧顶住"神厥"，以口吸气，深入小腹，闭气极，吐气(《杂病源流犀烛》)。

(2)凡疝见于阴囊者，行"六字诀"中的"嘘"字气法兼选用下列导引方法：①以两手互搓极热熨睾丸阴囊使气散(《医学入门》)。②用意将睾丸处积气上提至下丹田，旋转27遍，形成火团，再引至命门而上头顶，稍停片刻，行鼻口呼的"吹吸法"(呼时大张口吹出)使邪气从口出(《杂病源流犀烛》)。

简易方　①以食盐1—2斤炒热后用布包，熨少腹部，可使疼痛减轻或缓解，适用于寒证。②用雄黄30克，矾石60克，生甘草20克，煎水薰洗阴囊，有较好的止痛作用。③以鲜地骨皮和糯米饭，捣烂后外敷睾丸处，局部感热痒即除，可治睾丸肿痛。④生枳壳15克，生黄芪10克，升麻6克，水煎服，治气疝。⑤胎疝可用紫苏为末，香油调匀涂之。

㿗疝

为疝病之一。是阴囊下坠，坚硬肿大，多无痛痒的病证。《儒门事亲·疝本肝经宜通勿塞状》："㿗疝其状阴囊肿缒，如升如斗，不痒不痛者是也。"㿗疝名出《素问》。又称㿉疝、癃疝。

历代医家所述之㿗疝，还有其他一些含义。如《医部全录·前阴门》："㿗疝，小腹控卵肿痛，所谓膀胱疝也。"《圣济总录·阴疝统论》云："阴疝也，一名㿗疝，其类有四，即肠㿗、卵胀、气㿗、水㿗是也。"肠㿗即膀胱疝，卵胀即狐疝，气㿗即气疝，水㿗即水疝，可见"气疝"、"水疝"条。

此外，《儒门事亲》认为湿热所致的"女子阴户突出"也属㿗疝之类。

㿗疝的病因，多由于湿邪所致。因久坐冷湿之地，湿气下袭，水气内盛，湿痰瘀结，阻于足厥阴肝经而成。也可因劳倦内伤，脾虚气弱，水湿停聚于下，或因水湿积久化热，湿热瘀结所致。㿗疝的治疗，应以行气除湿为主。

㿗疝，症见阴囊肿坠粗厚坚硬，甚至肿大如斗，麻木不知痛痒，四肢重着，苔白腻，脉濡。是由于水湿之邪聚下阴囊，湿郁日久，渐至痰凝血滞，瘀结于内而成。治宜行气利湿，软坚消肿，方用二陈汤去甘草，加海藻、昆布、荔枝核、茴香、川楝等药。或《济生》橘核丸。如湿邪偏胜者，可加茯苓、泽泻等；瘀结甚者，可加莪术、川牛膝等。

偏于气滞者，可用三层茴香丸、荔枝散。如痰湿郁久化热者，可用龙胆泻肝汤合《济生》橘核丸，以清肝除湿，软坚消肿。

癞疝肿垂，亦可兼用外治法。如阴囊肿大，属寒湿者，用雄黄、白矾各60克，甘草30克，煎水泡洗；属湿热者，用马齿苋捣，或蔓菁根和马鞭草捣敷。《证治指南》疗囊肿如斗，用木鳖子七粒，皂角二条，煨黄，延胡索五钱，炒川椒一合，去目炒。共为细末，烧酒调涂包孔。更以经霜楮叶一斤，水煮，乘热熏洗之。

针灸、气功等疗法，见“疝”条。

寒疝

为疝病之一。是阴囊肿大而冷，或硬或软，控睾而痛，或痛引少腹的一种病证。寒疝名见《儒门事亲》。古代医家还将内脏虚寒，复感风冷所引起的急性腹痛称寒疝。《金匮要略》“寒疝腹中痛。”也有将各种疝气统称为寒疝者。《医学纲目·诸疝》：“疝名虽七，寒疝即疝之总名也。”上述内容均有不同含义，临证宜加区别。

寒疝的病因，是由于久坐寒湿之地，或因寒冬涉水，感受寒湿之邪，或因体虚感寒，足厥阴经脉凝滞所致。《儒门事亲》卷二：“寒疝……得于坐卧湿地，或寒月涉水，或冒雨雪，或坐卧砖石，或风冷处使内过劳”根据临床表现不同，寒疝可分为实证寒疝和虚证寒疝两类。实证治疗应以散寒理气为主。虚证佐以暖肝温肾为主。

实证寒疝：症见阴囊肿硬而冷，甚则坚硬如石，控睾而痛，或痛引少腹，畏寒喜暖，苔白，脉沉弦。是由于寒湿之邪客于足厥阴肝经，聚于阴器，气血凝滞不通所致。治宜温经散寒，疏肝理气。方用椒桂汤。如气滞有寒，宜用天台乌药散疏肝理气，可加肉桂、吴萸以温经散寒。如寒甚者，可用大乌头煎。

虚证寒疝：症见阴囊肿胀而冷，按之不坚，腹中切痛，痛引睾丸，形寒足冷，或手足不仁，舌淡苔白，脉沉细而迟。是由于肝肾不足，复感寒邪，客于足厥阴之络，聚而不散所致。治宜散寒行气，补益肝肾。方用暖肝煎酌加补骨脂、胡芦巴等，亦可用胡芦巴丸、沉香桂附丸。

针灸、气功等疗法，见“疝”条。

水疝

为疝病之一。是阴囊水肿、疼痛，或瘙痒流黄水的一种病证。水疝名见《儒门事亲》。《千金要方》称水癞。

水疝的病因，是由于水湿下注，复感寒邪，寒湿互阻，或湿热内蕴所致。《儒门事亲·疝本肝经宜通勿塞状》：“水疝，……得于饮水醉酒，体内过劳，汗出而遇风寒湿之气，聚于囊中，故水多，令人为卒疝。”水疝可分为寒湿水疝、湿热水疝两种。治疗应以行水化气清热为主。

寒湿水疝：症见阴囊肿胀，坠重而痛，如水晶状，囊湿汗出，或少腹按之作水声，小便短少，舌苔薄腻，脉弦。是由于水湿内聚，复感寒邪，寒湿凝滞，气不流畅，经脉不通所致。治宜利水渗湿，通阳化气。方用五苓散，可酌加橘核、木香等以助疏肝调气，如有水气停聚，少腹按之作声者，可用禹功散，以行气逐水。

湿热水疝：症见阴囊红肿而痛痒，皮肤破损而出黄水，小便短赤，舌苔黄腻，脉弦数。是由于寒湿之邪久郁而化热，湿热内聚，或复感外邪所致。治宜泄热利湿行气。方用大分清饮。可加黄柏、瞿麦、萹蓄等以助清利湿热之力。若膀胱蕴热，风湿相乘，阴囊肿胀，大小便不利者，可用《局方》三白散，以白术、陈皮健脾利气；白牵牛、桑白皮、木通导利留滞之湿热。

针灸、气功等疗法，见“疝”条。

气疝

为疝病之一。是指阴囊或女阴肿胀而偏于一侧疼痛的一种病证。气疝见《诸病源候论》。《圣济总录》称气癞。

气疝的病因，是由于情志失畅，肝气郁结于本经所致。《儒门事亲·疝本肝经宜通勿塞状》：“气疝……或因号哭忿怒，则气郁之而胀，怒哭号罢，则气散者是也。”或因气虚下陷所致。气疝可分为气滞疝和气虚疝。治疗应疏理气机或益气举陷为主。

气滞疝：症见阴囊或女阴肿胀偏痛，少腹结滞不舒，痛无定处，以胀为主，时因忿怒、号哭而引发，苔薄，脉弦。是由于忿怒、号哭等导致肝气郁结，气机逆乱，流窜于下所致。治宜疏肝理气为主，方用天台乌药散。

气虚疝：症见阴囊或女阴肿胀偏痛，反覆发作，遇劳即发，少腹胀痛有下坠感，小便短涩不畅，舌淡，边有齿印，苔薄，脉弱。是由于年老体衰，或劳累过度，气虚下陷所致。治宜补中益气，升举下陷，方用补中益气汤。小儿气疝，如用药难效，可兼以灸法。《医学正传·疝气》：“或小儿亦有此疾，俗名偏坠……禀胎病也，此证难治，惟筑宾一穴有灸之而愈者。”

本病患者应注意护养，如《千金要方》所指出的，须“好自养，勿举重、大语、怒言、大笑”，对预防有一定意义。

针灸、气功等疗法，见“疝”条。

狐疝

为疝病之一。是指阴囊时大时小，胀痛俱作，如狐之出没无常的一种病证。狐疝出《内经》。又称狐疝风。《五十二病方》称“狐叉”。《金匮要略》称阴狐疝。俗称小肠气。也有认为狐疝与气疝相似。《儒门事亲·疝本肝经宜通勿塞状》：“狐疝，……亦与气疝大同小异。”

狐疝的病因多由于肝气郁结，或先天发育不全，年老

体虚,筋脉弛缓,复因强力举重,操劳过度,气虚下陷所致。《三因极一病证方论·阴㿗叙论》:"病者劳役无节,及跨马坐车,致卵核肿胀……上下无常……有小儿生来便如此者,乃宿疾也。"治疗应疏肝理气或益气升陷。

狐疝应与气疝偏坠鉴别,气疝偏坠为阴囊或阴户偏于一侧肿坠,不能立即还纳,不同于狐疝之时上时下,出没无常。

狐疝,症见阴囊偏有大小,时上时下,似有物状,卧则入小腹,行立则入囊中,胀痛俱作,苔薄,脉弦细,是由于肝气失于疏泄,流注无定,聚散无常所致。方用导气汤。若年老体衰,气虚下陷者,可加人参、黄芪、柴胡、升麻之类,以益气升阳;阴寒内盛者,可加肉桂、附子以温经散寒。亦可灸脐下三角穴,即疝气穴。

血疝

阴囊外伤后致局部血肿,称为血疝。血疝之名,首见于《诸病源候论》,此后文献虽也有记载,但所论未详,《外台秘要》曾把"脐下结痛,女人月事不时"称作血疝。《儒门事亲》认为"血疝,其状如黄瓜,在少腹两旁,横骨两端约中……",显然指便痈而言。唯《寿世保元》另有新义。云:"外肾因仆损而伤,睾丸偏大。有时疼痛者,中有瘀血,名曰血疝"。本条内容宗此说。若症见阴囊皮肤出现瘀斑、肿大、重坠而疼痛,治宜活血祛瘀、消肿止痛,用少腹逐瘀汤加牛膝、丹参。若血肿瘀久化热,出现恶寒发热,阴囊焮红灼热,疼痛加重,治宜清热利湿、和血解毒,用复元活血汤合五味消毒饮加减;若身热不退,阴囊持续跳痛者,此为酿脓现象,治宜托毒透脓,用透脓散加牛膝、金银花、连翘等。外治,宜抬高阴囊,并以黄柏、侧柏叶、大黄等煎水冷敷;出血停止后,以牛膝、乳香、没药、穿山甲、黄柏等煎水热敷;阴囊焮红灼热者,如意金黄膏外敷。大量出血者,应手术结扎出血点,取出血块。成脓者宜切开引流。

淋证

以尿频短涩、滴沥刺痛、欲出未尽、小腹拘急,或痛引腰腹为主症者称为淋证。

淋的名称,出于《素问·六元正纪大论》。或称淋闷、淋溲、淋满。《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》称淋秘。《金匮要略·消渴小便不利淋病》篇对本病的症状作了描述:"淋之为病,小便如粟状,小腹弦急,痛引脐中"。历代根据不同症状表现,对本病又分为不同种类,如《诸病源候论·淋病诸候》分为石、劳、气、血、膏、寒、热七种;《备急千金要方》卷二十一除列以上七淋外,提出了"卒淋"。《外台秘要》则指出了五淋的具体内容:"集验论五淋者,石淋、气淋、膏淋、劳淋、热淋也。"《中藏经·论淋沥小便不利》则分为冷、热、气、劳、膏、砂、虚、实八种。另有《医碥·淋》提出了"痰淋"。对于一般淋证,后世所称"五淋"种类略有差别,大体均在上述病名范畴之内。

妇女淋证较男子为多见,除以上所述各种淋证外,另有如①属妊娠期患淋,《诸病源候论》称为子淋,此名一直沿用至今;《太平圣惠方》又称妊娠小便淋涩。②产后患淋,《诸病源候论》有"产后淋候";《备急千金要方》卷三列有"产后卒淋"与"产后淋涩";《妇人大全良方》有"产后诸淋"的方论。

小儿淋证,基本与成人所患相同,如《幼幼新书》卷三十引宋代张涣"儿淋与大人同"之说。并分为石、气、热、血、寒五淋;《活幼心法》及《幼科类萃》亦有五淋之名,与上述不同者,有膏淋而无气淋。各种淋证,有以小儿诸淋加以统论,如《幼幼新书》谓"一方同治,故谓诸淋"。

病因病机　《诸病源候论·淋病诸候》提出:"诸淋者,由肾虚而膀胱热故也"。《丹溪心法·淋》:"淋有五,皆属乎热"。故后世医家对本病多从热立论。另外尚有因气郁、痰郁、脾虚、肾虚而发。兹将淋证的主要病因病机归纳于下:

膀胱湿热:外感湿热之邪,或多食辛热肥甘,或嗜酒太过,或房劳肾中有热,或妇女阴部不洁,致使秽浊湿热之邪侵入膀胱,发而为淋。但膀胱受邪,每与其他脏腑有关,如心移热于小肠,累及膀胱;肺失清肃,不能通调水道等等。若湿热蕴结,尿液受其煎熬,日积月累,尿中杂质结为砂石,则为石淋;若湿热蕴结下焦,以致气化不利,无以分清泌浊,脂液随小便而出,小便如脂如膏则为膏淋;若热伤血络,迫血妄行,小便涩痛有血,则为血淋。

本病还与肝经湿热有关,肝足厥阴之脉,"络阴器,抵小腹",若肝经湿热蕴结,疏泄失职,可见小腹胀满,前阴如刺,小便点滴难通。

脾肾亏虚:久淋不愈,湿热耗伤正气,或年老、久病体弱,以及劳累过度,房室不节,均可导致脾肾亏虚。脾虚则中气下陷,肾虚则下元不固,因而小便淋沥不已。如遇劳即发者,则为劳淋;中气不足,气虚下陷者,则为气淋;肾虚不能制约,脂液与小便俱出,尿液混浊如脂者,则为膏淋;肾阴亏虚,阴虚火旺,迫血妄行,血从小便出者则为血淋;肾虚而冷气客于下焦者,为寒淋。又督脉系溺孔之端,故督脉为病可发生癃闭、遗溺等疾患。故淋浊久治不愈,有因督脉所致者。

气滞血瘀:膀胱气化不利或肝经气滞积热,气郁化火,气火郁于下焦,则少腹作胀,小便艰涩而痛,余沥未尽,而发为气淋,此属气淋之实证。若气滞导致血瘀,或因久病入络,或因热伤血络,脉络瘀阻,而致肾与膀胱血行不畅,发为淋证。

《玉机微义》归纳历代医家对淋证的认识,大致如下:即刘河间之热,罗知悌之寒,张洁古分在气、在血之异,朱彦修之痰积死血,刘宗厚之肾虚火炽,门分类析,甚便后学。今时妇人患此颇多,考之经,肝至小便淋溲。妇人经未绝年,皆厥阴肝经用事。妇人之性郁而不决,气

道因涩，郁久成火，凝滞浊液，渐结成粒，名曰砂石淋是也。

辨证 首先应辨别淋证不同类型的特点，少腹满胀，尿有余沥者为气淋；尿中有血者为血淋；小便淋沥不已，遇劳即发者为劳淋。其次还要分清证候的虚实，一般初起或在急性发作阶段属实，以膀胱湿热，砂石结聚，气滞血瘀为主；久病多虚，病在脾肾，以脾虚、肾虚、气阴两虚为主。亦有本虚标实、虚实互见之证。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 实证属膀胱湿热者，治宜清热利湿；属虚者宜补益扶正。血热妄行者，治宜凉血止血；砂石结聚者，治宜通淋排石；气滞血瘀为主者，治宜理气化瘀；痰郁气滞者，宜理气化痰。故实证者以清解实热，通行滞气，疏利小便为主，若病在上焦气分，当兼清肺气，又当清泄心火，心清则小便自利，火泄则血不妄行。下焦肝经湿热者，宜苦寒直泻肝经之火，若内热气化失司。小便不通大便秘结，宜升清降浊，通其秘结。虚证以脾虚为主者，治宜健脾益气；肾虚为主者，宜滋阴补肾。《景岳全书·淋浊论治》曰："凡热者宜清，涩者宜利，下陷者宜升提，虚者宜补，阳气不固者，宜温补命门。"徐灵胎评《临证指南医案》也指出："治淋之法，有通有塞，要当分别，有瘀血积，塞住溺管者，宜先通，无瘀积而虚滑者，宜峻补。"

淋证治法，古有忌汗、忌补之说，《金匮要略·消渴小便不利淋病》："淋家不可发汗。"《丹溪心法·淋》："最不可用补气之药，气得补而愈胀，血得补而愈涩，热得补而愈盛。"然淋证常见畏寒发热，多系湿热熏蒸，邪正相搏所致，与外邪袭表有异，故不宜解表。且淋证初多膀胱有热，阴液多虚，而辛散发表，多可伤阴。若淋证有表证，见恶寒发热、鼻塞流涕、咳嗽咽痛者，仍可适当配合运用解表发汗之剂。至于淋证忌补之说，是指实热之证而言，如脾虚中气下陷，肾虚下元不固，自当运用健脾益气、补肾固涩等补法以治之。

《赤水玄珠·淋闭余论》谓："今之治淋者，动手辄用五苓、八正之类，皆淡渗利窍之剂。殊不知淡渗皆在天之阳也，但能利肺气，是气降而水利矣，非治有形之阴病也。……淡渗过剂，肾气夺矣。阴血日亏，郁火日炽，经日，无阳则阴无以化，无阴则阳无以生，淡渗皆泄气而损血者，血损则窍愈涩，涩久则病剧。治当开郁火，养阴血，兼之以导气之药……阴血旺，气道滑，病自瘳矣。正如河涸舟粘，纵用力多，未若决水之为易也。"

针灸治疗 淋证的病位主要在膀胱，针灸治疗主要在于疏调膀胱，化气通淋。以足太阳、足三阴和任脉等经穴为主，如膀胱俞、肾俞、三焦俞、脾俞、中极、气海、委阳、曲泉、血海、行间、太溪、然谷、三阴交等，每次选用3—5穴。用毫针刺行泻法或平针法。膀胱湿热为主，选肾俞、膀胱俞、中极、关元、三阴交。血热妄行者，选肾俞、关元、三阴交、次髎、复溜、隐白、足三里。砂石结聚者，选用肾俞、隐白、京门、关元、水道、委阳、然谷。气滞血瘀者，选用肾俞、中极、外关、阳陵泉、太冲。痰郁气滞者，选用肾俞、膀胱俞、关元、阴陵泉、丰隆。脾虚者选用脾俞、肾俞、关元、三阴交、足三里。肾虚者选用肾俞、关元、气海、太溪、照海。

推拿疗法 可用攻石法。①拍打法：微屈五指成空心掌，从上而下地拍打患侧腰部及腹部。②叩击法：握拳，用尺侧处轻轻叩打疼痛一侧的腰部。③推拿法：患者取坐位，医者用掌根在患者腰部两侧用力自上而下推，连续20分钟，每日一次。④按压法：用双手轻按深压少腹部，手法以慢进速回为宜，每秒钟一次，操作15分钟。⑤指压法：以拇指按压膀胱俞、阴陵泉、中极、太溪等穴。

气功疗法 诸淋凡属湿热蕴结者，可用：①蹲下，臀部离地约尺许，用两手从两侧膝弯下伸入，经小腿内侧而前伸到脚背上，再以左手指去抓左脚五趾，以右手指去抓住右脚五趾，同时用力把两脚趾内搬一次，使两脚趾均向内弯。以利腰髋。②以一手于肾俞穴、照海穴、气海穴三处，各掐81次，继各揉擦81次；再以双手抱住两膝，行"六字诀"中的"吹"字气法；即在吸气后，略停，然后呼出，呼气时，默念"吹"字，约十余次。再意守脐下气海，久而有"一阳生，气机动"感觉时，以意引过尾闾经夹脊、玉枕、上泥丸，再吞津咽气，将气顺下，回归气海。

若兼见中气下陷，饮食减少，肾阴亏虚，阴虚火旺，遇劳即发等证候。可用：①行"肾脏修养法"、"脾脏修养法"结合"肾脏导引法"与"脾脏导引法"。②静坐，意守中法，继挺身以两手相叉，一手用力推，另一手用力抵挡，向左右各行7次。向左推时，则头扭向右；向右推时，则头扭向左；如此行14次后，复行静坐。

简易方 ①三白草：《本草纲目拾遗》称"水木通"。具有治淋浊，利小便、解热毒的功效，常用量为五钱，煎水内服。或用三白草根鲜者一两，捣汁，频饮之，治疗热淋（《唐本草》）。②马齿苋：鲜者二两，捣汁饮服，治小便热淋。（《太平圣惠方》）。③川牛膝一两，或加入麝香、乳香同服（孕妇忌服）。（《本草纲目·牛膝》）。④苎麻根：干苎麻根二两，打碎，加水煎服，时时饮用。本方《斗门方》治五淋，《太平圣惠方》治血淋。⑤虎杖为末，每服二钱，饭后饮下，治小便五淋（《本草纲目·虎杖》。⑥滑石散：滑石、通草、车前子、葵子治产后淋（《千金要方》卷三）。⑦螺厣草二两，水煎服，可治热淋、血淋（《妇人良方大全》卷八）。

食疗方 ①黑木耳：常食可治血淋。（《随息居饮食谱》）②水芹菜：水芹菜白根者，去叶捣汁，治小便淋痛。（《太平圣惠方》）③荞麦：荞麦磨粉作面煮食之，治疗热淋。（《仁斋直指附遗方论》）④葡萄煎：应用葡萄汁、藕汁、生地黄汁、蜜各等量，相合，煎为稀汤，每于食前加服一两，治热淋。（《太平圣惠方》）

预后 往往与其类型和病情轻重有关，一般来说，淋证初起，多较易治愈，但少数热淋、血淋亦可见湿热弥漫三焦，湿热传入营血，而出现高热、神昏、谵语等危重证

候。淋证日久不愈，或反覆发作，可以转为劳淋，导致脾肾两虚，甚则脾肾衰败，肾亏肝旺，肝风上扰，而出现头晕肢倦，恶心呕吐、不思纳食、烦躁不安，甚则昏迷抽搐等证候。若久淋不已，患者形色憔悴，或四肢面目浮肿，病属难治。终至溲溺不通，令人呕不能食，名曰关格，便难救治。《内经》谓："出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。"

调护　热淋发热者，应注意体温、脉象的变化。若并见尿血、皮肤斑疹等证，系热入营血、血热妄行，应及时处理；心火亢盛之淋证，常有口舌生疮，应做好口腔护理。石淋出现腰部绞痛时，可热敷腰部，协助患者适当活动，并多饮开水、膏淋的护理对油腻饮食的控制极为重要，饮食宜清淡，气淋与劳淋的发作，与情志及疲劳有密切关系，要作好心理护理，避免情志刺激。注意妊娠及产后卫生，对防止子淋及产后淋证的发生极为重要。保持情志舒畅，使其气机条达；消除各种外邪入侵和湿热内生的有关因素，如忍尿、过食肥甘、纵欲过度、外阴不洁、湿热外侵等，对预防淋证的发展及病情发作有重要意义。

热淋

为淋证之一，是小便热赤涩痛，常伴有发热腰痛的病证。证名见《诸病源候论》。

热淋的病因，《诸病源候论·淋病诸候》："热淋者，三焦有热，热搏于肾，流入于胞而成淋也，其状小便赤涩。"

膀胱湿热淋：症见小便短数，热赤涩痛，伴有寒热、腰痛、少腹拘急胀痛、苔黄腻、脉滑数。多因湿热蕴结膀胱而成，治宜清热利湿为主，方用八正散、导赤散、五淋散、石苇散等，可随证选用。热甚者，加强清热解毒之力，用黄连解毒汤或五味消毒饮。如阴虚明显，舌上苔少，脉细数者，可用猪苓汤加生地、车前草、金银花、黄柏以滋阴清热通淋；肾阴亏耗，湿热留恋，症见低热缠绵，头晕耳鸣，腰膝酸软，口唇干燥，小便短赤涩痛，可用知柏地黄丸。

肝经湿热淋：症见小便淋漓，甚或尿中有血，溺出痛如刀割，痛引胁下，或见阴肿，烦躁易怒，心烦，脉弦数，每因肝火湿热郁于肝经，流注膀胱而发病。治宜泻肝通淋，方用龙胆泻肝汤。

暑淋：症见小便热赤涩痛，烦渴多饮，苔黄腻，脉濡数。多因湿热内蕴，复感暑邪而得病。《证治准绳·杂病》："盛暑所饮既多，小便反涩少而赤……津液不通，小肠涩闭则水不运下。"治宜清暑泄热，化气利湿，方用桂苓甘露饮。热淋疼痛者可加赤芍、小便不畅可酌加牛膝，虎杖、冬葵子，热重者可酌加黄芩、黄柏、山栀。

热淋虽可单独出现，但其他淋证初起，也多与"热"有关，而石淋、血淋、膏淋与"热"的关系尤为密切，所以《医学心悟》又将热淋作为诸淋的总称。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"淋证"条。

气淋

为淋证之一，是小便涩痛、少腹胀满的一种病证，证名见于《脉经》。《诸病源候论》称为气癃。

气淋多由肾虚下焦客热或脾虚中气下陷所致。《诸病源候论·淋病诸候》："气淋者，肾虚膀胱热，气胀所为也。……膀胱热，热气流入于胞，热则生实，令胞内气胀则小腹满，肾虚不能制其小便，故成淋。"气淋有虚实之分。实者气滞不通，为气滞淋；虚者气化不及州都，为气虚淋。可以根据虚实的情况选用不同的治法。《证治汇补·淋病》云："如气淋脐下妨闷，诚为气滞，法当疏利；若气虚不运者，又宜补中。"

气滞淋：症见小便涩滞，脐下胀满疼痛特甚，苔薄白，脉沉弦。多由湿热内阻，气滞不通而成。治宜利气疏导，清热利湿。方用沉香散加味。胁胀胸闷者可加青皮、乌药、小茴香以疏通肝气；日久气滞血瘀者，可加红花、赤芍、川牛膝以活血化瘀。若病情不重者，可予理气通淋，方用假苏散。

气虚淋：症见少腹坠胀，尿出无力而常有余沥不尽、面色㿠白，舌质淡，脉虚弱无力。多由中气不足，气虚下陷所致。治宜补中益气。方用补中益气汤为主。若兼血虚肾亏者，可用八珍汤倍茯苓加杜仲、牛膝以益气养血，脾肾双补。

老人精气已衰，患淋证多见气虚，《医医偶录》称老人淋。《张氏医通》谓老人气虚下陷成淋，用补中益气汤加木通、泽泻。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"淋证"条。

血淋

为淋证之一。是小便涩痛频急，而见小便夹血的病证，出《诸病源候论》。《诸病源候论·淋病诸候》："血淋者，是热淋之甚者，则尿血，谓之血淋。心主血，血之行身，通遍经络，循环府藏，劳甚者则散失其常经，溢渗入胞，而成血淋也。"

血淋多因热盛搏血，失其常道，由小肠下注于胞中，与溺齐出，亦有因血虚或瘀血停蓄者。《丹溪心法·淋》："血淋一证，须看血色分冷热。血鲜者，心、小肠实热；色瘀者，肾、膀胱虚冷。"《医宗必读·淋证》将血淋又分为血热、血冷、血虚、血瘀，并分别不同的情况选方用药。

血热淋：症见尿出灼热刺痛，血色鲜红，苔黄、舌红，脉数有力。多因血分蕴热而成。治宜凉血清热。方用小蓟饮子合导赤散。若病延日久，血虚火动，可用知柏地黄丸加旱莲草、小蓟、阿胶等以滋阴泻火，凉血止血。

血冷淋：症见尿出血色晦黯，面色枯白，脉沉迟。多由下元虚冷而成。治宜温肾为主。方用《金匮》肾气丸加牛膝，或以汉椒根 12—15 克，水煎冷服。然有内热过极，而

见尿色黯黑者，不可误为血冷淋，须根据脉证详细辨别。

血虚淋：症见尿出时疼痛不剧，尿色淡红，脉虚数。多由阴血不足所致。治宜滋阴血为主。方用六味地黄丸加侧柏叶、车前子、白芍，或八珍汤送服益元散。

血瘀淋：症见尿出茎中痛如刀割，血色紫黯有块，小腹硬满，脉沉弦或数。多因膀胱气血瘀滞而成。治宜活血祛瘀为主。方用桃红四物汤、桃核承气汤、一味牛膝膏等，并可加入三七、琥珀粉，以化瘀止血。

针灸、推拿、气功等疗法，见"淋证"条。

石淋

为淋证之一。以小便排出砂石的病证。证名出《诸病源候论》。又称砂淋、砂石淋。《华氏中脏经·论淋沥小便不利》："砂淋者，腹脐中隐痛，小便难，其甚不可忍，须臾，从小便中下如砂石之类，有大者如皂子，或赤或白，色泽不定。"有些医家指出排出砂或石，只是病情的轻重不同，《杂病源流犀烛·五淋二浊源流》："轻则为砂，重则为石。"石淋的形成，是由于湿热下注，化火灼阴，煎熬尿液，或因日久正气亏耗虚实夹杂所致。治疗当以通淋涤石为主。虚实夹杂者，尚需兼顾扶正。《医宗必读》："清其积热，涤去砂石，则水道自利。"《金匮翼·诸淋》还提出："开郁行气，破血滋阴"的治疗法则，对临床也有一定指导意义。

石淋在临床上有实证与虚实挟杂之分：

实证：症见尿中有时挟有砂石，小便艰涩，或排石时突然中断，尿道刺痛窘迫，少腹拘急，或腰腹绞痛难忍，甚则尿中可见带血，舌质偏红、脉弦。多因下焦积热，煎熬水液杂质而成。治宜清热利湿，通淋涤石。方用二神散合石苇散或葵子散为主。再加金钱草、鸡内金、枳实、牛膝等以增强其消坚涤石破气活血的作用。腰腹绞痛，可加郁金、川楝子及芍药、甘草以缓急止痛；尿血可加小蓟草、藕节、白茅根、三七等。若兼有发热，小便频急，可加黄柏、蒲公英；若兼见便秘，可加大黄以泻火通便。

虚实挟杂证：症见砂石日久不去。面色㿠白，精神萎顿，少气乏力，舌淡边有齿印，脉细而弱，或腰痛隐隐，手足心热，舌红少苔，脉细带数。乃由病久伤及正气，阴血亏耗。治宜通淋涤石，调补气血，攻补兼施并用。气血亏虚者，二神散合八珍汤；肾阴耗伤者，六味地黄丸合石苇散，以加强滋阴补肾之力。或用《石室秘录》之治石淋方。以熟地、芡实、山茱萸、骨碎补、麦冬滋阴益肾；泽泻、薏苡仁、车前子、茯苓利水渗湿；肉桂助气化；加青盐引入肾经。《石室秘录·奇治法》：溺石"总皆水郁而火煎之也。此方之妙，全不去治石淋，而转去补肾水之(不)足，肾水足而火自消，火消而石自化。"如肾阳虚者，宜《金匮》肾气丸合石苇散加减，若腰痛明显，加川断、菟丝子、桃仁。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"淋证"条。

劳淋

为淋证之一。是因劳倦过度而发生小便急滞涩痛的一种病证，证名见《中藏经》。

劳淋是由于诸淋日久，脾虚气陷或房事不节，肾脏亏虚，或思虑劳伤过度，心脾受损所致。如《医宗必读·诸淋证治》载述："劳淋者，因劳倦而成，多属脾虚。"并将劳淋分为脾劳与肾劳两候，而《顾松园医镜》则有心劳、脾劳、肾劳之分。

肾劳淋：症见小溲淋沥不已，溺痛不著，腰痛隐隐，五心烦热，舌红少苔，脉细数。此为肾阴不足。若症见腰膝酸软，小溲清长，面色少华，畏寒怯冷，四肢欠温，舌淡苔薄白，脉沉细。此为肾阳虚弱。肾阴虚者，治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸加车前草、银花、连翘。肾阳虚者，治宜温补肾阳，方用右归丸为主。

脾劳淋：症见小便点滴而出，小腹坠胀，精神困惫，少气懒言，脉细，苔薄白。此由劳倦伤脾，脾虚气陷。方用补中益气汤为主。若兼汗出、气短、面色㿠白等症，为肺气亦虚，气化不及州都，加五味子、麦冬；若兼心悸失眠为心脾两虚，可改用归脾汤；若兼有腰部酸痛明显，为脾肾俱虚，可用无比山药丸。

心劳淋：症见小便滞涩，小腹微胀，心悸短气，心烦、失眠多梦，口干，咽燥，舌尖红，苔薄白，脉细数。此由思虑劳心，心营不足，虚火上炎，不能下交于肾。治宜益气阴，清心火，方用清心莲子饮。若尿痛，舌尖红赤者，可合导赤散。

尚有虚淋一证，亦属劳淋，如《证治汇补·下窍门》说："劳淋，遇劳即发，痛引气街，又名虚淋。"还有寒淋，是指肾虚而冷气客于下焦的淋证。其病机与肾劳淋证有类同之处。《诸病源候论·淋病诸候》："寒淋者，其病状先寒战然后尿是也。由于肾气虚弱，下焦受于冷气，下胞与正气交争，寒气胜则战寒而成淋，正气胜，战寒解，故得小便也"。寒淋亦称冷淋。如《圣济总录·诸淋门》云："其状先寒颤，然后便溺成淋，谓之冷淋也。"《医学心悟·淋》："冷淋，寒气坚闭，水道不利，其症四肢厥冷，口鼻气冷，喜饮热汤是也，《金匮》肾气丸主之。"治宜温肾为主，兼以通利，方用《金匮》肾气丸或《济生》肾气丸加减。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"淋证"条。

膏淋

为淋证之一。是指小便淋沥刺痛，小便混浊如米泔水或滑腻如脂膏者。亦称"肉淋"，证名均见《诸病源候论》。

膏淋有虚实之分，虚证多因脾肾虚弱，不能制约脂液。实证多因湿热蕴结下焦，以致气化不利，清浊相混，脂液失约。《医编·淋》说："膏淋，湿热伤气分，水液浑浊，

如膏如涕如米泔"。膏淋可以根据虚实的情况，分别选用不同的治疗方法。

虚证膏淋：症见尿出如脂，溲时无灼热，涩痛亦轻，头晕耳鸣，气短体倦，舌质淡，脉细软无力，多反覆发作，病程较长。此乃病久脾肾两亏，下元不固，不能制约脂液。治宜补益脾肾，固涩脂液，方用膏淋汤为主。用党参、山药补脾；地黄益肾；芡实、龙骨、牡蛎、白芍固涩脂液。亦可应用大补元煎加减。

实证膏淋：症见小便混浊，如米泔水，或挟凝块、尿时灼热疼痛，可兼见发热、腰痛、头痛等。此乃下焦湿热蕴结，气化不利，脂液失于约束。治宜清化湿热、分清去浊，方用萆薢分清饮为主。使清浊分，湿热去，络脉通，脂液重归其道。若少腹胀，尿涩不畅者，加乌药、青皮；小便挟血者，加小蓟、藕节、茅根。

针灸、推拿、气功等其他疗法，见"淋证"条。

浊证

以小便混浊或尿道口经常流出少量白色粘液为主证者称为浊证。

"浊"的名称，出于《内经》，《素问·至真要大论》指出"水液混浊，皆属于热"，其中也包括了小便混浊。《诸病源候论·虚劳小便白浊候》，首先出现"白浊"病名。《世医得效方》将本病称滚浊，且有心浊、脾浊、肾浊等类型和病名。朱丹溪称为赤白浊。《证治要诀》认为尿浊有赤白之别。《景岳全书》在论证时将尿浊称之为溺白。《证治汇补》又将本病称之为便浊、溺浊。《医碥·赤白浊》对精浊和尿浊作了区别："精浊出自精窍，与便浊之出于溺窍者大异。"《杂病源流犀烛》又称赤白浊为二浊，而溺浊和精浊均有白浊、赤浊之分。所以白浊、赤浊、溺浊、溺白、精浊、便浊等皆属于浊证范围。后世医家将小便混浊称为溺浊，将尿道口经常流出少量白色粘液，但小便并不混浊者，称为精浊。还可根据小便混浊液或尿道口浊物的颜色区别为赤浊和白浊两类，亦有把白浊和赤浊合在一起统称为赤白浊。

溺浊包括现代医学的乳糜尿、晶体尿及泌尿系的炎症、结核、肿瘤等，而精浊则包括慢性前列腺炎、精囊炎等。

小儿浊证，基本与成人相同，唯不同者，有溺浊而无精浊之名称。

病因病机　《内经》认为是由于热。《诸病源候论·虚劳小便白浊候》提到脏气亏虚也可导致浊证。《丹溪心法·赤白浊》篇明确指出："浊主湿热，有痰有虚。"即有实亦有虚。《医学心悟·赤白浊》篇将浊之病因归纳为二种："一由肾虚败精流注，一由湿热渗入膀胱。"根据临床所见，则以下列病因较为常见，现分述如下：

湿热内蕴：饮食肥甘，脾胃失运，酿湿生热，或病后湿热未清，蕴结下焦，清浊不分，而成浊证。若湿热灼络，络损血溢，则浊证夹血。

脾虚气陷：饮食不节，或劳倦思虑太过，损伤脾气，清气不升，浊气下流，而成浊证，若脾不统血，也可形成浊证夹血。

肾元亏虚：劳欲过度，或年老、久病体弱，可导致肾元亏虚。肾虚固摄无权，脂液下流，而成浊证。若肾阴亏损，虚火伤络，也可形成浊证夹血。

辨证　首先要分清是精浊还是溺浊，是白浊还是赤浊；进一步还须辨别虚实。一般说来，初起多属实证，实证以湿热内蕴为主；久病不愈，多为虚证，虚证与脾肾的关系至为密切。

治疗　实证宜清利，如黄柏、萆薢、茯苓、车前子之类；虚证宜补益，如党参、黄芪、熟地、山药、菟丝子之类。但补益之剂中，亦可佐以清利，清利之剂中，又可兼以补益。诚如《医学心悟·赤白浊》说："肾气虚，补肾之中必兼利水，盖肾经有二窍，溺窍开则精窍闭也；湿热者，导湿之中必兼理脾，盖土旺则能胜湿，且土坚硬则水自澄清也，补肾菟丝子丸主之；导湿萆薢分清饮主之。"此外尚要根据溺浊与精浊、白浊与赤浊的不同，而选用不同的方药。

下列简易方和食疗方亦可酌情选用：①小便浑浊方：木香、当归、没药等分为末，以刺棘心自然汁和丸，梧子大，盐汤下，每日二次，每次二钱(《普济方》)。②白浊方：益智仁盐水浸炒，厚朴姜汁炒等分，姜三片，枣一枚，水煎服(《水类钤方》)。③肾虚白浊方：五味子二两，炒干后研细末，醋糊丸，梧子大，用醋汤吞下一至二钱，每日二次(《经验方》)。④大黄蛋：锦纹大黄研细末六分，以鸡蛋一个，破顶入药；搅匀，蒸熟，空腹时食之，连服三日(《简便方》)。主治赤白淋浊。⑤荞麦鸡蛋：荞麦炒焦为末，鸡子白和为丸，梧子大，每日三次，每次二钱(《奉亲书》)。⑥白果鸡：白果、莲肉、江米各五钱，胡椒一钱，乌骨鸡一只如常洗净，药装鸡腹内煮熟，空腹时代食(《医林集要》)。主治遗精白浊。

预后　浊证初起，多属实证，以清利之法，易于见效。若迁延失治，日久不愈，多转变为虚证或虚实夹杂之证。虚证的恢复较慢。若中年以上患有赤浊，屡治不效者，应作进一步检查，以排除恶性病变。

调护　尿浊应少吃油腻食品，动物脂肪尤应忌食。注意劳逸结合。赤浊病人不要进食温性的食物和调料，如羊肉、狗肉、韭菜、辣椒、姜、葱、酒等。

精浊应节制房室，防止思虑过度。精浊若以血性或脓性为主者应多饮水，保持小便通畅，防止尿道阻塞。

精浊

为浊证之一。指尿道口时时流出糊状浊物，而尿色清的病证。精浊名见《证治汇补》。

精浊的病因多由酒色无度，败精瘀阻，或肾精亏损，相火妄动，败精挟火而出；或由于湿热流注精室而成。但

久病不愈者，往往成为虚证。《证治汇补·便浊章》："精浊者，因败精流于溺窍，滞而难出，故注中如刀割火灼而溺白清，惟窍端时有秽物，如疮脓目眵，淋滴不断，与便溺绝不相混。

精浊症见尿道口经常溢出糊状的浊物，滴沥不断，或茎中作痒作痛，痛甚如刀割火灼，小便并不混浊。通常以浊不挟血者为白浊，挟血者为赤浊。虚证病程较长，茎中灼痛不显。治疗，若兼见茎中灼痛明显者，多属火盛，以治火为主，可选用抽薪饮合大分清饮加减。以山栀、黄芩清热泻火；木通、黄柏、猪茯苓、车前子、泽泻清利湿热；枳壳理气；石斛养阴；甘草调和诸药。若兼见小便热赤频数者，多属湿热扰动精室，治宜渗利为主，方用五苓散合益元散；若病情迁延日久，涩痛不显者，多属心肾不足，治以宁心固肾为主，方用秘元煎。以远志、枣仁、五味子宁心安神；金樱子、芡实固肾涩精；人参、茯苓、白术、山药、甘草健脾益气，如见肾气虚寒者，可选用右归丸，附桂八味丸等方。

简易方、食疗等，见"浊证"条。

白淫

是精浊日久不愈，渐至火衰寒胜，情欲触动则流精清稀而不痛的病证。白淫之名，首见于《内经》。

白淫的病因，《素问·痿论》说："思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿，及为白淫。"《理虚元鉴·白浊白淫论》说："白浊白淫，从新久定名，而施治亦异。初出茎中痛，而浓浊如膏者，谓之白浊；治不过八正导赤加减而已。久之，精微薄而弱，痛亦渐减，至后，闻淫声，见女色偶一触动而精下流，清稀而不痛，则谓之白淫也。白浊全属火，至白淫则火衰而寒胜矣！此因肾家元气降而不升，故粘丝带腻，马口含糊而不已。"还提出白淫"治法宜回阳气而使上升，固其精元，而不使下陷"。宗其旨意，临证治以温肾固精为主。可选用右归丸、金锁固精丸、水陆二仙丹等方。

白淫是指精浊外，尚有各种不同的解释，常见的有：①是指男子尿中带精和女子带下病。如王冰注《黄帝内经素问》说："白淫，谓白物淫衍，如精之状，男子因溲而下，女子阴器中绵绵而下也。"②指精滑，如《证治要诀·遗精》篇说："甚者耳闻目见、其精即出，名曰白淫。"③指蛊、又名疝瘕，如《杂病源流犀烛·五淋二浊源流》说："白淫，热郁病也，一名蛊。"以上诸说，可供参考。

溺浊

为浊证之一。是小便混浊不清，而溺时并无尿道涩痛的病证。溺浊名见《类证治裁》。

溺浊的病因，初起多出湿热，《医学正传·便浊遗精》说："夫便浊之证，因脾胃之湿热下流，渗入膀胱，故使便溲或白或赤而浑浊不清也。"浊病日久，可导致心脾肾受伤，《证治汇补·便浊》说："又有思虑劳心者，房欲伤肾者，脾虚下陷者。"小儿溺浊可见于淋证之中或继发于淋证之后，与心脾、胃大小肠等有关。而成人溺浊多虚证，小儿溺浊多实证。可根据虚实的不同，选用补益和通利等法。

湿热溺浊：症见尿出如泔，并伴有胸满闷，口干口渴，舌苔黄腻，脉象滑数，由于多食脂甘，脾胃湿热下注膀胱。治宜清化湿热，方用萆薢分清饮加减。较大病儿可伴有腹部疼痛，按之益甚，尿频；婴儿则排尿时啼哭吵闹，或伴有大便干燥。治宜用八正散，清热利湿。湿邪偏重，尿白如泔，宜四苓散加萆薢，或萆薢渗湿汤以清利膀胱之湿；迁延日久，热伤阴络，尿液全程混有少量血液或血丝者，宜用小蓟饮子、碧玉散以育阴和血，清热导浊。

热毒溺浊：多见于儿童，起病较急，由热毒直袭下焦所致。其症尿浊而量多，年长儿童多诉有尿痛，尿频，尿时有灼热感，小腹及腰部疼痛，伴有发热，口渴，舌红苔黄，脉数。治宜清热解毒，用导赤散加青黛、黄连、滑石、车前草、金银花等。

心浊：症见小便混浊，或赤或白，精神恍惚，健忘，心悸，心烦少寐，舌尖红，脉细数。由于思虑太过，伤及心神所致。治宜养心安神为主，可选用瑞莲丸、加味清心饮加减。

脾浊：症见小便混浊，神疲乏力，面色淡白，苔薄舌边有齿印，脉濡软。由于脾虚气陷，精微下注而成。治宜健脾益气，升清固涩，方用苍术难名丹、补中益气汤加萆薢、益智仁、薏苡仁、通草等渗湿健脾补中。

肾浊：症见小便混浊，遗精阳痿，腰膝酸软，精神困倦，耳鸣目花，苔薄白舌淡，脉沉细。由于肾气虚寒，下元不固所致。治宜温肾固涩，方用鹿茸补涩丸为主方。若见小便混浊而赤，烦热咽干，舌质红，脉细数，是由于肾阴不足，虚火内亢，灼伤脉络，治宜滋阴清热，凉血止血，方用知柏八味丸、大补阴丸、二至丸为主。若小儿病程日久，发育迟缓，或见佝偻畸形者，宜用补肾地黄丸。

简易方、食疗等疗法，见"浊证"条。

汗证

以全身或局部汗出异常为主证者称为汗证。

汗的名称出于《内经》。《伤寒论》、《金匮要略》已有自汗、盗汗的论述。后世医家有按汗出于白昼清醒时或夜间入睡时为特点而将前者命为自汗，后者称为盗汗；也有从汗出部位区分命名为头汗、额汗、胸汗、腋汗、半身汗、手足汗等；有从汗出量多或汗出不止命名为灌汗、漏汗、漉汗；有从汗出而带有色泽命名为血汗、红汗（与高热鼻衄所称之红汗不同）、黄汗；有从病情危重时的特殊表现命名为战汗、脱汗等。无汗亦属于汗证的一种。《伤寒明理论·无汗》："若寒邪中经，腠理致密，津液内渗，则无汗。无汗之由，又有数种，如伤寒在表，及邪行于里，或水

饮内蓄,与亡阳久虚,皆令无汗。"本条为讨论汗出异于平常而量多者。

汗证涉及范围甚广。凡中风热病,各种痛证,均可伴有一时性汗出异常,不属本文阐述范畴。可见"中风"、"伤寒"、"温病"、"瘟疫"、"痛证"等有关各条。

汗证的分类,历代多分为自汗、盗汗、局部汗出三类。

妇人产后往往易出现汗证,如产妇寐中汗出较多,醒来即止者称为产后盗汗(《胎产心法》)。新产后汗出过多,不能自收者,称为产后自汗,《诸病源候论》称产后汗出不止;《经效产宝》称产后汗不止;《校注妇人良方》称为产后虚汗不止;《医宗金鉴》则称为产后自汗。

小儿汗证,基本与成人所患相同。唯小儿头汗者为多,如单纯头部少量汗出而无其他症状者,俗称"蒸笼头",不属病象。如《幼科发挥》:"小儿纯阳之体,头者诸阳之会……故头汗者,乃清阳发热之象,不必治也"。

病因病机 《内经》关于汗出的记载较多,对汗证之病因、病机都有不少阐述。如《素问·阴阳别论》提出了外感风寒、暑湿之邪,或因七情惊恐劳伤而致汗。尤其强调汗出与五脏的关系尤大。《内经》还在指明汗为心液,肾主五液的基础上,进而阐述了汗与精、血、津液异名而同类的密切联系。

《伤寒论》、《金匮要略》从伤寒、杂病分述了汗证的阴阳大纲,并对表里、寒热、虚实以及发汗宜忌、转归等诸方面作了具体的论述。《伤寒明理论》详论了自汗、盗汗、头汗、手足汗等病证。《丹溪心法》以自汗属气虚、血虚、湿、阳虚、痰;盗汗属血虚、阴虚。李士材对汗证的论述则重在心肾。

总之,汗证与阴阳、脏腑、气血、经络均密切相关。外邪、情志、饮食、烦劳均可为汗证致病之因。表里、寒热、虚实均可出现汗出之证。总为外感和内伤所致,分述如下:

营卫不和:腠理不密,卫阳不固,营卫不和而汗出。《伤寒明理论·自汗》:"阳气卫外而为固也,卫为阳,言卫护皮肤,肥实腠理,禁固津液,不得妄泄。汗者干之而出,邪气干于卫气,气不能卫固于外"而致汗证。常见的有营强卫弱,卫外失固;或卫强营弱,内灼营阴而汗自出。阳虚则邪从寒化,伤及卫阳则冷汗自出。

湿热熏蒸:饮食不节,辛辣厚味过度,酿成内热,兼之起居不慎,外湿内侵,湿与热合,壅滞三焦,熏蒸肌表,热逼津泄而为头额自汗,或半身以上出汗。《医学正传·汗证》:"湿热相搏为汗明矣。"

脏腑失调:汗血同源,化生于脾胃,又为心所主,倘肺胃气虚,腠理不密,则为自汗、盗汗。汗为心液,发源于脾,与肾关系密切,如脾肾阳气不足,不能固摄津液,则冷汗自出。或肝火炽盛,损及心肾之阴,阴虚阳亢,亦可迫其汗液外泄。

气血亏虚:大病之后,或久病不愈,气血亏虚。或中虚而卫阳不固,均可导致自汗、盗汗。《杂病源流犀烛·诸汗源流》:"荣血自涸者,必多汗;气虚而阳弱者,必体倦自汗。"

阴阳偏胜:人之阴阳平秘,则安宁无病,如有偏胜,则阴虚阳必凑,阳蒸阴分而血热汗出。阳虚阴必乘,故易发厥而汗出,若阳气内虚,寒生于中,阴中无阳则阴无所主而汗随气泄。阴阳乖离,则大汗淋漓不止而内脱。

以上所述营卫、气血、阴阳的偏盛偏衰,以及脏腑失调,往往相互为因,不可截然分割。

辨证 辨证首先辨别自汗或盗汗;外感或内伤。然后细察其证之属虚属实。外感多汗,必有外感症状。内伤自汗多见于心、脾、肺、肾的气虚阳虚,当从脏腑兼证鉴别。属阴虚,但亦有气虚、阳虚而致者。张景岳认为辨汗证的阴虚或阳虚,理应察其有火无火。火盛而汗出者,以火烁阴,便成阴虚;无火而汗出者,以表气不固,则属阳虚。切不可见自汗或盗汗即骤断为阳虚抑或阴虚。

治疗 自汗有由风湿之邪侵袭肌表,伤及卫阳,自汗断续者,治宜祛风胜湿,益气固表。因暑伤气阴,胃津受灼者,宜清暑泄热,益气生津。因胃热炽盛,内蒸外越者,宜清热生津。肺气虚弱,阳气不足,卫外不固者,宜补益肺气。脾气亏虚,心气不足,心液外泄者,宜壮其中气,益其血脉。心阳欲脱,心液随阳外泄者,宜扶阳固敛。至于盗汗,有阴虚内热,虚热内蒸,阴不敛藏,盗汗频作者,宜滋阴敛汗。有气阴两虚,心肾不足,盗汗反覆不止者,亦属阴液不能敛藏一类,治宜滋阴降火,益气止汗。此皆汗证治本大法,必要时亦可随证选用敛汗药以治其标,辅用外治法以增其效。

总之,汗证的治疗,首辨五脏的虚衰;次分致汗之由,以分治其脏腑;最后又当兼经络以辨析之。

针灸治疗,以固表和营为主。选任脉、手阳明、足太阳和手少阳、足少阴等经穴,如肺俞、膏肓、心俞、膈俞、肾俞、气海、合谷、阴郄、复溜和然谷等。每次3—5穴,用毫针行补法。亦可结合证候进行治疗,如气虚选肺俞、膏肓、气海和足三里等穴,用毫针行补法,并配合灸法。阴虚选肺俞、阴郄、和复溜等穴,用毫针行补法,并另用泻法针太冲穴。实热则选大椎、曲池、合谷、曲泉和太冲等,用毫针行泻法。

尚有外治法可选用:①轻粉方:川芎、白芷、藁本各一两,米粉二两,上药为末,用绵包裹,扑于身上。②全身扑粉法:用止汗红粉(麻黄根、牡蛎粉、赤石脂、龙骨研末和匀),扑敷汗出处,至汗止为度(《世医得效方》)。③敷脐法:五倍子研末,水调或蜜糖调敷脐部,若阴虚火旺者,加飞朱砂尤佳(《经验方》)。④外洗法:白矾20克,葛根20克,煎水洗手足,一日数次,治手足汗多。

盗汗

为汗证之一,是人睡后汗液泄出,醒后即止的一种病证。盗汗名出《金匮要略》。《内经》称为寝汗。

本证可分外感伤寒盗汗和内伤虚劳盗汗。伤寒盗汗见“伤寒”条。虚劳盗汗,多由肾伤,肾邪攻肺,卫气不固,心气内微,心液不能敛藏而为盗汗,其中又有阳虚、阴虚、气阴两虚,及心肾两虚之分。此外,尚有湿热外蒸及肝经热甚而盗汗者。

阳虚盗汗:症见盗汗,汗出清冷,形寒肢冷,短气懒言,面色㿠白,羸瘠枯瘦,溲清便溏,舌淡苔白,脉虚弱微细。多由脾胃虚损,劳伤心肾,阳衰表虚所致。治宜参附汤、大建中汤,扶阳益气固表。甚则可用六味回阳饮。症较轻而以气虚为主者,可用参芪汤、牡蛎散等。

阴虚盗汗:症见盗汗心烦,手足心热,颧红潮热,口干咽燥,或咳嗽少痰,梦遗滑精,舌红少津,脉象细数。治宜养阴清热。用益阴汤、六味地黄丸。若妇人产后盗汗,乃因产时伤血,营阴不足,可用止汗散(《傅青主女科》),加五味、麦冬。又有缘阴火盛而盗汗,其本非阴虚,止因内火熏蒸,血热而汗出者,宜正气汤(黄柏、知母、甘草),或黄芩芍药汤。以降阴火。清化饮(芍药、黄芩、麦冬、丹皮、茯苓、生地、石斛)亦可选用。

气阴两虚盗汗:症见盗汗不止,时复自汗,神疲体倦,口干唇燥,大便艰难,小溲短黄脉虚细。治宜滋阴降火,益气敛汗。用当归六黄汤加人参以增益气之力。如内火不盛,可去黄连等苦寒之品,加山萸肉、五味子、龙骨、牡蛎之属以收敛气阴,固涩止汗。

心肾两虚盗汗:盗汗不眠,心悸怔忡,耳鸣腰酸,梦遗溲赤,舌质淡红苔少,脉虚数。治宜心肾丸。阳虚不甚者可去附子。以收补养心肾、益气敛汗之功。

此外,湿热盗汗,多由酒客湿热内积,熏蒸于外所致,宜二妙散加白术、防风、牡蛎。因肝热甚盗汗者,宜龙胆散。龙胆草、防风等分为末,临卧米汤调服。

盗汗不止,除内服外,并可加用外治法。见“汗证”条。

自汗

为汗证之一,是指不因劳动、气候等因素所致的全身性汗出异常的一种病证。名称出《伤寒论》。

自汗的病因,可分为外感时邪与内伤杂病两大类。外感多为实证,应从伤寒与温病辨证施治。见“伤寒”、“温病”条。内伤杂病者,多属虚证,亦有实证或虚实相兼所致者。

内伤自汗常见于肺、心、脾、肝、肾五脏之虚,以及气、血、阳虚。若因胃热、痰盛而致自汗,则每为实证或虚实相兼之候,分述如下:

肺虚自汗:症见动则汗出,或时时畏寒,肤凉汗冷,面色㿠白,气短懒言,精神困倦,舌苔淡,苔薄白,脉微弱或虚浮。治宜补益肺气为主。用黄芪六一汤以益气和中,或玉屏风散以益肺气,固卫表。若兼见脾虚,大便时溏,困倦更甚,宜用黄芪建中汤以实卫固表,益气建中;若气短气促,神疲懒言明显,酌加党参以助补气之力;若昼则自汗,夜则盗汗,此为阳虚阴液走泄,应加浮小麦、牡蛎以潜阳敛汗;如漏汗不止,四肢厥冷,则加熟附片以回阳。

心虚自汗:汗出以集中在心胸部为特征。症轻者,见汗出于心胸,伴怔忡,心神恍惚,脉细。症重者,心胸间汗出甚多,并可兼及心脾两虚之证,如面色㿠白,纳少,神疲,夜寐不宁,寐则梦多,怔忡心悸,脉细弱小弦,稍劳或多虑则诸证均增。多由思虑过度,或时受大惊,导致心虚,气血不足,心神散乱而心液外泄。治宜补养心血。选用当归补血汤、归脾汤等方。若虚而心火炽盛,兼见心烦口渴,舌破咽干,脉细数者,宜养心清热。用天王补心丹、当归六黄汤,或生脉散加当归等。

脾虚自汗:症见自汗频作,动则加甚,倦怠乏力,少气懒言,饮食减少,大便时溏,面色㿠白或萎黄,舌淡苔白,脉象细弱。治宜补益脾气。用四君子汤。兼心气不足者,用术附汤或补中益气汤加减。若脾虚而气机阻滞,腹中胀满,可加木香、砂仁以调气和中。饮食减少,加炙鸡金、焦楂曲;大便时溏,加山药、扁豆以化湿健脾。

肝虚自汗:症见自汗时作,情绪抑郁,心烦胁痛,口干咽燥,或眩晕,口苦,心悸少寐,悲忧善哭,舌红少津,脉细数。治宜滋阴清热,固表敛汗。方用白芍汤,或当归六黄汤加白芍、地骨皮、牡蛎之类;若热陷阴分,舌红少苔,夜不入寐者,本方去当归加鳖甲、丹皮、萸肉以清肝养阴;若胃阴亦损,口渴欲饮,则加麦冬、花粉以清热生津。

肾虚自汗:症见自汗喘息,腰膝酸软,或夜热骨蒸,脉细数无力。治宜补益肾阴,固其封藏。用七味都气丸、五味子汤等方。

气虚自汗:症见自汗恶风,汗出常冷,全身虚弱无力,食欲减退,容易感冒,脉象濡缓等。治宜益气固表,用玉屏风散、补中益气汤、黄芪建中汤,或十全大补汤加山萸肉、肉苁蓉、五味子之属。

血虚自汗:症见自汗心悸,惊惕难眠,形瘦烦倦,舌质淡,脉虚大无力或芤涩。治宜补血敛营,用当归建中汤、四物汤。若口渴心烦,舌干津少者,以三阴煎为主方,熟地改用生地,酌加麦冬以养胃阴;热邪内陷血分,夜热兼有盗汗者,加牡蛎、龙骨以收涩敛汗;血虚筋失濡养,项背强急者,倍用白芍,加广地龙以舒通筋络;若大出血,气随血脱,汗多不止者,急宜大补元气,用独参汤、来复汤等。

阳虚自汗:症见冷汗自出,畏寒气短,神疲倦怠,四肢不温,舌淡,脉微弱。治宜温阳固表。用黄芪建中汤、芪附汤等方加减。若脾阳偏虚,大便溏薄者,用术附汤;肾中之阳浮越,头晕气短者,用参附汤加龙骨、牡蛎等以潜浮阳。

若在某些疾病过程中,突然自汗淋漓,汗液粘稠,面色苍白,四肢厥冷,眼花气短,脉微欲绝者。为阳气垂绝,阴气离决之变,又称“脱汗”。急宜扶阳救脱。用参附汤,或六味回阳饮加肉桂。倘汗仍不止,可重用人参,并加黄

芪、龙骨、牡蛎等以敛汗固脱。应用山萸肉治脱汗时，可参考《医学衷中参西录》的经验，大剂服用，山萸肉用量为18—120g。若真阴内竭者，六味回阳饮去炮姜、附子，加生地、麦冬等救治。外可用止汗红粉扑敷。

胃热自汗：症见于饮食之时，自汗频出而额部较多，烦渴引饮，舌苔黄燥，脉洪大有力。治宜清热生津。用白虎汤为主方。若热伤津气，脉洪大无力，可加太子参或生晒参以生津益气；若胃阴已伤，舌红津少，则加麦冬、石斛、生地之类以滋阴养胃。

痰盛自汗：症见自汗眩晕，胸闷恶心，或呕吐痰涎，苔腻脉滑。治宜化痰降气，兼以调中。用抚芎汤、理气降痰汤加减。日久证虚，则用理中降痰汤。若痰已化热，舌苔黄腻，用凉膈散或滚痰汤下之；若痰热内阻中焦，每饮即自汗者，用益胃汤加枳壳、瓜蒌之类。此证每与肺失宣肃有关。治疗当宣肺肃肺，理气涤痰。惟津液热熬成痰，寒聚为饮。血液热烁成瘀，得寒则凝。故方如抚芎汤以抚芎为君，余皆化痰，燥湿之品。或酌加活血行瘀药物。

脱汗，肺虚自汗，心虚自汗，脾虚自汗，肝虚自汗，肾虚自汗，血虚自汗，及阳虚自汗不止者，可配用外治法。见"汗证"条。

局部汗

为汗证之一。是局限于头、额、胸、腋、半身或手足等部位的出汗异常而量多的病证。其病因病机往往与全身汗出不尽相同，故治疗方法亦异，分述如下：

头汗：见《伤寒论》。指仅在头面部局部出汗。常兼见头晕目赤，面色潮红，咽干，苔薄黄，舌红。头汗有阴虚阳浮，胃热上腾，湿蒙清阳，阳气不足，瘀血内蓄等因。《医略六书·汗病》："头为诸阳之首，六阳皆上循于头，而三阴之经，乃剂颈而还，是以阴虚阳浮者，当汗出头颈而不能遍身。"治宜滋阴潜阳。用知柏八味丸加龙骨、牡蛎以敛汗。《赤水玄珠·汗门》："头面属阳明为多，饮食入胃，冲动其热，如雾露之升腾越出而为汗。"其症兼见口渴口臭，易饥嘈杂，小便短赤，大便秘结，或口腔糜烂，牙周肿痛。初起治宜清泄胃火，用竹叶石膏汤。日久宜滋养胃阴，用麦门冬汤。《杂病源流犀烛·诸汗源流》："湿邪搏阳，亦汗出头额。"其症兼见恶寒身热，小便不利，甚则湿郁生热，身目发黄，舌苔白腻。湿盛者，治宜温中化湿。方用胜湿汤。化热而湿热交蒸者，宜清利湿热，用茵陈五苓散。若往来寒热，胸闷口苦，可加柴胡、黄芩和解表里。小便短赤，心烦不安，可加木通、竹叶清心导热。《医略六书·汗病》："有阳虚舌口鼻清冷而头汗者。"其症兼见面色㿠白，四肢不温，气短，怯寒，神疲乏力。治宜温阳益气。方用芪附汤。汗多不止者，加龙骨、牡蛎固涩止汗。如气虚较甚，可加人参或党参以加强补气作用。《证治汇补·汗病章》："有瘀血内蓄者。"其症多见于太阳病，可兼有小腹胀痛，大便色黑，小便自利，入夜发热，时或烦躁谵语。治宜破血下瘀。方用桃仁承气汤。或瘀热在里，但头汗出，小便不利，渴饮水浆，身发黄者，可用茵陈蒿汤。又有平时头汗甚多，属先天所致，俗称"蒸笼头"者，则治疗效果较差。

额汗：见《金匮要略》。指额汗不止，有虚实二证。实证症见口干口渴，小便不利，苔黄。多属阳明湿热上蒸。治宜清热化湿。方用五苓散加茵陈或茵陈蒿汤。虚证症见头晕面白，神倦舌淡。多由血虚所致。宜养血益气。方用额汗方。属阳虚者，兼见四肢不温，汗出额凉。宜温阳益气。方用参附汤加龙骨、牡蛎之属。

胸汗：亦名心汗。《张氏医通·杂病门》："别处无汗，独心胸一片有汗……其病在心，名曰心汗。"多由心不摄血，津液外泄所致。属心气虚弱者，兼见面白气短，心悸倦怠，脉虚软，治宜补益心气。用归脾汤加猪心。心血不足者，兼有怔忡健忘，手足心热，夜不入寐。治宜滋养心血，益气敛神。选用天王补心丹、归脾汤或生脉散加当归、枣仁。见"汗证"条。

腋汗：见《医林绳墨》。指不论冬夏，两腋下大量出汗。症见心烦目眩，口苦咽干，胸胁满闷，食少脉弦。其病因多为少阳挟热，阴阳不和，邪在半表半里，治宜和解少阳，清化湿热。方用小柴胡汤，逍遥散加减。若症见目糊耳鸣，容易恐惧，虚烦失眠，口苦口干，小便色黄。多因肝虚热乘所致。治宜补血养肝。方用六味地黄丸加减。

半身汗：指左半身或右半身，上半身或下半身出汗者。症见面色㿠白，气短心悸，头晕耳鸣，失眠健忘，倦怠乏力，手足麻舌发麻，脉象小弱。由于气血不充，腠理空虚，卫表失固所致。治宜补益气血，方用十全大补汤、人参养营汤等加红花、广地龙以活血通络。若兼有筋脉挛痛，手足屈伸不利，舌苔白腻，脉象缓滑。系寒湿内阻所致。治宜散寒胜湿，活血通络，方用小活络丹。气血不足者，加当归、黄芪、鸡血藤补益气血。挟有风邪入络者，加僵蚕、天麻、羌活、独活等以搜剔经络之邪，或间用小续命汤扶正祛风。上半身出汗，可因阳气虚弱或心阳衰微而致。兼见面色苍白，怯寒气短，神疲乏力，四肢欠温，舌淡苔白，脉象虚弱。由于阳气不足，卫表失固，心液随阳外泄。治宜补益阳气，方用补阳汤。若兼见心悸少眠，手足心热，颧红，或午后潮热，舌红少苔，脉象细数。由于心阴不足，心阳偏亢，阳迫阴液外泄。治宜滋养阴血，方用天王补心丹。下半身出汗，可因阴虚内热或阴阳两虚而致。兼有腰膝酸软，梦遗滑精，虚烦目赤，口干咽燥，舌光红，少津，脉弦细数，属阴虚内热，虚火扰动，津液外泄。治宜滋养肾阴，方用知柏地黄丸。若兼有面色不华而颧时潮红，精神委靡，手心发热，阳痿不举，舌淡而光，脉细弱带数，属阴阳两虚，不能内守，无以主液，汗津外泄。治宜补阳济阴，用《金匮》肾气丸。因半身不遂致半身汗出者，治见"中风"条。因截瘫所致半身汗出者，治见"瘫痪"条。

以上各证，均可选入龙骨、牡蛎、麻黄根、糯稻根、浮小麦、五味子等一二味以敛汗。

手足汗：可有湿热内阻，脾气虚弱，胃阴不足与阴阳不和等因。兼见胸闷腹胀，饮食减少，倦怠，恶心，尿少色黄，苔黄腻，脉濡数。由于湿热内蕴，郁久化热，津液旁达手足所致。治宜清热化湿，方用清脾散、连朴饮或二陈汤加黄连、白芍。若兼见四肢不暖，食难消化，倦怠肠鸣，大便不实，舌淡苔白，脉象濡弱。由于体弱脾虚，脾气运行失司，水湿横溢于足。治宜补益脾气，或温运脾阳，用四君子汤、理中汤加减。若兼见口干喜饮，大便干结，小便短少，唇红舌燥，脉象细数。由于胃阴不足，内热自生，热迫津液行于手足。治宜滋养胃阴，方用沙参麦冬汤。若兼见手足不温，麻木酸痛，汗冷，口淡苔白，脉细弱，由于阴阳不和，经脉不调，津液外泄。治宜养血益气，温通经络，方用八珍汤加半夏、茯苓、制川乌、白附子等品。外治法对手足汗出有辅助治疗作用，可见“汗证”条。

痿证

四肢筋脉弛缓，软弱无力，不能随意运动，渐至肌肉萎缩，手不能握，足不能任身，肘、腕、膝、踝关节感觉脱失的病证，称为痿证。多见于现代医学的脊髓灰质炎后遗症、多发性神经炎、重症肌无力、癔症性瘫痪和周期性麻痹等疾病。

痿证的记载，首见于《内经》。《素问·痿论》是讨论痿证的专篇。痿证在《内经》称痿或痿躄，又称痿疾。痿证名称见《丹溪心法》。痿以四肢软弱无力为主症，尤以下肢痿弱，足不能行为多见，故又名痿躄。《儒门事亲》卷一：“躄者，足不能伸而行也。”

根据痿证的特征，又有五痿之称：皮毛痿、肉痿、脉痿、筋痿、骨痿。亦有根据病因病机而分别称为热痿、虚痿、湿热痿、湿痰痿、食积痿、血瘀痿、痢后痿、气虚痿、血虚痿、阴虚痿、肾肝俱虚痿等。

小儿痿证与成人基本相同。

病因病机 《内经》中已有较详的论述，《素问·痿论》有“五藏使人痿”之说，并指出五藏气热成痿，而以热伤肺津为其主因，故曰：“五藏因肺热叶焦，发为痿躄。”并就痿证与岁运的关系作了论述。《素问·生气通天论》详述湿热成痿的病因病机。张仲景对汗下后复发汗等伤津致痿及过食咸味致痿有所阐述。如《金匮要略·中风历节病脉症并治》：“咸则伤骨，骨伤则痿。”巢元方认为外受风邪，内由脾胃亏虚致痿。《诸病源候论·风身体手足不随候》：“脾气弱即肌肉虚，受风邪所侵……为风痿。”后世医家又各有不同阐述。张子和重视肾水不足及火热在痿证发病上的重要性，《儒门事亲》卷一有“由肾水不能胜心火，心火上灼肺金，肺金受火制，六叶皆焦，皮毛虚弱，急而薄著者，则生痿躄”之说，并提出“痿病无寒”的论点。《丹溪心法》则以痿证有湿热、湿痰、气虚、血虚、瘀血及食积等多种因素。张景岳根据《素问·痿论》“悲哀太甚”、“思想无穷，所愿不得”、“有渐于湿，以水为事”等论，认为痿非尽属火证。《景岳全书·杂证谟·痿证》：“败伤元气者亦有之。元气败伤，则精虚不能灌溉，血虚不能营养者，亦不少矣。”

综上所述，痿证病因有外感和内伤之别，且有虚实的不同。根据临床实践，其病因病机可归纳为下列几种：

热伤肺津：《素问·痿论》以肺热为痿证主因，凡温邪犯肺或病后邪热未清，肺受热灼，阴津耗伤；或因情志不遂，郁火熏灼，而热伤肺津致痿。《医宗必读·痿》：“盖热乘肺金，在内则为叶焦，在外则皮毛虚弱急薄，若热气留着不去，久而及于筋脉骨肉，则病生痿躄。”

湿热浸淫：久居湿地，湿从外受，滞留不去，或饮食不节，运化失常，湿自内生，均可郁而化热，以致湿热壅阻经络，影响气血运行，使筋脉肌肉弛缓，因而成痿。《素问·痿论》：“有渐于湿，以水为事，若有所留，居处相湿，肌肉濡渍，痹而不仁，发为肉痿。”《素问·生气通天论》：“湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿。”

痰瘀食积：痿证有因于湿痰、瘀血、食积者，朱丹溪首倡此说，《证治汇补》对此详细地加以发挥。认为因于湿痰者，多见于体肥之人，因湿痰内停，客于经脉而成痿；血瘀者，因积血不消，瘀滞经络，致使行血气、濡筋骨、利关节的功能失常而致痿；食积者，因饮食太过，升降失常，脾气不得运于四肢而致痿。

气血亏虚：气虚成痿者，因脾胃气虚，不能充养肢体所致。血虚者，因血虚不能养筋，发为痿证。

肝肾下虚：属于肝肾虚者，多因体虚病久，阴精气血亏损，或房劳过度等伤及肝肾，致阴虚火旺，伤及筋骨；或为精血亏损，精虚则不能灌溉，血虚则不能营养，筋骨经脉失于濡养而致痿。

辨证 五脏气热，发为五痿，各有其特征。皮毛痿，皮毛虚弱急薄。肉痿，肌肉不仁。脉痿，胫纵而不任地。筋痿，初起筋急而挛，渐至痿弱。骨痿，腰脊不能伸举。尚有燥热成痿，以及属虚、属实、虚中夹实诸痿，均以四肢痿弱或腿足痿软为主症。

痿证除有各种热痿和虚痿分列专条论述外，尚有湿热痿、湿痰痿、食积痿、血瘀痿、痢后风、痢后痿等，兹分述如下：

湿热痿：见《医学纲目》。症见腿足痿软、微肿，或手足麻木，或顽痒，身体重着，扪之微热，胸脘痞满，小便赤涩，舌苔黄腻，脉象濡数。证属湿热伤筋所致。

湿痰痿：见《证治汇补》。症见四肢痿弱，兼腰膝麻木，脉象沉滑。多发于体肥之人，因湿痰客于经脉所致。

食积痿：见《证治汇补》。症见手足痿弱，腹膨胀痛，恶心嗳气，右脉弦滑等。证由饮食太过，积滞不消，使升降失常，脾气不得运于四肢所致。

血瘀痿：见《证治汇补》。症见为四肢痿软，不能运动，伴见局部疼痛，或麻木不仁，甚则可见舌青唇萎，脉涩。证属产后恶露未尽，或跌仆损伤，致瘀血阻滞经络，因而成痿。

痢后风：见《证治要诀》。《太平惠民和剂局方》称痢风。主症为两脚酸软，不能行走，伴见疼痛或麻痹不仁。因痢后下虚，不善调摄，或多行，或房劳，或感外邪所致。

痢后脚软胫疼之证，《证治汇补》称痢后痿。因下多亡阴而致者，治以补脾兼升举之剂。间有痢后兜涩太早，积瘀不清，下注隧道经络而成痿者。

痿证又当与痹证、痱证、偏枯、骨繇等鉴别。痹证虽可见有骨节不利、肌肉萎缩，但多因正气不足而风寒湿邪痹阻经络关节所致，证有明显疼痛。《儒门事亲》卷一："不仁或痛者，为痹；弱而不用者，为痿。""痹者，必风湿寒相合；痿者，必火乘金。"

痱证与痿证均身无痛而四肢不用。但痱证有言语、神志之异，而痿证常无。痱证起病突然而痿证起病缓慢。《医学纲目·总论》："痱病有言变志乱之证，痿病则无之也，痱病又名风痱。""痱病发于击仆之暴，痿病发于怠惰之渐也。凡此皆明痱与痿，明是两疾也。"

偏枯与痿证虽同有四肢不用，但偏枯多半身不遂，多由营卫俱虚，真气不能充于全身，或兼邪气侵袭而病，无论见证与病因，均与痿证有异。《灵枢·热病》："偏枯，身偏不用不痛，言不变，志不乱，病在分腠之间"，与痿证显异。

骨繇与痿证亦异。骨繇即骨摇，站立不收，是似痿非痿，似痱非痱的一种病证。《灵枢·根结》："少阳为枢，枢折即骨繇而不安于地……骨繇者节缓而不收也。所谓骨繇者，摇故也。"

治疗 《内经》提出了"治痿独取阳明"的重要原则，并确立了"各补其荥而通其俞，调其虚实，和其逆顺"的针刺治痿大法。"治痿独取阳明"，主要是指补益后天，使阳明实，则宗筋润，能束骨而利机关。《医学正传·痿证》引丹溪"泻南补北"之说，认为痿证的治疗重在清心火、益肾水。心火降则脾运健，肾水足则肺热清。但治痿大法，也不可执一而论。《赤水玄珠·痿证门》："治阳明之法，只可治脾肺。若夫肝之筋痿，心之脉痿，肾之骨痿，其受病又自不同。"五痿分治，见"热痿"条中肺热痿软、脾热痿软、心热痿软、肝热痿软、肾热痿软等内容。又如燥热痿软治以清热润燥为主。气虚痿治宜补气。血虚痿治宜养血。阴虚痿宜滋阴清火，补益肝肾。

诸痿病因不一，应分别虚实，辨证施治。《医略六书·痿躄》："能辨气血阴阳之虚实，而寒热即在阴阳虚实中，或行痰瘀，或清湿热，泻实补虚，治其偏胜。"

方药治疗 湿热痿治宜清热燥湿，健脾渗湿等法，方用加味二妙丸或清燥汤加萆薢、防己、牛膝、木瓜、薏苡仁等；湿痰痿治宜燥湿化痰为主，用二陈汤加苍术、白术、黄芩、黄柏、竹沥、姜汁、天竺黄、白附子、天南星等药；食积痿治宜先与运脾消导，用木香槟榔丸，或导痰汤加山楂、神曲、木瓜、防己等，后用党参、白术等药补脾为主；血瘀痿治宜活血行瘀为主，方用归梢汤，或四物汤酌加桃仁、红花、蓬莪术、穿山甲、丹皮、牛膝、玄胡索等药；痢后风(痢后痿)治宜扶正祛邪，行气逐瘀，活血脉，壮筋骨，方用大防风汤。

针灸治疗 ①通治法：以调治气血，补益后天为主。选足阳明和手阳明等经穴，如髀关、阴市、足三里、解溪、肩髃、曲池、手三里和合谷等，每次3—5穴。用毫针行平针手法，或配合皮肤针叩刺。②辨证论治：肺热伤津为主，选手太阴、手阳明、足阳明、足少阴等经穴和背俞穴为主，如肺俞、曲池、合谷、足三里、太溪、照海和解溪等，每次4—6穴。用毫针行泻法。湿热浸淫为主，选手阳明、足阳明、足太阴等经穴及背俞穴为主，如肺俞、曲池、合谷、足三里、解溪、内庭、阴陵泉、三阴交等，每次3—6穴。用毫针行泻法。脾胃虚弱为主，选背俞、任脉、足阳明、足太阴等经穴，如脾俞、胃俞、中脘、章门、天枢、气海、足三里、商丘和太白等，每次4—6穴。用毫针行补法，并配合灸法。脾肾亏虚为主，选背俞、督脉、足少阳、足厥阴和足少阴经穴等，如大椎、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、志室、腰阳关、阳陵泉、悬钟、三阴交、太溪和太冲等，每次4—6穴。用毫针行补法。③电针法：参照通治法选穴，一般4—6穴，用电针仪通电5分钟左右。④ 皮肤针法：上肢麻痹常选后颈部、背部(胸椎1—4)、肩部、胸大肌、患肢手阳明经、手厥阴经及手少阳经等皮部，下肢麻痹常选腰部(腰椎3—5)、骶部、患肢足阳明经、足太阳经、足少阳经及足太阴经等皮部，用轻度或中度刺激。

推拿疗法 面瘫治疗方法，患者取仰卧位，医者用一指禅推法或揉法自攒竹向瞳子髎、颊车、下关、地仓穴往返操作5—6次，揉风池，拿合谷；颈项部瘫痪治疗方法：患者取坐位，医者用一指禅推法自天柱至大椎、肩井等处，往返操作约3分钟，按百会、肺俞，拿风池，提拿颈肌，拿肩井、合谷穴；上肢瘫痪的治疗方法，患者取坐位，医者用一指禅推法或㨰法施于肩关节周围约3分钟，从肩部三角肌经肱三头肌、肱二头肌至肘关节，向下沿前臂到腕部，重点治疗萎缩肌肉的周围，往返约10分钟，并擦热患部，最后捻指关节、拿合谷、搓患肢；腹肌瘫痪的治疗方法，患者取仰卧位，医者用一指禅推法施于脐周，摩腹，提拿腹肌；然后换俯卧位，按揉膈俞、脾胃俞、命门穴，提拿两侧骶棘肌，揉足三里；腰及下肢瘫痪的治疗方法，患者取俯卧位，医者用推法或㨰法从腰部起，向下到尾骶部、臀部，循大腿后侧往下至跟腱，往返操作约10分钟，配合按肾俞、腰阳关，然后换仰卧位，用揉法或㨰法，从腹股沟向下往股四头肌至小腿前侧，往返操作约10分钟，拿委中，按伏兔、足三里、阳陵泉、绝骨、解溪等穴；如踝关节有畸形者，㨰踝关节周围，并施摇法和扳法，提拿跟腱，揉涌泉。

简易方 ①石斛、淮牛膝、桑白皮各30克，甘草6克，水煎，一日二次。治湿热浸淫痿证(《实用中医内科学》)。②鹿角片300克，酒浸一夜，熟地120克，附片45克，用大麦米和蒸熟，焙干为末，大麦粥和为丸，每日三次，每次7克，米饭送服。治肝肾不足痿证。③紫河车

粉,每服一钱,一日二次(《本草纲目》)。

食疗方 ①大麦米去皮60克,薏苡仁60克,土茯苓90克,同煎为粥,煮熟后去土茯苓服。治湿热浸淫痿证。②烤干骨髓粉300克,黑芝麻300克略炒香,研末加白糖适量合拌,每日9克,一日二次。

预后 与病程长短虚实有关,实证多见于早期急性病例,病情较轻浅,治疗效果较好,功能较易恢复。但是,急性期治疗不当或治不及时,可导致肝肾不足,气血亏虚,或瘀阻筋脉,转为慢性或虚证,而各种虚证之间又可互相转化。一般,慢性及虚证病例,病势缠绵,关节不利,肌肉萎缩,短期不易获效,功能恢复亦较困难。年老体衰发病者,预后较差。

调护 平时注意情志修养和体质锻炼,慎防湿邪侵袭及房事过度,注意对症的饮食调养,对痿证预防和治疗都有积极意义。痿证发生后,及时采取适当的功能锻炼,对本病的恢复和防止肌肉萎缩,有一定的作用。

热痿

痿证之一,因燥热所致。热痿见《医学纲目》。临床特征为四肢痿软,伴有皮毛干枯、口燥等热性症状。

热痿的发病原因,由于感受燥热之邪,与岁气时令又有较密切关系。《症因脉治·痿症》:"或羲赫之年,燥火行令,或秋燥之时,燥气烁人,阴血不能荣养宗筋,则痿软之症作矣。"治宜清热为主。

此外,因于五脏之热而致的痿证,如肺热痿软、脾热痿软、心热痿软、肝热痿软、肾热痿软等,均属热痿范畴。

燥热痿软:见《症因脉治》。症见手足痿软,不能行动,皮毛干枯,口燥唇焦,脉数。燥热之邪,伤津耗血,宗筋失于营养。治宜清热润燥,滋阴养血。右脉数甚,燥伤气分者,方用知母石膏汤合凉膈散。左脉数甚,燥伤阴血者,用滋燥养荣汤。

肺热痿软:见《症因脉治》。即《素问·痿论》所谓"肺热叶焦,则皮毛虚弱急薄,着则生痿躄也"。《医宗必读》称肺热痿,又称皮毛痿。症见皮毛枯萎,咳呛气喘,下肢软弱,足不能行,寸脉浮数。情志不遂,郁火熏灼,肺热叶焦,百脉失宗,精微不能敷布,皮毛筋骨失于濡养,发为痿躄。治宜清热生津,养阴润肺。方用二母二冬汤合家秘泻白散。若肾火上炎者,用知柏天地煎。《杂病源流犀烛》治用犀角桔梗汤。

脾热痿软:见《症因脉治》。《内经》称肉痿。《素问·痿论》:"脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉痿。"症见口干而渴,肌肉不仁,身重不能转侧,四肢纵缓不能举动,脉濡数。膏粱积热,或水湿生热,湿热伤脾,发为肉痿。治宜清热化湿为主。方用川连枳壳汤,或栀连平胃散、栀连二陈汤等。《医宗必读》治以健脾化湿为主,用二术、二陈、霞天膏之属。

心热痿软:见《症因脉治》。《内经》称脉痿。《素问·痿论》:"心气热,则下脉厥而上,上则下脉虚,虚则生脉痿,枢折挈,胫纵而不任地也。"症见四肢关节如折,不能活动,足胫纵缓而不能任地,面颊常赤,心烦意乱,左寸脉数。心热火炎,血气上逆,下脉空虚,致成脉痿。治以清心泻火为主。方用导赤各半汤。若尺脉疾,火盛水衰者,宜六味地黄丸合丹溪大补丸。《赤水玄珠》治心热脉痿,胫纵不任地,用大生脉汤。《血证论》治用天王补心丹。《医醇賸义》治用调营通脉汤。

肝热痿软:见《症因脉治》。《内经》称筋痿。《素问·痿论》:"肝气热,则胆泄口苦,筋膜干,筋膜干则筋急而挛,发为筋痿。"症见肢体筋急而挛,渐至痿软无力,口苦,脉弦细。由于肝热内盛,阴血不足,筋膜干枯所致。治宜清热、补血、养肝。方用补阴丸或家秘肝肾丸。若因恼怒伤肝,肝气怫郁,以致筋膜干急,伴见两胁刺痛等症,宜用清肝顺气饮。或阴血不能养筋,而痿弱无力者,宜用补血荣筋丸。

肾热痿软:见《症因脉治》。《内经》称骨痿。《素问·痿论》:"肾气热,则腰脊不举,骨枯而髓减,发为骨痿。"又:"有所远行劳倦,逢大热而渴,渴则阳气内伐,内伐则热舍于肾,肾者水藏也,今水不胜火,则骨枯而髓虚,故足不任身,发为骨痿。"症见腰脊不能伸举,下肢痿弱,不能起床行动,面色黯黑,牙齿干枯,脉大而虚或细数。肾热内盛,或邪热伤肾,阴精耗损,骨枯髓虚所致。治宜滋阴清热,补肾益精。脉大而虚者,方用人参固本丸。脉细而数者,用知柏天地煎或坎离既济丸。《素问病机气宜保命集》治肾损骨痿不能起于床,用金刚丸。《医醇賸义》治外感之热或内蕴之热消阴耗髓,骨枯而痿者,用滋阴补髓汤。

针灸、推拿等其他疗法,见"痿证"条。

虚痿

痿证之一,是气虚痿、血虚痿、阴虚痿的总称。脾胃虚衰,生化之源不足,肌肉失充则成气虚之痿;失血耗血过多,筋脉少血濡养致成血虚之痿;肝肾之精不足,百脉失于灌溉,经络脉虚而成阴虚之痿。

(1)气虚痿:是指因气虚而致手足痿弱,举动无力的痿证。《丹溪心法》列"气虚"为痿证的一种。《证治汇补》称气虚痿。症见面色萎黄,短气懒言,食少纳差,稍增食则脘胀,时便溏,气时短,渐见下肢痿软乏力,甚则肌肉痿缩,苔薄,脉软。多由劳倦内伤,饮食失调或久病等,以致脾胃气虚,不能充养肌体而成。《素问·太阴阳明论》指出:"脾病而四肢不用,何也?岐伯曰:"四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉皆无气以生,故不用焉。"治宜补脾益气为主。方用四君子汤。气虚有热者,四君子汤合二妙散,或用补气和中汤加减。

气虚挟痰痿：见《中国医学大辞典》。即《张氏医通·痿痹门》所谓"属气虚有痰"的一种痿证。症除气虚痿证外，尚可兼见素体肥白，恶心食少，胸膈不利，脉沉缓或滑等。此因气虚多痰所致。治宜补气化痰。用六君子汤加苍术、黄柏、竹沥、姜汁等药。

(2) 血虚痿：是指因血虚而致手足痿弱无力，不能行动的痿证。《丹溪心法》列"血虚"为痿证的一种。《证治汇补》称血虚痿，症见心悸，头晕，面色萎黄，或食少纳减，纳稍增则脘胀，便溏，肢痿无力，脉细数，苔薄舌质红等。多由产后或失血后，或因脾虚气弱，不能化生精微，致血虚不能养筋所致。《张氏医通·痿痹门》："阴血衰弱，不能养筋，筋缓不能自收持，故痿弱无力。治以养血为主。宜四物汤加黄柏、苍术煎送补阴丸，或用补血荣筋丸加减。若形瘦而黑之人，脉涩弱，或左脉大而无力，行步艰难，或兼盗汗阴虚证者，是血虚有火，宜用四物汤加牛膝、黄柏、肉桂、苍术等。若养血不效，可酌加补脾之品。《证治汇补·痿躄章》："血虚痿者，宜滋养荣血。然血生于脾，往往用养血药而痿如故者，脾虚不能生血也，能补其脾则血自旺而痿自愈矣。"

(3) 阴虚痿：是指肝肾阴虚所致的痿证。见《证治汇补》。症见自觉两足极热，甚则上冲腿膝，酸弱痿软，行步艰难，不能久立，并可伴有头昏目眩，舌质红，脉细数，或脉来涩弱，左脉大而无力等症。阴虚痿的成因，由于久病或房欲不节，肝肾不足，阴虚火旺，不能濡养经脉筋骨所致。《证治汇补·痿躄》章强调酒色过度为主要病因，指出："阴虚痿者，酒色过度，下焦肝肾之火燔灼筋骨。"治宜滋阴清火，补益肝肾。偏重于肝肾阴虚者，方用滋阴大补丸。阴虚兼热者。选用《正传》加味四物汤、虎胫骨丸，或丹溪补阴丸、滋阴八味丸等方。

又有肾肝俱虚痿，见《中国医学大辞典》。即《医宗必读》所谓"肾肝下虚"之痿，亦为肝肾阴虚所致的一种痿证。症以精力疲惫，腰脊酸软，骨胫酸楚，四肢酸弱无力，伴有眩晕，心悸，遗精，滑泄，脉微舌嫩等。肾藏精、主骨，肝藏血、主筋，房劳过度，以致肝肾精血亏损，不能充养筋骨。治宜滋养精血，补益肝肾。方用神龟滋阴丸、补益丸等。若阴阳俱亏，当重用血肉有情之品以填补，食疗调养尤为必要。

针灸、推拿等其他疗法，见"痿证"条。

拘挛

筋脉挛缩而四肢拘急，不能伸展自如，称为拘挛，或称挛证。拘挛之名，见于《内经》。《素问·缪刺论》："邪客于足太阳之络，令人拘挛。"《灵枢·邪客》作痀挛。简称拘或挛。《素问·生气通天论》："湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿。"王冰注："……缩短，故拘挛而不伸。"又《灵枢·经脉》："手少阳之别……病实则肘挛。"

根据拘挛的病因病机，可归纳为寒、热、虚、实四个证型。

小儿手足挛缩，不能伸展或伸展无力，称为手足拳挛，亦可分别称为手拳、足拳。基本成因与禀赋薄弱有关。

病因病机　主要有下列几种：阴血不足：血虚不能养筋，是拘挛的主要成因。《杂症会心录·挛证》："盖阴血受伤则血燥，血燥则筋失所滋，为拘为挛。"

风寒湿热：风寒湿热之邪侵袭筋脉，均可使筋脉受伤，而发生拘挛。外感之证，虽以邪气为主，而邪之所凑，往往由于正气先虚，致邪气得以乘隙而袭。《诸病源候论·风四肢拘挛不得屈伸候》："此由体虚腠理开，风邪在于筋故也。"《太平圣惠方》卷三十："夫肝藏血而主于筋，今虚劳损血，则不能荣养于筋，致使筋气极虚，又为寒邪所侵，故筋脉拘挛也。"

瘀血留滞：瘀血留于肘、腋、髀、腘等处，伤及筋络关节，亦为拘挛成因之一。《灵枢·邪客》："邪气恶血，固不得住留，住留则伤筋络骨节机关，不得屈伸，故痀挛也。"

拘挛的病因病机比较复杂，往往虚实兼见，寒热夹杂。《张氏医通·诸风门》："挛证，人悉知为寒，不知亦有属血枯而热者。盖寒则胫逆而痛，热则胫热而枯。至于湿热下流，又为实证，则疼肿便秘。以此辨之，虚实寒热，可判然胸臆矣。"

辨证　拘挛病证的总特点，是筋脉的拘紧挛急多而弛缓少。根据病机的虚、实、寒、热，又各有侧重，兹分述如下：

(1) 寒挛：见《证治准绳》。症见四肢拘挛，足胫逆冷而痛，脉紧，苔白。由于感受寒邪，筋脉挛缩所致。《证治准绳·杂病》："寒挛者，经所谓寒多则筋挛骨痛者是也。"《冯氏锦囊秘录·方脉中风》："至于拘挛，则急多而缓少，乃寒多而热少，经所谓寒则筋挛是也。"

(2) 热挛：见《证治准绳》。症见四肢拘挛，胫热而枯，脉数，苔黄。由于阴血不足，内热伤筋所致。《证治准绳·杂病》："热挛者，经所谓肝气热则筋膜干，筋膜干则筋急而挛。"

又有湿热伤筋而拘挛者，也属热挛，见《证治准绳》。可伴见疼痛便秘等症。

(3) 虚挛：见《证治准绳》。症见四肢拘挛、少力，脉来小弱，苔薄质淡。多由血虚不能养筋所致。《证治准绳·杂病》："虚挛者，经所谓虚邪搏于筋则为筋挛。"又云："脉弗荣则筋急。"又仲景云："血虚则筋急。"此皆血脉弗荣于筋而筋成挛。

(4) 实挛：见《证治准绳》。症见四肢拘挛，大便秘涩，面部赤热。脉滑实，苔白腻。多由内有实热，复因外受风寒所致。

治疗　当据寒者温之，热者清之，血虚者濡之，实者通之祛之立法。对于体虚感邪者，治宜扶正祛邪。由于拘挛为筋脉挛缩之证，而肝主筋，所以治疗过程中应始终

贯穿柔肝养筋之法。又因筋脉为人之气血通行道路，筋脉受伤，则脉行道路必阻塞疮滞，气血运行不利，此时治气治血之法不可或缺。《杂症心会录·挛症》："治此必先以气血为主，若有微邪，亦不必治邪，气血复而血脉行，邪自不能留，何足虑哉。"

方药治疗 寒挛治以温经为主，方用乌头汤或千金薏苡仁汤加减。热挛治宜滋阴养血，清热润燥，用生地、当归之属濡之，或六味地黄丸加牛膝、当归等药。湿热伤筋而拘挛者，治以薏苡仁散为主方。虚挛治宜养血舒筋为主，方用养血地黄丸或秦艽四物汤加木瓜、桑枝等药。实挛治宜祛邪通经为主，方以活血通经汤，方中桂枝、甘草祛寒邪而缓挛急，黄柏苦寒以泻实热，芍药、当归和血润燥，升麻、葛根用以行经，加人参扶正以增强祛邪之力。

针灸治疗 病在上肢可选肩髃、肩髎、臑俞、天井、少海、肘髎、曲池、手三里、外关、合谷等穴。病在下肢可选肾俞、环跳、秩边、风市、血海、三阴交、足三里、阳陵泉、悬钟、解溪、昆仑、八风等穴，每次5—7穴。

简易方 ①用羊胫骨，酒浸服之(《本草纲目》)。②苍耳子三两，炒为末，以水一升半，煎取七合，去滓呷之(《食医心镜》)。

颤振

以头部或肢体摇动、颤抖为主要表现的病证，称为颤振。又称颤证、振掉、震颤。《素问·至真要大论》中"诸风掉眩，皆属于肝"的"掉"，即指颤振，并且说明此类疾病，属于风象、与肝有关。此论一直为后世所宗。明代王肯堂《证治准绳·杂病》说："颤，摇也；振，动也。筋脉约束不住而莫能任持，风之象也。"楼英《医学纲目》说："《内经》云：'诸风掉眩，皆属于肝。'掉即颤振之谓也。"又说："'诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于热。'鼓栗亦动摇之意也"。清代张璐《张氏医通》卷六始有"颤振"之名，认为本病主要是风、火、痰为患，并按脾胃虚弱、心气虚热、心虚挟痰、肾虚、实热积滞分别立方，所述脉诊亦较详备，从而使本病的理、法、方、药趋于充实。本病包括现代医学之震颤麻痹(帕金森病)、舞蹈病、手足缓动症等。

病因病机 颤振的成因，由于阴血不足，筋脉失养，肝阳偏亢，阳盛化风，上冲于头所致。若散于四末，则手足动而头不动。或因气虚、心虚、痰浊相挟所致。孙一奎认为此病证因肾虚而有痰火所致。《赤水玄珠》卷十四："颤振者，非寒禁鼓栗，乃木火上盛，肾阴不充，下虚上实。实为痰火，虚则肾亏。"患此病者，多在中年以后。《证治准绳·杂病·颤振》曰："此病壮年鲜有，中年已后乃有之，老年尤多。"本病病机以下述三种情况最为多见：

(1) 肝肾阴亏：肝主藏血，肾主藏精，如肝肾阴虚，精血俱耗，以致水不涵木，风阳内动，筋脉失养，而成颤振。

(2) 气虚血少：若心脾俱损，气血不足，不能荣于四末，则筋脉瞤动。

(3) 痰热动风：痰热阻滞经络，流窜经隧，痰盛动风，发为颤振。

辨证 头部及四肢颤动、振摇。轻者仅有头摇或手足微颤，重者头部震摇大动，甚至作痉挛扭转状，两手及上下肢颤动不止，或兼有项强，四肢拘急。本病多见于老年人，男性多于女性。

肝肾不足者常兼见头目眩晕，耳鸣，失眠多梦，腰酸腿软，肢体麻木，老年人兼见呆傻健忘，舌体偏瘦，舌质暗红，脉细弦。气血两虚者可兼见面色无华，头晕眼花，精神倦怠，舌胖，边有齿痕，脉细弱。痰热动风者可兼见胸脘痞闷，头晕口干，咯痰色黄，舌苔黄腻，脉弦滑数。

颤振与瘈疭相类。瘈疭则手足牵引而或伸或屈；颤振则但振动而不屈也，也有头动而手不动者。

某些热病发作中，也可出现颤振，系全身性肌肉颤振寒栗之状，不属本文内容，见"寒战"条。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 益肾调肝、补气养血、化痰熄风，为治疗本病之大法。肝肾不足者治宜滋补肝肾，育阴熄风，以大补阴丸合六味地黄汤加减，可加何首乌、玄参滋补肝肾而潜纳浮阳，加入钩藤、白蒺藜、生牡蛎平肝熄风，顽症可选用大定风珠；气血两虚者治宜益气养血，熄风宁络。以八珍汤合天麻钩藤饮加减；心虚血少者，用平补镇心丹；痰热动风者治宜清化痰热，兼以熄风，方用催肝丸，或用导痰汤加竹沥合天麻钩藤饮加味。《张氏医通》卷六载颤振治法颇详："若肝木实热，泻青丸；肝木虚热，六味丸；肝木虚弱，逍遥散加参、术、钩藤。挟痰，导痰汤加竹沥。脾胃虚弱，六君子汤加芎、归、钩藤；卫虚多汗恶寒，加黄芪二钱、附子五分；脾虚，补中益气加钩藤。心血虚少而振，平补镇心丹。心气虚热而振，本方去肉桂、山药、麦冬、五味加琥珀、牛黄、黄连名琥珀养心丹。心虚挟痰而振，本方去龙齿、肉桂、山药、麦冬、五味，加琥珀、川芎、胆星、麝香、甘草为秘方补心丹。心虚挟血而振，龙齿清魂散。肾虚而行步振掉者，八味丸、十补丸选用。实热、积滞，可用汗吐下法。"

针灸治疗 针刺主穴可取曲池、外关、合谷、阳陵泉、三阴交、承山、绝骨、肾俞等，配以风池、风市、承扶、秩边、曲泽、中渚、丝竹空等，采用速刺，平补平泻，每周4次，20次为一疗程，疗程间隔5—10天。此外，还可用头皮针，取平衡区、视区均双侧，快速持续捻转，每分钟捻转150次左右，2分钟后，休息10分钟，共进行3次。

预后 本病治疗较为困难，病程较长。脉象缓弱带滑者病情一般相对稳定；若久病脉反实大急疾，则多为危象。

痹证

因风寒湿等病邪侵袭人体肌表、经络致气血凝滞，闭阻不畅的病证，称为痹证。临床特点是肢体、肌肉、关节等处疼痛、酸楚、麻木、重着、屈伸不利，或关节肿胀等症

状。

痹证出自《内经》。并对其病因、病机、症状等均有较详细的论述，同时根据其不同发病季节、病因及经络和脏腑等而又提出各种不同的病证。如《素问·痹论》说："风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。"又说："以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。"还有肺痹、心痹、肝痹、肾痹、脾痹、肠痹、胞痹、热痹等名称。《灵枢》又有血痹、周痹、寒痹等之分。《金匮要略》有历节、湿痹、风湿的记载，此外，还有《中藏经》的气痹、《医学入门》的气虚痹、血虚痹等名称。

小儿痹证与成人基本相同，但以热痹较为多见。本证包括现代医学的风湿热、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、坐骨神经痛、腰肌劳损等疾病。

病因病机　历代医家宗《内经》之说，并有进一步的阐发，如《诸病源候论·风湿痹候》说："风寒湿三气杂至，合而成痹，其风湿气多，而寒气少者为风湿痹也，由血气虚，则受风湿而成此病。"又说："由人体虚，腠理开，故受风邪也。病在阳曰风，在阴曰痹，阴阳俱病，曰风痹。"《景岳全书·杂证谟·风痹》中也说："盖痹者闭也，以血气为邪所闭不得通行而病也。"同时又提出阳邪阴邪之说，指出："如痹论曰，风气胜者为行痹，盖善行数变，故其为痹则走注，历节无有定所，是为行痹，此为阳邪也；曰寒气胜者为痛痹，以血气受寒，则凝而留聚，聚则为痛，是为痛痹，此为阴邪也；曰湿气胜者为着痹，以血气受湿则濡滞，濡滞则肢体沉重，而疼痛顽木留着不移，是为着痹，亦阴邪也。凡此三者即痹之大则也。此外，如五脏六腑之痹，则虽以饮食居处皆能致之，然必重感于邪而内连脏气则合而为痹矣。"《医宗必读·痹》说："《内经》论痹，四时之令，皆能为邪，五藏之气，各能受病，六气之中，风寒湿居其半，即其曰杂至、曰合，则知非偏受一气可以致痹；又曰风胜为行痹，寒胜为痛痹，湿胜为着痹，即其下一胜字，则知但分邪有轻重，未尝非三气杂合为病也；皮肉筋骨脉各有五脏之合，初病在外，久而不去，则各因其合而内舍于藏，在外者祛之犹易，入藏者，攻之实难。"《类证治裁·痹症》说："诸痹风寒湿三气杂合，而犯其经络之阴也。风多则引注，寒多则掣痛，湿多则重着，良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内袭，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝涩，久而成痹，或肌肉麻顽，或肢节挛急，或半体偏枯，或遍身走注疼痛，其不痛者，病久入深也，故在骨则重而不举，在血则凝而不流，在筋则屈而不伸，在肉则麻木不仁，在皮则皴揭不荣，皆痹而不痛，盖痹者，闭而不通，邪在阴分也。"还由于病邪侵袭人体的部位不同，季节各异，故其病因病机也较复杂，综合各家之说，可归纳为以下几方面：

（1）外邪侵袭：风寒湿邪侵袭肌表经络，阻滞气血运行不畅致成痹证。因而出现肢体、肌肉、关节等处疼痛、酸楚、麻木、重着、关节屈伸不利。又因病邪之偏胜和病变部位的不同，而出现各种病证，如风邪偏胜，善行数变，则痛无定处，走注流窜，而为风痹；若寒邪偏胜，凝滞不行，则疼痛甚剧，痛有定处，而为寒痹；若湿邪偏胜，重浊粘滞，则肢体沉重麻木，而为湿痹。四季气候变化有常度，若人犯其不时之气，则易得各种痹证，如《素问·痹论》所说："以冬遇此者为骨痹；以春遇此者为筋痹；以夏遇此者为脉痹；以至阴遇此者为肌痹；以秋遇此者为皮痹。"

（2）正气内虚：素体虚弱，又感外邪则必发病。《济生方》认为：体质虚弱，腠理空疏，感受风寒湿之邪气是引起痹证的主要病因。《症因脉治·痹证论》也说："风痹之因，或元气不充，或病后体虚，或饥饿劳役，风邪乘之，则风痹之症作矣。"又说："寒痹之因，营养不足，卫外之阳不固，皮毛空疏，腠理不充，或冲寒冒雨，露卧当风，则寒邪袭之，而寒痹作矣。"

（3）居处卑湿：长期居住坐卧潮湿之地、或涉水冒雨，湿邪侵袭，留滞肌肉经络而发痹证。如《素问·痹论》指出："其饮食居处，为其病本也。"《症因脉治·湿痹》也说："湿痹之因，或身居卑湿，湿气袭人，或冲风冒雨，湿留肌肉，内传经脉，或雨湿之年，起居不慎，而湿之症作矣。"

辨证　首先应分清风寒湿三气的偏胜，疼痛游走不定，时而走窜上下肢，为风痹；疼痛较剧，痛有定处，遇寒痛增为痛痹；肢体沉重，痛有定处为着痹；关节疼痛，局部灼热红肿，得冷则舒，痛不可触，或兼有发热，汗出恶风，口渴等症状为热痹。《丹溪心法·痹》云："凡痹病……寒多掣痛，风多则引注，湿多则重着。"《景岳全书·杂证谟·风痹》指出："若欲辨其轻重，则在皮肤者轻，在筋骨者甚，在脏腑者更甚。若欲辨其寒热，则多热者方是阳证，无热者便是阴证。然痹本阴邪，故惟寒者多热者少，此不可不察。"此外，在临床辨证中要注意风、寒、湿三气常相兼为病，只是有所偏胜。而且，风寒湿三气为痹日久均可化热。

其次，痹证常兼夹虚证，包括气虚、血虚、阳虚、阴虚、脾肾亏虚等。而痹证日久，也可转为虚实夹杂或虚证。临床治疗时应予注意。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　主要有祛风、利湿、散寒、通络等法则。若风邪偏胜者，重在祛风；寒邪偏胜者，重在温经散寒；湿邪偏胜者，重在利湿。《景岳全书·杂证谟·风痹》指出："痹证之风胜者，治当从散"；"痹证之寒胜者，但察其表里俱无热证，即当从温治之"；"痹证之湿胜者，其体必重，或多寒或多痰或多汗，皆脾弱阴寒证也……大抵治湿者欲其燥，欲燥者宜从暖。盖脾土喜燥而恶湿，喜暖而恶寒，故温脾即所以治湿也。"还说："风痹之证，大抵因虚者多，因寒者多。惟血气不充，故风寒得以入之，惟阴邪留滞，故经脉为之不利，此痛痹之大端也。惟三气饮及大防风汤之类，方能奏效。凡治痹之法，惟此为最。"由于痹证外受风寒湿邪，内为气血虚弱，气滞血瘀所致，故又有健脾

益气，补血养阴，活血通络等治疗法则。《景岳全书·杂证谟·风痹》又说："治痹之法，最宜峻补真阴，使血气流行，则寒邪随去，若过用风湿痰滞等药而再伤阴气必反增其病矣。"《医宗必读·痹》中也说："在外者袪之犹易，入脏者，攻之实难。治外者，散邪为急，治脏者养正为先。治行痹者散风为主，御寒利湿仍不可废，大抵参以补血之剂，盖治风先治血，血行风自灭也。治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒之害也。治着痹者，利湿为主，袪风解寒亦不可缺，大抵参以补脾补气之剂，盖土强可以胜湿，而气足自无顽麻也。"《证治汇补·痹症》认为痹证初起宜袪风化痰，行气利湿，病久须分气血虚实、痰瘀多少而分别治之，同时还指出用药应"主以四物汤加羌活、防风、秦艽、红花、姜黄等。风胜者加白芷。湿胜加苍术、南星。热胜加黄柏。寒胜加独活、肉桂。上体加桂枝、威灵仙，下体加牛膝、防己、萆薢、木通、黄柏。"《类证治裁·痹症》也说："治法总以补助真元，宣通脉络，使气血流畅，则痹自已。"

痹证以气血运行不畅为主要病理机制，以疼痛、酸楚、麻木为主要表现，所以"宣通"是各型痹证的共同治法。气血流通，营卫复常，则痹痛可逐渐向愈。风寒湿痹，辛而温之，使阳气振奋，驱邪外出；风热湿痹，疏风清热化湿，使风散热清湿去；顽痹痰瘀胶结，袪瘀化痰，或兼以虫类搜剔，皆寓宣通之义于内。而虚人久痹，阳虚者用温补须参之以温通，阴虚者用柔润亦须体现静中有动。

不少痹证往往呈不规则的发作。一般地说，发作期以袪邪为主，静止期以调营卫、养气血、补肝肾为主。

针灸治疗　对风寒湿痹证，以袪风除湿为主，针灸并用；对风湿热痹证，以清热化湿为主，单针不灸；对痰瘀痹阻证，以搜风宣痹为主，用温针或火针焠刺。均用远部选穴和近部选穴相配合的办法，而以近部选穴为主。

若风寒湿痹，病在上肢者选肩髃、曲池、合谷等穴；病在下肢者，选环跳、阳陵泉、绝骨、风市等穴；病在脊椎关节者，选夹脊穴、八髎、腰阳关、殷门、委中等穴；病在肩关节者，选肩髃、肩髎、巨骨、肩贞、曲池、外关等穴；病在肘关节者，选曲池、曲泽、天井、肘髎、手三里，或曲池透少海等；病在腕关节者，选阳池、阳溪、阳谷、腕骨、大陵、内关、外关等；病在髋关节者，选环跳、环中、承扶、风市、阳陵泉等穴；病在膝关节者，选犊鼻、鹤顶、阴陵泉、膝阳关、曲泉、委中等穴；病在踝关节者，选解溪、丘墟、昆仑、照海、申脉、悬钟等穴。如属行痹者，宜加膈俞、血海、合谷，行痹宜用毫针行泻法；痛痹者，加肾俞、关元，痛痹宜深刺留针，多灸；着痹者，加足三里，商丘，着痹宜针灸并施，或兼用温针和拔罐疗法。

风湿热痹选穴同风寒湿痹。另可酌加大椎、曲池和阴陵泉等。用毫针行泻法，不灸。

痰瘀痹阻选穴同风寒湿痹，并加血海、丰隆等穴。多采用温针法和隔姜灸法，必要时可用火针焠刺。

此外，还可选用电针法及耳针法。电针法可参照上述辨证论治选穴，用电针仪通电5—15分钟，维持中等针感，每日或隔日治疗一次，10次为一疗程。皮肤针法，病在上肢酌选督脉上段（颈椎5—胸椎2），肩胛内缘及患部；病在下肢酌选督脉下段（腰椎3—骶部）及患部；病在上下肢者酌选夹脊，肩胛部和患部。用中等刺激或重刺激，每日或隔日治疗一次，10次为一疗程。耳针法可选耳部相应部位的压痛点、耳神门，用中刺激留针30分钟，每日或间日一次，10次为一疗程。

推拿疗法　治疗行痹，以内功推拿常规手法，或取拿风池、肩井、曲池、合谷穴，并按揉患肢关节周围部，擦热患部等方法。治疗痛痹，先以按揉法于病患关节周围，随后用㨰法，并结合患肢关节的被动运动，最后擦热患部，痛甚者可加患肢关节湿热敷。治疗着痹，先以㨰法施于患部及周围，接着拍打患部，再点压膀胱经及患部，最后患部加湿热敷。

推拿治疗以关节病变为主的类风湿性关节炎，早期效果显著。方法如下：上肢关节的治疗方法：患者取坐势，先在肩关节周围用㨰法，并配合肩关节的外展、内收、后伸、内旋的被动运动，然后将患肢搁于台上或床上，下面垫以软枕，医者用㨰法施于肘关节周围及前臂部，在放松肌肉的前提下，配合肘关节屈伸的被动运动；再㨰腕关节周围，并配合伸屈的被动运动，然后按揉腕关节，擦热患部；在指关节局部用㨰法和捻法，配合指关节的伸屈被动运动。下肢关节的治疗方法：①患者取俯卧位，医者先㨰两侧臀部，并作髋关节后伸活动。②患者取侧卧位，㨰两侧的居髎、环跳穴处，并作髋关节伸屈的被动活动。③患者仰卧位，先㨰患侧的腹股沟及内收肌，并作髋关节外展的被动运动；再按次序按揉两膝关节的两膝眼及膝阳穴、曲泉穴，随后施㨰法于膝关节上下部，最后做膝关节伸屈活动；接着，按揉踝关节，并施㨰法于踝关节内外侧，配合相应的被动运动。手法操作时，施行被动活动的幅度应由小到大。

如果已发展到纤维强直和骨性强直时期，手法当审慎，以免发生骨折事故。

简易方　①老鹳草、豨莶草各30克，水煎服。治风寒湿痹。（《实用中医内科学》）。②鲜三七参（带叶）五寸，加红糖100克煎，饮时冲鸡蛋二枚，取汗，连服2天。治风寒湿痹。（《实用中医内科学》）。③桑枝2 500克，西河柳250克，水煎去渣，加蜂蜜250克，文火熬膏，每服12克，开水调服，早晚各一次。治热痹、湿热痹。④玫瑰花9克，红花、当归各6克，水煎去渣，热黄酒冲服。治新久风湿痹痛。

预后　痹证初起，由于正气尚未大虚，病邪轻浅，如能及时治疗，不难获愈。但是，如果初起失治或误治，或病后调护失宜，也可致病邪深入，由经络、肌腠而渐至于血脉、筋骨，以至进一步损害到脏腑，引起种种病变，常可虚实并见，除痹痛反覆发作、关节肿胀畸形外，渐次出现心悸短气，喘咳尿少等症，则治疗更加困难，预后不良。

行痹

痹证之一，是因外感风寒湿邪，而以风邪为主，侵袭肢节经络所引起的一种痹证。其临床特点为肢体、关节疼痛，游走不定，伴有关节屈伸不利等症状。

行痹出自《内经》。如《素问·痹论》说："其风气胜者为行痹。"又称风痹。《诸病源候论·风痹手足不随候》说："风多者为风痹。"《诸病源候论·风痹候》还说："由人体虚，腠理开，故受风邪也。病在阳曰风，病在阴曰痹，阴阳俱病曰风痹。"《太平圣惠方》称走注。

其主要临床表现为肢体关节疼痛，游走不定，常发于膝、踝、腕等关节，伴有关节屈伸不利，初期常兼有畏寒恶风发热等外感表证，舌质淡红，苔薄白或腻，脉多浮数。历代医家对行痹症状的论述较多，如《诸病源候论·风痹手足不随候》说："风痹之状，肌肤尽痛。诸阳之经，尽起于手足，而循行于身体。风寒之客肌肤，初始为痹，后伤阳经，随其虚处而停滞，与血气相搏，血气行则迟缓，使机关弛纵，故风痹而复手足不随也。"《症因脉治·风痹》也说："风痹之症，走注疼痛，上下左右行而不定，名曰行痹。"行痹之因，主要由素体虚弱，腠理不密，营卫不固，外受风寒湿邪，特别是风邪偏胜留滞不去，致气血运行不畅，肢体疼痛，或关节屈伸不利。治宜祛风通络，佐以散寒利湿，常用蠲痹汤治之。方中羌活、独活、桂枝、秦艽、海风藤、桑枝等以祛风散寒利湿；治风先治血，血行风自灭，故用当归、川芎以养血活血；木香、乳香以利气止痛。若行痹初起，伴恶寒发热等表证时，可用防风汤散表利痹。方中羌活、防风、桂枝、葛根以发汗利痹；秦艽、当归以舒经活血。张景岳治疗风痹常用乌药顺气散，若风邪兼火者，则用大秦艽汤治之。《类证治裁·痹症》谓："偏身走注不定，上半身甚者，乌药顺气散。下半身甚者，虎骨散加减。"若本证反覆发作，邪气日盛，正气日衰，身形瘦弱，关节肿大或变形，疼痛剧烈，或发热不解，小便短黄，舌苔白腻或黄腻，风寒湿邪外袭，日久化热伤阴，须祛风除湿，温经宣痹，滋阴清热。方用桂枝芍药知母汤。若邪热甚者，去附子、生姜，倍芍药、知母，加忍冬藤、黄柏、桑皮。

针灸、推拿等其他疗法，见"痹证"条。

痛痹

痹证之一，是因感受风寒湿邪，而以寒邪偏胜所引起的肢体、关节疼痛的一种痹证。其临床特点为痛势较剧，痛有定处，遇寒更甚，得热则轻，局部皮肤不红，触之不热等症状。

痛痹出《内经》。如《素问·痹论》说："风寒湿三气杂至……寒气胜者为痛痹。"《灵枢·寿夭刚柔》篇称寒痹，指出："寒痹之为病，留而不去，时痛而皮不仁。"《医宗必读·痹》称痛风，说："寒气凝结，阳气不行，故痛楚异甚，俗名痛风是也。"《张氏医通·痹》将皮痹称为寒痹，指出："皮痹者即寒痹也，邪在皮毛，瘾疹风疮，搔之不痛，初起皮中如虫行状。"目前临床上以寒邪偏胜的痹证多称痛痹或寒痹。关于痛风，因与痛痹有一定区别，见"痛风"条。

痛痹的临床表现，主要以疼痛较剧，痛如锥刺为特点，疼痛部位以肢体关节为主，伴关节屈伸不利，局部有冷感，遇寒痛剧，得热痛减，舌质淡红，舌苔多薄白，脉弦紧。历代医家有不少论述，如《症因脉治·寒痹》说："寒痹之症，疼痛苦楚，手足拘紧，得热稍减，得寒愈甚，名曰痛痹。"病因病机主要为素体内虚，又因风寒湿邪侵袭肢体、经络，其中又以寒邪为甚，寒为阴邪，其性凝滞，致气血运行不畅，故作剧烈疼痛，痛处不移，关节伸屈不利等症。如《症因脉治·寒痹》说："寒痹之因，营气不足，卫外之阳不固，皮毛空疏，腠理不充，或冲寒冒雨，露卧当风，则寒邪袭之，而寒痹作矣。"治宜散寒止痛；祛风除湿。方用乌头汤。方中乌头大辛大热，配麻黄以散寒止痛；黄芪、白芍以益气固表，养血祛风；加蜂蜜能解乌头之毒。因乌头有毒，用量宜轻，不宜久服。若疼痛以肩肘为主者，加羌活、姜黄祛风通痹止痛；疼痛以膝关节为主者，加牛膝、木瓜通经活络，祛湿止痛；疼痛以腰背为主者，加杜仲、桑寄生、狗脊强腰壮筋，祛风止痛；若兼有表寒者，宜用茯苓汤解表散寒并祛营中寒湿。方中以麻黄、防风、官桂祛风散寒；川芎、白芍柔肝散寒；桑白皮利气祛湿。如日久不愈，气血两虚者，可用独活寄生汤，以扶正祛邪。历代医籍对痛痹的治疗有不少论述，如《医宗必读·痹》指出："治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿，仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒之害也。"又说："骨痹即寒痹、痛痹也，痛苦切心，四肢挛急，关节浮肿，五积散主之。"

针灸、推拿等其他疗法，见"痹证"条。

着痹

痹证之一，是因外感风寒湿邪，并以湿邪为主所引起的一种痹证。临床特点为四肢麻木不仁，重着不移，伴有关节屈伸不利等症状。

着痹出《内经》。《素问·痹论》说："湿气胜者为著痹。"《金匮要略·痉湿暍病脉证》称湿痹，说："太阳病，关节疼痛而烦，脉沉细者，此名湿痹。"《太平圣惠方》称冷痹，而《医宗必读》把肌痹称为着痹、湿痹、麻木。

着痹的主要临床表现有肢体关节疼痛，以重着麻木为特点，痛有定处，活动不便，四肢缓弱，或肿胀、皮肤不仁，天阴即发，多汗，舌质淡红，或胖，苔白腻，脉濡缓。《张氏医通·痹》说："着痹者，肢体重着不移，疼痛麻木是也。"其病因病机为素体气血虚弱，外感风寒湿邪所致，而以湿邪偏胜。因湿为阴邪，性重浊而粘滞，气血流行受阻，而致肢体关节疼痛麻木等症。《张氏医通·痹》也说："着痹者，痹着不仁。经曰：荣气虚则不仁，卫气虚则不

用,荣卫俱虚,则不仁且不用。灵枢云:'卫气不行,则为麻木。'"《景岳全书·杂证谟·风痹》篇认为湿痹为脾弱阴寒之证,说:"痹证之湿胜者,其体必重,或多寒或多痰或多汗皆脾弱阴寒证也。"治宜健脾燥湿,佐以祛风散寒,如《张氏医通·痹》指出:"盖气虚则麻,血虚则木,治当利湿为主,祛风解寒,亦不可缺,更须参以理脾补气之剂,盖土强自能胜湿,而气旺自无顽麻也。"

由于本证往往迁延日久,症状复杂,或气血不足,或肝肾虚弱,故须在健脾除湿的基础上,再予益气血补肝肾之品。方用薏苡仁汤健脾除湿为主,兼能祛风散寒,方中薏苡仁、苍术以健脾燥湿,此即脾强可胜湿之意;麻黄、川芎、桂枝以散寒通络;羌活、独活、防风以祛风除湿止痛。若肌肤麻木不仁,可加海桐皮,豨莶草;手足麻木者可加桑枝。若着痹初起,伴恶风,发热,汗出等表证者,治以辛温散寒,祛风利湿的方法,方用桂枝附子汤。若无汗而表实者,方用麻黄加术汤治之。若疼痛明显者,用蠲痹汤治之,兼有风邪者加防风,有寒邪者加川乌、细辛;若病久气血虚者,用三痹汤加减,方中以参芪四物为主,调补气血;若肝经不足者,可加杜仲、川断等;虚寒甚者加鹿角、肉苁蓉、制附子等;若营卫气虚,浑身麻痹,或手足不仁不用,宜用神效黄芪汤补气行气,祛湿止痛;若着痹日久不愈,瘀血阻滞,疼痛固定,触之更痛者,治宜活血祛瘀,通络止痛,方用身痛逐瘀汤,也可服用小活络丹,或麝香丸等;若症见关节疼痛、畸形、强直、伸展不利者,可用着痹汤。

针灸、推拿等其他疗法,见"痹证"条。

热痹

痹证之一,是因外感风寒湿邪,又因素体阳气偏盛,内有蕴热而致的一种痹证。临床特点以关节疼痛,局部灼热红肿,得冷则舒,痛不可按,甚则关节不能活动,并多伴发热、恶风、口渴、烦闷不安等症状。

热痹出《内经》。《素问·四时刺逆从论》说:"厥阴有余,病阴痹;不足,病生热痹。"《内经》也称痹热,如《素问·痹论》说:"痹,或痛,或不痛,或不仁,或寒,或热,或燥,或湿,其故何也? ……其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热。"

热痹的症状为关节游走疼痛,红肿灼热,痛不可触,得冷较舒,甚则关节不能屈伸,并伴发热口渴,恶风,烦躁不安,舌质红苔黄燥,脉滑数。病由阳盛之体,或素有蕴热者,外感风湿之邪,与内热相搏,郁于关节,气血郁滞,则见关节红肿触痛等症。如《杂病源流犀烛·诸痹源流》说:"更有热痹由脏腑移热,复遇外邪故身热,唇口反裂,皮肤色变也。"《类证治裁·痛风》也说:"寒湿风郁痹阴分,久则化热攻痛。"治宜清热解毒,疏风胜湿。方用升麻汤化裁。本方以升麻、犀角、羚羊角清热解毒;桂、防风、羌活疏风胜湿;参、苓健脾化湿;姜、竹沥化痰;或白虎加桂枝汤,可酌加忍冬藤、黄柏、桑枝等清热解毒,疏通经络之品;若兼挟痰湿者,症见关节流注作痛,四肢沉重,胸膈郁闷,舌苔白腻或黄腻,脉濡数。治宜清热祛痰化湿。方用二陈汤加味。常选用风化硝、石膏、青黛清热化痰;半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、藿香、佩兰化痰祛湿;羌活、白芥子疏风胜湿,祛痰通络。

若兼挟瘀血,症见关节肿大变形,活动不灵,顽固疼痛,或有瘀斑,心悸,短气,舌质青紫,脉沉涩。治宜行瘀活血。方用桃红饮加麝香。方中桃仁、红花、当归尾、川芎活血化瘀;威灵仙、麝香宣通经络;如病久不愈,亦可加入乌梢蛇、全蝎,白花蛇、地鳖虫、穿山甲、地龙等虫类药,以搜剔络道,增强药效,并可配合应用大活络丹、小活络丹等成药。若兼有湿热下注,症见足胫肿痛,肩背沉重,烦热满闷,肢节缓纵,小便热赤,舌苔黄腻,脉濡数。病由湿热下注,热蒸湿蕴,气机阻滞,痹阻经络所致。治宜清化湿热。方用二妙丸。并加防风、草薢、海桐皮,以清利湿热;若热痹化火,症见关节红肿,痛如刀割,筋脉拘急,日轻夜重,壮热烦渴,舌红少津,脉弦数。此为热毒深入筋骨所致。治以清热解毒,凉血止痛。方用犀角散。方中犀角、羚羊角、升麻清热解毒;前胡、黄芩、栀子、大黄泻火;并可酌加生地、玄参、麦冬养阴生津之品。

针灸、推拿等其他疗法,见"痹证"条。

痛风

因气血虚弱,外感风湿之邪,而致遍身关节疼痛为主的一类病证,称为痛风。临床特点为周身重滞不舒,如遍身缚扎不适、肉色不变,疼痛昼静夜剧,甚则痛如虎咬。

痛风名见《丹溪心法》。《金匮要略》称历节。《诸病源候论》称历节风。《严氏济生方》称白虎历节。痛风之病因主要为机体虚弱,复感风寒湿邪,邪与气血相搏,使筋脉凝滞,血气不流而发痛风。汉代张仲景《金匮要略·中风历节病脉证并治》中,对历节病有较为系统的论述。他认为历节病的主要成因,内由肝肾两虚和气血不足,外由汗出入水,饮酒汗出当风等,遂致风寒湿邪乘虚而入,内外合邪,即成斯疾。临床表现为"诸肢节疼痛,身体魁羸,脚肿如脱","不可屈伸疼痛"等症状。在治疗上,仲景根据风湿偏胜和寒湿偏胜的情况,拟定了桂枝芍药知母汤、乌头汤两方,分别治之。仲景对本病的论述为后世奠定了基础。如《诸病源候论·历节风候》说:"亦有血气虚,受风邪而得之者,风历关节与血气相搏交攻,故疼痛,血气虚则汗也,风冷搏于筋则不可屈伸为历节风也。"《杂病源流犀烛·诸痹源流》论述较详:"白虎历节风痛,痹之一症也。以其痛历遍身百节,故曰历节。以其痛甚如虎咬,故曰白虎历节。其原皆由风寒湿入于经络,致气血凝滞,津液稽留,久而怫郁坚牢,荣卫之气阻碍难行,正邪交战,故作痛不止也。而所以致三气作患者之故,则或饮酒当风,或汗出入水,或坐卧湿地,或行立寒冰,或体虚肤空,掩护不谨,而此三气乃与血气相搏,遍历关节遂成此症。

日久不治,令人骨节蹉跌,固未可轻视也。试言其症状,必短气自汗,头眩欲吐,手足挛曲,身瘰瘰,其肿如脱,渐至摧落,其痛如掣,不得屈伸,须当大作汤丸,不可拘以寻常之剂。”由于病因及症状的不同,常见的有下列几种:

(1) 血虚痛风:症见筋脉挛痛,屈伸不利,舌淡苔薄白,脉弦涩。病由阴血不足,不能营养百骸,以致经络空虚,腠理不密,风湿入内,邪正相搏而作痛风。治宜养血行血,以祛寒湿。方用四物汤加宣木瓜、何首乌、枸杞子等。若血虚挟热,疼痛如掣,脉浮而弱,舌质淡或绛,可用四物汤加黄芩、白芷等。

(2) 血瘀痛风:症见四肢肌肉关节疼痛,拒按,夜则痛甚,脉沉涩而芤弦,舌苔薄腻,质紫或有瘀点。病由恶血在内留而不去,卒然喜怒不节,饮食不适,寒温不时,腠理闭而不通,血气瘀结而作痛风。治宜行瘀导滞,兼以养正祛邪。方用四物汤加红花、桃仁、牛膝、槟榔。

(3) 风湿痛风:症见肢体肿痛沉重,至夜更甚,脉浮缓,苔白腻。病由风湿郁闭,留着之邪与流行营卫真气相搏击所致。治宜祛风利湿兼养气和血。方用大羌活汤。本方用羌活、独活通透关节;威灵仙、升麻、防风、苍术升阳通络燥湿;泽泻、茯苓、防己渗利小便以祛湿;当归、甘草和血止痛,上下分消以祛风湿。若风湿客于肾经,血脉瘀滞,腰背肿疼不能转侧,治宜活血应痛丸。

(4) 风毒痛风:症见肢节酸痛,痛无定处,昼静夜甚,赤肿焮热,筋脉拘挛,不得屈伸,脉涩或紧,苔薄白或黄。病由痛风病久入深,风毒邪气攻注,血脉瘀滞所致。治宜疏畅气机,舒筋通络,活血化瘀,扶正祛邪。方用麻黄赤芍汤、败毒散。风毒更深者,用虎骨散、定痛散。

针灸、推拿等其他疗法,见“痹证”条。

鹤膝风

因病后膝关节肿大,逐渐腿胫消瘦,形如鹤膝的一种病症,称为鹤膝风。又名鹤膝、鹤节、膝眼风、鼓槌风。《证治准绳·幼科》引汤氏云:“小儿鹤节,由禀赋不足,血气不荣,肌肉瘦瘠,则骨节皆露,如鹤之足,皆肾虚不生骨髓之故。”小儿鹤膝风,一般多因禀赋不足,复感风湿之邪,以致阴寒凝滞而成。迁延日久,令儿全身羸瘦。喻嘉言曾说:“鹤膝风即风寒湿之痹于膝者也。如膝骨日大,上下肌肉日枯,且未可先治其膝,宜治气血,使肌肉渐荣,再治其膝可也。此与治偏枯之证大同小异,急溉其未枯者,使血流行而复荣。倘不知此,但用麻黄、防风等散风之药,鲜有不全枯者。故治鹤膝而急攻其痹,必并其足痿而不用矣。”小儿鹤膝,为先天衰弱,阴寒凝聚于膝,可用六味地黄丸补肾,加鹿茸补命火,以牛膝引至骨节而壮里,乃前人治本良法。若初起身热面膝肿者,用人参败毒散或防风汤治之。湿重者,用薏苡仁汤。并用白芥子外敷,葱炒热熨于局部,或用艾炷隔姜灸。久而局部漫肿,肤白而疼痛者,治宜温阳散湿,用五苓散加附子、良姜、独活,或阳和汤。痛甚加乳香、没药。溃后敷桂麝散。若肾虚鹤节,气血失荣,肌肉消瘦,骨节外露,筋脉挛缩者,须先服四君子汤合当归补血汤加独活、杜仲;继用补肾地黄丸。此外,一膝引痛,上下不甚肿而微红者,为膝游风,治宜活络化湿,用宣痹汤加牛膝、萆薢;膝部两侧肿痛,恶寒壮热,肿处手不可近者,为膝眼毒,用仙方活命饮加牛膝;如仅膝盖肿痛,且发寒热,则为膝痈,按一般痈疡治疗。

针灸治疗:可取命门、环跳、承扶、血海、梁丘、足三里、阳陵泉等穴,用补法留针15分钟。也可用温针,取鹤顶,内外膝眼,足三里,针刺得气后在针柄上包艾叶燃烧,连续3次为度。

简易方:亦可选用①紫荆皮三钱,老酒煎服,一日二次(《仁斋直指方》)。②酒醅糟四两,皂荚一个(去子),芒硝一两,五味子一两,砂糖一两,姜汁半瓯研匀,日日涂之。加入烧酒尤妙(《本草纲目》)。

鸡爪风

四肢疼痛,手指或足趾挛缩难伸或畸形不收的一种证候,称为鸡爪风。因形如鸡爪,故名。

鸡爪风见《解围元薮》。《傅青主女科》有产后鸡爪风之名。《种福堂公选良方》称鸡脚风。相似于类风湿性关节炎。

鸡爪风的病因病机,是由于湿热困于中焦,影响脾胃水谷精微之运化,以致气血不足。或因风湿久稽,血泣不行,经络痹阻,筋脉失其濡养所致。或因孕育胎儿,母体亏虚,气血不足,故筋脉失养;或因产后失养,感受风寒,水湿之邪,未能及时疏解,致使筋脉挛急失用。《解围元薮》卷二有“秽毒过伤,肝胃太薄,湿热已极,血涸骨枯,肺肝损坏”之说。《疯门全书·辨症图说》认为因“受病多年,血不荣筋”所致,并提出“似风而非风”,又须与麻风作鉴别。

鸡爪风的治疗,症见手、足酸麻,疼痛,手指、足趾僵直变形、挛缩,持物、行动不能如意等。是由于气血不足,风湿外侵,筋脉失养所致。治宜疏风祛湿,活血舒筋。可选用桂枝芍药知母汤、防风汤、乌头汤、薏苡仁汤或大麻汤、真方夺命丹、大消风散等。如手指或足趾弛缓、振颤,持物无力者,为气血不足。治宜补养气血。方用八珍汤。如脊柱、骶骼等关节受累,疼痛明显者,治拟滋补肝肾,活血通络可选用补肾壮筋汤、三痹汤、蠲痹汤加减。并根据病之上下不同,佐以引经之桑枝、桂枝、淮牛膝、宣木瓜以及舒筋活络之威灵仙、忍冬藤等。

如新产后血瘀感邪,患鸡爪风者,当行瘀疏风,以生化汤、华佗愈风散为主。久后,以人参养营汤酌加驱风祛湿之品。《傅青主女科·补编》产后鸡爪风方以桑柴炭、鱼胶、手指甲共为末,黄酒下,取汗以治之。

在使用内服药的同时,可结合局部温熨法,亦可将煎后的药渣再加水,煎取多量的汤液,浸洗患处。

若伤于寒湿，足趾疼痛不时发作者，可艾灸膝眼（左右膝盖骨下两旁，各有小窝，共四穴，或称内、外犊鼻穴）穴三壮，或以雷火针灸之。

病证如有手指、足趾僵硬，形如鸡爪而皮肤麻木不仁，虎口大肉下陷，眉毛脱落，手、足、关节筋粗裸露，而动作不遂意者，应考虑麻风的可能性，见"麻风"条。如腕、肘、肩、踝、膝等关节肿大，伴有游走性疼痛及灼热感者，则宜见"痹证"条论治。

脚气

以病从脚起，两脚软弱无力，或肿或不肿，或挛急麻木，行动不便，甚至心胸筑筑悸动，进而危及生命的疾病，称为脚气。因其两足缓纵，又名缓风、脚弱、软脚病；又因其多由经络壅滞而成，故又称壅疾。脚气之名，见《肘后备急方》。《诸病源候论》始详载"脚气病诸候"。《太平圣惠方》卷四十五："夫脚气者，晋宋以前名曰缓风，《小品》谓之脚弱。古来无脚气之说，而《病源》有脚气之候者，皆因良医所立，以其病从脚起，故曰脚气。如此则缓风脚弱，得其总称矣。"因脚气主要由于湿气下壅，故《外台秘要》又谓"夫脚气者，壅疾也。"

脚气的分类，根据证候不同，主要分为湿脚气、干脚气和脚气冲心三个类型。《太平圣惠方》卷四十五："然脚气有干有湿。""脚膝不肿，故名干脚气也。""脚膝浮肿，故名湿脚气也。"若干、湿脚气，毒气上攻，症见喘满，心悸，呕吐等，称为脚气冲心，属脚气危证。

小儿脚气与成人基本相同。亦有因胎禀之气不足，初生即患脚气者。乳母患脚气，乳儿也能罹病。本病包括现代医学之维生素 B_1 缺乏所致的脚气病，以及营养不良、多发性神经炎等具有类似证候者。

病因病机 历代文献论脚气病因，有属外感者，有自内而致者。《诸病源候论·脚气病诸候》："凡脚气病，皆由感风毒所致。"《千金要方》引申其义，谓："夫风毒之气，皆起于地。地之寒暑风湿，皆作蒸气，足当履之，所以风毒之中人也，必先中脚。"并指出脚气的发病原因，与不习水土、饮食不慎、房室不节、肾虚等有关。《千金要方》卷七："凡四时之中，皆不得久立久坐湿冷之地，亦不得因酒醉汗出，脱衣靴袜，当风取凉，皆成脚气……世有勤功力学之士，一心注意于事，久坐行立于湿地，不时动转，冷风来击，入于经络，不觉成病也……黄帝云：'当风取凉，醉已入房，能成此疾。'"李东垣认为脚气多由水湿，而水湿亦有内外二因。《医学发明·脚气总论》："夫脚气之疾，实水湿之所为也……然亦有二焉：一则自外而感，一则自内而致。"综上所述，脚气病因主要有下列几种：

感受外邪：脚气多由感受风毒水湿等外邪而致病，尤以湿邪为主要因素。《济生方·脚气》："寒暑风湿，皆能致此。"《景岳全书·杂证谟·脚气》："自外而感者，以阴寒水湿雨雾之气，或坐卧湿地，致令湿邪袭人皮内筋脉，而凡清湿袭虚，则病始于下，致为腿足之病。"

饮食失调：饮食厚味所伤，积湿蕴热，湿热相搏，亦为脚气致病原因之一。《景岳全书·杂证谟·脚气》："自内而致者，以肥甘过度，酒醴无节，或多食乳酪湿热等物，致令热壅下焦，走注足胫，而日渐肿痛。"为导致脚气发病的一种因素。

水土不服：《千金要方》卷七："考诸经方，往往有脚弱之论，而古人少有此疾。自永嘉南渡，衣缨之人，多有遭者。"所谓南渡，是指当时从北方迁居南方者而言。南方地卑多湿，因"不习水土"，易患脚气。

辨证 脚气病以两下肢软弱无力为特征。主要表现是知觉麻钝、微肿酸痛，屈弱难行，喘急心悸等。本病大多起病缓慢，初起症状多不明显，仅觉两脚软弱，行动不便，或肿或不肿，或弛缓，或挛急。及其既发，可见头痛壮热，或恶心呕吐，或少腹不仁，或上气喘急，或心中筑筑悸动。

脚气需与水肿、痹证、痿证相鉴别。水肿多先从目窠开始，亦可先从脚起，初起常伴有恶寒发热，咽喉红肿疼痛等症状，但没有脚气病之顽麻疼痛症状；痹证以肌肉骨节疼痛，重着，麻木为主要症状，但其常累及全身多数关节，与脚气病之两下肢缓弱无力有别；下肢痿证可见足膝软弱，肌肉萎缩，但无下肢疼痛及肿胀，与脚气不难鉴别。

治疗 脚气当以宣壅逐湿为主，兼用祛风清热，调血行气，解毒疏利等法。

方药治疗 针对脚气病因有内因、外因之不同，张景岳提出因证施治的原则。《景岳全书·杂证谟·脚气》："凡治此者，只因证施治，则万全也。但察其因于表者，以发散为主；因于里者，以疏利为主；外因者多寒湿，宜用温热；内因者多湿热，宜用清凉。若元气本虚及病久致虚者，必当培补下元，不得以忌补之说为拘也。"他如《医学正传·脚气》："故为治者，宜通用苍术、白术之类以治其湿；知母、黄柏、条芩之类以去其热；当归、芍药、生地黄之类以调其血；木瓜、槟榔之类以行其气；羌活、独活以利关节而散风湿；兼用木通、防己、川牛膝之类引药下行及消肿去湿。"除上述通用药物外，尚有治脚气的常用方剂如鸡鸣散、加味苍柏散、吴茱萸汤等。

《千金要方》论脚气虚实，偏重于实证，曰："故脚气之人，皆不得大补，亦不可大泻。"《外台秘要》指出："凡患脚气者，虽苦虚羸，不得多服补药，服之胪胀，非泻不瘥，但盖虚羸也。惟冬月得用补药。"后世医家如严用和、张景岳认为其中亦有虚证。《济生方·脚气》："脚气之候，有轻有重，有干有湿，有阴有阳，有虚有实。入冬已后，须量人之盛衰，微加滋补。不然则气血日衰，必致年年遇蒸热而作，理之必然也。"

《诸病源候论》以风毒为脚气的病因，故《千金要方》又名风毒脚气，原意是与脚气并称。后世亦指因于风毒而致的一种脚气。《赤水玄珠·脚气门》载述风毒脚气，脚重虚肿，或见肢节烦疼，心神壅闷等症，治用紫苏散、大腹

子散等方。

又有感受瘴毒而患脚气者,《太平圣惠方》称瘴毒脚气。因其多发于江东、岭南等地,《圣济总录》又称江东脚气、岭南脚气。《太平圣惠方》卷四十五:"夫江东岭南,土地卑湿,春夏之间,风毒弥盛,又山水湿蒸,致多瘴毒,风湿之气,从地而起,易伤于人,所以此病多从下上。"症见脚膝缓弱,渐致麻痹或疼痛,恶寒发热,头痛心烦,两胫微肿,不能饮食,甚则小腹不仁,冲心闷乱。治用知母散、猪苓散、旋覆花汤等方。

宋代陈言《三因极一病证方论》提出以六经分证治疗脚气,他认为由于风寒暑湿之邪流注各经而分别可见以下诸证:

(1) 太阳经脚气:症见头痛,目脱,项强,腰脊连体枢、循髀外出外踝后、循京骨至小趾外侧皆痛。若风胜者,自汗;寒胜者,无汗、痛甚;暑胜者,热烦;湿胜者,重着、肿满。治宜发散。用麻黄左经汤加减。

(2) 阳明经脚气:症见寒热,呻欠,口鼻干,腹胀,髀膝膑中、循胻外廉、下足跗入中趾内间皆痛。治宜微利之。随其四气偏胜,用大黄左经汤加减。

(3) 少阳经脚气:症见口苦,善太息,胁痛,面垢,肌肤不泽,头额目兑皆痛,缺盆并腋下马刀肿、自汗,振寒,发热,胸中胁肋髀膝外至胻绝骨外踝及诸节趾皆痛。治宜和解。随其四气偏胜,用半夏左经汤加减。

(4) 太阴经脚气:症见腹满,夹咽连舌系急,胸膈痞满,循胻骨下股膝内前廉内踝、过核骨后连足大趾端内侧皆痛。治宜温散。随其四气偏胜,用六物附子汤加减。

(5) 少阴经脚气:症见腰脊痛,小趾之下连足心、循内踝入跟中、上腨内出腘中内廉及股内皆痛,气上冲胸咽,饥不能食,面黑,小便淋闭,咳唾不已,善恐,小腹不仁,治宜温之。随其四气偏胜,用八味丸加减。

(6) 厥阴经脚气:症见腰胁偏疼,从足大趾连及足跗上廉、上腘至内廉、循股环阴器、抵小腹、夹脐诸处胀痛,两脚挛急,咽干,呕逆,洞泄。治宜随其四气偏胜调理之。方用神应养真丹。

针灸治疗　宜宣壅祛邪。选足三阳、足三阴和经脉等经穴,如膻中、巨阙、风市、伏兔、犊鼻、曲泉、足三里、阳陵泉、阴陵泉、承筋、条口、承山、中都、三阴交、阳辅、悬钟、丘墟、复溜、太溪、昆仑、行间和涌泉等,每次5—7穴。毫针刺,酌情补泻或用灸法。

简易方　①黑豆30克,甘草3克,水煎服,治湿脚气(《实用中医内科学》)。②青木香、黑豆皮、大黄,水煎服,治干脚气(《实用中医内科学》)。③大黄,槟榔、枳实、黑牵牛,治脚气肿痛,大便不通(《实用中医内科学》)。

食疗方　①花生米100—150克,大蒜50—100克,放砂锅内煮熟后服食。隔天一次,连服5—6次(《常见病饮食疗法》)。②鲤鱼1条(约250克),大蒜60克,赤小豆60克,陈皮3克,生姜30克。将鱼去鳞及内脏,洗净后入余药共煮汤服。每天一次,连服数天(《常见病饮食疗法》)。

预后及调护　本病由于起病缓慢,发病初期往往容易忽视。如早期诊断明确,及时治疗,预后多良。如若病情贻误,出现脚气冲心重证,则病势凶险,甚者可危及生命。所以本病早期诊断至关重要。

饮食应兼进粗粮,避免纯食精制的大米及面粉,米宜轻轻淘洗,减少维生素B_1的流失,烹调菜肴不宜加碱。避免挑食习惯,注意摄取各种营养食品。居住地保持干燥。

腰痛

腰部一侧或二侧疼痛,或痛引背脊腿胯,或腰部屈伸转侧不利的病证,称为腰痛。腰痛病名,始出《内经》。《内经》指出六经病变均可发生腰痛。《金匮要略》有虚劳腰痛。《诸病源候论》有风寒腰痛、风湿腰痛、肾著腰痛。《济生方》有湿腰痛。《世医得效方》有风热腰痛。《丹溪心法》有湿热腰痛、寒湿腰痛。《千金要方》有肾虚腰痛。《证治要诀》有血虚腰痛、沥血腰痛。《医学入门》有血滞腰痛、血瘀腰痛。《金匮翼》有瘀血腰痛。《症因脉治》有外感腰痛、内伤腰痛。此外,与腰痛有关的,如《素问》有腰脊痛、腰股痛。《灵枢》有腰背痛。《太平圣惠方》有腰胯疼痛。《普济本事方》有腰腿痛等。《症因脉治》根据病因分为外感腰痛和内伤腰痛两类。外感腰痛包括《三因极一病证方论》的风腰痛,《证治要诀》的寒腰痛,《济生方》的湿腰痛等。内伤腰痛包括《金匮要略》的虚劳腰痛;《丹溪心法》的瘀血腰痛,《医学入门》的气滞腰痛,《千金方》的肾虚腰痛等。

妊娠期间,腰痛反覆发作者,称为妊娠腰痛,因于血聚养胎,阴血不足或肾气亏损,胎元不固所致。产妇分娩后腰部疼痛者,称为产后腰痛,因于亡血伤津,或肾虚血瘀所致。

病因病机　《内经》以虚、寒、湿三因立论。《诸病源候论》补充了外伤与劳累的病因。《诸病源候论·肾腰候》:"卒然伤损于腰,而致痛也。此由损血搏于背脊所为。"《诸病源候论·腰痛不得俯仰候》又云:"肾主腰脚,而三阴三阳十二经八脉,有贯肾络于腰脊者。劳损于肾,动伤经络,又为风冷所侵,血气击搏,故腰痛也。"《三因极一病证方论》认为,内因、外因、不内外因均能致腰痛。《丹溪心法》把腰痛的发病原因归纳为"湿热、肾虚、瘀血、挫闪、痰积"五类。历代医者认为诸种腰痛多与肾虚有关,且以虚证腰痛最为多见,《丹溪心法·腰痛》:"肾气一虚,凡中寒、受湿、伤冷、蓄热、血涩、气滞、水积、坠伤与失志、作劳,种种腰疼,叠见而层出矣。"《景岳全书·腰痛》:"腰痛之虚证,十居八九,但察其既无表邪,又无湿热,而或以年衰,或以劳苦,或以酒色斫丧,或七情忧郁所致者,则悉属真阴虚症。"因腰为肾府,乃精气之所藏。肾与膀胱为表里,在经属太阳,在脏属少阴,又为冲任督带之要会。

腰痛的病因病机归纳如下：

感受外邪：由于起居失常，寒暖失调。如居处冷湿，或涉水冒雨，身劳汗出，感受寒湿风热外邪，经脉阻滞，气血运行不畅，发为腰痛。

气滞血瘀：跌仆损伤，有外伤史，或劳伤过度，气血运行不畅，损伤经脉，气滞脉中，血瘀凝阻，脉道失和，致经络阻塞不通而发生腰痛。

肾气亏损：劳伤肾气，或久病体虚，或年老精血衰少，或房劳过度，使肾气失纳，精血亏耗，无以濡养经脉而发生腰痛。《素问·脉要精微论》："腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣。"

湿热痰积：湿热下注，或痰饮内积，脾失运化，郁热化燥，阻遏经脉，亦能发生腰痛。

辨证 首先应分辨外感腰痛与内伤腰痛。外感腰痛发病较急，兼有表证，以实证为主；内伤腰痛则起病较慢，屡发不已，以虚证为主。感寒而痛，腰间冷如冰，喜暖而恶寒，脉紧；伤风而痛，痛无常处，牵引两足，脉浮；伤湿而痛，腰部冷痛如坐水中，身体沉重，或见身肿，逢阴雨则痛剧，脉缓；内伤腰痛，多无表邪，又无湿热。如肾虚腰痛，症见形瘦气少，行立不支，卧息少可，腰间则隐隐戚戚，屡发不已。若肾阳虚，兼见腰间冷，手足不暖，面色苍白，便溏尿清，舌淡，脉沉细，或虚软无力；如肾阴虚，伴有腰痛绵绵，面色黧黑，头晕耳鸣，咽干舌燥。阴虚火旺者，更见面红升火，内热心烦，小便黄赤，舌质红，脉细数，或洪而无力；若郁怒而痛者，因气之滞；忧愁思虑而痛者，因气之虚；劳动即痛者，肝肾之衰；湿痰腰痛，大便多泄；失血过多，或素患血虚者，则属血虚腰痛；闪挫腰痛，古称"臀腰"，腰痛不能俯仰转侧，动则痛剧；瘀血腰痛，痛有定处，日轻夜重，脉涩，甚则大便黑，小便黄赤或黑。《景岳全书·杂证谟·腰痛论证》："盖此证有表里虚实寒热之异，知斯六者，庶乎尽矣，而治之亦无难也。"

腰痛应与腰软、腰重、肾着相鉴别。腰软是指腰部软弱无力；腰重是指腰部有沉重的感觉；肾着是指腰中冷，腰以下痛，腹重。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 《证治准绳·腰痛》："有风、有湿、有寒、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积，皆标也，肾虚其本也。"腰痛多以肾虚为本，治疗上应注意补肾，不论外感内伤，均可在补肾的基础上进行加减。标急则治标，本急宜治本。初病宜疏邪，通利经络；久痛当补正，滋养气血。外感腰痛以祛邪为主。寒者，宜温散寒邪；风者，宜祛风通络；湿者，宜健脾燥湿；热者，以清热为主。内伤腰痛以培补为法，如肾虚腰痛，宜补肾强腰脊；偏肾阳虚者，宜温补肾阳；偏肾阴虚者，宜滋阴补肾。内伤不外肝、脾、肾三者之虚，或补中，或填下，或养肝，随症施治。妊娠腰痛，兼顾安胎。至于气滞者，宜行气化滞；痰注者，以祛痰为主；血瘀者，宜活血化瘀。常用药物，当以杜仲、续断、当归、川芎、桑寄生等品为主。如肾虚加生熟地、山萸肉、枸杞、牛膝之属；虚火者酌加黄柏、知母；瘀血加桃仁、红花；湿痰加苍术、半夏；伤损加骨碎补、玄胡索；气滞加香附、枳壳；风寒加羌活、威灵仙；风湿加五加皮、海桐皮；湿热加苍术、黄柏；风者加防风、独活；寒者加干姜、肉桂等品，取其性达下焦，辛温通导。凡诸腰痛，多是本虚标实，寒凉不宜多用，而以温散为合适，也不可纯用参芪之类大补，对不通而痛者，若过投补剂，则气壅而其痛愈甚。

针灸治疗 通治法以祛风散寒，活血通络为主。选足太阳和足少阳等经穴，如肾俞、大肠俞、秩边、风府、腰阳关、命门、委中、膈俞、次髎等，每次5—7穴。以毫针刺，行泻法或平针法；偏于寒湿者，加用灸法；气滞血瘀者，宜于委中针刺放血。本病以针刺患侧穴为主，亦可配合健侧穴。另外可用电针法，参照通治法选穴，用电针仪以中等针感通电10—20分钟，每日治疗一次。

推拿疗法 对劳损腰痛，可使患者取俯卧位，先施㨰法于腰部两侧骶棘肌，同时结合腰后伸被动活动；接着按肾俞、腰阳关、大肠俞及上次髎穴，及有明显压痛的第三腰椎横突端。并拿委中以酸胀为度；然后擦腰部使温热；最后斜扳腰椎关节。对风湿腰痛，可使患者取俯卧位，用㨰法施于腰部及其周围，往返10余遍；然后按揉肾俞、大肠俞、秩边诸穴，并拍打腰部至皮肤微红，最后擦腰部两侧膀胱经以热为度。对肾虚腰痛，可使患者取俯卧位，先以轻柔的一指禅推法施于肾俞、命门、大肠俞、关元俞诸穴，往返推10分钟左右，接着按揉上述诸穴，以酸胀为度；再横擦腰骶部透热；最后沿纵轴方向直擦两侧涌泉穴。

气功疗法 （1）肾阳不振之腰痛：可选用下列功法为治：①摩肾俞、命门法：或坐于床，或站于地，先行闭气法，继舌拄上腭，目视顶，以手摩擦命门，肾俞各120次或更多，使热极(《养老书》)。此法可壮元阳而治腰痛。②采阳回阳法：于夜间偶感阳生(感觉脐下发热或呈阳举状)时，急披衣坐起，先急呼气数口，继徐呼气数口，再徐徐细细长呼气数口。在呼气外出时，肾气随呼气上升，同时用意将心火下降，使肾气与心火相交，也可治肾阳虚腰痛(《医学衷中参西录》)。③想火烧身法：闭气想丹田火，自下至上，遍烧身体，内外蒸热乃止(《古今医统》)。此法对阳虚而特别畏寒病人腰痛，有疗效。④在临卧时，坐于床，垂足解衣，闭气，舌拄上腭，目内视头顶，提缩肛门。次以两手用力按摩肾俞各120次或更多，使发热(《修龄要旨》)。⑤静坐闭目瞑心，次存想相火烧两肾，或以两手掌自相搓摩极热后，擦两肾俞穴及腰痛处。⑥静坐闭目瞑心，次用意念将肾火提起烧背使发热，复从背部移下于腰部(以上二法见《保生秘要》转引自《古今图书集成·医部全录》卷一百八十八)。

（2）肾阴亏损之腰痛：可选用下列功法为治：①早上欲起床时，先叩齿27通，继以口中唾液鼓漱，待津液满口时，吞下。凡3次止(《诸病源候论》卷三)。②于每寅卯时，正立，将身略向后仰，举起两手，左右轮换用力向上托

各35次；待呼吸平静后，行吐浊纳清法复叩齿咽津，咽时须汩汩有声，并用意将津合气直送至下丹田中（《遵生八笺》卷四）。

（3）寒湿阻滞之腰痛：可选用下列功法为治：①跪地上，长伸两手向前按在地上，转动腰脊，俟全身骨解气散时，尽力向前伸展腰脊。然后转将身躯向后仰而跪，可很快感到有冷气从脊背里排出，等到背膊有闷痛时才坐下略歇，来回做14次（见《诸病源候论》卷五）。②或坐或立，吸气，稍停后呼气。呼气时，则默念"呼"字，先大呼30次，继细呼7次，收功（《备急千金要方》卷二十七）。③在六阳时中，静坐，存想阳气、热气人来至腰脊疼痛部位，至腰部有热感为止（《气功至要妙诀》）。④于静坐时，行闭气法，并结合存想，用意生火以温腰部阴冷疼痛处（《养生肤语》）。

（4）气滞血瘀之腰痛；可选用下列功法为治：①在腰脊疼痛处上下左右抚摩，使血流畅，继作念以气攻之（《养性延命录》）。②先正坐，并扰膝头及两脚。次则移动两足，使足趾相对，足跟外扳，再将两足跟朝里相对，足趾外扳，待有闷痛感觉后，慢慢地将身体如凌空似地抬起，复坐下。两足尖扳向外（《诸病源候论》卷五）。③端正立住，以右手上举扶墙，左手下垂，右脚用力前伸，运气18口；再换左手扶墙，右手下垂，左脚用力前伸，运气18口。④正立，以手拄杖顶着腰部，左右转动，运气18口。⑤端立，鞠躬低头，使手齐脚尖，运气24口。⑥取坐式，伸舒两足、将腰弯下，使两手近两足尖，徐徐来往、运气19口（以上四法，见《夷门广牍·赤风髓》）。⑦病人正东坐，收手抱心，一人于前踞蹑其两膝，一人于后捧其头，徐牵令仰卧，头到地，三起三卧（《世医得效方》）。⑧就地坐定，舒伸两脚，以两手向前探两足尖往来多次行动，运气19口。⑨以身蹲下，曲拳弯腰，举手过顶，配合吐气3—4口；次坐定将左脚向前，右脚尖顶住左脚根；左手向左后上方，右手向右前下方，使两手成斜线，目向右前方观望，运气10口。再换手足方位如法为之。⑩背手立定，以拐杖顶住腰部，运气18口，次以膝跪地，持拐杖向左右挥动作扫地状数次（以上三法见《内外功图说辑要·诸仙导引图》）。

简易方　肉桂30克，吴茱萸90克，生姜120克，葱头30克，花椒60克，上共炒热，以绢帕包裹，熨痛处，冷则再炒热（《实用中医内科学》）。

食疗方　①干山药片50—60克，或鲜山药100—120克，洗净切片，补骨脂9克，吴茱萸3克，粳米60克，同煮粥，早晚餐服食，可常服。用于脾肾阳虚型腰痛。②雄鸭一只洗净，猪蹄200克，同炖熟后，低盐调味食。分2—3次食完。隔天1剂，连服10天。适用于肝肾阴虚之腰痛（《常见病饮食疗法》）。

外感腰痛

感受风寒湿热等外邪引起的腰痛，称外感腰痛。临床以腰痛发病较急，屈伸转侧不利，多兼表证为特点。外感腰痛，见《症因脉治》。云：《内经》论腰痛，诸条不一，其曰太阳所致为腰痛，引项脊尻，少阳腰痛如针刺，阳明腰痛不可顾。此数者，乃论外感腰痛也。"《三因极一病证方论》的风腰痛、《证治要诀》的寒腰痛、《济生方》的湿腰痛等，均属外感腰痛之列。

病因病机　《诸病源候论》卷五云："风冷所侵，血气击搏，故腰痛也。"《寿世保元·腰痛》云："风寒湿毒伤之，遂致腰痛。""腰胯湿热作痛。"《医学心悟》卷三云："腰痛，有风、有寒、有湿、有热。"因腰为肾之府，十二经络与之相贯，且系冲任督带之要会。如若起居不常，寒暖失调，或居住冷湿，或涉水冒雨，或劳热当风，或身劳汗出等，感受风、寒、湿、热诸邪，气血运行不畅，经气运行受阻，则经脉阻滞，不通则痛而发为腰痛。外邪既能独伤，又可合而致病。若风、寒、湿邪单独侵袭经脉致病者，分别为风腰痛、寒腰痛、湿腰痛。若风寒湿热混合杂至，或风寒所伤，或风热合至，或风湿相搏，或寒湿困阻，或湿热相合，或湿痰阻遏等而成腰痛者，则分别为风寒腰痛、风热腰痛、风湿腰痛、寒湿腰痛、湿热腰痛、湿痰腰痛等病证。

辨证论治　外感腰痛虽属实证，因其感受外邪有别，临床证候各异，故立法施治亦各不相同。其治疗不出祛风、祛湿、清热、散寒、通经活络等法。

（1）风腰痛：见《三因极一病证方论》。亦称伤风腰痛。《类证治裁·腰痛》："伤风腰痛，症必寒热，脉必浮，痛连背脊，牵引两足。"症见腰痛如掣，或左或右，痛无定处，或连背脊，或牵引两足，或见寒热，汗出，脉浮。因外感风邪，客于经脉，气血运行不畅，腰失所养而致。治宜祛风解表通络活血为主。方用荆防败毒散合独活寄生汤加减。若证轻挟湿者，方用苍术防风汤。方中苍术外解风寒之邪，内化湿浊之郁；防风为治风要药；佐生姜温散、祛风止痛，功效尤著。若风兼寒致病者，《诸病源候论》称"风寒腰痛"。其《腰痛候》云："风寒著腰是以痛。"症见腰痛拘急，痛连背脊，或引脚膝，或有寒热，腰间觉冷，得温痛减，脉浮而紧。因风寒之邪，客于太阳、少阴经脉，以致气血受阻所致。治宜疏散风寒为主。方用五积散，以解表散寒止痛。若寒重痛甚者，宜用独活寄生汤去人参、熟地。腰痛甚者可酌加全蝎、草乌、制附子等药。若风兼热致病，《世医得效方》称"风热腰痛"。症见腰痛强急，牵连脚膝，口渴，脉数等。多由风热之邪侵袭肾经所致。治宜散风清热为主。方用败毒散去人参调治。方中羌活、独活散风祛湿；合川芎祛风止痛；柴胡、前胡、薄荷解表清热；配枳壳、桔梗、茯苓、甘草利气调中。若伴见往来寒热者，方用小柴胡汤去人参加续断、牛膝之类。若风兼湿致病，《诸病源候论》称"风湿腰痛"。症见腰背拘急酸重作

痛,活动不利,或发热恶风,或浮肿,脉浮涩等。多因受风卧湿或肾虚风湿乘袭留滞经络所致。治宜祛风化湿为上。方用羌独败毒散。方中羌独、防风散风祛湿,搜经络之邪,配苍术运脾化湿;佐甘草清热解毒。或用独活秦艽汤随证加味。

(2) 寒腰痛:指感受寒邪所致的腰痛。见《证治要诀》。其《诸寒门》云:"若寒腰痛,见热则减,见寒则增。"症见腰痛而冷,或连背拘急,或伴恶寒发热,苔白,脉浮紧或沉紧等。治宜温散寒邪为主,方用五积散。本方麻黄、苍术、白芷、桔梗解表散寒;干姜、肉桂温中祛寒;合当归、川芎活血通经络;得厚朴、橘皮、枳壳、半夏、茯苓、甘草利气宽中,消积化滞;芍药以调肝脾,外能解散寒邪,内可祛除伏寒使之外解。若兼血虚痰滞,伴见面色少华,舌淡苔腻,脉细等。方用独活汤加减。其中独活、羌活、防风辛温散寒;细辛、桂心温通经络;当归、川芎活血通经;远志、菖蒲化痰利窍;人参、茯苓、甘草益气和中。外可用摩腰膏(附子尖、乌头尖、天南星、朱砂、雄黄、樟脑、丁香、干姜、麝香)热敷摩按腰间,以温通活血散寒,功效更著。

若寒湿致病,《丹溪心法》称"寒湿腰痛"。其《腰痛》篇云:"若寒湿腰痛,见热则减,见寒则增。"症见腰部冷痛重着,转侧不利,不渴便利,喜热物熨,脉沉紧。多因寒湿阻滞经络,气血不畅所致。治宜祛寒湿,温通经络。方用术附汤。方中白术健脾化湿;配附子、生姜温阳散寒逐湿;可加杜仲补肾,强筋壮骨。若寒湿轻者,方用独活苍术汤。湿重寒轻兼气滞者,选用渗湿汤加减调治。外用摩腰膏。

(3) 湿腰痛:指因湿邪流注经络所致的腰痛。《丹溪心法·腰痛》:"若湿腰痛,如坐水中,或为风湿雨露所着,湿流入肾经以致腰痛。"《证治准绳》称"伤湿腰痛"。症见腰部冷痛沉重,如坐水中,逢阴雨或久坐增剧,或更见身肿,苔白润滑,脉缓等。多因久坐水湿之处,或感受雨露所致。治宜健脾化湿为主。方用渗湿汤。方中苍术、白术,得干姜能健脾以温化寒湿;茯苓淡渗利水;橘红燥湿和胃;丁香行气止痛;甘草和中,可达到健运脾胃,渗利水湿的功效。若伴胸闷纳呆,苔腻等证,为上、中两焦湿盛,方用不换金正气散加减。方中藿香、厚朴芳香化浊;合苍术健脾燥湿;橘皮、半夏理气和胃燥湿;甘草和中。如伴有小便不利,可加茯苓、泽泻等淡渗利湿之品。湿腰痛多兼热、挟痰、挟寒。若湿邪挟热致病,《丹溪心法》称"湿热腰痛"。症见腰髋疼痛,痛处伴有热感,或小便短赤,脉弦数。因湿热之邪阻遏经络所致。治宜清热利湿。方用加味二妙丸。方中黄柏清热泻火,并能燥湿;配苍术健脾燥湿;牛膝通经络强筋骨;合防己、萆薢利水化湿;当归活血;龟版滋阴。若湿热挟心火,兼见心烦、口渴、小便涩痛等。方用大分清饮。方中茯苓、泽泻、猪苓、木通、车前子利水渗湿;栀子清热泻火;枳壳行气以利水渗湿,作用较强。若湿热挟肾虚,兼见舌淡、脉细等。方用七味苍柏散。方中苍术、黄柏、白术健脾燥湿清热;当归、川芎活血通络;杜仲、补骨脂补肾、强腰。

若湿邪挟痰致病,称湿痰腰痛。《丹溪心法·腰痛》:"湿痰腰痛大便泄。"症见腰部冷痛沉重牵引背胁,阴雨天痛甚,或见便泄,苔白滑,脉滑等。多因湿痰流注肾经所致。治宜燥湿化痰为主。宜用渗湿汤合导痰汤。以胆星、苍白术、二陈奏健脾燥湿、利气化痰之功;干姜温中阳;丁香运气机;佐白芥子豁痰。或用二陈汤加制南星、枳壳、香附、乌药之类。

若湿邪挟寒,寒湿内着肾经,为肾着腰痛,《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》:"肾着之病,其人身体重,腰中冷如坐水中,形如水状,反不渴,小便自利,饮食如故,病属下焦。身劳汗出,衣里冷湿,久久得之,腰以下冷痛,腹重如带五千钱。"《金匮要略心典》:"肾受冷湿,着而不去,则为肾着。"多由肾经虚,久受寒湿,浸积于肾,肾气内着,不能宣通,经脉受阻,气血运行不畅而成。症见腰部冷痛重着,转侧不利,渐渐而甚,虽静卧亦不减,遇阴雨则加重,舌质色淡,苔白润滑,脉沉迟等。治宜胜湿兼用温暖之药以散之。方用肾着汤、轻腰汤加减。

针灸、推拿等疗法,见"腰痛"条。

内伤腰痛

因脏气内伤,气滞,血瘀,痰注而致的腰痛,称为内伤腰痛。其临床表现为腰痛起病缓慢,痛有定处,屡发不已;日轻夜重,或易怒胁胀,或腰间重滞,或手足欠温,或五心烦热,并常伴虚证。内伤腰痛,见《症因脉治》。

病因病机 《丹溪心法·腰痛附录》认为:"肾气一虚,……血涩、气滞、水积、坠伤,与失态、作劳,种种腰痛,叠见而层出矣。"《寿世保元·腰痛》云:"因嗜欲无节,劳伤肾经,多有善怒忧思……遂致腰痛。"《症因脉治》卷二,以"瘀血停滞,怒气郁结,痰注停积,肾阳不足,肾阴火旺"为内伤腰痛的病因。《医学心悟·腰痛》:"有瘀血、有气滞、有痰饮,皆标也,肾虚其本也。"因诸经皆贯于肾而络于腰脊,故凡挫闪跌仆,劳作损伤,或七情恼怒、忧思郁结,或脾湿不运,水饮痰注,或先天不足、真阳亏损,或劳伤肾经、真阴亏竭等,均能发生内伤腰痛。由于病因之不同,而分别有瘀血腰痛、气滞腰痛、痰注腰痛、血虚腰痛、肾虚腰痛及虚劳腰痛等证。

辨证论治 内伤腰痛,症见痛有定处,日轻夜重,不能转侧者,多为血瘀所致。症见痛无定处,胁肋胀满,遇怒愈甚者,乃属气滞引起;症见腰间重滞,一片如冰,得寒愈甚者,系痰注而成。症见疼痛悠悠,反覆发作,四肢厥冷者,为阳气内虚。若腰痛伴五心烦热,舌红脉细数者,为阴血内亏。治法不外活血、理气、化痰、补虚等,根据其病情随证施治。

(1) 瘀血腰痛:指因瘀血凝滞,停积腰间引发的腰痛。见《丹溪心法》。《金匮翼·腰痛》:"瘀血腰痛者,闪挫及强力举重得之,盖腰者一身之要,屈伸俯仰无不由之,

若一有损伤,则血脉凝涩,经络壅滞,令人卒痛不能转侧,其脉涩,日轻夜重者是也。"《证治要诀》称沥血腰痛《医学入门》称血瘀腰痛。《寿世保元》称闪挫腰痛。症见腰痛有定处,如锥刺状,日轻夜重,或腰痛而大便黑,小便赤、黄,或黑,脉涩。多因闪挫跌仆,或腰痛经久,瘀血凝积所致。治宜活血化瘀为主。选用调营活络饮。方中当归、赤芍药、红花以调营和血;桂枝以温通;配牛膝、大黄则破瘀达下的作用更强;佐以独活、秦艽,兼有疏通经络而理腰膝之功。若瘀血兼寒,伴见腰痛剧烈,热敷则缓者,方用黑神散。以调血活血,温经止痛。若瘀血兼里实、便秘者,方用桃仁承气汤。

(2) 气滞腰痛:因情志失畅,气机郁滞引起的腰痛。见《医学入门》。《奇效良方·总论》:"若失志伤肾,郁怒伤肝,忧思伤脾,若此腰痛为内之所因也。"症见腰痛胀满连及腹胁,似有气走注,忽聚忽散,不能久立远行,脉沉弦或伏等。由于失志则心血不旺,筋脉失养,或忿怒则怒气郁结,或忧思伤脾,胃气不行,或闪挫跌仆,筋脉气滞所致。治宜行气疏滞为主。方用沉香降气汤。方中沉香气香善降;配香附理气开郁;得砂仁行气宽中;以炙草为使。若气滞兼寒挟瘀者,方用七香丸。方中丁香、香附行气解郁又能止痛;砂仁、甘松、甘草开胃宽中以醒脾胃;益智仁开发郁结,使气宣通;莪术能破气中之血,总以行气化滞为用,气行则滞散,气通则痛止。亦可选用调气散加减。若病延日久正虚者,宜加补气养血方药,以培本扶正。

(3) 痰注腰痛:指因痰湿流注经络所致的腰痛。《症因脉治·内伤腰痛》:"脾湿不运,水饮凝结则为痰注腰痛。"症见腰间重滞,牵引背脊一块冷痛,得寒更甚,得热稍减,或兼大便溏泄,或腰间肿而按之濡软不痛,皮色不变,脉滑或沉伏。因痰湿之邪,滞于经脉,经气不畅,腰腑失养所致。治宜祛痰化湿。方用南星二陈汤。方中胆星、半夏、橘红燥湿化痰;海浮石化痰软坚;茯苓健脾利湿;香附行气止痛;甘草和中。亦可用导痰汤加减调治。兼寒者加肉桂、干姜;兼热者加栀子、黄柏;兼实便秘者加大黄;兼虚者加人参、白术,或当归、川芎。若顽痰宿饮不化,正盛邪实者,方用控涎丹。以攻痰逐饮,殊有疗效。

(4) 肾虚腰痛:见《千金要方》。症见腰痛酸软,腿膝无力,遇劳则甚,卧息少安,气怯力弱,或少腹拘急,小便不利或清利,脉细无力等。治宜补肾为主。《医学心悟·腰痛》:"肾虚之中,又须分辨寒热两证。如脉虚软无力,溺清便溏,腰间冷痛,此为阳虚,须补命门之火,则用八味丸;若脉细数无力,便结溺赤,虚火时炎……斯为阴虚,须补先天之水,则用六味丸、合补阴丸之类。"腰痛属阳虚者,还可按其轻重,选用青娥丸、补髓丹、右归丸之类。若阳虚阴盛,证见腰间痛冷如冰,肢寒怯冷,苔白滑,脉紧沉迟。治宜温阳抑阴合以益肾。方用干姜附子汤加肉桂、杜仲等。如属阴虚,可随其轻重选用当归地黄饮、左归丸之类。阴阳气血俱亏,则用煨肾散加减。方中以人参、当归补气益血;肉苁蓉、秋石、杜仲、巴戟、补骨脂、鹿角霜两补阴阳,强筋壮骨。

此外,又有虚劳腰痛,见《金匮要略》。属内伤腰痛之一。症见腰痛屈伸不利,少腹拘急,小便不利等。多因劳伤于肾,脏气不足,气化失常所致。治宜滋补肾气为主。可参肾虚腰痛辨证论治。如因失血过多,或素患血虚而致腰痛者,《证治要诀》称"血虚腰痛"。方用四物汤加味,以滋养阴血。

针灸、推拿等其他疗法,见"腰痛"条。

腰背痛、腰脊痛

腰背痛,指腰及背脊部牵引作痛。《灵枢·五癃津液别论》:"虚,故腰背痛而胫酸。"多因肾气虚弱,风湿乘袭经络所致。治宜补脾肾、祛风湿为主。方用独活寄生汤。因久坐而致腰背痛者,属气虚,方用补中益气汤加味。

腰脊痛,指腰椎及其周围疼痛。《素问·标本病传论》:"肾病少腹、腰脊痛。"或称腰椎痛。若症见腰椎关节活动不利,遇寒则增,得暖则减,腰部肌肉牵掣强急,脉浮紧,苔薄白。是因外感寒邪而致。《素问·六元正纪大论》:"感于寒,则病人关节禁固,腰椎痛。"治宜散寒祛风,健腰止痛。方用乌头汤合独活寄生汤加减。若症见腰部重着,转侧不利,遇阴雨天加重,天气高爽时腰痛减轻,脉濡滑,苔薄腻。是因湿浊阻于腰椎所致。《素问·五常政大论》:"湿气下临,肾气上从"而致腰椎痛。治宜利湿温肾。方用《济生》肾气丸加减。若腰部外伤,瘀血停滞,腰脊痛不可忍,转侧不能。治宜活血化瘀为主。方用地龙汤。方中地龙走窜通络,合肉桂温通血脉;黄芪益气;桃仁、当归尾、苏木活血化瘀;羌活、独活、麻黄以祛风湿;甘草和中缓急,共奏活血化瘀之功。若因肾虚内热,腰脊痛不可举,宜补肾滋阴,方用六味地黄丸、滋肾丸、封髓丹等。滋补肾阴不足,兼有祛邪清火之功。

此外,尚有腰尻痛,是指腰痛引及脊骨之末端(即尾骶部)疼痛,多因肾虚所致。《灵枢·本脏》篇:"肾下则腰尻痛不可以俯仰。""肾坚则不痛。""肾偏倾,则若腰尻痛也。"治疗以补肾为主,根据亏损之偏阳、偏阴可选用右归丸或左归丸治疗。

针灸、推拿等其他疗法,见"腰痛"条。

腰腿痛、腰胯痛

腰腿痛,指腰部连及两腿疼痛。见《普济本事方》。《素问·气交变大论》称腰股痛,曰"腰股痛发,腘腨股膝不便、烦冤、足痿。"症见腰腿疼痛,足膝不利。《寿世保元·腰痛》:"肾经虚损,腰腿遍身疼痛。"多因肾经虚损,湿邪内侵环跳穴,流注足太阳经络所致。治宜补肝肾,强筋骨为主。方用青娥丸,或用虎潜丸加减。

腰胯痛,指腰脊连及两股间俱痛。《太平圣惠方》卷四十四:"夫腰胯疼痛者,由气血肤腠虚疏而受风冷故

也。"可用虎骨散。药用虎胫骨追风定痛，健骨强筋；合桂心、龟甲液补肾之阴阳；佐当归、牛膝、川芎活血舒筋；羌活、萆薢能祛风湿通痹。或用牛膝丸加减。因湿热下注，可用清热胜湿汤加减。因受寒湿者，方用渗湿汤。因痰注经络。用导痰汤加味。

针灸、推拿等其他疗法，见"腰痛"条。

预后及调护 腰痛作为一个临床症状，可见于多种疾病过程之中，若原发病证得以痊愈，则腰痛亦易随之消失。腰痛初起，治疗得当，预后较好。若日久不愈，反覆发作，甚至为痿为瘫，或转生他病，则预后多不佳。

调护可作自我按摩，适当活动腰部，热水洗擦患部，保持每天大便通畅。

麻木

皮肤、肌肉发麻，甚或肢体麻痹全然不知痛痒的一类疾患，称为麻木。麻木一证，《内经》、《金匮要略》称作不仁。如《素问·痹论》说："痹在于骨则重；在于脉则血凝而不流；在于筋则屈不伸；在于肉则不仁；在于皮则寒。"《金匮要略·中风历节病脉证并治》说，风邪侵袭，"邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜。"隋代仍习用"不仁"之说，如巢元方《诸病源候论》中列有"风不仁候"一节。及至宋金元时期，"麻木"一词广泛见于医著之中，逐步代替了"不仁"之说，或合称为麻木不仁。如许叔微《普济本事方》卷一说："风热成历节，攻手指，作赤肿麻木。"《丹溪心法·中风》说："肥人中风，口㖞，手足麻木。"张子和《儒门事亲·指风痹痿厥近世差玄说二》则云："夫痹之为状，麻木不仁，以风寒湿三气合而成之。"朱丹溪认为麻与木不尽相同，应当有所区别，《丹溪治法心要》认为："麻是气虚，木是湿痰、死血。"明代以后医家多宗其说，此时"麻木"亦作为独立病名出现于各家著述之中。

病因病机 《内经》认为本病病因病机为气血虚弱，荣卫之行涩滞，经络失荣所致。《素问·痹论》说："病久入深，荣卫之行涩，经络时疏，故不通，皮肤不营，故为不仁。"《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》说："重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之"，认为本病是由于感受风邪，血行不畅所致。张璐《张氏医通·麻木》则认为："麻则属痰属虚，木则全属湿痰死血。"林珮琴《类证治裁》则言麻为气虚而风痰凑之，木为湿痰挟败血，阻滞阳气。

综上所述，麻木的病因病机一般可分为下列几点：

(1) 气血衰少：禀赋薄弱，素体气血虚弱；或饮食劳倦，损伤中气；或产后、病中失血；或思虑过度，心脾两伤，造成气血衰少。气虚则卫外失司，且无力推动血液正常循行，血虚则经脉空虚，从而皮毛、肌肉、经脉得不到气血的温煦濡养，因而出现麻木的病证。

(2) 痰瘀蕴结：肺、脾、肾三脏调节水液代谢功能失常；或气滞寒凝；或湿邪内聚；或火热煎熬，可致痰饮停留。气滞、气虚、阳虚均能导致血运不畅，或体内离经之血未能消散，可致瘀血内蕴。痰瘀胶结于经脉、肌肉、关节等处，精微不行，阳气营血的正常职司受阻，造成顽麻之症。

(3) 风寒湿痹：风寒湿三气杂合，总因正气先虚，方能致病。营卫先虚，腠理不密，风寒湿邪乘虚侵袭，正气被邪所阻，不得宣行，气血凝涩，久而成痹。痹证临床表现，或见肢节挛急疼痛，或见肌肉麻顽不知痛痒。麻顽不痛者，多因病久入深所致。

辨证 麻木主证可见手足发麻，犹如虫行，不知痛痒。气血虚弱者可兼见面色不华，短气神疲，眩晕，心悸失眠，舌淡，苔薄白，脉细；痰瘀蕴结者可见麻木日久，木重于麻，舌黯或见瘀斑，舌苔滑腻，脉滑或涩；风湿痹痛者可见关节不利，局部肿胀或重着，或痛或麻，苔薄腻，脉紧或濡。

治疗 麻木一证，属本虚标实，所以无论何种治法，必须重视补助气血阳气，不可专事消散宣通。

方药治疗 清代林珮琴《类证治裁》对麻木的方药论治颇详，不仅按病机辨证，如卫气不行、肺气不行、营气不行、热伤元气、湿热下注、湿痰败血、血瘀、气结等；又按部位分治，如浑身麻木、皮肤麻木、肌肉麻木、十指麻木、面麻木、口舌麻木、腹皮麻木、手臂麻木、足股麻木等。他认为治麻以生姜为向导，枳壳开气，半夏逐痰，羌活、防风散风，木通、威灵仙、白僵蚕行经络，病减以补中益气汤重加参芪以固本。治木以桂、附为向导，乌药、木香行气，当归、杞子、桃仁、红花和血，穿山甲、牙皂通经络，病减用八珍汤以培虚。木病治法，应以调补气血，疏通经络为主。

气血衰少者，治宜补气养血，调和营卫。方以补中益气汤合四物汤加减。宜重用黄芪、党参，并参以桃仁、红花、杞子等。补阳还五汤益气活血，于本证也很合拍。

痰瘀互结者，治宜祛痰化瘀，宣通经络。方以桃红四物汤合二陈汤加减。瘀甚者可用血府逐瘀汤、身痛逐瘀汤；痰重者可选用指迷茯苓丸、半夏白术天麻汤。

风寒湿痹者，治以扶正固本，宣痹通络。方以独活寄生汤合蠲痹汤加减，虎潜丸亦可选用。病久麻木顽固者，佐用虫类搜剔，通经络之法，可加全蝎、蜈蚣、地鳖虫之类。

另有颜面麻木者，宜辨证施治，防止中风。

针灸治疗 以调补营卫，温补气血为主。取穴：腰背部麻木取肺俞、肝俞、肾俞；上肢麻木取肩髃、曲池、合谷或取肩内俞、尺泽、内关；下肢麻木取秩边、委中、昆仑，或取环跳、风市、阳陵泉。均用温针法。

简易方 ①芥菜子末，醋调涂之(《济生秘览》)。②霜降后桑叶煎汤，频洗(《救急方》)。③五灵脂二两，没药一两，乳香半两，川乌头一两半(炮，去皮)，为末，滴水丸如弹子大。每用1丸，生姜、温酒磨服(《本草衍义》)。

中毒诸证

人体接触或误食有毒的食品、药物等所致的病证，称

为中毒。严重者可危及生命。

中毒的文献记载，早见于《淮南子》："神农尝百草滋味，一日而遇七十毒。"《伤寒杂病论》有《禽兽鱼虫果食菜谷禁忌》篇，载有食物的禁忌及治疗中毒的方法。《诸病源候论》把中毒病证的内容和范围概括为药物中毒、食物中毒、饮酒中毒等，明确提出了"解诸药毒候"、"食鯸鲐鱼中毒候"、"食蟹中毒候"、"食诸菜蕈菌中毒候"、"饮酒中毒候"、"服药失度候"、"食诸肉中毒候"、"食郁肉中毒候"、"食诸鱼中毒候"等。

中毒可分为食物中毒、药物中毒、虫兽伤中毒、秽浊之气中毒等。

病因病机　历代对中毒的病因、临床特点及治则论述较详。《太平圣惠方》、《圣济总录》、《本草纲目》等文献在这方面的总结，尤为突出。中毒是因毒物经由胃肠、气道、皮肤或其他途径侵入人体所致。侵人之因，或因误食，或因误用，或因医者用量过常，或因长期吸人或接触有害气体和物质，其中，尤以口服中毒最为常见。

中毒症状的轻重，可因毒物的毒性大小、毒量的多少、病人对毒物的耐受程度、以及中毒者体质强弱等情况而有所差别。《普济方》："凡人若色黑骨大肉肥者，皆胃厚则胜毒；若瘦者，则胃薄不胜毒也。"指出体质强者较体质弱者，有较强的耐毒能力。《诸病源候论·解诸药毒候》："凡药物云有毒及有大毒者，皆能变乱，于人为害，亦能杀人。但毒有大小，自可随所犯而救解之……但从酒得者难治，言酒性行诸血脉，流遍周体，故难治。因食得者易愈。言食与药俱入胃，胃能容杂毒，又逐大便泄毒气，毒气未流人血脉故易治。"又《服药失度候》："凡合和汤药，自有限剂至于圭铢分两，不可乖违，若增加失宜，便生他疾。"对毒药治病及用药量或炮制失当均可使人中毒，作了阐述。又如《食诸肉中毒候》："凡可食之肉无甚有毒。自死者，多因疫气所毙，其肉则有毒。"又《食郁肉中毒候》："诸生肉及熟肉纳器中密闭久，其气壅积不泄，则为郁肉，有毒。"对自死、疫死及郁肉均有大毒，人食之均易成病等作了分析。

辨证　中毒首先要辨明其系饮食或用药之中何毒所致，以及毒物的品类、性质，以利于采取相应的解毒措施。其次辨其所受毒物数量之多寡，而便于决定解毒药的用量。此外，尚须辨其中毒机体的饥饱状态等，作为解救时的辨证依据。

中毒的证状表现，取决于毒物的性质和中毒的数量。但常见的症状表现复杂，证情多变。如面部潮红，额身汗出，皮疹灼痛，肤破溃烂，为面肤之变；瞳人扩大或缩小，为瞳人之变；惊厥抽搐，昏晕谵妄，为神志之变；气息低微，喘促息高，甚或骤止，为呼吸之变；口干流涎，呕吐泄泻，呕吐便血，为肠胃之变；心悸动，脉结代，或如雀啄；或如屋漏种种怪异，为心脉之变；尿血尿痛，尿色异常，为膀胱之变。严重者，肝肾虚竭，生命垂危。又如已孕者，或致胎堕，体健者突现目盲，视物变异，耳鸣耳聋诸证，不一而足。

有关治疗中毒的方法和药物历代文献载述颇多，其确切效果，尚待进一步科学验证。凡遇中毒患者，宜急送医院救治。

治疗　立即停用所食、所服之药食，迅速脱离中毒之环境，并详加辨析，针对所中之毒，选用有效之解毒法和方药。清除尚未被吸收之毒物，解除已进入体内而被吸收之毒性。凡证情严重者，须严密观察，随时综合救治。

常用解毒之法，主要有涌吐驱毒法、泄下驱毒法与一般解毒法。

(1) 涌吐驱毒法：常用于毒物进入人体不久，毒物大部或部分未被吸收。症见脘痛泛恶，时时欲吐，吐后稍适为特征。常选用三圣散、盐汤探吐、白矾水等。按病情危重程度的不同，也可选用盐水或绿豆甘草煎汤，或催吐解毒汤（甘草60克、瓜蒂7个、玄参60克、地榆15克或苦参30克，水煎服），反覆洗胃。

(2) 泄下驱毒法：常用于毒物已从胃人肠，毒物大部分已被吸收。症见腹痛如绞，腹胀便结，或虽泄不畅，口干头昏，神志谵妄或时抽搐不安等为特征。常选用大承气汤、调胃承气汤，或用单味大黄或番泻叶开水泡服，或用单味芒硝15—30克冲服。

(3) 一般解毒法：常用于毒物已进人肠道，或已损伤口腔、食管、胃壁，不能再行涌吐驱毒法时，或毒性较弱，或一时无法分清毒物性质时，均可选用此法。常选用单味甘草或加绿豆、茅根煎汤口服。一可直接缓和毒性，又可使毒物由尿排出。按中毒情况不同，也可用鸡蛋清解毒。或生黄豆120克、生绿豆60克，共捣碎加人米泔水服下，每日二次，用以中和解毒。如酒精中解，可用枳椇子60克煎汤服。《景岳全书》卷三十五载有解一切饮食诸毒方，用"芝麻油一二杯饮之，得吐即毒释。"解一切药毒方："宜以荠苨汁、白扁豆汁、绿豆汁、甘草汁、饧糖汁、米糖汁、蚕退纸烧灰，随便用之，俱可解。"又载解毒通用简易方，曰："一方雄黄、青黛等分为末，新汲水调服。一方拣净土地掘窟，用井水倾人搅澄清，多饮则愈。一方晋矾、建茶等分为末，新汲水调服三钱，吐即效，不吐再服。一方黄连、甘草节二味水煎凉服，不拘多少。一方荠苨、黑豆、甘草㕮咀。每用二两，水二盏，煎一盏，温服，未效再服。一方白扁豆生为末，水调服二三钱。一方伏龙肝（即灶心土）为细末，凉水调三四钱，搅动服之，吐者再一服。"上述各法，只限应用于轻症中毒者，或其他急救处理以前的权宜之计。中毒之重症，应送医院作急救处理。

解毒药物，不要用酒煎制。服用水煎汤剂，必须候凉饮用。《金匮要略·禽兽鱼虫果食菜谷禁忌》提到："凡煮药饮汁以解毒者，虽云救急，不可热饮，诸毒病得热更甚，宜冷饮之。"《景岳全书》认为解毒药宜冷饮，因为"毒得热而势愈盛"的缘故，但也提出中蕈菌类阴毒者，服药不可拘执于凉饮。

中毒之后，正气受戕，一般宜以清淡而富营养的饮食

调养善后。宜禁忌难以消化的牛、鹅……等肉类,以及辛辣醋酱等刺激食物。

当中毒引起休克时,针灸治疗有一定效果。通治法以疏厥回阳为主。常选督脉、任脉、手厥阴、足少阴和足阳明等经穴,如水沟、素髎、气海、神阙、关元、内关、中冲、足三里、涌泉等,每次4—6穴。用毫针行补法,并配合灸法。气脱者宜益气回阳,选气海、关元和神阙等穴,用大艾炷灸,同时艾条灸百会和针灸足三里穴。血脱者宜补血养阴,选内关、阴郄、膈俞、脾俞、足三里和三阴交等穴,以毫针行补法,并配合灸法。气血俱脱者治宜补气益血,回阳固脱,选百会、素髎、水沟、气海、关元、内关、足三里和三阴交等穴,以毫针行补法,并配合灸法。

中毒之证,轻则伤人,重则危及生命。对中毒的辨识和急救,于预后顺逆有直接关系。救治及时准确,多可转危为安;若失时误治或中毒过甚,则可迅速出现高热、剧烈吐泻、剧烈疼痛、抽搐、厥脱、喘促、出血和昏迷等急危之候,多属不治。

食物中毒

凡食用有毒的植物、动物或其他食品所出现的中毒病证,称为食物中毒。《诸病源候论·诸饮食中毒候》:"凡人往往因饮食,忽然困闷,少时致甚,乃至死者,名为饮食中毒。"凡食物中毒,须迅速送医院抢救。

几种常见的食物中毒分述如下:

(1) 食蕈菌中毒:因误食有毒野生菰类而发病。《诸病源候论·食诸菜蕈菌中毒候》:"蕈菌等物,皆是草木变化所生,出于树者为蕈,生于地者为菌,并是郁蒸湿气变化所生,故或有毒者,人食遇此毒。"症见食野菰后数分钟或数小时,可出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻,严重时有口渴、腹胀、尿闭、口吐涎沫等症;或可见惊厥、谵妄、狂笑、如见神鬼等幻觉;或出现皮肤眼目俱黄、神昏、呕血、便血等症。证情危重者,常可出现头晕、汗出、四肢厥冷、气息低微、脉微欲绝、神识昏糊,甚至迅速死亡。

救治野菰中毒,宜对症治疗。如初食不久,宜用涌吐驱毒法。中毒后可用通治法:①地浆水二升(2 000毫升)饮服。②荷叶、莲房各30—50克水或地浆水煎服。③忍冬藤60—100克水煎服或捣汁灌饮。④银花45克、甘草30克、绿豆120克、白芷10克,水煎服。⑤梨树叶三四斤绞汁服。⑥白冬瓜一个,捣汁频服。若哭不休者,用矾茶散清水调服,或麻油碗半调鲜鸡蛋白四个,灌服。若精神狂越者,以蕹菜捣烂,食盐少许绞汁,每天二次,每四五两。

其他治疗法:①生姜、豆浆各120克、麻油75克和匀,蒸后不拘时服。②绿豆60克、甘草6克水煎服。③鲜橄榄三五枚捣烂冲开水服。④白矾6克,麻油一盅,调匀后开水冲服。《本草纲目》卷四载有解野菌毒药物,如甘草煎麻油服,防风汁、蠡头、酱汁、胡椒、绿豆汁、阿魏、黄土、鹧鸪、石首鱼枕、童尿、人屎汁等,可供参考。

(2) 河豚中毒:河豚鱼古称鯸鲐鱼。又名鲢鲅鱼、小玉斑、大玉斑、乌狼等。河豚鱼的血、卵、皮、肝等都有毒。有些品种如双斑圆鲀的肌肉也有强毒。冬春之交,河豚鱼正在孕育时期,其卵毒性最强。人因食用河豚可致中毒。《诸病源候论·食鯸鲐中毒候》:"此鱼肝及腹内子有大毒,不可食,食之往往致死。"河豚中毒的症状,一般在食后半小时至二小时内出现全身不适、恶心、面红、眼昏、腹中搅扰疼痛,以及呕吐、腹泻、便血。继则口唇舌头及四肢麻木,尤以指尖为甚,眼睑下垂,肢体软瘫,脉结代。严重者迅速出现虚脱之证而死亡。

治疗宜迅速救治,先行催吐驱毒法。通治法可用:①荻芽、芦根、鲜橄榄、蓝靛,任择一种捣或加水取汁,饮一至二升。②麻油一二杯饮之。③五倍子、白矾末等分以水调服或单用白矾末开水调。④新鲜橄榄(蜜饯,盐腌均可)吃数枚,或取核磨水服。⑤紫金锭水磨吞服。《本草纲目》卷四载有解河豚毒药为:芦花、蒌蒿、胡麻油、白扁豆、大豆汁、五倍子(同白矾,水服)、槐花(水服)、橘皮(煮)、黑豆汁、紫苏汁、蜈蚣(解虫、鱼毒)、羊蹄叶(捣汁或煎,解胡夷鱼、檀胡鱼、鲑鱼毒)等,可供参考。

(3) 食诸肉中毒:《诸病源候论·食六畜肉中毒候》:"六畜者,谓牛、马、猪、羊、鸡、狗也,凡此等肉本无毒,不害人。其自死及著疫死者皆有毒";又《食郁肉中毒候》:"诸生肉及熟肉内器中密闭头,其气壅积不泄则为郁肉有毒";又《食漏脯中毒候》:"凡诸肉脯,若为久故茅草屋漏所湿,则有大毒。"说明诸畜凡自死、疫死者,或肉类密闭过久,或受外物所污染,均可为中毒的病源。此外,如以箭毒等毒药涂箭头以狩猎,所得兽肉,也可致病。食诸肉中毒者,症见腹痛,呕吐,腹泻等症。其起病急剧,食后数小时即腹部不适,继则腹痛时缓时剧,痛时如绞,恶呕频繁,先为食物,后恶苦水,甚或呕血,腹痛后即泻,泻下色黄如水,或如血性便。常可兼有畏寒,发热,头痛,身痛等症。

治疗宜参用一般解毒法,食诸肉中毒偏寒湿证重者,可用藿香正气散;湿热证重者用葛根黄连黄芩汤;寒热错杂者用干姜黄芩黄连人参汤加减。针灸疗法对食诸肉中毒均有良好的辅助治疗作用,可配合应用。证治见"霍乱"、"痢疾"、"泄泻"等有关条目。《本草纲目》卷四有解六畜肉毒药,如乌桕叶汁(食牛马六畜肉生疔欲死,顿服三碗取利)、白扁豆、小豆汁、豉汁、葱子(煮汁)、甘草汁、兰草汁、阿魏、绿豆汁、黄蘗汁、韭汁、黄土(煮汁)、地浆等。

药物中毒

使用有毒药物失当或患者不耐药力而出现中毒症状,称为药物中毒。配方用药,古有法度,《内经》、《神农本草经》以大毒、常毒、小毒、无毒区分药物毒性。如《素

问·五常政大论》："小毒治病十去其六；常毒治病，十去其七；小毒治病，十去其八；无毒治病，十去其九。谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。"《诸病源候论·服药失度候》："凡药物云有毒，及有大毒者，皆能变乱，于人为害。亦能杀人。但毒有大小，自可随所犯而救解之。合和汤药，自有限剂，至于圭、铢、分、两不可乖违，若增加失宜，便生他疾。"凡药物中毒，必须立即送医院抢救，下列文献记载和民间经验，仅供参考。

几种常见的药物中毒分述如下：

（1）砒中毒：即砒霜中毒，或称中砒毒，为天然的砷华矿石，或为毒砂、雄黄等含砷矿石的加工制成品引致中毒。急性中毒多因突然吸入大量砒粉尘，或误服引起。一般因长期吸入含砷的粉尘、蒸汽或喷雾液而引起的，发病比较缓慢；直接口服砒剂毒物者，由胃肠吸收，发病较速。

中砒毒见于《开宝重定本草》。《外科正宗》有"砒毒者，阳精大毒之物，服之令人脏腑干涸，皮肤紫黑，气血乖逆，败绝则死"等急性中毒症状的记载。症见服砒后数分钟至数小时后，即有咽干口渴，腹中绞痛，吐泻交作，类似霍乱症状。继则里急后重，吐泻之物杂有血液，口腔、咽部充血并有烧灼感，严重者可迅速出现头痛、冷汗、抽搐，突然虚脱而死亡。急性中毒经抢救后或慢性中毒者，均会出现毛发枯焦脱落，指甲脆裂，四肢震颤麻木，动作迟钝笨拙，以及各种皮肤损害、腹痛、腹泻、黄疸等症状。抢救砒中毒应令患者静卧，并急宜采取催吐等排毒措施。治疗时，要多给水分以帮助迅速排毒，但须凉饮，不得温服；抢救脱险后，仍宜冷饮、凉食一阶段，并忌辛辣食品及饮酒，还须继续服药，以清余毒。

治疗为催吐驱毒法（见前）及一般解毒法。解毒法：①防风30g研细末，清水调服。②防风、绿豆、红糖各9g，甘草30g煎汤服用。③生莱菔切片吃30g，再以冷水调服枯矾末三钱催吐，吐后二小时，用白矾八钱和鸡蛋清搅匀，分七次于三小时内服完。④习用方：椒豆饮；或郁金末三钱，人蜜少许，冷水调服；或白芷末6g，井水调服；或绿豆粉、寒水石等分，以蓝根汁调服9—15g。⑤民间常用：地浆水、新汲井水、麻油任取一种，尽量饮服，以吐利为度。或稻草烧灰淋汁，调青黛三钱服；或大豆煮汁饮；或白扁豆生研，冷水调人绞汁服。或青草药加蕹菜捣烂绞汁一碗，冷水冲，分二次服，或取根一握，水煎服。

《本草纲目》卷四载有解砒毒药："米醋（吐）、乌桕根（下）、胡粉（地浆服）、蚤休（磨汁）、黑铅、鲞鱼枕（井磨汁）、蓝汁、荠苨汁、酱汁、绿豆汁、豆粉、大豆汁、杨梅树皮汁、冬瓜藤汁、早稻秆灰汁、白鸭通汁、猳猪屎汁、人屎汁、鸭血、羊血、雄鸡血、胡麻油"等，可作参考。

（2）钩吻中毒：见《诸病源候论》。钩吻又名胡蔓藤，或称野葛、断肠草，有剧毒。多因误饮药汁或误食中毒。

钩吻全株均有毒，其中以嫩芽毒性最大。如服其水煎剂或新鲜嫩芽，多数立即中毒；其他部分一般在服后1小时左右出现中毒症状，体质弱者与剂量重者，发作时间可能提前。钩吻中毒症见口腔、喉咙烧灼感，继之恶心呕吐，大部分病人有腹部不适感，剧烈者腹痛如绞肠欲断。或伴腹胀、腹泻。继则可见言语不清，眩晕，肢麻，瘘软无力，四肢厥冷，步态蹒跚，脉搏先由浮数，转为迟细。甚至有幻觉，视物模糊，吞咽困难，昏迷等。最终导致呼吸麻痹，窒息而死亡。

治疗为催吐及泄下驱毒法（见前）及一般解毒法。解毒法：①大量新鲜鹅血、羊血乘温灌服。②鲜鸡蛋清灌服。③凤凰胎（鸡蛋在孵化中，尚未见雏形者可用，已成形者不用）研烂和麻油调和灌之。④铜青、明矾各30g，研细，调熟猪油（凝固者，须化开）灌服取吐。⑤三黄汤加栀子、茅根煎服。⑥忍冬叶及花（金银花）捣汁，拌红糖灌服。⑦新鲜蕹菜（空心菜）捣汁服。

《本草纲目》卷四有解钩吻毒药："荠苨汁、蕹菜汁、葛根汁、葱汁、桂汁、白鸭血、白鹅血、羊血（并热饮）、鸡子清、鸡毈雏（同麻油研烂灌之，取吐）、犀角汁、猪膏、人屎汁"等，可供参考。

（3）乌头中毒：乌头、天雄、附子三种中药，如因炮制、剂量、配伍、煎煮失当或患者体质衰弱及误服生药，都能引起中毒。

乌头中毒，在长沙马王堆汉墓帛书《五十二病方》中已有记载，并应用勺（芍）药、杞本（地骨皮）、麋（蘼）芜本（芎䓖）等治疗。《诸病源候论·解诸毒候》："著乌头毒者，其病发时，咽喉强而眼睛疼，鼻中艾臭……。"乌头毒性极强，因品种、采集时间、炮制、煎煮时间等不同，毒性差别很大。也常随所用生药的不同部分及剂量，而出现不同程度的症状。乌头中毒于服药后数分钟或一小时左右出现口、舌、咽喉干痛，麻痹，流涎，继而手、足麻木，以指（趾）端尤甚，头晕，头痛，眼花，恶心，呕吐，间有腹痛，腹泻等症状。严重时，烦躁，四肢痉搐，吞咽言语困难，牙关紧闭，视物昏花，二便失禁，面色苍白，四肢厥冷，脉参伍不调，呼吸急迫而微弱，甚或抽搐昏迷，如抢救不及，一般于4—6小时内可致死亡。乌头中毒的抢救，宜先解毒，然后按其出现症状，随症施治。解毒通治法：①防风煎汁饮用。②饴糖随意食用。③生姜、红糖捣烂，嚼服。④甘豆汤。⑤猪血饮服。⑥甘草、蓝汁、大麻仁汁、小豆汁、浮萍、芦根、荠苨，任选一种给服。

《本草纲目》卷四有解射罔毒药："蓝汁、葛根、大小豆汁、藕汁、荠汁、竹沥冷水、蚯蚓粪、贝齿、六畜血、人屎汁。"及解"乌头、附子、天雄毒"药"远志汁、甘草汁、人参汁、黄芪、乌韭、绿豆、黑豆、大枣肉、并华水、陈壁土（泡汤服）"，可供参考。

预防：乌头、天雄、附子必须严格依法炮制，以减少毒性。煎药要煮沸、久煮。未经炮制的生药，要按医嘱，严格掌握剂量及服用法。应用乌头等类药材作外敷剂时，如有新伤破皮流血者应慎用。

（4）商陆中毒：商陆因用药量失当，或鲜用，或炮制

失宜及误服均可致中毒。《新修本草》:"商陆赤者,服之伤人,痢血不止,杀人,令人见鬼神,甚有毒。"商陆根、茎、叶均有毒,尤以根部为甚。新鲜赤色的根汁,毒性更剧。商陆中毒,一般于服药二小时内,出现恶心,呕吐,腹痛,腹泻,兼有眩晕头痛,有些有轻微的发热,心悸,气促,言语不清,严重者有谵妄,躁动,肌肉抽掣,站立不稳,神志恍惚,二便失禁等症状,剂量过重者,可出现昏迷,眼花,虚弱无力而死,孕妇中毒可引起流产。

治疗参见常用解毒法。通治法:①常用甘草、生绿豆30—60克捣烂。开水冲服或煎服。②防风、防己、甘草、桂枝等煎汁服用。③甘草煎汁及冷粥频服,可缓解腹痛,并止泄泻。商陆中毒从昏迷到清醒为期约10—30小时,一般预后较好,若能及早处理,严密观察,治疗后大都可完全恢复。

预防:医师处方时应严格掌握安全剂量。久煎可减弱毒性。加强药品管理,杜绝假充"土人参"的出售。加强药性知识的宣传,避免误作补药进服。

(5)曼陀罗中毒:曼陀罗花又称洋金花、风茄花;果实名醉仙桃、枫茄子。全株植物均有毒,以果实毒性较大。曼陀罗作为药用,见于杨华亭《药物图考》。《本草纲目》:"曼陀罗花、子并入麻药。"哮喘病人多燃吸曼陀罗花。药用或误食曼陀罗子中毒。症见面肤潮赤,或发疹,躁动不安,口干渴,呕吐眩晕,大小便秘,发热,脉虚数;严重者有昏睡不醒,疲懒无力等类似酒醉状态,失救可致虚脱。整个中毒过程中,常可伴有谵妄,心悸,躁动,痉痛,哭笑无常等精神症状。

治疗:①绿豆皮120克、金银花60克、连翘30克、甘草15克。水1 000毫升煎至300毫升一次量,每小时服一次。也可单用生甘草120克煎汤频服。②茶叶30克,先煎浓汁调豆腐半斤,顿服。③红糖半斤,冲开水服。④大量鸡子白(鸡蛋清)口服。⑤米醋饮服。⑥防风、桂枝各6克煎服。⑦洗冷水澡。《本草纲目》卷四载有解莨菪毒药:"荠苨、甘草、升麻(汁)、蟹(汁)、犀角(汁)"等。

蛊毒

凡中虫、水、饮食等变惑之气后所产生的水毒、蛊痢、蛊积、蛊胀、蛊吐血、蛊下血等病证,总称为蛊毒。蛊毒之病较严重,预后较差。《诸病源候论·蛊毒候》:"凡蛊毒有数种,皆是变惑之气。人有故造作之,多取虫蛇之类,以器皿盛贮,任其自相啖食,唯有一物独在者即谓之为蛊,便能变惑,随逐酒食,为人患祸……凡中蛊病,多趋于死,以其毒害势甚,故云蛊毒。"蛊毒之名,出《肘后备急方》。在《治中蛊毒方》篇中指出:"中蛊令人心腹切痛,如有物吃,或吐下血,不即疗之,食人五脏则死矣。"又提出中溪毒(即水毒)、中射工水弩毒等病证名。而《诸病源候论·蛊毒病诸候》中根据不同的临床表现,面部的色泽,以及蛊之形态,形象地提出了各种蛊毒名称,如"著蛊毒面色青黄者,是蛇蛊,其脉洪壮,病发之时,腹内热闷,胸胁支满,舌本胀强,不喜言语,身体恒痛,又心腹似如虫行,颜色赤,唇口干燥,经年不治,肝鬲烂而死。其面色赤黄者是蜴蜥蛊,其脉浮滑而短,病发之时,腰背微满,手脚唇口,悉皆习习,而喉脉急,舌上生疮,二百日不治……乱下脓血,羸瘦颜色枯黑而死。又云其脉沉濡,病发时咽喉塞,不欲闻人语,腹内鸣唤,或下或上,天阴雨转剧,皮内如虫行,手脚烦热,嗜醋食,咳唾脓血,颜色乍白乍青,腹内胀满,状如虾蟆,若或虫吐出成科斗形,是虾蟆蛊,经年不治……唇口裂而死。其脉缓而散者,病发之时,身体乍冷乍热,手脚烦疼无时节,吐逆,小便赤黄,腹内闷,胸痛,颜色多青,毒或吐出似蜣螂有足翅,是蜣螂蛊。"还提出蛊下血候、蛊吐血候、氐羌毒候、猫鬼候、野道候、射工候、水毒候等病证名。

蛊毒可见于一些危急病证、羌虫病、急慢性血吸虫病、重症肝炎、肝硬化、重症菌痢、阿米巴痢等病。

病因病机 发生蛊毒的病因主要是感受虫邪蛊毒和变惑之气。当虫邪蛊毒由毛皮侵入而首先犯及肺卫,出现发热恶寒、发疹等症;继则蛊毒由表人里,邪毒下迫大肠,传化失司,出现腹痛泄泻;蛊毒败坏肠膜脂膏,又可出现下利脓血,形成"肠蛊痢"。蛊毒虫邪亦可随血脉潭流,引起脏腑器官受损,引起蛊吐血、蛊下血、蛊积、蛊胀等证候。

辨证论治 常见的蛊毒有水毒、蛊痢、蛊积、蛊胀等。分述如下:

水毒:出《肘后备急方》。一名中溪,一名中洒,一名水病。《诸病源候论·水毒候》:"自三吴以东,及南诸山郡山县,有山谷溪源处有水毒病,春秋辄得。一名中水,一名中溪,一名中洒、一名水中病,亦名溪温。令(今)人中溪,以其病与射工诊候相似,通呼溪病。"症见恶寒发热,头痛,心中烦懊,腰背骨节强急,欲睡,早轻暮重,手足逆冷,继则腹内生虫,食下部,肛内有疮,不痛不痒,脓溃,虫食五脏,热盛蛊毒注下不禁,舌苔黄腻,脉数。病由接触山谷溪水之变惑之气所致。治宜攻下逐邪,解毒为主。《千金要方》卷二十四用太上五蛊丸以治百蛊,方用雌黄、椒目、巴豆、莽草、芫花、真朱、鬼臼、矾石、藜芦及斑蝥等剧毒药物,用以毒攻毒之法。若病初起有发热头痛等症者,可加银花、荆芥、黄芩、川芎等药。《外台秘要》载,用牡丹根捣末,服一钱匕,日三服;《杨氏产乳方》用生玳瑁磨浓汁,水服一盅;《济生方》用晋矾、建茶等分,为末,新汲水调下二钱(泻吐即效,未吐再服)等,均可资研究参考。

另有射工病证的记载,亦属蛊毒范畴。射工病名,出《肘后备急方》,其《治卒中射工水弩毒方》说:"江南有射工毒虫,一名短狐、一名蜮,常在山间水中,人行及水浴,此虫口中横骨角弩,唧以射人形影则病。其诊法,初得或如伤寒,或似中恶,或口不能语,或恶寒热,四肢拘急,旦可,暮剧,困者二日齿间血出,不疗即死,其中人有四种,初觉则遍身体视之,其一种正黑如墨子,而绕四边者,人

或犯之如刺状,其一种作疮,疮久即穿陷,一种突起如石之有棱,其一种如火灼人肉,熛起作疮,此种最急,并皆煞人。居溪傍湿地,天大雨,或逐人行潦流,入人家射人,又当养鹅鸭,亦可以食人,行将纯白鹅以辟之,白鸭亦善,带好犀角,佳也。"又说:"此虫含沙射人影便病,欲渡水,先以石投之,口边角弩发矢,言口息两角能屈伸,冬月则蛰。"古人所言之射工毒虫,今似已罕见,但人接触山间溪水得病者仍有,如血吸虫病等,可供临床参考。

蛊痢:是指因蛊毒所引起的一种下痢病证。见《肘后备急方》。《千金要方》卷二十四:"凡卒患血痢或赤或黑,无有多少,此皆是蛊毒。"《诸病源候论》称蛊下血。症见骤发下痢,其色黑或赤,心腹剧痛难忍,舌苔薄腻或黄腻,脉弦数。病由中蛊毒之气所致。治宜清热解毒凉血止痢。方用《千金要方》卷二十四中之"治下血状如鸡肝,腹中搅痛,难忍者方"。方用茜草、升麻、犀角、桔梗、黄柏、黄芩、地芩、地榆、白蘘荷以清解血中热毒。亦可加白头翁、黄连、牡丹等。

此外,《丹溪心法附余》还有蛊积的记载,其主要为腹内虫积而成蛊,为积之一种,可参见"积证"条。《千金要方》卷二十四还有蛊胀之名,指出:"治蛊注,四肢浮肿,肌肤消索,咳逆腹大如水状,死后转易家人,一名蛊胀。"但《证治要诀》认为:"蛊与鼓同,以言其急实如鼓,非蛊毒之蛊也。"《医宗必读》也指出:"蛊胀者,中实有物,腹形充大,非虫即血也。"故蛊胀之证,可见"鼓胀"、"虫鼓"条。

尸病

触犯尸气,而致精神昏谬,心腹胀痛,喘急,甚或遍身不舒,病无定处,反覆发作的病症,称为尸病。尸病名见《诸病源候论》。

尸病的病因,多由于体虚情志抑郁,触犯尸气,感而发病。《诸病源候论·丧尸候》:"人有年命衰弱,至于丧死之处,而心意忽有所畏恶……但逢丧处,其病则发。"其病常突然发作,并与气候改变有关,如节气改变,或天气阴雨,更易复发。

尸病发作时,症见沉默寡言,不知所苦,而无处不恶,多见心腹胀满刺痛,喘急不得气息,上冲心胸,傍攻两胁,或胸腹累块踊起,或挛引腰脊,或精神错乱,病变多端。由于猝受惊恐,心神昏乱;或因心肝火旺,痰气交阻所致。治宜芳香辟秽,理气解郁为主。如心腹胀满刺痛,气逆喘急者,方用苏合香丸、玉枢丹;如沉闷郁抑,痛苦莫名者,可用逍遥散、越鞠丸;如肝火偏亢者,可用丹栀逍遥散;若心火偏旺,烦躁心悸者,可用朱砂安神丸;心气不足,可用甘麦大枣汤;若痰气郁结,则宜四七汤、温胆汤等方。古代通治有五痓丸(又名雄黄丸),《太平圣惠方》用:①干姜、附子各一两,桂心二分,巴豆三十枚,蜜丸如小豆大,每服二丸;②龙骨三分,藜芦二分,巴豆一分,蜜丸如麻子大,井花水服一丸,亦可应用瓜蒂散及走马汤等吐、下之剂。

《诸病源候论》还根据病情不同,而有飞尸、遁尸、沉尸、风尸、伏尸等名。飞尸指其病急疾发作者;遁尸指其病停遁不消,瘥后复发者;沉尸、伏尸,指其病沉痼,隐伏者;风尸、寒尸、阴尸是指遇风寒阴雨多复发者;丧尸指遇丧死感触,畏恶发病者。其病状大体相同,而有小异,可分别辨证论治。

尸病发作时,应多加劝慰开导,以助药力。平时应保持心情舒畅怡悦,并可结合气功导引疗法。

溺水

堕入水中淹溺窒息者,称为溺水。溺水见于《诸病源候论》。《素问·玉机真藏论》有"五藏绝闭,脉道不通,气不往来,譬于堕溺。"之论。

发现溺水者,应借助船筏、浮具捞救,或由熟悉水性者入水救护,将溺水者头部托露水面,游靠岸边,扶离水中,置于空气流通的环境中抢救。

溺水者,症见面色、口唇青紫,息止脉绝,口鼻泡沫,或泥浆满灌,是由于淹溺后,大量水液灌入肺胃,呼吸窒息所致。应立即检查溺水者口腔、喉咙,如发现有泥砂或杂物堵塞时,要清除干净(不要乱撬、乱挖,防止皮破流血),并急将口撬开,横衔筷子一只,或将溺水者舌头拉出,用布固定,以保持气道畅通,还须脱去湿衣,擦干身体,换干燥衣服,并应及时抢救,从速采取吐水法:①骑牛倒水:将溺水者横放俯伏在牛或马背上,使其肋下、腹部正对在牛马背脊上,即头部及脚下垂于左、右两侧,并在旁扶持,以防跌伤;边摩擦四肢,并使牛、马缓慢地行走。溺水者胸腹部受到有节律的震动,可帮助灌入体内的积水从口鼻流出,并有利于恢复呼吸和心跳,而且牛、马身上的温暖,对于溺水者气血的温通有一定作用,但要求坚持一段时间,才能有效。②覆釜出水:大釜(锅)一口,覆在地上,保持微温,溺水者俯伏在上,以出水液。③倒背吐水:抢救人员将溺水者的两膝弯放在肩上,牢扶膝盖,背靠背地倒背起来(双脚朝上,头向下垂)慢慢地走动。但《急救方》主张用卧凳法:"以大凳卧之,后足放高,用盐擦脐中,待水自流出,切勿倒提出水。"④急速倒水:溺水者俯卧在抢救人员半蹲跪的大腿上,头部下垂,口鼻切勿触地,用手压迫背部以吐水。与此同时,还必须随时吸出溺水者口鼻中的泥水、食物,使呼吸道畅通。

溺水窒息,抢救时还可将头位放低,腰腹垫高,进行俯卧式人工呼吸法,如《金匮要略·杂疗方》记载:"一人以手按据胸上,数动之;一人摩捋臂胫屈伸之。若已僵,但渐渐强屈之,并按其腹。如此一炊顷,气从口出,呼吸、眼开,而犹引按莫置。"如心跳停止,还要进行胸外按摩术。

此外,溺水者的抢救,还可用生姜汁化苏合香丸灌之。尚有用好酒灌鼻及老姜擦牙,生半夏或皂角末吹鼻等给药抢救法,以及针合谷、内关及灸脐中百壮,炒热盐布包熨脐等急救法。

救醒之后，要细心护理，喂些酒类或热汤，让溺水者卧床休息，随时注意观察其精神状态及症情的变化。

溺水的预防：要教育儿童不要单独到水边去玩，学习游泳要有人指导和有安全的防护措施，尤其到沿海去捕捉鱼、虾等要了解潮水的汛期及海滩的情况，以免水涨遭淹或陷入泥沼；水堤、水井要有围栏，保证安全，以防取水时跌人。

阴阳易

外感病新愈或将愈之时，因犯房事而出现的一类特殊病证，称为阴阳易。临床有身重、少气、少腹里急，或引阴中拘挛，热上冲胸，头重不欲举，眼中生花，膝胫拘急等特点。病名出《伤寒论》。《诸病源候论》除记载"伤寒阴阳易"外，还有"时气阴阳易"、"温病阴阳易"之名，三者症状基本相同。《诸病源候论·时气病后阴阳易候》："其男子病新瘥，未平复而妇人与之交接得病者，名曰阳易。其妇人得病新瘥，未平复，而男子与之交接得病者，名曰阴易。"《千金翼方》也有"阴易"之名。《千金要方》所载的阴阳易，虽论妇人温病瘥后，血脉未和，尚有热毒，而与之交接得病，并认为该证病情急重，预后不良。但其"治妇人得病易丈夫，丈夫得病易妇人方"并不单指妇人病。《伤寒总病论》则称伤寒病新瘥犯房事为女劳。柯琴《伤寒论注》主张"勿得以男女分名"，而统称阴阳易。《伤寒辨证》反对男病传女，女病传男之说，并认为阴阳易即女劳复。《医宗金鉴》则把伤寒新愈，因犯房事而发热复病者称房劳复，因房劳复而男女相易为病者为阴阳易。至于《素问·至真要大论》有将阴位见阳脉，阳位见阴脉亦名为阴阳易者，不属本文讨论内容。

根据历代文献对本病的记述，可归纳为：①本病是由外感病（包括伤寒、时气、温病）新瘥，因男女房事而发。②所谓"易"，多数认为是指男病传女，女病传男；也有人认为是指病初愈，房事后再发他病。③女病传男称阴易，男病传女称阳易；也有认为，不以男女分名，不论男传、女传，都称阴阳易。④有的认为阴阳易即女劳（房劳）复，也有认为，病后因房事复病不相易者称女劳（房劳）复，若女病传男或男病传女称阴阳易。

病因病机 本病为余毒乘虚相染，成无己《注解伤寒论》卷七："大病新差，血气未复，余热未尽，强合阴阳，……以阴阳相感动，其余毒相染着，如换易也。其人病身体重少气者，损动真气也；少腹里急，引阴中拘挛，膝胫拘急，阴气极也；热上冲胸，头重不欲举，眼中生花者，感动之毒，所易之气熏蒸于上也。"另有阴虚而致病者，《伤寒附翼·烧裈散》："其授者，始因伤寒，而实种于欲火；其受者，因于欲火，而实发于虚阴。"总之，本病大抵为余毒相染，阴亏火炽为病。

治疗 《伤寒论》用烧裈散治疗，因无临床经验，其理亦颇难解，尚待进一步研究。

《活人书》将阴阳易证治分为寒证与热证。属热者用烧裈散、竹皮汤；属寒者用猳鼠粪汤、当归白术汤、妙香丸。《阴证略例》提出阴阳易的治疗，若脉在厥阴，当归四逆汤送下烧裈散；若脉在少阴，通脉四逆汤送下烧裈散；若脉在太阴，四顺理中丸送下烧裈散。《伤寒附翼》也用烧裈散，但又认为"更宜六味地黄汤合生脉散治之。"《医宗金鉴》亦以为，阴阳易皆余毒乘虚传易，当以烧裈散主之。但伤寒新感之后的房劳复，男以六味地黄汤主之，女以四物汤主之。

临证总应根据阴虚、阳虚、余毒传易，脉证合参，辨证论治。简易方亦可酌情选用：①干姜四两，为末。每用半两，白汤调服。覆衣被出汗后，手足伸即愈（《伤寒类要》）。②黍米二两，煮薄粥，和酒饮，发汗即愈（《圣济总录》）。

预防 外感病新愈或将愈之时，应清心寡欲。节戒房事，注意卫生，固摄肾精。

阴阳易一证，历代医家对病名、病因的认识没有统一；对《伤寒论》用烧裈散治疗，有"物各归本"（《伤寒条辨》）、"同气相求"（《医宗金鉴》）等说法，至今存在不同见解。

狐惑

由湿邪浸淫、热毒遏郁所致的一种神情恍惚，惑乱狐疑，尤以咽喉及前后二阴溃疡和目赤为主要特征的疾患，称为狐惑。

狐惑病名出《金匮要略》。古人根据患者神情惑乱不定，卧起不安，有似狐性之多惑多疑，故名。历代医家有几种不同看法。《诸病源候论·伤寒狐惑候》说："夫狐惑二病者，是喉、阴之为病也。"《医宗金鉴·订正金匮要略注》："狐惑，牙疳、下疳等疮之古名也，近时唯以疳呼之。下疳即狐也，蚀烂肛阴；牙疳即惑也，蚀咽腐龈，脱牙穿腮破唇。"《金匮要略浅注补正》认为"惑"字为传写错误，应为狐蜮。本病相当于现代医学之眼、口、生殖器综合征。

病因病机 《诸病源候论》和《千金要方》都认为湿毒气所致。《金匮方衍义》认为湿热久停，蒸腐气血而成瘀浊，风化其腐而为虫所致。《金匮要略心典》认为狐惑是虫病，即巢氏所谓的䘌病。

综上所述，可知本病是因湿热毒郁遏不化引起。在病变过程中，由于湿热毒内蕴，所以发热形如伤寒，沉默欲眠，食欲不振，甚至恶闻饮食气味；虫毒内扰，故卧起不安，目不得闭，面色变幻无常。如虫毒上扰咽喉，则咽喉腐蚀；虫毒下蚀二阴，则前阴或后阴溃疡。正如《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病证治》所述："狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐。不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤乍黑乍白。"

辨证 本病主要病变为喉部及前阴、后阴腐蚀溃烂。蚀于喉为惑，蚀于前阴或后阴为狐，故统称为狐惑病。这些部位，经常潮湿，易为湿热毒邪侵袭，故最易腐蚀。其

全身症状,颇似伤寒,发展迅速。由于湿热内扰,可见心神不安,神志恍惚,欲睡却又不能安睡,甚至可见面目乍红乍黑乍白的现象。湿热内蕴脾胃,故又可见不思饮食,恶闻食臭。湿毒腐蚀喉部,故声音嘶哑。

治疗　主要根据湿热毒侵蚀部位而分别用药。全身性症状为主及上部咽喉被蚀,伤及声门,则发音嘶哑者,可用甘草泻心汤,化湿安中解毒。《金匮要略浅注补正》进而指出:"此方原治痞满,余亲见狐惑证胸腹痞满者,据此之效,可知仲景之方无不贯通。"如偏于湿热较重,可选用《千金要方》治狐惑汤或黄连犀角汤。若下部前阴被蚀,热毒循足厥阴肝经上冲,可见咽喉干燥,用苦参汤熏洗前阴患处,杀虫解毒化湿以治其本。若肛门被蚀,可用雄黄熏患处,以杀虫解毒。若狐惑酿脓,可出现脉数,微烦,默默但欲卧,目赤,甚至两眼内外眦皆变黑等证。此因热盛于内,湿毒不化,瘀血内积成脓。治宜赤小豆当归散。以赤小豆渗湿清热,解毒排脓;当归活血,去瘀生新。

劳复

热病瘥后,余热未尽,气血未复,因过分劳累而复发旧病,称为劳复。伤寒后因劳而热再起者称为"伤寒劳复"。时气、热病、温病以及其他疾病的病后养护不慎,都能发生劳复。劳复出《伤寒论》。在《辨阴阳易瘥后劳复病脉证并治》篇说:"大病瘥后劳复者,枳实栀子豉汤主之。"《诸病源候论》认为伤寒病后,多因劳动不节,饮食过度,更发于病,名之曰复,复者,谓复病如初也。本病相当于现代医学之伤寒、疟疾、感冒等病的初愈复发。

病因病机　《诸病源候论·时气劳复候》曰:"夫病新瘥者,血气尚虚,津液未复,因即劳动,更成病焉。若言语、思虑则劳于神,梳头、洗澡则劳于力,未堪劳而强劳之,则生热。热气还经络,复为病者,名曰劳复。"

由此可知,劳复多因热病后气血未实,津液未复,体力不支,操劳过甚,或强作力所不能及的劳动,而外劳形体,七情触感于内,言语过多而劳神,致形神俱劳,余热自内乘机而复潮,故症状再现。

辨证　劳复可见发热、虚烦不寐、神疲乏力、倦怠懒言,口干舌红诸象。

劳复需与食复相鉴别。食复是因热病后余热未尽,脾胃虚弱,复因饮食不慎,食积停滞肠胃,致使余热与谷食相搏而旧疾复发。食复患者除发热、虚烦外,尚可见脘腹胀满,苔腻便秘等症。

治疗　宜根据现症的寒热虚实,施以温清补泻,扶正祛邪之法。如热不解,大便如常者,可用参胡三白汤;如虚热不止者,可用麦冬汤;气阴两虚,喘嗽,烦呕者,宜竹叶石膏汤加大枣;烦渴者可去半夏加知母、天花粉;身热,食少,神疲乏力,脉虚者,宜补中益气汤;阴虚火动者,宜知柏地黄丸;虚烦不眠者,宜参胡温胆汤加枣仁、远志。症见发热、心烦、胸闷、腹满,可用枳实栀子豉汤清热宽中除烦。此外,下列简易方可选用:①胡黄连一两,山栀子二两,去壳,入蜜半两,拌和,炒令微焦为末,用猪胆汁和丸梧子大。每服10丸,用生姜二片,乌梅一个,童子小便三合,浸半日去滓,食后暖小便令温吞之,卧时再服(《图经本草》)。②苏叶煮汁二升,饮之。亦可入生姜、豆豉同煮饮(《肘后方》)。③芦根煮浓汁饮(《肘后方》)。

预防　劳复应注意病后调摄,起居有常,将息适宜,勿勉力劳作,以免过度疲劳。除此以外,还应注意情志舒畅,饮食清淡等。

解㑊

以肢体倦怠,神疲乏力为主的一类病证,称为解㑊。名出《素问》。《素问·平人气象论》曰:"尺脉缓涩,谓之解㑊安卧。"解㑊,即懈怠懒惰之意。高士宗谓:"解、懈同。㑊,音亦。"《类经·疾病类》:"身体解㑊,谓不耐烦劳,形迹困倦也。"解㑊系困倦乏力一类症状,常见于多种疾病过程中。如《素问·刺疟》篇说:"足少阳之疟,令人身体解㑊,寒不甚,热不甚,恶见人,见人心惕惕然,热多,汗出甚,刺足少阳。"《素问·刺要论》又说:"刺骨无伤髓,髓伤则销铄胻酸,体解㑊然不去矣。"

病因病机　解㑊一证,外感病与内伤病俱可兼见。临床多由久病气耗体虚或房劳过度肝肾虚损而成。脾主运化,为后天之本,五脏六腑四肢百骸皆赖其供养,脾又主肌肉、四肢,脾气输布精微,则肌满肢强,气虚脾弱则倦怠不举;又肝主筋,肾主骨,肝虚则筋缓无力,故周身肌肉皆涣散若解,肾虚则骨髓空虚不能自强,故遍体之骨节皆松懈而多㑊。此外,外邪侵袭或饮酒过多亦能导致本证。故治疗也应有虚实之辨。

辨证　解㑊主要症见四肢瘦削,胫酸骨弱,困倦懈怠,神疲乏力,喜卧,头眩耳鸣,目无所见,脉虚无力或尺脉缓涩。

若感冒风寒,或中湿伤酒,则解㑊可兼见四肢骨节懈散,怠惰烦疼,发热口渴,汗出恶风,或热不甚,或寒不甚,心中惕惕然,口苦目眩,不思饮食,苔薄白或滑腻,脉浮数,或濡或弦滑。

治疗　有以下几方面:

方药治疗　解㑊治法,当分表里虚实,分别施治。久病气虚体弱者,治宜补脾益气,滋养气血,方用补中益气汤加减;气阴不足,肝肾虚损者,治宜补益肝肾,固髓填精,方用神仙既济丹加减,或大补元煎,河车大造丸加减;若因房事过度而致者,宜服鹿胎丸;外感风寒者,以疏解腠理为主,宜羌活冲和汤,用羌活、防风、苍术、川芎、白芷、甘草、生地、黄芩、细辛、姜、枣等,以祛风化湿,清热和血,渴者可加葛根、石膏;伤于酒者,宜解酒化湿,用葛花解酲汤加减,湿甚者宜术附汤加赤苓、甘草、姜、枣,温中除湿,若邪在半表半里者,宜和解少阳,用小柴胡汤加减。

针灸治疗　选任脉、足阳明经穴和肾俞穴,如脾俞、

肾俞、气海、足三里、商丘等，用毫针行补法，并配合灸法；肝肾不足者补益肝肾，选足太阴、少阴经穴和肾俞穴，如膏肓、肾俞、三阴交和太溪、肝俞、曲泉、阴谷，用毫针行补法，不灸；中湿伤酒者宜祛除痰湿，选肺俞、脾俞、中脘、丰隆、三阴交等穴，用毫针行泻法，并配合灸法。

简易方 ①地黄一石，取汁，酒三斗，搅匀煎收。日服（《必效方》）。②糯米入猪肚内蒸干，捣作丸子，日日服之（《本草纲目》）。③五加皮、枸杞根白皮各一斗，水一石五斗，煮汁七斗，分取四斗，浸曲一斗，以三斗拌饭，如常酿酒法，待熟任饮（《千金方》）。

《内经》又有食㑊一证，《杂病源流犀烛》谓其"应亦为解㑊兼证之流派也。"症见多饮多食，食而易饥，肌肉反瘦，口苦口干，与中消之证颇为相似，可参考中消治法，见"中消"条。

趺蹶

足背动作不便，行路只能向前不能后退的病证，称为趺蹶。又称跗蹷。趺蹶名出《金匮要略·趺蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治》："病趺蹶，其人但能前，不能却。"又《淮南子·精神训》："形劳而不休则蹶。"《吕氏春秋》也有："多阴则蹷，处足则为痿为蹷"等记载。

病因病机 本病为太阳经脉受伤所致。人身的经脉，阳明行身之前，太阳行身之后，太阳经受损，所以行动时只能向前行而不能往后退，成因多由足部劳动太过、或跌伤后足背受损，或为扎针伤及腨肠的后遗症。如《金匮玉函经补注》说："针刺遂伤其经，因针扎伤太阳经脉也。"太阳经脉下贯腨内，一旦受到损伤，便会导致本证的发生。《金匮要略·趺蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治》说："病趺蹶，其人但能前，不能却，刺腨入二寸，此太阳经伤也。"总之，本病的发生，是由过劳、受伤或误治等所致。

治疗 治宜活血通络，方用四物汤加木瓜、牛膝等，亦可以健步虎潜丸加减。简易方有：①醇酒三斗，水三斗，入瓮中，灰火温之，渍脚至膝。常着灰火，勿令冷，三日止（《千金要方》）。②萆薢二十四分，杜仲八分，捣筛。每旦温酒服三钱匕（《广利方》）。

针灸治疗：以和血通络为主，常选足太阳经穴，如承山、仆参、金门、京骨、束骨、秩边、委中，用毫针行补法，并配合灸法。

如属跌打损伤致病者，应结合伤科治疗。

月经病

凡属月经的周期、经期、经量、经色、经质等方面发生异常改变，或正值经期、经期前后，伴有其他明显症状者，则为月经病。乃妇科最常见的疾患，不仅影响妇女的健康，还可导致不孕。临床以周期、经期发生变化的，则有月经先期、月经后期、月经先后无定期及经期延长等；经量发生变化的，则有月经过多、月经过少；其他如崩漏、闭经、绝经前后诸证亦为常见。若经行或经行前后伴有明显症状者，则有经行腹痛、经行吐衄、经行身痛、经行乳胀、经行泄泻、经行发热、经行浮肿等。但这些疾病不一定单独出现，往往可以参差互见。如月经先期，可兼见经量过多、经色深红、或有血块；月经后期，可兼见经量过少，或经色淡红、质稀薄；经行腹痛，可兼经色黯红或紫，有血块等。临诊时宜详审寒、热、虚、实辨证治疗，方不致误。经病的产生，主要由于正气不足，复因外感六淫，内伤七情，饮食劳倦，房事不节等致病因素所引起，故对经病的处理，首重在"防"，尤宜注意经行调护，才能减少经病发生。

经行宜忌

妇人经行之际，当慎摄生将理，凡属经行摄生将理之事宜或忌，则谓经行宜忌。因正值经期或经行前后，血室正开，邪气易于入侵，复因经期失血，阴血偏虚，阳气偏盛，情绪易于波动，对七情刺激尤为敏感；若将养失宜，则经病诸证丛生，为病非浅。《校注妇人良方》卷一云："若遇经行，最宜谨慎，否则与产后证相类。若被惊怒劳役，则血气错乱，经脉不行……凡此六淫外侵，而变症百出，犯时微若秋毫，成患重如山岳，可不畏哉。"故经行时尚须注意：

适寒温：主要是指饮食起居的寒温调节。经水为血所化，血得热则行，得寒则凝。若遇经行，受寒饮冷，或冒雨涉水、游泳，或过服苦寒之剂，血为寒凝，瘀阻胞中，血行不畅可致经水后期、经行量少、痛经、经闭等。《妇人大全良方》卷一云："月水是经络之余，若冷热调和，则冲脉、任脉气盛，太阳、少阴所生之血宣流，依时而下。若寒温乖适，经脉则虚。若有风冷，虚则乘之，邪搏于血，或寒或温，寒则血结，温则血消，故月水乍多乍少，故为不调也。"如适逢经行感受热邪，或炎暑高温作业，或过食辛烈香燥之物、辛温暖宫之剂，冲任蕴热，迫血妄行，可致经水先期或月经过多、崩漏诸疾。《叶氏女科证治》卷一有"误食辛热药物致经再行"之论，此言其寒温失调对月经的影响。

调情志：正值经前或经期，阴血下注冲任，阳气偏盛，情志易于波动，此时如遭惊恐、忧思、郁怒，而使血气错乱或血气不调，冲任不能相资，则月事因而不调。如《女科经纶》卷一引方约之曰："妇人以血为海……每多忧思忿怒，郁气居多……忧思过度则气结，气结则血亦结……忿怒过度则气逆，气逆则血亦逆。气血结逆于脏腑经络，而经于是乎不调矣。"

慎劳逸：经行时宜避免过度疲劳和剧烈运动。因劳则气耗，气不摄血，则致经水过多，甚或酿成崩漏之疾。如《丹溪心法》卷五云："若劳动过极，脏腑俱伤，冲任之气虚，不能约制其经血，故忽然而下。"

禁房事：经行期间，血室正开，络脉皆张，严禁经行时交合。否则，致伤血络，多成经漏淋漓。如《女科经纶》卷一云："若经适来而不禁房室，则败血不出，积精相射，致有诸证，此人之最易犯者。"

此外，还应保持外阴清洁，月经垫纸亦须柔软，月经带要勤洗勤换，并在日光下晒干，以防邪毒侵袭。以上所举，仅其大端，防病于未然，可识其梗概，如能谨守，即可减少经病的发生。所谓"不治已乱治未乱，不治已病治未病"，其重要意义即在于此。

月经先期

月经周期提前一周以上，甚或一月两潮者，称月经先期。亦称经期超前、月经趱前，《景岳全书·妇人规》称经早。

本病有血热、气虚之别。血热则迫血妄行，气虚则统摄无权。血热者又有实热、郁热、虚热之分，气虚者有中气亏虚、肾气不固之异。故治法：因于实热者，宜清热凉血；因于郁热者，解郁清热；因于虚热者，宜滋阴清热；气虚，病在脾，宜补中气以复统摄之权；病在肾，宜养肾气以安血之室。详审脉证，随证施治。

实热月经先期：症见月经提前，量多，色深红或紫红，质粘稠，面赤口渴，欲饮冷，便干溲黄，舌深红，苔黄，脉洪数或滑数。多系素体阳盛，或恣食辛辣，或误服暖宫之品，或热邪伤于血分，热扰冲任，致迫血妄行而经水先期而至。如《傅青主女科》卷上云："先期者，火气之冲。"治宜清热凉血。方用清经散（《傅青主女科》）或先期汤（《证治准绳·女科》）。

郁热月经先期：症见经行提前、色红，量或多或少，经行不爽，小腹胀痛，心烦易怒，胸闷腹胀，口苦咽干，苔薄黄，脉弦数。乃由情怀不悦，性躁易怒致肝气郁结，积郁化火而经行先期。《万氏妇人科》卷一谓："如性急躁多怒、多妒者，责其气血俱热且有郁也。"治宜舒肝清热，凉血调经。方用丹栀逍遥散。若伴腹痛甚而挟瘀块者，可加泽兰、丹参、益母草，以活血行瘀；若头昏耳鸣、目赤便结者，可加酒制大黄、生地引血分之火下行，以清血中之热。

虚热月经先期：症见经行先期量少、色红质稠，身体瘦弱，五心烦热，口干咽燥，舌红少苔，脉细数。多因素体阴虚，或大病久病，失血伤阴，阴虚内热，迫血先期而下。治宜养阴清热。方用加味地骨皮饮（《医宗金鉴》）去川芎，加阿胶、麦冬，以养血滋阴。俾阴津足则热自除，经自调。若见头晕耳鸣、心悸而烦等症，是为肾精不足，虚火内扰之象。治宜滋肾育阴以补真水，使其阴平阳秘，则经自调，慎勿泄火以伐真阳。方用两地汤（《傅青主女科》），加女贞子、桑椹子。

气虚月经先期：症见月经先期，量多色淡，质清稀，神疲体倦，少气懒言，或心悸，小腹空坠，纳少便溏，舌质淡，苔薄白，脉虚弱。是以素体虚弱，或大病、产后失养，耗伤正气，气虚不能固摄，或饮食伤脾，脾失统摄致经期提前。《邯郸遗稿》曰："如半月或十日而来，且绵延不止，此属气虚。"治宜补气摄血，养血调经。方用举元煎或圣愈汤去川芎加荆芥炭。若见心悸少寐，面色少华，此系心脾两虚。如《景岳全书·妇人规·血热经早》云："经早不及期者，乃其心脾气虚不能固摄而然。"治宜养益心脾，补气摄血。方用归脾汤。

肾虚月经先期：症见经行先期，量少、色黯淡，腰腿酸软，头晕耳鸣，舌质淡、苔薄，脉沉细无力。乃先天禀赋不足或房劳多产伤肾，致肾气不守，封藏失职。如《景岳全书·妇人规·经脉诸脏病因》："门户不固而妄行者，亦有之，此由脾肾之虚，不得尽言为火也。"治宜固肾调经。方用固阴煎加续断、枸杞，以助固肾滋血之功。

月经后期

月经周期推迟七日以上，甚至每隔四五十日一行者，称月经后期，或称经期退后。《景岳全书·妇人规》称经迟。乃气血运行不畅，冲任失调，以致血海不能按时满溢。发病原因，则有因于寒者，有伤于七情者，有痰湿阻胞者；也有因素体虚弱，生化之源不足者。临床应视经量、经色，并结合全身症状详细分辨。治法常以温经、养血、行气、化痰为主。温经则寒去，养血则血充，行气则滞消，痰除则经通。

实寒月经后期：症见经行后期，色黯质稠挟块，小腹痛剧，得热则减，肢冷畏寒，苔薄白，脉沉紧。多因经产之际，过食生冷，或涉水感寒，寒邪乘虚搏于冲任，血为寒滞，经脉运行不畅，以致经行后期。如《普济方·妇人诸疾门》云："阴胜阳，则胞寒气冷，血不运行，经所谓天寒地冻，水凝成冰……而在月后。"治宜温经散寒，活血调经。方用温经汤去莪术、丹皮，加生蒲黄、艾叶以温经活血止痛。

虚寒月经后期：症见经行过期而量少，色淡质薄，腹痛绵绵，喜暖喜按，腰酸肢软，纳少便溏，舌淡苔薄，脉沉弱无力。多由素体阳虚，阴寒内生，脏腑气化不行，则气弱而血少，冲任空虚，血海不能按时满溢，以致经行后期。如《景岳全书·妇人规·血寒经迟》："凡血寒者，经必后期而至。然血何以寒？亦惟阳气不足则寒从中生，而生化失期，是即所谓寒也。"治宜扶阳散寒，养血温经。方用大营煎（《景岳全书》）。若寒甚者加巴戟、补骨脂，以温肾壮阳。

气滞月经后期：症见月水推迟，行而不畅，将潮或临经时少腹胀痛，连及胸胁，胸闷不舒，神情抑郁，脉弦涩。多为情怀不遂，忧恚郁结，木失条达，失于疏泄，血为气滞，冲任受阻，经水不能按时而下。《四圣心源》卷十："木不能泄，则后期而至，以木气郁遏，疏泄不行，期过一月而积蓄既多，血室莫容，然后续下，是以来迟也。"治宜行气

开郁，活血调经。方用加味乌药汤或十味香附丸。若兼血瘀者，症见经行后期，腹痛拒按，色紫黯有块，块下痛减，舌紫黯或有瘀点，脉弦。治宜行气活血，祛瘀调经。方用过期饮。

痰湿月经后期：症见经行后期，量或多或少，色淡而粘。平素带下量多，脘闷纳呆，腹满便溏，苔白腻，脉缓或滑。此因素体肥胖，痰湿内盛，或嗜食酒醴肥甘，中州失运，蕴而生痰，痰湿下注冲任，壅滞胞脉，以致经行后期。《万氏妇人科》卷一云："痰涎壅滞，血海之波不流。故有过期而经始行。"治宜健脾化湿，涤痰通经。方用苍莎导痰丸（《万氏妇人科》），加川芎、泽兰以活血调经。或用二陈汤加川芎、当归，以养血活血。

血虚月经后期：症见汛期推迟，量少色淡，小腹空坠，面色无华，爪甲不荣，头昏心悸，舌淡无苔，脉虚细。常因经行、产后失血过多，或大病久病，阴血内耗，以致冲任血虚，血海满溢失时，而见经行后期。《医宗金鉴·妇科心法要诀·调经门》："若过期不至，并不胀痛者，乃无血可行，是血虚也。"治宜补气养血。方用滋血汤（《证治准绳》），加白术、山茱萸，以滋精血之源。或用人参养营汤。有因血虚阴亏化燥者，如《景岳全书·妇人规·血热经迟》云："其有阴火内灼，血本热而亦每过期者，此水亏血少，燥涩而然。"症见经来推迟而色深红，质稠量少，心烦口干，渴不引饮，手足心热，舌赤少苔。治宜滋阴壮水，养血调经。方用加减一阴煎加阿胶，滋阴养血。

月经先后无定期

经期不准，或前或后，潮无定时，称月经先后无定期。《景岳全书·妇人规》称经乱，《傅青主女科》名经水先后无定期，《类证普济本事方》谓月经愆期。发病的主要机制是气血失调，冲任功能紊乱，血海蓄溢失常所致。它与肝、肾、脾关系密切，因肝藏血而司血海，肝气宜于条达而恶抑郁，肝气疏泄太过与不及，均可使血海蓄溢失常。肾主藏精，为月经之本，肾虚封藏失职，则血海蓄溢无时，脾为后天之本，生化之源，脾统血，脾虚则生化、统血失司，冲任功能失调而致经期紊乱。故治疗分别以舒肝、固肾、补脾为主，使气顺则血和，精充则血足，脾健则血生，冲任得养，血海蓄溢有时，经行自有定期。

肝郁月经先后无定期：症见经期不准，或先或后，或断或续，经量时多时少，色黯红，经前或经期乳房、小腹、胸胁胀痛，郁闷不舒，喜叹息，苔薄脉弦。多因情志抑郁，或性躁忿怒，肝气拂逆，气血紊乱，致血海蓄溢失常，经期乖乱。《傅青主女科》卷上："妇人有经来断续，或前或后无定期，人以为气血之虚也，谁知是肝气之郁结乎？"治宜疏肝理气，养血调经。方用逍遥散去煨姜之辛散，加郁金、川楝舒肝达郁。若兼见腹痛，经行不畅者，则加香附、延胡索理气止痛。若肝郁化热，而见头晕头痛，咽干口苦，舌红苔薄者，可加丹皮、栀子之属以清肝热。

肾虚月经先后无定期：症见月经周期或先或后，量少色淡或鲜，质清稀，小腹冷痛，头晕耳鸣，小便清长，夜尿频频，舌淡苔薄，脉沉细无力。其症多系禀赋不足，或房室所伤，或产乳过多，致肾虚封藏失职，冲任功能紊乱，血海蓄溢失常，而经行先后不定。《景岳全书·妇人规·肾虚经乱》："妇人因情欲房室，以致经脉不调者，其病皆在肾经。"肾虚经行先后不定，有偏肾阳虚、肾阴虚之分。若肾阳偏虚者，症见经期错乱，或先或后，量少，色淡质清，小腹冷痛，头昏耳鸣，小便清长，夜尿增多，舌淡苔薄白，脉沉细无力。治宜温补肾气，固冲调经。方用大补元煎。如肾阴偏虚，症见月经或前或后，量少，色鲜红，腰膝酸软，舌红少津，脉沉细数。治宜滋肾养血、调经。方用左归饮加龟甲、丹皮，以养肾精而清伏火。如肾虚而兼肝郁者，症见经期先后不定，经色黯而质稀，时感两胁胀痛不舒，舌黯苔薄，脉沉弦。治宜舒肝益肾。方用定经汤（《傅青主女科》）加川楝子，以疏肝定痛。

脾虚月经先后无定期：症见经期紊乱，或前或后，经量或多或少，色淡质清，神疲气短，纳差便溏，舌淡红，苔白腻，脉虚缓。多因素体脾虚，或饮食劳倦所伤，或为肝气犯脾，以致脾虚气弱，失其生化、统摄之权，冲任受损，则月汛失常，潮无定时。《叶氏女科证治》卷一："经来或前或后，名曰愆期，此由脾胃虚弱，冲任损伤……。"治宜健脾益气，使脾健则血生，气旺则能摄，而经自调。方用参苓白术散去苡仁，加当归、黄芪，以增益气养血调经之功。

经期延长

月经周期正常，行经天数延长七日以上，甚或半月之久者，称经期延长。《诸病源候论》称月水不断，《兰室秘藏》谓经漏。主要病机为冲任受损，不能约制经血，临床常见的有气虚、血瘀、血热三者。治宜分别用补气、化瘀、清热之法，使气生则血有所统，瘀去则血自归经，热除则血安而经止。本病常为崩漏之先兆，故张山雷谓："须知淋漓之延久，即是崩漏之先机"。须及早治疗，以杜后患。

气虚经期延长：症见行经时间延长，绵延不止，色淡量多质稀，小腹空坠，神疲体倦，气短懒言，面色㿠白，舌淡苔薄，脉濡细。多因素体虚弱，或大病久病，饮食劳倦，损伤脾气，致体虚气弱，冲任不固，经血失统。《校注妇人良方》卷一云："妇人月水不断，淋沥腹痛，或因劳损气血而伤冲任。"《普济方·妇人诸疾门》："若劳伤经脉，冲任之气虚损，故不能制经血，令月水不断也。"治宜益气固冲、摄血。方用固冲汤（《医学衷中参西录》）。或用归脾汤。

血瘀经期延长：症见经期迁延日久，淋漓不断，量时多时少，色暗红，挟有瘀块，腹痛拒按，舌紫红或边尖有瘀点，脉弦或涩。此由经产之际，血室正开，余血未净，寒邪外袭，血为寒凝，或交合阴阳，瘀阻胞中，血不归经所致。《校注妇人良方》卷一云："妇人月水不断……或因经行而

合阴阳，以致外邪客于胞内，滞于血海故也。"治宜祛瘀行滞、止血。方用逐瘀止崩汤(《安徽中医验方选集》)。也可用四物汤合失笑散。

血热经期延长：症见经来持续不断，日久不止，甚或十日、半月不净，量少，色红，五心烦热，口干咽燥，舌红苔薄，脉细数。多由素体阴亏，产乳众多，致精血内耗，阴亏血热，热扰冲任，经血失守；或因七情过极，五志化火，克侮脾土，挟其脾湿，湿热内蕴，迫血妄行。如《妇科玉尺》卷一云："经来十数日不止者，血热也。"治宜滋阴清热，凉血安冲。方用地芍凉血汤(《顾松园医镜》)，或损余汤(《辨证录》)。若兼湿热者，症见经水淋漓日久，色紫黑，量多质粘稠，气臭腐，腹痛，经净后带多色黄，苔黄腻，脉滑数。治宜解毒除湿，清热固经。方用解毒四物汤(《医学入门》)，或用四物坎离丸(《药祇医学丛书》)。

简易方：①陈莲蓬壳，烧存性，研末。每服二钱，热酒下(《本草纲目·莲藕》)。②侧柏叶，木贼炒微焦等份，为末。每服二钱，米饮下(《圣济总录》)。

月经过多

月经周期基本不变，经来明显超过常量，称月经过多，见《圣济总录》。《素问病机气宜保命集》谓经水过多。主要病机乃血热、气虚所致。因气为血帅，血随气行。气虚则摄血无权，血随气陷；血热则迫血妄行，流溢失常。亦有因痰湿占住血海，血不循经而致者。但初起总以血热者多。如《万氏女科》卷一云："凡经水来太多者，不问肥瘦，皆属热也。"若长期经水过多，势必易致气血两虚之证，故宜根据不同证型分别施治。血热者，凉血固经；气虚者，补气摄血；痰湿者，祛痰化湿。切忌耗气行血之品，更伤其正。

血热月经过多：症见经来量多如崩，色深红质稠，口干唇燥，渴欲饮冷，便秘溲黄，舌质深红，脉弦大数。多系素体阳盛，阳盛则热，热则血溢不守；或情怀抑郁，郁而化火，热伏冲任；或素多嗜食辛烈之品，热伏冲任，迫血妄行，因而月经过多。《证治准绳·女科》卷一："若阳气乘阴，则血流散溢，经所谓天暑地热，经水沸溢，故令乍多。"治宜清热凉血，固经。方用固经丸(《妇人大全良方》)去香附之辛燥，加生地、地骨皮，以清血中之热。或用先期汤去当归、川芎、香附辛温走窜之品，加制首乌、藕节固冲止血。若肝郁化热，则见量多色黯，临经乳胀，胸闷叹息，心烦易怒，口苦咽干，舌红苔薄黄，脉弦数。治宜舒肝清热，养血调经。方用平肝解郁止血汤(《傅青主女科》)加旱莲草、地榆炭，以柔肝凉血止血。若热邪伤阴，其症必见五心烦热，口渴咽燥，舌红少苔，脉细数。治宜滋阴降火。方用大补阴丸加女贞子、旱莲草，养阴止血。

气虚月经过多：症见经血过多，色淡质清，小腹空坠，气短懒言，舌淡苔薄，脉虚无力。多因饮食伤脾，中气不足，或大病久病失养，体虚气弱，气虚则血无所依，冲任之脉不固，经血失于统摄而量多。《证治准绳·女科》："劳伤气血，冲任虚损，月水过多。"治宜补气摄血，佐以升提。方用举元煎加阿胶、炒艾叶、乌贼骨，以温经止血。若兼腰脊酸楚、下肢无力、大便溏薄者，是为脾肾两虚之证，则于方中加补骨脂、赤石脂以温肾固涩。

痰湿月经过多：症见月经量多，色淡粘稠，经期延长，胸闷欲呕，纳少痰多，头重目眩，平日带下偏多，舌淡苔腻，脉弦滑。多由素体形盛肥胖，脾虚气弱，运化失司，致痰湿内聚，壅滞血海，血不循经而经水过多。《丹溪心法》卷五："痰多占住血海地位，因而下多……。"治宜祛痰利湿，扶脾调经。方用香砂六君子汤，加炒荆芥、艾叶。

简易方：赤石脂、破故纸各一两为末。每服二钱，米饮下。适用于气虚月经过多(《普济方》)。

月经过少

月经周期如常，而经血较其恒量明显减少，或行经时间缩短，甚至点滴即净者，称为月经过少或经少。其发病机制，有虚有实。虚者血源不足，血海不充，经下量少；实者血海受阻，经行不畅。因于虚者，则有血虚、肾虚之别；因于实者，则有血瘀、痰湿之分。临床以虚证多见，不可妄用通经之药，应培补脾肾为主，精充血足，则经量自增。倘确属实证，方可酌用行瘀、化痰、调经之药。本病常为闭经之先兆，临证尤宜注意调治。

血虚月经过少：症见经行量少，期短旋净，色淡质稀，腹痛喜按，头昏目眩，心悸少寐，面色无华，舌淡苔白，脉细。多系素体虚弱，或久病耗伤阴血，或脾虚化源不足，以致冲任失养，因而月经过少。《古今医鉴》卷十一："夫经水阴血也，属冲任二脉，……有因脾胃损而血少者，有因劳伤身而血少者。"治宜补气养血。方用人参滋血汤(《产宝百问》)，或人参养营汤。

肾虚月经过少：症见行经期短，经量极少，甚或点滴即净，色鲜红或淡红，头晕耳鸣，腰酸腿软，或足跟痛，舌淡苔薄，脉沉细。乃由禀赋肾气不足，或早婚多产，小产，房室不节，斫丧肾气，精亏血少，冲任不足。血海不盈，而致经量过少。治宜益肾填精，使精充血足，则经自调。方用龟鹿饮(《辨证录》)，加当归、白芍，以养血调经。或用当归地黄饮(《景岳全书》)。

血瘀月经过少：症见经来量少，色紫黯有块，小腹疼痛拒按，舌质紫黯或舌尖边有瘀点，脉弦涩或沉涩。多因经行产后，余血未净，或感寒邪，血为寒凝；或忧思忿怒，气滞血瘀，皆令胞脉受阻，以致经水过少。治宜活血行瘀为主。方用过期饮，或少腹逐瘀汤。

痰湿月经过少：症见经来量少，色淡质粘稠、脘闷纳呆，苔白腻，脉弦滑。常由形体肥胖，痰壅湿聚，脾土受困，运化失司，滞阻胞脉，致血行不畅而经行量少。《万氏妇人科》卷一云："如肥人及饮食过多之人，责其湿痰壅滞，躯脂迫塞也。"治宜健脾燥湿化痰。方用启宫丸(《验

方》),加当归和血调经。也可用苍莎导痰丸(《万氏妇人科》)。

简易方:四物加葵花汤:四物汤四两,葵花一两,作五剂或四剂,水煎服(《医部全录·经脉门·方》)。

痛经

妇女正值经期或行经前后,发生以小腹疼痛为主,或痛引腰骶,甚至昏厥,影响日常工作和生活,并随月经周期发作者,称痛经。《妇人大全良方》谓经行腹痛。《诸病源候论》有"月水来腹痛候"。《千金要方》在"九痛"中有"经来即腹中痛"的论述。

病因病机 发生痛经原因,历代医家论述颇多。有因体虚而受风冷者,如《诸病源候论·月水来腹痛候》曰:"妇人月水来腹痛者,由劳伤血气,以致体虚,受风冷之气,客于胞络,损冲任之脉……风冷与血气相击,故令痛也。"至宋,《妇人大全良方》创温经汤主治风冷致痛经,该方至今一直为临床医家所推崇。在金元时期,对痛经病因认识更加深入。如《丹溪心法》卷五论痛经之由有:虚中有热、郁滞、瘀血、血实之别。然总的说来,六淫侵袭,摄生不慎,七情伤损,皆可导致痛经。其发病机制,根据"不通则痛","失荣则痛"的理论,主要是由于气血运行不畅,冲任受阻,或气血不足,胞脉失养,虚而作痛。临床常见的则有:寒邪凝滞、气滞血瘀、气血虚弱、肝肾亏损等。

辨证 主要是根据疼痛发生的时间、性质以辨其寒、热、虚、实。一般以刺痛属热;绞痛、冷痛属寒;小腹胀痛或腹痛阵作属气滞;小腹痛甚,块下痛减属血瘀;喜按喜揉者,属虚;拒按者,属实;得热痛减属寒;得热痛剧属热。痛在经前、经后亦有虚、实之分。大抵以经前、经期痛者为实;经后痛者为虚。如《景岳全书·妇人规·经期腹痛》云:"经行腹痛,证有虚实……然实痛者多痛于未行之前,经通而痛自减;虚痛者于既行之后,血去而痛未止,或血去而痛益甚。大都可按可揉为虚,拒按拒揉为实。"此可谓本病辨证之要领。

寒邪凝滞痛经 实寒者,症见经期小腹绞痛或冷痛,喜热熨,经色紫黯有块,肢冷畏寒,苔薄白,脉沉紧。虚寒者,症见经行时痛势绵绵,喜热喜按,色淡量少,肢冷便溏,苔白润,脉沉紧。

气滞血瘀痛经 若偏气滞者,症见经前或经期少腹胀痛,但胀过于痛,甚则上连胸胁、两乳,或伴偏头痛,精神抑郁,胸闷泛恶,经行不畅,经色黯红,苔薄白,脉弦细。若偏血瘀者,症见小腹拘急疼痛,拒按,经色紫黯有块,块下疼痛顿减,舌紫黯或舌尖边有瘀点,脉沉实有力。若滞而郁久化热者,症见经将行作痛,乍作乍止,得热痛甚,胸胁胀闷,心烦易怒,经色深红有块,口苦咽干,舌红苔黄,脉弦数。

气血虚弱痛经 症见经来量少色淡,经后腹痛绵绵,喜揉喜按,面色㿠白,心悸气短,舌淡苔薄,脉虚细。

肝肾亏损痛经 症见经净腰酸,小腹隐痛不适,肢软无力,经行量少,色淡,舌淡薄,脉沉细。

治疗 痛经治疗,以调理气血冲任为主。病因不同,治法各异。因于虚者,则补而通之。因于寒者,则温而通之。因血热气实者,则清而化之。具体治法,又当根据月经周期适时用药,一般在经潮时宜调血止痛以治其标,若在经前或经行时小腹胀痛,经来不畅者,则宜于经前3—5日开始服活血调经之剂。平时则宜辨证求因以治其本。并结合患者体质情况,或以调肝,或以补肾,或以扶脾,使其气顺血和,冲任流通,则痛自愈。

方药治疗 有以下几型。

(1) 寒邪凝滞痛经:治宜温经散寒,方用少腹逐瘀汤。若兼寒湿者,症见经血下如黑豆汁,平时带下频频,则于方中加苍术、茯苓,以健脾燥湿。若因于阳虚内寒者,治宜温经养血。方用温经汤,或用当归建中汤。

(2) 气滞血瘀痛经:偏气滞者,治宜行气解郁。方用乌药散(《妇人大全良方》),或七制香附丸(《医学入门》)。若滞而郁火化热者,治宜清热和血,宣郁通经。方用宣郁通经汤(《傅青主女科》),或清热调血汤(《古今医鉴》)。若偏血瘀者,治宜活血化瘀,方用血府逐瘀汤,或折冲饮(《景岳全书》),加益母草、枳壳。

(3) 气血虚弱痛经:治宜益气补血。方用三才大补丸(《素庵医要》),或十全大补汤。

(4) 肝肾亏损痛经:治宜滋肾养肝。方用调肝汤(《傅青主女科》)。若兼腰骶疼甚者,加杜仲、续断,强腰补肾。

针灸治疗 以行气活血,通调冲任为主。选足太阴和足阳明、任脉等经穴和背俞穴,如肝俞、脾俞、肾俞、气海、关元、中极、归来、血海、三阴交、行间、地机或足三里等,每次3—5穴。实证用毫针刺,行泻法,并可同时配以灸法。虚证者,以毫针刺行补法,并配合灸法。

耳针,可选内生殖器、盆腔、肝、耳神门等穴,用中、强刺激,留针30分钟,间歇运针。自经前5日开始针刺,每日1次,至经止为止。

推拿疗法 治则:温经通络、理气止痛为主。

操作:(1) 屈膝仰卧位:①用掌摩法顺时针方向摩腹。以感觉到患者腹壁明显松弛为度。②掌振丹田透热:3分钟以上。

(2) 俯卧位:①一指禅推法:从脾俞推至八髎。②按揉脾俞、胃俞、次髎、中髎。③擦八髎:透热为度。④叩击八髎:以较快而富有节奏的拳叩法施于骶椎,使震动传至下焦脏器。

虚证以仰卧位手法为主,实证则以俯卧位手法为先。一般选择月经同期进行治疗。疼痛剧烈者,可于脾俞、胃俞和次髎附近寻找过敏点重按之;亦可重手法按揉三阴交、公孙。

(3) 备用手法:腰椎旋转复位法:适用于椎骨错缝性痛经。此类患者常有棘突偏歪和压痛,可在上述治法后

酌情选用侧卧斜扳法、坐位直腰旋转复位法或坐位弯腰旋转复位法。

简易方　(1)当归、附子(炮)各等份,㕮咀,每服三钱,水一盏,煎八分,空心温服(《医部全录》)。

(2) 炒香附一两、荔枝核烧存性五钱,共研末,每二钱,米汤饮下(《妇人大全良方》)。

食疗方　(1)山楂片一两,向日葵子五钱,炒香捣碎,红糖二两,将前二味煎水,冲化红糖服。每于经前服二剂。

(2) 当归三两,生姜五两,羊肉一斤,以水八升,煮取三升,温服七合,日三服(《金匮要略》)。

护理　(1)痛经剧烈时,应卧床休息,如痛甚而厥、手足逆冷者,则宜采取局部热敷,或用艾灸。或用生姜数片,红糖适量煎汤代茶饮,有散寒止痛之功效。

(2) 经期忌食生冷寒凉之品,经期宜注意腹部保暖,不宜游泳、涉水或冒雨感寒,以免寒邪客胞。

经闭

发育正常女子,一般14岁左右月经来潮,若超过18岁月经初潮未至,或曾有过正常月经,而复闭止3个月以上,排除青春期前、妊娠期、哺乳期、绝经后的生理性闭经,则谓经闭。早在《素问·阴阳别论》、《素问·评热病论》便有女子不月和月事不来的记载。经闭之名始见于《妇人大全良方》,其间有室女经闭成劳之述。《诸病源候论》称月水不通。

病因病机　闭经病因,古人对此早有精辟的论述,如《素问·阴阳别论》云:"二阳之病发心脾,有不得隐曲,女子不月。"其意是"不月"之因,责之于所思不遂,谋虑拂逆,心脾气结所致。至汉张仲景在《内经》理论的指导下,于《金匮要略·妇人杂病脉证并治》说:"妇人之病,因虚、积冷、积气为诸经水断绝。"给后世医家研究经闭,提供了重要理论依据,并有发挥。如《诸病源候论·月水不通候》曰:"妇人月水不通者,由劳损血气,致令体虚受风冷,风冷邪气客于胞内,伤冲任之脉……致胞络内绝,血气不通故也。"具体阐述了闭经之因,乃为体虚,风寒客胞所致。又曰:"……先经唾血及吐血、下血,谓之脱血,使血枯,亦月事不来也。"言其闭经乃由失血导致。唐代《备急千金要方》卷三十七则提出:"血脉瘀滞……妇人经闭不行。"《丹溪心法》卷五有"躯脂满经闭"者。言其经闭由痰湿阻胞而致。至明代《景岳全书·妇人规·血枯经闭》中明确以"血枯","血隔"立论。明武之望在《济阴纲目》中则认为经闭之因由情志内伤,气郁而致。如在《济阴纲目·经闭门》眉批:"人有隐情曲意,难以舒其衷者,则久郁而不畅,不畅则心气不开,脾气不化,水谷日少,不能变见气血,以入二阳之血海矣,血海无余,所以不月也。"综合各家之说,闭经病因,不外虚实两端,虚者多为阴血不足,甚至枯竭,血海空虚,无余可下;实者多为实邪阻隔,脉道不通,经血不得下行。临床常见的则有因血虚或肾虚精亏血少,胞脉失养而致者,有因情志不畅,郁而不达;或因寒凝胞中或痰湿阻胞血行不畅而致者,病因不同,则证有虚实,临证当详审虚实寒热,谨守病机,方不致误。

辨证　经闭一证,既有虚实之殊,辨证时当根据患者全身情况,病程之长短,是突发性或是渐进性,以及临床表现进行辨证。一般而言,年逾十八而初潮未至,或月经周期逐渐延后,量由多转少,经色由红转淡,继而闭止不潮者,属虚证,大多有先天不足或后天脾胃化源不足所致。如平素月经正常,而突然停经,而伴有其他症状者,多属实证,可为寒凝客胞,或痰瘀内阻或气郁所致。凡虚证多见面色苍白或萎黄、形体消瘦、头昏眼花、心悸怔忡、肢软乏力、纳谷不香,或时有潮热,或有腰酸腹坠、舌淡苔薄、脉多无力,或虚细。属实证者,多有经期感寒、饮冷、郁怒等病史,兼见胸腹胀满、小腹胀痛,或胸脘满闷、呕恶痰多、脉多弦紧或沉弦有力。

血虚经闭　症见经闭不行,面色不荣,头晕心悸,神疲乏力,舌淡苔薄,脉细弱。若兼气虚者,症见经量渐减,终至经闭,面色㿠白,神疲肢软,头晕食少,腹坠,舌淡苔白,脉细缓无力。

肾虚经闭　症见月经初潮应至而未至,或潮后复闭,伴见头晕耳鸣,腰酸腿软,小便频数,舌淡苔薄,脉沉细。若偏于肾阴虚者,则见五心烦热,潮热盗汗,舌红而干,脉细数。偏肾阳虚者,则见形寒肢冷,夜尿量多,大便溏薄,舌淡苔薄,脉沉迟。

气滞血瘀经闭　症见月经数月不行,胸胁胀满,少腹胀痛,或拒按,舌质紫黯有瘀点,脉沉涩。若见性急,烦躁易怒,舌尖红,苔薄黄者,则为肝郁化火之证。若瘀血内停,症见少腹拘急,疼痛拒按、肌肤甲错,目眶黯黑,脉弦涩,舌尖边有瘀点。

寒凝经闭　症见月事停闭,形寒肢冷,小腹冷痛,拒按、喜热熨,脉沉紧、苔薄白。

痰湿经闭　症见月经数月不潮,形体肥胖,胸胁满闷,呕恶痰多,或带下量多色白,舌淡苔白腻、脉滑。

治疗　经闭证型虽多,但不外虚实两者,其治疗原则,虚者宜补,实者宜通,不可一见经闭,即滥用通利之法,而伐生生之气。如《景岳全书·妇人规·血枯经闭》云:"今之为治者,不论有滞无滞,多兼开导之药,其有甚者,则专以桃仁、红花之类通利为事,岂知血滞者可通,血枯者不可通也;血既枯矣而复通之,则枯者愈枯,其与榨干汁何异!为不知枯字之义耳。为害不少,无或蹈此弊也。"故宜谨守病机,灵活辨证,有热无热,夹虚夹实,随证变通。

方药治疗　有以下几型:

(1) 血虚经闭:治宜补气养血。方用归脾汤。若兼气虚者,治宜益气养血。方用加减补中益气汤。若营阴暗耗,而见心悸失眠、多梦者,则宜养心阴,和血脉。方用柏子仁丸加阿胶、枸杞、丹参,以养血和血。

(2) 肾虚经闭：治宜补肾调经。方用当归地黄饮，若偏于肾阴虚者，则宜于方中去当归，加龟胶、麦冬、丹皮、地骨皮，以滋阴养血清热。若偏于肾阳虚者，宜于上方加肉桂、巴戟、鹿胶以温肾助阳。

(3) 气滞血瘀经闭：治宜理气行滞，活血祛瘀。方用血府逐瘀汤。若肝郁化火，心肝热盛者，则宜清热泻火。方用四物凉膈散(《万氏妇人科》)。若为瘀血内停，治宜缓中补虚，活血祛瘀。方用大黄䗪虫丸。

(4) 寒凝经闭：治宜温经散寒。方用温经汤。

(5) 痰湿经闭：治宜健脾燥湿化痰，活血通经。方用苍莎导痰丸加当归、川芎，以活血调经，或用丹溪痰湿方。

总之，闭经一证，临床以虚证多见，即或实证，也多虚中挟实，故在治疗中多以益气养血，调补肝肾，佐以行气活血之品为要。

针灸治疗 常选取俞募、足三阴和足阳明等经穴为主，如脾俞、肾俞、中极、关元、气海、水道、归来、血海、地机、足三里、三阴交、太冲等，每次3—5穴。实证用毫针刺，行泻法；虚证用毫针刺，行补法，必要时可配灸法。

推拿疗法 治则：补中益肾，温经活血。

操作：(1) 虚证：①按揉中脘、气海、关元、足三里、三阴交。②顺时针摩腹。③掌振丹田。透热为度。④一指禅推脾俞、胃俞、肾俞、次髎。⑤直擦背部膀胱经，横擦八髎。

(2) 实证：①按揉箕门、血海、地机、三阴交、公孙。②按揉膻中、气海、石门、中极。③擦胁肋，配合按揉期门、章门。④擦八髎。⑤叩击八髎，见"痛经"。

简易方 (1) 马鞭草根苗五斤，锉细，水五斗，煎至一斗，去滓，熬成膏。每服半匙，食前温酒化下，每日2服(《太平圣惠方》)。

(2) 凌霄花为末，每服二钱，食前温酒下(《徐氏胎产方》)。

(3) 当归尾、没药各一钱，为末，红花浸酒，每日1服。

(4) 蚕沙二两炒黄，入酒煮沸，去渣，和水饮下。

食疗方 乌骨白丝毛鸡一只，乌鲗鱼骨童便浸，晒干为末，炒黄四两，茜草酒浸，切片，一两，鲍鱼切片，四两。以上三味入鸡腹内，用陈酒、童便各二碗，水数碗，随煮随添，候糜烂，焙干，骨用酥炙，共为细末，干山药粉调糊为丸，如桐子大，每服七十丸，空心百劳水下。

崩漏

妇女阴道不规则出血称之为崩漏。以来势急迫，出血量多者称为"崩"；来势较缓，出血淋漓不断者称为"漏"。崩与漏虽有血量多少和病情缓急的不同，然病机则一，在发病过程中，可以互相转化。如崩之后，病延成漏；久漏不止，变而为崩，故两者统称"崩漏"。《素问·阴阳别论》称为"崩"；《金匮要略》称"漏下"、"崩中"；《诸病源候论》有"漏下候"、"崩中候"、"崩中漏下候"的病机专论。"崩漏"之名早见于《济生方》："崩漏之疾，本乎一证，轻者谓之漏下，甚者谓之崩中。"其他尚有"经血暴下"(《圣济总录》)，"血崩"(《儒门事亲》)，"经漏不止"、"暴崩"(《兰室秘藏》)等名。现代医学的子宫功能性出血属此范畴。

病因病机 本病的病因，以内伤七情、饮食劳倦、房室损伤者居多。其病机，主要是由肝肾功能失调，气血亏损和冲任失固所致。《诸病源候论·妇人杂病诸候二》谓："漏下者，由劳伤气血，冲任之脉虚损故也。冲脉、任脉为十二经脉之海，皆起于胞内……若劳伤者，以冲任之气虚损，不能制其经脉，故血非时而下，淋沥不断，谓之漏下也。"又谓："崩中者，脏腑伤损，冲脉、任脉血气俱虚故也……而冲任之气虚，不能制约其经血，故时崩时止，淋沥不断，名曰崩中漏下。"冲为血海，任主胞胎，故后世均重视冲任失司对引起本病的作用。分析崩漏的成因，有因劳倦或思虑伤脾，脾虚不能统摄者；有肝火内炽，而热扰冲任，迫血妄行者；有肾阴不足，阴虚内热，而冲任不能固摄者；有肾阳虚衰，闭藏失职，冲任不固而致者；也有因房室损伤，相火大动而致者；有因元气大虚，气陷于下，气不摄血者；有因经期产后，瘀阻冲任，瘀血不去，新血不得归经者。当仔细辨析。

辨证 主要根据血量多少，血色变化，以及质之粘稠或稀薄，发病的久暂，并参合其舌脉，首辨是崩还是漏，次辨其证之相关脏腑及寒热、虚实。一般崩漏以虚证多而实证少；热者多而寒者少；虚火多而实火少。如量多色鲜质稠，脉数者为热；色淡质稀薄，脉濡细者为虚寒；色紫有块，小腹作痛者为瘀血证。

血热崩漏 症见阴道大量出血，或淋漓不止，血色深红，心烦少寐，口渴，便秘，舌苔黄，舌质红，脉滑数等。若见胸胁胀痛口苦，心烦易怒者，为心阴亏损，心火亢盛之证。

血瘀崩漏 阴道出血淋漓不净，或突然量多，或乍止，或时漏，色黯质稠，挟有瘀块，小腹疼痛拒按，块出痛减，舌质暗红，或边有瘀点，脉沉涩。

气虚崩漏 症见暴崩下血或淋漓不净，色淡质稀，面色㿠白，肢倦神疲，气短懒言，舌质淡，或边有齿印，苔薄润，脉缓弱无力。若出血过多，心悸健忘，失眠多梦，食少神疲，体倦肢软，舌淡，苔薄白，脉细，为心脾两虚之证。

肾虚崩漏 ①症见血色鲜红，五心烦热，头晕耳鸣，颧红心悸，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数，为肾阴虚。②症见血色暗质薄，面色晦暗，腰痛如折，肢冷形寒，小便清长，为肾阳虚损。

治疗 崩漏治法，当分标本缓急，以调节脏腑功能为主，《丹溪心法附余》方广谓："血阳也，静则循经荣内，动则错经妄行。……治崩次第，初用止血以塞其流，中用清热凉血以澄其源，末用补血以还其旧。若止塞其流而不澄其源，则滔天之势不能遏，若止澄其源而不还其旧，则

孤子之阳无以立,故本末无遗,前后罔紊,方可言治也。"本着"急则治其标,缓则治其本"的原则,灵活掌握上述塞流、澄源、复旧三法。①塞流:即止血。在暴崩之际当止血防脱。虚者补而止之,实者行而止之,热者清而止之,寒者温而涩之。若猝然下血量多,面色苍白,汗出肢冷,脉微细或芤,为气血欲脱,阴阳离绝之征。治宜补气固脱,急用独参汤频频灌服。若四肢厥逆,大汗淋漓,脉微欲绝者,乃气脱阳微之象,急用参附汤加龙骨、牡蛎以回阳救逆。此为急则治标之要着。②澄源:是澄清本源之意。血热者,宜清热凉血;血寒者,宜温经养血;气虚者,宜补气摄血;血瘀者,宜化瘀活血。切忌不问原因,概投寒凉温补之剂,致犯虚虚实实之戒。③复旧:即调理善后之法。重在培补气血。气血来源于脏腑,肾主藏精,精生血,为经血之源,但肾精有赖后天脾胃化生之精微以充之。故治宜补肾或健脾,使肾气得固,脾气健旺,冲任相资,则崩漏愈而经自调。叶天士《临证指南医案·崩漏》将本病的证治总括为:"暴崩暴漏,宜温宜补;久漏久崩,宜清宜通。"崩漏常反覆发作,其止血易而恢复月经周期较难,近代一些医家常通过调节肾中阴阳,以平为期,从而调节月经周期。此外,崩漏夹热者,不可过用寒凉止血,以免损伤脾胃,不能摄血归元,久漏不止宜滋阴养血佐以清化,不宜过用固涩升提,崩漏日久,必固冲任奇经,叶天士谓八脉隶于肾,故当调养二脏,兼以固摄。上述治则临证时灵活掌握运用。

方药治疗　(1)血热崩漏:治宜清热凉血,固冲止血。方用清热固经汤或四物汤加丹皮、阿胶、黄芩、山栀。若胸胁胀痛,心烦易怒,时欲叹息,舌质红,苔黄,脉弦数,治宜疏肝清热,止血固冲。方用丹栀逍遥散去煨姜,加生地、益母草、炒荆芥、血余炭。若见心烦潮热,面色潮红,头晕心烦,失眠,舌红,苔薄黄或少苔、脉细数者,治宜滋阴清热,止血调经。方用保阴煎加沙参、麦冬、五味子、阿胶,以滋阴养血。

(2)血瘀崩漏:治宜活血化瘀,调冲止血。方用逐瘀止崩汤。若瘀而化热者,症见口干苦,血色红而量多,苔薄黄者,加地榆、白茅根等,以清热凉血。瘀血证属寒者,可用四物加炮姜、五灵脂。

(3)气虚崩漏:治宜益气健脾,固摄止血。方用固本止崩汤去当归,加升麻、山药,或举元煎加阿胶、艾叶。若出血过多,而见心脾两虚者,治宜补益心脾。方用归脾汤加龙骨、牡蛎。

(4)肾虚崩漏:有阴虚、阳虚之别。肾阴虚者,治宜育阴滋肾,固冲止血。方用左归丸去牛膝加女贞子、旱莲草。肾阳虚者,治宜温肾填精,固涩止血。方用右归丸去附子,加黄芪、补骨脂、赤石脂、禹余粮。若腹痛便溏者,则宜温肾化瘀。方用震灵丹。

以上证治,乃举其大要,临床所见,症状单纯者少,复杂者多,对于寒热互见,虚实夹杂者,必须细加辨析,方不致有误。如忧思伤脾,郁结伤肝,脾营受损,肝火内炽者,当温中兼清,可予归脾汤加山栀;如崩漏时下时止,纳减神疲,腹中气坠,为气虚夹瘀,可用补中益气汤加丹参、五灵脂、茜草根、乌贼骨等,寓消瘀于益气之中。知常达变,方能奏效。

针灸治疗　主要以调补冲任,固气摄血为主。选任脉、足三阴、足阳明经穴及背俞穴,如肝俞、脾俞、肾俞、气海、足三里、中极、关元、血海、三阴交、蠡沟、行间、太冲、隐白、太溪等。每次4—6穴,用毫针刺,血热血瘀用泻法,气虚肾虚者用补法,并可配合神阙、隐白艾灸20分钟。

耳针:可选用子宫、内分泌、皮质下刺激,留针15—20分钟。

推拿疗法　治则:以健脾益肾、调任固冲为主。

操作:(1)仰卧位:①按揉隐白、公孙、三阴交、血海。②鱼际揉中脘。③摩丹田。

(2)俯卧位:①按揉脾俞、肾俞。②点按八髎。

(3)辨证加减:①血热者,加按揉膈俞、水泉、太冲、行间。②气虚者加按揉膻中、气海、关元、足三里。③肾阳虚者,加擦肾俞、涌泉;肾阴虚者,加摩涌泉,按揉阴交、太溪。④血瘀者加擦八髎,掌振丹田。

(4)备用手法:掐揉断红穴。穴在二三掌骨间指蹼中,指根下一寸。先掐后揉。刺激宜强,但须避免损伤皮肤。

简易方　(1)仙鹤草、血见愁、旱莲草各30克,水煎浓汁,1日3次(《中医妇科学》教材,1986年版)。

(2)补骨脂、赤石脂各等份研末,1日3次,每次3克(适用于肾阳虚崩漏)。

食疗方　(1)参芪鸡:上等人参10克,黄芪30克,童子鸡1只,常规整理鸡,将人参用干净纱布包裹与鸡同炖,至鸡熟烂,去药包,食鸡与汤,治气虚崩漏(《百病饮食自疗》)。

(2)猪蹄炖牛膝:治血瘀崩漏。猪蹄250克,牛膝20克,上二味洗净入砂罐同炖至猪蹄烂熟,趁热加米酒20—50克同服。

(3)大枣木耳汤:大枣15枚,黑木耳25克,红糖适量。将黑木耳入清水中泡发,再与大枣共人锅中,加水煎汤,调入红糖即成(《新编家庭饮食丛书》)。

护理　(1)出血量多时,绝对卧床休息,密切注意观察血量、神色、脉象、肢端冷热。如下血量多而不止,面色苍白,冷汗淋漓,四肢厥冷,脉微欲绝者,急以独参汤或四逆汤加生脉散救逆厥为主。

(2)避免不良的情志刺激,要体贴和关心病人,注意保持室内整洁、安静。

(3)饮食宜清淡而富于营养之品,如瘦肉、猪肝、鸡蛋之类,切忌油腻之品有碍脾胃。出血期间忌辛辣或生冷之品。

(4)月经用纸质地要柔软,勤换纸垫,保持外阴清洁,以防邪毒内侵。

经行乳胀

经行前后，或正值经期出现两乳作胀，连及胸胁，或两乳头胀硬痒痛，甚至不可触衣，称经行乳胀。甚者可伴有不孕。本病发生大多责之于肝，因足厥阴肝经布胁肋，古有乳头属肝，乳房属胃之说。若肝气郁结，肝失条达之性，则乳络失畅，或肝肾精血不足，乳络失于濡养，皆可导致经行乳胀，故经行乳胀有虚实之殊，实者多痛于经前或经期，按之有块，经行后其痛渐止，其块渐消。虚者多痛于行经以后，按之乳房柔软无块，但病人自觉胀满不适。治疗当细察病机。实者疏肝理气通络，于经前开始乳胀时用药。虚者宜滋肾养肝，重在平时调治。

肝郁气滞经行乳胀：症见两乳作胀，乳头胀硬，甚或不能触衣，胸闷胁痛，不思饮食，苔薄白，脉弦或涩。多因七情内伤，肝气郁结，脉络阻滞。经前冲脉血盛，血赖气行，肝郁则血行不畅，肝胃经脉阻滞以致乳胀。治宜舒肝理气，开郁通络。方用柴胡疏肝散，加青皮、橘核、丝瓜络，以助理气通络。若乳房胀硬，有结节成块者，酌加生牡蛎、夏枯草、延胡索、川楝子以软坚散结，活血止痛。若肝郁犯胃，症见经前乳胀，脘腹嘈杂，口酸口苦，呕吐泛酸，舌红苔黄，脉弦数。治宜清肝和胃。方用丹栀逍遥散合左金丸。

肝肾阴虚经行乳胀：症见经行、经后乳胀，腰膝酸软，眼涩，咽燥口干，五心烦热，舌红少苔，脉弦细。多因素体阴虚，或久病失血伤精，经行时阴血下注，营阴益亏，以致肝失所养。治宜滋肾养肝。方用一贯煎，或滋水清肝饮（《医宗已任编》），加川楝、生牡蛎，以疏肝理气，软坚散结。

针灸治疗：以疏肝解郁、软坚散结为主。选任脉、足厥阴、足阳明经等经穴，如膻中、鸠尾、乳根、足三里、丰隆、太冲、行间等穴。每次任选2—3穴，用毫针行泻法，留针20—30分钟，每日或隔日治疗1次，10—20次为1疗程。

简易方：①王不留行、炮山甲各等份，研粉，每次吞服1.5克（《朱小南妇科经验选》）。②陈皮15克，鹿角霜10克，水、黄酒各半煎服（《常见病验方研究参考资料》）。

经前泄水

行经二三日，阴道先泄水而后经潮者，称经前泄水。系素体脾虚，或饮食劳倦，损伤脾气，中州失运，脾虚湿聚所致。脾统血而制湿，经水将动，脾血即下注血海，此时脾气益虚，难以制湿，故经未行而先泄水。如《傅青主女科》卷上云："妇人有经未来之前，泄水三日，而后行经者，人以为血旺之故，谁知是脾气之虚乎！夫脾统血，脾虚则不能摄血矣。且脾属湿土，脾虚则土不实，土不实而湿更甚，所以经水将动，而脾先不固，脾经所统之血，欲注于血海，而湿气乘之，所以先泄水而后行经也。"治宜健脾温肾，使脾气得健，肾气得固，湿气自消，泄水自止。正如傅氏所云："补脾气以固脾血，则血摄于气之中，脾气日盛，自能运化其湿，湿既化为乌有，自然经水调和，又何至经前泄水哉！"方用健固汤（《傅青主女科》）加补骨脂，以温肾固涩，或用术苓固脾饮（《辨证录》）。

经行身痛

经行时或行经前后，出现以遍身疼痛，或手足麻痹为主证者，称经行身痛。在宋代《陈素庵妇科》就有经行遍身作痛方论。主要病机属气血不和，营卫失调所致。若气血充沛，营卫和谐，自无疼痛之疾。如《证治准绳·女科》卷一引《产宝》云："经水者，行气血，通阴阳，以荣于身者也。气血盛，阴阳和，则形体通。或外亏卫气之充养，内乏荣血之灌溉，血气不足，经候欲行，身体先痛也。"病因有素体血气不足，筋脉失养，或夙有寒湿留滞，当经行乘虚而发；也有因于外感者，但总由正虚而作。

治疗以补虚养正为主，即或外感，亦宜标本兼顾，扶正达邪。

气血虚弱经行身痛：症见经行身痛，麻木不适，神疲肢软，经量少，色淡质薄，苔白舌质淡嫩，脉细弱。多因素体血虚，或大病久病后，以致气血两虚，经行时阴血下注胞宫，气随血泄，气血更形不足，筋脉失养，遂致身痛。治宜补气养血，柔筋止痛。方用当归补血汤加白芍、鸡血藤、山茱萸，以养血柔筋。

寒湿经行身痛：症见腰膝关节疼痛，得热痛减，遇寒痛甚，经行量少色黯，或有血块。苔薄白，脉沉紧。因夙有寒湿稽留经络关节，经潮时，血气俱虚，寒湿之邪乘虚而作，脉络受阻，不通则痛。治宜养血祛风，散寒除湿。方用趁痛散（《妇人大全良方》）加鸡血藤、桑枝，以活血通络。

外感经行身痛：有伤于风及伤于寒之区别，病因不同，症各有异。伤于风者，症见经行身痛，发热恶风，染染汗出，苔薄白，脉浮缓。若伤于寒者，症见经行身痛，恶寒发热，无汗，苔白脉浮紧。其症多由经行之际，营血偏虚，风寒之邪，乘虚侵袭，以致营卫失调，而发身痛。《陈素庵妇科补解·调经门》陈素庵云："妇人经行，忽然遍体作痛，此由外邪乘虚而人，或寒邪，或风冷，内伤冲任，外侵皮毛，以致周身疼痛。"治疗则伤于风者，治宜养血和营，散风解肌。方用桂枝四物汤。伤于寒者，治宜养血、解表、散寒。方用麻黄四物汤。

推拿疗法：行气活血，补虚养筋为治则。操作方法有：①一指禅推背部两侧膀胱经，重点胸1—骶4。②掌根揉背部两侧膀胱经，或用㨰法。③捏拿四肢。④拳叩腰骶部。并可辨证加减，气血虚弱者加掌振丹田，按揉脾俞、胃俞、肾俞、足三里；寒湿者加擦八髎；外感者见"感冒"条推拿法。备用手法为胸腰椎掌按法。

护理：经期应注意保暖，忌游泳、涉水、冒雨，以防风寒之邪乘虚客体。

经行风疹块

每值临经或行经期间，全身皮肤突起疹块，块形大小不一，瘙痒异常，融化成片，经净渐退者，称经行风疹块，也称经行痞瘟。属现代医学"经前期紧张综合征"范畴。本病证名在古医籍中未见记载，但在《妇人大全良方》有"妇人血风瘾疹瘙痒方论"之论述。考其病因，多因风邪袭入血分为患。常见的则有血虚生风、风热或挟湿等，当经行之际，乘虚而发。故治疗以疏风为主，分别采用养血疏风，清热散风及疏风祛湿等法。但切忌辛温香燥之品，以免劫津伤阴，并忌食鱼虾之类。

血虚经行风疹块：症见经行风疹频发，瘙痒不已，入夜尤甚，经来色红、量多，舌红苔薄，脉细数。因多产失血，或久病失养，营血不足，经行阴血益虚，生风化燥。治宜养血疏风。方用当归饮子(《外科正宗》)去川芎，加旱莲草、生地以养血滋阴。若兼表虚、卫阳不固者，症见汗出恶风，遇风则瘾疹累现，苔薄脉虚数。治宜益气固表。方用玉屏风散，加黑豆、炒牛蒡子以止痒。

风热经行风疹块：症见经行身发红色疹块，瘙痒难忍，感风遇热，瘙痒尤甚。经量多，色鲜红，口干喜饮。苔薄黄，脉浮数。乃由素体阳盛，或过嗜辛辣之品，血分蕴热，经行时血气俱虚，风邪乘虚袭入，与热相搏，遂发风疹。治宜清热散风。方用秦艽牛蒡汤(《医宗金鉴》)，加生地、丹皮，以凉血清热。若挟湿者，症见风疹瘙痒，搔之流水，苔黄腻，脉弦滑。治宜清热燥湿祛风。方用消风散(《医宗金鉴》)。若风疹屡发，可配用垂柳汤(《证治准绳》)外洗。

经断前后诸证

妇女一般在四十九岁左右月经终止，称为经断，亦称绝经。在断经前后可出现经期紊乱，头晕耳鸣，烦躁易怒，心悸失眠，轰热汗出，五心烦热，甚则神志失常，或浮肿便溏，腰酸骨楚，倦怠乏力等。这些症状往往三三两两出现，称为经断前后诸证，亦称绝经前后诸证。西医称更年期综合征。此种症状常可持续一二年，甚或三五年，轻者可不用药而愈。若症状明显，严重影响身心健康，不能坚持正常工作生活者，则应予以治疗。因妇女年近五旬，肾气渐衰，冲任亏虚，精血不足，脏腑失于濡养，阴阳偏盛偏衰而出现诸般症状。若肾精不足，血不养肝，则见肝阳偏亢。若肾阳虚衰，命火不足，则见脾肾阳虚。若脾虚化源不足，不能奉心生血，则见心脾两虚。临床以肾阴不足，肝阳偏旺者居多。治疗必审阴阳盛衰，分别选用滋阴或温养，补益心脾等法，以平衡阴阳，调和气血为主，用药以固护正气为要，即或热证，也宜甘寒养阴，慎勿用苦寒之剂。或为寒证，也宜温润填精，切勿以辛热之品，重耗阴精，以犯虚虚之戒。

肝肾阴虚：症见头晕耳鸣，烦躁易怒，轰热汗出，五心烦热，心悸不安，腰膝酸软，经来量多，或漏下淋漓，口干便结，舌红少苔，脉细数。因肾精亏虚，水不涵木，浮阳失于潜藏。治宜滋肾柔肝，育阴潜阳。方用左归饮加制首乌、龟甲、龙骨，或用知柏地黄丸。如肾阴不足，不能上济于心，以致心肾不交，水火失济。症见心悸怔忡，失眠多梦，健忘。治宜滋阴降火，交通心肾。方用坎离既济丸(《沈氏尊生书》)。

脾肾阳虚：症见面色晦黯，精神委靡，形寒肢冷，腰酸如折，纳少便溏，面浮肢肿，腹胀尿频，甚或失禁，白带清稀量多，舌淡苔薄，脉沉细无力。多系肾阳虚衰，命火不足，上不能温脾阳，下不能暖膀胱，以致阳虚内寒。治宜温肾扶阳。方用右归丸，加党参、补骨脂、仙茅、覆盆子。如阴阳两虚，错杂并见，时而畏冷，时而轰热汗出，头晕耳鸣，腰酸乏力，苔薄脉细。治宜补肾温阳，调益冲任。方用二仙汤(上海曙光医院)合二至丸，加熟地。

心脾两虚：症见头晕心悸，失眠多梦，神倦健忘，经来量多，或淋漓不断，舌淡苔薄，脉虚缓无力。多因思虑作劳过度，损伤心脾，迄断经之时，胃气渐衰，脏腑失养，以致心脾益虚。治宜益气健脾，养心安神。方用归脾汤。若动则汗出，则加生牡蛎、龟甲、五味子，以益阴敛汗。

推拿疗法：治则：交通心肾，平衡阴阳。

操作：(1)俯卧位：①按揉心俞、肝俞、脾俞、肾俞。②掌根揉背部两侧膀胱经。③按揉八髎。

(2) 仰卧位：①开天门，推坎宫，分推前额，揉太阳。见"头痛"。②按揉劳宫、内关。③摩丹田。④鱼际揉中脘。⑤擦涌泉。

(3) 辨证加减：①肝肾阴虚者加掌振丹田，按揉太溪、太冲，摩涌泉。②脾肾阳虚者加擦肾俞、涌泉，摩腹。③心脾两虚者加摩腹，按揉神门、三阴交、公孙。

(4) 备用手法：颈部夹脊穴一指禅推法。取坐位。单手或双手由上而下反覆操作。手法宜轻揉，时间宜长。或用项部揉拿法。

老年经断复行

妇人年逾五十，天癸已竭，经断一载以上，而又复潮，称老年经断复行，亦称妇人经断复来。见《医宗金鉴·妇科心法要诀》。本病多因脏腑虚弱，肝失所藏，脾失所统、或肝肾之阴不足，相火妄动，迫血妄行所致。临证遇此，尚须排除女性生殖器肿瘤所引起的出血。在治疗上以大补气血，或滋阴养血为主，以血安为要。

肝郁脾虚老年经断复行：症见经水复来，淋漓不止，常伴头昏心悸，气短懒言，面目虚浮，纳少腹胀，舌淡苔薄，脉弦缓或缓弱。盖肝藏血，脾统血，冲脉附于阳明隶于肝，若忧思郁结，损伤肝脾，则统藏失司。《傅青主女

科》卷上:"人或谓老妇行经,是还少之象,谁知是血崩之渐乎!……乃肝不藏,脾不统之故也。"治宜大补气血,使气能振,血能藏,肝气得舒,脾气得养,则血安而止。方用安老汤(《傅青主女科》)。

肾虚肝旺老年经断复行:症见经来量少,色红,或淋漓不净,常伴头晕耳鸣,心烦易怒,腰酸膝软,口干咽燥,舌红少苔,脉细数。因肝藏血,肾藏精,肝肾同源。伤于房事,则肾精亏损,肝失濡养,相火妄动,扰及血室,迫使血行。治宜滋阴养血,壮水制火。水充血足,则虚火自平,血自归经。方用益阴煎(《医宗金鉴》),或龟版地黄汤(蒋玉伯:《妇科学讲义》)。

带下病

带下,始见于《素问·骨空论》:"任脉为病……女子带下瘕聚。"其含义有二:一是泛指妇女经、带、胎、产诸病,如《金匮要略·妇人杂病脉证并治》:"妇人之病,因虚、积冷、结气,为诸经水断绝,……此皆带下。"

一是指妇女阴道流出少量白色或无色、无臭、透明状粘液,称"带下"。正常女子发育成熟,当肾气充盛,脾气健运,任脉通畅,带脉健固,则阴津布于胞中,润泽于阴道。如《沈氏女科辑要笺正》卷上引王孟英语曰:"带下,女子生而即有,津津常润,本非病也。"所指是"生理性带下",常在经期前后,或妊娠早期增多,一般不作病论。

若带下量多腥臭,色泽异常,并伴有全身或局部症状者,称带下病,为妇女常见多发病。在《诸病源候论》有"带下候",并以五色应五脏,分"带五色俱下候"、"带下青候"、"带下黄候"、"带下赤候"、"带下白候"、"带下黑候"之论述,但仅有论无方。至元代张子和在《儒门事亲·赤白带下借分寒热解》中提出:"夫治病当先识经络……有是动之病,有所生之病。"应分而治之。丹溪治带下,主以"燥湿"为先,认为带下之因多是湿痰。明·戴思恭在《证治要诀·妇人门》中又云:"赤白带下,皆因七情内伤,或下元虚冷,感非一端。"逐步地完善了对带下病病因病机的论述。明末清初之傅山论带下最详而精,并在其手著《傅青主女科》以带下冠之以首,将带下分为白带、青带、黄带、黑带、赤带五种。临床以白带、黄带为常见。若有赤白带或五色杂下之带病,应警惕癌变之发生。

综上各家之言,结合临床所见,带下病大致可分外感与内伤两类。外感则以伤于寒湿者居多。因寒邪最易伤阳,以致气机升降失司,清阳随浊气下陷;湿性重浊,且易下注,遂成带下。内伤则多因七情伤损,五志化火,相火内炽,迫液外泄;或由房室不节,伤损肾气,不能固摄所致。《沈氏女科辑要笺正》卷上云:"所思不遂,龙相之火,因而外越,是即亢火疏泄太过之带下;入房太甚,则冲任不守,是为虚脱之带下。"此外亦有因饮食不节,过食生冷、肥甘而致者。累及的脏腑有脾、肝、肾三脏,其中尤以脾虚为最。因脾主运化,脾虚失运,湿浊内停,流注于带,则发带下。肾为水火之脏,主藏精气,且胞脉系于肾,若肾气不固,不能藏精;或肾阳虚衰,命火不足,脾失温煦,湿浊不化,而为带下。肝为刚脏,主疏泄,若肝疏泄太过或不及,皆可犯脾,脾虚肝郁,则湿气乘之而发病。也有因经期、产后血室正开,风冷、寒湿、湿毒之邪乘虚侵入,均可导致此病。

白带

妇女阴中流出白色粘稠或稀薄的液体,如涕如唾,绵绵不断,如带状者,称为白带。如《邯郸遗稿》云:"白带,如带不断者是也。"以白带命名者,首见于《千金要方》。

病因病机 本病的发生历代医家论述甚多,以病因而论,大抵与风、寒、湿有关。如巢元方提出"体虚受风冷,风冷入于胞络。"刘河间等则谓"湿热"而致;丹溪则以"痰湿"立论。亦有医家认为该病与脏腑虚损有关,如《女科经纶》卷七引缪仲淳云:"白带多是脾虚,肝气郁则脾受伤,脾伤则湿土之气下陷,是脾精不守,不能输为荣血,而下白滑之物。"张景岳谓:"有脾肾亏陷而不能收摄者。"合而观之,白带之病因,总不外风、寒、湿、痰袭胞;肝、脾、肾三脏功能失常有关。

辨证论治 本病则随病因、脏腑虚实之异而辨证施治。

方药治疗 分以下几型:

(1)脾虚白带:症见带下量多、色白或淡黄,质粘稠,无臭气,纳呆便溏,面目虚浮,神疲倦怠,口淡乏味,舌质淡,苔白腻,脉濡缓。多因脾胃虚弱,运化失司,水谷之气不得化生精微,反聚为湿,流注下焦,带脉弛缓,失于约束。《医学心悟》卷五:"大抵此症不外脾虚有湿。脾气壮旺,则饮食之精华生气血而不生带;脾气虚弱则五味之实秀,生带而不生气血。"治宜健脾益气,化湿止带。方用完带汤。白带久下不止,致脾阳不振,症见面色㿠白,少腹坠胀,四肢欠温,两足浮肿,舌质淡,苔白滑,脉虚细。治宜健脾益气,升阳止带。方用补中益气汤加白石脂、龙骨、干姜,以温中固涩止带。

(2)肾虚白带:症见白带量多,质稀薄,淋漓不断,腰部酸软无力,小腹或阴部有冷感,闭经不孕,小便频数而清长,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉象沉迟。病因肾阳不足,命门火衰,肾虚不能温煦胞宫;或脾肾阳虚气陷,带脉失约,任脉不固。《女科证治约旨》卷二:"下焦虚寒,脐腹疼痛,痛而不已,遂致白带绵绵。"治宜补肾温阳,固涩止带。方用内补丸(《女科切要》)。若肾阴虚损,相火亢盛,滑泄不固者,症见带下淋漓,腰膝酸软,五心烦热,舌红苔少,脉细数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸加芡实、莲须。

(3)风冷白带:症见带下量多,质清稀如水,脐腹痛而喜按,面色苍白,形寒肢冷,关节酸痛,苔薄白,脉浮滑。多因感受风冷,袭入胞络。《沈氏女科辑要笺正》卷上引沈尧封语曰:"带下有主风冷入於脬络者。"治宜疏风和

营，温胞止带。方用桂枝四物汤加吴茱萸、防风、海螵蛸等。

(4) 寒湿白带：症见带下白滑如涕，阴中作冷，少腹绵绵作痛，得温则舒，苔白腻，脉沉细或沉弦。多因涉水、游泳，寒湿之邪入侵，带脉拘急失约。《兰室秘藏》卷四："妇人白带久下不止，脐腹冷痛，阴中亦然……此病皆寒湿乘其胞内。"治宜温化寒湿，固涩止带。方用龙骨散。

(5) 痰湿白带：症见带下量多，质粘稠如痰，有秽气，胸闷泛恶，纳谷不香，嗜卧倦怠，身体困重，舌淡苔腻，脉濡滑。多因肥胖妇人多痰多湿，躯脂壅塞，湿痰流注下焦。治宜化痰除湿，健脾束带。方用胃苓汤。

(6) 湿热白带：症见带下色白，有腥臭，如米泔水，阴中作痒，头晕倦怠，胸闷腹胀，苔白厚，脉弦滑数。多因脾虚湿盛，反侮肝木，肝郁生热，湿热下注所致。《妇科玉尺》卷五："妇人多有郁，郁则伤肝，肝伤则脾受克，湿土下陷，脾精不守，不能输为营血，而白物下流。"治宜清热化湿。方用萆薢渗湿汤加蛇床子、椿根皮。

针灸治疗　多以健脾、益肾、利湿为主。常选任脉、督脉、足三阴、足阳明和足太阳等经穴。如命门、肾俞、白环俞、关元、带脉、中极、气海、三阴交、阳陵泉、足三里、丰隆、行间、隐白等，每次3—5穴，以毫针行平刺法。虚寒者，配合灸法；湿热者，一般不灸。

简易方　(1)鲜苎麻根适量，捣汁冲服（《近代中医珍本集·妇科经验良方》）。

(2) 生白果6—7枚，去壳剥衣挖心，滴开水少许，研烂，用鸡蛋1个，流取蛋清（黄不用）拌入白果，仍入蛋壳内，置饭锅上蒸熟，空腹吞服1个，连服多日，自效，绝无流弊（《近代中医珍本集·妇科经验良方》）。

(3) 白鸡冠花晒干为末，每日空心酒服三钱（《本草纲目·鸡冠》）。

黄带

带下色黄，如浓茶汁，或黄绿如脓，质粘腻，并伴有秽臭气者，称黄带。如《傅青主女科》卷上云："妇人有带下而色黄者，宛如黄茶浓汁，其气腥秽，所谓黄带是也。"《诸病源候论》有称"带下黄候。"究其病因，多因体内湿邪过盛，湿郁化热，伤及任脉、带脉所致。《傅青主女科》卷上云："黄带乃任脉之湿热也……今湿与热合，欲化红而不能，欲返黑而不得，煎熬成汁，因变为黄色矣。"亦有经行、产后，胞脉骤虚，湿毒之邪乘虚而人者。治疗总以清化湿热为主，俾湿去热除，则黄带自愈。若带下日久，中气虚者，又当健脾益气。

湿热黄带：症见带下黄粘，气臭秽，胸闷纳少，腹胀便溏，小便涩痛，舌苔黄厚或腻，脉弦滑或濡数。多由脾失健运，湿浊蕴遏，久而化热，湿与热合，遂致湿热下注。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·带下门》云："带下……色黄而浊粘者，热也。"治当祛湿清热。方用易黄汤。若热盛尿黄涩痛，口苦咽干者，宜用龙胆泻肝汤以清热利湿。

湿毒黄带：症见带下量多、色黄，甚或黄绿如脓，有腐臭气，外阴瘙痒，甚或痒痛难忍，坐卧不安，口苦咽干，尿短赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。多因湿毒秽浊之邪，乘经行、产后之虚，直伤胞脉，以致带脉失约。或湿热遏久成毒所致秽浊侵蚀而下。如《沈氏女科辑要笺正》卷上张山雷语："若湿热则今病最多，而亦最易治，其所下者，必秽浊腥臭，甚者，且两阴之间皮肤湿痒、淫溢欲腐。"治宜清热解毒，化湿止带。方用二黄三白丸（《妇科玉尺》）。外用苦参、黄柏、蛇床子、土茯苓、野菊花等清热解毒之品，煎水乘热熏洗阴部。若黄带久下不止，淋漓质清稀，兼见气短神疲，面色皖白，舌淡苔白润，脉虚弦。治宜益气升阳，除湿止带。方用除湿补气汤（《兰室秘藏》）。

针灸治疗：治以清热、除湿、止带为主。选任脉、带脉和足三阴经穴，如：中极、带脉、血海、三阴交、中封，或归来、阴陵泉、行间等。用毫针刺行泻法，一般不灸。

简易方：椿根皮四两、滑石二两，为末，粥丸，桐子大，空心白汤下一百丸（《丹溪心法》）。

赤带

妇女在非行经期，阴中流出似血非血的红色粘液，且绵绵不断者，称赤带。如《傅青主女科》卷上云："妇人有带下而色红，似血非血，淋漓不断，所谓赤带也。"本病证名始见《备急千金要方》，在《诸病源候论》有"带下赤候"的记载，多因湿郁热遏，伤及血分。有肝郁脾湿，湿热下注者；有心肝火旺，损及任带者；亦有带久不止，营血受损者。辨证当分清虚实，选用清热化湿、滋阴泻火或养血补虚等治法。

湿热赤带：症见带下色赤，似血非血，气腥秽，抑郁不乐，烦躁易怒，胸脘满闷，舌红苔薄黄，脉弦数或濡数。多因忧思郁结，损伤肝脾，肝郁脾虚，肝失所藏，脾失所统，湿热之邪随血下陷，遂致赤色带下。《傅青主女科》卷上云："妇人忧思伤脾，又加郁怒伤肝，于是肝经之郁火内炽，下克脾土，脾土不能运化，致湿热之气蕴于带脉之间，而肝不藏血，亦渗于带脉之内，皆由脾气受伤，运化无力，湿热之气随气下陷，同血俱下。"治宜舒肝、利湿、清热。方用清肝止淋汤（《傅青主女科》），加柴胡、郁金，以舒肝解郁。

心肝火炽赤带：偏于心火亢盛者，症见赤带淋漓，质稠腥秽，心烦口干，或口舌溃疡，卧难入寐，舌尖红，苔少，脉细数。偏于肝火内炽者，症见带下色红，似血非血，质粘稠，善怒口苦，少腹热痛，尿黄便结，舌红苔黄，脉弦数。多因素性急躁，心肝火旺，心主血，肝藏血，二火交炽，阴血益虚，中气渐损，任脉不固，遂成赤带。《妇科经纶》卷七引缪仲淳语云："赤带多因心肝二火时炽不已，久而阴血渐虚，中气渐损，遂下赤带。"偏于心火亢盛者治宜清心泻火。方用加减清心莲子饮（《女科证治约旨》）。偏于肝

火内炽者,治宜清肝泻热。方用止带方(《世补斋·不谢方》)。

肾虚赤带:症见带下色赤,阴部嫩红灼热,刺痛,伴头晕耳鸣,腰酸疼痛,五心烦热,舌红少苔,脉沉细数。多因禀赋不足,下元亏损,或产乳过众,房室过度,精血虚衰,肾阴不足,虚热内生,热伤任带而致。故《张氏医通》卷十云:"赤带多腰疼。"因腰为肾之府,肾虚则多腰疼。治宜滋阴补肾。方用艾煎丸加续断、杜仲或知柏地黄丸合二至丸。若偏于肾阳虚者,则症见赤带色淡,质薄如水,舌淡苔薄脉沉细缓。此乃水旺于火,湿多而血少。治宜温肾健脾,固涩止带。方用清带汤(《医学衷中参西录》),加鹿角霜、白术、干姜,以温肾健脾。

血虚赤带:症见带下色浅红,质稀如水,绵绵而下,面色无华,精神委靡,舌淡苔少,脉细弱。多因带下日久不止,营血受损。治宜养血、固涩、止带。方用胶艾汤加赤石脂、煅龙骨。

简易方:①红鸡冠花,晒干为末,每日空心酒服二钱(《本草纲目·鸡冠》)。②赤葵花一两,阴干为末,每空心温酒服二钱匕(《本草纲目·蜀葵》)。

赤白带

带下红白相杂,甚至有臭秽气者,称赤白带。本病成因,有虚有实。实者多为湿热下注任带。如《素问病机气宜保命集》云:"带下……皆湿热结于脉,故津液涌溢,为赤白带下。"虚者因阴虚内热,迫津外溢;或下元虚寒,任带不固所致。如《妇科玉尺》卷五云:"内火盛,阴虚烦热而赤白带下。"《证治要诀·妇人门》则谓:"赤白带下,皆因七情内伤,或下元虚冷,感非一端。"因于湿热者,以利湿清热,若为虚热者,则宜养阴清热;或为虚寒者,则宜温肾固涩。不可概以涩药止之,以免留邪为患。

湿热赤白带:症见赤白带下,量多粘稠,气味臭秽,少腹坠胀,阴户瘙痒,舌红苔黄,脉濡滑或滑数。多因怒气伤肝,肝旺脾弱,湿热下注。如《先醒斋医学广笔记》卷三云:"妇人多忧思郁怒,损伤心脾、肝火时发,血走不归经,此所以多患赤白带也。"治宜清肝扶脾。方用丹栀逍遥散加乌贼骨、黑荆芥,以疏肝健脾、清化湿热,则带自止。若热重于湿者,则见红白带下如注,淋漓臭秽,阴中肿痛溃烂,舌质红,苔黄,脉滑数。治宜清热利湿。方用二黄三白丸。

虚热赤白带:症见赤白带下,潮热有时,五心烦热,日渐羸瘦,舌红苔少,脉细数。多因房劳太过,肾精亏损,阴虚生热,迫液而下。如《万病回春》卷六云:"妇人赤白带下者,皆因月经不调,房色过度……。"治宜滋肾清火。方用知柏地黄丸加五味子、麦冬,以滋阴敛精。

虚寒赤白带:症见赤白带下不止,脐腹冷痛,形寒肢冷,多伴不孕,舌淡苔薄,脉沉迟。因素禀肾元不足,下焦虚寒,带脉失约,任脉不固,精血滑泄,遂成带下赤白。如《妇科玉尺》卷五云:"赤白带下……子宫虚冷,不能成孕者,寒甚也。"治宜温肾固涩。方用鹿角胶丸(《圣济总录》)。亦有因行经之时,风冷入胞,寒凝浊淤,损伤胞络,致成赤白带下。症见小腹绞痛,阴中寒冷。治宜温散寒湿。方用乌艾丸(《妇科玉尺》),酌加白芷、海螵蛸、发灰,以温经燥湿止带。

简易方:①苦参二两,牡蛎粉一两五钱,为末,以雄猪肚1个,水3碗煮烂,捣泥和丸梧子大,每服百丸,温酒下(《本草纲目·苦参》)。②三叶酸草,阴干为末,空心温酒服三钱匕(《备急千金要方》)。

食疗方:①白果、莲肉、江米、胡椒各一钱半,为末,用乌骨鸡1只,去肠盛药,瓦器煮烂,空心食之。②真秋石研末,蒸枣肉捣,丸梧子大,每服60丸,空心醋汤下(《本草纲目·秋石》)。

青带

带下色如绿豆汁,或黄绿如脓、质粘稠者,称青带。见《傅青主女科》。在《诸病源候论》有"带下青候"之论述。本病主要责之于肝经为病。多由肝经湿热与肝肾虚损所致。如《诸病源候论·带下青候》云:"肝脏之色青,带下青者,是肝脏虚损,故带下而挟青色。"《傅青主女科》卷上云:"夫青带乃肝经之湿热。"但本病初起,多属肝经湿热,久则损及肝肾。治法为初起时正气未伤,宜平肝解郁,利湿清热,病久阴精已伤,则宜滋养肝肾。

湿热青带:症见带下色青,质稠,腥臭,头胀目眩,胸闷胁痛,苔黄腻,脉弦滑。病系肝经湿热郁遏,流注于下,损及任带二脉所致。《傅青主女科》卷上云:"青带乃肝经之湿热,肝属木,本色属青,带下流如绿豆汁。"治宜平肝、利湿、清热。方用加减逍遥散。若湿热壅盛者,可用龙胆泻肝汤。

肝肾阴虚青带:症见带下色青,头晕耳鸣,心烦善怒,腰膝酸软,舌干或有裂纹。多由忧思忿怒,房事不节,或带下久延不止,损及肝肾。《校注妇人良方》卷一:"若伤足厥阴肝经,色如青泥。"治宜滋补肝肾。方用八仙长寿丸(《医级》),加煅牡蛎、白果肉以固涩止带。

简易方:①马齿苋(取鲜者)捣汁,再以鸡蛋一枚冲之,炖热服。②炒车前子三两,白蒺藜二两,浓煎服(《妇科经验良方》)。

黑带

带下色黯如黑豆汁,其气腥秽者,称黑带。《傅青主女科》卷上:"妇人有带下而色黑者,甚则如黑豆汁其气亦腥,所谓黑带也。"本病病机,主要为胃与命门火旺及脾肾虚寒两端。火旺属实,寒盛属虚。治宜辨明虚实。实者宜清热泻火;虚者宜温肾扶阳。

热郁黑带:症见带下色黑,稠粘腥秽,心烦口渴,喜冷

饮，尿黄便秘，舌红苔黄，脉数。多由胃火熏蒸，与命门、三焦相火相合，煎熬日久，带脉之血渐化为黑所致。如《傅青主女科》卷上："此胃火太旺，与命门膀胱三焦之火合而熬煎，所以熬干而变为炭色，断是火热之极之变。"治宜清热泄火，利湿止带。方用利火汤（《傅青主女科》）。若带下黑如豆汁头晕目眩，两颧潮红，心悸善惊，骨蒸烦红，舌红绛，脉细数。此命火太旺，肾水受煎而致者。治宜滋补肾阴。方用加味固阴煎（《女科证治约旨》）。带止后，再以知柏地黄丸调理善后。

虚寒黑带：症见带下色黑，量多质稀，淋漓不断，甚则月事紊乱或停闭，面色晦暗，腰酸腹冷，舌淡苔薄，脉沉细无力。病系脾肾阳虚，虚寒内盛，黑为肾色，肾脏虚损，阳气不运，则带下色黑。《诸病源候论·带下黑候》："肾脏之色黑，带下黑者，是肾脏虚损，故带下而挟黑也。"若脾虚失运，寒湿不化，下注亦为黑带。偏于肾阳虚者，治以温肾固涩。方用茯蓉菟丝丸（《济阴纲目》）。偏于脾阳虚者，治以健脾升阳，温化寒湿。方用寿脾煎（《景岳全书》）去枣仁、远志，加白芷、苍术，以健脾燥湿。

简易方：牛角腮（烧令烟断）、附子（以盐水浸七度去皮）等份为末，每空心酒服二钱匕（《本草纲目·牛》）。

五色带

妇人带下青、黄、赤、白、黑五色相杂，称五色带。《诸病源候论》有"带五色俱下候"。本病多由带下日，脏器衰败所致之危候。常见于生殖器官恶性肿瘤晚期，故临床须结合妇科检查。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·带下门》云："……更审其带久淋漓之物，或臭或腥秽，乃败血所化，是胞中病也；若似疮脓，则非瘀血所化，是内痈脓也。"五色带下之成因，有因湿热久蕴，伤损胞宫、胞络者；有因湿毒内侵，直伤冲任者；更有因五脏虚损所致者。治疗若因于湿热者，当清热利湿；因于湿毒者，当解毒除湿；因于五脏之虚者，当补虚固涩。

湿热下注五色带：症见所下之物，杂见五色，色随秽液而下，臭秽异常，脐腹疼痛，阴户肿痛，胸闷纳呆，腰腿酸疼，四肢羸乏，小溲混黄或短赤，大便干燥，舌苔黄腻，脉弦滑，或细数。病因湿热内蕴，伤损胞宫、胞络，积久溃腐，或败血所化。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·带下门》云："五色带下也，皆湿热所化。"治以清热养血，利湿止带。方用解毒四物汤（《药祇医学丛书》），加败酱草、白花蛇舌草、蛇莓，以增清热解毒之力，或用清白散（《医宗金鉴》）。若湿热蕴结成毒，则症见带下五色相杂或黄绿夹血，其气恶臭，下腹疼痛，阴中溃烂疼痛，低热或口干苦，舌红，苔黄腻，脉滑数。治宜利湿清热解毒。方用赤小豆当归散，加薏苡仁、败酱草，以利湿解毒。

五脏虚损五色带：症见带下五色，绵绵不断，精神不振，面色不华，胸腹满痛，大便溏薄，舌质胖，舌边有齿痕，苔薄滑，脉象濡迟或沉细。病由五脏俱虚；或初起肾、肝、脾三脏损伤发展成五脏俱虚。《诸病源候论·带五色俱下候》："五脏之色，随脏不同，伤损经血，或冷或热，而五脏俱虚损者，故其色随秽液而下，为带五色俱下。"治以温补化湿，和胃止带。方用胃风汤（《和剂局方》），加白芷炭、赤石脂、椿根皮。属虚寒者，带下杂色久下不止。治以补中益气，固涩止带。方用补中益气汤合鹤顶丸（《证治准绳》），或白芷暖宫丸（《证治准绳》）。

不孕

女子婚后，夫妇同居3年以上，有正常性生活，配偶健康而不受孕，或曾有孕育又间隔3年以上未再受孕者，称为不孕。前者称全不产，即"原发性不孕"；后者称断绪，即"继发性不孕"。早在《素问·骨空论》就有"女子不孕"的记载。《脉经》则称"无子"。不孕有因男方而致者，也有女方而致者，并非女子独病。如《千金要方》卷二："凡人无子，当为夫妻俱有五劳七伤，虚羸百病所致。"本条仅讨论女子不孕为主。

病因病机　女子不孕原因有二：一为先天性生理缺陷。一为后天因病而不孕。《石室秘录·论子嗣》对女子不孕有十病之论。"十病维何？一胞胎冷也，一脾胃寒也，一带脉急也，一肝气郁也，一痰气盛也，一相火旺也，一肾水衰也，一任督病也，一膀胱气化不行也，一气血虚不能摄也"。若因生理缺陷而致不孕者，则非药物所能治疗。若为先天肾气不足，或为七情六淫，伤动脏腑，气血失调所致，则宜辨脏腑虚实，气血盛衰，冲任通盛与否，分别施治。但用药必须照顾精血。对大苦大寒、大辛大热之品，尤当慎用。因辛、热、苦、寒，伤津耗血，易损生机。故宜温润填精，甘咸柔养为主，以调其细缊之气，资其生化之源，则生育可待。

辨证论治　有以下几方面：

方药治疗　（1）胞宫寒冷不孕：正值经行之际，当风受寒，风寒乘虚袭于胞宫，致宫寒不能摄精成孕。《诸病源候论·无子候》："子脏冷无子者，由将摄失宜，饮食不节，乘风取冷，或劳伤过度，致风冷之气，乘其经血，结于子脏，子脏则冷，故无子。"症见经汛尚准，或后期而至，经量偏少，色黯有块，少腹冷痛，或阴户寒冷，不能受孕，苔薄白，脉沉紧。治宜温经散寒。方用艾附暖宫丸。

（2）脾肾虚损不孕：禀赋素虚，肾气不充，冲任不丽，或房事不节，精血亏耗，损及肾阳，胞脉失于温煦，冲任气衰，不能摄精成孕。《圣济总录·妇人无子》云："妇人所以无子者，冲任不足，肾气虚寒也……肾气虚寒，不能系胞，故令无子。"此乃先天肾气不足所致。亦有因大病久病，体虚未复，或为饮食劳倦所伤，导致脾虚气弱，不能化生精微，以致胞宫失养而不孕。《傅青主女科·种子》："夫脾胃之虚寒，原因心肾之虚耳。盖胃土非心火不能生，脾土非肾火不能化，心肾之火衰，则脾胃失生化之权，即不能消水谷以化精微矣……自无津液以灌溉于胞胎之中。"症

见婚后多年不孕，初潮较迟，经行后期，经少色黯红，或量多质稀薄，面目虚浮，形寒肢冷，腰脊酸楚，大便不实，或性欲淡漠，舌淡而润，脉沉细无力。治宜温补脾肾，而丽冲任。方用温土毓麟汤(《傅青主女科》)，或用毓麟珠(《景岳全书》)。

(3) 肝肾不足不孕：肝藏血，肾藏精，肝血肾精匮乏，冲任失养，则血少不能摄精成孕。《格致余论》："阳精之施也，阴血能摄之，精成其子，血成其胞，胎孕乃成。今妇人之无子者，率由血少不足以摄精也。"症见原发或继发不孕，月经愆期，量少色淡，头晕目眩，面色萎黄，心悸少寐，舌淡苔薄，脉细软。治宜益肾填精，调补冲任。方用养精种玉汤(《傅青主女科》)以滋肾养肝，使营血渐充，冲任得滋，自能摄精成孕。若血少阴亏，肝失所养，症见心悸而烦，潮热盗汗，口干咽燥，舌红少苔，脉细数。治宜育阴清热。方用清骨滋肾汤(《傅青主女科》)以育肾中之精，而清骨中之热。

(4) 肝郁不孕：病由情志不舒，肝郁气滞，疏泄失常，气血不调，冲任不得相资，难以摄精成孕。症见婚后多年不孕，经期先后不定，色紫黯稠粘，经前乳房胀痛，胸胁苦满，性躁易怒，苔薄脉弦。治宜疏肝理气。方用逍遥散，或用开郁种玉汤(《傅青主女科》)加减。若偏血瘀者，症见经行后期，经色黯红有块，伴经行腹痛，舌紫黯，尖边有瘀点。治宜活血化瘀。方用少腹逐瘀汤。

(5) 痰湿不孕：素体肥盛之妇，禀受甚厚，恣于酒食，痰湿壅盛，阻滞胞宫，不能受精成孕。症见形体肥胖不孕，经行后期，量少色淡，质稠，倦怠嗜睡，泛漾欲呕，带下绵绵，脉沉濡，苔薄腻或白腻。治宜化痰祛湿。方用启宫丸以健脾燥湿，行气化痰，则胞宫无阻，自能摄精成孕。

推拿疗法 治则：疏肝益肾，温暖胞宫。

操作：(1)仰卧位：①按揉血海、地机、三阴交、太溪。②掌振丹田透热。

(2) 俯卧位：①一指禅推两侧肾俞到次髎，反覆多遍。或代之以按揉法。②点按八髎。③掌根揉腰部脊柱两侧。④摩腰骶部。

(3) 辨证加减：①脾肾阳虚者加按揉脾俞，擦肾俞。②肝肾阴虚者加按揉肝俞、交信、照海，摩涌泉。③肝郁者加按揉肝俞、膻中、内关、太冲，搓胁肋。④痰湿者加按揉三焦俞、气海俞、阴陵泉、丰隆、公孙，擦八髎。

膏摩法 用《普济方》神仙摩腰丹。原方治妇人水脏久虚，血散子宫及妇人血脏虚寒不生子者。方用：附子、白矾、丁香、朱砂、硫黄、陈皮、干姜、吴茱萸、杏仁、木香、麝香、腻粉，炼蜜为丸，如中指大，用时以生姜汁化开，蘸摩腰间，须摩到"腰下如火"，以药尽为度。并可以膏贴于腰间。适用于子宫虚寒性不孕。

断产

育龄妇女，而欲绝孕，用药物使之不能孕育者，称断产。早在《山海经》中即有"骨蓉，食之使人无子"、"黄棘……服之不孕"的记载。骨蓉、黄棘，今虽无从查考，但说明公元前十二三世纪早有绝育药物的发现。《千金要方》也载有"妇人断产方"。断产的主要机制，是以药物或针灸阻碍摄精成胎，使之不孕。古代文献所载大致有：

宫寒断产：血得寒则凝，凝则血滞，胞脉受阻，且寒盛损阳，冲任受伤，则难成孕。以苦寒药于行经前后服用，改变胞宫内在环境，可致不孕。此类药物有马槟榔，《本草汇编》："欲断产，常嚼马槟榔二枚，水下，久则宫冷，自不孕矣。"又如紫茄花，《生生篇》云："茄子性寒，多食伤女人子宫。"

宫热断产：血得热则散，于经后服辛热之品，以致气盛血热，子宫干涩，不能摄精成孕。此类药物有"薇衔"，《本草拾遗》："妇人服之无子。"

香窜断产：因胎孕之成，乃阳精之施，阴血摄之，取其药物香窜通达之力，可使阴血不能摄精成孕。《医林集要断产方》记有"零陵香"可断产，谓"血闻香即散"。此类药物还有麝香。《本草经疏》卷十六："麝香，其香芳烈，为通关利窍之上药，……故主难产堕胎也。"

针灸断产：《甲乙经》谓针刺石门穴可以断产"女子禁不可刺，犯之令人绝子。"《针灸大成》也记有"石门脐下二寸，三焦募也，妇人禁针，禁灸，犯之绝子。"

以上断产方药及针灸现尚在进一步研究中。

下胎

受孕后，由多方面的原因而不能继续妊娠，选用药物使其妊娠中止者，则称下胎，亦称去胎。早在《诸病源候论》即有"妊娠去胎候"的记载。《罗氏会约医镜》："……有妇人临产艰危者，或病甚不胜产育者，……则下胎断产之法，有不得已亦不可废者也。"下胎主要是用药物改变人体阴阳气血的平衡，使冲任不能相资，胞胎失养，以致胎坠。其药物性能大多是活血祛瘀，剧毒峻厉攻下之品，如水蛭、虻虫、红娘子、水银、桃仁、红花、莪术、大黄、芒硝之类。应用此类药物必须审慎。《校注妇人良方》卷十三云："若服水银、虻虫、水蛭之类，不惟孕不复怀，且祸在反掌。"薛立斋亦云："大抵断产之剂，多用峻厉，往往有不起者。"在继承前人经验的基础上，已研究了一些比较安全可靠的药物用于临床，尤以中止中期妊娠，下胎效果明显，如"花粉素引产"、"芫花萜引产"等。

妊娠病

妊娠期间，发生与妊娠有关的疾病，称为妊娠病。首见于《诸病源候论》。《医宗金鉴·妇科心法要诀》列有"胎前诸证门"。妊娠常见的疾病有，因妊娠而发生的，如恶阻、胎漏、胎动不安、坠胎、小产、宫外孕、滑胎、子肿、子满、子晕、子痫、妊娠怔忡、妊娠大便不通等；还有因妊娠

体虚、外感六淫而发者,如妊娠痢疾、妊娠疟疾等。妊娠病的发病机制,主要是因孕后脏腑经络之血,下注冲任以养胎元,致使母体阴血偏虚,阳气偏旺,与肝、脾、肾关系密切。因肝藏血,脾统血,肾藏精,精化血,若肝血肾精不足,脾虚失运或化源不足,则胎失所养,孕疾由此而产生。其次是由于胎体逐渐长大,影响气机升降失常,易致气滞、痰郁等疾。如《沈氏女科辑要笺正》认为妊娠病源有三大纲:"一曰阴亏,人身精血有限,聚以养胎,阴分必亏。二曰气滞,腹中增一障碍,则升降之气必滞。三曰痰饮,人身脏腑接壤,腹中遽增一物,脏腑之机括,为之不灵,津液聚为痰饮。知此三者,庶不为邪说所惑。"更有六淫外袭,七情内伤,或饮食不节,房事过度,损伤胎元,皆可致病。

恶阻

妊娠早期,出现恶心呕吐,甚或恶闻食气,食入即吐者,称为恶阻。病证名首见于《诸病源候论》。又称妊娠呕吐,如《金匮要略·妊娠病脉证并治》:"妊娠呕吐不止,干姜人参半夏丸主之。"俗称子病(见《产宝》)、病儿(见《证治要诀》)。《万氏妇人科》卷二说:"恶阻者,谓有胎气恶心,阻其饮食也。"孕后一般可出现晨起欲呕,神疲嗜睡等症状,这是早孕常有现象,不属病态。若呕吐频作,甚则不能进食,食入即吐者,则应积极治疗,否则会影响孕妇的健康和胎儿的发育。

病因病机 本病系因胎元初结,血聚养胎,胞宫内实,冲气旺盛,上逆犯胃所致。其发病与母体素质有关。如《诸病源候论·妊娠恶阻候》云:"恶阻病者,……此由妇人元本虚羸,血气不足,肾气又弱,兼当风饮冷太过,心下有痰水,挟之而有娠也。"临床有脾胃虚弱、肝胃不和及痰邪阻滞之异。治疗以平冲和胃,降逆止呕为主,分别采用健脾、舒肝、化湿祛痰等法治之。用药当顾护胎元、不可过用重坠之品,以免伤胎。

辨证论治 有以下几方面:

方药治疗 (1)脾胃虚弱恶阻:症见妊娠早期恶心脘闷、呕吐清水或清涎,不思饮食,或食后呕吐,恶闻食气,体倦欲卧,舌淡苔薄白,脉滑而弱。因素体脾虚或饮食劳倦伤脾,脾气亏虚,升降失常,孕后经血停闭,血海不泻,冲脉之气较盛,冲脉隶于阳明,附于肝,冲气上逆犯胃,胃失和降而呕恶。《校注妇人良方》卷十二云:"妊娠呕吐恶食,体倦嗜卧,此胃气虚而恶阻也。"治宜健脾和胃,降逆止呕。方用六君子汤。脘腹胀闷者,可用香砂六君子汤。

(2)肝胃不和恶阻:症见孕后呕吐酸水或苦水,饮食不进、泛恶嗳酸气,头胀目眩,心胸愦闷,时太息或兼胁痛,舌黯滞,苔薄白微腻,脉弦滑。因素体肝气偏旺,孕后血聚养胎,肝血不足,肝气偏旺,或恚怒伤肝,肝失疏泄,肝脉挟胃贯膈,肝气挟冲气上逆犯胃。《沈氏女科辑要笺正》卷上曰:"呕吐不外肝胃两经病……又妇人既娠,则精血养胎,无以摄纳肝阳,而肝阳易升,肝之经脉挟胃,肝阳过升,则饮食自不能下胃。"张山雷亦云:"呕吐皆肝气上逆。"治宜舒肝和胃,降逆止呕。方用橘皮竹茹汤(《济生方》),少加黄芩苦降。或苏叶黄连汤(《温热经纬》)加半夏、陈皮、竹茹、乌梅。若肝郁化热、口干而渴、心烦不得眠者,则加花粉、炒栀子、枣仁,清热除烦。

(3)痰滞恶阻:症见孕后呕吐痰涎或粘沫,晨起尤甚,胸膈满闷,口淡腻,倦怠嗜卧,苔白腻,脉濡滑。多因肥胖多湿多痰之体,或素体脾阳不足,痰饮停滞,孕后经血壅遏,冲气上逆,痰饮随逆气上冲犯胃而呕恶。《女科经纶》卷三引戴复庵曰:"恶阻者……盖其人宿有痰饮,血壅遏而不行,故饮随气上。"治宜健脾去湿,化痰止呕。方用小半夏加茯苓汤,其中茯苓可重用至30克。

若久吐不止,饮食不进,导致阴亏液耗,精气耗散,出现神疲委靡,形体消瘦,眼眶下陷,双目无神,面容憔悴,甚或胃络受伤,呕吐咖啡色粘液,或带血样物,发热口渴,尿少便秘,唇舌干燥,舌质红,苔薄黄干或舌光剥中裂,脉细。治宜益气养阴,和胃降逆,以生脉散合增液汤。必要时,中西医结合治疗。如经治疗,病情继续发展,出现高热不退、黄疸等症状时,则应终止妊娠。

针灸治疗 以和中理气为主。常选任脉、足阳明、足太阴和手、足厥阴等经穴,如中脘、足三里、丰隆、内庭、公孙、内关或太冲等,每次3—5穴。用毫针行平刺法,每日1次。若属痰滞者可配合灸法。

推拿疗法 (1)治则:健脾和胃,止呕安胎。

(2)操作:①按揉内关、合谷、足三里、三阴交。手法宜轻揉。②鱼际揉上腹部。③直推膻中。以拇指或示中二指从天突经膻中直推至剑突,反覆若干次。

(3)备用手法:①背部擦法。小鱼际擦胸椎两侧。②项部一指禅推法或按揉法。

简易方 (1)二香散:香附一两,藿香叶、甘草各二钱。为末,每服二钱,沸汤入盐调下(《妇人大全良方》)。

(2)小黄丸:人参、干姜各等份。以生地黄汁和丸,梧子大,每服50丸,米汤下(《和剂局方》)。

护理 饮食宜清淡易于消化,少吃多餐,尽量适合患者喜爱的食物。忌食辛辣、油腻之品。服药亦宜少量多次频服,或于药汁中加入姜汁少许。

妊娠胎不长

妊娠至四五月时,胎儿存活而生长迟缓,其腹形明显小于正常妊娠月份者,称妊娠胎不长,亦称胎萎不长或妊娠胎萎燥。病证名首见于《诸病源候论》。主要是因妊母气血虚弱所致。胎之在胞,赖血气以养。若禀赋不足,胞脏虚冷,或因宿疾,或因将养失宜,以致脏腑衰损,气血虚弱,而胎不长。《景岳全书·妇人规·胎不长》云:"胎不长者,亦惟血气之不足耳。故于受胎之后而漏血不止者有之,血不归胎也;妇人中年血气衰败者有之,泉源日涸也;

妇人多脾胃病者有之，仓廪薄则化源亏而冲任穷也；妇人多郁怒者有之，肝气逆则血有不调而胎失所养也；或以血气寒而不长者，阳气衰则生气少也；或以血热而不长者，火邪盛则真阴损也。”本病的治疗原则，当审其病因以治其疾，益其气血，则胎自长矣。血寒者，兼以温阳祛寒；阴虚内热者，兼以养阴清热。本病如不及早治疗，可导致过期不产，甚或胎死腹中。

气血虚弱胎不长：妊娠四五月，胎儿虽存活，但腹形明显小于正常月份，身体羸弱，面色萎黄或㿠白，头晕短气，疲倦懒言，舌色淡嫩少苔，脉细弱无力。多因孕妇患有宿疾，气血暗损；或胎漏下血时间较长，血不养胎；或由脾胃虚衰，化源不足，胎失所养所致。如《诸病源候论·妊娠养胎候》："妊娠之人，有宿挟疴疹，因而有妊娠，或有娠之时，节适乖理，致生疾病，并令脏腑衰损，气力虚羸，令胎不长。"治宜大补气血，方用八珍汤加减。

血寒胎不长：症见形寒怕冷，喜温畏凉，或腰腹冷痛，四肢不温，呕吐清涎，舌淡苔白，脉象沉迟。因素体阳虚，或因孕后过食寒凉之品，戕伐阳气，至血寒宫冷，阴盛阳衰，则生气少而胎不长。治宜养血温胞。可用长胎白术丸。

血热胎不长：症见烦躁不安，潮热盗汗，夜寐梦多，口干或渴，五心烦热，小便频数而赤，大便干结，唇红干，舌红苔黄，脉细略滑数。多因平素肝气较盛，忧郁易怒。肝郁化火，则血内蕴热而真阴耗损，致胎不长养。治宜清热凉血安胎。用固胎煎或凉胎饮加减。

脾肾不足胎不长：症见腹形小于正常月份，腰部酸冷，纳少便溏，或形寒怕冷，手足不温，舌淡苔白，脉沉迟。乃由脾肾气虚，精血不足，胞脉失养，以致胎萎不长。如《陈素庵妇科补解》云："何至瘦而不长……盖胎瘦由于母血不足也。母血之不充由于脾胃之衰弱耳。"治宜健脾补肾。可用温土毓麟汤加减。

护理：①孕妇衣裤宜宽大，不宜过紧束缚胎儿，以免影响胎儿发育。②注意饮食调养，可多食猪肝、瘦肉、桂圆、红枣等健脾补血之品。③定期作产前检查，以期达到早期发现，及时治疗。

胎动不安

妊娠后，阴道不时少量出血，并感胎动腹痛下坠者，称胎动不安。病证名首见于《诸病源候论》。胎动不安与胎漏有别，胎漏者，仅见阴道出血；胎动不安者，则有腹痛、阴道出血。《医学入门》卷六云："心腹痛而下血者为胎动，不痛者为胎漏。"《胎产心法》卷上亦云："胎动胎漏，皆能下血，胎动腹痛，胎漏腹不痛。"大抵以此为别。本病属西医"先兆流产"范畴。

病因病机 本病病因有劳伤过度、饮食失宜、不节房事、七情伤损、跌仆闪挫等导致冲任不固，不能摄血养胎所致。如《诸病源候论·妊娠胎动候》云："胎动不安者，多因劳役气力，或触冒冷热，或饮食不适，或居处失宜。轻者致转动不安，重者便致伤堕。"治疗原则以安胎为主。有因母病而胎动者，治母病，其胎自安；有胎不实而致母病者，但当安胎，母病自愈。应脉证合参，辨其寒、热、虚、实，随证施治。因于寒者，则温而养之；因于热者，则清而养之；因于跌仆闪挫者，则宜调气、养血、安胎；因于气滞者，宜理气安胎。胎动不安，有可安者，有不可安者。如出血过多，或既久不止，腰腹疼痛阵阵加剧，痛连骶骨，为胎有下堕之势，安之无益，当下胎益母。《济阴纲目·胎前门》云："若终不能安者，则可下之。免害妊妇也。"

辨证论治 有以下几方面：

方药治疗 (1)肾虚胎动不安：症见妊娠期间阴道出血，腰酸膝软，小腹下坠，头晕耳鸣，肢体疲倦，胃纳欠佳，小便频数，夜尿尤多，舌淡苔白润脉沉弱略滑，尺脉无力。多因素体肾虚或孕后房事不节，或因劳倦过度，以致肾虚不足以载胎，气虚不足以摄血养胎。如《景岳全书·妇人规·安胎》云："胎气有虚而不安者，最费调停，然有先天虚者，有后天虚者，胎元攸系，尽在于此。先天虚者，由于禀赋，当随其阴阳之偏，渐加培补，万毋欲速，以期保全。后天虚者，由于人事、凡色欲劳倦、饮食七情之类，皆能伤及胎气。"治宜补肾健脾，固气安胎。方可用寿胎丸合四君子汤，加熟地、砂仁、鹿角霜。

(2) 气血两虚胎动不安：症见阴道下血，小腹坠痛，面色㿠白，神疲肢软，脉细弱无力，或稍现滑象，舌淡嫩，苔薄白或少苔。病系平素气血不足，身体虚弱。妊娠以后，赖血以养胎，赖气以护胎，气血既虚，则提摄不固，胎失所养。如《陈素庵妇科补解·胎前杂症门》云："妊娠胎动不安，大抵冲任二经血虚，胎门子户受胎不实也。"治宜益气摄血，以固胎元。方用胎元饮加阿胶、艾叶、人参。如用党参，则应重用至30克以固气摄血安胎。

(3) 血热胎动不安：症见阴道出血，血色鲜红量多，伴小腹疼痛，心烦不安，口舌干燥，难寐多梦，大便燥结，小便赤涩，舌红苔黄或干，脉滑数。因素体阳盛或肝经郁热。妊娠后，若过食辛燥助阳之品，或暴怒伤肝，则肝火炽盛，肝为藏血之脏，而冲脉附于肝，热伤冲任，以致胎动不安。如《景岳全书·妇人规·安胎》说："胎气有热而不安者，其症必多烦热，或渴或躁，或上下不清，或漏血溺赤，或六脉滑数等证。"治宜清热止血安胎。方用固胎煎去砂仁，加旱莲草、侧柏炭。

(4) 跌仆闪挫胎动不安：症见阴道出血，血色鲜红量多，小腹疼痛下坠，舌稍黯，脉滑数或乱。因妊娠后起居不慎，跌仆闪挫，或举重提挈，以致气血紊乱，损伤冲任，扰动胎元。《医学入门》卷六云："孕妇或从高坠下，重物所压，致动胎元。"治宜调气养血，止血安胎。方用阿胶散(《济阴纲目》)。若兼腰酸腰痛者，则加杜仲、续断、桑寄生；若出血多者，加地榆炭以止血。如胎动难留者，症见阴道流血量多，腰酸腹痛加剧。治宜温通活血行气，引血下行。方用决津煎加益母草、枳壳。

简易方 (1)黄芩汤:黄芩、白术各五钱,当归三钱。适用因热所致胎动不安者(《证治准绳·女科》)。

(2)糯米一合,黄芪、川芎各五钱,水一升,煎八合,分服。治胎动不安,下黄水(《产宝》)。

食疗方 破故纸二钱,核桃肉一个,研匀,空心酒服(《济阴纲目》)。

护理 (1)保持外阴清洁,可用1:5 000高锰酸钾溶液外洗,每日1次,以防邪毒感染。

(2)严禁房事,绝对卧床休息,以免重伤冲任。

胎漏

妊娠后,阴道不时少量下血,或时下时止,或淋漓不断,但无腰酸、腹痛、小腹下坠等现象者,称胎漏。病证名见于《素问病机气宜保命集》。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》:"孕妇无故下血,或下黄豆汁而腹不痛者,谓之胎漏。"亦称"漏胞"(见《诸病源候论》)。胎漏须与激经相鉴别。激经者,受孕后月经按期而下,但量少,对胎儿、母体一般无影响;3个月后,其胎渐大,血可自止。胎漏者,乃为孕后阴道出血,非时而下,若不及时治疗,或久下不止,则可导致坠胎。《沈氏女科辑要笺正》卷上沈尧封语:"妊娠经来,与胎漏不同,经来是按期而至,来亦必少,其人血盛气衰,体必肥壮;胎漏或因邪风所迫,或因房事不节,血来未必按期,体亦不必肥壮。"

病因病机 盖胎寄母腹,全赖母气血以养,肾气以系。故其主要病机是冲任不固,不能摄血养胎。《诸病源候论·妊娠漏胞候》:"漏胞者,……此由冲脉、任脉虚,不能约制太阳、少阴之经血故也。"导致冲任不固的原因有因先天肾气虚衰、或孕后伤于房室则胞失所系,胎失所养;有因素体气虚血少,或孕后恶阻严重,反覆呕吐,致气虚津亏,胎元失养;有因热邪外感或七情内伤,五志化火,或阴虚内热,扰动胎元;有因素体阳虚,孕后胞脉失于温养而不固者;亦有因孕后跌仆损伤、举重劳力致气血失和,气乱不能载胎,血乱不能养胎。如《景岳全书·妇人规·妊娠卒然下血》云:"妊娠忽然下血,其证有四,或因火热迫血则妄行,或因郁怒气逆则动血,或因损触胎气,胞宫受伤而下血,或因脾肾气陷,命门不固而脱血。"除此,则亦有因毒药、毒食所伤,或素有癥痼之疾致胎气受伤者。如《陈素庵妇科补解·胎前杂症门》云:"妊娠误食毒药如硝石、巴豆、砒霜、乌附等味,毒物如野菌及无名草药酿酒,病死牛羊鸡豚等,内则伤胎气,血下不止。"《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》云:"妇人宿有癥病,经断未及三月,而得漏下不止,胎动在脐上者,为癥痼害。"综上所述,临床常见的有:"肾虚、气血虚弱、血热、虚寒、癥病及误服毒物所致者。

辨证 本病首先要辨其胎元已殒未殒,临床多根据具体脉证及有关化验检查以察之。若妊娠早期出现阴道出血量少或时下时止,或淋漓不断,无腰酸腹痛,或有轻微腰酸腹痛,妊娠试验阳性者,则胎多存活。若阴道出血逐渐增多,腰酸腹坠加重,妊娠试验由阳转阴,则胎元已殒。尔后,当辨其虚实。若血色鲜红或深红,质稠者,属实、属热;血色淡,质稀者属虚、属寒;血色暗而有块者,属瘀。若气血虚弱者,必见神疲肢软,心悸气短,舌淡苔薄,脉细滑。肾虚者,则见腰酸腹坠,夜尿频多,舌淡苔白,脉沉弱。血热者,症见口干咽燥,面赤心烦,舌红苔黄,脉滑数。如系外伤毒物所致者,病史尤可得知。

肾虚胎漏 症见妊娠漏下,血色淡黯如黑豆汁,头晕耳鸣,腰酸膝软,夜尿频数,舌淡黯,脉沉尺弱。

气血虚弱胎漏 症见妊娠漏下,血色淡红,面色㿠白或萎黄,头晕目眩,神疲肢软,舌淡嫩苔薄白,脉细弱略滑。

血热胎漏 症见妊娠漏下,血色深红,面赤心烦,口干欲饮,尿黄便结,唇舌红赤,苔干黄,脉滑数,为实热。如症见漏下血色鲜红,五心烦热,少寐,口干不引饮,唇舌红、苔少,脉细滑数,为虚热。

虚寒胎漏 症见妊娠漏下,血色淡,或如黄豆汁,面色苍白,形寒肢冷,或腰腹冷痛,口淡,时吐清涎,唇舌淡黯,脉沉细滑。

癥病胎漏 症见妊娠漏下不止,血色黯黑,胸腹胀满,少腹拘急,皮肤粗糙,口干不欲饮,舌黯红或有瘀斑,苔白,脉沉弦滑。

误服毒药、毒物胎漏 有服毒史。症见阴道不时下血,色红如常,伴见憎寒、颜面指甲唇口青白,或冷汗淋漓,四肢厥冷等中毒现象。

治疗 本病临床以妊娠期间阴道少量出血为主症,治疗多以安胎为主,每可获愈,但亦有经安胎止血不效而发生胎坠小产等情况者,在治疗中须严密观察,若胎元已殒,阴道出血量多者,则宜迅速祛瘀下胎以益母。

方药治疗 (1)肾虚胎漏:治宜补肾气,固冲任,佐以益气健脾。方用寿胎丸(《医学衷中参西录》)加党参、白术、艾叶炭。

(2)气血虚弱胎漏:治宜益气养血,止血安胎。方用胶艾汤或胎元饮。

(3)血热胎漏:因于实热者,治宜清热、止血、安胎。方用阿胶汤(《医宗金鉴》)去当归、川芎,加苎麻根以止血安胎;因于虚热者,治宜养阴清热、止血安胎。方用保阴煎合二至丸。

(4)虚寒胎漏:治宜温经养血安胎。方用当归寄生汤(《济阴纲目》)加荆芥炭、补骨脂。

(5)癥病胎漏:治宜祛瘀化癥,以达到止血安胎。方用桂枝茯苓丸加续断、牡蛎。

(6)误服毒药,毒物胎漏:当审因施治,重危病人,应中西结合挽救,以解毒安胎为要。轻者可用甘草、黑豆、淡竹叶等份,浓煎服之(《妇人大全良方》),也可用黑小豆二两炒研,煎汤,入阿胶化下(《陈素庵妇科补解》)。

简易方(1)鸡子黄十四枚,以好酒二升,煮如饧,服

之，未瘥再作，以瘥为度（《普济方》）。

（2）阿胶末二两，生地黄半斤，捣汁，入清酒三升，绞汁分三服（《本草纲目·阿胶》引梅师方）。

（3）益智仁五钱，缩砂仁一两，为末。每服三钱，空心白汤下，日二服（《本草纲目·益智》引胡氏济阴方）。

护理 （1）注意卧床休息、严禁房事，若曾有流产史者，保胎治疗需超过上次妊娠流产时间。

（2）需严密观察出血后腹痛情况，若出血量多，伴小腹坠痛者，慎防坠胎之虞。

（3）保持外阴清洁，每晚临睡前用1:5 000高锰酸钾溶液外洗。

（4）保持大便通畅，如大便燥结难解者，每日早、晚服蜂蜜一汤匙，以利润肠通便。

（5）调情志，避免情志刺激使气火偏亢而影响胎元。

堕胎、小产

妊娠三个月以内，胎儿尚未成形而坠胎者，称堕胎；五至七个月，已成形而坠者，称小产。堕胎之名最先载于《脉经》，小产最早见于《金匮要略》。《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云："五七月已成形象者，名为小产，三月未成形象者，谓之堕胎。"在堕胎中，亦有一月而堕或月经仅过期数天而堕，且不易为患者所知者，则称"暗产"。《叶氏女科诊治秘方·暗产须知》云："惟一月堕胎，人皆不知有胎，但谓不孕，不知其已受孕而坠也。"堕胎、小产的病因病机，主要是冲任不固，不能固摄胎元。常可因情志内伤，气机逆乱；或气血虚弱，胎元失养；或跌仆外伤，损伤冲任而致。此外，亦有孕后因热病而致堕胎、小产者。治疗若在欲堕未堕之时可按胎动不安、胎漏下血调治。既堕既产以后，应按"产后调护"处理。若胎元已殒，已堕而堕之不全者，常可引起阴道大出血而发生晕厥，甚或阴血暴亡，阳无所附，以致阴阳离决。《诸病源候论·妊娠堕胎后血出不止候》云："堕胎损经脉，损经脉故血不止也，泻血多者，便致烦闷，乃至死也。"指出了堕胎、小产应注意其出血过多与恶血不下，或下而不全时的严重情况，以便分别治之。如因出血过多，或暴下不止，面苍唇白者，急宜独参汤峻补其气以生其血。如恶血瘀滞不行，腹胁胀痛者，则应活血化瘀。方用失笑散合生化汤加益母草，酌其虚、实、缓、急随证施治。如经治无效者，应中西医合治。堕胎、小产，应加重视，《女科经纶》卷三引《便产须知》云："小产不可轻视，将养十倍于正产可也。"

简易方：①代赭石末一钱，生地黄汁半盏调。日三五服，以瘥为度，用治堕胎下血不止（《圣济总录》）。②旋覆花汤：旋覆花三两，葱十四茎，新绛少许，水三升，煮一升，顿服。治半产、漏下，虚寒相搏，其脉弦芤（《金匮要略》）。

滑胎

连续发生堕胎、小产三次或三次以上者，称为滑胎。见于《经效产宝》。《诸病源候论》谓"数堕胎"，西医称"习惯性流产"。其特点是"如期而堕"。如《景岳全书·妇人规·数堕胎》云："屡见小产随胎者，多在三个月及五月七月之间，而下次之堕，必如期复然。"滑胎之另一涵义是指用药胎滑易产，在《经效产宝》中"益气滑胎令易产方论"即指此而言。本条讨论指"数堕胎"。本病的病因病机，主要是肾脾两虚，冲任不固，胎失所系。亦有因气血两虚，不能摄血养胎，或血热扰动胎元而致者。更有因男方肾精虚损，不能凝胎者，在此不予讨论。治疗当察其所因，预为调摄，多以补肾健脾，益气养血为主。有热者则宜清热养血。此外，在堕胎后的一年内不宜复孕，以免冲任重损。一年后若再次复孕，则应安心静养，忌交合，禁劳役。

肾脾两虚滑胎：症见屡孕屡堕，腰酸膝软，头晕耳鸣，精神委靡，眼眶黯黑，或面有黯斑，或肢体疲乏，夜尿频多，或月经提前错后，经量或多或少，又或滑胎后多年不孕，舌质淡红或淡黯，苔薄，脉沉尺弱。病因先天肾精亏损，复因孕后纵欲而致肾虚不能荫胎，胎元不固；或因劳倦伤脾，脾虚化源匮乏，统摄无权，致不能养胎和固摄胎元。《妇婴至宝》卷三云："凡妊娠之数见坠胎者，总由气血亏损所致，或禀质素弱，或年力就衰，或暴怒劳苦，而暗损精气，或色欲太过，而盗泄胎元……胎以坠焉。"治宜补肾健脾，佐理气以资调补。可用补肾固冲丸或千金保胎丸。

气血两虚滑胎：症见屡孕屡坠，面色㿠白或萎黄，身体疲乏，头晕肢软，气短心悸，舌淡嫩，脉细弱。甚或月经不调。病因气血素弱，或大病久病失血耗气，致气血两虚，不能滋养胎元。《妇科玉尺》卷二云："屡孕屡堕者，由于气血不充。"治宜补气血，以养胞胎。方用毓麟珠或芎劳补中汤。

血虚内热滑胎：症见屡孕屡坠，身体消瘦，烦躁不宁，难寐多梦，头晕头痛，大便干结，口干不渴，舌红少苔，脉弦细略数。病由素体阴虚，妊娠后血聚养胎，阴血益虚，易生内热，热盛损伤胞络，而为胎漏或胎动不安，甚则应期而堕。《景岳全书·妇人规》说："凡胎热者，血易动，血动者，胎不安，故堕于内热而虚者，亦常有之。"治宜养血清热。方用保阴煎。

简易方：①阿胶汤：治妊娠数堕胎，小腹疞痛不可忍。阿胶炙燥，熟干地黄焙，芎䓖、当归切焙，杜仲、白术各一两，水煎，食前温服（《济阴纲目》）。②杜仲八两，续断二两，焙干为末，山药六两，为末作糊，丸梧子，每服五十丸，空心米饮下（《本草纲目·杜仲》）。

护理：在堕胎后的一年内不宜复孕，以免冲任重损。一年后若再次复孕，则应安心静养。严禁房事，卧床休息，一般休息要超过上次妊娠滑胎时间。

半产

妊娠日月未足，胎气未全而产者，谓半产。首见于《金匮要略》。半产、小产、堕胎，只因发生时间的迟早不一，而病名各异。《叶氏女科证治》卷二云："妊娠三月未成形而胎下者，为堕胎；五月而堕者为小产；七月而堕者，为半产。"但其发病机制则一，以气血虚弱为本。或因忧恐暴怒，悲伤太甚，或因劳力跌仆，触冒温疟热病，皆可导致。"本病重在预防。在未堕之前，若有腰酸腰痛者，即当注意。《胎产心法》卷上云："肾以系胞，肾为腰之府，腰疼则堕，不可不防。"一旦发生本病治同堕胎、小产，以养血补气或祛瘀生新为法。半产后尤应注重产后摄生调护，将养过于正产十倍。若半产后下血过多，症见头眩目花，心悸体颤，舌淡苔薄，脉虚细者。治宜益气养血。方用人参汤。若半产恶露不尽，症见小腹疼痛，气攻胸胁，血下成块，舌黯苔薄，脉沉弦者。治宜活血行瘀。方用没药丸或生化汤加减。

胞阻

妊娠期间，因胞脉阻滞，气血运行不畅而发生以小腹疼痛为主证者，称为胞阻。首见于《金匮要略》。亦称妊娠腹痛。《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云："孕妇腹痛名为胞阻。"亦有称胎痛者，如《妇科玉尺》卷二云："又有腹中不时作痛、或小腹重坠者，名曰胎痛。"病因病机主要是胞脉阻滞，不通则痛。不通之因，则有气血虚弱，或血与寒搏，或气郁不达等。《金匮要略心典》云："胞阻者，胞脉阻滞、血少而气不行故也。"此外，亦有血热气盛所致者。治疗原则以养血理气、止痛安胎为主。血寒者佐以温经散寒；气阻者，兼以理气行滞；血热者，兼以清热，使通则不痛。但须与异位妊娠、胎漏、胎动不安、堕胎、小产、妊娠合并肠痈等病区别。

血虚气弱胞阻：症见妊娠腹痛绵绵、面色萎黄、头晕乏力、心悸少寐、四肢麻木、舌淡苔薄、脉细弱。常因平素身体虚弱、气血不足，妊娠以后，血聚以养胎、阴血益虚，血少而乏于畅行，气虚则运行无力，胞脉因虚而阻滞。《沈氏女科辑要笺正》卷中云："胞阻者，胞脉阻滞，血少而气不行也。"治宜补气养血。方用八珍汤加木香，以助其理气之力。

血寒胞阻：症见妊娠小腹冷痛，面色苍白，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉弦。因素体阳虚，妊娠以后，胞脉失于温煦，阴寒内结，阻碍气血运行，因而小腹绞痛或冷痛。《陈素庵妇科补解·胎前杂症门》云："妊娠少腹痛者，因胞络宿有风冷，后却受娠，受娠之后则血不通，冷与血相搏，故令少腹痛也。"治宜温经散寒。方用胶艾汤或用艾附暖宫丸。

气郁胞阻：症见妊娠小腹胀痛，胸胁胀满，嗳气太息，心烦易怒，舌黯红，苔薄脉弦滑。多因素性忧郁，孕后血以养胎，肝藏血，肝血不足，则肝气易郁，肝郁气滞则血行不畅。《女科经纶》卷三引《大全》云："妊娠四五月后，每常胸腹间气刺满痛，或肠鸣，以致呕逆减食，此由忿怒忧思过度。"治宜舒肝解郁，理气行滞。方用逍遥散加苏梗、香附，以理气安胎。

血热胞阻：症见妊娠期小腹常痛，时作时止，口干咽燥，舌红苔薄黄，脉细数。因素体阳盛，或妊娠后嗜食辛辣，致血热气盛，胞脉壅滞，因而作痛。《妇科玉尺》卷二云："妊娠初时，即常患腹痛者，此由血热之故。"治宜清热养阴，止痛安胎。方用栀芩汤(《妇科玉尺》)。

简易方：①知母二两为末，蜜丸梧子大，每粥饮下二十丸(《太平圣惠方》)。②桑寄生一两五钱，炒阿胶五钱，艾叶五钱，水一盏半，煎一盏，去滓温服。或去艾叶(《太平圣惠方》)。③砂仁葱汤：砂仁一钱(炒)，去衣砂，连须葱白二根，煎汤服(《增补大生要旨》)。

子肿

妊娠期间，肢体面目发生肿胀者，称为子肿。证名首见于《医学入门》。《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云："头面遍身浮肿，小水短少者，属水气为病，故名曰子肿。"亦名妊娠肿胀，见《沈氏女科辑要》。在《诸病源候论》有"妊娠胎间水气子满体肿候"。由于肿势不一，古人又有子气、皱脚、脆脚之称。若自腹至足肿，小水长者，属湿气为病，名曰子气。但两脚浮肿而肤厚者，属湿，名曰皱脚。皮薄者，属水，名曰脆脚。如在妊娠晚期，只是脚部轻度浮肿，无其他不适者，不必治疗，产后自消。本病的病因病机，主要是脾肾阳虚。脾阳虚不能运化水湿，肾阳虚则上不能温煦脾阳，下不能温暖膀胱，水道不利，泛溢肌肤，遂致水肿。此外，有因胎气壅阻，气机升降失调，亦可导致子肿。治疗原则，以运化水湿为主。脾虚者健脾利水。肾虚者温阳行水。气滞者行气利水。

脾虚子肿：症见妊娠面目虚浮，肢体肿胀，神疲纳差，脘腹膨胀，胸闷短气，小便短少，舌淡胖，苔白腻，脉滑略缓。乃由孕妇素体脾虚，食饮不节，恣意生冷厚味，以致脾气益虚，运化失常，水湿不化，溢于肌肤，遂为肿胀。如《增补胎产心法·子肿子气子满论》云："所谓子肿者，面目虚浮，多因脾胃气虚，或久泻所致。"治宜健脾利水。方用全生白术散，或用健脾利水汤(《胎产心法》)。

肾虚子肿：症见面浮肢肿，头晕耳鸣，腰腿酸软，面色晦黯，小便不利，舌淡嫩湿润，苔薄白，脉沉迟弱。多因禀赋肾虚，命火不足。孕后阴血聚以养胎，有碍肾阳敷布，膀胱气化失职，不能化气行水，以致水湿泛溢肌肤，因而为肿。《沈氏女科辑要笺正》卷上云："妊身发肿，良由真阴凝聚以养胎元，而肾气不能敷布。"治宜温肾，化气行水，可用真武汤。方中附子有毒，入药需先煎，用量一般6克左右。

气滞子肿：症见肿胀多先由脚起，渐及腿部，皮色不变，头晕胀痛，胸闷胁胀，食少气短，舌苔厚腻，脉弦滑。此由孕妇平素心情忧郁，气机不畅，妊娠四五月后，胎儿渐长，有碍气机升降，两因相感，遂致气滞肿胀。治宜理气行滞。方用天仙藤散(《妇人大全良方》)。

推拿疗法：①治则：健脾益肾，行气利水。②操作：参见"水肿"条。多用四肢和背部手法，一般避免腰部操作。

简易方：①羌活、萝卜子，同炒香，只取羌活为末，每服二钱，温酒调下。一日一服，二日二服，三日三服(《本事方》)。②赤茯苓(去皮)、葵子各五钱，为末。每服二钱，新汲水下(《本草纲目·茯苓》)。

食疗方：①大鲤鱼一尾，赤小豆一升，水二斗，煮食饮汁，一顿服尽。②用大鲤一头，醋三升，煮干食，一日一作(《本草纲目·鲤鱼》)。

护理：宜食低盐或无盐饮食，适当控制饮水量。忌食生冷油腻之品，以免困阻气机。浮肿严重者，应卧床休息，两下肢适当抬高，并注意保暖。

子满

妊娠六七月后，出现腹大异常，遍身浮肿，甚至喘不得卧者，称子满。最早见于《诸病源候论》。《妇人大全良方》称为胎水肿满。《三因极一病证方论》则称作胎水。与现代医学所称羊水过多症基本相符。其主要发病机制是因脾虚水湿停聚胞中所致。如《诸病源候论·妊娠胎间水气子满体肿候》曰："胎间水气子满体肿者，此由脾胃虚弱，脏腑之间有停水，而挟以妊娠故也。"其症见妊娠五六月间，胎水过多，腹部增大异常，全身浮肿，胸膈满闷，呼吸短促，神疲倦怠，四肢不温，溺短少，甚则头眩心悸，喘不得卧，舌淡胖，苔白，脉沉滑无力。治宜健脾理气行水。方用全生白术散，方中白术、云苓皮宜重用，白术可用20—30克，云苓皮用30克，并用茯苓30克。如喘不得卧者，加入苏子、龙骨、牡蛎。苏子以降气逆，龙、牡镇潜摄纳，务使脾气健运，渗利水湿。兼用顺气降逆镇潜之剂，则胎水渐减，而胀满喘逆可除，病因既去，胎可安矣。亦可用茯苓导水汤(《医宗金鉴》)，或用鲤鱼汤(《千金要方》)。

子满常伴胎儿畸形，如《叶氏女科证治》卷二云："妊娠五六月间，腹大异常，胸膈胀满，小水不通，遍身浮肿，名曰子满，此胞中蓄水也，若不早治，生子手足必然软短，形体残疾，或水下即死。"所以对子满证，除按上法治疗外，需结合西医有关检查，如发现胎儿畸形，应及时终止妊娠。

子悬

妊娠胸胁胀满，甚或喘急、烦躁不安者，称为子悬，又名胎上逼心。见于《妇人大全良方》。《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云："孕妇胸膈胀满，名曰子悬。更加喘甚者，名曰胎上逼心。"子悬之证，多为妊娠将养失宜，气血乖违，胎气上逼，紧塞胸胁，胀满疼痛是也。如《沈氏女科辑要笺正》卷上云："子悬是胎元之上迫，良由妊妇下焦气分不疏，腹壁逼窄，所以胎渐居上，而胀满疼痛乃作。"

本病的治疗原则，以理气行滞为主，佐以疏肝理脾。胎热者，宜理气清热；胎寒者，宜通阳散寒，务使气顺而胎安。

肝郁子悬：症见妊娠胸闷胁胀，甚或呼吸迫促，心烦易怒，坐卧不宁，苔白微黄，脉弦滑。多由恚怒伤肝，肝气郁而不达，复因孕后胎体渐长，气机升降失常，以致胎气上逆，逼迫心胸。如《校注妇人良方》卷十二薛己治验："妊娠每因恚怒，其胎上逼……乃肝火内动。"治宜疏肝理气。方用小柴胡汤加茯苓、枳壳、山栀，或用解郁汤(《傅青主女科》)。

脾虚子悬：症见妊娠胎上逼，胸满嗳气，意不欲食，苔薄腻，脉细缓。因忧思伤脾，思则气结，以致胎气不和，而发妊娠胀满。《女科证治约旨》卷三有"因忧思太过，伤及心脾，致胎气不安者"。治宜健脾理气。方用四君子汤加苏梗、枳壳，以理气行滞。

胎热上逆子悬：症见胸膈胀满，胸闷心烦，口苦咽干少寐，溺黄便结，舌红苔黄，脉滑弦数。因素体阳盛，或孕后过食辛热助阳之品，热伤胎元致胎热气逆上冲。《妇科玉尺》卷二说："妊娠四五月来，本君相二火养胎，平素有火，而胎热气逆，胎上凑心不安，胸膈胀满，名曰子悬。"治宜理气清热。先用枳壳汤(《证治准绳》)加紫苏，以助理气宽中之力。后用阿胶养血汤(《中医妇科治疗学》)，以养阴清热。

胎寒气逆子悬：症见胸腹胀满，小腹冷痛，形寒怕冷，四肢不温，舌淡苔白，脉沉滑。孕妇素体阳虚内寒，停痰积饮于胸，加之起居不慎，触寒而发。《女科指掌》卷三云："子悬者……由素有寒气，致令停饮触寒发动与气相争，故心腹胀满也。"治宜通阳散寒。方用当归汤(《妇人大全良方》)。

简易方：火龙散：川楝子、茴香各三钱，盐炒，艾叶末钱半，煎，不拘时服(《妇科玉尺》)。

食疗方：葱白汤：葱二七茎，浓煎汁饮(《沈氏女科辑要笺正》)。

子烦

妊娠后，常感心中烦闷不安，甚或心惊胆怯者，称为子烦。证名最早见于《诸病源候论》。亦名妊娠心烦。《千金要方》卷二云："妊娠常苦烦闷，此是子烦。"本病发生主要是火热乘心，所谓"无热不成烦"也。热邪扰心，则神明不宁。但有阴虚、痰火、肝郁之不同。如《沈氏女科辑要笺正》卷上说："子烦病因，曰痰，曰火，曰阴亏。"治疗

原则当以清热养阴除烦为主。本病往往是子痫的先兆期，若治不及时，常可发展为子痫。

阴虚子烦：症见妊娠心中烦闷，坐卧不宁，五心烦热，午后尤甚，口干咽燥，渴不多饮，舌红少苔，脉细滑数。因阴血素亏，孕后阴血更为不足而生内热，热扰心胸；或肾阴虚于下，不能上济心火，心火上炎；或肺阴虚而热乘子心，致神明不宁而烦。如《女科经纶》卷四肖慎斋云："妊娠烦躁，本属肺肾二经有火。仲景云，火入肺则烦，入于肾则躁，胎系于肾，肾水养其胎元，则元气弱，不足以滋肾中之火，火上灼肺，肺受火刑，变为烦躁，此金亏水涸之候，法当滋其化源，清金保肺，壮水滋肾为主。"治宜养阴清热除烦。方用黄连阿胶汤或人参麦冬汤。

痰火子烦：症见形体肥胖，妊娠胸胁胀闷，烦躁不安，头眩心悸胆怯或恶心呕吐痰涎，苔黄腻，脉滑数。素有痰饮停滞胸中，孕后阴血偏虚，阳气偏胜，阳盛则热，痰热相搏，上扰心胸。《产孕集》卷上："妊娠烦懑闷瞀，谓之子烦。此由痰湿堙郁，热气熏蒸，上焦之气，不得流畅，热郁过甚。"治宜清热涤痰除烦。方用温胆汤加炒栀子。

肝郁子烦：症见妊娠心烦不安，目眩口苦咽干，喜太息，两胁胀痛，舌尖边红，苔薄白微黄，脉弦滑略数。因素有肝郁气滞，孕后胎体渐长，影响气机升降，气滞益甚，郁而化热，肝火上逆，扰及心神。治宜疏肝解郁，清热除烦。方用丹栀逍遥散，或用越鞠丸加淡豆豉、合欢皮之类。

简易方：①知母炒为末，枣肉丸，弹子大，每服一丸，人参煎汤下(《妇人大全良方》)。②竹茹汤：用淡青竹刮茹一两，以水一大升，煮取四盒，徐徐喝尽为度(《证治准绳·女科》)。

护理：①调情志：忌恼怒，少思虑，因情志内伤而致肝脾气结，有碍气机升降，郁而化火，灼伤阴津，致为本病。如《妇人大全良方》："妊娠苦烦闷者，……若母心惊胆寒，多有是证。"②慎饮食：饮食宜清淡而富于营养之品，忌食辛辣膏粱厚味，保持大便通畅。

子痫

妊娠后期，或正值临产或产后，忽然眩晕倒仆，昏不知人，全身强直抽搐，双目上视，须臾醒，醒复发，甚或昏迷不醒者，称为子痫，亦称妊娠痫症或妊娠风痉。或称子冒，见《诸病源候论》。子痫之证，须与素有痫证，而在孕期发作者相鉴别。两者皆有眩昏倒仆，手足搐搦等证，但子痫是因妊而发，须臾自醒，移时复作；若素有痫疾者，发作之时，必口吐白沫，有六畜之声，且发作间隔时间较长，并非"须臾醒，醒复发。"临证时大抵以此为辨。

病因病机　发病的主要机制为阴虚阳亢，肝风内动所致。因孕后赖精血以养胎，肾精益感不足，肝失涵养，心火偏亢，风火相煽，遂发子痫。如《沈氏女科辑要笺正》卷上，沈尧封云："阴虚失纳，孤阳逆上，……或因阴亏不吸，肝阳内风暴动。"亦有因素体脾虚，孕后脾气更虚，不能敷布精微，运化水湿，以致痰涎内结，脾虚血少，无以濡养肝木，风动痰壅，蒙蔽清窍而致者。

辨证论治　子痫治疗，重在预防。本病多由子肿、子烦、子晕发展而来，因此对子肿、子烦、子晕采取及时有效的治疗，是防止本病发作的主要关键。

子痫发作前往往有先兆征候，故此分子痫先兆期与子痫发作期分别论述。

(1) 子痫先兆期：主要表现是眩冒目花，头痛耳鸣，胸闷呕恶，血压显著升高，可达24/13kPa。这一先兆阶段短则数小时、长则一周许，积极有效地治疗子痫先兆期，对防止子痫发生至关重要。其主要病机特点是肝阳上亢，然临床有阴虚肝旺和脾虚肝旺两者。因阴虚肝旺者，治以养阴平肝；脾虚肝旺者，治以平肝潜阳，健脾利湿。

阴虚肝旺先兆子痫：妊娠中、晚期症见头昏、头痛、目眩耳鸣、胸闷烦躁、心悸怔忡、多梦易惊、颜面潮红、舌红或绛、脉弦细滑数。多因素体阴虚，孕后血聚养胎，精血愈亏，肝失所养，肝阳上亢，遂发。治宜育阴潜阳。方用杞菊地黄丸或一贯煎加石决、钩藤、龟甲、何首乌等养阴潜阳。

脾虚肝旺先兆子痫：妊娠中、晚期，症见面浮肢肿、头昏头重如眩冒状、胸闷泛恶、胸胁胀满、纳差便溏、苔厚腻、脉弦滑。多因素体脾虚，生化乏源，营阴不足，运化失司，水湿停聚，复因孕后阴血养胎，精血益虚，肝失濡养，致肝阳上亢而作。治宜健脾利湿，平肝潜阳。方用白术散(《全生指迷方》)加钩藤、石决，或半夏白术天麻汤。

(2) 子痫发作期：先见两目上视，眼白上翻，瞳神散大，随之口角及面部肌肉抽动或颤动，瞬间全身肌肉抽搐，突然昏倒，不省人事，面色青紫，牙关紧闭，喉中痰声漉漉或鼾声如雷，血压持续偏高，脉搏加快，系先兆期失治或治不及时演变而来。本病一旦发生，必须及时中西医结合抢救，争分夺秒，保障母婴安全。治疗则多以平肝、熄风、止痉为主。如昏迷不醒，可用鼻饲给药。醒后亦须频频服药或配合针灸治疗。本病若反覆发作，常可导致孕妇和胎儿的死亡。如《胎产心法》卷上云："妊娠子痫，乃为恶候，若不早治，必致堕胎。"临床常见的则有：

肝风内动子痫：症见妊娠后期或产时、产后，头晕目眩，心烦闷乱，忽然倒仆，昏不知人，四肢抽搐，全身剧烈震颤，双目上视，面色青紫，少时自醒，醒后复发，下肢微肿，舌红少苔，脉弦滑数。因肾阴素亏，孕后赖肾精以养胎，肾水不足，不能涵养肝木而肝风内动，水不济火则心火易炎，风火相煽。《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云："孕妇突然颠仆，抽搐不省人事，须臾自醒，少倾复如好人，谓之子痫，乃肝、心二经风热所致。"治宜平肝熄风。方用羚羊钩藤汤去甘草，酌加石决明、全蝎、丹参、槐花、玉竹等。

痰火上扰子痫：症见妊娠后期或临产、产后，头重且胀，胸闷欲呕，忽然倒仆，不知人事，四肢抽搐，肢体浮肿，气粗痰鸣，舌红，苔黄腻，脉弦滑。病因脾虚精血衰少，孕

后重虚,津液不布,反聚为湿,痰涎内结,阴虚内热,煎熬津液,痰火上扰,上蒙清窍,遂发子痫。《沈氏女科辑要笺正》卷上云:“气火既浮,上冲激脑者,必挟胸中痰浊,随气而升,所以痫病发作之时,无不口涌冷涎者。”治宜清热、豁痰开窍。方用钩藤汤(《妇人大全良方》)加胆星、竹沥、姜汁送服牛黄清心丸。

护理 (1)本病一旦发生,应绝对卧床休息,避免声光刺激,保持病室环境安静,室内空气流通。

(2) 注意血压、胎心的变化,每4—6小时测量血压1次,每日记录出入量。

(3) 若发生痉挛抽搐者,必须有专人守护,床沿应加栏杆,防止跌落;如有假牙应取出,并以缠有纱布的压舌板插入上、下臼齿之间,防止抽搐时咬伤舌头。

(4) 昏迷时要禁食,可采取鼻饲药汁或以静脉补液。

(5) 平日宜多食清淡而易于消化的食物,如菠菜、蛋汤之类。

(6) 必要时考虑终止妊娠。

子鸣

胎儿在母腹内有声如啼如哭者,称为子鸣,亦称妊娠腹内钟鸣,见《妇人大全良方》。又名子啼。见王肯堂《胤产全书》。《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云:“孕妇腹内有钟声或婴儿在腹内啼哭者,名曰子啼。”《医学心悟》卷五又云:“妊娠腹内自鸣,系小儿在腹内哭声也,谓之子鸣,又谓之腹内钟鸣。”首见唐代大中初年昝殷所著《产宝》。本证临床极为少见,但国内外也有罕见病例报道,古代文献亦有记载。如《校注妇人良方》卷十五引《产宝》云:“小儿在腹中哭,其治法亦用空房中鼠穴土或黄连浓煎饮之,立愈。”又如《女科经纶》卷四引《产宝百问》云:“妊娠腹内钟鸣或儿在腹哭,或鸣叫,名曰子鸣,此则无血养胎之故,鸣于胁下也,可服补胎汤,血有所养而鸣自止。”综上两家所述,子鸣之因,大致可因妊母气血俱虚或因胎热之故。因胎居母腹,全赖妊母气血以养,惟气顺血和,则胎自安。若气血虚弱,胎失所养,或胎热扰动胎元,以致子不安而啼于腹中。故治宜大补气血,使胎有所养,或清热凉血,使热去则胎安,而子鸣自已。

转胞

妊娠期间,小便不通,甚至小腹胀急疼痛者,称为转胞。首见《金匮要略》。《诸病源候论》又称妊娠小便不通。转胞与子淋,同属妊娠后小便不利之证,临证时应加鉴别,如《证治要诀》卷十二云:“夫于淋与转胞相类,但小便频数,点滴而痛为子淋;频数出少不痛为转胞。间有微痛,终是与子淋不同。”从病因论,转胞为体虚胎体渐大,胎压膀胱而致;子淋则以膀胱有热为主。临床见证,转胞为小腹胀急,溺不得出;子淋则以小便淋漓,热痛为主。转胞多属虚证,临床分气虚、肾虚两类,治宜益气、温肾为主。

气虚转胞:症见妊娠期小便不通,或点滴量少,小腹胀急疼痛,心烦不得卧,面色觥白,神疲体倦,心悸气短,大便不爽,舌淡苔薄白,脉细滑无力。多由脾胃素弱,中气较虚,孕后端赖气以载胎,气虚不足以举胎,以致胎压膀胱,溺不得出。《女科经纶》卷三引赵养葵云:“有妊妇转胞,不得小便,由中气虚怯,不能举胎,胎压其胞,胞系了戾,小便不通。”治宜益气升提为主。方用益气导溺汤(《中医妇科治疗学》)或人参升麻汤(《妇科玉尺》)。

肾虚转胞:症见妊娠期尿频不畅或闭而不通,小便胀痛,坐卧不安,腰酸腿软,畏寒肢冷,舌淡嫩,苔白润,脉沉滑无力。乃因素体肾虚,胞系于肾,肾虚则系胞无力,胎压膀胱,或肾虚不能化气行水,皆可导致溺不得出。治宜温肾扶阳,化气行水。方用肾气丸去丹皮、附子,加巴戟、菟丝子以温肾行水。

如经上述治疗,溺仍不得出,甚或愈加急满者,可用丹溪举胎法:“令老妇用香油涂手,自产户托起其胎,溺出如注,胀急顿解,一面却以大剂人参、黄芪、升麻煮服,或少有急满,仍用手托放取溺,如此三日后,胎渐起,小便如故。”

针灸治疗:主穴为气海、膀胱俞(双)、阴陵泉(双),灸关元。配穴:大椎、足三里。

手法:强刺激。留针15—20分钟,每隔1—2分钟捻转一次,须有通上达下的酸麻胀感。针后加艾灸,或用电灸。

简易方:①葵子、榆白皮各一两,葱白七茎,水煎,分三服(《妇人大全良方》)。②捣杏仁入滑石末,饭丸小豆大,每服二十丸(《妇人大全良方》)。③葵子散:葵子五两,赤茯苓五两,为末,每服二钱,米饮调(《妇人大全良方》)。

外敷法:①四季葱(大葱连须用),每日取一斤,用手掐断,放入锅内炒热,分两次轮流使用。每取半斤,用布或毛巾包裹,热敷下腹部,冷则易之,每日一次,每次约30分钟。②冬葵子、滑石、栀子等量,共为细末,用田螺肉或葱汁调膏,贴敷脐部(《万病回春》)。

妊娠遗尿

妊娠期间,小便不能控制而自行排出者,称为妊娠遗尿。始见于《妇人大全良方》。本病病机主要为膀胱失约。常见有脾肺气虚、肾气不足及脬中蕴热三类。如《叶氏女科证治》卷二:“妊娠遗尿,有虚有热。”虚者多为脾肺气虚,或肾气不固,膀胱失约而致;热者为肝火内炽,脬中蕴热,以致膀胱失约。因于虚者,则以健脾补肺、固肾为主。有热者,则以清热养阴,切忌苦寒泄热,重伤其阴。

肾气不足妊娠遗尿:症见妊娠小便不禁,头晕腰酸,两足无力,神疲怯寒,舌淡嫩苔白,脉沉细滑。多因平素

肾气虚衰，孕后肾以载胎，肾气益感不足，肾气不固，膀胱失约。如《陈素庵妇科补解·胎前杂症门》云："妊娠遗尿者，由肾虚不能统摄阴水，是已遗尿不知也。"治宜温肾固涩。方用菟丝子丸（《济生方》），或缩泉丸，加菟丝子、补骨脂、黄芪之类。

脾肺气虚妊娠遗尿：症见妊娠期间尿意频数，滴沥不禁，遇咳尤甚，小腹下坠，食纳欠佳，舌淡红，脉细滑无力。因劳伤思虑过度，伤损脾肺，孕后益虚，制约无能，以致遗尿。治宜益气补脾。方用补中益气汤，加益智仁以固肾止溺。

脬中蕴热妊娠遗尿：症见妊娠期小便频数，淋沥不禁，心烦不寐，舌红苔少，脉细滑数。因素体阴虚内热，孕后血以养胎，阴血益亏，内热益盛，热扰膀胱，失于制约。如《妇科玉尺》卷二云："妊娠遗尿，或脬中蕴热，……或肝火血虚。"治宜滋阴、清热、制火。方用都气丸。

简易方：①白薇、芍药为末，酒调下（《妇人大全良方》）。②炙桑螵蛸、益智仁为末，米饮下（《妇人大全良方》）。

妊娠大便不通

妊娠期间出现大便秘结不通，或欲便而艰涩不畅者，称妊娠大便不通，或称妊娠大便秘不通。《诸病源候论》有"妊娠大小便不通候"与"妊娠大便秘不通候"。后世多将"妊娠大小便不通"共论。如《妇人大全良方》卷十五说："夫妊娠大小便不通者，由脏腑气实而生于热者，随停之处，则成病也。若热结于大肠，则大便不通；结于小肠，则小便不通。若大小肠俱为热所结，故烦满而大小便皆不通也。"

本病病机，乃大肠传导受阻。受阻原因有实、有虚。实者多为燥热伤津，肠失濡润，或气滞传导受阻；虚者多为血虚津亏，或气虚失运所致。宜审因通便为主，苦寒峻下之剂，则须慎用，以免犯胎。

大肠燥热妊娠大便不通：症见妊娠期大便干结，数日一行，下腹胀满，面赤口臭，或有身热，小溲短赤，舌苔黄燥，脉滑实。病因素有肠胃积热或孕后过食辛热助阳之品，导致肠道燥热，热灼津液，使大便干结不通。《诸病源候论·妊娠大小便不通候》说："人有府脏气实，而生于热者，随停积之处成病，若热结大肠，大便不通。"治宜清热润肠通便。方用润燥汤（《胎产心法》），加白蜜冲服。

血虚津亏妊娠大便不通：症见妊娠期大便秘结不通，或欲大便而努责难下，面唇晄白无华，时觉头昏眼花，心悸，舌淡脉细滑。乃因素体血虚，孕后血以养胎，阴血更形不足，血虚则津亦涸，不能滋润大肠而便秘。如《胎产心法》卷上云："妊娠大便结燥，盖因血养胎元，大肠血少，燥结难出，虽无大害，然便时甚苦。"治宜养血润燥。方用四物汤，加桑椹子、肉从蓉、火麻仁，或用润麻丸（《沈氏尊生书》）去桃仁，加生首乌，以养血润便。

肺脾气虚妊娠大便不通：症见妊娠大便难，虚坐努责，汗出神疲，纳差腹胀，舌淡苔薄白，脉滑无力。肺与大肠相表里，肺气虚，则大肠传送无力；脾气虚则健运无权。肺脾气虚，运送糟粕无力而便秘。治宜益气润肠。方用黄芪汤（《金匮翼》）。

胃肠气滞妊娠大便不通：症见妊娠腹胀，欲便不畅，胸腹胀满，心烦不得卧，矢气则舒，舌苔薄腻，脉弦滑。情志不畅或久坐久卧，或孕后胎体增大，均可导致气机通降失常，传导失职，使肠内糟粕停搁而不下。如《妇科玉尺》卷二云："大便不通，……亦或由大肠气滞者。"治宜理气行滞。方用紫苏饮（妇人大全良方》），加杏仁、黄芩。

简易方：①枳壳三两，防风二两，甘草炙一两，上为细末，沸汤口服一二钱，空心服，日三次（《妇人大全良方》）。②车前子一两，大黄半两，炒，共为细末，每服三钱，空心，蜜汤调下（《妇人大全良方》）。

伪胎

经闭腹大，似胎非胎，或下物如蝌蚪状者，称伪胎，亦称鬼胎。如《女科精华》卷中引戴武承曰："所谓鬼胎者，伪胎也，似乎胎而实非胎也，其状与正胎易混。"早在《诸病源候论》即有"妊娠鬼胎候"的论述。据证与西医所称的"葡萄胎"或"假孕"相似。本病多因邪思欲念，曲意难伸，致肝郁气滞，血随气结而成瘀；或因肝郁克脾，致脾失健运，湿聚成痰。血瘀、气滞、痰虫之邪壅聚冲任，遂成伪胎。如《张氏医通》卷十云："鬼胎之说，皆由其人阳气不足，或肝气郁结，不能生发，致阴血不化而为患也，……有郁痰、惊痰、湿热凝滞而成者，有因恚怒气食瘀积互积而成者。"治以通下为主。血瘀者，祛瘀通下；气滞者，行气通下；痰浊者，化痰通下。

气血虚弱伪胎：症见经闭腹大如孕状，弥漫重坠，腹无胎动，时有腹痛或阴道流血，下物如蝌蚪鱼目状，甚或血崩，昏不知人，面色青黄，呕恶少食，舌黯红，或有瘀斑，苔白，尺脉涩或微弱。多因营卫虚损，气血不足，复加邪思欲念在心，冲任滞逆，脉道壅瘀不行，状如怀孕，实非受胎。如《胎产心法》卷上云："常见妇人得孕经止，尺脉或涩，或微弱而无他病，此子宫真气不全，精血虽凝而阳虚阴不能化，终不或形，每至产时而下血块血胞，必大剂温补预调，而后方能成孕也。"治宜补中行滞，欲去其滞而不宜猛攻。方用决津煎（《景岳全书》）。而傅氏则认为宜先祛邪而后补正，方用荡邪散（《傅青主女科》）。临证时当视其正气之强弱，证之轻重，而议其治法，或攻补兼施，或先攻后补。

气滞伪胎：症见经闭似孕非孕，下腹自觉渐大如孕状，精神抑郁，胸闷胁胀，不思食，舌苔薄白，脉弦。因素性抑郁，或求子心切，而久不能孕，致肝郁气滞，血与气结。《女科精华》卷中说："多怒之妇，当其经行胞净，气乘虚入，则血与气结，令人经闭腹大，方书谓之气胎。"治宜

疏肝解郁，理气活血下胎。方用七制香附丸去艾叶、乌梅，或用逍遥散加丹参、牛膝，以活血下胎。

痰浊伪胎：症见经闭腹大，似胎非胎，头晕胸闷，呕恶痰涎，口淡纳呆，便溏溺浊，舌淡胖，苔白腻，脉弦滑。因素体脾虚，肝气郁结，肝木克脾，脾失健运，聚湿为痰，或形体虚胖，痰浊内停，复因七情所伤，气血失调，痰浊与气血互结。《女科精华》卷中说："多痰之妇，当其经行胞净，痰乘虚入，则血与痰结，令人经闭腹大，方书谓之痰胎。"治宜疏肝健脾，化痰下胎。方用苍附导痰丸（《叶氏女科证治》），加牛膝、大黄，也可用调正汤（《傅青主女科》），加枳实、当归、川芎行气活血，增其下胎之力。

临证遇此，必须结合现代医学有关检查，若为葡萄胎者，则急宜中西医合治。

简易方：斑蝥，去头翅足（制）、延胡索（炒），各等份。上为末，以温酒调下半钱，以下秽物为度（《校注妇人良方》）。

胎死不下

胎死于母腹，历时过久，不能自行产出者，称为胎死不下。可发生于妊娠期，也可发生在一度临产时，子死腹中，阵痛中断而不能娩出。在《诸病源候论》早有"妊娠胎死腹中候"及"产难子死腹中候"的记载。如发生在妊娠期中，则胎动停止，腹部不再继续增大，反有缩小；或伴有阴道下血，口出恶臭。如在临产时，常为始有临产征兆，而后突然胎动停止，阵痛中断，久产不下。

胎死原因，历代医学家论述颇多，如《诸病源候论·妊娠胎死腹中候》说："此或因惊动倒仆，或染温疫伤寒，邪毒入于胞脏，致令胎死。"《景岳全书·妇人规·子死腹中》说："凡子死腹中者，多以触伤，或犯禁忌，或以胎气薄弱，不成而殒；或以胞破血下，持久困败。"综上所述，胎死之因，则有胎气薄弱而殒者；有因热病伤胎，或因跌仆外伤，或因触犯禁忌者；如发生在临产时，则多因产难，或因产时惊动太早，接生不慎，胞破血干而致胎死者。胎死不下，主要病机乃气血运行不畅所致。而气血运行不畅的原因，可由气血虚弱，无力送胎或气滞血瘀，碍胎排出。治法应以下胎为主，但当辨其所因，不可拘执成方而悉用通法。死胎不下，既以下胎为主，但在使用下剂之前，应对胎儿之生死作出明确的诊断，以免致误。如《胎产心法》卷中云："然下胎最宜谨慎，必先验明产母面赤舌青，腹中阴冷重坠，口秽气喘的确，方可用下，若见紫黑血块血缕，尤为确候。"大抵诊断胎死，以口出秽气，呕恶，胎动停止，阴道流水，或下如赤豆汁和脉涩等为主证。此外，还应结合现代医学的方法进行必要的检查，以资确诊。

气血虚弱胎死不下：症见胎死腹中不下，小腹冷感，或见阴中流出赤豆汁样分泌物，面色苍白无华，气短懒言，食欲不振，口出臭气，舌淡青，脉弦涩无力。多因气血虚弱，无力运胎而不下，治宜益气养血下胎。方用救母丹（《傅青主女科》），或用疗儿散（《傅青主女科》）。

气滞血瘀胎死不下：症见胎死不下，小腹冷或下流粘腻黄汁，头胀重，胸闷呕恶，厌食，腹满胀痛，口出秽臭气，舌黯淡，苔白厚腻，脉弦缓。多由脾胃湿困，气机失运，胎死腹中，不能促胎外出以致不下。治宜健脾行气化湿。方用平胃散，加芒硝。若症见胎死不下、小腹冷痛，或下紫黑血色，口出恶臭，或临产胎死腹中，腰腹胀急，唇舌黯，脉沉涩。乃属血瘀之证。治宜活血化瘀。方用脱花煎（《景岳全书》）。

下死胎时，如伴有阴道流血量多，而死胎依然不能排尽者，是需多种方法合治，尽快清除胎物，迅速止血，以免重伤气血，变生他证。

简易方：①红花酒煮汁，饮二三碗。②朴硝末、童子小便和热酒调下三钱（《妇人大全良方》）。③瞿麦一斤，以水八升，煮取一升，服一升，不出再服（《千金要方》卷二）。

乳泣

妊妇在孕期有乳汁流出者，称乳泣，也可发生于闭经妇女。乳泣之名，见宋代陈选《妇科秘兰》。因乳汁为人体气血所化，来源于后天脾胃之生化。冲为血海，起于胞中，如太冲脉盛，则下注血海，满溢而为月经；妊娠以后，则下聚胞宫，孕育胎儿；分娩以后，则胃气旺盛，上行化为乳汁，以哺育婴儿。因此在正常情况下，除产后哺乳期外，均不应有乳汁分泌。若发生在妊娠期，则必然影响胎儿，灌溉不全，胎儿薄弱，生子多不育，临证遇此，应予重视。究其发病之由，乃为脾虚气弱，失其统摄；或因肝经郁热，或因阴虚内热，热迫乳汁而外溢。治宜本着"虚则补之，热则清之"的原则，妊期或闭经妇女均按以下审因论治。

气虚不摄乳泣：症见乳汁自出，量少清稀，乳房柔软，无胀痛之感，面色不华，精神不振，心悸气短，头晕目眩，或胎儿发育缓慢。盖乳属肝胃，如脏腑失和，则冲任因而不调，若脾胃气虚，摄纳无权，是以乳汁自出。《医学心悟》卷五说："妊娠乳自出，名曰乳泣，生子多不育。然予以为气血虚弱不能统摄，用八珍汤频频补之，其子遂育。夫医理有培补之功，赞化之能，岂可执常说而自画欤。"治宜益气固摄。方用补中益气汤，八珍汤加莲房、芡实、五味子、淮山药、黄芪等。若病久气虚血少，心脾两亏为主者。治宜益养心脾。方用归脾汤调补心脾，则乳汁自然制化。

肝经郁热乳泣：症见乳汁自出，量少质稠，乳房作胀，胎元薄弱，舌质红，苔薄黄，脉弦细而数。因乳头属肝，乳房为冲脉所过之处，冲脉隶属于阳明，阳明者胃也，故乳房属胃。若怒气伤肝，郁而化火，迫乳外溢。治宜清肝解郁。方用丹栀逍遥散加减，使肝气得疏，冲任调和，则阴血循其常道，而乳泣自愈。

阴虚内热乳泣：症见乳汁自出(或挤之而出)，量少质稠，色黄或赤，头晕目眩，心烦易怒，失眠心悸，口渴欲饮，胎儿发育迟缓。因素体虚弱，肾阴不足，虚火内炽，故乳汁外溢。治宜养阴清热。方用保阴煎(《景岳全书》)加减。

过期不产

妊娠足月而逾期半月不产，或月经周期规则，而按末次月经计算，超过42周而未产者，称过期不产。见《赤水玄珠全集》。亦称过期妊娠。过期不产有因胎儿过大，胎位异常，胎儿生长迟缓或妊期多卧少气等因素。在此主要讨论因胎儿生长迟缓和孕期贪逸所致的过期不产。主要病机是气血为病，气壮者，则胎转自顺。气不足则无力转胎送下，或为血虚气滞，运行受阻，碍胎下行而致。本病治疗，应从速促其分娩，否则常可导致难产或胎死腹中。气虚者，重在补气；血虚气滞者，则宜补血行滞。

元气虚弱：症见面色㿠白，气短懒言，头晕目眩，心悸多汗，小腹空坠，但无分娩症候，过期而不产，苔薄白，脉象沉细，因平素体虚气弱，妊娠足月，无力送胎下行，而逾期不产。治宜大补元气，促胎外出。方用保元汤(《胎产心法》)，加川牛膝、枳壳。

血虚气滞：症见面色萎黄，周身疲乏无力，胸腹胀闷不舒，妊娠过期，但无分娩症候，过期不产。因孕妇气血虚弱，血虚则子宫濡润不足，不能滑利，儿难转身，血虚则气滞，气血运行不畅，无力送胎下行。治宜补血行滞。方用补血行滞汤(《胎产心法》)。

临床上，若为胎儿过大、胎位异常而致的过期不产，则应考虑引产或剖宫产。

难产

妊娠足月，孕妇临产，胎儿不能顺利娩出者，称为难产，也名产难，始见于《肘后方》。

病因病机　发生难产的原因，历代文献论述较多，如《保产要旨》卷四云："难产之故有八：有因子横子逆而难产者，有因胞水沥干而难产者，有因女子矮小或年长遣嫁，交骨不开而难产者……有因体肥脂厚，平素逸而难产者，有因子壮大而难产者，有因气虚不运而难产者。"综上所述，难产之由，不外有因胎儿因素与母体因素两者。在胎儿因素，主要是胎位异常或胎儿过大等；母体因素则多由产道异常和产力异常所致。本条以讨论产力异常为主。所谓产力是指促使胎儿自子宫内娩出的一种动力。产力异常导致难产的主要机制，是气虚不能促胎外出，或气滞血不流畅碍胎外出。

辨证论治　本病治疗重在调气和血，滋其荣，益其气，使子母精神接续，自无难产之虑。如因产道异常，或胎儿过大，胎位异常等所致的难产，均非药物所能解决，须及时手术助产为要。

方药治疗　(1)元气不足：症见产时阵缩微弱，或产程过长，用力过早，气虚无力，神疲肢软，久产不下，脉虚大。此因孕妇素体虚弱，正气不足，或临产用力太早，耗气伤力，气虚失运，令儿难出。如《胎产心法》卷中云："孕妇有素常虚弱，饮食减少，至临产乏力者；或因儿未欲出，用力太早，及儿欲出，母已无力，令儿停住。"治宜大补元气。方用独参汤，也可用催生如意散(《胎产心法》)。此二方必须在"正产"阵缩微弱时服，体壮者勿用。若兼血虚者，症见产时下血过多，浆血干涸，胎失滑润，久产不下，脉沉细。治宜补气益血。方用蔡松汀难产方(《经验方》)。

(2) 气滞失调：症见腰腹胀痛剧烈，久产不下，精神抑郁，胸闷脘胀，苔薄白微腻，脉沉弦。常因临产过度紧张，心怀忧惧，或产前过度安逸，以致气不运行，血不流畅。《医宗金鉴·妇科心法要诀·生育门》云："难产之由，……或胎前喜安逸，不耐劳碌，或过贪眠睡，皆令气滞难产。"治宜理气行滞，方用催生饮(《济阴纲目》)。若气滞兼血瘀者，症见下血黯红，量少或有血块，舌黯红，脉沉实。治宜活血行滞，可于上方加益母草、牛膝，以活血行瘀，或催生神效七圣散(《妇人大全良方》)。

药物转胎　对难产的治疗，重在预防，若产前检查发现胎位不正者，及时选用药物转胎或艾灸，可免难产。

(1) 中药转胎法：目前多采用治产秘验良方(《傅青主女科》)，每日一剂，按原药原量用，不可增减，十剂为一疗程，以纠正胎位，效果较好，临产服之，亦可达到催生之效。一般在孕28—30周开始服用。

附方：当归一钱五分　川芎一钱五分　白芍一钱二分　生黄芪八分　厚朴七分　羌活六分　菟丝子六分　川贝母一钱　枳壳六分　艾叶七分　甘草五分　荆芥穗八分　生姜三片

(2) 艾灸至阴穴转胎法：以妊娠7个月者效果为最好。但8个月以上者，部分孕妇亦有效。复正后又复转者，再灸仍可有效。因骨盆狭窄、子宫畸形、盆腔肿瘤、脐带绕颈等所致者，应做其他处理。方法：使孕妇取仰卧位或坐位，要保持舒适姿态，松解裤带，腹壁放松，室温以20℃左右为宜。于至阴穴处，一般用艾卷灸10—20分钟，施灸之强度，以有舒适之温热感为宜。灸后，可侧向胎儿四肢侧卧。每晚施灸1—2次，直到胎位转正为止。多数孕妇可于施灸2—3日后，胎位即行转正。转正后即无需再灸。灸治期间，孕妇睡眠时应松解裤带。

预防与护理　加强产前检查，发现异常，及时纠正，并请医生随时指导。妊娠期应劳逸结合勿令太过，使气血调畅。产时应安静，勿令产妇精神过度紧张恐惧。

闷气生

儿刚产下，气闭不啼者，称闷气生，或闷脐生，亦称寤

生，最早见于《左传》。现称新生儿窒息。本病多由产难，或寒气内迫，导致婴儿气闭不能啼哭，甚至气绝而死。如《胎产心法》卷中云："凡儿产下即啼，此正理也，如儿下地，气闭不啼，相传寤生。"本病多因难产，或产时感寒，寒气内迫，致婴儿气闷不啼，甚至气绝而死。如《外台秘要》卷三十五："儿生不作声者，此由难产少气故也。"然其病情有轻重之异。其证轻者，症见唇口青紫，呼吸微弱。重者，颜面苍白，手足发冷，呼吸极微。应尽快清除婴儿口中羊水，轻拍儿背，或针刺人中、涌泉，当可回苏而发啼声。如因寒闭，可用棉布包裹，暂不断脐，以艾条点火，温灸脐带，暖气入腹，寒气一散，自能啼哭，然后断脐。情况紧急时，可用人工呼吸以救其急。对此，前人亦有论述。如《济阴纲目》所附"保生碎事"中曰："小儿因产难，产下不哭，微有气者，以本父母真气度之，即活。"此即口对口人工呼吸之意。经抢救复苏后，对婴儿应加强护理，严密观察病情变化。

临产血晕

孕妇临产，突然头晕眼花，或心下满闷，神昏口噤，不知人事，称临产血晕。见《叶氏女科证治》。因晕发生于临产之际，其证危急，若抢救不及，常可危及母婴生命，应从速抢救，以独参汤频频灌服，可望复苏；或针刺人中以醒脑促苏。若因临产痛极而晕者，症见全腹硬痛，触之不得，神情烦躁不安，脉弦紧或细数，舌质正常或稍黯，多为气血失调，气滞血瘀所致。治宜活血行滞。方用清魂散（《叶氏女科证治》）。本证一旦发生，需严密观察，慎防子宫破裂。必要时中西医配合治疗，以免延误病情。

胞浆先破

孕妇临产腹痛，胞水早破而胎儿不下者，称为胞浆先破，亦称试水。见《妇人大全良方》。如《张氏医通》卷十云："若胞水破，儿未下，谓之试水。"此非正产之候，常可迟至二三日而产者，也有迟至五六日而产者。胎衣早破，每可因胞浆先干而致难产之患。胞衣先破原因，有因母体气血不足，胞衣薄，儿身转动，触之而破的，有因临产用力过早、过猛，或因助产人员检查不慎，误伤胞衣而破的。临证遇此，当密切观察，产妇宜绝对卧床休息，并应注意外阴清洁，以免邪毒乘虚入胞。切不可乱用催生、破血、耗气之剂，因妇人分娩以气血为主，气足则易于送胎外出，血足则胎滑易产，盖胎水为血所化，胎水早破，则伤血，血不足而致胞干难产。治宜大补气血。方用当归补血汤，或用蔡松汀难产方（《经验方》），使气生血长，自可娩出。

本证与现代医学所称的"羊水早破"相似。

简易方：油蜜煎：治难产、沥浆胞，干胎不得下。

香油、白蜜、童便各一碗，和匀，慢火煎一二沸，掠去沫，入滑石末一两，或益母草末，搅匀，顿服，外以油蜜於母腹脐上摩之（《妇科玉尺》卷三）。

交骨不开

交骨者，其说有二。一指耻骨；另一指骶尾关节处。临产时此两者随产程进展，骨节可有一定的活动，以利分娩，若此处骨节不开，活动障碍，以致儿难降生者，则为交骨不开。见《校注妇人良方》。本病多由元气素弱，胎前失于调摄，以致血气不能运达而然。如《傅青主女科》卷下云："交骨之能开能合者，气血主之也。……临产交骨不开者，多由于产前贪欲，泄精太甚，精泄则气血失生化之本，而大亏矣，气血亏则无以运润于儿门，而交骨粘滞不开矣。"治宜大补气血，俾气充血沛，运润于骨，而稍加开骨之品，两相合治，则交骨自开，儿自迅下。方用降子汤（《傅青主女科》），或用十全大补汤。

简易方：干龟壳一个（酥炙），妇女头发一握（烧灰），川芎、当归各一两。每服秤七钱，水煎服（《本草纲目·水龟》）。

胞衣不下

胎儿娩出后，经半小时胞衣仍迟迟不能娩出者，称胞衣不下，见《经效产宝》。亦称胎衣不下，见《卫生家宝产科备要》；或称息胞（见《诸病源候论》）。本病常可并发产后出血。若治不及时，常可危及生命。《产育宝庆集》卷上云："每生了讫，血流入衣中，衣为血所胀，是故不得下，治之稍缓，胀满腹中，渐次上冲心胸疼痛，喘急者，难治。"本病多因产妇体质素弱，气虚不能送胞外出，或因产时感寒，血流不畅，或因败血流入胞衣，遂使胞停不下。治疗以胞衣速下为要。下胞衣的方法，有用手术剥离和药物催下等法。如《大生要旨》卷三云："以手指顶其胞底，使血不留聚；或以指摸上口，扳开一角，使恶露倾泻，则中空自落矣。"药物治疗多以辨证为主，并配合外治之法。

气虚胞衣不下：症见产后胞衣不下，腹不痛不胀，阴道流血量多，头晕心悸，气短神疲，面色㿠白，舌淡苔薄，脉虚弱。多由产妇体质素虚，元气不足，或因产程过长，用力过度，儿体既出，母已乏力，气虚不能送胞。如《胎产心法》卷中云："所以不下者，……有因气血虚弱，产母力乏，气不转运，不能传送，而停阁不下。"治宜补气益血，佐以行瘀。方用加参生化汤，使血旺气和，胞衣自下。

寒凝胞衣不下：症见产后胞衣不下，小腹冷痛拒按，恶露甚少，色黯红，面色青白，痛时欲呕，舌淡口和，脉象沉弦而涩。因产时调摄失宜，复感外寒，致令气血凝滞，运行迟缓，胞衣不能及时排出。《诸病源候论·胞衣不出候》："产胞经停之间，外冷乘之，则血道否涩，故胞久不出。"治宜温经散寒，活血化瘀。方用黑神散（《和剂局方》）加川牛膝，以引血下行。

败血壅滞胞衣不下：症见产后胞衣迟迟不下，少腹胀急，疼痛拒按，甚或胸胁胀闷，面色紫黯，舌黯红，脉弦涩。系败血流入胞衣，为血所胀，滞而不下。如《产育宝庆集》卷上："产了讫，败血流入胞衣中，被血胀，间当难下。"治宜活血祛瘀。方用失笑散，或用夺命丸（《济阴纲目》），或《必效方》牛膝汤（《妇人大全良方》）。

针灸治疗：以通调气血，活血化瘀为法，可选任脉、足太阳、足太阴等经穴，如肩井、气海、阴交、石门、中极、三阴交、昆仑、小趾间、照海等，每次任选3—5穴。施以毫针刺法，若为虚证者，可配合灸法。

简易方：①黑豆一合，炒令熟，入醋一盏，煎三五沸去豆，分为三服，酒煮亦可（《妇人大全良方》）。②羌活、川芎，等份。为细末，每服二大钱，酒少许，水七分，煎七沸、温服（《卫生家宝产科备要》）。③蛇皮一条，瓶子内盐泥固，煅研二钱，榆白皮汤服（《本草纲目·蛇》）。

外治法：蓖麻子肉30克，捣成细膏，涂产妇足心，胞衣下后，立即洗去（《妇人大全良方》）。

产后病

孕妇在分娩后月内或百日内，发生与分娩或产褥有关的疾病，称为产后病。于《金匮要略》即有"妇人产后病脉证并治"的论述。产后病病因，大抵不外气血骤虚，元气受损，津亏血少，易受外感六淫之邪侵袭；或内伤七情刺激，变生诸病；或因恶露下行不畅，瘀血停留，致成病患。基于上述病因，属产后危急重证者，则有产后三冲、三急、产后痉症、产后血崩、产后发热等，其他常见的则有恶露不下、恶露不绝、产后腹痛、产后小便频数、产后小便淋漓、产后小便不通、产后大便难、产后自汗、产后浮肿、产后乳汁自出、产后乳汁不行、产后身痛等症，临证时宜详予审辨。

产后三冲

产后恶露以通畅下行为顺，若逆而上冲，呈现冲心、冲肺、冲胃三种危重证候者，称产后三冲，见《张氏医通》。本病一旦发生，当积极救治。如《张氏医通》卷十一云："大抵冲心者，十难救一。冲胃者，五死五生。冲肺者，十全一二。"其总的发病机制，主要是产后脏腑伤动，恶露当下不下，反而上冲，犯及心、肺、胃所致。治以活血化瘀为要。

败血冲心：症见产后心中烦躁，起卧不安，神志错乱，言语颠倒，如见鬼神，甚或不语，脉弦细。因心主血脉而藏神，若产伤血脉，心气大虚，无以帅血下行，败血上干于心，扰及心神，致发本病。如《证治准绳·女科》卷五："夫产后语言颠倒或狂言谵语……因产后心虚，败血停积，上干于心。"治宜活血祛瘀，养血安神。方用花蕊石散。若闷乱未致颠狂者，方用失笑散加郁金。

败血冲肺：症见产后胸闷烦躁，面赤，喘满，咳嗽鼻衄，口鼻黑气，甚或面黑，发喘欲死，恶露量少或不下，舌黯，脉弦细。多由产后耗气伤血，脏腑伤动，肺气则虚，败血乘虚逆而上冲于肺，肺失宣降所致。如《女科百问·第九十五问》云："若产后恶露不快，败血停凝，上熏于肺，亦令喘急。"急服夺命散（《证治准绳》）以攻逐瘀血。稍缓解后，治宜补气化瘀。方用二味参苏饮（《张璧方》），甚则加芒硝。

败血冲胃：症见产后腹满胀痛，饱闷呕恶不食，恶露不下，或下而甚少，舌黯脉涩。因产伤动脏腑，败血随冲气上乘于胃，胃受之不能受纳水谷，失于和降而发本病。治宜活血化瘀，安胃止呕。方用五积散（《和剂局方》），或抵圣汤（《妇人大全良方》）。不应，送服来复丹（《和剂局方》）。若症见呕逆腹胀痛甚，血化为水者，治宜逐瘀行血。方用下瘀血汤。

上述三冲，病情危急时，应多种方法结合抢救。

产后三急

产后出现呕吐、盗汗、泄泻三证并见是产后的危急重证，称为产后三急。《张氏医通》有"三急"记载："产后诸病，惟呕吐、盗汗、泄泻为急，三者并见，必危。"产伤脏腑，亡血伤津，产后患此三病，可重伤津液，导致产妇阴血益虚，阳气愈浮，而为产后痉症或元气虚脱等危急重证。治法多以活血行瘀为先，兼顾脾胃。因产后恶露以通畅为顺，故治此非行血则邪不去，即或虚证，亦须血行，其气乃复，制方用药，不可过峻。若见元气欲脱，痰闭心窍者，可用抵圣汤（《妇人大全良方》），加炮姜、茯苓以温中健脾；汗多者，加乌梅以敛肺、涩肠、生津，慎不可用浮小麦伤胃耗气。枣仁腻滑作泻，芍药、五味酸收，皆能影响恶露畅行。

新产三病

产后病痉、产后郁冒和产后大便难三种病证合称新产三病。首见于《金匮要略·妇人产后病脉证并治》。发病之由，为产后气血俱虚，抗病力弱，外邪乘虚侵入。若因血虚汗出较多，筋脉失养，复受风邪侵袭，致筋脉拘急，而发痉证。若亡血复汗，更感寒邪，则头眩而目瞀，发为郁冒。因亡津液，大肠失其濡润，而致大便难。凡此三者，虽症状表现各异，但病机则一，俱为亡血伤津所致。如《金匮要略·妇人产后病脉证并治》云："新产血虚多汗出，喜中风，故令病痉。亡血复汗，寒多，故令郁冒。亡津液胃燥，故大便难。"（见"产后痉证"、"产后郁冒"、"产后大便难"各条）。

产后痉证

新产后发生颈项强直、四肢抽搐、甚或口噤、角弓反

张者,称产后痉证。是新产三病之一。早在《金匮要略·产后病脉证并治》就有产后病痉的论述。主要病因乃产后亡血伤津,心肝血虚,筋脉失养;或亡血复汗,外邪乘虚侵入,直窜经脉所致。治疗以养血熄风为主,虽见风象,也宜谨遵"治风先治血,血行风自灭"的理论。不可过用辛温走窜之品,以防燥血伤津,而犯虚虚之戒。

血虚产后痉症:症见产后去血过多,骤然发痉,面色苍白,牙关紧闭,手足抽搐,舌质淡,脉虚细。多由产后失血伤津,营阴耗损,津液虚竭,筋脉失养,因而拘急发痉。《女科经纶》卷六引缪仲淳云:"产后血虚……去血过多,阴气暴虚,阴虚生内热,热极生风,故外现风证,其实阴血不足,无以养筋所致。"治宜大补气血,以熄风止痉。方用大补元煎。若产后血虚,真阴欲竭,症见神昏欲脱,手足挛急,小便失禁,舌红苔少,脉弦细而劲。治宜滋阴柔肝熄风。方用三甲复脉汤加天麻、钩藤、石菖蒲。也可用大定风珠频频灌服。

外感风寒产后痉症:症见产后失血较多,发热汗出恶风,项背强急,苔薄白,脉浮弦。因产后耗气伤血,脏腑皆虚,多易汗出,腠理不固,风寒之邪乘虚侵人,邪阻经络,筋脉拘急发痉。如《产育宝庆集·第二十论》说:"产后血虚,腠理不密,故多汗,因遇风邪搏之则变痉风也。"治宜养血祛风。方用当归散(《指迷方》),或华佗愈风散(《普济本事方》),加当归、桑寄生、钩藤,以养血祛风。

感染邪毒产后痉症:症见产后肌肉痉挛,身热恶寒,牙关紧闭,颈项强直,甚则角弓反张,面呈苦笑,舌黯红,苔薄黄,脉弦劲。多为产时接生不慎,局部创伤,感染邪毒,直窜筋脉所致。治宜解毒祛风止痉。方用华佗愈风散合止痉散(《经验方》)。

简易方:①荆芥散:荆芥略焙为末,每服三钱,豆淋酒下,童便亦可。牙紧灌下(《妇人大全良方》)。②清神散:当归、荆芥穗等分。上每服三钱,水一盏,酒少许煎。灌下(《妇人大全良方》)。

产后郁冒

产后郁冒是新产三病之一,首见于《金匮要略·妇人产后病脉证并治》。其主要症状表现为脉微弱,呕不能食,大便反坚,但头汗出。主要病因乃新产血虚,复又汗出,且感寒邪,以致阴阳乖违,阳气偏胜于上,厥而郁冒。仲景立小柴胡汤和解表里,调和阴阳,使津液得复,汗出则郁冒自解。产后郁冒与产后血晕不同,郁冒者,是由亡血复汗,寒多而致;血晕者,乃产后失血过多,血不上荣于脑或为败血上攻所致。病因不同,治法各异,当认证确切,方不致误。

产后大便难

产后大便难涩,或数日不解,或便时干燥疼痛,难以排出者,称产后大便难。也属新产三病之一,早于《金匮要略·妇人产后病脉证并治》即有记载。其主因,乃为妇人产伤,营血津液不足,以致血枯肠燥,大便艰难,《妇人大全良方》卷二十三云:"产卧水血俱下,肠胃虚竭,津液不足,是以大便秘涩不通也。"治疗当顾及产后体虚津亏的特点,以养血润肠为主,不宜妄投苦寒通下之剂,徒伤中气。如《校注妇人良方》卷二十三薛己按:此证"若计其日期,饮食数多,即用药通之,祸在反掌之间,必待腹满觉胀,欲去不能者,乃结在直肠,宜用猪胆汁润之,若服苦寒疏通,反伤中气,通而不止,或成痞证。"

血虚:症见产后大便难下或多日不通,面色萎黄,皮肤不润,腹无胀痛,舌淡苔薄,脉细涩。因分娩失血过多,营血骤虚,津液亏耗,肠道失于滋润,"无水行舟",以致便难。治宜养血润燥。方用四物汤,加肉苁蓉、柏子仁、火麻仁、生首乌,或滋肠五仁丸,加当归,或麻苏粥(《普济本事方》)。外用蜜煎导法。若血虚火燥,肠中津液干涩,以致大便难者,症见产后大便数日不解,兼有内热口干,脘中痞满,腹部胀痛,小便黄赤,舌质红,苔薄黄,脉细数。治宜清热润肠通便。方用麻仁丸。因其有热,郁而不通,决非专事养阴润肠所能奏效,故用大黄苦寒通下,又恐伤正,方中配以人参,乃随证灵活变通之法。

气虚:症见产后大便艰涩,临厕努责乏力,汗出短气,便出并不干硬,舌淡苔薄,脉虚。因产失血耗气,气虚则大肠传送无力,血虚则津枯,因致便难。治宜益气润肠。方用黄芪汤(《金匮翼》),也可用八珍汤加杏仁、郁李仁,以益气润肠通便。

简易方:①阿胶(炒)、枳壳(炒)各一两,滑石二钱半,为末,蜜丸梧子大。每服 50 丸,温水下。未通,再服。(《和剂局方》)。②人参,麻子仁,枳壳麸炒为末,炼蜜丸梧子大。每服 50 丸,米饮下。(《济生方》)。

食疗方:大麻子仁、紫苏子各 2 合,洗净研细,再以水研,滤取汁 1 盏,分 2 次煮粥啜之(《本事方》)。

产门不闭

新产后,阴户松弛或裂伤而不能闭合者,称产门不闭(见《妇人大全良方》)。也称玉门不闭(见《经效产宝》)。本病发生多由元气素虚,胎前失于调护,以致气虚不能固摄而然。亦有因初产或难产阴户受损而致不敛者。治疗,因于气虚者,则宜补气升提。因产伤者,在新产时应立即缝合修补,并配合外用药局部外洗或涂敷。

气虚:症见产后阴户不闭,面色苍白,少气懒言,自汗,不思饮食,舌淡,苔薄白,脉细弱。多由临产用力努气太过,产后气血大伤,气虚下陷,无力系胞,以致产门不能收敛。如《医宗金鉴·妇科心法要诀》云:"凡产后玉门不闭者,多由气血不足所致。"治宜补气升提。方用补中益气汤,或十全大补汤加五倍子。若症见产时失血较多、心悸气短、手足麻木、脉沉细无力者,属血虚胞脉失养,以致

玉门不敛。治宜养血活血。方用加味芎归汤。

产伤：症见阴户破溃，日久不敛，黄水淋漓，舌淡苔腻，脉虚细而数。因初产阴户窄小，或因急产、难产，以致阴户撕裂，邪毒内侵。如《万氏妇人科》卷三："女子初产、身体纤柔、胞户窄小，子出不快，乃致折裂，浸淫溃烂，日久不敛。"治宜益气养血，托毒外出。方用十全大补汤。外用白及、白龙骨、诃子、烂蜂壳、黄柏等分，研极细末，外搽之。若症见产门肿痛、溃烂，脓水淋漓，伴见口苦咽干，尿黄便结者，乃为产伤湿毒内蕴。治宜清热、利湿、解毒。方用龙胆泻肝汤，或用丹栀逍遥散。

外治法：①甘草汤：生甘草浓煎，局部外洗(《医宗金鉴》)。②紫苏煎：野紫苏，洗净煎水外洗(《万氏女科》)。③硫黄散：硫黄、乌贼骨、五味子等份，研细搽患处(《千金要方》)。

产后血崩

妇人分娩后，或新产尚未满月，阴中突然大量出血，或暴崩不止者，称产后血崩。见《卫生家宝产科备要》。乃产后危急重证之一。若出血多，来势猛，极易引起昏厥欲脱，临证尤应重视。如《女科经纶》卷六引陈无择云："血崩不是轻病，况产后有此，是谓重动。"产后血崩，因产伤冲任，未得平复，或因劳倦，或因盛怒伤肝，或因瘀血内阻，致血暴崩而下。如《产育宝庆集·第十三论》云："产后伤耗经络，未得平复而劳役损伤，致血暴崩下，淋漓不止。"治疗当根据"急则治标，缓则治本"的原则。若产后阴血已伤，更患崩证而成血脱气陷之重证时，急用独参汤益气固脱。若纯用止血之品，则缓不济急，出现六脉微细，手足厥冷者，急用大剂参附汤以回阳救逆。待证情缓解后，再随证施治。因于虚者，则宜补气摄血为主。因于实者，则以化瘀生新为治。而虚实之辨，尤当分明。

劳伤冲任产后血崩：症见产后暴崩下血，色红或淡红，质稀薄，或有腹痛，痛时喜按，面色少华，神疲肢软，唇舌色淡，脉微弱。多因产妇体质素弱，正气不足，或产程过长，用力太过，加之产时失血耗血，正气愈虚，或产后疲劳过度，或房事不慎，以致冲任不固，不能摄纳血海之血。如《妇人大全良方》卷二十二云："产卧伤耗经脉，未得平复而劳役损动，致血暴崩。"治宜大补气血。方用升举大补汤(《傅青主女科》)，去黄连之苦寒。

暴怒伤肝产后血崩：症见产后暴崩而下，心烦易怒，头胀眩晕，胸闷饱胀，嗳气太息，胸胁疼痛，舌苔薄白，脉弦细。因产后血气俱虚，复因暴怒伤肝，不能藏血，以致血热暴崩。治宜平肝清热，固冲止血。方用丹栀逍遥散加旱莲草、生地炭，以清热凉血。

瘀血内阻产后血崩：症见产后阴中下血，量多如崩，伴小腹疼痛，拒按，血色黯红有块，舌紫黯、脉弦涩。多因产后恶露未净，受寒饮冷，或因残留胎物未出，或服固涩药太早，以致瘀血阻滞，新血不能归经，遂成产后血崩。《万氏妇人科》卷三云："产后冲任已伤，气血未复……或因恶露未尽，固涩太速，以致停留。"治宜化瘀止血。方用生化汤。行中有补，旧血既去，新血乃生。如系胎物残留，应及时中西医合治，从速去除胎物。

产后血晕

产妇刚分娩后，突然头晕目眩，眼泛黑花，不能起坐，或心下满闷，恶心欲吐，甚至神昏口噤，不省人事者，称产后血晕(见《经效产宝》)。也称产后血运。在《诸病源候论》有"产后血运闷候。"本病是产后危急重症之一，若不及时抢救，常可危及产妇生命，临证尤须注意，必要时中西医同时抢救。

血晕一证，大多由于产后阴血暴亡，心神不守所致。因心主血而藏神，产后失血过多，以致血不养心，神不守舍而昏闷。也有因下血极少，血随气逆、上掩于心而致者。如《诸病源候论·产后血运闷候》："运闷之状，心烦气欲绝是也，亦有去血过多，亦有下血极少，皆令运。"血晕病由，有虚实之别，治当详审。若下血多而运者，但烦闷而已。下血少而运闷者，则烦闷而心满急。治宜辨其虚实，因于血虚气脱者，急宜益气固脱。因于瘀血上攻者，则宜行瘀活血。

血虚气脱产后血晕：症见产后突然头昏目眩，面色苍白，心悸愦闷不适，渐至昏不知人，舌淡无苔，脉微细欲绝。因产后失血过多，营阴下脱，心神失养，而令晕运，不省人事。如《胎产心法》卷下说："因亡血过多，以致虚火乘虚泛上，而神不清，身无所主，其阴血暴亡，心神失养。"急宜补气固脱。方用独参汤。若证兼神昏，肢冷汗出者，急宜回阳救逆，方用参附汤。待神定志清后，则症状有见头目昏运，愦闷不适，心悸气短，舌淡苔薄，脉虚者，乃气血两虚之象，治宜气血双补。方用当归补血汤加味。

血瘀气逆产后血晕：症见产后恶露不下或下亦量少，少腹阵痛拒按，甚至心下急闷，气粗喘促，神昏口噤，不省人事，面色紫黯，舌黯苔少，脉细涩。因产时恶露去少，内有停瘀上攻而致晕闷。如《女科经纶》卷五引《家居医录》云："产后元气亏损，恶露乘虚上攻。"治宜活血化瘀。方用夺命散(《证治准绳》)，加当归、川芎，以活血行瘀。若兼胸闷呕恶者，则加姜半夏、竹茹，以降逆化痰。

针灸治疗：针刺眉心出血，或针刺人中。

推拿疗法：拿肩井(见《动功按摩秘诀》)。

外治法：①用铁器烧红，淬醋熏鼻。②烧干漆，使闻烟味。虚者忌用。③用米醋煮韭菜，滚三五次，乘热倒入壶中，使壶中热气熏产妇鼻孔(《傅青主女科》)。

恶露不下

产后，胞宫内遗留的余血浊液，谓恶露。在正常情况下，胎儿娩出后，恶露应自然从阴道排出，约3周左右排

净。若分娩后恶露蓄积胞中，停留不下，或下亦甚少，并伴有小腹疼痛及其他症状者，称恶露不下，见《妇人大全良方》。其发病原因，可由产后脏腑劳伤，血室正开，风冷乘虚入胞，血为寒凝，或因七情内伤以致气滞而恶露不下。亦有因产时亡血耗气，气血俱虚，无血可下。病因不同，症状各异。气血俱虚者，必见头昏心悸，气短神疲。血寒者，必见小腹冷痛。气滞者，必见少腹胀痛。证有虚实，治分攻补。如《沈氏女科辑要笺正》卷中云："产后无瘀，本非概可攻破之症，苟其体质素薄，血液不充，即使恶露无多，而腹无胀痛之苦者，即不当投破血之药。如囿于俗见，则搾糠榨油，势必损伤冲任，崩脱变象，更是可虞。惟有瘀滞不行之确症者，则桃仁、玄胡、归尾、乌药、青皮等行滞导气。"

血寒恶露不下：症见产后恶露不下，或下甚少，色紫黯，小腹疼痛，拒按，舌紫黯，脉细涩。因产后脏腑伤动，风冷乘虚侵入，或伤于生冷，血为寒凝，恶露内停不下。《胎产心法》卷下："凡产后脏腑劳伤，气血虚损，或胞络挟于宿冷，或当风取凉，风冷乘虚而搏于血，壅滞不宣，蓄积在内，故不下也。"治宜温胞散寒。方用黑神散（《和剂局方》），或用生化汤倍加桃仁，调失笑散化瘀生新。

气滞恶露不下：症见恶露方行而忽然断绝，或恶露行而不畅，甚或不下。伴小腹胀痛，胸胁胀满，苔薄白，脉弦细或弦紧。多因产后情志不畅，血为气滞，以致恶露不下。如《济阴纲目·产后门上》说："思虑动作，气所壅遏，血蓄经络。"治宜理气解郁，佐以和血。方用香艾芎归饮（《中医妇科治疗学》），加桃仁、炮姜。

气血虚弱恶露不下：症见产后恶露量少或不下，色淡，面色苍白或淡黄，头晕耳鸣，心悸，舌淡白，脉虚细。因素体脾虚，化源不足，复因产时失血过多，无余可下。《万氏妇人科》卷三："产后恶露不下……或因脾胃素弱，中气本虚，败血亦少。"治宜养血益气。方用圣愈汤（《兰室秘藏》）。若症见产后恶露量少不能尽下，其腹乍痛乍止，痛亦不甚者，为产后气乏血阻之象。则宜益气养血，化瘀止痛。于上方加炮姜、炒灵脂、蒲黄，行瘀止痛。

简易方：①益母草汁一小盏，入酒一合，温服（《本草纲目·茺蔚子》）。②干荷叶二两，鬼箭羽、桃仁、刘寄奴、蒲黄各一两。共为粗末，每服三大钱。以童子小便一大盏，姜钱三片，生地黄一分，捶碎同煎至六分，去滓，无时热服（《妇人大全良方》）。③蒲黄三两，炒，水三升，煮取一升，顿服（《济阴纲目》）。

恶露不绝

产后恶露持续20日以上，仍淋漓不断者，称恶露不绝。见《妇人大全良方》。也称恶露不尽。见《诸病源候论》。本病若迁延日久，渐成虚劳，或致生他病。恶露不绝之病激，大抵有三：一是气虚不能收摄；二是瘀血不尽，新血难安；三是怒火伤肝，血失所藏。治疗当辨其寒、热、虚、实，注意恶露色、质、气味之变化。如恶露色淡，腹无所苦，属虚。恶露色黯有块，腹痛拒按，属实。恶露色红质稠而臭，是为有热。应遵循虚者补之，留者攻之，热者清之的原则，辨证论治。慎不可轻用固涩之剂，使败血凝聚，变为癥瘕，反为终身之患。

气虚恶露不绝：症见恶露淋漓不断，量多色淡，质稀无臭，面色㿠白，精神倦怠，小腹空坠，舌淡苔薄，脉缓弱。因平素体虚，正气不足，加之产时耗气伤血，正气益虚，冲任失固，不能摄血所致。如《妇人大全良方》卷二十云："夫产后恶露不绝者，由产后伤于经血，虚损不足，……致气血不调，故令恶露淋沥不绝也。"治宜补气、固冲、止血。方用大补元煎，或升陷固血汤（《胎产心法》）。

怒火伤肝恶露不绝：症见恶露量多，色紫黯或深红，心烦易怒，胸闷胁胀，苔薄黄，脉弦数。治宜平肝清热，凉血止血。方用丹栀逍遥散，加生地炭、旱莲草以凉血止血。

若日久淋漓不止，阴津益虚，症见恶露量少，色红，五心烦热，口干咽燥，舌红苔薄黄，脉细数。治宜养阴清热。方用保阴煎加旱莲草、女贞子、阿胶、乌贼骨，以凉血固冲。

血瘀恶寒不绝：症见恶露淋漓，过期不止，量少，色紫黑，有块，小腹疼痛拒按，舌质正常，舌边紫，或舌紫黯，边尖有瘀点，脉涩。多因产时感寒，与血相搏；或因产时服固涩药太早，以致恶血不去，新血不守，相并而下，日久不止。《诸病源候论·产后血露不尽候》："或新产而取风凉，皆令风冷搏于血，致使血不宣消，蓄积在内，则有时血露淋漓下不尽。"治宜活血化瘀。方用生化汤合失笑散，或用蒲索四物汤（《胎产心法》）。

推拿疗法：(1)治则：活血化瘀，清肝固冲。

(2) 操作：①摩丹田。②按揉肾俞、气海俞、关元俞、八髎。

(3) 辨证加减：①气虚失摄者加掌振丹田，按揉气海、关元、足三里、三阴交、公孙。②怒火伤肝者加按揉期门、章门、中都、太冲、行间，搓胁肋。③胞宫瘀阻者擦八髎，按揉石门、中极、地机。

简易方：①干地黄捣末，每食前热酒服一钱，连进三服（《瑞竹堂经验方》）。②升麻三两，清酒五升，煮取二升，分半再服。当吐下恶物，极良（《千金翼方》）。③没药、血竭末各一钱，童子小便，温酒各半盏，煎沸服，良久再服。恶血自下，更不生痛（《本草纲目·没药》）。

产后腹痛

产妇分娩后发生以小腹或脘腹疼痛为主证者，称产后腹痛。早见于《金匮要略·妇人产后病脉证并治》篇，若见以小腹疼痛者，则称儿枕痛，见《古金医鉴》。本病多发生于新产后。其主要病机是产后气血运行不畅，不通则痛。可因去血过多，胞脉空虚而作痛；或因产时不慎，感

受风寒而痛者；或因产后饮食不节，食滞而痛者。治疗以调养气血为主。若因虚者，宜补而通之；若因瘀滞者，宜行气祛瘀；若因寒凝者，宜温经祛瘀；因食滞者，宜健脾消食。病因不同，治法各异，临证需仔细审辨。如《景岳全书·妇人规·产后腹痛》："产后腹痛最当辨察虚实。血有留瘀而痛者，实痛也。无血而痛者，虚痛也。大多痛而且胀，或上冲胸胁，或拒按而手不可近者，皆实痛也，宜行之，散之。若无胀满或喜揉按，或喜热熨，或得食稍缓者，皆属虚痛，不可妄用推逐等剂。"

血虚产后腹痛：症见产后小腹隐痛，喜按，头昏心悸，恶露量少，色淡，舌质淡红，苔薄，脉虚细。多因产时失血较多，冲任胞脉空虚，血少气虚，运行无力，以致血行不畅，迟滞而痛。《医宗金鉴·妇科心法要诀·产后门》云："产后腹痛，若因去血过多而痛者，为血虚痛。"治宜补血益气。方用肠宁汤（《傅青主女科》），或用内补当归建中汤（《千金要方》）。若血虚兼寒者，则见小腹急而疼，痛时喜按，喜热熨。治宜养血散寒。方用当归生姜羊肉汤。

寒凝产后腹痛：症见产后小腹冷痛，得热痛减，恶露量少，色紫黯，有块，面色青白，四肢不温，痛而欲呕，舌质黯淡，苔白，脉沉紧。因产后起居不慎，感寒饮冷，寒邪乘虚侵入，气血为寒所滞，运行不畅，凝涩而痛。如《诸病源候论·产后腹中痛候》："产后脏虚，或宿夹风寒，或新触冷与气相击搏，故腹痛。"治宜养血散寒，行瘀止痛。方用加减生化汤。

血瘀产后腹痛：症见产后小腹剧痛，拒按，按之有块，恶露不下，或下亦量少，胸腹胀满，手不可近，舌质紫黯，脉弦涩。此由产时恶露下少，余血壅滞，与气相搏，瘀阻胞中而作痛。如《万氏妇人科》卷三云："腹中有块，上下时动，痛不可忍，此由产前聚血，产后气虚，恶露未尽，新血与故血相搏而痛。"治宜活血祛瘀。方用当归玄胡索汤（《万氏妇人科》）。若瘀而兼热者，症见少腹疼痛，恶露量少，色紫，口干内热，心烦便艰，舌黯红，脉细涩。治宜清热化瘀。方用卷荷散（《济阴纲目》）。

食滞产后腹痛：症见脘腹胀满而痛，嗳腐吞酸。苔垢腻，脉滑数。多由新产后饮食不节，过食肥甘厚味，困阻中州，致令脘腹疼痛。治宜和中消食。方用异功散，加神曲、焦楂、枳实以行气导滞。

针灸治疗：治以补气养血或温阳活血。选任脉，足太阴和足阳明等经穴，如气海、石门、关元、中极、三阴交、照海、阴都、足三里等，每次3—5穴。用毫针刺，行补法，或行泻法，并配合灸法。

皮内埋针法：常选三阴交、腰阳关等穴，用埋针法，以胶布固定，留针1—24小时。

简易方：①产宝汤：桂心、姜黄各等份。为细末，酒调方寸匕（《济阴纲目》）。②乌金散：川芎七钱半，烧燃盖瓶中存性，黑附子半枚，炮，去皮脐。共为细末，每服三钱，童便和酒调服，痛止血下，方住服（《济阴纲目》）。

食疗方：①当归生姜羊肉汤：当归三两，生姜五两，羊肉一斤。上三味以水八升，煮取三升，温服七合，每日三服（《金匮要略》）。②山楂30克水煎，冲砂糖15克，饮服。

产后发热

产妇在分娩后小满月或大满月内，出现以发热为主证，并伴有其他症状者，称产后发热，见《医学纲目》。其病因多端，如《医宗金鉴·妇科心法要诀·产后门》载述："产后发热之故，非止一端，如食欲太过，胸满呕吐恶食者，则为伤食发热；若早起劳动、感受风寒，则为外感发热；若恶露不去，瘀血停留，则为瘀血发热；若去血过多，阴血不足，则为血虚发热；亦有因产时伤力，劳乏发热者，三日蒸乳发热者。"此外，因产理不慎，邪毒乘虚内侵而发热者，临床亦有之。由于病因不同，症状各异，必须审证求因，仔细详辨，切不可一遇发热，妄用发汗。因产后气血俱虚，治宜调气血，和营卫为主。

血虚产后发热：症见产时失血较多，低热不退，头晕眼花，恶露量少或无，色淡质稀，小腹绵绵作痛，舌淡苔薄，脉虚细而数。由于产时失血过多，阴血骤虚，阳无所附，阳浮于外，故令发热。治宜补血益气。方用当归补血汤（《内外伤辨惑论》），或八珍汤去川芎，加黄芪、地骨皮。若症见午后低热，两颧发赤，口渴喜冷饮，尿黄而短，舌质红，苔薄黄少津，脉细数，是为阴虚内热之证。治宜养阴清热。方用一阴煎。若见潮热盗汗，可加青蒿、鳖甲，以清虚热。

血瘀产后发热：症见产后寒热时作，恶露不下，或下而甚少，色紫黯，夹血块，小腹疼痛拒按，口干不欲饮，舌略紫或边尖有瘀点，脉弦或涩。多因产时感寒、恶露行而不畅，瘀血停滞，营卫失和，故令发热。如《产育宝庆集·第六论》云："产后乍寒乍热者何？答曰：阴阳不和，败血不散，皆令乍寒乍热。"治宜活血化瘀。方用生化汤，加丹参、丹皮、益母草。

感染邪毒产后发热：症见高热寒战，恶露或多或少，色紫黯如败酱，质粘稠，臭秽，小腹痛拒按，舌红苔黄，脉数大或滑数。因分娩时的产伤和出血，元气受损，或因产理不慎，产道受损，邪毒乘虚而入，正邪交争，致令发热。治宜清热解毒，凉血化瘀。方用五味消毒饮合失笑散，加丹皮、赤芍、鱼腥草、益母草。若症见高烧不退，日晡更甚，下腹疼痛加剧，恶露量少或无，大便秘结，舌红，苔黄燥，脉滑数。为邪毒内盛，以致郁阻不和。治宜泻热通便，佐以扶正。方用黄龙汤（《伤寒六书》）。若正气未虚者，可用大黄牡丹汤以泻热逐瘀。若症见高热，汗出，斑疹隐隐，舌红绛，苔黄燥，为邪入营血。治宜清热泄营。方用清营汤。若高热不退，神昏谵语，甚或昏迷，面色苍白，四肢厥冷，脉细而数，为热入心包之象。治宜清热开窍。方用清营汤，送服安宫牛黄丸或紫雪丹。

气虚产后发热：症见低热，恶风自汗，头昏心悸，神疲肢软，呼吸短促，腰酸乏力，脉微细。因产血气俱虚，复因

劳倦伤气，致令发热。治宜益气固表。方用玉屏风散，或用十全大补汤。

蒸乳产后发热：症见新产二三日，微热恶寒，乳房胀硬而痛，舌红苔薄，脉弦数。多因乳络欠通，乳汁壅滞，气血不和，营卫失调，致令发热。治宜清热通络。方用通草散（《济阴纲目》）。

伤食产后发热：症见产后时热时止，脘闷腹满，嗳气吞酸，不欲饮食，食入不舒，恶闻食臭，或呕吐泄泻，舌苔垢腻，脉滑数。产后耗气伤血，脾胃虚弱，如过食油腻肥甘，脾胃运化不及，食滞内停，而致伤食发热。如《女科经纶》卷六引王节斋云："产后脾胃大虚，多有过服饮食，伤滞发热者。"治宜健脾益气，和胃消食。方用四君子汤或六君子汤，加山楂、神曲、厚朴。

产后妄言发狂

产后出现语言颠倒，谵妄狂乱者，称产后妄言发狂。《妇人大全良方》有"产后狂言谵语如有神灵方论"的载述。《医宗金鉴·妇人心法要诀》谓"产后妄言见鬼发狂。"本病病因，主要由于产后败血上冲，扰乱心神；或心血虚少，心神失养；或情志内伤，怒气伤肝所致。宜分因论治。如《妇人大全良方》卷十八云："夫产后语言颠倒或狂言谵语，如见鬼神者，其源不一，须仔细辨证用药。"若为败血冲心者，宜祛瘀生新，从"产后三冲"求治。因血虚者，宜养血安神。怒气伤肝者，宜舒肝解郁。

血虚产后妄言发狂：症见产后心悸而烦，语言颠倒，怵惕不安，头昏眼花，舌淡红，脉细弱。盖心主血脉，若产后失血较多，心血虚少，心神失养，心气不宁而出现妄言发狂。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·产后门》云："若因心血虚，神不守舍而闷乱者，则用妙香散……以当归、熟地煎汤，调服即愈，其效如神。"治宜益气养心，镇心安神。方用妙香散（《苏沈良方》）加当归、熟地，煎汤送服。若产后块痛未除，症见狂言妄见者，方用安神生化汤（《傅青主女科》）。

肝热产后妄言发狂：症见产后狂言谵语，胸胁烦闷，口苦咽干，舌质红绛，苔薄黄，脉弦数。多因产后情怀不畅，郁而化火，上扰神明，因而妄言发狂。治宜舒肝解郁，清热安神。方用丹栀逍遥散加琥珀以清心安神。

简易方：用好朱砂为细末，酒调服钱许（《校注妇人良方》）。

产后虚羸

产妇在百日内饮食减少，四肢无力，动则气短自汗，头昏眼花，日渐疲乏羸瘦，面色萎黄，称为产后虚羸。早在《金匮要略·妇人产后病脉证并治》中有"产后虚羸不足"之记载。至隋代，《诸病源候论》在"产后虚羸候"中论述了本病的病因与病理。该书曰："夫产损动腑脏，劳伤气血，轻者节养将摄，满月便得平复，重者其日月虽满，气血犹未调和，故虚羸也。"本病的发生主要责之于分娩时的产伤和出血，损伤脏腑、气血，机体抵抗力减弱，产后又失于调护，或因过于劳累等，致使阴阳、气血、脏腑虚损不得恢复，因而形成产后虚羸。本证大抵有气虚、血虚、阳虚、阴虚之分，治宜审证论治。气虚者，宜补中益气。血虚者，宜滋血养荣。阳虚者，宜温肾扶阳。阴虚者，宜滋阴降火。

气虚产后虚羸：症见面色少华，四肢无力，手足不温，倦怠懒言，食少便溏，气短自汗，舌淡苔白，脉虚或虚缓。因产后失于调理，或过于劳累，气不得复。治宜升阳益气。方用补中益气汤，或人参养荣汤。

血虚产后虚羸：症见面色无华，心悸健忘，失眠多梦，形体消瘦，舌淡无苔，脉细或结代。此因产后失血过多，血不养心所致。治宜补血养心。方用归脾汤，或当归补血汤。若病损于肝，而致肝血不足者，症见头晕耳鸣，心悸而烦，多梦易惊，月经涩少，甚或不行，脉弦细无力。治宜补血养肝。方用补肝汤。

脾肾阳虚产后虚羸：症见面色苍白，饮食少思，大便溏薄或完谷不化，腰膝酸软，神疲乏力。多因素体脾肾虚损，复因失血伤气，脾胃之气益虚。治宜补脾、温肾、扶阳。若偏于脾阳虚者，方用附子理中汤；偏于肾阳虚者，可用肾气丸或右归丸。

肺肾阴虚产后虚羸：症见咳嗽咯血，口干咽燥，潮热盗汗，两颧潮红，五心烦热，舌红少苔，脉细数。乃因产后亡血伤津，脏阴不足，虚火偏旺，烁肺伤络。治宜养阴清肺。方用沙参麦门冬汤加减。若症见头昏耳鸣，腰膝酸软，潮热眩晕，舌红少津，脉沉细而数，为肾阴不足。治宜滋阴降火，方用六味地黄丸或大补阴丸。

简易方：羊脂二斤、生地黄汁一斗，煮汁五斤，白蜜三升，煎如饴。温酒服一杯，日三服（《本草纲目·羊》引《古今验录》）。

食疗方：黄雌鸡一只，去毛及肠肚，背上开破，入生百合三枚，白粳米半斤，缝合，入五味汁中煮熟，开腹取百合并饭，和汁作羹食之，并食肉（《本草纲目·鸡》引《圣济总录》）。

产后蓐劳

产后虚弱，喘乏，且作寒热，状如疟者，名产后蓐劳。如《圣济总录·产后门》指出："产蓐之后，食饮起居，失于常度，使血气不得其养，若血虚则发热，气虚则发寒，血气俱虚，则寒热更作，日渐羸瘦，故为蓐劳。"本病主因，乃产后气血亏损，加之不慎起居，寒温乖违，不禁房事，饮食不节，情志内伤所致。如《妇科玉尺》卷四云："蓐劳之由有二：一由内伤，因产理不顺，调养失宜，或忧劳思虑，伤其脏腑，荣卫不宣……一由外感，不满日月，气血虚耗，风冷乘之，与气血相搏，不能温于肌肤。"本病证情颇类肺系疾

患，如《宋氏家传产科全书》有"蓐劳类肺病"之说。属产后病重证，治宜健脾扶正为主，使饮食增进，能耐药力，然后调其荣卫，补其虚损，日趋痊愈。如《校注妇人良方》卷二十一薛己按："大抵此症，多因脾胃虚弱，饮食减少，以致诸经疲惫而作，当补脾胃，饮食一进，精气生化，诸脏有所倚赖，其病自愈矣。"

若症见寒热如疟，头痛自汗，咳痰气逆，虚羸喘乏，体倦肢怠，方用补虚汤（《妇科玉尺》）。若症见发热憔悴，饮食不消，肢体疼烦，宜用黄芪煮散方（《圣济总录》），或用人参鳖甲散（《妇科玉尺》）。若症见头眩盗汗，寒热如疟，背膊烦痛，肢体沉重，方用白茯苓散（《邯郸遗稿》）。总之，产后蓐劳皆为虚损不足之候，亦当以扶养正气为主，稍佐去邪之品，使正渐复而邪得除。

食疗方：用猪肾一对，切细片，以盐、酒拌之。先用粳米一合，葱、椒煮粥，盐、醋调和。将腰子铺于盆底，以热粥倾于上盖之，如作羝生粥食之（《本草纲目·豕》引《济生方》）。

产后尿血

产后小便中混有血液，而无疼痛之感者，称产后尿血。见《诸病源候论》。亦称产后小便出血。本病应与血淋相鉴别。溺时尿道刺痛者为血淋；不痛者为尿血。

产后尿血，以邪热扰入血分者居多，因产亡血伤津，血虚火动，迫血妄行，流入膀胱，血随尿排出。《诸病源候论·产后尿血候》云："夫产伤损血气，血气则虚而挟于热，搏于血，血得热流散渗于胞，故血随尿出，是为尿血。"本病有血虚挟热者，有气虚不摄者，治疗则宜分因论治。

虚热产后尿血：症见小便短赤带血，目眩耳鸣，腰腿酸软，舌红少苔，脉细数。多因产后亡血伤津，阴虚内热，热伤血络所致。治宜养阴清热，凉血止血。方用小蓟汤（《万氏女科》）去木通、滑石，加黄芩、麦冬、白茅根，以清热生津止血。若热而夹瘀者，则症见小便尿血涩痛，可于方中加归尾、红花、琥珀末，以化瘀止血。

气虚产后尿血：症见小便频数带血，色淡红，神疲纳差，面色萎黄，舌淡苔薄，脉虚弱。多由产后体虚未复，更加劳倦，伤及脾肾，脾肾失其统藏，气虚失固而致。如《沈氏女科辑要笺正》卷中云："此症必有虚实之异，虚者，中州之气陷。"治宜健脾益气，补肾固摄。方用补中益气汤，加山茱萸、血余炭、山药、藕节，以固肾摄血。

简易方：①滑石散：滑石（研）、发灰各等份，共为末，每服一钱，生地汁调下（《济阴纲目》）。②崔氏方：蜜一大合，车前草捣汁1升，相和煎沸，分两服（《济阴纲目》）。

产后小便频数

产后小便次数增多，甚至日夜数十次，称为产后小便频数。早在《诸病源候论》即有"产后小便数候"的论述。其产生的机理，主要是因产后耗伤气血，肺肾气虚，膀胱失约所致。如《校注妇人良方》卷二十三中指出："产后小便数者，乃气虚不能制故也。"因此，治疗原则当以补气固涩为主。

气虚产后小便频数：症见产后排尿频数，尿液清白，胸闷不畅，少气懒言，四肢无力，面色少华，舌淡苔少，脉细弱。多因素体虚弱，肺脾气虚不足，复因产时耗损气血，肺脾益虚，因肺为气之本，肺气虚则不足以制下，是以津液不藏，膀胱失约而致小便频数。治宜补气固涩。方用补中益气汤，重用黄芪以补肺气，加山茱萸、益智仁，以固肾气。

肾虚产后小便频数：症见产后小便次数增多，甚至日夜数十次，尿量较多，澄澈清液，面色晦黯，形寒肢冷，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌淡苔白润，脉沉迟。多因元气素虚，产时复伤气血，以致肾气不固，肾与膀胱相表里，肾虚则膀胱制约无力，发为小便频数。治宜补肾温阳固涩。方用肾气丸去丹皮、茯苓、泽泻，加破故纸、桑螵蛸、覆盆子。如虚甚而小便有自遗现象者，可兼用桑螵蛸散。

简易方：益智仁为末，米饮调服（《济阴纲目》）。

产后小便淋漓

产后尿意频数，淋沥涩痛者，称产后小便淋漓。《诸病源候论》有"产后淋候"的叙述，《妇人大全良方》有"产后诸淋"方论。本病的发生机理，多因产后阴血骤亏，虚热内生，或因产后邪热客于胞中，热迫膀胱所致。《妇人大全良方》卷二十三云："产后诸淋，因产有热气客于脬中，内虚则起数，热则小便涩痛。"故治分虚实。虚热者，宜滋阴生津。实热者，宜清热通淋。

虚热产后小便淋漓：因产耗血伤津，阴虚火旺，煎熬水液，以致小便淋漓而痛。症见产后小便频数淋漓，解时涩痛，量少，尿黄或赤，五心烦热，腰膝酸软，舌红少津，苔薄黄，脉细数。治宜滋阴、清热、生津。用六味地黄汤去山茱萸，加麦门冬、五味子、车前子，使津充热除，小便自利。

实热产后小便淋漓：多因产后摄生不慎，或饮食不节，湿热内生，结于下焦；或因怒气伤肝，气郁化火，热移下焦所致。症见小腹疼痛满急，尿频而短，尿色黄赤，小便时热涩刺痛，苔黄或黄厚，脉数。治宜清热通淋。用导赤散加黄柏、栀子、麦冬、知母、车前子，以清热生津利尿。

产后遗尿

产后排尿不能自行控制，甚或失禁者，称产后遗尿，亦称产后遗溺。见《诸病源候论》。本病发生多由产后肾气亏损，下元不固，膀胱失约所致。治宜固肾、益气、补脬

为主。若因产伤者，则可进行手术治疗。

肾虚产后遗尿：症见小便自遗，腰膝酸软，头晕耳鸣，或形寒畏冷。舌淡苔薄白，脉沉细无力。多由素体肾虚，复因产脏腑伤动，肾气愈虚，不能固脬而致。治宜补肾化气固脬。方用肾气丸。

气虚产后遗尿：症见少腹时时坠胀，尿意频数，滴沥不禁，舌淡苔薄，脉虚软无力。因产气血俱虚，脏气未复，更因产后忧思劳倦过度，其气更虚，以致上虚不能制下。如《万氏妇人科》云："产后气血虚脱，沟渎决裂，潴蓄不固，水泉不止，故数而遗也。"治疗本"陷者举之，脱者固之"之意，宜升举固涩。方用升阳调元汤（《万氏女科》）合桑螵蛸散。

产伤产后遗尿：症见产后小便不禁，遗尿不知出。或因产理不顺，误伤尿胞而致。《万氏妇人科》卷三云："生前稳婆用手误损胞破者，以致小便失禁。"治宜补气养血。方用黄芪当归散与猪尿胞同煎。不应，则宜手术修补。

简易方：①桑螵蛸半两，炒龙骨一两，共为细末，食前，粥饮调下二钱（《妇人大全良方》）。②白薇、芍药各等份为细末，以酒服方寸匕，日三服（《妇人大全良方》）。

产后小便不通

新产后排尿困难，小腹胀急疼痛，甚或小便点滴全无，称产后小便不通，见《诸病源候论》。亦称产后小便不利，见《千金翼方》。本病主要为产后脾肺气虚，通调不利，肾虚气化失职，或气滞水道不利，致成小便不通的虚、实证候。治疗原则，虚者宜补气温阳以行水，实者当理气行滞以通利之。

气虚产后小便不通：症见小便不通，欲解不得，小腹胀急，精神委靡，言语无力，舌质淡苔薄，脉缓弱。多因素体虚弱，产时劳力伤气，或失血过多，气随血耗，因而脾肺气虚，不能通调水道，下输膀胱所致。治宜补气润肺，佐以行水，方用补气通脬饮（《女科辑要》）。

肾虚产后小便不通：症见产后小便不通，小腹胀满而痛，腰部酸胀，坐卧不宁，面色晦黯，精神疲倦，舌质淡，苔白，脉沉迟。多因素禀元气不足，复因分娩损伤肾气，以致肾阳不足，不能化气行水。治宜温肾化气行水。方用肾气丸。

气滞产后小便不通：症见产后小便不通，小腹胀痛，精神抑郁，甚或两胁胀痛，烦闷不安，舌质正常，脉弦。多因产后情志不畅，气机阻滞，肝失疏泄，以致尿闭。治宜理气行滞，佐以利尿。方用逍遥散，加香附、枳壳以行气滞，车前子以通利小便。或用通气散（《济阴纲目》）。若气滞而夹有瘀者，症见小腹胀满刺痛，乍寒乍热，尿闭而烦闷不安。则于通气散中加蒲黄、桃仁，以活血化瘀，瘀去则小便自通。

简易方：①通气散：陈皮、苏叶、枳壳（麸炒）、木通各等份。上药制散，每服四钱，水煎温服。②金钥匙散：滑石、蒲黄各等份。共为细末，酒调下二钱（《济阴纲目》）。

外治法：炒盐加麝香五厘，填于脐中，外用葱白十余根作一束，切如半指厚，置盐脐上，再用艾灸脐上，觉热气入腹，难忍为止，小便即通（《济阴纲目》）。属热者不可用。

产后遗粪

产后遗粪，根据历代医籍记载，其意有二：一是指产后大便自遗，不能控制，称产后遗粪。见《外台秘要》。二是指大便由前阴出，称为产后交肠病，亦名大小肠交。出《妇人大全良方》。现代医学称为直肠阴道瘘。本病发生，前者主要指产后脾肾气虚，失于固摄；后者乃属难产及接生不慎，伤损产道直肠所致。若症见遗粪溏薄，食少倦怠，腰酸腹坠等。治宜补益脾肾。方用还少丹。虚寒者加肉豆蔻、补骨脂。并须常服补中益气丸。也可用枯矾、煅牡蛎各等份，或白蔹、芍药各等份，用黄酒调服。若大便从前阴出，轻者，先用十全大补丸以补益气血，后用五苓散以分利水道，并吞服蜡矾丸（《沈氏尊生书》）。重者，则需手术修补。

产后风痿

产后手足痿弱无力，麻木不仁，或手足拘挛不能行动，甚至瘫废床褥，经年不愈者，称产后风痿。其发病机制，主要是产时失血过多，冲任血虚，不能濡养肌肉筋脉，以致宗筋弛纵，不能束骨而利机关。如沈金鳌《妇科玉尺》卷四中指出："产后风痿，经云，诸风痿弱，筋挛无力，血不足以养筋也。"症见产妇四肢痿软无力，两足尤甚，活动困难，伴有面色萎黄，脉细弱无力。治宜补血养血为主。方用补血荣筋丸（《张氏医通》），或健步虎潜丸。亦可用大红蔷薇花子30克，酒煎服，初起服之奇效。如日久两手不能提举者，以蔷薇花120克，当归60克，红花30克，浸酒5斤，每日随酒量饮之。本病若误认为风证，而妄用祛风散血燥烈等药，多致荣卫愈伤而成残疾。

产后遍身疼痛

产妇产褥期间，出现肢体关节酸楚、疼痛、麻木、重着者，称产后遍身疼痛。见《经效产宝》。多因素体气血不足，复因产时耗血伤气，气血愈虚，四肢百骸及筋脉关节失养；或因瘀血流注经络，瘀阻作痛；或因产后起居不慎，风寒之邪入于经络而致。产后遍身疼痛，与平人身疼不同，因产后气血俱虚，虽夹外邪，亦当以调理气血为主。如《沈氏女科辑要笺正》卷中云："此证多血虚，宜滋养，或有风寒湿三气杂至之痹，则养血为主，稍参宣络，不可峻投风药。"

血虚产后遍身疼痛：症见产后遍身疼痛，肢体酸楚麻

木，皮肤不泽，头晕心悸，气短懒言，舌淡少苔，脉细无力。多因产后气血亏损，气血运行无力，四肢百骸空虚，经脉关节失养而致。治宜补气养血，温经通络。方用黄芪桂枝五物汤，加当归、鸡血藤。

血瘀产后遍身疼痛：症见产后遍身骨节疼痛，屈伸不利，按之痛甚，恶露量少或不下，色紫黯，或小腹疼痛拒按，舌边略紫，脉涩。多因产后百节开张，恶露去少，瘀血留滞于经络、肌肉之间，日久不散，气血运行受阻，故见产后遍身疼痛。《证治准绳·女科》卷五说："产后百节开张，血脉流散，遇气弱则经络分肉之间，血多留滞，累日不散，则骨节不利，筋脉急引。"治宜活血化瘀，通经止痛。方用生化汤，加桂枝、没药、牛膝，以温经通络，化瘀止痛。

外感产后遍身疼痛：症见产后遍身关节疼痛，屈伸不利；或痛无定处，历节游走；或痛有定处，疼痛剧烈，宛如针刺；或肢体肿胀、麻木、重著，活动不便。初期多伴有背微恶寒，头痛身热，舌淡苔薄白，脉细缓。多因产后气血大虚，营卫失调，腠理不固，稍有不慎，风寒湿邪乘虚侵入经络、关节、肌肉，致使气血运行不畅，关节不利，瘀滞作痛。治宜养血益气，稍佐祛风、散寒、除湿。方用趁痛散（《妇人大全良方》），或独活寄生汤。

若症见关节红肿热痛或窜痛，伴发热，口渴，心烦，舌苔黄，脉滑数者，为素体阳盛，内有蕴热，感受风寒湿邪之后，寒湿化热，阻滞经络所致。治宜清热除湿，宣痹止痛。方用桂枝芍药知母汤，酌加当归、生地、忍冬藤、海风藤、桑枝，以清热祛风、通络。

推拿疗法：①治则：以益气养血、舒筋通络为主。②操作：俯卧位：拿肩井；搽背部两侧膀胱经部；搽股后部、小腿后部；叩击背部、腰骶部。仰卧位：搽肩部和上臂；捏拿上肢；牵抖上肢；捏拿股前部；叩击股前部和膝关节；摇踝关节。

产后乳汁不行

产后乳汁甚少或全无，称产后乳汁不行。见《妇人大全良方》。《诸病源候论》名为产后乳无汁，又名缺乳。见《济阴纲目》。产后乳汁不行，不仅见于新产后，在哺乳期中亦常可出现。病因病机主要是气血虚弱，生化不足，无乳可下，或因肝气郁结，乳脉壅塞，乳不得下。一般乳房柔软而无胀感者，多属虚证；乳房胀硬而痛，多属实证。在治疗上，虚者宜补血益气，滋其化源；实者当疏肝理气，乳脉通畅，则乳汁自行。

气血虚弱产后乳汁不行：症见产后乳少或全无，乳汁清稀，乳房柔软而无胀痛，面色苍白，虚乏无力，食少便溏，舌淡少苔，脉虚而细。多因脾胃素弱，气血生化不足，无乳可下。治宜补血益气通乳。方用通乳丹（《傅青主女科》）内服，外用葱白煎汤洗熨乳房，以通其气。血旺气通，则乳汁自行。

肝郁气滞产后乳汁不行：症见产后乳汁涩少或无，乳房胀硬或痛，胸胁、胃脘胀闷不舒，喜叹息。或有微热，食欲不振，苔薄黄，脉弦。多因产后情志抑郁，肝失条达，气机不畅，乳脉不通，因而乳汁缺少，甚至无乳。治宜疏肝解郁，通络下乳。方用下乳涌泉散（《清太医院配方》），或通肝生乳汤（《傅青主女科》）。

如有身热者，可于内服药中酌加黄芩、金银花以清热。若乳汁不行，乳房胀硬热痛者，酌加丝瓜络、路路通以助通经活络之力。同时，外用蒲公英捣烂敷于肿处，有情热解毒通络之效。势欲成脓者，可按"乳痈"处理。

推拿疗法：(1) 治则：疏肝理气，活血通乳。

(2) 操作：①按揉鱼际、少泽、合谷、足三里。②拿两侧胸大肌。③一指禅推膻中。④推抹乳房法。患者先清洗乳房。医者洗净双手，面对患者而坐。一手托起乳房，另一手以指掌面从乳房周围的上下左右推抹至乳晕处，各5—6次。手法先轻后重。如有乳汁溢出，可用吸奶器吸去。本法亦可取膝胸位进行，双手同时操作。

(3) 辨证加减：①气血虚弱者加按揉脾俞、胃俞、乳根、摩腹。②肝郁气滞者加按揉内关、太冲，搓胁肋。

(4) 备用手法：木梳按摩法：用消毒钝齿木梳从乳周向乳头方向梳百余遍，治乳汁不下。

产后乳汁自出

产妇乳汁不经婴儿吮吸而自然流出者，称产后乳汁自出。见《经效产宝》。《诸病源候论》名为产后乳汁溢，俗称"漏乳"。若哺乳时间已到，而未能按时哺乳，以致乳汁外溢者，则不属病态，毋需治疗。乳汁自出，主要是产后脾胃气虚，不能固摄，或肝火内炽，迫乳外溢所致。在治疗方面，应本着"虚者补之，热者清之"的原则，进行辨证施治。

气虚产后乳汁自出：症见产后乳汁自出，量少，清稀，乳房柔软而无胀满之感，面色苍白，精神疲倦，动则心悸气短，舌淡少苔，脉细弱。多因产后脾胃气虚，胃气不固，摄纳无权。乳汁为气血所化，而气血来源于脾胃，乳房属阳明胃经，今产后脾胃虚弱，阳明胃气不固，因而乳汁失约自溢，甚则随化随出。治宜补气益血，佐以固摄。方用十全大补汤去川芎，加五味子、芡实，以收敛固涩。

肝热产后乳汁自出：症见乳房胀满，乳汁自出，质较浓，精神抑郁，急躁易怒，甚或心烦少寐，口苦咽干，便秘尿黄。舌红苔薄黄，脉弦数。多因产后情志抑郁，或怒气伤肝，肝火亢盛，疏泄太过，以致乳汁得热妄行。治宜平肝清热。方用丹栀逍遥散去生姜、薄荷，加生牡蛎、夏枯草，以清热散结。

针灸治疗：治宜补气养血或疏肝解郁。选背俞、任脉、手足阳明经等经穴为主，如膈俞、脾俞、肩井、膻中、乳根、合谷、少泽、足三里等穴。每次3—4穴。以毫针刺为主。并可配合灸法。

皮肤针法：常选夹脊（胸椎3—9），乳房（以乳晕为起

点呈放射形叩打)和内关、合谷、足三里等穴区,每日治疗1次。

简易方:①涌泉散:王不留行、穿山甲(炮)、龙骨、瞿麦穗、麦门冬等份,为末。每服一钱,热酒调下,后食猪蹄羹,以木梳梳乳,每日3次(《卫生宝鉴》)用于气郁者。②莴苣子一合,生甘草三钱,糯米、粳米各半合,煮粥频食之(《本草纲目·莴苣》)。③母猪蹄一具,水二斗,煮五六升,饮之。或加通草六分(《本草纲目·豕》引《外台》方)。

断乳

妇人分娩后,即有乳汁分泌,以哺养婴儿。哺乳期一般以8—10个月为宜,最长可延至小儿周岁。若哺乳期届满,或分娩后由其他原因而无需哺乳时,采用药物使乳汁分泌逐渐减少,渐至无乳者,称断乳,也称回乳。《医宗金鉴·妇科心法要诀·乳证门》用免怀散引血下行,则乳汁自减。《本草纲目》则谓用焦山楂、神曲配方内服,亦可断乳。近人多用炒麦芽50—100克,水煎当茶饮,收效亦佳。若因回乳而致乳房胀硬者,可用芒硝局部外敷,以软坚消肿散结。

妇人癥瘕

妇女小腹部内扪之有块状物,并伴有胀满或疼痛者,称癥瘕,亦名积聚。其块坚结不散,推之不移,有形可征,痛有定处者,为"癥"为"积",多属血病。若聚散无常,推之可移,痛无定处者,为"瘕"为"聚",多属气病。本病男女皆有,与妇科有关的则有"肠覃"、"石瘕"。如《灵枢·水胀》云:"肠覃何如?……寒气客于肠外,与卫气相搏,气不得荣,因有所系,癖而内着,恶气乃起,瘜肉乃生,其始生也,大如鸡卵,稍以益大,至其成如怀子之状,久者离岁,按之则坚,推之则移,月事以时下,此其候也。石瘕何如?……石瘕生于胞中,寒气客于子门,子门闭塞,气不得通,恶血当泻不泻,衃以留之,日以益大,状如怀子,月事不以时下,皆生于女子,可导而下。"二证皆如怀子状,但有气病、血病的不同。肠覃属气病而血未病,故月事以时下;石瘕先气病而后血病,故月事不来。

妇人癥瘕成因,多由经期、产后饮食劳倦,七情伤损,六淫外侵,或伤于房室,脏腑失和,气血乖违,气机阻滞,瘀血痰湿内停,滞而不行,积之日久,日益增大,发为癥瘕。《三因极一病证方论》卷十八:"多因经脉失于将理,产蓐不善调护,内作七情,外感六淫,阴阳劳逸,饮食生冷,遂致营卫不输,新陈干忤,随经败浊,淋露凝滞,为癥为瘕。"《校注妇人良方》卷七:"妇人脏腑调和,经脉循环,则月水以时而无病。若乘外邪而合阴阳,则小腹胸胁腰背相引而痛,月事不调,阴中肿胀,小便淋沥,面色黄黑,则瘕生矣。"

癥瘕治法,首应分清气病、血病,脏腑及阴阳虚实,随证施治。若癥积有形有质,乃病于血,宜化瘀消积为主,佐以行气。若癥积时有时无,聚散无常,乃病于气,宜行气散结为主,佐以活血。但又当察其正气之强弱。若正气已虚,癥积未除,则宜扶正逐邪。如《校注妇人良方》卷七引罗谦甫云:"养正邪自除,必先调养,使营卫充实……方可议下。"此外,还须顾及病之新旧。如初起正气尚充,邪气尚浅,宜用攻法。病久而邪气较深,正气较弱,宜攻补兼施。若病情缠绵,邪气侵凌,正气日衰,宜补正为主。即或运用攻法,也须除之以渐,衰其大半而止,不可太过。临证时当随病人体质强弱、病情深浅、病程久暂而灵活变通。

气滞癥瘕:症见积块不坚,按之可移,时聚时散,或上或下,时感疼痛,痛无定处,精神抑郁,胸胁胀满不舒,善太息,舌淡苔白,脉沉弦。多由忿怒伤肝,肝气郁结,气血运行受阻,遂成瘕聚。薛立斋云:"多兼七情亏损,五脏气血乖违而致,盖气主煦之,血主濡之,脾统血,肝藏血,故郁结伤脾,恚怒伤肝者,多患之。"治宜行气散结。方用香棱丸(《济生方》),或加味乌药汤(《医宗金鉴》)使气行血和,瘕聚自消。

血瘀癥瘕:症见癥块坚硬,固定不移,疼痛拒按,皮肤不润,经行愆期,经色黯滞,量少,甚或不行,舌质紫黯,脉弦涩或沉涩。多因经期或产后,血室正开,胞脉空虚,风寒邪毒乘虚袭入胞宫;或为房室所伤,瘀阻胞中,积而成癥。《医宗金鉴·妇科心法要诀·癥瘕积痞痃癖疝诸证门》:"妇人产后经行之时,脏气虚,或被风冷相干,或饮食生冷,以致内与血相搏结,遂成血癥。"治宜活血行瘀。方用桂枝茯苓丸。如新病正气未伤者,可加蓬莪术、炮甲之属,以破血消癥。如血瘀甚而症见面目黧黑,肌肤甲错者,可用大黄䗪虫丸。正虚邪实者,当与扶正药同用。

痰湿癥瘕:症见腹大如孕状,按之有结块,胸脘满闷,时感恶心欲吐,经行愆期,甚则闭而不行,舌淡苔白腻,脉弦滑。多系素体虚弱,或饮食不节,过食肥甘,伤及脾胃,脾失健运,水湿不化,湿聚成痰,阻滞胞络,遂积成癥。治宜化痰消积。方用和中丸(《医学心悟》)以消积化痰,理气行滞。

针灸治疗:以行气化痰,导滞通络为主。常选任脉、足阳明、足太阴、足厥阴等经穴和俞募穴,如膈俞、肝俞、脾俞、三焦俞、章门、中脘、气海、足三里、三阴交和行间,每次4—5穴,针灸并用。

梦交

女子在睡梦中与男子交合,称梦交。见《金匮要略》。如日久失治,精气亏损,可影响健康。本病多由脏腑虚损,阴阳不相维系所致。如《素问·生气通天论》云:"凡阴阳之要,阳密乃固。"阳为阴之卫,阴为阳之宅,若阳失阴护则神不能藏,阴失阳固则精不内守,此幻梦交合之所作。而欲念萦思、七情伤损,又常为诱发本病的重要因

素。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·杂证门》云："妇人七情内伤，亏损心脾，神无所护……魂魄不宁，故夜梦鬼交。"本病的治疗，阴阳并乖者，宜调和阴阳，固阴敛阳为主。阴血不足者，当育阴养血，安神宁心。相火太旺者，则以滋阴降火为上。

阴阳并乖梦交：症见梦交，精神委顿，神疲乏力，淅淅而寒，常时汗出，带下绵绵，色白质稀，舌淡苔薄白，脉虚弱。证由欲念在心，房事不节，精血内耗，心血肾精俱虚，以致阴不敛阳，阳不固阴，神不守舍，遂致梦交。如《金匮要略心典》卷下云："劳伤心气，火浮不敛，则为心肾不交，阳泛于上，精孤于下……精虚心相内浮，扰精而出，则成梦交者是也。"治宜调阴阳，和营卫，固阴敛阳。方用桂枝加龙骨牡蛎汤。方中以桂枝汤外和营卫，内调阴阳，龙骨、牡蛎安心神，固肾气，敛阴潜阳，坎离既济，梦交自愈。

阴虚火旺梦交：若肾精久虚，君相火动，心肝失养，则肝不藏魂，心不藏神。症见梦交，头晕目眩，性躁易怒，咽干舌燥，舌红少苔，脉细数。治宜壮水制火，清心宁神。方用知柏地黄丸合交泰丸，或用清心莲子饮加减，以交通心肾。

心脾两虚梦交：症见梦交，头昏心悸，健忘失眠，寐中梦扰，甚或精神恍惚，倦怠乏力，舌淡苔薄，脉虚细。病由忧思劳倦，损伤心脾，使心失所养，神失所护，心神不宁。治宜养益心脾，宁神定志。方用归脾汤调辰砂、琥珀末服之，志定心宁，则无邪梦。

交接出血

妇人每当交合，辄见阴道出血，称交接出血。见《妇人大全良方》，也称交接辄血。见《千金要方》。或称交感出血。见《傅青主女科》。若见反覆多次出血，甚至终年累月不愈者，须结合妇科检查，排除女性生殖器恶性病变。本病病因，属心脾两虚，肝胆郁火，及房室所伤，致统藏失司。《医学入门》云："交接出血，乃房室有伤，肝脾虚不藏血。"治宜养益心脾，清泄肝火，引血归经为主。

心脾两虚交接出血：症见交接出血，量或多或少，面色萎黄，心悸怔忡，健忘失眠，少腹坠胀，神疲乏力，舌淡苔薄，脉细弱。多因思虑劳倦，损及心脾，脾虚气弱，心血不足，气血两伤，气虚不能摄血，血虚无以载气，以致统摄无权。治宜养心益脾，补气摄血。方用归脾汤，加伏龙肝、仙鹤草，扶中止血。

肝火妄动交接出血：症见交接出血，量多色红，性躁易怒，口苦咽干，尿黄便结，脉弦数，舌红苔薄黄。多由七情内伤，肝郁气结，郁而化火，下扰血海，迫血妄行。如《校注妇人良方》卷八云："妇人每交接出血作痛，此肝火动脾而不能摄血。"治宜清肝泄热。方用丹栀逍遥散，加生地、熟大黄以清热凉血。

冲任损伤交接出血：症见交接出血，色黯红有块，小腹疼痛，脉弦涩，苔薄白。多因正值经行血室开放，触犯房室，伤及胞络。治宜益气养精摄血。方用引精止血汤（《傅青主女科》）。亦有因新婚初次交合而少量出血者，一般无需治疗。若因性交粗暴所致损伤性的出血，量多不止者，可用局部压迫止血法；若裂伤严重，则需手术缝合。

简易方：①桂心、伏龙肝各二两。共为末，酒服方寸匕（《千金要方》）。②黄连六分，牛膝、甘草各四分。上三味细切，以水四升，煮取二升洗之，日三四度（《妇人大全良方》）。

阴挺

妇人阴中有物突出，称阴挺。《诸病源候论》有"阴挺出下脱候"。《妇人大全良方》称阴挺下脱。《妇科易知》称阴茄。亦有称阴菌，见《景岳全书·妇人规》。西医妇科中的子宫脱垂，阴道前后壁膨出及膀胱膨出等疾患均属此列。多系素体气血不足，因产用力过度，或产后劳伤，胞络受损，或年老肾气虚弱，无力系胞所致。如《三因极一病证方论》卷十八云："妇人趣产，劳力、努咽太过，致阴下脱，若脱肛状，及阴下挺出，逼迫肿痛，举重房劳，皆能发作。"治疗以益气升提为主。中气不足者，宜益气举陷。肾气不固者，宜补肾固摄。若兼湿热下注者，则首宜清热利湿，待热清湿除，再以益气升提治本。

气虚下陷阴挺：症见阴户中有物脱出，坠胀后重，平卧则回缩还纳，过劳则脱出加深，久则虽卧亦不能回收。少腹空坠，气短乏力，精神疲倦，白带增多，舌质淡苔薄，脉细软无力。病由素体脾虚气弱，中气下陷，更加分娩用力太过，或产后举重作劳过度，导致胞络损伤，气虚下陷，升举无力。治以益气升提。方用补中益气汤加枳壳，以宽中理气；并重用党参、黄芪，以增强益气举陷之力。

肾气不固阴挺：症见阴户中有物脱出，腰脊酸楚，少腹坠胀，小便频数，头晕目眩，耳鸣，神疲乏力，舌质淡苔薄，脉沉细。素体虚弱，肾虚不摄，或年老肾亏，或生育过多、过密，或房劳所损，或产后失养重伤于肾，肾气亏损，无力系胞。本"虚则补之"的原则，治宜补肾固脱。方用大补元煎加鹿角片，温肾气、养督脉；加升麻、枳壳，理气升提。

湿热下注阴挺：症见阴户有物脱出，经久不收，局部肿痛焮红或黄水淋漓，小便赤涩，大便秘结，心烦口苦，舌苔黄腻，脉弦数。多由阴挺脱久不收，摩擦损伤感染，或因脾肾虚损，脾阳失运，其湿下注，蕴而化热，此皆湿热之所由也。此系本虚标实，治宜急则治标，先用龙胆泻肝汤清利下焦湿热，待湿热清除后，再益气升提，补肾固摄以治其本。

针灸治疗：以补中益气、调补冲任为主。选任脉、足三阴和足阳明等经穴。如脾俞、肾俞、命门、气海、关元、维道、归来、曲泉、足三里、太冲、三阴交、照海等，每次

3—5穴。针灸并用。

外治法:① 生枳壳60克、乌梅30克,煎水熏洗坐浴,本方适用于下脱而无溃烂者。②苦参15克,黄柏10克,蛇床子30克,黄连3克,白芷10克,枯矾15克,煎水乘热熏洗。本方适用于阴挺兼湿热下注者。

阴痒

妇人外阴及阴道瘙痒,甚或痒痛难忍,坐卧不安者,称阴痒(《见肘后备急方》)。本病多由脾虚肝郁,湿热下注,或阴血亏耗,生风化燥所致。如《景岳全书·妇人规·阴痒》:"妇人阴痒者……微则痒,甚则痛,或为脓水淋漓,多由湿热所化。"《女科经纶》卷八肖慎斋按:"妇人有阴痒,……厥阴属风木之脏,……肝经血少,津液枯竭,致气血不能荣运。"治则因于湿热者,当清热利湿;血虚生风化燥者,则宜养血祛风。

湿热下注阴痒:症见外阴及阴道内瘙痒难忍,坐卧不安,带下量多,色或黄或白,或有秽气,情怀不畅,胸闷不舒,心烦易怒,胸胁作痛,口苦舌干,口渴欲饮,或饮水不多,纳谷欠佳,夜寐难安,小便色黄,大便或干结,舌苔白或黄腻,脉濡滑而数。病由脾虚湿盛,或郁怒伤肝,积郁化热,湿热蕴结,注于下焦,湿遏热郁,以致阴部痒痛。《校注妇人良方》卷八薛己治验案:"妇人阴内痒痛,内热倦怠,饮食少思,此肝脾郁怒,元气亏损,湿热所致。"治宜清热化湿。若湿重于热者,以渗湿为主,清热为辅。方用萆薢渗湿汤合三妙丸。若热重于湿者,以清热为主,化湿为辅。方用龙胆泻肝汤。若大便秘结者,加服当归龙荟丸。如小便黄赤,溲时刺痛者,加碧玉散以清热止痛。

血燥生风阴痒:症见外阴或阴道内瘙痒,自觉阴户干燥,甚至外阴萎缩,或局部皮肤变白变薄,饮食少思,精神倦怠,夜寐不安,形体瘦弱,舌质淡苔薄,脉细软。多由素体虚弱,或久病劳伤,阴血暗耗,阴虚则燥,血虚生风。阴户为肝之分野,肝血不足,化燥生风,是以阴部瘙痒。治宜滋阴养血,润燥祛风。方用当归饮子(《外科正宗》)加减。若偏于阴血不足,伴内热者,加黄柏、龟甲以滋阴清热。若病久而局部皮肤变厚变硬者,则宜活血行瘀,方用补阳还五汤。

针灸治疗:以清热利湿为主,常选任脉和足三阴等经穴,如关元、中极、血海、太敦,或曲骨、蠡沟、三阴交、百虫窝、照海等。以毫针刺,行泻法。一般间日针治一次。剧痒者,每日1—2次。

外用方:① 蛇床子洗方:蛇床子一两,花椒三钱,白矾五钱,煎汤乘热,先熏后洗。日洗2—3次(《疡医大全》)。②溻痒汤:鹤虱草一两,苦参五钱,威灵仙五钱,归尾一两,狼牙三钱,蛇床子五钱,煎汤熏洗。临洗时,加猪胆汁二个更佳(《疡医大全》)。③真珠散:真珠3克,青黛3克,雄黄3克,黄柏9克,儿茶6克,冰片0.03克,共研细末外搽(《辽宁中医学院验方》)。

阴吹

阴户中有气排出,簌簌有声,如转矢气,名阴吹。《医学顾问大全·妇人科》云:"谷气不能上升清道,复不能循经下走后阴,阴阳乖僻,遂使阴户出声,如谷道转矢气状,是谓阴吹病。"此证首载于《金匮要略·妇人杂病脉证并治》。本病为妇女常见多发,若无所苦,则不为病。若吹之太喧,而兼大便燥结者,乃为病候。如王孟英云:"阴吹亦恒有之事,别无所苦者,亦不为病……惟吹之太喧,而大便艰燥,乃称为病。"阴吹乃肠胃燥化,府气欠通;或中气不足,谷道欠利;或因肝气郁结,气机逆乱;或因饮邪蟠踞中焦,清气失于升发,下走为患。治当辨别虚实,分别采用润燥、补中、疏肝、导痰等法。

肠胃枯燥阴吹:症见阴中有气排出,如矢气状,甚或簌簌有声,口燥咽干,大便艰结,舌红苔薄,脉细数。症由阳明阴津不足,肠胃枯燥,谷道欠通,胃气下泄而致。治宜润燥通便。方用猪膏发煎,或用五仁丸。俾肠道滋润,谷气通利,则气随便泄。此法系润阳明之燥,不治吹而吹自愈。

中气不足阴吹:症见阴吹,面色㿠白,气短乏力,大便努责,舌淡苔薄,脉细缓。因中气不足,则溲便为之变,脾虚气弱,运行无力,府气失循常道。治宜补气升提。方用十全大补汤去肉桂,加肉苁蓉、升麻、柴胡,以温补升提。

肝郁气滞阴吹:症见阴吹出声,胸胁胀闷,情怀忧郁,少腹作胀,大便不通,苔薄白,脉弦细兼涩。多因忧思郁结,情志内伤,肝气逆而犯胃,使阳明谷气不能升发,反化为浊,阴阳乖乱,失循常轨。治宜舒肝理气。方用四逆散加瓜蒌仁、桃仁,以润肠通便。亦可用柴胡疏肝散加减。

饮停中焦阴吹:症见阴吹如转矢气,心下痞满,夜寐不安,不饥不食,恶水,苔白腻,脉濡细或弦迟。因素有痰饮蓄聚,蟠踞中焦,浊邪相干,谷气不能上升清道,反而下泄。治宜醒脾化浊,温中涤饮。方用橘半桂苓枳姜汤。

阴肿

妇人阴户漫肿作胀,甚或两拗肿痛者,称阴肿。见《诸病源候论》。亦称阴户肿痛,见《医学入门》。本病发生多为肝经湿热,循经下流,乘于阴户,与血气相搏,腠理壅闭,不得泄越,因而肿胀。《医宗金鉴·妇科心法要诀·前阴诸证门》云:"妇人子户肿胀坠痛……乃肝、心二经火盛,湿热下注所致。"也有中气素虚,下陷重坠者。故其治则,因于湿热者,当清热利湿;气虚下陷者,则宜补气升举。

肝经湿热阴肿:症见阴户肿痛,甚则焮红灼热,小便短涩,大便干结,或少腹急痛,或两胁胀痛,或时有寒热,舌苔微黄而腻,或黄厚,脉濡数或弦数。此乃足厥阴肝经绕阴器而行,阴部为肝经之分野。肝经积郁,或郁怒伤

肝，肝病及脾，脾虚失运，湿蕴化热，湿热下注，湿则为肿，热则为痛，是以阴户肿痛。治宜清肝利湿。方用龙胆泻肝汤，或首用大剂导赤散加黄连，以泻肝之子，病退后用六味地黄汤，以滋肾养肾。

气虚下陷阴肿：症见阴户肿胀而坠，面色少华，神疲肢软，纳少便溏，带下绵绵，舌淡苔白，脉细软无力。因素体虚弱，加之劳倦内伤，其气益虚，升举无力，失于固摄，以致阳气下陷。治宜益气养血，升举中阳。方用补中益气汤。外用艾叶、防风、大戟煎水，乘热熏洗阴部。

若气虚而挟热者，症见阴部嫩红肿胀，内热体倦，口干喜热饮，舌质嫩红，苔薄白，脉虚细而数。治宜升而清之。方用清化饮（《景岳全书》），加柴胡、防风之属。若因房劳过度，伤损阴户致肿者，此为君相火旺，宜六味地黄汤，加地骨皮、赤小豆。

阴冷

妇人自觉阴部寒冷，甚则冷及小腹、尻股间者，称阴冷，见《诸病源候论》。亦称“阴寒”，见《金匮要略》。每可伴发不孕，如《医宗金鉴·妇科心法要诀·前阴诸证门》云：“妇人阴冷，皆由风寒乘虚客于子脏，久之血凝气滞，多变他证，且艰于受孕。”本病成因，有虚寒、实寒、痰湿下流及湿热假寒等类。虚寒者，多为禀赋素虚，肾阳虚衰。实寒者，乃风冷外袭。热者为肝经湿热郁阻气机所致。如《景岳全书·妇人规·阴冷》云：“妇人阴冷，有寒证，有热证，寒由阳虚真寒证也，热由湿热假寒证也。”治宜辨别虚实，分清寒热。虚寒宜温肾补阳，实寒则温经散寒，湿痰则宜化痰燥湿，湿热宜清热利湿。

肾阳虚衰阴冷：症见阴户寒冷，甚则小腹冷痛，形寒肢冷，神疲体软，纳少便溏，尿意频数，舌质淡，苔薄白，脉沉迟。多因禀赋不足，或体虚劳损脏腑，下元虚寒，以致血凝气结，发为阴寒。治宜温肾补阳。方用肾气丸，加鹿茸、仙灵脾以温肾壮阳，或用加减内固丸（《杂病源流犀烛》），也可用蛇床子散阴中坐药。

风寒外袭阴冷：症见阴中寒冷，甚则两髀冷痛，苔薄白，脉沉紧。经期、产后血室正开，风寒之邪，客于子脏，冷乘于阴，遂致阴冷。治宜温经散寒。方用陈自明治阴冷方（《妇人大全良方》）去地骨皮，加桂枝。

痰湿下流阴冷：症见自觉阴中寒冷，形体肥胖，嗜睡多卧，精神倦怠，痰涎稠粘，大便不实，纳谷不多，脉濡滑，舌苔白腻。素体脾虚气弱，健运失司，水谷不化，水湿内聚，酿而成痰，积于子门。治宜燥湿化痰。方用苍莎导痰丸（《万氏女科》），或用二陈汤，加白术、羌活、防风。

肝经湿热阴冷：症见阴户寒冷，带下频频，色黄或白，时感阴痒，小便黄赤短少，大便秘结，苔黄厚，脉弦数。因肝经湿热内蕴，阻碍气血循经下荣阴部，以致阴冷，此系真热假寒。治宜清热化湿。方用柴胡胜湿汤（《张氏医通》）去升麻、麻黄根、五味子，加炒栀子、木通，或用龙胆泻肝汤。

阴痛

妇人出现以阴户作痛为主症的疾病，称阴痛，见《诸病源候论》。若阴内掣痛，甚至牵引少腹，上连两乳，痛不可忍者，称吊阴痛，见《竹林寺女科》。亦有因新婚交合阴阳而痛者，称小户嫁痛，见《千金要方》。亦名新室嫁孔痛。若本病同时伴发阴疮或阴户肿痛者，则不属此列。本病病理，多责之肝肾。阴户为足厥阴肝之分野，肾司前后二阴，故凡内伤七情，脏腑虚损，皆可导致阴痛。此外，亦有因产后起居不慎，产户感风而发者。治疗以理气舒肝、柔肝养血、育阴滋肾为主。若伤于风者，则当疏风散寒。

肝郁气滞阴痛：症见阴中掣痛，连及少腹，甚则两胁乳房牵引作痛，胸闷太息，舌质黯红，苔薄，脉弦细。多因素性抑郁，肝失条达，气血运行受阻，遂使阴户作痛。治宜舒肝气。方用逍遥散加川楝子、玄胡索，以行气止痛，使肝气得舒，血行得畅，则痛自止。也可用川楝汤（《竹林寺女科》）。此方对“吊阴痛”尤效。若气滞郁久化热，症见阴中灼热刺痛，小便黄赤而短，口干苦，喜凉饮，舌红苔薄黄，脉弦数。则用丹栀逍遥散以清肝热。外用四物汤料合乳香捣饼，纳阴中，其痛即止。

肝肾亏损阴痛：症见阴道干涩疼痛，无带下或带下极少，腰脊酸楚，神疲肢软，头晕耳鸣，脉沉细，苔薄。因禀赋不足，房劳多产，伤精耗血，或七七冲任脉衰少，肾中阴阳俱虚，阴道失于濡养，遂至阴痛。治宜滋养肝肾。方用左归饮，加肉苁蓉、小茴，以温肾止痛。若偏肾阴虚者，则症见烘热汗出，五心烦热，脉细数，舌红苔薄。治宜滋肾清热。方用知柏地黄汤。

风邪外袭阴痛：症见阴户作痛，难近衣被，感风痛甚，脉沉紧，苔薄白。病由产后调护失宜，卒感风寒，袭于胞络阴户，滞而作痛。治宜养血祛风。方用祛风定痛汤。

简易方：① 牛膝五两，上一味切，以酒三升，煮至二升，分三服（《妇人大全良方》）。②乌贼鱼骨二枚。上一味，烧研为细末，酒服方寸匕，日三服（《妇人大全良方》）。

阴疮

妇人阴户溃烂成疮，黄水淋漓，甚则溃疡如虫蚀者，称阴疮，见《肘后备急方》。亦名阴蚀。见《神农本草经》。本病若迁延日久，疮面坚硬肿疼，边缘不整齐，臭水淋漓者，多属恶候。《外科正宗·阴疮论》云：“阴中腐烂，攻刺疼痛，臭水淋漓，口干发热，形削不食，有此症者，非药能愈，总归于死。”本病多因下焦湿热为患。亦有因气虚挟热成疮者。且发病往往与情志因素有关。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·前阴诸证门》云：“妇人阴疮，名曰䘌。由七情郁火，伤损肝脾，气血凝滞，湿热下注，久而虫生，虫

蚀成疮。"本病治疗,以清热利湿、解毒杀虫为主。若迁延日久,正气已虚者,则宜攻补兼施。

肝经湿热阴疮:症见阴户溃烂流水,灼热疼痛,甚或脓水淋漓,心烦躁急,口苦咽干,或日晡发热,小便灼痛,赤白带下,舌红苔黄腻,脉弦滑数。病由七情郁结,气血凝滞,郁而化火,肝胆火盛,伤脾蕴湿,湿热互结,下注成毒,久则腐蚀生疮。治宜清肝泄热,利湿解毒。方用龙胆泻肝汤,加土茯苓、野菊花。若湿重于热者,则用萆薢渗湿汤加苦参、白蔹,以清热化湿。

气虚挟热阴疮:症见外阴溃烂,瘙痒出血,脓水淋漓,疮久不敛,神疲体倦,纳谷不香,心悸而烦,舌淡嫩苔黄腻,脉细软无力。多由阴疮日久,津液内亏,气血不足,无力托毒外出所致。治宜益气养荣,清解郁热。方用归脾汤加柴胡、丹皮、栀子。若外阴肿胀坠痛者,则用补中益气汤加山栀、丹皮,以益气养血,托毒外出。

外用方:① 狼牙汤:狼牙三两,以水四升,煮取半斤,以棉缠紧如茧,浸汤沥阴中,每日四遍(《金匮要略》)。②《千金》治阴蚀疮方:雄黄、矾石各六分,麝香半分,共研细末,搽于患处(《千金要方》)。

初生儿不乳

小儿出生24小时后不能吮乳者,称为不乳。此证虚者多因先天禀赋不足,脾胃虚寒;实者以秽热郁结,热毒内闭为多见,特别是先天不足,生后有重度窒息或严重感染的新生儿。若症见体形瘦小,形气虚怯,息弱声低,面色苍白,唇舌色淡,四肢欠温,体温不升,无力吸吮,或吞咽能力差者,宜培元温中。可先服独参汤,大补元气。寒象明显者,继用理中汤,健脾温中。惟见脾虚者,继用四君子汤以健脾补虚。若多啼腹鸣而面色青白者,可用匀气散,温散寒邪,行气止痛;或用木香、丁香、乳香、当归、甘草煎汤与服。若见腹满气短,大便不通,小便短赤,呕吐不乳,舌苔黄而腻的实证,宜用生甘草、黄连末煎服,或用槟榔、木香、甘草少许煎汤,以逐秽清热通便。

初生儿吐泻

婴儿初生三日内出现呕吐,不思乳食,大便次数增多,乳食不化,或白色,为初生儿吐泻。此因新生儿初离母体,脾胃功能不足之故。治以调理脾胃为主,用保和汤加减。控制乳食,轻证减少每次乳量,重证可禁食并辅以液体疗法,并注意保暖。另有断脐失护,风冷乘虚,传入大肠,遂成泄泻,称脐寒泻。可见"泄泻"条。

初生儿不啼

婴儿生出若不啼哭,称初生儿不啼,或称梦生、闷脐生,即新生儿窒息。

绝大部分正常初生儿出生便有啼哭,只有个别婴儿出生后规律性呼吸已开始但不啼哭,拍背刺激后,方大声啼哭。啼哭是婴儿本能之一,是生命的一种标志。一般哭声洪亮,表示生命力强;哭声低微,表示生命力弱,所以,出生而不啼哭,则预示有生命危急的可能。婴儿娩出,呼吸与啼哭相伴而发,不啼哭提示同时有窒息的存在。

病因病机 小儿生而啼哭发声,《活幼口议·议哭无声》谓胎儿"形处胞胎之中,受气充足,水火兼济,心肾不亏,耳目两窍相通,大小二肠相佐,所以发声清响洪亮者,根固本壮,禀赋充实而自然之理也。"初生不啼的发生,《千金要方》认为是由"难产"、"少气"之故;《小儿卫生总微论方》,"必是难产或冒寒所致";《幼科铁镜》则认为是"肺绝"或是"痰蔽";《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》更认为是"或值严寒气所逼,气逼不通声不出"。

辨证论治 由于初生不啼是由分娩及胎儿等多种原因所引起,大部分原因通过产前、临产诊察可以测知,所以早做各种预防措施和应变准备,可避免或减少窒息不啼的发生。现在临床预防与急救相结合,多能救治。

拍背法 儿生时因气闭不啼者,产房遇此证,即倒提小儿用手轻拍其背,使儿啼哭。

熏脐带法 用于寒逼而致者,将儿包好,以艾绒点火,在脐部往返熏之,以逐散寒气,使之啼哭。熏脐时注意保暖。

针灸推拿 如针人中、水沟,灸百会、涌泉等。亦可掐揉小天心、分阴阳、推三关等。

经抢救复苏,仍表现口唇周围紫绀、皮肤苍白、啼声微弱、四肢厥冷者,多因禀赋胎元不足,当细心观察疗效,注意窒息复发。经抢救复苏后,仍须严密监护,观察病情,注意保温,重证不啼患儿要持续给氧,延缓哺乳时间。

初生儿啼哭不止

小儿初生,如日夜啼哭不止,除因饥渴、痛痒、尿布潮湿、衣着不适外,多有其他原因。多见为心肝有伏热。肝热用泻青丸或石决明、生甘草、灯心三味煎服;若伴有身热烦躁者,心热也,导赤散或淡竹叶、通草、生甘草三味煎服。

马牙

小儿生后在牙龈之上起白色小泡,状如脆骨,形似马的牙齿称马牙,又名板口黄,珠子黄。轻而成粒者,名为"珠子黄",满龈色白者,谓"板口黄",又称"口黄"。

马牙发生的原因,主要由于小儿胎热过盛,蕴蓄阳明之经化火,循经上炎,熏蒸牙龈所致。治宜清热泻火解毒,可用清胃汤加减。局部可用消毒针刺破,放出恶涎,盐水拭净,外以锡类散或冰硼散吹之。

螳螂子

小儿生后1个月左右，口腔内两侧近牙龈处出现赤肿硬起的脂肪垫，剖视之，颇似螳螂子，故此命名螳螂子，又名妒乳，颊脂垫。《大生要旨》云："新产月内小儿，有口噤不乳，啼声难出，内腮肿硬，名谓螳螂子。"

螳螂子发生的原因，主要由于小儿胎火太盛，蕴于阳明经所致。因为两侧内腮，为阳明经脉所过之处，胎火过盛，循经上炎，而两腮肿硬，甚至啼哭不能出声。治宜清热解毒，可用化毒散加减。药用当归、赤芍、黄连、银花、连翘、灯草等。大便秘结者，可加大黄，以通下泻毒。并可外用消毒针刺肿处，微出恶血，以消毒棉球拭净后，用加味冰硼散涂擦，每日二三次。

初生儿无皮

小儿生下无皮，状如红肉。其证有二，一因父母梅毒遗害，感染胎儿，受染早者，生后发病早，病情危重；受染迟者，发病迟，症状较轻。症见上半身或下半身赤烂，或皮肤红硬、光泽、脱屑，屑脱后光泽明显，常见于手掌、足底、臀部、肛周及外生殖器，多伴头发、眉毛、睫毛脱落。治宜清解胎毒。服换肌消毒散，或银花、生甘草汤煎服；外敷清凉膏，或鹅黄散。二因妊娠月份未足，早产之儿遍体浸渍，红嫩光亮，皮肤菲薄呈半透明状，且伴有面白肢冷的危象。治以调补气血，宜服当归饮，外用生肌散时时扑之，使皮渐生。

猴疳疮

初生小儿从肛门至阴囊发生红晕，状如圆癣，四周脱皮，中露红肉，若猴之臀部，渐遍及全身的证候，称猴疳疮，又名初生猢狲疳。此乃胎中毒热内蕴，或局部潮湿不洁所致。宜清热解毒，内服碧玉散，外用软帛蘸甘草汤揩净，再用青黛、黄柏、连翘、寒水石、土贝母、牛黄、冰片，麻油调敷。

初生儿大便不通

小儿初生二三日不大便者，称初生儿大便不通，亦称锁肚。乃胎热内盛，壅结胃肠，热盛耗津，致粪便燥结不通，产生不便；或因先天禀赋不足脾气虚弱，大肠传导失司所致。《诸病源候论·小儿杂病诸候》："小儿大便不通者，脏腑有热乘于大肠故也。脾胃为水谷之海，水谷之精微化为气血，其糟粕行于大肠。若三焦五脏不调合，热气归于大肠，热实故大便燥涩不通也。"尚有先天性消化道畸形，如食管、小肠、直肠、肛门闭锁或狭窄，以及巨结肠等，均可引起无大便或大便不通。

实证不便，可见烦躁多啼，面赤唇红，腹部胀满，不乳呕吐，口干舌燥而大便不通，宜通腑泄热，可用大黄末、生甘草少许，加水少许，煮沸，调入适量白蜜，多次分服。如大便仍不通，再酌用一捻金量儿与之，以开其结，并可外用蜜导法，或用甘油栓塞入肛内通便。若为先天不足，症见神气怯弱，面色苍白，吮乳量少，哭声微弱，腹部柔软而大便不通者，宜调补脾气，以助通便。可酌用独参汤，并调服蜂蜜；不可妄用攻下之剂。如系肛门内合，属于先天畸形者，宜采用外科手术治疗。元·朱震亨《幼科全书》用金簪"透而通之"的手术法。单纯肛门狭窄也可用手指扩张术获得扩张成功。单纯大便不通而无症候表现者，不必急于处理，可待其自排；若有呕吐、腹胀者，应及时给予导便。

推拿疗法：治则以行气通腑。操作：①摩腹，以示、中、环指顺时针摩，至左下腹时略加压。②掌揉腰骶部，重点八髎部。

初生儿小便不通

小儿出生后一昼夜以上未排尿者为初生儿小便不通，又名小儿初生不尿。

病因病机　小儿初生不尿，《证治准绳·幼科》谓"多因在胎时，母恣食嗽热毒之气，流入胎中，儿饮其血，是以生面脐腹肿胀"。水道发育畸形，使小便不能泌出，或尿道梗阻，尿液潴留于膀胱不得排出。初生不尿有因元阳不足，无以化水；或气化不足，津液亏虚；或下焦气闭，小便潴留，难以排出。此外，生后喂水不足，喂奶较晚，津液化源匮乏，也是无尿原因之一。

辨证论治　有以下几种方法：

方药治疗　初生不尿，要注意有无膀胱胀急和大小便都不通的区别。一般气化不足，津液匮乏，无尿可排的小便不通，则无膀胱胀急；下焦气闭尿道梗阻，尿潴留于膀胱而不小便者，则有膀胱胀急。水道不通，尿不排出，浸渍于内为胀，外溢肌腠为肿，泛及胃中为呕，上及于肺为喘。

(1) 气虚不尿：气化不及，膀胱空虚，面色苍白，神疲乏力，呼吸低微，为元阳大亏，宜益气培元，温阳利水。用独参汤加茯苓、泽泻。

(2) 热结不尿：小肠蕴热，气化受阻，面色红润，啼声有力。宜清浚水道，用导赤散加黄连、山栀；或用葱乳汤。热甚无尿，用八正散。

外治　尿道气闭，尿液潴留，小便不能排出，膀胱胀急，外阴、尿道并无畸形者，可用豆豉膏贴脐，其法以淡豆豉、田螺、葱，同捣烂，用芭蕉根汁调贴脐部。

推拿疗法　(1)治则：行气利尿。

(2) 操作：①掌揉八髎。②摩丹田。③指振中极，以示、中、环指三指并拢，以指腹于中极穴振之，可间歇性加压。本法亦可代之以按压中极法。

手术治疗　先天性尿道畸形不尿，应即时采取外科手术治疗。

脐病

初生儿脐部疾病，多由断脐结扎欠妥、脐部护理不当或啼哭过多所引起。分脐湿、脐疮、脐血、脐突和脐风。

脐湿：断脐后，脐部为水湿所侵，如洗浴不慎，被水浸渍，或因潮湿尿布久浸脐部而成。其症为脐带脱落后，脐孔渗出液体，或稍有红肿。治宜收敛固涩，用渗脐散，或白矾散加煅牡蛎、炉甘石粉，干扑脐部。

脐疮：由于脐湿长期不愈，皮肤破损，感染邪毒，纏于脐周，酿成脐疮。轻则仅局限于脐部；重者可向周围蔓延，甚至糜烂，脓水外溢，同时可见发热，烦躁不安，唇红口干等。治宜清热解毒，佐以疏风散邪，收涩止痒，可先用防风、银花煎水，洗涤局部，拭干后，再以金黄散，或渗脐散，干扑脐部。如重证兼见壮热、昏迷、抽搐者，可内服清热消毒散，或犀角消毒饮。

脐血：即脐部出血，其因有二，一为断脐后由于结扎部松脱而出血，出血大多于生后24小时内发生。二是由于胎热内盛，迫血妄行，或先天禀赋不足，气不摄血所致，多见于生后第二周。如断脐后脐部渗血，经久不止，症见发热、面赤、唇干、口热者，为胎热内盛。治宜清热凉血止血，用茜根散，或犀角地黄汤；若面色不华、唇舌淡白、四肢不温、脐血淡红者，为气不摄血。治宜益气摄血，用当归补血汤加党参、阿胶、蒲黄。如初生儿在24小时内脐部渗血，而无其他原因者，可重新结扎脐带。

脐突：即脐疝。指脐部高突如球的一个症状。婴儿尤其是未成熟儿为多见，随着年龄的增长逐渐减少，4岁以后小儿很少再发病。婴儿腹部肌肉嫩薄松弛，脐环未闭，因啼哭叫扰过多，不时用力努挣伸引，致小肠脂膜突出脐中。随着小儿腹部肌肉的发育，疝环常能逐渐缩小而闭合，绝大多数可不治自愈。如加用胶布粘贴脐孔，能加速脐环的闭合。但年龄在2岁以上仍不闭合、脐环超过2厘米以上，或内脏与脐疝囊有粘连者，则应考虑手术治疗。

脐风：由于初生断脐不慎，被风冷水湿之邪所乘流入心脾而成。临床以四肢强直，腹胀脐肿，牙关紧闭，面呈苦笑，不能吮乳为特征。一般在生后4—7日发病，俗称四六风，或七日风。亦有据其特殊症状而命名为撮口、噤风、锁肚者。唇口收缩，啼不出声，舌强唇青为撮口；口紧不乳为噤风；腹胀不便名锁肚。凡脐风、撮口、噤风三者虽异，其受病之源则一。脐风发作前啼哭不休，吮乳口松，气息喘急，很快出现撮口，颈项强直，四肢抽搐等危象。《幼科发挥·脐风》："噤风证，牙关紧急，不能吮乳，啼声不出，发搐者不治。锁肚证，脐突青肿，肚腹胀大，青筋浮露，大便涩不通者不治。"治法以祛风止痉为主，用撮风散加减。挟热者祛风清热，用龙胆汤；挟寒者益脾散寒，用益脾散。外用蜈蚣、蝎尾、僵蚕、瞿麦研细末吹鼻。或用《幼科铁镜》灯火疗法：取灯草如米粒大，蘸麻油燃灸囟门、眉心、人中、承浆、两少商穴各一燋，脐轮六燋，脐带未落者于脐带口一燋，既落者于落处一燋，共十三燋。脐风预后险恶，病死率高，新中国成立以后，由于积极推广新法接生，大幅度降低了发病率，有的地区已基本消灭了脐风。

脐病的预防，首先是断脐时必须严格注意消毒，断脐后加强护理，24小时内尤须注意脐孔有无渗血现象，防止脐带结扎松脱。脐部勿使水湿、尿液浸渍，要保持清洁干燥。发现婴儿啼哭过多，则需及时检查，是否有衣着不适、尿布潮湿或饥饿等因素，应及时处理。避免过多啼哭，可减少腹腔内压，防止发生脐突。

胎病

婴儿在胎时，因父母禀受所生，非出生后感受病邪而致的疾病称胎病，又名胎中病。母有所触，胎必感之，胎儿在孕期，母之寒热温凉，饮食滋味，以及外感六淫，内伤七情，皆足以使胎儿遭受影响而发生胎病。

胎弱：又名胎怯、胎瘦。为先天禀受精气不足所致。《幼科金针》："人禀天地阴阳之气而得生，均赖父母精血以成形。"在胎精气充足，则生下肌肉坚实，遍体红活，啼声洪亮，称为胎实。反之，如禀受精气不足，则婴儿生下皮毛、肌肉、筋骨均薄弱，为胎弱。表现为形体消瘦，体重甚轻，皮肤脆薄，毛发不生，形寒肢冷，血色不华，面无光彩，手足如削，机关不利，骨节软弱，形体、智力发育迟缓，身无血色，目无神气。所谓"子之羸弱，皆父母精血之弱也"。婴儿在胎，受肺之气为皮毛，肺气不足，则皮脆薄怯寒，毛发不生；受心之气为血脉，心气不足，则血不华色，面无光彩；受脾之气为肉，脾气不足，则肌肉不生，手足如削；受肝之气为筋，肝气不足，则筋不束骨，机关不利；受肾之气为骨，肾气不足则骨软。故其治疗，宜随其脏气之不足以调理之。如肝肾心气不足者，宜滋肝养肾，兼益心气，用六味地黄丸加远志、麦冬之类；脾肺之气不足者，宜益肺健脾，用参苓白术散加减。人之既育，赖后天以养先天，如后天调理得宜，可逐渐恢复正常。

胎肥：婴儿生后肌肉肥厚，遍身红如血色为胎肥。多因在胎时，母食甘肥，湿热太盛，流入胞中，致胎婴体质虚肥，血分壅热所致。其症多伴有面色绯红，痰多气壅，满月以后，渐而肌瘦，五心热而大便难，白睛呈粉红色。前人主张用浴体法为治。

胎搐：分胎惊和胎痫。《幼科发挥·急惊风证》谓："初生月内，非脐风证发搐者，此胎惊也。"胎痫，《素问·奇病论》称为癫疾。谓："得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾。"若患婴生后频频作搐，其后身热面赤，手足抽搦，牙关紧闭，腰直身强，睛斜目闭或多啼不语为胎惊。治宜先用钩藤饮或天麻

丸，以定其搐；继服六味地黄丸，以益其精。若母娠时曾因惊悸，气传于子，而子受之，生后频频发惊为胎痫，宜以定惊宁痫为治。

胎赤：因母妊时过食辛热煎煿之物，致热毒凝结，蕴于胎中而成。或因在胎其母感受风热，传于心肝而得。婴儿出生后遍体赤若涂丹，两目俱红，睑眦烂涩痒成翳。治宜清热和血。先用清热解毒汤煎服；次用导赤散加蝉蜕、牛蒡、黄连、木贼煎水服；目赤烂者点黄连液。

胎热：由妊母多食辛热之物，或误服温药或多感惊悸，以致热蕴于内，郁蒸影响胎气而成。多发于婴儿，其症表现遍体壮热，目赤羞明，面红口热，神困呵欠，大便不通，小便赤涩，甚则痰多气喘，烦躁不安，或见惊搐。若不早治，则丹瘤疮疖，由此而生。宜用黄连、甘草各等份为末，蜂蜜调成剂，每取豆许大纳儿口中，令其咽下；目赤羞明者，可先用四圣散，温洗患婴双目；再以清热解毒汤，或黄连解毒汤，缓缓调服。

胎寒：母妊时因患热病，而服寒凉之药，致伤胎气；或因妊期喜啖甘肥、生冷，则婴儿生后昏昏多睡，手足挛屈，面色皖白，吮乳无力，腹痛多啼，肠鸣下利，或口噤不开。若不早治，必成慢惊慢脾。治宜分其轻重，以温中祛寒为主，轻证用当归散，重证用四逆汤加减，次以参苓白术散调养胃气，异功散加白芍健脾化湿。乳母宜节生冷饮食，庶儿易瘥。

胎瘤

多生于头上及胸乳间，小如李核，大如馒头，漫肿不甚疼痛，多由胎前孕母积热，热迫胞胎，气血瘀滞而成。初起服五福化毒丹，外贴黄连膏；溃后敷以生肌玉红膏。此外，胎瘤若色红，中含血丝者，名为红丝瘤。发无定处，由小渐大，婴儿生下或1—2岁间患之。

胎黄

胎黄，又名胎疸，系指初生儿遍体皮肤及双目发黄。《诸病源候论·胎疸候》“小儿在胎，其母脏气有热，熏蒸于胎，至生下小儿，体皆黄，谓之胎疸也”。《幼科释谜》“胎黄者，小儿生下遍身面目皆黄，状如金色，壮热，大便不通，小便如栀汁，乳食不思，啼哭不止，此胎黄之候，皆因母受湿热而传于胎也”。说明胎黄主要是由于母体湿热熏蒸于胎儿所致。

湿热胎黄：又名胃热胎疸。最为多见。由于母体湿热内盛，胎儿感受母体湿热熏蒸，生后遍身发黄，热重于湿者，黄色鲜明；湿重于热者，黄色稍暗。常伴有发热、拒乳、呕吐、便秘或腹泻、腹胀、小便短赤等症。舌质红，苔黄腻。治以清热利湿。方用茵陈蒿汤加减，热重者加黄连、黄芩，湿重者加苍术、苡仁。

寒湿胎黄：较为少见。以先天禀赋不足或脾气虚弱，寒湿内郁而发黄。症见黄而晦暗，面色无华，体形消瘦，食欲不振，精神疲乏，大便灰白，腹胀，腹内有痞块，四肢欠温，舌质淡，苔白腻。治以健脾温中化湿。方用茵陈理中汤加味。

胎黄动风：湿热炽盛，扰动肝风，来势峻猛，病多危重。症见面目全身发黄，黄如橘皮，神委嗜睡，阵阵尖声哭叫，口角抽动或全身抽搐，或不吃不哭，角弓反张，前囟隆起，舌质紫红，苔黄，此属血虚风动。治以养血熄风，平肝止痉。方用羚角钩藤汤加减。

胎黄虚脱：黄疸持续不退，导致正不胜邪，而发生暴脱者。黄疸多发生于出生后24小时内，病来急骤，黄疸迅速加重，色深，持久不退，常伴面色苍黄，浮肿，气促，神委，昏睡，不吃不哭，四肢厥冷，胸腹欠温等症。舌质淡，苔白，属阴阳离决的濒危证候。治以益气固脱、温阳救阴。方用参附汤合生脉散加味。

瘀血胎黄：由于瘀血内结而发黄者。其症黄而晦滞，形体消瘦，而腹部则见膨隆，按腹坚硬，内有痞块，或伴见腹痛、衄血、便血等症。唇舌暗红，舌质多紫，乃血瘀成癖。治以活血散瘀，软坚消积，方用血府逐瘀汤合鳖甲煎丸加减。

近年来有人应用茵陈蒿汤化裁制成注射剂，静脉滴注治疗新生儿溶血病或败血症合并黄疸，取得一定效果。

胎病的预防关键在于养胎。《幼幼集成·护胎》：“胎婴在腹与母同呼吸，共安危；而母之饥饱劳逸，喜怒忧惊，饮食寒温，起居慎肆，莫不相为休戚。”所以善于养胎者，必调摄起居，慎于饮食，以及保持思想上的愉快和安静，使胎儿不受母体影响而发生胎病。此外，汤药可令母子同服，使药气经母乳传于婴儿。乳母既要保持营养，又须淡薄滋味，忌食辛辣等发物，以免产生不良作用而影响治疗。

夜啼

初生儿白天安静，入夜则啼，甚至通宵达旦者，称为夜啼。

病因病机 夜啼的发生原因很多，其证不一。《医学纲目》：“小儿夜啼有四证：一曰寒，二曰热，三曰重舌、口疮，四曰客忤。寒则腹痛而啼，面青白，口有冷气，腹亦冷，曲腰而啼，此寒证也。热则心躁而啼，面赤，小便赤，口中热，腹暖，啼时或有汗，仰身而啼，此热也。若重舌、口疮，要吮乳不得，口到乳上即啼，身额皆微热……客忤者，见生人气忤犯而啼。”《保婴撮要》则谓：“夜啼有二：曰脾寒、曰心热也。夜属阴，阴胜则脾脏之寒愈盛。脾为至阴，喜温而恶寒，寒则腹中作痛，故曲腰而啼。其候面青白，手腹俱冷，不思乳食是也。”“若见灯愈啼者，心热也。心属火，见灯则烦热内生，两阳相搏，故仰身而啼。其候面赤，手腹俱暖，口中气热是也。”

辨证论治 有以下几方面：

方药治疗 《片玉心书》辨分惊啼、热烦啼、腹痛啼、

神不安啼四证施治。惊啼，邪热乘于心，当安心，以导赤散加灯心退心热，以安神丸定心。热烦啼，其哭无泪，见灯则喜而止，以导赤散加麦冬、栀仁治之。腹痛啼，脏冷而痛，面青无光，以温中药调理中丸、益黄散治之。神不安啼，睡中忽觉自哭，以安神丸、灯心烧灰调汤吞服。临床还有寒啼和热啼。

（1）寒啼：多由母体虚弱，胎儿禀赋不足，或生后护理失宜，腹部中寒，寒邪搏结肠间，气机不通，不通则痛而啼。故《诸病源候论》云："小儿夜啼者，脏冷故也。"其症面色青白，手腹俱冷，不欲吮乳，曲腰不伸，口中气冷，唇舌淡白，舌苔薄白，大便色青，指纹青紫而滞。治宜温中散寒，行气止痛。用匀气散加朱砂、茯神。

（2）热啼：多由伏热内蕴，上扰于心所致。《幼科发挥》："心属火恶热，心热则烦，多夜啼。"其症面赤唇红，多泪烦躁，遍体发热，啼时有汗，泪多，或口中热，大便秘结。治宜清心安神。用导赤散加黄连、蝉蜕、辰砂、灯芯。

大抵此证，或因吐泻，内亡津液；或禀赋肾阴不足，不能滋养肝木，当用六君子汤补脾土以生肺金，地黄丸壮肾水以滋肝木。此证又有暴惊客忤而啼者。《婴童百问》卷三："心气不和，邪气乘之，则精神不得安定，故暴惊而啼也。"心主惊而藏神，初生儿心气怯弱，若偶闻异声，触异物，则心神受伤而发生惊啼。其症常在梦中哭而作惊，或猝然惊啼，神情不安，面色青灰，睡时露睛，并有惊惕之状，指纹青或隐。治宜安神定惊。用安神丸。如挟痰者，用琥珀抱龙丸。

针灸治疗　取合谷、内关、足三里、公孙穴。寒啼加百会，并可用艾条灸；惊啼加神门、行间；热啼加大陵、少商。亦可配合推拿疗法：推三关、退六腑、清心经、分阴阳。寒啼加推脾土、揉足三里；热啼加推神门、解溪，揉行间。

推拿疗法　（1）治则：宁心安神为主。

（2）操作：①揉小天心。②清心经。③清肝经。

（3）辨证加减：①寒啼加推三关、摩腹、按揉足三里。②热啼加清天河水，掐心经。③惊啼加揉总筋，按揉百会。

（4）备用手法：摩项和摩脊法。

盘肠气痛

盘聚在少腹内的肠突然发生的疼痛称盘肠气痛，又称盘肠痛、盘肠内钓（吊）痛。多见于初生儿或婴幼儿。《幼幼集成》："小儿盘肠气痛，月内之儿多有之"。

《小儿卫生总微方论》谓此证"发则腹中撮痛，干啼无泪，腰曲背弓，上唇干，额上有汗，此名盘肠内吊之痛。"盘肠即小肠，由于小肠挛急而发生疼痛。《婴童百问》指出其病因是"小肠为冷气所搏"。寒则收引，故肠道挛急，腑气滞塞不通，不通则痛。或因乳食凝滞，气滞不通；或小儿胎禀虚寒，寒凝气滞而成盘肠气痛。

辨证论治：因寒凝气滞者，其症面色苍白，唇色紫暗或环唇中散寒，理气止痛。用良附丸加木香、肉桂、乌药、砂仁、白芍、生姜、茯苓、延胡索、甘草。因乳食凝滞者，多由乳食壅滞肠中，气机受阻，郁而不通，升降失常，以致脐腹疼痛，加之小儿脾胃虚弱，在乳食不当时，更易影响受纳运化，而致气滞不运。其症面色苍黄暗滞，频频呕吐酸腐，或大便不通，苔白腻，指纹多见淡滞。治宜行气导滞，用香砂平胃散。若食滞蕴热，结于肠胃，其症面赤唇红，烦躁不安，口渴引饮，大便秘结，小便黄赤，苔黄腻。用枳实导滞丸。痛甚加川楝子、延胡索。

针灸治疗：可温灸中脘、气海、关元、足三里、内关等。

推拿疗法：可采用揉按中脘法，分推腹阴阳法和摩神阙法等，从上而下缓缓揉按。

简易方：如因感寒而痛者，可用豆豉、生姜（捣烂）、葱白（捣烂）、食盐同炒热，于脐腹部熨之。如患儿每因呕吐而不能服药，大便不通者，可用小承气汤的煎汁灌肠，或用温盐水灌肠。

天钓内钓

又名天吊、内吊。为惊风的两种特殊证型，皆属惊风范畴。以高热惊厥，头目仰视为特征者称天钓。以内脏抽搐，腹痛多啼为特征者称内钓。天钓属热属阳；内钓属寒属阴。《育婴家秘》卷二云："外感伤风热则为天钓，内伤寒冷则为内钓。故曰，天钓者阳也，内钓者阴也。"《婴童百问》亦云："天钓者，盖由乳母酒肉过度，烦毒之气入乳，乳儿遂使心肺生热，痰郁气滞，加之外挟风邪，致有此耳。""内钓者，盖寒气壅结，兼惊风而得之。"《幼幼近编》卷四更明确指出："天钓属心肺积热"；"内钓属脾胃虚寒。"概言之，天钓多由外感风热，或哺乳失宜，而致心肺积热，痰郁气滞，热极生风。内钓多由内伤寒冷，寒损脾胃，寒气凝滞而引痛，脾虚肝旺而生风。天钓：突然起病，高热、惊厥、项强、手足抽掣、头面仰视、两目翻腾，或哭或笑，喜怒无常，甚则角弓反张、气促痰鸣、爪甲色青。治宜散风镇痉、平肝清热，用钩藤饮或牛黄散为主。内钓：内脏掣痛，痛极啼叫，曲拳缩脚，口吐涎沫，泄泻，手足抽搐，时作时止，或见头面仰视，角弓反张，甚则肢冷，爪青，唇黑，囊肿。治宜温中定痛，可用理中汤加木香、吴萸、肉桂等。

小儿抽搐

凡因风而引起的四肢抽搐，颈项强直，甚至角弓反张，或意识障碍，称为抽搐，亦称发痉，发搐，俗称小儿抽风。为儿科常见危急证候之一。以1至4岁的小儿最为多见，7岁以上则逐渐减少，年龄愈小，发病率愈高，往往变化瞬息，导致死亡。有些患儿，纵即侥幸获生，每后遗

瘫痪，痿痹，失语，痴呆等症状。

病因病机　小儿抽搐的发生，乃由于风。风有外风和内风的区别。外风由外感六淫之邪引起。小儿纯阳，六气多从火化，如当春夏之交，寒暖不调，风邪侵于肌表后，郁而化热。盖风为阳邪，化热最速，小儿质薄娇柔，既不堪时邪之稽留，又难耐高热之燔灼，以致一时热甚风生而抽搐。又如盛夏酷暑，感受暑热之邪，归心化火，心火炽盛，热极生风，也能形成抽搐。内风有因饮食积滞而致者，由于饮食不节，以致脾失健运，饮食郁结胃肠，生痰化热，痰热壅闭，窍道不通，因而陡然惊搐、抽掣；有因暴受惊恐而致者，由于婴儿元气未充，精神怯弱，偶见异物，或偶闻异声等各种外来强烈刺激，一时因过度惊恐而致神散气乱，精神失守，卒然惊厥抽搐；有因久病伤阴而致者，由于温邪留恋，正气渐伤，热灼津液，血不荣筋，以致真阴销烁，水不涵木，肝阳亢动，虚风内作，筋脉拘急，手足抽掣；有因气血虚弱而致者，由于小儿先天不足，加以饮食调摄失周，以致营养不良，脾胃困惫，气血大虚，内风陡起，也能出现震颤抽搐。故前人有云："小儿纯阳之体，真阴未充，柔不济刚，故肝邪易动，化生风火，风热相搏，则为痉，为掉眩，反张，搐搦，强直之候"。

辨证论治　小儿抽搐，由于形成因素不同，临床表现也不一致。有些病例表现为壮热不已，眼睛直视，唇口撮动，牙关紧闭，痰鸣气促，颈项强直，角弓反张，瞳孔散大或缩小，四肢搐搦颤动，阵阵发作或持续不已。另有一些病例，则又表现为面色㿠白，嗜卧无神，睡则露睛，抽搐无力，时作时止，或昏睡瘛疭，头目动摇，或微热肢冷，或无热痉厥。临床要注意发病的季节、病期长短、抽搐部位和动作，是否强直或震颤，拘挛或瘛疭，躁动或蠕动，以辨别外风和内风，给予辨证施治。

外风发搐：多见于外感热病的初期。临床多见发热无汗、呕吐乳食，较大儿童有头痛、恶寒、颈项强直、拘挛、神情烦躁、舌苔薄白、脉多浮紧或浮数，多系冬春感受风邪，或夏月受暑风所致。上呼吸道感染、脑脊髓膜炎、脑炎，以及中毒性肺炎等病所致的惊厥抽搐，多属此证范畴。外风发搐，来势较急，病在肌表。治宜疏风镇静，可用大青膏、五粒回春丹。如发热恶寒、有汗、脉象浮缓者，可去荆芥，加白芍，伴有烦闷而呕吐频作者，可加玉枢丹。如舌质红、咽红，或两目红赤者，属外风化火，可加龙胆草、生石决明、银花、连翘、菊花以平肝清热。夏令因受暑热动风者，可去葛根、防风，加用香薷、银花、连翘。暑邪夹湿，伴有泄泻、舌苔白腻者，可加藿香、佩兰、鲜荷叶、菖蒲、川郁金以芳香化浊。

内风发搐：病情较为复杂，有外风化火入里者，有邪热直窜肝经者，或因其他疾病转变而来。一般外风指邪在表，内风指邪在里，由于风性善行而数变，故外风为时短暂，易于化火，由表入里。但也有病邪来时过猛，内陷厥阴，可即出现肝风者。也有由于病久，正气日虚，转变为虚风者。或因邪恋经络，迁延不愈而成内风发搐。①热极生风：常见于病的中期，多伴有高热，热高则搐甚，神志不清，舌绛而干，脉象弦滑。此系邪窜肝经。治宜清热熄风，清心开窍。可用羚角钩藤汤或紫雪散加减。如大便秘结，肠中有燥屎者，可加大黄、玄明粉，以通腑泄热。如壮热口渴、脉洪大、烦躁明显者，可用白虎汤加山栀、黄连、钩藤、菊花等，以清热去烦，熄风镇惊。②阴虚生风：常见于病的后期，临床症状多为抽搐无力，手足震颤，伴以低热，精神委顿。如因热久伤津，病涉少阴，水不涵木，筋脉失养者，则多舌红少津甚至舌光如镜，脉象细数。治宜滋阴熄风，可用大定风珠加减，或三甲复脉汤化裁。如舌干津少，阴伤明显者，可加元参、石斛以甘寒生津。如面色萎黄，舌淡而胖，血虚明显者，可用当归、紫丹参，以养血补血。③脾虚生风：吐泻过久，脾虚肝亢，则多见面色青黄，囟门和目眶低陷，肌肤松弛，便稀尿少，口鼻气冷，唇舌薄红而干，脉沉细缓无力。治宜补土抑木，可用异功散加钩藤、炒白芍、菊花。如面色㿠白，精神委顿，气虚明显者，可加黄芪、黄精。如面色苍白，睡中露睛，四肢厥冷，小便清长，苔白舌淡，脉沉细如丝，按之乏力，阳虚明显者，可加熟附子、炮姜，以温阳救逆。④久病发搐：多见于久病迁延，余邪未除；或证重药轻，邪热羁留，络道痹阻；或患者正气不足，对抗邪的力量薄弱，虽经治疗而邪仍羁留于经络；或邪恋血分而难净；或者正气虽强而病邪严重，以致脏腑经络受损，不易恢复，故而虚风内动，出现久病发搐。治疗方法，除伤阴风动者宜用三甲复脉汤加减外，均宜从气血两补着手。故当病期较长，身热起伏，面色妆红，形瘦肉脱，舌质淡红，呈现营养不良的抽搐昏迷者，治宜两补气血，可用可保立苏汤加减。一切搜风剔邪之品，均须忌用。

小儿惊悸

惊悸是心跳、心慌，心前区可见明显搏动甚至其动应衣的一种证候。《证治准绳·杂病》卷二："悸，即怔忡也。怔忡者，本无所惊，自心动而不宁；惊者，因外有所触动。"又曰："惊者，心卒动而恐怖也；悸者，心跳动而怔忡也。因受惊骇而悸，或悸而易惊者为惊悸。心悸剧烈，上起心胸，下达脐腹者为怔忡。心悸虽包括惊悸与怔忡，但两者发病情况及程度轻重有所不同。一般惊悸多由外因引起，偶因惊恐、恼怒而发，全身情况较好，病情较为轻暂；怔忡每由胎元不足等内因而成，外无所惊，心前区筑筑然而惕动，劳动愈甚，全身情况较差，其来也渐，病情较为深重。心悸可见于心脏病，如心肌炎、心律失常以及小儿心功能不全等。

病因病机　小儿虽然"心常有余"，但是受病易于化火，火扰于心，尤其挟有风邪，易成惊悸。《太平圣惠方》卷八十三："心脏壅热，为风邪所乘，邪搏于心，则令多惊不安，不已则悸动不定也。"另外，由于禀赋不足气血偏虚者，亦颇常见。《小儿药证直诀》卷上："心主惊……虚则

卧而悸动不安。"心为人身之大主，心之所养者血，心血一虚，神气失守，神去则舍空，舍空则郁而停痰，痰居心位，这是惊悸肇端的原因之一。

辨证论治 有以下几方面：

惊悸病变主要在心。《小儿药证直诀》卷上谓：心主惊，实则哭叫发热，饮水而搐；虚则困卧，悸动不安。

心热惊悸：《育婴家秘》谓小儿："热则神乱而不安"。火热内蕴，干扰心神，心悸，多啼善惊，心烦而渴，面红，舌尖干绛，尿黄涩，脉细数，指纹深红。治宜清心安神，用清宫汤、朱砂安神丸。若血热者，惊悸、发热而衄血。治宜清心凉血，用犀角地黄汤加减。

惊痫心悸：《幼幼新书》卷二十二："惊痫，眼热涩，多睡，心悸不安，肌肉黄瘦"。痰热挟风，扰及于心，神不守舍，故悸。其症多伴舌苔黄滑，脉滑数或促，指纹色紫。治宜利胃降逆，清热化痰，用温胆汤加酸枣仁、琥珀、远志、石菖蒲。痰热挟湿，心悸，喘咳，吐稀白痰液或痰呈粉红色。治宜豁痰化湿，利肺宁心，用三仁汤加芦根、菖蒲、远志。

瘀热惊悸：小儿外感六淫，多从热化，瘀热在里，搏于血脉，内及于心，心气被抑，酿成瘀血，使血行不畅，如肺炎喘咳、痹证等，其邪有损于心，即可形成。其症多伴有胸闷不舒，胸胁及心前区刺痛，舌质紫黯，或有瘀斑、瘀点，脉涩或结、代。血瘀挟寒者，畏冷喜暖，气息而微；血瘀偏于热重者，恶热心烦，不时啼哭。治则以活血消瘀为主，务使络脉流通以安其悸。可用血府逐瘀汤加减。基于"气为血帅"、"气行则血行"的道理，在活血祛瘀方中，配入一二味气药更为恰当。为祛瘀而不耗血，应在活血方中佐入补血药。为加速血液循环，增强消瘀功效，又宜活血与通络同时并用，如地龙、鸡血藤等为不可缺少的辅助药物。瘀而挟热，宜泻热消瘀为主，可用失笑散，以通畅心络，配大黄、丹皮既能泻下荡热，又能活血消瘀；瘀而兼寒，则应以活血消瘀，温通心阳，可用桂枝、干姜温经通络，人参、吴萸益气通阳，较为适宜。

心血虚惊悸：因心血亏虚而成惊悸者。《证治准绳·幼科》："人身有九藏，心藏神，肝藏魂。二经皆主于血，血亏则神魂失守，而生惊悸也。"其症多悸动不安，面色不华，头晕目眩，舌质淡红，脉细弱，指纹淡。心主血脉，其华在面，血虚不能上荣于面，故淡黄而无华，口唇淡白，舌质呈淡红；血虚不能上荣于头，故头晕目眩，易于疲劳；血虚不能养心，最易出现心悸动而不宁。血虚者以补血宁心为主，用养心汤加减；如血虚心悸伴有发热，体倦，自汗，食欲不振，又宜调养心脾，用归脾汤。若心悸动，脉结代，为营卫俱虚，治当阴阳兼调，可用炙甘草汤加减。

心阴虚惊悸：小儿稚阴易亏，在急性热病过程中，最易使心肾阴虚而致心悸。其症心烦不眠，头目昏眩，心悸不安，舌质红绛，脉象细数。心主火属阳，肾主水属阴，正常时，心肾相交，阴阳互济。若肾阴亏损，阴不制阳，心阳独亢，虚火循少阴之脉而上炎，则见咽干而心烦不眠；阴不潜阳，则目眩头昏，心悸不安。治宜滋阴清心为主，如只滋阴而不清火，则猖獗之势难于控制，若只清火而不滋阴，则热势只能暂时缓解。惟有两者配合，滋阴与清心并行，才可收相得益彰的效果。用黄连阿胶汤加减。若热病后期，心悸，低热，颧红，失眠盗汗，小便黄少，应予滋阴透热，可用清蒿鳖甲汤加减。

心阳虚惊悸：小儿稚阳易衰，在各种疾病中，如吐泻过多，喘咳不止及水肿等，累及于心，引起心阳虚弱者成惊悸。其症多伴有头晕，神疲短气，全身浮肿，小便不利，形寒肢冷，脉微，舌苔白薄；可见于心功能不全。治宜温振心阳，兼以利水，用真武汤加减。如阳气暴脱，则宜回阳固脱，用参附汤加龙骨、牡蛎。

小儿厥逆

凡是突然昏倒，不省人事，面色苍白，四肢厥冷称为厥逆。为儿科常见的一种危急证候。厥的含义有二，一指昏晕厥逆，一指四肢逆冷。一般手足冷称为清，冷过腕、踝称为厥，冷过膝、肘称为逆。所以，轻者为"厥冷"，重者称"厥逆"。

厥逆在儿科多种病变中均可出现，有的发病严重，一厥不复，因而导致死亡。厥逆不论是四肢厥冷，或昏晕厥逆，均为阴阳失调，气血不能正常运行所致。如《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》云："凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。"由于阳气起于十指之端，阴脉集于足下而聚于足心，故前代很多儿科医家均认为：四肢者诸阳之本，常宜和暖，如指头微寒者，阳气衰也，足心冷者，阴气胜也。厥逆的形成极为复杂，且病情较为危重，必须及时处理扭转病机，以希移时渐趋苏醒，手足转温。如小儿胃痛、腹痛，当痛势剧烈之时，往往手足发凉，如能及时镇静止痛，痛缓则手足自温，而厥逆自解。倘若厥逆伴唇白，鼻孔发黑，口面俱青，人中吊起，则预后大多不良。

病因病机 形成厥逆的病因很多，有因阳气不足所致，如素体阳虚，复感外邪，误汗误下，或吐泻过度，以致阳气不足，则阴寒内盛，阳气不达于四末而四肢厥逆。有因阴气不足所致，如感受温热之邪，里热过盛，伤津灼液，则阴气不足，或热邪阻遏，气血不得宣通，不能通达四末而四肢厥逆。有因肝亢气机逆乱所致，因为气盛有余，则逆乱而不顺行，上壅心胸，痞塞气道，蒙闭窍隧，则昏倒无知，发为气厥。亦有因元气素弱，气虚下陷而不上承，清阳不得舒展，因而突然发生昏厥。有因血随气逆所致，气血上壅，清窍为之阻塞而昏倒无知。若失血过多，使气随血脱，也能发生晕厥。有因痰阻中焦所致，如素多痰浊，脾失运化，一时上壅气闭，蒙蔽清窍，忽然眩仆而厥。有因积滞内停所致，如食填中脘，失于转运，上下痞隔，因而气机受阻，窒闷致厥。有因胃寒蛔虫上扰所致，因脏气寒冷，蛔不安宫，上扰入膈，以致闷烦不安，得食而呕，手足

厥冷。总之，厥逆是气机上逆，阴阳失调的一种疾患。举凡外感六淫，内伤七情，以及痰食蛔虫等等，影响到机体的阴阳偏胜，都可以导致本病的发生。

辨证论治 有以下几方面：

小儿厥逆，由于成因的不同，临床表现亦多种多样。如有寒厥（阴厥）、热厥（阳厥）、气厥、血厥、痰厥、食厥、蛔厥等，尤以寒厥和热厥为多见。故进行急救时首先应分别虚实。实证则气壅息粗，四肢僵直而冷，牙关紧闭，脉多沉伏，一般先用搐鼻散吹嚏，随后灌服苏合香丸，或紫金锭之类以开窍。虚证则气息微弱，口张自汗，肤凉肢冷，脉沉微细，急用参附汤灌救，以回阳固脱。如见汗出而热，舌红肢厥，脉象细数者，宜用生脉散，以益气救阴，并可配合针灸或其他疗法，以促其清醒。体针，实证宜针，可取人中、内关、素髎、少冲、中冲、涌泉等穴，强刺激手法；虚证宜灸，可取百会、涌泉、关元、气海、足三里、合谷等穴。耳针取皮质下、肾上腺、内分泌、交感、心、肺等穴。俟其清醒后，再行详辨寒、热、气、血、痰、食、蛔诸厥，进行辨证施治。

寒厥（阴厥）：寒厥或称阴厥。临床主要表现为四肢逆冷，伴见形寒面青，安静困倦嗜卧，唇白，口不渴，小便清长，大便泄泻，苔白而润，舌质色淡，脉象沉弱或微迟，此为内脏虚寒，阳气不能布达四肢，严重的可发展成为脱证。也有突然发病腹痛吐泻，以至昏迷不醒，面青身冷，则为"中寒"之象。如伤寒、腹泻以及一切虚弱证候，在严重阶段出现时，均为阳气虚弱和垂绝现象。治宜温经散寒，补阳回厥，可用理中汤或四逆汤加减。气虚者，可加人参、炙黄芪以益气。肢冷甚者，可加桂枝以温经散寒。泄泻甚者，可加煨木香、砂仁米、肉豆蔻等以宽中止泻。腹痛者，可加延胡索、台乌药、川楝子、大白芍等以止痛。腹胀者，可加炒苍术、炒厚朴，以燥湿去胀。

热厥（阳厥）：热厥或称阳厥。临床主要表现为手足厥冷，但一般肢冷不过肘膝，伴见身热面赤，畏热喜冷，口渴喜冷饮，烦躁不眠，气粗喘闷，大便秘结，或泻利下重，小便短赤，呕吐酸臭，或有谵妄，舌苔黄糙，脉象滑数，为内热郁结，阳气郁而不伸，不能外达四末。此证初得病时，常有身热头痛，继则壮热烦渴，渐至四肢逆冷，但手足虽冷，而有胸腹灼热，手足心热等症，不可误作阴寒。若两者混淆，寒厥误用寒药，热厥误用热药，则治疗结果，适得其反。

热厥的治疗方法，根据"热微者厥亦微，热深者厥亦深"的原则，轻者宜用四逆散加味，药用柴胡、白芍、甘草、枳壳、川郁金、姜皮等，以宣通郁阳，使阳气外达于四末，则手足自温而热退。如肢冷转温，温后又冷，反覆发作，且腹胀、便秘，脉实者，则为"热深厥深"。治宜通下泄热，可用大承气汤或凉膈散加减，以急下存阴。如腑气不实者，治宜辛凉泄热，可用白虎汤加减，药用生石膏、知母、黄芩、连翘等以清之，则肢厥自解。

小儿四肢厥冷，有很多病例属于热厥范畴，早期常有恶寒、发热、肢厥、表证未解、里热炽盛之象，可用火郁汤加减，以发散之。如果腹胀、腹痛明显，便秘不解，必须速战速决，以防止病情继续发展。治宜急用硝黄以通下，推陈致新。纵即泄泻，宗"利不因寒，泻下在所不禁"的原则，也可通腑存阴，不能犹豫。

热厥以邪实为主，治疗方法可散，可攻，可清，可开，重在凉通，有"火郁则发之"之意。与寒厥须用温经散寒，回阳救逆之法，重在扶正，有"益火之源，以消阴霾"之意，截然不同，应与鉴别（见表）。

热厥与寒厥临床鉴别表

类别		证名 热厥	证名 寒厥
病机		阳热内郁，不能外达	阴寒内盛，阳气不足
主证	手足	厥冷不过肘膝	厥冷能过肘膝
	胸腹	灼热	清冷
	身热	壮热烦躁不安	不热安静蜷卧
	面色	红赤	㿠白
	喜恶	恶热喜冷	怕冷形寒
	口渴	口渴饮水	口不渴
	小便	短赤	清长
	大便	干秘，或泻痢下重	溏泄清稀
	舌苔	舌质红苔黄糙	舌质淡苔白润
	脉象	脉沉实有力	脉沉细无力
治则		宣通郁阳——四逆散 通腑攻下——大承气汤 清热生津——白虎汤	温经散寒——理中汤 补阳回厥——四逆汤

气厥：有虚实之分，儿科以实证为多见。①气厥实证：常在大哭烦吵之后发生，突然昏倒，不省人事，四肢厥冷，口唇发绀，胸膈喘满，苔色薄白，脉象沉弦。此为气逆而厥，上壅心胸，蒙蔽神识，阳气被郁，不能外达所致。治则为顺气调肝。初宜行气开郁，可用五磨饮子加减。如紫绀明显者，可加当归、赤白芍、丹参、红花、郁金，以行气活血。善后则宜疏肝理气，调和脾胃，可用逍遥散加减。②气厥虚证：表现为突然眩晕昏仆，面色㿠白，汗出肢厥，气息微弱，脉象沉细，此为元气素虚，突受惊恐，一时气机逆乱，中气下陷，清阳不振，卫外不固所致，严重者往往形成厥逆。治宜补气回阳，可用六君子汤加减。如汗多肢厥甚者，可加附子、黄芪，温阳固表。如心悸不宁，可加熟地、丹参、远志、酸枣仁等，以养血宁神。

血厥：有虚实之分，儿科以虚证为多见。①血厥实证：多由肝气上逆，血随气升，蒙蔽神识，清窍闭阻所致，临床主要表现为突然昏厥，不省人事，牙关紧闭，面赤唇紫，舌红苔薄，脉多沉弦，此为气逆血郁。治宜活血顺气，可用通瘀煎加减。②血厥虚证：多由失血过多，血虚不能上荣所致，临床见突然晕厥，面色苍白，四肢震颤而冷，舌淡苔白，脉细无力。此为营气内衰，气血不能达于四末。

严重者则因正气不固而汗出口张,为危殆之证。治宜气血并补,因气有生血之功,血无益气之理,故血脱必须益气,可用人参养荣汤加减,益气补血则晕厥自解。

痰厥:突然气闷痰鸣,不省人事,或呕吐涎沫,四肢厥冷,舌苔薄白或厚腻,脉多弦滑。轻者渐醒为痰厥,重者眩仆不醒,则为痰中,此为痰浊内壅,上闭清窍之象。治宜行气豁痰,可用导痰汤加减,以化其痰则厥逆自解。痰壅气盛者,可加苏子、莱菔子、白芥子、葶苈子等以化痰降气。

食厥:由饮食过饱,食填胸中,胃气不行,上闭清窍所致,表现为骤然昏厥不醒,胸脘窒满,舌苔厚腻,脉象弦滑而实。此为食滞不消,浊气不降,气与食并,厥气上逆之象。治宜先用烧盐方(炒盐煮水)探吐,吐后再以理气和中,消导食积法治之。食厥初时气机窒塞,浊气上壅,治宜理气和中,可用神术散加减。如腹胀胸闷嗳气者,治宜消滞和中,可用保和丸加减。如便秘不通,腹部胀痛者,治宜荡涤去积,可用小承气汤加减。如神昏窍闭者,可酌加通窍启闭之品,如石菖蒲、远志、广郁金,或苏合香丸化服。

小儿虚脱

病情突变,阴阳离绝,而致生命垂危的证候称虚脱,又名脱证。人身阴阳二气,相守而不相离,相互约制,两协其平,一旦阴阳亢战,乱其常度,则精神上下离绝而出现虚脱。清代徐灵胎云:"脱之名,惟阳气骤越,阴阳相离,汗出如油,六脉垂绝,一时急迫之证,方名为脱"。

病因病机 由于小儿虚脱证候,有上脱、下脱、阴脱、阳脱、气脱、血脱、精脱等证之分,也有暴脱、外脱之别。临床上一般把大汗、大吐、大泻、大失血或中风等精气急骤耗损,导致阴阳离决者,称为暴脱。把精神委靡,表情淡漠,面色灰白,四肢厥冷,突然大汗,汗出不温,或汗出如珠,脉象细微欲绝,或口开目合,手撒尿遗等精气外泄者,称为外脱。可见虚脱证候,有的来势凶猛,能使精气急骤耗损,迅即导致阴阳离决。故《灵枢·通天论》云:"阴阳皆脱者,暴死不知人也"。因此,临床上对患儿必须细致观察精神、面色、舌苔、舌质、脉象等变化,以防止病情突然变化而成虚脱。如脉象细微无力,呼吸不匀,血压下降,是虚脱的危象,尚须观察出汗情况,汗量多少,是否昏迷等,以测知病情的进退。

小儿虚脱,可见于大吐、大泻、大出血之后。因大吐、大泻则气衰津伤;大失血后,则精血消亡,均可导致阴阳耗竭,出现暴脱。也可发生于时行疾病的重证,或热性病的极期,往往因邪盛正虚,正不胜邪,正气内溃,导致周身情况衰弱,因而发生突然虚脱。此外,也有由寒厥或气厥发展而来,或由闭证进一步转变形成。

辨证论治 有以下几方面:

关于闭、厥、脱三者的关系,至为密切。三者在临床上均属重危之证,都有神志改变,或昏迷、四肢发凉现象。从虚实的观点来看,闭证属实,脱证属虚,厥证则有虚有实。一般说来,"邪气盛则实,精气夺则虚",所以,脏腑虚实的传变,是根据邪正消长的条件来决定的。闭、厥、脱三者之间的传变,也是依据正气溃败的程度为转移的。寒厥与热厥相比,寒厥属虚,如在正气不支的情况下,即可发展成为脱证。热厥属于实证,在邪毒炽盛、正气未衰的情况下,则可发展成为闭证,出现昏迷窍闭。如正气衰竭,则可由实转虚,成为厥脱。闭证的病机,属于邪毒鸱张,蒙蔽清窍,如果一旦正气耗尽,阴阳气血衰竭,即可由闭转脱,加速危亡。

小儿虚脱在临床上的主证,大多具有四肢发冷,突然大汗,二便自遗,脉微欲绝等特征。但是"大实有羸状,至虚有盛候"。所以,临床上应仔细审察,不得将脱证误为闭证,闭证也不能误为脱证,两者虚实不同,性质各异,前人早有"误补益疾,反泻含冤"之戒。脱证与闭证的鉴别见表1。

表1 闭证与脱证的鉴别

鉴别要点	分类 闭证	分类 脱证
	症状	
意识	不省人事	神志淡漠
精神	烦躁闷乱	委靡不振
面色	潮红或青紫	皖白或发灰
口齿	牙关紧闭	一般多见张口
舌苔	苔黄质绛	苔白质淡
体温	升高	降低
脉象	滑数有力或伏	微细欲绝
呼吸	气粗急促	气息微弱,似断似续
四肢	握拳或痉厥	撒开或蠕动
汗液	少或无汗	汗多粘冷
指纹	紫或青紫	淡或不显

虚脱证候的治疗,在临床辨证方面,必须首先分清虚实,判断阴阳。闭证和脱证,一实一虚,固宜辨别清楚。而且在出现四肢厥逆,脉微欲绝,或呼吸气息微弱,人体正气衰败所导致的脱证中,尚有亡阳、亡阴之别,也宜辨别清楚,这样在治疗时,才能把握病机,有的放矢。

阳气暴脱:又名阳脱、亡阳。系虚寒之极,或气脱之甚者。由于患儿体质素虚,元气不足,又感外邪,邪毒既盛,正气易虚,虚极则阳脱。或由阴脱,或寒厥转变而来。"阴损及阳",故阴脱之甚,损及阳气,即可形成阳脱。寒厥与阳脱相比,寒厥症状较轻,不如阳脱来势急暴,在脉微欲绝、亡阳的程度上,也不如阳脱危重,故寒厥进一步

发展可以转变为阳脱，常成为阳脱之先兆。阳气暴脱的临床表现，多为畏寒，身热不扬，面色苍白，唇色淡白，口鼻气冷，呼吸气微，囟门、目眶凹陷，睡则露睛，手足四肢厥冷，或有冷汗如珠，汗出如油，肌肤松弛，口不渴，喜热饮，大便稀，小便少，有的二便失禁，舌质色淡，舌苔白润，脉象沉细无力，甚至昏迷不醒。多见于婴儿严重吐泻，营养不良，合并脱水、酸中毒所引起。此阴阳衰败，阳气欲脱。阳脱则虚寒之极，治疗方法，宜用大剂回阳益气，救逆固脱，可用参附龙牡汤加减。因吐泻引起者，可加乌梅、炮姜炭。汗多者，加黄芪、炒白术。四肢厥冷甚者，可加紫油肉桂。

阴虚液脱：又名阴脱、亡阴。由于大吐、大泻、高烧、大汗或大出血后，致津液大伤，真阴虚竭于下，无根之火，飞腾外越。或由阳厥进一步发展而成，故阳厥常为亡阴之先兆。阴虚液脱的临床表现，多为发热，烦躁，两颧稍红，气促，口渴喜冷饮，手足稍冷，而手足心热，出汗，舌质红赤，苔黄，或舌质深红，少苔，脉细数无力。多见于温热病热入营血的后期。严重病例，可以引起气涌痰奔，上蒙清窍，出现痰多气促，神志不清，或昏迷不醒，突发惊厥。也有的严重病例，进一步发展成为阳脱病证。阴脱是因津伤之极。治宜滋阴养液，益气固脱，可用生脉散加白芍、牡蛎、石斛等，以养阴增液，益气固脱。

阴阳两脱：阴脱与阳脱两者均为脱证，皆有四肢厥冷，气息微弱，脉微欲绝征象。但两者一寒一热，病因主证与治法均不同。列表2比较。

表2　阴脱与阳脱比较

比　较	分类：阴　脱	分类：阳　脱
病　因	津伤之极（亡阴）	气脱之极（亡阳）
主　证	发热烦躁，汗出 颧稍红，气促 口渴，喜冷饮 手足冷而手足心热 舌质红，苔黄而少 脉细数无力	无热萎靡，汗出如油 面苍白，气息微弱 口不渴，喜热饮 四肢厥冷，手足厥逆 舌质淡，苔白而润 脉细微欲绝
治　则	滋阴增液 益气固脱	回阳益气 救逆固脱
方　剂	生脉散	参附龙牡汤

阴阳两脱，为阴脱和阳脱的混合。多见于热病传变，或病久虚羸者。其临床表现，多为神志似昏似昧，或高热起伏，或虽有高热，但颜面苍白，汗出淋漓，四肢欠温，舌红而干，脉细而数，此为正不敌邪，阴阳告竭之象。治宜回阳护阴，可用参附汤合生脉散加白芍、炙甘草。病久虚弱，汗多者加黄芪、山萸肉。气虚阳脱甚者，可去人参，改用红参，另煎兑服，则挽救阳脱之力较强。

虚脱变证：在小儿疾病过程中，可因邪气亢盛，正气已衰，而同时出现闭证和脱证，或者部分闭证中同时出现昏迷肢厥、汗出等虚脱症象。也有脱证经及时回阳救逆后，阳回脱固，正气渐复，邪正相争又剧，在外脱的基础上，又出现了内闭症象，这种虚实转化，同时并现，临床非常多见，称为内闭外脱。其临床表现，多有昏迷，四肢厥逆，面色苍白，脉细数无力，自汗出，伴以惊厥，呼吸急促等。治宜开闭固脱并用。清心开窍，可选用安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等。豁痰开窍，可用菖蒲郁金汤加丹参、远志。回阳固脱，用四逆汤加减。益气固脱，用参附龙骨牡蛎汤加减。气阴两补，用生脉散加味。如伴有抽风，治宜凉肝熄风，或滋阴熄风。凉肝熄风，可用羚角钩藤汤加减。滋阴熄风，可用大定风珠加减。

小儿暑热证

其发病多在夏季，小儿长期发热，口渴、多饮、多尿、汗闭或汗少为主证者称小儿暑热。又名夏季热。本病是小儿时期特有的疾病。尤以婴幼儿为多见。病程一般1—2个月，有时可达3—4个月。其特点是进入秋凉后，发烧及其他症状都自然消退。发病期间如无其他兼症，预后多属良好。

病因病机　小儿暑热证的发生，主要与小儿的体质因素有关。如小儿受胎禀薄弱，或后天脾胃失调，营养不足，发育较差，或病后气阴亏虚，入夏后，不能耐受暑令酷热的熏蒸，易罹本病。暑为阳邪，从口鼻而直犯肺胃。肺为娇脏，暑热熏蒸，内热炽盛，津气必伤，从而出现发热、口渴、多饮；肺津为暑热所蒸，水津无由四布，肌腠少津；肺主气，肺气伤则失其熏肤、充身、泽毛的功能，导致腠理闭郁，汗无外泄之机，故出现汗闭或少汗；腠理闭则水下流于膀胱而尿多。从而形成汗闭、口渴、尿多、多饮的主要病症。

另外，由于小儿脏腑娇嫩，阴气未充，阳气未盛，其调节机能尚未完善，或病后体质虚弱，每因感受暑热之邪，伤津耗液，亦可引起发病。

辨证论治　辨证论治，初起暑犯肺卫，发热流涕、咳嗽，指纹浮紫。治宜清暑宣透。用新加香薷饮。如暑伤气分，身热烦渴，治宜清热除烦，用竹叶石膏汤。病至中期，肺胃阴虚，津液耗损，致水津失于敷布，不能熏肤充身、泽毛，腠理闭塞而出现无汗、口渴、多饮、多尿等。治宜清暑生津。用王孟英清暑益气汤或白虎加人参汤。热甚加黄连、石斛。后期，中气虚陷、神疲、发热、渴饮而尿多者，宜甘温除热。用补中益气汤加减。若久病气阴亏极，穷必及肾，阴必及阳，从而出现热淫于上而渴饮愈甚，元阳虚于下而尿益多的"下虚上盛"之证。其症多伴有委靡，虚烦，面淡白，下肢冷，小便澄清，频数无度，大便稀薄，潮热无汗，朝盛暮衰，治当清上温下，仿附子泻心汤意化裁施治。以附子温下，黄连清上，配合介类如龙齿、牡蛎潜阳，菟丝、金樱温肾。亦可用白虎加人参汤合肾气丸

加减为治，下焦虚寒，桂附在所必用，温肾中之真阳，致升津液。后期阴阳两虚者，合黄连阿胶汤以育阴潜阳。

麻疹

临床以发热、咳嗽、目红、腮赤、皮疹满布，且易传染为特征者称麻疹，又名糠疮、痦子、痧子、麻证等。一年四季皆有散发，尤以冬末春初较为多见，传染性较强，易成流行，3岁以下婴幼儿，罹患者较多，6个月以下，或5岁以上者较少见。近年来由于采取预防措施，基本上控制了麻疹的流行，降低了发病率。

病因病机 古代医家认为，麻疹的发病原因内系先天胎毒，外感时疫之邪，内外相干，因而发疹。如《证治准绳·幼科》云："虽曰胎毒，未有不由天行也。"现不认为是胎毒，乃时行疫毒之邪，相互传染所致。麻为阳毒，蕴伏于肺脾两经，因脾主肌肉，肺主皮毛，故疹点隐隐于皮肤之下，磊磊于肌肉之间；疹毒由内向外，由里达表，发于皮肤。根据麻疹发展规律，发病初期，邪在肺卫阶段，症见发热咳嗽，鼻塞流涕等，类似伤风感冒；当发展到气分阶段，则伤及脾胃，出现壮热持续，口渴喜饮，烦躁不安，大便秘结，或腹泻等胃肠道症状；若毒热壅盛，侵入营血，则出现神志昏迷，谵妄抽搐，疹色深红，或紫暗成片，或衄血等；若病情继续发展，邪热炽盛，正不胜邪，由于气阴耗伤，损及心阳，则成心阳虚衰之危候。

辨证论治 有以下几方面：

方药治疗 麻疹初热期，与其他热性病初期症状相似，因此，必须掌握其临床特点。元代滑伯仁《麻证新书》云："麻证初期，麻未见时，必发热恶寒，头痛咳嗽，或吐或下呕，或泻或腹痛，或鼻流清涕，喷嚏呵欠，眼胞浮肿，目泪汪汪，腮赤体痛，烦吵不宁，或手掐眉……。"滑氏又强调指出："舌上近臼齿处，白珠累累如粟（麻疹口腔粘膜疹），甚则上腭齿龈，满口遍生。"《证治准绳·幼科》云："以火照之，遍身如涂朱之状，此将出之状。"《麻科活人全书·初潮认症》云："认麻须细看两耳根下，颈项连耳之间，以及背脊之下至于腰间，必有三五红点，此即麻之报标。"

在发疹过程中，如患儿身体健康，护理得当，疹毒得以透发；若无其他变证，可顺利转入收疹期，则体温开始下降，皮疹逐渐消退，诸症悉减，趋于恢复，此属顺证。若疹毒壅滞，透发不利，使疹毒内伏；或因护理不当，为风寒所伤，卫气郁闭，疹毒不得发泄；或因体质素虚，透发无力，疹出迟缓，致使疹毒内陷，而生他变，此属逆证。若邪盛正虚，邪热内闭，出现心肝两经严重证候，此属险候。一般观察麻疹病情，多按顺证、逆证、险证辨证施治。若顺证经过良好，可因势利导，透疹外出；逆证病情严重，每多并发变证；险证多属危候。

（1）麻疹顺证：分初热、见点、收没三个阶段。①麻疹初热：自发热开始，至皮疹出现，约3至4日。发病初起，邪在肺卫，症似伤风感冒，突然发热，虽汗出而热仍不解，咳嗽烦闷，打喷嚏，流鼻涕，面红目赤，羞明多泪，精神困倦，食欲减退，或伴吐泻昏睡；若热盛引动肝风，可见惊厥；因脾开窍于口，可见口腔粘膜疹；并有咽喉发红，舌质偏红，舌苔偏黄，脉数等一系列肺卫证候。治宜辛凉透表，清宣肺卫。用宣毒发表汤加减。②麻疹见点：自见疹点开始，至皮疹透齐，约3至4日。壮热持续，口渴烦躁，咳嗽加剧，疹点先自耳后发际及颈部开始出现；继之头面、胸背、四肢，循序遍布全身，最后手心足心见疹点，方为疹透出齐。皮疹初起，疹形细疏，逐渐加密，疹色红润，稍微隆起，扪之碍手，分布均匀，大便秘结或泄泻，小便短赤，舌质红绛，舌苔黄厚少津，脉洪数或细数，指纹深红而滞。治宜清热解毒，凉血益阴，佐以透发。用当归红花饮加减。如疹透不畅，可用胡荽调酒炒热搓擦全身，亦可用西河柳、紫背浮萍热熨以表疹。③麻疹收没：自疹点透齐，至收没净尽，约3至4日。此期又称恢复期。当皮疹出齐后，由于疹透毒减，按皮疹出疹时之顺序，依次消退；若无其他变证，则体温渐降，精神好转，食欲渐增，全身开始出现糠状脱屑，皮肤留有棕色疹痕，约1至2周后方可消失，舌质微红少津，苔少，脉细微数，指纹淡红，为邪退正复之表现。若仍有潮热，舌质微红少津，为气阴未复，余邪未尽之表现。用沙参麦冬汤加减。

（2）麻疹逆证：多见于年龄较小，禀赋素虚，或护理不当，为风寒所伤，使气血郁闭肌表，影响了皮疹的透发，郁闭于内，俗称"闷疹"。或因邪热炽盛，热毒内陷，致使表里失和，容易导致疹出早没，进而形成逆证。无论顺证、逆证，或邪热浅深，皆以透发疹毒为第一重要手段。如果出现变证，常采用以下透疹治法：①益气透疹法：由于素体气虚，透发无力，皮疹迟迟难出，症见面色皖白，精神倦怠，发热不扬，疹色暗淡，用人参败毒散加减。②温阳透疹法：多因素体阳虚，或气候寒冷，或为风寒所伤，腠理密闭，症见面色发青，精神困倦，四肢不温，或恶寒无汗，用麻黄附子细辛汤加减。③解毒透疹法：多因热毒壅遏，疹出不畅，疹色紫暗，或融合成片，症见壮热烦渴，神昏谵妄，大便秘结，用清瘟败毒饮加减。④清营透疹法：疹色紫红，密集成片，神昏谵妄，舌质红绛，光亮如镜，为阴伤表现，用清营汤加减。如果皮疹大部已透，而余热未净，宜用清热解毒法，所谓"疹透必清"。轻者，用白虎汤加减；重者，用三黄石膏汤，或清瘟败毒饮加减。必要时酌加攻下之品，以泻热解毒。若疹透毒解，转入麻疹恢复期，可用养阴法，尤其疹后气阴不足，常出现阴虚低热等症，可用沙参麦冬汤加减，滋养阴液，以清余热。

（3）麻疹险证：此证多因皮疹未能按时透发，致使疹毒隐伏难出，毒热内陷而成。①麻毒陷肺：多在发疹之际，透发不利，使疹毒陷肺，临床以痰鸣喘嗽为主症，是麻疹常见的一种险证。如《疹科纂要》指出："麻未出时，发热喘促者险。"又说："身体极热，欲出不出，隐伏皮内，发不透快者险。"说明多因调护不当，为风寒外束，或气候寒冷失宜，肺卫失宣，疹毒不得透发，郁闭于肺所致。治宜

宣肺解表,清热解毒透疹。用麻杏石甘汤合银翘散加减。若因毒热壅盛,皮疹成块成片,滞于肌肤,透发不利,影响肺气宣降,致使疹毒陷肺。可用三黄石膏汤加减。若兼有神昏谵妄者,酌加紫雪丹冲服。②麻毒攻心:多因毒热炽盛,或疹出早没,或误攻下,致使疹毒内陷心包,引动肝风所致,而出现心肝两经证候。症见壮热持续,神志不清,谵妄狂躁,或呕吐抽搐,舌质红绛,舌苔黄干,脉洪数或弦数。证属毒热内陷心包,蒙蔽清窍,肝风内动。治宜清热解毒,芳香开窍,平肝熄风。用清瘟败毒饮加减。③麻毒攻喉:多见于麻疹后期,或与麻疹后肺炎同时发作,因肺胃毒热未尽,复感外邪,内外夹攻,循经上炎,郁结咽喉所致。轻者,为咽喉红肿痛,喉痹失音,咳嗽声重如犬吠状;重者,为呼吸困难,烦躁不安,饮水即呛等。证属肺胃蕴热,循经上攻咽喉。治宜清泻肺胃,开闭利咽,佐以养阴,内服加味桔梗汤。可用综合疗法,必要时可行气管切开术。

(4) 麻后遗毒:麻疹患儿,由于禀赋强弱,感邪轻重之不同,或因邪热壅盛,正不胜邪,或因失治,或因护理不当,皆可出现麻后遗毒证候。①麻后潮热:由于麻毒热邪,伤阴耗气,为气阴两伤所致。症见形体消瘦,潮热不解,咳嗽乏力,皮肤干燥,盗汗或自汗,二便失调,食欲不振,手足心热,舌红苔少,脉细数。治宜益气养阴清虚热。用地骨皮饮加减。②麻后口疳:即麻后口内生疮,或齿龈肿痛出血;甚则溃烂,形成走马牙疳,此属肺胃毒热,循经上炎口舌所致。宜内外兼治法。除内服黄连解毒汤,以凉血解毒外,在牙疳外部,涂绿袍散或冰硼散。③麻毒入眼:多因麻后调护不当,阴液不足,肝阴亏损,双目失养所致。症见双目干涩,目睛云翳,或夜盲视物不清,舌质嫩红,苔少,脉细微。治宜滋养肝阴,清热明目,用杞菊地黄丸方加减。④麻后发颐:多见于麻后余毒未尽,两颐肿痛,甚则化脓溃烂,为毒热蕴郁肝胆所致。治宜清泻肝胆热毒。用普济消毒饮,或龙胆泻肝汤加减。⑤麻后瘾癞:多因麻后余毒留恋血分,复感外邪,遏于肌肤所致。症见皮肤瘙痒,形如疮疥之小疹,心烦食少,甚则夜卧不宁,舌质微红,舌苔微黄,脉浮微数。治宜凉血解毒,祛湿止痒。用四物汤加地肤子、白鲜皮、苦参等。

治疗用药注意事项:①根据麻疹由内向外的发展规律,治宜因势利导,使疹毒得以透发为原则;若透发不利,疹毒内陷,易生变证。故在初热期,应以辛凉透疹为主。发疹期以清热解毒为主,佐以透疹。收疹期,则以养阴清余热为主。尤应注意在发疹前期,切忌过用固涩收敛或苦寒攻伐之剂,免伤正气,影响疹毒透发。②疹为阳邪,宜辛凉透发,不应过用辛温或燥热之品,防助热势;如素体虚弱,恶寒无汗者,方可暂加辛温之品;亦应注意热深厥深或真热假寒之象,切不可误认为虚寒证,妄投温补之品,以薪助火之弊。③麻疹并发肺炎与外感引起的肺炎有所不同,麻疹并发肺炎,经过麻疹阶段,气阴已耗伤,正气已亏,邪热易内陷心包而加重病情,治疗时,既要注意辛凉宣透,又应注意扶正顾阴,同时更要注意防变救逆。

推拿疗法 (1)治则:透发清热为主。

(2) 操作:开天门,推坎宫,推太阳,清肺经,推三关,清天河水,揉肺俞,按风池。

(3) 辨证加减:①麻疹初热期加黄蜂入洞,拿合谷,拿肩井。②麻疹见点期加清脾经,清胃经,清肝经,掐揉小天心,掐揉二扇门,推天柱骨、推脊、水底捞明月,退六腑,去推三关。③麻疹收没期加补脾经,补胃经,补肺经,揉中脘,揉肺俞、脾俞、胃俞,按揉足三里,捏脊。去开天门、推坎宫、推太阳。

奶麻

以起病急、持续发热三四天、热退后皮肤出现红色小丘疹为特征的一种婴儿时期疫病称奶麻。即幼儿急疹,或婴幼儿玫瑰疹,又名奶疹子、急疹、烂衣疮、瘙疹,亦有称假麻者。明代马之骥《疹科纂要·麻疹通论》中,对本病有所描述,如"若初生婴儿,未及满月,或百日内外,或未生痘疹之先,遍身发出红点,如粟米状,满月内外,名烂衣疮,百日内外,未及生痘疹之先,名为瘙疹,……此疹不治自愈"。奶麻是婴儿期的一种轻型急性发疹性疾病。冬春两季较多,发病年龄多在1岁以内,但生后两周亦有发病者。本病多因外感风毒时邪,与肺脾之湿热相搏,郁于肌表,发于皮肤所致。外邪郁于肺卫较甚,可骤见高热;如毒邪内侵气营,则见烦躁、便秘、纳呆等症状。终因正气抗邪于外,邪热由肌表外达,而热势消退。奶麻初起,突然壮热,发热之初,可有呕吐或惊厥,在发热过程中,时有烦躁,腹泻或便秘;但在热势较轻时,精神又如平常;发热持续2—4日后,可自行消退;热退后全身出现玫瑰色斑疹,皮疹稀疏,散在于躯干、颈背部较多,面部及肘膝以下则少见,疹出后1—2日即消退干净,预后均良好。出疹前治疗宜以辛凉解表,可用桑菊饮,或银翘散加减。若症状较重,可用化斑解毒汤加减,以疏风清热,透发疹毒;若壮热伴有惊厥者,加钩藤、蝉衣;呕吐者,加竹茹、半夏;便秘者,加瓜蒌。

风疹

是一种较轻的发疹性传染病,《千金要方》名风瘮。因皮疹细小如沙,故又名风痧。大都发生在冬春之间;以1—5岁小儿为多见,在疹点透发之后热即退,预后大多良好。清代赵濂《医门补要》:"小儿乃脆嫩弱质,浮风厉气,每能侵犯而发风疹。"因外感风热时邪,风热与气血相搏,毒热郁于肌表,发于皮肤所致。由于时邪较轻,一般只侵袭肺卫,偶见有营血症状,待疹点透发后,即可热退而邪消。

风疹初起有发热、流涕、恶风、咳嗽等外感风热之感冒症状。发热1—2日后,全身出现疹点,一般由面部延

及躯干和四肢,可在1日内布满全身,唯手足心较少或无疹。疹细小、色淡红,稀疏稍隆起,有痛痒感。疹点多于1—4日后隐退,退后无落屑及疹痕。临床应与麻疹、丹痧作鉴别。全身见疹点为风热与气血相搏,邪毒外透之象,由此邪出而热自退。轻症表现为咳嗽流涕,发热恶风,食少神倦,疹色浅红,分布稀疏均匀,舌质微红,苔薄白,脉浮数。此为外感风邪之毒,由口鼻而入,郁于肺卫之象。治宜疏风清热,用桑菊饮,或银翘散加减。重症则壮热口渴,烦躁易惊,小便短赤,疹色鲜红或紫暗,舌红苔黄,脉洪数,为邪热炽盛,渐入营血。治宜清热凉血解毒。用清营汤加减。

水痘

以发热、皮肤出现斑疹、丘疹、疱疹等为特征者称水痘,又名水花。是小儿常见的一种较轻的传染病,多流行于冬春季节,以1—4岁小儿为多,预后大多良好。《小儿药证直诀》称为"水疱"。宋代张杲《医说》云:"其疮皮薄如水泡,即破易干,无渐次,白色或淡红,冷冷如水浆者,谓之水痘。"

徐春甫《古今医统大全·痘疹泄秘》谓:"痘出稠密如蚕种,根虽润,顶面白平,摸不碍指,中有清水者,此由热毒熏蒸皮肤而为疹子,大者名曰水痘,非痘疹也。"徐氏将天花、疹子和水痘作了初步的鉴别。

病因病机 水痘的发病原因,历代医家认识不一。《小儿药证直诀》谓为胎毒及天行时气致病。《古今医统》谓为热毒熏蒸而成。《张氏医通》则谓"由风热郁于肌表而发。"《医宗金鉴·幼科心法要诀》则提出水痘是因湿热而成,发于脾、肺二经。多数医家认为水痘由外感时邪,内蕴湿热所致,邪自口鼻而入,侵袭肺脾二经,发于肌肤表面为水痘。初起时邪上受先犯肺卫,可见发热咳嗽,流涕等症;继而病邪侵入肺脾,与湿浊相搏,发于肌肤,依次出现各种皮疹。患儿体质强弱与素蕴湿热,对病情的轻重顺逆有密切关系。若素日体弱,又兼时邪炽盛,则可内侵气营成水痘重证;更甚者,可见抽搐、昏迷、失语等肝风内动症状。

辨证论治 包括以下几方面:

《幼幼集成·水痘露丹证治》:"水痘似正痘,外候面红唇赤,眼光如水,咳嗽喷嚏,涕唾稠粘,身热二三日而出。明净如水泡,形如小豆,皮薄,痂结中心,圆晕更少,易出易靥,温之则痂难落而成烂疮。切忌姜椒辣物,并沐浴冷水,犯之则成姜疥水肿,自始至终,惟小麦汤为准。"水痘与露丹不同。露丹见于"小儿生后,百日内外,半岁已上,忽然眼胞红肿,面青黯色,夜间烦啼,脸如胭脂,此因伏热在内,发之于外。初期满面如水痘,脚微红而不壮,出没无定,次至颈项,赤如丹砂,名为露丹"。指出了水痘与露丹的证治不同点。

水痘初起,一般以疏风清热为主,毒重者凉血解毒,挟湿者佐以淡渗。

水痘轻证:可见发热流涕、咳嗽、身倦、纳少等症状,疹色红润,疱浆清亮,舌质微红,苔薄白,脉浮数者,为风热挟湿。宜疏风清热,解毒祛湿。用桑菊饮、银翘散加滑石、芦根等。

水痘重证:壮热持续,面赤唇红,烦躁口渴,口舌生疮,疮形大且稠密,其色紫暗,舌红苔黄而干,脉洪数。此为邪入气营,湿热炽盛之象。治宜清热凉血,解毒渗湿。用清热解毒汤加减。

预防及护理 水痘患儿,必须隔离至皮疹干燥结痂为止,以防止传染;病程中忌食姜椒辣物,未结痂前忌洗浴,必要时可用煮沸温水擦浴。衣被要柔软以防擦破水泡,防止患儿抓破痘浆。若见皮肤赤痒湿烂,可用棉茧或青黛为散外敷撒布,以收敛燥湿,助其痊愈。

顿咳

以阵发性顿咳,伴有吼声为临床特征的小儿常见传染病称顿咳,又名时行顿呛、天哮、天哮呛、疫咳、鸬鹚咳、百日咳。病程较长,不易速愈。全年均可发生,尤以秋冬季节较为多见。5岁以内小儿罹患者为多,较大儿童次之,年龄越小,病情越重;病程越长,对小儿机体影响越大。

顿咳,明代沈时誉《医衡》亦称顿嗽。他说:"顿嗽一症,古无是名,由《金镜录》捷法歌中,有连声咳嗽,粘痰至之一语。俗从而呼为顿嗽,其嗽亦能传染,感之而发作无时,面赤腰曲、涕泪交流,每顿咳至百声,必咳出大痰乃住,或所食乳食,尽皆吐出乃止;咳之至久,面目浮肿,或目如拳伤,或咯血,或鼻衄……此症最难速愈,必待百日后可痊。"

病因病机 顿咳的发生主要是外感时行疫邪,内蕴痰浊,疫挟痰浊,壅遏肺气而成。小儿肺气常不足,清肃之用未全,感受疫邪,伤及肺卫,外则卫气郁闭,内则肺气壅逆,复与痰浊相搏,阻遏气道,肺失清肃,则肺气上逆而成顿咳。

辨证论治 有以下几方面:

方药治疗 本病主要是感受时疫之邪,从口鼻而入,侵袭肺卫,肺失清肃,或痰涎内阻,气机不畅所致。按病程可分为顿咳初期,顿咳中期,顿咳后期。

顿咳初期:风邪侵犯肺卫,卫气失宣,而有咳嗽,喷嚏,流涕,痰稀白,咳嗽逐渐加重,舌尖微红,舌苔薄白,脉浮数有力,指纹淡红。治宜宣肺化痰止咳为主。偏寒者,宜祛风散寒,用止嗽散加麻黄、苏梗、生姜。偏热者,发热汗出,咽红频咳,宜散风清热,用桑菊饮加减。外寒内饮者,治宜散寒解表,温化寒饮,用小青龙汤加减。

顿咳中期:此期病程长短差别较大。时疫之邪,由表入里,郁而化热,痰热互结,阻于气道,壅塞不通,气机不畅。逆而顿咳阵作,咳时面红目赤,双手拳握,舌向外伸,

弯腰曲背，缩成一团，头颈筋脉怒张，眼胞浮肿，涕泪俱作，夜晚尤甚，每阵连咳数声至数十声，最后深吸气时，喉中发出吼声，宛如鸡鸣；反覆数次，将痰涎或乳食吐出，气机通畅，可暂时平息；舌质偏红，苔黄白稍厚，脉滑数有力，指纹紫红而滞。证属痰热互结，肺失清肃。《幼科金针》云："其证嗽起连连，而呕吐痰沫，涕泪交流，眼胞浮肿，吐乳鼻血，呕衄睛红，降火清金，清痰祛风。"故治宜清泻肺热，理气化痰为主。用止嗽散合导痰汤，或贝母瓜蒌散加减。婴幼儿易出现肺气郁闭，或痰热上蒙清窍，而发生神昏惊厥，或心阳虚衰等危重证候，须分别治之。①顿咳呕吐：呕吐多出现在顿咳严重阶段，咳甚触犯肝胃之气，气逆则呕吐。治宜平肝降逆止呕。用橘皮竹茹汤，酌加伏龙肝等。②顿咳咯血：顿咳日久，伤及肺络，则气虚血溢；目为肝窍，而目赤出血；鼻为肺窍，而鼻窍衄血；或痰中带血。宜在治咳方（如黛蛤散）中酌加茅根、侧柏叶等，以凉血止血。③顿咳喘急：痰热互结，阻于气道，肺失清肃，则咳嗽痰喘，气促鼻煽，舌红苔黄，脉象滑数，指纹紫滞。证属痰热蕴肺，肺热喘急。治宜麻杏石甘汤合苏葶丸方加减，以清泻肺热，化痰平喘。④顿咳抽搐：小儿神志昏迷，顿咳日久，心气不足，容易出现痰热攻心，上蒙清窍，故见神志昏迷，而发惊厥抽搐等症状。除急用羚角钩藤汤，镇肝熄风外，必要时酌加安宫牛黄散，或至宝丹，以清心开窍。⑤顿咳阳衰：小儿脏腑娇嫩，形气未充，顿咳日久，气耗阳伤，正气不支。症见面色苍白，精神困倦，额出冷汗，四肢不温，唇舌淡白，脉细无力，指纹紫暗。证属心阳虚衰。治宜益气固脱，温振心阳。急用四逆汤加人参，待阳气来复，再治顿咳。

顿咳后期：顿咳次数和程度逐渐减少和减轻，吼声渐消失。但由于咳久，气阴耗伤，精神困倦，咳声乏力，食欲不振，二便失调，自汗盗汗，或咳而无痰，手足心热，舌质淡红，苔少，脉细无力，指纹暗淡，为气阴两虚。治宜益气养阴，润肺止咳。用沙参麦冬汤，或人参五味子汤加减。

针灸治疗　针刺定喘、天突、大椎、丰隆。

推拿疗法　治则为清肺降气，镇咳化痰。第一种治疗方法：清脾经300次，补脾经150次，清肝经300次，清心经250次，清肺经400次，补肾经200次，推大肠100次，推后溪150次，揉外劳100次，推六腑100次，推三关50次，推揉膻中150次，揉中脘200次，推揉擦肺俞发红，按肩井2—3次。第二种治疗方法：清肺经300次，清胃200次，揉小天心200次，揉一窝风100次，运八卦300次，推天柱骨300次，推揉膻中50次，挤捏天突（以局部有轻度瘀血为度）。如见到阵发咳嗽显著减轻，回吼声亦渐消失，咳时已不作呕吐，则可改用健脾润肺。益气养阴，化痰止咳：补脾经350次，清肝经250次，清心经200次，清肺经200次，补肺经400次，补肾经300次，推大肠100次，推后溪120次，揉外劳100次，推揉膻中100次，揉中脘150次，推擦揉肺俞发红，按肩井2—3次。

简易方　①鸡苦胆（或用猪、鸭、牛胆代替）每日1枚，水冲服。②百部（不拘多少）煎水饮。

痄腮

以耳下腮部肿胀疼痛为主要特征的疾病称痄腮，是儿科常见的一种急性传染病。又名痄腮毒、虾蟆瘟、鸬鹚瘟、含腮疮。《局方发挥》称："时行腮肿"。一年四季皆有散发，亦可流行，以冬末春初较多见；学龄儿童患者为多，较大儿童可并发睾丸肿痛，偶有少数患儿，因温毒之邪上蒙清窍而壮热神昏或惊厥，预后大多良好。相当于现代医学之流行性腮腺炎。

病因病机　《诸病源候论》谓为"风热毒气，客于咽喉、颔颊之间，与气血相搏，结聚肿痛"，称之为"痄肿"。在此基础上，宋代窦杰《疮疡经验全书·痄腮毒》指出："此毒受在牙根，耳痄，通于肝肾，气血不流，壅滞颊腮，此是风毒证。"喻嘉言《医门法律》则认为"腮肿亦名痄腮，因风热或膏粱积热而作"。本病主要因风温疫毒之邪，从口鼻而入，阻于少阳经脉，郁而不散，结于腮部所致。腮肿可见于一侧或两侧，局部肿胀，酸痛拒按。轻者，除局部肿胀外，无其他不适；重者，可伴有发热、头痛、恶心呕吐等全身症状。《疡科心得集》："因一时风温偶袭少阳，络脉失和，生于耳下，或发于左，或发于右，或左右齐发，初起形如鸡卵，色白濡肿，状若有脓，按不引指，但酸不痛，微寒微热，重者或憎寒壮热，口干舌腻……，此证永不成脓，过一候自能消散。"

痄腮病机，正如《冷庐医话·杂病》所说："邪因内陷，传入厥阴脉络，睾丸肿痛而耳后全消者，盖耳后乃少阳胆经部位，肝胆相为表里，少阳感受风热，移入肝经"，厥阴肝经之脉络于阴器，故有的患儿睾丸肿痛。

辨证论治　有以下几方面：

方药治疗　痄腮患儿以耳下肿胀酸痛为主症。《证治准绳》："发于耳项咽喉，焮赤疼痛，漫肿无头"，"肌肉浮而不著骨者，名曰痄腮"。开始多见于一侧，继则两腮肿大，也有始终仅一腮肿者。肿胀以耳垂为中心，边缘不清楚，触之微热，按有弹性，局部发硬，颜色不变，咀嚼困难，腮内口颊常见红肿。少数患儿可发生睾丸和少腹疼痛的并发症。重证患者，在腮肿高峰期，可出现高热、头痛、嗜卧、昏谵、痉厥等症状。治法宜疏风清热，消肿解毒，散结活络为主。

（1）风温痄腮：温毒较浅，除耳下腮部，一侧有轻度肿胀酸痛、咀嚼不便外，一般情况良好，无其他不适，舌质正常，舌苔薄白，脉微数，为风温犯表，阻于少阳。治宜疏风解表，消肿散结。用普济消毒饮加减。

（2）温毒痄腮：除耳下腮部一侧或两侧肿胀酸痛、吞咽或咀嚼困难加重外，多伴有发热头痛，精神倦怠，口渴烦躁，咽喉肿痛，大便秘结，小便短赤等，全身症状加重，舌质偏红，舌苔黄厚，脉象弦数。为温毒蕴结，治宜清热解毒，软坚消肿。内用清瘟败毒饮加减；外用如意金黄

散,醋调局部外敷。

(3) 痄腮引睾:温毒之邪,传至厥阴,厥阴之脉绕阴器,故较大儿童易并发睾丸肿痛。治宜清泻肝热,消肿止痛。用普济消毒饮酌加胆草、荔核、橘核、元胡等,或加犀黄丸同服。

(4) 痄腮惊厥:多见于温毒炽盛,热盛化火,内传厥阴,而发壮热神昏或惊厥等症状。用清瘟败毒饮加僵蚕、地龙,或加用紫雪丹冲服。

针灸治疗 取翳风、颊车、合谷、外关,用泻法,不留针。睾丸肿痛,加行间、曲泉。

灯芯草灸:取角孙、耳尖。用灯芯草一根,一端以麻油浸之点燃,对准穴位疾速点焠,使被焠处皮肤有灼痛而不烧伤。一般点焠一次即可消肿止痛,次日重复焠一次,焠1—3次即可消肿痊愈。

推拿疗法 清天河水,退六腑,清胃经,揉小天心,揉牙关,揉耳后高骨。高烧加分手阴阳,若兼有虚证可揉二人上马。

简易方 外用荞麦粉浓茶调敷,以拔风毒。(《疫证治例》卷三)

小儿嗜食、厌食

嗜食:又名贪食,或叫善食。《诸病源候论·食不知饱候》:"小儿有嗜食,食已仍不知饱足,又不生肌肉,其但腹大,其大便数而多泄,亦呼为豁泄,此肠胃不守故也。"然小儿体属纯阳,善食而瘦,多因有火。嗜异形瘦,腹大易怒者,多因虫积。总之,小儿嗜食不论是肠胃不守,亦或因火因虫,其病机关键在于脾胃运化升降失常。因胃主纳食,脾主运化,脾宜升则健,胃宜降则和。而太阴湿土,得阳始运;阳明燥土,得阴自安,以脾喜刚燥,胃喜柔润。因脾失健运而肠胃不守,嗜食不生肌肉。治宜健运脾气,用补中益气汤加减。因火善食而瘦,当察火之微甚。火微者,宜用沙参麦冬汤加生地、赤芍、丹皮、黄芩、知母以微清之。若火甚者,或随食随饥,随饮随渴,或肌肤燥热,二便涩结,宜用石膏、黄连、栀子、黄柏、龙胆草、苦参之属,直取苦寒以清其热。如因虫积嗜异而瘦者,则宜驱虫为治。此外,嗜食与消渴的多饮、多食、多尿、消瘦有所不同,临床要注意鉴别。

厌食:又名不嗜食,不思食,或叫"哺露",即恶食。其表现为食欲不振而不欲纳食。小儿脾胃稚弱,易为寒热、乳食所伤,脾胃伤则不思食,或兼食不化及消瘦等症。《诸病源候论·哺露候》:"小儿乳哺不调,伤于脾胃,脾胃衰弱,不能饮食,血气减损,不荣肌肉,而柴辟羸露。其腑脏之不宜,则吸吸苦热,谓之哺露也。"一般脾不和则食不化,胃不和则不思食,脾胃不和,则不思食而且不化。婴儿不嗜食者有因胃热,或三焦客热,或胃寒或六腑气寒而致;年长小儿不嗜食者,多因脾胃倭弱,或病后脾胃之气未复,或痰客中焦以致食纳不进。尚有不能食而瘦者,多因脾胃虚弱,不能健运而然。胃热不食,宜用黄芩、黄连以清热;胃寒不食,宜用砂仁、白豆蔻以温胃;食滞不食,宜用山楂、神曲以消导;胃虚不食,宜用党参、白术以健脾。痰客中焦而不思食者,宜用香砂六君子汤,补益以开豁之。善肌不能食,多属三焦客热,宜分虚实。虚热神疲脉弱者,宜异功散加竹茹、黄连以清补并进;实热烦渴者脉数疾,宜白虎汤加沙参、山栀,以存津清胃。并可用推拿疗法:推三关,按揉足三里,摩腹,捏脊。辨证加减为:①胃热加退六腑,揉内劳宫。②胃寒加推三关,揉外劳宫。③食滞加运内八卦,揉板门。④胃虚加按揉脾俞、胃俞,分推腹阴阳。⑤痰阻中焦加运内八卦,揉中脘,推中脘(从天突经膻中下推至中脘)。⑥三焦客热属虚者,加揉内劳宫,揉二人上马;属实者,加退六腑,清大肠,运土入水。

小儿伤湿

因感受湿邪而发病,临床以身体烦疼,发热恶寒而多汗,小便不利,大便溏泄,舌苔白滑,日久则手垂足肿,人脏则神志不清为主证者称伤湿,《简明医彀·幼科总论》名湿证。婴幼儿至学龄儿童均能患之。

病因病机 《幼幼集成·伤湿证治》:"风雨则伤上,清湿则伤下,是湿之为病。"诸湿肿满,皆属于脾,故湿证的病机主要在于湿渍于脾。小儿喜弄冷水,坐卧湿地,或生冷乳食伤内,皆能使湿邪泛溢,渍脾而成湿病。且小儿脾常不足,而脾虚者又多病湿。脾主肌肉,《素问·阴阳应象大论》:"地之湿气,感则害皮肉筋脉。"故湿伤于上则蒙蔽清窍而视听模糊,湿中上焦,则痰涎喘嗽;湿渍中焦,脾胃受损则胀满呕泄;湿注下焦则成淋浊;湿溢肌腠则成浮肿而发黄。湿流关节,则关节肿痛。

辨证论治 辨证论治辨伤湿之证,主要有湿热、寒湿与风湿。病而发热者为湿热;病而多寒者为寒湿;病而烦疼、筋挛者为风湿。治湿之法,理脾、清热、利小便。风湿相搏,宜从表治。

湿邪犯表:初起湿邪壅遏卫表,其症发热恶寒,头痛少汗,类似伤寒表证,但伤寒表证恶寒较重而发热较轻,而湿温之恶寒少,为时甚短,程度较轻,且身热不扬,神疲困倦,苔白而腻。治宜芳香宣化,用藿朴夏苓汤、藿香正气散加减。如患儿恶寒倦怠,而色淡黄,胸闷不饥,午后身热,状若阴虚,切忌柔药滋润,因湿为胶滞阴邪,再给柔润阴药,二阴相合,可致锢结湿邪,更难清解。宜轻开上焦肺气,化气以利其湿,用三仁汤加减。

湿温发痦:痦指在发热的同时,发出小水泡样皮疹,又名白痦。因其晶莹饱绽,也称晶痦,或叫白疹。小儿湿温,尤为多见。其状开始呈细小颗粒水泡,先见于颈项,渐及胸腹,亦可见于四肢,先疏后密。由于湿热之邪郁于肌表,不能透泄,故常随着汗液发出,发出后反觉病情转轻。故痦为湿热外透的标志。白痦破之有淡黄色浆液;

若正气不足，津液内耗，则水泡呈枯白色，称为枯痦。白痦属于气分，如热重而营分亦病，常与红疹并见，多为病情较严重。白痦是病邪的出路，治宜在退热的基础上清化宣透，药用清豆卷、藿香叶、佩兰叶、青蒿、连翘、通草、菖蒲之类。气阴两伤者可加人人参须、沙参、鲜石斛；红疹并见者加牡丹皮、赤芍药、紫草等，善后用薏苡竹叶散。

湿遏膜原：膜原属半表半里，湿热阻遏，营卫气争，其症往来寒热，胸痞恶心。治宜和解宣透膜原，用达原饮加藿香、半夏、菖蒲、六一散，以化浊渗湿，分解其邪。

伤湿夹痰：湿邪夹有痰涎，壅遏肺络，身热胸闷，或咯痰涎，口渴喜热饮，脉细按之则数，舌苔白腻，为湿浊夹痰之候。治宜用三仁汤加玉枢丹。如痰湿蒙蔽清窍，神志、视听模糊，可用三仁汤加菖蒲、远志、僵蚕、竺黄及牛黄抱龙丸或牛黄镇惊丸之类，以豁痰开窍，化浊醒神。

湿流关节：邪湿伤表，流注关节，关节疼痛，屈伸活动痛剧，脉沉，指纹淡红，饮食大便如常。宜七节汤加减，疏通关节，活络定痛。

寒湿困脾：寒湿之邪，乘着脾气之虚而浸渍脾经。《幼幼集成·伤湿》："惟胀满、泄泻、呕吐，皆寒湿之病也"，"脾虚多湿病"。其症头痛身重，寒热往来，宜胃苓汤；如兼呕吐，加藿香、砂仁。如因中湿浮肿者，胃苓汤合五皮饮。如不效，必用补脾，俟阳气渐复，则湿邪可退。如理中汤合五苓散，可收通阳利小便之效，八味丸，亦可选用。中湿发黄者，宜茵陈五苓散；偏于脾胃气虚而现痞黄者，用六君子汤或白术散，燥脾而黄自然消退。

湿热蕴毒：湿热蒸腾，郁阻气分，蕴毒上壅，其症发热口渴，腹胀，肢体倦怠，咽肿尿赤，如因湿热交蒸影响胆之疏泄而致胆液外溢，则见身目发黄，苔黄而腻。治宜清热解毒，化湿芳透，用甘露消毒丹加减。

湿蔽心包：气分湿热郁蒸不解，蒸酿痰浊蒙蔽心包，心神失常。其症身热不退，朝热暮重，神识昏蒙，似清似寐或时清时寐，时或谵语，舌苔黄腻。治宜清热化湿，豁痰开窍，用菖蒲郁金汤加减。此证虽属邪犯心包，但系湿热蒸酿痰浊而内蒙，与热陷心营内闭心包之灼热肢厥，神志昏迷、谵语或昏愦不语，舌质红绛者，病机证治有所不同，临证应与区别。

湿热发黄：发黄即发生黄疸。"湿热俱甚，则发黄"。《伤寒指掌·发黄》："阳明热胜，如橘黄而明；太阴湿胜，如熏黄而晦。"不过"蓄血"亦可发黄。其鉴别是：一般以小便不利为湿热发黄，小便自利为蓄血发黄。湿热病变中，热甚不解，但头汗出，腹满溺涩，目黄口渴，舌苔黄腻，此为湿热郁于太阴，是欲发黄的证候。急用茵陈四苓加厚朴、枳壳、栀子、黄柏、车前以清利之；如二便俱秘，小腹胀满者，此转属阳明，宜茵陈蒿汤，使黄从下解。瘀热发黄，无恶寒，腹胀表里证者，用栀子柏皮汤加泽兰、红曲以清热消瘀。

湿困腠理：暑湿闭于腠理，气机怫郁湿热不能外达，发热胸痞，肌肉微疼，始终无汗者，宜用鸡苏散利其毛窍即可汗解。若闭于经，兼有恶寒头痛，则宜新加香薷饮，通其经络而除表湿。暑湿闭于肌腠，全身酸痛，口渴尿赤，湿热痹证。治宜宣痹汤，痛甚加海桐皮、威灵仙，化湿宣痹。

湿证进入恢复阶段，身热已退，余邪未净。其症脘中微闷，知饥不食，苔薄而腻。此湿热已解，余邪蒙蔽清阳，胃气不舒。宜服轻清之品以宣上焦阳气。药用藿香叶、薄荷叶、鲜荷叶、枇杷叶、佩兰叶、芦根、冬瓜仁之类。湿证病程中可有两种变证。其一为湿热化燥化火，深入营血，迫血下行。症见灼热烦躁，便下鲜血，舌质红绛。治宜凉血止血，用犀角地黄汤加紫珠草、地榆炭、侧柏炭。其二为便血过多，阳虚气脱。症见便血不止，面色苍白，汗出肢冷，舌淡无华，脉象细微。治宜益气固脱，养血止血，用独参汤合黄土汤，寒温并用，润燥共济，温阳而不伤阴，养阴而不损阳，可收阴阳两调之效。

小儿伤积

伤积，又名积证、积滞。是指小儿乳哺不节，乳食停滞肠胃，积而不化，气滞不行的一种肠胃道疾患。临床以饮食不思，或食而不化，腹满胀痛，嗳腐呕吐，大便酸臭等为其特征，多见于1—6岁的小儿。

病因病机 乳食，原系小儿资以养生的营养物质。胃主受纳，脾主运化。乳贵有时，食贵有节，可免伤积之患。《活幼心书》卷中："凡婴孩所患积证，皆因乳哺不节，过餐生冷坚硬之物，脾胃不能克化，积停中脘，外为风寒所袭，或因吃卧失盖，致头疼，面黄身热，眼胞微肿，腹痛膨胀，足冷肚热，不安昏神，饮食不思，或呕或哕，口噫酸气，大便馊臭，此为陈积所伤。""沉积所伤"，日久则成积病，预后转归不一。

《幼幼新书·积聚》有八种积病、积可医者九和积不可医者六。

八种积病：①面手足肿，是虚中积。②腹胀不思饮食，是胃积。③合面吃土炭，痢痛，大腹（肠）积。④面多黑，困眼不开，脾脏积。⑤小便似油，脚手肿，肾脏积。⑥渴泻不止，膀胱积。⑦腹内虚鸣，小便赤黄，小肠积。⑧多吐逆，不吃食，上膈中有积。

积可医者九：面虚肿是积，积者，脾之所系；腹胀是积，积在肺；小便如油是积，积在小肠；发黄是积，积伤心；赤白痢是积，积在肺，邪传大肠，为赤白痢；两眼黄赤，睛青是积，积在肝；遍身虚肿是积，积不在脏，只在肝；多泻白粪是积，冷积在脾。

积不可医者六：喘急是肺积，肺主气，喘急则肺绝。面黑是肾积，面黑者，肾绝。吐热气是营积，血绝。手脚心生疮，是卫积；卫，气也，胃气不生，故手足生疮，若卫绝，则气不回。恶心吐、干呕，是胃积，胃主化食，胃绝则食乳不化。泻久住又泄，是积，积攻脾烂也。泻白粪为食不消，住却放粪赤黑，死；知脾烂不治。

总之，乳食壅积，脾胃不和或脾胃虚弱，饮食停滞；加之外邪客忤，更易形成本病。小儿伤于乳食，经久不愈，可变成积；积久不消，迁延失治，可转化为疳。《幼幼集成》卷三："伤食一证，最关利害，如迁延不治则成积成癖，治之不当则成疳成痨。"说明伤乳食、积滞、疳证三者名虽异而源则一，惟病情有新旧长短、轻重深浅之不同。

辨证论治 有以下几方面：

《婴童百问·四十九问》："小儿有积滞……然有乳积、食积，须当辨之。"《医宗金鉴·幼科心法要诀》："乳滞之儿，其候睡卧不宁，不时啼叫，口中气热，频吐乳片，肚胀腹热，大便酸臭也。"食滞之儿，"其证头温腹热，大便酸臭，嗳气恶食，烦不安眠，口干作渴"。然积有虚实，虚则浑身微热，不思饮食，昏昧神缓，抱起如睡；实则身热粪闭，囟肿喉塞，壅盛涎鸣，热毒发疮。

积滞之治，须酌量虚实，实者以消导为先，虚者则消补并用。

伤乳食：指婴幼儿哺乳失宜，饮食失节，乳食停滞而致的吐泻。吐泻之物多酸馊，且伴腹痛，面黄带热，不喜饮食等症。常为积滞的先期表现。治宜化乳消食为主，可用胃苓丸研碎，煨生姜煎汤调服。

乳积：亦称乳滞、乳不消。由哺乳失宜，脾胃不和，停滞不化所致。《医宗金鉴·幼科心法要诀》："若父母过爱，乳食无度，则宿滞不消而病成矣。"症见不欲吮乳，呕吐乳片，气味酸秽，腹部胀满，便秘或下利酸臭，粪色绿或挟有乳片，不时啼哭，睡卧不安，舌苔多白腻而厚，指纹紫滞。治宜消乳导滞，行气调中为主，用消乳丸加减。其化热者，则身有微热，口热作渴，面色黄滞微红，舌苔粘腻黄浊，脉象滑数，指纹色紫，可于上方加黄连；腹痛夜啼甚者加木香；腹泻者加炒黄连、鸡内金；便结者加枳壳。

食积：又称食滞、宿食不消。乃因饮食不节，损伤脾胃，或由脏气虚弱，寒气客于脾胃之间，使之运化失职，升降失调，日久而成。《活幼心书》卷中："过餐生冷坚硬之物，脾胃不能克化，积停中脘，外为风寒所袭，或因吃卧失盖……此为陈积所伤。"症见呕吐酸馊食物残渣，脘腹胀痛拒按，恶食，嗳气或矢气频作，大便臭秽，烦不安寐，伴有低热，或掌心烫手，面色青黄，苔黄厚腻，脉象弦滑，指纹紫滞。治宜消食导滞为主，先用保和丸或木香大安丸消之。若消之不去，仍感腹痛腹胀，嗳气恶食，苔腻口臭，则可施攻积之法，用五疳消积丸、枳实导滞丸、木香槟榔丸。积滞已去，改用助脾和胃之剂调理，如香砂六君子汤。若食积因脾虚不能健运者，症见面黄肌瘦，便泄，腹痛不拒按，即不能攻伐，宜先补后消，如先服异功散，后用枳实导滞丸；或消补并行，如枳术丸；寒甚者，用理中丸。食积凝结肠胃，腹部触之有块状物者名食积成块，并见腹痛拒按，口臭，舌苔干燥。治宜攻下积块，用大承气汤加减。因食积而引起的盗汗名食积盗汗，《幼幼集成》谓为"脾冷所致"。治宜健脾敛汗，用益黄散。亦有食积郁久，化热伤阴而盗汗者，治宜健脾消积，养阴止汗，用大安丸加牡蛎、鳖甲、胡黄连。食积而兼寒热的证候，称为食积寒热或食积冷热。若食在胃之上口者吐之；胃之下口者消之；腹痛痞胀，按之益痛者下之；下后仍痛，按之则止者补之；夹食伤寒者先散之，用参苏饮；热甚便秘者先利之，用大柴胡汤。因食积而致泻痢名为食积痢。《活幼心书》卷中："有食饱伤脾，脾气稍虚，物难消化，留而成积，积败为痢，腹肚微痛。先调胃气，次理积，却止痢，则病根自除。"可先用异功散理虚养胃；三棱散加减以助脾化积；再用沉香槟榔丸、守中汤以进食止痢。

惊积：即指小儿受惊后，复为乳食痰热所伤而成的积滞。以时时泄下清水如生草汁，烦闷啾唧，常似生嗔为特征。小儿"肝常有余，脾常不足"。受惊则肝先受病，肝盛脾虚则下泄青绿。治宜健脾平肝，可选用异功散、大安丸、枳术丸加柴胡、白芍、鸡内金之类。小儿饮食不节，积食化热，热极生风，症见腹胀肠鸣，低烧潮热，午后夜间为甚，睡眠不安，烦躁易惊，甚则手足抽搐，大便干燥秘结，或稀稠酸臭，亦名惊积。治宜调理肝脾，清热和胃。可用保和丸加白术及清热和胃丸加减。

气积：指肝脾之气积滞不调，营卫不和所致之证，其候面色黄白，不欲进食，腹痛，啼叫，痢如蟹渤。治宜疏肝去积。用四逆散加鸡内金、青皮、厚朴之类。

虫积：指腹内虫积的证候。由饮食不洁，生虫成积所致。症见面黄肌瘦，时吐苦水清水，腹部膨大，脘腹剧痛，痛处或在脐周，时痛时止，或有积块可以触及。治宜驱虫消积。选用化虫丸、使君子散、乌梅丸加减。（见"小儿诸虫"条）

虚中积：指脾胃虚弱而挟有积滞，系脾胃素虚或吐泻，大病及攻下之后损伤脾胃，加之乳食不节而形成。症见浑身微热，不思饮食，昏昧神疲，肚热足冷等。治宜补脾消积。用参苓白术散加消导之药。虚中积而兼下痢，里急后重，日夜无度，腹痛而软，喜按，称为虚积痢。治宜健脾益胃。用大安丸合香连丸。

疳病

小儿脾胃虚损，运化失常，脏腑失养，气液干涸，形体羸瘦的一类疾病，谓之疳病。简称疳，又名疳证、疳候、疳疾、疳痨。疳证既概括儿科多种慢性疾患，也是多种病证变化的转归。临床以面黄肌瘦，毛发焦枯，肚大青筋，精神委靡，饮食异常等为特征。《仁斋直指方》："疳之为候，头皮光急，毛发焦稀，腮缩鼻干，口馋唇白，两眼昏烂，揉鼻挦眉，脊耸体黄，斗牙咬甲，焦渴自汗，尿白泻酸，肚腹胀鸣，癖结潮热，酷嗜瓜果咸酸、炭末、泥土，而欲饮水者，皆其候也。""疳"的涵义，一说为恣食肥甘，损伤脾胃，日久成疳。《医学正传》卷八："盖其病因肥甘所致，故命名曰疳。"一说为气液干涸。《保婴撮要》："盖疳者干也，因脾胃津液干涸而患。"前者着重言其病因，后者着重言其病机。

"疳",最早记载于《颅囟经》。其后《诸病源候论·疳䘌疾》:"虫动则侵食成疳"。《小儿药证直诀》:"疳皆脾胃病,亡津液之所作。"《证治准绳·幼科》卷八:"疳因积成","疳之为病,皆虚使然"。对疳证的发病学说有所发展。清代吴谦、陈复正全面总结了历代医家对疳证的认识,使之更臻完善。

由于疳证的范围很广,病因复杂,症状不一,病情多变,兼证亦多,历代医家命名不一。有按五脏命名者,如肝疳、心疳、脾疳、肺疳、肾疳;有从病因病机命名者,如热疳、冷疳、冷热疳、哺乳疳、蛔疳、甘疳、干疳、无辜疳、食疳、惊疳、蛲疳等;有以患病部位命名者,如外疳、内疳、口疳、走马疳、漏疳、眼疳、鼻疳、牙疳、脑疳、脊疳等;有按病情之轻重而命名者,如疳气、疳虚、疳积、疳极、白疳、黑疳、赤疳等;有以一个单独的证候命名者,如疳痢、疳泻、疳肿胀、疳渴、疳嗽、疳痨、疳水、疳积吐、疳疮、疳湿、疳痞、疳黄等;有依疾病的形象命名者,如哺露疳、丁奚疳等。此外,前人有"15岁以上为痨,15岁以下为疳"的说法。二证虽同属气血亏损,干枯羸瘦疾患,某些证候又相近似,但它们的病因病机不同,疳证初起先犯脾胃,痨证则先伤肺肾。《小儿卫生总微论方》卷十二:"大人痨者,因肾脏虚损,精髓衰枯;小儿疳者,因脾脏虚损,津液消亡。"因此,二证各异,并非是说:疳即是痨,痨便是疳。

病因病机 疳皆脾胃病,总的病机是热、积、虫交集于中,劫夺津液,脾胃受伤,水谷精微输布失常,以致脏腑百骸失却濡养,正如张元素所说:"小儿易为虚实,致令胃虚而亡津液,内发虚热,外消肌肉。一脏虚则诸脏皆弱。"所以,疳证的发病主要是因饮食不节,积滞伤脾,积滞郁结,久而生热,热灼津伤,因而脏腑、肌肉、筋骨、皮毛等无以濡养,渐致形体羸瘦,终成疳证。有"积是疳之母"、"无积不成疳"之说。其次是喂养不当,营养失调。若因母乳不足,或断乳过早,或喂养失宜,致使脾胃功能失调,水谷精微生化无源,气血虚衰,形体失养,诸脏皆损,则成疳证。《证治准绳·幼科》卷八:"婴幼阙乳,粥饭太早,耗伤形气,则疳之根生。"第三是小儿罹患各种疾病之后,失于调理,或因误治,津气日消,而致疳证发生。《小儿卫生总微论方》卷十二:"凡小儿疳疾,多是下药所坏。小儿脏腑嫩软,易虚易实,一切于诸病误行转下,致脾胃虚弱,津液内耗,皆能成疳……又如吐泻病久,津液耗亡,亦能成疳。"第四诸虫为患。《诸病源候论》:"人有嗜甘味多,而动肠胃间诸虫,致令侵食腑脏","虫动则侵食成疳。"脾胃为后天之本,气血生化之源,脾为中土,执中央以运四旁;脾胃受损,津液伤亡,气血虚衰,诸脏失养,则各种证候随之发生。故《活幼心书》卷中云:"大抵疳之为病,皆因过餐饮食,于脾家一脏有积不治,传之余脏而成五疳之疾。若脾家病去,则余脏皆安,苟失其治,日久必有传变。"以上说明疳证的发病不离乎脾胃,又不止于脾胃。

辨证论治 有以下几方面:

方药治疗 疳疾辨证论治当以五疳为重点。《保婴撮要》:"五脏之疳不同,各当分辨,其证虽多,要不出于五脏治法。"《证治准绳·幼科》卷八更明确地指出:"治疳之法,量候轻重,理其脏腑,和其中脘,顺其三焦,使胃气温而纳食,益脾元壮以消化,则脏腑自然调贴,令气脉与血脉相参,壮筋力与骨力俱健,神清气爽,疳消虫化,渐次安愈。"可见顾护脾胃尤为疳证的治本之法。然初起病在积滞,多属实证。治宜先去其积,积去之后,再用调补。若体质变虚,积滞未化,出现虚实夹杂之证。治宜攻补兼施。若至病势笃重,出现纯虚症状时,先宜补益,再商后治。总之,或攻中寓补,或补中寓攻,或先攻后补,或先补后攻,灵活运用,随证施治。

(1) 疳气:疳病初期的见证,常由积滞、厌食或病后调理失宜演变而成。病机为脾胃不和,气机失调,健运障碍。其症肌体消瘦,面色少华,毛发稍稀不泽,精神委靡,纳谷不佳,食后脘腹胀满,大便干稀不调,气味酸臭;或能食善饥,大便量多,夹有未消化食物,舌淡苔薄白或微黄,指纹色淡。治宜健脾和胃,益气以强健运之机,用资生健脾丸加减。

(2) 疳积:因疳气进一步发展,或食滞、虫积壅塞肠道,阻滞气机,耗气伤津而成。除具有疳气见证外,多有形体羸瘦,胁下痞块,腹壁青筋显露,出现腹大颈细肢细的典型体征。治当消积理脾,清疳化气,用消疳理脾汤。肌肤枯燥、唇舌干红者,加石斛、麦冬、沙参、生地养阴生津。

(3) 干疳:为疳病晚期见证。多因疳病迁延日久,或先天禀赋怯弱,后天调养失宜;或慢性泄泻、痢疾久延失治,乃至津液干涸,阴阳气血俱衰。其症全身极度消瘦,发稀毛焦,皮肤干瘪起皱,大肉俱脱,唇口焦燥,齿舌无津,精神委靡,腹凹如舟,啼哭无力,表情呆滞,目光无神,睡时睛露,乳食不思,大便稀溏或便秘,常伴有微热,甚则四肢厥冷,脉微欲绝,呈现全身衰竭,阴阳将亡之候。治当以健脾开胃,补气益血为原则。但是,干疳至此,胃气杳然。人以胃气为本,在治疗中要顾护胃气,诱发食欲,使胃气复振,方有生机。用八珍汤加神曲、麦芽、谷芽、陈皮,以和中健胃,鼓舞精微化生气血,游溢周身。如面白光肢凉,便溏完谷不化者,去熟地、白芍加炮姜、附片温补脾肾。或参附龙牡救逆汤回阳固脱。

(4) 五脏疳:包括①脾疳:又名肥疳、食疳。症见面黄肌瘦,时发潮热,困倦嗜卧,心下痞硬,乳食懒进,嗜食泥土,肚大坚硬,腹痛下蛔,头大颈细,发稀作穗,时或吐泻,口干烦渴,大便腥粘,尿如米泔。治宜去积化疳为主,方用消疳理脾汤、肥儿丸。②心疳:又名惊疳。症见惊悸不安,浑身壮热,颊赤唇红,胸膈烦闷,口舌生疮,盗汗烦渴,咬牙弄舌,睡喜伏卧,懒食干瘦,或吐或利,小便赤涩。治宜泻心清热为主,热甚者可用泻心导赤汤;热甚兼惊者用珍珠散,病久心虚者用茯神汤。③肺疳:又名气疳。症见肌肤干燥,毛发焦枯,面色白光白,咳嗽气喘,憎寒发热,咽喉不利,常流清涕。热盛者,先以生地清肺饮疏解,继

用甘露饮清泻肺热;日久肺虚,宜用补肺散以益肺生津。④肝疳:又名筋疳、风疳。症见头发竖立,面目爪甲色青,眼多眵泪,隐涩难睁,摇头揉目,腹大青筋,身体羸瘦,燥渴烦急,粪青如苔。治宜平肝清热,用柴胡清肝散。⑤肾疳:又名骨疳、急疳。症见面色黧黑,耳焦脑热,齿龈出血,足冷如冰,肌骨消瘦,腹痛泄泻,寒热时作,啼哭不已。治宜滋阴、解毒、消疳。先用金蟾丸去积化虫,继用六味地黄丸滋阴补肾。

疳病兼证:①疳泻:积热伤脾,升降失调,水谷不分而致频频作泻。初宜清热渗湿,用清热和中汤;久泻不愈,宜健脾补虚,用参苓白术散。②疳痢:湿热积滞,蕴遏肠胃而致下痢赤白,腹痛,里急后重。治宜清热导滞,用香连导滞汤,久不止者,用木香丸。③疳肿胀:由于肺气不宣,及脾运不健所致。如见气逆喘咳,胸膈痞闷,肚腹肿胀,应宜肺祛湿,用御苑匀气散;如肾气不足,不能制水,而见头面、四肢浮肿,当利水和脾,用五苓散、五皮饮加减。④疳渴:嗜食肥甘,积滞生热,煎耗胃津而致大渴引饮,心神烦热之证。治宜清热和胃,益气生津,用清热甘露饮加减,或生脉散加味。⑤疳热:指疳疾患儿的发热。诸疳皆有不同程度的发热,或高或低,或久或暂,或朝热暮凉,或夜热昼凉,或寒热往来,成长期潮热,或头热身不热,或五心潮热等。症状不同,治亦各异。应根据主证,以求其本,分别其表里虚实为治(见"小儿诸热"条)。⑥疳嗽:因疳疾而引起的咳嗽。多为疳热损伤肺气所致。伴有咯痰,胸闷气急,消瘦盗汗,五心烦热等。治宜利肺除疳,豁痰止咳,用泻白散加减。⑦疳黄:由疳疾而致中焦湿热郁蒸,脾失运化所引起;亦有疳疾日久而致血虚黄肿者。其症身黄浮肿,状似黄疸,但目不黄,并兼有疲倦少神,时吐清水,毛发皆直,嗜异等。治宜健脾除疳,先服胃苓汤,继用香砂六君子汤理虚和胃。⑧蛔疳:过食生冷肥甘,蕴生湿热,湿热生虫而致。症见腹胀青筋,腹中扰痛,烦躁多啼,口溢清涎,贪食易饥等。治宜先去积化虫,用使君子散、化虫丸;继宜调理脾胃,用肥儿丸。

针灸治疗　先针刺中脘、气海、足三里、三阴交等,平补平泄,不留针。治疗4—5日后,如效果不显,可配合脾俞、胃俞、肾俞、三焦俞等穴,以调补脾胃。如兼潮热加大椎,兼痞块加痞根,实证泻内庭,虚证补关元。亦可配合针刺四缝,挤出黄色液体。

推拿疗法　(1)取穴及手法:推三关,退六腑,分阴阳,推脾土,有健脾之功。运土入水,揉太溪,揉阴陵泉、足三里、胃俞、脾俞,揉腹、摩脐,为消补兼施。腹胀肠鸣,便溏加运五经,推大肠,揉大肠俞;发热,加推天河水;潮热,加揉外劳宫;多汗,配揉阴郄;尿少,推肾水;小便赤涩,掐揉后豁。

(2)捏脊法:部位从长强穴直至大椎穴,以两手示指横压在长强穴部向上推,同时以两手拇指与示指合捏,将皮肤脂肪层捏起,交替向上推捏至大椎穴为1次,连续推捏6次。在推捏第五六次时,于腰椎和胸部用力将肌肉提起,每次约提七八下,捏完第六次后再以两拇指从命门向肾俞左右推压数下。捏推后不得立即用手抚摩背部。每日1次,连续6日为1疗程。有背部皮肤感染或出血者勿用此法。

小儿奶癖

临床表现以痞块生于两胁,坚硬成块,时叫疼痛为特征的称奶癖,又名癖疾,简称癖。《证治准绳·幼科》谓癖"在左胁下痛者,名痃气;在右胁下痛者,名癖气。"癖疾的发生,前人认为婴儿始生,禀赋未完,失于襁褓之不谨,乳哺之不节,外为六淫侵袭,内因五脏气虚,冷积久停于脾,不能克化,结成癖块。《医宗金鉴·幼科心法要诀》谓癖"皆因饮食过节,肠胃填满,汁外溢,复感寒气凝结而成"。然小儿脾胃本自柔弱,脏腑尚且娇嫩,食之过多,损伤脾胃,脾胃既伤,则不能消化水谷,水谷不化则停滞而发热,发热既久则耗伤元气,元气虚不能运动其血,血遂不行而停滞不散,留于胁肋之间,结成血块。但其成因与水饮停滞有着密切的关系。《婴童百问》卷五:"小儿脏腑和平,营卫调畅,则津液自然流通,纵使多饮水浆,不能为病,惟乳哺失调,三焦关隔,以致水饮停滞,肠胃不能宣通,如冷气搏之,则结聚而成癖。"如不早治,则损伤脾胃,耗竭元气,诸病丛生,肌体羸瘦而成疳疾。其证有①寒癖:小儿稚阳易衰,水饮停滞胁下,与寒气相搏。其证遇寒即痛,畏冷、脉弦。治宜温经镇痛,用五苓散加木香、小茴、乌药。②饮癖:由饮水过多,聚于胁下而不散,遇冷气相触,聚于胁下而作痛,《诊病奇侅》云:"按中脘虽痞硬而不如石者,饮癖也。"其证胁下多伴有水音。治宜宽中降逆,健胃涤饮,用平胃散合五苓散加减。儿体尚实,聚饮甚多,伴有气急者,可用控涎丹,以温化涤饮。③痰癖:《千金要方》:小儿"乳哺不进者,腹中皆有痰癖也。"多因饮水未散,与寒热之气相搏,沉滞成痰,痰浊流移于胁肋之间,搏于气血,以致气滞血瘀,因而作痛。治宜豁痰消癖,利气活血。用二陈汤加香附、延胡索、山棱、莪术。④食癖:乳食停滞,结于肠胃,久而成癖。其症午后潮热,嗳腐吐酸,腹大筋青,渐至坚硬成块,不时作痛。治宜消癖导滞,用《千金》消癖丸加减。⑤乳癖:又名乳痫癖。《儒门事亲》:"小儿身瘦肌热,面黄腹大,或吐泻,腹有青筋,两胁结梗如碗之状,名乳痫癖,俗呼曰奶脾是也。"为乳食伤于肠胃,其症伴有喜食泥土,揉鼻窍,头发作穗,乳瓣不化,皆因饮食太饱、奉养过度所致。以丁香化癖散、牛黄通膈散、甘露散、益黄散等以磨之。如乳癖潮热、手足心热、面色萎黄者,用小柴胡汤合平胃散加当归、赤芍药、牡丹皮。乳痞结块,久不消化,用消乳丸加鸡内金。此外,癖气腹痛,兼有便秘者,宜利气通结,用小承气汤加沉香、香附。癖气羸瘦,神疲乏气者,治宜先调补气血,用异功散合当归补血汤;继服《千金》消癖丸。癖气黄瘦,或伴有寒热者为疳癖。治宜益气消癖,用异功散加鳖甲、牡蛎、

茵陈蒿、赤芍药、当归、桃仁、柴胡之类。凡癖疾日久，饮食减少，脾气必虚，久而不愈，必先以调护脾胃之气为主，以期养正则积自除。若欲直攻其癖，不惟不能致消，抑益损其中气，中气益亏，必然变证百出，治者审之。

总之，癖疾的治疗应据病程长短，邪正盛衰，审其虚实主次而论治。《幼幼集成》卷四谓癖积"根深蒂固"，"留于皮里膜外，所以不易治"。"惟当以渐消磨，求法治之，幸毋孟浪欲速，妄行攻击，徒使胃气受伤，而积仍未及，以速其危也"。《幼科类萃》卷十九："小儿奶癖，目不明者，灸肩中俞二穴，各一壮。取法在肩内臁去脊二寸，陷中是穴。"

小儿惊风

惊风即惊厥。是临床具有频繁抽痉伴有意识不清，乃小儿最常见危急证候之一。多见于1—5岁的幼儿。

惊风，一般分为急惊风和慢惊风两类。其病来急暴，实象毕具，属阳属热者，称之为急惊风；病来缓慢，虚证明显，属阴属寒者，称之为慢惊风。若慢惊风进一步发展，出现阳气衰败，纯阴无阳者，则谓之慢脾风，是慢惊风中的危重证候。

古代医家有与"惊痫"混称者。《诸病源候论·小儿杂病诸候》："小儿惊者，由血气不和，热实在内，心神不定，所以发惊，甚者掣缩，变成痫"。宋代王怀隐《太平圣惠方》卷八十五最先记载了"治小儿急惊风诸方与治小儿慢惊风诸方"。并说："小儿慢惊风者，由乳哺不调，脏腑壅滞，内有积热，为风邪所伤，入舍于心之所致也。"钱乙《小儿药证直诀》卷五概括了急、慢惊风病因证治。指出："小儿急惊者，本因热生于心，身热面赤引饮，口中气热，大小便黄赤，剧则搐也。盖热甚则风生，风属肝，此阳盛阴虚也。"又说慢惊系"因病后或吐泻，脾胃虚损，遍身冷，口鼻气出亦冷，手足时瘈疭昏睡，睡露睛，此无阳也。"同时强调："急惊合凉泻，慢惊合温补"；"小儿惊搐，因伤风后得之，口中气出热，呵欠烦闷，手足动摇，当发散"等。元代曾世荣《活幼口议》卷十一："小儿有热，热盛生痰，痰盛生惊，惊盛作风，风盛发搐，又盛牙关紧急，又盛反张上窜，痰涎壅，牙关紧，风热极闭经络，即作搐搦。"并曰："四证之中而作八候。八候者，一搐、二搦、三掣、四颤、五反、六引、七窜、八视。"喻嘉言指出小儿体脆神怯，不耐外感壮热，多成痉病，后世多以惊风立名，有四证八候之说，实则指痉病之头摇手动者，为惊风之抽掣；指痉病之卒口噤、脚挛急者，为惊风搐搦；指痉病之背反张者，为惊风之角弓反张。《幼幼集成》论"惊风辟妄"、"新立误搐、类搐、非搐分门别证"时，将柔痉、刚痉出现的抽搐列为类搐，将暑、疟、咳、疮痈、痘疹、霍乱等引起的抽搐称为类搐；将慢惊、慢脾风则称为非搐。但是陆九芝《世补斋医书·小儿惊风说》认为"误搐、类搐、非搐，言亦似是而非"。并提出"所谓急惊风者，病之热，病之实也。"慢惊风者，病之寒，病之虚也"。吴鞠通、吴锡璜等也有把惊、痉通用者。《温病条辨·解儿难》指出小儿痉病瘈病九大纲要，分寒痉、风温痉、温热痉、暑痉、湿痉、燥痉、内伤饮食痉、客忤痉、本脏自病痉。详述致痉之因，治病必求其本，强调治其本致痉之因，不能见痉治痉。

病因病机　急惊风的病因，主要是外感六淫与疫疠之邪。小儿脏腑脆弱，外邪侵入，易于传变，蕴而化热，热盛生痰，热极生风。盖小儿阳旺内热，内热则生风，是"内出之风"，非外来之风。尤其是夏秋之季，暑气熏灼，小儿元气薄弱，稚阴未足，易受暑热侵犯，火盛炼液为痰。痰动风生，最易出现"痰迷心窍"的风痰挟热内闭危象。故急惊风的主要病机是热、痰、惊、风，且互相影响，互为因果，其病变主要在于心肝两经兼及于肺。《幼科发挥》卷一："急惊风者，肝风甚而心火从之。"此外，亦有因乳食不洁，郁滞中焦，气机逆乱，升降失常，导致清浊混淆，肝失调达，郁极而成惊搐者。

慢惊风可因急惊转变而成，亦可因大吐大泻，脾胃受损，肝木侮土，脾虚生风所致。若脾虚及肾，脾肾阳虚，则成"纯阴无阳"而发慢脾风之危象。

更有由于急惊邪恋不解，小儿元气大伤，余邪久羁，邪入于络，以致心火、肝风余焰未熄，脾虚聚液为痰，临床可见《医宗金鉴·幼科心法要诀》所说的"夹热夹痰慢惊"。

辨证论治　有以下几方面：

方药治疗　由于惊风的主要病机为风火相煽，痰热相蒸，病至后期，伤元耗液，在所难免。故急惊重在镇惊熄风，豁痰清热。但得火风痰热衰其大半，即当及时调补气血，以防虚败。《保婴撮要》："此肝经血虚，火动生风。盖风生则阴血愈散，阴火愈炽；火动则肺金愈亏，肝邪愈盛。宜滋肝血，养脾气。若屡服祛风化痰，泻火辛散之剂，便宜认作脾虚血损，急补脾土。若风火相搏，发热抽搐，目瞤筋挛，痰盛者，用四物钩藤饮，以生肝血清肝火，用四君子加当归以补脾土生肺金。若肝经血燥发热，抽搐目瞤，筋挛痰盛者，用六味丸以滋肾水，四君子加芍药以补脾土。若肺金克肝木，用地黄丸以益肝血，加芍药、木香以平肺金。若屡用凉药而脾胃虚寒者，须用六君子汤以补脾土，丁香、木香以培阳气。若脾土虚寒，肾水反来侮土，而致中寒腹痛、吐呕、食少等症者，用益黄散以培脾土而泻水。庶几不致慢惊矣。"至于慢惊的治法，《小儿药证直诀》谓小儿慢惊为"脾虚生风"无阳之证。《景岳全书》："小儿慢惊之病，总属脾肾虚寒之证。"《温病条辨》卷六："久病而痉者，非伤脾阳，肝木来乘；即伤胃汁肝阴，肝风鸱张。"故重在肝脾肾同治。主以温补滋柔，有温中健脾、育阴潜阳等法。

(1) 急惊风：急惊风虽来势急暴，但在惊厥发作之前，一般都有呕吐、发热、烦躁不宁、睡卧惊惕，或摇头弄舌，咬牙齘齿，时发惊啼等先兆症状。不过为时短暂，常不易察觉。急惊风的主要症状是高热持续，神志昏迷，两目窜视，牙关紧闭，颈项强直，四肢抽搐等。热、痰、风、惊四证，为急惊风的特征。由于发生急惊风的原因不同，小

儿体质禀赋各异，以及受邪浅深不一，其临床症状亦不尽一致。如①外感惊风：系外感时邪，化热，化火，热陷心包，引动肝风所致。其特征为起病暴急，初起常兼有表证。如感受风温，症见发热，头项强痛，咳嗽，流涕，咽红，神昏，惊厥，舌质红，苔薄黄，脉浮数等。治宜疏风清热，开窍镇痉。用银翘散加桑枝、钩藤、僵蚕、羚羊角、蝉蜕等。病重者可合用安宫牛黄丸或紫雪丹。如感受暑邪，症见壮热，无汗或有汗、头痛项强、恶心呕吐，神昏惊厥，舌苔腻而黄，脉象浮数或滑数等。治宜祛暑清热，开窍镇惊。用新加香薷饮加大青叶、钩藤、僵蚕、羚羊角等。如暑邪挟湿较重，嗜睡昏迷，大便溏薄，舌苔白腻者，加藿香、佩兰、苡仁、蔻仁、茯苓等，以和中化湿，或加至宝丹开窍镇惊。如感受疫疠之邪，证情较为凶险。若热入气营者，症见高热、烦躁、谵妄、神昏、惊厥、苔黄燥，舌质红绛，脉象洪数或弦数等。治宜清热解毒、平肝熄风。用清瘟败毒饮合紫雪丹或安宫牛黄丸。有呕吐者，加玉枢丹；腹胀便秘者，可酌用调胃承气汤；神志昏迷，喉间痰鸣，痰热壅盛，舌苔黄腻者，加菖蒲、郁金、竹沥、半夏、陈皮、茯苓等。并可合用小儿回春丹或至宝丹；见内闭外脱，高热，肢厥，大汗淋漓，面皖，脉微者，急用参附龙骨牡蛎汤以回阳救逆兼镇痉。若热陷心营者，症见神志昏迷，胸腹灼热而四肢厥冷，手足瘈疭，舌质红绛，脉象弦细而数等。治宜清心开窍，平肝熄风。方用清营汤加羚羊角、钩藤、全蝎、丹皮或加用紫雪丹、安宫牛黄丸。②痰湿惊风：小儿肝常有余，脾常不足，脾虚易生痰湿，或饮食不节，或误食污染毒邪之食物，均可导致痰湿、食积，郁滞肠胃、壅塞不消，气机失于调达。同时，痰、食郁滞，又易化火化热，痰湿蒙蔽心包，引动肝风，产生惊风证。如湿热蕴结，症见高热、烦躁、神昏、惊厥、腹胀、腹痛、大便稀泻腥臭或夹脓血，舌苔黄薄，舌质偏红，脉滑数等。治宜清热化湿，解毒熄风。方用黄连解毒汤或十味导赤散加减以清热，用钩藤散、全蝎散以熄风；另服玉枢丹或安宫牛黄丸等。如出现内闭外脱之证，治法见外感惊风。如痰湿内阻，症见发热、纳呆、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、便秘、神昏、惊厥、喉中痰鸣，舌苔垢腻而黄、脉象弦滑而数。治宜消食导滞化痰为主，佐以镇痉熄风。用玉枢丹合保和丸以辟秽消导，或加小儿回春丹以镇痉熄风，痰多者加礞石滚痰丸以化痰通腑。③惊恐惊风：小儿神气怯弱，元气未充，或素蕴风痰，偶受外界强烈刺激，如乍见异物，乍闻异声，或不慎跌倒等，暴受惊恐，"惊则气乱"、"恐则气下"、气血阴阳发生紊乱，则心肝两脏受病，惊风由生。症见不发热或发热不高，四肢不温，不能安眠，或昏睡不醒，醒则时时啼哭，或手足搐搦，山根色青，周身出汗，舌苔一般如常，脉象多细数，指纹青紫。治宜安神镇惊，用远志丸或已风丹合钩藤散以助镇痉。

（2）慢惊风：多因脾虚肝旺而生风；或热病后期，气阴耗伤，肝肾两亏，筋脉失养，虚风内动所致。若慢惊风出现脾肾阳气衰败之危重证候，则属慢脾风之证。慢惊风的病变主要在脾、肾、肝三脏。症见形神疲惫，嗜睡或昏迷，面色苍白或萎黄，体温低下，四肢厥冷或手足心热，呼吸微弱，囟门低陷，摇头拭目，似搐非搐，手足蠕动或瘈疭，脉象沉细无力等。因其成因不同，故临床证候亦不相同。①脾虚慢惊：凡因长期呕吐、腹泻，或攻伐太过，或患急惊风经治未愈，伤及脾阳，或胎孕时禀赋不足，脾阳素亏，皆可导致脾虚肝旺而生风。症见神志不清，嗜睡露睛，面色萎黄，大便清稀，四肢不温，颜面及足背常见浮肿，时或抽搐，舌淡苔白，脉象濡细。治宜温中健脾为主。用理中汤加减。如仍有抽搐，时发时止者，可加钩藤、天麻、白芍，以平肝熄风。②阳衰慢惊：多由大病久病之后，阳气衰微。症见精神极度萎软，面色皖白，额出冷汗，四肢厥冷，昏睡不醒，手足蠕动震颤，大便澄清，舌质淡，苔薄白，脉象沉细或沉微。治宜温补脾胃，回阳救逆。用固真汤加龙骨、牡蛎，以固其脱。③阴虚慢惊：系热病后期，或急惊风经治未愈，气阴耗伤，肝肾两亏，筋脉失养，虚风内动所致。症见虚烦疲惫，面色皖白，时有潮红，易汗出，抽搐时轻时重，肢体微呈拘挛或强直，手足心热，大便或稀或干，小便时黄时清，舌光无苔，质淡而干，脉细小而数。治宜益气育阴，平肝熄风。方用大定风珠加黄芪、党参、白术、淮山药等。如抽搐不止者，还可加全蝎、地龙、蜈蚣、天麻等，以搜风止痉。

（3）慢脾风：《仁斋直指方》："慢脾风之候，面青额汗，舌卷头低，眼合不开，困睡中摇头吐舌，频呕腥臭，禁口咬牙，手足微搐而不收，或身冷，或身热而四肢厥冷，其脉沉微，阴气极盛，胃气极虚，十救一二。"盖由慢惊之后，吐泻损脾，病传已极，虚处惟脾所受，故曰慢脾。若逐风则无风可逐；若疗惊则无惊可疗，但脾间涎痰，虚热往来。其眼合者，脾困气乏，神志昏迷，是为痰涎壅滞所致。然慢脾一名"虚风"。凡小儿吐泻之后，面色虚黄，大热虚损，若因虚而发热，继之可得"慢惊脾风"之疾。可见摇头斜视，以手摸人，昏困喜睡，额上汗出，身亦粘汗，其声渐小而焦，即是脾风之候，并非均由慢惊传次而或。治法大要以温中回阳为主，如参附汤、理中汤加桂附斟酌而用。胃气渐复，则用异功散温平而调理之。

（4）惊风后余证：惊风除急、慢惊风和慢脾风外，尚有诸多变证、兼证和后遗证。例如：①惊水：即由惊风而致的水肿。《普济方·婴孩诸热疸肿门》："惊水者，前后重叠受凉，致令心火燥盛，饮水过多，停积于脾，其候四肢肿，身上热。"治宜健脾利水，方用五苓散合五皮饮。②惊瘫：因惊风而引起的手足不随或四肢瘫痪。多由风毒流人经络、骨节而成。《证治准绳·幼科》卷二："小儿心惊不常，及遍身肿痛，或手足不随，此为惊之候"，甚则身痛难忍，若治之稍迟，则臂腕膝胫骨之间，流结顽核，或为痈脓，早期宜疏风透毒，方用防风汤；病久宜益精血，补肝肾。《幼科发挥》卷二谓"搐后成瘫痪"者。"肝主筋，肝热则筋弛而长，长则软弱，手足伸而不能屈"，"肝寒则筋缩而短，短则拘挛，手足屈而不能伸"。并宜六味地黄丸主

之,拘挛者加附子、肉桂;软弱者加三妙散、当归、续断。③惊风后痦不能言,亦宜六味地黄丸,加巴戟、远志、石菖蒲。④惊膈嗽:小儿惊风,惊止而咳嗽者为惊膈嗽,多由风热挟痰,壅遏肺气,肺失宣降所致。治宜清肺豁痰,方用泻白散加竹黄、贝母、瓜蒌霜。⑤惊后目动咬牙:《明医杂著》卷五:"惊后目微动及咬牙,固为肝虚,亦虚中有热,虚者血不足,热者气有余,水不足,无以制火而火动故也。但牙床属胃,脾胃虚而有热,亦见微咬,不可专归肝肾,当以补脾为主,加黄连、芍药、川芎,便是泻肝气,补肝血也。"然此证亦有肝热生风,风入于目,目系牵动,则目连劄;热入于目,筋脉拘紧,则目直视。若面赤仰卧,摇头咬牙,则为心热所致。又当别其虚实以辨治。肝实者则用泻青丸;虚则用地黄丸。心实则导赤散;虚则养心汤。若脾胃虚热,补中益气汤和芍药、山栀以实脾土,制肝木;若肝肾虚热,用六味地黄丸以补肾水,生肝木。

针灸治疗　《古今医统》卷八十八:"小儿急惊针小豁",或针神门三分,灸三壮。""小儿慢惊,灸尺泽、印堂三壮"。《小儿惊风秘诀》:"凡小儿惊风,昏迷,搐搦窜视诸病,又头风胀痛。视头额太阳络脉盛处,以灯火蘸麻油点灯焠之。"仰向后者,灯火焠其囟门两眉际之上下。眼翻不下者,焠其脐之上下。不省人事者,焠其手足心、心之上下。凡慢惊、慢脾风病情逆候,诸药不效者,如有太冲脉,则取百会灸之,以救危急。

推拿疗法　急惊:捏人中、老龙、十宣,拿肩井为主。推三关,退六腑,推补肾水,清天河水,清补脾土,清肺经,推五经,猿猴摘果。慢惊:推三关,推补脾经,推补肾水,揉小天心,分手阴阳,掐五指节,运内八卦,赤凤点头,摩腹。此外,清神开窍,捏内劳宫、中冲、合谷、涌泉、太冲、解溪、昆仑。豁痰清热导滞,可取运内八卦,推肺经、推心经,运五经,清天河水,退六腑,分阴阳,掐内庭、解溪、悬钟、三阴交,揉承山、丰隆,揉中脘等。

预防及护理　惊风是小儿危重病证,首先要注意预防,加强身体锻炼,提高抗病能力,避免惊恐,注意饮食营养,及时防治急性热病。

惊厥时,患儿宜平放,头侧卧,解松衣领,并用多层纱布包裹的压舌板放于上下齿间,防止咬伤舌头。保持呼吸道通畅,有条件的给氧,随时吸出痰涎,以防阻塞呼吸道而致窒息。

凡治疗惊风患儿,除汤剂外,尚需加用的安宫牛黄丸、紫雪丹、小儿回春丹等,均需研碎,或磨兑与汤药调匀,点舌,或和汤药鼻饲。

长期卧床的患儿,应注意更换体位,擦澡,使气血流畅,防止冻疮。保持室内安静,密切观察,注意神色、呼吸、脉搏、体温、瞳孔等变化。

小儿中风

小儿中风为风邪袭于经络使筋脉失和而引起的拘挛,缓纵不随,口噤,邪僻等的病证。《小儿卫生总微论方》卷六:"小儿气血柔弱,肌肉脆薄,若寒温失度,则皮肤开而为风邪所中,始著俞穴而行经脉,次随血气而入腑脏,促其所著,即生病焉。"最虚之处便是客邪之处。而风者善行数变,乘着小儿腠理的虚开,侵入气血亏虚之处,着而为病。如手足筋脉气血亏虚,则着而为手足拘挛;半身气血亏虚,则着而为一侧不随之证等。

中风拘挛:风邪乘虚袭于经络,搏于筋脉。其症手足拘挛,不能屈伸,甚或角弓反张,时或厥冷。治宜温经散寒,疏风活络,用小续命汤加减。角弓反张,即颈项背强硬,背伸如弓的症状。可见于各种急性热病及虚羸内热的病儿中。阴阳经络,周环于身,小儿形气未壮,肌肤脆弱,风邪乘虚入于诸阳之经,扰及经输,则腰背反折,挛急如角弓之状。热极反张,热邪侵入经输,其症多伴有高热、烦渴、大汗、脉洪数、指纹色紫。治宜辛凉清热,用白虎汤加全蝎、蜈蚣、葛根,以存津熄风。挟痰加竹沥以镇静豁痰。虚羸反张,多见于热病或痘疹后期。如邪热稽留,消灼津液,筋脉失养。其症儿体羸瘦,少气神疲,睡则露睛,腰脊强硬,反折如弓,毛发干枯,时或目直。治宜滋阴养液,濡润经输,用大定风珠加减。

中风不随:又名偏风,为一侧肢体不能随意运动,又称缓纵不随,半身不遂。《诸病源候论·中风不随候》:"夫风邪中于肢节,经于筋脉,若风挟寒气者,即拘急挛痛;若挟于热,即缓纵不随。"风为阳邪,侵入小儿纯阳之体,两阳相熏灼,尤易化热,热盛鼓动风邪,流连脉络,其症缓纵不随,心烦不睡,小便赤涩,舌质深红。治宜凉血熄风,用四物汤加桑枝、钩藤、鸡血藤、秦艽,以活络舒筋。若风热已除,血瘀阻络,正气伤残而半身不遂者,治宜温运消瘀,用补阳还五汤。

中风口噤:手三阳之筋入结颔颊,足阳明之筋,上挟于口,腠理虚,风寒之邪客于诸阳之筋,筋得寒冷则挛急,机关不利而口噤。宜用天南星去皮脐,研细末。用冰片少许和匀,擦于牙龈之上以开噤,并用蝉蜕、全蝎为末,乳汁调服以疏风。风寒挟痰者,用青州白丸子,以温经豁痰。

中风口喎:小儿中风口喎邪僻,乃风袭于颔颊之筋所致。初生儿出现一侧面部肌肉不能活动,不能闭眼,哭叫时口角牵向对侧,一般多于数星期至数月内恢复正常;仅个别病例呈永久性。由于口喎的发生与足阳明之筋和手三阳之脉的偏急有关,故针灸合谷、曲池配迎香、颊车,左歪针右,右歪针左,可得良效。并可用钩藤饮或天麻丸,以活络祛风。病程较长者,应注意保护眼睛。若系难产婴儿,伴颅囟创伤、严重昏迷、唇指发青、呼吸困难者,预后不良。

小儿体肥

体肥,指身体过度肥胖的病证。婴儿生下肌肉厚者

为胎肥。显著的肥胖不难识别；但不太显著的肥胖则易与胎气充盛而体肥的正常小儿相混淆。多数体肥的小儿每因宠爱过甚，进食肥甘过多，活动过少所致；也有可能与胎气禀受有关；还有因病后邪留经隧，气机运化失常，痰涎浸淫肌腠而成者。肥胖小儿体重虽增，但全身呈松软虚浮状态，故应与水肿相鉴别。

小儿体肥的病机，关键在于脾胃运化功能失调。胃司受纳，脾主消导，一纳一消，运行不息，化生津气，乃传于脏腑，使津气充溢于肌腠，保持肥瘦适中，体质结实。然小儿脾常不足，阳气未盛，过食肥甘，脾阳运化不及，致津气输布异常，停聚而为痰为饮；津气、痰涎停聚肌腠，则表现为虚胖体态。故体肥之儿多痰、多湿、多气虚。气为血帅，气行则血行，气为阳，血为阴，脾属阴主化湿；胃属阳主化火。伤在脾者，阴不能配阳而胃阳独旺，则为湿热，表现为体肥而多食，动则气促。伤在胃者，阳不能配阴而脾阴独滞，则为寒湿，表现为体肥而食滞，易于疲乏，行则少气。气虚营血失于运行，停滞于经脉而为瘀血，瘀血阻络，气液郁结，可令体肥。

肾藏精而主五液，小儿肾常虚，肾气不足则精气敷布失常，影响肌体均衡发育，亦可导致体肥。其证有①痰湿体肥：嗜食甘肥，停滞中宫，脾失健运，水津失运，酿结为痰，浸渍肌腠，体肥腹满。治宜健脾化痰，兼以燥湿，用二陈汤去甘草，加枳术丸、厚朴、大腹皮；兼油腻积滞者加麦芽、神曲、山楂炭。湿胜便溏者合五苓散；兼湿困经络，身重苔腻而尿少者，用防己黄芪汤去甘草，加薏苡仁、佩兰梗，以芳化渗湿而利尿。②气虚体肥：形体虽肥，气化不足，则运动迟缓，体肥色白，按之绵软。脾胃气虚者，则四肢疲乏，虽胖而色皖白。治宜健脾益气，用六君子汤加木香、砂仁、山楂、神曲；食后倦怠，小便频多，为中气下陷，治宜益气升提，用补中益气汤。胃强脾弱，燥化太过，善食而肥，大便干燥而便难者，治宜润燥通便，用麻子仁丸，以滋益脾阴而除胃燥。若肾虚体肥，腰酸脚软，立迟行迟，呆滞软弱者，宜以滋肾补精、充髓益脑为治。③血瘀体肥，多因病后余邪留连脉络，阻滞气机，以致血瘀凝滞。其症体肥易怒，肢端肥大，遇冷易发紫斑。血寒重者，则兼肢冷脉细，面色淡白，口中和而尿多，宜用当归四逆汤，以温经活络；血热重者，则面部常红，心烦舌赤，毛发脱落，宜用通窍活血汤，以活血清营。

小儿羸瘦

小儿身体虚弱消瘦，称为小儿羸瘦。又名虚羸。凡小儿先天禀赋不足，喂养不当，或病后失于调理，气血耗伤，不能营养肌体，即成羸瘦。其主要病机在于脾肾。临床如贫血、营养不良性疾病等，属于虚羸范围。

脾虚羸瘦：《诸病源候论·羸瘦候》："夫羸瘦不生肌肤，皆为脾胃不和，不能饮食，故血气衰弱，不能荣于肌肤。"《小儿卫生总微论方》卷十四："小儿虚羸者，由诸病之后，或误行转药，或吐或利，致脾胃虚弱，不能传化谷气，饮食不入，肌肤消瘦，乃成虚羸也。"小儿脾胃嫩弱，易虚易实，如喂养不当，乳食停滞，损伤脾胃，以致食欲不佳，甚者不能进食，影响气血生化，肌肤失于营养，渐至羸瘦。治宜补益脾胃，用参苓白术散或小儿健脾丸，并注意调节饮食。

肾虚羸瘦：小儿肾虚由于先天胎元不足，禀赋薄弱或母体妊娠期失于调摄，胎儿营养不良，精血受亏，出生后每形体羸瘦，骨弱痿软。《保婴撮要》："夫肾虚者，由胎气不盛，则神短囟开，目多白睛，面色皖白"，并有智力发育迟钝等。宜用地黄丸加减，以补肾益精。因病致虚者，多与它脏证候并存。例如肺肾气虚，则羸瘦伴有反覆咳嗽、少气、汗多、怕冷、脉弱、舌淡等。治宜补肾益气，用河车大造丸、补中益气汤之类，以益化源。脾肾阳虚，则伴身瘦、神疲、肢冷、便溏、面色皖白、舌淡、脉沉无力等。治宜温补脾肾，用肾气丸，以温化元阳。

血虚羸瘦：小儿血虚羸瘦，多见于失血、虫病，或急性热病之后，由于病邪久稽，伤津耗液，精液其灼，血脉失荣，因致虚羸，精血不充，全身消瘦，面色萎黄，严重者精不充于髓，而见骨痿，腰酸，脚软。治宜填精益髓，补肾以强骨，用补肾地黄丸。若食欲不振，兼见面色萎黄、心悸不宁者，宜健脾益血，用归脾汤加减。

虫积虚羸：小儿因虫积而虚弱者，由于虫踞肠间，郁结为热，热灼于中，耗伤中气，因而嗜异，腹胀，饮食不为肌肤，而使身体羸瘦。常伴有腹胀、腹痛等。治宜先驱虫，再与调理脾胃之剂。驱虫用化虫丸；理脾用异功散加减。

病后虚羸：小儿病后，血气尚虚，脾胃尤弱，不能传化谷气以荣身体，故气力虚羸。有冷者，时时下利，唇口青白。治宜香砂六君子汤；有热者，身热肌肤微黄，宜四君子汤加黄连。

小儿紫癜

紫癜是以皮肤、粘膜、内脏出血为特征的出血性疾病。因常见皮下瘀点、瘀斑，压之不褪色，故名为紫癜。为儿科较常见的病证之一。本证的形成，虽有不同的病因病机，但总不外乎实证和虚证两大类。实证不离血热，治宜清热解毒，凉血止血为主；虚证又分阴虚火旺与气不摄血两种，治宜滋阴降火或补气摄血为法。临床亦有虚实夹杂者，又当虚实兼顾。具体可分为外感风热、血热妄行、阴虚火旺、气不摄血等证。

风热紫癜：由于小儿形体柔弱，脏腑娇嫩，气血未充，经脉未盛，卫外不固，一旦感受风热之邪，与气血相搏，灼伤脉络，血渗于脉外，留于肌肤，则出现紫癜。一般起病较急，紫癜发于四肢，颜色较鲜红，大小形态不一，反覆发作，可有轻微瘙痒，常呈对称性，并可伴有发热，全身不适，关节肿痛，食欲不振，恶心呕吐，腹痛，便血，尿血，舌

红苔薄，脉象浮数，指纹深红显露等症。治宜疏风清热，凉血止血。用连翘败毒散加减。如风热夹湿者，纳呆、呕恶，面部微肿，可酌加清热利湿之品，如赤小豆、薏苡仁、木通、车前子、地肤子等。如关节肿痛较甚者，可加防己、牛膝、茜草、炙乳没等。如便血较甚者，可加地榆炭、槐花、蒲黄炭、侧柏炭等。如尿血较甚者，可加鲜生地、鲜茅根、藕节炭、旱莲草等。

血热紫癜：外感邪热，入于血分或湿热内伏，化火动血，迫血妄行，血不循经，逼于肌表，遂成紫癜。发病多急骤，皮肤瘀点或瘀斑融合成片。血色鲜红或深紫，常伴有壮热，烦渴，鼻衄，齿衄，尿血，便血，小便黄赤，舌质红绛苔黄，脉象滑数，指纹深红或紫黯等症。治宜清热解毒，凉血止血。用犀角地黄汤加味。热毒较甚者可选加银花、连翘、生石膏、知母、黄芩、黄连、黑山栀等药；衄血较甚者，可加鲜茅根、焦山栀、侧柏炭等。

阴虚紫癜：热病后期或久病阴虚，虚火内扰，血随火动，离经妄行，亦可发为紫癜。症见皮肤紫癜，下肢尤甚，时发时止，伴有低热或潮热，手足心热，头晕，耳鸣，颧红，盗汗，咽干口燥，舌质红绛，少苔而干或呈褐色，脉象细数，指纹淡紫或深红等症。治宜滋阴降火，凉血止血。用茜根散或大补阴丸加味。盗汗多者，可加牡蛎、红枣等。低热不退者，可加银柴胡、青蒿、地骨皮、胡黄连等。口干较甚者，可加天冬、麦冬、鲜茅根、石斛等。

气虚紫癜：小儿禀赋不足或后天喂养失调，或因慢性疾患导致心脾气虚，气不摄血，则血溢于脉外而成紫癜。其症皮肤紫癜反覆发作，颜色淡紫，病程较长，可伴有鼻衄、齿衄，头晕目眩，面色无华，神疲乏力，心悸气短，语音低怯，少动懒言，食欲不振，自汗便溏，舌淡脉弱，指纹淡红等。治宜健脾养心，益气摄血。用归脾汤加减。可选加一二味止血药，如艾叶炭、藕节炭、阿胶、血余炭等。

以上四证，必须灵活掌握，注意它们之间的先后转化和虚实错杂情况。如开始为热毒内盛，血热妄行，反覆出血以后，则可导致阴血亏虚，虚火内生，甚至因出血量多，血去气伤而转为气虚不能摄血。故疾病急性期出血属热属实者为多，慢性期出血属气虚、阴虚者为多。本病出血后，又往往导致不同程度的瘀血内阻，需视具体情况，酌加活血化瘀之品。如延胡索、参三七粉、云南白药、炙乳没等，瘀血较重者，也可加桃仁、红花、丹参之类。

婴儿不睡

婴儿睡而易于惊醒，或经常不能入睡，甚至彻夜不眠的病证，谓之不睡。又名不寐，不得卧，不得眠，通常称为失眠。《保婴撮要》："经曰：'阳明胃脉也。胃者六腑之海，其气亦下行，阳明逆不得从其道，故不得卧也'。又曰：'胃不和则卧不安'。夫人生之胃气，昼则行于阳，夜则行于阴，阳主动，阴主静，寤则魂魄志意散于腑脏，发于耳目，动于肢体，而为人身指使之用，寐则神气各归五宫而为默认之妙矣。若脾胃气盛，则脏腑调和，水谷之精各各融化，以为平和之气；若胃气一逆，则气血不得其宜，脏腑不得其所，不寐之证，由此生焉。"故婴儿不睡的病机关键在于脾胃。脾虚不睡，脾经气虚，水谷之精失于融化，神失所养而成不睡。其症多伴有消瘦，肌肤枯涩，乏力神疲，或睡即露睛，梦中惊哭。治宜益气安神，用四君子汤以补益脾气，加酸枣仁、远志、五味子，以敛气宁神。胃逆不睡，胃气宜和宜降，胃失和降，则气血失其所宜而成不睡。因胃热而致者，其症烦渴不眠，口气热，尿黄赤。治宜清胃，用竹叶石膏汤；因伤食而致者，其症嗳腐不眠，或呕吐酸臭，腹胀，便稀，尿多馊腥。治宜消食，用保和丸加减。《幼科铁镜》卷五："婴儿不睡有二：一心虚，一胆虚。睡中不闻人声忽醒而不寐者，此心血不足，宜用人参安神丸；有睡中稍闻人声响动，即惊而不寐者，此胆虚之极，宜用参竹汤。"如婴儿不能熟睡，睡则时作惊动，或从梦中惊哭而醒，为睡中惊动。多由心、肝、肾失调所致。因心主血而藏神，肝藏血与魂，肾主精与恐。小儿脏腑脆弱，易为惊恐，恐则气下，惊则心无所依，神无所归。且人之神气，寐则行于两目，寐则栖于两肾，今心肾既虚，则不能宁摄精神，所以出现睡中惊动。治宜滋养心肾，用生脉散加地黄丸、茯神、琥珀以安神定魄。病后余热未清，致虚烦不眠者，用酸枣仁汤或人参竹叶汤加减，以清热安睡。

小儿昏睡

小儿昏睡，为邪阻清窍，扰及神明的一种症状。其表现为昏昏而睡，呼或推之沉迷不醒。临床据其病因的不同，分暑、湿、寒、热分别施治。伤暑昏睡：多得之于夏季，《幼科全书》谓"其症身热自汗，作渴昏睡，手足俱热，此因天气已热，包裹太厚，重复受其热也。"治宜先用白虎汤调益元散，以解其暑；次服调元生脉散，以益其元气。伤湿昏睡：系湿浊之邪蒙闭清窍，内陷心包。其症昏睡，身热不扬，神识模糊，舌苔白腻，小便黄涩。治宜清热化湿，用菖蒲郁金汤，或甘露消毒饮加减，以芳香化浊而苏神志。温病昏睡：在急性温热病中，病儿昏睡不醒，微露其睛，甚或痉厥、瘈疭，为邪陷心包所致，将欲动风之候。治宜清心开窍，兼以熄风为主，用清宫汤加羚羊角、钩藤、地龙，合安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹之类。虚寒昏睡：多见于大吐大泄的病变中，特征为昏睡露睛。清代余梦塘《保赤存真》："脾胃虚极，眼皮不能紧合，故睡而半开半合。"其症多伴有神疲，倦怠，四肢厥冷等。为脾胃之阳，失去温运所致。治宜振奋中阳，用理中汤或参附汤加减。

客忤

乃小儿受外界异物或异声刺激导致的病证。《诸病源候论》名中客、中人。《备急千金要方》名"少小客忤"。《幼科发挥》卷二："心主惊，心藏神。儿心气怯弱，或闻大

声，见异物异人，未有不动其神也，谓之客忤。"由于小儿神气未定，智慧未充，突见异物，骤闻异声，而引起暴然惊骇，啼哭不止，面色变异，兼之风痰相搏，影响脾胃，致受纳运化失调，引起呕吐痰水，手足瘛疭，即成客忤。其证与惊痫极相类似，客忤虽亦见手足瘛疭，但"眼不上戴，脉不弦急"可与惊痫鉴别。治法，在发作时用搐鼻法、涂囟法(用《幼幼集成》方：伏龙肝、雄黄、麝香为末，枣肉和匀作饼贴囟)；体质虚弱者服安魂汤；若客忤兼见发热，梦中呓语，手足蠕动，《解儿难》名客忤痉，用复脉汤去人参、桂枝、生姜、大枣加丹参、丹皮、犀角，补心之体以配心之用。

小儿前阴病

指前阴局部病证。足少阴肾经之脉，其气通于阴，而肝脉又络于阴器；且前阴者，为宗筋之所聚，足太阴、阳明之所合。故小儿阴病常与肝、肾、宗筋等有关。阴病包括阴肿、偏坠、阴缩、囊痈、肾囊风和独肾。

阴肿：指龟头、阴茎及阴囊肿大。单纯阴囊肿大，称脱囊。《小儿卫生总微论方》卷十七谓"肾经虚而邪气乘之，肾气通于阴，邪搏冲于下，则阴为肿"。然阴器乃诸筋的总会，若风寒湿热之邪与气搏结，气不得通，则结聚而成阴囊肿大或前阴瘙痒。风盛则多痒，湿盛则多坠，热盛则多肿，寒盛则多痛。外阴肤肿，痛痒下坠，为风湿下袭所致。治宜疏风利湿。用四苓散加独活、防风；外用蝉蜕煎水温洗，或用紫苏叶为末，香油调匀涂之。如阴囊肿痛光亮者，此因心火移热于小肠。治宜清热泄火，用导赤散加山栀、橘核、猪苓、车前子、葱、茴香、槟榔以利气消肿。茎肿痛，用黄连、木通煎服。

偏坠：又名差癀。即左或右侧睾丸作肿，多因啼哭躯气不止，或食积不消，食气下行与阴气相搏，结聚不散所成。治宜消积软坚，用金铃子散加昆布、海藻、香附、木通。

膀胱气痛：《幼科铁镜》卷五："婴儿小肠与膀胱气痛，在脐下气海两边，筋肿到肾囊边，痛不可抵。"治用川楝子、橘核、小茴香、荔枝核，俱焙炒为末"，白酒调服，不数服即愈。

胎疝：小儿初生时，即阴囊肿大或仅一侧睾丸肿硬，如偏坠者称为胎疝。可用紫苏为末，香油调匀涂之。

阴缩：指前阴收缩。《张氏医通》卷七："阴缩谓前阴受寒入腹内也。"包括男婴阴茎、阴囊及女婴阴唇内缩。一般多因邪人宗筋及厥阴所致。见"小儿舌病"条舌卷卵缩。

囊痈：又名肾囊痈。为肝肾湿热之邪郁结不散下注肾囊而成。其症初起阴囊红肿，焮热疼痛，身发寒热。治宜解表透邪，用荆防败毒散加减；外用葱、盐熬汤烫之；寒热已退，用龙胆泻肝汤，以清肝泻热。若寒热不退或发热增高，局部肿痛益甚，焮红数日不止，为欲化脓，用托里消毒之剂，如五味消毒饮加青皮、当归、赤芍；外用金黄散，或芙蓉花根叶捣烂敷于局部。脓成者，切开排脓，但应注意勿损害睾丸。

肾囊风：又名绣球风，系肾囊作痒的病证。因肝经湿热，外袭皮里而成。其症初起干燥痒极，喜浴热水，甚则局部出现疙瘩，形如赤粟，麻痒，搔破则脂水浸淫。皮肤热痛如灼者，属内热炽盛；脂水甚多者，为湿浊偏盛。见于肾囊湿疹，神经性皮炎，核黄素缺乏症等病。治宜清肝化湿，用龙胆泻肝汤加减。外用蛇床子、威灵仙、当归、缩砂仁壳、土大黄、苦参、老葱水煎，水熏洗。

独肾：见载于《小儿卫生总微论方》。是指单侧睾丸。小儿生下一侧睾丸未降人阴囊，为单侧隐睾。绝大多数可在周岁以内自然下降；如至两周岁以上仍未下降，则下降的机会很少，一般不致影响日后生育功能。

小儿尿浊

指以尿液混浊为主证的病证。临床所见有白、赤之区别。随尿而来之白色浑浊称为白浊。尿液之混有血液者为赤浊。两者皆因湿热浊气，渗人肾与膀胱所致。但与心、脾、胃、大小肠亦有关。一般热邪偏重，血分受邪，尿为赤浊，其主病在心与小肠。湿邪偏重，气分受邪，则尿为白浊，主病在肺与大肠。尿浊发生有急有慢，可见于淋病之中或继发于淋病之后。小儿尿浊常伴有尿频、尿痛、尿急等症状。①湿热尿浊：湿热之邪，浸渍下焦，湿与热蒸，重灼阴液，因而下注。其症尿中带有血液，或呈粉红色。较大患儿可伴有腹部疼痛，按之益甚，尿频；婴儿则排尿时啼哭吵闹，或伴有大便干燥。治宜用八正散，清热利湿。湿邪偏重，尿白如泔，宜四苓散加萆薢，或萆薢渗湿汤以清利膀胱之湿；迁延日久，热伤阴络，尿液全程混有少量血液或血丝者，宜用小蓟饮子、碧玉散以育阴和血，清热导浊。②热毒尿浊：多见于夏暑季节，起病较急，由热毒直袭下焦所致。其症尿浊而量多，年长儿童多诉有尿痛、尿频，尿时有灼热感，小腹及腰部疼痛，伴有发热，口渴，舌红苔黄，脉数。治宜清热解毒，用导赤散加青黛、黄连、滑石、车前草、金银花等。③气虚尿浊：小儿脾常不足，脾气亏虚，湿邪下注，郁积成脓。其症尿浊神疲，面色萎黄，脉虚，舌淡，指纹淡红。治宜补益中气，用补中益气汤加萆薢、益智仁、薏苡仁、通草以渗湿健脾。④阴虚尿浊：见于暑热湿邪浸溢下焦，迁延日久，累及肾阴，致阴虚热扰。其症尿赤白浊，伴潮热、盗汗、颧红、腰膝酸软、五心烦热。治宜滋阴益肾，用六味地黄汤；阴虚火亢者加知母、黄柏；病程日久、肾精亏虚、发育迟缓，或见佝偻病畸形者，宜用补肾地黄丸，益精髓以固其本。

小儿遗尿

3周岁以上的小儿，睡中小便自遗，醒后方觉的一种疾病，称为遗尿。又名遗溲、遗溺、尿床。《幼幼集成》卷

四:"小便……睡中自出者,谓之尿床。"3岁以内小儿,由于智力未全,排尿习惯尚未养成,或因精神激动,引起小便暂时自遗,不属病态。若4岁以后,尚不能自己排尿,且每夜如是,形成惯例,则应视为遗尿。其发生原因,多由小儿肾气不足,下元虚冷或病后体弱,肺脾气虚不摄或肝经湿热,疏泄失常所致。遗尿应与尿来相辨别。《古今医统》卷九十:"小儿遗尿者,此由于膀胱有冷,不能约于水故也。又有尿来者,亦由膀胱冷,夜属阴,小便不禁,胞里自出,谓之尿来也。"由于尿来与遗尿的主要病机,均属于肝经湿热与膀胱冷,故其证治两者相同。一般针灸,刺夜尿点(在掌面小指第二指关节横纹中点处)、百会、关元、中极、三阴交,针后加灸。或配关元、中极,针后以针点为中心加拔火罐。推拿每日下午揉丹田、摩腹、揉龟尾,较大儿童可横擦肾俞、八髎,以热为度。遗尿辨证如下元虚寒,膀胱闭藏失职,不能制约小便,症见遗尿,面色㿠白,手足发凉,遇冷则加剧,腰腿酸软,舌质色淡,脉沉细缓者为虚寒遗尿。治宜温肾固涩,用巩堤丸合桑螵蛸散加减。如肺脾气虚不能制下,水道约制无权,症见尿频而量不多,经常小便自遗,神疲,消瘦,食少便溏,常自汗出,舌淡苔薄白,脉细弱或细缓者为气虚遗尿。治宜益气固涩,用补中益气汤合牡蛎散加减。如肝经湿热,郁而不化或湿热下注,蕴结膀胱,三焦水道不利,膀胱闭藏失职,症见遗尿,小便黄赤,性情急躁或兼见手足心灼热,夜间龂齿,唇红,苔薄黄,脉滑数者为肝热遗尿。治宜泻肝清热,用龙胆泻肝汤加减。若病久不愈,肝热伤阴,舌红无苔,脉象细数,阴虚火旺者,治宜养阴清热,可用知柏地黄丸。

推拿疗法:以补中益气,温肾固涩为治则。操作:掌揉丹田,擦八髎,按揉百会。辨证加减:①下元虚寒加补肾经,揉肾俞,掌振丹田。②脾肺气虚加补脾经,补肺经。③肝经湿热加清肝经,八髎改为按揉法。备用手法:掌振八髎。

解颅

小儿年大而囟不合的病证,谓之解颅。《诸病源候论·小儿杂病诸候》:"解颅者,其状小儿年大,囟应合而不合,头缝开解是也。"婴儿生出后,各颅骨间的骨缝及囟门均未接合,其中侧囟可在出生时或生后数日内闭合,而后囟门及前囟门,则分别于3个月及18个月之内接合。各颅骨缝大都在三四个月内渐合。若囟门不能应期闭合,相反头缝开解,头颅日趋增大,则为解颅。

病因病机　解颅的形成,《诸病源候论·小儿杂病诸候》:"由肾气不成故也。肾主骨髓,而脑为髓海,肾气不成,则髓脑不足,不能结成,故头颅开解也。"亦有因大病之后,肾精亏耗,水不胜火,火气炎蒸,熏灼脑髓,髓热则颅缝开解,以致成为解颅。有因感受风热毒邪,壅滞脑巅,以及小儿脾胃素弱,中阳不运,以致水浊上泛,涌积清空,颅脑积水,致成头缝开解。《幼科发挥》卷四:"肾主骨髓,脊者髓之路,脑者髓之海也,肝之脉与肾脉内行脊骨之中,上会于脑,故头破、解颅、脊疳三病,乃肝肾之风热,子传于母之病也。"肾主骨髓以藏精,脑为髓海,乃人之根本。《婴童类萃》卷下:"解颅者,原儿禀受胎气不足,肾气衰弱,其囟常开而不合,名曰解颅。"《宝鉴》云:"父精不足,则头巨而囟开;母气衰微,则体虚肉痟。其儿目睛㿠白,多愁少喜,精神困惫。"可见,解颅的发生,既可因先天禀赋肾气之衰,也可由于感受风热之邪以及水不胜火诸因素而致。

辨证论治　包括以下几方面:

方药治疗　解颅发生于半岁以后的小儿为多。年龄较小者,因颅骨缝尚未接合,头颅较易膨大,颅骨缝分离,前囟扩大而胀满,头皮青筋显露。由于头大颈细,因之天柱骨倒而难抬。病情重者常伴有嗜睡、呕吐、烦躁不安;甚或四肢挛急、眼珠下垂呈落日状、睛球震颤,甚或失明。并有面色㿠白,消瘦,呆钝,发育迟缓等。《育婴家秘》卷四:"小儿本虚怯,由胎气不成,则神气不足,目中白睛多,其颅即解,面色㿠白,此皆难养。"治法:因胎气怯弱肾虚者,宜服地黄丸以补肾之不足。调元汤、十全大补汤,母子共服,以补脾胃,使气血渐实,其颅自合。因髓热者,宜通圣散为丸服,去硝不用,外用封囟法,或用软帛包扎。《平治会萃》:"解颅者,乃母气虚,与热多耳……初生小儿头上骨未合而开者,宜以四君子汤、四物汤,有热加酒芩、炒黄连、生甘草煎服。外以绢帛系紧,用白敛末敷之。"

外治法　①万密斋封囟法:防风、南星、白蔹、白及各等份,为末,用猪夹车髓捣和,封囟上,每日3次易之。②陈复正封囟法:天南星不拘多少,以姜汁炒枯,研细末,醋调涂于绢帛上,烘热贴囟门上,以合为度。又简便方:用鹿茸、防风、白及、柏子仁四味各五钱,共为末,乳汁调作饼。贴囟门上,每日一换,以合为度。

囟填与囟陷

囟填与囟陷,均为2岁以下的婴幼儿,囟门尚未闭合前所出现的特有证候,半岁以下乳儿囟门微陷,不为病态。《小儿卫生总微论方》卷十七:"小儿初生,皆有囟门者,藏气未充,骨髓未完,滋养未备故也。脏腑皆以胃气为养,儿自生以后,得五谷所滋,则脏气充而骨髓完,所以儿至能食,则囟门合也。囟门者系于脾胃。"阐明了囟填与囟陷的病变与脾胃盛衰有关。囟填多实证,囟陷多虚证。

囟填:又名囟肿。指囟门凸起。《诸病源候论·小儿杂病诸候》:"小儿囟填,由乳哺不时,饥饱不节,或热或寒,乘于脾胃,致腑脏不调,其气上冲所为也。"其证囟突而高,如物堆垛,毛发短黄、自汗。

因火毒上攻者,《育婴家秘》卷四云:"热甚则肿,由邪火炎上,使清阳之气上升而不降。"症见囟门高肿,按之浮

软，头痛口干，面赤唇红，发热气促，小便短赤，脉多浮数，指纹紫滞。治宜疏风散火，清热解毒。可用大连翘饮兼服化毒丹。因风热入于肝经，微有惊搐者，治宜疏肝解热。可用泻青丸。因寒邪凝聚者，多由婴儿体禀虚寒，脾肾阳虚以致寒凝气聚，气血不行，失其温运柔和之常而成囟填。《幼幼集成》卷四云："有寒气冲上而肿者，则牢韧坚硬。"症见囟门肿突，按之较硬而无热。面色㿠白，手足冷，脉沉缓，指纹淡。治宜温中祛寒，可用理中汤加减。

囟陷：指囟门凹陷。始因脏腑有热，渴引水浆，致成泄下，久则气血虚弱，不能上充脑髓，故囟陷如坑，不得平满。《幼幼集成》卷四："囟陷者，有因泄泻久而气血虚弱，不能上充髓脑，故下陷如坑，此乃胃虚脾弱之极，……此中有禀受父精不足，母血虚羸而陷者，有因久病而陷者，……皆因肾元败绝之证也。"《婴童百问》则强调"胃热熏蒸脏腑，则渴而引饮，因致泄利，令脏腑壅热，气血虚弱，不能上充脑髓，所以囟陷"。可见囟陷一证，乃由先天不足或营养失调，或久病误治等因素致使脏腑气血虚弱，不能上充脑髓而成。其囟门显著下陷，甚则如坑状，面色萎黄，神少气短，形体羸瘦，不思饮食，四肢逆冷或兼便溏，脉沉缓无力，指纹淡滞。治宜培元补肾，升举中气。培元补肾可用固真汤。升举中气，用补中益气汤。若因吐、泻而致津液耗伤者，除囟陷外，尚见口渴欲饮，烦躁不安，眼眶下陷，舌质干红少津。治宜养胃生津。用沙参麦冬汤加石斛、乌梅、芦根。若囟门眼眶深陷，烦渴欲饮，气短尿少，舌干红，脉细数。治宜益气生津，用生脉散加沙参、石斛。

《幼科发挥》谓囟门陷下，因"大病之后，津液不足，真气下陷成窟者，宜大补元气，调元汤加升麻主之。有脾胃虚弱，饮食减少，脾主肌肉，肉去皮薄，囟门露见，非陷也。宜肥儿丸、参苓白术散；补脾胃则能饮食，肥肉自平，囟不露矣"。

外治法：①南星散：治囟肿、囟陷皆效。用南星6克、北细辛1.5克，共为末。寒证，葱汤加生姜汁调敷；泄泻下陷，醋调敷。热证，薄荷、甘草汤调敷。②乌附膏：治气虚囟陷。川乌、附子各6克，雄黄3克，研为末，葱白煨熟，捣成小饼，贴囟上。又单方：黄狗头骨烧灰，为末，鸡子清调敷(《婴童类萃》)。

鸡胸与龟背

鸡胸与龟背是胸廓和背脊发育畸形的病证，两者可分别发生，亦可同时并见。本证常发生于3岁以内的幼儿，尤以1岁以内婴幼儿为多见。

鸡胸：即胸骨突出、形如鸡胸的胸廓畸形。此证是以骨骼生长发育障碍为主要病变的一种疾患。《幼科金针》："鸡胸者，乃感冒风邪，入于肺经，未得发散，以致风痰积聚心胸，不得流畅，肺热胀满，攻于膈上矣，……又有乳母多食五辛而成者。"《幼幼集成》卷四："此证盖由禀父母精髓不足，元阳亏损者多有之。"肾为先天之本，脾为生化之源，肾主骨髓，脾主运化，如胎中失养，调护不当，致脾肾亏损，则气血俱虚，骨髓不充，骨质柔弱，故胸廓向前突出而成鸡胸。临床除胸廓畸形外，尚有身体虚胖或羸瘦，精神委靡，面色不华，气息短少，举动乏力等。治宜培补脾肾。可用补天大造丸。应注意孕妇保健，加强小儿调护及体格锻炼以预防鸡胸。

龟背：又名隆背，俗称驼背。是指脊柱弯曲后突，形如龟之背壳状。始载于《小儿药证直诀》。其病因多由儿在婴小髑骨未成时强令独坐，或偶为风邪侵袭与血气相搏，入骨髓壅滞不散，而致背高隆起。《幼幼集成》卷四云："此证盖由禀父母精髓不足，元阳亏损者多有之。"按背为阳，又为督脉所主，肾气通于督脉，肾阳不足，则督脉虚而脊柱软，故脊柱弯曲而成龟背。症见背高如龟，行步伛偻，形体羸瘦或虚胖，骨质软弱等。治宜培养脾胃，补益精髓。可用补天大造丸。亦可配合艾灸大杼、风池、绝骨、后溪、肺俞、心俞、膈俞。推拿疗法可取运内八卦，推脾经，天门入虎口，分阴阳，捏揉曲池、足三里。兼有泄泻者采用捏脊疗法。

五迟

立迟、行迟、齿迟、语迟、发迟等发育迟缓的证候称为五迟。临床可仅见一种，或几种迟证同时并见。多发生于3岁以下的小儿。《小儿药证直诀》曰："长大不行，行则脚软；齿久不生，生则不固"，"发久不生，生则不黑"，"口噤不止，则失音语迟。"

形成本证的原因，《医宗金鉴·幼科心法要诀》指出："多因父母气血虚弱先天有亏，致儿生下筋骨软弱，行步艰难，齿不连长，坐不能稳，要皆肾气不足之故。……又足少阴为肾之经，其华在发，若少阴之血气不足，即不能上荣于发，……又有惊邪乘入心气，至四五岁尚不能言者。"肾主骨，肝主筋，肝肾亏损则筋骨痿弱而出现立迟、行迟、齿迟等证。发乃血之余，心主血，言为心声，凡气血两亏，心气不足，舌本无力则出现发迟、语迟之证。

《张氏医通》卷十一指出："五迟者，立迟、行迟、齿迟、发迟、语迟是也。盖肾主骨，齿者骨之余，发者肾之荣。若齿久不生，生而不固；发久不生，生而不黑，皆胎弱也。良由父母精血不足，肾气虚弱，不能荣养而然。若长不可立，立而骨软；大不能行，行而筋软，皆肝肾气血不充，筋骨痿弱之故。"

辨证论治：①立迟、行迟：一般小儿至周岁能行。如2—3岁不能行者，乃骨髓未满，气血不充，筋弱不能束骨，宜肾气丸加牛膝、五加皮、鹿茸。②发迟、齿迟：毛发迟迟不生或萎黄而稀易脆者，宜补养心血。可用胡麻丸。牙齿迟迟不生，囟门迟迟不闭合，身体消瘦或虚胖，精神委靡，易出汗，面白唇淡，脉虚细弱，指纹淡。治宜补肾养肝。用加味地黄丸。③语迟：《婴童类萃》卷下："肾经之脉络于肺，而系于舌本，行血气，通阴阳，伏行而温于骨髓

也。肾禀胎气不足，水不能上升以沃心阳，通条肺气。经云：肺主声，心为言。舌乃心之苗，心肺失调，致舌本强，故不能发而为言也。"治当滋肾、益肺、清心火，用六味地黄丸加天门冬、麦门冬、丹参、石菖蒲。心脾两亏，脑髓未充者，常表现为智力低下，神情呆钝，数岁不能言语，毛发萎黄，面色皖白，唇舌色淡，脉细弱，指纹淡。治宜补气血，益精神。用归脾汤加味。

五软

小儿头项软、口软、手软、足软、肌肉痿软五种证候称为五软。又名软瘫、弱症、软症。为生长发育异常的疾患。多见于3岁以下的小儿。《医宗金鉴·幼科心法要诀》："头软者，项软无力也；手足软者，四肢无力也；肉软者，皮宽不长肌肉也；口软者，唇薄无力也。"

五软的发病，多因父母精血不足，胎元亏损所致。《古今医统》卷九十："有日月不足而生者，或服堕胎之剂不去而竟成胎者，耗伤真气。"《保婴撮要》："头项软者，脏腑骨脉皆虚，诸阳之气不足也。乃天柱骨弱，肾主骨，足少阴太阳经虚也。手足软者，脾主四肢，乃中州之气不足，不能营养四肢，故肉少皮宽，饮食不为肌肤也。口软者，口为脾之窍，上下龈属手足阳明，阳明主胃，脾胃气虚，舌不能长而常舒出也。"《活幼心书》卷中："五软证名胎怯。良由父精不足，母血素衰而得"；亦有"爰自降生之后，精髓不充，筋骨痿弱，肌肉虚瘦，神色昏慢，才为六淫所侵，便致头项手足身软"。因感受风寒、湿热，罹患伤寒、吐泻而致五软者。《证治准绳·幼科》卷九：五软"或伤寒或吐或泻，乘虚邪毒，透入肝脉，热邪所侵，足致令筋软长，或手足软而不解举，或项颈软而不解举"。

此外，乳食失调，久病脾胃气虚，亦可酿成五软。《保婴撮要》谓"此五者皆因禀五脏之气虚弱，不能滋养充达，故骨脉不强，肢体痿弱。原其要，总为脾胃。盖胃为水谷之海，为五脏之本，六腑之大源"。

方药治疗，五软病儿素禀精血不足，生而怯弱，筋骨痿弱，天柱骨无力，头项倾斜，不能抬举，治宜填精补髓，用补肾地黄丸；因病致肾肝两亏，邪毒透入经脉，精神呆滞，智力迟钝，加菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、枸杞、杜仲、菖蒲、远志，以滋补肝肾而醒神志。偏阳虚加淫羊藿、狗脊；偏阴虚加女贞、桑椹。气血两虚，痿软、神呆者，宜八珍汤补益血气，加益智、枣仁、菖蒲、远志，安神益志，利窍宁神。脾胃虚弱，面色萎黄，神疲少气，四肢痿软，食少便稀，宜补脾益气，用调元散、六君子汤，或补中益气汤，以扶脾理气。

五硬

小儿头项硬、口硬、手硬、足硬和肌肉硬称为五硬。临床以局部或全身肌肉板硬如木或强直不能转动为特征。好发于初生儿。《古今医统》卷九十："五硬证，头硬不能俯视，气壅胸膈，手足心冷如冰而硬，名曰五硬。"《婴童百问》卷三："五硬则仰头取气，难以动摇；气壅疼痛，连胸膈间，脚手心如冰冷而硬……肚大青筋，急而不宽。"新生儿硬肿症属于五硬之范畴，以肌肉硬肿，全身发凉为主证。

五硬的发生，多为先天禀赋不足，真阳不振或感风寒，气血凝滞，阳气不得散布，以致头项四肢等缺乏气血濡养而成。如风寒之邪，传入厥阴经络，则引起筋脉拘急，颈项、四肢强直，或拘挛运动障碍。因肝主筋，寒性收引凝滞故也。

此外，如调护失宜，肺脾气虚，肺主气外应皮毛，脾主肌肉而为生化之源，又主四肢，肺脾气虚，中阳亦损，运化失常，气不卫外，清阳不布，营养输布维艰，气血衰少，卫气卫外不周，肌肉、筋脉失于温煦，故致肌肤、四肢冰冷硬结，屈伸不利。《幼幼集成》："仰头取气，难以动摇，气壅疼痛，连于胸膈，手心脚心冰冷而硬，此阳气不荣四末也。为独阴无阳，难治。若肚筋青急，乃木乘土位。"是为五硬病机关键所在。若寒凝经络，则肌肉硬实，头项强硬，手足冰凉，仰头取气，面色皖白或带紫绀，气息微弱，吮吸乏力，指纹紫绀。治当温阳通络，兼以散寒，用当归四逆汤加黄芪、防风、附片，以益气温阳，疏风透络。若脾肾阳亏，则患儿面色萎黄或暗黑，肌肉硬，按之成窝，四肢厥冷；虚中夹积者，则腹膨大，腹壁青筋显露。脾阳虚者，用六君子汤加干姜、肉桂、附子、黄芪；肾阳虚者用金匮肾气丸加淫羊藿、菟丝子。腹胀大青筋暴露者，用异功散加柴胡、升麻、赤芍、厚朴之类，以理气消积，兼导其滞。

对新生儿硬肿症可作如下辨治：若外感寒邪，阳气不能温煦肌肤，气血不能荣于四末，寒凝气滞者，则症见肌肤硬肿，四肢厥冷，肤色暗紫或青紫，面色苍白，口唇指趾端发绀，吸吮无力，哭声低微。舌质暗红或有瘀斑，指纹淡紫而滞。治宜益气温阳，活血化瘀。方用六君子汤合桃红四物汤加减，寒重者加附片，气虚者加黄芪。若进一步发展，则元阳衰竭，全身肌肤硬肿而冷，昏昏多睡，不吃、不哭、不动，全身僵直不能屈伸，体温不升，二便不通，气息微弱，或从口鼻流出血水，舌质暗红，苔白，指纹淡而隐伏或达命关。治以参附汤温阳救逆，或加丹参、川芎、红花等活血化瘀。若因邪热侵袭，热壅血分，则症见身热面赤，烦躁口渴，皮肤灼热，下肢、阴阜、臀部硬肿，便秘溺赤，舌质红或红绛，苔黄，指纹紫滞。治宜清热解毒，用五味消毒饮，黄连解毒汤，加丹参、川芎、红花等行血活血。

此外，单用丹参注射液，或川芎红花注射液，静脉注射，亦有一定的疗效。局部硬肿，尚可用白酒、鲜姜煨热后擦摩，每日二三次。

小儿痴呆

为智能障碍的一种疾病。智能的发育与心肾精血的

充盛与否有关。心主血而出神明，肾藏精而出伎巧，心肾以脉相连，而肾又主骨生髓，髓通于脑，脑则为“元神之府”。故精血充沛，则脑受滋荣，蹻健而聪慧；精血虚少，则脑失所补益，不慧而失聪。因此，痴呆为病，主要责之于心肾精血的不足。其发病有患自胎孕和因病后遗的区别。

痴呆患自胎孕，生下即痴，伴有羸瘦、解颅者，为先天禀赋之不足。《证治准绳·幼科》卷九：“母气不足则羸瘦而肉薄，父精不足则解颅眼白多。”治宜补肾益髓，用补肾地黄丸、补天大造丸、河车丸之类。症兼惊、搐、吐舌不收者，属胎惊、胎搐；兼见儿体异常怯弱，属胎怯；或时发痫者，属胎痫。

痴呆因病后遗，见于急性热病及惊风后期者，乃邪热留连，消灼精血，经脉失养，精明之府受损所致。治宜滋精养血，用六味地黄丸、加味地黄、河车大造丸加减，配入菊花、枸杞子、楮实等品，以聪耳明目。热恋精伤，炼液成痰，痰阻络脉，上遏清灵而成痴者，选用定志丸、抱龙丸或异功散加竹沥、天竺黄、石菖蒲、竹茹等，以透络豁痰。热灼血络，血瘀阻滞，清窍失灵而成痴者，宜用通窍活血汤加减，以活络消瘀。

总之，痴呆不仅病情复杂，病程亦长，特别是患自胎孕者，往往成为痼疾。

继病

继病，又名交奶、魃（Gi 寄）病。马王堆汉墓帛书简称魃。《诸病源候论》称为被魃。《太平圣惠方》名魃病。是一种由“魃乳”或乳食不当而引起的营养不良性疾病。《千金要方》卷五：“魃之为疾，喜微微下痢，寒热或有去来，毫毛鬓发鬇鬡不悦，是其证也……凡妇人先有小儿，未能行，而母更有娠，使儿饮此乳，亦作魃也。令儿黄瘦骨立，发落壮热，是其证也。”《活幼口议》卷九：“小儿有患魃病者，非五脏传变，亦非六腑所主也。缘儿生后，方且周晬，母复有孕，血气所荫，分之两端，是故胚胎渐伤，乳汁成毒，虚邪相攻，儿吻致疾。敛率其气，郁伤其神魄，令儿瘠虚尪羸，枯瘁烦躁，朝昏呕哕，日夜不可得疗。”《本草纲目》：“继病者，母有娠乳儿，儿病如疟痢，他日相继腹大，或瘥或发。”所谓“魃乳”，《幼幼集成》卷三：“儿将周岁，母复有娠，儿饮其乳，谓之魃乳。”因为“母既妊娠，精华下荫，冲任之脉，不能上行，气则壅而为热，血则郁而为毒”。儿饮此乳即成继病。其症颇类于疳，精神不爽，身体痿瘁，骨立发落。

治宜先用消乳丸，以消乳积；有热者用龙胆汤，以清其热；继服参苓白术散，以温胃气，调和气血，令儿断乳即愈。

小儿唇口病

小儿唇口病，是唇口诸病的总称，以唇风、唇茧、唇疮、唇缺、燕口疮、口噤、口歪、口糜、口疮、鹅口疮等病为多见。《素问·五脏生成》云：“脾之合肉也，其荣唇也。”因为脾开窍于口，阳明经脉终于唇，故唇口诸病与脾胃有关。其病多数为脾胃湿热熏蒸所引起，但也有部分病例由外邪和胎毒所致。一般实证、热证多于虚证、寒证；里证多于表证。①唇风：其症口唇皲裂脱屑，日久嘴唇颤动，不能自禁，发痒，色红且肿，状若无皮，皲裂流水，多由阳明经风火热毒，郁结唇口而成。初宜疏风清热，可用五味消毒饮加减。日久宜养血祛风，用四物汤加菊花、僵蚕、蝉衣，外以冰硼散水调或麻油调涂唇部。②唇茧：其症唇肿如茧。《寿世保元》云：“唇肿起白皮，皱裂如蚕茧，名曰茧唇。”多由胃中积热所致。治宜清热解毒，用清胃散加减。积热日久，胃液受伤，唇燥裂如茧者，宜清热与养液并进，用增液汤加赤小豆、银花露、菊花。③唇疮：其症唇生细疮，时流黄水，或痛或痒。《小儿卫生总微论方》卷十八云：“风毒湿热，随其虚处所著，搏于血气，则生疮疡，若发于唇上，生疮乍差乍发，谓之紧唇。”治宜疏风解毒，清热化湿，可用泻黄散加佩兰叶、薏苡仁，外用黄连、野蔷薇根等份为末，水调敷唇部。亦可用黄柏、五倍子、密陀僧、甘草末，水调涂于局部。④唇缺：又名兔唇，兔缺，缺唇。《诸病源候论·兔缺候》云：“人有生而唇缺似兔唇，故谓之兔缺。”为先天性畸形，治宜手术修复。⑤燕口疮：其疮生于口吻而色白，如燕子之吻，故又名口吻疮。此由脾胃蕴热，热气蒸发于口而成。初起热盛口渴者，治宜清胃解毒，用清胃散加减。外用银花露，或蔷薇露调黄柏末，涂于疮面。⑥口噤：其症牙关紧闭。常见于小儿中风，由于阳明经络挛急所致。可用乌梅、冰片、生南星研末擦牙，或用藜芦、郁金为末，吹鼻取嚏，或用皂荚、乳香、黄芪、防风煎汤熏洗，或针刺人中、颊车。

小儿鹅口疮

是以满口及舌上铺布白屑为特征，有似鹅之口，故以鹅口疮命名。又因其色白类似雪片，故又称雪口、雪口疮。多见于哺乳小儿。

小儿鹅口疮的发生原因，主要由于心脾郁热，或体质虚弱，护理不当，口腔不洁，复感邪毒所致。因口为脾之窍，舌为心之苗，脾脉又络于舌，若心脾郁热，则邪热循经上行，复感邪毒，内外合邪，熏蒸口舌，故口腔白屑堆积。若患儿素体阴虚，或患某些热性疾病，如麻疹、肺炎等，热邪灼伤津液，导致胃肾阴虚，水不制火，虚火上浮，外邪乘虚侵入口腔，亦可形成满口白屑堆积，而周围焮红。由于形成的因素不同，故临床上有热毒鹅口、虚火鹅口之分。又如治不及时，白屑可蔓延至喉，形成鹅口攻喉危重证。

热毒鹅口：其主要症状为口内发出白色之苔，大都见于舌上及颊口，且可延至腭、唇及咽部，甚至可波及鼻部及气管。初起时多先在口腔舌上或两颊内侧出现白屑，逐渐蔓延至牙龈、口唇、软腭等处，白屑周围绕以红晕，互

相融合，渐渐增大，状如凝乳，附着于口内，不若乳块之易于拭去，拭后不久又生，重拭可见出血，严重的白屑可蔓延至整个口腔，上延鼻道，下及咽喉、气管，如雪花叠叠，上下壅塞，引起呼吸不利，吞咽困难。除口腔症状外，热毒鹅口尚可伴全身的症状表现，或轻或重，视儿之体格不同，而不一致。轻者仅现食欲减少，重者常有内热证象，如溲赤，便燥，身热烦躁，口内灼热疼痛，吸食及吞咽困难，哭闹不安，流出口涎，甚至面色青紫，喉中痰鸣。故《幼科易知录》云："初生口内白屑满口，拭去复生，重则满口白斑，时时白沫，咽间迭迭肿起，难乳夜啼。"又如骆潜庵云："上腭有白点，状如粟米，名曰乳鹅。或口内白沫……状如鹅口，开而不合，语声不出，乳食多艰，皆由热毒上攻也。"因此，临床上如见口腔白屑堆积较多，周围焮红较重，面赤唇红，烦躁不宁，吮乳啼哭，大便秘结，小便短赤，舌质红，苔白腻，指纹紫滞，脉滑而数者，则为心脾郁热，热毒上干。治宜清热解毒泻火为原则，可用清热泻脾散加减，大便秘结，可加大黄、玄明粉以荡涤热邪。治疗小儿鹅口，除内服药外，并宜配合外治，可取清洁纱布或棉花，蘸冷开水，先拭净口内白点，然后吹以冰硼散、锡类散。

虚火鹅口：多为口腔白屑散在，周围焮红不重。患儿形体怯弱，面颧色红，伴见五心烦热，口干不渴，或低热盗汗，舌红少苔，脉象细数无力。为阴虚火旺，虚火上浮，熏灼于口所致。与热毒鹅口有所区别，不可概用寒凉。治宜滋阴降火，可用知柏地黄汤加减。外用生蒲黄粉、野蔷薇花露，涂擦患处。

鹅口攻喉：严重的病例，满口腔白屑，如雪花叠叠，延及咽喉，上下壅塞，引起呼吸不利，水入即呛，不能吞咽者，则为鹅口攻喉，证情危急，往往预后不良。

推拿疗法：以清热泻火为治则。操作：清胃经，清心经，清小肠，清天河水，退六腑，运内劳宫。辨证加减：①热毒鹅口加水底捞明月，打马过天河。②虚火鹅口去天河水、六腑，加揉二人上马，补脾经，胃经改清为补，按揉足三里，捏脊。

小儿齿病

是指牙齿、牙龈和牙关方面的病证。又名牙齿病。齿为骨之余，属于肾，龈乃胃之络，然足阳明经络于上龈，手阳明经络于下龈。故齿病多从该三经论证。引起小儿齿病的原因不一，除"齿迟"系由先天禀气不足所引起外，其他齿病多与风热毒邪、风湿相搏，以及恣食酸甘、口腔不洁等因素有关。《小儿卫生总微论方》卷十八："小儿牙齿病者，由风热邪毒，干于手太阳之经，随经入于龂龋，搏于血气，则生宣烂。"又云："因恣食酸甘肥腻油面诸物，致有细粘渍著牙根，久不刷掺去之，亦发为疳宣烂断，作臭气恶血；若风湿相搏，则为牙痈；如风毒入于牙中，与正气交争，则为风痛；有虫动恬齿，则为蚛病。"其中不少属于外科范围，并须进行手术治疗，但多数仍可用汤药内治。

重龈和重腭：均属内蕴热毒，外发于口腔的疾患。患儿牙龈肿起，色白如有物附着于上的，称为重龈；口颊里及上腭胀起，如有物附着于上者，是名重腭。常使患儿吮乳困难，啼哭叫扰不宁。

重龈和重腭，发病部位虽然不同，但其发病原因皆由热毒蕴蓄阳明之经化火，壅滞不通，外发于牙龈或颊腭所致。因上下齿龈和颊腭皆属阳明脉络所主，火毒壅阻，循经上炎，熏蒸牙龈则发为重龈，滞留颊腭则发为重腭。治疗均宜清热解毒，可用清胃散，或清胃败毒散加减，啼哭不安者，加钩藤、朱砂等以镇静安神。局部可用消毒三棱针，刺破放出恶血，盐汤拭净，外敷一字散。

牙疳：临床以牙龈腐烂最为显著。《小儿药证直诀》谓牙疳初作口气，名曰臭息；次第齿黑，名曰崩砂；甚则龈烂，名曰溃槽；又盛出血，名曰宣露；重者齿自脱落，名曰腐根。腐烂迅速，势如走马，称为走马牙疳；其候轻而慢者，名曰齿疳。牙疳多由痧毒和伤寒、疟、痢后内热炽盛所引起，系一种严重的急性病。见于溃疡性口炎、坏死性龈口炎。其症初起先从牙龈边缘腐烂，色灰白，随即变成黑腐，流出紫色血水，气味特别臭恶。毒火偏重者，腮唇红肿，黑腐蔓延，数日之内，鼻和鼻翼两旁或腮和口唇周围出现青褐色，为内部溃烂已深的标志。更严重的唇腐齿落，腮穿颚破，鼻梁塌陷，可从鼻旁烂洞处望见咽喉。腐烂处大多发痒而少痛感，并伴有寒热、饮食不进、泄泻、气喘和神志昏沉等，每因邪盛正虚而致危殆。如果黑腐易去，内见红肉，流出鲜血，身热渐退者，虽齿落腮穿，亦有治愈者。初用大黄黄连泻心汤加芦荟、石膏、羚羊角、山栀、牛蒡子、银柴胡、玄参、桔梗、甘草、薄荷、竹叶消其火毒，脾胃虚弱者兼服四君子汤，或以人参、茯苓、薏苡仁同粳米煮粥服。外用硼砂、孩儿茶、黄柏、薄荷、青黛、冰片为末搽涂。又有由胃经蕴热与外感风邪相搏而成者，为风热牙疳，即口齿疳。其症起病发寒热二三日后，即见牙龈腐烂，一般可于半个月内渐次痊愈。仅有少数经久不愈，以致牙龈宣露，时流脓水。初可用清胃散加减，日久不已再加沙参、玄参、青黛。外以冰硼散或锡类散搽患处。

咬牙：上下牙齿磨切有声为咬牙，又名龂齿、齿龂、嚼齿、嘎齿。《幼幼集成》卷四："梦中咬牙，风热也。由手足阳明二经积热生风，故令相击而有声也。"牙齿受风则痒，颊车邪干则紧，风袭阳明之络则咬牙。一般可用桑叶、菊花、芦根泡服；虫积咬牙，宜以驱虫为治。在急性热病中，痉为病，胸满口噤，卧不着席，脚挛急而龂齿者，为阳明热结于腑，用承气汤以清泻腑热。

齿焦：前板齿(门牙)干燥不润为齿焦，又名齿燥。在热病中齿如枯骨者，为肾液枯涸，治以救津为主，可选增液汤、益胃汤、沙参麦冬汤之类；若前板齿干燥而大便不通者，用增液承气汤，以泻热存津。牙齿焦黑，《难经》云："病人唇肿，齿黑者死，脾肾绝也。"唇肿齿黑，脾气肾阴已

绝,预后多属不良。

齿䘌:牙齿蛀蚀肿痛或溢脓者为齿䘌。又名䘌齿、齿䘌。《诸病源候论》谓手足阳明之脉并入于齿,"风气人其经脉与血气相搏,齿即肿痛,脓汁出,谓之风䘌。"小儿齿䘌多由嗜甘肥,口腔不洁,与风湿痰热搏结而成。治宜清热解毒,用玉女煎加白芷,外用干虾蟆、青黛、芦荟研细,以生地黄熬作膏和药,涂于齿上。或用马鞭草煎汤含漱。并应教育小儿,食毕漱口,经常注意口腔卫生。

小儿丹痧

以突然壮热,身发红疹,色如涂丹,甚者咽喉红肿腐烂为特征的儿童时期一种常见的急性发疹性疾病称小儿丹痧,又名疫痧,烂喉丹痧,相当于猩红热。冬春季节较多见,2—8岁小儿尤易发病。王景伯《丹痧论》:"丹者,红晕如霞,而无点粒,身如涂朱,咽喉腐痛,舌转绛舌,或如杨梅。"顾玉峰《丹痧经验阐解》更有痧退肿消,遍身脱皮的记载。清代陈耕道对隔离病人的重要性,已有重要见解,其曰:"兄发痧而预使弟服药,盖冬兄发痧而使弟他居之为妙……。"

病因病机 丹痧的发病,叶天士认为系疫疠秽邪,从口鼻吸入,不是风寒客邪,亦非停滞里证。《疫痧草》更明确指出:"疫痧之毒,有感发,有传染,又有郁蒸之气,霾雾之施,其人正气适亏,口鼻吸受其毒而发者为感发。"可见本病由于感受非时疫疠之邪,郁而深又发之暴。其邪从口鼻而入肺胃,初期邪在卫分,继之由表入里,疫毒内郁,蒸腾肺胃,并与体内蕴结之热上攻咽喉,而见咽喉红肿疼痛,甚者腐烂。或因毒邪弥漫,疫毒发于肌表,可见红疹,其色如朱。部分患儿,由于正虚邪盛,或延误治疗,致使毒邪侵人营血,内陷心包,则见神昏谵语,惊厥或心悸气促等危险证候。

辨证论治 包括以下几方面:

丁甘仁《喉痧证治概要》:"时疫喉痧,初起则不可不透表,故先用汗法,次用清法,或用下法,须分初、中、末三层,在气在营,或气分多或营分多,脉象无定,辨之宜确,一有不慎,毫厘千里。初则寒热,烦躁,呕吐,咽喉肿痛腐烂,舌苔或白如积粉,或薄腻而黄,脉或浮数或郁数,甚则脉沉似伏。此时邪郁于气分,速当表散,轻则荆防败毒,清咽利膈汤去硝黄,重则麻杏石甘汤。如壮热,口渴,烦躁,咽喉肿痛腐烂,舌边尖红绛、中有黄苔,丹痧密布,甚则神昏谵语,此时疫邪化火,渐由气人营,即当生津清营解毒,佐使疏透,仍望邪从气分而解,轻则用黑膏汤、鲜石斛、豆豉之类;重则犀豉汤、犀角地黄汤,必待舌色光红或焦糙,痧子布齐,气分之邪已透,当用大剂清营凉解,不可再用表散,此治时疫喉痧用药之次第也。假使早用寒凉,则邪遏在内,必至内陷神昏或泄泻等症,致成不救。如表散太过,则火炎愈炽,伤津劫液,引动肝风,发为痉厥等险象。仍当大剂清营凉解,或可挽回,……此症当表则表之,当清则清之,或用釜底抽薪法,亦急下存阴之意。"

丹痧初起,邪在肺卫,症见身热、恶寒、头痛、咳嗽、咽喉肿痛、皮疹不多、舌红苔薄白、脉浮数。治宜辛凉清透,解毒利咽,选用清咽汤,或解肌透痧汤加减。若咽喉肿痛而见白腐者,可用锡类散、玉钥匙散,或冰硼散吹喉。热入气营者,症见壮热,不恶寒反恶热,烦躁口渴欲饮,咽喉红肿,乳蛾肿腐,皮疹密而色如丹,舌绛起刺,脉洪数。治宜清气凉营解毒,用凉营清气汤,或清瘟败毒饮加减。丹痧毒邪继侵营血,内陷心包,痰涎壅盛,神昏谵语,甚则声哑气急,舌绛苔少,脉细数。治宜清热解毒,清心开窍熄风。用犀角地黄汤、清营汤加减,或加用神犀丹、紫雪丹。颈部外肿者,内服解毒汤,外敷三黄二香散,或冲和膏,紫金锭等。若丹痧出齐,身热见退,诸证减轻,但尚口干神倦,食欲减退,咽喉微红且痛者,治宜甘寒养阴,用养阴清肺汤加减。若患儿血脉空虚,不能养心则心悸气短,神倦,脉细弱者,除继清余热外,尚应气阴两补,用沙参麦冬汤,或生脉散加减。若病后周身浮肿,小便短赤,又宜清利湿热消肿,用清咽消毒饮,或清咽养荣汤加减。

本病初起之治疗,前人有疫喉三禁的说法,一禁是初起不宜用辛温解表,若过于发汗,更伤津液,使火热内炽,引动肝风,可发为惊厥;二禁是初起不宜早用大剂苦寒药物,若过用苦寒,则强遏热邪,不能透达于外,苦寒化燥,则内热更炽,可使病情转重;三禁是不宜早用泻下,若过用攻泻,直折下夺,则热邪易于内陷,化火升发,亦可加重病情。

预防及护理 丹痧可互相传染,应重视预防,除对患儿进行隔离外,其衣被杂物,均需消毒。本病流行期间,勿带小儿到公共场所。本病的护理也很重要,在透疹初起之际,或痧回之后,宜避风寒,高热时须予足量饮水,亦可用温热盐水多次含漱,或用硼砂、薄荷水洗擦口腔,以保持清洁;脱屑期,可用炉甘石洗剂减轻痒感。

滞颐

小儿口中经常流涎,浸渍两颐及胸前,不仅衣服常被涎水浸湿,而且口腔周围发生如粟红疹及糜烂者,称为滞颐,又名涎液不收。滞颐患儿,大多饮食和神气均属佳良,故家长往往忽视。患有口疮和口疳的小儿,亦常见有不断流涎的现象,需与滞颐鉴别。大抵患口疮和口疳的小儿,在牙根和舌腭等部位,必有腐破之处,且使小儿吮乳不便。而滞颐则无此等现象,故《幼科金针》云:"错将疳证持疑惑,试看口中穿不穿",可资鉴别。

滞颐的病因,一是脾胃虚寒,不能收摄其津液,以致不断流涎。如《诸病源候论·小儿杂病诸候》云:"滞颐之病,是小儿多涎唾流出,渍于颐下,此由脾冷液多故也。脾之液为涎,脾气冷不能收制其津液,故令涎流出滞,渍于颐也。"一为胃热,廉泉不能约制,而涎自流也,所谓"胃

热则廉泉开，故涎下。”如《内经》云：“舌纵涎下，皆属于热。”当辨清虚实寒热，给予适当治疗。①脾虚滞颐：其症多为小儿面色苍白，流涎清稀而不止，啼声低弱，口中不渴，小便清长，大便溏薄，此即脾虚不能收摄津液，故涎从口出，形成脾虚流涎。治宜温运燥湿，可用温脾丹加减。如脾气虚弱，语声低微者，可加党参、黄芪。食物不化者，可加神曲、焦山楂、炒谷麦芽，帮助消化。②胃热滞颐：其症多为小儿面色潮红，流涎粘稠而不止，啼声响亮，口渴引饮，小便短赤，大便臭秽，此为胃热津液上泛之象，形成胃热流涎。治宜清利湿热，可用清解散加减。如大便干秘者，可加大黄、玄明粉下之。③多吻滞颐：由于大人多吻，或经常手捏儿颊，以致廉泉松弛而引起涎流不已者，不属于病态，只要注意避免接吻，或手捏儿颊，自会逐渐减少流涎而日趋正常。④滞颐糜腐：是指因流涎日久，而致口腔周围糜腐之证，宜用消毒或清洁柔软的纱布拭干，撒布炉连粉（炉甘石、黄连、灯草、冰片），每日数次。

推拿疗法：以健脾益气为治则。操作：补脾经，运土入水，推三关，揉颊车，揉地仓，捏脊。辨证加减：①脾虚者加按揉脾俞、胃俞，按揉足三里。②胃热者加清胃经，摩腹，揉板门。

小儿舌病

舌病，指舌体及其活动障碍的病证。《幼幼集成》卷四：“夫舌为心之苗，胃之根。小儿多生舌病，以心脾之积热也。”《灵枢·经脉》谓手少阴之别，系舌本；肾足少阴之脉，循喉咙，挟舌本；脾足太阴之脉，连舌本，散舌下；厥阴肝脉络于舌本；因此，舌病多与心、肾、肝、脾诸经有关。

舌肿：又名舌胀。指舌体肿大而胀，胀大满口，重则影响患儿的呼吸与啼哭。突然舌体肿大者称为翣舌、《千金要方·舌病第四》名舌卒肿。舌紫而肿者称紫舌胀，亦名紫舌。舌体胀大而硬者称为木舌胀，亦名木舌。若风热偏盛而肿如吹泡者名为鼓舌，多由心火暴盛，痰热瘀浊上壅于舌所致。治宜清热泻火，用凉膈散加减。外用消毒三棱针于舌两旁血络上刺出恶血，并用皂矾末、黄连末，或蒲黄末、西瓜霜擦之。

舌疮：又名舌上疮。即舌上生疮，甚或糜烂。《小儿卫生总微论方》卷十八：“小儿舌上偶生疮肿者，由风毒邪热，搏于气血，随其虚处，著而生病也。”《证治准绳·幼科》卷三：“心脾二经有热，则口舌生疮。”然亦有因胎毒上冲而致者。若积热上蒸，伴有舌裂舌肿，时流鲜血，口臭便秘者，治宜泻火解毒，用黄连解毒汤合导赤散。若虚火上炎，久治不愈，疮破成窟，疲乏少神为虚火舌疮。治宜甘温除热，用补中益气汤。均可外用冷盐开水洗涤口舌后，以锡类散掺舌上。

舌笋：指小儿舌上起白泡，妨碍吮乳，令儿啼哭不止，由心脾湿热上蒸于舌所致。治以鲜生地取汁，涂抹舌上。

结舌：又名连舌、绊舌。《千金要方》卷五：“小儿初出腹有连舌，舌下有膜如石榴子中隔，连其舌下”，“令儿言语不发不转”。由于舌尖以下的膜（即舌系带）缩短，舌尖受其牵绊，以致舌头转动伸缩不灵，妨碍吮乳；年龄较大小儿，则见发音困难，吐词不清。处理方法，可用消毒钝头小剪刀，将舌下系带剪开，在剪口处擦以枯矾水，以收敛止血，但应注意不要误伤舌体，以免发生出血不止。

舌殿风：指初生儿舌上出现小型黄泡，时有黄色水液溢出。乃胎毒挟热上涌于舌所致。治用黄连、枯矾末涂之。

重舌：又名子舌、莲舌。因其症舌下血脉胀起，形如小舌故名。即舌系带两旁的舌下腺肥大，俨如双重舌头，但较正常短小。若连贯而生，状如莲花者，称为莲花舌。《诸病源候论·重舌候》：“小儿重舌者，心脾热故也。”乃心脾有热，热气随脉冲于舌本，以致血脉胀起变生如舌之状而成。如局部红肿，妨碍吮乳，或痛而啼哭，甚至溃烂，为热毒炽盛。宜外用消毒三棱针微刺金津、玉液出血，并吹以冰硼散，或用黄连、黄柏浸液点之。热重便秘尿黄者，服凉膈散。溃烂者用锡类散吹于局部。小儿初生六七日见有重舌，局部无特殊表现者，一般多不属病态，不必治疗。

弄舌：小儿舌微露而即收，或舌向外旋缩旋伸，左右吐弄为弄舌。《小儿药证直诀》卷上：“脾脏微热，令舌络微紧，时时舒舌。”因胎热引起者，其舌鲜红胀满，口渴喜饮，或舌上生疮。治宜急清心脾之热，用泻黄散或导赤散加黄连。若咽喉肿痛，痰涎壅塞，声音嘶哑，舌出不收，为“弄舌喉风”。急用三棱针于舌旁血络上刺出恶血，内服清咽利膈汤、外涂珠黄散。

吐舌：舌体舒长而收缓为吐舌。乃心脾积热所致，宜用泻黄散加减；兼有口舌生疮，作渴饮冷，属胃经热盛。宜清胃热，用清胃散。吐舌弄舌并作，嘴唇干燥，口渴畏冷，属胃经虚热，用四君子汤加石斛、麦冬、花粉，以生津益胃而除虚热。

舌缩：又名舌短。指舌体紧缩而难以伸长。可见于小儿急、慢性病变中。急性热病，邪热伤津，舌缩短而强硬，伴有神昏者，多属厥阴心包危象。治宜清心窍，用清宫汤加石菖蒲。慢性疾病，寒凝经脉，或小儿素体元阳虚弱，寒邪内袭阴经，舌缩而四肢厥冷，指纹沉紫。治宜温中祛寒，用理中汤加吴茱萸。

舌痿：又名舌痿软、痿软舌。指舌无力自由转动而痿软。脾主肌肉，舌以肌肉为本。脾胃气虚，不能荣煦肌肉；或胃阴耗竭，筋脉失于濡养，均可导致舌痿而肌肉软。舌暴痿，多由胃热津伤，气血两燔所致，见于急性病变中。其症舌下红而痿。治宜养胃存津，用竹叶石膏汤、沙参麦冬汤加减；若舌体紫红，舌质干而紧缩者，治宜滋液活血，用增液汤加当归、丹参、赤芍之类。舌虚痿，多由气阴不足所致。见于急、慢性病末期。叶天士云：“若舌绛而不鲜，干枯而痿者，肾阴涸也”。治宜滋阴养液，用加减复脉汤；若其舌色绛而光，或舌色鲜红者，属胃阴干涸，治宜滋养胃阴，用麦门冬汤、集灵膏之类；若久病气血大亏，舌淡

而痿，治宜补中养血，用补中益气汤、归脾汤之属。

舌硬：指舌体既不肿大，也不缩短，但强硬而失其柔和。婴儿舌硬，失其柔和，则啼不出声，或啼如鸦鸣。年长儿童舌硬，则见语言蹇涩，含糊不清，或不相连续。在急性热病中，舌强不语，神志昏迷，舌无主宰而失灵活，为邪陷心包之候。宜清心开窍，用清宫汤加减；凡病后期而见舌硬者，多为肝肾阴虚，虚风袭络所致。治宜濡润熄风，用三甲复脉汤、大定风珠之类。

舌歪：舌伸出时，舌体歪向一侧，或左或右为舌歪，或叫舌偏歪。一般病在左者偏向右，病在右者偏向左。即病侧舌肌麻痹，无力收缩，稍一伸长，舌体就向一侧偏歪。在全身疾患中，常与小儿中风，口眼邪僻同时并见。局部病变，则为舌下神经受压迫或创伤所引起。新病舌歪，治宜平肝熄风；久病舌歪，则宜活络养血为治。

舌颤：指舌体伸出时颤动不休。多责之于肝风的偏盛。但是，脏气虚弱，精气不充于舌者，亦可出现。气虚舌颤，多为中气素亏，肝木乘于脾土所致，其特点舌体蠕蠕微动。治宜健脾以抑肝，用四君子汤加白芍药、当归。虚风舌颤，多为血虚生风及血不荣筋所致，其特点为习习扇动，舌色淡红。治宜滋肝养血，用四物汤、二至丸加钩藤、桑枝之类。

舌卷卵缩：又名舌卷囊缩。指上则舌卷曲而不伸，下则阴囊收缩而不下。其病机关键在于足厥阴肝经和足少阴肾经。因为肝者筋之合，而筋聚于阴器，其脉络于舌本；少阴之脉，贯肾系舌本。故舌卷卵缩，为心、肝、肾经受病的结果。辨证有寒证和热证之分。寒证为小儿阳气素亏，阴寒之邪，直中厥阴、少阴，其症多伴有四肢厥逆，或吐利、脉微欲绝等。治宜温经回阳，用四逆汤、理中汤加味；热证，多为阳明热极，灼及厥阴，其症热深厥深，脉沉有力。治宜急下存阴，选用承气汤加减。

疮疡

是泛指体表有形可见的急、慢性化脓性感染病证，如痈、疽、疔、疖、流注、流痰、瘰疬等。疮疡首见于《素问·五常政大论》，谓"少阴司天，热气下临……大暑流行，甚则疮疡燔灼，金烁石流"。《外科启玄》卷一更明确指出："夫疮疡者，乃疮之总名也。疮者伤也，肌肉腐坏痛痒，苦楚伤烂痛成，故名曰疮也。疮之一字，所包者广矣，虽有痈疽疔疖瘰疬疮癣疳毒痘疹等分，其名亦止大概而言也。"由此可见，疮疡是指一般感染性的外科病和皮肤病，是较为明确的。古医籍把疮疡统括一切外科病证，这是由于历史条件所限。把体表有形可见的疾病称为外科病，而疮疡也有形可见，故古人曾把部分外科病泛称作疮疡，甚至用疡科取代外科等，实属不够确切的，如瘿、瘤、岩等，也是有形可见的外科疾病，然其性质别于疮疡，应予区别。

疮疡包括痈、疽、疔、疖、流注、流痰和瘰疬等，属于化脓性感染的外科病证。

（1）痈者，壅也，邪热壅聚，气血凝滞，经络阻塞所致，局部红肿热痛，易脓、易溃、易敛，是一种急性化脓性感染，属阳证。

（2）疽者，沮也，气血虚寒，阴邪阻逆而致，初起漫肿无头，皮色不变，酸多痛少，难消、难溃、难敛，是一种发于深部附着筋骨或病程较长的化脓性感染。

（3）疔者，其形如粟，坚硬而根深，如钉丁之状；面部疔疮，发病急骤而易变，处理失当，可致走黄的危证；手足疔疮失治，可致损筋伤骨。

（4）疖者，小疮也，色红、灼热、疼痛，突起根浅，肿势局限，脓出而愈。

（5）流注者，流者，行也；注者，住也。邪毒随经流窜，所向无定，随处可生，但以四肢腰背较为多见，并有此处未愈，他处又起的现象，是一种转移性、多发性脓肿。

（6）流痰者，是发生于骨关节的疾病，形成脓肿时可以流窜他处，破溃后脓液稀薄如痰，发病缓慢，化脓较迟，溃后不易收敛，每多损筋伤骨，致关节功能丧失。

（7）瘰疬者，小为瘰，大为疬，因其结核累累如贯珠之状，包括颈淋巴结结核和慢性颈淋巴结炎。

疮疡的命名繁多，历代医家也不统一，一般可依据其形象、特性、范围大小以及其所在的部位、穴位的不同而命名：①以病变形象来命名，如蛇头疔、红丝疔、鹤膝痰。②以病变的特性来命名，如烂疔、流注。③以病变的范围大小命名，如小者为疖、大者为痈，更大者为发。④以病变的部位命名，如臀痈、背疽。⑤以病变所在的穴位命名，如人中疔、委中毒。

疮疡的发生，总的来说，有外感邪毒（六淫邪毒、特殊之毒、外来伤害等）、内伤（情志所伤、饮食不节、房室损伤等）两大类。外感邪毒特别强盛，超过了人体正常的抵御能力，才能造成疮疡的发生和发展，其中以热毒、火毒最为常见，正如《医宗金鉴》谓："痈疽原是火毒生。"由内伤而引起的疮疡，大都因虚致病，如肾虚络空，易为风寒痰浊侵袭，而成流痰；肺肾阴亏，虚火上炎，灼津为痰而成瘰疬。尚有，由于饮食不节，内伤脾胃导致火毒内生或湿热内蕴而引起的疮疡，即使有时正气尚未虚衰，但较单纯外邪引起者为严重，如消渴（糖尿病）合并疖、有头疽等。故一般认为疮疡由外感致病者轻，因脏腑蕴毒从内发者重。

疮疡发生后，即有病邪同人体防御能力之间的斗争，也就是邪正相争，其结果决定疮疡的转归。疮疡初期，正气充盛，正能胜邪，拒邪于外，壅热得泄，故易于局限、消散、吸收；如果正不胜邪，热毒壅滞不散，郁久化热，热胜肉腐而成脓。此时治疗得当，及时切开引流，脓毒外泄，疮口渐愈。不论疮疡初、中、后期，当人体气血两虚，正气大伤，正不胜邪，邪毒扩散，或内攻脏腑，则形成走黄、内陷的重证。所以在疮疡的治疗过程中，既要看到邪毒致病一面，以祛邪为主，同时也要照顾正气一面，当扶正祛邪。根据疮疡的发展过程，可分为三个阶段，即初期、中期（成脓）、后期（溃后），在治疗上有相应的消、托、补三个

大法。初起宜消法，脓成宜托法和溃后宜补法，此为基本的原则，但临床运用时必须内治与外治配合，细辨正邪之虚实和阴阳的偏胜，灵活地选方用药。阳证以祛邪为主，宜用清热解毒之剂；阴证以扶正为主，宜用温通、温补之剂。

肿疡

凡一切体表未溃破的肿块均称肿疡。见于《周礼·天官》，谓疡医"掌肿疡、溃疡、金疡、折疡……"。其后《外科理例》谓："肿疡内外皆壅。"《外科大成》卷一谓："肿疡之作，由胃气不从。"论述了肿疡虽大多数发于体表，但与体内脏腑有着密切的关系，说明脏腑不调是肿疡发生的病因病机之一。肿疡分为阳证和阴证。阳证者多为急性发作，肿势高起，焮赤灼热，疼痛剧烈，如痈、有头疽、疔、疖等，多发于皮肉浅表，多表现为表证、实证、热证；阴证者多起病缓慢，肿势平塌，散漫无根，不红不热，不痛、隐痛或酸痛，如无头疽、流痰、瘰疬等，多发于筋骨深处，多表现为里证、虚证、寒证。

肿疡多因外感六淫邪毒、饮食所伤、内伤七情，引起气滞血瘀、经络阻塞所致。因人之气血，周流不息，如环无端，稍有壅滞，则可作肿疡。然而产生肿痛症状的病机为：气不通则肿，血不通则痛，先痛后肿伤于血，先肿后痛伤于气，肿痛并作的，气血俱伤。

肿疡之临证，根据其病因不同，而各有所别。

(1) 辨肿：虚肿者，多漫肿；实肿者，多高肿；热肿者，色红皮光，焮热僵硬；寒肿者，其势木硬，色紫黯青；湿肿者，皮肉重坠，深则按之陷指，浅则起光亮水疱，破流黄水；风肿者，皮肤拘皱不红，其势宣浮微热微痛；痰肿者，软如绵，硬如馒，不红不热；郁结伤肝作肿者，皮色不变，坚硬如石；气肿者，以手按之，皮紧而内软，可随喜怒而消长，不红不热，皮色如常；跌扑外伤瘀血作肿者，暴肿胖胀。其次，若先肿后痛者，其病多浅在肌肤；先痛后肿者，其病多在筋骨。肿疡作痒，一般少见，若见于肿疡初起，则多为风热相搏，毒势炽盛，病变有发展的趋势；若见于肿疡后期，则多为毒势已衰，气血通畅，病变有向愈趋势。

(2) 辨痛：轻痛者，肌肉皮肤作痛，属浅；重痛者，疼痛彻骨，属深；虚痛者，痛无胀闭感，喜按；实痛者，胀闭痛感，拒按；寒痛者，痛有定处，皮色不变，遇暖则缓；热痛者，皮色焮赤，遇冷则减；跳痛感者，有化脓趋势；脓痛者，壮热不退，肿疡高起，痛其中软，按之应指；瘀血凝结作痛者，初起隐隐作痛，微热微胀，将溃则色紫微痛；风痛者，走注甚速，游走无定，刺痛难忍。

(3) 辨脉象：脉浮有力，多为风寒、风热在表；脉浮无力，为气血不足；脉沉多是邪气深闭；脉数，为有热，或酿脓；脉数滑大，则肿疡成脓；脉滑而数，为热盛，或为有痰；脉涩者，为气血凝滞，实邪壅塞；脉大，多为邪盛正未伤；脉小，多为气血两虚。肿疡在未溃之前，为邪盛时期，一般多见有余之脉，此为常候，若见不足之脉，如虚、弱、细、小之脉，则为气血衰弱，毒深邪盛，是属反常之象；肿疡未溃之时，见结、代、散、促之脉，多为不良之象。

肿疡虽发于体表，若毒邪炽盛，也可内犯脏腑，而出现一系列全身症状，轻者可有发热、口渴、便秘、溲赤等，重者可有壮热、恶心、呕吐、烦躁不安、神昏谵语等。因此，观察脏腑病变的反应，也是辨别肿疡轻重的一个重要方面。若气血两虚，则正气不能托毒外出，可出现毒邪走散，侵入血分扩散至全身，呈现走黄、内陷等症，若频现恶逆之证，多属危象。

肿疡之内治，凡初起者，必求消之于早，宜用内消法，这是一切肿疡初起治法之总则，一直为后世医家所遵循。适用于未成脓的肿疡，在具体用法上须审证求源，针对具体的病因、病情，运用不同的方法，绝其源，清其内，不使外发，故称内消。根据患者体质强弱、病变部位、所属经络，进行辨证施治，凡未成脓者，可以内消，即使不能内消，亦可移深居浅，转重为轻。若疮形已成，则不可概用内消之法，以免毒散不收，反使溃后难敛，不易速愈。若正虚毒盛，不能托毒外出，则肿疡疮形平塌，根脚散漫，难溃难腐，必须采用补托之法，用补益气血和透托的药物，扶助正气，托毒外出，以免毒邪内陷；若毒气盛，而正气未衰者，则用解毒透脓的药物，促其早日脓出毒泄，肿消痛减，以免脓毒旁窜深溃。

肿疡之外治，凡肿疡红肿热痛，肿胀局限，根脚收缩，肿块软硬适度，疼痛剧烈者，为气滞血凝，热毒炽盛，宜用清热解毒、和营消肿之剂，以寒胜热，促其内消，而不宜用热性药，以免助长火毒。但苦寒药也不可太过，过则毒为寒凝，变为阴证。凡症见肿块质硬，皮色不红不热，肿胀范围不局限，根脚散漫，不痛或微痛，多为寒湿侵人，气滞血凝所致，宜用温经散寒、活血通络之剂。肿疡未能消散，按之中软而应指，脓已成者，则应及时切开引流，使脓毒外泄，防止毒邪内攻，或旁窜深溃，腐烂肌肉筋骨等，切开引流后形成的溃疡，则可酌情按溃疡处理。

溃疡

凡一切破溃的疮面，均可称为溃疡。正如《外科启玄》谓："夫溃疡者乃痈疽已出脓后之称也。"见于《周礼·天官》谓"疡医掌肿疡、溃疡、金疡、折疡"，有"祝药劀杀"等治法，意即是外用敷药，或是刮去脓血，或是用药腐蚀坏肉使之脱腐。《外科理例》卷一谓："溃疡内外皆虚，宜以补托为主，欲用香燥，宜戒虚虚之失。"《外科大成》卷一谓："肿疡之作，由胃气不从，既已溃时，则气血不足，故托里者必养脾助胃。"进一步提出了溃疡的基本治疗法则。

溃疡在病程上是属于疮疡的后期阶段。多因肿疡成脓后切开引流或自溃脓出之后而成。脓是局部经络阻塞、气血凝滞、热胜肉腐、蒸酿而成的。疮疡出脓是正气载毒外出的征象，排脓可以清除疮口内的腐坏组织，为生肌创造了最有利的条件。临证时当从脓液质地之稀稠，

量之多少,气味变化,可察体质之盛衰,决病情之顺逆。若溃疡先出黄稠脓液,次出黄稠滋水,多为将敛佳象;由厚脓转为薄脓,淋漓不尽,为体质渐衰,一时难敛。若溃疡中央腐肉与正常皮肉分离,流出少量脓液,四周肿势局限,则预后较好;若腐黑蔓延不止,肿势继续发展,或溃出脓臭稀薄,形似粉浆污水,四周形成空壳,色晦腥臭者,为气血衰竭,正不胜邪,无力化脓,乃属败象。若脓色发绿稀薄者,多为毒留日久,有损筋伤骨之虑,此时多有疮口胬肉外翻,经久不愈,用探针探之,可有锯齿感(已成附骨疽)。若溃疡脓液清稀,或夹有败絮样物质,久则疮口凹陷,周围皮肤紫黯,则可形成瘘管,不易收口。脓中夹有瘀血色紫者,为血络受损。一般溃疡出脓,宜先出黄白稠脓,次出桃花脓,再流淡血水。脓液质稠而略带腥味者,多为顺证;脓液稀薄,腥秽恶臭者,多属逆证,常是穿膜着骨之症。如胸、胁溃疡透膜,脓液多夹有气泡或脓带蟹沫;腹部溃疡透膜,可杂有粪便流出,均较难治。若溃疡周围焮热奇痒难忍,多为外用药物刺激所致;若溃疡脓尽腐脱,疮面红活新鲜,新肉渐生,而患部皮肉微微作痒,此乃毒邪渐化,气血渐充,助其新生,是将要收口的佳象。

除溃疡的局部症状外,辨证时还要注意到全身的情况,因气血的盛衰,与溃疡病程的长短,预后的顺逆,有着密切的关系。凡气血旺者,溃疡易于生肌长肉,迅速愈合;气血衰者,病程较长,难于生肌收口。此外,溃疡阶段,为邪去正衰之时,应见不足脉象,此为正气虚,毒亦去之常候。若已溃时,反见有余之脉,如实、洪、弦、紧等脉,则为邪盛气滞难化,乃属失常之候;若溃疡出现结、代、数、促等脉,则为不良之候。溃疡之全身症状,阳证者形寒发热、口渴、纳呆、大便秘结、小便短赤等,邪毒一般都能随脓泄而解,诸症渐次消失;而阴证者每有骨蒸潮热、盗汗、颧红、或面色㿠白、神疲盗汗、纳呆等全身症状,溃后日久尤甚。

预后方面,一般阳证者腐肉易脱,肿消痛减,疮面红活新鲜,新肉易生,疮口易敛,知觉正常,预后多顺。阴证者腐肉难脱,脓水清稀,色败臭秽,疮口难敛,疮面不知痛痒,预后多逆。

内治方面,溃疡脓液畅泄后,热退身凉,肿消痛减,大多不需内治。若尚兼有余邪,则宜清余邪、调理气血;若疮疡溃后脓已出而肿痛不减,寒热不退,则多为脓出不畅,毒邪未去,或脓毒旁窜,治宜清解,同时使其引流通畅,旁窜脓肿也需切开引流,这是祛除毒邪最有效的措施。若溃疡毒势方盛,而气血不足,不能助其腐化,脓水清稀者,则需用补托法;若阳虚不能托毒外出,脓水清稀者,宜温补托里;若无虚损证候,则忌用补托法,否则助长毒邪,养脓贻害,加重病情,而犯"实实"之戒。溃疡后期,毒势已去,而精神衰疲,元气虚弱,脓水清稀,疮口难敛者,宜用补养药物,恢复正气,助其新生,促使溃疡早日愈合。气血虚者,宜补养气血,健脾生肌;溃疡日久,元气亏损,中气不足,气虚下陷者,宜补益中气;新肉难生,肌冷肉寒,自汗肢冷,呈现肾阳虚者,宜补益肾阳;若神疲纳呆,便泄肢冷,脾肾阳衰者,宜温补脾肾;若骨蒸盗汗,神疲,颧红,舌红光剥,呈现肝肾阴虚者,宜滋补肝肾。

外治方面,根据"腐不去则新肉不生"、"煨脓长肉"之说,外治应采用祛腐生肌的原则,按照溃疡初期、后期的不同阶段,根据疮口内腐肉的多少、脓液的稀稠,选用不同的治法。溃疡初期,脓腐甚多时,不论阴证、阳证,总宜提脓祛腐法;溃疡后期,脓腐已尽,新肉已生,则宜生肌收口法,针对不同情况选用祛腐生肌的外用药。

瘘

凡疮疡溃后久不收口,形成管道,从疮孔溢出脓水,淋沥不止者,称为瘘。瘘者,漏也,犹如滴漏一样,点滴不止,淋沥不已,乃依其形象而命名。见于《素问·生气通天论》,谓:"阳气者,精则养神,柔则养筋,开阖不得,寒气从之,乃生大偻,陷脉为瘘,留连肉腠。"指出寒气陷滞其脉,积寒留舍,经血稽凝,久瘀内攻,结于肉理而发为瘘。《诸病源候论》谓:"此由风邪毒气客于肌肉,随虚处而停,结为瘰疬……久则变脓,溃成瘘也。"明确地指出瘰疬溃破后则成瘘。该书并将瘘分为鼠瘘、瘰疬瘘、骨疽瘘、内瘘、冷瘘、蛤蟆瘘等三十六种。《外科启玄》将瘘分为痔瘘、阴瘘、冷瘘、热瘘、血瘘等八种。其他,根据病因、部位之不同,又有龟尾瘘、蝇瘘、雌雄瘘等诸多名称。一般多好发于乳房部、颈项部、肛门部、腹部、胁肋部,其中多以乳痈、瘰疬破溃、肛门直肠周围痈疽而成者,其次为附骨疽和流痰所成者。因此本证总因疮疡溃后,久不收口或疮疡毒邪未尽,肌肤失养,致疮口周围形成坚硬索壁,时溢脓水,久不愈合而成。

瘘的分类与检查:按瘘的管道简单与复杂,可分为单纯性瘘与复杂性瘘。由一条管道和一个内口、一个外口所组成,为单纯性瘘;有两个以上的外口、内口和分支管道者,称复杂性瘘。也可有多个外口,管道分支状如树枝的复杂性瘘。检查时可用银质圆头探针从外口插入,探查瘘之深浅、管道之长短、走向、有无分支、有无内口、有无异物及与邻近器官的关系。必要时可行碘油 X 线造影检查。

辨证施治:在临床上分为阳证和阴证两类。

(1) 阳证者,曾患有阳证肿疡,溃后久不收口,脓液黄稠,局部常可扪及硬索状物,外口呈凸形,或可伴有发热、口干,大便秘结,小便短赤,舌红苔黄,脉弦数等实热证。治宜清热解毒,托毒排脓,选用五味消毒饮、黄连解毒汤合透脓散加减。病程长者,且出现神疲,面色苍白,少气乏力,纳呆、自汗,舌质淡红,脉虚数等气血两虚之证。治宜补养气血、托毒生肌,用托里消毒散加减。

(2) 阴证者,多患有阴证肿疡,溃后久不收口,脓水稀薄,状如粉浆、外口呈凹形,疮面肉色灰白或紫黯,或伴有骨蒸潮热、颧红、盗汗、舌红苔少、脉细数等虚热证;若

伴有腰膝酸软，肢冷畏寒，舌质淡红，脉沉细或虚大无力者，则多属虚寒。证见肺肾阴虚者，治宜滋养肺肾，托毒排脓，用生脉散合六味地黄丸加白芷、桔梗、川贝等；证见肝肾阴虚者，治宜补益肝肾、托毒排脓，用左归丸或六味地黄丸加败酱草、白芷等；证见脾肾阳虚者，治宜温补脾肾，托毒排脓，用神功内托散加减。

外治：应根据瘘之部位、性质采用不同的治疗方法。先以圆头银质探针准确地探明瘘管的走向。对颈项、乳房、肛门等部位的瘘，若病程较短，管壁较薄者，不论阴证、阳证，均可用适当粗细、长短的纸捻蘸千金散、红升丹，或三品一条枪药条插入管道之中，务必插到管道之基底，既可起引流作用，又有蚀管去腐生肌作用。阳证者再外贴太乙膏或红油膏，阴证者可外贴阳和解凝膏、龙珠膏等。再次换药时，揭去敷料，取出药捻，然后用探针卷棉花擦拭窦道内，尽可能擦净脓水，再同前法插入红升丹或七仙条药捻。一般在换药一周左右，管道径变大，在取出的药捻外包裹一层厚的抱脓（脓苔）。此后改用五五丹药捻同前法换药，脓水减少者可改用九一丹药捻换药。此时，药捻不再插到窦道基底，而应逐日浅放，以使新肉自管道基底向上填满腔道愈合。病程较长，管壁较厚，生于深部者，可采用橡皮筋挂线疗法。对于复杂瘘者，则采用手术切开配合橡皮筋挂线。因异物（如死骨、线头等）所致之瘘管须取出异物之后，再用药线蚀管法。对于较浅的瘘管，可用刮匙刮除瘘疮之腐肉，以造成新鲜创面，促使瘘管的愈合。凡经以上各种治疗无效者，应施以外科手术。

痈

一种发生于皮肉之间的急性化脓性病证为痈。痈者，雍也，是气血为毒邪壅塞而不通的意思。首见于《灵枢·痈疽》，有内痈与外痈之分，内痈生于脏腑，外痈发于体表。本条仅叙述外痈。

痈所患浅表，局部红肿热痛（少数初起白肿），范围多在3—4寸左右，发病迅速，易肿、易脓、易溃、易敛，一般不致损伤筋骨、也不易造成陷证。正如《灵枢·痈疽》谓："痈者，其皮上薄以泽，此其候也。"又谓"然不能陷骨髓，不为焦枯，五脏不为伤，故命曰痈"。《外科精义》谓："六腑积热，腾出于外，肌肉之间，其发暴，甚肿，皮光软，侵展扩大者，痈也。"《景岳全书·外科钤上》谓："痈者，热壅于外，阳毒之气也。其肿高，其色赤，其痛甚，其皮薄而泽，其脓易化，其口易敛，其来速者，其愈亦速。"本证发无定处，随处可生，在古医籍中，因其发生部位不同而有许多名称，但其性质、症状、治疗则大同小异。但有少数痈证，如发于颈部的颈痈、生于结喉之处的锁喉痈、生于脐部的脐痈、生于臀部的臀痈、生于委中穴的委中毒、生于胯腹部的胯腹痈、生于腋下的腋痈，其他如发颐、囊痈、子痈、乳痈、肛门周围痈疽等，也各有其特点。

本证多由外感六淫邪毒以及过食膏粱厚味，内郁湿热火毒，或外来伤损，感染毒气等，引起邪毒壅聚，致使营卫不和，经络阻塞，气血凝滞而成。而五气均能化热生火，热（火）毒是发生痈证的主要原因；饮食不节，过食膏粱厚味可使脾胃功能失调，传化失职，积滞生湿生痰（浊），聚而化热化火，当邪毒停留肌肤，则结聚而成痈肿；当外来伤害，体表损伤，感染毒邪，局部经脉被阻，气血不行，乃成痈肿。但因发病部位不同，除热（火）毒邪为患外，尚挟有其他邪毒，其证候有一定的差别，如身体上部生痈，因风性上行，以风温、风热为多；患于身体中部者，因气火俱发于中，以内蕴火毒，或气火为多；发于下肢者，因湿性下趋，则以湿热、湿火多见。总之，上述各种致病因素均可导致气机运行失常，血液流行不畅，从而邪热阻于皮肉之间，聚而成形，发为痈肿。正如《素问·生气通天论》谓："营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。"《灵枢·痈疽》又谓："营卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。"

初起，皮肉微红光亮无头，迅速结块，肿胀不适，皮色焮红，灼热疼痛。日后逐渐扩大，变成高肿坚硬。轻者，无全身症状；重者，伴有恶寒发热，头疼身痛，口渴，舌质红、苔黄腻、脉弦、滑、洪数等症。治宜清热解毒，佐以行瘀活血，用仙方活命饮加减；热毒盛者，宜清热解毒为主，选用五味消毒饮、黄连解毒汤；发于身体上部者多风热，宜疏风清热，选用牛蒡解肌汤、银翘散；发于中部者多挟气滞郁结，宜清肝解郁，用柴胡清肝汤；发于下肢者多湿热为患，宜清热利湿，选用五神汤、萆薢化毒汤。一般在7日左右酿脓，如气虚不易托毒化脓，则酿脓较迟，症见全身发热持续不退，疮形高突，疼痛加剧，痛如鸡啄，按之应指或中软，治宜托毒透脓，用透脓散加金银花、野菊花、蒲公英。溃后，脓出黄白稠厚，微臭，脓流通畅，局部肿消痛减，全身症状随之消失，疮口较易愈合，一般不需内治。若脓水清稀，新肉难长，此属气血两虚，宜补益气血，促进新生，用八珍汤加减。

外治：初起宜清热消肿止痛，选用金黄膏、玉露膏外敷，或金黄散、双柏散、玉露散水蜜调制外敷，或太乙膏掺红灵丹或阳毒内消散外贴。脓成宜切开排脓。溃后宜提脓祛腐，用八二丹或九一丹药捻引流；脓转稀薄时，宜生肌收敛，用生肌散掺在疮面上，再以太乙膏、红油膏或生肌玉红膏盖贴。

颈痈

痈生于颈部两侧者，称为颈痈。首见于《素问·病能论》。多见于儿童。初起局部结块圆形或椭圆形，边界清楚，随之红肿热痛，伴有明显风温外感的症状。正如《疡科心得集》卷上谓："颈痈生于颈之两旁，多因风温痰热而发，盖风温外袭必鼓动其肝木，而相火亦因之俱动，相火

上逆，脾中痰热随之，颈为少阳络脉循行之地，其循经之邪至此而结，故发痈也。"本证多由外感风温、风热，挟痰蕴结于少阳、阳明之络所致；或因脾胃火毒上攻，挟痰凝结而成；亦有因乳蛾、口疳、龋齿、头面疮疖等，毒邪流窜而发者。

初起于颈两侧，或颌下、耳后、颏下，可发现结块如鸡卵，白肿、灼热而痛，逐渐漫肿坚实，焮热疼痛，伴有寒热、头痛、项强、全身不适，舌质红，苔白厚，脉滑数等症。治宜疏风清热、化痰消肿，选用牛蒡解肌汤、银翘散加减；若4—5日后，发热不退，皮色渐红，肿势高突，疼痛加剧如鸡啄，伴有口干、便秘、溲赤，舌苔黄腻，脉滑数等症，为酿脓之兆。当按之中软而有波动感者，为脓已成，治宜清热解毒、化痰托毒，用五味消毒饮加穿山甲、皂角刺、当归、赤芍等；溃后，脓出黄白稠厚，肿消痛减，而逐渐愈合。但体质虚弱者，脓水稀薄，疮口难敛，并有神疲肢倦，精神不振，宜补益气血，选用八珍汤、补中益气汤；若急性炎症暂时控制，而结块坚硬，日久不消者，治宜活血化瘀，软坚散结为主，可用夏枯草、海蛤壳、当归尾、赤芍、桃仁、浙贝母、海藻等，以促使结块消散吸收。

外治：初起用四黄膏、玉露膏，或选用四黄散、金黄散、双柏散水蜜调制外敷；成脓宜切开引流，按溃疡处理。

锁喉痈

痈生于颈前正中结喉处，因红肿绕喉，称为锁喉痈。见于《疡科心得集》，又称结喉痈，俗名盘颈痰毒。多见于儿童。发病急骤，来势凶猛，易发生毒邪走散，或疮毒内陷的危候。本证多由风温邪毒客于肺胃，积热上蕴，挟痰凝结而成；或因痧痘之后，余毒未尽，挟痰热结聚而致；或口疳，咽喉糜烂，感染邪毒而发。

初起红肿绕喉，肿势散漫不聚，坚硬灼热疼痛，继则肿势可延及颈部两侧，上及腮颊，下致胸前。可因肿连咽喉、舌下，并发喉风、重舌、垫舌痈，以致呼吸困难、汤水难下。初起即伴有壮热口渴，头痛项强，大便燥结，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉弦滑数等症。甚则气喘痰壅，发生痉厥。治宜疏风清热、化痰解毒为主，用普济消毒饮加减；壮热口渴加鲜生地、天花粉、生石膏；便秘加生大黄、枳实；气喘痰壅加鲜竹沥、天竺黄；痉厥神昏加安宫牛黄丸、紫雪丹；若肿势渐趋限局，按之中软者，为脓已成，酌加炙山甲、皂角刺，并应及时切开引流。经治疗后以根脚渐收，肿势高起，渐趋限局，或逐渐消散，或易溃脓的，则为顺证；若根脚不收，漫肿平塌，色转暗红，不易溃破，邪毒内陷，是为逆证。溃后脓出黄稠，热退肿消者轻；脓出稀薄，疮口有空腔或内溃脓液从咽喉部穿出，全身虚弱者重。

外治：初期宜箍围束毒，选用金黄散、玉露散、双柏散，用金银花露或菊花露调成糊状外敷。并发喉风、重舌者，可用三棱针在患处浅刺出血，以泄热毒，再用玉匙散或冰硼散吹患处。当出现呼吸困难，应立即作气管切开术；肿胀甚或已成脓者，宜及早切开引流，以免发生气管受压及向内穿溃的严重并发症。

发颐

发生在颐颌之间的急性化脓性感染，称为发颐。见于《医宗金鉴》，又名汗毒。多发生于成年人。病情发展较快而严重，可出现内陷证，尤其对年老衰弱病人，更须早期慎重处理。本证多由伤寒、温病汗出不畅，以致余邪热毒未能外达，结聚少阳、阳明之络，与气血凝滞而成；或热性病后体虚，口腔不洁，咽喉糜烂，感染毒邪而成。

初起多数在一侧颐颌之间，亦可双侧同时发生。局部疼痛及有紧张感，轻微肿胀，形如结核，张口困难，继则肿胀逐渐加重，并延及耳之前后。按压局部，在口腔粘膜的腮腺导管开口处有粘稠的分泌液溢出。初起多伴有身热，口渴，食欲不振，便秘溲赤，苔黄腻，脉弦滑数等症。治宜疏风清热解毒为主，用普济消毒饮加减；数日后，疼痛加剧，或呈搏动性跳痛，触痛明显，皮色焮红，肿势可波及同侧面颊、颈部等处，此属酿脓，有时脓液可自口腔腮腺导管开口处流出。治宜清热托毒，用上方合透脓散加减；若病情发展严重时，可见壮热，烦渴，神昏谵语，痰壅气塞，汤水难下，舌质红干，苔黄焦糙，脉细数等症，此为毒邪内陷证。宜清营解毒、养阴生津，佐以化痰开窍，用清营汤加减，并配合安宫牛黄丸、紫雪丹；溃后，脓出臭秽，局部肿消痛减，身热渐退，则为逐渐趋向痊愈。若脓出欠畅，经久不愈，可形成瘘管。

外治：初起用金黄膏或玉露膏外敷；脓成切开排脓；溃后先用八二丹药捻引流，金黄膏外敷；脓净改用生肌散、红油膏。形成瘘管者，按瘘管处理。

腋痈

痈生于腋窝者，称为腋痈。见于《外科正宗》。又名夹肢痈，俗称夹痈。多由上肢疮疡或皮肤破损染毒，毒邪循经结聚腋部而成。初起腋下结块，皮色不变，继而灼热疼痛，伴有恶寒发热，食欲不振，舌质红，苔薄白，脉滑数。治宜疏肝清热、活血消肿，用柴胡清肝汤、仙方活命饮加减；若疼痛日增，寒热不退，根脚收束，肿势高起，为酿脓，宜透脓托毒，用透脓散加金银花、蒲公英、桔梗。当肿块皮色转红，按之中软波动明显时，此为脓成，宜切开引流。一般脓出稠厚，肿消痛止，易于收敛；若溃后脓泄欠畅，肿势不退，须及时扩大切口，使引流通畅，否则迁延日久，难以收口。外治，见"痈"条。

脐痈

痈生于脐部者，称为脐痈。见于《疮疡经验全书》，

谓："……若不速治，即内溃，脐内出脓，四围坚硬出此血水者难治。"《疡科心得集》有"小儿脐中撒尿"的记载。由此可见，本病溃后能较快收口愈合者，乃属痈证范围。溃后久不收敛，甚至内溃透膜形成瘘管经久不愈者，多为卵黄管残留症或脐尿管闭合不全并发感染所致。本证多由心脾湿热火毒结于脐中，以致血凝毒滞而成；或原有脐孔湿疹，脐中渗液，复因搔痒染毒所致。症见脐部肿大高突，皮色焮红，灼热疼痛，伴畏寒发热者，宜清热解毒为主，佐以利湿，用黄连解毒汤合四苓散；若溃后脓出稠厚无臭味者，易收口痊愈。发病前脐孔时流粘液或溢出尿液，或脐周湿毒，复染毒邪，肿胀疼痛，脓出臭秽，可致久不收口，脐孔处胬肉高突，脐孔正中下方有条索状硬结，此为"脐漏"，伴面黄、肢软乏力者，治宜补养脾胃为主，用四君子汤加味。

外治：见"痈"条。脐漏者，可用七仙条化管，再用提脓收口之药，对久不收口者，可行手术治疗。

臀痈

痈生于臀部者，称为臀痈。见于《外科正宗》。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："此证属膀胱湿热凝结而成，生于臀肉厚处，肿、溃、敛俱迟慢。"说明本证较一般痈位置深，范围大，来势急，难腐溃，收敛慢。多由湿热火毒蕴结，营气不从，逆于肉理而成；或因肌内注射染毒所致。

多发生在臀部的一侧，初起局部红肿热痛，红肿以中心部明显，而周围较淡，逐渐扩大，边缘不清，且有硬结。数日后皮肤焮红，或中软不溃，伴有畏寒发热，食欲不振，骨节酸痛，舌苔黄腻，脉弦滑数等症。治宜清热解毒、和营化湿。选用仙方活命饮合黄连解毒汤加减。亦有初起红热不显，硬块坚实，有疼痛或压痛，全身症状不明显，治宜和营活血、清热化湿。用桃红四物汤加丹参、泽兰、蒲公英、金银花，多能消散吸收；若疼痛加剧，红肿明显，伴有畏寒、发热、便结，舌苔黄、脉数者，治宜清热解毒、和营透托，选用五味消毒饮、黄连解毒汤加丹参、炙山甲、皂角刺。若溃后腐肉脱落，疮口较深，而形成空腔，收口缓慢者，宜调补气血，用八珍汤加味。

外治：初起红热明显者，选用四黄膏、玉露膏，或用双柏散水蜜调制外敷；红热不显者，用冲和膏掺红灵丹。脓成宜切开引流，溃后处理见"痈"条。

委中毒

痈生于腘窝处者，称为委中毒。见于《外科大成》。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："木硬肿痛、微红、屈伸艰难……缓则筋缩而成废疾……亦有焮痛、色赤、溃速者，由湿热凝结所致。"本证多由湿热下注，壅而不行，阻于脉络所致；或因患肢破损、足跟皲裂、冻疮溃烂、湿毒等感染毒邪，以致湿热蕴结，经络阻隔，气血凝滞而成。初起腘窝木硬疼痛，皮色如常或微红，或焮红，待形成肿块时，则患肢小腿屈伸困难，可伴有寒热、食欲不振、舌苔黄腻、脉滑数等症。治宜清热利湿、和营消肿，选用萆薢化毒汤合五神汤或活血散瘀汤加减；若肿痛加剧，身热不退，则欲成脓，前方加炙山甲、皂角刺等。溃破之后，气血不足，筋失濡养，筋缩致膝关节屈伸不利者，可适当加入养血舒筋之品。若初起即焮痛色赤，短期内脓成易溃的，则收口康复较快，关节功能多不受影响。

外治：参照"痈"条。若患侧膝关节屈伸不利时，可选用舒筋活络，祛风消肿的药物如银花藤、威灵仙、刘寄奴、宽筋藤、防风、木通、乳香、羌活等，煎水熏洗，并作膝关节功能锻炼。

囊痈

痈生于阴囊者，称为囊痈。见于《外科正宗》，又称肾囊痈。本证多由肝肾阴亏，湿热下注，或居住湿地，或涉水冒雨，久着汗湿衣裤，以致湿热蕴结，血凝毒滞而成。初起阴囊一侧或双侧红肿，焮热疼痛，继则逐渐肿大，皮肤紧张光亮，但触摸睾丸并不肿大，伴有恶寒发热，口干喜冷饮，大便干结，小溲赤涩，舌苔黄腻，脉滑数等症。治宜泻肝除湿、清热解毒，用龙胆泻肝汤加减。若消之不应，身热不退，肿痛更甚，便欲成脓，宜予透托，加炙山甲、皂角刺。溃后一般热退痛减，肿胀消退而愈。多数溃后脓出黄稠者，疮口易敛；若脓水稀薄，疮口难敛，肿痛不减，此系肝肾阴亏，湿热互结，治宜滋阴除湿，用滋阴除湿汤加减。古文献中亦有表现阴囊迅速坏死脱落，其而睾丸外露，称为脱囊的记载。多由湿热火毒下注厥阴之经而成；或原有阴囊皮肤破损，继之感染邪毒而致。初起寒热交作，阴囊红肿，随后皮肤湿烂，肤色紫黑，继之腐烂脱落，范围较大，甚至其囊尽脱，睾丸外露，病势虽重，仍按上述原则施治。

外治：初起选用金黄膏、玉露膏外敷，并用"丁"字带抬高阴囊；成脓须及早切开排脓。见"痈"条。

子痈

痈生于肾子（睾丸）者，称为子痈。见于《外科证治全书》，谓"肾子作痛，下坠不能升上，外现红色者，子痈也"。多因湿热下注厥阴之络，或淋证、外伤染毒，以致气血凝滞而成。起病急骤，多一侧发病，肾子肿胀，剧烈疼痛，阴囊灼热，皮肤光亮发红。伴有寒热，头痛，口渴，恶心，小便短赤或刺痛，少腹痛，牵引会阴部，舌苔黄腻，脉弦滑数等症。治宜泻火清热利湿，用龙胆泻肝汤加减。若肿痛轻，苔白、脉弦者，宜疏肝理气、活血和营，选用枸橘汤合丹栀逍遥散。若治疗及时，多能消散；若疼痛不止，痛如鸡啄，是为酿脓之象，上方酌加透托之品。

外治：见"痈"条。

跨马痈

痈生于股内侧与阴囊之间者，称为跨马痈。见于《外科证治全书》，谓："跨马痈，生于肾囊之旁，大腿根里夹缝中。"生于左侧为上马痈，生于右侧为下马痈。本证多由湿热内蕴，气滞痰凝而成；或由下肢、阴部破损感染毒邪而继发。初起在腹股沟部位有卵圆形肿块，灼热疼痛，皮色微红或不变，患侧下肢活动不便。伴有畏冷发热，全身不适等症。治宜清热利湿解毒，选用五神汤合萆薢渗湿汤、黄连解毒汤。若肿块增大，皮色转红，持续跳痛，此为化脓，宜托毒透脓，选用透脓散合五味消毒饮。

外治：见"痈"条。

产后痈

乃新产妇人，四肢胸腹局部隆起肿胀，境界分明，红肿热痛者，称产后痈。为外痈之一种。《医宗金鉴·外科心法要诀》称产后痈疽，而《医宗金鉴·妇科心法要诀》又有产后败血成痈的论述。

发病机理，乃缘于产后气血经络俱虚，恶露未净，内伤于七情，或外感六淫致败血流滞经络，聚结不散而成。《女科经纶》卷六肖慎斋按："新产妇人，或在于朝十五朝之后，忽发痈肿于四肢胸腹间，或是败血不尽，或是气血虚弱，荣气不从，逆于肉理，发为痈毒。"治宜补血活血，导瘀疏气为主。若痈肿初起，症见患部隆肿焮红疼痛，身热口渴，恶露未净，苔薄黄，脉数。治宜活血行瘀，佐以清热解毒。方用生化汤，加连翘、金银花、乳香、绿豆清热解毒，消肿止痛。若兼表证者，则加荆芥、白芷以疏风散结；若痈肿已成，势欲溃脓，而不作腐者，乃为气血虚弱，无力托毒外出之故。症见局部漫肿，身凉，脉虚细者，治宜大补气血，托里排脓。方用神功内托散。切不可轻用寒凉败毒之剂，以致溃后疮口难敛。至于外治及溃后处理，可按外科常规。

肝痈

发生于肝脏及其周围的痈证，称为肝痈。见于《外科大成》。本证由忿怒抑郁，肝失条达，肝火内生，肝胆不和，遂使气滞血瘀，聚而成痈；或膏粱厚味，醇酒炙煿，肠胃受损，运化失职，积湿生痰、生热，壅结肝胆之络，以致气血运行失常，湿痰交阻成痈；或因闪挫外伤，肝络受损，血瘀染毒而致。

初起右侧期门穴隐隐作痛，逐渐感觉胀痛，甚则不能转侧及右侧卧，局部触痛拒按，呼吸不利。多伴有寒战发热，腹胀便结，尿黄，舌苔薄黄，脉弦数等症。宜清肝泻火、理气开郁、通腑泄热，选用柴胡清肝汤、大柴胡汤加减。后期则胀痛增剧，右胁肋饱胀，肝脏肿大明显，有轻重不同程度的腹皮挛急，局部肿块皮色如常或紫红，如局部皮肤水肿或中软，为已成脓。伴有形体消瘦，精神委顿，口苦纳呆，或有咳嗽，舌苔黄腻，脉数无力等症，此为湿痰瘀凝，化热化火，宜清肝泻火，托里排脓，用托里消毒散加生苡仁、冬瓜仁、败酱草等。破溃后，若胃阴耗伤，宜养阴益胃，用益胃汤加减；神疲肢倦，气虚下陷者，宜补脾益气，选用补中益气汤、四君子汤加减。

外治：早期可选用金黄散、玉露散、双柏散水蜜调制外敷，每日1—2次。如脓肿较大，中毒症状较重者，宜切开引流，并配合中西医综合治疗。

肠痈

发生于肠的痈肿，称为肠痈。首见于《素问·厥论》。《金匮要略》谓："肠痈者，少腹肿痞，按之即痛如淋，小便自调，时时发热，自汗出，复恶寒，其脉迟紧者，脓未成，可下之，当有血。脉洪数者，脓已成，不可下也。大黄牡丹汤主之。"后世医家根据疼痛部位的不同来命名。如天枢穴附近作痛的名大肠痈，关元穴附近作痛的名小肠痈；有因出现症状的不同来区分的，如右腿屈而不伸的名缩脚肠痈，绕脐生疮的名盘肠痈；亦有因在妊娠期间出现的肠痈，称孕痈。

名称虽多，但病因证治相同。多由于嗜食膏粱厚味，或恣食生冷，或肠积生虫，或急行奔走，跌扑损伤，担负重物，或暴怒忧思，或寒温失调等，均能导致肠胃受损，气血不和，运化失职，糟粕积滞，湿热内生，肠道瘀滞而成。其中由湿热挟瘀所致者，发病较为迅速；由寒湿瘀血互结而转化为热的，发病较为缓慢。肠痈本属急重证，孕痈则尤当警惕，因其易于动血伤胎，危及母子安全。故治疗时，亦当顾及胎孕，如攻下祛瘀之品当慎用，针灸取穴亦当谨慎。本证相当于现代医学所称阑尾炎。

肠痈初起每见上腹部或脐周隐痛，数小时后转移到右下腹天枢穴附近，呈持续性疼痛，阵发性加剧，有的右下肢伸直时牵引右下腹疼痛，右侧天枢穴附近有限局性压痛或拒按，并有不同程度的腹皮挛急，同时两侧足三里、上巨虚穴之间（阑尾穴）可有压痛点。常伴有发热，恶心，食欲不振，大便干结，小便微黄，舌苔黄白腻，脉弦滑或弦滑数等症，此为气滞血瘀、湿热内蕴所致，治宜通腑泄热、行气祛瘀，选用大黄牡丹汤合红藤煎剂；若开始症见腹痛较轻，身无寒热或微热，大便微溏，小便清长，舌苔薄白腻或微灰，脉迟紧或濡数，病情发展较为缓慢，或反覆发作者，此为寒湿挟瘀血凝结所致，治宜疏里导滞、理气行瘀，用藿香正气散合红藤煎剂；若病情发展，腹痛加剧，右下腹压痛、反跳痛明显，有较重的腹皮挛急，甚则扩至全腹，或右下腹可扪及包块，并伴壮热不退，恶心呕吐，纳呆，便秘或腹泻，小溲短赤，舌苔厚腻而黄，脉洪数等症，此为积热不散，热胜肉腐为脓，治宜通腑泄热、解毒透脓，选用大黄牡丹汤合红藤煎剂加败酱草、花粉；若身重

微热，腹痛隐隐，便溏，舌苔白腻，脉濡无力，此属阳虚湿蕴，治宜温化寒湿，佐以渗泄解毒，用薏苡附子败酱散加味；孕痈初起未成脓，可用复元通气散去穿山甲，加蒲公英、紫花地丁、丹皮、赤芍为治。脓已成，则宜薏苡仁汤加蒲公英、败酱草、白芷，或用排脓散去穿山甲，加薏苡仁、败酱草为治。

脓成不能局限者，腹痛自右下腹扩展到全腹，腹皮挛急，全腹压痛，拒按，腹胀，恶心呕吐，大便次数增多、似痢不爽，小便频数似淋，甚至可见腹部膨胀，转侧闻水声，口干而臭，舌质红，苔黄糙，脉细数等症，为热结阳明、六腑不通，治宜急下存津，通腑泄热，用大承气汤合黄连解毒汤。若兼见精神委顿，肢冷自汗，身微温或体温不升，舌质淡，苔薄白，脉沉细等，此为热毒伤阴损阳，正虚邪陷，宜回阳救逆，用参附汤加味。

外治：可选用金黄膏、玉露膏、双柏散水蜜调制外敷，使其消散吸收；如脓肿日益增大，或全身中毒明显者，宜手术治疗。此外中药灌肠，对热毒内蕴、阳明腑实的患者，宜用大承气汤煎水保留灌肠，每日 1—2 次，有促进肠蠕动，及加强清热排毒等作用。

针刺疗法：主穴，阑尾穴（双侧）。高热痛甚者，加曲池、内庭；有肿块者，加天枢（双侧）；恶心呕吐者，加内关、中脘；腹胀不适者，加大肠俞、次髎。均取泻法，每次留针 30—60 分钟，每 15 分钟强刺激 1 次，每日 2 次。

疖

发生在皮肤浅表形小而根浅的急性化脓性病证，称为疖。首见于《刘涓子鬼遗方》。《外科理例》卷一谓："疖者，初生突起，浮赤无根脚，肿见于皮肤，止阔一二寸，有少疼痛，数日后微软，薄皮剥起，始出青水，后自破脓出。"疖随处可生，尤以头、面、颈、背、臀等处更易发生。发于酷暑者，称为暑疖；发于头皮致头皮窜空者，称为蝼蛄疖；遍体或一定部位反覆发作，缠绵难愈者，称为疖病。本证多因感受暑毒，或痱子搔抓染毒而发；亦有嗜食膏粱厚味、煎煿辛辣之品致肠胃积热，或消渴、肾病致阴虚内热，染毒而发。

初起局部色红、灼热疼痛，突起根浅，肿势限局，范围多在 1 寸左右，数日后，出现黄白色脓头，自溃脓出而愈。故有"疖无大小，出脓就好"之说，一般无明显全身症状。若热毒盛者，可有发热、怠倦、口苦、咽干、食欲不振、舌红苔黄、脉数等症。治宜清热解毒为主，选用五味消毒饮、黄连解毒汤加减。脾虚气弱者，宜健脾益气，用参苓白术散加减；肝肾阴虚者，宜滋补肝肾，用六味地黄汤加减。

外治：可选用四黄散、玉露散水蜜调制外涂，或千捶膏、四黄膏、玉露膏外敷，也可用紫金锭水调外搽；成脓应切开引流。但任何部位的疖切忌用手挤压，以免毒邪扩散发生变证。尤其是口鼻部位。

推拿：中指旋摩法，用中指蘸乙醇，在疮疖的周围，轻轻地自内而外、作环形旋摩，遍数不计。也可在初起的疮疖周围用轻快的㨰法操作，操作时间 10 分钟左右。本法运用于疮疖初起未成脓者。若疖生于面部者不宜施行，以免使毒邪扩散或内陷。

预防：注意个人卫生，勤洗澡、勤理发、勤修指甲、勤换衣服等，夏季多饮清凉饮料，做好防暑降温工作，少吃辛辣炙煿之物，以预防疖的发生。

暑疖

发生于酷暑季节的疖，称为暑疖。见于《外科启玄》。又名热疖。多发生于头面部，亦有遍及全身，小儿易罹患。其发病总因暑、湿、热杂感而成。《洞天奥旨》谓："身生疖毒，乃夏天感暑热之气……以致气不流通，血不疏泄，乃生毒疖矣。"凡体质虚弱者，皮毛不固，亦常易发生。

初起局部皮肤潮红，肿痛，根脚浅，范围局限，多在 1 寸左右。一种是先有黄白色脓头，灼热疼痛，数日后自行破溃，流出黄白色脓液，肿痛即逐渐减轻；另一种结块无头，潮红疼痛，肿势高突，数日后成脓，一般宜切开引流。暑疖轻者，多无全身症状，治宜清暑化湿，用清暑汤加减。但亦有遍体发生的，少则几个，多则数十个，或有簇生在一起，破流脓水成片，局部皮肤潮红胀痛，伴有发热，烦渴，便秘溲赤，苔黄，脉数等热毒症。治宜清热解毒，选用五味消毒饮、清暑汤加减。

外治：见"疖"条。

蝼蛄疖

发于小儿头皮，未破如曲蟮拱头，破后形似蝼蛄串穴，称为蝼蛄疖。见于《外科大成》。又称蟮拱头。本证多由头部暑疖治疗或护理不当，或疮口太小，脓泄不畅，脓毒潴留所致；或因搔抓碰伤、脓毒旁窜、蔓延，腐蚀肌肉，以致头皮窜空而成。患儿多体弱。症见疮形肿势较小、而根脚坚硬，溃破虽出脓水而坚硬不退，疮口愈合后，常易复发，一处未愈，他处又生；有的疮大如梅李三五相联、溃破脓出、其口不敛，日久头皮窜空，严重者，可致颅骨感染。治宜清热解毒，用五味消毒饮加减；体质虚弱者，宜健脾益气，选用四妙汤、参苓白术散加减。

外治：脓成者，宜切开引流，使脓液畅泄，可选用九一丹掺在太乙膏、红油膏、千捶膏外敷。有朽骨者，必须取出，才能收口。若头皮窜空而难愈合者，可用垫棉法压迫空腔，或扩大疮口以利引流。

疖病

疖肿此愈彼发，迁延日久，且易再发者，称为疖病。又称多发性疖肿。可发生在任何季节，以青壮年多见。本证多由内郁湿火，外感风邪，蕴蒸于肌肤所致；亦有因

消渴及其他慢性病，导致阴虚内热，复因染毒而发。好发于项后、背部、臀部等处，可在一定部位、几个到数十个不等，反覆发作，经年不愈。也有在身体各处散发，一处将愈，他处又起，或间隔一段时间再发。湿火蕴蒸者，伴有大便干结、小溲黄赤，舌苔薄黄腻，脉滑数等症。治宜清热解毒利湿，选用黄连解毒汤、三黄丸；体虚者，常伴有神疲肢倦，舌淡，脉虚数等症。可用五味消毒饮加黄芪，或以益气健脾、解毒，用四妙汤加味；肾阴不足内热染毒者，常伴有口渴唇燥，舌红苔薄，脉细数等症。治宜滋阴补肾、清热解毒，用六味地黄汤加黄芪、金银花、赤小豆等。

外治：见"疖"条。

疔疮

生于颜面、手足等部的形小根深如钉，发病迅速，反应剧烈的急性化脓性感染病证，称为疔疮。首见于《内经》，谓："高梁(粱)之变，足生大丁(疔)。"《中藏经》始将面部疮疡定名为丁(疔)，并分为白、赤、黄、黑、青丁(疔)五种，且形象地描述了其临床特点，谓："丁肿初发时，突起如丁盖，故谓之丁(疔)。"尔后，《医宗金鉴》谓："盖疔者，如丁钉之状，其形小，其根深，随处可生。由恣食厚味，或中蛇蛊之毒，或中疫死牛、马、猪、羊之毒，或受四时不正疫气，致生是证。"扼要阐述了疔的病因。从上所述，中医把疔概括为一些形小根深、炎症反应剧烈的疮疡，包括颜面部、手足部的急性化脓性感染疾患，以及部分特异性感染疾患的烂疔和感染疫畜之毒的疫疔，因此名称很多，病因亦异，治法也各有不同。本病的病机可概括为"火毒"蕴结。如果处理不当，容易发生疔毒走黄，而发生险证；手足疔疮则易损伤筋骨，这也是疔疮的临床特点之一。

疔疮初起外形如粟，坚硬根深，如丁钉之状，周围红肿较著，发展迅速，伴有憎寒壮热，口渴欲饮，便结溲赤，舌苔黄，脉滑数等热毒炽盛之症，治宜大剂清热解毒，选用五味消毒饮、黄连解毒汤；毒邪鸱横，出现疔疮走黄，壮热、神昏谵语等气血两燔、火毒攻心的危候，治宜清营凉血、泻火解毒，选用清瘟败毒饮、黄连解毒汤合犀角地黄汤，配服安宫牛黄丸、紫雪丹等。

外治：初起宜解毒消肿，选用四黄膏、玉露膏、千捶膏外敷，或六神丸水调外敷，每日3次。成脓者宜切开引流，切忌挤压、碰伤，以免毒邪扩散。对疫疔、烂疔除解毒消肿外，尚需脱腐解毒，对接触过伤口的器具要彻底消毒，并烧毁敷料，以免交叉感染。

颜面疔疮

生于颜面部位的疔疮，称为颜面疔疮。其特征是疮形如粟，坚硬根深，如丁钉之状。由于面部血管丰富，炎症反应剧烈，病变迅速，如不及时治疗，或处理不当，毒邪易于扩散，易于引起走黄。根据发生的部位不同，名称各异，如生在眉心称眉心疔；生在两眉棱称眉棱疔；生在眼胞称眼胞疔；生在颧部称颧疔；生在颊车穴称颊疔；生在鼻部称鼻疔；生在人中穴称人中疔；生在人中两旁称虎须疔；生在口角称锁口疔；生在唇部称唇疔；生在颏部称承浆疔等。总之，病名虽异，但其病因、辨证施治基本相同。主要由火热之毒为患，有因恣食膏粱厚味，醇酒辛辣炙煿，以致脏腑蕴热，火毒结聚所致；亦有感受六淫火热之气，或因昆虫咬伤，复经抓破染毒，蕴蒸肌肤，以致气血凝滞，郁而化热而成。

初起在颜面皮肤上有粟粒样脓头，或痒或麻，根深坚硬，周围红肿热痛明显，重者有恶寒发热，全身不适等症，治宜清热解毒，用五味消毒饮加半枝莲、蚤休。恶寒发热重者，加用蟾酥丸以祛毒发汗。并根据疔疮所发部位，按所属经络的不同，佐以引经药以提高疗效。若肿势渐增，四周浸润明显，疼痛加剧，脓头破溃，伴有发热口渴，便干溲赤，苔薄黄或黄腻，脉弦滑数等症，此属脏腑蕴热、火毒炽盛，宜重用苦寒泻火解毒，选用五味消毒饮合黄连解毒汤。壮热口渴者，加淡竹叶、生石膏、连翘；毒盛肿甚，加赤芍、丹皮、生甘草；不易透脓，加皂角刺、穿山甲；大便秘结，加大黄、玄明粉等。若肿势局限，顶高根软溃脓，脓栓(疔根)随脓溢出，肿消痛止，身热减退，即告痊愈。凡颜面部疔疮，特别是在鼻翼、上唇部者，切忌强加挤压或碰伤，或过早切开，皆能助火炽甚，毒邪扩散，失去护场，以致头面耳项俱肿。伴有壮热烦躁，神昏谵语，胁痛气急，舌质红绛，苔黄糙，脉洪数等症，乃疔毒走散，热入于营血，内攻脏腑，谓之走黄。

外治：初起宜箍毒消肿，选用金黄膏、玉露膏、千捶膏外敷。脓成宜提脓拔毒，选用八二丹、九一丹、拔疔散放于疮顶上，再用金黄膏敷贴；如脓出不爽，加用药捻引流。溃出脓栓，脓尽新生，宜用生肌散、生肌玉红膏外敷。

手足疔疮

生于手足部位的疔，称为手足疔疮。一般以手部罹患为多，由于发病部位和形态的不同，故名称各异。如生在指头顶端称蛇头疔；生在指甲旁称蛇眼疔；生在指甲后称蛇背疔；生在手指螺纹称螺疔；生在手指骨节间称蚌节疔；指头有黄泡明亮者称水蛇头疔；一指通肿称泥鳅疔；生于指中节前肿如鱼肚称鱼肚疔、蛇腹疔或蛇肚疔；生在五指(趾)丫处称手(足)丫疔；生在手掌中央称托盘疔；生在足底称足底疔等。本证总由脏腑火毒凝结，其诱因常为轻微外伤，昆虫咬伤等，继而染毒，阻于皮肉之间，留于经络之中，引起经络阻隔，气血凝滞而成。

初起局部肿胀，无头或有头，始感麻木作痒，继则肿势逐渐扩展，焮热疼痛，或呈搏动性疼痛，并可引起腋、肘或胯间臖核，患肢活动受限；多伴有恶寒发热，全身不适等症。治宜清热解毒为主，选用五味消毒饮、黄连解毒汤。如处理不当，可致损筋伤骨，延长病程，影响患肢功能。

外治：初起选用金黄膏、四黄膏外敷，脓成宜早期切开引流，以免脓毒流窜、扩散，损筋伤骨。此外，患肢尚宜制动或抬高，当炎症控制后，可早期作患肢功能锻炼。

蛇头疔

疔毒发于指末端，肿胀形似蛇头者，称为蛇头疔。见于《外科大成》。多因轻微外伤染毒，阻于皮肉之间，导致气血凝滞，火毒郁结而成。本证初起感觉指端麻痒而痛，继而刺痛，焮热肿胀，有的红肿，有的红肿不显，随肿势逐渐扩大，手指末节呈蛇头状肿胀。酿脓时，有剧烈的跳痛，患肢下垂时疼痛更甚，局部触痛明显，常伴有恶寒发热、头痛、全身不适等症。治宜清热解毒、消肿止痛为主，用五味消毒饮加减。若不及时处理，任其自溃，溃后脓水臭秽，经久不尽，此多合并指骨感染，必待死骨取出后方能愈合。

外治：初起选用金黄膏、玉露膏敷贴；若肿痛剧烈者，将冰片或鸡子清调八将丹装入猪胆内，套于患指包扎，每日一次。一旦成脓，及早切开引流，用纸捻（线）蘸八二丹、拔毒散插入疮口，金黄膏外敷；脓尽用生肌散、生肌白玉膏。若合并指骨感染者，见"附骨疽"条处理。

蛇肚疔

疔疮生于指腹部，肿胀状若蛇肚者，称为蛇肚疔。见于《外科大成》。多由火毒凝结或外伤染毒而成。患指整个红肿呈圆柱状，形似小红萝卜，皮肤发红或不红而光亮，关节轻度屈曲，稍有伸展即感剧痛，逐渐加重；成脓时，因指腹侧皮肤坚厚，不易出现波动感，也难自溃。溃后脓出黄稠，症状逐渐减轻。若损伤筋腱，常影响手指屈伸功能。治宜清热解毒为主，见"颜面疔疮"条。

外治：初起用金黄膏或玉露膏外敷；脓成宜及时切开引流，切口应在患指侧面，不得超越指关节面，否则，使脓毒扩散；当炎症控制后，应适当作手指关节的功能锻炼。

托盘疔

疔发生于手掌心处，肿形如托盘之状，称为托盘疔。见于《外科真诠》。又称掌心毒。多因手少阴心、手厥阴心包两经火毒炽盛所致；或由外伤染毒，气血凝滞，郁而化热而成。症见整个手掌手背肿胀高突，失去正常掌部的凹陷，手背肿势更为明显，甚则延及手臂，疼痛剧烈。初起即伴恶寒发热，头痛，食欲不振等症。约2周左右成脓，因手掌皮肤坚韧，虽已化脓，不易向外透出，亦可损伤筋骨或并发走黄。治宜清热解毒、活血消肿为主，选用仙方活命饮、五味消毒饮加减。

外治：初起选用金黄散、双柏散、玉露散调制外敷，每日1—2次。成脓者，宜切开引流，切口要够大，保持引流通畅。

蛇眼疔

疔疮生于指甲两旁，形如蛇眼，称为蛇眼疔。见于《千金要方》。又称虾眼疔。本证多由湿热火毒凝结，或外伤染毒而成。初起时多局限于指甲一侧边缘的近端处，有轻微的红肿热痛，如不及时治疗，可蔓延至对侧，若脓液浸入指甲下，则在指甲背面上透现黄色或灰白色的脓液积聚阴影，致使指甲溃空或胬肉突出。一般无明显全身症状，偶有轻度发热，全身不适等症。治疗以外治为主。

外治：初起选用金黄膏、四黄膏外敷，亦可用金银花、甘草适量煎水，作患处湿热敷，每日3—4次；成脓宜沿指甲旁切开引流。指甲下积脓时，应切除部分指甲或拔除指甲；伤口胬肉突出者，可用平胬丹或枯矾粉外敷。脓尽改用生肌散、生肌白玉膏外敷。

足底疔

疔疮发于足底部者，称为足底疔。多由损伤染毒，或湿热下注，毒邪蕴结而成。初起时足底部疼痛，不能着地，按之坚硬。有搏动性疼痛，此为酿脓。重者肿势延至足背，痛连小腿，下肢活动受限，伴有恶寒发热，头痛纳呆等症。治宜清热解毒、利湿，用萆薢渗湿汤选加紫花地丁、金银花、蒲公英。

外治：见"托盘疔"条。

红丝疔

肢体染毒时，患肢皮肤出现细红丝并迅速向上走窜，称为红丝疔。见于《外科正宗》，谓："红丝疔起于手掌节间，初起形似小疮，渐发红丝上攻手膊。"多因手足部疔疮、足癣糜烂或皮肤破损，感染邪毒，以致毒流经脉，向上走窜而继发。初起局部红肿热痛，或隐而不现；继则在前臂或小腿内侧皮肤上有红丝，迅速向上走窜，上肢可导向肘部或腋部，下肢可导向腘窝或胯间，或更向上蔓延，肘、腋或腘窝、腹股沟部常有臀核作痛。并伴有恶寒发热、头痛、纳呆、全身乏力、苔黄、脉数等症。治宜清热解毒为主，选用五味消毒饮、黄连解毒汤加赤芍、丹皮、夏枯草等。

外治：必须正确处理原发病灶。红丝细而浅者，可用砭镰法，即局部皮肤消毒后，以刀针沿红丝行走途径，寸寸挑断，并用拇指和示指轻捏针孔周围皮肤令微出血，或在红丝尽头挑断，挑断处盖贴太乙膏加红灵丹。

烂疔

发于皮肉间容易腐烂而且病情发展迅速，常危及生

命的一种疔疮，称为烂疔。俗称水疔。见于《千金要方》，谓："烂疔其状色稍黑，有白斑，疮中溃溃有脓水流出，疮形大小如匙面。"《疡科纲要》谓："别有足部之疡，积湿蕴热，忽发红肿，形势坚巨，浮红光亮，按之随指陷下，一时不能即起，此证湿火若盛，化腐最易，即是阴发大毒，俗名水疔……臂臑手背，亦间有之。"又谓："足部亦有所谓水疔者，初则红肿蔓延，大热大痛，不一二日，而腐化甚巨。"说明本证好发于下肢，但也有发于上肢者。多见于战伤或农业劳动时意外损伤。具有起病急骤，局部焮热肿胀疼痛，皮色黯红，很快变黑或有白斑，迅速腐烂，范围甚大，疮形略带凹形，溃后流出臭秽脓液，稀薄如水等临床特点。

本证大都由于皮肉破损，感染邪毒，湿热火毒内蕴，以致毒聚肌肤，毒热炽盛，热胜肉腐而成。初起在皮肤破损处感觉胀裂痛，周围皮肤呈黯红色，旋即迅速蔓延成片，状如丹毒。多数患者在一昼夜间，患肢灼热肿胀，疼痛剧烈，皮肤上可出现水疱，破后流出淡棕色浆水，气味臭秽，此时皮肉大片腐坏，四周皮损转为紫黑色，中心疮面略带凹形，轻按患处可发出捻发音，重按可有稀薄污脓溢出，混以气泡。初起即伴有高热寒战，头痛，烦渴引饮，食欲不振，小便短赤，舌质红，苔黄，脉洪滑数等湿热火盛，燔灼营血之证。治宜凉血解毒、清热利湿，选用清营汤、五神汤合黄连解毒汤、三妙丸加减。神昏谵语者，选用犀角地黄汤、清瘟败毒饮，配合安宫牛黄丸或紫雪丹。若身热渐退，疼痛减轻，患处四周红肿消失，腐肉与正常皮肉分界明显，为转机之象；若身热不退，神志昏迷，患处腐烂及肿势继续蔓延不止者，此属正不胜邪，毒邪走散，为合并走黄之征，多威胁伤员生命。必须采用中西医综合治疗，抢救病人生命。

外治：初起皮色黯红时，选用金黄膏、四黄膏外敷，皮色紫黑者加掺蟾酥合剂或五五丹；当腐肉与正常皮肉分界明显时，则改用5%—10%的蟾酥合剂或五五丹；腐肉脱落后，改用生肌散掺红油膏或生肌玉红膏外敷。

对高度怀疑和已确诊的病人，应隔离治疗，敷料应烧毁，以免发生交叉感染。

疫疔

接触疫畜染毒而生的一种特殊急性传染病，称为疫疔。古称鱼脐疔。见于《证治准绳》，谓："疔疮者……或感疫死牛、马、猪、羊之毒。"多见于与疫毒有密切接触者，好发于头面、颈项、手、臂等暴露部位。是由于感染疫毒，以致气血凝滞，毒邪蕴结，阻于皮肤而成。初起在皮肤上有一小红斑丘疹，形如蚊迹蚤斑，瘙痒而不疼痛，随后丘疹顶部变成水疱，内有淡黄色液体，周围肿胀焮热，并有轻微发热；三四日后水疱干燥，形成黯红或黑色坏死，坏死的周围有成群的灰绿色小水疱，疮形如脐凹，局部肿势散漫，并有臖核肿大，伴发热、全身不适、头痛骨楚、苔黄脉数等症。治宜清热解毒，选用五味消毒饮、黄连解毒汤加减，并须另服蟾酥丸；若中央腐肉与正常皮肉开始分离，或流出少量脓水，四周肿势日趋限局，身热渐退者，是为顺证；若局部肿势继续发展，伴有壮热神昏，痰鸣喘急，脉细身冷者，为"走黄"逆证。

外治：初期宜消肿止痛解毒，选用玉露膏掺蟾酥合剂或五五丹；腐脱新生时，改掺生肌散，红油膏敷贴。

患者须隔离治疗，所用敷料应烧毁，器械必须严格消毒；加强屠宰管理，及早发现病畜，予以隔离治疗或杀死，死畜须加深掩埋或烧毁；皮革和羊毛工人，应在使用橡胶手套、戴口罩和围巾保护下工作。

疔疮走黄

凡疔毒走散，毒入血分，内攻脏腑的一种急性危重证候，称为疔疮走黄。见于《疮疡经验全书》，谓："疔疮初生时红软温和，忽然顶陷黑，谓之走黄，此证危矣。"又《外科正宗》谓："凡见是疮，便加艾灸，殊不知头乃诸阳之首……再加艾灸，火益其势，逼毒内攻，反为倒陷，走黄之症作矣。"此后历代中医外科书籍都有记载。关于"走黄"二字的解释，诸说不一。有的说"黄即毒也，走黄即毒走散也"；有的说"黄即横，散也"。尽管各家对"走黄"的字义解释不一，但对"走黄"实质的理解还是一致的。多由于疔疮早期失治，或因挤压碰伤，或因过早切开，造成毒邪扩散，或误食辛热之药及酒肉鱼腥等发物，或加艾灸，复增火毒，促使毒势鸱张，正不胜邪，疔毒走散，毒入血分，内攻脏腑而成。

本证一经发生，疮顶忽然陷黑无脓，肿势散漫，皮色黯红；并伴有寒战高热、头痛、烦躁不安，舌质红绛、苔黄糙，脉洪数；或伴有恶心呕吐，口渴喜饮，便秘腹胀或腹泻；或伴有肢体拘急，骨节肌肉疼痛；或并发附骨疽、流注等；或伴有身发瘀斑、风疹块、黄疸等；甚至神志昏迷、呓语谵妄，咳嗽气喘，胁痛痰血，发痉发厥等。以上各症，每可相兼出现，因疔毒走散之后，并不只是限于心包一经，而其他脏腑亦可累及，故《疡科心得集》卷上谓："外证虽有一定之形，而毒气之流行亦无定位。故毒入于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则腹疼胀，入于肺则喘嗽，入于肾则目暗、手足冷，入于六腑亦皆各有变象。兼症多端，七恶叠见。"

治宜凉血清热解毒为主，选用犀角地黄汤、黄连解毒汤、五味消毒饮三方合并加减。神昏谵语加紫雪丹或安宫牛黄丸；咳嗽痰血加贝母、天花粉、藕节炭、鲜茅根；咳喘加鲜竹沥；大便溏泄加黄芩炭、银花炭；大便秘结，苔黄燥，脉滑数有力者加生大黄、玄明粉；呕吐口渴加竹叶、生石膏；阴液损伤加鲜石斛、玄参、麦冬；痉厥加羚羊角、钩藤、龙齿、茯神；黄疸加生大黄、茵陈。出现厥逆者，须用参附汤、生脉散以固气养津、回阳救逆，同时应中西医综合治疗，并积极处理原发病灶。

流注

邪毒循经脉流窜，注而发病，称为流注。见于《外科真诠》谓："流注发无定处，漫肿不红，连接三四处。"其特征为：患处漫肿微痛，皮色不变，好发于躯干、四肢肌肉丰厚的深处，并有此处未愈，他处又起的现象。根据发病原因与病情的不同，又有若干名称；发于夏秋之间的，称为暑湿流注；由患疔、疖后而引起者，称为余毒流注；产后瘀血停滞或跌打损伤染毒而致者，称为瘀血流注；仅发于髂窝部的，称为髂窝流注；发于关节者，称关节流注。流注一证，在古医籍中还包括附骨流注（即附骨疽和附骨流痰），虽亦发于骨与骨关节，但与本条所述的流注，在性质和预后上都有区别，见"附骨疽"条。

本证多因患有疮疡，或跌打损伤、产后瘀血停滞染毒，或感受暑湿邪毒，在正不胜邪的情况下，邪毒走散，侵入营血，循筋脉而流窜全身各处，结滞不散致成。初起在四肢近端或躯干（尤以腰背部）一处或数处，出现漫肿无头、微痛或不痛，局部微热或焮红的肿块，逐渐肿势增大，触之有胀痛感，往往此处未愈，他处又起，伴有畏寒、壮热、周身酸楚、头痛、食欲不振、舌苔黄腻、脉洪数等症。关节流注发病急，有明显全身症状，如寒战、高热，全身不适，食欲减退，大便秘结，小便短赤，舌苔黄厚，脉洪数等热毒炽盛证候，受累关节肿胀、疼痛和皮肤灼热，积脓多时，按之应指，有波动感。患者往往采取关节松弛位置，如髋关节呈屈曲外旋位，膝关节呈半伸屈位。关节附近肌肉痉挛，患者常不愿活动患肢，此属火毒流窜，热毒炽盛，治宜凉血、清热、解毒为主，选用黄连解毒汤合犀角地黄汤加减；若出现壮热不退、神昏谵语等毒邪传心，宜清心解毒，上方加安宫牛黄丸或紫雪丹；若咳嗽痰血，胸部隐痛，为毒邪传肺，宜宣肺化痰、凉血解毒，上方加芦茎、生苡仁、桃仁、冬瓜仁、白茅根、天花粉等；若胁下痞块而痛，或黄疸，为毒邪传肝，宜上方加茵陈、柴胡、大黄、栀子、虎杖等。发于夏秋季节的暑湿流注，多伴有发热、胸闷作呕、渴不欲饮，苔白腻或黄腻，脉濡数者，宜清暑化湿，和营通络为主，用清暑汤加桑枝、滑石、甘草等，或五味消毒饮合五神汤加大豆卷、牛蒡子、鲜佩兰、栀子、陈皮、苡仁等；瘀血流注者，宜清热解毒、活血化瘀为主，选用黄连解毒汤合仙方活命饮加减，或活血散瘀汤加三七、银花、连翘、蒲公英等。

成脓者，肿块增大。脓肿浅者、皮肤微红而软，按之有波动感；若深部者，则局部微有触痛，难以测出波动感，可用穿刺抽脓确诊。一般宜切开排脓，配合托毒透邪之品如透脓散，使邪毒外透，促进愈合。溃后，脓出黄稠，肿退痛止，硬块消失，身热亦退，元气渐复，即能生肌收口。若脓水淋漓，面色无华，身热不退，舌淡苔薄腻，脉虚数者，此属正虚邪恋，治宜扶正托毒、生肌，用托里消毒散加蒲公英、银花。若脓溃后气血两虚者，可用八珍汤补益气血，如伤口久溃不愈者，可用十全大补汤。

外治：初起宜箍毒消肿，用金黄散、玉露散、双柏散调制外敷，每日1—2次。成脓应切开引流，溃后见"溃疡"条。

本证忌食燥热油腻及辛辣之品，以防助火生热。关节流注患者治疗中宜将患侧关节固定在功能位置上，以减轻关节软骨的受压和磨损，防止关节并发病理性脱位或挛缩。

髂窝流注

流注发于髂窝部者，称为髂窝流注。多由病后体虚，余毒深袭入里，营气不从，阻塞经络而成；或会阴部、下肢破损染毒，毒邪循经脉走窜注于髂窝所致。

初起患侧髂窝漫肿疼痛，皮色不变，患侧下肢屈曲而难伸直，强行伸直则剧烈疼痛，伴有寒热、头痛、苔黄腻、脉滑数等症，治宜清热解毒、化湿通络，选用黄连解毒汤合萆薢渗湿汤加减；若髂窝部饱满肿胀，明显触痛，则为酿脓之征，治宜托毒透脓，用透脓散加减；溃后宜调补气血，用八珍汤加减。

外治：初起者，选用金黄散、玉露散、双柏散调制外敷。酿脓而脓腔较小者，可行穿刺抽脓，继续敷药，多能消散吸收；较大的脓腔则切开引流，常规换药，多能顺利愈合。

疽

疽者，沮也。是气血为毒邪阻滞而不通的意思。在古医籍中把痈疽作为一切疮疡的总称。《内经》认为痈是病位浅而病情轻，为疮疡之阳证；疽是病位深而病情重，为疮疡之阴证。正如《灵枢·痈疽》谓："何谓疽……热气淳盛，下陷肌肤，筋髓枯，内连五脏，血气竭，当其痈下，筋骨良肉皆无余，故命曰疽。疽者，上之皮夭以坚，上如牛领之皮；痈者，其皮上薄以泽，此其候也。"《医宗金鉴》谓："疽由筋骨阴分发。"近代在临床上以"疽"来命名的疮疡有两类，一为有头疽，初起有粟样脓头，肿而焮红，较易脓、易溃、易敛，多发于肌肤，多属阳证；一为无头疽，初起漫肿无头，皮色不变，难脓、难溃、难敛，多发于肌肉深部或筋骨，多属阴证。如附骨疽、渊疽、胁疽等，然古医籍以疽命名甚多，骨节脱落的脱疽，肿硬如石的石疽，虽俱名为疽，但病的性质很不相同。

有头疽

发于皮里肉外的疽，有多个粟状脓头的，称为有头疽。《外科理例》谓："疽者，初生白粒如粟米，便觉痒痛……此疽始发之兆……便觉微赤肿痛。三四日后，根脚赤晕展开，浑身壮热微渴，疮上亦热……疽顶白粒如椒者

数十,间有大如莲子蜂房者,指捺有脓不流……"。古医籍中无有头疽的病名记载,但有以"发"命名,如《外科精义》载有五发疽。因发生部位的不同,有不同的名称,如生于脑后部,称脑疽或发脑;生于背部的,称发背疽、背发;生于胸部膻中处,称膻中疽;生于少腹部的,称少腹疽;生在手背部的,称手发背;生于足背部的,称足发背。本证一般多发于皮肤较坚厚的项后和背部,且以中年和老年人为多见,尤以消渴病者易罹患,并易引起内陷证。本证多由外感邪毒,风热相搏,湿热交蒸,以致气血瘀滞,毒邪凝聚而成;或情志内伤,气郁化火,或劳伤精气,以致肾气亏损,火邪炽盛,或平素恣食膏粱厚味,脾胃运化失常,湿热火毒内生,以致经络阻塞,营卫不和,气血凝滞而成。

根据其病变过程,可分为初起、溃脓和收口三个阶段,临床辨证分为实证和虚证,一般以实证居多。

(1) 实证:初起局部硬结,肿块有粟粒样脓头,作痒作痛;继则肿块逐渐向周围扩大,脓头亦相继增多,焮红灼热,疼痛更甚,并伴有畏寒、发热,头痛,食欲不振,舌红苔白腻或黄腻,脉滑数或洪数等症。此属风热蕴积,气滞血瘀,治宜散风清热解毒、活血祛瘀为主,用仙方活命饮加减。溃脓者,疮头渐渐腐烂,形如蜂窝,溃而大小不一,在背部的可大如手掌或如茶盘,甚至大逾盈尺,当脓液畅泄,腐肉渐脱,则全身症状随之减轻或消失。若热毒重者,宜选用透脓散合黄连解毒汤以托毒外泄;若热毒不减,便秘溲赤者,宜通里解毒,用内疏黄连汤;如脓泄不畅,宜透托,上方合透脓散,并加服琥珀蜡矾丸。当脓腐渐尽,新肉始长,一般逐渐收口而愈。亦有少数患者,虽腐肉已脱,新肉生长迟缓,乃气血两虚所致,宜调补气血,用八珍汤加减。

(2) 虚证:多见于老年人,或有消渴病史者。若阴液不足,火毒炽盛者,疮形平塌,根盘散漫,疮面紫黯,不易化脓,腐肉难脱,溃出脓水稀少或带血水,疼痛明显。伴有壮热,唇燥口干,食欲不振,大便秘结,小便色赤,舌质红,苔黄,脉细数等症。治宜养阴生津、清热托毒,用竹叶黄芪汤加银花、皂角刺。气血两亏、毒滞难化者,疮形平塌散漫,疮色灰黯不泽,化脓迟缓,腐肉难脱,脓水稀薄、色带灰绿,胀痛不显,疮口易成空壳,伴低热,口渴不欲饮,神疲乏力,面色少华,舌质淡苔白腻,脉数无力等症。治宜扶正托毒,用托里消毒散;若阳气衰微者,宜温阳托毒,用神功内托散。如有消渴病者,必须控制原发病,才有助于有头疽的治疗。

外治:初期宜箍毒消肿,实证选用金黄散、双柏散、玉露散调制外敷;虚证用冲和膏。溃脓宜提脓祛腐,选用四黄膏、金黄膏加掺八二丹或九黄丹外敷;若腐肉阻塞,脓液蓄积难出者,可作切开,清除坏死组织,引流脓液;腐脱脓尽,宜生肌收口,用生肌玉红膏掺生肌散。若虽溃不腐,阳衰不能酿脓外透者,可配合神灯照法或桑柴火烘法。

内陷

疮疡毒不外泄,反陷入里,导致严重病证者,称为内陷。或称痈毒内陷、三陷证,或三陷变局。见于《外科理例》。《疡科心得集》中对本证作了精辟的论述,今多宗其说。有头疽继发本证较为多见,由于内陷病因与临床特点的不同,可分为火陷、干陷和虚陷。①火陷者,多由于阴液不足,火毒炽房,复因挤压疮口,或失于治疗,以致正不胜邪,而毒邪内陷入营。②干陷者,多由气血两亏,正不胜邪,不能酿化为脓,托毒外出,以致正愈虚,毒愈盛,而致内闭外脱。③虚陷者,毒邪虽已衰退,而气血亦大伤,脾气不复,肾阳衰微,以至生化乏源,阴阳两竭。

本证多见于老年人或消渴病患者,其辨证施治如下:

(1) 火陷者:疮顶不高,根盘散漫,疮色紫黯,疮口少脓或无脓,灼热剧痛,伴有壮热口渴,便秘溲赤,烦躁不安,神昏谵语,或胁肋偶有隐痛,舌质红绛,苔黄腻或黄糙,脉洪数或弦数等症。治宜凉血解毒、养阴清热、清心开窍,选用清营汤合黄连解毒汤、安宫牛黄丸、紫雪丹。

(2) 干陷者:脓腐不透,疮口中央糜烂,脓少而薄,疮色灰黯,肿势平塌,散漫不聚,闷胀疼痛或微痛,伴有发热,神疲,纳呆,自汗,胁痛,神昏谵语,气息粗促,舌质淡红、苔黄腻,脉虚数等症。治宜补养气血、托毒透邪,佐以清心安神,选用托里消毒散、安宫牛黄丸加减。

(3) 虚陷者:局部肿势已退,疮口腐肉亦尽,而脓水稀薄,新肉不生,光白板亮,状如镜面,不知疼痛,伴有虚热不退,形神委顿,饮食日减,或有腹痛便泄,自汗肢冷,气息低促,舌质淡红、苔薄白或无苔,脉沉细或虚大无力等症。旋即陷入昏迷厥脱,此属脾肾阳衰,治宜温补脾肾,选用附子理中汤、参附汤加减。若见舌光如镜,口舌生糜,舌质红绛,脉细数等症,此属阴伤胃败,治宜养胃生津,用益胃汤加减。

内陷属疮疡危重之证,但火陷属邪盛热极而正不虚者,预后较好;干陷属正虚邪盛者,预后较差;虚陷属阴阳两竭者,预后最差。均宜采取中西医综合治疗措施,积极救治。

无头疽

初起漫肿无头,皮色不变,发于深部肌肉和筋骨的疽,称为无头疽。它具有病程长,病位深,初起漫肿无头,皮色不变,微热,酸多痛少,难消、难溃、难敛的特点,属疮疡的阴证。发无定处,有发于胁肋的,如胁疽、渊疽、肋疽等,易伤内膜或肋骨;有发于四肢,多在长管骨与关节,如附骨疽、流痰等,易伤筋骨。亦有生于腕关节的兑疽,生于踝关节的外踝疽、内踝疽,生于股间的股阴疽,最易造成畸形。

本证多由寒邪凝滞,气血不通,经络阻塞而致,治宜

温经散寒、活血消肿，用阳和汤。脓成宜温阳托毒，用神功内托散。外治，初起宜温经散寒、消肿止痛，用阳和解凝膏掺桂麝散。若溃后其难愈合，多形成瘘管，处理见“瘘”条。

胁疽

生于胁部的疽，称为胁疽，见于《外科理例》。它具有初起皮色不变，漫肿隐痛，溃后脓水淋漓，久不收口而易成瘘，可伤及内膜或肋骨等特征。多因体虚正气不足，或有肺痨病史，复由忿怒郁闷，肝失条达，郁而化火，灼津为痰，凝滞络道，遂致气机不得疏通，阻于肝胆二经而成。

初起多在胁肋部肌肉深处，隐隐作痛，漫肿皮色不变，全身症状不显，此属气滞痰凝，宜清肝解郁、行滞散结、化痰消肿，用清肝解郁汤合小金丹。数月后，肿势渐重，疼痛加重，并伴有潮热、面色潮红、盗汗、纳呆、舌苔薄黄、脉细数等症，此属酿脓，宜养阴清热托毒，选用透脓散合清骨散、护膜散。若溃破出脓，其质清稀，状如豆浆；或色晦气秽而有泡沫者，乃属逆证，预后较差。若兼见面色无华，形体畏寒、心悸、不寐、自汗，舌淡红、苔薄白，脉细或虚大者，此属气血两虚，宜调补气血，用人参养荣汤；若兼见骨蒸颧红、潮热盗汗、咳嗽痰红，舌红少苔、脉细数者，此属阴虚火旺，宜养阴清热，选用大补阴丸、六味地黄汤合清骨散。

外治：初期选用阳和解凝膏掺阴毒内消散或桂麝散，或冲和膏外敷；脓成可穿刺抽脓，溃后，用七三丹药捻引流，脓尽用生肌散，以太乙膏盖贴。

子痰

肾子(睾丸)处硬结难溃，溃后脓出稀薄难敛者，称为子痰。多见于青壮年，常为肾结核的继发病。本证多因肝肾阴亏，脉络空虚，痰湿之邪乘虚侵袭，凝于肾子而发。

起病缓慢，多从肾子部(附睾尾部)开始，逐渐肿大，硬结成块，或呈条索状，或串珠状结节，疼痛轻微或不痛，偶可引起阴囊坠胀感，局部不红不热，亦无明显全身症状。证见偏阴虚痰湿者，治宜滋阴除湿、化痰通络，用滋阴除湿汤；偏阳虚痰凝者，治宜温阳化痰，用阳和汤加减。经久不愈者亦可形成脓肿(冷性脓肿)。溃后流出稀薄脓水，并夹有败絮样物质，硬结不消，形成瘘管，经久难愈。常伴有头昏，面色㿠白，神疲乏力，舌淡苔薄，脉细弱等症，此属气血两虚，治宜益气养血，用十全大补汤；若伴有午后潮热，口干舌红，脉细数等症，此为肝肾阴亏，治宜补益肝肾，用六味地黄丸加减。不论未溃、已溃，均可加服小金丹。

外治：未溃者，用冲和膏；溃后，提脓去腐，用七三丹药线；脓尽时用生肌散收口。

臁疮

生于小腿下部内外臁的慢性溃疡，称为臁疮。见于《疮疡经验全书》。又称裙边疮、裤口毒，俗称老烂脚。《外科启玄》卷七谓："里臁疮，此疮在里臁骨上，是足厥阴肝经，多血少气，如生于蠡沟、中都二穴上下，皆因湿毒，或因打扑抓磕虫犬破伤，日久不愈，亦由沾阴致令黑肉瘀血腐坏，流水不止。""外臁疮，此疮在外臁骨上，是足阳明胃经，多气多血，或上下臁二穴，乃湿毒之所生也，年月深远……令疮黑腐臭，如骨不腐可治。"《疡科选粹》卷五谓："足从经年不愈，变而成顽……盖由气禀与所感之不同也，要之必因其人或属阴虚，或属脾虚，或属阴火，或属肝火，或属脾气下陷，湿热滞于下部，必内服汤剂，用升举之法，然后外贴膏药，则经络调和，皮肤自合。"这说明前人对本证的病因、发病部位和治疗均有较明确的认识。

本证多由经久站立工作或担负重物，致下肢脉络瘀滞不畅，局部气滞血瘀，湿热下注，加之搔抓、碰伤、虫咬等损伤染毒而成。初发者，多湿热邪盛而正气不虚；日久不愈者，多因气阴耗伤，正虚邪恋。外臁疮多由三阳经湿热结聚，内臁疮多属三阴经亏损，下蕴湿毒。初起患处先痒后痛，红肿成片，破流滋水，进而腐烂，脓血滋水俱下，形成溃疡。若日久不愈，疮口凹陷，肉色灰白或黯红，周围皮肤发硬紫黑，不易收口，严重者可腐烂至胫骨。《外科说约》谓："臁疮红者多热，肿者多湿，痒者多风，痛者属实，早宽而暮肿者属气虚下陷。"

内治：治疗必须辨证施治，①初发者，宜清热渗湿，疏风解毒，用萆薢渗湿汤选加苍术、防风、金银花、蒲公英等。②若患处肿痛，四周皮肤紫黑发硬，患肢青筋怒张较著，属血瘀者，应酌加当归尾、川牛膝、乳香、没药、穿山甲等。③如日久不愈，漫肿微痛，滋水不多，腰膝酸软，足跟疼痛，舌红少苔，脉细数者，属肝肾不足，宜滋养肝肾，佐以清热，用知柏地黄丸。④如漫肿滋水，早宽暮肿，体倦食少，舌淡脉弱者，属脾虚挟湿，宜升发脾阳佐以利湿，用补中益气汤加萆薢、薏苡仁、茯苓等。⑤如患处肉色黯黑，脓水稀薄，倦怠畏寒，足胫浮肿，饮食少思，属脾肾虚寒，下元衰惫，宜扶元固本、温补脾肾，用金匮肾气丸、右归丸等。

外治：①溃面腐肉难以脱落的，用红油膏、夹纸膏外敷；溃面干净，肉芽始长，改用生肌白玉膏、生肌散外敷。②缠缚疗法：溃面有腐肉的，用红油膏、夹纸膏外敷，再用阔绷带缠缚患处和整个小腿，隔1—2日换药一次；如溃面干净后，改用生肌白玉膏加生肌散，亦须加用缠缚；溃口四周并发湿疹的，用青黛散(膏)。③白糖胶布包扎法：用白糖均匀铺于溃疡面，再将胶布剪成宽为2厘米左右，长为小腿周径一圈的胶布若干条，自溃疡面上缘2厘米处开始，第二条胶布宽度的一半贴在第一条胶布上，另一半贴在疮口上，如叠瓦状把疮口封住，直至超过疮面下缘

2厘米处为止，如分泌物少，可每周更换一次；如分泌物多而腥臭，3—4日更换一次。但有湿疹或胶布过敏者不宜使用。

褥疮

久病卧床，肢体受压成疮，称为褥疮。见于《外科真诠》。又名席疮。以臀部、背脊、骶尾、枕部和足跟等突出部位最为常见。病程缠绵，每难自愈，多见于昏迷或外伤、中风等而致截瘫、偏瘫的病人。本证多由久病气血亏虚，受压局部气血凝滞，肌肤失养而坏死，尤易于染毒。初起可见局部皮肤发红、紫黯，迅速形成干黑色腐肉，不痛。此时如能避免再受压和经积极治疗，多能获愈；若延误失治或染毒则黑腐漫延，溃疡日渐深大，脓出臭而稀薄，如粉浆污水，四周形成空壳，日久每致伤筋损骨。常伴神疲、发热、食欲不振等症。

内治：主要针对原发疾病的具体情况进行辨证论治，必须兼顾气血，宜托里生肌、活血解毒为主，阳虚者选用神功内托散，气虚者用托里消毒散加减。

外治：初起皮肤潮红者，宜先解除局部压迫，并按摩，或外撒六一散；溃面较大，腐肉较多，可选用五五丹、红油膏或以白糖胶布外贴，以去腐生肌，待脓尽疮面清洁后再用生肌散收口。亦可用艾条悬灸患处周围，以利气血流通，促进肉芽生长。并应注意经常变换体位，受压部位周围用50%乙醇或30%红花酒按摩，每日2—3次；保持皮肤干燥清洁，并在易受压部位用气垫或海绵垫，减少压迫，以利气血通畅，可预防褥疮再发生。

袖口疳

龟头的急性炎症，称为袖口疳。见于《外科启玄》，谓："此疳是龟头及颈上有疮，肿焮于内，而外则皮裹不见其疮，如袖口之包手故名之。"又名臊疳。本证在古医籍中包括化脓性感染和徽疮两种，后者见"徽疮"条。本证多因肝胆湿热下注，或包茎积垢染毒所致。初起阴茎肿痛，包皮肿胀，龟头潮红，糜烂渗液，或有脓性分泌物，排尿刺痛，可伴有发热，全身不适，舌质红苔薄黄，脉弦数等症。

治宜清肝泻火、利湿解毒为主，方用龙胆泻肝汤加土茯苓、萹蓄等。外治，选用马齿苋、蒲公英、大黄或黄柏、甘草煎水湿敷或浸泡，每日2—3次。

风注

凡头面颈项部骤然出现局限性肿胀隆起，不红、不热、不痛者，称为风注。见于《诸病源候论》。《马培之外科医案》谓："风注一症……头额间忽然肿起，软似绵，大如馒头，木不知痛，按之似有痒状，此风入腠理，气滞而不行……见有肿而日久不消者，医者疑其脓，遂用刀针窜空半头，未能收功。凡遇此者，禁用刀针，极宜慎之。"可见本证在证候与治疗上与一般疮疡均有不同之处。多因风邪侵入腠理，卫气滞而不行，逆于肌肤腠理而发病。因风为阳邪，伤于风者上先受之，此风乘阳明经，阳明为多气多血之经，故风注多侵犯头面颈部。

本证多见于头面颈项部位。症见肿块隆起，皮色不变，无灼热感，不痛，按之柔软。

内治：宜疏风消肿，用疏风流气饮加减。若兼热邪者，口干欲饮，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄，脉弦滑数者，用防风通圣散加减；若兼湿热者，除头面颈项部位之肿块外，尚有散在红色小丘疹，大小自米粒至高粱不等，甚者可呈现皮损糜烂，有少许液体渗出。治宜清热渗湿、祛风消肿，用消风散加减。

外治：选用青黛散、紫金锭醋调外涂。

脱疽

四肢末端坏死致指（趾）脱落的疽，称为脱疽。见于《内经》（《灵枢》谓脱痈，《太素》、《甲乙经》谓脱疽），又称脱骨痈。《灵枢·痈疽》谓："发于足指，名脱痈，其状赤黑，死不治；不赤黑，不死。不衰，急斩之，不则死矣。"本证好发于青壮年，以男性为多，在中国北方较南方多见。多因情志内伤，肝肾不足，寒湿外受，以致气血凝滞，脉络闭塞而成。寒冷的刺激是本证发生的一个重要因素。四肢为诸阳之末，得阳气而温，由于久处寒冷，寒邪深袭络脉，气血运行不畅，血遇寒则瘀滞不通，不通则痛；日久，肢体末端失去气血濡养而发生坏疽。

内治：辨证施治时，必须以温通经脉、活血化瘀之法贯穿治疗的全过程，而对热毒、气血两虚和肾虚者，可视为兼证，而随证施治之。临床上一般可分五种类型：

（1）虚寒或寒湿者：面色暗淡无华，喜暖怕冷，患肢沉重而酸痛、麻木，小腿抽痛感，常伴有间歇性跛行，趺阳脉微弱或消失，局部皮肤苍白，触之冰冷、干燥，舌淡苔白腻，脉沉细。治宜温经散寒通络为主，选用阳和汤、当归四逆汤、独活寄生汤等。

（2）血瘀者：患肢黯红、紫红或青紫，下垂时更甚，抬高则见苍白；足背汗毛脱落，皮肤、肌肉萎缩，趾甲变厚；趺阳脉搏动消失，患肢疼痛不止，夜间尤甚，舌淡红或紫黯，苔薄白，脉沉细而涩。治宜活血祛瘀、通络止痛为主，选用血府逐瘀汤、桃红四物汤等，酌情加入温通的药物。

（3）热毒者：患肢皮肤黯红而肿，患趾（指）如煮熟之红枣，皮肤上起黄泡，渐变为紫黑色，呈浸润性蔓延，甚则五趾相传，波及足背，肉枯筋萎，呈干性坏死，或溃破腐烂，创面肉芽不鲜，疼痛异常，彻夜不得眠，常须弯腰抱膝按摩而坐。并伴有发热、口干、食欲减退、便秘、尿黄赤，舌质红、苔黄腻，脉洪数或细数等症。治宜清热解毒、活血止痛为主，选用四妙勇安汤、顾步汤等。

(4) 气血两虚者：见面容憔悴，萎黄消瘦，精神怠倦，心悸气短，畏冷自汗，舌质淡，脉沉细而弱等症。治宜补气养血为主，选用十全大补汤、人参养荣汤等。

(5) 肾虚者：伴有精神委靡不振，面色暗晦无华，肢寒，口淡不渴，头晕腰痛，筋骨萎软，大便不爽，脉沉细无力等症。肾阳虚补肾阳为主，用附桂八味丸；肾阴虚的选用六味地黄丸、知柏八味丸等。

外治：凡未发生坏疽、溃疡者，可选用冲和膏、红灵膏外敷；或用毛披树根100克，水煎浸泡患肢，每日1—2次。亦可用红灵酒少许揉擦(按摩)患肢足背、小腿，每次20分钟，每日2次。当出现坏疽合并感染、溃疡者，可用毛披树根煎水浸泡后，用生肌膏保护伤口，忌用刺激性的药物。溃疡面积较大，坏死组织难于脱落者，可用"蚕食"方式清除坏死组织；先用冰片锌氧油(冰片2克、锌氧油98克)软化创面硬结痂皮，待患肢的炎症、肿胀逐渐消退，坏死组织开始软化，即可分期分批清除。疏松的先除，牢固的后除；坏死的软组织先除，腐骨后除；彻底的清除必须待炎症完全消退后方可施行。创面可用生肌膏外敷。

针灸疗法：有疏通经络、调理气血和温经止痛的作用。上肢取合谷、内关、曲池；下肢取足三里、血海、解溪、三阴交、阳陵泉、复溜为主穴，昆仑、太溪、委中为配穴，用强刺激或艾灸，亦可用治疗机通电，或在上述穴位注射当归注射液0.2—0.5毫升，隔日一次，10次为一疗程，疗程间休息5—7日。

对肢体坏疽，经积极治疗无效者，可根据具体情况行手术治疗。

瘰疬

颈项结核累累如串珠者，称为瘰疬。首见于《灵枢·寒热》。多见于青少年及痨瘵患者，好发于颈部及耳后，腋窝等处亦可发生。小者称瘰，大者称疬。起病缓慢，常三五成群，联络成串，破溃成瘘，久治不愈者称鼠疮。综合历代医学文献，瘰疬分类大约有三：①按其所在经络部位分：生于颈前属阳明经，为痰疬；生于项部属太阳经，为湿疬；生于颈侧属少阳经，为气疬。②按其病因分：有瘰疬、痰疬、筋疬、气疬等。③按其形态分：有重台疬、子母疬、鼠疬、燕窝疬等。本证多因情志不畅，郁怒忧思，或先天不足，房劳不节，久病体弱，肝肾阴虚或肺肾不足，相火上扰，痰火凝结而发。正如《外台秘要》谓："肝肾虚热，则生瘰疬。"

起病缓慢，大多无明显全身症状。常在颈项之一侧或双侧出现单个或多个结核，大小如豆，质地坚韧，不红不痛，推之可动；随后结核逐渐增大，融合成块，皮核相亲，推之难移，疼痛渐增，外形各异，有如伏鼠者，有如串珠者，有如燕窝者，堆垒簇聚，或缠绕颈项，延及胸腋。后期结核增大变软成脓，皮色黯红；破溃后，脓液稀薄，或夹有败絮状物，疮面湿烂，呈潜行性空腔，多形成窦道或瘘管，则难以愈合，此时多伴有潮热盗汗，羸瘦倦怠，乏力纳呆，头晕不寐，五心烦热，舌红苔少，脉虚数等症。

内治：肝郁痰凝者，宜舒肝解郁、软坚散结，用逍遥散合消瘰丸加减；忧思过度，肝脾两伤者，宜养血舒肝，用夏枯草膏、柴胡清肝汤加减；肝肾阴虚者，用六味地黄汤、左归丸；结核坚硬而不溃者，宜软坚散结，用散肿溃坚汤。若瘰疬破溃，气血已衰者，宜调补气血，解郁化痰，用香贝养荣汤；若食少便泄，脾胃虚弱者，宜益气健脾，用香砂六君子汤；虚烦不眠，心脾两虚者，用归脾汤化裁。此外尚有消瘰丸、小金丹等，不论已溃未溃均可选用。

外治：未溃者以消散为主，选用神功散、龙泉散、猪苦胆膏、阳和解凝膏掺桂麝散、金倍散等外敷；已溃者应以提脓解毒、去腐生肌为主，用五五丹或三宝丹掺于疮面以脱腐排脓，脓尽用珍珠散收口。

灸法：瘰疬部位施灸分为隔姜(蒜、豉)灸、穴位灸和直接灸三种。隔姜(蒜)灸用于瘰疬串连凝结有溃穿或瘘管之趋势者，隔豉灸用于瘰疬未溃破者；穴位灸则适用于瘰疬不论已溃未溃者，可取肘尖、肩髃、肩井等穴；亦可用麝香、雄黄、蟾酥等制成雄麝药捻，直接灸结核或其溃疡的四周。

民间单方：尚可选用①壁虎散治疗：将壁虎烘干，研末，装入0号胶囊，以满为度，每服2—3粒，每日3次，亦可用壁虎粉末外敷已溃疮面。②蛇蜕鸡蛋疗法：蛇蜕一日量3—6克，鸡蛋3个，每个鸡蛋内装入蛇蜕1—2克，以火烤熟，每次服一个，每日3次，黄酒送下。③猫爪草膏治疗：适用于瘰疬溃烂成瘘者，用猫爪草全株，洗净后切碎，煮沸浓缩成膏外敷疮面，每日一换。

恶脉

肢体筋脉呈条索状突起、硬痛、形如蚯蚓，称为恶脉。见于《肘后备急方》，谓："恶脉病，身中忽有赤络起如蚯蚓状。"其后，《圣济总录》一百八十三卷对恶脉的症状论述较详，谓："治恶脉肿毒，毒气攻脉中，卒肿痛作结核，或似痈似疖，而非时使人头痛寒热，气急者数日不除。"好发于四肢，其次是胸腹壁处。

内治：主要由于肝、脾二经湿热凝结脉络；或因经脉创伤，外邪乘隙侵入，或创伤染毒所致。初起局部疼痛，呈条索状，微有红肿，触痛明显，肢体活动受限；严重者肿胀范围较大，或有瘀斑，甚则导致坏死，并可伴有发热、口苦、纳呆、溲赤、舌质红、苔黄腻等全身症状。治宜清热利湿、理气活血，选用五味消毒饮合四妙勇安汤加减，疼痛甚者，酌加乳香、没药、延胡索等。当红肿消退，仅呈硬索条，并有色素沉着，或有局部隐痛牵掣，麻胀感等。治宜活血通脉、化瘀软坚，选用通经活血丸、血府逐瘀汤、补阳还五汤加减。

外治：急性期，严重者需卧床休息，抬高患肢，局部选用双柏散、玉露散、金黄散，水蜜调敷，每日1—2次，或用

金黄膏、四黄膏外敷，或用紫金锭加醋研磨成糊状外涂，每日4—5次。当条索状物久不消者，可选用活血散瘀通脉的中药煎水外洗，如：大黄、刘寄奴、防风、桂枝、威灵仙、透骨消、乳香、没药等。

烧伤

因热力（火焰、灼热的气体、液体或固体）作用于人体而引起的损伤，称为烧伤。见于《千金翼方》。又称汤火伤、汤火疮、汤泼火伤等。由于近代科学技术的发展，出现了化学烧伤、放射性烧伤、电击伤，然仍以火焰烧伤和烫伤多见，在平时和战时均较常见。

早在晋代《肘后备急方》就有“烫火灼伤用年久石灰敷之，或加油调”和“猪脂煎柳白皮成膏外敷”，在南齐《刘涓子鬼遗方》有“火烧入肉坏死，宜用麻子膏外敷”的记载。说明古代对烧伤早已重视，并初步积累了一些治疗经验。至唐代不但有治疗上药物的记载，对烧伤的辨证与治疗亦详，例如《千金要方》谓：“凡火烧损慎以冷水洗之，”否则“火疮得冷，热气更深转入骨，坏人筋骨难差”。又谓：“治火烧闷绝，不识人，以新尿冷饮之，及冷水和蜜饮之……”，又谓：火疮用栀子、黄芩、白蔹煎汤以淋疮，令去火热毒。清代更进一步阐明烧伤的辨证与预后，如《洞天奥旨》谓：“汤烫疮……轻则害在皮肤，重则害在肌肉，尤甚者害在脏腑，”“火烧疮遍身烧如黑色者难救，或烧轻而不致身黑者犹可疗也，然而皮焦肉卷，疼痛难熬，有千方百计用之而不验者，以火毒内攻，而治之不得法也，故治火烧之症，必须内外同治，则火毒易解也。”以上记载，说明传统医学在治疗烧伤方面积累了丰富经验，有些仍沿用至今。

本证是由于火热所致，主要有沸水（油）、火焰、电、放射线或化学物质等。轻则损及皮毛，甚则伤及肌肉筋骨，严重者，其火毒炽盛，伤阴耗液，邪毒乘虚侵入营血，内攻脏腑，变生他证。烧伤由于火毒程度、作用时间、侵袭范围和深浅不同，引起局部及全身的病证各异。烧伤面积小而浅者，只需外治。严重烧伤者，必须内外治并重。

内治：临床上一般按厥脱期、毒热期和修复期进行辨证论治。

（1）厥脱期：多发生于伤后1—2日。此期由于火热暴伤，壮火食气，骤然耗气伤津，此时可有火毒伤阴，甚则阴损及阳而致亡阳欲脱的表现。①火毒伤阴者，症见恶寒发热、烦躁、口干、尿短赤，舌质红而干、苔薄白或黄腻，脉弦数或细数。创面可见水疱或大量渗液。治宜清热解毒、益气养阴为主，选以银花甘草汤合生脉散、清营汤、增液汤和犀角地黄汤配合使用。②亡阳欲脱者，症见精神萎靡，表情淡漠，四肢厥冷，舌质黯淡，舌面无津，脉细数微欲绝。治宜固气救脱，急用独参汤、参附汤合生脉散。

（2）毒热期：一般为伤后3—4日。此期火热蕴毒，溃蚀肌肤，致毒热炽盛，内侵脏腑，产生变证。①热盛伤阴者，症见创面皮塌肉烂或焦黑，腐臭溃脓。伴壮热烦渴，口干喜饮，大便秘结，小便短赤，舌质鲜红或红绛而干，苔黄或黄糙，或焦干起刺，或舌光而裂，脉弦数，或弦细而数等。治宜泻火解毒、养阴生津，选用清瘟败毒饮、黄连解毒汤、增液汤加减。体虚者酌加黄芪、党参、当归。②若热毒传心，可见烦躁不宁、神昏谵语，须配合清心开窍之品，选用安宫牛黄丸或紫雪丹。③若热毒传肺，可见呼吸气粗、鼻翼翕动、咳嗽痰鸣、痰中带血，须配合清肺降气之品，选加生石膏、知母、贝母、桔梗、鱼腥草、桑白皮、海浮石等。④若热毒传肾，可见尿闭浮肿，选加木通、车前子、白茅根、猪苓、泽泻；有血尿者，酌加大小蓟、白茅根、生蒲黄、阿胶、琥珀等。⑤若热毒传肝，可见痉挛抽搐、头摇目窜，须配合平肝熄风之品，选加羚羊角、钩藤、龙齿、石决明等。⑥若热毒传脾，症见腹胀便秘者，选加大黄、玄明粉、枳实、厚朴、莱菔子、大腹皮等；有便溏粘臭而频者，选加广木香、神曲、葛根、白头翁、秦皮等；有呕血便血者，选加三七、白及、侧柏炭、槐花炭、地榆炭等。

在火盛伤阴的发展过程中，亦可出现热深厥深，阴液涸竭，阳无所附，阴竭阳脱的危重证候。症见体温不升，呼吸气微，表情淡漠，神志恍惚，嗜睡，语言含糊不清，四肢厥冷，汗出淋漓，舌质红绛或紫黯，舌面光剥无苔或舌苔灰黑，脉微欲绝，或脉伏不起，急须扶阳救逆，固护阴液，可用参附汤合生脉散；若大汗淋漓的亡阳者，用四逆汤加煅龙骨、煅牡蛎。

（3）修复期：为热毒后期至创面基本愈合、功能活动恢复的期间。此期热毒渐退，气阴未复，属邪退而正虚。气血两虚者，证见不发热或有低热，形体消瘦，面色无华，神疲乏力，胃纳不香，夜卧不宁，创面皮肉难生，舌淡红或胖嫩，舌边齿印，苔薄白或薄黄，脉细微虚数或濡缓。治宜补气血、健脾胃，用八珍汤加减。若胃阴受伤者，症见邪热渐退而有口舌生糜，口干津少，嗳气呃逆，纳呆食少，腹胀便溏，舌质黯红，光剥无苔，脉细数等。治宜养阴益胃，用益胃汤、沙参麦冬汤加西洋参、石斛、淮山、扁豆、野蔷薇。有呃逆嗳气者，加竹茹、法半夏、柿蒂；有纳呆便溏者，可用四君子汤、参苓白术散加炒麦芽、炒谷芽、鸡内金等。

以上是烧伤辨证治疗的一般规律。但烧伤多来势迅猛，复杂多变，如内攻脏腑的见症，往往可几个脏腑证候同时出现，因此在立法处方上，必须辨证施治，在整个治疗过程中，必须注意扶正祛邪，在应用清热解毒的苦寒之剂时，不宜太过，或多选用甘凉清热之品，如金银花、连翘、菊花、蒲公英、紫花地丁、七叶一枝花、一枝黄花等，以免伤津劫阴，败伤脾胃。同时要观察创面情况配合用药，如邪热基本控制，焦痂溶解脱落时，治宜补气活血、托里透脓，用托里消毒散。

外治：运用同内治法一样，应辨证施治，不同的创面，不同的阶段，选用不同的方法。小面积的烧伤创面，初起可用清凉膏、万花油外搽，或地榆、大黄粉各等分，研末，麻油调敷；中期有腐烂时，可选用生肌玉红膏、黄连膏或

红油膏外敷；渗液多时，用2%黄连水、2%黄柏水或银花甘草水湿敷。后期脱腐生新时，用生肌白玉膏掺生肌散外敷。对于大面积烧伤创面，一般宜中西医结合处理。

冻疮

人体受寒冷侵袭，引起局部血脉凝滞，皮肤肌肉损伤的疾患，称为冻疮。见于《诸病源候论》，谓："严冬之月，触冒风雪寒毒之气，伤于肌肤，气血壅涩，因即瘃冻，焮赤疼肿，便成冻疮，乃至皮肉烂溃，重者支节堕落。"多发于手足耳鼻及面部等暴露部位，以严寒冬季在户外工作者多见。发生本证的原因主要有两个方面，一为寒冷外袭，一为元气虚弱，不耐其寒。《外科启玄》卷九谓：冻疮多"受其寒冷，致令面、耳、手、足初痛次肿……亦有元气弱之人，不耐其冷者有之"。故凡素体虚弱，外受寒邪，则经络受阻，气血凝滞而成。本条主要述局部性冻伤。

内治：临床上一般可以分为三种类型：①轻者，受冻处皮肤发红或呈紫红，轻度肿胀，自觉瘙痒、疼痛，并可结成硬块，甚或皮肤起大小不等的水疱，疱液澄黄。治宜散寒通络，可用桂枝加当归汤。②重者，受冻处局部明显肿胀，皮肤初呈苍白或灰白，继之可发青紫，甚至紫黑，有的皮肤可起水疱，疱液暗红或紫色，患处疼痛或麻木不知痛痒。治宜温经散寒、调补气血，可用当归四逆汤、人参养荣汤加醇酒煎服。③皮肉溃烂，严重者可腐及筋骨，致损骨伤筋或肢节坠落。治宜托里解毒，可用内托黄芪散加银花、连翘等。

外治：一般以外治为主，初起可用生姜或红灵酒频擦，亦可用艾叶、川椒、赤芍、大黄、桂枝煎水待温泡浸患处，每日2—3次。并注意保暖，切忌用火烘或过热的水烫洗。皮肤裂开或已溃者，可用马勃膏、生肌玉红膏外敷；溃久不敛者，可用卵黄油或生肌散撒布。

毒蛇咬伤

毒蛇咬伤后，因毒液吸收引起局部及全身中毒症状的一种病证，称为毒蛇咬伤。见于《肘后备急方》，谓："蛇毒，捣鬼针草敷上，即定。"中国的蛇类有170多种，其中毒蛇有48种，分布于全国各地，以南方居多。毒蛇中数量较多，危害较大且能致人死亡的有10种左右。如银环蛇、金环蛇、海蛇、蝰蛇、尖吻蝮蛇、烙铁头蛇、竹叶青蛇、眼镜蛇、眼镜王蛇、蝮蛇等。

本证多因毒蛇咬伤后，通过毒牙将毒液注入人体，侵犯肌腠，留于肌肉、经络，入于营血，内犯脏腑而发病。毒蛇的种类不同，所含的蛇毒成分也有区别，有以神经毒素为主，则主要表现出神经系统症状，称为风毒；有以凝血毒素、出血毒素为主，则主要表现血循环系统的症状，称为火毒；有的既含有神经毒素，也含有凝血、出血毒素和心脏毒素等，则表现既有神经系统，也有血循环系统的症状，称为风火毒。

本证的治疗，首先必须明确是否毒蛇咬伤，被有毒蛇咬伤者，伤口有一对毒牙痕；无毒蛇咬伤者，伤处有四行均匀细小的牙痕，且无局部与全身症状。如为无毒蛇咬伤，则对伤口作一般外科处理即可；若不能确诊或怀疑为毒蛇咬伤者，应先按毒蛇咬伤处理，严密观察，以免贻误。明确是毒蛇咬伤患者，则要进一步鉴别是哪一种毒蛇咬伤，至少要明确是哪一类毒蛇咬伤，以便及时作出正确的处理。早期的局部处理是一个很重要的环节，局部处理的方法很多，但总的原则是尽快排除毒液和阻止或减缓蛇毒的吸收，达到减轻中毒的目的。

(1) 早期缚扎：被毒蛇咬伤后，应即刻用柔软的绳子或布带在超过一个关节的伤口上缚扎，松紧度以能阻断淋巴和静脉血回流，但不妨碍动脉血流为度。在使用有效蛇药30分钟后，可去掉缚扎。

(2) 冲洗伤口：结扎后，可用清水、冷开水、生理盐水、肥皂水、明矾水冲洗伤口，以清除周围粘附的毒液；扩创后，可用3%过氧化氢溶液、1:5000高锰酸钾溶液或1:5000呋喃西林溶液冲洗伤口，以排除局部的毒液，减少毒素的吸收。

(3) 烧灼伤口：可用艾炷于伤口上灸5—7壮，或用白矾于火上烧熔滴于伤处，待冷后去之，或用火柴头5—7个，放在伤口上点燃烧灼1—2次，以破坏伤口表浅处的蛇毒。

(4) 扩创吸吮：伤口消毒后，沿牙痕作纵形或"十"字形切开1—1.5厘米，深达皮下，注意勿损伤血管神经，并用手由近心端向远端伤口周围挤压，使毒血排出，同时反覆挤压和冲洗伤口，然后于伤口处拔火罐或用抽吸器作负压吸吮，将伤口毒血吸出，有利于毒液排出，减轻中毒。如果口腔无溃疡龋齿者，也可用口吸吮，边吸边用清水漱口。但要注意，凡蝰蛇、尖吻蝮蛇、蝮蛇咬伤后，伤口流血不止或有全身出血现象，则不宜扩创，以免伤口流血不止，甚至发生失血性休克。

(5) 针刺排毒：出现肿胀时，可在手指蹼间（八邪穴）或趾蹼间（八风穴），皮肤消毒后，用三棱针或粗针头与皮肤平行刺入约1厘米，迅速拔出，将患肢下垂，并由近端向远端挤压以排除毒液，但被蝰蛇、尖吻蝮蛇咬伤时应慎用，以防出血不止。如被眼镜蛇咬伤，患肢肿胀难消，而表面瘀黑坏死者，宜尽早切开减压，以减少潜行坏死。

(6) 局部封闭：胰蛋白酶能直接破坏伤口残存蛇毒，具有良好的抗组织坏死作用。毒蛇咬伤1—4小时内，以结晶胰蛋白酶2000单位加0.25%—0.5%普鲁卡因溶液5—20毫升稀释，在牙痕中心及伤口周围注射，深达肌层，必要时可重复应用，或在缚扎上端、肿胀上方行套式封闭。胰蛋白酶可能引起过敏反应，使用时可同时应用抗过敏药。

(7) 外敷草药：凡属火毒或风火毒的毒蛇咬伤，可选用半边莲、穿心莲、鬼针草、万年青、旱莲草、蓖麻仁等新

鲜草药,洗净捣烂外敷伤口,或用有效的蛇药水调成糊状,外涂伤口周围肿胀处。

凡毒蛇咬伤后,除及早进行局部处理外,必须同时服用有效的蛇伤中成药。国内各地研制的蛇药很多,对治疗毒蛇咬伤者均已收到效果,应根据各地的具体情况选用。如上海蛇药、广东蛇药、云南蛇药、群生蛇药、蛇伤解毒片、南通蛇药等。另外,根据不同类型毒蛇咬伤,出现不同症状,进行辨证立法,处方用药:

(1) 风毒者,见于银环蛇、金环蛇、海蛇咬伤。因风属阳邪,为百病之长,善行而数变,症见头晕目眩,疲乏嗜睡,胸闷气促,眼睑下垂。严重者出现瞳孔散大、视朦失明,张口困难,痰涎壅盛,流涎,吞咽、伸舌困难,言语不清,肢倦乏力,最后牙关紧闭,昏迷,四肢无力如瘫或抽搐,呼吸困难,唇甲紫绀,甚则呼吸麻痹而死亡。但局部症状多不明显,无红肿热痛,或仅有伤口麻木感,常不引起病人注意,当全身症状一经出现,发展迅速,如救治不及时,多危及生命。

治宜活血祛风为主,选用当归、川芎、红花、白芷、细辛、吴茱萸、威灵仙、桂枝、七星剑、九层塔、两面针、寮刁竹等。代表方:蛇伤1方。

(2) 火毒者,见于蝰蛇、尖吻蝮蛇、竹叶青蛇、烙铁头蛇等咬伤。火为阳邪,其性上炎,易耗阴劫液,生风动血,迫血妄行,以热毒证候为主,被咬局部迅速红肿热痛,或出现水疱、血疱、皮肤斑疹,或可见红丝、臖核,甚至肌肤腐败,形成溃疡。有的伤口可流血不止。多伴有恶寒发热,头痛身痛,甚则高热、神昏谵语,恶心呕吐、腹痛,心悸气短、口干渴饮,大便秘结、小便短赤或呈酱油样,黄疸、肝大,皮下或内脏出血等。因失血过多,可见面色苍白,大汗淋漓,烦躁不安,四肢厥冷,脉微欲绝,为亡阴亡阳的厥脱证。

治宜清热解毒、凉血止血为主,选用黄连、黄芩、金银花、山栀子、大黄、穿心莲、半边莲、半枝莲、田基黄、白花蛇舌草、一枝黄花、鬼针草、万年青、干地黄、牡丹皮、白茅根、旱莲草、仙鹤草等。代表方:蛇伤2方。

(3) 风火毒者,见于眼镜蛇、眼镜王蛇、蝮蛇咬伤。主要表现风火毒兼症。局部红肿热痛,水疱、血疱、皮肤斑疹,或现红丝、臖核,伤口麻木感,牙痕周围组织很快变黑坏死,形成溃疡。多伴有眩晕、头痛目赤,恶寒发热、恶心呕吐,咽喉肿痛、吞咽困难,胸闷、心悸、气促,眼睑下垂、视朦复视,张口困难,全身肌肉酸痛,尿少或无尿,或尿色呈酱油样,甚者高热抽搐、神昏谵语、呼吸困难。多因呼吸麻痹、心力衰竭而死亡。

治宜清热解毒、活血祛风为主,在上述两类中选用。代表方:蛇伤3方。恶心呕吐加竹茹、生姜;咽喉肿痛加山豆根、射干或用六神丸;痰涎壅盛加川贝母、胆星、竺黄或牛黄冲服;热盛伤阴加玄参、天冬、麦冬;热盛迫血妄行出血者加蒲黄、茜草根、紫珠草、旱莲草或合用犀角地黄汤;咳血咯血加仙鹤草、侧柏叶、蒲黄炭;尿少尿闭加白茅根、车前草;高热神昏加服紫雪丹或安宫牛黄丸;大便秘结腹胀加大黄、芒硝、枳实、川朴;伤口出血不止用云南白药或田三七内服,或用云南白药外敷伤口。

毒蛇咬伤后,中毒严重者常引起神经、血液循环和泌尿系统功能的障碍,发生中毒性呼吸麻痹、休克、心力衰竭及肾功能衰竭的严重情况,常可危及生命,必须采取中西医综合治疗措施,积极抢救。近年来,中国已研制出腹蛇、金环蛇、银环蛇、五步蛇、眼镜蛇等抗毒血清,并应用于临床,若早期应用,可收到确切的效果。蛇伤后遗伤口溃疡,可按一般外科溃疡伤口处理。

毒虫螫咬伤

人体被毒虫螫咬后,出现局部或全身病变者,称为毒虫螫咬伤。见于《肘后备急方》。由于毒邪外侵,留连肌腠血脉,内袭经络脏腑,以致化火、化风,而表现热毒、风毒的证候,多以局部症状为主,但严重中毒者,可出现全身症状,甚至危及生命。

毒虫的种类很多,本条主要叙述毒性较强,在人类活动中常易受其伤害的,如蜈蚣、蝎、毒蜂、水蛭等。

(1) 蜈蚣咬伤:蜈蚣两前足各有一对毒爪与其体内毒腺相通,当其毒爪刺螫于人体时放出毒液而致病。症见被刺伤处有两个小红点,周围水肿,甚至发展为褐色水肿;自觉疼痛彻骨,或痛痒难忍,或有红丝出现;严重者则出现发热、头痛、恶心、呕吐,头晕目眩等全身症状。

治宜清热解毒,佐以活血祛风,选用五味消毒饮、黄连解毒汤,选加生地、丹皮、红花、当归、紫苏、荆芥、白芷、细辛等。外治,可用肥皂水或苏打水擦洗、冷敷,或用10%氨水外搽,或用甘草、雄黄各等分研末,以香油调敷患处。局部红肿热痛甚者,可选用金黄散、南通蛇药片(研末)以冷开水调成糊状外涂,经常保持湿润;或选用鲜蒲公英、鲜鬼针草、鲜扁豆叶、鲜鱼腥草、鲜木芙蓉叶30—60克,捣烂外敷患处,每日1—2次。

(2) 蝎螫咬伤:蝎有家蝎与山蝎之别,蝎腹后部渐变细长而成尾状,末端有锐利的弯钩与毒腺相通,毒腺含有酸性毒液,被蝎子螫伤后,毒素则可侵入机体而引起局部与全身症状。儿童被螫后,严重者可致呼吸、循环衰竭而死亡。被螫部位灼痛剧烈,甚至痛引全身,或仅有痒痛;局部红肿、水疱,重者有流涎、恶心、呕吐、嗜睡、寒战、高热等症。

治宜清热解毒,佐以活血祛风,用五味消毒饮、黄连解毒汤,选加当归、赤芍、荆芥、白芷等。外治,尽可能拔出刺针,并在伤口用火罐吸出毒液,再用石灰水擦洗;亦可用紫金锭或明矾研末以米醋调敷,或用雄黄、枯矾各等分研细末,以茶水调敷伤口;红肿甚者,用金黄散、南通蛇药片(研末)水调外涂。

(3) 毒蜂螫伤:蜂有蜜蜂、黄蜂、大黄蜂及土蜂等,蜂尾生有毒刺,连于毒腺,当毒刺螫刺人体后,毒素则进入

体内而致病。症见螫伤处有瘀点，周围起红斑、丘疹，有的可引起广泛的风团，久则潮红肿胀，甚至有水疱形成；伤口烧灼剧痛、瘙痒，亦可产生头晕、恶心、呕吐等症，若被群蜂同时螫刺伤，则可产生大面积肿胀，中毒重者，可有发热、恶寒、头痛、恶心、呕吐等症。

治宜清热解毒、祛风为主，选用五味消毒饮、黄连解毒汤，加荆芥、白芷、苏叶等。外治，遗留有蜂刺者，不可用手按压，应小心取出蜂刺，用肥皂水或苏打水或10%氨水外搽；或选用鲜野菊花叶、鲜蚤休、鲜佛耳草、鲜蒲公英、鲜马齿苋、鲜夏枯草捣烂外敷。

(4) 水蛭咬伤：水蛭是以吸吮血液为生的环节动物，别名蚂蝗，生活于水田或池塘水中。另有生活于中国南方山林草丛上，称为石蛭(别名山蚂蝗)。《诸病源候论》卷三十六谓："山中草木及路上、石上，石蛭著人，则穿啮肌皮，行人肉中，浸淫起疮，灸断其道则愈。"水(石)蛭前面有一个口吸盘，当吸着人体皮肤时，吸取人体血液，并分泌出一种能阻止凝血及使血管扩张的物质。甚至可进入鼻腔、阴道、尿道、肛门等处，也有因喝生水而误吞水蛭而侵入咽喉、食管等处。若受伤部位在体表，待水蛭离开或取下后，伤处流血不止，微感痒痛，或伤处出现丘疹，中心有一瘀点，一般可无全身症状。如失血过多，可有头晕、面色苍白、汗出等症。若在体内，则随水(石)蛭的侵袭部位不同，而表现不同的症状。侵袭于鼻腔内，可有鼻衄、鼻阻塞、流涕带血、鼻痛、鼻内蠕动感；若附于阴道则见阴道流血；若进入肛门则可有便血等。无论进入体内何部位，如果时间过长，流血过多，则可出现进行性贫血。水蛭是附于皮肤上吸血，不会钻入皮内，因此用烟油、酒醋等涂抹，水蛭即自然脱出。若水蛭进入鼻腔或阴道内，可涂以青鱼胆、蜂蜜、香油等，待水蛭伸出体外时，然后除去；若水蛭从肛门人肠道，用蜂蜜、盐水灌肠。

破伤风

皮肉破伤，风毒之邪乘虚侵入而发痉者，称为破伤风。见于《太平圣惠方》，谓："……损伤之处，中于风邪，故名破伤风也"。《五十二病方》称为伤痉、婴儿索痉。外伤所致者又称金创痉，产后发生者谓产后痉，新生儿断脐所致者谓脐风撮口。历代医家对本证的诊治有较详细的记载，如《医宗金鉴》对破伤风的证治载有16方之多，其中玉真散一直沿用至今。

本证多因创伤之后，感受风毒之邪，侵入肌腠经脉，营卫不得宣通，以致筋脉拘急，甚则内传脏腑，毒气攻心，引起严重症状，使病情迅速恶化。

内治：临床上辨证可分为：

(1) 轻证：邪在肌腠经脉，一般先从头面开始，进而扩展到躯干和四肢。先感牙关紧急，或头痛、恶寒发热，烦躁不安；继则出现肌肉痉挛，面呈苦笑，项背强急，四肢抽搐，但发作间隔时间较长，舌苔薄黄，脉弦或弦数等症。治宜熄风镇痉，选用玉真散、五虎追风散加减。

(2). 重证：风邪入里，以致抽搐频频，甚则呈角弓反张，任何轻微的刺激，如声、光、震动等，可诱发强烈的阵发性抽搐。常致吞咽困难、癃闭，甚至窒息而死亡。当风从火化，则有高热大汗，阴液耗损；热结脏腑，热毒传肺，则喘咳痰鸣；热结阳明，则腑实便秘，脘腹胀满；湿热下注，则小便短赤或尿闭。伴有舌质红或干绛，苔黄浊，脉弦数或洪数等。治宜清热解毒、熄风镇痉为主，用存命汤加减，痉挛频发加地龙、红蓖麻根；高热酌加银花、连翘、石膏、知母、黄芩、黄连、山栀子；喘咳痰鸣酌加杏仁、贝母、天竺黄、竹沥汁等；便秘腹胀者，合大承气汤，或用大承气汤煎水低压灌肠；尿少酌加车前草、白茅根等。

(3) 恢复期：一般症见口干津少，肌肉拘紧，关节不利。治宜益胃养津，疏通经络，用沙参麦冬汤加葛根、木瓜、银花藤、丝瓜络、牛膝等；若气血虚弱，脾阳不振，治宜补气血、健脾胃，选用四君子汤、补中益气汤、八珍汤加减。亦可选用下列经验方作辅助治疗，以加强镇痉定惊的作用。①蝉蜕30克，炒焦研末，黄酒冲服。②鲜红蓖麻根125—250克，加水1500毫升，煎至200毫升，分次口服，每日1剂，儿童酌减。③桑木油10毫升，每日3次，服后出汗。(桑木油制法：取鲜嫩桑枝，直径约3厘米，长100厘米，架空，中间用火烤，两端的滴出液，即为桑木油。)

外治：有伤口者，在局麻下将坏死组织切除，并开放创口，使引流通畅，玉真散外敷；至创口出脓后，改用七三丹、生肌玉红膏；脓尽新生，用生肌散或生肌白玉膏。同时，加强护理，这是减少并发症、降低死亡率的重要措施之一。尽可能选择单人暗室，保持安静，专人护理，密切观察，保持呼吸道和大小便通畅。此外，平时要及时而正确地处理各种伤口，对未作过主动免疫注射而又有可能感染破伤风的患者，应在24小时内作被动免疫注射。

狂犬病

瘋犬咬伤致人中毒发狂的一种急性危重病证，称为狂犬病。见于《肘后备急方》。又称瘋狗病，俗称恐水病。远在公元前556年《左传》便有"国人逐瘈狗"的记载，说明当时人们已认识狂犬病对人类的危害，并以逐犬的方法预防之，尔后，《肘后备急方》谓："凡猘犬(狂犬)咬人，七日一发，过三七日不发，则脱也；要过百日，乃为大免耳。"并云："仍杀所咬犬，取脑敷之，后不复发"等朴素的符合免疫学思想的观点。《诸病源候论》卷三十六谓："其猘狗啮疮，重发则令人狂乱，如猘狗之状。"说明当时医者对本证的潜伏期以及临床症状有一定认识。

本证由于被瘋犬咬伤，或皮肤损伤，误触瘋犬唾液，均能感染其毒，人于营血而发病。因此发病前一般有被狂犬咬伤或狂犬接触史，有一定的潜伏期，一般为2—6周，但亦有长达1年以上，故《医门补要》谓："……倘人被

咬破伤，……有毒内犯，即作犬吠声，数日乃毙；有一月或二月，始觉周身麻木，神昏气短，或见饮食嗅鼻有声者。"临床上一般可分三期：①初起时精神委靡，若有所惧，畏风战栗，失眠，烦躁口渴，不能饮水，小便涩痛。②毒发时则发狂，恐惧加重，怕光、怕风、怕水，轻微刺激即可引起搐搦。③发狂期后，可有短暂的安静时期，若大小便俱闭，烦乱腹胀，口吐泡沫，狂叫，其声似吠，眼神露白者，多危重不救。

本证尚无确实有效的治疗方法。在明确或疑为疯犬及其他感染动物咬伤后，立即采取局部伤口处理和预防接种狂犬疫苗。伤口处理是将伤口针刺出血，以泄其毒，或用火罐拔毒，并用大量清水和2%的肥皂水彻底清洗伤口，然后用葱白60克、生甘草15克煎水洗患处。或用70%乙醇、3%碘酊外涂，亦可用玉真散外敷。伤口的处理要迅速，一般应在咬伤后2小时内进行。接种狂犬疫苗是较可靠的预防措施，其方法是在腹部和背部皮下交替注射，每次2毫升，每日1次，14—21日为一疗程。根据医籍文献记载，内服治宜祛风止痉、清热解毒，可试用扶危散、玉真散、活命仙丹、加味人参败毒散，随证加减；小便涩痛如淋者，可用琥珀碧玉散。

瘿

结喉两侧(甲状腺)肿大的一类病证，统称为瘿。见于《肘后备急方》。其特征为颈前结喉两侧漫肿或结块，皮色不变，逐渐增大，并随吞咽而上下移动，病程缠绵，不会破溃。中国西北高原地带及山区较多见。晋唐时期就提出用含碘药物和动物甲状腺口服治疗本证的方法，如《肘后备急方》载有海藻酒，《备急千金要方》记述了鹿靥(包括甲状腺在内的颈部组织)和羊靥内服治瘿的经验。《诸病源候论》卷三十一谓："瘿者，由忧恚气结所生"，又谓："诸山水黑土中，出泉流者，不可久居，常食令人作瘿病，动气增患。"《太平圣惠方》卷三十五谓："夫瘿者由忧恚气结所生也，亦由饮沙水，随气入于脉，搏颈下而为之也。"从而在本证的病因、病机及防治方面，为后世积累了一定的经验。

本证多与水土及饮食因素有关，或因忧思郁怒，情志内伤，肝失条达，气郁痰凝及血瘀，上聚于颈而发。历代医家根据其病因和症状的不同，提出许多名称，《三因方》及《圣济总录》有"五瘿"之称，但内容不尽相同；《诸病源候论》及《备急千金要方》等书又提出一些瘿病名称，归纳如下：①气瘿、忧瘿、劳瘿：见症相同，瘿块随喜怒而消长，质软不痛，皮宽不急，皆因七情所伤，气结不散而致。②土瘿、泥瘿、水瘿：症同气瘿，多因水土因素而致。③血瘿：肿块处及其周围皮肤上赤脉红丝显露，擦破后易出血。④筋瘿：肿块处青筋显露，结若蚯蚓，遇怒而痛。⑤息肉瘿：肿块顶大蒂小，下垂如息肉状。⑥肉瘿：患处皮色不变，皮宽不紧，肿块质韧或硬，推之可移，不痛不溃。⑦石瘿：肿块坚硬如石，推之不移。综上所述，名称虽多，但从其临床特点来看，可以概括为气、肉、石瘿等。

初起肿块较小，并无不适，逐渐增大，始觉颈部拘胀不舒。其肿块多呈圆形或椭圆形，并能随吞咽动作而上下移动。可多个或单个，其小者如李、如桃，大者如拳，甚至如茄，垂于颈前或胸上，一般皮宽不急，质地柔韧，不痛不痒，皮色不变，发展缓慢。有的触之坚硬不平，不甚移动，或兼疼痛。少数患者，病变局部皮色发红或赤脉交结，但均不破溃。部分病人除局部症状外，尚可兼见心悸，烦躁，易怒，自汗，手颤肉瞤；或神情呆滞，倦怠畏寒，行动迟缓；或肿块处疼痛引及肩、项处，声音嘶哑，身困乏力等症。

瘿证总的治则以行气、化痰、活血、软坚、散结为主。如肿块柔软，可随喜怒而有所增减，此属气郁为主，治宜理气解郁、散结消瘿，用四海舒郁丸、海带丸等。若肿块或韧或硬，甚至数块相聚，此属痰凝为主，治宜化痰开郁、散结消瘿，用海藻玉壶汤加减。若肿块坚硬，推之不移，此属瘀血凝结，宜活血化瘀、软坚散结，可选用六军丸、散肿溃坚汤等。尚有兼证者，可随证化裁施治。

外治，初起者可用消瘤二反膏外敷。经系统治疗而无效者，可行手术治疗。

气瘿

瘿证可随喜怒而消长者，称为气瘿。见于《诸病源候论》，谓："气瘿之状，颈下皮宽，内结突起，膇膇然亦渐大，气结所致也。"俗称大脖子，多见于高原地区，好发于青壮年。多因忧思太过，肝脾失调，气逆痰凝而成，亦与水土及饮食缺碘有关。

初起颈部肿胀弥漫，内有结块，逐渐增大，皮宽不紧，皮色不变，肿块过大时可向下垂，甚者可悬于胸上，触之柔软，可随喜怒而有所消长。一般无明显全身症状，但部分病人当瘤体过大时可压迫气管，出现呼吸困难、声音嘶哑等症状。

治宜理气解郁、散结消瘿，用四海舒郁丸加柴胡、青皮、贝母等；若瘿块较大，病程较长者，可用海藻玉壶汤。若脾气亏虚者，兼见四肢困乏，食减体瘦，气短脉弱等症，宜酌加党参、黄芪、白术、茯苓、砂仁等。若久病及肾兼肾阳虚者，症见行动迟缓，倦怠畏寒，神情呆滞，舌淡，脉沉细缓，宜酌加鹿角胶、巴戟、枸杞、肉桂、山萸肉等。对于由水土因素引起的气瘿，可适当服食含碘食物。

早期轻证可采用针灸疗法，根据病情取穴肩髃、曲池、内关、风池、足三里、定喘等，针刺或艾灸，隔日一次。亦可在肿块的四周对称点处针刺，进针时沿肿大的瘿块体表层透至对侧皮下，向左右各捻转一次，即退针。

肉瘿

瘿证肿块较局限而柔韧者，称为肉瘿。见于《三因极

-病证方论》。其特征为结块发展缓慢，推之可移。多见于成年人，以女性患者为多。多因情志不畅，郁怒伤肝，肝气横逆，克犯脾胃，致水津失于运化，聚而为痰湿，结于颈部而成。

初起颈前结喉两侧发生单个或多个肿块，多呈半圆形，表面光滑，增长较慢，不宽不紧，皮色如常，触之柔韧，不痛不溃，可随吞咽而上下活动，脉多弦滑，舌红苔腻。治宜疏肝解郁、化痰软坚，用海藻玉壶汤加黄药子、柴胡；如肿块较硬，可酌加三棱、莪术、红花、乳香、没药等。若肝郁化火上亢，阴血耗伤，兼见头昏头疼，眼球突出，急躁易怒，心悸少寐，能食善饥，体瘦多汗，手部震颤；妇女则月经不调或闭经，舌红苔黄，脉数等症。治宜平肝清火、散结消瘿，用丹栀逍遥散加夏枯草、黄芩、黄药子、龙骨、牡蛎等；若五心烦热，肢软气短，舌淡红少苔，脉细数等阴虚较著者，宜养阴益气、软坚消瘿，用复脉汤加减。亦可用单方：黄药子半斤，以无灰酒或烧酒浸泡后，每日饮一小杯，至愈为止（服药过程中应定期检查肝功能，如有肝功能损害者应即停服）。

外治，可试用消瘤二反膏或阳和解凝膏掺黑退消外贴。必要时可手术治疗。

石瘿

瘿证坚硬如石不可移者，称为石瘿。见于《备急千金要方》。多因七情内伤，肝脾失调，以致湿痰内生，气滞血瘀，结于颈部而成；亦可由肉瘿日久转化而来。中年以上的女性罹患较多。

症见结喉一侧或两侧出现肿块，增长较快，在短期内肿块迅速增大，触之坚硬如石，随吞咽动作的移动性减少或推之不移，高低不平，边缘不整，多伴有疼痛，可牵引至耳、枕及肩部，肿块过大时可引起呼吸不畅。舌质紫黯，或见瘀斑，脉沉或涩。治宜解郁化痰、活血软坚，用海藻玉壶汤加三棱、莪术、山慈姑、黄药子、石见穿等，或散肿溃坚汤、六军丸加减。一般宜手术治疗。

瘤

体表局限性肿块，软硬不一，痛或不痛，病程漫长者，称为瘤。首见于《灵枢·刺节真邪》，又称瘤赘。《诸病源候论》卷三十一谓："瘤者，皮肉中忽肿起，初梅李大，渐长大，不痛不痒，又不结强，言留结不散，谓之为瘤。"大多是体表良性肿物，少数属恶性肿瘤范畴。瘤之范围甚广，古医籍中有按五脏分属而命名的五瘤，如气瘤属肺，筋瘤属肝，血瘤属心，肉瘤属脾，骨瘤属肾；尚有六瘤之称，即气瘤、筋瘤、血瘤、肉瘤、骨瘤、脂瘤。此外，根据瘤内容物形质及生长部位还可分为担肩瘤、虫瘤、虱瘤、黑砂瘤、胶瘤、胎瘤、红丝瘤、乳瘤、胁瘤、腿瘤、臀瘤等。

瘤的病因较为复杂，属先天者，如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："红丝瘤……此患由先天肾中伏火，精有血丝，以气相传，生子故有此疾"；或因遗传，胎儿发育异常、或因孕妇胞宫积热、更兼胎中瘀血凝滞，以致婴儿出生即有各种瘤证，如《医钞类编》谓胎瘤"由胎前孕母积热以致胎热更兼血瘀滞结而成"。属后天者乃风寒湿热之邪，伤于五脏，传于六腑，壅滞经络，留于腠理，血结气滞，日久渐生；或愤怒抑郁，情志不畅，气血不和，邪火痰气，随气凝滞各有所感而成；或病后体弱，气虚不能升发清阳而致气机不运，痰浊内阻；或局部负重，脉络不通，痰凝气滞，日久生瘤。

初起多无自觉症状，常在皮下出现一局限性包块，境界清楚，圆形或长形，大小不一，与表皮多不粘连，或硬似骨，或软如馒，偶有疼痛，有的病久亦可自溃。除血瘤、筋瘤色红紫或青紫外，色泽多与表皮一致。

内治：临床上应根据患者体质及瘤体局部表现辨证治疗。瘤体坚实，属痰凝瘀结者，宜化痰软坚，用海藻玉壶汤；经脉瘀阻，营卫不和者，宜调气破结，用通气散坚丸或流气饮；肝胆火盛，性急多怒者，宜清肝解郁，用清肝芦荟丸；小儿胎瘤，红丝缠绕，属胞热血瘀者，宜解毒化瘀，用五福化毒丹；寒湿挟痰，瘤硬如骨，肾水耗竭者，宜益肾调元，用调元肾气丸。

外治：①敷药：即以药物外敷于瘤体上，可选用南星膏、阴症膏、阳和解凝膏掺桂麝散、太乙膏掺红灵丹等。②腐溃疗法：适用于瘤体较浅小或手术复发者，先以刀或针刺破瘤体，排出内容物，用白降丹或三品一条枪等腐蚀药纳入创口，腐溃瘤壁及残余内容，再以生肌散、生肌玉红膏收口。

有些瘤赘宜手术治疗。

气瘤

体表生瘤，因其大小变化不定，宛如气在瘤中，称为气瘤。见于《医宗金鉴·外科心法要诀》，谓："软而不坚，皮色如常，随喜怒消长，无寒无热者名气瘤。"本证多由劳伤肺气，腠理不密，复为寒邪外袭所致；或忧思不解，痰浊内停而生。以躯干部较为多发，而面部及四肢也较为常见，瘤如球形，大小不一，小如豆粒，或大如拳，软而不坚，以手压之则有凹陷，放手后又可恢复原状，皮肤色泽近似正常，或呈淡红色，或淡褐色，不疼痛，多无全身症状。治宜宣肺和营、疏肝理气、化痰散结，选用通气散坚丸、逍遥散加丹参、丹皮、桃仁、红花等。

对于瘤体较大，或面部瘤体有损面容者可考虑手术治疗。

血瘤

局部络脉丛集交错而呈瘤状者，称为血瘤。见于《肘后备急方》。多由心火妄动，血行失常，以致气血纵横，脉

络交错，结聚成形，显露于肌肤而成；或与先天禀赋有关，如《洞天奥旨》卷十一谓："血瘤……初生之时亦有细于发者，久之而大矣。"

初起可见体表络脉交叉显露，皮肤隐隐宛如红丝缠绕，色呈紫红，软硬间杂，或有轻微疼痛，日久瘤体渐大，呈球形或扁平状突出体表，软如海绵，界限分明，以手压之瘤体可暂时缩小及退色，放手后又可恢复原状，偶有擦破则流血不止，一般无全身症状。治宜凉血活血、清心安神，用芩连二母丸加减，或四物汤加茯苓、远志。目前多选用放射治疗、激光治疗或冷冻疗法。但部分病人，尤其是婴幼儿的血瘤，有经观察较长时间瘤体停止发展者，可不作处理。

筋瘤

筋脉曲张结聚成团者，称为筋瘤。首见于《灵枢·刺节真邪》。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："坚硬紫色，累累青筋盘曲若蚯蚓状者，名筋瘤"。长期负重或站立工作者较多见，好发下肢小腿。多由肝火亢盛，血涸筋挛，经脉失养而致；或筋脉薄弱，复加久行久立、妊娠等致络脉受阻、屈曲扩张，或厥阴血虚，寒邪外袭，客于筋脉而成。初起可见筋脉纡曲、增粗，如豆如栗，后渐大成团，或青筋盘曲状似蚯蚓，或呈条形突起，色紫微硬，偶有擦破，则有大量瘀血流出，患肢多感沉重。肝火盛者常有性急易怒，口苦，便结溺黄，舌质红、苔黄，脉弦实等症；阴虚者多有心烦急躁，虚火上升，舌红苔少，脉虚细数等症；血虚而感寒者则有畏寒肢冷，不渴，脉细，舌淡而紫等症。日久者多并发臁疮、湿毒。

内治：宜清肝解郁、养血活血、疏通经脉为主。肝火偏盛者，应清肝佐以活血化瘀，用清肝芦荟丸加减；阴虚者，以补阴为主，佐以养血活血，选用六味地黄丸合桃红四物汤，或用四物汤加山栀、木瓜等；血虚受寒者，宜温通经脉，佐以养血舒肝，用当归四逆汤加味。

外治：一般宜手术治疗。

胶瘤

四肢关节附近生瘤，内容如胶者，称为胶瘤。见于《儒门事亲》，谓："两手背皆有瘤，一类鸡距，一类角丸，腕不能钏，向明望之，如桃胶然。"青壮年多见，好发于手足背面及腕、膝关节附近。本证多因关节长期活动过度，瘀浊内生，复为寒邪所搏而致。初起感局部不适、酸困，或无自觉症状，于患部生一小肿物，隐于皮下，形如豆李，多能随其关节之活动而移动；日久瘤体渐大，圆形或条形，突出皮面，有囊性感或硬如软骨，压之不痛或微痛，界限分明。若刺破瘤体，可见有淡黄色半透明之胶样物流出。染毒时则疼痛明显，红肿灼热。

内治：本证一般不需内治，染毒时治宜清热解毒。

外治：①敷药法：选用阴症膏、阳和解凝膏外敷。②挤压疗法：即在胶瘤表面以拇指揉搓按摩数分钟后，固定瘤体，然后强力以拇指挤压瘤体令破，此法适用于瘤体较小而便于固定者。

针灸疗法：用围刺法，即在瘤之四周及顶部以毫针刺入，强刺激、留针并结合局部按摩，隔日一次，或在瘤体上隔姜(蒜)灸亦可。

用上法后不效且有碍关节活动者，宜手术治疗，行囊肿摘除术。

肉瘤

瘤体由脂肪或肌肉组成者，称为肉瘤。见于《疡科选粹》谓："若自肌肉肿起，按之实软，名曰肉瘤。"好发于四肢、肩背部。多由郁结伤脾，脾气不行，痰湿内生，气血凝滞，逆于肉理而成。瘤之数目、大小不一，初如桃栗，后渐长大，呈半球形突出于体表，根底阔大，皮色不变，质软如绵，推之可动，多无疼痛，亦无全身症状。

内治：治宜健脾益气、化痰散结，用归脾汤加香附、乌药、陈皮、贝母、神曲、山楂等。

外治：初起瘤体尚小时，可用消瘤膏，或阳和解凝膏掺黑退消外敷；如瘤体过大，可作手术切除。

骨瘤

瘤体自骨而生，坚硬如石者，称为骨瘤。在《备急千金要方》卷二十四中已提出骨瘤之病名。《外科枢要》卷三，谓："其自骨肿起，按之坚硬，名曰骨瘤"。青少年较多见。由于肾气不足，寒湿挟痰侵袭入骨，瘟阻骨骼，以致血瘀凝滞而成。

骨瘤有良性、恶性之分。良性者，瘤体坚硬，自骨而生，且生长缓慢，局部隆起，痛或不痛，皮肤色泽如常，推之不移，如《洞天奥旨》谓："骨瘤亦不必治，终身大小如杏也。"但极少数患者接近关节处的原发性骨瘤，虽非恶性，也可影响关节功能，如在下肢，早期就可能出现跛行。极少数患者可于病后若干时日瘤体突然增大，症状加剧而转为恶性。

良性骨瘤常不需治疗，如有功能障碍或影响美观时，可手术切除。

恶性者，以肱骨上段、股骨下段最为常见，初起多感患处疼痛，夜间尤甚，日渐增剧，肿块渐长，境界不清，坚硬如石，生长迅速，疼痛剧烈，周围肌肉发生萎缩，后期病人多伴有厌食、消瘦、神疲、寒热等症。如《外科正宗》卷六谓："其患坚硬如石，形色或紫或不紫，推之不移，坚贴于骨，形体日渐衰瘦，气血不荣，皮肤枯槁；甚者寒热交作，饮食无味，举动艰辛，脚膝无力。"

恶性骨瘤宜早期手术治疗或配合其他疗法。

辨证施治，早期以攻邪为主，宜益肾调元、软坚散结、

用调元肾气丸酌加山慈姑、半枝莲、白花蛇舌草、石见穿等。阴虚者,配合用六味地黄汤或左归饮;痰热瘀阻者,选用大黄䗪虫丸、蟾酥丸;中期,瘤病发展,脏腑受损正盛邪实,宜攻补兼施;后期气血两虚者,应以扶正为上,佐以祛邪,用当归鸡血藤汤或八珍汤加减。

脂瘤

因瘤体内容物状如脂粉者,称为脂瘤。见于《医宗金鉴》,谓:"软而不硬,皮色淡红者,名脂瘤。"又称粉瘤。随处可生,以四肢及耳前、项背部较为常见。本证多因痰湿凝结,郁于肌肤腠理而成。

初生如豆,色若粉红,境界清楚,日久稍增,圆形或椭圆,不痒不痛,与其表面的皮肤紧密相连,但与深部的组织不粘连,推之可动,瘤体多为孤立一个,少数亦可连接2—3个,有的瘤体中央有一毛孔,微带黑色,挤之有糊状腻粉自孔而出,且有臭气。若染毒则出现红肿热痛。

治疗以外治为主,瘤体较小时可用刀或针刺破瘤体后挤出脂粉,以三品一条枪或白降丹粘于棉花上,嵌入创口,腐去残余内容及囊壁,再用生肌散收口,或用生南星、大黄等为末,以白玉簪花根捣汁调敷。今多用手术摘除。一般不需内治。如继发感染,宜用清热解毒之剂,成脓者应切开引流。

岩

发于体表的坚硬如石、形状不规则的肿物,称为岩。岩与严、喦、癌、癌通用。对岩证的描述,早在隋唐时代《诸病源候论》、《千金要方》、《外台秘要》等已有记载,不过当时把类似岩的疾病称为"石痈",如《诸病源候论》卷三十二谓"石痈者……其肿结确实,至牢有根,核皮相亲……";"坚硬如石核者复大,色不变,或作石痈"。从这些记载,可见当时对岩证已有一定的认识。至宋《仁斋直指附遗方论》卷二十二对岩证论述更确切,谓:"癌者上高下深,岩穴之状,颗颗累垂……毒根深藏,穿孔透里,男则多发于腹,女则多发于乳或项或肩或臂,外证令人昏迷。"《妇人良方》卷二十四谓:"若初起已内结小核,或如鳖棋子,不赤不痛,积之岁月渐大,巉岩崩破如熟榴,或内溃深洞……名曰乳岩。"较扼要地提出岩证的症状。岩证的特点:多发生在40岁以上,局部肿块高低不平,边缘不齐,坚硬如石,推之不动,溃而不脓,时流臭水,触之易出血,难以收敛,不易治愈,每多危及生命。由于发生部位和症状不同,故有不同的名称,如茧唇、舌岩、肾岩、失荣、石疽、癌疮等。

病因　本证的发生,外因为寒热、痰湿、气滞、血瘀以及邪毒郁积而久聚成块;内因为脏腑经络失调,阴阳气血亏虚,使正气先虚而发病。

(1) 情志郁结:郁怒伤肝,失其疏泄,气机郁结,致气血运行失常;或思虑伤脾,升降失职,痰湿蕴结而致。正如《丹溪心法》卷五谓:"若不得于夫,不得于舅姑,忧怒郁闷,昕夕积累,脾气消阻,肝气横逆,遂成隐核。"《医宗金鉴》提出失荣是由"忧思恚怒,气郁血逆,与火凝结而成"。

(2) 脏腑失调:脏腑虚损,功能失调是岩致因之一,如舌岩每见心脾郁热,肾岩多呈肝肾阴亏。《疮疡经验全书》卷二谓:"乳岩乃阴极阳衰……血无阳安能散,致血渗于心经,即生此疾。"

(3) 内伤饮食:饮食不节,恣食辛辣厚味,醇酒炙煿,致脾胃受损,积滞内停,可生湿、生痰、生火而致。《外科正宗》卷十谓:"茧唇乃阳明胃经症也,因过食煎炒,炙煿,又兼思虑暴急,痰随火行,留注于唇,初结似豆……。"

(4) 邪毒结聚:六淫之邪为四时不正之气,外邪入侵,渐成气滞血瘀,或蕴热成痰,化热积毒而致。《疮疡经验全书》卷一谓:"茧唇生于嘴唇……皆由六气七情相感而成。"总之,岩证之发生是正气不足,脏腑失调,而致气滞血瘀,痰凝毒聚而成。

辨证　岩证的辨证,必须辨别阴阳、标本缓急,辨明局部与整体、攻邪与扶正的辨证关系。

(1) 辨别阴阳:岩的发病缓慢,初起不痛不痒,根脚散漫,坚硬难消,当溃烂翻花,不能收口,属阴证;若岩形高肿,红热掀痛,出现热象则为阳证。

(2) 辨脏腑经络:病变所在脏腑经络及其引起其他脏腑经络失调必须详辨。如乳岩属肝、胃二经,肾岩属肝、肾与冲任二脉,唇、舌岩属心脾二经的病变,颈侧部肿瘤属肝、胆二经。这些在辨证治疗时,可作遣方用药的依据。

(3) 辨标本缓急:消除岩肿的方法,乃属祛邪,为治本;针对岩证的各种并发症,如出血、感染、疼痛等施治,则属治标。但岩证常表现复杂的标本虚实,治当标本兼顾,岩证不衰,标证亦难收效。当标证急迫之时,应急则治其标,然后图本为治。

(4) 辨整体与局部:掌握整体与局部的对立统一的辨证关系,是治疗的关键。当整体情况处于较好状况时,则侧重于局部岩肿的攻伐;而晚期病情严重、全身衰竭时,则必须侧重整体功能的维护,特别是调理脾胃、补养气血、滋补肝肾,以保先、后天之本,增强机体抗病能力,以延长生命。

(5) 察舌脉辨虚实:舌脉在辨证中有其重要意义,舌质淡而胖胀、中裂属虚;舌质黯红或绛为内有热毒;舌质紫黯或瘀斑为积瘀;舌苔白润为寒,黄苔为热,腻苔为湿浊不化,黑苔为阴亏燥热或阳虚之候。岩证患者的脉象多见弦、滑、数、细、虚、弱等,其中弦、滑、数脉为气血瘀滞,痰热壅盛,或疼痛,为病进之象;细、弱、虚脉多属气血亏虚,脏腑虚损。若体虚而脉盛,是热毒嚣张;体虚而脉弱则正气不支,必须四诊合参以定虚实。

治疗　根据古医籍对岩证的认识,归纳其治疗原则如下:

(1) 疏肝理气:岩证患者伴有胸胁胀满窜痛,郁闷不

舒，舌苔薄白，脉弦，此为内伤七情、肝郁气滞。治宜疏肝理气，选用舒肝溃坚汤、柴胡疏肝散、逍遥散、开郁散等，酌加香附、佛手、香橼、木香、苏梗、枳壳等。

(2) 活血祛瘀：结块坚硬，痛有定处，肌肤甲错，舌黯紫、瘀斑，脉细涩，此属气滞血瘀。"结者散之"，"血实者宜决之"。治宜活血祛瘀，选用大黄䗪虫丸、膈下逐瘀汤、血府逐瘀汤、活络效灵丹等。

(3) 清热解毒：岩肿溃烂翻花，疼痛，渗液腥臭，伴发热口渴，舌苔黄，脉数，此为热毒蕴积。治宜清热解毒，选用黄连解毒汤、连翘败毒丸、犀黄丸、蟾酥丸，选加白花蛇舌草、半枝莲、石上柏、肿节风、板蓝根、红藤、山豆根、鱼腥草、山慈姑、龙葵等。

(4) 软坚化痰：肿物不痛不痒，经久不消，伴四肢无力，食欲不振，脘腹满闷，舌苔白腻，脉滑，属脾肺虚弱，水湿内停，津液不布，痰湿结聚者。治宜软坚化痰，选用二陈汤、海藻玉壶汤、小金丹，选加天南星、掌叶半夏、土贝母、夏枯草、僵蚕、威灵仙等。

(5) 扶正培本：岩证发展过程中，严重耗伤气血，真元亏损者，症见形体消瘦，面色㿠白，脉细无力，舌质淡。治宜扶正培本，以提高机体抗病力，控制岩证的发展。《卫生宝鉴》谓："养正积自除……令真气实，胃气强，积自消矣。"对岩的治疗，必须祛邪不忘扶正，扶正与祛邪相结合。实践证明扶正培本与调整机体免疫功能有密切关系。可选用归脾汤、人参养荣汤、八珍汤、六味地黄汤、附桂八味丸。选加紫河车、首乌、党参、黄芪、猪苓、菟丝子、女贞子、淫羊藿等。

茧唇

生于唇部的肿块，形似蚕茧，称为茧唇。见于《疮疡经验全书》。又名白茧唇，以下唇多见。多由心思太过，忧虑过深，致使心火内炽，移热于脾而发病；过食煎炒炙煿，醇酒厚味，脾胃受伤，积热于脾，痰随火行，留注于唇而成；或因肾水亏损，相火旺盛，虚火上炎，火毒蕴结于唇所致。《疮疡经验全书》卷一谓："此证生于嘴唇，经曰脾气通于口，又云唇本脾之外候，又云脾之荣在唇，故燥则干，热则裂，风则瞤，寒则揭，若肿起白皮皱裂如蚕茧，故名茧唇也……皆由六气七情相感而成，或心虑太过，忧虑过深，则心火焦积，传授脾经，或食醇酒厚味，积热伤脾而肾水枯竭以致之。"

初起唇生小节，结块如豆，渐渐增大，白皮皱裂、突肿坚硬，甚则疼痛妨碍饮食。进而破溃翻花如杨梅、灵芝或蕈状，形态不一，常覆有痂皮，时流血水。若累及颌下淋巴结时，可见淋巴结肿大、坚硬。

临床上常见为以下三种类型：①心火炽盛者，症见唇肿皱裂，兼有口渴尿赤，舌质红，脉弦细数等。治宜清心火、润燥生津，兼清水毒，选用导赤散、清凉甘露饮加减。②阳明实热者，症见口唇局部肿块外突，兼见面赤，口唇燥裂，便结尿黄，苔黄厚腻，脉弦滑等。治宜疏导中焦实热，选用凉膈散、清胃散加减。③阴虚火旺者，症见口唇溃烂，痛如汤泼火灼，色紫黯，时流血水，或有五心烦热，两颧发红，日轻夜重，午后热重，舌质红绛，脉细数无力等。治宜养阴清热、滋阴降火，或引火归原，选用知柏地黄汤、滋阴降火汤、附桂八味丸等加减。

外治，可用陀僧膏、蟾酥丸或藤黄膏外敷。早期亦宜手术治疗。

舌岩

生于舌部的岩证，称为舌岩。见于《外科真诠》。又名舌菌。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："其证最恶，初如豆，次如菌，头大蒂小，又名舌菌。"多发于40—60岁之人，男性多于女性。好发于舌体中三分之一的边缘部位，其次为舌根、舌面及舌尖部。多由七情郁结，郁久化火，火邪循心、脾、肾之经，结聚舌体，化火化毒而成。其次口腔粘膜白斑、卫生不良、经久不愈的溃疡、假牙等长期慢性刺激都可诱发本病。

初起肿物如豆，渐次长大，或如菌状，头大蒂小，或如莲子，或状若鸡冠。进而侵犯舌体深部，使舌短缩，伸缩不利、疼痛、色黯红，妨碍言语及饮食。或形成溃疡，有恶臭的分泌物，甚至穿透舌体，侵犯腮部，亦有大量出血的严重并发症。晚期邻近的淋巴结有转移，多预后不良。

内治：临床上常见为以下三种类型：①火毒郁结者，舌有坚肿，或有糜烂，流涎臭秽难闻，疼痛难忍，伴烦躁失眠，尿黄量少，舌质红，脉数大等症。治宜清心火、解郁毒，用导赤散选加山豆根、黄连、山慈姑、半枝莲、蚤休等。②脾胃蕴热者，舌有坚肿，舌体胖大，溃腐秽臭，舌体运动障碍，进食艰难，伴有发热、便秘尿赤，舌苔厚腻，脉滑数等症。治宜清泄脾胃火毒，选用黄连解毒汤、牛黄解毒丸加减。③体虚毒热者，舌有坚肿，舌体溃烂，疼痛不已，朝轻暮重，舌质红绛，脉细数。治宜养阴清热，选用玉女煎、益胃汤加减。病久气血俱虚者，可用归脾汤加减。此外，尚可配服六神丸、梅花点舌丹、醒消丸。

外治：可选用藏青果、天冬、麦冬煎水含漱；局部可选用北庭丹、梅花点舌丹、六神丸等研末水调外涂。出血时可选用蒲黄炭、地榆炭、芦荟粉、马勃等掺冰片研细末外敷。早期宜手术治疗。

肾岩

发生在阴茎头部的岩，称为肾岩。见于《疡科心得集》。又名肾岩翻花、翻花下疳。多由肝肾素亏，恚怒忧思，相火内灼，水不涵木，肝经血燥，而脉络空虚，久之损者愈损，阴精消涸，火邪郁结而成。初起在阴茎冠状沟附近出现竖肉状肿物，坚硬而痒，时流脂水，肿物逐渐增大，时有疼痛，日久竖肉翻花，形似菜花榴子状，凹进凸出，龟

头破烂，气味异臭难闻，痛苦难忍，时而鲜血流出，脐腹部可有质硬的转移肿块，形体消瘦，危及生命。

内治：临床上常见为以下四种类型：①肝郁痰凝者，局部坚肉状肿物，质硬，逐渐增大，或有疼痛；两胁胀痛，郁闷不舒，舌红、苔白腻，脉弦滑等症。治宜清肝解郁、软坚化痰，选用散肿溃坚汤、柴胡清肝汤、二陈汤加减。②阴虚火旺者，局部溃烂，时有血样渗出液，腐臭难闻，痛如汤泼火灼，舌红苔黄，脉细数等症。治宜滋补肝肾、清解火毒，佐以软坚散结，选用知柏地黄汤、补阴丸加减。③肝经湿热者，溃烂、呈菜花石榴状，时有血脓样稀薄分泌物，气味恶臭，伴小便不畅，溲痛难忍，舌红绛、苔黄腻，脉弦数等症。治宜清利下焦湿热，选用龙胆泻肝汤、萆薢渗湿汤等加减。④气血两虚者，病久缠绵，气血俱虚，形体消瘦，神疲体衰，舌淡少苔，脉沉细弱。治宜扶正固本，选用人参养荣汤、十全大补汤加减。

外治：可选用红灵丹油膏、藤黄膏、生肌玉红膏外敷，亦可用海浮散、桃花散外敷。一般宜手术治疗。

失荣

发于颈部或耳之前后的一类岩证，致使患者面容憔悴，形体消瘦，犹如树木之枝枯皮焦、失去荣华者，称为失荣。亦称失营。在《素问·疏五过论》有"脱营"、"失精"的记述。《外科正宗》卷十二谓："失荣者，先得后失，始富终贫，亦有虽居富贵，其心或因六欲不遂，损伤中气，郁火相凝，隧痰失道停结而成……气血渐衰，形容瘦削，……"本证多由于忧思恚怒，情志所伤，肝郁气阻，气血逆乱与痰火循经上升，结于少阳阳明之络而成。证属内损，外症虽初现，其病已深，外耗于卫，内夺于荣，终至阴阳气血衰竭，而成败症。

症见形体羸瘦，面色灰暗无华，精神委靡，肌肉干枯，纳食少。耳前或颈项出现肿块，迅速增大，坚硬如石，皮核相亲，推之不移，渐感疼痛，偶有溃烂，翻花外突，渗流血水，秽气难闻，疼痛难忍。舌光如镜，质紫或暗红，脉虚数。治宜扶正培本、活血解毒，选用人参养荣汤、益胃汤、香贝养荣汤、归脾汤，酌加三棱、莪术、半枝莲、山慈姑、夏枯草等。可配服犀黄丸、小金丹。外治，可选用独角莲膏、安庆膏药、阿魏化痞膏外敷。溃后可用藤黄膏。

石疽

局部肿块，坚硬如石，皮色不变，称为石疽。见于《诸病源候论》。根据发病部位不同，有上石疽、中石疽、下石疽之别。多因肝气郁结，气血寒痰凝滞经络；或体虚寒邪深袭，致血瘀痰阻而发。上石疽生于颈项两旁，中石疽生于腰胯之间，下石疽生于膝关节附近。其共同特征是：初起形如桃李，逐渐增大，皮色不变，坚硬如石，疼痛不热，形状不规则，推之不动，难消难溃，溃后难敛，日久气血耗损，形体衰败，危及生命。

辨证论治：①肝郁痰凝者，伴有胸闷不舒，易怒躁急，脉弦滑，舌苔白腻。治宜舒肝解郁、行瘀散结，选用舒肝溃坚汤、逍遥散加减。若体质虚弱，舌质淡，脉沉细。治宜调补气血，佐以化痰，用香贝养荣汤加减。②寒痰瘀滞者，局部疼痛发凉，得热则减，脉弦缓或迟，舌苔白腻。治宜散寒止痛、祛瘀化痰，选用阳和汤、没药丸加减。若日久体质虚弱，宜温补气血，选用十全大补汤、归脾汤加减。均可配服小金丹。

外治：选用阳和解凝膏、桂麝散、阿魏化痞膏外贴。

癌疮

发于皮肤的岩证，称为癌疮。见于《仁斋直指附遗方论》，谓"癌者上高下深，岩穴之状，颗颗累垂，裂如瞽眼，其中带青，由是簇头各露一舌，毒根深藏，穿孔透里。"又称恶疮、翻花疮。多为肝气郁结，肝虚血燥，风毒燥热之邪外袭，致使气结不宣，血滞不散，夹痰结肿，郁久则化热化火，溃败肌肤，浸淫不休，胬肉翻花而成。初起在皮肤表浅部位见有疣状突起，如饭粒之状，渐大而有根，疮呈暗红色，时有脉络暴露，中心质硬而皲裂，进而溃败肌肤，浸淫不休，继续增长，结节隆凸，如菜花、石榴状，或结节融合成盘形斑块，高低不平，质硬而坚，一般无甚痛楚。破损则流鲜血，溃破或染毒则秽臭难闻。亦可深侵肌骨，固着不易活动，越溃越坚，病程缠绵难愈，日久则气血耗损而出现败证。

辨证论治：临床上常分为：①肝气郁结：症见初起疮形结聚隆凸，坚硬而肿者，伴有胸闷胁疼，脉弦、苔白。治宜舒肝解郁、软坚散结，用柴胡清肝汤加减。②毒邪化火：症见癌疮溃烂，肌肤浸淫不休，胬肉翻花，败脓腐臭，脉数、苔黄。治宜清热解毒、行瘀消肿，选用黄连解毒汤、五味消毒饮加白花蛇舌草、半枝莲，可配服犀黄丸。③气血两虚：日久，耗伤气血，身体日渐羸瘦者。治宜滋肝补血、益气培元为主，选用归脾汤、救顽汤加减。

外治：可用藤黄膏或乌梅煅灰合藏青果粉外敷。应根据病情分别选用手术、放射治疗等方法。

乳房病

发生于乳房部位的多种病证，统称乳房病。由于妇女生理的特点，故乳房病更易发生于女子。远在《肘后备急方》、《刘涓子鬼遗方》中已有乳痈、发乳、妒乳等病名及治疗方药的记载，后世医家对乳房病的病因病机、辨证及治疗等方面积累了丰富经验。目前，仅病名就有 30 余种之多。属于急性炎症的有乳痈、吹乳、内吹、外吹、妒乳、乳毒、男子乳痈、乳发、乳疖。属于慢性炎症的有乳疽、乳痰、乳痨、乳漏、乳头破裂。属于增生性疾患的有乳痛、乳疬、男子乳肿。属于肿瘤的有乳癖、乳粞、乳痔、乳岩、石

榴翻花发，属于发育异常的有乳悬、乳缩等。对乳房病有较深刻的认识。

病因病机 关于乳部经络分布，早在《内经》中就有记载，根据经络循行路线，有经过胸部，或止于乳者，如足阳明胃经行贯乳中；足太阴脾经络胃上膈，布于胸中；足厥阴肝经上膈，布胸胁绕乳头而行；足少阳胆经合缺盆下胸中；足少阴肾经上贯肝膈而与乳联；冲任二脉起于胞中，任脉循腹里，上关元至胸中；冲脉挟脐上行，至胸中而散。以上经络因其循经乳房，故都能影响乳房的生理病理变化。《诸病源候论》卷四十谓："足阳明之经脉，有从缺盆下于乳者，劳伤血气，其脉虚，腠理虚，寒客于经络，寒搏于血，则血涩不通，其血又归之，气积不散。……亦有因乳汁蓄结，与血相搏，蕴积生热，结聚而成乳痈者。"同时经过经络循行与脏腑功能相联系，其中肝胃之经脉关系密切，乳汁的生成，源于脾胃之谷气，而疏泄于肝胆。因此忿怒忧思而伤肝损脾，使肝失疏泄，则肝气郁结，脾失健运，痰浊内生，致气滞痰凝而发生乳癖；或肝肾阴亏，冲任失调，或阴亏火旺，灼津为痰而致乳肿结块，发为乳痨、乳岩；或因肝气不舒，妇女产后失于调养，过食厚味，脾胃积热壅滞而胃火上蒸，或因积乳过盛，气血郁滞，致厥阴之气不行，窍不得通，或乳头破损，外邪侵袭，乳汁排泄障碍，毒邪蕴结发为乳房痈肿。在诸因素中，肝郁气滞是引起乳房病的主要原因，也是辨证论治的主要依据。

辨证 常见的局部症状有乳房胀感、隐痛、刺痛、抽痛、跳痛，或虫行蚁爬之感，可以触及大小不等的结块，如樱、李、鸡卵，或如盘状，质坚，推之可移动或不能移动，边界清楚或不清楚，或与皮肤有粘连或无粘连；患部肤色正常，或红、或紫黯、或晦黯不泽；表皮或有水肿，甚者破溃、腐烂、流脓而形成漏管，或溃烂如菜花样，或整个乳房变形缩小，或伸延下垂，或乳头呈抬高、内陷，或破裂；乳窍溢黄色脂水、淡血水、鲜血或脓液，乳汁自溢不止等。常见的全身症状有胸闷不适，心烦易怒，口苦咽干，月经失调，或壮热恶寒，遍身骨疼，或午后潮热、夜寐盗汗等。

治疗 内治：《外证医案汇编》卷三谓："若治乳，从一气字著笔，……无论虚实新久，温凉攻补，各方之中，挟理气疏络之品，使其乳络疏通，气行则血行，……自然壅者易通，郁者易达，结者易散，坚者易软。"临证据其证属阴阳虚实，而辨证论治。若表证显著者，宜疏表解毒，用荆防牛蒡汤；热毒者，宜清热解毒、活血消肿，选用神效瓜蒌散、瓜蒌牛蒡汤、和乳汤等；若痰凝结块不散者，宜化痰散结，选用蒌贝散、逍遥散，并配服小金丹、犀黄丸；破溃久不收敛者，宜调补气血，佐以解毒之品，选用人参养荣汤、香贝养荣汤加减；若有肝肾阴亏，冲任不调者，宜滋养肝肾、调理冲任，选用六味地黄汤、右归饮，酌加肉苁蓉、巴戟肉、仙灵脾等。

外治：根据病种的不同而随证选用：①敷贴药：太乙膏，用于乳痈瘀乳期；阳和解凝膏，用于乳痨、乳疬。②油膏：金黄膏，用于乳房红肿焮痛；青黛膏，用于乳房皮肤浸淫者。③掺药：根据病情不同，分别撒于膏药、油膏，或裹于纸捻内。如阳毒内消散、红灵丹用于乳痈未成脓者；阴毒内消散、桂麝散用于乳癖、乳痨；五五丹、九黄丹用于乳痈溃后、瘘管；生肌散、八宝丹，用于脓尽之疮口和瘘管，促进生肌收口。④热敷：以芒硝溶于热水中，热敷患处，用于乳痈早期和乳疬。⑤热熨：以仙人掌切片煨热熨患处，用于初起的乳痈和乳疽。⑥按摩：以木梳背烤热按摩患处，用于乳痈之瘀乳期。⑦针刺和火针：用针(灸)辅助治疗初期乳痈以促进炎症消散；火针用于排脓等。⑧手术治疗：切开排脓，用于乳痈之成脓期；挂线疗法，用于乳漏；乳房切除术，适用于乳悬、乳癖、乳癌等。

乳痈

发生于乳房部的痈，称为乳痈。见于葛洪《肘后备急方》。又称吹乳、妬乳、乳毒。发于哺乳期的名外吹，发于妊娠期的名内吹，以初产妇为多见。

病因病机 本证多因情志不畅，肝气郁结，或膏粱厚味致胃中湿热浊气壅滞；或因乳头凹陷，乳儿吮乳困难，或乳头破损染毒，或乳房积乳而受压碰伤等，致乳汁失于疏泄，气滞血瘀，并与阳明之热相互郁结，致使乳络闭阻，乳汁排泄不畅，蕴结化热，发为痈肿。

治疗 有内治、外治、推拿治疗。

辨证施治 在临床上分以下三期：

(1) 瘀乳期：乳房肿胀触痛，皮肤微红或不红，肿块或有或无，排乳不畅，伴有恶寒发热，头痛身疼，胸闷恶心，舌苔薄白，脉弦或浮数等症。治宜通乳散结、疏肝清胃为主，选用瓜蒌牛蒡汤、和乳汤、涌泉散；产后恶露未净者，选加当归、川芎、益母草；断乳后，乳汁壅胀甚者，加山楂、炒麦芽；红肿痛甚者，加穿山甲、王不留行、丹参；高热加生石膏、知母、黄芩；硬结不消者，宜行气活血，用复元通气散，或四逆散加鹿角霜。亦可选用露蜂房(焙黄研细末)、鹿角霜，每服3克，每日3次。

(2) 酿脓期：肿块逐渐增大，红肿坚硬，疼痛剧烈，呈搏动性跳痛，伴高热不退，口渴便秘，舌苔黄白腻，脉弦数或洪数等症。治宜清热解毒、通乳透脓，选用透脓散合五味消毒饮、瓜蒌牛蒡汤加减。

(3) 溃脓期：一般脓液排出后，肿消痛减，宜调理气血，兼清余毒，用四妙汤加减；若脓液不畅，肿势不消，疼痛不减，身热不退，多为发生传囊之变，治同酿脓阶段；若脓水清稀，疮口久不敛者，治宜调理脾胃、益气养荣，选用香贝养荣汤、人参养荣汤。

外治 临床上按三期进行不同治疗。

(1) 瘀乳期：有时单用外治收功。①将患乳抬高固定，用吸乳器排空乳汁，减轻瘀乳，以保持乳管通畅。②木梳按摩疗法：从乳房边缘向乳头作单方向按摩，用力应均匀地压于肿块部位，促使瘀乳排出，有利于炎症消散，每日1—3次(若炎症较剧或已成脓者，不宜使用)。③热

煨;用仙人掌去刺,切片煨热,或捣烂如泥,贴敷于肿痛处,每日2—3次。④热敷:用芒硝30克,溶于100毫升开水中,以纱布或药棉蘸药液热敷患处,每日2次,每次20—30分钟。或用双层纱布摺叠成块,将芒硝结晶均匀撒于纱布上,再盖上一层纱布,将其四边缝合,覆盖肿块处,再以热毛巾湿敷,每日2—3次,每次30分钟。⑤箍围药:金黄散或双柏散水蜜调制外敷。⑥鲜中草药捣烂敷贴:如鲜蒲公英或鲜野菊花,全草洗净,捣烂外敷患处。

(2) 酿脓期:脓肿一旦形成,应切开排脓,防止脓毒扩散。脓肿小而浅者可穿刺抽脓;脓肿较大而深者,则应切开引流。在波动最明显的部位,顺乳络方向呈放射状切开,切勿伤及乳晕及乳络,以凡士林纱条蘸适量二宝丹引流,脓腔缩小后,用九一丹药捻引流。

(3) 溃脓期:以凡士林纱条蘸适量二宝丹或九一丹引流,或用九一丹、九黄丹药捻引流,创口周围外敷金黄膏,脓腐尽后,用生肌散或生肌玉红膏。若乳汁从引流口流出,用垫棉法压紧乳漏口,促进愈合。若疮口久不敛而成瘘者,见"乳漏"条。

推拿疗法　适用于乳痈的初期未成脓者。操作时患者取坐位。手法如下:

(1) 以一指禅推法施于背部膀胱经两侧,重点肝俞、胃俞、膈俞。再按揉上述穴位。

(2) 按揉风池、肩井、内关、少泽、足三里、公孙、太冲、内庭。

(3) 外展并牵拉患侧上肢,以患乳有牵掣感为度。然后在上肢屈肌侧施以离心性推摩法。

(4) 以三指拿法轻轻牵拉乳头,并轻轻按摩硬块。

(5) 乳房内上或外上象限瘀结者,以双手托住乳房,按肿块所在位置,以双手拇指从乳房边缘沿乳络向乳头方向推挤,如有乳汁溢出,可用清洁干纱布拭去;内下或外下象限瘀结者,取仰卧位操作,如能采用膝胸卧位更好。最后以吸奶器排空乳汁。

(6) 以轻快的拳叩法叩击背部。

推拿注意点,推拿前应先以75%乙醇或稍冷却后的开水清洁乳房。医者按摩乳房前应洗净双手。每日推拿1—3次。中后期已成脓者不宜推拿。

备用手法:①一指禅推法。以一指禅推法或缠法在肿块侧由乳房边缘向乳头方向紧推慢移,反覆多次。可有乳汁排出。最后以吸奶器吸尽瘀乳。②掌振乳房法。以略重的掌振法施于乳房肿块部,可逐渐由乳房边缘向中心移动。连续振3—5分钟。要求有热感向深部渗透。有活血通络,消肿止痛之功。③木梳按摩法。以经消毒的钝齿旧木梳从乳房边缘向乳头方向梳理,重点为肿块部位。能促使乳汁排出。

乳发

发生在乳房部肌肤之间的重症急性化脓性感染,称为乳发。见于《外科启玄》,谓:"乳肿最大者曰乳发。"又称发乳。病情发展迅速,反应剧烈,易致疮毒内攻。多因火毒外侵,以及肝胃二经湿热蕴结乳房而成。

辨证论治:本证来势较凶,初起乳房部焮红漫肿极甚,毛孔深陷,疼痛难忍,2—3日后皮肤湿烂,甚者焦黑腐溃;伴有憎寒壮热,头痛,恶心呕吐,口干口渴,舌红苔黄,脉洪数等症。治宜泻火清热利湿为主,用龙胆泻肝汤加蒲公英、金银花、连翘等。腐肉难脱者加穿山甲、皂角刺;如出现气血两燔、火毒攻心的重症,宜清热凉血解毒为主,选用犀角地黄汤合黄连解毒汤、安宫牛黄丸。

外治:初起焮肿者,用金黄散敷贴;皮肉腐烂者,以30%黄柏溶液或金银花露湿敷;若腐肉脱落缓慢,用八二丹;腐肉脱尽,再用生肌散或生肌玉红膏。

乳疽

发于乳房的疽,称为乳疽。见于《诸病源候论》。又称乳心疽。好发于体质较弱的妇女。多因肝气郁结,胃热蕴蒸,以致气血郁滞而成。明以前认为乳疽属阴证,系寒搏于血,血涩不通所致;清以后认为乳疽属阳证,系阳明痰热之毒夹肝胆之火。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:"乳疽乳痈俱生于乳房,红肿热痛者为痈,十四日脓成;若坚硬木痛者为疽,月余成脓。"今多宗后者。

内治:初起乳房结块,坚硬微痛,皮色不变,渐渐肿大,压痛不显,微有寒热。治宜行气疏肝、活血消肿,选用瓜蒌牛蒡汤、复元通气散、丹栀逍遥散;若肿块疼痛加剧,逐渐增大,发热不退,为酿脓征兆。治宜清热解毒、托毒透脓,选用透脓散、托里消毒饮加减;溃后体质虚弱者,宜补益气血,用人参养荣汤;若伤及乳络,可致乳漏,证治见"乳漏"条。

外治:未成脓者,宜冲和膏外贴;若已成脓,宜切开排脓。

乳痨

乳中结块而有虚劳证候表现者,称为乳痨。见于《外科理例》。又名乳痰。本证较少见,偶发于青中年妇女。多因素体虚弱,气血不足,肺肾阴亏,复受七情所伤,肝气郁结,郁久化火,灼津为痰,痰浊凝滞,结聚成核。

发病缓慢,病程可长达数月至数年。初起乳房出现一个或多个无痛性结块,形如梅子,推之移动,硬而不坚,边界不清,皮色如常,迁延日久,逐渐蔓延扩大,并与皮肤发生粘连、水肿,色变微红或紫黯,甚者溃烂,隐隐作痛;肿块基底散漫延及四周,常可串延胸胁腋下,变软成脓,逐渐破溃腐烂,形成瘘管,难以愈合,有败絮样的稀脓流出,周围肤色晦黯。若肿块靠近乳晕,可出现乳头内陷而致乳房变形。患者多伴有日渐衰弱,午后烦热,干咳,两颧潮红,形体消瘦,饮食减少,舌质红少苔,脉虚细数等

症。

内治：早期治宜疏肝理气、化痰软坚为主，选用逍遥散、二陈汤、蒌贝散加减；若已变软成脓，宜托里透脓，选用透脓散、托里消毒散；溃后宜调补气血，用人参养荣汤；食少不寐者，用归脾汤；若阴虚内热，宜养阴清热，选用青蒿鳖甲汤、六味地黄汤加减；气血虚弱，宜香贝养荣汤加减；不论已溃未溃均可兼服小金丹。

外治：初起用阳和解凝膏掺桂麝散外贴，若脓成溃破，则用七三丹或九黄丹撒布疮面；形成瘘管者则以八二丹、九一丹药捻引流，再盖以红油膏；腐尽用生肌散或生肌玉红膏外敷，每日或隔日一次。

乳漏

生于乳房部的漏疮，称为乳漏。见于《诸病源候论》。按发生部位的不同，可分为乳房漏和乳晕漏（或乳头漏）两种，包括瘘管与窦道。

发于乳房部者，多因乳痈、乳疽引流不畅，脓毒旁窜，或切开不当，误伤乳囊膈或乳络而发。症见疮口较小而内腔较大，乳汁或脓液常自瘘管溢出，局部皮肤潮湿浸淫；日久管壁增厚，扪及条索样硬结；如管道较深，引流不畅，其外口亦可暂时闭合，不久又自行破溃，反覆发作，缠绵难愈，一般无全身症状。若因积脓不得外泄，则时发寒热。若因乳痨溃破而形成者，多因体虚失于调养，溃久难敛，不但疮口肉芽色泽不鲜，溢出脓汁清稀，并常夹有败絮样分泌物，瘘管口周围皮色紫黯，一般病程长，常伴有形体消瘦，盗汗，潮热，食少乏力等症。

发于乳晕部者，包括乳头漏和乳晕部漏两种。①乳头漏，多因乳头内缩、凹陷而藏污纳垢，稍有损伤，则易染毒成脓肿破溃而致。②乳晕部漏，多由该处脂瘤染毒，形成乳晕脓肿，溃脓后伤及乳络而成；或由近乳晕处乳痈，溃后久不愈合，而传致乳晕部而成。初起，乳晕部脓肿破溃，形成瘘管，常有灰白色脂状物或脓性分泌物，自瘘管口流出，有时在乳晕部可扪及条索状硬结，通向乳头，瘘管口长期不愈合，或短时闭合，数周或数月后又复红肿破溃，反覆发作，每难自愈。

内治：若患处热毒显著，红肿疼痛，脓液增多，且全身寒热，舌质红，苔黄，脉数者。治宜清热解毒、托里排脓，选用瓜蒌牛蒡汤、托里消毒饮加减。若因乳痨所致者，患者体质多虚弱，或素有阴虚见证，宜养阴清热、补养气血，选用青蒿鳖甲汤、香贝养荣汤、托里消毒饮加减。肾阴虚者，用六味地黄丸加减。

外治：以提脓去腐为主，用八二丹药捻插入瘘管，待脓腐去尽，可用生肌散、生肌玉红膏收口。对于皮下瘘管，可沿探针将其切开，修剪切口两侧边缘，使其略呈碟状，然后用生肌玉红膏纱条填塞创口，隔日一换。对于乳晕部漏，可采用橡皮筋挂线（乳晕部漏，其管道通向乳窍，须将球头探针弄成弯形，方能自疮口探入，由乳窍穿出），逐渐切开瘘管壁，用生肌散、生肌玉红膏外敷，隔日一换，直至创口愈合。

乳疳

乳头糜烂逐渐向周围蔓延，经久不愈者，称为乳疳。见于《外科启玄》。中、老年妇女多见。本证由内伤七情，胃中湿热，肝郁火盛，相互凝结而致。初起，一侧乳头、乳晕有异样瘙痒、潮红，继则皮肤增厚，粗糙，出现轻度糜烂，可结灰黄色痂，乳头及乳晕成片浸淫糜烂，乳头渐溃成破莲蓬样，渐渐累及乳晕及其周围。同时，乳晕结块，乳窍出血，经久不愈，病程可持续多年。

内治：治宜疏肝解郁，清热利湿为主，选用龙胆泻肝汤、柴胡清肝汤、四妙汤、三星汤加减。

外治：以黄柏水溶液或银花露外洗，再以白芷散或海浮散撒布；一般宜中西医综合治疗。

乳头破裂

乳头和乳晕部分发生渗液、结痂，继而出现大小不等的皲裂，称为乳头破裂。见于《疡医大全》。多见于哺乳期妇女。多由于恚怒，以致肝火不得疏泄，或阳明湿热蕴结而成。其发病的诱因为：①产妇乳汁不足，或乳头内缩，小儿吮吸过度，以致乳头损破。②乳汁过多，流溢皮肤，浸润湿烂所致。③亦有因吮吸疼痛而畏惧哺乳，使乳汁郁积，致瘀乳化热，热毒内蕴，而继发乳痈。

初起乳头潮红、破损糜烂，继而出现渗出性的、大小不等的裂口，或多发性小溃疡面，分泌脂水，或结黄色痂，而发生干裂性疼痛，每当小儿吮乳时，犹如刀割，痛痒难忍。亦有患者可沿乳头基底部或乳晕发生裂口，皮肤干燥，奇痒难忍，此属肝火湿热，治宜泻肝泄热利湿，用龙胆泻肝汤加减；愈后容易复发，断乳后方可告愈。

外治：一般宜润肤止痒、生肌，选用青黛油膏、青吹口散油膏、三石水，或生肌散用油类或鸡蛋黄熬油调搽患处。

乳疬

女子月经初潮前后，乳晕底部出现疼痛性结块，称为乳疬。见于《疮疡经验全书》。又称奶疬。本证多由冲任不调，肾气不充，肝失所养，气滞痰凝所致。正如《疮疡经验全书》卷二谓："此疾因女子十五六岁，经脉将行，或一月两次，或过月不行，致生此疾。"患者自觉乳房肿胀，一侧或双侧乳晕部可出现扁平圆形硬块、皮色不变，局部温度不高，有轻度触痛，无明显全身症状。

治宜调理冲任，滋养肝肾，理气开郁为主。选用逍遥调经汤、逍遥散合金铃子散。一般不需外治，若肿胀明显，肿块有疼痛或触痛，用芒硝适量，开水溶化，湿热敷患

处,每日2—3次。

乳癖

乳房部位出现形状、大小、数量不一的硬结肿块,称为乳癖。见于《外科活人定本》。又名乳栗。《疡科心得集》卷中谓:"乳中结核,形如丸卵,不疼痛,不发寒热,皮色不变,其核随喜怒为消长,此名乳癖。"多发生于中、青年妇女。多因冲任不调,情志不畅,肝气不舒,或过度忧思伤脾,运化失司,痰浊积聚而成。

患者多在无意中发现乳房一侧或双侧出现无痛性肿块,单发或多发;呈卵圆形或扁平,小者如蚕豆,大者如梅如李,表面光滑,质硬且有弹性,皮核不相亲,推之可移动,有滑动感,肤色如常,生长缓慢。部分患者在月经期或情绪郁闷时,乳房发胀,刺痛不适,肿块增大,并伴胸胁胀满,口苦咽干,脉弦滑等症。极少数患者在妊娠期或绝经期肿块迅速增大,有恶变的可能。

内治:初起体质壮实者,宜理气解郁,化痰软坚,选用和乳汤、神效瓜蒌散、清肝解郁汤,酌加昆布、海藻、乌药、香附;若气虚者,宜舒肝解郁,补益气血,选用逍遥散、归脾汤,酌加皂刺、延胡索、牡蛎、鹿角霜、青皮、橘核、郁金;若冲任失调者,宜调理冲任,用右归饮,同时配合小金丹或香贝养荣汤加减。

外治:可选用阳和解凝膏掺黑退消或丁香末外贴,每5—7日一换。经治疗后,未见好转反迅速增大者,可考虑手术治疗。

乳悬

两乳伸长悬于胸腹前者,称为乳悬。见于《疮疡经验全书》。多因冲任失调,气血不足,或产后气血瘀滞,或哺乳期过长所致。症见两乳逐渐伸长,乳根底部有时刺痛,每因分娩后加重;一般无痛苦,若伸延过长,乳房重坠,活动多有不便。治宜清肝解郁、活血化瘀、调理冲任,选用清肝解郁汤、解悬汤加减。外治,轻者戴乳罩,以固定双乳;伸延过长者,则宜手术治疗。

男子乳肿

男子乳房异常发育,称为男子乳肿。一般多见于中、青年。本证多因肝肾阴亏、肾虚精怯所致。

症见一侧或双侧乳晕出现硬结,初如蚕豆或银杏大小,亦可渐渐增大,呈弥漫性,盘状或结节状,推之可动,一般无疼痛或轻度胀痛,经年累月,发展缓慢;少数逐渐增大如妇女乳房,甚至乳头可有分泌物溢出。

治宜调补肝肾、舒肝解郁为主,选用左归饮、六味地黄汤,可酌加郁金、青皮、丹参、香附、合欢花等。外治,用阳和解凝膏掺桂麝散外贴患处。

乳痛证

单纯乳房疼痛的病证,称为乳痛证。见于《外科理例》。多见于中年妇女。多因肝郁气滞、冲任不调所致。

症见乳痛,或在月经将来潮时出现胸闷、心烦易怒、乳房发胀而疼,有时疼痛较严重,并放射到上肢和肩部。检查乳房,无肿块,但有触痛,多于经期后消失。《证治准绳》谓:"妇人内热,胁胀,两乳不时作痛,口内不时辛辣,若卧而急起,则脐下牵痛,此带脉为患……"。治宜调理冲任、舒肝解郁为主,用小柴胡汤、逍遥散,选加巴戟肉、肉苁蓉、延胡索、川楝子、佛手、香附、郁金等。

乳衄

乳窍不时溢出少量血液,称为乳衄。见于《疡医大全》,谓:"妇女乳房并不坚肿、结核,惟乳窍常流鲜血,此名乳衄。"多发生在中年妇女。本证与恚怒忧思过度,肝脾受损有关,正如《疡医大全》卷二十谓:"忧思过度,肝脾受伤,肝不藏血,脾不统血,肝火亢盛,血失统藏,所以成衄也。"

症见乳头溢出少量血液,或初为黄色液体,后为血性溢液,往往从内衣上发现有血迹才引起患者注意。有的患者觉乳部有虫行蚁爬、灼热不适、肿胀抽掣之感;或在乳晕处扪及活动性圆核肿块,质不硬、触痛,挤压时有黄色液体或血液溢出。多数患者平素性情急躁,易怒,且伴胸闷心慌,胁肋胀痛,口苦咽干,烦躁不安,舌质边尖红、苔薄白,脉弦数等症。

治宜舒肝解郁、凉血止血为主,选用柴胡清肝汤、丹栀逍遥散加减;若血出鲜红者,选加仙鹤草、小蓟、蒲黄、生地、茜草根;若肝胁不舒,乳房胀痛,选加夏枯草、郁金、香附、延胡索、川楝子;肿块者,选加穿山甲、牡蛎、王不留行、山慈姑等;若心烦不寐,加茯神、柏子仁、酸枣仁;食少纳呆,加陈皮、六曲、白扁豆等。一般不需外治;如治疗无效,反覆发作,或有恶变可能者,则应手术治疗。

乳岩

发生在乳房部的肿块,坚硬如石,溃后状如岩穴者,称为乳岩。见于《外科正宗》,谓:"……忧郁伤肝,思虑伤脾,积想在心,所愿不得,致经络痞涩,聚结成核,初如豆大,渐若棋子;半年一年,二载三载,不疼不痒,渐渐而大,始生疼痛,痛则无解,日后肿如堆栗,或如覆碗,紫色气秽,渐渐溃烂,深者如岩穴,凸者若泛莲,疼痛连心,出血则臭,其时五脏俱衰,四大不救,名曰乳岩。"又称为石榴翻花发、乳栗。

多发生于经绝期前后的妇女。未婚、婚后无生育者、或生育而不哺乳的妇女较易罹患;曾患乳衄、乳房肿块

等，经年缠绵不愈者，亦有可能诱发本证。一般多为单侧。常因情志不畅，肝脾两伤，肝伤则气郁，郁久则化火；脾伤则健运失司，痰浊内生，以致经络受阻，痰气结聚，逐渐成块；或绝经前后，冲任失调，气血运行不畅，气滞血瘀，经络阻塞所致。

初起，患者一般无异常感觉，多于无意中发现单侧乳房有小肿块，多在外上方，质地坚硬，偶有隐痛。乳房肤色如常，不疼不痒，随后肿块表面高低不平，不能移动，甚或与皮肤粘连致乳头内陷或抬高。晚期则肿块固定不移，疼痛明显而多不能缓解，牵引胁肋，皮肤呈橘皮样改变，甚至溃烂，中央凹陷如岩穴，外翻如菜花泛莲，时流污水，恶臭难闻，腋下及锁骨上、下窝可触及肿块，亦可因暴怒而疮口发生出血。若患者胸胁时时作痛，郁闷不安，全身困倦，消瘦，食欲不振，此属五脏气血俱衰，多危及生命。

内治：初期以攻毒消散为主，体质壮实者，宜清肝解郁、化痰软坚，辅以清热解毒，选用清肝解郁汤、逍遥散、神效瓜蒌散加白花蛇舌草、半枝莲，再配合犀黄丸、醒消丸、小金丹等；若五心烦热，肢体倦怠，月经不调，以归脾汤随证加减；若气血两虚，肿块溃烂，用化岩汤、益气养荣汤加减。

外治：早期应以手术治疗为主。外敷药，未溃以季芝鲫鱼膏或阿魏化痞膏敷贴；若肿块逐渐长大，用焙干五倍子研细末适量，醋调敷患处；若肿块溃破，或用海浮散撒布，盖以生肌玉红膏保护疮面；或用藤黄膏外敷。

肛门病

是发生在直肠和肛门周围病证的总称。如内痔、外痔、内外痔、葡萄痔、钩肠痔、息肉痔、肛门周围痈疽、肛瘘、脱肛、锁肛痔、肛门皮包等。在古医籍中称为痔瘘。《素问·生气通天论》谓："因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。"对痔发生的原因有了初步的认识。《金匮要略》谓："小肠有寒者，其人下重便血，有热者必痔"；"先血后便，此近血也，赤小豆当归散主之"；"先便后血，此远血也，黄土汤主之。"不但认识了痔的主要症状是出血，还初步提出痔血的治疗方药。同时，《神农本草经》中记载了多种治疗痔疾的药物。晋代皇甫谧开始使用针刺治疗痔瘘，《针灸甲乙经》谓："痔痛，攒竹主之；痔，会阴主之"；"脱肛下，刺气街主之。"隋唐时代，《诸病源候论·痔病诸候》将痔具体分为五：牡痔、牝痔、脉痔、肠痔、血痔。并创立了用导引法治疗痔瘘。《千金要方》在五痔的基础上又提出燥湿痔、外痔两种。明清时代，对肛门病的治疗，以外治疗法较为突出，现行的枯痔疗法，虽由宋代《魏氏家传方》用砒、矾和朱砂配方衍变而来，但至此时已更为完善。《外科正宗·痔疮论》谓："凡疗内痔者，先用通利药汤涤脏腑，然后用唤痔散，涂入肛门片时，内痔自然泛出，即用葱汤洗净，搽枯痔散，早午晚每日三次，次次温汤洗净搽药，轻者七日，重者十一日，其痔自然枯黑干硬……待痔落之后，换搽生肌散或凤雏膏等药生肌敛口，虚者兼服补药……外痔者……照内痔搽法用之。"《古今医统》还记载了肛瘘挂线疗法，谓："余患此疾一十七年，……后遇江右李春山，只用芫花煮线，挂破大肠，七十余日获全功。病间熟思，天启斯理，后用治数人，不拘数疮，上用草探一孔，引线至肠外，坠铅锤取速效。药线日下，肠肌随生，僻处既补，水逐线流，疮口鹅管全消，七日间肤全如旧……线既过肛，如锤脱落，以药生肌，百治百效。"这对后世使用肛瘘挂线疗法起了指导作用，并沿用至今。在同一时期的《疡科选粹》谓："治外痔者，以药线系之，候痔焦黑落下，再用棉裹猪鬃蘸药膏纳于窍中，永不复发。"这是痔的结扎疗法的雏型。清代除沿用以上方法治疗痔瘘外，还发明了探肛筒、过肛针、探针、镰形刀等医疗器械，使肛门病的诊治水平不断提高。

病因 本证的发病因素与风、燥、湿、热、气虚、血虚等有关。正如《古今医鉴》谓："夫痔漏者，肛门边内外生疮也，……由于风热湿燥合而致之。"

(1) 风：《证治要诀》谓："血清而色鲜者为肠风，浊而黯者为脏毒。"《见闻录》谓："纯下清血者，风也。"说明风邪可引起下血，而风多挟热，热伤肠络，血不循经而下溢，故便血色泽较为鲜红，下血暴急如箭或点滴不已。

(2) 燥：《医宗金鉴》谓："肛门围绕，折纹破裂，便结者，火燥也。"常因饮食不节，如恣饮醇酒厚味，过食辛辣，以致燥热内结，燥伤津液，无以下润大肠，则大便干结，使肛门裂伤或致痔疾。

(3) 湿：湿有内外之分，外湿多因坐卧湿地，久居雾露潮湿之处而发；内湿多因饮食不节，恣食生冷、肥甘，损伤脾胃而生。湿性重着，湿之为病常先伤于下，故肛门病中因湿而发病的较多。湿与热结，致肛门部气血纵横，经络交错，而发生为痔；湿热蕴阻肛门，经络阻隔，气血凝滞，则易形成肛门周围痈疽；湿热下注大肠，肠道气机不利，经络阻滞，瘀血浊气凝聚，发为息肉痔。

(4) 热：《丹溪心法》谓："痔者，皆因脏腑本虚，外伤风湿，内蕴热毒，醉饱交接，多欲自戕，以故气血下坠，结聚肛门，缩滞不散，而冲突为痔也。"热积肠道，耗伤津液，而致热结肠燥，则大便秘结不通，久之可导致气血不畅，瘀滞不散而发为痔，热盛则迫血妄行，或灼伤肠络，血不循经，则血下溢而成便血。

(5) 气虚：妇人生育过多，小儿久泻久痢，老年气血衰退以及某些慢性疾病，皆能导致中气不足，气虚下陷，无以摄纳，而引起脱肛、内痔脱出不纳。

(6) 血虚：除失血过多外，还有脾胃功能不足，生血乏源而致。在肛门病中，常因长期便血而致血虚，血虚及气，则无以摄血，血虚则生风生燥，大便秘结，易于擦伤痔核而便血。

辨证 肛门病常见的症状有便血、肿痛、脱垂、流脓、便秘等，随着病情的变化，症状轻重程度有别。

（1）便血：是内痔、钩肠痔、息肉痔、锁肛痔的共有症状。血不与大便相混，或便时点滴而下，或一线如箭，便时无痛者，多为内痔；便血少，附于大便表面，丝缕之血，便结而肛门疼痛者，多为钩肠痔；儿童便血，大便次数和性质无明显改变者，多为息肉痔；血色黯晦，臭秽异常，便粪细而带扁，多为锁肛痔。便血鲜红，每因风邪引起，热伤肠络，故血出如箭，伴有口渴，尿赤，便秘，舌红，脉数等症；便血色淡，多为血虚肠燥，伴有面色无华、心悸、神疲乏力，舌质淡、脉沉细等症。

（2）肿痛：凡肛周肿胀高突疼痛剧烈者，多为湿热阻滞，常伴胸闷腹胀，体倦身重，食欲不振，发热，苔黄腻、脉濡数等症，见于肛门周围痈疽、外痔发炎、内痔脱出嵌顿等；若微肿微痛者，多为气血不足兼湿热下注的虚中挟实证，常伴有低热，神倦乏力，头晕心悸，便溏或便结，舌质淡红、苔黄或腻，脉濡细等症。

（3）脱垂：脱肛或内痔脱出而不易回纳者，多因气虚血亏，中气下陷，无以摄纳，可伴有面色无华，头晕眼花，心悸气短，自汗盗汗，舌质淡，脉沉细弱等症。内痔脱出嵌顿而肿痛者，多为湿热下迫，气血瘀滞，热盛染毒则局部糜烂；疼痛剧烈可有寒热并作，口干喜饮，大便秘结，小便短赤，舌质红、苔黄腻，脉弦数等症。

（4）流脓：脓出黄稠带粪臭者，多为湿热蕴阻而致，常伴有发热、口苦、身重、食欲不振、小便赤，苔黄腻、脉弦数等症，见于肛瘘之实证；脓水稀薄而臭者，并见疮口凹形，低热，面色萎黄，神疲纳呆，自汗或盗汗，舌质淡红，脉濡细等症，见于肛瘘之虚证。

（5）便秘：大便秘结而伴有口臭、心烦、小便短赤，舌质红、苔黄燥，脉数有力等，多为燥热内结，热结肠燥；若便秘而伴有面色㿠白、头晕心悸、神疲乏力，舌质淡、脉细无力等症，则为血虚肠燥。

治疗　分内治法及外治法。

内治法　包括以下七种治则：

（1）清热、祛风、凉血：常用于内痔出血和葡萄痔肿痛，如凉血地黄汤、止痛如神汤加减。

（2）清热利湿：用于肛门周围痈疽实证，如萆薢渗湿汤、三妙丸等。

（3）清热解毒：用于肛门周围痈疽实证，内、外痔染毒，如内疏黄连汤、五味消毒饮加减。

（4）清热通里：用于热结肠燥者，如大承气汤、调胃承气汤。

（5）润燥通便：用于血虚津伤而便秘者，如润肠汤、五仁汤、脾约麻仁丸等。

（6）养血补血：用于素体气血不足或久病失养而气血虚弱者，如四物汤、八珍汤加减。

（7）补中益气：用于气虚下陷的脱肛或内痔脱出者，如补中益气汤加减。

外治法　包括以下六种措施：

（1）熏洗：以药物加水煮沸或用散剂浸泡，先熏后洗。有活血消肿、止痛止痒和收敛的作用，用于内痔嵌顿、术后水肿、炎性外痔、葡萄痔初期、脱肛和肛周瘙痒等。选用五倍子汤、苦参汤、却毒汤等，也可用食盐、朴硝、花椒，开水冲泡熏洗。

（2）敷药：即用药散或油膏敷于患处。一般在便后坐浴之后使用，消炎止痛的有九华膏、五倍子散、黄连膏、消痔膏、金黄膏等；提脓化腐的有九一丹、金鸡丹；生肌收口的有生肌散、生肌白玉膏等。

（3）枯痔：①枯痔散：敷于二三期能脱出肛门外的痔核面上，具有使痔核干枯、坏死、脱落的作用。其疗效较确实，复发率低。②插药：即以药条或药钉，如三品一条枪插入痔核中，使痔核干枯、坏死、脱落而愈。但上述药品含砒，使用时须严密观察，预防砒中毒。

（4）结扎：即用药制丝线或丝线缠扎或贯穿缝扎痔核的根部，阻断痔核气血的流通，使之坏死、脱落而愈。目前对混合痔多采用外痔剥离内痔结扎的方法，减轻疼痛，疗效更佳。

（5）挂线：具有瘢痕小、引流畅通、不影响肛门功能且简便、经济等优点。本法使用药制丝线、丝线或橡皮筋，用圆头银制探针从肛瘘外口探至内口，使丝线（橡皮筋）贯通整个瘘管并结扎之，使瘘管壁逐渐切开而愈。目前，高位肛门直肠瘘多采用切开橡皮筋挂线，可防止肛门失禁等后遗症。

（6）塞药：即以药丸（栓）塞入肛内，如《疡科选粹》的水银枣子，具有轻度腐蚀作用，能使痔核缩小。

此外，古医籍尚载有艾灸、针刺、熨法和导引法，但目前甚少使用。

痔

痔有广义、狭义之分，广义痔泛指以痔命名包括肛门部在内的多种疾病，《医学纲目》谓："如大泽中有小山突出为痔，人于九窍中，凡有小肉突出皆曰痔，不独生于肛边也。"如鼻痔、耳痔等。狭义痔则指肛门部的痔疮，如内痔、外痔、内外痔、葡萄痔等。见于《素问·生气通天论》，谓："因而饱食，筋脉横解，肠澼为痔。"本条所论述者仅指狭义的痔。

本证多因饮食失节，过食辛辣刺激食物，过量饮酒；或因久坐久立，负重远行；或用力过猛；或情志变化，致风湿燥热四气相合而成。正如《外科正宗·痔疮论》谓："夫痔者，乃素积湿热，过食炙煿，或因久坐而血脉不行，又因七情而过伤生冷，以及担轻负重，竭力远行，气血纵横，经络交错；又或酒色过度，肠胃受伤，以致浊气瘀血流注肛门，俱能发痔。"或妊娠后期、分娩时用力，腹腔肿块，便秘等均可使腹内压增加。《医宗金鉴·外科心法要诀》："又有产后用力太过而生痔者。"《疮疡经验全书》谓："久忍大便，遂致阴阳不和，关格壅塞，风热下冲，乃生五痔。"或因局部染毒，累及筋脉，瘀血积聚而成。根据不同的痔疾，

治疗有内治、外治、注射、结扎等方法。见"内痔"、"外痔"、"内外痔"、"钩肠痔"、"葡萄痔"、"锁肛痔"等条。

内痔

发生于肛管齿线以上，痔内静脉丛扩张屈曲，形成紫红色柔软之肿物，称为内痔。见于《外台秘要》。又名沉痔、血痔、血攻痔、血箭痔。《外科大成》谓："内痔在肛门之里，大解则出血如箭，便毕用手按，良久方入。"指出内痔是以出血和脱出为主要症状。内痔在诸痔中发病率最高，发于肛门右前、右后及左侧(即截石位3、7、11点)的，称为母痔，其余部位发生的称为子痔。以青壮年较多见。

病因 本证多因风热湿燥四邪郁滞，大肠积热；习惯便秘，饥饱不匀，嗜食辛辣、醇酒，久泻久痢，久坐久立，负重远行，妇女妊娠等均可导致局部气血郁滞，经络阻塞，瘀血浊气下注肛门而成。

辨证 按病情发展分为三期。

第一期：痔核较小，呈紫红色，质软，粘膜表层很薄，大便时易被擦破而出血，无痛，不脱出肛外者，多无不适感觉。

第二期：痔核较大，呈紫黯色，粘膜增厚，质变韧，一般不易擦破，排便时脱出肛外，便后能自行还纳，反覆脱出擦破染毒者，常易出血。

第三期：痔核体积增大，呈灰黯色，粘膜变厚，质韧，表面粗糙，排便时脱出，甚至蹲下、咳嗽、劳动或行走时亦脱出，不能自行还纳。倘若脱出时间过长，痔核充血肿胀，肛门水肿发生嵌顿者，称为嵌顿性内痔，表面可发生溃疡、糜烂，滋水淋漓，并有剧烈疼痛；发热，小便困难；若粪便擦破溃疡基底，可引起喷射状出血，并因反覆出血引起继发性贫血。

治疗 分内治、外治、推拿治疗。

内治 凡内痔染毒、出血，内痔嵌顿，或年老体弱兼有其他慢性疾病不宜手术者，均可采用内治法。①便血：症见唇燥咽干，口渴喜饮，小便短赤，大便秘结，便血较多，色鲜红，或肛门肿痛，舌质红，苔黄，脉弦数，属血热肠燥。治宜清热凉血，通便润燥，选用凉血地黄汤、槐花散、地榆散加减。若身倦神疲，面色无华，大便溏或兼有腹泻，小便清长，便血紫黯或晦而无泽，内痔脱出，舌质淡，苔薄白或无苔，脉沉迟或细弱，属心脾亏损。治宜养心健脾、固脱止血，选用归脾汤、黄芪建中汤加减。②脱出：症见面色无华，心悸气短，神疲懒言，肛门重坠，痔出难收，舌质淡，苔白或无苔，脉细无力，属气虚肛坠。治宜补气升提，用补中益气汤。若兼见面色皖白，头晕目眩，心悸乏力，精神倦怠，唇舌色淡，苔白，脉细，则属气血俱虚。治宜益气补血，选用八珍汤、十全大补汤加减。③肿胀痒痛：症见肛门重坠，腹胀，便秘，溲黄，甚则身热，肛门凸出，焮红肿痛，舌质红、苔黄腻，脉弦数，属湿热内蕴。治宜清热利湿、活血祛瘀，选用黄连解毒汤、止痛如神汤、活血散瘀汤加减。④便秘：症见腹胀满，嗳气纳呆，舌红，苔黄厚，脉滑实者，属热结津枯。治宜清热导滞，选用大承气汤、调胃承气汤、牛黄解毒丸、黄连上清丸加减。若便秘兼见头晕、咽干、气短、汗出、形瘦、唇白，舌淡红、苔薄白，脉细涩者，属阴虚燥结。治宜养阴润燥，选用脾约麻仁丸、五仁丸。

外治 包括以下三种疗法。

(1) 枯痔疗法：是将含有腐蚀、收敛的药物直接涂于痔核表面，或插入痔核内，使其逐渐坏死、干枯、脱落而愈。①枯痔散：适用于脱出肛外之内痔、嵌顿性内痔、三期内痔合并直肠粘膜脱垂、内痔出血而伴有轻度贫血者。对于不能脱出肛外的第一第二期内痔和外痔，有严重心、肺、肾疾病，痢疾、腹泻、肛门直肠肿瘤并发之内痔，以及肛门染毒肿痛者，均不宜使用。此法系将枯痔散药粉加水调成糊状，直接涂于痔核粘膜表面，每日换药1—2次，直至痔核变枯黑干硬，边缘与健康组织有裂隙出现时，痔核已全干枯坏死，应即停用。每日温开水坐浴，待坏死痔核脱落后，外敷生肌膏以生肌收口。枯痔散具有疗效确实，无后遗症，操作简便等优点；因其含砒剂，有砒中毒的危险，应慎重使用。②枯痔锭：又称枯痔钉。适用于各期内痔及混合痔的内痔部分、内痔出血，禁忌证与枯痔散同。此法系将枯痔散加胶粉与水混合，搓成如火柴梗粗长圆形两端尖之药钉，使用时将钉直接插入痔核内，或将药钉折断装入插钉枪打入痔核中，使之引起局部炎症反应，导致纤维组织收缩，痔静脉丛闭塞，痔核皱缩，达到治愈目的。枯痔钉有含砒和无砒两种，其疗效无明显差异。

(2) 注射疗法：是由枯痔疗法改进而来的，适用于各期内痔，但嵌顿性内痔、混合痔的外痔部分及外痔者不宜使用。注射剂分为硬化萎缩剂与枯痔坏死剂两种，前者是将药物注射至痔核粘膜下层静脉丛的间隙内，引起化学炎症反应，纤维组织增生而达到硬化萎缩的目的；后者是将药物注入痔核内，使痔核组织坏死脱落，经过创面修复而愈合。硬化剂和坏死剂两者是不能截然分开的，大剂量的硬化剂可以使痔核组织坏死，小剂量的坏死剂亦能起到硬化萎缩的目的。硬化剂比较安全，适应证广泛，各期内痔出血均可应用，若用法和用量适当，可避免术后大出血的不良反应，现已大量应用于三期内痔，取得了满意的效果。常用的药物有消痔灵、新6号枯痔液、明矾枯痔液等。

(3) 结扎疗法：①单纯结扎法：适用于第二第三期内痔。以血管钳夹住痔核根部，在齿线处剪开一小口，于血管钳下方用丝线贯穿结扎。或先于血管钳上方痔核内注射枯痔液至膨胀呈灰白色，经过挤压后，用圆针贯穿基底结扎。对于环状内痔可采用分段结扎法。②胶圈套扎法：适应证同单纯结扎。用血管钳或特制的胶圈套扎器械将小乳胶圈套于痔核根部，利用胶圈的弹性阻断血液循环，使痔核坏死脱落。此外，对于内痔嵌顿或内痔术后水肿者，可选用却毒汤、苦参汤熏洗后，外敷九华膏、黄连

膏等。

推拿治疗　操作时可取用三种位置。

(1) 俯卧位:①按揉八髎。以次髎为重点。②擦腰骶部。③横擦八髎，透热为度。

(2) 膝胸位:①患者先洗净肛门。医者戴手套,以中指按揉长强。②按揉肛门。先涂以润滑油剂。③在肛门松弛后,轻轻按揉痔核,使其缩小或消失。

(3) 仰卧位:①抬高下肢和臀部,仰卧休息半小时。②有便秘者,加顺时针摩腹。③气虚肛坠者,加按揉百会、足三里。

备用手法：掐揉二白穴(腕横纹上4寸，一穴在两筋之间,一穴在筋外桡侧),50—70次。

外痔

发生于肛管齿线以下,痔外静脉丛曲张或炎变后结缔组织增生形成之赘生物,称为外痔。见于《千金要方》。外痔表面覆盖皮肤,按之质地较硬,形状大小不一,严重者,围绕肛门一周,呈环状或花冠状,一般无疼痛,不易出血,仅肛门有异物感。若染毒,局部红肿疼痛,大便或行走时尤甚;肿胀消退后,赘皮依然存在。发生于肛门右前、右后、左中的赘皮多伴有内痔。外痔根据其病理改变不同,可分为赘皮外痔、静脉曲张外痔、血栓外痔和炎性外痔。

(1) 赘皮外痔:又名结缔组织外痔。赘皮内无明显静脉曲张,形状大小不一,顶小底宽。可发生于肛缘任何部位,有的一个在肛门后侧,或数个围绕肛门,呈环状或鸡冠状,经产妇较为多见。由于便后局部不易清洁,常有少量分泌物和粪便存积,刺激肛门发生湿疹和瘙痒。如染毒时则感疼痛。治宜便后坐浴,内服清热解毒润肠之剂。若外痔赘皮较大,可考虑手术切除,但不宜切除过多的皮肤,以免创面愈合后因瘢痕收缩引起肛门狭窄或肛裂。

(2) 静脉曲张外痔:皮肤表面青紫色而光滑,呈圆形、椭圆形或环状,排便时努挣致外痔静脉丛屈曲扩张充血,则肿块增大,发展缓慢,初起只有坠胀不适和异物感,一般宜手术治疗。

(3) 血栓外痔:见“葡萄痔”条。

(4) 炎性外痔:系外痔染毒后,局部焮红肿痛,并有少量分泌物。治宜清热解毒为主,用黄连解毒汤、止痛如神汤、五味消毒饮加减。

外治：各种外痔均可选用却毒汤、苦参汤或花椒、食盐煎水熏洗坐浴后,用黄连膏、金黄膏外敷。

内外痔

生于肛管齿线上下,由痔内、外静脉丛曲张互相沟通吻合而成者,称为内外痔。见于《外科启玄》。又称里外痔,近代称为混合痔。《外科大成》谓:“内外痔,肛门内外皆有,遇大便即出血疼痛。”内外痔是内痔部分和外痔部分紧密相连,具有内、外痔的症状。

本证以手术治疗为主：

(1) 外痔剥离内痔结扎法:提起外痔,沿痔核外缘作“V”字形切口,由外向肛管内剥离至齿线附近,然后用血管钳夹于内痔基底部,用圆针粗丝线作贯穿结扎,剪去痔核组织,使肛门部呈一放射状伤口,创面用止血散或凡士林纱条压迫止血,一般2—3周伤口愈合。

(2) 外痔剥离内痔注射法:外痔部分剥离,内痔部分注射枯痔液、消痔灵注射液。本疗法的优点可减少术后肛门边缘水肿,减轻疼痛,缩短疗程,治疗较彻底。如混合痔的外痔静脉丛凸起不很明显,可在外痔中间作一放射状切口,然后剥离静脉丛,修剪切口两侧皮瓣,使成一小“V”字形切口。但剥离外痔时要选好切口,不宜过多损伤健康皮肤,以防术后肛管狭窄。

葡萄痔

肛门缘血络破裂,血液外溢于肤腠,瘀血凝聚,生成圆形或卵圆形如葡萄状之肿物,称为葡萄痔。见于《外科大成》。又名羊奶痔、血栓外痔。多因饮食不节,过食辛辣,热结肠道,大便秘结,以致排便努挣;或外来损伤,使肛缘血络破裂,血溢肤腠,瘀结不散而成。

发病急骤,初起时疼痛较甚,多在肛门两旁,可见圆形青紫色肿物,触痛明显,有时剧痛不能端坐。一般经过5—7日,肿块逐渐变软,疼痛亦渐减轻。或于2—3周内瘀血被吸收,肿块消失而愈。局部肿痛焮红者,宜清热活血止痛,选用止痛如神汤、五味消毒饮加减。

外治,初起宜消肿止痛,可用五倍子汤或葱归溻肿汤煎水熏洗坐浴后,选用金黄膏、黄连膏、九华膏外敷。瘀血凝块久不消散者,可行血栓剥离切除术。

钩肠痔

肛门折缝破裂溃烂处的肛缘皮瓣赘生者,称为钩肠痔。见于《疮疡经验全书》。现称肛裂。《外科大成》谓:“钩肠痔,肛门内外有痔,折缝破烂,便如羊粪,粪后出血秽臭大痛者。”好发于肛门正中线前后方,一般男子多见于后部,女子多见于前部,以青壮年容易发生。由于血热肠燥,大便秘结,排便时努挣,导致肛伤染毒而成。故《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:“肛门围绕,折纹破裂,便结者火燥也。”亦有因肛门狭窄、痔疮或肛门湿毒而诱发。

本证主要症状是疼痛、便秘、便血。排便时裂口受到粪便压迫和刺激,便时即疼痛,便后疼痛暂时缓解,但随后疼痛又加剧,且持续时间较长,可达数小时之久。由于排便时引起剧烈疼痛,患者不愿排便而出现便秘,粪便干硬,更加重排便时和便后的疼痛,一般出血量不多。

内治：临床上可以分为新鲜和陈旧两种。新鲜者病程短，溃疡表浅，色鲜红，边缘整齐，基底软，有弹性，无赘皮外痔；陈旧者，病程长，溃疡较大而深，色灰白，边缘不整齐，基底结缔组织增生，肥厚，变硬，弹性消失，常有赘皮外痔。肠燥热盛，大便秘结者，宜清热润燥通便，选用凉血地黄汤、脾约麻仁丸；阴虚内热而大便干结者，宜滋阴清热润肠，选用润肠汤、五仁丸；若疼痛甚者，用止痛如神汤。

外治：①熏洗：有止痛消肿作用，如洗痔枳壳汤、却毒汤等。②敷药：新鲜者，用红油膏、生肌玉红膏、黄连膏外敷。陈旧者，用九华膏外敷。③扩肛：在局部麻醉下，用两手示指插入肛内，进行扩肛，以解除括约肌痉挛。经上述处理无效者，可行手术治疗。

息肉痔

直肠内的赘生物，称为息肉痔。分单发和多发两种。前者多见于儿童，后者多见于青年。多发者之中少数病例可以发生恶性变。本证病因多由湿热下迫大肠，肠道气机不利，经络阻塞，瘀血浊气凝聚而成。

本证初起在直肠内生一小息肉，逐渐长大成球形，大如杨梅或胡桃，小如豌豆或粟粒，少则一个或数个分散各处，多则成串如葡萄状。表面平滑，基底广阔，亦有带蒂者，其质嫩软，有弹性，血管丰富，色泽鲜红或黯红。一般无疼痛感觉，大便时有鲜血及粘液随粪便排出；低位息肉大便时可脱出肛外。

内治：临床辨证论治可分：①湿热郁滞者，症见大便带血，腹痛，腹泻，下坠，舌质经、苔黄腻，脉滑数。宜清热利湿、行气散瘀，选用止痛如神汤、萆薢渗湿汤加减，或乌梅、僵蚕煎汤服。腹痛加延胡索、橘核、茴香；腹泻加黄连、马齿苋；便血加地榆、槐角、炒荆芥。②气血虚者，症见面色萎黄，头晕目眩，少气懒言，心悸倦怠，大便溏薄，便血色淡，肛门坠胀，舌质淡红、苔白，脉细数无力。宜补益气血，选用八珍汤、人参养荣汤、十全大补汤加减。

外治：①灌肠法：用于多发性直肠息肉便血者，乌梅12克、五倍子6克、五味子6克、牡蛎30克、夏枯草30克、海浮石12克、紫草15克、贯众15克，浓煎150—200毫升，保留灌肠，每日一次。②注射法：用于直肠部位无蒂的小息肉，用6%—8%明矾溶液，将药液注入息肉基底部，5—6日息肉坏死脱落。③结扎法：适用于低位带蒂息肉，将息肉轻轻拉出肛外，用圆针丝线在息肉基底贯穿结扎。此外，高位多发性息肉，疑似恶变者，宜手术治疗。

肛门周围痈疽

即发生在肛门周围的痈疽。见于《医门补要》，谓：“肛门四周红肿作痛，速宜凉血利湿药消之，若消不去，一处出脓者为肛痈，每易成漏，有数处溃开者名盘肛痈。”由于发生的部位不同，命名亦异，生于会阴穴者，称为悬痈，又名骑马痈、骗马坠、海底漏、老鼠偷粪；生于尻尾骨尖者，称为鹳口疽，又名锐疽；生于尻尾骨之前长强穴者，称为涌泉疽。总之，虽有不同的名称，但在病情发展过程中，多数不易消退，溃后脓水淋漓，久不收口而形成肛瘘。多发生于青壮年人。

本证多由湿热下注所致，如饮食不节，过食肥腻辛辣，醇酒厚味，以致气血壅滞，脏腑不和，湿浊不化而成，或肛门破损染毒而致，或因肺、脾、肾三阴亏损，湿热乘虚下注而发。

内治：根据临床症状，分实证与虚证辨证治疗。

（1）实证：肛周结肿，形如桃李，焮红肿痛，触痛，约七日左右成脓，脓液黄浊稠厚而带臭味，常伴有全身不适，恶寒发热，大便秘结，小便短赤，舌质红、苔黄腻，脉滑数等症。治宜清热解毒、利湿祛瘀为主，选用黄连解毒汤、仙方活命饮加减。已成脓者，用透脓散。

（2）虚证：肛门结肿平塌，皮色黯红或不红，触之微热，疼痛较轻或不痛，约二周左右成脓，溃后脓稀薄淡白无臭味，疮口凹陷，常伴有全身倦怠无力，不发热或午后潮热，大便虚秘，舌质淡红、苔薄白，脉细数而虚等症。治宜滋阴除湿，兼清虚热，选用青蒿鳖甲汤、滋阴除湿汤加减。如属肺虚者，可兼见咳嗽、咯血、骨蒸盗汗，加沙参、麦冬；属脾虚者，则兼见神疲纳呆、大便溏薄，加白术、炮姜、山药；若绕肛漫肿，久不消溃，舌质淡、苔白滑，脉沉细，宜阳和汤加减。溃后宜大补气血，选用补中益气汤、八珍汤、十全大补汤加减。

外治：初起实证者选用金黄散、玉露散、双柏散调制外敷；虚证者用冲和膏外敷。成脓者早期切开引流。

（1）一次切开：用于浅部脓肿，先作放射状切口，用探针寻找齿线处感染肛窦（即形成肛瘘之内口），使探针从该处探出，并将内、外口之间的组织完全敞开，使引流通畅。

（2）切开挂线：用于深部脓肿，先作放射状切口，用探针寻找感染肛窦（内口），使探针从内口探出，将内口和脓肿区的皮肤切开，并挂一橡皮筋，使该处括约肌缓慢挂开，避免肛门失禁等后遗症。

（3）单纯脓肿切开：用于深部脓肿，病人不适宜切开挂线者。先指检确定脓肿的范围和感染肛窦的位置，然后在脓肿顶部作放射状切口，分开脓腔间隔，将脓液排尽，用九一丹纱条祛腐引流，待创面清洁后，改用生肌散。形成瘘管者，则按肛瘘处理。

肛瘘

肛门周围痈疽溃后，脓水淋漓，久不收口，形成瘘管者，称为肛瘘。见于《外证医案汇编》。又名漏疮、漏痔。肛瘘由内口、瘘管和外口组成，亦有仅具内口或外口者，

内口为原发性，绝大多数在肛管齿线平面的肛窦上；外口是继发的，在肛门周围皮肤上，常不止一个。

本证多由肛门周围痈疽溃后，余毒未尽，蕴结不散，血行不畅而成。如《医宗金鉴》谓："悬痈……溃久成漏。"亦有因肺、脾、肾三阴亏损所致，如《外科大成》谓："脏毒……因虚劳久嗽而得者，必肛门结肿如粟，破而成漏。"

分类　自宋代《太平圣惠方》将痔与肛瘘区分开来，至明代《疮疡经验全书》对肛瘘有进一步的认识，谓："又有肛门左右别有一窍出脓血，名曰单漏。"这是指单纯性肛瘘。《外科大成》谓："肾囊漏，漏管通入于囊也；缠肠漏，为其管盘绕于肛门也；屈曲漏，为其管曲屈不直，难以下药至底也"。这是指复杂性肛瘘。近代医家根据其病原、形态、位置、内外口的分布以及侵犯组织的程度等进行分类，按病原的不同分为化脓性和结核性瘘，其每种又按病变程度分为单纯性瘘管和复杂性瘘管。①单纯性低位肛瘘：仅有一条管道并通过肛管直肠环以下，内口在肛窦部位。②单纯性高位肛瘘：仅有一条管道和一个外口，行径在肛管直肠环以上，内口位于肛窦部位。③复杂性低位肛瘘：管道在肛管直肠环以下，但外口和管道有两个或两个以上，内口在肛窦部位。④复杂性高位肛瘘：有两条以上管道或分支管，其主管道通过肛管直肠环以上，有一个或两个内口以上者。

症状　临床常见的主要症状如下：①流脓水：为肛瘘的特征，一般初起脓水较多，日久，则渐减少，呈间歇性流脓。如脓液少而又复增，或疼痛加剧，常是急性染毒或新的支管形成。②疼痛：肛瘘流脓畅通时，一般不觉疼痛，而仅有局部坠胀感。外口自行闭合，脓液积聚，可出现局部红肿疼痛，或寒热；若溃破脓水流出，症状可迅速减轻或消失。但也有因内口较大，粪便流入管道而引起感染疼痛，多在排便时疼痛加剧。③瘙痒：因脓液不断刺激肛门周围皮肤而引起瘙痒，亦可致肛周湿毒。

辨证论治　分内治及外治。

内治　临床上分为：

(1) 实证者，多见肛门化脓性感染肿痛，外口呈凸形，脓液多而稠厚，可伴有发热，口苦咽干，食欲不振，便秘，尿赤，舌苔黄，脉弦数等症。治宜清热利湿，选用龙胆泻肝汤、萆薢渗湿汤加减。

(2) 虚证者，多见患者体质素虚，或有结核病者，外口凹形，肉芽灰黯，苍白，脓液清稀，伴有体倦乏力，潮热盗汗，舌质淡红、苔白，脉细数等症。治宜养阴清热，选用青蒿鳖甲汤、六味地黄汤加减。气血虚者，用托里透脓汤。

外治　临床上常用以下方法：

(1) 挂线法：方法简便，疗效确实，瘢痕小，不影响肛门括约功能。现多用橡皮筋代替药线，故称为橡皮筋挂线法。手术时将内、外口之间的皮肤组织切开，暴露括约肌，用粗丝线将拉紧的橡皮筋结扎，使其嵌于皮肤切口内；数日后，瘘管自动挂开，创口用九一丹脱腐化管，创面干净用生肌散或生肌玉红膏收口。

(2) 切开法：系挂线疗法的改进，根据挂线疗法的原理，在局部麻醉下将瘘管直接切开。多用于浅层的单纯性肛瘘或低位复杂性肛瘘。但对高位肛瘘，因管道较深，为了不致影响肛门括约功能，则须配合挂线较为安全。

(3) 管道缝合内口引流法：适用于肛管直肠环以下的各种低位肛瘘和肛管直肠环已纤维化的高位肛瘘。手术时将管道完全敞开，并将邻近内口感染的肛窦、肛腺一齐清除，切口向上适当延长，不留残余窦道，内口引流通畅。对于马蹄形肛瘘，后侧原发内口，采用纵形切开引流，向两侧延伸之管道，采用弧形切开，管壁搔刮，彻底清除坏死组织后，伤口一次全层缝合，不留死腔，以免形成血肿及感染。缝合伤口可避免术后因瘢痕过大而致肛门畸形、大便失禁和疗程过长等。

(4) 切开挂线法：适用于肛管直肠环未纤维化的高位肛瘘，肛管直肠环的作用是维持肛门括约功能，临床上十分重要。挂线的目的是为防止因手术切断该环后，括约肌收缩致断端分离而失去括约的作用；通过挂线缓慢地切开，断端逐渐生长和与周围组织粘连，因而可防止其回缩。对肛管直肠环未纤维化者，必须采用切开挂线疗法，挂线之创口作为内口引流，不但可以防止后遗症产生，亦可缩短疗程。

肛瘘术后处理必须重视，换药时要动作轻柔，仔细观察伤口的变化，如创面过早粘合，须及时予以分离，防止形成假愈合；伤口周围肿硬不消，脓液增多，应检查有无支管或残余的管道。

脱肛

直肠或直肠粘膜脱出于肛外者，称为脱肛。见于《诸病源候论》。又名脱肛痔、截肠，以儿童、妇女及老年人之体虚者为多见。多因久泻久痢，老人气血衰弱，妇人产育过多，中气下虚，或小儿气血未旺、肾气本虚而致，亦有因肺移热于大肠，湿热下注所发者。正如《疡科心得集》谓："夫脱肛之证，有因久痢久泻，脾肾气陷而脱者，有因中气虚寒不能收摄而脱者，有因酒食伤脾、色欲伤肾而脱者，有因肾气本虚，关门不固而脱者，有因湿热下坠而脱者，又肛门为大肠之使，大肠受寒受热皆能脱肛，老人气血已衰，小儿气血未旺皆易脱肛。"

内治：脱肛早期无明显全身症状，仅排便时直肠粘膜脱出，便后自行回纳。脱肛严重者，当咳嗽、行走或蹲下时亦脱出，不易回纳，需用手推回或卧床休息方能还纳，病人常觉大便不净和不畅，下腹坠痛，腰部、腹股沟及双下肢酸胀和沉重感觉。因反覆脱出，直肠粘膜经常暴露肛外而充血水肿、渗液，刺激肛周皮肤引起瘙痒。脱肛以气虚者居多，湿热者较少。气虚者，宜补中益气汤加诃子、金樱子、五倍子，以增强收摄作用。中气虚寒者，前方加炮姜、茯苓、五味子；肾气虚者，用附桂八味丸加减。若

肛门脱出，赤热肿痛，或有血性粘液渗出，此属大肠湿热，治宜清热利湿为主，用地榆散加减。当大肠湿热已清，仍当以补气升提为治则。

外治：①熏洗法：用苦参汤加石榴皮、明矾、五倍子煎汤熏洗，亦可用五倍子末、马勃末或木贼烧灰存性外敷，随即将脱出的直肠回纳。②注射疗法：适用于直肠粘膜或直肠全层脱出，但对于直肠粘膜溃烂、肛周染毒或伴有腹内压增高的疾病者，则不宜采用。一般用明矾脱肛液、6%收肛液等硬化剂。儿童采用直肠粘膜下注射，成人除直肠粘膜下注射外，还需作直肠周围间隙注射。脱肛伴肛门松弛者，除注射疗法外，并辅助肛门紧缩手术，则效果更确实。

针刺：体针取长强、百会、足三里、承山、八髎、腰俞；耳针取直肠下端；梅花针可在肛门周围皮肤叩击，以增强括约肌张力对直肠的支持固定作用。

推拿：儿童脱肛尚可用推拿法治疗。其操作为揉丹田，按揉百会，按揉八髎，揉龟尾，推上七节。

辨证加减：①气虚下陷者加推三关，补脾经，补大肠，补肾经，按揉足三里。②湿热便秘者加清大肠，清小肠，退六腑，七节骨改推上为推下。

锁肛痔

肛管直肠肿块，后期因肿块增大引致肛门狭窄者，称为锁肛痔。见于《外科大成》，谓："锁肛痔，肛门内外如竹节锁紧，形如海蜇，里急后重，粪便细而带扁，时流臭水。"本证多由正气内损，抑郁忧思，或久嗜醇酒辛辣而致气血逆乱，痰火内结，湿毒浊气下注而成。

初起为排便习惯改变，大便次数增多或便秘，便意频数，同时肛内有不适或坠胀感，有的初起大便带血，呈间歇性发作，症状逐渐加剧，肛门坠胀加重，大便次数多至数十次，伴有里急后重和排便不尽的感觉。粪便中带有脓血和粘液，色黯红，臭秽异常，后期逐渐形成肛门直肠狭窄，粪便细而带扁或呈羊粪状。或多伴有腹胀、腹痛、腰酸、两胯腹间臀核肿大坚硬而推之不移。后期则多兼有食欲不振，消瘦，贫血及全身衰弱等症。肛门指检常可触及肿物，质坚硬，高低不平，指套上常染有脓血和粘液。

内治：一般初期当寓补于攻，以攻为主；晚期寓攻于补，以补为主。湿热下迫，似痢非痢者，治宜清解湿热，用白头翁汤加马齿苋、败酱草、白花蛇舌草等。气滞血瘀者，宜调气行血，白头翁汤选加香附、枳壳、厚朴、半枝莲、三棱、莪术、升麻等。肿块锁肛者，宜攻坚散结，白头翁汤加鳖甲、龟甲、穿山甲。气血衰败者，宜益气健脾，养血填精，白头翁汤选加黄精、紫河车、白术、阿胶、五味子、党参、黄芪等。

外治：溃烂者，用黄连膏、九华膏外敷；但一经确诊，即宜早期手术治疗。

肛门皮包

婴儿的肛门有皮肤包裹而闭锁，称为肛门皮包。见于清代《医门补要》。又名无谷道、肛门内合、肛门闭锁。由于先天胎禀不足，胚胎发育不全，乃至肛门直肠畸形；或为肛门皮包无谷道，肛门无孔；或为脂膜遮闭，形成肛门内合，粪便无从排出，腑气不能通降。症见初生婴儿常烦躁啼哭，腹部逐渐膨胀，便闭、呕吐、不乳食。治宜及时手术。《古今医统》谓："治小儿初生无谷道者，必须及早用刀刺之，切开肠孔；后用棉卷指以香油浸透插之，使其不合缝；四旁用生肌散搽之自愈。"《简明医彀》卷六谓："罕有儿初生无谷道，大便不能者，旬日必不救，须速用细刀刺穿，要对孔切开通之，后用绢帛卷如小指，以香油浸透插入，使不再合，旁用生肌散敷之自愈。如有孔不透者，以金玉肥光簪脚透之，银簪脚亦可。"《疡医证治准绳》卷六："凡初生儿不大便，若用按摩仍不通者，即是肛门内合。""肛门内合当以物透而通之，金簪为上，玉簪次之，须刺入二寸许，以苏合香丸纳窍中，纳窍中，粪出为快，若肚脐膨胀，不能乳食，作呻吟声，至于一七，难可望其生也。"说明古代医学家对本证必须及早手术治疗是有深刻的认识的。

皮肤病

发生在人体皮肤的大多为有形可见的病证，称为皮肤病，是中医外科学的重要组成部分。早在《内经》中，就有关于皮肤病的论述。《素问·生气通天论》谓："汗出见湿，乃生痤疿……劳汗当风，寒薄为皶，郁乃痤。"又《素问·至真要大论》谓："诸痛痒疮，皆属于心。"《周礼·天官》谓："春时有痟首疾，夏时有痒疥疾。"公元2世纪，汉代《金匮要略》中载有："浸淫疮，黄连粉主之"，其后晋代《肘后备急方》记载了许多皮肤病的疗法与方药。公元7世纪，《诸病源候论》把疮作为皮肤疾病的总称，对皮肤病有相当详尽的论述，提到秃目、体气、圆癣、干癣、风癣、疥疮、风瘙痒、瘾疹等，并对各证的症状有比较确切的描述。如"白秃者，皆虫所作"。"漆有毒，人有禀性畏漆，但见漆便中其毒……亦有性自耐者，终日烧煮，竟不为害也"。"湿疥者，小疮皮薄，常有汁出，并皆有虫，人往往以针头挑得，状如水内瘑虫"等。说明在公元610年中国医家已发现了疥虫，7世纪中叶以后，唐代的《备急千金要方》及《外台秘要》记载了用水银、砒、雄黄、矾石、硫黄等矿物药，甘草、人参、当归、麻黄等植物药和阿胶、斑猫（蝥）等动物药用于治疗各种皮肤疾病。此后，16世纪《外科枢要》、《解围元薮》，以及17世纪初的《外科准绳》、《外科启玄》、《徽疮秘录》、《外科正宗》，清代的《医宗金鉴》、《疯门全书》、《洞天奥旨》等，均对皮肤病有着详细的记述。不仅指出了皮肤病的发病，内与脏腑、七情，外与六淫的密

切关系，同时在治疗上特别是在外用药方面，给后人留下了宝贵的经验。由此可以看出，历代医家对皮肤病学的发展是有很大贡献的。

病因　临床上常见于以下几种因素。

(1) 风：有内风与外风之分，是许多皮肤病发病的主要原因。凡人体腠理不密，卫外不固，风邪便得以乘虚侵袭，阻于肌肤之间，内不得通，外不得泄，或因风邪致营卫不和，气血运行失畅而发病。其特点为起病速、变化快，皮疹发无定处，或泛发全身，多为干性，瘙痒无度。症见风团、丘疹、扰目等，其疹色红、脉数者为风热；疹色淡白、脉紧者为风寒。

(2) 湿：湿为阴邪，有内湿与外湿之分，如久卧湿地，涉水淋雨，或脾湿内蕴，溢于肌肤而发。它具有重浊、粘腻、好发下肢等特点，且常缠绵难愈。症见水疱、瘙痒、糜烂、渗液、浸淫四窜，常伴有食欲不振、舌苔白腻、脉滑或濡缓等。

(3) 热：不论是外感热邪或脏腑实热而蕴郁肌肤均可致病。热为阳邪，热邪侵袭，皮肤发疹。症见皮损肿胀、色红、灼热、溢脓、糜烂、痒痛，或伴发热、口渴、便秘、尿赤，苔黄、脉数等。

(4) 燥：燥为阳邪，燥胜则干。其表现为皮肤干燥，脱屑、皲裂、粗糙、瘙痒等，如牛皮癣、白疕等。

(5) 虫：为虫体直接损害，如疥虫引起疥疮，跳蚤、虱、蚊等引起虫咬皮炎；还有虫体之毒素诱发，如风痦瘰。此外，真菌性癣病，如手足癣、体癣等，前人也认为是虫所致。

(6) 毒：常见有药物毒、食物毒、漆毒等。在正常情况下人体即使接触某些物质也并不致病，仅在禀赋不耐的情况下发生。由毒所致的皮肤病，发病前有用药史、接触史或进食史，经过一定的时间后而突然发病，表现为局部或全身肿胀、丘疹、水疱、风团、糜烂、坏死等，或痒或痛，再次接触可复发。

(7) 情志变化：七情内伤可导致人体阴阳失调，气血不和，脏腑经络功能的紊乱而致病，是皮肤病发病的重要因素，如白疕、牛皮癣等，可因情志的不畅以及心火内郁而诱发或加重。

(8) 血虚：为久病或脾虚血少，不能濡养肌肤而致，皮肤干燥脱屑、粗糙肥厚，或可伴有头晕目眩，面色㿠白、舌淡，脉濡或沉细等症。

(9) 气滞血瘀：由于肝气郁结或外邪入侵，以致气机不畅，气滞血瘀而致。症见肌肤甲错，皮损色黯红、青紫或出现瘀点、瘀斑、瘢痕疙瘩、色素沉着等，舌质黯红或有瘀点，脉弦或弦涩。

(10) 肝肾不足：某些皮肤病与肝肾不足有关，且病程缓慢，每与病人生长发育、妊娠、月经等有关。表现为皮肤干燥肥厚、脱发、色素沉着、指(趾)甲变化等，兼伴有头晕目眩，腰膝酸软，遗精，舌红少津、苔少光剥，脉细数等症，此为肝肾阴虚；如伴面色淡白，阳痿，畏寒，舌质淡胖、牙印，脉沉细等症，此为肾阳不足。

辨证　皮肤是肌体的一部分，与脏腑气血有着密切的关系。因此，皮肤病的辨证必须从整体观念出发，临床上皮肤病的辨证一般包括全身与局部两个方面。

辨全身症状　皮肤病的全身症状，可有发热、畏寒或合并某些脏器损害所出现的症状等，但一般较为少见。其辨证方法与内科相同。对于一些有发热症状的皮肤病如药疹、红斑性狼疮等，尚须结合温热病的辨证原则，即卫、气、营、血进行辨证。

辨局部症状　皮肤病的局部症状，常见有皮疹、瘙痒、灼热、麻木等，其辨证分述于下：

(1) 辨皮疹：①斑疹：为皮肤色泽的改变，其形状及大小不定，一般不高出皮肤表面。红色属血热，色淡者为血虚或气滞，瘀斑呈紫红或黯红色属血瘀；色素异常者多为气血不和。②丘疹：为高出皮肤表面的粟粒样的实质性损害，色红者属风热、血热；色不鲜者为气虚、血虚或血燥。③结节：位于皮内或皮下组织的局限性实质性损害，一般比丘疹大，常为湿热蕴结，经络瘀阻或气血凝滞所致。④水疱：为内含水液的疱，大小不等，一般属湿热或热毒，少数可为脾虚或寒湿。水疱溃破，其下为糜烂面，干燥后结痂，痂脱而愈。如水痘、黄水疮等。⑤脓疱：为内含脓液的疱，可原发亦可由丘疹或水疱转变而来。周围常绕以红晕，溃后溢脓，可结脓痂，痂脱而愈，多见于化脓性皮肤病，如脓窠疮、黄水疮、发际疮、羊胡疮等。一般为湿热或热毒炽盛所致。⑥风团：为皮肤暂时性的水肿性的隆起，常突然发生，自觉局部皮肤瘙痒，灼热，颜色或红或白，其大小形态不一，可忽起忽消，不留痕迹。见于风痦瘰、药疹等。色红为风热，色白为风寒。⑦糜烂：由水疱、脓疱破溃而成，痂皮脱落，表皮脱去，露出潮湿面，自觉疼痛或痒痛，干燥后可结痂而愈，不留疤痕，见于黄水疮、湿毒等，多为湿热所致。⑧溃疡：是伤及真皮层以下之局限性损害。其大小、形状、深度，随疾病的性质及有无继发感染而定。愈后有疤痕。红肿疼痛为热毒；平塌不起、灰暗不泽属气血虚；肉芽水肿为脾虚湿盛。⑨鳞屑：是表皮组织的角化脱落，其大小、性状不一，急性病后者为余热不清；慢性病者为血虚或血燥，干性者为血燥；油腻性者为湿热。⑩痂：滋液、血液或脓液干燥而成。其厚薄、成分、性状随疾病之不同而异，一般为湿热、血热或热毒所致。⑪苔藓样变：由于长期的病变致皮肤变厚、沟纹显著，成席纹状，皮面划成为菱形、多角形等之微隆起的丘疹。见于牛皮癣等，属风热或血虚风燥所致。⑫萎缩：是一种退行性的改变，皮肤变薄，表面平滑干燥易皱，此属气血不足而致。⑬抓痕：由于搔抓而成线状损伤，多为风盛、血热或血燥，亦见于血虚。⑭瘢痕：为皮肤溃损后形成，有原发、继发两种。多为病变深在，个体特异以及气血不和而致。⑮皲裂：为深浅不一的线状裂口，累及深层者有剧烈刺痛或出血，如皲裂疮。多属寒盛、血虚、风燥所致。

(2) 辨瘙痒：痒是由于风、湿、热、虫等邪毒客于肌

肤,或因血虚、气滞血瘀而发。①风痒:起病急、发展迅速、变化快、发无定处,时作时休,皮损干性,舌微红,脉弦。②湿痒:好发于下肢或侵及全身。症见水疱、糜烂、渗出、浸淫四窜,缠绵反覆,舌苔白腻,脉多沉缓或濡滑。③热痒:皮肤瘾疹,色红焮热,痒痛或疼痛。如与湿相搏则皮损糜烂渗液,腥臭粘着,瘙痒异常,舌红苔黄,脉弦滑或数。④虫痒:痒若虫行,奇痒无比,多固定一处。⑤血虚痒:多泛发全身,皮肤干燥、脱屑,或肥厚角化,舌淡、苔白,脉细而缓。

(3)辨经络部位:是以病变发生的部位,相应脏腑所属经络走向而辨证。发于上部及头面者,三阳经受病,多风热;发于中部者,肝胆经受病,多气郁、火郁与湿热;发于下部者,太阴经受病,多湿热、寒湿。发于鼻部与肺经有关,发于面唇部与脾胃经有关,发于胁肋与肝经有关,发于阴部者与肝肾二经有关。

(4)辨炎症、疼痛、麻木:①炎症:急性者,皮肤红肿、糜烂、渗液、结痂、焮热、痒痛、呈水疱或脓疱等,为热证、实证,与心、肺、脾关系密切;慢性者,皮肤干燥粗厚、鳞屑、色素、苔藓样变、脱发等,为营血不足,多属虚证,与肝肾关系密切。②疼痛:寒痛者,痛处不移,遇冷则甚,如冻疮;热痛者,皮色焮红赤肿,灼热疼痛,遇冷则减,如蛇串疮、丹毒等;血瘀痛者,初起隐痛、微热、皮色黯红,继则青紫而胀痛,如瓜藤缠、猫眼疮等。③麻木:麻木属气血运行不畅,气机经络受阻,或为气虚,气不行则麻,麻之重则木。如麻风病之麻木不仁等。

治疗 分内治及外治。

内治 必须根据"治外必本诸内"的原则,局部与整体并重。

(1)祛风止痒:用于风热或风寒之证。风寒者,症见疹色发白,遇寒而发,苔白、脉浮紧等,如风痦𤸇、猫眼疮等,治宜辛温祛风,用荆防败毒散等;风热者,症见疹色发红,苔黄尿赤、脉浮数等,如湿毒、风热疮等,治宜辛凉祛风,选用消风散、疏风清热饮等。

(2)清热解毒:用于热毒之证。症见皮损色红,焮热灼痛,身热,口渴,便秘,尿黄,舌苔黄,脉数等,如药疹、漆疮、白疕、化脓性疾患。选用五味消毒饮、黄连解毒汤等。

(3)除湿利水:用于湿证。症见水疱、糜烂、渗液,舌苔白腻,脉濡滑等。如湿疹、黄水疮。常见有湿热与脾虚两种,前者皮疹潮红、鲜红,便结、尿赤,宜清利湿热,选用龙胆泻肝汤、二妙散、三妙丸;皮疹色淡不鲜,便溏,尿清,舌淡者,宜健脾利湿,选用除湿胃苓汤、革薢渗湿汤、参苓白术散等。

(4)养血润燥:用于血虚风燥者。症见皮肤干燥,瘙痒脱屑,粗糙肥厚,便结,脉细等,如白疕、牛皮癣等,选用养血润肤饮、地黄饮子等。

(5)平肝熄风:用于血虚肝旺者。症见皮疹干燥、瘙痒无度,如风瘙痒,用天麻钩藤饮。

(6)益气固表:用于表虚不固,反覆发作者。如风痦𤸇,选用玉屏风散、固卫御风汤等。

(7)滋阴降火:用于肝肾阴虚火旺者。症见皮损潮红、五心烦热、口燥咽干、月经不调等,如红斑性狼疮,可选用六味地黄丸、左归丸、知柏八味丸等。

(8)活血祛瘀:用于气滞血瘀者。皮疹色暗紫红、硬结、肿块等,如瓜藤缠、瘢痕疙瘩、硬皮病等,选用血府逐瘀汤、通窍活血汤、活络效灵丹等。

(9)凉血解毒:用于血热之证。症见红斑,大疱,潮红灼热,壮热饮冷,舌红或绛、苔光剥,脉细数,如药疹、丹毒,选用清营汤、清瘟败毒饮等。

(10)温肾壮阳:用于肾阳不足者。症见面色㿠白,腰膝酸软,畏寒,舌质淡胖有齿印,脉沉细等,如红斑性狼疮、硬皮病等,选用附桂八味丸、右归丸等。

以上各法,因病情的变化,可采用一法或数法合用,灵活掌握,随证加减。

外治 根据皮损的情况,采用不同剂型的药物进行局部治疗的一种方法。同一种皮肤病,其皮损表现不同,处理用药亦不同;不同的皮肤病,其皮损表现相同,则治疗用药常相仿。外用药选择的适当与否,与疗效有直接关系,必须正确掌握以下原则:①剂型的选择:有明显渗液者应湿敷,炎症明显者外用洗方、洗剂、粉油、散剂等,慢性炎症用洗方、药膏、膏药、药酒、烟熏等。②药物的选择:针对疾病的性质选择适宜和有效的药物,如热毒者选用解毒之剂,瘙痒者选用祛风止痒之剂,血热者采用凉血之品等。③药物的浓度与份量的确定:根据皮损范围之大小、性质,个体的耐受性,性别与年龄,选择适当的浓度与剂量,由低到高,逐步换用。

临床常用制剂有以下几种:

(1)溻渍剂:用药物煎水制成。可以湿敷、浸泡,又可熏洗,具有清热解毒、收敛止痒和保护创面等作用。适用于渗出明显的皮肤病。可选用黄连、黄柏、马齿苋、茶叶、侧柏叶、九里明,或用皮肤外洗一方、皮肤外洗二方、疥疮洗方、白屑风洗方等。湿敷时应保持敷料的湿润与创面清洁,对于大疱性表皮松解的皮肤病忌用。

(2)散剂:是由一种或一种以上的药物经用研、炼、煅、烧等方法而制成极细的粉末。具有保护皮肤、干燥止痒和散热解毒等作用。适用于早期无渗液之皮损及多汗皱折部的皮肤。如二妙散、青黛散、颠倒散、石珍散等,用时可直接干撒,或用冷开水、醋、芝麻油调搽,有渗液及多毛部位不宜用。

(3)药酒:为药物浸泡或溶解于乙醇或醇酒中制成。具有杀虫、止痒的作用。适用于局限性慢性无破损之皮损(癣、白癜风)以及局限性皮肤瘙痒。常用有红灵酒、百部酊、补骨脂酊、复方土槿皮酊等,用时可直接外涂,每日2—3次。对急性皮炎及皮肤粘膜交界处不宜使用。

(4)洗剂:是药粉与水之混悬物。具有清热解毒、止痒燥湿的作用。适用于无渗液之急性皮损,或单纯性之皮肤瘙痒。常用有三黄洗剂、颠倒散洗剂、三石水。用时

可直接外涂，每天多次。用时必须充分摇匀，多毛部位和天气寒冷时不宜使用。

(5) 油剂：系用药粉与植物油调成。具有清洁、解毒、保护等作用。适用于有少量渗液之急性皮损及湿敷之间歇期。常用有青黛散油、二妙散油、蛋黄油等。用时可直接外涂，每日2次，可随调随用。

(6) 药膏：是药物与动、植物油或矿物油煎熬或调制而成。具有润肤、解毒、杀虫、止痒等作用。适用于慢性皮损而无明显渗液之溃疡、皮疹结痂期。常用有青黛膏、硫黄膏、黄连膏、京红粉软膏、黑豆馏油膏等。用时可直接外涂，也可涂在纱布上再敷于皮损处，每日1—2次。由于药膏不利于水分的蒸发，故对急性期和有明显渗液之皮损忌用。

(7) 膏药：具有解毒止痛、消肿软坚、杀虫止痒等作用。适用于慢性炎症、皮肤苔藓样变等，如黑布药膏。用时可温热使微熔后贴于患处，3—5日更换一次。

(8) 醋泡剂：是药物浸泡于醋液之中而成。具有解毒、杀虫、止痒的作用。适用于手癣、足癣、甲癣等。常用有鹅掌风浸泡方、甲癣浸泡液、藿黄浸剂等。用时应把洗净抹干的患手、足浸入药液中。一般急性皮炎忌用。

(9) 烟熏剂：系药物燃烟，借药力及热力的作用进行治疗。具有止痒、杀虫、畅流气血等作用。适用于牛皮癣、手癣等。常用有烟熏方、癣症熏剂。用时可直接将粗制药末撒在文火的炭盆上燃烧出烟，对准患处熏之，距离适当，温度以耐受为宜，每次15—30分钟，每日1—2次，也可将药末制成烟卷状点燃后直接熏于患处。

此外，还可采用针刺、耳针、梅花针、拔火罐、艾灸以及各种物理疗法。

热疮

在高烧后或高烧过程中，皮肤与粘膜交界处出现的一种急性疱疹性皮肤病，称为热疮。见于《肘后备急方》。又称热气疮。多因风热外袭肌表，或肺胃热盛熏蒸所致，或湿热下注而发病。亦有因消化不良，月经期，妊娠，风热之邪乘虚而入，阻于皮肤而发。

本证易侵犯皮肤与粘膜交界处，多发生在口角、唇缘、鼻孔附近和外阴等处，发病时，患部先有灼热、刺痒感，后迅速出现红斑，继而可见粟米大小簇集的丘疹或水疱，疱液澄清，后变为混浊，破后露出糜烂面，逐渐干燥结痂而痊愈，病程一周左右，但常反覆发作。发病之前，可有全身不适，伴有口干，烦躁，郁闷，便结，尿赤，舌质红，苔黄，脉滑数等症。

内治：一般不需内治。若热盛者宜疏风清热，选用辛黄清肺饮或黄连上清丸；发于二阴者宜清肝经湿热，用龙胆泻肝汤；如反覆发作者，可用板蓝根30克、马齿苋30克、紫草9克、生薏仁9克，水煎服。

外治：用紫金锭水调外搽或金黄散水蜜调外搽，保持创面清洁，促使干燥结痂。

蛇串疮

呈带状分布腰肋部的疱疹性皮肤病，称为蛇串疮。见于《外科大成》。由于缠腰而发，故名缠腰火丹。又名甑带疮、火腰带毒、火带疮。多发生于春秋季节，成人患者为多。可因情志内伤以致肝胆火盛，或因脾失健运，湿浊内蕴，郁久化热，湿热搏结，兼外感毒邪而发。

发疹之前，常有轻度全身症状，如发热，倦怠无力，食欲不振等。发疹部位的皮肤灼热及针刺样疼痛，不久皮肤疼痛处出现红斑，继则出现多数成群的粟米至绿豆大的丘疱疹，迅即变成水疱，疱液透明澄清，疱壁紧张发亮，周围有红晕，累累如串珠，聚集一处或数处，排列成带状，各簇疱群之间皮肤正常，数日后水疱混浊化脓，或部分破裂、糜烂，最后干燥结痂。皮疹多发于身体的一侧，常见于胸胁部。其他部位如面部、下肢等处亦可发生，如发生于眼部，常引起剧烈疼痛，可损及眼球各部，甚至失明，应予注意。病程一般半月左右，痊愈后极少复发。但有皮疹消退后，疼痛持续数周或数月，甚至更长，多见于老年患者。

内治：临床辨证有热甚与湿盛之分：①热甚者，症见皮肤潮红，灼热刺痛，自觉口苦咽干、口渴、舌质红、苔薄黄或黄厚，脉弦滑微数等。治宜泻肝胆实火，清热利湿。选用龙胆泻肝汤、马齿苋合剂。伴有高热者加生石膏、蚤休；疼痛明显日久不退，酌加化瘀通络之品，如郁金、乳香、没药、延胡索、丹参；血热出现血疱、坏死者加白茅根、丹皮；年老体虚者加黄芪、党参。②湿盛者，症见皮肤淡红，破溃流水，疼痛更甚，口渴不欲饮，纳差，舌质淡而体胖，苔白厚或白腻，脉沉缓而滑等。治宜健脾利湿，佐以清热解毒，用除湿胃苓汤加减。水疱消失，遗有局部疼痛，属经络阻塞，气血凝滞者，治宜活血化瘀、通络止痛，用桃红四物汤加减。老年患者后期气血虚弱者，宜调补气血，可选用八珍汤加减。

外治：根据皮损不同的情况，采用不同剂型的药物。初起粟疹累累，焮肿灼热刺痛，宜清热、消肿、止痛之药外敷；湿热偏重而有糜烂浸润，则以解毒、祛湿之药湿敷；皮损趋于干燥而近愈之际，选用去湿解毒而无刺激之药外敷。水疱未破者用双柏散、青黛散、二味拔毒散。水疱已破者用黄连膏、四黄膏。

针刺：体针或耳针可根据发病部位而选取穴位，体针常取穴内关、足三里、曲池、合谷、三阴交。采取提插捻转手法，留针20—30分钟，每日一次。耳针取穴肝区、神门，每日一次，直至疼痛消失为止。

疣

生在皮肤浅表的小赘生物，称为疣。见于《灵枢·经

脉》。又称疣目、疣子。多为风热之邪搏于肌肤,或怒动肝火,或肝虚血燥,筋气不荣,气血凝滞,郁于肌肤而致。正如《薛氏医案》谓:"疣属肝胆少阳经,风热血燥,或怒动肝火,或肝客淫气所致。"

症见疣体小如粟米,或大如黄豆,呈颗粒状,散在或簇集成群,部位不同,疣状不一,多突出皮肤表面,粗糙不平,或光滑,或质硬增厚,其形状如花蕊、粟米、半球状、肉丝样不等,色呈灰黄、灰褐、污秽色或正常肤色。疣体数目多少不一,少则一二个,多则数十至百。一般无自觉症状,有的碰撞或摩擦后易于出血,发于阴部者,有时可发生恶臭气味。

临床一般以外治为主,对于多发性疣,则宜内治。外治,可选用推疣法、鸦胆子油外敷、艾灸、针刺、结扎及耳针等方法。

寻常疣

好发于手足部的疣称为寻常疣。古名千日疮、疣疮,俗称瘊子。多见于青少年。常发生于手指、手背、足缘、头皮等处。由于风邪搏于肌肤,或肝虚血燥,筋气不荣所致。

疣体初发为米粒样至黄豆大或更大,呈角质增生性半球状隆起,突出于皮面,境界清楚,表面粗糙不平,常有多数刺状物,形如花蕊,触之坚硬,色呈灰黄或污褐色,常单发,亦可多发。一般无自觉症状,偶有压痛,遇摩擦或撞击时则易出血。若发生在甲缘下易致裂口疼痛。疣体少者单用外治,泛发者治宜养血疏肝,可选用治瘊汤、马齿苋合剂、治疣方等。

外治:①外敷法:鸦胆子捣烂如泥,外敷疣上,包扎,3—5日换药一次。②搓疣法:把去疣粉少许放在疣顶端,用拇指轻搓,边搓边加药粉,直至疣体完全脱落。③推疣法:适用头大蒂较小并明显高出皮面的疣,在疣的根部用棉签与皮肤平行成30°角,向前推动,用力不可过猛,即可将疣推掉,掺上桃花散,用纱布覆盖,胶布固定。④艾灸:用艾炷放在疣体上灸之,每日一次,直至脱落。⑤香附、木贼各30克,水煎擦洗,每日一次,每次30分钟。

扁平疣

发生于颜面及手背、臂部外形扁平的疣,称为扁平疣。《释名·释疾病》:"肬,邱也"。多见于青少年,故又称青年扁平疣。俗称扁瘊。对于本证的发生,明薛己《外科枢要》谓:"疣属肝胆少阳经风热血燥,或怒动肝火,或肝客淫气所致。"《灵枢·经脉》谓:"手太阴之别,名曰支正……虚则生肬。"疣有虚、实之分,实证中又有风热及肝火等不同之别。

本证皮疹为粟米至高粱米大小的扁平丘疹,颜色为正常肤色或浅褐色,略带圆形或不规则形,境界清楚。疣体表面光滑,触之较硬,偶有微痒,呈散在性分布或密集,可自行消失,亦可复作,也可此伏彼起,愈后不留瘢痕。

内治:辨证论治如下:

(1)风热湿者,扁平丘疹见于颜面部,患者常伴有咽喉不适、喉核干燥,偶有与粉刺同时存在者,舌边缘红、苔薄黄、脉浮数。治宜祛风清热去湿,选用祛疣汤、马齿苋合剂、普济消毒饮加减。

(2)血瘀者,扁平丘疹色浅褐或黯红,或伴有月经不调、痛经,舌质黯红或舌边有瘀点、瘀斑,脉弦。治宜活血化瘀,选用桃红四物汤、丹栀逍遥散加减。

(3)脾虚者,皮疹颜色如肤色,舌淡、苔薄白,或舌胖边缘有牙印,脉缓或濡。治宜健脾利湿,用参苓白术散加减。

外治:本病配合中药水煎外洗可提高疗效,缩短疗程,常用外洗方可选用:①苍术9克、细辛6克、陈皮12克、白芷12克、板蓝根30克、贯众30克。②地榆30克、地骨皮30克、白矾15克、川红花15克、毛冬青30克、土茯苓30克。

针刺:对本病也有一定疗效:①取双侧拇指(趾)大骨空穴,每日针1次,14—20次为一疗程。②耳针:主穴肺、内分泌、枕,配穴神门、大肠。或取肺、肝及相应部位。两方均可选用耳针、耳珠或贴王不留行籽。

软疣

因接触传染而发的疣,又称为传染性软疣。古称鼠乳,俗称水瘊子。好发于胸背部为外感风热之毒和内动肝火而发。

本证好发于躯干、四肢、肩胛等处,初起为粟米大的半球状丘疹,境界清楚,以后逐渐增至豌豆大,呈正常皮色,有蜡样光泽,中央有脐窝。早期疣体质坚,逐渐变软,挤破后可见豆渣样物,疣体数目多少不定,散在或群聚,可有痒感,愈后不留瘢痕。疣体多者可服祛疣汤。外治,皮肤消毒后,可用三棱针挑破疣体,挤出白色豆渣样物,外涂碘酒。

跖疣

发生于足底的疣,称为跖疣。以青壮年多见。多因外伤和摩擦,局部气血凝滞而成。症见足底部位单发或多发性皮肤顽硬增厚,以足底两侧为多见,亦可发生于趾间。其疣体大小不等,自米粒至黄豆大,色灰黄,表面粗糙不平,中央稍微凹下,周围有稍高的淡黄色角环,用刀削去表面的角化物质层,即暴露出软的疏松的乳白色或黑色丝状物,拔除后易出血,数目多时可融合成片,压痛明显。如疣发生在手掌部,称为掌疣,其表现与跖疣相似。

一般以外治为主,若疣过多融合成片者,可服治疣

方，疼痛明显者加石决明，质坚而厚者加穿山甲，掌疣加金银花藤。外治，去疣膏或千金散局部外敷。亦可用乌梅肉（将乌梅同盐水浸泡一日，混为泥状），每次少许敷患处。此外，尚可用修脚术修治。

丝状疣

疣好发于颈部及眼睑而形如丝者，称为丝状疣。俗称线瘊，多见于成年人。每由于风邪搏于肌肤而发。症见颈部或眼睑处出现细软的丝状突起，似小钉倒立在皮面上，一般不超过1厘米长，皮色正常，散在生长，无自觉症状。治疗，可用细丝线或头发结扎疣的根底部，使疣体坏死而脱落。

尖锐湿疣

疣生于外阴及肛门部位，其外形尖锐者，称为尖锐湿疣。俗名臊瘊。每因肝客淫气，湿热下注，气血失和，凝集肌肤而成。

初起为淡红、暗红或污灰色乳头状小丘疹，逐渐增多加大，倾向融合，基底可有蒂，表面凹凸不平，呈乳头样突起，易糜烂、渗液，带有臭味。男性以冠状沟、阴茎头及包皮为多见；女性则多发于大小阴唇内面及阴道或尿道口等处，初起微痒不适，后觉疼痛。

治宜清利湿热，用龙胆泻肝汤加减，可酌加板蓝根、贯众等。外治，可用鸦胆子油（鸦胆子仁1份，花生油2份浸泡半月）或五妙水仙膏点患处，亦可使用激光、冷冻治疗，对于巨大者，宜手术切除。

黄水疮

一种常见的化脓性传染性皮肤病，因其脓疱破后滋流黄水，故称之为黄水疮。见于《疮疡经验全书》，谓："初生一泡，渐至遍体，漫烂无休，合家相染。"又名滴脓疮。《外科正宗》记述"黄水疮于头面耳项忽生黄色破流脂水顷刻沿开多生痛痒"。本证好发于夏秋季节，多见于小儿。多因暑湿热邪客于肺经，不得疏泄，或因脾虚湿蕴，复感风热湿毒而发病。

初起在颜面颈项等暴露部位出现少数粟米大小的丘疹，呈散在性，继则出现水疱，约绿豆至黄豆大，界限分明，水疱迅速变成脓疱，疱疹丰满紧张，周围有轻度红晕，自觉瘙痒，疱壁薄而易破，破后露出鲜红的糜烂面，滋流黄水，浸淫疼痛，甚者可蔓延全身。干燥后结成灰黄色脓痂，愈后不留瘢痕。一般无全身症状，经治疗可迅速痊愈。失治则可绵延数周或数月。

内治：临床辨证可分湿热和脾虚两种，但以湿热为多见。①湿热者，脓疱密集，色黄，疱周围红晕明显，脓疱破后糜烂面鲜红，干燥后结黄色厚痂，自觉瘙痒；常伴有发热，口干，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉濡数等症。治宜清暑利湿解毒，选用清暑汤、升麻消毒饮、银黄片、清解片。②脾虚者，脓疱稀疏，色淡白或淡黄，疱周红晕不明显，脓疱破后糜烂面淡红不鲜，常伴有面色皖白或萎黄，胃纳欠佳，大便溏，舌质淡，苔薄白，脉濡缓等症。治宜健脾渗湿，用参苓白术散加减。

外治：热甚者用青蛤散或青黛散；湿甚者用三黄丹麻油调敷，渗出液多时用虎杖60克或五倍子、千里光各30克煎水湿敷；糜烂结痂者可用蕲艾30克（烧灰存性）、枯矾1.5克，共为细末麻油调敷；亦可用柿蒂散或新三妙散干扑或麻油调敷。

脓窠疮

因皮损的中心溃烂而形成凹窝的深在性化脓性皮肤病，称为脓窠疮。见于《外科正宗》，谓："其患先从小泡作痒，后变脓泡作疼，所成脓窠疮也。"多见于儿童及脾虚体弱者，具有一定的传染性。常因体虚，感受湿热毒邪所致。《外科正宗》谓："脓窠疮，乃肺经有热，脾经有湿，二气交感"而成。亦可因虫咬、搔抓等染毒而致。

本证多发生于小腿，其次为大腿、臀部及腰部。初起常为丘疹，数目不定，数个或十数个不等，有瘙痒感，旋即出现黄豆大小之水疱或脓疱，周围绕以红晕。继续发展，其中心可发生溃烂，焮热疼痛，疱壁较厚，不易破裂。尔后结成暗褐色厚痂，痂皮脱落后可见圆形小凹窝，但往往脓流不畅，反覆结痂化脓，病程可持续数周以上。其周围呈红色硬实之边缘，少数可形成蛎壳样之厚痂。脓净后，痂脱而愈，可形成不大明显的疤痕，周围有色素沉着。

一般无全身症状，重者可伴有身热，口渴，小便短赤，舌质红，苔黄白，脉弦数等症。治宜清热解毒利湿，选用五味消毒饮、龙胆泻肝汤加减，体虚脾弱者用参苓白术散加减。

外治，用四黄散、化毒散及其软膏，或发际散合青黛散麻油调搽，也可用马齿苋适量煎汤外洗。

发际疮

项后发际部位之化脓性皮肤病，称为发际疮。见于《证治准绳》，谓："鬼遗云，左右发际起如粟米，头白肉赤，热痛如锥刺。"本证多由内郁湿热，外受风邪相搏而成；迁延日久，瘀滞不散可致此愈彼起，反覆发作。初起项后发际处起丘疹，形如黍粟，或如豆粒，色红坚实，其顶有脓点，痒痛相兼，焮热，搔破流津水或少许脓液。初起为一个或数个，逐渐增多，时破时敛，或此愈彼起，反覆发作，日久难愈。

内治：初起者治宜清热利湿解毒，可用五味消毒饮、黄连解毒汤加减；日久不愈而兼有瘀滞者，宜解毒、化瘀、散结，用仙方活命饮加减；气血亏虚者，用托里消毒饮加

减；肾阴虚者，用六味地黄丸加减。

外治：以清热解毒散结为原则，选用金黄散、发际散、双柏散等水调外涂。

羊胡疮

发生于下颏须髯部位的化脓性皮肤病，称为羊胡疮。又名燕窝疮。见于《医宗金鉴·外科心法要诀》，谓："此证生于下颏，俗名羊胡子疮。初生小者如粟，大者如豆，色红，热痒微痛，破津黄水，形类黄水疮，浸淫成片，但疙瘩如攒，由脾胃湿热而成。"本证由脾胃湿热，循经上攻，郁结不散而致。初起为毛囊性丘疹，顶端有小脓疱，中央有须毛穿出。丘疹间皮肤潮红肿胀，表面可附有黄痂和鳞屑。须毛周围化脓，毛根松动，易于拔出。常伴有痒感或刺痛。

初起治宜清热利湿解毒，选用黄连上清丸、牛黄解毒丸或芩连平胃汤等加减。迁延日久，郁而化瘀者宜活血化瘀，用仙方活命饮等。外治，选用碧玉散或金黄散、化毒散或双柏散，水蜜调敷或醋水调敷。

丹毒

皮肤局部突然发红，色如涂丹的一种急性感染性病证，称为丹毒。见于《千金要方》，又称丹熛。由于其发无定处，故历代医家据其发生的部位和临床表现而有不同的命名：发于头面者，称抱头火丹；发于胁下腰胯者，称内发丹毒；发于小腿者，称流火或腿游风；新生儿丹毒，又称赤游丹。多见于下肢及面部。由于火邪侵犯，血分有热，郁于肌肤而发。正如《圣济总录》谓："热毒之气，暴发于皮肤间，不得外泄，则蓄热为丹毒。"或由于皮肤粘膜破损，邪毒乘隙侵入而发。发于头面者，多兼有风热；发于胁下腰胯者，多兼肝火；发于下肢者，多兼挟湿热。

发病较急，初起恶寒发热，伴有头痛身疼，胃纳不香，便秘溲赤；局部皮肤出现红斑，焮热肿胀，如染丹脂，压之退色，放手即复原状。常迅速向周围蔓延，有时出现水疱、渗液（又名水丹），灼热疼痛，红斑边缘稍突起，与正常皮肤有明显分界，在红斑向四周扩散的同时，中央部分可逐渐消退而呈黯红或棕黄色，发生脱屑，周围也随之渐渐复原。严重者则见高热不退，神昏谵语，舌质红绛、苔黄或黄糙，脉洪数等，属毒人营血之证。

辨证：首先分急性、慢性两种。急性多为热毒炽盛，慢性常为湿热兼夹而致。丹毒的发病部位不同，可有特殊的表现：发于头皮者，因组织致密，常有剧痛；发于面部者，易发生邪毒内攻；若邪毒来自鼻腔者，先发于鼻额，次肿眼睑，面部呈蝴蝶状；发生于小腿者，常与季节有关，邪毒多由趾间损伤或足癣糜烂处侵入，甚而患侧腹股沟淋巴结肿痛。若反覆发作，湿毒热邪阻遏经络，迁延日久，最后可形成大脚风（象皮腿）。

内治：急性者治宜清热凉血解毒为主，选用五味消毒饮合犀角地黄汤、化斑汤加减。发于头面者，辅以疏风清热，用普济消毒饮加减；火毒炽盛则须大剂清瘟败毒饮加减；发于胸胁腰胯者，辅以清解肝经湿热，用龙胆泻肝汤加减；发于下肢者，辅以清利下焦湿热，用萆薢渗湿汤，选加金银花、紫花地丁、牛膝、防己等；高热烦躁，神昏谵语等毒入营血者，可选用黄连解毒汤加减，并配合紫雪丹或安宫牛黄丸。若反覆发作或形成大脚风者，以清热利湿，化瘀通络为主，用防己黄芪汤、萆薢渗湿汤，选加穿山甲、皂刺、乳香、没药等。平时内服苍术膏或二妙散，使其复发时间延缓或不发。

外治：急性者可选用双柏散、金黄散、玉露散，以水、蜜调制冷敷，或用新鲜的马齿苋、仙人掌捣烂调药外敷。大脚风者，可用鲜乌桕叶、鲜樟树叶、松针各 60 克、生姜 30 克，切碎煎汤，每晚熏洗一次。

癣

癣证是一类较常见的皮肤病。癣者干疡也，癣者徙也，浸淫移徙状如苔藓。中国现存最早的中医外科专著《刘涓子鬼遗方》中已有用雄黄、雌黄、矾石、水银、黄柏等治疗癣的记载；而《诸病源候论》则系统地阐述了癣病的概念，并进行了分类，指出："癣病之状，皮肉隐疹，如钱文，渐渐增长，或圆或斜，痒痛有匡，郭里生虫，搔之有汁……而癣内实有虫也。"可见癣病是指皮损比较干燥、形态不一，或圆或斜，境界清晰的瘙痒性、浸润性的皮肤病。当时分为干癣、湿癣、风癣、白癣、牛癣、圆癣、狗癣、雀眼癣、刀癣等九种，其后多宗之，到了明代和清代，则多分为六种，其病名略有出入。此外，以癣命名者尚有吹花癣、奶癣、杨梅癣等。现根据历代各家医著所载，归纳有：①风癣：皮疹有匡廓，搔之顽痹不知痛楚，年久不愈者，又称顽癣。②牛癣：又名牛皮癣，皮肤厚如牛领之皮，且瘙痒。③刀癣：皮疹轮廓全无，纵横不定。④白癣：皮肤脱屑，白色硿硿然而痒。⑤干癣：皮疹有匡廓，皮枯索痒，搔之白屑出。⑥松皮癣：皮肤状如苍松之皮，红白斑点相连，时时作痒。⑦雀眼癣：皮疹纹小如雀眼。⑧狗皮癣、马皮癣：皮疹白色点缀相连。⑨湿癣：皮疹有匡廓，如虫行浸淫，赤湿痒，搔之多汁。⑩圆癣：又称钱癣，疹形如圆钱，四畔赤而痒痛。⑪阴癣：癣发于阴股部位，即股癣。⑫吹花癣：又名桃花癣，疹发于面部，春天发作。⑬奶癣：又名胎癣，即胎瘢疮。此外又有杨梅癣，属于黴疮范畴。综上所述，可见古医籍所称的癣证，包括范围较广，病种较多。综合近代医家之见，把以癣命名的钱癣、阴癣和以疮、风等命名的秃疮、鹅掌风、紫白癜风、油灰指甲等归入皮肤浅部真菌感染范畴，合并在一起论述；对于非真菌性感染，将分别在有关条目中论述。

癣证系由风湿热之邪客于腠理，浸淫肌肤所致，或由传染而得。治疗以外治为主，以祛风清热燥湿，佐以杀虫

为原则。近年来常结合中药的药理研究，既取有祛风清热燥湿杀虫作用之品，而又取有抑制真菌作用之药组成方药外用，临床疗效有所提高，代表方如藿黄浸剂、普癣水等。

头癣

生于头皮发肤部位的癣，称为头癣，古称秃疮、蜡梨疮。好发于儿童。临床一般分为黄癣、白癣和黑点癣三种，以前两种为多见。白癣称为白秃疮，黄癣有赤秃、肥粘疮、肥疮等名称。《外科启玄》谓："秃疮是足太阳膀胱督脉二经，受湿热生虫作痒，疮痂高堆是也。"又谓："小儿头上多生肥粘疮，黄脓显暴，皆因油手抓头生之，亦是太阳风热所致，亦有剃刀所过。"这些论述说明本证由于风湿热客于皮肤腠理或接触传染而发。

（1）白癣：初起为毛囊性丘疹，复以灰白色鳞屑，以后逐渐扩大蔓延，其特点是头皮上出现单个或多个圆形或不规则的大片灰白色鳞屑斑，边缘清楚，一般无潮红。但也有少数伴有丘疹、小脓疱和结痂者，病发失去光泽，外围绕以白鞘，常在近头皮处折断，故头发长短参差不齐。自觉有痒感，病程缓慢，但到青春期多可自愈，愈后头发可再生，不留瘢痕。

（2）黄癣：初起时以毛囊口为中心出现黄红色小点，继而扩大、增厚，形成黄色、棕色或灰色痂皮．如发展成为典型的黄癣痂则表现为散在的圆形硫黄色痂，呈蝶形，边缘翘起，中心微凹，痂的中心常有两三根头发贯穿，富有粘着性，不易脱落，质脆，捏之如豆渣，易粉碎，有鼠尿臭味。除去痂皮，其下为潮红的湿润面，呈轻度的凹陷，自觉瘙痒。头发干燥，失去光泽，并逐渐脱落。由于毛囊被破坏，形成萎缩性瘢痕，呈永久性脱发。病程缓慢，到青春期可减轻，但不能自愈，若不治疗甚至终身不愈。

（3）黑点癣：皮疹呈鳞屑性小片，数目较多，病发高出头皮后即折断，留下残发在毛囊口，呈黑点状。病程慢性，可累月经年不愈。

本证的治疗，《外科证治全生集·治法》谓："剃头后，煎滚灰汤温洗，洗后以药敷。"现代更进一步概括为五个字：脱、洗、擦、服、消，这五个环节必须紧密相连，才能达到根治，现分述于下：①脱：指脱发。治疗开始时，剃光头，以后每7—10日剃光一次，连续3次为一疗程，疗程结束后再剪短发一次。若病变面积小的，可用镊子将病发彻底拔净，周围并应扩大至正常头发2厘米处，每7—10日一次，连续3次。②洗：洗头。每日用热水、肥皂，或5%—10%明矾水，或用硫黄药皂洗头一次，连续1个月。③擦：擦外用药。常用的外用药有5%—10%硫黄软膏（或涂剂）、雄黄软膏、50%川楝子膏（川楝子去核，焙存性制成）、槐花油膏（新鲜或干燥槐花花蕾微炒研末，用生油调成膏状备用）、月黄膏等，可选用上述制剂外擦后，以油纸盖上包扎，戴上帽子固定，每日早晚涂药一次，一般持续6周左右。④服：服药。宜化湿清热杀虫佐以祛风，可选用苦参丸等。⑤消：消毒。在治疗中，要求病人把自己用过的衣、被、帽、枕、梳、围巾等衣物生活用品，进行洗、烫、晒等方式消毒，理发工具也必须消毒。

手癣

生于手部的癣称为手癣，属于鹅掌风的范畴。《外科正宗》卷四名为鹅掌风，"初起紫斑白点，久则皮肤枯厚破裂不已"。本证好发于手指的侧面、屈侧和掌心部位。多由风湿热虫外受或接触染毒而成。

初起多发生于单侧，为小水疱，痒甚，破溃或吸收后出现脱屑，或伴有潮红，此后皮损扩大融合成不规则形状或环形，边缘清楚。开始时，只有一个或两三个手指患病，或几个小疱散发于手心，手心的只发生于一处。随后新的损害可不断发生和相互融合，病变日渐扩大。历久不愈者，则可蔓延至指甲，夏重冬轻，可终年不愈。入冬后可伴发皲裂，甚至疼痛，屈伸不便。

治疗，外治为主，以除湿杀虫为原则，选用二矾汤、藿黄浸剂、鹅掌风浸泡方，或用土槿皮煎汤，每日浸泡1—2次，每次20—30分钟，可连用30日左右。皮肤干燥增厚者可选用红油膏、雄黄软膏、5%—10%硫黄软膏，每日涂1—2次。

足癣

生于足部的癣称为足癣，古称臭田螺，俗称脚湿气、香港脚等。中国南方，尤以夏季患病率较高，居各种癣证的首位，绝大部分癣证的患者先患足癣，再染毒致手部和其他部位，还可以传染他人。本证多由风湿热虫之邪下注而致，亦可由传染而得。足癣病人是癣证的主要传染源，所以对本证必须引起应有的重视。

辨证：一般分为下列几种表现：①水疱为主者，多发生于足弓和足趾的两侧，为成群或分散的小水疱，瘙痒，破溃或吸收后有少量鳞屑，随着水疱的增多，可以互相融合成半环形或不规则形的脱屑性斑片。反覆发作可致皮肤粗厚，入冬后缓解，少数可发生皲裂。②脱屑为主者，常发生于足趾间、足跟两侧和足底，鳞屑呈环状或片状，不断脱落，不断发生．除去鳞屑后，其下皮肤正常或略为潮红。日久不愈者可出现角化过度、肥厚，冬季干燥时，可发生皲裂。常由水疱为主者发展而来。③糜烂为主者，发生于趾缝间，尤以第三、四趾间较多见。表皮浸渍发白、有渗液，如将表皮除去后，露出红色创面，伴有剧烈疼痛，且有特殊臭味。正如《医宗金鉴》谓："脚丫破烂，其患甚小，其痒搓之不能解，必搓至皮烂，津腥臭水觉疼时，其痒方止，次日仍痒．经年不愈，极其缠绵。"上述三者可以互相转化，也可以同时存在；但一个时期，常以一种表现为主。此外，糜烂为主者，易再染火毒而出现红丝疔、

胥核或丹毒等。

治疗:以外治为主。①糜烂较轻者,可用六一散加枯矾粉外掺患处;较重者则可选用苏蒲洗方、二矾汤,水煎浸洗后,外扑足癣粉。②以水疱或以脱屑为主者,可选用藿黄浸剂、醋泡方、10%—30%冰醋酸溶液(或白醋)浸泡或涂搽,也可选用各种癣药水,如宝岛癣水(成药,含椰壳馏油)、复方土槿皮酊(成药)、普癣水等外搽。③角化脱屑者可选用软膏,如红油膏、雄黄软膏或5%—10%硫黄软膏等。

内治,对于糜烂而染毒者,宜配合内服,以清热解毒利湿为原则,可选用萆薢渗湿汤、龙胆泻肝汤、五味消毒饮等加减。

此外,足癣患者应积极进行治疗,以控制和减少传染;对旅店、招待所、浴室、游泳池等公共场所应加强卫生管理,健全消毒制度。

甲癣

生于指(趾)甲的癣,称为甲癣,古称为鹅爪风、油灰指甲,俗称灰指甲。由于患手癣、足癣,日久蔓延或接触而致。初起时多为指(趾)甲的远端或侧缘失去光泽,逐渐混浊,变形,继之甲板增厚高低不平,呈灰褐色或污秽色,甲板变脆,有的前端蛀空而残缺不全,如虫蛀之状。一般无自觉症状。

治疗,用刀片将病甲轻轻削薄或刮薄,不让其出血,亦不使产生痛感,要多削几次,削后病甲长出来再削,这一步骤很重要,因为堆起来的坏甲不削,药物就难于发挥作用。削甲的同时每日用癣药水、癣药膏外搽或用药物浸泡。可选用30%的冰醋酸溶液、普癣水、复方土槿皮酊等外搽。浸泡则可选用藿黄浸剂、甲癣浸泡液等,将患部浸泡于药液中,每日2次,每次20—30分钟,连续治疗30—60日,治疗期间避免用肥皂洗涤。

体癣

生于面、颈、躯干及四肢的癣,称为体癣,古称钱癣。《诸病源候论》卷五作圆癣。谓:"圆癣之状,作圆文隐起,四畔赤,亦痒痛是也,其里亦生虫。"对本证的临床表现和病因作了简要的阐述。初起时为成群的针头大小的红色丘疹或丘疱疹,继续扩展为古钱币形红斑,边缘清楚,中央常有自愈倾向,其边缘及四周有丘疹、疱疹、鳞屑或结痂,自觉瘙痒,多在夏季发作,入冬减轻或自愈,来年容易复发。

除泛发性体癣需配合内服药外,一般单纯外治即可。外治,可选用普癣水、10%—30%冰醋酸溶液或复方土槿皮酊等。泛发者可配合内治,如藿香10克、黄精20克、鱼腥草30克、葫芦茶30克、土茯苓30克、羊蹄草20克、苡仁30克、苦参15克、扁豆15克,煎水内服。

股癣

生于股部上内侧的癣,称为股癣,古称阴癣。常由风湿热虫客于肌肤而致,或由足癣传染而得。初起在胯股皱褶,近生殖器及臀部处,出现古钱币大小的红斑、丘疹、丘疱疹,逐渐向外扩展,皮疹下缘常较上缘清晰,而呈棕红色、褐色等。患部由于不断的搔抓和反覆的发作,损害常变肥厚而粗糙,本证男性较女性为多。

自觉瘙痒,多在夏季发作或复发,冬季减轻或自愈。由于患部系胯股皱褶处,治疗时应避免用强刺激的制剂。可选用宝岛癣水、复方土槿皮酊、普癣水等,均须稀释为1/2浓度;也可选用5%—10%硫黄软膏、雄黄软膏等涂擦局部。

花斑癣

生于多汗部位,形如花斑的癣,称为花斑癣。因其皮疹之色,或紫或白,故古称紫白癜风,俗称汗斑。由于热体汗泄受风,风湿热搏结,郁于毛孔,气血凝滞,毛孔闭塞而成。本证好发于颈、躯干,尤其是多汗之处,以及四肢近心端。皮疹为大小不一、境界清楚的圆形或不规则的斑点,呈淡褐、灰褐至紫褐色,或轻度色素减退,病变进展时皮疹可呈红色。斑点上可附着少许糠状细鳞屑,常融合成片。一般无自觉症状,或有轻微痒感。夏季发作或加重,冬季减轻或痊愈。

治疗,可选用生姜或黄瓜蒂蘸密陀僧散外擦,或用食用米醋外涂,亦可选用其他低浓度的癣药水。用药前,先用硫黄药皂或用热水,肥皂洗澡,用药后须将内衣裤和床上用品进行消毒;为了彻底治疗,在皮疹消失后,仍需用药数日,以防复发。

麻风

感受风邪疠毒而致肌肤麻木的一种慢性传染性皮肤病,称为麻风。古医籍中又称为疠风、大风、癞病、癞、恶疾、癞风、大麻风等。《素问·风论》谓:"疠者,有荣气热胕,其气不清,故使其鼻柱坏而色败,皮肤疡溃,风寒客于脉而不去,名曰疠风。"简明地描述了本证的病因和症状。晋《肘后备急方》卷五谓:"赵瞿病癞,历年医不差。家乃赍粮弃送于山穴中。"说明本证有传染而把病人隔离起来。唐《备急千金要方》卷二十三谓:"恶疾大风,有多种不同,初得虽遍体无异而眉须已落,有遍体已坏而眉须俨然。有诸处不异好人,而四肢腹背有顽处……"将麻风分为若干不同的类型,并记述了他亲手治疗麻风病的情况。隋唐时期继秦汉疠迁所传统,设有"疠人坊"收养疠疾病人,以防传染,为世界上最早的隔离措施。唐《朝野佥载》中有民间用蛇治疗麻风病的记载:"商州有人患大风、家

人恶之，山中为起茅屋，有乌蛇堕酒瓮中，病人不知，饮酒渐瘥，瓮底尚有蛇骨，方知其由也。"宋《太平圣惠方》广泛收集了宋以前治疗麻风的处方。明《本草纲目》谓："大枫子能治大风疾。"并对大枫子的炮制、性能等详细论述。明《疠疡机要》和《解围元薮》以及清《疯门全书》是论述麻风病的专书。以上的记载，说明中医学对麻风病积累了不少宝贵的防治经验和理论认识，在世界麻风病学史上作出了可贵的贡献。

病因　本证多因体虚感受疠气(风、湿、虫、毒)，或因密切接触麻风病人及其衣物、用具等感受其毒，毒邪通过皮肤或粘膜的微细破损处侵入人体。经过一段潜伏期后，邪毒内侵血脉、经络、脏腑，而致皮肤、经脉、筋骨为患。

辨证　麻风分为结核样型与瘤型两大类。

(1) 麻风结核样型：患者抵抗力较好，病变较局限、稳定，进展较慢。主要皮疹为斑疹、斑块、小丘疹集聚形成隆起，大小不一，呈淡红、棕红、鲜红及淡白色，具有高、清、鲜、圈等特点；病期较长者，中央逐渐消退，形成环状，好发于面、四肢及臀部；皮损部的皮肤干燥、麻木、不出汗、不痒、不痛，体表的浅神经肿大、疼痛，四肢末端温度下降，皮肤发绀，肌肉萎缩，筋脉挛缩可有畸形，外伤性溃疡及指(趾)节脱落，但无其他全身症状，预后良好，传染性小。

(2) 麻风瘤型：患者的抵抗力较差，病变广泛，不稳定，进展快。皮损主要为斑疹、浸润及结节，但均以浸润为基础，早期可发生于面部，呈潮红浸润，其次是耳垂、前额、颊、臂及四肢，损害分布广泛，大小不等，数目较多，边缘不清，表面肿胀发亮，略似荨麻疹，由淡红、棕红带黄，至铜红色，少数为淡白色；皮损具有肿、混、恶、脱等特点，受累部位皮肤知觉障碍、麻木、不出汗，比结核样型发生稍晚，整个面部受累时可形成眉脱、眼小、鼻肿、唇厚等特殊面容，称为"狮子面"。神经肿大、疼痛，受累常为双侧性，疼痛比结核样型略轻。麻风在鼻部的表现有时较为突出，故有麻风鼻溃之称，特点为鼻毁臭烂或鼻柱坏而色败，鼻部畸形。晚期常累及深部组织与脏腑，如粘膜、淋巴腺、眼球、肝、脾、肌肉、骨骼、睾丸等而出现五损(肺损落眉、肝损起紫疱、肾损足底穿、脾损遍身癣、心损伤及目)，预后较差，传染性较大，需隔离治疗。

治疗　分内治、外治。

内治　本病以内治为主，内外结合的原则，宜祛风化湿、活血杀虫为主，虚者兼以扶正。可选用大枫子油(口服及注射)、保安万灵丹、醉仙散、苦参散、一号扫风丸等，体虚可配合何首乌酒、蝮蛇酒等，无论是结核样型或是瘤型，均可选用。结核样型的疗程一般3—5年以上，瘤型须时更长。

外治　常用有苦参汤煎水外洗，溃疡者可用大枫子油膏及狼毒糊膏(狼毒捣烂而成)外敷。此外，尚可配合针刺、理疗等辅助治疗。

护理　应加强营养，禁止吸烟、饮酒(药引用酒除外)，忌房事，忌食辛辣香燥、膏粱厚味及鸡、鹅、羊肉、蚌蛤、河豚、虾、蟹、海腥等物。

预防　要注意预防工作。①广泛开展宣传教育，普及麻风病的防治知识，以利早发现、早治疗，防与治相结合。②隔离和治疗病人，治愈出院的病人须定期检查，巩固疗效，减少复发，杜绝传染。③在流行地区普遍进行卡介苗预防接种，以增强人群对麻风病的抵抗力。

黴(梅)疮

黴疮是一种慢性的全身性传染性性病。中国明以前未见记载，是由国外传入的疾病。见于《黴疮秘录》。因疮之外形似杨梅，故又名杨梅疮。医籍中有下疳、便毒、杨梅结毒等名称，大多数是根据本病某一时期某一类型皮损特点而定名的。如疮的外形溃烂，突出于外，名翻花杨梅；因形如赤豆嵌于肉里，坚硬如豆，名杨梅豆等，可统称为黴疮。16世纪初，《韩氏医通》有"近时霉疮亦以(霞天)膏人防风通圣散治愈"的记载。稍后，叙述本证症状较详细的有薛己《外科心法》，并有应用汞剂熏治和萆薢汤的治验。明朝《本草纲目》载有土伏苓治疗本证，《疮疡经验全书》对本证作了绘图描述并记载了胎传者。《外科启玄》描述了黴疮的各型皮疹，并分别绘图说明。《外科正宗》对下疳、鱼口、便毒、杨梅疮分别作了叙述，并列有"结毒"一项，专题叙述了三期黴疮。《黴疮秘录》是论述黴疮较为详细的专著。全书分为总说、或问、治验、方法和宜忌五个部分，其中包括各期黴疮及先天黴疮。在治法中，详述了各型黴疮的疗法与用药，创立了一套治疗方法。本证多因交媾不洁，或与病人密切接触，感受其毒而发。此外，亦可胎传。

本证发无定处，外则皮肤粘膜，内侧肌肉筋骨以至脏腑，随处可生，在发病过程中，有较长的隐性期和多次显发期。

辨证：一般分为早期与晚期两种，凡感染在4年以内者称为早期黴疮，4年以上者称为晚期黴疮。由于病期的早晚不同，表现各异，现根据病程的先后分述于下。

(1) 早期黴疮：①疳疮：感染后的1—2个月内发生于前阴部，初起为小疱，四周焮肿而光亮，逐渐增大；破后糜烂，腥而无脓，四周坚硬凸起，形如缸口，中央凹陷成窝。一般无痒痛等自觉症状，合并感染则肿痛并作。根据其外形、症状、部位等的不同，而有不同之名称，如：下疳生于马口(尿道口)之下；蛀疳生于茎之上；袖口疳生于茎之上，外皮肿胀包裹处；鸡肫疳痛引睾丸，阴囊肿坠；蠚疳痛而多痒，溃而不深，形如剥皮烂杏；杨梅疳腐烂如臼；镟根疳生于马口旁，有孔如棕眼，捻之有脓出。②横痃、鱼口、便毒：下疳发生几日后，一侧或两侧腹股沟的淋巴结肿大，初起形如杏核，渐大如鸡卵，坚硬木痛，名为横痃；亦可出现红肿灼痛，溃后形似鱼口，脓出稀臭，名为鱼

口。统称为便毒。③杨梅疮：为二期徽疮疹各种类型之总称，在下疳发生后的1—3个月，平均为8周出现。初起有轻微头痛、发热、骨节疼痛等全身症状，约2—3日后，皮肤发疹。一般无痛痒，多在1—2个月后皮疹自行消退。根据皮损的不同外形与质地，有各种名称。如：先起红晕后发斑点者名杨梅斑；形似风疹者名杨梅疹；形如赤豆嵌于皮肉、质坚硬者名杨梅豆；疮标耳项、胁肋，形如砂仁者名砂仁疮；窠粒破烂，皮肉反突于外，如黄蜡色者，名翻花杨梅；其圈大小不一，二三相套者，名杨梅圈。

（2）晚期徽疮：称为杨梅结毒。发生于感染后的四五年，发无定处，常有筋骨疼痛，日轻夜重，在结毒处逐渐肿起，皮色不变，将溃时，色转黯红，溃后臭秽不堪，经年累月，难以收口。由于部位不同而兼证各异：①发于骨关节处，损筋伤骨，即使愈后也多强直。②发于头部巅顶引起头痛眼胀，渐致脑顶塌陷。③发于口鼻多成鼻塌唇缺。发于鼻部者又名杨梅鼻烂。④发于眼及喉部，可致声音嘶哑，甚则喉破眼盲。

（3）先天性徽疮：系父母患有徽疮，毒气传于胎中，婴儿出生后身赤无皮，毒血淋漓，毒攻九窍，以致烂斑或头上坑凹。主要器官大多有损害，可致死胎或早产，或在生后一二个月内发生各种病变而造成死亡或器官的明显损害。

内治：①早期宜解毒。可根据病情选用清血搜毒丸、三仙丹、漱口灵、复方土茯苓等。②晚期宜扶正解毒、攻补兼施。选用土茯苓煎剂、败毒煎、化毒丸、五虎汤、内托散等。

外治：①疳疮、鱼口：根据病情选用下疳散、凤凰散、甘草洗法等。②杨梅疮、横痃、杨梅结毒：可选用抑阴散、旱螺散、阳和解凝膏等。

治疗期间应忌海腥、牛、羊、鹅肉、酒、煎炒等食物以及房事。

疥疮

因感染疥虫而引起的传染性皮肤病，称为疥疮。见于《外科正宗》。又称虫疥，继发感染者称为脓疥或脓窝疥。《诸病源候论》卷三十五，谓："疥者，有数种，有大疥、马疥、水疥、干疥、湿疥……并皆有虫，人往往以针头挑得，状如水内瘑虫。"说明前人早已认识本证与疥虫的关系。《外台秘要》记载晋代葛洪治疥疮方"石硫黄无（论）多少，研粉，以麻油或苦酒涂摩之"。《救急良方》谓：疥癞有虫，硫黄末以鸡子煎香油调搽极效。"此法一直沿用至今。本证因感染疥虫而得，易接触传染，常在集体或家庭内传播。每与患者直接接触或使用患者用过的衣服、被席、用具等而传染。

四季均可发病，以冬季为多见。好发皮肤薄嫩和皱折之处，如指缝间、腕部、肘窝、腋窝、小腹、龟头、阴囊、股内侧及臀部等，呈泛发性对称性发疹，儿童几乎全身均可受累。皮损为散在的针头大丘疱疹、水疱和隧道。隧道为一灰白色、浅黑色或普通肤色的细线纹，微弯曲而隆起，长约0.5厘米以内，多出现在指缝间及腕横纹，疥虫常埋藏在其一端。自觉奇痒，如《外科正宗》谓："发之令人搔手不闲"，尤以夜间及遇热时更甚，常影响睡眠。由于奇痒而搔抓可继发脓疱、抓痕、血痂等，甚者可有发热，附近臖核肿痛。

治疗：用硫黄膏（儿童用5%—10%、成人可用10%—20%），涂搽方法：先涂皮损部位，再涂搽全身，每日早晚各一次，第4日用热水，肥皂或祛风止痒之药煎水外洗，换洗衣服和被褥，为一疗程。必要时可继续第2个疗程，一般1—2疗程可痊愈。停药观察1周后，无症状出现者，为治愈。

预防：平时要注意预防工作：①接触患者后用肥皂水洗手，可减少传染机会。②家庭和患者要同时治疗，以杜绝传染源。③患者的衣服、被褥均需煮沸消毒，或在阳光下充分曝晒，以杀灭疥虫。

漆疮

感受漆毒而致的皮肤病，称为漆疮。见于《诸病源候论》卷五十谓："人无问男女大小，有禀性不耐漆者，见漆及新漆器，便着漆毒"，此书卷三十五又谓："漆有毒，人有禀性畏漆，但见漆便中其毒……亦有性自耐者，终日烧煮，竟不为害也。"多发生于面、颈及前臂等暴露部位，甚至累及全身。由于感受或接触了漆液、漆树和新油漆制品，甚至仅闻及其气味便可发病，说明个体对漆品之不耐是一个重要的内在因素。

初起时，先于接触部位的皮肤突然发生风团及红肿，焮热作痒，继发丘疹、水疱及丘疱疹，痒痛交加，破后流水、糜烂、结痂，奇痒无比。若发生在组织疏松部位如包皮、阴囊、眼睑、口唇、外耳等，常呈现红色的局限性水肿，边缘不清。

内治：皮疹发生常伴有头痛、发热、心悸、便秘、不思饮食等，严重者可有恶寒发热、目赤，舌质红，脉弦数等症。治宜清热解毒、祛风止痒，选用化斑解毒汤、黄连解毒汤加减，皮损泛发全身者，可用清瘟败毒饮。

外治：根据皮损情况选用药物。①急性渗出者宜用湿敷法，可选用薄荷叶水、生柳叶水、白矾水、甘草水、枇杷叶、地榆水等。②轻度湿润糜烂者外涂药油，可选用核桃仁油、青黛散油等。③无渗液者，外用药散，常用有二味消毒散、青黛散、韭菜汁调二白散等。此外，平时要注意体质不耐者应避免再接触漆制品、漆树及漆液等，对经常接触油漆的工人，应加强防护措施。

松毛虫病

因人体与松毛虫幼虫的尸体或被虫体污染的柴草接

触而引起的病证，称为松毛虫病。其发病时间与松毛虫生活史有较密切的关系，好发于参加农林业劳动的青壮年，中国以南方为多见，7—10月发病率最高。本证之发，为虫毒所致。《证治准绳》谓："春夏月树下墙堑间，有一类杂色毛虫，极毒，凡人触著者，则放毛入人手足，上自皮至肉，自肉至骨，其初皮肉微痒，以渐至痛，经数日痒在外而痛在内，用手抓搔，或痒或痛，必致骨肉皆烂……此名中射工毒。"当人体与松毛虫幼虫的尸体或被虫体污染的柴草接触后，毒邪入侵，毒阻肌肤而化热者，发病以皮炎为主；毒邪深入骨、关节而郁结不散者，发病以骨关节炎为主；毒邪久郁不泄，再感热邪，毒热炽盛，可损筋蚀骨。

辨证论治：本证全身症状轻微，局部症状明显。少数患者可出现低热、食欲不振等全身症状。临床一般分为：①以皮炎为主者，症见斑疹、风团，也可伴有丘疹、斑丘疹、水疱、脓疱和皮下结节等，多伴有瘙痒。此为热毒所致，治宜清热解毒，可重用三丫苦30—60克或五味消毒饮加三丫苦等。②以骨关节炎为主者，主要侵犯四肢关节和肌腱附着处，多系暴露的小关节，少数可双侧先后发病。疼痛呈撕裂性发作，患者辗转呻吟，痛苦难忍，以夜间为甚。病变部位表皮或红或不红，肿胀紧实，有压痛和焮热感，部分病灶可出现波动感。迁延不愈，继发感染，形成慢性骨髓炎，或可遗留关节强直，此为气滞血瘀、毒蕴关节而致，治宜活血祛瘀，辅以解毒，选用活络效灵丹、血府逐瘀汤加减，可选加三丫苦、蚤休等；若属体质虚弱者，又当养血通络，可用独活寄生汤加减。

外治：蚤体醋研磨外敷，或复方紫金锭外敷以及万花油外搽或湿敷患处。

预防：平时要注意预防工作：①消灭松毛虫：掌握虫情，采取生物防治为主的综合性治虫措施。②避免接触被污染的柴草；改善劳动条件，减少接触；在劳动中有接触史者，应用肥皂水或淡石灰水浸洗接触部位，可减少本病的发生。

桑毛虫皮炎

因桑毛虫毒毛刺伤皮肤而引起的一种急性皮炎，称为桑毛虫皮炎。以蚕桑地区比较多见，在桑毛虫大量繁殖时，可在果园或农村造成流行。虫体的毒毛是致病的主要物质。毒毛极小，如针刺状，内含毒液，极易脱落，人体接触后而发病。接触毒毛后一般在3—10分钟内发病，少数在数小时至十几小时后才发生，局部剧烈刺痒，继而出现水肿性丘疹、丘疱疹或风团，绿豆至黄豆大，淡红或鲜红色，间可见斑丘疹，常散在分布，也可密集，但不融合。自觉奇痒、灼痛难忍，尤以夜间为甚，病程一般可于1周左右自愈。在个别的情况下，毒毛可刺入眼部引起结膜炎、角膜炎。

治疗：以外治为主，宜解毒止痒为原则。早期可选用伤湿止痛膏、消炎解毒膏及普通医用胶布等，温热软化后贴于皮损处，待冷后即提取撕下，每张膏可反覆使用十数次，既可止痒，又可在提取过程中粘去皮疹上的毒毛，以达到治疗的目的。还可用马齿苋捣烂外敷，或外用止痒消炎药物以防毒毛扩散与继发感染。

预防：注意预防工作：①消灭桑毛虫。②注意个人防护，避免在有桑毛虫的树下乘凉和晒衣服。

虫咬皮炎

被虫类叮咬、接触其毒液或虫体的粉毛而引起的皮炎，统称虫咬皮炎。中国不少古医籍在"虫兽螫咬伤"或"杂证"门早已有所论述。本证多见于害虫孳生的夏秋季节，较为常见的有蚊、蠓、虱类、臭虫和蚤等。

辨证：各种害虫所致的虫咬皮炎，其临床表现的共同点是：好发于暴露部位，以下肢为多见，其次为腰围、上肢等，皮疹以水肿性丘疹、风团或瘀点为多见，有的可出现水疱。皮疹散在分布，损害的中央有虫咬的痕迹，多为针头大小的瘀点。皮疹常在几小时到几日内消退，如果反覆叮咬，则皮疹彼伏此起，病期延长。患者自觉瘙痒、焮热或疼痛。不同害虫致病则各有其特点：

（1）蚊：被叮咬处觉刺痛、瘙痒，出现红斑、丘疹或风团、瘀点。

（2）蠓：多发于小腿、足背等暴露部位，叮咬处出现瘀点、水肿性丘疹、红斑或风团，自觉奇痒难忍。

（3）虱：有头虱、体虱、阴虱之别：①头虱：寄生于头发部，多见于卫生较差的妇女和儿童，被叮咬处出现红斑、瘀点、丘疹，瘙痒剧烈，搔抓后有渗液，结成血痂，渗液亦可使头发粘连成簇，散发臭味。②体虱：寄生于躯体上，隐藏在衬衣及被褥皱褶里，叮咬后引起丘疹、红斑和风团，自觉瘙痒，由于搔抓可出现抓痕、血痂、色素沉着等。③阴虱：寄生于阴毛部，叮咬处引起丘疹，带有血痂，瘙痒剧烈，可继发湿疹或毛囊炎等。

（4）臭虫：全身均可被叮咬，但以腰、臀部、前臂为多，皮疹为针头大小的瘀点或风团，皮疹泛发，常排列成行，自觉瘙痒。

（5）蚤：好发于下肢及腰围，皮疹为丘疹、风团或瘀点，常三五成群或排列成带状，剧痒。

治疗：一般采用外治法，选用成药驱风油、清凉油等外涂。皮疹泛发者可配合外洗，可用皮肤外洗二方，外洗后，再使用上述外用药。此外，虱病的外治，①头虱：可用煤油、50%百部酊涂于患部，再用油纸盖上包扎，戴上帽子固定，或用毛巾严密包扎固定，每日1次，连续2—3日。②体虱和阴虱：可涂50%的百部酊，阴虱病者在用药前应剃除阴毛。

本证的预防在于搞好环境卫生，积极消灭各种害虫，除害以灭病。

钩虫性皮炎

钩虫的幼虫(即丝状蚴)钻入皮肤所致的一种急性皮炎,称为钩虫性皮炎,俗称粪块毒。当人们在采桑及下田赤脚工作接触湿地时,幼虫钻入皮肤而发。见于夏秋两季,被幼虫钻入的皮肤局部自觉刺痛及瘙痒,1小时左右,于接触部位出现红色水肿性丘疹,并可见幼虫钻入的痕迹。重者其顶端可出现水疱、剧痒,可因搔抓而糜烂渗液,以致继发感染,病程1—2周。当幼虫在移行于肺部时,可发生咳嗽、咳痰、哮喘、咯血、发热等症状,约1—2周才能自愈。此外,有的病人可反覆地出现全身性的风团,日久可致贫血。

本证一般不需内治,当粪便检出钩虫卵时,可给予驱钩虫治疗。外治,见"湿毒"条。或以密陀僧散香油调搽。此外,平时要注意预防工作:①加强粪便管理,推行粪便无害化处理,以杀死虫卵及钩蚴,然后再施用。②在个人防护方面,下地前外涂桐油保护皮肤,或穿防护靴等,防止钩蚴的侵袭。

水渍疮

因指(趾)丫长期渍泡水湿中而引起的湿疮,称为水渍疮。见于《外科启玄》,谓:"久雨水湿,劳苦之人跣行,致令足丫湿烂成疮,疼痛难行。"又云:"辛苦之人,久弄水浆,不得停息,致令手丫湿烂。"又名水渍手足丫烂疮,多见于水田作业者。因久浸水浆,湿邪郁于皮肤而致。

皮损的表现主要有三种:①开始为指(趾)间皮肤肿胀,乳白色起皱,继续下水则病变加重,擦破和糜烂后露出红色基底,少许渗液。轻者仅限于个别指(趾)间,重则大片擦烂,累及各指(趾)间及邻近皮肤。②掌(跖)部皮肤呈蜂窝状剥蚀,约绿豆至黄豆大。③甲沟表皮剥脱,甲沟炎及甲损伤,病变处伴有灼热、疼痛。如暂停下水作业,轻者2—3日,重者6—7日即可痊愈。若染毒,则局部红肿化脓,可伴有恶寒、发热等全身症状而使病程延长。

本证以外治为主,以收敛止痒为原则。用大量干燥性药粉或粉水剂,轻者用密陀僧散、青黛散、干擦散、枯矾粉等干撒,每日多次。重者用青黛油、韭菜汁、旱莲草汁调明矾粉等外搽。渗液多者,用石榴皮或明矾甘草煎水湿敷,待渗液减少后改用上述药油。染毒者,宜清热解毒,用五味消毒饮加减。

日晒疮

因日光过度照晒后出现的皮疹,称为日晒疮。见于《外科启玄》,谓:"日晒疮:三伏炎天,勤苦之人,劳于工作,不惜身命,受酷日晒曝,先疼后破而成疮者,非血气所生也。"好发于春末夏初,尤多见于盛夏。由于阳光曝晒,热邪侵袭,疏泄不畅,郁于肌肤而发。好发于暴露部位,如面颊、颈项、额、手背和前臂等处。有两种不同类型:①酷日晒曝后,局部出现水肿性红斑,境界明显,甚者可发生水疱或大疱,灼热刺痛,经1—2日,红斑开始消退,继而出现细小脱屑和轻度色素沉着而愈;严重者除皮疹外,还可伴有目赤,眼睑肿胀,以及头晕、心悸、发热等全身症状。②稍经日晒即出现皮疹,如红斑、水疱、丘疹等,但多以一种损害为主,局部伴有不同程度的瘙痒或刺痛。避免日晒则症状明显好转。

两种类型均治宜清暑凉血,选用新加香薷饮、清暑汤等,可酌加凉血药如生地、丹皮、丹参、赤芍等,亦可使用青蒿制成蜜丸,每丸9克,每次服2—3丸。外治,选用金黄散、双柏散、青黛散水调外敷。

汗淅疮

皮肤皱襞处积汗、摩擦,引起局部皮肤潮红与擦烂,称为汗淅疮。见于《外科启玄》,谓:汗淅疮:"肥人多汗,久不洗浴,淹淅皮肤,烂成疮者,痛不可忍。"本证好发于摩擦部位以及汗液蒸发不畅的皮肤皱褶部,如腋窝、乳房下、腹股沟部的皱襞,小儿的颈围等处,尤以肥胖人为然,并常见于婴儿。因体胖多汗,皮肤淹淅而烂。

初起皮肤潮红,表面湿软,边缘明显,较四周正常皮肤略为肿胀。甚者,表皮容易擦破磨烂,自觉痒感及灼热痛。皮肤潮红者,可用甘草水或马齿苋水洗涤,外扑干擦散或新三妙散;擦烂时,用青黛散油或真蛤粉与滑石末各半生油调搽。

湮尻疮

因尿布浸渍而发生的局限性皮炎,称为湮尻疮。见于《外科启玄》。由于婴儿皮肤娇嫩,尿布如不及时换洗,或尿布粗硬,局部皮肤被尿液、粪便浸渍刺激而发。本证好发于尿布覆盖的部位,局部皮肤弥漫潮红,间有丘疹、水疱、糜烂,皮损境界清楚。

初起宜以清热化湿为主,用银花、菊花、甘草煎服。外用滑石、青黛粉扑于患部。如疮破渗液,用皮肤外洗二方水煎,局部洗净后,扑以六一散。平时要注意经常保持局部皮肤清洁、干燥,要勤换尿布。

痱子

在夏季或湿热环境下,皮肤因汗渍而发生的红色粟粒样疹,称为痱子。古称痱、痱疮、沸疮、热痱疮、夏日沸烂疮、热痱等。《素问·生气通天论》谓:"汗出见湿,乃生痤痱。"《诸病源候论》卷三十五谓:"盛夏之月,人肤腠开,易伤风热,风热毒气,搏于皮肤,则生沸疮,其状如汤之沸。轻者,匝匝如粟粒;重者热汗浸渍成疮,因以为名,世

呼为沸子也。"对本证的病因和症状作了扼要的描述。本证多因夏季闷热，汗出不畅，热郁皮肤而发。多见于颈、肘窝、胸背和小儿的头面部，肥胖者的股内侧和女性的乳房下等处。

初起皮肤发红，继而出现针头大小丘疹及丘疱疹，周围有轻度红晕。皮疹排列密集，但无融合倾向。闷热则长，阴凉则消。消退时，轻微脱屑而愈。自觉瘙痒、刺痛和灼热感。常因搔抓而引起毛囊炎、黄水疮和疖。

内治：一般多不需内服药物治疗，于夏季可服用绿豆糖水或选用绿豆、赤小豆、金银花、野菊花、夏枯草、马齿苋等适量煎水作清凉饮料，若皮损广泛者可用清暑汤加减。

外治：可选用痱子粉（成药）、六一散或三黄洗剂、炉甘石洗剂等。亦可选用黄瓜、丝瓜等磨汁外搽，或鲜薄荷叶外擦。此外，在炎热、高温环境中应保持通风，衣着适宜，服用清凉饮料，多吃西瓜，注意保持皮肤清洁，避免搔抓，并可用温水洗浴，但不宜用肥皂及热水洗烫。

湿毒

浸淫、湿润、瘙痒、反覆发作的皮肤病，称为湿毒。其特征为皮疹多形，易于渗出，瘙痒无度，对称分布，缠绵难愈，男女老幼均可发病。根据发生部位及皮损表现不同而有不同的名称，大致可分为局限及泛发两类。如发于耳边的谓旋耳疮，发于手足部的谓病疮，发于四肢弯曲处谓四弯风，发于阴囊部的谓肾囊风，发于婴儿的谓胎癥疮，泛发于全身的谓浸淫疮，搔痒出血的谓血风疮，均属湿毒范畴。

外因为六淫邪毒，内因脾湿所困。由于饮食失节，如吃鱼腥发物，膏粱厚味，嗜饮茶酒，生冷甜腻之物，脾失健运，产生内湿，蕴积化毒；次为血热，盖心主血脉，心绪烦扰，君火炽盛，导致血热；脾湿血热，湿热胶结，毒泛肌肤而成。尚有风邪为患，风有外风和内风，前者为外受于风、营卫不和；后者为血虚血燥生风，肌肤失养而成。

本证发无定处，起病急骤或缓慢，而以四肢屈侧为多见。初起皮肤潮红、丘疹、水泡、浸淫湿润、糜烂、瘙痒不止。日久常局限一处，皮肤浸润、肥厚，或干燥脱屑，时时作痒，间有浸淫。

辨证论治：（1）湿热兼风者，症见皮肤起红斑水疱，瘙痒，湿重则黄水淋漓，味腥而粘；热重则灼红成片，或搔破脱皮如剥皮果子，或伴大便干，小便黄或短赤，舌质红、苔薄黄或黄腻，脉濡滑数等。治宜利湿清热，佐以祛风，选用龙胆泻肝汤、萆薢渗湿汤加减。可酌加蝉蜕、白藓皮、防风等。

（2）脾湿者，症见皮肤黯淡多起水疱，不红不热，糜烂渗液或有胃脘疼痛，饮食不香，纳少便溏，面色萎黄，舌淡或有齿痕，苔白腻不化，脉缓而滑等。治宜健脾理湿，用除湿胃苓汤加减，局限者用二妙散（丸）。

（3）阴伤血燥者，由于渗水日久或久服淡渗利湿或苦寒燥湿之剂，以致伤阴耗血，血燥生风。症见皮肤黯淡，浸润肥厚，干燥脱屑，瘙痒剧烈，搔破稍见渗液，舌质红、苔光剥，脉弦细。治宜滋阴养血、除湿止痒，选用滋阴除湿汤，养血润肤饮。

外治：①溻渍法（湿敷法）：急性者渗液多时，可选用生地榆、马齿苋、黄柏等药，煎水待温湿敷患处。每次20—30分钟，每日3—4次。②渗水已少时，用五石膏、湿毒膏外涂；皲裂者，可用狼毒膏；日久浸润肥厚者，用薄肤膏。应注意忌用肥皂及热水烫洗患处，否则，可使病情加重。忌吃鱼、虾、蟹、海味、羊肉等腥味发物。

浸淫疮

凡皮疹多形，瘙痒渗出，广泛浸淫的皮肤病，称为浸淫疮。见于《金匮要略》。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："此证初生如疥，搔痒无时，蔓延不止，抓破津黄水，浸淫成片，由心火、脾湿受风而成。"因此，心火炽盛，脾湿内生，湿热相合，浸淫而成疮。尚有因食物过敏或感染而诱发。

本证皮损多形，可见丘疹、斑疹、水疱、糜烂、渗液等，分布广泛，边缘不清，自觉瘙痒等为特点。湿热俱重者，症见小便黄，大便结，舌红苔黄腻，脉滑数，治宜凉血清热利湿，选用龙胆泻肝汤、凉血除湿汤、二妙丸。脾湿重者，以糜烂渗液为主，伴有纳差，便溏，舌淡苔白腻，脉缓滑等症，治宜健脾化湿，用除湿胃苓汤加减。

外治见"湿毒"条。

血风疮

泛发全身之粟粒样皮疹，搔破津血的皮肤病，称为血风疮。见于《医宗金鉴·外科心法要诀》，谓："遍身生疮，形如粟米，搔痒无度，搔破时，津脂水，浸淫成片。""日久风邪郁在肌肤，则耗血生火，搔痒倍增，夜不得寐，挠破津血。"多因心火内郁，心属火，心主血而导致血热生风；久则血虚风燥，血不养肤而成。

初起遍身起红色粟粒样丘疹，瘙痒较剧，抓破则有轻度糜烂渗液，常伴心烦口渴，舌质红，脉弦细数等症。治宜凉血消风，用凉血消风散加减；日久瘙痒倍增，日轻夜重，搔破出血，血痂累累，心烦，大便燥秘，咽干不渴，舌淡苔薄，脉弦细。治宜养血息风润燥，用地黄饮子加减。

外治，用三石水外搽，每日3—4次。

胎癥疮

婴儿头面部瘙痒、浸淫或起白屑的皮肤病，称为胎癥疮。见于《医宗金鉴》。又称奶腥疮、奶癣；皮损形态有干湿之异，故有干癥、湿癥之分。

由于母食辛燥，遗热于儿，或因喂乳不当，饮食失节，

脾失健运，蕴湿生热，发为湿瘢；或为脾虚失运，血燥生风，肌肤失养，发为干瘢。

辨证论治：（1）湿瘢：多见于肥胖婴儿。多发于两颊，渐延及脸面、头皮、额间、眉际、耳项等处，重者可发于全身。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："皮肤起粟，搔痒无度，黄水浸淫，延及遍身，即成湿瘢。"初起时，皮肤潮红、丘疹、水疱、渗液、糜烂、结黄痂，有时浸淫成片。大便干结，小便黄，舌红苔薄黄。治宜利湿清热，用导赤消风散加减，亦可选用犀角化毒丸或牛黄清热散。

（2）干瘢：常见于瘦弱婴儿。初起皮肤潮红，继则出现成片小丘疹，搔痒略起白屑，但很少渗液。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："此证生婴儿头项，或生眉端，又名奶癣，痒起白屑，形如癣疥……此系干瘢。"患儿常有消化不良，喂乳易吐，吐出不消化的奶块，大便溏薄，或完谷不化，治宜健脾渗湿，选用参苓白术散、小儿化湿汤加减。

外治：湿瘢渗液多者，选用黄柏，马齿苋或生地榆等煎水溻渍（湿敷），渗液减少后，用五石膏加湿疹粉薄敷患处；干瘢用润肌膏外搽，不可资洗。此外，应加强护理，调节哺乳时间，避免喂食过饱。母忌食鱼腥、海味、鸡、鹅和辛辣等发物。同时，避免搔抓，不宜穿绒衫毛衣及盖被过暖。一般暂不作预防疫苗注射。

四弯风

发生于四肢弯曲处的瘙痒渗出性皮肤病，称为四弯风。见于《医宗金鉴·外科心法要诀》，谓：四弯风"生在两腿弯、脚弯，每月一发，形如风癣……其痒无度，搔破津水，形如湿癣。"多数患者从小有胎瘢疮病史，可反覆发作，迁延日久。其父母可有过敏病史，如哮喘、风痞瘟等。多因湿热浸淫肌肤，或脾虚血燥而成。病变好发于肘窝、腘窝、足踝等及其附近部位，常两侧对称。

内治：①湿热甚者，起红斑、丘疹、渗液、糜烂、浸淫成片，小便黄，大便干。治宜清热利湿，选用龙胆泻肝汤、牛黄清热散。②脾虚血燥者，皮肤干燥肥厚，搔痒脱屑，患儿纳食不多，面黄肌瘦，大便溏薄，常因剧烈搔痒，影响睡眠。治宜健脾养血，选用四物消风饮、参苓白术散加减。

外治：见"胎瘢疮"条。

病疮

发生于手足部的瘙痒渗出性皮肤病，称为病疮。见于《诸病源候论》卷三十五，谓：病疮"多著手足间，递相对，如新生茱萸子，痛痒抓搔成疮，黄汁出，浸淫生长拆裂，时瘥时剧。"该书分病疮为湿病疮、燥病疮和久病疮三种。

多因风湿客于肌腠或日久则血虚风燥而致。病变多在手部的掌指处，亦可见于手背、手腕等处；在足部则多发于足弓、足底后侧面。开始为红斑、丘疹、水疱，搔破后渗液、糜烂，此谓湿病疮。浸淫成片块如钱币形，长期瘙痒，皮肤增厚，干燥皲裂，此谓燥病疮。日久时而渗水、时而燥裂者，谓久病疮。

内治：初起风重者，治宜祛风胜湿，用局方消风散；湿重者，宜清利湿热，用萆薢渗湿汤加减；日久风燥伤血，宜养血润燥祛风，用当归饮子加减。

外治：初起用湿毒膏，日久皲裂用狼毒膏，肥厚者用薄肤膏敷之。

肾囊风

生于阴囊部位的瘙痒渗出性的皮肤病，称为肾囊风。又称绣球风、胞漏疮。见于《外科正宗》卷四，谓："肾囊风乃肝经风湿而成。其患作痒，喜浴热汤；甚者疙瘩顽麻，破流脂水。"本证初发为肝经湿热下注，日久则伤阴耗血，血燥生风。初起时，阴囊部瘙痒起红色丘疹，搔破渗液并结痂；若反覆发作，长期搔抓，则皮肤粗糙肥厚，或有脱屑，干燥皲裂，奇痒难忍。

辨证论治：（1）湿热甚者，症见阴囊红肿，流水黄粘，搔破蜕皮，舌质红、苔薄黄腻，脉滑数。治宜清肝泄热利湿，选用龙胆泻肝汤、萆薢渗湿汤加减。

（2）脾湿重者，症见阴囊浮肿，瘙痒渗液，舌苔白腻，脉缓滑，纳食不香。治宜健脾利湿，用除湿胃苓汤；若阴囊发凉，出汗，酌加淫羊藿、吴茱萸、蛇床子、黄芪。

（3）阴伤血燥者，病程较长，症见阴囊痒剧，皮肤增厚、干燥、皲裂、脱屑，舌淡少苔，脉弦细。治宜滋阴除湿、养血润燥，选用滋阴除湿汤、当归饮子加减。

外治：初起渗液多者，用湿敷法：黄柏、地榆各30克，每日一剂，煎水待凉（冬天待温）用小毛巾沾水包罨患处，每次20—30分钟，每日3—4次；渗液减少，五石膏外敷；日久阴囊皮肤增厚，干燥皲裂，用蛇床子汤煎水，先熏后洗。或用苦参、蛇床子各60克，吴茱萸30克，水煎温洗。然后用狼毒膏或五倍子膏外涂。

面游风

头面部皮肤油腻，发痒潮红，或起白屑的皮肤病，称为面游风。见于《医宗金鉴·外科心法要诀》，谓："此证生于面上，初发面目浮肿，痒若虫行，肌肤干燥，时起白屑。次后极痒，抓破，热湿盛者津黄水，风燥盛者津血，痛楚难堪。"本证通常自头面部开始，向下蔓延到其他皮脂溢出部位，伴有不同程度的瘙痒。因常见于脸面，故有面游风之称，发于头部的称白屑风。由于平素血燥，过食辛辣厚味，阳明胃经湿热，熏蒸肌肤而发。或肌热当风，郁于腠理，久则血燥，肌肤失养所致。

辨证论治：（1）血热风燥者，症见头面部皮肤潮红微肿、油腻瘙痒、脱屑，舌红苔薄白，脉弦滑。治宜凉血清热、消风润燥，用四物消风饮加减。

(2) 血虚风燥者,症见日久皮损色黯淡而经年反覆,皮肤干燥脱屑发痒;病变多呈斑片状,分布于睑、额、颊、耳后等处;伴大便燥结,舌质淡、苔薄,脉弦细等。治宜养血润燥,消风止痒,选用祛风换肌丸、当归饮子加减。

(3) 湿热甚者,症见皮损油腻明显或有渗液、轻度瘙痒,大便或结或溏,小便短赤,舌质红,苔黄腻,脉弦数或濡数。治宜清热化湿,可用龙胆泻肝汤加减。

外治:白屑多而痒者,可用白屑风洗方,水煎温洗患部,每日1—2次,每次10—15分钟;无糜烂渗出者,可用苦参酒、摩风膏外搽;油腻者,用颠倒散洗剂,结痂多者,用5%硫黄软膏外涂。患者忌食油腻厚味、辛辣酒醋等刺激发物,少食脂肪、甜食,以多食蔬菜、水果为宜;并不宜用碱性过强的肥皂洗擦皮肤。

药疹

因接触某种药物(口服、注射、吸入、栓塞、皮肤吸收等)而引起皮肤和粘膜的急性炎症反应,称为药疹,又称药物性皮炎。属古医籍"中药毒"范畴。如《证治准绳》谓:"面游风毒,此积热在内,或多食辛辣厚味,或服金石刚剂太过,以致热壅上焦,气血沸腾而作。"

药疹的发生是由于其人禀性不耐,中其药毒,毒入营血,血热沸腾,外达肌腠,则肌肤赤肿,毒热上蒸则面部赤肿,甚则内传脏腑而发病。根据临床实践的观察,用西药致敏的药疹发病较为多见,如磺胺类、巴比妥类、解热止痛药、抗生素类等。西药药疹有猩红热或麻疹样、荨麻疹样、固定性药疹、紫癜、剥脱性皮炎等类型。中草药引起的药疹较为少见,常见的致敏药物有红升丹、轻粉、朱砂、雄黄、信石、蟾酥、川乌、草乌等的外用或内服;中成药有消炎丸、活血止痛散、云南白药、六神丸等;注射剂有穿心莲、黄连素、大青叶、地龙、当归、柴胡等。

药疹的出现必须具有用药史和一定的潜伏期(4—21日),常为首次服药后九日发疹,故又名九日红斑。再服同类药品,则可于数小时或1—2日内发病,甚至有服药后数分钟内发生。轻者局限于一处或几处,重者可泛发全身。药疹的形态可多种多样,轻症可见发热不高、红斑、丘疹、水疱、风团等损害,严重的可有高热、大疱、紫癜、溃疡、剥脱性皮炎等。轻者仅有全身不适,重者常伴有恶寒壮热、头痛、恶心口渴等症。轻症药疹一般在3—7日消退,皮肤脱屑而愈。

辨证论治:(1)血热盛者,皮疹如麻疹或猩红热样,一般多见于脸面、胸前及手臂等部位,骤然皮肤潮红,大块风团,焮肿灼热,甚者面目俱肿,渗水糜烂;亦有固定一处,见于阴茎、龟头等处,舌红、苔薄黄,脉细滑而数。治宜凉血清热解毒,选用解毒化斑汤、皮炎汤等。

(2) 毒热重者,多兼高热、头痛、口渴、恶心、烦躁,舌红苔黄燥,脉数等症,治宜清营解毒,用清瘟败毒饮加减。

(3) 毒热伤阴者,则见全身大片皮肤潮红、层层脱落,并伴口渴引饮,舌绛光剥,脉细数等症。治宜养阴清热解毒,选用增液解毒汤加减。

外治:有水疱、糜烂、渗液者,可用生地榆30克煎水300—500毫升,待凉后湿敷患处,每次20—30分钟,每日4—5次,连续2—3日。

平时要注意预防工作①宣传医药卫生常识,不滥用药物,应在医生指导下用药。②医务人员在用药前应询问病人既往有无药物过敏史。③用药过程中如有红斑、皮肤瘙痒等反应,应立即停用可疑药物,及时给予处理。

风瘖瘟

发无定处,忽起忽消,来去迅速,瘙痒无度的皮肤病,称为风瘖瘟。见于《诸病源候论》。又称瘾疹,俗称风疹块、鬼风疙瘩。如发于临经或行经期间,经净渐退者,称经行风疹块,或经行瘖瘟。

本证的发生,外因为风邪所客(风热或风寒),内蕴肌表,毛孔阻滞,不得疏泄,郁久不解,化热伤营而致。内因有卫外失固,汗出当风,以及脾胃湿热、血瘀、气血两虚、冲任不调而致。症见先有皮肤瘙痒,迅速出现大小不等的块状风团,时起时消,有的抓后易引起划痕,消退后不留痕迹。

辨证论治:(1)风热者,风团大片焮红,瘙痒不绝,重则面唇俱肿,汗出受热易起,或见咽干心烦,舌红苔薄黄,脉弦滑数等症。治宜消风清热、和营,选用消风散、银翘散、消风清热饮加减。如风热之邪久郁,风团反覆发作,缠月不息者,可用乌蛇搜风汤。若为风热经行风疹块,治宜清热散风,方用秦艽牛蒡汤,加生地、丹皮;挟湿者,方用消风散。

(2) 风寒者,风团色淡红或白,见舌苔薄白,脉浮缓或浮紧等症。治宜祛风散寒,用荆防败毒散。日久为卫外失固,受风冷即发,舌淡、苔薄白,脉紧或缓。治宜固卫和营、祛风散寒,选用玉屏风散、黄芪桂枝五物汤、固卫御风汤等;虚寒者可加熟附子、制草乌。

(3) 脾胃湿热者,皮肤出现风团,伴纳食不振,腹痛腹胀,恶心呕吐,大便溏泄,舌苔黄腻,脉滑等症。治宜清热利湿,用除湿胃苓汤、茵陈蒿汤加减。若大便闭结实热者选用升降散、防风通圣散加减。

(4) 血瘀者,风团黯红,伴面色晦黯,口唇色紫,或风团见于腰围、表带压迫处,舌质紫黯红,脉细涩等症。治宜活血祛风,选用通经逐瘀汤、桃红四物汤加减。

(5) 气血两虚者,风团反覆发作,缠绵不愈,伴食欲不振,夜寐欠佳,神疲乏力,舌体胖嫩质淡,脉细弱等症。治宜补气养血,选用八珍汤、归脾汤加减。血虚经行风疹块,治宜养血祛风,方用当归饮子,去川芎,加旱莲草、生地以养血滋阴。若兼表虚,治宜益气固表,方用玉屏风散加黑豆、炒牛蒡子以止痒。

(6) 冲任失调者,风团发于月经前后,多伴有月经不

调。治宜调摄冲任，选用丹栀逍遥散、二仙汤加减。

外治：选用苦参、白鲜皮、地肤子、白蒺藜、苍耳子、豨莶草或楮桃叶，水煎外洗。此外，可用针刺治疗，选取曲池、合谷、大椎、足三里、手三里、内关、三阴交、血海、间使、百会、中脘、阴陵泉、委中、尺泽、大肠俞等穴位，每次针2—5穴。亦可使用耳针治疗，取荨麻疹点（在耳舟区、肘肩点连线内上1/2处）、神门、肝等，针刺或耳穴埋针或用电针、梅花针治疗。

赤白游风

肌肤焮肿如馒，色红或白，微痒，反覆发作的皮肤病，称为赤白游风。见于《外科大成》，谓："为肌肤倏然焮赤肿痛，游走无定，由风热壅滞，荣卫不宣，则善行而数变矣。"皮损常固定一处，多见于口唇、眼睑、耳垂、外阴等部位。有时咽喉部亦可累及。

因肺脾燥热，风热壅滞，或外受风寒，营卫不宣而成。滞于血分者，则发赤色，滞在气分者，则发白色。亦有平素血燥，复过食辛辣厚味，致脾胃湿热，外受风邪而发。发病突然，体表疏松处发生局限性浮肿、紧张、隆起质较硬，有麻木灼热感，一般可自行消退，不留痕迹；亦有消退较慢，或反覆发作者。

辨证论治：常可分为六种类型：

(1) 风热阻于血分者，症见漫肿色赤，舌红苔薄黄，脉弦滑数。治宜疏风清热，佐以凉血，用疏风清热饮。发于口唇者，可用泻白散；反覆发作，日久不瘥者，可用乌蛇驱风汤。

(2) 风寒阻于气分者，症见漫肿色白，舌苔薄白，脉弦而缓。治宜祛风散寒，佐以理气，选用搜风流气饮、荆防败毒散加减。

(3) 湿热下注者，常发于外阴，常伴小便短赤，舌边尖红，苔黄腻，脉弦数等症。可选用龙胆泻肝汤、萆薢渗湿汤加减。

(4) 血热者，多因心经郁火、血热生风，复于夜间发作，症见心烦不安，舌红尖起刺，脉细数。治宜凉血清热，用凉血消风散。

(5) 气血俱虚者，因反覆发作，日久不瘥，耗伤气血，症见舌淡体胖，脉细无力。治宜补养气血，佐以祛风，用八珍汤加防风、羌活、僵蚕、蝉蜕等。

(6) 脾虚者，症见体倦乏力，不欲饮食，面色无华，苔薄白舌体胖边有齿痕，脉濡。治宜调补脾胃，用六君子汤加荆芥、牛蒡子、僵蚕等。

针刺治疗：取穴曲池、血海、足三里、三阴交、风池等。并且忌食鱼腥、鸡、鸭、鹅、辛辣等一切动风燥血的食物。

牛皮癣

形如牛领之皮，坚而硬，顽固难愈的皮肤病，称为牛皮癣。见于《外科正宗》卷四，谓："顽癣乃风热湿虫四者为患，……牛皮癣如牛项之皮，顽硬且坚，抓之如朽木。"又称顽癣、摄领疮。其特征为：先有瘙痒，继之皮肤肥厚呈苔藓样变，病程较长，易反覆发作。由于七情内伤，心火亢盛，化风化燥所致。常与情绪波动，精神紧张，焦虑不安有关。

症见：①局限性者，初起常为颈后、颈侧、肘膝关节伸侧面、骶尾等部位瘙痒，日久，因长期搔抓、摩擦而于局部出现皮革样改变，大小不一，其周围有散在的扁平丘疹，颜色微红，或呈正常肤色。②泛发性者，可见大片播散的扁平丘疹，常以四肢伸侧为主，其次腰部，胸胁部，多对称分布，瘙痒剧烈。

辨证论治：常可分为以下三种类型：

(1) 血热风燥者，多为发病不久，皮疹泛发于躯干、四肢，多为红色群集丘疹，鳞屑少而痒甚，舌质红、苔薄白，脉弦滑。治宜凉血清热、消风止痒为主，选用消风散、顽癣浮萍丸加减。

(2) 血虚风燥者，多为病发日久，瘙痒无度，症见皮损肥厚而呈苔藓样变，舌淡苔净，脉弦细。治宜养血润燥、消风止痒为主，选用当归饮子、四物消风饮加减。

(3) 风邪久郁，化热化燥者，病变久顽，症见瘙痒不休，肤色黯褐，形如牛革，舌红苔薄白或薄黄，脉弦滑而数。治宜搜风清热，用乌蛇驱风汤。

外治：局限性者以外治为主。初起皮损较薄者，用皮癣膏或普癣水外搽；日久皮损较厚者，选用薄肤膏、黑豆馏油软膏或皮癣水外涂。亦可选用烟熏法。泛发性者，可用艾叶30克、防风、雄黄、花椒各15克或皮肤外洗二方水煎，趁热先熏后洗。

针灸治疗：①针刺：取穴风池、天柱、天窗、内关、合谷、委中、足三里等，轻刺激，每次取穴2—3组，每日针一次，或用阿是穴。②灸法：以艾卷点燃后悬灸患处，每日一次，每次10—15分钟，也可局部涂药后艾灸，多用于肥厚、革化之损害。③梅花针：用于局限性者，局部重叩轻度出血为度。同时脊柱旁轻叩，由胸至骶，每日弹刺三排，此法可作为全身疗法的辅助治疗。④耳针疗法：取肾上腺、交感穴，留针固定。

白疕

皮肤红斑上反覆出现多层银白色干燥鳞屑的慢性复发性的皮肤病，称为白疕。见于《外科大成》，谓："白疕，肤如疹疥，色白而痒，搔起白疕……。"又因状如松皮，故又名松皮癣。此外，古医籍中的干癣、白壳疮，也类似本证。由于平素血热，外受风邪，血热风盛则发；日久，伤阴耗血而致血虚风燥。此外亦有因风湿、毒热而致病者。

初起为针头到黄豆大的红色丘疹，可呈点滴状，其上起有干燥银白色的鳞屑，剥去后可见点状出血，逐渐扩大，可互相融合成片，呈古钱币状或扩大呈地图状。主要

分布在头皮、四肢伸侧面和躯干，多呈对称性，亦可发展到全身，有不同程度的瘙痒。一般冬重夏轻，个别有夏重的，愈后常有复发。

辨证论治：一般可分以下五种类型：

(1) 血热风盛者，发病较快，往往于感冒发热或咽痛之后，尤以小儿及青年人多见。血热伤营则起点点红斑，新的皮疹不断出现，迅速分布全身；风盛化燥，搔之微有脱屑，略有瘙痒；亦有虽患病已多年，又可出现新的皮疹而复发者。多见舌质红、苔薄黄或薄白，脉弦而数。治宜凉血清热、解毒为主，选用土茯苓汤、犀角地黄汤加减。

(2) 血虚风燥者，病久不退，但新起的皮疹已少，可见淡红或黯红的斑块，形如古钱币，或大片如地图状，皮肤干燥，层层脱屑，剥之出血。多伴大便干秘，舌质淡红或黯红，苔净，脉细弦等症。治宜养血活血、滋阴润燥，用养血润肤饮加减。

(3) 毒热伤营者，身见大片皮损，常因外用药不当，使用刺激性较强或药性猛烈的药物，如砒汞之类而致成红皮病。系毒热入于营血，蒸灼肌肤，伤营耗液，可见全身皮肤弥漫潮红，大量脱屑，伴口干引饮，心烦，舌质红绛，脉细数。治宜大剂清营解毒、滋阴润燥，选用化斑解毒汤、清营汤、清瘟败毒饮加减。

(4) 风湿痹阻者，全身泛发红赤或黯红皮损，屑白而厚，并见手足指趾关节红肿、灼热、疼痛，以后关节变形肿大，不能伸直；重者肢体、膝、足踝、脊柱等亦可受侵变形。并有发热恶风，舌淡红、苔薄黄或白腻，脉弦滑数等症。治宜祛风胜湿、通络活血，用桂枝芍药知母汤加减。

(5) 风湿热化毒者，乃风湿热之邪蕴久化毒，除身发皮损外，常于手掌、足跖皮肤深层并起针尖大小脓疱，灼热、糜烂、脱屑，此起彼落，反覆发作，痒痛相兼，重者全身多处亦起小点脓疱，并伴发热，口渴，小便短赤，大便干，舌质红、苔黄腻，脉滑数等症。治宜除湿清热、搜风解毒，用乌蛇搜风汤加减。

外治：初起皮损，避免使用刺激性较强的药物，可选用玉黄膏100克，加黄柏末20—30克，调和外搽，每日一次，对皮肤干燥、皲裂的病损，可单用玉黄膏外搽，或用杏仁、猪油捣涂。日久鳞屑厚的皮损，可用玉黄膏100克，加红升丹20—30克，调和外搽，在开始使用时，宜先选一小块皮损试擦，如无过敏反应，可以再涂别处，尤其对大面积皮损，更应慎用。此外，尚可用温泉疗法，这是一种比较温和的疗法，它有增进血液循环，减少皮屑，减轻瘙痒等作用。每日或隔日洗浴一次，疗程为一个月至几个月，开始时水温不宜过热，以免刺激而使病情加重。体弱病人慎用。

风热疮

发于躯体、疹形椭圆、色泽淡红、略起白屑的皮肤病，称为风热疮。见于《外科秘录》。血疳疮、紫疥亦类似本证。多因血热，复感风邪，风热相搏，郁于肌肤，血热风燥而发病。

初起可在躯干及四肢出现一个或多个蚕豆大小的母斑，约1—2周后于躯干、颈部、四肢近端出现椭圆形或圆形，边缘清晰，略见高起，中央平坦，为淡红色或棕红色斑，表面披有细屑。皮疹对称，其排列方向与皮纹一致。自觉症状轻微，少数病人可以剧痒，病程有自限性，约3—8周可以消退，少数病人可迁延半年以上，甚至愈后复发。

内治：治宜凉血消风，选用消风散、何首乌汤加减。亦可用紫草15—30克，小儿剂量减半，水煎服。每日一剂，10日为一疗程。若皮疹渐消，肌肤燥痒，舌淡苔薄，脉弦细，治宜养血润燥、消风止痒，选用四物消风饮、当归饮子加减。

针刺疗法：取穴合谷、曲池、大椎、肩髃、肩井、足三里，用泻法，留针10—15分钟，每日1次，10次为一疗程。

风瘙痒

皮肤瘙痒而无原发皮疹的皮肤病，称为风瘙痒。见于《诸病源候论》卷二。又称痒风。由于肝脾两经湿热内蕴，外受风邪，袭于肌肤，郁于肺经，故肌肤瘙痒，或因血热，生风生燥，或因产后血虚，老年气血不足，肌肤失养而致。

皮肤瘙痒有全身性及局限性两类。①全身性皮肤瘙痒，包括老年性皮肤瘙痒及冬季或夏季皮肤瘙痒。初起时，皮肤无原发皮疹，但瘙痒剧烈，因而皮肤因抓搔而出现血痂及线状搔痕，患者多伴性情急躁，夜寐不安。日久则瘙痒无度，皮肤干涩脱屑，可见苔藓样改变。②局限性皮肤瘙痒，有肛门瘙痒、女阴瘙痒、阴囊瘙痒、下肢瘙痒等，多为慢性过程，由于搔抓，患处皮肤肥厚而有苔藓化或湿疹样变等。

辨证论治：常见四种类型：

(1) 湿热受风者，皮肤瘙痒，搔后起丘疹或疱，或渗液，舌苔白腻或薄黄腻，脉弦滑。治宜祛风胜湿、清热止痒，选用消风散、防风通圣散加减。

(2) 血热生风者，皮肤瘙痒而见焮红，受热易痒，多发于夏季，时而心烦，口干，舌绛或舌尖红，苔薄黄，脉弦滑而数。治宜凉血清热、消风止痒，用凉血消风散加减。

(3) 血虚生风者，多见于冬季，患者以老年人为多，皮肤干燥而痒，面色少华。可伴有头晕、心悸、失眠等，舌淡苔净，脉弦细等症。治宜养血润燥、消风止痒，选用当归饮子、养血润肤饮加减。

(4) 风邪郁久者，皮肤瘙痒经年累月，皮肤肥厚苔藓样变，顽固不愈，舌红、苔薄黄，脉弦细。治宜搜风清热，用乌蛇驱风汤。此外，尚有某些内脏或系统疾病引起的皮肤瘙痒，则应以治疗原发病为主。

外治：全身性皮肤瘙痒可外擦苦参酒，或用苦参、马齿苋、百部、蛇床子等，煎水温洗。皮肤干燥而发痒者，用润肌膏，或用香油煎核桃仁，置冷外擦。局限性皮肤瘙痒，可选用蛇床子汤、皮肤外洗一方、苦参汤，或用苦参、白鲜皮、地肤子、明矾、马齿苋等煎水先熏后洗。

猫眼疮

皮肤斑疹多环相套，形如猫眼，称为猫眼疮。见于《医宗金鉴·外科心法要诀》："此证亦名寒疮，每生于面，及遍身，……初起形如猫眼，光彩闪烁，无脓无血，但痛痒不常。"发生在春秋季者，称雁疮，发于寒冬腊月者，谓寒疮。多因风热外受或湿热内蕴，复感寒邪，气血凝滞而发。本证好发于手背、足背、前臂及小腿伸侧、脸部等处，亦可出现在口腔粘膜及外阴部。

初起时，全身不适，伴有低热、头痛、关节酸楚，有不同程度的痒感。发疹时，出现红斑、紫红斑或丘疹，逐渐中央呈黯红色，形状不一，大小不等，并常有水疱或大疱。斑的周围可有红色晕，或多数环形损害，彼此融合成地图状；若大小环相套，各色相间，则形如虹膜。约3—4周后可自愈，不留疤痕或色素，但可复发。

辨证论治：常可分为以下三种类型：

(1) 风寒甚者，多见于寒冬腊月，遇寒加剧，好发于肢末、耳郭，有紫红或黯红猫眼状之斑疹，亦可出现水疱。舌质淡、苔白润，脉弦紧。治宜温经散寒、和营活血，选用当归四逆汤、复方附子汤加减。

(2) 风热者，斑疹发于春秋之际，好发于颜面、四肢，斑疹鲜红，瘙痒无度，舌红、苔薄白，脉弦数。治宜祛风清热，用升麻消毒饮、银翘散加减。

(3) 湿热者，斑疹淡红，多见水疱，舌红、苔黄，脉滑数等症。治宜理湿清热，用清肌渗湿汤或龙胆泻肝汤。

外治：风寒者，可用芫花、生甘草各30克，水煎候温，泡浸手足皮损处，每日1—2次，每次15—20分钟。如泡浸后引起局部反应皮肤红肿者，应即停药洗。渗液多、脂水淋漓者，可用生橄榄1000克，捣烂，清水1000毫升，慢火煎至溶液呈草绿色，将溶液静置半小时，去其沉渣，取水溶液，局部湿渍，每日3—4次，每次10—15分钟。亦可用真君妙贴散，芝麻油调搽患处。

瓜藤缠

发生在下肢，以皮下结节伴有红斑、浮肿疼痛的皮肤病，如瓜藤缠生，称为瓜藤缠。见于《证治准绳》，谓："足腹生核数枚，肿痛，久之溃烂不已……。"室火丹亦类似本证，俗称梅核丹、梅核火丹。多发生于女性。由于素体脾虚失运，湿热下注，流窜经络，气血瘀滞，导致下肢结节绕胫而生。瘀久化热，焮红漫肿；气滞血瘀，不通则痛；湿热下注，小腿浮肿。

初起于胫前可见多发性如小指头或黄豆大小、焮红之皮下结节，突出皮表，色鲜红或紫红，疼痛较重，伴有下肢浮肿，约2—3周后消退，从不破溃。亦有见于小腿后下三分之一处，出现黯紫红色之斑块或结节皮损，数目较少，可破溃形成溃疡，久不愈合。

辨证论治：常分三种类型：

(1) 血热偏盛者，症见结节焮红漫肿，痛楚颇剧。治宜凉血活血通络，选用活络效灵丹、通络活血方。

(2) 湿热下注者，症见关节酸楚不适，足跗浮肿，步履不便，结节潮红，纳呆便溏，舌苔黄腻，脉滑数等。治宜清热利湿、活血化瘀，选用龙胆泻肝汤、上中下通用痛风方或通络活血方合三妙散加减。

(3) 阴虚火旺兼瘀者，症见皮肤结节斑块色黯紫黑，久溃不敛，疮面污秽，颧赤唇干，盗汗，五心烦热，困乏无力，舌红，脉细数等。治宜养阴清热、活血通络，选用知柏地黄丸合通络活血方加减。

外治：外洗以活血通络、清热解毒为主，可用当归尾、威灵仙、红花、刺猬皮、苍耳子、葱白等，水煎外洗，每日1—2次，每次20分钟。红肿疼痛者，用四黄膏外敷；溃破不敛者，如创面污秽，先掺五五丹去腐，待肉芽红活，再用生肌玉红膏外贴。

瘢痕疙瘩

因外伤引致皮肤的异常瘢痕，称为瘢痕疙瘩。俗称蟹足肿。《太平圣惠方》谓："夫瘢痕者，皆是风热毒气，在于脏腑，冲注于肌肉，而生疮疹，及其病折疮愈，而毒气尚未全散，故疮痂虽落、其瘢犹黯，或凹凸肉起，宜用消毒灭瘢之药以敷焉。"对本证的病因和症状作了扼要的描述。本证因外伤、手术、烧伤、粉刺及搔抓等刺激，毒气尚未全散，肌肤疏泄失畅，气滞血瘀而致，常与禀赋有关。好发部位为胸前、肩、背、颜面和四肢等处。

瘢痕高出皮面，病变超出原来创口范围，边缘有不规则的爪状突起，形如蟹足，或如蜈蚣，有的呈小片状或条状，色黯红或紫黯，质地较硬，表面发亮。局部微微作痒，阴天加重或痛痒，病程较长。可逐渐增大，很少自行萎缩。

内治：宜活血化瘀、软坚散结，用活络效灵丹加减，选加鸡血藤、郁金、三棱、莪术、蜈蚣、山慈姑、夏枯草、血竭等，或选用血府逐瘀汤、大黄䗪虫丸等加减。

外治：宜祛瘀解毒、软坚散结，选用黑布药膏或疤痕软化膏外敷。或用瘢痕膏摩方：丹参、栀子仁、生半夏、僵蚕、乌梅、生姜、黄连、芦荟、通草、蓖麻油等制成软膏，以指摩法施于瘢痕局部。每日1—3次。

鸡眼

生于足跖或足趾的状如鸡眼的圆锥形角质增生物，称为鸡眼。见于《圣济总录》。又称肉刺。由于足底或趾

间长期受到挤压与摩擦，气血运行不畅，肌肤失养而发病。本证大多生于足缘或足趾间，初起受压皮肤增厚，疼痛不甚，继则呈局限性圆锥状，尖端伸入肉里，底面略高出皮肤，而中心凹陷，表面为黄白色，如豌豆或更大，触之坚硬，常单发，偶有多发，常因尖端向内，行走受压时往往疼痛剧烈。

治疗：①敷药：先将鸡眼角化硬皮剪去少许，后用胶布在中央剪一小孔同鸡眼大小，贴在患处露出鸡眼保护正常皮肤，再用鸡眼散或千金散掺鸡眼上，外用胶布将所撒药物固定，5—7日换药一次。亦可用水晶膏。或用鸦胆子，放在火上烤成黄色，用刀将鸦胆子压成片状，敷于鸡眼上，胶布固定，每日一次。或用鸡眼膏（成药）外贴。②艾灸：将艾炷放在鸡眼上点燃，连灸三壮，一般1—2次即愈。③针刺：常规消毒，直刺并透过鸡眼根部，留针20分钟，针刺1次，观察5日，一般1—2次而愈。此外，尚有用修脚术治疗。平时应穿合适而柔软的鞋以减少摩擦和压迫，预防再发。

胼胝

掌跖部表皮角质层局限的片状增厚，称为胼胝。见于《诸病源候论》卷三十，谓："人手足忽然皮厚涩而圆短如茧者，谓之胼胝，此由血气沉行，不荣其表，故皮涩厚而成胝。"又称脚垫，俗称茧子。因长期受压或摩擦，局部气血运行阻滞而发病。本证好发掌跖部，也可因某些职业的关系而发生在其他部位。

表现为局限性皮肤增厚，呈蜡样黄色，扁平或隆起，质硬、光滑，中央部分最厚，越近边缘越薄，境界多不清楚，汗液减少，当压迫时可有轻度疼痛，病程缓慢。由于胼胝具有一定的保护作用，一般不需治疗。如出现疼痛时，先用热水浸泡患处后，用小刀修削硬皮，外敷万灵丹，周围用胶布保护正常皮肤，5—7日换药一次，每次换药时，先用热水浸泡患处，并刮除软化之硬皮。亦可采用修脚术治疗。

粉刺

颜面、胸背等处所生炎症性丘疹，挤之有碎米粒样白色粉质的皮肤病，称为粉刺。见于《太平圣惠方》。又称为痤、面皰、面皶、酒刺。好发于青春期。由于肺经风热，熏蒸于肌肤，搏结不散而成；或过食膏粱厚味、辛辣之品，脾胃蕴湿积热，上熏于肺，外犯肌肤所致。此外，冲任不调，亦可导致肌肤疏泄功能失畅而发。

本证好发于颜面、上胸和肩背等多油腻的部位。初为针头大小，位于毛窍部的红色丘疹，有的为黑头粉刺，可挤出碎米粒样物，继续发展则可产生脓疱、结节、小囊肿，愈后可有疤痕。皮损的分布散在或密集，病程缓慢，一般在青春发育期过后有自愈倾向。

辨证论治：常见三种类型：

（1）肺经风热者，症见颜面部以散在的、位于毛窍部的红色丘疹为主，可有脓疱，舌尖红、苔薄黄，脉数等。治宜疏风宣肺清热，选用枇杷清肺饮、黄芩清肺饮，可选加白花蛇舌草、鱼腥草等。

（2）脾胃湿热者，症见颜面皮肤油腻不适，皮损有丘疱疹或脓疱、结节，伴见大便秘结，舌苔黄腻，脉濡数或滑数等。治宜清热化湿通腑，选用茵陈蒿汤、牛黄上清丸、黄连上清丸加减。可酌加苦参、凤尾草等。皮损中结节或囊肿明显者，宜选加行气活血之品，如桃仁、红花、三棱、莪术、丹参等。

（3）冲任不调者，症见病情常有周期性变化，月经前后加重，并可伴有月经不调或痛经，舌质黯红、苔薄黄，脉弦细数等。治宜调摄冲任、疏肝解郁，用逍遥散，酌情选加丹皮、红花、生地黄、益母草、凌霄花等。

此外，本病尚可使用白花蛇舌草15—30克，每日一剂，水煎服，连用6—16日为一疗程。

外治：用颠倒散水调搽或用颠倒散洗剂、三黄洗剂等外涂。一般来说，本病有自愈倾向，轻者可不治疗，但须避免用手挤捏患部。平时适当用硫黄香皂洗脸，以减少油腻，不宜用碱性太大的药皂，以免发生刺激；患者宜少食脂肪、糖类，忌食辛辣食物和饮酒，多吃瓜果蔬菜，保持大便通畅。

酒皶鼻

鼻部皮肤潮红、红丝缠绕，或显粟米样丘疹等的慢性皮肤病，称为酒皶鼻。见于《诸病源候论》卷二十七，谓："此由饮酒，热势冲面，而遇风冷之气相搏所生，故令鼻面生皶，赤皰匝匝然也。"又称鼻赤，俗名红鼻子。多由过食辛辣厚味，肺胃积热上蒸，复遇风寒外袭，血瘀凝结而成；或与嗜酒，酒气熏蒸有关。

初起在鼻、两颧部发生暂时性皮肤潮红，表面油腻光亮，尤以食辛辣之品及情志紧张时更趋明显，舌质红，苔白或黄，脉滑数，属肺胃积热，治宜泻肺清胃，选用枇杷清肺饮、凉血四物汤、白虎汤加减。日久潮红持续不退，常伴有红丝缠绕，呈细丝状，分布如树枝，损害继续进行，成批出现粟米样大的丘疹、脓疱，毛孔张开，特别是鼻部，红丝缠绕更著，纵横交错呈蛛网状，可有轻度痒痛；日久鼻尖端皮色渐变紫褐，皮肤肥厚增大充血，呈结节状增生如瘤状，证属血瘀，治宜活血化瘀，选用通窍活血汤、桃红四物汤加减。因酒气熏蒸所致，用凉血四物汤加苦参、葛花、枳椇子等。

外治，用颠倒散洗剂外擦，或用硫黄散、蛤粉膏外涂。

腋臭

腋下汗液带有特殊狐臭味的皮肤病，称为腋臭。《诸

病源候论》卷三十一,称为狐臭:"人腋下臭,如葱豉之气者,亦言如狐狸之气者,故谓之狐臭。"《杂病源流犀烛》谓:"腋臭漏腋,皆先天湿郁病也"。多见于青壮年,尤以女性为多,经绝后,症状减轻或消失。多因湿浊浸淫腋下腠理所致,或与遗传有关。多发生于平素多汗的腋部,汗液不易蒸发,排出带有特殊气味的汗液,轻者在不出汗时可无臭味,重者则有臭味,令人不可相近。患者常有油耳。

治疗,用密陀僧散加枯矾粉,干扑患处,每日早晚一次。或用枯矾30克,蛤蜊壳粉15克,樟脑15克,共为细末外扑。亦可用碘椒酊外搽。或用龙眼核12个、胡椒54粒,研末干扑,汗液多时效果更显。以上外治方法使用后大多能减轻症状。但经上述或其他疗法无效时,可考虑手术疗法。

白癜风

皮肤局限性色素脱失而形成白色斑片的皮肤病,称为白癜风。见于《医林改错》。又称白癜、白驳风。《诸病源候论》卷三十一谓:"白癜者,面及颈项身体皮肉色变白,与肉色不同,亦不痒痛,谓之白癜。"任何年龄均可发病,病程缓慢,甚至终身不退。多由于气机不畅,气血不和,复感风邪,搏于肌肤,血不荣肤,以致气滞血凝而发病。

本证好发于颜面、四肢、躯干等处,出现皮疹为大小不等,形状不一的白色斑片,表面光滑,初为圆形,单侧发病,以后可呈对称性,亦可多发,有逐渐增大的趋势,随之,斑片常由圆形渐变为不整形,表面呈乳白色,边缘清楚,而外围皮色较深,损害中间色素增多,常呈散在的岛屿状斑点,患处毛发也可变白。

一般无自觉症状,但白斑广泛者,太阳晒后可发红。白斑渐向四周扩大,互相融合,或发展到一定范围时,停止发展,但不易消退,偶有自行消退者。治宜活血理气祛风,选用白癜风丸、首乌饮、通窍活血汤或白驳片。亦可用豨莶丸,每次1丸,每日3次,空腹陈酒送下。中药制斑素注射液,每次4毫升,肌内注射,每日1次,14次为一疗程。外治,用密陀僧散擦患处,或25%补骨脂酊外搽、或黄灵粉外搽。亦可配合梅花针局部叩击。

黧黑斑

好发于面颈部的灰黑色皮肤病,称为黧黑斑。见于《外科正宗》。又名黧黑皯黯。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:"此证一名黧黑斑,初起色如尘垢,日久黑似煤形,枯暗不泽,大小不一,小者如粟粒赤豆,大者似莲子、芡实,或长,或斜,或圆,与皮肤相平。"可发生任何年龄,但以壮年妇女较多见。常因脾气不足,肤失濡养所致,或肾亏火旺,血虚不荣,以致燥结而成。

初起患处轻度潮红,瘙痒,继则出现青灰色斑,日久则呈深灰色。发展到一定程度,停止发展,颜色逐渐变淡,但不易完全消退。

内治:脾虚者常伴有胃纳差,食后腹胀,乏力怠倦,便溏,舌质淡、苔白,脉沉细等症。治宜健脾益气,选用补中益气汤、六君子汤加减。阴虚火旺者,常见面色灰暗不华,腰膝酸软,疲倦无力,舌质红绛、少苔等症,治宜滋阴降火,选用大补阴丸、知柏八味丸加减。

外治:外搽玉容散或用密陀僧研细末,人乳调搽。或醋浸白术外搽患处。

油风

头发突然发生斑状脱落的皮肤病,称为油风。见于《外科正宗》。《诸病源候论》卷二十七称为鬼舐头。多因气血虚弱、肝肾亏损,发失所养;或肝气郁结,气机不畅,气滞血瘀,血不养发;或血热生风,风动则发不固而脱落。

本证常突然发生,一般无自觉症状,间有感觉头皮瘙痒者,多于无意中发现或被他人发现。初为孤立的局限性圆形或椭圆形斑状脱发,头皮光亮,境界清楚,毛囊口也清晰可见,继续发展,则损害的数目、范围均可增多、扩大。严重者可累及整个头部,以致头发大部或全部脱落,甚者累及全身毛发,包括眉毛、胡须、腋毛和阴毛等都可以脱落。在恢复过程中,脱发部位开始生长毛发,大都细而软,色呈淡黄或灰白,类似毳毛,其后日渐增粗变长而恢复正常。病程可以持续数月或数年,有的可以复发。

辨证论治:常见三种类型:

(1) 气血虚弱、肝肾亏损者,症见头发成片脱落,日渐稀疏,伴面色萎黄,腰膝酸软,或眩晕,失眠,舌淡红,脉沉细等。治宜补益气血、滋养肝肾,选用神应养真丹、七宝美髯丹、十全大补汤加减。肾阴虚为主者,选用六味地黄丸、左归丸加减。

(2) 血瘀者,症见头发成片脱落,病程较长,且伴有头痛、面色黯晦,舌边尖有瘀点或舌质黯红,脉涩或微细等。治宜活血祛瘀,用通窍活血汤加减;若肝气郁结者,则宜疏肝解郁,用逍遥散,选加代赭石、珍珠母、赤石脂等。

(3) 血热者,症见头发突然成片脱落,甚者须眉俱落,伴头皮有热冲感,唇红、舌边尖红,脉弦数等。治宜凉血清热,选用凉血地黄汤合二至丸加减。

外治:用海艾汤水煎外洗;选用50%补骨脂酊、10%辣椒酊、25%—35%侧柏叶酊等外涂;醋调补骨脂末、川乌末等或以20%硫黄软膏调生半夏末15克为糊状外涂;用生姜或大蒜切片局部外擦。此外,亦可应用梅花针叩击患处。

蛇身

皮肤干燥粗糙并有鳞屑,状如蛇皮的皮肤病,称为蛇

身。见于《诸病源候论》卷三十七，谓："蛇身者，谓人皮肤上，如蛇皮而有鳞甲，世谓之蛇身也，此由血气否涩，不通润于皮肤故也。"俗称蛇皮癣。本证由于营血不足，血虚风燥，肌肤失于濡润而成。有遗传性。

病情有轻重程度的不同，最轻者仅为皮肤干燥粗糙、鳞屑细小；严重者常见于胎儿，多为死胎或鳞屑厚似铠甲，常出生后数日死亡。一般患者多于幼年发病，皮损主要分布于四肢伸侧，肘膝伸侧尤为显著，皮肤干燥粗糙，上有大小厚薄不等的鳞屑，常相互紧密靠拢呈镶嵌状，如蛇皮或鱼鳞状；甚者皮损分布于全身，仅腋窝、肘窝、腘窝及腹股沟处皮肤近于正常，面部损害很轻。患者掌跖部皮肤较常人干燥，指甲常粗糙及变脆，毛发也较常人干燥或稀少。皮损变化有明显的季节性，轻者，夏季皮损消失，四肢暴露部位恢复正常；重者，夏季皮损虽可暂时减轻，至寒冷季节，皮损复又加重。治宜养血润燥祛风，可选用养血润肤饮、鱼鳞汤加减。亦可常服苍术膏，每日冲服二匙。外治，宜润肤，可用润肌膏等外涂。

骨折

外力作用于机体，骨的完整性或连续性受到破坏称为骨折。《周礼》卷九记载"折疡"，汉郑玄注为腕折。《荀子·修身》有"其折骨绝筋，终身不可相及也"的记载。马王堆汉墓出土的帛书《阴阳脉死候》将开放性骨折称为"折骨裂肤"，将粉碎性骨折称之为"骨破碎"。《外台秘要》卷二十九称为"骨折"。骨折为骨伤科主要病证之一。各种原因产生的骨折，由于损伤部位和程度的不同，表现出不同证候。因此，必须辨别证候，分析病机和骨折形态及有关的检查资料，作出骨折的分类、诊断，从而制定出治疗方案。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》所云："使断者复续，陷者复起，碎者复完，突者复平。"以达到治愈的目的。

中国医学对骨折的诊疗历史悠久，在复位、固定、功能锻炼和药物治疗四个方面各有其独特的优点。

病因　骨折的发生多为暴力作用于人体而致。如《证治准绳·损伤门》转载元刘宗厚云："打扑金刃损伤，是不因气动而生于外，外受有形之物，乃血肉筋骨受病。"故骨折是在以外因为主的作用下产生的。

骨折外因　常见的有以下五种：

(1) 生活损伤：日常活动中发生的损伤，如家务劳动、步行跌倒、自高跌坠、儿童嬉戏等损伤而引起的骨折均属此类。

(2) 劳动损伤：从事工农业生产劳动，接触高速运转机器，因违反操作规程或防护措施不够而造成损伤，多发生较严重的骨折。

(3) 运动损伤：从事剧烈竞技性运动或不熟练的高难动作表演，或准备活动不够，易受损伤而发生骨折。

(4) 交通事故：以车祸为多见。翻车或被车撞辗伤，骨折较严重，且多有合并伤；紧急刹车而发生撞击、压砸而造成跌折伤。

(5) 火器损伤：战场、军事训练或开山放炮等，多发生开放性骨折，如属炸伤则伤口感染率高，或合并有烧伤。

引起骨折的暴力按其性质可分四种：

(1) 直接暴力：骨折发生在与暴力直接接触部位，如打伤、压伤、撞伤和枪伤等，常引起横断骨折或粉碎性骨折，骨折部位周围筋肉损伤较严重，脉络受损后，气血循行受阻而瘀滞，筋不能束骨，势必影响骨折端的稳定性，如为开放性骨折，皮开肉绽，脉络损破而出血，若不洁之物及外邪侵入创口，则易于感染。

(2) 间接暴力：暴力作用在远离骨折部，通过杠杆或旋转力作用将暴力传导到骨质脆弱部位而发生骨折，一般筋肉损伤较轻，常发生斜形骨折、螺旋骨折，若骨折发生在前臂或小腿，两骨骨折线多不在同一水平线上。如为开放性骨折，折端由内向外穿出皮肉，伤口较清洁，感染较少。

(3) 筋肉收缩：由于筋肉急骤而强烈的收缩和牵拉可致骨折，如投掷运动可发生肱骨下 1/3 段螺旋骨折，跪跌时，股四头肌强烈收缩可引起髌骨骨折。

(4) 持续劳损：长期持续较轻的直接暴力或间接暴力集中在某一部位，亦可发生骨折，如长途跋涉可发生第二、三跖骨及腓骨中、下 1/3 骨折。骨折多无移位，但愈合缓慢。

骨折内因　骨折虽以外因为主，但与禀赋强弱、脏腑盛衰、年龄老幼、骨骼健康等内在因素有密切关系。骨折内因大体可分三种：

(1) 年龄和职业：年青力壮，气血旺盛，筋骨强健，周身轻灵，趋避和耐受暴力的能力均强，除过重暴力外一般不易发生骨折；年老体弱，气血亏损，肝肾不足，骨质疏松，筋骨萎弱，动作迟缓，容易遭受暴力而发生骨折；儿童肾气未充，肌力不强，动多于静，且动作不够协调，常易跌撞而致骨折；重体力劳动、剧烈运动及常接触高速运转机器，发生骨折机会亦较多。

(2) 解剖部位和结构：在松质骨和坚质骨交接部易发生骨折，如肱骨外科颈骨折；在多关节部位，活动范围小和活动范围大的交接处易发生骨折，如第十二胸椎和第一腰椎易发生骨折；幼儿骨膜较厚，骨骼胶质较多，易发生青枝骨折；青少年骨骺未闭合，易发生骨骺分离；肱骨下段扁平，在幼儿时结构脆弱，易发生肱骨髁上骨折。

(3) 骨骼病变：骨骼先有病理变化，骨小梁已遭破坏，如脆骨病、骨髓炎、骨结核、骨肿瘤等，轻微暴力即可产生骨折。

诊法　局部伤折与整体息息相关，因此，骨折的辨证诊断必须有整体观念，既要注意骨折局部，也要照顾全身伤情。通过详细询问受伤病史，认真进行体格检查，以作出正确诊断。

病史　根据受伤病史，了解受伤时间，暴力的大小、方向、性质和形式，如坠堕、车撞、打击、机器绞轧、挤压等，并要询问外力作用的部位，受伤时的姿势等，从而分析受伤程度。如跌扑、扭伤，骨折多较轻而单纯；坠堕，重物挤压、车祸，骨折常为较重的复合损伤。

证候　骨折后全身和局部会出现不同的证候。

当轻微及较小部位骨折，裂缝骨折或指、趾骨骨折时，一般无全身症状；完全骨折后如发热、口苦心烦、口渴、便秘尿赤、夜寐不安、舌质红、苔黄厚腻、脉浮数或弦紧者为血瘀化热证；开放性骨折出现高热，应考虑伤口感染。如合并内出血、内脏损伤、气血双脱等会出现严重的全身相应证候。

局部症状有疼痛、肿胀、功能障碍等。①疼痛：骨折后脉络受损，气机阻滞而出现疼痛，直接按压骨折局部或未作固定时移动患肢，均可产生疼痛。②肿胀：骨折局部脉络损伤，离经之血，阻塞经道，瘀滞于肌肤腠理而呈肿胀，若伤重出血多，伤血离经，透过撕裂的肌肉、筋膜，溢于皮下而成瘀斑。肿胀严重可出现水泡。③功能障碍：肢体失去骨的杠杆支持作用，加之疼痛较剧，筋肉痉挛软组织损伤，致使患肢功能障碍，一般不完全骨折、嵌插骨折功能障碍程度较轻，有移位的完全骨折则功能障碍较重。

骨折部位还有其特殊症状。①畸形：骨折因暴力作用的方向，肌肉持续牵拉，骨折远段肢体重力，不适当固定和运送等使骨折端产生移位，肢体会出现各种不同的畸形。②骨擦音：由于骨折两断端相互摩擦，在摸诊时偶尔听到或感到有摩擦声音，但不应主动寻找骨擦音，以免增加患者的痛苦，加重局部的损伤。③异常活动：在骨折局部非关节的骨干部位，出现屈曲、扭转等不应有的活动，为帮助诊断，可拍摄X线片，以明确骨折的部位、类型和移位情况。

分类　骨伤的分类是按骨伤的部位、性质、时间、程度等进行归属，以便进一步指导临床治疗的方法。在周代对损伤就有了分类，如《礼记》已将损伤分为金疡、折疡，又记载了损伤可分为伤(皮伤)、创(肉创)、折(骨折)、断(骨肉皆断离)四类。唐代《外台秘要》又将损伤分为外损与内伤两类。后世对损伤又有许多不同的分类法。例如：

按损伤部位的不同可分为：外伤和内伤。外伤是指皮、肉、筋、骨损伤，可具体分为骨折、脱位与伤筋；内伤是指脏腑损伤及损伤所引起的气血、脏腑、经络功能紊乱而出现的各种损伤内证。

按损伤的发生过程和外力作用的性质可分为：急性损伤与慢性劳损。急性损伤是指由于突然而来的暴力所引起的损伤；慢性劳损是指由于劳逸失度或体位不正而使外力经年累月作用于人体所致的损伤。

按受伤的时间可分为：新伤与陈伤。新伤主要是指受外力作用后发生病证并立即就诊者；陈伤又称宿伤，是指新伤失治，日久不愈，或愈后又因某些诱因，隔一定时间在原受伤部位复发者。

按受伤部位皮肤或粘膜完整性受到破坏与否可分为：闭合性损伤与开放性损伤。闭合性损伤是指钝性暴力损伤而外部无创口者，由于皮肤完整，则外邪不易侵入伤处；开放性损伤是指由锐器、火器或钝性的暴力作用使皮肤或粘膜破损而有创口流血，深部组织与外界环境沟通者。伤后外邪可以乘机侵入，引起感染，故变证多端。

按受伤的程度不同可分为：轻伤与重伤。损伤的严重程度取决于致伤因素的性质、强度、作用时间的长短、受伤的部位及其面积的大小、深浅等，一般在外伤中伤皮肉病情较轻，伤筋骨较重，在内伤中伤气血较轻，伤内脏较重等。

按致伤因素的职业特点可分为：生活损伤、工业损伤、农业损伤、交通损伤、运动损伤和自然灾害损伤等。

按致伤因素的性质种类可分为：物理损伤、化学损伤和生物损伤等。物理损伤包括外力、高热、冷伤、电流等，而中医骨伤科学研究的对象主要是外力因素引起的损伤。

治疗　目的是使损伤的筋骨恢复其完整的支干和刚劲束骨作用。因此，除骨折发生当时要妥善急救处理外，治疗包括复位、固定、功能锻炼、内外用药。复位是使移位的骨折端恢复到解剖位或功能位，以利还复骨的支干作用；固定是在复位的基础上，维持骨折端在良好位置上，直至愈合；功能锻炼是在不影响骨折固定和愈合的前提下，进行全身和患肢合理的锻炼活动，防止肢体肌肉萎缩、骨质疏松、筋肉挛缩、关节僵凝和全身并发症的发生；内外用药是在辨证论治理论指导下，辨证与辨病结合，整体与局部结合，分阶段内外用药。同时，在继承中医传统丰富的理论和经验的基础上，必须贯彻固定与活动相结合(动静结合)，骨与软组织并重(筋骨并重)，局部与整体兼顾(内外兼顾)，医疗措施与患者主观能动性密切配合(医患合作)的观点。这样就可收到患者痛苦少，骨折愈合快，治疗时间短，功能恢复好，并发症少的显著效果。

骨折的急救　现场急救的目的，在于用简单而有效的方法抢救生命，保护患肢，使能安全而迅速地运送到附近医院，以便获得妥善的治疗。①如有气脱、血脱发生，要尽快急救，患者要平卧，安静保暖。②如为昏迷患者，应保持呼吸道通畅，并可针刺十宣、人中穴。③如为开放性骨折，一般出血可用急救包、消毒纱布或其他清洁布类包扎伤口，以压迫止血，减少伤口感染，如大血管出血，急用手指按压止血，再用止血带止血，须记录上止血带的时间。在运送途中每一小时松解止血带数分钟，以避免患肢坏死。如骨折端戳出折口外，并未压迫主要的血管、神经时，不应立即复位，避免将污物带入伤口深部而致感染。④骨折的临时固定可便于输送，防止加重骨折周围软组织损伤，减轻痛苦。固定操作时，尽量减少摇动患肢。固定的材料可就地取材，如长木板、木棍、竹竿、扁

担、步枪等。如缺上述材料，上肢骨折时将患肢屈肘90°，缠绑在躯干上，下肢骨折时将患肢缠绑在健肢上。固定后宜观察患肢血运情况。

骨折的复位 又称骨折整复或接骨法。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："接者，谓使已断之骨，合拢一处，复归于旧也。"又云："夫手法者，谓以两手安置所伤之筋骨，使仍复于旧也……诚正骨之首务哉。"

骨折复位分为手法复位和手术复位。

(1) 手法复位的时间：若全身情况许可，复位时间愈早愈好。时间愈久，骨折整复难度愈大。一般骨折后2—3周内，均可进行手法复位。若骨折超过3周者，整复较为困难。若患肢肿胀严重，可暂不整复，先作临时固定或作持续牵引，抬高患肢，内服外敷活血祛瘀、消肿止痛药物，待肿胀减轻后，尽早整复。对儿童肘部骨折，不必等待肿胀消退后再作整复。在复位之前，可采用挤压消肿法，即用两手掌相对挤压骨折部位，用力要轻、匀、持久，并避开骨折尖锐端，肿胀即可减轻而有利于整复。若患肢有张力性水泡，程度较轻，且不在复位手法着力点上时，可抽干水泡，外敷生肌玉红膏，或消毒纱布覆盖。手法复位时，尽可能避开有水泡部位，若水泡过大，或有感染时，宜等待水泡好转后，再进行复位。

(2) 手法复位前的准备：医者和助手先须充分了解病史、骨折类型和移位方向，制订手法复位的方案和防止意外的措施，明确参加复位人员的分工及配合步骤，准备好恰当的固定材料，如夹板、固定垫、牵引装置、托架等，以免临时仓促，影响复位的效果。骨折复位应采用麻醉止痛，便于复位操作。《三国志·魏书·方技传》记载了汉华佗运用麻沸散内服麻醉施行手术的实例。晋葛洪运用羊踯躅(即闹羊花)、草乌等作麻醉药物。唐蔺道人《仙授理伤续断秘方》认为凡整骨都要先服麻醉药。元危亦林《世医得效方·正骨兼金镞科》云："草乌散治损伤骨节不归窠者，用此麻之，然后用手整顿。""攧扑损伤，骨肉疼痛，整顿不得，先用麻药服，待其不识痛处，方可下手。"说明了麻醉整复骨折、脱位的方法。近代，随着科学的发展，临床中可选用针刺麻醉、中药麻醉、局部麻醉、神经阻滞麻醉、硬膜外麻醉等。

(3) 复位手法：见"理伤手法"。

(4) 复位标准：骨折的畸形和移位完全矫正，恢复了骨的正常解剖关系，对位、对线完全良好时，称为解剖复位。正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》指出：骨折复位必须达到"使断者复续，陷者复起，碎者复完，突者复平"的要求。解剖复位可使折端稳定，便于早期功能锻炼，骨折愈合快，功能恢复好。对每个骨折都应争取达到解剖复位。骨折复位虽尽了最大的努力，某种移位仍未完全纠正，但骨折在此位置愈合后，对肢体功能无明显妨碍者，称为功能复位。对不能达到解剖复位者，应力争达到功能复位。功能复位的要求按患者的年龄、职业和骨折部位的不同而有所区别。例如，治疗老年人骨折，首要任务是保存其生命，对骨折复位要求较低。然而，对年轻的舞蹈演员、体育运动员，骨折的功能复位则要求很高，骨位不良则影响其功能。关节内骨折，复位要求也较高。功能复位的标准是，骨折部的旋转移位必须完全矫正，重叠移位和成角移位得到矫正，肢体力线基本正常，长短大致相等。成角移位若与关节活动方向一致，日后在骨痂改造塑形中有一定的矫正和适应，但成人不宜超过10°，儿童不宜超过15°。成角若与关节活动方向垂直，日后不能矫正和适应，故必须完全复位。骨折的对位，若长骨干骨折，至少应达1/3以上，对干骺端骨折至少达3/4左右。儿童处于生长发育时期，下肢骨折缩短2厘米以内，若无骨骺损伤，可在生长发育过程中自行矫正，成人则要求缩短移位不超过1厘米。

(5) 手术切开复位：适用于手法复位未能达到功能复位而严重影响功能者；骨折断端有软组织嵌入，手法整复失败者；关节内骨折，手法复位后对位仍不良，估计日后影响关节功能者；骨折合并大血管损伤，在处理血管损伤的同时作骨折复位与内固定术；全身多发性骨折，不便于护理和治疗，为了防止并发症的发生，可选择适当的部位作切开复位、内固定；陈旧性骨折畸形愈合，影响肢体功能，而手法复位又失败者。因切开复位内固定对骨折周围的骨膜与软组织均有损伤，影响了骨折部位的血液供给，可能导致骨折延迟愈合或不愈合。同时，由于局部抵抗力降低，若无菌技术不严格，易发生感染。《世医得效方·正骨兼金镞科》云："又切不便轻易自恃有药，便割，便剪，便弄，须要详细审视，当行则行，尤宜仔细。"因此，必须严格掌握适应证，切勿滥用。

骨折的固定 有外固定和内固定两类。外固定有夹板、持续牵引；内固定有接骨板、螺丝钉、髓内钉、钢丝、钢针等。

骨折的功能锻炼 是增强体质，改善全身和局部症状，防止肌肉萎缩、关节僵凝，加速骨折愈合，促进患肢功能恢复的有效方法。根据骨折三期分治的理论，在各个时期中功能锻炼的力量、活动范围、姿式和要求均可不同。①骨折早期，患肢局部肿胀、疼痛、骨折稳定性差(指完全性骨折)，容易产生再移位。气血瘀滞，筋肉损伤有待修复，疼痛未除，不宜作大范围或用力较大的活动。锻炼的主要形式是使患肢筋肉作主动舒缩活动，骨折的上下二个关节基本不动，身体其他部位关节均应进行功能锻炼。例如前臂骨折，可作金龙探爪活动、股骨骨折可作股四头肌舒缩活动等，此期功能锻炼的目的是促进患肢血液循环，活血、散瘀、消肿，防止肌肉萎缩和关节粘连，并促使两骨折面紧密接触及矫正骨折残余移位。②骨折中期，血瘀气滞渐趋消散，局部肿胀减退，疼痛逐渐消失，瘀未去尽，新骨始生，骨折部日趋稳定，锻炼形式是继续进行患肢肌肉舒缩活动，并可作在健手扶持或医务人员帮助下，逐步活动患部上、下关节，但动作应缓慢，活动范围由小到大，随着骨折接近临床愈合，须逐渐增加活动次

数，加大活动幅度和力量。③骨折后期，骨折已临床愈合，夹缚固定已解除，但筋骨未坚，肢体功能未完全恢复，此时锻炼目的是尽快恢复患肢关节功能和肌力，达到筋骨坚强、关节滑利。功能锻炼期间可配合热熨、熏洗、按摩、推拿等。

骨折的药物治疗 内服与外用药物是治疗骨折的两个重要方法。古代医家积累了不少秘方、验方，都各有特长，清陈士铎著《辨证录·接骨门》指出："人有跌伤骨折，内治之法必须活血化瘀为先，血不活则瘀不能去，瘀不去则骨不能接也。"因此，把"瘀去、新生、骨合"作为理论指导进行内外用药，对纠正因损伤而引起的脏腑、经络、气血功能紊乱，促进骨折的愈合均有良好作用。①早期，由于筋骨脉络的损伤，血离经脉，瘀积不散，气血凝滞，经络受阻，故宜活血化瘀、消肿止痛为主，可选用活血止痛汤、和营止痛汤、新伤续断汤、复元活血汤、夺命丹、八厘散、肢伤一方等，如有伤口者可加服玉真散。外用消瘀止痛药膏、清营退肿膏、双柏散等外敷，有伤口者，可外敷生肌玉红膏。②中期，肿胀逐渐消退，疼痛明显减轻，但瘀肿虽消而未尽，骨尚未连接，故治宜接骨续损为主，可选用新伤续断汤、续骨活血汤、桃红四物汤、肢伤二方、接骨丹、接骨紫金丹等，接骨药有自然铜、血竭、地鳖虫、骨碎补、续断等。外用接骨续筋类药膏，如接骨续筋药膏，驳骨散、碎骨丹等。③后期，一般已有骨痂生长，治宜壮筋骨、养气血、补肝肾为主，可选用壮筋养血汤、生血补髓汤、六味地黄汤、八珍汤、补肾壮筋汤、肢伤三方、续断紫金丹等，并可适当注意补益脾胃，可用健脾养胃汤、补中益气汤、归脾丸等加减。外用万应膏、损伤风湿膏、坚骨壮筋膏、金不换膏、跌打膏、伸筋散等。为防止关节强直、筋脉拘挛，可外用熏洗，熨药及伤药水揉擦，配合功能锻炼，达到活血散瘀、舒筋活络、迅速恢复功能的目的。一般常用的熏洗及熨药方有海桐皮汤、骨科外洗一方、骨科外洗二方、舒筋活血洗方、上肢损伤洗方、下肢损伤洗方等，常用的伤药水有伤筋药水、活血酒等。

骨折愈合标准 骨折愈合分为临床愈合和骨性愈合两种。临床愈合是局部无压痛、无纵轴叩击痛、无异常活动，X线摄片显示骨折线模糊，有连续性骨痂通过骨折线。在解除外固定情况下，上肢能平举1公斤达1分钟，下肢能连续徒手步行3分钟，并不少于30步，且连续观察两周骨折不变形，则观察的第一天即为临床愈合日期；骨性愈合是具备临床愈合标准的各项条件，X线摄片显示骨小梁通过骨折线，骨折线消失或接近消失。

并发症 暴力作用于人体，在产生骨折的同时或骨折后期，均可发生全身或局部不同的并发症，影响骨折的愈合和患肢功能，甚至危及生命。

骨折早期并发症 （1）气脱、血脱和内脏损伤，可危及患者生命，须作紧急处理，救命第一，救肢第二。

（2）感染：开放性骨折创口不洁，污物及邪毒侵入，可发生化脓性感染，如附骨痈、附骨疽、关节流注等，或为厌氧菌感染如破伤风、气性坏疽等。

（3）重要血管损伤：骨折端刺伤或压迫重要动脉，致血管痉挛、破裂、血栓形成，如肱骨髁上骨折，近骨折端可损伤肱动脉，股骨髁上或胫骨平台骨折可损伤腘动脉，造成血循环受阻，严重者发生患肢坏疽。

（4）周围神经损伤：骨折时周围神经受到牵拉、压迫、挫伤或刺伤所致。《诸病源候论·金疮病诸候》云："半伤其筋，荣卫不通，其疮虽愈合后，仍令痹不仁也。"如肱骨中、下1/3段骨折可合并桡神经损伤，腓骨上段骨折可并发腓总神经损伤。

（5）脊髓损伤：较严重的脊椎骨折和脱位可合并此症，在骨折平面以下产生截瘫。

（6）缺血性肌挛缩：患肢受到严重的挫伤，骨折处骨筋膜室内瘀肿严重，挤压血管，血液循行受阻，致患肢缺乏气血濡养，肌肉群缺血坏死而产生持续疼痛、麻凉、皮色紫绀或苍白，肿胀坚硬，患肢远端脉搏消失或脉搏微弱，继之如《诸病源候论·金疮病诸候》云："此由伤绝经筋，荣卫不得循行也，其疮虽愈，筋急不得屈伸也。"致使指呈典型爪状手、足呈锤状趾，常遗留不同程度的病废，甚至形成坏疽。如外固定过紧，影响血运，亦可并发此症。

（7）脂肪栓塞：骨折处髓腔内血肿张力过大，骨髓被破坏，脂肪滴被挤压入静脉中，或被淋巴管吸收进入静脉，可引起肺栓塞或脑栓塞。

骨折晚期并发症 （1）坠积性肺炎：老年患者长期卧床，肺功能减弱，痰涎积聚，咳痰困难，而致呼吸系统感染。故患者宜多作深呼吸或主动按胸咳嗽，帮助咳痰。在不影响骨折治疗的情况下，要常作功能锻炼，并及早下床活动。

（2）褥疮：骨折长期卧床或并发截瘫患者，在骨突处如骶部、后枕部和足跟部因长期压迫，致局部气血受阻，组织坏死，形成溃疡，经久不愈。对此要早作预防，加强护理，在褥疮好发部位保持清洁、干燥，给予定时翻身和局部按摩，加用软垫或空气垫圈等，以减少压迫。

（3）尿路感染及结石：骨折后长期卧床，排尿不畅，或截瘫患者长期留置导尿管，若处理不当，可引起尿路感染或形成结石。故须鼓励患者多饮水，保持小便通畅，留置导尿管者应定期更换导尿管和冲洗膀胱，并进行功能锻炼。

（4）损伤性骨化：关节内或关节附近骨折，尤其是肘部骨折，因损伤较重，或固定不良，或整复操作粗暴，致使骨膜下血肿内的瘀血渗入损坏的筋肉间，血肿机化，在关节附近的软组织内产生广泛的骨化块，影响关节活动，作X线摄片可发现大片骨化阴影。故肘部骨折早期应予妥善固定，中后期功能锻炼以自动活动为主，严禁作被动地大力扳拉，以防止肘部反覆损伤而产生损伤性骨化。

（5）关节僵硬：若关节被长期固定，易形成关节囊和周围软组织粘连、挛缩，引起关节活动障碍，故对关节内骨折有较多积血时，应尽量抽尽，并妥善加以固定，各类

骨折，在不影响局部固定的条件下，均应进行适当的功能锻炼，内服大剂量活血化瘀中药，是预防关节僵硬的重要措施。

（6）损伤性关节炎：骨折线波及关节及关节面软骨损伤，或关节内骨折整复不良、畸形愈合，均能使关节面不平或负重的关节面承受不均匀的压力，引起受累关节肿胀疼痛，功能障碍。

（7）迟发性神经损伤：可因骨折畸形愈合，致神经受长期牵拉或骨折处的神经受骨痂压迫和包埋而致在骨折的中后期逐渐出现症状。

（8）缺血性骨坏死：骨折后，由于骨折段的血供障碍，可发生骨缺血性坏死，常见的有股骨颈骨折合并股骨头缺血性坏死，及腕舟骨腰部骨折，骨折近段缺血坏死等，在X线片上往往要数月后方能显示。

（9）迟发性畸形：因损伤的原因影响骨骼发育紊乱，或治疗欠妥所致。如少年儿童骨骺分离，或干骺端骨折，或骨骺骨折，可严重影响其正常发育，日后逐渐（常需数月至若干年）出现肢体畸形。

在治疗骨折时，对这些并发症应以预防为主，如果已经出现，应及时诊断和妥善处理，绝大多数并发症是可以避免或治愈的。

锁骨骨折

又名缺盆骨损折、锁子骨断伤、井栏骨折断。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："锁子骨，经名柱骨，横卧于肩前缺盆之外，其两端外接肩解。"锁骨是具有两个弯曲的长骨，为肩胛带与躯干间的唯一骨性联系。锁骨较细、部位表浅，易受暴力而发生骨折。锁骨中1/3是两个弯曲的交接处，且无肌肉保护，容易发生骨折。

锁骨骨折多发生于幼儿，成人次之。跌扑时，肩部外侧或手掌、肘部着地，向上传导的间接暴力作用于锁骨而发生骨折，多呈短斜形骨折，在幼儿多发生青枝骨折。骨折后，内侧段可因胸锁乳突肌的牵拉而向后上方移位，外侧段则由于上肢的重量和胸大肌牵拉而向前下方移位，两骨折端常有重叠移位。直接暴力所致骨折多呈横断或粉碎型，临床较少见。

因锁骨位置表浅，骨折后肿胀、疼痛、压痛均较明显，较易摸到移位的骨折段，故不难诊断。患肩下垂，患者常以健手托住患肢，头向患侧倾斜，颏部转向健侧，以减轻疼痛。幼儿多为青枝骨折，因不能自述疼痛部位，且锁骨部皮下脂肪丰富，畸形不甚明显，诊断易被忽略。若患儿一侧上肢不敢活动或压迫锁骨时患儿啼哭，应考虑到锁骨骨折的可能。

锁骨骨折绝大多数可用非手术方法治疗，即使复位不理想，但一般都能愈合，错位愈合并不影响功能。对骨折无移位者。可用三角巾悬吊患肢2—3周。有移位骨折，须行手法整复。明朱橚《普济方·折伤门》云："缺盆骨损折法，令病者正坐，提起患人肱膊，用手揣捏骨平正，用乳香消毒散敷贴，以软绢掩如拳大，兜于腋下，上用一薄板子，长寸阔过半软纸包裹按定，止用鹰爪长带子拴缚定……疼肿消后，次伸舒手指，以后骨可如旧。"至今上述方法仍为骨伤科治疗锁骨骨折常用方法之一。

复位时，令患者坐凳上，挺胸抬头，双手叉腰，助手站立在患者背后，用膝部顶住患者背部正中，双手握患者两肩外侧，向后、上方徐徐用力拔伸，使之挺胸后伸肩，以矫正缩短移位，并能使远骨折端向上、后、外凑对近骨折端。医者以两手拇、示、中指分别捏住两骨折端，用捺正手法矫正侧方移位。复位后，可用《陈氏秘传》（清代《伤科汇纂》载）的方法进行固定，"布带一条从患处绑至那边腋下缚住，又用一条从患处腋下绑至那边肩上，亦用棉絮一团实其腋下，方得稳固"，或用类似此法的横"8"字绷带固定。先在两侧腋下各置一块厚棉垫，用绷带从背后起，经患侧腋下绕肩前上方，再向后经背部绕到健侧腋下，经健肩前向上又横过背部，再回患侧腋下，如此反覆包绕8—12层。亦可用斜"8"字绷带（不经健侧肩部的"8"字绷带）固定、双圈固定。移位明显者，可在骨折部放置压垫和短夹板固定。有移位的锁骨外1/3段骨折及中1/3段骨折缩短移位较严重者，亦可用竹制腋管或圆柱形棉花腋垫加肩肘胶布。其作用原理是以腋管或腋垫为支点，利用上肢为力臂和患肢重量，使锁骨外段产生持续拔伸力，而有复位和固定作用，固定后用三角巾悬吊患肢。如有腋部神经、血管压迫症状，应立即调整固定的松紧度。睡眠时，取仰卧位，在两肩胛骨之间的纵向垫一窄枕头，使两肩后张，胸部挺起。儿童固定1—2周，成人固定4周，粉碎骨折者固定6周。骨折复位固定后即可作手指、腕、肘等关节的功能锻炼，中期可加作肩后伸的扩胸活动，拆除固定后，可逐渐作肩关节的各种活动。

早期肿胀疼痛较重，治宜活血祛瘀、消肿止痛，用复元活血汤加三七、泽兰、桑枝、丹参，或用一盘珠方加桑枝、丹参，外敷用弃杖散或消瘀止痛药膏；中期宜接骨续筋，可内服八厘散、正骨紫金丹等，外敷接骨膏、接骨续筋膏；后期宜补气血、养肝肾、壮筋骨，可内服六味地黄丸或肢伤三方。儿童患者骨折愈合迅速，如无兼证，后期不必用药。

肩胛骨骨折

是指肩胛盂、颈部、体部、肩峰、喙突、肩胛冈的骨折。亦称饭匙骨骨折、琵琶骨骨折、锨板子骨骨折。多见于成年人。肩胛颈部较细，是薄弱的环节，故骨折多发生于此处。肩胛体部边缘较厚，且内外两面均有肌肉保护，但其扁薄如翅，遭受强大暴力时亦可致骨折。肩峰、喙突、单纯肩胛冈骨折，很少见。

肩胛体部骨折多为直接暴力撞击、挤压所致，以裂缝骨折或粉碎骨折为多见。肩胛体部周围有骨膜和肌肉包

裹，骨折后不易移位，若暴力较大时，可并发肋骨骨折等；肩胛颈部和盂部骨折多为间接暴力所致，跌倒时肩部、手掌或肘部着地，暴力传导至肩部而发生肩胛颈部或盂部骨折。颈部骨折时，骨折线多自肩关节盂下方向上延伸到肩胛切迹部或喙突外方，远骨折段包括肩胛冈外段与肩峰，若喙锁韧带、喙肩韧带未被撕脱时，骨折一般移位不大，若韧带撕脱或断裂时，远骨折段被胸部肌肉牵拉和上肢重量而向内、前、下移位。肩胛盂骨折时多为裂缝骨折或粉碎骨折，较重者常和肩关节脱位同时发生。

骨折后，肩胛部周围肿胀、青紫、瘀斑、压痛明显，患肩不能活动，患肢不能抬高，活动患肢则疼痛增加。肩胛体部骨折，手摸触肩胛下角并稍加活动，疼痛加剧，有时可扪及骨擦感，且压痛区较广泛。肩胛盂骨折时腋部肿胀、青紫，肩关节作内、外旋转时疼痛加剧。有移位的肩胛颈部骨折，局部肿胀较重，可肩部畸形和有异常活动。X线摄片检查可助了解骨折类型及移位情况。

肩胛骨各部位血运丰富，多易愈合。如为无移位、轻度移位及嵌插骨折，无需复位，可用三角巾悬吊患肢2—3周，作早期功能锻炼。粉碎及有移位的肩胛体部骨折亦可不复位，仅用三角巾悬吊患肢于胸前，早期作功能锻炼。有移位的肩胛颈部骨折，可作手法复位，患者卧位，患肩外展70°—90°，先拔伸牵引，然后医者一手由肩上偏后方向下、前按住肩部内侧，固定近骨折段，另一手置于腋窝下稍前方，向上向后推顶远骨折段，矫正远骨折段向下，向前的移位，再将肩关节放在外展70°位置，屈肘90°，用拳或掌叩击患肢肘部，使两骨折端产生纵向嵌插，令骨折断端紧密吻合。复位后，患侧腋窝内用圆柱腋垫或竹制腋管，外包棉花绷带，将腋部托起，用斜"8"字绷带(参见"锁骨骨折"条)进行固定，再用三角巾将上肢悬吊于胸前。固定后应检查患肢的血运情况，若包扎过紧应适当调松。亦可用铁丝外展架将上肢肩关节固定在外展80°—90°，前屈30°位置上。

固定后即可开始作手指、腕、肘屈伸和前臂旋转的功能锻炼，2—3周后，用健手扶持患肢前臂作肩关节轻度活动，拆除固定后作肩关节主动活动。肩胛颈部骨折有典型移位者，早期避免作患肩下垂提物和牵拉动作。

骨折早期，气滞血瘀，治宜活血祛瘀，消肿止痛，可内服活血止痛汤或一盘珠方加姜黄、三七。轻者可服用七厘散或跌打丸。外敷奔杖散或消瘀止痛膏；中期治宜和营生新、接骨续损，可内服正骨紫金丹、接骨丹或接骨紫金丹。外敷接骨膏或接骨续筋膏；后期宜补肝肾、壮筋骨，可内服六味地黄丸或补肾壮筋汤，外用药为万灵膏、坚骨壮筋膏。拆除固定后，宜用舒筋活络中药熏洗患肢，如舒筋汤或海桐皮汤等。

肱骨外科颈骨折

是指肱骨解剖颈下2—3厘米处的骨折。亦称臑骨上段骨折、臑骨肩端骨折、臂臑骨伤折。肱骨外科颈为松、坚质骨接壤处，常易发生骨折。以老年人较多见，亦可发生于儿童与成人。

肱骨外科颈骨折是接近关节的骨折，周围肌肉较多，肩关节的关节囊和韧带比较松弛，骨折后经筋受损，瘀阻经络，在中年、老年患者易出现肩关节粘连，肌肉萎缩，肩关节活动障碍。

直接暴力所致的骨折较少见。如跌扑时肩部着地或肩部外侧受到暴力直接打击，可造成无移位的肱骨大结节与外科颈裂缝骨折，或为有移位的粉碎性骨折。

间接暴力如跌扑时手掌或肘部着地，暴力向上传达，若暴力较小时仅造成无移位的嵌插骨折；若上肢在外展位时跌扑，则可致外展型骨折，骨折端向前、内突起成角，有时远骨折端向内侧移位，或伴有肱骨大结节骨折；若上肢在内收位跌扑时，则可产生内收型骨折，骨折端向外侧突起成角、或远骨折端向外侧移位；若上肢在外展外旋位跌扑时，且暴力严重，可致外展型骨折并发肩关节前、下脱位，肱骨头在肩关节盂下偏前方呈外展、旋转位，关节面向内下，骨折面向外上，位于远骨折段的内侧，临床上很少见，如处理不当，易造成患肢严重残废。

骨折后，局部肿胀、疼痛、压痛和伤肢纵轴叩击痛，肩关节活动功能障碍，上臂上段可见瘀斑，除无移位骨折外，均可出现畸形、骨擦音和异常活动。外展型骨折肩部下方稍呈凹陷，在腋窝能触摸到移位的骨折端或向内成角处，可与肩关节脱位作鉴别。内收型骨折在上臂上端外侧可摸到突起的远段骨折端和成角畸形处。X线摄片可了解骨折类型及移位情况。

无移位的裂缝骨折或嵌插骨折，均不需整复，用三角巾悬吊患肢于胸前2—3周，或用上臂超肩夹板固定。有移位骨折，需作手法整复。患者取坐位或卧位，屈肘90°，前臂中立位，一助手用布带绕过腋窝向上提拉，另一助手握其肘部，沿肱骨纵轴方向相对拔伸，以纠正缩短移位。再根据骨折类型采用不同的复位手法。

(1) 外展型骨折，医者两手环抱患部，两拇指按于近骨折端的外侧，余指抱远骨折端的内侧向外捺正，同时，助手在拔伸下内收其上臂即可复位。

(2) 内收型骨折，则医者用两拇指压住骨折成角部位向内推按，两手余指使伤肢远端外展，同时助手在拔伸下将上臂外展即可复位。如成角畸形过大，可继续将上臂外展、上举前臂过头顶，此时改用两拇指推挤骨折远段内侧，余指挤压成角突出处，如有骨移动感，断端互相抵触，则可矫正成角畸形。

(3) 对合并肩关节脱位者，可先整复骨折，然后用手法推送肱骨头；亦可先整复脱位，再整复骨折；或先持续牵引，使肩盂和远骨折端之间的间隙加大，然后整复肱骨头脱位，再整复移位的肱骨外科颈骨折。

复位后在助手维持牵引下，用上臂超关节夹板固定，共四块，在内侧夹板之一端包上大头垫。若为外展型骨

折，大头垫应顶住腋窝部成角突起处，另外三块长夹板分别放在上臂前、后、外侧，用绷带缠绕，三条布带扎缚，前臂用托板悬吊胸前；若内收型骨折，大头垫则放在肱骨内上髁的上部，移位较严重者，尚可配合铁丝外展架固定或在架上加用皮肤牵引3周，肩关节置于外展前屈位，其角度视移位程度而定。肱骨外科颈骨折并有肩关节脱位的固定同内收型。

治疗期间应鼓励患者积极进行功能锻炼，对中老年患者尤为重要，以防止肩关节僵凝，肌肉萎缩，促进功能恢复。早期先让患者握拳，屈伸肘、腕关节，舒缩上肢肌肉等活动，3周后练习肩关节各方向活动，活动范围应循序渐进，每日练习10余次。一般在4周左右即可解除外固定。

骨折早期，治宜活血祛瘀、消肿止痛，可选用祛伤汤、新伤续断汤或一盘珠方加三七、姜黄，外敷奔杖散或消瘀止痛膏等。老年患者则因其气血虚弱，血不荣筋，易致肌肉萎缩、关节不利，故在中后期宜养气血、补肝肾、壮筋骨，还应加用舒筋活络、通利关节的药物，内服可选用接骨丹、接骨紫金丹或生血补髓汤，外敷接骨续筋膏或接骨膏。解除固定后，可选用舒筋汤、海桐皮汤熏洗，亦可适当配合按摩推拿。

肱骨干骨折

是指肱骨外科颈以下至内外髁上2厘米处之骨折。早在春秋时代对肱骨干骨折已有认识，如《左传》中有"折肱"的记载。马王堆汉墓出土的帛书《阴阳十一脉灸经》有"臑以折"的记载，《普济方》则称之为"胳膊骨伤折"。肱骨又名臑骨、胳膊骨、肐膊。肱骨干上部较粗，自中1/3以下逐渐变细，至下1/3渐成扁平状。在肱骨中、下1/3交界处，桡神经与肱骨干相接触，肱深动脉与之并行，故该处骨折易并发桡神经损伤。

肱骨干骨折临床较为常见，可发生于任何年龄，但多见于青壮年。直接暴力或间接暴力均可引起肱骨干骨折。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："或坠车马跌碎，或打断，或斜裂，或截断，打断者有碎骨，跌断者则无碎骨。"肱骨干骨折多为直接暴力所致，如遭受碰撞、挤压、打击等，多发生横断或粉碎骨折。肱骨干下1/3骨折，多由传达暴力所致，如跌倒时手或肘部着地，暴力传至肱骨下1/3而发生骨折，且多为斜形骨折或螺旋形骨折。旋转的间接暴力，如掰手、投掷或被机器扭转，常可发生肱骨中下1/3螺旋骨折。

肱骨干骨折，由于上肢的重力下垂，或复位时强力牵拉，可使骨折端发生分离移位，影响骨折愈合。由于肱骨周围附着的肌肉牵拉，不同平面的骨折发生不同方向的移位，如上1/3骨折(三角肌止点以上)时，近骨折端因胸大肌、背阔肌、及大圆肌的牵拉而向前、向内移位；远骨折端因三角肌、喙肱肌、肱二头肌、肱三头肌的牵拉而向外、向上移位。若中1/3骨折(三角肌止点以下)时，近骨折端因受三角肌及喙肱肌的牵拉而向前、向外移位；远端因肱二头肌及肱三头肌的牵拉而向上移位。

骨折后，患臂肿胀、疼痛、不能抬举，且有明显的压痛和纵轴叩击痛，绝大多数为有移位骨折，上臂有缩短、成角或旋转畸形，并有明显异常活动和骨擦音。无移位的裂纹骨折和骨膜下骨折，患臂无明显的畸形，但有纵轴叩击痛。检查时应注意腕及手指的功能，以便确定桡神经是否有损伤。拍摄X线正、侧位片，可了解骨折的部位、类型和移位情况。

肱骨干无移位骨折，用夹板固定3—4周，作早期功能锻炼；有移位的肱骨干骨折，宜手法整复及夹板固定。整复时，患者取卧位或坐位，将患肢肩关节置于前屈30°，肘关节屈曲90°位，若骨折在三角肌止点以上时，将患肢上臂贴近胸壁。骨折在三角肌止点以下者，患肢外展40°—50°，然后一助手用布带通过患肢腋下向上牵拉，另一助手握住肘部及前臂于中立位向下拔伸，矫正缩短及旋转移位。一般拔伸力量不宜过大，否则易引起骨折端分离移位。待缩短移位完全矫正后，根据骨折不同部位的移位情况进行整复，如为肱骨上1/3骨折，医者一手拇指按捺向内移位之近骨折端的内侧，另一手拇指按捺向外移位之远骨折端的外侧，两手同时用力，将两突起的骨折端按捺平复。亦可在保持牵引下，医者两拇指抵住骨折远端外侧，其余四指环抱近端内侧，将近骨折端托起向外，使断端微向外成角，继而拇指由外推远骨折端向内，即可复位(即折顶复位法)；如为肱骨中段骨折，医者一手拇指按捺向外移位之近骨折端的外侧，另一手拇指按捺向内移位之远骨折端的内侧，两手同时用力，使两骨折端突起处平复归原，若医者指力不足，改用双手掌按捺。亦可在维持牵拉下，医者以两手拇指抵住近骨折端外侧推向内，其他四指环抱远端内侧拉向外，使两骨折端平复归原。骨折端如仍有轻度侧方移位，或断端齿状突起不合缝时，医者可用一手固定住复位后的骨折端，一手握住远骨折段，作轻微的摇晃手法并按捺复位；对螺旋形骨折，应分析是由内旋暴力还是由于外旋暴力所引起的。在矫正侧方移位时，可握住远骨折段作与旋转暴力方向相反的较轻的旋转手法进行复位。长斜或螺旋骨折整复后，若骨折间隙较宽，可用两手指在骨折端同一水平位上作相对挤压，使两骨折面紧密吻合。新鲜的螺旋骨折和斜形骨折，复位时若骨折断端无骨擦擦音发出，且折端甚为滑动，多为软组织嵌入两骨折断端，可用摇晃或回旋手法，使嵌入之软组织脱出。手法操作要温和，防止损伤桡神经和增加其他损伤。肱骨干骨折如有分离移位，不宜拔伸，在矫正侧方移位后，可用纵向推挤，使两骨折端紧密接触。复位后可用夹板固定之。前、后、内、外共四块夹板，其长度视骨折部位而定。肱骨上1/3骨折超肩关节固定，下1/3骨折超肘关节固定，中1/3骨折则不超上、下关节固定。同时应注意前夹板下端不能压迫肘窝。

根据移位情况用两垫固定法或三垫固定法加强固定力。但应注意压力垫厚度要适中，用固定垫进行复位易产生压疮，尤加注意。包扎后，肘关节屈曲 90°，以带柱托板将前臂置于中立位，患肢悬吊于胸前。应定期作 X 线检查，以了解在固定期间骨折端是否有分离移位。若发现断端分离，应加用弹性绷带或橡皮带条上下缠绕肩、肘部，使骨折端纵向挤压而逐渐接近，或加用铁丝外展架。固定时间成人约 4—6 周，儿童约 3—5 周。肱骨中 1/3 骨折是迟缓愈合和不愈合的好发部位，固定时间应适当延长，骨折临床愈合后才能解除固定。

固定后即可作伸屈指、掌、腕关节活动，有利于气血畅通。手、前臂肿胀时，可每日进行轻柔抚摩。肿胀开始消退时，患肢上臂肌肉应作舒缩活动，以加强两骨折断端在纵轴上的挤压力，防止断端分离，保持骨折部位相对稳定。若发现断端分离时，医者可一手按肩，一手按肘部，沿纵轴轻轻挤压，使骨折端逐渐接触，每日一次，直至分离消失为止。中期除继续按初期的功能锻炼外，应逐渐作肩、肘关节活动。练功时不应使骨折处感到疼痛，以免惊动损处。骨折愈合后，应加大肩、肘关节活动范围，并配合药物熏洗，使肩、肘关节活动功能早日恢复。

骨折早期瘀滞肿痛，治宜活血祛瘀、消肿止痛，内服可选用七厘散、复元活血汤、活血止痛汤等，若瘀肿较重可加三七，外敷弃杖散、消瘀止痛药膏等；中期宜和营生新、接骨续损，内服可选用正骨紫金丹、接骨紫金丹等，外敷接骨膏、屈桂接骨膏；后期治宜补气血、养肝肾、壮筋骨，可选用补肾壮筋汤、生血补髓汤等。骨折迟缓愈合者，应重用接骨续损药，如土鳖、自然铜、骨碎补之类。

闭合性骨折并发桡神经损伤，一般为钝性损伤，多可恢复。在骨折整复夹板固定后，内服药还应加入行气活血、通经活络之品，如木香、丹参、灵仙、地龙之类，同时可选用海桐皮汤，骨科外洗二方等熏洗。经常作被动伸展腕及掌指各关节，防止前臂屈肌群挛缩及手指关节僵硬。

肱骨髁上骨折

亦称臑骨下端骨折。为儿童常见骨折之一。肱骨髁上部处于疏松骨质和致密骨质交界处，且前后薄而内外宽，前侧有冠状窝，后侧有鹰嘴窝，两窝之间仅为一层极薄的骨板，故髁上部位比较薄弱，在儿童时期尤其如此，故易发生骨折。肱骨两髁稍前屈，前倾角约 30°—50°，骨折移位可使前倾角改变，如不整复矫正，将影响肘关节的伸屈。上臂与前臂纵轴呈 10°—15°外翻的携带角，骨折移位可使此角改变，而呈肘内翻或肘外翻畸形。骨折严重移位时，可损伤肘部神经和血管。

根据暴力形式和受伤机制的不同，肱骨髁上骨折可分为伸直型、屈曲型。伸直型较为常见，是在伸肘位或半伸肘位跌倒，手掌撑地而致伤。骨折线多从前下方斜向后上方，亦有横断或粉碎者，远骨折端向后上移位，近骨折端向前移位而突向肘前窝。屈曲型较少见，多为跌倒时肘屈曲位肘尖着地而致伤。骨折线由后下方斜上前上方，骨折远端向前上方移位。由于暴力作用的方向不同，伸直型及屈曲型骨折还可发生尺偏移位或桡偏移位。

骨折后，肘部肿胀、疼痛，肿甚则出现张力性水泡，局部压痛，功能障碍，有异常活动和骨擦音。伸直型骨折呈半伸肘位，移位明显时呈靴形畸形，肘后三点关系正常，此点可与肘关节后脱位相鉴别。若移位严重时，还应注意检查腕和手部的感觉、运动以及桡动脉的搏动情况。若肘部严重肿胀，桡动脉搏动消失，患肢剧痛，手部皮肤苍白、发凉、麻木，被动伸指有剧烈疼痛者，则为肱动脉损伤或受压所致之骨筋膜室综合征。若处理不当，则可形成缺血性肌挛缩的爪形手畸形。肘关节正侧位摄片可显示骨折类型和移位情况。

无移位骨折，可置患肢于屈肘 90°位，用颈腕带悬吊 2—3 周。有移位骨折，可采用手法整复，夹板固定。应争取将骨折整复到解剖复位，旋转畸形必须矫正。整复内外方向侧方移位时，宁可遗留轻度桡偏，不可有尺偏。因在尺偏下愈合多发生肘内翻畸形。整复时，患者仰卧位或坐位，两助手分别握住其上臂和前臂，肘半屈曲位，徐徐用力，顺势拔伸牵引，纠正重叠移位。若远段旋前（或旋后），应先使前臂旋后（或旋前），医者用两手分别握住远近骨折段，推挤捺正，纠正旋转和内外方向的侧方移位，然后再纠正前后方向的侧方移位。伸直型者，则以两拇指从肘后推按远骨折端向前，余指扳拉近端向后，并令助手在牵拉下徐徐屈曲肘关节至 110°左右，即可复位。屈曲型者，整复手法与伸直型相反，即用两拇指按捺远骨折端向后，余指扳提近骨折端向前，助手将患肘徐徐伸直，即可复位。

开放性骨折则应清创后进行手法复位，再缝合伤口。若系粉碎骨折或软组织肿胀严重，水泡较多而不能手法整复或开放性骨折，超过清创时间者，可在屈肘 45°—90°位置进行尺骨鹰嘴牵引或皮肤牵引，重量 1—2 公斤，一般待水泡及创口好转后再进行整复。若并发血运障碍者，必须紧急处理，首先应在麻醉下手法整复移位的骨折断端，并行尺骨鹰嘴牵引，以解除骨端对血管的压迫。如冰冷的手指逐渐转暖，手指可主动伸直，则可继续观察。如经上述处理无效，则应及时探查肱动脉情况。肱骨髁上骨折所造成的神经损伤，一般多为挫伤，骨折移位整复后多可逐渐恢复。

骨折复位后，用四块夹板超肘关节固定患肢。对伸直型骨折，为防止远骨折端后移，可在鹰嘴后方加一梯形垫；为防止内翻，可在近骨折端外侧及远骨折端内侧分别加塔形垫和梯形垫。夹缚后用颈腕带悬吊，固定于屈肘 90°—110°位置 3 周。屈曲型应固定于屈肘 40°—60°位置 2 周，以后逐渐屈曲至 90°位置 1—2 周。夹板固定后，须密切观察患肢血运情况，如有不良情况，应立即调节夹板松紧度或重新绑扎，肿胀严重者可抬高患肢。

固定期间多作握拳、腕指屈伸等活动。解除固定后，积极主动锻炼肘关节伸屈活动，严禁暴力被动活动，以免引起损伤性骨化，影响肘关节活动功能。

骨折初期治宜活血祛瘀、消肿止痛，可内服活血止痛汤、和营止痛汤，外敷散瘀止痛膏、双柏散等。如局部有水泡，较大者可剪破或穿刺抽液，再外敷生肌玉红膏。中、后期可按分期辨证用药。解除夹板固定以后，用舒筋活络、通利关节的中药熏洗，可用海桐皮汤或上肢损伤洗方等。并发神经损伤者，宜加用行气活血、舒筋活络药物，或可内服身痛逐瘀汤或小活络丸等。

若肿胀严重，血运障碍而疑为骨筋膜室综合征者，如患者体质无虚象，宜内服大剂活血祛瘀药，瘀除血活，肿消痛止，可选用抵当汤、肢伤一方等，加用或重用三七、穿山甲、泽兰叶、木通等通络活血、利水消肿药物。

肱骨髁间骨折

为关节内骨折。多见于青壮年。该处为松质骨，局部血供丰富，故骨折较易愈合，但伤后肘部肿胀较严重，局部皮肤常易产生张力性水泡，且移位较复杂，给复位、固定带来困难。如治疗不当，常可并发损伤性关节炎或遗留肘关节活动障碍。

肱骨髁间骨折由直接暴力或间接暴力所引起。根据暴力形式和受伤机制的不同，又可分为屈曲型和伸直型。屈曲型是患者肘部遭受暴力的撞碰打击或跌扑时屈肘着地，在造成肱骨髁上骨折的同时暴力作用于尺骨上段，经尺骨半月切迹和桡骨头向上、向前的冲击，将肱骨两髁纵形劈裂分开，劈成两块的远骨折端向前移位，近骨折端向后移位；伸直型是患者跌扑时，肘关节伸直或半屈位，手掌着地，暴力传导至肱骨下端，造成肱骨髁上骨折，同时由上向下的重力，使坚硬的近骨折端向下冲击远骨折端，加之下部的尺骨切迹垫在两髁间下部，近骨折端由两髁上部楔入，故两髁常呈倒"八"字形旋转分离移位，近骨折端向前、远骨折端向后的侧方移位。移位严重时，骨折端可穿破皮肤而形成开放性骨折，或损伤肘部血管、神经。若为肱骨小头和肱骨滑车之间的纵沟处劈裂，预后较好。若肱骨小头或肱骨滑车本身被劈裂，损伤主要的关节面，有可能并发损伤性关节炎导致关节僵硬。

伤后肘部肿胀、疼痛较严重，关节腔内有瘀血，皮下瘀斑，并可摸到突起骨折端，压痛明显，可扪及骨擦音，有倒"八"字旋转分离移位者，触诊内外髁间距离较健侧宽，肘关节功能丧失，作前臂旋转活动时可产生剧痛。X线摄片可了解骨折的移位情况、类型和肘关节间隙中有无小骨折片嵌入。

无移位或轻度移位骨折，仅用直角托夹固定。有移位骨折，宜手法复位，患者仰卧，肩外展 70°—80°，屈肘 40°—60°，前臂中立位，一助手握住上臂，一助手把持前臂，进行拔伸牵引。医者站于患肢前外侧用两手掌在肘两侧面抱住内、外两髁，或两手拇、示、中指分别捏住内、外两髁，向中心挤按，矫正两髁分离移位，同时还须作轻微的摇晃手法，使骨折端相互嵌合。医者在抱髁作临时固定下，再根据尺偏或桡偏移位，将远骨折段向内或向外按捺，以矫正侧方移位。如仍有前后移位，伸直型可将髁部向前方端提，将骨折近段向后按捺；屈曲型则将髁部向后方按捺，近骨折端向前端提。复位成功后，可用上臂超肘夹板固定，夹板规格、压垫的位置等固定方法同肱骨髁上骨折。但肱骨髁间骨折有倒"八"字旋转分离移位者，在内、外上髁部各加一空心垫。缚扎后，用三角巾悬吊，如骨折远端有内旋移位者，可加用上臂外旋托架。如骨折移位严重，除用夹板固定外，尚需加用尺骨鹰嘴持续牵引，牵引重量用 1.5—2.5 公斤，在内、外侧夹板远端各开一小孔，以便骨牵引针穿过。固定后须经常检查夹板的松紧度和肢体远端血运情况。在复位后 1 周内，将残余的移位矫正。夹板固定时间约 4 周。

肱骨髁间骨折为关节内骨折，正确的功能锻炼，有整复骨折端残余移位和对损伤的关节面有模造塑形作用，有利于骨折的愈合和功能恢复。在骨折整复固定后，即可作握拳活动，1 周左右开始肘关节主动伸屈活动，直至功能恢复。并发症的处理及药物治疗，见"肱骨髁上骨折"条。

肱骨外髁骨折

是儿童常见的一种肘关节损伤，亦称肱骨下端外岐骨骨折。好发于 5—10 岁的儿童。骨折远端包括部分外上髁、肱骨小头骨骺、部分滑车骨骺及干骺端的骨质。由于骨骺软骨不显影，因此肱骨外髁骨折块在 X 线片上仅见到肱骨小头的骨化中心及部分骨骺端的骨质显影，以致常被误认为仅是一块小的碎片轻微骨折，但实际上，骨折块几乎等于肱骨下端的一半，故不能完全以 X 线形态来衡量骨折的严重程度。肱骨外上髁为前臂伸肌群附着，这是牵拉骨折块移位的因素。由于是关节内骨折，骨折块较小，不易握捏，造成整复时的困难，若畸形愈合，往往会引起肢体严重的肘外翻畸形，影响关节活动功能或出现牵拉性尺神经麻痹。

肱骨外髁骨折多为间接暴力所致，跌倒时，肘关节处于轻度屈曲外展位，前臂旋前，手掌着地，外力沿着前臂传导至尺桡骨上端。由于桡骨头的撞击，致使肱骨外髁骨折，并将骨折块推向后外上方。由于外力作用大小不同和前臂肌肉牵拉，骨折可产生不同程度的移位。根据骨折移位程度分为三种类型。①无移位。②轻度移位：仅见骨折块向外移位。③翻转移位：遭受较严重暴力，骨折端上筋膜完全撕裂，由于前臂伸肌群的牵拉，骨折块可发生不同程度的翻转移位，包括矢状轴、冠状轴和纵轴的翻转移位，骨折块的骨折面可以翻转而朝向外前上方，滑车端朝向内上前方，肱骨小头端朝向外下后方。骨折块

翻转并向后移位者为后移翻转型、骨折块翻转并向前移位为前移翻转型。

伤后肘关节呈半伸屈位，肘部外侧肿胀，渐延至全肘肿胀，局部青紫瘀斑、疼痛、压痛明显，活动功能障碍。有移位骨折，在肘外侧可扪及活动的骨折块或骨擦感。旋转移位骨折，若肿胀不重时，可以触膜到骨折面、外上髁端和滑车端，肘关节活动时疼痛加剧。X线检查有助于诊断及了解骨折移位情况。

肱骨外髁骨折为关节内骨折，要求准确地复位和妥善固定，一般在6—8日内进行复位，成功率较大，半月内可试作手法复位，半月后复位成功者较少，无移位骨折，屈肘90°前臂悬吊胸前即可。有移位的骨折须及时手法整复。如单纯向外移位者，屈肘、前臂旋后，将患肘内翻，加大肱桡关节间隙，将骨折块向内推挤使其复位。翻转移位骨折复位时，可先用两手掌按压骨折部，使肿胀向四周散开后，仔细摸清骨折块，了解移位的方向及旋转程度。以左患肢为例，医者立于患者外侧，左手握患肢腕部，置患肘关节于屈曲45°，前臂旋后位，加大肘内翻，使肱桡关节间隙增宽，腕背伸以使伸肌群松弛。如为前移翻转型，医者用右手拇指先将骨折块稍平行向后推按，使之变为后移翻转型，然后右示指或中指扣住骨折块的滑车端，拇指扣住肱骨外上髁端，将滑车端推向后内下方，把肱骨外上髁端推向外上方以矫正旋转移位，再用右拇指将骨折块向内挤压，并将肘关节伸屈、内收、外展以矫正残余移位。若复位确已成功，则可扪及肱骨外髁骨嵴平整，压住骨折块进行肘关节伸屈活动良好，且无响声。另一方法，是用钢针插入顶拨翻转移位的外髁骨折块的上缘，使之复位。

有移位骨折整复后，肘伸直，前臂旋后位，外髁处放一压垫，尺侧肘关节上、下各放一压垫，四块夹板从上臂中上段到前臂中下段，四条布带缚扎，使肘关节伸直而稍外翻位固定2周，以后改屈肘90°固定1周。亦可用四块夹板固定肘关节于半屈位(30°—45°)3周，骨折临床愈合后解除固定。

有移位骨折在复位1周内，可作手指轻微活动，不宜作强力前臂旋转、握拳、腕关节屈伸活动。1周后逐渐增加指、掌、腕等关节活动范围。解除固定后，开始作肘关节伸屈及前臂旋转活动。

药物治疗可见“肱骨髁上骨折”条。

肱骨内上髁骨折

亦称臑骨下端内岐骨折或肱骨内上髁骨骺分离。多见于7—17岁的患者。肱骨内上髁骨折多数有严重移位，若骨折块被嵌入关节内，往往不易逸出，给骨折整复造成困难，治疗不当会后遗关节功能障碍。

肱骨内上髁骨折多由间接暴力所致。如跌扑时，手掌着地，患肢肘关节处于伸直位，暴力迫使肘关节过度外展，前臂屈肌群骤然收缩，肱骨内上髁被屈肌群牵拉而撕脱，或投掷动作过猛，该处亦可被前臂屈肌群强烈牵拉而撕脱。亦有因直接暴力打击或撞碰于肱骨内上髁处而产生骨折，但甚少见。根据骨折块移位的情况可分为四度。第一度：裂缝骨折或仅有轻度移位，因遭受暴力较轻，骨折处大部分筋膜未撕裂，故移位不大。第二度：骨折块有分离，或伴有轻度旋转移位，因部分筋膜未撕裂，故移位不大，骨折块仍位于肘关节水平面以上。第三度：骨折块有旋转移位，且被嵌入肘关节内，这是由于肘部遭受强大的外翻暴力，使肘内侧关节囊等软组织广泛撕裂，关节内侧间隙张开，致使撕脱的内上髁被吸进于张开的肘关节内，且被肱骨滑车和尺骨关节面紧紧夹住。第四度：骨折块有分离旋转且移位到肱骨滑车关节面处，同时合并肘关节向桡侧脱位。第四度骨折易忽略而误作单纯肘关节脱位，而仅采用一般肘关节脱位复位手法，以致骨折块嵌入尺骨半月切迹和肱骨滑车之间，而转为第三度骨折。

伤后肘部内侧肿胀，有明显压痛和瘀斑，肘关节功能障碍。第一、二度骨折仅有肘内侧牵拉性疼痛，关节活动轻度障碍。第三度骨折，摸诊内上髁缺如，肘关节伸屈明显障碍。第四度骨折除肘关节有脱位畸形外，内上髁部位平坦，或可摸到粗糙的骨折面。同时，还要注意有无尺神经损伤。摄正侧位X线片有助于确诊和骨折分类。

第一度骨折可用直角托夹板固定于屈肘90°，三角巾悬吊患肢于胸前3周。第二、三、四度骨折，均可作手法复位。8日以上的患者复位较困难，可先作尺骨鹰嘴牵引1—2日，使挛缩的筋肉松弛后，再进行整复。第二度骨折整复时，宜屈肘45°，前臂中立位，腕、指关节屈曲，以松弛前臂屈肌群，医者以拇、示指按捏骨折块并向上、内偏后方推挤，使其复位。第三度骨折复位时，在拔伸牵引下，将患肢前臂旋后，肘关节伸直并外展，使肘关节的内侧间隙增宽，并将患肢腕、指关节背伸，使骨折块受到前臂屈肌群和旋前圆肌的骤然牵拉，骨折块多能从关节内逸脱出来。然后再按第二度骨折处理。亦可由助手操作，医者用两拇指按捺前臂屈肌群，并加内、外摇晃法，使肘关节伸展、内、外翻，增加屈肌群和旋前圆肌牵拉力，亦可使骨折块逸脱出肘关节。如第四度骨折处理不当转化为第三度骨折，用上法不成功者，可使第三度骨折再复转为第四度骨折。解除尺骨半月切迹在下方对骨折块的嵌夹，此时医者常可在肘关节内侧肱骨滑车处摸到骨折块的边缘，助手再多次作伸展患肢手指及腕关节，按压前臂屈肌群。使屈肌群紧张，骨折块则可被牵拉逸脱出肘关节。如骨折块未被拉出时，助手可将前臂极度旋后，使骨折块被排挤出尺骨半月切迹的内侧缘，在助手配合下，医者右手向外、后推按肱骨下端，左手向内、前推按桡骨小头和尺骨半月切迹，同时助手用力背伸腕、指关节和作肘关节外展、内收的轻微摇晃动作，随着肘关节的复位，骨折块可被尺骨半月切迹的内侧缘刮挤和前臂屈肌群的牵拉而逸出肘关节，然后再按第二度骨折作手法整复。整

复后应及时作X线复查。

复位满意后，在骨折块的前内方放一半月形压垫，缺口朝向后上方，用于兜住骨折块，再用上臂超肘关节夹板固定于屈肘90°位2—3周。复位后1周内可作手指轻微伸屈活动。2周内禁作用力握拳及前臂旋转动作。2周后可将前、后侧夹板之前臂段剪去，逐渐作肘关节伸屈活动，拆除夹板后，继续作肩、肘、腕各关节的功能锻炼。药物治疗可见"肱骨髁上骨折"条。

尺骨鹰嘴骨折

亦称肘骨骨折。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："肘骨者，胳膊中节上下支骨交接处也，俗名鹅鼻骨。若跌伤其肘尖向上突出，疼痛不止。"在尺骨鹰嘴外围有肱三头肌腱膜附着，肱三头肌强力收缩，可使该处损伤。尺骨鹰嘴较表浅，也易于遭受直接暴力损伤。多见于成人，儿童较少见。

多为间接暴力所致，跌扑时，肘关节半屈位，手掌着地，肱三头肌急骤的强力收缩，将尺骨鹰嘴撕脱，骨折多为横断或短斜，近端被肱三头肌牵拉而向上移位。若投掷运动用力过猛，肱三头肌强烈收缩亦能产生尺骨鹰嘴骨折，但少见。直接暴力所造成尺骨鹰嘴骨折，如屈肘位跌扑时，肘部直接撞地，或暴力直接打击于肘部尺骨鹰嘴处，多发生粉碎骨折，由于肱三头肌腱膜未被撕裂，故骨折移位不大，若肌腱膜、关节囊同时被撕裂，骨折块被肱三头肌腱牵拉，亦可造成分离移位，但较少见。

伤后局部肿胀明显，若损伤严重可使整个肘关节充积瘀血，肘关节活动障碍，有移位的骨折在肘后可摸到骨折间隙和有异常活动的骨折块。拍摄肘部正侧位X线片可了解骨折类型和移位程度。

无移位的裂缝骨折和移位不大的粉碎性骨折，可用上肢直角托夹板或上肢超肘关节夹板固定3—4周，早期作功能锻炼。若骨折有移位，肿胀较严重者，可在严格无菌操作下抽出关节内瘀血后，再进行手法整复，夹板固定。患者仰卧，肘关节呈30°—45°微屈位，助手握持住患肢前臂，医者站在患肢外侧，先按摩肱三头肌和上臂肌肉，松解痉挛，再以两手拇指分别按压移位的尺骨鹰嘴上端的内、外侧，由近侧向远侧推挤，使之向远骨折端处靠拢，并稍作摇晃，使两骨折端紧密嵌合。此时，医者紧推骨折块，令助手作缓慢轻度的屈伸患肘数次，使半月切迹的关节面平复如旧，再将患肢置于微屈位，然后用超肘夹板绷带固定。医者在骨折块上部安放一块有半圆形缺口朝下的合骨垫，合骨垫可粘贴在后侧夹板上，用以挤压住尺骨鹰嘴的上端，不使骨折块再向上移位，肘前方再放一块超肘关节夹板，用绷带固定，外扎三道布带条，固定后须注意观察患肢远端血运情况，尤其在5—7日内。随着肿胀消退，肌肉痉挛缓解，夹板松动时，骨折易发生再次分离移位，所以应注意经常调节夹板的松紧度。定期摄X线片检查，及时发现和矫正骨折再移位。夹板固定约3—4周。

复位后即开始作肩关节和指、腕关节的功能锻炼。解除夹板后，在健手扶持下进行肘关节屈伸活动。在骨折临床愈合前，不可作肘关节过度屈曲锻炼。

药物治疗按骨折三期辨证内外用药，可见"肱骨髁上骨折"条。

尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位

是指尺骨半月切迹以下的上1/3骨折，桡骨头同时自肱桡关节、尺桡上关节脱位，而肱尺关节无脱位。为关节脱位和骨折同时发生的损伤，常为间接暴力所引起，直接暴力亦可引起，但较少见。

根据暴力作用的方向和骨折移位情况，可分为四种类型：

(1) 伸直型：比较常见。跌扑时，肘关节伸直或过伸位，前臂旋转后，并在肘关节内收姿势手掌着地，暴力向上传导先造成尺骨上1/3斜形骨折，并向掌侧、桡侧成角移位，由于暴力继续作用和尺骨骨折端的推挤，以及骨间膜的牵扯，致使环状韧带受桡骨上端的冲击而损伤，桡骨头向前外方脱出。暴力直接打击于尺骨近端的后、内侧，亦可造成伸直型骨折，骨折为横断或粉碎。

(2) 屈曲型：跌扑时，肘关节呈屈曲位，前臂旋前，手掌着地，传达暴力先造成尺骨上1/3骨折，骨折端向背侧、桡侧成角移位，由于骨折端推挤和骨间膜的牵拉，使桡骨头向后外方脱出。

(3) 内收型：多见于儿童。跌扑时，身体向患侧倾斜，肘关节处于伸直内收位，前臂旋前，手掌着地，可造成尺骨上1/3或喙突部骨折，多为向桡侧成角的青枝骨折，桡骨头被移位的尺骨推挤向外侧脱出。

(4) 特殊型：最为少见，为尺桡骨双骨折合并桡骨头向前脱位，其受伤机制与伸直型大致相同，但暴力较大。

伤后前臂上段肿胀、疼痛、畸形、压痛明显，肘关节功能障碍，不能自动旋转前臂。有严重移位者，在尺骨上1/3可摸到畸形，在肘外侧、前方或后方可摸到脱出的桡骨头。对儿童的尺骨上1/3骨折，必须仔细检查是否同时有桡骨头脱位。检查时应注意腕和手指感觉和运动功能，以便确定有无合并桡神经挫伤。

X线检查有助于明确诊断。正常桡骨头与肱骨小头相对，桡骨干纵轴线向上延长，一定通过肱骨小头的骨骺中心。肱骨小头骨骺一般在1—2岁出现，因此对1岁以内的患儿，必要时可拍摄健侧X线片以便对照。如X线片上有尺骨上段骨折并向外成角，而无桡骨头脱位者，应注意可能是内收型骨折，桡骨脱位后，自行还纳。

新鲜尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位，可用手法整复，前臂超肘夹板固定。合并桡神经挫伤者，可手法整复，前臂超肘夹板固定，并作腕指伸展弹力装置。复位前

应根据具体情况决定先整复骨折或先整复脱位，如尺骨为稳定性骨折，或尺骨为斜形或螺旋骨折有背向移位者，均应先整复尺骨骨折。前者用稳定的尺骨作支撑，使桡骨头易于复位，后者因背向移位的尺骨抵住桡骨和变位的骨间膜牵拉，使脱位的桡骨头难于复位，故应先整复尺骨骨折，消除阻碍后，桡骨头才易复位。若尺骨为不稳定性骨折，如粉碎性骨折或斜形骨折，则应先整复桡骨头脱位，以桡骨为支撑，使尺骨骨折便于整复。

伸直型骨折整复时，患者仰卧，肩外展70°—90°，肘伸直，前臂旋后位，两助手顺势拔伸，矫正重叠移位，医者两拇指放在桡骨头的外、前方，将桡骨头向尺侧、背侧按捺，同时助手将肘关节徐徐屈曲90°以上，使桡骨头复位。然后医者捏住骨折断端进行分骨，并将尺骨远骨折端向尺侧、背侧按捺、提拉，矫正向掌侧、尺侧的成角移位；屈曲型骨折复位时，助手先将患肘屈曲90°，并作前臂纵轴方向的拔伸，医者两拇指在背侧、桡侧按住桡骨头并向掌侧、尺侧按捺，同时助手将肘关节徐徐伸直，使桡骨头复位，然后医者在尺桡骨间隙作挤捏分骨，并将尺骨骨折远端向掌侧、尺侧按捺，使尺骨复位；内收型骨折复位时，医者站在患肢外侧，拇指向内侧推按脱出的桡骨头，使之还纳，尺骨向桡侧成角畸形亦随之矫正；特殊型骨折复位时，先作桡骨头脱位的手法整复，医者用手捏住复位的桡骨头作临时固定后，再按桡、尺骨干双骨折处理。

复位后，在维持牵引下，先以尺骨骨折平面为中心，在前臂的掌侧与背侧各置一分骨垫，在骨折端的掌侧（伸直型），或背侧（屈曲型），置一平垫；在桡骨头的前外侧（伸直型、特殊型），或后外侧（屈曲型），或外侧（内收型）放置葫芦垫；在尺骨内侧的上、下端分别放一平垫，用胶布固定。然后放置掌、背侧与桡、尺侧夹板作前臂旋后位超肘关节固定，用四道布带缚扎。伸直型及特殊型应固定于屈肘位4—6周；屈曲型或内收型宜固定于伸肘位2—3周后，改屈肘位固定2—3周。

固定后应作指、腕、肩的功能锻炼，3周内禁作前臂旋转活动，屈曲型禁作屈肘活动，伸直型禁作伸肘活动。4—6周后，可拆除固定，加强肘部屈伸和前臂旋转锻炼。

药物治疗可按初期、中期、后期三期辨证内外用药，可见“肱骨髁上骨折”条。

尺骨干骨折

亦称臂骨骨折。临床较少见。尺骨干下1/3较细弱，其后、内缘无肌肉保护，且浅在皮下，易受外力损伤而致骨折。

尺骨干骨折为打击或挤压等直接暴力所致，多为横断或粉碎骨折。如前臂遭受极度旋前的间接暴力，亦可引起尺骨中、下1/3骨折。骨折后，由于有桡骨支撑，一般移位不大。尺骨下1/3骨折有时骨折远段受旋前方肌的牵拉，易向桡侧、掌侧移位。

伤后局部疼痛、肿胀、瘀斑，有明显压痛和纵轴叩击痛，因尺骨位置表浅，易摸到两骨折端，有异常活动和骨擦音。尺骨中、上1/3骨折应注意鉴别桡骨头有无脱位。下1/3段骨折如有明显缩短或成角畸形时，亦应检查有无下尺桡关节脱位。摄正侧位X线片，可进一步明确诊断。

无移位的裂缝骨折，用前臂夹板固定。有移位骨折，必须手法整复。由于一般骨折移位不大，整复并不困难。患者仰卧，肩外展，肘屈曲90°，用宽布带系在上臂下段，助手一手握住患肢拇指及大鱼际部，另一手握住中、环、小指进行拔伸。中、上1/3尺骨骨折有侧方移位者，医者一手捏住近骨折端，一手捏住远骨折端，用捺正法矫正骨折的侧方移位。若尺骨下1/3骨折，则前臂置于旋前位，医者作挤捏分骨并将尺骨向尺侧、背侧挤捏提拉，整复尺骨远端向桡侧和掌侧的移位。若尺骨下段骨折伴有下尺桡关节脱位时，待骨折整复后，可在牵引下用手掌分别在尺桡骨的下端向中心相对挤按，使下尺桡关节的脱位得到整复。整复后，在移位的骨折端掌侧、背侧各加一固定垫。如为内外方向的侧方移位时可在前臂掌、背侧间隙处各加一分骨垫。如有成角移位，可用三点加压法防止骨折再移位。外加四块夹板固定。尺骨中上1/3骨折将前臂固定在中立位，下1/3骨折可固定于旋前位。固定时间4—6周，尺骨下1/3骨折若有愈合较慢趋势，可适当延长固定时间。功能锻炼和药物治疗可见“桡尺骨干双骨折”条。

桡骨头骨折

亦称辅骨上端骨折。包括桡骨头部、颈部骨折和桡骨头骨骺分离。属关节内骨折。幼年、少年、青壮年均可发生。

多为间接暴力所致。跌扑时，肘伸直，前臂旋前位，手掌着地，迫使肘关节外翻的暴力使桡骨头向上、向尺侧冲击，躯干重力向下传导，使肱骨小头向下、向桡侧撞击于桡骨头，而发生桡骨头骨折，在儿童则发生桡骨头骨骺分离。

根据骨折发生的部位、程度和移位情况，可分为六种类型：

（1）裂缝型：桡骨头部或颈部形成裂缝。

（2）劈裂型：桡骨头外侧缘被劈裂，骨折块约占关节面1/3—1/2，且常有向外、下移位。内侧缘劈裂者少见。

（3）嵌插型：在桡骨颈部产生纵向嵌插，或有轻度成角或侧方移位。

（4）倾斜型：桡骨颈骨折或桡骨小头骨骺分离，桡骨头关节面沿线与肱骨小头关节面的沿线由平行改变为交叉成角30°—60°。俗称“歪戴帽”式移位，两骨折端仍有部分接触，骨折端的外后侧有不同程度的压缩或嵌插，如为骨骺分离，有时有干骺端劈下三角形小骨折片连接在骨骺上。

(5) 翻转型：桡骨颈骨折或桡骨头骨骺分离、移位严重，肱骨小头关节面沿线与桡骨头沿线交叉呈60°以上的角度，桡骨头关节面朝向外、后方，严重时近、远两骨折端可无接触，正位或侧位X线片上骨骺呈圆盘状。

(6) 粉碎型：较强的暴力撞击，致桡骨头呈粉碎骨折。骨碎片有分离或部分被压缩。

以上各型，在临床上可单独出现，亦可两型混合出现。

伤后肘关节桡侧有肿胀、疼痛、瘀斑、压痛明显，肘关节活动受限，前臂旋转功能丧失，X线摄片可明确诊断和移位程度。

治疗的目的在于恢复肘关节伸屈和前臂旋转功能。对裂缝骨折和移位较小的骨折，小于1/3的劈裂型骨折且移位不大者，可外用活血化瘀消肿药物外敷，三角巾悬吊于胸前，早期作指、腕、肩关节的伸屈旋转活动，1周后，待肿胀减退，即可作肘关节的功能锻炼。如为倾斜型，倾斜度在60°以下者或为1/3—1/2劈裂骨折、折端仍有部分接触或轻度分离者，嵌插或粉碎骨折有倾斜成角移位者，翻转型两骨折端仍有部分接触或轻度移位者，粉碎型骨碎片轻度移位者，均可作手法复位，前臂超肘夹板固定，三角巾悬吊于胸前。若劈裂型骨折，骨折块分离较远者，或骨折块占桡骨头1/2以上者及翻转型骨折块分离移位较大者，可试作手法整复，用超肘关节夹板固定。亦可用针拨法进行整复。若骨骺分离或骨折块嵌入肱尺关节间隙，试行手法整复不成功者，可考虑手术治疗。

整复时，一助手固定上臂，另一助手牵引前臂在肘关节伸直内收位来回旋转，医者两手拇指将桡骨头向上、向内侧推挤，使其复位，骨折块复位后，再缓慢地将肘关节屈到90°，前臂中立位固定。翻转型复位先用拇指端将翻转骨折块之上端（即桡骨头关节面的内缘）向尺侧顶按入肱桡关节间隙，另一手拇指在骨折块下端（即桡骨头关节面的外侧缘）处，向上推顶，使骨折块翻回，再按上法进行整复。若为倾斜型骨折，骨折端有嵌插塌陷者，有部分患者甚难达到解剖复位，若改善倾斜度在30°以内，日后则对肘部功能影响不大。若针拨复位，则用针尖圆钝的钢针由桡侧偏后侧处，刺入骨折块倾斜侧的下方进至骨折端间隙处，将倾斜的骨折块撬起并顶回原位。应注意操作要谨慎，不能损伤桡骨头关节面。复位后在桡骨头部的后、外侧加一长方形平垫，在前臂骨间隙的中、上1/3段掌、背侧各加一分骨垫，将肘关节屈曲90°位，用前臂超肘夹板固定3—4周。

固定后即可作指、腕、肩关节功能锻炼。解除固定后，作肘关节的伸屈旋转功能锻炼。

药物治疗可按三期分治辨证内外用药。后期若有关节僵硬，可用海桐皮汤、上肢损伤洗方等熏洗。

桡骨干骨折

亦称辅骨骨折、缠骨骨折。桡骨的功能除支持前臂外，主要是参与前臂的旋转活动。单纯桡骨干骨折较少见。多发生于青少年。骨干上1/3段骨质较坚固，且有丰厚的肌肉包裹，甚少发生骨折，中、下1/3段肌肉较少，骨折易于此段发生。在桡骨中、下1/3交界处，是桡骨生理弯曲的顶点，也是桡骨薄弱环节，骨折多发生于此。

直接暴力和间接暴力均可造成桡骨干骨折。直接暴力多为重物打击于前臂桡侧所致；间接暴力为跌扑时手掌着地，暴力向上冲击作用于桡骨而产生。在儿童多为青枝骨折或不完全骨折，成人或承受较重的暴力者可产生横断、短斜或粉碎骨折。因有尺骨的支撑，不易发生缩短重叠移位，骨折后由于受骨间膜的牵拉可向尺侧成角。桡骨上1/3段骨折，骨折线位于旋前圆肌止点之上时，由于附着于桡骨结节的肱二头肌及附着于桡骨上1/3段的旋后肌的牵拉，骨折近段产生旋后移位；而附着于桡骨中部及下部的旋前圆肌和旋前方肌的牵拉，骨折远段旋前移位。若为桡骨干中1/3段骨折，骨折线位于旋前圆肌止点以下时，因肱二头肌与旋后肌的旋后倾向被旋前圆肌的旋前力相抵消，故骨折近段处于中立位。若为桡骨下1/3段骨折，骨折远段可被旋前方肌牵拉而向前旋转移位。如上尺桡关节或下尺桡关节有脱位时，骨折端可发生重叠、成角畸形，但较少见。

伤后局部肿胀、疼痛明显，有异常活动和骨擦音，前臂旋转功能障碍，被动旋转活动时有锐痛。若为不完全骨折，可无骨擦音和异常活动，旋转功能稍差。X线摄片时，应包括肘、腕关节，注意有无合并上、下尺桡关节脱位。

无移位骨折仅用前臂夹板固定2—3周；有移位骨折，需用手法整复。如为青枝骨折有成角移位者，将患肢置于操作台上成角处朝上，医者用手掌按压成角顶部位置直至得到改善。整复后用前臂夹板固定2—3周。有移位骨折，复位时，患肩外展90°，屈肘90°，两助手行拔伸牵引，若为桡骨上1/3骨折，前臂置于旋后位拔伸，若中1/3及下1/3骨折，将前臂均置于中立位拔伸。若为骨折向尺侧成角及远骨折端向尺侧移位，医者用挤捏分骨，将成角端向桡侧挤捏，并将骨折远段向桡侧提拉，同时作轻微的摇晃，使骨折端复位。若为上1/3骨折，医者作分骨手法后，如仍有骨折远端向掌侧移位时，医者用两点捺正法，一手拇指将近骨折端向掌侧推按，另一手拇指将远骨折端向背侧推按，使侧方移位得到整复。如有上桡尺关节分离，在桡骨骨折复位后分离仍未改善时，医者可用两手掌置于肘部近上桡尺关节的桡侧和尺侧处，用力作相对挤捏法进行整复。如合并下尺桡关节脱位，可见"桡骨下1/3骨折合并下尺桡关节脱位"条。

复位后，用前臂夹板固定，若为桡骨中、下1/3骨折，应将腕关节固定于尺偏位。若桡骨骨折，两骨折折端有向内、外侧移位，经复位后，可用两垫固定法固定。一平垫置于向桡侧移位的骨折端部，再用两分骨垫分别放在前臂骨间隙的掌、背侧，挤住向尺侧移位的骨折端。夹板

固定约4—6周，待骨折临床愈合后去除固定。在固定后即可作肩、肘、腕、指关节的功能锻炼，前臂旋转活动须在3周后酌情开始。药物治疗可按三期辨证用药，可见“桡尺骨干双骨折”条。

桡尺骨干双骨折

亦称手骨两胫俱断、断臂辅两骨、前臂双骨折。为常见骨折，于中1/3或下1/3处多发。多见于青少年。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“臂骨者，自肘至腕，有正辅二根。其在下形体长大，连肘尖者，为臂骨；其在上而形体短细者为辅骨，俗名缠骨。叠并相倚，俱下接于腕骨焉。”尺骨是前臂的轴心，通过上、下尺桡关节及骨间膜与桡骨相连，桡骨沿尺骨旋转。前臂肌肉较多，有伸肌群、屈肌群、旋前肌和旋后肌等。骨折后可出现重叠、旋转、成角及侧方移位，故整复较困难。治疗桡、尺骨干双骨折要求达到解剖复位或接近解剖复位，若整复不良，将影响前臂旋转功能。若两骨折线在同一水平，向轴心靠拢呈“×”字形移位者，如不纠正，可形成交叉愈合，致使前臂功能丧失。

直接或间接暴力均可产生桡、尺骨干双骨折。《普济方·折伤门》云：“凡两手臂骨打断者有碎骨，跌断者无碎骨。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》则进一步指出：“凡臂骨受伤者，多因迎击而断也，或断臂辅两骨，或唯断一骨，瘀血凝结疼痛。”碰撞、打击、挤压等直接暴力所致者，多发生横断、粉碎骨折或多段骨折，且常合并较严重的软组织损伤或开放性骨折，桡、尺骨两骨折线多在同一水平位。跌扑时手掌着地，暴力沿桡骨纵轴向上传导，在桡骨中、上段发生横断或斜形骨折后，残余暴力通过向下斜行的骨间膜纤维牵拉尺骨，造成尺骨斜形骨折，骨折线多不在同一个水平位上，尺骨骨折线往往低于桡骨骨折线，周围软组织损伤较少，若成角移位较大，骨折端可刺破皮肤而形成开放性骨折。在儿童多产生下1/3段青枝骨折，桡骨骨折线高于尺骨骨折线。前臂被旋转机器绞伤，或跌倒时手掌着地，躯干过度倾斜、扭转，致前臂遭受扭转间接暴力，多发生螺旋或斜形骨折，尺骨骨折线高于桡骨骨折线。

伤后前臂肿胀、疼痛、畸形、压痛明显，有异常活动及骨擦音，前臂旋转功能障碍，重叠移位严重时，患臂缩短。儿童青枝骨折则仅有成角畸形。X线片应包括肘、腕关节，除确定骨折类型和移位方向外，还可了解上、下尺桡关节有无脱位。

闭合骨折及伤口较小且经清创后的开放性骨折，可作手法整复。陈旧性骨折，旋转、重叠移位不大者，可考虑作手法折骨后整复。中1/3骨折，若其中有一骨干为横形或锯齿形的稳定性骨折，而另一骨干为不稳定的粉碎骨折或斜形骨折时，应先整复稳定性骨折。若双骨折均为不稳定性骨折时，对上1/3段骨折，则先整复尺骨，对下1/3段骨折可先整复桡骨。对中1/3段，若两骨干骨折的稳定性相同，一般先整复易于摸认捏捏的尺骨。若有一骨干骨折背向侧方移位者，应先整复有背向侧方移位的骨折。

整复时，患者仰卧，患肩外展90°，屈肘90°，两助手行拔伸牵引。上1/3骨折，前臂应置于旋后位；中、下1/3骨折，则前臂应置于中立位进行拔伸，以矫正旋转、成角和重叠移位。如骨折段互相成角向轴心靠拢移位时，医者可行挤捏分骨。横断或短斜形骨折，有侧方移位者，医者一手捏持住近骨折端，另一手捏持住移位的远骨折端，将骨折突起处按捺平整，如重叠移位未获改善，可改作反折捺正手法。斜形或螺旋骨折，有背向移位，医者持住近、远两骨折段，沿原旋转移位的途径，使远骨折段绕近骨折段旋转使两骨折面接触，再用挤捏法，使两骨折面紧密吻合。如为儿童青枝骨折，有成角移位者，在拔伸下，医者用手掌在成角侧角顶部位向下按压，并使矫枉稍过正，以免弹回再移位。若复位前桡、尺骨相互靠拢者，可用分骨垫放置在两骨之间；若骨折原有侧方移位或成角移位，可用二垫或三垫固定。各垫放置妥当后，依次放上掌、背、桡、尺侧夹板，掌侧板由肘横纹至腕横纹，桡侧板由桡骨头至桡骨茎突，尺侧板自肱骨内上髁下达小指掌指关节处，背侧板由鹰嘴至腕关节或掌指关节，掌、背两侧夹板要比桡、尺两侧夹板宽。缚扎后，再用前臂带柱托板固定，屈肘90°，三角巾悬吊，前臂原则上放置中立位。儿童青枝骨折固定3—4周，成人固定6—8周，待骨折临床愈合后始可拆除夹板。

功能锻炼，初期鼓励患者作握拳、手指屈伸活动及上肢肌肉舒缩活动。中期作肩、肘、腕关节轻度活动，如箭步云手等，但不宜作前臂旋转活动。后期活动范围逐渐增大，解除固定后作前臂旋转活动。

药物治疗，早期以活血化瘀为主，内服桃红四物汤、活血止痛汤，或一盘珠方加三七、桑枝。外敷弃杖散、消瘀止痛膏；中期宜和营生新，接骨续损，内服正骨紫金丹、八厘散、驳骨丹等。外用驳骨散或接骨膏；后期宜调理气血、补养筋骨，内服生血补髓汤、肢伤三方或补肾壮筋汤。如有关节僵硬，动作不灵用五加皮汤或海桐皮汤熏洗，或外搽活血酒等以通络活血。促进关节功能恢复。

桡骨下1/3骨折合并下尺桡关节脱位

本损伤多见于成人。由于受完整尺骨的支撑和邻近肌肉的牵拉挤压，故整复有一定的困难。且下尺桡关节脱位容易漏诊，可造成日后功能障碍，故对这种损伤应予足够重视。

直接暴力与间接暴力均可引起桡骨下段骨折合并下尺桡关节脱位，以间接暴力为多见。直接暴力为患臂被重物打击，间接暴力为向前跌倒时手掌着地，暴力向上传导至桡骨下1/3处而发生骨折，由于骨折重叠桡骨下端

向近侧移位,同时可引起三角纤维软骨破裂与下尺桡关节脱位,有时可合并尺骨茎突骨折,若前臂在旋前位着地,桡骨远段向背侧移位;前臂旋后位或中立位着地时则桡骨远段向掌侧移位,以后者为多见。儿童则常发生尺骨下端骨骺分离,部分患者并发有尺骨干骨折或尺骨青枝骨折。骨折后桡骨远骨折段受拇长展肌和拇短伸肌的挤压而向尺侧成角和向尺侧、掌侧移位,且被旋前方肌牵拉而旋前。拇长展肌及拇短伸肌有时可嵌夹于两骨折端之间,导致骨折不愈合。

伤后前臂肿胀、疼痛、畸形、压痛明显,有异常活动和骨擦音,下尺桡关节松弛并有压痛,尺骨小头常向尺侧、背侧突起,腕关节呈桡偏。如合并尺骨青枝骨折时,可摸到尺骨成角畸形。摄正侧位 X 线片,以助诊断。

复位时,可先整复桡骨骨折的缩短重叠、侧方和成角移位,后整复下尺桡关节脱位。操作时,患肩外展,肘屈曲,前臂中立位,两助手行拔伸牵引以矫正重叠移位,再在前臂远段骨间隙处作挤捏分骨,将桡骨远段挤向桡侧,矫正桡骨向尺侧靠拢成角和侧方移位,如有掌、背方向的侧方移位时,医者用两手拇指分别按住移位的近、远两骨折端,并向桡骨的纵轴线方向挤按,以矫正侧方移位。如仍有下尺桡关节向掌侧或背侧脱位和分离脱位时,医者用手捏住已复位的桡骨骨折端作临时固定,另由助手先将向掌或背侧移位的尺骨远端按压平正,再在下尺桡关节的内、外侧,作向轴心挤捏,使分离的下尺桡关节得以整复。如有尺骨青枝骨折成角移位,须先整复尺骨,用捺正手法将尺骨成角移位矫正后,再整复桡骨骨折的移位。对陈旧性骨折畸形愈合,可作手法折骨后再作复位。

复位后用前臂四块夹板固定,夹板规格基本与桡、尺骨干双骨折相同,但须将桡侧夹板下端至掌指关节止,尺侧夹板下端至腕关节止,将腕关节固定于尺偏位。在前臂下段掌、背侧骨间隙处各放一分骨垫,在近骨折端桡侧放一薄平垫,在上、下骨折端突起处的掌、背侧各放一平垫,在桡、尺骨远端的桡、尺侧各加一平垫。整复固定后观察患肢远端血液循环,并调节夹板的松紧度,如下尺桡关节仍有分离脱位,医者可在夹板之外,用两掌多次地将尺桡关节向轴心挤压,使分离逐步改善。功能锻炼可见“桡、尺骨干双骨折”条,唯在 3 周前禁作前臂的旋转活动,防止骨折再移位。药物治疗可按三期辨证内外用药,可见“桡尺骨干双骨折”条。

桡骨下端骨折

是指桡骨远侧端 3 厘米范围内的骨折,亦称辅骨下端骨折。桡骨下端骨折比较常见,多见于青壮年及老年患者。《普济方·折伤门》记载了伸直型桡骨下端骨折移位特点,采用超腕关节夹板固定。《伤科汇纂》则将此骨折分为向背侧移位和向掌侧移位两种类型。桡骨下端为松质骨,血液供给较丰富,关节面以上 2—3 厘米处为坚质骨与松质骨接壤处,是桡骨下端薄弱环节,易发生骨折。

直接暴力和间接暴力均可引起,但多为间接暴力所致。根据骨折发生原因及移位情况可分为两种类型。①伸直型:患者跌扑时,前臂旋前,腕关节背伸,传达暴力作用于桡骨下端可造成伸直型骨折,骨折远端向背侧、桡侧移位,或可有嵌插,严重者可有重叠或有三角软骨撕裂而致下尺桡关节脱位,甚至将尺骨茎突撕脱。老年人桡骨下端骨折常为粉碎骨折,关节面可被破坏。在少年易发生桡骨下端骨骺分离,移位情况与成人相似。若被重物打击、碰撞等直接暴力所致者,常可发生粉碎骨折。②屈曲型:较少见,多为间接暴力所致。跌扑时,前臂旋前,腕关节掌屈,手背先着地、传达暴力作用于桡骨下端可造成屈曲型骨折。骨折远端向掌侧、桡侧移位,亦可发生下尺桡关节脱位。在桡骨远端的背侧被暴力直接打击、碰撞、轧压等,亦可产生屈曲型骨折。

伤后局部肿胀、疼痛,手腕活动功能部分或完全丧失。远骨折端向背侧移位时,可见“锅铲”畸形;向桡侧移位时,呈“枪刺刀”样畸形;向掌侧移位时,呈“鹅颈”样畸形。缩短移位时,可扪及桡骨茎突上移;无移位或不完全骨折,仅有轻度肿胀、微痛,活动稍受限,局部可有环状压痛和纵轴压痛。腕关节正侧位 X 线片,可明确骨折类型和移位方向。

无移位的骨折不需要整复,仅用掌、背两侧夹板固定 2—3 周即可。有移位骨折则必须手法整复。患者坐位,老年人则平卧为佳,肘部屈曲 90°,前臂中立位。整复伸直型骨折时,一助手握住上臂,医者两拇指并列置于远端背侧,其余四指置于其腕部,扣紧大、小鱼际肌,先顺势拔伸 2—3 分钟,待重叠移位完全纠正后,将远段旋前,再将两手 2—5 指托住近骨折端,掌侧两拇指按捺远骨折端的背侧偏桡侧,同时使腕关节尺偏掌屈,使之复位;或由两助手维持牵引,医者用两拇指迫使远骨折段和腕关节尺偏掌屈,即可达到解剖对位;整复屈曲型骨折时,由两助手拔伸牵引,医者可用两手拇指由掌侧将远骨折段向背侧尺侧推挤,同时用示、中、环三指将近骨折段向掌侧压挤,同时助手配合将腕关节背伸尺偏,使屈肌腱及桡侧肌腱紧张,防止复位的骨折再移位。

伸直型骨折先在远骨折端背侧和近骨折端掌侧分别放一平垫,然后放上夹板,夹板上端达前臂中、上 1/3,桡、背侧夹板下端应超过腕关节,限制手腕的桡偏和背伸活动。屈曲型骨折则在远端的掌侧和近端的背侧各放一平垫,桡、掌侧夹板下端应超过腕关节,限制桡偏和掌屈活动,扎上三条布带,最后将前臂悬吊胸前,保持固定 4—5 周。

固定期间应积极作握拳及肩肘部活动。解除固定后,作腕关节屈伸和前臂旋转锻炼。药物治疗可按三期分治辨证内外用药,见“桡尺骨干双骨折”条。

腕舟骨骨折

是较常见的腕骨骨折，亦称高骨骨折、龙骨骨折。多见于成年人。腕舟骨是近排腕骨中最大的一块，呈长弧形，其状如舟，中段较细者为腰部，骨折多发生在此处。由于掌侧腕横韧带附着在舟骨结节部，而舟骨其余表面多为关节软骨所覆盖，血液供给较差，故除结节部骨折愈合较佳外，腰部骨折或近端骨折容易发生迟缓愈合、不愈或缺血性坏死。

多为间接暴力所致。跌扑时，手掌先着地，腕极度桡偏、背伸，暴力向上传达，舟骨被锐利的桡骨关节面的背侧缘及茎突缘切断而骨折。

伤后腕部外侧疼痛，活动受限，腕背伸、桡偏时疼痛加重，阳溪穴部肿胀、压痛明显，令患者握拳，叩击第二、三掌骨头部时，骨折处有纵轴冲击痛。摄正侧位和尺偏斜位X线片可协助诊断。第一次摄片未发现骨折而临床表现仍有可疑时，可于2—3周以后再次摄片，此时骨折端钙质被吸收，骨折线较易显露。

无移位骨折，仅作前臂超腕关节夹板固定。有移位骨折，必须手法复位。前臂轻度旋前位，可在用手牵引下使患腕尺偏，医者以拇指向掌侧、尺侧按压移位的远骨折段，即可复位。复位后在阳溪穴处放一圆形纸压垫，然后用塑形夹板或纸壳夹板固定腕关节伸直而略向尺偏，拇指于对掌位，固定范围包括前臂下1/3、腕、拇掌及拇指指间关节，新鲜或陈旧骨折均可采用。固定时间为8—12周，并拍摄斜位X线片1—2次检查愈合情况。若仍未愈合，须延长固定时间，直至骨折愈合。在固定后即须作握拳伸指活动，促进腕部血液循环，并可由于肌肉收缩力而使两骨折端纵轴加压而紧密吻合。

药物治疗可按三期辨证用药，因该骨折损伤气血较轻，故不宜用大剂化瘀药物，但腰部或近端骨折愈合缓慢，故应加强补益肝肾、接骨续损，内服补肾壮筋汤、接骨丹、八厘散等。

掌骨骨折

亦称驻骨骨折、壅骨骨折。手部周围的肌肉、肌腱较多，肌肉的收缩作用可影响掌骨骨折的移位。

直接暴力或间接暴力均可造成掌骨骨折，常见的有：

(1) 掌骨基底部骨折。以第一掌骨基底部骨折较常见，多为间接暴力所致，骨折线多呈横形。直接暴力碰撞打击亦可使该处发生骨折，多为横断或粉碎骨折。远骨折端受拇长、短屈肌，拇指内收肌的牵拉而向尺侧、掌侧移位，近骨折端受拇长展肌的牵拉而向桡侧、背侧移位，骨折部向桡侧、背侧成角畸形。第二—第五掌骨基底部骨折时，多因直接暴力砸压打击所致，呈横断或粉碎骨折，骨折端因受掌横韧带的约束，一般移位不大。

(2) 第一掌骨基底部骨折并脱位。为间接暴力所致，跌倒或被重物碰撞，作用于拇指纵轴上的暴力传导至基底部，而呈斜形骨折，骨折线通过腕掌关节，在基底部尺侧形成三角形骨折块，因有掌侧韧带相连，多无移位，而骨折远端被拇长展肌牵拉而向桡侧、背侧脱位，并向桡侧、背侧成角移位。

(3) 掌骨干骨折。暴力直接打击所致者，多为横断或粉碎骨折。扭转及传达暴力所致者，多为斜形骨折或螺旋骨折。骨伤后因指屈肌及骨间肌的牵拉而向背侧成角及侧方移位。

(4) 掌骨颈骨折。多为间接暴力所致，多发生于第五掌骨，亦有发生第二—第四掌骨，为握拳时掌骨头被撞碰所引起，骨折端受蚓状肌和骨间肌牵拉而向背侧成角，掌骨头则向掌侧屈转，近节指骨受伸肌腱牵拉而向背侧移位，形成掌指关节半脱位。

骨折后局部肿胀、疼痛、功能障碍，若为第一掌骨基底部骨折或基底部骨折并脱位时，在第一掌骨背侧、桡侧可摸到突起的成角畸形，第一腕掌关节活动障碍，各掌骨干骨折除裂缝骨折外均有向背侧隆起的成角畸形和纵轴叩击痛。有缩短移位的骨折，在握拳时，可清楚地看到掌骨头部向上缩进。掌骨颈骨折，在握拳时，见不到正常突出的掌骨头。拍摄正、斜位X线片，可助诊断。

第一掌骨干骨折、基底部骨折或基底部骨折脱位，整复时，医者一手握住拇指作外展45°位拔伸，另一手大鱼际和第二—第五指握住患肢近腕关节处作对抗拔伸，右手拇指放在向背侧、桡侧移位的远骨折端上，并向掌侧、尺侧按捺，同时左手拔伸并外展拇指，使之复位。第二—第五掌骨基底部骨折，一般移位不大，医者仅作拔伸和用拇指按捺突起的骨折端，即可整复。如有侧方移位或重叠移位，根据移位的方向用捺正法或反折手法矫正之。对第二—第五掌骨干骨折，在拔伸下用拇指将向背侧成角的骨折端按捺平正，并在掌骨骨间隙的背侧作挤捏分骨，矫正内、外方向的移位。如为掌骨颈骨折，应将掌指关节和近侧指间关节各屈曲90°，以使侧副韧带紧张，然后医者用示指压顶近侧指骨头，使指骨基底部位于掌骨头之掌侧，将远骨折段向背侧托顶起，同时用拇指将掌骨干向掌侧按捺而复位。

复位后，用铝板、竹片或薄木板制作的夹板固定。第一掌骨干或基底部骨折、第一掌骨基底部骨折并脱位，均可用拇外展夹板固定，第二—第五掌骨基底部骨折、骨干骨折，可用掌、背夹板固定，在背侧骨间隙处安放分骨垫数条，在背侧掌骨成角处放置棉制小压垫。掌骨颈骨折，可用"匚"形夹板固定于背侧，将掌指关节和近侧指间关节固定在各屈曲90°位置上。掌骨基底部骨折、基底部骨折脱位、掌骨颈骨折固定4—5周，掌骨干骨折固定5—6周。

复位后即可作肩、肘、腕关节及除患指外手指的功能锻炼，但在3—4周内第一掌骨各类骨折不能作腕掌关节

内收活动；掌骨颈骨折不能作伸指活动；第二—第五掌骨干骨折不能作用力的伸指、握拳活动。

药物治疗可按三期辨证用药，因该骨折一般损伤较轻，在后期如无不适，可免去内服药物。

指骨骨折

是手部最常见的骨折。亦称竹节骨骨折。指骨周围附着的肌腱和肌肉收缩牵拉，可影响骨折端的移位。

指骨骨折多由直接暴力所致，亦易引起开放性骨折。骨折可发生于近节、中节或末节，而以近节指骨骨干骨折为多见。有横断、短斜、螺旋、粉碎或波及关节面的骨折。

(1) 近节指骨骨折，多为间接暴力所致，骨折端因受骨间肌、蚓状肌的牵拉常向掌侧成角，暴力过重时，骨折远端可发生向掌侧移位。

(2) 近节指骨颈部骨折，常为间接暴力所致，骨折端亦向掌侧突起成角，由于伸肌腱在中央部的牵拉，远骨折端可向背侧旋转达90°左右，使远骨折端的背侧与近端骨折的断面相对，阻碍骨片的整复。

(3) 中节指骨骨折，多由直接暴力所致，骨折线在指浅屈肌止点(中1/3段)之上时，骨折向背侧成角移位，如骨折线在指浅屈肌止点之下时，则骨折多向掌侧成角移位。

(4) 末节指骨骨折，多为直接暴力砸伤所致，常发生开放性或粉碎骨折，末节指骨远端无肌肉附着，故骨折移位不大。若为基底部背侧撕脱骨折，小骨片受指总伸肌肌腱牵拉而向上移位，由于屈肌紧张形成锤状指畸形。

指骨骨折若产生畸形愈合，尤其是成角、旋转畸形，将妨碍肌腱的正常滑动，影响伸、屈肌腱正常张力，因而造成手指不同程度的功能障碍。对开放性骨折作清创术后，可行复位和用夹板固定。对闭合性指骨骨折，可采用手法复位。患者取坐位或仰卧位，对患指作对抗拔伸，如为近节或中节指骨骨折，令患指处于屈曲位，医者一手拇、示指捏住骨折远段，另一手拇、示指分别置于骨折处，纠正成角和侧方移位。对末节指骨骨折移位不大者，可不复位。

复位后将患指固定于功能位3周。对末节指骨基底背侧撕脱骨折，宜将近侧指间关节屈曲、远侧指间关节过伸固定。在固定期间，应观察患指血液循环情况，并注意其他手指的功能锻炼。药物治疗可按三期辨证用药，但该骨折损伤较轻，后期可免内服药。

骨盆骨折

包括骶骨(八髎骨)、尾骨(橛骨)、髋骨(胯骨、髁骨)、耻骨(下横骨)、坐骨(楗骨、交骨)等部位的骨折。《伤科汇纂·部位》云："髁骨、楗骨者，下横骨在少腹下，其形如盖，故又名盖骨也。其骨左右两大孔，上两分出，向后之骨，首如张扇，下寸许附着于尻骨之上，形如马蹄之处，名曰髁骨；下两分出，向前之骨，末如楗柱，在于臀内，名曰楗骨；与尻骨成鼎足之势，为坐之主骨也，妇人俗名交骨。"

骨盆的近侧由腰骶关节与第五腰椎相连，远侧由髋关节与两下肢的股骨头相连，故骨盆的负重支持作用主要通过后半个骨盆环而传递到两下肢。盆腔中有直肠和部分大、小肠，生殖、泌尿器官，髂动脉、髂静脉沿骨盆环经过，在坐骨大孔、闭孔和腹股沟部均有大血管、神经通过，故骨盆有保护盆腔内的脏器和组织的作用，若骨盆骨折严重移位时，可能并发盆腔内的脏器、神经、血管的损伤。

强大的直接冲击和挤压暴力均可引起骨盆骨折。如车压、房屋倒塌，或重力撞击等。而当骨盆环受到挤压时，因耻骨联合有坚强的韧带连接，故多在薄弱的耻骨发生骨折，而后累及其他部位。少数由于外力直接撞击尾骨、骶骨或髂骨翼而发生局限性骨折。或由于肌肉的急骤收缩可引起髂前上、下棘或坐骨结节撕脱骨折。根据骨折后骨盆环遭受破坏程度，分为骨盆环无断裂和骨盆环断裂两种：①骨盆环无断裂的骨折，包括髂前上、下棘和坐骨结节撕脱骨折，髂骨翼骨折，耻骨单支骨折，骶骨骨折和尾骨骨折脱位。此类骨折常无明显的移位，对骨盆之持重功能亦无大的影响。②骨盆环断裂的骨折，包括单侧耻骨上下支骨折合并耻骨联合分离；双侧耻骨上下支骨折；髂骨骨折合并耻骨联合分离；单侧耻骨上下支骨折合并骶髂关节脱位；耻骨联合分离合并骶髂关系脱位。此类骨折移位较大而不稳定，不仅影响持重，而且可合并其他损伤。

由于骨盆为松质骨，邻近血管丰富，因此损伤后可有严重的内出血而引起血虚气脱证。外力和移位的骨折片可损伤尿道、膀胱或直肠，其中以尿道损伤最多见。此外，还可能并发头、胸、腹、四肢等处的复合伤。骨折后局部疼痛、肿胀、会阴部、腹股沟部或腰部可出现皮下瘀斑，下肢活动和翻身困难，患侧下肢可有短缩畸形。骨盆挤压试验(即以两手向内对向挤压两侧髂骨翼)和分离试验(即以两手分别置于两侧髂前上棘向后外方推压骨盆)时骨折处疼痛加剧。若腹膜后血肿时，可出现腹膜刺激症状。若尿道或膀胱的损伤，可发生尿血、排尿困难、尿外渗等症状。X线正位摄片有助诊断，骨盆环断裂时，除见明显的骨折外，尚可见到患侧髂骨关节面较健侧为高，尤以坐骨棘及髂后上棘明显，闭孔变小，股骨外旋。

骨盆骨折的治疗应把抢救血脱、气脱放在首位，若并发头、胸、腹复合伤，宜请专科会诊。病情稳定后，再整复骨折。《普济方·折伤门》云："凡臀盘左右跌出骨者，右入左，左入右，用脚踏进，搏按平正，用药。如跌入内，令患人盘脚，按其肩头，医用膝抵入，虽大痛一时无妨，整顿平正，却用贴药，只宜仰卧，未可翻卧，大动恐成损患。"根据其不同类型可采用不同的治疗方法。

骨盆边缘骨折 即构成骨盆的某一处发生骨折，而未累及骨盆环者，称为骨盆边缘骨折。

(1) 髂骨翼骨折：主要是直接外力所致，其骨折可为粉碎或线状。对无移位和移位不明显的骨折，不需特殊治疗，仅卧软垫硬板床休息两周即可。移位显著之骨折，应予手法复位，患者平卧，由助手固定健侧骨盆，医者以两手推按挤压移位之髂骨翼，使之复位，整复后局部用多头带包扎固定。

(2) 髂前上棘撕脱骨折：多因在赛跑或踢球时，缝匠肌强烈收缩引起，骨折片虽有不同程度的移位，但不需整复和内固定，屈曲髋关节疼痛即可缓解，卧软垫硬板床休息1—2周即可。一般6—8周可完全恢复功能。

(3) 髂前下棘撕脱骨折：多为赛跑突然起步时，股直肌强烈收缩所致，治疗方法亦较简单，患者屈髋屈膝位，卧软垫硬板床2周即可。

(4) 坐骨结节撕脱骨折与骨骺分离：这种骨折系因腘绳肌(股二头肌、半腱肌和半膜肌)急骤牵拉所造成。多发生于跳高和短跑运动员，其特征为屈髋活动受限，故应使患者伸膝位卧床2—3周，以后下地练习活动，8周左右即可恢复功能。

骨盆环骨折 包括一侧或两侧耻骨上支和下支骨折，以及闭孔附近的骨折，或是耻骨联合处轻度分离。如只有耻骨联合处一处骨折或分离，一般不会发生明显移位，但若发现耻骨联合处有明显移位，可能骶髂关节同时损伤，应检查骨盆后部是否有骨折或脱位，这种损伤易被忽略，若不治疗，可造成患者持久性疼痛，骨盆的前部一处或二处以上的骨折，对骨盆后部载重的影响不大，一般不需特别处理，只需卧床休息2—4周即可，2个月内可恢复；若骨盆环前后部同时骨折移位，宜手法复位，以恢复骨盆环的承重功能。

(1) 两侧耻骨上下支骨折手法复位：骨盆环的前方中段由于腹肌的牵拉而向上向后移位。复位时让患者取仰卧位，屈曲髋关节使腹肌放松，助手站在患者头上方，两手把住患者腋窝向上方拔伸。医者用双手扣住耻骨联合部，将移位之骨块向前下方扳提捺正。术后检查耻骨联合两边骨折端如平正，即已复位。医者再以两手对挤髂骨部，助手用多头带包扎固定，或用帆布兜悬吊骨盆4—6周，解除固定后即可下床并开始扶拐站立和步行锻炼。

(2) 单侧耻骨上下支骨折合并耻骨联合分离手法复位：复位方法与上法基本相同，但若单侧耻骨上下支骨折无移位，不需扳提手法，医者仅用双手对挤两髂骨使耻骨联合分离复位即可。复位后用骨盆夹板或帆布兜悬吊骨盆，卧软垫硬板床4—6周。

(3) 髂骨骨折合并耻骨联合分离手法复位：骨折块往往连同患侧下肢向外上方移位和轻度外旋。复位时，患者取仰卧位，一助手双手分别扳住患者腋窝，另一助手双手握患肢踝上相对拔伸，医者站在患侧，一手扳住健侧髂骨翼，一手按住向上移位之骨块，向前下方推压捺正，复位后触摸耻骨联合部，如已平正即已复位。术后用多头带包扎固定。为防止骨折再移位，可配合患侧下肢皮肤牵引。2—3周解除固定。

(4) 单侧耻骨上下支骨折合并骶髂关节脱位手法复位：患侧骨折块连同下肢常向上方移位和外旋，因为骶髂关节脱位而不稳定，故在复位时，仍需二助手对患侧相对拔伸，医者站在患侧，向下推按髂骨翼，同时测量两侧髂骨嵴最高点，若在同一水平时，再用相对挤捺手法，挤压两髂骨翼及髋部。复位后触摸骨折处无凹凸畸形，即已复位。用骨盆兜或多头带包扎固定，患侧下肢用皮肤牵引4—6周。若复位欠佳，可遗留骶髂关节长期疼痛。

(5) 耻骨联合分离合并骶髂关节脱位手法复位：复位方法与单侧耻骨上下支骨折合并骶髂关节脱位同。因为这种骨折甚不稳定，故复位后须用骨盆兜悬吊固定5—6周，使分离之耻骨联合合拢。

骨盆血运丰富，骨折后容易愈合，骨盆周围又有丰厚的肌肉附着，能起一定的固定作用。所以一般在伤后3周左右，局部已经初步纤维连结，扶拐下地活动亦不致再发生移位，对未损伤骨盆后部负重弓者，早离床下地锻炼最为适宜，若影响骨盆后部负重弓者，下地活动宜稍晚1—2周进行。

骨盆骨折药物治疗：《正体类要·正体主治大法》云：“或元气已脱，不能摄血，用独参汤加炮姜以回阳；如不应，急加附子。”若骨折后大量出血而致面色苍白、四肢厥冷、冷汗淋漓、烦躁不安，甚则昏厥、脉洪大无力或芤者，为血虚气脱之证，除给予输血补液外，还可口服独参汤或参附汤冲三七粉等以补气固脱、回阳救逆。若出现胃气上逆、呕吐、纳呆，甚则腹胀、腹痛，小便短赤、大便秘结者，治宜调血顺气通经，用大成汤加减辨证治疗；损伤后瘀血泛注于腰臀或下肢，出现漫肿或结块，治宜活血祛瘀，用定痛散外敷局部。内服小柴胡汤加桃仁、红花，化滞以清肝火，次用八珍汤以壮脾胃。若瘀血作痛，局部肿胀、青黑，甚则发热作渴、汗出者，乃经络壅滞阴血受伤之故，治宜祛瘀血、通壅塞，用四物汤酌加桃仁、红花、乳香、没药；若疼痛、发热作渴、烦闷、头晕、日晡益甚，乃血虚内热之证，治宜补气养血，用八珍汤加丹皮、麦冬、五味子。若伤后见有少腹引阴茎作痛者，乃因瘀血不行，兼肝经郁火所致，宜疏肝、清热，用小柴胡汤加大黄、黄连、山栀。后用养血之剂调理；若大便秘结，属瘀血内停者，宜攻下逐瘀，用桃仁承气汤；属血虚者，宜养血润燥，用润肠丸合五仁丸；属热甚津枯者，宜清热润肠，用增液承气汤；属气虚者，宜益气升阳，用补中益气汤加减。

股骨颈骨折

系指股骨头下至股骨颈基底部的骨折。股骨头颈又名髀杵。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“环跳者，髋骨外

向之凹，其形似凹，以纳髀骨之上端为杵也。"《伤科补要·周身名位骨度注释》云："侠髋之名口机，又名髀枢，外接股之髀骨也，即环跳穴处。"又云："髀骨，膝上之大骨也。上端如杵，接于髀枢。"

股骨颈骨折多发于老年人，儿童或青年发病甚少。女略多于男。股骨颈部细小，处于疏松骨质和致密骨质交界处，负重量大。老年人因肝肾不足，筋骨衰弱，骨质疏松，有时仅受较轻微的旋转外力便可引起骨折。青壮年、儿童多由车祸、高处坠下等强大暴力而致伤。

分类　一般可分如下几种类型：

(1) 按损伤机制分类，可有内收骨折和外展骨折。内收骨折临床上较多见，常因间接暴力所致。当患者滑倒时，髋关节内收，大粗隆先着地，或自高处坠下，两足着地，体重由股骨头部下压，遂产生骨折。由于肌肉收缩力的影响而发生剪力作用，远端向上；由于髂腰肌及外旋肌的收缩和下肢的重量，致使下肢呈外旋位置。此种骨折远端多内收上移，血运破坏大，骨折愈合率低，股骨头缺血性坏死率较高。外展骨折较少见，多为间接暴力所致。当患者滑倒时，股骨干外展，内收肌群牵拉，致体重经髋臼而压于股骨头上造成骨折。这类骨折常因体重及肌肉收缩而呈嵌插状态，骨折局部剪力小，较稳定，血运破坏较少，故愈合率较高。

(2) 按骨折部位分类，可有头下骨折、经颈骨折和基底骨折。头下骨折和经颈骨折为囊内骨折，由于局部气血不足，常能影响连接，甚至可致股骨头缺血性坏死；基底骨折为囊外骨折，由于局部气血旺盛，瘀血易去，新血易生，故预后良好。

(3) 按骨折线之倾斜度分类，骨折线之倾斜角度愈大，愈不稳定，预后不良。骨折线与股骨干纵轴的垂直线之间所成的角度小于30°者，骨折面相互嵌插，位置稳定，骨折容易愈合；大于50°者，承受剪式应力较大，位置不稳定，骨折不易愈合，预后欠佳。

证候　骨折后髋部疼痛，髋关节任何方向的被动或主动活动都能引起局部剧烈疼痛，有时疼痛沿大腿内侧向膝放射，腹股沟中点附近有压痛和纵轴叩击痛。囊内骨折有关节囊包裹，局部血液供应较差，且其外为厚层肌肉，故肿胀瘀斑不明显。囊外骨折则肿胀明显，或伴有瘀斑，伤后即不能站立行走，髋关节功能丧失。但部分嵌插骨折仍可能站立或跛行，检查时应加以注意。有移位骨折，患肢呈外旋、缩短畸形，髋、膝关节轻度屈曲。囊内骨折受关节囊的束缚，外旋角度较小，约45°—60°，囊外骨折则外旋角度较大，可达90°，并可扪及股骨大转子上移。老人伤后气血更虚，常出现神色憔悴，面色苍白、倦怠懒言，胃纳呆滞，舌质淡白、脉细弱等症。气虚后津液亏损，舟无水则不行，可出现大便秘结。长期卧床还可出现褥疮、淋证、喘咳等并发症。此外还可以摄髋关节正侧位X线片，以明确骨折部位、类型及移位情况。若临床症状可疑，初次X线片虽未发现明显骨折线，仍应摄健侧X线片对比，或2周后再摄片检查。

辨证论治　对外展(嵌插)型骨折的治疗，可让患者仰卧于床上，置患肢轻度外展内旋位皮肤牵引，悬重1—2公斤，或穿防止外旋的丁字鞋。2周后拍摄X线正侧位片检查。若仍保持其外展位，在骨折后4—6周，可解除牵引，患肢不负重扶双拐下地活动。约在伤后3个月可改用单拐步行，5—6个月后，若骨折已愈合，始可弃拐行走。如骨折由外展型变为内收型时，则应按内收骨折处理。

对内收型骨折的治疗，应早期手法复位，可采用屈髋屈膝法。患者仰卧，助手固定骨盆，医者握其腘窝，使髋和膝关节均屈曲90°，并向上拔伸纠正缩短畸形，然后伸髋内旋外展以纠正成角及旋转畸形，并使骨折面紧密接触。复位后进行掌跟试验，即以手掌托住患侧的足后跟，如患足外旋畸形消失，表示复位成功。亦可采用手牵足蹬法，《伤科汇纂·环跳骨》云："令患人仰卧于地，医人对卧于患人之足后，两手将患脚拿住，以右足伸牮患人胯下臀上，两手将脚拽来，用足牮去，身子往后卧倒，手足身子并齐用力。"若成角及内旋畸形仍未完全矫正，则可将患肢外展内旋。亦可采用骨牵引逐渐整复，若牵引后仍未完全复位，可配合手法整复。复位后可采用持续牵引或三翼钉、三支钢针等内固定。

治疗期间应进行全身锻炼，鼓励患者每天卧床做气功或深呼吸，主动按胸咳嗽排痰，给臀部垫气圈或泡沫海绵垫，预防因长期卧床发生的并发症，同时应积极进行患肢股四头肌舒缩活动、踝关节和足趾屈伸功能锻炼，以防止肌肉萎缩、关节僵直的发生。解除固定后，在床上进行髋、膝关节的屈伸活动，避免髋内翻和外旋。待骨折愈合后方可逐步负重锻炼，如果发现股骨头部有变形塌陷、骨密度增浓等缺血性坏死征象时，要延迟负重的时间。

用药应按病情的标本轻重缓急，分析矛盾的主次，强调整体观念，特别是老年患者，应把保存生命放在首位。初期瘀血不行，治宜祛瘀生新，内服用活血祛瘀汤，对年老体弱患者不宜攻伐，可用四物汤加减，外敷接骨膏。若长期卧床而有胸腹胀闷、饮食少思者，为肝脾气伤，用六君子汤加柴胡、当归、川芎、丹皮、山栀；食少不寐者，为脾气郁结，用归脾汤加减；喘咳痰多系肝火侮肺，用小柴胡汤加青皮、山栀。中后期宜补气血、养肝肾、壮筋骨，可选服补肾壮筋汤、归脾丸等。

股骨转子间骨折

又叫股骨粗隆间骨折，系指股骨大小转子之间的骨折。患者多为老年人，男多于女，青壮年发病者较少。股骨转子部位血液供应丰富，很少发生骨折不愈合或股骨头缺血性坏死。但若处理不当，可发生缩短和髋内翻畸形。

老年人股骨转子部骨质疏松，易于折断。若患肢因

过度外旋、内旋或内翻的传达暴力或跌倒时大转子部直接遭受暴力冲击，均可造成骨折。根据骨折线的方向和位置，可分顺转子间、反转子间、转子下三种类型：①顺转子间骨折，骨折线自大转子顶点开始，斜向内下方行走，达小转子部。依据暴力的情况不同，小转子或保持完整，或成为游离骨片，若股骨上端内侧的骨支柱保持完整，骨的支撑作用还比较好，髋内翻不严重，移位较少。由于骨折线在关节囊和髂股韧带附着点的远侧，因而骨折远段处于外旋位。若粉碎骨折则小转子变为游离骨块，大转子及其内侧骨支柱亦破碎，髋内翻严重，远端明显上移、外旋。②反转子间骨折，骨折线自大转子下方斜向内上行走，达小转子的上方，骨折线的走向与转子间线或转子间嵴大致垂直，骨折近端因外展肌与外旋肌的收缩而外展、外旋，远端因内收肌与髂腰肌的牵拉而向内、向上移位。③转子下骨折，骨折线经过大小转子的下方。

骨折后局部疼痛、肿胀明显，瘀斑广泛，患者不能站立或行走，患肢明显缩短、内收、外旋畸形，髋关节任何方向的主动和被动活动受限。大转子上移，按压或叩击大转子部位时可引起剧痛。X线片可明确骨折类型和移位情况。

无移位骨折可采用丁字鞋制动或悬重3—5公斤持续牵引6—7周。有移位骨折着重纠正患肢缩短和髋内翻，应采用手法整复(与股骨颈骨折同)。整复后，采用持续骨牵引，悬重6—8公斤，固定患肢于外展中立位8周(稳定型骨折)—10周(不稳定型骨折)。固定期间，应注意不盘腿、不侧卧，经常做患肢肌肉运动和全身锻炼。解除牵引后，可扶双拐作不负重步行锻炼，尤其是不稳定骨折，应通过临床和X线片证实骨折愈合后才可逐步负重。早期药物治疗宜活血祛瘀、消肿止痛，可用新伤续断汤、和营止痛汤加减，老人体虚、气血衰弱者，不宜重用活血祛瘀攻伐之品，免伤正气。中后期治宜和营生新、补益肝肾，可选用壮筋养血汤、补肾壮筋汤或肢伤三方等。

股骨干骨折

系股骨转子下至股骨髁上部位的骨折。《左传》已有“卫侯折股”的记载。股骨干是由厚而坚的圆柱形的皮质骨所构成，表面光滑，后方有一粗线，为肌肉附着处。骨干有轻度向前突出的弧度。骨髓腔略呈圆形，上、中1/3的内径大体均匀一致，下1/3的内径较膨大。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“大楗骨，一名髀骨，上端如杵，入于髀枢之臼，下端如锤，接于䯒骨，统名曰股，乃下身两大支之通称也，俗名大腿骨。”

股骨干骨折多见于小儿和青壮年，老年人则很少发生。男多于女。股骨干骨折多由于强力暴力所致，如车祸或受重物打击、挤压等强大直接暴力或由高处坠下、强力扭转的间接暴力而引起。直接暴力引起者多为横断或粉碎骨折，间接暴力引起的多为斜形或螺旋骨折，均属不稳定性骨折。骨折端若移位明显，软组织损伤也比较严重，尤其是直接暴力打击、绞伤或挤压伤所致者更甚。儿童则可能为不完全骨折或青枝骨折，属稳定性骨折。股骨干骨折后，由于局部内出血较多，加之疼痛剧烈，有的患者早期可能出现血虚气脱。若同时有多处骨折者更应注意。

骨折端因受暴力作用、肌群的收缩、下肢本身的重力及搬运的影响，可以发生各种不同移位。①股骨干上1/3骨折时，骨折近段因受髂腰肌、臀中肌、臀小肌及其他外旋肌的牵拉而产生屈曲、外展、外旋移位；骨折远段由于内收肌群作用则向后、向上、向内移位。②中1/3骨折时，两端除有重叠外，移位无一定规律，多数骨折近端呈外展屈曲倾向，远端因内收肌的作用，其下端向内上方移位，故骨折端多向前外突起成角。③下1/3骨折时，因膝后方关节囊及腓肠肌的牵拉，骨折远端往往向后移位，严重者骨折端有损伤腘动、静脉及坐骨神经的危险。

证候 骨折后局部肿胀、疼痛、压痛、功能丧失，出现缩短、成角和旋转畸形，可扪及骨擦音、异常活动。由于剧痛和出血早期可并发血虚气脱。严重移位的股骨干下1/3骨折，腘窝部有巨大的血肿，小腿感觉、运动障碍，足背、胫后动脉搏动减弱或消失和末梢血循环障碍者，应考虑为血管、神经受压损伤。X线正侧位摄片可以显示骨折的类型及移位的方向。

骨折整复方法 唐蔺道人已认识到股骨干骨折移位倾向力大，提出在复位和夹板固定治疗时，要用穿线绳作扎带，以增强外固定力。对整复方法，《普济方·折伤门》云：“用手拿病人膝下，一手拿脚腕，伸舒扯拽脚根对齐，如骨折处，再用手按捏骨平正，用消毒散敷贴，外用长板纸包裹，绢带子扎缚，里外用砖靠定，勿令腿摇动，脚头抵正。”《陈氏秘传》云：“令患者仰卧，绑其胸胁于凳脑上。如有足伤者，直伸左足，竖屈右足。医者侧立其右手凳沿边，系其左足之胫骨，着力挽带拔伸患骨，复又揣扪患骨归原接定，双手按住勿动，令伸其足，试其齐否，然后贴膏药，外加夹缚。”按《疡医选粹》用苎麻夹缚，两边用袜袋盛米挨定患处外，又用砖块挨定。

临床多采用如下手法整复：患者取仰卧位，一助手固定骨盆，另一助手用双手握小腿上段，顺势拔伸，并徐徐将患肢屈髋90°、屈膝90°，沿股骨纵轴方向用力拔伸，矫正重叠移位后，再按骨折不同部位分别采用不同复位手法。①上1/3骨折，将患肢外展，并略加外旋，然后由助手握近断端向后挤按，医者握住远断端由后向前端提。②中1/3骨折，将患肢外展，同时以手自断端的外侧向内挤压，然后以双手在断端前后、内外夹挤。③下1/3骨折，在维持拔伸下，膝关节徐徐屈曲，并以紧挤在腘窝内的两手作支点将骨折远端向近端推迫捺正。

若股骨干骨折重叠移位较多，手力拔伸未能完全矫正时，可取反折手法矫正。若斜行、螺旋骨折背向移位，可用回旋手法矫正，往往断端的软组织嵌顿亦随之解脱。

若有侧方移位，可用两手掌合抱或两前臂相对挤压，施行端提捺正。

复位后根据上、中、下1/3不同部位放置压垫。上1/3骨折放在近断端的前方和外侧，中1/3骨折放在断端的外侧和前方，下1/3骨折放在近断端的前方。再放置夹板。固定后，还应按不同年龄采用不同的牵引方式。皮肤牵引适用于儿童和年老、体弱的成年人，骨骼牵引适用于下肢肌肉比较发达的青壮年或较大的儿童。儿童牵引重量约1/6体重，时间约3周。成人牵引重量约1/7体重，时间约8—10周。第一周床边X线摄片复查骨折对位对线良好，即可将牵引重量逐渐减轻至维持量(一般成人用5公斤，儿童用2公斤)。若对位对线不良，应调整牵引的重量和方向，检查牵引装置，保持牵引效能，但要防止过度牵引。

(1) 垂直悬吊皮肤牵引：适用于3岁以下的幼儿。此法把患肢和健肢同时垂直向上悬吊，可避免幼儿不合作引起的断端旋转，治疗和护理都比较方便，患儿很快能适应。牵引期间臀部要离床，并要注意双下肢血循环情况。

(2) 平衡持续牵引：较大儿童和成年患者持续牵引时的肢体位置和牵引部位可根据骨折部位和类型而定。股骨髁上牵引适用于中1/3骨折及远侧骨折端向后移位的下1/3骨折。股骨髁间牵引，适用于骨折位置很低且远端向后移位的下1/3骨折。胫骨结节牵引，适用于上1/3骨折及骨折远端向前移位的下1/3骨折。上1/3骨折应置于屈髋外展位，中1/3骨折置于外展中立位，下1/3骨折远端向后移位时应置于屈髋屈膝中立位。

对股骨干骨折亦可采用局部牵引固定架治疗，通过牵引，可以自行复位。对一些粉碎、斜面或螺旋骨折，经过牵引和手法复位，并加用压垫、夹板，同样可以达到满意的效果。但对有背向移位的骨折端，必须加用回旋手法复位。对严重重叠移位的横断骨折应加大牵引重量，力争在1—2日内将重叠畸形完全纠正，而后进行手法复位，复位满意后，牵引重量维持在4—8公斤，再在大腿的前、内、外侧用选好的夹板同本架的后托一齐固定起来。

功能锻炼　应从复位后第2日起先练习股四头肌舒缩及踝关节、跖趾关节屈伸活动。如小腿及足出现肿胀可适当配合按摩。从第3周开始，可以坐起，用健足蹬床，以两手扶床练习抬臀，使身体离开床面，以达到髋、膝关节活动的目的。从第5周开始，两手拉吊杆，健足踩在床上支撑，收腹、抬臀、臀部完全离床，使身体、大腿与小腿成一平线，以加大髋、膝关节活动范围。经X线摄片或透视，骨折端无变位，可从第7周开始扶床架练习站立。解除牵引后，对上1/3骨折加用外展夹板，以防止内收成角。在床上活动1周即可扶拐下地作患肢不负重的步行锻炼。当骨折端有连续性骨痂时，患肢可循序渐进地增加负重。经观察证实骨折端稳定，可改用单拐，1—2周后弃拐行走。这时再摄片检查，若骨折无变位且愈合良好，方可解除夹板固定。

药物治疗　早期宜活血祛瘀、消肿止痛，可内服肢伤一方或新伤续断汤，瘀肿较甚者加三七。若瘀肿甚且大便秘结者可用大成汤。若出血过多而出现血虚气脱时，除输血、补液外，可服独参汤或参附汤以固脱。若因出血过多而血虚发热不退者，可服当归补血汤；中期宜和营生新、接骨续损，可服肢伤二方或接骨丹；后期宜补气血、养肝肾、壮筋骨，可服肢伤三方或补肾壮筋汤等。解除夹板固定后，可用舒筋活络的海桐皮汤或骨科外洗一、二方进行熏洗，使患肢活动功能尽快恢复。

股骨髁上骨折

是指股骨自腓肠肌起始点上2—4厘米范围内的骨折。多发生于青壮年，临床上不多见。一般系因从高处跌下，足部或膝部着地的间接暴力所致，或因直接暴力的打击或扭转外伤所造成。此外，若膝关节僵直的患者，因废用性骨质疏松，以及膝部的杠杆作用增加，亦易发生髁上骨折。股骨髁上骨折可分为屈曲和伸直两型，屈曲型比较多见。屈曲型骨折，其远断端向后侧移位，骨折呈横断或斜面，如为斜面骨折，其骨折线是从后上斜向前下，骨折远断端因受腓肠肌的牵拉和关节囊的紧缩，而向后侧移位。其锋锐的骨折端有刺伤腘动脉的危险。伸直型骨折，其骨折远段向前移位，骨折线是从前上斜向后下，远近两骨折端前后重叠。临床表现与股骨干下1/3骨折类似，检查时，要注意防止膝关节过伸，以免加大移位畸形，造成血管损伤。如发现腘窝血肿和足背动脉搏动消失时，须考虑腘动脉的损伤。膝关节正侧位X线摄片，可确定骨折类型和移位情况。

对无移位的股骨髁上骨折，不需整复。若膝关节内有积血，应在无菌操作下将其抽净，然后用四块夹板超关节固定，前侧板下端至髌骨上缘，后侧板的下端至腘窝中部，两侧以带轴活动夹板施行超关节小腿上端固定，放好棉纱衬垫及固定垫后，用四条布带捆缚夹板。这种固定可以保持膝关节屈伸活动。在固定期间宜经常练习股四头肌舒缩活动，随着肿痛的消退，可逐渐练习膝关节活动。一般固定6周以后可以离床扶拐不负重步行。

对于有移位的屈曲型股骨髁上骨折，可采用股骨髁冰钳或钢针牵引法；伸直型骨折可采用胫骨结节牵引法。以上两种骨折只要做到正确牵引，在骨折端稍加提捺手法即可复位。整复时要注意保护腘窝神经血管。用力不宜过猛。如为屈曲型骨折，医者可将骨折远端向上端提，助手向下挤按骨折近端，即可复位。伸直型骨折的整复手法则相反。复位困难者，可加大牵引重量后再整复。骨折复位后局部用夹板固定于屈膝位，两侧板下端呈叉状，骑在冰钳或钢针之上。将腿放在牵引架上继续牵引。为使骨折愈合与功能恢复同时并进，应加强患肢的功能锻炼，锻炼方法与股骨干骨折基本相同，但因骨折靠近关

节,易发生膝关节功能受限,故应尽早进行股四头肌舒缩活动和关节屈曲功能锻炼。4—6周解除牵引,改用超关节夹板固定,直至骨折愈合。

股骨髁上骨折大多数都可用手法整复,除非骨折移位严重,用上述手法仍不能整复或并发血管损伤者,方可考虑切开复位内固定。

药物治疗,可按三期辨证用药。因该骨折的局部出血较多,血肿严重,故初期治宜活血祛瘀、消肿止痛,用活血祛瘀汤或肢伤一方加减,若此期间出现发热、口渴、汗出者,乃瘀血化热,轻者局部外敷双柏散,重者于血肿部穿刺,抽出瘀血,并内服清热凉血解毒之品。解除固定后,用海桐皮汤熏洗并结合按摩。

股骨髁部骨折

股骨髁部骨折较少见。根据其骨折的部位,可分为股骨单髁和髁间(双髁)骨折。以股骨髁间骨折为多见,好发于青壮年男性,股骨单髁骨折较少见。

股骨髁间骨折可由直接或间接外力所致。如从高处跌下,足先着地,因体重沿股骨干向下冲击,即可将股骨髁劈裂为T或Y字形骨折。骨折线进入关节,因而有不同程度的关节内积血。单髁骨折可因直接外力或间接暴力所致。在过度膝外展性损伤时可发生外髁骨折,在过度膝内收性损伤时则发生内髁骨折,骨折块一般完整,但移位较大。严重者可伴有膝关节脱位或侧副韧带损伤。

主要症状为膝关节疼痛、肿胀及功能障碍。由于关节腔内常有大量积血和髁骨片的分离,致使膝关节肿胀迅速,而髁部的横径加宽。必要时可拍摄股骨髁部(包括膝关节)正侧位X线片,以明确骨折类型和移位情况。

股骨髁间骨折是关节内骨折,故治疗时,必须达到良好的对位,使关节面光滑完整,才能有效地恢复关节的功能和防止发生创伤性关节炎。整复前应先抽净关节内积血,对内外双髁分离者,可采用股骨髁冰钳牵引;无明显移位者,可用胫骨结节牵引。在牵引下医者用两手掌压迫分离的股骨内外髁,以拿捏拢聚的手法,使内外两髁的骨折块复位,最后施行夹板超关节固定,固定方法参见“股骨髁上骨折”条。将小腿放在牵引架上,膝关节保持在45°的屈曲位置,使腓肠肌处于松弛状态。在固定期间嘱患者作股四头肌舒缩锻炼,通过肌肉的收缩和夹板的压力作用,使未完全复位的骨折块逐渐复位。6周后可解除牵引,继续用超关节夹板固定。按骨折类型和X线片显示的骨折愈合情况,开始不负重的关节活动。骨折愈合坚固后方可负重行走。

股骨单髁骨折的处理原则与髁间骨折相似,但须注意预防因复位不当而产生膝内、外翻,以及创伤性关节炎。以左侧股骨外髁骨折为例,令患者仰卧,麻醉后,助手一手握踝关节,另一手向外推膝关节,医者用双手自上而下地推按捺正移位的骨折片,使骨折复位。复位后,用超关节夹板固定膝关节于屈曲及轻度内翻位,2周后可逐渐伸直膝关节,3周后可离床扶拐不负重步行。必须注意,如负重过早易造成膝外翻。

骨折块有明显移位,手法整复不能达到圆满复位者,可考虑施行切开复位内固定。

在治疗过程中,在不致使骨折变位和影响愈合的情况下,宜加强膝关节的功能锻炼。因为髁部骨折多累及关节面,而关节面必失去其固有的光滑性,若能进行合理的功能锻炼,对关节面的磨造和防止关节僵硬是非常有利的。

药物治疗与股骨髁上骨折相同。如已形成创伤性关节炎的可服骨质增生丸,局部外用散瘀和伤汤熏洗。

髌骨骨折

又称膝盖损断、膝盖骨破。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“膝盖骨即连骸,亦名髌骨,形圆而扁,复于楗骱(即股骨、胫骨)上下两骨之端,内面有筋联属。”

髌骨系人体中最大的种子骨,呈三角形,底边在上而尖端在下,后面是软骨关节面。股四头肌腱连接髌骨上部,并跨过其前面,移行为髌下韧带止于胫骨结节。髌骨有保护膝关节,增强股四头肌力量的作用。髌骨骨折多见于成年人,儿童极为少见。

髌骨骨折可由直接暴力或间接暴力所造成,以后者多见。直接暴力所致者,是由于髌骨直接碰撞地面或重物直接打击而引起,多呈粉碎骨折。髌骨周围的筋膜以及关节囊一般尚完整,故骨折多无明显移位或轻度移位,但髌骨关节面软骨常遭受损伤,往往影响膝关节活动功能;间接暴力所致者,大多是在膝关节半屈曲位跌倒时,由于股四头肌强力收缩,髌骨与股骨滑车顶点密切接触成为支点,髌骨受到强力牵拉而骨折,多呈横断骨折。髌骨周围的筋膜和关节囊的破裂,使两骨块分离移位,伸膝装置受到破坏,如不正确治疗,可影响伸膝功能。

骨折后局部肿胀、疼痛、膝关节不能自主伸直,常有皮下瘀斑以及膝部皮肤擦伤。骨折分离移位时,可以摸到凹下呈沟状的骨折断端,可有骨擦音或异常活动。膝关节摄X线侧、轴位片可以明确骨折的类型和移位情况。

在治疗髌骨骨折时,要求恢复伸膝装置的功能,并保持关节面的完整光滑,防止创伤性关节炎的发生。《普济方·折伤门》把髌骨损伤按无移位和有移位两种类型,采用不同处理方法,指出:“凡膝盖骨损断,用手按边平正后,用前膏敷贴,桑白皮夹缚作四截缚之。其膝盖骨跌剉开者,可用竹箍箍定,敷药夹定,要四截缚之。膝盖不开也,按直,用贴药夹一月。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:“如有跌打损伤,膝盖上移者,其筋即肿大,株连于腘内之筋……,宜详视其骨如何斜错,按法推拿,以复其位,内服补筋丸,以定痛散灸熨之,熏八仙逍遥汤则愈。”《伤科汇

纂)卷六又云:"两膝盖骨被伤或碎断,或干脱,用绢绾蔑圈子一个,要箍得膝盖骨住,其旁要两道带,令患者仰卧,直伸其足,医者揣扪相居原位,用圈子箍住膝盖骨上,将带两道上下缚定,用圣神散敷于圈子内,油单纸裹束,则不污染衣服,内服活血住痛散取效。"

按骨折不同类型可以采用如下方法治疗:①无移位的髌骨骨折,其关节面仍保持光滑完整者,在患肢后侧(由臀皱纹至足跟部)用单夹板固定膝关节于伸直位。②有轻度分离移位的骨折,可在局麻下,先将膝关节内的积血抽干净,患肢置于伸直位,医者用两手拇、示、中指捏住断端对推,使之相互接近,然后用一手的拇、示指按住上下两断端,以另一手触摸髌骨,以确定是否完整,如完整者可用抱膝圈固定或弹性抱膝兜固定,后侧长夹板将膝关节固定在伸直位四周,外敷活血祛瘀、消肿止痛药物。③两折端分离较大的骨折,如手法整复及抱膝固定困难者,可分别在两骨折片水平方向闭合钻入二根钢针,针的两端均露在皮肤外,手法复位后,把两针端靠拢拉紧,使两骨块紧密接触,然后拧紧固定器螺钉,如无固定器也可代以不锈钢丝固定,至临床愈合后拔针;亦有用"抓髌器"做外固定治疗本类型骨折。如复位不满意,也可采用切开复位与钢丝内固定。④粉碎骨折,难以整复及内固定的上下极粉碎骨折可作髌骨部分切除术、髌骨全切除术,术后固定膝关节于伸直位4—5周。

凡髌骨骨折固定期间,应加强股四头肌舒缩活动。解除固定后,进行膝关节屈伸锻炼,并用八仙逍遥汤或海桐皮汤等熏洗。骨折早期肿胀明显,应重用活血祛瘀、渗湿消肿药物,可内服活血祛瘀汤或和营止痛汤加防己、车前子等,外敷消肿止痛膏或双柏膏;中期宜接骨续损,通利关节,可内服接骨紫金丹、肢伤二方加减,外敷接骨膏;后期(尤其是年老肾气虚弱者),应着重服用补肝肾、壮筋骨药物,可用健步虎潜丸、生血补髓汤等。

若陈旧性髌骨骨折发生伸膝无力而跪跌或引起疼痛者,亦可考虑手术治疗。

胫骨髁骨折

亦称胫骨平台骨折。胫骨上端的扩大部分为内髁和外髁,其平坦的关节面称胫骨平台,中央为胫骨棘。胫骨髁为松质骨,所以容易被股骨髁撞击而造成骨折。青壮年多见。

胫骨髁骨折多由间接暴力所致。受伤姿势是高处跌下,足先着地,膝关节过度内翻或外翻引起。若两髁受力不相等时,则受力较大的一髁发生骨折;若内外两髁所受压力相等时,则两髁同时发生骨折。膝关节过度外翻可造成胫骨外髁压缩塌陷骨折,甚至合并、内侧副韧带和半月板损伤;内翻时,亦可造成胫骨内髁骨折合并外侧副韧带损伤,骨折后多有不同程度的关节面破坏。因暴力不易造成膝关节内翻,故胫骨内髁骨折较少见。

骨折后膝部明显瘀肿、疼痛、功能障碍,可有膝外、内翻畸形。若交叉韧带断裂,则抽屉试验阳性。若侧副韧带断裂,则侧向试验阳性。膝关节X线正侧位摄片可显示骨折类型和移位情况,疑有侧副韧带损伤者,还应在被动外(内)翻位摄双侧膝关节正位X线片,与健侧对比关节间隙的距离。

胫骨髁骨折是关节内骨折,关节面有不同程度的破坏,所以治疗应力求恢复胫骨关节面的完整性和矫正膝内外翻,以预防创伤性关节炎的发生。对无移位的骨折,不需整复,将膝关节内积血吸净后局部外敷消肿膏,用内、外、后侧三块夹板固定膝关节伸直位置约4—5周,并早期进行股四头肌锻炼。解除外固定后,局部用海桐皮汤或散瘀和伤汤熏洗,积极练习膝关节的伸屈活动;对有移位的外髁劈裂骨折,可采用手法复位。患者平卧,助手一手握膝内侧,另一手握住髁部,并向内侧牵拉,即尽量使膝关节内翻,医者以手将骨折片向上内方推送并借助膝外侧韧带的张力,骨折片即可被推压回原位。复位后用内、外、后侧三块夹板固定。对外侧平台中部塌陷骨折,可在膝关节内收位下作骨圆针撬拨复位,复位后可保留骨圆针作固定。若移位严重,且关节面有压缩,复位不满意者,可考虑切开整复和内固定。合并韧带断裂者,早期作韧带修补术或晚期作重建术,以稳定膝关节。同时还须早期积极作股四头肌和膝关节主动活动锻炼。药物治疗见"髌骨骨折"条。后期可配合按摩和用海桐皮汤或散瘀和伤汤熏洗。

胫骨干骨折

单纯胫骨干骨折甚为常见,约占胫腓骨干骨折中的一半。因为儿童期腓骨弹性较大,不易骨折。两胫骨前内侧位于皮下,易遭受暴力打击,所以胫骨干骨折较腓骨干骨折多见。造成单纯胫骨干骨折并不需要太大的暴力,否则必然会造成胫腓骨干同时骨折。因有腓骨的支撑,骨折端移位比较轻微。若骨折段重叠较大,则腓骨多发生弯曲或腓骨头向上脱位。直接暴力的打击、多在外力作用处发生横断或短斜面骨折,间有1—2块碎骨片,软组织有不同程度的挫伤或破裂。间接暴力所造成的骨折多为螺旋或斜面骨折,骨折线多在中下1/3交界处,这种骨折很少穿破皮肤。10岁以下儿童,可发生青枝骨折或裂缝骨折。

骨折的临床症状与胫腓骨双骨折相似,但程度较轻。

胫骨干骨折的诊断、整复固定和其他治疗方法与"胫腓骨干双骨折"基本相同,见"胫腓骨干双骨折"条。

腓骨干骨折

又名辅骨骨折、劳堂骨骨折。单纯腓骨干骨折比较少见。主要因直接暴力所致,多为横断骨折或粉碎骨折。

因有胫骨的支持，故移位较少。除局部肿胀、疼痛外，一般无明显活动功能障碍。骨折后，一般不需整复，仅以小腿夹板作局部外固定4—6周。药物治疗，可按三期辨证原则进行。

胫腓骨干双骨折

亦称为骺骨骨折。《理伤续断方》称之为"两胫俱断"。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："骺骨，即膝下髁上之小腿骨，俗名臁胫骨也。其骨二根，在前者名成骨，又名骭骨，其形粗，在后者名辅骨，其形细，又俗名劳堂骨。"胫骨干中上段横截面呈三角形，胫骨干下1/3处，横截面是四方形。该中下1/3交界处比较细弱，为骨折的好发部位。胫腓骨干双骨折较常见，仅次于单纯胫骨干骨折。各种年龄均可发病，尤以10岁以下儿童或青壮年为多。儿童多为青枝骨折或无移位骨折。

直接暴力或间接暴力均可造成胫腓骨干双骨折。从高处坠下，足部先着地，小腿旋转，或受重物直接打击挤压引起。《伤科汇纂·骺骨》云："其断各有不同，或截断，或斜断，或粉碎，或单断，或二根俱断。"直接暴力的打击多来自外侧或前外侧，骨折多为横断、短斜面，亦可造成粉碎骨折。胫腓骨两骨折线都在同一水平，软组织损伤较严重。由传达暴力或扭转暴力所致的骨折，多为斜面或螺旋骨折。双骨折时，腓骨的骨折线较胫骨为高。软组织损伤较轻。

影响骨折移位的因素，主要是暴力的方向、肌肉的收缩、小腿和足部的重力造成的，可以出现重叠、成角或旋转畸形。因小腿外侧受暴力的机会较多，肌肉又位于后外侧，所以骨折后向前、向内成角。同时肿胀消退后，亦易引起断端移位。骨折若发生成角和旋转移位，既影响步行和负重功能，并可导致创伤性关节炎的发生。胫骨的前缘与前内侧面表浅，仅有皮肤遮盖，骨折时容易刺破皮肤形成开放性骨折。胫骨上1/3骨折移位时，有可能损伤胫前、后动脉。此外，小腿严重的挤压伤可造成小腿的骨筋膜室内肿胀，压迫血管，可引起缺血性挛缩。胫骨的营养血管由胫骨干上1/3的后方进入，在致密骨内下行一定距离，而后进入髓腔，胫骨下1/3又缺乏肌肉附着，故胫骨干中、下段发生骨折后，往往因局部血液供应不良，而发生迟缓愈合或不愈合。

骨折后局部肿胀、疼痛和功能丧失，可有骨擦音和异常活动。有移位骨折者，可有肢体缩短、成角及足外旋畸形。损伤严重者，在小腿前、外、后侧骨筋膜室单独或同时出现极度肿胀，扪之硬实，肌肉紧张而无力，有压痛和被动活动牵拉痛，胫后或腓总神经分布的皮肤感觉丧失，即属骨筋膜室综合征的表现。严重外伤、开放性骨折应注意发生脱证。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："若被跌打损伤，其骨尖斜突外出，肉破血流不止，疼痛呻吟声细，饮食少进，若其人更气血素弱，必致危亡。"胫骨上1/3骨折者，检查时应注意腘动脉的损伤。腓骨上端骨折时要注意腓总神经的损伤。小儿青枝骨折或裂纹骨折，临床症状可能很轻，但患儿拒绝站立或行走，局部有轻微肿胀及压痛。正侧位X线摄片可以明确骨折类型、部位及移位方向。因胫骨和腓骨骨折处可以不在同一平面（尤其是间接暴力引起的骨折）故X线片应包括胫、腓骨全长。

胫腓骨骨折的治疗原则主要是恢复小腿的长度和负重功能，因此，应重点处理胫骨骨折。对骨折端的成角和旋转移位，应予纠正。无移位骨折只需用夹板固定，直至骨折愈合；有移位的稳定性骨折（如横断骨折），可用手法整复，夹板固定；不稳定性骨折（如粉碎骨折、斜行骨折）可用手法整复，夹板固定，配合跟骨牵引。《医说》记载了一例胫腓骨多段骨折采用切开复位治疗。《普济方·折伤门》对本病采用手法整复和夹板固定治疗。

整复胫腓骨干骨折时，让患者平卧，膝关节屈曲20°—30°，一助手用肘关节套住患者腘窝部，另一助手握住足部，沿胫骨长轴作拔伸牵引3—5分钟，矫正重叠及成角畸形。若近端向前内移位，则医者两手环抱小腿远断端并向前端提，一助手将近断端向后按压，使之对位。如仍有左右侧方移位，可同时推近断端向外，推远断端向内，一般即可复位。螺旋、斜面骨折时，远断端易向外移位，医者可用拇指置于胫腓骨间隙，将远断端向内侧推挤，其余4指置于近段的内侧，向外用力搽正，并嘱助手将远断端稍稍内旋，使之完全对位。然后，在维持拔伸下，医者两手握住骨折处，嘱助手徐徐摇摆骨折远端，使骨折端紧密相插。最后以拇指和示指沿胫骨前嵴及内侧面来回触摸骨折部，检查对线对位情况。

固定时，可根据骨折断端复位前移位的方向及其倾向性而放置适当的压力垫。上1/3部骨折时，膝关节置于屈曲40°—80°位，夹板下达内、外髁上4厘米，内外侧板上超过膝关节10厘米。胫骨前嵴两侧放置两块前侧板，两块前侧板上端平胫骨内、外两髁。后侧板的上端超过腘窝部，在股骨下端作超膝关节固定；中1/3部骨折时，外侧板下平外踝，上达胫骨外髁上缘。内侧板下平内踝，上达胫骨内髁上缘。后侧板下端抵于跟骨结节上缘，上达腘窝下2厘米，以不妨碍膝关节屈曲90°为宜。两前侧板下达踝上，上平胫骨结节；下1/3部骨折时，内、外侧板上达胫骨内、外髁平面，下平齐足底。后侧板上达腘窝下2厘米，下抵跟骨结节上缘。两前侧板与中1/3骨折同。将夹板按部位放好后，横扎3—4道布带。下1/3骨折的内外侧板在足跟下方作超踝关节结扎固定；上1/3骨折内外侧板在股骨下端作超膝关节结扎固定。腓骨小头处应以棉垫保护，避免夹板压迫腓总神经而引起损伤。需要配合跟骨牵引者，穿钢针时，跟骨外侧要比内侧高1厘米（相当于15°斜角）。牵引时足跟便轻度内翻，恢复了小腿生理弧度，骨折对位更稳定。牵引重量一般为3—5公斤。牵引后48小时内摄X线片检查骨折对位情况。如果患肢严重肿胀或大量水泡，则不宜采用夹板固定，以

免造成压疮、感染。暂时单用跟骨牵引，待消肿后再上夹板固定。运用夹板固定时，要注意松紧度适当，既要防止消肿后外固定松动而致骨折再移位，也要防止夹缚过紧而妨碍患肢血运或造成压疮。并注意抬高患肢在中立位置，膝关节屈曲 20°—30°，要经常注意检查和调整布带的松紧度。若骨折对位对线良好，则 4—6 周后 X 线摄片复查，如有骨痂生长，则可解除牵引。

开放性骨折应彻底清创，尽快闭合伤口，将开放性骨折变为闭合性骨折。并发骨筋膜室综合征者应切开深筋膜，打开骨筋膜室，彻底减压。

在整复固定后，即可作踝足部关节屈伸活动及股四头肌舒缩活动。跟骨牵引者，还可以用健腿和两手支撑体重抬起臀部。稳定性骨折固定 2 周后，在指导下进行抬腿及膝关节活动。在第 4 周开始扶双拐作不负重步行锻炼。不稳定性骨折则解除牵引后仍需在床上锻炼 5—7 日后，才可扶双拐作不负重步行锻炼。经锻炼后骨折部若无疼痛，自觉有力，即可改用单拐逐渐负重锻炼。在 3—5 周内为了维持小腿的生理弧度和避免骨折段的向前成角，在床上休息时，可在患肢膝部和足跟部各放置一棉枕。若解除跟骨牵引后，胫骨有轻度向内成角者，可令患者屈膝 90°，髋屈曲外旋，将患者的足放于健肢的小腿上，呈盘腿姿势，利用肢体本身的重力来恢复胫骨的生理弧度。8—10 周根据 X 线片及临床检查，达到临床愈合标准，即可去除外固定。骨折迟缓愈合者，应首先从固定和活动两方面寻找原因，克服因固定不稳和活动不当而对骨折愈合不利的影响，及时改进固定方法。

药物治疗按骨折三期辨证施治。开放性骨折早期在活血祛瘀方药中加清热凉血、消肿解毒之品，如银花、连翘、蒲公英、地丁、防风。早期局部肿甚，宜酌加渗湿消肿等药，如防己、薏苡仁等。胫骨中、下 1/3 骨折局部血供较差，容易发生骨折迟缓愈合或不愈合，故后期内治法应着重补气血、养肝肾、壮筋骨。陈旧骨折施行手法折骨或切开复位、植骨术后，亦应及早使用补法。

踝部骨折与脱位

踝部是指胫、腓骨下端和距骨组成之踝关节部。因踝关节负重较大，当跌扑、扭伤、暴力打击或高处坠堕时，均容易引起踝部骨折与脱位。以青壮年发生为多。《普济方·折伤门》称之为“脚腕蹉跌出臼”。《证治准绳·疡医》又称为“脚骨伤”、“脚盘出臼”。胫骨下端为内踝，腓骨下端为外踝，胫骨下端的后缘形如唇状者为后踝。其远端关节面、内踝、外踝和后踝组成踝穴。外踝比内踝略偏后，距骨体密纳于踝穴内。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“踝骨者，胻骨之下，足跗之上，两旁突出之高骨也。在内者名内踝，俗名合骨。在外者为外踝，俗名核骨。”

《世医得效方》将踝关节损伤分为内翻与外翻两大类型。踝部骨折与脱位原因复杂，类型很多。踝关节呈内翻姿势损伤者为内翻损伤，呈外翻姿势损伤者为外翻损伤，亦即《医宗金鉴·正骨心法要旨》云：“或驰马坠伤，或行走错误，则后跟骨向前，脚尖向后。”而引起。根据受伤的机制，可分为外翻、内翻、外旋、纵向压缩、侧方挤压、跖屈和背伸等多种骨折，前面四型骨折较常见，其中又以内翻骨折最多见，外翻骨折次之。前三型又按其损伤程度分为三度，即单踝骨折为一度；双踝骨折、距骨轻度脱位为二度；三踝骨折、距骨脱位为三度。

(1) 外旋骨折，发生在小腿不动，足部强力外旋，或足部不动，小腿强力内旋时，距骨体的前外侧挤压外踝的前内侧，迫其向外向后移位，一般下胫腓联合韧带的坚强性超过两踝的骨质，因此便发生了下列变化：如距骨的外旋力量加大，使腓骨下端发生斜面或螺旋型骨折，而成第一度损伤；若暴力继续进行，则内侧韧带(三角韧带)断裂或内踝被撕脱，发生双踝骨折，成第二度损伤；如暴力再继续加大，因内侧韧带的牵制消失，距骨及外踝向后外侧及向外旋转移位，外力严重时，可将胫骨关节面后缘碰折一块，造成三踝骨折和距骨后脱位，而成第三度损伤。

(2) 外翻骨折，是由足强力外翻所致。如从高处跌下时，足内侧着地，或小腿外侧下方受暴力直接冲击。若暴力先作用于内侧韧带(三角韧带)，因为此韧带甚坚强，不易被撕断，遂将内踝撕脱，造成第一度损伤；如暴力继续作用，距骨体将外踝内面向上方推挤，使腓骨在下胫腓联合的上方或下方发生横断或斜形骨折，形成双踝骨折，致第二度损伤；若暴力继续作用，偶尔可能发生胫骨下关节面后缘骨折，造成三踝骨折和距骨脱位，成第三度损伤。

(3) 内翻骨折，发生在足部强力内翻。如由高处跌下时，足外缘首先着地，或小腿内下方受暴力直接打击，或步行在不平道路上，足底内侧踏在凸处，使足突然内翻，外侧韧带部分断裂是最常见的踝部内翻扭伤，有时踝尖部小块骨质被撕脱，直至整个外踝被横形拉断，造成第一度损伤。此种骨折较少见，因外侧韧带不够坚强之故；若暴力加大，内踝和外踝同时发生骨折，成第二度损伤；若暴力再大，偶尔可见胫骨下关节面后缘骨折和距骨脱位，此为三踝骨折与脱位，致第三度损伤。

(4) 纵向压缩骨折，发生在从高处坠下足底着地，踝关节呈中立位，胫骨下端可发生粉碎骨折，或 Y 型、T 型骨折。当髁关节背伸时，则胫骨下端前缘骨折并有距骨向前脱位；当髁关节跖屈时，可发生后髁骨折及距骨向后脱位。

骨折后的临床症状较明显，局部肿胀严重，多有瘀血斑，剧痛和压痛。可因不同性质的骨折而发生不同的畸形，踝关节功能完全丧失，有明显的骨擦音，不论何种骨折，在推、击足跟时，踝部伤处疼痛必显著加剧。在检查时应注意，因为外踝骨折有时位置较高，医者可用手握患肢小腿中部，稍用力挤压，骨折部即可发生疼痛。踝关节 X 线正侧位摄片可显示骨折脱位程度和损伤类型。

踝部骨折是关节内骨折，无移位骨折仅将踝关节固定在90°中立位3—4周即可，有移位骨折，要求准确的复位、有效的固定和早期合理的练功活动。元代危亦林已提出牵引反向复位法。他在《世医得效方·正骨兼金镞科》中介绍："须用一人拽去，自用手摸其骨节，或骨突出在内，用手正从骨头拽归外；或骨突向外，须用力拽归内。"《伤科汇纂》在这基础上加以改进，提出整拽并施复位法："令患者坐定，以突出之足垂下，另请一人，将膝胫抱住。如患者在左足，骨向内侧突出者，医人用两手将患足擗起，上面两大拇指按在骨陷处，下面八指托在突骨处，以两手掌揿在患足跟跗之上，两手托起，两掌揿落，略带拽势，并齐着力一来，无有不入窠臼矣。如骨突外侧者，令患人侧转，使骨突向下，用前法揣人。右足治同。如骨碎者，应用夹缚绑扎。"

临床上常采用如下手法：患者平卧屈膝，一助手抱住其大腿，另一助手握其足跟和足背作顺势拔伸，然后用推挤和旋转手法，按暴力作用的相反方向进行整复。内翻骨折先内翻拔伸；外翻骨折外翻拔伸；无内、外翻畸形，仅两踝各向侧方移位者，则垂直拔伸。拔伸力不宜太大、太猛，以免加重内、外侧韧带的损伤。

在矫正内、外翻畸形前，首先要矫正旋转畸形。拔伸足部的助手将足内旋或外旋，并同时改变拔伸方向。外翻骨折的拔伸方向，由外翻逐渐变成内翻；内翻骨折的拔伸方向，由内翻逐渐变成外翻。同时医者两手在踝关节上、下对抗挤压，促使复位。整复内翻骨折时，内侧手掌在踝下，外侧手掌在踝上，内侧手掌向外推内踝，外翻骨折的整复手法则相反；对有下胫腓联合分离者，医者用两手掌紧贴于内、外两踝，嘱助手将足稍稍旋转，医者反覆扣挤两踝，直至下胫腓联合分离消失，距骨内、外侧脱位完全整复为止；然后在夹板固定下，医者一手把住小腿下端向后推，另一手握足前部向前拉，使向后脱位的距骨回到正常位置。在推拉过程中，可将踝关节背屈到90°，这时向前张口的内踝亦随之复位。如仍有裂口，可用拇指由内踝的后下方向前上方推挤，使骨折对位满意。

三踝骨折常有移位，根据骨折发生机制，距骨可向外、向后(外翻骨折)，或向内、向后(内翻骨折)，或向外旋转移位(外旋骨折)。后踝骨折块不超过胫骨下关节面的1/3时，都可用手法整复。整复时，先整复固定内、外两踝，然后再整复后踝。施术时，一助手用力挤压两侧木板，医者一手握胫骨下端向后推，一手握足向前拉，慢慢背屈，使向后脱位的距骨回到正常位置。同时在背屈踝关节时，可利用紧张的后关节囊，把后踝拉下，直到与胫骨下端关节面相平。若后踝骨折超过胫骨下关节面的1/3时，一般不易达到解剖对位。先按上述方法整复两踝，然后用"袜套悬吊牵引法"。即将患肢用长袜套套上，上达大腿根部，用宽8厘米的粘膏固定，袜套下端超过脚尖20厘米，用细绳结扎。袜套外面，根据骨折机理放好纸压垫、木板超关节固定。将膝关节置于屈曲位作悬吊牵引，利用肢体重量，使后踝逐渐复位。

整复后，先在内外两踝的上方各放一塔形垫，下方各放一梯形垫，或放置一个空心垫，防止夹板直接压在两踝骨突处。用五块夹板进行固定，其中内、外、后板上自小腿上1/3，下平足跟，前内侧及前外侧夹板较窄，其长度上起胫骨结节，下至踝关节上方。夹板必须塑形，使内翻骨折固定在外翻位，外翻骨折固定在内翻位。最后可加用踝关节活动夹板(铝制或木制)，将踝关节固定于90°位置4—6周。兼有胫骨后唇骨折者，还应固定踝关节于稍背伸位；胫骨前唇骨折者，则固定在跖屈位，并抬高患肢，以利消肿。

整复固定后，鼓励患者主动背伸踝部和足趾。双踝骨折从第2周起，可在保持夹板固定的情况下加大踝关节的主动活动范围，并辅以被动活动。被动活动时，医者一手握紧内、外侧夹板，另一手握前足，只作背伸和跖屈，但不作旋转或翻转活动。3周后可将外固定打开，对踝关节周围的软组织(尤其是肌腱经过处)进行按摩，理顺筋络，点按商丘、解溪、丘墟、昆仑、太溪等穴，并配合中药熏洗。若采用袜套悬吊牵引法，亦应多作踝关节的主动伸屈活动。

药物治疗按骨折三期分治原则辨证施治。若肿胀消退缓慢，初、中期加用活血祛瘀汤，后期可用麻桂温经汤。功能受限或踝周有纤维硬结者，则需用散瘀和伤汤熏洗之，以活利关节、舒散筋结，促进功能恢复。

距骨骨折

距骨是足的主要承重骨之一。《洗冤集录》称为跂骨，距骨分头、颈、体三部分。距骨体被夹在内、外踝中间，体上面与胫骨构成胫距关节，体的下面与跟骨构成跟距关节。跟骨可在距骨下作轻度旋转。距骨头部突向前方与舟骨构成距舟关节。颈部居于头与体之间，距骨的上面前后成弓形，滑动于踝穴中，距骨的血液供应不充足，骨折后不易愈合，甚至发生缺血性坏死。距骨表面五分之三为软骨面，故发生骨折时，骨折线多经过关节面，因此发生创伤性关节炎的机会较多。

距骨骨折较少见，可因从高处跌下时，足先着地而发生。由于足部所受外力不同而产生各种类型的距骨骨折，如距骨后突骨折、距骨体骨折和距骨颈骨折。当暴力经足跟向上传导或足强力过度跖屈，跟骨向上嵌压时，均可产生距骨后突骨折；从高处跌下，距骨被挤压于胫骨与跟骨之间时，则可发生距骨体骨折；若从高处跌下，足向背侧屈曲着地时，因外力沿胫骨纵轴向前下方冲击，而来自地面的抗力还击胫骨前缘，故造成距骨颈骨折。

在距骨骨折中，以距骨颈骨折为最多见。在距骨后突骨折时，骨块轻度向上向后移位。距骨体骨折，多为一纵行骨折，可发生距骨的上面或下面。如外力过猛，足向背屈着地时，同时可将距骨下关节的韧带和后部关节囊

撕裂，跟骨和前足沿距骨体向前移位，故形成距骨颈骨折和距骨下关节脱位。若足进一步跖屈，距骨体即可脱出踝穴，并发生旋转移位。因此，其骨折面移向外侧而距骨体的后部移向内侧，可与跟骨的载距突形成交锁。

骨折后局部肿胀、疼痛、皮下瘀斑、不能站立行走，骨折明显移位则出现畸形。踝部与跗骨正侧位X线片，可以明确骨折的移位、类型以及有无合并脱位。

无移位的距骨颈骨折，不需手法整复，固定踝关节于中立位6—8周。对单纯距骨颈有移位骨折，复位时患肢膝关节屈至90°，助手把住小腿，医者一手握住前足，轻度外翻后，向下向后推压，另一手握住胫骨下端后侧向前端提，使距骨头与距骨体两骨折块对合；并发距骨体后脱位时，应先增加畸形，即将踝关节极度背伸、稍向外翻，以解除载距突与距骨体的交锁，并将距骨体向前上方推压，使其复入踝穴，然后用拇指向前顶住距骨体，使踝关节稍跖屈，使两骨折块对合；距骨后唇骨折伴距骨前脱位时，先将踝关节极度跖屈内翻，用拇指压住距骨体的外上方用力向后方将其推入踝穴。距骨脱位复位后，往往其后唇骨折片亦随之复位。对手法整复失败者，可切开整复。距骨体缺血性坏死、距骨粉碎骨折、距骨体陈旧性脱位或并发踝关节严重创伤性关节炎者，可考虑手术治疗。

距骨颈骨折整复后，应将踝关节固定在跖屈稍外翻位8周；距骨后唇骨折伴有距骨前脱位者，应固定在功能位4—6周。

固定期间应作足趾、膝关节屈伸锻炼。因一般骨折需3—4月才能愈合，故在固定期间不宜早期负重。解除固定后应施行局部按摩，配合中药熏洗，并进行踝关节屈伸、内翻、外翻活动锻炼，开始扶拐作逐渐负重步行锻炼。

距骨骨折容易引起骨的缺血性坏死，故中、后期内服药应重用补气血、养肝肾、壮筋骨的药物，以促进骨折愈合。若后期功能受限，用散瘀和伤汤熏洗患处。

跟骨骨折

跟骨骨折是足部较常见的骨折。跟骨是足的主要承重骨。其骨呈弓形，分为体部及跟结节。体的上面有前、中、后关节面与距骨相对应。跟骨结节上缘与跟距关节面成30°—45°的结节关节角。载距突承受距骨颈，也是坚强的跟舟韧带附着处。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："跟骨者，足后跟骨也，上承骱辅二骨之末，有大筋附之，俗名脚挛筋。"

跟骨骨折多由传达暴力造成。从高处坠堕或跳下时，足跟先着地，垂直暴力从距骨传至跟骨，使跟骨被压缩或劈开；亦有少数是足尖先着地，因跟腱牵拉而致撕脱骨折。跟骨骨折后，常有足纵弓塌陷，结节关节角减少，甚至变成负角，从而减弱了跖屈的力量和足纵弓的弹簧作用。

根据骨折线的走向可分为不波及跟距关节面骨折和波及跟距关节面骨折两类。前者预后较好，后者预后较差。若关节面不平，发生创伤性关节炎，则可遗留患足疼痛和运动功能障碍。

骨折后足跟部剧烈疼痛，肿胀和瘀斑明显，足跟不能着地行走，跟骨压痛。严重者足跟部畸形，其横径加宽，足弓变平，外踝下部的正常凹陷消失。跟骨X线侧位、轴位照片，可明确骨折类型、程度和移位方向，和了解骨折线是否进入关节，以及结节关节角的变化。跟骨骨折常与脊柱骨折、颅底骨折合并发生，故检查时应特别注意。

跟骨骨折的治疗，《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："若落马坠蹬等伤，以致跟骨拧转向前，足趾向后，即或骨未破碎而缝隙分离，自足至腰脊诸筋，皆失其常度，拳挛疼痛，宜拨转如旧。"跟骨骨折的复位要求较高，应尽可能恢复正常的结节关节角，防止各种后遗症的发生，以免日后行走疼痛。

（1）不波及跟距关节面骨折：跟骨结节纵形骨折的骨折块一般移位不大，早期外敷选用接骨膏、消肿膏或双柏膏，局部用夹板固定，扶拐不负重步行锻炼3—4周即可。跟骨结节骨骺未闭合前，骨折块有明显向上移位者，如不予以整复，则跟骨底不平，影响日后步行和站立，故应在适当麻醉下，以骨圆针穿过结节骨块中部，将膝关节屈曲，由两助手分别把住患足及小腿，医者握紧牵引弓，先向后牵引，松解骨折面的交锁，然后向下牵引，直至骨折片复位为止。复位后采用外固定患肢于膝微屈、跖屈位4周。4周后拔去钢针，再固定2—3周。跟骨结节横形骨折是一种跟腱撕脱骨折。若撕脱骨块移位不大，可用夹板固定患肢于跖屈位4周即可。若骨折块较大，且向上移位者，可在适当麻醉下，患者取俯卧位，屈膝，助手尽量使足跖屈，医者以两个拇指在跟腱两侧用力向下推挤骨折块，使其复位。复位后外固定患肢于屈膝、足跖屈30°位4—6周。

骨折线不通过关节面的跟骨体，从侧位看，若跟骨体后部同跟骨结节向后向上移位，减弱了腓肠肌的紧张力，影响足的纵弓，从而妨碍了站立和步行，应充分矫正。可在适当麻醉下，屈膝90°，一助手固定其小腿，医者两手指相叉于足底，手掌紧叩跟骨两侧，矫正骨折的侧方移位和跟骨体的增宽，同时尽量向下牵引以恢复正常的结节关节角。若复位仍有困难，可在跟骨上作骨牵引，复位后用长腿石膏靴固定。

（2）波及跟距关节面的骨折：跟骨外侧跟距关节面塌陷骨折或全部跟距关节面塌陷骨折，是跟骨骨折最常见的类型之一。跟骨体部因受压完全粉碎下陷，跟骨体增宽，跟距关节面中心塌陷，跟骨结节上升，体部外翻，跟骨前端亦可能骨折，从而波及跟距关节，治疗困难。年老而骨折移位不明显者，不必复位，仅作适当固定，6—8周后逐渐下地负重。年青而骨折移位较明显者，可在适当麻醉下予以手法复位，尽可能地矫正跟骨体的增宽和恢

复结节关节角，2周后作不负重步行锻炼，在夹板固定下进行足部活动，关节面可自行模造而恢复部分关节功能。陈旧性骨折已形成创伤性关节炎者，常因疼痛而步履艰难，可考虑作关节融合术。

药物治疗，可按三期辨证施治。

跖骨骨折

又名足掌骨骨折。是足部最常见的骨折。第一与第五跖骨头是构成内外侧纵弓前方的支重点，与后方的足跟形成整个足部主要的三个负重点。五根跖骨之间又构成足的横弓。

跖骨骨折多由直接暴力，如压砸或重物打击而引起，以第二、三、四跖骨较多见，可几根跖骨同时骨折。间接暴力如扭伤等，亦可引起跖骨骨折，以第五跖骨基底部骨折较多见。长途跋涉或行军则可引起疲劳骨折。骨折的部位可发生于基底部、骨干及颈部。

按骨折线可分为横断、斜行及粉碎骨折。因跖骨相互支持，骨折移位多不明显。按骨折的原因和解剖部位，临床上可分为三种类型：

(1) 跖骨干骨折：多由重物压伤足背所致，多为开放性、多发性，有时还并发跖跗关节脱位。且足部皮肤血供较差，容易引起伤口边缘坏死或感染。

(2) 第五跖骨基底部撕脱骨折：因足内翻扭伤时附着于其上的腓骨短肌或有时还有腓骨第三肌的猛烈收缩所致。一般骨折片的移位不严重。

(3) 跖骨颈疲劳骨折：好发于长途行军的战士，故又名行军骨折，多发于第二、三跖骨颈部，其中尤以第二跖骨颈发病率较高。由于肌肉过度疲劳，足弓下陷，第二、三跖骨头负重增加，超过骨皮质及骨小梁的负担能力，即逐渐发生骨折，但一般骨折段不至完全断离，同时骨膜产生新骨。

骨折后足背肿胀、疼痛、皮下有瘀斑，活动功能障碍，局部压痛，并有纵向叩击痛。有移位骨折，往往很易触知骨擦音。拍摄前半足正、斜位X线片，以明确骨折类型和移位情况。跖骨颈疲劳骨折最初为前足痛，劳累后加剧，休息后减轻，2—3周后在局部可摸到有骨隆凸，由于没有明显的暴力作用病史，诊断常被延误。X线检查早期可能为阴性，2—3周后可见跖骨颈部有球形骨痂，骨折线多不清楚。

无移位的裂纹骨折，不需整复，局部外敷活血祛瘀类药膏，如消肿膏、双柏膏等，再用夹板固定。有移位的跖骨干骨折、骨折脱位或多发性骨折，可采用手法整复。在适当麻醉下，患者取平卧位，膝微屈，助手固定小腿中下部，医者用纱布包缠骨折部位对应的足趾，一手先顺势拔伸，然后徐徐向趾背的远方提拉，与跖骨纵轴约呈20°—30°，矫正重叠移位后，再反转向跖侧屈曲，同时另一手拇指从足底部推压断端，纠正骨折移位及成角畸形。如仍有残留的侧方移位，仍在拔伸下，从跖骨之间用拇、示二指用夹挤分骨法迫使其复位。最后用分骨垫放置背侧跖骨间隙之间，上方再以压力垫加压包扎于足托板或木板鞋上。跖骨骨折上下重叠移位，或向足底突起成角必须矫正，否则会妨碍将来足的走路功能。而侧方移位则对功能妨碍较小。

第五跖骨基底骨折、行军骨折或无移位的跖骨干骨折可应用局部敷药，外用夹板或胶布固定4—6周，以后应用药物熏洗并逐渐负重步行。第五跖骨基底骨折片常有软组织嵌入，骨折线消失时间比较长，只要症状消失，即可负重行走，不必待X线片示有骨性愈合才进行负重。

对于第一、五跖骨骨折的治疗，必须要有良好的复位，以保持足部有正常的横弓。

开放性骨折或闭合性骨折在手法复位失败后，可采用切开复位内固定。

内服药物治疗，一般可按骨折三期辨证论治，见“踝部骨折”条。

趾骨骨折

亦称足节骨骨折。是足部常见骨折之一，占足部骨折的第二位。趾骨骨折多由重物压砸等直接暴力引起，一般为粉碎骨折；踢触硬物等间接暴力所致的骨折，多为横断或斜行骨折。趾骨骨折常合并有趾甲及皮肤损伤，多为开放性。

伤后局部肿痛，皮下瘀血或甲下血肿，患趾不能用力，摸诊时可觉有骨擦感或骨擦音。有移位骨折，应予以手法整复，特别是向跖侧成角与旋转畸形必须矫正。医者可用双手拇、示指分别捏住骨折远、近端，在拔伸下推按整复。对甲下血肿严重者，应放血或拔甲。踇趾骨折整复后用夹板固定。第二—第五趾骨骨折整复后，可用夹板或依借邻趾包扎固定。固定时间约3—4周。解除固定后，可用海桐皮汤熏洗。

颈椎骨折与脱位

亦称为颈骨摔进、颈项骨损折、旋台骨折、玉柱骨折、天柱骨折。颈椎是脊柱骨之最上段，由七个椎体相连组成，活动范围较大，能旋转，前后伸屈、左右侧弯，因此较易外伤而发生骨折与脱位。

发生颈椎骨折与脱位的病因，根据暴力性质可分为：①直接暴力。除火器伤外，还有来自项部后方及侧方的打、砸、碰、撞等，致使颈椎的棘突、横突骨折。较重者还可造成椎板和椎弓根骨折，过于强大的直接暴力，也可致使颈椎发生粉碎骨折与脱位。②间接暴力。凡来自头和身体的传达暴力，形或纵向挤压或侧斜挤压的作用力，集中在颈椎的一个节段部分，可产生颈椎压缩骨折。如高

处坠下，足或臀部先着地，或重物由高落下冲击患者头部，或因翻车等事故，或游泳跳水额顶部碰撞池底，颈椎均可受到间接冲击，发生撕脱、压缩而造成骨折、脱位。间接暴力所致损伤多见，好发于第一、二、五、六颈椎。

颈椎骨折与脱位根据损伤的部位和程度可分为：

(1) 颈椎半脱位：多发生于第四、五颈椎或第五、六颈椎，儿童则多发生于第二、三颈椎或第三、四颈椎。可因外伤或汽车急刹车的惯性作用，使颈部过度向前屈曲而引起。运动员或演员头颈部累积性外伤亦可致颈椎半脱位，后伸时可自行复位，前屈时又可再脱，严重者可引起截瘫，这种损伤常易被忽视而误诊为扭伤。

(2) 颈椎椎体骨折：多发生于第五—第七颈椎椎体。由于暴力的方向以及受伤时姿势的不同，可造成不同的椎体骨折。如颈椎过度前屈，可致椎体前缘压缩骨折；颈椎过度侧弯，可致椎体侧方压缩骨折；颈椎过度后伸，可致椎体后缘压缩骨折或椎体前缘撕脱骨折等。

(3) 寰、枢椎骨折与脱位：在颈椎屈曲型损伤时，若枢椎齿状突基底部发生骨折，或寰椎横韧带断裂，均可致寰椎向前脱位。以上两种情况均可引起脊髓损伤，但前者因断裂之齿状突与寰椎一齐向前移位，脊髓受压的危险性较小。枢椎齿状突基底部骨折时，也可能因当时寰椎移位不明显，易被忽视，骨折未能及时固定而不愈合或延迟愈合，以后症状减轻，患者开始活动时，可发生寰椎迟发性前脱位和迟发性截瘫。颈椎在伸展型损伤时，若齿状突基底部骨折，寰椎可向后脱位，但较前脱位少见，亦易引起脊髓损伤。暴力垂直向下，若头部受到打击或坠地，暴力纵向挤压寰椎，因其前、后弓较薄弱，故可发生寰椎裂开骨折，后弓骨折较常见。若横韧带完整，则不易损伤脊髓。若横韧带断裂，齿状突向后严重移位，可引起死亡。

(4) 颈椎脱位：多由于屈曲损伤引起。一侧或两侧关节突关节可发生交锁，下一椎体压缩，椎体前缘折断而向前移位，脊髓常被挫伤或压迫。老年患者因颈椎椎间盘退化，弹性减小，遇到暴力更易引起损伤。

伤后患者有头、颈痛，颈部筋肉紧张，活动受限，常用两手托住头部，局部压痛、肿胀，但后突畸形不甚明显。神经根受压或损伤者，可引起上臂、前臂及手部放射性疼痛、麻木。并发有脊髓神经损伤者，可出现高位截瘫，严重者可很快死亡。X线摄片检查可协助诊断，正位片应包括开口位，显示第一、二颈椎；侧位片应包括第一—第七颈椎，注意观察椎体及棘突的排列，必要时可摄伸屈位颈椎侧位片。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："此骨被伤，共分四证。一曰从高坠下，致颈骨插入腔内，而左右尚活动者，用提项法治之。一曰打伤，头低不起，用端法治之。一曰坠伤，左右歪邪，用整法治之。一曰仆伤，面仰头不能垂，或筋聚，或筋强，骨随头低，用推端续整四法治之。"

中国古代对颈椎骨折脱位的整复方法，除上述四证四法外，如《证治准绳》卷六云："凡高处跌坠，颈骨摔进者，用手巾一条，绳一条，系在枋上垂下来，以手巾兜缚颏下，系于后脑，杀缚接绳头。"及《伤科汇纂》云："凡头从高坠下顿缩者，先用消风散或住痛散加麻药服之，令患人仰卧，用布巾兜住下颏直上，又将患人头发解散，用巾带扭作一把，令患人头放平正，医者伸直两足，踏在患人肩上，徐徐用力拔之归原。"

对颈椎骨折脱位，若出现脱证，宜及时抢救。对患者的搬运，切忌使颈椎发生屈伸、扭转，医者应以双手托住患者枕部及下颌部，并略加牵引，其他人员托住肩及髋部，平卧于硬板床后，头两侧用枕头或砂袋围挤，如无砂袋，亦可在头颈侧挤以棉衣或毛毯。对颈椎半脱位颈椎骨折仅伴有轻度移位，无关节交锁者，一般采用枕颌布托临床水平牵引，头颈略后伸。牵引重量为2—3公斤，牵引时间4—6周。若颈椎骨折伴有关节交锁者，需用颅骨牵引，尽快复位，首先屈颈15°—20°位，顺关节突之关节面方向牵引，逐渐增加重量，同时密切注意患者的一般情况和瘫痪平面有无改变。待X线摄片证明已复位时，则改中立位，后改过伸位维持1—2公斤牵引4—6周。解除牵引后，改颈托或石膏围领保护3—6个月。

损伤后，若患者心慌头晕，面苍唇白，呕逆肢冷，血压降低，呼吸困难，脉结代或呈微细，为"亡阳"、"脱证"。应立即按病情进行输血补液，或急灌独参汤，针刺合谷、内关、足三里等穴，当出现昏迷时，可加刺人中、涌泉等穴，有四肢厥逆者，可服参附汤。损伤初期，证属瘀血阻滞，治宜活血行气、消肿止痛，用膈下逐瘀汤，外敷消瘀止痛药物。若腹满胀痛，大便秘结，脉弦有力，苔黄厚腻，治宜攻下逐瘀、和胃通便，用桃仁承气汤加减；损伤中期，治宜活血和营、续筋接骨，用活血祛瘀汤加减；后期治宜补肾壮阳、气血双补，用补肾壮阳汤、六味地黄汤、八珍汤等。

胸腰椎骨折与脱位

亦称背脊骨折、腰骨损断、背脊骨伤。胸、腰椎是负重、运动、吸收震荡及平衡肢体的重要结构，同时还具有支持及保护内脏和脊髓等作用。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："背者，自后身大椎骨以下，腰以上之通称也。其骨一名脊骨，一名膂骨，俗呼脊梁骨。""上载两肩，内系脏腑"。

胸、腰椎骨折脱位多因间接暴力引起，好发于活动范围较大的椎体，如第十一—第十二胸椎、第一—第二腰椎。极少数是直接暴力打击局部所致。

胸、腰椎骨折脱位根据发病机制可分为：

(1) 屈曲型：为脊柱骤然过度屈曲所致，患者自高处坠下时，足或臀部先着地，或重物由高处落下，砸压头肩或背部，胸腰椎骤然过度屈曲，外力集中到一个椎体前部，同时又受到上下椎体的挤压，该椎体发生压缩性骨折，椎体前部被压缩成楔形。若强大的暴力继续作用，则

可发生棘间韧带断裂、椎弓骨折或关节突骨折，上部脊椎向前或向侧方脱位，脊髓往往遭受损伤。临床上最常见，约占所有脊椎骨折的90%以上。

(2) 侧弯型：为脊柱骤然过度侧弯所致。患者坠堕时足或臀部着地，或重物砸压肩背部时，胸腰椎向一侧弯曲，椎体被挤压部位局限于一侧，造成椎体侧向楔形骨折。骨折比较稳定，一般无神经损伤。

(3) 伸直型：为脊柱骤然过度后伸所致。患者跌扑时身体突然后仰，或从高处仰面跌下，背部或腰部冲击在地面上的硬物，而使胸腰椎骤然过度后伸，可造成椎体骨折脱位，常合并前纵韧带断裂、椎体骨片分离或撕脱骨折和附件骨折。

(4) 旋转型：为脊柱骤然旋转所致。暴力使脊柱屈曲并向一侧旋转，可造成椎体与附件骨折，且可合并关节突关节脱位。

胸、腰椎骨折脱位根据损伤后脊柱的稳定程度可分为：

(1) 稳定型：如单纯椎体压缩骨折，椎体压缩在1/2以下，不合并附件骨折或韧带断裂，或单纯附件骨折。

(2) 不稳定型：骨折伴有脱位、附件骨折、韧带断裂或椎体压缩在1/2以上和粉碎骨折等。不稳定型骨折容易合并脊髓神经损伤。

伤后局部肿胀、疼痛，骨折处两侧肌肉紧张，不能站立，翻身困难，运动障碍，屈曲型可见后凸畸形。由于腹膜后血肿刺激，可伴有腹部胀痛，胃纳不佳，便秘，苔薄白转黄腻，脉弦数等里实证。若伴有脊髓神经损伤者，则出现截瘫。X线正、侧位照片有助诊断，怀疑椎弓骨折者可加摄斜位片。

胸、腰椎骨折和脱位的急救处理，对患者的预后常有重大关系，如搬运不当可加重脊柱和脊髓损伤。对于任何胸腰椎骨折脱位的可疑者，不得任意搬动，就地给予止痛剂及抗休克处理后，方可转送。在搬运过程中，应使脊柱保持伸直位置，避免屈曲和扭转，可采用两人或数人在患者一侧，动作一致地平托头、背、腰、臀、腿的平卧式搬运法，或用滚动的方法，将患者移至有厚垫的木板担架或硬板床上，使患者仰卧。如用帆布担架抬运屈曲型骨折的患者时，则应采用俯卧位。屈曲型胸腰椎压缩骨折，椎体前部的前纵韧带往往保持完整，但发生皱缩。通过手法整复，加大脊柱背伸，前纵韧带由皱缩变为紧张，附着于韧带的椎体前部及椎间盘有可能膨胀，恢复其压缩前的外形。

整复的方法有：

(1) 双踝悬吊法：复位前可给止痛剂或局部麻醉，患者俯卧，两踝部衬上棉垫后用绳缚扎，将两足徐徐吊起，使身体与床面约成45°角，医者用手掌在患处适当按压，矫正后凸畸形。复位后患者改仰卧硬板床，骨折部垫软枕。如《世医得效方》云："凡挫脊骨，不可用手整顿，须用软绳从脚吊起，坠下身直，其骨使自归窠，未直则未归窠，需要坠下，待其骨直归窠。"

(2) 攀索叠砖法：是一种过伸位复位法。先令患者双手攀绳，以砖六块，分左右各叠置三块，双足踏于砖上，然后抽去足下垫砖，让身体悬空（足尖触地），脊柱呈过伸位，医者在患者腰后，将后突畸形矫正。亦可俯卧仰身双手攀索复位以矫正后凸畸形。适用于体格健壮屈曲型单纯性胸腰椎压缩骨折患者。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："先令病人以两手攀绳，足踏砖上，将后腰拿住，各抽去砖一个，令病人直身挺胸，少倾，又各去砖一个，仍令直身挺胸，如此者三，其足着地，使气舒瘀散，则陷者能起，曲者可直也。再将其胸以竹帘围裹，用宽带八条，紧紧缚之，勿令窒息……"此法现临床较少采用。

(3) 垫枕法：患者仰卧硬板床，骨折部置软枕，并可逐渐加高，使脊柱过伸。此法配合功能锻炼效果更好，适用于屈曲型单纯性胸腰椎压缩骨折，以及过伸复位后维持整复效果。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："但宜仰睡，不可俯卧侧眠，腰下以枕垫之，勿令左右移动。"

(4) 攀门拽伸法：令胸腰椎骨折患者俯卧在硬木板上，患者双手攀住木板上缘，用三人在下腰部与双下肢拔伸牵引，医者用手按压骨折部进行复位。《普济方·折伤门》云："凡腰骨损断，先用门扇一片放地上，一头斜高些，令患人覆眠，以手伸上，攀住其门，下用三人拽伸，医以手按损处三时久。"这是一种非过伸位脊柱骨折复位法，适用于不稳定性的屈曲型胸腰椎压缩或粉碎骨折，以及年老体弱的患者。伸直型胸腰椎骨折极少见，可根据需要将脊柱安置于伸直或略屈曲的位置卧硬板床，避免脊柱后伸。

对一般单纯性胸、腰椎压缩骨折，整复后须仰卧硬板床，骨折部垫软枕。《证治准绳·疡医》卷六云："只宜仰卧，不可翻卧，大动后恐成损患。"卧床时间3—4周。对于不稳定性胸腰椎骨折，《医宗金鉴·正骨心法要旨》记载用"通木"与"腰柱"固定。近代已改进，可采用夹板腰围固定，固定时间4—6个月，必要时亦可手术治疗。

胸、腰椎骨折通过功能锻炼，不但能使压缩的椎体复原，保持脊柱的稳定，而且由于早期活动可增加腰背肌肌力，不致于产生骨质疏松现象，亦可避免或减少后遗慢性腰痛。对单纯压缩骨折，应在复位后第2天起开始逐步锻炼，具体方法可参见"功能锻炼"条。一般4周以后即可带夹板下床活动。对于不稳定性骨折，卧床1—2周后开始练功，下床时间应在6—8周以后，且须用胸腰椎夹板固定。伤后4个月内应避免向前弯腰动作。

早期局部肿胀、剧烈疼痛、胃纳不佳、大便秘结、苔薄白、脉弦紧，证属气滞血瘀，治宜行气活血、消肿止痛。《伤科补要》云："脊骨正而患除，服接骨紫金丹"，"贴万灵膏。"可用复元活血汤或膈下逐瘀汤，外敷消瘀膏或消肿散。兼有少腹胀满、小便不利者，证属瘀血阻滞、膀胱气化失调，治宜活血祛瘀、行气利水，用膈下逐瘀汤合五苓散；若局部持续疼痛、腹满胀痛、大便秘结、苔黄厚腻，脉

弦有力,证属血瘀气滞、腑气不通,治宜攻下逐瘀,方用桃核承气汤或大成汤加减;中期肿痛虽消而未尽,仍活动受限,舌暗红、苔薄白、脉弦缓,证属瘀血未尽、筋骨未复,治宜活血和营、接骨续筋。若瘀血已去,复元通气散加当归调之。还可内服地龙散,气滞重者可用腰伤气滞汤,外贴接骨膏;后期腰酸腿软、四肢无力、活动后局部隐隐作痛、舌淡苔白、脉虚细,证属肝肾不足、气血两虚,治宜补益肝肾、调养气血,方用六味地黄汤、八珍汤或壮腰健肾汤加减。

骶骨、尾骨骨折与脱位

骶骨、尾骨是脊柱最末段之椎骨。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"尾骶骨,即尻骨也,其形上宽下窄,上承腰脊诸骨,两旁各有四孔,名曰八髎,其末节名曰尾闾,一名骶端,一名橛骨,一名穷骨,俗名尾椿。"骶骨、尾骨骨折与脱位,多为直接暴力损伤,如下楼梯滑跌,后仰位摔在台阶或地面时,可引起骶骨横断骨折或尾骨骨折脱位。尾骨骨折脱位后,尾骨下端可向前或向后上移位,但以向前者为多。

骨折移位或脱位后,局部肿胀、疼痛,肛门肿胀、疼痛,肛门指检可有压痛,并可摸到移位畸形。骶尾部位附近有长强穴,是督脉的络穴,若该处骨折脱位,可损伤经脉,严重者可形成顽固性尾骨痛。

治疗骶骨骨折,一般用气圈或软垫保护,并卧床3—5周。对向前移位的尾骨骨折脱位,可经肛门内外手法复位,患者侧卧,屈髋屈膝、医者一手戴手套后,用示指伸入肛内,扳住向前移位的尾骨下端,拇指在外按住骶骨下端,两指同时用力扳按,即可复位;对尾骨向后上脱位者,可用伸入肛门之示指与在外之拇指捏住,向内下方牵拉,另一手拇指在外按压后凸之骨端,使其复位。复位后,侧卧床休息2—3周。

药物治疗,早期宜活血化瘀、消肿止痛,内服复元活血汤或腰伤一方,外敷消瘀膏、消肿膏,或三七散调蛋白糊敷患部,外用丁字带包裹,每日1—2次。中期宜活血和营、接骨续筋,用复元通气散合四物汤,或跌打养营汤加减。久伤不愈者,宜补气血,或补肝肾,兼疏通经络。

外伤性截瘫

为开放性或闭合性脊髓损伤所致。古称体惰。《灵枢·寒热病》:"若有所堕坠,四肢懈惰不收,名曰体惰。"开放性脊髓损伤多为战时火器外伤,闭合性损伤多为高处坠落、重物压砸、交通事故等使脊柱发生伸展、屈曲或扭转造成骨折脱位而引起脊髓间接损伤。《素问·骨空论》说:"督脉者……贯脊属肾,与太阳起于目内眦,上额交巅,上入络脑,还出别下项,循肩髆内,侠脊抵腰中,入循膂络肾。"手、足三阳经的经脉,都与督脉相交会,总督周身之阳经,故外伤性截瘫与督脉损伤有关,伤后由于气滞血瘀,手、足三阳经失去总督,诸阴经失去交会,而发生阴阳失调。出现肢体麻木,知觉、运动功能欠灵,甚者,知觉、运动功能丧失,若涉及足太阳膀胱经,可出现排尿功能障碍,若涉及手阳明大肠经,则出现排便功能障碍和脏腑阴阳失调现象。

外伤性截瘫,按脊髓损伤后局部病理变化,有脊髓震荡、脊髓受压、脊髓断裂之分。按脊髓损伤后恢复情况,有暂时性、不完全性、完全性三种。按损伤后出现麻痹平面之高低,有高位截瘫和下肢截瘫之分。一般损伤在颈膨大或以上者,则出现高位截瘫,上肢与下肢均呈现瘫痪;损伤平面在颈膨大以下者,若为胸髓损伤,则出现麻痹平面较高的下肢截瘫,若腰髓及马尾损伤者,则出现麻痹平面较低的下肢截瘫。按损伤后肌张力增高或减弱,有痉挛性瘫痪(硬瘫)和弛缓性瘫痪(软瘫)之分。

对脊髓损伤患者必须注意全身检查,以确定有无血脱、气脱和并发其他损伤。如发现血脱、气脱,应立即进行抢救。如并发其他损伤时,应根据轻重缓急,首先处理危及生命的内脏损伤。对于脊椎的损伤,应采取平卧搬运法,以免骨折移位加重脊髓损伤。

高位颈髓损伤者,容易出现呼吸困难,痰液不易咳出,运送时除注意头颈部固定外,应注意保持呼吸道通畅,防止窒息,必要时应作气管切开、输氧及人工辅助呼吸。外伤性截瘫如无严重合并伤,X线摄片显示椎管内无骨折片,感觉障碍固定在一定水平,无进行性上升趋势者,可施行闭合牵引复位;颈椎骨折脱位应采用颅骨牵引快速复位,然后持续牵引,复位后拍摄脊柱正侧位X线片复查;胸腰椎压缩骨折和脱位并发截瘫者,可采用垫枕法、双踝悬吊法或攀门拽伸法等整复移位的椎骨。但无论采用何种复位法,动作均宜轻巧柔和,避免加重脊髓损伤。对于开放性脊髓损伤,宜手术治疗。

药物治疗,外伤性截瘫的早期,多为瘀血阻滞、经络不通,宜活血祛瘀、疏通督脉,兼以壮筋续骨,方用活血祛瘀汤加地龙、丹参、穿山甲、王不留行等,或用补阳还五汤加减;受伤2—3月以后,因督伤络阻,多属脾肾阳虚,宜补肾壮阳、温经通络,方用补肾壮阳汤加补骨脂、穿山甲等。后期血虚风动,呈痉挛性瘫痪,宜养血柔肝、镇痉熄风,方用四物汤加蜈蚣、全蝎、地鳖虫、钩藤、伸筋草等。气血两虚者,应予以补益之品,选用八珍汤、补中益气汤或归脾汤加减。若肝肾亏损,宜补益肝肾、强筋壮骨,可选用补肾活血汤、健步虎潜丸或六味地黄丸等。

针灸治疗,《灵枢·寒热病》对针灸治疗取穴云:"取其小腹三结交,三结交者,阳明太阴也,脐下三寸关元也。"故其主穴应取关元穴,上肢瘫者加取曲池、少海、内关、外关等;下肢瘫者加取阳陵泉、阴陵泉、悬钟、三阴交、冲阳等穴。硬瘫者,宜弱刺手法,留针时间宜长;软瘫者,宜强刺手法,留针时间宜短。

功能锻炼,按摩和被动活动瘫痪之关节,能加强气血循行,防止肌萎缩、关节僵硬和发生褥疮等,是中后期治

疗的方法之一。早期功能锻炼可促进全身气血流通，加强新陈代谢，提高机体抵抗力，防止并发症的发生，同时可以锻炼肌力，为恢复肢体功能与下地活动准备条件。受伤早期应在注意脊柱稳定性的同时尽早进行肢体活动。若全身情况许可，受伤1周后即应开始上肢的锻炼，3个月后可练习抓住床上支架坐起，或坐轮椅活动，继而学习站立位所需要的平衡动作。站立时应特别注意膝部的保护，否则由于膝软无力而摔倒，可采用靠墙手推双膝法，或使用简便、轻巧、合适的下肢架保护，在双杠扶手中学习站立。站稳后，再练习在双杠中做前进和后退的步行动作，最后逐渐练习用双拐站立和步行。此外，还可练习日常生活中一些必须活动，以便逐渐能自理生活及以轮椅代步到户外活动。

并发症的治疗，①肺部感染。多发生于高位截瘫或麻痹平面较高的截瘫患者。伤后瘀结气滞，造成肺气阻塞，气机不能宣降，痰浊内聚，阻塞气道，使之呼吸不畅，造成本病。肺为娇脏，截瘫患者久病则气虚，在排便、翻身、褥疮换药等情况下外邪容易侵袭，且先犯肺而致病。发病初期症见高热、畏寒、无汗、脉浮大而紧，或咳嗽多痰、喘急，舌红苔厚腻、脉弦数或滑数。治宜清热宣肺、平喘止咳，用麻杏石甘汤合《千金》苇茎汤加减。若风寒束肺，咳嗽痰薄，苔白脉浮紧，宜用麻黄汤或小青龙汤加减。②褥疮。截瘫发生后，在其截瘫平面以下感觉、运动功能丧失，局部受压，血运障碍，气血阻滞，经络不通，受压组织溃破而成褥疮，骨突部位如骶部、股骨大转子、足跟、外踝、髂嵴、肩胛部等处好发，因全身营养低劣，气血不足，组织修复能力减弱，疮面经久不愈，严重者邪毒内陷，附骨成痈或邪人营血而致疔疮走黄。因此在伤后应将患者放在有褥垫的硬板床上，皮肤和床单、被褥要保持干燥清洁，防止粪便污染，若已污染需及时更换床单，并用温水洗净皮肤。骨突部位应用气垫、软枕和棉圈保护，要定时变换卧床体位，2—3小时翻身一次。白天每次翻身后对褥疮好发部位可用红花乙醇（或50%乙醇）揉擦，干后扑上滑石粉，以促进局部气血流通，增强皮肤抵抗力。如褥疮已发生，应防止褥疮扩大，并避免继发感染。局部红肿、炎症浸润时，可选用双柏膏、四黄膏外敷；疮面化脓坏死时，可选用拔毒生肌散、九一丹或生肌玉红膏；疮口脓少，肉芽生长时，可选用生肌膏或象皮膏。内治宜清热解毒、托里排脓生肌。褥疮较大时除输液和少量多次输血外，可内服气血双补剂，如八珍汤加黄芪等，待全身情况改善后，施行植皮术。③尿路感染。截瘫患者由于小便不利，尿液潴留膀胱，加上留置导尿管，若不注意护理，邪毒乘机而入，易发生尿路逆行感染。如果反覆发作，可导致肾实质性损害，造成严重的后果。对尿闭者应留置导尿管，每4小时开放一次，每周换导尿管一次。换导尿管时先排空膀胱，少饮水，最好让尿道有6—7小时休息，当膀胱有明显膨胀时再放入导尿管。每次开放尿管排尿时，应鼓励患者使用腹压或作下腹部按摩，逐步训练建立自动膀胱，形成反射性排尿，一旦这种反射建立，则可去除导尿管试行自动排尿，如排空良好，则无需留置导尿管。若发生尿路感染，应鼓励患者大量饮水，若不能饮足，考虑静脉滴注，同时每日用生理盐水或1/5000呋喃西林冲洗膀胱1—2次，保持尿路通畅。中药内治方面，除按整体观念辨证论治外，应加用利水通淋药物，可选用导赤散、八正散等。④便秘。内服麻子仁丸或按辨证论治。亦可用生理盐水或肥皂水灌肠，每3天一次，逐渐训练自动排便。如粪块积聚，灌肠仍不能排便时，可戴手套，手指涂润滑油挖出粪块。

骨折畸形愈合

是指骨折的远近端之间发生重叠、旋转、成角连接而引起肢体功能障碍者。《理伤续断方》在论述骨折时云："一月尚可整理，久则不可。"本证多由于骨折后未及时整复，或整复位置不佳，或固定效果不好，或过早拆除固定，或不恰当的活动、负重等引起。

骨折畸形愈合可以引起：①关节活动受限。如伸直型肱骨髁上骨折，近端突向肘前方可障碍屈肘。②肢体各关节运动不协调，如桡尺骨骨折畸形愈合，将限制前臂旋转运动，上肢活动时运动不协调。③跛行，如一侧下肢长骨缩短、成角等可影响平衡与步态。④肌肉作用力削弱。由于骨折的成角、旋转畸形愈合，改变了肌肉的行程和方向，因而使肌力削弱。此外还可并发关节劳损，创伤性关节炎，迟发性神经炎等。

对畸形较轻，年龄在13岁以下的患者，在发育过程中，除旋转及严重成角畸形外，常能自行矫正，不必进行处理。如畸形严重，影响肢体功能者，不论年龄大小，均应及早治疗。

治疗可根据骨折畸形大小、部位及愈合的坚固程度采用手法或手术折骨术，或手术切开内固定植骨术。若伤后2—3月患者，骨干骨折虽已愈合，但还不坚固，可以应用手法折骨术，把陈旧性骨折变成新鲜骨折，然后按新鲜骨折处理。

手法折骨时，患者平卧，上肢用臂丛神经阻滞麻醉，下肢用腰椎麻醉。一助手用双手固定骨折近段，医者用双手紧抱骨折远段。在对抗牵拉下，慢慢地旋转骨折远段，在远近骨折段之间产生一种扭转作用力，首先能将骨折端间的桥梁骨痂折断。在扭转过程中，可常听到或感到桥梁骨痂断裂的响声。如此反覆扭转多次，直到断端已显松动。然后再按照骨折原来成角方向来回反折，将包围骨痂完全折断，远近骨折断端完全松动为止；如骨折愈合比较紧固，采用上述手法不能折断时，可用一棉花包裹的木墩或砂袋等作支点，医者两手紧靠骨折断端分别握紧远近骨折段，利用杠杆作用，将凸侧骨痂和凹侧骨痂折断。折骨时用力必须稳准，并注意保护皮肤，切忌使用暴力，以免发生邻近处新骨折。

对不同部位不同类型的骨折畸形愈合，在手法折骨时宜根据具体情况分别处理。如肱骨干骨折主要是成角和旋转畸形，很少发生重叠，即使有轻度重叠，肢体稍许缩短，对上肢功能影响不大。因而在手法折断后，单纯使用局部外固定或超关节固定即可。但对严重重叠移位者，应合并使用尺骨鹰嘴骨牵引；对前臂尺、桡双骨折单纯成角畸形愈合者，可用手法折骨，局部外固定；对股骨干和胫腓骨干陈旧骨折，在手法折骨后，暂不使用夹板固定，先应用骨牵引进行复位。牵引初期应经常测量肢体长度，与健侧对比。密切观察足背动脉，足趾颜色，皮肤知觉。如出现血管或神经症状时，可适当减轻重量，或延长牵引时间。多数在2周内缩短畸形可以得到矫正；横断骨折矫正重叠移位应牵引过度，使断端分离。剩余的侧方移位及成角畸形，可调整牵引方向，待局部肿胀消退，皮肤伤口愈合，再加上压垫，捆上夹板。在外固定装置的控制下，或加砂袋、叠砖挤压，侧方移位及成角畸形可以持续地自行矫正。

陈旧性骨折愈合较新鲜骨折稍慢，牵引和固定时间亦须适当延长。

若受伤时间已超过3个月，骨折已坚固地骨性愈合，不可能用手法折断者，最好通过手术方法，将骨性愈合的上下骨折断端凿开，但注意不要将骨折断端凿碎，让新生骨痂留在骨干部，使骨折断端游离，切口按层缝合，然后按新鲜骨折处理。对关节附近成角畸形愈合的骨折，陈旧性尺、桡双骨折，同时有旋转、重叠畸形者，可采用手术治疗。

功能锻炼和药物治疗可见各骨折条。

骨折迟缓愈合与不愈合

即骨折经治疗后，已超过同类骨折正常愈合所需的最长期限，骨折端仍未连接愈合者。多由于过度牵引、粗暴或多次整复、复位不良、内外固定不良、骨折端有筋肉嵌入、骨折段血供不良、局部筋骨损伤严重或邪毒感染、体质亏虚等原因引起。骨折局部仍有疼痛、压痛、肿胀、异常活动、功能障碍等症状。X线片显示骨痂生长缓慢、没有连接，但髓腔仍通，无硬化现象。

治疗宜针对病因进行治疗，去除妨碍愈合的因素。如过度牵引者，宜立即减轻重量，使骨折回缩；内外固定不良者，宜改善固定方法，加强固定效能；对骨折端血供不良所致者，在有效的外固定下，用坎离砂热熨或用八仙逍遥汤等熏洗，每日一次。若骨折端对位较稳定，可以配合纵轴冲击，使断端紧密接触；对局部邪毒所致者，应保持伤口的引流通畅和合理的制动，内外治结合；对体质亏虚者，多为气血耗伤，肝肾亏损，筋骨不强，故治宜补气血，养肝肾，壮筋骨，内服可选用肢伤三方、六味地黄丸、健步虎潜丸等。

骨折不愈合为骨折端在某些条件影响下，骨折愈合功能停止，骨折端已形成假关节。X线片显示骨端硬化，髓腔封闭；骨端萎缩疏松，中间存在较大间隙；骨端硬化形成假关节。对骨折不愈合，可考虑手术治疗。

脱位

凡构成关节的骨端关节面脱离正常位置，引起功能障碍且不能自行复位者称为脱位。脱位亦称脱臼、出臼、脱骱、骱失、出髎、骨错等。多发生于活动范围较大的关节，如肩、肘、髋及颞颌关节等。马王堆汉墓出土的《阴阳十一脉灸经》已有"肩以脱"的记载。《肘后备急方》记载了颞颌关节脱位的口内整复法。《理伤续断方》将髋关节脱位分为"胯骨从臀上出"（后脱位）和"胯骨从裆内出"（前脱位）两种，采用手牵足蹬法整复；还采用椅背复位法整复"肩甲骨出"（肩关节脱位）。《世医得效方·正骨兼金镞科》云："凡脚手各有六出臼，四骨折。每手有三处出臼，脚亦三处出臼。"所称脚手指下肢、上肢；四骨折指上臂、前臂、大腿、小腿骨折；手三处出臼指肩、肘、腕关节脱位；脚三处出臼即指髋、膝、踝关节脱位。该书还介绍了六大关节脱位的复位手法。

脱位可由直接暴力或间接暴力所致，其中以间接暴力所致者多见。如跌扑、牵拉、挤压、扭转、冲撞、坠堕等。暴力的方向不同，引起脱位的类型亦不同。此外，关节脱位还与年龄、性别、体质有密切关系。如年老体弱，肝肾素虚，筋肉松弛者易引起颞颌关节脱位；小儿因关节韧带发育尚不健全，常可发生桡骨头半脱位；成人脱位多于儿童，男性多于女性，体力劳动者多于脑力劳动者。关节脱位后若治疗不当，关节囊及其周围韧带未能很好地修复，常导致习惯性脱位。关节本身的病变（如流注、骨痨）可引起病理性脱位。此外，关节脱位还与关节解剖特点有关。如肩关节，盂小而浅，肱骨头大且活动范围广的特点，故容易发生肩关节脱位。强大的暴力可造成开放性脱位。关节脱位后，伴有关节囊和关节周围的筋肉撕裂或撕脱，形成瘀肿，出现不同的伤气血、伤经络证候。关节脱位还可并发骨折及神经、血管的损伤。脱位若不及时复位和治疗，而造成陈旧性脱位者，将影响关节的复位和功能的恢复。

按造成脱位的原因，可分为外伤性脱位、病理性脱位、先天性脱位和习惯性脱位；按脱位的程度，可分为全脱位、半脱位及单纯性脱位与复杂性脱位；按脱位的方向，可分为前脱位、后脱位、上脱位、下脱位和中心性脱位等；按脱位的时间可分为新鲜脱位（脱位时间在二三周以内）和陈旧性脱位（脱位时间超过二三周）；按脱位关节是否有创口与外界相通，可分为开放性脱位和闭合性脱位。

关节脱位后，脉络受损，气血凝滞，阻塞经络，故局部出现不同程度的肿胀、疼痛和压痛，关节不得屈伸，活动功能障碍。并出现关节畸形、关节窝空虚、弹性固定等关节脱位的特征。

新鲜外伤性脱位 可进行手法复位。《圣济总录》卷一百四十五云："凡坠堕颠扑，骨节闪脱，不得入臼，遂致蹉跌者，急须以手揣搦，复还枢纽，次用药调养，使骨正筋柔，荣卫气血，不失常度，加以封裹膏摩，乃其法也。"唐代孙思邈、王焘、蔺道人，元代危亦林对治疗脱位都有不少论述和疗法，至今仍以为法。

手法复位时，应根据脱位的方向和位置，运用拔伸牵引、旋转屈伸、提按端挤等手法，利用杠杆原理，将脱位的骨端轻轻地通过关节囊破口送回原位，并结合理筋手法，理顺筋络，从而达到正确复位。多数新鲜脱位都可通过手法获得复位。如一次复位不成功时，应找出阻碍复位的原因。若撕脱或游离的骨片、关节囊或肌腱被在关节面之间阻碍复位，而仍使用暴力强行复位，会加重关节囊或肌腱的撕裂，甚至并发骨折和血管、神经损伤。此时复位，宜用旋转、屈伸、内收、外展等法，摆脱对关节头的羁绊，即可复位。复位后，应将患肢固定于功能位或关节稳定位置，以减少出血，有利于破裂的关节囊及邻近受伤组织的修复，防止发生再脱位。固定器材一般可采用绷带、胶布、夹板、三角巾、托板等。一般固定2—3周，若固定时间过长，易出现软组织粘连而发生关节僵硬。复位后不需固定的关节应作主动活动锻炼，以避免筋肉挛缩、骨质疏松和关节僵硬，而且可促进气血流通，加速损伤组织的修复。

药物治疗，初期宜活血祛瘀、消肿止痛。内服可选用舒筋活血汤、活血止痛汤等，外用药可选用消肿散、双柏散、活血散、定痛膏等；中期宜和营生新，内服选用壮筋养血汤、肢伤二方等，外用药选用活血散、舒筋活络药膏等；后期宜养气血、补肝肾、壮筋骨，内服可选用补肾壮筋汤、壮筋养血汤、生血补髓汤、肢伤三方等，外治以药物熏洗为主，可选用五加皮汤、海桐皮汤。

陈旧性脱位 对陈旧性脱位者，仍宜首先考虑手法复位，可根据患者年龄、脱位关节、脱位时间、局部病变、症状和功能，选择复位手法。如脱位时间尚短，无并发症的青壮年患者，关节周围粘连不严重者，应不放弃手法复位；若脱位时间长，关节周围有明显骨化性肌炎、并发骨折且有大量骨痂、并发血管神经损伤、骨质普遍疏松或年老体弱者，应慎用手法复位。

选择适应证，复位时应在麻醉下进行：①牵引：脱位时间长，关节活动范围较小，关节周围软组织挛缩较明显者，可先用皮肤牵引或骨牵引1周左右，并在局部配合手法按摩推拿，辅以舒筋活血的中药煎汤熏洗，使挛缩的组织逐步延伸，直到脱位的骨端回到关节囊破裂口相对位置时为止；若脱位时间短，关节活动范围较大，应注意仍需作如上牵引，以达到脱位骨端的复位。②松解：在麻醉下，由轻而重，由小到大，缓慢稳健有力地进行关节屈伸、内收、外展和回旋等各方向运动，使关节周围的瘢痕组织和粘连逐步得到松解，并进一步克服肌肉挛缩。当关节粘连逐步被松解，关节活动范围接近正常时，即可进行复位。这是复位成功的关键，须耐心操作。③复位：经行上述手法后，再根据不同的关节，采用适当的手法进行复位。

手法复位如不能成功或陈旧性脱位后关节强直在非功能位置者，可考虑用手术治疗，不要再强行手法，否则可能造成关节软骨面或血管神经损伤，甚至发生骨折。对年老体弱、脱位关节尚能保留一部分功能者，可给予对症处理。

颞颌关节脱位

系指下颌髁状突与颞骨下颌凹构成的关节发生移位。亦称失欠颌车蹉，辅车开不可合、下颏脱落、脱颏、颊车骨脱落、颔颏脱下、吊下巴、下颌关节脱位等。《肘后备急方》首先记载了颞颌关节脱位及其整复方法，《医宗金鉴·正骨心法要旨》论述了颞颌关节脱位的病因和分类。

颞颌关节是面部的唯一能动关节，是常见脱位的关节之一。好发于老年人及身体虚弱者。按脱位的时间和复发的次数，可分为新鲜性，陈旧性和习惯性脱位三种；按一侧或两侧脱位，可分为单侧脱和双侧脱两种；按脱位后髁状突在颞颌关节窝的前方或后方，可分为前脱位和后脱位两种。临床以前脱位最多见。颞颌关节前脱位，多因过度张口，如大笑、打呵欠、拔牙等，使髁状突经前壁向前滑到关节结节的前方，当张口下颌部遭到侧方暴力打击，或在单侧磨牙间咬食较大硬物时，关节囊的侧壁韧带不能抗御外来暴力，则可发生一侧或双侧颞颌关节脱位。《伤科补要·脱下颏》云："下颏者，即牙车相交之骨也。若脱，由肾虚所致。"《伤科汇纂·颊车骨》云："夫颌颏脱下，乃气虚不能收束关窍也。"说明年老体衰、气虚体弱、肝肾亏虚、血不荣筋而引起的筋肉松弛，筋不能束骨可导致颞颌关节脱位，并容易引起习惯性脱位。

颞颌关节脱位后，出现口半开，不能张合自如，语言不清，口流唾涎，吞咽困难，咬食不便，若双侧前脱位，下颏骨下垂，颏向前突出，下牙列突于上牙列之前，双侧颞颌关节处凹陷，患者常以手掩口。若单侧前脱位，下颌偏向健侧，口形歪斜，牙列不合拢，语音失常，颞颌关节的患侧凹陷，健侧突起。

对颞颌关节脱位的治疗，《肘后备急方》载："治卒失欠颊车蹉张口不得还方：令人两手牵其颐，已暂推之，急出大指，或咋伤也。"这种口腔内复位法直至现在仍普遍沿用。《医宗金鉴·正骨心法要旨》介绍："凡治单脱者，用手法摘下不脱者，以两手捧下颏，稍外拽复向内托之，则双钩皆入上环矣。再以布自地阁缠绕头顶以固之，宜内服正骨紫金丹，外贴万灵膏，待能饮食后去布，只用布兜其下颏，系于顶上，二三日可愈。若双脱者，治法同前。若呵欠而致脱臼者，乃突滑也，无妨。"突滑即习惯性脱位。

颞颌关节脱位，可采用如下复位法：

(1) 口腔内复位法：患者取低座，头后倚墙或由助手扶持，医者先将两手拇指裹以纱布数层，分别放在患者口

中的两侧下磨牙的尽处，余四指放在口外两侧托住下颌体及下颌角，复位时用两拇指下压后推，当听到弹响声时，急将两手拇指移至牙齿外以防咬伤。令患者闭合其口，如牙列已能上下合拢，即为复位成功。若是单侧脱位，也可应用此法，只是健侧的手不需用力，即可复位。若在复位前见咀嚼肌痉挛不能解除时，不要强行复位，应先用两拇指按摩患部，待肌肉痉挛缓解后，再按上法复位。

(2) 口腔外复位法：医者站于患者前方，双手拇指分别置于两侧下颌体与下颌支前缘交界处，其余四指托住下颌体，然后双手拇指由轻而重向下按压下颌骨，余指同时用力将其向后方推送，听到滑入关节之弹响声，复位即告成功。此法适用于老年颞颌关节脱位或习惯性脱位者。

(3) 对陈旧性脱位者，先用活筋手法，医者两手拇指放在患者两侧颞颌关节上，进行由轻到重的按摩，用力推动有关筋肉，并时时向左右上下活动下颌骨，使瘢痕与挛缩的筋肉逐渐得以舒展和松解，待关节活动范围增大时，再行复位。复位前，用长约6厘米的一段筷子，横放于患者两侧磨牙上作为支点，让患者配合闭口，医者立于患者背后，用两手交叉托住下颌角，让患者头后顶医者胸部，然后两手向上向后提拉下颌骨，借筷子的支点，使其复位。复位后将四头带兜住下颌部，带的两端分别在头顶打结。固定时间约2—3日，对陈旧性脱位者，一般固定2—3周，以使关节囊修复，防止再脱位。固定期间及解除固定后3周内应避免开口过大、咬硬物，以防再脱。

内服药物宜舒筋活血、补肾壮筋，可选用壮筋养血汤、补肾壮筋汤等。对习惯性脱位者，可选用补中益气汤、八珍汤等加减。

肩关节脱位

系指肱骨头与肩胛盂发生移位。又称肩胛骨出、肩胛上出臼、肩骨脱臼、肩胛骨髎脱、肩膊骨出臼、肩骱落下等，共有廿余种名称。历代医家对肩关节脱位的记载较多。如《理伤续断方》称为"肩胛骨出"，并提出用椅背复位法。《世医得效方·正骨兼金镞科》云："肩胛上出臼，只是手骨出臼，归下；身骨出臼归上。"将肩关节脱位分为盂下脱位和前上方脱位两种，并介绍了杵掌牵拽法和架梯复位法。

肩关节脱位主要与它的解剖特点有关，如肱骨头大，肩胛盂小而浅，约为肱骨头关节面的三分之一，而关节下方的肌肉少，关节囊松弛，加之此关节的运动幅度大、活动范围广，因此，它是最常见的关节脱位之一。好发于20—50岁的男性。可分为前脱位、后脱位和习惯性脱位，其中以前脱位最多见。

肩关节前脱位　可分为喙突下脱位、盂下脱位和锁骨下脱位，其中以喙突下脱位最多见。主要由于直接暴力和间接暴力造成。直接暴力作用于肱骨头后部，使肱骨头向前脱位。间接暴力有两种，一种为传达暴力，跌倒时患侧手掌持撑地面，身体向一侧倾斜，上肢呈外旋外展位，当暴力传达到肱骨头，则冲破关节囊的前壁，使肱骨头向下脱，复因外力作用而向前滑出至喙突下空隙，成为喙突下脱位；如暴力继续作用，肱骨头可被推至锁骨下部成为锁骨下脱位。另一种为杠杆作用力，是上肢过度高举、外旋、外展向下跌倒，肱骨颈受到肩峰冲击，成为杠杆的支点，使肱骨头向前下部滑脱，先呈盂下脱位，后可滑至肩前成为喙突下脱位。

肩关节后脱位　甚少见。直接暴力从前向后打击肱骨头，肱骨头过度内旋时可冲击关节囊后壁、盂唇软骨和盂缘而滑入肩胛冈下。间接暴力可因手掌撑地，同时肱骨极度内旋，其传达外力可使肱骨头向后脱位。

伤后肩部肿胀、疼痛，功能障碍。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："若被跌伤，手必屈转向后，骨缝裂开，不能抬举，亦不能向前，唯扭于肋后而已。"《伤科补要·髃骨骱失》云："其骱若脱，手不能举。"肩部失去正常圆形膨隆的外观，形成方肩。肩峰后空虚，可在喙突下、腋窝内或锁骨下可触及肱骨头，肘部贴胸时，患手不能搭到健肩上。若合并肱骨大结节撕脱者，肩部肿胀明显，并有瘀斑及骨擦音。若合并神经损伤，可出现三角肌麻痹及肩后感觉迟钝；合并腋下血管损伤时，除局部肿胀严重外，有循环障碍表现。摄X线片有助于诊断。

肩关节脱位的复位　复位方法较多，择其要者，介绍如下：

(1) 椅背复位法（蔺氏法）：《理伤续断方》载："凡肩甲骨出，相度如何整，用椅当圈住胁，仍以软衣被盛簟，使一人捉定，两人拔伸，却坠下手腕，又着曲着手腕，绢片缚之。"

此法让患者坐在靠背椅上，将患肢放在椅背外，腋部紧贴椅背，用衣被垫于腋下，以避免损伤，然后一人扶住患者和椅背，医者握住患肢，先外展、外旋拔伸牵引，再慢慢内收将患肢下垂，然后内旋、曲肘复位，用绷带固定。

(2) 拔伸足蹬法：《普济方·折伤门》载："令患人服乌头散麻之，仰卧地上。左肩脱落者，用左脚登定，右肩脱落者，右脚登。用软绢如拳大，抵于腋窝内，用人脚登定，拏病人手腕近肋，用力倒身扯拽，可再用手按其肩上，用力往下推之。如骨入臼，用软绢捲如拳大，垫于腋下。"

复位时令患者仰卧，医者坐于患侧，用两手握住患肢腕部，并用足（左侧脱位用左足，右侧脱位用右足）抵于患侧腋下，手与足同时用力，沿患肢纵轴方向缓缓牵引，续而徐徐内收，内旋，利用足跟为支点的杠杆作用将肱骨头挤入关节盂内。

(3) 杵撑牵拽及架梯复位法（危氏法）：《世医得效方·正骨兼金镞科》载："肩胛上出臼……须向舂杵一枚，小凳一个，令患者立凳上，用杵撑在下出臼之处，或低，用物簟起，杵长则簟凳起，令一人把住手尾，拽去凳，一人把住舂杵，令一人助患人放身从上坐落，骨节已归窠矣，神效。若不用小凳，则两小梯相对，木棒穿从两梯股中过，

放身从上坠下，骨节自然归臼矣。”

操作时用一梯子斜45°靠于墙上，令患者立于梯与墙壁之间，将患肢由齐肩的横木伸出梯外，在横木上垫以棉垫，医者立于梯外，用一足踏在最下的梯横木上，防梯子滑倒，用两手握住患肢腕部，用力牵拉，同时令患者下蹲，即可复位。

(4) 拔伸托入法：《伤科汇纂》引《陈氏秘传》载：“肩膊骨出臼，如左手出者，医者以右手叉病人左手，如右手出者，医者以左手叉病人右手，却以手撑推其腋，用手略带伸其手，如骨向上，以手托上。”

患者坐位，医者站于患肩外侧，以两手拇指压其肩峰，其余四指插入腋窝(左侧脱位，医者亦可右手握拳穿过其腋下，用手腕提托肱骨头；右侧脱位，医者用左手腕提托)，一助手立于健侧肩后，用两手环抱躯干，勿令摇动。另一助手一手握患侧肘部，一手握腕上部，外展外旋患肢，徐徐向前外下作拔伸牵引。与此同时，医者插入腋窝的手将肱骨头向外上方钩托，助手逐渐将患肢在内收、内旋位下继续拔伸，直至肱骨头有回纳感觉，复位即告完成。

(5) 肩掮法：《伤科汇纂·髃骨》云：“不拘左右两肩、如臑骨脱后，臂斂前者少，如脱骨在前，手斂后者多。均令患人直立，倩旁人扶住，如脱骨在前手斂后不开者，医立患人肩后，蹲身将肩凑入患人腋下，医者又将患手拿住，徐徐立起身子，肩掮用力，患者身重下垂，患手又被医者两手往下按住，其势不小，则肩臑入臼合缝矣。偶有患手脱后斂前不开者，医立患人肩前，用肩往后凑入患腋，仍将患手揿住，立身掮起，则骨又入臼矣。”

对肩关节前脱位者，将医者的肩伸入患侧腋下，患肢置于医者胸前，医者两手握住患肢，立身弯腰将患者扛起，即可复位。

(6) 膝顶推拉法：《伤科汇纂·髃骨》中云：“令患人安坐于凳上，医者侧立其旁，一足亦踏于凳上，以膝顶于胁肋之上，两手将患肩之臂膊擒住，往外拉之，以膝往里顶之，骤然用力，一拉一顶，则入臼矣。比之用肩头掮者，更为简捷矣。”

此法患者坐于凳上，医者与患者同一方向且立于患侧。以右侧脱位为例，医者右足立地，左足踏于患者的坐凳上，将患肢外展80°—90°，并以拦腰状绕过医者身后，医者以右手握其腕，紧贴医者右腰部，左手掌擒住患者右肩峰，左膝屈曲小于90°，膝部顶于患者腋窝，左膝顶，左手推，右手拉，并同时向右转身，徐徐用力，然后左膝抵住肱骨头部向上用力一顶，即可复位。

肩关节脱位的复位标志：在《伤科汇纂·髃骨》中云：“务折转试其手，上至脑后，下过胸前，反手于背，方是归原。”若已复位，可见肩关节畸形消失，患肘贴胸时，患手可搭到对侧肩部，肩关节自动活动无功能障碍。若肩关节的外形和体态已恢复正常，而关节活动仍有障碍者，应考虑有并发症的存在，应进一步检查，以便及时处理之。若合并肱骨干骨折时，先将脱位的关节复位后，再按肱骨干骨折处理。若合并喙突或肩峰骨折，骨折可随关节的复位而自行复位。若合并肱骨头或盂缘骨折时，多能障碍关节复位，如关节既能复位，其骨折一般随之复位，如未能完全恢复原位，多不影响关节活动。若关节不稳或影响关节功能，则考虑手术治疗。若合并肱骨大结节骨折，脱位复位后骨折块仍分离者，可在骨折块的位置放一纱布平垫，包扎固定，置患肩于外展90°位，约3—4周。

肩关节脱位复位后的固定方法：在《伤科汇纂·髃骨》中云：“布带一条从患处绑至那边腋下缚住，又用一条从患处腋下绑至那边肩上，亦用棉絮一团实其腋下，方得稳固。”可参照此法进行固定。一般用胸壁绷带固定法，或用三角巾悬吊，固定时间约2—3周。固定期间宜作功能锻炼。

药物治疗 早期宜活血祛瘀、消肿止痛，内服可选用舒筋活血汤、肢伤一方，外敷双柏散、活血散或消肿止痛膏。肿痛减轻后，宜舒筋活血、强筋壮骨，内服壮筋养血汤或补肾壮筋汤等。如年老体弱者，可选用补中益气汤、十全大补汤等，外用骨科外洗一方、上肢损伤洗方或海桐皮汤煎汤熏洗。

陈旧性肩关节脱位

系指脱位时间超过3周而未能复位者。脱位时间越长，则复位越困难。这是因为关节内外，均由于血肿机化而有大量瘢痕，造成筋腱粘连和挛缩，脱出的肱骨头被固定在不正常的位置上。对脱位时间不超过两个月，关节尚有部分活动范围，无并发骨折、血管神经损伤、外伤性骨化性肌炎者，可以施行手法复位。但对患者的年龄、职业等也应考虑，如年老体弱、工作轻便、脱位时间超过2个月以上，关节尚有一定的活动范围者，则也不必强求复位。

手法复位前可作尺骨鹰嘴外展牵引1周左右，配合推拿按摩及用舒筋活血的中药煎汤熏洗患部，使关节周围的挛缩组织逐渐松弛。若脱位时间短，关节活动受限较轻，可不作牵引。复位可在麻醉下进行，先作外展拔伸牵引，然后进行肩关节的前屈、后伸、外展、内收、旋转等各个方向的被动活动，活动范围逐渐增大，以松解关节与周围的粘连，使关节周围挛缩的肌肉松弛。操作必须轻柔稳健，耐心细致，切忌粗暴。在牵引下，能将肱骨头从脱出后的位置拉回到关节盂内下缘，盂与头之间又无骨性阻塞，方可进行复位。

复位的手法，可用拔伸托入法(见“肩关节脱位”)，亦可采用卧位杠杆整复法：在全身麻醉下，患者仰卧，第一助手用宽布套住患者胸廓向健侧牵引，第二助手用一手扶住竖立于床旁的木棍，另一手固定患肩，第三助手牵引患肢，外展到120°左右，医者双手握住肱骨头，三个助手同时用力，第三助手在牵引下徐徐内收患臂，利用木棍为杠杆支点，迫使肱骨头复位。复位后的固定功能锻炼、药物治疗见“肩关节脱位”条。

习惯性肩关节脱位

系指肩关节第一次脱位复位后，反覆多次发生脱位。好发于20—40岁的患者。多因第一次外伤性脱位复位后，未得到有效的治疗所致。也可因肩胛盂前方缺损、肱骨头发育不良、关节囊前壁松弛等，而引起肩关节不稳。若经反覆脱位，可使肩袖诸肌受损，尤以肩胛下肌多见，每当肩关节外展、外旋或后伸时，即可发生再脱位。

脱位后，肩部畸形有如新伤，肿痛皆轻，而活动功能受限。久之，则肩部肌肉可有不同程度萎缩、患肢无力。治疗时，复位容易，可不用麻醉。有的患者能自动复位。复位后宜将患肢固定于内收内旋位3—5周，解除固定后，作轻微活动锻炼，同时配合内服大剂量的补肾壮筋药物，可用补肾壮筋汤或壮筋养血汤等加减。若经上述方法长期治疗后，关节仍不稳定者，则可考虑手术治疗。必须找出不稳定的原因，给予有效的对症治疗。

肩锁关节脱位

系指锁骨外端与肩峰相连的关节发生移位。亦称支骨离位。多见于青壮年。临床上又分全脱位和半脱位两种，全脱位是锁骨肩峰端完全脱离肩峰而向上方移位，半脱位则是锁骨肩峰端与肩峰的部分离位。其脱位多因直接暴力自上而下打击肩峰或间接暴力过度向下牵引肩关节而引起。若肩锁韧带破裂，则引起半脱位；若喙锁韧带破裂则引起全脱位。

半脱位者，可见锁骨外端微肿，轻度突起，局部压痛，患肢上举功能受限；全脱位者，局部肿胀、疼痛，锁骨外端有明显突起，患肢外展、上举功能障碍，用一手下压锁骨外端，一手上提肱骨时，则突起的畸形消失。X线摄片，可见肩锁关节分离和锁骨外端向上移位，并与锁骨外端骨折作出鉴别。

肩锁关节脱位的复位容易，但关键是如何固定。复位时，患者坐位，屈患肘至90°，医者立于患侧，一手托肘后向上提之，一手向下按压锁骨外端，即可复位。复位后，在锁骨外端放一较厚的纱布平垫，上覆硬纸板，用胶布贴牢，屈肘90°位，在肘关节的下方放一符合肢体弧度的硬纸板，内衬棉花，然后用布绷带一条，长8米、宽7厘米，绷带一端先由患肩前方向后缠绕，把绷带压在锁骨外端的压垫上，向背后朝对侧腋下绕至胸前(先在对侧腋下用棉花垫好，防止压伤皮肉)，由胸前向患侧锁骨外端绕至肩后，沿上臂后方下行至肘，由肘后绕至肘前，上行过肩，此为一周，形成8字。8字的一环托于肘下，另一环则绕在对侧腋下，在锁骨外端处，是8字的交叉点，也是压力的集中点，如此重复缠绕5—6周，每缠一周，都要压肩提肘，使肩锁关节紧密靠拢。固定后将前臂悬吊于胸前。亦可采用宽胶布固定，自胸锁关节下，经锁骨上窝斜向肩锁关节处，拉紧胶布，经肩部顺上臂向下绕过肘下反折，沿上臂向上，回到肩锁关节处，抵同侧肩胛骨下角内侧，再用另一条胶布重复固定一次。4—6周可解除固定。其间如有松脱，应随时重新固定。解除固定后在4周内，勿提重物。

药物治疗，见“肩关节脱位”条。

胸锁关节脱位

系指锁骨内端与胸骨柄的锁骨切迹发生移位。好发于青壮年，男性多于女性。胸锁关节的两骨关节面，大小很不相称，因此主要依赖胸锁韧带、肋锁韧带、锁骨间韧带和关节囊来维持其稳定性。

前脱位　多因间接暴力迫使肩部向后下过伸，锁骨内端以第一肋骨上缘为支点的杠杆作用，而造成锁骨内端突破关节囊向前上方脱位。前脱位临床较多见。症见局部肿胀，疼痛，压痛明显，患肩被动后伸时，胸锁关节处出现异常活动且疼痛加剧。

前脱位的复位方法是肩外展牵引，然后用手由前向后按压锁骨内侧端即可复位，用前“8”字绷带固定，或用上肢外展位皮肤牵引，锁骨近端加平垫，外用胶布粘贴加以加压固定。固定时间约3—4周。

后脱位　多为直接暴力冲击锁骨内端，其内端突破关节囊后向后下方脱位，严重者甚至向胸骨后侧移位，可压迫大血管、气管和食管，引起呼吸和吞咽困难，或皮下气肿等并发症，此时应紧急整复。此症临床少见，可见局部疼痛，而肿胀可不明显，并多有不同程度的呼吸困难或吞咽困难。

后脱位的复位方法是使患肩下垂过伸，以第一肋骨为支点，借杠杆作用以达复位目的。

药物治疗，内服可选用壮筋养血汤或补肾壮筋汤等；外敷可用消肿止痛膏、三色敷药、双柏膏等。

肘关节脱位

肘关节脱位比较多见。《世医得效方·正骨兼金镞科》称手臂出臼，《伤科补要·曲脷骨》称曲脷骱出，亦有称肘骨出臼，臂骱落下等。多见于青壮年，男多于女。按脱位的方向分为后脱位、前脱位、肘关节(尺、桡骨)分离脱位，以后脱位多见。

肘关节后脱位　多由传达暴力或杠杆作用所造成。跌扑时手掌着地、上肢处于外展过伸位，尺骨鹰嘴突尖端冲撞肱骨下端的鹰嘴窝，产生一种杠杆作用，迫使肱骨下端冲破前方的关节囊而脱出尺骨半月切迹，形成肘关节后脱位。若合并侧副韧带损伤时，可出现侧脱位。有少数可合并喙突骨折、肱骨内上髁骨折、尺神经或桡神经损伤等。伤后局部疼痛、肿胀、伸屈功能障碍，出现侧方活动，肘关节被固定于45°—60°左右的半伸半屈位，肘窝前

饱满,可摸到肱骨下端,尺骨鹰嘴后突,肘后部空虚,呈靴状畸形,肘后三点骨突标志的关系发生改变。

肘关节后脱位可采用手法复位,一般不需麻醉,亦可选用臂丛麻醉或血肿内麻醉。复位前要了解骨端的移位情况,选择适当的复位手法:

(1) 拔伸屈肘法:《伤科补要·曲脉骱》云:"其骱若出一手捏住骱头,一手拿其脉窝,先令直拔下,骱内有声响,将手曲转,搭着肩头,肘骨合缝,其骱上矣。"患者取坐位,助手立于患者身后,双手握患侧上臂,医者双手握患侧腕部,置前臂于旋后位,两人作相对拔伸,然后医者一手握腕部继续保持牵引,另一手拇指抵住肱骨下端向后推按,其余四指抵住鹰嘴向前端提,并慢慢将肘关节屈曲。或用卧位,患肘半屈位上臂靠床面,医者一手按压肱骨下段,另一手握住患肢前臂顺势拔伸,有入臼声后屈曲肘关节,有入臼声即是复位。

(2) 膝顶拔伸法:患者坐位,医者立于患侧前面,一手握住患侧上臂,另一手握住患侧腕部,同时以一足踏于椅面上,以膝顶在患肢肘窝内,沿前臂纵轴方向用力牵引,并逐渐屈肘,即可复位。

(3) 足蹬复位法:患者仰卧床上,患肩外展 90°,屈肘 90°,医者立于患侧床上,面向患者头部,用两手握患肢腕部准备向上拔伸,用一足跟踏在肘前的肱骨下端准备向下蹬,手提足蹬同时用力,即可复位。对肘关节后脱位合并尺骨喙突骨折者,关节复位后多数可同时复位,若复位后骨块不稳,可屈肘 90°,肘前加垫固定。如并发有向外侧脱位引起肱骨内上髁骨折、骨块又被夹在关节之间者,应先将骨块由关节间隙中拉出,然后复位。具体整复方法参见"肱骨内上髁骨折"条。复位后屈肘 90°固定,用三角巾将前臂悬吊胸前 2—3 周。去除固定后应积极进行肘关节的功能锻炼,以自动为主,被动为辅,避免被动的强行伸屈,否则可导致外伤性骨化性肌炎而引起肘关节强直。

药物治疗,治宜活血祛瘀、消肿止痛,内服可用舒筋活血汤等,外敷消肿散、双柏散或消肿止痛膏。3 周停药。如后期肿胀不消,功能障碍,治宜补养气血,可内服八珍汤或补中益气汤,外用海桐皮汤、上肢损伤洗方或骨科外洗二方煎汤熏洗。

肘关节前脱位 较少见,多与尺骨鹰嘴突骨折同时发生。跌扑时可因前臂沿上臂纵轴旋转而发生,或者跌扑时肘后着地,先造成尺骨鹰嘴突骨折,如外力继续作用于尺骨近端后方,可将尺、桡骨上端推向肘关节前方。伤后肘关节肿胀疼痛,活动功能障碍,肘关节过伸,屈曲受限,周径变粗,肘前隆起,可触到脱出的尺、桡骨上端,在肘后可触及肱骨下端。并发鹰嘴突骨折时,在肘后可摸到游离骨折块。有时可并发尺神经损伤。

复位时患者仰卧位,肩外展 90°,一助手固定患肢上臂,一助手握患肢腕部,顺势拔伸牵引,有时在牵引中即可复位,如不能复位,医者用两手拇指由肘前顶在脱出的尺、桡骨上端,向下向后推之,余指由肘后托住肱骨下端向上向前提之,即可复位。无骨折者,复位后屈肘 90°,用三角巾托起前臂悬吊于胸前。如并发鹰嘴突骨折时,先将肘关节固定于伸直或屈曲 20°位,在鹰嘴突上方加垫固定之,3 周可逐渐屈肘至 90°固定,再 2 周可解除固定。功能锻炼、药物治疗同肘关节后脱位。

肘关节尺、桡骨分离脱位 系指肱骨下端处于尺、桡骨之间,使二骨向前后或向内外分离,肱尺、肱桡、尺桡上关节同时脱位。临床上很少见。这是一种严重损伤,不独是肘部三个关节同时脱位,而且有关节囊撕裂、骨间膜、环状韧带等广泛的筋肉损伤。多因跌倒时手掌着地,肘关节处于过伸旋前位,由于尺骨鹰嘴突与鹰嘴窝相撞,成为有力的杠杆支点,迫使尺骨半月切迹离开肱骨滑车向肘后脱出,尺骨向后脱出后,撕破环状韧带、尺桡上关节韧带、关节囊和前臂的骨间膜,因而肱桡关节失去稳定,如肘关节继续处于过伸位,则可引起桡骨在肱骨前方、尺骨在后方脱出,形成前后型脱位。若外力使前臂旋后时,则变尺、桡骨在肱骨的内外侧,形成内外型脱位。脱位后肘关节严重肿胀,周径变粗,患肢缩短,肘关节处于僵直状,屈伸功能丧失,并可并发尺、桡神经损伤及骨筋膜室综合征。对前后型脱位,整复时应使前臂在旋后位牵引,先整复桡骨头脱位,再用整复肘关节后脱位的手法整复肱尺关节;对内外型脱位,整复时,要充分牵引,同时用挤压手法使桡、尺骨复位。复位后,一手握肘关节勿令再脱,一手握腕部被动的伸屈、旋转肘关节数次,以理顺筋络。固定肘关节于屈曲 90°位,时间约 3 周。功能锻炼及药物治疗同肘关节后脱位。

陈旧性肘关节脱位

系指肘关节脱位未行复位已超过二三周者。脱位后由于血肿机化和瘢痕组织的形成,关节周围组织亦有不同程度的挛缩和粘连,造成复位困难,时间越久则复位困难越大,若经过多次复位又未成功者,则可发生肿胀不消,或骨化性肌炎等,更增加了复位困难。因此,对部分未并发骨折、骨化性肌炎的单纯陈旧性肘关节脱位,可用手法复位。

手法复位前,先用按摩推拿及舒筋活血的中药煎水熏洗局部,使关节周围挛缩组织逐渐松弛。然后在臂丛麻醉下,作肘关节屈伸、旋转及左右摇摆活动,互相交替,范围由小渐大,力量由轻而重,不要操之过急。通过牵引和舒筋、解凝手法,挛缩的肱二头肌和肱三头肌等也逐步松弛,待关节已能充分的活动时,即可进行复位。复位时,患者仰卧,患肢前伸、屈肘 90°。两助手分别握上臂与前臂,边牵引边作屈肘活动,应注意作屈肘动作时不能过急,否则容易造成鹰嘴突骨折。同时,医者以两手拇指抵在尺骨鹰嘴突向前推,余四指放在肱骨下端前方向后拉,助手慢慢将肘关节屈曲,即可复位。屈肘动作不宜过急,

遇有阻力时不宜强行屈肘,以免造成损伤。

若估计复位比较困难,可采用《伤科汇纂》引述的《陈氏秘传》整复法:"两手肘骨出于臼者,先服保命丹,后用药洗软筋骨,令患人仰卧,医者居其侧,用布带缚其臂,系于腰间,伸足踏其腋下,捉正其手股,倒腰往后,徐徐伸拔,揣令归原,就以大拇指着力强按其中,余四指分作四处,托其肘撑后,又用两指托其骨内,却试其曲肱,使屈伸两手,合掌并齐,方好摊膏贴之。"此法在药物熏洗、舒筋解凝之后,令患者仰卧,上臂前屈90°,屈肘90°,医者立于患侧,用一条宽布带绕过患侧肱骨下端的前面,布带两头系于医者腰间,向后微微弓腰,扯紧布带。助手立于健侧两手握住患者前臂,徐徐拔伸牵引,医者两手大拇指顶住鹰嘴向前、向下推挤,余指把住肱骨下端向后拉之,在协同配合下,助手慢慢地将肘关节屈曲,若屈肘达正常范围,则见畸形消失,肢体长度恢复,表示已复位,并可摄X线片检查。

复位后用绷带作肘关节"8"字固定;1周后采用肘屈曲90°前臂中立位,三角巾悬吊或直角夹板固定,将前臂横放胸前,2周后去固定。解除固定后,应鼓励患者积极进行功能锻炼,练习肘关节的屈伸活动,以屈为主,必须避免粗暴的被动屈伸活动,以防止发生损伤性骨化。

药物治疗,初宜活血祛瘀、消肿止痛,内服选用补筋丸、舒筋活血汤等;外敷选用消肿散、双柏散或消肿止痛膏。解除固定后,可用海桐皮汤、上肢损伤洗方或骨科外洗二方煎汤熏洗。

腕关节脱位

系指桡骨下端关节面与近排腕骨发生移位。亦称桡腕关节脱位。历代对此论述较多。《世医得效方·正骨兼金镞科》称手掌根脱臼,《证治准绳·手伤》称手腕失落、手盘出,《伤科补要》称手腕骱出、手腕出,《伤科大成》称腕骱骨脱出。当时限于条件,可能把一部分桡骨下端骨折也纳入这个范围。

本证多因跌扑或高处坠下时,手掌触地,腕关节过度背伸,迫使腕骨脱向背侧,反之,手背着地,腕关节过度掌屈,迫使腕骨向掌侧脱位,可同时发生桡骨下端掌侧面部分骨折,向背侧脱位者,可并发正中神经损伤。

若向背侧脱位者,在背侧可触到脱出的近排腕骨,在掌侧可触到桡骨下端关节面。如并发桡骨下端骨折者,局部肿胀、压痛。X线摄片有助诊断。

腕关节脱位手法复位,《伤科汇纂》引《陈氏秘传》云:"手腕出臼,如在右手者,使彼仰掌,医以左手托捏被伤手臂,再以右手按住下节,不可使彼退缩,尽力一拔,即入臼矣。"复位时,患者坐位,助手固定前臂,医者握住患者手指,二人作相对拔伸,部分患者在拔伸牵引下即可复位。如不能复位,医者两手拇指根据脱位的不同方向,放在脱出的腕骨关节面上,由近向远方推之,余指放在桡骨下端关节面上,由远向近拉之,边用力边屈伸患关节,即可复位。若并发骨折者,脱位复位后,再按骨折处理。若合并正中神经损伤者,多为挫伤或牵拉伤,日后自可恢复。

对腕关节脱位的固定,《伤科汇纂》引《陈氏秘传》云:"如夹缚,用杉木皮一大片,要阔可托得过掌骨,其长从臂骨中间起至掌背上为则,其对掌腕处挖一横孔,令可屈伸……用带复掌络之,悬于项下,亦要折转屈伸活动,服药取效。"一般在复位后,用托板固定2—3周,对向背侧脱位者,宜屈腕30°固定,向掌侧脱位者,宜伸腕30°固定。

月骨脱位

系指月骨与周围骨骼的相互关节发生移位。《证治准绳·手伤》称手腕骨脱,以掌侧脱位为常见。好发于20—50岁的男性。

多由间接暴力所致。跌扑或从高处坠下时,手掌触地,腕部极度背伸,月骨被桡骨下端和头状骨对挤,将桡月掌侧韧带断裂,而使月骨向掌侧翻转脱出。由于月骨的血供破坏,日后容易引起缺血性坏死。同时月骨脱位多并发腕舟骨骨折,容易漏诊。《伤科补要·手腕骱》云:"若手掌著地,只能伤腕,若手指着地,其指翻贴于臂者,腕缝必开。"这里着重提出了"指翻贴于臂"(即腕部极度过伸位),"腕缝必开"的发病机制。

脱位后,腕关节的掌侧有骨性隆起,局部压痛,肿胀,屈指肌腱因受脱出的月骨压迫而紧张挛缩,呈掌屈30°位及中指不能伸直。握拳时,可见第三掌骨头短缩,向腕部顶压该掌骨头时,可引起腕关节疼痛。如脱出的月骨压迫正中神经时,可出现桡侧三个半手指麻木,腕背伸时,则麻木加重。拍摄X线正位片可见月骨由正常的四方形变为三角形,侧位片可见月骨脱向腕关节掌侧,凹面朝向掌侧。新鲜的月骨脱位可用手法复位。

复位应在局麻或臂丛麻醉下进行,令患者仰卧床上,掌心向上,一助手固定前臂,一助手用双手握住患肢手指,以床边为支点,将腕关节作背伸牵引,使桡骨与头状骨间隙增大,医者用两手环握患腕,两拇指由近而远抵住月骨用力推压至桡骨和头状骨间隙,则月骨可渐渐归复原位。当中指与腕关节已能伸直腕部也可掌屈时,表示已复位。

亦可用针拨整复,麻醉后在X线透视下进行。常规消毒后用20号注射针头或细钢针,自掌侧刺入月骨凹面的远端,在腕背伸对抗牵引下,向背侧顶拨,协助复位,见月骨归回原位时将腕掌屈,如中指可以伸直,表示脱位已整复。复位后作掌屈30°固定,1周后改为中立位。固定期间,应经常作掌指关节和指间关节活动,解除固定后应作腕关节的主动屈腕锻炼。

药物治疗,早期宜活血化瘀、消肿止痛,内服可选用舒筋活血汤、肢伤一方、活血止痛汤。解除固定后,可内

服壮筋养血汤或补肾壮筋汤,外用海桐皮汤、上肢损伤洗方或骨科外洗二方熏洗。

腕掌关节脱位

系指掌骨基底与远排腕骨相互间发生移位。多因直接暴力引起,常见于部创伤,如机器碾轧伤、挤压伤等,且多并发开放性脱位。

本病较少见,故容易漏诊。若拇指处于外展位时遭受直接暴力打击,则可引起第一腕掌关节脱位,多伴有掌骨基底部骨折。伤后因拇长展肌的收缩而向外侧移位,第一腕掌关节脱位者多向大多角骨背侧移位,常并发掌骨基底部撕脱性骨折。第二、三、四、五腕掌关节脱位多向背侧移位,因第二、三掌骨基底部背侧有强有力桡侧腕长、短伸肌腱附着,第五掌骨背侧有尺侧腕伸肌附着的牵拉,而在掌侧无肌腱附着,所以,腕掌关节总是向背侧移位,甚少向掌侧移位。X线摄片有助诊断。

对第一腕掌关节脱位者,医者一手握患指作外展位牵引,用另一手拇指按压掌骨基底部即可复位,复位后保持拇指外展位固定4—5周,至骨折愈合为止。第二—第五腕掌关节脱位者,复位时,一助手握患肢四指牵引,医者以两手拇指顶在脱出的掌骨基底部,向掌侧和远方推按,余指托住掌心,向背侧端提,即可复位。复位后将患手固定于功能位约2—3周。解除固定后,应作主动的掌指关节或指间关节的屈伸活动。对轻症者,不须内服药物,仅用外敷药即可,如肿痛较重,可内服正骨紫金丹、肢伤一方或补筋丸。后期可用海桐皮汤或上肢损伤洗方煎汤熏洗。

掌指关节脱位

系指掌骨头与第一节指骨的基底部发生移位。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"手掌与背,其外体虽混一不分,而其骨内,乃各指本节相连而成者也。"

掌指关节的功能,屈曲力强,伸直力弱,在过伸位时容易引起脱位。以拇指掌指关节脱位为多见,示指掌指关节脱位次之。掌指关节脱位可分为背侧脱位和掌侧脱位两种,以背侧脱位为常见。若掌指关节在伸直位跌倒触地时,外力可使拇指过度背伸,掌侧关节囊被撕裂,掌骨头可由破裂的关节囊冲出,外力推拇指近节向背侧脱出。反之,则可脱向掌侧,临床少见。若掌骨头未能冲出关节囊而发生脱出者,多属不全脱位。完全脱位者,由于关节囊裂口较小,掌骨头往往如钮扣状交锁其中,造成整复困难。伤后局部疼痛、肿胀,掌指关节过伸、指间关节屈曲畸形,手指短缩,有弹性固定,在掌侧可触到掌骨头,功能丧失。

掌指关节脱位可行手法整复。《伤科汇纂·腕骨》云:"又掌骨者,乃五指本节之后节也……陷下须用手托出,突出须用手捺入,均要略带拽势,不可强为。"复位时,医者一手拇指与示指握住脱位手指,呈过伸位顺势拔伸,同时用另一手握住患侧腕关节,并以拇指抵于患指基底部,使脱位的指骨基底与掌骨头相对,然后轻轻屈曲患指,即可复位。复位后用夹板或铝板,亦可用绷带卷垫于掌指关节掌侧,使掌指关节固定于轻度屈曲对掌位1—2周。功能锻炼和药物治疗见"腕掌关节脱位"条。

指间关节脱位

系指骨与指骨之间发生移位。多因外力使关节过度伸直、扭转或侧方挤压,造成侧副韧带撕断、关节囊破裂,因而使关节失去稳定造成脱位。脱位的方向大多是远节指骨向背侧移位,同时向侧方偏移,向掌侧移位者极少见。

伤后关节呈梭形肿胀、畸形、疼痛、局部压痛,弹性固定,被动活动时疼痛加剧。若侧副韧带断裂,则出现明显侧方移位。X线摄片检查可协助诊断,并可确定是否并发撕脱骨折。伤后部分患者自己进行复位,就诊时仅能见到关节不稳与肿胀,虽如此亦应按脱位处理。固定患指于轻度屈曲对掌位1—2周,或可用邻指胶布固定。部分患者可造成指骨基底小骨片撕脱,可将患指固定于近侧指间关节屈曲、远侧指间关节过伸位。功能锻炼和药物治疗可见"腕掌关节脱位"条。

髋关节脱位

系指股骨头与髋臼构成的关节发生移位。《灵枢·经脉》称髋关节为"髀枢"。髋关节脱位,《理伤续断方》称"胯骨从臀上出、胯骨从档内出"。这是把髋关节脱位分为后脱位(臀上)和前脱位(档内)两种类型。《世医得效方·正骨兼金镞科》则称为"脚大腿根出臼"。《普济方·折伤门》用粘膝征来鉴别髋关节前脱位和后脱位。《救伤秘旨》云:"大两腿环跳骨脱出者,此最难治之症也,足短者易治,足长者难治。"这里分"足短者"即后脱位,"足长者"即前脱位。古代医家对髋关节脱位的诊断与治疗,积累了很多的宝贵经验。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"环跳者,髋骨外向之骨,其形似臼,以纳髀骨之上端如杵者也。""因跌打损伤,或踒垫挂镫,以致枢机错努,青紫肿痛,不能步履,或行止欹侧,艰难。"

髋关节脱位多因间接暴力所造成,如车祸、堕坠、塌方等,亦可发生于屈髋位如自高处跳下、骑马跌倒等,足或膝着地而致脱位。临床可分后脱位、前脱位,中心性脱位,而以后脱位多见。

髋关节后脱位 多由传达暴力引起,当髋关节处于屈曲位时,外力使大腿急骤内收并内旋,使股骨头前缘抵于髋臼前缘而形成支点,股骨头因受杠杆作用而离开髋臼,冲破后关节囊而向后上方脱位。有时可合并髋臼后

缘骨折或股骨头骨折。伤后髋关节功能丧失,患肢呈屈曲、内收、内旋、缩短畸形,患侧臀部隆起,并可触到脱出的股骨头。在作外展、外旋动作时呈弹性固定。粘膝征阳性(伤侧膝部靠在对侧大腿上)。《普济方·折伤门》云:"凡辨腿胯骨出……如粘膝不能开,便是出向外。"

常用的复位方法有:

(1) 拔伸足蹬法(蔺氏法)。《理伤续断方》云:"凡胯骨,从臀上出者,可用三两人,挺定腿拔伸,乃用脚踏入。"《伤科汇纂·环跳骨》云:"如左出臼,令患人仰卧于地,医人对卧于患人之足后,两手将患脚拿住,以右足伸牮患人胯下臀上,两手将脚拽来,用足牮去,身子往后卧倒,手足身子并齐用力,则入窠臼矣。"此法令患者仰卧,医者两手握患肢踝部,用一足外缘蹬于坐骨结节及腹股沟内侧(左髋脱位用左足,右髋脱位用右足),手拉足蹬,身体后仰,协同用力,两手可略将患肢旋转,即可复位。

(2) 回旋法(钱氏法)。《伤科补要·臀骱骨》云:"若出之则难上,因其胯大肉厚,手捏不住故也。必得力大者三四人,使患者侧卧,一人抱住其身,一人捏膝上拔下,一手揿其骱头迭进,一手将大胯曲转,使膝近其腹,再令舒直,其骱有响声者,已上。再将所翻之筋向前归之。"此法令患者仰卧,助手以双手按压双侧髂嵴固定骨盆,医者立于患侧,一手握住患肢踝部,另一手以肘窝提托其腘窝部,在向上提拉的基础上,将大腿内收、内旋,髋关节极度屈曲,使膝部贴近腹壁(大胯曲转,使膝近其腹),然后将患肢外展、外旋、伸直(再令舒直)。在此过程中,其骱有响声者,复位即告成功。因此法的屈曲、外展、外旋、伸直是一连续动作,形状恰似一个问号"?"或反问号"¿",故亦称画问号复位法。

(3) 屈髋拔伸法。是目前比较常用的复位方法。患者仰卧,助手用两手按压髂嵴固定骨盆,医者面向患者,骑跨于屈髋屈膝各90°的小腿上,用双前臂、肘窝部扣在患肢腘窝部,逐渐拔伸,使股骨头接近关节囊破裂口,在向上牵拉的同时,略将患肢旋转,促使股骨头滑入髋臼,感到入臼声后,再将患肢伸直。

髋关节前脱位 以杠杆作用外力为主。当髋关节因外力急骤过度外展时,大转子顶端与髋臼上缘接触,股骨头受杠杆作用而被推出髋臼,突破关节囊的前下方,移位于耻骨或闭孔部位,形成前脱位,偶可引起股动、静脉循环障碍,或伤及股神经。伤后患肢呈外展、外旋、伸直畸形,患肢较健侧长,在腹股沟处可触到股骨头。

常用的复位方法有:

(1) 屈髋拔伸法。患者仰卧于地上,一助手按住双侧髂嵴固定骨盆,另一助手屈曲其膝关节并握住患肢小腿,在髋屈曲、内收位渐渐向上拔伸牵引至屈髋90°位,与此同时,医者双手环抱大腿根部向外扳拉,将肩抵在患膝外侧向内推之,股骨头即可纳入髋臼。

(2) 反回旋法。其操作步骤与后脱位相反,先将髋关节屈曲至最大限度,再内收、内旋,最后伸直患肢,即可复位。

对髋关节后脱位和前脱位,复位后可用砂袋或叠砖放在患肢两侧,维持患肢外展伸直位固定3周。若合并骨折时,固定时间相应延长。然后开始扶拐下地不负重步行,观察3个月后,如无股骨头坏死,则可弃拐步行。

髋关节中心性脱位 由传达暴力造成。外力作用于大转子传达于股骨头,直接撞击引起臼底骨折,如外力继续作用则可使股骨头向骨盆腔内移位。伤后,若股骨头移位不多者,多无特殊体征,移位严重者,可见患肢缩短、大转子内移,髋关节功能障碍。复位时,宜采用外展位骨牵引逐渐复位。复位后宜减轻重量维持牵引。牵引时间一般6—8周。

髋关节脱位药物治疗 初期宜活血祛瘀,可内服活血止痛汤或肢伤一方,外敷消肿散、双柏散或活血散;后期则着重补益气血、强筋壮骨,内服可选用生血补髓汤、补肾壮筋汤等。

陈旧性髋关节脱位

系指髋关节脱位未行复位已超过3周以上者。陈旧性髋关节脱位治疗比较困难,应根据脱位的时间、部位、局部的病变、患者年龄、体格、职业以及主诉症状和要求等,作全面分析,考虑治疗方案。对脱位未超过3个月,股骨头尚有活动,无并发骨质疏松、骨折,年龄在60岁以下者,都可试行整复,多有成功的可能。

复位前尽量先行将股骨头牵下,并结合按摩推拿及舒筋活血的中药煎水熏洗局部,使关节周围挛缩组织逐渐松弛,然后在麻醉下作拔伸牵引、摇摆、旋转等手法活动髋关节,活动范围由小到大,用力由轻到重,遇有阻力切不可强行活动,以防造成股骨颈骨折。还可用扳、推、提、顶等手法以松解股骨头与周围组织所形成的瘢痕和粘连,松动到最大限度。然后再按新鲜脱位的手法进行整复。复位后医者还可把持患肢作髋关节的屈伸活动,反覆操作多次,目的是把关节窝内的软组织排挤出去,使股骨头在窝内稳定。

功能锻炼和药物治疗见"髋关节脱位"条。若脱位时间超过3个月以上,还可考虑手法复位。若脱位时间超过1年,症状不重,仍可参加劳动者,可不作处理。

先天性髋关节脱位

是一种较常见的先天性畸形。古代对本病无明确记载。多数患者为女性,有单侧脱位和双侧脱位两种,以单侧脱位为多见。可能与胚胎发育不良、胎位不正等原因有关。多数认为胚胎期髋臼上缘发育不良或异常是主要原因。如髋臼太浅、股骨头太小或呈不规则球状、髋关节囊被牵拉变长、股骨的颈干角度太大或太小、圆韧带太粗占据着臼窝、关节变形等,都能使股骨头在髋臼内不稳。

在髋关节未负重之前,股骨头的位置并无改变,待开始负重走路后,股骨头开始与髋臼分离,逐渐向上移动。

患儿开始走路较晚,走路前并无明显症状,因而较难早期发现。开始走路时,患肢无力,常易跌跤。若一侧脱位者,走路跛行,患侧臀部皱褶日益加深。双侧脱位者,走路左右摇摆,如同鸭步,臀部向后凸,腰部向前凸,随着年龄增长和体重增加,症状也日益明显。关节活动一般无明显障碍。X线摄片有助诊断。

治宜及早,如脱位时间愈长则疗效愈差。若能在1岁内得到确诊者,可采用双侧髋关节外展外旋位固定,固定时间约9—12个月,效果最好。在3—4岁以内者,患儿多已负重行走,脱位多较明显,采用手法复位,疗效也较满意。复位前必要时先采用双下肢持续皮肤牵引2—3周,使股骨头从髋臼后上方降到髋臼水平,便于复位。4岁以上者,脱位明显,骨与软组织的继发性改变亦较明显,手法复位难于成功,虽能勉强复位,股骨头在髋臼内也极不稳定,很难达到治愈目的。

复位时应在全麻下进行,助手固定骨盆,医者一手握患肢膝上,使患髋屈曲90°,并向前方拔伸牵引,另一手固定骨盆,然后将髋关节强度屈曲,患腿外展、外旋,同时另一手拇指向前推大转子。然后置患肢于外展外旋位固定。固定方法较多,对1周岁以下的患儿,多用外展夹板固定,或用双层布制成"背心连短裤"固定服,背心的腋下至膝上联一阔带,带的长度视髋关节的外展程度的要求而定,带的一端可用活扣便于调节,固定后可允许患儿活动,以利髋关节的磨造和肌肉锻炼,既可防止粪便潮湿浸泡皮肤,又不限制全身活动。对3—4岁以内的患儿,亦有采用蛙式石膏固定,每3个月更换一次,6个月后改用双侧外展内旋长腿石膏固定,固定时间为3—6个月。在固定期间,应经常摄片复查关节复位情况,并注意有无股骨头缺血坏死。解除固定后,可练习髋关节伸屈活动,并逐渐负重行走。

膝关节脱位

系指股骨下端两髁关节面与胫骨上端平台发生移位。亦称脚膝出臼、膝骨脱落、膝骱脱出。好发于中壮年的体力劳动者,男多于女。《世医得效方·正骨兼金镞科》云:"脚膝出臼与手臂肘出臼同,或出内出外。""须用力拽归内,则归窠,若只拽不用手整入窠内,误人成疾。"指出了膝关节脱位可向内侧、外侧脱位,并必须在牵引下进行整复。

膝关节是由股骨下端、胫骨上端及髌骨所组成,关节内有前、后交叉韧带,关节两侧有内、外侧副韧带,还有其他肌腱,附着于关节上下。因此,膝关节的结构极为稳定,一般外力不能使其脱位,只有受到强大的外力时,才会发生脱位。外力直接或间接作用在股骨下端前方,可造成胫骨上端向前脱位,作用在胫骨上端前方,可造成胫骨向后脱位。反之,外力来自膝关节后方,以同样的机制,亦可引起前脱位和后脱位。外力来自膝关节侧方时,同样可以造成侧方脱位。

伤后膝关节肿胀、积血、疼痛、功能丧失。完全脱位者,有明显畸形,下肢短缩,膝关节周径变粗,周围肌肉松软堆积,出现侧方活动与弹性固定。由于脱位方向不同,在膝关节的前、后或侧方的上下,可触及脱出的胫骨上端和股骨下端。若脱位后自行复位者,则没有畸形。若并发交叉韧带断裂,抽屉试验阳性。并发内、外侧副韧带断裂时,侧向试验阳性。此外,还可合并血管、神经损伤。

膝关节完全脱位者应作紧急处理。复位过程中应注意保护腘窝的神经和血管,禁止暴力牵拉。《伤科补要》第廿二则云:"其骱出者,一手按住其膝,一手捏住其膀,上下拔直,将膝曲转,抵着豚爿,其骱有声者上也。"复位时患者仰卧,一助手用双手握住患侧大腿,一助手握住患侧小腿,作膝关节半屈伸位对抗牵引,医者用两手按脱位的相反方向推挤或提压股骨下端与胫骨上端,如有入臼声,即已复位。复位后,在保持膝关节不再脱位的情况下,被动屈伸膝关节4—6次,以利舒展损伤的关节囊、韧带和半月板,若有部分边缘骨折时,多能与脱位同时复位,同时应检查足背动脉和踝部运动,以了解有无血管及神经损伤。对并发血管、神经损伤者,可考虑手术治疗。复位后置患膝关节屈曲15°—30°位置6—8周,在固定后应作股四头肌和踝关节的活动。若膝关节已趋稳定时,方可下床负重走路,否则将引起创伤性关节炎。

药物治疗,早期宜活血祛瘀、消肿止痛,内服可选用桃红四物汤、肢伤一方或舒筋活血汤,外敷消瘀膏、消肿散或双柏散。中后期宜补肝肾、强筋骨,内服可选用生血补髓汤,补肾壮筋汤等;外用海桐皮汤、下肢损伤洗方熏洗,以利关节功能恢复。

髌骨脱位

系指髌骨的后关节面与股骨下端两髁之间的关节面发生移位。《证治准绳·腰臀股膝伤》称膝头骨跌出臼,《医宗金鉴·正骨心法要旨》称膝盖骨离位。

髌骨脱位较少见。按其脱位的病因可分为新鲜外伤性脱位与习惯性脱位;按其移位方向可分为外侧、内侧和向下、向上脱位,以外侧脱位多见。

新鲜外伤性脱位多由于直接暴力作用于髌骨的一侧,可将股四头肌的扩张部撕裂,多见于内侧,而引起髌骨向外侧脱位;若股四头肌外侧扩张部撕裂则引起内侧脱位,但极罕见;股四头肌断裂则引起髌骨向下脱位;髌韧带断裂则引起髌骨向上脱位,亦属少见。

髌骨习惯性脱位多见于女青年,主要为单侧的向外侧脱位。其原因有二,一为髌骨外伤性脱位后,失于有效的治疗,使破裂的关节囊和股四头肌扩张部未能很好修复,则可发生习惯性脱位;二为骨骼的先天性变异,如髌

骨发育较小、股骨外髁发育不良、膝关节有内翻和外翻畸形、股外侧肌止点异常等，每当膝关节有屈曲外翻动作时，则髌骨即可自动滑出，当膝关节伸直时，则髌骨又可自动滑入。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："如有跌打损伤，膝盖上移者，其筋即肿大，株连于腘内之筋……步履后拽斜行也。"《伤科补要》第廿二则云："若膝盖骨离位，向外侧者，则内筋肿胀；向内侧者，则筋直腘肿。"伤后膝内侧或外侧疼痛、肿胀，严重者可有关节血肿，皮肤瘀斑，膝关节呈微屈曲位，前方凹陷，活动受限，在膝的外侧上方或内侧可触及移位的髌骨，股四头肌和髌腱拉紧。髌骨切线位照片有助诊断。

新鲜外伤性髌骨脱位可施行手法整复。《伤科补要》第廿二则云："若膝盖骨离位，……须详视其骨，如何斜错，按法推拿，以复其位。"复位时患者仰卧，医者立于患侧，一手握患肢踝上，一手按在脱出的髌骨外上方，使患膝在微屈状态下突然作伸直活动，在患膝伸直同时用拇指推按髌骨向内下方，使其复位。若向内侧脱位者，则将髌骨推向外前方。复位后，将膝关节固定于伸直位约3周。解除固定后，逐渐作膝关节的屈伸功能锻炼。

药物治疗，早期应活血祛瘀、消肿止痛。中、后期宜续筋壮骨，并配合熏洗。对髌骨习惯性脱位，髌骨上、下脱位，则可考虑手术治疗。

跖跗关节脱位

系指内侧、中间、外侧楔骨与骰骨的远端关节面，与五个跖骨基底部的近端关节面构成的关节发生移位。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："跗骨足背也，一名足趺，俗称脚面，其骨乃足趾本节之骨也，其受伤之因不一，或从陨堕，或被重物击压，或被车马踹砑。"

本证多因车轮压轧或前半足遭受扭转外力所致，常合并内侧、中间楔骨远端或第一、二跖骨基底部骨折脱位，且可伤及足背动脉。伤后足部肿胀、疼痛，不能行走，足弓塌陷，足变宽畸形，在足内侧或外侧可触及突出的骨端。X线摄片有助于诊断。

复位时，患者仰卧，一助手握患肢踝上，另一助手握患足远端，作牵引拔伸，医者用双手拇指由足背顶在脱出的跖骨基底部，由近向远端推送，余指环握患足，除内外挤压纠正侧方移位外，并同时由足底托住跗骨远端，由远向近提拉，使其复位。复位后用木板鞋固定4—6周。药物治疗，早期宜活血祛瘀、消肿止痛。中期宜舒筋活络、通利关节。后期局部肿胀难消者，宜行气活血，补筋壮骨，并配合熏洗。

跖趾关节脱位

系指跖骨头与趾骨第一节的基底部构成的关节发生移位。多发于蹞趾跖趾关节，尤以蹞趾向背侧移位为多见。多因撞触硬物损伤或重物直接打击所致。直接暴力引起者，可为开放性脱位。伤后局部肿胀、疼痛，患趾短缩，跖趾部位过伸，趾间关节屈曲畸形。复位前，先用绷带拴住患趾，一助手固定踝部。医者一手握住绷带，用力向足背及足尖方向牵引，使患趾过伸，在牵引的同时，另一手拇指抵在脱出的蹞趾基底部的背侧，用力向足尖和足跖方向推送，见畸形消失，即已复位。复位后用夹板或铝板固定1—2周。

趾间关节脱位

系指趾骨与趾骨之间构成的关节发生移位。好发于蹞趾和小趾。多因直接暴力打击或跌扑、踢伤使足趾过度背伸或跖屈，过度内收或外展，而使趾间关节的关节囊和侧副韧带断裂而引起脱位。脱位后局部疼痛、肿胀、畸形、活动困难。其治疗方法较简单，预后较佳。拔伸牵引即可复位，复位后用夹板或铝板固定约1周，亦可行邻趾胶布固定。

关节半脱位

系指组成关节的骨与骨、骨与筋肉之间的关系发生微小移位而不能自行复位，引起功能障碍者。《医宗金鉴·正骨心法要旨》称"骨缝开错"，亦有称"骨错缝"。由于有的半脱位X线摄片检查看不到明显变异，故容易误诊和漏诊。

关节半脱位多因间接暴力引起，如强力扭转、牵拉、顿挫、跌扑、坠下等，直接暴力引起者少见。根据暴力的性质、年龄的大小、体质的强弱、关节结构和受伤姿势与体位等不同，可造成不同程度、不同部位的关节半脱位。亦可由于关节囊、韧带的嵌顿，骨突的阻碍，使错位关节不能自行复位而成本病。关节半脱位后，局部轻度肿胀，无明显畸形或有轻度畸形，肢体常有异常姿势，活动受限，被动活动时，可引起剧痛。甚则可触到异常骨突。

治疗时以手法复位为主，往往复位后疼痛立即减轻或消失，功能即恢复。对陈旧性损伤，亦可采用手法复位，但其功能的恢复比新伤缓慢。复位后宜固定一段时间，以利损伤的关节囊和韧带的恢复，防止习惯性脱位。严重的骶髂关节半脱位，复位后必须卧床休息。对轻症者，一般不须内服药，仅用外敷药即可。症状较重者，早期治宜活血祛瘀、舒筋活络，可内服舒筋汤、舒筋活血汤等。中、后期治宜补气血、养肝肾、壮筋骨，可内服补肾壮筋汤、补筋丸等。外用海桐皮汤等熏洗患部。

桡骨头半脱位

系指桡骨头与肱骨小头构成的关节，发生轻度移位

引起功能障碍者。亦称牵拉肘。多发于1—4岁的幼儿。

多为间接外力所致,当幼儿因穿衣、行走时跌倒,或上阶梯等被大人握其腕用力向上牵拉并旋转前臂而引起。有人认为幼儿的桡骨头发育尚不完全,头、颈的直径几乎相等,环状韧带也较松弛,因此在突然牵拉前臂使肘关节过伸时,桡骨头即被松动的环状韧带卡住,使桡骨头滑向前方,少数患儿前臂处于旋后位致伤时,桡骨头可滑向后方。亦有人认为,幼儿的桡骨头的轮廓是稍呈椭圆的,当前臂旋后时桡骨前面从颈部起呈尖形隆起,当前臂在旋后位牵引时,环状韧带与骨性隆起相对抗。偏后外侧桡骨头较平,因此当前臂旋前位牵引时此部分环状韧带紧张,而滑越桡骨头。

伤后患肢的前臂处于旋前位,不肯用患手取物,不敢屈肘及举臂,被动屈肘或前臂旋后时,都能引起疼痛,压痛点在肘关节的前外方。X线摄片检查不能显示病变。

治疗时仅用手法复位即可达到满意的疗效。以右侧肘为例,抱患儿正坐,医者用右手握患侧腕部,左手拇指放在桡骨头的前外方,余指托在肘后,慢慢将患臂旋后,左拇指则压桡骨头,然后屈曲肘关节,此时可听到清脆的入臼声,即已复位。另法:先将患臂旋后,伸直肘关节,即可听到复位音,并伸屈肘关节2—3次,则患肢功能即可恢复。有少数患儿,用上法不能复位时,多属桡骨头后脱位,则可改用患前臂旋前、屈肘方法。复位后功能立即恢复。为防止习惯性脱位,除近期内避免牵拉患肢外,宜用颈腕带悬吊患肢2—3日。对于肘关节肿痛者,可在复位后局部施行一指禅推法、揉法、擦法,以消肿止痛。

骶髂关节半脱位

系指骶骨的髂骨关节面与髂骨的骶骨关节面发生微小移位而引起功能障碍者。多发于青壮年。因女性的骶髂关节韧带比男性松弛,尤其在妊娠晚期和产后初期更为松动,故患骶髂关节半脱位较男性多。

从高处坠下,单侧足部或臀部着地;肩负重物,失足坠坑;急剧外力迫使单侧下肢后伸;女性的妊娠晚期或产后初期,由于体位不正或上身急剧扭转;或直接暴力作用于髂骨后上缘时引起髂骨向上向内(脊柱)变位,少数向下变位。变位后,由于周围韧带的紧张,将关节面交锁在异常位置上不能自行复位。久之可累及周围韧带松弛,关节不稳,继而发生骶髂关节松动、骶髂关节致密性骨炎、骶髂关节劳损等。

骶髂关节半脱位,一般有明显外伤史,伤后骶髂关节疼痛,以负重时明显,仰卧、弯腰、下蹲等活动都使疼痛增加,严重者,患肢不敢负重,或可引起腰腿痛。俯卧位检查时可见到患侧髂后下棘处微肿并有骨性突起,局部压痛、叩击痛,下肢向后伸展时疼痛加剧,作挤压和分离骨盆、屈髋和髋关节内收、外展时疼痛。X线检查正位片可见两侧骶髂关节不对称,患侧关节间隙增宽和髂骨上移。

治疗以手法复位为主,不需麻醉。以髂骨向上半脱位为例,介绍几种常用复位方法:

(1) 患者俯卧,医者立于患侧足部下方,双手握住患肢踝上,用一足跟蹬在患者健侧的坐骨结节上,嘱患者配合放松肌肉,医者手足同时用力拉蹬,操作2—3次,即可复位。然后医者改立于患侧骨盆部位,面向患者下肢,双手交叉放在患者的两侧髂后上棘处,由内向外用力推按2—3次,以稳定关节。

(2) 根据上法机理,亦可改用双人复位。患者俯卧,医者立于患侧,两手重叠放在髂嵴后方,准备向下推,助手一人,立于健侧,面向医者,两手重叠放在坐骨结节上,准备向上推,嘱患者放松肌肉,乘其不备,二人相对用力推之,操作2—3次,即可复位。

(3) 患者侧卧,医者立于背后,一手推臀部一手握患腿后伸,由于髋关节过伸而髂骨在骶骨上向后旋转,有弹响声时表示已复位。然后患者仰卧,将髋关节屈曲,使该关节后面软组织牵髂骨向前旋转。最后牵拉患侧下肢,使髋骨下移,复位即告完毕。

药物治疗,初期宜活血舒筋,可用舒筋养血汤等加减。中、后期宜补养肝肾、舒筋止痛,用当归鸡血藤汤、补肾壮筋汤等加减。

推拿操作,复位前亦可令患者俯卧,在其骶髂及腰、臀部用㨰法治疗,配合按揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞等穴,以及下肢后伸运动,以舒通经脉,调和气血;最后在骶髂部用擦法,并可用湿热敷。如骶髂关节半脱位,则在骶髂部用㨰法、按法、揉法操作后,施以拔伸、整复手法。拔伸操作方法是,患者取仰卧位,医者立于患侧,将患侧足踝部夹于腋下,并用此侧的手托住患者的小腿后面,另一手按在患侧下肢腓骨上方,此时用力夹持患肢,向后拔伸牵引1—2分钟。拔伸后,作整复手法。向前移位的整复方法:患者仰卧位,医者站于患侧,一手扶住患侧髋部,另一手强力屈曲患肢的髋、膝关节,至最大限度,然后在屈髋位作快速伸膝和下肢拔伸的动作。向后移位的整复方法:①患者健侧卧位、健侧下肢伸直,患肢膝部置于90°屈曲位,医者站于身后,一手向前抵住患侧骶髂关节,一手握住患肢踝上部,向后牵拉至最大限度,然后两手作相反方向推拉。②患者俯卧位、医者站于患侧,一手向下压住患侧骶髂部,一手托住患肢膝前部,使下肢后伸至最大限度,然后再稍用力作骤然扳动。③患者健侧卧位,健侧下肢伸直,患侧屈髋屈膝,医者站于前面,一手按住患者肩前部向后固定其躯体,另一手按住患侧髋部,向前推动至最大限度,使扭转的作用力集中在骶髂部,然后两手同时对称用力斜扳。在施以拔伸、牵引及整复手法时,常可听到复位关节的弹响声。推拿治疗后,患者症状可立即缓解,但因骶髂关节囊及韧带均有损伤,稍一扭错易再复发,故在治疗成功后2周内,腰及下肢不宜作大幅度活动。最好在两髋膝屈曲位卧床休息。

产后耻骨联合分离症的治疗,主要是解除骶髂关节

错位。因此，骶髂关节半脱位的推拿治疗方法也适用于治疗产后耻骨联合分离症。

开放性损伤

是指由锐器、火器或钝性暴力作用造成皮肉破裂、筋脉或骨骼断裂以致出血及深部组织暴露于外者。《周礼》卷九称金疡，《五十二病方》记载了开放性损伤并发破伤风，《金匮要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》称金疮，《刘涓子鬼遗方》称金创，《外台秘要》卷二十九引《肘后备急方》文，对金疮危证有所认识："凡金疮伤天窻眉角脑户，臂里跳脉，髀内阴股，两乳上下心，鸠尾小肠，及五脏六腑输，此皆是死处，不可疗也。"反映了当时的医疗水平。在日常生活、生产劳动，尤其是战时均可发生开放性损伤。

按外伤的性质、暴力的轻重、外伤的器械、受伤的部位、伤后的情况等不同而可分为擦伤、撕裂伤、切割伤、穿刺伤、挤轧伤、火器伤、开放性骨折或脱位等。

创伤一般都有创口、出血、疼痛、功能障碍等症状，严重者常因失血、疼痛而导致气虚血脱。①创口：按创口情况，可判断其损伤的性质。如创缘不整齐多为钝器伤，边缘整齐多为利器伤，创口小而深为锐器刺伤，创口周围有褐色灼伤现象多属火器伤。②出血：动脉出血涌出急促、色鲜红、呈搏动性喷射状。静脉出血则血液流出缓慢、色黯红。创伤轻微，仅有毛细血管破损者，出血少。创伤严重而致血管破裂者，可造成大量出血。若失血较多者，可出现肤色苍白、四肢湿冷、心烦口渴、眩晕神倦、胸闷呕恶、脉快尿少等症。③疼痛：疼痛的轻重与受伤部位、精神状态、损伤速度有关，如指尖、肛门、唇舌等部位，受伤后是比较疼痛的。当精神集中在某一方面时，在受伤的瞬间往往不感到疼痛，而伤后或发现流血后才感疼痛。损伤的过程越快，感觉疼痛越轻。创口在初期较疼痛，以后逐渐减轻，若疼痛持续加重，则可能是创口并发感染，如为剧烈的胀裂痛，须考虑有厌氧性细菌感染存在。④功能障碍：由于组织损伤，剧烈疼痛，患者采取各种体态以保护其受伤部位，而致正常动作受到限制。开放性骨折或脱位的功能障碍更为明显。⑤脉象：多因疼痛而出现弦脉，失血过多则出现芤脉。脉虚、细、沉、小者为顺证，浮、洪、数、大、促者为逆证。

对开放性损伤宜采取及时合理而有效的急救，如止血、止痛、防治气血双脱、固定患肢等，待病情稳定后再处理伤口。

新鲜创口的处理　外伤后的时间较短，毒邪尚未走散，在伤后6—8小时以内的可争取进行清创术，把创口内的异物、坏死组织清除干净，使污染的创口变为洁净的创口，随即可进行早期缝合，以尽快闭合创口，消灭创面。创口在8—24小时之间仍可进行清创术，而缝合与否应根据创口情况决定。一般创口经24小时后都已有感染，但亦有部分创口因能得到严格保护，虽超过24小时，而创口仍然清洁者，则可考虑作清创，并试行缝合。对创口或创面有渗血者，撒上三七粉、云南白药之类止血粉，厚层敷料覆盖绷带缠裹之，或可用烧烙止血法，但对较大的血管损伤时应予以结扎，对主要的动脉，应争取修补缝合，以免结扎后而致肢体坏死。神经或肌腱断裂者，尽可能予以缝接，一时无法修补者，可用缝线将断端固定在周围软组织，以免收缩，亦便于以后修复时寻找。骨折者可按《理伤续断方》指出的："凡伤损重者，大概要拔伸捺正，或取开捺正。""凡皮破骨出差爻，拔伸不入，撙捺相近，争一二分，用快刀割些捺入骨，不须割肉"的方法，即行复位，并根据具体情况采用内固定或外固定，如有碎骨片，应尽量放回原来骨折部位，以免引起骨缺损。

感染伤口的处理　一方面根据伤口和全身反应情况，以内服药物作全身治疗；另一方面需要进行伤口换药。对伤口小而局部症状较轻的，可用四黄散煎水外洗或湿敷。如伤口深而脓液多，或化脓趋势明显的，多因引流不畅所致，应改善引流，并用清热解毒、化腐排脓之中药如四黄散加白芥子、王不留行等煎水泡浸伤口或在伤口内置入胶管进行冲洗。清除伤口坏死组织或异物后，再放置九一丹化腐药条，外贴红油膏。如脓液排尽，伤口已长出健康肉芽，颜色鲜红，比较坚实，触之易出血，此时创面可先掺生肌八宝丹，外敷薄层的象皮膏或生肌象皮膏，或用凡士林纱块覆盖。若肉芽生长过快，高出创缘时会影响伤口的愈合，可用剪刀除去，再用生理盐水湿敷。如突出的肉芽颜色淡红而水肿，可用高渗盐水(3%—5%)湿敷。如肉芽生长慢或肉芽组织苍白，此多因体虚贫血、营养不良所致，必要时结合内服补托之剂，如入参养荣汤之类。创面过大，而肉芽生长良好，又无感染，为缩短愈合时间可考虑植皮术。如已感染的开放性骨折，除须注意已感染的创口治疗原则外，还须兼顾骨折的治疗原则。若创口已化脓，必须引流通畅，然后用夹板或托板固定，或作持续骨牵引，并抬高患肢。良好的引流和确实有效的固定可有利于控制感染的蔓延和减轻肿胀及疼痛。

创面并发症的处理　①若发生胬肉，见新生肉芽组织颗粒大、软、色淡、脓清而稀、触之不痛，如不去净，则上皮不长，影响愈合。可沿创缘四周正常皮肤上涂一薄层生肌象皮膏，以保护正常皮肤不受腐蚀，再从边缘向中央撒少量降丹白灵药，逐日加量，以不痛为宜。将胬肉腐蚀掉，使其低于正常皮肤。待肉芽较硬而色鲜时，用生肌散(痛时用珠母粉)，外敷生肌象皮膏。②创缘湿疹是由于正常皮肤长期被脓液浸渍而起皮疹、瘙痒，破后流黄水，轻者除创面用药外，创缘可用皮肤灵药粉与地榆炭粉等量以香油调成糊，涂伤口的四周。如瘙痒严重，大量津水浸淫于创口内，因而创面肉芽色淡而水肿者，则创面暂停用祛腐药物，只撒以少量珠母粉外敷生肌象皮膏，四周撒皮肤灵药粉，待创缘湿疹好转，再用其他药物收敛创口。③对外露肌腱一般可用祛腐生肌药物，使坏死部分脱落，

未坏死部分还能生长，不必剪断。大面积创伤、软组织坏死而骨质外露者，常因缺乏营养而坏死。④经过一定时间，死骨下有肉芽生出，在死骨最薄部分有时出现米粒大小之融骨现象，肉芽自该处突出，扣击该部有空音是死骨完全分离之表现，即可将该死骨取掉，其下面即为肉芽，可撒生肌散，外用生肌象皮膏。如死骨分离不完善，撬之不动，不可强行凿掉。否则因肉芽尚未形成，死骨强行凿掉，露出之骨质常因无软组织覆盖而又感染坏死。

内治 目的在于通过药物的作用，促进机体气血流通，以和营生肌；并借以治疗创伤所引起的各种兼症或变症，促进创口早日愈合。对瘀血肿痛者，宜消肿散瘀、活血止痛，可内服三黄宝蜡丸、黎洞丸；预防创口感染，宜清热解毒，可服五味消毒饮等加减；预防破伤风，宜祛风镇痉，可内服玉真散；伤及血脉，气血受损，肌肤失于濡养，伤口不能生肌收敛者，治当用补法，宜补气血，可服人参养荣汤、八珍汤加减；若创口溃烂、感染，症见寒热、谵妄、便秘、溺黄、脉数者，宜用凉血解毒，可用清瘟败毒散加减；创伤出血过多，出现气虚血脱时，即按脱证处理。

擦伤

人体皮肤被物体极剧摩擦所致的损伤，称为擦伤。多为外力沿皮肤平行切线方向擦过而引起，例如行走或滑跌时身体接触地面，或从高坡或楼梯上滑下而造成。较重之擦伤可因机械，如皮带、砂轮、机轮等擦伤、车辆冲过被车身擦伤或挂住行人的衣服而拖擦伤。亦见小孩足部插入自行车轮内，造成绞绊之擦伤。

一般擦伤创面较浅，创缘不整齐，伴有渗液。较重之擦伤除皮、肉擦烂之外，还可能在创面内刺入竹、木刺、沙石、铁屑之类的异物，或被泥土、油泥之类不洁物所污染，可造成创面感染化脓和大片皮肉坏死，如不及时治疗，可发生并发症，甚至危及生命。

对擦伤面积小且表浅，创面较清洁者，将皮肤擦下后，选用如意金刀散、三七粉、云南白药等直接撒在伤面，达到不出血为止，并用纱布覆盖，绷带包扎，待其结痂自行脱落。创面不清洁者，清创后再用上法。对感染伤面的处理，可见“开放性损伤”条。

撕裂伤

由于急剧的牵拉或扭转外力，将皮肤筋骨撕裂脱落的损伤，称为撕裂伤。多见于交通事故、房屋倒塌、违反操作规程被机器所伤等。伤后创口不整齐，损伤组织广泛，骨关节、血管、神经等可并发损伤，严重者并发内脏损伤或出现气虚血脱等。

片状皮肤撕裂伤 多见于下肢，如汽车车轮压拖，房屋倒塌时急救不当而用力抽出患肢等均可造成。患处皮肤连同皮下组织呈大片撕脱，肌肉、肌腱等深部组织可保持完整，或可并有捻挫伤，或可并发骨折。伤口被泥沙油垢等污染，撕脱之皮肤多数已失去活力，容易坏死或造成感染。

套脱或完全撕裂伤 头部如“脱帽”、上肢如“脱袖套”、下肢如“脱靴”样撕裂，深部组织并无损伤。由于皮肤血运已破坏，因此直接缝合撕脱之皮肤在原处不易成活，如切净其皮下脂肪，按全层植皮处理，有可能成活。

撕裂性断肢 多被转动的轮带或轴承扯断肢体而致，可造成皮肤、筋骨撕裂或骨折脱位，严重者完全撕断。为撕裂伤中最严重的损伤。

伤后除作好止血包扎、肢体保存、救治脱证外，应及时送往有条件的医院治疗。对新鲜创口，在清创后宜手术治疗，若伤口并发感染则按感染伤口处理，见“开放性损伤”条。

切割伤

由锋利的器物切割而引起的创伤，称为切割伤。《外科正宗·金疮》云：“金疮乃刀刃所伤，或有磁锋割损，浅者皮破血流而已，深者筋断血飞不住。”指出了切割伤的病因病机。

切割伤多由锐利之器具物件所造成，其小者如刀刃、玻璃碎片或薄铁片等切割，其大者如刀、斧、凿、铲等切割、砍碰。轻者仅伤及指、趾末梢之皮、肉、筋等，重者则离断关节，神经血管断裂。机械损伤如脱粒机之钉齿划割，则呈多创口或大面积之损伤。

伤后创口边缘多较整齐，但创口较深，出血较多，周围筋肉不受捻挫、挤压。面划割伤创口则多不规则，且常被泥沙、油垢、草叶等污染。切割伤好发于手部，尤以拇、示指末节为多。

较轻的切割伤，可选用如圣金刀散、三七粉或云南白药等外用。若损伤较重，如伤口较深、大，或污染较重，或有神经、血管、肌腱、骨骼等重要组织损伤时，宜行手术治疗。明李梴著《医学入门》中记有“苏木为末敷断指间，接定，外用蚕茧包缚完固，数日如故”的接指法。对完全或不完全切离的指末节部分，缝合或置于原处后，可试外敷苏木末掺入于如圣金刀散，内服消肿止痛、祛瘀生新药物，可选用复元活血汤、三黄宝蜡丸等。中、后期服补筋丸等。

穿刺伤

多由尖锐利器穿破和刺入所致的损伤。如竹木、鱼骨、钢针、刺刀、尖石、匕首等刺入或骨折端穿破而引起的损伤。《诸病源候论》卷三十六称箭镞金刃入骨，《理伤续断方》对骨折穿破伤称皮破骨出差爻，《证治准绳·损伤门》称箭头入肉、竹木刺针入肉等。由于穿刺伤多为尖锐利器损伤，若刺入肢体深部，可造成筋肉、骨骼、神经、血

管和内脏的损伤。若创口小而创道深，创口极易封闭，创道深部如有毒邪(细菌、厌氧菌)或异物存在，则可能导致深部组织化脓感染、破伤风或气性坏疽等。

对穿刺伤的治疗，若疮口新鲜，宜尽早清创，并取出异物，内服玉真服和活血祛瘀、清热解毒药物；对内脏损伤，宜对证辨证施治；若局部已化脓，宜切开排脓并按感染伤口处理；对骨折端穿破伤应在清创的同时作复位固定处理，如伤口感染者应在牵引固定下作换药处理。《诸病源候论》卷三十六云："箭镞金刃中骨，骨破碎者，须令箭镞出，仍应除碎骨尽，乃傅药，不尔，疮永不合。纵合常疼痛，若更犯触损伤，便惊血沸溃有死者。"

挤轧伤

是重物挤压或轧压于人体组织，使组织受到破坏，引起全身和局部一系列的证候。《医宗金鉴·外科心法要诀》云："夹伤即挤伤也。"挤轧伤轻则损其皮肉，重则伤其筋骨，若有内脏损伤，则可危及生命。同时，此种损伤的伤情严重，伤面不整齐和不清洁，伤口愈合迟缓，后遗症及并发症多。因此，应及时正确地处理。

常见的挤轧伤，一般分为挤压与轧压两种。挤压伤多因地震、交通事故等由重物挤压肢体局部而造成；轧压伤多见于车轮、石滚、机轮等轧压而引起。伤后可无伤口，或者伤口很少，患处皮肤保持完整，但皮肤自皮下与深层有广泛潜行分离。由于血运受到破坏，可逐渐发生坏死，初期往往被忽视或延误处理。由于挤压并有捻挫，使其局部组织失去弹力，组织破裂，筋骨挫碎，而致瘀阻血脉，血运不畅或阻塞，造成肢体血运障碍、肢体肿胀、疼痛或麻木不仁等。挤轧伤常与擦伤、穿刺伤、切割伤同时发生，若感染或组织坏死，可出现高热神昏、无尿等瘀热上扰神明或邪毒内攻的症状。同时也可并发内脏损伤，如不及时处理，可致残废或危及生命。

若伤后皮肤尚完整，局部有肿胀、瘀斑、压痛、无血运障碍者，治宜活血祛瘀、消肿止痛，可外敷消瘀膏、双柏膏等，内服七厘散、跌打丸等，中后期按伤筋治疗；若患处有伤口，宜采用清创术，清除坏死组织和异物；对严重挤轧伤，若患者出现气血双脱时，除输血、输液外，可内服独参汤或参附汤，待病情稳定后再作局部处理；对断离之患肢，若再植困难时，可行截肢。若合并开放性骨折脱位者，处理可见"开放性损伤"条。

挤轧伤后，由于局部筋脉受损，瘀血停滞，造成气血循行受阻，若产生骨筋膜室综合征，可内服大剂活血祛瘀、消肿止痛药，用桃仁四物汤加三七、泽兰等。若无好转，宜施行筋膜切开减张术。

火器伤

是指由火药作动力发射的投射物如子弹、弹片等，或本身的爆炸力所致的损伤。常见于战伤、采矿时炸伤等。亦见于火药枪筒爆破、手捏鞭炮炸伤而致手部损伤，甚者破碎断离。只有入口而无出口者为盲管伤，既有入口又有出口者称为贯通伤。由于投射物穿过组织时可将污物带入伤道内、暂时的空腔产生的负压也可将伤口附近的尘土、泥沙、碎布、棉花等吸入伤道深部，因此，火器伤的伤道都是污染的。

一般的火器伤，可造成皮肤筋肉的损伤，若邪毒感染，局部可以感染化脓，甚则引起寒战、高热、口渴、脉洪数、舌质红苔黄等热毒证候。严重的火器伤还可以并发肌腱、血管、神经、骨骼、内脏等损伤，甚者肢离破碎，或造成死亡。

对火器伤的伤口，除出入口很小的软组织贯通伤、无严重的内脏等损伤的贯通伤外，绝大多数应作清创术，时间越早越好，为充分显露伤道，宜行扩创。对并发有骨、神经、血管的损伤可一并处理。清创术后，应延期缝合。对一般的火器伤，可外用如意金刀散外敷，对伤口伤道严重污染者，宜将引流条放入伤道内，如有感染化脓，则按感染伤口处理，若软组织损伤严重，受伤时间又长，不适宜清创处理者，如组织又无坏死趋势，或有骨质部位外露者，用生肌玉红膏(不入轻粉)敷盖，忌用腐蚀性或刺激性之药物，如创口周围有红肿作热者，用金黄散外敷。《证治准绳》卷六云："凡手指跌扑刀斧打碎，用鸡子黄油润，次掺封口药末，外以散血膏敷帖，绢片缚定。"后期若创面难收口者，可用鸡子黄油纱块，外敷伤面。或用生肌象皮膏外敷，如创面过大，则考虑植皮。内服药物参见"开放性损伤"条。

内伤

是指人体遭受外力作用所造成的气血、经络、脏腑损伤的总称。又称内损、跌扑内伤等。可分为二大类，一是伤后立即出现气血、经络、脏腑方面的病变；一是见于皮肉筋骨损伤后，因伤情较重，或调治失时，或素体亏羸，从而内累气血、经络、脏腑。骨伤科的内伤，必有外力损伤的病史，它与内科所讲的七情、饮食所致内伤是不同的。

《素问·缪刺论》云："人有所堕坠，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药。"这就把内伤的病因、病机、病证和治疗原则作了扼要的概括。《内经》关于内伤的理论对后世医治损伤疾病有着深刻影响。《史记·扁鹊仓公列传》曾记载西汉名医淳于意医治有因搬石而致腰脊疼痛、不能俯仰、小便不利的病案，以及破石坠马伤肺、血下泄而亡的病案，这些都是诊治内伤的记录。至晋代南北朝以后，医治内伤的实践经验更加丰富，而且关于内伤的概念也逐渐明确。《刘涓子鬼遗方》首次提出"内伤"一词，书中录有"金疮内伤蛇衔散方"。《诸病源候论》记载了关于"压迮坠堕内损候"，有"伤五内"的不同临床表现，对内伤称之为"内损"。《外台秘要》中载"许仁则疗吐血及堕

损方"指出损伤有二,"一者外损,一者内伤"。元代李东垣创立内伤学说,李氏的脾胃论虽然是属于内科学的范畴,但对伤科内伤证候的诊断和治疗,在理论和实践上都有积极的影响。在东垣学说的启示下,明代对伤科内伤的研究较为深入,认为既要重视跌扑坠堕后脏腑受损,气血失和,又要注意慢性的积劳损伤;在治疗上,不能专从血论,妄加攻下,而应重视对虚损的调节,注意补养脾胃以化生气血,使之充养而促进损伤的恢复。薛铠、薛己父子撰《保婴撮要》亦将损伤分为"跌扑外伤"和"跌扑内伤"二大类,薛己将东垣内伤学说与伤科内伤证治紧密结合而加以发挥。《正体类要》陆序云:"肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和,岂可纯任手法,而不求之脉理,审其虚实,而施补泻哉。"薛己治伤重于补益脾肾,反对一意攻下,过用寒凉。他对内伤诊治的立论多为后世所推崇。清代《医宗金鉴·正骨心法要旨》、《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》等,对内伤的病因病机作了更详尽的阐述,在辨证上强调气血损伤和脏腑虚实,主张按部位施治与分证主治相结合。

病因病机 内伤病因为外力作用所致,可分为直接暴力和间接暴力。前者如拳打、撞击、挤压等直接暴力作用于躯体,使气血经络脏腑损伤;后者如堕坠、跌扑、震荡、举重等作用于躯体,经力的传导,再间接地使远隔部位的气血经络脏腑受伤。因此,内伤可为气血经络脏腑的单纯损伤,也可与皮肉筋骨之外伤同时合并存在。除外来暴力的作用,内伤也受七情和六淫的影响。如《灵枢·邪气脏腑病形》指出伤后大怒可伤肝。伤后还易引起六淫之邪的外侵,如明代医家汪机认为闪挫之后,瘀血充注关节,可因"真气不足,邪得乘之"。《医宗金鉴·正骨心法要旨》在"内治杂证法"一卷中专列挟表一节,指出损伤外挟表邪,可出现发热、体痛、脉浮紧等一系列表证。

内伤病机是以气血失调、脏腑受损为根本。因气血循环全身,营养五脏六腑、四肢百骸。因此,伤损时,气血最易受累。《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云:"跌扑闪挫,卒然身受,由外及内,气血俱伤病也。""忽然闪挫,必气为之震,震则激,激则壅,壅则气之周流一身者,忽因所壅而凝聚一处……,气凝在何处,则血凝在何处矣。"《难经·二十二难》云:"气留而不行者,为气先病也,血壅而不濡者,为血后病也。"伤气者有气闭、气滞、气脱、气虚之分。伤损初期多实证,气病重者多表现为气闭不宣,轻者常为气滞不舒,如伴有失血过多,往往出现气随血脱,呈气脱危象。若患者素体虚羸,或伤后治不当法,或失于调治,则伤损后期多气虚;伤血者有血瘀、亡血、血热、血虚等不同。伤损初期,气机不畅,经隧不通乃成瘀血。失血于体表,便为亡血。瘀阻络道,或外邪入侵,营卫不和,则为血热。患者营血亏耗,则血虚。

脏腑损伤可因暴力的直接或间接作用,造成五脏六腑的外形破损,或功能失调。也可由于其他因素的作用,脏腑外形虽无改变,但功能却受影响。如《正体类要》序中所指出的"气血伤于内,营卫有所不贯,脏腑由之不和"。又五脏各有所主,即心主脉,肺主皮,肝主筋,脾主肉,肾主骨。因此,外有所伤,亦可内连其脏。如皮伤则内动于肺,肉伤则内动于脾,筋伤则内动于肝,骨伤则内动于肾。由于人体是一个统一的整体,脏腑损伤往往互相连累,如脾胃损伤,易致后天失养,而"百病由生",其他脏腑也会发生病变。

辨证论治 内伤辨证是以阴阳、表里、寒热、虚实八纲为基础,并运用气血、经络、脏腑的理论加以归纳。临诊中要求把辨证与辨病两者密切结合起来。辨证,是对临床上某一主证作深入分析。辨病,则是对某一损伤部位作全面的探讨。八纲辨证的方法可见"八纲辨证"条,本条仅将内伤气血及内伤脏腑辨证论治作一概述。

内伤气血 分伤气、伤血,及气血两伤三类。

(1) 伤气:可分为气闭、气滞、气脱、气虚等不同。气闭多为损伤严重,导致气血错乱,气为血壅,气闭不宣。证见昏迷不省人事,或烦躁妄动,或昏睡静而不烦。常见于严重的头部内伤、胸腹部内伤,或多发性皮肉筋骨损伤累及气血受患;气滞是伤后气机不畅。症见胸闷心烦,胁肋胀痛,往往外无肿形,痛无定处。多见于内伤较轻者;气脱多见于伤重而伴有亡血者,使气随血脱,真元不固。证见突然昏迷,不省人事,目合口开,手撒遗尿或四肢逆冷等。常发生于开放性损伤失血过多,或严重内伤;气虚指体质素虚,或伤后调治不当,耗伤正气。症见面色无华,神疲乏力,气短声微,自汗纳呆等。

(2) 伤血:又可分为血瘀、亡血、血热、血虚等。血瘀指损伤后经隧不宣,营血阻于脉中,或溢于经络之外,造成离经之血瘀留体内。症见局部肿胀疼痛,且有定处,并可按瘀血阻滞的不同部位,出现不同的全身症状。如停于胁下而咳喘,阻于清窍而神识昏蒙,若瘀血导致水津不能上载,则口渴心烦。此外,瘀斑、身热、胁痛、腹胀、便秘等均为血瘀之常见病症;亡血有二种情况,一是瘀血离经,出血吐血,唾血、便血、溺血等亡血证。唐容川认为,这些离经之血与"营养周身之血已睽绝不合","不能加于好血,而反阻新血之化生"所以其形虽是鲜血、清血,但已失去原有正常功能,故这类亡血实际上仍是血瘀表现之一。另一类亡血,见于开放性损伤,血溢脉外,失于体表,往往失血较多,以致气血双脱。亡血除见有失血外,尚有面色苍白或萎黄,短气懒言,大汗淋漓,四肢厥冷等表现;血热是瘀血内蓄,久则郁而化热,若血虚不足,则阴伤而生热。此外尚有伤血、外邪内乘而发热者,损伤后其热型不一,可为高热神昏,或低热缠绵。如合并外伤,则损伤局部瘀肿不消,亦可郁而化热,肉腐成脓等;血虚是指损伤失血过多,或伤后病程较长,失于调治,以致脾胃虚弱,化生不足,或瘀血阻滞,新血不生,或邪去正虚,阴血亏损。症见面色无华,头晕眼花,失眠健忘,胸闷心悸,四肢作麻,月经不调等。

(3) 气血两伤:气与血本不相离,气病可及血,血伤

亦多及气,因此气血两伤的症状往往同见,但可有偏重。如伤气重者,出现昏闷、不省人事等气闭症状,但也常合并有吐血、便血等亡血症状。同样,血瘀者亦常伴有胸闷、腹胀、喘促等气滞症状。一般伤气或伤血之证,如经久不愈,必导致气血两伤。

内伤脏腑　关于脏腑损伤的辨证,《医宗金鉴·正骨心法要旨》有较多的记载。如肝伤则胁肋小腹疼痛,喘逆;心伤轻者,疼痛不止,胸满气促,默默不语,或两胁气串,满腹疼痛,腰似不起。两手按胸,重者神昏目闭,不省人事,牙关紧闭,痰喘鼻翕,久而不醒,醒而神乱;肺伤轻者,多有胸腹闷痛,胁肋胀痛,喘咳、吐痰、咯血等,重者气乱昏迷,闭目,呕吐血水,呃逆战栗;肾伤者,肾经虚热,症见烦热作渴,小便淋涩;脾伤主要表现为脾虚,并认为这是损伤后存在的一种普遍病理现象。关于六腑损伤,肠伤可致断裂,胃伤呕吐黑血,膀胱伤可并发腰脊痛等。

临诊时,内伤气血与内伤脏腑的辨证往往需要结合起来分析,如伤气所见的喘促短气、呕吐恶心等气逆症状,就涉及到肺胃二脏。因肺气上逆则喘促短气,胃气上逆而呕吐恶心。又如眩晕可发生于瘀阻清窍,或气血亏虚的伤者,也可见于肝阳上亢,或肾精不足的患者。临床上,某一部位的损伤,往往涉及到几个脏腑的功能失调。如头部内伤,多与心、肝、肾有关;胸部内伤,多与心、肺有关;胁肋是肝胆所在;腰为肾之府。因此,辨证时应将损伤的部位,与其所居脏腑联系起来分析。

内伤治疗　伤气治法,《内经》有"结者散之"、"滞者导之"、"扶虚者补而养之"、"虚甚者补而敛之"、"浮越者镇坠之"等治则,因此临床常用破气、调气、降气、补气等法。伤血治法,应根据血以滋为养,以行为用,守为顺,溢为逆。善理血者,枯者滋之,瘀者行之,逆者顺之。因此,临床常用凉血止血,祛瘀,和营,补血等法。气主煦之,血主濡之,临床上对气血两伤者,用药当兼顾。一切气病用气药不效者,乃气滞而血不能波澜也,宜少佐芎、归活血,血气流通而愈。由于单纯伤气或伤血者较少,所以临床宜当活血而佐以理气,或理气而佐以活血之品。

在气血论治中,必须兼顾脏腑。如伤及心者,按其辨证选用清热宣窍、温通心阳、养心安神、滋阴清火、化痰降逆、温阳逐水等法。如伤及肝者,可选用疏肝调气,清肝降火,平肝熄风、滋阴平肝,救阴熄风等法。如伤及肺者,可选用宣肺、肃肺、温肺、清肺、润肺等法。如伤及脾者,可选用补中益气、温中健脾等法。如伤及肾者,可选用甘润养阴,辛温助阳等法。人体是统一的整体,在论治过程中,既不能完全拘守于气血,也不能孤立于一脏一腑。在许多情况下往往是气血同时受伤,数脏数腑均见受累。如败血归肝,肝火既炽,肝血必伤,乃生火侮土、脾气亦虚。可见伤血之证,累及肝脏,又由肝传脾,因此必须在整体观的指导下,进行确切的辨证和灵活的立法用药,则许多严重的损伤均能化险为夷。

损伤疼痛

是指外力作用于人体后,使气血受患,失于调和通畅而致的病证。是损伤最常见的症状之一。疼痛的发生虽有不同的原因和类型,但其基本病机则是气血失调,或郁滞,或冲逆,或瘀结,或虚衰,造成了"不通则痛"的结果。《素问·举痛论》较详细地说明了不同痛证的病因病机及治疗经验。《正体类要》阐述比较全面,指出损伤后不仅瘀血停积,营卫气滞者可致疼痛,还较详细地论述因虚所致之疼痛,这对全面认识损伤疼痛具有重要的意义。

瘀阻气滞疼痛　血离经脉或血行停滞皆为瘀阻。瘀阻或气滞则壅阻不通,两者均可引起疼痛。瘀阻疼痛其痛持续,有固定不移的部位,因血有形,故瘀阻疼痛在体表多见肿胀发硬,在体内或可扪及痞满,且多拒按,久瘀易化热,常伴身热口渴,溲赤便秘,舌红苔黄腻,脉数或弦等症。气滞疼痛则痛无定处,或时作时止,或但言其痛,却不能触及确切部位,气滞不畅故多伴闷胀不舒。由于气血关联密切,故血病可以及气,气病也可及血,或以其一为主,或血瘀气滞两者并重。

治疗多依主次有所偏重。若因血瘀为主可用王清任所创诸逐瘀汤为主方。如头部血瘀用通窍活血汤,胸中血瘀用血府逐瘀汤,瘀在膈下腹部用膈下逐瘀汤,瘀在少腹用少腹逐瘀汤,肢体或周身瘀阻疼痛则可用身痛逐瘀汤。此外,也有头部损伤用柴胡细辛汤,以活血化瘀合升清降浊之品。瘀积腹中,常用桃仁承气汤以破瘀下行;肢体伤痛、骨断筋伤者,也有用新伤续断汤、接骨续筋,而止其痛。另外,尚见瘀阻经络,外无肿胀而疼痛颇剧、牵引肢体、动作艰难,如腰痛涉及腿膝足跟,痛处固定不变,并伴麻木酸胀,稍予搬动,则疼痛大增,祛瘀为治,可用神效活络丹加减。气滞偏重则宜理气为主,如用柴胡疏肝散、加味逍遥散等。

瘀热化脓疼痛　瘀积在里,久则郁而化热,瘀热内蕴。若治疗失时,或复为外邪所侵则热毒化脓。瘀热内蕴见烦躁口渴、瘀阻之外肿胀潮红焮热,疼痛持续转为跳痛刺痛,若局部有波动者,则脓已成。瘀热内蕴而尚未成脓,治宜清热凉血、活血化瘀,可用仙方活命饮。脓既成则需手术切开排脓泄毒,并用托里消毒散托毒外出。若脓溃后反痛,则属气血两虚,宜服十全大补汤。

宿瘀气虚疼痛　症见胸痛缠绵,时作时休,或有压痛,或胸内作痛而外不能及,脉多虚涩。此因瘀阻治疗未能彻底,宿瘀不消以致病久正气耗伤,也有见于积劳损伤,使元气亏而血瘀内积。天阴则阳气不达,遇劳更耗其正,故每逢阴霾天气或劳累太过其症必增,且病情缠绵久而不休。治疗既需攻其宿瘀,又当扶助正气,用三棱和伤汤。

气血两亏疼痛　一般说来,损伤疼痛由气滞,或因血瘀引起较为多见,但亦有气血两亏之疼痛。如金创破伤,

亡血过多，患部虽有瘀阻作痛，而以面皖舌淡，头汗眩晕，短气无力等气血两虚的全身征象为主。即使是损伤局部，也正如《正体类要》云："肿不消，青不退，气血虚也。"由于气血两亏而不能运行，以致瘀积未散。另外，见于积劳耗伤阳气者，其症多见中年以后，先有肩臂酸痛，四肢疲乏，动作少力，继而腰背酸痛、头晕、目眩、胸闷、纳呆等，即俗称"脱力劳伤"者。这类气血两亏的疼痛，若仍以行血散瘀为治，必导致脾胃愈虚，运气愈滞。因此，当用益气行血之品，如八珍汤等。也可外敷温散之品，如温经膏等，若敷贴凉药则气血更易凝滞，反增其症。

瘀耗阴分疼痛 因败瘀归肝，易耗肝阴。血属阴，败血成瘀，阴分必伤。若见于肝肾不足之体，则阴虚火旺更加明显。症见筋骨作痛，筋脉僵凝，甚则口干咽燥，小便黄赤，脉弦细数，舌多偏红。治当益肝肾，养阴血，用六味地黄丸之类加减。若病久或中年之后，往往阴虚及阳，腰背或骨节酸痛延绵，则用左归丸等。

瘀阻挟表疼痛 因寒所致疼痛，如《素问·举痛论》云："寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。"损伤后致使气血失和，复寒邪外束则其痛剧。常见患者损伤并不严重，日后疼痛渐起，且由颈肩牵引臂膊，腰脊涉及腿膝，因其脉络蜷缩引急，牵动肢体时痛剧，得热缓解。治宜温经散寒、活血通络，用麻桂温经汤加减。

瘀阻挟痰疼痛 因瘀阻气血失和，痰湿凝聚，痰瘀交阻，闭塞络脉而致疼痛。患者损伤亦不严重，疼痛逐渐增加并伴骨节漫肿，动作牵掣，或有身热纳呆。治宜活血通络、祛痰止痛，用牛蒡子汤加减。

损伤疼痛，初起多以瘀阻气滞为主，日久转虚，或兼其他因素，当随证斟酌，治疗除辨证施以内服药外，还可配合外敷、手法、针刺等外治，则疼痛更易消除。

损伤眩晕

眩乃目视昏花，晕为头觉旋转。损伤眩晕是因损伤而发生的头部眩晕之症。眩与晕，往往同时并见，轻者闭目即止，重者如坐舟车，旋转不定，以致不能站立，更重者可伴见恶心、呕吐、出汗、突然扑倒等。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："损伤之证，头目眩晕，有因服克伐之剂太过，中气受伤，以致眩晕者。有因亡血过多，以致眩晕者。"

按伤科临床实践，眩晕一证有虚实之别，如损伤之后气血失调，气逆闭结，瘀阻清窍，络脉阻遏，以致清阳不升，浊阴不降形成眩晕者多属实证。若素体虚羸，或伤后因服克伐之剂太过，使中气亏损所致之眩晕多属虚证。如为阴血虚衰，可致肝风内动，血少亦使脑失濡养，精亏则髓海不足而致眩晕。

瘀阻清窍眩晕 多见于头部损伤之初期。如《医宗金鉴·正骨心法要旨》论后山骨损伤后症见"其人头昏目眩，耳鸣有声，项强咽直，饮食难进，坐卧不安，四肢无力"等。也可见头痛频发，恶心呕吐及头面伤处青紫肿胀等症。头为诸阳之清气上升交会之所，损伤而瘀血内留，则清气不升，发为眩晕，浊阴不降，则见上逆之证，以致恶心呕吐。瘀阻于内，疼痛频发；瘀显于外，青紫肿胀。清窍为瘀滞所蒙，神无所主，故而烦躁坐卧不安。瘀阻使筋脉失养，则项强咽直、四肢无力。治宜祛瘀清上，可选用柴胡细辛汤、正骨紫金丹、八厘散。伤重出现虚象，当酌加益气养血、扶助脾胃之品，用人参紫金丹加减。吐甚可加太乙紫金丹。其他部位损伤如初期眩晕，因清窍被上壅之气所蒙者，治疗亦可参照上法。

瘀耗阴血，肝阳偏亢眩晕 见于损伤之早、中期，尤以头部损伤之后，其症晕痛并见，且每因烦劳恼怒而增剧，急躁易怒，少寐多梦，漾漾欲泛，纳呆，口苦，舌红苔黄，脉多弦数。肝藏血，故败血瘀滞从其所属，必归于肝。血之为瘀，阴血必伤，肝阴暗耗则肝阳偏亢，肝阳上亢，清空被扰，则眩晕并头痛，烦劳恼怒更使偏胜之肝阳易于上亢，致使症状增剧。阳火升动，也易急躁恼怒。肝藏魂，魂不安舍，则寐少多梦。肝火既炽，木火侮土则见胸闷泛恶，纳呆、口苦、舌红苔黄，脉弦等阴亏火旺等症。治宜平肝潜阳，然而本由瘀耗阴血所致，仍需化其瘀血，用天麻钩藤饮加减。眩晕较甚者加龙齿、牡蛎以潜阳。

络脉阻遏眩晕 多见于损伤久者，或慢性积累损伤，起病缓慢，眩晕往往在颈项旋动时加重，或有心悸泛恶，或兼肩臂麻痹疼痛。久伤或中年之后，气血渐亏，平素积劳，气血失和。气虚不足可致经脉循行失畅，阴血留滞而成积瘀，积瘀又往往兼挟痰浊。《杂病广要》引《仁斋直指》云："血气和平，关络条畅，则痰散而无，气脉闭塞，脘窍凝滞，则痰聚而有。"积瘀痰浊交阻则络脉被阻，清阳浊阴升降之通道受遏，以致眩晕泛恶。颈项旋转活动则使气血循行失畅之络脉更受影响，因而眩晕加重。肩臂麻痹疼痛乃痰注经络所致。治宜益气活血、化痰通络，用补阳还五汤或半夏白术天麻汤加减。

气血亏虚眩晕 损伤瘀重或亡血过多，每致气血亏虚。久病耗损气血，或克伐太过，中气受伤。气虚则清阳不振，血虚不能灌溉一身。均可造成眩晕，并见面色皖白、肤发不泽、唇甲少华、心悸少寐、神疲懒言、饮食减少，舌淡脉细等症。治宜补养气血为主，偏气虚用补中益气汤，偏血虚以归脾汤，气血双补则宜十全大补汤。《伤科汇纂·眩晕》云："如失血过多而晕者，用芎归汤亦可。"此因失血乃离经之血，防其留瘀而补血活血并用。

肝肾不足眩晕 损伤后，由于伤骨伤髓，精髓亏空，致使髓海不足而眩晕，还可伴有耳鸣健忘，精神委靡，腰膝酸软等症。治宜养肝益肾，用六味地黄丸加减。若肾阴偏虚者，用左归丸；若肾阳偏虚者，用右归丸。

总之，损伤眩晕有瘀阻，气血亏虚，肝肾不足等不同，但有时亦相互并见。一般说来，损伤之初多实，治宜活血祛瘀，平肝潜阳；后期多虚，治宜益气养血、补肾填精。然

面，损伤初期亦有亡血或血虚的虚证眩晕，损伤日久也可见积瘀不化的实证眩晕。络脉阻遏、往往虚实挟杂，当从病因、病程、症状等诸方面详加审察，不可拘泥于一个方面。除药物治疗外，戒气怒，居静室，忌烟酒，调饮食等，均是却病之要素，当予以注意。

损伤昏厥

是因损伤而引起的意识障碍或意识丧失。又称昏愦、晕厥、昏迷、血晕、刀晕、迷闷、昏死等，多见于头部外伤或亡血患者。症见突然昏倒而不省人事，但大多数能逐渐苏醒，并伴有四肢寒冷。

《素问·厥论》指出昏厥的病机为"阳气乱则不知人也。"宋许叔微《普济本事方》曾记载一损伤昏厥病案，案曰："一患者因蹴秋千自空而下'坠死'，医诊视之，已昏死矣。"但"再视之，微觉有气，忽忆药箧中有苏合香丸，急取半两，于火上焙去脑麝，用酒半升研化灌之，致三更方呻吟，五更下恶血数升，调理数日得痊。予谓正当下苏合香丸，盖从高处坠下，必挟惊悸，血气错乱，此药非特逐瘀血，而又醒气。"他认为昏厥的病机是血气错乱，指出苏合香丸为治昏厥的佳品。《正体类要》关于本证的论述有二，一曰："伤重昏愦者，急灌以独参汤，虽内瘀血，切不可下，急用花蕊石散内化之，恐因泻而亡阴也。若元气虚甚者，尤不可下，亦用以前散化之。"一曰："亡血昏愦，其脉洪大，按之微弱，此阴血虚于下，孤阳炎于上，故发厥而头汗出也。"又说："一男子孟夏折腿，出血过多，其初眩晕眼花；后则昏愦，此阴血伤损、阴火炽甚，制金不能平木，木旺生风所致。"薛氏实际上将昏愦分为二大类，一是伤重立即出现昏愦，多因元气伤损所致。一是伤后的变证，多因亡血或创口出血过多，使阴血亏损所致。《医宗金鉴·正骨心法要旨》亦有多处关于伤损昏厥的论述。如论述"凌云骨"损伤时说："跌打损伤……若内损瘀血，上呕吐衄、气虚昏沉，不省人事……。"论述"山角骨"损伤时又说："凡有跌打损伤未破者，不拘左右，宜紫肿硬，瘀血凝聚，疼痛或昏迷，目闭身软而不能起，声气短少，语言不出，心中忙乱，睡卧喘促，饮食少进者。"又在论述"岐骨"损伤时说："或打扑，或马撞，则血必壅瘀而多疼痛，轻者只在于膈上，重者必入心脏，致神昏目闭，不省人事，牙关紧闭，痰喘鼻翕，久而不醒，醒而神乱，此血瘀而坚凝不行者也，难以回生。"这些记载对伤损昏厥作了较全面的描述，并认为其产生是因瘀血之故，主张"损伤一证专从血论"。该书对昏厥的抢救还提出一种特殊的方法，即"将草纸卷点着，令烟气熏其口鼻，再燃煤淬入醋内，使热气熏蒸口鼻。如无煤之处，烧铁淬之亦可，以引五脏血脉，使之通和"，以及"外用手法推按心胸两肋腋下腹上……则心血来复，命脉流通，即可回生"。

损伤昏厥的辨证，应从"血气错乱"的病机出发，分辨其以伤气为主，抑或以伤血为主。伤气所致昏厥有气闭与气脱之分，伤血所致者则有血瘀与亡血之不同。

气闭昏厥 骤然受伤，气机逆乱，上壅心胸，蒙闭窍隧而猝然昏倒；昏厥初期阶段，经及时处理能逐渐苏醒。若经治不醒或醒而复见昏迷者则多为瘀血内留。治宜开窍通闭，用苏合香丸研化灌服。醋热气熏蒸口鼻，"手法推按心胸两胁腋下腹上"，针刺人中、十宣、合谷等，郁闭得通，气机流畅，心血来复则昏厥可苏。

瘀阻内闭昏厥 肢体损伤，瘀血内留，若瘀血上攻于心，使清窍闭塞或神明受扰，则昏无所知。治宜逐瘀消散，选用八厘散、黎洞丸、三黄宝蜡丸等。对于颅脑损伤，瘀阻于上而昏厥者，间有用颅内消瘀汤而得效。

气血双脱昏厥 急骤损伤时大量出血，则可因亡血过多，血虚不能上承，气无所依，随之而脱，以致昏厥，并见面色苍白，口唇无华，冷汗淋漓，四肢厥冷等症。亦有损伤之初并未昏厥，终因出血持续，亡血过多，血不养心，心神失养，神魂散失而致昏厥者。宜急用独参汤灌之，或加附子回阳救逆。如能及时输液输血，同时寻找出血部位作出相应处理则更为有效。

气血亏虚昏厥 平素虚损怯弱之体，虽无大量出血，或者损伤并非过重，因其体弱而易昏厥，此属虚证。救治当顾其虚，即使需开窍通闭救急，仍应急投补气行血以固根本。若见瘀血在内，亦不可一味攻伐，应活血化瘀与扶助正气并用，使气血得复，昏厥苏醒。

伤痛昏厥 损伤昏厥尚有因痛甚而发生者，此系痛伤气血，阴血耗损，阳火炽甚，制金不能平木，木旺生风所致。其损伤之初并无昏厥，以后痛剧而昏，并伴头身出汗，内热作渴，短气烦躁等。治宜清肝凉血，佐以祛瘀止痛，用小柴胡汤加栀子、三七等，损伤部位制动，对因疼痛引起的昏厥亦属必要。

昏厥是损伤重症，又有虚实之异。除了积极救治外，护理也十分重要，如避免呼吸道阻塞，勿使肢体长时间受压，注意大、小便的护理，进食清淡而易消化的饮食。对长时间昏厥不醒的患者，护理不当每致变证叠起，不可不慎。经急救治疗后，昏厥得苏，但损伤并未痊愈，尚须依其诊断和病情演变继续治疗。

损伤烦躁

是指由于损伤而出现的烦闷不安、躁动不宁。烦指胸中热而不安，心胸愠热，如有所触，但外不现形。躁则手足扰动不宁，有症见之于外。《正体类要》有"血虚发躁"病例的记载："有一患者，烦躁面赤，口干作渴，脉洪大，按之如无。余曰：此血虚发躁也。遂以当归补血汤，二剂即止，后日晡发热，更以四物加柴胡、丹皮、地骨、黄柏、知母治之，热退而疮敛。东垣云：发热恶寒，大渴不止，其脉大而无力者，非白虎汤症，此血虚发燥也，宜用当归补血汤治之……若误服白虎汤，轻则危，重则毙。"

瘀热扰心烦躁 见于损伤严重者。除烦躁外，口干

咽燥欲饮，舌红苔黄，脉多弦数，患处疼痛拒按，或见青紫肿胀。瘀为败血，积瘀必然耗血。心主血，故心阴亏而心火亢。肝藏血，败瘀归肝而肝阴暗耗，因此肝阳偏亢。另外，瘀蕴于内，郁而化热，瘀热引动心火肝阳，则发为烦躁。损伤初起，积瘀在内，阴血虽亏，未必立即出现虚象，故见诸实热证候。治宜活血祛瘀，平肝清心。用血府逐瘀汤合天麻钩藤饮，可酌加黄连以清泻心火，使瘀积得去，热清火泄，烦躁能除。

瘀热成毒烦躁 症见烦躁高热、口渴引饮、溲短而赤，大便秘结，舌红脉数，甚者可见皮肤斑疹，神识昏朦，狂乱错语，此为瘀热成毒，充斥三焦，扰乱心神。治宜泻火解毒，佐以逐瘀，用黄连解毒汤加减，但苦寒之品易于化燥伤阴，血得寒则凝，而不利于散瘀，当视症情之轻重加入生地、玄参、麦冬以甘寒清热养阴。若热入营分，须清营养阴，用犀角地黄汤加减。若大便秘结，则可合承气汤通腑泄热。

亡血烦躁 伤后亡血过多，则血虚阴亏，心失所养，虚火内动，可致烦躁。并见面色苍白，头晕目眩，自汗畏冷，脉数无力等症。治宜补气养血，用圣愈汤；若见大汗淋漓，烦躁不安，肢冷脉微等气随血脱征象，当急投独参汤大补元气，益气固脱为先；若烦躁而目赤面红，大渴不止，肌热恶寒，脉洪大却无力，重按如无等症，此血虚阳浮，阴分大亏，阴不维阳。治宜扶阳存阴，补气养血，使阴平阳秘则虚热平、烦躁除，用当归补血汤。

阳虚烦躁 除烦躁外，兼见口渴不欲饮，二足逆冷，小便清白，下利完谷，脉沉细或浮数无力，按之欲散，此元阳败竭，火不归原，宜用金匮肾气丸；若烦躁大渴，汗出不止，手足厥冷，气息微弱，脉微欲绝，此阳将脱矣，宜回阳救逆，急投参附汤。

气血两亏烦躁 失血既久，阴亏未复而见烦躁，呈虚烦不得眠，口干渴不欲饮，低热、怔忡、健忘、倦怠少气，纳少等，为气血两亏所致。治宜益气养血，养心健脾，用归脾汤加丹皮、栀子，或黄连阿胶汤加减。

损伤作渴

是指伤后出现口咽干燥而思饮的病证。可因伤后瘀血阻滞，亡血伤阴，胃热伤津，或肾经虚热等引起。《正体类要》云："一作渴，若因出血过多，用四物参术汤；不应，用人参、黄芪以补气，当归、熟地以养血。若因溃后，用八珍汤。若因胃热伤津液，用竹叶黄芪汤。胃虚津液不足，用补中益气汤。胃火炽盛，用竹叶石膏汤。若烦热作渴，小便淋涩，乃肾经虚热，非地黄丸不能救。"

瘀血阻滞作渴 伤后积瘀不化，气血循行受阻，久则内郁而热。症见口渴，欲漱水而不咽，并伴唇萎，舌紫暗，脉细涩等。治宜活血祛瘀。可选用桃红四物汤或血府逐瘀汤加减。

亡血伤阴作渴 若损伤出血过多，每致阴液亏耗，症见面色皖白，头晕目眩，口渴咽燥，烦热肢痛，舌淡少津，脉细弱或芤。治宜补血生津，或气血双补。若损伤出血伤阴轻，可用增液汤，或沙参麦冬汤。如亡血过多，非大补气血之剂不能复元，则用独参汤、当归补血汤或八珍汤。

胃热伤津作渴 伤后肝火易炽，脾胃受累，或因瘀血在内，过用温通辛热之品，或素体内热均可致胃热伤津。症见烦渴引饮。若热盛火炽，则喜冷饮，胃火上扰则可见龈肿牙痛，溲赤便秘、唇燥，舌红苔黄等症。治宜清热生津，用竹叶石膏汤或竹叶黄芪汤。

若有胃虚津液不足而渴者，则由脾胃素弱或伤后气阴两亏所致。症见口渴但少饮，神疲软弱，短气少力，纳食不馨，或食后脘腹不舒等。治宜健脾胃、补中气，可用补中益气汤加沙参、麦冬等养阴生津之品。

肾经虚热作渴 见于腰部积劳损伤者。腰者肾府，积劳损伤每易耗血伤阴，出现肾阴不足，阴虚内热之象，或本系肾阴不足之体，则损伤积瘀，必耗阴分，若再用热药以致肾虚火旺更为明显，则可见燥热作渴，饮之不多，腰酸腰痛，腰脊僵硬，俯仰不得，小溲黄赤，诸症延绵不已，时作时止，遇劳则发，或朝轻暮重。治宜滋肾养阴，用六味地黄丸或知柏八味丸。对积劳损伤者，应合益气养血之品。损伤积瘀者当佐以活血祛瘀之剂。

损伤喘咳

是伤后出现的肺气不畅或气道壅塞的病证。喘、咳是二种证候，往往并见。喘为呼吸急促，甚至张口抬肩；咳即干咳无痰有声之症。均由肺失清肃所致。《正体类要》则认为损伤喘咳乃气虚血乘于肺或气逆血蕴于肺所致。《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰："伤损之证而喘咳者……乃气虚血乘于肺也，急用二味参苏饮，缓则难救。若咳血衄血而喘者，乃气逆血蕴于肺也，只宜活血行气，不可用下法，宜七味参苏饮治之。"究其根源为瘀血内留，或内乘于肺，壅塞气道，或积于胁下所致。

瘀血乘肺喘咳 胸部损伤后，易造成损伤喘咳，可有虚实不同。①失血过多而留瘀乘肺。肺络损伤而失血，离经之血未必尽得外溢，尚有蕴留者，便内乘于肺。因此，既有血虚，也有瘀阻，为虚实间杂。其症除咳逆喘促外，尚见胸膈疼痛，面目灰暗无泽。治宜保肺祛瘀，用二味参苏饮加味。②瘀血壅盛，阻塞气机，每见胸满短气，患处肿胀、疼痛，俯仰不得。此属实证。治宜活血祛瘀，用失笑散合葶苈大枣汤加味。③郁瘀化热，热伤肺络。其症除喘促胸痛外，尚可见发热、咳血，或痰嗽不止。若复感风邪，更致气逆上犯发为喘咳。治宜清热化瘀、理气止咳，用清气化痰丸加减。

瘀积胁下喘咳 损伤喘咳也常由瘀积胁下所致，胁乃肝之分野，血瘀胁下，则肝失条达，金不制木，肝木反侮肺金，于是肺失宣肃，肺气不顺，上逆为喘咳。瘀阻胁肋

必见作痛，而且肝气横逆每致痛胀并重，其范围大于损伤局部，转侧活动不便，用当归导滞散。

以上两类，虽然均由瘀阻而起，但病机归转不同，临症当注意辨证求本，病源除则喘咳平，若一味镇咳降逆，喘咳未必得止，却使积瘀着留，其症益增。

损伤作呕

是伤后出现胃气上逆的病证。作呕是指有声无物，有声有物则并称为呕吐，一般统称为作呕。呕吐的内容，常为饮食物或痰涎等。多系伤后气滞血瘀，气机不畅，胃失和降，逆而上冲所致。也可因逐瘀破气之品克伐脾胃，或脾胃素弱，或原有痰饮内盛等，均能导致胃气上逆而呕吐。《正体类要》云："一作呕，若因痛甚，或因克伐而伤胃者，宜四君、当归、半夏、生姜。若因忿怒而肝伤者，用小柴胡汤加山栀、茯苓。若因痰火盛，用二陈、姜炒黄连、山栀。若因胃气虚，用补中益气汤、生姜、半夏。若出血过多，用六君子汤加当归。"该书尚载有"痛伤胃呕"，"药伤胃呕"及"胃火作呕"之病案。可以为损伤作呕治疗之参考。

瘀阻于内作呕　因胸肋脘腹损伤而瘀阻中膈者，气机失畅以致胃逆作呕，并有疼痛、脘腹胀满。其痛在患处，固定不移，拒按。治宜逐瘀，佐以和胃降逆，用代抵当丸；因头颅损伤而瘀阻于上者，浊气不降，气逆上冲亦见呕吐，并有眩晕或昏厥之证。治宜化瘀升清，用柴胡细辛汤加减。

肝气犯胃作呕　伤气后，造成肝气郁滞不畅，横逆犯胃，以致胃失和降。症见呕吐，或嗳气频频，胸胁痛闷，痛无定处，或胁痛畏按，烦躁易怒，舌红脉弦而数。治宜疏肝和解，佐以活血，用小柴胡汤合失笑散。

胃气受伤作呕　躯干或肢体损伤，使气血痹阻，不通则痛，伤及胃气则中阳不振，耗散阴血可使胃失润降，可引起呕吐，或见瘀滞而过用破散、寒凉克伐之品则伤胃气而致呕吐、喜热饮、脉微细而迟。治宜益气血，健脾胃，用六君子汤加减。

痰饮内盛作呕　素体肥胖，脾胃不健，运化失司，复受损伤，气血凝滞，于是痰饮愈甚，上逆而为呕吐。除损伤之症及呕吐清水痰涎外，并见头眩心悸，苔腻脉滑。治宜化痰降逆，行气活血，用二陈汤或小半夏汤加减。

损伤腹胀

是指患者因伤后而引起腹部胀满不适。《素问·缪刺论》阐述"人有所堕坠，恶血留内"的证治时，就指出"腹中胀满，不得前后"这一证候。《金匮要略》辨瘀血之证，指出"腹不满，其人言我满，为有瘀血"的特征。《正体类要》云："若胸腹胀痛，大便不通，喘咳吐血者，瘀血停滞也，用当归导滞通之。"又云："跳跃捶胸闪挫，举重劳役恚怒，而胸腹痛闷，喜手摸者，肝火伤脾也，用四君、柴胡、山栀；畏手摸者，肝络血滞也，用四物、柴胡、山栀、桃仁、红花。……若胸腹胀满，饮食少思，肝脾气滞也，用六君加柴胡芎归。"

瘀血内留腹胀　多为堕坠损伤，内有瘀血积滞，瘀阻气机亦滞，肠胃运化受阻，故症见腹胀腹痛，或腰脊疼痛，俯伛受限，转侧不得，纳呆便秘，身热脉数。治疗当循《素问·缪刺论》云"先饮利药"，予攻下逐瘀之剂，用桃仁承气汤。

肝脾气滞腹胀　由闪挫、举重用力不当，气机阻滞所致。症见胸胁疼痛、胸腹胀满，胀甚于痛。由于气滞肝失条达，肝木侮土、脾运失健，中气受伐，气虚运化乏力，滞者益滞，更添其胀，并见饮食少思。治宜理气消滞，但不宜一味破散，需兼顾气虚脾弱，用柴胡疏肝散加减。

脾气虚弱腹胀　见于损伤之后，气血耗损，未得恢复，脾运不健，又用寒凉克伐之品，以致脾阳受伤，运化无权。症见腹胀喜按、面色萎黄、四肢无力，饮食减少，倦怠少气，便溏，脉细弱或细涩。治宜健脾胃，补中气，选用香砂六君子汤，补中益气汤。

腹胀虽然可能是损伤后的一个单纯症状或并发证候，辨虚实施药饵能使之缓解，但除此之外，还须明确损伤的部位、程度。若筋骨或脏器损伤（如脊柱骨折、腹内脏器损伤）而引起的腹胀，必须注意筋骨、脏器损伤的处理。

损伤便秘

是伤后大肠传导功能失常而引起的大便秘结。又称大便不通、秘结。损伤较重，常可出现便秘。脊柱损伤、骨盆损伤及腹部内伤者，便秘尤为多见。《素问·缪刺论》云："人有所堕坠，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药。"指出瘀血留内可致便秘。《理伤续断方》云："凡损，大小便不通，未可便服损药。盖损药用酒必热，且服四物汤，更看如何。又服大成汤加木通，如大小便尚未通，又加朴硝。待大小便通后，却服损药。"主张对损伤便秘必须先以通利，后用损药。《医宗金鉴·正骨心法要旨》对里实证者，主张攻下逐瘀，指出："若大便秘结，里实气壮，腹痛坚硬者，用玉烛散。"《正体类要》则提出了伤后虚证便秘的病因及治疗，指出："一大便秘结，若大肠血虚火炽者，用四物汤送润肠丸，或以猪胆汁导之。若肾虚火燥者，用六味地黄丸。肠胃气虚，用补中益气汤。"损伤初起，血瘀气滞，停积不行，瘀结而耗阴伤津、化热灼液，所以容易造成粪便结于肠胃而不下行。后期及年老体虚之人，气血亏虚，脾胃运化无权，大肠传导无力，又缺津液滋润大肠，便秘亦易发生。

损伤便秘可见腹部作痛，按之更甚，纳呆、口渴、发热，舌红苔黄厚而腻。治宜攻下逐瘀为主，可选用桃核承气汤、大成汤、玉烛散，或当归导滞散。瘀阻便秘虽宜攻

逐但须量体而行，里实气壮者攻之无妨，还当中病即止。虚人不耐克伐，药之不当，每易骤起变证；若伤后出血较多而致血虚肠燥者，治宜养血润燥，用润肠丸或五仁丸；若伤后热盛津枯而便秘者，治宜清热润肠，用增液承气汤；若肾虚火燥而便秘者，治宜滋阴补肾，可用六味地黄丸加减；若伤后气虚，运化无权之便秘，治宜补中益气，佐以润肠之品，用补中益气汤加减。

简易的通便方法也常采用。如猪胆汁导方，以猪胆汁加醋少量，和匀灌肠，可不致犯虚虚实实之误。但此系治标之法。气血虚损，津液不足的便秘还可用生首乌煎水服，或蜂蜜、芝麻调服，药性平和对损伤之后体虚未复或年老体弱者尤为适用。

损伤出血

是伤后血不循经运行而溢体外或积于体内。《灵枢·百病始生篇》指出用力过度则脉络伤，可见衄血或后血。《金匮要略》提到被刀斧所伤而亡血，可见寸口脉浮微而涩，并有治疗金疮的王不留行散。《备急千金要方》有"治丈夫从高坠下，伤五藏"，有唾血、吐血、泻血等不同出血的描述，并用金匮胶艾汤治损伤出血，使补血止血而不留瘀，活血行血而不伤血。《圣济总录》有"伤坠堕致伤吐唾出血"条专论损伤血证，指出"若暴损胸胁，气留肓膜，损血入胃，停积不去，甚者咳唾吐血，治法当调其荣卫，缓其中，逐去损血"列方十首，或补血止血，或消散瘀血，寒热温凉不同以随证选用。明薛己则从火盛迫血妄行及气伤血无所藏这二方面作了补充。清唐容川著《血证论》，提出刀伤创血与跌打皮破出血者"既无偏阳偏阴之病，故一味止血为要，止得一分血，则保得一分命"，从理论上说明了金疮出血时止血的重要。这些论述在理论上互相补充，在治疗上各有所长，形成了对损伤较为全面的认识。

直接暴力或间接暴力作用于人体，引起经脉破损，均导致出血。离经之血又称为恶血、蓄血、积血、死血等。若出血太多，可造成脱证，危及生命。瘀血停积于体内，瘀不去则新血不生，可致血虚；积瘀发热，热伤津枯，血又会随津枯而虚亏；肝藏血，肾藏精，损伤可波及肝肾，肝气不舒，气血不调，血不归肝；肾气不足，精髓亏损，肾火衰弱，气化无权，血无从生，必致血虚；脾为后天之本，气血之源，伤后脾胃受扰，胃纳欠佳，脾运化失常，气血滋生衰少，亦可造成血虚。以上各种因素又是互相关联的。

损伤出血，按出血的来源可分为动脉、静脉、毛细血管和内脏出血；按出血的部位可分为外出血和内出血。外出血可见血液自创口向外流出，内出血往往流入体腔或停积于筋肉之间而不见。五官或二阴出血又称九窍出血，某些内出血可从九窍溢出体外，如颅底骨折而出现耳衄、鼻衄；按出血的时间可分为原发、继发出血。原发出血是受伤当时出血，继发出血是伤后一段时间内所发生的出血；按出血的多少可分小量、中量和大量出血。中量出血将引起明显的全身症状，大量出血为危重证候，如抢救不及时，可迅速死亡。

对局部出血，若血色鲜红，呈喷射状，发生于血管断裂的近端者，为动脉出血；若血色暗红，持续溢出，发生于血管断裂的远端者，为静脉出血；若血色鲜红，但来势缓慢，从伤口组织间慢慢渗出者，为毛细血管出血，若出血而表皮未破裂，可形成血肿。在肢体内发生大动脉出血可形成搏动性血肿，若断裂可使肢体的远端缺血或坏死。

毛细血管和静脉出血，可外撒桃花散、花蕊石散、如圣金刀散等，再用纱布、绷带包扎止血。对较大静脉出血，可用加压包扎法止血。动脉出血可用指压止血、加压包扎止血或止血带止血等法急救止血，并争取时间尽早结扎或修补断裂的血管，以彻底止血。

若大出血，患者面色苍白，头晕眼花，脉细数或芤，进而血压下降，烦躁喘促，四肢厥冷，唇甲青紫，汗出如珠，尿量减少，表情淡漠，意识模糊或昏迷，目合口张，手撒遗尿，脉微细欲绝，此为危候，即服独参汤、参附汤，或当归补血汤，必要时输血输液，并选用三七、仙鹤草、大蓟、小蓟、白及、茜草根、槐花、地榆、白茅根、棕榈炭、灶心土、艾叶、云南白药、京墨汁等止血药。

若损伤出血后，瘀积于头部者，用颅内消瘀汤；瘀积于胸胁，用血府逐瘀汤；瘀积于膈下，用膈下逐瘀汤；瘀积于少腹，用少腹逐瘀汤；并可酌加田七、归尾、红花、苏木、刘寄奴等。若积瘀生热，热迫血妄行者，宜凉血止血；瘀阻于肺而咯血者，可用四生丸或失笑散合葶苈大枣汤加茅根、藕节、仙鹤草；瘀阻中脘，吐血色鲜红或黑者，用加味芎藭汤加入和胃之品；瘀阻下焦，尿血淋漓，用琥珀散或小蓟饮子，便血可用槐花散。伤后血虚，可用四物汤加味；若兼气虚应加黄芪、党参；兼阴虚，加阿胶、龟甲、鳖甲等。

头部内伤

是头部损伤的总称。又称脑骨伤碎、脑骨伤破、脑气震动、脑海震动或脑震荡等。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："巅者头顶也……位居至高，内函脑髓如盖，以统全体者也。"《内经》将脑列为奇恒之府。《灵枢·海论》篇云："脑为髓之海……髓海有余，则轻劲多力，自过其度，髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。"脑的功能与先后天的真气有关。心的功能，其中有一部分包括了脑的功能。如"神明出焉"，"神之变也"，能忆、存志、变思、谋虑、有智、"怵惕思虑则伤神"等。《医宗金鉴·正骨心法要旨》也指出：头"位居至高，内函脑髓"，"统全体"，说明前人对脑之功能已有一定的认识。

关于头部内伤的诊断、治疗和预后，历代伤科文献多有论及。如《理伤续断方》云："凡脑骨伤碎，轻轻用手撙令平整，若皮不破，用黑龙散敷贴。若破，用风流散填疮口，绢片包之……在发内者，须剪去发敷之。"又云："凡脑

骨伤碎,在头骨上,则可治。在太阳穴,乃是命处,断然不可治矣。"《世医得效方》载跌扑损伤"十不治症"。其中有"肩内耳后伤透于内者",即指伤力作用于耳后(枕后)所造成的颅内损伤。由于这类损伤易形成额极部脑组织的对冲伤,在现代也认为是严重损伤。该书还提出用苏合香丸治疗脑外伤昏迷患者,曰:"从高坠下……。血气错乱,昏迷不省,急服大效。"这一方法一直延续到现在,仍为临床所常用。明代《跌损妙方·头面门》列有"头破肿痛发热"的专方,用归尾、川芎、生地、赤芍、防风、白芷、蔓荆子、羌活、连翘、花粉、甘草等药,并指出"如血出过多,昏迷不醒,倍加芎归,水煎服。"还说:"头出脑浆不治。""凡头破鼻流红水可治,流黄水不治,耳背有伤,黑色不治,红青色可治。"这些记载说明当时对颅底骨折已有一定认识。谓鼻"流黄水",实指脑脊液外流,为颅前窝骨折;"耳背有伤黑色"是颅后窝骨折的征象。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》对头面骨二十处的损伤,从解剖、生理、诊断、治疗及预后等作了多方面的讨论。为我们研究治疗头部内伤提供了很宝贵的资料。如论述"扶桑骨"损伤时云:"若跌仆损伤,或掀肿,或血出,或青紫坚硬,头疼耳鸣,青痕满面,憎寒恶冷,心中发热,大便干燥。"属轻型伤;在论述"山角骨"损伤时又说"凡有跌打损伤未破者,不拘左右,宣紫肿硬,瘀血凝聚,疼痛或昏迷,目闭身软而不能起,声气短少,语言不出,心中忙乱,睡卧喘促,饮食少进者",属中型伤;在论述"后山骨"损伤时又说:"误从高处坠下,后山骨伤太重,筋翻气促,痰响如拽锯之声,垂头目闭,有喘声者,此风热所乘,至危之证,不能治也,遗尿者必亡",属重型伤。《伤科补要》云:"囟门骨破髓出者,不治。若内膜不穿,髓不出者,可治。""内膜不穿"说明即使有闭合性颅骨骨折,较开放性颅脑损伤,预后要良好得多。《伤科大成》列"死诊"一篇,提出脑骨破,两额角边伤,耳后脑衣破,两太阳穴伤,头顶骨碎等为"死诊"。并对重危病人死亡原因作了深入的分析,指出头颅的要害部位不得受伤,应当预防。《救伤秘旨》也继承了前人经验,随录前人诊治颅脑外伤的有效方法,并指出有些颅脑外伤"不吃药虽愈后疼痛不止"。观察到如不积极治疗,就会残留头痛一类的后遗症。

头部内伤,可因直接暴力或间接暴力所致。直接暴力,如重物打击、刺、割,或由高处坠堕、跌扑等使头部碰撞在坚硬物体上所致。间接暴力,如由高坠堕,足跟或臀部着地,外力经脊柱上传于颅底造成。此外,外力作用于胸腹,使血流以较大的速度和压力冲击颅内,使气血上壅造成头部损伤,但较少见。这些直接或间接的暴力,不仅可能造成颅顶或颅底的骨折,也同时使脑髓在颅内发生撞击而形成挫裂伤,或颅内出血。若颅骨和脑膜均破裂,脑脊液外溢,成为开放性头部损伤。若脑髓与外界不通,则属于闭合性头部损伤。

头部内伤,初期多实,后期多虚。初期瘀血内阻,严重者蓄瘀攻心,内扰神明,致使经隧不通,气机逆乱,出现昏厥等血瘀气闭之证。若瘀血化热,则神昏而有高热、抽搐。如系开放性损伤,或伴有颅内出血,则表现为气血双脱的虚象。头部内伤轻者,多属瘀阻气滞,肝经不舒,肝气横逆,生火侮土而犯脾胃,导致升降失调,清阳不升,浊阴不降,而上蒙清窍。后期由于内伤日久,或失于调治,造成血瘀内蓄,气滞血瘀,导致脏腑虚损。可有两种类型,一种是脾胃虚弱,运化无能,生化之源亏损,营卫失调,气血不能外荣;一种是肝肾不足,水不涵木,水火不济,导致心肝火旺,心肾不交,或肾阳虚弱,火不归原。

初期一般可以分为轻、中、重三型。轻型患者,伤后无明显昏迷或仅有极短暂(数秒至 30 分钟以内)的昏迷史,仅有头部软组织损伤,往往不合并骨折。并出现头目晕眩,近事遗忘,胸闷纳呆,恶心呕吐,记忆力差,心烦失眠等症。检查神经系统无明显阳性体征,生命体征无改变或改变不明显;中型患者,是介于轻、重型之间的损伤,比轻型的症状较重,而且出现神经系统阳性体征。临床可见昏迷时间较长,多在半小时以上,头部软组织可有严重的损伤,并可合并颅骨骨折或颅底骨骨折,清醒后头痛剧烈,呕吐频繁,烦躁,伴有抽搐,或睡困昏沉,不欲语言。生命体征有明显改变,神经系统检查有较轻的阳性体征,如两侧肢体深浅反射不对称,有锥体束征存在;重型患者,为最严重的损伤,如脑挫裂伤,脑干损伤、颅内血肿,伤后持续昏迷,或昏迷迅速加深,或清醒后又昏迷(即出现中间清醒期),或谵妄烦躁,有进行性剧烈头痛,持续性呕吐,呼吸道分泌物迅速增多,伴有大小便失禁,可有严重的头部软组织损伤,和广泛的颅骨骨折。生命体征显著改变,如出现中枢性高热或体温过低,脉缓有力或弦细而数,或不规则,呼吸减慢或急促,或不规则,血压过高或过低,或波动不稳。有神经系统阳性体征出现,如瞳孔不等大,或极度缩小,或双侧散大,对光反射迟钝或消失,角膜、吞咽反射均消失,腱反射亢进或消失,肌张力增加或消失,肢体瘫痪,去大脑强直等。

头部内伤初期,为避免遗漏颅内继发病变,对轻型患者宜观察一段时间,注意生命体征的变化。对伤后昏迷不醒,两手握固,牙关紧闭,苔白,脉沉迟的血瘀气闭患者,治宜宣通开窍,用苏合香丸;如高热神昏窍闭,治宜清心开窍,用安宫牛黄丸灌服。目前已根据此方简化改良剂型制成可供静脉或肌内注射的针剂,名为"醒脑静",成为颅脑外伤常用的有效中成药;如昏迷痰热阻窍,治宜清热豁痰开窍,可用至宝丹;如高热昏迷痉厥,治宜清热镇痉开窍,用紫雪丹或神犀丹;如伤后意识障碍,目合口开,鼻鼾息微,大汗淋漓,手撒遗尿,四肢厥冷,舌萎,脉微细或芤,治宜回阳救脱,用独参汤或参附汤;如七窍出血、呕血、尿血、便血及头皮破裂出血者,除注意局部及时止血外,宜活血止血,可加服三七粉、云南白药或仙鹤草汤等。此外,还可配合针灸治疗,昏迷常刺人中、十宣、涌泉等穴,尚可灸百会、丹田、气海、关元等穴。清醒后,按其临床表现不同可分为肝胃不和、肝风内动,瘀滞在表等几

类。凡重者，用黎洞丸或夺命丹化服；对肝胃不和的头痛、恶心、呕吐等，治宜升清降浊，常用柴胡细辛汤加太乙紫金丹或左金丸。肝风内动的头痛、眩晕伴有肢体抽搐，治宜平肝熄风，用大麻钩藤饮。瘀滞在表，头痛头晕，面目瘀紫青肿等，治宜化瘀宣散法，用防风归芎汤。急性期如头痛，呕吐持续而剧烈，应加用利水消肿法，如用猪苓汤，葶苈大枣泻肺汤等加味。对诊断明确的颅内血肿，在严密观察下，可取益气化瘀法，用补阳还五汤加丹参。也可单纯用活血消瘀法，取颅内消瘀汤。

头部内伤后期，多由实转虚，患者气血失调，脏腑不和，虚象缠绵。以气血、肝肾虚损最为常见。对脾胃虚弱，中气不足者，症见头晕，面㿠、疲乏、胸腹胀满，饮食少进，舌质淡或胖，脉细弱。治宜补中益气、健脾和胃，用补中益气汤或安脑宁神丸等；肝肾阴虚者，症见头晕头痛，目眩耳鸣，咽干唇燥，腰酸遗精，舌质红，脉细数。治宜滋肾平肝，选用杞菊地黄丸，左归丸等；如肝火上炎，症见头晕头痛，目赤面红，口干便秘，苔黄脉弦。治宜清肝泻火，可用龙胆泻肝汤或大补阴丸；如宿伤瘀结，症见头痛剧烈，舌紫脉弦。治宜逐瘀散结，用黎洞丸，若兼气血虚者，佐服十全大补汤；恶心呕吐者，凡属肝气犯胃，有嗳气吞酸、胸胁胀闷，脘腹疼痛等症伴见，治宜舒肝和胃，用左金丸；凡属湿困脾胃，有泛泛欲恶者，治宜健脾燥湿，用平胃散加减；凡痰湿中阻，呃逆、呕吐频繁，苔浊腻脉濡滑，治宜化痰辟浊，可用小半夏加茯苓汤，虚甚则加人参，亦可服玉枢丹；心悸失眠较重者，凡属心血虚，伴见眩晕健忘，心神不宁，舌淡苔薄，脉细无力，治宜补血养心安神，用归脾汤；凡属心气虚，见心悸怔忡，气短乏力，汗出，舌淡胖脉细，治宜益气养心安神，用养心汤；凡属心肾阴虚，见目眩头晕，咽干唇燥，五心烦热，善惊易怒，多梦健忘，舌红脉细数，治宜滋肾养心，用补心丸；如合并偏瘫者，症见半身不遂，口眼歪斜，语言蹇涩，大便干燥，小便失禁，舌淡有瘀斑，脉弦细，治宜益气祛瘀，用补阳还五汤加丹参，并可配合针灸治疗。

对头部内伤的初期治疗，应该有选择地采用中医方法，或现代医学方法，或中西医结合的方法，这才有利于提高疗效。一般轻、中型的治疗，或重型急性期过后的治疗，可采取中医辨证论治，或中西结合治疗的方法。

颧骨和颧弓骨折

颧骨位于颜面的突出部，呈不整四角形，构成眼窝的前、外侧壁。其侧方突出和颞骨的颧突接合成颧弓，是嚼肌的起点。骨折的发生每为直接暴力如跌扑、车祸撞击面部侧方所致。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："两颧骨者，面上两旁之高起大骨也。"又云："打仆损伤，青肿坚硬疼痛，牙车紧急，嚼物艰难，鼻孔出血，两唇掀翻。"《伤科汇纂》云："颧骨与鼻唇相近，齿骨钓骨相连，若因损伤非惟唇肿齿痛鼻衄，即牙关亦紧急而不能嚼物矣。"

伤后颜面部肿胀，颧部凹陷畸形，若肿胀严重，凹陷常被掩盖，眼眶周围瘀斑明显。由于颧骨向下移位，或咀嚼肌痉挛而影响下颌骨喙突的运动，造成张、闭口运动受限。若伤及上颌窦时，可发生鼻出血；若伤及眶下缘，可使眼球稍下沉而出现复视；若伤及眶下视神经时，可出现颊部、鼻翼及上唇部皮肤麻木。

无移位的骨折和移位不明显的骨折不需要复位。对移位的骨折应立即复位，否则2周后骨折将畸形愈合。复位时，可在局部麻醉下进行，用手指或压舌板包绕纱布，伸入口腔前庭，在颧弓下向前外方推压骨折片，使之复位。由于复位后较稳定，所以一般不必固定。亦可用巾钳牵引法，或钢针撬拨法。

巾钳牵引法是用大号巾钳的一端先刺入颧弓部软组织，当巾钳的钩端到达颧弓的下方后，合紧巾钳，用力向侧方牵引，使之复位；钢针撬拨法是用钢针向外撬起凹陷之颧骨使之复位。

药物治疗，初期治宜活血化瘀、理气止痛，内服防风归芎汤，外敷三色敷药；后期治宜益气化瘀，健筋壮骨，温经通络，内服可选用补中益气汤、桃红四物汤、六味地黄丸、麻桂温经汤等，外敷温经膏，或用海桐皮汤熏洗。

下颌骨骨折

是最常见的面颌损伤。下颌骨古称地阁骨、颌颊骨和下巴骨。呈马蹄形，是口腔下半部的支架，为面骨中唯一活动的骨骼，分下颌体及下颌支两部，前者是下颌骨的水平部而后者则为其垂直部。骨折多为直接暴力所致，不慎跌扑，下颌部着地，或外力碰撞下颌部，均可造成。

下颌骨骨折以下颌角部骨折最多。若暴力传达到对侧，可使对侧发生骨折。若骨折线通过齿槽弓，则骨折与口腔相通，造成开放性骨折。容易引起继发感染。由于下颌骨是下排牙齿的固着部位，骨折后可引起牙龈肿胀，牙齿松动，甚至牙齿折断、脱落。因附着的筋肉较多，故在完全骨折时，极易引起移位。如骨折移位，则牙齿之序列也随着发生变动，使上下牙齿不能正常咬合，严重的暴力打击，还将并发颜面部其他部位或颅脑的损伤。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："地阁骨……上载齿牙，打扑损伤者，腮唇肿痛，牙车振动、虚浮，饮食不进，目闭神昏，心热神乱，气弱体软。"下颌骨骨折可分为牙槽弓内骨折和牙槽弓后骨折。牙槽弓内骨折又有牙槽骨折、下颌体骨折、下颌联合和下颌前部骨折。牙槽弓后骨折又有下颌角骨折、下颌支骨折、髁状突骨折和喙突骨折。

骨折后，患者多呈半张口状，有血涎流出，开口、闭口活动受限，咀嚼困难，不能咬合，言语不清楚，骨折局部肿胀、疼痛，压痛明显，面部呈不对称畸形，牙齿排列不齐，有松动或脱落，有牙龈出血。有移位骨折者可有异常活动和骨擦音。若粉碎骨折，由于两侧肌肉同时向内侧牵引，牙槽弓缩窄。必要时可作X线摄片检查。

骨折后，患者口咽部可能有血凝块、分泌物、呕吐物或异物，故必须清除，以预防发生窒息。有舌根后坠者，则应将舌拉出。无移位的骨折，不必固定，或仅用四头带包扎。有移位的骨折，应早期复位和固定，否则将影响咬合，造成永久性咀嚼困难。固定方法较多，若临时固定，可用四头带包扎，但不可向下挤压下颌，以免加重畸形。对牙槽弓内骨折，由于两骨折片上都附有牙齿，故复位后可用不锈钢丝牙间结扎固定。牙槽弓后骨折，由于骨折线不通过牙槽弓，整复和固定都较困难，必要时手术切开整复。不论有无移位，初期均可内服防风归芎汤，或正骨紫金丹，外敷三色敷药或双柏散。虚人或有目闭神昏者，见"头部内伤"条，辨证用药。此外，还可搽固齿散，用皁发散漱口，加速牙根肿痛的消散。骨折后期，给予调和气血，舒筋壮骨之品。

胸胁内伤

是指外伤波及气血、经络、脏腑，而以胸胁疼痛为主的一类病证。胸为肺之分野，肝经之脉由下而上布胁肋，胆经之脉由上而下循胸胁，胸胁内系心、肺、肝、胆所在。故胸胁内伤多与心、肺、肝、胆有关。它可能仅是单纯的内伤，也常与外伤皮肉筋骨，如肋骨骨折，胸壁挫伤等同时并见。

从《内经》开始的医学著作中，凡述及内伤几乎都有关于胸胁内伤的叙述。《灵枢·邪气藏府病形》云："有所堕坠，恶血留内。若有所大怒，气上而不下，积于胁下，则伤肝。""有所击仆……则伤脾"，"有所用力举重……则伤肾"。《世医得效方·正骨兼金镞科》"内损"项载大紫金皮散，用治"内伤肺肝，呕血不止"。并列出"颠扑损伤，或被伤入于肺者"、"左胁下伤透内者"二条胸胁内伤的危重证候。《正体类要》指出"跳跃挫胸闪挫，举重劳役恚怒"乃是引起胸胁内伤的原因，从内伤病因上作了阐明。《医宗金鉴·正骨心法要旨》有"胸骨附胁肋"、"岐骨"、"蔽心骨"等条，对胸胁部外伤同时伴有内伤的种种表现作了叙述。

病因　胸胁内伤主要由于①扑打撞击、挤压碾轧等所致。伤后每致络脉受损，血溢于外，瘀血停滞。②举重用力过度，迸气受伤，或转侧用力不当，闪挫伤气，气机阻滞而导致运化失职，络脉受阻。

病机　气血每相关联，瘀阻可致气滞，气滞亦可血凝，有伤气而后及于血，亦有先伤血而后及于气，严重时可气血同时受伤。治疗不当往往瘀化未尽，且伤后气血未复则运化无力，更难于化瘀散积，于是气虚宿瘀，虚实相杂。亦有积劳所伤并宿瘀积滞而虚实相杂者。肺居胸中，胁乃肝之分野，从脏腑来说胸胁内伤每多涉及肺、肝。肺主气，司呼吸，以清肃为顺。肝者将军之官，性动而主疏泄。损及胸部往往肺失肃降，伤及胁肋每使肝失条达。《素问·阴阳应象大论》云："气伤痛、形伤肿。"《景岳全书》卷二十五云："在气在血何以辨之，但察其有形无形可知之矣。盖血积有形而不移，或坚硬而拒按；气痛流行而无迹，或倏聚而倏散。"

辨证　(1)伤气：多见于挑担负重，用力不当，或搬物举重，迸气受伤，以致气机壅滞失宣。症见胸胁疼痛，痛无定处，伴有胸闷不舒，局部无明显压痛点，呼吸、说语和转侧活动每觉牵掣疼痛，舌红苔白，脉弦缓。

(2) 伤血：多由击打撞伤后，络脉损伤，瘀血停滞所致。疼痛局限、固定不移，畏摸拒按，患处肿胀。由于疼痛，故转侧或挺胸动作受限，坐卧活动不便，或有咳嗽、咯痰不爽。若郁瘀化热，可见发热口渴，瘀阻而津不上承，则但欲漱水而不欲咽。若伤及肺络则咯唾出血。

(3) 气血两伤：气血每有关联，故气血两伤最为多见，症见疼痛剧烈、烦闷，动弹不便，所言胸胁痛处较广而肿胀压痛局限于某处，呼吸咳呛牵引掣痛，欲咳不能，咯痰稠厚，发热口苦，渴不欲饮等。

(4) 陈伤：多因伤后未能及时治疗或治而未获根治，以致瘀血不散，结而不化，成为陈伤。症见胸胁隐痛，经久不愈，时轻时重，遇劳或气候变化则发，时有干咳，外无征象可据，或有局部压痛，苔薄白，脉细涩。

内治　治宜理气散结、活血化瘀。依伤气、伤血之辨而有所偏重，陈伤则当扶正散积兼顾。伤气者，重于理气散结，佐以活血化瘀，内服理气止痛汤或柴胡疏肝散；伤血者，重于活血祛瘀，佐以理气通络，内服选用复元活血汤、活血止痛汤，黎洞丸、三黄宝蜡丸。咯唾出血者，未必皆须止血，离经之血亦属瘀血，往往用活血药炒炭存性以得活血止血之功。咳嗽痰粘宜加人肃肺降气之旋覆花、苏梗，或清化粘痰之蛤壳、川贝母等；气血两伤者，当理气活血兼顾，可由上述诸方加减变化。陈伤者，虚实夹杂，治宜散瘀破积、兼益气养血，可用三棱和伤汤加减。无论新伤、陈伤，治愈后须益气养血以善其后，可选用补中益气汤、八珍汤等。

外治　局部外敷可选用双柏膏、三色敷药等，并予宽布围扎固定，多能消肿定痛，肿消痛减后再用损伤风湿膏。

肋骨骨折

是较为常见的胸部损伤之一。又称金井骨骨折、肋骨骨折、肋肢骨折损、肋断等。《理伤续断方》云："凡金井骨，在胁之下，有伤损不可夹缚，只是捺平令安贴平正，用黑龙散贴，绢片缚，两胁骨亦如此。"指出不论肋软骨或肋骨有伤损者，应"捺平令安贴平正"，不用夹板之类夹缚固定，但可用绢片缚，并敷贴伤药。《医宗金鉴·正骨心法要旨》在"胸骨"、"岐骨"、"凫骨"内亦对肋骨的命名、部位、及其与其他胸廓结构之间的关系作了论述。如曰："胸骨即髑骬骨，乃胸胁众骨之统名也。一名膺骨，一名臆骨，俗名胸膛。其两侧自腋而下，至肋骨之尽处，统名曰胁；

胁下小肋骨名曰季胁，俗名软肋；肋者，单条骨之谓也，统胁肋之总，又名曰胠。”“凫骨者，即胸下之边肋也。上下二条，易被损伤，左右皆然”，“岐骨者，即两凫骨端相接之处”。该书还就肋骨骨折之新伤轻重及日久陈伤等的临床表现及治疗作了叙述，并指出肋骨骨折还可以发生一系列严重的并发症：“若伤重者，内干胸中，必通心、肺两脏，其人气乱昏迷，闭目，呕吐血水，呃逆战慄者，则危在旦夕，不可治矣。”《伤科汇纂》还载有肋骨骨折的病案，肋骨骨折的整复和固定方法。

肋骨骨折多见于成年和老年人，儿童肋骨由于富有弹性，不易折断。直接暴力和间接暴力可造成肋骨骨折。直接暴力所致肋骨骨折，可能发生在暴力打击部。间接暴力如前后方向胸部挤压所致肋骨骨折，多在腋中线处。轻者仅可造成肋骨无移位的骨折，重者可多根多处骨折，骨折端可刺破胸膜，乃至心、肺等组织，形成如气胸、血胸等严重并发症。肋骨骨折多发生在第四—第七肋。由于第一—第三肋有锁骨和肩胛骨的保护，不易折断，第十一、第十二肋为浮肋，甚少骨折。肋骨居于胸膺，伤后不仅浅表瘀血凝聚，而且内通脏腑，可导致气机阻滞，肺失肃降，甚则肺络亦伤。若瘀血内蕴，不仅可致气血失和，尚易发生瘀血化热的现象，若患者素为虚羸之体，则可发生亏损的现象。

肋骨骨折后，局部微肿疼痛，深呼吸、咳嗽和喷嚏时疼痛加剧，甚则伛偻难仰，局部压痛明显，用双手挤压前后胸时，骨折处疼痛。若无移位的单根肋骨骨折，则外表无畸形可见，如属多根双处肋骨骨折，则局部塌陷不起，胸廓失去正常的弓形状态，并呈现反常呼吸运动，吸气时骨折处下凹，呼气时反凸起，使呼吸功能发生严重的障碍。若瘀血内蕴者，不论新伤宿损，疼痛终日，经久不消，胸膺拘急，肿胀难除，甚则骨折处高突畸形。若瘀血化热，上焦受犯，则胸痛身热，口渴欲饮，咳嗽咯痰不爽，或痰液黄粘，溲赤便秘。若热伤肺络，可见咯血咽干，低热缠绵。若伤后挟表，肺失肃降，则见形寒恶风，咳嗽不爽，咯痰清稀，口渴不欲饮。X线摄片检查，有助于明确诊断。但如骨折发生在肋软骨处，或软骨和肋骨交界处，或侧胸壁，则不易发现骨折线。

大部分肋骨骨折为闭合性无移位骨折，或仅有轻度移位。因此不必复位，愈合后对功能恢复并无影响。对移位较多者，则需要复位。《伤科汇纂》云：“予以手从背后向前抱之，一手按其不断之右肋，一手按其已断之左肋，稍以予胸对其脊背挤之，将左边断肋按捺平正，与右边好肋同，然后用膏药贴之，膏外用旧硬棉絮护之，再用细光布周身裹之三匝，又以宽带紧紧缚之两道，卧则以高枕承之，内服破瘀清热剂。”患者身体衰弱时，可采用仰卧位，背部垫高，医者用手摸准肋骨折端，令患者鼓气，使患处陷下之肋骨托起，医者再用推按手法将高凸部按平，即可复位。亦可对骨折端进行局部封闭后，医者用左右两手的拇、示指下捺或上提骨折端使之复位。复位后，妥善的固定，能有效地减少断端的活动，有利止痛，便于咳痰，减少坠积性肺炎的发生。一般常用的方法为先外敷三色敷药等，后覆盖以厚纸板，并用绷带作松紧适当的捆扎。或用宽约7—8厘米，长度超过患者胸围半周的胶布，在患侧自下而上，由后向前作叠瓦状固定，固定范围应为整个患侧胸胁部。如属多根双处肋骨骨折，以及开放性肋骨骨折，应妥善处理其并发症，并考虑手术治疗。

药物治疗，初期宜活血化瘀，理气止痛，佐以宣肺化痰之品，可选用复元活血汤或复元通气散等加减。如续骨生新加自然铜、骨碎补、地鳖虫；咳嗽痰多加宣肺化痰的前胡、桔梗，北杏仁等；咯痰不畅，可加清肺化痰的枇杷叶、川贝母等；咯血加活血止血的三七、藕节炭、茜草根、茅根炭；如见热象应加益气养阴的沙参、麦冬、石斛、太子参等。中、后期患者，治宜和营生新、益气养血、健筋壮骨，可选用八珍汤、归脾汤、补中益气汤或壮筋续骨丹等。

胸骨骨折

胸骨骨折较为少见。胸骨古称龟子骨、岐骨，剑突称为蔽心骨、鸠尾骨。《医宗金鉴·正骨心法要旨》指出胸骨骨折是“或打扑，或马撞”等引起。由于胸骨“内近心君，最忌触犯”，“重者必入心脏”，“轻者先按证用手法治之，再内服正骨紫金丹”等。

胸骨骨折的原因是直接暴力，以车马撞击、坠跌抢着硬物、房屋倒塌等造成前胸受挤压而致。外力使脊柱过度前曲也可造成胸骨骨折。骨折往往在体部或近于体柄交界部，亦有柄体分离者，多为横骨折，偶而呈现纵裂。严重的骨折移位时，下骨折段多重叠移位于上骨折段前面。

骨折后，胸骨区肿胀、疼痛，咳嗽、深吸气和抬头等均使疼痛加重。由此，头、颈、肩往往保持在前倾的位置。骨折移位可见高突畸形，并能摸到重叠的上下骨折端及骨擦音。严重者可发生血胸和骨折片压迫心脏和大血管，甚至造成死亡。胸骨侧位或斜位X线摄片有助于明确诊断。

对无移位骨折，局部外敷三色敷药或双柏膏，再放置毡垫或棉花垫，外用胶布交叉固定，肩部捆八字绷带，保护两肩后伸。平卧时，应在肩胛间垫薄枕以保持挺胸位置。内服药可见“肋骨骨折”条。一般6周左右可愈合。

对有移位骨折，应尽早在局麻下复位，患者仰卧，取头低足高位，背后垫薄枕使上胸部前凸，两手上举过头并后伸，医者用手下压向前移位的骨折端使之复位。复位后处理同无移位骨折。对柄体分离手法不能复位时，则考虑手术治疗。

气胸

是指伤后空气积聚于胸膜腔内。乃胸部损伤中常见

病证，也是肋骨骨折的严重并发症之一。历代文献虽无气胸或同类的名称，但是不乏关于气胸的临床表现和治疗的记载。如《备急千金要方》已有"为木石所窄，或因落马。……气绝欲死"的描述。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中叙述"岐骨"时提到其损伤重症见"神昏目闭，不省人事，牙关紧闭，痰喘鼻煽，久而不醒，醒而神乱"，较轻者"疼痛不止，胸满气促，默默不语"，这里包括了对气胸的临床征象的描述。

肋骨骨折的骨折端刺破胸膜或肺组织，外伤暴力所致气管、支气管、肺破裂，或者由利器穿破胸壁胸膜，均足以使空气进入胸膜腔，造成气胸。空气进入胸膜腔后，胸膜腔负压减少或消失，患侧的肺萎陷，并迫使纵隔偏移，健侧胸膜腔的负压也相应减少，使健侧肺也不同程度的萎陷。因此，影响了呼吸功能和血液循环。

按损伤的情况不同，气胸可分为三类：

(1) 闭合性气胸：空气进入胸膜腔后通道已闭塞，胸膜腔与外界大气不相通。如进入胸膜腔的空气不多，则可能无明显症状；如进入的空气较多，则有胸闷，气促等症。

(2) 开放性气胸：胸膜腔与外界大气直接相通，造成显著的呼吸困难，呼吸音低微、紫绀和气脱证。在胸壁可见开放性伤口，并听到空气进出的声音。

(3) 张力性气胸：损伤后的通道有组织活瓣作用，空气能进入胸膜腔，但不能完全排出，以致胸膜腔内压力不断增高，患侧胸膜腔内压力越来越高，患者呈现严重呼吸困难，呼吸音极度减弱或消失，紫绀，大汗和气脱证。气体还可由胸膜腔挤入纵隔和皮下，形成广泛的皮下气肿。

气胸多属气血两伤，治疗应按其证候，辨别伤气为主或伤血为主，或开胸顺气，或理气活血，或逐瘀通络。气滞闭结则开窍通闭，气血耗散当益元固脱。常用方剂有理气止痛汤、复元活血汤、黎洞丸、三黄宝蜡丸及苏合香丸、参附汤、生脉散等。闭合性气胸可用药物治疗，必要时穿刺抽气。开放性气胸及张力性气胸危候渡过后，多用胸腔闭式引流或结合药物治疗。

血胸

是指伤后瘀血积聚于胸膜腔内。《素问·脉要精微论》云："当病坠若搏，因血在胁下，令人喘逆。"《诸病源候论·卒被损瘀血候》中也提到："病人胸满唇萎，舌青口燥……其人言我腹满，为有瘀血。"《备急千金要方·被打第三》云："兵杖所加，木石所连，血在胸背及胁中痛，不得气息。"《外台秘要》引述了《肘后备急方》的"从高坠下，瘀血胀心，面青，短气欲死"。这些均提及到血胸的症状，并认为这些症状是瘀血在内所致，也提出了治疗方药。

血胸是由于心脏和大血管、肺、或者胸壁血管损伤所造成。心脏或大血管损伤往往不及救治。临床上常见的血胸多为肺或胸壁血管损伤所致，如肋骨骨折的断端刺伤胸膜和肺，火器或利器伤等，常同时存在气胸。血胸的症状随出血量不同而有差异。量少时症状并不明显，量多时有失血的表现，如面色苍白，脉微而数，呼吸表浅，甚则血虚气脱。

血胸多属气血两伤，伤血为主，故治疗时宜活血祛瘀，佐以理气止痛，可选用复元活血汤、活血止痛汤、黎洞丸、三黄宝蜡丸等。危候渡过后，对非进行性血胸可在伤后12—24小时行胸腔穿刺抽血。如积血较多，可分几次抽出。经4—5日抽吸后仍不干净者，可行胸腔闭式引流。对进行性出血者，可考虑手术治疗。

腹部内伤

是指腹部的气血、经络、脏腑损伤。《素问·缪刺论》云："有所堕坠，恶血留内，腹中胀满，不得前后，先饮利药。"《刘涓子鬼遗方》论治被打或金疮瘀血数方多针对腹内瘀血而设。《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘要》等关于堕跌落马石崩压窄受损的证候，凡属瘀血者，均以"腹胀满"、"腹满短气"等腹部症状为主，或"血居腹聚不出"。《理伤续断方》云："凡跌损，肠肚中污血，且服散血药，如四物汤之类。"《圣济总录》云："伤折腹中瘀血者，因高坠下，倒扑颠扑，气血离经，不得流散。"阐明了瘀血停结腹中的原理。对于腹部内伤的初期治疗，多以下法为主。如《正体类要》云："肚腹作痛，或大便不通，按之痛甚，瘀血在内也，用加味承气汤下之。"但是，如妄用寒凉攻下，常导致变患丛生。所以，薛己从自己的临床实践经验中总结了运用下法医治腹部瘀血的十一种变法。中医骨伤科学论述的腹部内伤系指腹部气血、经络、脏腑等多方面的损伤，亦有对某一脏器损伤的具体论述，但较少。如《诸病源候论·金疮断肠候》云："夫金疮断肠者，视病深浅，各有生死。肠一头见者，不可连也。若腹痛短气，不得饮食者，大肠一日半死，小肠三日死。肠二头见者，可速续之，先以针缕如法，连续断肠，便取鸡血涂其际，勿令气泄，即推内之。"此见，远在公元7世纪初，中国医学对腹部脏器损伤已有一定的研究，并能采用肠吻合术来治疗断肠。

本证是由于外力作用于腹部所造成，一般可分为开放性损伤和闭合性损伤。开放性损伤见于利器或火器所造成的腹部刺伤和贯穿伤；闭合性损伤见于拳击、脚踢、车撞等钝性暴力直接作用于腹部，或由高处坠跌，对冲力作用于腹部，亦可因地震，巨大爆炸等引起的空气和水的冲击造成腹壁屏挫伤及腹内脏器损伤。

腹伤轻则脉络破损，营血阻溢于经隧之内，气机阻滞壅塞络道；重则内动脏腑，甚至脏腑破裂，如不及时抢救，死亡率很高。腹壁开放性损伤常同时合并腹内脏器损伤，闭合性损伤如系屏伤，以伤气为主，如系挫伤，以伤血为主。

腹壁损伤　屏伤局限于腹壁，挫伤则可以并发内脏损伤。一般可分为伤气、伤血及气血两伤。

(1) 伤气:以胀痛、窜痛为主,疼痛范围较广,痛无定处,局部压痛不明显,伴有胸闷、咳嗽,舌质红苔薄白,脉弦滑。治宜理气散滞,和营活血,用复元通气散加减。

(2) 伤血:腹部疼痛,范围局限,痛处固定,压痛明显,伴有腹壁肿胀,活动加剧,重者日晡发热,不思饮食,咳嗽喘促,舌苔薄腻或黄腻,脉弦涩。治宜活血祛瘀、和营止血,用活血止痛汤加减。

(3) 气血两伤:具有伤气与伤血两者的特点,形成气瘀互阻之证。常见腹痛腹胀,心烦胸闷,腹壁局部肿胀,疼痛范围较广,且常有走窜移动,伴有低热,纳呆,失寐,苔厚腻,脉弦紧。治宜活血和营、理气止痛,用和营止痛汤或膈下逐瘀汤加减。

腹内脏器损伤 凡属于严重的闭合伤,多采取手术治疗。对无立即手术指征者,尤其是不需严格禁食者,可辨证论治。

(1) 血虚气脱型:症见神志恍惚,或烦躁不安,头晕眼花,面色苍白,口唇紫绀或色白,胸闷气急,或心悸气微,四肢逆冷,多汗口渴,舌淡苔薄或无苔,脉微弱或芤。治宜益气固脱,回阳救逆,用独参汤或参附汤加味。亦可结合针灸。

(2) 热毒型:伤后高热神昏或谵语狂躁,腹痛腹胀,腹壁僵硬,大便秘结,舌苔黄腻,脉洪大或数。此系伤后恶血外溢,瘀结腹中,致使热毒内蕴,邪入营血。治宜清营凉血、解毒通里,可用清心药、犀角地黄汤加减。

(3) 气滞型:凡损伤较轻者,症见脘腹胀闷,转侧牵制疼痛,痛无定处,纳呆肢软,便秘溲赤、苔薄腻或黄腻,脉弦滑或数。治宜行气活血、祛瘀止痛,用顺气活血汤或理气止痛汤加减。

(4) 血瘀型:症见腹痛剧烈,肢体卷曲,痛有定处,腹壁僵硬,腹胀拒按,恶心呕吐,便闭溲赤,苔薄黄或黄腻,舌质紫瘀,脉弦数。重者高热神昏,汗出肢冷,呕吐频繁,全腹僵硬胀满。此乃离经之血蓄于腹内,瘀阻经隧,或溢于脉外,致使络道不通,清气不升,浊气不降。治宜攻下逐瘀,用桃仁承气汤或膈下逐瘀汤加减。若有呕血者,是败血流入胃脘,用加味芎䓖汤。若有瘀阻,但正气已虚时,不宜孤行攻下,当补养温经而化其瘀,可用温经汤。若伤在少腹,症见少腹刺痛,小便癃闭或小便赤涩刺痛,或有尿血,苔薄或黄腻,舌质红,脉弦紧,此乃气滞血瘀之证,膀胱气化失司,下焦郁热所致。治宜清热利湿,凉血止血,用小蓟饮子加减。

(5) 肝郁脾虚型:伤后日久,由实转虚,症见腹痛隐隐,重滞不舒,喜手按摸,咳呛牵掣,遇劳尤著,饮食少思,形体消瘦,肝气郁滞而脾气受累。可用六君子汤加柴胡、当归、川芎。

腰部内伤

是指外力伤及人体气血、经络、脏腑后出现以腰痛为主证的损伤疾患。腰部外伤如伤筋、骨折等,往往并发腰部内伤。《素问·刺要论》云:"刺筋无伤骨,骨伤则内动肾,肾伤则冬病胀,腰痛。"说明外力作用人体,可导致肾的受伤、脊骨的破坏,而这种损伤又导致腰痛、酸胀等症。

在《内经》的基础上,历代医家多有发挥。如《金匮要略》云:"人年五六十,其病脉大者,痹侠背行……皆为劳得之。"《诸病源候论·腰背病诸候》将腰痛分为五类:"一曰少阴,少阴肾也,十月万物阴气伤,是以腰痛;二曰风痹,风寒著腰,是以痛;三曰肾虚,役用伤肾,是以痛;四曰臂腰,坠堕伤腰,是以痛;五曰寝卧湿地,是以痛。"关于臂腰痛,该书指出:"此损血搏于背脊所为,久不已,令人气息乏少,面无颜色,损肾故也。"说明突然损伤所造成的腰痛,久之不愈必伤肾。在治疗方面,仲景立"八味肾气丸",华佗创"夹脊灸"治劳伤腰痛,《肘后备急方》运用酒调杜仲散治外伤腰痛,巢元方主张用烫熨、针灸及导引。宋以后,对腰痛的药物治疗在理论上又有许多新的发展。明薛己强调治伤当温补脾胃和肾命,他在《正体类要》中记载"肾经虚怯"验案二条,都主张用温补肾经和脾胃之法来医治内伤腰痛,反对单纯用逐瘀克伐之品。发展至清代,有强调损伤专从血论的倾向。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"伤损腰痛脊痛之证,或因坠堕,或因打扑,瘀血留于太阳经中所致。"以后的伤科著作,多遵《要旨》之义,强调从血论治。

坠堕、跌打、闪挫是腰部内伤的直接外因,若其人素体虚羸,气血亏乏,或肾气不足,则伤后更易累及气血,导致气滞血瘀。《杂病源流犀烛》云:"气既滞,血既瘀,其损伤之患必由外侵内,而经络脏腑并与俱伤。"气血瘀滞,经隧不通,脏腑虚损,乃造成腰部内伤,此外还夹杂风寒湿邪,因而更增加本虚标实的特点。

伤气血 多为急性腰部内伤患者,有伤气与伤血之分,且有虚证与实证之别。

伤气属实者,表现气滞症状,多见于闪腰岔气之后,腰痛板滞,不能俯仰,疼痛范围较广,往往诉之有位,按之无形,且不易确定明显的压痛范围,多伴有胸闷腹胀等不舒,甚则呼吸咳嗽均能牵掣疼痛,苔薄白或腻,舌质边有紫色,脉弦或沉,治宜理气散结、活血祛瘀,用定痛丸或柴胡疏肝散等;伤气属虚者,多见于气分不足、素禀虚羸患者而闪腰岔气,偶见咳嗽喷嚏而诱发腰部内伤,除腰痛外,兼见面色㿠白,气短自汗,倦怠食少,大便溏薄,舌质淡或胖,苔薄腻,脉软弱,治宜补气,用四君子汤或补中益气汤。

伤血亦有虚实,实者瘀血内结也,症见腰痛如刺,固定不移,诉之有位,按之有形,可以触及明显的压痛点及腰肌痉挛,俯仰不能,屈伸如折腰状,局部肿胀有瘀斑。伴有腹胀、尿血、尿潴留、便秘,严重损伤可造成二便失禁,一侧或双侧下肢感觉迟钝,肌肉少力,或出现瘫痪,舌质边有瘀紫,苔腻或黄腻,脉沉紧或弦,治宜活血祛瘀、理气止痛,可选用地龙散、复元活血汤、血府逐瘀汤,若瘀阻

肾络而出现血尿等症，治宜凉血止血利尿，佐以祛瘀，用小蓟饮子，伤血后期，有气虚血瘀者，治宜益气化瘀，用补阳还五汤；伤血属虚者，见于损伤后亡血之人，如皮破肉绽，或肾脏破裂等，亦可见于血虚而外伤者，虽有血瘀证，但全身血虚症状更明显，如面色无华，心悸怔忡，惊惕不安，精神委顿，少气无力，舌质淡红苔薄，脉细弱，失血多者可出现芤脉，治宜补血，用四物汤、八珍汤或当归补血汤，若严重者可呈血气双脱，不省人事，大汗淋漓，四肢逆冷等，治宜补气、回阳、固脱，用独参汤或参附汤。

急性腰部内伤，历代多认为以实证、瘀血为主，论述也较明确。但单纯伤血或伤气者少见，往往以伤气偏重兼及伤血，或以伤血为重兼及伤气。应辨证分析，方能得出正确的结论。

伤脏腑　多为慢性腰部内伤。若内伤日久，气血结滞，必伤及脏腑。虚者乃脏腑损伤为本，实者则是外邪乘虚而入所致，临证往往虚实夹杂，宜注意辨证。一般可分为肾虚腰痛、脾虚腰痛。肾虚又有阴阳之异，凡肾阳虚腰痛者，恶寒肢冷，下利清谷，遗尿阳痿，多尿或余沥不尽，面色苍白，语音低微，舌淡胖苔薄，治宜温补肾阳，用右归饮、补肾活血汤等；肾阴虚腰痛者，多兼肝阴虚，症见头晕目眩，面有颧红，心烦胸闷，咽痛耳聋，时有低热，舌光少津，脉细弦或沉，治宜滋阴益肾，用大补阴丸、左归丸或六味地黄丸；脾虚腰痛，多为脾阳虚，症见食少倦息，面黄或有呃逆，腹胀肠鸣，大便溏薄，其人腰痛引及少腹，不可以仰息，舌淡苔薄，脉细数，治宜健脾益气，用参苓白术散加减。

此外，还可结合针灸、按摩，在腰部外用坎离砂加醋热敷，或用熏洗方煎汤熏洗，或贴温经散寒、活血壮腰类的伤膏药。

伤筋

各种暴力或慢性劳损等所引起筋的损伤。统称伤筋。又称软组织损伤。伤筋一名，早见于《素问·宣明五气》："久行伤筋。"筋的范围比较广泛，主要是指筋膜、肌腱、韧带，还包括皮下组织、部分肌肉、关节囊、关节软骨等组织。

病因病机　筋与十二经脉相联配合，故有十二经筋之称。筋多在关节部位结聚，《素问·五脏生成》云："诸筋者，皆属于节。"筋肉有联络维系全身，约束骨骼，组成关节，司全身关节之运动，与骨配合协同，以保护脏腑。所以《灵枢·经脉》云："骨为干，脉为营，筋为刚，肉为墙。"根据各部分筋肉的功能，有阴筋和阳筋之分。阳筋指背侧的伸肌，外侧的展肌；阴筋指腹侧的屈肌，内侧的收肌。正常时，两者能相互协调运动，若阳筋急则反折，阴筋急则俯偻。

筋有赖于脏腑的功能正常，气血充盛，经络通畅。盖肝主筋，血养筋，肝血充盛，肝气疏泄调达，筋则得其所养，表现为关节活动滑利灵活，强劲有力。若肝血不足，肝气不舒，则不能濡养于筋，筋肉关节则萎软无力，屈伸不利；脾为后天之本，输送水谷之精气，充养筋肉。若脾失健运，化生之源受阻，筋肉则失其濡养。因筋骨相依，肝肾同源，精充髓足，则筋强骨坚，筋肉方能发挥正常运动功能。在各年龄期间，由于肝肾盛衰不同，故筋肉的强弱表现也不一致。如儿童时期，发育未成熟，肝肾精气未充，故筋骨软弱无力；青壮年时期，肝肾发育成熟，故骨骼坚硬，筋肉强健有力；到老年时期，肝肾已衰，则骨脆筋萎无力，形体疲乏懒动。由于关节部为肌腱、韧带等组织聚结联络之处，所以伤筋多发生于关节。关节又是经络气血会合通行之要道，不能有瘀血或风寒湿邪凝聚。如《灵枢·本脏》指出："是故血和则经脉流行，营复阴阳，筋骨劲强，关节清利矣。"若关节因外伤或感受风寒湿邪，多必有瘀血、风寒湿等外邪停聚于关节部位，从而阻碍气血的正常通行布散，致使筋脉挛急，作肿作痛，关节屈伸不利。

伤筋多发于青壮年，常见于活动多，负重大的部位。筋肉等软组织受到外力的直接打击、冲撞、挤压可引起挫伤；间接外力作用于关节，引起筋肉受到牵拉，或扭转可引起扭伤。肢体某部之筋肉受到一次持久的或反覆多次而连续牵扯、摩擦、扭转等，其负担超过生理限度，产生过度疲劳，致使气血凝滞，筋骨失养而引起慢性伤筋，又称劳损。急性伤筋如果失治或治疗不当，迁延日久，则瘀血凝结，局部可有肥厚，粘连，以致伤处气血滞涩，血不荣筋，导致筋肉挛缩萎废，亦可转为缠绵难愈的慢性伤筋，又称陈伤。

《素问·脉要精微论》载有："腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣。"《诸病源候论·腰背病诸候》云："肾主腰脚……劳损于肾，动伤经络，又为风冷所侵，血气击搏，故腰痛也。阳病者不能俯，阴病者不能仰，阴阳俱受邪气者，故令腰痛而不能俯仰。"说明某些腰腿痛不但与劳损、动伤有关，也与肾虚有关。

伤筋之后，局部血运滞涩，或劳累之后，汗出当风，或坐卧湿地，则风、寒、湿邪乘虚侵袭，引起伤瘀挟痹，病情变得更加复杂难愈。

伤筋分类有多种，按不同形式的暴力损伤分为扭伤和挫伤两类；按病程长短则可分为急性伤筋和慢性伤筋；根据伤筋的病理变化，又可分作瘀血凝滞、筋位异常、筋断裂等类型。①瘀血凝滞系指筋膜、肌肉的脉络受伤，但无筋膜、肌肉、韧带的断裂或撕裂，不致引起严重功能障碍者。②筋位异常即筋歪、筋翻、错缝等，可摸到肌腱、韧带位置有改变。③筋断裂包括肌肉、肌腱、韧带的断裂，伤后功能丧失，或出现异常活动等。《医宗金鉴·正骨心法要旨》把伤筋病变分作"筋强、筋柔、筋歪、筋正、筋断、筋走、筋粗、筋翻、筋寒、筋热"等不同病证。

辨证　伤筋的辨证，可通过四诊及摸量法，收集各种临床资料，必要时结合 X 线摄片等检查加以综合分析，作出诊断。急性伤筋的主要症状是疼痛，瘀肿、功能障

碍，局部热感，压痛范围较宽，甚则拒绝检查。若肌腱、韧带断裂者，伤时都有撕裂感，关节有异常活动或失稳感；慢性伤筋，起病缓慢，或由急性伤筋迁延而来，症状较急性为轻，自感肢体胀痛乏力，劳累后加重，休息后减轻。伤处多无明显肿胀，有轻压痛，有时亦可放散他部。有的患处尚可触及增粗肥厚或条索状物。若伤筋日久，可遭受风寒湿邪侵袭。

对伤筋患者，要注意检查压痛点，压痛部位往往就是病灶所在，对慢性伤筋患者尤为重要，同时要注意检查关节活动功能情况以及关节有无异常活动。必要时可作X线检查，以排除骨关节疾病。伤筋患者，可由于肌腱附着点的牵拉而引起小骨片撕脱；若血肿处理不当，可引起创伤性骨化，而有疼痛及关节功能障碍；关节部的伤筋，后期可出现骨刺或关节软骨面的炎症而引起骨性关节炎；此外，还可并发神经损伤、关节内软骨损伤等。

治疗 必须辨证施治，常用方法有理筋手法、内外用药、固定和功能锻炼。临证中，多采用两种以上的综合治疗方法，这样能相互协同，增强疗效。病证轻者，常常用外治法即可治愈。较重者，则应内外兼治。用手法治疗时，多宜轻柔和缓，用力轻重适当，做到法之所施，使患者不增其苦，切忌粗暴手法。筋肉喜温而恶寒，故须用寒凉药时，中病则止，以防寒凉太过。同时，伤处宜保暖，勿感风寒。筋肉之特有功能为运动，故治疗的始终，宜配合适当的功能锻炼，以防伤后筋肉挛缩粘连、或萎软无力。

理筋手法 临床上应用范围较广，历代医家对理筋手法积累了丰富的经验，尽管流派不同，手法不一，其原理和目的是一致的。常用的手法有按、摩、揉、搓、捏、推压、摇、击打、抖、拿、滚、点穴等法。

(1) 按法：是以手指指腹、掌心或掌根往下按压的手法。本法有活血祛瘀、消肿止痛、松解肌肉之功。适用于局部脉络损伤、皮下出血、肿胀较重和筋肉粘连患者。

(2) 摩法：是以手掌面或手指指腹，贴于皮肤表面，作直线或盘旋形来回摩动。若轻而缓慢，力量只达皮肤表面者，称表面抚摩法。快速的摩动，按压力量达皮下组织者，则称为摩擦法。摩法有活血行气、散瘀消肿、温经散寒、解痉止痛之功。表面抚摩法适用于急性伤筋有肿痛者。摩擦法适用于慢性损伤、陈旧性损伤、风寒疼痛者。

(3) 揉法：是以手掌或拇指、四指指腹按压于皮肤上，作圆形揉动，或呈螺旋形向前揉动。揉动力量浅者只达皮下组织，深者可达筋骨。本法有活血散瘀、消肿散结、舒筋止痛之功，多用于慢性损伤、筋肉紧硬不舒者，或急性损伤1周后瘀血肿胀未消者。

(4) 搓法：是以两手掌指关节自然伸开，以掌部紧贴于肢体局部的相对侧，两手同时用力，作方向相反的来回搓动。施行手法时，两手配合要协调，动作要连续，力量要均匀，频率一般较快，以每分钟150—200次为宜，并持续2—3分钟。本法有温通经络、活血止痛之功。能消除筋肉酸胀疲劳，使筋肉舒利，增加关节活动范围。常用于四肢、肩、膝关节和臀部、胸、腰背劳损。

(5) 捏法：是拇指与四指分开，握压肢体，以适当力量，作一松一紧的捏合动作，操作时，频率约每分钟60次左右。手指、足趾，或肌腱部位的损伤，可用拇指与示指、中指操作。若拇指在操作时配合揉动手法，则称揉捏法。捏法有舒筋活血，解除肌肉痉挛疼痛之功。多用于四肢慢性损伤，肌肉痉挛、疲劳酸痛等症。

(6) 推压法：是用手掌或手指，紧压于皮肤上，沿筋络的走行方向推动，推压力量达深层组织，常用有直向推压法和双手操作的分向推压法。本法有舒筋通络、理顺筋肉、行气活血、消肿止痛之功。常用于腰背四肢扭挫伤或伤后筋肉移位、痉挛疼痛、肿胀不消散等。

(7) 摇法：即摇动关节之法，又称摇晃法。用一手握关节近端，另一手握关节远端，作屈伸、内收外展、内旋外旋、环绕旋转等被动摇晃关节的活动。此法操作时，亦可两手皆握于关节的一端作被动摇晃活动，如摇晃髋部、肩部。活动幅度由小到大，以患者能耐受的活动范围为限。本法有松解粘连、灵活关节、利于关节功能恢复之功。多适用于关节损伤中后期、慢性损伤，或外感风寒引起之筋肉挛急、关节粘连、活动受限者。此法多在摩、擦、揉、捏等手法之后进行。

(8) 击打法：是用手或器械，直接击打肢体的一种方法。用手时，手指伸直，以手的尺侧缘（即小鱼际肌和第五掌骨的尺侧缘）击打，又称掌侧击；若手自然伸直，以手掌而拍打，又称拍击。若用圆如钱大之木棒等轻轻击打，又称"振梃法"。操作时，力量不可过大，以患者感舒适为宜，击打时应有节律感，速度以每分钟60—120次为宜。击打法有行气活血、散瘀止痛、消除肌肉紧张之功。常用于腰背、臀部及四肢肌肉丰厚处。适用于慢性损伤，运动后肌肉疲劳，胸腰部的扭闪岔气或皮肉瘀血未散者。

(9) 抖法：是抖动关节的一种手法。即以一手固定关节的近端，另一手握肢体的远端，作上下、左右的快速抖动。抖法又有牵抖法和用于腰部的背抖法之分。有解痉止痛、松解筋肉关节粘连的作用。常用于腰、肩、肘、腕、髋等部位的急、慢性损伤或外感风寒引起之关节功能受限，亦可用于腰椎间盘突出症等。本法常与摇法配合运用。

(10) 拿法：是以拇指与示、中指或拇指与其四指的指端将肌肉或肌腱用力捏着片刻，然后松开的一种强刺激手法。此法又称拿捏法。若拿着肌肉后，将其提起，然后在放开的同时用手指如提弹弓弦状，以拨动所提之筋肉的方法，又称弹筋或提弹法。拿法是一种强烈刺激的理筋手法，有舒筋活血、解痉止痛之功。多施用于四肢躯干的肌腱、肌束，如斜方肌、肱二头肌，前臂的伸肌、屈肌、腰大肌、股直肌、股二头肌、腓肠肌、跟腱或经穴，如风池、内关、外关、阳陵泉、阴陵泉等穴。适用于慢性劳损、陈伤或风寒湿所致的筋肉挛缩、麻痹、萎缩，以及急性扭伤引起的肌痉挛而无肿胀者。

（11）滚法：是以手的小鱼际掌、尺侧或第3—第5掌骨的背侧有节律地进行旋前旋后的来回滚压。手应紧贴皮肤、随着前臂和手腕的旋转而滚动，以及顺筋肉走行方向进行。压力宜适当，对筋肉的表浅部位病变、急性损伤、体弱者，滚压力宜轻；对肌肉厚实部位、慢性损伤、体壮者，滚压力宜重。本法有舒筋活络、祛风散寒、解痉止痛之功。多用于腰背、臀、肩及四肢的慢性劳损、新伤，以及面积较大的筋肉不舒。

（12）点穴：又称经穴按摩、穴位按摩、指针、穴道按摩等。本法以经络学说为理论根据，有与针刺疗法相类似的作用。是用手指在经穴上施于按压、推、揉、拨、拿、捏等手法以刺激经穴，以达到按其经络，通郁闭之气之目的。取穴原则同针刺疗法。每个穴位一次按摩时间不少于30秒，并可重复。本法有通闭解痉、行气活血、舒筋止痛，调和脏腑，平衡阴阳的作用。常用于急性扭伤，岔气、筋肉痉挛不舒，关节功能障碍、筋肉关节劳损、陈伤、风寒湿痹以及内脏疼痛等症。操作时，以顺经按摩为补，逆经按摩为泻，力量轻而和缓手法为补，力量重而快速的手法为泻。故急性损伤，邪实者宜重而快速的逆经手法推拨；慢性劳损、陈伤、体虚者多宜轻而和缓的顺经手法推揉。

施法时须密切观察患者神色，并询问感觉，防止晕厥的发生。年老、体弱、孕妇、月经期皆应慎用手法。施术部位患有皮肤病、皮肤破损、痈、疽、骨痨或其他骨病者，皆应禁用理筋手法。要求医者平素应熟练、灵活地掌握手法的操作，一旦临症，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出，所施之法，使患者不觉其苦。

药物治疗　多采用内外用药等综合治疗。急性伤筋的初期及中期，瘀聚未化，肿痛较重，治宜活血祛瘀、消肿止痛，对症状较轻者，可选用跌打万花油、茴香油等搽擦局部，肿痛较甚者，可选用三色敷药、消瘀止痛药膏等外敷，对红肿较明显者；可选用四黄散、双柏散、清营退肿膏等。初期肿痛剧烈时，可内服云南白药、三七末或七厘散等。中期患部肿痛初步消退，可选服舒筋汤、舒筋活血汤、补筋丸或加减补筋丸等。

伤筋后期及慢性伤筋，疼痛持续不愈，活动功能欠利者，以活血止痛为主，外用宝珍膏或万应膏等。如患处苍白不温，筋膜肿硬拘挛者，可选用四肢损伤洗方、八仙逍遥汤、海桐皮汤、骨外洗二方等熏洗患处以温经止痛、滑利关节。对风寒痹痛者，亦可用腾药、熨风散等蒸熟后在患处腾熨。内服宜养血和络，祛风宣痹、补肝肾、壮筋骨，可选用小活络丹，活血酒、大活络丹、补肾壮筋汤等。

针灸疗法，拔火罐　针灸取穴多"以痛为俞"或循经取穴和取对应穴，中等强度刺激。

水针疗法　选用如当归注射液类的中药注射液直接注人病变部位及邻近俞穴的方法。

对肌腱、韧带完全断裂者，应根据具体情况考虑非手术治疗或手术修补。

护理　伤筋患者既要适当限制受伤局部的活动，以免加重损伤，又要指导患者作有益的活动，以促进气血的流通，加强功能的恢复。具体方法可见"功能锻炼"条。

颈部伤筋

是指由于外力的作用，使颈部某些筋肉受损而痉挛疼痛，活动受限的病证。颈部筋肉与颈椎协同，有支托头部和稳定颈部的作用，并能使颈部作前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转等各种功能活动。因其活动频繁、方向多、范围大，故易发生损伤。颈部伤筋多为单侧。由于颈部筋肉多与头、肩、背相联系，故颈部伤筋后，往往牵掣头部或肩、背部疼痛。

病因病机　颈部急性伤筋，多因直接或间接外力作用，使颈部骤然扭转、牵拉而致。如在高速车上突然减速或停车时，颈部猛然前屈后仰，或重物打击于头部，或体育运动中头部触地时姿势不正，均可使颈部伤筋。亦可见于搬抬重物或攀高时用力过猛致伤。钝器直接打击可致颈部筋肉挫伤，但较少见；颈部慢性伤筋，多由于长时间低头工作，使颈部后侧筋肉处于持续紧张状态，或遭受多次的牵拉外力而致。若急性伤筋失治，迁延日久亦可变为慢性伤筋。颈部慢性伤筋，气血耗损，且多有风寒外邪乘虚侵袭，故多虚、多寒，病情复杂难愈。

颈部急性伤筋，多有明显的扭、挫、牵拉的外伤史，伤后颈部疼痛，活动受限。挫伤者，可见患处肿胀或皮下瘀斑。扭伤者，多无明显肿胀。检查患处肌肉痉挛，甚至如条索状。局部压痛明显，并可牵掣头部或肩背痛，颈项强硬，头向患侧歪斜，下颏歪向健侧，活动功能受限。若被动将头偏向健侧时，疼痛明显加重，颈部不能主动向患侧旋转。检查时宜注意有无神经损伤，若疑有骨折脱位，应摄X线片进一步确诊。

颈部慢性伤筋者，多有颈部持久操劳或有陈伤和反覆损伤史，症状出现缓慢，较急性损伤轻微，自觉颈部容易疲乏，酸软疼痛不适，或重坠无力感，劳累后加重，受冷加重，遇热则舒。局部有轻压痛，筋肉微紧张，颈部活动多无明显受限。若病程较长，年龄在40岁以上者，肝肾渐衰，外邪侵袭致使经络不通，则可出现肩、臂、手指麻木疼痛。

治疗　颈部伤筋，以手法治疗为主，结合药物、针灸、牵引疗法，配合颈部练功。因急性挫伤而出现疼痛者，治宜活血祛瘀、消肿止痛。内服选用七厘散、和营止痛汤或定痛和血汤加减，外敷消瘀止痛膏或双柏散。若肿胀明显者，可加三棱、莪术，或大黄、乳香、没药。待肿胀消退后，可施用理筋手法；若急性扭伤后，颈部筋肉痉挛疼痛，转动不灵，属筋走，筋歪或筋挛之征。治宜理顺筋络、解痉止痛，以理筋手法治疗为主。

理筋手法　常用有下述三法。第一法，患者取坐位，医者立其身后。首先在局部表面外擦舒活酒或跌打万花油后，作数次较大范围的抚摩，然后以拇指和其余四指从

上至下揉捏3—5分钟，以舒利筋肉，缓解痉挛疼痛。接着在经穴上用按压、分拨、推揉手法作经穴按摩，中等强度刺激，主穴可选用阿是穴、风池、天柱、肩中俞，配穴可选落枕、昆仑、缺盆、外关、后溪，用中等力量拿捏弹拨斜方肌、胸锁乳突肌，并从上至下推揉理顺颈椎两侧之筋肉，约3—5分钟。最后，一手托其下颌，一手扶托枕部，双手逐渐将头颈向上拔伸，同时，使颈部作前屈、后仰、左右旋转、侧屈，以活动颈椎关节，理顺颈部筋肉。再从上至下作1—2分钟推压或摩擦手法，大部分患者即感颈部疼痛基本消失，活动趋于正常。

第二法，是施行上法之后，将患侧前臂反置背部，使其手指能摸及对侧肩胛下角处。此时患侧肩胛骨的脊柱缘则离开胸壁而翘起，医者以拇指掐人翘起之肩胛前方，顺此骨的内缘由下向上作推揉、拨筋手法，反覆4—5次。完毕后，放下患侧前臂，医者一手用力按压患侧颈后肌腱，一手压患者头部，使其强作屈颈低头并向健侧旋转活动，以牵拉颈背筋肉，使其处于紧张状态，持续约5—10分钟。最后，以轻柔和缓手法提弹数次。此法适用于头、颈夹肌和颈段骶棘肌的损伤。运用手法时，宜稳重持续，忌躁然猛力。

第三法，是施行第一手法后，在斜方肌或胸锁乳突肌的压痛点作按压推揉1分钟，然后立于患者健侧后外方，一手推压于患侧肩锁部，另一手压于患侧颞部向另一侧拉压，使头颈部向健侧侧屈和微向前屈或微后仰，以牵引患侧筋肉。用同样方法，在健侧施行一次。最后，在颈部两侧顺斜方肌或胸锁乳突肌的走行方向，作推压、揉捏手法2—3分钟。此法适用于斜方肌、胸锁乳突肌伤筋。

颈部慢性伤筋者，治宜舒筋通络、活血养血。可以手法治疗为主。具体操作同第一法，操作时间约15—20分钟。若肩、臂、手指麻木疼痛者，可采用坐位或卧位颌枕牵引，重量多为4—6公斤，每次30分钟左右，每日1—2次。牵引重量和时间长短应因人而异。牵引后可配合按摩，亦可热敷。内服选用强筋丸、正骨紫金丹、骨质增生丸、小活络丹、大活络丹等。每天应坚持进行颈项功能锻炼，并配合自我按摩。练功方法见“功能锻炼”条。

推拿疗法 主要治疗小儿先天性肌性斜颈，治宜舒筋通络，活血散瘀。先用示、中指罗纹面或偏峰揉患处，自上而下往返操作，再用示、中指、环指的罗纹面在患处沿胸锁乳突肌从上至下进行推动弹拨，然后用拇指与示指对称提拿胸锁乳突肌，配以捻捏，最后用扳法，把头向两侧旋转扳动，在扳向健侧时稍停留片刻，以作被动牵引，来回数次，并可配合湿热敷。在左右旋转扳动时，应逐渐增大活动幅度，不得超出生理范围；湿热敷时应注意避免烫伤皮肤。

失枕

是指由于睡眠时体位不正，或枕头过高，当风受寒所致的急性颈项强痛。又称落枕。首见于《素问·骨空论》：“失枕在肩上横骨间。”本证多发于冬、春两季，20岁以上的成年人发病较多。轻者4—7日可自愈，但易反覆发作。重者可绵延数周。

病因病机 可因睡卧之时，枕头过高或过低，或睡熟而长时间姿势不正，致使一侧筋肉处于过度牵拉扭转而致。亦有身体素虚或颈部有慢性劳损隐患之人，睡卧当风受凉，风寒之邪侵袭局部而发。《诸病源候论·失枕候》对失枕的病因有专门论述：“失枕，头项有风，在于筋脉间，因卧而气血虚者，值风发动，故失枕。”《伤科补要·脱下颏》对本证的因、症、理、法、方记载较详，指出：“夫人之筋，赖气血充养，寒则筋挛，热则筋纵，筋失营养，伸舒不便，感冒风寒，以患失颈，头不能转。使患人低坐，用按摩法频频揉摩，一手按其头，一手扳其下颏，缓缓伸舒，令其正直，服疏风养血汤可也。”

辨证 失枕后，颈部酸胀疼痛不适，并可牵掣头部昏晕胀痛，颈部强硬，头常歪向患侧，活动不灵，不能自由旋转后顾，如向后看时，须整个躯干向后转动。触摸时，患侧颈部肌肉紧张，呈条索状，并较健侧高突，有压痛。

治疗 以理筋手法为主。

理筋手法 患者取坐位，医者用拇、中、示指分别按压在天柱、风池等穴，约3—5分钟，往下推按数次，以弹筋手法，捏拿患侧肩部肌肉数次，并向左右前后旋转和摇摆数次。继而一手托其下颌，一手扶于枕部，使头略向后仰，来回连续作左旋右旋活动。在患者颈部放松的基础上，迅速将头向患侧旋转到最大活动范围，使下颌朝向患侧锁骨，同时，医者松开双手，此时可听到弹响声，患者即感轻松，转动自如。最后，用理筋手法，徐徐在颈后和肩部按摩3—5分钟以理顺筋肉。手法后宜加强颈项功能锻炼，枕头应高低适宜，并注意颈部保暖。

针灸疗法 配合针灸，主穴选用阿是穴、落枕、肩中俞，配穴选用风池、缺盆、后溪、昆仑等，强刺激。配合拔火罐疗法，有一定效果。

药物治疗 治宜舒筋活络，祛风散寒。虚者可扶正祛邪，即活血养血、温通经络之法。可选用葛根汤、桂枝汤、羌活胜湿汤、小活络丹等内服。虚者可选用舒风养血汤、独活寄生汤加减，以扶正祛邪。外用海桐皮汤或骨外洗二方煎水湿热敷。

推拿疗法 患者均取坐位。

胸锁乳突肌痉挛型：①点按：风池、翳风、天鼎、气舍、缺盆、外关、合谷。②㨰项肩部，配合转颈。③按揉桥弓（胸锁乳突肌），结合弹拨。④拿桥弓。⑤颈椎摇法。头前屈15°，左右扳法（用以伸展该肌，不必求有弹响声）。

斜方肌痉挛型：①点按风池、风府、大杼、风门、肺俞、颈胸夹脊穴、肩井、天髎、巨骨、秉风、天宗、外关、后溪。②㨰肩背部，配合转颈。③按揉颈胸夹脊穴和冈上窝。④两拇指分推左右斜方肌，顺其肌纤维走向。⑤颈椎摇法和斜扳法。

肩胛提肌痉挛型：①点按天髎、曲垣、肩外俞、附分、风池、上颈段夹脊穴。②滚肩胛骨内上方，配合颈肩屈伸。③按揉颈夹脊穴，结合弹拨。④两拇指分推肩胛骨内缘。⑤颈椎摇法和斜扳法。

以上三型均以拿肩井、搓肩背部和叩击(或拍)肩背部结束。

对于肌痉挛性失枕，斜扳法起肌肉牵引作用，不可追求弹响，滥施暴力。对颈椎后关节紊乱所致者，可行颈椎复位法，以消除神经刺激。

肩部伤筋

主要是指肩部筋肉扭挫伤和慢性劳损。肩关节是人体活动范围最大的关节，其稳定性依赖周围之筋肉维护，故肩部筋肉损伤的机会较多。举重、攀高、投掷、体操等活动若用力过猛，或肩关节过度的被动牵拉扭转，可引起肩部关节囊、筋膜的损伤或撕裂；重物打击肩部，可引起肌肉或脉络的损伤或撕裂。肩部筋肉若遭受反覆摩擦、牵拉，可致慢性劳损。

辨证　急性伤筋者，局部肿胀、疼痛，以外展外旋活动时疼痛明显，活动功能障碍。直接暴力所致者，肿痛较甚。若冈上肌撕裂，则肩外展60°—120°范围活动疼痛。若肱二头肌长头肌腱撕裂，则肩外展、外旋、屈肘时疼痛明显；完全断裂，则屈肘时肌腹隆起，屈肘力量减弱。

慢性伤筋者，起病缓慢，肩部渐起疼痛，乏力，活动受限，严重者微肿，病程长者可引起局部肌肉萎缩。

治疗　可采用理筋手法、药物治疗和功能锻炼相结合。

理筋手法　急性伤筋初期可先理筋，以疏通气血、消肿止痛。患者正坐，患肢放松，医者用掌根轻轻抚摩3—5遍后，再用掌根或拇指指腹自肩峰向下理顺肩部至上臂的筋肉，并推压、揉捏之，重复5—6次，然后在阿是穴、肩髃、肩贞等穴压、掐、拿、揉，使有酸胀感，每穴约半分钟，再用双手搓揉肩臂，使有温热舒适感为止。最后双手握患侧手腕，肩外展60°，肘关节伸直作连续不断的抖动半分钟左右。损伤较重、筋肉撕裂者，可先作药物治疗，待肿痛稍减后再作理筋手法。

急性伤筋后期或慢性伤筋者，可先用拿捏肩部和上臂部，自上而下，疏松筋络，然后以肩部为重点，自上而下揉摩，以舒筋活血，再拨动及点按肩部、肩胛冈上部，以理顺筋络，最后医者一手扶住患肩，一手托住肘部，将肩部摇转并尽量外展，先向前摇转4—5遍，再向后摇转4—5遍。

药物治疗　初期宜活血祛瘀、消肿止痛，内服活血止痛汤或肢伤一方，外敷消瘀膏或双柏散；中期宜活血舒筋，内服舒筋活血汤或壮筋养血汤，外用舒活酒外擦；后期及慢性伤筋者，宜温经通络，内服宽筋散、小活络丹或蠲痹汤，外用海桐皮汤或五加皮汤熏洗。若肌腱断裂，经手法理顺后断端分离仍较大者，可考虑手术治疗。

推拿操作　治宜舒筋通络，活血祛瘀，滑利关节。患者取坐位，医者先以揉法或推法施于压痛点及其周围；接着按揉压痛点，以酸胀为度；擦患部；并配合肩关节的外展内收等被动运动；最后用搓法结束治疗。

严重的肩部急性伤筋，由于瘀肿难消，易于造成粘连和迁延成慢性伤筋，故要注意动静结合，尽早进行功能锻炼，制动时间也不宜太长。若伤筋较重者，可用斜"8"字绷带固定，并用三角巾悬吊患肢约2—3周。肿痛减轻后，应逐步练习肩关节的各方向主动活动，使肩关节功能尽早恢复。

漏肩风

是肩部受凉或外伤后而引起肩关节疼痛和运动受限的病证。见于清高秉钧著《疡科心得集》。本证因肩部活动明显受限，形同冻结而称肩凝证、冻结肩；因该证多发于50岁以上的患者，而称五十肩、老年肩；亦称肩臂不举、肩关节周围炎等。是临床常见的一种慢性病证，尤以妇女为多。

病因病机　发病多为年老体弱，肝肾亏损，气血不足，以致筋失濡养，关节失于滑利，加之风寒湿邪乘虚侵入，致使寒凝筋膜，经络阻滞，气血运行不畅，引起局部疼痛及活动障碍。少数患者可因外伤(如肱骨外科颈骨折、肩关节脱位)而诱发，上肢骨折若固定时间太长，或在固定期间不注意肩关节的功能锻炼，亦可发生本病。

辨证　主要症状是肩部疼痛、活动功能受限。初时疼痛较轻，以后疼痛渐增，昼轻夜重，患者多不能明确指出痛点，肩关节外展、外旋、内旋、后伸、前屈等功能受限，严重者不能做穿衣、梳头、洗脸等动作。局部无明显肿胀，肩前、后、外侧均有压痛，外展功能受限，主动、被动举肩时，肩部随之高耸。严重者，肩臂筋肉萎缩，尤以三角肌明显，病程一般在1年之内，较长者可达数年之久。

部分患者可自行痊愈，但时间长，痛苦大，功能恢复不全，积极的治疗可缩短病程，加速痊愈。

治疗　漏肩风的治疗往往需较长的疗程，常用理筋手法，练功、内外用药、针灸等综合治疗。

理筋手法　有解痉止痛、松解粘连、恢复功能的作用。筋肉痉挛疼痛为主时，宜解痉止痛，手法应轻柔和缓。

操作时嘱患者端坐，用舒活酒作肩部表面抚摩和较轻的揉捏按摩。待疼痛减轻以后，再用捏搓手法，用力由轻至重，透达深部组织，再由重至轻，约10—15分钟。在肩髃、肩髎、巨骨、肩内陵、天宗、臑上、曲池等穴用拇指指腹作按、掐、揉手法。然后用分筋手法推按肩关节周围的筋络。再以一手放在患侧肩上固定肩部，另一手握患侧手，徐徐用力向下牵引，同时上下、左右来回抖动，使抖动之力传达肩部。然后，医者位于患侧后方，同样以一手放

在患侧肩上固定肩部，另一手握患肢肘部，在适当牵引之下，以肩关节为轴心，缓缓环绕摇晃上臂，逐渐加大幅度。再将患肢被动上举、外展、外旋、内收搭肩、后伸、内旋。最后，重复快搓、轻捏手法结束。在做每一个动作时，均会产生不同程度的疼痛，故必须用力适度，以患者尚能忍受为宜。

药物治疗 治宜祛风散寒，活血通络、补益气血。内服小活络丹，每日1—2次，每次1丸，空腹用陈酒或温开水送服。或内服黄芪桂枝五物汤、独活寄生汤、或三痹汤等。若因外伤有瘀滞者，加穿山甲、鸡血藤；偏寒者，加熟附子；游走疼痛者，加威灵仙、钻地风；面色萎黄，身疲乏力，脉虚无力或沉细者，加党参、当归。外贴宝珍膏、温经通络膏或跌打风湿膏药。并可配合针灸治疗。

推拿操作 初期以疏经通络、活血止痛为主，手法宜轻柔缓和；后期重在松解粘连，滑利关节，手法应适当加重。①点按法。选取肩髃、肩贞、天宗、曲池、外关、合谷等穴，以行气止痛。②揉肩前部。配合患肢的外展，内收和旋转。③揉前后部。配合上述被动活动。④托肘摇肩法。幅度由小到大。⑤扳法。行肩关节后伸扳法、外展扳法和内收扳法。勿用暴力。⑥拉臂端肩法。患者坐位，医者站在患者的患侧稍后方，一手握住患肢腕部向下牵位，一手屈肘以前臂钩住患肢腋窝向上端提，如此相对牵拉3—4次。本法适用于后期肩关节功能障碍者。⑦抖法。以双手握住患者腕部，外展患肢45°左右，在向外下方略作牵拉的同时，作患肢的上下抖动，务必将抖动波送至肩部。抖法亦可单手操作。医者以拇指、中指、环指和小指握住患肢的示、中二指略作牵拉，以示指托住患者的掌心向上作节律性发力，由此将抖动波送达患肩。后法医者较为轻松。⑧搓肩臂法。患者坐位，医者下蹲以调整高度，用双手小鱼际肌夹住患肩，在略向上夹持的同时，作方向相反的快速搓揉。然后过渡到以双手掌面夹持上臂，一面搓揉，一面缓缓向腕部移动。由上而下反覆3—4次。注意搓动要快，移动要慢。

备用手法：①肩部掌振法。以掌心置于患肩疼痛最甚部，连续行振法3分钟以上。频率宜快，振幅宜小，要求有热感向患肩深部渗透。此法镇痛效果很好。②肩部擦法。以小鱼际擦法作用于患肩，透热为佳。局部须涂以冬青膏等介质。③肩部膏摩法。以生附子、生半夏、生南星、川芎、川椒、桂枝、桑枝、羌活、姜黄、细辛、红花等温经通络、行气活血药物制成软膏，以指摩法施于患肩。

治疗期间，应坚持功能锻炼，可做肩外展、前屈、后伸、旋后等动作，如"弯腰划圈"、"上肢回环"、"手指爬墙"、"手拉滑车"等功式，可见"功能锻炼"条。以防止再粘连和促进功能恢复。

肘部伤筋

是指肘部筋肉扭挫伤和慢性劳损，临床上较常见。肘关节由肱骨远端及尺、桡骨近端构成。伸屈在0°—140°之间。关节由关节囊包裹，其周围有内、外侧韧带及伸肌群、屈肌群的肌肉、肌腱等包裹，维护其稳定和伸屈旋转活动。环状韧带使上尺桡关节稳定。

病因病机 肘关节是活动较多的关节。直接或间接暴力均可引起肘部伤筋。儿童及青壮年多发。跌扑时，手掌着地，肘关节呈伸直过度外展，致肘部内侧遭受牵拉外力，造成尺侧韧带及前臂屈肌群附着点的损伤。或外力强度扭转，致使肘关节扭伤。跌扑时肘部着地或直接暴力的打击，可造成肘部挫伤。

辨证 肘部伤筋后，局部肿胀、疼痛，关节屈伸功能受限。重者可见青紫瘀斑，肿胀压痛明显，肘关节多呈半屈伸位，活动功能障碍。若肿胀压痛在肱骨内上髁，多为肘关节尺侧韧带及前臂屈肌腱损伤；若在鹰嘴部呈半圆球形或椭圆形肿大，并可触及皮下滑动或移动感者，则为鹰嘴部滑囊损伤。若关节严重肿痛，可能是肘关节脱位后已自动复位，易误认为单纯伤筋而忽略再度脱位的可能。重证后期可出现血肿钙化，影响肘关节的伸屈功能。必要时可摄X线片以排除骨折、脱位等损伤。

治疗 初期以理筋手法为主。

理筋手法 从前臂中段至上臂中段作表面抚摩1—2分钟，并外擦舒活酒或跌打万花油，以缓解肌肉痉挛。然后再由下至上轻按捏1—2分钟，以消散肿胀。中、后期手法时间可稍长，并增加揉捏、摇晃屈伸手法，以使关节舒利，禁止作被动粗暴的牵拉和伸屈活动。

药物治疗 初期宜行气活血、消肿止痛，可内服七厘散，外敷三色敷药、双柏散或清营退肿膏。中、后期宜活血生新、舒筋活络，内服正骨紫金丹或补筋丸，并用海桐皮汤或上肢损伤洗方煎水熏洗。

推拿疗法 治宜舒筋通络，活血祛瘀。第一种治疗方法：患者取仰卧位，医者先用揉法辅以拿法施于压痛点和肘关节周围，在手法治疗的过程中，配合肘关节屈伸被动运动，最后以揉法施于肘和前臂。第二种治疗方法：按揉患部，酸胀为度，并作肘关节伸屈和旋内旋外被动运动，最后擦热患部，肿痛明显者可加湿热敷。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》对肘部损伤的处理指出："其斜弯之筋，以手推摩，令其平复，虽即时能垂能举，仍当以养息为妙。"故早期患肢宜用三角巾悬吊，肘关节置于屈曲90°功能位，以限制肘关节的伸屈活动，并嘱患者多作手指伸屈握拳活动，以利消肿。2周后肿痛减轻，可逐步练习肘关节的伸屈功能。

腕部伤筋

是指腕关节及其周围的韧带、肌腱等的损伤。腕部有腕关节囊、三角软骨、掌侧和背侧韧带、肌腱等组织，结构较复杂。有屈伸、尺偏、桡偏及旋转等多种功能，使手部活动灵巧。由于活动频繁，故伤筋较多发生。多见于

成年人。

病因病机　腕部伤筋多为间接的突然扭转外力所致。如跌扑时，腕关节在过度背伸或掌屈位着地，前臂迅速扭转，或搬抬、提拉重物而腕部用力过猛或不当，以及劳动或运动时腕部突然遭受伸屈、扭转的暴力，均可使腕关节发生骤然强力的伸屈或扭转而导致本病。亦有因腕关节长期处于背伸桡偏状态或反覆旋转劳动而逐渐形成损伤。直接暴力引起腕部挫伤较少见。

辨证　腕部的急性伤筋，多有明显外伤史，轻者腕部微肿、压痛。若尺侧副韧带损伤，多有桡偏受伤史，如将腕关节桡偏则疼痛加剧；伤重者，韧带破裂，可导致下尺桡关节分离，腕部肿胀，尺骨小头松动感明显，向背侧隆起，且易前后推动，腕关节增宽。前臂作旋前或旋后运动时，腕部出现疼痛。久则握力减退，主动旋转手腕时，可听见响声。多数患者于尺骨小头的远端背侧间隙或尺骨茎突远端桡侧间隙处有明显压痛。X线片多无异常发现，如下尺桡关节分离者，正位片可见其关节间隙增宽，侧位片可见尺骨小头向背侧移位。

治疗　若下尺桡关节分离者，宜手法复位。

手法复位　医者一手握患手，用另一手拇指按压尺骨小头向掌侧，以纠正背侧移位，然后用拇指和其余四指将尺桡骨对向挤捏，以纠正侧向分离。术后用合骨垫包绕下尺桡关节，外用二块夹板将腕关节固定于功能位3周。固定期嘱患者主动屈伸肘关节和握拳、伸指练习。肿消痛减之后，治宜养血活血、舒筋活络，内服正骨紫金丹或补筋丸，用海桐皮汤熏洗，并配合按摩治疗：医者一手握患手，另一手从手部至前臂作表面抚摩手法1分钟，揉捏2—3分钟。然后弹拨腕掌、背侧肌腱和韧带数次，接着一手捏着下尺桡关节以作固定，另一手作腕关节的屈伸、尺偏、桡偏和摇晃活动数次。幅度和次数宜逐渐增加，切忌粗暴及在下尺桡关节失去挤压固定情况下进行操作。最后以表面抚摩数次结束。待患手用力握拳无痛感时，方可逐渐练习腕关节的旋转活动。

药物治疗　腕部急性伤筋，治宜活血祛瘀，行气止痛，内服七厘散或活血止痛汤，外敷三色敷药或双柏散。腕部慢性损伤或陈旧伤患者，腕部酸痛无力，多无肿胀，劳动后疼痛明显，休息后则减轻。宜养血强筋、舒筋活络，内服正骨紫金丹，外用海桐皮汤或骨外洗二方熏洗，并可用弹力护腕保护。

推拿疗法　治宜舒筋通络，活血散瘀，滑利关节。患者取坐位，医者用揉法施于腕部尺桡远端关节处；待肿痛减轻后用滚法，并配合腕关节屈伸被动运动；最后用搓法。

掌指、指间关节伤筋

是指掌指、指间关节的韧带、肌腱和关节囊等软组织的损伤。掌指和各指间关节，均属滑车状关节。各关节以关节囊、屈伸肌腱及韧带维护固束之。掌指关节的损伤以第一、二、五掌指关节较多见。指间关节损伤，各指均可发生，由于第四指的灵活性较差而更易受伤。

病因病机　掌指、指间关节伤筋，以扭挫伤较多，常因外力的冲碰撞击，或跌扑时手指掌侧部触地，掌指或指间关节产生强烈扭转、牵拉、挤压，致使关节超过正常活动范围而受伤。当手指伸直位时，指间关节两侧之韧带紧张，使关节无内、外收展活动，在这种情况下，最易受伤。如在球类运动或日常生活劳动中，骤然而强烈之外力，使手指过度伸屈或尺偏、桡偏，则可发生关节的伸屈肌腱、韧带、关节之损伤。重者可发生韧带断裂。陈伤者，多因伤后未能及时治疗或治疗不当，或患者久病、体弱等，使损伤久不痊愈。

辨证　指间关节伤筋，以远侧指间关节多见。伤后指间关节肿胀、疼痛，常处于伸直位，严重者手指不能伸屈，少数患者可伴有关节边缘撕脱骨折。若并发脱位，则有明显畸形；若发生半脱位，可伴有软骨面的塌陷。检查患指关节明显压痛，作被动侧方活动时疼痛加重。如侧副韧带断裂，则指关节不稳，有侧向异常活动。

若指伸肌腱在掌指关节近侧断裂时，掌指关节不能伸直，而指间关节因蚓状肌及骨间肌牵拉仍可伸直；若中央束断裂，则近侧指间关节不能伸直，而远侧指间关节反被侧腱束拉成过伸畸形。若指伸肌腱在远侧指间关节断裂，则远侧指间关节肿胀、疼痛，末节手指下垂屈曲畸形，不能自主伸直，形如锤状，故名“锤状指”。X线摄片常可见末节指骨基底部的背侧有小骨片被撕脱。

检查时若指屈深肌腱断裂，则固定患指中节而令患者屈远侧指间关节时，如不能活动，则为断裂；若指屈浅肌腱断裂时，医者将除患指外的其他3个手指固定于伸直位，让患者屈患指近侧指间关节，如不能活动，则为断裂。若两种方法检查手指关节均不能屈，则为深、浅屈肌腱均断裂。

若陈伤者，可见筋挛筋萎，或骨节强硬、屈伸受限。严重者可发生关节骨质坏死，形成创伤性关节炎。X线摄片可见关节间隙变窄、骨赘等。

治疗　初期治宜活血祛瘀、消肿止痛、舒筋活络，内服七厘散或正骨紫金丹，外敷四黄散、双柏散或清营退肿膏。若肿胀灼热疼痛者，可外擦舒活酒表面抚摩。若肿胀较轻者，可用按摩理筋手法，使筋复位。

理筋手法　局部先以舒活酒外擦，抚摩患部及周围，然后医者左手托患手尺侧掌背部，右手第三、四、五指握着患指远端，向远端轻缓地拔伸牵引片刻，以加宽关节间隙，使卷曲之筋得以舒展，又缓缓地摇晃患节，再用右手拇、示指轻轻捏着患节，以拇指轻压凸起之伤处，再由上而下地轻轻推压，以理顺筋络。若筋伤断裂者，应顺筋方向轻轻推压，将分离之组织推回原位，使其续接，并轻压片刻以镇定，使之贴附牢固。此法可重复2—3次，直至患指无侧凸、成角畸形。

后期治宜调理气血、温经通络、壮筋养筋，采用按摩、药物等治疗。按摩时，先用舒活酒外擦患部及周围，并以手掌抚摩数次。然后医者一手托着患手掌部尺侧面，另一手用拇、示指在患部由下而上地揉、捏、拿数遍，再以拇、示指腹作揉、推患指掌侧和背侧，自下而上 3—5 次。最后，循经取穴，用经穴按摩法（同初期）。每日 1—2 次。

推拿疗法　治宜舒筋活血，消肿止痛。患者取坐位，医者用擦法及捻法施于患指关节周围，并配合指关节屈伸被动运动，患指可施以擦法，以热为度。早期患指应作适当的固定，晚期需加强指关节伸屈等的自主性运动锻炼。

对有侧弯畸形者，初期可用铝板或夹板固定患指于功能位 2—3 周，去除固定后，用中药熏洗，并进行功能锻炼；若手指末节伸指肌腱断裂者，可用铝板或塑料管形指套将患指近侧指间关节尽量屈曲，远侧指间关节过伸位固定 4—6 周；若屈肌腱断裂，则手握棉团呈半握拳状，外用绷带包扎固定于功能位 4—5 周。伸、屈肌腱断裂时，可考虑手术治疗。

髋部伤筋

是指髋部周围筋肉的扭挫伤。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云："胯骨，即髋骨也，又名髁骨。若素受风寒湿气，再遇跌打损伤，瘀血凝结，肿硬筋翻，足不能直行。筋短者，脚尖着地，骨错者，臀努斜行。"髋关节周围的筋肉比较丰厚坚实稳固，故损伤的机会较少。本病多发于儿童。跌仆、跳跃、奔跑时，髋关节过度外展、内收、屈曲、后伸所致。髋关节周围筋肉可能撕伤或断裂，圆韧带、关节囊水肿或有嵌顿现象。

受伤后髋部疼痛、肿胀、跛行，呈拖拉步态，患侧腹股沟部或股骨大转子后方压痛明显。患侧下肢外观变长者较多，少数患侧下肢外观变短。患肢变长者，臀部肌肉紧张，患肢呈外展外旋位，压痛范围较广，患髋内收内旋时疼痛加剧；患肢变短者，股内收肌群紧张，患肢略呈内收内旋位，外展外旋时疼痛加剧。X 线片无异常改变。

本证主要采用理筋手法和药物治疗。理筋时，患者取俯卧位或仰卧位，医者在髋部痛点作按压揉摩 3—5 分钟，使紧张的肌肉松弛。然后在仰卧位，助手固定骨盆，医者一手握患肢踝上，另一手扶持膝部，轻柔缓慢地将髋关节屈曲、内收、外展、转摇，以舒顺筋肉，嵌顿的圆韧带或关节囊亦可松解。

药物治疗，宜活血祛瘀、舒筋活络，内服舒筋活血汤或舒筋丸，外用八仙逍遥汤或骨科外洗一方熏洗或湿热敷患部。严重髋部伤筋患者，应卧床休息或患肢暂不负重，以利早日恢复。

推拿疗法，治宜活血祛瘀，滑利关节。患者取健侧卧位，医者先用掌揉法施于压痛点；再用擦法施于压痛点及其周围部，在手法治疗的过程中配合髋关节屈、伸、内收、外展的被动运动；最后用搓法。

膝部伤筋

是指膝关节周围的肌腱、韧带、关节囊、滑膜等的损伤。多发于青壮年，尤多见于体育运动员和搬运工人等。膝关节是负重较大的关节，其稳定性主要依靠周围的肌腱与韧带维持。因此，膝部周围的筋肉容易遭受外力而损伤。

侧副韧带损伤　膝关节两侧各有坚强的副韧带附着，以加强关节的稳定。在屈膝位时膝关节过度扭旋，或膝伸直时，外侧或内侧遭受撞击、挤压，迫使膝关节过度外翻或内翻，可引起侧副韧带的扭伤、部分撕裂或断裂。一般以内侧副韧带损伤为多见。严重损伤者，可合并膝关节囊、交叉韧带或半月板损伤。伤后局部瘀斑、肿胀、疼痛、压痛明显，膝关节屈伸不利，跛行。

韧带断裂时，局部可触及韧带断裂的凹陷，侧向试验阳性，双膝关节（内翻或外翻位）X 线正位片显示韧带损伤处关节间隙增宽。初期治宜活血祛瘀、消肿止痛，内服正骨紫金丹或活血止痛汤，局部外敷一号新伤药或双柏散；中、后期治宜养血、壮筋、活络，内服壮筋养血汤或补肾壮筋汤，外用海桐皮汤或骨科外洗二方熏洗。

韧带扭伤及部分撕裂者，肿痛稍减后，可用拇指顺侧副韧带走向，由上向下或自下向上轻轻推压，以舒顺筋络，然后揉捏膝关节上下使气血畅通。韧带部分撕裂者，还应固定膝关节于屈曲 20°—30°的功能位 3—4 周，并初期进行股四头肌舒缩锻炼，以防肌萎缩。解除固定后练习膝关节屈伸活动。

外侧副韧带完全断裂，多用非手术治疗，固定 6 周左右；内侧副韧带完全断裂，可考虑手术修补。

交叉韧带断裂　交叉韧带又称十字韧带，位于膝关节之中，前交叉韧带能限制胫骨向前移位，后交叉韧带能限制胫骨向后移位，此二韧带对膝关节的稳定有重要作用。当强大暴力撞击小腿上端的后方，可使胫骨向前移位，造成前交叉韧带损伤。当强大暴力撞击小腿上端的前方时，使胫骨向后移位，造成后交叉韧带损伤。严重者可伴有膝关节脱位、胫骨棘撕脱骨折、侧副韧带和半月板的损伤。伤后膝关节有严重肿胀及疼痛，关节松弛，不能伸直，功能丧失。抽屉试验是检查交叉韧带的重要方法，检查时患者仰卧，屈膝 90°，足平放床上，医者双手握住小腿上段用力前后推拉，如胫骨向前移动度明显增大，则为前交叉韧带断裂，反之则为后交叉韧带断裂，部分撕裂者则该试验为阴性。

损伤初期，治宜活血祛瘀、消肿止痛，内服活血止痛汤或桃仁四物汤，外敷一号新伤药或双柏散，若关节内积血较多者可穿刺抽吸干净；中期，治宜活血舒筋，内服壮筋养血汤或生血补髓汤，外擦舒活酒；后期，治宜补养肝肾、温通经络，内服补肾壮筋汤、小活络丹。肿胀消退后，

可用手法理筋,以膝部为中心作揉按、轻搓,促进气血循行。部分撕裂者,可将患膝用夹板固定于伸直位3—4周;合并胫骨棘骨折轻度移位者,可将患膝固定于屈膝10°—15°位6周,并及早进行股四头肌舒缩锻炼。解除固定后,可练习膝关节屈伸活动,并逐步练习扶拐行走。

髌腱损伤 髌腱是伸直膝关节的主要装置之一,比较坚厚。蹬跳时,若股四头肌强力收缩使膝部伸直、肌力集中于髌尖及胫骨粗隆附丽部,暴力超过髌腱的负荷能力时,则可造成髌腱部分撕裂或断裂,但较少见。青少年因筋肉柔弱,若过多的跑跳或过度用力伸膝,使髌腱长期受到牵拉,可致髌腱劳损。

伤后局部肿胀、疼痛,行走不便,屈伸不利,严重者不能站立,在髌尖下有固定痛点。若髌腱完全断裂则主动伸膝功能丧失,髌骨有不同程度的向上移位。股四头肌收缩时,髌骨上移,股四头肌放松时,髌骨则下移不明显。触诊时有明显压痛,并摸到凹陷。部分撕裂者,主动伸膝力量减弱。髌腱劳损者,自觉髌尖部疼痛、乏力,主动伸膝时疼痛明显,股四头肌萎缩,髌尖部压痛,髌尖区边缘增厚,髌腱变粗变硬。

损伤初期,治宜祛瘀、消肿、止痛,内服和营止痛汤或七厘散,外敷一号新伤药或消肿止痛膏。中期,治宜活血养血、舒筋活络,内服壮筋养血汤或正骨紫金丹。后期及慢性劳损者,治宜补肾壮筋,内服补肾壮筋汤或舒筋汤,外用海桐皮汤熏洗。

部分撕裂者,初期可用手法理筋,患者仰卧,患膝伸直放松,医者推髌骨向下,以拇指理顺髌腱,使裂隙对合。在髌骨上缘放抱骨垫,以胶布粘贴,将患肢固定于伸直位3—4周;后期及慢性劳损者,可用较重的揉搓、揉捏手法按摩。韧带完全断裂者,可考虑手术治疗。

膝部伤筋也可配合推拿,治宜舒筋通络止痛,活血散瘀消肿。患者取仰卧位,医者先用掌揉法施于压痛点及其周围部;随后用轻柔的𢶍法或擦法,并配合膝关节伸屈的被动运动。

踝部伤筋

或称踝关节扭伤。是指踝关节遭受内、外翻和扭转牵拉外力,而引起踝部筋肉的损伤。踝关节内侧有三角韧带,外侧有腓距韧带和腓跟韧带,胫腓骨下端之间又有胫腓联合韧带,是保持关节稳定的重要韧带。踝部外侧韧带薄弱,故损伤最为多见。可发生于任何年龄,但以青壮年多见。

病因病机 踝部急性伤筋,多因跌扑、跳跃、行走不平道路,上、下楼梯或斜坡时不慎,当踝关节处于跖屈位时,距骨可向两侧轻微活动踝关节则不稳定,使关节内翻或外翻而引起踝部伤筋,可并发骨折脱位。

辨证 ①外踝伤筋,又称踝部内翻损伤。临床多见。症见外踝部前下方肿胀,压痛明显,局部有瘀斑,足着地用力时疼痛加剧。足被动内翻时,疼痛加重,而外翻则不明显。严重者可合并外踝撕脱骨折。②内踝伤筋,又称踝部外翻损伤。因三角韧带坚强,故较少发生损伤。症见内踝部前下方肿胀,压痛,足被动外翻时疼痛加剧。一般症状较外踝伤筋为轻。严重者可合并骨折脱位。X线摄片可协助诊断。

慢性伤筋,因多次反覆的轻微损伤所致,也可因急性损伤后不及时治疗或治疗不彻底,迁延日久而造成,时肿时痛,经久难消,劳累后加重,休息后减轻,且常因风寒湿邪侵袭,天气变化时疼痛加重。

治疗 以药物、理筋、推拿等综合治疗。

药物治疗 急性伤筋早期治宜祛瘀消肿、行气止痛,内服可选用七厘散、活血止痛汤、桃红四物汤、局部外敷活血散或双柏散,较重者并可用托板或绷带胶布作适当固定。内翻损伤者,将踝关节固定于背伸外翻位;外翻损伤者,将踝关节固定于内翻位。固定时间约2—3周。解除固定后,可用海桐皮汤熏洗。

理筋手法 新伤尚可配合按摩治疗,按其经络以通郁闭之气,摩其壅聚以散瘀结之肿。辨证选用抚摩、捏、推压、摇晃等手法。可先点按复溜、绝骨、丘墟等穴,然后医者一手握足跟部,另一手用舒活酒外擦抚摩,掐复溜穴以镇痛,用大、小鱼际肌揉足部以消肿,并从患处向上推压至小腿部,由下而上理顺筋络,反覆数遍,使瘀肿消散。损伤后期,若局部粘连时,按摩手法力量宜增大。可行揉捏、推压手法,推压应直达小腿中段。拿商丘和丘墟穴,并摇晃踝关节,最后作足外翻或内翻活动以解除肌肉痉挛、松解粘连。亦可配合针灸疗法,选取昆仑透太溪,强刺激。对肿痛较严重者,宜抬高患肢,并作主动的功能锻炼。反覆扭伤,关节不稳者,可用护踝或将鞋底后外侧垫高,防止内翻损伤。久治不愈之踝部伤筋,治宜活血壮筋,内服正骨紫金丹或壮筋养血汤,外用海桐皮汤熏洗。对并发骨折、脱位者,可见"踝部骨折与脱位"条。

推拿疗法 治宜舒筋通络,活血祛瘀。患者取仰卧位,医者先用掌揉法施于患部,待酸痛有所减轻后,再用𢶍法,在手法治疗的过程中,配合踝关节屈伸和内外翻的被动运动;然后按揉同侧阳陵泉穴,以酸胀为度;擦外踝至小腿部。如内出血严重,24小时内禁用此法治疗。

以腓侧副韧带损伤为例:急性期(48小时之内),治宜止血消肿、解痉镇痛。患者取俯卧屈膝位。

①点按足三里、阳陵泉、绝骨,以行气止痛。②拿承山,以舒筋。③加压掌振法。以掌心置于腓侧副韧带的损伤处,(虎口相对外踝),行掌振法3分钟以上。本法镇痛效果极好,且有压迫止血之功。或代之以拇指按压法,以拇指指腹轻压患部(相当于丘墟穴)5分钟。④如已出现血肿,可以虎口部向心性推揉小腿,促进瘀血回流以消肿。推拿后以弹性绷带加压包扎。患者应取仰卧屈膝高抬腿体位休息。

备用手法:①冰块按摩法。置冰块于胶袋或塑料袋

内,代替手指进行局部按揉推拿。此法适用于损伤即刻,有止血镇痛之功。②手穴按摩法。根据人体生物全息理论,选取与踝关节有对应关系的同侧腕关节进行推拿治疗。重按第三、四和四、五掌骨歧缝间,至有酸、胀、麻感;拔伸环指并环摇之;按揉腕关节、拔伸腕关节、摇腕关节。由于下病上取,故此法可避免加重局部损伤,疗效独特。

恢复期(48小时以后),治宜活血祛瘀,消肿止痛。患者仰卧或取坐位。①点按足三里、阳陵泉、绝骨、昆仑、丘墟、解溪、太冲等穴。②按揉患部周围和小腿,可配合踝关节轻度摇法。③患部掌擦透热。④拔伸摇踝法。摇踝的幅度和力度适中。如为陈旧性损伤,幅度宜大,手法可较重。

备用手法:踝部膏摩法。以生附子、生南星、生半夏、川椒、川芎、木瓜、独活、红花、牛膝等温经通络、行气活血药物制成软膏,指摩患部。

跟腱损伤

是指因外力作用所致的跟腱部分撕裂和断裂。《医宗金鉴·正骨心法要旨》云:"跟骨者,足后跟骨也,上承胻辅二骨之末,有大筋附之,俗名脚挛筋。"跟腱附着于跟骨结节,是人体最强大的肌腱,能承担负重步行、跳跃、奔跑等强烈牵拉力量而不易被拉伤。跟腱损伤临床较少见。但一旦损伤,则严重影响功能。

直接暴力和间接暴力均可致跟腱损伤。直接暴力多为切割伤,跟腱可部分或完全断裂,断端较整齐,腱包膜多同时受伤;间接暴力多为跟腱受到骤然强力牵拉所致,如从高处跳下前足着地,在跑跳时小腿三头肌猛烈收缩等均可致跟腱部分撕裂,甚至完全撕裂,断端参差不齐,腱包膜完整。多见于运动员、演员、搬运工人等。

跟腱损伤后,跟腱部剧痛、跛行、足跖屈无力,而且伸屈受限。局部肿胀、瘀斑、压痛明显,足背伸时疼痛加剧,如跟腱完全断裂,可扪及断裂处有凹陷。若直接暴力所致者,必须在伤口检查跟腱是否全断,全断时近端向上收缩。

间接暴力所致者,可用铁丝托板固定膝、踝关节于屈曲20°—30°位。初期治宜祛瘀、消肿、止痛,内服桃红四物汤或肢伤一方,外敷一号新伤药或消肿止痛膏,中、后期治宜活血壮筋、舒筋活络,内服壮筋养血汤或宽筋散。3—4周后解除固定,进行功能锻炼,并可配合按摩。完全撕裂者,宜手术缝合。开放性损伤者,清创后进行跟腱修补缝合术,用铁丝架固定膝、踝关节于屈曲20°—30°位,4—6周后解除固定,进行功能锻炼。

跖趾部伤筋

是指足部和趾部的筋腱、筋膜、关节囊的急、慢性损伤。多由间接暴力所致。如从高处坠下、行走不慎,或道路不平而造成足之内翻内收,使跗跖关节扭伤;或足部踢碰东西,造成趾间或跖趾关节的扭伤。直接暴力的打击、压轧,可造成挫伤。严重者合并开放性骨折、脱位。

跗跖关节伤筋,多有足部内翻损伤史,足外侧骰骨与第四、五跖骨关节处压痛,足背外侧肿胀明显或见皮下青紫瘀斑;跖趾关节伤筋,可见局部肿胀,跖骨间隙压痛明显。行走时,用足跟着地以减轻跖趾部疼痛;如为趾间关节伤筋,症见跛行,局部肿胀、疼痛或瘀斑,关节屈伸受限,重者可有一侧韧带撕裂。

损伤初期,治宜活血祛瘀、消肿止痛,内服可选用复元活血汤、七厘散或桃红四物汤。外敷三色敷药或双柏散。对肿胀严重者,宜限制步行。中、后期肿胀基本消退后及慢性损伤者,治宜舒筋活血、续筋强筋。内服可选用正骨紫金丹、强筋丸、补筋丸。外用四肢损伤洗方或海桐皮汤熏洗,并采用局部揉按及理顺筋络等手法进行按摩。

足跟痛

是由于跟部筋骨失养,遭受长期的牵拉刺激而引起的足跟部慢性疼痛性病证。多发生于40岁以上的中老年人。有些因足跟底部骨质退变、增生,亦可发生足跟痛。《医学入门》称脚跟痛。

足跟乃督脉之发源地,为足少阴肾经所过。发病原因由于肾虚、督脉为病,如多产房劳,伤精耗血,损阴及阳,致筋脉失于濡养或温煦。治以补肾为主。偏于阴虚者,宜滋肾养精。偏于阳虚者,宜温肾补阳。

肝肾阴虚足跟痛 症见足跟疼痛,足胫时热,头晕目眩,腰脊酸楚,或日晡潮热,夜卧烦躁,或经行先期,量或多或少,色鲜红,苔薄质红,脉细数。因素体阴亏,或产育过多;精血亏耗,損及肝肾,肝主筋,肾主骨,筋脉失养,则发足跟痛。治宜滋肾养阴,方用六味地黄汤,加龟甲、怀牛膝、枸杞以柔筋养血,使肾精得养,则痛自除。

脾肾阳虚足跟痛 症见足跟冷痛,软弱无力,面色萎黄,四肢常冷,无风自凛,神疲纳减,大便溏薄,舌淡苔薄润,脉细缓。因禀赋不足,命门火衰,不能上温脾阳,以致脾肾两亏。脾主四肢,肾主骨。脾虚则肢软,肾虚则骨弱,脾肾阳虚不能温养筋脉,致发足跟痛。治宜温肾健脾。方用还少丹,加骨碎补、补骨脂以助温肾强筋之功。

水湿下注足跟痛 症见足跟重痛不仁,甚或足跗胫肿,舌淡苔白,脉细软缓。因中阳失运,水湿下流,因足居人体最下位,水湿注留于足,致发此病。治宜升阳除湿。方用升气去湿汤(《石室秘录》),俾水去湿除,其痛自愈。

推拿疗法 患者俯卧位。①按揉委中、阳陵泉、承山、三阴交、太溪、然谷、昆仑、申脉、涌泉。②拿腓肠肌、拿跟腱。③按揉脚跟压痛点。④弹拨脚跟压痛点。⑤擦脚跟。

腰部伤筋

是指跌扑、扭闪或劳累过度等而致腰部筋肉受损的疾患。又称伤损腰痛、腎腰痛、瘀血腰痛、挫闪腰痛、急性腰扭伤等。早在《素问·刺腰痛论》已有:"衡络之脉,令人腰痛,不可以俛仰,仰则恐仆,得之举重伤腰,衡络绝,恶血归之。"的记载。汉司马迁《史记·扁鹊仓公列传》记载了中国最早的损伤腰痛医案。隋巢元方《诸病源候论·腰病候》中提出了"肾主腰脚"的论点,并在"腎腰痛"中指出:"腎腰者,谓卒然伤损于腰,而致痛也,此由损血搏于背脊所为……损肾故也。"明张介宾《景岳全书》、清尤在泾《金匮翼》等医著,都强调了腰部伤筋与气血、风寒湿邪和肾气内虚等三方面有密切关系,并认为无论何种原因引起的腰痛,都与肾虚有关。《景岳全书》还提出了"凡病腰痛者,多由真阴之不足"的论点。腰部伤筋的发病率较高,是骨伤科的常见病证之一。多见于体力劳动者、运动员和演员。男多于女。

病因病机　腰部乃人体重要部位之一。《灵枢·刺节真邪》云:"腰脊者,身之大关节也。"《丹溪心法·腰痛七十三》云:"腰者肾之外候,一身所恃以转移阖阖者也,盖诸经皆贯于肾,而络于腰脊。"故腰脊内属于肾,外络诸经。冲、任、督、带脉皆会于腰,足太阳、足少阴经脉、经筋皆循腰脊走行,联系甚广。腰部包括腰椎、骶髂骨和该部的关节囊、韧带、肌肉、筋膜和神经等组织,结构较为复杂。腰椎是脊柱负重量较大、活动又较灵活的部位,支持人体上半身的重量,能作前屈、背伸、侧屈、旋转等各方向的活动,它在身体各部运动时起枢纽作用,成为日常生活和劳动中活动最多的部位之一。因此易发生急慢性损伤,引起腰、臀、腿痛等症状。

辨证论治　腰部伤筋,常分为急性伤筋和慢性伤筋两类。而慢性伤筋也可稍受外力而引起急性发病。急性伤筋多为实证,慢性伤筋多为虚证。损伤日久,可出现肾虚证候。若风寒湿邪乘虚袭入,致使气血不通,营卫受阻,则使腰痛更为复杂。因此,腰部伤筋疼痛的辨证施治,应重视气血损伤、风寒湿邪和肾虚等三方面,同时还须分清标本、虚实,早期进行恰当的治疗,加强预防措施,方能取得较好疗效。

急性伤筋　腰部急性伤筋可分为扭伤和挫伤两大类:

(1) 急性扭伤:是卒然遭受扭闪牵拉之间接外力而致伤者。如弯腰搬抬重物时,用力过度,或体位不正,突然改变体位时,皆可使腰部筋肉、关节产生骤然的剧烈收缩或牵拉、扭闪,致使筋膜、肌肉、关节韧带、椎间盘等组织损伤,经脉受损,气血凝滞作痛。重者,可致筋断或撕脱骨折。常见于腰骶、骶髂、椎间关节和骶棘肌、腰臀筋膜等部位。由于腰骶关节是脊柱活动之枢纽,体重的压力和外来的冲击力多集中在这些部位,故该部较易遭受损伤。又因骶髂关节是躯干与下肢连接的桥梁,如突然强力的扭转或骶、臀部遭受直接外力时,可使骶髂关节扭转、错缝或滑膜嵌顿,或出现半脱位。腰前屈时,脊柱两侧的伸肌(尤其是骶棘肌)呈承受张力状态,以抵抗重力和维持体位,这时如负重过大或用力过猛,皆可迫使筋肉强烈收缩或过度牵拉,导致肌肉、筋膜的撕裂伤。

(2) 急性挫伤:系腰部筋肉因跌扑、打挫及坠堕等直接外力导致肌肉挫伤、血脉破损、筋膜损伤者。轻者顿挫气血,营卫郁滞,瘀血凝聚作痛,重者可致骨折和经络、脏腑损伤,恶血留内。腰肾压挫严重者,可致肾脏挫裂伤。

腰部急性伤筋伤后腰部立即出现剧烈疼痛,疼痛为持续性,休息后减轻,咳嗽、喷嚏、用力大便时可使疼痛加剧,腰部不能伸直,行走不利,患者常用两手撑腰,以防止因活动而发生更剧烈的疼痛。严重者卧床难起,辗转困难。部分患者可因瘀血肿胀刺激而出现腿痛。检查时,可发现腰部僵硬,俯仰和转侧活动受限,并引起疼痛加剧,在棘突旁骶棘肌处,腰椎横突或髂嵴后部有压痛。若棘上、棘间韧带损伤,则脊柱弯曲受牵拉时疼痛加剧,伸展时疼痛不加剧,且压痛多在棘突间。若椎间小关节损伤时,腰部被动旋转活动受限并使疼痛加剧,脊柱可有侧弯,部分棘突偏歪,且两侧有深压痛。若并发肾脏损伤时,可出现血尿等症状。

腰部急性伤筋,可采用理筋手法,针灸和药物治疗。

(1) 理筋手法:嘱患者俯卧,两助手分别把持双踝部和双腋部进行拔伸牵引,医者以舒活酒外擦腰背部进行范围较广的表面抚摩数次,再用双拇指指腹或掌根自肩部起循脊柱两旁自上而下揉按(横向脊筋进行)、推压(顺脊筋进行)腰背脊筋,直至骶骨处,反覆数次。然后用掐、按、推、揉等手法作经穴按摩,属肌肉筋膜伤,选用十椎旁(第十胸椎棘突旁开一横指)、肾俞、秩边、委中等穴;属关节伤,加用腰阳关、次髎等穴;伴有腿痛者,加用环跳、阳陵泉、承山等穴。每穴手法可施半分钟,以局部强烈酸胀痛或向上下放散感和腰部发热出汗为度。再用指端弹拨或提弹肩胛下角部脊筋和承扶穴部的筋腱,提拿腘窝部股后筋腱和跟腱(以昆仑、太溪穴为主)等。最后,再作推揉、推按手法理顺脊筋,表面抚摩数次。

若关节扭伤、滑膜嵌顿、棘突偏歪、错缝者,可用坐位脊柱旋转法或侧卧斜扳法,使扭错之关节复位。采用坐位脊柱旋转法时,患者端坐方凳上,两足分开与肩同宽,以右侧为例,医者坐或立于患者之后右侧,右手经患者右腋下后用手掌压住颈后,拇指向下,余四指扶持左颈部,同时嘱患者双足踏地,臀部正坐不要移动,医者左拇指向左推住向右偏歪的腰椎棘突,一助手面对患者站立,两腿夹住并用双手协助固定患者左大腿,使患者在复位时能维持正坐姿势。然后医者右手压患者颈部,使上半身前屈60°—90°,再继续向右侧弯(尽量大于45°),在最大侧弯时使患者躯干向后内侧旋转,同时左拇指向左顶推棘突,此时可感到指下椎体轻微错动,有"喀啦"声,最后使

患者恢复正坐，医者用拇、示指自上而下理顺棘上韧带及腰肌；采用侧卧斜扳法时，患者侧卧，患侧在上，屈髋屈膝，健侧在下，髋膝伸直。医者面对患者，两手分别按右肩、臀部，作相反方向、轻巧而有弹性的摇晃数次，待腰背肌放松、腰旋转到一定程度时，稍用力斜扳，这时可听到响声。必要时可作两侧斜扳。扳后，再在脊柱两旁自上而下揉按、推压脊筋一二次，并在患处轻轻叩击、按压、摇晃数次。施行理筋手法后，宜卧硬板床1—2周，待急性症状缓解后，再逐渐进行腰背功能锻炼，对急性挫伤一般不宜使用理筋手法，但可外搽药酒，表面抚摩，以散瘀肿。

(2) 针灸：一般是循经取穴、以痛为俞和近远取穴相结合。阿是穴应选择压痛最剧之点进行针刺。属肌肉筋膜伤，可选用肾俞、志室、膈俞、秩边、委中(多刺络出血)等穴；属关节伤，可选用腰阳关、肾俞、次髎、委中(多刺络出血)等穴；痛甚者，可配以人中穴或耳针腰骶、神门区等；伴有腿痛者，可选用大肠俞(深刺，有向下肢放散感为佳)、环跳、殷门、风市、阳陵泉、承山、绝骨等穴。针刺手法用平补平泻或泻法，必要时可留针10—20分钟。亦可用梅花针叩打压痛点后，再拔火罐，留罐10—15分钟。

(3) 药物治疗：初期因瘀血凝滞，气机不通，治宜行气活血、化瘀止痛，内服可选用顺气活血汤、腰伤一方、桃红四物汤加减，外敷宝珍膏或双柏膏。若兼便秘腹胀实证，宜通里攻下，用桃仁承气汤。后期，瘀肿消退，治宜舒筋活络、和血生新、补益调治，内服可选用腰伤二方或补肾壮筋汤等，外贴跌打风湿类药膏。亦可配合热熨和熏洗。

慢性伤筋 腰部慢性伤筋病因较多，《素问·宣明五气》云："久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤。"指出了劳逸不当，气血筋骨活动失调，可造成慢性伤筋。若在体位不正下或长期弯腰工作，或经常持续负重，或腰部过多的单一活动时，可造成腰部筋肉的慢性积累性损伤。若急性损伤治疗不及时或治疗不当，迁延日久则可致慢性伤筋。素体虚弱而筋骨萎弱者、腰骶部有先天变异或脊柱有畸形者，在体位不正下工作或劳动时，更可因筋骨不健或肌力不平衡而发生腰部慢性伤筋。由于劳损于肾，肾的精气不能充养筋骨、经络，故患部多为气血不畅或瘀血滞留于经络，致筋脉不舒、筋挛疼痛，或风寒湿邪乘虚袭人，阻滞经络，以致筋脉不和，气血运行失调而引起腰痛。腰部慢性伤筋主要表现为腰痛，患者多有腰部过劳或不同程度的外伤史，患处酸胀隐痛，时重时轻，反覆发作，劳累时加重，适当活动或休息后可减轻。若勉强弯腰则腰痛加剧，常喜欢用双手捶敲腰部，以减轻疼痛。若兼风寒湿邪者，疼痛多在天气变化时发作，喜暖畏寒，受凉或劳累后加重。检查脊柱外形一般正常，部分患者可见脊柱平直或侧弯，严重者可出现腰肌痉挛。腰臀筋膜区、骶棘肌、髂骨嵴后部、骶骨后面腰背肌止点、腰背筋膜在第三腰椎横突附着部等处可有压痛，有时可摸到结节或条索状物。若腰骶及后关节劳损，压痛点多在腰骶关节和棘突旁的后关节部位，伸腰时疼痛增加；若棘上、棘间韧带劳损，压痛点在棘突上或棘突间，腰部过伸或过屈时疼痛增加。

腰部慢性伤筋可采用药物、理筋手法、针灸、功能锻炼及推拿相结合治疗。

(1) 药物治疗：治宜活血行气、舒筋活络、补益肝肾。筋脉不舒疼痛者，可选用舒筋活血汤或腰伤二方；兼风寒湿邪者，可选用独活寄生汤、羌活胜湿汤，或麻桂温经汤加减；兼肝肾虚弱者，可选用补肾壮筋汤、左归丸、右归丸、补肾壮筋汤；劳损急性发作，宜酌加行气活血散瘀之药。

(2) 理筋手法：可参照上述腰部急性伤筋理筋手法，但操作时间宜长，并找出压痛点或痛性结节，由上而下逐个进行经穴按摩，以通经散结、舒筋活络。也可加用侧卧屈伸法，令患者侧卧，患侧在上，医者立于患者背后，一手按其腰部痛处，一手握持患侧踝部并向后牵拉，使髋关节过伸，继而屈膝屈髋，使大腿触及腹部，然后将下肢牵拉伸直。反覆三次。若腰部筋肉板硬不舒者，可加用坐位按摩法，令患者坐位，腰前屈，双手扶膝，医者以推、揉、叩、摩擦等手法，循腰背脊筋自上而下进行数遍。

(3) 针灸：取穴与急性伤筋相同，手法宜补，并可加温针、艾灸、拔火罐等。其他如水针、热敷等，亦可选用。

(4) 功能锻炼：可采用风摆荷叶、前俯后仰、左右侧屈、仰卧举腿、飞燕点水等功。还可加作仰卧抱膝活动，令患者仰卧，屈膝屈髋，大腿贴腹，双手抱膝，停留片刻，使腰背筋肉得以牵拉松解。可反覆作几次。若有关节劳损者，不宜作过多的腰肌静止紧张和剧烈收缩活动，以免加剧筋肉疲劳，气血郁滞。

(5) 推拿治疗：俯卧位为主。①点按法。一般原则：上病下取，左病右取，由外围到中央。点按委中(或屈膝弹拨委中)、阳陵泉、压痛点的健侧对称点、压痛点周围。②牵引法。患者双手拉住治疗床，医者拉其双腿，持续牵引1分钟，以左右晃腰动作结束。③腰部滚法。配合腰部后伸和髋关节外展活动。④按揉腰背。以双手叠掌按揉法沿骶棘肌纤维方向在腰背部操作。⑤斜扳法。健侧卧位。或行俯卧后伸扳法。⑥擦法。擦腰部棘突两侧，涂以冬青膏等介质。⑦搓腰部、虚掌拍腰部。

备用手法：①压痛点掌振法。②掌根走推腰部骶棘肌法。③腰部膏摩法：以生附子、生川草乌、川椒、川芎、当归、红花、乳香、没药等制成软膏，以摩法施于腰部痛处，最后行擦法。

腰椎间盘突出症

是椎间盘发生退行性变之后，多因外力使纤维环破裂，髓核突出，刺激或压迫神经根、血管或脊髓等组织而引起腰痛，并且伴有坐骨神经放射性疼痛等症状为特征的一种病证。多发于男性。本证属古医籍中所称的腰脚

痛的范畴。《诸病源候论·腰脚疼痛候》提出了“肾主腰脚”的论点，指出腰脚痛与肾虚、风邪有密切关系。《针灸资生经》将腰脚痛作为专门证候进行针灸的辨证治疗。《普济方·身体门》对“腰脚疼痛挛急不得屈伸”作了较详细论述，指出“夫足少阴肾之经也，属于腰脚而主于骨，足厥阴肝经也，内血而主于筋。若二脏俱虚，为风邪所乘，搏于经络，流于筋骨，故令腰脚疼痛，筋脉挛急，不得屈伸也”。认为腰腿痛属肝肾虚，并列举了针灸、药物的治疗方法。腰椎间盘突出症，常给患者带来极大痛苦，对生活工作影响较大，故应早期治疗，积极加强预防措施。

病因病机　成人随着年龄的增长，肝肾亏虚，气血失养，以及不断遭受挤压、牵引和扭转等外力作用，使椎间盘逐渐变性，弹性减少，在外力的作用下，容易发生纤维环破裂和髓核向后外侧突出。少数患者腰部感受风寒后，引起腰肌肌肉痉挛，椎间盘内压升高，促使已有退行性变的椎间盘突出。因此，椎间盘的退行性变是造成腰椎间盘突出症的内因，外伤劳损、风寒湿邪是导致腰椎间盘突出症的外因。由于腰椎的负重量及活动度较胸椎大，尤其是腰四—腰五及腰五—骶一之间，是全身应力的中点，负重及活动度更大，故最易引起腰椎间盘突出症。若突向椎管内的髓核或纤维环裂片未压迫神经根时，只有后纵韧带受刺激，则以腰痛为主；若髓核向后外侧突出，可引起单侧腰腿痛；若伴有后纵韧带完全破裂，髓核若向椎管中心突出可引起双下肢疼痛或马尾神经受压；少数患者，纤维环裂口大而后纵韧带未破裂者，髓核可因体位不同而左右移动，造成两侧下肢交替性疼痛。

辨证　腰椎间盘突出症多有不同程度的腰部外伤史。症见腰部疼痛及下肢放射性疼痛，在相应脊椎棘突旁有深压痛，并沿患侧的大腿后侧向下放射至小腿外侧、足跟部或足背外侧。多为单侧下肢痛，少数可双侧疼痛。步行、弯腰、咳嗽、喷嚏、用力排便时，均使疼痛加重，屈髋、屈膝卧床休息时疼痛减轻。检查时有不同程度的脊柱侧弯，多数突向患侧，腰肌痉挛，腰生理前突减少或消失，直腿抬高试验为阳性。病程长者，其下肢放射痛部位感觉麻木。肌肉萎缩，肌力减弱，腱反射减弱或消失。腰四—腰五椎间盘突出者，在小腿下端的胫骨前皮肤感觉过敏、迟钝或痛觉丧失。腰骶椎间盘突出者，则在胫骨后的皮肤感觉障碍。X线摄片检查，可见脊柱侧凸和生理前凸改变，椎间隙变窄或左右不等宽，前窄后宽等，X线摄片检查不能作为诊断的依据，但可排除脊柱其他病变。

治疗　本病治疗，方法较多。若病症较轻、时间较短者，可卧床休息、理筋、针灸和药物治疗；若病症较重者，宜采用理筋手法、牵引、药物、推拿及功能锻炼等治疗。

理筋手法　有下列：

(1) 侧卧斜扳法，见“腰部伤筋”条。久病者可作双侧斜扳。

(2) 伸腰扳腿法，令患者侧卧，患侧在上，医者一手按于椎旁压痛点，另一手托持患侧膝部作屈髋屈膝，然后将患肢伸直，并用力向后扳腿，同时另一手则逐渐用力推压患椎。此法可反覆数次。

(3) 屈髋晃腰法，患者仰卧，屈髋屈膝，医者双手按在患者双膝上，使其做环转动作，左右各6—7次。

(4) 按压抖动法，患者俯卧位，两助手分别把持双踝和双腋部，作对抗牵引3—5分钟；医者以双手掌部或掌根重叠用力压住患椎，用力按压抖动数十次，力量由轻到重，由慢到快，频率要有节奏。

(5) 俯卧牵抖法，患者俯卧，以双手把住床头上缘，医者双手握住患者双踝上部，向下牵引，然后放松，并横摇摆动双下肢，患者周身肌肉松弛后，抬高双下肢，并上下牵抖腰部十余次，最后用手掌揉按下腰部。

以上手法适用于腰椎间盘的复位。同时还可配合其他手法。若伴内收肌挛痛者，可加用屈髋外展法，令患者仰卧，将两髋屈曲，外展外旋，两足心相对，医者以手握住内收肌群进行推按，并用手指重按内收肌起点的压痛部，反覆数次。若腰、臀部及股后部肌群挛痛者，可加用俯卧点压法，医者以中指近侧指间关节(屈曲位)之背侧或肘尖部(屈肘位)重力按压腰、臀部压痛点，反覆多次。然后提拿、弹拨股后筋腱及跟腱。若伴有肌肉痉挛疼痛而压痛点不明显者，可加用直腿抬高法，患者仰卧位，将两下肢分别伸直抬高，使其尽力屈髋接近90°，然后内收、外展数次，并将踝关节背伸数次。亦可采用坐位脊柱旋转复位法(见“腰部伤筋”条)。

手法治疗后，宜以腰围固定腰部，静卧硬板床2—3日。手法后几日内，常有腰痛加剧而腿痛缓解现象。经1周后，效果满意者，除继续适当卧床休息外，并积极进行腰背、足腿功锻炼，如飞燕点水、拱桥式、仰卧举腿、蹬空增力等功，以巩固疗效。1周后可行第二次手法治疗。亦可在麻醉下施行。对中心型大块突出者、椎弓根骨折或伴脊椎滑脱者、椎体后缘有明显增生者、脊椎有器质性病变或有严重内科疾病者，皆属手法之禁忌证。对急性患者、肌肉痉挛明显或身体强壮者，可配合骨盆牵引，患者仰卧，骨盆部系上牵引带作持续牵引。每侧牵引重量约为10公斤，时间约半小时至1小时，亦可适当延长。此外，还可用牵引带分别固定胸部和骨盆，作持续的对抗牵引。牵引力以患者能耐受为度。针灸和药物治疗可见“腰部伤筋”条。

推拿疗法　是促使髓核回纳或消除突出物对神经根的压迫，并促使受损的坐骨神经及相应肌群修复的有效方法：①患者俯卧位，在患侧腰臀及下肢用轻压力的㨰法和按揉法；然后，术者一手按住患者腰部固定，一手将患者双下肢抬起作后伸扳法，使腰部过伸，如病程较久者，患侧腰臀及下肢用㨰、揉手法操作后，在患者胸部及髋部各垫两个枕头，使腹部腾空，术者用双手不断向下按压，使患者腰部上下振动。②患者侧卧，作腰部斜扳法，或患者取坐位，作旋转复位法。③患侧仰卧，患肢作强制直腿抬高以牵扯坐骨神经和腘绳肌。对病程较久、脊柱侧突

或后突畸形明显者，在手法操作前，可先行仰卧或俯卧位骨盆牵引15—20分钟。④患者俯卧位，在患侧腰臀及下肢用㨰法、按揉法。

第二种治疗方法，即麻醉下重手法推拿。麻醉法可用骶裂孔麻醉、神经根麻醉或硬膜外麻醉。麻醉后，作俯卧骨盆牵引，牵引时需抬高两下肢，使腰部呈超后伸展；牵引15—20分钟后，保持牵引状态，按压腰部10—20次；接着，解除牵引，患者侧卧，作左右两侧腰部斜扳；随后，患者再取仰卧位，作双下肢屈膝屈髋被动运动和患肢强制直腿抬高（同时作强制踝关节背伸活动）。麻醉下推拿治疗后，需卧床（硬板床）3日。以后起床活动时，用腰围护腰。如未全愈，第二次操作可间隔1周，一般以作3次为限。患者在推拿治疗期间，需卧硬板床休息，注意腰部保暖，并做鱼跃势锻炼腰肌。腰椎间盘突出中央型，不宜进行推拿治疗。死骨型或伴有黄韧带肥厚者，推拿效果不佳。

肱骨外上髁炎

是肘部外侧筋肉的慢性损伤病证。又称网球肘、桡侧伸腕肌起点损伤、肱骨外上髁劳损等。本证的发生，往往与职业工种有关，好发于家庭妇女、木工、砖瓦工及网球运动员等。以右侧多见。

病因病机 本证的发生，多由于气血虚弱、血不荣筋，肌肉失却温煦，筋骨失却濡养，同时因肱骨外上髁是前臂伸肌的起点，若长期作旋转前臂和伸屈腕关节的劳动或运动，可使肱骨外上髁部筋肉遭受慢性牵拉性损伤，甚则撕裂，而致经络受阻，气血运行不畅发为本证。

辨证 本证起病缓慢，局部皮色正常，多无明显肿胀，肘关节活动如常。局部微热、压痛，作伸腕握物并前臂旋后活动时，肱骨外上髁部疼痛。如提热水瓶、扭毛巾、扫地或旋螺丝等动作，均感疼痛乏力，疼痛甚至可向上臂及前臂放射。治愈后，常因患手过劳而复发。

治疗 可采用理筋手法、药物、针灸、推拿等综合治疗。

理筋手法 患者坐位，患肢前臂旋后，医者一手握患肢腕部，另一手掌贴于皮肤上，从前臂至上臂，来回作抚摩手法10余次，并外擦舒活酒。然后四指并拢拇指外展手成钳形，掌心及各指皆紧贴于皮肤上，从前臂至上臂作螺旋形向前移动的揉捏手法（重点揉捏前臂至上臂外侧），再用拇指按压在肱骨外上髁或肱桡关节间隙及周围，向上下左右作推拨手法1—2分钟，并使之有酸胀感。同时屈伸肘关节及旋转前臂数次。最后揉捏、抚摩1—2分钟。亦可同时掐揉曲池、手三里、外关等穴。

药物治疗 宜养血荣筋、舒筋活络，内服舒筋汤，外敷定痛膏或用鲜生姜汁加白胡椒末、细辛末敷贴患处，日一次。亦可用海桐皮汤熏洗。

针灸疗法 以痛点或其周围取穴，隔日一次，亦可用梅花针叩打患处，再加拔火罐。还可用当归注射液2毫升作痛点注射，每周二次。

推拿疗法 ①一指禅推法。施于压痛点周围。或代之以拇指按揉法。②分推法。以双手拇指，从前臂伸肌群的中间向两侧横向分推，并沿着伸肌走向从肘至腕纵向下移。③弹拨法。以拇指横向弹拨肘关节前臂伸肌附着部。④前臂外旋摇肘法。⑤前臂内旋屈腕伸肘法。⑥搓揉放松。⑦擦法。以冬青油等介质擦患部；最后可配合湿热敷。

半月板损伤

是常见的膝部损伤。多见于青年人，如运动员、学生、矿工及搬运工人。因膝关节负重量大，故半月板损伤的机会较多。

病因病机 引起半月板损伤的外力因素有撕裂性外力和研磨性外力两种。撕裂性外力发生在膝关节半屈曲状态下的旋转动作，股骨牵拉内侧副韧带，韧带牵拉内侧半月板的边缘部而发生撕裂。研磨性外力多发生在外侧半月板，因正常膝关节有3°—5°外翻，外侧半月板负重较大，若为先天性盘状半月板，长期受关节面的研磨，可产生外侧半月板慢性损伤，常见为分层破裂。

辨证 多数患者有膝关节扭伤史。受伤当时膝关节有撕裂感及响声，即发生剧痛、关节肿胀、屈伸活动障碍。初期由于剧痛，难于作详细检查，确诊较为困难。慢性期或无明显外伤史的患者，病程较长，持续不愈，主要症状是膝关节活动痛，以行走及上下楼梯时较甚，部分患者可出现跛行和关节交锁现象，腿部肌肉萎缩，关节间隙有压痛，膝关节不能过伸或屈曲，局部不肿或稍肿。用拇、示指按于内、外膝眼处，作膝关节屈伸旋转时，可感到半月板的滑动或弹响。若患者俯卧，屈膝90°，医者在足底部用力下压并作旋转研磨，可引起膝部疼痛。

治疗 可采用理筋手法、药物治疗和功能锻炼。

急性损伤者，初期，治宜解除交锁、消肿止痛，嘱患者仰卧，放松患肢，医者一手捏住膝部，拇指轻轻揉按痛点，另一手握住踝部，徐徐屈伸膝关节，并轻轻内外旋转小腿，直至交锁症状消失，然后用夹板或长铁丝托板固定，若半月板前角及中部损伤可固定于伸膝位，后角损伤则固定于屈膝10°位，以后每日在患膝上下以揉、搓手法按摩1—2次，每次15分钟，以局部温热舒适为度，内服可选用活血止痛汤或和营止痛汤，外敷二号半月板外敷药；中期及慢性损伤者，治宜养血活血、舒筋活络，可每日作一次局部按摩，先用拇指按压关节间隙的痛点，使有酸胀感，并配合点穴法，可选取风市、血海、犊鼻、梁丘、阴陵泉、阳陵泉等穴，每穴2—3分钟，每次取穴3—5个，然后在患膝上下作推揉拿捏手法，内服正骨紫金丹或壮筋养血汤；后期，治宜温经通络、补肾壮筋，可继续按上法按摩，内服健步虎潜丸或补肾壮筋汤，外用海桐皮汤或五加

皮汤熏洗患部。

急性损伤者应限制膝部活动，并禁止下床负重。3—5日后，肿痛稍减，应鼓励患者进行股四头肌舒缩锻炼，防止肌肉萎缩。3周解除固定后及慢性损伤者，应加强股四头肌锻炼，并逐步练习膝关节的伸屈活动和步行锻炼。

腱鞘炎

是由于鞘管狭窄而致的筋腱运动发生障碍、出现疼痛的病证。又称筋劳损、筋痹。腱鞘炎的发生既与某一局部活动过多的职业有关，也与局部供血状况有关。由于局部筋肉过劳，血不荣筋，使腱鞘发生肿胀、肥厚、鞘管口变窄，使管内肌腱之运动发生障碍，出现疼痛。好发于桡骨茎突部、手指屈肌腱和踝部等处。

桡骨茎突腱鞘炎　是指拇长展肌腱和拇短伸肌腱，在桡骨茎突部的共同腱鞘内长期磨擦而发生的慢性损伤疾病。好发于手工业工人、家庭妇女等。女多于男。

在日常的生活和劳动中，需要拇指的对掌和先伸后屈的动作给予配合，这样使拇指的外展肌和伸肌不断收缩，造成腱鞘内长期磨擦，劳伤经筋，引起腱鞘肿胀、增粗、肥厚、导致鞘管腔变窄，引起肌腱滑动障碍。若患者体弱血虚，血不荣筋，风寒湿邪侵入，致使气血凝滞，血行不畅，筋失濡养，局部病变可迁延日久，腱鞘腔越变狭窄。多数起病缓慢，偶有因特殊劳累而较快发生者。自觉腕部桡侧疼痛，提物乏力，尤其不能作提热水瓶倒水等动作。患部桡骨茎突处隆起，或可有结节，痛点多固定在桡骨茎突部，部分患者可向拇指、手部、前臂部放射，局部可有微红、肿、热感，将患侧拇指尽量屈曲握于掌心，同时将腕关节尺倾，可引起患部剧痛。

治疗可采用理筋手法、针灸、水针、药物治疗和推拿等。①施行理筋手法时，医者一手握患手尺侧，另一手从前臂至手部顺肺经和大肠经走向来回抚摩、揉、捏等数遍后，再用拇指弹拨拇长展肌腱和拇短伸肌腱数次。然后医者一手握前臂下段，另一手捏着拇指进行对抗牵引，并使腕关节缓缓屈伸和旋转。最后以抚摩手法结束。每日1次。②针灸取穴"以痛为俞"，配阳溪、合谷，先针压痛点，进针后向四周透刺2—4针，对配穴则用快刺不留针。针后，压痛点以艾条悬灸10—20分钟，每日或隔日1次。亦可配合水针注射，用当归注射液1—2毫升，注入鞘管内，每周2次。③药物治疗宜调养气血、舒筋活络，选用当归四逆汤、宽筋散等加减，外用海桐皮汤熏洗。对疼痛严重者，可用胶布、塑料夹板或硬纸板二块包扎固定腕关节于桡侧、拇指伸展位3—4周，以限制活动，可缓解症状。④推拿疗法：患者前臂尺侧搁在枕头上，腕部置于枕头边，术者用轻柔的滚法或一指禅推法施于前臂桡侧部，自桡骨茎突部至肘部往来4—5遍，重点在拇长展肌及拇短伸肌肌腹；接着在桡骨茎突部用按揉法或一指禅推法，并配合腕部的尺侧屈腕（尺侧屈腕时，拇指屈于掌心，其他四指握住拇指）及拇指掌指关节的伸屈活动，再摇腕关节。最后，在痛处用擦法，以温热为度，可加湿热敷。

经非手术治疗无效者，可考虑手术治疗。

手指屈肌腱鞘炎　又称弹响指、扳机指。好发于拇、示、中指。女性多见。病变部位常在掌骨头之掌面，该处为腱纤维鞘管的开口部，最为狭窄。若局部过劳，肌腱与管口长期摩擦而引起充血、水肿、肥厚，使管口变窄，致使肌腱受压变细，两端形成葫芦样或梭状膨大，当通过狭窄的纤维管时，便出现手指的弹响和疼痛症。早期，患指屈伸不利，伴有疼痛，尤以晨起或劳累后明显。患手喜温恶寒，得热或稍活动后疼痛减轻而自觉舒适。在患手的掌指关节掌侧面可触及米粒或绿豆大之结节，并随患指屈伸而在皮下滑动，局部压痛明显。中、后期，管口部狭窄变硬，伸屈手指时，膨大之结节通过管口更加困难，常须健手帮助，并可发生指掌部的弹跳和扳机样动作。严重者，手指常处于伸直位或屈曲位，患指不能作主动伸屈活动。

《素问·五脏生成》云："掌受血而能握，指受血而能摄。"故本病治宜调和气血、舒筋活络、温经散结。①初期，多用理筋手法、针灸和药物治疗。施于理筋手法时，医患对坐，外擦舒活酒，抚摩患部及其周围。然后一手托出患手部，以拇指压着掌骨头之结节部，另一手捏着患指，嘱患者缓缓作手指屈伸活动，当结节滑动至管口部时，可出现"卡着感"，此时压着结节之拇指作横向推压手法，动作稳准有力，以挤破结节和扩张狭窄部。如此2—3次。最后，轻揉患部，主动屈伸患指。每日或隔日一次；针刺取阿是穴、合谷、内关，中等强度刺激，用泻法，每日1—2次；内外用药见上述桡骨茎突腱鞘炎。②中、后期常采用药注射或挑割治疗。如用当归注射液1—2毫升注入鞘内，每周1—2次；挑割疗法是在患指掌骨头掌面，常规消毒局麻后，患指半屈，医者用直径1毫米、长约6厘米、尖端磨成斜坡刀口2—3毫米的骨圆针或三棱针自掌骨头处刺人腱鞘管口部，沿肌腱行走方向作上下挑割，不要偏斜，以免损伤肌腱、血管、神经，并嘱患者反覆屈伸患指，医者可听到或感到有挑割之嚓嚓声，直至患指屈伸自如、弹响消失为止。③推拿疗法：术者以左手拇指及示指捏住患指背侧掌骨头，右手拇指及示指上下捏住患指近侧指间关节，作拔伸牵引，并屈曲其掌指关节，术者同时用中指端抵住掌骨头颈的掌侧部（即腱鞘狭窄部），用力按压弹拨其狭窄部，往往有撕裂感。或者，术者用左手捏住患指，作掌指关节屈伸活动，用右手拇指端按压弹拨患指掌骨头颈掌侧面的狭窄部，并施揉法于相应的屈指长肌肌腹处。

踝部腱鞘炎　为踝部肌腱长期运动磨擦，使腱鞘发生慢性损伤的病证。多见于运动员、舞蹈演员或其他足踝活动较多的工种。距小腿关节（踝关节）前面有胫前肌、跗长伸肌及趾长伸肌通过，肌腱紧贴于胫骨下端之骨

面,其浅面有小腿横韧带及小腿十字韧带横跨。腓骨外踝后方有腓骨长、短肌肌腱经过,上面有腓骨肌下支持带横跨,因此,这些肌腱同样被约束于一狭窄之骨－韧带隧道内。当踝部用力活动过多,反覆伸屈踝部,使肌腱与鞘管反覆磨擦而受损,导致久劳伤筋,局部气滞血瘀,经络受阻,血运不畅,久而筋失血养,出现本证。

症见前踝或外踝,偶见于内踝后方,轻度肿胀、疼痛、压痛,踝部活动易感疲乏,患部可触及粗大发硬的条索状硬结。随关节活动可扪到磨擦感。跖屈或内外翻时,疼痛加剧。踝抗阻力运动减弱。

治宜舒筋活络、行气活血,采用理筋手法、针灸和药物治疗。①采用理筋手法时,患者取坐位或卧位,医者用舒活酒外擦,抚摩、揉捏患部及其上下部位2—3分钟。然后一手拇指扪着鞘管压痛点作横向推压手法,另一手屈曲或旋转其患踝数遍,搓、捏踝部及其上下,最后来回抚摩数次结束。每次5—10分钟。每日或隔日1次。②针刺主穴取阿是穴,针入后向上下透刺,后用艾条悬灸10—20分钟。若病在前踝,配内庭穴,病在外踝,配侠溪穴,病在内踝,配照海穴或太冲穴。配穴皆用泻法。还可用水针疗法,即在压痛点鞘内注入当归注射液1—2毫升。③初期,亦可选用定痛膏或双柏散外敷,后期,可用海桐皮汤等熏洗。

腱鞘囊肿

是发生于关节或腱鞘内的囊性肿物。又名筋聚、筋结、筋瘤。囊肿内含无色透明或微呈白色、淡黄色的浓稠液体。多见于妇女和患部用力活动较多的青壮年。好发于腕背部,故有腕筋结之称。其次为腕掌侧、踝前、足背等处。

多由于局部长期劳累或损伤所致,病情发展缓慢,偶有突然出现者。肿块大小不定,小者如米粒黄豆,大者如樱桃荔枝。外形呈半球形,表面光滑,皮色不变,与皮肤不相连,肿块基底固定或推之可移。初起质软,触之如橡皮样硬或有囊性感,日久则硬结粘连,触之如骨突起。压之微痛或酸胀感。或兼有患部关节酸软乏力。若发于腕背侧,屈腕时,肿块更为突起。若发于腕掌面桡侧,于握物时感挤压疼痛。若发于腘窝部,当伸膝时肿块明显。若发于踝部,肿块较为饱满,囊壁坚韧。部分腱鞘囊肿可自消,但时间较长。

腱鞘囊肿治疗,初期肿块较软、囊壁较薄者,可用按压治疗。医者将患部固定于张力位,使肿块明显突起,用一手的拇、示指将肿块用力压破,并向上下周围推压,使囊内粘液散入皮下。压破后每可继续按压局部1周,以防再次形成。或以稍大于肿块的硬分币或厚约1厘米的棉垫,压于局部,加压包扎3—5日;对肿块较大或腘窝部囊肿可用针刺治疗,常规消毒后,用三棱针快速刺穿囊肿壁,并挤出粘液,再用艾条悬灸患部10分钟,最后用棉垫加压包扎。若为多房性囊肿,可多刺2—3针。针刺腘窝部囊肿时,应注意勿伤及神经、血管。

骨病

是泛指由于先、后天不足、邪毒感染等多种因素致使骨的生长、发育和修复障碍而失去正常生理功能所发生的各种病证的总称。常见骨病有附骨痈、附骨疽、关节流注、骨痨、大骨节病、胸肋骨痹、历节风、骨骺炎、骨质增生证和骨瘤等。《素问·长刺节论》云:"病在骨,骨重不可举,骨髓痠痛。"宋严用和著《济生方》中描述的更具体,认为:"在骨则重不能举,在脉血凝而不流,在筋则屈伸不利,在肉则不仁。"《灵枢·卫气失常》云:"耳焦枯受尘垢,病在骨。"《素问·脉要精微论》云:"骨者髓之府,不能久立,行则振掉,骨将惫矣。"说明了骨病的不同症状。

骨病各种年龄均可发生,以儿童及青壮年较为多见,男多于女。病情变化复杂,随着身体发育而逐渐加剧,病程可达数年或十数年之久,严重者可导致肢体残废和危及生命。

发病原因主要是:①先天不足或久病体虚,由于正气亏损,肝肾虚弱,筋骨失健,腠理不密,致使肾亏骨空,寒邪湿毒乘虚而入,客于经络,毒邪深沉入里,附于骨内,久而化热所致。②情志不遂,脏腑失调,如恚怒伤肝,肝气郁结,久而化火或肝郁伤脾,脾失健运,痰湿内生,阻滞经脉,气血不通,筋骨失养,结聚成块而成骨瘤。③病后余毒未尽,毒邪走散,或复加寒邪外束肌肤,则毒邪不能外出,反而深窜于里,热毒内盛,腐骨成脓,或毒邪流注于经络关节,造成骨病。④跌扑、闪挫、长期负重,致使瘀血停积,阻滞经脉,营卫循行不畅,筋骨失去濡养,或外伤骨折,折端穿出皮外,毒邪乘隙深入骨内,久而恶血邪毒,腐骨成脓,均可导致骨病。清高锦庭《谦益斋外科医案》指出:"先后天俱不足,三阴亏损,督脉空虚,筋衰骨痿,腿骨漫肿色白,此附骨疽也,溃久不敛,脂流口枯,面色㿠白,津精两惫,损怯已深。"载明发生骨病的病因病机及症状,较为复杂,临床不可不慎。

由于发病原因和病变部位的不同,病证各异,所以在治疗时必须辨证施治。但骨病又有它的特点,既要重视局部辨证,又要结合全身的情况,分清阴阳、表里、寒热、虚实,才能掌握其病变的属性、病位及人体正邪盛衰。正如清顾练江《疡医大全》卷二十五云:"凡诊视痈疽,施治必须先分阴阳,乃医道之纲领,阴阳无谬,治焉有差,医道虽繁,可以一言以蔽之,曰阴阳而已。"对一些单纯病变,以应用局部外治法外,对病情复杂,正邪错综复杂的一些骨病,应内外兼治。内治的具体方法,须按消、托、补三大法则,并结合骨病的具体症状,分期施治。

初期,病变初发,不论急缓,尚未化脓,在正气未衰时,当以消为贵,务使毒邪得到消散,吸收。如有热毒者宜清热解毒,有表邪者宜解表,有里热者宜通里攻下,有

瘀血者宜活血祛瘀,有寒凝者宜温通,湿阻者宜利湿;中期,当病情发展至正虚毒盛,不能托毒外出,症见疮形平坦,根脚散漫,难溃难腐,宜用托法。如毒邪盛而正气仍未衰者,可用透脓之剂,以促使早日脓出毒泄,肿消痛减,避免脓毒深窜;后期,如毒邪已去,元气虚弱,出现精神疲惫,脓水清稀,疮口难敛,当有补法,常用补养气血药物,以恢复元气,助其新生,使溃后疮口早日痊愈。如气血虚弱者,宜补气养血,脾胃虚弱者,宜健脾和中,若肝肾不足者,宜补养肝肾。

附骨痈

是毒邪侵袭骨与骨周围组织的急性化脓性病证。早在《诸病源候论·附骨痈肿候》就有论述:"附骨痈,亦由体盛热而当风取凉,风冷入于肌肉,与热气相搏,伏结近骨成痈,其状无头,但肿痛而阔,其皮薄泽,谓之附骨痈也。"好发于10岁以下儿童。且多侵犯四肢长管骨,以股骨、胫骨多见,次为肱骨、桡骨和指(趾)骨。

病因病机 (1)热毒注骨:往往因患疔毒疮疖、咽喉及耳道疾患,或麻疹等病后,余毒未尽,复遇寒邪外束,壅遏于骨,久而不解,热毒内蕴,注入骨髓,繁衍聚毒为病;或因跌打闪挫,气凝血滞,壅塞经络,瘀积成痈,借伤成毒,毒邪顺经脉流行深注入骨所致。

(2)外伤感染:毒邪从伤口进入,深达于骨,阻滞经络,气血瘀滞,久而化热,热盛肉腐,附骨成痈;或因穿破骨折,骨折端暴露于伤口之外,易受毒邪直接侵袭,继而化热,热盛则肉腐,肉腐则为脓,脓毒不泄,筋骨腐烂,而造成本病。

明赵梦麟著《疮疡经验全书·附骨痈疽论》云:"夫贴骨痈者,即附骨痈也,皆附骨贴肉而生,字虽殊而病则一。此病之发,盛暑身热,贼风入于骨节,与热相搏,复遇冷湿,或居劳太过,两足下水,或久卧湿地,身体虚弱而受寒邪,然风热伏结、壅遏附骨而成。"记载了本证发生原因、症状和特征。

辨证 起病急骤,发病后全身不适,倦怠,继而寒战,持续高热,汗出而热不退,胃纳差,尿赤,便秘,其则恶心、呕吐,神昏谵语,舌质红,苔黄腻,脉滑数。局部呈环形肿胀,疼痛,皮红焮热,骨的干骺端压痛最为明显,附近肌肉痉挛,关节屈曲,患肢活动受限,久则痛处可有波动,穿刺可抽出脓液;穿破骨折而致者,则局部伤口化脓,周围红肿,疼痛彻骨。X线检查,早期变化不大,发病2周后开始有骨膜反应或骨质破坏。死骨的形成往往在4周后或更晚才能发现。

治疗 早期,脓未成者,应以祛邪为主,用消法。治宜清热解毒、活血祛瘀、通经活络。内服仙方活命饮合黄连解毒汤或五味消毒饮。如热深毒盛,高热烦躁,神昏谵语,可能并发疔毒走黄,邪毒内陷。治宜清热、解毒、凉血、化瘀。内服黄连解毒汤或五味消毒饮,并加服紫雪丹、安宫牛黄丸等。对正气虚弱者,应攻补兼施,服仙方活命饮加当归补血汤。还可配合输液、输血;中期,深部脓肿已形成而未溃时,应扶正祛邪并重,用托法。治宜托里透脓。内服托里透脓散或托里消毒饮;后期,脓已溃,为使疮口早日愈合,应以补法为主,大多用调补气血之剂,如八珍汤、十全大补汤等。在脓未成时,局部可外敷如意金黄散、双柏散或消肿药膏。每日换药一次。脓已成者,宜及早切开排脓,并在骨端钻孔引流。对患肢宜用夹板或牵引制动,以减轻疼痛、防止畸形,预防病理性骨折或脱位。

附骨疽

附着于骨而生的疽,称为附骨疽。见于《千金要方》,谓:"以其无破,附骨成脓,故名附骨疽。"其特征是多发于四肢长骨,局部漫肿,附筋着骨,推之不移,疼痛彻骨,溃后多形成瘘管,脓水淋漓,不易收口,每损伤筋骨,严重者造成肢体残废。是毒邪侵袭骨与骨周围组织的慢性化脓性病证。亦称附骨流注、附骨流痰者。在古医籍中,前人根据发病部位和临床表现的不同,尚有不少名称,如生在大腿外侧者,称附骨疽;生在大腿内侧者,称咬骨疽;溃破后出朽骨者,称多骨疽。本证好发于儿童,早期以阳证为主,溃后成瘘,久不收口,多为阴证。

本证多因疮疡治疗不当,或热性病后体虚,余毒湿热内蕴,深窜入里,客于筋骨,经脉受阻,气血不和,血凝毒聚而成;或外来伤害,皮破骨折,复因感染邪毒,瘀血化热,邪热蕴蒸,以致经络阻塞,凝滞筋骨为患。以上致病多表现为阳证。溃后成瘘,气血不足,脾肾阳虚,多为阴证。

内治:初起,患肢疼痛彻骨,活动受限,继则皮肤微红微热,环肿骨胀,患肢骨骺端具有深压痛和叩击痛,伴有憎寒、壮热、口干颊赤,甚则神昏谵语,舌质红绛、苔黄腻,脉滑数等症,此属热毒炽盛,气血两燔。治宜凉血解毒、清热化湿、活血通络,选用清瘟败毒饮或黄连解毒汤合五神汤加减。损伤血瘀者加桃仁、红花;神昏谵语加紫雪丹、安宫牛黄丸。发热持续不退,局部红肿甚而剧痛,触痛明显,此属酿脓,治宜清热化湿、托里透脓,选用四妙汤、透脓散合黄连解毒汤。溃后,脓出初稠后薄,淋漓不尽,不易收口经年累月,而成瘘管,甚或多个瘘管。此时患肢肌肉萎缩,可摸及骨骼粗大,以探针探之,常可触到粗糙朽骨,皮色紫黯,疮口凹陷,有时,细小朽骨从疮口排出,必待死骨脱出,才能愈合,不然疮口脓水淋漓,难以愈合。并见形体消瘦,神疲乏力,纳呆等症。气血两虚者,治宜调补气血,佐以清热解毒,选用十全大补汤合四妙汤,脾肾阳虚者,用右归丸加减。

若伤口久不愈合,气血亏损,正虚而毒邪未尽者,治宜补养气血,托毒生肌。可选用托里消毒散、人参养荣汤、透脓散或十全大补汤加减。若有形寒怕冷,此为阳气

不足，治宜温经散寒，用阳和汤加减，或金匮肾气丸。

若身无寒热，骨痛不甚，或痛如锥刺，此乃肝肾阴虚，风寒湿邪侵袭。治宜滋补肝肾、温经散寒，兼祛风湿。可用独活寄生汤加减。犀黄丸、醒消丸，对本病有效，在整个病程中均可与同服。

外治：初起选用金黄散、双柏散、玉露散水蜜调制外敷，每日1—2次。脓成宜早期切开引流。溃后用七三丹或八二丹药捻引流，红油膏或冲和膏盖贴。形成瘘管者，用千金散或五五丹药捻以脱腐提脓，腐蚀管壁；再用八二丹药捻，太乙膏或红油膏盖贴，脓尽改用白玉膏、生肌散。亦可用三品一条枪插入管内，外贴千红膏，或用白降丹和米糊制成线条，干后插入瘘管内，外贴胶布封口固定，以腐蚀瘘管、排脓拔毒，并使死骨脱出，每日或隔日1次；如坏死组织及死骨暴露浅者，可以钳出或用白降丹和米糊作成薄片，放入坏死组织及死骨旁，直至坏死组织及死骨脱出后为止；如死骨块过大，用上法仍不能排出者，可用手术摘除；若有病理性骨折发生的可能，局部应给予夹板外固定。

关节流注

是毒邪贯注于关节而引起的深部化脓性病证，又称流注关节，属流注的一种。多见于幼儿。男性多于女性。膝关节、髋关节最常受累，其次为肘、肩、踝关节。单个关节发病多见，亦可几个关节同时发病。发于髋关节者称环跳流注或环跳疽，发于膝关节者称为疵疽。清高憩云《外科医镜》云："流注病多生于十一二岁或七八岁，二三岁小儿最多，大都为先天不足，寒湿乘虚入里。"

流注可由病后余毒、暑湿、瘀血等引起：①疮疡、疔毒或麻疹之后，正气未复，余毒留滞；或外感风寒，表邪不散，客于经络之间，郁久化热。注于四肢经络、关节之间后而发病。或因关节附近的化脓病灶，直接漫延至关节间。②因暑湿而发病者，多在夏秋之间，烈日暴晒，先为暑湿所伤，继而露卧贪凉，复为寒邪外束，暑湿之邪复入于里，客于营卫之间，阻于经络之内，不得宣通外出，久之发为本病。③因损伤、瘀血所致本病者，多因劳伤肢体，经脉受损；或因跌扑闪挫，瘀血停滞，注于经脉之间；或因产后恶露未尽，日久郁滞化热，恶血热毒，流注于关节之间而发病。

明汪机《外科理例》云："大抵流注之症……或腠理不密，寒邪客于经络，或内扑，或产后瘀血流注关节。"清高秉钧《疡科心得集》又云："夫流注者，若因于风寒客热，或暑湿交蒸，内不得入脏腑，外不能越于皮毛，行于营卫之间，阻于肌肉之内，或发于周身数处而为流注。若有体虚之人，元气不足，或因郁结伤脾，暴怒伤肝，气凝血滞，或湿气逆于肉腠，或寒邪入于筋络，或湿痰阻于经隧，或瘀血流于关节，又或病后余邪发散未尽，种种病由，皆因真气不能运行，使邪气壅滞而为患也。"

关节流注发病急，有明显全身症状，如寒战、高热，全身不适，食欲减退，大便秘结，小便短赤，舌苔黄厚，脉洪数等热毒炽盛征候，受累关节肿胀、疼痛和皮肤灼热，积脓多时，按之应指，有波动感。患者往往采取关节松弛位置，如髋关节呈屈曲外旋位，膝关节呈半伸屈位。关节附近肌肉痉挛，患者常不愿活动患肢，若病情进一步发展，继发病理性关节脱位时，可出现畸形，成脓破溃后，可形成瘘管。X线摄片检查，早期可见关节腔增宽，附近软组织肿胀。当关节面受到破坏时，关节间隙变窄，并见骨质疏松。后期关节失去正常关系或关节间隙完全消失，呈骨性强直。

本证内治，应根据辨证运用消、托、补三法。早期未成脓者，以消法为主。①因余毒而发本证者，宜以清热解毒、凉血祛瘀，用黄连解毒汤合犀角地黄汤加银花、连翘、丝瓜络、桑枝等；若见烦躁、壮热、神昏者，宜解毒清心，加用安宫牛黄丸或紫雪丹。②因暑湿而发本证者，则宜清暑化湿、清热解毒，可用五味消毒饮合五神汤加豆卷、牛蒡子、鲜佩兰、栀子、陈皮、苡仁等；若初起有风寒表证者，宜辛温解表，可用荆防败毒散加减。③因瘀血而发本证者，宜和营逐瘀、清热解毒，用活血散瘀汤加三七、银花、连翘、公英等；如有表证者酌加解表药；若因恶露停滞而发本证者，可酌加通经导滞药。④若消法无效或就诊较晚而脓已成者，宜托里透脓，用透脓散加减。若脓溃后气血两虚者，可用八珍汤补益气血，如伤口久溃不愈者，可用十全大补汤。此外，还可针对致病菌培养和药物敏感度试验而选用抗菌药物，必要时输液或输血。忌食燥热油腻及辛辣之品，以防助火生热。

外治，初期未成脓者，可用玉露膏、金黄膏外敷，并把患病关节固定在功能位置上，以减轻关节软骨的受压和磨损，防止关节并发病理脱位或挛缩在非功能位置上。如疑有脓，应及早行关节穿刺，对单纯浆液性渗出，可于抽液后注人抗生素，每日或隔日1次，经7—8次多有显效，直至抽出液培养阴性为止；对关节穿刺抽脓时，力求抽净，并以生理盐水反覆冲洗，直到抽液澄清，再注人抗菌药物，如经2—3次穿刺抽脓冲洗，未见好转者宜切开排脓，以泄其毒，并彻底冲洗关节腔，用九一丹或红升丹药线引流；或留置塑料管，冲洗关节腔和注入抗生素，直至感染被控制后才拔出塑料管。收口期可用生肌散、加味太乙膏、或生肌散加玉红膏盖贴之。愈后如有关节功能障碍者，宜用五加皮汤熏洗，同时积极作功能锻炼，以促使关节的正常功能迅速恢复。

骨痨

是寒痰凝聚于骨关节间引起的一种阴证。病程进展缓慢，初期症状不明显，待脓液形成后，可向它处流窜，经久不溃，一旦破溃，经常流出清稀或夹有败絮状如痰样的分泌物，难以愈合，故又称为流痰、疤骨流痰或附骨痰等。

历代医学文献将本病混于阴疽(无头疽)、流注、骨疽等病中论述,直至清高秉钧著《疡科心得集》才将本证明确分开,此后《马培之医案》及赵竹泉著《医门补要》等书对本证论述更为详细。

本证好发于学龄前儿童和青少年,但老年及体虚之人,因毒邪过强,偶尔亦可罹病。发病部位以负重较大,活动较多的脊柱最易受犯,其次为髋、膝关节,再次为肩、肘、踝、腕、指等关节。《诸病源候论》指出本病"喜着大节解间,……喜着鼠蹊髂头胜膝间;婴孩嫩儿,亦着髆肘背脊也。"因发病的部位不同而病名各异,如生于脊柱后造成驼背畸形者称为龟背痰;生于腰椎而脓液注于腰椎两旁者称为肾俞虚痰;生于环跳部位的叫附骨痰;生于膝部的叫鹤膝流痰;生于踝部的叫穿拐痰等。

病因病机　肝脾肾三阴亏损为病之本。多为①先天不足,脊骨柔嫩,肌肉不充,加以复感风寒湿邪,乘虚而入,沿肢体经脉深窜入里,留注筋骨,致使气血失调,津液不得正常输布,凝于筋骨之间,久而转化为痰,造成本病。②劳倦内伤或久病失调、产后体虚,由于正气亏损,肝肾不足,筋骨失健,卫外不固,加以寒邪客于经络,致使毒邪深窜,附着于骨关节间,造成气血失调,津液不能正常濡养筋骨,凝聚为痰,留于关节或肌肉间。③跌扑闪挫,或长期负重过度,劳损筋骨,致使伤处气血凝滞,阻塞于经脉及筋骨间,瘀而不行,风寒乘虚而人,侵袭关节,痰浊凝聚而为病。在整个病程发展中,其始为寒,其后为虚热。既有先天不足,肾亏髓空之虚,又有气血失调,痰浊凝聚之实。当其化脓之时,不仅寒化为热,阴转为阳,而且肾阴不足之证逐渐显露,久则阴愈亏,火愈旺,所以在中、后期,常出现阴虚火旺症状,有时虚实互见和寒热交错,但以阴虚为主。《疡科心得集》指出:"附骨痰者,亦生于大腿之侧骨上,为纯阴无阳之证,小儿三岁五岁时,先天不足,三阴亏损,又或因有所伤,致使气不得升,血不得行,凝滞经络,隐隐彻痛,遂发此病。"

辨证　按好发部位的临床表现分述于下。

脊柱骨痨　较为多见,其中以腰椎发病最多,胸椎下段次之,颈椎更次之。好发于青少年,但老年亦非少见。若儿童在胸椎发病,由于椎体破坏向前弯曲,所以后期易出现驼背,严重者可使脊柱形成锐角畸形,故又称为龟背痰,或龟背驼,或鸡胸痰等。《医门补要》云:"龟背痰起于小儿筋骨脆弱,如以先天不足,或病后失调,或跌伤碰损,大人肾虚腰痛,每成此症……十四节椎骨肿凸如梅,痛连肾俞,使腰曲不能直,久则肿大伛偻不治。"《马培之医案》又云:"龟背驼有脊背强痛,牵引胁肋……腰背渐强,脊渐凸,行则伛偻……若痰引攻注,兼于经隧而脊突者,见之必发阵痰,脊两旁作肿,或窜腰腿,漫肿不痛……虚羸食少发热。"若发于腰椎者,则又称为肾俞虚痰。《疡科心得集》云:"附骨痰者……久则成脓,或腰间肾俞穴,肿硬色白,即名肾俞虚痰。"指出本证发生原因和具体症状。

脊柱骨痨患者,早期仅觉患处隐隐作痛,时重时轻,或朝轻暮重,反覆发作,久则疼痛加剧,尤其患椎周围肌肉痉挛疼痛与日俱增,致使患处活动受限,甚则出现强直,引起患者站立、步行和弯腰等活动困难;若病发于颈椎时,除患椎疼痛外,纵轴叩击痛明显,颈部活动障碍,患者常以双手托住下颌部,借以固定颈部,防止颈椎在无意中向前、向后过度转动而发生剧痛。全身可有潮热、盗汗、无力、脸颊潮红、手足心发热,身瘦、食差及失眠等现象。若脓液形成,咽后壁凸起,可影响吞咽。X线摄片显示,椎体破坏,椎间隙狭窄,甚至消失,椎体前缘软组织阴影增宽,注意有无发生椎体脱位。

当骨痨发于胸椎或腰椎时,除患部疼痛剧烈外,还出现肌肉痉挛,若椎体破坏后,可于患部出现后凸畸形,患处有压痛,外观如龟背,每当咳嗽、喷嚏、用力排便、下蹲、弯腰拾物和躯干转动时,患部疼痛加剧,常见患者双手撑腰,以减轻患处疼痛,严重者更有下肢活动受限及翻身起坐困难,甚至下肢出现瘫痪;如有脓肿形成,可局限于椎体周围,久而脓液可注于脊柱的一侧,或注于髂窝、大腿内侧等部位,在脓肿处能触到有波动感,皮色和温度正常,称为冷脓肿或冷流注。

X线显示患处椎间隙变窄,并见椎体中心或边缘有破坏,椎旁可有梭状阴影。

髋关节痨　为流痰发生于髋关节,患肢挛缩跛行,又称缩脚隐痰、附骨痰。临床较为多见,尤以10岁以下儿童为多,早期无明显症状,仅在过劳后感局部酸痛不适,偶尔出现跛行,休息后好转。病变进一步发展,跛行明显,髋关节过伸活动受限,局部有肿胀、疼痛,朝轻暮重。由于髋关节积脓,关节肿胀,肢体往往外旋、外展,显得患肢长于健肢,后期患肢及臀部肌肉萎缩,患肢内旋、内收、缩短,严重者合并病理性髋关节脱位,病后患者有低热、盗汗、手足心发热、失眠、乏力、食欲不振、性情急躁、哭闹、精神不佳,舌质淡红,苔薄白而腻或微黄,脉沉细或细数等表现。《疡科心得集》云:"附骨痰者,亦生于大腿之侧骨上,为纯阴无阳之证……又名股阴疽,久则成脓。"脓肿形成后,常积聚于患侧髋关节附近,或同侧大腿外侧远端处,溃后脓水清稀,淋漓不断,更有一处或多处出现瘘管,久不收口。肢体往往外旋外展,晚期肢体内旋内收而显得短缩,若髋臼及股骨头完全破坏者,则可造成髋关节病理性脱臼。《医宗金鉴·外科心法要诀》云:"环跳疽生胯骨节间之环跳穴,所以腰难屈伸,漫肿隐痛也。"

X线摄片显示:早期骨质疏松,或髋臼边缘轻度破坏,有时关节面模糊不清,关节囊肿胀,关节间隙增宽,晚期可出现骨质破坏、死骨、空洞或骨增生,关节间隙变窄或消失。

膝关节痨　是骨痨的好发部位,以10岁以下的儿童多发,早期膝关节轻微疼痛,皮色如常,肿胀不明显,活动后加重,休息后则减轻,随着病变发展,疼痛加重,出现跛行,或不能负重。膝关节伸屈活动障碍,甚至关节强直或屈曲畸形,关节积液呈梭形肿胀,而关节上下部肌肉反而

明显萎缩，状如鹤膝，故有鹤膝流痰之称。《疡科心得集》云："鹤膝痰、鹤膝风者，以膝肿而胻腿枯细，如鹤膝之形而名之也。"后期，关节骨质破坏，软组织破溃，经常流出清稀的脓液，久不收口，形成瘘管。全身症状见潮热、盗汗、面黄、颧红、食少、肌瘦、身倦无力、舌质淡红，苔薄白或无苔、脉沉细或细数等，最后可形成膝关节内翻或外翻畸形，甚至关节半脱位。

X线摄片显示早期可见脂肪垫消失，骨质密度减低，骨小梁模糊，如病灶在骨骼中心，死骨被吸收后，可形成空洞；如破坏在骨的边缘，则骨边缘出现虫蚀状缺损，关节面破坏，关节间隙变窄；如发生混合感染时，则骨破坏与增生同时存在。

踝关节痨 多发于青壮年和10岁以下儿童。早期出现踝部不适，肿痛不明显，劳累后加重，休息后减轻，久之则患部肿胀及疼痛，出现跛行。关节上下肌肉萎缩，关节呈梭形肿大，随着病变进展而加重，踝关节背伸、跖屈活动受限，并出现全身不适，潮热、盗汗、食少、肌瘦、无力、失眠、舌质淡红，苔薄白或厚腻，或无苔，脉沉细或细数无力等症状。脓肿破溃后，形成瘘管，流出清稀脓液，久不收口，故有穿拐痰之称。《疡科心得集》云："外踝疽，即脚拐毒，俗名穿拐毒，属足三阳经脉络也，由湿热下注，血凝气滞而成，初起外踝焮肿，疼痛彻骨，举动艰难，寒热往来……若其皮色不变，而漫肿无头者，此名穿拐痰，由三阴亏损，寒湿注聚阻络所致，幼儿因先后天不足而发。"

X线摄片显示关节囊肿胀，骨质疏松，骨密度减低，骨小梁模糊不清，后期出现骨质破坏、死骨或空洞，关节间隙变窄；混合感染时，骨质有硬化表现。

肩关节痨 较为少见，多发于成年人。患侧肩关节常有较长时间酸痛史，如不注意，病变继续发展，则疼痛加重，活动受限，尤其在肩关节旋转时疼痛加剧，患肩肿胀，上臂肌肉逐渐萎缩，尤以肩三角肌明显，外形呈扁平状。脓肿多在关节前方或腋窝处，若出现瘘管，经常流出稀薄脓液。可有全身不适、午后潮热，盗汗、面黄、消瘦、无力、口干思饮、纳差、失眠、舌质淡苔薄白、脉沉细无力等症。

X线摄片显示，肩关节骨质疏松，或骨质破坏，多在肱骨头、肩盂或大结节处，关节间隙增宽或狭窄，边缘不齐。

肘关节痨 多发于青壮年和少年，多数由尺骨鹰嘴痨发展而来。由于该关节覆盖肌肉不厚，当脓液形成时，破溃很易穿破皮肉而形成瘘管，经常流出稀薄的脓液或死骨块。本证起病缓慢，早期症状轻微，肘关节有肿胀而逐渐明显，无明显疼痛，但关节活动受限；后期前臂与上臂肌肉萎缩，关节呈半屈伸状。出现全身不适、午后潮热、盗汗、面黄、颧红、消瘦、失眠、少食、无力、舌质淡或淡红，苔薄白，脉沉细数等症状。X线摄片显示，骨质有破坏，关节腔变窄。

腕和手部骨痨 腕和手部骨痨包括桡骨茎突、尺骨茎突、掌骨和指骨等处的骨痨。患者多为10岁以下的小儿。患部呈梭形肿胀、皮色正常，无明显疼痛，手指活动自如，全身症状不明显，间有手足心发热。若病变进一步发展，则有明显的午后潮热、盗汗、食欲不振、全身无力、患部关节疼痛、活动受限等症。局部可出现瘘管，经常流出稀薄如痰样脓液和死骨块。X线片显示，骨关节有破坏、死骨，腕骨排列紊乱等。

骨痨治疗 在治疗上着重整体辨证论治，根据不同的临床证候辨证分型用药，并按局部情况选择外治方法。

辨证分型内治 (1)阳虚证：症见全身无力、面色苍白、形寒怕冷，自汗、消瘦、胃纳不佳、精神疲倦，患处肿胀、隐痛。若病变发展，则患处疼痛明显，持续不减，动则痛剧，夜间加重，患处肌肉痉挛。若脓已形成，皮色不变，但按之应指，关节上下肌肉萎缩，脉沉细或细数，苔薄白或微黄、舌质淡红或胖嫩。治宜温经、散寒、通络、化痰，可选用阳和汤、参芪附桂汤、大防风汤等。

(2) 阴虚证：症见午后潮热、盗汗，甚至寒热交作、头昏、咽干、或兼有咳嗽带血、头晕目眩、遗精不寐、食欲不振、久而局部疼痛、肿胀加剧，呈梭形外观，患关节上下肌肉萎缩明显，患部漫肿无头，皮色正常，或微有灼热肿痛感，继而皮色暗红，肿块顶端微软，可自行破溃，脓水清稀，持续外出，并夹有败絮状物质和死骨头，久不收口，舌质鲜红或嫩红，苔薄白或无苔，脉沉细或细数。治宜滋阴补肾、通络化痰，可选用六味地黄丸、大补阴丸等。有骨蒸劳热者，清骨散、知柏八味丸、秦艽鳖甲散等；有肺火炽盛者，合清骨散；若盗汗不止，加黄芪、浮小麦、煅牡蛎、煅龙骨；如咳嗽痰中带血者，加南沙参、百合、川贝母、白茅根等。

(3) 气血两虚证：症见面色㿠白，精神倦怠、少气懒言、头昏、眼花、心悸、失眠、乏力、食少、便溏，身渐消瘦，爪甲及唇口苍白。局部脓肿未溃时，皮色正常，已溃后脓水清稀，经常外渗不止，疮口凹陷，瘘管周围皮色暗褐，舌质淡红，苔薄白，脉浮而虚弱无力。治宜补养气血、滋补肝肾，佐以托毒外出，可选用托里消毒饮、人参养荣汤、十全大补汤和先天大造丸。

此外，对骨痨的各类型，不论已溃未溃，均可配合小金丹、或骨痨敌虎挣散以及鹿角粉与上述方剂配合使用。

外治 骨痨初起选用回阳玉龙膏、阳和解凝膏外贴，或配合隔姜灸、雷火神针灸等法，以促其消散。若寒性脓肿在关节或体表，可穿刺抽脓，切忌挤破或滥用切开排脓，否则造成伤口久不愈合。若脓肿干净，疮面红活时，可用生肌散收口；若疮面苍白，肉芽不鲜时，可用附子饼灸熨，以宣散寒凝；若瘘管长期不愈合，可用九一丹、八二丹或五五丹(熟石膏5份、升丹5份)药线插入，或用骨痨散为细末，作成药线插入管内以提毒去腐，或行手术搔刮，脓尽外用生肌散、生肌玉红膏贴敷。若病灶内有较大死骨或脓肿而导致截瘫时，宜手术治疗。若肢体挛缩在

非功能位置时，可牵引3—4周，逐渐矫正畸形。为减轻疼痛，防止病变扩散、利于恢复，可根据不同情况选用夹板、牵引、支架等，将肢体关节固定于功能位置，至患肢痊愈为止。

大骨节病

是一种慢性对称性骨关节畸形的地方病。又称为柳拐子病或沼泽病等。本病属痹证范畴。任何年龄均可发病，但以6—15岁最多。病变主要侵犯儿童和青少年的骨关节系统，同时也累及肌肉等软组织。轻则劳动能力降低，重则终身残废，危害较大。

中国东北、西北及华北部分地区的山区斜坡地带、水土流失严重的地方，或地势低洼，泥潭沼泽地发病较多。其发病原因尚未肯定。据近来研究，发病区水土中钙含量少，而锶和钼含量多。由于长期饮用这类低钙、高锶、高钼水后，使人体盐类代谢失调，骨骼含钙过少，含锶过多，造成骨骼生长发育障碍而致本病。亦有人认为发病区谷物被某种毒菌污染，产生一种耐热的毒性物质，易感者食后即可发病。据1927年《辉南县志》中记载有："山中楸叶殒落溪中，性最毒烈，服食久之，人多手指粗肿，筋骨拘，股臂弓曲。"由于素体正气不充，腠理不密，外卫不固，毒邪或风寒湿乘虚而入，引起气血不和，经脉受阻，久而留邪不去，则气血涩滞不行，脉络被塞，肿痛并见。又因肝藏血主筋，肝血不足，筋失所养，故肢节屈伸不利；肾藏精主骨，当肾精亏损，则骨骼失健，影响骨骼发育，造成身体矮小、关节粗大。

本证发生还与气候有关，春秋两季多发，夏季少发。在寒冷、潮湿和天气剧变时，症状可加重。

起病缓慢，初期四肢关节乏力，隐痛，运动不灵，特别是指(趾)、肘、膝、踝关节呈对称性胀痛，尤其在早晨起床时明显。关节僵硬，疼痛，迈步艰难，但经过短时的活动后，稍为好转，每当行走过久或劳累后，关节疼痛加剧，休息后减轻，但休息过久，又起步艰难。以后逐渐出现屈曲挛缩，负重关节疼痛，肌萎缩，膝、踝、手指关节增粗，身材矮小，指(趾)变短畸形。但智力不受影响。X线摄片显示，初期可见骨骺板和骨端凹凸不平，中期可见骨骺碎裂，游离体形成和骨骺板提前闭合，晚期可见关节面凹凸不平，软骨下骨板致密、硬化，并有小囊肿阴影，关节边缘骨刺增生。X线改变以指间关节和距小腿关节最常见，其次为肘、膝、腕关节，肩、髋偶能见到。其中踝关节X线片最有特点，主要表现为踝骨上方关节面凹凸不平，软骨下骨质致密，和跟骨结节短缩。

药物治疗，宜祛风散寒、活血通络、消肿止痛，以下方药可供参考。如双乌丸、马前子丸或独活寄生汤加减。并可选用：①卤碱粉，成人每次2—3克，儿童1克，每日早、晚饭后半小时温开水冲服，连续2—3日后停。②抗大骨节病七号(解放军总医院方)：取草木灰3斤，加水7斤，充分搅拌后，浸泡24小时，然后取其清液，过滤后煮沸，浓缩至3斤即成，每次服20—30毫升，每日3次，2个月为一疗程。③用水三七茎叶15克(黑龙江大骨节病研究所方)；又名土三七、菊花三七，水煎后分二次于饭后服，30日为一疗程，停1周后再服一疗程。

针对病因，还应采取防治措施，因地制宜的改良水土环境。找好水源，打深井(含水层为沙砾石层、石灰岩等地层)，采用管道引水，以保护水源，防止污染。用含硫镁物质改良水质，过滤饮用水。疏干沼泽，排涝造田，改良土壤，施用含硫化肥和微量元素(如硒等)肥料。病区多缺少新鲜蔬菜和蛋白质，因此应多种蔬菜和豆类作物，发展畜牧业，改善营养条件。同时宜改善居住条件和环境卫生，防寒防潮。积极预防各种传染病的流行。服用陕西锅巴盐，有一定预防作用。

胸肋骨痹

是胸肋软骨交界处肿胀疼痛无灼热的一种慢性非化脓性病证。今称为肋软骨炎病。好发于青年，女略多于男。病变部位多在胸前第二至第五胸肋软骨交界处，以第二肋软骨为最多。常为单侧发病，偶有双侧为患。起病有急有缓、病程长短不一，常迁延数月，甚至数年。

多为气血虚弱，营卫不调，表里不和、阴阳失衡，致使肝气郁结，经脉受阻所致；亦有因跌扑闪挫，或因上肢过于劳累致使胸部肌肉受到牵拉，加之素体虚损，腠理不密，卫外不固，风寒湿邪乘虚而入，滞于筋骨，阻于脉络，致使邪从火化，毒热交炽，气血运行受阻，久则气血运行郁闭，壅塞局部所致。

起病有急有缓，主要症状为疼痛，肿胀，胸闷不适，当深呼吸、咳嗽或患侧上肢活动时疼痛加剧，伴气短、食欲不振等，局部向前隆起，触之坚硬，压痛明显，表面光滑，不红不热。若邪郁化热，局部可出现红、肿、热。X线摄片无助于诊断。

对寒邪偏胜者，治宜温经散寒、化瘀止痛。内服可选用阳和汤，配合西黄醒消丸，外贴阳和解凝膏，并配合艾灸；若因风寒湿邪引起，疼痛与气候变化明显者，可选用独活寄生汤、黄芪桂枝五物汤加减；若因气郁而致者，可用栝楼薤白白酒汤加减；若因肝郁引起胸胁部疼痛者，可用小柴胡汤加减；若邪郁化热者，可用复元活血汤合泻白散加减，外用金黄散、双柏散外敷。

骨骺炎

又称骨软骨炎、骨骺无菌性坏死等，乃虚邪入骨及外伤而使骨骺失去气血温煦濡养而发生的病证。虚邪内伤及外伤后，寒与热相搏，久留而内著，寒胜其热，损伤经络，致使气血受阻，不能濡养骨节。其临床表现为受累骨和肢体出现疼痛，肌肉萎缩及活动功能障碍。多发于青

少年的股骨头、胫骨结节、腕月骨、足舟状骨、跟骨结节，第二跖骨头及腰椎等处。

股骨头骨骺炎 临床较多见，大多发生于3—10岁的儿童。男多于女。绝大多数为单侧，亦有双侧罹病。因儿童系纯阳之体，易虚易实，若因先天不足，素体虚弱，加上髋关节被跌扑扭闪，或过度跑跳劳累而反覆多次损伤，则招致虚邪深入骨内，寒凝于里，经脉受阻，气血凝滞，营卫不得宣通，致使股骨头失去正常的温煦和濡养而致本证。

初期可出现髋部或膝部轻微疼痛，轻度跛行，行久、活动久后尤明显。或可有低热、胃纳欠佳等全身症状。久则跛行加重、疼痛增剧，大腿及臀部肌肉萎缩，检查髋关节有轻度屈曲及内收畸形，内收肌痉挛，髋关节活动受限，以外展及内收明显，大转子明显向外突出。后期症状逐渐缓解，以至完全消失，有的经治疗后关节活动大部分恢复，有的遗留外展和旋转受限，患肢轻度缩短，大转子明显上移。

X线摄片检查，初期表现为关节囊阴影扩大，关节间隙增宽，股骨头中心骨质轻度致密，股骨颈上端骨质疏松；病久后股骨头骨质普遍致密并变扁平，逐渐骨质密度不匀，有囊状间隙或呈"碎裂"现象，股骨颈变宽并短缩；后期骨质密度逐渐恢复正常，有的股骨头、颈轮廓接近或恢复正常，有的股骨头变扁，股骨颈变宽而短，大小转子相对向上移位。

治宜补益肝肾、强筋壮骨、散寒通滞。内服可选用保元汤、补肾壮阳汤、补肾壮筋汤或金匮肾气丸；局部贴阳和解凝膏，并可用五加皮汤熏洗。并注意卧床休息，患肢禁止负重，一般二三个月后跛行可以明显好转，严重者亦可减轻。症状好转后，要坚持3—6个月患肢不负重。合作差或股骨头继续变形者，可作胶布皮肤牵引或外展夹板固定。

胫骨结节骨骺炎 多见于10—15岁的青少年。男性为多。青少年筋骨未坚，在剧烈运动如跳跃、奔跑、球类运动时，股四头肌的强力收缩，通过髌韧带而牵拉胫骨结节，引起局部慢性损伤而致气血阻滞，血运障碍，不能濡养胫骨结节，久而风寒外邪乘虚入骨，发为本证。多数起病缓慢。胫骨结节部疼痛、肿胀、压痛，无全身不适，活动多或上下楼梯时可使疼痛加剧，休息时疼痛减轻和消失，病程较长者，胫骨结节肥大突起，若患者不注意减少活动量，会使病程延久不愈，可达1—2年，甚至到骨骺愈合后症状才消失。X线侧位照片早期常无明显异常发现，病程较长者，可见胫骨结节骨骺呈轻度分离或有碎裂现象。

若症状轻微者，在停止奔跑跳跃、长途跋涉等剧烈运动后，即可减轻或消失；若局部症状较重者，患肢宜休息，严重者必须制动。治宜活血祛瘀、散寒除湿、消肿止痛。局部可选用栀乳散、双柏散、消肿止痛膏外敷，内服可选用活血止痛汤、复元活血汤加减；若慢性劳损所致，治宜补肝肾、强筋骨、和络止痛，外敷阳和解凝膏，内服选用壮筋养血汤、补肾壮筋丸，并可用当归红花注射液加1%普鲁卡因痛点注射，或用五加皮汤熏洗患处。

跖骨头骨骺炎 发病部位以第二跖骨头为主，其次是第三、第四跖骨头。多见于青少年的女性。先天不足，或肾气虚弱，加上外伤或慢性劳损可发生本证。主要症状是步行时患足底跖趾关节处疼痛，压之加剧，并有跛行，休息后减轻，局部肿胀，患部关节活动受限。X线照片显示，跖骨头变宽、变薄及碎裂，骨干远端增大。若症状严重时，患肢宜休息，避免负重，即使好转后，也应减少患肢负重。内外用药可参见上述胫骨结节骨骺炎。

足舟骨骨骺炎 多见于5—6岁的男童。可能因外伤后，局部经脉损伤，血瘀于内，阻滞经脉，发为本证。主要症状是患足疼痛和间歇性跛行，在足舟骨处有微肿、压痛，足内、外翻时可引起疼痛，往往休息后减轻，行走或过劳时加重。X线照片显示足舟状骨扁小而薄，边缘不规则，密度增加。

若因外伤所致者，治宜活血祛瘀、消肿止痛，外敷栀乳散或双柏散，内服用复元活血汤加减；若病久，宜补肝肾、强筋骨、和络止痛，外敷阳和解凝膏，内服选用壮筋养血汤、补肾壮筋汤等。外用五加皮汤或骨外洗二方熏洗。患肢不宜负重，约2—3个月可愈。

月骨骨骺炎 多见于成人。与外伤和慢性劳损有关。起病缓慢，开始在劳动后觉患侧腕部酸痛无力，不能持重，休息后好转，久后症状逐渐加重，腕部酸痛增加，活动后较甚，握力逐渐减退，腕背侧肿胀和压痛，患侧中指指掌关节短缩，腕关节活动受限。X线摄片显示月骨密度增加，或呈斑点状，有囊性改变，关节面不平，间隙变窄；晚期月骨碎裂变形。治疗应减轻或停止患腕关节的活动和持重，还可固定患腕关节于背屈20°—30°位，6—12个月。直至X线片证实月骨完全恢复正常时为止。内外用药参见上述足舟骨骨骺炎。

骨质增生证

是指骨或关节软骨发生增生而引起的病证，又称骨刺、骨赘。多发生在负重大，活动多的部位，最常累及脊柱。发生在胸腰段称增生性脊椎炎。发生在颈椎称颈椎病。发生在四肢关节称骨性关节炎，又称增生性、肥大性或退行性关节炎，下肢较多见。

本证起病缓慢，最初自觉关节僵硬，隐隐作痛，早晨起床时较明显，在活动以后减轻或消失，活动多时又加重。后期疼痛持续，并可出现活动受限、关节积液、畸形和关节内游离体，但关节强直较少见。若骨赘压迫神经根或脊髓时，可引起肢体相应部位的感觉和运动障碍。

治疗本证，首先应着重调节机体，增强抗病能力，本着肾主骨生髓，髓充则能健骨和治肾亦即治骨的理论，采取以补肾为主治其本，佐以通经络、活气血，以"通则不

痛"治其标方可收功。

常见骨质增生证分述如下。

增生性脊椎炎　又称肥大性或退行性脊椎炎，是一种较常见的慢性腰背痛证，中年以上发病。引起本证的主要原因是肾虚不能化精生髓而充骨，致骨本身发生退变。《素问·脉要精微论》云："腰者肾之府，转摇不能，肾将惫矣……骨者髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。"《素问·生气通天论》又云："因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏。"说明肾虚是本病的内在因素，故又称肾虚腰痛。

增生性脊椎炎主要表现为腰背痛（多为酸痛），少数患者疼痛可放射到下肢，往往在气候变化时加重，阴雨天尤为明显。在休息之后缓解，久坐或卧床后并不感到舒适，每诉晨起时腰背部僵硬、酸胀，而稍活动后，则症状减轻。X线片上可发现在该部椎体前缘或侧缘有骨刺形成，少数发生在后缘，基底部较宽而逐渐变成一尖端，有时可跨越椎间软骨盘。

对本证的治疗宜健肾壮腰，可选用骨质增生丸、骨刺丸、壮腰健肾丸，或补肾壮筋丸等。偏于肾阳虚者，可用金匮肾气丸；偏于肾阴虚者，可用知柏八味丸；兼有风寒湿者，可用独活寄生汤；兼有外伤瘀滞者，可用补肾活血汤等。

增生性髋关节炎　多由创伤或积累性外伤所致。某些畸形或疾病，如股骨头缺血性坏死、股骨头骨骺滑脱、髋内翻等，亦可后来诱发本证。老年人肾气虚衰，而致髓不充骨，所以使股骨头退变和髋臼边缘骨质增生。

患者最初感觉患部关节动作不灵活，慢慢出现酸痛或钝痛，关节的活动度减少，髋关节的旋转、外展及内收活动受限。

药物治疗，应补益肝肾、强筋壮骨，内服骨质增生丸或健步虎潜丸，外用腾药或坎离砂热熨髋部。若早期疼痛明显者，可卧床休息，缓解后，可扶拐步行。顽固患者，可考虑手术治疗。

增生性膝关节炎　本证早期可在单侧发病，常继发于膝部外伤或劳损，如半月板破裂、膝关节韧带损伤、关节内骨折及髌骨软化症等。双侧发病者，多为50岁以上的老年人，由于肝肾亏虚，筋骨失其所养而致。

症见患膝轻度肿胀，可有积液，关节上下的肌肉萎缩，伸屈障碍，在被动活动时可触得粗糙的摩擦感。X线片显示股骨和胫骨的关节软骨面有骨刺。

药物治疗，宜健肾壮筋、舒筋活络，内服可选用骨质增生丸、骨刺丸、补肾壮筋丸等，局部用熨风散或腾药热熨，或用五加皮汤熏洗。

颈椎病　多发生于40—60岁。由于肾虚髓少，骨枯和劳损，椎间盘变性、椎间隙变窄、椎体边缘骨质增生所致。严重者往往压迫神经根、椎动脉。椎体后缘增生亦可压迫脊髓。由于第五—第六颈椎和第六—第七颈椎之间活动度较大，因此，发病率较其他颈椎关节为高。

本证的发生多无明显外伤史，主要症状为颈椎部僵硬不适，疼痛或钝痛。颈椎生理弯曲减少，以至消失，颈部肌肉痉挛和活动受限。一侧或二侧肩、臂、手麻木疼痛，颈部后伸、咳嗽、甚至增加腹压时疼痛加重。部分患者可有头晕、耳鸣、耳痛，握力减弱和肌肉萎缩。

检查时下段颈椎棘突或患侧肩胛骨内上角常有压痛点，部分患者可摸到条索状硬结。医者一手扶患者头的患侧，另一手握患侧上肢，将其外展90°，两手作反方向牵拉，若有放射痛或麻木则为牵拉试验阳性。另一检查方法是患者坐位，颈后伸，偏向患侧，医者以左手托患者下颌，右手从头顶逐渐下压，若出现颈部痛或放射性痛则为压头试验阳性。必要时可拍摄X线正侧位或侧位过伸、过屈位X线片，以观察病变部位。

颈椎病以非手术治疗为主，可用药物治疗、牵引、推拿等。治宜补肝肾、祛风寒、活络止痛。

内服，可选用补肾壮筋汤、补肾壮筋丸或骨质增生丸、骨刺丸。亦可外用热熨法，用腾药或熨风散洗熨。配合枕颌带行颈椎间断牵引，亦有一定效果。嘱患者取坐位或卧位，卧位牵引时，颈前屈位，牵引重量3—5公斤，每次牵引时间为20—30分钟，患者如能忍受，可适当延长，每日牵引1—2次。若椎体后缘形成骨刺而压迫脊髓者，可作垂直牵引。通过牵引可以缓解肌肉痉挛、扩大椎间隙、流畅气血、缓解症状。牵引重量的大小、时间的长短，可根据患者的反应而灵活掌握。

推拿疗法：

第一种方法对颈椎增生后间接压迫神经、血管而出现的症状有明显效果。①用手法或器械进行颈椎牵引，使颈椎间隙增宽，本法适用于神经根型。②患者坐位，用轻压力的㨰、按、拿、一指禅推等手法在颈椎两侧及肩部治疗，使紧张痉挛的肌肉放松。③患者坐位，头部前屈至适当的角度，医者一手用拇指按住患椎棘突，一手用肘部托住患者颏部，作向前上方拔伸，同时向患侧旋转头部，往往可听到整复的弹响声。④患者仰卧，肩后用枕垫高，医者立于床头，右手紧托患者枕部，左手托住颏部，将患者枕部自枕上拉起，使颈与水平面呈45°角，略作牵引后，轻轻将头向左右旋转和前后摆动，往往可听到整复时的弹响声。脊髓型及椎动脉型禁用本法。⑤患者坐位，用轻压力的一指禅推法或按揉法于颈椎两侧，上下往返治疗3—4分钟，再在颈椎两侧用直擦法，以透热为度，可配合热敷。

第二种方法主要适用于神经根型和椎动脉型，对脊髓型无效。其操作方法：①患者取坐位，以指推法，指揉法、捏法、拿法在颈项部操作，放松局部肌肉。然后指揉颈椎横突前、后结节起止的肌肉。②患者取坐位，医者站于患者的健侧扳颈。其法，医者将一手的大拇指与其他四指叉开，以虎口或大拇指抵住病变的颈段，另一手按在患侧顶、颞部，两手相对用力，侧屈扳颈，把患者头部扳向健侧。侧屈扳颈，动作需用巧劲，操作时可闻"喀嗒"的响声。对神经根型，扳颈时，患者颈部需前屈30°，并向健侧

旋转30°。对椎动脉型，扳颈时，患者头稍微前屈，不需要旋转。椎动脉型患者作扳颈操作时，如患者向右侧屈颈，颈部转动时易引起眩晕者，向左侧扳颈；反之，则扳颈方向也相反；如患者向两侧侧屈，颈部转动时均可引起眩晕者，则可先后向两侧扳颈。③患者取坐位，医者一手按在患者头顶部，另一手扶在其颈部，依次作颈部后伸，左、右旋转，健侧侧屈及环转活动。动作要缓慢。如摇颈在某一方位时，患者感到不适，则应避免这个方位的活动。④按压患侧上肢天鼎、缺盆、中府、极泉诸穴各1分钟左右，自上到下再施㨰法于患侧上肢2—3遍。

推拿治疗时需注意：①高血压或血管硬化的患者，在作颈项部摇法时，要特别谨慎。②脊髓型和椎动脉型一般不宜作颈椎牵引或拔伸。③颈椎病的推拿治疗，要在排除颈椎椎管骨质病变后进行，手法宜用轻柔压力，切忌暴力。患者睡眠时枕头高度要适宜，一般仰卧时枕头要低，侧卧时可略高。防止不正的睡眠姿势，以免引起病情复发或加重。患者平时需做颈项部锻炼，但不可过劳和受寒。

跟骨刺 跟骨刺是由于肾虚体弱，而使足跟底部骨质退变、增生所致的一种足跟痛证。见"足跟痛"条。

针眼

睑弦或眦头，热毒蕴结，忽起小疱，继而成脓，民间常以针刺破出脓或针挑背上红点而愈的眼病，称为针眼。本病名见于《医宗金鉴》。亦称偷针。《诸病源候论》卷二十八云："人有眼内眦头忽结成疱，三五日间，便生脓汁，世呼为偷针。"又称为土疳（《证治准绳》）、土疡（《目经大成》）。有只生一目，亦有二目同时或先后发生者。本病相当于现代医学的麦粒肿。

因外感风热，客于睑肤之间，结聚而成；或因过食辛辣炙煿，脾胃蕴热，阳明经多气多血，热蕴则气血瘀滞，阻于胞睑而发；或因饥饱不节，劳倦所伤，致使脾胃不健，不能生精化血，气虚血少，易于感邪，或无力疏通血脉，邪气郁滞所致。初起胞睑某部微红微肿，刺痒不舒，继而硬结隆起，形似麦粒，三五日后，便生脓汁，轻者硬结较细，可自行消散，或自溃热散而愈。重则焮赤肿痛，拒按，脓汁渐成，溃后脓出，诸症悉减而愈。发于眦头者，焮痛较剧，可见白睛红赤浮壅。亦有溃后睑弦变形，导致皮翻症。如用手挤压，或未成脓即针破或切开，亦可致热毒扩散，胞睑周围及沿面漫肿，甚则痛及头脑，或出现鹘眼凝睛，疔疮走黄之凶症。

外感风热：可见睑弦结成小疱似麦粒，微感痒痛，红肿稍轻，纳便如常，苔薄白。治宜祛风清热。方用银翘散。

脾胃热毒上攻：可见胞睑红赤肿硬，上有黄白脓头，疼痛拒按，甚则面颊俱肿，伴有恶寒发热，口渴欲饮，大便秘结，舌红苔黄。治宜清热解毒，通腑排脓消肿。方用内疏黄连汤（《审视瑶函》），加银花、紫花地丁、野菊花、皂角刺、穿山甲。病在眦头，疼痛更甚，眦部白睛红赤浮壅，或兼小便黄赤，属有心火，佐以清心泻火，方用内疏黄连汤时重用连翘、黄连、山栀，亦可酌加木通、淡竹叶之类。

脾胃不健，气血虚弱：可见胞睑硬结，红肿不甚，微痒微痛，或脓汁不多，或经久难消，面色㿠白，胃纳欠佳，气短乏力，大便不实，舌质淡，脉细无力。治宜健脾益气，托里排脓。方用托里消毒散。

余邪未消：可见胞睑硬结虽缩小，但久不消散，或易反覆发作。治宜清脾泻胃，以祛余邪。方用清脾散（《审视瑶函》）。

未成脓以前，可外用醋调雄黄粉涂胞睑患处，干后再涂，保持患处湿润为度。或用茶清和蜜，调如意金黄散（《外科正宗》）敷患处。亦可配合热敷，促使眼部气血流畅，瘀滞肿块易于消散。早期亦可针刺合谷及太阳穴，点刺出血。脓成后，应切开排脓。

简易方：①治针眼方：南星，生为末三钱，生地黄，不拘多少，共研成膏，贴两边太阳穴，肿可消（《医学纲目》）。②秦皮三钱研末，和砂糖水，调大黄末一钱，服至大便通利即可消（《仁斋直指方》）。用于治脾间积热兼宿食不消，则生偷针。

护理：平时勿用不洁之手或手帕擦眼，少吃炙煿辛辣之物，以免脾胃积热，引起反覆发作。针眼未成脓者，切忌挤压或切开，以防毒邪扩散。

睑硬睛疼

胞睑肿硬，目珠沙涩疼痛的病症，称为睑硬睛疼。见于《秘传眼科龙木论》。因肝经积热，外感风邪，引热上冲，风热互结，气血壅滞于胞睑而肿硬，风热郁于目珠而涩痛；或素有脾胃湿热，聚湿生痰，郁而化火，火痰搏结，气血凝滞于脾而硬，目因火击而痛。

此症不论有障无障，初患之时，稍觉痛胀，或睑内颗粒累累，久则胞睑赤胀肿硬，目珠沙涩疼痛，或白睛红赤，或翳膜遮睛，甚则变为肿胀如杯，瘀血贯睛等重症。

风热互结，气血瘀滞：可见胞睑肿胀，睑内椒疮累累，白睛红赤，沙涩羞明，热泪如汤，口干，舌苔微黄，脉数。治宜除风清热散瘀。方用归芍红花散（《审视瑶函》）。

痰火上灼：可见胞睑焮赤，紧硬难开，白睛混赤，或黑睛生翳膜，目珠疼痛泪出，大便秘结，舌红苔黄腻，脉滑数。治宜清泄痰火，散瘀消肿。方用泻脑汤（《审视瑶函》），加夏枯草、浙贝、没药、血竭、红花。外敷一绿散（《审视瑶函》）。胞睑可翻者，则翻脾开导。或于太阳穴针刺出血，以祛瘀泄毒，若变为肿胀如杯、瘀血贯睛等症者，则见"肿胀如杯"条。

简易方：①升麻葛根汤：升麻、葛根、甘草、白芍，各等份，每次用一两，水煎，温服。（《一草亭目科全书》）。②蒲公英汤：鲜蒲公英四两，煎二大碗，服一碗，洗一碗

(《医学衷中参西录》)。③三友丸：石膏八两，麻黄四两、杏仁二两，糠米糊丸(《目经大成》)。

肿胀如杯

胞睑红肿高胀如覆杯的病证，称为肿胀如杯。见于《证治准绳》。早在《诸病源候论》的"目封塞候"中已有论述。又称胞肿如桃(《银海精微》)、覆杯(《目经大成》)。类似现代医学的眼睑脓肿。

因恣食辛热炙煿，脾肺积热，邪客胞睑腠理，瘀阻脉络而焮赤胀起；或因肝经实火传脾，火胜而风必旺，风火壅于胞睑，致胞睑封合难开。《证治准绳·七窍门》云："谓目赤痛睥胀如杯覆也，是邪在木火有余，盖木克土，火生土，今肝邪实而传脾土。"初患之时，胞睑红肿，珠痛稍缓，目涩泪热，白睛红赤，渐则胞睑赤肿，胀起如覆杯，不能翻转，疼痛拒按，灼热喜凉，重者痛连头脑，瘀血贯睛。本病应与胞虚如毬，睑硬睛疼相区别。胞虚如毬者，胞睑虚肿浮起，皮色如常；睑硬睛疼者，胞睑紧硬，目珠必痛。

脾肺积热，风热外感：可见胞睑赤肿高起，白睛红赤，沙涩疼痛，热泪频流，口干舌红，苔黄脉数。治宜除风清热。方用羌活除风汤(《银海精微》)去麻黄。

木火内攻，热壅血滞：可见胞睑如杯覆，疼痛拒按，瘀血贯睛，头痛连眶，口渴便结，舌红苔黄。治宜清肝泄热。方用凉膈散(《医宗金鉴》)合五味消毒饮(《医宗金鉴》)，加没药、桃仁、穿山甲。

外治法同睑硬睛疼。

简易方：①当归立效散：当归、大黄各一两，乳香(研)一钱。剉碎，分作三服，每服七钱，水煎，去渣，温服，食后临卧，看虚实，加减服之。②鲜蒲公英二两，怀牛膝一两，煎汤饮之(《医学衷中参西录》)。③决明丸：石决明五钱，车前子、黄连各二两，捣罗为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服十五丸，食后米饮下，日二服(《圣济总录》)。

胞虚如毬

脾虚气弱，水湿上泛，胞睑虚肿如球的病证，称为胞虚如毬。《证治准绳》称睥虚如毬。又称悬毬(《目经大成》)。多为两侧同病，亦可见于水肿病患者。本病多见于现代医学的营养不良性水肿，肾性水肿，或眼睑血管性水肿等。

因脾胃气虚，运化失职，水湿积聚，浊气上泛，而致上胞浮肿；或脾虚湿郁化火，虚火上壅于气分而致胞睑虚浮微红；或脾胃虚弱，不能化生精微，气血衰少，不能充养胞睑，而致虚肿泛起。本病初起目内并无别病，无赤肿疼痛，但见上胞虚肿若球，皮色不变，软而喜按，如以手掌擦热，拭之渐消，但很快恢复如故。日久胞睑发红，白睛微见赤丝，甚至可有流泪与睑眦赤烂之症。

胞虚如毬与肿胀如杯同属肉轮之病，须加以鉴别。前者属气分之虚证，多两侧同病，后者胞睑肿而焮红，坚硬拒按，眼球赤痛，或生翳膜，属血分之实证。如《证治准绳·七窍门》云："睥虚如毬，谓目睥浮肿如毬状也。目尚无别病，久则始有赤丝乱脉之患，火重者，皮或红，目不痛，湿痰与火夹搏者，则有泪，有眦烂之候，乃火在气分之虚证，不可误认为肿如杯覆血分之实证。以两手掌擦热，拭之少平，顷复如故，可见其血不足而虚火壅于气也。"

脾虚湿泛：可见胞虚如毬，皮色如常，睁眼乏力，面色少华，神疲气短，饮食减少，口淡便溏，舌质淡嫩，苔薄白或薄腻，脉濡缓。治宜健脾益气，升清降浊。方用补中益气汤，或助阳和血汤(《兰室秘藏》)，加车前子、赤小豆。如兼有怕冷、四肢不温，面色皖白等阳虚之证，可加附子、肉桂。

脾虚兼湿热：多为患病较久，胞肿皮色略红，睑眦赤烂，泪出，目珠微红，苔薄黄。治宜补脾化湿清火。方用调脾消毒饮(《审视瑶函》)，或参苓白术散(《和剂局方》)，加连翘、黄芩。

气血不足：可见胞睑虚浮，启闭无力，面色皖白，气短懒言，舌质淡，脉细弱。治宜补益气血。方用八珍汤(《正体类要》)，加黄芪。

眼丹

胞睑肿硬热痛，焮赤如丹的病证，称为眼丹。本病名见于《疮疡全书》，但在《外科启玄》中描述比较具体，如云："凡眼胞属脾胃，谓之肉轮，如赤肿甚，不作脓，为之眼丹。"本病相当于现代医学的眼睑丹毒。

每因过食辛辣炙煿，肥甘燥热之品，脾胃热毒内蕴，复感风邪，风热搏于胞睑，结为赤肿；或因心事烦沉，忿怒暴悖，久郁化火，心肝积热，火毒上冲于目窍，亦可壅聚胞睑而致病。病之初起，眼胞微浮，继之赤痛漫肿，边界不清，触之肿硬，疼痛拒按，重者红肿可延及颜面。耳前或颌下，焮起臖核。常伴有恶寒发热头痛等。

风热盛：可见胞睑红肿下垂，或兼有头痛恶寒发热等症。治宜散风清热解毒。方用荆防败毒散(《证治准绳》)去人参，加银花、连翘、蒲公英。

热毒炽盛：可见胞睑漫肿坚硬，焮热赤紫，疼痛拒按，口渴欲饮，大便秘结，小溲黄赤，舌质红，苔黄燥，脉数有力。治宜泻火解毒，釜底抽薪。方用内疏黄连汤合五味消毒饮，加皂角刺、穿山甲。日久不消者，或有作脓，触之有波动感，可切开排脓。早期可用盐水热敷，外用如意金黄散，以清茶和蜜，调敷患处，切勿入目。

简易方：①四顺散：当归(酒洗焙)、赤芍、大黄纸裹煨、甘草(炙)，各等份。为末，每服一钱，去渣温服。更量大小，加减无时(《银海精微》)。②栀子汤：炒栀子七枚，煎水，大黄末三钱，搅匀，食后温服(《圣济总录》)。③车前子散：车前子、黄连各一两，捣罗为散，每服一钱五分，食后温酒调下，临卧再服(《普济方》)。

睑弦赤烂

因风湿热邪引起胞睑边沿赤烂而痒的病证，称为睑弦赤烂。《证治准绳》称风弦赤烂，并云："乃目脾沿赤烂垢腻也。"又称烂弦风睑（《古今医统》）、风沿烂（《眼科菁华录》）。春夏烂者，称为热烂。秋冬烂者，称为冷烂。睑弦赤烂相当于现代医学之睑缘炎合并睑缘皮肤感染。

本证多为风、湿、热三邪合而致病。因外感风热，伤于睑眦，与津液相搏，致令赤烂；或血少生燥，风邪留恋，干痒不休；亦可因嗜食辛辣肥甘，脾土湿热蕴结，复感风邪，郁滞于胞睑；或大病之后，饮食不节，脾土虚衰，不能化湿，浊气上泛，以致胞弦糜烂流水。此外，亦有其他眼病继发者，如椒疮粟疮，黑睛生翳，眵泪浸渍，蚀腐睑弦日久不愈，以致烂弦倒睫，引入风邪所致。

病证与风、湿、热三邪有密切关联。风胜则痒，湿胜则烂，热胜则赤。因此睑弦局部以痒、烂、赤、痛为主症，但表现各有轻重之不等。病始睑弦微红，干痒不舒，或附有鳞屑。怕日羞明，睫毛根部或有黄蜡样垢腻之物附着，干后结成黄痂，去痂后露出红赤肌肤，睫毛易落，但能再生。日久则红赤垢腻益甚，去痂后见有小脓疱，甚至溃烂，刺痒疼痛，红肉外露，滋水频流。毛根损坏，脱落稀疏，不能再生，或睫毛生长无序，倒入睑内，亦可红赤痒痛并作，春夏秋冬如是。也可致泪窍外翻，眵泪满腮，浸渍蚀腐，沿眶尽烂，而为"风赤疮痍"。常累及双眼，病情顽固，时轻时重，或易反覆发作。

外感风热：可见睑弦红赤，干痒不舒，睑弦紧涩，见风尤甚，或有鳞屑附着，二便如常，舌苔薄白。治宜清热润燥，祛风止痒。方用加减四物汤（《审视瑶函》），加丹皮、蝉衣。

脾胃湿热：可见睑弦赤烂，红肿尤著，刺痛不已，怕热羞明，口渴唇红，舌质红，苔黄。如热重于湿者，以红赤刺痛为著，好发于春夏。治宜清热化湿。方用泻心汤，加连翘、山栀、生地、赤芍、牛蒡子、车前子、天花粉。如湿重于热者，以湿烂浸淫为甚，治宜清利湿热。方用除湿汤（《眼科纂要》）。

脾虚湿重：可见睑弦赤烂，眵泪胶粘，痛痒并作，食少便溏，四肢倦怠，舌淡苔腻，好发于秋冬。治宜健脾除湿。方用参苓白术散，加苍术、苦参、防风、荆芥。如睑弦痒、赤、烂三者并重，为脾胃蕴热，外感风湿。治宜表里双解。方用防风通圣散（《审视瑶函》）。

外治之前，先在局部用开水清除痂皮或脓液，拔去患处睫毛后，以黄连油膏加少许枯矾调匀，涂擦局部，或用甘石调麻油或蛋黄油，或用麻油浸蚕砂2—3日后涂患处，如有椒疮、粟疮或胞睑红赤肥厚泪多者，可用劆洗法以开导之。

迎风赤烂

睑弦部位常受风邪而发赤烂的病证，称为迎风赤烂。本证名见于《证治准绳》，但于《诸病源候论》的"目风赤候"中已有记述，谓："目者肝之窍，风热在内乘肝，其气外冲于目，故见风泪出，目睑皆赤。"

多因脾弱肝强，木克脾土，湿热内蕴，引入风邪，内外夹攻，发为本病。症见迎风痒而泪出，睑弦赤烂，无风则渐愈。本证与"睑弦赤烂"有相似之处，但本证因虚引邪，有风则病，邪轻病位浅，症状轻而易愈；而睑弦赤烂则为邪气深入脾络，结于胞睑，邪重而病位深，症状较重且又顽固难治。但本证久延不治，自可变为"睑弦赤烂"。

赤者木中火证，烂者土之湿证，痒而泪出者，风邪也。证属风湿热邪为患者，治宜清肝祛风。方用柴胡散（《审视瑶函》）；湿甚者，烂胜赤，宜加苍术、枳壳、车前子；热甚者，赤胜烂，宜加山栀、黄芩、天花粉。外治法同"睑弦赤烂"。此外应避免风和阳光刺激，以防触发。

眦帷赤烂

眦部出现红赤糜烂的病证，称为眦帷赤烂。本证名见于《审视瑶函》，但于《诸病源候论》的"目赤烂眦候"中已有记述，谓："此由冒触风日，风热之气，伤于目，而眦睑皆赤烂，见风弥甚，世亦云风眼。"又称眦赤烂（《证治准绳》）。多为双眼罹病。本证相当于现代医学之眦部睑缘炎。

大小眦属心。本证多因劳心竭视，忧郁忿悖，心火上炎；亦有恣燥嗜酒，膏粱厚味，哭泣过多，胃火冲烟，心脾湿热熏蒸，外感风邪，停于两眦所致。此证目无别病，轻者只见大小二眦红赤，刺痒不舒；重者眦帷裂而出血，痛痒并作，或糜烂胶粘，眼睑皮肤浸渍，附近白睛红赤，甚则有疮生于眦边。

心经实火：可见两眦红赤，大眦红肉肿起，甚而眦帷干裂出血，刺痛，小便短赤，舌尖红，苔黄，脉数。治宜清心泻火。方用导赤散（《小儿药证直诀》）合黄连解毒汤（《外台秘要》）。

心经虚火：可见两眦淡红，干涩不舒，怔忡不寐，头晕心烦，脉细数。治宜滋心降火，养血宁心。方用补心汤（《眼科纂要》），去参、芪，加酸枣仁，柏子仁。

心脾湿热：可见眦部赤烂胶粘，皮肤浸渍，皮紧难舒，或疮生眦边，苔黄腻，脉濡数。治宜清热除湿。方用除湿汤（《眼科纂要》）。外治法见"睑弦赤烂"条。

胎风赤烂

婴儿时期，出现胞睑赤烂的病证，称为胎风赤烂。本证名见于《银海精微》，但于《诸病源候论》的"目胎赤候"

中已有记述，谓："胎赤者，是人初生洗目不净，令秽汁浸渍于眦，使睑赤烂至大不瘥。"本证相当于现代医学之新生儿睑缘炎。

病因有三。发于初生婴儿者，多由分娩时恶露入眼，不洁之物污染胞睑眦部，遂致赤烂；发于产后3—4个月时，多因胎毒所致。即儿在母腹中时，其母不知忌口，多食辛热五辛之类，或儿在母腹时，父母淫欲无度，以致邪毒传移胞脏所致；发于哺乳过程中者，多为乳母壮盛之人，抱儿供乳之际，儿口未哺，乳汁胀满，其汁洒然射出，冲入儿眼，风热之邪随之而入所致。

症见双目胞弦红赤，眼边毛际皮肤起小泡，痛痒交作，眵泪胶粘，甚则连眶赤烂，目闭不开，红肿疼痛，睫毛尽脱，经年累月不愈。

证属风热偏胜者，多见胞睑红赤，或起小泡，或痒涩为主，揉擦不已。治宜祛风清热。方用银翘散，加蝉衣、白蒺藜；证属热毒偏胜者，多见胞睑红赤疼痛，胞烂胶粘，睫毛脱而不生，烦躁拒乳，腹胀便秘，唇红口渴。治宜泻热解毒。方用小防风汤（《银海精微》）。服后便通症减，即可停用泻药。外治法见"睑弦赤烂"条。

对于婴儿不便服药者，应以外治为主，也可嘱其母服泻心汤。对于初生婴儿，可用黄连煎汁洗眼兼涂擦口内，有一定预防作用。

风赤疮痍

胞睑皮肤红赤，起细疹或水泡，渗水糜烂等满目疮痍之病证，称为风赤疮痍。本证名见于《秘传眼科龙木论》，该书云："风赤生于脾脏家，疮生面睑似朱砂，乌珠洁净未为事。"本证相似于现代医学之眼睑湿疹、带状疱疹等。

多因饮食不节，过食辛辣，脾胃蕴热，复感风邪，引动内热，上攻于目，肉轮属脾，风热相搏，客于胞睑肌肤而致病；亦可因脾胃湿热熏蒸，外感风邪，风湿热三者郁滞于血分，蕴于胞睑皮肤所致；或因素体内热较重，兼食某些腥发之物，导致胃中伏热上攻肉轮，或外用某些药物，皮肤接触毒物，内外合邪，浸淫肌肤者。此外，亦可因睑弦赤烂，椒疮粟疮，其眵泪日久浸渍胞睑，不断揩拭，感受毒邪而成。风胜则瘙痒不止，热胜则皮肤红赤，湿胜则渗流粘水。故此症初患之时，胞睑红赤，痒痛时作，发歇不定，可有细疹水泡相继出现，搔痒后溃破流水，湿烂胶粘，皮紧不舒，甚则皮肤如涂朱砂，粘水流淌，病变亦可扩展到胞睑附近皮肤及睑颊，面目肿胀，目闭难开，灼热如焚，搔痒无度，它亦可是全身或面部皮肤损害的一部分。

风热上攻：可见胞睑红赤，干涩瘙痒，赤烂较轻，口干，舌红苔薄白。治宜祛风清热，治风先治血，血行风自灭。方用加减四物汤（《审视瑶函》），痒甚加苍耳子、蝉蜕、蛇蜕。

脾胃湿热熏蒸，外感风邪：可见胞睑湿烂胶粘，瘙痒微痛，大便溏薄，舌苔腻或黄腻。治宜清热除湿，祛风止痒。方用除湿汤（《眼科纂要》），加蝉蜕、地肤子、白藓皮。

火热炽盛，郁于血分：可见胞睑红赤一片，如涂朱砂，红疹密布，灼热疼痛，搔痒不休，口渴，便秘，舌红，苔黄。治宜泻火解毒。方用黄连解毒汤（《外台秘要》）合犀角地黄汤（《千金要方》），加蝉蜕、防风、浮萍、薄荷。皮肤接触毒物所致，加绿豆衣、银花、连翘、生甘草。

外治亦可，要分别干症与湿症。皮肤红赤干燥，紧涩不舒者，用煅炉甘石调蛋黄油或麻油外涂；烂而粘汁不多者，用青黛与麻油调敷，或用紫草泡菜子油涂敷；粘水多者，用地榆或黄连煎水作冷湿敷，浓度宜淡。结痂厚者，先用麻油轻轻拭擦清洗。如由某种物质直接刺激引起者，则避免再次接触；如由其他眼病继发，则兼治他病。同时应忌食辛辣海腥等物，注意保持局部清洁，以免疮痍渗流，粘水入目，致生翳膜。

实热生疮

实热壅滞，胞睑生疮，红赤肿痛，甚至腐肉成脓的病证，称为实热生疮。见于《证治准绳》，该书云："实热生疮证，轻重不等，痛痒不同，重则有堆积高厚，紫血脓烂而腥臭者。"亦可为头面或全身诸疮的一部分。本病类似于现代医学的眼睑湿疹或带状疱疹合并感染。

因多食辛辣，脾胃郁热，热气蕴于肌肤，肌腠开泄，复感风湿之邪，风湿热结，停于胞睑，气血凝滞而生疮；或因心事烦扰，心火内发，火性上炎，致脾眦生疮；亦可因性躁易怒，积愤久郁，气血不和，肝火上炎，火盛疮生；或脏腑热毒内蕴，结于三阳经络，火实之邪，密闭于腠理，气滞血壅，始发疮疡。本病证表现形式各异，轻重不等，痛痒不同，初起眼发痒涩痛，继之可见胞睑皮肤，或睑弦，或眦角生疮，呈水泡，或脓泡，或血泡，聚萃丛生，或呈蛇形，或沿经络而长。重则胞睑焮赤肿痛，溃烂流水，或流脓汁，或结脓痂血痂，堆积高厚。或毒水流淌所经之处，又结成疮。甚至可侵及眼眶及颜面皮肤。

脾胃湿热，外感风邪：可见胞睑皮肤红赤，泡生于上。溃烂胶粘，搔痒不已，口渴不欲饮，纳谷不馨，苔腻或带微黄，脉滑数。治宜清脾除湿，祛风止痒。方用除湿汤（《眼科纂要》）。搔痒甚者，加蝉蜕、地肤子、牛蒡子。

肝火上炎：可见一侧胞睑皮肤红赤而干，水泡累累如珠，皮薄透亮，大小不等，簇集成群，或排列呈蛇形，灼热刺痛，口干，尿黄，舌边红，苔黄，脉弦数。治宜泻火清肝。方用龙胆泻肝汤（《医宗金鉴》），加连翘、银花。

心火炽盛：可见胞睑生疮红肿，刺痛瘙痒，心烦不安，口渴，小溲黄赤，舌尖红，舌苔黄，或疮生于眦头。治宜清心泻火。方用泻心汤（《金匮要略》）合导赤散（《小儿药证直诀》）。疮色鲜红者，为血热深重，可加清热凉血解毒药，如丹皮、赤芍、连翘、板蓝根、紫草等。

脏腑热毒上攻：可见脓泡满布，脓血赤烂，脓痂血痂，堆积高厚，肿痛较甚，身热口渴，溲黄便秘，舌红苔黄，脉

弦数。治宜清火解毒。须用大剂清热解毒之剂，才能顿挫其势，方用内疏黄连汤(《审视瑶函》)，加生地、丹皮、生石膏、蒲公英、银花、皂角刺。色赤肿痛难忍者，为气血瘀滞重症，可加乳香、没药。

疮有溃烂流粘水者，用泻心汤(《金匮要略》)，或菊花煎水作冷湿敷，以收敛止痒，清热退红，如有脓疱脓痂者，则可用上药湿敷清洗，皮肤干赤生泡呈蛇状者，用雄黄末醋调或黄连膏调敷之。

简易方：定痛饮：防己一两，当归、黄芩各五钱，粗捣，水煎，去滓，入红酒半盏，温服(《济生方》)。

护理：有瘙痒或溃烂者，不宜用热火烫洗，同时应避免接触毒邪之物，注意保持局部清洁，以免毒水流淌所到之处，又溃成疮，甚至流入目内而病及眼珠，致生翳膜。

眼胞痰核

眼胞内生硬核如豆，皮色不变，不痛不痒的病证，称为眼胞痰核。本病名见于《医宗金鉴·外科心法要诀》，该书谓："结于上下眼胞皮里肉外，其形大者如枣，小者如豆，推之移动，皮色如常，硬肿不疼。"但于《原机启微》的"血气不分混而遂结之病"中已有论述。又称脾生痰核(《证治准绳》)、目疣(《审视瑶函》)、痰核(《目经大成》)、眼瘤(《眼科纂要》)、胞生痰核(《眼科易知》)。本病多发于上胞，亦有生于下睑者。本病相当于现代医学之霰粒肿(睑板腺囊肿)。

多因恣食辛热炙煿，脾胃蕴热与痰湿混结，阻塞经络，结于胞睑而成。症见胞睑皮色如常，有圆形硬核，细如米粒或黄豆，大如蚕豆，触之无痛，且不与眼皮粘连，翻转眼睑，可见睥内有紫红或黄色圆形隆起。治宜化痰散结。方用化痰丸(《眼科纂要》)。若热邪偏重，症见睑内红赤较甚，舌红苔黄者，可于上方中酌加黄芩、昆布、海藻、夏枯草。如见眼胞肿胀，皮色红紫而痛痒并作，为复感风热外邪，则变为"针眼"，可按针眼治之。

外治可用生南星研末调醋，频涂睑外皮肤硬结处。核小症轻者，可不药自愈。核大服药难消者，可用手术治疗。古人提出用眉刀尖略破病处，挤尽豆汁似黄脂状物，恐出而根不能断，宜以眉刀尖断之。若日久不消，且渐大而溃烂流脓血者，此为"瘘漏"，如《目经大成》谓："恣啖热物，则火愈燥，人而附瘘垂疣，变为重疾，经年溃腐不痊。"不属本病范畴。

简易方：生南星，磨粉，姜汁或米醋调浓汁，频敷患处，日浅者即消。日深者兼服阳和汤、二陈汤即效(《外科证治全书》)。

上胞下垂

上胞下垂，无力抬举，影响瞻视之病证，称为上胞下垂。又名睢目(《诸病源候论》)、眼睑垂缓(《圣济总录》)、睑废(《目经大成》)、眼皮下垂(《眼科切要》)。本病相当于现代医学之上睑下垂(含重症肌无力所致的神经麻痹性上睑下垂)。多因气血不足，荣卫不和，致肤腠开疏，感受风邪，客于上胞而低垂；或脾气虚弱，阳气不升，睑肤约束无力。如(《诸病源候论》)谓："血气虚则肤腠开而受风，风客于睑肤之间，所以其皮缓纵，垂覆于目，则不能开。"

症见胞睑不红不肿，眼珠如常，唯见一眼或双眼上胞低垂，覆盖黑睛，启睑无力，影响瞻视，每需仰首皱额以助开睑，甚则需以手拈起眼皮方能视物。"目闭不开"与本病不同，乃上下眼睑紧闭，不能自然开睁；亦不同于椒疮重症之眼胞下垂，因胞睑肥厚而致之重坠难开。此外，因老年睑肤松弛而睑皮下垂者，亦不属本病范畴。

气血不足，风邪客于睑肤：可见上胞下垂，睑肤麻木，或目珠转动不灵，头晕目眩，心悸少气，面色无华，舌色淡白，脉细而虚。治宜益气养血，兼祛散风邪。方用归脾汤(《济生方》)，送服升麻散(《圣济总录》)。

脾虚气弱：可见双眼上胞低垂，晨起较轻，午后增重，全身乏力，畏寒喜热，头昏口淡，舌质淡，脉沉弱。治宜补中益气，健脾扶阳。方用补中益气汤，加附子、肉桂。若兼见目珠转动不灵者，加丹参、鸡血藤、木瓜、丝瓜络等养血通络之品。

针灸疗法：取穴鱼腰、攒竹、丝竹空、阳白、临泣、颊车、风池、合谷、足三里、光明，每次选穴2—3个，每日或隔日一次。

胞睑振跳

胞睑肌肤不随人意而自牵拽振跳之病证，称为胞睑振跳。于《证治准绳》已有论述，称睥轮振跳。又名目睛瞤动(《证治准绳》)、胞轮振跳(《眼科菁华录》)。上下胞睑均可发生，多见于成人。因血虚气不顺，营卫失调，胞睑筋脉失养；或血虚生风，风性动摇，上犯胞睑；或肝阴不足，风火内生，皆可致筋惕肉瞤。如《证治准绳·七窍门》云："谓目睥不待人之开合而自牵拽振跳也。乃气分之病，属肝脾二经络牵振之患，人皆呼为风，殊不知血虚而气不顺，非纯风也。"

症见胞睑皮色如常，不痛不痒，眼珠端好，唯胞睑不由自主时时跳动。或疏或频，轻者可不药自愈。重者发作频频，振跳不息，或牵及眉际，或颜面肌肤，使患者坐立不安。

血虚营卫不调：可见胞睑振跳较轻，兼见面色少华，神疲乏力，舌淡脉细。治宜补血理气。方用艾人理血汤(《目经大成》)。

血虚生风：可见胞睑肌肤频频抽搐，或牵及眉际而头痛，头晕眼花，心烦失眠，舌淡脉细弱。治宜养血熄风。方用当归活血饮(《审视瑶函》)，加钩藤、僵蚕、全蝎等。

肝血不足，风火内生：兼见口苦，头痛，舌质稍红，脉

弦。治宜养血清肝。方用四物汤(《和剂局方》),加柴胡、山栀子。

针刺疗法:取穴颊车、地仓、攒竹、丝竹空、阳白、四白、承泣、风池、临泣等穴。每次选2—3穴,每日或隔日一次。

风牵出睑

下睑感受风邪,眼皮紧急而向外翻出的病证,称为风牵出睑。本病名见于《银海精微》。于《世医得效方》中亦有论述,称风牵睑出。又称风吹出睑(《疡医大全》)、地倾(《目经大成》)。本病相似于现代医学之麻痹性睑外翻。乃因风邪侵袭,胞睑受邪,筋拽皮紧而向外翻出;或因脾胃积热,复感风邪,壅毒于睑,皮急肉壅所致。如《银海精微》卷二谓:"风牵出睑者,脾胃受风,壅毒出胞睑之间。睑受风而皮紧,脾受风则肉壅,此皮紧肉壅风牵出睑,泪出汪汪,无分四季,此土陷不能隄水也。"

其症轻则下睑微倾向外,重则外翻而露出赤肉,且烂,多眵多泪,因泪水浸渍而易致睑弦赤烂,若目闭不全而致暴露赤眼生翳等。本病与口眼㖞斜,虽同因风邪侵袭所致,但症见皮肉松缓及口眼㖞斜,老年人因眼皮松弛而见胞睑轻微翻出者,不属本条范畴。

风邪中络:治宜祛风通络为主。方用正容汤(《审视瑶函》)或胜风汤(《疡医大全》)。

脾胃积热,复感外邪:睑内壅肉红赤,眵泪胶粘,便秘溺赤,舌红苔黄,脉数,治宜通腑清热散邪。方用黄芪汤(《秘传眼科龙木论》),酌加黄连、夏枯草、菊花、僵蚕、白芷等。古人有用劆洗法去其瘀血,再翻转睑内熨烙三五度,而后服黄芪汤之治法。

针灸疗法:取穴睛明、攒竹、承泣、太阳、瞳子髎、合谷、足三里。

护理:对本病须注意保护黑睛,睡前可涂眼药膏,包封患眼,以防变证发生。

睥翻粘睑

眼皮外翻粘于睑外皮肤,难以复转的病证,称为睥翻粘睑。见于《证治准绳》,该书谓:"乃睥翻转贴在外睑之上,如舌舐唇之状,乃气滞血涌于内,皮急系吊于外,故不能复转。"又称眼皮翻出、皮翻粘睑。本病相似于现代医学之瘢痕性睑外翻。多因胞睑自病,如痈疽、眼丹、睑漏等症之后遗瘢痕;或因胞睑外伤、烧伤后导致气血凝滞,肌腠结瘢收缩,而牵吊翻睑于外。症见眼皮反翻贴于外睑之上,色红如舌舐唇之状,时时流泪,或迎风泪出,并因胞睑不能闭合而变生他证,如白睛红赤,黑睛生翳,异物容易入目等。且可因泪液浸渍而致睑弦赤烂,风赤疮痍。本病非同风牵睑出,后者因风邪所中,致睑肤松弛,其睑外翻未成粘肤,亦无结瘢可见。本症用针药难以奏效,唯用手术治疗。古人多用劆劆开导之法。

目劄

两目胞睑频频眨动之病证,称为目劄。见于《证治准绳》。又称目连札(《幼幼集成》)、小儿两目连劄(《眼科阐微》)、小儿劄目(《眼科菁华录》)。小儿疳疾上目初期及白涩症多伴有此证候。本病相似于现代医学之瞬目过多症及维生素A缺乏症的早期表现。因小儿饮食偏嗜,损伤脾胃,以致脾虚运化失职,不能输精于目;或食郁虫积,郁热生风,肝风上扰;亦有因阴虚火炎,灼伤津液,目失滋养所致。

疳积脾虚肝旺:可见双目连劄,或白睛微红,或先有雀目,烦躁善怒,夜睡不宁。治宜健运脾胃,兼清肝热。方用肥儿丸(《医宗金鉴》),加夏枯草。

肝风上扰:可见双目频眨,白睛微红,烦躁易啼,小便色黄,舌红脉数。治宜清热平肝。方用柴胡清肝饮(《审视瑶函》),加钩藤、菊花、茺蔚。后以六味地黄丸(《小儿药证直诀》)以滋养肝肾。

阴虚火旺:可见双眼珠如常,或白睛微红,两睑频频眨动,眼内灼热涩痛,口干咽燥,舌红少苔,脉细数。治宜滋阴泄热,养肝祛风。方用十珍汤(《审视瑶函》),或知柏地黄汤(《医宗金鉴》),选加石决明、白芍、钩藤、僵蚕、羌活、防风、蝉蜕等。

若小儿目劄而兼雀目,畏光羞明等症明显者,已属疳疾上目,见"疳眼证"条。

目痒

凡目内外作痒,甚或若虫爬行,痒极难忍的眼病,称为目痒。见于《外台秘要》。亦称痒极难忍外障(《秘传眼科龙木论》)、痒极难任(《世医得效方》)、眼内风痒(《银海精微》)、痒若虫行证(《证治准绳》)。若目中偶尔作痒或因外障眼疾导致目痒者,不属本病症范围。本病常出现于慢性结膜炎、沙眼、眦部睑缘炎;眼睑荨麻疹及春季卡他性结膜炎者伴有的奇痒症。

多因风邪侵袭,风为阳邪,最易犯目,风性善动,发而为痒;或因气血亏虚,血虚气动,虚风升扰于目;亦有因阴虚血亏,虚火入络生风,内风升扰;亦可由火毒等邪犯目,邪退火息,气血得行,脉络通畅而痒。正如《证治准绳·七窍门》谓:"病源非一,有风邪之痒,有血虚气动之痒,有虚火入络,邪气行动之痒,有邪退火息,气血得行,脉络通畅而痒。"

风邪外袭:可见目痒不休,眼部多无形症,偶有泪出,脉浮。治宜疏风散邪。方用驱风一字散(《普济方》),或乌蛇汤(《秘传眼科龙木论》),选加白蒺藜、僵蚕、菊花、蝉蜕之属。

血虚生风:可见眼痒不已,但目无红赤湿烂诸症,头

晕眼花，面白色淡，脉细而弱。治宜养血除风。方用四物汤（《和剂局方》），选加蔓荆子、地肤子、白芷之类。

虚火入络：可见眼痒难忍，或白睛微红，头眩而晕，口干咽燥，舌红苔薄，脉细数无力。治宜滋阴降火，养血活血。方用知柏地黄丸（《医宗金鉴》）合四物汤。

若邪退火息，气血得行，脉络通畅作痒，为疾病将愈之兆，一般不须服药。外用飞熊丹（《目经大成》）点眼，并用棉裹散（《银海精微》）或广大重明汤（《审视瑶函》）洗眼。

鸡冠蚬肉

于胞睑内，生扁平肉状物，形如鸡冠，或似蚬肉之病证，称为鸡冠蚬肉。本病名见于《秘传眼科龙木论》。但于《龙树菩萨眼论》中已有论述，该书云："眼睑皮里生赤肉，状如蝇许大、或如鸡冠，生此是血脉来凝结所致，兼热毒风作之，眼仍见物，重者都覆黑珠遍障。"又称眼胞菌毒（《外科正宗》）。本病类似于现代医学之睑板腺囊肿后遗的肉芽组织增生，睑结膜浆细胞瘤、睑板腺癌等。

多因嗜食燥腻肥甘，辛辣厚味，或饮酒过度，脾胃积热，上犯胞睑，致气血瘀滞，蕴结不散而成；或因脏腑内蕴热毒，随血气而上，积于胞睑肉膜之内所致。症见胞睑内或眸眦间长出扁平之肉块，色赤或紫红，形若蚬肉，或如鸡冠，亦有如菌状者，头大蒂小。初生时形小，掩于胞睑内，久则渐渐长大，垂出于胞睑外，目闭亦不收，甚者掩盖眼珠，睑翻流泪，视亦昏矇。若因脏腑内热毒所致，开始较软，以后迅速长大而变硬，甚至坚硬如石，痛楚异常，属恶症险候。

本病以手术治疗为主，手术时需从鸡冠蚬肉之根部切下，随用翠云锭（《外科正宗》）磨浓汁涂之。内服疏风清脾，凉血散瘀之剂。方用凉膈清脾饮（《外科正宗》）。忌海腥煎炒椒姜酒等积热助火之物，以防复生。术中注意沿根割净，不可少留毫发，同时切勿误伤大眦内之正常红肉，如有出血急用烙法以止血。若因脏腑内热毒所致，生长较快，质地变硬者，属恶症险候，则忌用针刺劆洗之法，手术治疗，亦视其症情而定。

鱼子石榴

白睛或黑睛上，赘生淡红色颗粒，密聚如鱼子，或似石榴绽露于房的眼病，统称为鱼子石榴。见于《证治准绳》。若以细颗丛萃为主者，该书则又称鱼子障。其状如榴子者，则称为石榴翳（《眼科百问》）。本病类似于现代医学之结膜乳头状瘤、结膜原位癌及结膜上皮癌等。

多因嗜食辛热炙煿及嗜酒，伤损脾肺，致使脾肺积热成毒，瘀滞所成。初起沙涩不爽，重者磨损睛珠，疼痛羞明。在白睛或黑睛上，可见红色肉状颗粒，丛聚累累，小者状如鱼子，大者有似石榴，绽露于房。色淡白或淡红，轻者可限于一处，重者可从四周生来，障满睛珠，不能视物。本病少见，但为目病之恶候。如《审视瑶函》谓："其状一片，外面累颗聚萃而生，或淡红，或淡白色，状如榴子绽露于房。其病红肉颗，或四或六或八，四角生来，障满睛珠，视亦不见。"本病需与玉粒分经和聚星障相鉴别。玉粒分经亦为骤起之颗粒，但形如玉粒，非肉颗之状，常为独颗而且易于治疗；聚星障生于黑睛之上，细小丛生，色白微黄或略凹陷，更与此不同。

证属热毒上壅，瘀滞络脉者，治宜清热解毒，活血祛瘀，软坚散结。方用抽风汤（《审视瑶函》）合消瘰丸（《医学心悟》），加丹参、郁金、海藻、昆布、鳖甲、夏枯草、半枝莲、白花蛇舌草治之。或用手术治疗。

睑内结石

胞睑内表面生长白色或黄白小颗粒，质地坚硬如石，甚则锭露而出的病证，称为睑内结石。早在《龙树菩萨眼论》中已有记述，如谓："若眼忽单泪出者，涩痛者，亦如眯著者，名粟子疾，后上睑生白子如粟粒，极硬，沙刺之然也。可翻眼皮，起针拨去粟子、恶血，服冷药即差。"又称目中结骨（《目科捷径》）、胞生风粒（《眼科开光易简秘本》）。本病即为现代医学之睑结石。

本病一般为脾经受风热湿毒之邪凝滞而成。轻症无自觉症状，绽露高出，坚硬如细石者，则磨擦目珠，沙涩难忍，甚则目珠疼痛。翻转胞睑，可见胞内生起白点、或黄点，如脓似浆，重则结成硬粒，如芝麻粒之形。嵌在胞内，或高出胞内表面，可以一粒独见，亦可数粒丛生。此与睑生粟疮不同，粟疮虽为黄色但较软，发病累累成片，伴紫瘀肥厚，并以刺痒眼眵为主。本病治疗，在表面麻醉下，用消毒之三棱针或注射针头剔除即可。

椒疮

胞睑内面红色细小颗粒丛生，形如椒粒的病证，称为椒疮。见于《证治准绳》。椒疮常与粟疮并生，能尔我相感，发病广泛，并发症较多，对眼的危害较大。本病相当于现代医学之睑内结膜乳头增生症。

本病多因嗜食辛辣厚味，饮酒过度，致脾胃积热，复感风热外邪，内热与外邪交聚于胞睑肌腠，郁滞血络而成。自觉痒涩不爽，眵痒兼作，流泪羞明，甚则胞睑肿胀疼痛，双目紧急。病初起多发于上胞内面两眦角部，可见红色细颗粒密聚，形如椒粒，质坚而难散，逐渐发展，弥漫分布，呈绒状粗糙，甚而蕃衍至全睑及下睑。摩擦黑睛，可致赤膜下垂，血翳包睛，拳毛倒睫等症。年久则有损目光。本症常与粟疮并生，但形态不同，各有特征。如《目经大成》卷二谓："此症似疮非疹，细颗丛聚，生于左右上睑之内，色黄而软者，本经名粟疮，嫣红而坚者名椒疮，形实邪盛则疙瘩高低，连下睑亦蕃衍，碍睛沙涩，开闭多泪，

盖风热蕴结而成。"

脾胃伏火，风热外乘：可见眵泪疼痛，痒涩难开，胞睑内椒粒细颗丛生连片。治宜除风清热，散瘀化滞。方用加味活血饮（《眼科金镜》）。若瘀热偏重，可见胞睑肿胀，睑内颗粒累累，色呈紫红，大便秘结，舌质红，苔黄腻。治宜散瘀泄热。方用归芍红花散（《审视瑶函》）。

外用点眼药为重要治疗方法，一般常用10%黄连眼药水，西瓜霜合剂等，每日滴眼4—6次，贵在坚持外滴和内服诸药。如见椒疮累累连片者，需用劆洗法治疗。如《审视瑶函》云："轻者只宜善治，至于瘰瘰成片，疙瘩高低不平，及血瘀滞者，不得已而导之，中病即止，不可太过。"

粟疮

胞睑内面有淡黄色颗粒丛生的病证，称为粟疮。本病名见于《证治准绳》。于《秘传眼科龙木论》中已有记述，称睑生风粟外障。本病相当于现代医学之眼睑内结膜滤泡增生症。多因饮食伤脾，脾之运化功能失司，则湿邪内郁，郁久化热；或素有嗜食辛热燥腻者，湿热内蕴，复感外邪，皆可壅滞于胞睑肌肉血络之中，致使气血瘀滞，粟疮丛生。

症见沙涩不爽，刺痒流泪，迎风更甚，或磨痛羞明，或生眼眵。翻转胞睑，可见大小不等，数量不一之淡黄色颗粒，质地较软。生于上胞为主者，多与椒疮并生。可尔我相感，病延日久，病情加重，颗粒渐大，有如杨梅之状，摩擦目珠，黑睛生翳，影响视力。甚者有睥急紧小，拳毛倒睫，血翳包睛之并发症。如《审视瑶函》云："粟疮胞内起，粒粒似金珠，似脓脓不出，沙擦痛无时，睥急开张涩，须防病变之。"生于下睑者，粟疮排列整齐，症状较轻，愈后不留痕迹，多见体质虚弱之小儿。如《银海精微》卷上谓："下睑生风粟，如杨梅之状……脾得邪热，血滞不行，致生风粟，红壅不平。"

本病在形态上应与"椒疮"区别。椒疮者，颗粒红而坚，常生于上睑，多因风热所致。如《证治准绳·七窍门》谓："今人称椒疮为粟疮，非也。椒疮红而坚，有则碍睛，沙涩不便，未至于急，粟疮……是湿热郁于土分为重，椒疮以风热为重。二证虽皆属于血分，一易散，一不易散。"在症状方面应与"暴风客热"相区别。暴风客热者，发病急速，白睛红赤，眵稠而多，睑内少有淡黄色颗粒丛生，一般七日而愈，预后较好，很少有并发症。

脾胃湿热，风邪外客：可见痒涩频作，眵泪难尽。胞睑内血滞瘀阻，色暗红，其间粟粒与椒疮并生，白睛淡赤，可兼见大便干结，或数日一行，舌质红，苔黄或腻，脉滑数。治宜除风清热，导邪下行。方用除风清脾饮（《审视瑶函》）。如症情较轻，或无便秘者，方中可酌减芒硝、大黄，或不用。

脾虚湿重：多见于小儿。症见痒涩轻微，眵泪亦少，下睑内面红赤不甚，粟疮排列整齐，可兼见面色㿠白，食少，大便不实，舌淡苔腻。治宜健脾除湿。方用六君子汤（《和剂局方》），加车前子、秦皮、地肤子。

点眼药是治疗本病的必用方法，一般常用10%黄连眼药水、西瓜霜合剂、治内障云翳神效方（《异授眼科》）等，每日滴眼4—6次。

对粟疮累累丛生者，需用劆洗法治疗，将胞睑翻转，用锋针逐个刺破粟疮，点以眼药。

胞肉胶凝

胞睑内生颗粒，由小渐大，形如麻米之状，眵泪粘稠，两睑粘合难开的病证，称为胞肉胶凝。见于《秘传眼科龙木论》。又称胞肉胶粘（《证治准绳》）。本病相似于现代医学之结膜巨大滤泡症。

多因脾胃积热，风邪外乘，上攻目窍，客于胞睑血络之间，气血壅滞，致胞内壅肉生起；亦可因脾肺二经湿热滞结而成。如《证治准绳·七窍门》云："其病重在脾肺湿热之故，夫肺主气，气化水为泪，泪为热击而出，邪热蒸之，浑浊不清，出而为脾土燥湿所滞，遂阻腻凝结而不流，燥甚则结硬而痛。"

自觉刺痒涩痛，流泪羞明，眵多粘稠，封合两睑，晨起尤甚。胞睑肿胀，眼睑内面瘀血赤肿，色紫红，生有大小不等之壅肉，绽露而出。如将壅肉刺破，其内流出脓样胶状物。如《秘传眼科龙木论》卷四云："睑有肉初时小如麻米，年多渐长大如桃李之状，摩隐瞳人为翳。"若脾胃热毒，或风毒人内，则可成胞肉生疮之变证，而致血热化脓、溃烂流脓汁，浸渍黑睛生翳，胞睑如朱砂之色，属胞睑疾病之重症，可以引起赤膜下垂，血翳包睛，拳毛倒睫，黑睛生翳等并发症。

证属脾肺湿热者，症见痒涩刺痛，眵泪粘结，两睑胶粘难开，舌红，苔黄腻，脉濡数。治宜清热除湿。方用除湿汤（《眼科纂要》）；证属脾胃积热者，症见胞睑肿胀，羞明流泪，眵多结硬而痛，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉数。治宜通泻泄热。方用通脾泻胃汤（《银海精微》），加玄明粉、黄柏、石膏、山栀等。

外用劆洗法，用锋针将壅肉颗粒一一刺破，排出其中包含之胶样脓液，并点以眼药（参见"粟疮"）。如《秘传眼科龙木论》卷四谓："眼胞皮肉夹胶形，渐长如同梅李形，针破里边脓出后，还须服药使光明。"

睥急紧小

上下胞睑紧缩，目窍渐自变小的病证，称为睥急紧小。见于《证治准绳》，但在《兰室秘藏》中已有两目紧急缩小之名。又称眼棱紧急（《原机启微》）、皮急紧小（《审视瑶函》）、皮急缩小（《眼科金镜》），常与椒疮，粟疮，血翳包睛，倒睫拳毛等并存。本病类似于现代医学之沙眼后期并发症中眦角粘连、睑球粘连所致的睑裂缩小症。

多因椒疮、粟疮、倒睫拳毛等病延误治疗，或治之不当，致使络阻气滞，阳气不得升发，目中气血津液不足，筋脉失养，胞睑紧缩；有因眼皮宽弛倒睫，采用手术矫正治之不当，致使精血损耗，皮肉血络受伤；或眼病不当开导而频频导之，致经络损伤，而紧急缩小。如《目经大成》卷二云："此症谓上下胞渐自紧小，甚则小如枣核，眼将合矣。盖脊液耗尽，筋脉急缩故也。若治而小者，治之之过，乃皮宽睫倒，只夹外而失内理，后则复倒复夹，遂尔肉焦血损，目络不舒，而睑目急小。"

自觉有眼皮紧急，泪少不润，怕日羞明，目中灼热，隐涩难开，眼睫无力，睑裂缩小，甚则小如枣核，或睥急短缩，胞睑闭合不全。翻转胞睑比较困难，翻转后可见睑内面已形成黄白色瘢痕及少量粟疮、椒疮稀疏散在，为络定气滞，气血之源已绝之象。

证属阴血不足，阳气不得升发，筋脉失去濡养者，可见泪少不润，眼干皮紧，视物乏力，治宜养血升阳，方用养血升阳汤（《眼科金镜》）；脾虚气弱，阳气不能升发者，可见眼睫无力升举，肢体倦息，脉细弱，治宜益气升阳，方用神效黄芪汤（《兰室秘藏》）去芍药酸收之品，加当归、防风，或用拨云汤（《兰室秘藏》）。

外用西瓜霜合剂，或10%黄连眼药水，每日点眼4—6次。

倒睫拳毛

胞睑筋肉紧缩拘挛，致胞睑睫屑内卷，睫毛向内倒入，触刺眼珠的病证，称为倒睫拳毛。本病名见于《秘传眼科龙木论》。但早于《外台秘要》即有记载，称倒睫毛。又名倒睫拳挛（《圣济总录》）、内急外弛之病（《原机启微》）、拳毛倒睫（《银海精微》）、倒睫（《目经大成》）。本病相当于现代医学之内翻倒睫。

常发生于椒疮、粟疮的后期，多因恣食辛辣厚味，嗜酒油腻肥甘，脾胃湿热内生，积于胞睑，致使筋肉紧缩，睫唇内收，睫毛倒入；又因肺虚，风热外袭客于肺经，而致睫毛脱落或乱生；或因脾虚风邪外侵，清阳之气不升，浊阴之气不降，头目失养，睑睫内收而成。如《银海精微》卷上谓："拳毛倒睫者，此脾与肺二经之得风热也。肺为五脏之华盖，主一身之皮毛，肺虚损则皮聚而毛落也，脾家多蕴湿热，致令上胞常肿，……常以手摩引，致令上下胞睑皮渐长，眼渐紧，故睫毛翻倒里面，刺眼碍涩瞳人，渐生翳膜。"

自觉羞明沙涩，畏风怕日，生眵流泪，拭擦不已，或痛或痒，初起症情较轻，只有少数睫毛倒入，或睫毛乱生，久则症情剧增，睫毛全部内倒，扫磨眼珠，白睛红赤，羞明怕日，黑睛生翳。甚则血翳包睛，睑弦赤烂，胞睑紧急，不易翻转，翻转后，早期可见瘀血内滞，粟疮、椒疮颗粒并生；后期睑内表面不平，卷缩凹陷，或呈黄白瘢痕，最后可成睥急紧小之症。

脾胃湿热内伏兼有风热客于胞睑：可见刺痒涩痛，羞明怕日，眵泪较多，睑眦红赤，舌红，脉浮数。治宜疏风清热，健脾化湿。方用石膏羌活散（《宣明论方》），或流气饮（《审视瑶函》）。

脾虚气陷，清阳不升，浊阴不降：症见痒痛羞明较轻，眵泪较少，眼睫升举无力，睑眦淡红，苔薄白，脉细弱。治宜益气升阳，佐以疏风清热。方用黄芪防风饮子（《原机启微》），或无比蔓荆子汤（《原机启微》）。

风热外袭，血热瘀积未散：多为椒疮、粟疮未愈，睑弦卷缩，胞内红赤瘀滞。治宜除风散瘀，佐以清热。方用加味活血饮（《眼科金镜》）。

外治均可用西瓜霜合剂或10%黄连眼药水滴眼，每日4—6次。

倒睫较多而重者，宜手术根治。若倒睫为数较少，可以电解拔除。但手术治疗后，仍需坚持点、服药治疗，切勿中断因仍有复倒之危。如《证治准绳·七窍门》谓："人有拔去、剪去者，有医以夹板腐去上睥者，得效虽速，殊不知内病不除，未几复倒。"

睥肉粘轮

上下胞睑内面与白睛之外膜相粘连的病证，称为睥肉粘轮，见于《证治准绳》，该书谓："目内睥之肉，与气轮相粘不开，难于转运"。又称练睛（《眼科捷径》）、睑粘睛珠（《眼科纂要》）。本病多并发于椒疮、粟疮、胞肉胶凝及睥急紧小诸症。本病相似于现代医学之睑球粘连。

多因脾胃湿热，胞睑受风邪侵袭、热邪熏腐，湿邪浸淫，使胞睑、白睛皆受邪气侵蚀，久积不散，而致两睑睥内及睛珠红赤湿烂，胞睑内面与白睛逐渐粘连，两目日渐紧小；亦有因目病不当劆洗而强行之；或眼珠被酸碱烧伤之后，使胞睑内睥与眼珠创面血肉相接，久则气血凝定，粘着不开。

证属初起，脾胃积热所困，外因风热相感者，症见目赤痒涩，甚则怕日羞明，疼痛流泪，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数。治宜疏风清热，泄脾达邪。方用泄脾汤（《眼科纂要》），或菊花通圣散（《医宗金鉴》）。无大便秘结者，去硝、黄。

外滴西瓜霜合剂，或10%黄连眼药水，每日滴眼4—6次。如部分粘连者，可用玻璃棒分离后，涂以眼药膏，久则病邪已去，红赤痛泪均止，惟睥轮粘着不解，目珠运转艰难者，已非针药之力所能及，必须用手术治疗。

迎风流泪

眼睛遇风即泪出汪汪，夏月轻，冬月重，拭之复出，但目无赤烂肿痛者，称为迎风流泪。本病名见于《眼科集成》。早于《诸病源候论》的"目风泪出候"中已有记述。又称迎风洒泪、充风泪出（《银海精微》）、冲风泪出（《医宗

金鉴》),《证治准绳》中又有迎风热泪与迎风冷泪之分。此外,眼疲劳或调节疲劳,及其他因素,如冷、热刺激而致反射性流泪。亦可因睑结膜的病变或泪道轻度狭窄,受外界刺激后泪液分泌增加而致。

多因肝血不足,泪液失其制约,或气血亏虚,目窍不固,复受风邪侵扰,液道开疏则泪下;亦有因肝肾阴虚,虚火上炎,忽受风邪,引而泪下。如《审视瑶函》云:"此症谓见风则冷泪流,若赤烂有障翳者非也。水木二经,血液不足,阴邪之患。"又谓:"迎风热泪出,肝虚夹火来,水中起隐伏,久则成内灾。"

肝血不足,气血亏虚,泪窍不固:症见遇风则冷泪长流,拭之遂生,初起冬月重,夏月轻,久则冬夏皆然,兼见头晕耳鸣,心悸健忘,唇舌俱淡,脉细弱。治宜补血养肝,益气固窍。方用河间当归汤(《审视瑶函》),止泪补肝散(《银海精微》),加官桂、黄芪。

肝肾阴亏,虚火上浮:症见遇风则热泪频流,兼见咽干口燥,颧红盗汗,心烦失眠,舌红少苔,脉沉细数者,治宜滋阴降火,兼祛风邪。方用知柏地黄汤(《医宗金鉴》),加木贼、菊花、防风。还可结合针刺疗法,选用睛明、风池、承泣等穴。

简易方:①决明子方:决明子一味,捣碎,每日早晨服三钱,空心水吞下(《济生方》)。②枸杞酒:枸杞子一两,浸于陈元灰酒一斤中,密封7日,每日饮半两(《证治准绳》)。③桑叶一两,煎水洗目(《古今医统》)。

无时泪下

眼无赤烂肿痛,唯以经常泪出汪汪为主要症状的病证,称为无时泪下。早于《诸病源候论》卷二十八的"目泪出不止候"中已有记述。《证治准绳·七窍门》中有无时热泪和无时冷泪之分。并谓:"目无别病,止是热泪不时长流也。""目不赤,不痛苦,无别病,只是时常流出冷泪"。现代医学认为,本病多为泪道系统狭窄或阻塞,或泪小点,或泪囊功能不全而致。

本病多发于年老体弱、或悲伤哭泣太过,致肝肾精血不足,液道不固;或因劳心竭视,暗耗阴精,津液不洽,虚火内迫,而泪下不止;亦有因他病而致窍路阻闭及年老体弱,睑肤松弛,致泪窍不在其位,或泪窍失于约束,而泪下不止者,如《审视瑶函》云:"此盖精液耗伤,肝气渐弱,精膏涩枯,肾水不足,幽阴已甚……精血衰败之人,及悲伤哭泣久郁,妇人产后悲泣太过者,每多此症。"又云:"盖肝胆肾水耗而阴精亏涩,及劳心竭力,过虑深思,动其水而伤其汁也,故膏液不足,又哭泣太伤者,每每患此。"

肝肾不足,液道不固:症见冷泪常流,清而不稠,粘而不结,拭之遂生,如哀似悲,久则内眦部皮肤常因擦拭而潮红。视瞻昏渺,兼见头昏耳鸣,腰膝酸软,舌淡,脉沉细。治宜补益肝肾,固摄泪道。方用二气左归丸(《目经大成》),或菊睛丸(《审视瑶函》)。

虚火内迫:方用当归饮子(《审视瑶函》),酌加黄柏、丹皮等药;因睑肤松弛所致者,可用益气补血之法,方用河间当归汤(《审视瑶函》);若因无时泪流,拭之频繁,致睑肤湿烂者,可于上方中酌加苍术、苡米等。窍路阻闭者,可考虑手术治疗。

简易方:①吕祖乌龙丸:熟地、生地、川椒各等份。为末,蜜丸,如梧桐子大,每服50丸,盐汤下。②木贼、苍术(泔制),各一两,为末,每服二钱,茶调或蜜丸服(《圣惠方》)。③补肝散:夏枯草五钱、香附子二两,共为末,每服一钱,茶调下(《肘后备急方》)。

漏睛疮

目大眦睛明穴下方红肿热痛,发为痈疮,甚则溃破脓出的病证,称为漏睛疮。见于《疮疡全书》,但以《医宗金鉴·外科心法要诀》论之最详,谓:"此证生于目大眦,由肝经风热湿病、发于太阳膀胱经睛明穴。其穴之处,系藏泪之所。初起如豆如枣,红肿疼痛,疮势虽小,根源甚深。"本病相当于现代医学之急性泪囊炎或泪囊蜂窝织炎等病。

多因心火炽盛,火势上炎,结于大眦,肉腐成脓;或因嗜食辛热燥腻之物,脾胃积热,上乘于大眦,热毒蕴于脉络肤腠之间,郁蒸作脓;或因暴怒忿急,伤于肝胆,火自内生,火盛生风,兼挟湿邪,客于大眦,热蕴肌肤,肉腐血败而成脓;或原有窍漏,邪毒内积,复感风热,内外合邪,触击而发。症见大眦部睛明穴下红肿热痛,如豆如枣,疼痛拒按,或流热泪,或胞睑肿胀难睁,甚者连及脸面及鼻颊部漫肿。若脓已成,可自行溃破,脓汁溢尽而愈。若溃破后久不收口,脓汁常自疮口流出者,则成大眦漏。亦有脓成而不溃破,脓水自泪窍流出,红肿虽退,而余邪不尽,脓溢不止者,则变为窍漏。本病应与窍漏相鉴别。窍漏乃脓液或清涎自大眦尽头上下睑缘之泪窍中溢出、不疼不红,若邪毒内聚,或复感风热,肉腐血败,脓毒扩散,则变生漏睛疮。

心火炽盛:可兼见口渴咽干,心烦少寐,小便短赤,舌尖红,脉洪数。治宜清心泻火。方用竹叶泻经汤(《原机启微》),加木通、生地。

脾胃蕴热,火毒炽盛:疼痛难忍,肿胀较甚,大便燥结,舌质红,苔黄厚腻,脉弦数或弦滑。治宜清热解毒,通腑泻热。方用五味消毒饮(《医宗金鉴》),加大黄、芒硝、黄连、赤芍。

肝胆风热挟湿:可兼见口苦咽干,头痛恶风,胸胁疼痛,烦躁易怒,小便黄赤,舌红,苔黄腻,脉弦滑数。治宜清肝泻热。方用疏风清肝汤(《医宗金鉴》)。若内已成脓,而未溃破者,可用透脓散(《外科正宗》),加白芷、天花粉。

外治法,本病未溃者,外敷如意金黄散(《外科正宗》),万应膏(《医宗金鉴》)。敷药时,切勿令药入睑内;

若脓已成,宜切开排脓,然忌过早切开及挤压局部,以免毒邪扩散随目系入脑。

窍漏

泪窍常有脓汁或粘液溢出,拭之复有者,称为窍漏。早于《诸病源候论》的"目脓漏候"中已有记述。《证治准绳·七窍门》称窍漏证,谓:"乃目旁窍中流出薄稠水,如脓腥臭,拭之即有。"又名漏睛(《太平圣惠方》)、睛漏(《目经大成》)。本病相似于现代医学之慢性泪囊炎。

病因多为风热客于足太阳膀胱经,津液气化失司,湿热内聚,乘于睑眦之间,或因心火上炎,热搏津液,脉络阻滞,致热积窍内,日久成脓。本病可见眦部痒涩不舒,不时流泪,有脓汁自泪窍外溢,轻者为稀液,或如粘涎。重者为脓汁,或有秽气,挤压睛明穴部,则脓自泪窍处沁沁而出。年久者,可因经常拭擦该处,而令局部肤色潮红光亮,甚或湿烂,本病应与漏睛疮鉴别。漏睛疮乃在睛明穴处生痈疮,红肿热痛,兼有身热恶寒,而本病局部不红不痛,然有脓涎常自泪窍流出,如多食辛热之物,又感风热毒邪,则本病可继发为漏睛疮。

风湿热邪,可见上症,治宜清心泻火,祛风除湿,方用竹叶泻经汤(《原机启微》);若为热毒壅盛,流出脓液色黄,有秽气者,加用蒲公英、金银花、紫花地丁之类;服药无效者,应考虑手术治疗,否则有变生痈疮之患。凡患有本病者,切勿在眼部作任何手术,特别是睛珠内手术,如白内障针拨术等,以免所积之毒邪,从伤口侵入,使睛珠毁于旦夕;若兼伴有黑睛外伤,应防变为凝脂重症。

大眦漏

大眦部生痈疮,溃后疮口难敛,日久成漏管,时常流出血水脓汁者,称大眦漏。早于《太平圣惠方》的"漏睛"中已有记述,《证治准绳·七窍门》中谓:"大眦漏证,大眦之间生一漏,时流血水,其色紫晕肿胀而疼。"若漏管久不愈合,局部皮肤及骨组织受累者,应注意是否为现代医学之结核杆菌感染所致。

本病多由大眦部痈疡腐溃后,阴液已伤,余热未清,蒸灼腠理,而成漏管,排脓不尽。或为睛明穴部痈疮之后,气血两虚,溃口难愈,变生漏管。症见在内眦部皮肤有一破口,有时因余毒为祟,脓液内聚,略现肿胀隆起,若待脓汁排出后,则隆起自平,局部肤色呈淡紫色;或可触及有一索管与溃口相联,脓涎或血水常流不尽,疼痛较轻。本症应与窍漏相鉴别,窍漏乃指目大眦头旁,泪窍有脓汁沁沁而出。

余热未尽,灼伤阴液:症见漏口周围肤色微红,脓少色淡,经久不愈,兼有口干咽燥,苔薄黄,脉细无力。治宜清解余毒,托毒排脓,兼以和营养阴。方用千金托里散(《眼科集成》),加玄参,或用养阴清燥汤(《眼科集成》)。

气血两虚:症见漏口难敛,肤色近常,脓汁清稀,或渗淡红色血水,少而不绝,腐肉难尽,兼有神疲身倦,舌质淡,舌苔薄,脉弱无力。治宜补气养血,托里生肌。方用黄芪汤(《审视瑶函》),加白芨之属;若久漏不收口,或漏口收而又复发者,方用经验方(《眼科集成》)。

外治可用补漏生肌散(《审视瑶函》)。久治不愈者,可手术治疗。

简易方,三仁散:山栀仁一两、车前子三两、苡仁五两。共为细末,每日用清茶送下一两(《眼科集成》)。

小眦漏

因火邪结聚或寒湿流注于小眦,溃而成漏,时流脓血水者,称为小眦漏。见于《证治准绳·七窍门》,谓:"小眦间生一漏,时流血,色鲜红。"本病多为现代医学之结核性慢性泪腺炎所导致的眼睑冷脓肿,以后穿破皮肤,成为结核性瘘管。或为结核性眶缘性骨膜炎,演变成冷脓肿,当坏死的骨组织穿破皮肤而排出时,亦可形成瘘管。病因多为劳心竭思之人,心包络之相火挟湿,上犯小眦,热蒸肉腐为脓,溃破不愈,日久成漏;或因斲丧伤肾,水不济火,虚火上炎,隐伏于小眦,肉腐血败成脓,脓血时流,久而成漏;或久病气血两虚,溃口迁延难愈,脓血常流;或因寒湿流注,血脉凝滞,蕴积日久,损伤营血,溃而成漏。

心包相火挟湿:瘘口周围肤色红赤、肿胀疼痛,脓汁粘稠,色黄带赤,间流脓血,舌质红,苔黄腻,脉弦数。治宜清心利湿。方用泻湿汤(《审视瑶函》)。

阴虚火旺,虚火上炎:瘘口周围皮肤淡红,隐隐作痛,时流脓血,或见口渴咽干,腰膝酸软,舌红,脉数。治宜滋阴降火。方用益阴肾气丸(《兰室秘藏》),加羌活、防风。

气血两虚:疼痛轻微,脓血较少,但久不愈合,舌淡白,脉细弱。治宜益气托毒,排脓生肌。方用黄芪汤(《审视瑶函》)。

寒湿流注:局部酸胀隐痛,瘘口周围肤色暗红,或紫暗肿胀,脓汁清稀色淡红,其味秽臭,甚或排出死骨腐肉,溃口久久不愈,兼见形寒肢冷,面色㿠白,脉沉细无力,舌淡苔白等,治宜温阳散寒,托毒化滞,方用阳和汤(《外科全生集》),或加味四物汤(《眼科集成》);如脓汁流出带红者宜加生地、熟地、粉丹皮、元参,又宜用寸冬、黄连、栀子、木通以泻心火;如脓汁流出带黑者,宜用熟地,枸杞子、雄片、补骨脂以温肾阳,又宜用朱砂、赭石、琥珀、柏子仁以镇心火;如脓汁流出带黄者,宜用苡仁、白术、猪苓、土茯苓以除脾湿,又宜用黄连、寸冬、栀子、木通以泻心火。

外用补漏生肌散(《审视瑶函》)。如久治不愈者,可行手术治疗。

白涩症

白睛不红不肿,但觉涩痛不爽,或有视物昏矇的病

症，称为白涩症。见于《审视瑶函》，谓："不肿不赤，爽快不得，沙涩昏朦，名曰白涩。"本病相似于现代医学之慢性结膜炎、干性角结膜炎、老年性泪腺萎缩。

常因湿热隐伏脾肺，邪蕴于目；或因风热客留于肺，邪壅肺络，肺气失宣；或因肺阴不足，目失滋润；或因肝肾阴虚，不能上承荣目；亦可因久处风沙，向目劳作，近火烟熏，致津液耗损而津亏泪少。

脾肺湿热：可见目昏睑重，沙涩不爽，白睛虽无红肿，睑内较红，甚者增厚粗糙，间夹颗粒如粟米。治宜清热除湿。方用除湿汤（《眼科纂要》），加栀子。

肺感风热：眼外无赤肿，但干涩难忍，睑内微红，丝脉略增粗，用荧光素染色后可见黑睛有微小星翳，视物稍感昏朦。治宜祛风清热。方用桑菊饮，加黄芩、银花、蝉蜕、白蒺藜。

肺阴不足：可见眼干涩不爽，瞬目频繁，白睛虽不赤不肿，但光泽略减，鼻干少涕，口咽干燥，舌红少津，脉细而数。治宜养阴清肺。方用桑白皮汤（《审视瑶函》）。

肝肾阴虚：可见眼干涩不适，不耐久视，睑疲欲闭，口咽干燥，舌红少苔，脉细而弱。治宜滋养肝肾。方用杞菊地黄丸（《医级》）。

津亏泪少：可见眼干而涩痛，瞬目滞涩，白睛失于润泽。治宜养阴生津。方用增液汤，加桑椹、沙参、玉竹、枸杞、石斛之类。

此外尚可配合针刺疗法，选用光明、太阳、攒竹、风池、丝竹空、阳白、四白等穴。每次取二三穴。

简易方：车前子散：车前子、黄连各一两，捣罗为散，每服一钱五分，食后温酒调下，临卧再服（《圣济总录》）。

天行赤眼

因时气流行，热毒之邪侵凌于目，致白睛红赤，相互传染，广泛流行的眼病，称为天行赤眼。见于《银海精微》。又名天行赤目（《世医得效方》）、天行赤热证（《证治准绳》）、天行气运（《目经大成》）。本病好发于春秋两季，常双眼同患，一般预后较好，视力无损。若病程较长，可累及黑睛而致生翳。本病相似于现代医学之流行性出血性结膜炎、流行性角膜结膜炎等。

多因天地之时气亢和，风热邪毒之气，侵袭于目；或由患者目中眵泪等秽汁相互传染所致。《银海精微》云："天行赤眼者，谓天地流行毒气，能传染于人，一人害眼传于一家，不论大小皆传一遍。"

患眼忽感碜涩灼痛，怕热羞明，刺痒交作，泪热如汤，有眵不多，胞睑红肿，白睛红赤，或见溢血如点如片，甚者白睛全如胭脂色，视力尚好，可兼见恶寒发热，头痛身楚，鼻塞流涕等候。《审视瑶函》认为此病"若感染轻而本源清，邪不胜正者，七日自愈"，若病后七八日不愈，常致黑睛生薄翳而为变证。本病须与暴风客热，瞳神紧小，绿风内障相鉴别。暴风客热眵多较稠，来势峻猛，但易治愈，很少变证，虽有传染，不致流行；瞳神紧小系抱轮红赤，多泪无眵，视力锐减，瞳神紧缩变小，神水不清；绿风内障为头眼胀痛，视力迅降，抱轮赤红，瞳神散大，瞳内气色浊而不清，隐隐带绿，目珠变硬。

风重于热：病初起，可见眼感碜涩，刺痒而痛，泪多眵少，白睛红赤轻微，头昏体倦，鼻塞涕清，脉浮而数。治宜疏风清热。方用银翘散，加桑叶、菊花。

热重于风：可见病势较剧，灼痛刺涩羞明难睁，热泪频流，有眵不多，胞睑红肿难开，白睛红赤，头痛身热，鼻塞涕稠，舌红脉数。治宜散热驱风。方用驱风散热饮子（《审视瑶函》），或桑白皮散（《审视瑶函》），选加银花、板蓝根、柴胡之类。

热毒炽盛：可见刺痛交作，怕日难睁，泪热如汤，或为血泪，眵稠粘睛，胞睑红肿如桃，白睛赤肿，浮壅高起，或有溢血，黑睛可生浮嫩之翳。身热口渴，舌红苔黄，脉数有力。治宜泻热解毒，用普济消毒饮（《东垣试效方》），加银花。若黑睛生翳者见"天行赤眼暴翳"条。

外用三黄液或1%黄芩素液，或3%穿心莲液频频滴眼，睡前涂光明眼膏，还可用蒲公英、银花、黄连、薄荷煎汤熏洗。

简易方：①山茵陈、车前子等份，煎汤，服数服（《仁斋直指方》）。②泻肝散：栀子仁、荆芥、大黄、甘草各等分，为末，每服二钱，水煎，食后服（《奇效良方》）。③当归散：当归一两、防己、龙胆草各五钱，捣罗为散，每服三钱，温水调下，食后服（《圣济总录》）。

此疾传染迅速，危害甚广，故应加强预防，流行之际可滴黄连液或1%黄芩素液，亦可服先解汤（《眼科切要》）。发病之后，则当严格隔离，所用之物，必须严格消毒。医务人员应注意防止交叉传染。

暴风客热

客感风热之邪，白睛卒然暴发红赤，胞睑红肿的病证，称为暴风客热。好发于春秋两季，相互传染者少，故不造成流行。视力多无损害，偶有变证，可致黑睛生翳，甚至溃陷。本病名见于《秘传眼科龙木论》。又称伤寒眼（《银海精微》）、暴疾风热外障（《眼科纂要》）。为风热毒邪，侵袭于目，风热相搏，致目暴发赤肿。《证治准绳·七窍门》谓："乃素养不清，躁急劳苦，客感风热，卒然而发也。"本病相似于现代医学之急性卡他性结膜炎。本病可在小范围内相互传染，故仍须严格预防隔离。

症见卒然发病，眼刺痒交作，焮灼疼痛，怕热羞明，泪热如汤，甚为血泪，眵多如脓，粘稠硬结，晨起睑间为脓眵胶封，眊矂视朦。胞睑红肿，白睛暴赤，肿胀高起，缠绕黑睛，或见白睛溢血，似点似斑，色若涂硃。病后3—4日，症势骤剧，历经1—2周，红肿消退而愈，视力如常，若有变证，白睛混赤，黑睛起翳，可致溃陷。本病应与天行赤眼，绿风内障，瞳神紧小鉴别。其中天行赤眼，症势虽急，

但较和缓,尔我相染,广泛流行,多眵胶粘,常致黑睛生星翳。其他鉴别,见"天行赤眼"。

风热:可见眼刺涩痒痛,灼热羞明,眵稠泪热,胞睑红肿,白睛红赤,头痛鼻塞,恶寒发热,苔薄脉浮。治宜疏解风邪,清泻肺热。方用泻肺饮(《眼科纂要》),或清凉饮(《眼科秘传》),加银花。

毒热:可见眼掀痛难睁,怕热羞明,泪热如汤,或为血泪,眵多眊矂,粘结上下睑间,胞睑红赤肿胀如桃,白睛赤肿。或见溢血,鼻干面红,烦渴溺赤,舌红苔黄,脉洪有力。治宜泻热解毒。方用黄连解毒汤(《眼科百问》),或清肺饮(《眼科集成》)。

余毒未尽,久热伤阴:可见于病后1—2周,眼干涩不爽,红赤未尽,舌红少津,脉细而数。治宜养阴除热,清解余毒,用滋阴降火汤(《审视瑶函》)。

外用3%千里光眼药水,三黄液或1%黄芩素眼药水,西瓜霜合剂频频点眼,睡前用光明眼膏涂眼,并可用蒲公英、银花、野菊花煎水洗眼,或用洗眼汤(《外台秘要》)煎水熏洗。

简易方:①清暑汤:藿香、青蒿、滑石,等份,作汤饮(《银海指南》)。②芦根汤:芦根五两、甘草一两、粟米三合、甜竹茹鸡子大,为末,每用三钱,水煎去渣,食后温服,日三服(《圣济总录》)。③竹叶饮:竹叶、麦冬、地骨皮,以水煮,麦烂为度,食后分二服(《普济方》)。④决明丸:石决明五两、车前子、黄连各二两,捣罗为末,炼蜜为丸,如梧桐子大,每服15丸,米饮下,食后,日二服(《圣济总录》)。

赤丝虬脉

白睛上赤脉纵横,或赤紫蟠曲,久而不愈之病证,称为赤丝虬脉。本病名见于《审视瑶函》,但于《证治准绳》中已有记述,称赤丝乱脉证。

常为风火眼病失于调治,余邪未尽,瘀滞脉络而成;或因时冒风沙,恣酒嗜燥,近火熏烟,以致热郁血滞而发;亦可因精雕细镂、劳瞻竭视,以致阴液耗伤,虚火上炎,阴血运行不畅,引起血络郁滞。如《证治准绳·七窍门》云:"气轮有丝脉赤乱,久久常如是者,然害各不同,或因目痛火虽退,不守禁戒,致血滞於络而赤者,或因冒风沙烟瘴,亲火向热,郁气劳心,恣酒嗜燥,竭视劳瞻而致,有所郁滞而赤者。"眼部可无不适或涩痒刺痛,羞明泪出,或视物昏朦。白睛赤脉纵横,粗细不等,疏密不匀,方位不定,甚则虬蟠旋曲,证情时轻时重,病程绵长,经久不消,若丝脉延致黑睛者,为变重之证。本证应与赤脉贯睛相鉴别。赤脉贯睛者,指赤脉从白睛上起,贯侵黑睛,并可与对侧白睛贯入之赤脉相连接。

热邪蕴伏血络:可见刺痒干涩,或羞明流泪,白睛赤脉粗虬,其色紫红,舌质红,苔薄黄,脉弦数。治宜清热散瘀。方用退热散(《审视瑶函》)。

阴虚火旺,血络郁滞:可见眼干涩不爽,或视物昏朦,睑启乏力,不耐久视,白睛上赤脉乱丝,纡曲蟠虬,其色淡红,舌红少苔,脉细而数。治宜滋阴降火退赤。方用知柏地黄丸(《医宗金鉴》)合退赤散(《审视瑶函》)。

若赤脉在白睛某一方位特别显著者,可按经络论治。如《证治准绳·七窍门》所述:"以大脉为主,从何部分而来,或穿连某位,即别其所患在何经络,或传或变,自病合病等证,分其生克承制,然后因其证而投其经以治之。"又如《灵枢·论疾诊尺》载有"赤脉从上下者,太阳病;从下上者,阳明病;从外走内者,少阳病",而随证施治。

外用3%穿心莲眼药水滴眼,1日数次。或用点眼蕤仁膏(《圣济总录》)涂眼,每日2次。

气壅如痰

胞睑之内常有白沫稠粘之物,其状似痰沫的病证,称为气壅如痰。本病仅见于《证治准绳·七窍门》。因好酒嗜燥之人,脾肺湿热郁遏,生痰化火,痰火上攻于目所致;或湿热熏蒸灼伤阴液而成。可见眼磣涩不适,眵如白沫,拭之即有,甚则睑内白沫稠腻,其状如痰。若兼胞睑红肿,白睛丝脉虬赤者,防瘀血灌睛等变证发生。《证治准绳·七窍门》曰:"睥内如痰,白沫稠腻甚多,拭之即有者,是痰火上壅,脾肺湿热所致,故好酒嗜燥悖郁者,每患此疾。若觉睥肿有丝脉虬赤者,必滞入血分,防瘀血灌睛等变生矣。"

脾肺湿热,痰火上攻:可兼见口渴欲饮,便结溲黄,舌红苔黄脉数。治宜泻火解毒,除湿祛痰。方用泄脾汤(《眼科纂要》),加法半夏、南星、车前子、木通、紫花地丁之类。

湿热伤阴:可见眼干涩不舒,白沫附于两眦,口干心烦,舌红少苔,脉细数。治宜养阴清热,佐以渗湿。方用养阴清肺汤(《重楼玉钥》),加茯苓、生苡仁。

外用复方三黄眼药水(《眼科证治经验》)滴眼,每日3—4次,亦可用点眼金丝膏(《圣济总录》)涂眼,每日3次。

金疳

于白睛之外膜起粟粒样隆起,周围绕以赤丝的一种眼病,白睛在脏属肺,肺属金,故称金疳。见于《证治准绳》。其形如玉粒,顶溃似疡,故又名金疡玉粒(《目经大成》)。本病类似于现代医学之泡疹性结膜炎。

常因肺经外感燥热之邪,上灼于目,郁而成结;或因肺感风热,兼有七情内郁,久郁化火,而致肝肺火盛,蕴郁脉络,滞络成疳;亦可因久热恋肺,耗伤阴液,致使肺阴不足,虚火上炎,郁滞白睛引起。本病轻者仅感眼磣涩不适,若旁及黑睛,则有眼痛、羞明流泪。白睛外膜隆起,呈粟粒样,形圆色白如玉粒,大小不一,粒数不等、部位不定,颗粒周围,赤脉环绕,推之可移,数日而愈,无迹可寻,

常易反覆。若颗粒积久变大，顶溃成疡，甚则可累及白珠，则为变证。本病应与火疳鉴别。火疳生于白珠，色多紫暗，隆起如赤豆，推之不移，压之疼痛，愈后遗有白睛青蓝。

肺经燥热：眼涩痒刺痛，白睛颗粒如粟米，红丝环绕，鼻燥咽干，咳嗽痰少，舌质红，苔薄少津，脉数。治宜清热泻肺润燥。方用泻肺汤（《审视瑶函》），加天冬。

肝肺火盛：可见羞明流泪，涩痛较甚，白睛颗粒近黑睛处变大，或顶端溃陷，赤脉成丛，口苦咽干，舌红苔黄，脉数。治宜清肝泻肺，凉血祛瘀。方用龙胆泻肝汤（《医宗金鉴》）去当归，选加葶苈子、桑白皮、防风、连翘、赤芍、丹皮、红花。

肺阴不足：眼干涩不舒，白睛微红，其上颗粒经久不消，或易反覆，或口咽干燥，舌红少苔，脉细数。治宜养阴清热。方用养阴清肺汤（《重楼玉钥》），加连翘。

外用千里光眼药水，或1%黄芩素眼药水滴眼，每2小时1次；也可用光明眼膏点眼，每日3次。若颗粒破溃后，可用真珠散（《证治准绳》）点眼。

目珠管

白睛上生半透明的白色小泡样隆起，状若小管或串珠，称为目珠管。首见《诸病源候论》，又名目生珠管（《圣济总录》）。本病相当于现代医学之结膜淋巴管扩张症。

多因风热痰饮，蕴阻目络，致气血失畅，津液滞结，如《诸病源候论》卷二十八谓："风热痰饮，渍于脏腑，使肝脏血气蕴积，冲发于眼，津液变生结聚，状如珠管。"亦可因外伤之后，目络阻滞而变生。本病眼无不适，或微感磣涩，视力无损。证属风热痰饮所致者，可兼见痰多而稠，苔薄黄，脉浮滑。治宜涤痰消滞。方用温胆汤（《三因方》），加丹参、赤芍；外伤所致者，治宜行气通络。方用通草散（《银海精微》）。

外用贝齿散（《圣济总录》）点眼。若珠管粗大而致患眼磣涩不爽者，可手术除之。

白睛溢血

白睛外膜之内，有瘀血溢出络外，俨似胭脂者，称为白睛溢血。见于《证治准绳》，称色似胭脂证。本病类似于现代医学之结膜下出血症。

多因热邪客肺，肺失宣肃，气机郁遏，壅塞目络，血气阻滞，迫溢络外，瘀停白睛；亦可因素体阴虚，或年老精亏，阴虚火炎，上扰白睛，目络受灼，致血外溢，瘀积白睛；或因呛咳剧呕，猛力喷嚏等，振伤目络；也有妇女经期，血热上犯，经逆于目者；或因外伤、眼部手术等，损伤白睛血络。如《证治准绳·七窍门》谓："不论上下左右，但见一片或一点红血，俨似胭脂抹者是也，此血不循经络而来，偶然客游肺膜之内，滞成此患。"患者眼无疼痛眵泪，但见白睛外膜有一片鲜红，色似胭脂，大小不一，部位不定，境界清晰。重者白睛遍赤，视力无损。继之色转紫暗，由浓递薄，渐变褐黄，约两周全消，并无后患。但年老者因脉络脆弱，常易反覆。本病应与瘀血灌睛、形如虾座二病区别（见"状如鱼胞证"）。

肺热血逆：可兼见面红唇赤，咳嗽气促，痰稠色黄，咽痛口渴，便秘溲黄，舌红脉数。治宜清肺凉血，方用退赤散（《审视瑶函》）。

阴伤气逆：多系小儿为患，呛咳频频，咳时面赤握拳，涕泪交流，口干咽燥，指纹浮紫等。治宜清肺润燥，降逆止咳。方用清燥救肺汤（《医门法律》）。

阴虚火炎：可兼见头晕目眩，颧红口干，舌红脉细。治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸（《医宗金鉴》）。

妇女逆经，血热瘀滞：病发于月经之际，可兼见面红心烦，舌质红，苔薄黄，脉弦数等候。治宜清热凉血散瘀。方用顺经散（《眼科纂要》）。

白睛脉络损伤，瘀血外溢：多有外伤或手术等情况。治宜止血活血，行气消滞。方用桃红四物汤（《医宗金鉴》），加生蒲黄、仙鹤草。

凡此病初起，方中宜选加止血之品，如生蒲黄、侧柏叶、荆芥炭、藕节、仙鹤草之类，2—3日后无继续出血者，方中应选加活血消瘀药物。如丹参、赤芍、红花、桃仁之类。此外早期可结合冷敷以止血，后期改用热敷以消瘀。

状如鱼胞

白睛肿胀，色白或淡红，形如鱼鳔，称状如鱼胞。如《证治准绳·七窍门》，谓："气轮努胀，不紫不赤，或水红，或白色，状如鱼胞，乃气分之证。"亦名状如鱼脬（《张氏医通》）。因本病类似鱼鳔，乃气所充胀，故又名气胀（《目经大成》）。本病类似于现代医学之球结膜水肿症。

可因风邪阻遏肺络，肺失宣肃，郁滞而为肿胀；亦可因气虚之人，为寒邪所乘，邪蕴肺络为肿；亦有因外伤而致气滞，目络壅闭。此病目无所苦，或微磣涩，白睛一处二处，虚胀壅起，色白或淡红。重者白睛全部肿胀隆起，突出睑外，视力无损，若白睛赤脉增多者，即有变证之虑。本病应与瘀血灌睛、形如虾座区别。瘀血灌睛为瘀血滞积于目，胞睑青碧隐隐，白睛红赤肿起；形如虾座为目中瘀滞之极，白睛红赤高肿，重者努出睑外，为血气两盛之证，属重候。本病乃在气分，属轻者。

风邪客肺：可见目磣涩不爽，微痒泪热，白睛肿起，色白或淡红，涕清鼻塞，苔薄脉浮。治宜疏散风邪。方用消风散（《和剂局方》）。

气虚郁滞：目无所苦，或偶有隐涩，白睛肿胀，色白虚壅，少气懒言，身疲乏力，舌淡苔白，脉细弱。治宜补气活血消肿。方用助阳和血汤（《兰室秘藏》）合四君子汤（《和剂局方》），加桑皮、麦冬。

外伤引起者：可见白睛肿起，色淡红或夹瘀血点。治

宜行气活血消肿。方用通血丸(《证治准绳》),加丹参、郁金。

瘀血灌睛

血灌睛珠,滞塞不通,以赤胀为主的眼病,称为瘀血灌睛。见于《证治准绳》。多因热毒亢盛,壅遏脉络;或因眼、鼻、头等部外伤,致目中气机阻滞,瘀血灌注积滞而成。其症初起红赤较轻,次则紫胀,及后则白睛赤丝虬脉紫胀高起;在胞睑则肿胀如杯,兼有椒疮之患。在睛珠可有凝脂翳,花翳白陷,黄液上冲,甚至有鹘眼凝睛等变证。本病需与血灌瞳神鉴别。血灌瞳神为血溢络外,灌于黑睛与黄仁之间,或灌于黄精之后。而本病则为瘀血塞滞,灌于胞睑、白睛等脉络之内。

热毒亢盛:可见头痛眼胀,泪热羞明,视物不清,胞睑虬筋紫胀,焮热赤肿,甚如红桃,睁眼艰难,白睛红赤,丝脉粗曲。甚则肿胀高起,努出睑外,黑睛溃陷,或见黄液上冲,目珠突起而转动失灵。身热烦渴。溲黄便结,舌红脉数。治宜解毒泻热,凉血活血。方用分珠散(《证治准绳》),或宣明丸(《证治准绳》),加银花、连翘、丹参、丹皮之属。

外伤而致瘀血灌睛者,可见于眼、鼻,或头部外伤之后胞睑紫肿。甚可越过鼻梁而达对侧睑下,睑硬难开。白睛溢血胀起。甚者目珠外突,运转失灵,胀痛不适。治宜活血化瘀,行气通络。方用通血丸(《证治准绳》),或血府逐瘀汤(《医林改错》)。

外用热敷以助消瘀。若由外伤所致者,一日之内,冷敷以止血定痛,一日之后改用热敷,并可用七厘散(《良方集腋》)调酒外涂(勿入眼内)。若黑睛有凝脂翳或有黄液上冲者,必须及时扩瞳。以免导致瞳神干缺,并可用1%黄芩素液或10%黄连眼药水等点眼,每日3—4次。若热毒亢盛,肿胀较重者,可酌情选用开导法。

形如虾座

白睛外膜瘀滞肿胀,其形如虾的病证,称为形如虾座。见于《证治准绳》。本病相似于现代医学中因外伤或炎症引起的球结膜高度水肿。

多因喜食辛辣厚味、炙煿肥甘之品,脾胃积热;或感风热之邪,久而成毒,热毒炽盛,热极成瘀,瘀滞于白睛;或因头颅、眼眶外伤,瘀血浸渍白睛,血胀无所从出,遂致白睛壅起,状如虾座。症见白睛之外膜一隅,肿胀高起,甚则通珠俱胀,壅起高耸,遮蔽黑睛,或露出睑外,色紫红,其形如虾座,日久可损及黑睛。如《证治准绳·七窍门》谓:"因瘀滞已甚,血胀无所从出,遂致壅起气轮,状如虾座,甚则吐出脾外者,病尤急……有半边胀起者,有通珠俱被胀起盖定乌珠者,又有大眦内近鼻梁处胀出一片,如皮如肉,状似袋者……小眦胀出如袋者亦然、其病大意是血气两盛之患。宜以开导为先,次看余证,从而治之,在肺部最重,久则移传于肝,而风轮有害也。"

本病与"状如鱼胞"、"瘀血灌睛"虽皆为白睛外膜肿胀之症,但二者迥异。状如鱼胞为气轮胀起,不紫不赤,或水红或白色,属气分之证;瘀血灌睛证初起白睛红赤,次后紫胀,及后白珠皆胀起,其病乃血灌睛中,瘀塞不通所致,并可伴有花翳白陷、凝脂翳、黄液上冲、或鹘眼凝睛等恶证。

热毒炽盛:可见眼痛头疼,胞睑红赤焮肿,白睛外膜肿胀努起,甚则蔽盖黑睛,或露于睑外,胞睑难于闭合,或黑睛生翳,可兼见恶寒发热,苔黄脉数。治宜清热泻火解毒、凉血散瘀,方用宣明丸(《证治准绳》),选加银花、连翘、紫花地丁、红花。

外伤引起者:可见白睛瘀滞,血胀高起,色呈紫赤,甚则睛珠外突,转动失灵,治宜活血化瘀消肿,用通血丸(《证治准绳》),选加苏木、三七、乳香、没药。

若白睛努胀特甚,可行开导法。若出现睛珠外突,胞睑难于闭合者,须覆盖患眼,保护眼珠,以防发生变证。

状如悬胆

在眼内生有头大蒂小,薄而圆长之物,其形若胆,悬而下垂的病证,称为状如悬胆。于《证治准绳·七窍门》中已有记述,该书谓:"有翳从上而下,贯及瞳神,色青或斑,上尖下大,薄而圆长,状如胆悬,以此得名。盖脑有瘀热,肝胆膏汁有损,变证急来之候,宜作紧医治,若眼带细细赤脉紫胀而来者尤急,头疼者尤恶,内必有滞,急问四周寻其滞而通之,庶免损坏之患。"多因暴怒忿郁,或过食辛辣炙煿,致肝胆郁热,郁久化火,热极成瘀,结聚而成。可见眼内赘生蒂小头大,薄而圆长之物,色青或斑烂,或赤脉紫胀,渐长可贯及瞳神,兼有头目胀疼等症,治宜清肝胆郁热,软坚散结,方用皂角丸(《证治准绳》)。亦可采用手术治疗。

气轮枯落

白睛红胀,挤出睑外,若长垂之舌,卷而下舔的病证,称为气轮枯落。本病仅在《目经大成》中有记述,该书谓:"此症白珠红胀,长垂若舌卷下舐,形恶惊人,轻者睑不肿,痛亦差强,但眵凝粘污,睛明久已渐失,身子亦弥留欲绝,盖罕见之病也。悬揣其故,此人资禀素虚,客感厉风,医不扶正抑邪,谬以散法尽处,致真元削弱,淹淹胀起,又认作主火,苦寒攻泄,艮坤之土皆败。……大补微和,渐能收缩还位,不似从前。"多因素体虚弱,复感疠气毒邪,医不扶正祛邪,反以发散及苦寒攻泄,致真元亏损,脾土衰败,升降失司,浊气上泛,隧道壅滞所致。

证属阴血亏虚者,胞睑不肿微痛,眵稠而多,粘附白睛。重者白睛红赤,肿胀极甚,露于睑外,若长垂之舌,卷

而下舔，睛珠受损，可见咽喉干痛，手足烦热，舌红少苔，脉细数，治宜滋补肺肾，以扶正祛邪，方用百合固金汤(《医方集解》)。兼见气阴两虚者，与生脉散(《内外伤辨惑论》)合用。外用光明眼膏涂眼，或用1%黄芩素液频频点眼。

赤脉贯睛

赤脉起自两眦部，粗细多寡不等，横跨白睛，贯经黑睛的病证，称赤脉贯睛。本病名见于《证治准绳》。于《秘传眼科龙木论》中有"眼小眦赤脉外障"的记载，《银海精微》称为赤脉传睛，并分为大眦赤脉传睛和小眦赤脉传睛。又称大嘴赤脉附睛障及小嘴赤脉附睛障(《眼科统秘》)。

多因恣酒嗜燥，好食五辛厚味，致心经积热，熏蒸于肺，由肺传肝；亦可因夜近灯火，劳瞻竭视，思虑太过等，日久耗伤心阴，虚火上炎引起。眼感沙涩不爽，羞明多泪，赤脉自目眦发出，横经白睛，贯入黑睛，或接连对侧白睛赤脉，视物都浬，如同隔绡。《证治准绳·七窍门》谓："或一赤脉，或二三赤脉，不论粗细多少，但在这边气轮上起，贯到风轮，经过瞳外，连接那边气轮者，最不易治。"本病应与赤丝虬脉、胬肉攀睛两病鉴别。赤丝虬脉为白睛上赤脉纵横，虬蟠曲乱，而不侵及黑睛；胬肉攀睛，虽从大、小二眦而生，向黑睛伸展，但如昆虫之翅，膜厚如肉，赤脉布满其上，可攀蔽黑睛，隐及瞳神。

证属心之实火者，可见眼部沙涩疼痛，羞明泪热，丝脉紫赤，粗大密集，舌红脉数，治宜清心泻热，方用泻心汤(《银海精微》)，加桑白皮，无便秘者去大黄；心之虚火者，可见眼隐涩微痛，丝脉淡红，细小稀疏，舌尖红，脉细弱，治宜养心阴，清虚火，方用导赤散(《银海精微》)，加枣仁、麦冬、菊花。

外用1%黄芩素液或黄连眼药水等点眼，每日3—4次。

胬肉攀睛

大眦或小眦处，赘生白膜或赤膜如肉，其状如昆虫之翼，横贯白睛，伸攀黑睛的病证，称为胬肉攀睛。本病名见于《银海精微》。《秘传眼科龙木论》于"胬肉侵睛外障"中已有记述。又称攀睛(《原机启微》)、老肉板睛(《眼科捷径》)。《证治准绳》在"胬肉证"记载中，将胬肉两头尖薄，中间高厚，色泽肉红，如马蝗状，横卧于中者，称为马蝗积证；将胬肉薄如黄脂，渐大而厚，色白瘀滞于白睛者，称为肺瘀证。本病好发于大眦，亦有大小眦同时发病，多见于户外工作者。本病相当于现代医学之翼状胬肉。

两眦属心，白睛属肺，因触冒风日，心肺二经风热壅盛；或心火上炎；或过食辛辣肥甘，脾胃湿热蕴积，上蒸于目；或烦劳过度，真阴暗耗，虚火上炎引起。起病之初，眼无不适，或微痒刺涩，眦内赤脉如缕，渐渐积厚，其状如昆虫之翼，攀入黑睛，甚者努起如肉，或如膏膜，日久可掩及瞳神，目力受损。若胬肉红赤，头尖肥厚，发展迅速，为患较重，最不易治。若胬肉淡红或白，头钝圆而菲薄，发展缓慢，或终止于白睛与黑睛之际者，为患较轻。本病应与黄油证、流金凌木相区别，黄油证生于白睛近黑睛内外侧，其状如脂，淡黄浮嫩，上无丝脉贯附，也不侵及黑睛，不痒不痛，目亦不昏；流金凌木为白睛外膜粘附黑睛，部位不定，数目不等，且不发展。

心肺风热壅盛：可见眼沙涩不适，胬肉淡红菲薄，舌苔薄黄。治宜祛风清热。方用栀子胜奇散(《原机启微》)去川芎、羌活，加赤芍、黄连。

心火上炎：可见眦角赤筋集聚，胬起如肉，头尖且红，口干溲黄，舌尖红赤，苔黄脉数。治宜清心泻火。方用泻心汤(《金匮要略》)、导赤散(《小儿药证直诀》)。

脾胃湿热蕴结：可见胬肉肥厚，其色红赤，状如马蝗，舌红苔黄腻。治宜清热除湿。方用除湿汤(《眼科纂要》)。

阴虚火炎：可见眼干涩不适，胬肉色淡或白，乍重乍轻，头圆而薄，发展缓慢，口干舌燥，溲黄舌红，脉细而数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸(《医宗金鉴》)。

若胬肉红赤肥厚，可用三黄液滴眼；若胬肉齐头，薄而色白，发展迟缓，无赤痛者，可用硝炉散(《经验眼科秘书》)点眼，用时，先以1%地卡因表面麻醉，然后取药少许，涂于胬肉表面，每日2次。若胬肉肥厚头尖，生长迅速，侵入黑睛甚者，宜采用钩割或灼烙术治之。如《张氏医通·七窍门》谓："一割即烙，免其再发。"术后宜服泻肺祛瘀之品，用桑皮散(《審袭经》)，加丹皮、赤芍、白芨。

简易方：①蒲公英汤：鲜蒲公英四两，煎二大碗，服一碗，洗一碗(《医学衷中参西录》)。②二黄散：黄芩、大黄、防风、薄荷各等份。水煎，入蜜少许，食后服(《卫生宝鉴》)。③当归散：当归、防风苗(炮)、蒺藜(炒)、牡丹皮各等分，为末，每服二钱，生葱、薄荷、茶清调下。或作粗末，煎服亦可(《秘传眼科龙木论》)。

流金凌木

白睛起菲薄白膜，侵附黑睛，为数不一，方位不定，因白睛属肺金，黑睛属肝木，故称流金凌木。本病仅见于《目经大成》，该书谓"此症目无甚大弊，但三处两处似膜非脂，从气轮而蚀风轮，故曰流金凌木，状如胬肉攀睛，然色白而薄，位且不定"。本病类似现代医学中的假性翼状胬肉。因肺火炽盛，上扰白睛，侵凌黑睛，常由白睛赤肿，黑睛生翳或眼外伤之后，火热虽息而遗此薄膜，粘附黑睛。此膜无进展，数月虽可二三，但终止于黑睛边际，一般无损视力。本症与胬肉攀睛不同，胬肉攀睛发自目眦，膜厚如肉，赤脉满布其上，渐渐攀入黑睛，甚则遮蔽瞳神，危害视力，本症因无大弊，亦不发展，一般无需治疗。

火疳

白睛有结节隆起，形圆或椭圆，紫红如赤豆，部位不定。因多由火邪蕴积，滞结为疳，故称火疳。见于《证治准绳》。又名火疡（《目经大成》）。本病位于白珠浅表者症轻；于深部者症重。发于白睛前部者易查，于后部者难识。若数日数周即愈者，多无后患，视力无损。若历时数月数年难消者，危害较重，白睛常遗青色或蓝色瘀斑，重则溃陷，致白睛穿破等而致目盲。成人与女子多患，病程缠绵，且易复发。本病相似于现代医学中之巩膜炎。

常因火毒稽留肺经，上扰白睛，蕴结为病；或因妇女血热，于行经之际，血热上逆，壅遏白睛；或因体质虚弱，寒邪侵凌，凝滞目络，结聚为病；或因全身疾病，如杨梅结毒、痹症、痨瘵引起。症见患眼磣涩难睁，流泪羞明，疼痛较剧，入夜尤甚。白珠隆起结节，色呈紫红，形圆或椭圆，初起较小，如榴子、赤豆，渐渐增大如蚕豆，甚者可围绕黑睛，赤环高起，推之不移，按之痛增。其周围之白睛皆可红赤，日久侵凌黑睛，变生翳膜，色白如瓷，其状如舌，亦可累及黄仁，导致瞳神缩小或干缺，甚或云雾移睛等症。本病应与金疳区别。金疳虽为颗粒隆起，但生于白睛外膜之上，形如玉粒，周围有赤丝环绕，易于溃陷，推之可移，按之无痛。

火邪犯肺：可见眼痛磣涩，入夜加剧，白睛结节粒小色红，舌红脉数。治宜清肺消结。方用黄连天花粉丸（《原机启微》），加桑白皮、地骨皮。若便秘溲黄，用洗心散（《审视瑶函》）。

火毒蕴结：可见目痛较剧，轻按痛极，羞明难睁，热泪频流，白睛上之结节粒大赤红，境界不清，其周围之白睛混赤。甚者黑睛四周环赤高起而难辨结节，或累及黄仁，致瞳神紧小，心烦口干，便结溺赤，舌红苔黄，脉洪而数。治宜泻火解毒。方用四顺清凉饮子（《审视瑶函》），加蒲公英、夏枯草。

妇女血热上逆：见行经之际，眼涩疼痛，羞明泪热，胞睑浮肿，白睛一隅，色变紫赤，其周围白睛红赤或有肿胀，消退较快，不遗瘀斑，但易反覆，每次发作部位不定，中年妇女多见。治宜清热凉血。方用洗肝散（《眼科集成》），加生地、丹皮。

体虚寒凝：可见目痛隐隐，冷泪不休，白睛结节淡红，经久不消，肢体冷痛，面白畏寒，神乏纳差，便稀溺清，苔薄而润，脉沉而紧。治宜温补散寒。方用温经益元散（《目经大成》）。

风湿凌目兼夹火邪：可兼见肢节窜痛，身重酸软，脉濡或滑等候。治宜祛风除湿兼清火邪。方用羌活汤（《眼科百问》）。

湿热熏蒸：可见白睛结节暗红，病程缠绵，反覆难愈，胸闷纳差，身重酸软，苔黄厚腻，脉濡而数。治宜清热除湿。方用三仁汤（《温病条辨》），选加茵陈、萆薢、黄芩、栀子之类。

肺阴受伤者，患此病较久，眼干痛不爽，白睛结节红赤难尽，鼻干咽燥，舌红无苔，脉细而数。治宜养阴清热。方用养阴清肺汤（《重楼玉钥》），加地骨皮、知母。

若因杨梅结毒、痹证、痨瘵引起者，以治主病为要，并参合以上证情治之。

外用10%黄连眼药水滴眼，或用点眼金丝膏（《圣济总录》）涂眼，每日3—4次。若病变累及黄仁而致瞳神紧小、干缺者，必须及时扩瞳，此外均宜外加温熨以促消散。

白珠俱青

白珠渐变青蓝的病证，称为白珠俱青。见于《审视瑶函》。于《证治准绳》称目珠俱青证，又称目青（《张氏医通》）、白眼青（《病源辞典》）。本病相似于现代医学中的巩膜炎后遗症、或急性穿孔性巩膜软化症之早期。可因头风上攻于目；或痰火热邪，蒸逼白睛所致。《证治准绳·七窍门》谓："目之白珠变青蓝色也，病在至急，盖气轮本白，被郁邪蒸逼，走散珠中膏汁，游出在气轮之内，故色变青蓝。"亦可由毒气郁闭白睛而成。本病发病较剧，白睛渐变青蓝，重者可累及瞳神，或大或小，或干缺而损目。

证属风邪所致者，治宜养血祛风散邪，方用天麻汤（《审视瑶函》），加白蒺藜、连翘、夏枯草；痰火热毒所致者，治宜清热泻火，祛风解毒，方用三黄汤（《眼科秘书》），加夏枯草、姜半夏、茯苓、广郁金；毒气郁闭白珠所致者，治宜清热解毒，方用五味消毒饮（《医宗金鉴》），加连翘、黄芩、牛蒡子。

赤痛如邪

目赤痛，头疼，寒热交作，若感外邪之状，发息无时的病证，称为赤痛如邪。见于《证治准绳》。常因肝肾阴虚，而生内热，荣卫不固，腠理不密，则生外寒，酿成内为虚热，若感外邪之候。如《证治准绳·七窍门》谓："盖肝肾俱虚之故，热者内之阴虚火动，邪热也。寒者荣卫虚，外之腠理不实，而觉寒也。"发病时，症见白睛淡红，眼疼头痛，寒热交作，时发时止，轻则一年数发，重则举发频频。本证病势较缓，非实邪为患，与一般急性赤痛之眼疾不同。

证属阴虚有热，荣卫不和者，兼见腰膝酸软，五心烦热，舌红少津，脉细而数，治宜滋阴降火，益气养血，方用十珍汤（《审视瑶函》），伴有往来寒热，发歇无定者，治宜和解少阳，补血和血，用小柴胡汤（《伤寒论》）合四物汤；病久反覆发作，而兼气虚之证者，拟益气固表，和血祛风，方用助阳和血汤（《兰室秘藏》），加人参、白术。本病多虚，切忌苦寒攻伐，如《证治准绳·七窍门》云："用峻削之治，则血愈虚，而病愈深矣。"

偏漏

凡白睛上生漏之病症称为偏漏。《证治准绳·七窍门》谓:"漏生在气轮,金坚而位旁,为害稍迟,故曰偏漏。"在临床中较少见。本病类似现代医学中巩膜软化症后期穿孔。多因痰湿郁遏白睛,结聚溃烂成漏。症初起沙涩不舒,于白睛一隅,呈现紫红色突起,继而肿起腐烂,破溃成漏,轻者流稠浊白水,重则流脓。治宜清热泻肺,除湿祛痰。方用泻肺饮(《眼科纂要》)合二陈汤(《和剂局方》),并宜及早手术治之。治之不当,则水泄膏枯,目珠塌陷而丧明。

赤膜下垂

赤脉从白睛贯下,伸入黑睛,簇集成膜,如帘下垂的眼病,称为赤膜下垂。见于《秘传眼科龙木论》。又称垂帘膜(《世医得效方》)、垂帘翳(《银海精微》)、赤脉下垂(《眼科菁华录》)。《医宗金鉴·眼科心法要诀》曰:"赤膜下垂,初患之时,气轮上边起赤膜一片,垂至风轮,下覆瞳人,缘肝、肺之热,冲于眼内,致生赤膜。"多见于椒疮、粟疮重症。本病类似于现代医学中的沙眼性角膜血管翳。

多因肝肺风热,或肝火上乘于目,热郁血滞,致生赤膜。症见沙涩刺痒,灼热泪出,甚则怕热羞明,珠疼头痛。睑内颗粒丛生,初起白睛与黑睛之际,赤脉稀疏,条缕分明,并列成排,其状似帘,垂于黑睛。或赤丝尽头,生翳如星,或如月牙,甚则赤丝簇集肥厚似膜,赤膜从黑睛上缘渐次延伸,可覆瞳仁,目力受损。正如《张氏医通·七窍门》所云:"初起甚薄,次后甚大,有赤脉贯白轮而下,乌珠上半边,近白际起障一片,仍有赤丝牵绊,障大丝粗,虬赤泪涩,珠疼头痛者,病急而有变。丝细小,色微赤,珠不疼,头不痛者,缓而未变。或于障边丝下,仍起星数点,此星亦是凝脂之类,皆火内滞之患,其病尚轻……若障上有丝及星生于丝梢,皆是退迟之病。"若赤脉从白睛四周伸至黑睛,越过瞳神,障满乌珠,则为血翳包睛,难以消退。若黑睛上缘生白膜自上而下如帘之垂,无赤脉牵绊者,为垂帘障,非本病范围。如《证治准绳·七窍门》谓:"垂帘障证,生于风轮,从上边而下,不论厚薄,但在外色白者方是,若红赤乃变证,非本病也。"

证属肝肺风热者,眼沙涩刺痒,泪出眵稀,睑内颗粒丛生,赤脉下垂,治宜疏风清热,消瘀退翳,方用归芍红花散(《审视瑶函》);肝火上乘者,睛疼头痛,怕热羞明,热泪有眵,黑睛上缘丝脉粗赤,簇集肥厚似膜,或丝脉尽头可生星翳,治宜清肝消瘀,退翳明目,方用皂角丸(《证治准绳》)。并见"椒疮"、"粟疮"条治法。

外用1%黄芩素眼液滴眼,一日3—4次。重者可用并导割烙术治之。

血翳包睛

赤脉从四周侵入黑睛,结成血翳,日久积厚如赤肉,遮满黑睛的病证,称为血翳包睛。见于《银海精微》,该书谓:"皆因心经发热,肝脏虚劳,受邪热,致令眼中赤涩,肿痛泪出,渐有赤脉通睛,常时举发,久则发筋结厚,遮满乌睛,如赤肉之相,故名曰血翳包睛。"由于白睛红赤,且伴眵泪浸渍,似红霞彩云,与黑睛上红翳相映,故又称红霞映日(《银海精微》),彩云捧日(《目经大成》)。多由椒疮,赤膜下垂变生而来。本病类似于现代医学中的全角膜血管翳。

常因肝肺风热壅盛,上攻于目;或心火内炽,或三焦积热,热极成瘀,丝脉丛生,日久形成血翳。症见眼赤涩刺痛,羞明流泪眵多,白睛微红,甚则赤紫通红,赤脉从黑睛四周向中央发展,纵横满布,障满黑睛,形成血翳,久则赤筋结厚,视物不见,而成痼疾。

肝肺风热壅盛:可见赤痛刺痒,畏光紧涩,眵泪稠粘,黑睛血翳满布,口苦咽干,舌红苔黄,脉数。治宜清肝肺风热。方用当归龙胆汤(《银海精微》),去黄芪、五味子,加丹皮、紫草、菊花。

心火炽盛,三焦积热:可见涩痛羞明,眵泪频流,白睛赤紫,黑睛赤丝拥簇,唇红口干,大便秘结,舌红苔黄,脉洪数。治宜泻心降火,清利三焦,佐以活血退翳。方用泻心汤(《银海精微》),选加红花、丹皮、栀子、丹参。

络滞血瘀:可见白睛赤紫通红,黑睛赤筋结厚,厚薄高低不等,舌红或绛,苔薄白。治宜清热活血消瘀,用破血红花散(《银海精微》),去黄芪。

外用石燕丹(《医宗金鉴》)点眼,一日3次,亦可采用割烙术治之。

神水将枯

因精液亏虚,目珠失却莹润光泽的眼病,称为神水将枯。见于《证治准绳》。又名神气枯瘁(《目经大成》)。多因饮食不节,脾胃虚弱,脾阳不升,运化失司,精气不能上承;或阴虚有热,蒸烁膏汁,或素有疳疾上目之小儿易患;或久病之人,气血耗伤,津枯液竭所致。

本病初起,双目干涩羞明,频频眨目,入暮视昏,白睛污浊,失去光泽,风轮两侧之气轮见有银白色泡沫状物,如蜒蚰唾涎之光,常不易被人发觉,若病情发展,黑睛受累,呈灰白色混浊,遮掩瞳神,视物昏蒙。如久而失治,风轮软陷破损,或生蟹睛,或为旋螺突起等变证,均可导致失明。

脾虚气陷:可有白睛干涩,羞明眨目,入暮视昏,形体瘦弱,腹胀肠鸣,大便溏泄,舌淡胖,脉细弱。治宜调中益气,健脾升阳。选服调中益气汤(《审视瑶函》),人参养荣汤(《和剂局方》)。

阴虚火炎：兼见午后潮热，面颊红赤，粪如羊屎，口咽干燥，舌红，脉数。治宜滋阴降火。方用滋阴生光饮(《眼科临症笔记》)。

气血耗伤：可有视物昏郡，目失光泽，兼见面白神疲，少气懒言，舌淡脉弱，治宜补益气血，益阴生津。方用八珍汤(《正体类要》)，加五味子、麦冬、玄参。

针刺治疗：此病初期，先刺攒竹、承泣、迎香，待目微生泪液时，再刺少泽、后谿、阳谿等穴，隔日刺之。

黄油障

白睛近黑睛之内外侧，有略隆起之淡黄色斑块，状如油脂，称黄油障。见于《证治准绳》称黄油证，该书谓："生于气轮，状如脂而淡黄浮嫩，乃金受土之湿热也，不肿不疼，目亦不昏，故人不求治，无他患，至老只如此"，本病相似于现代医学中之睑裂斑。多因风尘侵袭日久，于白睛常露之处，变生而成。或因湿热犯肺，结聚白睛所致。本病老人多见，眼无痒痛赤肿等候，视力完好，唯近黑睛之内外侧白睛上，生小斑微隆起，形呈三角，底向黑睛，色黄或似褐黄，状类油脂，不累及黑睛，略碍仪容。

此病应与流金凌木及胬肉攀睛二病区别。流金凌木乃似膜非脂，状类胬肉，然色白而菲薄，方位、数目不定，虽从气轮而附风轮，但不发展；胬肉攀睛系起自目眦，膜厚如肉而色红，赤脉满布其上，尖部可伸侵黑睛，甚则遮蔽瞳神影响视力。本病治宜清热除湿，可用神消散(《证治准绳》)。因不致损害视力，绝不侵及黑睛，并无所苦，故亦可不治。

抱轮红

白睛红赤仅环绕黑睛之周围者，称为抱轮红。见于《原机启微》，在"心火乘金水衰反制之病"中谓："白黑之间，赤环如带，谓之抱轮红者。"早在《仁斋直指方》中已有"乌轮赤晕"的记载。本病与现代医学中的睫状充血相同。

多因暴怒忿郁，急躁烦劳，而致肝胆火盛，热闭血滞，郁于风轮；或因过食辛辣炙煿，油甘肥腻，致使脾胃积热，蒸灼黄仁，郁热内滞，气血内阻，郁于黑白睛之间而成者；或因形体过劳，七情忧思，房室不节，致肝肾阴亏，虚火上炎，升扰于目。本病来之急骤，进展迅速。症见眼痛流泪，羞明怕热，或有视物昏朦，黑睛周围之白睛红赤，如赤带围绕，瞳神紧小，或偏缺不圆，黄仁与黄精前部粘着等，甚则有黄液上冲。目珠疼痛拒按。本病多与凝脂翳，花翳白陷，混睛障，黄液上冲诸证合并发生。

抱轮红与白睛红赤及白睛溢血不同。白睛红赤，离黑睛较远处红甚，近黑睛处不明显，红丝赤脉可随白睛外膜移动，部位不定，或满目红赤，或偏于一隅；白睛溢血，则白睛瘀血不肿不胀，血色殷红似胭脂。

肝胆火盛：症见抱轮红赤，羞明流泪，眼痛视昏，可兼见口苦咽干，烦躁易怒，苔黄舌红，脉弦数。治宜清肝泻火，佐以活血散瘀。方用还阴救苦汤(《原机启微》)。

脾胃积热：可见目珠疼痛拒按，黄脓自内而生，兼见口干欲饮，大便燥结。甚者则口中有秽气，苔厚黄腻，脉洪数。治宜清泄脾胃积热。方用通脾泻胃汤(《审视瑶函》)。

肝肾阴虚：可见视物不明，昏如雾露中，目珠疼痛不适，按痛轻微，黑睛周围隐隐淡红，可伴有瞳神偏侧或干缺，兼见口干咽燥，舌红少苔，脉细数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄汤(《医宗金鉴》)。抱轮红发病急速，且与其他眼病同时发生。在治疗本病时应参照凝脂翳、花翳白陷、混睛障、黄液上冲或瞳神紧小、瞳神干缺诸证。本病多为实证、热证，只是病之后期可见阴虚证候，临证时结合全身体征辨证论治。

护理：①本病来势急，进展快，必尽快就医，以防变证发生。②在医生指导下使用药物扩大瞳孔。③坚持湿热敷或热气薰眼，每日 3 次，每次 15—20 分钟。④戴遮光墨镜，以减少刺激症状。⑤禁食辛辣、厚味食物，保持大便通畅。

风轮赤豆

风轮上生颗粒，四周红丝缠绕，状若赤豆的病证，称为风轮赤豆。见于《证治准绳》，称轮上一颗如赤豆。本病相似于现代医学中的束状角膜炎。因肝经积热，气血失调，目中血络瘀滞、郁结而成，外发于黑睛之上。尤以禀赋不足，或后天护养失宜，体弱挟痰之小儿易患。症见碜涩不爽，羞明流泪，黑睛上有颗粒隆起如粟米，次后渐大，白睛有赤脉贯注，直入隆起之颗粒，状如赤豆，并可溃破，亦可自行消退。

肝经积热：症见疼痛羞明，热泪如汤，黑睛上颗粒如赤豆，兼见口苦咽干，苔黄，脉弦数，治宜清肝降火。方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)或平肝清火汤(《审视瑶函》)。若疼痛剧烈，赤豆突起，红丝缠绕者，为络中有滞，在上方中加桃仁、红花、郁金、丹皮、泽兰等行血化滞之品。

体虚挟痰：可见黑睛赤豆反覆发作，时隐时现，迁延难愈，面色皖白，形体瘦弱，颈部可触及痰核，甚则累累成串，苔白腻，脉濡。治宜益气养血行气化痰。方用香贝养荣汤(《医宗金鉴》)去姜枣，加夏枯草、竹茹等。

天行赤眼暴翳

凡双目患天行赤眼，白睛红赤肿痛，黑睛生星点翳障，或白睛红赤肿痛消退后，黑睛忽生翳障，伴羞明流泪的病证，称为天行赤眼暴翳。本病名见于《古今医统》，该书谓："此因运气所加，风火淫郁，大概患眼赤肿，泪出而痛，或致头额俱痛，渐生翳障遮蔽瞳人。"但于《世医得效方》中称暴赤眼后忽生翳。又称大患后生翳(《银海精

微》)、暴赤生翳(《医宗金鉴》)。本病与现代医学之流行性结膜角膜炎相似。

本病具有强烈的传染性,易广泛流行,累及双眼。初起多患天行赤眼,眼痒涩不适,灼热疼痛,眵多粘稠,或泪多眵少,或羞明流泪。可见眼睑肿胀,白睛红赤,或赤而肿胀,或伴白睛溢血,继则黑睛生星点翳障,或白睛红赤渐消后,黑睛生星翳,位于黑睛边旁,或位于黑睛瞳领区域,数目不等,或多或少,病程较长,可持续数月。治愈后可留下细小瘢痕,而影响视力。耳前常可触及豆状样臖核,按之疼痛。

多因风热毒邪,突从外袭,首犯肺经,肺主气轮,而气轮先病,肺经风热壅盛乘刻肝木,致黑睛生翳;或素有五脏积热,内外相搏,上攻黑睛所致。

风热外袭:可见眼内痒涩疼痛,白睛红赤或壅肿,黑睛星翳表浅,头痛鼻塞,舌红苔薄,脉浮数等症。治宜疏风散热。方用羌活胜风汤(《原机启微》),或驱风散热饮子(《审视瑶函》),加蝉蜕、白蒺藜。

里热炽盛:可见头目痛甚,热泪常流,眵多干结,白睛混赤,黑睛星翳显露,逐渐遮蔽瞳神,口渴发热,溲黄便结,舌质红,苔厚黄,脉数等症。治宜清里泻热。方用芦根饮子(《秘传眼科龙木论》)。白睛红赤消退,黑睛星点翳障不消退者,可服拨云退翳散(《银海精微》)。

局部滴用龙脑煎(《秘传眼科龙木论》)。外可用大青叶、银花、蒲公英、菊花、薄荷、千里光煎水熏洗。此外还可用嗜鼻药(《普济方》)。

本病必须注意预防。一旦发现病人,要注意隔离,对患者用过的毛巾、手帕、脸盆等用具,要进行消毒。医生检查后要洗手,眼部禁止封盖。如一家有多人患病时,应分开使用药物。集体场所可用黄芩或千里光眼药水滴眼,或用菊花、大青叶煎水代茶饮,以作预防。流行季节游泳池应停止开放,并禁止患者去游泳池游泳。

暴露赤眼生翳

因胞睑失于卫护,致黑睛暴露而生翳,伴红赤疼痛,畏光流泪等的病证称为暴露赤眼生翳。见于《银海精微》。本病与现代医学中暴露性角膜炎相似。

病因多由风牵睑出、睥翻粘睑等,致使胞睑失于闭合;或突起睛高、鹘眼凝睛、珠突出眶等病以致胞睑未能覆盖黑睛所致。因胞睑有卫护黑睛功能,开闭自如,则黑睛润滑光泽,若不能闭合,使黑睛暴露,外与六气接触,最易伤津耗液。目失濡养,致使黑睛干燥而生翳。

症见胞睑闭合不全,眼内涩痛,畏光流泪,抱轮红赤或白睛混赤,黑睛暴露部位混浊,甚则生翳,翳呈灰白,形状不一,若黑睛仅部分暴露者,其翳多先见于暴露部位,继则向周围扩展。若复感邪毒者,则可发生凝脂翳等变症。

治疗首要解除病因。如因风牵睑出、突起睛高、鹘眼凝睛、珠突出眶所致者,均应针对病因作出处理。如因局部瘢痕所致者,可酌情手术。内服药物,量其老少虚实,虚者多为阴津不足,治以滋阴为主;实者多为肝火上炎,以泻肝为要。

阴津不足:可见眼内干涩,黑睛干燥混浊,舌红无苔,脉细等。治宜滋阴润燥。方用十珍汤(《审视瑶函》),加石斛、花粉之类。

肝火上炎:可见疼痛畏光流泪,白睛混赤,黑睛生翳,口苦苔黄,脉弦数等,治宜清肝泄火,方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》);若兼有瘀滞者,用大黄当归散(《银海精微》)。

外点10%蜂蜜或消炎眼膏,用敷料包盖,以保护黑睛不受外邪侵犯。

银星独见

黑睛生翳一二颗,其色如银,形如星的病证,称为银星独见。见于《证治准绳》。本病与现代医学的单纯性角膜溃疡相似。

多因肾阴不足,或虚火上炎,郁滞于风轮,结而为星;或风热犯目,气实壅滞于络所致。

症见患目不舒,畏光流泪,抱轮红或微红,黑睛生翳一二个,小如星,白如银,如《证治准绳·七窍门》谓:"大凡见珠上有星一二颗,散而各自生,过一二日看之不大者方是。"若连萃而相生相聚者不是木病;若能大而变者如凝脂初起,小而圆,俨似星,但易变速长,亦不是本病。

肾阴虚弱:可见遗精梦泄,头昏腰疼,舌红无苔,脉细尺弱。治宜滋补肾阴,兼以退翳。用六味地黄丸(《小儿药证直诀》),加谷精草、白蒺藜、车前子、蝉蜕等。若虚火上炎者,加知母、黄柏。

风热犯目:可见眼疼头痛,抱轮红或白睛混赤,畏光流泪,苔薄脉浮数。治宜祛风清热,方用菊花决明散(《原机启微》)。

外用千里光或1%黄芩素眼药水滴眼,并结合用内服药渣再次煎水作湿热敷。

聚星障

黑睛骤生细小星翳,或联缀,或团聚,或散漫排列,伴有畏光流泪,沙涩疼痛的病证,称为聚星障。见于《证治准绳》。本病与现代医学的病毒性角膜炎相似。

病因病机　本病大多在感冒、高烧、情志不遂、月经失调或慢性疾病等阴阳气血失调的情况下发病,多因外感风邪所致。因风性轻扬,易犯上窍,风为六淫之首,易与他邪结合,常可挟热,挟寒等,以挟热者居多;或因肝经伏火,火性上炎;或因痰火湿热熏灼黑睛;或因外感热病后,耗损肝肾阴液,以致肝肾阴虚,虚火上炎,又兼风邪引起。

辨证 多见单眼为患,也可双眼同时或先后发生。病初起,眼内沙涩疼痛,畏光流泪。抱轮红赤或红赤不显,黑睛猝起翳障,状如针尖,或如秤星,色灰白或微黄,少则数颗,多则数十颗,或齐起,或先后渐次而生。排列形式不一,可散漫排列如云雾状,可联缀成串呈丝缕状,可纡曲融合呈地图状。若病情严重,可向深部发展,星点团聚簇集而呈圆盘状。一般不作脓,但病程长,常反覆发作,愈后常留瘢痕翳障。本病与花翳白陷,凝脂翳同属黑睛病变,但花翳白陷是黑睛生翳,渐渐厚阔,而中间低陷,状如花瓣;凝脂翳初起,虽生翳如星,但形状较大,多单个存在,且迅速扩大加深,翳如凝脂,每兼黄液上冲。

风热犯目 病初起,自觉怕光流泪,眼睑难睁,黑睛星翳,形如点状或丝缕状或地图状,抱轮红赤,头痛鼻塞,咽痛溲黄,或发热恶风,舌质红,苔薄黄,脉浮数。

风寒外袭 病初起,眼内隐涩不适,泪出汪汪,黑睛生翳,形如丝缕或如地图状,抱轮红赤较轻或局限性抱轮红赤,头痛身痛,鼻流清涕,口不渴,小便清,或恶寒发热,寒重热轻,舌质淡红,苔薄白,脉浮紧。

肝火炽盛 星翳渐次扩大加深,形如丝缕,或似圆盘,甚或有少量黄液上冲,白睛混赤,眼睑肿胀,畏光流泪,头痛目痛,口苦口渴,溲赤短少,大便或秘,舌质红,苔黄,脉弦数。

湿热蕴蒸 星翳可浅可深,范围可大可小,时轻时重,迁延不愈,白睛混赤,畏光流泪,泪有粘腻感,头重而胀,胸闷不舒,小便黄,大便溏,舌红苔黄腻,脉濡数。若兼有痰火者,可见星翳聚散不一,胸闷恶心,咳嗽有痰,舌质红,苔滑腻,脉滑略数。

阴虚夹风 病情日久,时愈时发,星翳疏散,或于痊愈的瘢痕上又出现新的星翳,抱轮微红,羞明流泪较轻,眼内干涩明显,或头昏耳鸣,舌质红,无苔,脉细数。若偏于肺阴不足者,可见颧红耳赤,五心烦热,干咳少痰,舌红,脉细数。

治疗 常在机体抵抗力下降的情况下发病,故增强体质,保持正气存内,是预防本病发生的根本措施。平时应注意锻炼身体,保持七情和畅,饮食调理适宜,以使体内阴阳气血相对协调。如有热性病发生,在发热期和发热后,须注意检查眼部情况,做到早期发现,早期治疗。已病后采用分期与辨证相结合进行治疗。

方药治疗 一般在早期,多以祛风为主;中期以清肝泻火或化湿清热;后期用养阴祛邪兼以退翳明目。对于反覆发作病例,在祛邪的同时,要注意扶正,施以补气或益阴药,提高机体免疫力,达到减少或防止复发的目的。

风热犯目:治宜疏风散热。方用羌活胜风汤(《原机启微》)或银翘散(《温病条辨》)加味,如紫草、黄芩、板蓝根等清热解毒药。

风寒外袭治宜发散风寒。寒邪轻者,方用荆防败毒散(《证治准绳》);寒邪重者,方用四味大发散(《眼科奇书》)。

湿热蕴蒸:治宜化湿清热。方用藿朴夏苓汤(《退思庐感证辑要》),加胆草。若兼痰火者,治以化痰清热,方用温胆汤(《三因方》)加黄连。

阴虚夹风:治宜滋阴祛风。方用加减地黄丸(《原机启微》)。若偏于肺阴不足者,治宜滋阴养肺。方用养阴清肺汤(《重楼玉钥》)。

病情后期,白睛红赤不显,黑睛遗留瘢痕翳障者,治宜退翳明目、佐以养阴。方用消翳汤(《眼科纂要》),加玄参、麦冬。待红赤消退后,气虚者加生黄芪、党参;阴虚者加熟地黄、黄精;气阴不足者加党参、麦冬、五味子,以扶助正气,增强抵抗力,防止复发。

局部滴用龙脑煎(《秘传眼科龙木论》),或黄芩或千里光等眼药水,并视病情酌用扩瞳剂。外用板蓝根、大青叶、野菊花、千里光等清热解毒药煎水湿热敷患眼。后期可用七宝散(《银海精微》)点眼,以消翳障。

针灸治疗 选用睛明、四白、丝竹空、攒竹、合谷、足三里、光明、肝俞等穴,每次局部取1—2穴,远端1—2穴,每日1次,交替轮取,10次为一疗程。视病情虚实,酌用补泻手法。

简易方 ①紫草三钱,银花五钱,蒲公英五钱,板蓝根五钱,水煎服,每日一剂,分两次服。用于本病早、中期(经验方)。②羌活二钱,细辛一钱,菊花三钱,木贼三钱,香附三钱,水煎服,每日一剂,分两次服。用于风寒外袭之聚星障(《普济方·穿针散》)。③冬桑叶三钱,元明粉一钱半,加水一斤,煮沸5分钟,澄清过滤,取汤洗眼(《韦文贵眼科临床经验选·桑明液洗剂》)。

护理 ①注意眼部清洁,切不可乱加揉擦。②为避免强光刺激,可戴有色防护眼镜。③嘱病人暂戒淫欲,以利早日康复。④饮食注意清淡,保持大便通畅。

聚开障

黑睛翳障,时聚时散,形状不一,眼内涩痛,反覆发作的病证,称为聚开障。见于《证治准绳》。又称时发时散翳(《一草亭目科全书》)、浮萍障(《目经大成》)、星月聚散(《眼科统秘》)等。本病与现代医学之病毒性角膜炎相似。

多因湿热痰火所致,湿性粘腻,与热邪胶结,则缠绵难愈,反覆发作,或因肝肾阴虚,复感湿邪或风邪,亦可罹患。

症见畏光流泪,眼睑难睁,抱轮红赤,黑睛生翳,其状或圆或缺,或数点如星,或厚或薄,或如云似月,时聚时散,痛则出现,不痛则隐蔽,反覆发作,一月数发,也可一年数发,亦可因复感外邪而变生他症。常见于单眼,亦可见于双眼,病程长,迁延不愈,但一般不作脓,不穿孔,愈后结有瘢痕翳障。

湿热所致:可见黑睛翳障,聚散不一,反覆发作,疼痛,痒涩交加,白睛暗红,小便短赤,苔腻而黄,脉滑数,治

宜清热利湿，方用除湿汤（《眼科纂要》）。若痰火为患者，可见翳障来去无时，胸闷痰多，舌红苔黄，脉滑数，治宜清热化痰，方用温胆汤（《三因方》），加黄连。

肝肾阴虚，兼挟风邪：可见黑睛翳障，来去无时，骤然发作，眼内干涩，头昏腰酸，舌红无苔，脉细，治宜滋补肝肾，兼祛风邪，方用生熟地黄丸（《审视瑶函》）。

外治可见"聚星障"条。

混睛障

黑睛漫生灰白色翳障，如镜面呵气之状，混浊不清的病证，称为混睛障。本病名见于《审视瑶函》。但于《秘传眼科龙木论》中已有记述，称混睛外障。又称混障（《证治准绳》）、气翳（《目经大成》）。本病与现代医学之角膜基质炎相似。

多因肝经风热，升扰于目，损及黑睛；亦可因外受湿邪，或内蕴湿热，湿浊熏蒸，上犯黑睛；亦因素体阴虚，劳瞻竭视，雕镂细作、致肝肾阴亏，虚火上炎所致。症初起，自觉碜涩泪出，羞明疼痛，晨起较甚，视物昏矇。黑睛中央或边际，生灰白色深翳，如浊烟笼罩，失却晶莹润泽之色，甚则黑睛全白，如镜面呵气之状。从侧面视之，能隐见瞳神。随病之发展，赤脉可自边际蔓入黑睛，以至遮满乌珠，呈一片赤色混浊翳障，严重危害视力。若及时治疗，翳障尚可变薄，亦可全退。若翳痕不能退尽，留有宿翳，则影响视力。病易反覆发作，轻者数月一发，重者月余一发。年深日久，则黑睛全变白色。

肝经风热：可见目珠疼痛，畏光泪热，白睛抱轮红赤，黑睛有灰白色深翳。治宜平肝清热，佐以祛风。方用地黄散（《审视瑶函》）。或蝉花散（《眼科金镜》）。若白睛赤甚，红丝缠绕黑睛，可加用银花、连翘、胆草等清热解毒之品，加桃仁、泽兰等活血散瘀之药。

湿热上攻：病情绵长难愈，白睛红赤，黑睛混浊，视物昏矇，头重困倦，胸闷纳差，舌苔黄腻，脉滑而数。治宜清热除湿。方用三仁汤（《温病条辨》），加上茯苓、萆薢、银花、连翘。

阴虚火炎：病情反覆难除，眼干涩隐痛，抱轮微红，黑睛混浊如烟笼罩，口干咽燥，夜寐多梦，舌红苔薄，脉细而数。治宜滋阴降火。方用滋阴降火汤（《审视瑶函》）。

外治法：外滴七宝膏（《秘传眼科龙木论》）。

护理：①戴淡色墨镜以防光线刺激。②忌食辛辣、煎炸厚味食品，忌饮酒。③加强身体锻炼，预防感冒，睡眠充足，以防复发。

偃月侵睛

风轮上际生翳，逐渐向下侵蚀黑睛，状若初月的病证，称为偃月侵睛。本病名见于《证治准绳》。又称偃月障症（《审视瑶函》）、偃月翳、外偃月（《眼科金镜》）。

因多食辛辣炙煿，热从内生，热邪伤肺，肺火及肝所致；或暴怒嗜酒，肝脾湿热内蕴，生痰化火，蒸灼黑睛而成。病之初起，碜涩不适，或羞明流泪。白睛抱轮红赤，白睛与黑睛交界之际，生白翳，自上逐渐向下侵蚀黑睛，如新月之形，甚则向黑睛四周发展，侵及整个黑睛，遮盖瞳神，目力受损。本病与偃月内障不同。偃月内障者，病发于瞳神内黄精上半部，混浊发白，形若新月之状，轻者则昏眇，重则瞳神皆白，不能视物，乃内障欲成之候。

肺热及肝：可见眼碜涩不舒，羞明流泪，白睛抱轮红赤，白睛与黑睛之际，自上而下生翳色白，形如月牙。鼻干口燥，舌质红，苔薄黄，脉弦数。治宜清肺泻热，方用凉肺散（《眼科金镜》），去细辛，加胆草、黄芩。

肝脾湿热：可见眼痛泪热，羞明难睁。白睛抱轮红赤或混赤，黑睛上际生翳，逐渐向下侵蚀黑睛，如新月之形，甚则向黑睛四周发展。口苦咽干，溲黄便结，舌质红，苔黄腻，脉滑数。治宜清泻肝脾湿热。方用补肝散（《审视瑶函》），去细辛、楮实子，加萆薢、苡仁、木通等品。

花翳白陷

黑睛生翳，四周高起，中间低陷，形如花瓣的病证，称为花翳白陷。见于《龙木论》。又称花白翳陷（《目经大成》）。本病与现代医学之角膜溃疡相似。

本病多因外感风热毒邪，内因肺肝积热，壅实上冲，火灼络内，膏液蒸伤，气血壅滞而成。

症见羞明难睁，眵多流泪。眼睑肿胀，目珠刺痛，甚则剧痛。抱轮红赤或白睛混赤。黑睛起翳状如掐碎之花瓣，或如碎米，或如鱼鳞，其色灰白或微黄，渐渐厚阔，中间低陷，重者可漫及整个黑睛，或出现黄液上冲，甚则黑睛溃破，变生蟹睛。亦有不从沿际起，四散而生，状如细条，或细颗如星，逐渐长大，愈后留下瘢痕，影响视力。

肺肝风热：可见病情骤起，畏日羞明，红赤疼痛，翳如萝卜花，或如鱼鳞，但未扩展串连，舌红苔薄黄，脉浮数等。治宜疏风清热。轻者方用蝉花散（《银海精微》），重者方用加味修肝散（《银海精微》）。

肝胆实热：可见眼睑肿胀，眵泪俱多。白睛红赤，花翳从四周蔓生，蔓掩黑珠。头目疼痛，烦躁口渴，口苦。舌红苔黄，脉弦。治宜清肝泻热。方用泻肝散（《银海精微》），酌情去硝黄；白睛红赤暗滞，刺痛明显者，加红花、苏木之类。

热炽腑实：可见头目剧痛，翳厚色黄，中间低陷，黄液上冲。发热口渴，喜冷饮，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄，脉数或弦数。治宜通腑泻热。方用龙胆饮（《类证治裁》）。

病至后期，红退痛止，遗留瘢痕翳障者，宜退翳明目。方用消翳汤（《眼科纂要》）。

外治方法，见"凝脂翳"条。

凝脂翳

黑睛生翳，翳呈肥浮脆嫩，状如油脂，其色或黄或白，善变而速长，甚或伴有黄液上冲的病证，称为凝脂翳。见于《证治准绳》。本病与现代医学中化脓性角膜溃疡相似。

初起自觉眼内沙涩，灼热刺痛，畏光流泪。白睛红赤，黑睛上有翳如星，其色灰白或微黄，表面污浊，边缘不清，中有凹陷，上复薄脂，为凝脂早期，此时若治疗及时，病情多可控制，愈后留有冰瑕翳或云翳；若治不及时，正不胜邪，邪气扩张，病情向纵深发展。症见头目剧痛，强烈羞明，胞睑难睁，热泪如汤，白睛混赤壅肿，风轮复有一片凝脂，色黄浮嫩，边缘肥厚不清，凹陷逐渐变大渐深，甚者可漫及整个黑睛，因神水受灼，而于黑睛内，黄仁前下方出现黄色脓液，是为黄液上冲。若诊治及时，病情尚可控制，但愈后常留厚翳；若病情继续进展，黑睛溃烂变薄，深层组织向前呈泛起状，突起呈黑色小泡者，称黑翳如珠。甚则黑睛溃破，黄仁绽出，其状如蟹睛，结瘢后留有斑脂翳。若溃破口小，且位于黑睛正中，黄仁未能脱出，神水些微时溢者而形成正漏。若毒攻珠内，病势更为凶险。终为目珠塌陷而失明。亦有发病来势迅猛病情凶险者。初起即头目剧痛难忍，夜不能眠，胞睑肿胀难睁。强开泪涌如泉，眵多粘稠，色呈黄绿，白睛混赤肿胀，形如虾座，风轮凝脂大片，表面呈黄绿色，黄液上冲极为严重，病情发展更为迅速，可于1—2日内黑睛溃破，黄仁、神膏绽出，变证蜂起，若二便闭塞者，火毒不能外泄，更为险候也。如《证治准绳·七窍门》谓："此证为病最急，起非一端，盲瞽者十有七八。在风轮上有点，初起如星，色白中有糜。如针刺伤，后渐长大，变为黄色，糜亦渐大为窟者。有初起如星，色白无糜，后渐大而变，色黄始变出糜者，有初起便带鹅黄色，或有糜或无糜，后渐渐变大者。或初起便成一片如障，大而厚，色白而嫩，或色淡黄，或有糜或无糜而变者，或有障，又于障内变出一块如黄脂者，或先有痕糜，后变出凝脂一片者。……但见起时，肥浮脆嫩，能大而色黄，善变而速长者，即此证也。初起时微小，次后渐大，甚则为窟为漏，为蟹睛，内溃精膏，外为枯凸，或气极有声，爆出稠水而破者……凡见此证当作急，晓夜医治，若迟，待长大蔽满乌珠，虽救得珠完，亦带病矣，去后珠上必有白障，如鱼鳞，外圆翳等状，终身不能脱。若结在当中，则视昏渺。凡目病有此证起，但是头疼珠痛，二便燥涩，即是急之极甚。"

病因病机 本病多因黑睛被谷芒、麦刺、树枝、树叶等擦伤，或挑剔异物后，邪毒乘伤袭人所致。若素有漏睛者，邪毒已有蕴伏，则更易罹患。或风热之邪入里化热，或嗜食辛热炙煿，致脏腑热盛，火热上攻，蒸灼黑睛而成。由于内热外邪交攻，热毒相搏上犯，蒸灼肝胆络脉，致气血瘀滞，黑睛失养，蓄腐成脓，黑睛溃烂；或因其他黑睛病变，如花翳白陷，聚星障等邪毒炽盛，复感风热，转化而成。

辨证 本病任何年龄、任何季节均可发病，但以夏秋收割季节多见，年老体弱者易发病。

风热壅盛：多见于本病初起阶段。黑睛生翳，翳形如星，翳色灰白，表面污浊，边缘不清，抱轮红赤，或白睛混赤，眼睑肿胀，羞明流泪，视力减退，眼痛头痛，或兼恶寒发热，溲黄短少，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

肝胆火炽：多见于本病中期阶段。黑睛生翳如凝脂，肥浮脆嫩，黄液上冲，白睛混赤而壅肿，眼睑肿胀难睁，强烈羞明，热泪如泉，头目剧痛，发热不恶寒，溲黄短少，口苦，舌质红，舌苔黄厚，脉弦数。

热毒炽盛：亦多见于本病之中期阶段。黑睛凝脂一片，窟陷深大，色带黄绿，黄液上冲量多，甚至遮满瞳神，白睛混赤壅肿，眼睑红肿，热泪如汤，眵呈黄绿，头目剧痛难忍，发热口渴，溲黄便结，舌质红，苔黄厚，脉数有力。

正虚邪留：多见于本病后期阶段。病情日久，凝脂溃陷，久而不敛，眼痛羞明较轻。偏于气虚者，可见面色皖白，肢体疲倦，舌质淡红，边有齿印，脉弱。偏于阴虚者，可见午后面红，眼内干涩，舌质红无苔或少苔，脉细带数。

治疗 本病来势猛、发展快、变化多，为眼科急重症，前人强调昼夜监守医护，急早医治。

方药治疗 本病以实证居多，在早、中期总以祛风清热、泻火解毒为主。病至后期，根据体质施以益气或养阴为原则，但均须伍以退翳明目之品，冀其缩小和减薄瘢痕翳障。

风热壅盛者，治宜祛风清热。方用新制柴连汤（《眼科纂要》），加银花、千里光。

肝胆火炽者，治宜清肝泻火。方用龙胆泻肝汤（《和剂局方》），加生石膏、蒲公英。

热毒炽盛者，治宜泻火通便，清热解毒。方用四顺清凉饮子（《审视瑶函》），加芒硝；眵呈黄绿者，加银花、蒲公英、野菊花、千里光等清热解毒之品。

正虚邪留者，治宜扶正祛邪。偏于气虚者，方用托里消毒散（《医宗金鉴》），加白蒺藜、木贼、蝉蜕以退翳明目。偏于阴虚者，方用海藏地黄散（《审视瑶函》），去大黄、犀角。

局部以点眼秦皮煎（《圣济总录》），或点眼小黄连膏（《圣济总录》），或以千里光、黄芩、鱼腥草等眼药水频频滴眼。并须结合滴用扩瞳剂，以充分扩瞳。还可用金银花、连翘、蒲公英、鱼腥草、大青叶等煎水作湿热敷。病情后期用七宝散（《银海精微》）点眼以消退翳障。若有漏睛者，酌情处理或手术根除，也是防治本病的重要措施。

针灸治疗 常用睛明、承泣、丝竹空、攒竹、翳明、合谷、肝俞、阳白等穴，每次局部取2穴，远端1—2穴，每日1次，交替轮取，10次为一疗程。用泻法。

简易方 ①黄柏去粗皮一两五钱，黄连去须一两五钱，栀子三钱，煎水，去渣，微温洗眼（《医方类聚》第四分

册，洗眼三黄汤方）。②蒲公英四两，煎汤两碗，温服一碗，余一碗，乘热熏洗（《医学衷中参西录》蒲公英汤）。③白菊花、蝉蜕各等分，为散，每用三钱，入蜜少许，水煎服。用于本病后期（《本草纲目》）。

护理　①及时给药、点药，洗眼时动作宜轻巧。②密切观察病情，如黑睛将欲溃破，宜包扎眼部，卧床休息。③饮食要清淡，少食辛热炙煿，保持大便通畅。

黑翳如珠

黑睛生翳，浅层溃蚀，于欲破而未破之际，深层组织向前泛起，并有单个或多个大小不一、圆形似黑珠的病证，称为黑翳如珠。见于《龙木论》。本病与现代医学的角膜后弹力层突出相似。

外因多为风热邪毒，内因多为肝经积热，内外合邪，邪毒炽盛，攻灼黑睛；或因肝肾虚弱，风热邪毒乘虚袭入，即“肝肾俱劳，毒风入眼”（《龙木论》）所致。另有小儿患者，多因偏嗜炙煿，脾胃失调，或病后体虚，饮食不化，酿成疳积，以致疳积攻目，目失濡养，白睛干燥，黑睛枯涩溃烂发展而成。

本病早期多有凝脂翳、花翳白陷等黑睛疾患。症见患眼疼痛，甚或痛极难忍，寝食不安，羞明畏目，眼睑难睁，热泪常流。检视眼部时，可见抱轮红赤，甚则白睛混赤而肿，黑睛浅层溃烂，在欲破未破之际，深层组织向前泛起，并出现突起之黑色小泡，形状如珠，数目多少不一。若病情继续发展，则有黑睛溃破变生蟹睛之险。正如《证治准绳·七窍门》谓：“从风轮处发起黑泡，如珠子，圆而细，或一或二，或三四五六，多寡不一……若长大则有裂目之患。”见于小儿疳眼者，为双眼发病，大多不红不痛，只是羞明，且兼有其他疳积症状。本病应与蟹睛相区别。蟹睛者，乃为黑睛破溃后，黄仁绽出，状如蟹眼之症，瞳神必有改变，如杏仁、枣核等状。

本病首宜分辨虚实。实证多见于黑睛疾病之严重阶段。虚证以小儿多见。

邪毒炽盛：头目痛极，泪出羞明，黑睛上有黑翳，圆如珠子，白睛赤肿。口渴发热，面红烦躁，小便短赤，大便秘结，口苦苔黄，脉弦数。治宜泻肝通腑。方用羚羊角饮子（《秘传眼科龙木论》）。

肝经积热：可见头目疼痛，紧涩难开，黑翳如珠，抱轮红赤。溲黄短少，口苦脉弦。治宜清肝泄热。方用当归龙胆汤（《银海精微》）。

肾虚夹热：可见黑翳如珠，但病势较缓，或病至后期，隐涩难开、抱轮红、疼痛较轻。或兼头昏腰酸，舌红无苔，脉细。治宜滋养肝肾，祛风清热。方用通明补肾丸（《银海精微》）。

小儿疳眼者，见“疳眼”条治疗。

外治以千里光、鱼腥草等清热解毒类眼药水频频滴眼，并结合滴用扩瞳剂。《世医得效方》指出本病“不可用点药”，即一般不用粉剂点眼，以免残渣药末不溶颗粒磨损，加重病情。滴药后需加压包扎，亦可防止黑睛溃破。

医护人员检查、滴药、换垫，宜细心谨慎，动作轻巧，并嘱病人避免咳嗽、喷嚏，用力大便等增加眼部压力的动作，以免黑睛溃穿，发生蟹睛。

蟹睛

黑睛溃破，黄仁自溃口绽出，状如蟹眼的病证，称为蟹睛。本病名见于《圣济总录》。但于《太平圣惠方》中已有记述，称蟹目，谓：“夫蟹目者，由脏腑壅滞，肝有积热，上冲于目，令目痛甚，当黑睛上生黑珠子，如蟹之目，故以为名焉。或有如豆者，名曰损翳。”又称蟹睛疼痛外障（《秘传眼科龙木论》）、蟹睛突起（《古今医统》）、蟹睛横出（《目经大成》）、蟹珠（《银海指南》）、蝇头蟹眼外障（《眼科纂要》）。本病与现代医学之角膜溃破虹膜脱出相当。

多因凝脂翳，花翳白陷等黑睛病变，病情向深层发展，腐蚀风轮，致使溃破，黄仁绽出而成；或上述病变发展至黑翳如珠时，复因咳嗽、喷嚏、怒吼、号哭、大便用力等震破黑睛，黄仁乘势脱出所成；或严重疳眼治不及时所致；也有因外伤引起者。

本病初起，多在凝脂翳、花翳白陷等黑睛病变过程中，眼痛突然减轻或消失。眼睑肿胀，白睛混赤，黑睛溃破，尔后于风轮瞳领区之旁，或偏上偏下，或偏左偏右，见黄仁从破口绽出，其色黑褐，状如绳头，如蟹眼，甚则横长如黑豆，周围被翳障缠绕，瞳仁变形，如杏仁、枣核状。愈后则遗留斑脂翳之类。若黑睛溃口较大，可见青黄叠出，黑白混杂，甚则膏尽珠陷，终必丧明。本病应与黑翳如珠相区别。黑翳如珠者，乃黑睛生翳日久，黑睛欲破而未溃破之时，突起黑泡，状如珠子之症。

辨证首宜分虚实，初起多实，蟹睛表面必紧张如球而痛剧；病久多虚，绽出之黄仁多松弛平塌而不痛。实者以泻肝为主，虚者以补肾为先。

肝胆火炽：可见风轮凸起黑珠，状如蟹眼，紧张如球，疼痛难忍，赤涩流泪。溲黄便秘，口苦苔黄，脉弦数。治宜清热泻肝，方用泻肝汤（《审视瑶函》）。

阴虚火旺：可见蟹睛平复，虚软不痛，视物昏暗。头晕耳鸣，腰膝酸软，舌红无苔，脉细数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸（《医宗金鉴》），或镇肾决明丸（《秘传眼科龙木论》）。

若因疳眼或外伤引起者，治疗见“疳眼症”、“物损真睛”条。

外用黄连或黄芩眼药水滴眼及点用扩瞳药。

斑脂翳

凡蟹睛愈后结瘢，其色白中带黑，瞳仁敧侧不圆，目光减退的病证，称为斑脂翳。见于《证治准绳》。本病与

现代医学之粘连性角膜白斑相当。

多因黑睛疾患，病情重，邪毒盛，未能控制，以致黑睛溃破，黄仁嵌入，愈后结瘢而成；也有因外伤所致者。

症见风轮上有一表面光滑、边缘清楚的白色翳障，其中心带黑，或带青，或焦黄，或微红，或有细小赤脉牵绊，部分黄仁嵌在翳障之中，致使瞳仁敧侧，状如杏仁、枣核，或如三角、半月状。若翳障掩及部分或全部瞳神者，则严重影响视力。有的在斑脂翳障上发生或小或大的水泡，发息无时，发时则眼痛流泪。如《证治准绳·七窍门》云："若治欠固，或即纵犯，则斑迹发出细细水泡，时起时隐，甚则发出大泡，起而不隐，又甚则于本处作痛，或随丝生障，或蟹睛再出矣。其病是蟹睛收回，结疤于风轮之侧。"

治宜辨病之新久，若病程短，翳障未有老定，可服退翳明目之剂，如神消散（《证治准绳》），或皂角丸（《证治准绳》）。外点七宝散（《银海精微》）。若年深日久，气血已定，翳障牢固者，服药难奏效，为终身之患。

正漏

黑睛中间，有细小漏口，神水不断渗出的病证，称为正漏。见于（《证治准绳》）。本病与现代医学之角膜瘘相当。

多因凝脂翳、花翳白陷等黑睛病变，致黑睛溃破，疮口难敛，神水常流而成。也有因细小尖锐物体刺破黑睛，未能修复所致。

症见风轮上有针尖大小之漏口，位于中央，或略偏，漏口处呈稍凹陷的黑色小点，或小泡样隆起，周边绕以白色翳障，细察之，时见神水漏出。患眼疼痛，畏光流泪，眼睑难睁。可并发内障。若风热邪毒，乘漏侵入珠内，而致眼珠痛极，红赤壅肿，治不及时，终为眼珠陷塌，完全失明。

本病治疗应以手术为主。

证属肝经实热，可见目赤疼痛，口苦，小便黄赤，或大便秘结，舌红苔黄，脉弦数，治宜泻肝清热，方用泻肝汤（《秘传眼科龙木论》），加龙胆草、生地黄；肝肾虚弱，多兼头昏耳鸣，舌红少苔，脉细等症，治宜补益肝肾，方用杞菊地黄丸（《医级》）。

旋螺尖起

黑睛生翳，致使其圆绽而中尖高起、状若螺蛳的病证，称为旋螺尖起。若气轮自平，水轮尚明，惟风轮高耸而起者，为旋胪泛起，不属本病范畴。本病名见于《秘传眼科龙木论》。又称旋螺突出（《异授眼科》）、鹘螺出壳（《目经大成》）。如《证治准绳·七窍门》谓："旋螺尖起证，乃气轮以里乌珠，大概高而绽起，如螺蛳之形，圆而尾尖，视乌珠亦圆绽而中尖高，故曰旋螺尖起。"常见于凝脂翳、花翳白陷等黑睛病变后期，多因肝经积热，热毒壅积黑睛所致。

可见黑睛生翳后，中央溃烂变薄，忽然尖起，色呈青白，日久周围可有血丝缠绕，其状尖凸似螺蛳，若瞳神尚未尽损者，可服药救治，若瞳神全损，即成痼疾。

肝经积热：症见目珠疼痛，或畏光流泪，白睛红赤或不红，黑睛生翳，其状尖凸，口干苦，舌质红，苔薄黄，脉弦数。治宜清肝泻热。方用龙胆泻肝汤（《医宗金鉴》）。

肝胃实火，热毒壅积：羞明难睁，热泪频流，白睛混赤，黄液上冲，口渴心烦，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉弦数，治宜通腑泻热，方用泻肝饮子（《秘传眼科龙木论》）。

肝经风热，余邪滞留：白睛红赤已退，黑睛上留有白色翳障，其形尖凸，治宜平肝祛风，活血退翳，方用蝉花无比散（《异授眼科》）。

外用七宝散（《银海精微》）点眼。

宿翳

黑睛疾患或外伤后，遗留之瘢痕，统称宿翳。本证名见于《目经大成》。但于《秘传眼科龙木论》中已有论述，称冰瑕翳深外障、玉翳浮满外障。

宿翳因其厚薄、形态、色泽等各异，临证表现不同，所以名称亦较多。有按其翳之厚薄程度而分，最薄者为冰瑕翳，在黑睛之上，仔细观之，隐隐可见，如《证治准绳·七窍门》谓："薄薄隐隐或片或点，生于风轮之上，其色光白而甚薄，如冰上之瑕。"稍厚者为"云翳"（《医宗金鉴》），在黑睛之上，望之可见，如白云一片遮睛。最厚者为水晶障，又名玉翳浮瞒，俗称厚翳，如《证治准绳·七窍门》谓："色白如水晶清莹见内，但高厚满珠……冰冻之坚，若旁斜细看，则白透睛"；按其黑睛病变的程度而分，黑睛与黄仁粘定，轻而小者，其翳如钉，称"钉翳根深"（《世医得效方》）；有按色泽而分，黑睛上其色白中带黑或带青，或焦黄，或微红，或有细细赤脉，称"斑脂翳"；其障薄，色昏白而带焦黄，或带微红色，状似玛瑙，称玛瑙内伤（《证治准绳》）；如以宿翳形态而分，则名称亦多。如剑脊翳、圆翳外障、鱼鳞障、白果、阴阳翳、连珠外翳（《证治准绳》）、虚潭呈月、冰壶秋月、孤星伴月、剑横秋水（《目经大成》），其他还有陷翳、沉翳（《素问病机气宜保命集》），老翳（《异授眼科》）等。

宿翳对视力的影响以其位置和厚薄程度而定，若位于黑睛中央，不论翳之厚薄，均遮挡瞳神，影响视力，若翳厚大遮满黑睛时，仅辨三光及影动，难辨人物。

宿翳之治疗，首先应对新翳及时处理，尽量避免遗留瘢痕。证属风热余邪未尽者，红赤尚在，黑睛翳障已成。治宜退翳明目，清解余邪。方用消翳汤（《眼科纂要》），补肝丸（《审视瑶函》）。

宿翳已定，兼见肝肾不足者，可见眼视昏都，腰膝酸软，头昏耳鸣，舌淡脉弱。治宜补益肝肾，明目退翳。方用开明丸（《审视瑶函》）。

邪气已去，宿翳日久，无明显形症可见者，治宜退翳

明目，方用拨云退翳散(《银海精微》)。

外治用七宝散(《银海精微》)，琥珀煎(《审视瑶函》)点眼。

黄液上冲

黄仁为邪气所乘，黑睛与黄仁之间，积有脓液，色黄而向上漫增的病证，称为黄液上冲。本病名见于《目经大成》。但于《秘传眼科龙木论》中已有记述，称黄膜上冲外障。又称推云、内推云(《银海指南》)、黄脓上冲(《眼科开光易简秘本》)。此病与现代医学之前房积脓相同。

本病为急重眼病，多单眼发病，多因过食辛热炙煿，油腻肥甘之品，脾胃积热，上冲于目，蒸腐黄仁，烁灼神水、神膏，而脓自内生；或因肝胆蕴热，外感毒邪，热毒上扰于目；亦可因素体虚弱，劳倦太过，饮食不节，致脾胃内伤，运化失职，寒湿内蕴，郁久化火，凝聚成脓。本病发病快，进展迅速。其症初起，疼痛羞明流泪，抱轮红赤或混赤，黑睛与黄仁之间脓液积聚，色黄或淡黄，初起如指甲根之白岩，脓液之水平面常随体位改变，甚则漫掩瞳神，或有瞳神紧小，瞳神干缺，视力锐减。本病应与凝脂翳相鉴别。凝脂翳生于黑睛之上，部位不定，其翳浮嫩，似黄色凝脂一片，但凝脂翳重者，常伴有黄液上冲。

本病属眼科急重之症，应速救治，有黑睛凸糜，膏伤珠陷之危。病之初发及进展阶段，均属实、热证，应以清热解毒为主，但病之后期，久治不愈，或反覆发作时，乃正气虚损，应注意扶正祛邪，临证时需详辨之。

脾胃积热：症见目珠赤涩疼痛，羞明流泪，若黄脓初生。如珠痛不可忍，白睛全部混赤，羞明流泪，恶热拒按，脓液向上漫增，甚则掩及瞳神，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数者，为急重之候。治宜通泄脾胃积热。病之初起或症轻者，可选用通脾泻胃汤(《医宗金鉴》)。急重症者，在前方中加芒硝、石膏。

肝胆热毒：可见头目剧痛，畏光泪热，白睛混赤，或见黑睛生翳如凝脂，黑睛与黄仁间脓稠色黄，口苦咽干，舌红苔黄脉弦而数。治宜清肝泻火解毒。方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)，加银花、蒲公英、连翘。

脾胃虚损：寒湿内蕴化火症见目珠痛轻，白睛抱轮淡红，黑睛内下际有少量淡黄之脓液，病延日久难愈。兼见面色少华，舌淡苔白，脉细弱或迟。治宜温中散寒，健脾益胃。方用理中汤，加紫花地丁、败酱草、黄芪。

外治：可用10%黄连液点眼，必要时扩瞳及湿热敷。

护理：①本病进展迅速，发病后尽早就医，防止延误病情。②戴遮光墨镜以减少光线刺激。③忌食辛辣及油炸厚味食品。④保持大便通畅。

瞳神紧小

因黄仁病变，而致瞳神紧缩变小，展缩失灵的病证，称瞳神紧小。见于《证治准绳》。又名瞳神缩小(《审视瑶函》)、瞳神细小(《眼科约编》)。

常因风热之邪或肝胆实火，上犯于目，熏灼黄仁；或因嗜食辛热炙煿，膏粱厚味，酿成脾胃湿热，上熏于目；或因酒色劳思太过，肝肾阴亏，虚火上炎；或因外伤，黄仁受损，气血瘀滞；或因火疳、凝脂翳、花翳白陷、混睛障等，病邪深入引起。发病有急有缓，急者病势较重，缓者病势较轻，症见眼痛拒按，入夜尤甚，热泪频流，羞明难睁，视力锐减，眼睑红肿，抱轮红赤。甚者白睛混赤，黑睛内壁有细小颗粒附着，神水不清，或见絮状物，黄仁肿胀晦暗，瞳神紧小，紧缩如针孔，展缩失灵。重证者可有血灌瞳神，黄液上冲等候。失治者黄仁与黄精粘着，瞳神因而失却正圆之形，边缘参差如锯齿、虫蚀而为瞳神干缺。亦可导致黄仁色淡变薄，目珠萎软塌陷，终至目盲。

本病因具有抱轮红赤或白睛混赤，故必须与绿风内障，天行赤眼，暴风客热相鉴别。绿风内障症见眼胀欲裂，痛牵头额，黑睛如雾，瞳神散大，隐隐绿色，目珠变硬，甚者目硬如石。天行赤眼和暴风客热二病虽有白睛红赤，但无抱轮红，近黑睛处红赤较淡，而周围处红赤较甚，瞳神大小展缩正常，风轮内明洁，有眵泪可见，能尔我相染等，皆与瞳神紧小有别。

风热：可见眼痛和缓，睑无赤肿，抱轮红轻，神水欠清，瞳神渐小，展缩欠灵。舌红苔薄，脉浮而数。治宜祛风清热。方用羌活胜风汤(《原机启微》)，加胆草、夏枯草。

肝胆实火：可见发病急骤，眼痛连眶额，热泪频流。刺涩羞明，视力迅降。抱轮红赤，黑睛内壁有细小颗粒附着，神水混浊，黄仁肿胀晦暗，瞳神紧小如粟米，展缩失灵。头痛眩晕，口苦咽干，舌质红，脉弦数。治宜清泻肝胆实火。方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)去当归，加石决明、夏枯草。

肝胆火炽，脓毒结聚：除上述症状外，并见黄液上冲，口渴心烦，溲黄便秘，舌红苔黄，脉数有力。治宜泻火解毒。方用还阴救苦汤(《原机启微》)，加石膏、大黄。

热入营血，伤及血络：可见血灌瞳神，心烦口渴，但不欲饮，舌绛脉数。治宜清营解毒，泄热止血。方用清营汤(《温病条辨》)，加赤芍、紫草。

湿热内蕴：可见口糜阴烂，肢节窜痛，病情缠绵，舌红苔腻，脉濡数。治宜清热除湿。方用抑阳酒连散(《原机启微》)，加胆草、藁本。

肝肾阴虚：病势较轻，但久治难消。口干咽燥，舌红脉细。治宜滋阴降火。方用滋阴地黄丸(《眼科百问》)。

外伤黄仁受损：可见疼痛流泪，畏日羞明，抱轮红赤，瞳神渐小，视力递减，瞳神边缘多不圆整。治宜清热祛风、活血散瘀。方用通血丸(《证治准绳》)，加胆草、夏枯草、丹参、蒲公英。

本病初起，必须及时充分扩瞳，以防止瞳神干缺，并用1%黄芩素眼药水或黄连眼药水点眼，每日3—4次。外用热敷，有助疏散瘀滞，缓解红痛。并须忌食腥发烟酒

等助热生火之品。嘱其避免坐卧湿地，注意劳逸适度，防止竭视损目，以免加重病情或愈后复发。

目赤如鸠眼

眼痛羞明，白睛红赤，如鸠鸟之目，伴有口、舌、咽部和前后二阴生疮溃烂及皮肤红斑结节的病证，称为目赤如鸠眼。亦称狐惑。最早于《金匮要略》即有记述，该书谓："狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐。"又云："初得之三四日，目赤如鸠眼。"

本病多因于恣食辛热炙煿，肥甘油腻，嗜酒厚味，损伤脾胃，或暴怒忿郁，伤及肝胆，致使肝胆脾胃湿热内蕴而成。肝开窍于目，肝之脉布于两胁，上循咽喉，连目系，下络阴器。脾胃主肌肉，司升清降浊之功，湿热上蒸，则目赤疼痛，咽喉溃烂。湿热下注，则腐蚀前后二阴，湿热郁于肌肤，阻滞络脉，则起红斑结节。此病日久，热伤肝肾，阴亏于下，火炎于上，虚火入目，可致瞳神焦小等重症。病之初起，羞明流泪，目赤疼痛，视物昏朦，甚则目赤紫暗，状若鸠鸟之目，可见黑睛内下方，黄液上冲，瞳神紧小，其边缘类似虫蚀之状，黄精逐渐呈黄色混浊。本病可一眼先患，后乃相牵俱损，病情常易反覆，日渐加重，而终至失明。并兼有心胸烦闷，卧起不安，不思饮食，咽喉口舌溃烂迭发，前后二阴蚀疮累生。

肝胆湿热：可见目赤疼痛，羞明流泪，心胸烦闷，急躁易怒，不思饮食，二阴溃烂，小便短赤，舌红苔黄，脉弦滑数。治宜泻肝清热除湿，用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)，加土茯苓、银花等。

脾胃积热：可见目赤疼痛，羞明流泪，轻则神水、神膏混而不清，甚则黑睛下际，黄液上冲，口舌生疮，累发不止，皮肤时发红斑结节，大便秘结，苔黄腻，舌质红，脉滑数。治宜清脾利湿，泄热导滞。方用通脾泻胃汤(《审视瑶函》)，加土茯苓、银花、生地、木通等。

湿热困于中焦：可见心胸烦闷，不思饮食，甚则干呕，心下痞满，目虽赤痛而较轻。治宜清热除湿。方用甘草泻心汤(《金匮要略》)合赤豆当归散(《金匮要略》)。

肝肾阴虚，虚火上炎：可见目赤羞明疼痛，视物昏朦，日渐严重，瞳神焦小，或带微黄，头晕耳鸣，腰膝酸楚，颧红咽干，五心烦热，口舌痈疮，前后二阴溃烂，舌质红，脉细数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄汤(《医宗金鉴》)。

外治法见"瞳神紧小"条。本病在急重期，以防瞳神干缺紧小，盲于旦夕，可采取中西医结合治疗措施，如用较强的扩瞳剂，全身及局部使用激素类药物等以行救治。

瞳神干缺

因黄仁与黄精粘着，致瞳神失却正圆形，边缘参差不齐，形如梅花、锯齿或虫蚀的病证，称为瞳神干缺。《银海精微》谓："劳伤于肝，故金井不圆，上下东西如锯齿，蔺缺参差，久则渐渐细小，视物蒙蒙，难辨人物。"本病见于《秘传眼科龙木论》，又名瞳神缺陷(《一草亭目科全书》)。多因肝胆蕴热，熏灼黄仁；亦可因肝肾阴亏，虚火上炎。常系瞳神紧小、目赤如鸠眼等眼疾失治而成。

症见瞳神边缘，一处或数处乃至全部，与黄精粘着，初起尚可用扩瞳药物分离，久则药物不能奏效，瞳神边缘，参差不圆，甚则瞳神紧缩如针孔、粟米，阴看不大，阳看不小，内结膜障，色黄或白，因而目盲。黄仁之上久则变生血络，血络破损，可致血灌瞳神。若瞳神边缘粘附过多，阻碍神水畅达，神水瘀积者可致黄仁膨隆，目珠变硬，眼胀欲脱，头痛如劈。

肝胆蕴热：可见眼痛头痛，泪热羞明，抱轮红赤，风轮内不明洁，神水变浊，瞳神边缘不齐。口渴思饮，舌红苔薄，脉弦而数。治宜清肝泄热。方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)，加夏枯草、石决明。

阴亏火炎：可见视物朦胧，抱轮红赤轻微，瞳神边缘如虫蚀，如锯齿，或如针孔，或见膜障内遮而致目盲。治宜滋阴降火。方用知柏地黄丸(《医宗金鉴》)，加赤芍、玄参。

局部必须充分扩瞳，并结合点用1%黄芩素液或黄连液。若因膜障内遮而目盲者，可酌情手术治疗。若因神水积滞导致目胀痛者，可参照"绿风内障"条处理。

瞳神散大

瞳神开大，不能敛聚的病证，称为瞳神散大。本病名见于《证治准绳》，于《兰室秘藏》中已有"瞳子散大"之记载，《原机启微》中称"气为怒伤散而不聚之病"。又称辘轳展开(《银海精微》)、瞳人开大(《秘本眼科捷径》)、瞳仁散大(《眼科纂要》)等。本病与现代医学的瞳孔散大相同。

多因七情内伤，如暴怒忿郁，忧思惊恐等，损及肝脾，气为怒伤，精气不能敛聚，瞳神散大；或因多食辛热炙煿，嗜烟恣酒，积热生火，耗气伤阴所致。如《东垣试效方》曰："瞳子散大者，由食辛热之物太甚故也，所谓辛主散，热则助火，上乘于脑中，其精故散，精散则视物亦散大……手少阴足厥阴所主风热，连目系，邪之中人，各从其类，故循此道而来攻，头目肿闷而瞳子散大。"或因劳心竭思，房事不节，耗伤真阴，水不制火，虚火上炎，蒸灼瞳神而成；或因肝风痰火上攻于目所致；或目为物所伤，损及血络及黄仁，触损真气，致瞳神不能敛聚，故而散大。症见瞳神散大，黄仁缩至黑睛周围，不能展伸，甚则环周如细线，阳看不能变小，视物昏朦。

本病宜急治，收敛瞳神，以复神光，否则病延日久，气定膏损，瞳神难以收敛。特别是肝风痰火攻害，头目胀痛者，为害最甚。如《证治准绳·七窍门》云："若初起即收可复，缓则气定膏散，不复收敛。未起内障颜色，而止是散大者，直收瞳神，瞳神收而光自生矣……病既急者，以收

瞳神为先，瞳神但得收复，目即有生意……凡头风攻散者，又难收。如他证譬诸伤寒疟疾痰火等热证，炎燥之火。热邪蒸坏神膏，内障来迟，而收亦易敛，若风攻则内障即来，且难收敛而光亦损耳。"

肝脾两伤，气郁化火：可兼见目赤咽干，胸闷胁痛，烦躁易怒，嗳气少食，舌红苔薄，脉弦数。治宜清肝解郁，理气健脾。方用调气汤（《审视瑶函》）。

脾胃蕴热，耗气伤阴：可见瞳神散大，胃脘满闷，不思饮食，口干咽燥，脉细而数。治宜清热养阴，益气养血。方用滋阴地黄丸（《东垣试效方》）。

肝肾阴亏，虚火上炎：可见瞳神散大，视物模糊，干涩不爽，腰膝酸软，耳鸣耳聋，遗精滑泄，舌红少苔，脉虚细数。治宜滋阴降火。方用泻肾汤（《审视瑶函》），益阴肾气丸（《兰室秘藏》）。

肝风痰火：可见瞳仁散大，头目胀痛，舌红苔黄，脉弦滑。治宜平肝息风，降火化痰。方用清痰饮《审视瑶函》），加夏枯草、钩藤。

外伤瞳神散大：可见瞳仁散大，或偏斜不圆，展缩失灵，甚则视物昏矇，或有胞睑瘀血肿胀，血灌瞳神等症。受伤之初，治宜和营疏风，方用除风益损汤（《原机启微》）；继宜滋肾益精，收敛瞳神，方用六味地黄丸（《小儿药证直决》），加五味子、白芍药等酸敛之品。

护理：①生活起居有时，保持七情调和，且忌忧郁忿悖。②饮食有节，忌食辛热炙煿，忌用烟酒。③瞳神散大，头目胀痛，眼压升高者，不能从事暗室内工作，不能看电影。

通瞳

瞳人极度开大，似无黄仁，瞳人与黄仁通混不分的病证，称为通瞳。见于《银海精微·小儿通睛》中，如谓："通者黄仁水轮皆黑，似无黄仁，瞳人水散，似无瞳人，此黄仁与瞳人通混不分，号曰通瞳。"又名小儿通睛内障（《眼科纂要》）。有因突受惊恐，惊则气乱，恐则气下，气机逆乱则瞳神散大；或肝经风邪上壅，黄仁不成关锁，瞳人极度开大；有因头额外伤，血瘀络滞所致；亦有因先天发育异常，通瞳与生俱来者。

症见视物模糊，怕日羞明，瞳神极度散大，似无黄仁。本病应与绿风内障晚期之瞳人极度散大相区别。绿风内障者，多先有眼胀难忍，头痛恶心，眼硬如石，瞳神呈淡绿色或淡黄色，至晚期方见瞳神极度散大，不睹三光，常伴有黄精混浊。

若因受惊恐所致者，可见神志慌乱失措，瞳人极度开大，治宜镇惊安神，开窍缩瞳，方用远志丸（《济生方》），加枣仁、五味、白芍；证属风邪上壅所致者，可见头晕欲倒，瞳人开大，直视不见人物，治宜清心安神，祛风开窍，方用牛黄丸（《银海精微》），去肉桂，加僵蚕、地龙；若因头颅外伤所致者，可见头痛头晕，眼胀或痛，治宜活血消瘀通络，方用桃红四物汤（《医宗金鉴》），加苏木、三七、丝瓜络、橘络；证属先天无黄仁者，瞳人难以复常。

重瞳

凡单眼或双眼有一个以上的瞳神者，称为重瞳。于《史记》卷七中已有记述，谓："太史公曰：吾闻之周生曰'舜目盖重瞳子'，又闻项羽亦重瞳子。"是世界上瞳神异常的最早记载。多因胎儿之眼目发育异常，而与生俱来。察视原瞳神区内，有两个以上瞳神，大小不等，形态不一，阳看则小，阴看则大，黄仁展缩如常。若平素眼无所苦，视物如常，无须处理，若有视一为二者，须手术治疗。

血灌瞳神

凡目中之血，不能循经而行，溢于络外，灌入瞳神内外的眼病，称为血灌瞳神。见于《证治准绳》。于《秘传眼科龙木论》中已有记述，称血灌瞳人外障，又称血灌瞳仁内障（《眼科纂要》）。根据部位不同，有血液贯注于黑睛与黄仁之间者，亦有血液贯注于瞳神之内，黄精之后者。多因肝胆火炽，迫血妄行，血络破损，灌入瞳神；或因肝肾阴亏，水不制火，虚火上炎，血不循经，溢于络外；亦有因撞击伤目或金针开内障等手术，损及黄仁血络，血溢络外，灌入瞳神。如《张氏医通·七窍门》云："此症有三：若肝肾血热，灌入瞳神者，多一眼先患，后相牵俱损，最难得退；有撞损血灌入者，虽甚而退速；有鍼内障，失手拨着黄仁，瘀血灌入者。"

血液贯于黑睛与黄仁之间者，自觉眼珠胀痛，甚则头额剧痛，羞明流泪，白睛抱轮红赤或混赤，察视黑睛与黄仁之间，瘀血积滞，色泽鲜红。轻者仅瘀积于瞳神下方，如半月状，甚则全掩瞳神，目力受损，若失治，瘀血难消，变生他症。血液贯于黄仁与黄精之后者，自视眼前黑花渐生，或似黑线坠下，或如黑烟袅袅而动，继而似云遮雾蔽，目力骤降。轻者视物如隔绢纱，或眼前时见红光；重则红光满目，或一片漆黑，视物不见，珠外端好，隐隐透见金井之内呈一点殷红或暗红。

肝胆火炽，迫血妄行：可见口苦咽干，舌红苔少，脉弦数。治宜清肝泻火，凉血止血。方用犀角地黄汤（《千金要方》），或生蒲黄散（《中医眼科六经法要》），加白茅根、血余炭、仙鹤草、生藕节等品。

肝肾阴亏，虚火上炎：可见眼痛隐隐，头晕耳鸣，失眠多梦，咽干舌燥，舌红苔少，脉细数等症。治宜滋阴降火，凉血止血，方用知柏地黄汤（《医宗金鉴》）合生蒲黄散（《中医眼科六经法要》）。

撞击伤目或金针开内障等引起者，可有眼珠胀痛，头额疼痛，目力骤降。治宜清热凉血，活血止血。方用除风益损汤（《原机启微》）合大黄当归散（《银海精微》）。

若目珠胀痛，触之坚硬如石，头痛剧烈，恶心欲呕，瘀

血积染黑睛，或黑睛呈雾状混浊等，治宜泻肝清火，活血化瘀。方用龙胆泻肝汤（《医宗金鉴》），选加羚羊角、乳香、没药、苏木、红花等品。并宜手术治之。

若瘀血经久不消者，当活血化瘀，轻者用桃红四物汤（《医宗金鉴》），甚者治以行血破瘀之法。方用血府逐瘀汤（《医林改错》），加三七、刘寄奴、三棱、莪术之属。若瞳神内，血积滞难消，呈现白色条状物者，上方中加软坚散结药物如昆布、海藻、浙贝、夏枯草、牡蛎、山楂等品。活血化瘀药物，多属攻伐之品，久服易伤正气，可酌加人参、黄芪以益气，或合用杞菊地黄丸（《医级》），以滋养肝肾。

简易方：①还睛散：龙胆草、赤芍药、当归各等份，捣为细末，每服一钱，水煎，临卧温服（《普济方》）。②桔梗丸：桔梗一斤、牵牛头末三两，为细末，炼蜜丸如桐子大，每服四五十丸至一百丸，食前，温下，日二次（《素问病机气宜保命集》）。③芎黄散：白牵牛（炒）、大黄（煨）、川芎各等份，为细末，每服三钱，临卧用砂糖水调下。睛疼温酒调下（《普济方》）。

内障

泛指瞳神以内之眼病，统称为内障。《秘传眼科龙木论》一书，载有眼病七十二种，分为内外障两大类，属内障类者二十三种，此书所称之"内障"按其症状不同，又可分为数类。如视物昏郁、而瞳神无障翳气色者，属于目暗内障类；因有头风攻痛，瞳神有大小改变者，属五风内障类；亦有瞳神大小神色如常，至黄昏则目无所见，属雀目内障类；但其中以目力日渐昏郁，瞳神内有障翳气色可辨者为多，属圆翳、散翳、枣花翳等内障类。到明《证治准绳》一书，将目昏、青盲、内障等分辨明确，内障一症专指瞳神内之黄精有障翳气色者，如说"有翳在黑睛内遮瞳子而然"。并与青盲区别，所谓"夫青盲者，瞳神不大不小，无缺无损，仔细视之，瞳神内并无些少别样气色，俨然与好人一般……若有何气色即是内障非青盲也"。

多因热气怫郁，玄府幽深之源闭塞，使脉络气血，荣卫精液，不能升降出入，或损伤气血，耗其精华，目睆睆无所见，而成青盲目暗等内障；有因忧思恐怒，劳逸饥饱，过而不节，皆伤脾胃，脾胃受伤，则阳气下陷，五脏六腑之中阳气皆衰，目失清阳之气，或禀受不足，元阳气弱，易成雀目内障诸证；有因喜怒不节，肝木不平，内挟心火，或痰火头风等因，易酿成五风内障之类；或由耽酒嗜色，劳逸失度，哭泣太伤，思虑过度，竭视劳瞻，戕伤真元，耗损气血，或年迈体衰，肝肾不足等因，易罹圆翳内障等症。

一旦疾成，诸般疾患各有其证，因证施治。

圆翳内障

目力渐昏，黄精渐混，终成障翳，遮蔽神光，形圆色白，故名圆翳内障。于《外台秘要》"脑流青盲眼"中已有记述。《秘传眼科龙木论》亦称圆翳内障。本病又名如银内障（《证治准绳》）、内障（《目经大成》）。

病因病机 本病多因年高体弱，气血渐衰，精气日损，目失涵养；或因脾虚，则五脏之精气皆失所司，不能归明于目；或因房事不节，戕伤过度，肝肾两亏所致；或因阴精衰弱，七情内伤，不能配阳，虚火上乘所致；或因肝郁气滞，郁久化火，及劳心竭思，心火内盛，心肝火炎，蒸灼黄精而生。如《原机启微》谓："心者五脏之专精，目者其窍也，又为肝之窍，肾主骨，骨之精为神水，故肝木不平，内挟心火，为势妄行，火炎不制，神水受伤，上为内障，此五脏病也。劳役过多，心不行事，相火代之，五脏生成。论曰，诸脉皆属于目，相火者，心包络也，主百脉，上荣于目，火盛则百脉沸腾，上为内障，此虚阳病也。膀胱小肠三焦胆、脉俱循于目，其精气亦皆上注，而为目之精，精之窠为眼，四腑一衰，则精气尽败，邪火乘之，上为内障，此六腑病也。神水黑眼，皆法于阴，白眼赤脉，皆法于阳，阴齐阳侔，故能为视，阴微不立，阳盛即淫，阴阳应象大论曰，壮火食气，壮火散气，上为内障，此弱阴病也。"

凡内障病之起，初觉眼前似有点条状，似蚊蝇飞舞之状，目力缓慢下降，如在烟雾中看物。经历年久，渐至失明，双目可同时起病，亦可先后发生，间隔之长短，各人不同。此症除视力昏朦外，无任何头疼眼痛、痒、涩等不适之症。眼外轮廓亦与常人相似，当金井内障翳发展成淡白色，目力已降至不辨人物，但对日、月、火"三光"仍能感觉，瞳神依然圆整，阴阳开合，展缩如常，故《秘传眼科龙木论》谓："凡眼初患之时，眼前多见蝇飞花发，垂蟢，薄烟轻雾，渐渐加重，不痛不痒，渐渐失明。眼与不患眼相似，且不辨人物，惟睹三光，患者不觉，先从一眼先患，向后相牵俱损，此是脑脂流下，肝风上冲，下翳青白，瞳人端正，阳看则小，阴看则大，其眼须针……。"有时在内障发展过程中，由于黄精清浊相间不匀，偶可出现单眼复视，故《原机启微》谓："其病初起时，视觉微昏，常见空中有黑花……次则视歧，睹一成二，神水淡白色……"。

辨证 由于圆翳内障的发生和发展过程中，内障的神色形态，每有不同，医者根据临证时的各种所见，冠以不同之病名。

滑翳内障：宛如圆翳内障，唯障色灰白中带青色，均匀一致，细视之其障无纹理锯齿等形。在拨治时，针着内障，有似针拨水银珠子，浮滑不定，似已被针拨，起针时内障又复浮起，滑归原位，故名滑翳内障。

涩翳内障：障色白涩，如羹上之冻脂，故《秘传眼科龙木论》云："翳如凝脂色，瞳人端正，状宜令针。"

散翳内障：形如油酥之斑点散在，其色有白有青灰相间。

横翳内障：瞳神上下翳色不显，只隐隐作白色，而中间横贯一条，障色明显可辨，形如剑脊，故《秘传眼科龙木论》谓："细睹横心如剑脊，上头下畔白微微。"又名"剑脊翳内障"。

浮翳内障：障翳浅淀，紧迫黄仁，一时见之圆白如灯。《秘传眼科龙木论》谓："浮翳正观如透外，斜看色白似银灯。"

沉翳内障：与浮翳内障相反，障翳深沉，隐隐藏形于瞳神深处，向日细看方得见之。

枣花翳内障：内障之起，始见于瞳神周边，微微作白色，其形呈参差锯齿状改变，恰如枣花，因而得名。这种内障患者，在阳光下、明室内，视物较清，入暮或背光时目力较逊。

白翳黄心内障：谓内障之中心隐隐呈琥珀黄色，四周为白色环绕，而得此名。患者于正午光强或明室内视物反觉昏矇，天阴或室内背光处，自觉视物略清。

偃月翳内障：其病之初起，察其瞳神内上半边，有隐隐白色如一弯新月，覆垂向下也，患者俯视欠清，仰看高处自觉较明。

仰月翳内障：瞳神下半边有白色内障，形如一弯新月，仰面向上，患此症者看目下之物较明，如仰看高处反觉昏暗，偃月和仰月初起，形有不同，久而长满瞳神，即为圆翳内障。

其他尚有黑水凝翳内障、冰翳内障、如金内障及"包浆内障"等。均系按照内障形成过程中出现各种不同的神色形态而命名。

眼病时，瞳神内见有障翳气色改变者，并非圆翳内障所独有。五风变内障与雷头风内障，在病的后期，瞳神内也可出现障翳气色，易和圆翳内障相混淆，宜从发病全过程的不同之处鉴别之。五风变内障与雷头风内障之类，于初患之时，大都起病迅速，有头风攻痛，伴有恶心呕吐，同侧眼胀珠痛，瞳神有大小之变，后期翳障成，色泽灰暗发黄，重者不见三光。有别于圆翳内障的不痛不痒，渐渐失明，瞳神端正，阳看则小，阴看则大，翳色青白如银，重者仍可见三光。本病早期，可用药物治疗。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　肝肾不足，阴虚血少，目失涵养：眼前见有点条状隐影飘浮，视物昏花，或伴有耳鸣耳聋，腰酸足软等症。脉来细数，舌质红，少苔，治宜平补肝肾，滋阴明目。药用制首乌15克，黄精15克，熟地黄15克，菟丝子15克，枸杞子12克，蕤仁10克，磁石15克，神曲12克，凤凰衣6克，枳壳10克，如兼有胞睑启闭无力，久视易乏者，酌加白术12克、炙黄芪12克、升麻7克；或服用三仁五子丸(《审视瑶函》)、杞菊地黄丸(《医级》)、明目地黄丸(《审视瑶函》)；如兼肝木不平，内挟心火者，可参用磁朱丸(《千金要方》)、石斛夜光丸(《原机启微》)。

脾肾阳虚、双目昏糊，视远不清，眼前蝇飞蝶舞，瞳神内黄精有少许淡淡纹理，可见脸色㿠白，神疲体乏，形寒肢冷，溺清便溏，或夜尿次频，舌质淡嫩，脉沉细。治宜培土益肾。方用明目大补汤(《审视瑶函》)，或磁石丸(《审视瑶函》)，加炙黄芪、白术、升麻等。

气血两亏：眼睫开合无力，目暗无神，视物矇眬，稍事阅读，即感眼酸乏力，面色萎黄，形体消瘦或肥胖，倦怠懒言，梦多易醒，善忧健忘，纳滞无味，舌质淡红，苔薄白，脉来细弱或虚软，治宜健脾益气。养血安神，方用益气聪明汤(《东垣试效方》)，加丹参、枣仁、朱茯神、磁石、当归等。

肝虚血少，肝阴不足，阴不潜阳，阴虚阳亢：见头眩耳鸣，腰膝酸软无力，眼干，烦躁不眠，唇红颧赤，津少口干，口苦舌红、脉弦。治宜滋阴降火，育阴潜阳，养血明目。方用七宝丸(《秘传眼科龙木论》)，或益阴肾气丸(《兰室秘藏》)，加真珠母、枸杞子。

针灸治疗　取穴风池、睛明、承泣、瞳子髎、丝竹空、临泣、肝俞、脾俞等，每日取1—2穴，一般隔日行针1次。

如圆翳内障已积久年深，及至玉翳青白，针药已难见效，则须金针拨治，或针拨套出术治疗。

白内障手术疗法　见同名条目。

胎患内障

患儿生后，即见黄精的部分或全部呈现白色障翳、遮蔽视力的病证，称为胎患内障，首见于《秘传眼科龙木论》。本病相当于现代医学之先天性白内障。本病之发生，常因乳母偏食辛辣，过食甘腻煎炙，或因劳逸失度，寒热不节，脏腑不和，气血乖违，内伤外感而累及胎儿或孕母，病后又不知禁忌，乱投诸毒丹药，致蕴热积毒在腹，可使胎儿在孕育过程中患此目疾。《秘传眼科龙木论》谓："此眼初患之时，皆因乳母多有吃食乖违，将息失度，爱食湿面五辛诸毒丹药，积热在腹，后此令胎中患眼……。"亦有因怀孕期间，母体羸弱，肝虚血少，胎乏滋养，易得此病。《血证论》认为"即成胎后，肾中之阳气，则化水以养胎，胃中之水谷，则取汁化血，从冲任二脉下注胞中以养胎，胎中水足，则血不燥，肾中血足，制气不亢，水血调和，则胎孕无病，所以有病者，皆血与水不和之故，胎病多端"，而得胎患内障者有之。

内障得于胎期，大多为双眼发病，其障之大小，程度之轻重，色泽之浓淡，各有不同，证候之进展亦各异，有黄精混浊较甚，障翳浓重，生后即可发现；也有黄精混浊轻微，障翳小而色泽较淡，生后未被觉察，及至稍大，视物不清，父母始觉；也有黄精混浊后逐渐加重，及至十余岁，双目远视不明，始辨眼内障翳隐隐作青白色，遮蔽瞳神，重则玉翳青白，不辨人物，但能分清日、月、火三光。《秘传眼科龙木论》谓："……胎中患眼，生后五六岁以来，不言不笑，睹无盼视，父母始觉。"也有"……直至年长十五以来方始辨眼内翳，状如青白色，盖定瞳神"。

胎毒所致，生后障翳隐隐淡白，患儿双目顾盼无神，𥆨𥆨然似不见人物，治宜清热解毒，方用护睛丸(《秘传眼科龙木论》)；先天不足者，生后黄精混浊较轻，瞳神内有些微障翳气色，目虽能视，但逊于常人，或有其他发育异常，智力较差等，治宜补益肝肾为主，方用三仁五子丸

(《证治准绳》),明目地黄丸(《审视瑶函》),加减驻景丸(《银海精微》)等。

若幼时内障不显,视力尚可,到十四五岁时加重,只可辨人物影动,或生后内障已成青白色,盖满瞳神,针灸方药均难奏效,则可根据内障神色形态,选择手法治疗,此种内障大多较嫩,可采用针拨吸出术(见"白内障手术疗法"条)。

惊振内障

眼珠被物损伤,损及黄精而变混浊者,称惊振内障。最早见于《秘传眼科龙木论》。《证治准绳·七窍门》之"触伤真气"与此类同。本病相当于现代医学之外伤性白内障。

起病多为棍棒、竹木、荆棘、金石屑等损伤所致。伤之轻者,震击黄精,气血失和,络中滞涩,渐致气结膏凝,失去清纯晶莹之质,日久瞳神内即有白色翳障可见。如《秘传眼科龙木论》谓:"或因打筑,脑中恶血流下,渐入眼内,后经二、三年间,变成白翳,一如内障形状……。"伤之重者,震撞目珠,打动珠中真气,损及经络,气血涩滞,脉络郁遏,精华不得上输,目失涵养,视觉略昏,相后渐重,经数日乃至数月后结为内障。《证治准绳·七窍门》"触伤真气"一节中谓:"……乃被物撞打,而目珠痛,痛后视复如故,但过后渐觉昏暝也,盖打动珠中真气,脉络涩滞而郁遏,精华不得上运,损及瞳神而为内障之急……此证既成,即惊振内障。"有为竹木尖刺、金石锐屑、尖针细刃等物所中伤,经风轮黄仁或直趋瞳神,损及黄精,黄精破碎,膏脂外溢,凝结而为内障。为物震惊,常有惊恐伤志,七情内移,若气轮、风轮破损,外邪必乘隙而入,伤又夹邪,为害更剧,则常有凝脂、黄液上冲等变症出现。惊振内障之症,因物之尖钝不同,力有大小之分,禀赋有强弱之别,故外伤后之症状各异。若为圆钝之物撞击眼部,胞睑可见瘀血肿胀,白睛瘀赤,重则血溢络外,瘀血灌入瞳神,头痛眼疼等。

黄精受伤的表现有三:轻者,黄精被震击以后,部分逐渐混浊,发展缓慢,后经二三年而变为内障,一般为乳白色,形大似满月;重者,黄精被震击后数日之内即可见瞳神内有点片状混浊,并迅速发展全部变白,障满瞳神;更甚者,黄精为锐器或金石碎屑,穿破黑睛或白睛,直接受伤,不仅黄精破碎,一二日之内,全是乳白色膏脂,悬浮于神水之中,且多伴有受伤时神水、神膏外流,黄仁外绽等险症。

振伤之轻者,可见胞睑血瘀肿胀,气轮瘀赤,虽头疼珠痛,但轮廓完好如常,瞳神略大,尚能展缩,自视稍昏,因伤及黄精,气血失和,络中滞涩,日久有成为内障之虞。先宜和血行滞,除风止痛。方用除风益损汤(《原机启微》)。待赤肿瘀痛稍退,治以补气益精镇肝明目。方用镇肝丸(《秘传眼科龙木论》)。若肿痛已尽,外症全无。治宜补益肝肾。方用益阴肾气丸(《兰室秘藏》),加减驻景丸(《银海精微》),以防日久结为内障。

血络伤损,风轮内有鲜血灌睛,侵及瞳神者,方用除风益损汤,去川芎,加白茅根、侧柏叶等凉血止血药。待不再有新鲜出血后,可改为行血祛瘀,益气滋肾。方用坠血明目饮(《审视瑶函》)。及至伤将愈,瘀将尽,以防内障形成,改用前法治之。

撞击重者,外邪深入,蕴结成毒,轮上凝脂翳起,内有黄液上冲,胞肿瘀痛,证势凶险,虽有惊振内障,亦宜先治外伤风毒,急以清热泻火解毒之剂,选用退热散(《审视瑶函》),分珠散(《审视瑶函》),加清热解毒之药,如银花、板蓝根、紫花地丁之类。外点立胜散(《秘传眼科龙木论》)。待病势减后,可改除风益损汤,坠血明目饮等。后以明目地黄丸、杞菊地黄丸,以防惊振内障之发展。

碰撞日久,内障已成或黄精破碎,膏脂悬浮于神水之中,方药已难奏效,而目珠完好,无睛高突起,膏伤珠陷等症,犹能分辨三光者,根据年岁大小,障翳气色形态之不同,斟酌采用针拨吸出术,或针拨套出术治之。如有黑睛或白睛破损者,见"物损真睛"条。

神珠自胀

自觉眼珠胀痛之病症,称为神珠自胀。见于《证治准绳》。因于喜怒不节,忧思悲恐伤于心,郁于肝,气机阻滞,久郁化火,火性上炎,邪害空窍所致;有为恣食辛辣厚味、燥腻肥甘之物,脾胃湿热内积,又兼风邪所乘,脉络瘀阻,眼珠自胀,《证治准绳·七窍门》谓:"有风邪湿热,气胜怫郁者,皆有自胀之患。"其症轻者,自觉目胀不爽,时发时止,但无赤肿,重则眼珠胀痛较剧,红赤肿胀,甚者可有鹘眼凝睛之变。

证属肝经郁结,郁久化火,火在气分者,可见眼珠自觉发胀,发息无时,可有胸闷胁痛,舌质红,苔白,脉弦数,治宜清肝解郁,方用加味逍遥饮(《审视瑶函》);风邪湿热,血脉瘀滞者,可见眼珠胀痛至极,红赤高起,舌红苔黄腻,脉滑数,治宜清热除湿,祛风消瘀,方用除湿汤(《眼科纂要》),加银花、紫花地丁、穿山甲、丹皮、赤芍。

目晕

自视灯火烛光或月亮时,周围有红晕一圈,如彩虹环绕的病证,称为目晕。见于《目经大成》。但于《证治准绳》中已有记述,称光华晕大。多为青风内障、绿风内障早期症状之一。

因暴怒忿郁,郁久化火,肝火上炎而成。如《证治准绳》云:"皆是实火阳邪发越于上之害,诸络必有滞涩";或因过度疲劳,睡眠不足,劳心竭思等,致耗气伤阴,水火不济,虚火浮越于上。自视灯火或月亮时,四周有红晕一圈,环影睛外,如雨后彩虹环绕,其色内红橙而外蓝紫,轻

若晕小而淡，重者晕大而浓。

证属肝火上炎者，可见头眼胀痛，视力下降，白睛混赤，按之目珠变硬，舌红脉弦，治疗参见青风内障、绿风内障；心肾两伤，气阴皆虚者，可见眼胀视昏，口干舌燥，心烦失眠，体虚乏力，舌质红，苔薄白，脉弦细而数，治宜益气养阴，方用四君子汤（《和剂局方》）合补水宁神汤（《审视瑶函》）。

治疗此病应注意两点：第一要坚持治疗，不要半途而止，如外症已退，视灯光仍感有目晕者，为阳邪未平，阴精已衰，宜滋养化源，制其火邪。第二要诊治及时，密切观察，切勿疏忽，否则有丧明之忧，如《目经大成》卷二告诫曰："若以恙小而忽之，并不加培养，丧明之前驱也……慎之哉。"

五风变内障

五风是指青风内障、绿风内障、黄风内障、黑风内障和乌风内障五种病证。因共同有疼痛和善变似风的特点，日渐演变成内障，故统称为五风变内障。早于《外台秘要》中已论及黑盲、乌风、绿翳青盲。《秘传眼科龙木论》称五风变内障，并谓："乌绿青风及黑黄，堪嗟宿世有灾殃，瞳人颜色如明月，间睹三光不见光，后有脑脂如洁白，真如内障色如霜。"但在分论中只有青风内障、绿风内障、黑风内障和乌风内障四种，而缺黄风内障的叙述，又称五风变（《世医得效方》）。

病因大致相似，为肝风所乘，上攻头目，或兼脏腑内伤，精气不能输布于头目。症状亦有共同表现，如不同程度的头旋额角偏痛，眼珠胀痛，瞳神形态气色改变，视力急趋下降或逐渐减退，直至最后失明。发病急骤，一眼先患，而后相牵俱损，亦有双眼同时发病者。病程或缓或速，病情能轻重转化。病初起，即应速治，若至晚期，不见三光，瞳神凝定，则难治疗，即使结成白色内障、亦不可针拨治疗，如《秘传眼科龙木论》所谓："医人不识将针拨，翳落非明目却伤。"

青风内障

头疼眼胀，视物日渐昏朦，瞳神气色呈淡青色的病证称青风内障。为五风变内障之一。见于《秘传眼科龙木论》。因过度疲劳，或忧思悲泣，使肝气郁结，耗伤气血，或因忿怒暴悖，肝风内动，肝火上攻而成，如《证治准绳·杂病》说："阴虚血少之人，及竭劳心思，忧郁忿恚，用意太过者，每有此患，然无头风痰气夹攻者，则无此患。"症初起可无自觉症状，或有头额疼痛，眼珠轻度胀痛，视物时明时朦，视力渐渐下降，瞳神大致正常。遇有过度疲劳，或情志不抒。上述症状逐渐加重，抱轮微红，黑睛失去光泽，瞳神内呈淡青气色，如青山被淡烟笼罩之状，稍事休息，或情绪平静之后，则诸症悉减。若失治则症情加剧。视力锐减，瞳神散大，而变为绿风内障。多一眼先患，后乃相牵俱损，妇女多患。

肝气郁结：多发于过劳或悲思之后，可见头痛眼胀，视力减退，视灯火周围，如彩虹环绕。治宜疏肝解郁。方用逍遥散（《和剂局方》），去姜，加郁金、香附、青皮。

肝火上扰：可见头目胀痛，视物发朦，时见灯火周围似绕虹彩，抱轮红赤，瞳神轻度扩大，气色淡青。治宜平肝熄风，清肝降火。方用羚羊角汤（《秘传眼科龙木论》），加龙胆草、知母。如头风攻痛偏重者，用还睛散（《秘传眼科龙木论》）。

针灸治疗：取穴太阳、攒竹、合谷、足三里、内关、神门，选2—3穴，以泻法进针，提插捻转半分钟，留针5—10分钟，再捻转，可反覆进行2—3次。如头眼胀痛已止，惟视物昏朦未减，可选用睛明、承泣、丝竹空、角孙、风池、大椎、臂臑、肝俞、肾俞、光明、三阴交等。每次选2—3穴。以补法进针，捻转，留针时间同前。

外用槟榔碱或丁公藤等缩瞳眼药水点眼，收敛瞳神。

预防和护理：平时不要过度疲劳，在治疗中要善于休养将息，心旷神怡，七情调和。本病早期因自觉症状较轻，患者往往不为其虑，而致病情变剧，成为绿风内障。因此早期观察治疗很重要，否则将延误病机而失明。诚如《证治准绳·七窍门》中所云："病至此亦危矣，不知其危而不急救者，盲在旦夕耳。"

绿风内障

头眼剧烈胀痛，恶心呕吐，视力急趋下降，瞳神散大，气色呈隐隐绿色的病证，称为绿风内障。为五风变内障之一，见于《秘传眼科龙木论》。早于《外台秘要》卷二十一中已有记述，谓："瞳子翳绿色者，名为绿翳青盲，皆是虚风所作，当觉急须即疗，汤丸散煎针灸，禁慎以驱疾势，若眼自暗多时，不可复疗。此疾之源，皆从内肝管缺，眼孔不通所致也。"

多因暴怒忿郁，郁遏化火生风，风火升扰于目；或因肝风内动，湿痰蕴积，上凌清窍。由于肝火、肝风、痰湿等，导致目失清纯，故瞳内气色不清而呈淡绿。风火伤及肝气，气耗不敛，故瞳神散大。常为一眼先患，后乃相牵俱损，亦可双眼同时发病。本病可由青风内障发展而来。

症见头目剧烈胀痛，痛及眼眶骨和鼻根，视力急骤下降，热泪频流，胞睑轻微红肿，白睛混赤，黑睛混浊如呵气之玻璃，瞳神散大，瞳内气色失于清纯，呈淡绿色，触之眼珠坚硬，甚者如石，兼见发热恶寒，恶心呕吐。若失治则视力速降而目盲。

证属肝火上凌者可兼见舌红苔黄，脉弦数，治当清肝熄风，方用羚羊角饮子（《秘传眼科龙木论》）；肝风内扰，痰湿上凌者，兼见苔白腻，脉弦滑，治当平肝熄风，除湿化痰，方用半夏羚羊角散（《审视瑶函》）。如兼见头痛呕吐痰沫，四肢厥冷者，为厥阴之气上逆，治宜温经降逆，除湿

化痰，方用吴茱萸汤(《审视瑶函》)；如头眼胀痛剧烈者，可参照"雷头风"条治法。

针灸治疗，选用攒竹、太阳、丝竹空等处，并导出血，以疏郁滞。外用槟榔碱或丁公藤等缩瞳眼药水点眼，收敛瞳神，以免神光耗散。必要时需用手术治疗。本病预后，与救治的时机、措施密切相关。若失治，久则瞳神内气色变淡黄，而成黄风内障。

黄风内障

瞳神散大，气色混浊呈淡黄色的病证，称黄风内障，为五风变内障之一。见于《证治准绳》。黄风内障在《秘传眼科龙木论》中的"五风变内障"中已提到，但未加阐述。本病是由绿风内障失治而成，为五风变内障的后期阶段，因肝风痰火上乘，或肝经郁热上冲，七情忿郁，气火僭越，忧思劳倦，贼火上逆而为头风，蒸灼瞳神，耗损神膏。症见瞳神散大，甚则黄仁缩窄一周如线，瞳内气色混浊不清，呈浑黄色，神光欲绝，不辨人物，重则不辨三光，或仍感头目胀痛。

本病应与"高风雀目"后期黄精成为黄色内障相鉴别。高风雀目所引起之黄色内障为金黄色，有夜盲史，病多发于幼年，无头眼疼痛，亦无目赤，眼珠胀硬，瞳神散大等改变。本病黑睛失去晶莹，黄精呈混黄色，为神光将绝或已绝之候，药物难以奏效。

黑风内障

头眼胀痛，瞳神散大，视力下降，眼前见黑花之病证，称为黑风内障。为五风变内障之一。见于《秘传眼科龙木论》。因肝风痰火所攻，或因肾脏虚劳，肝气偏盛，攻发于眼而成。症见额角偏痛，眼胀痛连及眼眶骨及鼻根，视物朦胧，眼前见黑花，瞳神散大。常为一眼先病，另一眼相继而得。与绿风内障同为急重之候，头眼胀痛，瞳神散大，视力下降，不久神光化源将绝而失明。但本病与绿风内障不同，绿风内障瞳神内气色呈淡绿，眼前无黑花可见。本病治疗，贵在及时。

证属头风痰火偏盛者，治宜清肝熄风化痰，方用羚羊角饮子(《秘传眼科龙木论》)；肾虚精亏，肝气偏盛者，可兼见头晕目眩，腰膝酸冷，舌淡脉弱，治宜补肾益精，平肝明目，方用补肾磁石丸(《证治准绳》)。外治及针刺疗法，见"绿风内障"条。

乌风内障

瞳神气色昏暗，视力日渐模糊，终至不见三光之病证，称为乌风内障。见于《秘传眼科龙木论》。早于《外台秘要》卷二十一中已有记述，谓："若有人苦患眼膜膜状，与前青盲相似……如瞳子大者，名曰乌风。"为五风变内障之一。

本病为风痰之人，或因嗜欲太过，精血受损，或因暴怒忿郁伤肝，而肝肾之精气不能上承，目窍失于濡养所致。病之始，眼无胀疼，外观俨如常人，唯觉目光逐渐昏郁。如《证治准绳》谓："色昏浊晕滞气，如暮雨中之浓烟重雾。"病至后期，因精气渐耗，瞳神散大，光华日损，终至不见三光。此病常一眼先患，后乃相牵俱损。但病程经过较长。日久睛内黄精可凝结成青白色内障。本证为肝鬼精血不足，水不涵木，木火偏盛之候。治宜补益肝肾，滋水涵木，佐以清肝明目。方用乌风补肝散(《医宗金鉴》)。

雷头风

头痛剧烈，或偏于一侧，眼睛胀痛，视力急剧下降，甚至不见三光的病证，称为雷头风。是致盲的重要原因之一。本病见于《秘传眼科龙木论》，称雷头风内障。《证治准绳·七窍门》又有大雷头风和小雷头风之分，如谓："此证不论偏正，但头痛倏疾而来，疼至极而不可忍，身热目痛便秘结者，曰大雷头风；若痛从小至大，大便先润后燥，小便先清后涩，曰小雷头风。"

多因痰火内盛，上乘清窍，或因风寒之邪外客，循目系入脑所致。如《眼科纂要》所云："雷头风者乃是风寒人于巅顶之上，满头作痛是也。"总之，风、痰、火三者为发病的根本原因。头居高巅之位，惟风邪所到，若因于寒者，亦为寒从火化，热甚生风。风行疾变，所害最甚。目为至高之窍，火邪炎上，最易攻犯。痰浊上凌，蒙蔽清阳之府，故病发为雷头风。

发病突然，来势急剧，剧烈头疼，犹如斧劈，痛之极而不可忍。目睛胀痛，状若锥钻，胀之极有欲脱之感，或有恶心呕吐，似胃肠不调；或有发热憎寒，全身不适，如感冒风寒状。瞳人大小不定，目光骤减，甚则眼前昏黑，只辨三光。如《秘传眼科龙木论》卷二谓："此眼初患之时，头面多受冷热，毒风冲上。头旋犹如热病相似。俗称雷头风，或呕吐，或恶心……或从一眼先患，瞳人或大或小不定，后乃相损，眼前昏黑，不辨三光。"本病与偏正头风不同，发病较急，症情重笃，变化急骤，可相伴较多的全身症状，预后险恶，迅速致盲。又因发病时有发热憎寒的表现，临证中不可误作一般感冒风寒证治疗；有恶心呕吐等症状出现时，亦不可误作为饮食不洁，肠胃不和而调治。

肝风痰火内盛：症见头痛眼胀不可忍，大便秘结，小便赤涩，舌红苔黄，脉洪数。治宜通泄火毒之法，火得息则痰自散，而风亦渐止。方用大承气汤(《伤寒论》)，或泻肝汤(《秘传眼科龙木论》)。

风寒外客，火毒内盛：见有发热憎寒，便结溲赤，舌红，苔黄或白，脉浮数。治宜表里双解。方用菊花通圣散(《医宗金鉴》)。

在病之初起急重时，可用三棱针在太阳、攒竹穴处，开导出血，以散其火毒，若瞳神散大者，外用槟榔碱或丁

公藤等缩瞳眼药水点眼。收缩瞳神。待急症缓解之后，再视具体证候论治。如证属风热兼夹痰湿，兼有发热恶寒口渴，舌红苔白，脉弦数或弦紧者，治宜清解化湿，方用清震汤(《审视瑶函》)；如证属脾虚清阳不升，气血俱虚头痛者，治以调中益气，祛风升阳，方用加味调中益气汤(《审视瑶函》)；如证属痰湿内盛，有巅顶头痛，动辄眩晕，苔腻脉滑，治宜清化痰湿，方用将军定痛丸(《审视瑶函》)；如正气已虚，肝肾不足者，治宜益气养血，补益肝肾，方用全真益气汤(《目经大成》)，大补元煎(《景岳全书》)；如光华已损，眼疼不止者，治以理气定痛，宜服乳香丸(《审视瑶函》)。

视瞻昏渺

目珠外观端好，瞳神内无翳障气色，唯自觉视物昏矇的病证，称为视瞻昏渺。在《诸病源候论》卷二十八中已有"目暗不明候"和"目茫茫候"之记载。本病名见于《证治准绳·七窍门》，该书谓："目内外别无证候，但自视昏渺蒙昧不清也。"本病若月复月而年复年，渐渐昏渺者，则有成青盲或内障之患。本病与现代医学之视神经萎缩、中心性浆液性视网膜脉络膜病变相似。

有因房事失度，斲丧精元，肝肾阴虚，目失精血荣养，或阴虚火炎，灼烁津液，以致神光暗淡；有因劳思竭视，耗损心血，或素体气血不足，气少无以生神，血少则光华亏耗，以致目昏不明；亦有因痰湿蕴结，浊气上泛，蒙蔽清窍而致。故《审视瑶函》谓其因："有神劳、有血少、有元气弱、有元精亏而昏渺者……各有原故，须当分别。"

肝肾阴虚：多兼见头晕、耳鸣、腰膝酸软无力，舌淡苔少、脉沉细。治宜滋养肝肾，方用明目地黄汤(《审视瑶函》)。若虚烦不眠，咽干少津，舌红，脉细数者，于上方中加入知母、黄柏等品。

气血虚少：兼见头晕目眩，面色无华，目少神彩，体倦乏力，少气懒言，舌色淡白，脉细无力。治宜补气养血。方用八珍汤(《正体类要》)。

湿浊郁聚：兼见头重而昏，胸膈满闷，胃纳欠佳，舌苔厚腻，脉缓或滑，宜除湿化浊。方用三仁汤(《温病条辨》)，口淡加桂枝、苍术；若久郁化火，痰热上扰，而见失眠口苦，舌苔黄厚腻。治宜清热除湿化痰，方用温胆汤(《三因方》)，加车前子、黄连、木通等。

可配合针刺治疗，取穴睛明、承泣、瞳子髎、攒竹、丝竹空、风池、肝俞、肾俞、光明等穴。每次3—4穴，平补平泻或补法进针，每日或隔日针1次。

简易方：①二妙散：当归、熟地黄各等份，为细末，每服一钱，日3次。以无灰酒调下(《证治准绳》)。②决明子散：决明子一升，蔓荆子二升，用好酒五升，煮尽曝干。为细散，每服以温水下二钱，食后及临卧服(《圣惠方》)。

食疗方：①杞实粥方：芡实七钱，枸杞子三钱，粳米大半茶盅。先煮芡实四五沸，次下杞子煮三四沸，又下大米，共煮至浓烂香甜。空腹食之(《眼科阐微》)。②羊肾羹：菟丝子一两，煮取汁，羊肾一具，切细丝，炒，作羹服之(《医方类聚》)。

睛黄视渺

黄仁成金黄之色，视物昏渺不清的病证，称为睛黄视渺，本病名见于《证治准绳》。多因恣酒嗜燥，生湿化热，湿热熏蒸，上扰于目，或脾失健运，痰湿内生，浊气不降、清阳之气不能上荣于目所致。如《审视瑶函》谓："为湿热重，而浊气熏蒸清阳之气，升入轮中，故轮黄色也。好酒恣食热燥腥腻之人，每有此病。"

眼无不适症状，瞳神完好无缺，唯见患眼黄仁，色变金黄，及视物朦胧不清。视瞻昏渺与本病不同，视瞻昏渺目珠外别无证候，只是自视昏渺不清。

证属湿热为患者，舌红苔黄腻，治宜清热除湿，用葛花解毒汤(《审视瑶函》)；痰湿困阻脾胃者，可见身重乏力，苔白腻，治宜除湿祛痰，方用五苓散(《伤寒论》)，加陈皮、法半夏。

干涩昏花

自觉两眼干涩不舒，视物昏花之病证，称为干涩昏花。见于《证治准绳》。多因劳瞻竭视，过虑多思，不忌房事，精血亏损，致精血不能上承以滋养目窍；也有因耽酒嗜燥，燥火伤阴，虚火上炎，神水被灼，水亏无以养目，自觉双眼泪少，干涩不适，视物昏花，白睛有细细赤脉，闭目片刻，得泪后则感滋润明爽。如《证治准绳·七窍门》谓："目自觉干涩不爽利，而视物昏花也……目上必有证如细细赤脉及不润泽等病在焉。合眼养光，良久则得泪略润，开则明爽。"本病与白涩症不同，白涩症仅觉眼内干涩不舒而无视物昏花。

证属精血亏耗者，兼头晕耳鸣，心悸健忘，失眠多梦，面色萎黄，唇舌色淡，脉细弱，治宜滋阴养血，方用四物五子丸(《证治准绳》)；阴虚火旺者，每见口苦咽干，五心烦热，舌红苔少，脉细数，治宜滋阴降火，方用知柏地黄丸(《医宗金鉴》)。

简易方：①三奇丸：熟地(九制)，麦门冬(去心)，车前子(去壳)，各等份为丸，每服三钱，日二次(《一草亭目科全书》)。②地肤子散：地肤子散：地肤子二升、生地黄一斤，捣地黄绞汁，和地肤子末，日曝干，为散，每服一钱五分，日二次(《太平圣惠方》)。③车前子散：车前子、黄连各一两，捣罗为散，每服一钱五分，食后温酒调下，临卧再服(《圣济总录》)。

坐起生花

眼内外别无他症，唯劳累过度，或忽然起立，则感头

晕眼花者，称为坐起生花。见于《秘传眼科龙木论》。又称起坐生花（《古今医统》）。其因多为元气素弱，肝血虚衰，或肝肾不足，阴精亏损，则精气血无以上承，充泽脑海，脑髓空虚，脉络衰疲，目失涵养所致。

症见外眼端好，但动作稍过，坐卧稍久，突然起立，便觉头晕眼花，若低头闭目稍待片刻，则症状消失。如《证治准绳·七窍门》谓："内外别无证候，但其人动作少过，起坐少频，或久坐，或久立，久眠，久视，便觉头眩目花，昏晕也，乃元气弱，阴精亏损，水少液伤，脉络衰疲之咎，怯弱症，阴虚水少，痰火人每多患此"。

证属气血虚衰者，兼见神疲乏力，心悸失眠，手足发麻，面色无华，唇舌色淡，脉细无力，治宜气血双补，方用八珍汤（《正体类要》）；肝肾不足者，兼见耳鸣不聪，腰膝酸软，怔忡善忘，脉细弱，治宜补肾益精，方用补肾丸（《银海精微》），或加减驻景丸（《银海精微》）。

简易方：①补肾丸：阿胶、肉苁蓉、枸杞子、覆盆子各等份，共为末，炼蜜为丸，每服三钱，日三次，空心淡盐汤下（《不空眼科》）。②合德丸：苍术米泔浸制四两，熟地黄二两，为细末，酒糊为丸，如梧桐子大，每服三五十丸，温酒或米汤下，食前，日三次（《普济方》）。

萤星满目

自觉眼前时时有无数金星散乱，状如萤火飞伏缭乱之病证，称为萤星满目。见于《证治准绳·七窍门》，并谓："自见目前有无数细细红星，如萤火飞伏缭乱，甚则如灯光扫星之状。……非若起坐生花证与有火人昏花中亦带萤星之轻者，此言其时时屡见萤星之重者耳。"其因有四，有因劳瞻竭视；或因心血暗耗；或因房室不节，暗伤精血或久病虚羸，肝肾阴亏，虚火上炎；亦有因耽酒嗜烟，脾失健运，升降失司，痰湿蕴积，化火上升，熏蒸清窍所致。

阴虚火旺：多兼见口燥咽干，健忘失眠，耳鸣腰酸，颧红盗汗，男子遗精，女子月经不调，舌红苔少，脉细数。治宜滋肾益阴，壮水降火。方用滋阴降火汤（《审视瑶函》）。

湿热熏蒸：多见脘腹痞闷，心烦口苦，小便短赤不利，舌苔黄腻，脉滑或滑数。治宜和胃清胆，化痰行湿。方用温胆汤（《三因方》），加猪苓、泽泻、黄芩、山栀子等。

简易方：车前子丸：车前子、菊花、生干地黄、麦门冬各等份，为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服五丸，食后温开水送下（《普济方》）。

云雾移睛

眼珠外观端好，自觉眼前有如蚊蝇飞舞或云雾飘荡，甚至视物昏渺之病证，称为云雾移睛。见于《证治准绳》谓："人自见目外有如蝇蛇旗旆蛱蝶绦环等状之物，色或青黑粉白微黄者，在眼外空中飞扬撩乱，仰视则上，俯视则下。"又名眼见黑花（《太平圣惠方》）、蝇翅黑花（《银海精微》）。《目经大成》则在"妄见"中提及此名。本病类似于现代医学之玻璃体混浊。

本病源于肝胆肾三经。有因肾水不足，水不涵木，虚热内生，移热于胆。津液煎竭，不能升运精华以涵养神膏；有因素体虚弱，或经产去血过多，或不善保养，悲泣太过，深思积忿，竭视劳瞻，致耗气伤精，目失涵养，亦因湿浊痰火，蒸伤清纯之气而导致本病。

本病初起，自视微昏，渐睹空中有如各种形状之物体，似蝇飞蝶舞，黑线下垂，如水银珠子，连串不断，挥之无物，住手又起，变化多端，随眼而上下往来，阻挡神光，视物不明。

肝肾亏损：可见眼前蝇翅黑花飘动，视物微昏，头晕耳鸣，腰膝酸软，遗精，夜间尿频，脉细。治宜补益肝肾。方用补肾丸（《银海精微》）。

阴虚内热：可兼见咽干少津，五心烦热，舌红脉细数。治宜滋补肾水，以制相火。方用滋肾地黄丸（《眼科百问》）。

气血不足：兼见神疲气短，唇舌俱淡，脉细弱。治宜益气养血。方用八珍汤（《正体类要》）。

痰火上扰：自视眼前有如云雾、罗网、灰尘飞荡，影响瞻视。头晕，头重，心烦，舌苔微黄，脉滑。治宜清胆和胃，化痰祛湿。方用温胆汤（《三因方》），加猪苓、车前子、木通。

湿热蕴蒸：可伴有口苦，胸胁闷胀，小便黄，舌苔腻浊而黄，脉滑数。先用猪苓散（《银海精微》）清湿热之邪，后服补肾丸调理。

简易方：①甘露汤：玉竹三钱，薄荷二钱，生姜三片，蜜少许，水煎服（《圣济总录》）。②决明散：决明子二升，为末，以粥饮服二钱，日二次（《普济方》）。

妄见

目外观端好，视物变异，或视物颠倒紊乱，无中生有的病证，称为妄见。本病名见于《证治准绳》。但最早在《灵枢·大惑论》中已有记述，谓："邪其精，……则精散，精散则视歧，故见两物，……心有所喜，神有所恶，卒然相感，则精气乱，视误故惑"。又称视惑（《目经大成》）。多因阴精衰虚，精气散乱所致，精散则视歧，精乱则视惑，精衰则视变。亦有因水湿痰浊，肝风气郁，火热上扰等致病。

本病实为"视直如曲"，"视小为大、视大为小"，"视正反斜"，"视瞻有色"，"视物易色"，"视定若动"，"视物颠倒"，"神光自见"，"黑夜睛明"，"视一为二"等眼病之总称。可见有关各条。

视直如曲

目外观如常，自视正直之物如弯曲之状的病证，称为

视直如曲。属目妄见范畴。仅见于《证治准绳》谓:"视直物如曲,弓弦界尺之类,视之皆如钩。"多因饮食劳倦,伤损脾胃,输布精液之令不行,致使水湿上泛;或因痰饮结聚,上逆目窍,阻滞经脉而致病;或因劳心竭思,伤及肝肾,阴精亏损,阴不济阳,虚火僭越而成。主要为视直物如弓弦弯曲,或伴有淡淡暗影遮挡眼前,或视大为小等症。

肝虚水湿不运,上泛目窍:眼底黄斑部水肿明显,全身可有口渴不欲饮,舌红,苔腻,脉弦滑。治宜健脾利湿。方用猪苓散(《银海精微》)。

痰湿积聚:眼底黄斑部渗出物较多,视物昏矇,或视大为小。治宜化痰散结。方用二陈汤(《和剂局方》),加瓦楞子、昆布、海藻之类。

阴不济阳,虚火僭越:眼干不适,口咽干燥,心烦少寐,腰酸腿软,头晕耳鸣,舌红少苔,脉细数。治宜滋阴降火。方用知柏地黄汤(《医宗金鉴》)。如病延日久,瘀结阻滞,可见目昏,舌色瘀暗。治宜活血化瘀。方用桃红四物汤(《医宗金鉴》),酌加瓦楞子、三棱、莪术。

视小为大,视大为小

目外观如常,自视物体小者似大、或大者似小,失却本来面目的病证。称为视小为大,视大为小。见于《审视瑶函·前贤医案》中,有"以小为大,以大为小"之记载。早于《素问·脉要精微论》所云"以长为短"亦属本病。多因脏腑虚劳,肝阴不足,气血亏虚,阴阳失调所致;或因饮食不节,劳倦伤脾,脾虚不能运湿,湿痰上泛,阻滞脉络,目窍受损所致。

证属肝肾亏损,气血亏虚者,多兼视物昏矇,神乏体倦,腰膝酸软,舌淡苔白,脉细弱,治宜补益肝肾,益气养血,方用十味益营煎(《目经大成》);脾不运湿,痰浊阻滞者,可兼见眼前有淡淡暗影遮挡,治宜理气化痰,健脾行湿,方用二陈汤(《和剂局方》),加木通、车前子、苡仁、蔻仁等。

视正反斜

目外观如常,但视物歪斜之病证,称为视正反斜。属妄见范畴。本病名见于《审视瑶函》。于《证治准绳》中已有论述,称视正反邪证。又名视正为斜(《目经大成》)。病因饮食不节,脾阳虚衰,水湿停留,浊气上泛,蒙蔽清窍;或水湿内盛,乃阴胜阳虚,气机不畅,肝气不得上通于目,以致神光欲散;或因恣酒嗜燥,善怒暴悖,头风痰火,以致火热上扰,神光散乱;或因过劳,悲泣忧思,经产去血过多,致阴精亏损,虚火上越,神光偏而不正。

脾虚水湿上泛:兼视昏,口淡食少,大便稀溏,舌淡苔白,脉沉细而滑。治宜温阳健脾利水。方用参苓白术散(《和剂局方》),加肉桂、干姜。

阴胜于阳、气机不畅:兼视物昏渺,畏寒喜热,胸胁不舒,舌淡脉沉。治宜升发阳气,通利肝窍。方用补阳汤(《兰室秘藏》)。

火热上扰:兼目昏,易怒,口干口苦,舌红苔黄,脉弦数。治宜清热降火。方用连柏益阴丸(《东垣试效方》)。

阴虚火炎:兼目昏暗,或萤星满目,头晕耳鸣,口干少津,舌红少苔,脉细数。治宜滋阴降火。方用滋阴降火汤(《审视瑶函》)。

视瞻有色

目外观如常,唯自视眼前有带色之淡影遮挡的病证,称为视瞻有色。属妄见范畴。见于《证治准绳·七窍门》。因肝肾不足,或阴虚血少,而致胆中清纯之气不足,神光乏滋,见有色之影;或因痰火湿热内蕴,湿浊之气上泛所致。症见眼前带有青绿蓝碧,黄赤黑白等有色阴影。本病须与视物易色、萤星满目、云雾移睛相鉴别。视物易色者,乃所见物体之颜色变异,却非本色。萤星满目者,自视眼前有无数细细星点,如萤火飞伏撩乱;云雾移睛乃所见色影飘荡。

肝肾不足:见眼前大片黑色,目暗不明,头晕耳鸣,腰膝酸软,舌淡苔薄白,脉细弱。治宜补益肝肾。方用驻景丸(《银海精微》)。

阴虚火旺:见青绿蓝碧之色,视物昏渺,头晕耳鸣,咽干少津,五心烦热,舌红,脉细数。治宜滋阴降火。方用滋阴降火汤(《审视瑶函》)。

痰火湿热上扰:见黄色暗影,胸闷,口苦,视昏,失眠,舌苔黄腻,脉滑。治宜化痰利湿,和胃清胆。方用温胆汤(《三因方》),加苡仁、木通、栀子。

视物易色

目外观如常,所见物体颜色变异的病证,称为视物易色。属妄见范畴。本病名见于《病源辞典》。于《证治准绳·七窍门》的"视赤如白"中已有记述。《银海指南》在"肾经主病"中提及的"视白为黄,视红为紫"以及《目经大成》在"视惑"中所称的"视赤为白,视黑为赤"等均属本病范畴。病因多为肝肾先天禀赋不足,精气不能上注于目;或因肝气不和,玄府闭塞;或脾气虚弱,清阳之气不能上承。症见视物失却本来颜色,观太阳若冰轮,或睹灯火反粉色,或视粉墙如红如碧,或看黄纸似绿似蓝等。本病须与视瞻有色相鉴别(见"视瞻有色")。

证属禀赋不足,肝肾亏虚者。治宜滋补肝肾,益精明目,方用加减驻景丸(《银海精微》);肝气不和,玄府闭塞者,治宜疏肝解郁,方用逍遥散(《和剂局方》);证属脾气虚弱者,治宜升举阳气,方用益气聪明汤(《东垣试效方》)。

视定若动

目外观如常，视静止不动之物，似有振动之感的病证，称为视定若动。属于妄见范畴。见于《目经大成·视惑》中。于《证治准绳·七窍门》中称视定反动，谓："物本定而目见为动也，乃气分火邪之害，水不能救之，故上旋眩运，振掉不定，光华欲坠。久则地石亦觉振动而不定，内障成矣。"因阴虚火旺，水不制火，火邪上转致神光不定；有因体虚，过用目力，耗气伤血，筋脉失养；或因心血虚少，心神不宁所致；或恣酒嗜燥，素有头风痰火之人，复感风邪，风痰相搏，上扰清窍，牵引目系，髓海不宁，视静为动。

阴虚火旺：可兼见头昏，五心烦热，舌红少苔，脉细数。治宜滋阴降火。方用滋阴地黄丸(《目经大成》)。

心虚血少：兼见面色无华，目无神彩，心烦失眠，舌淡脉细。治宜养心安神。方用天王补心丹(《摄生秘剖》)。

血气虚弱：阅读稍久，即见物体有如浮若动之感，或见字体似在纸上跳动，闭目调息，片刻可止。兼有身困乏力，面色㿠白，少眠多梦，舌淡苔薄，脉细。治宜补气养血。方用归脾汤(《济生方》)。

风邪痰火：兼头晕目眩，胸闷口苦，舌红苔白或黄腻，脉弦或滑。治宜驱风清热除痰。方用钩藤散(《审视瑶函》)。

视物颠倒

目外观如常，所见物体呈旋转倒置之状的病证，称为视物颠倒。属于妄见范畴。见于《证治准绳》，该书谓："目视物皆振动而倒植也，譬之环舞后定视，则物皆移动而倒植。"又名视物倒植(《辨证录》)。因气血两虚无以上荣于目，故虚眩而视物颠倒；亦因肝肾阴亏，肝阳上亢，肝风内动，干扰清窍；或因痰火浊邪上泛，均可发生本病。症见头晕目眩，视物体移动旋转，甚而颠倒之状，病者每须卧床紧闭双目，不敢开睁。发作无定时，有一年数发，有一月数发者。

气血虚弱者：可兼面色无华，心悸健忘，短气懒言，喜热畏寒，舌淡苔薄白，脉细弱。治宜补养气血。方用十全大补汤(《和剂局方》)。

肝阳上扰，肝风内动：可兼面赤耳鸣，头晕目眩，肢麻振颤，烦躁易怒，舌红绛，脉弦细。治宜平肝潜阳熄风。方用羚羊角散(《审视瑶函》)，加石决明、菊花。

头风痰火：可兼头晕目眩，胸闷口苦，舌红苔黄腻，脉弦或滑。治宜驱风通络除痰。方用钩藤散(《审视瑶函》)，去鹿茸。

神光自见

外眼如常人，唯自见眼前有电光闪掣，时发时止的病证，称为神光自见。见于《证治准绳》。又称神光自现(《审视瑶函》)、电光夜照(《目经大成》)，属妄见范畴。因肾水亏虚，水不制火，相火妄动，孤阳飞越所致。可见电光或焰火在眼前闪掣，如《证治准绳·七窍门》谓："目外自见神光出现，每如电光闪掣，甚则如火焰霞明，时发时止……乃阴精亏损，清气怫郁，玄府太伤，孤阳飞越，神光欲散，内障之重者。"本病应与视瞻有色及萤星满目相鉴别。视瞻有色者，眼前有带色之阴影遮挡；萤星满目者，眼前有如细细红星，如萤火飞伏之状。

临证时，可兼见虚烦失眠，心悸健忘，头晕耳鸣，腰膝酸痛，多梦遗精或月经不调，潮热盗汗，咽干舌燥，小便短赤，舌红少苔，脉细数。治宜滋养肾水，以制阳光。方用滋阴地黄丸(《眼科百问》)。

黑夜睛明

凡于黑夜无光处，自觉倏然见物之病证，称为黑夜睛明。见于《证治准绳》，属妄见范畴。乃因劳心竭思，肝肾俱虚，阴精亏耗，水火不济，阴阳乖乱，阴不制阳，神光飞越所致。症见黑暗处自觉能看见物体，可兼见口干不欲饮，口舌溃蚀，咽喉作痛，潮热盗汗，舌红，脉细数等阴虚火炎之症。治宜滋肾益阴，引火归原。方用加减八味丸(《审视瑶函》)。对本病应及时诊治，如《审视瑶函》告诫谓："黑暗之间，倏忽见物，莫道精华，祸患将出，此阳光欲坠之机，而水火背违之疾，若不关心，定应有失。"

视一为二

凡一眼或双眼视一物为二形之病证，称为视一为二。本病名见于《证治准绳》。《诸病源候论》称"同视一物为两候"。

患者多目珠端好，惟单眼或双眼见一物为二形，视日月若有两个。单眼视物为二形者，视物逐渐模糊，常喜用手遮患眼以消除症状，且可见晶珠变混浊。如《原机启微》在"阴弱不能配阳之病"中云："其病初起之时，视觉微昏，常见空中有黑花，神水淡绿色，次则视歧，睹一成二，神水淡白色……久则不睹，神水纯白色，永为废疾也。"双眼视物始见一物二形者，多起病骤然，视物模糊，兼见头昏欲呕，步履不稳，心情焦躁等。

致病原因多种，有因脏腑虚衰，脉络空虚，风邪乘虚而入，眼带受损，筋脉拘挛，或松弛所致；有因年老体弱，阴精不足，或房室不节，劳瞻竭视，气血不足，肝肾亏损，致精津气血不能升运以涵养神光，光华耗散，神光失其主倚而视歧；亦有因心神不宁，志意紊乱，或外伤而致视歧

者。

络脉空虚，风痰入络：多系突然起病，头目眩晕，恶心呕吐、步态不稳，眼带失灵，目珠运转受限，舌淡脉浮等症。治宜祛风散邪，活络涤痰。方用正容汤(《审视瑶函》)。

阴不济阳，目失濡养：多系年老之人，黄精渐涸，头昏眼花、舌红苔少，脉细而弱。治宜养阴潜阳，平肝明目。方用明目地黄丸(《审视瑶函》)，加石决明。

气血亏虚：多兼见心悸健忘，体疲乏力，面色无华，唇舌淡白，脉细弱。治宜补益气血。方用八珍汤(《正体类要》)。

肝肾精亏：多兼见头晕耳鸣，腰酸遗泄、记忆减退，视物昏暗，舌淡脉细。治宜补益肾精。方用左归饮(《景岳全书》)，加紫河车粉。

心神不宁：多见头昏失眠，烦躁不安，或焦急多虑，视一为二，时发时愈，舌淡脉缓。治宜养心宁神。方用甘麦大枣汤(《金匮要略》)，亦可合用逍遥散(《和剂局方》)。

若因外伤所致者，见"目偏视"条论治。

暴盲

一眼或双眼视力迅速下降或骤然丧失，而外观端好的病证，称为暴盲。见于《证治准绳·七窍门》，该书谓："平日素无他病，外不伤轮廓，内不损瞳神，倏然盲而不见也。"本病起病急骤，视力猝然下降，甚则不辨人物，而外眼多端好，有时觉眼前有红影飘动，或如帷幕下垂，或见瞳神散大等。如《审视瑶函》谓："其症最速而异，……急治可复，缓则气定而无用矣。"本病见于眼底出血、视网膜中央动脉栓塞、急性视神经炎和视网膜脱离等。

病因病机　本病症系临床上各种急性内眼病的共有自觉症状，因此其病因比较复杂。多因阴阳失调，气血乖乱，甚则脉络闭塞，气血阻滞，或肾阴亏损，心血暗耗等所致。故《审视瑶函》指出："其故有三：曰阴孤、曰阳寡、曰神离，乃闭塞关格之病。"

病于阳者，阳气太盛，则阴气不得相荣于上，如忿怒暴悖，肝气横逆，气血逆乱而致脉络阻塞；或肝气郁结，疏泄失职而致气血郁闭，或久郁化火，气火上逆而扰乱神明；或恣酒嗜辛，好食燥腻，脾胃蕴热，上犯清窍。阴气太盛，则阳气不得相卫于下。如脾阳虚，则运化失司，水湿内停而致湿浊上泛。肾阳虚，则温化失职、气化无权而致水湿泛溢。

病于阴者，如色欲过度，暗耗真阴而致虚火上炎；久患热病，邪人营分，灼烁津液而致气阴两伤；阴虚阳亢，肝风内动，或素有头风痰火，风阳挟痰火上扰清窍，而致气血失和，脉道阻滞。

伤于神者，多因思虑太过，用心罔极，或悲伤至甚，耗伤心血，使真血不能上荣于目而致精明失用。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　本病必须及早医治，拖延日久，有难以复明之虞。

眼底出血：证属肝火上逆，迫血妄行，可兼见头痛眩晕，胁痛口苦，烦躁易怒，不寐多梦，舌红苔黄，脉弦数等症。治宜泻肝清火，凉血止血。方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)合犀角地黄汤(《千金要方》)。

证属脾胃蕴热，迫血妄行，可兼见烦渴引饮，便秘溺赤，舌红苔黄，脉数实等症。治宜泻热通腑，凉血止血。方用通脾泻胃汤(《审视瑶函》)，加生地、赤芍、茜草根、侧柏炭、田三七。

证属心火亢盛，迫血妄行，可兼见心烦失眠，口舌生疮，小便赤痛，舌红脉数等症。治宜清心泻火，凉血止血。方用泻心汤(《金匮要略》)合犀角地黄汤(《千金要方》)。

证属阴虚火炎，迫血妄行，可兼见唇红颧赤，咽干唇燥，腰酸梦遗，五心烦热，舌红绛，脉细数等症。治宜滋阴降火，凉血止血。方用知柏地黄汤(《医宗金鉴》)，加旱莲草、白茅根、阿胶、地榆炭、田三七。若兼肝阳上亢者，宜加龙骨、牡蛎、石决明等平肝潜阳药。

证属脾失统摄，血不循经者，多兼见面白神疲，倦怠懒言，心悸怔忡，纳呆便溏，舌淡脉虚等症。治宜健脾益气，补血摄血。方用归脾汤(《济生方》)，加阿胶、血余炭、田三七。

上述证候经审因论治，标症已解，无继续出血而离经之血未吸收者，须改用活血化瘀法，以促进瘀血消散吸收。

视网膜中央动脉栓塞：证属肝气横逆，脉络阻闭者，多兼见胸胁胀痛，头晕，烦躁易怒，面红耳赤，口苦咽干，舌红苔黄，脉弦劲等症。治宜平肝泻火，祛瘀通络。方用通窍活血汤(《医林改错》)，加龙胆草、柴胡、白僵蚕、地龙、石决明。

证属风阳上扰，脉道瘀滞者，多兼见眩晕急躁，腰膝酸软，胸闷痰多，舌绛苔少或白滑苔等症。治宜育阴潜阳，活血通络。用上方合大定风珠(《温病条辨》)。夹痰者加胆南星、白附子、贝母。俟症情稍有好转，视力改善后，可随症选用血府逐瘀汤(《医林改错》)，或补阳还五汤(《医林改错》)治疗。

急性视神经炎：证属肝火上扰，脉络瘀滞，多兼见头痛眩晕，面红耳赤，胁痛口苦，舌红苔黄厚，脉弦数等症。治宜泻肝清火，活血祛瘀。方用龙胆泻肝汤(《医宗金鉴》)，加赤芍、桃仁、红花。

证属肝气郁结，气血失调，多见精神抑郁，胸胁满闷，头晕目眩，口苦咽干，舌质暗红，脉弦缓等症。治宜疏肝解郁，行血活血。方用加味逍遥饮(《审视瑶函》)，加郁金、桃仁、红花。若痛发于高热病后，余热滞留经络者，可于上方中加女贞子、枸杞子、石菖蒲、白薇。兼见阴液有伤者，再酌加沙参、麦冬、天花粉。

证属肝肾阴虚，虚火上炎，多兼见五心烦热，潮热盗汗，唇红颧赤，舌红苔少，脉细数等症。治宜滋阴降火。

方用知柏地黄汤(《医宗金鉴》)。

证属气血虚衰,目失濡养,多发于产后哺乳的妇女,兼见神疲乏力,头晕心悸,面色无华,舌质淡润,脉细弱等症。治宜大补气血为主。方用八珍汤(《正体类要》)。

视网膜脱离:证属湿热蕴脾,浊气上泛者,多兼见头重体倦,胸闷泛恶,溺短而赤,舌质红,苔黄浊,脉滑数等症。治宜清热利湿。方用猪苓散(《银海精微》)。

证属脾虚失运,水湿内停,多兼见四肢倦怠,饮食不消,大便稀溏,舌质淡嫩,舌苔白滑,脉濡弱等症。治宜健脾运湿。方用参苓白术散(《和剂局方》)。

证属脾肾阳虚,水湿潴留,多兼见体倦乏力,形寒肢冷,溺清便溏,或夜尿频频,舌淡苔薄,脉沉细弱等症。治宜健脾固肾,温阳利水。方用真武汤(《伤寒论》)合理中汤(《伤寒论》)。若视网膜见有裂孔者,则宜手术治疗。

针灸治疗 上述诸证,均可配合辨证施针。尤其对于视网膜中央动脉栓塞者,更须急以针刺治疗。常用穴位有:睛明、球后、承泣、瞳子髎、太阳、丝竹空、攒竹、风池、翳风、臂臑、合谷、养老、光明、三阴交、足三里、太冲、肝俞、肾俞。采用眼周与远端配穴处方的方法,每次选3—4穴,每日1次,或视具体病情而定。

青盲

目外观端好,瞳神无障翳气色可察,唯自视不见的眼病,称为青盲。见于《诸病源候论》中,谓:"青盲者,谓眼本无异,瞳子黑白分明,直不见物耳。"此后在《太平圣惠方》、《证治准绳·七窍门》等医著中,均有较详尽之记载。本病多因伤于七情、肝气郁结;或因暴怒,痰动火生,气滞血瘀等,致使玄府闭塞,神气出入升降受阻;有因气血亏损,肝肾阴虚,阴虚火旺或肾阳虚衰,致脏腑之精血不能上荣。初起自觉视物不清,眼前似有烟雾或黑影、薄纱遮挡,或自视眼前呈现青绿蓝碧或赤黄等异色,视力逐渐昏都,不辨人物,甚者难睹三光。外观目珠及瞳神完好无损,亦无翳膜发生,如常人,但眼底可见视神经乳头或其他眼底病变,本病应与瞳神内有气色之内障区分。瞳神内有气色之内障,可窥见瞳神内之形态、颜色有不同程度的变化。如《审视瑶函》云:"夫青盲者,瞳神不大不小,无缺无损,仔细视之,瞳神内并无些小别样气色,俨然与好人一般,只是自看不见,方为此症。若少有气色,即是内障,非青盲也。"

七情郁结,气血郁滞:可见情志不舒,胸胁胀满,口苦咽干,脉弦。治宜舒肝解郁,通利玄府。选服加味逍遥饮(《审视瑶函》)。

肝肾精血亏损:可见双目干涩,头晕耳鸣,腰酸遗精,脉沉细弱。治宜滋补肝肾。选服杞菊地黄丸(《医级》),或加减驻景丸(《银海精微》)。

阴虚火旺:兼见口干咽燥,午后潮热,五心烦热,舌红少苔,脉细而数。治宜滋阴降火。选服清热地黄汤(《眼科金镜》),或知柏地黄丸(《医宗金鉴》)。

肾阳不足:可见阳痿早泄,肢冷畏寒,腰膝酸软。治宜温补肾阳。可选服桂附八味丸(《金匮要略》),或右归丸(《景岳全书》)。

小儿青盲见于《秘传眼科龙木论》。本病多因温热病后,风热余邪,稽留经络,肝气不疏,郁闭玄府,精血不能上荣,目失濡养;或温热病后,肝肾阴虚,精血不足;或因温热病后,调理失宜,过食生冷,致脾虚气弱,清阳下陷,脏腑精气不能上承于目;或因胎受风邪,生后即双目失明。患儿可伴有夜卧多惊,呕吐痰涎,肢体强直或瘫软,不会站立与行走,或有四肢抽搐。

肝经风热:患儿双目失明,双目上吊或偏视,可见身热神烦,夜卧多惊,呕吐痰涎,肢体强直或项强口噤。治宜平肝熄风,清热解毒。选服牛胆丸(《秘传眼科龙木论》),或犀角饮子(《秘传眼科龙木论》)。

余热稽留,玄府郁滞:可见瞳神散大,身有低热,烦躁不安,啼哭易怒。治宜清解疏利,和营明目。方用加味逍遥饮(《审视瑶函》),可加白僵蚕、钩藤、全蝎。脾胃虚弱:可兼见面色萎黄,纳呆气短,腹胀便溏。治宜健脾调胃,益气养血。选服补中益气汤、益气聪明汤(《东垣试效方》),加炒麦芽、炒谷芽、神曲等。若兼见睁眼乏力时,重用党参、黄芪;若兼见目偏视、烦躁喜啼时,加鸡血藤、白僵蚕、全蝎等养血熄风解痉之品;若兼见下肢痿软或坐立困难或手不能握物时,选加丝瓜络、木瓜等舒筋活络之品。肝肾阴虚:治宜滋补肝肾。方用杞菊地黄丸(《医级》),加白僵蚕、钩藤、白芍等。

气血两亏:可见面色无华,神倦乏力,气短懒言,目昏眩晕,心悸失眠,脉细弱。治宜益气养血。选服十全大补丸(《和剂局方》),或归脾汤(《济生方》)。

针灸治疗,选用临泣、睛明、合谷、瞳子髎、攒竹、丝竹空、光明、风池、肾俞、肝俞、足三里等穴。每次选用2至3穴,远近相配,隔日1次。

简易方,白羊肝一具、黄连一两、熟地二两,共为细末,炼蜜为丸,如梧子大,每服70丸,日三次(《传信方》)。

肝虚雀目

因肝虚血少所致的夜盲,状与雀鸟入暮即不能见物相似,故称肝虚雀目,多为疳眼症初期证候。本证名见于《秘传眼科龙木论》,早于《诸病源候论》中已有"雀目候"的记述。因本病多发生于小儿,故又称小儿雀目(《银海精微》)。亦称鸡盲眼(《一草亭目科全书》)、雀目内障(《医宗金鉴》)。

多因饮食营养不济,或小儿于痘疹热病中,调护不当,如闭塞户牖,忌口太过,摄取不足,致生化之源亏乏,导致肝血不足。肝藏血,为养目之源,肝血充和则眼目精彩光明,肝血亏虚,则肝气不能升运于目,故阳气虚弱。人暮之后乃阴盛阳衰之时,阳弱不能抗阴,神光被蔽,目

无所见；亦可因饮食不节，脾胃损伤，无力运化水谷，致生化之源不足，气血亏虚，升降之功失司，阳气下行，阴气逆上，每当黄昏，黑夜，阴反蔽阳，致目无所见。病初起，每至黄昏，视物昏蒙，目涩涩痒，羞明不适，重则入暮之后，行走时仅能辨别眼前直下之物，甚者全无所见。

肝虚雀目与高风雀目共有夜盲之症，应予鉴别。高风雀目者，眼外观端好，无痒涩赤痛诸症，惟视野逐渐缩窄，重则惟见顶上之物，后期视力日趋下降。病程中，夜盲之症始终无明显改善，至晚期必有青盲、金黄色内障等变证而致目盲。

肝血不足：可见双眼干涩刺痒，目涩羞明。治宜补肝养血，用决明夜灵散（《原机启微》），加熟地、白芍、桑椹；如兼有肝虚内热者，可见目干涩难忍，白睛红赤。治宜养肝清热，用地肤子丸（《外台秘要》），合转光丸（《济生方》）。

脾胃虚损：可兼见身软乏力，口淡纳呆，溲清便溏。治宜健脾益气。方用四君子汤（《和剂局方》）合石斛散（《圣济总录》），或补中益气汤。如病势较重而为疳疾上目者，其辨证治疗，见"疳眼症"条。

本症常以羊、猪、兔、鸡等禽畜的肝脏用于治疗及预防。因肝脏既能养血，又能明目，且可引药入肝，尤对肝虚雀目初起，食之屡能见效。凡治疗之中，佐以肝类，可增强疗效。如小儿疳疾初起有雀目者，证见脾虚湿困，便溏纳呆者，尚可用苍术末煮粥食之，或将羊肝剖开，用苍术末掺于其内，以细线扎定，用米泔水一大碗，煮熟为度，先熏眼，后温服。灸法：《卫生宝鉴》载有治小儿雀目灸法，于大拇指甲后一寸，内臁横纹头白肉际，灸一炷如小麦大。

若因常吃素食，或有忌口过甚而造成养目资源不足者，需及时改善饮食习惯。本病必须及早发现，及时治疗，预后较好，若治疗不当，则有神水将枯，黑睛生翳，蟹睛等变证，预后较差。

高风雀目

眼外观端好，而有夜盲和视野窄小，惟见顶上之物的病证，称高风雀目。本病名见于《秘传眼科龙木论》，早在《诸病源候论》中已有"雀目候"的记载。有从本病的发病病机而命名为"阳衰不能抗阴之病"（《原机启微》），又称高风内障证（《证治准绳》）、高风障症（《审视瑶函》）、阴风障（《目经大成》）等。本病与现代医学中的原发性视网膜色素变性、白点样视网膜色素变性相似。

病因病机　本病为家族遗传所致的先天性疾病，通常发生于双眼，以男性为多，约占60%，发病一般在10岁左右，20岁以前，亦有少数病例发生较晚，但95%以上患者，发生在30岁以前。本病多因元阳不足，肾脏虚劳，阳弱不能抗阴。人生之阴阳盛衰与天地之阴阳消长相应。天地之阴阳变化为夜半子时阳气生，至中午阳气盛，午后阳气渐衰，阴气渐盛，当人体内元阳虚衰时，不能抵抗午后的阳衰阴盛之势，阳气陷入阴中，不能自振，故每至黄昏之后，不能视物，而至日出之后，为阳盛阴衰之时，得天地之阳气相助，方可视物。亦有因劳役饥饱之类，过而不节，皆能伤动脾胃，脾胃受伤，升运失司，阳气下陷，阳气既衰，阴气独盛，故阳衰不能抗阴，暮视罔见。或因素体真阴不足，阴虚不能济阳，阴精亏损，则阳气亦不能为用，每至日落，人身之阳又为天地之间阴盛所蔽，所以入暮不见。或因气血不足，目失濡养引起者，气在目之经络中往来为用，血行眼之脉道内为养目之源，气血充和则有发生长养之功，稍有亏损则养目之源亏乏，入暮不能视物。最后可因脉道闭塞，气机阻滞而丧明。人之目窍，居位至高，经络幽深，脉道细微。若病延日久，阳气虚衰，阴精亏损，不能升荣目窍，终至眼内经络脉道闭塞。不能输布精、津、气、血以作滋养，至令视野日窄，精华日减，直至精光绝灭。

辨证　本病多为幼年而起以慢性进行性为特点，起病越早发展越快，病情亦较重；相反起病晚者，发展稍慢，病情亦稍轻。一般40—50岁时，视力已很差。残存视力很少有保持到60岁以后者。本病初起仅为暮无所见，而白昼仍视物精明，一般尚不影响行走、睹物，随着病情的发展，视野逐渐变窄，惟见顶上之物。日后视野日趋缩小，如以管窥物，白昼行动亦很艰难。故《目经大成》卷二谓："大道行不去，可知世界窄，未晚草堂昏，儿疑天地黑。"继之患者的眼神也逐渐由灵活而变为呆滞，甚至两眼直视，不及旁顾，病情已属后期；或变为青盲重症，是神光化源将绝的表现；或变为金黄色内障，遮蔽瞳神，神光不能发越，直至最后失明。

高风雀目内障与肝虚雀目内障都有夜盲症，应予鉴别。肝虚雀目虽有暮无所见，但在全病程中白昼视力正常，主要病因为肝血不足，表现为眼干涩痛，刺痒羞明以及小儿疳积早期症候。重则有黑睛生翳、凝脂、蟹睛等变证。

元阳虚衰：症见身背畏寒，四肢不温，耳鸣耳聋，腰酸腿软，夜间尿多，舌淡苔净，脉细无力，男子可有阳痿、早泄，失精，女子可见月经不调、白带过多且质地清稀等兼症。

脾肾阳虚：症见形寒肢冷，腰膝酸软，腹部胀痛，肠鸣便溏，甚则五更泄泻，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

肝肾阴亏：症见眼干不适，心烦少寐，头晕耳鸣，口干或渴或不渴，舌红少苔，脉细而数。

脾失健运：清阳下陷，可见中气不足，神疲体倦，懒言少食，耳鸣耳聋，视物昏花，不能久视，舌质淡，苔薄白，脉细弱，或有脱肛或子宫下垂等症。

气血不足：症见面色憔悴，萎黄消瘦，心悸怔忡，体倦神疲，畏冷自汗，舌质淡，脉虚弱。

气机阻滞，脉道闭塞：本病后期因迁延日久，眼内经络脉道闭塞，气血往来阻滞，病势已趋深重。瞳神内见有

障翳气色渐浓而变为内障，或青盲重症，眼底视乳头变为蜡黄色，血管变细、甚至变成白线，视网膜呈污灰色，骨细胞样黑色素斑满布眼底。

治疗 有以下几方面：

方药治疗 高风雀目多系先天不足所致，临床辨证以虚证为主，或以虚中兼实候。治疗大法常于虚证中求补法，以补气、补血、或益肾养肝，或补肾温阳等为治则，虚中兼实者，取其和血通脉，或行滞疏利等为佐使。此因虚久而致瘀致滞，与实久致虚，于实证中见虚候不同，治宜详辨之。

元阳虚衰者，治宜温补元阳，补肾益精，方用金匮肾气丸（《金匮要略》）；如身背恶寒，四肢不温等症状不明显者，去肉桂、附子，加巴戟天，肉苁蓉，菟丝子、鹿角胶，或用人参鹿茸丸（《北京市中成药处方选集》），右归丸（《景岳全书》）等以缓图之。

脾肾阳虚者，治宜温补脾肾。选用还少丹（《杨氏家藏方》）与四神丸（《校注妇人良方》）。

肝肾阴亏者，治宜滋养肝肾，佐以养心安神。方用左归饮（《景岳全书》），加五味子、远志；或六味地黄丸（《小儿药证直诀》），加枸杞子、女贞子、远志；便秘者加何首乌、桑椹子。

脾失健运，清阳下陷者，治以益气健脾，镇阴升阳。方用补中益气汤（《脾胃论》），加五味子、菟丝子、枸杞子；或用益气聪明汤（《东垣试效方》）合决明夜灵散（《原机启微》）。

气血不足者，治宜补气养血，佐以益精明目。方用八珍汤（《正体类要》），加柴胡、熟地、仙灵脾、菟丝子。或用人参养营汤（《和剂局方》），加枸杞子、葛根。

气机阻滞，脉道闭塞者，以上各证型随着病程的进展，眼内经络脉道逐渐变细，甚至闭塞，气血往来阻滞，病势已趋深重，可根据上述几种证型辨证论治，于所立方药中加入桃仁、红花、丹参、郁金、地鳖虫等，以冀和血通脉，疏导行滞之意。

针灸治疗 以疏利气机，行血通脉，滋养肝肾，益精明目为治则。取穴睛明、球后、攒竹、太阳、肝俞、肾俞、脾俞等作主穴；风池、合谷、足三里、三阴交、风市、光明等作配穴，每次选用2个主穴，2—3个配穴，隔日1次。脾肾阳虚者可灸气海、关元、中脘。

简易方 ①石斛、仙灵脾各一两，苍术半两，共为细末，每服三钱，米饮汤下，日二次（《普济方》。②青蛤粉、夜明砂、谷精草各等份，为细末，每服五钱，猪肝内煮熟，细嚼，茶清下（《儒门事亲》）。

食疗方 ①枸杞子肥大者一斤，杵烂用绢袋盛贮，无灰酒二斤，密封，勿令泄气，七日后取饮。每日一小杯（《审视瑶函》卷六）。②猪肝一具，葱白一握，鸡子三枚，上以豉汁中煮作羹，临熟打破鸡子投在内，食之（《太平圣惠方》卷九十七）。

护理 ①可选用淡色墨镜，以保护目力。②本病一开始即有夜盲症状，在选择职业时，不宜做夜班工作。③随着病情发展，视野逐渐缩小，只宜从事一些活动少的静止性工作，以防发生意外伤害。④患者晚间外出，行动艰难，以及病变后期，视野极度缩小，要有人陪护前往。

能近怯远

眼无不适，而视近物清晰，视远物模糊的病证，称为能近怯远。本病名见于《审视瑶函》，但于《诸病源候论》中已有记述，称目不能远视候。又称能近视不能远视（《素问病机气宜保命集》）、近视（《目经大成》）。

本病多因恣酒嗜燥，忿怒暴悖，伤神损气所得。气弱神伤，阳火不能发越于外，光华不能及于远处，故视远模糊；或因劳瞻竭视，耗伤精血，精血不能充养二目，神光化源不足，光华亦不能达于远处，而视远不明；亦可因先天禀赋不足，与生俱来。本病外无障翳可见，瞳神气色如常，平素目无他病，唯视远昏都，只能看近。

神伤气弱：兼见夜寐多梦，睡不安卧，心烦不宁，体倦无力。治宜益气养心安神。方用定志丸（《和剂局方》），加枸杞子。

精血不足：可见远视不明，时见黑花，头晕耳鸣，腰膝酸软等。治宜益精补血明目。方用补肾滋石丸（《证治准绳》），加熟地、枸杞。

先天所致：眼外观端好，唯视远模糊。治宜补养肝肾，益气明目。方用补肾磁石丸，加人参、白术、桑椹。

本病重点在于预防。对抄写阅读，雕镂细作，刺绣衣锦等工作，不宜逼近视物及使用目力过劳，光线应明亮，则近视可防。若先天禀赋不足，或患之已久者，则应防止加重。如药物难以奏效者，可验光配镜。对青少年平时要定期测试视力，一经发现近视时，宜予速治。

简易方：地芝丸：天门冬、生地黄各四两，枳壳、菊花各三两，为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服百丸，食后茶清调下（《卫生宝鉴》）。

推拿疗法：适用于少年儿童近视者。治宜舒筋通络，调和气血。第一种方法：①仰卧位，双目闭拢，医者用食指先后按揉攒竹、睛明、四白、瞳子髎、丝竹空、鱼腰穴各200次。②俯卧位，医者在肝俞穴用一指禅推法3—5分钟。

第二种治疗方法：患者取正坐位，赤裸上身，医者立于其后，两手手掌略伸开，拇指指面置于两侧风池穴，其余四指轻轻地扶在旁边，然后，用拇指按揉风池穴，再沿着颈部两侧向下施以抹法，经天柱、肩中俞、秉风、至肩髃穴，在天柱、肩中俞、秉风穴上均用拇指按揉法；从肩髃穴始，以扶在旁边的食、中指着力，施以抹法，经臂臑至曲池，在臂臑、曲池穴上，用食、中两指指面按揉，此为第一遍。第二遍，从风池开始，抹至天柱后，直向下沿膀胱经第一侧线至肺俞，在肺俞穴用按揉法后，再从肺俞返回，经秉风至曲池，其操作法同第一遍。第三遍从风池向下

抹至心俞再返回至曲池。第四遍从风池向下抹至膈俞再返回至曲池。第五遍到第七遍从风池向下抹至肝俞再返回至曲池。第一遍到第七遍,操作方法一样。每日一次,10次为一疗程。

假性近视按要求认真作自我推拿"眼保健操",有较好效果。其操作方法:①揉攒竹:以两手食指罗纹面,分别按双眉内端的凹陷处,轻轻揉动,用力以略感到酸胀为度,200次左右。②按睛明、以一手拇、食二指分别按两侧目内角上方一分凹陷处,先向下按,再向上挤,一挤一按,重复进行,以有酸胀感为度,200次。③按揉四白:以两手食指分别按在眼球中点向下一寸处,持续按揉,以有酸胀感为度,200次。④刮眼眶:两手食指屈曲成弓形,以远侧指间关节的桡侧面紧贴上眼眶,由内向外,先刮上眼眶,再刮下眼眶,重复进行20—30次。⑤揉太阳:以两手中指罗纹面,紧贴两太阳穴揉动,以有酸胀感为度,200次。每日早晚各做一次,持之以恒。患者平时需注意保护视力,看书时要有充足的光线,书本与眼距离要保持在一尺以上,避免视力疲劳。注意加强体育锻炼,保持身心健康。

能远怯近

眼无不适,目能视远,而视近物反模糊不清的病证,称为能远怯近。本病名见于《审视瑶函》。但于《素问病机气宜保命集》中已有记述,称能远视不能近视。又称远视(《目经大成》)。

目能远视,全赖人体阳气维持,光华发越于外而达于远物。目能近视,皆凭人体之阴精收敛,光华敛聚而及于近物。若劳倦太过,忧伤悲思,皆能斲耗阴精,阴精亏而不能敛聚光华,故近视模糊;或因饮食不节,脾胃内伤,气血两虚,目无所养,光华不能收敛,而视近不明;亦可因先天禀赋不足,与生俱来;或因年高体弱,阴阳两衰,阳不生阴,阴精不能收敛,光华散乱,视近昏暗。本病眼无翳障可寻,瞳神气色大小如常,视远较清楚,视近模糊昏花。

阴精亏虚:可见久视目珠酸痛,头晕耳鸣,腰膝酸软,心烦少寐,舌红苔净,脉细数。治宜补肾益阴。用地芝丸(《东垣试效方》)合六味地黄丸(《小儿药证直诀》)。

气血两虚:可兼见面色少华,气短懒言,心悸怔忡,神疲体倦,舌淡少苔,脉细无力。治宜益气养血。方用八珍汤(《正体类要》),或柴胡参术汤(《审视瑶函》)。

先天禀赋不足:眼外观端好,视近物不能持久。甚者,视近及视远均模糊不清,可伴有目偏视,或目珠震颤等候。治宜补肾,益精,明目。方用杞菊地黄丸(《医级》)。

阴阳两虚:可见形寒肢冷,舌淡白,脉沉细。治宜补阳育阴,收敛精气。方用全真益气汤(《目经大成》)。

本病药物难以奏效者,可验光配镜。

目偏视

凡眼珠偏离正位,或左或右,或上或下,失其常态的病证,称为目偏视。本病名见于《诸病源候论》。又称目偏视风牵(《圣济总录》)。至于"神珠将反"、"瞳神反背"、"小儿通睛"、"坠睛"、"目仰视"等,都是以目珠偏斜为主,且病因病机有雷同之处,只是目珠偏斜的程度、偏斜的方向不同而已,故均可归属于目偏视的范围。

临症每见目珠偏斜,或左或右,或上或下,程度不一,轻者目珠稍偏于一侧,黑睛尚见,重者目珠斜翻于背部之内,黑睛几乎不见,仅露白睛。发病急骤者,常有视一为二,兼见头晕目眩,恶心呕吐,步履不稳,视物昏花,倾头瞻视等症。

致病原因可分先天异常、病邪侵袭、外伤及其他眼病。如《诸病源候论》卷二十八谓:"人腑脏虚而风邪入于目,而瞳子被风所射,睛不正则偏视,此患有从小而得之者。亦有长大方病之者,皆由目之精气虚而受风邪所射故也。"故其病因病机可归纳为:脏腑气血亏虚,风邪乘虚而入,致眼之筋脉弛张不收;小儿脏腑娇嫩,元气未充,易感受风热邪毒,致热极生风,风火相扇上炎、灼伤眼带;素体禀赋不足,眼带发育不全,偏视与生俱来;目珠形态发育异常,能近怯远或能远怯近症未及时矫正,日久而致目珠偏斜;头部或眼外伤,瘀血凝滞;筋脉受阻而致眼带失灵。此外小儿长期侧卧,偏视灯火或亮处,长期逼近看物等,亦可使筋脉凝定,牵偏目珠。

风邪中络者:多发病急骤,可见一眼偏斜,倾头瞻视,视物昏花,视一为二。常兼见恶心呕吐、步履不稳、头昏不适、脉浮舌淡等症。治宜祛风、活血、通络。方用羌活胜风汤(《原机启微》)合牵正散(《杨氏家藏方》)。

风痰阻络者:多兼见胸闷呕恶。食欲不振,舌苔白腻,脉弦滑等症。治宜祛风除痰,通利脉络。方用正容汤(《审视瑶函》),加川芎、赤芍、地龙。

热病伤阴、风痰滞络者:多见于热性病后期,症见目珠偏斜,口干不欲饮,咽干唇红,舌红少苔,脉细略数等症。治宜养阴祛风,化痰通络。方用阿参麦冬饮(《温病条辨》),酌加秦艽、僵蚕、贝母、胆南星、丝瓜络等。

外伤瘀滞,眼带失灵者:除有头部或眼部的外伤史及见症外,全身及舌、脉可无特殊见症。治宜活血化瘀,行气通络。方用桃红四物汤(《医宗金鉴》)。

先天禀赋不足者:多无明显全身症状,且药物疗效不理想,需手术矫治。若偏气血不足,见面色㿠白或萎黄,体倦乏力,舌淡脉弱。治宜益气养血。方用八珍汤(《正体类要》)。

偏脾肾不足者:多见形寒肢冷,精神委靡,舌淡无苔,脉沉细弱等。治宜温补脾肾。方用金匮肾气丸(《金匮要略》)。

因能近怯远或能远怯近所致者:可参照该条处理;若

因长期侧卧侧视或长期逼近看物所致者,应迅速纠正不正确之体位,并可根据体质参照上述各证治疗。

针灸治疗:根据病情及全身情况,选用太阳、瞳子髎、睛明、球后、攒竹、鱼腰、阳白、四白、承泣、合谷、外关、光明、足三里、三阴交、阳陵泉、内庭、太冲、风池、翳风等穴位。采用眼周与远端配穴的方法组方,每次2—3穴,每日1次,用轻至中度刺激。亦可根据患者体质,在远端穴位上加用灸法。

本病若失治或迁延日久,经络气血已凝定,药物及针灸等疗法难以复愈者,可考虑手术矫治。

神珠将反

凡黑睛斜翻于一侧,欲转而不能转,轻者可见黑睛,称神珠将反。重者黑睛不见,仅露白睛,则称瞳神反背。见于《证治准绳》,该书云:"神珠将反,谓目珠不正,人虽要转,而目不能转。乃风热攻脑,筋络被其牵缩紧急,吊偏珠子,是以不能运转……失治者,有反背之患。"又云:"瞳神反背,……其珠斜翻侧转,白向外而黑向内也。"对于本病的治疗,轻者见"目偏视"条,重者《目经大成》主张先行手法拨治,术后进服正容汤(《审视瑶函》)。

小儿通睛

凡小儿双侧目珠偏斜于内眦的病证,称为小儿通睛。见于《秘传眼科龙木论》。又称双目睛通(《证治准绳》)、小儿斜视外障(《疡医大全》)、天旋(《目经大成》)、小儿斗睛(《眼科易知》)、小儿双睛呆转(《眼科阐微》)。至于《银海精微》及《眼科纂要》所载的小儿通睛,乃是指外伤所致之瞳神散大,如《眼科纂要》谓:"通睛眼,此是小儿灾,开大瞳仁埋不得,打伤头脑坠尘埃,惊散肝魂乖。"名同实异,须加区别。故不属本病范围。

因婴幼儿时期患热性病,风热之邪上攻于脑,致脑筋急缩,眼带受损而令目珠偏斜;或跌扑损伤头额,气血瘀滞,筋络受阻;或长期侧卧久视,长期逼近看物,致筋脉凝滞,吊偏眼珠;或先天禀赋不足,眼带发育不全,偏视与生俱来;或眼珠发育异常,能远怯近,日久而致目珠偏斜。如《证治准绳·七窍门》谓:"患非一端,有因脆嫩之时,目病风热,攻损脑筋急缩者;有因惊风天吊,带转筋络,失于散治风热,遂致凝滞经络而定者;有因小儿眠之牖下亮处,侧视久之,遂致筋脉滞定而偏者。"详其辨证施治,见"目偏视"条。

坠睛

眼珠被牵拽斜向下方,不能上转,如红日西沉,仅露半面之病状,称为坠睛。见于《太平圣惠方》卷三十三,该书谓:"由眼中贼风所吹故也,风寒入贯瞳人,攻于眼带,则瞳人牵拽向下,名曰坠睛也。"本病属目偏视范畴,见"目偏视"条。

目仰视

凡单侧或双侧目珠偏向上方,不能下转的病证,称为目仰视。本病名见于《审视瑶函》。于《证治准绳》中称目上视。单眼目珠仰视者,多因正气内虚,腠理不固,外邪侵袭,脉络阻滞,或跌打损伤头部,瘀血闭阻脉络,以致司理目珠向下转之眼带弛缓不收。

双眼目珠仰视者,多属火热亢盛,上扰心神或痰涎壅盛,心神迷惘所致之惊风、天吊。如《审视瑶函》谓:"小儿痰疚不定,翻眼抬睛,状若神祟,头目仰高。名为天钓,亦惊风之症。"治疗时,若因眼带弛缓而不收致目珠仰视者,则属目偏视范畴,可见"目偏视"条论治;若属内儿科急重疾病而见双眼翻眼抬睛者,与内儿科同医。

辘轳转关

凡两侧目珠不自主地向左右、或上下不停地有节奏的颤动或旋转,形似转动之辘轳的病证,称为辘轳转关。见于《秘传眼科龙木论》。又称辘轳自转(《目经大成》)。其因多为人身腠理不固,外为风邪所击,风邪上犯脑筋,筋脉拘急振惕,缓急无常,眼珠被其牵拽而颤动,尤以小儿脏腑娇嫩,气血未充,经脉未盛,肝经风热更易上攻入脑而得此患;或平素肝血不足,外受风热之邪,伤阴劫液,引动肝风,内外合邪,交攻于目所致;或先天禀赋不足,致眼珠发育不全,或幼年患眼疾,视力严重障碍,视而不见,则眼珠颤动。但《疡医大全》之"辘轳转关",乃指眼珠突出,不能转动,并非本病,须作鉴别。

症见双目珠颤动,其方向不一,忽左忽右,忽上忽下,也可旋转,可突然发生,亦可持续存在。如《证治准绳·七窍门》谓:"神珠不待人转而自蓦然察上,蓦然察下,……或左或右,倏易无时,盖气搏击不定,筋脉振惕,缓急无常,被其牵拽而为害。"

风邪中络:多发病较急,且兼有恶风寒,发热头痛,或头晕目眩,舌质红,脉浮数等症,治宜驱散风邪为主,活血通络为辅,方用钩藤饮子(《审视瑶函》);挟痰者,用正容汤(《审视瑶函》);挟热者,酌加黄芩、菊花、黄连。

肝虚血少,肝风内动:多兼见面色无华,眩晕耳鸣,肢麻筋挛肉瞤,眼睛干涩,脉细等症。治宜养血平肝熄风。方用镇肝熄风汤(《医学衷中参西录》),加熟地黄、山萸肉、菊花、夏枯草。

先天禀赋不足:多见于小儿,兼面色㿠白或萎黄,精神不振,少气懒言,舌淡苔白,脉沉细无力,治宜健脾益气,补益肝肾,用益气聪明汤(《东垣试效方》),合右归饮(《景岳全书》);若有胎患内障,黑睛宿翳等症,见"宿翳"条。此外,因外邪中络所致者,可配合针灸治疗,穴位及

针法(见"目偏视"条)。

鹘眼凝睛

凡双目珠骤然火赤胀起,绽于睥间,状若鹘鸟之眼凝视不能转运的病证,称为:鹘眼凝睛。见于《秘传眼科龙木论》。又因其双侧目珠外突,如花缸变鱼之目,凸而定凝,而称为鱼睛不夜(《目经大成》)。

患者双眼珠突然红赤肿胀,突出于睑裂之间,目珠转动不灵活,且多兼见项强头痛,面赤身热,便秘溲赤,舌红,苔黄厚,脉弦数等症。如《银海精微》谓:"鹘眼凝睛,此骤然所感,非久患之症,因五脏皆受热毒,致五轮振起,坚硬不能转运,气血凝滞,睁然如鹘鸟之眼,凝视不运之貌,难辨人物,因形而名曰鹘眼凝睛。"多因五脏风热结积,阳邪亢害,热毒上壅于目,目络涩滞,上窍闭塞,致目欲暴出。

治疗急宜泻热通腑,活血通络。方用泻脑汤(《审视瑶函》)合黄连解毒汤(《外台秘要》),加赤芍、川芎、穿山甲等。上方不宜久服,待大便通、热邪减轻之后,则去芒硝、大黄。亦可选用迎香、太阳、上星、合谷等穴位,针刺放血,以引气血流通,祛邪消肿。

突起睛高

目珠突高胀起,转动失灵,白睛浅层壅肿,疼痛剧烈的病证,称为突起睛高。见于《秘传眼科龙木论》。又名睛高突起(《沈氏尊生书》)、突睛外障(《病源辞典》)。本病与现代医学的炎性突眼相似。

本病多因风热火毒,上冲于眼;或因五脏毒风所蕴,热极充眼,毒攻五轮;或因兼夹痰饮,渍于脏腑,蕴积生热,热冲于目。

本病以单眼多见。一般起病急,来势猛。症见眼珠疼痛,甚则剧痛难忍,寝食不宁,胞睑红肿,皮肤紧张发亮,隐约可见青紫络脉。泪出汪汪,白睛浅层红赤壅肿,甚则脱于睑裂之外。目珠突出,转动失灵,触按较硬,黑睛亦可因暴露而生翳。初起仅视物模糊,继则视力骤降,甚至失明。全身可见发热恶寒,头痛等症。若治不及时,邪毒蔓延,可致毒入营血,邪陷心包而危及生命。临证需与鹘眼凝睛鉴别:二病虽均有眼珠突起,但鹘眼凝睛系双眼为患,如庙塑凶神之貌;而本病多是单眼之疾,此鉴诊之要也。

热毒壅滞:多系病情初起,兼见发热恶寒,舌红苔黄,脉数或浮数等症。治宜清火解毒、活血消肿。方用仙方活命饮(《外科发挥》)合五味消毒饮(《医宗金鉴》)。

热毒入里:兼见壮热烦渴,溲黄便秘,舌红苔黄厚,脉数有力等症。治宜清里泻下。方用退热桔梗饮子(《秘传眼科龙木论》)。

痰湿结聚:多系病情日久,肿硬不消,疼痛不甚,苔滑脉缓等症,治宜化痰散结,方用消瘰丸(《医学心悟》),加昆布、海藻;久郁化热者,于上方中加入竹茹、夏枯草、炒山栀。

外治均可用葱、艾捣烂炒热布包以温熨,亦可用白芷、细辛、当归、苍术、麻黄、防风、羌活煎汤熏洗(《银海精微》),若有脓者可切开排脓。上引流条,至脓尽为止。

本病是可以预防的,如面部有疖肿等感染病灶,必须积极治疗,切忌挤压和过早切开,以免邪毒扩散。如已出现本病,应嘱患者卧床休息,多喝开水,并采取积极措施,防止毒入营血。眼部可用纱布封盖,以免黑睛暴露而生翳。

珠突出眶

眼珠骤然突出,轻者含于睑内,重者突于眶外的病证,称为珠突出眶。本病名见于《证治准绳》。又名睛凸(《目经大成》)。

多因暴怒气悖,高声吼喊,低头屏气等以致气血并于上,脉络涩滞,眼珠突出;或因火热上逼,邪火亢盛,内无从泄,上走空窍,泄之不及,涨涌而出;或因外伤,瘀血内停所致。如《证治准绳·七窍门》谓:"珠突出眶证……有酒醉怒甚及呕吐极而睁出者,有因患火证热盛而关格亢极而胀出者,有因怒甚吼喊而睁出者……亦有因打扑而出者。"

本病以眼珠突出为主,依不同病因,其突出程度与兼症各异。有间歇突出者,也有持续突出者。有单眼发生者,也有双眼发生者。但一般均有眼睑肿胀,甚至白睛浅层壅肿等症。

脉络瘀滞:多在大怒、呕吐、叫吼、屏气后眼珠瞬即突出,白睛壅肿,眼部胀痛,舌暗紫有瘀斑,脉涩或缓等。治宜活血化瘀。方用桃红四物汤(《医宗金鉴》),加昆布、海藻。体壮者可加三棱、莪术。此外,《证治准绳》还载有"乘热捺入"的外治方法。

瘀血内阻:多系外伤,脉络受阻,血溢于眶,眼珠突出,头目胀痛,舌淡红,脉缓。早期以生地黄捣烂外敷,垫布压迫包裹。待血止后改用七厘散(《良方集腋》)外敷。内服活血化瘀剂,用复元活血汤(《医学发明》)。伤重并有骨折者,应与伤科同医。

若因火热上逼者,见"突起睛高"条。

膏伤珠陷

因精津气血亏损而致眼珠向后缩陷的病证,称为膏伤珠陷。见于《证治准绳》。多因色欲过度,肾精过耗;或嗜食辛燥,耗津灼液;或因风痰湿热,郁蒸精膏;或误伤经络,出血过多。此等皆可致精、津、气、血亏耗,不能滋润涵养所致。如《证治准绳·七窍门》谓,其因"所致不一,有恣色而竭肾水者,有嗜辛燥而伤津液者,有因风痰湿热久

郁而蒸损精膏者,有不当出血而误伤经络及出血太过,以致膏液不得滋润涵养者……及元气弱不能升载精汁运用者。大抵系元气弱而膏液不足也"。

症见眼珠低陷而不鲜绽,与突起睛高是相反的病变现象。但与青黄凸出及诸漏所致的眼珠缩小不同,临证需当区别。本病是眼珠大小如常,只是向后缩陷;后者是因眼珠破损,膏流水耗而眼珠缩小。

治疗应以补益为主,或补益肾精,或补益气血,一般忌用寒凉之剂。证属肾精亏虚,可见睛陷视昏,遗精腰酸,头昏耳鸣,膝软无力,舌淡脉沉细,治宜补益肾精,方用龟鹿二仙膏(《证治准绳》);气血大虚者,可见睛陷视昏,面黄肌瘦,精神倦怠,舌淡脉细,治宜大补气血,方用十全大补汤(《医学发明》)。

眯目飞扬

当细小异物随风飞扬,进入眼内,而致涩痛泪出,眯目不开的病证,称为眯目飞扬。本病名见于《证治准绳》。但于《秘传眼科龙木论》中已有记述,称眯目飞尘外障。又称飞尘入眼(《银海精微》)、飞尘眯目(《目经大成》)。多因防护不慎,以致金属碎屑、玻璃细粒、麦芒谷壳等溅入眼内,或尘埃砂土、煤灰炭渣、碎叶毛刺等随风吹入眼内,或昆虫之类,迎风扑目,飞入眼内。

根据异物的形状、性质、部位和时间长短之不同而有轻重不等的症状,若异物在白睛或胞睑内之表层,则沙涩摩擦疼痛等症相对较轻;若在黑睛表层,则异物摩擦使畏光流泪,红赤疼痛等症较重。若时间较长,可见白睛混赤,异物周围有边界不清的灰白色翳障。如为金属异物,可见棕色锈环。对于难于发现的细微异物,可借助裂隙灯检查确定。若拖延失治,或乱加揉擦挑拨,可变生凝脂翳。

凡异物入目,不可便擦,须轻提胞睑,待泪来满,让其自行冲去。若异物粘在白睛表面,可用生理盐水冲洗,或用湿棉签蘸出,若嵌在黑睛表层,则采用角膜异物挑剔法取除之。但须牢记无菌操作,术后滴用千里光眼药水及消炎眼药膏,眼垫封盖,次日复查。若起星生翳,羞明流泪,疼痛加重,多为风毒侵袭,治宜祛风清热解毒。方用糖煎散(《眼科纂要》),酌情去大黄,加金银花、千里光、蒲公英等解毒之品。若有凝脂翳等变症,见"凝脂翳"条处理。

振胞瘀痛

胞睑外伤后,瘀血内停,胞睑肿胀,色呈青紫,疼痛难睁的病证,称为振胞瘀痛。见于《证治准绳》。本病与现代医学之眼睑瘀血相当。

多因球类、拳头、棍棒、铁块、砖石等钝器击伤眼睑,睑内血络受损,血溢络外,瘀血内停而成;也有因邻近骨折血渗于胞睑者。

症见胞睑青紫肿胀,重坠难睁,疼痛不适。若出血量多,可越过鼻梁至对侧胞睑而发生肿胀。若为单纯的胞睑外伤,预后良好,一般可于半月左右痊愈。若为邻近骨折引起,多于受伤12小时后出现,且伴有其他孔窍出血,病情较重。

对于本病的治疗,早期可敷一绿散(《审视瑶函》),以止血消肿,待血止后改敷七厘散(《良方集腋》),以促进瘀血吸收。内服桃红四物汤(《医宗金鉴》)。如有骨折或其他孔窍出血者,应与伤科同医。

物损真睛

因物体直接损伤眼珠的病证,称为物损真睛。本病名见于《证治准绳》。又称外物伤目(《圣济总录》)。

病因病机 多因钝性物体击伤,如球类、拳头、棍棒、铁块、砖石等;或因锐利物体刺伤;或高速溅入金属碎片碎屑等而造成眼珠破损;或有眼内异物存留;亦可因眼珠邻近部位受伤;或头部受强烈震击,牵连损及眼珠。目为至宝,构造精细,外以白睛、黑睛卫护,内含神膏、神水、黄仁、黄精、真血、真气、真精,各司其职,相互为用,如有损伤,一则相互影响,二则难以修复。且目为先天之气所生,后天之气所成,经络分布周密,气血贯注特殊,伤情即使轻者,既可伤血,又可伤气,血伤则溢血或瘀滞,气伤则升降失常,功能障碍。由于致伤物体多有污浊,受伤处易被毒邪侵袭,因此外伤不仅使经络、气血、组织受伤,而且又可出现邪毒炽盛之候。少数情况,还可累及健眼。

其症因损伤部位及程度不同,而表现各异。

黑睛受损:可见黑睛呈条状、片状或雾状混浊,或在相应之部位有伤痕可见。伴有抱轮红,眼睑难睁,畏光流泪,视力障碍。若治疗及时,可恢复正常。若撞刺后邪毒入侵而致生翳者,愈后多留瘢痕,若遮蔽瞳仁,则影响视力。如黑睛破损,神水外溢,黄仁脱出,状如蟹睛,预后多属不良。

白睛受损:可见白睛溢血,色若胭脂。或有裂口,白睛外膜裂伤,多无大碍,若白珠裂口小者,须细心诊察,方可探知;大者则神膏外溢,状若稠痰,凝在伤口,欲流不流,若脱出物多者,眼珠立即塌陷变软。

黄仁受损:表现形式不一,初起瞳神缩小,继之瞳神散大,或瞳神欹侧不圆,甚则黄仁破裂,或其根部断离,出现多个瞳孔,终不复原。如其血络损伤,可见血灌瞳神,其血量多少不一,少则在瞳神以下,一般可自行吸收,多则遮盖瞳神,若日久不吸收者,可生变症。

黄精受损:如震击黄精,则黄精逐渐发生混浊,经过较长时间成为乳白色全部混浊,但也有混浊停止发展或历经数月混浊自行消失者。或外伤致黄精脱位,或脱于黄仁前,悬于神水之中,或脱于黄仁后,沉于神膏内。有的可致头痛如劈,眼胀欲脱等变症。如黄精破碎,则在黑睛后方,可见白浆泛起。如为大的眼珠穿破伤,则黄精可

全脱于珠外。

眼底受损：在眼底镜下可见眼底出血，量多者积满玻璃体；或脉络膜破裂；或视网膜水肿、脱离等。

眼内异物：异物高速溅入眼内而致穿透伤者，多有异物存留，若为金属异物，一般需X线摄片后方可确定。若为非金属异物，可用无骨摄影法。

邪毒入侵：外伤后特别在穿破伤后，邪毒乘伤袭入，或异物粘染邪毒进入珠内，1—2日后，可致胞睑肿胀，畏光流泪，疼痛剧烈，创口污浊浮肿，白睛红赤肿胀，神水不清，黄液上冲，瞳神不辨。若病情严重，邪毒蔓延，上述诸症加重，且眼珠突出，不能转动，并伴有头痛恶寒发热等症。

健眼牵损：如穿破伤在黑睛边缘，眼内有异物存留，或眼珠穿破后虽经治疗，而畏光羞明，目珠红赤持续不退，或反覆发作者，可累及对侧健眼，而出现瞳神紧小，抱轮红赤，或初起神膏内呈微尘状混浊，继之眼底视乳头充血水肿，边缘模糊，网膜渗出等。

辨证　外伤病情虽复杂，但可归纳为以下诸证。

气滞血瘀：钝器或锐器损伤眼部组织，黑睛或黄精混浊，眼底视网膜水肿，视力障碍，眼珠刺痛或胀痛等。

络伤出血：症见白睛溢血，血灌瞳神，或玻璃体积血，或视网膜出血等。

邪毒炽盛：症见创口肿胀，白睛混赤，甚则壅肿，黄液上冲；或眼珠突出，不能转动，或影响健眼，或伴恶寒发热，口苦口渴，舌质红，苔黄，脉数等。

治疗　有以下几方面：

方药治疗　物损真睛是一种严重的外伤病症，一旦发生，多数预后不良，因此必须高度重视，防患于未然。对群众宣传有关预防知识，在工厂和车间制订安全保护措施，家长对小孩进行安全教育。如发生外伤，要及时医治。临证首辨真睛有无伤口，眼内有无异物，伤势轻重如何，是否累及健眼等，然后采取相应措施。

气滞血瘀者：治宜行气活血，方用桃红四物汤（《医宗金鉴》）或除风益损汤。黑睛混浊者加木贼、菊花、蝉蜕等退翳明目之品；黄精混浊者加石决、蒺藜、磁石等消障平肝之品；眼底水肿时加泽泻、车前、茯苓等利水消肿之品；畏光流泪加羌活、薄荷、胆草等祛风清热之品；痛甚者加乳香、没药等活血止痛之品。

络伤出血者：治宜止血为先。方用十灰散（《十药神书》），加生地、赤芍。无继续出血者，改以活血化瘀为主，方用破血汤（《眼科纂要》）。

邪毒炽盛者：治宜清热解毒，兼以凉血活血。方用五味消毒饮（《医宗金鉴》合经效散（《审视瑶函》）；若大便闭结者，用泻脑汤（《审视瑶函》）。若累及健眼而出现瞳神紧小等症者，见"瞳神紧小"条治之。

外治需根据伤情而定，如果眼内有异物、眼珠穿破、眼内黄仁或黄精脱位、破碎，神膏等脱出，或某些变症发生时，均应采取相应的手术治疗。局部频滴清热解毒药如黄芩、千里光等眼药水，并涂消炎眼药膏。如需扩瞳者，必须滴用扩瞳剂。对于无创口者，外用生地捣烂或用鸡子清调生石膏末，纱布隔垫敷眼部，常有止痛之效。

针灸治疗　选用睛明、球后、承泣、肝俞、肾俞、脾俞等穴，每次局部1穴，远道1穴，交替轮取，10次为1疗程。平补平泻手法。用于视网膜震荡恢复期而视力未能提高者。

护理　①真睛破损者，点药换药动作要轻巧，密切观察伤情，注意有无邪毒炽盛之候，检查健眼视力，防止累及健眼。②血灌瞳神或眼底出血者，应卧床休息，减少活动。③安定病人情绪，防止七情过激，以利康复。对于眼珠破裂严重需要手术者，更要做好思想工作，取得病人合作。

惊振外障

目珠外伤之后，失于禁戒或复为外邪所袭，致病情加重的病证，称为惊振外障。见于《证治准绳》。多由碰撞、跌扑、斗殴等外伤致目珠损伤，由于伤势较轻或伤后赤痛诸症有所好转未予重视；或因伤势较重而处理不当等，复为风热毒邪侵袭；或患者失于保养，致使伤眼症情加重。如《证治准绳·七窍门》谓："目被物撞触而结为外障也，与伤在膏上急者不同。初撞时亦有珠疼涩胀之苦，为其伤轻而瘀自潜消，故痛虽止而不戒禁，有所触发其火，致水不清，气滞络涩而生外障。有撞虽轻反不知害，有所触犯遂为外障者。有撞重不戒反触而变为凶疾者。"

症见目珠于外伤之后红赤肿痛不显，或此类证候已趋缓解，骤然目痛增剧，羞明碜涩，热泪频流。胞睑可焮热红肿，白睛红赤或抱轮坏红，壅肿高起，黑睛起翳溃陷等。治宜清热解毒，活血消肿，方用退热散（《审视瑶函》）合五味消毒饮（《医宗金鉴》）；有黑睛溃陷者，可见"凝脂翳"处理。外用1%黄芩素液或黄连液点眼，每日三四次。

电光性眼炎

由紫外线照射引起的目赤疼痛、羞明流泪的病证，称为电光性眼炎。早在北魏高僧宋云的《行纪》中已载因雪光盲眼之事，谓："雪有白光，照耀人眼，令人闭目茫然无见。"《外台秘要》卷二十一将"雪山巨睛视日"列为丧明原因之一。告诫应预防强光导致目病。本病多因电焊或气焊时，电弧与溶化金属所产生的紫外线引起；或用紫外线消毒等导致；亦可因冰川、雪地、海面、沙漠等受光照射后反射之紫外线引起。

病情的轻重与紫外线的强度以及照射时间的久暂有关。照射当时可无症状，因其损害为光电性反应，需要一定的感应时间，一般于照射后6—8小时发病，不超过24小时，故常于夜间或清晨发作。症轻者，眼有轻度刺涩灼

痛，流泪畏光。甚者眼骤然剧痛，灼热磣涩，畏日羞明，不敢睁视，热泪如汤、涕清如水，视物昏矇，观灯火周围，若彩虹环绕，胞睑潮红，灼热肿胀。甚则有小泡，出血点，白睛红赤或混赤，黑睛有点状或片状星翳，肉眼较难查见，荧光素染色阳性，瞳神可紧缩变小。以常暴露于外的白睛、黑睛部分，损害最重。多于2—3日内痊愈，视力无损，偶亦有迁延日久而致黑睛混浊者。若短暂而重复的照射，亦可积蓄而发病。若长期为低度紫外线重复照射，则可引起睑弦赤烂，白睛红赤，黑睛生翳等症。

症状发生后可用拇指或食指紧压四白穴，揉动按摩。亦可用针刺治疗，选用四白、合谷、太阳、承泣、攒竹、睛明等穴，一般疗效显著，有针到痛止之功。并可加冷敷定痛。外用新鲜人乳或新鲜鸡蛋清，或人乳泡黄连液频频点眼，也可用1%黄芩液或黄连液点眼。此病应以预防为主，在有大量紫外线辐射的区域内工作或旅行时，必须配戴防护眼罩或眼镜。

目闭不开

双目胞睑骤然闭合，不能自然睁开的病证，而目内外别无他症者，称为目闭不开。见于《证治准绳》。多因七情刺激，情志不舒，肝失条达；或脾胃虚弱，生发不足，清气不升所致；也有因湿热侵袭眼睑经脉者。如《张氏医通》云："足太阳之筋为目上网，足阳明之筋为目下网，热则筋纵目不开……然又有湿热所遏者。"

症见双眼紧闭，骤然发生，可持续数时甚至数日，不能自然睁开，嘱其强开，可见挤眉皱额，瞬目频繁，或越睁反闭，察其轮之内外，无明显特殊，状若常人。

肝气郁结，心神不宁：多见情志抑郁，或精神紧张，或失眠多梦，眼睑骤闭，眼部不红不肿，苔薄白，脉缓稍弦等。治宜疏肝解郁、养心安神。方用逍遥散(《和剂局方》)合甘麦大枣汤(《金匮要略》)。

脾胃不足，清气不升：症见眼睑骤闭，体倦乏力，饮食不振，大便溏薄，舌淡脉弱等。治宜补脾健胃，升清益气。方用补中益气汤，或助阳和血汤(《兰室秘藏》)。

脾阳受遏，湿郁热滞：症见眼睑沉重，头重如裹，脘胀纳呆，口苦舌红，苔白腻带黄，脉濡缓等。治宜化湿升阳，辅以清热。方用升阳除湿防风汤(《张氏医通》)，加藿香、黄芩。

均可配合针刺治疗，选攒竹、阳白、鱼尾、睛明等穴。另外，劝其心胸开阔，消除顾虑，保持七情和畅，也是防治的重要方法。

逆经赤肿

妇女于行经之际，因血热内蕴，致经血不循常道，反而上逆犯目，致满目赤涩或血灌瞳神等眼病，称为逆经赤肿。本病名见于《张氏医通》。但于《银海精微》中已有记述，称室女逆经。又名女人血气逆流(《古今医统》)、女子逆经(《医宗金鉴》)、女子逆经赤涩(《眼科易知》)。本病因妇女血热，阻滞气机，故值月经之际，经血不循常道，上逆犯目，如《医宗金鉴》谓："女子逆经之证，乃血逆上行，冲灌瞳人，以致满目赤涩。"

证属血热气滞，上逆犯目者，多见目珠胀痛，重坠干涩，不耐久视，甚则视物昏矇，胞睑浮肿，白睛赤涩，或有溢血如胭脂色。重者可血灌瞳神及眼底出血，治宜清热活血，引血下行，方用调经散(《银海精微》)；若瘀阻气滞致经行腹痛明显者，则宜行气活血，用顺经汤(《银海精微》)。

行经目痛

妇女行经之际，出现目赤疼痛，肿涩难开，黑睛生翳等候，或素患目赤翳障，至经期复发或加重的病证，称为行经目痛。本病名见于《医宗金鉴》，谓："行经目痛者，女子遇经行之际，眼目涩痛，头疼眩晕，肿涩难开，生翳于黑睛上，或如粟米，或花翳白陷，此因经行去血过多，肝经虚损故也。"但于《银海精微》中已有记述，称"血室涩痛"。多因月经失血太过，或体质素虚，于行经之时，肝血失充，目失濡养；亦有肝经积热，月经之时，冲扰犯目；或因肝热内蕴，刑及肺金，热邪壅肺，结而为病。

肝血虚亏：可见行经之际，眼涩隐痛，目干不爽，视物昏都，胞睑白睛浮肿，头昏乏力，面色少华，爪甲不荣，唇白舌淡，脉细而弱。治宜补血明目。方用当归补血汤(《原机启微》)，加阿胶、制首乌、桑椹、枸杞子。

肝经积热：可见行经之期，目胀痛涩，泪热羞明，胞睑红肿，抱轮红赤，黑睛生翳，色白或鹅黄，状似碎米花瓣，或如鱼鳞，经色紫红，血稠有块，头痛眩晕，胸胁胀满，烦躁易怒，舌红脉弦。治宜清肝泻热，活血明目。方用清肝汤(《眼科纂要》)，或四顺清凉饮子(《审视瑶函》)。

肝热犯肺：可见月经之时，白睛红赤，或白睛一隅色变紫赤而触之痛增，胸胁胀痛，心烦易怒，口苦咽干、舌质红，苔薄黄，脉弦数。治宜清肝泻肺，养血活血。方用清金凉肝散(《银海精微》)，加当归、丹参。

凡有白睛红赤，黑睛生翳者，均可用黄连液或10%黄芩素液滴眼，每日3—4次。

妊娠目病

妊娠期间，妇人罹患的外障、内障眼病，统称为妊娠目病。本病名见于《证治准绳》。《审视瑶函》又称兼胎症，并云："此症专言妇人有孕而目病也，其病多有余，要分在血在气分之不同。"

因妊娠期间，外感风寒，风热之邪，邪火侵淫上犯而目病；或因妊娠期间，过食燥热、温补之品，内脏蕴热，气血失和，燥火上攻而目病；亦可因妊娠之际，阴血聚于冲

任以资养胎，致阴血不足、虚阳上亢，扰乱神明而目病。

对于妊娠目病的治疗，与常人不同，内伐恐伤胎泄气，不伐则病又不除，必善施内护外劫之法。可不厌疏利，但避硝、黄之峻药，慎用破血泄利之剂。

感受外邪，邪火侵淫：症见目赤肿痛，羞明流泪，或黑睛生翳，兼见恶寒发热，头痛，脉浮弦或浮数，治宜疏解表邪为主，方用芎苏散（《审视瑶函》），去川芎、干姜，加黄芩；热邪偏重者，方用保胎清火汤（《审视瑶函》），去川芎，酌加菊花、夏枯草。

内脏蕴热，燥火上攻：症见目赤痛，头痛，烦闷，口干舌燥，溲赤便结，舌红苔黄，治宜清脏热，养津液，方用简易知母饮（《审视瑶函》）；若脏热壅极，胎火上攻，而见烦躁不安，两目忽然无所见者，治宜滋阴养血以降火，方用天冬饮子（《审视瑶函》），去川芎、羌活，加黄芩、连翘。

阴血不足，虚阳上亢：多在妊娠中、后期，头晕目眩，甚感突然不醒，醒后神志如常，或一时性视矇，面红目赤，胸胁胀满，口干苦，舌红少苔，脉弦细或滑数，治宜育阴平肝，方用一贯煎（《柳州医话》）去川楝子，加白芍、石决明，或用杞菊地黄汤（《医级》），加石决明、钩藤；若见目力锐减，瞳神散大，眼内出血，头晕目眩，胸闷欲呕，下肢浮肿，或见抽搐，双目上视者，为肝风内动，治宜滋阴潜阳，熄风镇惊，方用羚羊钩藤汤（《通俗伤寒论》），去甘草，酌加石决明、全蝎、丹参、玉竹等。并与妇科医师共同治疗。

产后目病

产妇分娩后，发生外障、内障眼病者，称为产后目病。见于《证治准绳》。常因产后气血俱虚，滋目之精血、津液皆失化源，目失濡养；或因悲伤哭泣，七情郁结，目窍闭塞；或过食辛辣厚味，脾胃湿热蕴结，复感风邪，上犯于目；或头风伤目；或产后失于调理，感受毒邪，上窜于目所致。如《证治准绳·七窍门》谓："产则百脉皆动，气血俱伤，太虚不足，邪易以乘，肝部发生之气甚弱，血少而胆失滋养，精汁不盛，则目中精膏气液皆失化源，所以目病者多。然轻重内外不同，有劳瞻竭视，悲伤哭泣，而为无时冷热泪，内障昏渺等证；有窍不密，引人风邪，为湿烂头风者；有因虚沐发，湿气归脑而为内障诸病者；有因虚劳役，恣辛嗜热，及患热病而伤目血，为外障者，皆内不足所致。"

气血俱虚：眼外观端好，两眼干涩，或羞明隐涩眼睫无力，珠痛不能久视，或瞻视昏渺，或眼前黑花飞舞，或有夜盲，可兼见头晕耳鸣，面色萎黄，气短懒言，身乏脉弱等。治宜补益气血。用熟地黄汤（《审视瑶函》），或当归补血汤（《原机启微》）。

七情郁结：眼胀头痛，不耐久视，视物昏花，或时而泪溢，眼轮廓如常，可兼见胁痛胸闷，嗳气不舒，或情志抑郁，口苦脉弦。治宜疏肝解郁，养血柔肝。方用逍遥散（《和剂局方》），加石菖蒲、炒川楝子、制香附、夏枯草等。

脾胃湿热蕴结，复感风邪：胞睑红赤肿痛，睑生偷针，睑弦赤烂，或风赤疮痍，可兼见口干唇红，口渴饮引，溲黄便结，脉滑数等。治宜养血祛风，清热除湿。方用加味四物汤（《审视瑶函》），加黄芩、栀子、蒲公英、车前草等。

头风引起者：可见眼目肿痛，偏头痛，或左或右，视物昏矇。治宜养血熄风，平肝清热。方用四物补肝汤（《审视瑶函》）加白蒺藜、钩藤、海风藤、草决明等。

产后失于调理，感受毒邪者：睛珠疼痛难忍，羞明难睁，热泪频流，或胞睑红肿，白睛红赤，肿胀高起，或黑睛起翳，或瞳神紧小，或黄液上冲，目力锐减，可兼见憎寒壮热，头痛身疼，少腹拒按，恶露不尽而秽臭。治宜清热解毒，养阴凉血活血。方用清瘟败毒饮（《疫疹一得》），加蒲公英、紫花地丁、五灵脂、红花等。

如属外障眼疾，可对症局部用药。

产后目病，宜抓紧时机治疗，若某些内障眼疾，延误病情，预后不佳。如《证治准绳·七窍门》云："大抵产后病宜早治，莫待其久，久则气血定而病深，治亦不易。其外证易知者，人皆知害而早治；其内证害缓者，人多忽之，此其成也，为无及之，悔者多矣。"

痘疹入眼

患痘疹时，邪毒入眼，引起白睛和黑睛的病证，称为痘疹入眼。本病名见于《银海精微》。但于《圣济总录》中已有记述，称斑痘疮入眼。又称小儿斑疮人眼外障（《秘传眼科龙木论》）、浊害清和症（《审视瑶函》）。

因患痘疹，五脏热毒；或病中饮食发物，以及辛热燥腻之品；或误投热药，毒邪自内达外，上攻于目；痘发则正气虚，或调理失宜，邪气乘虚而入，引动内热，内外合邪而致目病；亦可因痘疮抓破，或接种牛痘疫苗时，痘毒移入睛内所致。

症见白睛或睑内起泡如痘，轻则溃破愈合，能自行消退。重则于黑睛之上生星翳，由小渐大，甚者侵及整个黑睛，失治常有凝脂蟹睛，黄液上冲等症并发。

外邪引动内热者：可见红赤，黑睛生翳如星，碜痛流泪，或有寒热，舌红苔薄，脉浮数。治宜祛风清热。方用银翘散合通神散（《银海精微》）。

热毒所致者：可见白睛混赤，黑睛生翳成片，疼痛羞明。治宜清泻热毒。方用泻青丸（《原机启微》）。外用秦皮汤（《秘传眼科龙木论》）频频洗眼，或10%黄连眼药水点眼。黑睛生翳者，可配合扩瞳。

简易方：①芎枳丸：川芎、枳壳各等份，炼蜜为丸，每服二钱，日三次，茶汤送下（《普济方》）。②用车前草擂水，频频与饮下（《银海精微》）。③决明散：决明子、赤芍药各一钱半、甘草一钱，为末，每服一钱，蜜水调服（《原机启微》）。

护理：病中注意，切勿误投热药，忌辛辣燥腻之食，要寒温适宜，避强光刺眼，免风烟侵目，防止用手揉眼，以免将痘毒及不洁之物移入眼内。

痘疹余毒

痘疹之后，余毒未清，上冲眼目，发为外障或内障，统称为痘疹余毒。本病名见于《证治准绳》，但于《原机启微》中称斑疹余毒之病。《审视瑶函》中“癍疹”、“痘疹”等，也有因余毒不解，上攻于眼目的论述。

因患痘疹之后，余毒未尽，毒邪攻侵，自脏达外，发为目疾；或因余邪蕴积，肝胆热郁，清气受伤，郁闭玄腑所致。

症轻者，沙涩刺痒，眵多流泪，白睛红赤；重者羞明泪频，目疼剧烈，白睛混赤，黑睛生翳，或聚或散，或连缀成片，甚至有凝脂、蟹睛等变症。亦有目外观端好，但时见黑花，瞻视昏矇，渐致目盲，甚者视力速降，而为暴盲。本病与痘疹入眼不同。痘疹入眼者，为发痘疹之同时，眼部为患痘疹。如《银海精微》卷上谓：“疹痘入眼，疹有两分，痘疮初上皮肤之际，眼闭不开，眼上即有痘疮点在黑睛上……又有一症，痘疹之后，疮痂落净，肌体肥状，眼中忽然红涩，此乃余毒郁结于肝而发出。”

余毒稽留者：见目赤眵多，痘疹已收，身热已减，治宜清解余邪，方用泻白散（《小儿药证直诀》），加黄芩、银花、菊花、蝉蜕；若余邪尚盛，可见白睛混赤，黑睛生翳，治宜清肝泄热，方用泻青丸（《原机启微》），或谷精草汤（《审视瑶函》）。

邪热积盛，郁闭玄府者：可见视物昏渺，甚至暴盲，治宜清肝解郁，方用加味消遥散（《审视瑶函》）；如白睛红赤多眵，黑睛疼痛生翳，可用秦皮汤（《秘传眼科龙木论》）洗眼，或用10%黄连眼药水点眼，可配合扩瞳治疗。

疳眼证

小儿因疳积伤眼，初为雀目，继则黑睛生翳，甚则溃陷的病证，称为疳眼证。本病名见于《审视瑶函》。早于《秘传眼科龙木论》中已有记述，称小儿疳眼外障，又称深疳为害之病（《原机启微》）、小儿疳伤（《银海精微》）。幼儿因乳母奶水不足，或断奶之后，喂养不善，或因饮食单调，以及伤寒热病，痘疹中片面忌口等，致营养不足，精血无以化生，养目之源虚竭，因循积渐，久而成疳，攻伤眼目；或因嗜食生冷不洁之物，易于化湿生虫，积久成疳；或因久泻不止，元气损伤，而成疳眼。《原机启微》卷上谓小儿：“只气少而寒气乘之也，元气微而饮食伤之也，外乘内伤，酿而成之也。父母以其纯阳耶，故深冬不为裳。父母以其恶风耶，故盛夏不解衣，父母以其数饥耶，故饲后强食之，父母以其或渴耶，故乳后更饮之，有愚戆而为父母者，又不审其寒暑饮食也，故寒而不为暖，暑而不能凉，饮而不至渴，食而不及饥，而小儿幽玄衔默，抱疾而不能自言，故外乘内伤，因循积渐，酿而成疳也……日远不治，遂生目病。”

初起为雀目，小儿每于黄昏之后视物欠清，不敢嬉戏，比较安静，并喜早睡，眼感涩痒，频频眨动，羞明向暗，揉鼻挦发，继则黑睛两旁，白睛上有黄白色皱起，眼微红生眵，黑睛失去光泽，甚则黑睛腐烂，有凝脂，蟹睛之变，可为旋螺尖起，或睛珠枯陷。患儿形瘦腹胀，青筋暴露，毛发萎黄，易于断落，面色憔悴，或午后潮热，至夜方退，终因精气枯竭，声音嘶哑，手足俱肿而成险候。

脾胃虚弱引起者：症初起有夜盲，全身情况尚好，唯略有便溏。治宜健脾除湿。方用决明夜灵散（《原机启微》）合四君子汤（《和剂局方》），并可用苍术为末熬粥食用。

虫积成疳，疳疾攻眼者：可见羞明喜暗，干涩刺痒，目眨频频，渴而易饥，能食而瘦，合面而卧，午后潮热。治宜杀虫消疳，佐以泻肝扶脾之法。可选用消疳散（《审视瑶函》）合退翳散（《银海精微》）。

脾虚泄泻，久而成疳，疳毒攻眼者：可见腹胀下利，易饥而渴，面色萎黄，体弱瘦瘠，啼哭无力，黑睛生白翳，眵泪如糊，睑闭不开。治宜健脾消疳。方用肥儿丸（《医宗金鉴》），或参苓白术散（《和剂局方》）。

脾肾两虚者：兼见久泻不止，四肢不温，委靡羸瘦。治宜温肾健脾。方用附子理中汤（《和剂局方》）。病至后期，应与儿科共商救治之策。

外用10%黄连眼药水滴眼，不宜点用散剂。若黑睛变生凝脂翳者，见“凝脂翳”条。

简易方：①木贼草、苍术（泔水制）各一两，为末，每服二钱，茶调下，或蜜丸服（《太平圣惠方》）。②决明鸡肝散：鸡肝一具，决明子三钱，为细末，研匀，酒调和蒸熟，服之。腹胀如鼓，加芜荑末一钱；目翳膜大，加鸡内金一钱（《眼科切要》）。③二连汤：胡黄连五分，宣黄连一钱，共为末，用蜜水调服。热甚者加银柴胡一钱（《银海精微》）。

本病主要在于预防，对幼儿应护养适度，合理安排饮食，特别是对婴幼儿，饮食以多样化为宜，饮食有节，寒温适度，改变不合理的忌口，增加户外活动，多照射阳光，如发现消化不良，或有虫积，需迅速诊治，防止久积成疳。

时复证

目病发于一定季节，有过时而愈，或不治自愈，翌年再发，如此反覆的病证，称为时复证。本病名见于《证治准绳》，一般多发于春夏，天气热暖之时，于秋冬发病者较少。多因素体湿热内蕴，或有风热湿邪兼挟，正邪搏击，不得发散，应时而发；或因素体阴虚，外邪激发，至期即病。如《证治准绳·七窍门》曰：“目病不治忍待自愈，或治失其宜，有犯禁戒，伤其脉络，遂致深入，又不治之，致搏夹不得发散之故，或年之月，月之日，如花如潮，至期而发，至期而愈。”

症之轻者，眼干涩不舒，或眼痒不适，重则痒极难忍，天热更甚，眵泪较少，轻症仅白睛淡红，重者在胞睑内面

可见扁平颗粒连缀而生，或在黑睛与白睛交界之际，有褐黄色隆起，常于春暖花开时发病，至夏炎热之时病情加重，至秋凉则症情缓解，乃至消失。在秋冬发病者，一般病情较轻。亦有发则疼痛羞明，干涩眵泪，每年至期而发，或一月数发。

风热夹湿：可见眼痒如虫行，眵粘如丝，白睛红赤，舌红苔白腻，脉浮或濡。治宜祛风清热，除湿止痒。方用消风散（《外科正宗》）。

脾肺湿热：可见眼痒难忍，泪热眵稠，睑内颗粒丛生，白睛色泽污秽，甚则黑睛与白睛之际有褐黄色隆起，或可兼见身痒起疹，咳嗽气喘，小便短涩，大便干结，舌质红，苔白滑或黄腻，脉滑数。治宜清热除湿，泻火通腑。方用泻脾汤（《眼科纂要》），选加萆薢、地肤子、白藓皮之属。

亦可按发病季节不同，分别用药治疗。如病发于春，肝胆火盛者，治宜泻肝胆郁火，行滞去瘀，方用洗肝散（《古今医统》）；发于夏，心火炎蒸者，治宜清心泻火，导滞行瘀，方用洗心汤（《审视瑶函》）；发于秋，燥邪伤肺，兼热积便秘者，治宜养阴清肺，导滞散瘀，方用泻肺汤（《审视瑶函》）；发于冬，而素体肝肾阴亏者，治宜滋补肝肾，方用六味地黄丸（《小儿药证直诀》）。但《审视瑶函》谓："以上四时，虽定四方，不必拘执，仍须视其时症，诊何脏腑相克，然后加减，更变施治可也。"外用春雪膏（《普济方》）点眼，每日3次。

亡血目病

由于失血过多，引起之眼病，统称为亡血目病。于《原机启微》中已有记述，称亡血过多之病。又称伤血过多之症（《眼科纂要》）。

因亡血过多，目失所荣而为病。如《原机启微》谓："手少阴心主血，血荣于目。足厥阴肝，开窍于目，肝亦多血，故血亡目病。男子衄血便血，妇人产后崩漏，亡血过多者，皆能病焉。"或因妇女临经，经血过多，血室空虚，目失濡养；或因外伤出血过多等，均可致目中真血亏乏，化源将绝，目病即生。其症多为不能久视，久视则目珠酸疼，羞明隐涩，启闭无力，眉棱骨及太阳穴酸疼，甚则目昏不明，视力骤减。

骤然出血，见血失气脱之象者：目暗不明，面色㿠白，睑睥内及口唇淡白无华，短气少言，舌淡苔白，脉微细数，或芤大，治当急固元气，速用独参汤（《审视瑶函》），所谓血脱者益气，阳生阴长之理。继后用当归补血汤（《原机启微》）或养营汤（《眼科纂要》）加减。

若妇女临经，去血过多，两目酸痛，羞涩不爽，不喜睁眼，治拟养血益气，佐以祛风明目，用圣愈汤（《兰室秘藏》），重用白芍，加荆芥、防风、羌活。若于亡血后，阴虚有热者，视物昏矇，午后低热，手足心热，舌红苔白，脉细数，于方中加麦冬、生地黄、地骨皮等。

血虚风乘者：多在目为物伤之后，外风乘隙而入，方用除风益损汤（《原机启微》）。

若有出血性疾患者，如吐衄、便血，崩漏之类，在症之初起，应急速早治，以防出血过多而损目，是治亡血目病于未然之策。因亡血者多伤血损络，又宜酌情调补及清理余邪。饮食方面，宜忌食咸物，《素问·宣明五气》有咸走血，血病无多食咸之说。

蜡目

眼睛内寄生有蝇蛆之病证，称为蜡目。早在《诸病源候论》中已有"目蜡候"的记载，并谓："蜡目者，是蝇蛆目眦成疮，故谓之蜡目。"

多因环境不洁蝇蛆易于滋生，特别是放养牛羊等牲畜较多之地域，加之不注意个人卫生，眼部被蝇类所袭，排卵于胞睑之内，遂而孵育成蛆。其中家蝇蝇蛆症较少见，羊狂蝇因飞行速度极快，当其碰撞人眼时，可将幼虫投入结膜囊内而易引起。

症见眼部刺痒难忍，紧涩不舒，常以手揉眼，甚则羞明流泪。对本病应仔细检视目内外，特别是胞睑之内，与白睛之际，大小眦角等处，有无细小蝇蛆蠕动。一经发现立即用结膜镊子将其夹取出来。如蝇蛆活动，不易夹取时，可在局部点用表面麻醉剂地卡因，再行夹取。夹取后点用黄连眼药水。平时应注意个人整洁，搞好环境卫生，杜绝蝇蛆滋生条件，是预防蜡目发生的两个主要方面。

耳外伤

耳部遭受外力袭击而损伤的病证，称耳外伤。耳壳突出于头之两侧，故容易遭受各种外来袭击而损伤，其他部分深居于颅骨内，遭遇外伤的机会较耳壳为少，但外力仍可沿耳道而内袭，伤及耳膜。巨大暴力的袭击，出现颅底骨折时也可波及耳窍。常见的致伤原因有：①跌扑、撞击、扭捩、刀刃等，造成局部挫伤、擦伤、切伤、刺伤、裂伤等。严重者可致耳骨部损伤，或因颅底骨折，波及耳窍。②因异物入耳或挖耳，损伤耳道肌膜或耳膜，甚至伤及耳深部。③各种巨大声响，或因气压急剧变化，剧烈震荡，造成耳膜或耳深部受伤。④气候严寒可导致耳部冻伤，火热滚烫可致耳部烫火伤。

耳外伤的临床症状有轻重不同，一般可有局部疼痛、红肿、瘀肿、出血。耳深部受伤者，可有耳鸣、耳聋、眩晕、恶心、呕吐等症状。《证治准绳·疡医》卷六引刘宗厚之言："打扑金刃损伤，是不因气动而病生于外，外受有形之物所伤，乃血肉筋骨受病，非如六淫七情为病，有在气在血之分也。所以损伤一证专从血论，但须分其有瘀血停积而（或）亡血过多之证，盖打扑坠堕，皮不破而内损者，必有瘀血，若金刃伤皮出血或致亡血过多，两者不可同法而治。"并引《伤损论》，谓："夫伤损必须求其源，看其病之轻重，审其损之浅深，凡人一身之间，自顶至足有斫伤、打

伤、跌伤及诸刃伤者皆有之……为医者当循其理治之。”其所提出的外伤辨证施治原则，也适用于耳外伤。所谓循其理者，即外伤之证，必须着重外治，有瘀者散瘀，出血者止血，有皮破肉损者，必须尽早连接，创伤血已止而创面清洁者，用生肌长肉之药，伤面染毒腐烂者，宜拔毒去腐生肌之药。

内治：根据病情，选用攻下逐瘀，或渐消缓散，或先攻后补，或攻补兼施的原则。如攻下逐瘀法，用于耳外伤初期肿痛明显，血脉受伤，恶血留滞，壅塞经道而体质壮实者。活络消瘀法，用于耳外伤中后期，气滞瘀积，肿痛尚未除者。清热凉血法，用于跌扑损伤而引起血热妄行之证。安神止痛法，用于颅骨受伤而烦躁不安，疼痛不止者。补气养血法，用于伤后气血亏损者。

耳壳外伤

耳壳遭受外来袭击而损伤，称耳壳外伤，是耳外伤中最为常见的一种。致伤原因有跌扑、撞击、扭捩、刀刃等。除意外事故造成损伤外，用手掌击打耳部或用手指捏扭耳壳而造成者，也属临床常见。耳壳是由皮肤包裹软骨而成，肌肉少，其经络血脉都较表浅，一旦受损伤，则气血瘀阻，经络闭塞，其疼痛较甚。耳壳外伤在症状上可分为：

耳郭瘀肿：伤后表皮未破，但深处血脉出血，血聚于皮下，呈现皮下瘀血斑块，积血多者，可呈半圆形紫色肿块。局部并见疼痛、触痛。

耳壳断离伤：因暴力使耳壳完全从头部附着处全部断离脱落的，亦有耳壳上断下连或下断上连的部分断离。治疗上，以外治为主：①耳壳有伤口者：首先清理局部创面，不能残留污垢血迹，严格消毒，防止染毒成疮，遗留后患。②耳壳瘀肿者：局部外敷消瘀止痛膏或双柏散，以达到活血消肿，祛瘀止痛目的；血肿较甚，早期可用三棱针刺穿或用粗针头抽吸排除积血，再敷双柏散，并加压包扎，以防血肿再次形成；若血肿已凝结成块，可手术切开取出血块后，缝合伤口，再行压迫包扎。③皮破伤口出血者：在清理污垢血迹后，即进行止血，伤口小者可外敷八宝丹，以止血及生肌收口。如伤口出血量多，伤口较大，可用止血散，并加压包扎止血。④耳壳断离伤者：《证治准绳·疡医》卷六中提出：“凡耳斫跌打落，或上脱下粘，或下脱上粘，内用封口散搽，外用散血膏敷贴，及耳后看脱落所向用鹅翎横夹定，却用竹夹子直上横缚定，缚时要两耳相对轻缚住。”对部分断离者，在严格清洁消毒下，可考虑用此法治疗，若已全部断离，宜用缝缀手术治疗。

内治：宜行气活血，散瘀止痛。有瘀血及血肿者，可用复元活血汤以行气活血、散瘀消肿为主；出血较多者，可用当归补血汤以活血散瘀，养血生肌为主。为了预防染毒成疮，上方可选加清热解毒药物，如山栀子、蒲公英、芙蓉叶、黄柏、黄芩、黄连等。

耳膜损伤

耳膜遭受外力袭击而破裂，称为耳膜损伤。因耳膜菲薄，微细的外力，也可使之破损，故耳膜损伤是耳外伤中常见的一种。导致耳膜损伤破裂的原因有：挖耳（取耵聍或异物）不慎刺伤耳膜；因爆炸时产生巨大声响或气浪，进入耳内，震伤耳膜，引起破裂；航空或潜水时，因外界压力急剧改变，耳膜内外所受压力不平衡，引致损伤破裂；误用腐蚀性药物入耳，以致烧灼损伤；颅底骨折时，波及耳窍，以致耳膜破裂损伤等。

耳膜损伤后，患耳深部疼痛，同时伴有耳鸣、耳聋之症，有时也会出现短暂的眩晕。若因颅底骨折而并发耳膜损伤者，因全身症状严重，可有昏迷、瘫痪、抽搐等症，因而掩盖了耳部的症状。检查时可见耳膜出血或有血痂、血斑。耳膜破裂穿孔，裂孔的形态及部位，视损伤原因而异，直接损伤者，撕裂孔多在耳膜后下方，呈不规则形。间接损伤者，多在耳膜中央，裂孔形态不一。听力减退程度，也常和损伤原因有关，直接损伤者，多只伤及耳膜，耳聋程度较轻；间接损伤者，多因伤及耳深部，故耳聋较重。

耳膜损伤的处理，一般以外治为主。应注意耳道及耳膜的清洁消毒工作，对耳道上的血痂或血块，用消毒的棉签将其抹去或用镊子钳去，外耳道破损，可用少量清热解毒的油膏如黄连膏外涂，以防染毒。对附着在耳膜上的血痂，一般不必清理，候其自然脱落。血痂遮盖于穿孔处，有利于耳膜愈合。若血痂脱落，耳膜的破裂孔不大，亦可由其自行愈合。耳道口可用消毒棉球堵塞，防止污物进入而染毒发疮。耳膜穿孔而无染毒者，切勿滴药、吹药及灌洗。

内治：宜行气通窍、解毒散瘀，选用复元活血汤加减。若伴有较重的耳鸣、耳聋、眩晕等症状者，宜用镇静安神、活血通窍药物，方如酸枣仁汤加牡蛎、红花、石菖蒲等药；若耳膜损伤而已染毒化脓者，当按脓耳处理，着重于清热解毒、消肿排脓；若因颅底骨折而并发耳膜损伤者，应由脑外科处理，耳局部的处理可依上述原则。

此外，应着重于宣传教育预防耳伤的重要性及方法，不应用手掌击打耳部，要戒除挖耳的恶习；在进行爆破工作时，应戴上护耳器；若遇意外的爆炸时，宜速张口及用双手掌进行护耳。

耳窍深部损伤

颅骨损伤，波及耳窍，而致的耳窍内出血、渗液，称为耳窍深部损伤，是外伤的危重症候之一。《伤科补要》卷二有“外皮未破，而骨已碎，内膜已穿，血向内流……顶骨塌陷，惊动脑髓，七窍出血，身挺僵厥，昏闷全无知觉”的损伤重症的描述。所谓“内膜已穿”、“七窍出血，”即是颅

骨损伤波及耳窍，引起耳窍出血、渗液的表现。损伤初期，即有听力障碍，或有眩晕、恶心、呕吐、面瘫等症出现，同时耳道流出血液或红色水液，其后由于出血停止，则流出清水样液体，其量甚多。检查时可见耳膜破裂，耳道有血液或红色水液由耳膜破裂处流出。也有耳膜未破，但呈深蓝色，耳膜微向外突出者，此是损伤后血液停积于耳膜后方的表现。

本病多由暴力撞击头部或由高处坠下而致。与耳膜受直接损伤而破裂出血者不同，本病伤势沉重，病位在颅底骨部，全身症状较明显及严重，甚至可危及生命，而耳膜受直接损伤致破裂出血者，病情较轻，一般无全身见症。本病主要应由脑外科及时处理，以免延误治疗时机。耳局部的处理，见"耳膜损伤"条。用消毒棉签将耳道内的血液或水液拭抹干净，并用消毒棉球堵于耳道口，但不宜堵塞过紧，且应经常观察耳道内血液、水液情况，如有血液、水液积聚，则应予清除干净。耳道不要吹、滴药物。若血液积于耳膜后方，耳膜未破裂者，一般不宜切开引流或穿刺，可于耳道口处堵以消毒棉球，防止污物进入耳道。检查及处理时，要注意动作轻巧，不要随意转动患者头部，禁止患者擤鼻涕，以免引起耳窍内染毒成脓耳或其他严重症候。

内治：症见出血渗液者，宜滋养阴血，止血止渗，可服胶艾汤；若血止液停，服用当归补血汤以活血散瘀，养血生肌；若患者烦躁不眠，心悸怔忡，可服天王补心丹以清热除烦，养心安神，或服酸枣仁汤；神昏者，服苏合香丸以开窍辟秽，行气解郁，清心解毒。

耳壳冻疮

耳壳受冻后，局部肿起，呈红紫疙瘩，痒痛难忍，甚则溃烂者，称为耳壳冻疮。冻疮是冬季严寒时节的常见疾病，因耳壳位于人体裸露部位，如护养不周，则易受寒气侵袭，以致气血凝滞，血脉不通，甚至皮肉伤败。《外科大成·冻疮》谓："冻疮者，由寒极气凝，血滞肌死而成也。"若受冻之后，护理不当，如即入热室，或近炉火烘烤取暖，或用热手猛烈揩擦取暖者，每因冷后骤热，阴阳不和，气血错乱，以致加重病情。冻疮，又称冻风，《外科正宗·冻风》卷七十八谓："冻风者，肌肉寒极，气血不引，谓肌死患也。初起紫斑，久则变黑，腐烂作脓者。"指出冻疮的病因病机及主要症状。

症见有轻重不同。轻者，局部有大小不等、高出皮肤表面的肿块疙瘩，色暗红或青紫，局部先为麻木冷感，继则发痒、发胀、有潮热感，尤其遇热（如睡在温暖被褥内时）更觉奇痒难忍。重者，于紫黑色的肿块上发生水泡，抓破水泡，则易染毒化脓，疼痛异常，疮口缠绵，每必至春暖季节，方能收口自愈，第二年冬季，原患处遇冷时，往往又易复发。

对本病的治疗一般以外治为主。应注意，在耳壳受冻之后，不可立即近火取暖及用热水烫洗，如《外科大成·冻疮》所说："冻疮……切忌火烘汤泡，犯之则肉死。"可先用雪团置患处轻轻揉擦，或用冰块、绢包溻之，使冻僵疙瘩缓缓消散。也可用辣椒煮水微温浸敷，或取生姜汁涂敷患处，或用辣椒酒（辣椒泡于白酒内）敷，以温经散寒，活血通脉，可使患处僵木消失和恢复温暖。若冻处已溃烂、疼痛者，可用马勃敷贴，或用生肌玉红膏涂敷，以活血散瘀，去腐生肌，亦可用珠黄散掺搽，以清解邪毒，祛腐生肌。电磁疗法对本病也有较好效果，可将两个特制小磁铁，用胶布粘贴于患处两侧，并接上磁疗机或半导体治疗机，通电治疗，每日1次，每次15—20分钟。

内治：宜散寒活血，温通经脉，用当归四逆汤加减。若紫肿不消，宜活血祛瘀，养血通络，用桃红四物汤加减；若气血衰弱者，宜调补气血，养营通络，用人参养营汤加减。

此外本病要着重预防，须普及预防冻伤知识，改善必要的防寒设备，在寒冷环境下工作，要戴保温护耳罩。对于曾患冻疮者，尤须预先做好防备，如在大暑天，用独胜膏敷擦冻疮发作之处。

耳部烫伤

耳部受沸水、滚油、热粥、蒸气、化学药品、烈火、电灼等损伤，称为耳部烫伤。耳部烫伤常因意外事故而致，正如《外科正宗》卷六十一所谓："汤泼火烧，此患原无内症，皆从外来也"。单纯局限于耳部的烫伤较少，多并见于头面部烫伤。临症有轻重不同。

轻症：伤区较小，仅在耳壳，其伤势表浅，伤在皮肤，未深及肌肉，症见皮肤潮红疼痛，或发生水泡。耳壳烧伤，以凸出部位较重，烫伤则以凹陷部位为甚，数日后，伤皮脱落，露出红肉渐干而愈，可无全身症状出现。

重症：伤面较广，超出耳壳，深伤肌肉及筋骨经脉。若为烫伤，即起水泡，脱皮呈暗红色，重则皮塌肉烂；火灼伤，则皮焦肉卷，流溢脂水，臭腐难脱，呈褐红色溃疡坏死。患者因伤势较重，疼痛较剧烈，愈后多留有畸形。烫伤面大而深，感染邪毒，火毒炽盛可致内攻，出现火热伤阴，症见发热，烦躁，口干，小便短赤，舌质红绛，脉大弦数等。

治疗：与其他部位烫伤一样，着重外伤，伤处应迅速进行处理，常用方法有：①用2%黄连或黄柏液，或金银花、甘草煎水洗涤伤面，以清热解毒，清洁伤面。②用陈旧石灰水湿敷，或涂万花油、清凉膏以解毒除腐，促进伤面愈合，多用于烫伤。③地榆末加大黄末等量，麻油调成糊状，外敷患处，以清热凉血，收敛生肌。多用于火伤。④鸡蛋清一只，加10%蜂蜜及少许冰片拌匀搽涂伤处，以清热解毒止痛。⑤伤面渗液出水，可选用九一丹、三石散等，撒于伤面，以解毒、收敛。用生肌玉红膏或黄连膏涂敷，以解毒止痛，去腐生新。

内治，若烫火伤严重，以致火毒内攻伤阴者，选用四顺清凉饮或黄连解毒汤加生地黄、玄参、知母。以泻火解毒，凉血润燥。如烦躁不安，加酸枣仁、柏子仁、莲子心，如伤者体质素虚，加党参、山药、枸杞子等以补气养血健脾。

异物入耳

外来物体误入耳窍，称异物入耳，或称外耳道异物。古人对本病异物的种类及治疗方法有较完整的记述，根据进入的物体不同，而有诸物入耳、百虫入耳、飞蛾入耳等名称。如《肘后备急方》卷六有"百虫入耳，用好酒灌之起行自出"。又方：闭气，令人以芦吹一耳。"《备急千金要方》卷六下记有治耳内异物八法，《外台秘要》卷二十二治耳内异物有十多种方法。

异物入耳的发生，常见于儿童嬉戏时，将玩物塞入耳内，或因耳痒难忍，而用木棒（火柴梗）挖耳断入耳内，或劳动时谷物等弹飞入耳，偶有昆虫飞入或爬入耳内，形成异物者，癫狂病（精神病）患者也有将异物塞入耳内者，另外，尚有行耳道治疗时，将纱条、棉条等遗留耳道内太久，致成此病者。根据异物的性状不同，症状也有不同：①昆虫类：如虫、蚁、蝇、跳虱、臭虫、蚊等。因其入耳后不停活动，可产生耳痛、耳鸣，致使患者焦急，烦躁不安，刺激耳膜可产生擂鼓样响声。②植物类：如稻谷、麦粒、豆粒等。因其易膨胀，故在损伤耳道或遇潮时，可堵塞耳道，产生耳聋、耳痛等症状。③金属矿物类：如铁弹、圆珠、砂石等，若为细小异物可不产生症状；若为尖锐之物，则可损伤耳道；过大之异物也可嵌于耳道峡部，使症状加重。④其他：火柴梗、纱条、纸团等，可存于耳道很长时间，也有因异物刺激，使分泌物积聚，堵塞耳道，产生耳鸣、耳聋。

本病的治疗，历代文献有不少记载，如《证治准绳·杂病》："治耳中有物不可出，以麻绳剪令头散，傅好胶，着耳中，使其物粘之，徐徐引出。"《外台秘要》卷二十二在疗百虫入耳方中，以"苦酒渍椒灌之"及"温物灌耳中"等方法。临症时应辨清异物性质及其在耳道的不同位置，采用适当方法治疗。昆虫类，可用香油（也可用菜油等其他植物油）、酒精、乙醚等滴入耳内，使其丧失活动能力，甚至死亡，再设法取出或冲洗出，也可用诱出法，如《外科正宗》提出："有虫夜间暗入者，切勿惊慌响叫，逼虫内攻，宜正坐点灯，光向耳窍，其虫见光自出，对面有人见，其虫不出。"如为圆形异物（如豆类、铁珠等），应用耳钩将其钩出，不可用镊钳取，否则可使异物滑向深部，损伤耳膜。如遇水易膨胀或起化学反应之异物（如石灰）则忌用水冲洗。当异物嵌于耳道峡部，或多角形异物嵌于耳之深部，不能用常法取出者，可行外耳道切开，以取出异物。异物取出后，外耳道应保持干燥与清洁，以防外耳道损伤而染毒。

耵耳

耵聍过多，堵塞耳道而引起的病证，称为耵耳。相当于现代医学所称的耵聍栓塞。《灵枢·厥病》中谓："耳中有脓，若有干耵聍，耳无所闻也。"这是有关耵耳的最早文献记载。《诸病源候论》称本病为耳聤聍。耵耳症见为耳道堵塞感、耳鸣、耳聋、耳痛等，甚至可并发耳疮、脓耳等。检查可见耳道内有深褐色或黑色硬块，或呈软蜡样或果酱样的耵聍堵塞耳道。

耵聍系耳道皮内泌渗的津液，可粘附进入耳道的粉尘异物，并借张口、咀嚼等动作，而排出耳道外，故对耳道有保护作用。若耵聍分泌过多，或耵聍在耳道堆积过久，则结纽成硬核状，阻塞耳道，出现耳道堵塞感及耳鸣、耳聋、耳痛等症状，即成为聍耳。《诸病源候论·耳聤聍候》谓："耳聤聍者，耳里津液结聚所成，人耳皆有之，轻者不能为患，若加以风热乘之，则结鞕成丸核，塞耳，亦令耳暴聋。"此处"轻者不能为患"，指耵聍尚未成栓塞或虽有耵聍栓塞而无任何症状者，常在体检时发现，或因耵聍遇水膨胀，出现堵塞症状，或患者挖耳，引起疼痛而就诊。

本病的治疗，主要是是用耳镊或耳钩将其取出。若耵聍大而坚硬，难以钳取者，则不宜强取，以免引起耳道或耳膜损伤、疼痛。《外台秘要》卷二十二载有"耳干耵聍不可出，捣烂自死蚯蚓，取汁灌耳，不过数灌，即挑出之"。或可用核桃油、石蜡油及其他植物油等滴耳，每日3—4次，或更多次，使耵聍软化，然后取出或冲洗出。若合并感染，按耳疮论治。对有脓耳病史或耳膜穿孔者，忌用冲洗法。戒除挖耳习惯，以免耵聍分泌增多，是预防耵耳的基本措施。

旋耳疮

旋绕耳部而发的疮疡，称旋耳疮。多发于耳后缝及耳摺上下、耳道、耳壳周围。又名黄水疮、月蚀疮、痤痱疮、鸦啗疮、耳镟疮等。《诸病源候论·月食疮候》谓："月食疮生于两耳。"《外科医案汇编》卷一谓："耳后缝间皮色红裂，时出黄水津津，名为旋耳疮。"《外科正宗·黄水疮》亦谓："黄水疮于头面、耳项忽生黄色、破流脂水，顷刻沿开，多生痛痒。"与外耳道及耳壳湿疹相似。本病的病因是风热湿邪毒侵袭。可由脓耳之脓液浸渍，腐蚀肌肤或他部黄水疮波及蔓延至耳部而生，亦有因先天禀赋不足，接触某些物质而诱发，或肝胆湿热兼夹风邪上蒸耳窍而成，成久病不愈，过服寒凉，损伤脾胃，或素体脾虚，脾失健运，气血生化之源不足，血虚生风化燥，耳部肌肤失于滋润所致。

症见耳道、耳壳及周围之皮肤潮红，起小丘疹及水泡，搔破后流黄色脂水，糜烂，黄水淋漓，或结成黄色痂皮，有灼热和痒感。其风盛者，则痒不可忍，于夜间为甚，

影响睡眠。其湿盛者，则以糜烂、灼痛、黄水淋漓为主。婴儿因脏腑娇嫩，形气未充，受肝胆湿热下扰，可有发热、烦躁，睡眠不安等症。反复发作，久病不愈者，耳道、耳壳及周围皮肤增厚、粗糙、上覆痂皮及鳞屑，皲裂，耳后缝间裂开如刀割之状，作痒，可伴有面黄，食少，身倦乏力，舌淡，苔白，脉细缓等全身症状。

本病的治疗，一般以外治为主，若病情较重或全身症状明显者，可内外兼治。外治：保持患部清洁，有干痂者，可选用清热解毒，除湿止痒的药物，如花椒叶、桉树叶、桃叶等适量煎水外洗；或用菊花、蒲公英各60克煎水，微温外洗患部并湿敷；黄水淋漓者，可用柏石散、青黛散，用麻油调搽，以清热除湿收水；红肿焮痛，瘙痒，出水者可用三黄洗剂，或黄连膏，或黄连油混悬液外搽，以清热解毒止痛；皮肤增厚、粗糙者，可选用紫连膏、碧玉散、三石散、穿粉散或紫草茸油外搽，以滋润肌肤。

内治：宜以清热利湿，疏风止痒为主，选用萆薢渗湿汤或除湿汤加减。若湿热盛者，用龙胆泻肝汤以清热解毒利湿，酌加金银花、菊花、蒲公英等；若风盛者，配入防风、苍耳子；若脾虚者则宜养血润燥，健脾化湿，选用参苓白术散合四物汤加减。

另外，患病期间，应忌食鱼虾、辛辣等；要注意耳局部的清洁卫生，避免用手搔抓患处加重病情。有脓耳者，要进行积极治疗，以免脓液流出，污染耳周，引发本病。

耳壳流痰

以耳壳肿起而皮色不变，不热不痛，穿刺有黄色粘液，抽后肿消，不久又复肿起为特点的耳壳疾患，称为耳壳流痰。古代医学文献无耳壳流痰的病名及描述。按流痰、流注、痰核、痰包等病论治。相当于现代医学的耳郭假性囊肿。常因脾胃虚弱，痰湿内生，加之风邪外犯，挟痰湿上窜耳壳，痰浊凝滞而为肿。风邪为病善走头面，善行数变，故耳壳发病突然，其胜则痒；痰浊属阴邪，性凝滞，故结而为肿，肤色不变，不红不痛，络脉受阻则麻木。痰郁化热，或邪毒内侵时，则肿胀疼痛明显。

其症多为偶然发现，耳壳局部肿起，肤色不变，肿块大小不一，有麻胀感，微痒，按之柔软，无压痛，无热感，舌苔微腻，脉缓或带滑。

治宜疏风通络，祛痰散结，方以二陈汤加广地龙、丝瓜络、当归尾、丹参、郁金、柴胡等。若见纳食欠佳，苔腻者加砂仁、白术、神曲、山楂等，以健脾行气消食；耳痒甚者加苦参、僵蚕以祛风止痒。若继邪毒加侵或痰郁化热者，则以清热解毒、渗湿消肿为治，用五味消毒饮加薏苡仁、茯苓、萹蓄、车前草、穿山甲、皂角刺、郁金等。局部红肿明显，并见口苦咽干、面红目赤、脉弦者，加龙胆草、芙蓉叶、柴胡、黄芩，以清肝胆之火；若便秘溲赤者加大黄、芒硝以通腑泄热。

局部可用冲和散米醋调匀，敷于患处，以湿为度，每日更换，有疏风消肿、软坚祛痰之效。也可用玄明粉溶液湿敷。或用注射针将肿胀内液体抽出，加以压迫包扎，或用磁铁异极相对贴敷，或用艾条悬灸至局部皮肤红润有灼热感。穿刺抽液，应严格消毒，一般不宜切开引流，以免染毒而转为断耳疮。对肿块不宜反覆揉按，以减少机械性刺激，使肿块不致扩大。

耳疔

生于外耳道的疖肿，呈局限性突起如钉状，称为耳疔。亦名肾疔，黑疔，黑靥疔。《医宗金鉴·外科心法要诀·疔疮》谓："疔者如钉丁之状，其形小，其根深，随处可生。"多因肝胆湿热，循经上蒸，结于耳窍，气血失和，逆于肌肤，血凝毒滞而成，或因挖耳损伤耳道，风热邪毒乘虚而入，或因污水入耳，脓耳之脓液浸渍，染毒而诱发。《诸病源候论·丁疮候》谓："丁疮者，风邪毒气于肌肉所生也。"

症见耳部疼痛，逐渐加重，入夜尤甚，于张口、咀嚼、牵扯耳壳或压迫耳屏时疼痛加剧，耳前后及耳下有臖核肿痛。《外科大成·黑疔》谓："黑疔生于耳内一点，疼如锥刺，痛引腮腑。"检查见外耳道皮肤红肿，突起如椒目样，疮头单个或多个，或彼愈此起，疮顶溃后，流出少许黄稠脓液，有时稍带血丝。全身可有恶风、发热、头痛、周身不适、舌质红、舌苔薄黄或黄腻、脉浮数或弦数等证。正如《证治准绳·疡医》卷三所谓："耳中生毒何如？……若寒热大作，痛楚难禁者，疔也。"

本病治疗，初起宜疏风清热，解毒消肿，选用五味消毒饮或柴胡栀子散加减。肿胀较甚者，宜清利湿热，解毒消肿，选用龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减；脓已成而未破者，加皂角刺、穿山甲，或用仙方活命饮。

外治：①初起用黄连滴耳液滴耳，或黄连膏棉条涂敷于耳道，或紫金锭磨水涂搽，以清热解毒消肿。②对耳前后肿大之臖核，可用紫金锭磨水外搽，或用金黄膏外敷。③疖肿已成脓者，可切开排脓，或挑破脓头，放出脓血，后敷黄连膏，或敷九一丹以拔脓生肌。

针灸治疗：此外，肿胀疼痛时，可针刺合谷、内关、少商等穴，以疏通经脉，泄热止痛。

护理：应保持外耳道清洁。如疖肿已溃，应经常清除脓液，以利脓液排出。

耳疮

生于外耳道的疮疡，称为耳疮。其特征为耳道弥漫性红肿，或皮肤增厚，是耳科常见病，与外耳道炎相似。病因病机与耳疔大致相同，多由肝胆湿热上蒸，气血凝滞，或水液浸渍，染毒而生，或肾阴虚，阴精亏损，无以制火，虚火上炎于耳窍而致。属肝胆湿热者，症见耳部初起焮痒，继而灼痛，轻度听力障碍。检查见外耳道轻度红

肿，表面潮湿有粘液，且带臭味。严重者皮肤红肿剧烈，耳道狭窄，甚或阻塞，表皮溃烂，脓液较多，并可延及耳壳。全身可有发热，口苦咽干，溲黄，便结，舌红苔黄腻，脉弦数等症。如属虚火上炎，则见耳痒微痛，外耳道皮肤增厚，脱屑，有少许渗出液，耳道变窄，日久不愈。多兼有腰膝酸软，多梦遗精，口干，五心烦热，舌红无苔，脉细数等症。内治，若肝胆湿热者，宜清肝胆湿热，以龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减；属肾阴虚者，宜滋肾祛风，以知柏地黄丸加白蒺藜。外治，若红肿、溃烂，脓液较多，应清洁外耳道，并选用三黄洗剂、黄连膏或黄连油混悬液外搽，以清热解毒止痛。若耳痒，皮肤增厚，脱屑，可选用紫连膏、碧玉散、二石散、穿蛤散或紫草茸油外搽，以滋润肌肤。

耳根毒

生于耳后或耳下部的痈毒肿疡，称耳根毒，又称耳根痈、耳后疽、耳后附骨疽、夭疽锐毒等。多为脓耳的合并症，由脓耳之毒邪深入，脓液流窜，犯及耳后完骨而致。其特征为耳后完骨处疼痛，红肿，肿势渐增，溃破流脓。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："耳根毒初痰核形，肿如伏鼠焮赤痛，三焦风火胆怒气，暴肿溃速非疽痈。"与现代医学之耳后骨膜下脓肿相似。本病由手、足少阳经之风热上攻，结聚耳后而成，或因脓耳，火热邪毒炽盛，犯及完骨，加以肝胆湿热上蒸，血热肉腐，骨质溃破成痈。

症见一侧耳后完骨处肿起疼痛，压痛，焮热，逐渐增大，状如伏鼠，耳壳常被推向前外方，数日之后，脓已成则有波动感，溃后流出脓液。因其多为脓耳合并症，故常见耳膜穿溃，耳道有较多脓液流出，听力减退。全身可有畏寒发热，头痛口干，大便秘结，溲黄，舌质红，苔黄燥，脉数等症。若体虚气血不足或治疗不当，邪毒不清，溃口经久不愈，脓水常流，则可形成耳后瘘。本病应与耳疖鉴别。耳疖，也可见耳壳后沟及耳后完骨部皮肤红肿，颇似耳根毒。但耳疖者，牵扯耳壳、按压耳屏、张口、咀嚼时疼痛加剧，耳后完骨处虽有红肿而压痛不明显，并且外耳道局部突起如椒目状，有触痛，虽可溃破流脓，但脓量少，耳膜完好。

本病的治疗，内治宜泻火解毒，祛瘀排脓，可用仙方活命饮加减。若火热壅盛，红肿痛较甚，加龙胆草、栀子、蒲公英等以加强苦寒泻火；大便秘结者加大黄、芒硝，以利腑通便；已成脓但未穿破或流脓不畅者，可服透脓散，脓液多者去皂角刺、穿山甲，加桔梗、薏苡仁；溃口久不愈者，宜补益气血，托里排脓，去腐生肌，选用托里消毒散。外治，初起耳后、耳下肿胀，可用如意金黄散、紫金锭调敷，或用羊蹄草、芙蓉叶捣烂外敷，以清热解毒消肿。如按之有波动感，为脓肿已成，应于术切开排脓，并彻底根治脓耳。如《疡医心得集》卷上指出："耳内有脓时，……脓不外泄，热毒即循络外达，绕耳红肿，则发外耳痈矣，必须开刀泄脓方愈。"

耳痒症

以耳内奇痒为主要症状的病证称为耳痒症。类似现代医学之外耳道真菌病。本病多发于春夏之间，天气潮湿炎热之时，及久居湿地之人。多由风挟湿热邪毒，侵于耳部肌肤而致。或因肾虚，兼以风毒侵犯为患。

症见耳内奇痒，往往使人摇头搔耳，难以忍受，常要挖耳，可兼有耳内闷胀感，耳鸣及听力障碍，检查见外耳道有灰褐色痂皮堵塞，上有白色、黄色或灰褐色丝状发霉物质，将其除去，则见皮肤潮红，或有糜烂，少许脓汁。

治疗上重在局部清洁，宜将耳道内之痂皮及霉状物质清除干净。再用75%酒精擦洗及滴耳，或用蜀椒12克，泡于30毫升芝麻油内，10日后取药液滴耳，每日3—5次。或用胡桃肉煨熟，塞耳中，或用新鲜川乌，削如枣核大，尾部穿一线，乘湿塞耳中，将线头留于耳外，以便取出，日换数次。症情较重者，可配合内治。有口苦，咽干，急躁心烦，舌红，苔黄腻，脉弦数者，为肝经湿热，宜清利湿热，祛风止痒，选用清肝汤加龙胆草、车前子、地肤子等。若兼耳鸣、耳聋，目眩头晕，腰膝酸软，脉细弱，属肾虚风毒上攻者，宜固肾祛风止痒，选用透冰丹、黄芪丸或玄参贝母汤等。

此外要戒除用手指挖耳的习惯，若有水进入耳道，宜用消毒棉签拭抹干净，不使水湿浸渍而染毒，是预防本病的一个重要方面。耳科使用的器械，如耳镜、耵聍钩，要注意消毒，以防污染他人。

耳瘘

发生于耳前或耳后等部位的瘘管，称为耳瘘。发于耳前者，称耳前瘘；发于耳后者，称耳后瘘。耳前瘘，可在一耳或双耳之耳轮脚前方或耳垂、耳壳处，见一个或多个瘘口。未染毒的耳前瘘，一般无自觉症状，只在挤压时有少量稀薄粘液或豆腐渣样物，自瘘口溢出，微臭，用探针探之，内有管道，通向周围或深处。若因感染风热邪毒，则局部化脓红肿、疼痛、溃脓，愈后结疤，但常反覆发作。此证多属先天性。耳后瘘，多因耳根毒治疗不彻底，或体虚，气血不足，邪毒去之不尽，溃口经久不愈而成。可见耳后完骨处有瘘口，经常渗溢清稀脓液，瘘口难以愈合。

未经感染的耳前瘘，一般不需治疗，只须注意局部清洁，防其发作。若因染毒而局部红肿疼痛者，则宜清热解毒消肿，选用柴胡栀子散或五味消毒饮加减。若因体虚，耳前或耳后瘘口，渗脓清稀，瘘口不愈合者，宜补益气血，托毒排脓，生肌敛口，选用托里消毒散、神功内托散、四妙勇安汤或用阳和汤以温阳通络，活血消疽。亦可配合手术治疗，切除瘘管，或用挂线方法，去除瘘管。

耳胀痛

因邪毒侵袭而致耳内胀闷堵塞感、微痛不适，并有耳鸣、听力下降的病证，称为耳胀痛。类似于现代医学之急性卡他性中耳炎。

症见耳内胀闷、微痛，耳鸣，听力减退，呈传音性耳聋，而听自己说话的声音反觉声响。检查见耳膜向内陷入，色微红，耳膜后或见一水平暗影，随头位变动而移动，也有耳膜微向外突起者。

本病的病因是风寒、风热或湿邪侵袭，循少阳经脉上壅清窍，或因经脉受阻，气机不利，湿邪（内湿或外湿）滞留清窍，致耳内胀痛，外音不达耳窍。按其病因及症状不同，可分为风邪袭耳与湿滞清窍两型。

风邪袭耳：起病急，耳内突发胀闷堵塞感，微痛，继之听力减退，听外声不甚真切，如声在远而细，但听自己说话的声音却倍觉大声，伴有耳鸣，如闻风声或机器声。并多有发热，恶寒，关节酸楚，鼻塞，流涕，头痛，苔薄白，脉浮等表症，检查见耳膜内陷，呈淡红色，治宜疏风通窍法。若症见发热重，微恶风，耳胀痛明显，脉浮而数，苔薄白或微黄，为风邪挟热之象。宜用散风热，开痰解郁之剂，选用银翘散加石菖蒲、辛夷花等以疏风清热通窍。若见恶寒重，发热轻，关节酸楚，耳胀闷甚，脉浮而紧，苔薄白等，为风邪挟寒，宜疏风散寒通窍，用辛夷散加苍耳子、石菖蒲。兼见咽痛、咽干者，加桔梗，并选用荆芥、防风、麻黄等以散寒邪；如因风邪外袭，致肝胆经气不舒，郁而为热，瘀塞清窍者，症见耳内胀闷，时轻时重，急躁易怒，头痛，目眩，苔黄腻，脉弦数，治以疏肝清热开窍，方用逍遥散加木通、薏苡仁、黄柏、龙胆草、石菖蒲等。

湿滞清窍：外受湿邪或内生之湿，滞留清窍而致。症见耳内胀闷症重而持续，耳鸣，听力明显减退，检查见耳膜稍内陷或外突，耳膜后有橙黄色水平暗影。治宜利湿通窍，以四苓散加薏苡仁、通草、车前草、石菖蒲等，或加入杏仁、紫菀等以宣肺，开上源之水道。若见耳胀痛甚，中耳积液多，耳膜外突，苔黄腻，脉滑等有湿从热化趋势者加入金银花、连翘、生地黄、黄芩、滑石、萹蓄等清化湿热之品。若见食少腹胀，完谷不化，乏力少气，舌胖苔腻，脉细弱等脾不化湿者，宜健脾利湿通窍，以四君子汤合四苓散加减治之，若见口苦，咽干，发热，脉弦数，苔黄腻等肝胆湿热之症者，宜清肝胆湿热通窍，以龙胆泻肝汤主之。

外治：可用田螺冰片液或黄连滴耳液滴耳，继用中草药渣作耳部湿热敷。

针灸治疗：选穴听宫、听会、耳门、耳中穴等，每次1—2穴，针刺泻法，有减轻耳鸣及胀痛的作用。《灵枢·刺节真邪》谓："刺邪以手坚按其两鼻窍，而疾偃其声，必应于针也。"系用针刺和捏鼻鼓气配合，以通达耳窍，治疗本病。《疡医大全·耳聋门主方》也载："诸药不效，惟静坐闭气一口，捏住鼻头……气行即通。"即与现时咽鼓管自行吹张法同。行此法时，应注意先予清洁鼻腔，若鼻涕多者，禁用此法。另外，可行导引法，用示指或中指压住患侧耳屏，随按随放，连续进行，借以活动耳膜。亦可用鼓气耳镜进行，但注意不可用力过猛。

预防：感冒后禁止用力擤鼻，以免邪毒循窍进入咽鼓管。鼻涕多时，将鼻涕吸入口咽，然后吐出，或压住一侧鼻孔，让对侧鼻涕擤出，两侧交替进行。

耳闭

耳内胀闷如物阻隔，日久不愈，清窍闭塞而难闻五音者，称为耳闭。耳闭之名，出于《素问·生气通天论》，该书谓："耳闭不可以听。"多由耳胀痛治疗不彻底，演化而成。与现代医学之慢性卡他性中耳炎相似。因脾气虚弱，水谷精微无以上输清窍，以致邪毒滞留，久而不清所致。根据局部结合全身辨证，可分为三型。

邪毒滞留清窍：耳胀闷日久，听力减退，时伴耳鸣，脘腹胀满，纳食不馨，肢体倦怠，痰多，舌淡，苔腻，脉濡或滑。检查见耳膜增厚、混浊、内陷。治宜健脾祛邪通窍。方用参苓白术散加藿香、佩兰、石菖蒲等。若见少气乏力，动辄汗出，咳嗽痰稀，为气虚挟痰者，可用参苏饮主之；若见脾虚湿滞者，则以平胃散加半夏、薏苡仁、杏仁、柴胡等以燥湿健脾化痰。

气血瘀阻，清窍久闭：耳闭塞日久，听力减退，日趋严重，伴耳鸣，胸胁胀满，性情急躁，舌质暗滞，脉弦细或涩。检查见耳膜粘连，活动度减退或消失。多因肝气郁结，气滞血瘀，脉络受阻。治宜活血祛瘀通窍。方用通窍活血汤加郁金、香附。若耳鸣不休，伴腰膝酸软者，选加狗脊、菟丝子、磁石、珍珠母等药。

精气不足，窍闭失用：耳窍闭塞日久不愈，耳鸣声细或嘈杂，伴头晕，目眩，记忆力减退，腰膝酸软，舌红，苔薄白，脉细弱。检查见耳膜内陷，粘连，呈灰白色，或变菲薄。多因肝肾亏虚，精气不足，耳窍失养所致。治宜滋补肾精，行气通窍之法。方用六味地黄汤加石菖蒲、麝香等。若见舌质红，脉细弱，五心烦热等偏于精血亏损为主者，可选用左归丸；见形寒畏冷，小便清长，舌淡苔薄等偏阳虚者用右归丸治之。

针灸治疗：以上各型，均可配合针灸治疗，①常用的穴位听宫、耳门、听会、角孙、后听宫、足三里、中渚、翳风等，每次取2—3穴，交替使用，平补平泻手法，留针15—20分钟。②耳针取穴内耳、外耳、肾、神门等，每次2—3穴，交替使用，留针20—30分钟。③头皮针取晕听区，一侧耳患病取对侧晕听区，双耳患病取双侧晕听区，针刺后可接电针仪通电治疗15—20分钟，每日或隔日1次。此外，以上各型，也可采用耳部导引法（按摩法），用示指或中指压住患侧耳屏，有节奏按压，借以活动耳膜，开启耳闭。或用鸣天鼓手法。见"耳病治法"条。

脓耳

以耳内流脓为主要特征的耳病，称为脓耳。是耳科的常见病。其脓液经穿孔的耳膜而流出，病位较深，与耳道部疔疮溃脓不同。早在《灵枢·厥病》有"耳中有脓"的载述。病名颇多，后世也有不少医籍称之为聤耳，如《诸病源候论·小儿杂病诸候》谓："耳，宗脉之所聚，肾气之所通，小儿肾脏盛，而有热者，热气上冲于耳，津液壅结，即生脓汁。亦有因沐浴水入耳内，而不倾沥令尽，水湿停积，搏于血气，蕴结成热，亦令脓汁出，皆谓之聤耳。"《锦囊秘录》卷六中将聤耳分为五类，脓耳是其中之一，谓："聤耳之名，更有五般，常出黄脓者，谓之聤耳；常出红脓者，谓之脓耳；耳内疳臭者，谓之沍耳；白脓出者，谓之缠耳；耳内虚鸣，时出青脓，谓之囊耳。其名虽异，总由积热上壅或风水入耳所致。"《外科大成》、《医宗金鉴》等文献中，又称之耳疳，则将聤耳包括在内。如《外科大成·耳疳》谓："耳疳者，为耳内流出脓水臭秽也。"书有云："出黄脓为聤耳；红脓为风耳；白脓为缠耳；青脓为震耳。"除此，还有底耳、耳中生毒、耳湿、肾疳等名。这些病名的含义虽不尽相同，但皆以耳中流脓为其特点，故今统称之脓耳，相当于现代医学之化脓性中耳炎。

根据病因病机、症状表现及属性不同，可分为实证脓耳与虚证脓耳两大类。实证脓耳其发病较急，耳痛、头痛、耳内流脓，脓质粘稠、脓色多黄或带血，并见全身实热症候。虚证脓耳其病程较长，病情较缓，或呈反覆发作，日久难愈，流脓质较清稀，色白，全身可有脾肾亏虚见症。但是虚证脓耳虽以正气虚弱为主，然而由于邪毒滞留，也常表现为虚中有实，虚实兼杂。

病因病机 实证脓耳，多因起居不慎，风热邪毒侵袭，鼻塞流涕调治不当；或游泳沐浴，水入耳中，湿浊浸渍；或婴儿喂乳方法不当，乳汁灌入耳窍等。上述因素，引发肝胆经气，内外邪热困结耳窍，化热化火，蒸灼耳窍肌膜，血肉腐败，化为脓汁，形成脓耳。如《辨证录》卷三所谓："少阳胆气不舒，而风邪乘之，火不得散，故生此病。"《诸病源候论·小儿杂病诸候》谓："亦有因沐浴水入耳内，而不倾沥令尽，水湿停积，搏于气血，蕴结成热，亦令脓汁出，皆谓之聤耳。"虚证脓耳，多由实证脓耳治疗不彻底，演变而成。有因素体不足，或过服寒凉伤伐药物，以致正气虚弱，邪毒乘虚侵袭，滞留于耳窍。常表现为虚实夹杂之证，其中以脾肾虚损而致者为多见。耳为肾窍，赖肾元精气所滋养而功能健旺，听力聪敏。若先天不足或劳伤肾精，或温热病后，肾阴耗伤，耳窍失养，则抗病力弱，邪毒易于乘虚而入，或余邪易于滞留，致成虚证脓耳。或因脾虚，运化失健，水湿内生，清阳之气不能上升，浊阴之湿不能下降，耳窍失于煦养，为湿浊所困滞，因而成为虚证脓耳。但虚证脓耳虽以脾肾虚损为主，每有余邪滞留，湿浊困结或有瘀热郁滞等兼杂，实际上虚证脓耳也多是虚实兼杂。

辨证 可分为以下各型。

实证脓耳：发病急骤，病程较短，主要表现为耳内疼痛，并见耳鸣，听力障碍，耳痛逐渐加剧，或有跳痛，或如针刺痛，牵连至头部，常于剧痛之后，耳膜穿孔流脓。全身辨证可分：①风热邪毒在表：症见发热恶寒，头痛，鼻塞，流涕，脉浮数等。②肝胆火热壅盛：症见发热，口苦，咽干，耳痛，头痛剧烈，小便黄赤，大便秘结，舌红苔黄，脉弦而数等。小儿因属纯阳之体，肝常有余，肝热化火，容易生风，风火相煽，故症状常较成人为重，多见哭闹，烦躁不安，甚至出现神昏，颈强等症状。一般病例，在耳窍成脓未溃，耳膜将溃未穿之时，症状表现较重，若耳膜已溃，流脓通畅，则发热、耳痛等症状可随之而减。若溃脓后身热不退，耳痛仍剧烈者，多是引流不畅，邪毒炽盛，可致热入营血，内陷心包，热扰神明，出现憎寒壮热，神志不清，嗜睡或烦躁不安，呕吐，颈项强直，舌质红绛，苔少，脉洪或细数等症，是脓耳变症。

虚证脓耳：耳内流脓，经年累月，或呈反覆发作缠绵日久，难以痊愈。脓质较清稀，色白为主，间有黄稠，或脓不流出，但耳内经年脓水不干。一般耳内无红肿及疼痛，听力减退较明显。若因脾虚湿困者，耳内流脓量多，质稀，或稠带黄，并有头晕头重，倦怠，饮食减少，食后腹胀，大便溏薄，面色萎黄，唇舌淡白等症。若肾元亏虚者，耳部流脓量不甚多，质粘稠，或清稀，听力减退较明显，并有腰膝酸软，头晕，虚烦失眠，遗泄，脉细等症。如为湿浊热毒久蕴侵蚀耳骨，以致脓液臭秽，呈豆腐渣样，病情多较复杂和严重，治疗不当，邪毒内犯，可转为黄耳伤寒重症。

治疗 分实证、虚证。

方药治疗 实证脓耳：初起风热邪毒在表，宜疏散风热，解毒消肿，用蔓荆子散加减；若肝胆火热亢盛者，宜清泻肝火，解毒消肿，用龙胆泻肝汤加减；若流脓量多，湿热盛者，宜渗湿解毒，活血排脓，用仙方活命饮加车前子、地肤子、苦参等。小儿脓耳，若邪热动风，宜加钩藤、蝉蜕、白芍药等平肝熄风之品；若热扰心窍，神志不清者，宜清热开窍，配合紫雪丹、安宫牛黄丸等。

虚证脓耳：多采用扶正祛邪，培补脾肾为主，兼祛湿邪。脾虚湿困者，宜健脾渗湿，补托排脓，用托里消毒散或用参苓白术散加减。肾阴亏虚者，宜滋阴降火，祛毒排脓，用六味地黄汤加木通、夏枯草等。肾阳虚者，宜温壮肾阳，用济生肾气丸加减。对脓液臭秽，呈豆腐渣样者，宜加活血祛瘀、解毒渗湿药物，如桃仁、红花、乳香、没药、马勃、地肤子、鱼腥草等。

外治 常用方法有：①耳内有脓液，应予洗涤，令其洁净，并使引流通畅。可用稀白醋液或3%过氧化氢溶液洗涤耳道数次，再用棉签拭揩干净。②滴清热解毒、消肿止痛、敛湿去脓的药物，如黄连滴耳液，或用虎耳草鲜叶捣烂取汁滴耳，或入地金牛根磨醋滴耳，每日5—6次。③用烂耳散、红棉散或枯矾冰片研成细末吹耳，有清热解

毒、敛湿去脓的作用。但注意每次吹入药散不宜过多，以免药散堆积耳道，妨碍脓液引流及继续使用药物。④若耳壳或耳后红肿疼痛者，可用紫金锭磨水涂搽，或用臭灵丹叶捣烂敷于患处。⑤若耳道内有耳蕈、耳痔堵塞，妨碍脓液流出者，用鸦胆子油涂擦，使其腐蚀脱落，或用手术方法摘除。

护理　应注意以下几点：①经常清除积聚于耳道的脓液，使耳道干净、耳膜后的脓液能顺利流出，防止脓液污染耳壳及耳周，以免引起刺激成旋耳疮。②注意吹耳及滴耳的正确方法。③要避免污水入耳，以免染毒而加重病情。

预后　由于耳内流脓，必致听力损害，严重者可妨碍工作、学习及日常生活，更甚者可引起变症而危及生命，故应积极预防和及早彻底治疗。

黄耳伤寒

由于脓耳失治而出现高热头痛、神志不清、抽搐、项强等的病证，称为黄耳伤寒。或称黄耳类伤寒。是脓耳变症中的重候。黄耳伤寒之名，出于明代孙一奎《赤水玄珠》，但对其病源及症状的描述，早已见于隋代巢元方《诸病源候论》中。《诸病源候论·耳疼痛候》谓："凡患耳中策策痛者，皆是风入于肾之经也，不治流入肾，则卒然变脊强背直，成痉也，若因痛而肿生痈疖，脓溃邪气歇，则不成痉。所以然者，足少阴为肾之经，宗脉之所聚，其气通于耳。上焦有风邪，入于头脑，流至耳内，与气相击，故耳中痛，耳为肾候，其气相通，肾候腰脊，主骨髓，故邪流入肾，脊强背直。"本病相当于现代医学之化脓性中耳炎颅内并发症的危险阶段。引致黄耳伤寒的原因，古人多认为是风邪入于肾经而致，但根据临床观察，本病多发于急性脓耳或慢性脓耳急性发作时，风火邪毒炽盛，热入心包，扰乱神明，引动肝风而致，或脓耳日久病深，久蕴积热，脓液引流不畅，浸渍窍内，腐蚀骨质，以致风热邪毒深入，入于营血，营血热盛，内犯于肾，上犯脑髓，扰乱心神，出现高热神昏，躁动不安及热盛动风，颈项强直，手足抽搐等症。总之，本病之邪热多入营血，以致犯及脑髓，扰乱心神或引动肝风，邪盛而深，病重而危。

本病以耳内流脓不畅、耳痛、头痛、呕吐、发热、神志不清、抽搐等为主要症状。①耳内流脓不畅：脓液稠黄量多，而耳膜穿孔部位较小，脓液流出不畅，呈搏动渗出，或耳内流脓日久，脓液黑腐如豆腐渣样，带恶臭气味，耳内有肉芽、息肉、肿物，妨碍脓液流出，或脓量突然减少。②耳痛：急性脓耳耳膜溃破流脓之前，可有耳痛，但耳部流脓后，一般耳痛可得缓解，若耳内疼痛不止，或平素不痛而耳内突然剧烈疼痛，则应引起注意。③头痛：呈持续性，早期局限于病侧，亦可转为弥漫性，全头剧烈疼痛，痛如刀劈，难以忍受。④呕吐：呈喷射性，多在头痛剧烈时出现。⑤发热：多见发热而夜甚，或身躯灼热而四肢厥冷。⑥神志不清：轻者可见烦躁不安，神志尚清，甚则神志不清，或有神昏谵语。⑦抽搐：手足抽搐，甚则颈项强直，角弓反张。⑧舌质红绛或紫绛，少苔或无苔，脉细数或弦细。

本病若抢救不及时，可以出现亡阴、亡阳，以至死亡。根据病邪深浅、病情轻重不同，辨证施治如下。

热在营血：症见身热夜甚，心烦躁扰，但神志尚清，口不甚渴，舌质红绛无苔，脉细数。治宜清营泄热。方用清营汤或清瘟败毒饮加减。

热入心包：除有上述见症外，并见神志不清，嗜睡或神昏谵语。治宜清心开窍。方用清宫汤配合安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等成药，以加强清心开窍之力。

热盛动风：除见热在营血之症外，兼有抽搐、颈项强直，甚至角弓反张。治宜清营凉血，平肝熄风。方用清宫汤加钩藤、羚羊角、丹皮等。有神志不清者，兼服紫雪丹、安宫牛黄丸、至宝丹等。

若热邪久羁，劫烁肝肾之阴，以致真阴欲竭，症见身热面赤，手足心热甚于手足背，口干，舌燥，神疲，脉虚大，甚则时时欲脱者，则宜予滋阴养液之法，固摄真阴，用加减复脉汤、三甲复脉汤之类；若见大汗淋漓，汗出如珠，畏冷蜷卧，四肢厥冷，精神委靡，面色苍白，呼吸微弱，脉微欲绝等阳气衰竭之亡阳危重症候，宜急用回阳固脱之法，服独参汤或参附汤等。外治方面，耳局部处理，见"脓耳"条中实证脓耳，注意耳内脓液的引流通畅。结合手术治疗，去除耳部病灶。

及早防治脓耳是预防本病发生的关键。脓耳患者，要保持引流通畅，彻底治疗，以免演变成本病。

耳鸣

病人自觉耳内鸣响的病证，称为耳鸣。《外科证治全书·耳部证治》谓："耳鸣者，耳中有声，或若蝉鸣，或若钟鸣，或若火熇熇然，或若流水声，或若簸米声，或睡着如打战鼓，如风入耳。"这是多种疾病的症群之一，但也可单独成为一个疾病。耳鸣一般分实证和虚证两类。实证耳鸣多由邪气壅实，邪扰耳窍而致，有风热耳鸣，肝火耳鸣，痰火耳鸣等；虚证耳鸣多因脏腑虚损而致，有肾虚耳鸣，心血虚耳鸣，脾虚耳鸣等。

病因病机　实证耳鸣临床常见的病因病机有：①感受风热之邪，邪窜耳窍，蕴而不解，如《太平圣惠方》卷三十六所谓："风邪乘虚，随脉入耳，与气相击，故为耳鸣。"②情志不舒，郁怒伤肝，肝气郁结，气结化火，肝火逆上，扰乱清窍而致，如《素问·六元正纪大论》谓："木郁之发，……甚则耳鸣眩转。"③过食醇酒厚味，脾胃受伤，运化失职，聚湿成痰，痰郁化火，阻塞耳窍。如《明医杂著》卷三谓："此是痰火上升，郁于耳中而为鸣，郁甚则壅闭矣，若遇此症，但审其平昔饮酒厚味，上焦素有痰火，只作清痰降火治之。"

虚证耳鸣临床常见的病因病机有:①先天肾阴不足,或久病伤阴,肾阴虚损,阴液不能濡养耳窍,兼之虚火上炎,扰于清窍而致,正如《灵枢·海论》谓:"髓海不足,则脑转耳鸣。"《灵枢·决气》谓:"精脱者耳聋……液脱者……耳数鸣。"或因肾阴虚,阴不潜阳,肝阳上亢,或肾阴虚,水不济火,心火亢盛,心肾不交,肝阳或心火扰于清窍,均可致耳鸣。②思虑过度,劳伤心脾,脾不生血,心阴暗耗,心脾血虚,不能上荣耳窍而致耳鸣。③饮食不节或劳倦过度,损伤脾胃,脾气不足,中气下陷,清阳不升,宗脉虚竭而致耳鸣。如《灵枢·口问》谓:"耳者宗脉之所聚也,故胃中空,则宗脉虚,虚则下溜,脉有所竭,故耳鸣。"《素问·通评虚实论》又谓:"头痛耳鸣,九窍不利,肠胃之所生也。"④肾阳虚衰,阳虚生寒,寒水不化,上泛耳窍,也可引起耳鸣。

辨证 耳鸣辨证也以虚实为纲。凡耳鸣初起,声大,形体健壮者多属实证耳鸣;若耳鸣渐起,声细,体虚不足者多属虚证耳鸣。《景岳全书·杂证谟·耳证》谓:"耳鸣当辨虚实,凡暴鸣而声大者多实,渐鸣而声细者多虚,少壮热盛者多实,中衰无火者多虚,饮酒厚味素多痰火者多实,质清脉细素多劳倦者多虚,且耳为肾窍,乃宗脉之所聚,若精气调和,肾气充足,则耳目聪明,若劳伤血气,精脱肾惫,必致聋聩,故人于中年之后每多耳鸣,如风雨,如蝉鸣,如潮声者,是皆阴衰肾亏而然。"耳鸣各型的辨证分述如下。

风热耳鸣:耳鸣新起,鸣声低沉,耳内胀痒,可兼有发热恶寒,头痛,鼻塞流涕,口微干,小便黄,舌尖红,苔白微黄,脉浮数。

肝火耳鸣:耳鸣暴发,声大,轰轰隆隆,或如堵塞,或有耳痛,兼见偏头痛,面红目赤,口苦咽干,胁肋胀痛,舌红苔黄,脉弦数,耳膜充血。

痰火耳鸣:耳鸣如闻风声,声大而盛,耳内不适,或堵塞感,兼见头昏重坠,胸闷脘满,不思饮食,咳嗽气促,痰黄稠粘,舌红苔黄腻,脉弦滑。此型多见于肥胖者。

肾阴虚耳鸣:耳鸣如闻蝉声"吱吱",声虽微而无歇,每于夜间更甚,兼见头晕眼花,记忆力差,精神委靡,腰膝酸软,或多梦遗泄,舌质红,苔薄少,脉细数。

肾阳虚耳鸣:耳鸣常与眩晕并见,心下悸动,咳嗽痰稀白,腰痛背冷,肢体不温,精神委靡,夜尿频数清长,面色黧黑,舌淡苔白润,脉沉细弱。

心血虚耳鸣:高音调耳鸣,兼见怔忡,失眠,面色苍白,妇女月经行期量少,唇舌淡白,苔薄白,脉细微涩。

脾虚耳鸣:耳内虚鸣,间有耳内突然发凉或空虚感,尤以蹲后站立时更著,兼见面色萎黄无华,胃纳差,食少腹胀,大便时溏,舌淡苔白,脉细缓。

治疗 有以下几种方法:

方药治疗 根据辨证分型治疗。风热耳鸣:治宜疏风清热,散邪止鸣,方用银翘散加减。若见发热头痛,咳嗽有痰,或耳内堵塞感较甚者,可用蔓荆子散,取其疏风清热,宣散化痰而止鸣;若见发热,头痛,口干苦,大便秘结,小便黄短者,可用双解通圣散加减。

肝火耳鸣:治宜疏肝解郁,清火止鸣,方用丹栀逍遥散或柴胡清肝汤加减。若有耳痛,兼以行气宣窍止痛,配用龙荟丸;若以肝胆湿热为主,耳内胀痛,耳道有渗出液,或耳内积液,胁痛,口苦等,宜用龙胆泻肝汤。

痰火耳鸣:治宜清痰降火,通窍止鸣,方用加味二陈汤或消痰降火汤加减。若肝胃不和,痰热上扰,恶心呕吐,口苦胸闷,觉耳内堵塞。耳鸣隆隆,宜用温胆汤,以清胆除痰,健胃行气止呕;若咳嗽,气促,痰多而粘黄,耳鸣不歇,宜用清气化痰丸,以清气化痰,下气止鸣;若脾胃积热,食积气滞,痰稠黄粘,胸闷脘满,耳鸣声大者,宜用通明利气汤,以清脾胃热,行气导滞;若热困脾胃,痰浊困结,痰黄稠量多,大便秘结者,宜用礞石滚痰丸,以泻火逐痰,通利清窍。

肾阴虚耳鸣:治宜滋阴补肾,降火止鸣,方用六味地黄汤加减。若虚火旺盛,并见虚热盗汗,五心烦热,宜选用知柏八味丸、大补阴丸;若肾阴虚,水不涵木,肝阳上亢,证见耳鸣,头昏目眩,头重足轻,少寐多梦,烦热颧红,心悸易怒,腰酸遗精,舌尖红,脉弦细数,宜滋肾平肝,育阴潜阳,用杞菊地黄丸加磁石、钩藤、白芍药之类;若肝肾气阴两虚,见自汗,少气懒言,神倦食少,口干舌燥,手足心热等证,宜滋养肝肾,培元止鸣,选用益气补肾汤加减;若肾阴虚,水不济火,心火亢盛,心肾不交而耳鸣,如《辨证录》卷三谓:"凡人心、肾两交,始能上下清宁,以司视听。肾不交心,与心不交肾,皆能使听闻之乱。然而肾欲上交于心,与心欲下交于肾,必彼此能受,始庆相安。倘肾火大旺,则心畏肾炎而不敢下交;心火过盛,则肾畏心焰而不敢上交矣,二者均能使两耳之鸣。但心不交肾耳鸣轻,肾不交心耳鸣重。今如闻风雨鼓角者鸣之重也。治法欲肾气复归于心,必须使心气仍归于肾。方用两归汤"。

肾阳虚耳鸣:治宜温肾利水,散寒止鸣,方用金匮肾气丸加减。若阳虚不能化水,水气内停,并见四肢沉重或浮肿,小便不利,耳内堵胀感,宜温壮元阳,散寒利水,方用真武汤加减;若兼脾虚,寒湿之邪滞于耳窍,并见胃纳不佳,腹胀,便溏等,宜温肾补脾,散寒祛湿,方用肉从蓉丸加减。

心血虚耳鸣:治宜养心补血,宁神止鸣,选用养心汤加减。若心脾两虚,气血不足,症兼见食少体倦,气短懒言等,宜健脾养心,补益气血,方用归脾汤加减。

脾气虚耳鸣:治宜健脾益气,升阳止鸣,可选用补中益气汤加减。若兼有邪滞清窍,并觉耳内不适或耳膜色红,宜补气健脾,清邪利窍,方用益气聪明汤加减。

针灸治疗 对耳鸣有一定的效果。《灵枢·厥病》载:"耳鸣,取耳前动脉"、"耳鸣,取手中指爪甲上,左取右,右取左,先取手,后取足"。①体针:多在耳区及少阳经上取穴,如耳门、听宫、听会、翳风、中渚、外关、阳陵泉、足三

里、三阴交等穴，每次2—3穴，中等刺激。②耳针：取内耳、肾、肝、神门等穴，每次2—3穴，中等刺激，留针15分钟，或埋针。③头皮针：取晕听区，每日1次，10次为一疗程。④穴位注射：选听宫、翳风、完骨、瘈脉等穴，注入丹参注射液，或维生素B_1注射液，每穴0.2毫升。

简易方 ①乌头烧炭，石菖蒲等分为末，绵裹塞之(《串雅外编》)。②巴豆三枚去皮熬，桃仁去皮熬二枚，松脂大豆许，右三味，捣作二丸，绵裹塞耳中(《外台秘要》)。

食疗方 ①猪肾切片，以骨碎补研末掺上，煨熟食之(《罗氏会约医镜》)。②猪肾羹方：猪肾(去筋膜，细切，一对)，陈橘皮(洗切，半分)，蜀椒(去目并闭口，炒出汗，三十粒)，右三味，用五味汁作羹，空腹食(《圣济总录》)。③菖蒲羹方：石菖蒲(米泔浸一宿，剉焙，二两)，猪肾(去筋膜，细切，一对)，葱白(一握，擘碎)，米(淘，三合)，右四味，以水三升半煮菖蒲，取汁二升半，去滓，入猪肾葱白，米及五味作羹如常法，空腹食(《圣济总录》)。④人参粥方：人参(为末，一合)，防风(去叉为末，一分)，磁石(捣碎绵裹，二两)，猪肾(去筋细切，一对)，右四味，先将磁石于银器中，以水一斗煮取三升，入猪肾及粳米五合，如常法煮粥，候熟入前二味，更煮数沸，空腹服(《圣济总录》)。其他食物有芝麻、胡桃肉等。如用黑芝麻和胡桃肉同捣常食，或胡桃肉煨熟食之。有补肾治耳鸣作用。

预后 《医学入门》卷五谓："耳鸣乃是聋之渐。"《杂病源流犀烛》卷二十三更明确指出："耳鸣者，聋之渐也。惟气闭而聋者则不鸣，其余诸般耳聋，未有不先鸣者。"故耳内鸣响而妨碍正常听觉，可致听力减退。

耳聋

听力有不同程度的障碍，称为耳聋。耳聋有轻重之分，重者全然不闻外声。本病名出自《阴阳十一脉灸经》。《素问·缪刺论》谓："邪客于手阳明之络，令人耳聋，时不闻音。"后世医家对耳聋的分类甚多，称法不一。一般根据不同病因病机，分为实证与虚证两大类。实证耳聋有暴聋、风聋、气聋、厥聋、气闭耳聋、肝火耳聋、痰火耳聋、风热耳聋、火闭、气闭、邪闭等；虚证耳聋有劳聋、虚聋、久聋、阴聋、阴虚耳聋、气虚耳聋、虚闭等。亦有按脏腑来分，如《医学纲目·运气耳聋》的三焦聋、燥邪伤肝聋、火邪伤肺聋等。

病因病机 实证耳聋：多为耳聋新起，或为外邪壅实所致。①风热邪毒侵袭，使经气痞塞不宣，气滞窍闭，而致耳聋，即风聋症。如《诸病源候论·耳风聋候》谓："风邪乘之，风入于耳之脉，使经气痞塞不宣，故为风聋。风气随气脉行于头脑，则聋而时头痛，故谓之风聋。"因其症以耳内作胀、微痛、卒聋、耳鸣为特点，故又称耳胀痛。②情志不遂，肝失调达，肝气郁结，厥逆而上，搏于耳窍，气闭而聋，即厥聋证。如《丹溪心法》卷四谓："十二经络上络于耳，其阴阳诸经，适有交并，则脏气逆而为厥，厥气搏入于耳，是谓厥聋。痞塞不通必兼眩晕。"又如《景岳全书·杂证谟·耳证》谓："耳聋证……气闭者，多因肝胆之逆，其证非虚非火，或因恚怒，或因忧郁，气有所结而然，治宜顺气，气顺心舒而闭自开也。"故又称气闭耳聋。若因气郁化火，壅塞清道，即为火聋。③素体肥胖，平昔饮酒厚味，中焦素有湿热，蕴聚成痰，郁久化火，痰火上扰，壅塞清窍而致耳聋。如《古今医统·耳聋》谓："痰火郁结，壅结而成聋。"《医学入门》卷五也谓："痰火因膏粱胃热上升，两耳蝉鸣郁热，甚则气闭渐聋。"④暴力损伤，挖伤或雷炮暴响震伤，均可致耳部经络受伤，耳窍损伤，气血失和，瘀阻耳窍，致耳听失聪为耳聋。《景岳全书·杂证谟·耳证》谓其为窍闭聋。又如《医林改错·通窍活血汤所治之症目》谓："耳孔内，小管通脑，管外有瘀血，靠挤管闭，故耳聋。"⑤火热或湿热蒸灼耳窍，以至耳窍肌膜溃腐成脓，妨碍听觉，是为脓耳耳聋，又称聤聋。如《圣济总录·耳门》谓："聤聋者，脓汁出。"⑥耵聍遇水膨胀，堵塞耳道，音声受之阻隔，以致暴聋。即《圣济总录·耳门》所谓："干聋者，生耵聍。"《诸病源候论·耳聤聍候》谓："耳聤聍者，耳里津液结聚所成，人耳皆有之，轻者不能为患，若加以风热乘之，则结鞕成丸核，塞耳亦令暴聋。"

虚证耳聋：多因体质虚弱，气血不足，肝肾亏损，或年老体虚，或病久失治所致。发病多较缓慢。①禀赋不足，耳窍发育不良：母体素体不足，多患疾病，或误用药物，影响胎儿耳窍的发育；或分娩时儿头受伤、耳窍损伤；或小儿患病或误用药物，也可直接损害耳窍发育，致其早期出现耳聋，并逐渐加重，形成渐聋之症。若损伤较严重，可致完全耳聋，学习语言受限制，则为聋哑之症，参见"聋哑"条。②老年体弱，肾气衰退，耳窍失用：《素问·阴阳应象大论》谓："年五十，体重，耳目不聪明矣。"《古今医统·耳证门》谓："老人耳听渐重，亦是气虚。"指出人到一定岁数之后，随着年龄的增长，脏腑功能日益减退，阴阳气血日趋衰弱，耳的营养供应不足，耳窍功能衰退，以至失用，故有渐聋，称为"老年性耳聋。"③劳伤过度，病后失调，耳窍失养：因劳伤过度，或温热病伤津耗液，病后失调，脏腑损伤，阴阳气血亏虚，耳窍失养，称之为劳聋、虚聋。日久不愈，又称为久聋。如《丹溪心法》卷四谓："劳役伤于气血，淫欲耗其真元，憔悴力疲，昏昏愦愦，是谓劳聋。有能将息得宜，则耳聋自轻，如日就劳伤，则为久聋。"《证治汇补》卷四也谓："虚聋由渐而成，必有兼证可辨，如面颊黧黑者，精脱；少气嗌干者，肺虚；目䀮䀮善恐者，肝虚；心神恍惚，惊悸烦躁者，心虚；四肢懒倦，眩晕少食者，脾虚。"由此可见，渐聋与五脏六腑均有关系，其中，与肾元亏虚尤为密切。因肾通于耳，所主者精，精气调和，肾气充足，则耳闻而充；若劳伤过度，使精脱肾惫，则耳转而聋。故《灵枢·决气》谓："精脱者耳聋。"又肝肾同源，水以涵木，肝肾阴虚，肝阳上亢，扰于清窍，也可致渐聋。正如《素问·脏气法时论》谓："肝病者……虚则目䀮䀮无所见，耳无所闻。"此外，肺脾有病，气虚陷下，清阳之气，不能上承，耳

也渐至聋聩，如《素问·脏气法时论》谓："肺病者……虚则少气，不能报息，耳聋嗌干。"《素问·玉机真脏论》谓：脾"不及，则令人九窍不通，名曰重强。"

辨证 耳聋起病有新久，辨证有虚实之分，一般起病急骤者多实，缓慢出现，逐渐加重者多虚。如《医学准绳六要·耳鸣聋总论》谓："耳鸣、耳聋，须分新久虚实。"目前，临床上多按实证耳聋和虚证耳聋进行辨证。

实证耳聋：如风聋、厥聋、痰火耳聋、瘀阻耳聋、聤聋、干聋等。①风聋：症见耳内作胀，微痛，卒聋，耳鸣，兼见发热、恶寒，头痛，鼻塞流涕，咽痒，舌苔薄黄，脉浮数等症。②厥聋：症见急躁易怒，郁怒之后，耳内暴感堵塞，暴聋，暴鸣，胸胁不舒，或有口干苦，脉弦。③痰火耳聋：症见耳聋，窍内闭塞憋气感，头昏头重，胸腹痞满，或咳嗽痰多，胃纳欠佳，忧郁不乐，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。④瘀阻耳聋：其症暴聋，见于耳部外伤或巨响暴声震伤之后，可有耳内疼痛，或耳膜破裂，流血，或眩晕，呕吐等。日久者，伤耳呈重度耳聋，或时有眩晕，耳鸣，或见鼓膜呈不规则穿孔，舌质暗红，苔白，脉弦。⑤聤聋：其症耳内疼痛，流脓，听力下降，脓液多为粘稠色黄，兼有头痛，口苦咽干，小便黄赤，大便秘结，舌红苔黄或黄腻，脉弦数等。⑥干聋：其症为耵聍阻塞耳道而致聋。常见于游泳，洗浴时水入耳中，耳内暴感堵塞，暴聋，舌脉无异常。检查见耳内有耵聍堵塞。

虚证耳聋：根据病因及症状不同，临床可按肝肾阴虚、肾阳亏耗、肺脾气虚、心脾血虚等类型辨证论治。①肝肾阴虚：患者双耳听力减退，日渐加重，并见耳鸣不止，耳鸣声细，兼有头晕目眩，健忘失眠，多梦不宁，咽干口燥，但不思饮，腰膝酸软，五心烦热，颧红盗汗，男子遗精，女子月经量少，面色黧黑，舌红，苔少无津，脉细数等症。②肾阳亏耗：耳聋逐渐加重，耳鸣声微，兼见目眩，腰膝酸软，肢冷畏寒，面色㿠白，精神不振，尿多清长，男子阳痿遗泄，女子宫寒不孕，舌淡苔白，脉沉细无力等症，老年性聋多属此类。③肺脾气虚：耳鸣重听，兼见少气嗌干，乏力，四肢懒倦，食欲不振，腹胀便溏，或有咳嗽痰稀，面色㿠白，舌淡或淡胖，苔白，脉细弱等症。④心脾血虚：耳聋耳鸣，兼见心神恍惚，惊悸虚烦，健忘，失眠多梦，饮食减少，腹胀便溏，倦怠乏力，面色萎黄，舌质淡嫩，苔白，脉细弱等症。

治疗 《仁斋直指方·耳论》认为耳聋的治疗原则为："风为之疏散，热为之清利，虚为之调养，邪气屏退，然后以通耳调气安肾之剂主之。"

方药治疗 分实证、虚证。

实证耳聋：①风聋者，治宜疏风清热为主，佐以解毒通窍，选用疏风清热汤或银翘散加石菖蒲、苍耳子、辛夷花、菊花、夏枯草、青蒿等。耳内滴用黄连滴耳液，或用蚯蚓加入少量白糖，取上层澄清液汁滴耳，以清热祛邪，另外，可用滴鼻灵或葱白滴鼻液等滴鼻，以祛邪宣窍。②厥聋者，治宜疏肝解郁，顺气降逆，方用逍遥散加减。如《医学心悟》卷四：谓"若病非外感，有暴发耳聋者，乃气火上冲，名曰气闭耳聋，宜用逍遥散加蔓荆子、石菖蒲、香附主之"。郁而化火，火热壅盛者，宜加清热降火药，配加丹皮、栀子、龙胆草、夏枯草等，或用龙胆泻肝汤、龙荟丸加减。③痰火耳聋者，治宜清火化痰，方用清气化痰丸。④瘀阻耳聋者，治宜行气活血通窍，方用通气散加味，或用复元活血汤加减。对耳膜破裂流血者，可适当加止血药。耳膜破裂者，局部要保持清洁，用酒精棉球塞于外耳道口，禁忌入水，禁忌擤鼻，以防染毒致成脓耳或其他严重症候。有颅底骨折者，请脑外科处理，以免延误病情。⑤聤聋者，治宜清肝泻火，解毒消肿，渗湿除脓，方用龙胆泻肝汤或仙方活命饮加减。局部可用黄连滴耳液或虎耳草捣汁滴耳。并经常清除耳道积脓，使其引流通畅。⑥干聋者，治疗以外治为主，取出耵聍，即可复聪。

虚证耳聋：①肝肾阴虚耳聋，治宜滋补肝肾，降火聪耳为主，佐以通窍，方用耳聋左慈丸酌加枸杞子、菊花、石菖蒲、远志等；若虚火较盛，加知母、黄柏；若心悸失眠，加牡蛎、龙骨。②肾阳亏耗耳聋，治宜温肾益气，扶阳聪耳为主，佐以活血通窍，方用右归丸配加当归、丹参、石菖蒲等。③肺脾气虚耳聋，治宜补益肺脾，益气聪耳，方用补中益气汤，益气聪明汤加减，多重用葛根，以升发清气。④心脾血虚耳聋，治宜补益心脾，养血聪耳，方用归脾汤加减。

此外，耳聋患者，有因误用药物，或较长时间内使用对耳有毒害作用的药物，常见的如链霉素、新霉素、卡那霉素、庆大霉素、心得平、奎宁、柳酸等，引起的听力损害，其起病有急缓不同，症状有轻重，但多呈双耳耳鸣，重听，头鸣、头昏，行走不稳，记忆力减退。可按上述辨证论治外，适当配合行气活血通窍方法，如用通窍活血汤、通气散等。

针灸治疗 可针刺耳门、听宫、听会、翳风、中渚、外关、三阴交、至阴、肾俞、关元、足三里、中脘、脾俞等穴。每次2—3穴。中弱刺激，虚寒者兼用艾灸。或用耳针，取内耳、肝、肾、肾上腺等穴，中等刺激，每次1—2穴，每日1次，10次为一疗程，或用电针、埋针。

食疗方 见"耳鸣"条。

聋哑

耳不闻声为聋，口不能语为哑，即聋又哑，称为聋哑。或称瘖聋。其病多在婴幼儿学语前或学语期便患耳聋，失去听声的功能，因而妨碍其学习语言，虽其喉部发育正常，啼哭有声，但终不成语言，而为哑症。可见聋哑症是聋和哑的合称，以聋为主，因聋而哑。

病因有先天性与后天性两类。①先天性聋哑：可有耳聋家族史；或有近亲（血统）婚姻史，除耳窍发育不良外，常有身体其他部位的畸形，或内脏器官异位，构成各种综合征；或在胎儿期（尤其是妊娠开始3个月内，正值

胎儿耳窍发育时期)母体患病(如风疹),邪毒内传于胎儿,或使用某些药物(如链霉素族类),药毒内渗于胎儿,以致妨碍胎儿的耳窍的发育,或分娩时产程过长,婴儿窒息;或因用产钳伤及头颅,均可损伤耳窍,以致生而为聋,由聋而哑,成为先天性聋哑。②后天性聋哑:即生后方得。主要为襁褓期间,婴幼儿发育尚未完全,如《小儿药证直诀》卷一谓:"五脏六腑,成而未全……全而未壮。"稚阳未充,稚阴未长,脏腑柔弱,形气不足,卫表不固,易受外邪侵袭,罹患疾病,邪毒伤于脏腑,损于耳窍;或因病而使用了对耳有毒害的药物,由于婴幼儿脏腑娇弱,对于毒药的耐受力差,反应强烈,易于损伤耳窍,破坏听力,致其成聋,进而兼哑,变成聋哑。

由于先天性聋哑患者中,常并有脏腑或其他部位的严重畸形,生命力脆弱,出生后多夭折,故在临床上,以后天性聋哑所占的病例为多。按婴幼儿的正常发育,婴儿在出生3个月后,即有闻声转头反应,4~5个月时,还有闻声瞬眼反应,若无反应,即可能形成聋哑。若年龄稍大,耳聋而不能言语者,则多为本病,应进一步检查外耳道及乳突发育情况。对聋哑的治疗,重点是治聋,但目前还没有明显的疗效,药物方面可试用补养肝肾为主,配合行气活血通窍的方法。如用六味地黄丸合通气散加减。针灸,可选用耳门、听宫、听会、翳风、风池、角孙、中渚、外关、支正、太冲、天牖、瘈脉、侠溪、上关等穴,一般可于耳前后、上下肢各选一穴,进行针刺,中强刺激,或结合艾灸,每日1次,上列穴位轮流使用,10次为一疗程。头皮针,可取晕听区。

聋哑贵在预防,提倡优生学,禁止近亲结婚,注意妊娠卫生,加强婴幼儿保健,消灭传染病,避免使用耳毒药物,及早发现婴幼儿的听力障碍及脓耳,进行必要的治疗,是防止聋哑的重要措施。

对于哑的治疗,主要是进行语言训练,可由医务人员、聋哑学校教师及家长对病者指导发音及语言训练,由简到繁,循序渐进,对于发音有困难者,可结合针刺哑门、廉泉、金津、玉液等穴位。

耳痔

耳道深处生长的良性肿物,称为耳痔。根据肿物的形状不同,古人尚有耳蕈、耳挺之别,如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:"耳痔,形如樱桃,亦有形如羊奶者;耳蕈,形类初生蘑菇,头大蒂小;耳挺,形如枣核,细条而长,努出耳外。"这些肿物的形状虽有不同,但病理和治疗上大体一致,均属良性肿瘤,现统称为耳痔。相当于现代医学之外耳道及鼓室的乳头状瘤、肉芽组织和息肉。发病的原因多为郁怒伤肝,疏泄失常,肝气郁结,久郁化火,上侵耳窍,加以湿热之邪所犯,气血痰浊结聚而成。或因肾阴虚,相火妄动,上炎于清窍,气血凝结而致。亦有内伤脾胃,脾胃蕴热,运化失常,水湿停聚,久聚成痰,同时脾胃火热上逆清窍,以致气血凝聚,气血痰浊互结而成。

本病初起,一般无明显症状,由于肿物逐渐长大,则出现堵塞感,听力减退,疼痛,时有出血,及流脓水,检查可见耳内有肿物,红色或淡红色或淡白色,形状不一,表面凹凸不平,或状如樱桃、蘑菇,甚至肿物向外生长,至耳道口,堵塞整个耳道。生于耳道深处的肉芽或息肉,多与脓耳有关。

本病的治疗,以外治为主,可用鸦胆子油涂搽或蟾酥丸以水化涂搽,亦可用硇砂散掺入,以消坚散结,化腐除瘤。一般清洁患处后涂药,每日2—3次,直至肿物消失,或用手术摘除,或用小烙铁烧烙。内服药物,分别按肝郁化火、阴虚火旺、胃火上逆论治。①肝郁化火者,全身症见口苦咽干、胸闷不舒,脘腹胀痛,头晕目眩,耳鸣等,可选用丹栀逍遥散,以疏肝解郁,养血泻火。②阴虚火旺者,全身症见腰膝酸软,五心烦热,虚烦失眠,可选用知柏地黄丸加三棱、皂角刺等,以滋养肾阴,清热散结。③胃火上逆者,全身症见口渴引饮,口臭,脘腹灼热,小便黄,大便秘结,可选用清胃散加贝母、瓜蒌,以清热泻火,祛腐散结。

若局部脓水多,宜配用车前子、泽泻、木通等利水渗湿药。本病是气血痰浊凝结成块,故可配用攻坚散结逐瘀药物,如三棱、莪术、王不留行、水蛭、虻虫等。

耳菌

发于耳部的恶性肿瘤称为耳菌。《圣济总录》称之为耳部恶疮。根据其所在部位不同,可分为中耳癌、外耳道癌等。耳菌与耳痔、耳蕈、耳挺,形态相近,故有些文献将其混为一病,但究其预后,则有良、恶之不同,耳菌属于恶性肿瘤,耳痔、耳蕈、耳挺,则属于良性肿瘤,宜加区别。耳菌的发病原因,多与肝肾阴虚有关,肝虚则阴血不足,肾虚则阴精亏损,精血不足,耳窍失于濡养,阴虚则火旺,虚火上扰耳窍,因此引起脉络瘀阻,气血凝聚,痰火困结加之各种致病邪毒(如脓耳脓液的长期刺激)客于耳窍而成。

若生于外耳道者,初起呈结节状,逐渐长大,堵塞耳道,甚至长出耳道口,同时兼有听力减退,耳鸣,耳胀闷感,疼痛较剧,或有溃疡出血,渗出臭液等。生于中耳者,见耳道深处有淡红色肉芽样或淡白色的息肉样肿物,逐渐长大堵塞耳道,易出血,经常流出带臭味的污液,并有耳聋、耳堵塞感及耳痛,甚者痛至面颊,由于癌肿侵犯,出现眩晕、面瘫、张口困难、头痛剧烈等,或有眼花视矇、心烦热、耳鸣、遗精、腰膝酸痛,舌质红,脉弦细或无力等症。

治疗原则宜滋养肝肾,行气活血,祛痰散结,可选用六味地黄汤加青皮、泽兰、红花、制半夏、贝母;如流出臭污液多,宜配入清热解毒渗湿药物,可选用马勃、车前子、板蓝根;如面瘫,张口困难者,宜配合熄风镇痉药,如蜈蚣、僵蚕、白芍药、地龙、钩藤等;头痛、面颊痛,宜配入解

毒祛风止痛药物,可选用露蜂房、白蒺藜、蔓荆子、藁本等;如病者气血俱虚,宜补气养血,可配用归脾丸、补中益气丸,或配用党参、首乌、黄精、熟地黄、桑椹子、黄芪、枸杞子等。草药可选用蛇泡簕、老鼠簕、七叶一枝花、山海螺各30克,配入上述中药煎服,以解毒、祛瘀散结肿。外用药物见"耳痔"条。

鼻伤肿痛

鼻受外来暴力碰撞,造成损伤,出现肿痛的病证,称为鼻伤肿痛。《证治准绳·疡医》卷六有"跌破唇鼻"的记述。鼻伤肿痛时应注意病人伤后神志是否清醒,如昏沉不省,多有髓海受损。其病因多为单纯钝力挫伤,受力广而分散,皮肉不破,显示外鼻软组织肿胀及皮下瘀血。

其症轻者擦破表皮渗血,若因钝力碰撞,皮肉不破,但皮下血络损伤,则鼻部肿胀,皮下青紫瘀肿,常扩散至眼睑,疼痛和压痛明显。重者则皮肉破损,血流如注,常因流血过多而昏厥。若未及时处理或感染邪毒,往往红赤肿痛加剧,并见高热烦躁,出现邪毒内陷的证候,至为危重。

治疗以外治为主,可同时配合内服药。内治,伤后瘀血肿痛者,宜活血逐瘀,行气止痛为主,方用活血止痛汤或七厘散,亦可用生地黄、当归尾、川芎、防风、白蒺藜、枳壳、木通等品。出血者,酌加仙鹤草、白芨、栀子炭、三七等;染毒肿痛者佐以清热解毒,如金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、野菊花等药。外治,遵照一般外伤处理原则,清洁伤口,止血,缝合等。皮下出血者,早期冷敷促使止血。血止后,行热敷促进消散。鼻及眼睑肿胀者,可用金黄散或退肿膏敷贴。渗血者,用止血散或玉真散掺敷伤口,同时内服玉真散。鼻衄者可见"鼻衄"条处治。皮肉破损,孔窍裂开者,不可见风着水,预防破伤风及重复感染邪毒,伤口用消毒液清洁后,对齐缝合或敷贴封口散。外涂活血行气祛瘀止痛药物,如万花油、玉龙油。忌用力揉擦按压,以防损伤再度出血加重肿胀。

鼻伤骨折

鼻遭受暴力撞击而致鼻骨裂断的病证,称为鼻伤骨折。《伤科补要》卷二中称为鼻梁骨断。鼻伤骨折者往往合并鼻伤肿痛,病因病机大体相同。鼻伤骨折如处理不当,常易遗留鼻部畸形,如塌鼻梁、鼻中隔偏曲等,进而影响面容和呼吸功能。拳击殴打、跌扑冲撞为常见的外伤原因。其症可见鼻衄、疼痛、瘀肿,如单侧骨折者,鼻梁喎斜,偏向健侧;两侧骨折者,鼻梁塌陷,状如马鞍。较重者可伤及中隔软骨,如发生脱位,中隔偏堵一侧,引起鼻塞,手指可触知骨折;裂断者,按之有断端摩擦感。鼻旁骨肉损伤而出现眼眶青紫肿胀,严重者可致鼻顶后部骨折,常合并颅脑损伤,危及生命,伤后若有空气侵入,可形成皮下气肿。伤后数小时常因出现瘀血肿胀,能掩盖骨折情况。X线拍片,有助诊断。

内治,用接骨续筋法,服接骨丹,若肿胀渐消,瘀痛减轻,断骨尚未接妥,动则作痛者,宜行气活血,祛瘀生新,用整骨紫金丹或续断紫金丹内服。若瘀肿已消,断骨初愈,尚未坚实或气血虚弱者,宜益气养血,壮骨健筋,用人参紫金丹或四物汤加骨碎补、续断、杜仲等祛瘀生新、接骨续筋之品。外治,骨折应及时复位固定,肿胀剧烈者,可待肿胀消退后再进行复位,一般应在2周内进行,若时间过久,骨痂形成,则不易复位。《伤科补要》卷二谓:"或伤开孔窍,或鼻破歪落,用整端法。"《证治准绳·疡医》卷六又谓:"重者,伤筋折骨,此当续筋接骨。"

鼻梁骨折复位法,清理鼻腔后,以2%地卡因加1‰肾上腺素液麻醉鼻腔粘膜,约10—15分钟。儿童患者,必要时可采取全身麻醉。用鼻骨复位钳或用大小适宜的手术刀柄,套上乳胶管,伸入鼻腔,置于塌陷的鼻骨下方,将鼻骨轻轻地向上、向外用力抬起。同时,另一手的示指和拇指,可按在鼻梁部协助复位,力求使其与健侧鼻骨相对称。若双侧鼻骨塌陷时,可从两侧鼻腔同时进行复位(注意复位器械伸入鼻腔后,不宜超过两眼内眦连线,以免损伤筛状板)。若鼻中隔骨折而脱位时,也可用复位钳,伸入鼻腔夹住鼻中隔,扶正其位置。复位后,鼻腔用消毒凡士林纱布填塞,保留24—48小时,以达到固定及压迫止血的目的。必要时,在鼻外用鞍状白铝片做夹板,盖于鼻梁上并贴以胶布,以资保护。术后护理上,严防触动鼻部及再受撞伤,禁止擤鼻,以防皮下气肿。外鼻固定夹于1周后取出。无移位的线性骨裂,无须复位。

鼻伤衄血

鼻部受外力损伤,以致脉络破裂,血液外溢的病证,称为鼻伤衄血。有鼻外皮肤损伤和鼻窍内肌膜损伤出血之不同。此外,枪弹与爆炸弹片等飞物所伤,常为穿透性,造成异物残留于内。严重者,还可波及颅脑。在治疗上分外治和内治。

外治,破损伤口应先予清洁,防止感染,然后用清热消肿,收敛止血药物敷于伤口,并稍加压包扎止血。鼻外皮肤破裂出血,可先用下列止血药:①蒲黄末30克,冰片0.5克,研为极细末掺于出血处,轻压片刻,以活血止血,止痛。②乌贼骨、龙骨、石膏各30克,朱砂2克,冰片1克,共研极细末,掺于伤口,用布包扎。以清热收敛,止血止痛。③如意金刀散,敷于出血处包扎,以收敛止血。

鼻窍内出血,可用下列药物:①马勃剪成条状,用镊子将其放入鼻腔,填塞出血处。有清热止血及压迫止血作用。②选用血余炭、人中白,等量研末,或云南白药、三七末、马勃粉等吹入鼻窍,或用棉条蘸药粉,填入窍内,以收敛止血。③用香墨汁滴鼻窍,或用棉条蘸香墨汁填于出血处,以消毒收敛止血。

内服药物，以凉血、敛血、止血为主。可用白芨、蒲黄、艾叶、仙鹤草、侧柏叶、白茅根、五味子、大蓟等煎水服。若出血过多，可加首乌、干地黄、桑椹子，以养血止血；若瘀肿较甚，加赤芍药、牡丹皮、三七末、红花以活血祛瘀止血；若出血经久不止，渗渗而出，可用地黄散，以养血止血，祛瘀生新；若衄者不止，四肢厥冷者，则应温经养血，止血，可选用阿胶散。衄血停止后，宜补气养血，可服四物汤、四君子汤、八珍汤等。

异物入鼻

外物误入鼻内引起的病证，称异物入鼻。本病多因小儿误将一些小东西如纸团、豆粒、果壳、沙石、珠子、钮扣等塞入鼻内，或因意外事件，如战伤弹片溅入鼻内，或因小虫、水蛭等偶然进入鼻腔，皆可形成本病。另外，因呕吐、喷嚏而将食物由口呛入鼻腔，也是日常生活中所常见，如《诸病源候论·食诸物误落鼻内候》谓："颃颡之间，通于鼻道，气入有食物未及下喉，或因言语，或因喷嚏，而气则逆，故食物因气逆者，误落鼻内。"

由于异物的性质、形态、大小及停留时间长短不同，其症状也有不同。一般异物可引起单侧鼻塞、喷嚏、流涕等症状。若异物停留过久或感染邪毒者，引起鼻窍肌膜肿胀、溃烂，甚则脓涕带血，并有臭味。也有一些细小异物，初起无明显症状，由于停留过久，逐渐形成鼻结石，方出现鼻塞、流涕、头痛等症状。水蛭可在鼻内寄居吸血，引致鼻衄和贫血、蛆虫也可在鼻内繁殖，以致鼻部糜烂、臭秽。

本病的治疗，以取出为主。可根据异物的性质、大小、位置而决定取出方法：①圆而光滑的异物（如珠子、豆类）勿用镊子夹取，否则易将异物推向深部，甚至有滑落气道之危险。一般可用异物钩（或用曲别针自做而成）伸入鼻腔，越过异物，达其后方，然后轻轻拨出。②形态不正的异物（如纸团等）可用镊子直接夹取。若异物较大，可夹碎分次取出。如异物过紧，可让病人仰卧，头放低位（免使异物坠入气道），再将异物推向鼻咽部，从口腔取出。③对鼻内细小异物，亦可用通关散吹入鼻腔，促使喷嚏，喷出异物。或用手捏住健侧鼻孔，用力鼓气，吹出异物。

小儿不合作者，必要时可行全麻后再取异物。异物取出后，可滴用滴鼻灵，或用凡士林纱布覆盖伤面，避免粘连。若见肌膜溃烂者，可涂黄连膏，每日2—3次，或兼服清热解毒之品，如牛黄解毒丸或清热解毒汤。若异物刺激过久，引起鼻渊者，见"鼻渊"条的治法。

教育儿童不要将玩物塞入鼻孔，以预防本病发生。

鼻疳

以鼻前孔附近皮肤红肿、糜烂、结痂、灼痒、微痛为主要症状的病证，称为鼻疳，又称鼻䘌疮。此病常反覆发作，经久难愈。本病致病原因，多为风热之邪客于肺经，肺经壅热，而发生各种鼻疾，则流涕不止，浸渍于鼻前孔肌肤，若再为湿热邪毒所染，内外邪热结聚而致。或因饮食不节，脾胃运化失司，湿浊内停，郁蒸化热，湿热循经上犯，熏蒸鼻之肌肤而发。此外，与疳热、虫积有关，如《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》说："鼻疳者，因疳热攻肺而成。"本病多见于小儿。《医宗金鉴·外科心法要诀·鼻䘌疮》谓："鼻䘌疮多小儿生，鼻下两旁斑烂形，总由风热客于肺，脓汁浸淫痒不疼。"临床辨证，可分为两型。

肺经壅热、邪毒所染：症见鼻前庭皮肤灼热干焮，微痒微痛，皮肤出现粟粒状小点，继呈表浅糜烂，皲裂，覆有脓痂，久则鼻毛脱落，反覆发作，经久不愈。全身症状不明显，或可见头痛，发热，咳嗽，便秘，舌质红，苔微黄，脉数。治宜宣肺清热解毒为主，方用清金散或《医宗金鉴》之黄芩汤。若热毒壅盛，焮热痛甚者，可加黄连、丹皮，以清热毒，凉血止痛。

脾胃失调、湿热郁蒸：症见鼻前庭皮肤糜烂浸淫，常溢黄水，潮红焮肿，刺痒疼痛，有时可见小皲裂，日久可侵及鼻翼和口唇，鼻塞不通，言谈不爽。小儿因脏腑幼嫩易因脾虚湿滞久郁而出现腹胀，大便溏薄，小便黄浊，啼哭易怒，舌苔浊腻，脉濡滑数。治宜清脾渗湿解毒为主，方用除湿汤。若见湿重者，可加蚕砂、土茯苓、苦参；痒甚加蝉蜕、防风、浮萍；小儿有虫积疳热者，则应消积理脾，方用消疳理脾汤加减。

局部的处理，主要依据其干湿情况，选用药物。如局部湿热盛，红肿、糜烂、脂水多，可用青蛤散、鼻疳散调敷，亦可用明矾、生甘草煎水洗涤，清热解毒，祛湿收敛。如局部干燥、结痂、疼痛者，用黄连膏、玉露膏外涂，以润燥止痛，消肿解毒。或用杏仁捣烂，人乳调敷。同时要劝告病人，不可因痒而用手搔抓，以防再度感染，也不要一见痂皮便强行剥去，以免影响愈合。本病与鼻前庭炎相似。因本病常由鼻涕经常刺激，或手帕擦鼻涕等刺激而致，故及早治愈鼻腔疾病是预防本病的重要方法。同时应戒除挖鼻孔，拔鼻毛等不良习惯。对小儿应注意调节饮食，并防治各种寄生虫，以免造成疳热上攻。

鼻疔

鼻前庭或鼻尖部位生疖肿的病证，称鼻疔。因其根脚坚硬，形如钉状，故名。又称鼻疖。以局部红肿，呈粟米状突起，坚硬，胀痛，有脓点为特点。疼痛剧烈时可引及脑门，甚则唇面俱肿，壮热恶寒。《外科正宗·拾遗症》卷第一百三十八谓："鼻疔生于鼻内，痛引脑门，不能运气，胀塞鼻窍，甚者唇腮俱肿。"若邪毒壅盛，处理不当，邪毒内陷，成疔疮走黄，可危及生命。本病多由肺胃素有积热，恣食膏粱厚味及辛辣炙煿之物，以致火毒结聚，循经上炎，凝结于鼻而成。或因挖鼻、拔鼻毛伤及鼻孔肌肤，

染毒而生。

其症初起，鼻尖或鼻前庭局部红肿，有粟粒样突起，根脚坚硬，形如钉状，焮热疼痛，逐渐加重，有跳痛，并可有形寒、发热、周身不适等表证，3—5日后疮顶出现黄白脓点，全身可有憎寒壮热，便秘、尿赤，舌质红，苔白或黄、脉数等，若溃出脓栓，肿消痛止、身热减退，症渐趋愈。若局部肿势扩散，疮顶紫暗，顶陷无脓，根脚散漫，面鼻高肿，眼眶肿胀暗红，两眼合缝，头痛剧烈。并见高热，烦躁，恶心呕吐，神昏谵语，口渴便秘，舌质红绛，苔厚黄燥，脉洪数等，此为疔疮走黄逆证。

治疗，初起宜清热解毒，消肿止痛，方用五味消毒饮加减。有表证者，可加荆芥、防风；病情严重者，可配合黄连解毒汤；壮热口渴者，选加竹叶、石膏、栀子、连翘、大青叶等；脓出不畅者，加皂角刺、炮山甲等；大便秘结，可加大黄、芒硝。若邪毒内陷营血，出现走黄，治以清营凉血，解毒泄热为主，可用黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。如病情发展加重，出现神昏谵语，加服安宫牛黄丸、紫雪丹等，以清心开窍。

局部用药，初起可用玉露散、金黄散、四黄散或紫金锭等药，调水涂敷，以清热解毒，消散肿结；若有脓可用九一丹外敷，以拔毒排脓；脓出尽后，则用生肌玉红膏外敷，促进其生肌愈合。鼻疔已熟者，可待其自然穿破，亦可在消毒后，用锋利刀尖，将脓头表面轻轻挑破，以小镊子钳出脓头。切开时不可切及周围浸润部分，且忌挤压。

护理及预防，禁忌一切挤压、触碰、挑刺、灸法及早期切开引流，以免脓毒扩散，引起疔疮走黄之危症。戒除挖鼻及扯鼻毛之恶习，积极治疗各种鼻病，保持鼻部清洁。

伤风鼻塞

因于外感风邪而致鼻塞的病证，称为伤风鼻塞。是临床常见疾病之一。以鼻塞、流涕、鼻痒、喷嚏等局部症状为主症。相当于现代医学之急性鼻炎。本病的主要病因为风邪侵袭。风为百病之长，善行而数变。风邪可以兼寒或兼热而侵于肺系，发为鼻病。盖肺合皮毛，司腠理，若因气候变化，冷热不慎，过度疲劳，致使腠理疏松，卫气不固之时，风寒之邪乘机侵袭，则肺失清肃，邪毒上聚鼻窍而致鼻塞。或风热之邪从口鼻而入，直犯鼻窍，或风寒之邪久郁化热，肺气不宣，治节失常，鼻窍不利，而发本病。由于所犯的邪毒不同，病者的体质不同，伤风鼻塞可分为风寒鼻塞与风热鼻塞两型。

风寒鼻塞：症见鼻塞、鼻流清涕，喷嚏频作，说话鼻音重，咳嗽，痰稀薄，伴有恶寒，发热，头痛，无汗，口不渴，舌苔薄白，脉浮紧等。局部见鼻腔粘膜肿胀，淡红，有清水样鼻涕。治宜疏风散寒通窍。方用葱豉汤，加白芷、藿香等，风寒较重服荆防败毒散；头痛重者加羌活、川芎；咳嗽痰多加法半夏、白前、苏梗、紫菀、款冬花；咽痛加玄参、紫花地丁；寒从热化，出现热象者，加黄芩、金银花、连翘等。或可选用清瘟解毒丸、九味羌活丸、午时茶、利鼻丸等中成药。

风热鼻塞：症见鼻塞，涕黄粘稠，排出不爽利，伴发热，恶风，头痛，出汗，口渴，咽痛，咳嗽，痰黄粘，舌质红，苔薄黄，脉浮数。鼻粘膜红肿，鼻道有粘液性或粘液脓性鼻涕。治宜疏风清热，宣肺通窍。方用银翘散或桑菊饮加减。若头痛甚者，加蔓荆子、藁本；咳嗽痰多加前胡、瓜蒌、象贝母；咽痛加射干、马勃、麦门冬；鼻涕黄粘加黄芩、生地黄。亦可选用银翘解毒丸、羚翘解毒丸、感冒退热冲剂等中成药。

鼻腔滴用药物，以疏风通窍为主，以改善鼻腔通气，有利鼻涕引流。常用的药物如滴鼻灵、葱白滴鼻液、1%麻黄素液等，每日3—5次。配合针灸疗法，鼻塞者选迎香、印堂；头痛者选太阳、合谷、风池、曲池等穴。每次2—3穴，强刺激，留针10—15分钟。

预防：加强身体锻炼，常用冷水洗面，以增强抗邪及对寒冷的适应能力，是预防伤风鼻塞的关键。除此，应劳逸结合，适冷暖，戒烟戒酒，及早彻底治疗体内其他疾病，如乳蛾、龋齿等。也可适量服用有预防作用的药物，如遇风寒及受雨湿后，即用生姜9克、大枣9克、红糖12克，煎服。有散风寒、除寒湿作用。体质较盛者，宜用大青叶、板蓝根、金银花、贯众各30克，水煎代茶饮或用10%大蒜液滴鼻，每日滴鼻3—5次，每次1滴。还可用食醋蒸熏法：每立方米空间用市售食醋5—10毫升，以1至2倍水稀释后加热，每次蒸熏2小时，每日或隔日熏1次，可用于空气消毒，预防传染。

鼻窒

鼻腔窒塞的病证，称为鼻窒。鼻窒一名，首见于《素问·五常政大论》，在《素问玄机原病式·六气为病》有“鼻窒……阳气甚于上而侧卧则上窍通利，而下窍闭塞”的描述，指出了鼻窒有左塞右通、右塞左通、时塞时通为主要症状的特点。本病与现代医学之慢性鼻炎症状相类似。

本病的病因，以肺脾虚损为主，兼以余邪滞留，壅塞鼻窍而致。可分为：①肺气虚弱，清阳不能上达，清肃功能失常，寒邪得以滞留鼻窍而发。如《灵枢·本神》谓“肺气虚则鼻塞不利”，《济生方·鼻门》谓：“风寒乘之，阳经不利，则为壅塞。”②脾气虚弱，营运之气不能上升，水湿不化，以致湿浊滞留鼻窍，壅阻脉络，日久以致湿热交蒸，痰湿结聚，而成虚实夹杂之证。如《证治准绳·杂病》第8册中引东垣之言：“若因饥饱劳役损脾胃，生发之气既弱，其营运之气不能上升，邪塞孔窍，故鼻不利。”③邪毒久留鼻窍，阻于脉络，以致气滞血瘀，痰湿结聚，气血痰湿交结而发病。

本病以鼻塞为主要症状，具有时重时轻，左右交替堵塞等特点，亦有堵塞无歇，甚者需用口呼吸。涕多或黄稠，或白粘。并有嗅觉减退，头痛头胀，讲话有鼻音，或有

耳鸣，听力减退等症。

肺气虚弱，寒邪滞留：症见鼻塞时重时轻，或左或右，常流涕粘稠，遇寒加重，或有耳鸣，听力减退。鼻窍肌膜肿胀淡白。并见有咳嗽，痰稀，气短，面色皖白，脉缓弱，舌质淡红，苔白薄。治宜补肺益气，祛风散寒。可选用温肺止流丹加五味子、白术、黄芪。若兼有邪热，鼻窍肌膜色红，痰涕较黄，头胀不适，可选用温卫汤，以补肺益气，疏散风邪，清热解毒，通利清窍。

脾气虚弱，湿浊滞留：症见鼻塞较重，涕量多，粘稠或色黄，鼻窍肌膜肿胀色淡，嗅觉减退，头胀不适，胃纳差，大便时溏，体倦乏力，舌体胖，舌质淡，苔白或厚，脉缓弱。若为湿热交蒸，则鼻粘膜及鼻甲肿胀色潮红，痰涕稠黄而少，口苦胸闷，颌颡梗梗，耳鸣，听力不聪，小便短赤，舌质红，苔黄，脉滑数。治宜健脾渗湿，祛风通窍，选用参苓白术散，加石菖蒲、苍耳子、藿香。若湿热交蒸，痰火互结，去陈皮、炙甘草、缩砂仁、石菖蒲，加贝母、前胡、菊花、天花粉；若兼见肺气虚弱，症见短气，声音低微，畏风自汗，宜参苓白术散，加黄芪、五味子、麦门冬，以补肺敛气。

气血凝聚，瘀阻脉络：症见鼻塞无歇，甚者需用口呼吸，嗅觉迟钝，说话鼻音重，鼻甲肿实暗红，凹凸不平，堵塞鼻窍。并可有咳嗽痰多，头胀头昏，耳鸣，听力不聪等症状，舌质红或有瘀点，脉弦数或涩。治宜行气活血，宣邪通络，兼以清热，可选用当归芍药汤。若头痛明显，宜加入白芷、藁本、葛根，以祛风止痛；若咽干不适，加入麦门冬、天花粉，以养阴润肺；若喉痒咳嗽痰多，加桑白皮、瓜蒌仁以疏肺除痰；若兼气血虚，宜配黄芪、党参、熟地黄、桑椹子、首乌，以补气血。

外用药物：以辛温通窍，疏散风寒为主，可选用：鱼脑石散吹鼻，每日 3—4 次。或用鹅不食草(95%)与樟脑(5%)研末调匀，以薄绢包裹少许塞鼻内，每日换药 1 次。若为脾气虚弱，湿浊滞留，亦可采用荜拨、天南星等量研末，炒热包裹，温熨囟前，以温散寒湿，行气疏络。如属气血凝聚，瘀阻脉络，除上述外用药，并可选用毛冬青液注射于下鼻甲，每侧注射 2 毫升，隔日注射一次，3 次为一疗程。

草药治疗：以上三类鼻窒，均可用路路通、山白芷、五爪龙、千斤拔、岗稔根各 20 克，煎水服，以补气血，温散寒邪。

针灸治疗：可选：①针刺主穴如迎香、印堂、山根、鼻通，配穴如风池、合谷、足三里、列缺、委中，可取主穴及配穴各一对，强刺激，留针 15—20 分钟。②悬灸迎香、百会、悬钟，每次 10—20 分钟，每日 2 次。③耳针可取内鼻、外鼻、肾上腺等穴，每次选 1—2 穴，埋针，留针 5—10 日。

按摩疗法：用两手中指于鼻梁两边搽 20—30 次，令表里均感到焮热，以达到气血流畅，经络疏通，宣泄寒邪作用。

此外预防方面，要戒除辛辣炙煿烟酒之类，急性病、热性病之后多服用润肺健脾之品，如沙参、麦冬、百合、薏苡仁、淮山药、玉竹等煮汤服，使肺脾健旺，邪毒不得干扰。

护理：避免局部长期使用血管收缩剂，如鼻眼净，以免引致药物性鼻炎。鼻塞严重时，不可强行擤鼻，以免邪毒入耳，引起耳胀、耳闭等病。

鼻鼽

以阵发性发作鼻痒、喷嚏、流清涕为主要特点的鼻病，称为鼻鼽。又称鼽嚏、鼽鼻，为鼻科常见病、多发病。早在《素问·气交变大论》谓："岁金不及……民病肩背瞀重，鼽嚏血便注下。"《素问玄机原病式》谓："鼽者，出清涕也。"又指出："嚏，鼻中因痒而气喷作于声也。"本病相当于现代医学之过敏性鼻炎。

病因病机 主要为肺、脾、肾虚损。①肺气虚寒：肺合皮毛，宣发卫气，若肺气虚寒，卫表不固，腠理疏松，风寒异气乘虚而入，犯及鼻窍，促发本病。如《太平圣惠方》卷三十七谓："肺气通于鼻，其脏若冷，随气乘于鼻，故使津液流涕，不能自收也。"②脾气虚弱：肺为气之枢，脾为气之源，若脾气虚弱，不能上输于肺，肺气亦虚，肺气虚则鼻失濡养。又肺主通调水道，脾主运化津液，若肺脾气虚，则津液输布失司，水液通调受阻，也可导致本病。③肾元亏损：肾为气之根，肾虚失其摄纳作用，肾不纳气，气不归元，阳气耗散于外，上越鼻窍而为病。故《素问·宣明五气论》提出了"肾为欠、为嚏。"

本病的主要症状为阵发性发作，开始鼻窍发痒，随着酸胀不适，喷嚏频作，鼻塞，流大量清涕。其发病迅速，消失也快，症状消失后，则如常态。此外，或可见耳鸣、耳聋等症状。检查时可见鼻窍肌膜肿胀，呈水肿样，苍白或灰白色，鼻腔内有清稀鼻涕。对于病史较长，反应较剧烈者，鼻窍肌膜极度苍白、水肿，甚则可呈息肉样变或形成息肉。

辨证论治 本病的治疗，以内治为主，着重调理肺、脾、肾的功能。

方药治疗 临床辨证可分三型。

肺气虚寒：症见鼻痒较甚，喷嚏频频，鼻流清涕，检查可见鼻窍肌膜苍白肿胀，并见倦怠懒言，气短音低，自汗恶风，咳嗽痰稀，面色皖白，舌质淡，苔薄白，脉细弱。治宜温补肺脏，祛风散寒，选用温肺止流丹加减。若为病之初起，风寒之邪较甚者，可加辛夷花、苍耳子等药；久病者，则应去荆芥、桔梗等疏风宣肺的药物，加黄芪、五味子等以补肺敛气。临床上亦常用玉屏风散合苍耳子散加减。

脾气虚弱：症见鼻塞较重，喷嚏，流清涕量多，检查可见鼻窍肌膜苍白，肿胀较甚，并见倦怠乏力，食少腹胀，便溏，舌质淡，苔白，脉濡弱。治宜健脾补肺敛气，方用补中益气汤或四君子汤加减。可选加五味子、诃子、乌梅等以

收敛肺气。

肾元亏损：症见喷嚏频作，流大量清涕，检查可见鼻窍肌膜苍白肿胀，并见腰膝酸软，形寒怕冷，夜尿多，或见遗精早泄，小便清长，舌质淡，脉沉细弱。若阳损及阴，则可出现面色潮红，头昏耳鸣，少寐健忘，腰酸腿软，舌尖红，少苔，脉细略数等肾阴虚之证。治以益肾壮阳，补肾纳气为主，可选用金匮肾气丸，或加入胡桃肉、肉苁蓉、覆盆子、金樱子、蛤蚧、鹿角霜等补肾纳气的药物。若肾阴虚者，可用八味地黄丸加金樱子、五味子、女贞子、地龙干、白芍药等药。此外，若患者以鼻塞为主要症状，鼻窍肌膜红紫，舌有瘀滞者，宜活血化瘀通窍，方用当归芍药汤加减，改善鼻腔通气后，再考虑应用补肾或补肺脾疗法。

外治：吹鼻粉剂，如碧云散吹鼻内，每日3次。或瓜蒂散吹鼻内，每日3次。滴鼻剂，用滴鼻灵、葱白滴鼻液等滴鼻内，每日2—3次。

针灸治疗 ①以风池、迎香、颧髎为主穴，并选配肺俞、脾俞、肾俞等穴。每日轮换使用主配穴各一对，针刺，中等度刺激，每日1次，10次为一疗程。②艾灸：取百会、上星、身柱、膏肓、命门、神阙、气海、中脘、曲池、足三里、三阴交、涌泉等穴，按肺、脾、肾虚等型选穴，每次选穴3—4个，悬灸20分钟。或艾柱直接灸（神阙、涌泉除外），每穴7—10壮。③穴位注射：用针刺穴位注入下列药物：5%当归注射液、维丁胶性钙、维生素B_1、胎盘组织液等，每穴注射0.5—1.0毫升，每日1次，10次为一疗程。④穴位敷贴：用斑蝥粉少许撒在小块胶布上，敷贴上印堂穴，12小时后取去，如有水泡，可用注射器吸去，再用消毒纱块覆盖，予以清洁保护，以免感染邪毒。1周1次，3次为一疗程。

推拿疗法 先将双手鱼际互相摩擦至发热，即分贴于鼻两侧，沿鼻根至迎香，往返按摩至局部觉热为度，然后再由攒竹向太阳穴推擦，每日2—3次。亦可用两手中指于鼻梁两边揩擦20—30次，令表里俱热，每日早晚各擦一次。通过鼻部按摩，局部经络得以疏通，气血流畅，促进邪气宣泄。

草药治疗 宜用补益元气，温散祛寒的药物，可选用五指毛桃、千斤拔、岗稔根等以补气。路路通、鹅不食草、白芷以散风寒。

食疗 可用北芪、杞子炖乳鸽，有补气固表，滋阴养血的作用。每次可用北芪30克，杞子15克，乳鸽一只，放炖盅内加水适量，隔水炖熟。

护理 避免接触异气，及引起个人过敏的物品、食品、药物。

鼻槁

以鼻内干燥灼痛，肌膜干枯萎缩有痂皮，鼻气腥臭为主要症状的鼻病，称为鼻槁。病名出于《难经·五十八难》，即鼻内肌膜枯槁干燥之意。相当于现代医学之萎缩性鼻炎。本病多见于青壮年。山区发病多于平原，体格瘦弱者多于健壮型，以女性为多，症状冬季比夏季为重。

本病以鼻内干燥、鼻塞、嗅觉减退以致消失，鼻气臭秽，时有痂皮擤出，或有少量鼻衄为常见症状。检查见鼻窍宽大，鼻内肌膜枯槁如蜡，干燥结痂，痂块呈褐绿色，取出痂块则见鼻窍肌膜枯萎，或糜烂出血，且可直接窥见颃颡部。本病与肺、肾、脾关系密切。常由肺经燥热，上循鼻窍，蒸灼肌膜，耗伤鼻液，而致干燥，或肺肾阴虚，津液枯竭，不能上润鼻窍肌膜，鼻失滋养，而致枯萎，或肺脾亏虚，水谷精微之化生与输布均受障碍，清气不升，浊阴不降，肌膜萎败，积而为痂，鼻气臭秽。根据整体与局部相结合进行辨证，可分为肺经燥热、肺肾阴虚、肺脾亏虚等三种类型进行治疗。

肺经燥热：症见鼻内干燥及疼痛较甚，鼻窍内肌膜萎缩、涕液污秽，带黄绿色，痂皮多，或少许血丝，咽痒时嗽，口干鼻燥，舌红苔少，脉细数。治宜清肺润燥。选用清燥救肺汤加减。

肺肾阴虚：症见鼻内干燥，咽喉干痛，手足烦热，咳嗽痰少，或见头晕，耳鸣，腰膝酸软，舌红苔少，脉细数等。治宜滋阴润肺，选用百合固金汤加减，如口干咽痛者，可加石斛、玉竹；衄血者，可加仙鹤草、旱莲草、炒栀子、白茅根；鼻气臭秽者，可加黄芩、知母、桑白皮之类。

肺脾亏虚：症见鼻涕如浆如酪，其色微黄浅绿，痂皮淡薄，鼻气腥臭难闻，兼见食少腹胀，疲乏少气，大便时溏，唇淡苔白，脉缓弱。治宜补益肺脾，行气逐邪。选用补中益气汤加地肤子、马勃、青皮、郁金等。

局部治疗以洗涤鼻腔及局部使用滋润药物为主。常用的滋润药物如苁蓉滴鼻液，或水蛭蜜或芝麻油加少许冰片滴鼻，每日2—3次，每次3—5滴。本病忌用血管收缩剂，如麻黄素、鼻眼净、肾上腺素等。对于鼻气腥臭者，可用鱼脑石散吹鼻，每日2—3次。洗涤鼻腔，可在盆内盛以微温生理盐水，或温开水，患者用鼻吸入后，再予喷出，反覆洗涤，清除鼻内痂皮，每晨1次，洗涤后再滴药液或吹药散，效果更好。

针灸治疗：可选用迎香、禾髎、素髎、足三里、三阴交等穴。捻转、弱刺激，留针15—20分钟，每日1次。此外，也可用迎香穴位埋线，其法在局部按常规消毒及麻醉后，将羊肠线一小段埋入迎香穴内，由于羊肠线在穴位内较长时间的刺激而起治疗作用。一般可每月1次，连续3—4次。也可用艾条灸百会、足三里，以温通经络，通窍除涕。

护理：应保持鼻窍清洁湿润，清除鼻内积涕或痂皮。忌用手指挖鼻。

鼻渊

以浊涕不止为主要特征的鼻病，称为鼻渊。最早载

于《内经》，如《素问·气厥论》谓："胆移热于脑，则辛頞鼻渊，鼻渊者，浊涕不止也。"在临床辨证上有属寒热虚实之分，病程上有长短新久之别，临床可分为急性鼻渊和慢性鼻渊。

急性鼻渊　多继发于伤风鼻塞，症见流多量浊涕，头痛发热，嗅觉减退。属鼻渊的实证热证。

本病多由生活寒暖不调，或过度疲劳之后，外邪侵犯而发病。其病理变化主要表现于肺经风热、胆腑热盛及脾胃湿热三方面。①肺经风热：肺素有热，复感外邪侵袭，如因风热之邪从口鼻而入，邪犯肺经，或因风寒之邪，外袭皮毛，内犯于肺，久郁化热，内外热邪蕴结于肺，肺失清肃，热邪循经上蒸，灼伤鼻窦而为病。如《医学心悟》卷一谓："鼻塞浊涕者，风热也。"②胆经热盛：邪热侵犯，内伤于胆，胆性刚强，易化热化火。胆经火热，循经上犯，蒸灼鼻窦，发为鼻渊。如《济生方·鼻门》谓："热留胆腑，移热于脑，遂致鼻渊。"③脾胃湿热：湿热之邪内犯，伤及脾胃，脾胃为湿热郁困，运化失常，清阳不升，浊阴不降，湿热之邪循经上蒸鼻窦而为病。本病类似现代医学之急性鼻窦炎。

根据不同的病理变化和临床症状，辨证治疗分三型：

肺经风热：多见于病之初起，邪尚在表，症见鼻塞，鼻涕黄或粘白，量多，并见发热、恶寒、头痛、咽喉不利，舌质微红，苔薄白或微黄，脉浮数。若邪热壅肺，则鼻涕黄浊，鼻窍焮热，或见涕中带血，发热，面赤，咳嗽，痰黄，口渴引饮，舌质红，苔黄，脉数等。检查见鼻腔肌膜红肿明显，鼻道黄浊涕多。治宜祛风清热，宣肺通窍，用苍耳子散合银翘散加减运用。咳嗽痰多者，加杏仁、瓜蒌仁等，以疏肺化痰止咳；黄浊涕多者，加马勃、冬瓜仁等；若肺热较盛，宜加生石膏、黄芩、知母、鱼腥草、桑白皮，以泻肺热；鼻涕带血者，加白茅根、牡丹皮、赤芍药、生地黄，以凉血止血。

胆经热盛：症见鼻塞，鼻涕黄浊粘稠如脓样，有臭味，嗅觉差，头痛及患处疼痛剧烈，并见发热、口苦、咽干，耳鸣耳聋，寐少梦多，烦躁，舌质红，苔黄，脉弦数等。检查见鼻窍肌膜肿胀红赤较甚，鼻道积脓。治宜清胆泻热，利胆通窍。可选用龙胆泻肝汤，或奇授藿香丸，用木通、绵茵陈煎水送服。鼻塞重，加苍耳子、辛夷花，以芳香通窍；黄绿涕多，加夏枯草、芦荟、黄连，以泻胆火；耳鸣耳聋，加石菖蒲、川芎、蝉蜕，以行气活血通窍；便秘加大黄、芒硝，以泻热通便。

脾胃湿热：症见鼻涕黄浊而量多，鼻塞重而持续，嗅觉差，并见发热，头痛，头重如裹，体倦肢重，胸闷腹胀，食欲不振，小便黄赤，舌质红，苔黄厚腻，脉濡数或滑数等。检查见鼻窍肌膜红肿，尤以肿胀更甚，鼻道积留大量黄脓涕。治宜清热利湿，祛浊通窍。选用甘露消毒丹或黄芩滑石汤加减运用。鼻塞甚者，加苍耳子、辛夷花之类；如鼻窍肌膜肿甚而红不明显，身重胸闷，不饥不渴，舌苔白腻者，为湿邪偏重，可选用三仁汤加石菖蒲、苍耳子，以祛湿浊通清窍。

上述各类证型，须据病情加减用药。有头痛者，可按不同的部位，详察三阳之别，选用祛风清利头目止痛的药物，如巅顶头痛用藁本；前额、眉棱骨痛用白芷；后枕或项背痛用葛根；头侧痛用柴胡。耳鸣耳聋，可加行气活血通窍的药物如石菖蒲、香附、川芎、柴胡等。鼻涕粘稠黄浊，可选加利湿排脓的药物，如冬瓜仁、薏苡仁、瓜蒌仁、马勃、鱼腥草等药。

外治可用祛风通窍、清热解毒的药物制成滴剂，如滴鼻灵、葱白滴鼻液或1%麻黄素溶液滴鼻，或用疏风清热通窍的冰连散吹入鼻腔，以改善鼻腔的通气及引流。上颌窦炎者，可于穿刺以后，注入鱼腥草液以清热解毒。

针灸治疗：取手太阴、阳明经穴为主，常用列缺、合谷、迎香、印堂等穴，针用泻法，以达祛风宣肺泻热通窍之目的。穴位注射，可取肺俞穴，进针3—5分，注入鱼腥草注射液0.5毫升，以清泻肺热。急性鼻渊，必须彻底治疗，否则迁延日久，可演成慢性鼻渊。

慢性鼻渊　以久病鼻塞，浊涕常流，源源不断，嗅觉减退，头部钝痛或闷痛，伴头昏不适为主要临床表现。属鼻渊的虚证寒证。如《医学心悟》卷四谓："若鼻中常出浊涕，源源不断者，名曰鼻渊。"因鼻气通于脑，涕自上而下流出，故亦称脑漏、脑渗、脑泻、脑崩。如《外科正宗·脑漏第五十六》谓："脑漏者，又名鼻渊。"

本病多因急性鼻渊治疗不彻底，余邪未清，迁延日久而致，或因脏腑虚损，邪毒滞留于窦窍，或反覆感受外邪，内外邪毒结聚于鼻窍，日久不愈而成。①肺经郁热：多因反覆感受风热之邪，或外感寒邪，日久化热，邪热滞留于肺，肺失宣降，郁热不散，循手太阴经脉，上蒸鼻窍而为病。②肺脾气虚：多由病后失于调理，或因邪气久羁，迁延失治，以致肺脾气虚。肺气虚弱，卫外之力不足，易为外邪所犯，致使经常感冒，如此反覆不已，余邪不清，滞留鼻窍，缠绵不愈；脾气虚弱，则运化失司，不能运化水谷精微上荣于肺，此外，脾失健运，则清阳不升，浊阴上逆，亦可影响肺气的清肃。肺脾气虚，则鼻失濡养，湿浊停滞鼻窍，发为鼻渊。根据不同病因，辨证施治可分两型。

肺经郁热：症见鼻塞日久，鼻涕黄浊而量多，嗅觉减退或消失，记忆力减退，头晕脑胀，舌质稍红，苔白或微黄，脉弦细数。检查见鼻窍肌膜暗红肿胀，鼻道有黄浊涕。治宜宣肺清热，活血通窍。方用黄芩清肺饮加减。可选加前胡、桔梗、桑白皮等，以加强宣肺之功；鼻塞甚者，加辛夷花、苍耳子，以芳香通窍；鼻粘膜肿胀甚者，多为湿重，可加薏苡仁、泽泻、车前子，以利水渗湿；黄浊涕多者，多为湿热壅盛，可加蒲公英、金银花、鱼腥草等药，以清热解毒。

肺脾气虚：症见鼻塞较重，鼻涕粘白或黄稠而量多，嗅觉差，头晕头胀，气短乏力，咳嗽痰白，食少腹胀，便溏，舌质淡红，苔白，脉细弱。检查见鼻窍肌膜淡红、肿胀，鼻道可见积脓。治宜补益脾肺，升阳固表。方用补中益气汤加减。若偏于肺气虚弱，平素恶风易感冒者，可配用温

肺止流丹或温肺汤，以加强其温补肺气、散寒通窍的作用；若偏于脾气虚弱，鼻涕长流不止，鼻塞甚者则可用参苓白术散，以健脾利湿；若见鼻涕黄浊而量多，舌苔黄腻，此为正虚邪实，则宜用托里透脓之法，以扶助正气，托毒外出，用托里消毒散加减。此外，《景岳全书·杂证谟·鼻证》谓："或火由寒郁，以致湿热上熏，津汁溶溢而下，离经腐败，有作臭者，有大臭不堪闻者。"此为牙齿根部腐烂而致窦窍病变，须治疗牙病。本病与现代医学之慢性鼻窦炎相似。

外治：①选用滴鼻灵滴鼻，每日3—4次，以通窍排脓。②鱼脑石散或碧云散吹鼻，每日2—3次，以通窍除涕。③用生附子为末，煨葱研和如泥，夜间涂涌泉穴。④上颌窦炎，采用上颌窦穿刺冲洗，冲洗出窦内积脓，灌入鼻窦灌注液2—3毫升或鱼腥草液，以达祛风解毒、扶正祛邪的作用。⑤鼻息肉堵塞，妨碍脓涕排出者，应手术摘除息肉。

针灸治疗：取手阳明经及督脉经穴为主，常用穴如迎香、合谷、百会、上星、囟会、前顶，每次2—3穴，针刺用平补平泻法，以调和气血，祛邪通窍，或用灸法（肺经郁热除外），悬灸至掀热感，皮肤发红为度，以扶正祛邪。

护理及预防：经常清洁鼻腔，去除积留鼻涕，保持鼻道通畅，可适当做低头、侧头运动，以利窦内涕液排出。注意擤鼻方法，鼻塞涕多者，切忌用力擤鼻，以免鼻腔分泌物通过咽鼓管进入中耳，发生耳疾。

鼻衄

鼻窍出血的病证，称之为鼻衄。鼻衄不是一个独立的病名，而是多种疾病的常见症状之一。历代医家根据鼻衄的轻重缓急，或病因病机的不同，而立不同的名称。根据出血情况来分，鼻衄甚者，口鼻皆出血，称为鼻洪、鼻大衄或脑衄。如《诸病源候论·鼻大衄候》谓："其云鼻大衄者，是因鼻衄而口耳鼻皆出血，故云鼻大衄也。"《血证论·脑衄》谓："脑衄者，口鼻俱出血也。"若鼻衄经久不愈，称鼻久衄。"衊血"、"红汗"、"倒经"都属于鼻衄的范畴。衊血，指鼻流污秽血水。伤寒太阳病，有在鼻衄后自愈的，此种鼻衄，被称为"红汗"。妇女每当经行前后，或正值经潮时，发生衄血或吐血者，称为倒经或逆经，月经常在吐衄之后减少或不潮。根据鼻衄病因分，有虚劳鼻衄、伤寒鼻衄、时气鼻衄、温病鼻衄、五脏衄、酒食衄等。临证上，一般可归纳为虚实两大类，即火热鼻衄与虚损鼻衄。现分述如下：

火热鼻衄 因外感热邪或脏腑火热上灼鼻窍，伤于阳络而致的鼻出血，称为火热鼻衄。《诸病源候论·鼻衄不止候》谓："脏腑有热，热乘血气，血性得热即流溢妄行，发于鼻者，为鼻衄。"火热鼻衄，是多种热性疾病的常见症状之一，如在温病中见此则为热甚迫血妄行之证；伤寒病而衄者，乃由五脏热结所为，谓之红汗，邪热从汗而解之象。

本证的主要病因多系脏腑蕴热，与肺、胃、肝的关系较大，血热气盛，血上溢于鼻窍。①肺热上壅：邪热犯肺，上炎鼻窍，热伤肺络，血液溢出而为衄。如《外科大成·鼻衄》谓："鼻衄者，鼻中出血也，由肺经血热妄行。"②胃热炽盛：多因过食辛辣炙煿，醇酒厚味之品，以致阳明火毒炽盛，循经上沸，损伤鼻中阳络，血随热涌，发为鼻衄。③肝火上炎：多由情志不遂，肝气郁结，久郁化火，肝火上逆，循经蒸灼鼻窍脉络，脉络受损发为鼻衄。《疡科心得集·辨鼻渊鼻痔鼻衄论》提出了"有因七情所伤，内动其血，随气上溢而致者"。根据不同的病因及不同的临床表现，辨证治疗分述如下：

肺热上壅：鼻衄常卒然而发，血色鲜红，鼻窍干燥，口干身热，干咳少痰，小便黄短，舌质红，苔薄白或微黄，脉数。治宜清热泻肺，凉血止血。方用泻白散，加白茅根、仙鹤草、炒蒲黄、侧柏叶等。若兼有高热烦渴者，可选加石膏、知母、栀子等；若鼻衄而兼有咽喉肿痛，口渴烦热，夜寐不安，可选加生地黄、玄参、麦门冬等；若邪热入于营分、血分，夜热早凉，身发瘀疹，舌赤绛者，可选加牡丹皮、赤芍药、犀角等。

胃热炽盛：症见鼻衄量多，血色鲜红或暗红，鼻干燃热，咽干口臭，烦渴引饮，小便短赤，大便燥结，舌质红，苔黄或黄厚腻，脉洪数。治以清泄胃火，凉血止血为主，方用白虎汤合犀角地黄汤加减，选加茜草根、白茅根、仙鹤草、鲜芦根、紫珠草等，以加强凉血止血的作用。若大便秘结，可酌加大黄、芒硝等药以通腑泄热；若鼻衄量多，气津两伤，神疲倦怠，则应加太子参或党参，以补气摄血。

肝火上炎：症见鼻衄量多，血色深红，头晕头痛，口苦咽干，面红目赤，心烦易怒，或见胸胁胀痛，耳鸣耳聋，舌质红，苔黄，脉弦数。治宜清肝泻火，凉血止血。方用龙胆泻肝汤或栀子清肝汤，选加夏枯草、菊花、白茅根、仙鹤草、青葙子等。若鼻衄而兼见胁肋胀痛，口苦咽干者，可选加香附、郁金、佛手、玄胡索等；若鼻衄而兼头晕目眩，耳鸣耳聋者，可选加牛膝、龙骨、牡蛎、白芍药、葛根、石菖蒲等。

外治，用冷毛巾或冰袋冷敷额部、后颈部等。若出血不止，可用消毒棉片蘸药末塞入鼻内止血。常用药末如蒲黄、云南白药、百草霜、血余炭、马勃粉等。若以上方法皆不能止血者，可作前鼻孔填塞，或前后鼻孔填塞，以压迫止血。

针灸治疗：取合谷、上星为主，毫针刺，用泻法。心火亢盛者加后溪，肺经热盛者加尺泽，并刺少商出血。胃热盛者，加上巨虚，肝火亢盛者加太冲、丘墟。

简易方：用鲜藕节、鲜白茅根各60克，水煎服，有清肺胃热，凉血止血之功。也可用韭菜根90克，捣汁，用童便或冷开水冲服，有行瘀散血止血之功。也可用黄花菜60克，水煎服，有清热止血之功。

虚损鼻衄 由于脏腑虚损而致鼻衄，称为虚损鼻衄。

《诸病源候论·虚劳鼻衄候》谓："肺主气，而开窍于鼻，肝藏血，血之与气，相随而行，俱荣于脏腑，今劳伤之人，血虚气逆，故衄，衄者，鼻出血也。"虚损鼻衄，临床上多与肝、肾、脾等脏的虚损有关。①肝肾阴虚：多由素体阴虚，或久病之后，或房劳过度，耗伤肾阴，肝肾阴虚，则水不涵木，以致虚火内生，上炎鼻窍，灼伤阳络而发鼻衄；若肝脏虚损，肝不藏血，血不循经，外溢鼻窍发为鼻衄。②脾不统血：多由患病日久，脾气虚弱，或忧思郁结，劳倦伤脾，脾虚则统血失司，气不摄血，血不循经而离脉道，上溢于鼻窍则为鼻衄。根据病因和临床症状，辨证治疗如下：

肝肾阴虚：症见鼻衄血色淡红，时作时止，点点滴滴，口干少津，头晕眼花，或见腰膝酸软，五心烦热，耳鸣耳聋，舌质红嫩或红绛少津，舌苔少，脉细数。治宜滋补肝肾，养阴止血，方用知柏地黄汤、大补阴丸加减。可选加旱莲草、藕节、阿胶等以加强其养阴止血的作用。若腰膝酸软，可酌加枸杞子、续断、桑寄生、牛膝等。若耗血量多，宜用胶艾汤。

脾不统血：症见鼻衄渗渗而出，经久不愈，血色淡红，面色无华，少气懒言，神疲倦怠，食少便溏，舌质淡红，脉细弱。治宜健脾益气，补血止血。方用归脾汤加减。可选加侧柏叶、仙鹤草、藕节、阿胶、地榆等药。

外治：可选用有止血、涩血、收敛之品，研极细末喷入鼻腔或置棉片上塞于鼻腔出血处。常用药物有炒蒲黄、地榆炭、血余炭、百草霜、云南白药等。若用上法后仍血出不止，可作前鼻孔填塞，或前后鼻孔填塞，以压迫止血。

简易方：可用乌豆 50 克，桂圆肉 15 克，大枣 50 克，清水 3 碗，煎至 2 碗，分早晚 2 次服。还可用旱莲草 50 克，红枣 8—10 枚，清水 2 碗煎至 1 碗去渣饮汤。

鼻息肉

鼻内的赘生物，色淡呈半透明，光滑而质软的病证，称为鼻息肉。此名最早见于《灵枢·邪气脏腑病形》篇。也称作鼻瘜肉、鼻脜肉、鼻齆肉，或称鼻茸、鼻痔、鼻塞肉、齆鼻息肉等。其症如《医宗金鉴·外科心法要诀·鼻痔》所谓："此证生于鼻内，形如石榴子、渐大下垂……碍人气息难通。"

鼻息肉常为鼻渊、鼽嚏的并发症，因受鼻涕长期刺激，鼻窍肌膜肿胀，渐大下垂而形成。故其病因亦与鼻渊、鼽嚏有关，主要由湿热邪毒侵袭，肺经热盛，肺气不得宣畅，湿热邪浊蕴结积滞而成。《外科正宗·鼻痔第五十二》谓："鼻痔者，由肺气不清，风湿郁滞而成。"《医学入门》卷四也谓："鼻痔肺气热极，日久凝浊，结成息肉，如枣，滞塞鼻窍。"《疮疡经验全书》卷七谓："鼻孔中息肉，名曰鼻痔，皆由六气七情所感而成。"或因肺气虚弱，复感风寒之邪，寒邪凝聚，气血瘀滞，停结鼻内而致。如《诸病源候论·鼻息肉候》谓："肺气通于鼻，肺脏为风冷所乘，则鼻气不和，津液壅塞，而为鼻齆，冷搏于血气，停结鼻内，故变生息肉。"

鼻息肉的主要症状是持续性鼻塞，嗅觉减退或消失，鼻涕多，不易擤出，常伴有头昏、头痛、记忆力减退。若息肉较多较大，双侧鼻窍全被堵塞，日久鼻形改变，鼻背平坦，呈蛙背状，常张口呼吸，一见即知为鼻息肉患者。检查可见鼻腔内有赘生物，一个或多个不定，色灰白或淡红，半透明，表面光滑，触之柔软、可移动、无痛，不易出血，故有将息肉的形态描述如石榴子或荔枝肉样。

鼻息肉的治疗，以外治为主，即用手术将息肉摘除，或用药物涂敷，使其枯萎脱落。《外科正宗·鼻痔第五十二》载有手术摘除法："先用茴香草散连吹二次，次用细铜箸二根，箸头钻一小孔，用丝线穿孔内，二箸相离五分许，以二箸头直入鼻痔根上，将箸线绞紧，向下一拔，其痔自然拔落；置水中观其大小，预用胎发烧灰同象牙末等份吹鼻内，其血自止，戒口不发。"目前临床上使用的鼻息肉摘除术其原理和方法与此相仿，只是在手术器械、麻醉、止血等方面做了改进。或用具有腐蚀和收敛作用的药物，制成粉剂，吹布鼻内，或以水、香油之类调和药末，蘸在棉花上，贴敷在息肉根部及表面，以腐蚀收敛。一般上药后，鼻涕增多，息肉枯萎缩细，甚至脱落。由于实际操作时，药物极难达于息肉根部，故难使息肉彻底去除。若于息肉摘除术后，再行敷药，则效果较好，可减少其复发，常用的药物如明矾散、硇砂散、鼻菌散等。平时用滴鼻灵滴鼻，或吹鱼脑石散，有减轻症状作用。

内服药物治疗，主要是帮助脓涕引流以至减少鼻涕，改善通气状态。肺经湿热者治宜清肺宣气，泻湿散结，方用辛夷清肺饮，可酌加车前子、泽泻、海藻等，加强泻湿解毒作用。若有头痛，加白芷、蔓荆子等，以散风邪，清利头目；若肺气虚寒，寒邪凝聚而生息肉者，宜温补肺脏，祛风散寒，可选用温肺止流丹加减；若肺脾气虚，运化转输的功能失常，湿浊邪毒内聚，形成息肉，兼见头昏，气短乏力，食少便溏，面色㿠白，舌质淡，苔白薄，脉缓弱者，宜健脾益气，利湿解毒，可用补中益气汤加木通、泽泻、苍耳子、地肤子等，或用四君子汤加薏苡仁、白芷、皂角刺、桔梗等。

本病复发率较高，一般宜采用综合治疗，以手术为主，配合敷药及内服药物。息肉去除后，要着重治疗鼻渊或鼽嚏，减少鼻涕的长期刺激，是防治鼻息肉的一个重要途径。

鼻及鼻咽血瘤

生长于鼻或鼻咽的血瘤，称为鼻血瘤或鼻咽血瘤。血瘤为五瘤（筋瘤、血瘤、肉瘤、气瘤、骨瘤）之一。《外科正宗·瘿瘤论第二十三》谓："血瘤者，微紫微红，软硬间杂，皮肤隐隐，缠若红丝，擦破血流，禁之不住。"《重楼玉钥续编·诸证补遗》谓："鼻生一条红线如发，一黑泡大如樱桃，垂挂咽门。"与现代医学之鼻部血管瘤的临床表现

颇相类似。其症可分为两类：

鼻咽血瘤：绝大多数发生于青年男性，故有"男性青春期出血纤维瘤"之称。初起瘤小，无明显症状，或鼻涕带血，瘤体长大，则出现鼻塞、耳鸣、耳聋、耳痛、张口呼吸，吞咽困难，甚则引起视觉障碍，眼球突出等症，若因肝火上逆，或检查时不慎损伤，可致瘤体骤然破裂，引起大出血。并常反覆发作。检查可见鼻咽部肿物呈红色，血丝相裹，光滑质硬。

鼻腔血瘤：血瘤较小者，只有一侧鼻塞，如肿瘤增大，将鼻中隔推向对侧，则出现双侧鼻塞，反覆鼻衄。肿瘤呈紫红色，柔软，触之易出血。此外，往往尚见鼻涕多，嗅觉减退等证状。

其病因病理，乃因七情、劳役，伤其肝脾。肝伤火动，则阴血沸腾，脾损湿滞，则痰浊内生，若复为外邪所犯，气血痰浊与邪毒相互搏结，阻塞鼻或鼻咽经络，久则滞积成瘤。如《医学入门》卷六谓："原因七情劳欲，复被外邪，生痰聚瘀，随气流住，故又曰瘤。瘤总皆气血瘀滞结成"。《薛氏医案·外科枢要》卷三谓："若劳役火动，阴血沸腾，外邪所搏而为肿者，其自肌肉肿起，久而有赤缕，或皮俱赤，名曰血瘤。"

治宜疏肝理脾，养血祛痰，方用逍遥散合四物汤加减，如《医学入门》卷六谓"血瘤，四物汤加茯苓、远志"。痰多加半夏、陈皮、远志、瓜蒌之类；如鼻出血兼见头晕目眩，烦躁易怒，口苦咽干，胸闷不舒，舌红苔黄，脉弦数等症，为肝火上逆，可用龙胆泻肝汤加牡丹皮、赤芍药、白茅根以清肝泻火，凉血止血；如鼻出血兼见头晕耳鸣，口干咽燥，舌红少苔，脉细数，为阴虚血热，宜滋阴养血。凉血止血，方用芩连二母丸，如《外科正宗·瘿瘤论第二十三》谓："擦破血流，禁之不住，治当养血凉血，抑火滋阴，安敛心神，调和血脉，芩连二母丸是也。"

外治，可用麝香散或碧玉散涂或吹于肿瘤，以促进瘤体消散，如出血者，可用清热收敛，涩血止血之药粉吹入鼻腔，常用的有百草霜、血余炭、马勃粉、白芨粉、三七粉、云南白药等；亦可将上述药粉置于棉片上，填塞出血处。或用手术摘除肿瘤。

鼻菌

鼻及鼻窦的恶性肿瘤，称为鼻菌。有些文献描述的鼻渊、脑漏有鼻塞、流浊涕及涕中带血等症状，与鼻菌症状相似。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："鼻渊浊涕流鼻中，久淋血水秽而腥。"《疡科心得集》卷上谓："鼻渊者，鼻流浊涕不止，或黄或白，或带血如脓状，久而不愈，即名脑漏。"故鼻渊、脑漏除指鼻窦炎外，还包括鼻及鼻窦的恶性肿瘤。

病因病机　本病的发生，多因脏腑功能不健，复受邪毒的侵袭，搏结而致。与肺、脾、胆、肾关系较为密切。肺上鼻，在窍为鼻，当肺功能障碍，肺气调节失常，则可致鼻部发生病症，如热邪壅肺，肺热久郁，炼液为痰，痰热交阻，结聚鼻窍；脾为后天之本，气血生化之源，鼻得其濡养而健旺，若脾胃素虚，又饮食不节，或劳倦损伤，而致运化失健，湿浊内蕴，结聚成痰，上渍于肺，滞留鼻窍而为病；胆为中精之府，其经脉布于脑后，下通于頞，頞之下为鼻，若胆经有热，则可移热于脑，下頞到鼻，成为衄衊的鼻病；此外，鼻菌后期，多因肾元亏损，又为湿浊热毒久缠，而致侵蚀鼻窍或鼻窍骨质，损伤脉络的重症。

由于肿瘤生长的部位不同，其症状也有所不同。鼻腔的恶性肿瘤，早期有一侧鼻塞，初为间歇性，后为持续性。鼻涕脓样带血，或鼻出血，嗅觉减退或完全丧失，并有头痛，头胀，头闷。检查鼻窍可见赘生物，可呈菌状、菜花状或息肉样，色红，触之易出血，或有糜烂、溃疡及坏死。较晚期的病人，肿瘤可侵入鼻窦和眼眶。如为上颌窦的恶性肿瘤，早期往往无明显体征，或只发现鼻涕带血，晚期则向邻近组织侵蚀，若向鼻腔发展，其表现如上所述；若向前发展，可出现面颊部突起；如向下发展，可出现牙齿松动与脱落，牙龈肿胀、溃疡，硬腭及唇龈沟呈半圆形隆起，甚则向下穿破；若向上侵入眼眶，则可致眼球突出，运动受限及白睛水肿；若向后侵入翼腭窝及颞下窝，则可出现剧烈头痛，张口困难等。X线摄片显示骨质破坏，最后经活检可以确诊。

辨证论治　有以下几方面：

方药治疗　根据病因及临床症状，辨证治疗如下：

痰浊上渍，结聚鼻窍：主证兼见咳嗽痰多，胸闷不适，体倦身重，头痛头重，恶心欲吐，胃纳欠佳，或大便溏薄，舌质淡滞或淡红，舌体胖或有齿印，苔白或黄腻，脉弦滑或濡缓。检查见鼻腔赘生物色较淡，表面分泌物较多，颈部或有恶核。治疗以祛痰浊，散结聚为主，方用清气化痰丸。若咳嗽痰黄，涕血腥臭，口渴咽痛，为肺热久郁，加薏苡仁、冬瓜仁、桃仁、桑白皮、芦根、苇茎等，以清肺滑痰；若脾虚湿重，症见头重身重，恶心欲呕，则配合参苓白术散以健脾渗湿。如痰多，颈部肿块较大者，宜配用四生散以攻坚逐瘀，亦可选加山慈姑、浮海石、瓜蒌、皂角刺、白芥子、马勃之类，以消痰散结。

胆经热盛，火毒内攻：主证兼见头痛剧烈，唇红身燥，心烦失眠，痰涕黄稠带血，口苦咽干，口渴引饮，小便短赤，大便秘结，舌质红或红绛，脉弦滑或弦数。检查见鼻腔肿物色红或暗红，溃烂发臭，颈部或有恶核。治疗以泻火解毒散结为主。方用龙胆泻肝汤加减。选加三棱、莪术、昆布、海藻、生牡蛎、穿山甲等攻坚散结；或选加水蛭、虻虫、土鳖、桃仁、红花、泽兰等药，以破血逐瘀，散结聚。热盛者，选加山豆根、青黛、黄连、夏枯草、芦荟等，以泻热解毒；如大便秘结，胃腑热结者，加大黄、玄明粉等，以泻热通便。

以上二型，如头痛剧烈，可选加露蜂房、三七、五灵脂、蜈蚣，全蝎等，亦可服云南白药；如鼻涕中带血或鼻衄，可选加旱莲草、白茅根、仙鹤草、藕节、白芨、马勃等。

如出血不止，可采用鼻腔填塞法。本病后期，肾元亏损，其病日深，可出现腐蚀骨质的各种重症，或因气血衰败，出现正虚邪实之症，应根据病情变化，配合补虚扶正，以达扶正祛邪的目的。如见面色萎黄，倦怠无力，腹胀体倦，食少便溏，脉细弱或沉缓等脾胃衰败、中气虚弱之证，可用补中益气汤或四君子汤，加谷芽、麦芽、黄芪等；如见头晕耳鸣，颧红，盗汗，或午后潮热，五心烦热，腰膝酸软，遗精滑泄，舌红少苔或无苔，脉细弱或细数等肾阴亏损之证，可用六味地黄丸加女贞子、旱莲草、枸杞子等，以滋阴补肾；如见面色淡白，形寒怕冷，腰膝酸软，阳痿，尿频，脉沉弱等肾阳不足之证，可用金匮肾气丸以温补肾阳；如气血衰败，可用十全大补丸、归脾丸补益气血。在治疗过程中，应密切注意病人体质情况，或以攻邪为主，或以扶正为主，或先攻后补，或攻补兼施，灵活施治。

鼻疽

疽发于鼻的病证，称为鼻疽。鼻疽一名见于《医宗金鉴·外科心法要诀》。本病与鼻结核一症相似。病因多为肺经郁火，循经结聚于鼻部或因疳虫侵蚀鼻部而成。如《医宗金鉴·外科心法要诀·鼻疽》谓："此证生于鼻柱，属督脉经，鼻为肺窍，故又属肺，由肺经郁火凝结而成。"又如《圣济总录·鼻门》所谓："五藏皆有虫，虫得风则化，肺开窍于鼻，肺经既虚，风热乘之，鼻气壅塞，不得宣通，则疳虫得侵蚀，疮生鼻间。"

临床可见鼻前庭皮肤破损，轻微发红，破口不易愈合收敛，呈皲裂状，时痛时痒，如发生溃疡，可侵及鼻翼、鼻中隔及鼻甲，患处覆盖痂皮，痂皮下有肉芽，易出血，可侵犯鼻中隔软骨部，形成穿孔，初期鼻柱肿胀，久不消散，色紫坚硬，时觉麻木，渐渐肿胀局限，若成脓则溃后不易收口，经久难愈。全身可有疲劳，食欲不振，失眠盗汗，面色潮红，舌质红，苔薄白，脉细数。

本病的治疗，初起宜清解郁毒，方用千金漏芦汤或仙方活命饮，可选加栀子、木通、薄荷、桔梗、百部、黄芩、丹参等。若肿痛不减，已有酿脓之势，则宜托里透脓，方用托里透脓汤主之。溃后以冲和汤补托祛腐。外治可先用紫金锭外涂，每日1—3次，次用冲和膏调敷之。溃后用二味拔毒散调敷，待脓尽后改用生肌散调敷，或外贴生肌玉红膏等。

喉痹

以咽部红肿疼痛，吞咽不利，异物感为主要症状的急、慢性咽部病证，称为喉痹。但对喉痹的含义及范围，历代有别。喉痹病名，首先见于《内经》。

病因病机　在《素问·阴阳别论》中谓"一阴一阳结，谓之喉痹"，王冰注解说："一阴谓心主之脉，一阳谓三焦之脉，三焦心主，脉并络喉，气热内结，故为喉痹。"这是从经络关系及病因病机方面阐明喉痹的含义。《诸病源候论》卷三十谓："喉痹者，喉里肿塞痹痛，水浆不得入也。人阴阳之气出于肺，循喉咙而上下也。风毒客于喉间，气结蕴积而生热，致喉肿塞而痹痛。脉沉者为阴，浮者为阳，若右手关上脉，阴阳俱实者，是喉痹之候也，亦令人壮热而恶寒，七八日不治则死。"描述了喉痹的症状、辨证、病因病机及预后等。《杂病源流犀烛》卷二十四又谓："喉痹，痹者，闭也，必肿甚，咽喉闭塞。"由此可见，古人认为痹者，是闭塞不通之义，把由于内外邪毒结聚，脏腑气机失调经脉闭阻不通而致咽喉不适，红、肿、痛、吞咽不利或困难、梗塞感等症状，统称喉痹。它包括了喉痈、乳蛾、白喉、喉风等急、重、虚、实病症在内。范围广泛，界线混淆不清，不易于辨证治疗。后世医家，将喉痹分出，别于喉风、乳蛾、喉痈等症。如《医林绳墨》卷七从发病部位不同加以区别。谓："近于上者，谓之乳蛾、飞蛾，近于下者，谓之喉痹、喉闭。……近于咽嗌者，谓之喉风、缠喉风。"《喉科心法·单蛾双蛾》又从形态上加以鉴别，认为："凡红肿无形为痹，有形是蛾。"可见，此时，喉痹含义，也由广义变为狭义。本书所论，即指狭义喉痹而言，以咽部红肿疼痛，吞咽不利，异物塞感，间或有恶寒、发热、痰多粘稠，咽下困难等为其主要症状。

辨证论治　有以下几方面：

方药治疗　本病病因病机不同，症状有急缓之别，故可分为风热喉痹、风寒喉痹、阴虚喉痹、阳虚喉痹、帘珠喉痹等。

风热喉痹：因风热邪毒侵袭而致的喉痹。又称风热喉、红喉。《喉科心法》称之"阳症喉痹"是急性实热病症，与急性咽炎相类似。此病常在气候急剧变化之时，又因起居不慎，肺卫失固，风热邪毒，乘机侵袭，从口鼻直侵咽喉，伤于肺卫，邪热蒸灼，致令咽部红肿疼痛，若邪热壅盛或治疗不当，邪热由表传里，而成肺胃热盛之证，病情较重。

症见咽喉部干燥灼热、咽痒、异物堵塞感等，进而红肿疼痛加剧，咽部有粘痰附着不适。检查可见咽部及悬雍垂色红肿胀，咽后壁（喉底）有颗粒突起，或如皱襞之状。但喉核无明显肿大，此可与风热乳蛾相鉴别。正如《喉科心法·单蛾双蛾》谓："凡红肿无形为痹，有形是蛾。"甚者，颌下起臖核，有压痛。并有发热恶风，咳嗽，头痛，体倦，纳食不利，口干多饮，小便黄，舌尖边红，苔微黄，脉浮数等，若邪热传里，肺胃热盛，病情重，红肿疼痛加剧，高热，舌红绛，脉洪大。治疗，病初起，风热之邪在表，治宜疏风清热，利咽解毒。方用喉痹饮或疏风清热汤加减。若口干、痰黄稠粘，或颌下有臖核疼痛者，为肺胃热盛，宜用射干、瓜蒌皮、黄芩、生石膏、天竹黄等，以清热降火，化痰散结。若小便黄，大便秘结，热毒困里，宜加大黄、芒硝，或用清咽利膈汤，以清热利咽，泻火通便。如《景岳全书》卷二十八谓："阳明胃火盛者，宜以生石膏为主，若大便秘结不通，则宜加大黄、芒硝之属，通其便而火自降。"

可兼服六神丸、喉症丸。

局部吹药可选用冰硼散、绿袍散、冰麝散或口疳中白散，以消肿止痛，清热祛腐。并可用漱口方或用清热解毒药物，如金银花、菊花、草龙、白纸扇、岗梅根等水煎，取液含漱，有清洁口腔及清热消肿止痛的作用。

风寒喉痹：因风寒邪毒侵袭而致的喉痹。多见于体质素虚之人。感受风寒之邪，风寒从皮毛而入，致营卫失和，邪郁而不能外达，内伏于肺，壅结于咽喉，咽喉痹阻，而为风寒喉痹。其症咽喉疼痛，吞咽不利，口淡，不渴，鼻塞，流涕，恶寒微发热，头痛，无汗，咯痰稀薄，舌淡苔白润，脉浮紧。检查见咽部微红或淡红，微肿或不肿，喉核不红肿。治宜辛温解表，疏散风寒。方用六味汤加紫苏、生姜，热服，盖被出汗。若服药后无汗，症未解除，再加淡豆豉、麻黄、桂枝；若咳甚加杏仁、贝母，以止咳化痰；若胸闷，苔厚加枳壳、陈皮等，以行气化湿；若寒邪较重，可用荆防败毒散加减，或半夏散及汤，以解肌散寒，调和营卫。局部可用紫苏叶60克，煎水作蒸汽吸入治疗，以驱散客于咽喉之风寒。或含服润喉丸。本病往往因寒邪从热化，出现发热不退，口干，苔黄，脉数，咽部红肿，疼痛加重的风热证。随病情的转变，治疗处理也应随其变化。

虚火喉痹：即由于阴虚火旺而致的喉痹。或称阴虚喉痹。在喉痹类中最为常见，属慢性、虚损性疾病。与现代医学之慢性咽炎相类似。本病常由素体肺肾阴虚，或温热病耗伤阴液、及风热喉痹反覆发作，余邪滞留而致。肺脏阴虚，津液不足，则咽喉失于滋养，兼之燥火循经上灼于咽而致。肾阴虚者，由于劳伤过度，肾精亏耗，阴虚火旺，虚火灼于咽喉，且肾为元阴，经脉上络于肺，肾阴虚损，虚火上炎，每致肺阴受损。风热喉痹的反覆发作，或温热病耗伤，既伤肺肾之阴，又因余邪滞留于咽喉，经脉阻塞，气机不利，虚热内蒸，促成本病发生。

其症见咽部不适，微痛，干痒，灼热感，异物感。常觉有粘痰附于咽喉内，咳出方觉舒适。易受刺激而引起干咳或恶心呕吐，说话不能持久。本病症状一般于早晨较轻，午后及入夜加重。遇气候变化或过度劳累，多食煎炒炙煿，则其症状往往加重。检查见咽部暗红，咽后壁肿胀增厚，有颗粒突起，或如皱襞状，悬雍垂肿胀增长。也有咽后壁肌膜萎缩变薄，显咽腔宽阔，表面干燥少津或有痂块附着。喉核周围可有暗红。但喉核无肿大，无脓点，按压之无脓液溢出，此与虚火乳蛾不同。若为肺阴虚，证多见咽干痒，咳嗽较多，无痰或痰少而粘，并可有午后潮热，手足心热，精神疲乏，盗汗，舌质红，脉细等。肾阴虚，症多见咽干，异物感，咳少，头晕耳鸣，腰膝酸软，失眠，盗汗，舌质绛，脉细数等。治宜滋阴润燥，降火利咽。一般多用甘凉药物，忌用辛温及苦寒药物。属肺阴虚者，可选用甘露饮或清燥救肺汤，以养肺阴，生津润燥。属肾阴虚者，可选用六味地黄汤或知柏地黄丸以滋阴补肾，降火利咽。虚火上升，喉痛，喉闭，也可用清火补阴汤（《东医宝鉴》卷二）。如兼有脾虚，症见神疲体倦，胃纳差，大便溏，可配用参苓白术散，以健脾益气。如兼心火动，症见心烦不寐，舌尖干赤，选用二阴煎，以清火除烦养阴。如兼肺气虚，症见食少困倦，少气懒言，动则气喘，选配四君子汤，以补益肺气。如兼见阴血亏损，症见面色苍白，唇淡白，头晕眼花，心悸，舌质淡，脉细无力，选用四物汤，加首乌、麦门冬、黄精等，以补养阴血。

局部可含服铁笛丸、润喉丸，或用百合浸于蜂蜜中，7日后，每次取百合一片，含于口内，咽津，有清润咽喉，生津除热作用。

阳虚喉痹：即因真阳不足，阴寒内盛而致的喉痹。又名阴症喉痹，属慢性咽炎中一个类型。本病多由素体阳虚，或房劳过度，阳气受损，或久病误治，阳气亏损，以致真阳不足，虚阳浮越，上扰咽喉所致。亦有因误治，过用寒凉药物，致令阳气受损，转为阳虚喉痹，故《景岳全书》卷二十八鉴于此所谓："非喉痹因于阳虚，乃阳虚因于喉痹也。"

症见咽喉微痛，哽哽不适，或干燥不思饮，饮则喜热汤。咽内不红不肿，或略带淡白色，兼见面色苍白、或两颧虚红，但状如脂粉，语声低微，小便清长，大便溏泄，或腹痛寒泄，耳鸣眼花，腰酸腿软，精神不振，手足不温，舌淡苔白滑，脉沉细弱。全身表现有上热下寒，或假热真寒之证。在辨证时，应注意与阴虚喉痹相区别。治宜温肾扶阳，引火归原。忌用寒凉，以免伤伐阳气，加重病情，可选用金匮肾气丸。若见手足冷，口淡泛清水，腹中觉冷，大便溏泄，脉沉微细弱者，为脾肾阳虚，宜附桂理中汤，以温中祛寒。若以脾气虚弱为主者，见食少纳呆，食后腹胀，便溏泄泻，少气懒言，四肢倦怠，舌质淡嫩，脉缓弱等症，可用补中益气汤加减，以补脾益气。

帘珠喉痹：喉底有较多的颗粒突起，状如垂帘的珠子，称为"帘珠喉痹"。《图注喉科指掌》卷二描述："帘珠喉满喉如白网油状，两边微肿，根有白点带红色……。"与慢性颗粒性咽炎相似。本病有因风热喉痹反覆发作，余邪滞留于咽喉，经脉阻痹，气滞血瘀，痰热郁结，以致咽喉肌膜肿胀，如白网油状，有颗粒突起。或因阴虚喉痹，经年不愈，虚火久蒸，灼炼津液成痰；加之久病，心情不舒，肝气郁结，气机不利，气滞痰凝而致。

自觉症状为咽部哽哽不利，有如异物堵塞感，轻微疼痛，干痒不适，咽内有少量粘痰附着，常作"吭"、"喀"动作，希能清除。晨起漱口刷牙或作咽部检查时，易恶心作呕。说话不能持久，稍多谈论，则咽部更为不适，有干燥疼痛感，语调低微无力。检查可见咽后肌膜，有较多帘珠状颗粒，颗粒密集有如白网油状，两边（咽侧）微肿，颗粒周围有血络围绕，外观如蟾蜍背部皮肤，花斑状，粗糙不平，悬雍垂常肿厚下垂，喉核或有红肿。舌质红暗，舌苔粘黄，脉弦滑或细数。全身或有神疲、眩晕、耳鸣、腰膝酸软，遗泄，烦躁易怒，胸胁不适，口干，月经不调等症。因本病乃阴虚，气滞痰凝之证，故治宜行气解郁，化痰散结养阴润燥。方用养阴清肺汤，加郁金、香附、瓜蒌、青皮

等。若感邪后痰多刺痒，咽部不爽利，色红者，用清咽汤以清化肺胃痰热。若气痰郁结，胸有堵塞感，用爽咽汤以降气化痰。若肾阴虚证，可选用六味地黄汤，加贝母、天花粉、瓜蒌皮等，以养阴降火化痰。若颗粒多或大，可配合化痰散结，选用贝母、玄参、猫爪草、昆布等。若大便秘结，加火麻仁、生首乌、莱菔子。小便黄加赤茯苓、通草。此外，局部可含服铁笛丸、润喉丸、诃子、西藏青果等药，以清利咽喉。颗粒多或大，可用烙法治疗。若见颗粒腐烂，可吹冰硼散或口疳中白散等，以祛腐生新。

针灸治疗　有以下几方面：

通治法：选手阳明、手太阴和足阳明等经穴为主。如扶突、天突、天鼎、合谷、阳溪、二间、商阳、尺泽、经渠、少商、足三里、丰隆或内庭等，每次3—4穴。用毫针刺行泻法，留针20—30分钟；商阳和少商等穴，以三棱针或圆利针点刺放血。每日治疗1—2次，直到完全缓解为止。

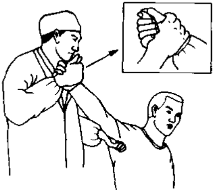
辨证论治：风热，治宜散风清热利咽，选刺手阳明和手太阴等经穴，如合谷、曲池、鱼际、尺泽、少商等穴。用毫针刺行泻法，少商穴用三棱针或圆利针点刺放血泄热。若高热，咽痛剧烈，口渴、口臭、舌苔黄厚，脉洪数，为阳明热盛，宜清胃热，利咽喉。选手阳明和足阳明等经穴，如天突、合谷、商阳，丰隆和内庭等，用毫针行泻法。商阳穴以三棱针点刺放血以泄热。或在耳背静脉放血，其法在耳背常规消毒后，用小刀切开耳后第一支静脉，一次放血约2—10毫升，放血后压迫创口，并以消毒纱布包扎。这也是取放血泄热之效。

虚火，治宜滋阴降火。选刺手太阴和足少阴等经穴为主，如肺俞、肾俞、太渊、鱼际、太溪、照海、三阴交及合谷、内关等。用毫针行平针手法，每次2—3穴。亦可配合涌泉穴施以灸法。

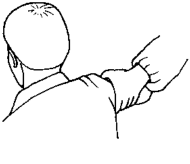
阳虚，治宜温养脾肾，选刺肾俞、脾俞、足三里、关元、太溪、命门、合谷等穴，每次2—3穴，用补法，或用艾条悬灸。

耳针法：选咽喉、口、耳尖、颈等穴，用毫针中等刺激。

推拿疗法　对风邪引发的喉痹，治宜疏散风邪，活血消肿利咽。先用一指禅推法，施于风池、风府穴；接着按揉廉泉、水突、璇玑穴；最后拿风池、肩井、曲池、合谷穴。若咽喉肿痛较重，饮食难进，可用喉科擒拿法。其操作方法：患者取坐位，医者立于患侧一边，将患侧上肢外展至90°，用与患者同侧手的拇指指面与患侧的拇指指面对合，并压紧，示、中、环指指端紧紧按住患者合谷穴处；另一手拇指按于患侧外展上肢的肩髃穴处，示、中、环指紧紧捏住腋窝；此时将患者的上肢用力向后伸展（见图），并把已备好的药汁或半流食令患者缓缓饮咽，患者可感到咽痛缓解，能够吞咽。



喉科擒拿法正面



喉科擒拿法背面

喉科擒拿法

气功疗法　主要对由外感风热或内伤阴液所致的喉痹轻症。外感风热，可用"六字诀"中的"呬"字气法。兼选下列一法：①将两手拇指尽力屈曉，然后张口合口大咬，反覆多次收功。②每日丑、寅时，握固，拗头向左时，右肘向后；拗头向右时，左肘向后，各行30次；吐浊纳清，叩齿36次，咽津9次。

阴虚者可用下法：①不拘立、坐、卧，随时闭目瞑心，待神调气定后，即行叩齿36次，再以舌上下左右搅动，待津液满口时进行鼓漱，然后如咽甚硬物状，将津液吞下。②静坐，以舌托上腭，凝神该处有一股凉水流下，待将满口时，吞下。③静坐，用意引肾水上升，来致咽喉。

简易方　①山豆根半寸许，捶破，含口中，咽津。治咽喉肿痛。（《是斋医方》，山豆根洗净、新水浸少时，每用一块，入口中咽下苦汁，即宽，痛亦止，未愈更一二块（《医方类聚》卷七十四卫生十全方）。②千金升麻汤：升麻、射干、大黄，水煎服。治喉痛，若毒盛便咽塞（《幼幼新书》卷三十四）。

食疗方　①梨汁：治喉痹热痛取汁频饮之，多服为良（《东医宝鉴·外形篇》）。②萝卜同橄榄适量，水炖代茶，不拘时服（《中医食疗营养学》）。③常饮清凉润肺饮料，如甘蔗、茅根煎水；沙参、玉竹煎水；罗汉果、生地黄、猪肉煲汤以助餐。

预防　戒除烟酒嗜好，避免过食辛辣食物，注意生活规律，积极锻炼身体，增强体质。对鼻、口齿等咽喉临近

部位的疾病，要及时治疗。

乳蛾

喉核肿胀，突出于喉关两侧，形似乳头，或如蚕蛾的病证，称乳蛾。或称喉蛾、蚕蛾。乳蛾之名早见于《儒门事亲》，因蛾与鹅同音，故古书又有写作乳鹅者。《重楼玉钥》又有鹅风、蛾风之称，是指喉核病变，即扁桃体病。为常见的一类咽喉疾病，且多见于小儿。此外，根据病变部位、形态及病因病机等不同，又有多种病名：①从发病的部位来分，乳蛾发于一侧者，称单乳蛾，生于两侧者，称双乳蛾。②从其形态来分，若乳蛾上有白星点，白星上下相连，状如缠袋者，称连珠蛾（《尤氏喉科秘书》）。若乳蛾溃腐作烂者，又称烂乳蛾，或称烂头乳蛾（《咽喉脉症通论》）。若乳蛾上白色，肿塞满口者，称白色乳蛾（《喉科秘旨》）。若喉核肥大，形似桃核，不易软化，色不红，称石蛾（《咽喉指掌》）。喉核红肿疼痛时重时轻者，称活乳蛾。喉核不甚红肿及疼痛，而有疤痕，日久如嫩骨之皮者，称死乳蛾及乳蛾核（《焦氏喉科枕秘》）。③从病因来分，感风寒之邪而起者，称风寒乳蛾；因感寒不即发，过时乃发者，称伏寒乳蛾。若因于风热或热毒而致者，称风热乳蛾。若因肺肾阴虚而致者，称虚火乳蛾或阴虚乳蛾。④从其阴阳属性来分，又有阳蛾与阴蛾之别。

辨证论治 有以下几方面：

方药治疗 历代医书，有关乳蛾的名目繁多，有名异而实同，有名同而实异者，为了便于临床辨证治疗，分为风热乳蛾、虚火乳蛾、烂乳蛾、石蛾。

风热乳蛾：因受风热邪毒外犯，引起的乳蛾，症见喉核迅速红肿疼痛者，称为"风热乳蛾"。《经验喉科紫珍集》谓："此症因受风热于内，郁气而起，在蒂丁两旁，形似两乳头，又若鸡子，故名乳蛾。"本病属急性实证、热证，小儿患此，症状一般较重，往往伴有高热。本病好发于春秋二季，与急性扁桃体炎相同。本病多因肺脏素有蕴热，或过食辛辣厚味，脾胃积火，复受风热邪毒侵犯，引动肺胃郁热，搏结于咽喉，脉络受阻，肌膜受灼，煎炼津液成痰，痰火郁结，发为本病。如《疡医大全》卷十七谓："乳蛾由肺经积热，受风凝结而成。"《医林绳墨》卷七也谓："盖咽喉之症，皆由肺胃积热甚多，痰涎壅盛不已……壅盛郁于喉之两旁，近外作肿，形似飞蛾。"

本症开始咽部干燥灼热感，继之咽部迅速疼痛，并逐渐加重，不敢吞咽，咽之则痛甚。检查可见咽喉红肿，喉核红肿尤甚，突出于两旁，如蚕蛾状。颈部有臖核，触之疼痛。若症情严重，乳蛾表面有点状或成片白腐物，易剥离，并有发热恶寒，头痛，鼻塞，体倦，骨节疼痛，咳嗽有痰，舌质红，苔白或黄，脉浮数等全身症状。

治疗可参考风热喉痹。病初起，宜辛凉解表，疏风清热，解毒利咽，方用疏风清热汤、银翘散，或用喉痹饮，若红肿疼痛加剧，高热不退，脉洪大，大便干燥，是火热邪毒壅盛，内困胃腑，宜去荆芥、防风、薄荷等药，加大黄、芒硝、生石膏、板蓝根等，以加强清热解毒、泄热通便作用。如无大便秘结者，亦可选用普济消毒饮。可配服六神丸，每次服 10 丸，每日 2—3 次。以达消肿止痛解毒之效。局部患处可吹用冰硼散、珠黄散、冰麝散等。每日 3—4 次。以清热解毒，消肿止痛祛腐。也可用金银花、桔梗、甘草、荆芥或土牛膝、野菊花，煎水漱口，以解毒消肿止痛，并有清洁局部作用。

虚火乳蛾：由于阴虚火旺而致的乳蛾，称为虚火乳蛾，又称阴虚乳蛾，相当于慢性扁桃体炎。本病病因多为素体阴虚，或劳伤过度，肺肾阴亏，或风热乳蛾，反覆发作，耗伤阴液，均致虚火上炎，蒸灼咽喉，致成虚火乳蛾之症。如《石室秘录》谓："阴蛾之症，乃肾水亏乏，火不能藏于下，乃飞越于上……乃结成蛾。"

其症咽喉干燥，不适，微痒微痛，咽部哽哽不利，有堵塞感，一般是朝轻暮重。如《辨证录》卷三谓："人有咽喉肿痛，日轻夜重，喉间亦长成蛾，宛如阳症，但不甚痛，而咽喉之际，自觉一线干燥之至，饮水咽之少快，至水入腹，而复又不安。"检查见咽部暗红色，以喉核及其周围更明显。喉核可肿大突出，亦有不肿大，但喉核上常有白腐点，挤压前柱时，有黄白色脓样物从喉核陷窝处溢出。颌下可扪及活动的臖核。全身辨证属肺阴虚者，兼见干咳少痰，唇红颧赤，手足心热，精神疲乏，脉细数等。属肾阴虚者，兼见口舌干燥、耳鸣、头晕眼花、虚烦失眠、腰膝酸软、舌质红嫩少苔、脉细数。虚火乳蛾与虚火喉痹病因与症状大致相似，尤其是虚火乳蛾而喉核不大者，外观更为相似，应细看喉核处有无细白腐点，及挤压时有无脓样物溢出，可资鉴别。且虚火乳蛾常反覆发作，如《咽喉脉证通论·乳蛾》谓："或一年一发，或半年一发，或一二月数发，根留于中，不能尽去，一时难愈。"小儿患此，常易引发风热乳蛾。

内治宜养阴降火为主。若属肺阴虚，宜养阴清肺，生津润燥，方用养阴清肺汤或甘露饮加减。若属肾阴虚，宜滋阴补肾，清降虚火，选用六味地黄汤，加玄参、麦门冬、石斛等药；虚火旺，咽喉疼痛甚者，加知母、黄柏等药，增强滋阴降火之力。如兼有脾虚，或心阴虚，肺气虚，阴血不足等，可参考阴虚喉痹的加减用药。局部治疗，可常含服铁笛丸、润喉丸等。若喉核肿大者，可用烙治法。

烂乳蛾：喉核溃腐作烂，有脓污秽者，称为烂乳蛾。此病与溃疡膜性咽峡炎，即奋森咽峡炎或溃疡性扁桃体炎相似。本病病因多为过食辛辣厚味，脾胃积火，或因热病之后，余邪未清，复受风热邪毒，犯于肺胃，以致风火相搏，热毒上蒸咽喉而致。《图注喉科指掌·乳蛾门》论烂乳蛾中谓："此症因肺胃郁热，红肿烂斑大痛，难于饮食，六脉弦急。"

其症多见一侧咽部或双侧咽部疼痛，甚则痛连耳根或颌下，吞咽困难，如有物堵塞之感，检查可见一侧或双侧喉核溃烂、洼陷，边缘不整，周围色红，表面有污脓覆

盖,色灰白或黄白。严重者,溃烂扩展至悬雍垂及喉关内外。颌下或有臖核,压痛明显。全身可有发热、咳嗽痰黄,口渴引饮,口臭,流涎粘稠,小便黄赤,大便秘结,舌质红、苔黄或黄厚腻,脉弦数。

治宜泄热解毒,去腐止痛,方用清咽利膈汤。若无大便干结者,去大黄、芒硝;若咳嗽痰黄,颌下肿核疼痛,可加射干、瓜蒌、贝母,以清热化痰散结;若高热,烦渴引饮,加生石膏、天竹黄、葛根等,以清热泻火;若污脓腐臭甚者,可酌加板蓝根、山豆根、马勃、鱼腥草、薏苡仁、冬瓜仁等,以祛腐解毒。并可配服六神丸等。

外治方面,着重祛腐解毒、消肿止痛,用锡类散、八仙散或珠黄散,频吹。并用金银花、甘草煎水漱涤口腔,使局部保持清洁,饮食后尤须含漱。若腐烂已退,仍疼痛不止,可吹白降雪散。

石蛾:喉核肥大,不红不痛,质较硬,阻于喉关处,称为石蛾。如《咽喉指掌》谓:"石蛾者,形类桃核不易软化,色不甚红,痰塞满口。"本病多见于小儿。《图注喉科指掌》卷二中谓:"石蛾生发有两层,有原不足有胎生,肝火痰结与辛苦,风热相乘恶血凝。"因小儿先天禀赋不足,或因其脏腑柔弱,形气未充,易虚易实,若脏腑虚弱,易为邪毒所感,气血凝滞,痰热郁结于喉核,而致肥大,成为石蛾。《咽喉指掌》认为:"小儿弥月之后,多生此症,大半由于胎原不足,禀受父母君相两火之所遗。落生后,复感产房之寒暖失序,以致发生于乳蛾相近之处,坚硬如石而痛,有碍饮食。"

主要症状为咽喉哽哽不利,睡眠有鼾声,一般不疼痛。石蛾过大,有妨碍饮食,吞咽不便,或说话语言含糊不清晰。检查见喉核肥大,不红,触之略硬,挤压无溢出物。少有全身症状,有时可见腹胀、便溏,胃纳差等脾胃气虚症状。

治疗以烙法为主,烙至石蛾平复为度,方法见"咽喉病治法"条。内服药物,以养阴润肺,清咽化痰散结为主,选用养阴清肺汤、清咽双和饮、牛蒡麦冬汤,酌加枇杷叶、天花粉、射干、紫菀、瓜蒌、昆布、牡蛎等。对脾胃气弱者,宜健脾益气,去湿化痰,方用参苓白术散加减。外治可吹珠黄散、绿袍散等。本病要注意预防,以免转发风热乳蛾等病。

针灸治疗 有以下几方面:

通治法:以清热止痛为主。选手足阳明、手太阴等经穴为主,如天柱、天容、合谷、阳溪、少商和内庭等,每次3—4穴。用毫针行泻法,少商穴用三棱针或圆利针点刺放血。每日治疗1—2次,留针20—30分钟,直到完全缓解为止。

辨证论治:肺热,治宜祛风清热利咽。选大椎、风池、曲池、合谷、内庭、鱼际、少商等穴。每次取2—3穴(双侧)每日针刺2次,用泻法。除少商穴用三棱针或圆利针点刺放血外,余均用毫针刺行泻法。病情较重者,可先用三棱针刺少商、商阳、十宣出血泄热。肺胃郁热,治宜清热利咽,泻火解毒。选大椎、陶道、少商、商阳、合谷、尺泽、陷谷或内庭等穴。少商、商阳和尺泽可用三棱针点刺放血。虚火乳蛾,可取合谷、曲池、足三里、颊车、太溪、三阴交、肺俞、肾俞等穴,每次2—3穴,轻刺激,留针20—30分钟。

电针法:取合谷或孔最等穴,先施行毫针刺,得气后通以低频脉冲电流,20—30分钟,每日治疗1—2次,直至完全缓解为止。

耳针法:可取扁桃体区压痛点埋针。或口、咽喉、耳尖、轮1—6等穴,急性者用毫针中强刺激,留针30分钟,间歇运针。虚火者,可取咽喉、肺、肾、扁桃体等穴位,埋针7—10日,轮换取穴。婴幼儿可在扁桃体区压痛点咽喉压痛点上用指压法,每日2—3次。

耳背刺血法:先用手轻揉患侧耳部,使局部充血,再在耳背部静脉处消毒后用圆利针放血3—5滴,每日治疗1次,直到完全缓解为止。本法更适用于小儿患者。

穴位贴敷法:用老蒜头捣融,如蚕豆大,敷于经渠穴,男左女右,用物品盖上扎住,片刻后于敷处起一水泡,用针挑破,将水揩净,以去毒气。或用少许斑蝥粉敷贴。要注意消毒,防止感染。

挑治疗法:《良朋汇集》载:"治喉鹅神方:将病头上看有红点,用针挑破即愈。"此法能减轻症情。

推拿疗法 若咽喉疼痛较甚,吞咽困难者,可配合提刮法,及擒拿法。见"咽喉病治法"条及"喉痹"条。

气功疗法 见"咽喉病治法"条。

简易方 ①土牛膝捣取汁,不时咽下,煎取汁代茶最妙(《喉科集腋》)。②牛蒡子微炒、荆芥穗一两、炙甘草半两,为末,食后汤服二钱。当缓缓取效(《本草纲目·恶实》)。

预防与调护 ①勿带儿童到商场、影剧院、医院等公共场所,尤其在呼吸系统、感冒等流行之际。②急性乳蛾(急性扁桃体炎),应积极治疗,勿使转成慢性。③忌辛辣食物及烟酒。

喉风

发病急速,病势严重,咽喉肿痛剧烈,吞咽困难,声音嘶哑,痰涎壅盛,呼吸困难的病证,统称为喉风。但对喉风的含义及范围,古今认识有所差别。喉风一名,首见于《秘传证治要诀及类方》,在历代文献中,是泛指咽喉多种疾病,并包括口、齿、唇、舌病在内。正如《喉科心法》卷上谓:"考古称喉症,总其名曰喉风。"根据文献资料记载,在《喉科秘旨》分有喉风12症,《喉科指掌》则分为16症,《喉证全科紫珍集》分18证,《重楼玉钥》分36症。这些分症,名目繁多,混淆不清,并包括有咽喉、口腔病,多按其不同病因病机、局部症状及病情的急缓和不同性质而加以定名。在咽喉方面,按病因定名的如酒毒喉风、阴虚喉风、肺寒喉风、劳碌喉风等。按局部症状命名如紫色喉

风、淡红喉风、白色喉风、烂喉风等。按病情差异命名的，如紧喉风、呛食喉风、锁喉风、缠喉风等。按急缓命名的如急喉风、慢喉风、走马喉风等。名目虽多，但不外有咽喉肿起疼痛，吞咽不利，声音嘶哑，呼吸困难等症状，并有恶寒发热，头痛等全身症状表现。《喉风论》谓："凡言喉风者，皆有喉肿而痛，恶风发热之症。"若邪毒炽盛内陷心包，则牙关紧闭、神烦昏冒，咽喉内外俱肿，甚则窒息，《焦氏喉科枕秘》卷一谓："喉风积热气喉中，壅塞须臾气不通，痰涎肿痛难言语。"

病因病机 喉风发生之主要原因多系风热搏结于外，肺胃蕴热于内，火毒炽盛，火动痰生，痰火邪毒停聚咽喉所致；或肺受寒邪，积寒不解，久郁而成；或"过饮醇酒，纵食膏粱，叠褥重衾，铺餐辛烈，多致热积于中，久则火动痰生，发为咽肿"(《外科正宗》卷二)。此外，尚有因日夜劳苦，肝肾阴虚，虚火上炎而致者，则其症较缓。现列各种喉风，多数指在喉关内，位于咽喉较深之病变，按其不同临床症状表现，分急喉风、烂喉风、缠喉风、锁喉风四证论述。

辨证论治 有以下几方面：

方药治疗 急喉风：以发病急骤，呼吸困难，痰涎壅盛，壮热烦躁为特征的喉风，称急喉风，又称紧喉风。本病常由肺胃蕴热，复感风热，火热邪毒上攻，结聚咽喉而成，或过食膏粱厚味，醇酒炙煿，内酿湿热，痰火邪毒上结咽喉。亦有因时行疫疠之邪侵犯人体，上犯于咽喉，以及其他咽喉疾病发展，病情加剧转变而致。

本病发病迅速，咽喉疼痛，吞咽不利，痰涎多，咽喉红肿。继之，胃腑湿热上熏，与痰火结于咽喉，则全喉红赤肿痛，痰涎壅塞，喉部紧缩感，痰鸣气促，呼吸困难，声音嘶哑，甚则咽喉肿塞，汤水难咽，引发锁喉风之症。全身可有身发寒热，或高热神烦，口干欲饮，小便短赤，大便秘结，舌质红或绛，舌苔黄或腻，脉来洪数有力等症。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："紧喉膏粱风火成，咽喉肿痛难出声，声如拽锯痰壅塞，穴刺少商吐下功。"

治宜泻热解毒，消肿利咽。方用清瘟败毒饮加减。并可含服六神丸。若大便秘结，可酌加大黄、芒硝。若痰涎壅盛，可加瓜蒌、贝母、天竹黄、枳壳、陈皮等清热祛痰药。若高热神昏，可选用紫雪丹、安宫牛黄丸、至宝丹等。

外治可选用如下方法：①用解毒清热、消肿止痛之品吹于咽喉患处。常用者有冰硼散、神效吹喉散等，每日4—5次。②蒸气吸入，可选用薄荷、藿香、葱白、佩兰、金银花、菊花等各适量煎煮，令患者乘热吸入其蒸汽，以达芳香通窍、疏风清热之目的。③以金银花、薄荷、甘草、连翘、菊花各15—20克，煎水漱口，或以淡盐汤漱口，以保持口腔清洁。若有痰涎壅塞，气促痰鸣，呼吸困难，有窒息之虞者，可考虑行气管切开术。

烂喉风：以咽喉溃烂、疼痛为特征的喉风，称烂喉风。在病因及辨证上可分虚实二证，虚证称虚烂喉风，实证称肿烂喉风。肿烂喉风多为肺胃素有蕴热，火毒炽盛，加之风热之邪外犯，致使火毒上循，熏灼咽喉，肌膜被灼而致。如《喉科秘旨·喉风门》谓："肿烂喉风，此症因风火内炽肺胃。"虚烂喉风多因肝肾阴虚，或因久病失治，损及阴分，以致虚火上炎，久灼肌膜而成。正如《喉科秘旨·喉风门》谓："虚烂喉风，此症因本原不足，虚火上炎。"

肿烂喉风：症见咽喉疼痛，吞咽时更痛，汤水难咽。检查见喉关或喉关内有溃疡，周围肌膜红肿。若溃烂继续扩大，表面有脓汁及腐物，红肿加剧，口出臭秽之气，声音嘶哑，全身可有发热，呼吸不利，溲黄便结，舌质红，舌苔黄或腻，脉洪数等。治宜清热泻火、解毒祛腐，方用清咽利膈汤。若大便通畅去玄明粉、大黄；若溃烂加甚，红肿加剧，宜酌加白芷、漏芦、马勃、山豆根、丹皮、赤芍等，以加强凉血泄热、解毒祛腐作用。

虚烂喉风：症见咽喉疼痛，吞咽有碍，检查见喉关或关内溃烂如白色斑片状，周围肌膜不红肿，或淡红不肿，溃烂扩大，可有声嘶咽痒，咳痰多。在《喉科秘旨·喉风门》谓："生于喉之关内，上下红色，白斑痛烂不肿。"全身可有腰膝酸软，唇红颧赤，耳鸣盗汗，舌质红，苔少而干，脉细数。治宜滋阴降火，除热利咽，可选用知柏地黄汤、大补阴丸、左归饮等加减，若声嘶、频咳痰多，可选用百合固金汤，以养阴清热，化痰润燥。

外治方面，虚实二证均可选用具有清热解毒、祛腐生新之品涂于咽喉患部，如子药、丑药、冰硼散、神效吹喉散。

锁喉风：以牙关拘急，口噤如锁为特征的喉风，称锁喉风。《经验喉科紫珍集》卷上谓："此症因受风热积聚胃腑，或酒色劳怒所致，其患咽喉肿痛，痰涎壅塞，口噤身强，手足反张。"本病多因肺胃蕴热，风热邪毒侵犯，风火相煽，火毒结聚于咽喉而致。若素体兼有痰湿，则风热痰湿交结于咽喉而发，多为急性热证严重的咽喉病发展而来。《焦氏喉科枕秘》卷一谓："此症因风热蕴积或酒色劳力，生于喉中，如锁喉样。"《喉科指掌》卷二谓："此症因肺胃两经阴阳相结。"邪毒壅盛，也可内陷心包。

症见咽喉疼痛，有紧涩、堵塞感，水浆难下，呼吸困难，痰涎壅盛，痰鸣如拽锯，语言难出，牙关拘急，口噤难开。检查可见喉关内外红赤肿胀。亦有喉关内外红肿不明显者，此为喉之深处红肿堵塞，须用喉镜检查方可看到。故《喉科指掌》卷二有"内塞不通，外无形迹，喉闭痰喘"。全身症见发热恶寒或壮热，烦躁，面赤，口渴欲饮，溲黄便结，口臭，舌质红或绛，舌苔黄燥，脉洪数有力，甚则呼吸浅速，唇青面黑，额汗如珠，四肢厥冷，神昏，脉沉细欲绝。《咽喉脉症通论·锁喉》对本病描述："其状，喉上下左右红紫肿痛，或带丁焦黑、腐烂，颈项浮肿，痰涎壅塞，声响如潮，气急发喘，眼目直视，额上有汗如珠，身汗如雨，或泄泻清水，四肢厥冷，或腰胁疼痛，肚腹胀痛。"

治疗：宜泻热解毒、消肿利咽、开窍镇痉，方用五味消毒饮合犀角地黄汤，配入地龙、全蝎、钩藤，每日早晚各一剂，并服六神丸。亦可选用清瘟败毒饮。若邪陷心包，出

现高热、神昏烦躁，宜配合选用安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等，以解毒化痰宣窍；若热困于里，口臭、便秘、腹胀，宜利膈通便，配用调胃承气汤；痰涎壅盛，牙关紧闭，服雄黄解毒丸。外治，吹喉：用以解毒清热，消肿止痛，可选用冰硼散、神效吹喉散，吹于咽喉患处，每日4—5次。蒸汽吸入：可选用藿香、薄荷、葱白、佩兰、金银花、菊花等各适量煎水，令患者乘热吸入蒸汽以达芳香通窍，疏风清热之目的。

若因风痰壅塞，出现气促痰鸣，呼吸困难，两目直视，汗出如珠，鼻煽唇青，四肢厥冷，神昏等，有窒息症状者，可考虑施行气管切开术。

缠喉风：以咽喉红肿连及颈项甚至胸前，项强如蛇缠绕之状为特征的喉风，称缠喉风。《儒门事亲》卷三谓："热结于咽项，肿绕于外，且麻且痒，肿而大者，名曰缠喉风。"本病多因血热气盛，脏腑积热，邪毒内侵，风痰火热上炎所致。《丹溪心法》卷四谓："皆由膈间素有痰涎，或因酒色七情不节而作，火动痰上，壅塞咽喉，所以内外肿痛，水浆不入，可谓危且急也。"

本病初起咽喉红肿、疼痛、喉关内外焮红，红丝缠绕，继之则肿绕于外，连及腮颊、颈项，甚至胸前，项强如蛇缠绕。吞咽困难，痰涎壅盛，胸膈气紧，呼吸短促，并有恶寒发热，头痛，脉浮滑，舌质红绛等全身症状。《杂病源流犀烛》卷二十四对本病描述："缠喉风，喉肿而大，连项肿痛，喉内有红丝缠紧，势如绞转，且麻且痒，手指甲青，手心壮热，痰气壅盛如锯，手足厥冷，或两颐及项赤色缠绕，发寒热亦是。"若漫肿深延至会厌及喉关下部，风痰上涌，则呼吸困难，痰鸣气促，汤水难咽，可致神烦昏冒邪毒内陷心包之证。"

治疗：宜泻热毒，祛风痰，消肿痛，可用清瘟败毒饮、五味消毒饮、普济消毒饮等加减，大剂内服。若风痰上涌，呼吸困难，痰鸣气促，宜豁痰利气，解毒清热，选用清气化痰丸、小陷胸汤加减；若邪陷心包，高热神烦昏冒，则可选用紫雪丹、至宝丹或安宫牛黄丸等；若阳明蕴热，腑气不通，口臭便秘者，宜泻热通便，可酌加大黄、芒硝等。外用药宜解毒清热，消肿止痛。可选用神效吹喉散、冰硼散等，吹咽喉患处，每日4—5次。或用如意金黄散外敷颈项肿处。

针灸治疗　凡喉风实证，多为风热痰火搏结于肺胃，咽喉肿痛剧烈，可针合谷、关冲、陷谷、少商、尺泽等穴。每次选2—3穴，针用泻法。或可点刺少商穴出血，以泄肺中之热。若为虚证喉风，宜取太溪、照海、鱼际等穴，用平补平泻法。

耳针，可选咽喉、扁桃体、平喘等穴，留针10—20分钟，每日1—2次。

推拿疗法　咽喉肿痛，吞咽困难，或牙关紧闭，口噤难开，可配合擒拿法（见"喉痹"、"咽喉病治法"条）。

简易方　①治喉风急症，牙关紧闭，水谷不下：山豆根、白药等分，水煎噙之，咽下二三口即愈（《本草纲目·山豆根》）。②治喉痹风：元参、鼠粘子（半生半炒）各一两，为末，新汲水服一盏立瘥（《本草纲目·玄参》）。

食疗方　见"喉痹"条。

预防及调理　喉风发病急速，病势严重，应密切观察病情变化，对于小儿，更应注意，如果出现气急喘鸣，呼吸不畅，声音难出，喉中有拽锯声，必须进行迅速有效的抢救措施。必要时，应作气管切开，方可避免不必要的死亡。得病后，应注意休息，少讲话，禁服冷饮及忌食辛热之品。平时应注意饮食有节，起居有常，作好防冻保暖工作，积极参加体育锻炼，增强抗病能力。婴幼儿冬天应多晒太阳。如发现咽喉不适时，应及早治疗，以防本病发生。

喉痈

咽喉部位发生痈肿的病证，称喉痈。《内经》称之为猛疽。《诸病源候论》卷三十谓："六府不和，血气不调，风邪客于喉间，为寒所折，气壅而不散，故结而成痈"。其后，有关喉痈的论述，除包括咽喉痈肿外，并包括口齿痈肿，及喉外（颈部）的痈肿在内。如《图注喉科指掌》卷三提出喉痈，凡十一症，名曰伏寒喉痈、肿烂喉痈、淡白喉痈、大红喉痈、声哑喉痈、单喉痈、外症喉痈、兜腮喉痈、舌上痈、舌下痈、上腭痈（又称悬痈）等。《医宗金鉴·外科心法要诀》又有结喉痈、夹喉痈等名目。范围不一，本分卷所论喉痈，只限于发于咽喉部位的痈肿，不包括口齿部位及颈部痈肿。由于喉痈发于咽喉内不同部位，其症状有所不同，今按临床常见喉痈发生部位分类，其发于喉关者称喉关痈；其发于喉底者，称里喉痈；其发于喉关里下喉部、会厌处者，称下喉痈。喉痈的病因病机多由于过食煎炒炙煿，辛辣热物，以致脾胃内有积热，外受风热，内外邪毒交结，蒸灼咽喉，伤于肌膜，致肉腐成脓，而成喉痈。如《重楼玉钥续编·诸证补遗》谓："肺脾热壅熏发上焦，攻于咽喉，结聚肿痛，不得消散，热气炽盛，致困结成痈，妨害吐纳。"《咽喉经验秘传·喉症用药细条》谓："喉痈因过食辛酸、炙煿，厚味醇酒，感热而发。"咽喉局部受损伤，如骨鲠刺伤咽喉肌膜，或邻近部位的病变影响，也可诱发本病。

喉痈的治疗，根据邪毒之盛衰及成脓或未成脓，分别施治。一般初起未成脓者，宜着重清热解毒、消肿止痛，已成脓者，着重清热解毒，活血排脓。并可选用外治排脓方法，使其出脓、消肿、泄毒。常用的方法有：①针刺法：用三棱针或刀尖在喉痈最肿处刺破排脓。或以针系于毛笔心中，轻轻划破肿处，使其溃脓。《续名医类案》卷十八谓"凡喉痈当用针者，此法甚妙"。此法可用于小儿及害怕刀针者。②穿刺抽脓法：用空注射器，针头从喉痈最肿处刺入，将脓液抽吸干净。或脓已成，可用切开排脓法。使用以上方法，正如《外科枢要》卷一谓："疮疡症……脓成者，当验其生、熟、深、浅而针之……若疮深而针浅，内

脓不出，外血反泄。若疮浅而针深，内脓虽出，良肉受伤。"可见正确掌握针刺的时机及用针深浅，对提高疗效关系甚大。其他如局部用药、针刺疗法，以及擒拿法、提刮法等均可配合使用。

喉关痈 又称骑关痈，因其发于喉关一侧，故又称单喉痈，相当于现代医学之扁桃体周围脓肿。病初起，与风热乳蛾相似，咽痛偏于一侧，并逐渐增剧，影响纳食，痰涎外流，说话时口如含物，语言含糊不清。因颈部肿痛，不敢伸直而倾向病侧，甚至牙关紧急，为本病特征之一。检查见咽喉红肿，痈肿位于一侧，喉关附近尤为明显，喉核后上方肿胀隆起，红肿光亮，悬雍垂被推向对侧。重者耳根腮下俱肿。全身可有发热，头痛，体倦，口干，口臭，大便实，小便黄赤，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉洪数有力等实热证。

治疗，病初起，局部红肿疼痛，未成脓时，全身尚有发热、恶寒、脉浮数等风热表证者，宜以疏风清热，利咽消肿，方用疏风清热汤加减。若表邪已入里，热毒壅盛，红肿高突、但发热不恶寒，口干渴，舌红苔黄，脉洪数，宜泄热解毒消肿，以五味消毒饮合清咽利膈汤加减。若大便尚通利者，可去大黄、芒硝。如治疗及时，仍有使之消散的可能。若至四五日咽部疼痛不减，吞咽困难加重，口臭，局部肿胀明显，红亮透白者，则已成脓，须用清热解毒、活血排脓之法，方用仙方活命饮加减。若喉痈已溃脓，则宜去皂角刺、穿山甲，宜加薏苡仁、冬瓜仁、桔梗、败酱草等去湿解毒排脓药物。若出现高热烦躁，神昏谵语，舌质红绛者，为热入营血，扰乱心神之危证，宜予清营凉血，解毒开窍之法，方用犀角地黄汤加减，选加安宫牛黄丸、紫雪丹等清热开窍药物。若痈内无脓，红肿渐消，宜用竹叶石膏汤加玄参、生地黄等药，以益气养阴，清利余热。

外治，早期用冰硼散、锡类散等吹患处，以清热解毒，消肿止痛。并可用金银花、甘草、荆芥、山豆根、板蓝根等煎水含漱，若痈肿已成脓，则宜放脓。放脓后局部仍须吹药及含漱。若咽喉疼痛较甚，吞咽困难者，可配合提刮法及擒拿法，以达疏通经络，开闭止痛之效。方法可见"咽喉病治法"条。

里喉痈 或称喉底痈。相当于现代医学之咽后壁脓肿。因本病部位较低，一般要用压舌板把舌压下才能见到，故《重楼玉钥续编·诸证补遗》在论喉痈时指出："又有喉间红肿而痛，无别形状者。"《灵枢·痈疽》所谓："痈发于嗌中，名曰猛疽，猛疽不治，化为脓，脓不泻，塞咽，半日死。"本病病因除一般风热邪毒外侵及脾胃积热外，尚有由于肺肾阴虚，痨瘵重症患者，邪毒上犯，波及咽喉而成。因此本病有虚实二证。

实证里喉痈 发病急，症状较重，咽喉红肿疼痛剧烈，憎寒壮热，发声不扬，重者痰涎壅盛，声如拽锯，且可出现颈肿、项强。小儿多有啼哭，烦躁不安，易因痈肿堵塞气道，出现呼吸不利，呼吸时发鼾声，睡时尤为明显，活动时气促痰鸣。若脓肿骤然破裂，脓液溢入气道，可致窒息。检查可见咽喉红肿，喉底一侧红肿隆起，其部位一般较低。内治宜清热解毒，利咽消肿，方药可见喉关痈。因本症表现为痰涎壅盛，宜适当选加除痰药物，如僵蚕、贝母、天花粉、竹茹、天竹黄等。若脓熟痈成，则须及时穿刺排脓。穿刺排脓时，一般采用仰卧，头低位，用压舌板捺定舌根部，看到隆起部位时先穿刺抽脓，再以长尖刀切开，随用吸痰机抽吸脓液。总之，对里喉痈的检查及穿刺排脓，均须在充分准备的情况下进行，并须动作轻巧，防止脓液的骤然涌出，流入气道，引起窒息的危险。

虚证里喉痈 其症病程长，症状逐渐出现，缓慢增剧，表现为咽喉壅塞，语声不扬，似瓮中发声，咽内干燥，一般疼痛较轻，吞咽略有妨碍。颈项不利，活动时有疼痛，颈外腮部常有肿大痰核。检查见咽部淡红色，喉底肿胀隆起。若不及时治疗，可自溃流出稀脓，溃口难收，遗留瘘口，拖延岁月，终至难治。全身多见虚损症状。有肺肾阴虚者，则常见咳嗽，咯痰不爽，痰中带血或潮热，盗汗，颧红，手足心热，身体消瘦，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌质红嫩，脉细数等。若以肺脾气虚为主，则见倦怠懒言、气短音低，或有自汗，面色㿠白，纳呆腹胀，便溏，舌质淡苔薄白，脉濡弱。治疗，应在治痈的同时，治疗原发的痨病、宜活血消肿，托毒排脓，方用透脓散加白蔹、金银花，并根据辨证配合用药。如证属肺肾阴虚，宜配合养阴清热，润肺化痰，方用百合固金汤加减。证属肺脾气虚者，宜健脾益气，培土生金，用补中益气汤加减。本病忌用苦寒及辛热等治法，以免削伐元气及伤阴。外治方面，若局部肿胀较甚，内有脓液，一般可行穿刺抽脓，但忌用切开，以防切口溃烂，久不收口。喉中可吹冰麝散或珠黄散，以解毒消肿止痛。

下喉痈 又称会厌痈，类似现代医学之会厌脓肿。初起时，咽痛，自觉有硬物梗于喉下，饮食不适，吞咽时疼痛更甚，痰涎不能咽下，滞留口内而致流涎，或频频咳嗽，咳则疼痛加剧。随病程进展，纳食更感困难，勉强吞咽时，甚为痛苦。发声不扬，语音不清，如口内含物。但一般并非声哑。其牙关开合自如，可与喉关痈鉴别。严重者，也可因痈肿过大，堵塞气道，引起呼吸困难，出现痰鸣气喘等症。抽出脓液后，症状多能减退。但若脓液骤然破裂，溢入气道，也可致窒息或使邪毒扩散。检查可见咽喉红肿，会厌呈鲜红色，或红里透白，红肿高突如半球状，并常见痰涎潴积，聚于两侧。全身可有发热，头痛，咳嗽，口干，口臭，大便实，小便黄赤，舌质红，苔黄厚，脉洪数等实热症状。又因吞咽疼痛，饮食困难，水谷不进，可渐见衰弱症状。治疗上，与喉关痈大致相同，宜清热解毒、利咽消肿，方用五味消毒饮与清咽利膈汤加减，或用仙方活命饮。若病已多日，水谷不进，见衰弱症状者，虽有大便不通，不可用猛烈泻下之药，如《咽喉经验秘传·治法凡例》所谓："凡喉症初起，大便秘结，宜大黄、玄明粉下之，则火降而易痊，若至五、六日，久不食而大便闭甚，用之立

毙，盖因病久，胃气已虚，元气已弱，故禁用硝黄，虽大便秘甚，亦宜蜜导等法，此秘诀也。"此外，穿刺抽脓或切开排脓，应在充分准备下进行，以防脓液一涌而出，流入气道，引起窒息。早期喉中可吹冰麝散或珠黄散，以解毒消肿止痛。对于饮食困难者可配合使用擒拿法治疗。

调护：本病应注意口腔卫生，如用清热解毒药煎汤或淡盐水漱口。密切观察病情变化，掌握时机，如已化脓，则抽吸脓液或切开排脓。饮食宜软或流食，禁食燥热及干硬食物。小儿患者的检查及治疗，要有充分准备，预防痈肿溃破，免致脓液溢塞气道。

针灸、推拿治疗见"喉痹"、"乳蛾"条。

喉瘖

因喉部疾患所致之声音不扬或嘶哑，甚则失音的病证，称为喉瘖或失音。瘖，是寞然无声的意思，此病在《马王堆汉墓出土医书》中已有记载："舌坼，嗌干，上气噎，嗌中干，痒，嗜卧，咳，瘖为十病。"在《内经》中对瘖的论述，如《素问·宣明五气》云："五邪所乱，搏阴则为瘖。"《灵枢·寒热病》有"暴瘖"、《素问·奇病论》有"子瘖"的论述。后世医家在《内经》的基础上，对瘖的病因病机，辨证治疗的论述颇多。如从病之新久缓急，有暴瘖与久瘖之分，从瘖的虚实而言，有"金实不鸣"与"金破不鸣"之述。此外，还有妊娠致瘖，产后致瘖，七情气郁致瘖等论。

根据喉瘖不同的病因病机，为了便于临床辨证治疗，分为暴喉瘖，久喉瘖，肝郁失音，经行瘖哑，子瘖，产后瘖等类型。突发声音嘶哑，甚或无音者，称为"暴喉瘖"或暴瘖。亦称猝瘖、猝哑、暴哑等。暴喉瘖多属金（肺）实不鸣，可见于急性咽喉疾病。久病声音嘶哑，甚或失音者，称为久喉瘖，又称久病失音、久无瘖。多因肺肾虚损，或肺脾气虚，咽喉失于濡养，而致金（肺）破不鸣。本病可见于慢性喉炎等病。因七情气郁，突然失语者，称为"肝郁失音"。正如《景岳全书》卷二十八谓："惊恐膹郁瘁然致瘖者，肝之病也。"本病与功能性失语证颇相类似。妊娠至八九月间，出现声音嘶哑甚或不能出声者，谓之子瘖，又名妊娠不语、胎瘖。产后音哑无声，称为"产后瘖"，亦称产后不语、产后失声。喉瘖与中风所致的舌体强硬，活动不灵，语言謇涩不同。应予鉴别。

暴喉瘖　本病多因风寒或风热之邪侵袭肺金所致。①由风热邪毒犯肺，肺气不宣，邪热上蒸喉咙，客于声户，或肺素有蕴热，复感风热之邪，内外邪热壅结，不得宣降，循经上逆，蒸灼于喉而为病。若内外邪热壅盛，灼伤津液而成痰，痰热互结，壅滞于喉，气道受遏，肺气壅塞，则可发展为急喉风。②因风寒外袭，肺气壅遏，气机不利，风寒之邪凝滞于喉，使声户开合不利而为病，如《备急千金要方》卷八谓："风寒之气客于中，滞而不能发，故瘖不能言，及喑哑失声，皆风邪所为也。"根据病因病机不同，在辨证施治上分为两类：

风热暴瘖　其病初起，邪在肺卫，症见喉内不适，干痒而咳，声出不利，声音嘶哑，或喉内灼热，疼痛，并见发热，恶寒，头痛，肢体怠倦，骨节疼痛，舌边微红，苔白或兼黄，脉浮数等。若邪热传里，胃腑热盛，则症状加重，声嘶，甚则语言难出，喉痛增剧，吞咽困难，身壮热，口渴引饮，口臭，腹胀，痰稠黄，小便黄赤，大便秘结，舌质红，苔黄厚，脉洪大而数。检查时见喉关及关内外红肿不显，间接喉镜检查，则可见喉部红肿，声带色淡红；若热邪传里，则喉部红肿加剧，声带色鲜红肿胀，或有黄白色点状分泌物附于其上，发音时声门闭合不全。

治疗：邪毒在肺卫者，治宜疏风清热，解毒利喉，方用疏风清热汤。若邪热盛，胃腑积热者，则宜泄热解毒，清咽利喉，方用清咽利膈汤，去荆芥、防风，服药后如大便通畅，可去大黄、芒硝。并可选加蝉蜕、胖大海、木蝴蝶，以加强宣肺开音的作用。若出现气急喉鸣，痰涎壅盛，则按急喉风处理。外治，可用解毒消肿、利喉开音之药物含服，常用六神丸或铁笛丸，每日含服3—4次。也可选用薄荷、藿香、佩兰、金银花、菊花等各适量，煎水，嘱患者乘热吸入其蒸汽，或于内服煎剂之前，乘热吸入其蒸气，以达芳香通窍、疏风清热的目的。此外，针刺疗法，常用合谷、尺泽、天突等穴，用泻法，以泻肺利喉开音。耳针常用神门、咽喉、肺、平喘等穴为主，配用皮质下、肾上腺等穴，每次2—3穴，每日1—2次，留针15—20分钟，急性症状控制后停用。

风寒暴瘖　症见卒然声音不扬，甚则嘶哑，或兼咽喉微痛，吞咽不利，咽喉痒，咳嗽不爽，鼻塞涕清，恶寒，发热，头痛，无汗，口不渴，舌苔薄白，脉浮紧。检查可见喉部微红，声带淡红或紫色而肿厚。

治疗：治宜祛风散寒、宣肺开音，用三拗汤加荆芥、桔梗、前胡、蝉蜕、胖大海、石菖蒲。咳嗽痰多，加贝母、姜半夏。若寒邪化热，见咳嗽，喉痛，口渴，烦热气粗，形寒，舌苔白腻而黄，脉浮数者，方用麻杏石甘汤。又有大寒犯肾而致者，如《杂病广要·瘖》所谓："若暴哑声不出，咽痛异常，卒然而起，或欲咳而不能咳，或无痰，或清痰上溢，脉多弦紧，或数疾无伦，此大寒犯肾也，麻黄附子细辛汤温之，并以蜜制附子含之，慎不可轻用寒凉之剂。"外治，可选用芳香通散的药物，如紫苏、藿香、佩兰、葱白等各适量，煎水，嘱患者乘热吸入其蒸汽，以达芳香通窍，疏风散寒的目的。此外，针灸疗法，取合谷、尺泽、天突等穴，针刺用泻法，并可用艾条悬灸。

对于一时用声过度，如大声号叫、歌唱、悲哭，或因热极暴饮冷水而致暴瘖者，也可参考上述辨证治疗，但一般应让声带休息，常可自愈，如《景岳全书》卷二十八谓："若此者但知养息，则弗药可愈。"

推拿疗法：治宜疏散风邪，润喉生津，活血祛瘀。手法操作需轻快柔和。基本治疗方法：先用推揉法（一指禅推法和四指揉法）于廉泉、双侧人迎、水突穴；再用拇、示两指轻揉喉结两旁的三条侧线（第一侧线在喉结旁开一

分处直下,第三侧线在喉结旁开一寸半处直下,第二侧线在第一、三两侧线中间直下)往返3—5次;然后双手用一指禅推法于双侧风池到风门,再单手推风府、哑门穴;最后拿风池、风府和两侧胸锁乳突肌,以酸胀为度。治疗后间接喉镜检查可见水肿消退,声带颤动改善。如因神经损伤所致者,治疗后则变化不明显。风寒者,加抹印堂到神庭穴,攒竹到太阳穴,并在两侧颞部施扫散法,再拿肩井穴。风热者,加擦膻中、乳根穴,按揉肺俞、大肠俞,拿合谷穴。自我推拿法,以拇、示两指沿喉结两旁三条侧线上的酸胀点反覆揉3—5次。

久喉瘖 多因素体虚弱,劳累太过,或久病失养,致伤肺肾。肺肾阴亏,则虚热内生,虚火上炎,蒸灼于喉,或肺气虚弱,喉失所养,或肺虚及脾,脾不化湿,痰湿内生,脾虚气滞,气滞血凝,以致气血痰浊,停聚于喉,或肾气耗伤,阳气亏耗,无根之火上浮于声门,均可致瘖,如《景岳全书》卷二十八谓:"声音出于脏气,凡脏实则声弘,脏虚则声怯,故凡五脏之病皆能为瘖。"久病声音不清,甚或嘶哑无音,咽喉不适,多言则甚,且时有"清嗓"习惯。其辨证施治可分:

肺肾阴虚 症见声嘶日久,咽喉干燥,焮热微痛,喉痒,干咳,痰少而粘;兼见颧红唇赤,头晕耳鸣,虚烦少寐,腰膝酸软,手足心热,舌红少苔,脉细数。检查声带微红,边缘增厚,或有小结。治宜滋养肺肾,利喉开音,方用百合固金汤,加蝉蜕、木蝴蝶。如虚火旺者,加黄柏、知母,以滋阴降火。

肺脾气虚 症见声嘶日久,劳则加重,上午明显,语音低微,讲话费力,倦怠乏力,纳呆便溏,或喉内痰多,舌淡苔白,脉虚弱。检查可见咽喉粘膜色淡,声带松弛无力,闭合不良。治宜补中益气,方用补中益气汤,加诃子、石菖蒲,以敛肺开音。若喉内痰多,声带肿胀明显者,宜加薏苡仁、法半夏、云苓、贝母,祛湿除痰。

肾气耗伤,阳气亏损 见声嘶日久,服凉药愈甚,咽喉粘膜色淡,早上较重,午后较轻;兼见形寒肢冷,腰膝酸冷,舌淡白,脉沉细。

治疗:治宜温补肾阳,方用金匮肾气丸加减。如《秘传证治要诀及类方》卷十谓:"有声音不出之人,服冷剂愈失声,即是肾经虚寒,投附子之剂数枚方可,此不可不识。"

气滞血瘀痰凝 声带边缘增厚,或有小结,可按上述辨证治疗原则,选加赤芍、丹皮、泽兰、郁金、贝母、瓜蒌仁、海浮石等行气活血、软坚化痰之品。外治,可用清咽润喉,敛肺开音的药物,如润喉丸或铁笛丸等含服。亦可于服煎剂之前乘热吸入其蒸汽,以润喉开音。此外,针灸疗法,取手太阴、手足阳明、任脉等经穴为主,常用穴如合谷、鱼际、天突、足三里等,每次选用2—3穴。用平补平泻手法。气虚亦可用灸法,以达调和阴阳气血、开音的目的。穴位注射,取天突、曲池、孔最,每次选1—2穴,轮流使用,注射10%葡萄糖溶液2毫升(或维生素B_1、B_{12}、丹参注射液等),隔日1次,5—7次为一疗程。

《红炉点雪》卷二谓:"若夫水亏火炎,金伤声碎者……即用施益水清金之法,尤恐不迨,若更以苦寒妄治,虚虚之祸,岂不旋踵而至哉。"故本病的治疗,亦忌妄投苦寒攻伐。同时应注意少讲话,避免烟、酒、灰尘等不良刺激。《景岳全书》卷二十八对本病的治疗,有一定参考价值:"虚损为瘖者,凡声音之病惟此最多,当辨而治之。凡色欲伤阴病在肾者,宜六味地黄丸、附桂八味丸、左归丸、右归丸、人参平肺汤、大补元煎之类主之,或兼肺火者宜一阴煎、四阴煎、人参固本丸之类择而用之。凡饥馁疲劳而致中气大损而为瘖者,其病在脾,宜归脾汤、理阴煎、补中益气汤、补阴益气煎、温胃饮之类主之。凡忧思过度以致伤心脾而为瘖者,宜七福饮、归脾汤之类主之。凡病人久咳声哑者,必由元气大伤,肺肾俱败,但宜补肺气、滋肾水、养金润燥,其声自出,或略加诃子、百药煎之类,兼收敛以治其标,务宜先本后标,庶可保全,若见其假热而过用寒凉,或见其痰盛而妄行消耗,则未有一免者矣。"

肝郁失音 多发于女性。本病多因情志不舒,暴怒伤肝,或悲愤等刺激,致肝气郁结,气机不利,碍于咽喉,以致失音。若肝气郁结而兼血虚,则脏失所养,而致脏躁,脏躁则内火动而上扰心神。心主言,心神受扰,故不能言也。其症为精神抑郁不舒,突然不语,但常可作"嘘嘘"耳语声,咳嗽、哭笑时声音往往正常。声带色泽正常,边缘整齐,但多内收无力,声门闭合不全。辨证施治可分:

肝郁气结失音 精神抑郁,胸闷胁痛,腹胀嗳气,不思饮食,或咳嗽喉痒,口干咽燥,舌苔薄腻,脉弦。治宜疏肝理气开音,方用小降气汤,加柴胡、石菖蒲。

气郁心虚失音 精神恍惚,喜怒无常,多疑善虑,或少言寡欢。女性多见之,常在青壮年或更年期发病。舌苔薄白,脉弦细。治宜养心宁神、解郁开窍,方用甘麦大枣汤加柏子仁、香附、远志、石菖蒲。如《金匮要略·妇人杂病脉证并治》谓:"妇人脏躁,喜悲伤欲哭,象如神灵所作,数欠伸,甘麦大枣汤主之。"

针刺治疗,可选用肝俞、心俞、神门、天突等穴,每次2—3穴,用平补平泻法,留针15—20分钟,以疏肝解郁、养心宁神开音。本病应着重精神治疗,宜针对其致病原因,细心开导,消除顾虑,避免各种不良刺激,使其心情舒畅;并说明本病确能迅速治愈,使其增强治愈疾病的信心,尤对顽固难愈者更为重要。

产后瘖 产后瘖与心、肺、肾三脏有密切关系。《景岳全书》卷二十八谓:"声音之病,虽由五脏,而实惟心之神,肺之气,肾之精三者为之主耳"。因胞胎系于肾,肾脉入肺,循喉咙,系舌本,心主神明,开窍于舌,产后心肾亏损,导致肺气亦虚,气虚不能上通于喉舌,故致不语,正如《类证治裁》卷八谓:"产后不语者……因心肾气虚,不能上通于舌。"或产后血虚,复感风邪,邪客于声门,亦可致喉瘖。辨证论治可分:

心肾气虚　症见音哑无声，面色皖白，心悸气短，神疲畏冷，手足不温，腰膝酸软，小便频数而清，甚则不禁，尿后余沥，舌胖嫩，脉虚弱。治宜补益心肾，宁神开窍。方用七珍散。若兼脾虚食少，配用归脾汤；若兼脾虚生痰，食少呕恶，配用陈夏六君子汤；若兼肾虚火旺，内热面赤，配用六味地黄汤；若以肺气虚症状为主，见咳喘气短，自汗等，配用保元汤。

血虚感风　症见声音嘶哑，兼见恶风、发热、咽痒、咳嗽，面色少华，头目眩晕，心悸怔忡，疲倦乏力，手足发麻，脉细或浮。治宜养血祛风，利喉开音。方用葱白七味饮加防风、石菖蒲等。

在《医学入门》卷五有"临产服汤药过多，胃湿使然者，熟料五积散、陈夏六君子汤。痰热迷心不语者，导痰汤，或痰气郁滞，闭目不语者，用生白矾一钱，水调服"。《古今医鉴》卷六"产后不语因败血迷心窍所致，宜四物汤加朱砂、石菖蒲、红花、人参"。可供临床辨证施治参考。

经行音哑　每逢经行，声音嘶嗄，甚至失音，随经净复常的病症，称经行音哑，亦称经行声瘖。《沈氏女科辑要笺正》名经行声哑。其发病与肺肾有关。因肺主气为声之道，声由气而发。胞脉系于肾，少阴之脉贯肾系舌本，音源于肾间之动气，故肾为声之根。《仁斋直指方》卷八谓："肺为声音之门，肾为声音之根。"肾精足则肺有所养，而音出循常。若虚火上炎，灼肺伤阴，累及声门，则致音哑。治法以滋阴润肺为主。亦有肾肝之阴不足而致者。

肺肾阴虚经行音哑　症见经行音哑，咽喉干燥，手足心热，虚烦少寐，舌红苔薄，脉细数。由素体阴虚，经行之际，经水下泄，致肾水不能上承，肺失濡润，声门失扬。治宜滋阴降火。方用百合固金汤。若偏于气虚者，症见经来时声低音哑，神疲气短，面目虚浮，苔白薄，脉细缓。治宜益气补肺。方用补肺汤(《景岳全书》)，酌加桔梗、甘草开提肺气，并加沙参、麦冬以润肺开音。

肝肾阴虚经行音哑　症见经行音哑，咽燥少津，胁肋隐痛，口干苦，苔白薄，脉弦细。多因早婚多产，恣情纵欲，肾精暗耗，经行时阴血下注，精血愈亏，虚火愈旺，灼肺伤津，累及声门。治宜滋肾柔肝，养阴润燥。方用一贯煎，去当归身，加玄参、白芍、天冬、胖大海。若肝肾精血亏损音哑，用地黄、天冬等滋阴之品而音瘖反甚者，可少佐细辛，其音即出。盖少阴之络系舌本，肾气不能上承，则不荣于舌本而为瘖。地黄、天冬偏于滋腻，反以遏抑阳气，细辛能通少阴之阳，常可奏效。

护理：经行时忌食辛辣香燥之品，以免劫津伤阴，其病益甚。平时宜多食甘寒养阴之品，如：银耳、百合之类。也可常用玄参、麦冬、桔梗、甘草等泡水服。

子瘖　妊娠后期，出现声音嘶哑，甚至不能出声的病症，称子瘖。亦名妊娠失音。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》谓："妊娠九月，孕妇声音细哑不响，谓之子瘖。"首见于《素问·奇病论》。子瘖的发生主要责之于肾，因肾脉循喉咙，系舌本。又如《女科证治约旨》卷三谓："妊娠音涩之候，名曰子瘖，由于少阴之脉，下养胎元，不能上荣于舌，故声音不扬。"但与肺也密切相关，因音出于喉，而发于舌本，喉者，肺之门户，肺主声音。孕后胎体渐长，阴津益亏，肺金失濡，舌本失润，则音哑不扬。一般无需治疗，待分娩后，其音自复。倘欲治之，以滋养阴津为主，使阴津得充，荣于舌本，声音自扬。

肾阴虚子瘖　症见妊娠八九月，声音嘶哑，甚或不能出声，颧红咽干，心烦耳鸣，掌心灼热，舌红少苔，脉细滑数。因素体肾阴不足，孕后肾水养胎，则肾阴益虚，加之妊娠后期胎体增大，胞脉受阻，肾阴不能上荣舌本而瘖。如《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎前诸证门》云："盖少阴之脉络于舌本，九月肾脉养胎，至其时胎盛阻遏其脉，不能上至舌本，故声音细哑。"治宜滋肾养阴。方用六味地黄丸，加沙参、麦冬以滋阴养液。

肺燥子瘖　症见妊娠后期，声音嘶哑，喉燥口干，或兼呛咳气逆，舌红苔少。因声音出于肺系而根于肾，肺金喜润恶燥，孕后肾精既虚，则肺金失于濡润而不鸣，以致音瘖，治宜清肺降火，肺金得清，自能作声也。方用清燥救肺汤。

此外，亦可因胎气实而肾脉不通，肾精不能上承咽喉者，治宜理气化痰通窍。方用瘦胎挞气散(《女科指南》)。

咽喉癣

咽喉部疼痛干痒，小血管扩张充血或有溃疡形成慢性咽喉的病证，称咽喉癣，古代只有喉癣之名，近年来根据其病变，咽及喉部均可发生，故有人统称为咽喉癣。喉癣一名，初见于《景岳全书》、《尤氏喉科秘书》、《喉科秘旨》、《重楼玉钥》等文献，均沿用此名。《喉科集腋》又名为肺花疮。本病病因病机，多认为由于肾水亏损，虚火上炎，阴虚肺燥，或血虚火盛所致。

历代以来，对咽喉癣的症状表现，描述不一，如《景岳全书》卷二十八谓："喉癣……其证则满喉生疮红痛，久不能痊。"又谓："满喉生疮，破烂而痛。"《尤氏喉科秘书·喉癣》谓："虚火上炎，肺金太旺，……生如丝，如哥窑纹样，又如秋海棠叶背后红丝一般，饮食阻碍，咽痛。虽不伤命，久则喉哑失音，而不能救矣。"迨后《杂病源流犀烛》、《喉科集腋》等，皆引尤氏之说。而《医宗金鉴·外科心法要诀》对本病的症状描述为："叠起腐衣，旁生小孔，若蚁蛀蚀之状。"《咽喉脉证通论》又将本病分为烂喉癣、热风喉癣、弱证喉癣三种不同症状类型，并提出烂喉癣乃因棉花疮毒(梅毒)结于咽喉所致。《喉科集腋》谓："人有生喉癣于咽门之内，以致喉痛，其症必先作痒，面红耳热而不可忍，后则咽唾随觉干燥，必再加咽唾而后快。久则成形作痛变为杨梅丝瘰，或疼或痒而为癣矣。"根据以上各家所述之症，类似慢性咽喉炎及各种原因引起的慢性咽喉溃疡。

治法宜滋阴降火，养血润燥，清金保肺为主。可选用化癣神丹、润喉汤（均见《喉科集腋》）、知柏地黄汤，酌加元参、牛蒡子、栝楼皮、天花粉、麦冬、阿胶、龟甲等。若伴有干咳无痰者，可用清燥救肺汤，加百部、紫菀等；若咳嗽，痰中带血，声音嘶哑，午后潮热，可按肺痨施治。外用珠黄散、青吹口散、锡类散等吹咽部。亦可用柿霜一味，取少许含口内，以润肺生津，若为结核或梅毒引起者，宜积极治疗原发病。平时应戒烟酒，忌辛辣食物。

喉疳

咽部发生溃烂，有灰白色腐物遮盖，日久不愈的病证，称喉疳。似与古代文献所载之咽疮、烂喉癣等病名相同。本病多由于肺肾阴虚而致，故又称之为阴虚喉疳。发于咽部者较多，发于喉部者较少。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："此证一名阴虚喉疳，初觉咽嗌干燥，如毛草常刺喉中，又如硬物隘于咽下……淡红，微肿，微痛，日久其色紫暗不鲜，颇似冻榴子色，由肾液久亏，相火上炎，消烁肺金，熏燎咽喉，肿痛日增，破烂腐衣，叠若虾皮，声音雌痖。"本病多发于蒂中两侧，按其症状与现代医学之咽喉慢性溃疡皆相类似。病因乃由劳累太过及温热病后，耗伤肺肾之阴而致。肺阴虚，则阴津亏，燥热内生；肾阴虚，则阴液不足，虚火上炎。咽部因失去阴津的滋养，兼受燥热虚火上炎，蒸灼咽部肌膜，日久累月，渐渐成为本病。

本病多发生于喉关处，初起轻度红肿，并有红黄突起小点，逐渐溃烂，连合成片，表面有灰白色薄腐物粘着，除去腐物，呈嫩红色凹凸不平的表面，亦有呈暗红色，病程发展缓慢，难于一时治愈，溃烂可向周围蔓延到口腔及喉，溃烂此愈彼发，愈后留有白色硬疤，以致溃烂与硬疤联成一片。病者一般觉咽嗌干燥，如毛草于咽喉刺痒感，虽咽干但不喜多饮，唇红，干咳无痰，或痰少而粘，虚烦失眠，耳鸣，舌质红嫩，脉细。病情发展，溃烂犯及口腔、蒂丁及鼻，可出现饮食时倒流于鼻，讲话有鼻音；向下犯及喉部，可发生声嘶。此时亦称为阴虚喉疳。

治疗以滋阴润燥，益气生津，去腐生肌为主，可选用六味地黄汤合甘露饮加马勃。若咳嗽多，可加贝母、紫菀、百部、沙参，以清燥止咳。若见气短，讲话乏力，话音低沉的气血两亏之症，可选加黄芪、党参、阿胶、首乌、黄精等以补气养血。若潮热、盗汗、颧红，上方去熟地黄，选加生地黄、天花粉、百合，或清咽养营汤加黄柏以养阴清热除烦。外用药可选用冰硼散、珠黄散掺搽患处，以解毒祛腐生肌，并用金银花、旱莲草、诃子等量煎水含漱，以清润解毒祛腐，清洁患部。简易方，可用喉烂秘方：槐花10克，儿茶3克，黄连3克，怀牛膝3克研细末，夏月西瓜水调服，冬月生梨汁服，或丸如绿豆大，每服3丸（《喉科集腋》）。本病应积极进行耐心的治疗。忌食辛辣刺激燥热之品，禁烟酒。尽量减少局部刺激。时常服用一些养阴润肺之品，如贝母、柿霜加冰糖炖服，马蹄粉或葛粉煮冰糖，雪耳炖冰糖，罗汉果煲汤等。或用猪油、蜜糖等量调匀，每日服3—5次，每次2茶匙。

梅核气

因气机不利而致，以咽内异物感如梅核状梗阻，咯之不出、咽之不下为特征的病证，称梅核气。与现代医学之咽神经症或称咽癔症相似。少数亦可见于某些慢性咽炎患者。本病最早载于《金匮要略·妇人杂病脉症并治》，谓："妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之。"后世医家对其病因又有进一步的认识，认为是因"七情气郁，结成痰涎，随之积聚……塞咽喉如梅核，粉絮样，咯不出，咽不下，……宜四七汤。"至明代，方名曰梅核气，如《赤水玄珠》卷三谓："生生子曰：梅核气者，喉中介介如梗状，又曰痰结块在喉间，吐之不出，咽之不下是也。"骨硬多由肝郁及脾虚，气痰相凝所致。因肝主疏泄，性喜条达，若为郁怒所伤，肝失条达，则肝郁气结。脾主运化水液，痰乃水液所生，若思虑伤脾，脾虚失运，津液不能输布则聚而成痰。气与痰凝结于咽喉之间，而成此病。或因暴怒伤肝，气机不畅，肝气上逆，结于咽喉，而产生异物感。

本病症状为患者自觉咽喉间如有异物阻塞，其状或如梅核，或如炙脔，或如棉絮，或如虫扰，或如痰粘于喉等。咯之不出，咽之不下，不痛不痒，不碍饮食，有时自觉喉间发紧发胀，喜按喜揉。其症状每与情志变化有关，故时轻时重，时发时止。检视咽喉，多无异常。并常伴有胸胁胀满，喜嗳气，妇人月经不调，经期乳房作胀，或见纳差腹胀，大便不调，舌淡脉弦等。

治疗以疏肝解郁，理气化痰为主，宜用半夏厚朴汤，并根据气痰相凝，或气机不畅之不同，辨证加减用药。若咽喉有痰，为肝郁脾虚，气痰相凝，治以化痰为主，疏肝理脾为辅。如痰多色白而粘，本方倍茯苓，加炒白术、陈皮；痰少而粘为燥痰，本方加瓜蒌仁、贝母、沙参之类；大便秘结为肠失津润，加火麻仁、郁李仁，兼嗳气呃逆恶心为胃气上逆，加代赭石、旋覆花、竹茹等。若咽喉无痰而胸胁胀满，嗳气不舒，喉间胀甚为肝气郁结，气机不畅。治以疏肝理气为主，化痰为辅，本方加木香、青皮、郁金，白芍。兼咽干口渴而多饮为内有实热，加生石膏、黄芩之类；咽干口渴，饮水不多为内有虚热，加生地黄、玄参、麦门冬之类。亦可用毫针刺廉泉穴，针向上刺至舌根部，并令患者作吞咽动作，至异物感消失即止。

本病精神疗法也甚为重要。患者的情绪好坏直接影响到治疗的效果。医者要关心病者，给予耐心解释，消除病者的疑虑，增强其治疗信心，并嘱患者注意克制情感，避免恚怒忧思等过度情志变化，务使患者保持心情舒畅、精神愉快。

推拿疗法：治则：疏肝解郁，顺气化痰。操作：①俯卧位或俯坐位：一指禅推膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞。或用拇指按揉法；背部拍法。②端坐位：按揉廉泉、天突、膻

中、内关；一指禅推项部两侧夹脊穴；拇食二指夹住廉泉穴两侧捏而揉之；拿两侧肩井。③备用手法：中指振天突法3分钟；上胸部擦法。

骨鲠

骨类异物哽于咽喉或食道称为骨鲠。常见的骨类有鱼、鸡、鸭、鹅、猪骨等。其他异物如竹枝、金属等物体，也可鲠于咽喉、食道，则统称为咽喉异物、食管异物。本条目主要论述骨类异物。骨鲠多因进食时疏忽、仓促，不慎吞入粗大骨块或尖锐骨刺，以致卡在咽喉、食道，或刺入咽喉、食道肌膜处。小儿进食时哭笑，或老年人牙齿缺如，咀嚼困难者，更易发生。若骨刺刺入过深，或停留过久，或取出时方法不当，损伤肌肉，感染邪毒，则气血凝滞化热，可致腐烂或成咽喉痈。

其症多在进食中突然感觉咽部疼痛，或胸前疼痛，吞咽时疼痛更甚，以致不敢进食，咽喉内有异物感，而易引起恶心呕吐，或在口涎中带有血丝。咽喉部检查一般可以发现异物或损伤部位。若咽喉部未见骨刺者，可作X线食管钡餐检查，多可发现异物停留位置。若骨刺刺入过深，或刺入后用粗暴方法，企图取出，以致损伤肌膜，感染邪毒，则可致咽喉红肿，疼痛加剧，不能进食，甚或伤处溃烂，化脓成痈，则症情更重，并可波及全身，有发热，舌红，苔黄，脉数等症。若损及血管，可致出血，甚至危及生命。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："骨鲠咽喉最可忧，吐咽刺痛碍咽喉。"又谓："若失治，咽喉肿痛溃脓……若骨势大者，与饮食难入、饿倒胃气者，俱属难救。"

骨鲠的治疗，一般以取出为主，或用药物使骨刺软化及减轻疼痛，促进吞咽，使骨刺被咽入胃内，或用推入方法，将骨刺推入胃内等。

取出方法：①宜根据骨鲠的部位，骨刺的形态，选用合适的钳子，将其钳住取出。如骨鲠部位较低者，可借助直接喉镜、食管镜，用异物钳细心将其取出。②借助器械剔除，或推之使入胃之技术，历代积累十分丰富之方法，如用牛筋，水浸之，细擘，以线系如弹子大，持筋端吞之，入喉至鲠处，徐徐引之，鲠着筋即出(《太平圣惠方》卷三十五)。

药物治疗：借药物的作用，软化骨刺，及减轻疼痛，促进吞咽，使骨刺被咽入胃内，常用的药物有：白醋适量，徐徐含咽。威灵仙30—60克，煎水含咽，或在药液中加入白醋，含咽更好。乌梅煎汤含咽。蔷薇根30—60克，煎水含咽，或用蔷薇根粉3克，水调含咽。单治鱼骨鲠方：橄榄核为末，以水调服二钱(《丹台玉案》卷三)或砂仁、草果、威灵仙、乌梅各10克，水4碗煎至2碗，加白糖适量，徐徐饮下。化骨神丹：楮实子一两为末，霜梅肉三两，共为丸弹子大，噙化咽下。凡用药物治疗骨鲠，饮药时，均宜徐徐吞咽，使其在局部发挥作用，故不宜一饮而下。若已染毒，气血凝滞化热，局部红肿、腐烂成痈，全身有恶寒、发热、舌红、苔黄、脉数等，宜按喉痈治法，清热解毒，消肿止痛，用二黄凉膈散或黄连解毒汤加减。

推入方法：吞服饴糖，使饴糖粘住骨刺同下。韭菜，煮令半熟，嚼吞之，使骨刺与韭菜同下。《外科正宗》卷四有载："诸骨鲠于咽下，不能外出者，乌龙针推之，骨下则安矣。""乌龙针：治骨鲠于咽下难出者，用细铁线烧软，双头处用黄蜡作丸龙眼大，裹铁丝头上，外用丝绵裹之，推入咽内鲠骨处，其骨自然顺下矣，不下再推。"推入法，目前已少用。

其他类异物哽于咽喉或食道，其病因病机及辨证治疗与骨鲠大致相同，其治法宜取出为主，药物治疗往往无效。平时要加强宣传教育，预防骨鲠及其他异物哽入的危险，当发生骨鲠后，不要用手指或筷子等挖取，宜及早就医诊治。

咽痿

咽部筋脉及肌肉弛纵不收，痿软无力，失却正常功用，以致吞咽无力，进食困难的病证，称咽痿。古代医籍无此病名。本病病因较多，有因体质虚弱，气血不足，咽喉筋脉、肌肉失于濡养，以致痿软无力，而成咽痿。有因脾虚肉痿而引发本病者有因肝肾精血亏损，肝风内动，筋脉失养而成本病者。

本病以吞咽无力为特征。表现为咀嚼失利，食物难于咽下，吞下缓慢或停留于口内、咽内，甚则无法吞下，食物可反溢入鼻孔。亦有口角流涎，说话徐缓，音低，模糊不清，嘶哑等，常有全身疲倦乏力，四肢无力以动，或手指肌肉瘦削或肌肉或舌震颤等症状。

治疗以补养气血，强壮筋脉为主。如脾胃虚弱，吞咽无力，气短神疲，苔薄白，脉细缓者，宜健脾益气，养血舒筋，方用五痿汤加减。若咀嚼不利，吞咽无力，兼见眩晕、耳鸣、舌红、少苔、脉细数者，属肝肾亏虚，宜补养肝肾，强壮筋骨，方用虎潜丸加减。若吞咽无力，兼有颜面瘫痪，口眼㖞斜者，属经脉瘀阻，宜补气活血，祛瘀通络，方用补阳还五汤加减。此外，针灸治疗常用穴位有：合谷、地仓、颊车、大迎、内关等。开始用强刺激手法，显效后，适当减轻刺激量。穴位要经常轮换，每次取3—4穴位，半月为一疗程。体弱者可以用灸法或针灸同用。

喉息肉

发于声带处、表面光滑呈半透明或淡红色的有蒂赘生物，称为喉息肉。此病多因素体蕴热，外感风邪，风热交结，日久而成，或平素体虚，复因劳累过度，肾阴亏损，相火不能安守于舍，循经上逆，结聚喉间而致，或因肝气郁结，疏泄失常，气机阻滞不畅，则气滞血瘀，阻塞脉络，结聚而成。主要症状为声音嘶哑，讲话费力，或伴有咳嗽，咽喉异物感。喉镜检查：声带处可见表面光滑、半透

明、呈淡红色或暗红色有蒂的肿物。

风热交结：症见声音嘶哑，声紧而粗，咽喉焮热而微痛，或咳嗽痰黄，口干，喜饮，舌质红，苔薄白或薄黄，脉弦略浮数。检查见双侧声带淡红，息肉呈红色。治宜疏泄邪热，利咽散结，方用清咽利膈汤加减。

阴虚火旺：症见声音嘶哑，声细，咽喉微痛或觉哽哽不利，或虽口干舌燥而不喜多饮。面部焮热，脉细或细数。检查见声带不红，息肉呈淡红色。治宜滋阴降火为主，方用知柏地黄丸加减。此病属阴虚火旺，应以养阴为主，不宜用苦寒或发散之药。

气滞血瘀：症见声音嘶哑，声低而沉，咽喉哽哽不利如有痰阻，时轻时重。患者每遇精神抑郁，即感胸胁胀闷，舌质稍红或暗红，舌尖边或有瘀点、瘀斑，苔白，脉弦细。检查见声带息肉呈暗红色，双侧声带呈慢性充血。治宜行气活血，疏肝解郁，方用逍遥散加减。息肉色暗红除按上述辨证用药外，并宜配用行气、活血祛瘀药物，可选加丹皮、川芎、桃仁、红花、田七末、青皮、香附、郁金、木香等。

局部可含服润喉丸或西藏青果，以清热润喉，利咽散结。内服药物，难于将息肉消散，应结合外治法治疗。可用鸦胆子油涂于息肉根部，使其枯萎脱落，或手术摘除。

喉瘤

发生在咽部或喉部的乳头状瘤，称喉瘤。病名见《医宗金鉴》。多发于软腭或扁桃体，喉部多发于声门。本病的形成有因肺经郁热，痰浊内生，痰浊久滞经络，积而成块；有因七情所伤，以致肝气郁结，疏泄失常，气机阻滞不畅，久则气滞血瘀，渐成肿块。《喉科集腋》认为本病乃由"肺经受热，多语损气，或怒中高喊，或读书太急，或多饮烧酒，或多食炙煿"所致。发于咽部者，可无不适，或仅有异物感，多在检查时偶尔发现；瘤色淡红，表面粗糙，或有蒂；发于喉部者，常见声音嘶哑，讲话费力。瘤渐长大，则有咳嗽、喘鸣，甚则堵塞气道，引起呼吸困难或窒息。间接喉镜检查，于声带处可见苍白色、淡红色或暗红色，表面呈桑椹样、有蒂的新生物，或可随呼吸气流上下活动。咽部及喉部肿瘤，均按如下辨证施治。

肺经郁热，痰浊凝聚：症见声嘶，咽痒咳嗽，痰多粘稠，或胸闷气短，讲话乏力，舌质偏红，苔白或微黄而腻，脉弦滑或弦缓。治宜清肺热、祛痰浊、散结聚，方用益气清金汤，若痰多粘稠，选加法半夏、胆南星、瓜蒌仁、冬瓜仁、葶苈子、海浮石等药，以化痰散结。

肝气郁结，气滞血瘀：症见声嘶，口干口苦，头晕目眩，胸闷不舒，或见脘腹胀痛，耳鸣，舌质红，舌边或有瘀点，苔黄，脉弦数或弦细数。治宜疏肝解郁，养血泻火，可用丹栀逍遥散加香附、青皮。亦可选用活血祛瘀养血的药物，如丹皮、川芎、桃仁、泽兰、刘寄奴、五灵脂、熟地黄、首乌、枸杞子、黄精、桑椹子、穿山甲、水蛭。宜配合青皮、香附、郁金、木香等行气药同用。

外治可用麝香散或碧玉散、鸦胆子油点患处，以促进肿瘤的消散。

鼻咽癌

发生于鼻咽部的恶性肿瘤，称鼻咽癌。由于病变部位较深，古人缺乏必要的器械进行检查，因此没有专门的记述。但对于鼻咽癌的常见症状，如单侧鼻塞、头痛、耳鸣、耳聋、痰涕带血、颈淋巴结转移等，都分别有所记载。如《外科正宗》卷四谓："失荣者……其患多生肩之已上，初起微肿，皮色不变，日久渐大，坚硬如石，推之不移，按之不动，半载一年，方生阴痛，气血渐衰，形容瘦削，破烂紫斑，渗流血水……愈久愈大，越溃越坚，犯此俱为不治。"可见失荣是发于颈部的癌证，它包括了颈部的原发癌和来自鼻咽等部位的转移癌。除此，在上石疽、瘰疬马刀、鼻渊、控脑砂、衄衊等病中也有鼻咽癌症状的类似记载。因为鼻咽部中医称为颃颡，故鼻咽癌也可称为颃颡癌。

病因病机 鼻咽癌的发生，与机体内外各种致病因素有关，每因正气虚弱，脏腑功能失常，邪毒乘虚而入，逐渐结聚成癌。如《医宗必读》卷七谓："积之成也，正气不足，而后邪气踞之。"脏腑的失调，以肝脾为主。当情志不遂，悲怒忧思，伤于肝，疏泄失常，肝气郁结，气郁日久，气血凝滞经络，结聚成块，或过食辛辣厚味，内伤脾胃，或肝郁犯脾，以致脾胃升降失调，脾伤则运化失健，水湿内停，痰浊内生，久则痰涎结聚而成肿块，或由于气血或痰浊积聚日久，化火化热，火毒结聚，或因素体蕴热，肝胆火盛，加以邪热内困，循足厥阴肝经之脉，上逆颃颡，灼损肌膜、脉络，致肿块溃破腐烂。鼻咽癌常见的主要症状有：①鼻塞：常为单侧，持续性鼻塞，因癌肿堵塞鼻窍而致。②鼻衄：初期多为涕中带血，后期病情加重，可致脉络溃烂，破裂，引起鼻洪。③耳鸣、耳聋：可出现音低声大之耳鸣及有胀闷堵塞感之耳聋。多为一侧，由于肿物堵塞脉络，蒙闭清窍而致。④头痛：常为单侧持续性头痛，有的头痛剧烈。如《灵枢·厥病》所描述："真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治。"⑤颈项恶核：恶核数量、大小不一，初期可单个活动，增大后互相融合成块，其特点是"坚如石"、"至牢有根"、"皮核相亲"、"推之不移"、"按之不动"。这种恶核，在历代医书中有上石疽、石疬、石瘘、单瘰疬等描述。恶核穿溃后，血水淋漓，秽恶腥臭，溃烂难敛。癌肿发展，邪毒入脑，损及脉络。临床可出现目睛不转，口眼㖞斜，视一为二，眼睑下垂，伸舌偏斜，言语謇涩，吞咽困难，食入反呛，眼球突出，衄衊等症状。鼻咽镜检查，可见肿物，肿物好发于鼻咽顶及双侧咽隐窝，多呈菜花状、结节状或溃疡，亦有向粘膜下浸润生长。

辨证论治 主要有以下几方面：

方药治疗 分以下三种证候。

痰浊结聚：症见头重坠，头痛，鼻塞涕血，痰多胸闷，体倦嗜睡，或见心悸，恶心欲呕，胃纳差，大便溏，舌质淡暗或淡红，舌体胖或有齿印，舌苔白或黄腻。检查见鼻咽肿块色较淡，或有分泌物附着，一般颈部恶核较大，或多个融合成块。治宜祛痰浊，散结聚，和脾胃。方用清气化痰丸。若肝气郁结较甚，气机不宣，可见胸胁疼痛，心烦善怒，可配合丹栀逍遥散，疏肝解郁，养血泻火；若脾虚湿重，则配合四君子汤健脾补气。如痰多，颈部肿块巨大，宜配用四生散攻坚逐痰，亦可选加山慈姑、海浮石、昆布、海藻、瓜蒌、皂角刺、白芥子、马勃之类，以消痰散结。

气血凝聚：症见头痛甚，耳内胀闷，鼻涕带血，胸闷胁痛，口苦善呕，舌质红或有瘀点紫斑，苔黄或白。检查见鼻咽肿块暗红，或有血丝缠绕，触之易出血，颈部有肿块。治宜行气活血，软坚散结，和肝养阴。方用丹栀逍遥散加减运用，可选加三棱、莪术、生牡蛎、穿山甲等攻坚散结；并选用水蛭、虻虫、土鳖、桃仁、红花、泽兰药物，以破血逐瘀，散结聚。

火毒困结：症见头痛剧烈，心烦失眠，咳嗽痰稠，口干口苦，口渴引饮，口臭，耳鸣耳聋，唇红身燥，痰涕带血，小便赤、量少，大便秘结，舌质红或红绛，脉弦滑或弦数，鼻咽肿物溃烂，或呈菜花状，或有颈部恶核，且有疼痛。治宜苦寒泄热，散毒消坚，方用柴胡清肝汤加减。如肝胆火热，热毒炽盛，可配合龙胆泻肝汤，或选加山豆根、甘草豆根、马鞭草、白花丹、青黛、地胆头、夏枯草等以苦泄热毒；大便秘结，胃腑热盛者，选加大黄、玄明粉等药。

此外，鼻咽癌患者，若头痛剧烈，可选加露蜂房、三七、五灵脂、沉香、木香、蔓荆子、藁本等药，亦可服云南白药；如涕中带血或鼻衄可选加旱莲草、白茅根、仙鹤草、紫珠草、藕节、白及、马勃、地稔等药；如脉络痹阻，出现口眼㖞斜、视一为二、伸舌不正、言语不清等症时，可配合牵正散，或选加地龙干、蝉蜕、白芍药、全蝎、蜈蚣、白附子等药。

本病属邪实之证，但往往邪实未去，虚象已露，故在治疗过程中，或攻补兼施，或先攻后补，或先补后攻，或以毒攻毒，或活血祛瘀，或苦泄热毒均宜酌情选用，灵活施治。用于治疗鼻咽癌的中草药很多，现将常用的大致归类如下，可供选用。①清热解毒，消肿散结：夏枯草、龙胆草、龙葵、白英、七叶一枝花、白花蛇舌草、天葵子、山慈姑、山豆根、甘草豆根、板蓝根、紫草根、土茯苓、葵树子、木鳖子、老鼠簕、山海螺、石上柏、了哥王、猫爪草、虎杖、马鞭草。②活血祛瘀消积：桃仁、红花、三棱、莪术、三七、丹参、五灵脂、土鳖、水蛭、虻虫、鬼羽箭、凌霄花、水红花子、斑蝥、王不留行、丹皮、泽兰、穿山甲。③化痰浊散结聚：瓜蒌、海浮石、山慈姑、皂角刺、贝母、生南星、生半夏、生草乌、白芥子。④行气通经，解郁散结：青皮、乌药、橘核、黄皮核、川楝子、柴胡、枳壳、郁金、木香、香附。⑤软坚散结：海藻、昆布、海带、守宫、蟑螂、鳖甲、牡蛎、玄参、僵蚕。⑥解毒祛邪镇痉：全蝎、蜈蚣、蜂房、蟾皮、马钱子、红娘子。

目前，常用化学药物和放射线治疗鼻咽癌，可以大量杀灭癌细胞，但同时也大量地杀伤了正常细胞，削伐患者的体质，出现消化功能障碍、骨髓抑制等征群，有的患者，经化疗、放疗，虽肿块缩小或消失，但由于体质虚弱，仍有复发和转移的可能，而达不到治疗的目的。因此，在放疗、化疗的同时及放疗、化疗之后，辨证运用中草药，以调整机体的阴阳气血、经络和脏腑的生理功能，增强体质，使患者能坚持完成治疗计划，巩固疗效，防止复发和转移，也是非常重要的方法。化疗或放疗，往往伤及多个脏腑，可致阴阳、气血俱虚。阴津耗伤，体内津液不足，不能内灌脏腑，外濡腠理孔窍，则致皮肤失荣，口唇燥裂，舌上无津，口干咽痛，大便秘结，小便短少；若心脾受伤，生化之源不足，气血两虚，则出现头晕目眩，耳鸣耳聋，面色苍白，气短无力，四肢麻木，心悸怔忡；若肾精耗损，髓海空虚，则眩晕耳鸣，精神委靡，腰酸膝软；若脾胃虚弱，健运失职，水谷不归正化，则致面色㿠白，食少便溏，饮食稍多则吐，倦怠乏力，口干而不欲饮。针对这些情况，常用的治法有：①益气养阴生津法：适用于肺肾阴虚和胃阴不足者。常用增液汤或麦门冬汤加减。常用的药物还有太子参、沙参、玉竹、石斛、花粉、葛根、女贞子、五味子、百合、竹茹之类。②健脾养心补血法：适用于气血亏损者，常用归脾汤或十全大补汤等加减运用，常用的补血药还有鸡血藤、岗稔根、首乌、黄精、大枣、桑椹子、枸杞子等。③补肾填精法：适用于真阴亏损，精血枯竭者，选用六味地黄汤加减运用，常用的药物还有女贞子、菟丝子、覆盆子、益智仁、胡桃肉、桑寄生、杜仲等药；若阴损及阳，出现肾阳虚或阴阳俱虚者，亦可选加补骨脂、熟附子、肉桂、骨碎补、淫羊藿等温补肾阳药。④健脾益气法：适用于脾胃虚弱者，宜用参苓白术散加减，常选用的药物如黄芪、五爪龙、千斤拔、谷芽、麦芽等。

喉菌

发于喉部的恶性肿瘤，古代称喉菌。相当于现代医学之喉癌。多见于声门处，或会厌裂等部位。其外观成块状隆起，凹凸不平，形如浮萍，或似菌状。《外证医案汇编》卷二谓："结蕈喉间，有翻花之势。"本病病因病机及辨证论治与鼻咽癌相似，见"鼻咽癌"条。其症，初时多为声嘶，日渐加重甚则失声，并可出现耳痛，咽下梗阻，咳嗽频繁。癌肿胀大，气道受阻，呼吸困难。肿瘤坏死、溃烂，分泌物增加，则咳嗽痰中带血，口气恶臭，颈部多有恶核。后期，常有剧烈头痛，吞咽困难等症状，并出现形体瘦削，面容憔悴的气血衰败之症，或因肿物堵塞喉道，呼吸困难，窒息，或因肿瘤破裂，大出血等严重情况而致死亡。《咽喉脉证通论》谓："渐如蜂窝者不治"。间接喉镜检查见声门处或会厌等部位有肿块，表面或呈菜花状、溃疡状。结合全身辨证可分为痰浊结聚、气血凝滞、火毒内攻

三证。

痰浊结聚：症见声嘶，咽喉堵塞感，咳嗽痰多或痰中带血，胸闷肢倦，或恶心欲呕，口淡而不欲食，舌质淡红，舌体胖或有齿印，舌苔白滑或黄腻。检查见咽部肿块光滑色淡，有分泌物附着，颈部或颌下淋巴结肿大。

气血凝滞：症见声音嘶哑，头痛较甚，痰中带血丝，胸闷胁痛，舌质红或瘀点、紫斑，苔白或微黄。检查见喉部肿块为暗红色，或有血丝缠绕。

火毒内攻：症见头痛剧烈，心烦失眠，咳嗽痰稠，声嘶，甚则失声，口干口苦，口臭，或见耳鸣耳聋，小便短，大便秘结，舌质红或红绛，脉弦滑数。

治疗：可参考鼻咽癌有关分型的治法，并酌加诃子、法半夏、北杏、瓜蒌实、蝉蜕、千层纸等祛痰利咽消肿散结的药物。《尤氏喉科秘书》载："治喉菌初起，碧丹五分、金丹一分；后用碧三金三，和吹亦须频咽。"《咽喉脉证通论》谓："药用犀角、黄芩、丹皮、僵蚕、射干、连翘、银花、红花、生地、黄连、黄柏、枳壳、独活、元参、赤芍、大力子"。

喉核菌

生于喉核处的恶性肿瘤，称为喉核菌。相当于现代医学之扁桃体癌。本病的病因病机，与其他咽喉部菌瘤大致相同。但本病发生部位在喉核，以肺胃热盛的致病因素为主。热邪交结于咽喉，以致痞塞脉络，日久成菌瘤。若火毒炽盛，炎灼肌膜，伤及血脉，则溃蚀，状如翻花，腐物污秽，渗血流臭涎。其症初起，喉核出现绿豆大渐至花生米大的突起肿物，以后发展扩大，喉核亦随之红肿增大。咽喉常有梗阻及微痛感，每能引起咽喉疼痛加剧，吞咽困难，发热恶风等肺胃热盛之证，到中后期，菌瘤溃烂如翻花状，表面有污秽腐物，常流臭涎，或渗血水，疼痛加剧，以致头痛、耳痛，面肌麻痹，饮食张口难。全身辨证，分痰浊结聚，气血凝滞，火毒内攻，见"喉菌"条。治疗可参照其他喉癌的治法，但本病往往以肺胃热盛为主，因此治疗宜清肺胃热，解毒消肿，活血散结，可选用龙胆泻肝汤加泽兰、桃仁、红花，或选用血府逐瘀汤加三棱、莪术、七叶一枝花、栀子。局部疼痛或头痛，可配入延胡索、入地金牛、藁本等。溃烂出血，加阿胶、白芨。久病患者，出现气血亏耗，脉络痹阻，脾肾虚损等症情时，可参考鼻咽癌的治疗方法处理。外用药物，可选用硇砂散、麝香散掺敷患处，以清热解毒，祛腐散结，生肌止痛。掺药后表面覆盖棉花，以免药粉为口涎冲去。腐物臭涎多者，宜用金银花、甘草煎水漱口，以清热解毒，清洁口腔。

白喉

以咽喉间起白腐及疼痛、全身发热为其特征的急性、烈性传染病，称白喉。又称白缠喉、白菌、白腐、瘟毒喉痹、缠喉风、锁喉风。属时行疫症之一，以小儿发病率为高。

在清代，白喉曾经反覆流行，危害甚大。《时疫白喉捷要·专治时疫白喉戏证论》谓："白喉有时疫一症，其发有时，其传染甚速，其病至危至险。"《时疫白喉捷要·白喉戏续论》又谓："奈白喉一证，愈出愈险，有朝发夕死者，延街合巷，互相传染，治之不速，十难全一。噫！真可惨也！"当时医家在治疗过程中，丰富了对白喉的认识，积累了丰富的治疗经验，相继出版有关白喉方面的医书甚多，如《重楼玉钥》、《时疫白喉捷要》、《白喉全生集》、《白喉治法忌表抉微》等等。对白喉的论述，颇为详尽。

病因病机 本病四季都可发生，但以秋冬二季为多。因秋冬季节，久晴不雨，燥气亢盛，时疫之气随风传播，从口鼻而入，疫毒搏结于咽喉，遂致发生本病。若素体阴虚，肺肾不足，遇疫疠之气流行，邪客于肺，内外相兼，伏而化火，熏蒸咽喉，尤易发生此病。小儿脏腑柔弱，形气未充，抗病力弱，遇疫毒之气更易患病。故 10 岁以下小儿，最容易得病。《重楼玉钥·梅涧医语》谓："此症属少阴一经，热邪伏其间，盗其肺金之母气，故喉间起白。"又谓："缘此症发于肺肾，凡本质不足者，或遇燥气流气，或多食辛热之物，感触而发。"

辨证论治 有以下几方面：

方药治疗 其症咽喉疼痛，吞咽困难，喉核出现白点，或连成灰白色膜，且逐渐扩大，可蔓延至喉关内外，悬雍垂或气道等处。白膜不易擦去，若强剥则出血，且白膜剥去后旋复出现。若热重者，白膜转呈黄色、污秽、灰色，甚至因出血而为黑色者。颈部有肿大臖核。全身常见微发热，精神倦怠，头痛等。病情发展，白膜侵犯到喉关内外，症见面色苍白，四肢厥冷，鼻塞声哑，呼吸困难，鼻扇唇青，痰鸣如锯，咳嗽如犬吠声，甚至引起窒息而致死亡。如《时疫白喉捷要·白喉戏续论》谓："其证初起，憎寒壮热，口渴喉干，声音不出，汤水不入，痰涎壅塞胀闭，疼痛异常，满喉皆白，脉多洪数，甚者且无至数。此乃时行疠气为病，喉证中最急者也。"本病在临床上以肺肾阴虚见症为主，兼有风热之邪所犯，则有风热见症。若病邪传变，胃腑有热，则有胃热见症，故临床证治如下：

阴虚证：症见喉中微痛，喉核有白点或灰白膜，甚则白膜融合成片状，可超出喉关外，口舌干燥，口渴不欲饮，微发热，头昏，倦怠，咳嗽，舌质红，苔薄白或微黄，脉细数无力。治宜养阴清肺，解毒祛邪。方用养阴清肺汤加土牛膝根主之。

风热证：症见咽喉微红，或红肿，喉核有白点白膜，音哑，头痛，发热，恶寒，全身不适，舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮而带数。治宜疏风清热，润肺除邪。方用除瘟化毒汤加土牛膝根主之。若服药后，已无表证，仍见喉痛溃烂者，宜服养阴清肺汤加土牛膝根主之。

胃热证：其症咽喉疼痛较剧，咽喉发红，喉核红肿，白膜满布，颜色灰黄，声音嘶哑，口臭，高热口渴，面红，大便秘结，小便短赤，舌苔黄，脉洪数。治宜泻火解毒，清咽消

肿。方用神仙活命汤，或龙虎二仙汤加土牛膝根治之。

若白膜向下曼延连及气管，声音嘶哑，发热、喘咳者，须防痰涎阻塞喉间，宜服雄黄解毒丸，或精制利喉散。若已出现呼吸困难，痰涎缠闭喉间，吸气喘鸣，声嘶或失音，烦躁不安，四肢冰凉，汗出如珠，面色苍白，口唇发绀，脉不整或沉细无力等症，宜急行气管切开，进行抢救。如症见心悸怔忡，汗出如珠，神疲，脉数无力，或结代者，此为心气耗伤，有欲脱之危。宜用生脉散、独参汤，或《温病条辨》之救逆汤、三甲复脉汤等。白喉治法，古人有忌升提涌吐，忌温散发汗，忌大下亡津，忌苦寒助燥等说。《时疫白喉捷要》提出："初起用粉葛、僵蚕、蝉衣，以解风热；以牛蒡子、连翘、金银花、土茯苓，消肿败毒；元参、天冬、麦冬、生地清金生水；黄芩、黄连、生栀仁、山豆根、生石膏，泻火救水；木通、泽泻、车前子，引热下行；薄荷、射干散风消肿，重者再加马勃、龙胆草。"这些论说临床皆可参考。

外治：可用青吹口散或锡类散吹入咽喉，以清热解毒，祛腐止痛。

本病应与乳蛾、疫喉痧加以鉴别；乳蛾其白点、白膜呈黄色，附于肿大的喉核表面，少越出喉核范围，拭之易去，不易出血。患者发热、恶寒、咽痛，脉浮数有力，颌下淋巴结肿大疼痛。疫喉痧，其症状为咽喉焮红，肿痛较剧，喉核虽有白点、腐烂，但容易拭去，且不出血，全身有红色红疹，舌面如肉红色，上有小粒突起，状如杨梅样的所谓杨梅舌。

针灸治法　可取天突、廉泉；少商、中冲、关冲、少冲等穴，针刺挤出恶血，以泄疫毒；若痰涎壅盛加丰隆；咳嗽气急，吞咽困难加膻中；咽喉疼痛加合谷等穴。

简易方　①土牛膝根 30 克，加水浓煎至 400 毫升。5 岁以上，每次服 200 毫升；5 岁以下，每次服 100 毫升，日服 2 次。②马鞭草 50 克，加水 1 000 毫升，煎至 300 毫升。8—14 岁，每次服 100 毫升；5 岁以下，每次服 50 毫升。均日服 2 次，连服 3—5 日，若咽拭子细菌培养不转阴者，则可延长至 10 日。③土牛膝根、大青叶或板蓝根煎汤内服。④万年青根块洗净，切成薄片，捣碎用醋浸 7 日后加等量冷开水口服，每次 1 汤匙，每日 3 次，以防染病。⑤土牛膝根鲜汁直接喷于咽喉部，每日 3—4 次。

食疗方　①白萝卜或鲜橄榄分别捣碎煎汤代茶饮或生吃。②绿豆煎水作饮料，或食大麦粥，以助清解疫毒。

预防及调护　不论病情轻重，均宜卧床休息至少 2 周以上。饮食宜清淡，忌生冷、腥荤、油腻、辛燥食物。多饮开水，增加利尿排毒作用。可用淡盐水漱口。

白喉为急性传染病，对一切疑似患者，应及早作出明确诊断，以便及时严格隔离，及时治疗，以免扩散。直至白膜脱落，症状消失 2 周后，咽部检查阴性为止。

口疮

在口腔内之唇、舌、颊及上腭等处粘膜发生的溃烂点其大如豆，单个或多个，淡黄色或灰白色，局部疼痛或刺激时痛为特征的病证，称口疮。是口腔粘膜病中的常见病，自儿童至老人均可发生，但以青壮年为多。历代医家对口疮有不同认识，有把口腔一切溃烂统称为口疮，又有较多别名，如口舌疮、口破、口疳、口疡等。也有根据发病部位、局部症状、发病时间的不同命名，如生于舌上者称舌上疮，生于唇部者称唇疮；口疮周围红赤者称赤口疮，白色者称白口疮；迁延日久不愈者称久口疮或积年口疮。按其发病原因，又有伤寒口疮、热病口疮、产后口疮、虚劳口疮等等。名称虽多，究其病机及溃点情况，可分为虚实两类。口疮的发生与气候的变化，外邪入侵，七情劳倦，饮食胎产，以及某些疾病因素有关。诸多病因引起三焦中脏腑积热或虚热，热气上冲口腔，致口舌生疮，由于火热有虚实之分，故口疮也就有虚火和实火之别。此外，小儿口疮有其特殊的临证表现，也另列介绍。

实火口疮：因实火而致的口疮，称为实火口疮，亦称口疳，在临床上见多发生在口唇、牙龈、舌、两颊、上腭等部位肌膜。以患处溃烂面周围红肿突起，边缘明显，大小不等，数量多，甚者融合成片，疼痛剧烈为特征。与阿弗他口炎相类似。多由心脾火热上冲所致。因心开窍于舌，其脉络小肠，上布于舌。脾开窍于口，其脉络胃，上行咽侧，连舌根，分布舌下。若过食辛辣厚味，脾胃积火，或情志内郁，心阳亢盛，或风热外袭，内外火热相搏，以致心脾火热，循经上冲，熏蒸口舌，热腐肌膜，出现溃烂，或口腔不洁，毒邪侵袭，损伤肌膜而成本病。《圣济总录》卷一百一十七谓："口疮者，由心脾有热，气冲上焦，熏发口舌，故作疮也。"症见患处溃烂，呈圆形、椭圆形，如黄豆、豌豆，大小不等，甚者融合成片，周围红肿明显，灼热而痛，说话及进食时疼痛加重，伴有舌质红，苔黄，口渴，大便秘结，或身发寒热等。

治疗上，口疮在舌部，属心火上炎，治宜清心凉血，消肿止痛，用导赤散加味。溃烂在口唇、龈、颊、上腭者，属脾胃热盛，治宜清热泄火，消肿止痛，用清胃散加味。若症见溃烂融合成片，加黄柏、苦参，以助清热燥湿，收敛溃烂；舌质鲜红，配栀子以清心降火；红肿痛重者，加金银花、蒲公英之类，以清热解毒，消肿止痛；倘流热涎者，加生石膏、黄柏，以清胃凉脾燥湿；苔黄面渴，加生石膏、天花粉，以清胃凉脾，生津止渴；大便秘结，加大黄、芒硝，泄热通便；身发寒热，属风热在表，加菊花、薄荷、葛根，疏风清热，而解其表。外治，将药物研成细末，吹撒患处，症初起，红肿痛重者，吹冰麝散、珠黄散，取其清热解毒，消肿止痛。若患处溃烂多者，吹冰硼散、黛矾散，以清热消肿，化腐生肌，收敛溃烂。此外，穴位敷贴法，用吴茱萸末，敷贴涌泉穴。《寿世保元·口疮》有："用吴茱萸末、醋调敷脚心，移夜即愈，药性虽热，能引热下行，其功至良。"针灸治疗：可选用廉泉、颊车、地仓、承浆、合谷、曲池、通里、神门、少冲等穴位。每次选 2—3 穴针刺，用泻法，留针 10—20 分钟。发热者，兼少商或少冲穴放血。民间疗法：用

西瓜汁不计份量，每日数次，有清热生津作用。还有用霜后茄子一个，晾干，研细末，以蜂蜜调和，涂口疮上。每日数次，有清热解毒消肿作用。还可用浓茶含漱，每日十余次，实火口疮用绿茶，虚火口疮用红茶，有清热防腐收敛作用。要经常注意口腔卫生，少食辛辣厚味，加强身体锻炼，可减少本病的发生。

虚火口疮：因虚火而致的口疮，称为虚火口疮。多发生在口唇、龈、舌、颊、上腭等部位肌膜。以患处溃烂面周围微红微肿，疼痛轻微，时愈时犯为特征。与复发性口腔炎相似。

本病多由心脾肾三经虚火而发。因心开窍于舌，脾开窍于口，足少阴之脉，贯肾系舌本。若素体阴虚或病后伤阴，或劳伤过度等，以致心脾肾阴液不足，虚火妄动，上炎口舌，熟腐肌膜而成本病。《寿世保元·口舌》谓："口疮连年不愈者，此虚火也。"

临床症见患处溃烂面周围微红微肿或红晕，大小不等，溃点分散，数量少，疼痛轻微。若属心阴虚，可见舌尖红赤，舌干少津，心悸不寐；如属脾阴虚，则大便先硬后软，小便时黄；肾阴虚，见腰膝酸软，手足心热，脉细数等。

治疗上，如溃烂在舌尖部，属心阴虚，治以滋阴清热，养血安神，选用归芍天地煎或天王补心丹。口疮久不愈合者，加瓦松、五倍子之类，以助清热养阴，燥湿收敛。溃烂在口唇，属脾阴虚，治宜滋阴生津，清热利湿，用甘露饮；症见倦怠无力，食少，自汗者，加太子参，益气健脾而固卫气；舌苔腻黄，口粘不欲食者，加佩兰、茯苓、石菖蒲，芳香和中，醒脾化湿。口疮在舌根部或两侧者，属肾阴虚，治宜滋阴补肾，清降虚火，用六味地黄汤；见两颧发红者，加知母，黄柏，滋阴降火；耳渐聋或渐鸣者加生牡蛎、生龙骨、磁石，育阴潜阳。外治，以清热解毒、收敛生肌为主。可吹锡类散或冰柏散，或分别选用柿霜、孩儿茶、五倍子、珍珠层粉之类，单味研末，吹患处，在局部起到祛腐生肌，愈合溃烂的作用。针刺治疗：选用神门、通里、少府、承浆、廉泉等穴，用平补平泻，留针 10 分钟。饮食疗法：红萝卜煲水马蹄：红萝卜、马蹄（即荸荠）去皮，各150—250 克，煎汤代茶养阴生津，清热解毒。还有用剑花煲猪肺：剑花（干）25—30 克，猪肺 250—300 克，加水放瓦煲内煎煮 1—2 小时后，加食盐适量服用，清热除痰降火。

阳虚口疮：由脾肾阳虚所致的口疮，称为阳虚口疮，是口疮中的一个类型。多因脾主运化，有赖肾阳蒸发，才能完成水谷精微上输心肺，营养全身的生理功能。若禀赋阳虚，或过食寒凉之品、苦寒之药，或房劳不节，损伤元气。都可致脾肾阳虚，温化失调，津液停滞，乃生湿邪，上泛口舌，寒湿困于肌膜则溃烂成疮。

症见口腔粘膜溃烂，患处色白，周围不红肿，大小不等，分散，个数少，一般不痛，舌苔腻白，不思饮食，四肢不温，大便溏泄，小便多，脉沉弱等。如《寿世保元·口疮》云："口疮白，脾脏冷。"又云："手足冷，肚腹作痛，大便不实，饮食少思，口疮者，中焦虚寒也。"

治疗宜温中散寒，补气健脾。宜用附子理中汤。若口疮久不愈合者，本方加苍术、五倍子，以助健脾祛湿，收敛溃烂。若症见泄泻口渴，呕吐酸水者，选用连理汤。取其健脾养胃，清热燥湿。若半身以下常有冷感，小便多，尺脉沉弱，用桂附八味丸，温补肾阳，以滋化源，使阳气振复，温化自平，诸症康复。外治，宜选用温阳祛湿，收敛生肌的方药。若症见溃烂面由白变黄者，吹柳花散。溃烂面色白者，分别选用鹿角霜、煅龙骨、五倍子之类，单味研末，吹患处，有温阳祛湿，愈合口疮的作用。针刺或艾灸，选穴：颊车、地仓、迎香、合谷、足三里、太溪、照海、然谷等。面部穴位一般用针刺，或用刺法中的补法，也可用艾灸、悬灸法。每次选用 2—3 穴，艾灸法每次每穴灸 5 分钟，针灸每 2 日进行 1 次。饮食疗法：巴戟 6 克、白芷 3 克、高良姜 6 克，共捣为细末，取猪腰 2 只，除去筋膜，从一边剖开，每只入药 6—7 克，用湿纸包裹多层，置炭火中煨熟，乘热剥去包纸，用口吸其热气，冷后细嚼食猪腰，有温阳祛寒作用，可治虚阳上越之口疮。也可用白胡椒 15 克，略打碎。洗净猪肚一个，将胡椒放入猪肚内，注入少许清水，然后头尾用线扎紧，以慢火煲至猪肚将烂，调味后服食，有温中健脾治阳虚型口疮之功。

小儿口疮

小儿口腔内出现淡黄色或灰白色小溃疡的病证，称小儿口疮。其发生原因，主要由于饮食、养育不当，以致心脾素蕴积热，郁久化火，循经上行，熏蒸口舌。或口腔不洁、颊内损伤，邪毒乘机入侵，内蕴之积热，与侵入之邪毒，熏灼口腔，腐蚀肌膜，因而形成口内生疮，溃疡作痛。《证治准绳·幼科》谓："诸疳口疮，因乳哺失节，或母食膏粱厚味，内有积热，或乳母七情郁火所致。其症口舌齿龈，为生疮状。"《幼幼集成》卷四又谓："胎禀本厚，养育过温，心脾积热，熏蒸于上。"说明小儿口疮多由心脾积热所形成。但也有部分病例，由于小儿素体阴虚，或患其他疾患，如感冒、肺炎或其他传染病等造成体质虚弱，阴亏液耗，水不制火，虚火上炎，加之邪毒乘虚侵入口腔，损伤颊内，而成口疮。诚如《景岳全书》谓："凡口疮六脉虚弱，或久用寒凉不效者，必系无根之火……。"可见引起小儿口疮的原因有虚、实的不同。但小儿因虚而生的口疮，比较少见。小儿口疮，多发于颊内，唇内或牙龈，有时可波及舌和软腭，初则红肿，继即溃破生疮，患儿每因局部疼痛而妨碍进食、啼哭不安，间或发热。宜辨清虚实，灵活施治。

实火口疮：其症在唇舌或颊内等处，有黄白色豆样大小的溃烂斑点，一般为七八个或十余个，呈圆形或椭圆形，周围有微突起的鲜红色边缘，甚则满口斑烂，腮舌俱肿，有疼痛感，兼有发烧，烦躁，口臭流涎，口渴，小便短赤，大便干结，苔黄舌赤，脉数纹紫等。治宜清热解毒，通便泻火，可用凉膈散加减，以清除膈上实热。并可配合

外治，用青黛散（见"小儿口糜"条）、养阴生肌散（青黛、生石膏、雄黄、龙胆草、蒲黄炭、黄柏、甘草、薄荷、冰片）、口腔溃疡散（冰片、青黛、明矾）或绿袍散任选一种，每用少许外敷疮面。如口疮斑烂不重，症状较轻，大便不闭结者，治宜清心利水，可用导赤散加黄连、淡竹叶、车前子、六一散等以清心火、利小便。

虚火口疮：其症溃烂斑点，相对地较少，反覆发作，表面黄白色，周围颜色淡红，兼见神疲，颧赤，口干不渴，舌红少苔，脉象细数，甚则满口白斑微点，陷露龟纹，脉虚不数，此乃阴虚火旺，治宜滋阴降火，引火归源。可用知柏地黄丸，加肉桂。亦有肝脾之气不足者，如《幼幼集成》卷四云："口疮服凉药不效，乃肝脾之气不足，虚火泛上而无制，宜理中汤，收其浮游之火，外以上桂末吹之。若吐泻后口中生疮，亦是虚火，理中汤。"因此，虚火口疮，如无阴虚火旺证象者，宜用理中汤加减，外用肉桂末吹敷疮面，则上泛虚火自敛而归源。

口糜

发生于口腔肌膜和舌面，溃烂成点状或融合成片如糜粥样，有特殊气味的病证，称口糜。因其糜点色白又称白口疮。发生在婴儿时，口腔内粘膜白屑满布，形状似鹅口，故称鹅口疮（亦名雪口）。一般来说，成人发生此病多较婴儿为重。本病相当于现代医学之白色念珠菌病。多因饮食不节，素嗜炙煿，心脾蕴热，或因膀胱移热于小肠，以致湿浊不化，久则湿热积聚，循经上蒸口腔而发病。《素问·气厥论》谓："膀胱移热于小肠，鬲肠不便，上为口糜。"《医方考》卷五又指出："口糜本于湿热，湿热不去，必致疳蚀。"婴儿患本病，往往多由胎中伏热，蕴积心脾，上蒸于口而致。《圣济总录》卷一百六十七谓："……谓之鹅口。此由胎中禀受谷气偏多，既生之后，心脾气热，上蒸于口，致成斯疾，盖心主舌，脾之络脉，散舌下故也。"

本病可发生在口腔的任何部位，一般多发于舌、颊、软腭、口底。初起，患处稍红肿，出现白色斑点，略为凸起，斑点逐渐扩大联合成片，红肿作痛，表面有白腐膜状物，成人的较厚，如糜粥样，婴儿的较薄，成白屑满布，其腐物不易拭除，强行拭去则出血，随后又生，影响饮食，小儿吮乳不便，拒食或进食时啼哭，唾液减少，口腔干燥，灼热感，有甜味和口臭，流热涎，病变可扩展至整个口腔，甚至蔓延至咽喉，引起呼吸不利，面青唇紫等。全身可见发热、头痛、大便秘结、小便短赤、苔黄腻、脉数等症。

内治，心脾蕴热，湿浊不化，或膀胱移热于小肠者，宜清热解毒，利湿除腐，方用导赤散。若脾胃湿热壅盛，红肿溃烂扩大，白腐物多，口腔灼热，口臭，食欲不振，大便秘结等，方用凉膈散，以清热凉血，泻火通便。若病后患本病，症见口干少津，不欲饮，泄泻，体倦，为脾虚湿盛者，方用连理汤，以健脾益气燥湿。若糜烂延及咽喉，症状日轻夜重，宜用少阴甘桔汤，加马勃、黄连、天葵子。外治，宜清热解毒，消肿止痛，祛腐生肌。首先清洁口腔，成人用漱口方漱口，婴儿则用干净纱布蘸药汁拭抹，再用青吹口散，撒患处，日撒5—6次。或用百草霜、青黛、橄榄炭等份，为末，敷患处。亦可选用绿云散、牛黄散等吹患处。或干地龙研末吹患处。

护理及预防，注意保持口腔的清洁，经常漱口。婴儿每日晨用纱布块或薄布块沾净温水清洗拭擦口腔，同时喂乳器、奶母乳头也应保持清洁。注意母亲胎期卫生，不要滥用抗生素，以防引发本病。

妇女在月经期发生口糜称经行口糜。小儿口糜也有特殊的临床表现，故另列介绍。

经行口糜：每值临经或经后或经行时，口舌红肿，溃烂生疮，如期反覆发作的病症，称经行口糜。本病在古医籍中尚无此论述，但临床常见，按中医辨证治疗每可获效。属现代医学之经前期紧张综合征范畴。

本病发生，多责之于心、胃之火上炎。因舌为心之苗而居口中。口者，胃之门户，心火上炎，胃热熏蒸，遂发口糜，此为实火；亦有肾精不足，虚火上炎而发者，临证必须详辨。治宜实则清热泻火；虚则养阴清热，火即自平。

心火上炎经行口糜：症见经行口舌糜烂疼痛，心中烦热，口燥咽干，卧不安神，舌红少苔，脉数。多因思虑劳心，耗及心阴，心统诸经之血，胞脉属心而络于胞中，经行阴血下注，心阴尤感不足，心火愈亢，火性炎上，发为口糜。故治宜清心泻火，引热下行。方用导赤散，酌加花粉、麦冬以清热生津。若肾精不足，虚火上炎者，症见口舌溃痛，渴不引饮，苔薄黄，脉细数。治宜养阴清热。方用玉女煎，或知柏地黄丸，加麦冬、青果、秋石以引火归元。

胃热炽盛经行口糜：症见经行口舌生疮，口臭且干，烦渴引饮，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数。多因平素嗜食辛辣香燥之品，肠胃蕴热，冲脉丽于阳明，经行冲气偏盛，挟胃热上冲，以致口糜。治宜清热泻火，荡涤胃热。方用凉膈散，或用玉液煎（《医醇賸义》）。若挟脾湿者，则见经行口舌腐糜，胸脘满闷，苔黄厚腻，脉濡数。治宜利湿清热。方用甘露消毒丹。

护理：注意口腔卫生，经常用盐水漱口。饮食宜清淡，忌食辛辣、炙煿油炸之物，以免蕴而生热，平时可多吃蔬菜和新鲜水果，保持大便通畅。

小儿口糜

小儿口腔溃烂如糜粥样并有特殊臭味为特征的病证，称小儿口糜。多因小儿感受湿热，热郁不得通泄，上熏于口而成。《幼幼集成》卷四谓："口糜者，满口生疮、溃烂，乃膀胱移热于小肠，膈肠不便，上为口糜"。可见口糜的发生，与膀胱和小肠二经受热有关。心与小肠相表里，舌为心之苗，脾络又络于舌，心脾蕴积生热，亦可形成。故小儿口糜，是积热蕴于心脾，或膀胱湿热内蕴，加上感

受热毒之邪，上攻于口所致。因湿热上熏口腔，或积热内郁，均可腐蒸气血，灼损肌膜，故红肿溃疡而疼痛，上有白色腐物。如湿热继续熏蒸，则腐糜扩大，发生臭味，妨碍饮食，以致影响食欲。由于湿热郁蒸，故小便黄赤，大便干结。如体弱病久，则可导致脾虚湿盛，出现口臭泄泻等症。

小儿口糜，一般以体弱或病后小儿为多见。病变往往从牙龈开始，在牙龈近牙齿处溃烂，逐渐扩大到颊、舌、上腭、咽关等处，可见有豌豆大之糜烂，周围红晕，形成溃疡，上面附着黄白色的膜状物，触痛明显，溃烂扩大较口疮为甚，溃疡面易出血，口内有特殊臭味，唾液多而粘稠。病势增进，可侵及咽喉，不能哺乳进食；病情严重时，可引起发热，头痛，烦躁，大便秘结，小便短赤，舌苔黄腻，脉象洪数。治宜渗湿，清热，解毒为主，方用导赤散合五苓散加减。大便秘结者，可加大黄、芒硝，以通大便。身热头痛者，可加薄荷、生石膏、连翘，以清热解毒。若口臭泄泻，属于脾虚湿盛者，治宜健脾渗湿清热，方用连理汤加减。治疗小儿口糜，除内服药外，宜配合外治，可用青黛散(青黛、黄柏、石膏、滑石)或锡类散少许，吹口糜处。

推拿疗法，有清热泻火之功。操作：开天门，推坎宫，推太阳，清心经，清脾经，清胃经，揉小天心，掐总筋，揉掌小横纹。辨证加减：①实火口疮，加清天河水，热盛者，加水底捞明月。②虚火口疮，加揉内劳宫，补肾经，揉涌泉。

口吻疮

口角生疮的病证，称口吻疮。或称口丫疮、燕口疮、燕儿口、肥疮等。也有俗称烂嘴丫子。与现代医学的口角炎相似。《诸病源候论》卷五十谓："两吻生疮，其疮白色，如燕子之吻，故名为燕口疮也。"《诸病源候论》卷三十又谓："口吻疮……世谓之肥疮，亦名燕口。"多因过食辛燥厚味，脾胃蕴积郁热，循经上攻口唇，发于口角而为疮。《诸病源候论》卷五十谓："此由脾胃有客热，热气熏发于口，两吻生疮。"《重楼玉钥续编·诸证补遗》则谓："燕口疮，口角生疮疼痛，微肿湿烂有汁，此脾胃有热上攻口唇，与津液相搏所致。"此病或有因饮食无节，伤及于脾，脾虚湿浊不化，冷涎长流，浸淫口角，久则化热而为患。也有因燥邪外侵而致者。

症见唇部粘膜及口角干燥、灼热，遇风则裂开而流血。口角时见细粒小疮，时流黄水，或口角区皮肤皲裂，呈对称性，若被口角溢出唾液浸湿，则呈苍白色，湿烂，微肿，其周围轻度溃烂，皮肤皲裂长沟数毫米，张口用力则口角裂开而流血。脾胃郁热者，则口角生细粒小疮，时流黄水，或疼痛，或口角干燥，遇风则裂开而流清血。全身症见有口臭，便秘，苔黄，脉数等；若脾虚湿浊不化者，则口角流涎，绵绵不已，睡时则甚，以致浸淫红赤，口角糜烂，湿肿有汁，疼痛，糜烂处疮色白如燕子之吻，兼见腹胀便溏，苔白腻，脉缓或濡。若燥邪外侵者，秋冬季节，唇肌膜皲裂，裂缝下痂出血鲜红，口角尤为明显，遇水疼痛难受。

治疗，脾胃郁热者，宜清脾泻热，方用清胃散或泻黄散，或选用白术、滑石、扁豆、茯苓、石斛、黄连、葛根、甘草等药煎水服。脾虚冷涎者，湿浊浸渍者，宜健脾祛湿，方用连理汤或参苓白术散，或选用白术、青皮、炮姜、制半夏、木香、丁香等，水煎服。燥邪外侵者，宜清肺润燥，养阴生津，方用百合固金汤或投以桑杏汤，以辛凉甘润，使燥气自平而愈。外治法，口角干燥结痂而疼痛者，宜清热润燥，可涂黄连膏或麻油，每日数次；若口角湿肿糜烂者，应用解毒祛腐之品，如黄柏、野蔷薇根等份，为末，调敷局部，每日1—2次。

护理及预防，患病期间应尽量减少舔唇及过度张口，以免延误皮肤粘膜的愈合。避免过食辛燥厚味，防止脾胃积热化火。年老或其他原因缺齿过多而造成两唇间垂直距离缩短而导致口角炎时，应及早镶配假牙，减少口吻疮发生。

悬旗风

口腔内突然发生血泡，血泡发生于悬雍垂处，形似悬挂的红旗的病证，称为悬旗风。又名悬旗小舌。血泡生于上腭者，致使气不能通，咽物不下，食物从小舌中飞扬满口，称飞扬喉。两者都是口腔粘膜下血肿，只是发生血肿之部位不同而命名各异，其病因病理及辨证治疗，则基本相同。本病多发于阳盛体质。因过食辛辣厚味，脾胃积热，日久化火而上炎，致使血分蕴积热邪，热伤脉络，迫血外溢，上充口腔，或进食粗硬食物，擦伤口内脉络，或用力咯痰，致使口腔血络受损，而引发此病。《图注喉科指掌》卷二谓："悬旗风生于帝丁，下垂尖头变圆，粗如桂圆核大，红如樱桃，此因多食厚味燥酒，以致胃火郁盛而发，胃脉浮洪者是。"

本病见于悬雍垂或上腭等处，突然发生紫色血泡，并迅速胀大，形似黄豆，或如桂圆，或如核桃，大小不定，肿胀不适，妨碍饮食，甚则舌伸缩不利，血泡可自溃而愈，若溃破感染邪毒，则糜烂疼痛，或有痰涎增多等症。《疮疡经验全书》谓："悬雍垂处起一大血泡，可堵塞咽喉，影响呼吸，但常迅速自破而病情缓解"。

本病治疗，一般以外治为主，若破后染毒溃烂者，宜配合内治法。内治宜清热泻火、凉血解毒，方用加味黄连解毒汤。若见舌苔黄腻，口渴脉数者，酌加生石膏、天花粉以清胃生津止渴、凉血解毒；大便秘结者，加大黄、芒硝，以通便泄热；肿痛重者，加当归、赤芍药、怀牛膝，以活血去瘀，消肿止痛，或用清咽散，加连翘、葛根、黄柏、山栀子、生石膏等。外治，用三棱针或刀尖将血泡挑破，放出紫血，则肿消痛止，或在患处加吹冰硼散。若血泡发生在悬雍垂上，可先用压舌板将悬雍垂托住，再用刀尖由上向下轻轻划破，不可向内、向深刺之，以免损伤好肉而致出

血不止。一般血泡破后，即可自愈。若患处感染邪毒而致溃烂者，宜用清热解毒、化腐生肌之品，如用金银花、甘草等量煎水含漱，并吹冰麝散或珠黄散，每日2—3次。要避免进食辛辣煎炒及粗硬食物，预防再发本病。

口腔白斑

口腔粘膜产生灰白色斑片的病证，称为口腔白斑。在古籍中无此病名及记载。根据临床观察，本病多因脾肾阳虚，精气不足，清阳不布，阳气不得上达，口腔肌膜失于煦养，风寒邪毒得以侵犯，停聚不散而致。《素问·举痛论》谓："寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通。"因而患部气血的运行阻滞，兼以寒邪所聚，故出现肌膜淡白，白斑成片。白斑可发生于口腔任何部位，但多见于两侧颊部粘膜，病变处肌膜色淡白，呈白色斑片状，不肿不痛，或有粗糙感觉，病久斑片较硬，患者一般体弱，口淡，舌质淡，苔薄白，脉细弱或缓。本病是脾肾阳虚，风寒邪盛之证，治宜温补脾肾，益气升阳，辛散风寒。临证上若偏于脾肾阳虚为主者，宜选右归丸加苍耳子。若偏于风寒为主者，宜选五白汤。若症见纳呆腹胀，口淡不渴，四肢不温，大便稀溏等，为偏重于脾胃虚寒，宜配用理中丸，以加强脾阳温运之功；若症见面色皖白，形寒肢冷，精神不振，腰膝酸冷等，为偏重于肾阳虚者，宜配用巴戟天、鹿茸、骨碎补，以扶助肾阳温化之力；若症见气血两虚，宜配用八珍汤，以调补气血；如阳虚损及阴者，并见口燥咽干、失眠、五心烦热、舌质红等，宜酌加麦门冬、天门冬、玉竹、旱莲草、石斛、知母等养阴药物。

口腔白斑病程较长者，有可能转变为癌瘤，故应积极加以防治。虽然目前的药物治疗，还不能使白斑消除，但通过长期和恰当的药物治疗，可减轻局部症状，并降低其癌变的可能性。患者应戒除烟酒，及辛辣炙煿之品，减少对局部的刺激。另外，积极锻炼身体，补益机体元气，提高机体御病功能，也是十分重要的。

口臭

口内出气臭秽的病证，称口臭。可见于口齿及咽喉疾病，也可见于胃肠疾病、全身传染病及肿瘤等病。其局部原因主要是食物残渣停积于口内齿缝间，而腐败发臭，或口腔肌膜、龈肉溃腐，肿物坏死，脓液溢出等。全身原因则与五脏六腑不调有关。如《诸病源候论》卷三十谓："五脏六腑不调，气上胸膈，然腑脏气，臊腐不同，蕴积胸膈之间，而生于热，冲发于口，故令臭也。"因口为脾之窍，咽为胃之系，牙龈为足阳明胃经和手阳明大肠经所属，故口臭之症，与脾、胃、大肠等脏腑关系尤为密切。①脾胃蕴热：平素嗜食辛辣煎炒炙煿热物，以致热气蕴积脾胃，冲发于口，而为口臭。②胃火炽盛：感受热邪，邪热传里，犯及于胃，以致胃火炽盛，火热循经，上蒸于口，而致口臭。③食滞不化：暴食肥肉醇酒，消化不良，停滞胃脘，腐臭之气，上发于口。④虚火郁结：思虑伤阴，阴虚有火，郁结于胸、胃之间，冲发于口，致令口臭。《景岳全书》卷二十六指出："口臭虽由胃火，而亦有非火之异，盖胃火之臭，其气浊秽，亦必兼口热口干，及别有阳明火证者是也，若无火脉火症，而臭如馊腐，或如酸胖及胃口吞酸，饮食嗳滞等证，亦犹阴湿留垢之臭，自与热臭者不同，是必思虑不遂，及脾弱不能化食者多有之，此则一为阳证，宜清胃火，一为阴证，宜调补心脾，不得谓臭必皆热，以致生他病也。"临床上，按全身辨证，一般可分为如下四型。

脾胃蕴热：症见平素口气臭秽，或时轻时重，饮食燥热之物则症状加重。咽喉干燥，喜冷饮，或有口苦，小便短赤，大便燥结，舌红，苔黄干，脉数。治宜清泻脾胃蕴热。方用泻黄散，加枳实等。

胃火炽盛：症见口气焦臭，口干渴且多饮，口苦，牙龈肿痛，或咽部红肿、溃烂，或痈肿溢脓，舌红，苔黄，脉洪数。治宜清胃泻热。方用清胃汤加减，若腹痛拒按，大便秘结，可加大黄、芒硝，以泻热通便。

食滞不化：症见口气腐臭，嗳吐腐酸臭气，或呕吐不化食物，脘腹疼痛，拒按，恶闻食气，苔厚腻，脉滑。治宜消食导滞，方用保和丸加减。

虚火郁结：症见口气腥臭，咽干舌燥，不思饮食，五心烦热，少寐多梦，舌红少苔而干，脉细数。治宜滋阴除热，用甘露饮加减。

除按以上辨证论治内服药物外，尚有用含药或擦药等方法以辅助治疗，常用药物如川芎、白芷、肉桂、细辛、甘草、橘皮、肉豆蔻、丁香、藿香、槟榔、薄荷、茶叶之类，多取其辛香辟秽除臭作用。方如丁香丸、芎芷膏。此外，要经常注意保持口腔清洁，饮食后漱涤口腔，清除食物残渣，少食煎炒燥热食物。若局部溃烂，脓肿，肿瘤坏死而致口臭者，可参考有关条目的治疗。

木舌

由于心脾火热上炎而致舌肿木硬，不能转动的病证，称木舌。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："盖脾之脉络在舌下，又舌为心苗，遇火上冲，令儿舌肿满木硬，不能转动，故名木舌。"又名木舌胀、木舌风等。本病多由心火上炎或心脾积热上冲所致。盖舌为心之苗，脾之经脉络舌下，若心经火盛或心脾蕴热日久，循经上冲于舌而发此病。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："木舌一症皆因心脾积热而成。"《圣济总录》卷一百八十谓："小儿木舌者，以心气蕴热，热气随脉上至于舌，则血脉胀起，渐渐肿大，满口塞喉，若不急治，便致危殆。"另外，命门火衰，致心阳不运也可导致本病。

临床症见舌体肿胀，坚硬如木，其色深红，转动与伸缩不利，言语謇涩，不辨滋味，妨碍饮食。心经火盛者兼见舌尖红，舌体色紫如猪肝，坚硬疼痛，饮食难进；若心脾

积热者，全身或有寒热，舌深红而苔黄，口渴，大便秘结，小便黄赤；若命门火衰者，可见畏寒便溏，手足不温，脉象沉细等症；心经火盛者，治宜清心泻火，凉血解毒，方用犀角地黄汤或导赤散主之；热毒甚者，方用黄连解毒汤加犀角（磨汁冲服）。心脾积热者，治宜清心凉脾，佐以泻火解毒，方用当归连翘汤或木舌紫舌方主之；命门火衰者，治宜辛温壮阳，可用《金匮》肾气丸。外治方面，先用三棱针刺舌下金津、玉液两穴出血，除去恶血，再用淡盐水漱涤，然后涂敷冰硼散或川硝散，每日2—3次；或用飞盐加冰片少量，或黄连（蜜制）6克、僵蚕3克共研细末，敷于舌上，每日2—3次。症重者用僵蚕、皂角等份。为末，取少许吹入鼻中，口日开而涎出，再用紫雪丹1.5克，竹沥15毫升，调匀抹入口中。此外针刺治疗，可取合谷、少商穴，强刺手法，不留针，每日1次。

护理及预防，患病期间，注意保护舌体不受损害，不要进食硬物，或酸辣刺激性食物，注意口腔清洁，以防感染。注意安排作息时间，避免过度操劳免使虚火上炎，平时多吃新鲜蔬菜，加强体育锻炼，减少木舌发生。

重舌

舌下疼痛，肿起一块，色红或紫，形似舌下重生一舌的病证，称重舌。《焦氏喉科枕秘》卷一谓："大舌先卷，根下另生小舌，形红肉嫩，名曰重舌。"《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："重舌者，因舌下近舌根处，其肿形似舌，故名重舌。"该病又有舌下肿似莲花者，故又称莲花舌、莲花细舌。又有名雀舌、子舌、重舌风等。与现代医学之舌下腺炎相似。本病多由小儿胎毒内蕴，肾气未充，胎毒逆行于上所致。舌为心苗，胎毒自心而发，故症现于舌。《咽喉病》谓："此因小儿胎毒内蕴，肾气未充，毒自上逆，舌为心苗，因之发焉。"《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："重舌者心脾蕴热循经上冲舌本，遂令舌下血脉肿起，如小舌状。"

症见舌卷短缩，舌下血脉肿起，质软、形似小舌之状，其色或红或紫，或见肿物连贯而生，状如莲花，脉管怒张，颊下臀核肿大压痛，或见舌腹肌膜溃破，流涎流血，舌体转动不利，影响语言、进食、吞咽受阻，颊下呈浮肿。

辨证治疗：胎毒内蕴者，小儿啼哭不止，不思进食，烦躁不眠、高热等。口角流涎多，甚至连颈项胸前也湿透。一般胎毒上逆者，多见于初生不久的患儿。心脾积热者，往往兼见目赤，舌尖红，便秘溲赤，苔黄，脉数等症。治疗方面，如胎毒未清者，宜清心解毒，方用黄连解毒汤加大黄、犀角（磨汁冲服），或灯芯汤；若心脾蕴热者，治宜泻心脾之热，方用黄连泻心汤或清热饮；便秘者用凉膈散；语言不利或不能言者，宜通关开窍，方用安宫牛黄丸。外治方面，注意清洁口腔，用淡盐水或金银花、甘草等量煎水频频漱口，冰硼散或薄荷研末合冰片少许掺之，舌下吹用，或吹凉心散每日2—3次。若溃烂者，吹锡类散；舌出血者，用炒蒲黄末；涎出量多者，用圣惠方。

针灸治疗：初起应急泄其热，用三棱针刺去恶血，或针金津、玉液二穴均五分许，出血，用淡盐水漱口，再吹冰硼散，可配合针合谷、少商穴，用泻法强刺激，不留针，每日1次，以泄热止痛。

护理方面：注意起居饮食，避免煎炒炙煿之品，防止脾胃积热上冲。对小儿要耐心护理，经常保持颈项及涎液流经部位的清洁，以免发生皮肤感染。

舌裂

舌体的表面有纵横交叉裂沟的病证，称舌裂。若舌裂而无其他症状，可见于正常人，不属疾病。舌裂的症状，可见舌中间有裂纹，呈纵形裂或横纹裂或井形裂等多种形态。舌色绛红而光，或舌淡白质嫩而有裂纹，舌背深沟中有正常乳头。裂沟数目不一，裂沟内易藏脏物而引起充血水肿，严重者可见舌肌萎缩。病因有多方面，如心火上炎，化燥伤津，舌体受灼而裂；有因肝肾阴虚，虚火上炎，舌本不得其养而裂；有因心脾亏虚，津液不能上达，舌燥而裂；还有因胃阴不足，胃火循经上炎，遂成舌裂。其辨证论治如下：

心火上炎：症见舌中间有裂纹成人字形，舌痛，舌质红而干，并见心烦，失眠，口苦，小便短赤，刺痛，脉数等。治宜清心泻火。方用黄连解毒汤或导赤散加减。

肝肾阴虚：症见舌绛红而光，有裂纹，舌痛，口干，并见耳鸣、目眩、腰膝酸软，少寐多梦，遗精，脉弦细或细数等。治宜养阴润燥。方用六味地黄丸合生脉散加减。

心脾亏虚：症见舌色淡白，质嫩有裂纹，并见面色萎黄，四肢麻木，神疲气短，睡眠差，饮食减少，脉细缓弱。治宜补益气血，健脾宁心。方用归脾汤加减。

胃阴不足：症见舌裂光红而少津，口干，欲饮，大便干燥，小便短赤。治宜养阴生津。方用麦门冬汤加减。

外治宜用金银花、生甘草等量，煎水每日多次含漱。外敷用黄连粉或养阴生肌散喷敷舌面；亦可用冰硼散喷敷患处。

护理方面：舌裂患者，要注意口腔卫生，进食后要漱口，以免裂沟内藏污物引起充血水肿发炎。并须减少进食辛辣、酸、甜等刺激性食物，以免引起舌部刺痛。

舌謇

舌体转动不灵活，运动迟钝，语言不清，甚则舌体强硬，难于活动，不能言语，影响饮食的病证，称舌謇（jiǎn，检）。与舌涩、舌痹、舌强的症状大致相同，本症很多病都能引起，包括中风病的舌体强硬和舌体炎症的木舌等病在内。本症发生原因：①心脾热盛，热毒久蕴，复为外邪所犯，邪热相煽。心主舌，脾开窍于口，而络脉系舌旁，当邪热相煽，上炎于舌，伤及舌阴，犯及络脉，以致热毒滞于舌体，脉络瘀阻而成病。②脾失健运，聚湿生痰，痰浊中

阻，气机不利，气逆上壅，痰随气升，上扰舌体经络。风痰上扰往往可出现痰迷心窍的病理变化。③肝肾阴虚，肝阳偏亢，阴阳失调，血郁气逆于上；肝阳上亢则肝风内动，上窜舌体的经络，经络为邪所壅，气血痹阻而成病。④久病气血耗伤，血不养肝，血行减少，筋脉失于滋养，加以血虚生风，上犯于舌，以致舌卷不能言。

本症主要表现为舌的运动不灵，迟钝，伸舌偏歪，或舌体强直，影响咀嚼吞咽，讲话艰难，语音不清，口常流涎等。本症根据病因进行辨证施治如下：

心脾热盛，热毒上炎：症见舌体红肿强硬，疼痛不适，并见烦躁失眠，口渴口苦，或舌有溃烂点，脘腹胀满，不欲食，小便黄，苔黄，脉数。治宜清理心脾，泻火活络。方用导赤散，加麦门冬、黄连、夏枯草，钩藤、宽筋藤、海桐皮；如症见发热恶寒，脉浮数，舌及咽喉均红肿痛者，为风热邪毒滞留，表邪未解。治宜泻火消肿，疏邪通滞。方用普济消毒饮；如症见高热烦躁，宜兼以苦泻心火，配用莲子心、栀子、牡丹皮；如大便秘结，配用大黄、芒硝；如有溃烂，宜配用白蔹、马勃、青天葵，以消疮肿，除腐生肌。

脾失健运，风痰为患：症见舌体肿胀强硬，麻木不适，甚者口底亦肿胀，并见有喉中痰多，咳喘，胸脘胀闷，恶心，头昏，眩晕，食纳减少，身倦乏力，大便溏，舌苔白，脉滑。若痰迷心窍，可见意识不清，自言自语，喉中痰声，胸闷，甚则神昏。治宜健脾祛湿，化痰通络。方用温胆汤，加全蝎、石菖蒲；如痰涎壅盛，喉中痰鸣，头晕眼花，气短，懒言，胃呆，或痰迷心窍，并可选加紫雪丹、至宝丹，以镇痉开窍。如大便溏，胃纳差，且可配用参苓白术散以健脾化湿理气。

肝肾阴虚，肝风上窜：症见舌体红，舌拘挛或震颤、麻木，并见有头晕头痛，耳鸣目眩，腰膝酸软，少寐多梦，脉弦细或数，舌苔白。甚者兼有口眼㖞斜，手脚抽搐等。治宜滋补肝肾，平肝熄风。可选用杞菊地黄丸，加天麻、白芍药、玄参、钩藤、石决明，或用镇肝熄风汤，以镇肝潜阳为主；若见口眼㖞斜，手足抽搐，宜配用全蝎、蜈蚣、白附子，以加强祛风镇痉之功。

气血耗损，筋脉失养：症见舌体色淡或卷缩，伸舌时有震颤，日久可见萎缩，并见头晕目眩，神疲气短，面色萎黄，四肢发麻，甚则抽搐，苔少，脉弦细弱。治宜滋补气血，养肝熄风。方用人参养荣汤，加天麻、僵蚕、石决明；若见怔忡，失眠，盗汗的心脾虚为主，可用归脾汤，加天麻、僵蚕、钩藤，以补益气血，养心脾而熄风。

此外，通过针刺或艾灸穴位，以达到疏通经络，畅通气血，调整筋脉，对本病起到治疗效果，常用的主穴有：廉泉、金津、玉液、天突、天官、承浆。并选加配穴风府、复溜、阴谷、液门、二间、通里、翳风、四白、地仓、颊车、下关、人迎、巨髎。每次各取1－2个主穴及配穴，针刺，强刺激，留针15－20分钟。如属脾胃失运，风痰为患，或肝肾阴虚，肝风上窜，可兼用悬灸。如症见舌体红肿的热毒壅盛者，可针刺关冲、中冲、少商出血，以泄热邪。

舌衄

舌部渗血或出血的病证，称为舌衄。《景岳全书》卷二十六谓："舌上无故出血者，谓之舌衄。"本病或因为过食辛辣，心脾积热，或情志不遂，心火亢盛，火热循经上攻于舌。也有因肾阴亏亏，虚火上炎，灼烁于舌，伤及血络而成舌衄者。《诸病源候论》卷三十谓："心主血脉，而候于舌，若心脏有热，则舌上出血如涌泉。"《外科证治全书·舌部》也谓："舌上忽生孔，血出如缕，由心、脾、肾三经火郁而然。"其症主要表现为舌尖或舌体之血络渗血或出血，而无明显的损伤病史者。

辨证治疗，因心脾火热而致病者，症见舌上出血量多，舌尖红，舌体肿大木硬，心中烦热，小便赤，口气热臭，苔黄，脉数。因肾经虚火上炎所致者，症见舌质干红，舌上渗血量少，口咽干燥，并有腰酸无力，潮热盗汗，苔黄腻，大便干结，脉细数等。治疗，凡心脾火热盛者，宜清心泻火，凉血止血，轻者用导赤散加白茅根、槐花，或用舌衄方，重者用犀角地黄汤，亦可用小蓟捣汁和酒服。肾经虚火上炎者，治宜滋阴凉血，方用六味地黄汤，加白芍药、甘草。外用五倍子熬浓汁，纱布浸湿紧压舌部，或选用炒蒲黄末、槐花末、血余炭末吹于出血处。

舌下痈

发于舌下部深层的痈肿，称为舌下痈。因局部肿胀，酷似另生一小舌，病热严重者常波及舌根及喉部，故亦称舌根痈或舔（chā，插）舌喉痈。《尤氏喉科秘书·舔舌喉痈》谓："肥人感热性躁者，多患此症，凡舌下生小舌样者，为舔舌，如连喉肿痛者，即为喉痈，不痛者，非是。大抵舔舌兼喉痈者，势凶。"相当于现代医学之舌下脓肿。本病多因过食肥甘醇酒，致湿热熏蒸，邪热壅聚舌下，气血凝滞而成。或因拔牙损伤，感染邪毒，邪热蕴结舌下，使血涩气滞，腐肉成脓。临床表现为舌下血脉肿胀疼痛，颏下浮肿，进食及语言不便，舌下形成痈肿，抽之有脓液。

其症初起时口底部红肿疼痛，舌被抬起并稍强硬，迅速增剧致舌体运动不灵，语音不清，纳食时舌下部疼痛剧烈而妨碍饮食，颏部深处也疼痛，病势发展，痰多涎溢，渐次颏下肿胀而焮热，按之僵硬，舌下口底肿胀焮热，酷似舌下有舌，呈重舌状，语音更含糊。重症时肿势向喉部发展，呼吸受影响而发鼾声，全身症状表现出壮热，出汗，舌苔厚而黄浊，脉洪数，邪毒进一步扩展，可出现烦躁神昏，鼻煽唇青，呼吸困难，若不及时抢救，常发生窒息致死。治宜祛痰消肿，凉血解毒。方用五味消毒饮，加瓜蒌皮、牛黄、贝母、前胡等以祛痰消肿。症情严重，热入血分，应以凉血解毒为主，用犀角地黄汤加祛痰消肿药物。外治，早期可于舌根下两旁勤吹黄药方，或涂金黄散。若颏下部肿胀硬结，可敷九一丹，若痈已外破，流脓不畅，用九黄

丹,以拔毒去脓,除腐止痛。收口期掺生肌散。痈肿成熟有脓时,宜切开排脓,若颏下部肿胀变软,有波动感者,可在颈外穿刺抽脓或切开排脓。此外,本病因肿胀可波及气道,引起呼吸困难,故必须密切观察病情,注意呼吸情况,以防发生窒息危险,必要时行气管切开术。平日应注意口腔卫生,每日刷牙,饭后漱口,积极治疗下颌龋齿,是防止本病发生的重要措施。

痰包

舌下生有黄白色囊肿的病证,称痰包。又名匏(páo,袍)舌、舌下痰包。《外科正宗》卷四对本病的病因、症状、治疗均有明确记载:"痰包,乃痰饮乘火流行,凝舌下,结而匏肿,绵软不硬,有妨言语,作痛不安,用外科剪刀,当包剪破,流出黄痰若蛋清,稠粘难断,捺尽,以冰硼散搽之。"本病相当于现代医学之舌下粘液囊肿。病因多为饮食劳倦伤脾,运化失常,津液停聚,痰浊内生,复遇邪热外犯,火挟痰湿,循经流注舌下,逐渐积聚而成包块。正如《外科正宗》卷四谓:"痰包乃痰饮乘火流行凝注于舌下。"《医宗金鉴·外科心法要诀》所谓:"由火稽痰涎流注而成。"症见舌底部膨胀感,多在一侧舌下区肿突,呈囊状,囊壁菲薄,透过肌膜见淡黄色,肿物常将舌推起,有时甚至扩展到颌下区,触诊时肿物柔软、光滑、有波动感,一般无压痛。

病初起,多发于舌下一侧,渐渐增大,发展至整个舌下部,肿突如球。表面光滑淡黄,按之柔软,一般不疼痛,如肿胀较甚,则有压胀感,甚至影响舌体活动,妨碍饮食和讲话,囊肿可因外伤而破裂,流出黄白粘液,如鸡蛋清样,可暂时缩小或消失,数日后慢慢长大如故,一般舌质淡,苔白腻,脉弦数。如热困脾胃,火毒壅盛,则呈淡红色,肿胀较硬,感觉不适或有疼痛,舌质偏红,苔微黄,脉数有力。本病系因火与痰湿凝结于舌下,治宜燥湿化痰,清热散结,可选用加味二陈汤,加苍术、车前子、泽泻、瓜蒌等;如胃纳差,可配入麦芽、神曲,以消食和胃;如痰包呈淡红色,肿胀较硬,可配入石膏、知母,以清解热邪。如痰包反覆发作,时间较久,口淡不和,胸脘满闷,胃纳差,脉缓弱的脾胃虚弱之证。治宜补益脾胃,行气渗湿,可选用参苓白术散。外治,用消毒剪刀,在痰包中部剪破,挤出粘液,拭净,去掉囊皮,搽入冰硼散或珠黄散,为防止复发,可每日搽3次,搽7—10日。

护理,要注意口腔清洁,特别在痰包溃破后及手术剪去囊皮后,要经常含漱,食具及用具要消毒严格,以防感染;术后进食流质,应尽量避免使舌头转动,暂时减少说话。不宜食辛辣炙煿之物,戒烟酒,以防再发。

舌菌

生于舌部的恶性肿瘤,称舌菌。因其肿起成块,坚硬,溃烂,形如菌状或岩石,故又名舌岩,亦称舌疳。《类证治裁》卷六谓:"舌菌生舌上,如菌状,色红紫。"古代医家对舌菌的严重性,及病情发展已有清楚的认识,《喉科指掌》卷三谓:"舌疳者……其证最恶……此证,百无一生,纵施药饵,不过苟延岁月而已。"本病与现代医学之舌癌相似。

本病多因机体元气虚弱,正不胜邪,易为致病因素侵犯心脾二经引起病变;若因七情郁结,内伤心脾,郁久化火、火毒循经上攻于舌,经脉阻滞,气血凝聚,积聚成块;兼之火毒久灼,伤肌败络,以致溃烂,而成本病。本病多发生于舌中1/3侧缘,其次为舌腹及舌背,舌尖最少。患者以40—60岁男性居多。患处肿块隆起如菌状,或如菜花状,质硬,表面有溃烂凹陷,边缘隆起。病情发展可侵犯至舌根、口底、牙龈,甚至软腭。双侧颈部、颌下、颏下或有恶核。舌的运动和张口均受限制,语言不利,吞咽困难,口流臭涎,溃烂出血。

本病初起,舌面患处增厚结硬,呈结节状,疼痛。逐渐肿大隆起如菌状,质硬,表面常有溃烂凹陷,边沿隆起,亦有如菜花样凸起,疼痛明显,可引起耳及面颊痛,讲话饮食时,因刺激产生剧痛。双侧恶核可向远处转移,以肺、肝为多见。为了确诊,应在患处取活组织检查。对本病的症状,《喉科指掌》卷三有详细描述:"初如豆,次如菌,头大蒂小,又名舌菌,疼痛红烂无皮,朝轻暮重……敝肿突如泛莲,或有状如鸡冠,舌本短缩不能伸舒,妨碍饮食言语,时津臭涎,再因怒气上冲,忽然开裂血出不止。久久延及项颌,肿如结核,坚硬疼痛,皮色如常,顶轻一点,色黯末红,破后时津臭水,腐如烂绵……甚至透舌穿腮。"

治疗,可参考茧唇,根据病情变化,加减配用药物如下:溃烂腐物多,时流腥臭脓液,宜加马勃、白蔹、白芷,以清热、祛腐、敛脓。疼痛及头痛较剧,宜加露蜂房、郁金、木香、三七末、蔓荆子等,以散邪解毒,行气止痛。舌运动及张口受限,宜加地龙、钩藤、王不留行、蜈蚣等,以祛风活络,解毒镇痛。出血,宜加侧柏叶、茜草根、十灰散、白芨等,以凉血活血、涩血止血。若见脾气虚弱,宜健脾补气,可配用四君子汤;若证见血虚,宜滋养阴血,配用杞子、桑椹子、首乌、黄精等。外用药物,可选用青吹口散或麝香散渗于患部,以清热解毒,消肿止痛。或紫金锭或蟾酥丸外涂。如溃烂腐物多,可用硇砂散以辟邪除秽,蚀腐解毒。亦可用硇砂、白砒、蟾酥等为末上涂,以拔毒祛腐。并可用七叶一枝花30克,枯矾10克,金银花18克,露蜂房15克,煎水含漱,或洗涤,以解毒祛腐止痛。

预防方面,应加强防癌普查,做到早期发现,早期诊断,早期治疗。注意口腔卫生,拔除牙的残根及残冠,纠正不合适的假牙。节制烟酒,减少不良嗜好。

上腭痈

痈发于上腭者,称为上腭痈,又名悬痈或口中悬痈。

该病又称外喉痈。本病多因过食辛辣热毒之物，脾胃积热，攻冲上腭而致。或因损伤染毒，热毒搏结，蒸灼肌膜，化腐成脓。症见上腭红肿，疼痛，饮食时因受酸辣、冷热或硬物刺激，则疼痛加剧，若上腭痈肿胀下垂，抵及舌部，舌部活动触及痈肿，则舌难伸缩，口难开合，饮食不便。全身常见寒热、口干、口臭、头痛、大便实、小便黄、舌红苔黄、脉数等实热症候。一般痈熟溃脓，脓尽可愈，但若失治，热毒波及鼻腔，则鼻中出血涕。热毒若进入营血，扰乱神明，以致出现神昏谵语等危重症候。如《重订囊秘喉书》卷上谓："悬痈，生于上腭，形如紫李子样，坠下抵舌，其人口不能言，舌不能伸，头不能低，仰面而立，鼻中时出红涕，若不速治，全毒入脑，即死。"检查见上腭红肿，或局部肿胀下垂，形如紫李子样，若脓已成，可见肿突处微黄色，针刺之则有脓液流出。

治宜清热解毒，消肿止痛，用黄连解毒汤，加金银花、紫花地丁、白芷等，或用黄连消毒饮，加桔梗、玄参。若已成脓。可用仙方活命饮加减。若热毒进入营血，神昏谵语者，宜用清营凉血，解毒开窍，用犀角地黄汤及安宫牛黄丸、紫雪丹等药。外治，局部可频吹冰硼散，以清热解毒，消肿止痛。或用金银花、甘草、野菊花、山豆根等煎水含漱。若痈肿已成脓，则宜穿刺抽脓或切开排脓。排脓后，局部仍可用冰硼散等吹敷。

护理，宜选用易于进食和消化的食物。禁食燥热及干硬食物。内服药物宜待凉服用。注意密切观察病情变化。小儿患上腭痈时，要在充分准备下进行检查和排脓，防止脓液突然涌出堵塞气道的危险。

颌下痈

颌下颈侧处生痈，称颌下痈。常偏于一侧腮下，亦称兜腮痈。《重纂包氏喉证家宝·古代咽喉七十二证考》谓："兜腮痈，属风热温毒，生腮下两边或一边，如口内肿，下刀去血，日久去脓，初起时，头痛寒热，服荆防败毒散。"相当于现代医学之咽旁脓肿和颌下脓肿。其病因与其他喉痈相同，为风热邪毒所犯，引动脾胃积热，上循颌下，内外热毒搏结，蒸灼肌膜，肉腐成脓。或因骨鲠、异物等损伤口内肌膜，感染邪毒而发。

症见颌下近颈部一侧肿胀及疼痛，不断加剧，继续发展到颈项强直，头倾向病侧，同时常有牙关紧，影响饮食，吞咽困难。检查患侧颌下部肿胀压痛，患侧咽部也有红肿，早期皮肤不红，形如木硬样肿物，待以后形成脓肿，则触之软，有波动感，颈部淋巴结肿大，但常为局部肿胀所掩盖。前隙染毒者，喉核及咽侧壁被推向咽中线，喉核并不红肿，而软腭、咽腭弓及悬雍垂多呈水肿。若后隙染毒者，则同侧咽侧壁隆起，咽腭弓充血水肿，下颌角处见肿起，但喉核不被推移。全身症状有憎寒壮热、头痛、舌质红、苔黄、脉洪数。治宜疏风清热、解毒消肿，方用荆防败毒散，或用山甲角针汤。颌下红肿处，可用三黄散调敷，若脓熟，颌下部压痛明显，且壮热不退时，可在颈外穿刺或切开排脓。如脓肿向咽侧壁明显突起，则可经口内在咽侧壁最隆起处，作一垂直切口，约2厘米长，然后用止血钳伸入扩张，引流脓液，但手术时避免触及和避免损伤血管，防止发生致命性出血。同时也要和处理其他喉痈一样，要在充分准备下进行检查和手术，严防脓液突然涌出而堵塞气道，引起窒息的危险。

鱼腮风

腮部肿大，形似鱼之腮颊，挤压之有脓由口颊部流出的病证，称为鱼腮风。《重楼玉钥》卷上谓："鱼腮疾染在腮颐，肿痛难当……是症生在酒腮边，两腮浮赤红肿，为双鱼腮；一边红肿者，为单鱼腮……倘症日久穿腮出脓。"指出了鱼腮风的主要症状。本病与化脓性腮腺炎相似。其病因主要为湿热之邪困郁脾胃，脾胃积热循经上蕴腮颐，局部气血凝结，管道疏泄失常，涎液分泌不畅或完全闭塞而聚结腮颊，蕴灼血肉，以致腐败成脓，导致鱼肋风之疾。亦可见于温热病或疫疠病后，伤津耗液，津液亏少，脾液不足，涎液稠粘，余邪滞留，因而堵塞管道，使腮颊聚毒而发。

本病初期症状多为一侧腮部或两腮疼痛，轻微肿大，压之微痛，此时易被忽视，全身症见寒热不甚，头痛咽干，吞咽不利，口渴，舌质红，苔薄白，脉浮数。病情继续发展，腮部红赤浮肿，咀嚼疼痛，此时腮颊部周围有持续剧痛，为邪毒壅滞凝结，使腮部涎液积存蕴灼成脓之象。用手挤压腮部，则有脓液从口腔内颊部流出。若病变继续扩展，火热邪毒亢盛，而流窜附近之经隧，进入腮部的其他间隙而成脓肿。此时肿物按之柔软，若脓液穿破肌膜，可从耳道流出。此时全身症状为恶寒发热，或高热不退，口苦咽干，口臭，咀嚼困难，涎液粘稠味咸，胃呆，小便短赤，大便结，舌质红，苔黄，脉弦数。

治疗，初期腮部焮热肿痛不甚，病情较轻宜疏风清热解毒，用荆防败毒散或柴胡葛根汤；在化脓阶段，热毒壅盛，宜清热，泻火解毒，方用泻黄散合五味消毒饮，或服仙方活命饮，若溃后日久不敛者，为气血虚损，宜补益气血，托毒敛口生肌，可用十全大补丸加减。外治方面，初期外敷青黛散或金黄散。《重楼玉钥》卷上谓："鱼腮风……治

痄腮与鱼腮风的鉴别

	病因	年龄	症状	传染性	睾丸肿
痄腮	感染疫疠邪毒之气，挟肝胆之火上攻而发病	儿童、少年多见	多见两侧腮部先后发病，疼痛不显著，全身症状较轻	有	可有
鱼腮风	脾胃热毒上蕴或热病后余邪未解，凝结腮颐，涎液闭阻成疾	成年、儿童	多见单侧发病，剧痛或搏动样痛，全身症状较重	无	无

法以角药调敷，口噙冰硼散。如逐日红肿极盛，方可用破皮针，针出血，仍以角约外敷，倘症日久腮穿出脓者，须内服蜡矾丸，外敷生肌散。"脓成则应切开排脓，以预防脓肿穿入外耳道或颌面其他筋膜间隙，可在下颌角部作切口，切开皮肤、皮下及腮腺筋膜，使各脓腔都排出脓液。切口慎勿伤及面部经脉而造成面瘫。

腮腺癌

发生于腮腺部的恶性肿物，称腮腺癌，属于石疽一类病。本病多由内伤肝脾而致，内伤于肝则肝气郁结，气血凝聚，内伤于脾，脾不化湿，痰湿结聚，气血痰湿交结，脉络瘀阻而成；若有溃烂，则属久郁化火，火毒灼损而致。

病初起无疼痛，癌肿渐渐增大，坚硬，固定，不能移动，边沿界线不清楚，并有疼痛。癌肿外翻突出生长如菜花样，或如井形中间凹陷，癌肿向内侵蚀，犯及经络，出现面部麻木，口眼㖞斜，眼睑不能闭合，张口困难，或有剧烈头痛。颈部摸到坚硬的恶核。

治疗，宜舒肝解郁，健脾化湿，行气活血，祛瘀散结，可选用舒肝溃坚汤，去甘草、灯芯草。若以脾不化湿，聚湿成痰为主，可配入白术、扁豆、贝母、桔梗、昆布等；如疼痛剧，宜配入露蜂房、白蒺藜、白附子、延胡索；如有出血兼用十灰散、侧柏叶、白芨等。外用方面，如癌肿溃烂，可用生肌玉红膏涂敷，或用珠黄散掺入，以清热解毒除腐辟秽，亦可用七叶一枝花 30 克、枯矾 10 克、金银花 18 克、露蜂房 15 克，煎水湿敷。如出血多可用马勃压于患处，以压迫收敛止血。外科常作全腮腺切除，不保存面神经。这是临床根治方法之一。

唇疔

疔疮生于唇部，称唇疔。生于唇里棱的唇疔，因常使嘴唇外翻，故名反唇疔。生于口角，引起开口困难者，名锁口疔。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："反唇疔发唇里棱，锁口疔在嘴角生，粟米坚肿麻痒痛，脾胃心经火毒成。"疔疮在唇的发生部位虽有不同，但其病因都是脾胃郁热，久而化火，或兼之外感风热邪毒，内外相合，火毒壅盛，上攻凝聚于口唇深处而发。

唇疔多生于上唇，初起形如粟粒，为一微红突起之小硬结，上有白色脓头，四周赤肿坚硬，形小而根脚较深，有灼痛及麻痒感。病势轻者，只有局部表现，无全身不适症状。病势稍重则兼有寒热交作、头痛、心烦、恶心、纳呆等症，5—7 日后疔头变软，溃出脓栓，肿痛消退，溃口可迅速愈合，身热渐除，此为顺症。若唇疔处理不当或用手挤压，3—5 日后病势发展，肿势逐渐扩大，唇部肿胀外翻，疔头紫黑坚硬无脓，肿势急速扩散，以至头面俱肿，寒战高热，饮食减少，夜不安寐，大便燥结，甚至恶心呕吐，烦躁气急，皮肤见瘀点、瘀斑或全身发黄，舌质红绛，脉象洪数者，为毒入血分，则为走黄逆症，常可危及生命。但唇疔一般轻症较常见，而发生走黄逆症者则较少见。

治疗，以祛风清脾胃热毒为主，轻症宜服五味消毒饮，重症宜服五味消毒饮合黄连解毒汤。若出现疔疮走黄，多为邪实正实，宜凉血解毒为主，服犀角地黄汤合黄连解毒汤；神昏谵语者，加服安宫牛黄丸或紫雪丹。外治，唇疔初起，红肿未溃时用玉露散、金黄散外敷，或紫金锭、蟾酥丸外涂，或生黄豆嚼碎外敷；若疮头已溃破，可外敷芙蓉膏，脓尽尚未收口者用珍珠八宝丹，上盖太乙膏，以生肌长肉收口。此外尚有针刺放血法，察腿弯中，有紫黑筋者，用长针刺出毒血，再服救唇汤。唇疔最忌挤压和挑刺病处，否则可引起火毒扩散发生走黄；严禁早期切开；忌灸法，忌食烟、酒、辛辣等刺激品。

唇风

以唇部红肿、疼痒，日久破裂流水为特征的病证，称为唇风。也有因嘴唇不时瞤动，又名唇瞤。此病好发下唇，肿大如驴嘴，故又名驴嘴风。与现代医学之剥脱性唇炎相类似。其病因有胃经风热者，多因过食辛辣厚味，胃腑积热化火，复受风热外袭，以致风火相搏，熏灼唇部，气血凝滞而成病。如《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："唇风多在下唇生，阳明胃经风火攻，初起发痒色红肿，久裂流水火燎疼。"亦有因脾经血燥者，因脾开窍于口，其华在唇，主统血。若过食辛辣，脾热日久阴血受损，血热化燥生风，风盛伤筋则唇瞤动，燥热熏灼肌膜故干裂流水，甚如无皮之状。

临床见症，胃经风热者，发病迅速，唇部红肿痛，破裂流水，甚如无皮之状，发痒，不时瞤动，口臭，口渴喜冷饮，或大便秘结，舌苔黄腻，脉滑数；脾经血燥者，发病缓慢，唇部肿胀，干燥如火燎，舌干无津，口甜粘浊，小便黄赤短涩，脉数而实。

治疗，胃经风热者，治宜清热凉血，疏散风邪，方用双解通圣散加生地黄、金银花。若热盛加黄连；便秘加大黄、芒硝。脾经血燥者，治宜祛风、凉血、润燥，方用四物消风饮。见唇部瞤动，加僵蚕、全蝎，以祛风清热；干裂流黄水者，加黄柏、滑石，以利水清热燥湿；舌干无津者，加麦门冬、石斛，以清热养阴生津；口甜粘浊者，加茯苓、白扁豆、佩兰，以芳香化浊，健脾和中渗湿；小便黄赤短涩，加泽泻、绵茵陈，以清热利湿。外治，宜清热解毒，凉血燥湿，方用黄连膏或紫归油；如破裂流水者，用青吹口散搽患处，以清热解毒收敛。

唇肿

口唇突然肿胀称唇肿，亦称唇风肿。该证相当于现代医学之唇部局限性水肿或过敏性唇炎。本病由于脾胃虚弱，运化失司，水湿停滞，复受风邪，风湿搏结，循经聚

积于口唇而为患。

其症见唇部突然肿胀，一般不红不痛或微痛，多有麻木之感，舌苔白腻，脉濡滑等。若风盛而伤筋脉，则口唇瞤动；湿盛结聚不散而唇肿木痒；若兼脾虚不摄，则多伴有便溏，纳少，面黄肌瘦，气少乏力等症。

治疗，以健脾祛湿，散风活络为原则。若肿胀木痒甚者，用双解通圣散或过敏煎，以祛风消肿止痒。见口唇瞤动者，酌加羌活、僵蚕、地龙干、牡蛎。如脾胃虚弱，中气虚寒者，可用补中益气汤或参苓白术散加减。外治，宜用紫金锭加盐少许磨汁涂患处，每日2—3次。针刺，上唇肿可浅刺人中穴；下唇肿可取承浆穴，每日针1次，中等刺激，留针15分钟。

唇疽

疽生唇部，唇肿色紫硬而木痛的病证，称唇疽。又名唇口疽。此症与现代医学之唇部结核相似。多由于脾经积热内蕴，经久不解而壅于唇，热伤唇之脉络而为患。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："唇疽生于上下唇，寒热交争毒气深，紫硬时觉木痛甚，脾胃积热乃其因。"症见疽生于唇部，位置不定，或上或下，或左或右，色紫肿硬有头，状如桃李或如小枣，时觉木痛，甚则身发寒热，日久不消则破溃，溃破愈合较慢，身兼见低热，脉数等症。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓："此疽生于唇，无论上下左右，色紫有头，大者如李，小者如枣，肿硬如铁，时觉木痛，甚则寒热交作。"

治疗，初起治宜活血解毒消散为主，方用神授卫生汤或消疽汤；若疽肿过大而里热甚者，兼见舌红，苔黄，脉数，便秘等，治宜清心凉膈之法，方用凉膈散加黄连、蒲公英，继用清热解毒之剂，双解贵金丸主之。溃后久不收口者，用十全大补汤，以托疮生肌，促进愈合。唇疽未溃者，外用离宫锭，磨水搽敷，每日2—3次，或外敷冲和膏，以消肿散结。溃后外敷生肌散，以促其早日愈合。

唇燥裂

口唇干燥皱裂，甚至破裂出血的病证，称唇燥裂，亦称口唇干燥。《证治准绳·杂病》第八册谓："唇燥则干，热则裂。"可见本病病因，主要为燥邪与热邪为患。有外感燥邪与内燥伤津不同。外感燥邪多见于秋冬季节，风冷劲急干燥，燥邪为敛肃之气，易伤肺金，以致皮肤、口唇干燥而皱裂。若素体阴虚，或温热病后伤津耗液，以致肺燥津伤，阴津不足，唇失濡润，也见燥裂。或过食辛辣厚味，脾胃积热，蕴结化火，火热伤津，脾阴不足，唇失荣华而燥裂。如《证治准绳·杂病》第八册谓："燥之为病，皆属燥金之化，然能令金燥者，火也……或大病而尅伐太过，或吐利而亡津，或食味过厚，辛热太多，醇酒炙肉，皆能偏助旺火，而损害真阴。"《类证治裁》卷六也谓："唇病因火居多，凉药必兼发散，有心脾热唇口燥裂者……。"其辨证论治如下。

外感燥邪：多见于秋冬季节。症见面部皮肤腠理干涩，唇肌膜皱裂，裂缝干痂出血鲜红，遇水疼痛难受，全身皮肤亦干皱粗糙，口鼻咽喉均见干燥，毛发不荣，舌干红，脉细数。治疗，以外治法为主，可涂润燥护肤药物。或配合内服清燥凉润之剂，用桑杏汤加减。

脾胃热盛：症见唇部肌膜干燥皱揭，唇色赤，少见皲裂，口渴，口甘或臭，舌质红，脉数。治宜养阴、清热润燥，方用清凉饮。如脾不化湿，湿浊久蕴化热上蒸者，唇肌膜皱揭而肿，糜烂流粘性液，方用加味导赤散。如若思虑伤脾而成心脾亏损，症见心烦不得卧，健忘多梦，口唇色淡红而干燥，舌质淡嫩，脉细弱，用黄连阿胶鸡子黄汤主之。如热邪壅盛内传胃腑者，则热困中焦而化火，火性上炎，症见唇部肌膜红肿，灼热皲裂，裂甚出血，唇干舌燥，口焦臭，小便黄，苔薄黄，脉象洪数，可用清胃汤，大便秘结者可与凉膈散合用。

肺燥伤津：症见唇失濡润，色干无华，皱缩而使唇部肌膜干结，如痂皮状，皲裂不甚，裂纹表面有血丝渗出，唇色暗红，兼见舌红少津，形体消瘦，五心烦热，干咳无痰，脉细数等症。治宜清肺润燥，养阴生津，方用百合固金汤加减。

外治方面，多用润燥护肤的药物涂敷患处，常用的药物有：橄榄烧灰研末，猪脂调涂唇部；桃仁研烂，猪油调敷唇皲裂处；甘油外涂唇部干燥处；黄连膏或紫归油外涂。

牙痛

牙痛是口齿疾病的常见症状，其病因多为肌体外受邪毒侵犯，内为脏腑经络病变而引起的病理反应。本条目主要包括由牙体或牙周病变所致之疼痛。

牙痛几乎可发生于任何年龄，其诊断应从疼痛的轻重、部位、时间的久暂，结合临床表现进行辨证。因此，必须询问病史。根据牙痛的病因病理不同，临床辨证大致分为风火牙痛、胃火牙痛、虚火牙痛等类型。

风火牙痛：症见牙齿痛，牙龈红肿，患处得冷则痛减，受热则痛增，或有发热、恶寒、口渴、舌红、苔白干、脉浮数。疼痛可由自发性、间歇性发展至持续性痛；多在夜间发生或加剧；温度刺激可加剧疼痛；疼痛无定处，有时疼痛可放射至同侧头部。其病因为平素牙齿及牙龈不健，复受风热之邪侵袭，伤及牙体及牙龈肉，邪聚不散，气血滞留，瘀阻脉络而为病。治宜疏风清热、解毒消肿之法，选用薄荷连翘方。或用薄荷、白蒺藜、露蜂房各15克，水煎服。外治以冰硼散或薄荷玄明散擦痛处。亦可在局麻下作开髓引流减压术，使疼痛缓解。

胃火牙痛：多因平素嗜食辛辣香燥，胃中蕴热，胃火循经上蒸牙床，伤及龈肉，损及脉络而为病。如《辨证录》谓："人有牙疼日久，上下牙床尽腐烂者……此乃胃火独

盛,有升无降之故也。"症见牙齿疼痛较甚,为持续性疼痛。咀嚼时加剧。牙龈红肿,甚或根尖周渗出脓血,肿连腮颊,自觉患牙浮起伸长,能明确指出患牙部位,局部根周粘膜红肿压痛,叩痛明显。头痛、口渴口臭,大便秘结,舌苔干黄,脉象洪数等。治宜清胃泻热,凉血止痛,选用清胃散或玉女煎加黄芩、紫花地丁。若胃腑困热,大便闭结,加大黄、玄明粉;牙周肿甚,加马勃、牛蒡子;牙龈出血甚者,加白茅根、鲜芦根、知母等。外治以白芷、吴茱萸各等分煎汤含漱。或用花椒、胡椒、白矾(生白矾与枯矾各半)、食盐(炒),各为末和合同研,以少许擦痛处,或老姜、川黄连、防风各等分,研末擦之,或金玉丹擦牙龈红肿溢脓处。

针灸治疗,对实火牙痛有较好效果。常用穴位有合谷、下关、颊车、行间、太冲、牙痛穴(位于掌面第三、四掌骨,距掌横纹1寸处),每次2—3穴,针刺,用泻法,有泻火止痛作用。风火牙痛可选加风池、内庭。胃火牙痛可选用内庭、足三里。伴有额颞区痛者加太阳。指压治疗牙痛可见"穴位指压法"条。

虚火牙痛:多因平素亏虚,年老体弱,或先天禀赋不足,肾元亏虚,肾阴不足,虚火上炎。《景岳全书》谓:"肾虚而牙痛者,其病不在经,而在脏,盖齿为骨之所终,而骨则主于肾也,故曰肾衰则齿豁,精固则齿坚。"症见牙齿隐隐作痛,或微痛,牙龈微红,微肿,久则龈肉萎缩,牙齿浮动,咬物无力,且咬物时疼痛明显,午后疼痛加重,得热则痛减,或有齿缝疏豁,饮食不便,全身可兼见腰膝酸痛,头晕目眩,咽干,口渴不欲饮,舌质红嫩,脉细数无力等,检查时常可探得深龋。治宜滋阴益肾、降火止痛。选用知柏地黄丸加狗脊。如兼有脾虚者,宜用左归丸,以滋阴补肾健脾。外治宜降虚火,用龙眼白盐方贴牙龈痛处,或用香附(炒黑)0.9克与炒盐0.3克共研为末擦患处,或石膏、胡椒等份为末擦,或杜仲、青盐、大黄(炒)、牛膝(炒)等量共为细末擦,或生盐附子丸方扎缚足底涌泉穴。或用淫羊藿,或荜拨煎水频频含漱。针刺宜取合谷、下关、太阳、地仓、颊车、太溪、行间、三阴交等穴,每次2—3穴,针刺,用补法。

牙痈

发于牙龈,肿起一块,疼痛溢脓的病证,称牙痈。又名牙祺风(见《尤氏喉科秘书·牙痈》)。相当于现代医学的急性根尖脓肿或牙周脓肿。《疡医大全》卷十六对牙痈症状记有:"牙痈……初起一小块,生于牙龈肉上,或上或下,或内或外,其状高肿红焮,寒热疼痛者是也。"

牙痈之发病,同龋齿日久秽毒郁结,伤及牙龈及牙根,或龋齿秽毒积滞,复受风热邪毒侵犯,内外合邪上冲齿龈而发,致使局部气血壅滞,经络阻塞,营气不从,化生脓汁,又或因平素过食炙煿,脾胃两经火盛,积热循经上逆冲发于牙龈而发,若毒盛则肿势扩散,延及腮颊。

牙痈多发于龋齿周围牙龈,初起症见齿龈肿胀,坚硬,胀热疼痛,遇冷则痛稍减,咀嚼时痛甚,渐渐形成脓肿,面部肿胀,自觉牙高起,叩诊患牙疼痛难忍,脓肿溃后肿痛减轻。肿胀甚者可延及口唇、眼睑、腮颊或颌下。全身可有寒热、头痛、口臭、纳差、口苦、舌红苔黄厚、脉洪数等症。牙痈溃破后脓出尽则肿消痛止,收口而愈。若久治不愈,疮口不收,经常溢脓者,则形成牙漏。

凡牙痈初起,因风热邪毒侵犯而致者,治宜祛风清热解毒,方用五味消毒饮,加荆芥、防风;因脾胃积热上逆而致者,宜清胃火,解热毒,方用清胃汤合黄连解毒汤,或清胃散;牙痈有脓,溃流不畅者,宜清热解毒,并加托里透脓之品,方用仙方活命饮;若久治不愈,反覆溢脓,疮口不收者,宜补气益血,托里排脓,方用托里消毒散。外治方面,牙痈初起,未破溃时,用冰硼散擦牙龈肿胀处,以解毒止痛;若腮颊部肿痛,外敷金黄散,以消肿止痛;若脓已成,按软处即是痈头,可用针轻刺破,或用刀尖挑破,去除脓血,再搽冰硼散或金玉丹;已溃破时用珠黄散以清热祛腐。若反覆发作或溃后久不收口而成牙漏者,应将病牙拔除。此外,本病的预防,主要是及早、彻底治疗龋齿。少食炙煿辛辣之物。

牙漏

牙龈溢脓,溃口经久不敛,形成漏管的病证,称牙漏。亦有极少病例因牙病而致面颊部皮肤溢脓形成漏管。此病包括慢性牙槽脓肿(慢性根尖脓肿)及慢性牙周脓肿。

病因为胃脉入上齿中,大肠脉入下齿中。牙龈属脾。若过食炙煿肥甘,脾、胃、大肠蕴热,循经上逆,热毒滞留于牙龈或牙根及颌骨之间,局部气血壅滞而生痈肿,治疗不彻底,热毒滞留则疮口难收而形成牙漏。又有病势缠绵,正气耗损,气血不足者,经久流清稀脓汁而不敛,遂成牙漏。

牙漏一般无明显自觉症状,病牙大多有深龋,牙体色泽发暗,牙齿松动,在牙龈表面可见漏管口。漏管口细,周围轻度肿胀,常呈粟粒大半圆形隆起状,多位于病牙根部或根尖部的唇、舌或腭侧,也偶有位于远离牙龈根尖者,挤压瘘管口时有少许脓汁溢出。漏管久不收口或时愈时发。亦有脓汁经由病牙根部流注面颊部皮肤下,穿破皮肤而形成皮肤漏者,此型漏管坚硬,漏孔处皮肤凹陷,脓汁自漏孔排出,淋漓不断。

治疗以外治为主。漏管口红肿胀痛时,擦冰硼散,出现漏管后用金玉丹制成条状插入漏管中以消肿解毒生肌。若漏管口闭合,牙龈肿胀脓汁无法排出时,则刺破牙龈,脓汁即可引流排出;若漏管经久不愈且病牙破坏严重者,将病牙拔除后漏孔可愈。内治方面,病初起,脾、胃、大肠有蕴热者,治宜清热解毒,方用清热解毒汤。热盛者加黄连、黄芩;脓多者加皂角刺。若病久体弱者,治宜补益气血,托里排脓,方用托里消毒散或八珍汤。

牙槽风

牙槽骨疼痛,久则腐烂穿溃,有腐骨排出,溃口难愈的病证,称牙槽风。《重楼玉钥》卷上谓:"凡骨槽风者,惟连及面骨者,是骨槽风也。"又名穿腮毒、附骨、穿珠等。临床上所见为多发于青年及成年人,往往病情缠绵较长,并且以下颌骨发生较上牙床为多,相当于现代医学之颌骨骨髓炎。

本病发生于平素牙齿护理不当,牙体已被龋蚀,风火邪毒,乘虚侵人,循经上灼,误治或失治,则深袭筋骨,结聚骨槽成疾。如素体虚弱,患齿余毒未消,经久不愈,渐致气血损耗,脾肾亏损,及受风寒湿邪侵袭,毒邪结于阴分亦可引起。

病症起于牙床骨,初起症见恶寒、发热、头昏、头痛、食呆、便秘、下颌骨剧烈疼痛,牙关紧急,多个牙齿松动,耳前及腮项周围肿胀,皮肤微红发热,患侧口唇麻木,口臭,若治疗及时,可望肿消痛减,而渐康复。若病情较重,失治或误治,致令脾阳虚衰,邪毒凝结于阴分,灼腐骨髓,终至骨腐,脓液局限,穿破骨膜流出体外,故热退痛减,面项硬肿减轻,但溃后漏管久仍不愈,常流臭秽,或清稀脓液,直至腐骨排出或取出后,始告愈合。

本症初起病急,牙龈肿胀,恶寒发热,脉弦数,为风火实热证,治宜祛风散火,清热消肿,用清阳散火汤。若溃后脓泄,肿硬不消,或退而不尽,为正气不足,脾肾亏损,不能托毒外出,应予培补元气,以内托汤加减,或中和汤治之。《重楼玉钥》卷上认为:"过服寒凉清火之剂,以致坚肿色淡,自破流黄水,日久烂至牙根及延烂咽喉,法当用加味二陈汤加阳和丸煎服,或阳和汤消之。"若肌肉坚凝腐臭,脾阳虚寒者,附子理中汤治之。外治方面,初起牙龈红肿、胀痛,可吹敷冰硼散;腮颊红肿,外敷清凉膏、阳和解凝膏以消肿散结,或用真君妙贴散敷肿处。牙龈流脓,牙已松动,应将患牙拔除。颌脸部溃孔,按一般疮疡处理,腐骨已成及松动时,可轻轻将其取出。《重楼玉钥》卷上谓:"倘有多骨,以推车散吹入,隔一夜其骨不痛,自行刺出,须俟骨尖退出,摇则内动,方可渐次取下,再吹,次日无骨退出即以生肌散吹入,内服保元汤,加肉桂、归、芎、芪、草,宜生,自然获效收功。"对较大的腐骨,在全身及局部已无急性炎症,腐骨已松动,新生骨已长成时,可手术摘除,口腔内有松动龋齿,也当拔除。

齿衄

牙龈出血的病证,称齿衄。又名牙衄。牙龈可在受到轻微刺激(如刷牙、进食、吮吸等)时即自动流血,此种流血多自行停止,出血量较少。另有一些在无刺激时即自动流血,出血量多,且无自限性,出血部位可为全口牙龈,也可只发生于部分牙龈,临床上根据齿衄的血量、血色、部位、时间等进行辨证,大致可分为胃火牙衄、肾虚牙衄、脾虚牙衄等类型。

胃火牙衄:由于胃火上攻而致的牙缝渗血称为胃火牙衄。多因素体阳盛,或过食辛辣厚味,胃肠积热化火,以致火热上攻于龈,血随火动,热伤血络所致。《血证论》卷二谓:"牙床尤为胃经脉络所绕,故凡衄血,皆是胃火上炎,血随火动。"临床症见患处龈肉红肿,出血鲜红量多,口臭,烦渴多饮,或喜冷饮,多食易饥,大便秘结,舌质红,苔腻黄,脉数等。治宜清热泄火,凉营止血。方用清胃散,如《外科证治全书·齿部论治》中谓:"牙衄,齿缝出血,无论大人小儿,当别虚实治之。阳明实热,则出血如涌,口必臭而牙不动,清胃散主之。"症见上齿出血者,加生石膏,以助清泻胃热;下齿出血者,加大黄,以清泄大肠之热;齿龈红肿痛者,加茜草根、赤芍药、牛膝,以活血通络,消肿止痛;衄血量多者,加生柏叶、生荷叶、生艾叶、仙鹤草、茜草根炭、天花粉,以清胃凉脾,生津止渴;大便秘结者,加大黄、芒硝,以泄热通便。外治宜清热消肿止血,方用小蓟散、人中白散、冰硼散等吹患处。

肾虚牙衄:由于肾阴不足,虚火上炎而致的牙衄,称肾虚牙衄。多因素体阴亏,或房劳伤肾,肾精空虚,以致阴虚阳亢,虚火上炎,灼烁牙龈,热伤血络而成牙衄。如《外科证治全书·齿部》谓:"如肾阴不固,虚火上炽,口不臭,牙不痛,但摇动不坚,或微肿不甚,而牙缝点滴出血者。"症见患者牙龈微红微肿,时时渗血,但出血量少而色淡,牙齿浮动而不痛,口不臭,舌无浊苔。或腰酸无力,手足心热,脉细数等。

治宜滋阴补肾,降火止血,方用六味地黄汤。若症见龈肉红肿者,加知母、黄柏,以助滋阴降火;龈肉萎缩者,加太子参、当归、白芍药,以益气养血而生新肉;牙齿浮动者加菟丝子、女贞子,以益精补肾而固牙;牙缝出血量少而淡,加阿胶、旱莲草之类,以滋阴降火,养血止血;耳鸣、耳聋、头目眩晕者,加龟甲、生龙骨、磁石,以育阴潜阳,纳降虚火。外治宜用止血、涩血、收敛之品如炒蒲黄、地榆炭、血余炭、丝瓜藤炭、百草霜、云南白药等,研末,掺于牙龈出血处。并常用淡盐水漱口。

脾虚牙衄:由于脾气虚弱而致的牙衄,称脾虚牙衄。多因素体虚弱,或忧郁思虑过度,或饮食失调,损伤脾胃,以致脾气虚弱,中气不足,阴阳失降失调,气虚不能摄血,血液离经,溢出于牙龈所致。《类证治裁》卷二谓:"若脾伤,则愈不能统摄诸血以归经矣。"症见患处牙龈淡红不肿,渗血少而缠绵不止,口唇色淡,面色萎黄,食少脘闷,气短懒言,体倦乏力等。若忧思过度伤心脾者,可兼见食少腹胀,怔忡健忘,惊悸不眠等症。治宜用补脾益气、摄血之法,方用补中益气汤加减。若症见牙龈溃烂渗血不止者,加丹皮、马勃、栀子炭,以助止血;患齿疏松浮动者加菟丝子、女贞子,以补肾益髓而固牙齿;龈肉萎缩者,加熟地黄、白芍药之类,滋阴补血而生新肉;属思虑过度,劳伤心脾者,可选用归脾汤加减治之。外治也以收敛止血

为主,见"肾虚牙衄"条。

风热牙疳

因风热邪毒而致的牙疳,症见齿龈红肿、溃烂、疼痛、出血的病证,称风热牙疳。相当于现代医学之急性化脓性齿龈炎或急性坏死性齿龈炎。病因为素有胃热或嗜食辛辣炙煿肥甘,以致脾胃积热上蒸齿龈,灼伤肌膜,或因风热邪毒侵袭,内外邪热困结于牙龈而致。此病好发于前牙区或尽牙的齿龈处。

病初起时,症见牙龈红肿、灼热疼痛,并迅速加剧,其边缘有灰色或黄绿色不齐的糜烂面,并有渗出物及腐肉形成膜状物,覆盖于溃疡面。二三日间即可扩散至多处牙龈,并见糜烂及损伤出血。严重者,唇、颊、舌背、上腭、咽峡等处粘膜亦糜烂,流涎量多而粘稠,流腐臭血水,口气亦臭秽难闻。全身症见发热或寒热交作,口臭,口渴引饮,张口受限制,饮食困难,舌红苔黄厚,脉浮数或洪数。

病初起,风热客于齿龈,治宜疏风清热,方用疏风清热汤或清热解毒汤。如脾胃积热,齿龈红肿、糜烂,口渴,口臭,宜清胃泻火,方用清胃汤。兼有湿热,舌苔腻,口涎多者,加绵茵陈、薏苡仁、车前子,以清利湿热;若血分热盛,齿龈腐烂出血不止者,用犀角地黄汤,以凉血止血。外治以疏风清热解毒祛腐为主,用人中白散或青吹口散,擦齿龈患处,也可选用银花、甘草煎水含漱,或用漱口方含漱,以达清热祛腐作用。

青腿牙疳

牙龈疳溃出血,兼见腿部青紫斑块的病证,称青腿牙疳。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:"……军中凡病腿肿色青者,其上必发牙疳。凡病牙疳腐血者,其下必发青腿,二者相因而至。"多因坐卧寒湿之地,经脉受寒湿阻滞,以致脾为湿困,运化失职,气血不畅,瘀郁於下肢所致;或平素少食五谷蔬菜之类,多食牛羊等肥甘之品,肠胃郁滞,久而化热,火热熏蒸於上,灼伤齿龈,化腐成疳。此病与地区、生活、饮食亦有关系,在《医宗金鉴·外科心法要诀》中谓:"推其病源,皆因上为阳火炎炽,下为阴寒闭郁,以至阴阳上下不交,各自为寒为热,凝结而生此症也。相近内地亦有之,边外虽亦有,而不甚多,惟内地人初居边外,得此症者十居七八,盖内地之人,本不耐边外严寒,更不免坐卧湿地,故寒湿之疾生于下,致腿青肿……又缘边外缺少五谷,多食牛羊等肉,其热与湿合蒸,瘀於胃中,毒火上蒸,致生牙疳。"

本病初起发展较慢,自觉乏力。症见皮肤干燥,肌肉和关节酸痛,不久小腿肿胀,出现紫色瘀斑,有时关节及大腿内亦出血、剧痛,呈紫红色,触之易出血,或自行出血,或有溃疡,腐烂,血腥样口臭,口颊粘膜或舌边亦有瘀血或血肿,其他地方如鼻、白睛或内脏亦可有出血,严重患者则出现血亏,面虚肿,倦怠乏力,精神抑郁,心悸气促。若偏湿热者,由于湿与热之毒火上熏,牙疳症状明显,口渴胸闷,小便黄短,苔黄腻,脉濡数。若偏寒湿者,寒湿之疾生於下,故腿青肿显著,且恶寒口淡,舌质淡,苔白腻,脉浮紧等症。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:"……致腿青肿,其病形如云片,色似茄黑,肉体顽硬,所以步履艰难也。"

治疗上,湿热重者,治宜清热利湿,方用清胃黄连丸,兼服五汁饮或饮马乳;寒湿重者,治宜祛寒化湿,用活络流气饮或加味二妙汤。加蒲黄、蒲公英、马齿苋,兼服五汁饮,饮马乳或用马脑煮食。《医宗金鉴·外科心法要诀》谓:"……因悟马脑之力,较马乳之效信速,令患者服之……。"外治以消肿祛腐为主,用冰硼散擦牙,或牛黄青黛散放牙疳腐烂处。另用金银花、甘草煎汤漱口。此外,对于本病要注重预防,常食新鲜蔬菜、水果,如菠菜、番茄、橘子、萝卜等。授乳期,鼓励用母乳喂养,若人工喂养者,注意增服果汁。

走马牙疳

牙龈紫黑,腐败溃烂,甚则穿腮破唇,龈脱骨暴,病变迅速而险恶,有如走马之急促的病证,称走马牙疳。《疡医大全》卷十六谓:"走马牙疳……色如干酱,一日腐一分,二日腐一寸,故名走马,以喻其速也。"《重楼玉钥》卷上谓:"症以走马名者,言其疾速……凡初起口气甚臭,名臭息。次第齿黑,名崩砂。盛则龈烂,名溃槽。热血迸出,名宣露。极甚者,牙脱落,名腐根。"与现代医学之坏疽性龈口炎颇相似,多见于儿童。病因为体内积热,火毒炽盛,上蒸齿龈,伤及肌膜,齿槽等处,或小儿疹痘之后,余毒未清,邪毒停滞,侵及牙龈而致;亦可因病后体弱,湿热时邪乘虚聚于齿龈或颊部,致使患处结硬,迅速腐烂所致。《重楼玉钥》卷上谓:"……凡受积热火毒,疳气即奔上焦,或于麻痘之后及伤寒杂证、热病而成。"

本病初起,口内有特殊腐臭味,涎液增多而外流,不久齿龈溃烂腐败,呈暗红色或紫黑色,口角附近颊肌膜也出现紫红色斑块,口颊及面部皮肤有黄豆大或指头大的圆形灰黑色硬结,迅速扩大及破坏。四五天后,鼻旁、口唇及齿龈发黑,腐烂,甚至脱落,流暗紫红色血水,有恶臭气,严重者,颊部内外穿通,齿槽骨外露,牙齿松动或脱落。如《外科正宗》卷四谓:"走马疳,言患迅速,不可迟延故也……其患牙根作烂,随变黑腐作臭,甚者牙龈脱落,根枯黑朽,不数日间,以致穿腮破唇,诚为不治。"若为疹痘后余毒未清,则见身热不解,面色黧黑,手足冰冷,齿龈黑烂,流腐臭血水。若为病后身体正气大虚,邪毒亢盛者,则全身表现为四肢软弱无力,少语,声音低沉,两眼内陷无神,呕吐、泄泻等。

治疗上,积热火毒上攻者,宜泻火解毒消疳,方用解毒消疳汤,或大黄黄连泻心汤,加芦荟、石膏、羚羊角、山

栀、牛蒡子、玄参、桔梗、甘草、竹叶、薄荷，脉实有力便秘者，配加大黄、玄明粉，兼服绿豆饮；如龈肉色黑溃烂，重用龟板、玄参；如黑腐脱落，新肉生长，但身体极度虚弱，宜扶正培元，服用人参茯苓粥；脾胃虚弱者兼服四君子汤。热病后，久热伤津，可服甘露饮；如是疹痘余毒所中者，宜服清疳解毒汤。外治方面，病势轻者，以银花甘草煎水洗涤清洁口腔，并用人中白散外搽患处，每日5—7次，以清热解毒祛腐。若开始青紫坚硬时，外搽芦荟散。若腮颊腐烂穿溃者，用牛黄生肌散撒布创口，或用金黄散敷腮颊部，若已穿腮唇破，应清除腐肉后，外贴青莲膏，以去毒生肌。

牙宣

牙龈肿胀，久则萎缩，牙根宣露，牙齿浮动，渗溢脓血的病证，称牙宣。如《医宗金鉴·外科心法要诀》中谓："牙宣初起肿牙龈，日渐腐颓久露根。"与现代医学之牙龈炎相类似。临床有实证与虚证之分。实者多由胃火上攻，热灼龈肉所致；因足阳明胃经，其脉上行，络通于龈，若过食辛辣厚味，以致肠胃积火，火热循经上攻，壅滞龈肉，发为本病。《明医杂著》卷三谓："盖齿虽属肾，而生于牙床，上下床属阳明大肠与胃，犹木生于土也。肠胃伤于美酒厚味，膏粱甘滑之物，以致湿热上攻，则牙床不清，而为肿为痛，或出血，或生虫，由是齿不得安而动摇脱落黑烂也。"虚者多由肾阴亏损，精髓失养或气血不足所致；肾阴亏损者，因肾主骨，齿为骨之余。若素体肾阴不足，或房劳伤肾，阴精受损，以致肾阴亏损，阴虚阳亢，虚火上炎，牙齿失养而成本病。《景岳全书》卷二十八谓："盖齿者，为骨之所终，而骨则主于肾也。故曰肾衰则齿豁，精固则齿坚。"气血不足者，不能上输精微于牙龈，牙龈失于濡养，兼以病邪乘虚入侵，客于齿间而发病。如《圣济总录》谓："气血不足，揩理无方，风邪袭虚，客于齿间，则令肌寒血弱，龈肉缩落，渐至宣露，永不附着齿根也。"临证上结合其他症状，可分为三种类型。

胃火上攻：症见龈肉红肿而痛，牙缝出血，出脓，口臭，烦渴多饮或喜冷饮，多食易饥，大便秘结，舌质鲜红、苔黄而干，脉洪数等。治宜清热泻火，消肿止痛。如《类证治裁》卷六谓："胃火上攻，齿缝出血者，清胃散。"若症见龈肉肿痛甚者，加赤芍药、怀牛膝、茜草根之类，以助活血化瘀，消肿止痛；龈肉出血者，加生柏叶、炒栀子、茜草根炭，以清热凉营止血；龈肉出脓者，加炒穿山甲、皂角刺、天花粉之类，以通络散结，消肿排脓；苔黄而干者，加生石膏、天花粉，以清胃凉脾，生津止渴；大便秘结者，加大黄、芒硝，以泄热导滞通便。

肾阴亏损：症见龈肉溃烂萎缩，牙根暴露，疏豁松动，咀嚼疼痛，口舌干燥，耳鸣、耳聋，腰膝酸软，手足心热，小便时黄，舌红少苔、脉细数等。治宜滋阴补肾，益精固齿。《类证治裁》卷六谓："肾元虚，牙根宣露动摇，宜大补，六味（地黄）丸。"症见龈肉溃烂者，加瓦松、苦参、黄柏之类，以清热养阴，燥湿收敛；龈肉萎缩者，加太子参、当归、白芍药，以益气养血而生新；流稀脓者，加黄芪、金银花，以助益气扶正，祛邪排脓；牙龈浮动者，加杞子、菟丝子、女贞子之类，以益精补髓而固牙齿。

气血不足：症见牙龈萎缩色淡白，牙根宣露，牙齿松动，咀嚼无力，牙龈经常渗血，刷牙及吮吸时尤易出血，口内有酸味，并见面色皖白，畏寒倦怠，头昏眼花，失眠梦多，胃纳少，舌质淡，苔薄白，脉细弱。治宜调补气血，养龈健齿。方用八珍汤。若牙龈渗血，配合阿胶、血余炭、藕节等，以养血敛血止血；如证见畏寒倦怠，胃纳少，大便溏薄等气虚、阳虚之症，宜用十全大补汤。

外治方面，龈肉红肿痛者，可吹冰硼散，以清热凉血，消肿止痛；龈肉出血、溢脓者，外贴固齿白玉膏，以凉血止血，化腐生肌排脓；龈肉溃烂渗血者，可用血余炭1.5克、冰片0.3克，研成细末，另用生蜜30毫升调匀，涂患处，以止血生肌，防腐固齿。此外，如有牙石者，应除去牙石。如《外台秘要》卷二十二谓："附齿有黄色物，如烂骨状，名为食床。凡疗齿看有此物，先以钳刀略去之，然后依方用药。"

齿迟

小儿牙齿生长迟缓，异于常儿的病证，称齿迟。如若两岁以上，乳齿尚未出齐，或乳齿脱落后不长恒齿，均属齿迟范围。在儿科中，齿迟属五迟（立迟、行迟、语迟、齿迟、发迟）之一，是幼儿发育迟缓的一种表现，如不加注意，也会影响小儿的成长。

此病有属先天因素者，如父母体质较差，气血虚弱，精血亏损，或怀孕期间母体多病，妊娠恶阻时间较长，或小儿早产等，造成小儿胎元受损，禀受于父母之精血不足。如《灵枢·经脉》谓："人始生，先成精。"《素问·金匮真言论》又谓："夫精者，身之本也。"肾精不足，骨骼失养，故齿不生。如《诸病源候论》卷四十八谓："齿是骨之所终，而为髓之所养也，小儿有禀气不足者，髓即不能充于齿骨，故齿久不生。"亦有属后天因素者：如产后母体疾病缠绵，或母体营养失宜致乳汁不足，或对幼儿调理不当，造成幼儿脾胃运化受纳失常，吸收与输布功能混乱，后天之精不能生化，脾胃虚弱，气血两亏，筋骨得不到濡养，故齿不能萌出。

辨证上，如小儿自出生后，一贯体质瘦弱，形寒肢冷，精神不振，筋骨不固，站立不稳，毛发稀疏，囟门不闭，乳齿迟迟不生，面色皖白，脉细等表现者，属先天肾元虚弱，肾精不足之证。若小儿出生时体质壮实，后因调理不当，症见日渐消瘦，食少纳呆，腹胀满，大便溏泻，四肢倦怠，面色萎黄无华，乳齿迟迟不长，舌淡苔白或腻，脉缓弱，属后天失调，气血不足而致。但临床上齿迟的小儿，有由于先天不足兼之后天失调，出现脾肾两虚的症状为多见，如

既有形寒肢冷，毛发稀疏，出齿迟缓，又兼食少纳呆，腹胀便溏泻等症。

治疗上，如患儿表现肾精不足之症，可用金匮肾气丸或苁蓉丸；如表现脾失健运之证，可用香砂六君子汤或参苓白术散；如表现肾元不足又兼脾胃虚弱者，可用六味地黄丸合补中益气汤；如小儿乳齿脱落后，恒齿不长者，视其兼症如何，亦可选用上述方法治疗。

齿龂

睡眠中，上下牙齿自相磨切，嘎嘎作响的病证，称齿龂。又名龂齿、啮齿、嘎齿。患病日久，也会造成牙体受磨损。

齿龂的病因较多，有嗜食辛辣厚味，胃腑积热，热盛化火，火热循经上冲，牙关筋脉受火熏灼而摩动者。如《杂病源流犀烛》卷二十三谓："齿龂乃睡中上下齿相摩有声，由胃热故也。"有因恣食肥甘杂物，耗伤形气，渐成积滞，久积成疳而造成齿龂者；有因心火旺盛，上犯扰乱神明而齿龂不断者；有气血不足，肌肤筋脉失调，风邪乘虚而袭者。如《诸病源候论》卷二十九谓："此由血气虚，风邪客于牙车筋脉之间，故因睡眠气息喘而邪动，引其筋脉，故上下齿相磨切有声。"

胃腑积热者：症见齿龂，常兼见夜睡不宁，消谷善饥，口干口臭，便秘，舌苔黄，脉数等症；如小儿齿龂，而生虫斑，鼻孔发痒，面色萎黄或唇内生疮如粟，为疳积之症；如齿龂夜睡梦多，易怒，舌尖红，或舌体糜烂等，为心火旺盛之症；如齿龂而面色㿠白，畏寒倦怠，头晕眼花，手足麻木，舌淡苔白者，为气血俱虚、筋脉失调之症。

治疗方面，胃腑积热化火者，治宜清胃泻火，方用清胃汤；小儿疳积患者，宜温脏安蛔，方用乌梅丸；如气血俱虚者，宜补益气血，方用八珍汤。

牙鼓痈

痈肿生于上、下牙龈咬合处的病证，称牙鼓痈。又名合架风，与现代医学之智齿冠周炎相似。《重楼玉钥》卷上谓："此症生在上下牙床两根头勾合之处，起红核肿痛，牙关紧闭不能开口。"此病多发于青壮年真牙(第三磨牙)萌出时期。若因真牙牙位不正，萌出困难，食物残渣易滞留于此处龈缝间，日久秽毒积聚，兼之胃肠火热循经上炎，与秽毒搏结，以致牙龈气血壅滞，火热灼腐肌膜，则化脓成痈，或外感风邪，引动胃火，风火搏结于牙龈尽处而成痈肿。证属外感邪毒，内蕴胃热。

本病发于牙鼓处，症见该处红肿，疼痛逐渐增剧，夜间疼痛尤甚，咀嚼及牙关开合不利，妨碍饮食及吞咽，甚则患处红肿高起，龈缝中有脓液溢出，或有溃烂，口气臭秽。全身或有发热，口渴引饮，或有大便秘结，舌红苔黄厚，脉洪数等症。颌下常可扪及肿大的淋巴结，有疼痛及触痛。牙鼓痈是牙痈的一种，症状与牙痈相似，但本病发于牙鼓处，故多有牙关开合不利，可与牙痈鉴别，如《疡医大全》卷十六谓："牙痈，牙龈红肿，但口能开合，若牙鼓痈，则牙关紧闭，口不能开，以此为辨。"若牙鼓痈溃后，脓液排出干净，溃口收合而愈。也有少数患者，痈溃而不收口，形成牙漏，甚者可生腐骨而转变为骨槽风。更有脓汁流注腮颊穿破皮肤而形成面颊瘘者。若脓毒肿胀延及喉关或颌下，可传变为喉关痈或颌下痈。治宜疏风清热解毒，方用清热解毒汤或五味消毒饮。便秘加大黄、玄明粉；热盛肿甚加黄连、黄芩，或选用凉膈散。胃火盛者，宜清胃泻火，选用清胃汤。

外治方面，若牙龈溃烂红肿，龈缝溢脓，口气臭秽者，吹入冰硼散或金玉丹。面颊部外敷芙蓉膏或金黄膏，以解毒消肿止痛。并用黄芩煎水洗牙或用金银花、苇茎、淡竹叶、蒲公英、白芷等量煎水含漱，以除秽止痛。若牙龈肿痛，可含六神丸，每次6至10粒，每日2次。还可用荜茇、高良姜、细辛、地骨皮各5克，煎水含漱，以止痛消肿。若脓肿已形成，应切开排脓。若真牙牙位不正，致牙鼓痈反覆发作者，待红肿消退后将真牙拔除，方能根除此患。针刺治疗可选合谷、颊车、下关、翳风等穴，有止痛及改善张口困难之功。但面颊肿时，选穴应避开该肿处。

龋齿

牙体组织逐渐崩解毁坏的病证，称龋齿。本病能使牙齿缺损、疼痛，形成龋洞，是口腔的常见病和多发病。龋齿之发病率在牙病中占首位，如不及时治疗，龋蚀继续向深部发展，可致牙髓病、牙痛、牙槽风等病。因此，预防龋齿，早期发现，早期治疗相当重要。其别名包括虫蚀牙齿、蛀蚛(蚛指食物)、蚛牙、齿蚛、蛀牙、虫牙、烂牙等。此病多因平素嗜食膏粱厚味、甘甜之品，以致胃腑积热，上冲口齿。兼之缺乏良好的口腔卫生习惯，牙齿污秽，食物残渣塞于牙缝间隙，受胃火熏蒸，久而腐蚀牙体，形成蛀洞，蚀深则损及脉络而引起疼痛。

症初期多无自觉不适，或只稍有酸感，在检查时见牙齿表面有黄褐色斑点状，光泽消失，日久龋蚀逐渐向深层发展，牙体崩坏，出现龋洞，当进食时食物嵌塞于龋洞中或受冷、热、酸、甜刺激即产生疼痛，重者痛不可忍，涕泪俱出，夜不能寐。

治疗：治宜清胃泻火止痛，方用加味清胃散加露蜂房、海桐皮。《张氏医通·七窍门》谓："龋蛀数年不愈，当作阳明蓄血治，桃仁承气汤为细末，炼蜜丸如桐子大服之，好饮者多此。"外治的方法较多，且常以外治为主。可用清热辟邪，辛散止痛的药物置于患侧鼻孔或龋洞内，可选用牙痛散，或六神丸2—4粒放洞中溶化。或冰硼散擦牙痛处，或樟脑川椒丹掺龋洞内，可暂时起到解毒止痛之功效。还有用花椒末、巴豆一粒，研制成膏，棉花包裹，放龋洞内。亦可用郁李根白皮切细，水煮浓汁含漱，冷则易

之，或苦参汤含漱。针刺方法，上牙痛取太阳、下关、合谷等穴；下牙痛取地仓、颊车、合谷等穴。耳针取面颊、屏尖敏感压痛点，捻转后留针20—30分钟，如需持续止痛可作耳针埋藏。此外，龋洞不很大者，可考虑用补牙法。牙齿龋蚀严重而丧失咀嚼功能，无法保留者，可予拔除。

预防方面，《诸病源候论》卷二十九谓："食毕当漱口数过，不尔，使人病龋齿。"又谓："朝夕琢齿，齿不龋。"《金丹全书》谓："今人漱齿每从早晨是倒置也，凡一日饮食之毒积于齿缝，当于夜晚刷洗，则垢污尽去，齿自不坏，故云晨漱不如夜漱。"重视口腔卫生，养成早晚刷牙，饭后漱口的良好习惯，是预防龋齿发生的重要方面。元代忽思慧《饮膳正要》谓："清旦刷牙不如夜刷牙，齿疾不生。"叩齿则可以促进齿槽的血液及淋巴的循环，行气活血，壮骨固齿。唐代《养生方》指出："鸡鸣时叩齿三十六下，长行之，齿不蠹，令人齿牢。"因此坚持叩齿也是预防龋齿的方法之一。

附　　录

一、中医学史年表

公元前

约50万年　"北京人"已知用火。

约4000　在龙山文化晚期，中国人已会酿酒。

1700　相传商汤时期伊尹创制汤液。

1300　甲骨文中记载人体解剖部位名称和各部疾病，尤以龋齿为较早的疾病记录。《尚书·说命》："若药弗瞑眩，厥疾弗瘳。"反映殷商时代已知药物对人体的作用。
商都设有下水道。
中国人民已知讲究住宅、身体、饮食卫生，并应用石器、骨器、青铜等制作卫生和医疗用具。

1121　中国已知利用微生物和酶加工食品的技术。

1100　西周时已确立了一整套医政组织和医疗考核制度：置医师，掌医之政令；又分医学为疾医、疡医、食医、兽医等，为医学分科之始。
《周礼》载："春时有痟首疾，夏时有痒疥疾，秋时有疟寒疾，冬时有嗽上气疾。"《礼记》载："孟春行秋令，则民大疫"，"季春行夏令，则民多疾疫。"当时已认识四季多发病以及四时气候异常变化能引起疾病流行。据《中国麻风史》载：山东麻风蔓延。

656　晋国骊姬以"堇"(乌头)作为毒药使用。

585　晋国韩献子谓："居土薄水浅之地，有沉溺(湿疾)重膇(足肿)之疾。"

581　中国已广泛应用针灸疗法。秦国医缓诊病提出：攻之、达之，为针灸最早记录。

556　《左传》襄公十七年有"国人逐瘈狗"的记载。

549　晋国然明论程郑有惑疾(惑疾为精神病中之幻想)。

541　秦国医和倡阴、阳、风、雨、晦、明六淫致病学说。

522　此时有疥和痁(久疟)病之记载。

500　公元前5世纪，医学家秦越人(扁鹊)诊病已用望、问、闻、切的诊断法，尤长切脉诊断。并曾用针灸、按摩、汤药等综合治疗，创救尸厥(休克?)获愈。有关于用毒酒进行外科手术麻醉之记载。公元1973年在湖南长沙马王堆出土的简帛医书有《五十二病方》、《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》、《导引图》、《却谷食气》等10余种，约成书于这一时期。
《五十二病方》强调预防破伤风，对腹股沟疝的治疗已创用疝带和疝罩，并已有原始的手术修补。对肛门痔漏论述详实，手术和非手术方法丰富。已用水银制剂治疗皮肤病等。
《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》，是现存最早记载经脉学说的文献。
已有汤、散、丸、药酒等剂型。

400　中国医学已形成了以五脏六腑、经络气血、阴阳五行和天人相应相结合的医学理论体系，为《内经》成书创造了条件。在《黄帝内经》一书中对血循环概念已有认识，内脏解剖已相当正确。放腹水已用于临床。还公然宣告与鬼神致病说决裂。
燕国已有陶制下水道设置。
《山海经》记载药物百余种，并叙述数十种疾病的治疗及预防方法。
《山海经》又载："高氏之山，其上多玉，其下多箴石"。晋代郭璞注："可以为砥针，治痈肿者。"《说文解字》注："砭，以石刺病也。"进入青铜时代后，则出现青铜砭针。

380　《行气玉佩铭》和《庄子·刻意》都有气功等医疗体育的记载，马王堆汉墓出土的帛画——导引图，是中国现存最早的医疗体育图。

277　秦始皇令方士献仙人不死之药，炼丹术兴起。
秦阿房宫设浴池、冰库，并有十分坚固的直径约60公分的管道组成下水道。秦设厉人坊以收容麻风病人。

215　淳于意生。他的《诊籍》记载25个病案，是中国最早的病历记录。
1972年发掘的马王堆汉墓女尸肌肤、内脏、脑均保存完整，说明当时已有相当先进的防腐技术。
《淮南子·记论训》记有："目中有病无害于视不可灼也，喉中有病无害于息不可凿也。"

140　《太平御览》记述已讲究个人卫生，收拾痰涎，已用唾壶。

117　开始描述消渴病(糖尿病)。

115　张骞出使西域，带回红蓝花、番红花、胡麻、蚕豆、葫(即蒜)、胡荽、苜蓿、胡瓜、安石榴、胡桃等。

100　张衡作《温泉赋》。记述矿泉治病。

71　《汉书》记载：此时有女医、乳医。

32　宋代《南窗纪谈》指出饮茶之说，约始于此时。

26　《汉书》载：侍医李柱国校方技书，有医经7部，经方11部。

12　籍武发箧中有裹药两枚赫蹄书，是迄今考古发掘到的包药用纸之始。

公元

1　中国第一部药物书《神农本草经》约成书于此时。记载药物365种。其中已叙述麻黄定喘、黄连治痢、常山止疟等。

2　民疾疫者，舍空邸第医药——为公立时疫医院之滥觞。

16　王莽使太医尚方与巧屠作人体解剖，量度脏腑以为医用。

25　置太医令，掌诸医。下设员医293人，员官19人。另设药丞、主药、方丞、主方各1人。

27　《论衡·解除篇》提出蚤、虱有吸血之害。

44　马援在交趾(今广东、广西等地)，军吏经瘴疫死者十之四五，自此将疟疾传至中原。

127　以"合黄堥(即瓦罐)置石胆、丹砂、雄黄、矾石、慈石其中，烧之"之升华法，炼制外科用药。

145　华佗生。

148 安息王子安清(世高)来中国,为史籍中记载中国与阿拉伯医药发生关系之始。

150 梁冀卖牛黄乍利,说明当时医生已利用牛、马之胆结石为药。

张机(仲景)生。

162 陇右军中大疫,死者十之三四,皇甫规亲入庵庐巡视。庵庐乃野战病院之始。

186 毕岚创造翻车渴乌(洒水车)用洒南北郊路。

190 《难经》约成于此时,该书对人体解剖等作了相当精确的描述。

简牍《治百病方》成书(甘肃武威汉墓出土)。

华佗在此时前后,应用酒服麻沸散进行全身麻醉,并在麻醉下进行腹部肿瘤摘除、肠吻合术等。

196 已记述"眼角睑缘结膜炎"(《释名》:矆)。

196—204 张仲景著《伤寒杂病论》,确立了辨证论治、理法方药的临床诊治体系。创用人工呼吸法急救自缢以及灌肠术等。

220—265 董奉在庐山为人治病不收报酬,让患者愈后栽杏树为酬,杏林以誉称医界、杏林春暖、虎守杏林之典盖出于此。

242 王叔和著《脉经》。

255 医为司马师手术切除目瘤。

259 皇甫谧撰成《针灸甲乙经》。

265 《崔氏方》载有白降丹之制法。

284 《晋书》卷72本传记述葛洪生。

葛洪著有《肘后救卒方》,首次描述天花在中国的流行,并论述了沙虱(恙虫)病及应用虫末外敷、内服预防恙虫病的方法。创用咬人狂犬脑外敷被咬伤口,以防治狂犬病发作。

他在炼丹中,涉及几十种药物,并记述了一些化学反应的可逆性及金属的取代作用,被尊为化学之鼻祖。

304 《南方草木状》,记有生物防治技术。

356 实行传染病隔离措施:凡朝臣有时疾,染易三人以上者,身虽无病,百日不得进宫。

392 唇裂修补手术获得成功。

401 5世纪上半期临床治疗使用泥疗法和蜡疗法。

420 早期的金针拨白内障技术用于临床。胡洽居士著《百病方》,始用水银制剂利尿。

465 宋齐之间有释门深师、支法存描述诸脚弱(脚气病)症治。陈延之撰《小品方》约成于此时。

420—479 刘宋时期内雷敩编成药剂学专著《炮炙论》。

491 私立慈善医院(廨)在吴兴水灾时建立。

499 《刘涓子鬼遗方》论述金创、痈疽、疮疖等化脓性感染之诊断和治疗原则,是现存较早外科专著。

500 陶弘景著《本草经集注》、《肘后百一方》等书。

葛洪《肘后备急方》传入日本。

512 姚法卫著《经验方》,所载人体寄生扁形动物所致病例,为世界医学史中姜片虫之最早记录。

514 中国针灸传至朝鲜。

550 中国针灸传至日本。

552 梁元帝萧绎时,以《针经》赠日本钦明天皇。

562 吴人知聪携《明堂图》等160余卷至日本。

600 记述蠼螋疮(肋间神经炎)。

601 记述治疗浮肿病忌盐。

608 日本医师惠日、福因来中国学习医学。

610 巢元方等著《诸病源候论》,详述数以百计的疾病病因和症候,该书记有肠吻合术、大网膜结扎切除术、血管结扎术等外科手术方法和步骤。所记蠼螋疮,类似今之带状疱疹。

618 中国医学教育在前代基础上发展完善。唐太医署,分医学为四科,各设博士、助教以教授医学。其教材、学制、考核均较先进,是中国较早的医科大学,师生340余人。

629 中国广泛设立地方医学校教授医学。

641 文成公主嫁藏王松赞干布,所带中医书由哈祥马哈德瓦和达马郭嘎译为藏文。开始了藏汉医学频繁交流。

650 医学家广泛应用海藻、昆布、海蛤等,制成丸散,治疗地方性甲状腺肿。

652 山西绛州僧,病噎食(食管癌)遗令弟子在他死后进行病理解剖,得见扁体肉鳞状物。

孙思邈《备急千金要方》成书,是中国较早的临床百科全书。记载用羊肝、猪肝煮汁治夜盲症,用龟甲治佝偻病,用谷皮、赤小豆等煎汤防治脚气病等。其中所述下颌脱臼手法复位、导尿术、食管异物剔除术均较科学。并绘制彩色经络穴位挂图。

李谏议论消渴病(糖尿病),小便至甜。

659 唐高宗李治接受苏敬等建议,命令各地将所产之地道药材并绘图送京,由苏敬等24人,据之对前代本草著作进行修订,书成后,名曰《新修本草》,由政府颁行全国,是中国第一部药典。

此时已使用汞锡银合金,作为齿科之填充剂。

667 拂菻国遣使献"底也迦"(为含阿片之制剂)。

682 孙思邈撰《千金翼方》成书,孙氏卒。

683 秦鸣鹤治唐高宗风眩疾,刺百会、脑户两穴而愈。

685 崔知悌卒。生前著有《骨蒸病灸方》、《产图》等。曾提出骨蒸(肺结核)与瘰疬(颈淋巴结核)同源。

693 中国医学教育制度传入朝鲜,朝鲜教授中国医学。

安金藏剖腹,医纳脏,以桑皮线缝合得愈。

701 水蛭疗法用于临床。

日本颁布大宝律令,引进中国医学教材和教育制度,设医师、医博士、医生、针师、针博士等进行医学教育。

开元年间(713—741年)陈藏器著《本草拾遗》创"十剂"(方剂)分类法。并载"罂粟"入药。

732—733 京城长安、洛阳以及其他各州设立病坊(医院)。

752 王焘撰《外台秘要》,集唐以前医学之大成。记有金针拨内障法及白帛浸全尿各书记日,比较黄疸进退以观疗效的技术等。

753 藏医文献《据悉》(《四部医典》)约成书此时。

754 中国鉴真和尚抵达日本,传授中国科学文化及医学。

762 王冰重新编次注释《黄帝内经·素问》。

820 装义眼成功。

841 蔺道人《理伤续断方》科学地论述了肩关节、髋关节脱臼手法复位,四肢及脊柱骨折的手法、手术复位及夹板固定的方法和步骤。

《唐书》卷168本传:刘禹锡著《传信方》记载芒硝(硫酸钠

晶体)再结晶的精制工艺。

852　昝殷著《经效产宝》。

879　外科手术使用乳香酒进行麻醉。

919　中国籍波斯人李珣《海药本草》行世。

936　和凝著《疑狱集》,为法医著作之始。

937　曾进行瘿瘤(甲状腺肿)切除术。

934　韩保昇删订《新修本草》等,编成《蜀本草》。

947　以冰罨贴胸腹四肢治愈契丹主热病。为中国冰罨疗法之始。

951　据《太平广记》载有临床使用鼻饲给药法。

958　占城国贡蔷薇露,由此引进蒸制药露法。

959　中国有植毛牙刷。

973　刘翰等人编成《开宝新详定本草》。次年重定为《开宝重定本草》。

978　翰林医官院(中国最早的医学科学院)组织编撰《圣惠方》等。

981—986　诏各州士庶献医书,诏翰林学士贾黄中等至崇文院编录《雍熙神医普救方》等医书千卷。

982　用芥子泥外敷法治疗风湿病。

982—992　王怀隐等修订《太平圣惠方》。颁诸州设医学博士掌之。

984　日本·丹波康赖《医心方》成书。

996　诏京城医工通本草、难经、素问及善针药者,补翰林医学、医学祗侯。

998　陈尧撰《集验方》。

998　传说峨嵋山人为王旦之子接种人痘预防天花成功。于诸路设置病囚院(罪犯医院)。

1026　王惟一著《铜人腧穴针灸图经》,与此同时又主持铸造针灸铜人两具,是最早的针灸教学模型。

1045　根据解剖刑犯内脏,绘制《五脏图》。

1057　宋代设校正医书局于编集院,全面校勘10世纪以前医籍如《素问》、《甲乙经》、《脉经》、《备急千金要方》、《千金翼方》、《诸病源候论》、《外台秘要》等等均经校正。

1060　宋代官办医科大学——太医局,学生定额120人。分大方脉、风、小方脉、产、眼、疮肿、口齿兼咽喉、金镞兼书禁、疮肿兼折伤9科。

掌禹锡等编著《嘉祐补注神农本草》。

1061　中国政府再次令各地绘图呈送所产药物,并由苏颂编成《图经本草》。

1068　医官马世辰应邀前往高丽国治病。

1075　《苏沈良方》首载秋石制取法,为最早的性激素制剂。

1076　改革医学教育,采用"三舍法",重视临床实习考察,令学生300人分习各科。

京师、开封道等设官营药铺医局熟药所。

1082　唐慎微著《经史证类备急本草》。

1086　孔平仲《谈苑》记述银作镀金工人为水银所熏,引致头手俱颤;及贾谷山采石人,石末伤肺等职业病。

韩祗和著《伤寒微旨论》。

王安石新法失败,医学三舍法教育制度被废止。

1093　董汲著《小儿斑疹备急方论》,为中国第一部小儿急性斑疹热专书。

1095　11世纪前后,中国火葬之风盛行。

11世纪,已掌握淡水养珠法。中国南昌于夏季有制售驱蚊药者

1098　杨子建著《十产论》

1100　庞安时著《伤寒总病论》。

1103　设"修合药所",后改为"医药和剂局"。医学隶属国子监。派遣医官牟介等赴高丽,设学馆于兴盛宫。

恢复医学三舍法教育制度。

1106　泗州刑人时,郡守遣医与画工往视,并绘制成图,医学家杨介校以古书,编成解剖图谱《存真图》。

1107　陈师文等校正《太平惠民和剂局方》。

1112　宋医官合编《圣济总录》。约于此时成书。

1114　中国政府设医药和剂局、医药惠民局。实行药政管理。

1116　寇宗奭著《本草衍义》。曹孝忠等校正刊印《经史证类备急本草》,遂改名为《政和本草》。

1117　中国政府公布次年运历,示民预防疾病。

1118　中国派兰茁等赴朝鲜教授医学。

1119　阎孝忠集《钱乙小儿药证直诀》,为中国现存最早之儿科专著。

翰林医官院人员达979人,次年精减三分之二。

1120　刘元素生。

1127　中国首都(临安)设专人于每年新春清理下水道(地沟),建立每日扫除街道垃圾及清除住户粪便等公共卫生制度。

1131　中国政府设养济院收治无依及流离病患之人。

1132　许叔微著《伤寒发微论》。

1133　张锐著《鸡峰普济方》。

1137　中国始有镶牙术。

临安府将近城寺院等设为安济坊收治无依病患。

1144　成无己著《注解伤寒论》。

1146　窦材著《扁鹊心书》。首载山茄花(曼陀罗花)和大麻花作全身麻醉剂。

1149　中国陈旉《农书》内,记录农村对于垃圾粪便之合理处理和利用。

1150　刘昉等编《幼幼新书》。许叔微著《类证普济本事方》。

1156　《小儿卫生总微论方》刊行。

1165　东轩居士《卫济宝书》首先记述了"癌"。

1170　洪迈刊《洪氏集验方》,首次记述同种异体骨移植术。

1174　陈言著《三因极一病证方论》。

1176　据《医经正本书》所载,当时已注意预防呼吸道传染病,强调:鼻闻臭秽,能致温疫传染。

1181　郭雍著《伤寒补亡论》。

1182　刘完素著《素问玄机原病式》刊行。

1186　刘完素著《素问病机气宜保命集》。

张元素著《珍珠囊》、《医学启原》。

1188　王炎辑《本草正经》是《神农本草经》最早辑本。

1189　张杲著《医说》。

崔嘉彦著《崔氏脉诀》。

1195　中国诸路提举司,置广惠仓,修养胎令,保护孕妇婴孩。

1196　李迅撰《集验背疽方》。

1200　张杲已能明确鉴别天花、水痘。

1220　王执中著《针灸资生经》刊行。

周守忠撰《历代名医蒙求》。

1217—1221 张从正著《儒门事亲》。
1227 艾原甫著《本草集议》,有"猪胆合为牛黄"之记载,为最早之人工牛黄。
1231 李杲著《内外伤辨惑论》。
1232 药肆中始有"饮片"之名。
1237 陈自明《妇人大全良方》成书。是中国现存最早之妇科专著。
1242 元代许国祯编纂《御药院方》。
1247 宋慈撰《洗冤录》。系现存第一部法医专著。其中人体解剖、法医检查、鉴别中毒、急救等达到先进水平。该书流传国外,有多种外文译本。
1249 李杲著《脾胃论》。
1253 严用和著《济生方》。
1254 陈文中著《小儿痘疹方论》。
1263 陈自明撰《外科精要》。
元朝聘希腊人爱薛为御医,掌上都医药院。
1264 杨士瀛撰《仁斋直指方论》。
1265 请尼泊尔·阿尼哥修补明堂针灸铜人像。
1268 元政府颁布卫生法规,设官医提举司掌医户差役词讼。令各路荐举,考试儒吏(法医),执掌卫生法规。禁售乌头、附子、巴豆、砒霜等剧毒药品,禁卖坠胎药,禁止乱行针医。因医死人,必须酌情定罪。
1270 南宋末已成功栽培茯苓。
元政府设"广惠司"、设"回回药物院"。
1271 元代经省部议定《选试太医法度》,依此选试太医。
1280 元制规定,向大汗献食者,皆用绢巾蒙口鼻,俾其气息,不触饮食之物,是为应用口罩之最初记载。
1285 各路医学教授学正,训诲医生每月朔望到指定处交流经验。
1292 元政府在大都(北京)、上都(多伦)各置回回药物院。
1294 曾世荣著《活幼心书》。
1297 杭州有冷水浴场。
1300 滑寿发现小儿麻疹之粘膜疹。
1301 外科已应用水疗法。
1307 邹铉续陈直《养老奉亲书》更题为《寿亲养老新书》。
1316 政府规定医生必须精通十三科之一,始准行医。
1330 忽思慧《饮膳正要》成书,是第一部营养学专书。
1331 李仲南著《永类钤方》,首次提出"俯卧拽伸"复位法治疗脊柱骨折。指出膝关节"半伸半屈"最有利于髌骨骨折之整复。
1335 齐德之著《外科精义》。
1337 危亦林著《世医得效方》,首创"悬吊复位法"治疗脊柱骨折。
1341 杜本增订《敖氏伤寒金镜录》,列 36 舌苔,是最早之舌诊专书。
滑寿撰《十四经发挥》。
1347 朱震亨著《格致余论》、《局方发挥》。
1348 葛可久撰《十药神书》。
1359 滑寿著《诊家枢要》。
1368 王履著《医经溯洄集》。
1384 徐彦纯著《本草发挥》。
日本田代三喜来中国留学,归国后建"丹溪学社"。
1403—1408 明政府编成大型类书《永乐大典》,其中收载明代以前的大量医书。
1406 朱橚等著《救荒本草》。
《普济方》约成书于此时。
1443 明太医院复刻《铜人腧穴针灸图经》,并重铸针灸铜人。
1445 朝鲜金礼蒙撰《医方类聚》,书中收录元明以前中医文献百余种。
1476 兰茂撰《滇南本草》约成书于此时。
1481 《丹溪心法》刊行。
1492 王纶著《本草集要》。
1505 梅毒(广疮)经广东传入中国。
刘文泰《本草品汇精要》成书。
1513 李濂著《医史》。
1529 高武著《针灸聚英发挥》刊行。
薛己著《内科摘要》、《正体类要》、《口齿类要》等。
1535—1550 中国土茯苓输至印度、土耳其、波斯,被视为治花柳良药。沈之问《解围元薮》为第一部麻风病专书。
1552 江瓘著《名医类案》。
1554 薛己整理其父铠之遗著《保婴撮要》,书中创用烧灼断脐法预防新生儿破伤风。
薛己撰《疠疡机要》。
1556 徐春甫著《古今医统大全》。
1564 李时珍撰《濒湖脉学》。
1565 楼英著《医学纲目》。
陈嘉谟著《本草蒙筌》。
1567 安徽太平县以接种人痘法预防天花,逐渐传至全国。
1568 徐春甫等在直隶顺天府(今北京)组织成立"一体堂宅仁医会"。
1575 李梴著《医学入门》。
1578 李时珍《本草纲目》成书。1593 年首次印行金陵刻本。
周履辑《赤凤髓》。
1584 吴崑撰《医方考》。
1586 马莳著《黄帝内经素问灵枢注证发微》。
《医部全录·诸余龄》记诸氏与徐镗结"天医社"。
1589 方有执撰《伤寒论条辨》。
1591 高濂撰《遵生八笺》。
1596 孙一奎著《赤水玄珠》。
1601 王肯堂编《古今医统正脉全书》。
杨继洲著《针灸大成》。
1602—1608 王肯堂著《证治准绳》。
1604 龚云林著《小儿推拿秘旨》刊行。
1615 龚廷贤著《寿世保元》。
1616 蒙族医学家精骨伤科,创用患者入新杀驼腹内急救战伤休克。
1617 陈实功《外科正宗》记述鼻息肉摘除术、气管缝合术等。
赵献可《医贯》刊行。
中朝两国医学家举行医学理论研讨会,形成论著《医学疑问》。
1620 武之望著《济阴纲目》。
1622 缪希雍著《炮炙大法》。
1624 张介宾著《类经》。
1632 陈司成著《霉疮秘录》,是中国第一部梅毒学专著。论述

了梅毒的接触、间接传染、遗传以及预防治疗等。

1636 胡慎柔著《慎柔五书》。

1637 宋应星《天工开物》强调采煤时排除毒气，防止冒顶等安全卫生措施。

1640 张介宾著《景岳全书》。记有鼓膜按摩术与自家耳咽管吹张术。

1641 胡正心《万病验方》，提出蒸气灭菌法。
吴又可撰《温疫论》论述传染病传染途径、病源及特异性等。

1644 清政府设査痘章京，理旗人痘疹及内城民人痘疹迁移之政令。
傅仁宇著《审视瑶函》。

1648 喻昌撰《尚论篇》。

1650 李中梓《诊家正眼》初刻。

1658 喻昌撰《医门法律》。

1662 北京通沟涂(下水道)，其沟皆以巨石筑之，其中管粗数尺，皆生铜所铸。
中国黄履庄仿制显微镜。

1667 张璐著《伤寒缵论》、《伤寒绪论》、《伤寒舌鉴》等。

1669 同仁堂药店在北京、南京创办。

1670 张志聪著《黄帝内经素问灵枢集注》。

1674 柯琴著《伤寒来苏集》。

1675 中国渔阳天花流行，有人设坛厂，购求出痘夭亡儿尸火化以控制传染。
郭志邃《痧胀玉衡》刊行。

1681 中国政府命令全国推广人痘接种以预防天花。

1682 汪昂著《医方集解》。

1683 荷兰东印度公司医生瑞尼(W.T.Rhyne)介绍中国针灸术到欧洲。

1687 赵献可著《医贯》。

1688 俄罗斯遣人至中国学习预防天花之人痘接种。

1694 德医甘佛氏介绍中国针灸术到德国。
汪昂著《本草备要》、《汤头歌诀》。

1695 张璐著《张氏医通》。

1697 王宏翰卒。王氏为中国第一个接受西说之医家，生前曾撰《古今医史》。

1715 亟斋居士撰《达生篇》。

1717 中国人痘接种术传入土耳其。英国公使夫人蒙塔古(Montagu,M.W.)在土耳其学得人痘接种术，为子女和皇家子女接种人痘以防天花，人痘接种术传入英国。

1721 波尔斯东(Boylston)在美国首先推广中国人痘接种术。

1723 清政府编成大型类书《古今图书集成》，内有《医部全录》520卷。

1727 清代刑律规定：凡庸医为人用药针刺，因而致死者，责令别医辨验药饵、穴道，如无故害之者，以过失杀人论，不许行医；若故违本方，诈疗疾病，而取财物者，计赃准窃盗论；因而致死，及因事故用药杀人者斩。
程钟龄著《医学心悟》。
巫山县潘毓祺设医馆，以药防治瘟疫。

1729 尤怡撰《金匮要略心典》、《伤寒贯珠集》。

1736 中国蒙古族医学家觉罗伊桑阿以袋装笔管模拟骨关节进行整骨教学。

1740 王洪绪著《外科证治全生集》。

1742 清政府令吴谦等编撰《医宗金鉴》刊行。

1743 德国推行中国人痘接种术以预防天花。

1744 中国李仁山在日本长崎专施中国人痘接种术预防天花。

1746 叶天士著《温热论》、《临证指南医案》。

1750 陈复正著《幼幼集成》。

1752 张宗良著《喉科指掌》。

1759 赵学敏著《串雅外编》、《串雅内编》刊行。

1760 顾世澄撰《疡医大全》。

1761 吴仪洛著《成方切用》。

1765 赵学敏著《本草纲目拾遗》。

1768 中国桐城疫疹(猩红热)流行。余霖著《疫疹一得》(1794)论述之。

1770 魏之琇著《续名医类案》。

1772—1781 清政府编辑大型丛书《四库全书》，著录医书97部，存书目94部，附录6部。

1773 沈金鳌撰《沈氏尊生书》。

1783 童涵春堂药店在上海创办。

1786 清政府命各省广劝栽植甘薯，以备荒疗痢。陆耀因有《甘薯录》之辑。

1792 唐大烈主编《吴医汇讲》，为中国最早医学杂志。

1794 中国始制狗皮膏，由是流传。

1797 王清任于滦州查视义冢及刑场，曾剖视人体之脏府等，于1830年撰成《医林改错》纠正前人解剖中的许多差误。
金鸡勒治疟疾，自广东传入。

1798 吴鞠通著《温病条辨》。

1804 陈修园撰《医学三字经》。

1805 英国皮尔逊(pearson)的《种痘奇法详悉》在广州刊行，牛痘传入中国。
程文囿著《杏轩医案》，详论血崩(宫颈癌)、石淋(膀胱结石)等。
高秉钧著《疡医心得集》。

1808 钱秀昌著《伤科补要》。

1819 《中国医籍考》刊行。

1820 真性霍乱(俗称吊脚痧)传入中国。
陈修园编《南雅堂医书全集》(又名《陈修园医书十六种》)。

1821 汪期莲辑《瘟疫汇编》，记载苍蝇为瘟疫(霍乱)传染之媒介。
天津发生疫病，寇兰皋以隔离与焚名香、嗅香药得免。

1822 清政府下令在太医院内废止针灸科。

1827 罗天鹏创造医疗幌床，用于正骨等患者以舒通血脉，帮助消化。

1828 北京设种痘公局。

1834 高文晋著《外科图说》记述外科刀剪钳针等器械图式。

1836 中国第一次施行割除乳癌手术。

1837 林则徐查毁鸦片。

1838 郑梅涧著《重楼玉钥》。

1840 江考卿著《江氏伤科方书》用骨移植术治疗复杂骨折。

1844 顾观光辑《神农本草经》。

1848 吴其浚著《植物名实图考》及《植物名实图考长编》。

1851—1864 太平天国兴办医院、疗养院，并明令禁止鸦片，废

除娼妓。

1852 天津设保赤堂(后改名保赤牛痘局)施种牛痘。
王孟英著《温热经纬》、《王氏医案》等。

1858 陆定圃著《冷庐医话》。

1861 苏州雷如金创制六神丸,治咽喉诸病颇效。
陈国笃著《眼科六要》。

1863 费伯雄著《医醇賸义》。
屠道和编著《本草汇纂》。

1864 吴尚先著《理瀹骈文》。

1865 中国湖南设牛痘局。

1868 中国河南设牛痘局。
费伯雄著《医方论》。

1871 中国福建一带发现丝虫病(阴囊象皮肿)患者。

1872 中国第一所中西医院成立,为香港东华医院,分中西医两部分诊治疾病。

1873 夏春农撰《疫喉浅论》。

1874 胡庆馀堂药店在杭州创办。

1882 雷丰著《时病论》。
李纪方著《白喉全生集》。

1884 唐宗海著《中西汇通医书五种》。"中医汇通"之名自此始。

1891—1911 周学海编著《周氏医学丛书》刊行。
朱沛文著《华洋脏象约纂》,亦试图中西医学之汇通。
马培之著《外科传薪集》。

1894 余景和著《外科医案汇编》,载有气管切开术,抢救白喉患者。
柳宝诒著《温热逢源》。

1901 郑肖岩著《鼠疫约编》。

1904 《医学报》创刊。是中国最早的中医报刊。

1905 设麻风疗养院于广东东莞。

1908 南京举办中医考试。《上海医报》创刊。
《绍兴医药学报》在绍兴创刊。《医学世界》在上海创刊。
桐君阁药店在重庆创办。

1910 中西医学研究会在上海成立。

1911 湖州医学会成立。1927年改组为吴兴中医协会。

1913 北京中医学会成立。
《神州医药学报》创刊。

1914 北洋政府鼓吹废止中医,遭到全国中医药界的强烈反对。
余云岫撰《灵素商兑》,否定中医理论基础。
医义研究会创立。
达仁堂药店在天津创办。

1917 丁甘仁等创办上海中医专门学校。
傅崇黻创办浙江中医专门学校。

1919 上海焚烟并成立国际抗烟联合会。
陈邦贤撰《中国医学史》,是中国第一部医学通史著作。

1921 谢观等编成《中国医学大辞典》。
山西太原中医改进研究会成立。
丁甘仁等在上海创办上海中医学会。

1922 中国共产党召开第二次代表大会,在通过的纲领中第七项明确规定:工厂设立工人医院及其他卫生设备,保护女工、童工。
恽铁樵著《群经见智录》。

1909—1924 张锡纯著《医学衷中参西录》。

1924 卢乃潼在广州创办广东中医药专门学校。
朱鹤皋创办上海国医学院。
《医界春秋》在上海创刊。

1927 裴文中等在周口店开始发掘中国猿人"北京人"。
曹炳章著《增订伪药条辨》。

1928 毛主席在《井岗山斗争》一文中强调:"用中西两法治疗"疾病。
国民政府设立卫生部,建立中央医院,扩充中央防疫处与教育部合组医学教育委员会,颁布药典等,两年后,又撤销卫生部,于内政部设卫生司。
"上海特别市中医协会"成立。

1929 公布国民政府行政院卫生部组织法,同时公布全国卫生行政系统大纲、药师暂行条例及医院、药商、麻醉品等管理规则等。
潘高寿药店在广州创办。
佛慈药店在兰州创办。
国民政府第一次中央卫生委员会通过余岩等"废止旧医以扫除医事之障碍案",全国中医药业纷纷罢工停业抗议,该案被迫取消。
国民政府当局通令中医学校改称中医传习所。次年又改称中医学社。
何廉臣编《全国名医验案类编》。
12月2日在周口店发现第一个完整的头盖骨。
《杏林医学月刊》在广州创刊。
《自强医刊》在上海创刊。
陈伯坛撰《读过伤寒论》、《读过金匮要略》。

1931 "中央国医馆"成立。
承淡安著《中国针灸治疗学》。
"中国针灸学研究社"成立。

1932 赵燏黄《新本草图志》出版。
《神州国医药报》在上海创刊。
《国医公报》(中央国医馆)在南京创刊。
王吉民、伍连德合编《中国医史、》(英文版)出版。

1933 《光华医学杂志》在上海创刊。

1934 《中医新生命》在上海创刊。
吴瑞甫创办"厦门国医专门学校"。

1935 谢观著《中国医学源流论》。
陈存仁等编《中国药学大辞典》。
裘庆元辑《珍本医书集成》90种出版。
黄竹斋《针灸经穴图考》刊行。

1936 中国火葬会成立。
国民政府颁布"中医条例"。
曹炳章辑《中国医学大成》。
吴克潜编《古今医方集成》。
顾渭川等在上海创办新中国医学院。

1937 蔡陆仙等编《中国医药汇海》。
国民政府卫生署设"中医委员会"。
《国医砥柱》在北京创刊。

1938 章太炎《医论》刊行。

1939 赵树屏撰《中医系统学概要》。

1941 毛主席为延安中国医科大学题词"救死扶伤,实行革命的

人道主义"。
祝味菊《伤寒质难》等刊行。
1945 《新中医》在广州创刊。
《宋以前医籍考》编成。
1946 《台湾国医药报》复刊。
成立延安总部卫生部。
1947 东北鼠疫流行。
《中华医史杂志》(医史杂志)创刊。
1949 10月1日中华人民共和国成立。
中央人民政府卫生部成立。
《医药汇刊》在西安创刊。
1950 北京中医学会成立。
鲁之俊《新编针灸学》出版。
朱琏撰《针灸学讲义》1948年,1950年正式出版,名《新针灸学》。
编纂《中华人民共和国药典》。
第一届全国卫生会议召开,制定"面向工农兵"、"预防为主"、"团结中西医"为卫生工作的三大方针。
毛泽东主席为大会题词:"团结新老中西各部分医药卫生工作人员,组成巩固的统一战线,为开展伟大的人民卫生工作而奋斗"。
卫生部颁发《种痘暂行办法》。
1951 卫生部公布《中医诊所管理暂行条例》及其实施细则。
《北京中医》创刊。
1952 卫生部发出指示要求实行全民普及种痘。卫生部发布"关于组织中医进修学校及进修班的决定"。
卫生部设"中医研究班",学员42名入北京医学院学习现代医学5年。
卫生部发布"关于组织中医学会的指示"。"关于中医学会会章"公布。
卫生部公布"医师、中医师、牙医师、药剂师考试暂行办法"。
1953 中南行政委员会卫生局召开第一届中医代表会议。
全国流行性乙型脑炎防治专业会议在北京召开。
卫生部指示浙江、安徽、福建、江苏、湖北、湖南、江西、广东、广西、云南等切实做好血吸虫病防治工作。
1954 政务院批准"第三届全国卫生行政会议决议",要求加强中医工作,充分发挥中医力量。
卫生部召开针灸疗法座谈会。
全国科联召开中药问题座谈会。
同仁堂实行公私合营。
人民日报发表《贯彻对待中医的正确政策》社论。
傅连璋发表《关键问题在于西医学习中医》文章。
中共中央批转《中央文委党组关于改进中医工作问题的报告》。
上海成立中医医院。
1955 《中医杂志》月刊发行。
中华医学会吸收第一批中医师入会。
卫生部发出"关于取消禁止中医使用白纸处方规定的通知"。
卫生界开展批判歧视、取消中医的错误思想。
卫生部决定推行中医治疗乙型脑炎的经验。周恩来为中医研究院成立题词"发扬祖国医药学遗产,为社会主义建设服务"。
卫生部向乙型脑炎治疗组、痔瘘小组、气功组等发奖。
中医学术研究委员会成立。
卫生部中医研究院正式成立。
全国第一届西医学习中医研究班同时开学。
卫生部中医研究院成立中医教材编辑委员会,编成中医学教材《中国医学史》等9种印发全国县以上医疗单位。
1956 卫生部召开全国卫生工作会议,制定卫生事业十二年远景规划。
成都、上海、北京、广州四所中医学院相继成立。
卫生部中医研究院主办医学史高级师资进修班开学。
卫生部通令废除"中医诊所管理暂行条例"及其实施细则。
重庆市第一中医院吴棹仙院长向毛泽东主席献《子午流注环周图》。
中国药材公司成立。
上海市成立中医文献研究馆。
1957 国务院决定将中药材交由卫生部统一领导。
《医学史与保健组织》季刊发行。
卫生部召开北京、成都、上海、天津、武汉、广州六个西医离职学习中医研究班负责人会议,总结交流教学工作经验。卫生部连续发出关于废除过去公布的有关限制中医师执行中医业务的条例等5个通令。
1958 卫生部颁发中医学院试行教学计划。
卫生部发出关于高等医药学院增设中医药课程的通知。
卫生部发出"关于继承老年中医学术经验"的紧急通知。
四川峨眉创办中药学校。
南京中医学院正式成立。天津、陕西、福建、江西、辽宁、长春、山东、河南等中医学院相继成立。
杜自明《中医正骨经验概述》出版。
全国第一届西医离职学习中医研究班毕业。
全国医药卫生技术革命展览会在保定举行。
南京中医学院整理编写的《中医学概论》、《中医护理学》出版。
全国中医中药工作会议在保定开幕。
内蒙古医学院设中蒙医系。
台湾私立中国医药学院在台中创办。
10月11日,毛泽东主席批示卫生部党组给中央《关于组织西医离职学习中医班总结报告》指出:"中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高。"
国务院发出关于发展中药材生产问题的指示。
人民日报社论《发展中药材生产的锁钥》。
中共中央发布卫生部党组《关于组织西医离职学习中医班总结报告》的批示。
人民日报社论《大力开展西医学习中医运动》。
河北中医中药展览会在保定举行。
人民日报社论《采集民间药方,发掘中医宝藏》。
1959 人民日报社论《认真贯彻党的中医政策》。
卫生部、商业部、化工部、农业部、总后卫生部在四川召开全国中西医药生产现场会议。
上海、成都第一届西医学习中医研究班结业。

卫生部发出“关于切实整理秘方验方”的通知。
卫生部在南京召开编写全国中医学院统一教材问题座谈会。
卫生部在上海召开全国中医经络针灸学术座谈会。
浙江、湖北、安徽、黑龙江等中医学院相继成立。

1960 卫生部召开全国西医学习中医经验交流座谈会。
卫生部在上海召开全国中西医结合研究经验交流会。
林业部、卫生部联合发出通知，加强林药结合发展中药材生产。
湖南、云南等中医学院相继成立。中国于11月份所发现的1例天花是最后1例，从此，中国已消灭了天花。

1961 全国中西医结合骨科学术座谈会在天津举行。
中共中央北方防治地方病领导小组在西安召开中、蒙、西医药治疗克山病经验交流座谈会。

1962 北京医学会医史学会举办王冰次注《素问》1 200周年纪念会。
卫生部发布高等医药院校调整中医中药课程时数的意见。
卫生部召开中医学院教学工作座谈会。
中宣部转发卫生部党组“关于改进祖国医学遗产的研究和继承工作的意见”。
北京、上海、广州、成都4所中医学院首届毕业生500人。
邮电部发行孙思邈及其炼制药物的纪念邮票两枚。

1963 广西中医学院成立。
卫生部在江西召开第二版全国中医教材审编会议。
中医学院全部教材17种完成第1次修订、出版。
卫生部发布“关于当前中医工作若干问题的意见”。

1964 蒙医理论著作《蒙药药理学概要》编撰出版。中国药典1963年版(一部)出版。
毛泽东主席号召“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。
国家科委成立中医中药组。
中西医结合治疗骨折，抗白喉合剂治疗白喉等通过卫生部鉴定。

1965 贵阳中医学院成立。
天津总结出中西医结合治疗骨折的理论与方法。
中医中药治疗急腹症研究工作座谈会在天津召开。
卫生部举行中医中药研究成果鉴定会。

1966 卫生部在上海召开全国针刺麻醉会议。

1968 河北满城西汉中山靖王刘胜墓出土四根金针及五根银针，同时出土还有医工铜盆等医药器皿等。

1969 周恩来总理在全国肿瘤工作会议讲话中指出：“要提倡西医学习中医，形成风气。”

1970 西安南郊何家村发现唐代窖藏多种炼丹药物及银质器物。
全国中西医结合工作会议在北京举行。

1971 周恩来总理接见会议代表，多次指示：“对待祖国医药学遗产和外国的医药学经验，都要批判的吸收，去其糟粕，取其精华”。7月17日人民日报公布针刺麻醉获得成功的消息。
青海医学院设中医系。

1972 甘肃武威旱滩坡汉墓发现《治百病方》简牍近百枚。
全国中药材生产座谈会在郑州召开。
全国中药采、种、制、用经验交流学习班在德兴县举办。

1974 上海第二医学院在针刺麻醉下进行体外循环心内直视手术成功。
卫生部成立中西医结合领导小组办公室，撤消中医司。

1977 卫生部在京为外国医生举办中西医结合治疗骨关节损伤学习班。
江苏新医学院主编《中药大辞典》出版。

1978 卫生部在武昌召开《中国医学百科全书》编委会成立大会，并决定编写祖国医学分卷。
甘肃中医学院成立。
《李斯炽医案》出版。
《中成药研究》创刊。
卫生部恢复中医司建制。

1979 北京市中医医院关幼波医师治疗肝病经验输入电子计算机成功。
中华全国中医学会在北京成立。
由中国中医研究院负责筹组《中国医学百科全书》祖国医学分编委会在京成立。
中医研究院、广州中医学院主编《简明中医辞典》出版。
中华医史学会举办第四届全国医史学术会议。
全国针灸针麻学术讨论会在京举行，有30多个国家和地区学者参加。
世界卫生组织在北京召开针灸针麻座谈会。
中国针灸代表参加在巴黎举行“第六届世界针灸大会”。
茶花牌云南白药、同仁堂安宫牛黄丸、上海六神丸、苏州华佗牌针灸针荣获中国首次颁发的金质奖。
云南楚雄彝族医生杨思有献出明朝彝族医药书籍。
世界卫生组织赞同用针灸治疗偏头痛、便秘、感冒等43种疾病。
全国首次海洋药物会议举行。

1980 《中草药》杂志公开发行。
中华全国中医学会西藏中藏医分会在拉萨成立。
中国“今日中药展”在日本名古屋、东京、大阪、九州展出。
河北藁城县台西村商代古墓出土桃李仁等与砭镰。
内蒙创办蒙医学院。
《中国医学百科全书》93分卷开始陆续出版，其中包括医学史、中医基础、中药、方剂、针灸、气功、推拿和中医临床各科以及藏、蒙、维、朝医学共14卷。

1981 《中西医结合杂志》创刊。
《中国针灸》创刊。
中国中西医结合研究会在京成立。
中日友好医院在京奠基。
《中医大辞典》8个分册陆续出版。

1982 《程门雪医案》出版。
卫生部中医司召开中医古籍整理出版规划工作会议。
全国高等中医药院校教材编审会议在南京举行，确定32种教材。
《中医教育》创刊。
孙思邈逝世1 300周年学术会议在西安举行。
联合国工业发展组织委托中国国家医药管理局在京召开中草药讲习班。
全国中医医院和高等中医教育工作会议在湖南衡阳召

开。

《中华人民共和国宪法》第21条规定:"国家发展医疗卫生事业,发展现代医药和我国传统医药"。

1983 手法治疗"颈性视力障碍"在中医研究院取得成果。

中医研究院切开挂线疗法治疗高位肛瘘和人体平衡测量仪通过成果鉴定。

国家经委发出"关于开展全国中药资源普查的通知"。

全国中药工作会议在京召开。

全国少数民族卫生工作会议在京召开。

卫生部中医司发布试行《中医病历书写格式及要求》。

全国首届药学史学术会议及药史学会成立大会在蕲春县召开。

针麻用于前颅窝手术通过鉴定。

河北中医学院正式成立。

南京药学院设中药系。

西藏建立第一所藏医学校。

中国已为近百个国家培养700多位针灸医生。

1984 世界卫生组织在中国设立7个传统医学合作中心。

扬州医学院设中医系。

教育部批准在中国中医研究院创办北京针灸骨伤学院。

第一届藏医进修班在拉萨开学。

世界针灸学会联合会筹备委员会在北京成立。

卫生部与国家民族委员会联合在内蒙古召开全国民族医药工作会议。

中日国际针灸推拿诊所在中国中医研究院开业。

中日友好医院在京举行开院典礼。

胡耀邦为胡庆余堂110周年题词。

《中医药信息》创刊。

1985 卫生部颁发《医药卫生科研基金制试行条例》。

中华全国中医学会第二次会员代表大会在北京召开,崔月犁被选举为第二届理事会会长,胡熙明等11人任副会长。

中共中央书记处关于卫生工作的决定指出:根据宪法"发展现代医药和我国传统医药"的规定,要把中医和西医摆在同等重要的地位。一方面,中医药学是中国医疗卫生事业所独具特点和优势,中医不能丢,必须保存和发展;另一方面,中医必须积极利用先进的科学技术和现代化手段促进中医药事业的发展,要坚持中西医结合的方针,中医、西医互相配合,取长补短,努力发挥各自的优势。

卫生部在合肥召开全国中医工作与中西医结合工作会议。总结1982年衡阳会议和石家庄会议的经验,统一思想认识,修改"七五"规划。

卫生部发出:《中医、中西医结合事业"七五"发展规划》。

中医研究院改名为中国中医研究院。

世界卫生组织在中国举办"传统医学在初级卫生保健中的作用"研讨会。借以促进各国传统医学之交流与发展。

《中国医学百科全书·维吾尔医学》(维吾尔文版)在乌鲁木齐出版。

卫生部颁布《中华人民共和国药典》1985年版,自1986年4月1日起正式执行。

卫生部在上海召开全国中医院校教育改革经验交流会。

中国中医研究院召开三十周年院庆大会,习仲勋、彭冲、严济时、杨静仁、黄火青等出席,习仲勋讲话,李先念、彭真等中央领导为大会题词。

1986 国务院召集会议,听取卫生部关于中医中药问题的汇报。指出:要把中医摆在一个重要位置,中西医结合是正确的,但不能用西医改造中医;对中医科研问题要重视;对中医职称问题要按照中医的标准来评定;要认真搞好中药材的种植、收购和加工。为了加强中医工作,会议决定设立国家中医管理局,国家每年拨给中医补助费一亿元,对加工、生产中药饮片实行免税政策。

国务院批转国家医药管理局《关于进一步加强中药工作的报告》。

卫生部颁发《全国中医医院工作制度与工作人员职责》。

第六届全国人大第四次会议原则批准《中华人民共和国国民经济和社会发展第七个五年计划》。其中强调:积极发展中医事业,重点搞好中医药研究基地的建设,有计划地积极发展中医机构和中医病床,争取达到一般市、县都有一所中医医院或中医门诊部。

批准成立新疆维吾尔医专科学校。

国务院发出《关于成立国家中医管理局的通知》,确定"中医管理局是国务院直属机构,由卫生部代管,其主要任务是管理中医事业和中医人才培养等工作"。

中国中医研究院消痔灵获1986年国际发明展览会金奖;第35届世界发明博览会一级骑士勋章。

中国第一所针灸、骨伤学院——北京针灸学院开学。

国家教委批准筹建青海藏医学院。

国务院学位委员会批准第三批中医、中西医结合博士授予单位与导师,使授予单位增加到20个;博士导师增至92名。

卫生部发出撤消卫生部中医司的通知。国家中医管理局已经成立并开始办公。

1987 安徽含山出土《洛书·八卦》玉片,据考为4000年前所刻。

国家中医管理局发布《中医科研计划课题管理办法》(试行)》。

卫生部发出通知,决定成立医学科学技术专家咨询委员会,撤消原卫生部医学科学委员会。

卫生部、国家中医管理局颁发《禁止食品加药卫生管理办法》。

卫生部下达《中药保健药品的管理规定》。

世界卫生组织传统医学合作中心主任会议在北京举行。

中国中医研究院尿石灵、青蒿素获1987年阿尔伯特爱因斯坦世界科学奖。

世界针灸学会联合会在北京成立,总部设在北京,中国针灸学会会长胡熙明当选为世界针联主席,鲁之俊(中国)、高木健太郎(日本)为名誉主席。第一届世界针灸学术大会同时举行,有来自法、美、意、西班牙、塞内加尔、日本、新加坡、韩国等57个国家和地区代表516名;又来自国内各省市500余名针灸学者到会,对针灸临床、针刺麻醉、理论研究等经验心得进行了学术交流。

蒙医学院于通辽市正式建立。

《中国医学百科全书·藏医学》(藏文版)在拉萨出版。

《中国医学百科全书·蒙医学》(蒙文版)在呼和浩特出版。

1988 国家中医管理局在京召开第一届全国中医工作厅局长会

议，讨论制定《1988—2000年中医事业发展战略规划》。
国家新闻出版署批准国家中医管理局创办《中国中医报》，(后改名为《中国中医药报》)。
原国家医药局之中药业务划归国家中医管理局，"国家中医管理局"更名为"国家中医药管理局"。
卫生部发出《关于"云南白药"有关问题的通知》。强调：未经卫生部批准，其他任何药品均不得冠以"白药"名称。
卫生部、国家中医药管理局联合颁发《医师、中医师个体开业暂行管理办法》。
国家机构编制委员会批准卫生部、国家中医药管理局"三定"方案。
卫生部颁发《中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法》(试行)。
中国中医研究院在北京集会，隆重纪念著名中医学家蒲辅周诞辰100周年。李鹏、邓颖超、聂荣臻等为大会题词。

1989 国家中医药管理局机关报《中国中医药报》创刊。
国家中医药管理局发布《中医师、士管理条例(试行)》。
国务委员李铁映主持会议，研究中药工作问题。
全国评出健康老人311名，其中百岁老人19名，年龄最长者118岁。
8月国家中医药管理局发布实施《国家中医药管理局科学研究基金管理暂行条例》。
世界针灸联合会、中国针灸学会委托中国中医研究院组织的国际针灸教育研讨会在京召开。
国家中医药考试中心、国际针灸考试中心正式成立。
国家中医药管理局"全国民族医院工作会议"在乌鲁木齐召开。
国家中医药管理局主编《建国40年中医药科技成就》一书首发式在北京举行。
世界卫生组织在日内瓦召开国际针灸穴位名称标准化科学组会议，确定以汉语拼音穴名为国际标准化穴名。
西藏大学藏医学院在1984年成立的藏医学系基础上正式建立，面向西藏、四川、甘肃、青海、新疆等省、自治区招生。
北京同仁堂开业320周年，李鹏贺词："中医药造福人民，同仁堂源远流长"。
全国传统医药学专业技术队伍发展到544 000人；医院2 070所(含藏、蒙、维等民族医医院90所)；病床186 000张(含民族医病床3 000张)；高等中医药(含民族医药)院校32所；中医药研究院所(含藏、蒙、维、壮、朝等)170所；中成药厂600余家；中药饮片厂1 500余家。

1990 卫生部药典委员会审定1990年版《中华人民共和国药典》。
卫生部召开整顿中成药品种工作会议，决定中成药品种一律实行"一名一方"制。
中国中医研究院中药研究所"抗疟新药双氢青蒿素及其片剂的研究"通过专家鉴定。
中国中药企业管理协会在北京成立。
全国医药卫生科技成果展览会在北京开幕，2 500项科技成果展出，李鹏、李先念题词。
中国已具备分步推行GMP条件。
中国中医药文化博览会在北京开幕，黄火青、杨成武等出席。
国家中医药管理局颁布1990年中医药科技进步奖。46项获奖，其中一等奖5项。
世界卫生组织副总干事阿卜杜勒·莫门指出："中国是发展传统医学最成功的典范"。
卫生部于27日正式颁布1990年《中华人民共和国药典》。
国务院第72次常务会议，决定成立国家禁毒委员会。

1991 国家中医药管理局发布：全国中医医院2 170所；高等中医与民族医院校32所，培养本科、专科医师24 000名，培养研究生1 800名；科研机构170所，1986—1990年青蒿素等231项科研成果获部(局)级以上奖。
世界卫生组织授予卫生部陈敏章部长"人人享有卫生保健"金质奖章。
中国中医研究院"七五"间熟大黄炮炙新工艺及六味地黄预防食道癌等302项获国家级科技进步等部(局)级以上科研成果奖。
中国10家医院1987年以来针麻开颅手术500余例，成功率分别为95.59%—98.45%。
浙江中医药研究院等承担的国家重点攻关课题，诊治恶性肿瘤的"中药光敏剂"通过鉴定。
国家"八五"期间，将建成100所示范中医院。
世界卫生组织生育健康与人口科学合作研究中心在北京大学揭幕。
激素分泌性垂体瘤的临床及基础研究、中草药有效成分的X衍射晶体结构研究等161项，分别获得卫生部医药科技进步奖。
冬虫夏草人工培殖在四川中药研究所获得成功。
北京、上海、广州中医学院获办7年制本科硕士试点班。
国家中医药管理局下达"杏林计划"，创建示范中医院在各省市实施。
国际传统医药大会10月18日在北京开幕。据统计：中医针灸、气功、中药等在120多个国家与地区建立了民间交往。世界卫生组织总干事中岛宏博士作特别报告。22日会议通过《北京宣言》。
第11届国际农村医学会议在北京召开，推进"2000年人人享有卫生保健"目标之实现。
全国优秀医史文献图书评奖，81种图书分别获得金、银、铜奖，颁奖仪式在人民大会堂举行。

1992 中医药"八五"科技攻关项目确立为85—919中医防治重大疾病的研究，85—920中药开发研究两项，11个课题。其内容包括恶性肿瘤、中风、心血管、乙型肝炎、艾滋病，针刺镇痛、针麻、常用中药材品种、饮片等等。
国家中医药管理局印发经国家教委审批的中医专业第二学士学位西医班招生方案。
李鹏总理为杭州胡庆余堂药厂题词："振兴中药，造福人民"。
中国北京同仁堂集团宣告成立，江泽民题词："发扬同仁堂质量第一的优良传统，为人民保健事业服务"。
中国中医研究院首届科研项目供需洽谈，成交额1 379万元。据统计1992年全国中医药研究单位相继举行科技成果转让、成交额达1亿余元。

天津创办中国传统医药国际学院。

国务院第106号令发布《中药品种保护条例》，1993年1月1日起施行。

国家教委批准在北京、上海、广州等中医学院开办中医专业7年制本科和第二学士学位教育。

中国中医研究院抗疟疾中药双氢青蒿素及其片剂，被国家科委等评为1992年度全国十大科技成就之一。

中韩东方传统医学研究合作中心成立。

全国示范中医院增至146所，专科专病医院（中心）增至16所。

全国中药材收购额达28.5亿元，中成药总产值为111.3亿元，中药总购进额为97.7亿元，总销售额为125.7亿元，中药出口创汇达4.5亿美元。

1993　中国中医研究院双氢青蒿素及其片剂等九项科研获得国家中医药管理局1992年医药科技进步一等奖。

首次国际中医师水平考试7月下旬在北京举行。国际针灸专业人员已有60%经考试获得证书。

卫生部陈敏章部长向中国中医研究院提出："强化国家队意识，多出尖子，多出成果"。

江苏射阳县在洋马乡建成全省最大的中药材生产基地。

江泽民主席为南京鼓楼医院百年院庆题词："树高尚医德，攀技术高峰"。

国务院发布《关于禁止犀牛角和虎骨贸易的通知》，重申犀角和虎骨不再入药。

陈敏章部长向国家中医药管理局司以上干部传达国务院关于张文康副部长兼任国家中医药管理局局长的决定。指出：贯彻党的中医药政策坚定不移，振兴中医药战略重点坚定不移，勉励中医药界加强自身建设，为振兴中医药事业作贡献。

南京军区总医院首创大黄治疗慢性肾衰获得成功。

《中国医学百科全书》分卷本，共93卷，4 000万字，已由上海科学技术出版社陆续分册出版，现正在此基础上分为基础医学、预防医学、临床医学、军事医学与中医学五大综合卷编撰出版。

国家中药品种保护委员会成立。

中国百名百岁寿星评出，131岁的贵州仡佬族龚来发登上"中国长寿之王"宝座。

北京藏医院欢庆周岁。该院系由中国藏学研究中心和西藏山南藏医院合办的，人大副委员长阿沛·阿旺晋美用汉、藏文题词："发展藏医事业，造福各族人民"。

国家中医药管理局重点实验室——P3级生物安全实验室由国家中医药管理局、中国中医研究院、中国中医研究院基础理论研究所共同投资兴建，两年完成。这是中国中医界第一个对外开放的P3实验室。

中国针灸学会副会长陈绍武在世界针联第三届会员大会当选为世界针联主席。

自1988年以来，中国培养各层次中医药留学生14 700余人。

国家教委批准北京中医学院和上海中医学院更名为北京中医药大学与上海中医药大学。

卫生部陈敏章部长撰文《始终不渝地贯彻毛泽东中医思想》纪念毛泽东诞辰100周年。

1994　全国中医药工作会议确定1994年重点为加强农村中医药工作；加强中医药队伍和机构内涵建设；加强医德医风教育。

英国首家中医门诊部在伦敦开诊。

澳大利亚墨尔本理工大学生物医学和卫生学院与南京中医学院合作创办中医学专业硕士课程。

中国援建的突尼斯针灸培训治疗中心移交。

国家中医药管理局发布1993年有51项科研成果获奖，甘草人工栽培技术的系统研究等5项获一等奖。

中国医学科学院药物研究所人工合成麝香成功并试生产。

"立夫中医药学术奖在台颁发，陈可冀（中）、韩济生（中）、李国雄（美）为首届得主。

中国药品认证委员会成立，推动GMP实施。

国家中医药管理局重点实验室——国家经络研究中心挂靠中国中医研究院针灸研究所，并由局、院、所共同投资兴建，两年建成，为实施和完成国家攀登计划"经络的研究"项目提供保证。

中国建成医学学位授予体系：1978—1993年培养研究生44 696名，其中授予博士学位者1 957名，授予硕士学位者28 050名。已有硕士授予单位113个，博士授予单位53个，学科专业84个。

北京、上海、广州中医学院第一批60名西医学士又获中医学士毕业。

中国中医药文化博览会于9月12日在北京国际展览中心开幕。

第三届国际传统药物学大会于9月6日在北京召开，40多个国家的300多名专家参加。

国家中医药管理局正式发布《中医病证诊断疗效标准》。

梁晓天以研究中药化学结构之杰出成就获首届中国医学科学奖。

全国人口增长得到合理控制，人均期望寿命达到70岁。

二、临床各科备用方剂

一　画

一号扫风丸(《外科学》)

大枫子　薏苡仁　苦参　白蒺藜　小胡麻　苍耳子　防风　白花蛇　苍术　白附子　桂枝　当归　秦艽　白芷　草乌　威灵仙　川芎　钩藤　木瓜　菟丝子　肉桂　天麻　川牛膝　何首乌　千年健　青礞石　川乌　知母　栀子　荆芥

一号新伤药(《伤科诊疗》)

黄柏　延胡索　血竭　白芷　羌活　独活　木香　木通

一字散(《证治准绳》)

朱砂　硼砂　龙脑　芒硝

一服散(《世医得效方》)

半夏　杏仁　罂粟壳　乌梅　阿胶　生姜　苏叶　甘草

一绿散(《审视瑶函》)

芙蓉叶　生地黄

二　画

二气左归丸(《目经大成》)

党参　炙黄芪　潼蒺藜　鹿角胶　龟版　五味子　山萸肉　地黄　当归　枸杞　蕤蕤仁　肉苁蓉　山药　夏枯草　肉桂　楮实子　防风　白菊花　茺蔚子

二白散(《外科大成》)

南星　贝母

二生汤(《济生方》)

生附子　生半夏　生姜

二圣散(《喉科紫珍集》)

胆矾　僵蚕

二号半月板伤外敷药(《伤科诊疗》)

白芨　合欢皮　骨碎补　黄芪　续断　紫河车　千年健　云苓　白芍　苏木

二陈四七汤(《症因脉治》)

茯苓　陈皮　甘草　苏梗　厚朴　半夏

二宝丹(《疡医大全》)

朱砂　滑石

二宝丹(《中医外科临床手册》)

煅石膏　升丹

二矾汤(《外科正宗》)

白矾　皂矾　孩儿茶　柏叶

二味参苏饮(《正体类要》)

人参　苏木

二味消毒散(《外科大成》)

白矾　明雄黄　(剂量为5:1)

二味拔毒散(《医宗金鉴》)

白矾　明雄黄　(剂量为1:1)

二神散(《杂病源流犀烛》)

海金沙　滑石

二黄三白丸(《妇科玉尺》)

酒扁柏　川黄连　黄柏　香附　白石脂　白术　白芍　椿白皮

二黄犀角散(《证治准绳》)

大黄　黄芩　犀角　钩藤　山栀　甘草

七节汤(《逝园医案》)

黄芪　当归　白芍　川芎　桂枝节　甘草节　桑枝节　杉枝节　松枝节　竹枝节　苏枝节

七叶一枝花酒精(《经验方》)

七叶一枝花头　75%酒精(乙醇)

七宝丸(《秘传眼科龙木论》)

冰片　人参　珍珠　石决明　琥珀　青鱼胆　熊胆　茺蔚子

七宝散(《银海精微》)

琥珀　珍珠　硼砂　珊瑚　朱砂　硇砂　玉屑　蕤仁　冰片　麝香

七宝膏(《秘传眼科龙木论》)

珍珠　水晶　贝齿　琥珀　石决明　空青　冰片　玛瑙

七味苍柏散(《医学入门》)

苍术　黄柏　杜仲　补骨脂　川芎　当归　白术

七珍散(《奇效良方》)

人参　石菖蒲　生地黄　川芎　防风　辰砂　薄荷

十六味桔梗汤(《张氏医通》)

桔梗　甘草　薏苡仁　贝母　当归　桑皮　栝蒌仁　百合　枳壳　葶苈　五味子　地骨皮　知母　防己　黄芪　杏仁

十四友丸(《证治准绳》)

熟地黄　酸枣仁　白茯苓　茯神　阿胶　远志　人参　当归　肉桂　柏子仁　紫石英　黄芪　辰砂　龙齿

十全苦寒救补汤(《广温热论》)

生石膏　知母　黄柏　黄芩　黄连　芒硝　大黄　厚朴　枳实　犀角

十补丸(《张氏医通》)

附子　防风　盐　黑豆　葫芦巴　木香　巴戟天　肉桂　川楝子肉　延胡索　荜澄茄　茴香　破故纸

十味香附丸(《医学入门》)

白术　陈皮　泽兰叶　黄柏　甘草　香附　当归　川芎　芍药　地黄

十味益营煎(《目经大成》)

人参　炙黄芪　五味子　酸枣仁　当归　熟地黄　甘草　山萸肉　山药　肉桂

十珍汤(《审视瑶函》)

生地黄　当归　白芍药　地骨皮　知母　丹皮　天门冬

麦门冬 人参 甘草梢

丁公藤眼药水(经验方)

丁公藤 尼泊金 吐温 80

丁香丸(《备急千金要方》)

丁香 甘草 细辛 桂心

丁香半夏丸(《医学发明》)

槟榔 丁香 半夏 细辛 干姜 人参 生姜

丁香透膈散(《太平惠民和剂局方》)

丁香 白术 香附 人参 砂仁 麦芽 木香 白蔻仁 神曲 甘草

丁香透膈汤(《金匮翼》)

人参 砂仁 香附 青皮 木香 肉豆蔻 白豆蔻 丁香 陈皮 藿香 沉香 厚朴 草果 半夏 神曲 甘草 麦芽 白术

丁桂散(《中医伤科学讲义》)

丁香 肉桂

丁萸理中汤(《医宗金鉴》)

党参 干姜 丁香 吴茱萸 炙甘草 白术

八仙丹(《银海精微》)

当归 铜绿 薄荷 白矾 黄连 五倍子 火硝 轻粉

八仙散(《咽喉秘集》)

人中白 大黄 石膏 玄参 黄芩 玄明粉 僵蚕 瓜硝 轻粉

八味顺气散(《济生方》)

白术 茯苓 青皮 白芷 陈皮 乌药 人参 甘草

八物汤(《医学入门》)

人参 白术 茯苓 甘草 生姜 枣子 白芍 当归 熟地 川芎

八物定志丸(《不居集》)

人参 菖蒲 茯神 远志 麦冬 白术 朱砂 牛黄

八柱散(《寿世保元》)

人参 白术 肉豆蔻 干姜 诃子 附子 罂粟壳 甘草

人参散(《张氏医通》)

人参 麝香 冰脑

人参饮子(《百一选方》)

人参 桔梗 半夏 五味子 赤茯苓 白术 枳壳 甘草 生姜

人参车前汤(《症因脉治》)

人参 车前子

人参升麻汤(《妇科玉尺》)

人参 升麻

人参平肺汤(《景岳全书》)

人参 川芎 熟地黄 白芍药 白茯苓 菟丝子 杜仲 北五味子 白术 巴戟天 半夏曲 当归 橘红 牛膝 破故纸 益智仁 葫芦巴 炙甘草 石菖蒲

人参半夏丸(《卫生宝鉴》)

人参 茯苓 南星 薄荷 半夏 干姜 白矾 寒水石 蛤粉 藿香

人参竹叶汤(《三因极一病证方论》)

竹叶 人参 炙甘草 半夏 石膏 麦冬 生姜 粳米

人参竹叶汤(《证治准绳》)

人参 竹叶 甘草 半夏 小麦 麦门冬

人参安神丸(《幼科铁镜》)

人参 麦门冬 当归 黄连 枣仁 生地 茯神

人参芎归散(《证治准绳》)

沙参 当归 远志 前胡 赤芍 茯苓 柴胡 地骨皮 防风 桔梗 枳壳 半夏 川芎 麦冬 甘草 苏叶 生姜

人参麦冬汤(《妇人秘科》)

人参 麦冬 茯苓 黄芩 知母 生地 炙甘草 竹茹

人参利膈丸(《杂病源流犀烛》)

木香 槟榔 人参 当归 藿香 甘草 枳实 大黄 厚朴 砂仁

人参羌活散(《世医得效方》)

柴胡 地骨皮 前胡 天麻 人参 川芎 独活 羌活 枳壳 茯苓 甘草 桔梗

人参定喘汤(《太平惠民和剂局方》)

人参 麻黄 甘草 阿胶 半夏曲 桑白皮 五味子 罂粟壳

人参前胡汤(《丹溪心法》)

半夏曲 木香 枳壳 紫苏 赤茯苓 南星 甘草 人参 前胡 橘红 生姜

人参养胃汤(《叶氏女科证治》)

人参 炙甘草 草果 藿香 苍术 橘红 厚朴 乌梅 生姜 茯苓

人参益气汤(《赤水玄珠》)

黄芪 人参 生甘草 炙甘草 升麻 五味子 柴胡 芍药

人参润肺丸(《丹溪心法附余》)

人参 山药 莲肉 款冬花 蛤粉 杏仁 藕节 红枣 大萝卜

人参清肺汤(《太平惠民和剂局方》)

地骨皮 人参 阿胶 杏仁 桑白皮 知母 乌梅 甘草 罂粟壳 大枣

人参清神汤(《医宗金鉴》)

人参 陈皮 茯苓 地骨皮 麦冬 当归 白术 黄芪 远志 柴胡 黄连 甘草

人参鹿茸丸(《北京市中药成方选集》)

人参 补骨脂 鹿茸 巴戟天 当归 杜仲 牛膝 菟丝子 茯苓 炙黄芪 龙眼肉 五味子 黄柏 制香附 冬虫夏草

人参滋血汤(《产宝百问》)

人参 山药 茯苓 当归 川芎 熟地 白芍

人参款冬花散(《赤水玄珠》)

款冬花 五味子 紫菀 杏仁 人参 木香 槟榔 半夏 紫苏 桑白皮

人参紫金丹(《医宗金鉴》)

人参 丁香 甘草 五加皮 茯苓 当归 骨碎补 血竭 五味子 没药

人参鳖甲散(《妇科玉尺》)

黄芪 鳖甲 当归 桑寄生 肉桂 茯苓 白芍 人参 熟地 麦冬 牛膝 甘草 桃仁 续断

九仙夺命丹(《女科秘方》)

豆豉 枳壳 木香 苍术 陈皮 山楂 草果 厚朴 茯

芩

九仙灵应散(《杂病源流犀烛》)
炮附子 蛇床子 紫梢花 石菖蒲 远志 海螵蛸 丁香 木鳖子 小茴香

九华膏(《外科学》)
滑石 月石 龙骨 川贝 冰片 朱砂

九炁丹(《景岳全书》)
熟地 制附子 肉豆蔻 焦姜 吴茱萸 补骨脂 荜拨 五味子 甘草

三 画

三七散(《平乐郭氏正骨法》)
全当归 川芎 川续断 土鳖 象皮 煅象牙 上龙骨 孩儿茶 滴乳香 明没药 田三七 川牛膝 川木瓜 虎骨 自然铜

三才大补丸(《素庵医要》)
人参 白术 杜仲 熟地 当归 川芎 香附 黄芪 艾叶 补骨脂 阿胶 山药

三五七散(《世医得效方》)
人参 甘草 附子 干姜 山茱萸 山药 细辛 防风

三仁五子丸(《杨氏家藏方》)
菟丝子 五味子 枸杞子 覆盆子 车前子 柏子仁 酸枣仁 薏苡仁 沉香 鹿茸 肉苁蓉 巴戟天 当归 白茯苓 乳香 干地黄

三白散(《证治准绳》)
白牵牛 桑白皮 白术 陈皮 木通

三石水(《朱仁康临床经验集》)
炉甘石 滑石 赤石脂 冰片 甘油 蒸馏水

三石散(经验方)
制炉甘石 熟石膏 赤石脂

三甲散(《中国医学大辞典》)
鳖甲 穿山甲 白芍 蝉蜕 僵蚕 甘草 牡蛎 当归 地鳖虫

三圣丸(《太平圣惠方》)
半夏 陈皮 黄连

三色敷药(《中医伤科学讲义》)
黄荆子 紫荆皮 全当归 木瓜 丹参 羌活 赤芍 白芍 片姜黄 独活 天花粉 怀牛膝 威灵仙 木防己 防风 马钱子 秦艽 川芎 连翘 甘草

三补丸(《丹溪心法》)
黄芩 黄柏 黄连

三物胶艾汤(《备急千金要方》)
阿胶 艾叶 酸石榴皮

三和汤(《东医宝鉴》)
陈皮 厚朴 槟榔 苏叶 大腹皮 枳壳 白术 茯苓 木通 甘草

三星汤(《外科真诠》)
金银花 蒲公英 甘草

三香丸(《痧胀玉衡》)
木香 檀香 沉香 五灵脂 砂仁 莱菔子

三黄丹(《实用外科中药治疗学》)
大黄 黄柏 黄连 石膏

三黄汤(《眼科秘书》)
黄连 黄芩 黄柏

三黄汤(《证治准绳》)
黄芪 黄连 黄柏 甘草

三黄液(经验方)
黄连 黄芩 黄柏

三黄散(《疡医大全》)
生地黄 蒲黄 牛黄 冰片

三黄二香散(《喉痧证治概要》)
大黄 蒲黄 雄黄 麝香 冰片

三黄熟艾汤(《通俗伤寒论》)
条芩 川连 川柏 熟艾 猪苓 泽泻 生白芍 乌梅肉 灯芯

三棱汤(《宣明论方》)
三棱 莪术 当归 白术 木香 槟榔

三棱散(《证治准绳》)
三棱 赤茯苓 当归 鳖甲 枳壳 白术 木香 生姜

三棱散(《证治准绳》)
人参 三棱 香附 青皮 益智仁 陈皮 枳壳 神曲 谷芽 半夏 莪术 大黄 紫苏 甘草

三棱和伤汤(《中医伤科学讲义》)
三棱 莪术 青皮 陈皮 白术 枳壳 当归 白芍 党参 乳香 没药 甘草

大正气汤(《赤水玄珠》)
藿香 厚朴 陈皮 半夏 白术 槟榔 桂枝 枳壳 炮姜 甘草

大生脉汤(《赤水玄珠》)
人参 麦冬 五味子 天冬 黄柏 当归 牛膝 红花 枸杞子 生地

大成汤(《外科正宗》)
当归 木通 枳壳 厚朴 苏木 大黄 芒硝 川红花 陈皮 甘草

大羌活汤(《卫生宝鉴》)
羌活 升麻 独活 威灵仙 苍术 防己 白术 当归 泽泻 茯苓 甘草

大连翘饮(《医宗金鉴》)
连翘 柴胡 荆芥 木通 滑石 山栀 蝉蜕 瞿麦 当归 黄芩 赤芍 防风 甘草

大青膏(《小儿药证直诀》)
天麻 青黛 白附子 干蝎 乌梢蛇 朱砂 天竺黄 麝香 薄荷

大枫子油(《朱仁康临床经验集》)
大枫子油 硼酸 冰片 麝香

大定心汤(《备急千金要方》)
人参 茯苓 茯神 远志 赤石脂 龙骨 防风 大枣 干姜 当归 甘草 白术 芍药 桂心 紫菀

大枣汤(《备急千金要方》)
款冬花 细辛 桂心 麻黄 大枣 甘草 杏仁 紫菀 生姜 半夏

大顺散(《太平惠民和剂局方》)
干姜 肉桂 杏仁 甘草

大麻汤(《解围元薮》)

当归　川芎　熟地　桃仁　防风　荆芥　紫苏　薄荷　芒硝　连翘　赤芍　桔梗　紫草　麻黄　红花　苏木　大黄　白术　厚朴　山栀　黄芩　丹皮　石膏　甘草　滑石

大消风散(《解围元薮》)

防风　蒺藜　荆芥　苦参　乳香　没药　麝香　当归　黄柏　黄芩　胡麻　大风子肉

大黄汤(《圣济总录》)

大黄　甘遂　麦冬　黄连　茅根　贝母

大黄饮子(《全匮翼》)

大黄　杏仁　枳壳　栀子仁　生地黄　人参　黄芩　川升麻　甘草

大黄龙丸(《三因极一病证方论》)

硫黄　雄黄　滑石　白矾　寒食面

大黄左经汤(《三因极一病证方论》)

大黄　细辛　茯苓　防己　羌活　黄芩　前胡　枳壳　厚朴　甘草　杏仁

大黄当归散(《银海精微》)

当归　大黄　白菊花　黄芩　山栀　木贼草　红花　苏木

大黄枳壳汤(《症因脉治》)

大黄　枳壳　厚朴　陈皮　甘草　木通

大萝皂丸(《医学入门》)

萝卜子　皂角　南星　半夏　杏仁　瓜蒌仁　香附　青黛　陈皮　神曲　姜汤

大温中丸(《丹溪心法》)

陈皮　苍术　厚朴　香附　青皮　三棱　莪术　甘草　针砂

干姜黄芩黄连人参汤(《伤寒论》)

干姜　黄芩　黄连　人参

干葛平胃散(《症因脉治》)

干葛　苍术　厚朴　广皮　甘草

干葛防风汤(《症因脉治》)

干葛　防风　荆芥　羌活　川芎　枳壳　甘草

干擦散(经验方)

滑石　硼酸　氧化锌　硫黄　炉甘石　薄荷脑

万应膏(《医宗金鉴》)

川乌　草乌　生地　白蔹　白及　象皮　官桂　白芷　当归　赤芍　羌活　苦参　土木鳖　穿山甲　乌药　甘草　独活　玄参　淀粉　大黄

万应膏(《全国医药产品大全》)

地黄　当归　玄参　大黄　赤芍　木鳖子　白芷　血余　蜈蚣　肉桂　阿魏　乳香　没药

万应蝉花散(《原机启微》)

蝉蜕　石决明　当归身　炙甘草　川芎　防风　茯苓　羌活　苍术　蛇蜕　赤芍药

万灵丹(《外科正宗》)

茅术　首乌　羌活　荆芥　川乌　草乌　川芎　甘草　石斛　全蝎　防风　细辛　当归　麻黄　天麻　雄黄　朱砂

万灵膏(《医宗金鉴》)

鹳筋草　透骨草　紫丁香根　当归　自然铜　没药　血竭　川芎　半两钱　红花　川牛膝　五加皮　石菖蒲　茅术　木香　秦艽　蛇床子　肉桂　附子　半夏　石斛　萆薢　鹿茸　虎胫骨　麝香　麻油　黄丹

土茯苓汤(经验方)

土茯苓　忍冬藤　板蓝根　威灵仙　山豆根　草河车　白鲜皮　甘草

土茯苓合剂(《中医外科学讲义》)

土茯苓　金银花　威灵仙　白鲜皮　生甘草　苍耳子

土茯苓煎剂(经验方)

土茯苓　甘草　金银花

下虫丸(《医宗金鉴》)

苦楝皮　木香　桃仁　贯众　芜荑　槟榔　鹤虱　使君子　轻粉　干虾蟆

下肢损伤洗方(《中医伤科学讲义》)

伸筋草　透骨草　五加皮　三棱　莪术　秦艽　海桐皮　牛膝　木瓜　红花　苏木

下疳散(《实用性病学》)

凤凰衣　橄榄核仁(去油)　人参　儿茶　珍珠　金箔

上中下通用痛风方(《丹溪心法》)

南星　苍术　黄柏　川芎　白芷　神曲　桃仁　威灵仙　羌活　防己　桂枝　红花　龙胆草

上肢损伤洗方(《中医伤科学讲义》)

伸筋草　透骨草　荆芥　防风　红花　刘寄奴　千年健　桂枝　苏木　川芎　威灵仙

上海蛇药片(《全国医药产品大全》)

穿心莲　墨旱莲等

上海蛇药一号注射液(《全国医药产品大全》)

万年青

上海蛇药二号注射液(《全国医药产品大全》)

穿心莲等

上清散(《审视瑶函》)

乳香　没药　脑子　赤芍药　川芎　薄荷　芒硝　荆芥穗　郁金

山甲角针汤(《咽喉秘方集》)

桔梗　甘草　防风　僵蚕　荆芥穗　薄荷　穿山甲　归尾　皂角针　川芎　白芷　升麻　红花　乳香　金银花

口疮中白散(经验方)

人中白　儿茶　黄柏　青黛　冰片　薄荷

千里光眼药水(经验方)

千里光　三氯叔丁醇　氯化钠

千里流水汤(《备急千金要方》)

半夏　麦冬　白茯苓　酸枣仁　甘草　桂心　黄芩　远志　萆薢　人参　生姜　千里流水

千金散(《中医外科学讲义》)

白砒　制乳香　制没药　轻粉　飞朱砂　赤石脂　炒五倍子　煅雄黄　醋制蛇含石

千金托里散(《眼科集成》)

党参　生黄芪　茯苓　甘草　当归　芍药　川芎　桔梗　银花　白芷　防风　麦门冬　连翘　黄芩　龙胆草　竹叶　陈米

千金治阴蚀生疮方(《备急千金要方》)

雄黄　矾石　麝香

千金治咳嗽胸胁支满多唾上气方(《备急千金要方》)

干姜　吴茱萸　款冬花　紫菀　杏仁　细辛　黄环　矾石　乌头　蜀椒　菖蒲

千金茯神汤(《备急千金要方》)
　　茯神　人参　石菖蒲　茯苓　赤小豆
千金黄连汤(《张氏医通》)
　　阿胶　黄连　当归　炮姜　黄柏　甘草　酸石榴皮
千金犀角散(《张氏医通》)
　　犀角　羚羊角　前胡　黄芩　栀子　大黄　升麻　射干
千金漏芦汤(《医宗金鉴》)
　　漏芦　枳壳　朴硝　大黄　甘草　麻黄　黄芩　白蔹　连翘　升麻
千捶膏(《疡科心得集》)
　　蓖麻子肉　嫩松　香粉　轻粉　东丹　银朱　茶油
千缗汤(《丹溪心法》)
　　半夏　皂荚　生姜　甘草
千缗导痰汤(《杂病源流犀烛》)
　　半夏　南星　陈皮　赤茯苓　枳壳　皂角　甘草　生姜
川芎散(《普济本事方》)
　　川芎　人参　茯神　山药　甘菊花　山萸肉
川连枳壳汤(《症因脉治》)
　　川连　枳壳　木通　甘草　大腹皮　地骨皮
川硝散(《医宗金鉴》)
　　朴硝　真紫雪　食盐
川楝汤(《竹林女科》)
　　川楝　大茴　小茴　猪苓　泽泻　白术　乌药　槟榔　乳香　延胡索　木香　麻黄　姜　葱
广大重明汤(《审视瑶函》)
　　防风　川花椒　龙胆草　甘草　细辛
广笔鼠粘汤(《中医临证备要》)
　　生地　象贝　玄参　甘草　牛蒡子　天花粉　射干　连翘　僵蚕　竹叶
门冬饮子(《症因脉治》)
　　天门冬　麦门冬　桑白皮　桔梗　甘草　枳壳　荆芥
小儿化湿汤(《朱仁康临床经验集》)
　　苍术　陈皮　茯苓　泽泻　炒麦芽　六一散
小儿回春丹(《全国中药成药处方集》)
　　橘红　胆南星　防风　竹叶　桑叶　金银花　连翘　羌活　茯苓　僵蚕　甘草　麻黄　薄荷　蝉蜕　赤芍药　川贝母　牛蒡子　西河柳　杏仁　牛黄　冰片　麝香
小儿健脾丸(《中药制剂手册》)
　　人参　炙甘草　砂仁　黄连　桔梗　法半夏　神曲　炒麦芽　炒山楂　炒扁豆　橘皮　山药　莲子　白术　茯苓
小防风汤(《银海精微》)
　　大黄　山栀　甘草　赤芍药　当归尾　防风　羌活
小定心汤(《备急千金要方》)
　　人参　桂心　茯苓　甘草　芍药　干姜　远志　大枣
小定志丸(《三因极一病证方论》)
　　人参　茯苓　菖蒲　远志　茯神　辰砂
小降气汤(《医林绳墨》)
　　紫苏　台乌药　白芍药　陈皮　炙甘草　生姜　大枣
小便不通方(《外台秘要》)
　　桑根白皮　猪苓　通草
小调中汤(《医宗金鉴》)
　　当归　白芍　白术　茯苓　陈皮
小黄丸(《洁古家珍》)
　　天南星　半夏　黄芩　姜汁
小黄连膏(《圣济总录》)
　　黄连　芦荟　龙脑
小蓟散(《外科证治全书》)
　　小蓟　百草霜　黑蒲黄　香附
马齿苋合剂(《朱仁康临床经验集》)
　　马齿苋　大青叶　蒲公英
马勃膏(经验方)
　　马勃　凡士林
子药(《喉科秘旨》)
　　明朱砂　硼砂　梅冰片　玄明粉
子和搜风丸(《儒门事亲》)
　　人参　茯苓　天南星　薄荷　黄芩　半夏　干姜　寒水石　蛤粉　大黄　生白矾　黑牵牛　滑石　藿香
已风丹(《证治准绳》)
　　天竺黄　防风　钩藤　僵蚕　全蝎　白附子　麝香　荆芥
飞熊丹(《目经大成》)
　　雄精　玄明粉　硼砂　熊胆　冰片

四　画

五仁橘皮汤(《通俗伤寒论》)
　　甜杏仁　松子仁　郁李仁　原桃仁　柏子仁　橘皮(蜜炙)
五石膏(《朱仁康临床经验集》)
　　青黛　黄柏末　枯矾　蛤粉　炉甘石　煅石膏　滑石　凡士林　麻油
五白汤(经验方)
　　白附子　白蒺藜　白芷　白术　白蔹　党参　锁阳
五生丸(《杂病源流犀烛》)
　　南星　半夏　川乌　白附子　黑豆
五叶芦根汤(《温热经纬》)
　　藿香叶　薄荷叶　鲜荷叶　枇杷叶　佩兰叶　芦根　冬瓜仁
五汁安中饮(《中医内科学》)
　　韭汁　牛乳　生姜汁　梨汁　藕汁
五加皮汤(《济生方》)
　　羌活　羚羊角　赤芍　防风　五加皮　秦艽　枳实　甘草
五加皮汤(《医宗金鉴》)
　　当归　没药　五加皮　皮硝　青皮　川椒　香附子　木香　地骨皮　丹皮　老葱　麝香
五豆汤(《广济秘籍》)
　　白扁豆　赤小豆　绿豆　黑豆　小豆
五枝汤(《医宗金鉴》)
　　桃枝　槐枝　桑枝　梅枝　柳枝
五味丸(《普济本事方》)
　　益智仁　肉苁蓉　人参　五味子　骨碎补　土茴香　白术　覆盆子　龙骨　熟地黄　牡蛎　菟丝子
五味子汤(《备急千金要方》)
　　五味子　桔梗　甘草　紫菀茸　续断　竹茹　桑白皮　生地　赤小豆
五味子汤(《仁斋直指方论》)
　　麻黄　五味子　杏仁　橘红　干姜　桂皮　甘草

五味子汤(《证治准绳》)
人参　麦冬　五味子　杏仁　陈皮　生姜　大枣
五味子散(《太平圣惠方》)
五味子　桂心　甘草　细辛　干姜　紫菀　麻黄　橘皮　大枣
五虎汤(《毒疮秘录》)
全蝎　僵蚕　穿山甲　蜈蚣　斑蝥　生大黄
五虎二陈汤(《古今医鉴》)
麻黄　杏仁　石膏　桂皮　茯苓　姜半夏　甘草　人参　木香　沉香　细茶　生姜　葱　蜜
五虎追风散(《晋南史·全恩家传方》)
蝉衣　南星　天麻　全蝎　僵蚕
五宝散(《医宗金鉴》)
石钟乳　朱砂　琥珀　珍珠　冰片　飞罗面
五物煎(《景岳全书》)
当归　熟地　芍药　川芎　肉桂
五香连翘汤(《三因极一病证方论》)
青木香　丁香　沉香　乳香　麝香　升麻　独活　连翘　桑寄生　木通　射干　大黄
五神汤(《洞天奥旨》)
茯苓　车前子　金银花　牛膝　紫花地丁
五倍子汤(《疡科选粹》)
五倍子　朴硝　桑寄生　莲房　荆芥
五倍子散(《医宗金鉴》)
五倍子(凿孔填入车前草,煨)　轻粉　冰片
五倍子膏(《朱仁康临床经验集》)
五倍子　黄柏末　轻粉　凡士林　麻油
五黄膏(《银海精微》)
黄连　黄芩　黄柏　大黄　黄丹
五痫丸(《杂病源流犀烛》)
白附子　半夏　南星　乌蛇　全蝎　皂角　蜈蚣　僵蚕　朱砂　雄黄　麝香
五福化毒丹(《外科正宗》)
玄参　赤茯苓　桔梗　牙硝　青黛　黄连　龙胆草　人参　朱砂　冰片　甘草　金箔
五瘟丹(《类证治裁》)
黄芩　黄连　甘草　香附　紫苏(用大黄熬膏,辰砂、雄黄为衣)
五德丸(《景岳全书》)
补骨脂　吴茱萸　木香　干姜　北五味
五蒸汤(《外台秘要》)
炙甘草　茯苓　葛根　干地黄　人参　知母　黄芩　竹叶　石膏　粳米
五膈散(《扁鹊心书神方》)
人参　黄芪　白术　麦冬　官桂　附子　干姜　远志　合椒　北细辛　百部　杏仁
五噎丸(《备急千金要方》)
干姜　川椒　吴茱萸　桂心　人参　细辛　白术　茯苓　附子　陈皮
五噎散(《三因极一病证方论》)
人参　茯苓　厚朴　枳壳　桂心　炙甘草　河子　白术　橘皮　炮姜　三棱　神曲　木香　炒麦芽　槟榔　莪术　生姜　大枣
木瓜散(《济生方》)
木瓜　虎胫骨　五加皮　当归　桑寄生　人参　柏子仁　黄芪　炙甘草　酸枣仁
木瓜牛膝丸(《三因极一病证方论》)
木瓜　川乌　牛膝　萆薢　茴香　羌活　青皮　青盐　狗脊　巴戟天　海桐皮
木舌紫舌方(《疡医大全》)
黄连　连翘　山栀　黄芩　木通　荆芥　薄荷　牛蒡子　甘草　灯芯
木香丸(《圣济总录》)
木香　肉豆蔻　人参　茯苓　桂心　槟榔　丁香　阿魏
木香丸(《医宗金鉴》)
木香　莪术　砂仁　青皮　朱砂
木香平气丸(《圣济总录》)
木香　沉香　丁香　肉豆蔻仁　丹砂　麝香　槟榔　厚朴　桂　乳香　半夏　生姜汁
木香逐气丸(《世医得效方》)
橘红　青皮　槟榔　南木香　川巴豆
木香调胃汤(《叶氏女科证治》)
木香　陈皮　车前子　甘草　三棱　莪术　红豆　砂仁　大腹皮　苍术　山楂　萆薢　姜皮　木通
木香槟榔丸(《卫生宝鉴》)
木香　青皮　陈皮　枳壳　莪术　黄连　黄柏　大黄　香附　牵牛　槟榔
木通饮(《症因脉治》)
木通　陈皮　苏梗　甘草　生姜　大枣
木通枳壳汤(《症因脉治》)
木通　枳壳
天门冬汤(《济生方》)
远志　白芍药　天门冬　麦门冬　黄芪　藕节　阿胶　没药　当归　生地黄　人参　甘草
天冬饮子(《审视瑶函》)
天门冬　知母　茺蔚子　防风　五味子　茯苓　熟地黄　羌活　荆芥穗　川芎　白芍药　当归　生姜
天黄汤(《医宗必读》)
天花粉　黄连　竹叶
天麻丸(《幼幼集成》)
天麻　半夏　防风　羌活　胆星　僵蚕　全蝎
开关散(《卫生宝鉴》)
白僵蚕　枯矾　生姜
开关散(《杂病源流犀烛》)
乌梅　冰片　南星
开郁散(《洞天奥旨》)
柴胡　当归　白芍　白芥子　冬葵子　全蝎　茯苓　郁金
开明丸(《审视瑶函》)
羊肝　肉桂　菟丝子　草决明　防风　杏仁　地肤子　茺蔚子　葶苈子　黄芩　麦门冬　五味子　蕤仁　细辛　枸杞子　青葙子　泽泻　车前子　熟地黄
开噤散(《医学心悟》)
人参　黄连　石菖蒲　丹参　石莲子　茯苓　陈皮　冬瓜子　荷叶蒂

太平丸(《十药神书》)
天冬 麦冬 知母 贝母 款冬花 杏仁 当归 熟地 生地 黄连 阿胶 蒲黄 京墨 桔梗 薄荷 白蜜 麝香

太上五蛊丸(《备急千金要方》)
雄黄 椒目 巴豆 莽草 芫花 珍珠 鬼臼 矾石 藜芦 附子 獭肝 蜈蚣 斑蝥

王氏兰叶散(《医宗金鉴》)
兰叶 黄芩 犀角 大黄 柴胡 栀子 升麻 石膏 竹叶

元参升麻汤(《证治准绳》)
元参 升麻 炙甘草

无比蔓荆子汤(《原机启微》)
黄芪 人参 黄连 柴胡 蔓荆子 当归 葛根 防风 生甘草 细辛

牙痛散(经验方)
荜拨 细辛 高良姜 白胡椒 白芷 冰片 薄荷 雄黄

云南蛇药(《全国医药产品大全》)
紫金龙 臭牡丹 白花蛇舌草 虎杖 夏枯草 半边莲 鱼腥草 杠板归 龙胆草 茜草 白茅根

专翕大生膏(《温病条辨》)
人参 茯苓 龟版 鳖甲 乌骨鸡 牡蛎 鲍鱼 海参 白芍 五味子 麦冬 羊腰子 猪骨髓 鸡子黄 阿胶 莲子 芡实 熟地黄 沙苑蒺藜 枸杞子 蜂蜜

止血散(《杂病源流犀烛》)
血竭(一方有白胶香、松香、白芷)

止血一方(经验方)
旱莲草 女贞子 生地榆 制军炭

止血二方(经验方)
补骨脂 赤石脂 党参 生白术

止泪补肝散(《银海精微》)
木贼草 防风 夏枯草 当归 熟地黄 白芍药 川芎 蒺藜

止疟丹(《医学心悟》)
常山 草果仁 半夏 香附 青皮 神曲 朱砂 红枣

止衄散(《三因极一病证方论》)
黄芪 赤茯苓 白芍 生干地黄 当归 阿胶

止痉散(经验方)
蜈蚣 全蝎

止痛四物汤(《经验医库》)
白头翁 白芍 甘草 升麻 当归 生地 紫草 麦冬 茯苓 黄芪 防风 羌活

止痛如神汤(《医宗金鉴》)
秦艽 桃仁 皂角子 苍术 防风 黄柏 当归尾 泽泻 槟榔 熟大黄

中和理阴汤(《血证论》)
人参 山药 扁豆 莲肉 燕窝 老米

中药制斑素注射液(经验方)
补骨脂素

内托散(《疡疮秘录》)
地榆 黄芪 粉草 金银花 穿山甲 白芷

内托汤加减方(经验方)
生黄芪 党参 金银花 当归 熟地黄 鹿角 白芍 白术 茯苓 怀牛膝 川芎 熟附子 甘草

内托安神散(《外科正宗》)
人参 麦冬 茯苓 黄芪 白术 玄参 陈皮 石菖蒲 酸枣仁 远志 五味子 朱砂 甘草

内托黄芪散(《医宗金鉴》)
当归 白芍 川芎 白术 陈皮 穿山甲 皂刺 黄芪 槟榔 紫肉桂

内补当归建中汤(《备急千金要方》)
当归 桂心 芍药 甘草 生姜 大枣 饴糖

内消丸(《寿世保元》)
青皮 陈皮 三棱 莪术 神曲 麦芽 香附

贝齿散(《圣济总录》)
贝齿 丹砂

贝母瓜蒌散(《医宗必读》)
贝母 瓜蒌 南星 荆芥 防风 羌活 黄柏 黄芩 黄连 白术 陈皮 半夏 薄荷 甘草 威灵仙 天花粉 生姜

见晛丸(《证治准绳》)
姜黄 三棱 荜澄茄 陈皮 高良姜 人参 蓬莪术 萝卜汁

少阴甘桔汤(《医宗金鉴》)
桔梗 甘草 川芎 黄芩 陈皮 玄参 羌活 升麻 葱白 柴胡

牛胆丸(《秘传眼科龙木论》)
牛胆 钩藤 人参 羚羊角 藿香 广木香 琥珀

牛黄丸(《银海精微》)
牛黄 白附子 全蝎 肉桂 川芎 石膏 白芷 藿香 麝香 朱砂

牛黄丸(《奇效良方》)
牛黄 珍珠 琥珀 铁粉 天竺黄 龙齿 麝香 人参 龙胆草 升麻 防风 黄芩 钩藤 犀角 水银 丹砂 金箔 银箔 露蜂房 全蝎 知母 天冬 石菖蒲 白芍 茯神 麦冬 甘草

牛黄散(《寿世保元》)
牛黄 冰片 朱砂 雄黄 青黛 牙硝 黄连 黄柏 硼砂

牛黄散(《赤水玄珠》)
牛黄 冰片 朱砂 麝香 蝉蜕 乌蛇肉 全蝎 僵蚕 桑螵蛸 羚羊角 天麻 阿胶 防风 甘菊 桂心 细辛 蔓荆子 侧子 独活 犀角 麻黄

牛黄散(《医宗金鉴》)
牛黄 钩藤 朱砂 麝香 天竺黄 全蝎

牛黄上清丸(《医学入门》)
黄连 生石膏 黄芩 薄荷 莲子心 白芷 桔梗 菊花 川芎 赤芍 当归 黄柏 荆芥穗 栀子 大黄 甘草 连翘 朱砂 明雄黄 牛黄 冰片

牛黄生肌散(《外科大成》)
牛黄 珍珠 琥珀 人中白 黄连 没药 儿茶 硼砂 冰片

牛黄青黛散(《医宗金鉴》)
牛黄 青黛 硼砂 朱砂 人中白 龙骨 冰片

牛黄抱龙丸(《明医杂著》)
牛黄　雄黄　朱砂　胆南星　天竺黄　甘草　麝香
牛黄清热散(《寿世保元》)
全蝎　僵蚕　天麻　黄连　胆南星　甘草　牛黄　冰片　朱砂粉
牛黄解毒丸(《证治准绳》)
黄连　桔梗　生石膏　黄柏　金银花　蔓荆子　白芷　甘草　川芎　蚕砂　薄荷　连翘　大黄　防风　旋覆花　黄芩　荆芥穗　栀子　菊花
牛黄镇惊丸(《中药制剂手册》)
天麻　防风　制白附子　僵蚕　薄荷叶　钩藤　天竺黄　法半夏　朱砂　胆南星　珍珠　雄黄　全蝎　甘草　牛黄　琥珀　麝香　冰片
牛蒡麦冬汤(《咽喉指掌》)
葛粉　牛蒡子　麦冬　荆芥穗　防风　川贝母　杏仁　桔梗　羌活　连翘　当归　柴胡　甘草　芦根
牛蒡解肌汤(《疡科心得集》)
牛蒡子　薄荷　荆芥　连翘　山栀　丹皮　石斛　玄参　夏枯草
牛膝膏(《证治准绳》)
牛膝
化坚膏(《中医伤科学讲义》)
白芥子　甘遂　地龙肉　威灵仙　急性子　透骨草　麻根　细辛　乌梅肉　生山甲　血余　江子　全蝎　防风　生草乌　紫硇砂　香油　东丹
化坚二陈汤(《医宗金鉴》)
陈皮　茯苓　制半夏　炙甘草　僵蚕　黄连
化岩汤(《疡医大全》)
人参　黄芪　忍冬藤　当归　白术　茜根　白芥子　茯苓
化毒丹(《小儿卫生总微论方》)
犀角　黄连　桔梗　玄参　薄荷　大黄　青黛　甘草
化毒丸(《霉疮秘录》)
上牛黄　琥珀　血竭　雄黄　制大黄　白鲜皮　朱砂　穿山甲末　乳香末　木香末　没药　川贝
化毒散(《医宗金鉴》)
大黄　穿山甲　当归　僵蚕　蜈蚣
化毒散(经验方)
川黄连　乳香　没药　贝母　天花粉　大黄　赤芍　雄黄　甘草　牛黄　冰片
化积丸(《杂病源流犀烛》)
三棱　莪术　阿魏　海浮石　香附　雄黄　槟榔　苏木　瓦楞子　五灵脂
化涎散(《医门法律》)
凝水石　铅白霜　马牙硝　雄黄　白矾　甘草　龙脑
化痰丸(《眼科纂要》)
制半夏　茯苓　陈皮　炙甘草　天花粉　川贝母　黄连
化痰玉壶丸(《太平惠民和剂局方》)
南星　半夏　天麻　头白面
化痰清火汤(《寿世保元》)
南星　半夏　陈皮　黄连　黄芩　栀子　知母　石膏　苍术　白术　白芍　甘草
化瘿丸(《证治准绳》)
芜荑　青黛　芦荟　虾蟆　川芎　白芷　胡黄连　黄连
升气去湿汤(《石室秘录》)
人参　白术　黄芪　防风　肉桂　薏苡仁　芡实　陈皮　柴胡　白芍　半夏
升阳调元汤(《万氏女科》)
人参　黄芪　炙甘草　升麻　益智仁
升阳除湿防风汤(《张氏医通》)
防风　苍术　白术　茯苓　白芍药　生姜
升举大补汤(《傅青主女科》)
黄芪　白术　陈皮　人参　炙甘草　升麻　当归　熟地　麦冬　川芎　白芷　黄连　荆芥穗
升陷固血汤(《胎产心法》)
当归　川芎　熟地　白芷　升麻　血余炭
升麻汤(《宣明论方》)
升麻　茯苓　人参　防风　犀角　羚羊角　羌活　官桂　生姜　竹沥
升麻汤(《证治准绳》)
升麻　白芍　炙甘草　生葛根
升麻散(《圣济总录》)
升麻　山萸肉　白甘菊　细辛　蔓荆子　山芋　防风
升麻芷葛汤(《审视瑶函》)
升麻　葛根　白芷　薄荷　石膏　陈皮　川芎　甘草　制半夏　生姜
升麻附子汤(《丹溪心法》)
升麻　葛根　白芷　黄芪　甘草　草豆蔻　人参　附子　益智仁
升麻消毒饮(《医宗金鉴》)
当归　赤芍　金银花　连翘　牛蒡子　栀子　羌活　独活　白芷　红花　防风　升麻　桔梗　甘草
升麻清胃散(《症因脉治》)
升麻　生地　川连　丹皮　山栀　当归　大黄
升麻鳖甲汤(《金匮要略》)
升麻　当归　蜀椒　炙鳖甲　雄黄　甘草
乌风补肝散(《医宗金鉴》)
川芎　熟地黄　当归　蒺藜　白芍药　木贼草　夏枯草　防风
乌艾丸(《妇科玉尺》)
乌药　艾叶　香附
乌须生发良方(《寿世保元》)
蒲公英　血余　青盐
乌药顺气散(《太平惠民和剂局方》)
麻黄　陈皮　乌药　川芎　白芷　白僵蚕　枳壳　桔梗　干姜　甘草　姜　枣
乌梅丸(《女科秘方》)
朱砂　雄黄　木香　乳香　没药　草果　乌梅
乌蛇汤(《秘传眼科龙木论》)
乌蛇　藁本　防风　芍药　羌活　川芎　细辛
乌蛇驱风汤(《朱仁康临床经验集》)
乌蛇　蝉衣　荆芥　防风　羌活　白芷　黄连　黄芩　金银花　连翘　甘草
乌蛇搜风汤(《朱仁康临床经验集》)
乌蛇　羌活　独活　防风　炙僵蚕　生地　丹皮　丹参

赤芍 黄芩 银花

风引大豆汤(《圣济总录》)

大豆 附子 枳壳 泽泻 橘皮 甘草 赤茯苓 防风

风瘙瘾疹方(《备急千金要方》)

天雄 牛膝 桂心 知母 防风 干姜 细辛 人参 花粉 白术

凤衣散(《医宗金鉴》)

凤凰衣 轻粉 冰片 黄丹

月黄膏(《朱仁康临床经验集》)

川椒 月黄末(即藤黄末) 黄蜡 白蜡 麻油

分心气饮(《世医得效方》)

紫苏 羌活 半夏 肉桂 青皮 陈皮 大腹皮 桑白皮 木通 芍药 甘草 赤茯苓

分利五苓汤(《叶氏女科证治》)

猪苓 泽泻 白术 赤芍 阿胶 当归 川芎

分珠散(《证治准绳》)

槐花 白芷 地黄 山栀 荆芥 龙胆草 甘草 黄芩 当归 赤芍药

气郁汤(《丹溪心法》)

香附 川芎 苍术

仓廪汤(《证治准绳》)

人参 枳壳 茯苓 炙甘草 前胡 川芎 羌活 独活 桔梗 柴胡 加生姜 陈米

六军丸(《外科正宗》)

蜈蚣 蝉蜕 全蝎 僵蚕 山甲珠 夜明砂

六味汤(《喉科秘旨》)

桔梗 生甘草 薄荷 荆芥 僵蚕 防风

六味汤(《喉科秘旨》)

桔梗 羌活 前胡 柴胡 枳壳 茯苓 川芎 人参 生姜 甘草

六味阿胶饮(《类证治裁》)

地黄 山药 山萸肉 淮山药 茯苓 泽泻 丹皮 阿胶 童便

六物附子汤(《三因极一病证方论》)

附子 桂心 白术 甘草 防己 茯苓

六和汤(《太平惠民和剂局方》)

砂仁 半夏 杏仁 人参 炙甘草 茯苓 藿香 白扁豆 香薷 厚朴 生姜 大枣

六神散(《奇效良方》)

党参 白术 茯苓 扁豆 黄芪 生姜 大枣 甘草

火土既济丹(《辨证录》)

人参 白术 山茱萸 菟丝子 山药 巴戟天 肉桂

火府丹(《证因脉治》)

生地 木通 甘草 黄芩 山栀

火郁汤(《兰室秘藏》)

升麻 葛根 柴胡 白芍药 防风 甘草 葱白

心肾丸(《类证治裁》)

人参 黄芪 当归 地黄 茯苓 五味子 牛膝 肉苁蓉 菟丝子 鹿茸 附子 龙骨

水仙膏(《温病条辨》)

水仙花根

水银枣子(《疡科选粹》)

水银 枣肉

水煮金花丸(《素问病机气宜保命集》)

南星 半夏 天麻 雄黄 头白面 寒水石

水晶膏(《朱仁康临床经验集》)

糯米 15%苛性钾液

水蛭蜜(经验方)

生水蛭 蜂蜜

引火两安汤(《辨证录》)

玄参 麦冬 丹皮 沙参 黄连 肉桂

引伸归舍丹(《杂病源流犀烛》)

胆星 朱砂 附子 猪心血

引精止血汤(《傅青主女科》)

人参 白术 茯苓 熟地 黑参 黄柏 芥穗 山萸肉 车前子

双乌丸(《中医方药手册》)

制川乌 制草乌 全蝎 生黄芪 麻黄 桂枝 当归 乳香 没药

双柏散(膏)(《外科学》)

侧柏叶 大黄 黄柏 薄荷 泽兰

双解贵金丸(《医宗金鉴》)

生大黄 白芷

巴戟丸(《杂病源流犀烛》)

五味子 巴戟天 肉苁蓉 菟丝子 人参 白术 熟地 骨碎补 茴香 牡蛎 龙骨 益智仁 覆盆子

丑药(《喉科秘旨》)

雄黄 梅冰片 胆矾

五 画

石决明散(《杂病源流犀烛》)

石决明 赤芍 草决明 青葙子 木贼 荆芥 山栀 羌活 大黄 麦冬

石南汤(《备急千金要方》)

石南 干姜 黄芩 细辛 人参 桂心 麻黄 当归 川芎 干地黄 甘草 吴茱萸

石斛汤(《济生方》)

石斛 小草 黄芪 麦门冬 生地黄 白茯苓 玄参 炙甘草

石膏散(《证治汇补》)

川芎 石膏 黄芩 白芷

石膏知母汤(《症因脉治》)

石膏 知母 桑白皮 地骨皮 桔梗 甘草

石膏泻白散(《症因脉治》)

桑白皮 地骨皮 甘草 石膏

石膏羌活散(《宣明论方》)

苍术 羌活 密蒙花 石膏 麻子 木贼草 藁本 黄芩 细辛 白菊花 荆芥 川芎 甘草 干菜子 白芷

石燕丹(《医宗金鉴》)

炉甘石 硇砂 石燕 琥珀 鹰屎白 朱砂 冰片 麝香

玉竹麦门冬汤(《温病条辨》)

玉竹 麦冬 沙参 生甘草

玉粉丸(《素问病机气宜保命集》)

南星 半夏 橘皮

玉容散(《外科证治全书》)
甘松 山柰 茅香 僵蚕 白及 白蔹 白附子 花粉 绿豆粉 防风 零陵香 肥皂 白芷
玉真丸(《普济本事方》)
硫黄 石膏 半夏 硝石 生姜
玉黄膏(《朱仁康临床经验集》)
当归 白芷 姜黄 甘草 轻粉 冰片 蜂白蜡
玉匙散(《中医外科临床手册》)
玄明粉 腰黄 僵蚕 炒硼砂 冰片
玉露散(《小儿药证直诀》)
寒水石 石膏 甘草
玉露散(《中医外科学讲义》)
芙蓉叶
玉露膏(《朱仁康临床经验集》)
秋芙蓉叶 凡士林
平安散(经验方)
半夏 川贝母 橘红 柴胡 黄芩 草果 白术 枳壳 生姜
平阳汤(《辨证录》)
玄参 山茱萸 沙参 地骨皮 丹皮
平肝清火汤(《审视瑶函》)
生地黄 连翘 白芍药 柴胡 夏枯草 枸杞子 当归 车前子
平肝镇心丹(《太平惠民和剂局方》)
酸枣仁 车前子 茯苓 茯神 五味子 肉桂 天冬 麦冬 龙齿 熟地黄 山药 人参 朱砂 远志 甘草
平肝顺气保中丸(《增补万病回春》)
白术 香附 陈皮 川芎 枳实 黄连 神曲 山楂 半夏 栀子 萝卜子 白茯苓 干生姜 吴茱萸 麦芽 青皮 缩砂仁 炙甘草
平胃二陈汤(《症因脉治》)
陈皮 厚朴 苍术 甘草 茯苓 半夏
平胃六一散(《症因脉治》)
苍术 厚朴 陈皮 甘草 滑石
平胃地榆汤(《卫生宝鉴》)
地榆 苍术 升麻 黑附子(炮) 白术 陈皮 赤茯苓 厚朴 干姜 葛根 炙甘草 当归 炒白芍药 益智仁 人参 生姜 大枣
平胬丹(《中医外科诊疗学》)
乌梅肉 硼砂 轻粉 冰片
平解汤(《辨证录》)
香附 当归 天花粉 半夏 茯苓 神曲 麦芽 炒栀子 黄连 甘草
龙虎丸(《全国中药成药处方集》)
牛黄 巴豆霜 白砒 朱砂
龙虎二仙汤(《白喉捷要》)
生地 生石膏 犀角 龙胆草 牛蒡子 板蓝根 知母 玄参 马勃 木通 黄连 山栀 黄芩 僵蚕 大青叶 甘草 粳米
龙泉散(《医宗金鉴》)
定粉 龙泉粉(即磨刀石上粉) 莪术 京三棱 昆布
龙胆汤(《古今医统》)
龙胆草 钩藤 柴胡 桔梗 赤芍 川贝母 茯苓 人参 大黄
龙骨散(《普济方》)
龙骨 干姜 当归 禹余粮 阿胶 续断 牛角腮
龙荟丸(《杂病源流犀烛》)
龙胆草 芦荟 当归 栀子 广木香 黄连 黄芩 麝香
龙脑煎(《秘传眼科龙木论》)
龙脑 秦皮 防风 细辛 宣黄连 甘草
龙珠膏(《医宗金鉴》)
龙牙草 棘枣根 海藻 苏木 桑柴灰 苍耳草灰 石灰 巴豆霜 白丁香 石膏 麝香 轻粉
龙眼白盐散(经验方)
龙眼肉 白盐
正元饮(《丹溪心法》)
红豆 人参 肉桂 附子 川芎 山药 乌药 干葛 川乌 干姜 白术 甘草 茯苓 陈皮 黄芪
正气汤(《杂病源流犀烛》)
知母 黄柏 炙甘草
甘胆丸(《赤水玄珠》)
甘草 猪胆汁
甘草干姜汤(《金匮要略》)
甘草 干姜
甘菊荆芥汤(《圣济总录》)
甘菊 防风 旋覆花 川芎 皂荚 石膏 枳壳 甘草 荆芥穗
甘寒生津方(《时病论》)
大生地 大麦冬 连翘 竹叶 北沙参 石膏 蔗浆汁
甘遂半夏汤(《金匮要略》)
甘遂 半夏 芍药 炙甘草
术附汤(《奇效良方》)
白术 附子 甘草
古今录验疗气嗽方(《外台秘要》)
紫菀 贝母 百部根 款冬花 五味子 半夏 芫花根皮 干姜 橘皮 杏仁 苏子 白石英 钟乳石
节斋化痰丸(《明医杂著》)
栝蒌仁 天冬 海蛤粉 青黛 连翘 桔梗 黄芩 橘红 芒硝 香附
艾人理血汤(《目经大成》)
人参 白术 黄芪 甘草 当归 芍药 秦皮 地黄 阿胶 艾叶 防风
去疣膏(《外科学》)
鸦胆子 生石灰 糯米粉 石碱 来苏儿(甲酚皂溶液)
功血方(经验方)
女贞子 旱莲草 槐花 茜草 蒲黄 大小蓟 乌贼骨 刘寄奴
四汁膏(《医学入门》)
梨汁 藕汁 生萝卜汁 生薄荷汁
四圣散(《证治准绳》)
黄连 木贼草 秦皮 灯芯草 大枣
四味大发散(《眼科奇书》)
麻黄绒 藁本 蔓荆子 细辛 老姜
四味回阳饮(《景岳全书》)

人参 附子 炙甘草 炮姜

四物三黄泻心汤(《医宗金鉴》)

当归 芍药 川芎 生地 黄芩 黄连 大黄

四物化郁汤(《类证治裁》)

生地 白芍 当归 川芎 桃仁 红花 香附 青黛

四物坎离丸(《药奁医学丛书》)

生熟地 当归 白芍 黄柏 知母 槐子 侧柏炭 连翘

四物补肝汤(《眼科临症笔记》)

当归 川芎 白芍药 熟地黄 黄芩 石斛 夏枯草 丹皮 山栀 胡黄连 甘草 三七

四物凉膈散(《万氏女科》)

当归身 川芎 赤芍 生地 黄芩 黄连 山栀 连翘 桔梗 生甘草 薄荷叶 淡竹叶

四肢损伤洗方(《中医伤科学讲义》)

桑枝 桂枝 伸筋草 牛膝 木瓜 乳香 没药 羌活 独活 落得打 补骨脂 淫羊藿 萆薢 透骨草

四金刚(《串雅内编》)

黄芪 当归 银花 甘草

四柱散(《太平惠民和剂局方》)

白茯苓 附子 人参 木香

四顺散(《圣济总录》)

甘草 干姜 杏仁 陈皮

四顺清凉饮(《医宗金鉴》)

赤芍 羌活 连翘 当归 山栀子 甘草 大黄 防风

四黄散(《证治准绳》)

黄连 黄柏 大黄 黄芩 滑石 五倍子

四黄膏(《外科学》)

黄连 黄柏 黄芩 大黄 乳香 没药 凡士林

归气饮(《景岳全书》)

熟地 茯苓 扁豆 干姜 丁香 陈皮 藿香 甘草 吴萸 肉桂

归气定喘汤(《石室秘录》)

人参 牛膝 熟地 麦冬 山萸肉 五味子 枸杞子 胡桃肉 破故纸

归芍大黄汤(《症因脉治》)

当归身 白芍药 大黄 丹皮

归芍天地煎(《症因脉治》)

天冬 地黄 知母 黄柏 当归 白芍

归芍红花散(《审视瑶函》)

当归 大黄 山栀 黄芩 红花 赤芍 甘草 白芷 防风 生地 连翘

归梢汤(《杂病源流犀烛》)

当归梢 赤芍 莪术 桃仁 红花

甲癣浸泡液(《外科学》)

土槿皮 大枫子肉 花椒 百部 皂刺 黄精 生川乌 生草乌 明矾 五加皮 米醋

田螺冰片滴耳液(经验方)

大田螺浆水(尖刀挑起螺厣,入冰片末少许,平放瓷盘内,其浆水即从螺窍内渗出)

北庭丹(《医宗金鉴》引清溪秘传方)

硇砂 人中白 瓦上青苔 瓦松 溏鸡矢 麝香 冰片

白术丸(《素问病机气宜保命集》)

半夏 南星 白术

白术汤(《素问病机气宜保命集》)

白术 茯苓 半夏 神曲

白术汤(《证治准绳》)

白术 陈皮 半夏 杏仁 五味子 茯苓 甘草

白术饮(《济生方》)

白术 人参 草果仁 炮姜 姜厚朴 肉豆蔻 橘红 木香 麦芽 甘草

白术散(《太平圣惠方》)

白术 木香 吴茱萸 桂心 陈皮 荜拨 槟榔 人参 川大黄 厚朴 生姜 大枣

白术薏苡仁汤(《医醇賸义》)

白术 茅术 苡仁 茯苓 当归 赤芍 薄荷 连翘 花粉 甘草 鲜荷叶

白芍汤(《杂病源流犀烛》)

白芍 乌梅 酸枣仁

白豆蔻散(《奇效良方》)

香附 陈皮 木香 厚朴 白豆蔻 砂仁

白芷散(《外科真诠》)

白芷 牡蛎粉 上牛黄

白芷暖宫丸(《证治准绳》)

禹余粮 干姜 芍药 白芷 川椒 阿胶 艾叶 川芎

白驳片(《中医外科临床手册》)

紫草 真降香 草河车 白药子 白薇 苍术 海螵蛸 红花 桃仁 生首乌 龙胆草 刺蒺藜 甘草

白矾散(《医部全录》)

白矾 龙骨

白茯苓散(《妇科玉尺》)

茯苓 当归 川芎 熟地 白芍 黄芪 人参 肉桂

白前汤(《外台秘要》)

白前 桑白皮 生地黄 茯苓 地骨皮 麻黄 生姜

白附子丸(《丹溪心法》)

全蝎 白附子 南星 半夏 旋覆花 甘菊 天麻 川芎 橘红 僵蚕 干姜 生姜 荆芥

白降雪散(《医宗金鉴》)

石膏 硼砂 焰硝 胆矾 玄明粉 冰片

白通加猪胆汁汤(《伤寒论》)

葱白 干姜 生附子 人尿 猪胆汁

白屑风洗方(《朱仁康临床经验集》)

苍耳子 苦参 王不留行 明矾

白雪糕(《古今医鉴》)

山药 芡实 莲肉 大米 糯米

白薇汤(《普济本事方》)

白薇 当归 人参 炙甘草

白薇散(《证治准绳》)

白薇 白蔹 白芍

白癜风丸(经验方)

补骨脂 生黄芪 川芎 当归 香附 桃仁 乌梢蛇 丹皮 地龙 白鲜皮 白蒺藜 紫草 龙胆草 硫酸铜

生干地黄丸(《太平圣惠方》)

干生地黄 羚羊角 赤茯苓 木香 甘草 诃黎勒皮 独活 麦门冬 桂心 槟榔

生地黄汤(《备急千金要方》)
生地 黄芩 阿胶 侧柏叶 甘草
生地黄汤(《证治准绳》)
生地 赤芍 当归 川芎 天花粉 甘草
生地清肺饮(《医宗金鉴》)
桑白皮 生地 天冬 前胡 桔梗 苏叶 防风 黄芩 当归 连翘 赤苓 甘草 生姜 大枣
生血补髓汤(《伤科补要》)
生地 芍药 川芎 黄芪 杜仲 五加皮 牛膝 红花 当归 续断
生肌散(《外科精要》)
寒水石 滑石 乌贼骨 龙骨 密陀僧 白矾 干胭脂
生肌散(《伤科补要》)
珍珠 琥珀 龙骨 象皮 黄连 冰片 轻粉 儿茶 血竭
生肌散(《焦氏喉科枕秘》)
赤石脂 海螵蛸 龙骨 血竭 轻粉 乳香 没药 朱砂 白芷 文蛤 枯矾 麝香 冰片
生肌散(《临床骨科学·创伤》)
梅片 麝香 龙骨 硼砂 制象皮 血竭 珍珠母 熟石膏
生肌八宝散(丹)(《中医伤科学讲义》)
煅石膏 赤石脂 东丹 龙骨 轻粉 血竭 乳香 没药
生肌象皮膏(《临床骨科学·创伤》)
象皮 全当归 血余 生龟版 大生地 香油 生炉甘石 生石膏粉 黄蜡 白蜡
生姜甘草汤(《备急千金要方》)
生姜 甘草 人参 大枣
生盐附子扎方(《冰玉堂验方》)
生盐 附子
生蒲黄散(《中医眼科六经法要》)
生蒲黄 旱莲草 丹皮 丹参 荆芥炭 郁金 生地黄 川芎
生熟地黄丸(《审视瑶函》)
川牛膝 石斛 枳壳 防风 生地黄 熟地黄 杏仁 羌活 菊花
瓜蒌丸(《杂病源流犀烛》)
瓜蒌实 山楂 半夏曲 神曲 瓜蒌瓤(竹沥和丸)
瓜蒌根汤(《症因脉治》)
天花粉 麦冬 知母 石膏 甘草
瓜蒌杏连丸(《杂病源流犀烛》)
瓜蒌 杏仁 黄连 竹沥 姜汁
瓜蒌牡蛎散(《金匮要略》)
瓜蒌根 牡蛎
瓜蒌枳实汤(《类证治裁》)
瓜蒌 枳实 贝母 竹沥 陈皮 栀子 黄芩
瓜蒌青黛丸(《杂病源流犀烛》)
瓜蒌 青黛
瓜蒂散(经验方)
甜瓜蒂 黄连 冰片
瓜霜散(《白喉捷要》)
西瓜霜 甘草 辰砂 雄黄 冰片

仙鹤草汤(《伤科学》)
仙鹤草 侧柏炭 丹参 干藕节 炒蒲黄 车前子 荆芥炭 茯苓 参三七
半夏汤(《备急千金要方》)
半夏 麦冬 生姜 桂心 甘草 厚朴 人参 橘皮
半夏汤(《备急千金要方》)
半夏 宿姜 黄芩 生地 远志 赤茯苓 秫米 酸枣仁
半夏汤(《济生方》)
半夏 白术 茯苓 人参 橘皮 附子 木香 桂心 大腹皮 炙甘草
半夏散(《太平圣惠方》)
半夏 木香 槟榔 桔梗 三棱 当归 鳖甲 大黄
半夏散(汤)(《伤寒论》)
半夏 桂枝 炙甘草
半夏左经汤(《三因极一病证方论》)
半夏 干葛 细辛 黄芩 小草 甘草 柴胡 麦冬
半夏茯苓汤(《金匮要略》)
半夏 茯苓 生姜
半夏秫米汤(《灵枢经》)
半夏 秫米
半夏羚羊角散(《审视瑶函》)
半夏 川乌 白菊花 羚羊角 薄荷 羌活 川芎 防风 车前子 细辛 生姜
半夏温肺汤(《医学发明》)
细辛 橘皮 桂心 人参 旋覆花 甘草 桔梗 芍药 半夏 赤茯苓 生姜
半黄丸(《杂病源流犀烛》)
天南星 半夏 黄芩 姜汁
玄参汤(《济生方》)
玄参 生地黄 枳壳 车前子 黄芪 当归 麦门冬 白芍 炙甘草
玄参贝母汤(《杂病源流犀烛》)
玄参 黄柏 防风 贝母 花粉 茯苓 白芷 半夏 天麻 蔓荆子 甘草 姜
玄霜雪梨膏(《东医宝鉴》)
雪梨汁 藕汁 生地汁 麦冬 生萝卜汁 茅根汁 蜜饴糖 柿霜 姜汁
立胜散(《三因极一病证方论》)
黄连 黄柏 秦皮 甘草
宁志膏(《太平惠民和剂局方》)
酸枣仁 人参 辰砂 乳香
宁嗽膏(《东医宝鉴》)
天冬 白术 百部 杏仁 贝母 百合 款冬花 紫菀
汉防己散(《太平圣惠方》)
汉防己 桑根白皮 泽泻 赤茯苓 木通 郁李仁 猪苓 槟榔 紫苏茎叶
加味二妙丸(《杂病源流犀烛》)
苍术 黄柏 牛膝 当归 萆薢 防己 龟版
加味二妙汤(《医宗金鉴》)
生黄柏 苍术 牛膝 槟榔 泽泻 木瓜 乌药 黑豆 当归尾 生姜
加味二陈汤(《景岳全书》)

苍术 白术 橘红 半夏 茯苓 川芎 香附 枳壳 黄连 甘草

加味二陈汤(《医宗金鉴》)

法夏 陈皮 茯苓 甘草 黄芩 薄荷 生姜

加味二陈汤(《时病论》)

茯苓 陈皮 半夏 甘草 薏苡仁 杏仁 生姜 饴糖

加味人参败毒散(经验方)

生地榆 紫竹根 人参 独活 前胡 茯苓 甘草 生姜 柴胡 枳壳 桔梗 川芎

加味三拗汤(《世医得效方》)

麻黄 杏仁 甘草 陈皮 五味子 桂枝 生姜

加味六君子汤(《医宗金鉴》)

人参 白术 炮姜 陈皮 半夏 茯苓 炙甘草 升麻 肉桂 柴胡

加味六君子汤(《顾氏医镜》)

人参 白术 半夏 陈皮 炙甘草 干姜 细辛 五味子

加味平胃散(《医宗金鉴》)

苍术 厚朴 大腹皮 陈皮 莱菔子 山楂 麦芽 甘草 神曲

加味甘桔汤(《笔花医镜》)

甘草 桔梗 川贝 百部 白前 橘红 旋覆花 茯苓

加味四苓散(经验方)

茯苓 猪苓 泽泻 白术 厚朴 陈皮

加味四物汤(《济阴纲目》)

当归 白芍 川芎 熟地 茯神 远志 炒枣仁

加味四物汤(《金匮翼》)

生地 当归 白芍 蔓荆子 川芎 黄芪 菊花 炙甘草

加味四物汤(《审视瑶函》)

生地黄 苦参 薄荷 川芎 连翘 牛蒡子 天花粉 防风 赤芍药 当归 荆芥

加味四物汤(《眼科集成》)

生地黄 熟地黄 山萸肉 当归 白芍药 泽泻 车前子 怀牛膝 肉桂 黄柏 黑豆

加味地黄丸(《医宗金鉴》)

熟地黄 山药 山萸肉 丹皮 茯苓 鹿茸 五加皮 麝香

加味地骨皮饮(《医宗金鉴》)

生地 当归 白芍 川芎 胡黄连 牡丹皮 地骨皮

加味冰硼散(经验方)

冰片 硼砂 黄连 僵蚕末

加味导赤散(经验方)

生地 木通 竹叶 甘草 黄连 黄芩 金银花 连翘 牛蒡子 玄参 桔梗 薄荷

加味苍柏散(《杂病源流犀烛》)

苍术 白术 黄柏 知母 当归 白芍 生地 木瓜 槟榔 羌活 独活 木通 汉防己 牛膝 甘草 生姜

加味寿星丸(《杂病源流犀烛》)

姜半夏 南星 朱砂 琥珀 枯矾 珍珠母 姜汁

加味羌活散(《幼幼集成》)

羌活 前胡 桔梗 薄荷 枳壳 天麻 白芷 川芎 蝉蜕 人参 炙甘草 生姜

加味泻白散(《症因脉治》)

桑白皮 地骨皮 陈皮 石膏 桔梗 黄芩 知母 甘草

加味活血饮(《眼科金镜》)

当归 赤芍药 红花 银花 山栀 黄芩 白芷 防风 天花粉 甘草 牛蒡子 连翘

加味枳术汤(《医学入门》)

枳实 白术 紫苏 辣桂 陈皮 槟榔 桔梗 木香 五灵脂 半夏 白茯苓 甘草 生姜

加味固阴煎(《女科证治约旨》)

生地炭 白芍 阿胶 生龙骨 生牡砺 茯神 山药 秋石 知母 黄柏

加味调中益气汤(《审视瑶函》)

黄芪 升麻 细辛 陈皮 广木香 川芎 人参 甘草 蔓荆子 当归 苍术 柴胡

加味修肝散(《银海精微》)

山栀 薄荷 羌活 荆芥 防风 麻黄 大黄 连翘 黄芩 当归 赤芍药 白菊花 木贼草 桑螵蛸 白蒺藜 川芎 甘草

加味桔梗汤(《证治准绳》)

桔梗 射干 玄参 山豆根 生地 青果 牛膝

加味柴胡汤(《审视瑶函》)

柴胡 黄芩 半夏 甘草 荆芥 防风 川芎 白芷 薄荷 前胡 生姜

加味麻仁丸(《证治准绳》)

大黄 白芍药 厚朴 当归 杏仁 麻仁 槟榔 南木香 枳壳 麝香

加味黄芩汤(《叶氏女科证治》)

黄芩 白芍 甘草 白术 茯苓 通草

加味黄连解毒汤(《焦氏喉科枕秘》)

黄连 黄芩 山栀子 连翘 蒲公英 牛蒡子 板蓝根 葛根

加味清心饮(《世医得效方》)

石莲肉 石菖蒲 白茯苓 车前子 益智仁 麦冬 远志 人参 白术 泽泻 甘草

加味清胃散(《寿世保元》)

生地 升麻 当归 丹皮 黄连 犀角 连翘 甘草

加减八味丸(《审视瑶函》)

熟地黄 山药 山萸肉 茯苓 泽泻 丹皮 五味子 肉桂

加减内固丸(《杂病源流犀烛》)

肉苁蓉 巴戟天 山药 山萸肉 菟丝子 破故纸 金石斛 葫芦巴 小茴香 附子

加减四物汤(《审视瑶函》)

生地黄 苦参 薄荷 川芎 牛蒡子 连翘 天花粉 防风 赤芍药 当归 荆芥穗

加减地黄丸(《原机启微》)

生地黄 熟地黄 牛膝 当归 枳壳 杏仁 羌活 防风

加减异功散(《广嗣纪要》)

人参 茯苓 白术 炙甘草 陈皮 当归 黄芩 柴胡

加减补筋丸(《医宗金鉴》)

当归 熟地黄 白芍 红花 乳香 茯苓 骨碎补 陈皮 没药 丁香

加减泻白散(《症因脉治》)

桑白皮　地骨皮　甘草　防风　荆芥　桔梗

加减泻黄散(《证治准绳》)

黄连　茵陈　黄柏　黄芩　山栀　茯苓　泽泻

加减济心丹(《辨证录》)

人参　炒酸枣仁　熟地　玄参　麦冬　丹皮　莲子心　茯苓

加减理中汤(《医宗金鉴》)

人参　干姜　白术　川椒　乌梅

加减清心莲子饮(《女科证治约旨》)

石莲肉　西洋参　地骨皮　麦冬　黄芩　焦山栀　生甘草　车前子

加减排风汤(《杂病源流犀烛》)

天麻　苍术　防风　川芎　羌活　独活　麻黄　白鲜皮　当归　白芍　白术　半夏　赤茯苓　黄芩　杏仁　甘草　生姜

加减黑膏汤(《喉痧证治概要》)

淡豆豉　薄荷叶　连翘　炙僵蚕　鲜地黄　象贝母　浮萍草　生甘草　鲜竹叶　茅根　芦根　生石膏　赤芍　蝉蜕　鲜石斛

皮肤外洗一方(《外科学》)

土荆芥　如意花　毛麝香　松树针(或侧柏叶)

皮肤外洗二方(《外科学》)

火炭母　羊蹄草　大飞扬　黑面神　九里香　三桠苦　穿心莲

皮肤灵药粉(《临床骨科学·创伤》)

制松香　黄丹　铅粉　真青黛　枯矾　血余炭

皮炎汤(《朱仁康临床经验集》)

生地　丹皮　赤芍　知母　生石膏　银花　连翘　竹叶　生甘草

皮癣水(《朱仁康临床经验集》)

土槿皮　紫荆皮　苦参　苦楝树皮　千金子　斑蝥　蜈蚣　樟脑

皮癣膏(《朱仁康临床经验集》)

黄柏　白芷　轻粉　煅石膏　蛤粉　五倍子　硫黄　雄黄　铜绿　章丹　枯矾　胆矾　凡士林

圣惠方(《疡医大全》)

玄精石　牛黄　朱砂　冰片

圣散之方(《三因极一病证方论》)

草豆蔻　猪苓　石菖蒲　茯苓　高良姜　独活　柴胡　吴茱萸　附子　麻黄　厚朴　藁本　芍药　枳壳　白术　苍术　半夏　泽泻　藿香　防风　细辛　甘草

发际散(《朱仁康临床经验集》)

五倍子末　雄黄末　枯矾末

六　画

地芍凉血汤(《顾松园医镜》)

生地　白芍　地骨皮　鳖甲　竹叶　麦冬　山药　甘草　枸杞　杜仲

地芝丸(《东垣试效方》)

天门冬　生地黄　枳壳　白菊花

地肤子丸(《外台秘要》)

地肤子　决明子

地骨皮饮(《杂病源流犀烛》)

地骨皮　知母　银柴胡　太子参　黄芩　赤苓　鳖甲　甘草

地黄汤(《外台秘要》)

生地　升麻　玄参　芍药　柴胡　麦门冬　贝母　竹叶　白蜜

地黄汤(《三因极一病证方论》)

麦门冬　生地黄　人参　茯苓　芍药　萎蕤　石膏　远志　白术　甘草

地黄散(《太平圣惠方》)

生干地黄　赤芍药　柏叶　阿胶　当归　赤茯苓

地黄煎(《备急千金要方》)

生地　枸杞　荆沥　竹沥　酥　生姜汁　人参　茯苓　天门冬　大黄　栀子

地黄膏(《证治准绳》)

干姜　川芎　枳壳　当归　肉桂　香附　木香　甘草

地榆散(《仁斋直指方论》)

地榆　黄连　黄芩　茜草根　栀子仁

地榆散(《景岳全书》)

地榆

地榆炭粉(《临床骨科学·创伤》)

地榆炭

芎乌散(《丹溪心法附余》)

川芎　乌药

芎术汤(《奇效良方》)

川芎　附子　白术　桂心　甘草　生姜　大枣

芎术除眩散(《证治准绳》)

附子　白术　川芎　官桂　甘草

芎归六君子汤(《类证治裁》)

人参　白术　茯苓　甘草　半夏　陈皮　川芎　当归

芎辛汤(《三因极一病证方论》)

川芎　细辛　天南星　干姜　附子　乌头　炙甘草

芎芷膏(《世医得效方》)

川芎　白芷

芎苏散(《审视瑶函》)

川芎　苏叶　白芍　白术　麦冬　陈皮　干姜　甘草　生姜　葱白

芎苏散(《证治准绳》)

桔梗　陈皮　半夏　茯苓　炙甘草　生姜　大枣　川芎　苏叶　柴胡　葛根　枳壳

芎䓖散(《普济本事方》)

川芎　当归　羌活　旋覆花　蔓荆子　细辛　石膏　藁本　荆芥穗　半夏曲　熟地黄　防风　甘草　生姜

芎菊上清丸(《中药制剂手册》)

黄芩　栀子　蔓荆子　连翘　荆芥　桔梗　防风　黄连　薄荷　羌活　藁本　甘草　川芎　白芷　菊花

芍药黄连汤(《症因脉治》)

当归　大黄　甘草　赤芍　黄连

芍药清肝散(《原机启微》)

白术　石膏　川芎　防风　桔梗　滑石　荆芥穗　前胡　大黄　芍药　甘草　薄荷　柴胡　黄芩　知母　山栀　羌活　芒硝

百合丹(《医宗金鉴》)
百合 天冬 杏仁 桑白皮 木通 大黄 芒硝
百合洗方(《金匮要略》)
百合
百部酊(《外科学》)
百部 75%酒精(乙醇)
百解散(《医宗金鉴》)
干葛 升麻 赤芍 生甘草 黄芩 麻黄 肉桂 生姜 葱白
西瓜霜合剂(经验方)
西瓜霜 月石 黄连 黄芩 秦皮
耳灵散(《经验方》)
冰片 玄明粉 硼砂 硇砂
夺命丹(《解围元薮》)
苦参 桔梗 升麻 当归 白芍 连翘 茯苓 荆芥 防风 羌活 苍术 独活 黄芩 川芎 薄荷 蛇床子 大黄 白芷 陈皮 半夏 干葛 枳壳 甘草 山栀 芒硝
夺命散(《证治准绳》)
没药 血竭
夺郁汤(《杂病源流犀烛》)
苍术 藿香 省头草 砂仁 草蔻仁 香附 陈皮 苏梗 生姜
存命汤(《经验方》)
羌活 川芎 大黄 法半夏 防风 川乌 草乌 全蝎 僵蚕 南星 白芷 蝉蜕 天麻 甘草 蜈蚣 白附子 琥珀 朱砂
托里散(《备急千金要方》)
黄芪 厚朴 防风 桔梗 连翘 木香 没药 乳香 当归 川芎 白芷 乌药 肉桂 人参 甘草
至宝丸(《太平惠民和剂局方》)
南星 半夏 天麻 白面
夹食丸(《圣济总录》)
乳香 木香 丁香 肉豆蔻 当归 青橘皮 京三棱 紫菀 干姜 炮附子 巴豆 鳖甲 丹砂
夹纸膏(《鲍氏经验新编》)
樟脑 铜绿 猪油
巩堤丸(《杂病源流犀烛》)
韭子 鹿茸 牛膝 熟地 当归身 肉苁蓉 巴戟天 金石斛 杜仲 肉桂 干姜
达郁汤(《杂病源流犀烛》)
升麻 柴胡 川芎 香附 桑皮 白蒺藜
过敏煎(经验方)
乌梅 五味子 银柴胡 苍耳子 苍术 赤小豆 防风 当归 甘草
当归汤(《妇人大全良方》)
当归 阿胶 甘草 人参 连根葱白
当归散(《全生指迷方》)
当归 荆芥穗 甘草 附子 大枣 生姜
当归散(《证治准绳》)
当归 赤芍 甘草 大黄 川芎 麻黄
当归饮(《世医得效方》)
当归 赤芍 干地黄 大黄 苏木
当归饮(《医宗金鉴》)
何首乌 白鲜皮 白蒺藜 当归 生地 白芍 黄芪 人参 川芎 甘草
当归饮子(《审视瑶函》)
当归身 人参 柴胡 黄芩 白芍药 炙甘草 大黄 滑石 生姜
当归龙胆汤(《银海精微》)
防风 石膏 柴胡 羌活 五味子 升麻 甘草 黄连 黄芩 黄柏 黄芪 当归 龙胆草 赤芍药
当归白术汤(《三因极一病证方论》)
白术 茯苓 当归 黄芩 茵陈 前胡 枳实 炙甘草 杏仁 半夏 生姜
当归红花饮(《麻科活人全书》)
当归尾 红花 葛根 紫草 大青叶 连翘 牛蒡子 黄连 甘草
当归导滞散(《医宗金鉴》)
大黄 当归 麝香
当归鸡血藤汤(《中医伤科学》)
当归 熟地 桂圆肉 白芍 丹参 鸡血藤
当归延胡索汤(《万氏女科》)
当归尾 延胡索 蒲黄 五灵脂 赤芍 桂心 红花
当归连翘汤(《疡医大全》)
当归尾 连翘 川白芷 大黄 甘草
当归厚朴汤(《医学入门》)
良姜 官桂 当归 厚朴
当归活血饮(《审视瑶函》)
当归身 熟地黄 白芍药 川芎 黄芪 苍术 防风 羌活 甘草 薄荷
当归润肠汤(经验方)
桃仁 红花 生地 熟地 当归 炙甘草 升麻 大黄 麻仁
当归黄芩芍药汤(《胎产心法》)
当归 黄芩 芍药 黄连 白术 枳壳 茯苓 陈皮 生地 甘草 木香 乌梅
当归银花汤(《症因脉治》)
当归 银花 生地 甘草
当归寄生汤(《济阴纲目》)
当归 艾叶 桑寄生 人参 白术 熟地 川芎 川断
光明眼膏(《全国医药产品大全》)
炉甘石 冰片 硼砂 无水硫酸铜 重硫酸黄连素 白芷浸膏 液状石蜡 凡士林
肉豆蔻丸(《圣济总录》)
肉豆蔻 木香 蝎梢 橘皮 干姜 附子 胡椒
肉苁蓉丸(《圣济总录》)
肉苁蓉 石斛 白术 五味子 肉桂 巴戟天 防风 人参 茯苓 泽泻 山萸肉 熟地黄 磁石
团参饮子(《济生方》)
人参 半夏 紫菀 阿胶 百合 天冬 款冬花 杏仁 桑叶 细辛 甘草 五味子 生姜
贞元饮(《景岳全书》)
熟地黄 炙甘草 当归
曲麋丸(《济生方》)

神曲　麦蘖　黄连

竹叶泻经汤(《原机启微》)

柴胡　山栀　羌活　升麻　炙甘草　黄连　大黄　赤芍药　草决明　茯苓　泽泻　车前子　竹叶　黄芩

竹叶黄芪汤(《医宗金鉴》)

人参　生黄芪　石膏　半夏　麦冬　白芍　川芎　当归　黄芩　甘草　生地　竹叶　生姜　灯芯草

竹皮汤(《类证活人书》)

刮竹青皮

竹茹散(《太平圣惠方》)

竹茹　生地　茜根　百合　杏仁　黄芪　甘草

全真益气汤(《目经大成》)

地黄　附子　白术　五味子　人参　麦门冬　怀牛膝

全蝎散(《保婴撮要》)

全蝎　僵蚕　南星　白附子　防风　天麻　朱砂　甘草　川芎　薄荷

朱砂丸(《太平圣惠方》)

朱砂　雄黄　麝香　炮附子　巴豆

朱砂煎(《秘传眼科龙木论》)

冰片　乳香　朱砂　细辛　白芷　黄连　秦皮

先天大造丸(《外科正宗》)

人参　白术　当归身　白茯苓　菟丝子　枸杞子　黄精　牛膝　补骨脂　骨碎补　巴戟肉　远志　广木香　青盐　熟地黄　丁香　何首乌　黑枣肉　肉苁蓉　紫河车　淫羊藿

先解汤(《眼科切要》)

柴胡　白芍药　山栀　茯苓　法半夏　羌活

血郁汤(《证治汇补》)

香附　丹皮　苏木　山楂　桃仁　赤曲　穿山甲　降香　通草　麦芽　红花　姜汁

伤油膏(《中医伤科学讲义》)

血竭　红花　乳香　没药　儿茶　琥珀　冰片　香油　黄蜡

伤筋药水(《中医伤科学讲义》)

生草乌　生川乌　羌活　独活　生半夏　生栀子　生大黄　生木瓜　路路通　生蒲黄　樟脑　苏木　赤芍　红花　生南星　白酒　米醋

伏梁丸(《医宗必读》)

黄连　人参　厚朴　黄芩　肉桂　茯神　丹参　川乌　干姜　红豆蔻　菖蒲　巴豆霜

行健汤(《医醇賸义》)

黄芪　人参　茯苓　当归　白术　白芍　陈皮　砂仁　甘草　木香　青蒿梗　料豆　大枣　生姜

华佗五嗽丸(《肘后备急方》)

炙皂荚　干姜　桂

华佗愈风散(《普济本事方》)

炒黑荆芥穗

舌衄方(《焦氏喉科枕秘》)

犀角　丹皮　生地　赤芍　黄连　当归　黄芩　山栀子　蒲黄

延年白术丸(《外台秘要》)

白术　白芷　干姜　石斛　五味子　细辛　橘皮　厚朴　桂心　防风　茯苓　甘草

安庆膏药(经验方)

芝麻油　铅粉　生姜　雄黄

安定汤(《辨证录》)

黄芪　白术　当归　枣仁　远志　茯神　甘草　熟地　半夏　麦冬　柏子仁　玄参

安荣散(《妇人大全良方》)

麦门冬　通草　滑石　当归　灯芯　甘草　人参　细辛

安神丸(《小儿药证直诀》)

人参　当归　茯神　枣仁　杏仁　赤芍　橘红　半夏　五味子　甘草　姜片汁

安神散(《证治准绳》)

犀角　雄黄　车前草　茯神　人参

安神定志丹(《医学心悟》)

茯苓　茯神　远志　人参　石菖蒲　龙齿

安脑宁神丸(《伤科学》)

天麻　白蒺藜　杭菊　钩藤　党参　川芎　炙黄芪　炒白术　熟地黄　珍珠母　枣仁　陈皮　当归　杞子　炙甘草　炙远志

安蛔汤(《类证治裁》)

人参　白术　茯苓　乌梅　川椒　干姜

安厥汤(《辨证录》)

人参　玄参　茯苓　白薇　麦冬　生地　天花粉　炒栀子　白芍　柴胡　甘草

安魂汤(《丹台玉案》)

枣仁　茯神　远志　当归　胆星　灯芯草

安睡丹(《辨证录》)

白芍　生地　当归　熟地　山茱萸　枸杞　甘草　甘菊

守中汤(《证治准绳》)

苍术　桔梗　干姜　甘草

宅中汤(《医醇賸义》)

天冬　紫河车　人参　茯神　黄芪　当归　丹参　柏子仁　白芍　远志　莲子

刘氏肠风汤(《通俗伤寒论》)

生晒术　炒白芍　炒广皮　煨防风　焦麦芽　煨葛根　川芎

冰连散(经验方)

黄连　辛夷花　冰片

冰柏散(《老中医医案医话选》)

柏叶灰　冰片

冰糖散(经验方)

冰片　糖

冰麝散(经验方)

黄柏　黄连　甘草　鹿角霜　玄明粉　明矾　硼砂　冰片　麝香

决明夜灵散(《原机启微》)

夜明砂　石决明　猪肝

决津煎(《景岳全书》)

当归　牛膝　肉桂　乌药　泽泻　熟地

决流汤(《石室秘录》)

牵牛　甘遂　车前子　肉桂

冲和散(《杂病源流犀烛》)

苍术 荆芥 甘草
壮火丹(《辨证录》)
人参 巴戟天 白术 熟地 山茱萸 肉苁蓉 枸杞 附子 肉桂 破故纸 茯苓 北五味 炒枣仁 柏子仁 山药 芡实 龙骨
壮筋养血汤(《伤科补要》)
当归 川芎 白芷 续断 红花 生地黄 牛膝 牡丹皮 杜仲
壮筋续骨丹(《伤科大成》)
当归 川芎 白芍 熟地黄 杜仲 川断 五加皮 骨碎补 桂枝 三七 黄芪 虎骨 破故纸 菟丝子 党参 木瓜 刘寄奴 地鳖虫
壮腰健肾汤(《中医伤科学》)
熟地黄 杜仲 山芋 枸杞子 补骨脂 红花 羌活 独活 肉苁蓉 菟丝子 当归
灯芯汤(《秘药方》)
大竹叶 灯芯 琥珀 麦门冬 辰砂
红豆散(《卫生宝鉴》)
红豆 干姜 硫黄 附子
红花酒精(《中医伤科学》)
当归 红花 赤芍 紫草 60%酒精(乙醇)
红灵丹(《中医外科临床手册》)
又名红灵散 雄黄 乳香 煅硼砂 青礞石 没药 三梅火硝 朱砂 麝香
红灵酒(《中医外科临床手册》)
当归 肉桂 红花 干姜 川椒 樟脑 细辛 95%酒精(乙醇)
红油膏(《中医外科学讲义》)
东丹 九一丹 凡士林
红油膏(《朱仁康临床经验集》)
红信 棉子油 黄蜡
防己饮(《寿世保元》)
苍术 白术 黄柏 防己 生地 川芎 槟榔 木通 犀角 甘草梢
防风丸(《三因极一病证方论》)
防风 桂心 通草 茯苓 人参 远志 甘草 白石英 麦门冬
防风根汤(《杂病源流犀烛》)
白术 当归 姜黄 生黄芪 桑枝 防风根
防风平胃散(《症因脉治》)
苍术 厚朴 广皮 甘草 防风
防风归芎汤(《伤科学》)
川芎 当归 防风 荆芥 羌活 白芷 细辛 蔓荆子 丹参 乳香 没药 桃仁 苏木 泽兰叶
防风羌活汤(《审视瑶函》)
防风 羌活 细辛 川芎 半夏 白术 黄芩 甘草 天南星
防风泻白散(《症因脉治》)
防风 桑白皮 地骨皮 甘草
防风胜湿汤(《症因脉治》)
防风 荆芥 葛根 白芷 桔梗 甘草
防葛平胃散(《症因脉治》)
防风 葛根 苍术 厚朴 陈皮 甘草
阳和丸(《重楼玉钥》)
上交桂 黑炮姜 麻黄
阳毒升麻汤(《证治准绳》)
升麻 犀角 射干 黄芩 人参 甘草
阴症膏(经验方)
川乌 草乌 皂刺 白芷 丁香 土鳖 川芎 马钱子 肉桂 麻黄 急性子 章丹 乳香 没药 紫荆皮 香油
阴毒甘草汤(《圣济总录》)
炙甘草 升麻 当归 雄黄 蜀椒 鳖甲 肉桂
导水丸(《儒门事亲》)
大黄 黄芩 牵牛子 滑石
导赤散(《银海精微》)
木通 甘草 山栀 黄柏 生地黄 知母
导赤各半汤(《症因脉治》)
生地 木通 川连 甘草 黄芩 山栀
导赤各半汤(《症因脉治》)
黄芩 黄连 犀角 麦冬 滑石 知母 人参 灯芯 白茯神
导赤清心汤(《通俗伤寒论》)
鲜生地 辰茯神 细木通 辰麦冬 粉丹皮 益元散 淡竹叶 莲子心 辰砂染灯芯 童便
导饮丸(《医学纲目》)
吴茱萸 茯苓 黄连 苍术 独活 神曲
导滞通幽汤(《医编》)
当归 升麻 桃仁 甘草 熟地 生地 红花 槟榔
异功散(《疫痧草》)
斑蝥 血竭 乳香 没药 全蝎 玄参 麝香 冰片
收肛液(经验方)
明矾 黄连 枸橼酸钠 奴佛卡因 蒸馏水

七 画

苍术汤(《审视瑶函》)
苍术 白芍药 枳壳 茯苓 白芷 陈皮 川芎 半夏 升麻 炙甘草 生姜
苍术膏(《朱仁康临床经验集》)
苍术 蜂蜜
苍术白虎汤(《类证活人书》)
知母 石膏 苍术 粳米 甘草
苍术防风汤(《症因脉治》)
熟苍术 防风
苍术除湿汤(《症因脉治》)
苍术 白术 厚朴 茯苓 陈皮 甘草 半夏曲
苍术难名丹(《世医得效方》)
苍术 茴香 川楝子 川乌 破故纸 白茯苓 龙骨
苍白二陈汤(《医学心悟》)
陈皮 半夏 茯苓 甘草 苍术 白术
苍耳草膏(经验方)
苍耳草
苏羌饮(《时病论》)
紫苏 羌活 防风 陈皮 淡豆豉 生姜 葱白
苏子杏仁汤(《症因脉治》)

苏子 杏仁 桔梗 枳壳 防风 半夏 瓜蒌霜

苏蒲洗方(经验方)

苏木 蒲公英 钩藤 防风 防己 川椒 黄芩 白矾

芩连二母丸(《外科正宗》)

黄芩 黄连 知母 贝母 川芎 当归 白芍 生地 熟地 蒲黄 羚羊角 地骨皮 甘草

芩连二陈丸(《重订通俗伤寒论》)

青子芩 半夏 淡竹茹 赤茯苓 川连 新会皮 枳实 碧玉散 生姜汁 淡竹沥

芩连平胃汤(《医宗金鉴》)

黄芩 黄连 厚朴 苍术 甘草 陈皮 生姜

苁蓉丸(《普济方》)

当归 生地 白芍药 肉苁蓉 胡粉

苁蓉牛膝丸(《奇效良方》)

肉苁蓉 川牛膝 天麻 木瓜 枸杞子 黄芪 虎骨 青盐

苁蓉菟丝丸(《济阴纲目》)

肉苁蓉 菟丝子 覆盆子 蛇床子 当归 白芍 乌贼骨 川芎 牡蛎 五味子 防风 黄芩 艾叶

苁蓉滴鼻液(经验方)

肉苁蓉 羊藿叶 当归 桂枝 黄芪 石蜡油

花蕊石散(《伤科汇纂》)

花蕊石 硫黄

芳香化浊法(《时病论》)

藿香 佩兰 陈皮 半夏 大腹皮 厚朴 荷叶

芫花粗散(《普济方》)

芫花 蚕砂 生地黄 牛膝 桑白皮 艾叶 白芷 蜀椒 当归 生姜

芦根饮子(《秘传眼科龙木论》)

芦根 大黄 防风 黄芪 芒硝 黄芩 玄参

芙蓉膏(经验方)

芙蓉叶 泽兰叶 黄芩 黄连 黄柏 大黄 凡士林

麦冬汤(《备急千金要方》)

麦冬 桔梗 桑白皮 半夏 生地 紫菀 竹茹 麻黄 甘草 五味子 生姜

麦冬汤(《杂病源流犀烛》)

石膏 知母 白芍药 茯苓 栀子 竹茹 麦门冬 白术 扁豆 人参 陈皮 乌梅 莲子肉 甘草

麦门冬汤(《备急千金要方》)

麻黄 桑白皮 淡竹叶 桔梗 半夏 生地 紫菀 五味子 麦冬 生姜

麦门冬汤(《济生方》)

麦门冬 远志 人参 黄芩 生地黄 茯神 石膏 炙甘草

麦门冬汤(《瘴疟指南》)

麦冬 人参 白术 陈皮 川芎 半夏 当归 肉桂 乌梅 附子 甘草 茯苓

赤石脂丸(《医编》)

赤石脂 干姜 黄连 当归

赤芍药汤(《济生方》)

赤芍药 半夏 橘红

赤芍连翘散(《医醇賸义》)

赤芍 连翘 葛根 银花 豆豉 防风 薄荷 独活 桑叶 甘草

赤眼神效八宝丹(《异授眼科》)

当归 防风 黄连 朴硝 杏仁 铜青 白矾 郁李仁

来苏汤(《医醇賸义》)

天冬 生地 熟地 南沙参 北沙参 沙苑子 杜仲 杏仁 麦冬 贝母 茜草根 牛膝 赤芍 白芍 磁石 莲子

来复丹(《太平惠民和剂局方》)

硝石 硫黄 玄精石 五灵脂 青皮 橘皮

来复汤(《医学衷中参西录》)

净萸肉 生龙骨 生牡蛎 生杭芍 野台参 甘草

杏子汤(《易简方》)

人参 半夏 茯苓 细辛 干姜 甘草 桂皮 芍药 杏仁 五味子

走哺人参汤(《备急千金要方》)

人参 黄芩 知母 萎蕤 茯苓 白术 山栀 陈皮 芦根 石膏

两归汤(《辨证录》)

麦冬 黄连 熟地 生枣仁 丹参 茯神

豆附丸(《太平惠民和剂局方》)

肉豆蔻 白茯苓 附子 木香 干姜 肉桂 丁香 生姜

寿星丸(《证治要诀》)

天南星 琥珀 朱砂 生姜

扶气止啼汤(《傅青主女科》)

人参 黄芪 麦冬 当归 橘红 甘草 天花粉

扶危散(《医宗金鉴》)

斑蝥 滑石 雄黄 麝香

扶命升火丹(《辨证录》)

人参 巴戟天 山茱萸 熟地 附子 肉桂 黄芪 鹿茸 龙骨 生枣仁 白术 北五味 肉苁蓉 杜仲

扶脾丸(《兰室秘藏》)

干姜 肉桂 干生姜 藿香 红豆 白术 茯苓 陈皮 半夏 诃子皮 炙甘草 乌梅肉 炒麦芽 炒神曲

扶脾丸(《证治要诀》)

生姜 橘皮 甘草 丁香 砂仁

护心散(《证治准绳》)

绿豆 乳香 辰砂 生甘草

护睛丸(《秘传眼科龙木论》)

木香 大黄 黄芩 玄参 细辛 射干

护膜散(《医宗金鉴》)

白蜡 白及

抚芎汤(《丹溪心法附余》)

川芎 白术 橘红 炙甘草 生姜

折冲饮(《景岳全书》)

当归 桃仁 桂枝 川芎 白芍 延胡索 牛膝 丹皮 红花

折郁汤(《杂病源流犀烛》)

肉桂 丁香 白术 白蔻仁 茯苓 猪苓 泽泻 木通

抑阴散(《外科证治》)

草乌 南星 独活 狼毒 香白芷

抗癌止痛散(《肿瘤的诊断与防治》)

二七 重楼 延胡索 山慈姑 芦根 黄药子 川乌

连柏益阴丸(《东垣试效方》)

甘草根 羌活 独活 当归身 五味子 防风 黄芩 草决明 黄柏 知母 黄连 石决明

连理汤(《张氏医通》)

人参 白术 干姜 炙甘草 黄连 茯苓

连翘赤小豆饮(《温病条辨》)

连翘 山栀 通草 赤小豆 花粉 豆豉

连蒲散(《证治准绳》)

黄连 蒲黄 黄芩 当归 生地黄 枳壳 槐角 芍药 川芎 甘草

还元丹(《景岳全书》)

何首乌 熟地 生地 天冬 麦冬 人参 地骨皮 白茯苓

还睛散(《秘传眼科龙木论》)

人参 车前子 地骨皮 茯苓 细辛 防风 川芎 羌活

还睛救苦汤(《原机启微》)

升麻 苍术 甘草 柴胡 防风 羌活 细辛 藁本 川芎 桔梗 红花 当归尾 黄连 黄芩 黄柏 知母 生地黄 连翘 龙胆草

远志饮子(《证治准绳》)

远志 茯神 肉桂 人参 酸枣仁 黄芪 当归 炙甘草 生姜

坎离既济丸(《症因脉治》)

熟地 当归 白芍 丹皮 知母 天冬 黄柏 麦冬 龟版胶 鹿角胶

坎离既济丹(《杂病源流犀烛》)

肉苁蓉 生地黄 麦门冬 山茱萸 枸杞子 五味子 黄柏 当归身 白芍药 天门冬 熟地黄 远志 茯苓 茯神 牡丹皮 酸枣仁 人参 泽泻

劫劳散(《医学入门》)

白芍 黄芪 甘草 人参 当归 熟地 五味子 半夏曲 阿胶 茯苓 生姜 大枣

劫毒汤(《医宗金鉴》)

瓦松 马齿苋 甘草 川文蛤 川椒 苍术 防风 葱白 枳壳 侧柏叶 焰硝

克效汤(《奇效良方》)

薄荷 僵蚕 延胡索

豕膏(《景岳全书》)

当归 猪脂 白蜜

吴茱萸汤(《金匮翼》)

吴茱萸 木瓜 槟榔

足癣散(《外科学》)

枯矾 梅片 樟脑 滑石 硫黄 轻粉 熟硼砂

旱螺散(《医宗金鉴》)

白田螺壳 冰片 麝香

吹霞散(《审视瑶函》)

白丁香 白及 白牵牛

助阳和血汤(《兰室秘藏》)

黄芪 炙甘草 防风 当归 白芷 升麻 蔓荆子 柴胡

坚骨壮筋膏(《中医伤科学讲义》)

骨碎补 川断 马钱子 白及 硼砂 生草乌 生川乌 牛膝 苏木 杜仲 伸筋草 透骨草 羌活 独活 麻黄 五加皮 皂角核 红花 泽兰叶 虎骨 香油 黄丹 (以上熬制膏药用) 血竭 丁香 白芷 乳香 没药 肉桂 甘松 细辛 冰片 麝香 (后10味研为细末,临贴时撒于药面)

何首乌汤(《疡医大全》)

何首乌 防风 金银花 荆芥 苍术 白鲜皮 甘草 苦参 连翘 木通 灯心

何首乌酒(《医宗金鉴》)

何首乌 当归身 当归尾 穿山甲 生地黄 熟地黄 虾蟆 侧柏叶 松针 五加皮 制川乌 制草乌 黄酒

伸筋膏(《中医伤科学讲义》)

马钱子 透骨草 穿山甲 汉防己 乳香 没药 生姜 王不留行 细辛 五加皮 豨莶草 独活 生草乌 五倍子 肉桂 枳实 牛蒡子 血余 地龙 红娘 全蝎 威灵仙 大黄 泽兰叶 丝瓜络 麻黄 䗪虫 防风 当归尾 功劳叶 蜈蚣 香油 章丹

利火汤(《傅青主女科》)

大黄 白术 茯苓 车前子 黄连 栀子 知母 王不留行 石膏 刘寄奴

利水益气汤(《傅青主女科》)

人参 白术 白芍 茯苓 陈皮 木瓜 苍术 厚朴 苏叶 木通 大腹皮

利鼻丸(经验方)

白芷 川芎 防风 石菖蒲 甘草 菊花 桔梗 藁本

牡矾丹(《类证治裁》)

牡蛎粉 黄丹 枯矾

牡蛎丸(《圣济总录》)

牡蛎 赤石脂

皂角丸(《奇效良方》)

皂角 枳壳

皂角丸(《证治准绳》)

蛇蜕 蝉蜕 元精石 穿山甲 当归 白术 茯苓 谷精草 木贼草 白菊花 刺猬皮 龙胆草 赤芍药 连翘 猪猪爪 人参 川芎

皂刺大黄汤(《医宗金鉴》)

皂角刺 大黄

角药(《重楼玉钥》)

赤芍梢 草乌 桔梗 荆芥 甘草 柴胡 赤小豆 连翘 细辛 紫荆皮

龟鹿饮(《辨证录》)

熟地黄 山茱萸 金钗石斛 牛膝 虎骨 龟膏 杜仲 山药 白术 菟丝子 鹿角胶

龟版地黄汤(《妇科学讲义》)

败龟版 干地黄 丹皮 当归 炒阿胶 杭白芍 川黄柏 血余炭 甘草

龟柏地黄汤(《重订通俗伤寒论》)

生龟版 生白芍 砂仁 川柏 丹皮 萸肉 山药 茯神 陈皮

免怀散(《医宗金鉴》)

红花 赤芍 归尾 牛膝

吞酸第一方(《审查征集验方》)

栀子　知母　川楝子　橘红　延胡索　北沙参　麦冬　生姜　甘草

肝肾丸(《症因脉治》)

天门冬　地黄　当归　白芍　知母　黄柏

肠痈秘方(《景岳全书》)

红藤　紫花地丁　酒

补天育麟丹(《辨证录》)

鹿茸　人参　山茱萸　熟地　肉苁蓉　巴戟天　炒白术　炙黄芪　淫羊藿　山药　芡实　当归　蛇床子　菟丝子　柏子仁　肉桂　麦冬　北五味　锁阳　人胞　海狗肾　黄连　砂仁

补中汤(《症因脉治》)

人参　白术　炮姜　炙甘草　丁香

补中行湿汤(《幼科证治大全》)

人参　白术　茯苓　猪苓　苍术　陈皮　厚朴　泽泻　肉桂　甘草

补气运脾汤(《杂病源流犀烛》)

人参　白术　茯苓　橘红　黄芪　半夏　砂仁　炙甘草　生姜　大枣

补气和中汤(《证治汇补》)

黄芪　当归　人参　炙甘草　陈皮　升麻　柴胡　白术　苍术　黄柏　白芍　茯苓

补气泻营汤(《脾胃论》)

连翘　升麻　桔梗　黄芩　生地黄　黄连　蚯蚓　当归　黄芪　苏木　全蝎　人参　白豆蔻　甘草　胡桐泪　水蛭　虻虫　麝香　桃仁

补气通脬饮(《女科辑要》)

黄芪　麦门冬　通草

补心丸(《世医得效方》)

人参　玄参　丹参　茯苓　五味子　远志　桔梗　当归　天冬　麦冬　柏子仁　酸枣仁　生地黄　朱砂

补心汤(《眼科纂要》)

知母　连翘　远志　麦门冬　人参　黄芪　生地黄　甘草　当归　桔梗

补心神效丸(《医方类聚》)

黄芪　人参　熟地　五味子　茯神　远志　柏子仁　酸枣仁

补水宁神汤(《审视瑶函》)

白芍药　当归　麦门冬　茯神　熟地黄　生地黄　甘草　五味子

补血行滞汤(《胎产心法》)

当归　川芎　白芍　熟地　香附　桃仁　枳壳　砂仁　紫苏　生姜　大枣

补血荣筋丸(《张氏医通》)

肉苁蓉　天麻　菟丝子　牛膝　熟地　木瓜　五味子　鹿茸

补血养阴丸(《杂病源流犀烛》)

生地　丹皮　麦冬　白芍　当归　牛膝　枸杞子　青蒿　茯苓　鳖甲　川断　五味子　益母膏

补阳汤(《兰室秘藏》)

肉桂　防风　黄芪　人参　白术　羌活　独活　熟地　甘草　柴胡　知母　当归　生地　茯苓　泽泻　陈皮　白芍

补劳茯神散(《卫生家宝方》)

茯神　白茯苓　人参　远志　龙骨　肉桂　陈皮　甘草　当归　五味子　麦冬　黄芪　生姜　大枣

补肝丸(《审视瑶函》)

苍术　熟地黄　蝉蜕　车前子　川芎　当归身　连翘　夜明砂　羌活　龙胆草　菊花

补肝汤(《证治准绳》)

山茱萸　桂心　细辛　防风　桃仁　茯苓　甘草　大枣　柏子仁

补肝散(《审视瑶函》)

羚羊角　细辛　羌活　茯苓　楮实子　人参　玄参　车前子　夏枯草　防风　石斛

补肾丸(《备急千金要方》)

山茱萸　干姜　远志　巴戟天　芍药　泽泻　菟丝子　桂心　黄芪　石斛　干地黄　细辛　附子　当归　牡丹皮　蛇床子　甘草　肉苁蓉　人参　菖蒲　防风　茯苓　羊肾

补肾丸(《银海精微》)

磁石　肉苁蓉　五味子　熟地黄　枸杞子　菟丝子　楮实子　覆盆子　车前子　石斛　沉香　知母

补肾地黄丸(《医宗金鉴》)

熟地　丹皮　山茱萸　山药　泽泻　牛膝　鹿茸　白茯苓

补肾壮阳汤(《中医伤科学》)

熟地黄　生麻黄　白芥子　炮姜　杜仲　狗脊　肉桂　菟丝子　牛膝　川断　丝瓜络

补肾壮筋汤(《伤科补要》)

熟地黄　当归　牛膝　山萸肉　茯苓　续断　杜仲　白芍　青皮　五加皮

补肾固冲丸(《中医学新编》)

菟丝子　鹿角霜　熟地　巴戟天　人参　白术　杜仲　枸杞子　当归头　阿胶　川断　砂仁　大枣肉

补肾活血汤(《伤科大成》)

熟地　杜仲　杞子　破故纸　菟丝子　当归尾　没药　山萸肉　红花　独活　肉苁蓉

补肾磁石丸(《证治准绳》)

磁石　菊花　石决明　肉苁蓉　菟丝子

补骨脂丸(《中医内科学讲义》)

磁石　熟地　当归　川芎　肉桂　菟丝子　川椒　补骨脂　白蒺藜　胡芦巴　杜仲　白芷　菖蒲

补骨脂酊(《外科学》)

补骨脂　75%酒精(乙醇)

补胎汤(《产宝百问》)

当归　川芎　熟地　白芍　人参　黄芪　白术　黄芩　香附　甘草　黄连

补益丸(《赤水玄珠》)

白术　龟版　锁阳　生地　归身　牛膝　白芍　陈皮　干姜　黄柏　虎骨　茯苓　五味子　甘草　菟丝子　紫河车

补益消瘤汤(《中医伤科学》)

黄芪　人参　当归　桂圆肉　银花　陈皮　生地黄　地榆　贯众　蒲公英　大蓟　小蓟　杜仲　三七粉

补脾丸(《百一选方》)

白术　赤石脂　肉豆蔻　荜拨　川朴　川白姜　神曲　麦糵　附子

补脬饮(《景岳全书》)
黄丝绢 白牡丹根 白及
补虚汤(《妇科玉尺》)
人参 黄芪 肉桂 川芎 当归 炙甘草 白芍 生姜 大枣
补筋丸(《伤科汇纂》)
五加皮 蛇床子 沉香 丁香 川牛膝 云苓 白莲蕊 肉苁蓉 菟丝子 当归 熟地 牡丹皮 宣木瓜 怀山药 广木香 人参
补漏生肌散(《审视瑶函》)
枯矾 轻粉 血竭 乳香
补髓丹(《景岳全书》)
杜仲 补骨脂 鹿茸 胡桃肉
沉香散(《杂病源流犀烛》)
沉香 紫苏 白蔻仁
沉香散(《金匮翼》)
沉香 石苇 滑石 当归 陈皮 白芍 冬葵子 甘草 王不留行
沉香降气散(《太平惠民和剂局方》)
沉香 香附 砂仁 甘草
沉香降气散(《张氏医通》)
沉香 砂仁 甘草 香附 延胡索 川楝子
沈氏黑疸方(《杂病源流犀烛》)
茵陈 天花粉
沈氏菟丝子丸(《杂病源流犀烛》)
菟丝子 茯苓 山药 莲肉 枸杞子
沈氏葳蕤汤(《杂病源流犀烛》)
玉竹 茯苓 枣仁 石膏 人参
沈氏截疟饮(《杂病源流犀烛》)
黄芪 人参 白术 茯苓 砂仁 草果 橘红 五味子 乌梅 生姜 甘草 大枣
没药丸(《证治准绳》)
没药 当归 高良姜 桂心 牛膝 延胡索 丹皮 干姜 炒干漆
没石子丸(《证治准绳》)
没石子 黄连 南木香 肉豆蔻 诃子
汤泡散(《太平惠民和剂局方》)
赤芍 当归 黄连
冷香饮子(《济生方》)
附子 草果 橘红 甘草 生姜
冻疮方(《梅氏经验新编》)
白蔹 川柏
羌防泻白散(《症因脉治》)
桑白皮 地骨皮 甘草 羌活 柴胡 葛根 防风
羌活汤(《眼科百问》)
菊花 决明子 木贼草 苍术 防风 羌活 川芎 滑石 柴胡 薄荷 青皮 黄芩 山栀 桔梗 枳壳 陈皮 甘草
羌活芎藁汤(《审视瑶函》)
半夏 杏仁 羌活 藁本 川芎 防风 茯苓 甘草 白芷 麻黄 陈皮 桂枝
羌活防风散(《症因脉治》)
羌活 防风 甘草 陈皮
羌活附子汤(《杂病源流犀烛》)
羌活 附子 茴香 炮姜 木香 丁香 盐
羌活附子汤(《证治准绳》)
黄芪 麻黄 羌活 苍术 防风 升麻 甘草 附子 白芷 僵蚕 黄柏
羌独败毒散(《症因脉治》)
羌活 独活 柴胡 前胡 桔梗 防风 荆芥 广皮 甘草 川芎
羌活除风汤(《银海精微》)
羌活 独活 川芎 桔梗 大黄 地骨皮 黄芩 麻黄 苍术 甘草 菊花 木贼草
谷精草汤(《审视瑶函》)
谷精草 白芍药 荆芥穗 玄参 牛蒡子 连翘 草决明 白菊花 龙胆草
诃子散(《素问病机气宜保命集》)
诃子 木香 甘草 黄连
诃子青黛丸(《杂病源流犀烛》)
诃子 青黛 杏仁 海粉 香附 瓜蒌仁 半夏曲(姜汁和蜜丸)
诃黎勒丸(《太平惠民和剂局方》)
诃黎勒 川乌 缩砂仁 白矾 木香 豆蔻 干姜 龙骨 赤石脂
诃黎勒丸(《医学入门》)
诃子皮 海粉 青黛 香附 杏仁 贝母 瓜蒌(姜汁和丸)
辛夷散(《幼幼集成》)
辛夷 苍耳子 白芷 薄荷叶 黄连
辛温解表法(《时病论》)
防风 桔梗 杏仁 陈皮 淡豆豉
弃杖散(《中西医结合治疗骨与关节损伤》)
当归尾 姜黄 紫荆皮 细辛 大黄 生川乌 皂角 肉桂 透骨草 丁香 白芷 红花
启心救胃汤(《辨证录》)
人参 茯苓 白芥子 神曲 半夏 天南星 菖蒲 黄连 甘草 枳壳
启阳娱心丹(《辨证录》)
人参 远志 茯神 菖蒲 甘草 橘红 砂仁 柴胡 菟丝子 白术 生枣仁 当归 白芍 山药 神曲
疗气嗽方(《外台秘要》)
贝母 紫菀 百部根 款冬花 炙甘草 桂心 生地汁 麦门冬汁 生姜汁 白蜜 酥 白糖 杏仁
疔毒复生汤(《医宗金鉴》)
银花 山栀 地骨皮 牛蒡子 连翘 木通 牡蛎 生大黄 皂角刺 花粉 制乳香 制没药
状元丸(《万病回春》)
人参 白茯神 当归 酸枣仁 麦门冬 远志 龙眼肉 地黄 玄参 朱砂 石菖蒲 柏子仁 雄猪心血 金箔
附子汤(《圣济总录》)
附子 黄连 阿胶 甘草 干姜 赤石脂
附子理中汤(《万病回春》)
附子 干姜 吴萸 白术 炙甘草 生姜 大枣

附姜白通汤(《通俗伤寒论》)
附子　干姜　葱白　猪胆汁
附姜归桂参甘汤(《通俗伤寒论》)
淡附片　当归身　老东参　嫩闽姜　川姜　官桂　清炙草　大红枣
附桂理中汤(《景岳全书》)
附子　肉桂　人参　白术　干姜　甘草
阿胶汤(《圣济总录》)
阿胶　黄芩　甘草　生地黄　车前叶　藕节　生蜜
阿胶散(《太平圣惠方》)
阿胶　桂心　当归　细辛　龙骨　蒲黄　乱发
阿胶养血汤(《中医妇科治疗学》)
阿胶珠　生地黄　泡参　麦冬　女贞子　旱莲草　桑寄生
阿胶黄芩汤(《通俗伤寒论》)
陈阿胶　青子芩　甜杏仁　生桑皮　生白芍　生甘草　鲜车前草　甘蔗梢
阿魏丸(《痧胀玉衡》)
延胡索　苏木　五灵脂　大仙子　莱菔子　三棱　莪术　姜黄　陈皮　槟榔　枳实　厚朴　乌药　香附　沉香　阿魏
阿魏化痞膏(《景岳全书》)
羌活　独活　玄参　官桂　赤芍　甲片　苏合油　生地　猳鼠矢　大黄　白芷　天麻　红花　麝香　土木鳖　黄丹　芒硝　阿魏　乳香　没药
阿魏搐鼻法(《张氏医通》)
阿魏　鸡内金冰片
陈夏六君子汤(《医学正传》)
陈皮　法夏　党参　茯苓　白术　炙甘草
陈自明治阴冷方(《妇人大全良方》)
五加皮　干姜　丹参　蛇床子　熟地　杜仲　钟乳粉　天冬　地骨皮
陀僧膏(《医宗金鉴》)
密陀僧　赤芍　当归　赤石脂　百草霜　乳香　没药　血竭　孩儿茶　银黝　川大黄　香油　桐油　苦参
坠血明目饮(《审视瑶函》)
细辛　人参　赤芍药　五味子　川芎　牛膝　石决明　生地黄　山药　知母　白蒺藜　当归尾　防风
驱风油(《全国医药产品大全》)
水杨酸甲酯　薄荷油　樟脑油
驱风一字散(《普济方》)
川乌　羌活　防风　川芎　荆芥
驱风上清散(《审视瑶函》)
柴胡　黄芩　川芎　荆芥　防风　羌活　白芷　甘草
驱瘴汤(《寿世保元》)
人参　柴胡　黄芩　半夏　大黄　枳壳　甘草　生姜　红枣
驳骨散(《外伤科学》)
桃仁　黄连　金耳环　川红花　栀子　生地黄　黄柏　黄芩　防风　甘草　蒲公英　赤芍　自然铜　土鳖　当归尾　薄荷　毛麝香　牡丹皮　金银花　透骨消　鸡骨香　大黄　骨碎补
鸡鸣散(《伤科补要》)
当归尾　桃仁　大黄
鸡眼散[膏](《外科学》)
广丹　水杨酸　苯唑卡因　白糖
妙香丸(《医碥》)
巴豆　冰片　牛黄　腻粉　麝香　辰砂　金箔　黄蜡　白蜜
纯阳正气丸(《北京市中药成方选集》)
藿香　陈皮　茅术　半夏　丁香　官桂　冬术　青木香　白茯苓　花椒　红灵丹
改定紫菀茸汤(《张氏医通》)
紫菀茸　薇衔　白术　泽泻　丹皮　麦冬　犀角　甘草　藕汁

八　画

青风散(《重楼玉钥》)
青果　黄柏　贝母　薄荷叶　凤凰衣　冰片　儿茶
青莲膏(《医宗金鉴》)
青黛　乳香　轻粉　麝香　白砒　香油
青黛油(经验方)
青黛　黄柏　石膏　滑石　花生油
青黛膏(经验方)
青黛　黄柏　石膏　滑石　凡士林
青黛海石丸(《症因脉治》)
青黛　海石　瓜蒌仁　川贝母
青礞石丸(《医学入门》)
青礞石　火硝　天南星　皂角　黄芩　茯苓　枳实　风化硝　神曲
苦参汤(《金匮要略》)
苦参
苦参汤(《证治准绳》)
苦参　枳壳　黄连　大黄　甘草　荆芥　赤芍　黄芩
苦参散(《解围元薮》)
苦参　甘草　黄连　山栀
苦参酒(《朱仁康临床经验集》)
苦参　百部　野菊花　凤眼草　樟脑　75%酒精(乙醇)
苦酒汤(《伤寒论》)
半夏　鸡子黄　苦酒
苦葶苈汤(《圣济总录》)
苦葶苈　大黄　杏仁　生姜　乌梅
茅花汤(《证治准绳》)
茅花　郁金　生地黄　栀子　黄芩　白草霜
茅葛汤(《杂病源流犀烛》)
茅根　葛根
松节汤(《圣济总录》)
松节　桑根白皮　紫苏叶　甘草　槟榔
抵圣汤(《妇人大全良方》)
赤芍　半夏　泽兰　生姜　人参　陈皮　甘草
拔疔散(《医宗金鉴》)
硇砂　白矾　朱砂　食盐(煅)
拔毒散(《外科全生集》)
巴豆霜　雄黄　冰片　麝香
拔毒生肌散(《武汉中药成方集》)

冰片 红升丹 轻粉 龙骨 甘石 黄丹 煅石膏 白蜡

拔萃方嗅药(《原机启微》)

苍耳头 薄荷叶 盆硝 石膏 乳香 细辛 川芎

拨云汤(《兰室秘藏》)

黄芪 柴胡 细辛 甘草 羌活 黄柏 荆芥穗 知母 升麻 葛根 川芎 藁本 当归身 防风 生姜

拨云散(《银海精微》)

炉甘石 川乌 犀角 乳香 没药 硇砂 青黛 硼砂 血竭 轻粉 鹰粪 冰片

抽风汤(《审视瑶函》)

防风 玄明粉 柴胡 大黄 黄芩 车前子 桔梗 细辛

矾石汤(《金匮要略》)

矾石

奔豚丸(《医学心悟》)

川楝子 茯苓 橘核 附子 肉桂 吴茱萸 荔枝核 小茴香 木香

奇授藿香丸(《医宗金鉴》)

藿香 雄猪胆汁

转光丸(《济生方》)

生地黄 茯苓 川芎 蔓荆子 熟地黄 防风 山药 白菊花 细辛

转呆丹(《辨证录》)

人参 白芍 当归 半夏 柴胡 枣仁 附子 菖蒲 神曲 茯神 天花粉 柏子仁

虎耳草液(经验方)

鲜虎耳草叶(取汁用)

虎杖散(《证治准绳》)

虎杖 麝香

虎挣散(《中医外科学讲义》)

马钱子 穿山甲 川附子

虎骨散(《济生方》)

虎骨 甘草 全蝎 麝香 天麻 防风 川牛膝 白僵蚕 乳香 当归 桂心 白花蛇

虎骨散(《太平圣惠方》)

虎胫骨 桂心 龟版 当归 川芎 牛膝 羌活 萆薢

虎胫骨丸(《景岳全书》)

牛膝 当归 龟版 虎胫骨 防己 苍术 黄柏

明目饮(《证治准绳》)

山栀 香附 夏枯草

明目大补汤(《审视瑶函》)

熟地黄 白术 茯苓 人参 白芍药 甘草 当归身 川芎 白豆蔻 黄芪 附子 沉香 肉桂

明目细辛汤(《兰室秘藏》)

川芎 藁本 当归梢 茯苓 红花 细辛 生地黄 蔓荆子 防风 羌活 荆芥穗 花椒 麻黄 桃仁

明矾散(经验方)

明矾 甘遂 白降丹 雄黄

明矾枯痔液(经验方)

明矾 枸橼酸钠 石炭酸 甘油 黄连 奴佛卡因 蒸馏水

明矾脱肛液(经验方)

明矾 枸橼酸钠 甘油 奴佛卡因(盐酸普鲁卡因) 注射用水

明砂散(《医宗金鉴》)

硇砂 轻粉 雄黄 冰片

肾气丸(《济生方》)

熟地 山药 山茱萸 茯苓 牡丹皮 泽泻 五味子 鹿角 沉香 肉桂

肾沥汤(《外台秘要》)

芍药 麦门冬 干地黄 当归 干姜 五味子 人参 茯苓 炙甘草 川芎 远志 黄芩 桂心 大枣 羊肾(或猪肾)

固卫御风汤(《朱仁康临床经验集》)

炙黄芪 防风 炒白术 桂枝 赤芍 白芍 生姜 大枣

固胎煎(《景岳全书》)

黄芩 白术 芍药 阿胶 当归 陈皮 砂仁

昆布丸(《医宗必读》)

昆布 麦门冬 诃黎勒 木通 川大黄 川朴硝 郁李仁 百合 羚羊角 杏仁 苏子 桂心 射干 柴胡 陈皮 槟榔

旺土丹(《辨证录》)

人参 白术 黄芪 巴戟天 茯苓 山萸肉 菟丝子 肉豆蔻 北五味 肉桂 破故纸 杜仲 山药 芡实 神曲

败毒散(《小儿药证直诀》)

柴胡 前胡 川芎 枳壳 羌活 独活 茯苓 桔梗 人参 甘草 生姜 薄荷

败毒煎(经验方)

大黄 全蝎 陈皮 木鳖 当归 乳香 赤芍 黄柏 粉甘草 金银花 白芷 天花粉 蒲公英 芒硝 蜈蚣 干蟾 蛇蜕

金二方(《痧症全书》)

薄荷 香薷 连翘 木通 银花 紫厚朴

金三方(《痧症全书》)

香薷 紫苏 紫厚朴 枳壳 陈皮 青皮 莱菔子 山楂

金不换散(《疡医大全》)

西瓜霜 朱砂 僵蚕 冰片 人中白 青黛 牛黄 珍珠

金水相生法(《时病论》)

人参 麦冬 五味子 知母 玄参 甘草

金玉丹(经验方)

雄黄 冰片 裱蕊纸(稻草与竹子制成)

金枪铁扇散(《中医伤科学讲义》)

乳香 没药 象皮 老材香 明矾 炉甘石 降香 黄柏 血竭

金茱丸(《医宗金鉴》)

川楝子 吴茱萸

金莲饮(《奇效良方》)

防风 连翘 柴胡 山栀 甘草

金倍散(《医宗金鉴》)

文蛤 金头蜈蚣 麝香

金蟾脱壳酒(《医宗金鉴》)

醇酒 大蛤蟆 土茯苓

金蟾丸(《医宗金鉴》)

干蛤蟆 胡黄连 鹤虱 肉豆蔻 苦楝皮 雷丸 芦荟 芜荑

和中丸(《医学心悟》)
白术　扁豆　茯苓　枳实　陈皮　神曲　麦芽　山楂　香附　砂仁　半夏　丹参　五谷虫
和气饮(《医宗金鉴》)
苍术　紫苏　防风　赤苓　豆豉　藿香　陈皮　厚朴　甘草
和乳汤(《外科证治全书》)
贝母　花粉　当归　蒲公英　生甘草　穿山甲
和胃二陈煎(《景岳全书》)
干姜　砂仁　陈皮　半夏
和胃煎(《类证治裁》)
厚朴　陈皮　生姜　甘草
和脾宣化饮(《痧胀玉衡》)
广皮　莱菔子　细辛　前胡　大腹皮　麦芽　山楂
和解散(《太平惠民和剂局方》)
厚朴　陈皮　藁本　桔梗　甘草　苍术　生姜　大枣
知母散(《太平圣惠方》)
知母　升麻　木香　赤茯苓　黄芩　鳖甲　柴胡　槟榔　瓜蒌根
知母甘桔汤(《症因脉治》)
知母　石膏　桔梗　甘草　地骨皮
知柏四物汤(《症因脉治》)
当归　白芍　川芎　熟地　知母　黄柏
知柏导赤散(《症因脉治》)
生地　木通　甘草　知母　黄柏
肢伤一方(《外伤科学》)
当归　赤芍　桃仁　红花　黄柏　防风　木通　甘草　生地黄　乳香
肢伤二方(《外伤科学》)
当归　赤芍　续断　威灵仙　生薏仁　桑寄生　骨碎补　五加皮
肢伤三方(《外伤科学》)
当归　白芍　续断　骨碎补　威灵仙　川木瓜　天花粉　黄芪　熟地黄　自然铜　土鳖
肥儿丸(《幼幼集成》)
人参　黄芪　白术　云茯苓　青皮　陈皮　当归　鳖甲　川连　木香　使君子　干蟾蜍　炙甘草
肥气丸(《三因极一病证方论》)
青皮　当归须　苍术　蛇含石　蓬莪术　三棱　铁孕粉
鱼脑石散(经验方)
鱼脑石粉　冰片　辛夷　细辛
鱼鳞汤(经验方)
黄芪　黑芝麻　丹参　地肤子　当归　生地　熟地　枸杞子　何首乌　白鲜皮　山药　苦参　防风　川芎　桂枝　蝉蜕　甘草
垂柳汤(《证治准绳》)
垂杨柳　杏仁　生白矾
季芝鲫鱼膏(《医宗金鉴》)
活鲫鱼肉　鲜山药(去皮)　麝香
乳香丸(《审视瑶函》)
五灵脂　乳香　没药　草乌　蚕砂　木鳖子
泻心汤(《银海精微》)
黄连　黄芩　大黄　连翘　荆芥　赤芍药　车前子　薄荷　菊花
泻心导赤汤(《小儿药证直诀》)
木通　生地　黄连　甘草　灯芯草
泻肝汤(《审视瑶函》)
地骨皮　玄参　车前子　玄明粉　茺蔚子　大黄　知母
泻肝汤(《秘传眼科龙木论》)
防风　茺蔚子　五味子　细辛　黄芩　大黄　芒硝　车前子　桔梗
泻肝散(《银海精微》)
玄参　大黄　黄芩　知母　桔梗　车前子　羌活　龙胆草　当归　芒硝
泻肝饮子(《秘传眼科龙木论》)
芒硝　大黄　桔梗　柴胡　黄芩　知母　细辛　车前子
泻肺汤(《审视瑶函》)
桑白皮　黄芩　地骨皮　知母　麦门冬　桔梗
泻肺饮(《眼科纂要》)
石膏　赤芍药　黄芩　桑白皮　枳壳　木通　连翘　荆芥　防风　山栀　白芷　羌活　甘草
泻肺散(《审视瑶函》)
羌活　玄参　黄芩　芒硝　桔梗　地骨皮　大黄
泻肾汤(《审视瑶函》)
麦门冬　山萸肉　枸杞子　生地黄　黄柏　知母　白芍药　当归尾　五味子　茯苓　独活
泻青各半汤(《症因脉治》)
黄芩　山栀　桑白皮　地骨皮　甘草
泻脑汤(《审视瑶函》)
防风　车前子　木通　茺蔚子　茯苓　熟大黄　玄明粉　玄参　桔梗　黄芩
泻脾汤(《眼科纂要》)
黄柏　大黄　苍术　芒硝　知母　地骨皮　桑白皮　桔梗　生甘草
泻湿汤(《审视瑶函》)
车前子　黄芩　木通　陈皮　淡竹叶　茯苓　枳壳　山栀　荆芥穗　苍术　甘草
泄郁汤(《杂病源流犀烛》)
桔梗　紫菀　沙参　贝母　香附　白蒺藜　砂仁
泄脾汤(《眼科纂要》)
黄柏　大黄　苍术　芒硝　知母　地骨皮　桑白皮　桔梗　生甘草
河车丸(《症因脉治》)
紫河车　白茯苓　山药
河车丸(《医学心悟》)
紫河车　茯苓　茯神　人参　远志　丹参
河间当归汤(《审视瑶函》)
人参　白术　茯苓　炙甘草　当归　川芎　白芍药　肉桂　炮姜　细辛　陈皮　生姜　大枣
治中汤(《类证活人书》)
人参　白术　炮姜　炙甘草　陈皮　青皮
治内障云翳神效方(《异授眼科》)
川椒　青梅　胆矾　青盐　砂仁　风化硝　铜绿　杏仁　新绣花针　鸡膊胜

治狐惑汤(《备急千金要方》)
黄连 熏草
治疣方(《外科学》)
灵磁石 紫贝母 代赭石 生牡蛎 桃仁 红花 山慈姑 白芍 地骨皮 黄柏
治瘰汤(《外科学》)
熟地 首乌 杜仲 白芍 赤芍 桃仁 红花 丹皮 赤小豆 白术 牛膝 穿山甲
治瘴木香丸(《苏沈良方》)
鸡心槟榔 陈橘皮 青木香 人参 厚朴 官桂 大附子 羌活 京三棱 独活 干姜 甘草 川芎 川大黄 白芍 牵牛子 肉豆蔻
泽漆汤(《赤水玄珠》)
泽漆 桑白皮 射干 黄芩 白术 泽泻 防己 黑豆
宝花散(《痧胀玉衡》)
郁金 细辛 降香 荆芥
宝珍膏(《全国医药产品大全》)
麝香 乳香 没药 丁香 檀香 荆芥 肉桂 甘松 独活 广陵香 香五加 青皮 春花 排草 牡丹皮 桂枝 川芎 木香 大黄 细辛 片姜黄 山柰 白芷 胡椒 高良姜 黑药肉 芸香浸膏
定振丸(《医碥》)
天麻 秦艽 全蝎 细辛 熟地 生地 当归 川芎 芍药 防风 荆芥 白术 黄芪 威灵仙
定痛丸(《仙授理伤续断秘方》)
威灵仙 金铃子 制川乌 大茴香 延胡索 当归
定痛散(《杂病源流犀烛》)
苍耳子 骨碎补 自然铜 血竭 白附子 赤芍 当归 白芷 肉桂 没药 防风 牛膝 虎胫骨 龟版 天麻 五加皮 羌活 槟榔
定痫丸(《医学心悟》)
天麻 川贝 姜半夏 伏苓 茯神 丹参 麦冬 陈皮 远志 石菖蒲 僵蚕 胆南星 琥珀 全蝎 朱砂 竹沥 姜汁 甘草
实肠饮(《仁斋直指方论》)
肉豆蔻 诃子 缩砂仁 陈皮 苍术 茯苓 木香 甘草 川朴
京红粉软膏(《赵炳南临床经验集》)
京红粉 利马锥 凡士林
变化柴胡汤(《医学一见能》)
柴胡 香附 延胡索 丹皮 当归 茯苓 贝母 黄芩 麦冬 牛膝 桃仁 法半夏 白芍 甘草
卷荷散(《济阴纲目》)
卷荷 红花 当归 蒲黄 牡丹皮
炉甘石洗剂(《外科学》)
炉甘石 氧化锌 石炭酸 甘油 水
参术汤(《证治准绳》)
人参 白术 黄芪 茯苓 炙甘草 陈皮
参术健脾丸(《杂病源流犀烛》)
人参 白术 茯苓 陈皮 炙甘草 白芍药 当归 生姜 大枣
参竹汤(《幼科铁镜》)
人参 竹叶 麦冬 半夏 小麦 粳米 陈皮 生姜
参芪汤(《杂病源流犀烛》)
人参 黄芪 白术 茯苓 扁豆 山药 陈皮 葛根 半夏曲 甘草
参芪附桂汤(《经验方》)
党参 黄芪 当归 白芥子 肉桂 附子 甘草 白术 熟地黄 鹿角胶 姜炭 麻黄
参苏温肺汤(《医学发明》)
人参 紫苏叶 肉桂 甘草 木香 五味子 陈皮 半夏 桑白皮 白术 白茯苓 生姜
参附再造汤(《通俗伤寒论》)
高丽参 淡附片 川桂枝 羌活 绵芪皮 北细辛 炙甘草 防风
参附再造丸(《通俗伤寒论》)
人参 附子 桂枝 羌活 黄芪 细辛 炙甘草 防风
参苓丸(《杂病源流犀烛》)
人参 菖蒲 远志 赤苓 牛膝 地骨皮
参苓内托散(《外科正宗》)
赤芍 当归 黄芪 川芎 甘草 陈皮 白术 山药 熟地 茯苓 人参 肉桂 附子 牡丹皮 地骨皮 生姜 大枣
参胡三白汤(《伤寒全生集》)
人参 柴胡 白术 白芍 茯苓
参胡温胆汤(《伤寒全生集》)
人参 茯苓 半夏 陈皮 甘草 枳实 生姜 竹茹 柴胡
参蛤散(经验方)
人参 蛤蚧
经效散(《审视瑶函》)
柴胡 犀角 大黄 赤芍药 当归尾 连翘 甘草梢
经验方(《眼科集成》)
沙参 当归 山药 白芍药 北五味 丹参 甘草 糯米 生地 百合 麦门冬 石斛 玉竹 神曲 薏苡仁 泽泻 蒲公英 银花 车前子 独活 荆芥 前胡
经验化核散(《鼠疫抉微》)
山慈姑 真青黛 生黄柏 浙贝母 赤小豆
经验洗眼散(《银海精微》)
大黄 栀子 防风 薄荷 川芎 羌活 甘草
细辛散(《幼幼集成》)
人参 前胡 细辛 防风 川芎 甘草
驻景丸(《银海精微》)
楮实子 枸杞子 五味子 人参 熟地 乳香 肉苁蓉 川椒 菟丝子(一方有当归)
屈膝散(《幼科铁镜》)
防风 苡仁 牛膝 苦参 何首乌 僵蚕 天花粉 荆芥 鹿茸 猪油 粘米 绿豆
降丹白灵药(《临床骨科学·创伤》)
火硝 水银 白矾 皂矾 石盐

九 画

茯苓汤(《宣明论》)
赤茯苓 桑白皮 防风 官桂 川芎 芍药 麻黄

茯苓汤(《兰室秘藏》)
生黄芩 当归身 肉桂 炙甘草 猪苓 茯苓 泽泻 芍药 苍术 生姜 升麻 柴胡
茯苓饮子(《济生方》)
半夏 陈皮 茯苓 茯神 麦冬 沉香 甘草 生姜
茯苓甘草汤(《伤寒论》)
茯苓 桂枝 甘草 生姜
茯苓半夏汤(《景岳全书》)
白茯苓 半夏
茯苓导水汤(《医宗金鉴》)
茯苓 猪苓 泽泻 白术 木香 槟榔 大腹皮 桑皮 砂仁 苏叶梗 陈皮 木瓜
茯神汤(《济生方》)
茯神 人参 远志 通草 麦冬 黄芪 桔梗 炙甘草
茯神汤(《圣济总录》)
茯神 龙齿 防风 杏仁 羌活 人参 麦门冬 大黄 钩藤 甘草 川芎
茯神汤(《医宗金鉴》)
茯神 当归 炙甘草 人参
茯神散(《太平圣惠方》)
茯神 熟干地黄 人参 龙骨 菖蒲 远志 天门冬
茯蓉丸(《三因极一病证方论》)
肉苁蓉 磁石 熟地 山茱萸 桂心 山药 牛膝 茯苓 黄芪 泽泻 鹿茸 远志 石斛 覆盆子 五味子 萆薢 破故纸 巴戟天 龙骨
草果七枣汤(《普济方》)
草果 常山 贝母 鸡心槟榔 大枣 甘草 乌梅 青蒿
草神丹(《扁鹊心书》)
川附子 吴茱萸 肉桂 琥珀 朱砂 麝香
草蔻丸(《症因脉治》)
草豆蔻 吴茱萸 益智仁 青皮 姜黄 麦芽 神曲 半夏 甘草
茵陈五苓散(《张氏医通》)
猪苓 茯苓 泽泻 白术 桂枝 茵陈蒿 人中黄 黄连 黄柏
茜根丸(《奇效良方》)
茜根 川升麻 犀角 地榆 当归 黄连 枳壳 白芍药
茜根散(《证治准绳》)
茜根 地榆 生地 当归 山栀 黄芩 黄连 犀角
荔枝散(《证治准绳》)
荔枝核 八角茴香 沉香 木香 川楝子 小茴香 青盐 食盐
茴香酒(《中医伤科学讲义》)
茴香 樟脑 丁香 红花 白酒
荜拨散(《医宗金鉴》)
荜拨 良姜 细辛
荡邪散(《傅青主女科》)
雷丸 桃仁 当归 丹皮 甘草
荆芥饮(《圣济总录》)
荆芥穗 栀子仁 黄芩 蒲黄
荆防四物汤(《医宗金鉴》)
当归 川芎 白芍 熟地 荆芥 防风
荆防解毒汤(《症因脉治》)
荆芥 防风 薄荷 连翘 枳壳 桔梗 木通 甘草 淡竹叶
芜蔚子丸(《审视瑶函》)
黄连 枸杞子 枳壳 青葙子 生地黄 芜蔚子 泽泻 石决明 细辛 麦门冬 车前子
枳朴二陈汤(《症因脉治》)
枳实 厚朴 半夏 茯苓 陈皮 甘草
枳朴香砂汤(《症因脉治》)
枳壳 厚朴 香附 砂仁
枳壳汤(《证治准绳》)
枳壳 黄芩
枳壳散(《普济本事方》)
枳壳 白术 香附 槟榔 三棱 陈皮 益智仁 莪术 肉桂 干姜 厚朴 甘草 青皮 肉豆蔻 木香
枳壳防风汤(《证治准绳》)
当归 枳壳 独活 防风 前胡 桂心 麻黄 大黄
枳壳青皮饮(《症因脉治》)
枳壳 青皮 大腹皮
枳壳煮散(《普济本事方》)
枳壳 细辛 川芎 桔梗 防风 葛根 甘草 生姜 大枣
枳实汤(《重订严氏济生方》)
枳实 厚朴 大黄 甘草 桂心
枳实汤(《圣济总录》)
枳实 木香 槟榔 葶苈子 杏仁 吴茱萸
枳桔汤(《症因脉治》)
枳壳 桔梗
枳桔二陈汤(《医宗金鉴》)
枳壳 桔梗 陈皮 半夏 茯苓 甘草 生姜
枳桔平胃散(《症因脉治》)
陈皮 厚朴 苍术 甘草 枳壳 桔梗
枳桔泻白散(《症因脉治》)
枳壳 桔梗 桑白皮 地骨皮 甘草
栀子胜奇散(《原机启微》)
白蒺藜 蝉蜕 谷精草 木贼草 黄芩 草决明 菊花 山栀 川芎 荆芥穗 羌活 密蒙花 防风 蔓荆子 甘草
栀连二陈汤(《症因脉治》)
半夏 陈皮 茯苓 甘草 栀子 黄连
栀连导赤散(《症因脉治》)
生地 木通 甘草 山栀 黄连
栀连泻火汤(《辨证录》)
生地 当归 丹皮 山栀 天花粉 黄连 吴茱萸
栀乳散(经验方)
栀子 乳香 大黄
柏子仁丸(《全生指迷方》)
熟地 柏子仁 牛膝 卷柏 泽兰 续断
柏石散(经验方)
黄柏 石膏 枯矾
柿蒂散(经验方)
柿蒂炭 黄柏 冰片

枸橘汤(《外科全生集》)
枸橘 川楝子 秦艽 陈皮 防风 泽泻 赤芍 甘草
珍珠散(《尤氏喉科秘书》)
龙骨 珍珠 儿茶 海螵蛸 参三七 没药 乳香 降香节 象皮 朱砂 冰片
珍珠散(《医宗金鉴》)
珍珠 黄连 黄柏 定粉 轻粉 象牙 五倍子 儿茶 没药 乳香
珍珠散(《医宗金鉴》)
珍珠 麦冬 天竺黄 金箔 牛黄 胡黄连 生甘草 羚羊角 大黄 当归 朱砂 雄黄 茯神 犀角
珍珠八宝散(经验方)
赤石脂 制甘石 乳香 海螵蛸 血竭 没药 珠粉 梅片
南星二陈汤(《症因脉治》)
胆南星 制半夏 茯苓 橘红 海浮石 香附 炙甘草
南星膏(《中国膏药学》)
南星 陈皮 苍术 姜黄 甘草 厚朴 白芷 黄柏 大黄 天花粉 香油 黄蜡
南通蛇药(《全国医药产品大全》)
药物组成从略
厚朴汤(《苏沈良方》)
厚朴 高良姜 朴硝 枳壳 槟榔 大黄
厚朴汤(《洁古家珍》)
厚朴 生白术 半夏曲 枳实 陈皮 甘草
厚肠丸(《百一选方》)
白龙骨 干姜 附子 川朴 诃子 肉豆蔻 陈皮
春雪膏(《普济方》)
硼砂 蕤仁 冰片
封口散(《证治准绳》)
乳香 没药 儿茶 当归 杉皮炭 麝香 片脑 猪鬃貯叶
封囟散(《证治准绳》)
柏子仁 防风 天南星
胡芦巴丸(《太平惠民和剂局方》)
胡芦巴 吴茱萸 川楝子 巴戟天 川乌 茴香
胡芦巴丸(《类证治裁》)
胡芦巴 补骨脂
胡麻丸(《片玉心书》)
苦参 蔓荆子 荆芥穗 何首乌 胡麻仁 威灵仙 白蒺藜 牛蒡子 石菖蒲 干菊花
胡椒理中丸(《太平惠民和剂局方》)
款冬花 胡椒 炙甘草 荜拨 良姜 陈皮 干姜 白术 细辛
威灵仙丸(《济生方》)
威灵仙 黄芪 枳实
轻腰汤(《辨证录》)
白术 薏苡仁 茯苓 防己
星术丸(《杂病源流犀烛》)
南星 白术 青皮 陈皮
星香丸(《证治准绳》)
南星 半夏 陈皮 香附 姜汁煮丸
星香汤(《秘传证治要诀及类方》)
南星 木香
星桂接骨膏(《中西医结合治疗骨与关节损伤》)
天南星 木鳖子 乳香 肉桂
骨质增生丸(《外伤科学》)
熟地黄 鸡血藤 骨碎补 肉苁蓉 鹿衔草 羊藿叶 莱菔子
骨科外洗一方(《外伤科学》)
宽筋藤 钩藤 金银花藤 王不留行 刘寄奴 大黄 防风 荆芥
骨科外洗二方(《外伤科学》)
桂枝 威灵仙 防风 五加皮 细辛 荆芥 没药
骨痨丸(《中医外科证治经验》)
当归 熟地 破故纸 牛膝 防风 威灵仙 宣木瓜 杜仲 茯苓 川芎 乳香 没药 木耳
骨痨敌(《中医伤科学》)
骨碎补 三七 乳香 没药 黄芪
骨痨散(经验方)
蜈蚣 松香 骨碎补 蓖麻 黄连 梅片
点眼金丝膏(《圣济总录》)
龙胆草 大黄 黄柏 当归 山栀仁 青竹叶 大枣 黄连 灯芯 硼砂 乳香
点眼黄连散(《普济方》)
黄连 鸡子白
点眼蕤仁膏(《圣济总录》)
蕤仁 好酥
咽醋丸(《医学纲目》)
黄连 吴茱萸 黄芩 苍术 陈皮 神曲
韭子丸(《太平圣惠方》)
韭子 鹿茸 石斛 柏子仁 肉苁蓉 桂心 牛膝 泽泻 川椒 远志 附子 蛇床子 川芎 五味子 枳壳 白术 山药 巴戟天 干姜 黄芪 楮实 狗脊 杜仲 覆盆子
省风汤(《杂病源流犀烛》)
防风 南星 半夏 黄芩 甘草 生姜
独角莲膏(《朱仁康临床经验集》)
独角莲 皂角刺 白芷 防己 银花 连翘 生南星 刺猬皮 山甲皮 当归 海桐皮 苏木 海带 大麻仁 豨莶草 干蟾 乳香末 没药末 血余 麻油 漳丹
独胜膏(《医宗金鉴》)
独头大蒜
独活汤(《证治准绳》)
独活 当归 白术 黄芪 桂皮 牛膝 甘草
独活汤(《证治准绳》)
独活 羌活 防风 人参 当归 细辛 茯神 半夏 桂心 白薇 远志 菖蒲 川芎 炙甘草
独活煮散(《备急千金要方》)
独活 川芎 芍药 茯苓 防风 防己 葛根 羚羊角 当归 人参 桂心 麦门冬 石膏 磁石 甘草 白术
独活苍术汤(《症因脉治》)
独活 苍术 防风 细辛 川芎 甘草
独活败毒汤(《症因脉治》)

独活 木通 柴胡 桔梗 枳壳 甘草 钩藤 广皮 苏梗
独活细辛汤(《症因脉治》)
独活 细辛 川芎 秦艽 生地 羌活 防风 甘草
独活秦艽汤(《症因脉治》)
独活 秦艽 防风 川芎 苍术
胜风汤(《张医大全》)
白术 柴胡 枳壳 羌活 白芷 川芎 独活 前胡 薄荷 桔梗 荆芥 甘草 黄芩 杏仁
胜金丸(《太平惠民和剂局方》)
槟榔 常山
胜湿汤(《类证治裁》)
苍术 厚朴 半夏 藿香 陈皮 甘草 生姜
香艾芎归饮(《中医妇科治疗学》)
香附 艾叶 延胡索 当归 川芎
香朴四君子汤(《医宗金鉴》)
人参 白术 茯苓 香附 厚朴 甘草
香连丸(《小儿卫生总微论方》)
黄连 木香 诃子 肉豆蔻 姜汁
香连丸(《证治准绳》)
南木香 净黄连 乌梅肉 阿胶
香连导滞汤(《医宗金鉴》)
青皮 陈皮 厚朴 黄连 山楂 神曲 木香 槟榔 大黄 甘草
香茸丸(《证治准绳》)
麝香 鹿茸 麋茸 肉苁蓉 熟地 沉香 五味子 茯苓 龙骨
香砂平胃散(《医宗金鉴》)
香附 苍术 陈皮 厚朴 砂仁 山楂 神曲 麦芽 枳壳 白芍 甘草
保安万灵丹(《医宗金鉴》)
茅苍术 麻黄 羌活 荆芥 防风 细辛 川乌 草乌 石斛 全蝎 当归 甘草 天麻 何首乌 雄黄 蜂蜜 朱砂 川芎
保胎清火汤(《审视瑶函》)
黄芩 荆芥穗 当归 白芍药 甘草 连翘 川芎 生地黄 砂仁 陈皮
钩藤汤(《妇人大全良方》)
钩藤钩 当归 茯神 人参 桔梗 桑寄生
钩藤饮(《证治准绳》)
钩藤 天麻 全蝎 木香 甘草 犀角(一方无木香,有人参)
钩藤饮子(《审视瑶函》)
钩藤 麻黄 炙甘草 天麻 川芎 防风 人参 全蝎 僵蚕
钩藤散(《审视瑶函》)
钩藤 陈皮 石膏 麦门冬 菊花 人参 天麻 防风 茯苓 鹿茸 半夏 甘草
钟乳散(《三因极一病证方论》)
炼钟乳 半夏 桔梗 茯苓 附子 细辛 桂心 人参 白术 防风 牡蛎 瓜蒌根
钥匙散(《金氏丹疹辑要》)
玄明粉 硼砂 冰片 僵蚕
顺气和中汤(《证治准绳》)
黄芪 人参 白术 白芍 当归 陈皮 甘草 柴胡 升麻 蔓荆子 川芎 细辛
顺气活血汤(《伤科大成》)
苏梗 厚朴 枳壳 砂仁 归尾 红花 木香 赤芍 桃仁 苏木 香附
顺经汤(《银海精微》)
当归尾 川芎 枳壳 小茴香 柴胡 陈皮 延胡索 白芍药 青皮 香附 桃仁 红花 肉桂
顺经散(《眼科纂要》)
生地黄 赤芍药 当归尾 川芎 苏木 红花 甘草 薄荷 黄芩 黄连 车前子 菊花 蒲黄 木通 大黄
复方三黄眼药水(《眼科证治经验》)
黄连 黄芩 黄柏 龙胆草 连翘 秦皮 野菊花 桑叶 黄精 硼砂
复方土茯苓汤(经验方)
土茯苓 金银花 威灵仙 白鲜皮 甘草
复方附子汤(经验方)
熟附子 肉桂 良姜 当归 川芎 红花
复元通气散(《医宗金鉴》)
青皮 陈皮 瓜蒌仁 穿山甲 连翘 甘草 金银花
食郁汤(《杂病源流犀烛》)
苍术 厚朴 川芎 陈皮 神曲 山栀 枳壳 炙甘草 香附 砂仁
神术散(《医学心悟》)
苍术 陈皮 厚朴 藿香 砂仁 甘草
神功散(《医宗金鉴》)
制川乌头 嫩黄柏
神仙既济丹(《杂病源流犀烛》)
黄柏 山药 牛膝 人参 杜仲 巴戟天 五味子 枸杞子 茯苓 茴香 肉苁蓉 山茱萸 远志 菖蒲 熟地 知母 生地 菟丝子 麦门冬 山栀 甘菊 陈皮
神仙解语丹(《杂病源流犀烛》)
白附子 菖蒲 远志 全蝎 羌活 南星 天麻 僵蚕
神圣散(《太平圣惠方》)
麻黄 细辛 全蝎 藿香
神芎汤(《症因脉治》)
大黄 黄芩 黑丑 滑石 薄荷 川芎
神灯照法(《医宗金鉴》)
朱砂 雄黄 血竭 没药 麝香
神龟滋阴丸(《赤水玄珠》)
龟版 黄柏 知母 枸杞子 五味子 锁阳 干姜
神应养真丹(《三因极一病证方论》)
当归 天麻 川芎 羌活 白芍 熟地
神应养真丹(《医宗金鉴》)
羌活 木瓜 天麻 白芍 当归 菟丝子 熟地 川芎
神应消风散(《医宗金鉴》)
白芷 全蝎 人参
神消散(《证治准绳》)
黄芩 蝉蜕 甘草 木贼草 苍术 谷精草 蛇蜕
神效瓜蒌散(《医宗金鉴》)

大瓜蒌 当归 甘草 没药 乳香

神效黄芪汤(《兰室秘藏》)

黄芪 人参 白芍 陈皮 蔓荆子 甘草

神秘汤(《三因极一病证方论》)

橘皮 桔梗 紫苏 人参 五味子

神恵方(《普济方》)

青蒿叶 香薷

祛风导痰汤(《张氏医通》)

姜半夏 茯苓 陈皮 炙甘草 生姜 乌梅肉 天南星 枳实 羌活 防风 白术 姜汁 竹沥

祛风定痛汤(《傅青主女科》)

川芎 当归 独活 防风 肉桂 荆芥 茯苓 地黄

祛风换肌丸(《医宗金鉴》)

人胡麻 苍术 牛膝 石菖蒲 苦参 首乌 花粉 威灵仙 当归 川芎 甘草

祛伤汤(《中西医结合治疗骨与关节损伤》)

当归尾 穿山甲 天花粉 桃仁 红花 大黄 莪术 三棱 血竭 牛膝 续断 土鳖虫 延胡索 甘草

祛疣汤(经验方)

香附 木贼 连翘 薏苡仁 板蓝根

祛寒建中汤(《医醇賸义》)

白芍 当归 茯苓 白术 附子 广皮 厚朴 枳壳 白豆蔻 木香 生姜 大枣

祛痰火丸(《医学入门》)

南星 半夏 石膏 香附 栀子 生姜

祛癫汤(《石室秘录》)

人参 白术 肉桂 干姜 白芥子 甘草 菖蒲 半夏 陈皮

养心明目汤(《眼科集成》)

生地黄 当归 麦门冬 天门冬 沙参 菊花 款冬花 桔梗 丹参 犀角 槐花 朱砂

养血升阳汤(《眼科金镜》)

当归 川芎 白芍药 五味子 枸杞子 防风 独活 熟地黄 蔓荆子

养血地黄丸(《普济本事方》)

熟地 蔓荆子 山茱萸 地肤子 狗脊 白术 干漆 蛴螬 天雄 车前子 草薢 山药 泽泻 牛膝

养血润肤饮(《医学正传》)

当归 熟地 生地 黄芪 天冬 麦冬 五味子 升麻 黄芩 桃仁 红花 蒌仁

养阴生肌散(经验方)

煅石膏 雄黄 蒲黄 青黛 薄荷 甘草 胆草 冰片

养阴清燥汤(《眼科集成》)

沙参 五味子 山药 丹参 当归 白芍药 生地黄 麦门冬 百合 百部 玉竹 石斛 白茅根 桑叶

养荣壮肾汤(《傅青主女科》)

当归 防风 独活 桂心 杜仲 续断 桑寄生 生姜

养营汤(《眼科纂要》)

白芍药 熟地黄 白菊花 当归 草决明 枸杞子 茯苓 鹿角膏

姜附汤(《千金翼方》)

生姜 生附子

姜桂丸(《洁古家珍》)

南星 半夏 官桂 生姜

姜桂丸(《杂病源流犀烛》)

炮姜 肉桂 白术

前胡汤(《外台秘要》)

前胡 升麻 贝母 紫菀 石膏 麦门冬 杏仁 竹叶 甘草

前胡汤(《济生方》)

前胡 半夏 杏仁 紫苏子 枳实 橘皮 桑白皮 炙甘草

首乌饮(《外科学》)

何首乌 黑芝麻 赤芍 白芍 合欢皮 红花 远志 夏枯草 当归 沙苑子 生地黄 熟地黄 丹参 龙胆草

举斑汤(《杂病源流犀烛》)

当归 赤芍 穿山甲 柴胡 白芷 升麻

活血散(《中医正骨经验概述》)

乳香 没药 血竭 羌活 生香附 甲珠 煅自然铜 独活 续断 虎骨 川芎 木瓜 贝母 厚朴 炒小茴香 肉桂 木香 制川乌 制草乌 白芷 紫荆皮 当归 麝香

活血酒(《中医正骨经验概述》)

活血散 白酒

活血应痛丸(《卫生宝鉴》)

狗脊 苍术 香附 陈皮 没药 草乌 威灵仙

活血祛瘀汤(《中医伤科学》)

当归 红花 地鳖虫 自然铜 狗脊 骨碎补 没药 乳香 三七 路路通 桃仁

活血通经汤(《证治准绳》)

桂枝 黄柏 葛根 升麻 炙甘草 当归 人参 芍药

活血解毒汤(《鼠疫抉微》)

桃仁 红花 当归 川朴 柴胡 连翘 赤芍 生地 甘草 葛根

活命仙丹(《疡医大全》)

木鳖子 斑蝥 粳米 刘寄奴 大黄 茯苓 麝香

活络油膏(《中医伤科学讲义》)

红花 没药 白芷 紫草 栀子 甘草 刘寄奴 丹皮 梅片 乳香 露蜂房 钩藤 大黄 当归 生地 白附子 黄药子 白药子 麻油 黄蜡

活络流气饮(《医宗金鉴》)

苍术 木瓜 羌活 附子 山楂肉 独活 怀牛膝 麻黄 黄柏 乌药 干姜 槟榔 枳壳 甘草 黑豆 生姜

济火延嗣丹(《辨证录》)

人参 黄芪 巴戟天 五味子 黄连 肉桂 当归 白术 龙骨 山茱萸 山药 柏子仁 远志 牡蛎 金樱子 芡实 鹿茸

济生瓜蒌丸(《证治准绳》)

瓜蒌 枳实 桔梗 半夏

洗心汤(《辨证录》)

人参 茯苓 半夏 陈皮 神曲 甘草 附子 菖蒲 枣仁

洗心汤(《审视瑶函》)

黄连 生地黄 木通 山栀 甘草 当归尾 菊花

洗心散(《审视瑶函》)
大黄　赤芍药　桔梗　玄参　黄连　荆芥穗　知母　防风　黄芩　当归尾
洗肺散(《丹溪心法附余》)
黄芩　半夏　天门冬　麦门冬　五味子　甘草　杏仁
洗眼汤(《外台秘要》)
秦皮　黄柏　决明子　黄连　黄芩　蕤仁　山栀　大枣
洗眼青皮汤(《审视瑶函》)
蒺藜　桑白皮　青皮　玄参　大黄　栀子仁　青盐　竹叶
洗痔枳壳汤(《外科正宗》)
枳壳　车前草
宣阳透伏法(《时病论》)
厚朴　槟榔　草果仁　黄芩　甘草　藿香　半夏　生姜
宣志汤(《辨证录》)
茯苓　菖蒲　甘草　白术　生枣仁　远志　柴胡　当归　人参　山药　巴戟天
宣明丸(《证治准绳》)
赤芍药　当归　黄连　生地黄　大黄　川芎　薄荷　黄芩
宣透募原法(《时病论》)
厚朴　槟榔　草果仁　黄芩　甘草　藿香　半夏　生姜
度瘴散(《肘后备急方》)
麻黄　椒　乌头　细辛　术　防风　桔梗　桂　干姜
穿粉散(《医宗金鉴》)
轻粉　穿山甲　黄丹
疤痕软化膏(经验方)
五倍子　蜈蚣　冰片　樟脑　氧化锌软膏(氧化锌、明胶、甘油)
疯油膏(《中医外科临床手册》)
轻粉　东丹　飞辰砂　麻油　黄蜡
疥疮洗方(经验方)
雄黄　百部　苦参　川椒　硼砂
将军定痛丸(《审视瑶函》)
黄芩　白僵蚕　陈皮　天麻　桔梗　青礞石　白芷　薄荷　大黄　半夏
烂耳散(经验方)
穿心莲粉　猪胆汁　枯矾
除风益损汤(《原机启微》)
当归　川芎　熟地黄　白芍药　前胡　防风　藁本
除风清脾饮(《审视瑶函》)
陈皮　连翘　防风　知母　玄明粉　黄芩　玄参　黄连　荆芥穗　大黄　桔梗　生地黄
除湿汤(《证治要诀类方》引《是斋百一选方》)
半夏曲　厚朴　苍术　藿香叶　陈皮　白术　茯苓　炙甘草　生姜　大枣
除湿补气汤(《兰室秘藏》)
升麻　苍术　酒黄柏　柴胡　黄芪　酒知母　藁本　当归　五味子　陈皮　生甘草
除瘟化毒汤(《白喉治法抉微》)
桑叶　葛根　薄荷　贝母　木通　银花　甘草　生地　竹叶　枇杷叶
退肿膏(《证治准绳》)
芙蓉叶　地薄荷　耳草叶　金桐叶　赤牛膝　泽兰叶　大黄
退热桔梗饮子(《秘传眼科龙木论》)
桔梗　茺蔚子　大黄　玄参　芍药　防风　黄芩　芒硝
退翳散(《银海精微》)
海蛤粉　谷精草　夜明砂　猪肝
既济丸(《证治准绳》引《会编》方)
熟附子(童便浸)　人参　麝香
绝梦丹(《辨证录》)
人参　麦冬　茯神　白术　熟地　芡实　山药　北五味　玄参　菟丝子　丹参　当归　莲子心　炒枣仁　陈皮　沙参
结毒紫金丹(《外科正宗》)
龟版　朱砂　石决明

十　画

桂心丸(《太平圣惠方》)
桂心　乌头　柴胡　木香　赤芍　桃仁　当归
桂心白术汤(《类证活人书》)
白术　桂心　附子　防风　川芎　甘草
桂苓五味甘草汤(《金匮要略》)
桂枝　茯苓　五味子　炙甘草
桂枝二麻黄一汤(《伤寒论》)
桂枝　芍药　生姜　甘草　麻黄　大枣　杏仁
桂枝甘草汤(《伤寒论》)
桂枝　甘草
桂枝加大黄汤(《伤寒论》)
桂枝　芍药　炙甘草　生姜　大枣　大黄
桂枝加芍药汤(《伤寒论》)
桂枝　芍药　炙甘草　生姜　大枣
桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤(《伤寒论》)
桂枝　芍药　炙甘草　生姜　大枣　人参
桂枝加当归汤(《外科学》)
桂枝　芍药　甘草　生姜　大枣　当归
桂枝羌活汤(《类证治裁》)
桂枝　羌活　防风　甘草
桂枝黄芩汤(《伤寒论》)
桂枝　黄芩　芍药　生姜　甘草　大枣
桂枝麻黄各半汤(《伤寒论》)
桂枝　麻黄　芍药　生姜　杏仁　甘草　大枣
桔梗汤(《济生方》)
桔梗　贝母　当归　瓜蒌仁　枳壳　薏苡仁　桑白皮　防己　甘草　杏仁　百合　黄芪
桔梗杏仁汤(《景岳全书》)
桔梗　杏仁　甘草　银花　贝母　枳壳　红藤　连翘　夏枯草　百合　麦冬　阿胶
桐油膏(《杂病源流犀烛》)
桐油　百草霜　发灰　黄丹　乳香　鹿角
桃仁四物汤(经验方)
桃仁　川芎　当归　赤芍　生地黄　红花　牡丹皮　制香附　延胡索
换肌散(《卫生宝鉴》)
乌梢蛇　白花蛇　蚯蚓　细辛　木鳖子　白芷　天麻　赤

芍药 蔓荆子 当归 威灵仙 荆芥穗 甘菊花 不灰木 紫参 苦参 沙参 何首乌 石菖蒲 木贼草 天门冬 川芎 白蒺藜 炙甘草 胡麻仁 草乌 苍术 定风草

换肌消毒散(《医宗金鉴》)
当归 生地 赤芍 川芎 皂角刺 土茯苓 银花 连翘 生甘草 白芷 苦参 白鲜皮 防风 灯芯草

换骨丹(《证治准绳》)
苍术 枸杞子 茄根 当归 牛膝 龟版 防风 秦艽 独活 萆薢 羌活 蚕砂 松节 虎骨

损伤风湿膏(《中医伤科学讲义》)
生川乌 生草乌 生南星 当归 黄荆子 紫荆皮 生地 苏木 桃仁 桂枝 僵蚕 青皮 甘松 木瓜 山柰 地龙 乳香 没药 羌活 独活 川芎 白芷 苍术 木鳖子 山甲片 川断 山栀子 地鳖虫 骨碎补 赤石脂 红花 丹皮 落得打 白芥子 细辛 麻油 黄铅粉

秦川剪红丸(《医碥》)
雄黄 木香 槟榔 三棱 莪术 贯众 干漆 陈皮 大黄

秦艽牛蒡汤(《医宗金鉴》)
秦艽 牛蒡子 枳壳 麻黄 犀角 黄芩 防风 甘草 玄参 升麻

秦艽四物汤(《类证治裁》)
熟地 当归 川芎 白芍 秦艽 薏苡仁 蚕砂 甘草

秦皮汤(《外台秘要》)
秦皮 栀子 淡竹叶

秦皮汤(《秘传眼科龙木论》)
秦皮 秦艽 细辛 防风 甘草

秦皮煎(《圣济总录》)
秦皮 黄连 升麻

真君妙贴散(《医宗金鉴》)
荞面 明净硫黄 白面

真金散(《证治准绳》)
黄连 黄柏 当归 赤芍 杏仁

真珠散(《证治准绳》)
朱砂 冰片 真珠 水晶 琥珀 马牙硝

真珠散(经验方)
真珠 青黛 雄黄 黄柏 儿茶 冰片

破血汤(《眼科纂要》)
刘寄奴 红花 生地黄 赤芍药 菊花 苏木 丹皮 桔梗 甘草

破血红花散(《银海精微》)
当归尾 川芎 赤芍药 枳壳 苏叶 连翘 黄连 黄芪 山栀 大黄 苏木 红花 白芷 薄荷 升麻

破郁丹(《增补万病回春》)
香附 栀子仁 黄连 枳实 莪术 青皮 瓜蒌仁 苏子 槟榔

热郁汤(《丹溪心法》)
山栀 青黛 香附 苍术 川芎

顽癣浮萍丸(《外科正宗》)
紫背浮萍 苍术 苍耳草 苦参 黄芩 僵蚕 钩藤 豨莶草

顺步汤(《外科真诠》)
黄芪 石斛 当归 牛膝 紫花地丁 党参 甘草 金银花 蒲公英 菊花

柴芎汤(《审视瑶函》)
川芎 茯苓 柴胡 薄荷 细辛 半夏 黄芩 炙甘草 蔓荆子 陈皮 生姜

柴陈煎(《景岳全书》)
柴胡 陈皮 半夏 茯苓 甘草 生姜

柴苓汤(《杂病源流犀烛》)
柴胡 赤茯苓 猪苓 白术 泽泻 半夏 黄芩 人参 甘草 桂心 生姜

柴苓汤(《景岳全书》)
白术 茯苓 泽泻 柴胡 猪苓 黄芩

柴芩煎(《景岳全书》)
柴胡 黄芩 栀子 泽泻 木通 枳壳

柴枳半夏汤(《医学入门》)
柴胡 黄芩 半夏 瓜蒌 芍药 枳壳 桔梗 甘草 生姜 大枣

柴胡饮(《卫生宝鉴》)
柴胡 人参 黄芩 白芍 大黄 甘草 当归 生姜

柴胡散(《审视瑶函》)
柴胡 防风 赤芍药 荆芥 羌活 桔梗 生地黄 甘草

柴胡白虎汤(《医宗金鉴》)
柴胡 黄芩 竹叶 石膏 知母 麦冬 甘草

柴胡白虎汤(《通俗伤寒论》)
柴胡 石膏 天花粉 粳米 黄芩 知母 甘草 鲜荷叶

柴胡防风汤(《症因脉治》)
柴胡 防风 荆芥 羌活 川芎 干葛 陈皮 甘草

柴胡羌活汤(《症因脉治》)
柴胡 羌活 防风 枳壳 桔梗 青皮 苏梗

柴胡知母汤(《胎产心法》)
柴胡 知母 人参 黄芩 白术 当归 甘草 生姜 大枣

柴胡细辛汤(《中医伤科学讲义》)
柴胡 细辛 薄荷 当归尾 地鳖虫 丹参 制半夏 川芎 泽兰叶 黄连

柴胡栀连汤(《症因脉治》)
柴胡 黄芩 陈皮 甘草 黄连 山栀

柴胡胜湿汤(《兰室秘藏》)
柴胡 生甘草 酒黄柏 升麻 泽泻 当归梢 羌活 麻黄根 汉防己 龙胆草 茯苓 红花 五味子

柴胡陷胸汤(《通俗伤寒论》)
柴胡 姜半夏 黄连 桔梗 黄芩 瓜蒌仁 枳实 姜汁

柴胡清肝汤(《医宗金鉴》)
生地黄 当归 白芍药 川芎 柴胡 黄芩 栀子 天花粉 防风 牛蒡子 连翘 甘草

柴胡清肝饮(《审视瑶函》)
柴胡 黄芩 人参 川芎 山栀 连翘 甘草 桔梗

柴胡清肝散(《医宗金鉴》)
赤芍 生地 柴胡 胡黄连 山栀 连翘 甘草 龙胆草 灯芯 竹叶 青皮

柴胡葛根汤(《外科正宗》)
柴胡 天花粉 干葛 黄芩 桔梗 连翘 牛蒡子 石膏

甘草 升麻

逍遥调经汤(《疮疡经验全书》)

当归 生地 白芍 陈皮 丹皮 川芎 熟地 香附 甘草 泽兰 乌药 青皮 延胡索 黄芩 枳壳 柴胡

健步虎潜丸(《伤科补要》)

龟版胶 鹿角胶 虎胫骨 何首乌 川牛膝 杜仲 锁阳 当归 熟地黄 威灵仙 黄柏 人参 羌活 白芍 白术 大川附子 蜜糖

健脾利水汤(《胎产心法》)

白术 茯苓 姜皮 大腹皮 陈皮 紫苏 川芎 当归 人参 炙甘草

健脾利水生化汤(《傅青主女科》)

川芎 茯苓 干姜 陈皮 炙甘草 人参 肉豆蔻 当归 白术 泽泻

健脾养胃汤(《伤科补要》)

党参 白术 黄芪 当归身 白芍 陈皮 小茴香 山药 茯苓 泽泻

秘方化滞丸(《丹溪心法附余》)

巴豆 三棱 莪术 青皮 陈皮 黄连 半夏 木香 丁香

秘精丸(《济生方》)

菟丝子 家韭子 牡蛎 龙骨 五味子 桑螵蛸 白石脂 茯苓

透冰丹(《杂病源流犀烛》)

川乌 大黄 茯神 栀子 威灵仙 蔓荆子 茯苓 益智仁 天麻 仙灵脾 白芷 京墨 麝香

透膈汤(《奇效良方》)

木香 白豆蔻 缩砂仁 槟榔 枳壳 厚朴 半夏 青皮 陈皮 大黄 朴硝 甘草 生姜 大枣

脏连丸(《血证论》)

熟地 山药 山萸肉 云苓 泽泻 丹皮 黄连 猪大肠

胶黄散(《证治准绳》)

阿胶 蒲黄

射干丸(《圣济总录》)

射干 半夏 陈皮 百部 款冬花 细辛 干姜 五味子 贝母 茯苓 郁李仁 皂荚

息贲丸(《杂病源流犀烛》)

黄连 厚朴 川乌 桔梗 白蔻仁 陈皮 三棱 天冬 人参 干姜 茯苓 川椒 紫菀 青皮 巴豆霜

息贲汤(《奇效良方》)

人参 半夏 桂枝 吴茱萸 桑皮 葶苈子 甘草

狼毒膏(《医宗金鉴》)

狼毒 川椒 硫黄 槟榔 文蛤 蛇床子 大枫子 枯矾 白矾 香油 公猪胆汁

倒阳汤(《石室秘录》)

玄参 麦冬 肉桂

消气散(《石室秘录》)

白术 茯苓 薏苡仁 人参 山药 肉桂 枳壳 莱菔子 神曲

消风丸(《幼科金针》)

防风 荆芥 羌活 蝉蜕 川芎 藿香 陈皮 甘草 桔梗 僵蚕

消风清热饮(《朱仁康临床经验集》)

荆芥 防风 浮萍 蝉蜕 当归 赤芍 大青叶 黄芩

消肿散(《中医伤科学》)

制乳香 制没药 玉带草 四块瓦 洞青叶 虎杖 五香血藤 龙胆草 土黄连 绿葡萄根 大红袍 天花粉 生甘草 叶下花 叶上花 虫蒌粉 大黄粉 黄芩 五爪龙 白及粉 苏木粉 飞龙掌血 红花 凡士林

消肿膏(《临床骨科学·创伤》)

大黄 芥子 广皮 生地 黄柏 乌药 熟石灰 血竭 儿茶 木鳖子 半夏 白及 骨碎补 丹参 红花 南星 自然铜 黄芩 赤芍 香附 木香 乳香 桃仁 刘寄奴 栀子 当归

消肿膏药(经验方)

南瓜藤炭 苦楝子炭 芒硝 地脚松 饴糖 甘油

消肿止痛膏(《外伤科学》)

姜黄 羌活 干姜 栀子 乳香 没药 凡士林

消肿代刀散(《尤氏喉科秘书》)

火硝 薄荷 硼砂 冰片 牙皂

消食丸(《证治准绳》)

砂仁 陈皮 三棱 神曲 麦芽 香附

消食丸(《类证治裁》)

山楂肉 神曲 麦芽 莱菔子 青皮 陈皮 香附 阿魏

消食清郁汤(《增补万病回春》)

陈皮 半夏 白茯苓 神曲 山楂 香附米 川芎 麦芽 枳壳 栀子 黄连 苍术 藿香 甘草

消核膏(经验方)

甘遂 大戟 白芥子 麻黄 南星 僵蚕 玄明粉 藤黄 半夏

消疳散(《审视瑶函》)

使君子 雷丸 鸡肝

消痈汤(经验方)

皂角刺 川姜 防风 白芷 穿山甲 连翘 归尾 乳香 没药 银花 石决明 天花粉 甘草 大黄

消痔灵(经验方)

五倍子 明矾 枸橼酸钠 低分子右旋糖酐(右旋糖酐 40) 甘油 三氯叔丁醇 蒸馏水

消痔散(《中医外科临床手册》)

煅田螺 煅咸橄榄 冰片

消痔膏(《中医外科临床手册》)

煅田螺 煅咸橄榄 冰片 凡士林

消斑青黛饮(《伤寒六书》)

青黛 黄连 犀角 石膏 知母 玄参 栀子 生地黄 柴胡 人参 甘草 生姜 大枣

消痰降火汤(《顾松园医镜》)

贝母 瓜蒌霜 花粉 茯苓 苏子 橘红 枳壳 连翘 黄芩 竹沥 梨汁

消暑丸(《世医得效方》)

半夏 茯苓 甘草 姜汁

消暑十全饮(《类证治裁》)

香薷 扁豆 厚朴 苏叶 赤苓 藿香 木香 檀香 甘草

消瘀膏(《中医伤科学》)

大黄 栀子 木瓜 蒲公英 姜黄 黄柏 蜜糖

消瘀止痛药膏(《中医伤科讲义》)

生木瓜 生栀子 地鳖虫 乳香 没药 蒲公英 大黄 饴糖

消瘀荡秽汤(《石室秘录》)

水蛭 当归 红花 桃仁 枳实 牛膝 雷丸 白芍

消瘤丸(经验方)

海藻 昆布 夏枯草 贝母 陈皮 蜈蚣 全蝎 田三七 党参 茯苓 鸡内金

消瘤丹(《洞天奥旨》)

白术 茯苓 人参 陈皮 生甘草 薏苡仁 芡实

消瘤膏(《中医外科概要》)

硼砂 阿魏 麝香 大蒜

消癌片(《肿瘤的诊断与防治》)

红升丹 田三七 牛黄 黄连 琥珀 陈皮 黄芩 黄柏 犀角 贝母 山慈姑 桑椹 山药 郁金 甘草 金银花 黄芪 蕲蛇 白及

消翳汤(《眼科纂要》)

木贼草 密蒙花 当归尾 蔓荆子 生地黄 羌活 柴胡 荆芥穗 甘草 川芎 防风

润肠丸(《杂病源流犀烛》)

当归 生地 麻仁 桃仁 枳壳

润肠汤(《证治准绳》)

当归 甘草 生地黄 桃仁 火麻仁

润肺丸(《东医宝鉴》)

贝母 瓜蒌 青黛

润肺丸(《医学入门》)

诃子 五倍子 五味子 黄芩 甘草(一方无黄芩)

润肺汤(《赤水玄珠》)

知母 紫菀 山栀 麻黄 荆芥 马兜铃 前胡 赤芍 桑白皮 半夏 赤茯苓 杏仁 黄芩 甘草 生姜

润麻丸(《杂病源流犀烛》)

当归 生地 麻仁 桃仁 枳壳

润喉丸(经验方)

甘草粉 硼砂 食盐 玄明粉 酸梅 荸荠粉

润燥汤(《胎产心法》)

阿胶 麻仁 黄芩 芝麻 当归 苏梗 防风

海艾汤(《外科正宗》)

海艾 菊花 薄荷 防风 藁本 藿香 甘松 蔓荆子 荆芥穗

海带丸(《卫生宝鉴》)

海带 贝母 青皮 陈皮

海桐皮散(《小儿卫生总微论方》)

海桐皮 当归 牡丹皮 熟地 生地 牛膝 山茱萸 补骨脂 葱白

海浮散(《外科十法》)

乳香 没药

海蛤散(《证治准绳》)

海蛤 滑石 甘草 芒硝 鸡子清

海藏四物汤(《症因脉治》)

当归 白芍 生地 丹皮

海藏地黄散(《审视瑶函》)

大黄 熟地黄 玄参 潼蒺藜 防风 谷精草 黄连 白蒺藜 犀角 生地黄 蝉蜕 木贼草 甘草 羌活 木通 当归

流气饮(《审视瑶函》)

荆芥 山栀 牛蒡子 蔓荆子 细辛 防风 白蒺藜 木贼草 玄参 人参 川芎

流气饮(《枕藏外科钞》)

柴胡 紫苏 桔梗 枳壳 甘草 防风 川芎 羌活 白芷 赤芍 犀角 连翘 独活 当归

酒浸牛膝丸(《景岳全书》)

牛膝 川椒 虎骨 炮附子

涤中丸(《圣济总录》)

大黄 葶苈 杏仁 芒硝

凉心散(《医宗金鉴》)

青黛 硼砂 黄柏 黄连 人中白 风化硝 冰片

凉血四物汤(《医宗金鉴》)

当归 生地 川芎 赤芍 黄芩 赤茯苓 陈皮 红花 甘草 生姜 五灵脂 酒

凉血除湿汤(《朱仁康临床经验集》)

生地 丹皮 赤芍 忍冬藤 苦参 白鲜皮 地肤子 豨莶草 海桐皮 六一散 二妙丸

凉肺散(《眼科金镜》)

生地黄 桑白皮 白芍药 玄参 菊花 麦门冬 当归身 甘草 细辛 车前子

凉胎饮(《景岳全书》)

生地 黄芩 芍药 甘草 茯苓 当归 枳壳

凉膈白虎汤(《医宗金鉴》)

大黄 芒硝 甘草 连翘 栀子 黄芩 薄荷 石膏 知母 粳米

凉膈清脾饮(《外科正宗》)

防风 荆芥 黄芩 石膏 山栀 薄荷 赤芍药 连翘 生地黄 甘草

益气止淋汤(《女科正宗》)

人参 黄芪 白术 茯苓 麦冬

益气导溺汤(《中医妇科治疗学》)

泡参 白术 扁豆 茯苓 桂枝 炙升麻 桔梗 通草 台乌药

益气补肺汤(《医醇賸义》)

阿胶 五味子 地骨皮 天冬 麦冬 人参 百合 川贝母 茯苓 薏苡仁

益气补肾汤(《证治准绳》)

人参 黄芪 白术 茯苓 炙甘草 山药 山茱萸

益气养荣汤(《外科正宗》)

人参 茯苓 陈皮 贝母 香附 当归 川芎 黄芪 熟地 白芍 甘草 桔梗 白术 生姜 大枣

益气清金汤(《医宗金鉴》)

桔梗 黄芩 浙贝母 麦门冬 牛蒡子 人参 茯苓 陈皮 栀子 薄荷 生甘草 紫苏 淡竹叶

益阴汤(《类证治裁》)

地黄 山萸肉 丹皮 白芍 麦冬 五味子 山药 泽泻 地骨皮 莲心 灯芯草

益阴煎(《医宗金鉴》)

生地　知母　黄柏　龟版　甘草　缩砂仁

益阴去邪散(《罗氏会约医镜》)

陈皮　半夏　茯苓　甘草　当归　沙参　女贞子　熟地黄　山药　生姜

益阴肾气丸(《兰室秘藏》)

茯苓　泽泻　当归尾　丹皮　五味子　山萸肉　柴胡　熟地黄　生地黄　朱砂

益荣汤(《景岳全书》)

当归　黄芪　远志　酸枣仁　柏子仁　茯神　白芍　紫石英　木香　人参　甘草　生姜　大枣

益胃散(《温病条辨》)

沙参　麦冬　生地　玉竹

益黄散(《小儿药证直诀》)

青皮　丁香　诃子肉　甘草　陈皮

益脾散(《证治准绳》)

人参　茯苓　草果　木香　甘草　陈皮　厚朴　紫苏子　姜　枣

调元肾气丸(《医宗金鉴》)

生地　山萸肉　山药　丹皮　白茯苓　泽泻　麦冬　人参　当归身　煅龙骨　地骨皮　知母　黄柏　缩砂仁　木香　鹿角胶　蜂房

调中汤(《丹溪心法》)

苍术　陈皮　砂仁　藿香　白芍　桔梗　半夏　白芷　羌活　枳壳　甘草　川芎　麻黄　桂枝　生姜

调中汤(《医宗金鉴》)

人参　茯苓　藿香　白术　木香　香附　砂仁　炙甘草

调中健脾丸(《医碥》)

黄连　吴萸　苏子　莱菔子　泽泻　草蔻　沉香　黄芪　人参　茯苓　苍术　五加皮　白术　陈皮　半夏　香附　山楂　薏苡仁　白芍

调气汤(《审视瑶函》)

白芍药　陈皮　生地黄　黄柏　香附　知母　当归身　枳壳　茯苓　甘草

调气散(《症因脉治》)

沉香　木香　藿香　苏梗　砂仁　白豆蔻　甘草　白檀香

调气散(《证治准绳》)

木香　香附　人参　橘皮　藿香　甘草

调气化痰丸(《赤水玄珠》)

半夏　南星　白矾　皂角　生姜　青皮　橘皮　苏子　莱菔子　干葛　杏仁　麦芽　山楂　神曲　香附子

调气平胃散(《证治准绳》)

木香　乌药　白蔻仁　檀香　砂仁　藿香　苍术　厚朴　陈皮　甘草

调正汤(《傅青主女科》)

白术　苍术　茯苓　陈皮　贝母　薏苡仁

调肝汤(《傅青主女科》)

山药　阿胶　当归　白芍　山萸肉　巴戟天　甘草

调营汤(《证治准绳》)

莪术　川芎　当归　赤芍　瞿麦　延胡索　大黄　槟榔　陈皮　细辛　大腹皮　葶苈子　桑白皮　赤苓　肉桂

调营活络饮(《症因脉治》)

当归　红花　桃仁　赤芍　独活　牛膝　秦艽　桂枝　大黄

调荣通脉汤(《医醇賸义》)

天冬　生地　丹参　柏子仁　党参　茯神　白术　黄连　当归　川断　牛膝　红枣　桑枝

调息丸(《杂病源流犀烛》)

陈皮　蔻仁　射干　紫菀　桑白皮　桔梗　石碱　海浮石　旋覆花

调经散(《太平惠民和剂局方》)

当归　肉桂　没药　琥珀　白芍　细辛　麝香

调经散(《银海精微》)

香附　当归尾　大黄　黄芩　黄连　生地黄　赤芍药　川芎　羌活　山栀　薄荷　木贼草　苏木　红花　甘草

调脾饮(《辨证录》)

白芍　茯苓　白术　甘草　陈皮　神曲　白豆蔻

调脾清毒饮(《审视瑶函》)

天花粉　连翘　荆芥　甘草　牛蒡子　桔梗　茯苓　白术　薄荷　防风　陈皮

家韭子丸(《三因极一病证方论》)

家韭子　鹿茸　肉苁蓉　牛膝　熟地黄　当归　巴戟天　菟丝子　杜仲　石斛　桂心　炮姜

家秘川连枳壳汤(《症因脉治》)

黄连　枳壳　木通　厚朴　甘草

家秘肝肾丸(《症因脉治》)

当归　芍药　天冬　地黄　知母　黄柏

家秘肾气丸(《症因脉治》)

天门冬　地黄　当归　白芍　黄柏　知母

家秘泻黄散(《症因脉治》)

黄连　枳壳　苍术　厚朴　陈皮　甘草

家秘枳壳黄连汤(《症因脉治》)

川连　枳壳　木通　甘草

宽气饮(《医宗金鉴》)

杏仁　桑白皮　橘红　苏子　枳壳　枇杷叶　麦冬　葶苈子　甘草

宽胸丸(《嵩崖尊生书》)

柴胡　郁金　香附　降香　川芎　陈皮　延胡索　当归　砂仁　甘草

宽筋散(汤)(《伤科补要》)

羌活　防风　续断　桂枝　当归　白芍　甘草

离宫锭(《医宗金鉴》)

血竭　朱砂　胆矾　京墨　蟾酥　麝香

烧伤眼药水及眼膏(经验方)

虎杖　地榆　银花　十大功劳

烟熏方(《外科学》)

苍术　松香　大枫子　五倍子　苦参　黄柏　防风　白鲜皮　鹤虱

烙脐饼子(《小儿卫生总微论方》)

豆豉　黄蜡　麝香

通气散(《证治准绳》)

玄参　皂角　川芎　细辛　藜芦　草乌　羊踯躅

通气散(《奇效良方》)

茴香　木香　全蝎　延胡索　陈皮　菖蒲　羌活　僵蚕　川芎　蝉蜕　穿山甲　甘草

通气散(《济阴纲目》)
陈皮 苏叶 枳壳 木通
通气散(《医林改错》)
柴胡 香附 川芎
通气散坚丸(《医宗金鉴》)
人参 桔梗 川芎 当归 花粉 黄芩 枳壳 陈皮 半夏 白茯苓 胆南星 贝母 海藻 香附 石菖蒲 甘草
通心饮(《医学入门》)
木通 连翘 瞿麦 栀子 黄芩 甘草 麦门冬 灯芯
通血丸(《证治准绳》)
生地黄 赤芍药 甘草 川芎 防风 荆芥 当归
通关散(《喉科紫珍集》)
牙皂 川芎
通声膏(《备急千金要方》)
五味子 款冬花 通草 人参 细辛 桂心 竹茹 菖蒲 杏仁泥 白蜜 枣膏 生姜汁
通肝生乳汤(《傅青主女科》)
白芍 当归 白术 麦冬 通草 柴胡 远志 甘草 熟地
通苓散(《症因脉治》)
麦门冬 淡竹叶 车前草 赤茯苓 木通
通顶方(《圣济总录》)
胡黄连末 滑石粉 瓜蒂末 麝香 蟾酥
通顶散(《银海精微》)
川芎 白芷 谷精草 藜芦 防风 薄荷 牙皂 蔓荆子 细辛 蒲黄
通明补肾丸(《银海精微》)
楮实子 五味子 枸杞子 人参 菟丝子 肉苁蓉 菊花 熟地黄 当归 牛膝 知母 黄柏 青盐
通明理气汤(《古今医鉴》)
苍术 白术 川芎 陈皮 香附 生地黄 贝母 黄连 黄芩 黄柏 栀子 玄参 木香 槟榔 炙甘草 生姜 竹沥
通鸣散(《小儿卫生总微论方》)
菖蒲 远志 柴胡 麦冬 防风 细辛 葶苈 磁石
通草散(《银海精微》)
赤芍药 川芎 羌活 甘草 当归 麝香
通草散(《济阴纲目》)
桔梗 瞿麦 柴胡 天花粉 通草 青皮 白芷 赤芍 连翘 木通 甘草
通经活血丸(《外科学》)
当归 桃仁 泽兰 川牛膝 赤芍 川芎 红花 丁香 蜂蜜
通脉四逆加猪胆汁汤(《伤寒论》)
炙甘草 干姜 附子 猪胆汁
通神散(《银海精微》)
菊花 谷精草 密蒙花 绿豆皮 苍术 石决明 甘草 黄芩 蝉蜕 木贼草
通络活血方(《朱仁康临床经验集》)
当归尾 赤芍 桃仁 红花 香附 青皮 王不留行 茜草 泽兰 牛膝
通脾泄胃汤(《血证论》)
黄柏 玄参 防风 大黄 知母 炒山栀 石膏 茺蔚子
通脾泻胃汤(《医宗金鉴》)
麦门冬 茺蔚子 防风 大黄 玄参 知母 天门冬 黄芩 石膏 栀子
通脾泻胃汤(《银海精微》)
麦门冬 茺蔚子 知母 防风 黄芩 天门冬 大黄
通脾泻胃汤(《审视瑶函》)
麦门冬 茺蔚子 知母 玄参 车前子 软石膏 防风 黄芩 天门冬 熟大黄
桑皮散(《高要经》)
苦葶苈 黄芩 牛蒡子 桑白皮 防风 荆芥 薄荷 甘草
桑白皮汤(《景岳全书》)
桑白皮 苏子 杏仁 贝母 山栀 黄芩 黄连(一方有半夏、生姜)
桑白皮散(《医门法律》)
桑白皮 桔梗 川芎 防风 薄荷 黄芩 前胡 柴胡 紫苏 赤茯苓 枳壳 甘草 生姜 大枣
桑白皮散(《审视瑶函》)
旋覆花 枳壳 杏仁 桑白皮 天花粉 玄参 甘草 甜葶苈 白菊花 防风 黄芩
桑根白皮汤(《太平圣惠方》)
桑根白皮 射干 枳壳 赤茯苓 贝母 白前 生地 柴胡 甘草 赤芍 天冬 百合 槟榔

十一画

黄瓜蒌丸(《丹溪心法》)
瓜蒌仁 半夏 山楂 神曲
黄芪丸(《医贯》)
黄芪 沙苑蒺藜 羌活 黑附子 羯羊肾
黄芪汤(《金匮翼》)
黄芪 陈皮 麻仁 白蜜
黄芪汤(《审视瑶函》)
黄芪 麦门冬 茯苓 防风 人参 地骨皮 漏芦 知母 远志 熟地黄
黄芪汤(《秘传眼科龙木论》)
黄芪 茺蔚子 防风 地骨皮 茯苓 大黄 人参 黄芩 甘草
黄芪当归散(《医宗金鉴》)
黄芪 当归 人参 白术 白芍 甘草
黄芪防风饮子(《原机启微》)
蔓荆子 细辛 葛根 炙甘草 黄芪 防风 黄芩
黄芪束气汤(《儿科要方》)
黄芪 白芍 人参 破故纸 升麻 益智仁 北五味 肉桂
黄芪煎散方(《圣济总录》)
黄芪 鳖甲 桑寄生 当归 肉桂 白茯苓 人参 牛膝 白芍药 熟干地黄 麦门冬 甘草
黄连天花粉丸(《原机启微》)
黄连 菊花 薄荷 川芎 黄柏 连翘 天花粉 黄芩 山栀
黄连戊己汤(《症因脉治》)

黄连 白芍 甘草

黄连定厥汤(《辨证录》)

黄连 当归 麦冬 玄参 贝母 菖蒲

黄连泻心汤(《杂病源流犀烛》)

黄连 黄芩 生地 知母 甘草

黄连泻心汤(《喉科紫珍集》)

黄连 栀子 薄荷 荆芥 黄芩 连翘 木通 牛蒡子 防风 生甘草 灯芯

黄连油混悬液(经验方)

黄连粉 蓖麻油

黄连枳壳汤(《症因脉治》)

黄连 枳壳 厚朴 陈皮 甘草 木通

黄连消毒饮(《医宗金鉴》)

苏木 甘草 陈皮 桔梗 黄芩 黄柏 人参 藁本 防己 防风 知母 羌活 独活 连翘 黄连 生地黄 黄芪 泽泻 当归尾

黄连眼药水(经验方)

黄连 硼酸 氯化钠 蒸馏水

黄连猪肚丸(《三因极一病证方论》)

黄连 粱米 天花粉 茯神 知母 麦门冬 猪肚

黄连温胆汤(《备急千金要方》)

黄连 半夏 陈皮 枳实 竹茹 茯苓 甘草 大枣

黄连犀角汤(《三因极一病证方论》)

黄连 犀角 乌梅 木香

黄连解毒汤(《眼科百问》)

菊花 决明 木贼草 蒺藜 黄连 黄柏 黄芩 柴胡 薄荷 川芎 青皮 山栀 桔梗 枳壳 陈皮 大黄

黄连滴耳液(经验方)

黄连 枯矾 甘油 冰片

黄芩半夏汤(《景岳全书》)

黄芩 半夏 麻黄 紫苏 桔梗 枳壳 杏仁 甘草

黄芩利膈丸(《诸症提纲》)

生黄芩 炒黄芩 半夏 黄连 泽泻 南星 枳壳 陈皮 白术 白矾 萝卜子 牙皂

黄芩泻白散(《症因脉治》)

黄芩 桑白皮 地骨皮 甘草

黄芩素眼药水(经验方)

黄芩素 氯化钠 尼泊金 蒸馏水

黄芩清肺饮(《证治准绳》)

黄芩 栀子

黄灵粉(经验方)

火硝 枯矾 水银

黄昏汤(《备急千金要方》)

黄昏(即合欢皮)

黄药方(《杂病源流犀烛》)

蒲黄 硝 硼砂 冰片 薄荷叶

菊花决明散(《原机启微》)

石决明 石膏 木贼草 羌活 甘草 防风 蔓荆子 川芎 黄芩 草决明 白菊花

菊花通圣散(《医宗金鉴》)

芒硝 大黄 桔梗 白芍药 甘草 荆芥穗 当归 石膏 薄荷 川芎 麻黄 黄芩 山栀 滑石 连翘 防风 白术 羌活 细辛 菊花 蔓荆子

菊睛丸(《审视瑶函》)

白菊花 巴戟天 肉苁蓉 枸杞子

菟丝子丸(《医学心悟》)

菟丝子 茯苓 山药 沙苑蒺藜 车前子 远志肉 牡蛎

菟丝子散(《杂病源流犀烛》)

菟丝子 五味子 肉苁蓉 杜仲 牡蛎 赤石脂

菖蒲膏(《太平圣惠方》)

菖蒲 细辛 杏仁 猪脂

菖蒲益智丸(《备急千金要方》)

菖蒲 附子 远志 党参 桔梗 牛膝 茯苓 桂心

萆薢化毒汤(《疡科心得集》)

萆薢 当归尾 丹皮 牛膝 防己 木瓜 薏苡仁 秦艽

理气止痛汤(《中医伤科学》)

丹参 广木香 青皮 炙乳香 枳壳 制香附 川楝子 延胡索 软柴胡 路路通 没药

理气降痰汤(《证治汇补》)

桔梗 枳壳 橘红 半夏 茯苓 香附 贝母 甘草 桂枝

救中汤(《温病条辨》)

蜀椒 淡干姜 厚朴 广皮 槟榔

救苦汤(《寿世保元》)

川芎 藿香 藜芦 牡丹皮 延胡索 朱砂 雄黄 白芷 牙皂

救真汤(《辨证录》)

白芍 炙甘草 山栀 广木香 石菖蒲

救顽汤(《疡科选粹》)

当归 白术 黄芪 熟地 麦冬 山萸肉 茯苓 生甘草 柴胡 防风 连翘 熟附子 半夏

救唇汤(经验方)

紫花地丁 金银花 白果 桔梗 知母 甘草

救脑汤(《辨证录》)

川芎 细辛 辛夷 当归 蔓荆子

硇砂煎丸(《卫生宝鉴》)

黑附子 木香 破故纸 荜拨 硇砂

排脓汤(《金匮要略》)

甘草 桔梗 生姜 大枣

排脓散(《金匮要略》)

枳实 芍药 桔梗 鸡子黄

排脓散(《外科正宗》)

黄芪 当归 金银花 白芷 防风 穿山甲 川芎 瓜蒌仁

排脓内塞散(《刘涓子鬼遗方》)

防风 白芷 附子 桂心 厚朴 赤小豆 桔梗 远志 黄芪 人参 茯苓 川芎 当归 甘草

接骨丹(《证治全生集》)

真血竭 明雄黄 上红花 净儿茶 朱砂 净乳香 当归尾 净没药 麝香 冰片

接骨丹(《中医伤科学讲义》)

当归尾 乳香 没药 自然铜 骨碎补 桃仁 大黄 雄黄 白及 血竭 地鳖虫 三七 红花 儿茶 麝香 朱砂 冰片

接骨膏(《外伤科学》)

五加皮 地龙 乳香 没药 土鳖 骨碎补 白及 蜂蜜

接骨续筋药膏(《中医伤科学讲义》)

自然铜 荆芥 防风 五加皮 皂角 茜草根 续断 羌活 乳香 没药 骨碎补 接骨木 红花 赤芍 地鳖虫 白及 血竭 硼砂 螃蟹末 饴糖

推车散(《重楼玉钥》)

推车虫(即蜣螂) 干姜

爽咽汤(经验方)

陈萝卜缨 射干 黄郁金 枳壳 木蝴蝶 枇杷叶 橄榄 金莲花

蛇伤一方(经验方)

当归 白芷 五灵脂 黄连 雄黄精 细辛 吴茱萸 青木香 川贝母 半边莲

蛇伤二方(经验方)

黄连 黄芩 栀子 大黄 金银花 半边莲 白茅根 生地黄 旱莲草 丹皮

蛇伤三方(经验方)

黄连 山栀子 当归 五灵脂 雄黄精 白芷 细辛 僵蚕 半边莲 白茅根 白花蛇舌草 金银花

蛇床子散(《金匮要略》)

蛇床子仁

蛇床子汤(《医宗金鉴》)

威灵仙 蛇床子 当归尾 缩砂壳 土大黄 苦参 老葱头

蛇床子洗方(《疡医大全》)

蛇床子 花椒 白矾

蛇黄丸(《小儿药证直诀》)

蛇黄 郁金 麝香

常山饮(《圣济总录》)

厚朴 常山 草豆蔻 肉豆蔻 乌梅 槟榔 炙甘草

崔氏乌头丸(《张氏医通》)

附子 乌头 赤石脂 蜀椒 桂心 干姜

颅内消瘀汤(经验方)

麝香 川芎 血竭 丹参 赤芍 桃仁 红花 乳香 没药 三棱 莪术 香附 土鳖虫

猪肝散(《银海精微》)

真蛤粉 谷精草 夜明砂 猪肝

猪肚丸(《备急千金要方》)

猪肚 黄连 粱米 瓜蒌根 茯神 知母 麦门冬

猪肚丸(《卫生宝鉴》)

白术 苦参 牡蛎 猪肚

猪苓散(《太平圣惠方》)

猪苓 赤茯苓 知母 柴胡 吴茱萸 甘草 木香 黄芩 犀角屑 槟榔

猪苦胆膏(《中医外科诊疗学》)

制嫩松香 制乳香 制没药 真广胶 雄猪胆 姜汁

猪肤汤(《伤寒论》)

猪肤 白蜜 米粉

银甲丸(经验方)

银花 连翘 升麻 红藤 蒲公英 桔梗 生鳖甲 紫花地丁 生蒲黄 椿根皮 大青叶 茵陈 琥珀末

银黄片(《全国医药产品大全》)

金银花提取物 粗黄芩素 硬脂酸镁

象皮膏(《伤科补要》)

大黄 川芎 当归 生地 红花 川连 甘草 荆芥 肉桂 白及 白蔹 麻油 黄蜡 白蜡 象皮 血竭 乳香 没药 珍珠 人参 冰片 地鳖 龙骨 海螵蛸 百草霜

象皮膏(《中医外科诊疗学》)

真象皮 当归 壮年人发 大生地 败龟版 真麻油 黄蜡 白蜡 炉甘石(川连汁煅) 石膏

假苏散(《医学心悟》)

荆芥 陈皮 香附 麦芽 瞿麦 木通 赤茯苓

清上丸(《赤水玄珠》)

石菖蒲 酸枣仁 南星 茯苓 黄连 半夏 神曲 橘红 僵蚕 青黛 木香 柴胡 竹沥

清上泻火汤(《兰室秘藏》)

荆芥 川芎 蔓荆子 当归 苍术 酒黄连 生地 藁本 甘草 升麻 防风 酒黄柏 炙甘草 黄芪 酒黄芩 酒知母 羌活 柴胡 细辛 红花

清中汤(《医彻》)

栀子 黄连 竹茹 半夏 木香 生姜 茯苓 甘草

清中汤(《医学心悟》)

金铃子 延胡索 香附 陈皮 山栀 黄连 甘草

清化饮(《景岳全书》)

芍药 麦冬 丹皮 茯苓 黄芩 生地 石斛

清心药(《证治准绳》)

当归 川芎 赤芍 生地黄 黄芩 黄连 连翘 丹皮 栀子 桃仁 甘草

清火止嗽汤(《杂病源流犀烛》)

桑白皮 桔梗 黄芩 山栀 杏仁 枳壳 前胡 知母 瓜蒌霜 石膏 甘草 贝母

清火宁肺汤(《罗氏会约医镜》)

当归 白芍 青蒿 生地 麦冬 栀子 黄芩

清白散(《医宗金鉴》)

当归 黄柏 白芍 樗根皮 生地 川芎 贝母 炮姜 甘草

清血搜毒丸(《梅毒学》)

血竭花 广木香 丁香 儿茶 豆霜 薏苡仁

清肌渗湿汤(《医宗金鉴》)

苍术 厚朴 陈皮 生甘草 柴胡 木通 泽泻 白芷 升麻 白术 生栀子 黄连 生姜 灯心

清阳散火汤(《焦氏喉科枕秘》)

升麻 白芷 黄芩 牛蒡子 连翘 石膏 防风 当归 荆芥 白蒺藜 甘草

清肝止淋汤(《傅青主女科》)

当归 白芍 生地 阿胶 丹皮 黄柏 牛膝 小黑豆 香附 红枣

清肝引经汤(经验方)

当归 白芍 生地 甘草 栀子 黄芩 川楝 茜草 白茅根 川牛膝 丹皮

清肝顺气饮(《症因脉治》)

柴胡 黄芩 山栀 苏梗 青皮 木通 枳壳 甘草

清肝解郁汤(《医宗金鉴》)

当归 生地 白芍 川芎 陈皮 半夏 贝母 茯神 远志 桔梗 苏叶 栀子 木通 甘草 香附 生姜

清肝饮(《症因脉治》)

柴胡 黄芩 山栀 连翘 桔梗 川芎 甘草

清肝汤(《中医临证备要》)

青蒿 橘叶 薄荷 连翘 苦丁茶 荷叶

清肝汤(《眼科纂要》)

柴胡 芍药 山栀 生地黄 当归尾 防风 连翘 夏枯草 车前子 甘草

清金丹(《赤水玄珠》)

莱菔子 猪牙皂角 姜汁

清金散(《医宗金鉴》)

生栀子 黄芩 枇杷叶 生地黄 天花粉 连翘 麦冬 薄荷 玄参 生甘草 桔梗 灯芯

清金化痰汤(《医学统旨》)

黄芩 山栀 桔梗 麦冬 桑皮 贝母 知母 瓜蒌仁 橘红 茯苓 甘草

清金凉肝散(《银海精微》)

黄连 黄芩 山栀 连翘 葶苈子 桑白皮 麦门冬 天花粉 赤芍药 葛根 荆芥 杏仁 青皮 甘草

清肺汤(《万病回春》)

茯苓 陈皮 当归 芍药 生地黄 天门冬 麦门冬 黄芩 山栀 紫菀 阿胶 桑白皮 甘草 乌梅

清肺饮(《证治汇补》)

茯苓 黄芩 桑白皮 麦冬 车前子 山栀 大黄

清肺饮(《症因脉治》)

黄芩 山栀 薄荷 桔梗 甘草 连翘 杏仁 桑白皮 枳壳

清肺饮(《眼科集成》)

桑白皮 地骨皮 麦门冬 天门冬 黄连 黄芩 葶苈子 大黄 槐花 紫菀 枇杷叶 竹叶 车前草

清肺饮(《中医外科概要》)

杏仁 苏梗 瓜蒌皮 川贝母 橘红 桑叶 枳壳 枇杷叶 牛蒡子 桔梗

清咽汤(《疫喉浅论》)

荆芥穗 防风 桔梗 杏仁 薄荷 生甘草 枳壳 鲜浮萍 牛蒡子 前胡 僵蚕 橄榄

清咽汤(经验方)

金莲花 藏青果 玄参 金银花 桔梗 浙贝母 天花粉 甘草

清咽散(《喉科指掌》)

荆芥 薄荷 炒僵蚕 桔梗 生粉草 防风 前胡 枳壳

清咽双和饮(《喉科紫珍集》)

桔梗 银花 当归 赤芍 生地 玄参 茯苓 荆芥 牡丹皮 川贝母 葛根 甘草 前胡

清咽宁肺汤(《医学统旨》)

桔梗 前胡 桑皮 贝母 甘草 知母 黄芩 栀子

清咽泻白散(《疫喉浅论》)

桑白皮 地骨皮 牛蒡子 瓜蒌 甘草 连翘 浙贝 鲜枇杷叶 鲜芦根

清咽养营汤(《疫喉浅论》)

桔梗 牛蒡子 荆芥 薄荷 防风 杏仁 枳壳 浮萍 前胡 僵蚕 青果榄 甘草

清咽养营汤(《疫喉浅论》)

西洋参 生地黄 麦门冬 天花粉 白芍药 玄参 茯神 天门冬 桔梗 甘草 知母

清咽消毒饮(《疫喉浅论》)

银花 连翘 犀角 山栀 黄连 牛蒡子 玄参 马勃 薄荷 绿豆衣 甘草

清咽滋肺汤(《张氏医通》)

贝母 瓜蒌根 马兜铃 桔梗 麦门冬 甘草 玄参 牛蒡子 荆芥 葳蕤

清胃汤(《医宗金鉴》)

生石膏 黄芩 黄连 生地黄 牡丹皮 升麻

清胃汤(《症因脉治》)

干葛 石膏 升麻 黄连 生地 山栀 犀角 甘草

清胃汤(《顾松园医镜》)

黄连 连翘 石斛 麦冬 山楂 麦芽 芦根汁

清胃败毒散(《杂病源流犀烛》)

赤芍 当归尾 黄芩 连翘 天花粉 荆芥 大黄 银花 甘草

清胃黄连丸(《全国中药成药处方集》)

黄连 丹皮 连翘 生地 生石膏 天花粉 桔梗 知母 赤芍 玄参 栀子 黄芩 黄柏 甘草

清胆竹茹汤(《症因脉治》)

柴胡 黄芩 半夏 陈皮 甘草 竹茹

清宣金脏法(《时病论》)

桑叶 枇杷叶 桔梗 杏仁 牛蒡子 川贝 马兜铃 瓜蒌壳

清神益气汤(《脾胃论》)

茯苓 人参 白术 苍术 白芍药 升麻 防风 泽泻 生姜 黄柏 陈皮 青皮 甘草 麦门冬 五味子

清热饮(《医宗金鉴》)

黄连 生地黄 木通 甘草 连翘 淡竹叶

清热地黄汤(《眼科金镜》)

熟地黄 白芍药 川芎 当归 丹皮 黄柏 知母 五味子 玄参

清热固经汤(《简明中医妇科学》)

炙龟版 牡蛎粉 清阿胶 大生地 地骨皮 焦山栀 生黄芩 地榆片 陈棕炭 生藕节 生甘草

清热和中汤(《医宗金鉴》)

白术 陈皮 厚朴 赤苓 黄连 神曲 谷芽 使君子 泽泻 甘草

清热和胃丸(《医宗金鉴》)

黄连 山栀 竹茹 麦冬 连翘 山楂 神曲 麦芽 陈皮 枳实 大黄 甘草

清热胜湿汤(《寿世保元》)

苍术 黄柏 羌活 白芍 陈皮 牛膝 木瓜 杜仲 威灵仙 泽泻 甘草

清热消毒散(《证治准绳》)

黄连 山栀 连翘 当归 芍药 生地 银花 川芎 甘草

清热解毒汤(经验方)

金银花 连翘 生地黄 牡丹皮 黄芩 甘草

清眩汤(经验方)

白蒺藜 生龙骨 生牡蛎 白芍药 枸杞子 钩藤 桑寄生 远志 竹茹 茯苓 谷芽 麦芽

清眩化痰汤(《赤水玄珠》)

川芎 黄芩 天麻 半夏 茯苓 橘红 桔梗 枳壳 甘草

清晕化痰汤(《医宗金鉴》)

陈皮 半夏 茯苓 枳实 白术 川芎 黄芩 白芷 羌活 人参 南星 防风 细辛 黄连 甘草 姜汁

清凉饮(《证治准绳》)

黄连 黄芩 薄荷 甘草 玄参 当归 芍药 白蜜

清凉饮(《古今图书集成·医部全录》)

羌活 柴胡 炙甘草 知母 黄芪 黄芩 生甘草 防己 生地 防风 当归 红花 杏仁 桃仁 升麻 石膏 黄柏 龙胆草

清凉饮(《眼科秘传》)

知母 桔梗 黄芩 羌活 山栀 菊花 密蒙花 木贼草 薄荷 甘草 车前子 当归

清凉油(《全国医药产品大全》)

樟脑 薄荷油 桉叶油 薄荷脑 氨水 蜂蜡 石蜡 凡士林

清凉散(《中医临证备要》)

硼砂 人中黄 黄连 薄荷 青黛 冰片

清凉膏(《证治准绳》)

大黄 芒硝 黄连 黄柏 当归 赤芍 细辛 薄荷 芙蓉叶 生地 鸡蛋清 白蜜

清凉膏(《医宗金鉴》)

风化石灰 清水 麻油

清凉甘露饮(《外科正宗》)

犀角 银柴胡 茵陈 石斛 枳壳 麦门冬 甘草 生地 黄芩 知母 枇杷叶 淡竹叶 灯芯

清凉涤暑法(《时病论》)

滑石 甘草 青蒿 扁豆 连翘 茯苓 通草 西瓜翠衣

清瘄解毒汤(《重楼玉钥》)

人中黄 川黄连 玄参 牛蒡子 北柴胡 防风 生石膏 犀角 知母 生甘草 连翘 荆芥 淡竹叶 灯芯

清离滋坎丸(《杂病源流犀烛》)

熟地 生地 天冬 麦冬 当归 白芍 知母 黄柏 白术 山药 山萸 茯苓 丹皮 泽泻 甘草

清营退肿膏(《中医伤科学讲义》)

大黄 芙蓉叶 黄芩 黄柏 花粉 滑石 东丹 凡士林

清脏汤(《万病回春》)

当归 川芎 生地 白术 黄连 黄芩 栀子 黄柏 地榆 槐角 柏叶 阿胶

清暑汤(《外科全生集》)

连翘 花粉 赤芍 滑石 车前草 银花 泽泻 甘草 淡竹叶

清暑和胎饮(《万氏女科》)

人参 白术 黄芪 甘草 黄芩 黄连 知母 麦冬 五味子

清脾散(《古今医统大全》)

炒白术 苍术 茯苓 半夏 滑石 柴胡 升麻 甘草 羌活 灯芯

清脾散(《审视瑶函》)

薄荷 升麻 山栀 赤芍药 枳壳 黄芩 陈皮 藿香 防风 石膏 甘草

清解片(《中医外科临床手册》)

大黄 黄芩 黄柏 苍术

清解散(《证治准绳》)

沙参 防风 天麻 柴胡 前胡 茯苓 桔梗 川芎 枳壳 甘草 细辛 薄荷

清痰饮(《审视瑶函》)

陈皮 半夏 天花粉 山栀 石膏 黄芩 茯苓 胆南星 枳壳 青黛

清瘟解毒丸(《全国医药产品大全》)

大青叶 连翘 玄参 天花粉 桔梗 牛蒡子 羌活 防风 葛根 柴胡 黄芩 白芷 川芎 赤芍 甘草 淡竹叶

清震汤(《兰室秘藏》)

羌活 酒黄柏 柴胡 苍术 黄芩 防风 猪苓 藁本 当归身 甘草 红花 泽泻 麻黄根

清震汤(《审视瑶函》)

升麻 赤芍 甘草 荆芥 葛根 薄荷 黄芩 荷叶 苍术

清瘴汤(《内科学》)

青蒿 柴胡 茯苓 知母 陈皮 半夏 黄芩 黄连 枳实 常山 竹茹 益元散

清燥汤(《症因脉治》)

知母 石膏 麦冬 枇杷叶 葛根 竹茹 甘草 芦根汁

渗脐散(《医宗金鉴》)

枯矾 龙骨 麝香

渗湿汤(《症因脉治》)

白术 干姜 白茯苓 橘红 苍术 丁香 甘草

渗湿汤(《杂病源流犀烛》)

苍术 白术 茯苓 猪苓 陈皮 泽泻 川芎 香附 厚朴 砂仁 甘草 生姜 灯芯

深师麻黄汤(《外台秘要》)

麻黄 细辛 甘草 桃仁(一作杏仁)

麻仁丸(《证治准绳》)

麻仁 枳壳 人参 大黄

麻苏粥(《普济本事方》)

苏子 火麻仁

麻桂术甘汤(《症因脉治》)

麻黄 桂枝 白术 甘草

麻桂温经汤(《伤科补要》)

麻黄 桂枝 红花 白芷 细辛 桃仁 赤芍 甘草

麻黄升麻汤(《伤寒论》)

麻黄 升麻 当归 知母 黄芩 葳蕤(一作菖蒲) 芍药 天冬 桂枝 茯苓 甘草 石膏 白术 干姜

麻黄左经汤(《三因极一病证方论》)

麻黄 干葛 细辛 白术 茯苓 防己 桂心 羌活 防风 甘草

麻黄杏仁汤(《症因脉治》)

麻黄　杏仁　桔梗　甘草

麻黄赤芍汤(《杂病源流犀烛》)

麻黄　荆芥　赤芍　防风　独活　羌活　酒芩　白芷　苍术　威灵仙　枳实　桔梗　川芎　葛根　当归梢　升麻　甘草

麻黄桂枝汤(《兰室秘藏》)

人参　麦冬　桂枝　当归身　麻黄　甘草　黄芪　白芍药　五味子

鹿角丸(《济生方》)

鹿角　川牛膝

鹿角胶丸(《圣济总录》)

鹿角胶　桑耳　牛角鰓　鹿茸　附子　赤石脂　白龙骨　干姜

鹿茸丸(《济生方》)

鹿茸　牛膝　五味子　石斛　巴戟天　附子　川楝子　山药　肉桂　杜仲　泽泻　沉香

鹿茸散(《圣济总录》)

鹿茸　当归　生干地黄　冬葵子　蒲黄

鹿茸补涩丸(《杂病源流犀烛》)

人参　黄芪　菟丝子　桑螵蛸　莲子肉　茯苓　肉桂　山药　附子　鹿茸　桑白皮　龙骨　补骨脂　五味子

鹿胎丸(《杂病源流犀烛》)

鹿胎　熟地　菟丝子　枸杞子　何首乌　石斛　巴戟天　黄芪　人参

密陀僧散(《外科正宗》)

硫黄　雄黄　蛇床子　密陀僧　轻粉

旋覆花汤(《金匮要略》)

旋覆花　葱白　新绛

羚羊角散(《太平圣惠方》)

羚羊角　犀角　防风　茯神　柴胡　麦门冬　人参　葛根　炙甘草　枳壳　龙齿

羚羊角饮子(《秘传眼科龙木论》)

羚羊角　防风　五味子　芒硝　大黄　知母　细辛

羚羊角饮子(《秘传眼科龙木论》)

羚羊角　防风　知母　人参　茯苓　玄参　桔梗　细辛　黄芩　车前子

羚羊角饮子(《秘传眼科龙木论》)

羚羊角　羌活　玄参　细辛　桔梗　黄芩　柴胡　车前子　茺蔚子　防风

羚翘解毒丸(《全国医药产品大全》)

金银花　牛蒡子　玄参　芦根　桔梗　连翘　荆芥穗　淡竹叶　薄荷　甘草　淡豆豉　冰片　羚羊角粉

蕲蛇汤(《赤脚医生手册》)

蜈蚣　全蝎　蜣螂　蕲蛇　蜂房　虎骨　寻骨风　伸筋草　钻地风　甘草　鹿衔草　全当归　老鹳草

续骨活血汤(《中医伤科学讲义》)

当归尾　赤芍　白芍　生地黄　红花　地鳖虫　骨碎补　煅自然铜　续断　落得打　乳香　没药

续断丸(《证治准绳》)

续断　川芎　当归　半夏　炮姜　桂心　甘草

续断饮(《医学入门》)

延胡索　当归　川芎　牛膝　续断　赤芍　辣桂　白芷　五灵脂　羌活　赤茯苓　牵牛　半夏　甘草　生姜

续断紫金丹(《中医伤科学讲义》)

酒炒当归　熟地　酒炒菟丝子　骨碎补　续断　制首乌　茯苓　白术　丹皮　血竭　怀牛膝　红花　乳香　没药　虎胫骨　儿茶　鹿角霜　煅自然铜

绿云散(《景岳全书》)

黄柏　青黛

绿豆饮(《景岳全书》)

绿豆

绿袍散(《证治准绳》)

薄荷叶　荆芥穗　青黛　玄明粉　硼砂　百药煎　甘草

十　二　画

葛花解毒汤(《审视瑶函》)

黄连　玄参　龙胆草　茵陈　葛花　熟地黄　茯苓　山栀　连翘　车前子　甘草

葛根汤(《医学心悟》)

葛根　升麻　秦艽　荆芥　赤芍　苏叶　白芷　甘草　生姜

葛根防风汤(《症因脉治》)

干葛　防风　荆芥　石膏　知母

葛根橘皮汤(《医垒元戎》)

葛根　橘皮　杏仁　知母　黄芩　麻黄　甘草

葛黄丸(《杂病源流犀烛》)

黄连　葛花　大黄

葱归溻肿汤(《医宗金鉴》)

葱头　独活　白芷　当归　甘草

葱白散(《世医得效方》)

葱白　阿胶

葱白滴鼻液(经验方)

葱白(取汁)　生理盐水

葶苈丸(《宣明论方》)

葶苈子　泽泻　椒目　桑白皮　杏仁　猪苓

蒌贝散(《医宗金鉴》)

瓜蒌　贝母　南星　甘草　连翘　青皮　升麻

散邪饮(《胎产心法》)

柴胡　羌活　紫苏　陈皮　苍术　厚朴　法半夏　青皮

散血膏(《审视瑶函》)

紫荆皮　白芷　大柏皮　大黄　赤小豆　天南星　寒水石　姜黄

散花丹(《辨证录》)

柴胡　炒栀子　白芍　当归　生地　熟地　玄参　天花粉　陈皮　茯神

散花去癫汤(《石室秘录》)

柴胡　白芍　当归　炒栀子　茯神　甘草　菖蒲　麦冬　白芥子　玄参

椒目瓜蒌汤(《医醇賸义》)

椒目　瓜蒌　桑白皮　葶苈子　半夏　橘红　茯苓　白蒺藜　生姜

椒豆饮(《普济方》)

花椒　黑豆　甘草　乌梅

椒桂汤(《温病条辨》)

川椒 桂枝 柴胡 小茴香 吴茱萸 陈皮 高良姜 青皮

棉囊散(《银海精微》)

当归 黄连 铜青 枯矾 朴硝

搜风散(《丹溪心法附余》)

白芷 川芎 茯苓 桔梗 甘草 芍药 当归 陈皮 厚朴 枳壳 白术 炮姜 麻黄 苍术 肉桂

搜风化痰丸(《丹溪心法》)

人参 槐角子 僵蚕 白矾 陈皮 天麻 荆芥 半夏 朱砂

搜风流气饮(《朱仁康临床经验集》)

荆芥 防风 菊花 僵蚕 白芷 当归 川芎 赤芍 乌药 陈皮

雄黄丸(《银海精微》)

全蝎 雄黄 盆硝 乳香 没药 薄荷 川芎 冰片

雄黄软膏(《外科学》)

雄黄 氧化锌 羊毛脂 凡士林

雄黄解毒丸(《三因极一病证方论》)

雄黄 郁金 巴豆

硫黄散(经验方)

轻粉 白矾 硫黄 白酒

硫黄膏(《外科证治全生集》)

硫黄 白芷 天花粉 水粉 全蝎 芜荑 蝉蜕 麻油 黄蜡

硫黄膏(《中医外科临床手册》)

硫黄 凡士林

硫黄软膏(《外科学》)

硫黄 酒精(乙醇) 凡士林

硝炉散(《经验眼科秘书》)

羌活 防风 黄芩 川连 菊花 蔓荆子 川芎 白芷 炉甘石 火硝

琥珀散(《奇效良方》)

琥珀

琥珀散(《审视瑶函》)

乌贼骨 硇砂 琥珀 马牙硝 珊瑚 朱砂 珍珠

琥珀散(《审视瑶函》)

朱砂 贝齿 琥珀 冰片 马牙硝

琥珀碧玉散(《医宗金鉴》)

琥珀 滑石 甘草 青黛

琥珀蜡矾丸(《医宗金鉴》)

白矾 雄黄 琥珀 朱砂 黄蜡 白蜜

款冬花汤(《太平圣惠方》)

款冬花 桑白皮 五味子 贝母 杏仁 知母 甘草

趁痛散(《妇人大全良方》)

当归 黄芪 白术 炙甘草 桂心 独活 牛膝 生姜 薤白 桑寄生

煮黄散(《卫生宝鉴》)

雄黄 巴豆

紫丸(《备急千金要方》)

代赭石 赤石脂 巴豆 杏仁

紫归油(《外科证治》)

紫草 当归 麻黄

紫朴汤(《痧胀玉衡》)

紫朴 山楂 莱菔子 三棱 莪术 枳实 连翘 青皮 陈皮 细辛

紫苏散(《赤水玄珠》)

紫苏 木通 桑白皮 茴香 枳壳 羌活 独活 荆芥 木瓜 青皮 甘草 大腹子

紫连膏(经验方)

黄连 黄柏 生地黄 当归 紫草 冰片 凡士林

紫霜丸(《苏沈良方》)

紫金砂 芦荟 川贝母

黑膏(《医垒元戎》)

生地黄 豆豉 猪膏 雄黄 麝香

黑布药膏(《赵炳南临床经验集》)

老黑醋 五倍子 金头蜈蚣 蜂蜜 梅花冰片

黑豆饮(《圣济总录》)

黑豆 桑白皮 槟榔 郁李仁

黑豆馏油软膏(《外科学》)

黑豆馏油 羊毛脂 凡士林

黑虎丹(《中医外科诊疗学》)

灵磁石 母丁香 公丁香 全蝎 僵蚕 炙甲片 炙蜈蚣 蜘蛛 麝香 犀牛黄 冰片

跌打膏(《中医伤科学讲义》)

乳香 没药 血竭 冰片 樟脑 三七 东丹 香油

跌打药酒(《全国医药产品大全》)

红花 防己 香附 没药 川乌 骨碎补 半夏 乳香 威灵仙 莪术 巴戟天 杜仲 白鲜皮 五灵脂 木瓜 牛膝 羌活 秦艽 二棱 皂角刺 当归 补骨脂 穿山甲 川芎 薏苡仁 赤芍 防风 续断 桂枝 独活

跌打万花油(《全国医药产品大全》)又名万花油

白矾 砂仁 独活 白胡椒 紫草 姜皮 天南星 柚皮 黄连 骨碎补 青皮 赤芍 桃仁 白芷 大风子 旱莲草 蓖麻子 莲叶 九层塔 三棱 红花 刘寄奴 金银花 羊蹄草 水翁花 威灵仙 泽兰 香附 羌活 荜拨 肉豆蔻 草豆蔻 紫草茸 丁香 白及 蒲黄 牡丹皮 陈皮 苍耳子 川芎 皂角 还魂草 柳枝 辣蓼 油松节 栀子 莪术 白背木耳 柏叶 山慈姑 谷精草 大风艾 声色草 木棉皮 乌药 蛇床子 防风 瓜子菜 倒扣草 山白芷 宽刁竹 田基黄 过塘蛇 蔓荆子 人地金牛 马钱子 海风藤 红花 葱 桉叶油 水杨酸甲酯 茴香油 红花油 樟脑油 葛花 血竭 大黄 无名异 马齿苋 大罗伞 蜡梅花 铁包金 上田七 宽筋藤 苏木 甘菊 白胶香 大蒜 松节油 丁香油 薄荷脑 白树油 木棉花 野菊花 九节茶

喉症丸(《全国医药产品大全》)

板蓝根 雄黄 人工牛黄 蟾酥 青黛 猪胆汁干膏 甘草炭 玄明粉 冰片

喉痹饮(《咽喉指掌》)

桔梗 玄参 川贝 僵蚕 前胡 天花粉 牛蒡子 款冬花 连翘 金银花 荆芥穗 甘草 薄荷 鲜芦根

蛤蚧散(《三因极一病证方论》)

蛤蚧 诃子 阿胶 熟地黄 麦冬 细辛 甘草

蛤粉膏(经验方)

蛤粉　煅石膏　轻粉　青黛　麻油
遇仙丹(《杂病源流犀烛》)
黑牵牛子　三棱　莪术　茵陈　槟榔　皂角
舒风养血汤(《伤科补要》)
荆芥　羌活　防风　当归　川芎　白芍　秦艽　薄荷　红花　天花粉
舒活酒(《伤科诊疗》)
樟脑　生地　红花　三七　麝香　血竭　冰片　薄荷水
舒筋丸(《刘寿山正骨经验》)
麻黄　制马钱子　制乳香　制没药　血竭　红花　自然铜　羌活　独活　防风　钻地风　杜仲　木瓜　桂枝　怀牛膝　贝母　生甘草　蜂蜜
舒筋汤(《外伤科学》)
当归　白芍　姜黄　宽筋藤　松节　海桐皮　羌活　防风　续断　甘草
舒筋汤(《中医伤科学》)
当归　陈皮　羌活　骨碎补　伸筋草　五加皮　桑寄生　木瓜
舒筋活血汤(《伤科补要》)
羌活　防风　荆芥　独活　当归　续断　青皮　牛膝　五加皮　杜仲　红花　枳壳
舒筋活络药膏(《中医伤科学讲义》)
赤芍　红花　南星　生蒲黄　旋覆花　苏木　生草乌　生川乌　羌活　独活　生半夏　生栀子　生大黄　生木瓜　路路通　饴糖(或蜂蜜)
脾肾丸(《杂病源流犀烛》)
山茱萸　山药　丹皮　泽泻　茯苓　熟地　肉桂　炮附子　车前子　牛膝　破故纸　益智仁　砂仁
脾积丸(《世医得效方》)
蓬莪术　京三棱　高良姜　青皮　南木香　皂角　百草霜
脾积丸(《证治准绳》)
莪术　三棱　青皮　高良姜　半夏　枳实　竹茹
集圣丸(《幼幼集成》)
芦荟　五灵脂　夜明砂　陈皮　青皮　莪术　使君子　木香　当归　川芎　人参　川连　砂仁　蟾蜍
稀涎散(《证治准绳》)
巴豆　皂角　明矾
御苑匀气散(《医宗金鉴》)
桑皮　桔梗　赤苓　藿香　陈皮　甘草　木通　姜皮　灯芯草
鹅黄散(《医宗金鉴》)
黄柏　石膏
温下清上汤(《徐小圃验方》)
附子　黄连　龙齿　磁石　蛤粉　西洋参　补骨脂　覆盆子　菟丝子　桑螵蛸　白莲须　缩泉丸
温卫汤(《证治准绳》)
黄芪　苍术　升麻　知母　羌活　柴胡　当归　人参　黄柏　白芷　防风　炙甘草　泽泻　陈皮　青皮　木香　黄连
温中丸(《圣济总录》)
肉豆蔻　硫黄　干姜　附子　龙骨
温肾止呕汤(《傅青主女科》)
熟地　巴戟天　人参　白术　山萸　炮姜　茯苓　白豆蔻　橘红
温肺汤(《证治准绳》)
升麻　黄芪　丁香　葛根　羌活　甘草　防风　麻黄　葱白
温肺汤(《证治准绳》)
人参　钟乳粉　半夏　肉桂　橘红　杏仁　芍药　五味子　丁姜　木香　炙甘草(一方无人参、木香、钟乳，加细辛)
温肺止流丹(《疡医大全》)
人参　荆芥　细辛　诃子　甘草　桔梗　鱼脑骨
温经益元散(《目经大成》)
人参　黄芪　白术　枸杞　当归　鹿茸　枣仁　肉桂　附子　丁香
温经通络膏(《中医伤科讲义》)
乳香　没药　麻黄　马钱子　饴糖(或蜂蜜)
温胃汤(《症因脉治》)
人参　黄芪　甘草　干姜　姜黄　益智仁　厚朴　陈皮　砂仁　白豆蔻
温胃饮(《医宗金鉴》)
人参　沉香　干姜　附子　甘草　丁香　柿蒂　白术　吴萸　姜　枣
温胃散(《证治准绳》)
半夏　人参　肉豆蔻　白术　干姜　甘草　木香
温胃丁香散(《傅青主女科》)
当归　白术　黑姜　丁香　人参　陈皮　炙甘草　前胡　藿香
温脏丸(《景岳全书》)
人参　白术　当归　白芍　茯苓　川椒　榧子肉　使君子　干姜　吴萸　槟榔
温脾丸(《寿世保元》)
姜半夏　木香　益智仁　白术　青皮　陈皮
滋血汤(《证治准绳》)
人参　山药　黄芪　白茯苓　川芎　当归　白芍药　熟地黄
滋血润肠汤(《症因脉治》)
当归　白芍药　生地　大黄　红花　麻仁(一方无麻仁，有桃仁、枳壳、韭汁)
滋阴八味煎(《景岳全书》)
山药　山茱萸　丹皮　茯苓　泽泻　黄柏　知母　熟地
滋阴大补丸(《景岳全书》)
熟地　山药　牛膝　山萸　杜仲　巴戟天　茯苓　五味子　小茴香　肉苁蓉　远志　石菖蒲　枸杞子
滋阴生光饮(《眼科临症笔记》)
熟地黄　五味子　覆盆子　生地黄　知母　黄柏　车前子　冬瓜子　枸杞子　甘草　玄精石
滋阴地黄丸(《东垣试效方》)
当归身　黄芩　熟地黄　枳壳　天门冬　柴胡　五味子　甘草　生地黄　黄连　地骨皮　人参
滋阴地黄丸(《目经大成》)
地黄　当归　枸杞子　麦门冬　人参　肉苁蓉　天门冬　五味子　白芍药　女贞子
滋阴地黄丸(《眼科百问》)

熟地黄 生地黄 银花 夏枯草 菊花 山药 茯苓 山萸肉 丹皮 苦茗 天门冬 龙胆草 泽泻 薄荷

滋阴地黄丸(《眼科百问》)

熟地黄 山药 山萸肉 丹皮 茯苓 知母 黄柏 枸杞子 楮实子 远志 菊花 决明子 木贼草 白蒺藜

滋阴补髓汤(《医醇賸义》)

生地 龟版 黄柏 知母 虎胫骨 枸杞子 当归 党参 茯苓 白术 金毛狗脊 川断 牛膝 猪脊髓

滋阴除湿汤(《外科正宗》)

川芎 当归 白芍 熟地 柴胡 黄芩 陈皮 知母 贝母 泽泻 地骨皮 甘草 生姜

滋阴除湿汤(《朱仁康临床经验集》)

生地 玄参 当归 丹参 茯苓 泽泻 白鲜皮 蛇床子

滋阴降火汤(《审视瑶函》)

当归 生地黄 白芍药 麦门冬 川芎 知母 黄柏 黄芩 柴胡 甘草 熟地黄

滋阴健脾丸(《医学传灯》)

人参 白术 茯苓 甘草 麦冬 五味子 山药 石斛 陈皮 山楂

滋阴清膈饮(《医学统旨》)

当归 芍药 黄柏 黄连 黄芩 山栀 生地 甘草 童便 竹沥

滋阴清燥汤(《盘珠集胎产症治》)

生地 白芍 麦冬 知母 茯苓 条芩 葛根 橘红 炙甘草 竹茹 灯草

湿毒膏(《朱仁康临床经验集》)

青黛 黄柏末 煅石膏末 炉甘石末 五倍子末 凡士林

湿疹粉(《朱仁康临床经验集》)

煅石膏末 枯矾末 白芷末 冰片末

湿痰脚气方(《丹溪心法》)

苍术 防风 槟榔 香附 川芎 条芩 滑石 甘草

痞气丸(《三因极一病证方论》)

乌头 附子 赤石脂 川椒 干姜 桂枝

敦阜丸(《景岳全书》)

木香 山楂 麦芽 皂角 丁香 乌药 青皮 泽泻 巴豆 陈皮

普癣水(《朱仁康临床经验集》)

生地榆 苦楝子 川槿皮 斑蝥 75%酒精(乙醇)

犀角汤(《圣济总录》)

犀角 麻黄 石膏 山栀仁 黄连

犀角汤(《奇效良方》)

犀角 蒲黄 瓜蒌根 甘草 葛根 桑寄生

犀角散(《备急千金要方》)

犀角 黄连 升麻 山栀 茵陈

犀角饮子(《秘传眼科龙木论》)

犀角 防风 芍药 黄芩 羚羊角 知母 人参

犀角大黄汤(《圣济总录》)

犀角 大黄 川芎 石膏 牛黄

犀角化毒丹(丸)(《古今医鉴》)

连翘 大黄 龙胆草 赤茯苓 青黛 甘草 桔梗 黄连 玄参 天花粉 菊花 黄芩 朱砂粉 冰片 犀角粉

犀角地黄汤(《证治准绳》)

犀角 大黄 黄芩 黄连 生地

犀角地黄汤(《叶氏女科证治》)

犀角 白芍 牡丹皮 枳壳 黄芩 生地黄 桔梗 陈皮 百草霜 甘草

犀角桔梗汤(《杂病源流犀烛》)

黄芪 石斛 天冬 麦冬 百合 山药 犀角 通草 桔梗 黄芩 杏仁 秦艽

犀角消毒饮(《医宗金鉴》)

防风 荆芥 牛蒡子 犀角 银花 甘草

犀角解毒散(《医宗金鉴》)

犀角 牛蒡子 荆芥穗 防风 连翘 银花 赤芍 黄连 生地 甘草 灯芯草

犀黄散(《韦文贵眼科临床经验选》)

冰片 麝香 犀牛黄 西月石粉

犀羚白虎汤(《广温疫论》)

生石膏 知母 菊花 钩藤 生甘草 粳米 荷叶 犀角 羚羊角片

疏风养血汤(《伤科补要》)

荆芥 羌活 防风 当归 川芎 白芍 秦艽 薄荷 红花 天花粉

疏风流气饮(《马培之医案》)

青防风 川芎 陈皮 炒僵蚕 甘草 赤芍 荆芥穗 全当归 白芷 菊花 乌药 葱白头

疏风清热饮(《朱仁康临床经验集》)

荆芥 防风 牛蒡子 白蒺藜 蝉衣 生地 丹参 赤芍 炒山栀 黄芩 银花 连翘 生甘草

疏风清热汤(经验方)

荆芥 防风 甘草 牛蒡子 金银花 连翘 桑白皮 赤芍药 桔梗 天花粉 玄参 浙贝母

疏肝清胃丸(《绛雪园古方选注》)

夏枯草 金银花 连翘 蒲公英 漏芦 橘叶 菊花 川贝母 紫花地丁 山慈菇 白芷 瓜蒌仁 乳香 没药 陈皮 茜草 两头尖

强筋丸(《伤科诊疗》)

四制香附 乳香 没药 牛膝 续断 远志 甘草

十 三 画

蒲灰散(《金匮要略》)

蒲灰 滑石

蒲索四物汤(《胎产心法》)

当归 川芎 熟地 白芍 蒲黄 干姜 延胡索

蒲黄散(《濒湖集验方》)

蒲黄 乌贼骨

蒙花散(《眼科纂要》)

密蒙花 木贼草 白蒺藜 地骨皮 桑白皮 蝉蜕 连翘 石决明 青葙子 菊花

瑞莲丸(《世医得效方》)

茯苓 炒石莲肉 生龙骨 天冬 远志 柏子仁 紫石英 当归 炒酸枣仁 龙齿 乳香 朱砂

雷丸散(《杨氏家藏方》)

雷丸 槟榔 使君子 鹤虱 榧子

槐术膏(《症因脉治》)

白术　楂肉　陈皮　甘草

搐鼻散(《银海精微》)

雄黄　辰砂　细辛　麝香　片脑

搐鼻散(《医学心悟》)

细辛　皂角　生半夏

摄生饮(《幼幼集成》)

制南星　半夏　细辛　苍术　石菖蒲　炙甘草　生姜

塌气丸(《小儿卫生总微论方》)

全蝎　牵牛子　莱菔子　陈皮　青皮　三棱　莪术

塌痒汤(《疡医大全》)

鹤虱草　苦参　威灵仙　归尾　狼牙

碘椒酊(《外科学》)

辣椒　2%—2.5%碘酊

碎骨丹(《中医伤科讲义》)

骨碎补　白及　陈皮　茄皮　虎胫骨　血竭　地鳖虫　乳香　川断　硼砂　没药　雌、雄活鸡　蜂蜜

蜂房汤(《圣济总录》)

蜂房　淡豆豉　蜀椒

蜂姜丸(《杂病源流犀烛》)

蜂房　香附　僵蚕　蛤粉　瓜蒌仁　苦杏仁　神曲　竹沥　姜汁

搐鼻药(《普济方》)

鹅不食草

解肌透痧汤(《喉痧证治概要》)

荆芥　蝉蜕　射干　葛根　牛蒡子　马勃　桔梗　前胡　连翘　僵蚕　豆豉　竹茹　浮萍　甘草

解肝煎(《类证治裁》)

陈皮　半夏　茯苓　厚朴　紫苏　白芍　砂仁

解毒汤(《幼幼集成》)

连翘　甘草　玄参　升麻　黄芩　赤芍　当归　羌活　防风　生地　荆芥　木通　灯芯

解毒大青汤(《医宗金鉴》)

大青叶　木通　麦门冬　人中黄　山栀　桔梗　玄参　知母　升麻　竹叶　石膏　灯芯

解毒香豉饮子(《普济方》)

香豉　石膏　栀仁　大黄　大青　升麻　芒硝　甘草　生姜汁　葱白

解毒消痄汤(经验方)

金银花　连翘　蒲公英　紫花地丁　黄连　生地黄　赤芍药　丹皮　玄参　生石膏　知母　生甘草

解悬汤(《外科证治全书》)

人参　川芎　当归　益母草　麦冬　荆芥　炮姜

催生饮(《济阴纲目》)

当归　川芎　大腹皮　枳壳　白芷

催生如意散(《胎产心法》)

人参　乳香　辰砂

腰伤一方(《外伤科学》)

当归　赤芍　续断　秦艽　木通　延胡索　枳壳　厚朴　桑枝　木香

腰伤二方(《外伤科学》)

钩藤　续断　杜仲　熟地黄　当归　独活　牛膝　威灵仙　白芍　炙甘草　桑寄生

腰伤气滞汤(《平乐郭氏正骨法》)

当归　赤芍　乳香　没药　薏苡仁　川牛膝　木瓜　川续断　羌活　西茴香　陈皮　知母　鸡血藤　土鳖　桂枝

腾药(《刘寿山正骨经验》)

当归　羌活　红花　白芷　防风　制乳香　制没药　骨碎补　续断　宣木瓜　透骨草　川椒　大青盐　白酒

简易知母饮(《审视瑶函》)

赤茯苓　黄芩　麦门冬　知母　桑白皮　黄芪　甘草　竹沥

鼠疫毒核消毒饮(《鼠疫约编》)

金银花　连翘　玄参　桔梗　僵蚕　板蓝根　甘草　马勃　牛蒡子　荆芥穗　薄荷　芦根

新三妙散(《赵炳南临床经验集》)

黄柏面　寒水石面　青黛面

新六号枯痔液(经验方)

硇砂　石灰

新加白虎汤(《通俗伤寒论》)

薄荷　鲜荷叶　陈仓米　知母　益元散　鲜竹叶　桑枝　活水芦笋　灯芯　石膏粉

新制柴连汤(《眼科纂要》)

柴胡　黄连　黄芩　赤芍药　蔓荆子　山栀　龙胆草　木通　荆芥　防风　甘草

痰郁汤(《丹溪心法》)

海浮石　南星　瓜蒌　香附

煨肾散(《景岳全书》)

人参　当归　杜仲　肉苁蓉　破故纸　巴戟天　鹿角霜　秋石

辟邪丹(《杂病源流犀烛》)

赤茯苓　人参　鬼箭羽　菖蒲　远志　白术　苍术　当归　桃奴　朱砂　雄黄　牛黄　麝香

辟瘟丹(《杂病源流犀烛》)

苍术　白术　乌药　黄连　羌活　川乌　草乌　细辛　紫草　防风　独活　藁本　白芷　香附　当归　荆芥　肉桂　甘松　山柰　白芍　干姜　麻黄　皂角　甘草　麝香

十　四　画

槟芍顺气汤(《温疫论》)

槟榔　芍药　枳实　厚朴　大黄　生姜

槟陈汤(《幼科证治大全》)

山楂　陈皮　草果　槟榔　枳实　半夏　柴胡　麦芽

槟榔汤(《内科学》)

槟榔　黄柏　黄连　雷丸

槟榔丸(《济生方》)

槟榔　大黄　麻子仁　枳实　羌活　牵牛　杏仁　白芷　黄芩　人参

槟榔散(《太平圣惠方》)

槟榔　旋覆花　犀角屑　桂心　紫苏　赤茯苓　木通　橘皮　前胡　桑根白皮　白前　甘草

槟榔眼药水(经验方)

槟榔　尼泊金

摧肝丸(《证治准绳》)

胆南星　钩藤　黄连　滑石　铁华粉　青黛　僵蚕　天麻

辰砂 炙甘草 姜汁 竹沥

酸枣仁汤(《圣济总录》)

生酸枣仁 腊茶

酸枣仁汤(《医宗金鉴》)

当归 白芍 生地 知母 黄柏 酸枣仁 五味子 人参 黄芪

磁石丸(《济生方》)

磁石 肉苁蓉 鹿茸 川断 杜仲 柏子仁 赤石脂 熟地黄 山萸肉 菟丝子 巴戟天

磁石丸(《审视瑶函》)

肉从蓉 磁石 菟丝子 巴戟天 远志 熟地 石斛 桂心 五味子 木香 甘草

碧云散(《医宗金鉴》)

鹅不食草 川芎 细辛 辛夷花 青黛

碧玉散(经验方)

硼砂 冰片 胆矾

碧霞丹(《审视瑶函》)

当归 没药 血竭 白丁香 硼砂 马牙硝 片脑 麝香 乳香 黄连 铜绿

静心汤(《不居集》)

人参 白术 伏神 枣仁 山药 芡实 当归 北五味 麦冬 甘草

截疟青蒿丸(《丹溪心法》)

青蒿 冬瓜叶 官桂 马鞭草

截疟常山饮(《丹溪心法》)

穿山甲 草果 知母 槟榔 乌梅 炙甘草

截瘴丸(《瘴疟指南》)

常山 乌梅 槟榔 甘草 生姜汁

嘉禾散(《太平惠民和剂局方》)

枇杷叶 石斛 杜仲 青皮 甘草 藿香叶 谷芽 陈皮 白术 砂仁 薏苡仁 随风子(如无以诃子代) 半夏 丁香 木香 桑白皮 槟榔 五味子 神曲 人参 白豆蔻 茯苓 大腹皮 沉香

聚精丸(《证治准绳》)

黄鱼鳔胶 沙苑蒺藜 五味子

蝉花散(《银海精微》)

蝉蜕 菊花 蒺藜 蔓荆子 草决明 车前子 防风 黄芩 甘草

蝉花散(《眼科金镜》)

当归 川芎 谷精草 黄连 木通 赤芍药 红花 白菊花 犀角 木贼草 蝉蜕 羌活 芜蔚子 生地黄

蝉花无比散(《异授眼科》)

蝉蜕 蛇蜕 羌活 当归 川芎 石决明 防风 苍术 茯苓 赤芍 炙甘草 白蒺藜

蜡矾丸(《重楼玉钥》)

黄蜡 枯矾 乳香 没药

蜡矾丸(《杂病源流犀烛》)

黄蜡 白矾

鼻痞散(《医宗金鉴》)

青黛 麝香 熊胆

鼻菌散(经验方)

甘遂末 甜瓜蒂 硇砂 冰片 飞辰砂

鼻窦灌注液(经验方)

黄芪 辛夷花 白芷 薄荷 羊蕤叶 野菊花 桂枝 当归 栀子

膏淋汤(《医学衷中参西录》)

山药 芡实 龙骨 牡蛎 生地黄 党参 白芍

瘦胎拔气散(《女科指南》)

桔梗 甘草 玄参 杏仁 石菖蒲 枳壳

滴油散(《医说》)

蚌粉 青黛 淡蕹水 麻油

滴鼻灵(经验方)

鹅不食草 辛夷花 盐酸麻黄素粉 葡萄糖粉

漱口方(经验方)

防风 甘草 荆芥 金银花 连翘 薄荷

漱口灵(经验方)

土茯苓 金银花 青黛 薄荷 冰片

滚脓丹(《中医外科证治经验》)

红升丹 麝香 梅片 老广丹

精制利喉散(经验方)

巴豆霜 黄连 猪牙 皂末

翠云锭(《外科正宗》)

铜绿 杭粉 轻粉

十 五 画

增损五积丸(《医学入门》)

黄连 厚朴 川乌 干姜 人参 茯苓 巴豆霜

增液解毒汤(《朱仁康临床经验集》)

生地 玄参 麦冬 石斛 沙参 丹参 赤芍 花粉 银花 连翘 炙鳖甲 炙龟版 炙甘草

醉仙散(《医宗金鉴》)

炒牛蒡子 胡麻 枸杞子 蔓荆子 苦参 白蒺藜 防风 花粉 轻粉

醋泡方(《朱仁康临床经验集》)

荆芥 防风 红花 地骨皮 明矾 皂角 大枫子 米醋

樟脑川椒丹(经验方)

樟脑 川椒

敷烂弦眼方(《审视瑶函》)

炉甘石 飞丹 枯矾 朱砂 铜绿

蝮蛇酒(《实用麻风病学》)

蝮蛇 酒

镇心丸(《圣济总录》)

紫石英 丹砂 茯神 银屑 雄黄 菖蒲 人参 桔梗 干姜 远志 甘草 当归 桂枝 防风 细辛 铁精 防己

镇阴煎(《景岳全书》)

熟地 牛膝 甘草 泽泻 肉桂 附子

镇肝丸(《秘传眼科龙木论》)

石决明 细辛 山药 茺蔚子 人参 车前子 柏子仁 茯苓 防风

镇肾决明丸(《秘传眼科龙木论》)

石决明 菟丝子 五味子 细辛 山药 生地黄 知母

摩风膏(《秘传眼科龙木论》)

黄芪 细辛 当归 杏仁 防风 松脂 白芷 黄蜡 小

麻油

摩顶膏(《审视瑶函》)

空青　青盐　槐子　白附子　木香　牛酥　鹅脂　旱莲草　丹砂　冰片

摩腰膏(《丹溪心法》)

附子尖　乌头尖　天南星　雄黄　樟脑　丁香　干姜　吴茱萸　朱砂　麝香

熟地黄汤(《审视瑶函》)

熟地黄　糯米　人参　麦门冬　甘草　天花粉　生姜　大枣

熟料五积散(《医学入门》)

陈皮　厚朴　桔梗　枳壳　川芎　芍药　甘草　苍术　茯苓　当归　半夏　生姜　乌药

熨风散(《疡科选粹》)

羌活　防风　白芷　当归　细辛　芫花　白芍　吴茱萸　官桂　连须赤皮葱

十　六　画

薏苡仁丸(《小儿卫生总微论方》)

薏苡仁　当归　秦艽　防风　羌活　酸枣仁　麝香　荆芥

薏苡仁汤(《外科正宗》)

薏苡仁　瓜蒌仁　丹皮　桃仁　白芍

薏苡仁汤(《类证治裁》)

薏苡仁　川芎　当归　麻黄　桂枝　羌活　独活　防风　川乌　苍术　甘草　生姜

薏苡仁散(《济生方》)

薏苡仁　石膏　川芎　桂心　防风　汉防己　羚羊角　赤芍　杏仁　炙甘草

薏苡仁散(《寿世保元》)

当归　白芍　黄芪　人参　五味子　麦冬　桑白皮　黄芩　百部　薏苡仁

薏苡附子散(《金匮要略》)

薏苡仁　附子

薄肤膏(《朱仁康临床经验集》)

密陀僧末　白及末　轻粉　枯矾　凡士林

薄荷玄明粉(《名医类案》)

薄荷　硝石　没石子　冰片　玄明粉　硼砂　青盐

薄荷连翘方(经验方)

金银花　连翘　绿豆衣　薄荷　牛蒡子　鲜竹叶　知母　生地黄

薛瓢一滋营养液汤(《沈氏女科辑要笺正》)

女贞子　旱莲草　霜桑叶　黑芝麻　黄甘菊　枸杞子　当归身　白芍药　熟地黄　黑大豆　南烛叶　白茯神　葳蕤　橘红　炙甘草　沙苑蒺藜

橘皮干姜汤(《证治准绳》)

橘皮　干姜　通草　桂心　甘草　人参

醒脾汤(《医宗金鉴》)

人参　白术　茯苓　天麻　橘红　半夏　全蝎　僵蚕　炙甘草　木香　陈仓米　胆南星　生姜

醒脾饮(《叶氏女科证治》)

柴胡　草果　黄芩　白术　茯苓　炙甘草　青皮　厚朴

颠倒木金散(《医宗金鉴》)

木香　郁金

颠倒散洗剂(《中医外科临床手册》)

硫黄　生大黄　石灰水

豭鼠粪汤(《类证活人书》)

韭根　豭鼠粪

磨风丸(《医宗金鉴》)

豨莶草　牛蒡子　麻黄　苍耳草　川芎　当归　荆芥　蔓荆子　防风　车前子　威灵仙　天麻　首乌　羌活　独活

磨积丸(《杂病源流犀烛》)

胡椒　全蝎　木香

糖煎散(《眼科纂要》)

牛蒡子　川芎　龙胆草　防风　大黄　当归　赤芍药　荆芥　甘草

避瘟散(《全国中药成药处方集》)

檀香　零陵香　姜黄　甘松　白芷　玫瑰花　丁香　香排草　木香　麝香　冰片　薄荷冰　朱砂

赞化血余丹(《景岳全书》)

血余　熟地　鹿角胶　胡桃肉　小茴香　杜仲　枸杞子　人参　茯苓　巴戟肉　肉苁蓉　菟丝子　首乌　当归

十七画以上

藤黄膏(经验方)

藤黄　白蜡　香油

霞天膏(《医碥》)

牛肉

鞠䓖丸(《证治准绳》)

神曲　芎䓖　附子　白术

黛矾散(《焦氏喉科枕秘》)

五倍子　青黛　枯矾

濡肠饮(《辨证录》)

熟地　当归　肉苁蓉

藿香汤(《备急千金要方》)

藿香　生姜　青竹茹　甘草

藿连汤(《幼幼集成》)

黄连　厚朴　藿香　生姜　大枣

藿香散(《医宗己任篇》)

藿香　陈皮　苍术　厚朴　半夏　茯苓

藿黄浸剂(《外科学》)

藿香　黄精　大黄　皂矾　醋

藿香左金丸(《霍乱论》)

藿香　吴萸　川连　郁金　枳壳　厚朴　制半夏　砂仁　猪苓　茯苓　车前子　六一散

藿香半夏丸(《圣济总录》)

藿香叶　丁香　半夏

藿香和中汤(《医宗金鉴》)

藿香　砂仁　羌活　苍术　陈皮　厚朴　山楂　香附　白芷　苏叶　川芎　甘草

蟾酥丸(《证治准绳》)

杜蟾酥　朱砂　明雄黄　苍术　丁香　牙皂　当门子

蟾酥合剂(《中医外科学讲义》)

酒化蟾酥　腰黄　铜绿　炒绿矾　轻粉　乳香　没药　枯矾　干蜗牛　麝香　血竭　朱砂　煅炉甘石　煅寒水石

硼砂 灯草灰 煅石膏

癣症熏剂(《赵炳南临床经验集》)

苍术 黄柏 苦参 防风 大枫子 白鲜皮 松香 鹤虱草 五倍子

鳖甲饮子(《普济方》)

草果 槟榔 乌梅 鳖甲 橘红 厚朴 黄芪 白术 川芎 白芍 炙甘草 生姜 红枣

露风汤(《杂病源流犀烛》)

杏仁 樗根皮 乌梅 草果 石榴皮 甘草 姜

露雳散(《幼幼集成》)

牙皂 细辛 川芎 白芷 踯躅花 雄黄 麝香

麝香丸(《妇人良方》)

生川乌 全蝎 黑豆 地龙 麝香

麝香散(《审视瑶函》)

香附子 川椒目 苍术 麝香

麝香散(《喉科紫珍集》)

麝香 冰片 黄连末

癫狂梦醒汤(《医林改错》)

桃仁 柴胡 木通 赤芍 大腹皮 陈皮 桑白皮 香附 半夏 青皮 苏子 甘草

蠲痹汤(《医学心悟》)

羌活 独活 桂心 秦艽 当归 川芎 炙甘草 海风藤 桑枝 木香 乳香

齆鼻方(《圣济总录》)

瓜蒂 细辛

索　引

一　画：一

二　画：二十丁七八人入儿九刁刀了

三　画：三干于工上下大万寸上口山千川个勺丸久及广亡门尸己已卫女小飞习子马

四　画：丰王开井天元无韦云木五支历不犬太尤车巨比互切牙瓦止少日中内贝见午牛气手毛王升夭长仁仆化片斤爪反分公仓月勿匀风凤丹乌六文方火斗订户心尺引丑巴双孔水幻

五　画：玉末击功正去甘世艾节古本术可匝左右布厉石戊龙平打扑东卡北卢归目甲申电叶叩号另田由冉史四四生失代仙丘白瓜用印卯外冬鸟包饥乐主立冯玄兰半汉头宁穴必司尼出奶奴加皮发圣对母幼辽丝

六　画：动地圭吉考老巩耳芋芍芒芎共亚朴机再臣协西压厌戌在有存灰百夺达列死夹扦托执扪扫扬夷至过邪尘尖光当早吐吸吕吊虫曲同因团回岁岂刚网肉年朱牝先丢舌竹乔传休伏伐任伤仰伪伊延华自血向囟后行舟全会合企创肌肋危负色杂名多饧冲次决冰壮刘齐交产充妄闭问羊并关米灯汁江汤兴宁守安讲讷许祁寻尽异导弛阳阴防收如妇好戏羽观买红约孙

七　画：寿弄麦形进吞远运坏坎块走赤贡汞攻壳志声却芫羌苇芸花芥苁芩苍芪芡芳苎芦劳芭苏苡扎严克杠杜杉极杞杨杏李巫更束豆两医辰否还扶扯抄折抓扳抑抖护扭报拟连步坚肖旱时助旲呆足岘员呕呃听呛吻吹里园男串别岐岗岚针钉牡利秃体何佐伸佛身皂近返余含坐谷肝肛肚肘肠龟狂狄角删鸠条卵灸饭饮迎冻冷状库庐疗疖疔辛育间闷羌兑灶灼汪沐沙没沆沉沈怀忧忪完宋宏牢穷良证诃诊启补初君灵屁尾局尿迟张陆阿陈附坠妙妊妒忍鸡纯纳纶纹驱驳驴

八　画：环玫武青表规坤耵耶取茉苦英茼苓范茄苔苔茅直林枝枇杵板松枪枫构杭枕杷杼丧或画卧刺枣事郁矾奔奇欧抹拔拈押抻抽拐拍抵拘抱拉拧拂拙披拨转斩轮软顶势杰鸢齿虎肾尚明昙昆昌易果味呵呷咽呼鸣国固图忠岭岷岩罗败钓垂制知物刮和委季笋秉使例侠侧佩岳阜彼爬所金命贪念郄乳肤肺肢肱肫肿胀股胖肥服胁周昏鱼兔狐狗忽备炙饲饴净变京庞府夜疟疠疝疙疡剂卒兖放盲刻育闹郑卷单炉炎法泄河汨油沿泡注泻泌泥沸沼泽治怔怦怏怪宝宗定审官实空试诚戾肩房视建居屈弦降姑始虱驾参承线绀练细绊经驻驼孤孟贯

九　画：契春玳珍珊玻毒封项政赴赵贲荆茜荛荜茈草茧茵茴茱茯茶荠荒荫荔茳药革带荧胡南标枯栉柯柘相柚枳柞柏栀枸柳栎柿柽树柰查要柬厘厚咸威研砒砑砂砭面耐牵拭挂拽挤拾挑指挤按拯轻垫皆鸦韭背战点临省映昨是显冒星哑咽哆响哈咯咬咳胃思虹虾虻蚂贴骨幽钝钟钩钮种秋香重复便修保促信侯顺皇泉鬼禹追律须俞食剑盆肤胆胜胕胞胖脉胫胎狭狮独昝急弯将庭疣疥疮疯疫疤施闻差养美姜叛类迷前首逆总炮烁烂洁洪浊洞泂测洗活涎洎洛济洋浓津染恒恢恬恼恽举宣室宫客突穿误诱冠诨扁袪祖神祝退既屋屏屎昼费眉除怒癸蚤柔绒结绛络绝绞统孩

十　画：艳秦泰珠敖素蚕顽盏埔埋赶起盐都耆恐壶聂莽莱莲莫莪荷莎莨恶真桂桔桡桐栝桦桃格校核桉根索彧速鬲屑原夏砷破套逐顾捕振捏损挫捋换捣热顿柴鸬紧逍党眩晕哮哺鸭蚌蚘蚺蚊圆蚤峨贼钱铁铃铅缺特秫积秩秘透笔倒候倪倍健臭息射衄徐般拿欲釜豹胯胰胭脆脂胸胳脏脐胶脑胼脓狸狼留皱凌准凉栾挛浆高毫郭唐席疳病痁疽痄疹痈痀疰痃痹痂痉脊离颃资站羖拳粉益兼烘烦烧烙烊洒浙消海涂浴浮涤流润浸涩涌娑悟宽家宾案窍诸调扇袖剥弱陶陷姬通能难桑预绣继

十一画：球理培基菥菘菝菽菖萝菌萎草菜菌菟菊萍萧萤营勒黄乾梗梧桴梅梓檵梭梦曹屑殊硇聋袭雩雪掠掩排掉捶推捻掐接控探掘掺辄辅救颅虚虚雀常眦眯眼眸啄唊匙晚晨曼悬野圊趺距趾蚶蛎蛆蝉蚱蚯蛀蛇蛊患崔崩崇婴铜铢银矫牻甜移犁第偃偶偷偏假兜徘徙得盘斜敛欲彩脚脖脱脘象猪猫猝猕猛斛毫麻庵鹿痔痓疵痃痒旋盗章商望率阎着羚粘粗粕断剪清淋混淮渊淫淘淳液涪淡深渗婆梁情惛惊寇宿密谏皲弹随降隐堕蛋阏颈续维绵绶绿骑巢

十二画：琵琥琼斑款越趁博喜彭期葫葳募葛葚董葆葎葡葱蒋葶蒂蒌落萱萹葵葵散韩戟朝棒楮棋植椅椒棉棕椎惑粟酢酥雁厥硬硝硫裂殖雄颊揩提搜援搓搅握揉辊翘雅悲紫棠掌睑鼎暑量晶景喇喝喉喘喉喻遇遏跖跌跗遗蛲蛸蜉蛐蛔蛞蜒蛤蛴黑铺锁锈锉锐短智犊鹄程稀黍筑筒筋鹅傣傲傅傍集遁御循舒颌番释腊腓胭脾腋腑腕腱猴飧然蛮痨痘痞痫痢痤痛痸痧痛童阑阔善普粪尊焯焰焠滞湖湮湿温渴溃滑溲游滋湫割寒寓窗谢遍裤裙禅犀属强巽隔隋疏骛骗缓

十三画：瑞魂填塘鼓蓍蓝墓蓖蓬蒿蒺蒟蓄蒴蒲蒙蒸鹊靴椿楝榄槐榆楤楼禁赖蠹甄感碑硼碎雷零摄摸摆搬摇搽输裘督虞鉴睛睫睥嗜嗳播嗜嗌喝暖暗照跨跪路跟蜈蜗蛾蜂蛲罨蜀骱错锦锹锭锯矮雉催鼠魃魁微颔腻膝腰腽腮腘腨腹腺腧腿鲍猿触解酱廓廉痞痱痨痹痴痿瘀痔痺痰新意豢数煎慈煤煅满滇溻溪滚溏滂溢溯滨溺慎塞寝窦裸福辟臀叠缚缟缠

十四画：静碧墙嘉截聚蔷蔓蔑蕤蔡蔺蔊蓼榧槟榕酸碱磁豨摘樱蜚龈嘈嗽嘘蜡蜥蝇蜘蝉罴罂骶锟鹊锻舞稳熏箕

一 画

二 画

五　画

六 画

八　画

九 画

十　画

十 一 画

十 二 画

十 三 画

十 四 画

十　五　画

十六画

十七画

十八画以上

[General Information]
书名=中国医学百科全书中医学　（下册）
作者=
页数=2371
SS号=80406833
出版日期=